

地域包括ケアシステムにおける在宅医療を推進するための12の提言

長岡市地域包括ケアシステムに関する意見交換会 委員
ほんだファミリークリニック医院長 本田雅浩

はじめに

近年、要介護高齢者の増加とともに在宅医療の必要性が高まり、確実な推進が求められている。地域包括ケアシステムにおいては、医療及び介護双方への視点が重要であり、医療と介護の連携が重要となる。地域の中で医療と介護が有機的に連携・統合し、結果を残すことが地域包括ケアシステムの目指すものである。

地域包括ケアシステムでは、地域における医療・介護に関わる全ての職種が、地域全体の医療・介護の問題について自らの問題として関わる意識を持つ。医療の側も介護の側も、介護と医療双方の問題について同じ議論のテーブルに着く。このケアシステムに関わる全ての人々が、それぞれ立場から、より充実した在宅医療の実施、地域包括ケアシステムの完成のために各々が自ら努力するとともに、自らの努力では足りないことに対して、他の医療機関、介護保険関係機関、施設等に対して、お互いに意見や要望を発信することが重要である。

地域の中でより充実した在宅医療が行われるためには、その地域の病院医療、訪問看護、訪問介護の在り方、ケアマネジャーの役割、さらに、施設でのデイサービスやショートステイ、特別養護老人ホームや有料老人ホームでの医療・介護の在り方など、常に地域全体の医療や介護が関わっており、それらはこのケアシステムの充実のために相互に意見や要望を発信しあうことが必要である。

病院外での不適切な医療や看取りが、病院での救急医療の負担を大きくしている。在宅医療が不十分なために、患者の退院を困難にし、病院のベッドを塞いでいる。適切な病院医療が行われるためには、病院外での適切な医療の在り方、在宅医療の在り方、施設での医療の在り方が問われる。

*

これまで、「病院医療の改善」に対して、病院関係者以外は発言することもないし、自分には関係ないものと思ってきた。同様に、「在宅医療の改善」に対して、直接在宅医療に関わる者以外は、自分には関係のないものと思ってきた。

しかし、地域包括ケアシステムの問題として捉えると、「病院医療の改善」も「在宅医療の改善」も、病院関係者・在宅医療関係者双方にとって、直接関係する問題となる。病院医師の在宅医療への理解の不足が、在宅療養を希望する患者や家族の在宅での安らかな療養や看取りを阻害する。在宅医療への理解が不十分な病棟での看護が、



退院後の患者の在宅での療養環境を悪化させるかもしれない。病棟病室より自宅病室の療養環境が悪いであろうことを意識し、少しでも自宅での療養環境を良くする手立てを取らない場合、患者の病状は、退院直後より悪化し、再入院を余儀なくされる場合がある。たとえ自宅という精神的には最高の環境であっても、物理的な環境が患者の病状に適しているか議論されなければ、病状の悪化は避けられないかもしれない。訪問看護の必要性は常に退院時に議論されなければならない。病院で看護が必要な患者は、退院直後たとえ短期間であったとしても訪問看護が必要である。自宅での療養が適切に行われるか、訪問看護師の目での検討が必要である。あらかじめ退院後に訪問看護が必要でないとは判断される患者には、退院前より看護をしないことも検討されるべきであろう。「入院中病棟では手厚く看護され、退院後自宅では無看護」では、患者も家族も不安を持ち、退院を拒否するのも当然かもしれない。退院前後の看護の在り方が、患者のスムーズな退院を阻害しているのかもしれない。

実際、最近病院からの退院を拒んだある患者に、「なぜ退院したくなかったのか」と退院後に聞いたところ、「看護師さんが居ないから」と答えた。同じことが、リハビリテーションにも言える。特に高齢者は、入院中リハビリテーションが必要な場合、退院後にも相当期間、訪問リハビリテーションが必要だろう。高齢者の訪問リハビリテーションは、介護予防も含めその必要性を常に十分に検討されなければならない。

*

病院における「退院支援」は、「在宅療養支援」に含まれるべきである。在宅療養支援の役割は大きく、病院において在宅療養支援看護師という専門領域も必要ではないだろうか。薬剤師の役割にも、栄養士の役割にも同様のことが言えるかもしれない。退院後の高齢者の適切な療養や健康の維持・介護予防には両専門職の役割が大きい。

在宅医療を行う医師の不足も地域の診療所全体の問題であり、病院との連携、訪問看護ステーションとの連携、訪問薬剤師との連携、ケアマネジャーとの連携などにより問題の解決が図られなければならない。主治医・副主治医制、救急医療問題、看取り、施設での医療の在り方、訪問看護ステーションの問題など、多くの問題が関わっており、地域包括ケアシステムの問題として捉え、解決すべきである。病院医師・病院看護師の在宅医療への理解が進めば、全ての診療所において在宅医療が負担感なくスムーズに行われ、診療所における当たり前医療として在宅医療が位置付けられる日が来ると考えられる。

特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、ショートステイ専門施設、サービス付き高齢者住宅などにおける不十分な医療環境が、結果として、状態が悪くなってからの患者の救急搬送や死亡確認のための救急搬送になり、救急医療の現場の混乱や疲弊を起こしていないだろうか。現状、これらの介護施設は、定期的に巡回診療が行われるが普段は無医地区である「医療僻地」と同じ問題を抱えている。逆に、これらの介護施設に十分な医療環境が提供されたらならば、更に良い施設ケアが提供されるのではないだろうか。

地域包括ケアシステムは、こういった地域全体の医療・介護の環境を劇的に改善する大きな可能性を持っているといっても過言ではないだろう。

さて、在宅医療の拡充を願って、在宅医療を行うのは、全ての診療所が担うこと、その診療所の在宅医療を支えるのは全ての病院であること、全ての在宅患者に対応できるためには訪問看護ステーションは地域において統合すべきであることなど、全員参加の在宅医療、地域包括ケアシステムを実施するための12の提言を行った。

提言 1. 新たな在宅療養を支援する診療所について

地域医療の中で在宅医療の存在がますます大きくなってきている。今後更に増大するであろう高齢者の在宅医療に十分に対応するためには、在宅療養を支える診療所をいかに増やすかが問題となる。地域において主に在宅医療を担うのは診療所であり、地域に既に存在する全ての診療所が在宅医療を担うことによりこの問題が解決できるかもしれない。特に内科系・外科系の全ての診療所は主治医として在宅医療を担うようになることが必要である。

診療所においては、元々在宅医療は切っても切り離せないものであり、たとえ外来診療を中心とする診療所であっても、地域における「かかりつけ診療所」としての役割として、患者に在宅療養が必要になった時には主治医としての役割が発生する。

しかし、個々の診療所の努力だけで質の高い在宅医療を担うことは、診療所にとっては負担が大きく、困難なのが現状である。また、現在制度化されている在宅療養支援診療所は、24時間365日の在宅患者への対応の義務付けがあり、逆にこれが多くの診療所の在宅医療参入を躊躇させている原因にもなっているかもしれない。

診療所はこれまで地域全体を診てきた。通院していた患者が、通院困難になれば患者の自宅に赴き訪問診療を行う。こんな当たり前のことを時代とともに忘れ去ってきたのではないだろうか。それを今一度思い出し、さらに、時代に合った在宅医療制度に進化させなければならない。全ての診療所が「かかりつけ診療所」として、診療報酬上も在宅医療を担うことがメリットとなるような制度の構築が必要である。

*

あえて言うなら、在宅医療まで対応するのが「かかりつけ診療所」である。「在宅療養支援診療所」より「かかりつけ診療所」としての高い位置付けを制度的にも構築してもらいたい。

その上で、在宅医療における24時間365日の対応が、診療所において負担とならないような制度を構築すべきである。

在宅医療において24時間365日の対応は、個々の在宅患者に対して保証されるものであり、一つの医療機関だけでその全てを担うことではない。すなわち複数の診療所が連携し在宅医療チームとして、患者に24時間365日の対応が十分に保証することが重要である。

在宅医療が広く行われるためには、全国どの地域においても、どの診療所でも、当たり前のように在宅医療を担うことができなければならない。そのためには、それを支える制度が必要である。

その核になるのが在宅療養支援診療所であるが、在宅医療を広くより充実させるために、新たな「在宅療養支援診療所」の在り方が必要であり、以下のように提言する。

在宅医療を行う診療所は全て「在宅療養支援診療所」とする。あるいは、在宅療養支援診療所そのものを無くし、全ての診療所が「かかりつけ診療所」として在宅医療を担うものとする。

時代の変遷とともに失われつつあった在宅医療を、制度として復活させる役割としての在宅療養支援診療所は、その主な役割を終えたのかもしれない。

在宅医療を行う診療所では、主治医が行う全ての訪問診療は患者にとってはどれも同じように重要であるため、診療所による訪問診療には実質的な差をつける必要はなく、同じ診療報酬とする方が良い。在宅医療においては、主治医の存在そのものが重要である。主治医は訪問診療を行い、患者に在宅療養における責任を持つ。主治医がたとえ訪問診療のみを行い、臨時の往診には対応できないとしても、他の診療所との連携により、往診と 24 時間 365 日の対応が行われれば患者にとって特に問題とはならない。

*

訪問診療は主治医のみが行うが、往診は主治医だけでなく、副主治医も行うことができる。これは病院における、主治医と当直医の関係と同じである。主治医は担当患者の診療に責任を持つ。夜間や主治医不在時に、病院として当直医が責任を持った対応をする。病院における主治医と当直医の関係は既にでき上がっている。同様のことが地域においても必要となる。地域においては、在宅主治医が病院主治医と同じ立場であり、在宅副主治医が病院当直医と同じ立場である。病院には当直医が必須であるように、地域では副主治医が必須である。病院が当直医の存在を通して入院患者の 24 時間 365 日の対応を保証するように、地域が副主治医の存在を通して 24 時間 365 日の対応を保証する。病院でも在宅でも主治医のみで、患者に対して 24 時間 365 日の対応を保証することは困難であることを理解するべきである。病院では当直医が、在宅では主治医・副主治医制における副主治医が、在宅患者への 24 時間 365 日の対応を可能とする。

訪問診療が在宅医療の中心であり、それを行うのが在宅主治医であることはこれまで述べてきた。往診や 24 時間 365 日の対応は、主治医のみで行う必要はなく、地域におけるチーム全体で行う。地域の診療所間で連携し、チームとして副主治医が往診による対応をすることで、訪問診療を行う主治医の負担が軽減する。往診や 24 時間 365 日の対応の義務がなければ、在宅医療を行える診療所は多く、ほとんど全ての診療所が在宅医療を担うことができるのではないだろうかと思う。

この 24 時間 365 日の対応に必要な往診は、自院患者に対する往診と他院の患者に対する往診に差を設けることで対応できる。自院の患者に行う往診と、他院の患者に行う往診は負担の度合いが違う。これまで診療していない他院の患者の緊急往診や看取りは負担が大きいものである。それに見合う往診料が必要となる。他院の患者に対して、副主治医として行う往診には、例えば現行の「機能強化型在宅療養支援診療所」における往診料緊急往診加算をそのまま算定するのも良いだろう。

そしてこの主治医・副主治医制では、診療所間での委託料などは作らず、往診を行う診療所にはその役割への報酬が緊急往診加算として加算されるように制度化することで、全国どこでも主治医・副主治医としての連携がとりやすくなると考えられる。

在宅療養支援診療所が今後も存在する場合、「在宅療養支援診療所」には、①自院の患者の訪問診療や往診のみする在宅療養支援診療所と、②他院の患者の往診をし、患者の24時間365日の対応を保障する在宅療養支援診療所、及び③訪問診療のみを行う在宅療養支援診療所の大きく3つの型が考えられる。将来的には「主治医・副主治医」グループの連携による相互の対応が形成され、相互に副主治医の役割を持つことで連携による在宅医療が完成する。その中には訪問診療のみを行う在宅療養支援診療所があっても良いだろう。

地域全体において同じように質の高い在宅医療が行われるためには、在宅療養支援診療所が中心となる存在であることは確かであるが、更なる在宅医療の発展のため、「かかりつけ診療所」のように現在の「在宅療養支援診療所」を発展させた新たな制度構築が必要かもしれない。診療所や地域独自の取組だけでは限界があり、国レベルでしっかり対応することが必要と思われる。

表1 在宅療養支援診療所・病院の概要

<p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①診療所であること ②24時間連絡を受ける体制を確保している ③24時間往診可能である ④24時間訪問看護が可能である ⑤緊急時に入院できる病床を確保している ⑥連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している ⑦年に1回、看取りの数を報告している <p>注：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>
--

表2 在宅療養支援病院の概要

<p>【主な施設基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ①200床未満又は4km以内に診療所がない病院 ②24時間連絡を受ける体制を確保している ③24時間往診可能である ④24時間訪問看護が可能である ⑤緊急時に入院できる病床を確保している ⑥連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している ⑦年に1回、看取りの数を報告している <p>注：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>
--

表3 機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

<p>在宅療養支援病院 複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理等を行った場合に高い評価を行う。</p> <p>【主な施設基準】</p> <p>①在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置 ②過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する ③過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している</p> <p>注：上記の要件（①～③）については、他の連携保険医療機関（診療所又は200床未満の病院）との合計でも可</p>
--

表4 在宅療養後方支援病院の概要

<p>【施設基準】</p> <p>①許可病床200床以上の病院であること ②当該病院を緊急時に入院を希望する病院としてあらかじめ当該病院に届け出ている患者（以下、入院希望患者という）について緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れること ③入院希望患者に対して在宅医療を提供している医療機関と連携し、3月に1回以上、診療情報の交換をしていること</p> <p>【算定要件】</p> <p>①入院希望患者に対して算定する。 ②500床以上の場合は、15歳未満の人工呼吸を実施している患者若しくは15歳未満から引き続き人工呼吸を実施しており体重が20kg未満の患者又は神経難病等の患者に限り算定することができる。</p>
--

表5 地域包括ケア病棟の概要

<p>急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。</p> <p>【施設基準等】</p> <p>①疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること ②入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。 ③療養病床については、1病棟に限り届出することができる。 ④許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。 ⑤看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上 ⑥一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上</p>
--

⑦以下のいずれかを満たすこと

ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院（新設・後述）として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院

⑧データ提出加算の届出を行っていること。

⑨リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。

⑩平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることにはできない。

⑪在宅復帰率7割以上（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

⑫1人当たりの居室面積が6.4㎡以上である（地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料）1のみ）

看護職員配置加算：看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上看護補助者配置加算：看護補助者が25対1以上（原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。）

救急・在宅等支援病床初期加算：他の急性期病棟（自院・他院を問わず）、介護施設、自宅等から入院又は転棟してきた患者について算定

提言2. 新たな在宅療養を支援する病院の在り方について

現在、在宅療養支援における病院の役割として、「在宅療養支援病院」「在宅療養方法支援病院」「地域包括ケア病棟」の3つの形態がある。それぞれが、地域包括ケアシステム及び在宅療養支援への役割を持っている。

しかし、在宅療養支援における病院の役割について、次の2つの点から考えてみた。

- ①在宅療養支援診療所の後方支援
- ②入院患者の在宅療養支援

①在宅療養支援診療所の後方支援について

在宅療養支援における病院の役割は、在宅療養支援診療所の支援を通して発揮されると考える。全ての病院は、役割に違いはあっても、「在宅療養支援病院」であるべきである。すなわち、在宅医療は在宅療養支援診療所が行い、全ての病院は在宅療養支援診療所の在宅医療を後方支援する。

現在の制度では、表2のように在宅療養支援病院は診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院であり、在宅医療を行う病院となっている。在宅医療を在宅療養支援病院が実際に行うことで、在宅療養支援診療所が行う在宅医療を阻害することになっているかもしれない。病院が在宅医療を行うことの弊害は、在宅療養支援診療所が在宅医療を行う場合と同様で、在宅医療は在宅療養支援病院に任せれば良いという意識になり、結果として一般の診療所が在宅医療を行うことを避けるようになるかもしれない。

また、表4のように現在の在宅療養後方支援病院は、登録された入院希望患者に対して救急医療や入院医療を行っている。このような特定の患者に限るような在宅医療の登録制ではない方が良いのではないか。特定の患者のみ恩恵があるような方法では、

在宅医療の広がりを阻害するし、かかりやすさを阻害すると思われる。

在宅療養支援病院は、実際の在宅医療は行わず、在宅療養支援診療所の後方支援を行う。在宅療養支援診療所とあらかじめ連携し、緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れる。なお、登録された在宅療養支援診療所の患者に対しては、緊急時に患者情報が必要であるため、あらかじめ何らかの形で診療情報を共有していることが必要である（電子カルテをクラウド化することで、容易に患者情報の共有ができる。長岡市では「長岡市在宅フェニックスネットワーク」が患者情報共有の場として救急医療の現場での利用も含め動き始めている）。

②入院患者の在宅療養支援について

病院主治医は、入院中の患者に対して、特に高齢者に対しては、常に在宅医療の必要性を念頭に病院での診療を行う必要がある。患者は退院した後は、ほとんどが自宅で療養するため、入院中に患者の自宅での療養について十分な方針を持たずに医療が行われると、病院での入院医療が終わったとしても、自宅への退院が困難となる場合がある。病院と同じレベルの療養環境がないと患者の治療を行うことができないと、医療者側も患者側も誤解し同意してしまうことがある。患者側が退院後の自宅での療養に強い不安を持ち、自宅への退院が困難になってしまうことも多い。自宅での療養環境が十分に提供される保証がないと、患者側は在宅での療養を望むことができない。たとえ患者本人が自宅への退院を望んだとしても、家族が反対してしまう。その結果、自宅への退院が困難になり、転院を繰り返したり、介護老人保健施設も含めた施設への入所待ちのためのベッド占有の増加へとつながってしまう。

病院は、全ての入院患者に対して、常に自宅への退院がスムーズに行われるための対策すなわち在宅療養支援が行う必要があるのである。病院とかかりつけ診療所との連携は、患者の良好な在宅療養になくってはならない連携である。

在宅医療となる場合、病院側からは、退院後もかかりつけ診療所とは適切な連携が行われることを患者や家族に示す。すなわち、退院時には在宅療養に必要な情報は、病院からかかりつけ診療所に示され、かかりつけ診療所からの医療が適切に提供されること、病院とかかりつけ診療所は常に連携しており、入院が必要な場合は必ず入院できることが患者側に提示される必要がある。

全ての患者には、常に適切な在宅医療と入院医療が保証されることが重要である。まず、病院医療の質を高めるために、在宅医療との連携が必要であることを全ての病院医師が理解する。自分の受け持ち患者が、病院退院後も療養の質を落とすことなく在宅で療養を続けることができるように対応するのは当然である。医療は病院内だけで完結するものでなく、患者が生きていく地域で完結するという意識を持つ。また、何のために在宅医療に関わるかを、病院自ら行動を起こす。在宅医療について勉強会を開いたり、症例検討会を行ったり、病院自ら在宅医療について理解を深めようとする。在宅医療への関わりが病院医療の質を高める。

次に病院看護師が在宅療養支援を常に持つようにする。すなわち、在宅療養支援看護師（仮称）等を制度化し、入院した患者、特に高齢で在宅医療が必要になる可能性がある患者が、入院前の情報、退院後の療養をふまえて、入院生活を維持できるよう

にする。例えば、病院主治医は「主病」の治療に専念し、ADL低下防止のためのリハビリテーションや在宅療養環境の整備を、在宅療養支援看護師（仮称）が在宅療養支援チームとして行う。例えば、患者が肺炎で入院した場合、主治医は種苗である肺炎の治療を行うが、在宅療養支援看護師（仮称）は、廃用症候群の予防や、ADL低下の予防など在宅療養の環境作りに向けて調整し、在宅療養支援に対してチームとして専門的に関わる。これにより、全ての入院患者は主病の治療とともにADLの維持向上等が図られ、よりスムーズな在宅療養のためのリハビリテーションや家族への介護教育及び在宅療養環境の調整ができる。これは、結果として病院医療の質の向上にもなるだろう。

提言3. 主治医・副主治医制度について

在宅医療を担う主治医を十分に確保するためには、全ての診療所が「かかりつけ診療所」として在宅医療を担えるようにし、それらの診療所が負担なく在宅医療を行うことができるようにしなければならない。そのためには、主治医・副主治医制の制度が不可欠であると考ええる。

一般に、それぞれの診療所の診療方針により、診療所における在宅医療に対する比重は違う。外来診療に比重を置く診療所に在宅医療で24時間365日の責任ある対応は困難であり負担である。外来診療を中心とする診療所であったとしても、在宅医療における負担を軽減し、自院の診療に困難がなく、当たり前のように患者の在宅医療を担うことができることは重要なことである。自院にかかりつけの患者や自院のある地域に居住する患者に、かかりつけ診療所としての在宅主治医であるためには、在宅医療における主治医の負担の軽減が必要である。そのためのシステムが、主治医・副主治医制である。

実際の主治医・副主治医制は地域の医療の実情に合ったものであるべきだが、主治医・副主治医制そのものは、在宅医療を適切に提供するために全国全ての地域において提供されるべきであると考ええる。そのための制度づくりが必要であり、在宅医療が個々の診療所や個人の医師の努力によってのみ行われたり、特定の地域や環境によってのみ行われる医療であってはならない。

以下に主治医・副主治医制の例を述べる。

①緩やかな地域全体を対象とする広域の主治医・副主治医制

主治医・副主治医制の仕組みづくりとして、地域全体を対象とする広域の緩やかな主治医・副主治医制が考えられる。この広域の主治医・副主治医制は、在宅主治医が、主治医・副主治医制に慣れるためと、実際に主治医の負担軽減を図るためのものである。さらに、「地域看取り隊」として、在宅患者の看取りに重点を置いたものも考えられる。ただし、この場合、副主治医の負担は多くなるために、できるだけ早く次の中地域及び地区担当の段階への移行が必要である。

②地域割をもった中地域の主治医・副主治医制

地域全体を3つ程度の中地域に分け、それぞれの地域に複数の担当副主治医を設ける。これは次の地区担当による主治医・副主治医制への移行への過程であり、副主治医に慣れるためのものでもあり、中地域の中で複数の副主治医が存在するのが望ましい。

③地区担当による主治医・副主治医制：主治医・副主治医制の完成型

例えば、「チームドクターファイブ」として、近隣の5つの診療所の在宅主治医が連携して形成する主治医・副主治医制である。5人の在宅主治医が、互いに副主治医となって連携する。つまり、月曜日から金曜日まで、副主治医を担当する日を決め、土日に関しては、5人の輪番制とする。これにより、お互いに主治医又は副主治医として在宅医療に関わることになる。この中に、副主治医になれない主治医がいても良い。なお、完成型である主治医・副主治医制「チームドクターファイブ」までの間にはその地域に応じて、いくつかの途中の形態があるかもしれない。

提言4. 外来診療を行わない、在宅医療に特化した診療所の在り方

在宅医療のみを行う診療所であっても、地域医療を重視しなければならない。在宅医療は地域医療の一部であり、地域医療は地域包括ケアシステムの一部である。地域医療を無視した在宅医療はあり得ない。

最近、在宅医療専門診療所を保健医療機関としての認可される方向にある。従来「外来診療を行う診療所」のみが保険医療機関として認められたが、「外来診療を行わない診療所」も保険医療機関として認める可能性が検討されている。

このような規制緩和により、在宅医療を担う診療所の数が増え、在宅医療が広がり、真の在宅医療に特化した診療所が増加することになるが、地域医療に基づかない在宅医療は、結果として地域医療を混乱させ崩壊させるかもしれない。地域医療・在宅医療の質を低下させないために、また患者に対する責任の所在をはっきりさせるために、「外来診療を行わない診療所」は、地域医師会「地域医療連携センター」の下に置き、地域医療に貢献することが重要と考える。繰り返すが、在宅医療は常に地域医療及び地域包括ケアシステムを前提としなければならない。

以前より、外来診療を行わず、在宅医療のみを行う診療所を提案してきたが、これは、例えばこれまで外来診療を行ってきた診療所医師が、高齢により引退、閉院するケースが多く、このような地域に根差した医師が、たとえ高齢になり外来診療ができなくなっても、引き続き在宅医療を通して地域医療に貢献してもらうことを考えたものである。あるいは、女性医師が、結婚・妊娠・出産などにより、医療現場を離れることを余儀なくされ、いざ医療現場に復帰しようとするときに、子育てもあり、なかなか元の医療現場に復帰できない場合があり、そのような女性医師に、在宅医療を行うことにより、医療現場への復帰を後押しすることも考えられる。

いずれの場合も、24時間365日の対応は困難であるため、主治医・副主治医制により、これらの在宅医が、たとえ平日の日中のみの訪問診療の対応であっても、チームとしての副主治医が往診を行い連携し、患者の24時間365日の対応を確保できるものである。

もちろん、在宅医療を積極的に行う医療機関が、在宅医療に特化する形で診療を行うことが多くなるのは大歓迎だが、あくまでも、地域医療及び地域包括ケアシステムに貢献することが前提である。

提言5. 地域包括ケア病棟及び在宅療養支援看護師について

在宅療養支援病院は、患者の在宅療養を支援するシステムが重要である。急性期病院であっても慢性期病院であっても、患者はいずれ退院し、自宅に戻り療養するのが前提である。在宅療養支援は、地域包括ケア病棟だけでなく、全ての病棟で患者に行い、在宅療養に必要なリハビリテーション等を積極的に行うことで、患者の退院後の在宅療養が入院時より計画的に支援されることが重要である。したがって、地域包括ケア病棟の必要性はなくなり、地域包括ケア病棟の役割は、老人保健施設が持つことになる。

在宅療養支援をより良く行うためには、まず、現在ある退院支援・退院調整看護師を在宅療養支援看護師（仮称）に移行する。退院支援は、本来在宅療養支援であるべきである。在宅療養支援看護師（仮称）は、在宅医療・在宅介護の実態を知り、入院時から退院後の療養環境や在宅療養支援を考慮しながら入院中の療養を行う。在宅での療養環境や退院後の生活を知らずして、適切な退院支援、在宅療養支援を行うことはできない。なお、在宅療養支援看護師（仮称）とは、特定看護師として、在宅療養を知るケアマネジャーや訪問看護等の一定の資格や経験を有するものが、一定の研修を受けて取得する資格であり、在宅療養支援看護師（仮称）を各病棟及び外来に少なくとも1名配置することで、在宅療養支援の質の向上を図ることができると考える。

医療ソーシャルワーカー（MSW）は自宅への退院が困難な患者の老人保健施設及び特別養護老人ホーム等の施設への退院調整を行う。在宅復帰が困難な患者の転院や施設への入所に関しては、病院間、老人保健施設及び特別養護老人ホーム等と適切に連携し、患者にとってより適切な退院先を決定し、その準備を病棟と連携して行う。全ての患者の退院において、病院の病棟が退院に関わる全てに対し責任を負い、病院が患者の退院を決定した場合、退院先の決定や準備は病院側が行い、患者が自分で退院先を探す必要がないようにする。知識も余裕もない患者や家族に、適切な退院先を決めることは困難である。不適切な退院調整が、病院医療及び在宅医療を混乱させているかもしれない。

提言 6. 訪問看護ステーションの在り方

在宅医療において、地域は病院に、患者宅は病室に、患者宅までの道路は病棟の廊下に例えられることがある。そうであれば訪問看護ステーションは、病棟におけるナースステーションに例えることができる。しかし、現状の訪問看護ステーションは、地域性や他の訪問看護ステーションとの連携から考えると、あたかも病院において各病棟のナースステーションから別の病棟の看護に赴くようなものである。病院で、もしそのような看護が行われれば、病棟看護業務は著しく非効率となり、病院全体の医療の質の低下を伴うだろう。

しかし、現在の訪問看護はまさにこの状態にあることが多く、非効率この上なく、地域において在宅医療が広がらない一因となっているのではないだろうか。訪問看護の充実を伴わない在宅医療の発展はない。

また、現在の訪問看護ステーションは横のつながりが弱く、残念ながら訪問看護を通して地域全体の医療・看護を高めるという意識が弱いように思える。

今後、在宅医療の推進とともに訪問看護の必要性、重要性は格段に増えるだろう。訪問看護が必要な在宅療養患者も急増するだろう。その中で、訪問看護ステーションが地域医療、在宅医療における役割を十分に担うためには、現在の非効率な訪問看護のシステムを改善することが重要である。そのためには、訪問看護ステーションの連携を超えて、統合に進むべきであろう。すなわち、先に示した病院での例えのように、地域全体を病院と捉えて、その中の一定の地域を病棟と捉えると、その病棟すなわち地域を、責任をもって担当するのは一つの訪問看護ステーションである。各訪問看護ステーションが担当する地域を決める。また、在宅療養支援病院から、病院を退院する患者の中で、在宅療養に看護が必要な全ての患者に対して、適切に訪問看護が提供されるように検討されると、訪問看護を必要とする患者が多くなるだろう。

以下、現在における訪問看護ステーションの問題点を記した。

- ① 現状では各訪問看護ステーションは各々が患者獲得の努力をしている。全体のバランスや効率性が考慮されていないため、担当地域が広く、他の訪問看護ステーションとも重なっている。その結果、移動等に余計な時間をとられており、効率的な訪問看護業務ができておらず、経営にとっても、必要な人に訪問看護を届けるという点でも悪影響がある。
- ② 地域医療・在宅医療における訪問看護の重要性が十分に理解されておらず、訪問看護が活かされていない。特に、病院に入院中の患者が退院する際に、訪問看護の必要性が十分に評価されていない。病院を退院したがる患者や家族は、「病院が好きだ」とか「在宅の主治医がいない」という理由よりも、「退院後に適切な看護が受けられない」ために退院を躊躇するのではないか。退院後の看護すなわち訪問看護が保障されていれば、もっと在宅への移行がスムーズになり、在宅医療が広がる可能性がある。

- ③ 地域全体の訪問看護ステーションの看護レベルに違いがある。
- ④ 訪問看護は医師の指示の下に医療行為の補助を行うというイメージが強く、主治医と連携する対等な立場という認識が弱い。訪問看護が主治医と対等な立場であればこそ、病院の主治医及び診療所かかりつけ医と真の連携がとれるのではないか。

以上を踏まえ、以下により良い訪問看護ステーションの在り方を考えた。

- ① 訪問看護ステーションの横のつながりを強めるため、訪問看護ステーションを統合し、地域全体を各訪問看護ステーションで分担するシステムを作る。統合された訪問看護ステーションは、地域においては、地域訪問看護ステーション協会（仮称）を組織する。各訪問看護ステーションの経営母体は現在のままで、患者の割り振りや運営支援は、地域医師会における地域在宅医療連携センター（仮称）が連携して行う。
- ② 一部の専門分野・得意分野（小児在宅や精神在宅等）は、特定の訪問看護ステーションが行うが、それ以外は、基本的に担当地区を決め、各訪問看護ステーションが担当する。訪問看護ステーションの規模に応じて地域及び担当患者数を決定するか、担当地域及び担当患者数に応じて、訪問看護ステーションの看護師を確保する。これらにより、地域全体の効率的な訪問看護システムができあがり、訪問看護を必要とする全ての患者に対して、より良い訪問看護を行うことができる。訪問看護を受ける必要がある患者全てが訪問看護を受けられることは、地域における在宅医療の質が高まることを意味する。病院・かかりつけ診療所と訪問看護ステーションの患者毎の実際の連携は、長岡市においては、ICTを使った「長岡在宅フェニックスネットワーク」を通して既に行われている。
- ③ 各病院の全ての高齢患者あるいは介護保険利用患者が退院する際に、退院後の在宅療養において訪問看護が必要かどうか、さらに、実際に訪問看護が実施された患者がどれだけ必要か現状を調査し実態を把握する。各病院は、全ての高齢患者、介護保険利用患者で、退院後に在宅療養が必要となる可能性がある患者の入院に際して、常に入院時より退院後の在宅療養を視野に入れた看護（在宅療養支援看護）を行う。このことにより、在宅療養に訪問看護が必要かどうか常に検討され、退院後に訪問看護が必要な患者には全て訪問看護が適用される。
- ④ 退院前カンファレンスでは、常に病棟看護師から訪問看護師へ申し送りがなされる（病院リハビリテーションは訪問リハビリテーションに、病院薬剤師は訪問薬剤師に、病院栄養士は地域栄養士にそれぞれ申し送りが行われる）。より多くの患者に対して在宅療養における訪問看護の必要性が認識されることによって、訪問看護を受ける患者が増えるため、訪問看護ステーションはより効率良く訪問看護ができる体制が必要となる。在宅療養支援を中心的に行う在宅療養支援看護師（仮称）が、病院において、より積極的な在宅療養支援を行う。

- ⑤ 各訪問看護ステーションは訪問看護全体の質の維持を図る。これを地域訪問看護ステーション協会（仮称）の役割の一つとする。どの訪問看護ステーションでも同じように質の高い訪問看護が提供されれば、病院の主治医も診療所のかかりつけ医も訪問看護ステーションを選ぶ必要がなく、患者の居住する地域で訪問看護ステーションが自動的に決まることになる。

提言7. 特別養護老人ホームにおける医療について

①看取りの対応を積極的に行うための特養副主治医制を作る

特別養護老人ホームでは、現在の制度では、配置医師以外は、みだりに往診できない。

「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」

保険医が、配置医師でない場合については、緊急の場合又は患者の傷病が当該配置医師の専門外にわたるものであるため、特に診療を必要とする場合を除き、それぞれの施設に入所している患者に対してみだりに診療を行ってはならない。

特別養護老人ホームでの看取りが進まない理由の一つに、配置医師が看取りに対応できないことがある。配置医師は基本的には、定期の診療時間帯以外に対応しないことが多く、したがって、配置医師がいない時間帯は、たとえ施設では看取ることができる入所者であっても「急変」とされ、病院へ救急搬送され、死亡確認がされている現状がある（最近では、不搬送となり、警察による検死となる例が多くみられる）。つまり、配置医師によって特別養護老人ホームの看取りの有無が決まってしまう現状がある。

しかし、特別養護老人ホームでの看取りには、配置医師の努力も必要かもしれないが、配置医師の不在時を支える医療体制も必要である。これを、近隣の在宅療養支援診療所が副主治医として、担うことで補えるのではないだろうか。現在の制度でも在宅療養支援診療所は、特別養護老人ホームでの医療を行うことができる。これを特別養護老人ホーム副主治医として「看取り」も行う。いや看取りこそ在宅療養支援診療所の活躍する場でもある。

特別養護老人ホームと契約した近隣の在宅療養支援診療所は、入所者の看取りが予想される場合、あらかじめ連絡を受けておく。入所者が亡くなった場合、往診し死亡診断する。この場合、主治医・副主治医制でも述べたように、診療報酬上往診料として緊急往診加算を適応することにより対応し、特別に委託料などない方がよい。このような制度を作る必要がある。医療者の都合により特別養護老人ホームにおける自然で安らかな看取られる権利を奪わないようにしなければならない。

②特定看護師による特別養護老人ホームでの医療について

特別養護老人ホーム看護師を特養特定看護師（仮称）として制度構築を行い、入所者の健康管理とともに処方や検査等が行えるようにする（アメリカにおけるナースプ

ラクティショナーをイメージする)。

特養特定看護師(仮称)ができる診療は、入所者の健康管理と定期処方を行い、感冒など軽度の疾病に対する診療と臨時薬の処方も行い、必要に応じて嘱託医(嘱託病院)に相談し連携するものとする。

特養特定看護師(仮称)ができる検査は、普段の健康管理に必要なもの及び血糖値やHbA1cあるいはPT-INR、薬物血中濃度等の病状や治療の評価のために必要な血液検査、尿検査等とする。

特養の嘱託医は、特養をバックアップする協力病院の医師が担う方が良い。嘱託医は遠隔的に特養特定看護師(仮称)の相談に応じ適宜アドバイスを行う。入所者の病状評価及び治療方針の決定や治療の変更を行う際、検査等で病院の協力が不可欠である。

また、特養特定看護師(仮称)は、看取り対応と判断された入所者の看取りを行い、死亡診断書を作成することができる。これらの特別養護老人ホームにおける特養特定看護師(仮称)により、入所者の普段の健康管理が充実するとともに、特別養護老人ホームでの看取りが十分に広く行われるようになるだろう。したがって、死亡診断のためだけの救急搬送等、不要な病院受診の減少が期待できる。特別養護老人ホームは看護師によるナースプラクティショナーが最も活躍できる場である。

提言8. 特別養護老人ホーム入所者の在宅復帰及び在宅療養支援を推進する

特別養護老人ホーム入所者で在宅療養を希望し、在宅復帰が可能である入所者を、たとえ一時でも在宅復帰できるよう支援する。なお、一旦在宅に復帰したが在宅療養が困難となった場合、最優先で再入所ができるようにする。これにより患者や家族はいつでも特別養護老人ホームに復帰できるため、容易に在宅復帰を検討することができるようになる。

在宅復帰を積極的に進める特別養護老人ホームを「在宅療養支援特別養護老人ホーム」等として評価し、介護報酬を高くする等により施設に対しても在宅復帰を促す。

特別養護老人ホームの入所申請は、居住地域の施設に個別に申し込むことをやめ、地域内で1か所にまとめて行い、第3希望まで程度の施設を希望することができるようにする。特別養護老人ホーム入所待機者で、入所の順番になっても、引き続き在宅療養を希望した場合、その待機者順位を保障することで、できるだけ在宅療養期間を延ばすことができる。すなわち、在宅療養が困難になれば、いつでも入所できるという安心感の下に在宅療養が継続できる。入所を延期し在宅療養継続者が多くなれば、また、在宅復帰する利用者が増えれば、その数と同数の定員の特別養護老人ホームを新たに造ったのと同じ効果がある。

提言 9. 介護老人保健施設を在宅復帰支援に特化する

介護老人保健施設を在宅療養復帰支援の専門医療機関としての本来の役割を持たせる。そのための人員の確保や施設の整備、関連機関との連携の強化、診療報酬の確保を行う。すなわち、介護老人保健施設は、各病院で在宅療養支援に努めたにもかかわらず、自宅復帰が困難とされた患者に対して、毎月一定数の患者を受け入れ、より専門的に在宅復帰支援を行う。入所した患者は、老人保健施設で1～6か月の入所により、在宅療養に必要なリハビリテーションや在宅療養環境の調整等の在宅療養支援を行い、在宅療養復帰をより専門的に推進する。

介護老人保健施設は、在宅復帰及び在宅療養支援の専門職集団として、在宅療養支援看護師やMSW、ケアマネジャーなどが、在宅復帰支援の方法や経験を蓄積し、在宅療養支援専門機関としての役割を果たす。なお、介護老人保健施設を老人保健施設とし医療保険のみを適用し、介護保険の施設とはしない方が良いかもしれない。また、老人保健施設において在宅療養が困難と判断された場合、特別養護老人ホーム等への施設入所を優先的に行う。そして、老人保健施設を看取りの場とはしない。在宅復帰が困難であり、あるいは看取り対応の場合は、特別養護老人ホームへの入所とする。看取りにはは特別養護老人ホームが適切な場所である。

提言 10. サービス担当者会議の在り方について

サービス担当者会議は、担当のケアマネジャーを中心に、介護サービスを提供する事業者、利用者、その家族、かかりつけ医などが集まって、各々の立場から意見を述べサービスを検討し、適切で良好なケアが行われるために重要な会議である。しかし、実際は主治医も含めた介護保険サービスの事業者全員が、会議に参加することは困難であり、特に主治医のサービス担当者会議への参加が少ないことが問題となっており、主治医不参加が当たり前の会議となっている。

これに対して、ICT（タブレット端末等）を利用した「サービス担当者会議」を正式なサービス担当者会議と認めることで、ケアマネジャーを中心として、多くのサービス事業者が、負担が少なく、しかし意味のあるサービス担当者会議に出席することができるようになる。これは主治医のサービス担当者会議参加も意味する。サービス担当者会議は多職種協働の地域ケアの実践の場である。これにより、在宅患者や特別養護老人ホーム入所者も含めた全介護保険利用者のサービス担当者会議を主治医も含めた全ての事業者が参加した形で常に行うことができるようになる。サービス担当者会議への主治医の参加は重要である。

具体的には、ICTを利用し、ケアマネジャーはあらかじめ、サービス担当者会議の実施を告知する。1週間以内に意見や情報の提供を各サービス担当者に求め、サービス担当者会議の論点や各サービス担当者からの情報を提示する。その後1週間ほどの議論期間を設け、論点の議論を行う。議論の終了後、その結果をケアマネジャーがまとめ、参加者全員に提示し、了解を得る。つまり、ケアマネジャーは、会議の開催、情報の収集、議論実施及び会議の結果の提示を行い、これに責任を持つ。ケアマネ

ジャーがサービス担当者会議の責任者であるとともにケアチームの要である。対面することによるサービス担当者会議は、理想ではあるが、時間調整の難しさ等から、全員参加の開催は困難であり、たとえ開催されても、その多くが形ばかりの会議開催となっているのではないだろうか。特に主治医が参加できないことが大きな問題である。ICTによる会議は、時間調整の必要がなく、予定どおりに計画的に実施できるため、全ての介護保険利用者に対して主治医も含めた介護保険サービスの事業者全員が参加するため、ケアの質を高めることが期待できる。

提言 11. 在宅医療連携拠点としての「地域医療連携センター」について

在宅医療連携拠点として「地域医療連携センター」を地域医師会内に置き、地域内の在宅医療の調整を行う。地域医師会は、地域医療の拠点であり、地域医療の真の推進の責任を担う。

具体的には、地域医療連携センターは、地域内での在宅患者の割り振りや、在宅療養支援診療所間の連携及び病院とのスムーズな連携等、訪問看護ステーションなど、他の医療関係機関との連携・調整を行い、地域内の医療環境の調整を行い、地域医療の拠点となり、地域内の在宅療養を必要とする全ての患者に対して在宅医療を担う在宅療養支援診療所の地域医療連携の要となる。

提言 12. 災害時における医療について

大災害時において適切な医療を行うために、電子カルテをあらかじめ全てクラウド化しておくことで、病院あるいは診療所が被災し、電子カルテが破損し、使えなくなっても、被災した診療所に電子カルテ本体を届ける等の対応をメーカー側が行うことができれば、仮設の診療所でも通信環境さえ整えば、すぐに診療が再開できる。応援に派遣された医師団も、同じ電子カルテを使い診療ができる。

日本医師会による電子カルテの使用も検討される。例えば、長岡市医師会の夜間休日診療所では、担当する医師が自分のパスワードで、電子カルテを共有している。これと同様に、日本医師会の会員である医師が震災時に各自のパスワードを使い電子カルテを使用できるようにする。

震災時においてあらかじめ医療保険の保険者のデータを活用できるようにする。

3. 11 東日本大震災は、3月10日というレセプトの締め切り後に発生している。保険者には同年2月分のレセプト全てが届いており、しかも大半が電子化されていたと考えられる。この電子化された患者データを災害時の医療に役立てるものである。あらかじめ災害時における、保険者のデータの利用が想定されていれば、今回のような大震災においてもすぐに災害時の医療に役立てることができたのではないか。避難所の診療で、薬の現物を見せて、「この薬でしたか？」などの不確実な情報での診療は回避できる。臨床医は、レセプトの「病名」「処方内容」がわかるだけでも、ある程度の診療はできるものである。

災害地医療で発行された処方箋は、被災していない地区の地域薬剤師会にファックス等で被災地区毎に分担し調剤する。調剤された薬剤はヘリコプター等で一括して輸送し、被災地毎に患者へ届ける。現在検討されている、被災地に薬剤をあらかじめ備蓄したり、必要な薬剤を輸送し被災地で調剤することはかえって混乱を引き起こすと思われる。被災していない地域で調剤することで対応できるのではないだろうか。現在の制度でも、処方箋は日本全国どこの調剤薬局でも通用するものである。

調査事例名簿

調査事例名簿

- ・東京都世田谷区

住 所 東京都世田谷区世田谷 4-21-27

電話番号 (03) 5432-1111

- ・公益社団法人 日本理学療法士協会

森本 榮 常任理事

大津 陽子 事務局機能課 保健係

住 所 東京都渋谷区千駄ヶ谷 3-8-5

電話番号 (03) 6804-1422

- ・公益社団法人 茨城県理学療法士会

斉藤 秀之 会長

住 所 茨城県水戸市緑町 3-5-35 茨城県保健衛生会館内

電話番号 (029) 353-8474

- ・公益社団法人 日本薬剤師会

森 昌平 副会長

有澤 賢二 常務理事

小松 紀子 営業部 医薬・保健課 課長補佐

住 所 東京都新宿区四谷 3-3-1

電話番号 (03) 3353-1170

- ・京都府乙訓地域 チームドクターファイブ

馬本 郁男 医療法人馬本医院 院長

住 所 京都府長岡京市下海印寺横山 43

電話番号 (075) 953-8717

- ・特定非営利活動法人 長崎在宅 Dr. ネット

詫摩 和彦 副理事長

住 所 長崎県長崎市馬町 21-1 B-13

電話番号 (095) 811-5120

・兵庫県朝来市

足立 里江 地域包括支援センター 主任ケアマネジャー（地域包括支援係長）

馬袋 真紀 市長公室総合政策課 上席主査

住 所 兵庫県朝来市和田山町東谷 213-1

電話番号 (079) 672-6110

・岡山県総社市

野瀬 明子 長寿介護課 地域ケア推進係 主任

住 所 岡山県総社市中央 1-1-1

電話番号 (0866) 92-8200

・社会福祉法人 長岡福祉協会 高齢者総合ケアセンターこぶし園

吉井 靖子 総合施設長

住 所 新潟県長岡市深沢町 2278-8

電話番号 (0258) 46-6610

・医療社団法人ほんだファミリークリニック医院

本田 雅浩 医院長（長岡市医師会）

住 所 新潟県長岡市青葉台 3-16-6

電話番号 (0258) 46-6085

・事務局

岸田 拓士 一般財団法人 地方自治研究機構 調査研究部主任研究員

羽田 康宏 一般財団法人 地方自治研究機構 調査研究部研究員

・基礎調査機関

石田 玲 株式会社 粹文堂 代表取締役

（平成 28 年 3 月現在）

地域包括ケアシステムの課題解決に向けた
取組状況に関する調査研究

－平成28年3月発行－

一般財団法人 地方自治研究機構

〒104-0061

東京都中央区銀座7-14-16 太陽銀座ビル2階

電話03-5148-0661（代表）

