

平成28年度 厚生労働省委託事業

在宅医療関連講師人材養成事業 研修会

～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【日 時】

2017年1月29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

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

平成28年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

【目 的】

全国都道府県医師会から推薦された受講者の先生方が、地域において在宅医療に関する推進活動における講師となれるよう本研修を位置付ける。

【日 時】

2017年1月29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

わが国の国民皆保険は、戦後、まだ発展途上であった1961年、生活のインフラ整備のための相互扶助による保険制度として確立されました。国民の健康寿命を世界トップレベルに押し上げてきたわが国の医療システムは世界に誇るべきものであり、これからも堅持していくべきものです。一方、総人口は2008年前後の約1億2800万人をピークに減少に転じており、2050年頃には1961年当時の水準にまで減少するとも言われており、わが国の高齢化は世界に類を見ない早さで進んでいます。2025年には団塊の世代が75歳以上となりますが、世界中のどの国にも先立って進む少子高齢化に伴う人口減少社会を見据え、将来の医療や介護について、わが国全体で考えていかなければなりません。

このような状況において、国は社会保障政策の柱の一つとして地域包括ケアシステムの構築を掲げておりますが、進めるうえで重要なことは、かかりつけ医や地域医師会が中心となって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」に取り組むという姿勢であり、それこそ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。

日本医師会では、国民に必要な医療・介護を過不足なく提供するためには、「かかりつけ医」をもつていただくことが必要であると考えております。平成28年4月から開始した「日医かかりつけ医機能研修制度」の研修会には、全国から多くの医師に参加していただき、「かかりつけ医」ということへの意識が高まってきていると感じています。これが国民にこれまで以上に、質の高い医療を提供するためのひとつの大きな力となると思います。

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、自ら研鑽し質の向上も図りながら、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。

本研修会では、研修修了者に地域において在宅医療に関する研修会の講師となって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ましては、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益々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29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、健全な在宅医療の普及推進を目指した18の学術団体や職能団体等によって、平成27年3月に組織され、さまざまな活動を行っています。

このたび、「平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業（厚生労働省）」をJHHCAが受託するとなりましたので、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、昨年度に引き続き研修会を開催する運びとなりました。

ご承知のように、地域包括ケアシステム構築が基礎自治体の重要な役割となり、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頂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、「くらし」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ことも求められます。死を医学の敗北とし、命をつなぐことを最大の目的と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、もっといえば福祉タクシーのドライバーにも、そして行政にも「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。なお、シラバスの編纂を行いましたので、研修会修了された皆様方には、在宅医療関連事業に各地域でご活用頂ければと願っております。多職種協働を基盤として、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。

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。

平成29年 初春

日本在宅ケアアライアンス
議長 **新田 國夫**

平成28年度 厚生労働省委託事業 在宅医療関連講師人材養成事業 研修会 ～高齢者を対象とした在宅医療分野～

日時 2017年1月29日 (日) 9:00～17:00 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の先生方が、地域において在宅医療に関する推進活動における講師となれるよう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】 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 佐々木 健 (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)
9:50～10:50	【総論2】 都道府県医師会から地域へのアプローチ ◆その1：静岡県医師会における取り組み 篠原 彰 (静岡県医師会) ◆その2：千葉県医師会における取り組み 土橋 正彦 (千葉県医師会) ◆その3：埼玉県医師会における取り組み 湯澤 俊 (埼玉県医師会)
休憩 (10分)	
11:00～11:20	【総論3】 居住系施設等との連携 苛原 実 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク)
11:20～12:00	【総論4】 小児在宅医療 ◆小児在宅医療 病院の立場から 中村 知夫 (国立成育医療研究センター) ◆小児在宅医療 診療所の立場から 高橋 昭彦 (ひばりクリニック)
昼食 (60分)	

プログラム [午後：13:00～17:00]

13:00～15:00	【各論1】 A 多職種協働・地域連携 座長：飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構) ◆症例1：84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症 ◆症例2：59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移 i) 訪問看護 平原 優美 (日本訪問看護財団) ii) 訪問リハビリテーション 大西 康史 (日本リハビリテーション・病院施設協会) iii) 訪問歯科診療 花形 哲夫 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会) iv) 訪問薬剤管理 大澤 光司 (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 米山久美子 (日本在宅栄養管理学会) 総括：草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会)
15:00～16:00	【各論1】 B モデル・ケアカンファレンス 座長：飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構) ◆症例1：80歳女性 独居、認知症、全盲 ◆症例2：91歳女性 認知症、胆管がん 澤潟 昌樹 (在宅総合ケアセンター元浅草) 小林 輝信 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会) 鈴木 央 (日本プライマリ・ケア連合学会) 鷺見よしみ (日本介護支援専門員協会) 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) 花形 哲夫 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会) 平原 優美 (日本訪問看護財団) 米山久美子 (日本在宅栄養管理学会)
休憩 (10分)	
16:10～16:50	【各論2】 在宅医療・介護連携事業～地域づくりの実践～ 座長：太田 秀樹 (全国在宅療養支援診療所連絡会) i) 連携拠点事業から見てきたもの ～かかりつけ医への期待～ 三浦 久幸 (国立長寿医療研究センター) ii) 地域包括ケアステーション構築を目指して ～在宅看取り率20%の町から～ 前原 操 (栃木県医師会)
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	18
【総論2】 都道府県医師会から地域へのアプローチ	29
◆その1：静岡県医師会における取り組み	29
◆その2：千葉県医師会における取り組み	40
◆その3：埼玉県医師会における取り組み	51
【総論3】 居宅系施設等との連携	59
【総論4】 小児在宅医療	69
◆小児在宅医療 病院の立場から	69
◆小児在宅医療 診療所の立場から	81
各論1の趣旨・狙い	92
【各論1】 A 多職種協働・地域連携	93
◆症例1：84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症	93
◆症例2：59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移	120
【各論1】 B モデル・ケアカンファレンス	143
◆症例1：80歳女性 独居、認知症、全盲	143
◆症例2：91歳女性 認知症、胆管がん	144
【各論2】 在宅医療・介護連携事業～地域づくりの実践～	145
i) 連携拠点事業から見てきたもの～かかりつけ医への期待～	145
ii) 地域包括ケアステーション構築を目指して ～在宅看取り率20%の町から～	156
参考資料	166
団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて	166
日本在宅ケアアライアンス・加盟団体および有識者委員	170
プロフィール	171
「平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業」委員名簿	180

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】

都道府県医師会から地域へのアプローチ

- ◆その1：静岡県医師会における取り組み
- ◆その2：千葉県医師会における取り組み
- ◆その3：埼玉県医師会における取り組み

【総論3】

居住系施設等との連携

- ◆居住系施設等との連携

【総論4】

小児在宅医療

- ◆小児在宅医療 病院の立場から
- ◆小児在宅医療 診療所の立場から

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 佐々木 健

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、住み慣れた地域で自分らしく人生の最期まで過ごすことができるように医療、介護、住まい、予防、生活支援サービスが身近な地域で包括的に確保される体制を構築するため「地域包括ケアシステム」の整備が進められている。その概念や考え方を理解し、地域包括ケアシステムにおける在宅医療が担う機能や役割を理解するとともに、介護との連携、多職種連携や医療・介護提供体制の方向性についても理解する。

Keyword 在宅医療、地域包括ケアシステム、医療計画、介護保険事業計画

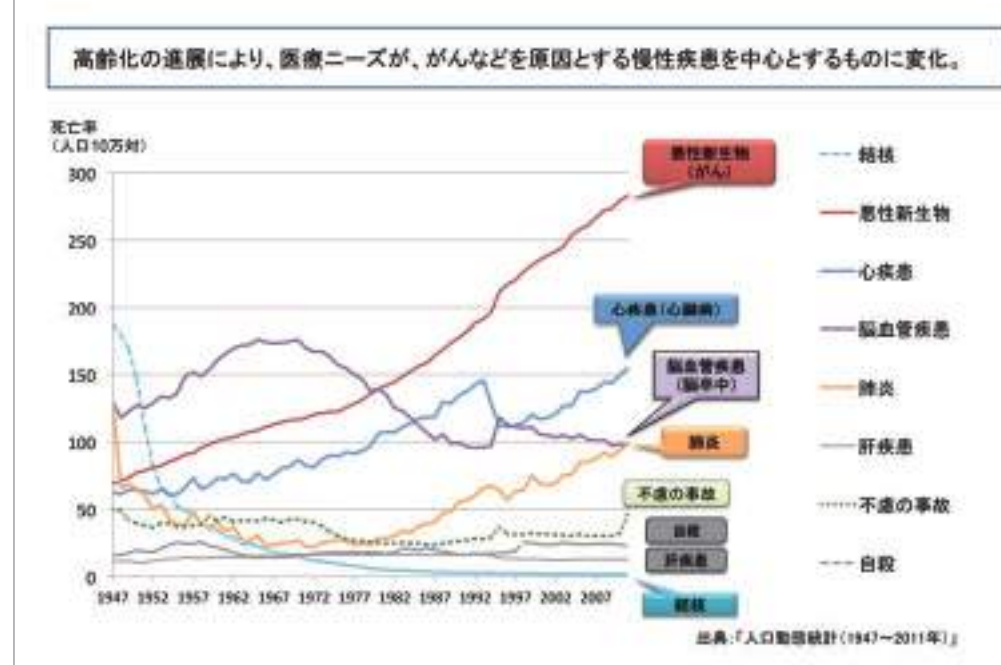
- 内容**
- 地域包括ケアシステムにかかる背景
 - 地域における医療および介護を総合的に確保するための基本的な方針
 - 在宅医療の位置づけおよび現状
 - 今後の方向性

1 日本の人口の推移

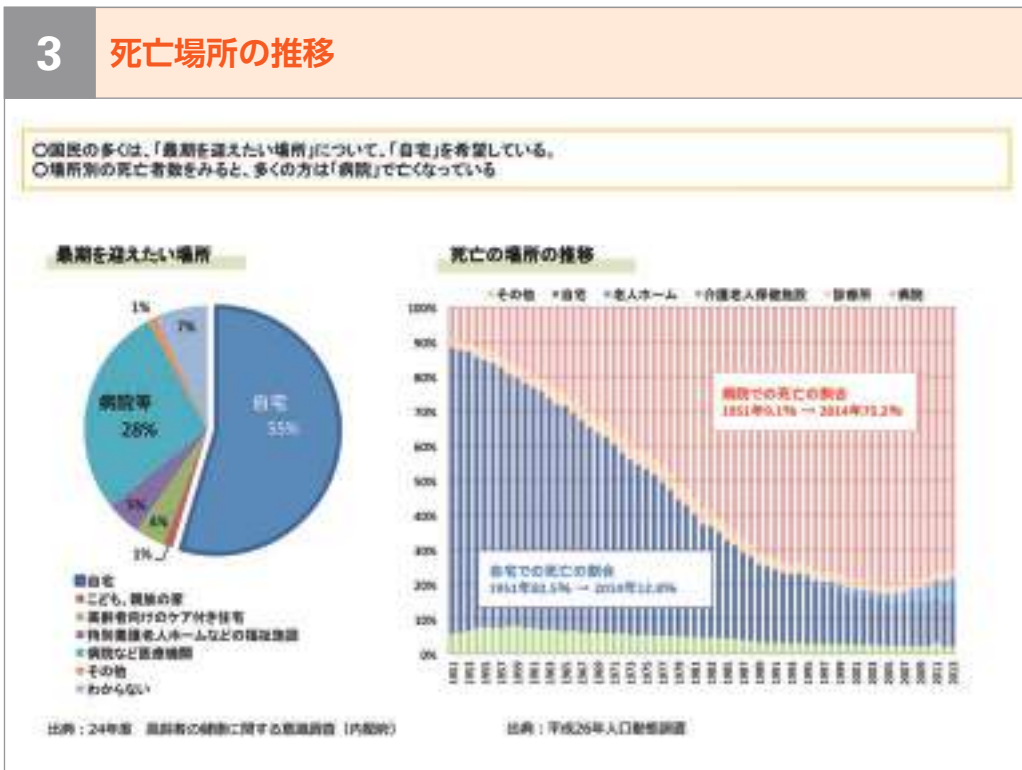


日本の人口は近年横ばいであり、人口減少局面を迎えている。2013年の高齢化率は25.1%だが、総人口に占める高齢者の割合は今後増加し、2030年には30%を超え、2060年には総人口9000万人を割り込み、高齢化率は40%前後になると予想されている。その一方で、15～64歳の生産人口と14歳以下の子どもの人口は減少傾向にある。

2 主な疾患別の死亡率の推移



近年、高齢化の進展により、医療ニーズが悪性新生物（がん）や心疾患、脳血管疾患などの慢性疾患を中心とするものに変化してきている。



高齢者の健康に関する意識調査からは、「最期を迎えたい場所」について、国民の55%が「自宅」を希望している。その一方で、実際に死亡している場所は1975年前後を境に「病院」が「自宅」を上回り、近年では病院が約75%、自宅では13%前後となっていて、希望と現実の間に乖離がみられる。



高齢人口の増加に伴い、年間の死亡者数は今後も増加することが予想されている。年間の死亡者数のピークは2040年前後と予想され、2015年よりも年間約36万人多くなることが見込まれている。

5 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針

地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律(平成元年法律第64号)第3条に基づき、平成26年9月12日、地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)を策定。

地域における医療及び介護の総合的な確保の意義・基本的方向

○意義: 「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年に向け、利用者の視点に立って切れ目のない医療及び介護の提供体制を構築。自立と尊厳を支えるケアを実現。

○基本的方向: ①効率的で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 / ②地域の創意工夫を生かせる仕組み / ③質の高い医療・介護人材の確保と多職種連携の推進 / ④限りある資源の効率的かつ効果的な活用 / ⑤情報通信技術(ICT)の活用

国 総合確保方針

都道府県 医療計画、介護保険事業支援計画

市町村 医療計画、介護保険事業計画

【基金の活用に応じた基本方針】

- 新法府県は、関係者の意見が反映される仕組みの整備
- 高度医療確保の促進など、公益性・透明性の確保
- 医療機関・介護施設等との役割分担の明確化等

【基金事業の範囲】

- ①地域医療連携の促進に向けた医療機関の連携又は施設間の連携に関する事業
- ②県域における医療的ケアに関する事業
- ③介護保険事業の推進(地域包括ケアサービス)に関する事業
- ④高度医療の確保に関する事業
- ⑤介護保険事業の推進に関する事業

高齢化に伴い、医療ニーズだけではなく介護ニーズも増加していく。そこで、平成26年に「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(総合確保方針)」が策定されている。「団塊の世代」が全て75歳以上となる2025年を見据え、医療や介護が必要な状態となっても、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続し、人生の最期を迎えることができる環境を整備し、切れ目のない医療及び介護提供体制の構築を目指す。この方針に即して、医療計画や介護保険事業計画を策定していく。また、こうした体制整備のために、地域医療介護総合確保基金を都道府県に設置し、各種事業を行うこととしている。

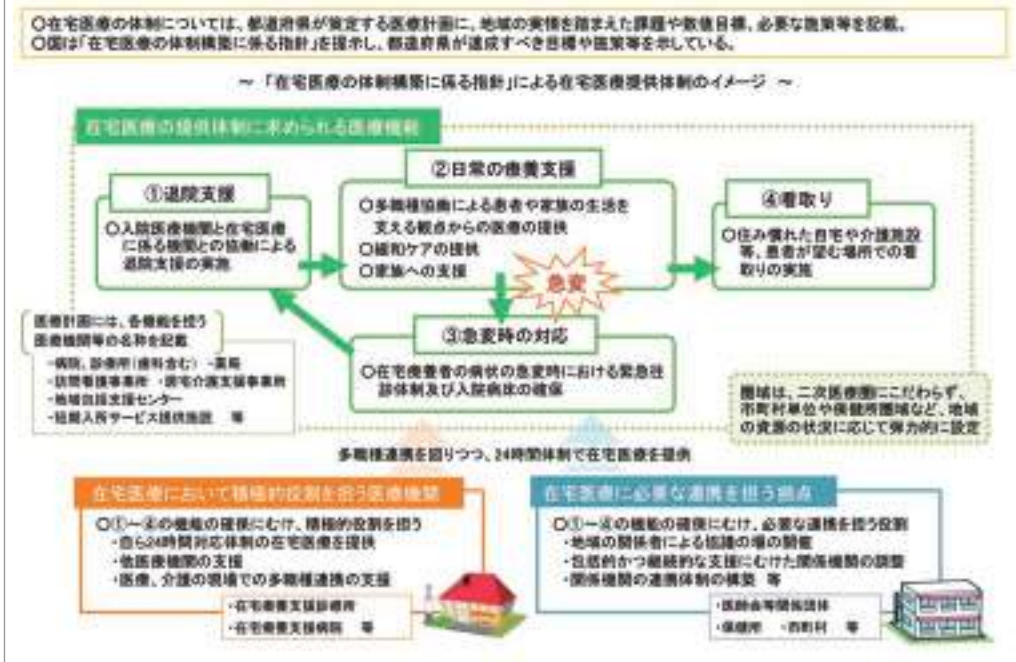
6 地域包括ケアシステム(医療介護総合確保促進法第2条第1項)

地域の実情に応じて、高齢者が、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、医療、介護、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

【本図の出典】 地域包括ケア研究会「地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業 報告書」(H28年3月)

地域包括ケアシステムは「地域の実情に応じて、高齢者が、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、医療、介護、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」となっている。人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、すでに75歳以上人口も減少している町村部など、高齢化の進展状況には大きな地域差がある。そこで、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ことが必要である。

11 在宅医療の体制について



医療計画の中で在宅医療の提供体制に求められる医療機能として「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」をあげている。各機能を担う医療機関等の名称を記載していくとともに、都道府県が達成すべき目標や施策等を示している。その中で、多職種連携を図りつつ、在宅療養支援診療所・病院等の積極的役割を担う医療機関と医師会や保健所等の必要な連携を担う役割をもって、24時間体制で在宅医療を提供できるように整備していくこととしている。

12 在宅医療を受ける患者の動向



在宅医療を受ける患者数の動向を示す。在宅医療には、患者宅に計画的・定期的に行き、診療を行う「訪問診療」と、患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し診療を行う「往診」がある。訪問診療を受ける患者は、近年大幅に増加している(往診は横ばい)。また、訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者である(約90%)。その一方で、小児等も一定割合存在し、その数は増加傾向にある。

13 在宅医療の提供体制 ～急変時の対応～



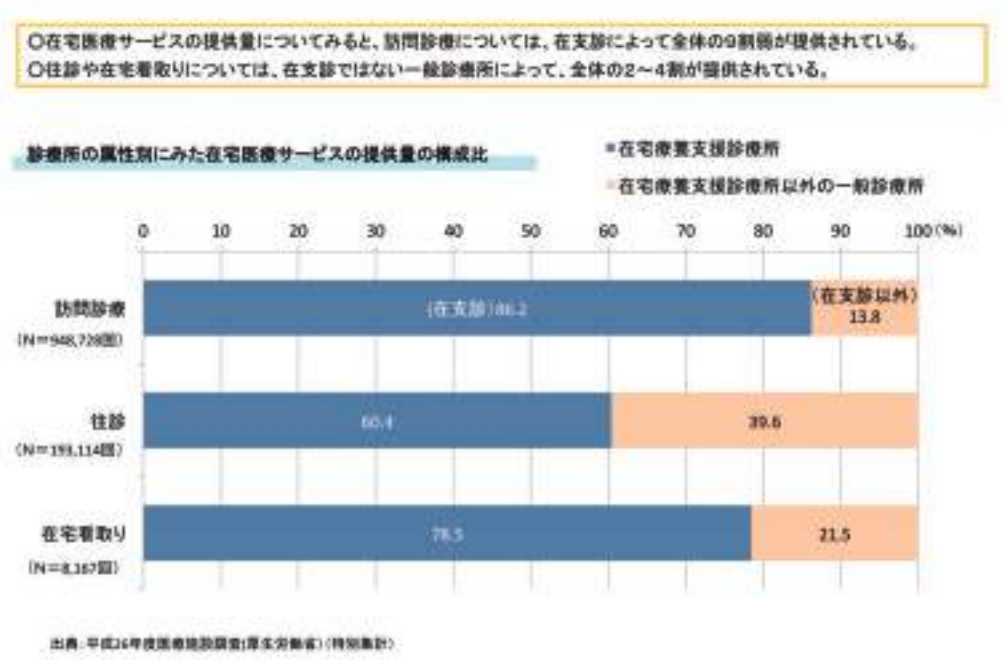
緊急時の連絡体制および24時間往診できる体制等を確保している在宅医療を行う医療機関について、平成18年度より診療報酬上の評価を創設している(平成18年度に在宅療養支援診療所、平成20年度に在宅療養支援病院)。これらの24時間体制で在宅医療を提供する医療機関の数は増加している。

14 在宅医療サービスを実施する診療所の属性



在宅医療サービスを提供している一般診療所の施設数を示す。在宅医療を在宅療養支援診療所(在支診)が全て担っているかという、そういうわけでもない。在支診以外の診療所も相当数あり、訪問診療では、在支診と在支診以外はほぼ同数、往診は在支診以外のほうが多い状況である。また、全体的に看取りに関しては行っている施設が少ない状況である。在支診の役割は大変大きい、在支診であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

15 属性による在宅医療サービスの提供量の違い



在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については在支診によって全体の約9割弱が提供されている。往診や看取りについては、在支診ではない一般診療所によって全体の2～4割が提供されている。

17 在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業

平成27年度予算 11百万円
平成28年度予算 16百万円

【目的、事業概要】
○地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後一層顕著化することが見込まれる。
○国において、従来の講師人材の不足や質の格差などの課題に対処し、地域の裾野を対症面以外でも支えていくため、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる高次元人材を育成する。

【事業概要】
○医師を対象とした「高齢者向け在宅医療」、「小児等在宅医療」と、看護師を対象とした「訪問看護」の3つの分野ごとに、研修プログラム作成や全国研修を実施する。

国(厚労省、研究機関、学会等)

◆研修プログラムの開発
- 自治体、学会、研究機関等が連携し、人材育成研修プログラムを作成。
- プログラムは、在宅医療の主要な3分野に特化して開発。それぞれのプログラムの相互連携も盛り込む。

◆全国研修の実施
- 開発したプログラムを活用し全国研修を実施。
- 受講者が、地域で自治体と連携しながら人材養成事業を運営するなど、中心的な存在として活躍することを期待。

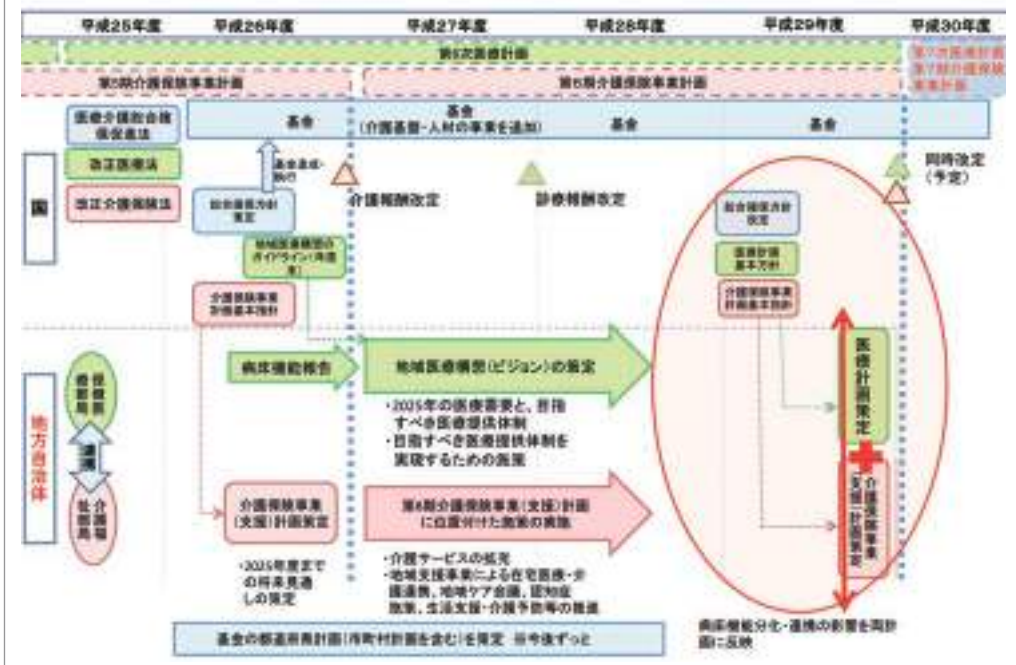
◆27年度の全国研修の状況
＜高齢者向け在宅医療＞
日時：平成27年1月13日
於：日本医師会館大講堂
約2,000名の医師が参加
＜小児等在宅医療＞
日時：平成27年2月7日
於：国立成育医療研究センター
約1,400名の医師が参加
※医師研修対象は平成28年度より実施予定

都道府県・市町村
地域医療連携推進基金等を活用し、在宅医療に係る人材育成を実施

(参考)研修基金における在宅医療分野への交付額 271億円(16、27年度計)

在宅医療に関連する医政局地域医療計画課の取り組みを紹介する。「在宅医療・訪問看護ハイレベル人材養成事業」である。地域包括ケアシステムの構築に向け、在宅医療にかかる人材育成の取組は今後一層重要となる。将来の講師人材不足や質の格差などの課題に対処するために、在宅医療に関する専門知識や経験を豊富に備え、地域で人材養成事業を支えることのできる人材を育成する取り組みを行っている。今事業は在宅医療（高齢者）と小児等在宅医療向けには医師を対象に、訪問看護には看護師を対象に研修プログラムの開発と全国研修を行っている。

16 医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュール



医療・介護提供体制の見直しの今後のスケジュールを示す。医療計画・介護保険事業計画ともに次の計画は平成30年度から開始となる。それに向けて、現在、総合確保方針の改定、医療計画基本方針、介護保険事業計画基本方針を策定中である。これらを受け都道府県、市町村は平成29年度に計画を策定していくこととなる。

18 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組 人生の最終段階における医療体制整備事業

【背景・課題】
○高齢化が進み、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となる。
○人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要であり、厚生労働省では、こうした合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」(平成18年策定、平成28年改訂)を策定し、周知を図ってきた。
○しかしながら、平成25年の調査によれば、当該ガイドラインは医療従事者に十分認知されているとは言えず、人生の最終段階における医療に関する研修も十分に行われていない状況である。

【事業内容】
○平成26、27年のモデル事業の成果を踏まえ、国において、人生の最終段階における医療に関する患者の相談に対応できる医療・ケアチーム(医師、看護師等)の育成研修を全国展開することで、患者の相談体制の基盤を強化する。

H26～27年度 試行事業(15医療機関)

H28年度 全国の主要都市で人材育成研修を実施

154名の医療機関で、患者の相談に対応できる医療・ケアチームを配置

試行事業で医療・ケアチーム研修の励みは、医療機関の相談対応力の向上、患者さまの満足度の向上、⇒全国普及のための事業へ

【事業概要】
- 全国の主要都市で研修を実施
- 200以上の医療機関での医療・ケアチーム養成を目標とする。

【ポイント】
- 医療機関単位(チーム単位)で研修に参加させることで、現場で即効的な対応が可能
- 研修終了後に遠隔研修を行うよう求め、また関係学会等と連携・協力しながら研修を実施することで、効果性を高める

【医療・ケアチーム】
医師、看護師、MSW等

高齢化が進み、年間死亡者数が増加していく中で、人生の最終段階における医療のあり方が大きな課題となっている。人生の最終段階における医療について、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として進めることが重要である。これらの合意形成のプロセスを示す「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定している。人生の最終段階における医療に関する患者の相談に適切に対応するためのプログラムを作成し、医療ケアチーム（医師、看護師等）の育成研修を全国展開して行っている。

総論 1 地域包括ケアシステムと在宅医療

かかりつけ医の在宅医療と地域特性

鈴木 邦彦

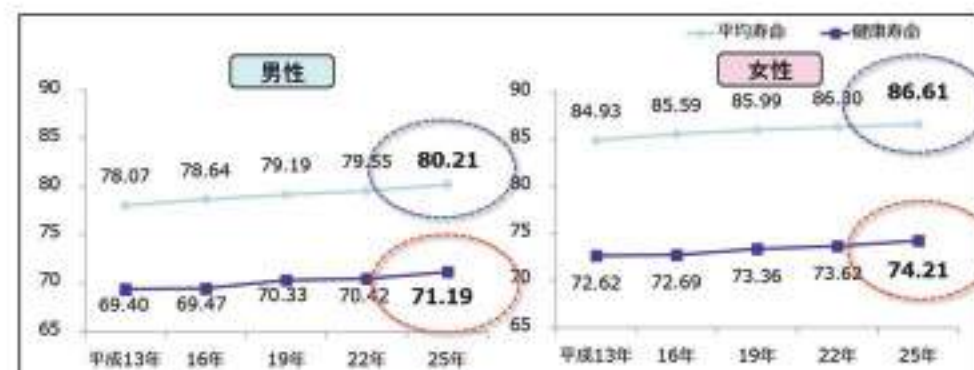
目標 世界に類を見ない超高齢社会となるわが国においては、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、専門医が開業する日本型の診療所という既存資源を活用し、かかりつけ医機能を充実・強化して、施設も在宅も利用する日本型の高齢者ケアシステムを構築していく必要性を理解していただく。

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 ①地域包括ケアシステム ②在宅医療 ③かかりつけ医 ④中小病院・有床診療所・診療所 ⑤郡市区医師会 ⑥まちづくり・社会づくり

- 内容**
1. 日本の医療の現状
 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. 超高齢社会における医療と介護の役割の変化
 9. かかりつけ医の定義
 10. 日医かかりつけ医機能研修制度
 11. 高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大
 12. 医療機関・介護施設における地域活性化モデル
 13. 3重のコンパクトシティによる地域活性化構想
 14. 全世代・全対象型地域包括ケアの社会づくり

1 日本の医療がもたらしたもの



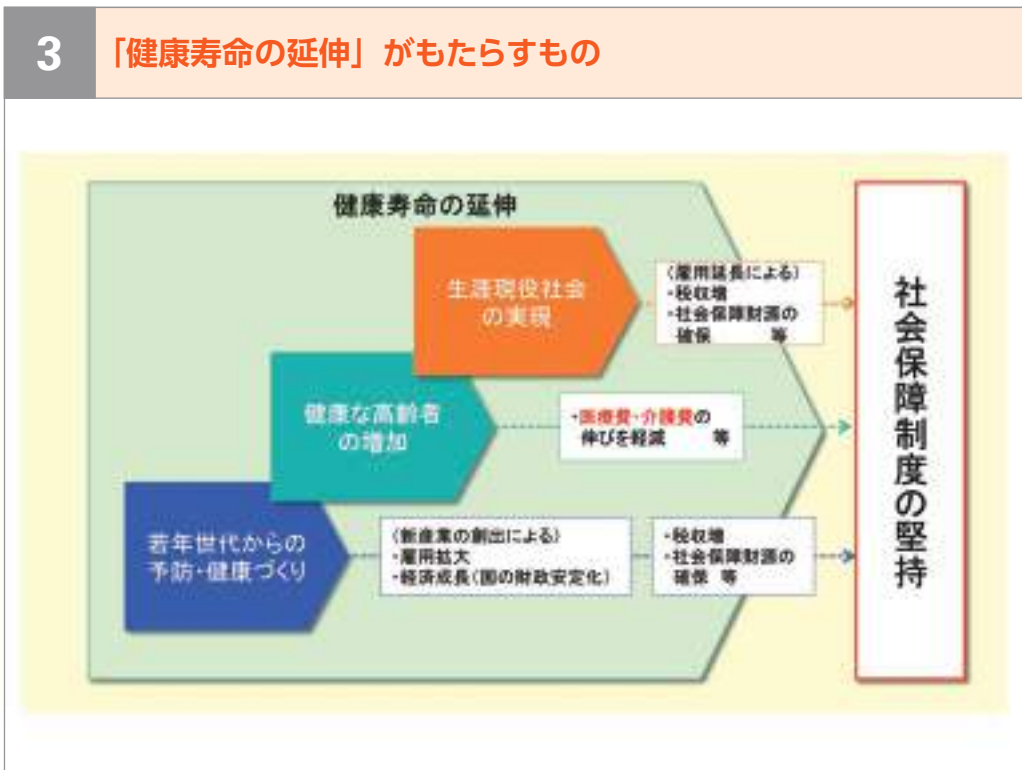
日本は世界トップクラスの長寿国に！
⇒ 健康寿命との間に大きな格差

わが国の平均寿命と健康寿命はともに世界トップクラスだが、両者の間には大きな格差があり、健康寿命の延伸が大きな課題となっている。

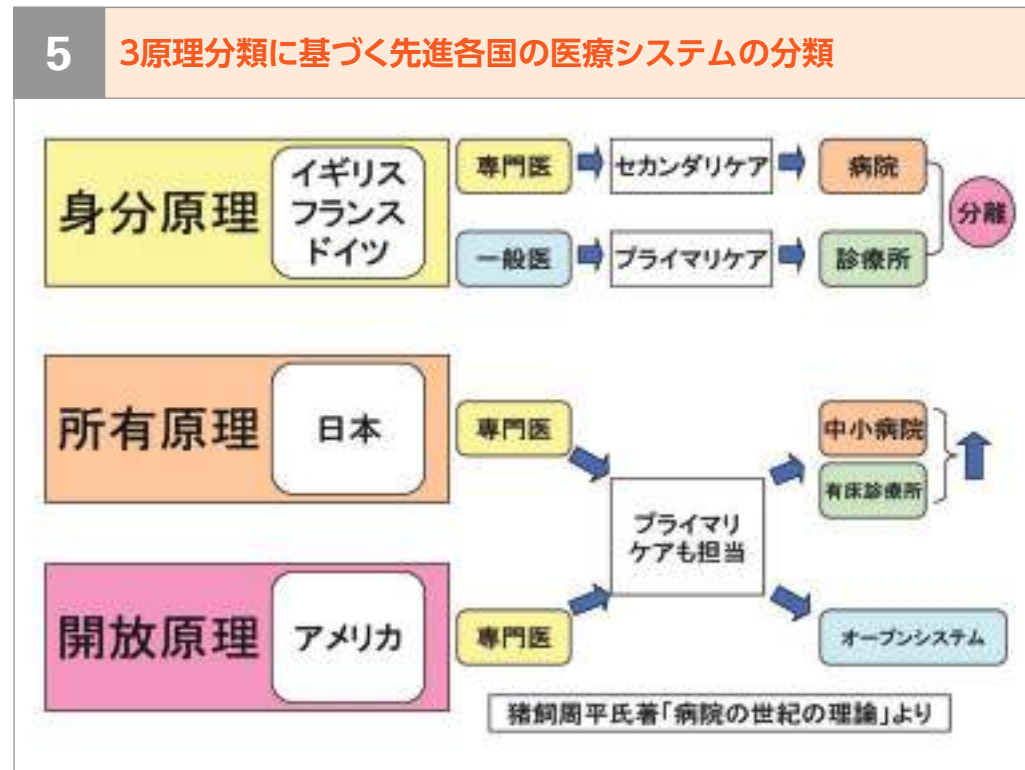
2 いま、考えなければいけないこと



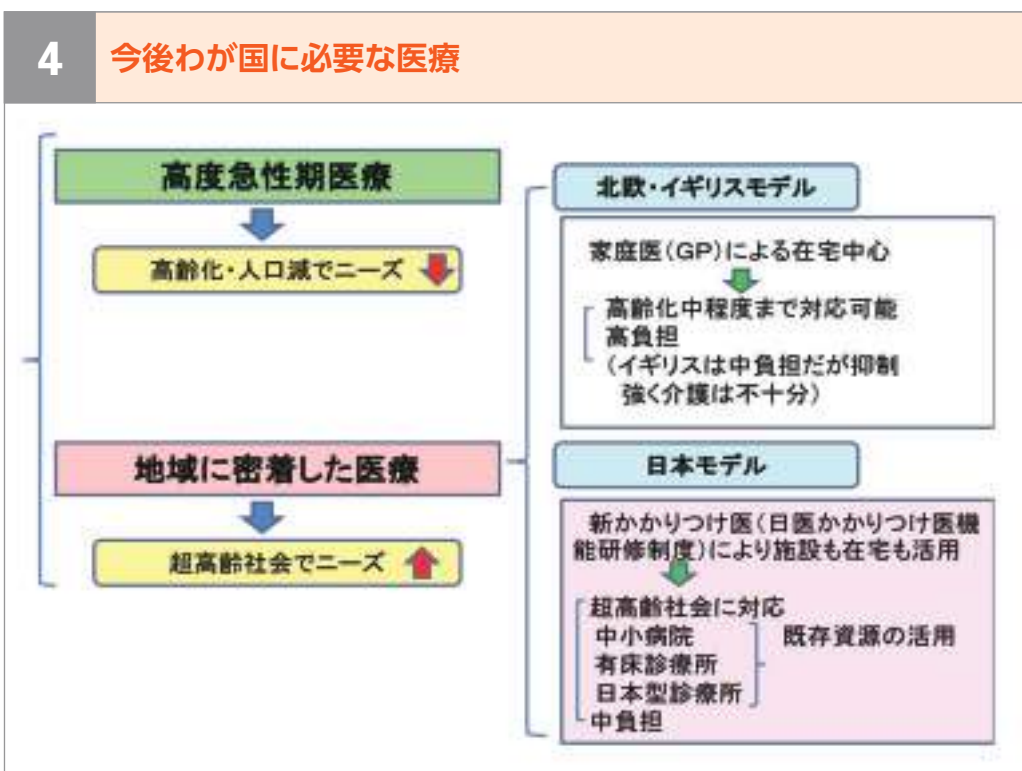
わが国の最大の課題は少子化が止まらないことである。今後高齢者が大幅に増加する一方で、それを支える労働人口は大きく減少する。給与水準が上昇しないなかで保険料負担は増大しており、どうやって若年世代の負担を減らし、社会保障制度を守っていくか考えなければならない。そのためには健康寿命を延伸し、元気な高齢者が活躍できる社会をつくるのが極めて重要になる。



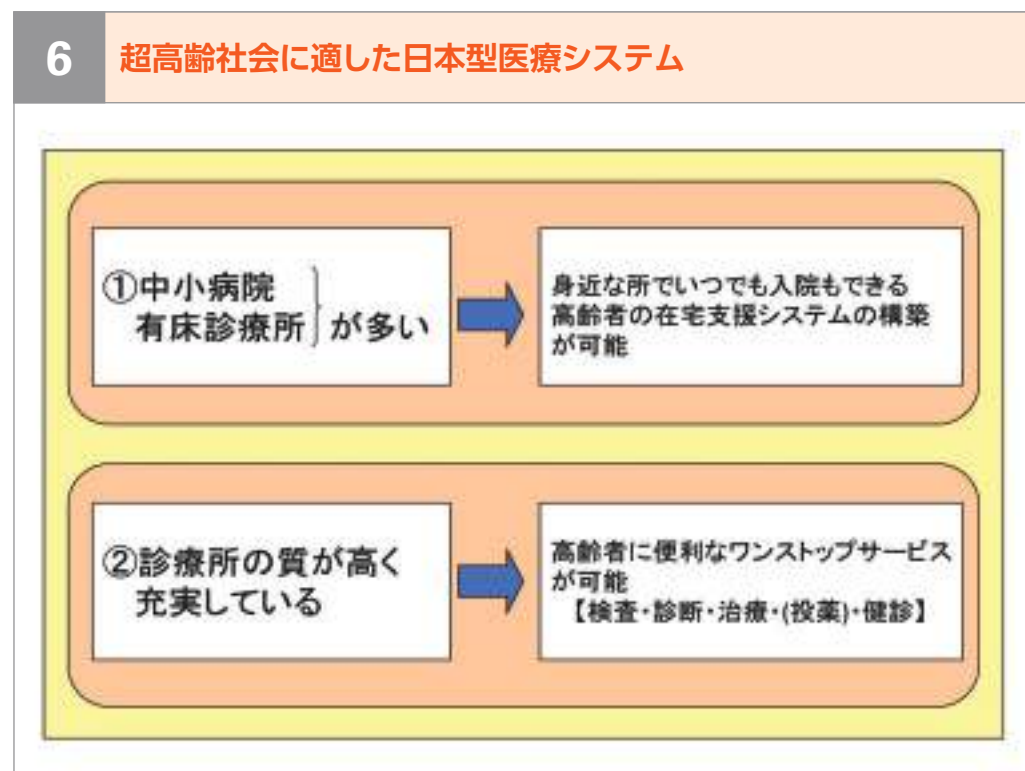
健康寿命の延伸のためには、若年代からの予防・健康づくりが必要であり、その結果健康な高齢者が増加して、生涯現役社会が実現すれば、社会保障制度を堅持することが可能となる。



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1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。

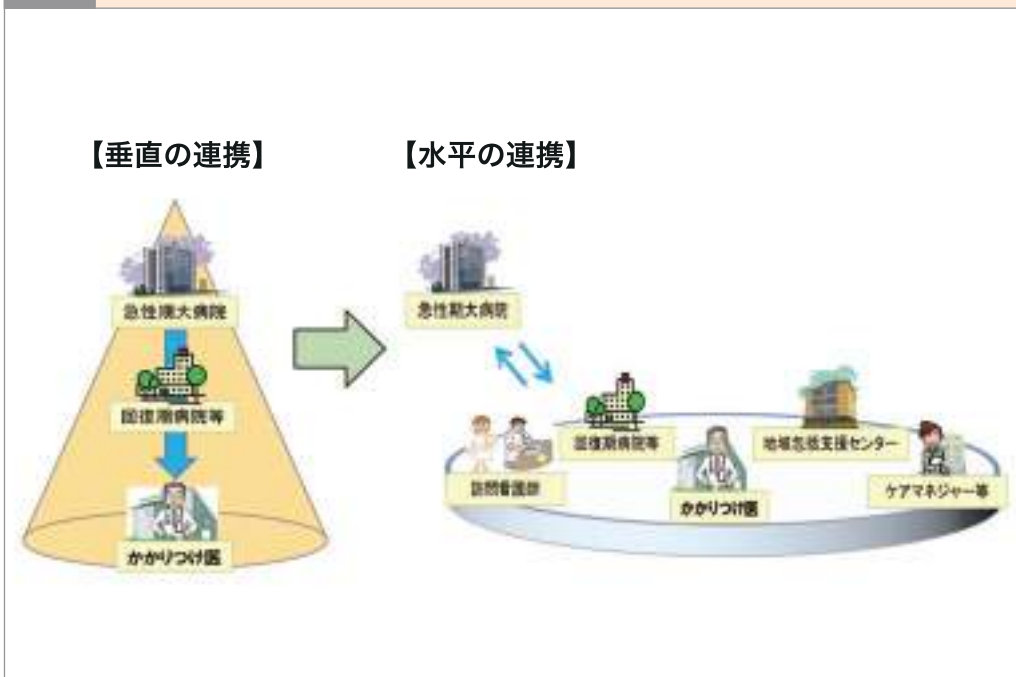


今後わが国に必要な医療は高度急性期医療と地域に密着した医療の二つであるが、前者のニーズは高齢化や人口減少により低下していくのに対して、後者のニーズは超高齢社会の進展に伴って増加していく。地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所と専門医が開業する日本型の診療所であり、それらの既存資源を活用し、施設も在宅も利用する日本モデルを構築する必要がある。



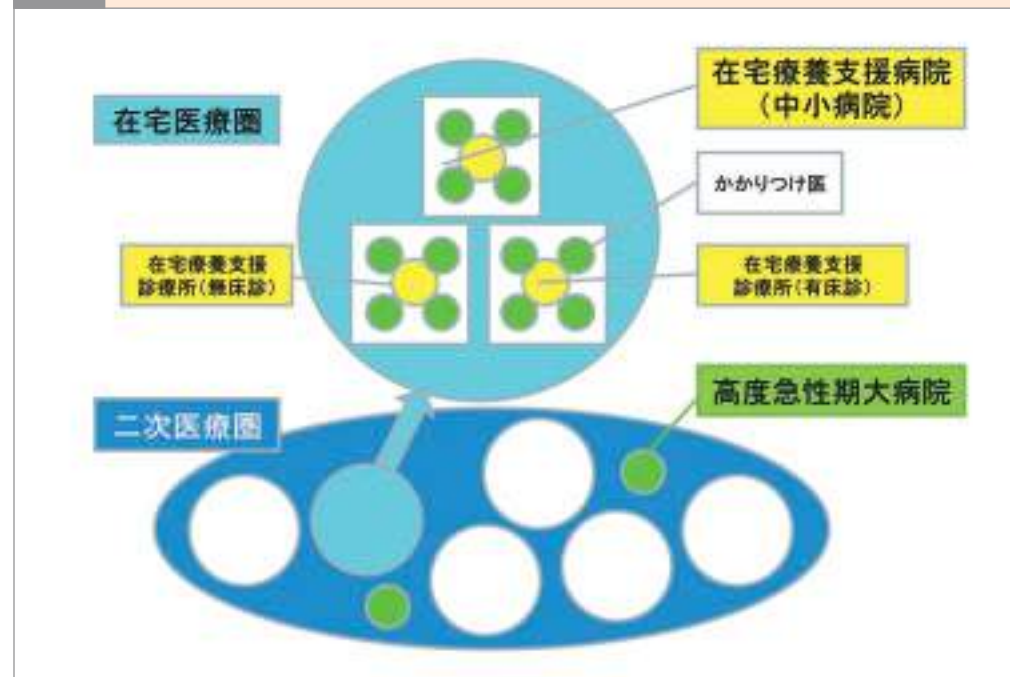
中小病院や有床診療所が多いことは、身近な所でいつでも入院もできる。診療所の質が高くて充実していることは、検査・診断・治療、時に投薬・健診というワンストップサービスが可能で、いずれも超高齢社会に適している。

7 垂直連携中心から水平連携中心へ



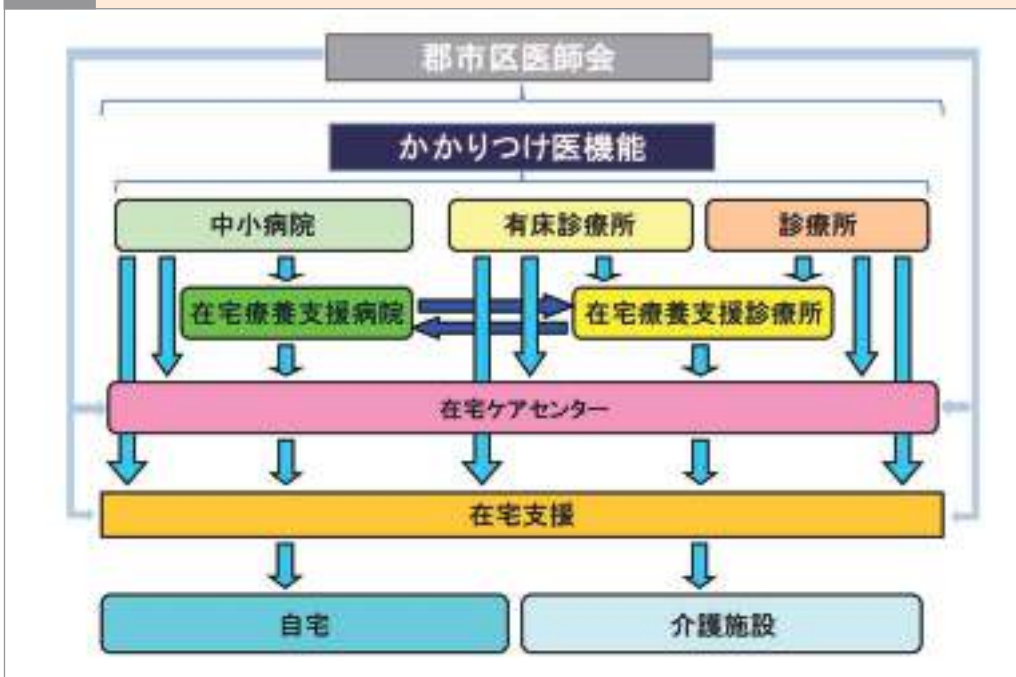
これまでの医療システムは急性期の大病院を頂点として、かかりつけ医を底辺とする垂直連携が中心であったが、今後はかかりつけ医が中心となって訪問看護師や介護分野などの水平連携が中心になり、それが地域包括ケアシステムに他ならない。急性期の大病院はその外側にあって、地域の最後の砦となることが求められる。

9 日本型在宅支援システム



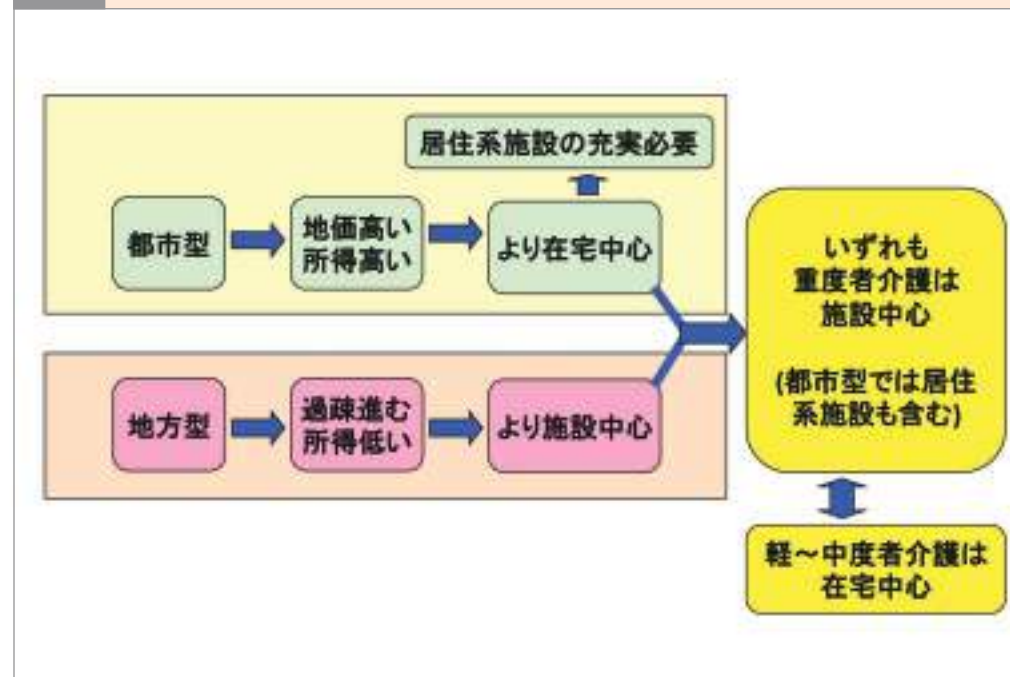
今後一人ひとりのかかりつけ医が在宅医療に24時間365日対応するのは困難であるため、日常生活圏域において、中小病院の在宅療養支援病院や、有床、無床の在宅療養支援診療所が近隣のかかりつけ医とグループを作り、全体として24時間365日対応できるようにすることが必要である。高度急性期の大病院はその外側で二次医療圏における最後の砦となることが求められる。

8 既存資源を活用した日本型在宅支援モデル



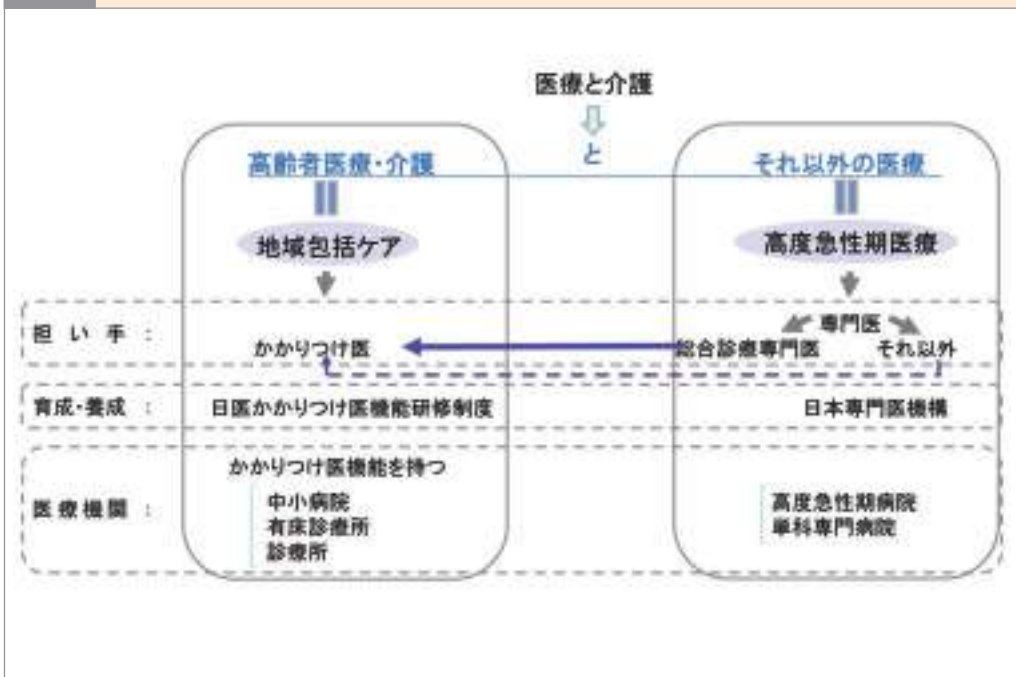
日本型の在宅支援モデルは、かかりつけ医機能をもつ中小病院、有床診療所、診療所が、それぞれ可能なところは在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所になった上で、可能な範囲で在宅ケアセンターを設置して、できるだけ総合的に在宅支援を行うことが望ましい。

10 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必要がある。

11 超高齢社会における医療と介護の役割の変化（私案）



超高齢社会においては高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるが、それが地域包括ケアに他ならない。その担い手はかかりつけ医であり、かかりつけ医機能をもつ診療所、有床診療所、中小病院の役割が重要になる。かかりつけ医を育成するために、日本医師会は平成28年4月より、「日医かかりつけ医機能研修制度」を開始した。

12 「かかりつけ医」とは（定義）

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。

「医療提供体制のあり方」 2013年8月8日
日本医師会・四病院団体協議会



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。

13 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

【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



平成28年4月1日より実施されている日医かかりつけ医機能研修制度の目的は、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・向上するためであり、実施主体は本研修制度の実施を希望する都道府県医師会である。かかりつけ医機能とは、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 である。

14 日医かかりつけ医機能研修制度

【研修内容】

基本研修

・日医生涯教育認定証の取得。

応用研修

・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都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

実地研修

・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、基本研修は日医生涯教育認定証を取得していればよい。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。

15 日医かかりつけ医機能研修制度

応用研修

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より10単位以上を取得する。
- ・単位数については1～8の各項目につき最大2回までのカウントを認める。
- ・下記1～6については、それぞれ1つ以上の科目を受講することを必須とする。
- ・下記1～6については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用する。

【応用研修会】

1. かかりつけ医の「倫理」、「質・医療安全」、「感染対策」(各1単位)
2. 「健康増進・予防医学」、「生活習慣病」、「認知症」(各1単位)
3. 「フレイル予防」、「高齢者総合的機能評価(CGA)・老年症候群」(1単位)
4. かかりつけ医の「栄養管理」、「リハビリテーション」、「摂食嚥下障害」(各1単位)
5. かかりつけ医の在宅医療・緩和医療 (1単位)
6. 症例検討 (1単位)

【関連する他の研修会】

7. 「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」等※の受講 (2単位)
※平成26年10月13日に開催した日本医師会在宅医師リーダー研修会を含む。日本医師会、都道府県医師会、市区医師会が主催する当該研修会に準ずる研修会。
8. 「かかりつけ医認知症対応力向上研修」の修了 (1単位)

応用研修については、応用研修シラバスに基づき作成されたテキストを使用し、①かかりつけ医の「倫理、質・医療安全、感染対策」、②健康増進・予防医学、生活習慣病、認知症、③フレイル予防、高齢者総合的機能評価 (CGA)・老年症候群、④かかりつけ医の「栄養管理、リハビリテーション、摂食嚥下障害」、⑤かかりつけ医の在宅医療・緩和医療、⑥症例検討から3年間に10単位以上取得することとしている。

16 日医かかりつけ医機能研修制度

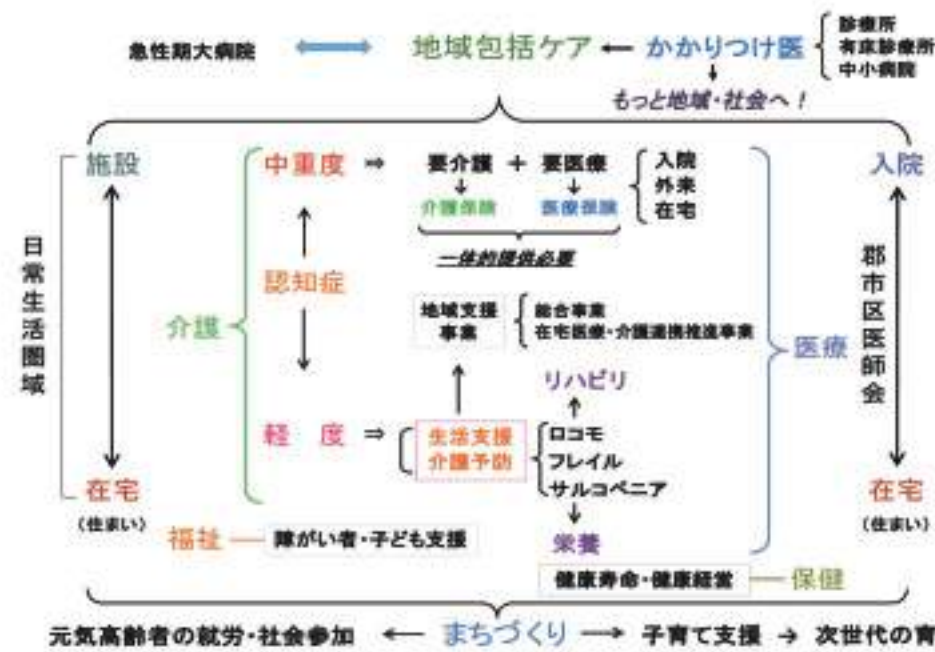
実地研修

- ・修了申請時の前3年間に於いて下記項目より2つ以上実施していること。
- ・1項目実施につき5単位とし、10単位を取得する。

1. 学校医・園医、警察業務への協力医
2. 健康スポーツ医活動
3. 感染症定点観測への協力
4. 健康相談、保健指導、行政(保健所)と契約して行っている検診・定期予防接種の実施
5. 早朝・休日・夜間・救急診療の実施・協力
6. 産業医・地域産業保健センター活動の実施
7. 訪問診療の実施
8. 家族等のレスパイトケアの実施
9. 主治医意見書の記載
10. 介護認定審査会への参加
11. 退院カンファレンスへの参加
12. 地域ケア会議等※への参加(※会議の名称は地域により異なる)
13. 医師会、専門医会、自治会、保健所関連の各種委員
14. 看護学校等での講義・講演
15. 市民を対象とした講座等での講演
16. 地域行事(健康展、祭りなど)への医師としての出務

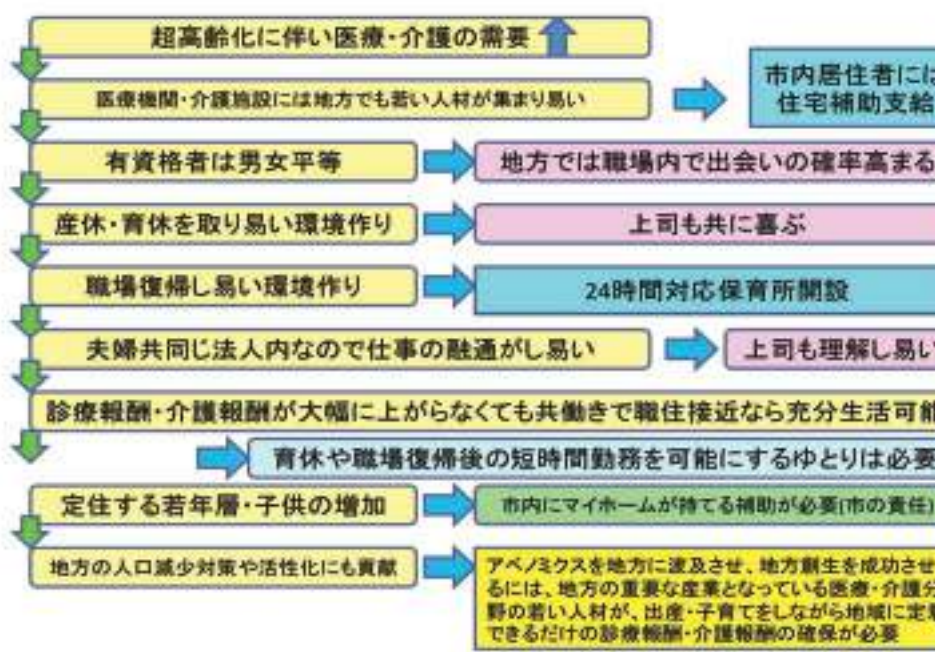
実地研修については、かかりつけ医として通常実践していると考えられる16項目から2つ以上実践していることを要件とした。

17 高齢者医療と介護の一体化とかかりつけ医の役割の拡大



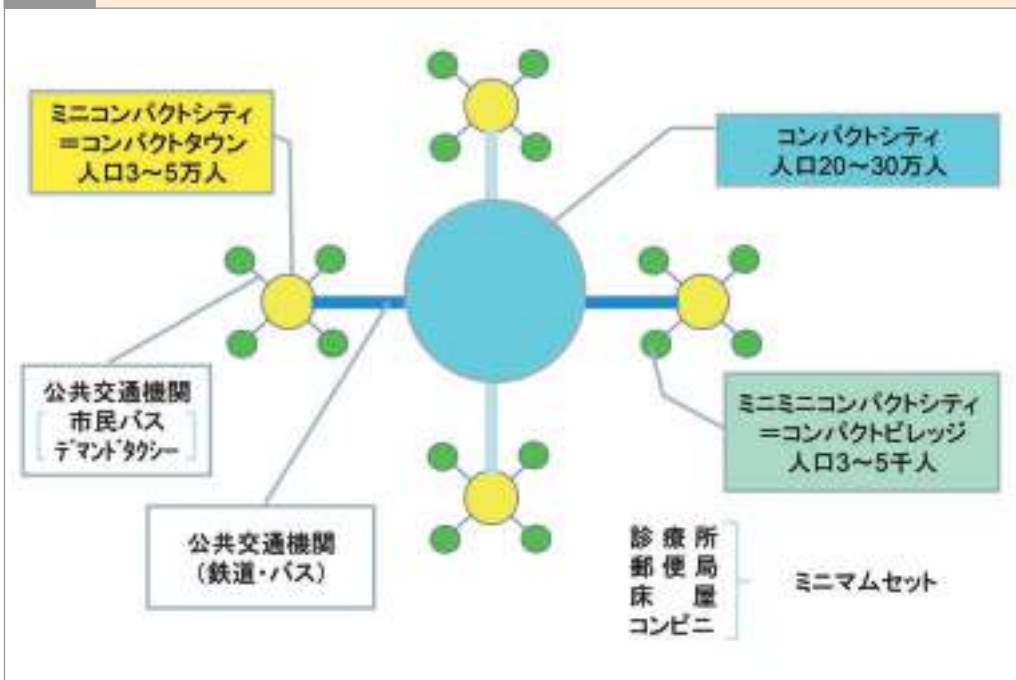
超高齢社会では、高齢者医療と介護は一体化していくと考えられるが、それに伴ってかかりつけ医の役割も拡大し、医療・介護だけでなく、軽度者に対する生活支援や介護予防、さらに障がい者や子ども支援のために福祉、健康寿命延伸や健康経営のために保健にも関わり、元気高齢者の就労や社会参加、子育て支援を通じた次世代の育成などまちづくりのリーダーとなるために、もっと地域や社会に目を向ける必要がある。

18 医療機関・介護施設における地域活性化モデル



医療機関や介護施設は地方でもまだ若い人材が集まり易く、有資格者は男女平等なので、女性が働き易い職場である。そこで率先して産休・育休・短時間勤務を取り易くし、保育所を整備して仕事と子育てを両立し易い環境を整備すれば、子どもを希望する方が出産できるようになり、少子化対策にも有効である。

19 3重のコンパクトシティによる地域活性化構想



コンパクトシティの考え方は人口20～30万人の中都市だけでなく、その周辺の人口3～5万人の小都市や、合併した旧町村のような人口3～5千人のコミュニティにも必要であり、その中で診療所は必須である。それらの3重のコンパクトシティは公共交通機関で結ばれていなくてはならない。

20 進化する地域包括ケア



地域包括ケアは進化しており、高齢者の医療・介護だけでなく、障がい児・者支援、仕事と子育ての両立による次世代の育成、元気高齢者の就労や社会参加の推進や子どもの貧困対策などを通じて、人口減少社会から全世代・全対象型地域包括ケアで再生を目指す社会づくりを行うことが求められる。

都道府県医師会から地域へのアプローチ

その1：静岡県医師会における取り組み

篠原 彰

1

平成28年度
在宅医療関連講師人材養成事業研修会
「都道府県医師会から地域へのアプローチ」
その1：静岡県医師会における取組

平成29年1月29日(日)
静岡県医師会
会長 篠原 彰

2 本日のテーマ

- I. はじめに
- II. 地域包括ケア推進ネットワーク会議の設置
(地域医療構想と連動した地域包括ケアの推進)
- III. ICTを活用した地域包括ケアの推進
(「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」の構築)
- IV. 訪問診療参入促進事業の実施
(郡市医師会への在宅医療推進員の配置)
- V. 地域における在宅医療推進リーダーの養成
(多職種連携リーダー研修会の開催)

3 I. はじめに

○静岡県医師会における在宅医療推進に向けた取組

平成23年度から在宅医療推進事業に取り組み、翌年度には「静岡県在宅医療推進センター」を立ち上げ、以下の取組を実施

(写真は当時の県医師会長と県副知事)



- 静岡県在宅医療体制整備・推進協議会による事業計画の検討
- 在宅医療機能・体制の現状と課題の把握（各種実態調査の実施）
- ICTの活用推進（県版在宅医療連携ネットワークシステムの構築）
- 在宅医療に関わる人材育成（関係職種向けスキルアップ研修の開催）
- 県民向け啓発活動の実施（県民向けセミナーの開催）

静岡県医師会では、平成23年度から在宅医療の推進に向けた事業の取組をスタートさせた。翌24年度には「静岡県在宅医療推進センター」を立ち上げ、県内の関係団体等で組織した「在宅医療体制整備・推進協議会」の中で事業の方向性を検討しながら、これまで各種の実態調査やICTの活用推進、関係職種のスキルアップなど、さまざまな事業を実施してきた。

4 都道府県医師会の役割を考える ～2つの視点～

1. 医師会と行政の関係(在宅医療推進における車の両輪)

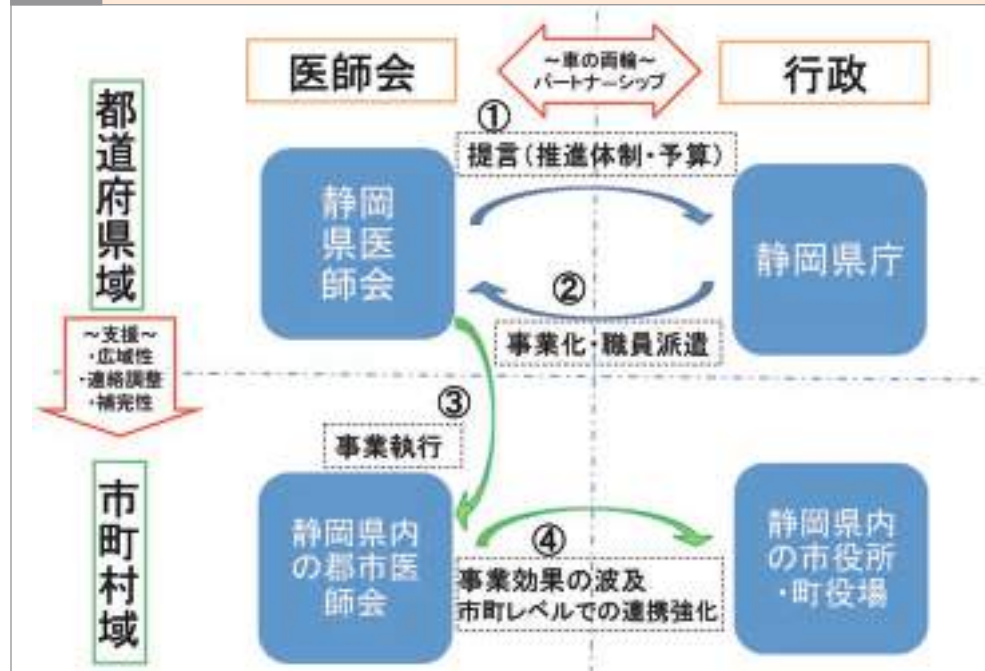
医師会	行政
<ul style="list-style-type: none"> ・現場で働く医師の声をすくい上げ、施策として提言 ・在宅医療の推進に必要な事業を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの情報を収集し、必要な施策を企画 ・予算を確保して企画を事業化 ・事業の進捗管理、評価

2. 管轄エリアの違いによる役割分担

都道府県域	市町村域
以下の観点から市町村域の業務を支援 <ul style="list-style-type: none"> ・広域性(市町村の区域を超えるもの) ・連絡調整(市町村相互、国と市町村間) ・補完性(一般の市町村では実施困難:規模の大きなもの、専門性の高いもの) 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のニーズや地域の特性を把握し、必要とされる事業やサービスを住民に身近な立場から提供

「都道府県医師会から地域へのアプローチ」を考えるにあたり、都道府県医師会の役割について、2つの視点から整理する。まず1つ目の医師会と行政については、施策の提言や事業を実施する立場の医師会と、予算を確保して事業化する立場の行政は、互いにキャッチボールを行う関係である。2つ目は、都道府県と市町村で行う業務の役割分担についてである。市町村では住民に身近な立場で業務を実施する一方、都道府県は、市町村では実施の難しい広域的な業務や高い専門性が求められる業務の実施、市町村間の連絡調整などを通じて、市町村を支援することとなる。

5 静岡県医師会から県行政へのアプローチとその後の展開

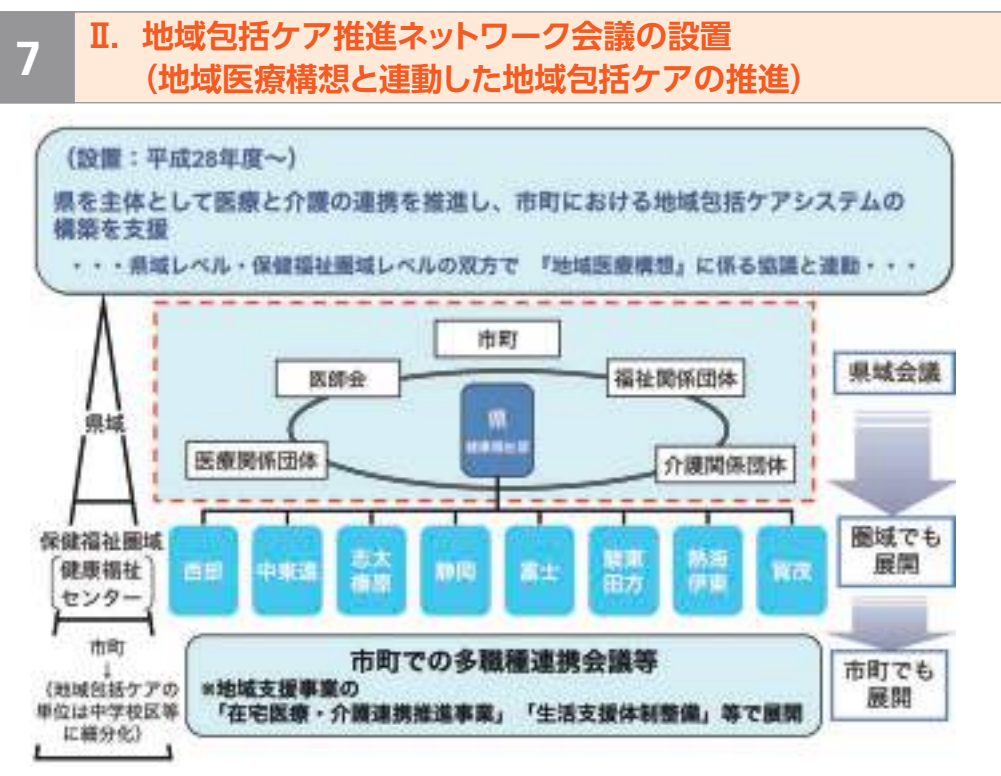


この2つの視点を踏まえながら、静岡県医師会から県行政へのアプローチをきっかけに、その後どのように施策が展開されていったかを整理した。まず、平成26年12月には本会から県に対し医療・介護の一体的な改革に必要な体制整備や予算確保を要望し、その結果いくつかの事業が予算化されるとともに、県から職員も派遣された。その後、本会では、「広域性」「連絡調整」「補完性」の観点に立って県内郡市医師会向けに事業を実施し、その結果、市町村レベルへの事業効果の波及や、郡市医師会と市町行政の連携強化がみられるようになってきた。

6 静岡県医師会から県行政への提言 (H26.12月)

- ① 医療・介護の一体的な改革に向けた県の組織及び推進体制の充実
 - ⇒ 医療介護連携対策担当理事(部長級)及び 地域包括ケア推進班(長寿政策課)の設置
 - ⇒ 地域包括ケア推進ネットワーク会議の設置(地域医療構想と連動した計画の策定)・・・以下「II」で説明
- ② 医療・介護の一体的な改革に向けた県健康福祉部との連携強化
 - ⇒ 県健康福祉部に在籍職員1名を、県医師会事務局に派遣
- ③ 地域医療介護総合確保基金を活用した事業の実施
 - ⇒ ICTを活用した地域包括ケアの推進・・・以下「III」で説明(「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」の構築)
 - ⇒ 訪問診療参入促進事業(郡市医師会に在宅医療推進員の配置)・・・以下「IV」で説明
 - ⇒ 地域における在宅医療推進リーダーの養成(多職種連携リーダー研修会の開催)・・・以下「V」で説明

本会が県に対し、平成26年12月に提言した内容は①、②、③のとおりである。これらの提言をきっかけに①、②にあるような人事・組織面での県の対応や、③にあるような在宅医療の推進、介護との連携に必要な施策が事業化された。



この地域包括ケア推進ネットワーク会議は、これまで本県には医療との連携も含めた介護分野を協議する場がなかったことを踏まえ、設置を要望したものの。今年度設置され、県域レベル、構想区域レベル(調整会議)での地域医療構想に関する協議と連動しながら、開催されている。「車の両輪」といわれる地域医療構想と地域包括ケアの一体的な実現に向け、推進の核となる組織となることを期待している。

8 III. ICTを活用した地域包括ケアの推進 (「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」の構築)

<静岡県医師会が本事業に取り組む理由>
 医療・介護が一体的に効率よくサービスを提供するにはICTの活用は不可欠しかし、市町単位でのシステム開発では・・・
 ・開発費用が高額となり非効率的
 ・フリーアクセス制のもと、行政区域を超えた患者の移動に対応できない

↓

広域的観点から、県医師会がシステムを開発・運用

◇今年度においては、これまでのシステムをリニューアルし、新たに「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」を立上げ
 ・これまでの『在宅医療対応型』から『地域包括ケア対応型』へとモデルチェンジ
 ・H28.10.27には、郡市医師会、市町行政、関係団体(県域レベル)を集め、説明会を開催(出席者数:117名)

県内多くの医療機関や介護施設・事業所に参加していただき、地域包括ケアの仕事に携わる人は誰もがアクセスする・・・
 そんなシステムとなるよう、加入促進活動展開中!

目指すは「地域包括ケアのプラットフォーム」

人材不足といわれる医療・介護分野で多職種が連携して効率よくサービスを提供するには、ICTの活用は不可欠といわれるが、これを市町単位で行うには、開発費用の面や広域的な患者の移動に対応できないことから、本会がシステムを開発し、運用している。すでに平成24年度から『在宅医療対応型』システムとして運用してきたが、今年度、県からの補助金を受け、『地域包括ケア対応型』へとモデルチェンジを行った。

9 新たなICTシステム 「静岡県在宅医療・介護連携情報システム」の概要

<主要機能>
 以下のうち、②と③の機能を今回のリニューアルで追加

機能	内容	特徴	利用例
① 患者・利用者情報共有機能	特定の患者に関わる多職種チーム内での情報共有	症状や家族構成など、患者に関する秘匿性の高い情報を関係者間で共有	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の病態の確認 ・医師から他の職種への指示 ・患者への処置・対応に関する報告
② 情報交流機能(セキュアメール・掲示板機能)	ユーザー間での相互連絡や情報の一斉提供	安全な環境のもと、安心して情報のやり取りが可能となり、ユーザー間での交流が活発化	<ul style="list-style-type: none"> ・行政や各種団体からの研修のお知らせ(地域別・職種別の対応が可能) ・カンファレンスの日程調整
③ 施設・サービス情報提供機能	患者等の状態・ニーズに応じた医療機関・施設等の検索・マッチング	医療機関や施設・事業所が、自らのサービスの特徴や空き状況について情報発信し、他のユーザーがこれを活用	<ul style="list-style-type: none"> ・退院予定患者について訪問診療可能な診療所を検索 ・急なショートステイ利用の際、ケアマネジャーが受け入れ可能施設を検索・マッチング

これまでのシステムは、①にあるとおり「患者を支える多職種チーム内で情報を共有する機能」だけだったが、今回のリニューアルで、②の「情報のやり取りを通じたユーザー間の交流」や、③の「患者の状態・ニーズに応じた医療機関・施設等の検索・マッチング」の機能が追加された。

10 ①患者・利用者情報共有機能

患者やサービス利用者単位で、施設・事業所間による「在宅チーム」を形成し、日常業務に負担なく必要な情報の共有を実現

※「在宅チーム」とは…

患者やサービス利用者ごと、情報共有が必要として主治医が登録を認めた施設・事業所により構成されたチームをいいます。



①の患者・利用者情報共有機能においては、患者やサービス利用者単位で、施設・事業所間による「在宅チーム」を形成し、日常業務に負担なく必要な情報の共有が可能である。

11 ②情報交流機能（掲示板・セキュアメール）

POINT：ユーザ間のコミュニケーション支援ツール

- セキュアな閉域環境で、安心した情報交流を実現
- 在宅チームの登録に関係なく、全てのユーザーが利用可能
- 掲示板機能により、教育的な情報発信や動画の登録、イベント投稿も…
- セキュアメールにより、個別の相談や問い合わせにも利用可能



②の情報交流機能では、掲示板やセキュアメールの機能を活用して、例えば、市町行政が域内の施設や事業所に対して研修開催の案内を発信したり、病院の地域連携室が退院前カンファレンスの日程を調整したりすることができる。

12 ③施設・サービス情報提供機能 (その1) 施設・事業所の検索

医療機関や介護施設が提供するサービス内容、特色、空き状況などの情報を、すばやく効率良く検索



③の施設・サービス情報提供機能では、医療機関や介護施設が提供するサービス内容や特色について、例えば診療所に関しては、がん緩和療法や看取り対応の可否、往診可能な地域などの情報、またショートステイに関しては空床状況などの情報を、すばやく効率よく検索することができる。

13 ③施設・サービス情報提供機能 (その2) 患者・利用者と施設・サービスのマッチング

患者・利用者の希望するエリア内で、病状やニーズに応じたサービスを提供することができる医療機関や介護施設を抽出し、効率良くマッチング



患者や介護サービス利用者もつ、在宅看取りやがん緩和療法などのニーズや認知症の状態などの情報を登録することで、患者等の希望するエリア内で、病状やニーズに応じた医療機関や介護施設を抽出し、より適切なサービス選択が可能となる。

14 本システムと地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）との関係

本システムの導入により、市町村が取り組む介護保険の地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）の8つの事業項目のうち、「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」と「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」の実施を支援・・・その他の事業項目にも波及効果

○在宅医療・介護連携推進事業の事業項目

<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、診療領域を把握し、リスト・マップ化 必要に応じて、遠隔で専門医の在宅診療の体制構築、医師の巡回対応可能な体制構築 結果を関係機関で共有 	<p>(エ) 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・介護関係者の連携共有を支援 在宅での看取り、退院時の情報共有にも活用 	<p>(ウ) 地域包括ケアの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケアを推進したシンポジウム等の開催 パンフレット、チラシ、広報、研修等を実施した。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>(イ) 在宅医療・介護連携の課題の把握と対応策の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者が参画する会議を開催し、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>(カ) 在宅医療・介護連携に関する研修支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 医師・介護関係者の研修を支援するコーディネーターの派遣等による、在宅医療・介護連携に関する研修会等の開催・運営により、連携の強化を支援 	
<p>(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築支援</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支援 	<p>(ク) 医療・介護関係者の研修</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療・介護関係者向けグループワーク等を通じ、多職種連携の支援を支援 介護職員を対象とした医師研修の提供会を開催等 	<p>(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係者の取組の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 同一エリアの医師会内にある市町村や連携する市町村が連携して、広域連携が必要な事項について検討

市町は、介護保険の地域支援事業に位置づけられた「在宅医療・介護連携推進事業」について、ア～クの8つの事業を平成30年4月までに実施することとなった。本システムの導入により、このうちの「(ア) 地域の医療・介護の資源の把握」と「(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援」の2事業の支援が可能となった。また、「(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」や「(カ) 医療・介護関係者の研修」といった、その他の事業項目への波及効果も期待される。

15 IV. 訪問診療参入促進事業の実施（郡市医師会への在宅医療推進員の配置）

在宅主治医の確保は、地域包括ケアシステム構築の前提・・・平成27年11月から取組スタート

在宅医療推進員

診療所の訪問診療への参入を促進するため、診療所の医師に対する個別訪問、在宅医療に関する地域資源の把握、在宅医療関係機関との情報共有等を行う

在宅医療等に関する専門知識を有する訪問看護師等を想定

【在宅医療推進員の役割】

- ① 診療所に対する訪問診療への参入促進
- ② 地域における患者受療動向の把握
- ③ 在宅医療に関する地域資源の把握
- ④ 在宅医療関係機関との情報共有
- ⑤ 訪問診療を実施する診療所へのフォローアップ

在宅医療推進員の活動は、地域包括ケアシステムの構築に当たり中核的な役割を果たす郡市医師会が主導することが最も効果的

事業主体は郡市医師会

地域包括ケアシステム構築の前提となる、在宅主治医の確保のため、郡市医師会へ在宅医療推進員を配置する「訪問診療参入促進事業」を平成27年11月から開始した。訪問看護師等、在宅医療に関する専門知識を有する在宅医療推進員が、診療所への個別訪問、地域資源の把握、関係機関との情報共有等を行い、診療所の訪問診療への参入促進を図っている。

16 事業実施の背景（訪問診療参入促進に向けた課題）

訪問診療を行う診療所を増やすには、現在訪問診療を行っていない理由（課題）を把握し、その課題を取り除くことが必要

<予想される主な課題>

- ・外來診療で多忙（常勤医1名）
- ・24時間対応（職住分離、ライフスタイル）
- ・診療所と環境が大きく異なる居宅での診療
- ・病院退院支援部門との連携
- ・訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ・わかりにくい診療報酬体系 等

しかしながら、これまでのように研修会の開催だけでは・・・

- ・既に訪問診療に関心を持っている医師への働きかけにとどまってしまう
- ・参加者の負担も大きい

個別訪問等による、顔の見える関係を構築した上での積極的な働きかけが必要

この事業を実施した背景として、在宅医療の必要性が長らく叫ばれるなか、訪問診療を行う医師は遅々として増えない状況があり、これまでのような研修会の開催だけでなく、もっと個別の積極的な働きかけを通じて、課題を一つずつ取り除いていく必要があった。

17 事業に取り組む郡市医師会の状況

<p>平成27年度</p> <p>富士市、榛原、磐周、浜松市の各医師会（4郡市医師会）</p>	<p>平成28年度</p> <p>富士市、榛原、磐周、浜松市、三島市、静岡市静岡、焼津市、小笠の各医師会（8郡市医師会）</p>	<p>事業成果は？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・これまでは主に、診療所の医師が訪問診療を行っていない理由（課題）の把握に傾注 ・訪問診療への個別的な働きかけについては、今後本格化 ・事業成果はもう少し長い目で・・・
---	--	--

○県医師会から事業に取り組む郡市医師会への支援

各郡市医師会における取組の平準化のため、以下の支援を実施
※ 県医師会としての役割は主として「連絡調整」

- ・郡市医師会相互での情報共有
⇒ 県医師会が成功事例等の情報を継続的に収集し、各郡市医師会に提供
- ・在宅医療推進員同士が気軽に相談のできる関係づくり
⇒ 交流会の開催、在宅医療推進員名簿の作成
- ・先進地の取組紹介等、知識習得の機会の提供
⇒ 在宅医療推進員と郡市医師会担当理事による合同研修会の開催

この事業に取り組む郡市医師会は、平成27年度の4か所から今年度は倍の8か所となった。残念ながら、訪問診療への参入医師が急増するには至っていないが、各郡市医師会では、まずは地域の課題分析に力を入れており、今後、それが本格的な参入へと結びついていくことを期待している。本会としては、必要な情報や交流会・研修会の場を提供し、郡市医師会の取組を支援しているところである。

18

V. 地域における在宅医療推進リーダーの養成
(多職種連携リーダー研修会の開催)

＜県医師会が本研修会を実施する背景＞

在宅医療の推進に不可欠な多職種連携がなかなか進まない現状
本来であれば、市町レベルで取組を進めるべきだが・・・

- ・これまでの市町行政は福祉・介護分野が中心で、医療分野の知識・経験が不足
- ・したがって、行政と医師会とのパイプが脆弱



市町村レベルでは困難な取組を支援(補完)するため、研修会を開催
⇒ 多職種連携のきっかけづくり、行政と医師会の連携誘導

○平成28年度 多職種連携リーダー研修会の概要

主催	一般社団法人 静岡県医師会 (共催：静岡県)
日時	平成28年11月20日(日) 10:00～16:30
場所	静岡商工会議所会館 5Fホール (静岡市葵区黒金町20-8)
対象	医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー、療法士、地域包括支援センター職員、行政職員等

在宅医療で不可欠とされる多職種連携がなかなか進まないといわれているが、これを推進する立場の市町は、医療分野の業務の知識・経験が不足し、医師会との間で強固なパイプが築かれていない状況にある。そこで本会が音頭を取り、多職種連携のきっかけをつくり、行政と医師会の連携を誘導するため、今年度、多職種連携リーダー研修会を開催した。

20

研修会の開催実績

＜開催実績＞

受講者数：236名(全30チーム)
参加市町数：29市町(静岡県内35市町中)
参加医師会数：21都市医師会(静岡県内23都市医師会中)

＜アンケート結果より＞

○研修全般の満足度について

	回答数	構成比(%)
満足	108	48.2
やや満足	99	44.2
どちらとも言えない	14	6.3
やや不満足	1	0.4
不満足	0	0.0
無回答	2	0.9
全体	224	100.0

○今後地域リーダーとして取り組むべきことの明確化

	回答数	構成比(%)
明確になった	45	20.1
ある程度明確になった	150	67.0
どちらとも言えない	19	8.5
あまり明確にならない	0	0.0
明確にならない	0	0.0
無回答	10	4.5
全体	224	100.0

○自由記載欄から

- ・県の医師会が音頭をとっていただくと、こんなにも大きく、早く、県内が動くことにおどろきと、すごさを感じています。(今までなかなか行政が動かなかったため)
- ・今後多職種連携を一緒に行い、リーダーシップをとっていくメンバーが集まることができて、非常に有意義であったと思います。
- ・他市町の意見も聞け、刺激や参考になりました。多職種が共にスキルアップできる研修～グループワークを含めて全体の課題は深い・・・という事も理解できた。
- ※その他、内容を詰め込み過ぎ、会場が狭いとのお意見もいただきました・・・

本研修会には、県内の市町村行政と都市医師会のうち、規模の小さなところを除くほとんどが参加する結果となった。また、アンケート結果からも、こうした研修会、あるいは連携のきっかけを地域の方々が望んでいたことを実感した。

19

研修会のプログラムおよび特徴

＜プログラム＞

10:00～12:00	講義：在宅医療の果たすべき役割 ：静岡県地域医療構想とこれからの在宅医療 ：在宅ケアにおいて何故IPWが必要なのか？ ：静岡県医師会における多職種連携支援の取組(ICTの活用)
13:00～14:00	説明(問題提起)：それぞれの立場から見た多職種連携の課題 病院医師・訪問看護師・ケアマネジャー・薬剤師・理学療法士
14:15～16:15	演習：在宅医療を推進する上での課題とその解決策

＜本研修会の特徴＞

- (その1) 申込方法
都市医師会と市町行政、関係団体が連携の上、多職種で構成する6～8名程度のチームを編成して申込み(医師及び市町村職員各1名は必須)
⇒ チーム編成作業自体が研修の一部
⇒ 多職種連携のきっかけに・・・



(研修会のコマ・グループ発表)

- (その2) 研修プログラム
「在宅医療推進のための地域における多職種連携研修会プログラム(※)」を採用
⇒ 研修受講後、各地域において同様の研修開催が容易に・・・
※国立長寿医療研究センター、東京大学、日本医師会、厚生労働省が共同開発したプログラムで、どの地域でも取り組みやすいよう、講師用のスライドから読み原稿まで準備されている

本研修会では、医師および市町村職員を含む多職種がチーム編成して申し込む方式とした結果、チーム編成作業自体が研修の一部となり、多職種連携のきっかけづくりに大いに役立った。また、プログラムは日本医師会等4者が共同開発したものを採用し、今後、県内の各地で、このプログラムのスライド等を活用した多職種連携のための研修会が開催されることを期待している。

21

これからも静岡県医師会は、県行政とタッグを組み、地域の在宅医療の推進、地域包括ケアの実現を支援してまいります！！

～ご清聴ありがとうございました～

都道府県医師会から地域へのアプローチ

その2：千葉県医師会における取り組み

土橋 正彦

1

平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会
都道府県医師会から地域へのアプローチ
千葉県医師会における在宅医療推進の取り組み

在宅医療推進の中心は地区医師会
県医師会の役割は何か！

平成29年1月29日
日本医師会大講堂

千葉県医師会副会長 土橋正彦

地域包括ケアシステムの構築と地域医療構想の実現は、地域医療において喫緊の課題であり、その成否は、両者の接点となる在宅医療の推進にあるといえる。在宅医療の推進にとって、地域に密着して医療を実践している「かかりつけ医」の役割と期待は大きい。地域の特性を深く理解し、行政との連携も豊かな地区医師会が中心的な役割を持つことが求められる。一方、直接的には地域医療に関わることの少ない県医師会の役割は何か。千葉県医師会の在宅医療推進の取り組みを紹介する。

2

英国の医学雑誌「日本特集」版 2011年9月



日本は、いつでも、どこでも、だれでも公平に医療を享受できる国民皆保険制度により、低コストで世界最高水準の長寿社会を達成した。日本の歩みは、世界の模範である。

超高齢社会を医療の質を落とさず、どう乗り切るか、日本の課題は世界の近未来図であり、日本の行方に世界中が注目している。

英国の医学雑誌のランセットが平成23年に「日本特集」を刊行した。日本の国民皆保険制度50周年を記念したもので、低コストで世界最高水準の長寿社会を達成したことを称賛したものである。一方、世界で最も高齢化の進展が予測される日本が、医療の質を落とさずに、どう乗り切るか、世界中が注目している。千葉県の高齢者人口の増加率は50%を超え、埼玉県に次いで2位であり、千葉県の施策が注視されている。

3

9つの保健医療圏の状況



千葉県は人口625万人で、9つの保健医療圏で構成されている。市町村別高齢化率は御宿町の約46%から、浦安市の約16%まで地域差が大きい。さらに、医療資源の状況も地域による差が大きく、人口10万人当たりの医師数は182.9人で全国45番目の低位置にあり、医療資源の偏在も指摘されている。医療体制の課題は、高齢化の進展する都市部と、高齢化のピークが過ぎ人口減少を迎えている郡部と2つに大別され、日本の縮図ともいわれている。

4 千葉県医師会 在宅医療推進の基本コンセプト

□ かかりつけ医による在宅医療の推進

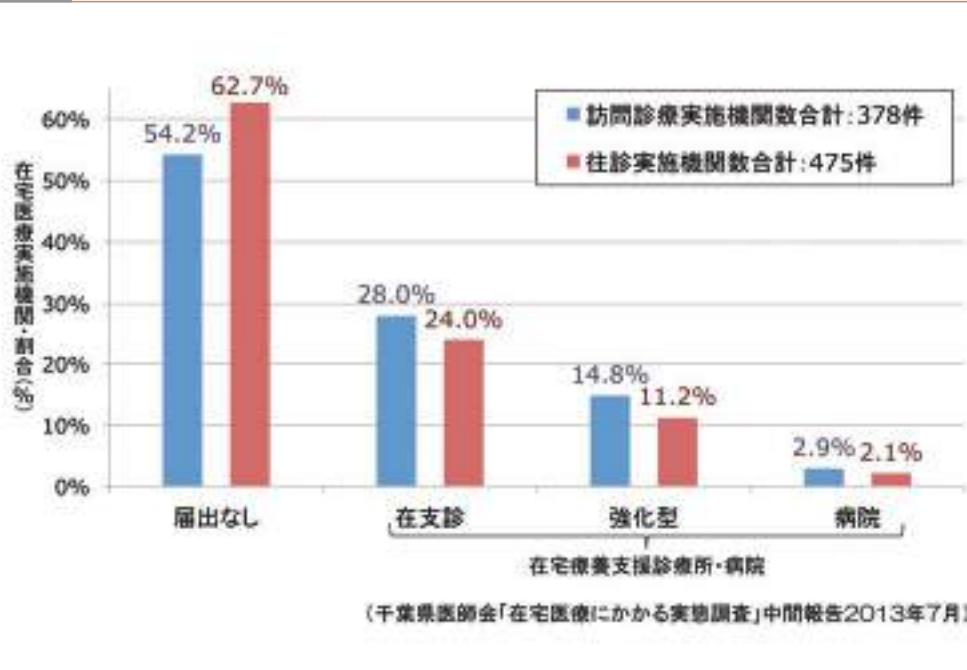
かかりつけの患者が、自宅での療養を希望された時は、可能な範囲で訪問診療・往診を行う。
在宅医療の件数は、少くとも良い。
看取りができれば、なお良い。

□ 地域特性を尊重した在宅医療の推進

地区医師会が自主的に、地域の特性に相応しいシステムを行政、多職種協働で在宅医療体制を構築することを支援する。

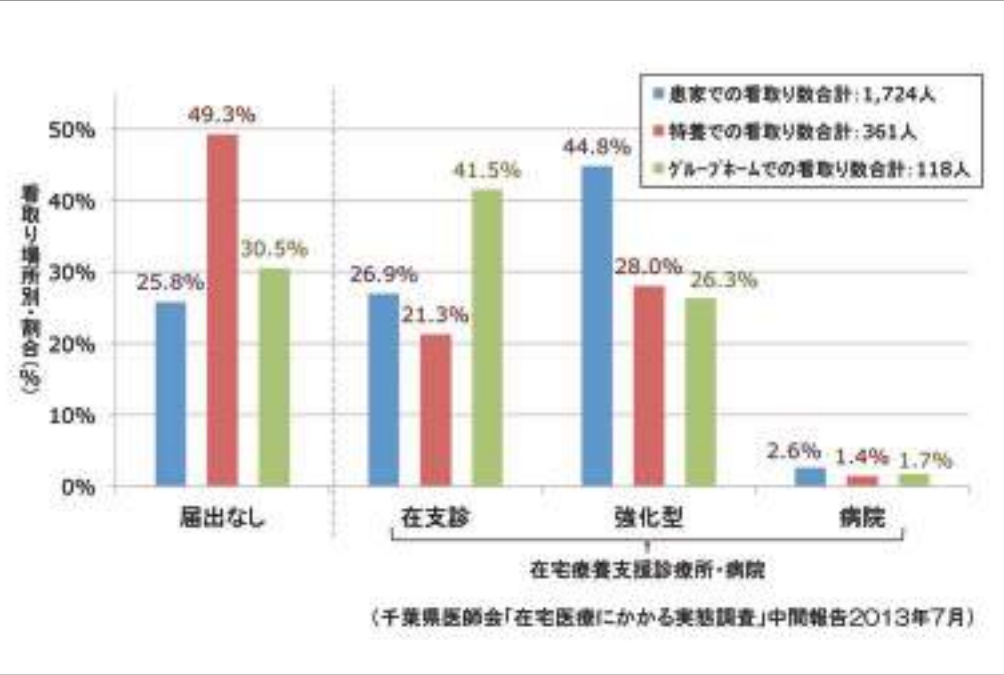
千葉県医師会は在宅医療を全県的に推進するための基本的なコンセプトとして、かかりつけ医の役割と、地域特性を尊重した在宅医療の推進を提案した。長い間、外来診療を継続してきた患者が高齢となり、通院が不可能になったときに患者や家族から往診や訪問診療を依頼されることは少なくない。かかりつけ医師が往診して、外来診療の延長で医療を継続することは自然で安心なことである。また、在宅医療を県全域に広めるために、県医師会は画一的な提案を、地区医師会に押し付けることはできない。地域の特性を最大限に尊重し、その地域にふさわしい医療のあり方を支援したい。

5 在支診届出状況別 在宅医療（訪問診療・往診）実施医療機関割合



在宅医療の担い手として在宅療養支援診療所が注目されているが、千葉県医師会は「かかりつけ医」が相当数の在宅医療を実施しているのではないかと仮説を立て、平成25年に実態調査を実施した。調査対象医療機関は3087件、有効回答は1715件 (55.6%) であった。そのうち、訪問診療を行っている医療機関は378件 (22.0%) で、在支診の届なし205件 (54.2%)、在支診106件 (28.0%)。往診を行っている医療機関は475件 (27.7%) で、在支診の届なし298件 (62.7%)、在支診114件 (24.0%) であった。医療機関ごとの在宅患者数は多くはないと思われるが、在宅医療を行う一般の診療所は相当数あることが明らかになった。

6 在支診届出状況別 自宅等の看取り場所別割合 (平成24年1月1日～12月31日)



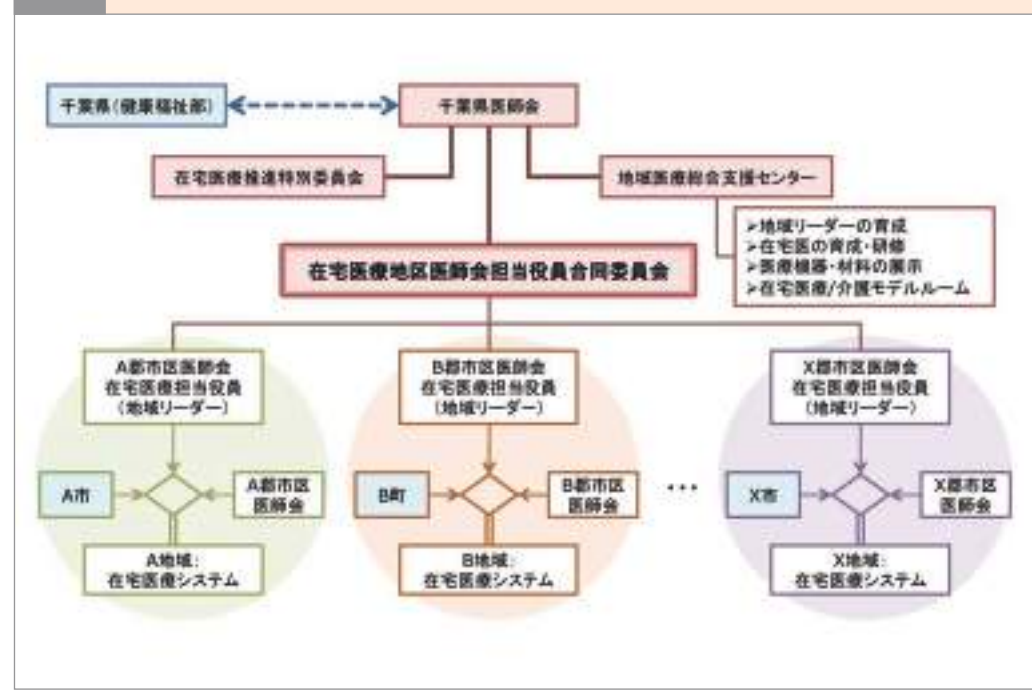
自宅等の看取り場所について質問紙による調査を行った。平成24年1年間の自宅等での看取り総数は2347人で、患者では1724人 (73.5%) であった。患者看取りのうち、在支診の届なしの医療機関では444人 (25.8%)、在支診464人 (26.9%)、在支診強化型772人 (44.8%) であり、患者での看取り数は、在宅療養支援診療所、特に強化型は多いが、一般の診療所 (在支診の届なし) でも在支診とほぼ同等数で患者での看取りが行われていた。なお、特別養護老人ホームでの看取り361人のうち半数近くの178人 (49.3%) が、在支診の届なしの一般診療所で行われており、地域の「かかりつけ医」の役割が果たされている。

7 千葉県医師会の取り組み

- **新医師会館に地域医療総合支援センターの開設・運営**
在宅医療・介護モデルルームの設置と研修施設の整備
在宅医療機器材料・介護用品の常設展示
在宅医療に関する研修会の開催
- **在宅医療推進委員会の設置**
千葉県における在宅医療推進の総合的検討
- **在宅医療地区医師会担当役員合同委員会の設置**
地域における在宅医療推進リーダーの養成
- **在宅医療・介護連携サポート事業**
地区医師会の行政・多職種と連携した在宅医療推進事業に財政支援

千葉県医師会の新会館建設を機会に地域医療再生基金を活用し、「かかりつけ医」の地域医療を支援することを目的に地域医療総合支援センターを開設、特に在宅医療・介護モデルルームの設置と研修施設の整備、在宅医療機器材料、介護用品の常設展示、在宅医療に関する研修会の開催を実施している。千葉県医師会における在宅医療推進の総合的な針路を検討する在宅医療推進委員会を設置、各地区医師会から推薦された在宅医療のリーダーとなる医師の合同会議を定期的に開催して情報を共有、各地区医師会と行政・多職種との連携をサポートするためのガイドラインの作成と財政支援を行っている。

8 千葉県医師会在宅医療推進計画



千葉県医師会の在宅医療推進計画を図示した。千葉県医師会は千葉県庁健康福祉部と緊密に連携し、千葉県全体の在宅医療の底上げを目指している。千葉県は人口、高齢化率、医療資源などさまざまな面で地域格差があり、地域にふさわしい在宅医療を構築するためには工夫が必要である。在宅医療地区医師会担当役員合同会議には、22の地区医師会から推薦された在宅医療に熱心な医師、外部の在宅医療推進特別委員、県庁担当者などの参加を得て定期的に開催、地区医師会の活動の現状を報告し、情報の共有化を図っている。地区推薦の委員は地域に戻り、所属の医師会のリーダーとして行政と連携し、地域の在宅医療システムの構築を目指す。

9 地域特性に応じた各郡市区医師会の取り組み



千葉県には地域特性に応じて在宅医療に取り組んでいる地区医師会がある。行政や多職種と連携して活動する参考事例の一部を示した。柏プロジェクトは在宅医療を行う医師の養成や多職種連携など総合的な整備が行われていて全国モデルとなっている。松戸市医師会の松戸ケア委員会は歴史があり、活発な活動をしている。市川市医師会は地域医療支援センターを開設し、在宅医療機器・材料の無償提供を行っている。船橋在宅医療ひまわりネットワークは地域の多くの職種とともに連携ネットワークを構築している。旭丘医師会は医師会員が連携し、24時間の支援体制を構築して注目されている、など。

10 千葉県医師会 在宅医療提供体制推進ガイドライン（7本の柱）

1. 会議・研修会等の開催
2. 切れ目のない在宅医療体制の整備
3. 患者の退院時支援や急性期対応
4. 患者情報共有
5. 連携を推進する関係者と役割分担
6. 看取りや在宅医療のあり方の住民啓発
7. 多職種間の連携の進め方

企画・編集：公益社団法人 千葉県医師会
協力：千葉大学医学部付属病院地域医療連携部

千葉県の委託事業として「在宅医療・介護連携サポート事業」を実施している。これは県内全市町村において各地区医師会が、在宅医療の推進を目的に会議、研修会、講演会などを実施し、その地域の在宅医療推進の基本的な方向性などについて検討し、基本方針を取りまとめることを目標としている。これらの基本方針の策定には、千葉県医師会と千葉大学医学部付属病院地域医療連携部との協働で在宅医療提供体制推進ガイドラインを作成し、各地区医師会が事業を推進するための「7本の柱」からなる指針を編纂した。

11 千葉県医師会館



千葉県医師会館1階に平成26年10月、地域医療総合支援センターを開設した。在宅医療に関心を持ってもらうために、ガラス越しに内部の展示の様子を見ることが可能としてある。さらに来館者や通行する県民に対しても、健康教育などの啓発を目的に、外向きに大型のディスプレイを設置し、在宅医療や介護などの映像を放映している。

12 千葉県医師会地域医療総合支援センター



千葉県医師会地域医療総合支援センター（約300㎡）の内観図を示す。カフェスペースは相談コーナー、小会議、打ち合わせなどの多目的な場所。フレキシブルスペースは約50人程度の研修会やグループワークのスペースで、プロジェクターも2基用意されている。在宅療養体験スペースは、3台の介護ベッド、介護実習用のバス・トイレ、昇降機、リフト、車いすなど最新の介護機材が準備されている。会議・展示スペースは在宅医療用の機材機器（在宅酸素、輸液ポンプなど）、医療材料や図書類が展示されている。

14 介護リフトの体験



介護リフトの体験。家族の介護やヘルパー実習のために実際のリフトを体験して、要介護者の不安や思いを知り、取り扱いの注意点を学習する。常設展示なのでいつでも種々の機材が体験できる。介護機材はメーカーによりメンテナンスされ、最新の機材が提供される。

13 県民啓発用ディスプレイと相談コーナー
階段昇降機と入浴・トイレ介助



県民啓発用に70インチの大型ディスプレイと相談コーナーを配置、実際に体験できる階段昇降機、介護体験や実習のための介助用入浴バス・トイレを設置し、医療関係者、ケアマネジャー、ヘルパー、看護学生、介護家族などの研修の場として活用している。

15 介護ロボットデモ展示 マッスルスーツ（着用型筋力補助装置）
協力 Koba Lab. 東京理科大学



イベント開催時に介護ロボットをデモ展示した。マッスルスーツ（着用型筋力補助装置）を医師会員が試着し、50kgの重量を軽々と持ち上げる機能を確認した。介護労働は重力との戦いである。

16 地域医療総合支援センターでの研修①

多職種連携GW・介護食試食会・最新介護機材の紹介



地域医療総合支援センターでの研修は、多職種・学生・家族などさまざまである。センターでは、スクール形式の講義ではなく、学んだ内容が記憶に残る能動学習としてのグループワークが効果的にできるように設計されている。GWには大学教員や医師がファシリテーターとしての協力を依頼することもある。また、プロジェクターを2台同時に活用し、学習効率を高めている。研修会では企業の協力を得て、介護食の試食会も開催した。

17 地域医療総合支援センターでの研修②

千葉県立幕張総合高校看護科・専攻科校外授業



千葉県立幕張総合高校看護科・専攻科の校外授業として地域医療総合支援センターが活用された。医療・介護機器を使用する実習では、センター所属の相談員である保健師や看護師による指導も行った。さらに、グループワークを体験し、研修内容の発表を行った。

18 地域医療総合支援センターでの研修③

持ち上げない移動移乗技術研修会



多職種向けに、「持ち上げない移動移乗技術研修会」を開催した。在宅医療に関係する各施設管理者および指導者（訪問看護ステーション、社会福祉施設、福祉公社、地域包括支援センターなど）で、それぞれ地域・施設内において現場経験を有し、指導的な立場の人材を対象として実施した。実習用に設置されている入浴バスやトイレを活用して、安全に効果的に介助する方法の研修を企画し、好評を得た。

19 地域医療総合支援センターでの研修④

県民啓発活動の事例「認知症啓発強化週間」平成28年9月19日より28日
共催 千葉県医師会 認知症のひとと家族の会千葉県支部



平成28年9月19日～28日までの10日間、千葉県医師会と認知症のひとと家族の会千葉県支部の共催で、「認知症啓発強化週間」を開催した。認知症サポート医や薬剤師による講演、認知症介護相談コーナーの開設、認知症介護体験者の講演、フレイル対策、ポールウォーキング体験講座、パネル・ポスター展示などが行われ好評を得た。



<http://chiba.med.or.jp/personnel/cmjsc/>

地域医療総合支援センターには保健師と看護師が相談員として活動している。行政や看護学校の教員としての経験もあり、研修会の企画や開催、センターの整備に努めている。

その3：埼玉県医師会における取り組み

湯澤 俊

平成29年1月29日 在宅医療関連講師人材育成事業 研修会



埼玉県医師会から地域へのアプローチ
～ 全県域における在宅医療・介護連携の推進 ～



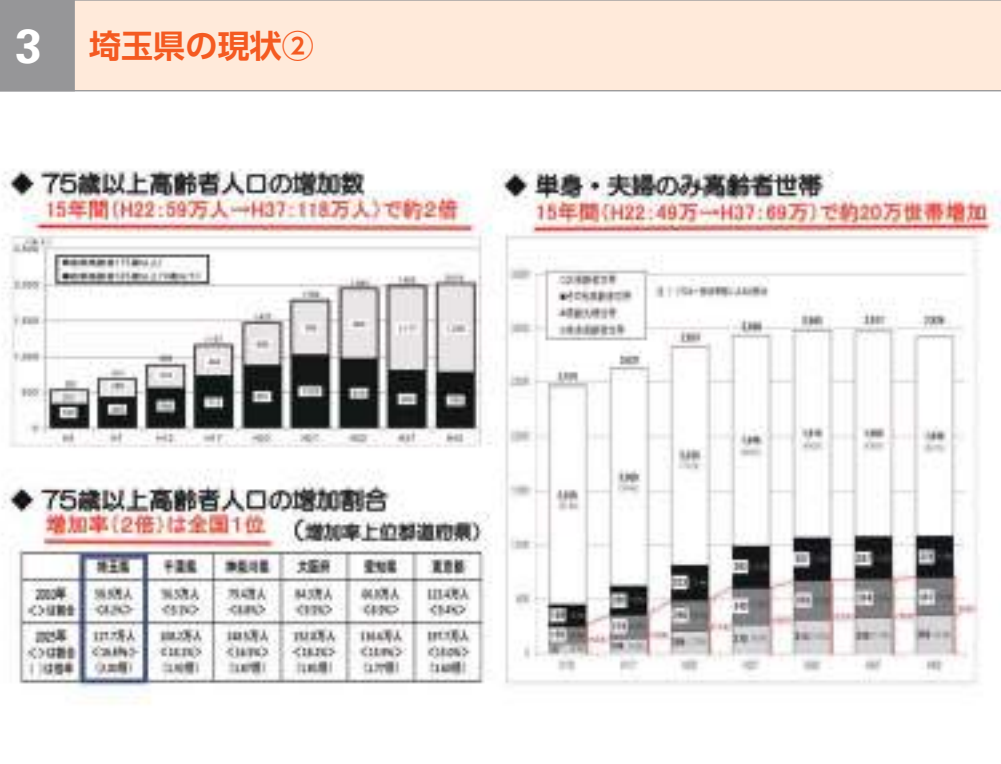
埼玉県医師会 副会長 湯澤 俊



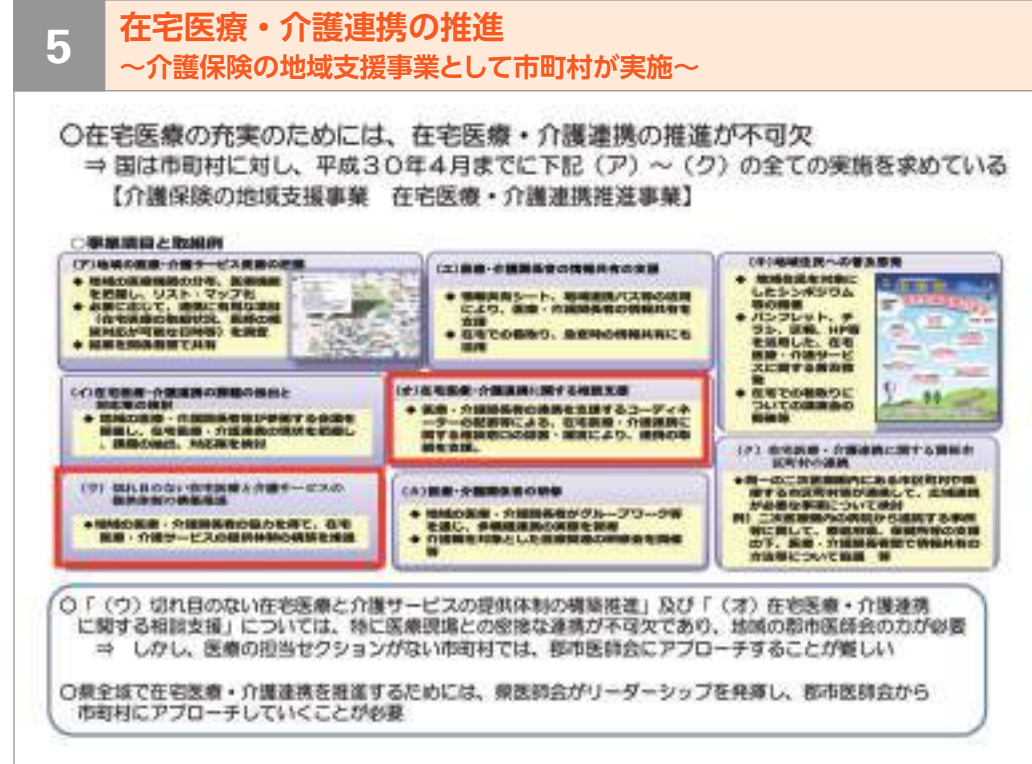
埼玉県は、63市町村で構成されており、人口は726万人。10の二次保健医療圏と30の都市医師会がある。平均年齢が43.6歳で全国5位、高齢化率が24.0%で全国42位、要介護認定率が14.3%で全国47位という数字からわかるとおり、比較的若い県といわれている。



急速な高齢化にともない医療・介護ニーズが爆発的に増加する。特に在宅医療のニーズの増大は著しく、埼玉県地域医療構想では、「訪問診療」のニーズは2025年までに1.7倍になると推計されている。



比較的若いといわれてきた埼玉県も、今後は急速に高齢化が進んでいく。平成22年から平成37年までの15年間で、75歳以上高齢者人口の増加率が約2倍であり、全国1位の増加率となっている。



在宅医療の充実のためには、医療と介護が連携することが重要である。国は地域包括ケアの主な推進役である市町村に対し、平成30年4月までに(ア)～(ク)までの8つのメニューの全てを実施するよう求めている。このうち「(ウ)」および「(オ)」は、特に医療現場との密接な連携が必要であり、都市医師会の力が不可欠だが、多くの市町村では医療の担当セクションがなく、市町村から都市医師会にアプローチすることが難しいといわれている。県全域で在宅医療・介護連携を推進するためには、県医師会がリーダーシップを発揮し、都市医師会から市町村にアプローチしてもらうことが必要である。

6 県医師会から地域へのアプローチ ～県全域で在宅医療・介護連携を推進していく手順～

STEP 1 在宅医療の基礎固め（平成27～29年度）

○県医師会のリーダーシップのもと、県内全ての都市医師会が在宅医療連携拠点を設置
⇒県医師会が協力要請・都市医師会が在宅医療連携拠点を設置（県補助金を活用）

【在宅医療連携拠点が主に医療面の連携体制を構築 ⇒ 全ての都市医師会で以下の取組を実施】

- ◆退院時に病院等と連携して在宅医療を行う医師などの関係職種とつなぐ
- ◆拠点が患者に在宅医療を行う医師を紹介する仕組みとして医師の登録制度を実施
- ◆肺炎や脱水など、必要な時に一時的に入院するためのベッドを確保 など

STEP 2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）

○ICTによる在宅医療・介護連携ネットワークを導入
⇒県医師会がICTシステム（メディカルケアステーション）をより使いやすくカスタマイズの上、全ての地域で無料利用できるようにする（平成28年度末に運用開始予定）
⇒在宅医療連携拠点が、それぞれの地域の運用ルールについて多職種や市町村と協議
⇒運用ルール等について合意形成ができた地域から順次ICTの利用を開始

STEP 3 在宅医療連携拠点 県補助事業 ⇒ 市町村事業（平成30年4月）

○都市医師会と市町村が協力しながら、各地域で在宅医療・介護連携を推進

県全域で在宅医療・介護連携を推進していく手順の「STEP1」として、県医師会が都市医師会に協力を要請し、都市医師会が県の補助金を活用して在宅医療連携拠点を設置する。「STEP2」として、ICTによる在宅医療・介護連携ネットワークを導入し、在宅医療連携拠点を中心とした連携を更に広げていく。そして「STEP3」として、平成30年4月には在宅医療連携拠点の運営を県の補助事業から市町村事業に移行していく。

8 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～） ～ICTによる在宅医療・介護連携ネットワークを導入～

在宅医療・介護連携システムのイメージ

既存のデータベースの医療・介護の情報などを 投稿・閲覧

タイムラインにより情報交換（医療側 ⇒ 介護側）

タイムラインにより情報交換（介護側 ⇒ 医療側）

ケアマネジャー
市町村・地域包括支援センター
在宅医療連携拠点
病院

導入のメリット

- 電話をしなくても、最低限の医療・介護情報を把握できる
⇒電話が減り、電話連絡の際のトラブル回避
- 連絡を取り合う場合でも、都合の良い時間に質問・回答
⇒落ち着いた時に、ストレスなく連絡を取り合える

医療と介護の幅広い関係者の円滑なコミュニケーションを支援し、在宅医療と介護の連携を更に推進するため、県全域にICTによる在宅医療・介護連携ネットワークを導入していく。

7 STEP1 在宅医療の基礎固め（平成27～29年度） ～県医師会が協力要請・都市医師会が在宅医療連携拠点を設置～

① 在宅医療連携拠点の設置

○県医師会が協力要請・都市医師会が在宅医療連携拠点を設置
⇒ケアマネジャー・医師など関係職種と連携
【主な取組】
○退院時に病院等と連携して在宅医療を行う医師などの関係職種とつなぐ
○本人・家族、地域包括支援センターやケアマネなどからの医療相談に対応

② 在宅医療を行う医師の登録制度

○拠点が提供する在宅医療を行う医師を登録
⇒退院時に医師の登録情報をもとに医師を紹介
⇒医師が登録したシステムにより登録医師の情報は県内全ての拠点で閲覧可能

③ 在宅医療支援ベッドの確保

○肺炎や脱水など、必要な時に一時的に入院できるように、地域の病院に肺炎1床・脱水2床を確保

チームで支える仕組みを構築

在宅医療患者

医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー

3つの取組を30ある都市医師会の全てで実施
⇒ 全県域をカバーし、連携の基礎をつくる

H27 15都市医師会で実施 ⇒ H28-29 30都市医師会で全県カバー ⇒ H30 拠点を県補助 ⇒ 市町村移行

都市医師会ごとに在宅医療連携拠点を設置し、看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置する。そして、退院時に病院などと連携して医師や訪問看護師などの関係職種とつなぐほか、本人・家族、地域包括支援センターやケアマネジャーなどからの医療相談にも対応する。また、拠点が確実に在宅医療を行う医師につなげることができるよう、医師の登録制度を設けている。さらに、在宅医療支援ベッドも地域の病院に1床確保している。これら3つの取り組みを30都市医師会で実施し、全県域をカバーする。27年度は半分の15か所で、28年度は30か所で全県域をカバーし、平成30年4月には拠点を市町村に移行していく。

9 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～） ～採用したシステム「メディカルケアステーション」～

【株式会社日本エンブレス作成資料】
メディカルケアステーションの位置づけ

診療情報

文書系情報
（指示書、報告書、紹介状、検査、必須文書等）

コミュニケーション情報

対応するシステム

- 電子カルテ 医療連携システム
- オーダリング、薬歴レセプトシステム 文書管理システム

コミュニケーションに特化して提供
だからシンプル！

MedicalCare STATION

採用したのは日本エンブレス社のメディカルケアステーション。電子カルテやMRI画像などを医療機関だけで共有する医療連携システムとは全く異なり、医療と介護の幅広い関係者で簡単に連絡を取り合えるコミュニケーションツールである。

10 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）
～採用したシステム「メディカルケアステーション」～

- 基本パッケージ無料、ランニングコスト無料
- ラインに似たコミュニケーションツール

- ◆機能①【患者グループ（メイン機能）：患者の個人情報を取り扱う】
患者に関わる医師、看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャーなど、多職種で「つぶやき」によるコミュニケーションができ、画像やファイルなどを投稿できる
- ◆機能②【事務連絡等を行う自由グループ：原則個人情報を取り扱わない】
「●●地区全ユーザーグループ」「●●市多職種連絡会議のグループ」など事務連絡などを行うグループを自由に設定できる

現状でも十分使えるシステムだが、県医師会がより使いやすくカスタマイズ

全ての都市医師会が無料で使えるようにする

「メディカルケアステーション」は、基本パッケージ無料、ランニングコスト無料のラインに似たコミュニケーションツールである。非公開型医療介護専用SNSであり、セキュリティも十分に担保されている。現状でも十分に使えるシステムだが、県医師会がより使いやすくカスタマイズし、カスタマイズ後のシステムを全ての都市医師会が無料で使えるようにする（埼玉県以外の全国の医師会でも無料で使用できるようになる）。

11 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）
～「メディカルケアステーション」のカスタマイズ～

【カスタマイズの主な内容】

- ①「内緒話」機能
メンバーを限定してコミュニケーションを取れる機能
- ②ファイル管理機能・検索機能強化
タイムラインでは、古い情報は下に流れてしまうため、投稿した情報を見つけづらいことがある
⇒ 画像、PDF、ワード、エクセルなどを簡単に整理・共有する機能
- ③ファイルアクセス履歴取得機能
ファイルへのアクセス履歴を管理者が把握できる機能
⇒ 履歴を把握することで、悪意のある漏えいに対する抑止力となる

カスタマイズの内容は主に3つ。平成28年度中に使用できるようにする予定。

12 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）
～体験会の実施～

平成28年5月～7月に実施

- 「メディカルケアステーション」は、県医師会のカスタマイズ前でも既に使えるシステム
⇒ システムに慣れ親しんでもらうため、都市医師会ごとに体験会を実施した

【さいたま市大宮医師会での体験会の様子】



「メディカルケアステーション」は、県医師会によるカスタマイズ前でもすでに使えるシステムである。今からシステムに慣れ親しんでもらうため、都市医師会ごとに体験会を実施した。

13 STEP2 ICTにより連携を更に広げていく（平成28年度～）
～各地域で本格的な導入に向けた準備を開始～

平成28年7月～

- 体験会でシステムに慣れ親しんだ後に、都市医師会に設置した拠点を中心に、本格的な利用開始に向けた運用ルールについて、市町村や多職種と協議を開始している

【県医師会及び県の在宅医療連携拠点に対する支援】

- ①県医師会が作成した「セキュリティポリシーのたたき台」を送付
⇒ 今後、各地域においてセキュリティポリシーを定めていただく必要があるが、その参考としていただくため、「セキュリティポリシーのたたき台」を提供
- ②第1回目の協議に県も出席し、以下の内容を説明
・県医師会作成「セキュリティポリシーのたたき台」の趣旨・内容について説明
・併せて、今後地域で議論すべき論点を整理して説明

各地域で運用ルール等について議論し、準備ができた地域から利用開始

都市医師会に設置した拠点が市町村や多職種と協議する場を設定し、本格的な利用開始に向けた運用ルールについて協議を開始している。県医師会としても、「セキュリティポリシーのたたき台」を提供するなど、各地域における円滑なシステム導入を支援している。各地域で運用ルールなどについて議論を重ねていただき、準備ができた地域から順次利用を開始していく。

14 STEP3 在宅医療連携拠点の移行 (平成30年度～)
～県の補助事業 ⇒ 市町村事業～

- 県内に30ある都市医師会ごとに設置した「在宅医療連携拠点」について、平成30年4月に県の補助事業から市町村事業に一齐に移行する方針である
- 各市町村に温度差がある中、平成30年度に確実に移行させていくために、医師会と県が協力しながら、市町村に積極的に働きかけていく必要がある
- 介護保険の地域支援事業として市町村が実施する8つのメニューの全てについて、都市医師会と市町村が緊密に連携していく必要がある

平成29年度早々にも、都市医師会・市町村・県の3者で話し合う場を設定する予定

県内に30ある都市医師会ごとに設置した「在宅医療連携拠点」については、平成30年4月に県の補助事業から市町村事業に一齐に移行する方針である。拠点の移行を確実に行うとともに、介護保険の地域支援事業として市町村が実施する8つのメニューの全てについて都市医師会と市町村が緊密に連携することができるよう、平成29年度早々にも都市医師会・市町村・県の3者で話し合う場を設定する予定である。

15 まとめ
～県医師会から地域へのアプローチ～

- 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村の仕事とされているが、介護のみで医療が入らなければ、医療と介護の連携にならない
⇒ 医師のネットワークを持つ地域の都市医師会の協力が不可欠
- 多くの市町村には医療を担当するセクションがないため、市町村から都市医師会にアプローチすることが難しいという声がある
⇒ 都市医師会から市町村にアプローチしないと在宅医療と介護の連携が進まない
- 県医師会がリーダーシップを発揮し、全ての都市医師会の積極的な協力を得て、医師会と県が協力しながら市町村にアプローチしていくことが必要

仮に介護を所管する市町村と介護関係者だけで議論し、医療が入らなければ、医療と介護の連携にならない。医師のネットワークを持つ医師会の協力が不可欠だが、多くの市町村にとっては医師会への垣根が高く、市町村から主体的にアプローチすることが難しいといわれている。県医師会がリーダーシップを発揮して全ての都市医師会に働きかけ、都市医師会の方から市町村にアプローチしていくことが必要である。

1

居住系施設等との連携

いらはら診療所 苛原実

2 背景

- 独居、老々世帯の増加 ⇒ 利用者自宅での介護力不足
- 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 ⇒ 特養での看取り介護加算
- 看取りに伴う介護職の医療行為への対応 ⇒ 介護職の医療行為規制緩和(たん吸引、経管栄養)
- 施設等訪問診療への診療報酬減額(2006年診療報酬改定より)
- 在宅医療とは生活の場で提供される医療のこと、居宅に限らない

在宅医療は生活の場で提供される医療であり、居宅に限らない。今後は、独居や老々世帯の増加にともない、施設への訪問も増加していくと推測される。さらに、死亡者の増加にともない、施設での看取りも増えているだけでなく、医療ニーズの高い利用者も増加している。介護職の医療処置の規制緩和や特養での看取り加算などで施設での看取りを制度で後押ししている。しかし、施設への訪問診療報酬は減額された。

3 死亡場所別死亡者数推移、2005～15年



わが国の「死亡別死亡者数推移(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、死亡者数は増えている。特に施設での死亡者数が増加傾向にある。

4 死亡場所別死亡数推移(%)、2005～15年



「死亡場所別死亡者数推移(%)」を示した。2014年に比べて病院、自宅での死亡は減少しているが、施設での死亡者数の割合が増加している。

5 介護保険で給付される居住系施設の種類の種類

介護保険施設	基本的性格	主な設置主体	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 往診可能
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
介護保険付帯サービス	基本的性格	主な設置主体	医療体制	訪問診療
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
認知症高齢者グループホーム	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
軽費老人ホーム(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(介護保険法のみで規定)、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宅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の種類と特徴について表に示した。

6 高齢者向け住まいの定員数



高齢者向け集合住宅の推移を示した。サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特養の定員が増加している。介護療養型医療施設は減少している。

7 在宅医療における居住場所に応じた評価

① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに名称を変更

➢ (旧) 特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)

(改) 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)

算定対象となる施設に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームが追加

② 月1回の訪問診療による管理料を新設

③ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

旧管理料(旧特医総管)	新管理料(旧特医総管)
同一建物居住者以外の場合 4,200点	同一建物診療患者の人数 ※2
同一建物居住者の場合 ※1 1,000点	1人 2~9人 10人~
	月2回以上訪問している場合 3,800点 2,100点 1,100点
	月1回訪問している場合 2,280点 1,280点 880点

※1 同一建物居住者の場合、当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 同一建物診療患者の人数、当該建築物に居住する者のうち、当該医師が診療を行っている者の数

在宅支援診療所・処方箋あり・利用者重症でない

平成28年度に行われた診療報酬改訂により、特定入居者総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、その名称を変更した。また、月1回の訪問診療による管理料を新設している。さらに、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて管理料を評価した。さらに、利用者の重症度に応じて点数を区別した。

8 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)

定義	介護保険1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、看護士の夜間勤務はない
医療アクセス	末期がんに限り地域の医療機関から訪問診療、訪問看護可能 往診は算定可能(配置医師が行う場合を除く)、訪問診療、訪問看護は算定できない
特徴	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
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。末期がん患者に限り外部の保健医療機関から訪問診療が可能であり、在宅医学総合管理料も算定できる。また、がんであるか非がんであるかに関わらず、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、その間の在宅医学総合管理料も算定可能である。

9 特定施設

定義	常時1人以上の高齢者を入居させて、食事の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	往診、訪問診療は認められており、施設入居時等医学総合管理料も算定可能、 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
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関わらず、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、看護師の常駐が義務づけられているが、急性増悪時等では医療保険により訪問看護を受けることができる。

10 認知症高齢者グループホーム

定義	障害をもちながらも、介護士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受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多い
医療アクセス	<p>往診、訪問診療は認められており、施設入居時等医学総合管理料も算定可能、急性増悪時等には医療保険により訪問看護を受けることができる。</p> <p>訪問看護ステーションと連携をして、グループホームが医療連携体制加算を取ることができる</p>
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などそのあり方が多様化している
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。往診、訪問診療を行うことができ、施設入居時等在宅医学総合管理料も算定可能である。訪問看護は、利用者の急変増悪に際して、医師が「特別訪問看護指示書」を記載したときに限り、実施可能である。制度開始当初は認知症の人の共同生活の場として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うなど、そのあり方が多様化している。

11 サービス付き高齢者向け住宅

定義	居室の広さ(原期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、訪問看護は通常の住宅と同様に提供できる
特徴	重度介護となると、サービス付き高齢者向け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、居宅介護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制度が作られた。基本的にバリアフリーな住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向け住宅である。必要に応じて食事提供や訪問介護を受けることができる。

12 軽費老人ホーム(ケアハウス)

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、身寄りがいないか、家族との同居が困難な者が入居可能
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	特定施設以外は訪問診療、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、施設入居時等在宅医額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。看護師が常駐している施設はほとんどなく、重度になると住み続けることが困難な場合が多い。

13 小規模多機能型居宅介護

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	看護師が事業所内に存在、急性増悪時等には医療保険により訪問看護を受けることができる
医療アクセス	自宅・泊まりの際には訪問診療・往診を利用できる。(「泊まり」際はサービス利用前30日以内に算定していた患者のみ)
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29名以下、「通い」の利用者は登録者の18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3つの機能を利用者の状態に応じて提供する地域密着サービスである。訪問診療、往診は自宅・泊まりの際に利用可能である。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人でも利用可能である。

14 居住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よく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、初診時などで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こと、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が、利用者の情報を得るために必要である。また、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。家族との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が少なく、治療内容や利用者の状態を把握しにくい特性がある。家族とは、機会を見つけて年に一度くらいは面談の機会を持つことが望ましい。

15 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、居宅系施設の力量を見極めて、訪問診療を行うことが大切である。施設看取りの経験の有無、施設の方針を把握したい。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。利用者の急変時の事前指示書を利用者からとっているかどうか確認することも重要である。状態変化時の電話対応でも施設力量はわかる。

16 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（社会福祉士及び介護福祉士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
- 居住系施設等や居宅（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、不特定な人に対するすべての行為 2、不特定な人に対する特定の行為 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などの行為が可能となっている。

17 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	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」
2、自動血圧測定器による血圧測定	などの医学的判断は、してはならない
3、パルスオキシメーターの装着	
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）	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、
6、湿布をはる	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
7、目薬をさす	条件1：利用者の状態が安定している
8、利用者に薬を飲ませる	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
9、座薬を挿入する	条件3：薬の誤嚥や産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。

- 生活の場で提供される医療が在宅医療であり、施設での在宅医療は今後増えてゆく傾向にある
- 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下で、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

在宅医療は生活の場で提供される医療であり、独居や老々世帯の増加にともない、利用者は増加傾向にある。また、施設における看取りも増加しており、医療ニーズの高い利用者が増加している。施設の類型や方針を理解して、利用者が安心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やケアを提供していくことが必要である。

平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業
研修会

小児在宅医療の現状と病院の取り組み 病院の立場から




国立研究開発法人
国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科 医長
在宅医療支援室 室長
中村知夫

必要。でも足りない。なら創ろう！

1 本日の講演内容

- ① 小児在宅医療を必要としている患者と医療的ケア児
- ② 小児在宅医療を必要としている患者の現状
- ③ 小児在宅医療推進のための人材
- ④ 成育医療研究センターでの取り組み

本日の講演では、①小児在宅医療を必要としている患者と医療的ケア児とは何か、②小児在宅医療を必要としている患者の現状について、③小児在宅医療推進のために求められている人材、④国立成育医療研究センターでの取り組みについて話す。

2 医療的ケアを要する子どもの支援の法的基盤

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の一部を改正する法律（概要）

障害者が自らの望む地域生活を営むことができるよう、「生活」と「就労」に対する支援の一部の充実や高齢障害者による介護保険サービスの円滑な利用を促進するための見直しを行うとともに、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応するための支援の拡充を図るほか、サービスの質の確保・向上を図るための措置整備を行う。

1. 障害者の望む地域生活の支援

- (1) 施設入所支援や共同生活機能を利用していた者等を対象として、定期的な巡回訪問や随時の対応により、円滑な地域生活に向けた相談・助成等を行うサービスを新設する（自立生活援助）
- (2) 就業に伴う生活面の課題に対応できるよう、事業所・家庭との連絡調整等の支援を行うサービスを新設する（就労定着支援）
- (3) 重症訪問介護について、医療機関への入院時一時的な支援を可能とする
- (4) 65歳に達するまで程度に長期にわたり障害福祉サービスを利用してきた重度の障害者が引き続き障害福祉サービスに相当する介護保険サービスを利用する場合に、障害者の所得の状況や障害の程度等の事象を勘案し、当該介護保険サービスの利用費負担を障害福祉制度により軽減（償還）できる仕組みを設ける

2. 障害児支援のニーズの多様化へのきめ細やかな対応

- (1) 重度の障害等により外出が著しく困難な障害児に対し、巡回を訪問して発達支援を提供するサービスを新設する
- (2) 保育所等の障害児に発達支援を提供する保育所等訪問支援について、乳幼児・児童発達施設等の障害児に対象を拡大する
- (3) 医療的ケアを要する障害児が適切な支援を受けられるよう、自治体において保健・医療・福祉等の連携促進に努めるものとする
- (4) 障害児のサービスに係る提供体制の計画的な構築を推進するため、自治体において障害児福祉計画を策定するものとする

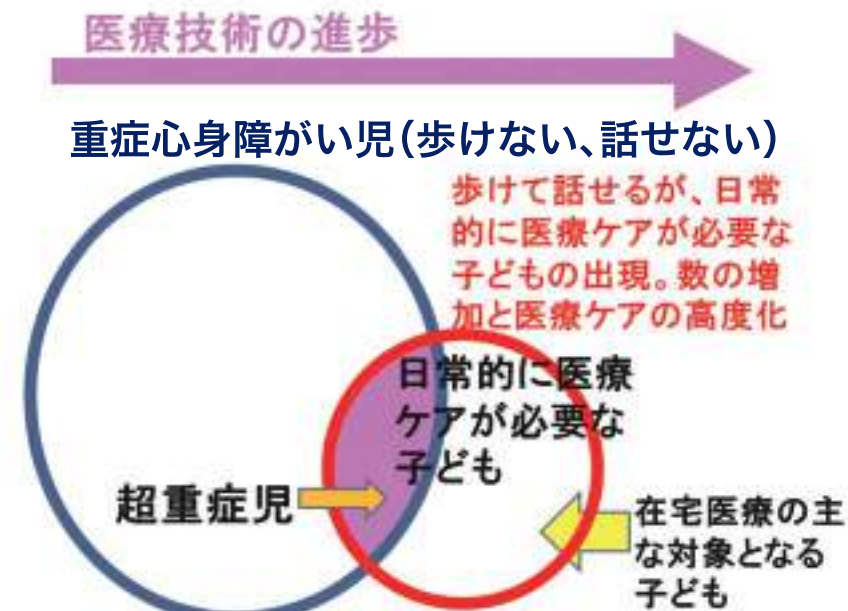
3. サービスの質の確保・向上に向けた措置整備

- (1) 補修費について、成長に伴い短期間で取り替える必要がある障害児の場合等に賞与の活用も可能とする
- (2) 都道府県がサービス事業所の事業内容等の情報を公表する制度を設けるとともに、自治体の事務の効率化を図るため、所要の規定を整備する

施行期日
平成30年4月1日（23については公布の日（平成29年8月3日））

本年6月3日に、障害者総合支援法、児童福祉法の一部が改訂され、今までの障がい児者である身体障がい、知的障がい、精神障がい、発達障がいに加えて、医療的ケア児も、障がい児者と認められ、体制の整備が求められている。この法律改訂は、厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長、内閣府子ども・子育て本部統括官、文部科学省初等中等教育局長の連名で交付され、同日施行されている。

3 医療的ケア児とは



小児においては、今まで、日常的に医療的ケアが必要な子どもは、重症心身障がい児者の範疇の、超重症児、準超重症児の寝たきりの子どもたちが前提であった。しかし、医療の進歩により、歩けて、話せるが、さまざまな医療的ケアが必要な子どもも急速に増加してきており、これらの子どもや、家族を支援する医療、保健、福祉、教育、就労などの整備が求められている。

4 重症心身障がい児

- 重度の肢体不自由と重度の知的障がいが重複した状態。医学的診断名ではなく、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は周辺とよばれる

重症心身障がい児とは、医学的診断名ではなく、児童福祉の行政上の措置を行うための定義で、重度の肢体不自由と、重度の知的障がいが重複した状態の子どもである。重症度の判定で、大島分類が用いられ、1～4までの子どもたちが、重症心身障がい児と呼ばれる。しかしこの分類には、医療的ケアの視点がない。

5 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
 - レスプレーター(10) 気管内挿管(8) 鼻咽頭エアウェイ(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
 - NH(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

一方、超重症児は、運動機能が座位までの子どもで、医療的ケアが重い子どもたちであり、スコア25点以上の子どもたちが超重症児、10点以上が準超重症児と呼ばれている。すなわち、重い医療的ケアを受けていても、歩ける子どもは超重症児ではない。

6 高度医療依存児

生きるために医療ケアと医療機器が日常的に必要で継続的な見守りが必要な児者

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

このような、超重症児や、重症心身障がい児者に加えて、歩けたり、走れたりする子どもであっても、生きるために医療ケアと医療機器が日常的に必要で、活発に活動するために継続的な見守りが必要な児者を、新たに高度医療依存児者として定義し、さまざまな使えるサービスを整備しないと、子どもたちも、家族も暮らしていくことはできない。

7 医療的ケアを必要とする小児在宅医療患者数

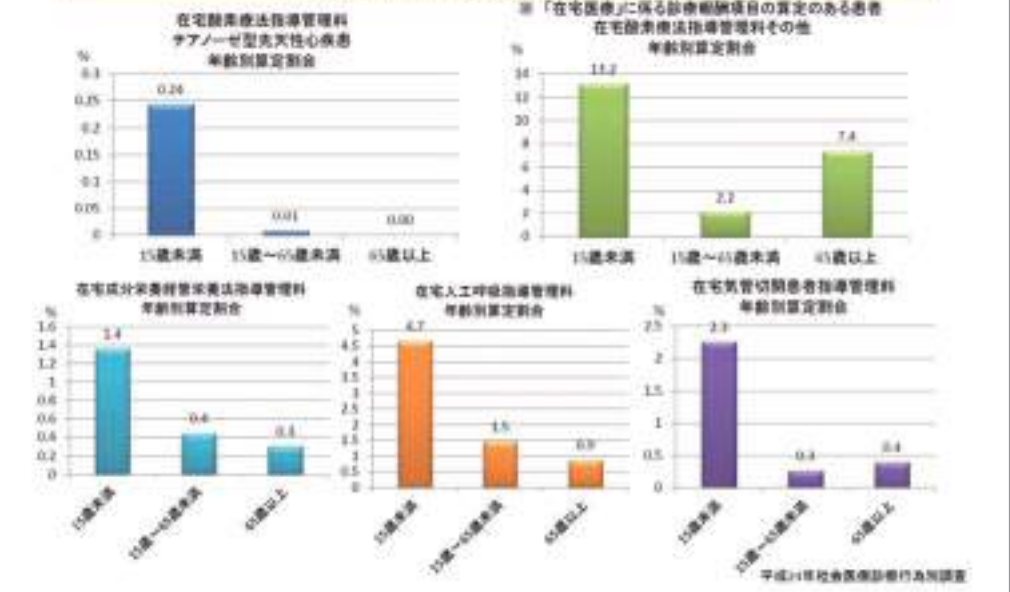
- 0～19歳の医療的ケア児数は増加傾向にあり、平成27年度は1.7万人以上。
- 在宅人工呼吸器を必要とする小児患者は急増しており、平成27年度で3千人以上。
- 5歳毎の年齢群別で比較すると、0～4歳群が最も多く、若年者ほど人工呼吸器患者が多い。



医療技術の進歩にともない、地域差は大きいですが、0～19歳の医療的ケア児数は増加傾向にあり、平成27年度は1.7万人以上となっている。医療的ケア児の中で、在宅人工呼吸器を必要とする小児患者は急増しており、平成27年度で3000人以上、特筆すべきこととして、5歳ごとの年齢群別で比較すると、0～4歳群が最も多く、若年者ほど人工呼吸器患者が多い。

8 小児在宅患者と医療的ケア

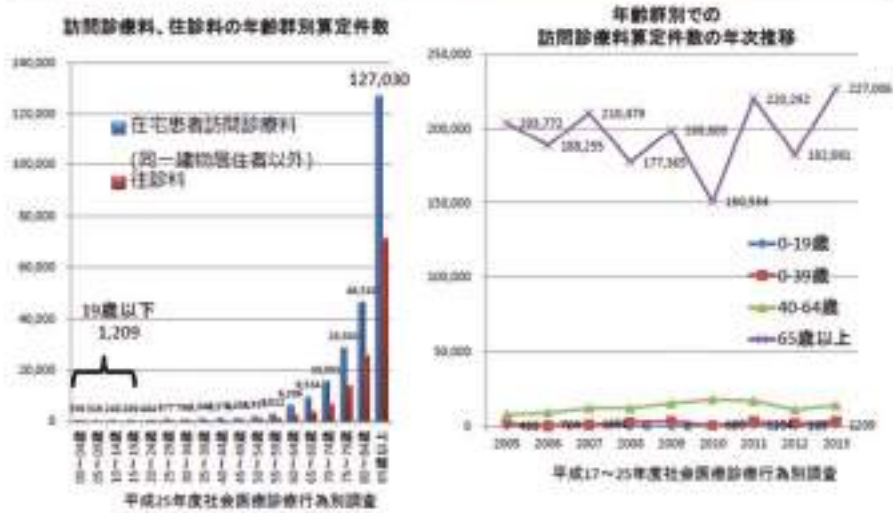
○ 在宅医療を受ける者^①に占める在宅酸素療法、在宅成分栄養、在宅人工呼吸、在宅気管切開等の医療を受ける患者の割合は、15歳未満の小児において高くなっている。



先ほどのスライドで、近年の高度の医療を受けた若年の在宅患者ほど、人工呼吸管理を受けている小児が多いことを示したが、このことは人工呼吸管理だけでなく、在宅酸素、在宅成分栄養経管栄養、気管切開にも共通しており、近年の高度の医療を受けた若年の在宅患者ほど、複雑な医療的ケアが必要になっていることを示している。

9 小児在宅患者と訪問診療

- 小児で訪問診療、往診を受ける患者は少ない。
- 19歳以下で訪問診療を受ける者は1,209人、85歳以上では12.7万人（平成25年度）。
- 訪問診療料算定件数は高齢者で微増傾向にあるが、小児では伸びていない。



成人の在宅患者では、地域の訪問医による診療はあたり前のことだが、小児在宅患者では、平成25年度は1209人しか在宅医療の恩恵を受けておらず、これは小児在宅患者の7.5%にすぎない。また、小児在宅患者の急速な増加にも関わらず、在宅医療の恩恵を受けている患者は増加していない。つまり、複雑な医療的ケアが必要で、状態が悪化しやすく、迅速で頻回の医療医介入が必要な小児在宅患者ほど、地域の訪問医による診療が遠いものとなっている。

10 小児と在宅医療

在宅医療の体制構築に係る指針(平成24年3月30日) 抜粋

第2 関係機関とその連携

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示す。都道府県は、各医療機能の内容(目標、関係機関等に求められる事項等)について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

① 目標

- ・ 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

② 入院医療機関に求められる事項

- ・ 退院支援担当者を配置すること
- ・ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- ・ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- ・ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること
- ・ 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

③ 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・ 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること
- ・ 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- ・ 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

小児在宅医療患者は、地域での訪問診療を受けることができないのだろうか。小児在宅医療を受けている子どもたちは、年齢を重ねると成人在宅医療患者となるが、40歳になって介護保険の対象者となるまで待たないといけなのだろうか。平成24年に厚労省が出した在宅医療の体制構築に係る指針では、高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対しても訪問診療、訪問看護、訪問薬局の恩恵を受けることのできる体制の確保が求められている。

11 子どもにおける在宅医療・地域での医療支援体制整備の重要性



この図は、愛媛の永井康徳先生(医療法人ゆうの森)『在宅医療を始めよう!非がん患者の自宅での看取り』(南山堂)に掲載されていた図を、永井先生の許可を得て、小児在宅医療の視点から改変したものである。永井先生のオリジナルの図でも、NICU不足の解消の必要性が述べられており、永井先生の懐の深さを感じる。最も重要なことは、患者・家族が安心して退院できる、安心して在宅生活を送れるという点である。同時に医療者も機能分担ができ、医療職同士も支援することができ、そこには小児科医師と成人を診ている在宅医の壁はないと考える。

12 紅谷先生の講演より

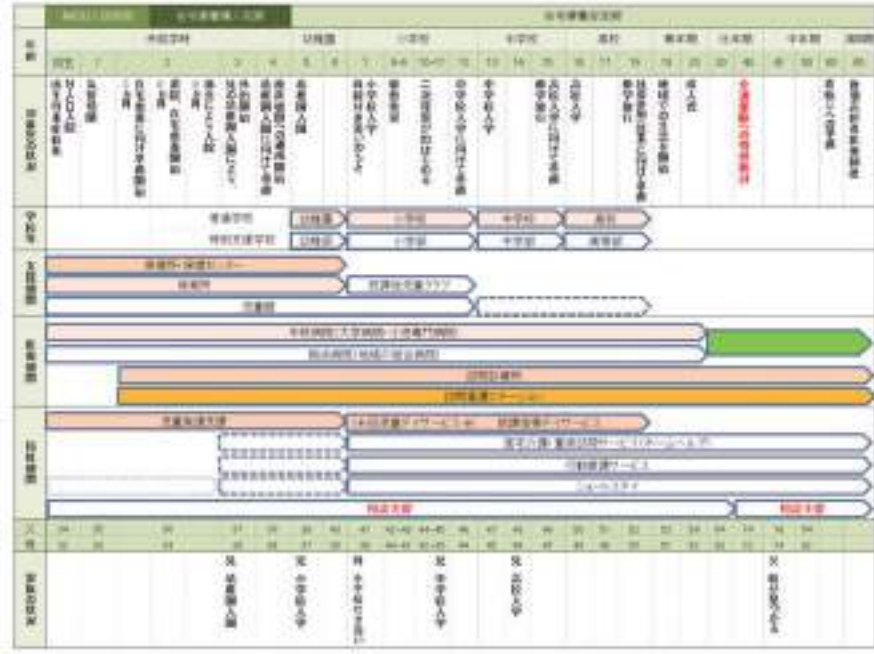
ハッピーな生活のために医療を使いこなす



- ・ 自立とは依存先を増やすこと(熊谷晋一郎先生)
- ・ いろいろ利用できる道具のひとつとして“医療”“在宅医療”があり、どう使うと生活が充実するのか考える
- ・ “医療”が必要な人たちでも“医療”に振り回されてしまうのはもったいない
- ・ “医学”と違って“生活”では明確な答えがないことも多いので、対話を大切にし、答えを探ること自体を楽しむ
- ・ 小児在宅医療は、在宅医にとって小児にまで専門性を広げることではなく、小児を受けとめられるくらい、在宅医療の専門性を深めること

本年度の在宅医療関連講師人材養成事業における、小児を対象とした在宅医療分野の小児在宅医療に関する人材養成研修会で用いられた、福井の紅谷浩之先生(オレンジホームケアクリニック)のスライドをお借りした。研修会での講演は素晴らしいもので、多くの参加者から自然と拍手が起きた。その中で紅谷先生は、自分は小児の専門家ではないと述べた上で、「小児在宅医療は、在宅医にとって小児まで専門性を広げるのではなく、小児を受け止められるくらい、在宅医療の専門性を深めること」と話している。

13 小児在宅患者の一生を支援するための仕組み



小児患者を診て頂ける在宅医を増やすにはどうすればよいか、皆様と考えていきたい。小児在宅患者は不安定な患者が多いが、丁寧な支援によりその多くは青年期以降まで生きようになってきている。介護保険が使える40歳、さらに60歳の親亡き後のことまでも考えていかなければならない。当然その間の保育、学校、就職にも参加できるよう、患者・家族を支援する医療、保健、福祉、教育、就労などの整備にも医療者が関わる必要がある。また関係する法律も障害者総合支援法、児童福祉法、その先の介護保険まで、長期にわたる支援が必要である。医療補助に関しても、乳幼児医療、自立支援医療、小児慢性特定疾病医療費助成、難病医療費助成などを上手につなげる必要がある。

14 小児在宅医療の地域支援に関わる職種

	地域	病院	ショートステイ施設 日中預かり施設
医師	住診医・近隣開業医	外来医師・病棟医師	担当医師
歯科医師	訪問歯科医師	病院歯科医師	
薬剤師	地域薬剤師	病院薬剤師	
看護師	訪問看護師 複数の事業所から訪問	病棟・外来看護師	看護師
リハビリセラピスト	訪問リハ	通院リハ	施設セラピスト 通所リハ
ヘルパー	訪問ヘルパー		介護職
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		

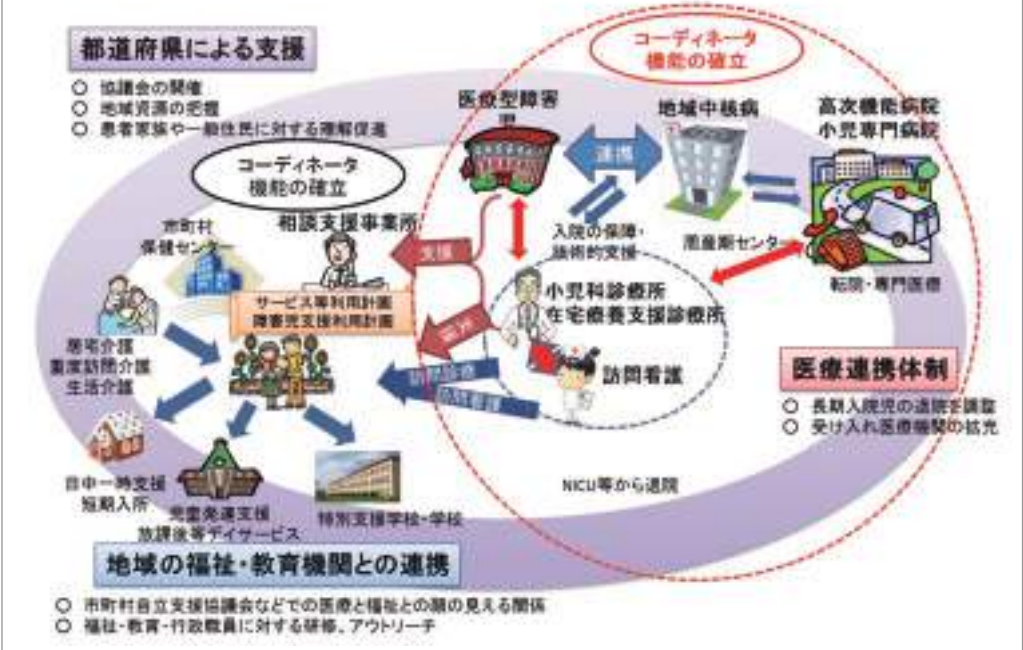
大人の在宅医療は、医療に関しては在宅医と、訪問看護の連携が患者支援に大きな力を発揮する。さらに介護に関しては、介護保険上、介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割は明確で、仕事内容に対して金銭的な報酬も保障されている上に、支援に携わる職種も少ない。それに対して、小児在宅医療では大人と比較してもより多くの職種の関わりが必要であり、その中でもケアマネジャーに相当する相談支援専門員の役割が重要となる。しかしながら、需要に対して人数的にも、また支援能力的にも十分な資源が確保されているとは言い難く、医療者は多職種と協力して、新たな資源を開拓することも求められる。

15 小児在宅医療推進のための人材

個々の患者の病気だけを診るのではなく、
医療的ケアを必要とする患者・家族が生活
をする上での困りごと・育ち・教育・就職など
で地域との連携にもより添える人材

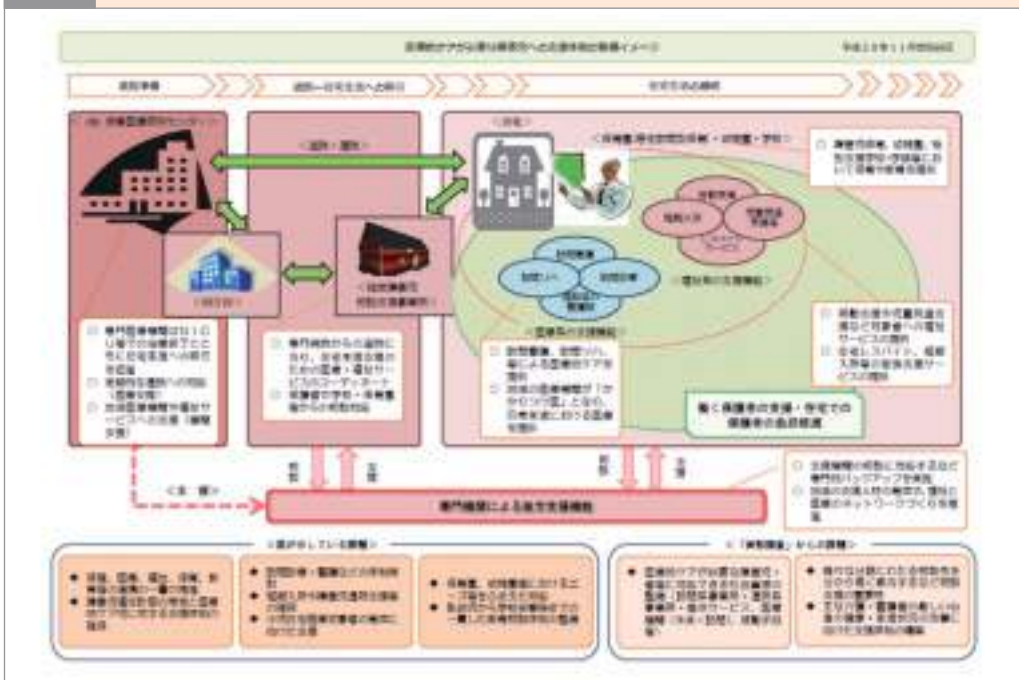
つまり、小児在宅医療を地域で広めるためには、個々の患者の病気だけを診るのではなく、医療的ケアを必要とする患者・家族が生活をする上での困りごと・育ち・教育・就職などで地域との連携にもより添える人材を養成していく必要がある。労力も時間も限られた診療の中で、やること多い割には収入的にも厳しい面もあるが、この課題を解決するには、一人でも多くの在宅医の先生方に参画して頂くための仕組みが必要と考える。

16 医療的ケア児を支える仕組み



小児在宅医療に関しては高齢者の場合と違い、関わる職種が多いために介護支援相談員（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と述べたが、多くの医療職や、医療機関の関与が必要な小児在宅医療では、医療機関の連携体制の構築、役割分担の明確化、医療機関間の支援を行うために、中心となる医療機関がしっかりとしたコーディネート機能を持つことが必要と考える。医療職を支援する機関があれば、小児在宅患者を診てもよいという地域中核病院、小児科診療所、在宅療養支援診療所が増えるのではないかと考える。

17 世田谷区の事業計画より



この図は、国立成育医療研究センターのある世田谷区が計画している、医療的ケアの必要な子どもたちの支援体制の整備のイメージ図である。この中でも、専門機関による後方支援機能が、医療においても、福祉においても、教育においても必要であり、その機能を世田谷区だけで継続的に維持運営するのも限界があり、広域的な支援体制の整備が必要との意見も出されている。

18 地域で医療的ケア児を診ていただける在宅医を増やす試み

- 地域医師会学術集会などでの発表を通して、地域の医療職に医療的ケア児を認知していただく。
- 在宅医紹介システムも持っている医師会では、医師会から小児を診ていただける地域の在宅医を紹介していただく。
- 地域包括ケアの学習会に参加し、医師会の先生方に繋がる。
- 様々な勉強会、講習会の開催
 - 成育在宅懇話会(年2回)
 - 成育臨床懇話会(年2回)
 - 在宅技術講習会(年1回)
 - 小児在宅勉強会(主に院内向け)
 - 厚労省医政局から委託された小児在宅に関する研修会
- 世田谷小児在宅勉強会の開催: 医療的ケア児の住む地域の在宅医に情報を提供し、診ていただける在宅医を見つける。
- 共同診療: 在宅医と病院主治医が、患者宅を訪問する。
- その他



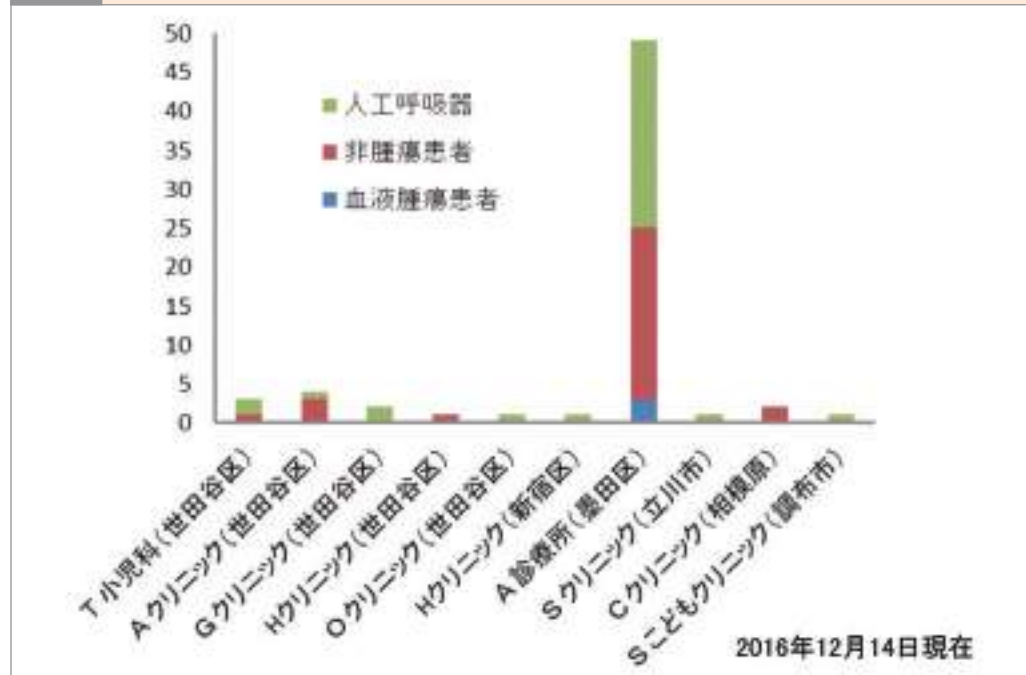
国立成育医療研究センターが現在行っている、地域で医療的ケア児を診て頂ける在宅医を増やす試みについて述べる。国立成育医療研究センターでは、在宅医療支援室および、医療連携・患者支援センターが中心になって、スライドに示したような取り組みを行っている。また、その他の取り組みとして、小児在宅患者の生活状況と医師の指示に問題がないかを知るために、定期的に特別支援学校を訪問し、医療的ケアの指導、病院や、自宅での多職種会議などを行っている。さらに、世田谷区をはじめとする行政との協働も行っている。

19 在宅医導入の流れ

1. 保護者と在宅医を入れることの意義を共有する。
2. 成人期になる前から、トランジションについても話し合う。
3. 患者の病態、ニーズ、相性に応じた在宅医を探す。
4. 医師や、MSWからの在宅医へ打診する。
5. 初めての依頼する在宅医へは、直接お会いして患者紹介をさせていただく。
6. 患者情報提供の際に、トランジションについてもお話しする。
7. 在宅医と、患者、保護者が会って話していただく場を作る。
8. 在宅医と、成育との診療報酬、在宅物品の払い出しも含めた役割分担を明確にする。
9. 在宅医へ少しずつ移行する。
10. 在宅医訪問後の、保護者、訪問医への感想をお聞きする。
11. 保護者、訪問医から病院への問い合わせ先を明確化する。

在宅を導入する際に気をつけていることは次のとおりである。まず小児在宅医療において、地域の在宅医が家に来るということは、患者・家族そして在宅医にとっても未知の分野であり、お互いに不安な点も多く、まだまだ多くの問題点もある。こういった両者の不安をはじめ、地域の在宅医が介入する際の現実的な問題点を、病院医師も理解する必要がある。そして患者・家族と在宅医とのよい出会い、その後の良好な関係性を構築できるよう、当院ではスライドに示したように、段階を踏んで在宅医を導入している。

20 国立成育医療研究センター受診患者の在宅医利用の現状



このグラフは、2016年12月14日現在の国立成育医療研究センター受診患者の在宅医利用の現状を示したものである。A診療所は、東京墨田区にある日本で最も小児在宅医療に力を入れている訪問診療所で、腫瘍患者3名を含め49名の在宅患者を診て頂いている。立川のSクリニックも小児専門の訪問診療所で、当院からも遠方ではあるが1名の患者をお願いしている。T小児科は、一般小児科だが、人工呼吸管理が必要な患者2名を含め、3名の患者を診て頂いている。このように少しずつ、子どもを診て頂ける在宅医が増えては来ているが、患者と在宅医がよい出会いができるようになるまでには、地道な取り組みが必要と考えている。

21 これまでの取り組みの成果

- 世田谷区内 3か所、区外 4か所に在宅医が増えた。
- A診療所以外で、世田谷区内人工呼吸患者 6名、区外人工呼吸患者 3名、気管切開患者 1名、HOT 1名の医療的ケア児を診ていただけるようになった。
- 2名の患者で、救急受診、入院回数が激減し、定期受診のみとなり生活の質が向上した。
- トランジションを念頭として、在宅医を介して成人の病院とつながることができた。
- 在宅医とのよい出会いをされた保護所からの口コミで、他の患者より、在宅医を見つけて欲しいとの依頼が来るようになった。
- 院内の医師より、在宅医を見つけて欲しいとの依頼が来るようになった。

一気に広がることは難しい状況ではあるが、一人ひとりの患者・家族と、在宅医をしっかり支援する取り組みで、小児在宅患者を診て頂ける在宅医が増えているだけでなく、実際に患者・家族に益する目に見えた成果が上がってきている。世田谷区内 3か所、区外 3か所で在宅医が増えており、A診療所以外でも、世田谷区内人工呼吸患者 6名、区外人工呼吸患者 2名、気管切開患者 1名、HOT 1名の医療的ケア児を診て頂けるようになった。また、2名の患者で救急受診、入院回数が激減し、定期受診のみとなり、生活の質が向上している。

22 問題点

- 小児患者を理由に診ていただけない。
- 小児患者を診ていただける在宅医を見つける手段がない。
- 患者家族の個別性にあった在宅医を見つけることが容易でない。
- 病院も家族も、まだ在宅医療の意義を十分理解していない。
- 家族が病院との関係性に固執する。
- 親と在宅医との関係性の構築に時間を要する。
- 訪問診療をお願いしたが、重症で継続できなかった。
- 在宅物品の提供の調節が難しい。
- 病院医師が、在宅医に患者を紹介する方法を熟知していない。
- 病院全体の組織としての取り組みになっていない。
- 病院内の医師に、患者を地域で診る意味が理解されていない。
- 患者と在宅医との関係が難しくなり、他の在宅医を紹介した。

患者家族にも、在宅医にも寛容で信頼される病院となることが必要

その一方で、実際にさまざまな取り組みを行う中で、課題も明らかになってきた。これらを解決し、小児在宅患者を地域で診て頂くためのシステムを構築するには、病院の一人の医師の力だけでは限界があることもわかってきた。地域に患者を投げ出すのではなく、丁寧に手渡していくことが重要で、そのためにも国立成育医療研究センターのような小児高度医療機関や大学病院に、小児在宅医療に精通した多職種による組織が必要であると思う。

総論 4 小児在宅医療

小児在宅医療 診療所の立場から

高橋 昭彦

1



平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業研修会

小児在宅医療の現状と課題 診療所の立場から

ひばりクリニック
認定特定非営利活動法人うりずん
高橋 昭彦
(宇都宮市)



このセッションでは、小児在宅医療の現状と課題について、診療所と認定特定非営利活動法人うりずんで地域の暮らしを見つめてきた立場からお伝えする。

2 本日の内容

- ・ ひばりクリニック
- ・ 地域であたり前に暮らすとは？
- ・ 制度の狭間にいる子どもたち
- ・ 小児の在宅医療・在宅ケアの特徴
- ・ 小児在宅医療と多職種連携
- ・ 小児の在宅医の役割
- ・ 退院調整
- ・ 移行期：大人になる子どもたち
- ・ どの家庭にも起こり得ること
- ・ うりずんの活動
- ・ 子どもと家族が抱える10の課題
- ・ いつまで介護をしたいですか？
- ・ 今のうちに準備しておきたいこと
- ・ 経験値0より1を増やす

本日の内容をスライドに示す。

3 ひばりクリニック (宇都宮市)



- ・ 2002年5月開業 機能強化型在宅療養支援診療所
- ・ 標榜：小児科・内科
- ・ 午前中外来、午後は在宅医療（0～100歳）
- ・ 在宅患者 現在70名前後
- ・ 医師（常勤1非常勤3）、看護3、保育2、事務5
- ・ 2003年1月～ 小児在宅医療を開始
- ・ 2008年6月～ レスパイトケア施設うりずん開設
- ・ 2012年3月 特定非営利活動法人 うりずん設立
- ・ 2016年4月 病児保育かいつぶり新設

宇都宮市は栃木県の県都、人口50万人の中核市である。ひばりクリニックは2002年に開業した。常勤医師一人体制で、午前中は外来、午後は在宅医療を担ってきたが、在宅患者が次第に増え、外来と在宅医療については非常勤医師の応援を得て運営している。人工呼吸器をつけた子どもとの出会いがあり、宇都宮市が日中一時支援の特別版ともいえる制度を創設したことから、2008年6月、うりずんを開設。現在、うりずんはNPO法人となった。

4 地域であたり前に暮らすとは？

- ・ おはよう
- ・ 行ってきます
- ・ 活動の場
- ・ ただいま
- ・ ふれあい
- ・ 楽しみ
- ・ おやすみなさい
- ・ 歯磨き・着替え・朝ごはん
- ・ 歩き・自転車・バス・電車
- ・ 幼稚園・学校・仕事・遊び
- ・ 着替え・お風呂・夕ご飯
- ・ 今日はこんなことしたよ～
- ・ 音楽・読書・テレビなど
- ・ 体を休める

私たちは朝になると起き、歯磨き・着替え・朝ごはんを済ませて、歩き、電車、自動車など何らかの交通手段で活動の場に行く。そこは、幼稚園・学校・職場だったり、遊びをする場所である。家に帰ると着替え・お風呂・夕ご飯を済ませ、今日一日あったことを話すふれあいの時間や、好きな音楽を聴いたり本を読むなど楽しみの時間があり、おやすみなさいと体を休める。地域であたり前に暮らすということはこのような感じであろう。しかし、このあたり前の暮らしを達成するために、私たちの何倍も時間と労力をかけなければならない人々もいる。

5 医療的ケア児の超重症児スコアと、運動機能・言語理解の関係

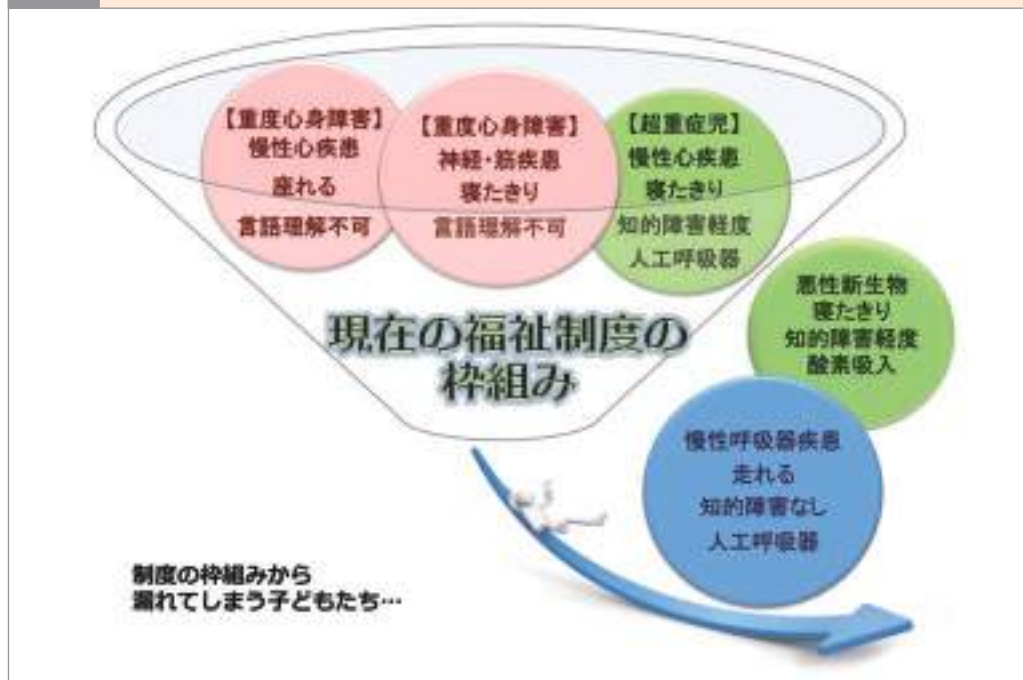
研究報告書：地域の現状からみた小児在宅医療の目指すところ「医療的ケア児とその家族に、安心とゆとりを」2016

	運動機能				
	走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり
特に障害はない	■(11)	■(10)			
簡単な計算可	●(16)	●(16)			△(8)
簡単な文字・数字の理解可	■(14)	■(14)			●(5)
簡単な色・数の理解可		■(1)			
日常の言語理解可	●(14)	△(8)		■(13)	△(5)
簡単な言語理解可		△(5)	■(1)	■(1)	●(4)
言語理解不可					△(8)

●：25点以上
■：10～24点
△：5～9点

『地域の現状からみた小児在宅医療の目指すところ「医療的ケア児とその家族に、安心とゆとりを」』は、2016年に栃木県の委託により小児慢性特定疾病の全数調査を行った。回答があった780名の中に医療的ケア児は93名存在し、超重症児スコアと運動機能・言語理解を表にしたところ、そのほとんどは、運動機能が座位までで、知的障害が重度と考えられる子どもであったが、知的障害がない、または軽い子どもや、走れる、歩けるなどの活発な運動機能を有する子どもの存在が明らかとなった。

6 制度の枠から外れてしまう子どもたち



知的障害が重度で、運動機能が寝たきりまたは座位までの子どもは、重症心身障害児と呼ばれ、超重症児スコアが25点以上を超重症児、10点以上を準超重症児（いずれも運動機能座位まで）と呼ばれる。これらの子どもは現在の福祉制度の枠組みで救済されるが、先に述べた知的障害がないまたは軽い子どもや、走れる、歩けるなどの運動機能を有する子どもは、制度の枠組みから漏れてしまう可能性がある。医療の進歩により救われた子どもの実態に、制度が追いついていない。

7 小児在宅医療・在宅ケアの特徴

- 障害が重度で、吸引、経管栄養などの医療的ケアが必要な人の割合が多い
- 専門医療機関の受診が継続される
- 頻繁に入退院を繰り返すことがある
- 医療・福祉・教育・療育・保育など多職種チームが関わり育ちを支援する必要がある
- 利用できる社会資源が極めて少ない
- 家族の負担大（きょうだいへの影響大）
- 成長とライフステージに寄り添う支援必要

小児在宅医療・在宅ケアの特徴をまとめた。障害が重度で、医療的ケアが必要であること、高齢者と異なり専門医療機関の受診が継続されること、体調が不安定で入退院を繰り返すことが多いこと、子どもには医療・福祉・教育などの多職種チームが関わるが、利用できる社会資源は極めて限られる。そのため家族の負担が大きく、きょうだいたちも我慢をすることが少なくない。また、子どもの成長や家族のライフステージに寄り添う支援が求められる。

8 小児在宅医療と多職種連携



子どもがあたり前に暮らしていくためには、実に多くの支援が必要である。在宅医療と専門医療機関である病院との連携はもちろんのこと、日々の暮らしを支えるさまざまな福祉事業者や、育ちに関わる人たちが、安心して支援ができるようにするために連携は欠かせない。また、子どもについての支援には、支給量の決定や災害時の対応など行政の関わりも重要である。これらの調整を担うことが期待されているのが、障害者相談支援専門員である。

9 小児の在宅医の役割

- 専門病院との役割分担（入院・専門的な検査は病院が担う **在宅療養指導管理料**はどこが算定するのか決めておく）
- 日常的な診療や相談（かかりつけ医として）
- 予防接種（家族も含む）
- 身体障害者指定医・小児慢性特定疾病や難病指定医として書類作成を行う
- 家族の診療
- 訪問看護ステーションとの連携
- 障害者相談支援専門員・保健師との連携
- 福祉事業所との連携

小児の在宅医の役割を示す。一般的には入院や専門的な検査は専門病院が担い、日常的な診療や相談は在宅医が担うと良いだろう。在宅療養指導管理料を算定する医療機関は必要な物品を全て提供することになるので、どこが算定するのか決めておく。通院の負担を減らすため、予防接種や家族の診療を行ったり、さまざまな書類を在宅医が担えると良いだろう。訪問看護ステーション、障害者相談支援専門員や保健師、福祉事業所との連携も重要である。

10 退院調整

- ・医療的ケア → 手技・カンニューレ交換・複数人材確保
- ・外出手段 → 車いす・移乗・自家用車確保・ヘルパー
- ・家屋調査 → 階段・段差・浴室・電源・避難路
- ・在宅医・訪問看護ステーション・薬剤師などの確保
- ・レスパイトケア → 日中活動・お泊り・移動支援
- ・調整役 → 障害者相談支援専門員・保健師
- ・制度 → 障害手帳、小児慢性特定疾病、手当など
退院前カンファレンスで情報共有と最終調整
- ・予測される病状変化と対応策についての説明
- ・暮らしの状態と家族背景（きょうだい・収入等）
- ・常時介護する母親の仕事量を積算→アレンジ！
- ・病院と在宅医の役割分担
- ・生活環境、支援の仕組み、親の気持ち OK → 退院！

退院調整のためには、病院側と地域側が連携しながらしっかりと準備する必要がある。命を守る医療的ケアを複数の人間が担えるようにすること、子どもの社会参加のため外出手段の確保は極めて重要である。特に、人工呼吸器、吸引器などを搭載した重装備の車いすに乗る子どもは、車両や移動支援などの人手の確保をしておかないと、通院以外どこも出かけられない暮らしになってしまう。母親の介護負担軽減のため、さまざまなサービスも確保して、親が退院してやってみたいという気持ちになったら退院である。

11 移行期：大人になる子どもたち

- ・移行期 transition
小児期から成人期に移り変わりゆく時期
- ・小児科医 → 成人の診療科医師への移行に課題
- ・成人の診療科医師は自分の専門以外も含めて、総合的にみる医師は少ない
- ・小児期特有の先天性心疾患・てんかん等を診ることができる成人の診療科医師はさらに少ない・・・
- ・総合的にみる医師が必要
- ・地域では、小児の在宅医療の担い手は
成人の在宅医 > 小児科の在宅医 が現状
- ・小児期にも、そして移行期を乗り切るにも、在宅医療が必要です！

小児期から成人期に移り変わりゆく移行期（transition）には、医療の引き継ぎが課題になる。成人の専門医は小児科医に比べて総合的に診る医師が少ないのである。小児特有の先天性心疾患やてんかんを有して移行期を迎えた子どもをみる医師は、さらに少ない。小児の在宅医療の担い手は、成人の在宅医のほうが小児科の在宅医よりも多く、地域で継続的にみる在宅医がいれば、移行期を乗り切ることに不安や負担は少ないと思う。

12 どの家庭にも起こり得ること

- ・肺炎で救急搬送が必要 きょうだいを誰がみるか
- ・きょうだいの出生 → 送迎+日中預かり 短期入所 緊急連絡網と介護体制確保
- ・学校へ通学 → 学校は母親が滞在することを条件/1人で連れていけないので移動支援を特例で確保/ヘルパーの車を自費レンタル/毎日の滞在が負担！
- ・修学旅行 → 保護者の同伴が条件/保護者が体調不良だと旅行にいけない/学校行事は移動支援使えない
- ・地震等の災害 → 避難路/電源/ご近所対策
- ・親が救急搬送される → 子どもの見守り確保
- ・親が末期がんになる → 在宅看取りに同じチームが
- ・母親が介護できなくなる → そのときまでにどう準備
- ・子どもが亡くなる → 在宅看取り/デスカンファ

どの家庭にもあるように、医療的ケア児の家庭にもさまざまなことが起こり得る。肺炎で救急搬送になったとき、きょうだいを誰がみるのか。人工呼吸器をつけた子どものきょうだい生まれるとき、緊急時を含めてどう準備するのか、学校へ通学を希望すると母親が滞在することを条件にされたり、修学旅行で親がついていかないと子どもが参加できなかったり。地震などの災害のときの対応も十分ではないし、親が倒れたり末期がんになることもある。親亡きあとや子ども自身の看取りについても考えて行かねばならない。

13 うりずんのなりたち

- | | |
|----------|--|
| 2006年9月 | ある日男児の家を訪問すると・・・母親が高熱で寝込み、父親が欠勤して介護 |
| 2006年10月 | 何とかしたい→やる理由だけを考える |
| 2007年 | 勇美財団助成金を得て研究事業開始
診療所でもレスパイトケアは可能と実証 |
| 2008年3月 | 宇都宮市が「重症障がい児者医療的ケア支援事業」を創設 |
| 2008年6月 | 診療所併設、重症障がい児者レスパイトケア施設うりずんで日中一時支援を始める |
| 2012年4月 | 特定非営利活動法人うりずん |
| 2014年3月 | 認定特定非営利活動法人となる |
| 2016年3月 | 新拠点に移転オープン |

2006年9月のある日、男児の家を訪問すると、母親が高熱で寝込み、父親が欠勤して介護している現状があった。そこで人工呼吸器をつけた子どもの預かりを決意をし、在宅医療助成勇美記念財団の助成を得て、2007年度に研究事業を開始。診療所でも預かりは可能と実証した。これを受けて、2008年3月に宇都宮市が「重症障がい児者医療的ケア支援事業」を創設、2008年6月に重症障がい児者レスパイトケア施設うりずんが誕生した。うりずんは、2012年4月に特定非営利活動法人うりずんとなり、2016年には新拠点に移った。

14 うりずんの新拠点



日本財団と日本歯科医師会によるTOOTH FAIRYプロジェクトの支援をいただいた。これは小児難病の通所を行う事業所に、建物本体の最大8割まで助成するという画期的なものである。関東で初めていただいた。玄関ホールには地域交流スペースゆいまーがあり、当事者の母親グループが運営するカフェ、研修会などに使われている。訪問・事務スペースはここからヘルパーが出動したりファンレイジングの拠点に、そして預かりスペースはかつての3倍になり、多くの子どもたちが利用している。

15 新拠点での事業

<p>日中一時支援事業 医療的ケアが必要な障がい児者 契約者数：48名 (うち人工呼吸器装着児者：12名) 一日定員：5名</p>	<p>児童発達支援事業 未就学の重症心身障がい児（母子分離） 契約者数：10名 一日定員：5名</p>
<p>居宅介護事業 契約者数：18名 (うち医療的ケア児者：13名)</p>	<p>放課後等デイサービス事業 就学中の重症心身障がい児 契約者数：17名 一日定員：5名</p>
<p>移動支援事業 契約者数：10名 (うち医療的ケア児者：8名)</p>	<p>居宅訪問型保育事業 集団保育が難しい障がい児の保育 契約者数：1名 定員：1名</p> <p>*新事業全て、宇都宮市内で、初めての事業所となる。</p>

新しくなったうりずんでは、これまで行ってきた医療的ケア児の日中一時支援、障害児者の居宅介護（ホームヘルプ）や移動支援に加えて、就学前の子どもを預かる児童発達支援、就学中の子どもを放課後に預かる放課後等デイサービス、集団保育が難しい障害児の保育を自宅でマンツーマンで行う居宅訪問型保育を始めている。

16 子どもと家族が抱える10の課題

1. 医療的ケアが必要である
2. 外出できる環境を整える負担が大きい
3. かかりつけとなる在宅医が不足している
4. 多職種連携が必要である
5. 遊び・学びなど育ちに配慮した対応が必要である
6. 家族・きょうだいへの負担が大きい
7. 対応できる人材・サービスが少ない
8. 母親の就労を可能にする基盤がほとんどない
9. 小児医療から成人医療への移行に課題がある
10. 親亡き後の見通しが立たない

子どもと家族が抱える10の課題をまとめた。

17 いつまで介護をしたいと思いますか？

- ずっと
- 最期まで
- 死ぬまで
- 可能な限り
- 自分が死ぬまで支えるつもり
- 体力の続く限り
- **自分が死ぬときに一緒に連れていきたい**
- お母さんの次にその子どもができる人材を地域で増やしていく
- 徐々にお母さんが手を引いていっても大丈夫なように…
- 地域で暮らし続けるグループホーム
- 希望があれば看取りまで

研究報告書：地域の現状からみた小児在宅医療の目指すところ
「医療的ケア児とその家族に、安心とゆとりを」2016

「いつまで介護をしたいと思いますか」と、介護者に問いかけをしたところ、このような答えが返ってきた。ずっと・最期まで・死ぬまで・可能な限り・自分が死ぬまで支えるつもり・体力の続く限り・自分が死ぬときに一緒に連れていきたい。これは、他に子どもをみる人がいないことにほかならない。できれば母親の次にその子どもができる人材を地域で増やし、今日は1日、次は一晚、次は数日というふうに預かりを増やして、母親の負担を減らし、地域で暮らし続けるグループホームで看取りまでできる選択肢があるといいと思う。

18 今のうちに準備しておきたいこと

- 最重度の子どもを受けられる児童発達支援と放課後デイサービス
- 医療的ケア児を含むインクルーシブ保育
- 親が学校に滞在せずに、子どもが教育を受けられる環境
- 通所・通学・校外学習・外出に活用できるハイブリッドな移動支援
- 18歳過ぎた子どもが日中活動を行う場所
- 安全・安心・安楽（楽しい）な短期入所
- 大人になった医療的ケア児が暮らす「家」
- **すべてに関わるのが人材育成（福祉・介護・教育・保育・看護・リハ・医師・・・）**

重度で多様な医療的ケア児は、まだ小学生かそれ以下の子どもが多いので、今のうちに将来を見据えて準備しておく必要がある。最重度の子どもを受けられる児童発達支援と放課後デイサービス、医療的ケア児を含むインクルーシブ保育、親に依存せず子どもが教育を受けられる環境、どこにでも活用できるハイブリッドな移動支援、18歳を過ぎた子どもが日中活動を行う場所、安全・安心・安楽（楽しい）な短期入所、大人になった医療的ケア児が暮らす「家」、そして全てに関わるのが人材育成である。

19 経験値 0より1を増やす



- 重症児や医療的ケア児とその家族は、やりたいと思っていることの大部分をあきらめてきた
- そのため、子どもは〇〇の経験値は0が多い
- その年の子どもなら経験するであろうことをひとつずつ経験していく
- 経験値0より1を増やすことは、子どもの成長と豊かな暮らしにつながる

夜の動物園に障害児と家族を招待する「ドリーム・ナイト・アット・ザ・ズー」で、初めてうさぎに触った女の子がいる。ふかふか毛のあたたかなうさぎに触ることができた。図鑑やテレビでうさぎを見たことはあっても、1度も触ったことがなかったら経験値は0。1度でも触ったら経験値は1になる。重症児とその家族は、やりたいと思っていることの大部分をあきらめてきた。だから、さまざまな経験値が0の子どもが多いのである。その年の子どもなら経験するであろうことを、一つずつ経験していく、経験値0より1を増やすことは、子どもの成長と豊かな暮らしにつながるのである。

各論

【各論1】 趣旨・狙い

A 多職種協働・地域連携

- ◆症例1：84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症
- ◆症例2：59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移
 - i) 訪問看護
 - ii) 訪問リハビリテーション
 - iii) 訪問歯科診療
 - iv) 訪問薬剤管理
 - v) ケアマネジメント
 - vi) 訪問栄養管理

B モデル・ケアカンファレンス

- ◆症例1：80歳女性 独居、認知症、全盲
- ◆症例2：91歳女性 認知症、胆管がん

【各論2】 在宅医療・介護連携事業 ～地域づくりの実践～

- i) 連携拠点事業から見てきたもの
～かかりつけ医への期待～
- ii) 地域包括ケアステーション構築を目指して
～在宅看取り率20%の町から～

各論1の趣旨・狙い

各論1では、在宅医療において不可欠な多職種協働について、より実践的な視点から学べるよう、実際の症例をもとに「A 多職種協働・地域連携」「B モデル・ケアカンファレンス」の2部構成で展開していく。それぞれの趣旨・狙いは以下のとおりである。

A 多職種協働・地域連携

- ✓ 在宅医療～在宅ケアにおいて、多職種協働が重要かつ必須。
- ✓ 2つの症例を通じて、以下の視点や要素を学んで欲しい。
 - 1) 各職能の役割
 - 2) 各職能の強み
 - 3) 早期からのサービス導入による優位性
 - 4) サービス提供の質の向上にいかに関与するのか

B モデル・ケアカンファレンス

- ✓ カンファレンスではかかりつけ医が参加していないケースが少なくない。
⇒自分の関わる症例のケア会議関連に対しては、「まずは参加をするところから始まる」ということを再認識してもらう必要がある。
- ✓ なお、モデル・ケアカンファレンスは地域で実施されている特定された会議体を想定するのではない。各職能の強み・優位性・相互連携の重要性などを体感するための「模擬ケア会議」として位置づけた。

各論1

A 多職種協働・地域連携

【症例1】

84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

座長：飯島 勝矢

1 症例の概要

- 脳梗塞後遺症、多発性脳梗塞、血管性認知症、要介護3
- 誤嚥性肺炎を繰り返し、ADLが低下しつつある
- 高齢の妻(85歳)と二人暮らし 妻も虚弱になりつつある

2 在宅医療の導入

- かかりつけ医外来に通院していた。
- 誤嚥性肺炎で、急性期病院に入院し、ADLが低下した。二週間の治療を経て退院、外来通院。
- さらに緩徐にADLが低下し、車椅子に移乗はできるものの歩行は困難となった。やせが進行し、BMIは17となっていた。
- 介護保険要支援2であったが、変更申請を行ない、要介護3となった。ケアマネジャーは地域包括支援センターから居宅介護支援事業所に移行。
- ケアマネジャーが訪問時に残薬が多いことに気づき、患者かかりつけ薬局に訪問薬剤指導(居宅療養管理指導)依頼。
- 薬剤師は服用しやすい方法を工夫するとともに、かかりつけ医に「投与種類や投与回数を減少させられないか」を相談。
- 薬剤師の発案で、かかりつけ医による訪問診療を開始。
- 妻も高齢で家事を几帳面に行うこともしだいに困難になっていた。このため、ケアマネジャーは介護体制を見直すことにした。

3 在宅医療導入後の在宅ケア

- **在宅医療導入時のサービス**
- ・ **かかりつけ医の訪問診療による日常的な医学管理。**
- ・ **薬剤師による居宅療養管理指導。**
- **次にケアマネジャーが新たなサービス導入を行った**
- ・ **歯科医師・歯科衛生士と管理栄養士を導入し、容易に嚥下ができる食形態の工夫。食事の作成方法の工夫。妻の精神的支援。**
- ・ **訪問看護と訪問リハビリテーションを導入、療養環境整備を実施。屋内に手すりを設置、歩行器などの福祉用具の導入。**

【症例1】84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

i) 訪問看護

平原 優美

1 訪問看護 1

■訪問看護師が注目する問題

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| ➢ 繰り返される誤嚥性肺炎 | →嚥下機能低下に合わせた食事形態になっていない |
| ➢ やせが進行(BMI 17)、妻は虚弱 | →食事量の低下・水分量の低下もあり脱水の可能性あり、便秘の可能性もある |
| ➢ 妻の家事能力の低下 | →買い物や1日3回の食事の準備 |
| ➢ 残薬が多い | →食後の内服薬が残っている |
| | →食事を1日3回摂っていないのでは？ |

予測課題：①夫婦二人の食事の準備が不十分になり、確実に1日3食とれていない
夫婦ともに便秘の可能性あり食欲低下や精神的な影響も予測
②介護者(妻)の家事能力低下により
嚥下機能に合わせたろみ食事準備や口腔ケアの介護はできない

症例1の情報から訪問看護師が注目する問題は次のとおりである。まず、繰り返される誤嚥性肺炎から嚥下機能低下に合わせた食事形態となっていないのではないかと。また、患者の体重も減少し、妻も虚弱であることから、2人とも食事量や水分量も低下し、便秘の可能性もある。残薬が多い理由に3食とれていないことも在宅ではよくある。妻の家事能力低下と合わせて生活リズムも崩れているかもしれない。夫婦2人の食事が不十分で身体へも影響し、気持ちにも影響していることが考えられる。妻の家事能力の見極めが必要である。

2 訪問看護 2

■患者・家族の強み

- ▶肺炎を繰り返していても2週間の治療により治癒する生命力あり
- ▶車いすへの移譲が自力でできる
- ▶自分のことをよく知っている妻がいる これまでと同じ生活ができる
- ▶かかりつけ医が訪問診療を開始

ケアの方向性： ①生活リズムを整え、夫婦ともに1日3回の食事ができる
②誤嚥性肺炎の予防

看護は問題だけでなく強みを生かしセルフケア能力を高めるケアを行う。この症例は肺炎を繰り返しているものの、2週間で治癒できるだけの生命力がある。車いすは自力で移譲できている。つまり、起きて座り、立ち上がりができれば、排泄もポータブルトイレを使用すれば妻の介護がなくても自立できると思われる。排泄の自立は、自尊心へ大きな影響を及ぼす。認知症があっても、これまでと同様の生活であれば不安は軽減できる。信頼関係のあるかかりつけ医が継続してくることも、患者・家族にとってはよいことである。ケアの方向性として、生活リズムを整え、夫婦ともに1日3食の嚥下機能にあった食事がとれる、そして、安全に嚥下でき食事も増え体力がつくようにすることによって、肺炎を予防したい。

3 訪問看護 3

■ケア

- ◆食事と排泄の実際を把握し脱水や便秘対策
- ◆嚥下機能評価（4 c c水飲みテスト）によるアセスメントと食事時の姿勢の評価・現状の食事形態の確認と改善指導
- ◆口腔ケアと嚥下リハビリ(アイスマッサージや嚥下筋マッサージ、唾液腺の刺激)
- ◆昨日1日の食事摂取内容からカロリー計算し必要なカロリー摂取や繊維を多く含む、腸内細菌を増やす発酵食品など料理の工夫を伝える
- ◆1日3回の食事準備が困難な場合は妻の気持ちを確認し、ケアマネに相談 ex)食材の宅配サービス、配食サービス、好みにあったお弁当利用

訪問看護は、
✓ 本人の身体と日常生活障害から、家族全体の生活環境を整えます
✓ 患者・家族の心身能力向上とQOL向上を目標に看護を行います

まず、食事内容と排泄の実際を把握し、脱水や便秘になっていないか確認し、ケアをする。簡単な嚥下機能評価を行い、食事の時の姿勢を評価した上で、食事形態の確認や改善指導を行う。口腔ケアと嚥下リハビリを行う。痩せの原因が他の内科疾患にないことを確認した上で、カロリー摂取でき、便秘予防のために食物や腸内環境を整えるような指導をする。妻の様子で家事が難しければ、他のサービスを利用できるようケアマネジャーに相談する。訪問看護は、本人の身体と日常生活障害から、家族全体の生活環境を整え、患者・家族の心身能力向上とQOL向上を目標に看護を行う。

4 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

機能強化型訪問看護ステーション医療保険

常勤看護職員人数、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、別表第7表利用者数、超・準超重症児の利用者数、居宅介護支援事業所の設置、地域活動より訪問看護管理療養費で評価

●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）

訪問看護提供機関はさまざまである。訪問看護ステーションは医療保険では機能強化型訪問看護管理療養費1がある。常勤換算7人以上、①看取りが年間20件以上、②看取り15件以上かつ15歳未満の超重症児・準重症児常時4人以上、③15歳未満の超重症児・準重症児常時6人以上のいずれかを満たし、別表7の利用者が月10人以上、24時間対応体制加算、居宅介護支援事業所の開設、地域住民の相談や人材育成事業を行っていることが算定条件である。定期巡回・随時対応訪問介護看護は地域密着サービスでは「一体型」と「連携型」があり、訪問介護と看護が密接に連携。看護小規模多機能型居宅介護も同様の複合型サービスである。

5 変化の時期の頻回なケアで「時々入院ほぼ在宅」を目指す

■急変時・入院時

- ▶24時間365日訪問し、主治医に状態報告を行います。
- ▶全身状態のアセスメントと本人がもつ自然治癒力を最大限引き出すケアを行ないます。
- ▶家族の不安へのケアも行ないます。

■退院支援（在宅移行支援）

- ▶退院後2週間日常生活における症状緩和や生活環境、家族指導を行ないます。
- ▶病院・病棟、外来との継続看護によりスムーズな連携ができます。

特別訪問看護指示書

- 医療保険：①急性感染症等の急性増悪時、②末期の悪性腫瘍以外の終末期、③退院直後で4日以上頻回な訪問看護が必要な場合
- 介護保険：特別指示書により医療保険
①気管カニューレ使用者、②真皮を超える褥瘡 は月2回まで発行可能

在宅療養者の急変は肺炎などが多く、主治医と密に連携をとり、指示によって時には点滴など医療処置を行う。変化する全身状態を観察し、看護として全身の恒常性を向上し、本来もっている自然治癒力を向上できるように温め、安全に水分を摂取しリラックスできるケアを行う。不安を抱える家族にも十分なケアを行う。また、退院時在宅移行支援として、症状の観察や生活環境、家族への介護指導を行い、病院との連携によりスムーズな移行を支援する。特別指示書により医療保険、介護保険と、訪問看護は毎日入れるようになる。

ii) 訪問リハビリテーション

大西 康史

1 訪問リハビリテーションにおける各職種の役割

理学療法士 (PT)



立ち上がりや歩行など
下肢の訓練を
主に担当します

言語聴覚士 (ST)



言葉の訓練や
嚥下の訓練を
主に担当します

作業療法士 (OT)

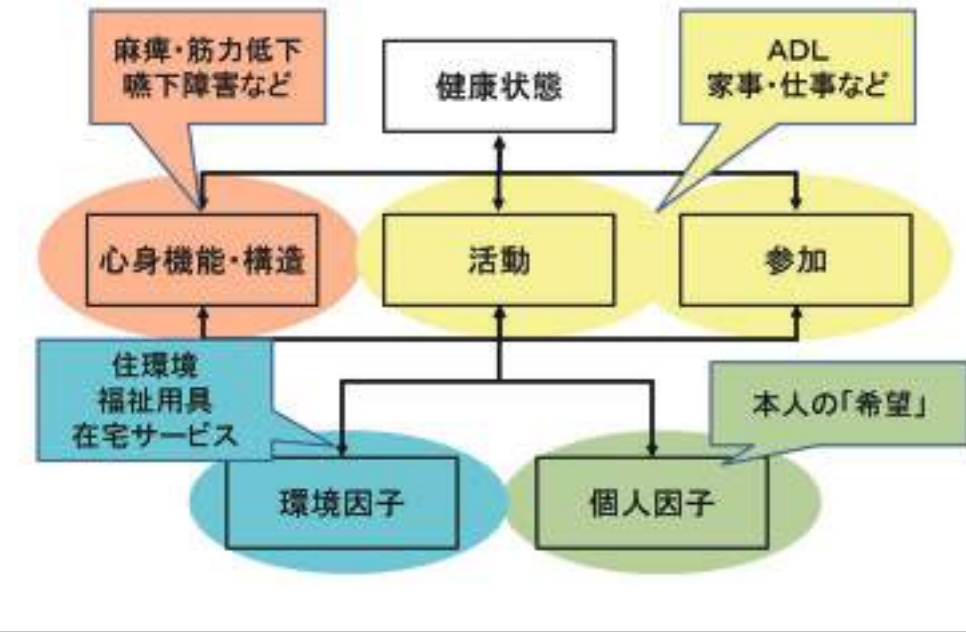


上肢の訓練や
ADL訓練を
主に担当します

※訪問リハの現場では、互いの職域を超えて活動を行うことが多い

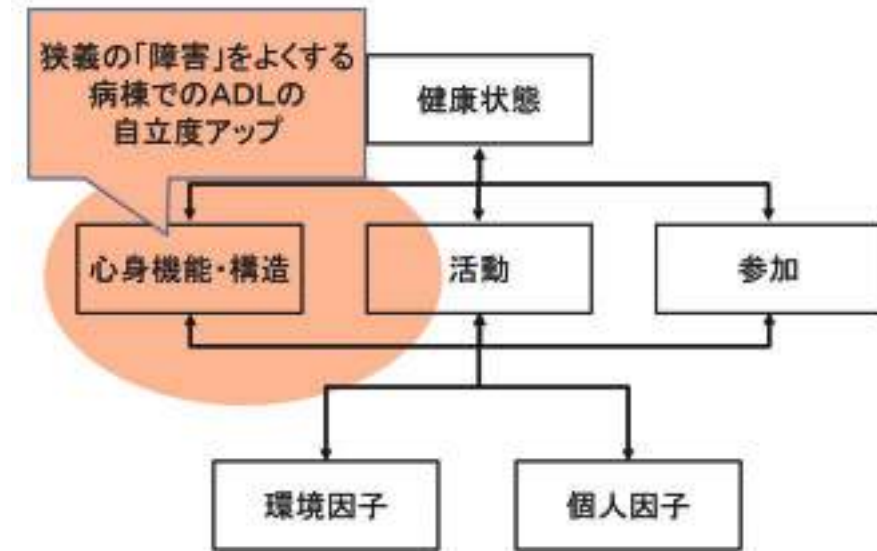
病院でのリハビリテーション（以下、リハ）は、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）はそれぞれの職域の境界を意識して、治療がオーバーラップしないように役割分担する。しかし訪問リハでは、患者を中心とする多職種チームに、3つの職種がともにいることはない。つまり、それぞれの職域とされる以外の内容も請け負ってアプローチする必要がある。つまり訪問リハに携わるセラピストは、リハ全般の幅広い知識と、問題を解決するための柔軟な思考を要するといえる。

2 国際生活機能分類 (ICF) について



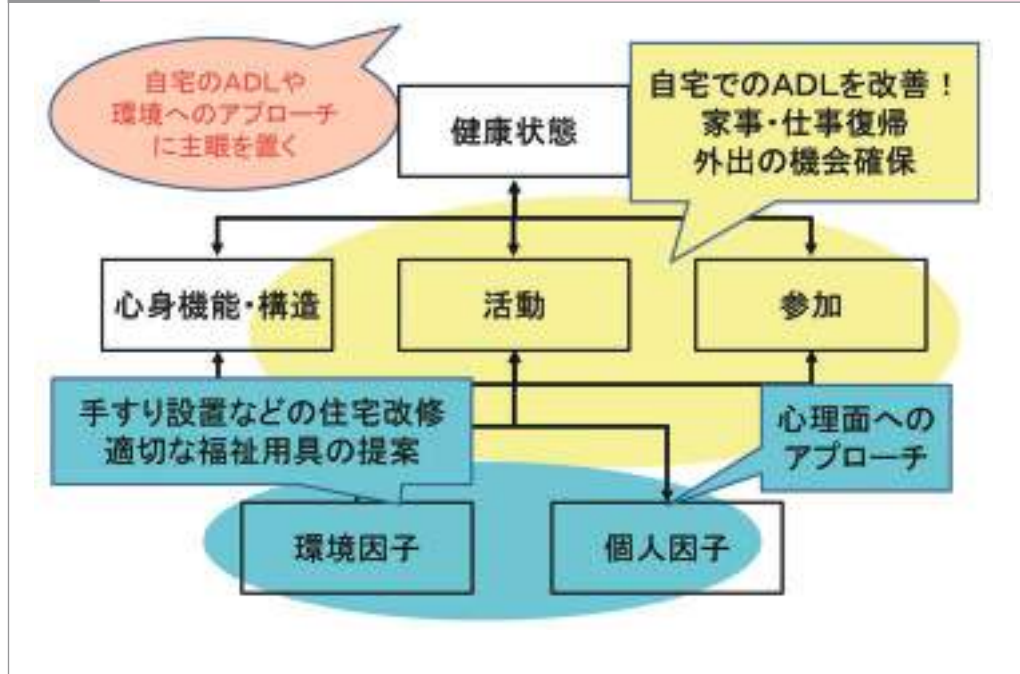
【ICFの定義】心身機能とは、身体系の生理的機能（心理的機能を含む）である。身体構造とは、器官・肢体とその構成部分などの、身体の解剖学的部分である。機能障害（構造障害を含む）とは、著しい変異や喪失などといった、心身機能または身体構造上の問題である。活動とは、課題や行為の個人による遂行のことである。参加とは、生活・人生場面への関わりのことである。環境因子とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことである。個人因子とは、個人の人生や生活の特別な背景であり、健康状態や健康状況以外のその人の特徴からなる。

3 入院（急性期・回復期）でのリハの目標



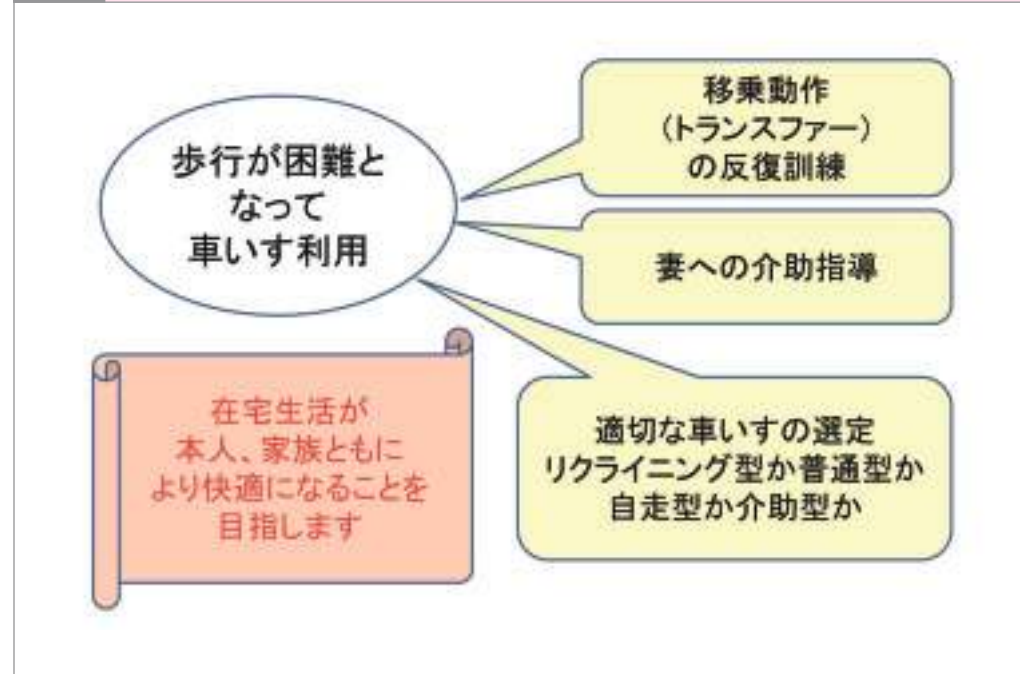
入院でのリハは、「心身機能・構造」の問題を重視する。具体的には筋力低下や麻痺といった運動機能、失語症や構音障害といった言語機能、食事のむせといった嚥下機能など、いわゆる狭義の「障害」の改善を目指すものである。また、急性期治療後の回復期リハビリテーション病棟では、病棟でのADLの自立を大きな目標としている。

4 退院後自宅でのリハ⇒訪問リハ



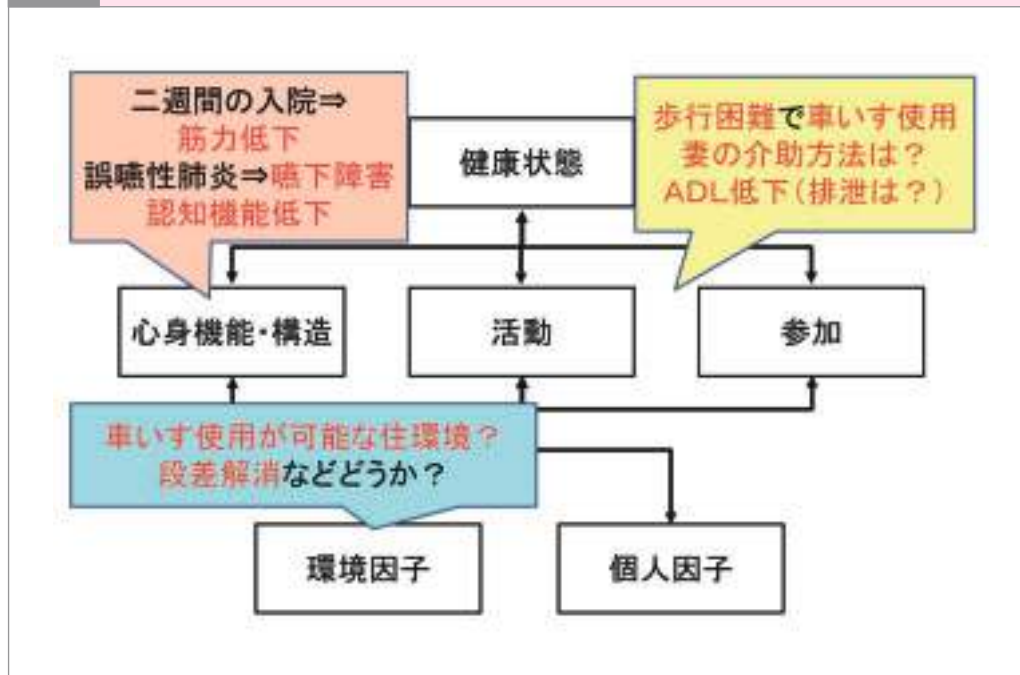
退院後の自宅でのリハ、すなわち訪問リハは、入院でのリハとは異なり、自宅でのADLの改善が大きな目標となる。すなわち、自宅内での歩行や階段昇降や排泄など、実際の生活の場面で介入できることに意義がある。さらに、家事や趣味活動などができるよう支援したり、外出のアプローチなども訪問リハの役割である。また、手すり設置や福祉用具の提案など、環境因子への働きかけも重要である。

6 自宅での「ADL」に着目して指示



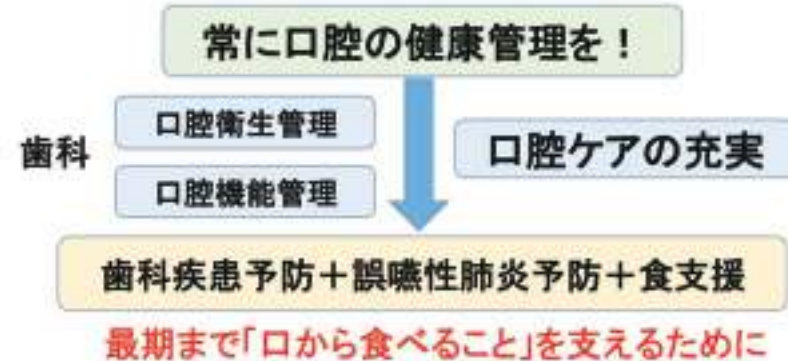
訪問リハの一番のポイントは、自宅でのADLに着目することである。そのために、①利用者本人へのアプローチ、②介助者へのアプローチ、③環境へのアプローチ、を考えることになる。

5 【症例1】の場合・・・



訪問リハの指示を行う場合、ICFの分類をみて、それぞれのどこに問題があるのか、アセスメントすることがポイントである。問題点の把握がある程度であってもできれば、それらの解決に向けたアプローチを訪問リハに指示したい。

1 口の中をみる



自立度の低下、全身的疾患の増加、加齢による口腔の変化・歯の喪失のリスク増加など、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。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る。その中で、歯科疾患予防・誤嚥性肺炎予防・食支援において、口腔健康管理という大きな枠組みの中で歯科専門職が行う、口腔機能管理、口腔衛生管理、また、日常ケアとして多職種と協働して行うことは不可欠である。

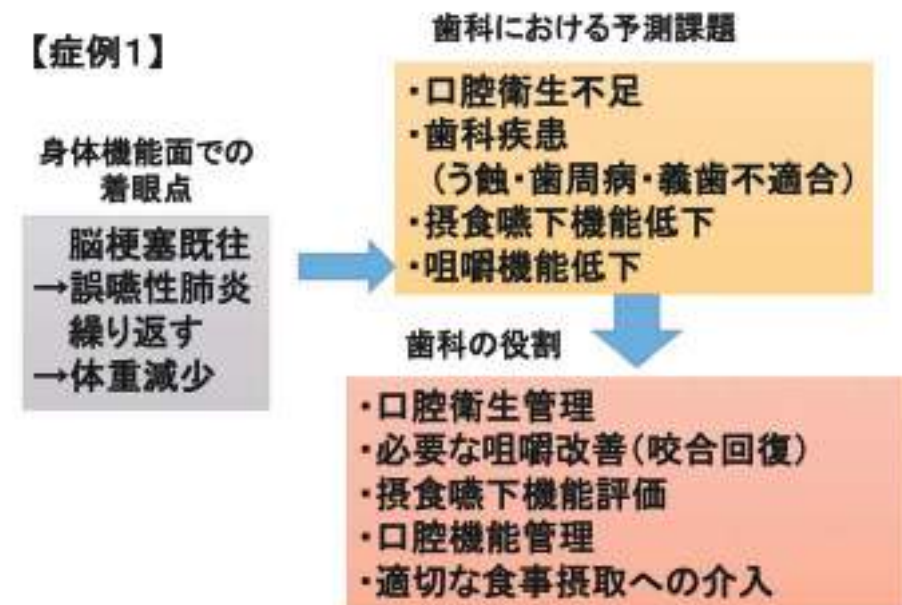
2 口の観察ポイント

【入れ歯は、必ず外して観察する】



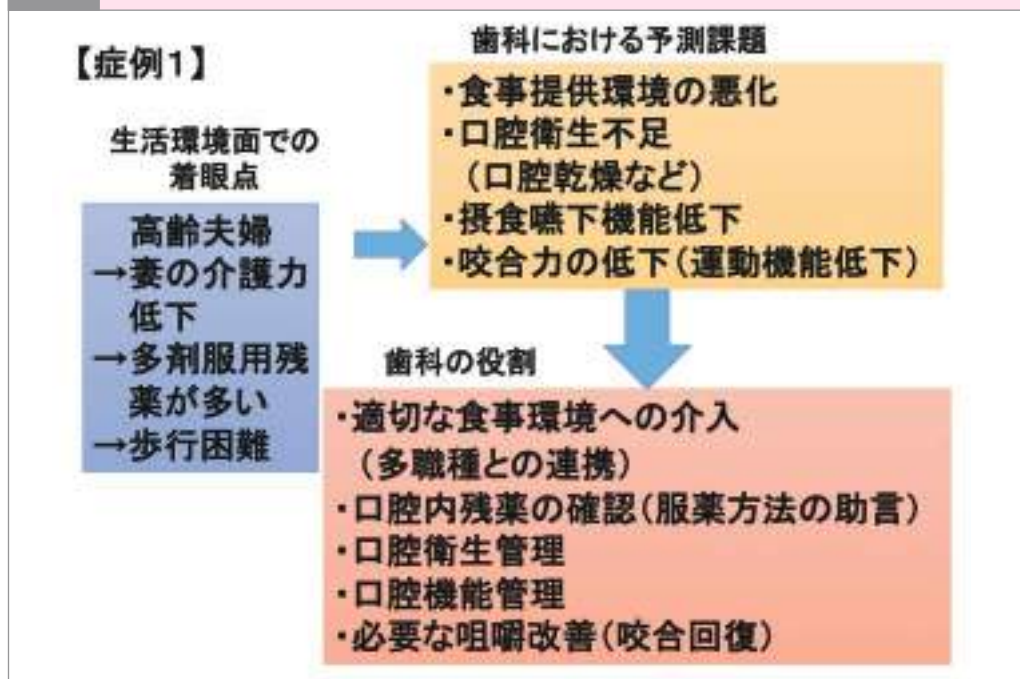
歯垢の付着部位として、歯と歯の間、歯と歯茎の境目、歯肉の退縮により露出している歯根面、残根の周り、入れ歯のパネがかかっている歯（鈎歯）、入れ歯自体（内面）、舌苔・口腔乾燥をとまなう口蓋などを観察する。

3 身体機能面での着眼点



歯科が目指す身体機能面の着眼点は、誤嚥性肺炎の繰り返しと体重の減少である。予測される課題は、口腔衛生不足にともなう歯科疾患および摂食嚥下・咀嚼機能の低下であり、歯科の役割として口腔衛生管理、歯科疾患に対して咬合の回復を行う。さらに摂食嚥下機能評価に基づいた口腔機能管理・適切な食事摂取方法を指導する。

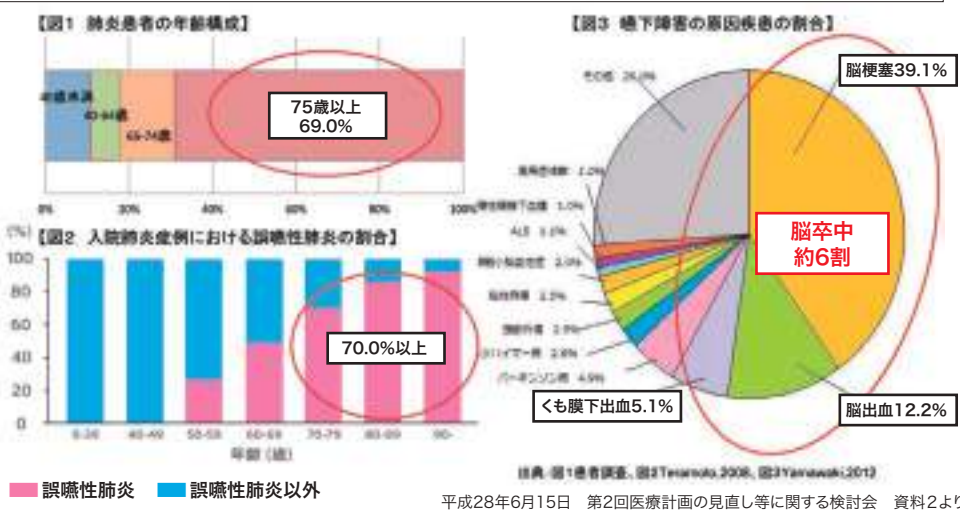
4 生活環境面での着眼点



生活環境面での着眼点は、妻の介護力の低下、多剤服用、歩行困難である。予測される課題として介護力の低下また摂食嚥下機能の低下にともなう食事提供環境の悪化、口腔衛生不足、多剤服用による口腔乾燥、咬合力の低下にともなう運動機能の低下が考えられる。歯科として口腔衛生管理・口腔機能管理を行い、多職種と連携しての適切な食環境への指導、服薬方法の確認、さらに咬合回復による運動機能改善について助言する。

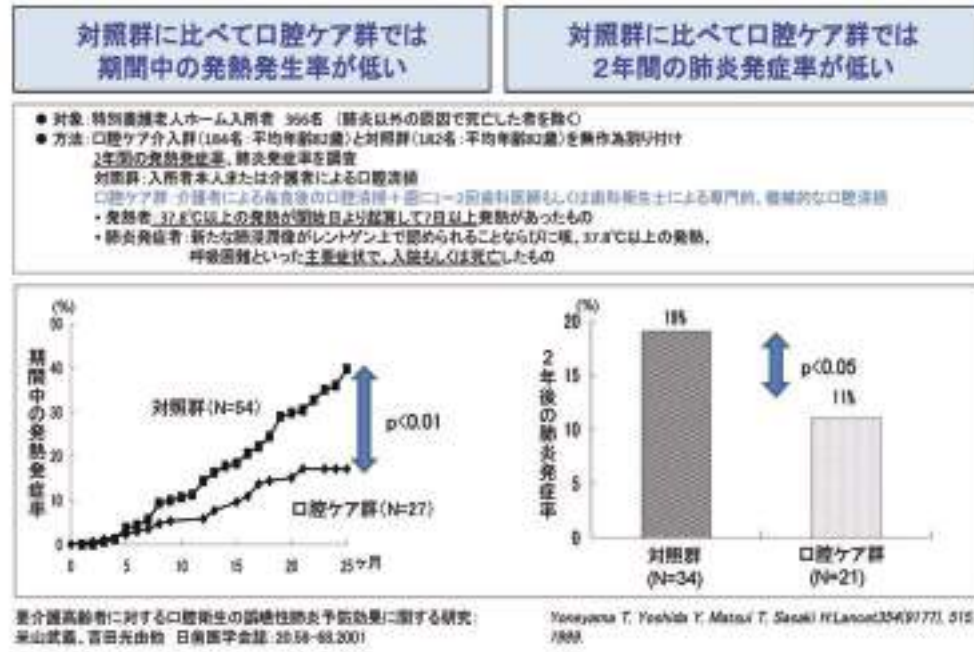
5 肺炎について

- 肺炎患者の約7割が75歳以上の高齢者。また、高齢者の肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎。
- 誤嚥性肺炎を引き起こす嚥下障害の原因疾患は脳卒中が約6割を占める、脳卒中の後遺症が誤嚥性肺炎の発生に大きく関係していることが示唆される。



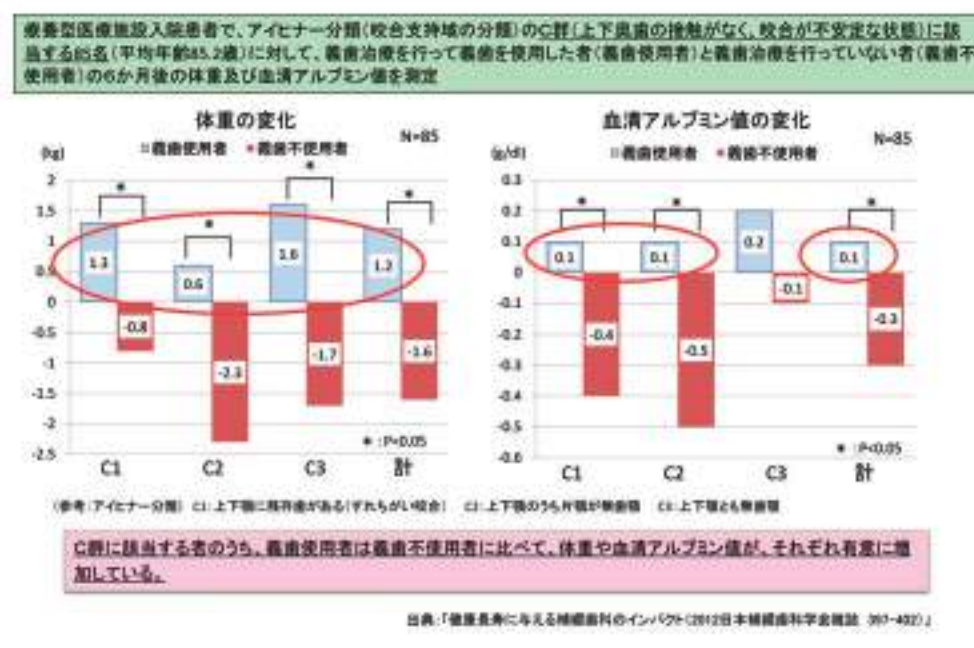
肺炎患者の約7割が75歳以上の高齢者である。また、高齢者の肺炎のうち、7割以上が誤嚥性肺炎である。誤嚥性肺炎を引き起こす嚥下障害の原因疾患は脳卒中が約6割を占め、脳卒中の後遺症が誤嚥性肺炎の発生に大きく関係していることが示唆される。（平成28年6月15日 第2回医療計画の見直し等に関する検討会より）

6 要介護者に対するいわゆる口腔ケアの効果



全国11特養施設の入所者366人を対象に、「口腔ケア群（184名）」には介護者による毎日の食後の歯ブラシ・1%ポピドンヨードの洗口+Dr・DHの週1～2回のPMTCを、「対照群（182名）」には本人介護者による従来の口腔清掃を、それぞれ実施した。2年間の調査で対照群の肺炎発症リスクは1.7倍、高いことが証明された（2011年：日歯医学会誌）。本人または介護者による歯ブラシを中心とした口腔清掃が有効であり、口腔清掃の自立に向けた援助、習慣化、巧緻性を踏まえての指導は必要である。それに加えての歯科医師もしくは歯科衛生士の専門的・機械的な口腔清掃を行うことはさらに有効である。

7 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。

8 食事場面の観察ポイント



姿勢・食形態・食べ方（一口量とペース）
介助方法・むせなどに注意！

- 食環境
 - ・食事の雰囲気・食事姿勢の確保
 - ・食具、食器の選択
- 食事内容
 - ・食形態・とろみ調整の状態など
- 食事介助方法
- 一口量、ペース、口からのこぼれ
- 口腔内の食物の残留
- 咀嚼運動の状況、義歯の具合
- 嚥下の状態、むせ、咳き込みの状態
- 食事時間と摂取量（食物、水分）疲労度など



摂食嚥下・咀嚼機能などの口腔機能を評価するためには、食べているところを「みる」ことから始めることが大切である。昼食の時間などに訪問し食事場面を観察することで、口腔機能や食事にかかわる問題などをチェックする。口から食べることは、重要な生活機能であることから、ICF評価が大切で、残存する摂食嚥下機能に適した食形態や食環境調整、介護力、介護量などの環境因子、そして食べるものの好みや希望などの個人因子が、生活の場での食支援の背景因子として大きく影響する。

【症例 1】 84 歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

iv) 訪問薬剤管理

大澤 光司

1 在宅における薬剤師の役割

薬剤師が関与し、
患者にきちんと服用していただくことにより
患者の病状、ADL、そしてQOLを
改善または維持する。

そのために行うこと

- 【1】 服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善対策を行う。（服薬支援）
- 【2】 患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

薬剤師が在宅に訪問した際の役割としては、薬剤師が関与することで患者に薬を正確に服用して頂くこと、そして、そのことによって病状、ADLそしてQOLを改善または維持することである。そのため、もし服薬状況が悪い場合には、その理由を探り、改善対策を行う。また、患者の病状、ADL、QOLに薬が与える影響をアセスメントする。

飲まない(飲めない)理由	対応策
①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない。	残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為、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。またその理解を助けるための服薬支援する。
③薬の副作用が怖い為、飲まない	副作用について、恐怖心をと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為、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いただく。
⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。(剤形上の理由)	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。

残薬を発見した際には、飲めない理由を探り、それぞれの理由に合わせて対応を行う。スライドは、飲めない(飲まない)理由とその対応策の代表的なものである。この中でも、①の残薬や併用薬が多くなりすぎて整理がつかなくなったため、飲めないケースが比較的多いと感じる。

①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理が
つかなくなった為、飲めない場合

対応策

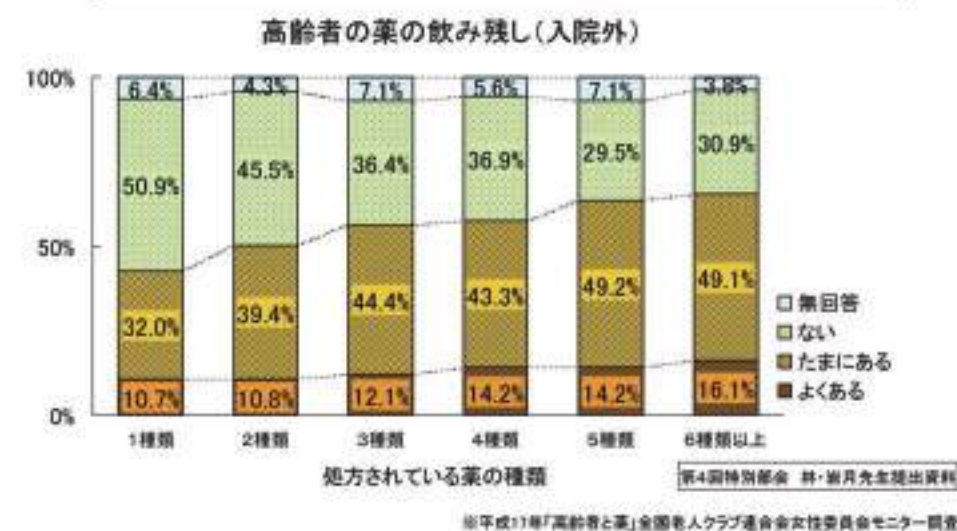
まずは残薬整理

残薬整理における留意事項

- 薬の重複、相互作用、併用禁忌、一包化した場合の吸湿性の有無をチェック。
- 直射日光、高温、多湿を避けるなど保管場所、保管方法の適切化。
- 患者の状態と能力に応じた管理方法を模索。

もし、そういったケースの場合には、残薬の整理を行うが、整理にあたっては薬学的な視点から、薬の重複や、相互作用、併用禁忌などに注意するとともに、一包化を行う場合には薬剤の吸湿性や安定性を考慮し、さらに患者の状態と能力に応じた管理方法を検討する。

高齢者の場合、処方されている薬の種類数が多いほど、薬の飲み残し・飲み忘れのケースが目立つ。



特に高齢者では、処方されている薬の種類が多いほど、薬の飲み残し、飲み忘れの割合が増えてくる。



写真は在宅で発見された残薬の例である。

6 残薬への対策

事前対策<予防策>

- ①多剤処方をできる限り減らす。服用方法もシンプルにする。
- ②医療機関受診時、残っている薬を医療機関または薬局に持参してもらう

事後対策<解決策、再発防止策>

- ③何が原因で残ってしまったのかの理由を明確にする
薬に対する理解度と納得度の判定、多剤処方の問題、服薬介助、介護サービス問題、介護者(家族以外)の知識の問題
- ④原因別に誰が、どう関われば有効なのかを検討し実行・・・家族、関連多職種（ヘルパー、看護師等）

残薬に関しては、事前対策として、医師の相談の上で、処方医薬品数を減らすことを検討するとともに、残薬を医療機関や薬局に持参して頂くように働きかける。事後対策としては、残薬の再発防止のために、薬学的視点で残薬発生の理由を明確にするとともに、対応策を立て、実行に移す。そして、原因別に家族ならびに関連多職種等がどのように関われば有効なのかを情報提供し、見守りを行う。

【症例1】84歳男性 脳梗塞後遺症、血管性認知症

v) ケアマネジメント

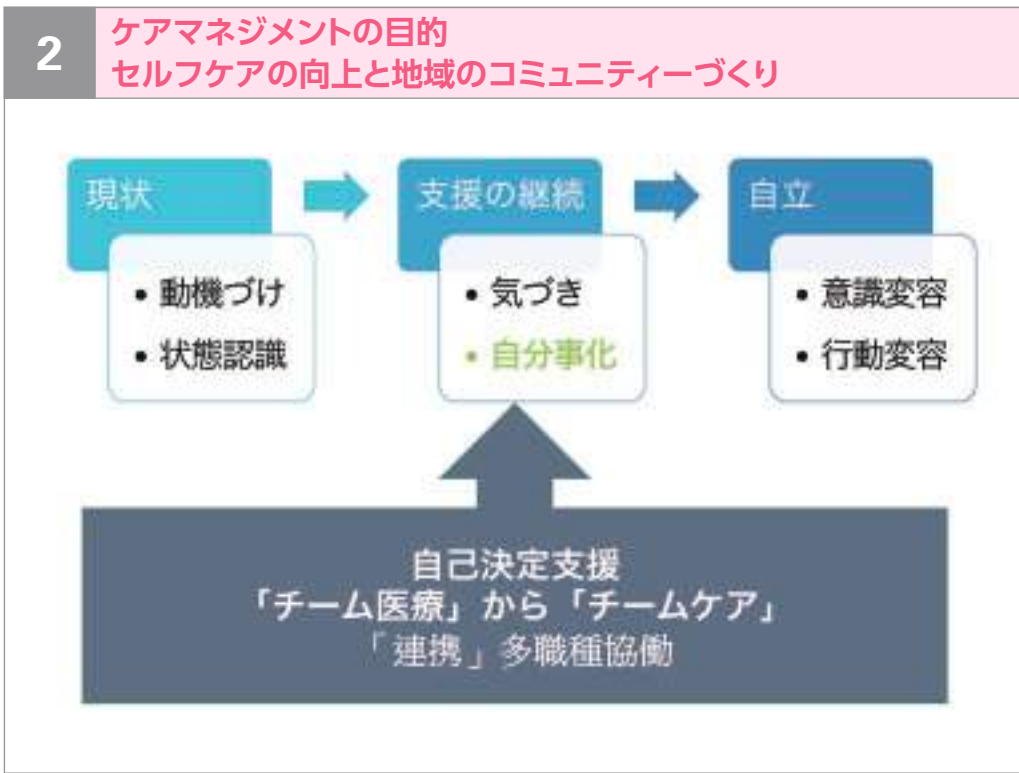
鷲見 よしみ

1 介護度とそのサービス・事業

2015年度 (2014改正)	非該当（自立）		要介護認定者		
	一次予防対象者	二次予防対象者	要支援1	要支援2	要介護1～5
サービス +事業	介護予防・日常生活支援事業				
	一般介護 予防事業	介護予防・生活支援サービス事業		介護サービス (給付)	
			訪問介護・通所介護を除く 介護予防サービス (給付)		

* (介護予防) 居宅療養管理指導 医師・歯科医師【支給限度額外】
 通院が困難なものに対して計画的かつ継続的な医学管理又は歯科医学管理に基づき介護支援専門員に対するケアプランの作成等に必要な情報提供並びに利用者もしくは家族等に対する介護サービスを利用する上での留意点介護方法などについて指導又は助言した場合に算定
 「情報提供」事項 (a) 基本情報 (b) 利用者の病状 (c) 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等 (d) 利用者の日常生活上の留意点

平成26年制度改正による現行のサービスの事業である。ここでは、介護保険制度の理念である自立支援に必要な在宅医療が提供できるよう多職種の視点をケアプランの原案に位置づけ、それをもとに生活の視点からケアが展開するイメージを共有する。介護保険制度は利用者の要介護度によって支給限度額が決められており、その範囲内で給付するのが原則である。居宅療養管理指導は支給限度額外で給付されケアプランに組み込まれるサービスである。医師の指示により位置づけられるが、位置づけた場合には担当ケアマネジャーへの報告が義務づけられ、その内容も定められている。収入により、1割負担と2割負担の方がいる。【居宅療養管理指導】(I) (-)503単位 (-)452単位。(II) (-)292単位 (-)262単位。月2回まで算定。



ケアマネジメントの目的は、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。慢性疾患を持つ人たちの生活は、多様な構成要素で成り立っており、在宅生活の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、チームケアとなり、その成果はケアの質や費用に焦点が当たる。またその支援は治療や指示ではなく、エンパワメントであり、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。初動時の専門職のかかわりは、その後の生活の鍵を握る。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。的確な動機づけにより、当事者が気づき、自分の事化ができるようになることが自立への一歩である。

3 ケアマネジャーが考える (アセスメント) 視点とその順番

- 1. ニーズについて**
本人の訴えとニーズ (専門職など) ・気づいていないニーズ
- 2. セルフケア能力**
できる行動・得意な分野・残っている資源・夢や希望 (身体的な情報、心理的な情報、社会的な情報)
- 3. インフォーマルサポート**
相互関係について質や量、交流内容、その方にとっての意味
- 4. 専門的ケア (5A)**
利用可能性 (Availability) 適量性(Adequacy) 適質性(Appropriateness) 受容性(Acceptability) 利便性(Accessibility)

自立支援を実現するためにアセスメント行う順は、①ニーズ (本人が気づいていないこともあり、多くは「医・職・住・友」に関係)、②セルフケア (身体、心理、社会的な視点が含まれる総合的な見方が必要)、③インフォーマルサポート (人は大部分はこうした対人関係で支えられる)、④専門的ケアのアセスメント (最後に行われるべきものでその地域における利用可能な専門職機関や専門職に関する具体的な情報を整理)、である。ケアマネジメントは利用者との信頼関係の上で成り立つものであるから、専門職が必要だと判断したことで本人・家族が必要を感じていない時や地域に社会資源がないとき、費用面で位置づけが困難な場合などは、必要な支援内容を補完する事業やサービスに切り替えることや利用者ニーズを優先し進めることもある。しかし、そのときに精一杯の努力を行って目標を修正することも成果であり、専門職が必要と考える優先順位やその比重も異なるので、ある段階では、仮に選択をしないと先に進めない。

4 自立支援

ケアマネジャーの考える「自立」の理解の広さ (身体的・精神的・社会的自立)

- ①生きがいを見つけること
- ②その人らしい暮らしをすること
- ③身体的自立
- ④決定の自立
- ⑤利用者の力の利用
- ⑥その他

参考：ケアマネジメント実践力 渡辺律子 P65, 66中央法規

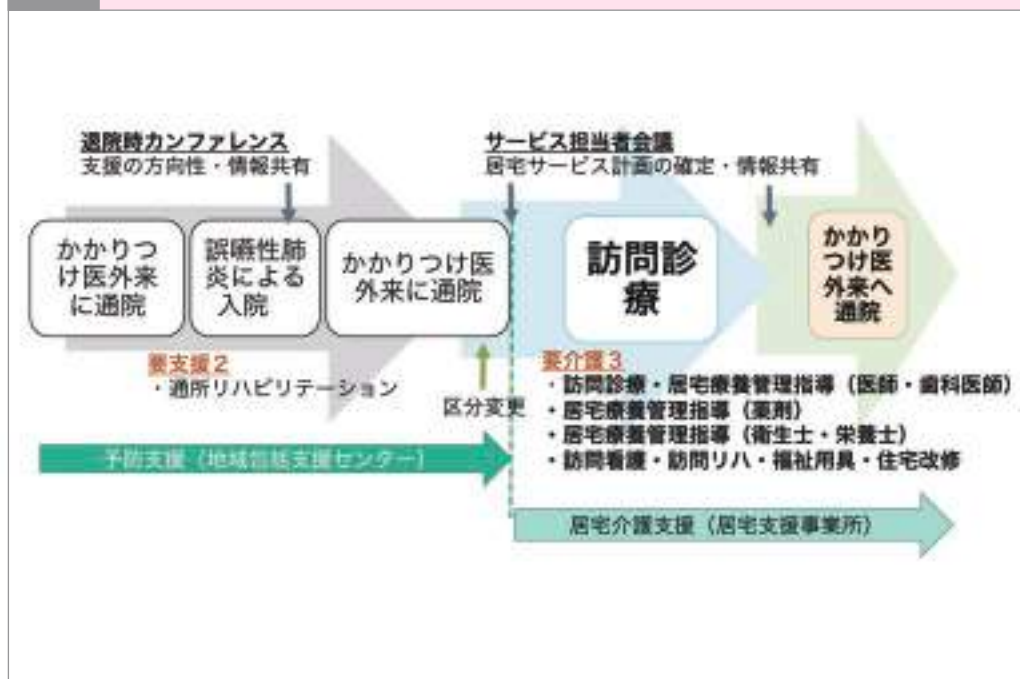
介護保険制度上では、自立支援の視点を「介護保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう配慮されなければならない」とされ、身体的な自立のみではなく生活の視点から幅広い自立が記載されている。

5 居宅支援事業所

本人家族の思い・ニーズ	今後病気はどうなる。在宅診療ではどのようなことができるのか 在宅でのサービスはどのくらいあるのか 家族にかかる負担どのくらいか 費用はどのくらいかかる
状態 脳梗塞後遺症・多発性脳梗塞 血管性認知症 誤嚥性肺炎で救急入院 (2週間) やせの進行 (BMI17) 徐々にADLの低下 (歩行困難) 残業が多い 環境整備の不足	疾病の療養上の留意点、今後予測される事柄はどのようなことか 認知症に対するケアの体制どのようになっているか 誤嚥性肺炎を繰り返さないために必要なことは 食事量、内容など確認し度せてきた理由は何か ADLの低下の原因、要因、今後どこまで改善できるか 業が飲めていない理由は 今後の介護体制をどのようにするか etc.
セルフケア能力 84歳男性	現状を本人はどのようにとらえているのか 本人の心配はどんなことか、どのような生活を送りたいか 意欲低下の低下はなぜ起こっているのか 意思決定はできるか (支援が必要か) etc.
インフォーマルサポート 妻 (85歳) が高齢 妻が家事をこなすのが大変になっている	妻のサポート役は誰になるのか 介護力はどの程度あるのか (家族のかかわりを含む) 家族以外にかかわりの持てる人はいるか この地域の民生員の活動や外出に対する地域のサポートはあるか 金銭的な課題はあるか 生活のルーチン化と在宅の限界点 etc.

在宅へ移行するときは、利用者・家族は在宅療養に関して不安を感じている。今後、どのような支援が展開されていくのか、本人・家族が実施されるケアの内容がイメージできるように具体的に質問に答えたり、器具の扱いや介護方法などは実際に体験したりすることが重要である。特に初動1週間は困ることがないよう安心できる体制を整える必要がある。ケアマネジャーは必ず自宅で本人と面談してアセスメントをすることが義務づけられている。この事例においては、誤嚥性肺炎と徐々にADLが低下した原因・背景を利用者と一緒を考え、現状を認識するところから支援を始める。また、現状に対してどのような支援や指導が必要なのか、多くの専門職に相談、指導を得ながら、どのような暮らしをしたいのかを共有し、目標の設定を行う。

6 支援の進展



事例1Aさんの支援の支援展開である。要支援2のAさんは、入院を機に状態が悪化して要介護3となった。現在は、専門職の連携により訪問系のサービスを中心にケアを提供して、現状が改善されるよう、総合的な支援を行っている。それぞれの専門的なアセスメントとケアにより、効果的なケアの提供と、Aさんとともに効果を感じながら、以前の生活に近づけられるように次のステップを予測しゴールを目指す。介護保険制度では、基本的にはサービス担当者会議を経ないとサービス提供はできない。また、生活援助、福祉用具の貸与、地域密着型サービスなどは、利用者の要介護度によって利用に制限がある。

7 ケアプラン原案の作成 (専門職の意見)

ニーズ	支援項目	支援内容
健康状態について	曾訪看 体調の悪化(食事と排せつ) 誤嚥性肺炎の予防 残薬 訪リ 筋力の低下 関節の状態 誤嚥性肺炎 栄養 栄養状態の低下 薬剤 残薬	一日のリズムの調整 適切な食事 嚥下機能評価 口腔ケア 筋力強化、関節可動域訓練、嚥下機能訓練 慢性疾患等による浮腫、脱水などの確認 必要栄養量、食形態の検討 服薬の工夫 投与種類と回数減らす検討
ADLの低下について	訪リ ADLの低下 排せつ動作 薬剤 多剤服用による副作用	嚥下リハビリテーション ADL全般の評価 起居、立ち上がりの動作訓練、 移乗動作訓練、妻への介助指導、福祉用具の選択 トイレ動作の訓練 多剤服用に関して医師に相談
認知機能の低下について	訪リ 認知機能低下 薬剤 服薬管理	外出支援の検討(例 通所リハの利用) コンプライアンスの確認
療養環境について	訪看 妻の家事能力の低下 清潔、保清について 栄養 食の楽しみ 環境整備	家事能力の見極めと食材、食事の調達(お弁当、 配食など)妻の食事内容の確認 身体介護 好きな食事、調理や食事のアドバイス 福祉用具の活用、住宅改修

ケアマネジャーは関係専門職の意見をもとに利用者自身のアセスメントとの調整を図り、ケアプラン原案の作成をする。それぞれの専門職の視点から総合的な援助の方針をたて、利用者・家族の同意のもとに専門職への支援へつなぐ。事例1の場合は専門職から、4つの視点が挙げられている。健康状態については、現在の病状の確認と今後の予見、誤嚥性肺炎の予防、栄養状態の低下、筋力の低下など。ADLの低下については、ADL全般の低下、排泄動作、多剤の服薬に関する事。認知機能については認知機能低下、服薬管理の必要性。療養環境については妻の介護力の低下、食の楽しみに対する支援が挙げられた。医師、歯科医師の指導、助言と、利用者・家族の状況を勘案して、原案作成を行う。

8 ケアプラン原案作成の視点と今後の展開

- > 意欲を引き出すために
 悩みや心配事をしっかりと聞く 本人家族の現状認識をチームで共有して働きかける 専門職種間連携の方法を決めて随時本人家族にフィードバックする。
- > 在宅生活の継続
 生活のルーチン化を図り日常生活のベースづくり (特に妻の負担軽減、運動の日常化)
- > 必要な支援
 重要課題に対するサービスの必要量と内容を医師等に相談、ケアプランに位置づける 介護保険で賄えないことに対する支援を補完する (家事支援、妻の体調関すること)
- > ケアプラン作成上の留意点
 訪問系サービスや指導の重なりによる本人の負担に対して検討し配慮する 初動時のサービス導入については目標を明確にして期間管理をしっかりと行う 生活全体から見た費用に関する課題を検討、整理をする チーム全体が自立へのプロセスを共有し、次のゴールを目指す。

利用サービス
 訪問診療・居宅療養管理指導(医師・歯科医師) 居宅療養管理指導(薬剤)
 居宅療養管理指導(衛生士・栄養士) 訪問看護・訪問リハ・福祉用具・住宅改修

事例1の場合は、意欲の低下した人をチームでサポートし、状態の改善と自立へ向けて支援する。このとき、本人がしっかりとサポートされている実感が重要である。専門職によるサポートは多様な視点から行われるほうが有効であり、効果も早期に現れると考える。効果を感じながら、自助努力を行うことで自立へと向かうことができるので、ケアプランの変更時期を意識する必要がある。自立へ向けて一つひとつのサービスを卒業して、次のステップへ移行していく。

vi) 訪問栄養管理

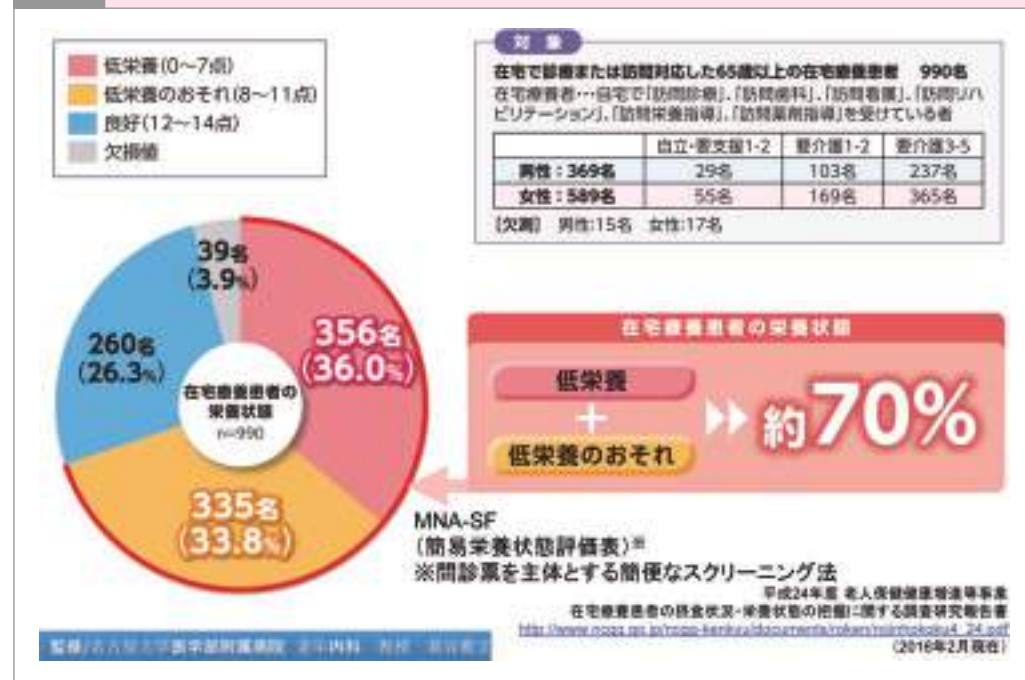
米山 久美子

1 管理栄養士はどのようなことをするのか

<p>■個々に合わせた栄養アドバイス</p> <ul style="list-style-type: none"> * 経済力や介護力に合わせた食事アドバイス * 摂食嚥下状況・病態に合わせた調理アドバイス * 適した食事介助方法や食環境のアドバイス 	<p>■身体や食事状況の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> * 体重 * 血圧 * 浮腫 * 排泄 * 摂食嚥下状況 * 採血データ * 食事内容 * 食事摂取量 * 必要栄養量の算定
<p>■調理指導や食材購入について</p> <ul style="list-style-type: none"> * 簡単調理の方法 * 買い物指導 * 食品の選び方 	<p>■冷蔵庫やストック食品の管理</p> <ul style="list-style-type: none"> * 食べている食品の確認 * 食材管理の確認 * 賞味期限の確認

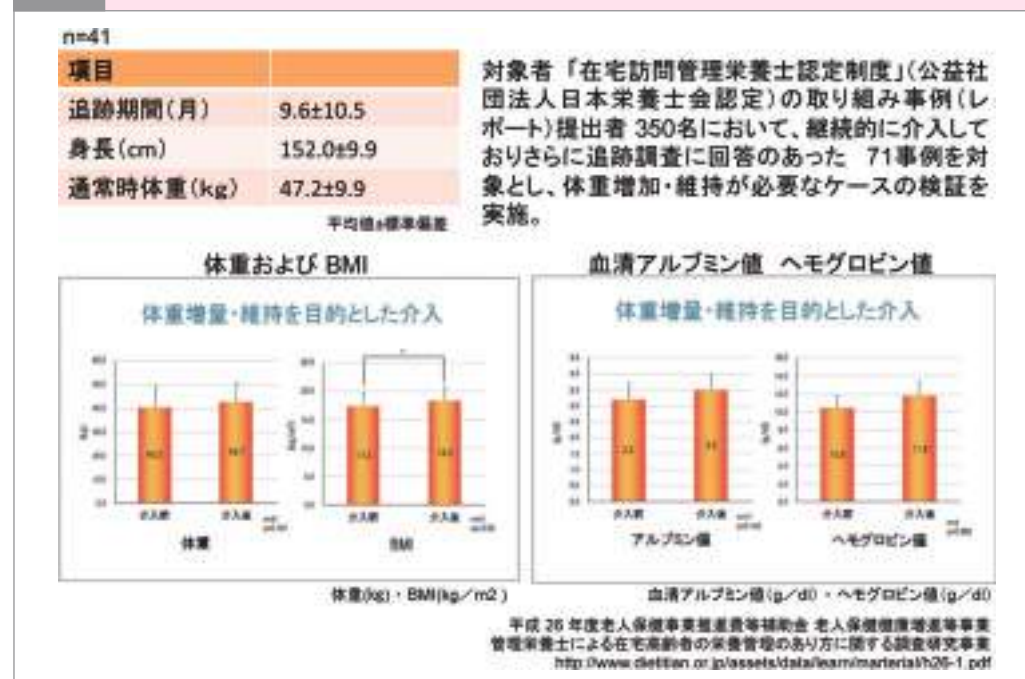
管理栄養士がどのようなことをして在宅療養者や介護者を支えているのか、少し紹介する。管理栄養士は、主に在宅療養者の栄養管理全般を担う。在宅療養者や介護者は高齢であることも多く、冷蔵庫やストック食品の管理が困難な場合も多くみられ、管理栄養士は食品の確認に加え、食品の管理についても気を付けている。また身体アセスメントや採血データなどを確認し、食べている食事などを聞き取り、摂取栄養量などを確認し、評価している。調理のアドバイスから購入食品の相談まで、食に関するあらゆる相談に応じている。食と心はつながっており、よく話を聞く、ということも大切にしている。

2 在宅療養患者の栄養状態



「平成24年度老人保健健康増進等事業 在宅療養者の摂食状況・栄養状態の把握に関する調査研究報告書」では、在宅療養者の約70%が低栄養および低栄養のおそれありとの報告であった。この結果より、多くの在宅療養者の食事や栄養が整っておらず低栄養状態に陥っていると推測され、低栄養を起点にフレイルティ・サイクルへ陥る危険性も示唆される。在宅療養者のADLやQOL維持・向上のためにも、在宅における栄養管理の必要性が考えられる。

3 体重増加・維持を目的とした介入①

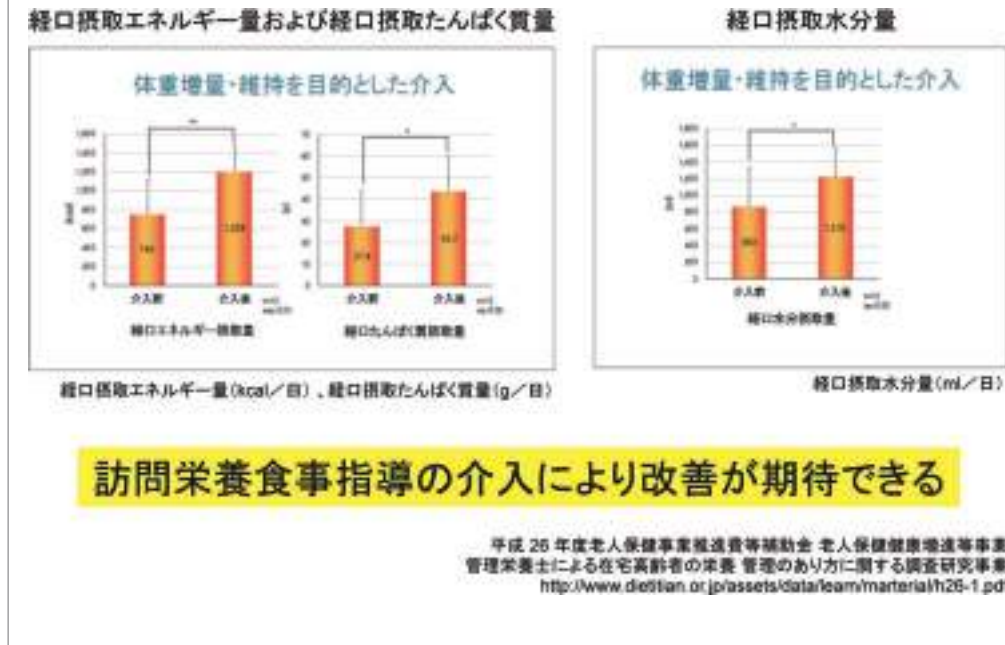


「平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 管理栄養士による在宅高齢者の栄養管理のあり方に関する調査研究事業」において、体重増加・維持が必要なケースの検証が行われた。在宅訪問栄養指導の介入前、介入後の効果について、追跡調査を実施した。体重 (kg) においては、介入時 40.3±8.7 であったが、介入後 42.7±8.2 と増加した。BMI (kg / m²) においては、介入時 17.3±2.5 であったが、介入後 18.3±2.5 と有意に増加した。また、血清アルブミン値 (g / dl) においては、介入時 3.2±0.5 であったが、介入後 3.5±0.5 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。

各論 1 A 多職種協働・地域連携

各論 1 A 多職種協働・地域連携

4 体重増加・維持を目的とした介入②



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)においても、介入時 863.1±476.9 であったが、介入後 1215.9±345.9 と有意に増加する結果となった。管理栄養士による訪問栄養食事指導を実施することで、経口からのエネルギー量、たんぱく質量、水分量などが増加し、低栄養状態の改善や体重増加等が期待できる結果が示された。

5 症例1への対応① 本人に対して

■症例1 ・医師からの指示内容：低栄養の栄養指導 ・利用保険：介護保険

▶状況①	▶アセスメント①
#脳梗塞後遺症 #血管性認知症 #誤嚥性肺炎を繰り返す	#低栄養状態 #摂食嚥下障害？ #食事形態が不適切？
▶管理栄養士の役割	
#採血データ、身体測定等による栄養状態の評価 ➡慢性疾患等の有無を把握し、浮腫、脱水症状など確認する。	
#摂取栄養量の把握 #経口摂取可能な食事量の把握 ➡必要栄養量を算定し、どのように必要な栄養量を摂取するか検討しアドバイスを行う。	
#医師、看護師、歯科医師、セラピスト等と連携 ➡適した食事形態を確認し、調理や食事のアドバイスを行う。	
#本人の嗜好や食べたいものを把握 ➡食の楽しみも大切なポイントとなるため、食事に取り入れる	

脳梗塞後遺症、血管性認知症により摂食嚥下障害が疑われる。適した食事形態や食環境が整っていないことにより、必要な栄養量が食事から摂れておらず、低栄養状態となり、誤嚥性肺炎を繰り返していると推測される。医師や看護師、歯科医師、セラピストなどと連携を図りながら、適した食事形態で必要な栄養が摂れるような支援を行う。低栄養だからと安易に炭水化物(糖質)、脂質、たんぱく質などを付加してしまうと、疾患のある患者にとってはマイナスになることもあるため、どのような栄養素を付加するか、しっかりアセスメントし食事に反映していく。また食も楽しめるよう心がける。

6 症例1への対応② 家族に対して

■症例1 ・医師からの指示内容：低栄養の栄養指導 ・利用保険：介護保険

▶状況②	▶アセスメント②
#妻が虚弱になりつつある	#食事の用意が負担になっている
▶管理栄養士の役割	
#経済力、利用しているサービス、買い物できる環境など確認 ➡負担軽減のため、市販食品の購入、配食サービス等利用できるか検討。購入食品のアドバイスに加え、買い物指導等も行う。	
#食事内容と食事用意手順の把握 ➡簡単にできる調理方法や、少ない量で栄養量をUPする方法など具体的にアドバイスする。必要に応じ調理を介して指導。	
#妻の食事状況も把握 ➡介護者が食事が摂れていない状況が多くみられ、介護にも影響することや体調を崩すことがあるので注意してフォローする。	

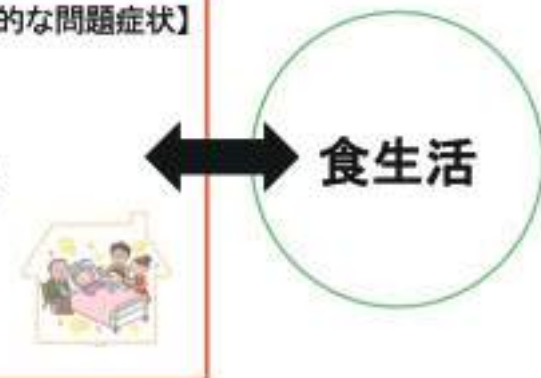
低栄養の改善 妻の調理(介護)負担軽減

食事は基本1日3食であり、介護者の負担も大きいのが事実である。ケアマネジャーや看護師などと連携し、経済力や介護力などを把握しながら、利用できるサービスの検討も行っていく。手の込んだ料理をしている人も多くみられ、少量で栄養が摂れる食品や簡単に栄養が摂れるような調理アドバイスも行う。必要に応じ買い物指導を行う。ヘルパーがいる場合には連携する。また、介護者が介護に夢中になることで自分の食事がおろそかになり、結果、体調を崩すケースもみられる。食事の聞き取りの際に介護者の食事についても聞き取りをするなど、介護者の体調や食事にも気を配る。

7 食事・栄養管理は居宅療養の生命線

【療養生活を阻害する代表的な問題症状】

- 低栄養
- サルコペニア
- フレイル
- 摂食・咀嚼・嚥下障害
- 便秘・下痢
- 慢性疾患
- 脱水
- 褥瘡 など



『食事・栄養』は在宅療養の基本であり大切な土台の一つです

居宅療養を阻害する問題症状は、低栄養、サルコペニア、フレイル、褥瘡、摂食嚥下障害、便秘や下痢などが多くが栄養や食事と関係がある。低栄養が改善することで、病気や肺炎、サルコペニア、フレイル、褥瘡などを回避でき、またリハビリテーションにより筋肉や体力がつくことが期待できる。慢性疾患などの療養食が安定することで、病気の悪化を回避でき、在宅療養を安心して行うことにもつながる。また適した食事形態となることで、誤嚥・誤嚥性肺炎のリスクを回避でき、安心して食べられるようになる。管理栄養士はチームの一員として、在宅療養の土台となる栄養や食事を支える役割を担う。

【症例2】

59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移 座長：飯島 勝矢

1 症例の概要

- 肺からの脊椎Th4浸潤による神経障害のため、対麻痺、寝たきり。尿道カテーテル留置。
- 腹腔内の腫瘍浸潤のため食事摂取量がわずかで、胸部皮下に中心静脈ポートが造設され、中心静脈栄養を実施。PCAポンプを用いてモルヒネの静脈内投与。
- 食物は少量は摂ることができ、本人はとても楽しみにしている。
- 夫と未婚の娘二人との4人暮らし。介護は交代で行なう。夫と娘一人は日中は仕事に出るが、末娘は常時自宅で介護を行なう。

2 在宅医療の導入

- 緩和ケア病棟で疼痛緩和の一定のコントロールの後、本人が自宅に帰りたいとの意向を示し、退院時カンファレンスが行われ、在宅医療に移行。
- 退院前に介護保険申請が行われた。市役所へ早期認定依頼が行われ、要介護状態区分5の判定。

3 在宅医療導入後の在宅ケア

- **在宅医療導入時のサービス**
 - * 医師の訪問診療での日常的な医学管理。
 - * 訪問看護による療養指導、保清、食事摂取支援、急性増悪対応、療養環境整備、中心静脈栄養管理、麻薬注射管理、留置カテーテル管理、本人・家族の不安への対応・意思決定支援。
 - * 薬剤師による訪問薬剤管理指導、中心静脈栄養剤調剤、麻薬注射液等調剤、家族指導。
- **在宅医療導入後に新たなサービス導入を考慮**
 - * 訪問リハビリテーション導入、関節可動域の維持、生活行動空間の拡大の試み。
 - * 歯科医師・歯科衛生士による口腔ケア。看護師は管理栄養士と連携し、少量の食事を楽しむ支援。

i) 訪問看護

平原 優美

1 訪問看護 1

■訪問看護師が注目する問題

- 痛みは緩和できているが寝たきり → 本人の希望？ポスト、カテーテルによる？疼痛緩和基準が安静時になっている？
- 対麻痺や腹腔内浸潤 → 下肢が動かないことや腹水、便秘などの苦痛や不安
- なぜ家に帰らなかった？ → 入院中で本人が感じた不安と退院後希望した生活患者の母・妻の思いの受け止めは？
- 家族の予期悲嘆は？
- 本人の食べる楽しみは重要 → 何を誰と食べるかで楽しみは増強する？排泄が整わなければ食欲がでない

- 予測問題：①本人が希望した家族と過ごす生活になっていない
 ②Th4浸潤対麻痺は今後、麻痺範囲の上昇、呼吸器等精神的不安の増強の可能性
 ③中心静脈栄養管理は、終末期において腹水や浮腫管理において患者・家族、医師の合意形成が難しい

症例2では、訪問看護師は、痛みが緩和できているものの寝たきりであることが気になる。本人の希望なのか、医療処置による緊張や可動性の低下なのか、あるいは、病院で緩和医療を行う場合、安静時に合わせていることが多く、動く痛みが生じているかもしれない。また、対麻痺や腹腔内浸潤で苦痛や不安の可能性がある。そして、本人が退院を希望しているが、その真意や、思いを十分理解することが必要である。家族の予期悲嘆は大きいだろう。本人の食べる楽しみは重要で、家族と何を食べるかで本人の楽しみや嬉しさは違ったものになる。また排泄に問題があると食欲は減少する。以上のことから、本人は希望していた生活になっていないことや、今後、進行にともなってさまざまな症状や不安が生じることが予測される。また中心静脈栄養管理をしている患者の終末期は、その量やカロリー維持と症状が関係し、患者・家族の意思決定や医師との合意が難しいことが多い。

2 訪問看護 2

■患者・家族の強み

- 患者が自分の意思を持ち、退院を決定できた
- 上肢は異常がなく、痛みは緩和できている
- 食事摂取できる
- 家族の介護力大きい

- ケアの方向性：①身体の正常な機能を生かし、自分でできるADL自立を促すことで自信をとりもどし希望する生活ややりたいことの実現化を支援
 ②食事が家族と楽しくできる。これまでの家族らしい時間を大切に
 ③患者・家族と在宅チームとの治療やケアの合意形成支援により看取りにむけての療養場所が決定できる

症例2の強みは、患者が若く自分の意思がはっきりしている、上肢は異常がなく痛みは緩和できている、また食事も楽しみ程度ではあるがとれており、家族の介護力も大きいことである。ケアの方向性として、まだ動ける上肢や機能を生かして自分でできることを確認し、自信を取り戻すことができるといいだろう。また、食事が家族と楽しくとれることも重要である。今後、看取りに向けての療養場所の決定が、うまくできると良いと思う。

3 訪問看護 3

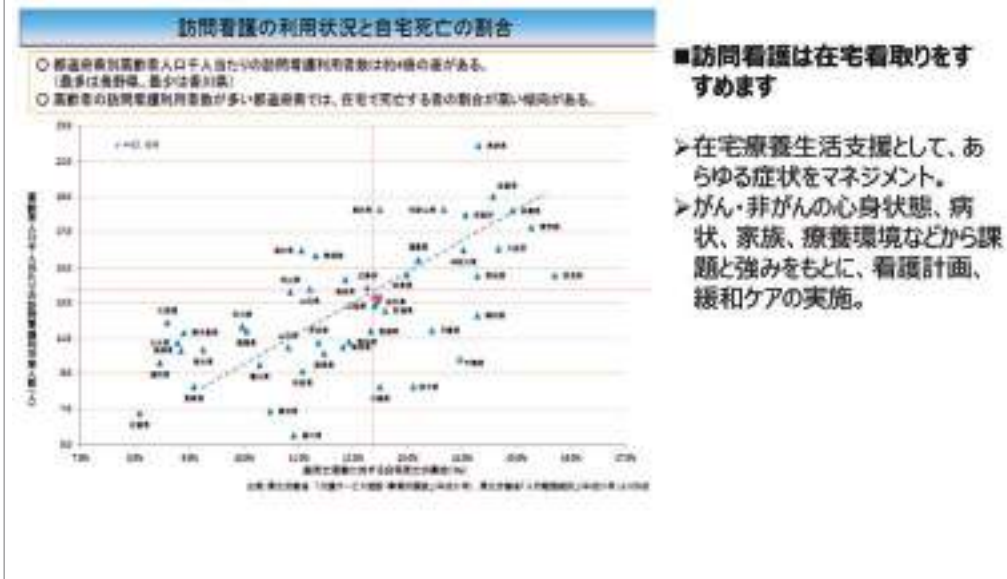
■ケア

- ◆患者の生きる力が引き出される生活を整える。まずは、食事の楽しみと便秘予防。マッサージや音楽、アロマなどによる副交感神経を有意にするケアを行う。
- ◆保清や排泄、医療的管理（感染予防）を行い、必要時家族へ指導する。
- ◆家族にも言えない本人の思いを理解し希望の実現化を知る。そのための支援を在宅チームで考える。
- ◆家族の予期悲嘆を理解し家族ケアを行う。

- 訪問看護は、
 ✓ 24時間365日、患者を支え人生の最後の家族との時間が希望通りになるよう治療やケアの在宅チームと患者・家族の合意形成を支援します。
 ✓ 生活を整え、癒しのケアにより患者の心と身体の調整を行い、笑顔を引き出します。

ケアは、患者の生きる力が引き出されるよう食事や睡眠、排泄を整える。マッサージや音楽、アロマなどを使い、入院中から緊張による交感神経を沈め、副交感神経を有意にできると、便秘も改善し食欲も出やすく、夜もよく眠れるようになる。保清や医療的管理も行い、必要時に家族へ指導する。何より本人と家族の気持ちに寄り添い、在宅チームとの懸け橋になることが大切である。訪問看護は24時間365日、患者を支え人生の最後の家族との時間が希望どおりになるよう、治療やケアの在宅チームと患者・家族の合意形成を支援する。生活を整え、癒しのケアにより患者の心と身体の調整を行い、患者と家族にとって思い出となるような場面づくりを支援し、笑顔を引き出す。

4 訪問看護の効果



平成21年の厚生労働省の報告によると、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高いという相関がみられた。訪問看護は、在宅療養生活支援として、全ての心身状態、病状、家族、療養環境などから課題と強みをもとに計画し、緩和ケアを行う。その結果として、在宅看取りへとつながっていく。

5 訪問看護は

- すべての年齢、疾患・症状の利用者へケアします
 - 0歳から100歳以上、すべての疾患・症状が対象
 - 精神科疾患患者は精神科訪問看護指示書により訪問看護を提供
- 本人・家族を全人的に捉え、多様な価値観に柔軟に対応します。
 - 身体(痛みなど、ADL,IADL,食事、排せつ、呼吸)
 - 精神(不安、抑うつ、孤独感、いらだち)
 - 社会生活(仕事、人間関係、家族関係、療養環境等)
 - スピリチュアル(価値観、希望と絶望、宗教)
- 多職種協働
 - 主治医との連携を密にし相談体制による24時間対応
 - 家族や介護職へ予測される事態の対応力を強化する支援

どのような状況にあっても寄り添い続けます

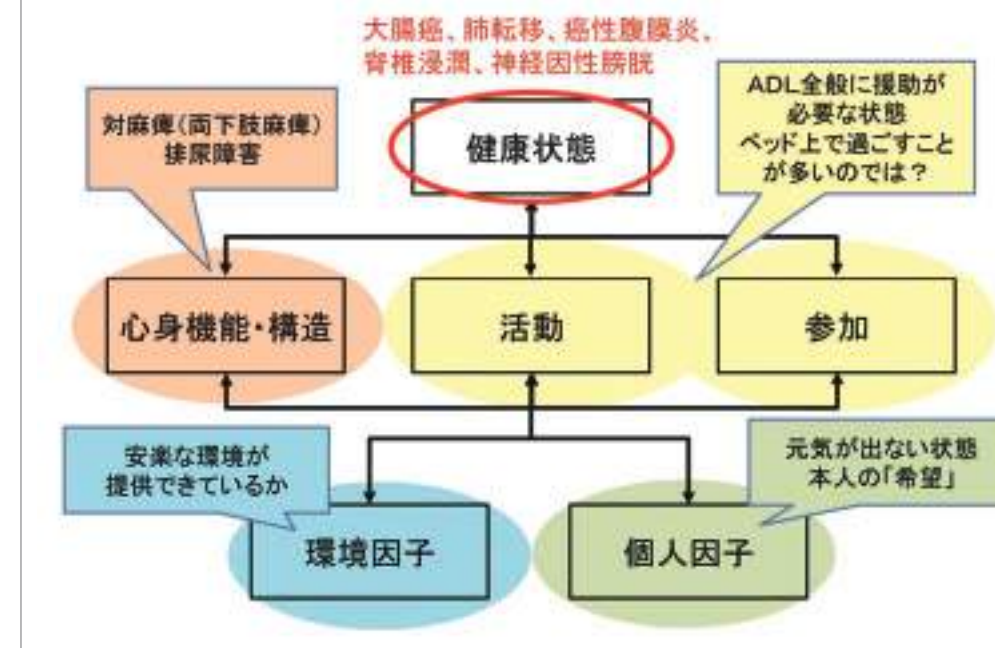
以上のことから訪問看護とは、全ての年齢、疾患・症状の利用者を、家族とともに、全人的な理解により、多様なニーズへの対応をしている。そして多職種協働の理念に基づき、どのような状況にあっても寄り添い続けることができることが特徴である。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

ii) 訪問リハビリテーション

大西 康史

1 【症例2】をICFモデルでアセスメント



訪問リハビリテーション（以下、リハ）の指示を行う場合、ICFの分類をみて、それぞれのどこに問題があるのか、アセスメントすることがポイントである。問題点の把握がある程度できれば、訪問リハの具体的な指示ができるだろう。しかし実際は、それぞれの問題は訪問リハだけでなく、ケアマネジャーや看護師やヘルパーなど多職種のチームで取り組むことになる。

2 心身機能・構造

問題点	評価	指示内容
対麻痺	下肢の関節可動域低下(拘縮)を来していないか?	関節可動域訓練
皮膚の状態は?	骨突出部(仙骨や大転子部や踵など)に褥瘡はないか	適切な除圧マットの検討 ⇒除圧度が高すぎるとかえって端座位がしにくくなるので注意 ベッド上での体位の提案

訪問リハでは、「心身機能・構造」の問題は、入院でのリハに比べて比重は小さくなるが、軽視するものではないだろう。例えば、関節拘縮のリスクがある人に関節可動域訓練を適切に行わなかった場合、車いすへの乗り降りなどの動作に影響が出て、結果としてADLが低下してしまう、ということはある。

3 活動と参加

問題点	評価	指示内容
ベッド上にいることが多い	時々座位をとれないだろうか	座位能力の評価 車椅子乗車の可能性をさぐる 可能なら、家族への介助方法の指導を
ADL全般に援助が必要な状態	食事以外にできることを少しでも増やせないか	整容(化粧など)などの提案
活動に取り組めない状態	できる範囲で生きがいの提供などできないか	作業活動の提案 (例えば手紙を書きたければ、その環境調整など)

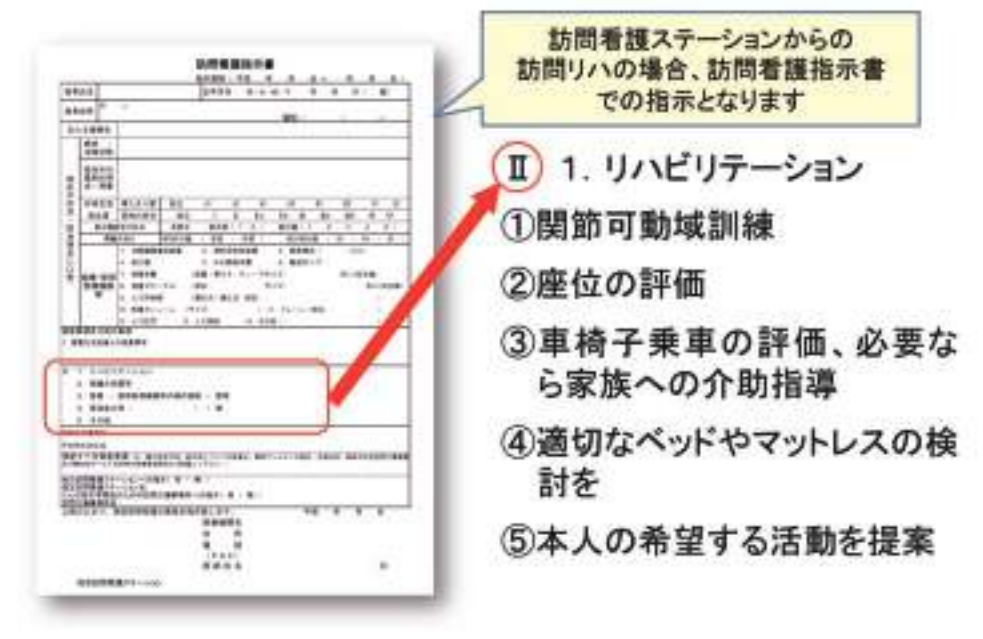
「活動」と「参加」は、訪問リハにおいて、最も重要な要素である。そのアプローチにおいては、特に、看護師やヘルパーら、多職種との協働が重要である。また家族への介助指導など、家族への関わりも積極的に行いたい。

4 環境因子・個人因子

問題点	評価	指示内容
ベッドやマットレスは適当なものだろうか	ベッド上であることが多く安楽なものであるべき。褥瘡予防のマットレスはできているか。	適切なベッドとマットレスの検討を
車いすをレンタルするか	車いすに乗り移る可能性があれば、すすめたい	車いす乗車の可能性と希望があれば、適切なものの選定を

環境因子への介入は、セラピストの腕の見せどころである。担当ケアマネジャーから、車いすの選定で訪問リハのスタッフに意見を求められることは多い。手すりをつける場合、どの箇所に実際に設置をするか、訪問リハのスタッフは具体的に提案する必要がある。個人因子は、まず本人の気持ちを確認し、把握することが重要である。

5 訪問リハの指示内容



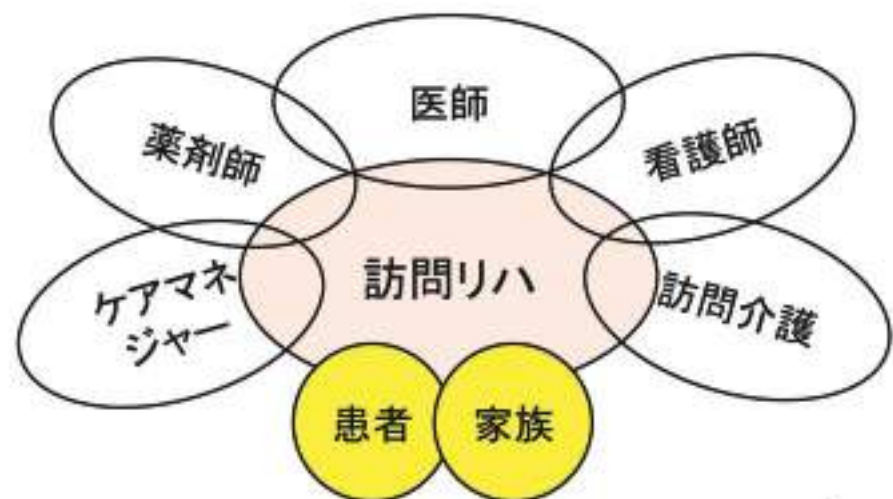
訪問看護ステーションからの訪問リハの場合、訪問看護指示書での指示となります

II 1. リハビリテーション

- ①関節可動域訓練
- ②座位の評価
- ③車椅子乗車の評価、必要なら家族への介助指導
- ④適切なベッドやマットレスの検討を
- ⑤本人の希望する活動を提案

訪問看護指示書の小さなスペースに、訪問リハの具体的な指示を記載するのは、実際は難しい。しかし、リハビリテーションに「○」をつけるだけでなく、「こういったことを訪問リハに期待している」という主治医の思いを書き込みたい。それによって、訪問リハのセラピストもプランを立てる際に、医師の意見として大いに参考にすることはできる。

6 訪問リハは「多職種協働」が鍵!



問題点を共有し、その解決に向かってそれぞれの職種の立場で、患者・家族を支援すること

在宅のチームは、一つの問題の解決に向かって、それぞれの職種が協働することが重要である。訪問リハのスタッフは、訪問リハの時間内に自宅で「訓練」を行うだけでなく、多職種と連絡を取り合う力が求められる。チーム医療の意義と多職種連携の方法論を学んだ、訪問リハを得意とする療法士が増えることを期待したい。医師は全体を俯瞰する立場で、オーケストラのチームの指揮者のような存在だろう。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

iii) 訪問歯科診療

花形 哲夫

1 身体機能面での着眼点

【症例2】

身体機能面での着眼点

末期がん
→少量の経口摂取が可能
→口腔内トラブル

歯科における予測課題

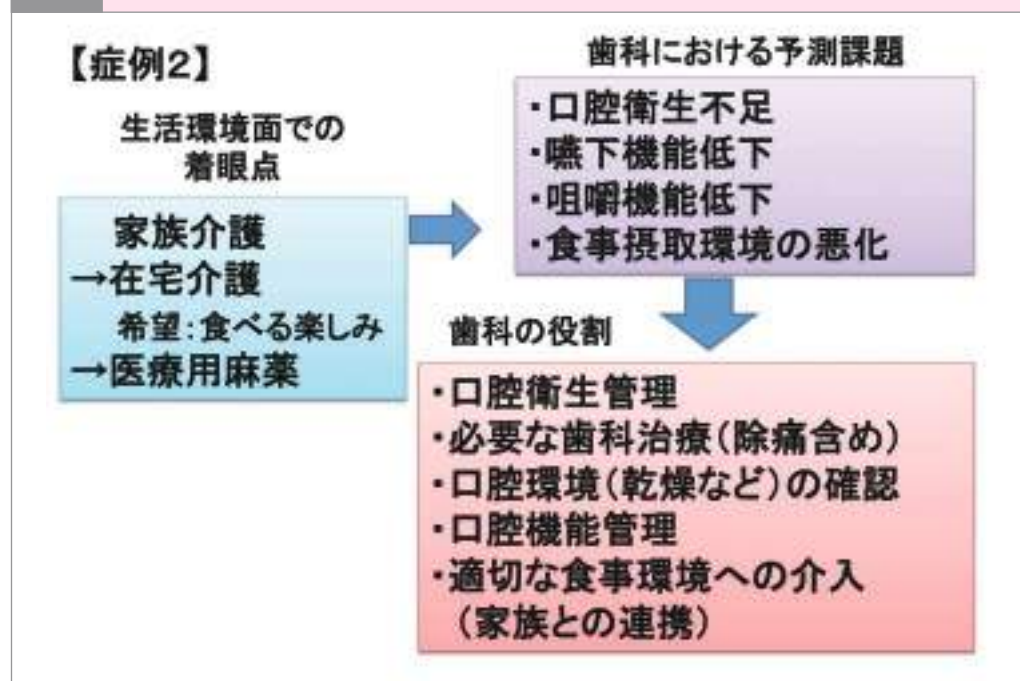
- ・口腔衛生不足
- ・歯科疾患(う蝕・歯周病)
- ・口腔乾燥、口内炎、出血、味覚異常など
- ・摂食嚥下機能低下

歯科の役割

- ・口腔衛生管理
- ・必要な歯科治療(除痛含め)
- ・摂食嚥下機能評価
- ・口腔機能管理
- ・口腔乾燥・味覚異常への対応
- ・経口摂取の維持

歯科としての身体機能面での着眼点は、少量の経口摂取が可能であること、末期がんの口腔内トラブルである。予測課題としては口腔衛生不足、歯科疾患、口腔乾燥などの口腔内トラブル、摂食嚥下機能低下である。歯科の役割は、口腔衛生管理、必要な歯科治療、摂食嚥下機能評価、口腔機能管理、口腔乾燥・味覚異常などの口腔内の問題への対応、それにより経口摂取を維持することである。

2 生活環境面での着眼点



歯科としての生活環境面での着眼点は、家族介護・在宅介護において食物を少しでも口から摂ることを楽しみにしていること、医療用麻薬を静脈内投与されていることである。歯科における予測課題は、口腔衛生不足、摂食嚥下・咀嚼機能低下、食事摂取環境の悪化が考えられる。歯科としての役割は、口腔衛生管理、除痛を含めた必要な歯科治療、乾燥などの口腔環境の確認および対応、口腔機能管理及び維持、家族と連携しての適切な食事環境への介入することである。

4 人生の最終段階のケアへの歯科のかかわり

- *積極的な延命処置は希望されず、在宅での看取りを希望
 - *「口から食べたい」と希望された。「歯肉からの出血」「口腔乾燥」の主訴が多い
- ↓
- 口腔乾燥や疼痛などの苦痛を除くための口腔衛生管理・口腔機能管理が必要
 - 無理なく、苦痛のない口腔ケア指導をご家族にも行う
 - 最期まで、少しでも口から食べることができるような支援が重要
 - 在宅医と訪問看護師等との連携強化が不可欠
 - 家族への支援とねぎらい、グリーフケアを念頭においた対応が必要

家族・在宅医・訪問看護師などと連携を強化し、口腔内の乾燥が進むことから、口腔内の苦痛を除くためにも保湿を中心とした口腔ケアを行い、最期まで少しでも口から食べる支援をすることは重要である。また、食事介助や口腔ケアは家族にも行って頂くことが大切だと思う。緩和ケアを主体とする療養方針のもと、家族・多職種の協力のもと在宅療養を行ってもらうにあたり、口腔衛生管理・機能評価・訓練により機能に合った「味わい」を提言した。「食べる」ことへの支援・口腔領域のケアを通じて、医療介護関係者と連携・協働しての看取りまで関わる、生涯を通してのかかりつけ歯科医でありたいと考える。

3 口腔衛生管理・口腔機能管理

口腔衛生管理

痛みのない、快適な口腔内へ



口腔乾燥



舌の乾燥と潰瘍



口腔内出血



下顎骨壊死



口腔用保湿剤(ジェル)



スポンジブラシ



吸引歯ブラシ

口腔機能管理

最期まで美味しく、口から食べるために



歯科医師の指示のもと、口腔ケア後の嚥下開始用ゼリーでの摂食嚥下機能評価



ご家族とともに

歯科専門職の口腔衛生管理は、痛みのない快適な口腔内づくりが目標となる。全介助での口腔ケアを行う場合は、姿勢の確保・開口を維持・適切な歯ブラシやスポンジブラシを選択し水分や汚れはよく除いてから使用する。口腔用保湿剤なども利用できる。また吸引歯ブラシを使用して、口腔ケアで誤嚥させない配慮が大切である。BP製剤服用に伴う下顎骨壊死の一因となる抜歯を避けるためにも、口腔衛生に留意する必要がある。口腔機能管理として、最期まで美味しく口から食べることを支えることが目標となり、摂食嚥下機能の再評価を行い、家族と連携しながら、好きな物を食べて頂けるような支援を優先する。

iv) 訪問薬剤管理

大澤 光司

1 無菌調剤

<無菌調剤>

薬を調剤する際に、無菌的に行う方法。主に、輸液バックへのミキシング、麻薬の混注業務などの調整に用いる方法である。



ただ、無菌調剤は使用する薬剤や器材はもちろんのこと、ミキシングに関する知識や情報などが少ないため、処方せんが来ても調剤に取り掛かるまでのスピードが遅くなってしまう傾向がある。

無菌調剤は、受け付けることができる施設を見つけていち早く業務に取り掛かれるようにしておくことが大切である。

—まず行うことは—

- ・クリーンベンチ・無菌調剤室が設置している **保険調剤薬局の場所**を把握しておく。
- ・クリーンベンチの **種類**を把握しておく。
- ・PCAポンプの必要性の **有無**を検討する。

無菌調剤は輸液バックの調整や、ポンプなどに対して麻薬の充填を無菌的に行う方法である。しかし、行っている薬局が少ないことや、情報が少ないため、作業に取り掛かることが遅くなってしまうことも事実である。まずは、無菌調剤ができる薬局の場所とクリーンベンチの種類を把握して、依頼できる薬局を見つけておく必要がある。そして、PCAポンプを使用する際には、ポンプのレンタル料並びにカセット代（自費扱い）については、医療機関から患者に請求することになる。

2 クリーンベンチ・無菌調剤室の設置状況

■北海道から九州まで、薬局・薬店約26,000件の内全国で約200件の保険薬局に設置されており、**関東地区に200件の約10%程度に集中している。**

■補給金で薬剤師会、全営業所に無菌室の整備が進んでいる。

■会営薬局を中心に無菌室が共同利用できる拠点薬局の整備が進んでいる。

北海道	46	埼玉	47	三重	11	鳥取	1	佐賀	6
青森	11	千葉	58	富山	9	岡山	2	福岡	23
秋田	22	東京	90	石川	12	島根	4	大分	9
岩手	5	神奈川	39	福井	5	広島	16	熊本	8
山形	8	山梨	7	滋賀	9	山口	2	宮崎	9
宮城	13	長野	9	京都	18	香川	3	鹿児島	6
福島	7	新潟	14	奈良	1	徳島	1	沖縄	6
栃木	23	静岡	20	和歌山	4	愛媛	1		
群馬	10	岐阜	30	大阪	22	高知	3		
茨城	27	愛知	7	兵庫	9	長崎	4		

平成28年10月10日 日科ミクロン調べ

このデータは、クリーンベンチ・無菌調剤室の設置状況を示している。都道府県ごとに設置してある薬局の数が違うことが確認できる。そのため、在宅に切り替わる際に無菌調剤が必要なときは、各都道府県ではなく近隣の県に協力・依頼することも検討していかねばいけない。

3 クリーンベンチの種類

クリーンベンチ：無菌操作のための装置で、箱形の構造にフィルターを通して無菌化された空気を送るようになっている。

・陽圧タイプ：
外気を押し出すことで無菌を保つもの

ex.) TPN・IVHの調整、
麻薬の混注業務



・陰圧タイプ：
内部の気体を外に出さず、外気の流入は入り口上部からの送風で封じるもの

ex.) 抗癌剤の調整



陽圧タイプに対して陰圧タイプのクリーンベンチ、クリーンルームを設置してある保険調剤薬局は少ない。そのため、無菌的に抗癌剤の調整の必要性が感じられる時は、前もって各都道府県の薬剤師会などに問い合わせ、設置の有無を把握しておく必要がある。

クリーンベンチは大きく分けて、陽圧タイプと陰圧タイプが存在する。陽圧タイプは外気を押し出して無菌を保つものであり、TPNなどの調整に使用される。一方、陰圧タイプは、内部の気体を外に出さず無菌状態を保つものであり、主に抗癌剤の調整に用いる。陰圧タイプのクリーンベンチが設置してある保険薬局は少ないため、設置の有無を把握しておくことも必要である。

4 PCAポンプの必要性を視野に入れた無菌調剤

⇒麻薬の混中作業の一つとしてPCAポンプへの充填業務がある。

ー持続皮下投与に用いるデバイスー

あらかじめ設定された一定の流量で薬液を送り出すシステム

電動ポンプ	携帯型 ディスポータブルポンプ
操作方法の習得が必要（医療者）	特別な操作を必要としない
中途での用量変更が可能	中途で用量変更ができない
初期費用・維持費用が高価	保険償還できる
TE-361（テルモ） CADD-Legacy PCA（スミスメディカル）	シュアーフューザーA（ニプロ）

無菌調剤の一つとして、麻薬の充填業務がある。ポンプはいろいろな種類があるが、現在は、安定して薬剤を供給できることや、途中で用量の変更が可能なることから、電動式ポンプの使用が主流となっている。また、ポンプを使用する際の操作方法の事前指導を行っておくことで、いち早く作業に取り掛かることができる。

5 ポンプのレンタルについて

・PCAポンプは初期費用が高いため主に医療機器メーカーからレンタルして使用する。



しかし、今現在、調剤薬局ではレンタルすることは不可能である。

・ポンプは医療機関側でレンタルしてもらい、患者にセットする。

⇒医療費とともにポンプの加算として患者に請求する。

・薬剤は薬剤師がカセットに充填して、患者宅にお届けに伺う。

⇒使用した薬剤は薬局側で請求する。



※カセットはポンプをレンタルした医療機関側のみしか取り寄せることができないため、カセットの準備に関しても事前の打ち合わせをしておく必要がある。

※また使用したカセットの請求も薬局側ではできないため、患者と打ち合わせをした上で、医療機関側で行う。

ポンプを使用する際に最も問題なのが、初期費用が高価なことである。写真のポンプは購入すると1台約80万円くらいのものであり、レンタルでの使用が主流となっている。ただ、薬局側でレンタルすることは現状ではできないため、医療機関側でレンタルしてもらい、レンタル料も医療機関側から患者に請求する流れとなっている。

6 無菌調剤の対策と今後の課題

- ・輸液に関しては、ミキシング後の情報が少ないため、メーカーやミキシング、薬剤の安定性についての情報を集める。
- ・調剤薬局での無菌調剤業務に対するスキルアップのため、教育、研修などの制度をしっかりとマニュアル化しておく。
- ・担当者会議には参加をして、できるだけ患者の状態に関する情報を集める。
- ・訪問看護師やヘルパーと随時情報を共有化するために患者宅への訪問時間の統一化が必要である。
- ・退院時カンファレンスに参加できるならばその場で情報を交換して薬剤業務に役立てる。
- ・薬剤のみならず使用する資材についてもメーカーに問い合わせしておく。
- ・電動ポンプを使用する際は、カセットの送付先について事前に打ち合わせとしておく必要がある。

無菌調剤に対しては、薬剤に関する情報の収集や教育など、さまざまな問題がある。しかし、情報の共有や事前の準備、制度のマニュアル化を行うことで、作業効率上がることも事実である。今後の課題は、連携を取り合う上で、どこまでできるかを明確にし、密に情報を取り合うことが、無菌調剤をスムーズに行う第一歩であると推察される。

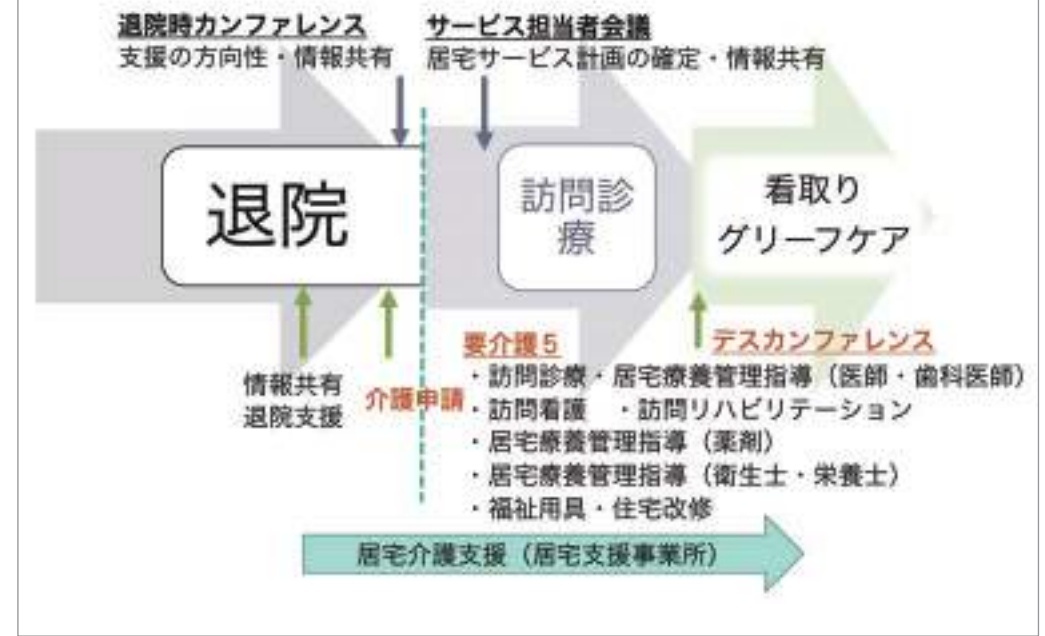
v) ケアマネジメント

鷲見 よしみ

1 居宅支援事業所	
思い・ニーズ	今後病状はどうなっていくのか 在宅診療ではどのようなことができるのか 在宅でのサービスはどのようなことができるのか 家族にどんなことが起こるのか(家族への思い) 費用はどのくらいかかる
状態	予期される症状への対応 症状悪化が顕著になってからどう過ごすのか 在宅生活療養上の医療ケアに関する工夫 身体介護の必要性(排せつ、保清、食事等)介護の体制をどうするか 機器の取り扱いや家族のできるケアの相談・指導 食べる楽しみをどのように対応するか 意思決定に対する情報提供の仕方と方法 (どの時期に誰の主導で、対応していくのか: 意思決定を含む) 症状悪化時の連絡方法と対応
セルフケア能力	59歳女性 食事が楽しみ 自宅療養を意思表示 ・現状をどの程度理解しているか(本人とのコミュニケーション) ・本人の希望をどう叶えるのか(在宅での過ごし方や死生観など) ・意思決定が十分にされる環境かどうか ・残す家族への心配や課題をどうするか
インフォーマルサポート	夫と末梢の娘との4人暮らし 交代で介護を行う 末娘は、専業主婦 夫と長女は日中仕事 ・夫・子供たちへの支援(相談支援・身体的、精神的サポート) ・週間・一日単位のルーチン化 ・緊急時の体制をどうするか ・次女の今後の生活について ・看取り後の家族への支援 ・費用面(使える制度や経済的) ・患者会、ボランティアなどの地域のサポート

終末期の支援でも、がん特有の支援内容がある。特に痛みに対する支援と急激な変化に不要な医療が生じないよう、きめ細やかな対応を心がける。また、本人・家族にとって、専門職が確かな技術と誠意のあるケアを施すことが、直接的なケアばかりではなく、精神的な面においても大きな支援となる。症例2の場合は最初に本人がどこまでの認識をもって、家に帰りたいと話しているか、何に不安を感じているか、家に帰ってどのような生活をイメージしているかなどを確認する。適切な医療の提供体制のもとに課題を整理して、不安が増大しないようにする。また、生活面からは、すでに入院治療で、家族の生活のどのようなところが変化してきたのか、在宅療養する上で誰が一番負担がかかるのか、それはどのようなことなのかを検討し、小さな課題でも丁寧に対応することが重要になる。生計上の理由で収入の少ない次女が主介護者になったのかかもしれない。また、患者会などの当事者団体、NPO法人などの事業を視野に入れる。

2 支援の進展



利用者・家族の意向が大切になるので、本人の希望に沿った生活ができるように不安をできる限り少なくすることが適切な判断につながる。がん終末期においては、退院できるタイミングに合わせて在宅ケアがスタートできるよう体制を整えることが重要になる。がんターミナルの方に対しては介護認定も速やかに行われるようになってきている。症例2の場合、症状コントロールと本人が希望した生活の実現のための支援、家族のサポートが課題となる。なお、59歳という若さでの療養となり、次女が中心となって介護している。母親として次女の行く末も心配するところであるし、次女も母親の死を受け入れ、自身の人生をも考えるときがくる。しっかりと考えられるようサポートが重要である。

3 ケアプラン原案の作成(専門職の意見)

ニーズ	支援項目	支援内容
病状管理	訪看 痛みの緩和で来ている 腹腔内に浸潤、対麻痺 感染予防 生きる力を引き出す 訪リ 対麻痺 栄養 がん終末期の食事 薬剤 服薬管理	疼痛緩和の基準 口腔ケア 下肢の麻痺や腹水、便秘予防 中心静脈管理についての課題 保清のケアや医学管理 皮膚の観察、口腔ケア 副交感神経優位に生活を整える マッサージや音楽、アロマなど 関節可動域訓練 食事のギアチェンジ 栄養の補給、おいしく食べる工夫 姿勢 疼痛コントロール
本人の望む生活について	訪看 家に帰りたい理由 寝たきりの状態 訪リ 薬剤	自宅での希望した生活(家族と楽しく過ごす) 不安へのサポート 家族への思い A/D/Lの自立を促す 作業活動(手紙など) やりたいことへの達成に向けた支援 見取りに向けての意思決定 疼痛緩和の評価調整
終末期リハビリテーション	訪リ	食動作、座位能力の評価 作業活動(手紙など) 移乗動作訓練、福祉用具の選択
療養環境及び家族支援	訪看 食べる楽しみ 清潔、保清について 家族への支援 訪リ 環境整備 栄養 栄養管理 食の楽しみ	好きな食事の提供、調理や食事のアドバイス 入浴、身体介護 悲嘆ケア 経口摂取時の座位、福祉用具の活用(ベッドや除圧マット) 食べたいものが中心の食事 安心して食事ができる環境

がん終末期の支援においては、救急の対応や急変時の対応についても具体的に話し合うが、病状の変化にともない、多くの決断を本人・家族は迫られるので、適切な意思決定ができるよう情報提供や丁寧な説明が必要となる。症例2の場合は、専門職から4つの視点が挙げられている。病状管理については、痛みの緩和、腹腔内に浸潤、対麻痺に伴う症状緩和、安楽な生活への工夫、栄養の補給、おいしく食べる工夫。本人の望む生活については、家族への思い、やりたいことを達成すること、看取りに向けての意思決定支援、不安へのサポート。終末期のリハビリテーションについては、食動作、座位の保持、作業活動、福祉用具の活用。療養環境については、食べたいものを中心とした支援、食事の環境、居住環境の整備、見取りに向けての家族へのサポートが挙げられた。医師、歯科医師の指導、助言と利用者家族の状況を勘案して原案作成を行う。

4 ケアプラン原案作成の視点と今後の展開

- ▶ 病態の管理
 - 症状のコントロール（痛みのコントロールなど）や予測しない事態を引き起こさないようする
 - 排せつを整え食べる楽しみを支援する 麻痺の上昇や呼吸苦などの精神的な不安の増強の可能性
 - 治療やケアに関する意思決定が難しい場面があることを理解する 口腔ケアや保清に努め感染症予防
- ▶ 本人の望む生活
 - 安楽な時間の確保や家族との時間などを大事にする
 - 身じまいに関すること、やりたいことを達成するなど思いを理解して寄り添うケアを目指す
- ▶ 終末期のリハビリテーション
 - 食動作、移乗動作、座位能力の評価など適切な介護の提供、作業活動（手紙など）福祉用具の選択
- ▶ 療養環境と家族支援
 - 食事の環境を整える 緊急時の対応、看取りの療養場所
 - 家族の力を見極め、看取りに向けて家族に合った支援ができること、費用面での制度活用

利用サービス
 訪問診療・在宅療養管理指導（医師・歯科医師） 訪問看護 訪問リハビリテーション
 在宅療養管理指導（薬剤師） 在宅療養管理指導（衛生士・栄養士） 福祉用具・住宅改修

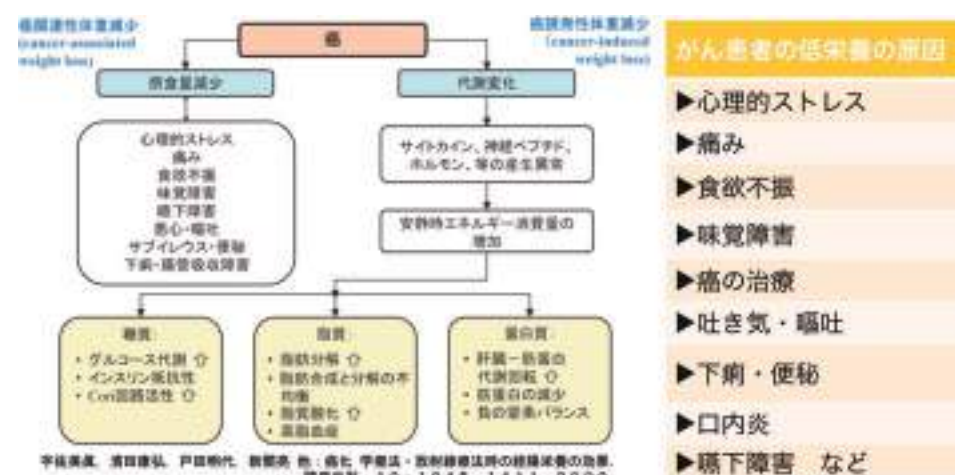
ケアマネジメントにおいては、その背景となる生活歴、経済状況、教育課程、人間関係、習慣、家族の関係性など、人と人のかかわりの情報が重要となり、支援の方向性に影響を及ぼす。利用者の生活は、その人、その家庭で築き上げられた歴史上に現在があり、それぞれに価値は、支援者とは同じではないので、支援者は自分の価値を知らなければならない。がん終末期の支援は、最後の時を「だれとどのように過ごしたいか」を共有し、適切な医療が提供できるような体制のもと目標の実現を目指す。この症例では、家に帰りた、家族とともに過ごしたいという目的のためにチームが支援する。症状が落ち着くことがとても大切になるので訪問看護を中心に展開し、人と接することも負担となるようであったら、連携することでサービスもできる限りシンプルしたり、生計上負担にならないような制度の活用や配慮をすることも大切となる。

【症例2】 59歳女性 大腸がん末期、腹水貯留、肺転移

vi) 訪問栄養管理

米山 久美子

1 がん患者への食事療法



がん患者の低栄養に対する代謝栄養管理は
 全てのがん患者治療の基礎となるべきもの

がんの治療中の適切な食事によって、がんによる影響やがん治療の副作用に対する対処が容易となるといわれる。在宅においても副作用も考慮しながら、個々に合わせた栄養管理を行うことで体重・体力の維持、組織の再構築、感染への抵抗などに必要となる栄養素を摂取することが可能となる。治療前、治療中、治療後のそれぞれに時期において身体の状態も違うため、各時期に合った栄養療法の提案も大切となる。管理栄養士が予後のことも見据え、適切な栄養管理を実施することで、在宅療養者のQOLの維持・向上へ貢献できると考える。

2 症例2への対応

■症例2 ・医師からの指示内容：癌の栄養指導 ・利用保険：医療保険

▶状況	▶アセスメント
#卵巣がん末期 #腹水あり #少量の食事を楽しんでいる	#がん終末後期の食事へ ギアチェンジ
▶管理栄養士の役割	
<p>#医師、看護師等と連携しながら身体の変化に合わせた食事提案</p> <p>➡ だるさや食欲低下が出始める時期であり、状況を確認しながら、座位、臥床での食事の際に誤嚥などしないよう、安全な食環境等をアドバイスする。</p> <p>➡ 必要に応じ、適した食事形態を検討し調理指導する。</p>	
<p>#介護者が後悔しないような食事提供の手伝い</p> <p>➡ 身体の変化とともに、味覚の変化や食事量の減少など変化が起き家族の不安も強くなるため、食や栄養の専門職として一緒に考え美味しく食べてもらえるよう工夫や調理方法をアドバイスする。</p> <p>➡ 食事に関する不安を軽減できるようにする。</p>	

がんだけではなく、ターミナル期にはさまざまな症状が出始めるため、医師や看護師などと連携を図りながら、身体の変化に合わせた食事の提案をする。療養者が食事が摂れなくなってくると家族は不安になり、無理して食べさせてしまう場合もある。タイミングを間違えると誤嚥につながり肺炎になってしまう可能性もあるため、誤嚥や身体への負担を回避するためにも、管理栄養士は介護者の食や栄養の相談相手となる。少しでも栄養を摂ってもらおうと作った料理を栄養学的に評価して介護者の満足度を上げたり、安心感につなげることも心がける。介護者が後悔しないよう、食の面から支える。

3 がん終末期の栄養管理

▶がん終末前期の栄養管理	▶がん終末後期の栄養管理
この時期は栄養をサポートすることで、活動性が落ちる時期を先延ばしにできる可能性があるといわれます。栄養をがんに取り除かれているので、栄養を摂らないと悪液質が進み、筋肉も脂肪も急激に減ってしまうため、積極的な栄養補給ができる食事が勧められます。	栄養を補給しても回復は望めず循環が悪くなり、徐々に栄養や水分が血管から外に漏れ出しむくみや腹水、胸水の貯留を進行させるといわれます。患者のQOLを下げることになるため無理に栄養補給することは避け、患者の食べたい物を中心の食事が勧められます。
<p>■がん患者への管理栄養士の役割</p> <p>がん終末期はそれぞれの時期に適した栄養管理が必要となります。</p> <p>医師や看護師等と連携を図りながら、時期に見合った栄養管理を行い、患者や家族のQOLに繋がる介入をしていきます。栄養管理に加え、食の楽しみや、安心して食事が行える環境を整えます。</p>	

最近では、がんに対する食事療法の必要性がいわれて始めている。がん終末期についても、前期と後期に分けての栄養療法が推奨されはじめています。その時期によって適した栄養素など、栄養管理には違いがある。がんの治療などによる口内炎や吐き気などある場合には、身体状況に合わせながら、必要な栄養補給ができるよう提案していく。介護負担や経済力、希望を確認し、必要に応じ栄養補助食品の提案も行う。身体にさまざまな変化が現れることも多いため、医師、看護師を中心に、多職種で連携しながら無理のない食事のアプローチとなるように進めていく。

4 在宅における管理栄養士の役割

地域の多職種と連携しながら
管理栄養士は在宅療養者の栄養と食を支えます



在宅療養における食事や栄養管理は複雑な場合も多いため、管理栄養士は、医師や看護師をはじめ、地域の多職種と連携を図りながら、在宅療養者の食事や栄養を支える。独居や高齢者世帯、また在宅療養を支えている介護者についてもさまざまであり、その家庭に合わせた食支援が求められるため、まずは経済力や介護力、利用しているサービスなどの「生活のアセスメント」を実施した後に、「食や栄養のアセスメント」を行い、一人ひとりに合ったオーダーメイドの栄養アドバイスを実施する。また、在宅療養は病院とは違うため、療養者や介護者の負担が少なく、また希望に沿った支援を行う。

5 訪問栄養指導のサービス内容と対象疾患

■訪問栄養指導のサービス内容

対象	通院などが困難な方が対象。 さらに、医師がご家庭での栄養や食事の管理が必要と判断した場合にご利用いただけるサービス。
----	---

■対象疾患

医療保険	介護保険
腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、肺臓病食、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は除く）、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、高度肥満症に対する治療食、高血圧に対する減塩食	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ものも含む）のための流動食、低栄養状態
フェニールケトン尿症食、楓糖尿症食、ホモシチン尿症食、ガラクトース血症食、治療乳、無菌食	がん患者、摂食機能若しくは嚥下機能が低下した患者又は低栄養状態にある患者

※医療保険に加入して介護保険認定も受けている者は介護保険の在宅療養管理指導を優先

訪問栄養指導は、まだまだ認知度が低く知られていない制度のため、サービス内容にふれておきたい。訪問できる対応疾患は決まっており、対象が医療保険と介護保険とで異なる疾患もある。例えば、「パーキンソン病の方で食事少し食べられなくなってきたので訪問ほしい」と依頼があっても、対象疾患にはあてはまらないので、訪問はできないが、「パーキンソン病で低栄養状態」であれば、訪問はできる、といった具合である。必ず医師の指示が必要なこともポイントとなる。また、介護保険がある人は医療保険ではなく、介護保険が適用となる。

6 訪問栄養食事指導にかかるコストなど

医療保険	介護保険				
<p>■在宅患者訪問栄養食事指導</p> <p>■医療機関が、通院が困難な在宅で療養を行っている患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に行われる。</p> <p>→同一建物居住者以外の者 530点 →同一建物居住者 450点</p> <p>■給付限度 月2回</p>	<p>■管理栄養士による居宅療養管理指導</p> <p>■居宅療養管理指導事業所が、通院が困難な在宅で療養を行っている患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に行われる。</p> <p>→同一建物居住者以外の者 533単位 →同一建物居住者 452単位</p> <p>■給付限度 月2回</p>				
<p>■サービス内容のまとめ</p> <table border="1"> <tr> <td>★療養者本人・介護者の要請</td> <td>★医師の指示（指示書など）が必要</td> </tr> <tr> <td>★月2回まで医療（介護）保険適用 ★訪問時間 30分以上</td> <td>★1回の訪問利用者負担 533円（同建物2名以上/週日の場合452円） +交通費（実費）</td> </tr> </table>		★療養者本人・介護者の要請	★医師の指示（指示書など）が必要	★月2回まで医療（介護）保険適用 ★訪問時間 30分以上	★1回の訪問利用者負担 533円（同建物2名以上/週日の場合452円） +交通費（実費）
★療養者本人・介護者の要請	★医師の指示（指示書など）が必要				
★月2回まで医療（介護）保険適用 ★訪問時間 30分以上	★1回の訪問利用者負担 533円（同建物2名以上/週日の場合452円） +交通費（実費）				

スライドは、訪問栄養食事指導にかかるコストなどについて示したものである。介護保険の、「管理栄養士による居宅療養管理指導」は、介護給付以外のサービスとなり、単位を全て使っていても、入れるサービスとなっている。コストとサービス内容についても、スライドの通りとなっている。

各論1 B モデル・ケアカンファレンス

【症例1】 80歳女性 独居、認知症、全盲

座長：飯島 勝矢

1 病歴、生活背景など

- #生来による重度の視力障害（全盲）
- #アルツハイマー型認知症
- #気管支喘息



20XX年5月：

- ・同居していた兄を亡くし、その後は独居
- ・療養環境は悪い（床にネコの餌が散乱、ハエ・ゴキブリがいる）
- ・公的サービスなどの申請手続きができなくなり、市役所からの依頼で初回訪問
- ・認知機能評価はHDS-R 9点、取り繕う現象あり
⇒アルツハイマー型認知症と臨床診断を下した
- ・診察には当初拒否的であったが、話を聞いているうちに徐々に打ち解ける傾向あり
- ・多弁の傾向（昔の話を何度も繰り返す）

2 直近の状況

20XX年7月：

- ・訪問診療開始、しかし病院に行くから良いと拒否的
- ・さらに投薬に関しても拒否

20XX年8月：

- ・訪問看護、薬剤師訪問指導が導入される ⇒少し和んでいった

20XX年11月：

- ・投薬への同意あり。しかし介護職に対しては服薬拒否あり
- ・着衣失行あり、冬でもワンピース、常にストーブの前にいる
⇒その後は比較的順調に経過していく

20XX+1年1月：

- ・ストーブによって左脚の熱傷あり



熱傷のエピソードもあり、今後のことについて担当者会議を開催し検討したい

【症例2】

91歳女性 認知症、胆管がん

座長：飯島 勝矢

1 病歴

20XX年1月（90歳）：

- ・アルツハイマー型認知症の疑い、骨粗鬆症、変形性膝関節症で近医にて加療
- ・黄疸のため近隣の病院にて入院加療。胆管ステントを留置し退院
⇒ 加療が奏功し、全身状態は比較的安定
- ・サービス付き高齢者向け住宅に入所し療養
- ・廃用により体幹・下肢筋力低下。ほぼベッド上での生活。移動はストレッチャ型車いす
- ・排泄 下痢・軟便を繰り返す。バルーンカテーテル留置
- ・認知機能：簡単な会話は可能。行動障害は認めない
- ・食事：食形態の工夫で摂取可（実娘による食事管理においては薄味傾向）

20XX年8月（91歳）：徐々に衰弱が進んできていた

- 1) 栄養状態不良 ……アルブミン値2.9mg/dL、総コレステロール値138mg/dL
- 2) 電解質異常 ……ナトリウム値 129mg/dL、カリウム値 2.9mg/dL
- 3) 下腿浮腫著明

2 看取りの対応

<家族の意向>

- ・病院での積極的な加療の希望はない ⇒サ高住での看取り医療を希望している
- ・老衰の進行の認識あり、看取りも視野にいた緩和ケアの方針を理解
- ・介護疲れあり

<施設の意向>

- ・開設して間もない施設で、施設内での看取りの経験がないため消極的

<施設スタッフを交えたケアカンファレンス>

**食思不振等 衰弱が進行、かかりつけ医が臨終期が近いと判断
⇒ 担当者会議を開催し検討したい**

i) 連携拠点事業から見えてきたもの
～かかりつけ医への期待～

三浦 久幸

1

平成28年度 在宅医療関連講師人材養成事業
(日本在宅ケアアライアンスJHHCA)

【各論2】在宅医療・介護連携推進事業～地域づくりの実践～

連携拠点事業から見えてきたもの
～かかりつけ医への期待～

平成 29年 1月 29日
国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
在宅連携医療部 三浦久幸

在宅医療連携拠点事業では、地域で蓄積されてきた健康増進活動や、介護予防、生活支援、生きがいづくりなどの活動と同じ方向性をもって【医療と介護の連携】を組み込まなければならないということが明らかになった。同時に、地域づくりに関わる関係者が一同に集まり、地域の方向性についてディスカッションをして、分業化された地域活動の方向性を一つにまとめ上げるということは、行政だけの力では非常に難しい、ということなども明らかになっている。ここでは、在宅医療連携拠点事業から得られた知見をもとに、これからのかかりつけ医に期待する内容をまとめた。

2 本日の骨子

1. 住民の暮らしを支える
「かかりつけ医」への期待
2. かかりつけ医（医師会）に支えられる
地域包括ケアシステム構築（地域づくり）
事例紹介

4 日本社会の大きな変化

日本社会の大きな変化：

【少子高齢化】と【価値観の多様化】

多様な患者/住民が、それぞれの人生ストーリーを続けられる
地域のしくみ（地域包括ケアシステム）が求められている



地域住民の健康ニーズや療養ニーズ、受療行動を情報収集した上で、実現可能な支援を創出する。
地域で療養するメリット・デメリットの情報を含めて、
複数の選択肢を患者/住民に情報発信し、
住民自らが選択・決定できる地域環境へ発展させる

地域包括ケアシステムとは、自治体や医師会だけが目指すものではなく、住民も参画してまちづくりを進める必要がある。地域の実情を、地域をつくる関係者が情報共有し、持続可能で実現可能な活動を行うことに合意し、実施する、そのことで、地域の限界も当然生じてくると思われる。住民、患者の価値観と多様性、地域の多様性に応じた、暮らし続けられるまちづくりに、医療提供者も参加していくことが、これからの日本では求められる。

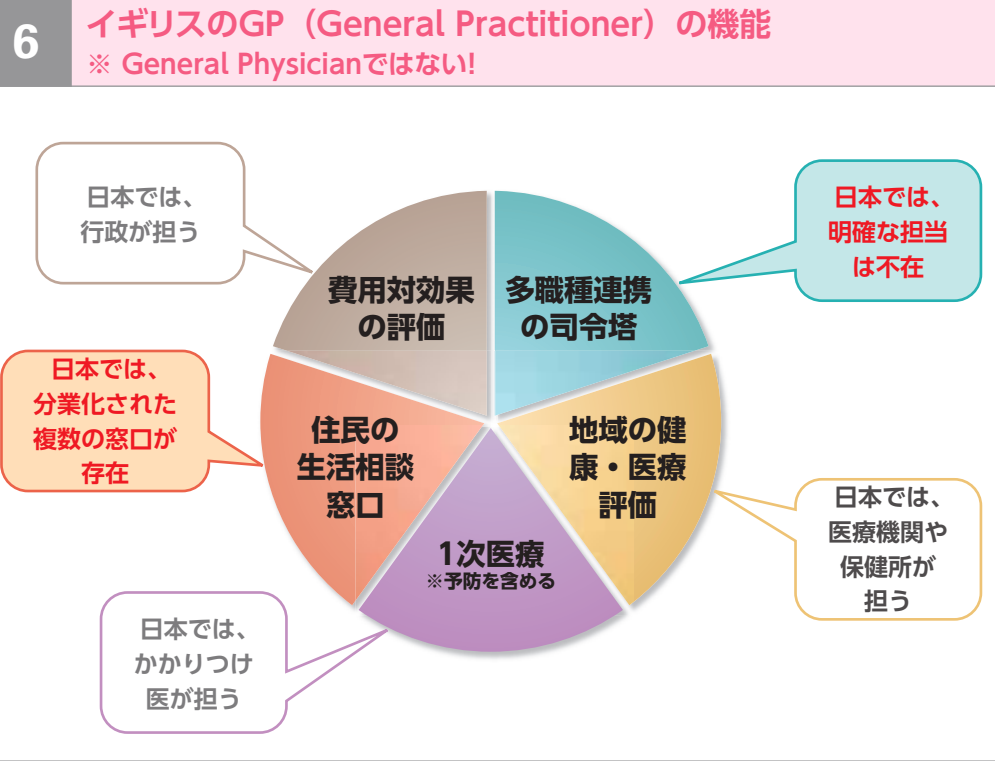
3

1. 住民の暮らしを支える
「かかりつけ医」への期待

5 医療と介護の違い

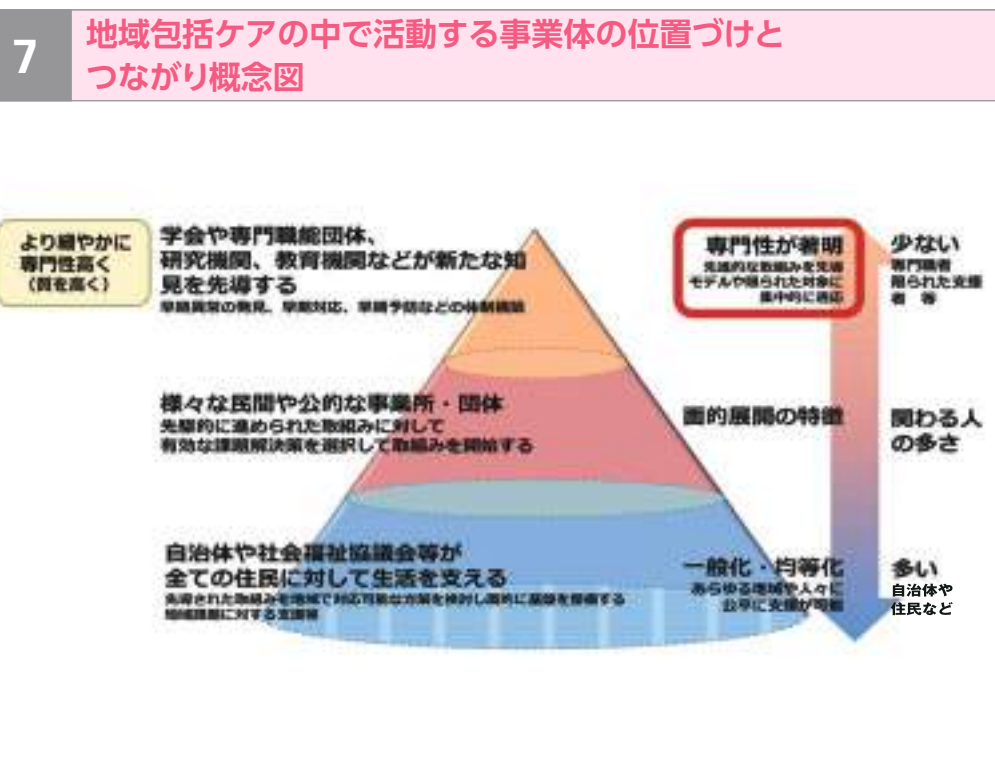
	医療	介護
対象	全ての年齢層	主に高齢者
視点	患者中心の視点	現場は利用者中心のケア 仕組みは人々（住民）視点
	ニーズ重視	デマンド重視
考え方	『異常な変化』の反応が 敏感 『日常』の反応が鈍感	『異常な変化』の反応が鈍感 『日常』への反応が 敏感
	異常の早期発見と対応(2次 予防) 悪化の予防(3次 予防)	健康増進(1次 予防) 虚弱予防
時間の流れ	急激な変化：早い	慢性的な経過：ゆっくり
管理	都道府県（保健所）	市町村
制度	医療保険制度	介護保険制度

暮らしを支えることを中心に考えるには、高齢者の生活を支える大きな仕組みである【介護】について確認する必要がある。介護は、その人の生活が継続できるように支援することが最も重要である。医療は、異常の早期発見と対処である。この視点の違いが、連携する上で不具合を生じやすいといえる。つまり、医師は変化の少ない日常について支援や助言が難しいといえる。もっとこうしたらその人の生活が良くなるのではないかと、という視点は介護職や生活を支える職種の方が得意としている。その人らしい生活を支えるためには、異常時の早期対応と、日常生活の質の向上（健康増進）の両方が必要である。

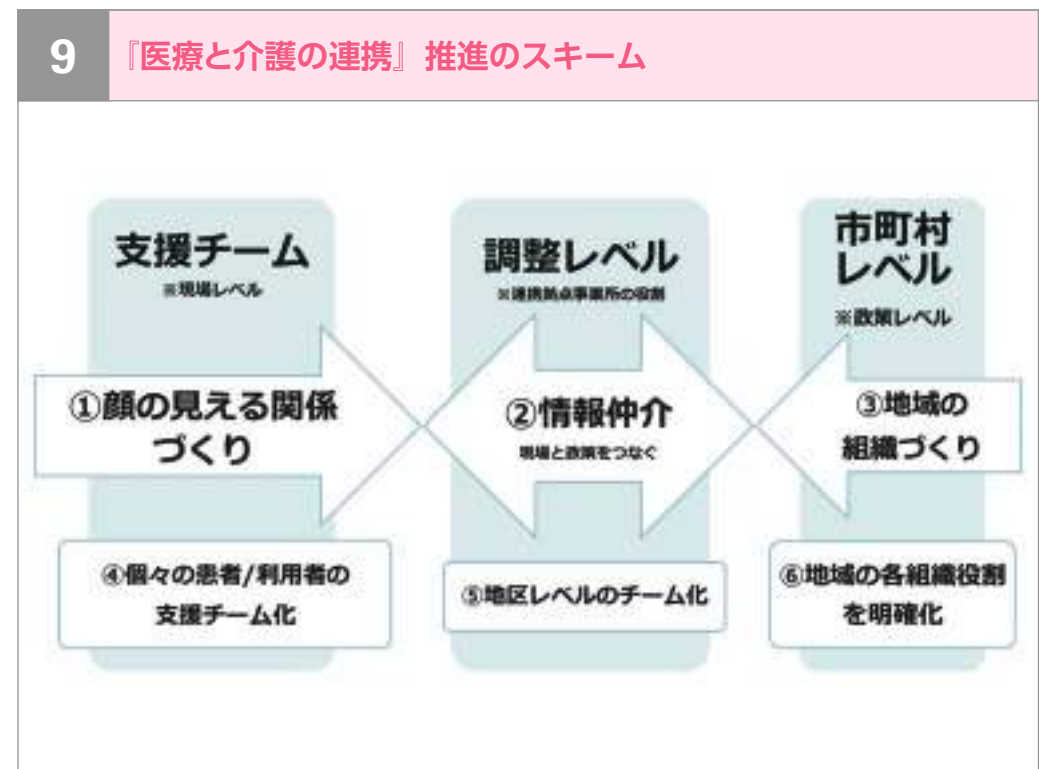


イギリスにおけるGP (General Practitioner) の役割から、国内でのかかりつけ医の役割を確認する。イギリスでは、健康増進から異常時の対応まで全てかかりつけ医 (GP: General Practitioner) が対応している。人間関係の悩みから、老後の不安、生活の支援まで全ての相談に対応しているが、一方、この病気以外の場面では対処そのものを自らは行わず、専門性が高い他職種へつなぐ。一方、日本では専門特化・細分化された複数の窓口が存在するために、住民の相談情報が分散されている。住民が支援を求める際の窓口が散在していることが地域を正確に把握できない大きな阻害要因になっている。

8 2. かかりつけ医 (医師会) に支えられる地域包括ケアシステム構築 (地域づくり) 事例紹介

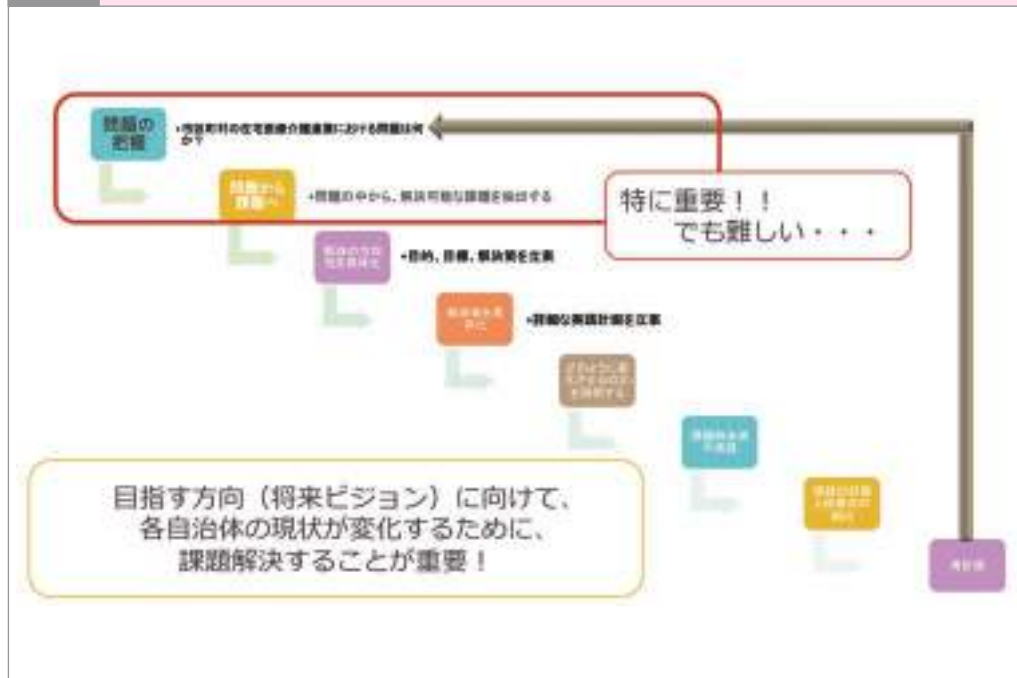


上部のオレンジ層が患者など、専門的な支援を必要とする人口層を示している。基盤部分は、特定の継続的な支援を必要としない住民であり、網目になった底面が主に行政が行うセーフティーネットである。また、地域包括ケアの構築においては、専門職と基盤の層をつなぐ機能 (組織) が必要である。医師会の中にはすでにこの連携を行う活動を積極的に行っている地域もみられる。また、保健所など他の機関が組織的にこのピンクの層の連携活動を行っている地域もある。



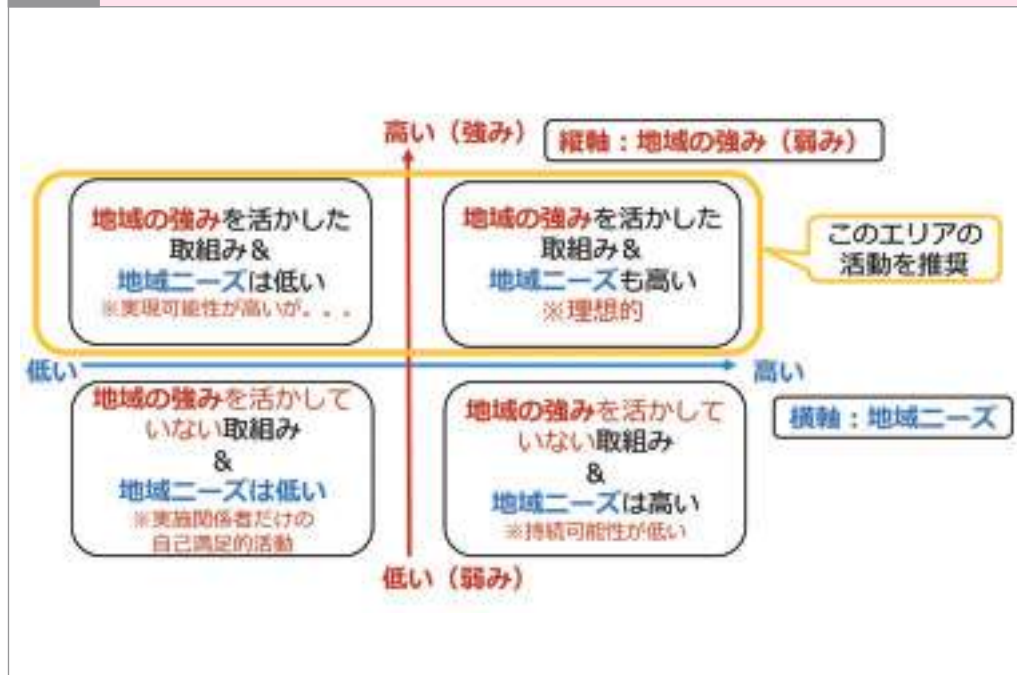
「多職種連携の司令塔役割」だが、3段階の連携推進活動が必要である。現場レベルでは、在宅医療においてはチームの調整は介護支援専門員が担うので、助言など、その役割のサポートが求められる。市町村レベルでは、各専門職団体が地域医療ビジョンに向けて専門性を活かして関わるための組織化をするが、市町村が全体の調整役を担うので、医師会は医療や健康づくり、医療と介護の連携推進に向けた領域の多職種の司令塔や市町村の助言役として関わるのが期待される。調整レベルでは、連携拠点事業所のように、地域の組織化された役割と、現場レベルの多職種チーム活動がつながるように、情報の調整や課題の抽出と解決を行う。

10 地域の実情から課題解決方法立案へ 系統的な思考



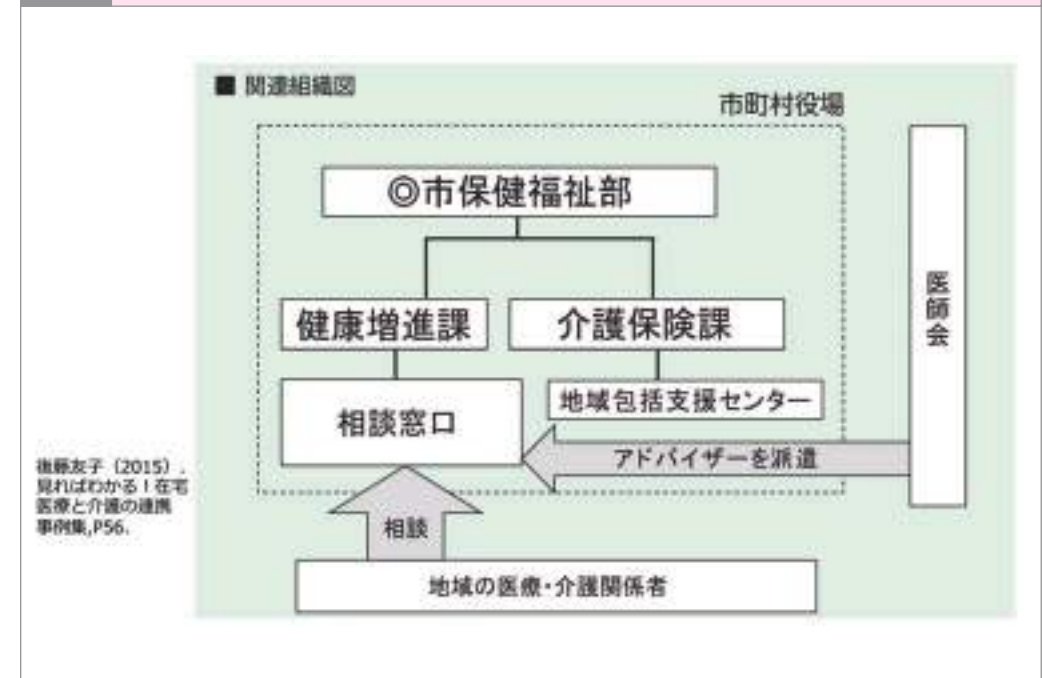
継続的に地域づくりを進めるために、必ず課題の把握によって活動を設計（目的、目標、実施計画）し、評価に関する情報を把握しながら展開し続ける必要がある。タスクを実施するように規定されているから、という受け身で実施しては、地域の関係者に活動意義が認識されたり、地域を変えたりする活動につなげることは難しくなる。地域の情報を集約・分析や、課題抽出を単独で行うことが難しい市町村が多く、情報処理能力の高い医師らに助言役として関わってもらうことで市町村の地域づくり活動が大変円滑に進む。

11 地域の強み・弱みを分析して、実現可能・持続可能な課題解決策を



この図では地域の実情を可視化する作業の必要性を示した。病院や限られた人材に負担が集中し続けるような仕組みであれば、持続することは難しい。在宅医療拠点事業において、他地域から有能な人材を集め健康教室など大きな企画を展開したが、継続的な人件費の捻出できないなどで、取組みが継続できなくなった地域が存在した（右下）。在宅医療拠点事業では、医療資源の豊富な地域において、医療機関同士の連携を発展させ続けている地域が複数確認されている（左上）。一方、このような地域の多くでは、地域の生活支援者や住民、患者は受け身であった。持続可能なまちづくりにつなげるためには住民の主体性、患者の多様な希望がまちづくりに生かされる試みが必要である。

12 1つ目の事例地域



医療と介護の連携を推進するための実践の一例を示す。1自治体に1医師会のみでの事例である。「市町村レベル」での組織づくりにおいては、市町村が担う地域の組織化において、医師会から市役所の健康推進課へアドバイザーを派遣し、地域包括ケアシステム構築に向けた助言活動を行っている。つまり、地域の1組織（地域包括ケア対策の介護在宅診療部会など）として医師会が関わり、医療や介護の連携のための役割を担っている。また、「支援チーム(現場) レベル」でのチームづくりにおいては、医師会医師は、一人の医師（プレイヤー）として関わっている。

13 事例1：地域分析と成功のポイント

地域分析

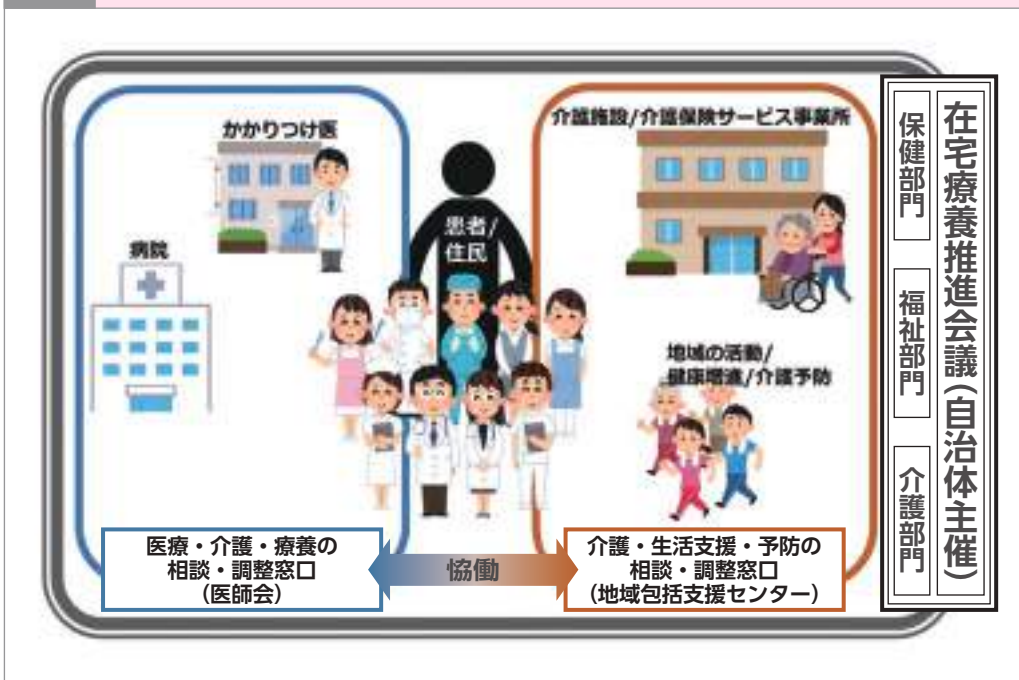
- 強みは1自治体1医師会という、一体感のある医師会と行政の関係性が醸成されている地域である
- 弱みは、適度の資源力、人口、地域力が確保されているために、地域の課題が顕在化しにくいことである
- ※地域課題を抽出したとしても、関係者や住民が課題の共有がしにくい（課題認識に温度差が生じる）

成功のポイント

- 医師会が地域医療の存続を「持続可能な地域づくり」の重要な項目の一つと定義し、自治体主体のまちづくりの1組織として参画することを公に表明し活動を開始した
- 一元化された行政主導の窓口で地域のあらゆる情報が集約される体制を整備し、情報分析などアドバイザーの役割として医師会の能力を提供した

〈成功のポイント〉①地域の課題が明確になりにくい、という地域の弱みに対して、情報集約の窓口を一元化して、地域のあらゆる情報が行政に集約されるようにした=課題の解決法。②行政が一元化された窓口を作ることが、住民をはじめ、多様な地域の関係者にとってもアクセスしやすい環境となる=住民ニーズ。③専門性の高い内容や、複数の専門領域にまたがる状況などに対しては、医師会がアドバイザーとして関わる体制を構築した=行政の専門的な課題や情報の解釈が難しいという弱みを解決する対策。④地域づくりにおいて、医師会がどのような立ち位置で関わるか、ということを公に明らかにした=医師会に対する見えない壁を打開する一つの解決策。

14 2つ目の事例地域



医療・介護資源の豊富な大規模な地域での事例である。「市町村レベル」での組織づくりにおいては、資源数、関係者数が多すぎるために、医療と介護を別々の枠組みにまとめ、各まとめ役同士を連携させるという設計をした。行政規模も大きく、町内連携のための協議体を設置し、さらに行政、医療、介護の3者が連結できる地域組織を形成した。「調整レベル」での情報仲介においては、医療系の相談窓口を医師会に設置し、調整部署を明確にし、介護系や行政組織がかかりやすい環境を調えた。「支援チームレベル」では、医療系の相談窓口担当者が、訪問看護師としても機能し、他職種とともにケアを提供することができるようにした。

15 事例2：地域分析と成功のポイント

地域分析

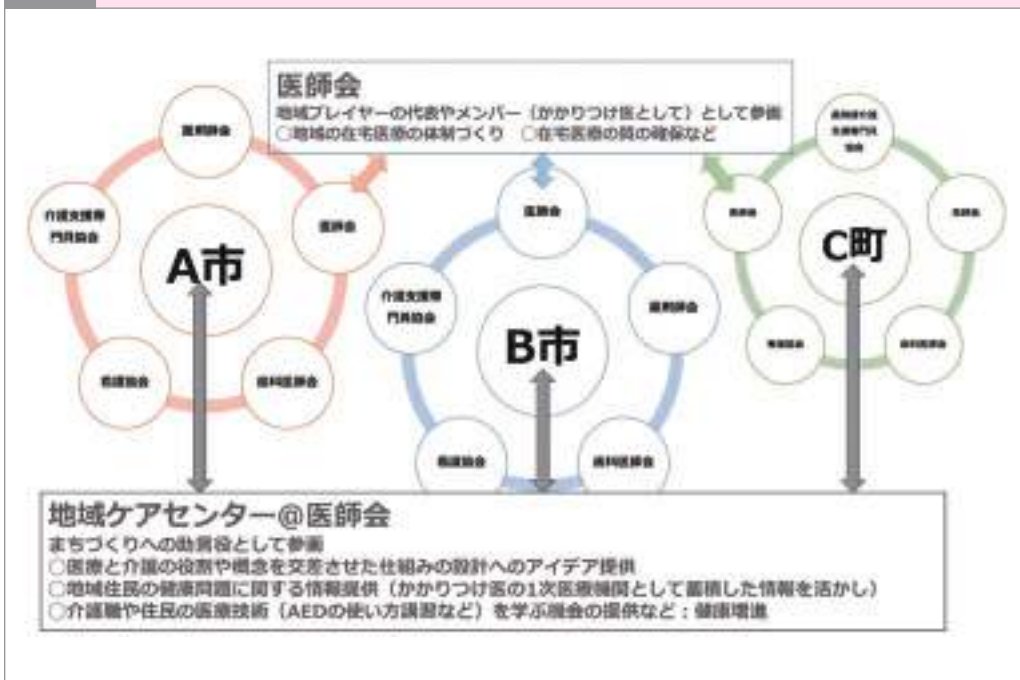
- 膨大な資源や人口を保有し、高齢者が爆発的に増加する
- 強みは、都市型地域の潤沢な資源力があり、既存のしくみが活用できる
- 弱みは、住民間、地域組織同士の関係性が希薄である。※都市型地域の共通点
急激に都市化した地域では、地域文化が成熟していないために一枚岩になれないことが多い傾向がみられる。

成功のポイント

- 既存の資源やしくみを最大限に生かす。
- 医師会の情報処理能力と情報発信力を活かして、現状の足りていない機能のみを医師会が提案し、先導する。
- 行政が全体に対して主導的に動けるように、行政が関わりにくい組織（主に病院や3師会）を取りまとめる役割を担う。

〈成功のポイント〉①医療機関が多いという地域の強みを生かすことで、医療者だから感じられる地域の変化などの地域課題に取り組みやすい＝地域の強みを生かした地域づくり。②医師会の訪問看護ステーションが、医療側の調整拠点を担ったことで、調整が苦手な行政や介護職が、医療者との連携ができる体制となった＝医療と介護の壁を打開する解決策。③医療と介護の調整機能（医師会）と介護や生活支援調整の機能（地域包括支援センター）を2つ確保し、調整窓口を一元化することにこだわらない、自らの地域で実現可能な体制を作った＝地域の強みを活かした持続可能性の高い活動になった要因。

16 3つ目の事例地域



複数の自治体を管轄する医師会の事例である。「市町村レベル」の組織づくりには、医師会に対して期待する役割を、個々の自治体と調整して、地域の組織化を計画。医師会は、地域の医師の団体（医療プレイヤーの役割）として、地域の組織の一部に位置すると同時に、各自治体へのブレイン機能（情報の提供や分析、データの解釈を支援するアドバイザーの役割）として、自治体へ関わっている。「調整レベル」においては、社会福祉士や看護師、保健師など介護と医療の両方の知識を有したスタッフが、活動する、地域ケアセンターを医師会内につくり、医療職や介護職への相談対応、研修会の実施などを実施している。

17 事例3：地域分析と成功のポイント

地域分析

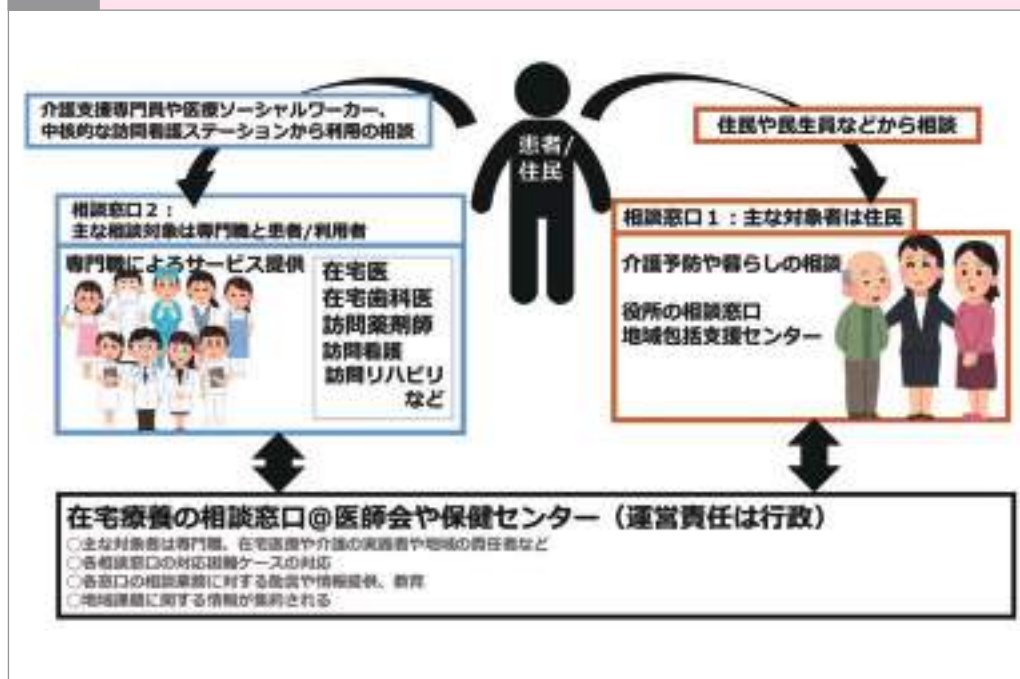
- 複数の自治体を管轄する医師会（他の専門職団体も複数自治体にまたがる）
- 強みは、介護保険開始前から、医療のみならず、行政主体で行う福祉や保健部門とのコネクション部門を構築していたこと
- 弱みは、複数の自治体同士は連携しないため、医師会として複数の自治体と一体的な取組みが進めにくい
※行政との連携が弱みである

成功のポイント

- 地域医療を「持続可能な地域づくり」の一つと定義し、自治体主体のまちづくりに参画する1組織（プレイヤー）として医師会が参画を公に表明し活動を始めた
- 一元化された行政主導の窓口で地域のあらゆる情報が集約される体制を整備し、情報分析などアドバイザーの役割として医師会の能力を提供した

〈成功のポイント〉①医師会として、地域への対応窓口を2つに分け、自治体へのアドバイザー部門には医師以外を配置＝介護職や行政は医師会へのアプローチがしにくい、という連携の問題に対する解決方法。②過疎化する地域においては、複数自治体の専門職種が医師会を中心にまとまって活動することも効率的な方法＝自治体同士で活動することができない場合が多く、医師会が自治体の圏域を超えた活動が実施できる。③各自治体が求める機能を提供する＝自治体のニーズに応じることで、より密な連携が取りやすくなる。自治体の弱みを補う医師会の役割が明確化することで、この重要性をさまざまな機関が認識できる。

18 4つ目の事例地域



保健組織をもつ自治体にある医師会の事例である。「市町村レベル」では、医師会は専門職団体の医療的サポートを主な役割とする。すなわち、かかりつけ医の調整や在宅医の紹介などが主な相談対応業務である。「調整レベル」では、介護側の研修の内容や、その課題としてあがっている情報、在宅医療側の研修内容や、その課題としてあがっている情報を、在宅療養の相談窓口機能で共有して、医療と介護の一体的な研修の企画や、課題の整理を行う。そして、医師会の相談窓口2、地域包括支援センターの相談窓口1へ情報を発信して、そこから在宅医療、介護や生活支援へ情報がフィードバックされる。

20 まとめ

- かかりつけ医には、地域づくりのために情報分析やデータ解釈などブレインとしての役割が期待されている。
- 地域の情報を丁寧に可視化する。
→思い込みバイアスをできるだけコントロールして、地域の実情をさまざまな関係者で共有認識する。
- 持続可能な地域づくりにむけて、地域の強み・弱み、住民ニーズ、地域課題を整理する過程から地域の関係者を巻き込みながら進める。

19 事例4：地域分析と成功のポイント

地域分析

- 都市型地域ではあるが、昔からその地域で暮らす住民が多く、住民や専門職など人間関係が深い地域特性がある。
- 強みは資源、人材が豊富であり、子育て世代や労働世代へのアプローチが積極的な地域性である。
- 弱みは、個々の住民へのアプローチが弱い。給付などの支援は手厚いが、地区単位の人間関係を活かした活動展開には手が回っていない。

成功のポイント

- 資源の多い地域ならではの、自治体内の縦割り部署の活動を医師会が一緒になって活動情報の集約を行った。
- 「在宅医療と介護の連携」を推進するための、行政の担当組織の在り方を医師会から自治体へアドバイスし、行政の縦割り対応を整理した。

〈成功のポイント〉①子育て世代が多い地域ということは、保健部門との連携が必要不可欠である=強み。②子育て世代への支援と高齢者支援を連動させることで、実現可能な活動の多様性が高まる=解決策。③各相談窓口と役割を明確化し、重複業務を整理して、地区単位の情報収集や、顔の見える関係づくりにも行政を巻き込むことができた。縦割りのままで保健や医療、介護、生活支援の組織が取り組んでいたのでは、労力に無駄が生じやすく、各担当部署の役割を整理して、地区担当を明確にし、丁寧に住民や地区の情報収集することで、住民を支える取り組みを行うことができるようになった。

ii) 地域包括ケアステーション構築を目指して
～在宅看取り率 20%の町から～

前原 操

1

地域包括ケアステーション構築を目指して

～在宅看取り率20%の町から～

<平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会>
2017年1月29日(日) 日本医師会大講堂みぶの会 代表
前原 操(栃木県医師会)

とちぎ訪問看護ステーションみぶを要として、多職種協働の地域包括ケアステーション構築を目指す。在宅看取り率の向上に努める。

2 壬生町概要



壬生町は栃木県宇都宮市の南に位置する、人口約4万の町。28カ所の診療所中、約3件に1件が在宅療養支援診療所。

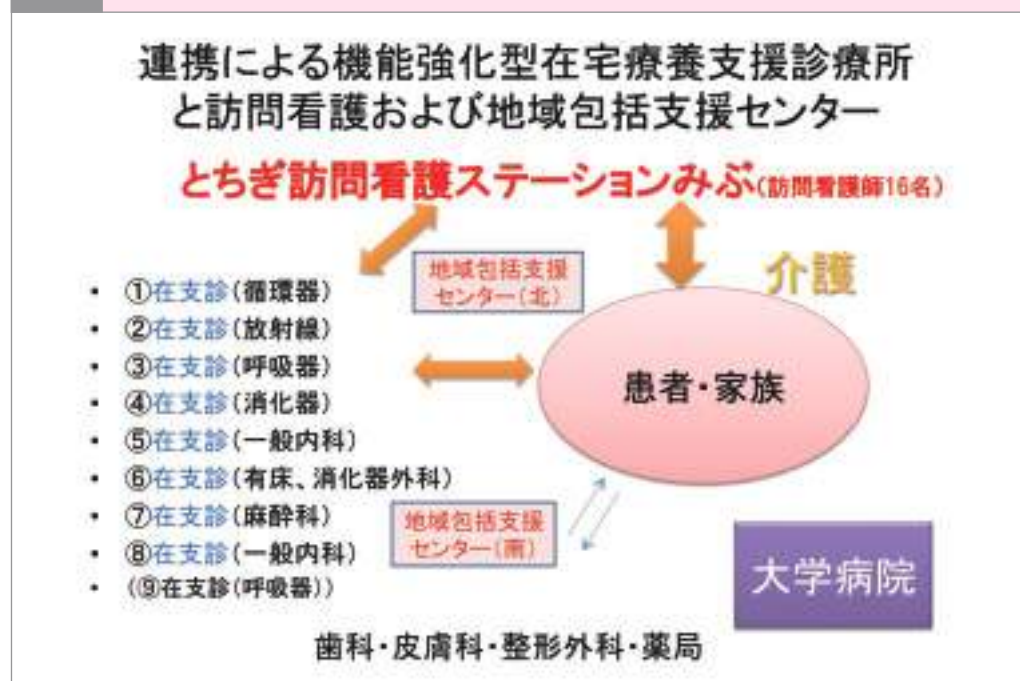
3 在宅療養支援者の会 (みぶの会)

- 2007年「在宅療養支援者」発足
- 発起人：在宅支援診療所の5名の医師
とちぎ訪問看護ステーションみぶ
- 超高齢社会～高齢者多死時代
- 在宅死の増加
- 症例検討会
 - * 開催場所 とちぎ訪問看護ステーションみぶ
 - * 日時 19時から21時
 - * 他の内容 大学病院との連携について
医療処置、機器の研修会など



2007年「在宅療養支援者の会」を立ち上げる。後に「みぶの会」と改名。

4 「みぶの会」の連携体制



連携による機能強化型在宅療養支援診療所9件と、要となる機能強化型訪問看護ステーション（栃木県看護協会立）。さらに介護支援事業者、地域包括支援センター南と北の2事業者、さらには唯一の大学病院連携室が加わり、地域包括ケアステーション構築を目指す。

6 在宅医療介護連携推進

- 平成23年度 在宅医療連携拠点事業 10か所
- 平成24年度 在宅医療連携拠点事業 105か所
- 平成25年度 地域医療再生計画
在宅医療推進事業
- 平成26年度
- 平成27年度 在宅医療・介護連携推進事業
- 平成28年度
- 平成29年度
- 平成30年度 完全実施

平成24年度在宅医療連携拠点事業参加、平成25年度在宅医療推進事業参加、平成28年度より在宅医療・介護連携推進事業参加。

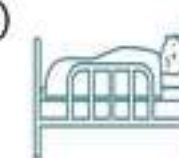
5 訪問看護が連携の要



とちぎ訪問看護ステーションみぶの訪問看護師たち（16名）。

7 みぶの会の活動①

- × 連携在宅医をつくるには自ら行う地区医師会役員らのリーダーシップが必要
- × 要となる訪問看護ステーションが重要な役目を果たした
- × 勉強会や報告会を継続してもつことが重要
- × 栃木県在宅医療推進協議会（H24年4回）
- × 栃木県医師会在支診（病）連絡会の設立
- × 栃木県在宅医療地域リーダー研修（県内6カ所）
- × 地区住民から支持を得る組織を作る必要性
（老人会・自治会等における啓発活動）
- × 多業種連携かつ連月のケア会議



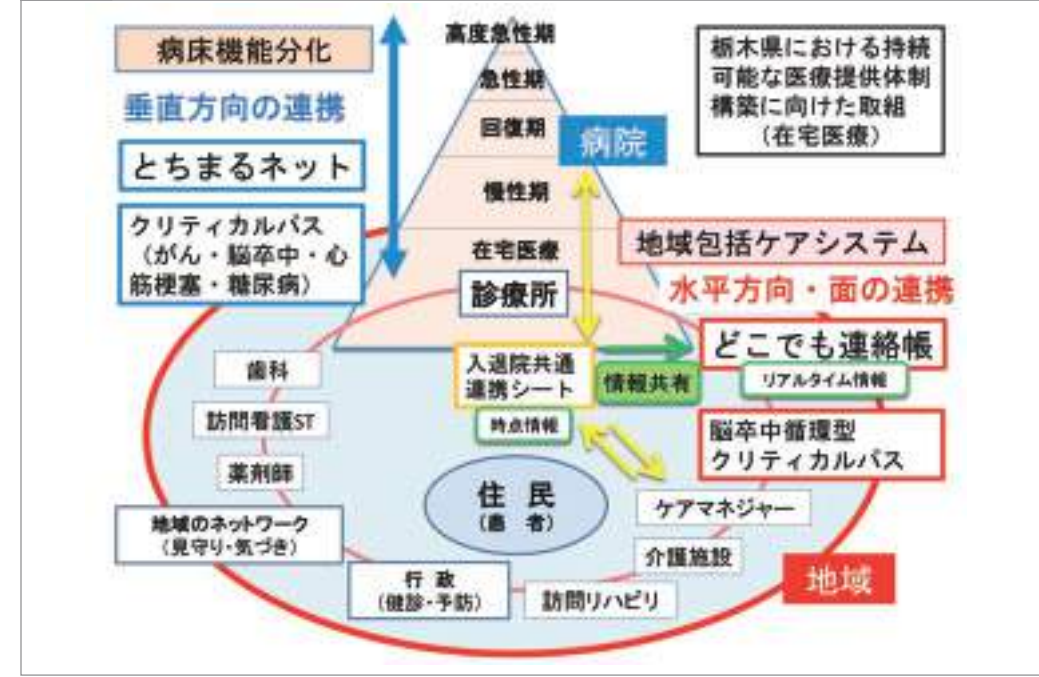
みぶの会活動状況と栃木県医師会の役割について。

8 みぶの会の活動②



わが国の死亡場所の推移をみると、2000年の時点で病院が81%、自宅死は13.9%だが、壬生町では在宅死が約20%まで増加している。

10 栃木県における連携体制構築の取り組み（在宅医療）



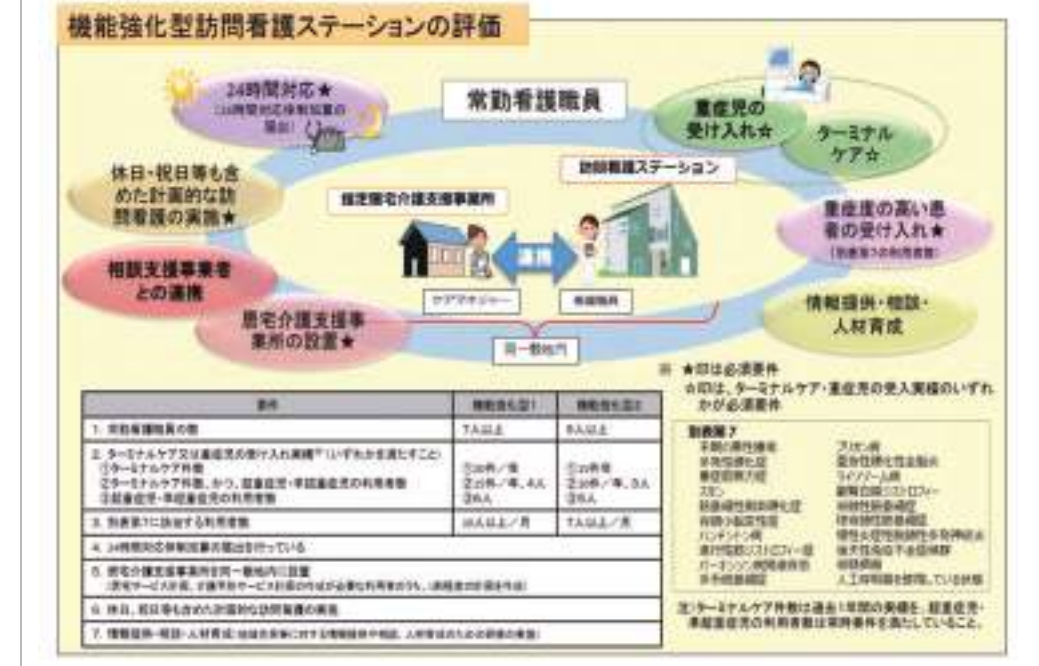
病診連携の為の「とちまるネット」と多業種連携のためのネットワーク「どこでも連絡帳」。

9 栃木県の入院医療と在宅医療等の将来推計（医療機関所在地）



栃木県においても在宅医療等需要が2035年まで増加する。

11 平成28年度診療報酬改定 質の高い在宅医療・訪問看護の確保⑪



機能強化型訪問看護ステーションの重要性について。医療保険と介護保険の利用比率が経営等に影響する。

12 24時間対応

- 医師の行う在宅医療の基本構造は
- ①定期的な診療(訪問診療)
- ②24時間対応 から構成される
- 24時間対応は
- ①医師が日中に外来や検査・処置をしているとき
- ②夜間・休日 への対応が問題となる
- これらへの対応は
- ①看護師との連携(24時間の訪問看護ステーション)
- ②医師同士の連携
- ③急性期病院との連携で対応する

医師の行う在宅医療の基本構造は、訪問診療と24時間対応。

14 在宅緩和ケア

- ◆ 自宅・居宅で最期までの療養支援を行う。かかりつけ医が、長期にかかってくれた患者の最期までの療養支援を行うことは、ことのほか重要である。患者にとっても喜びが大きい。
- ◆ がん患者と非がん患者で使用する技術内容に多少の相異があるが、大部分の緩和医療の技術が在宅で実施可能である。
- ◆ 多職種連携で緩和ケアを実施することで、かかりつけ医は、より力を発揮できる。

医療側の対応で重要なものの一つは、在宅緩和ケアである。

13 看護師連携による24時間対応

- 「看護師連携による24時間対応」は、医師が一人である場合には、有力な方法である
- 主要な具体的対応としては、訪問看護ステーションに「ファーストコール」を受け持ってもらおう
- そのためにも、スキルの高い看護師を地域で養成することが重要な課題となる

訪問看護においても、24時間対応と「ファーストコール」を受け持つことが必要。

15 現在の問題点

- 医師・看護師の高齢化、(若い人が増えない)
- 患者・利用者の生活を看るといふことに対する医師の役割
- 医療行為に対する責任の所在(病人を診る事の意味)
- 医療と介護・福祉の考え方の違い
- 市民の意識改革
- 行政の理解
- ICT化への理解

最後に現在の問題点を述べる。

参考資料

団体紹介

日本在宅ケアアライアンスについて

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28年度在宅医療関連講師人材養成事業」

委員名簿

団体紹介 日本在宅ケアアライアンスについて

概要

平成27(2015)年3月1日、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・在宅ケア研究会という、在宅医療に深くかかわる15団体からなる「日本在宅ケアアライアンス」(Japan Home Health Care Alliance ; 略称JHHCA) が設立された。

その後、日本在宅栄養管理学会、全国訪問看護事業協会、日本訪問リハビリテーション協会の3団体が趣旨に賛同し、現在は18団体から組織されている。

「日本在宅ケアアライアンス (JHHCA)」は、我が国で在宅医療を普及推進させるための専門職団体による、ゆるやかな連合体といえる。

1. 設立までの経過

平成16(2004)年11月23日、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団が主催し、第1回在宅医療推進フォーラムが行われた。これは勇美記念財団が主催する「在宅医療推進のための会」が母体となって発案されたものである。第1回在宅医療推進フォーラムでは、在宅医療に携わる専門職団体が一体となって在宅医療推進に注力することを確認し、「在宅医療推進のための共同声明」が採択された。この共同声明で、11月23日を「在宅医療の日」と定め、在宅医療推進のためのフォーラムを毎年開催することとした。

その後、「在宅医療推進フォーラム」の会を重ねるごとに、その参加団体が増え、「在宅医療推進のための共同声明」も改定された。その間に、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、全国薬剤師在宅療養支援連絡会などの実践者団体が設立され、在宅医療実践者の交流と研鑽が進められた。

このような活動蓄積のもとに、平成27(2015)年3月1日に、「在宅医療推進フォーラム」参加団体を含めて、「在宅医療推進のための共同声明」に賛同する団体が、日本在宅ケアアライアンスを設立した。

2. 日本在宅ケアアライアンスの概要

日本在宅ケアアライアンスの最も重要な特徴の一つは、その構成団体が「在宅医療推進のための共同声明」(平成26(2014)年11月23日改定)に賛同している点である。

日本在宅ケアアライアンスの構成団体は、委員を選出し、その委員の合議によって運営される。委員には、団体から推薦された委員のほか、在宅医療に関する見識の深い有識者委員が論議に加わる。また、在宅医療に関し特に功績のある特別顧問がアドバイザーとして置かれている。事務局は、公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団に置かれている。

3. 日本在宅ケアアライアンスの主な活動

在宅医療関連講師人材養成事業

これまでの活動で主要なものは、日本医師会と共催で行った「平成27年度在宅医療関連講師人材養成事業 研修会」である。本研修会は、全国の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位置づけられたものである。研修会は、平成28年(2016)年1月17日(日)に、日本医師会大講堂で行われた。41都道府県医師会から参加者があり、県医師会推薦医師参加者数271名であった。また、日本在宅ケアアライアンスから56名が参加した。参加者合計は327名であった。

在宅医療関連講師人材養成事業の考え方

在宅医療は、しばしば「病院のベッドが地域に広がった」と説明されているが、そこで提供されている医療の内容は、入院医療と大きく異なる。とりわけ疾病治癒を目指す病院に対して、在宅医療は「生活を上位概念」として、医療介入の妥当性の尺度をQOL (Quality of Life) に求めている。したがって、治し、支える医療と表現されるが、命の質を重視し、自己実現を医療から支援し、人生とかかわる医療といえる。バイオメディカルな課題だけでなく、むしろサイコソーシャルな側面からとらえ、さらにマネジメントのスキルがより強く期待されるという点を重視してプログラムを作成した。

行政が主導的に行う在宅医療普及推進のための啓発活動に、即座に講師として積極的に参加できるよう、すでに在宅医療の経験のある医師に、在宅医療の標準的知識を整理し、さらにスキルアップを目指し、マインドを深められる内容とした。

特に新しい試みとして、「多職種協働」が在宅医療の根幹であるとの認識から、ケアカンファレンスの実際を「模擬カンファレンス」として、多職種で上演し、医師の多職種連携における役割を明確化するようにした。

在宅医療関連講師人材養成事業の展望

人材紹介体制については、人材育成プログラムに参加した医師にはプログラムの修了書を発行し、承諾を得た上で「修了者リスト」を作成、公開し、各地での研修会開催に積極的に協力する予定である。また、「レクチャーバンク」を設置し、在宅医療推進のための各地での専門職向け研修会、市民向け研修会等に協力する予定である。参加者が、自らの本拠地にこの成果を持ち帰り、現地で「在宅医療推進のための研修会」を地域の实情に合わせて構築してくれることを期待している。

平成28(2016)年度の研修会は、現在、鋭意準備中である。平成27年度の研修会参加者が寄せた意見を生かし、内容を改良し、平成29(2017)年1月29日(日)に行う予定である。平成28(2016)年度の研修会では、前年度研修会に参加し、地域で教育研修活動に従事した医師の発表も行われる。

4. 日本在宅ケアアライアンスの今後の活動について

日本在宅ケアアライアンスは、3つの「ワーキングチーム」を構成し、今後の活動の柱に据える予定である。現在、活動内容が検討されている3つのワーキンググループを紹介する。

①アカデミックグループ

学術研究および教育活動を主導的に行うグループである。外部研究費獲得にも主導的役割を担う。また、既存データ（レセプト等）の解析と今後の活用などもその活動範囲とする。日本在宅ケアアライアンス委員に加え、医学研究にたけた外部有識者を交えて、骨太の研究が可能な体制作りを目指す。

現在想定している活動内容としては、医学教育（医学部学生教育、研究医教育等）、在宅医療の標準化研究（テキストの編纂、在宅医療リーダー養成研修会）、看取り医療の倫理研究、多職種協働（IPW）/ 多職種教育（IPE）（専門職の行動変容にもつなげるもの）、在宅医療と救急搬送の在り方、在宅医療に関連する栄養管理（フレイル対策も含む。食にこだわる）、などを想定している。

②システムグループ

政策提言を主導的に行うグループである。主に、日本政府（厚生労働省）、国会等への政策提言を行う。

政策提言の源泉の一つは、アカデミックグループから得られる「研究成果および研究エビデンス」である。例えば、在宅医療が、医療内容において、病院（療養病床等）と同等あるいはそれ以上の効果があることが分かれば、それは、国の在宅医療推進のゆるぎない根拠となるであろう。第二の源泉は、「在宅医療の実践を通じて得られる政策提言内容」である。例えば、在宅医療教育の必要性を提言することや、実践の見地から医療保険制度・介護保険制度・障害福祉制度などの改良に関する提言を行うことである。

③ムーブメントグループ

社会活動を行うグループである。システムグループが日本政府や立法府をその対象とするのに対して、ムーブメントグループは、どちらかといえば、市民や、県および市町村行政などを対象とし、運動論として在宅医療を推進するグループである。

現在考えられている活動内容としては、市民意識の改革、システムグループと連携しての制度・政策の提言、職能団体基本理念および専門職行動変容（個別の質向上と多職種協働推進、在宅医療リーダー養成研修会の総括）、市町村行政への働きかけ、介護事業者の倫理問題（特定の企業やグループによる患者囲い込み問題も含む）、などである。

その中で、特に、市民意識の改革は、老い方、死に方、住まい方、地域での暮らし方等を取り扱い、手法としては、メディア（ジャーナリズム）活用を軸とする戦略的広報活動を想定している。

④3つのグループによる在宅医療推進活動

日本在宅ケアアライアンスは在宅医療に携わる専門職団体のゆるやかな集合体であり、それらの力を結集することで、これらの3つのグループの活動が強く推進される。なお、これらの3つのグループの活動内容は、互いに重複することも多い。このため、グループ間での委員の相互意見交換を通じて活動の整合性をとる予定である。とりわけ、厚生労働省、日本医師会等と密接に連携し、在宅医療を推進する諸事業に積極的に携わる予定である。

本文は、第12回在宅医療推進フォーラムの資料より転載しております。

※2016年11月23日（水・祝）会場 東京ビッグサイト（国際会議場）

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

(50音順)

- 一般社団法人 全国在宅療養支援歯科診療所連絡会
- 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
- 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
- 一般社団法人 全国薬剤師・在宅療養支援連絡会
- 一般社団法人 日本介護支援専門員協会
- 一般社団法人 日本ケアマネジメント学会
- 一般社団法人 日本在宅医学会
- 一般社団法人 日本在宅医療学会
- 一般社団法人 日本在宅栄養管理学会
- 一般社団法人 日本在宅ケア学会
- 一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会
- 一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会
- 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
- 公益財団法人 日本訪問看護財団
- 特定非営利法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- 特定非営利法人 日本ホスピス緩和ケア協会
- 特定非営利法人 日本ホスピス・在宅ケア研究会
- 日本在宅ホスピス協会

■ 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 教授)
- 田城 孝雄 (放送大学 教授)
- 辻 彼南雄 (在宅医療助成勇美記念財団 理事)
- 原口 真 (国立長寿医療研究センター 企画戦略局長)
- 堀田 聡子 (国際医療福祉大学大学院 教授)
- 和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会 理事)

飯島 勝矢 (東京大学高齢社会総合研究機構)

【略 歴】 1990年、東京慈恵会医科大学卒。千葉大学循環器内科、東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座講師、米国スタンフォード大学医学部研究員を経て、現在、東京大学高齢社会総合研究機構教授。「一億総活躍国民会議」有識者民間議員にも就任。

【資格・公職等】 医学博士。専門は老年医学、総合老年学（ジェロントロジー）。特に①フレイル予防および住民主導の包括的フレイル予防活動、さらにその基盤となる高齢者大規模コホート研究、②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・地域包括ケアシステム構築、③在宅医療推進活動および多職種連携教育。

【主な著書等】『老いることの意味を問い直す -フレイルに立ち向かう-』（クリエイツかもがわ、共著）。

苛原 実 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク)

【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）、『独居看取りの時代』（ヒポ・サイエンス出版）。

大澤 光司 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)

【略 歴】 1983年、東京薬科大学薬学部卒。同年、株式会社紫山堂（シザンドウ）薬局勤務。1986年、株式会社大沢調剤薬局開局。2004年、株式会社メディカルグリーン代表取締役。

【資格・公職等】 薬剤師。栃木県薬剤師会会長、全国薬剤師・在宅療養支援連絡会会長、蔵の街コミュニティケア研究会代表世話人など。

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。日大医学部附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、日本在宅医学会監事、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。

【主な著書等】『家で天寿を全うする方法』（さくら舎）など。

大西 康史 (日本リハビリテーション・病院施設協会)

【略 歴】1993年、金沢大学医学部医学科卒、自治医科大学地域医療学教室入局。2000年、医療法人新誠会桜新町リハビリテーションクリニック。2002年、医療法人輝生会初台リハビリテーション病院医員。2007年、医療法人輝生会在宅ケアセンター元浅草センター長。2013年、南魚沼市立ゆきぐに大和病院リハビリテーション科部長・地域医療部部長。2015年、南魚沼市民病院リハビリテーション科部長・地域医療部部長。2016年4月、同院副院長。

【資格・公職等】日本リハビリテーション医学会認定臨床医・専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・認定指導医・家庭医療専門医。日本リハビリテーション病院・施設協会理事。

澤潟 昌樹 (在宅総合ケアセンター元浅草)

【略 歴】2000年、社会医学技術学院作業療法学科卒。同年、医療法人鉄蕉会亀田総合病院勤務。2003年、医療法人社団輝生会初台リハビリテーション病院勤務。2007年、同院教育研修部OT部門チーフ。2011年、医療法人社団輝生会船橋市立リハビリテーション病院勤務、OT部門チーフ、病棟チームマネジャー（病棟管理者）。2014年より医療法人社団輝生会在宅総合ケアセンター元浅草勤務。

【資格・公職等】作業療法士。一般社団法人日本作業療法士協会制度対策部保健対策委員、杉並区障害者介護給付費等の支給に関する審査会審査委員、平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進事業、通所リハビリテーションの適切な実施に関する調査研究事業作業部員。

草場 鉄周 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【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設立。現在、同センター理事長ならびに本輪西ファミリークリニック院長。

【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。

小林 輝信 (全国薬剤師・在宅療養支援連絡会)

【略 歴】1999年、北里大学薬学部卒。2010年、徳永薬局株式会社勤務、在宅医療部設立。2013年、株式会社グローライフ設立、取締役就任。居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、サービス付き高齢者住宅設立。

【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南関東ブロック副本ブロック長。国際文化理容美容専門学校公衆衛生学非常勤講師。

【主な著書等】『在宅療養の薬学的謎解き』（じほう出版社、編集）、『在宅薬剤管理入門』（南山堂、編集）。

佐々木 健 (厚生労働省)

【略 歴】1993年、和歌山県立医科大学医学部卒。同年、厚生省入省。大臣官房厚生科学課、健康政策局計画課、環境庁環境保健部、医薬安全局監視指導課に配属。2000年、広島県福祉保健部健康対策課長。2005年、九州厚生局医事課長。2010年、岡山県保健福祉部長。2012年、厚生労働省健康局新型インフルエンザ対策推進室長。2013年、大臣官房総務課企画官。2015年、健康局がん・疾病対策課長。2016年6月より医政局地域医療計画課長。

篠原 彰 (静岡県医師会)

【略 歴】1975年、東京医科大学卒。済生会川口総合病院、東京医科大学病院での勤務を経て、1985年、篠原医院開業。

【資格・公職等】日本医師会理事、日本医師会介護保険委員会委員長、静岡県医師会会長、静岡県医療審議会会長、静岡県医療対策協議会会長、静岡県地域包括ケア推進ネットワーク会議会長、静岡県訪問看護推進協議会会長、ほか多数。

鈴木 邦彦 (日本医師会)

【略 歴】1980年3月、秋田大学医学部卒。1993年7月、医療法人博仁会志村大宮病院。2006年4月、茨城県医師会理事。2009年4月、医療法人協会副会長。2009年10月、中央社会保険医療協議会委員。2010年4月、日本医師会常任理事。2014年7月、社会保障審議会介護給付費分科会臨時委員。

【資格・公職等】日本医師会常任理事。

鈴木 央 (日本プライマリ・ケア連合学会)

【略 歴】1987年、昭和大学医学部卒、昭和大学第二内科教室入局。1996年、社会保険都南総合病院内科部長。1999年、鈴木内科医院副院長。2015年より鈴木内科医院院長（父、鈴木荘一逝去のため）。鈴木荘一が日本に紹介したホスピス、ターミナル・ケアの概念を引き継ぎ、プライマリ・ケアに力を注ぐ。特に在宅終末期ケアを専門としている。

【資格・公職等】日本プライマリ・ケア連合学会理事、日本在宅医学会理事、日本褥瘡学会在宅医療委員会委員、昭和大学客員教授、東邦大学医学部員外講師、全国在宅療養支援診療所連絡会副会長、東京都医師会地域福祉委員会委員、大森医師会理事。

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。1988年、すみ歯科医院開業。1999年、医療法人聖仁会理事・デイサービスたんぼぼ施設長。2002年、デイサービスうらら・グループホームうらら施設長。2009年、オーク介護支援センター施設長などを歴任。2004年から山梨県介護支援専門員協会会長、2013年6月から日本介護支援専門員協会会長に就任し、現在に至る。

【資格・公職等】介護支援専門員、歯科医師。社会保障審議会介護保険部会、介護給付費分科会委員など。

高橋 昭彦 (ひばりクリニック)

【略 歴】1985年、自治医科大学医学部卒。2002年、全ての年齢の在宅医療と外来診療を行うひばりクリニックを栃木県宇都宮市に開設。2008年、医療的ケアが必要な子ども日中レスパイトケア施設うりずんを開設。2012年、特定非営利活動法人うりずん設立。2016年、うりずんとひばりクリニックを同時移転し、新拠点で活動を開始。

【資格・公職等】日本小児科学会認定医、日本プライマリ・ケア連合学会指導医。栃木県医師会在宅療養支援診療所・病院連絡会理事、栃木県自立支援協議会医療的ケア児支援検討部会委員、認定特定非営利活動法人うりずん理事長。

【主な著書等】『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、共著）。

瀧井 望 (日本訪問看護財団)

【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6月、介護支援専門員資格取得。同年10月、あすか山訪問看護ステーション入職。現在、同ステーション主任。2015年3月、皮膚・排泄ケア認定看護師教育課程修了。同年6月、皮膚・排泄ケア認定看護師取得。

土橋 正彦 (静岡県医師会)

【略 歴】1951年、東京都生まれ。1977年、日本大学医学部卒。同年、日本大学医学部助手第三外科（消化器）、麻酔科、救急医療センター、公衆衛生学教室等勤務。1983年、医学博士授与。1984年、日本大学医学部専任助教授。1985年より土橋医院院長。同年、日本大学医学部兼任講師公衆衛生学教室。2002年、市川市医師会会長（～2010年3月）。

【資格・公職等】医学博士。日本救急医学会救急科専門医、日本外科学会外科専門医。日本医師会代議員、千葉県医師会副会長。

中村 知夫 (国立成育医療研究医療センター)

【略 歴】1985年、私立兵庫医科大学医学部卒、兵庫医科大学小児科医局入局、小児科研修医。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。

【資格・公職等】日本医師会小児在宅ケア検討委員、日本小児連絡協議会重症心身障害児（者）・在宅医療委員会委員。

新田 國夫 (日本在宅ケアアライアンス)

【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。

能本 守康 (日本介護支援専門員協会)

【略 歴】1964年、茨城県生まれ。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、代表取締役就任。2010年、有限会社共立看護婦家政婦紹介所代表取締役就任。

【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。

花形 哲夫 (全国在宅療養支援歯科診療所連絡会)

【略 歴】1981年、神奈川歯科大学卒。1983年、花形歯科医院院長。2013年、山梨県立大学緩和ケア・認知症看護認定看護師教育課程講師。2013年、日本歯科大学付属病院口腔リハビリテーション科臨床准教授。

【資格・公職等】歯学博士、日本摂食嚥下リハ学会認定士。日本口腔ケア学会評議員・指導医、日本老年歯科医学会専門医・指導医・摂食専門医・指導医・山梨支部長・在宅歯科医療検討委員会委員。

【主な著書等】『在宅医療と歯科の関わり』（医薬ジャーナル 2013年4月号、p115-118）、『今日の治療指針（認知症高齢者の口腔ケア）』（医学書院）

平原 優美 (日本訪問看護財団)

【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。

前原 操 (栃木県医師会)

【略 歴】1973年、東京医科大学卒。1979年、獨協医科大学第2内科講師。1980年、父の後を継ぎ前原医院開業、院長に就任。開業当初よりかかりつけ医として往診を行う。2007年、在宅療養支援者の会 (みぶの会) 設立、代表に就任。現在、機能強化型在宅療養支援診療所と看護協会立訪問看護ステーションみぶ、および介護職等との多職種協働で、地域包括ケアステーション構築を模索中。

【資格・公職等】医学博士。栃木県医師会副会長、日本医師会代議員。

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年に同センター在宅医療支援診療部長、2012年4月より同センター在宅連携医療部長。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。

湯澤 俊 (埼玉県医師会)

【略 歴】1972年、東邦大学薬学部卒。1979年、東邦大学医学部卒。同年、東京慈恵会医科大学精神神経科に入局。同年9月に湯澤医院を父の他界により継承し、院長に就任。勤務医と開業医の二足の草鞋を10年間継続し、1988年、診療所を全面改装し、勤務医を辞め家庭医に専念。1996年、医療法人博眞会を設立、大宮西訪問看護ステーションくるみを開設した後、訪問診療、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ等の提供、介護老人保健施設、有料老人ホーム等の運営など、長年、医療・介護・福祉を包括したチームケアを実践している。

【資格・公職等】日本医師会代議員、埼玉県医師会副会長。ほか、埼玉県医師会理事 (2008～2010年)、大宮市医師会理事 (1996年～2001年)、大宮医師会理事 (2001年～2005年)、大宮医師会副会長 (2005～2010年)、大宮医師会会長 (2010～2014年) を歴任。

米山 久美子 (日本在宅栄養管理学会)

【略 歴】1997年、相模女子大学短期大学部家政科食物栄養専攻卒。2001年、伊藤病院 (甲状腺疾患専門病院) 臨床栄養室主任。2005年、Embassy CES London Greenwich (Language Year Abroad) 留学。2008年、ワーキングホリデー制度にてAustralian Meals on Wheels Main Kitchen、Nutrition Professional AustraliaのRDによる実地研修を経て、帰国後フリーランスで活動。2010年、医療法人社団白木会 地域栄養サポート自由が丘を立ち上げ現在に至る。現在、杉並区保健福祉部高齢者在宅支援課、及び社会福祉法人世田谷区社会福祉事業団にて専門職訪問指導員管理栄養士併任。

【資格・公職等】認定在宅訪問管理栄養士。日本在宅栄養管理学会 東北・関東・甲信越ブロック 東京都副支部長・評議員。

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、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、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。東京医科歯科大学臨床教授、千葉大学臨床教授。

【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28年度在宅医療関連講師人材養成事業」 委員名簿

(50音順)

■ 委員

- 蘆野 吉和 (社会医療法人北斗 地域包括ケア推進センター)
- 飯島 勝矢 (東京大学 高齢社会総合研究機構)
- 苛原 実 (在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク)
- 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 (日本在宅ケアアライアンス)
- 和田 忠志 (全国在宅療養支援診療所連絡会)

■ アドバイザー

- 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)

平成28年度 厚生労働省委託事業
在宅医療関連講師人材養成事業 研修会
～高齢者を対象とした在宅医療分野～

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）