

月例セミナー（195回）

地域包括ケアの時代に ＝介護と医療の連携を軸に＝ 在宅医療連携拠点事業

秋山 正子

(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション 代表取締役・統括所長 暮らしの保健室 室長



秋山 正子

(あきやま まさこ)

(株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション
代表取締役・統括所長
暮らしの保健室 室長

講師経歴

■ 略歴

秋田県生まれ。

1973年聖路加看護大学卒業。

第2次ベビーブームの真っ只中に、産婦人科病棟にて臨床経験後、大阪・京都にて看護教育に従事。

1990年、実姉の末期がんでの看取りを経験後、1992年より東京・新宿区で訪問看護に携わる。

2001年にケアーズを設立。

白十字訪問看護ステーション・白十字ヘルパーステーション統括所長として現場を訪問する傍ら、新宿区の介護サービス事業者協議会や新宿区地域看護業務連絡会の委員を務める。

また、看護学部の非常勤講師として後進の育成にも携わっている。

2011年7月、新宿区にある都営戸山ハイツ内に暮らしの保健室を立ち上げる。

30年後の医療の姿を考える会会長、NPO 法人白十字在宅ボランティアの会理事長。

■ 著書

単著 「在宅ケアのつながる力」 医学書院 2011年

単著 「在宅ケアの不思議な力」 医学書院 2010年

共著 川越厚編「在宅ホスピスケアを始める人のために」 医学書院

共著 眞船・杉本編「ナースのための地域看護概論」 ヌーベルヒロカワ

共著 系統看護学講座 統合分野「在宅看護論」 医学書院 2009年 第3版、

など多数

はじめに

皆様、こんにちは。ちょっと外に出ますと蒸し風呂に入ったようで、今日こそは熱中症の予防が大事かなという感じです。私は今、「STOP熱中症」の委員もやっております。別のところで、この間から新聞の広告やニュースなどにも登場しています。在宅で関わる方たち、高齢者は、熱中症にかかりやすく、今、注意しながら訪問しているところです。

今日は、前半は厚生労働省の回し者ではありませんが、国全体が目指しているところをお話しします。私は20年間、訪問看護をやってきました。そこでやってきたことが、だんだんかたちになって前に進む一つの区切り、ある意味でスタートラインについてという感じもします。その説明をさせていただきます。そして後半では、在宅医療連携拠点事業の採択を受けて、新しい試みの「暮らしの保健室」をやっておりますので、そこと併せてお話をさせていただきます。

地域包括ケアシステム

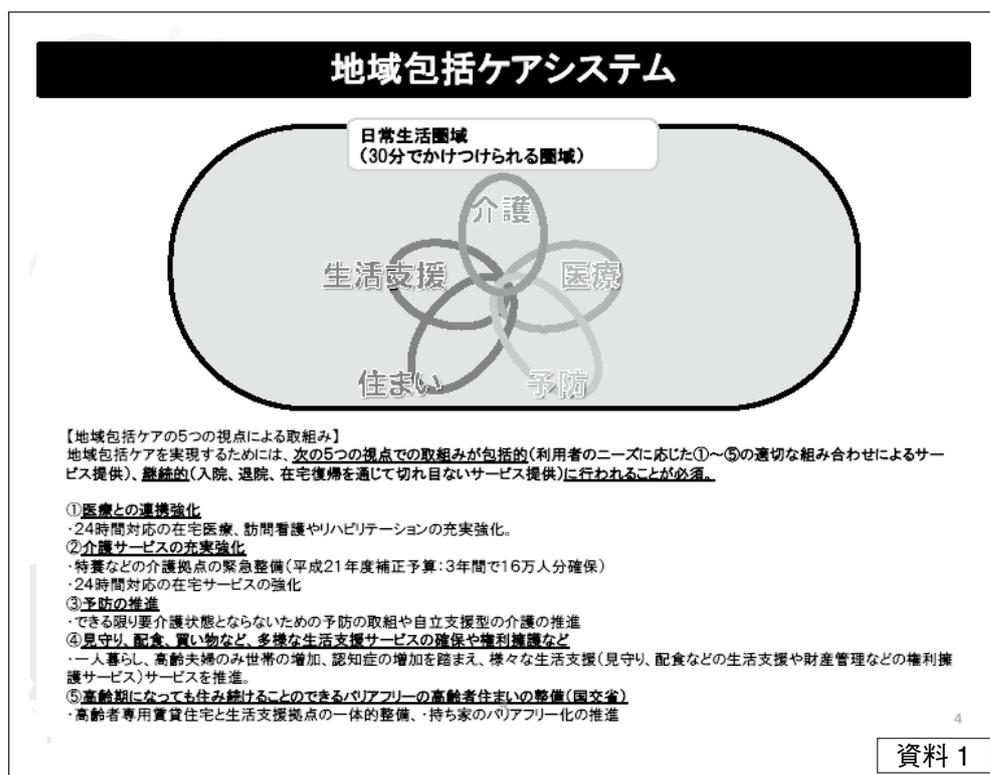
これは、このあとで「在宅医療・介護あんしん2012」の中でも出てきますが、国が推奨しようとしている地域包括ケアシステムの図です。30分で駆けつけられる日常生活圏域で、5つの要素があると言われ、下にそれぞれ説明があります。(資料1)

地域ケアシステム図

この図と前の図を比べてみてください。この原案作成は下に書いてありますように、慶応義塾大学の田中滋先生です。国が示している五弁の花は、きれいだけれども実際的ではない。実際はこういうかたちで具体的に動いていかないといけないということで打ち出されたものです。

5つの要素の中の「すまい」は、基本的なことであるので、「ニーズと需要に応じたすまい」は、基本的な要素として整えられるべきである。その「すまい」というものがきちんと考えられたうえで、医療保険、介護保険という公的保険でカバーできるものがある。

そこに介護保険の始めの頃は、生活支援を一



緒に考えていたけれども、この中に入れていくと、とても需要に応じられない。また全部それを公的保険でカバーすることがいいのかということもあるので、今は外に出していく。なるべく公助までいかないで、自助、共助、互助でお互いに助け合いながら、地域の中でのコミュニティ・ビジネスなどの発展も含めて、この「福祉 生活支援」が考えられなければいけない。

そして、「医療」と「介護」とは当然ながら絡み合って重なり合う。そこには常に「保健・予防」の概念がしっかりと入っていかなければいけない。しかし現在、地域支援事業等々も含めて、「保健・予防」をやっているとはいえ、なかなかそこが充実していない。これからの団塊世代の高齢化に伴って、この「保健・予防」がとても重要な要素である。ですからここは重なり少なく外に出ている。

しかし、この4つの花びらの要素がバラバラに働いては全然意味がないので、この上に「地域マネジメント」とありますが、このマネジメントをする行政を含めて、そういう機能、機構が働かないと全く意味がない。「地域マネジメント」が働き、こういったものがうまく機能していく中で、初めてケア付きコミュニティというものが生まれる。このように田中先生は説明をしてくださっています。私は全くそのとおりだと同感するものです。(資料2)

将来像に向けての

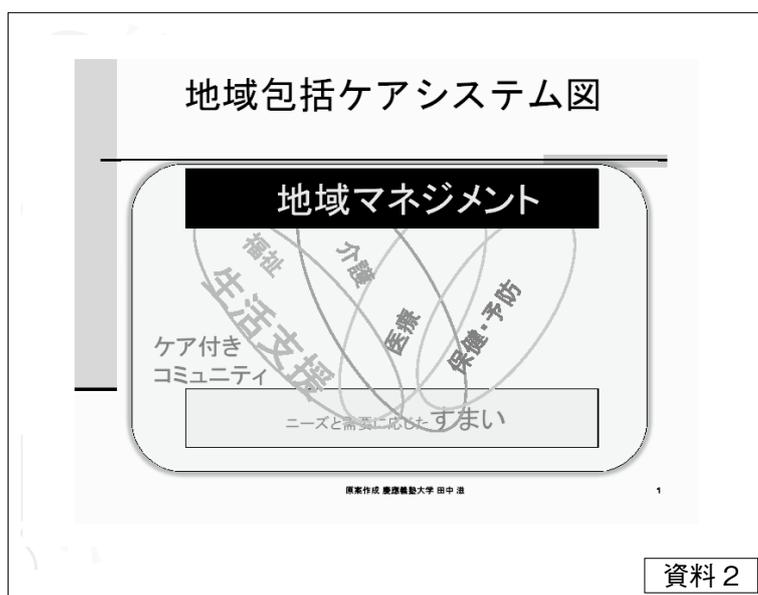
医療・介護機能再編の方向性イメージ

国が社会保障と税の一体改革とともに出してきた、医療・介護機能再編の方向性とイメージです。2025年、団塊世代が75歳を迎え後期高齢者になり、逆ピラミッドになったそのときに、目指すところの医療と介護の姿を、このような台形に表しています。高度急性期、一般急性期、亜急性期のところは、

本当に少数精鋭と言ったらおかしいですが、機能が非常に特化していく。

そして、2011年と2015年の大きな違い、点線になっているのは、相互の連携強化を図るという意味です。なるべく切れ目のない連携の仕組みを地域につくりながら、「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」へということ、医療は在宅や施設でも必要だけれども、重点は生活であるということです。ですから在宅サービスも随分大きくなっています。そして点線は、行ったり来たりすることもできるという意味合いも含めてシームレスで、居住系のサービスが大きくなり、介護施設があり、長期療養があり、亜急性期、一般急性期、高度急性期というように、地域に密着した病床での対応をしながら、双方の連携を強化し、「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」へをやる。この流れをつくるために、24年の医療保険と介護保険の同時改定で、2025年のイメージを目指して、この一段階をどうするかということが、かなりここで示されたと思っています。

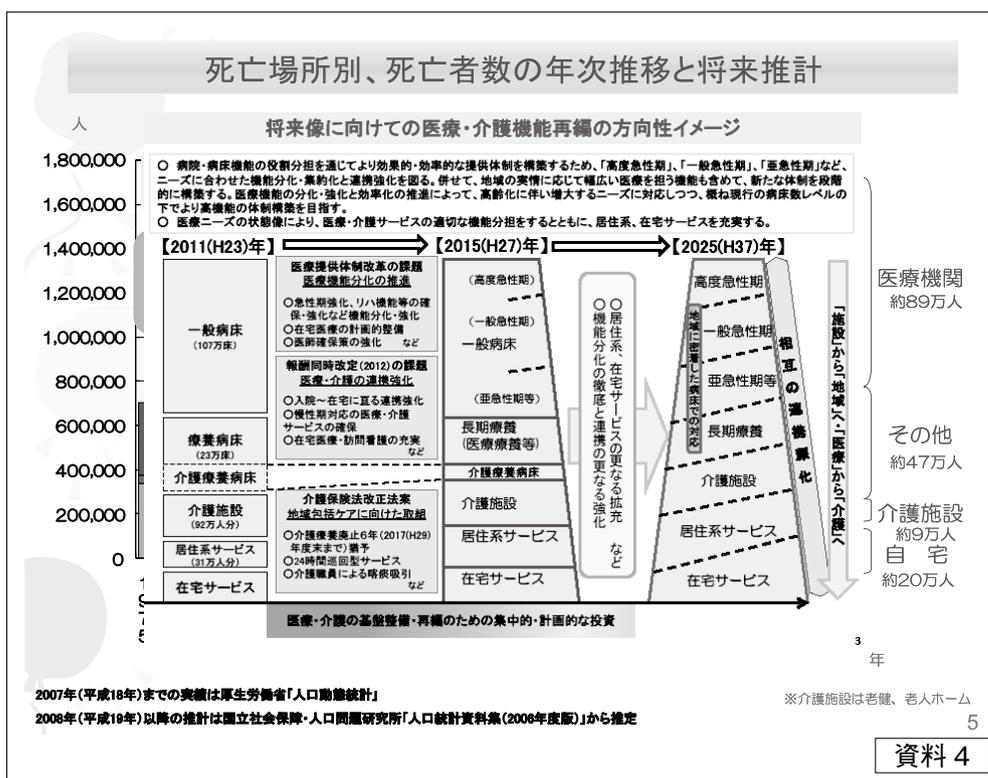
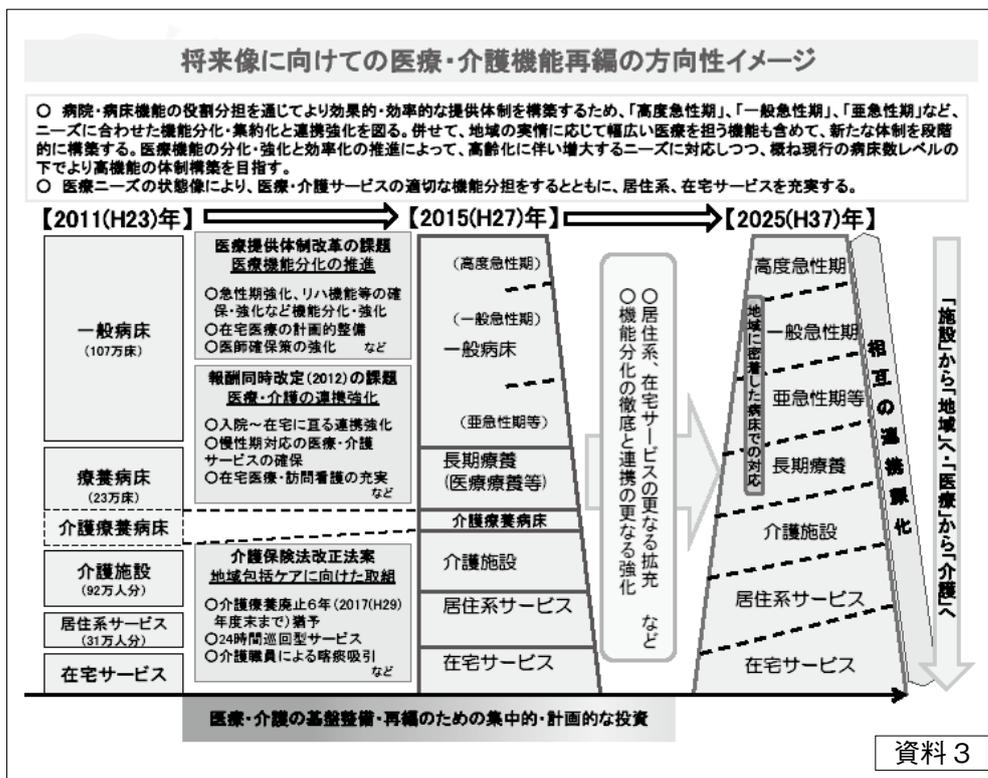
団塊世代が65歳以上の高齢者になる2015年はもうすぐです。そこに向けて、でも将来的には2025年のイメージを目指す。その改革のために24年は、このような思い切ったことをしましたよという解釈が妥当と言いますか、思い切って変えることで、先を目指すということだと思います。(資料3)



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

最終的には看取りところまで考えていく。これは人口動態推計等の人数を、先ほどの図の横に付けたものです。「死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計」という新しいタイトルがついています。亡くなる人の数を推計したということです。

今、医療機関で亡くなる人が多いですが、そうでないように、介護系のところで、そして自宅または介護施設を含めた自宅に近い居住施設で看取っていきましょうよということで、先ほどの図に看取りの人数を入れたものです。(資料4)



在宅医療・介護の推進について

— 在宅医療・介護あんしん2012 —

5月の末に、厚生労働省のホームページにアップされました、「在宅医療・介護あんしん2012」です。在宅医療・介護の推進については、先ほどの図からも、在宅に移行していかないといけないことは、当然のこのように見受けられます。ただ今まででも在宅推進と言いながら、なかなかそれが進んでいかなかったところを、思い切りよく、いろいろなことを少しずつですが変えていっています。

そして、「施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す」。この大きな目標のもと、「我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同2位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立」したと。ただし健康寿命、寝ついていないというところでは、男性70.42、女性73.62(2010年)と、70歳と少し上のところで、もう要介護状態が始まるという統計が出されています。今までは、ひたすら寿命を延ばすと言うか、生きるということにかけてきましたが、いよいよもって「健康寿命の延伸」という言葉を改めて使い始めています。つまり、ただただ長生きをするのではなく健康に老いていきましょう。そのためにどうしていくかを考えましょうという内容に変わってきています。

そしてそのためには、最後のところがずっと病院でいいのかということ、見直しが図られるということです。「入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下」「国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる」けれども、それがかなうのは実は10%くらいだという現状です。

そして、「死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加する」。今は年間に120万人それが160万人から170万人の人が亡くなっていきます。ですから看取りのことまで含めたことを考えなければいけない。「国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題である」と。それで「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、「病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要」であると。

先ほどの図もそうですが、言葉でこのように説明しています。そして、この在宅医療・介護の推進に向けた施策を総動員するために「在宅

在宅医療・介護の推進について — 在宅医療・介護あんしん2012 —	
施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。	
<ul style="list-style-type: none">○ 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同2位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。○ しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。○ 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。○ 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。	
<ul style="list-style-type: none">○ 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。○ 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。	
■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】	
<ul style="list-style-type: none">○ 予算での対応<ul style="list-style-type: none">・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進○ 制度的対応<ul style="list-style-type: none">・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示(24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画)・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中○ 診療報酬・介護報酬<ul style="list-style-type: none">・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価	
資料5	

医療・介護あんしん2012」というものを提示したということだと思います。予算面でも、重点化でお金が付いていますし、制度的にも少しずつ変わっています。(資料5)

(参考2)

地域包括ケア体制について(平成24年度予算)

今、予算面でも頑張っけて付きますよということを国が言っています。厚生労働省には、縦割りで老健局と医政局があります。例えば3次救急などの高度医療が必要なところは、都道府県単位で考えなければいけないので、医政局は都道府県に向けて施策を打って出る。また、老健局の中の高齢者対策は介護保険に非常に関係があるところです。介護保険の保険者は市町村です。それで縦割りで老健局は市町村、医政局は都道府県に下りてきます。そこがいつまでも両方から来ていたのでは予算も無駄が多い。逆に言えば、もっと協働してやらなければ地域包括ケアは実現ができないということです。縦割りのところにくさびが入りだして、一緒にやりましょうよという方向に動いているという概念です。提言型事業仕訳でも、ここについては今後プロジェクトチーム等を立ち上げながら、一体的にやっていくにはどうしたらいいかを考えてほしいという提言もされています。

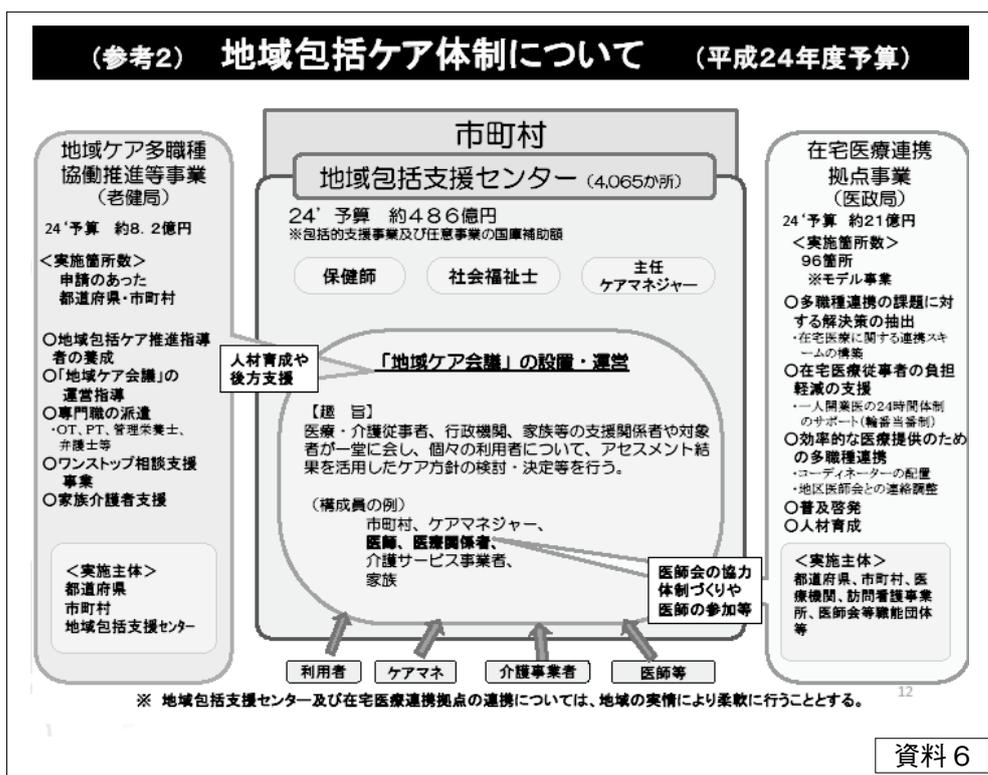
老健局のほうの24年の予算は8.2億円です。市町村の地域包括支援センター(4,065カ所)を強化しなければいけない。そして地域ケア会議をやっていくようにという

ことで、ここに486億円。在宅医療・連携拠点事業には医政局で24年度予算21億円を付けています。ここは96カ所となっていますが最終的には105カ所です。採択を受けてということですが、医療と介護を一体的に提供するために、具体的に動かしていくためには、どうしたらいいかということが動き出した。お金も付けたぞというところだと思います。(資料6)

2. 実施拠点となる基盤の整備

「実施拠点となる基盤の整備」に、23億円の予算が付けられたということです。そこで鍵となるのは「在宅医療の推進」です。そのためには「医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要」だということです。

地域包括ケアは、高齢者だけに適用されるものではありません。本来的には母子の問題も障害者の問題もバラバラではなくて全体で、地域完結で考えていくためのケアを地域包括ケアと呼びます。これから増える高齢者に焦点があたりながら、在宅医療の推進のために「在宅医療を提供する病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなどの医療・福祉機関やそこに従事する多職種が連携する必要



がある」。ここは先ほどの絵の左側にあった、老健局のほうから下りてくるプランです。そして「在宅サービス拠点の充実」「在宅医療連携拠点」は医政局のほうです。あとは「低所得高齢者の住まいの対策」。「栄養ケア活動の支援」は栄養士さんたちですね。それから「拠点薬局の整備」など、真ん中にある在宅療養者が、ときによっては入院したりするけれども、なるべく早く在宅、地域に戻れるようにする。「在宅において安心して療養できる場が提供される」ことを目標に、地域の中で多職種がうまくチームが組めるように、それぞれの今まで手薄だったところに、拠点としての予算を付けてモデル事業が動き出すというようなことです。(資料7)

在宅医療連携拠点が行う事業

在宅医療連携拠点が行う事業としては、5つの課題があります。これは3番目くらいに見せました、老健事業の一部と多少重なっているように見えます。地域包括支援センターとどう違うのかということがありますが、医療連携のところ、これからのキーになる。そこを解決していくために、さまざまに「多職種連携の課題に

対する解決策の抽出」だけでなく、「在宅医療従事者の負担軽減の支援」「効率的な医療提供のための多職種連携」「在宅医療に関する地域住民への普及啓発」「在宅医療の従事する人材育成」等々と並んでいます。当然ながら、ここに医療だけでなく、介護の人を巻き込んでいかないと難しいです。また在宅で地域だけで考えるのではなく、病院との連携も大事だということの課題を見つけて、各地域の特徴を出していかなければならない。そういう5つの課題を課せられながら、この事業を行っていくということです。(資料8)

在宅医療連携拠点事業

それがこの図です。最終的には在宅医療連携拠点が報告書を書きデータを分析して、具体的に好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取り組みの全国的な向上を図るといことです。絵に描いたもちのような会議だけをするのではなくて、具体的な例を実践して、動いてみて、それがうまくいったところを、きちんと見える化して提示をすることで求められているということです。



先日、厚生労働省の講堂に全国から500人以上の方が集められました。厚生労働省としては初めて、行政の担当官、この拠点事業を受託した医療機関等々、そこと組む医師会、その三者に召集がかかりました。いろいろな立場の人が

一堂に会し意見交換などがなされています。少しずつ縦割りを切りながら、具体的な地域包括ケアを行うための医療連携は、どうしたらいいかを本気で考え始めてきているという気がしています。(資料9)

在宅医療連携拠点が行う事業

- 1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
 - ・地域の在宅医療に関わる多職種(病院関係者・介護従事者等も含む)が一堂に会する場を設定する(年4回以上)。そのうち一回は、各地域の行政担当官及び各関連施設の管理者が参加する会合を設定する。
- 2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援
 - ・24時間対応の在宅医療提供体制の構築
 - －24時間対応が困難な診療所、保険薬局及び小規模ゆえ緊急時や夜間・休日対応の困難な訪問看護ステーション等が在宅医療を提供する際、その負担を軽減するため、各々の機関の連携により、互いに機能を補完する体制を構築する。
 - ・チーム医療を提供するための情報共有システムの整備
 - －異なる機関に所属する多職種が適宜、患者に関する情報を共有できる体制を構築する。
- 3) 効率的な医療提供のための多職種連携
 - ・連携拠点到配置された介護支援専門員の資格を持つ看護師等と医療ソーシャルワーカーが、地域の医療・福祉・保健資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、様々な支援を包括的かつ継続的に提供しよう関係機関に働きかけを行う。
- 4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
 - ・在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるためのフォーラムや講演会等の開催やパンフレットの発行を通して、在宅医療の普及を図る。
- 5) 在宅医療に従事する人材育成
 - ・連携拠点のスタッフは、多職種協働による人材育成事業の研修のいずれかに参加し、都道府県リーダーまたは地域リーダーとして、在宅医療に関わる人材の育成に積極的に関与すること。

資料 8

在宅医療連携拠点事業

24年度予算 2,058百万円 (H23 109百万円)
重点化分 1,010百万円
復旧・復興分 1,048百万円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療連携拠点事業のイメージ

在宅医療連携拠点
(在宅医療連携診療所・在宅医療支援診療所・訪問看護ステーション等)

連携拠点到配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師とMSW等が地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる

※復旧・復興分で実施する事業は、災害時に必要な機具の整備を追加

事業終了後

事業報告書の作成
多職種連携の検討会において抽出された課題と解決策
・24時間体制やチーム医療体制の実現方法や課題
・効率的な医療提供のためのアウトリーチや活動内容
・連携拠点を担う医療機関の医師の役割や機能
・ITを利用した多職種間の情報共有のあり方 等

・データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を洗い出していくことにつなげる
・好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る

資料 9

(参考1)

地域包括ケア体制について(イメージ)

これは実際の地域包括ケア体制の人口10万人の市のイメージです。30分で駆けつけられる日常生活圏域の中に、地域包括がそれぞれあって、そこと在宅医療連携拠点と基幹型が、連携をとりながら、それぞれの地区の特徴にあった活動をしていくというイメージ図です。(資料10)

「医療計画の見直しについて」

～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

そして、医療計画の見直しを図るということです。平成24年は第5期保健医療計画、介護保険計画も併せて新しいプランが、各議会を通過して執行の状態になっています。そこに都道府県の医政局も含めて、医療との連携、特に在宅医療との連携を計画の中に入れなさいという新しい課題が出されました。今、全国で各自治体の担当の方たちが、必死でつくり直して、提出を求められているということです。ですから、ちょっと本気と言いますか、気合が入り始めているのではないかなと思います。

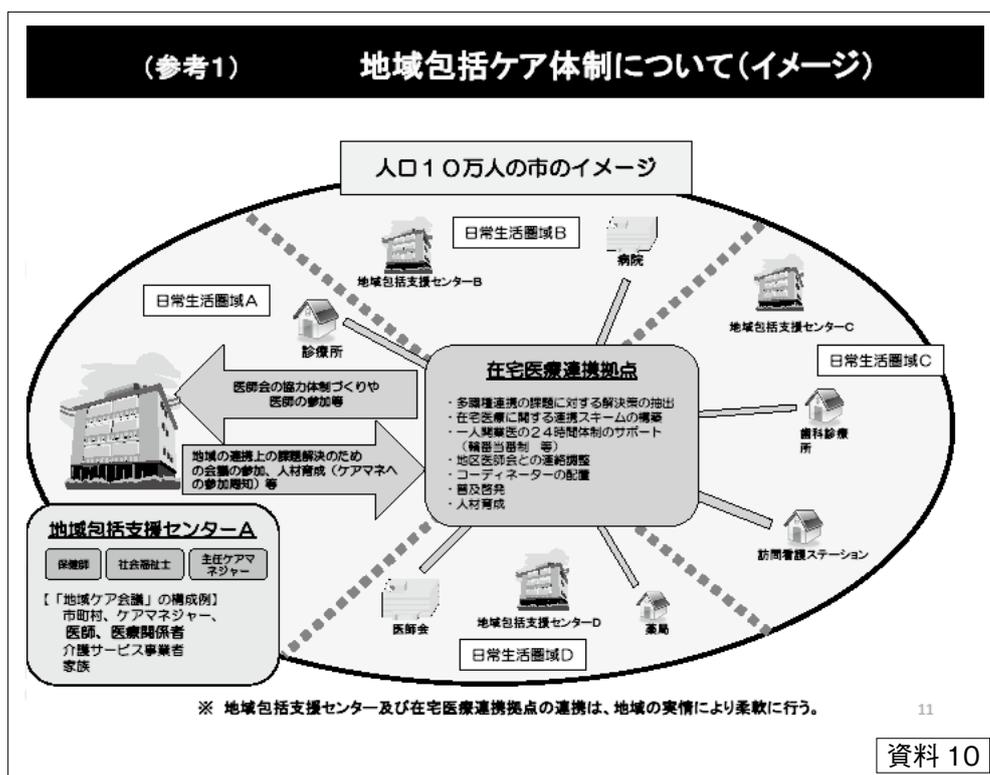
この「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイントは、「在宅医療に係る医療体制の充実・

強化」で、この計画を出しなさいよと、都道府県を通して市町村に下りてきているということ。それから「在宅医療に係る圏域の設定」で、「急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する」ということです。今までのように、医政から下りてきた都道府県単位の保健所の単位で考えるのではなくて、それぞれの地域に合わせた圏域を考えてよいと、非常に柔軟になっています。

「疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について」とは、従前からやっていることをもう少し進めなさいということで、医療計画作成指針にも、このことを明示しているということです。(資料11)

医療や住まいとの連携も視野に入れた第5期介護保険事業(支援)計画の策定

新しい宿題が降ってきたというのは、ここ(資料右下)です。ここ(資料左下)までは完結していて、23年度の終わりで、市町村は都道府県に出して、都道府県は国に出していた。しかしそれだけではちょっと足りませんと。介護保険事



業支援計画の中に、特に医療との連携をきちんと入れ込んだ、地域の実情を踏まえて記載する、新たな4つの内容を追加したものを出しなさいと言われて、今いろいろな意見を集約したりしながらこれをやっているということです。その1つ目が「認知症支援策の充実」、2つ目が「医療との連携」、3つ目が「高齢者の居住に係る施策との連携」、4つ目が「見守りや配食など多様な生活支援サービス」です。こういうものを入れなさいということです。

そして、「日常生活圏域ニーズ調査」で、地域の課題を明らかにして、地域ケア会議をきちんとやれるようにということです。そのモデルとなった埼玉県和光市の長寿あんしん課 課長の東内さんは、あちこち引っ張りだこの状態で講演に歩いておられます。和光市は全数調査をしました。和光市の中でも地区別にニーズが違う。そのニーズにきちんと合わせて、介護サービスが、この地域はこれが足りている、これが足りないということをはっきりと出しました。ある意味、事業主さんの手挙げ方式に任せるのではなくて、そこは少し行政として考えたうえでの配置も含

めて考えなければいけないということです。

私は新宿区の高齢者福祉の計画を立てるときの委員でもありました。できれば新宿区も全数調査をしてもらえないかと意見を出しました。結局それは予算の面も含めて難しく、パイ

「医療計画の見直しについて」 ～「在宅医療の体制構築に係る指針」のポイント～

○在宅医療に係る医療体制の充実・強化について

⇒ 医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係る指針」を示し、介護保険事業(支援)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の実効性が高まるよう促す。

○在宅医療に係る圏域の設定について

⇒ 在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について

⇒ 疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があり、そのため、

- ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること
- ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を策定すること
- ・また、定期的な評価を行う組織(医療審議会等)や時期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと
- ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること

といったプロセスを「医療計画作成指針」に明示した。

15

資料 11

医療や住まいとの連携も視野に入れた 第5期介護保険事業(支援)計画の策定

○ 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画(平成24～26年度)では次の取組を推進。

- ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
- ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査 (郵送+未回収者への訪問による調査)

- ・ どの圏域に、
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が、
- ・ どの程度生活しているのか

調査項目(例)

- 身体機能・日常生活機能(ADL・IADL)
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

地域の課題や必要となるサービスを把握・分析

介護保険事業(支援)計画

これまでの主な記載事項

- 圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業(市町村)
- 介護人材の確保策(都道府県)など

地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- **医療との連携**
- 高齢者の居住に係る施策との連携
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

18

資料 12

ロットスタディのように調査が行われました。新宿区も範囲が広く、人口が32万人、高齢化率は約20%です。パイロットスタディで抽出されたものから上がってきたニーズでは、新宿区全体がばらけたと言いますか、新宿区全体の抽象的なニーズしか出ない。どこの地域にどういうニーズが本当にあるのかということとは分からない状態です。そこが郵送と未回収者への訪問による調査までした全数調査との大きな違いです。行政の力に差があって、これが各地域でどこまでできるかということです。ここがちゃんとできていないと、この計画は立てられないと思われま

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

「在宅医療を担う医療機関の機能強化」です。細かいところに入りますが、「24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う」ということで、24年の改定の目玉としてグルーピングされています。医師はだれと組むのか、後方ベッドのあるところと組むとどうなるのかということ。一カ所は大きなところもありますが、そうでないところが多いので、みんなで話し合っていて、うまくいっているところはいいですが、話し合ったけれど結局もの別れに終わっているグループも見えます。ここがうまくいくかどうかです。うまくいってグルーピングしたところは、非常に高い点数が付きましましたので、先生たちはとてもやりたいということでやっています。しかし私は訪問看護の立場で、利用者さんの利用負担が増えますので、どう説明したらいいか、結構難しいところもあります。(資料13～15)

在宅医療の充実①

在宅医療を担う医療機関の機能強化

➤ 24時間の対応、緊急時の対応を充実させる観点から、複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関について、評価の引き上げを行う。

【施設基準】

- ① 常勤医師3名以上
- ② 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③ 過去1年間の看取り実績2件以上

※また、複数の医療機関が連携して、上記の基準を満たすことも可能とする。その場合の要件は、

- ④ 患者からの緊急時の連絡先の一元化
- ⑤ 月1回以上の定期的なカンファレンスの実施
- ⑥ 連携する医療機関数は10未満
- ⑦ 病院が連携する場合は200床未満に限る

※さらに、病床を有する場合は高い評価を行う。

21

資料 13

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)

- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
- ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合をともに評価。
- ・さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

22

資料 14

在宅医療の充実②

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院(病床を有する場合)の例

<往診料>		【現行】	➡	【改定後】
往診料	緊急加算	650点		850点
	夜間加算	1,300点		1,700点
	深夜加算	2,300点		2,700点

<在宅における医学管理料>【現行】		【改定後】
在宅時医学総合管理料(処方せんを交付)	4,200点	5,000点
特定施設入居時等医学総合管理料(処方せんを交付)	3,000点	3,600点

<緊急時の受入入院>		【現行】	➡	【改定後】
在宅患者緊急入院診療加算	1,300点			2,500点

資料 15

平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

今は、在宅医療推進のために、医療保険改定のときに、ほかがプラスマイナスゼロあたりのところを、ここだけ手厚くしています。そして同時に、介護保険の報酬改定も行われました。介護保険では、「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自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない」と、「居宅」と「自立をした」ということが強調されて書いてあります。

その基本認識として、「地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」で、新サービスが2つ生まれました。24時間巡回・随時対応、介護・看護の一体的提供のサービスと複合型サービスが、ここで新しく登場してきたということです。

それから、「介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる」。さらに3番目には、昨年の「東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮」しながら、この介護保険の基本理念

に沿って、「介護保険制度の基本理念を追求するために、上記の基本的な認識の下で決定を実施」をするということです。(資料16)

平成24年度介護報酬改定のポイントについて

介護報酬改定のポイントということで、地域包括ケアの推進として4つの柱が出てきました。これはもう見慣れているので、少し飛ばしますが、一番上の、「在宅サービスの充実と施設の重点化」「中重度の要介護者が住み慣れた地域で在宅生活を継続できるようなサービスの適切な評価及び施設サービスの重点化」ということで、



平成24年度介護報酬改定(基本的考え方)

■ 介護保険制度の基本理念

介護保険の目的は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となった人びとが「尊厳を保持し、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、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことであり、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自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。」とされている。

■ 基本認識

1. 地域包括ケアシステムの構築を推進するとともに、平成23年6月に成立した「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の施行に伴う新たな介護サービス等への対応、診療報酬との同時改定に伴う医療と介護の機能分化・連携を強化する。
2. また、平成23年6月の社会保障・税一体改革成案において描かれた、介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化に向けて、必要な措置を講じる。
3. さらに、現在の日本が置かれている厳しい社会経済状況や東日本大震災の影響など、介護保険制度を取り巻く環境にも広く配慮する。

介護保険制度の基本理念を追求するため、上記の基本的な認識の下で改定を実施。²⁴

資料 16

「日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスの創設(新サービス)」「複合型サービス(小規模多機能+訪問看護)の創設(新サービス)」。

こういうものが、新しく生まれました。

3番目ですが、「医療と介護の連携・機能分担」「診療報酬との同時改定の機会に、医療と介護の連携・機能分担を推進」ということで、「入院・退院時の情報共有/連携強化(ケアマネジメント、訪問看護等)」。

今までは、ケアマネジャーが呼ばれると加算が付いたので、ケアマネさんだけ呼んで、あとで二度手間になっていたところを、訪問看護を呼んでも加算が付くということで、病院側は積極的に退院前のカンファレンス、会議をするようになりました。

もう一つ、医療保険の改定で、外泊時も訪問看護が使えるようになりました。私たちはずっと外泊時の訪問看護が使えたらいいけれども、医療保険の二重取りになるので、絶対にこれは通らないよねと言ってきました。この平成24年4月からそれが実現しました。なおかつ退院直後の2週間は介護度が決まらず、総額が決まらないために、ケアマネさんがなかなか医療的なサービスで単位が高いものは入れない。結果として、医療的な見方が落ちるので、再入院ということがあるので、退院直後の2週間は医療保険を使って訪問看護等のサービスが入れる。これもやはり連携をうまくして、早めに在宅にきちんとつなぐということを意識した医療保険の改定だったと思います。

それから「看取りの対応の強化」「肺炎等への対応の強化」、老健では包括払いなので、なかなか治療は行えないので、ちょっとした肺炎の兆候で、すぐに病院に送って

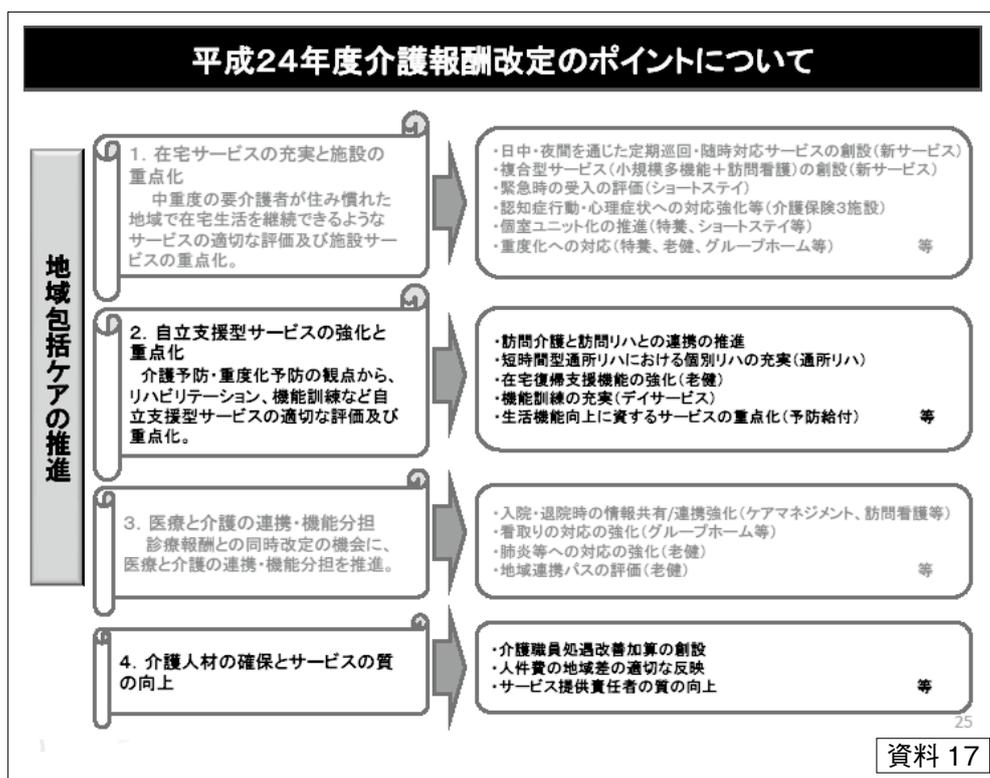
いる。病院に送って、いろいろなことがくっつくよりは、老健の中で軽いうちに治療ができる。それも認めましょうというようなことです。そういうことを実態に即して変えてきているというようなことです。

また、「人材の確保とサービスの質の向上」も、一緒に強調されています。(資料17)

平成24年度

在宅医療・介護に関連した主な介護報酬改定

これが24時間の訪問サービスで、定期巡回・随時対応型訪問介護看護一体型と複合型サービスの2つです。例えば要介護5では36,000円強の単位ですが、その85%の30,450単位を包括払いにして、その中で全部組み合わせていきましょうということ。実際に現場では、これ以外の福祉用具や入浴のサービスをどこにどうするのかなど、結構混乱しています。同じ法人内の一体型で、もともといい関係のところはうまくいきますが、私たちのように外付けで一緒に組むタイプでは、実際一体型のように話し合っているということが、まだまだ始まったばかりでうまくいきません。これがうまく作用することで、施設をただ待っているだけではなくて、きちん



と対応できるようなサービスになっていくよう期待をしているところです。

複合型サービスは、訪問看護と小規模多機能なので、平成18年にできました療養通所介護との違い、療養通所介護は小規模多機能ではないんですね。実は、療養通所をやっている人たちが、お泊まりもできたらいいねということで提案をして複合型はできました。この新サービスは、新たに建物を建てないといけないので、初期投資の部分で、まだまだ手を挙げるには、お金が足りないというようなことです。

医療依存の高い人に訪問看護が行うデイサービス、療養通所介護を推進するため、横浜市は始めるにあたり400万円の事業助成を出しました。横浜は療養通所が進んでいます。だんだん長期化重度化していく地域の中の医療依存の高い人を見ていくには、療養通所は必要なサービスだということで、横浜はそういうことをしたので少し進んでいます。地域ニーズがはっきり見えて、この複合型も必要なのなら、保険者としてどの程度どのようにバックアップするか、手助けはどこから出るのかというあたりも、行政の取り組む姿勢が表れてくるかと思えます。

千葉で頑張っている仲間、訪問看護の事業所もあります。土地建物が取得しやすいという

条件があると思います。(資料18)

在宅医療の体制

このように在宅の推進をしていくと、こういう流れになります。日常の療養支援は、普通にこういう機関とともにしている。でも急性腹痛などいろいろなことがあります。急変時の対応、

平成24年度 在宅医療・介護に関連した主な介護報酬改定

※「平成24年度介護報酬改定の概要」(H24.1.25介護給付費分科会)より抜粋

■24時間訪問サービス

- 一日複数回の定期的な訪問と、随時の対応を組み合わせた新サービスであり、中重度者が住み慣れた地域で暮らし続けるために重要な役割を果たす。
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護1(一体型)
 - 要介護1 9,270単位(56%)
 - 要介護2 13,920単位(71%)
 - 要介護3 20,720単位(77%)
 - 要介護4 25,310単位(83%)
 - 要介護5 30,450単位(85%)

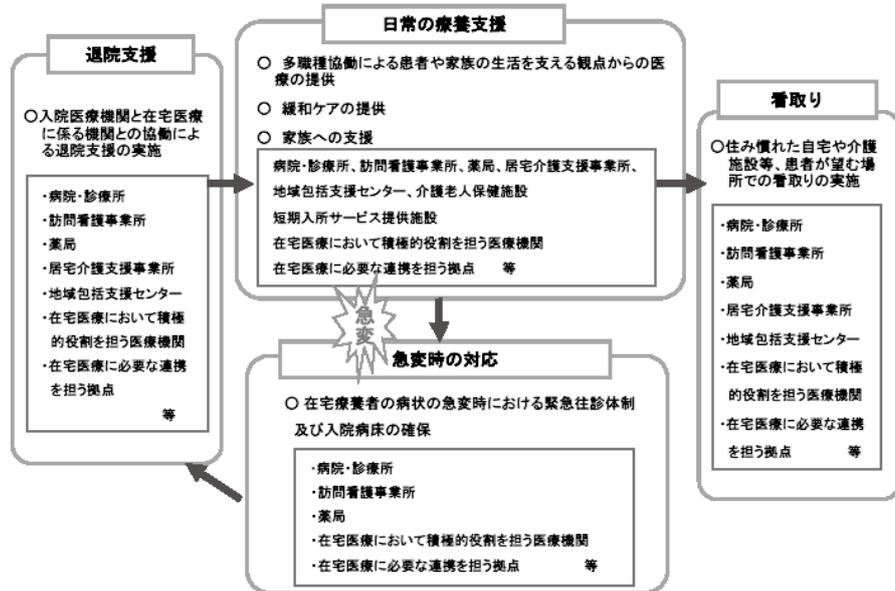
■複合型サービス

- 在宅の医療ニーズの高い要介護者への支援を充実させるため、訪問看護と小規模多機能型居宅介護を一体提供する新サービス。
 - 要介護1 13,255単位(80%)
 - 要介護2 18,150単位(93%)
 - 要介護3 25,111単位(94%)
 - 要介護4 28,347単位(93%)
 - 要介護5 31,934単位(89%)

26

資料 18

在宅医療の体制



15

資料 19

バックアップと言うか、提携している地域の中の後方支援ベッドまたは緊急往診体制でここをしのぐ。そして高齢者は、入院によっていろいろなことが起こるので、入院してもなるべく早く退院をして元に戻る。それを何回か繰り返すか、もう入院はしないで急変しても在宅でしのぎながら、だんだん穏やかな老化の過程を経て看取りのところまでいく。そのときに、多職種、多機関と協働していかなければいけない。そういう図です。(資料19)

重度化・長期化する在宅療養者

以上、国から示されている資料をもとに、現実には起こっていることを含めてお話をしてきました。実際、在宅療養の人たちは、重度化・長期化しています。それでお話ししましたように療養通所がでてきた。実は自立支援、障害者福祉を使いながらの子どもたちなど、医療保険の対象も引き受けています。そこは24年の春に、本当は介護保険なんですけど、少し拡大されて療養通所もかなりやりやすくなったと、療養通所をやっている仲間たちは言っています。そしてこの「施設利用ができない医療依存度の高い療養者へのナイトケアの必要性」から、これが複合型になったということです。それがなかなか難しいところです。(資料20)

医療ニーズの高い利用者への対応の強化がポイント

そして今般は、「退院直後の医療依存度の高い要介護保険者に特別指示書の交付」が可能になり、「重症者管理加算の要件追加」がされたり、「月12日までだった訪問看護管理療養費の算定上限

緩和」、そして「退院前の外泊日退院当日の訪問看護可能」になったり、「緩和ケア・化学療法を行っているがん患者や重度の褥瘡患者への専門性の高いナースの同行訪問の評価」「精神科訪問看護が新たな体系」に変わっていきしています。

この訪問看護に大変期待が寄せられ、加算が付くなどいろいろ工夫がされて「頑張ってる仕事をしてね」という感じですが、まだまだ仲間は増えていません。ニーズはこれから増えていく。何とかしてここは勿論質を担保しながら、地域の中にこういうことができる看護師を増やしていかないといけない。逆に言えば追い風を今後ろから吹かれているという状態です。(資料21)

重度化・長期化する在宅療養者

- 在宅生活が長期になると医療処置が多い在宅療養者を支援する体制作りが必要
- 療養通所介護の創出→介護保険対象
- 実際は医療保険対象者も引き受けている
- (ことに小児、神経難病、気管切開、人工呼吸器使用者など)
- 施設利用ができない医療依存度の高い療養者へのナイトケアの必要性(今後の課題)

資料 20

医療ニーズの高い利用者への対応の強化がポイント

- 退院直後の医療依存度の高い要介護保険者に特別指示書の交付
- 重症者管理加算の要件追加
- 月12日までだった訪問看護管理療養費の算定上限緩和
- 退院前の外泊日退院当日の訪問看護可能に
- 緩和ケア・化学療法を行なっているがん患者や重度の褥瘡患者への専門性の高いNsの同行訪問の評価
- 精神科訪問看護が新たな体系に

資料 21

質の高いEnd of Life Careを

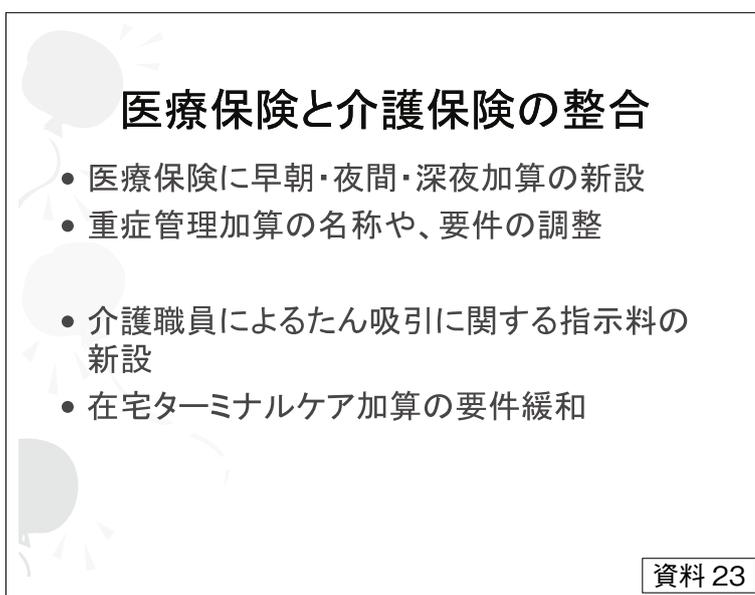
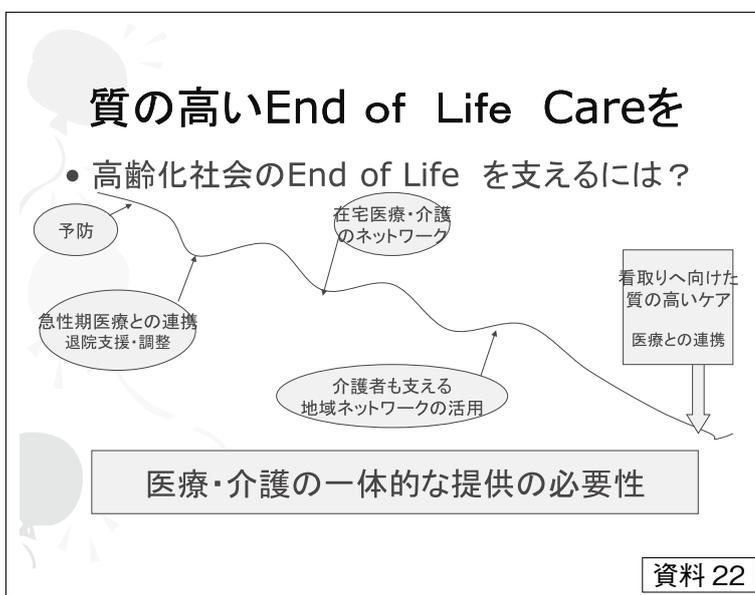
先ほど国の資料でも出てきましたが、療養している人が最期の看取りまでいくときに、「質の高いEnd of Life Care」をとということです。みんな最後、「これでよかったね」と満足した死を迎える。生きると言いますか、ぎりぎりまで本当に満足して生き抜いていく。それを支えるためにはどうしていったらいいか。やはり医療だけではなく、介護と一緒にやらないといけないわけです。最初はなるべく寝付かないようにするための「予防」が必要です。一気に医療処置満載の重度化をするのではなく、なるべく穏やかに過ごせるようにする。予防はしていても75歳を超えるとやはりさまざまなことが起こってきます。あるときは「急性期の医療との連携」も必要ですし、そこでなるべく早めに「退院支援・調整」が行われる。そして「在宅医療・介護のネットワーク」がつながってくる。そこから長くなったときには「介護者も支える地域ネットワークの活用」が大事です。ショートステイもデイも施設も一つのサービス機関として、入ったら入りっぱなしではなく、上手に地域の中で行ったり来たりできる。そういう意味では、地域密着小規模多機能は意味があると思います。

そして最終的に、「看取りへ向けた質の高いケア」「医療との連携」ということです。ここは介護と家族だけは無理です。ここで再び医療の色合いが濃くなるので、ここをどうマネジメントしていくかが大事だと思います。
(資料22)

医療保険と介護保険の整合

この春、医療保険と介護保険が同時改定だったので、整合性を求められ、さまざまに新設があったり、医療保険の緩和があったり、調整があったりしました。もう一つ、「介護職員によるたん吸引に関する指示料の新設」がされ、「在宅ターミナルケア加算の要件緩和」がされています。

施設も病院も重度化により、胃瘻の人、吸引をする人が多くなります。また看護師の数も足りないこともあり、介護福祉士がトレーニングを積んで吸引ができるようにということです。ですが座学は終わっても、実際の実地、例えば20回の吸引を横についてやらなければいけませ



ん。うちのヘルパーステーションのヘルパーも、座学が終わって実習の回数が足りず、終わりましたということになっていないという状況です。各地でそういうことが起こっています。実習のところで利用者さんにかなり負担をかけています。嫌がっているので5回のつもりが3回しかチェックが入らない。当たり前かなと思います。なかなか難しいですね。しかしそれが24年から動き出しています。(資料23)

認知症の経過と医療依存度

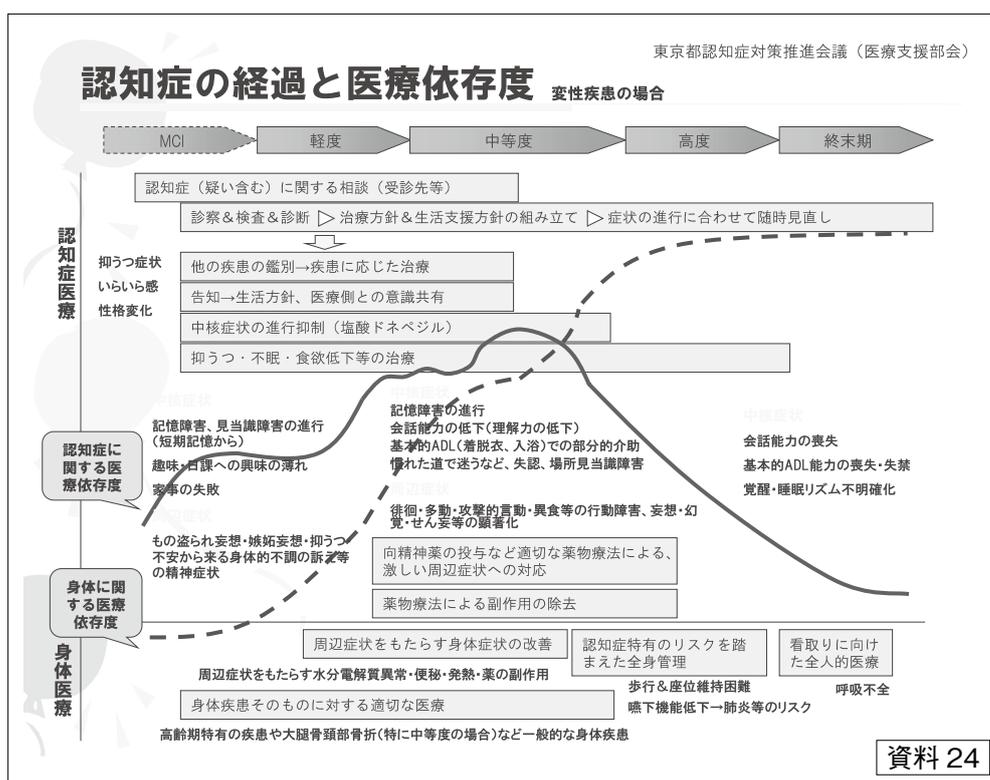
高齢社会では認知症の問題は切っても切れません。認知症のケアのあり方、ターミナルの考え方も含めて、介護の仕方、さまざまなケアの工夫、新しいやり方が、いろいろ紹介もされ実施されています。やはり認知症と医療との関係をちゃんと考えなければいけません。アルツハイマーの方も、ベースに何らかの疾患をお持ちの方が結構いらっしゃいます。また特に糖尿病、高血圧、心疾患、腎疾患など慢性疾患のある方たちは、何らかの結果で異変が起きて認知症が起りやすい。そしてちょっと油断すると、あっという間に悪化していくという状況の持ち主です。

この人たちに、医療的な管理をおろそかにして、認知症のケアだけというのは難しいです。この方たちは自分で自分の身体症状をきちんと訴えることができない人たちです。例えば脱水、全然暑さを感じずたくさん着込んで、クーラーもかけず、窓も開けないで過ごしていて、家の中でぼーっとして倒れているということもあります。また水をあまりとらないことも影響して便秘

になり、その便秘が周辺症状の悪化をきたしていることもあります。おなかが痛い、実は便がたまっていて腸閉塞一歩手前だった。でも本人の訴えははっきりしません。精神症状だけを見るのではなくて、後ろに隠れている身体症状をきちんと見分けて、急性期の医療が必要なら、そこにのせなければいけない。その連携がうまくいっていない。病院に認知症の方を連れて行くとともに嫌がられるという状況です。軽い認知症の方が病院に入ったがために、譫妄の周辺症状が際立ち悪化していく状況をたくさんみます。

地域の連携の中で、認知症特有の病気の管理と、身体的な面でのきちんとした管理を一緒に合わせていき、ここを乗り切れれば、看取りに向けた全人的医療で、最後、亡くなるころまで地域でみることが出来ます。

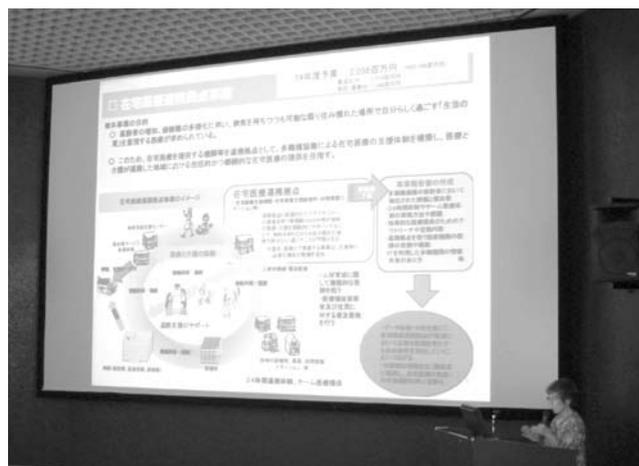
大抵、「このへんで無理でしょう」と言ってみんな施設。「もう、家では無理でしょう」と最初から言われているけれど、そうではない。見慣れた地域の中で、暮らし続けることを支援できる地域にしていかれるとうれしいなと思います。なかなか難しいところがあります。(資料24)



デイサービス利用者の

終末に至るまでの利用状況(資料：楽寿会)

これは浜松市の認知症のデイサービスで、通っていた利用者が、通えなくなってから亡くなるまでの期間を、統計をとっていたものです。長い人を1人除いて13人の平均は36日です。そして最終的にみんな家で亡くなっています。死因は老衰のパターンです。つまり穏やかな老化の過程に、中重度期をしっかり管理しながら、身体的な面で、医療もきちんと入れながらいくと、ここまでいくかなということの証明の数だと思います。(資料25)



認知症の身体合併症の発見

実は、「認知症の方の身体症状は重篤になってから発見される事が多い」です。また「痛みもそのときのみで忘れてしまったりする」。「周辺症状の悪化と捉えられ、身体症状が隠されている」ということもあります。大腸がんが進行している場合や、乳がんが進んだ状態が分かるなどいろいろなことがあります。(資料26)

認知症高齢者が入院すると・・・

認知症の高齢者が入院しますと、環境が変化し、徘徊したり、「ライン抜き」、点滴のラインを抜いたり酸素のラインを抜いたりモニターのラインを抜いたりということがあります。最初は元気がなくてもだんだん元気になってきて、興奮して大声を出したり、ベッドの柵を乗り越えて下に降りようとして転倒転落したり、いろいろなことが起こります。それは彼らには彼らの理論があって、なぜこんなところに急に入れられているんだと、すごく不安になってそういうことをする。結局は、抑制がかかったりするのでADLが低下します。そして早期退院するか、「24時間に近く、人がびったり付いてください」と言われたり、入院を渋られたりします。「周辺症状に対応しながら

デイサービス利用者の終末に至るまでの利用状況(資料：楽寿会)

- 平均年齢: 85.4 67~98 中央値85.9
- * 14名の最終利用日から死亡日までの期間
- 1日から最長9.5ヶ月 13人の平均36日
- * 終末期ケアの場所
- 在宅13人 病院1人(平成4~5年のデータ)
- * 死因
- 老衰 7人 肺炎2人 心不全2人
- 脳梗塞2人 慢性腎不全 1人

資料 25

認知症の身体合併症状の発見

- 認知症の方の身体症状は重篤になってから発見される事が多い。
 - 痛みもそのときのみで忘れてしまったりする。
 - 周辺症状の悪化と捉えられ、身体症状が隠されている事を見逃してしまう。
- Ex) 排便パターンの変化→大腸癌の進行

資料 26

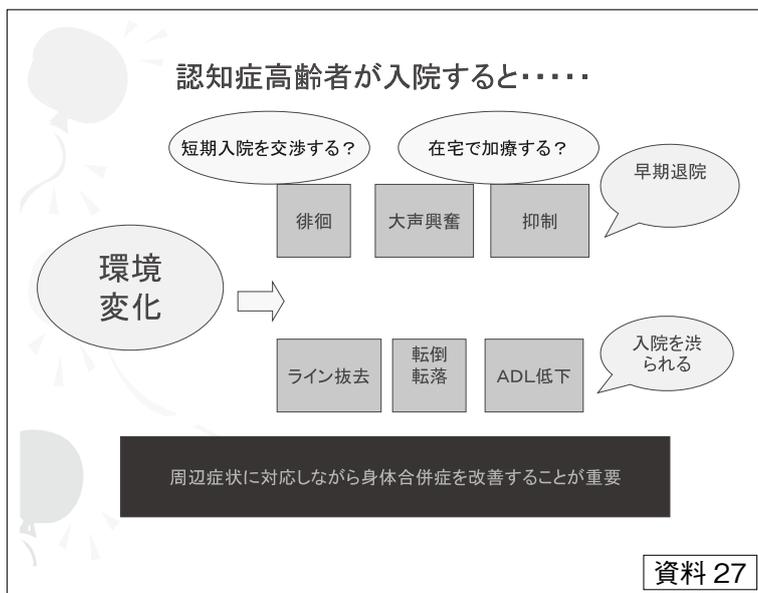
身体合併症を改善することが重要」で、「短期入院を交渉する」か、「在宅で加療する」か、というようなことが、認知症の方の環境の変化に応じた病院へ連れて行ったということだけで起こります。(資料27)

施設での認知症高齢者終末期ケア

それを重ねながら、最終的な終末期ケアは、できれば「自宅に近い環境での終末期ケア」が望ましいです。「医療者の少ない環境での対応に差が出る」ということです。実際は「施設内での医療体制の強化を図ることで看取りまでになう」、加算を付けて医療者を少し増やしていく。逆に外との契約で、「外付けの医療で、生活を支えながら終末期を見る」ところもあります。また、何かあったら家族等にいろいろ言われるので「病院に送る」というところもあります。どういう体制でするかですが、最終的にはやはり少し医療と関わりながら看取るところをみていくことだと思います。(資料28)

訪問看護サービスを受けるまでの流れ

そんな中で、外付けの医療の一つとして、訪問看護の活用がされます。今までは、自宅に行くだけが訪問看護でした。今は例えばグループホームと契約をしたり、有料老人ホームの医療保険の方のところに行く。場合によっては、地域密着型の施設と新たに契約を結んで、訪問看護が定期的に行きながら、ターミナルの時期になったら医療保険に切り替えて入れる。65歳以上は介護保険が優先ですが、ほかには医療保険でも訪問看護が使えますので、訪問看護の幅は広がっています。そしてさまざま行ったり来たりしますが、施設の中の介護職を増やすだけではなく、外の訪問看護ステーションをうまく活用することも可能な時代になってきています。(資料29)



資料 27

施設での認知症高齢者終末期ケア

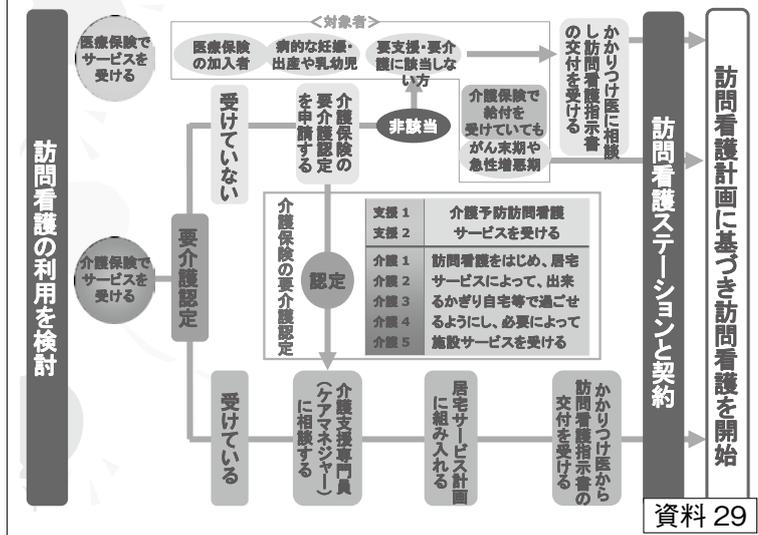
*自宅に近い環境での終末期ケア

医療者の少ない環境での対応に差が出る

- ①施設内での医療体制の強化を図ることで看取りまでになう
- ②外付けの医療で、生活を支えながら終末期を見る
- ③病院へ送る

資料 28

訪問看護サービスを受けるまでの流れ



資料 29

急性期病院とのスムーズな連携

在宅医療の推進には、急性期病院とのスムーズな連携がとても重要です。「介護の重度化を防ぐ意味で、高齢者の緊急入院を出来るだけ少なくし、かつ入院しても短期間で在宅に戻す事で、廃用症候群の発症予防」につながります。また、「急性期病院からの退院時には、在宅ケアチームへのスムーズな情報の伝達や、共有がなされ、退院直後の介護力強化を図り、再入院を避けられるような体制作り」が大事だと思います。ですから「退院前後の訪問看護は医療保険適応」を効果的に使ってもらえればと思います。

しかし、まだまだ病院の中の方に、この介護保険、医療保険の同時改定で、在宅側で使えるサービスが増えていることが伝わらず、外泊をし終わったあとで、こちらに連絡が来て、それから退院調査に入る場合があります。外泊のときの不安が大きくて、「ちょっともう家は無理です」と思っているところを切り崩しにいかねばいけないというようなことがこのところあります。もう少し病院の中の方にもPRが必要かと思っていますところ。(資料30)

診療報酬上の問題

これは、改定後少しよくなった内容です。(資料31)

急性期医療が重介護状態を作り出している？

こういう言い方はへんですが、「急性期医療が重介護状態を作り出している？」と、クエスチョンマークにしました。実際、高齢者の入院による廃用症候群、どんどん悪くなって結局帰れないというようなことがあります。最初に救急で行く理由は、「発熱」「脱水」「誤嚥」「急性腹症」「転倒」「骨折」「便秘」「意識障害」などです。実は発熱と便秘は重なっていたり、脱水と発熱と便秘が重なっていたりします。また意識障害があって転倒して骨折をする。この

バラバラに書いてある要素も実は重なり合っていることがあります。この人たちが運ばれたあとは、先ほどの認知症の人を運んだときとほとんど同じようなことが起こっています。あっという間に抑制がかかっています。どんなに抑制を廃止していても、やはり安全を大事に考えるので、そういうことをされています。

この数日をしのぐためには何が必要か。出来るだけ緊急入院しない地域をつくるにはどうしたらいいか。それから、一人暮らしで不安で、始終救急車に乗って行っては救急でみてもらっている高齢者は結構多いです。つまり適切に医療にアクセスできていない。始終不適切にアクセスしている人が結構います。こういうことを

急性期病院とのスムーズな連携

- 介護の重度化を防ぐ意味で、高齢者の緊急入院を出来るだけ少なくし、かつ入院しても短期間で在宅(在宅に近い環境)に戻す事で、廃用症候群の発症予防につながる。
- 急性期病院からの退院時には、在宅ケアチームへのスムーズな情報の伝達や、共有がなされ、退院直後の介護力強化を図り、再入院を避けられるような体制作りが必要。
- 退院前後の訪問看護は医療保険適応が妥当→医療・介護の一体的提供

資料 30

診療報酬上の問題

- 退院時の調整加算が手厚くなっているのは歓迎だが、介護保険の場合はケアマネジャーのみが対象である。→ 改定
- 退院前後の調整や、退院直後の期間の不安定さ(回数・内容の変更)を見越した対応には医療保険対応で自由度をます方が、再入院を避ける事にもつながる。→ 改定
 - ★外泊時の訪問看護の適応が可能に
- 看取りに関して、最後の2~3週間を医療で→ターミナルケア加算の要件の緩和

資料 31

少しずつ改善していかないと、いくら医療体制をどうしようといっても難しいのではないか。特に一人暮らしの方が増えている都会で、しかも近隣とのつながりが減っているような場合には、ここはとても重要ではないかと思えます。

「最後の1ヶ月にかかる医療費？」と書きましたが、病院に入って何もしないということではできないと言いますか、しなくてもいいんでしょうけれど、そうはいかないのでいろいろな医療処置がくっついて結構な医療費がかかっていると思われまます。(資料32)

高齢者が入院すると・・・

「医療安全の立場から、転倒・転落」、「経口摂取「止め」の指示中、口腔ケアが十分に行われない」ことは、かなり改善されてきたとはいえ、ここはなかなか難しいです。そして、「炎症反応が治まり、経口摂取開始時の数日間の食事介助にゆっくりとそばで見守りできない→再び誤嚥が繰り返される」、「結局、嚥下能力が落ちているからと説明され胃瘻造設を勧められる」。

(資料33)

胃瘻を造設したら、どういうことが起こってくるか。まずかまなくなります。しゃべれないので表情がなくなります。口をパカッと開けていることがあって口が渴いて痰が硬くなり、ますます嚥下反射が低下し、要吸引化と回数が増加が起こっています。そして気管支炎のリスクも高くなっています。

私は、胃瘻は絶対反対ではありません。胃瘻が必要な人には造っていただき、そこからの栄養補給は大事だと思っています。胃瘻をしたら全然食べられないかといえば、そうではなくて、胃瘻にしても口腔ケアは必要です。再び口から食べられる可能性はあるわけですから、そこをきちんとやっていかないとはいけません。なかなかそれが実際には行われていない現状です。そして胃瘻にしたら経管栄養注入前後の介

護に手間がかかり、注入後1～2時間後の痰の吸引回数の増加が起こっています。

結局は、先ほど予防から亡くなるまでの図を示しましたが、途中で、そうではない状態だと、あつという間に、重装備になってしまって、そのまま療養病床へ行く道筋をたどる。そういうことがたくさんあります。(資料34)

胃瘻にしないと次へ送れない？

「胃瘻にしないと次へ送れない？」という急性期の現状があって、本当かどうかは別ですが、「急性期病院から次の病院・施設への転院・入所にあたり、胃瘻でなければその選択肢がないと説明される」ことが多いです。「点滴だけで

急性期医療が重介護状態を作り出している？

- 高齢者の入院による**廃用症行群**の発症
 - 救急(在宅で遭遇する高齢者の救急)
発熱 脱水 誤嚥 急性腹症
転倒 骨折 便秘 意識障害
- 運ばれたあとの状態はどうなっているか？
数日をしのぐ為には何が必要か？
出来るだけ緊急入院しない地域を作るには？
《医療へ適切にアクセスできる人を育てる》
最後の1ヶ月にかかる医療費は？

資料 32

高齢者が入院すると・・・

- 医療安全の立場から、転倒・転落の防止が第一に目標に上げられる
- 経口摂取「止め」の指示中、口腔ケアが十分に行なわれない→かなり改善されてきた
- 炎症反応が治まり、経口摂取開始時の数日間の食事介助にゆっくりとそばで見守りできない→再び誤嚥が繰り返される
- 結局、嚥下能力が落ちているからと説明され胃瘻にと勧められる

資料 33

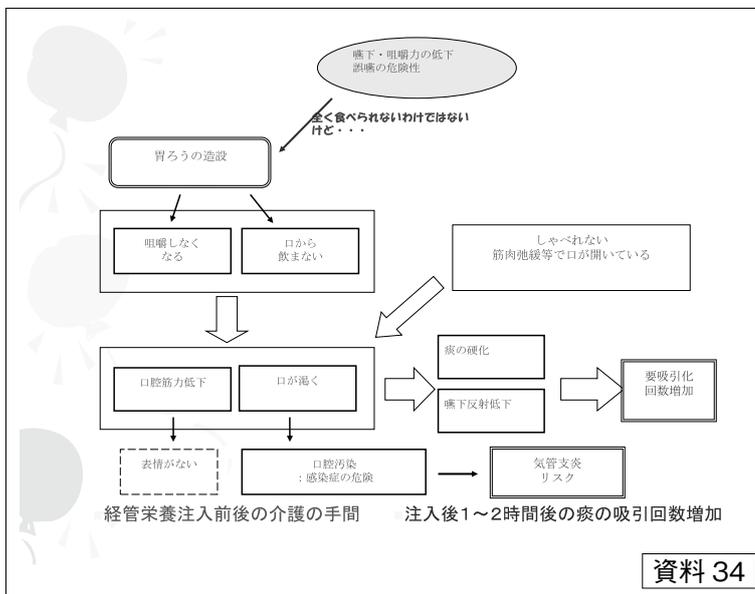
は栄養が不十分ですからと説明され選ばざるをえない」という状況です。なおかつ、「胃瘻・腸瘻になると在宅は無理でしょう」と初めから医療機関側から説明をされ施設を紹介されたり療養病床を紹介されたりする。

安く入れる施設、しかも胃瘻の人が入れる施設は、私が働いている新宿区からは、ずっと遠い千葉県や埼玉県というところになります。そうすると家族が通うことが難しくなり、結局は足が遠のき、ずっと生きてはいるけれどもという状態になっていくという現状だだと思います。

「胃瘻・腸瘻だと、在宅でのサービスの選択肢が狭められている現状」で、実際、在宅では、ST(言語聴覚士)が少ないですし、デイサービス、ショートステイでも、胃瘻・腸瘻枠での取り方が少ない。つまりはデイサービスで医療措置のある人たち、胃瘻だけでなく吸引などの人たちは、リハビリの加算が付きますので、こういう人も通所して見てください。療養通所介護が増えないので、一般の通所のところで、そういう体制をとっているところに加算が付くようになっていきます。一方で、在宅にいる人たちが入院した結果、胃瘻や吸引がされて、そういうことが必要なので、胃瘻の処置ができる人、吸引ができる人を育てなければいけない。そういう悪循環です。もう少し前の予防の川上までさかのぼってもう少し考えてもらいたいところです。(資料35)

今の寝たきりのお年寄り、医療介護状態のお年寄りは、大正後半から昭和一けた生まれのあたりですね。今から

戦後生まれ、団塊世代が高齢者になっていくわけです。ここにいらっしゃる皆さんも含めてですが、その人たちは寝たきりにはなりたくないと思って、必死に健康おたくのようにされています。この間も「毎日何万歩も歩いてひざが痛くなりました」と言っていて、相談室に現れた男性がいました。「これは歩きすぎですよ」と。限度というものがあるという話をしました。今からの健康観は違ってきますから、方向を変えていかなければと思います。今までと同じ方式で、介護施設が運営できるか。運営できるところもあるとは思いますが、でも、ちょっと違うぞという意識も持ちながら見ていただければと思います。



胃瘻にしないと次へ送れない？

- 急性期病院から次ぎの病院・施設への転院・入所にあたり、胃瘻でなければその選択肢がないと説明される
- 点滴だけでは栄養が不十分ですからと説明され選ばざるをえない
- 胃瘻・腸瘻になると在宅は無理でしょうと始めから施設を紹介される
- 胃瘻・腸瘻だと、在宅でのサービスの選択肢が狭められている現状(ST＝言語聴覚士や看護師が足りないので、デイサービス、ショートステイの引き受けを渋られる)

資料 35

在宅医療連携拠点事業 ～ 東京都新宿区・牛込地区 ～

急性期病院が立ち並ぶ地域で

在宅医療連携拠点事業、国の施策の中の医政局の予算がついた中の一つで、23年度は全国10カ所が採択を受けて1年間実施しました。新宿は、もともと在宅は進んだところですが、実際は急性期病院が立ち並ぶ地域で、全国的にも名が通った病院がたくさんあります。そこに向かって患者さんが集中するので、そこだけ縦につながっていて、横のつながりはなかなか難しいわけです。ですから、「医療資源が豊富な地域」、「だからこそ医療連携がしっかり行われないと患者・家族が困る状況」です。あるがん患者さんの言葉ですが、「連携・連携とって丁寧手を添えて、確実に送り届けてほしい」。自分の頭の上をデータが飛び交っているが、医療情報は自分のものではないかと。今からの患者さん像は、こうではないかと思えます。自分もちゃんと関わって、どのように送られたかが分かるように説明をしてほしい。そのようにサバイバーの方がおっしゃいました。パス等が開発されるのは正しい方向だしいと思います。それだけに頼りますと患者が全然見えてこない。患者の訴えを聞かず医療者だけで情報共有、情報提供しているという状況だと思います。

(資料36)

新宿区の人口は32万人です。一度に全部の連携は難しいと思い、新宿には7地区医師会があり、その中の牛込地区医師会の先生たちと組みながら、牛込地区の在宅医療連携を推進するための拠点事業に手を挙げました。医療資源としては牛込地区内の在宅療養支援診療所が13、訪問看護ステーションが4つあります。わが白十字訪問看護ステーションは市ヶ谷の佐土原町にあります。この牛込地区の一番端に戸山ハイツ

急性期病院が立ち並ぶ地域で

- 医療資源が豊富な地域
- だからこそ、医療連携がしっかり行われないと患者・家族が困る状況
- ある癌患者の言葉

「連携・連携とって丁寧手を添えて、確実に送り届けて欲しい」情報共有といいながら、患者不在になっている現状や、パスにのみ頼った今の状況が痛烈に批判されている。

資料 36



資料 37

という非常に高齢化の進んだ団地があります。こういう位置関係です。この中に国立国際医療研究センター、東京女子医大、社会保健中央総合病院、都立大久保病院、東京厚生年金病院と大きな病院がたくさんある地域です。(資料37)

行政との協働による 地域医療連携システムへの提案

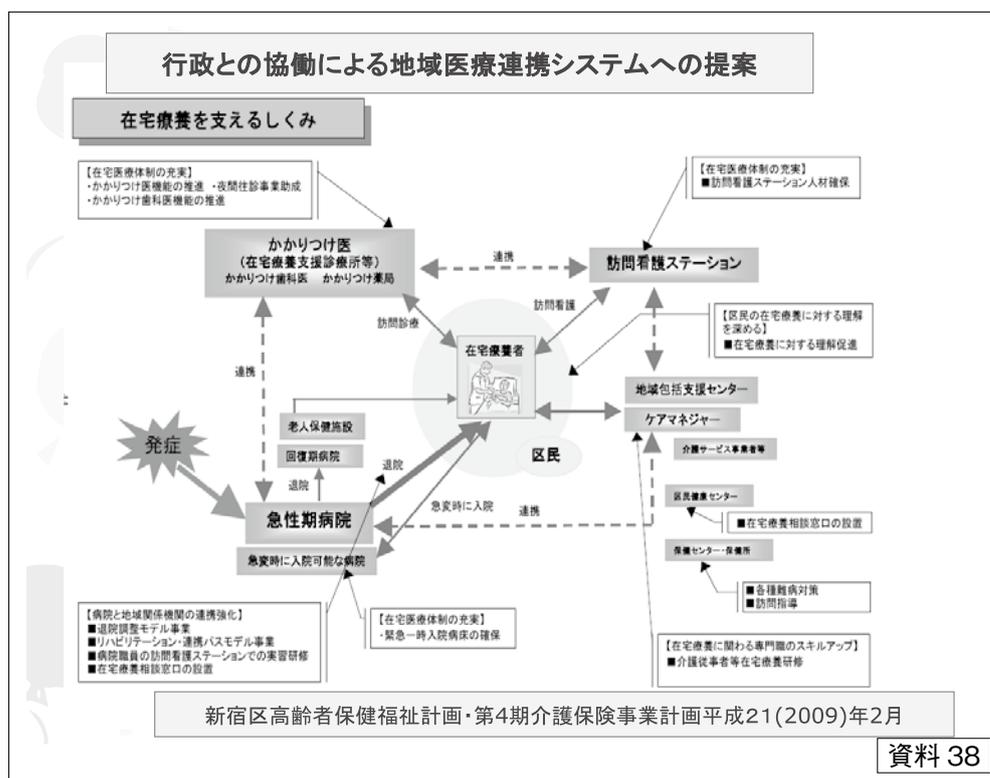
平成21年2月に「新宿区高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画」が出されています。つまり平成20年度に4期に向けて策定されたものが21年度から3年間、そして24年度から第5期が動きます。これはほとんど踏襲されます。これがポンチ絵です。在宅療養の推進を重点施策に挙げていただき、新宿区内での医師看護師、地域包括、ケアマネジャー、病院、回復期のリハ等も含めて、在宅療養者を中心として、急性期の発症をしたときに、そういうところに行きながら、また速やかに戻ってこられるためには、どういうことが必要か。黒ポチ印は平成21年度の新規事業として採択を受け、新宿区ですの一つ一つは非常に少ないですが予算が付きました。この3つ目に、「病院職員の訪問看護ステーションでの実習研修」を入れていただきました。

急性期の病院の方たちに、在宅での患者の様子がよく分かるように、訪問看護ステーションで一人当たり3日間ずつ実習をし、その実習研修費を新宿区、行政がステーションに払うという仕組みを、この中に取り込んでいただきました。

もう一つ、病院がたくさんある地域です。住民の多くはかかりつけ医は病院の医師だと思っています。そうではなくて、かかりつけ医を持ちましょう。そして在宅療養も可能ですよという仕組みへの啓蒙、啓発、そういうこともしていこう。それから在宅療養相談窓口を設置しよう。このような全体を見渡した在宅療養の推進、支える仕組みを新宿区では21年度からやっています。(資料38)

在宅療養推進シンポジウムを継続

そして、区民へ向けたシンポジウム、区民のための啓発、教育のための啓発活動を行っています。2007年からNPO法人白十字在宅ボランティアの会が企画をしながら、訪問看護ステーションに関わって実際に在宅で介護をしたご家族が壇上に上がって話をしてくれる。そういう企画をずっと続けてきました。これは区民だけ



でなく病院関係者などさまざまな方が参加してください。そして2010年、平成22年11月2日、これを聞きに来ていた空き店舗のオーナーが協力を申し出てくれました。(資料39)

都営戸山ハイツの空き店舗活用し、相談支援の「暮らしの保健室」開設(H23.7.1)

その空き店舗が、先ほど新宿区の都営戸山ハイツの位置を示したところです。戸山団地と戸山ハイツは違って、戸山団地は山手線の外側です。戸山ハイツは内側にあって、元の陸軍演習場の跡地に戦後に建てられた団地です。昭和40年代に建て替えがあり、一部高層になっていますが、中低層の団地もあります。現在3017戸、人口約6,000人です。そして高齢化率はグングン上がり、今年47%です。50%を超えますと限界集落と言われます。新宿区全体では高齢化率20%の中、この戸山ハイツがある戸山2丁目だけダントツに高齢化が進んでいます。一人暮らしも多いです。(資料40)

その地域に「暮らしの保健室」を開設しました。牛込地区ということで医師会とも協力しながら在宅医療連携拠点事業を展開する、その一つの場所として、先ほどのシンポジウムを聞きに来てくださった方に安く提供していただいた空き店舗を改修して、この「暮らしの保健室」を始めたということです。ここに来る相談の中身から、さまざまな連携の具体的な事例が見えてきます。

実を申しますと、モデルにしているのは、連携拠点うんぬんではなくて、イギリスで始まりました、マギーズ・キャンサー・ケアリング・センターという、がんの相談支援の新しいかたちです。忘れもしません、実はこの同じ会場で、国際がん看護セミナーがあり、私も日本のがんの在宅の家族への支援について発表させていただきました。そのときに同じグループの中で、イギリスのエジンバラからマギーズ・セン

ターのセンター長であるアンドリューという看護師さんが、マギーズ・センターの話をしてくださいました。イギリスでもがん患者は多い。すごく大きな、がんの拠点病院、治療病院が立っている。でもやはり待ち時間は長く、向こうでは7分の診療と言うそうです。日本では3分とか5分とかですが、7分しか医師と話ができない。そういう中では十分な相談ができず、悩んでいる人が多い。それをマギーさんという乳がんの患者さんが、自分が受けた診療の状態を憂いて、こういう場所をつくりたいということを提案し、エジンバラに第1号のマギーズ・センターができたのが1997年です。それから数年間の間に9カ所に広がっています。

在宅療養推進シンポジウムを継続

- 2007年からの取り組み NPOの活動が評価され区主催となる
- 区民のみでなく区内で働くケアマネや病院関係者なども聴衆として参加
- ★聴衆の一人が空き店舗のオーナーで協力を申し出てくださる



資料 39

都営戸山ハイツの空き店舗活用し、相談支援の「暮らしの保健室」開設(H23.7.1)



3017戸 人口5,890人
(65歳以上 2686名)
高齢化率45.6% H23.3.1
46.3% H23.7.1

資料 40

そのスタイルを少しまねています。私は日本でも、このがんの相談支援は絶対いると。訪問看護で在宅ホスピス、がんの末期の人の看取りまでをやってきて、この方たちが、ここにいたる前の段階で、どうして相談支援が十分に受けられてこなかったか。その仕組みというものを大変残念に思ってきましたので、こういう相談支援の場所を開きたいと思いました。そして実を言うと、こういう場所を開けて、在宅医療、連携拠点事業も

一緒にやりながら考えていくスタイルをとったということです。(資料41)

そして昨年7月1日にオープンしました。ですから、がん患者さんとご家族からの相談にのるということも2番目に挙げています。(資料42)

誰に聞けばいいかわからない 困りごとはありませんか？

暮らしの保健室 は、地域にお住まいの方々の暮らしや健康、医療、介護のご相談をお受けします。

お医者さんには、こう言われたけれど、意味がよくわからない...

主人が退院するのだけれど、住まってくれるお医者さんはどこにいるのかしら？

こういうことはお医者さんにどうやって聞けばいいのかな？

地域の医療機関について知りたい

- 地域の医療・介護状況を熟知した相談員(医師・介護従事者が当番で担当いたします)が、ご地域にお住まいのみなさまほか、地域の方々からの健康や生活の相談に応じます。
- 医療コーディネーターとしての役割を持ち、在宅医療も連携した看護が相談にのり、退院調整にあたります。
- がん患者さんとご家族の相談にのります。
- 地域包括支援センターとも連携し、地域のみなさまを支援する窓口となります。
- 地域の診療所のお医者さんにも、介護・福祉の情報を提供いたします。お医者さんからのさまざまなお相談にも適切に対応できる窓口を目指します。

お茶をのみながらゆったりすごせる 地域のみなさまに開かれた場所です

ボランティアスタッフが お迎えします！

看護師がお薬の 飲み合わせの 相談に応じます

地域の医療機関の 検診コーナーも あります

健康に関する 勉強会を開催します

暮らしの保健室
東京都新宿区戸山2-33
戸山ハイツ33号棟1F 東店街
月～金 9時～5時

資料 41

暮らしの保健室
くらしのほけんしつ

2011年7月1日(金) オープン

暮らしの保健室では

- 地域にお住まいの方々の、暮らしや健康、医療、介護などの相談をお受けします。地域の医療・介護状況を熟知した相談員(医師・介護従事者が当番で担当いたします)が、対応します。
- がん患者さんとご家族からの相談にのります。専門家(看護師)が、がんと共に生きる方、そのご家族など周りの方々の相談に応じます。
- 病院と地域のお医者さんの橋渡しをします。医療コーディネーターとしての役割を持ち、在宅医療も連携した看護が相談にのり、退院調整にあたります。
- 医療機関の検診ができます。相談員が医療機関を案内し、ご紹介します。暮らしの保健室でご自分で調べられることもできます。
- 健康や暮らしに関する勉強会をひらきます。7月4日～14日までは、毎日「戸山ハイツ 読水・餅中症予防ミニ講演会」を開催します(参加費無料)。その他定期的に勉強会をひらきます。
- 介護・福祉の情報を提供します。住民の方々はもちろん、地域の診療所のお医者さんにも、介護・福祉の最新情報を提供します。お医者さんからのさまざまなお相談にも適切に対応できる窓口をめざします。

お茶をのみながらくつろげる
地域のみなさまに開かれた場所です

暮らしの保健室 所在地 ▶ 東京都新宿区戸山2-33 戸山ハイツ33号棟1F 東店街
所在地と交通は地図をご覧ください 月～金 9時～5時(土日祝日はイベント時のみオープン)

お問い合わせ ▶▶▶ 電話 / 03-3268-1815 e-mail / hakujuji@muse.ocn.ne.jp

資料 42

既存の行政による相談室との比較

46.3%の高齢化率ということで、実際に来られた方たちは、80代、70代、60代とやはり高齢の方が多く、ほとんどが来訪ですが一部電話です。電話は遠く関西や静岡など都内だけでなくいろいろなところから受けています。主な相談者は住民です。全利用者663名中、医療相談者は285名、これは7月から12月ですが、7月から6月末の1年間で約1,500人が訪れ、その半数が医療相談、そのうち2割ががん相談です。ケアマネさんなど地域包括から訪問看護の使い方などの相談なども入っています。住民も多いですけれども、同じ目線、同じ場所で入りやすいという特徴があるかと思いいこの数字を出しています。(資料43)

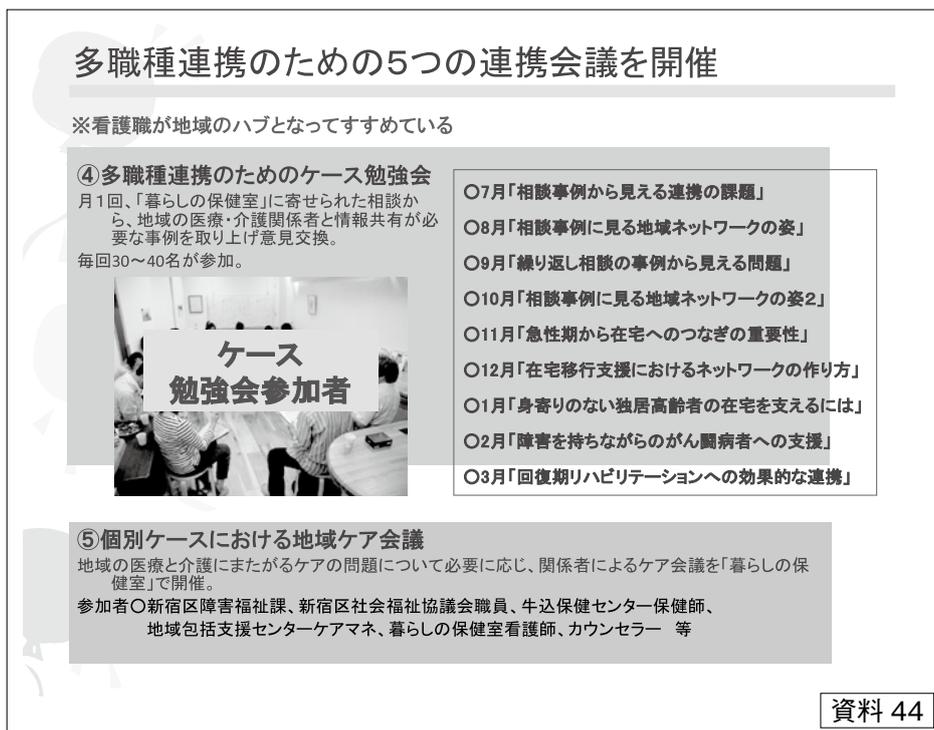
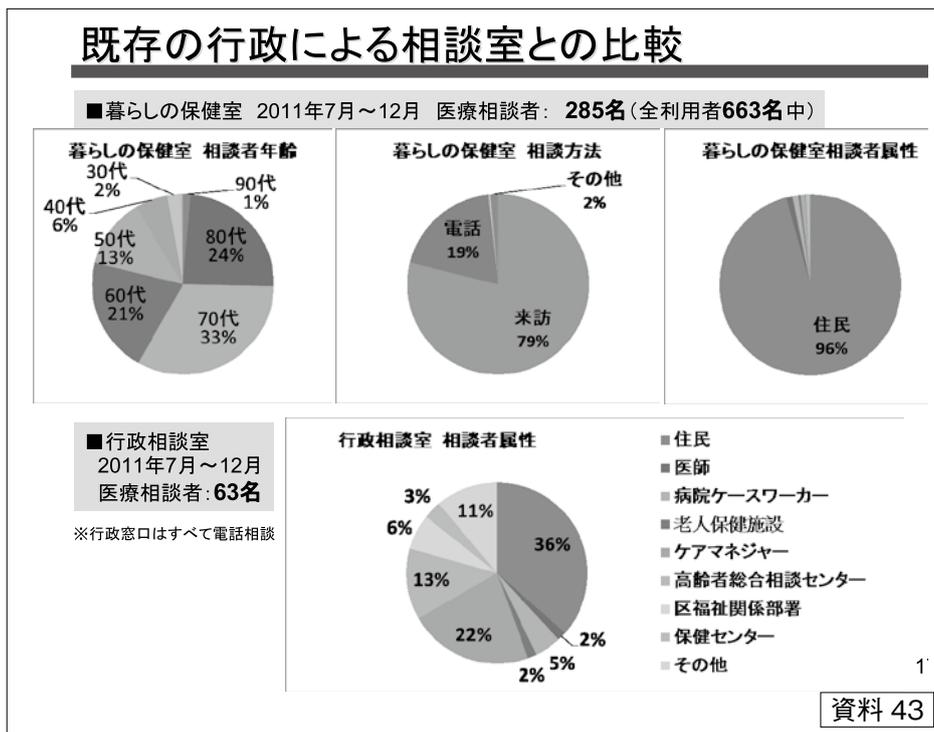
多職種連携のための5つの連携会議を開催

さまざまな課題を検討するために、多職種連携のためのケース勉強会を、テーマを決めて毎月やってきました。毎月やっていく中で、もう一つ、先の地域ケア会議として、地域の医療・介護にまたがるケアの問題について、必要に応じ介護だけでなく行政、保健センターの保健士さん、障害の方、社協の方などで、地域全体のケア会議に発展をさせるようなことを行ってきています。(資料44)

ケース勉強会の主な参加者

=多彩な立場の医療・介護連携多職種

そしてここに集まる人たちは、このように多職種、多彩です。看護職もたくさん入りますが、それぞれ立場が違います。医師も勿論参加をします。薬剤師、ケースワーカーもいます。(資料45)



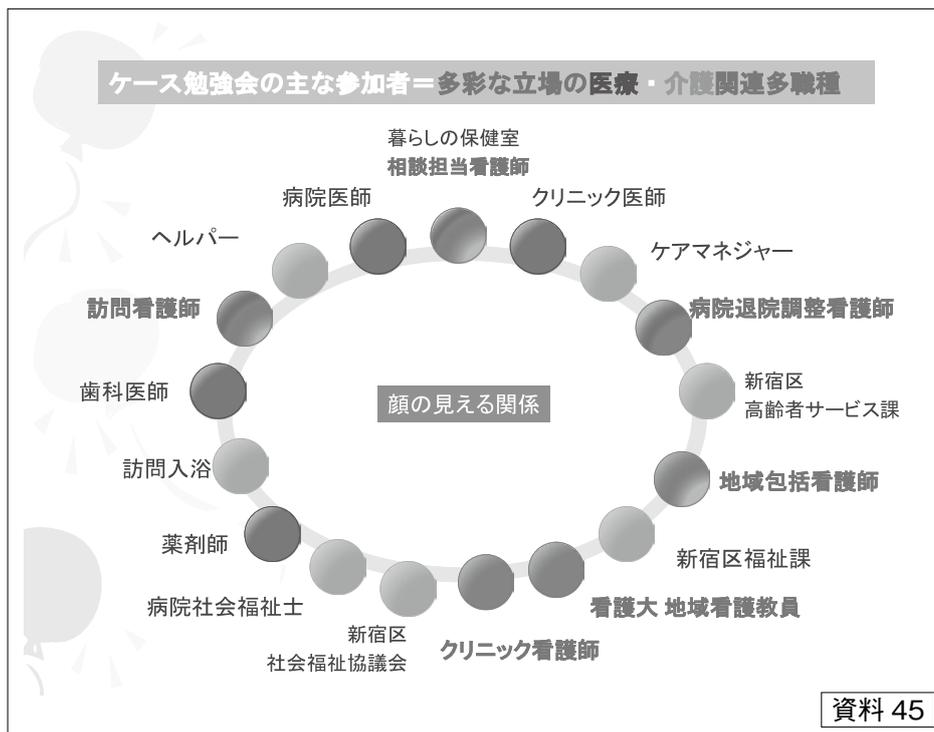
多職種連携のための会議で課題が明らかに

こういう会議を開いていきますと、実際、病院の中で見えている景色と地域で見えている景色が違うことが明らかになってきます。看護師は、「高齢者や障害者の不安には、想像していた以上の不安があるとわかった」と。ケアマネジャーさんの声として、「実際の現場で医師がどのように苦勞をしているか勉強になった」。やはり医師との距離が遠い、直接話すことはできにくいので、こんなことが素直に感想として出てきます。「医療的な知識の不足を感じている」。ケアマネジャーさんは、今ほとんどが元の基礎資格が介護職です。7割8割は介護職です。やはり医療的な知識が不足だと。不足ならその知識を身に付けなければいいということではなくて、医療ニーズがあると見たら早めに医療職をチームの中に入れる。そういう行動に出てもらわないといけない。「やっぱり足りないんだよね」ということで、早めにそういう人とつながっておこうという意識につながっていくということです。

また、「地域包括支援センター職員は担当ケース対応に追われすぎて世帯支援等幅広く考え対応する余裕がつかれていない」と、包括のセンター長が言っています。実際はやっていることは地域包括でやっていることと一緒にじゃないかという意見も出てきます。でも地域

包括は今、常に相談ケースが400人くらい待機のリストに載っていて、起こったあとから火消しをするということで精いっぱいだと。ですからお互いに連携し合うことがすごく大事で、補完し合いながら、教育をし合いながらということが必要だということが出てきています。

連携推進室看護師さんは、「病院の中にいる



多職種連携のための会議で課題が明らかに

～ケース勉強会参加者の声より～

病院	介護、地域
<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者や障害者の不安には、想像していた以上の課題があるとわかった。(看護師) ・病院がいかに自己完結的な意味狭い環境(施設)であるかを実感した。(医師) ・生活を支援することの大変さ、複雑さが非常によく分かった。(MSW) ・病院の中にいると暮らしの中の問題はやはり見えてこない。病院で関わる立場の者が何ができるのか、考えていきたい。(連携推進室看護師) ・「病棟ナース→地域、在宅」がどうなっているのか、十分に見えていない。MSWや訪問看護師(病棟所属)と話す程度で分かったつもりになっていた。(看護師) 	<ul style="list-style-type: none"> ・実際の在宅の現場で医師がどのように苦勞しているか勉強になった。(ケアマネジャー) ・医療的な知識の不足を感じている。(ケアマネジャー) ・地域包括支援センター職員は担当ケース対応に追われすぎて世帯支援等幅広く考え対応する余裕がつかれていない。(地域包括支援センター所長) ・公的な支援だけでは支えられない人の支援はとて大変であると同時に難しい。(区保健師)

と暮らしの中の問題はやはり見えてこない。病院で関わる立場の者が何ができるのか、考えていきたい」と。地域の中で見えていることと、病院の中だけで考えていることは違うから、やはり早く話し合っていかなければいけないと。

やはりこういうことをずっとやっていくと、お互いにちゃんと認識ができるようになる。違いを越えて同じゴールに向かうために、お互いに何ができるかという具体的な話し合いにつながっていくということだと思います。

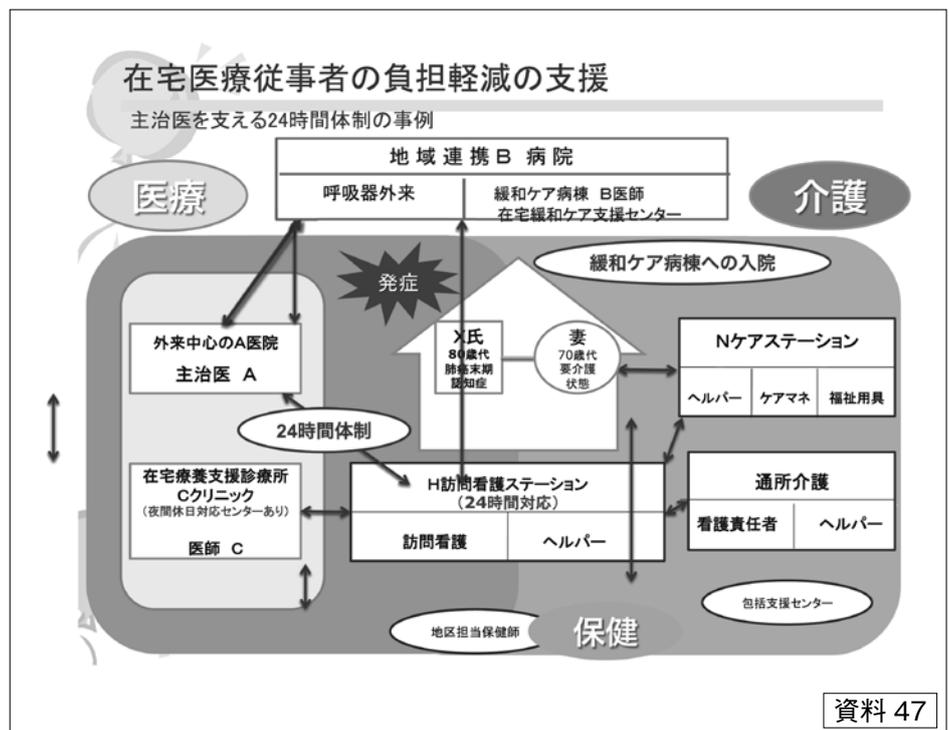
(資料46)

在宅医療従事者の負担軽減の支援 主治医を支える24時間体制の事例

もう一つ、新宿区の牛込地区の地区医師会と協力した、認知症のあるがん末期の方の事例です。この方は、主治医Aが認知症メインでみていましたが、あるとき長引く咳で、肝臓がんの肺転移でしたか、肝臓と肺にがんがあることが分かりました。しかし認知症が進んだ状態なので、緩和的なケアをしようということでした。普通、認知症があると病識がないということで緩和ケア病棟はとってくれません。しかし穏やかな方なので、地域連携B病院の中にある緩和ケア病棟に一時入院して症状緩和を図りました。A主治医は外来中心の一人主治医です。元は外科でがんの人をみていましたが、今は一人で外来をやっているの、ちょっと難しいなという感じでした。緩和ケア病棟に行ったあとでこの先生に聞きましたら、「いや、あのとき万々歳と思ったんだよ」と言われました。「いやいや、でも先生」と、この人の奥さんも、要介護状態で老年精神病という状態で、保健士さんもかかっている、この人のことが心配で早く帰りたいと言ってい

る。帰してあげたいというその思いで帰ってくるのに、それでは困るよと。そこを補強するために、地区医師会の先生で、在宅専門にしているCクリニックの先生が、副主治医のようにして入ってバックアップすることになり、一度往診に同行してもらいました。何かあってすぐに行けないときは、こちらの先生が対応するというので、その調整役も訪問看護が入りました。ヘルパーステーションが2カ所、途中まで通所介護にも行っています。成年後見も入るので地域包括も関わっています。そういうことで、この人のところで医療も介護も保健も緩和も含めたネットワークが組めました。最終的には11時30分ごろに自宅で亡くなりました。ちょうど医師がお昼休みの時間に訪問してくださって死亡診断がなされました。

この医療従事者の負担軽減の支援として、こういう体制を地域の中でつくるために調整をしていく。それも一つの連携拠点の事業です。この成功事例を、牛込地区医師会で報告しました。一人開業の先生がこのグループと組みながらやれる、こういう体制でいくといいのではないかと。看取りということではなくても、医療処置があって、気管カニューレが抜けてしまって、呼ばれたときに自分が行けないときもあるとか、



資料 47

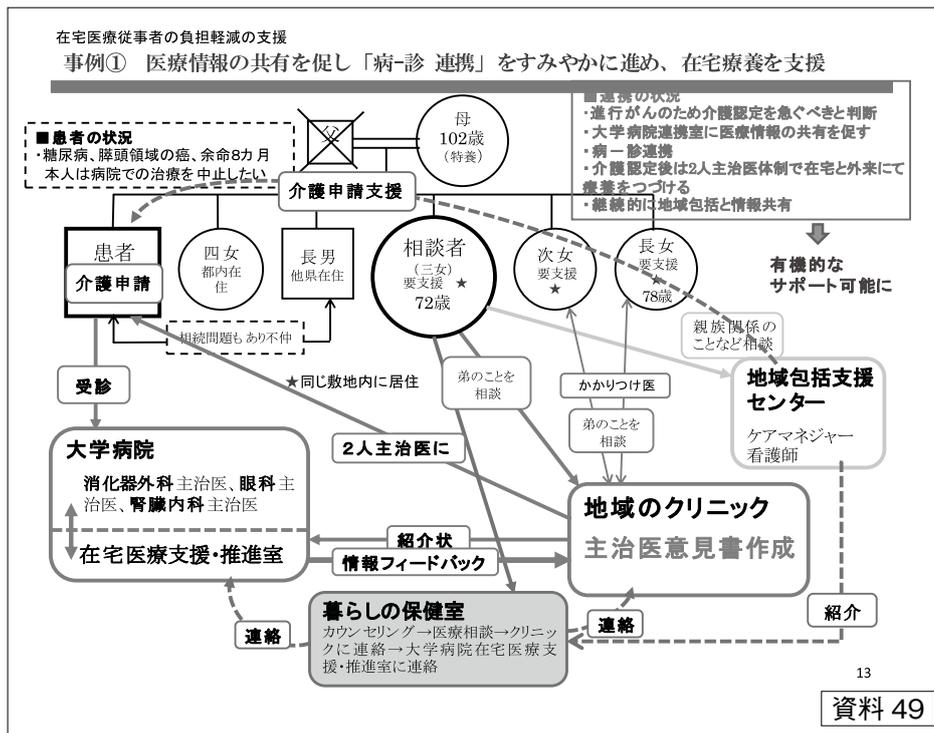
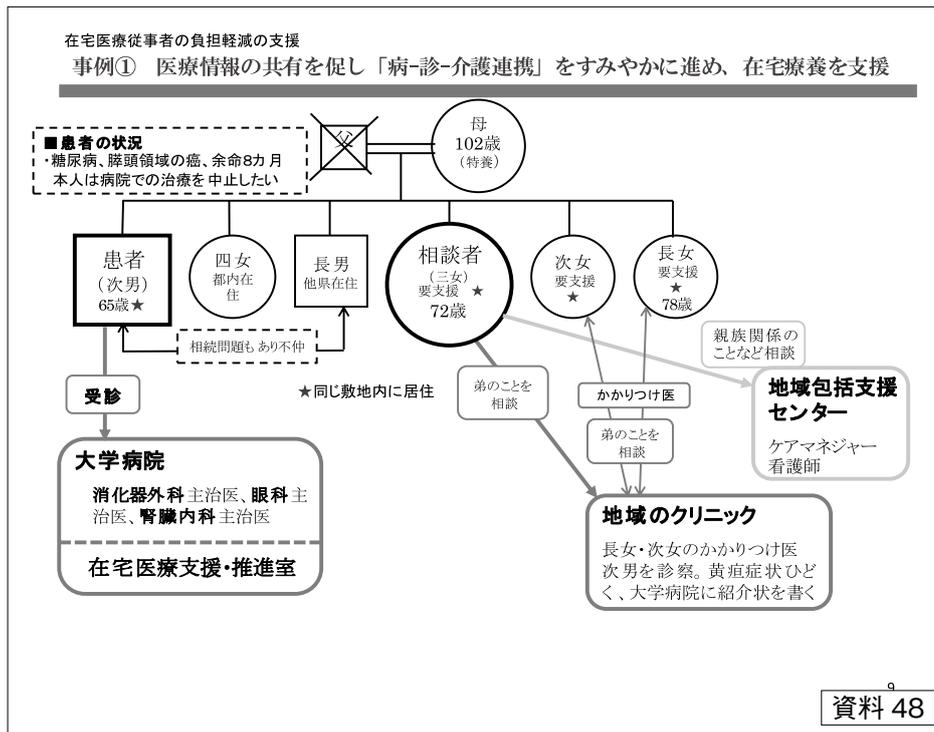
さまざまそういう気になる方を、その先生と組んでやるという体制が地域の中にでき始めています。(資料47)

たら?」と。この人が、地域包括支援センターに毎度毎度相談に来て長い時間を使っていたものだから、こちらに紹介がきました。

そこで、ゆくゆく介護申請が必要ですので、介護保険の主治医意見書を、大学病院に頼みますと専門分化しておりますので、消化器外科は消化器のことだけ、腎臓内科は腎臓のことだけ

事例① 医療情報の共有を促し「病-診-介護連携」をすみやかに進め、在宅療養を支援

次に、暮らしの保健室で相談を受けた事例で典型的なものを紹介します。この中で医療連携の話がどのように出てくるかということです。相談者は自分の弟さんのことで地域包括に相談に来ました。がんが見つかり、今は落ち着いているけれども、そのうち介護が必要になってきそうだ。お姉さん二人も要介護状態、母親は特養、自分も人工透析を受けているという状態で、「もう、どうしようかしら」という家族問題も含んでいました。この地域のクリニックの先生に相談をして、オーダーも出ていたので、まず紹介状を書いてもらい大学病院に行って胆汁の流れをよくする措置を受けました。帰ってきて、病院からは抗がん剤を進められているんだけど、本人は病院での治療を中止したいと思っている。そこそこ今は落ち着いていて普通に生活ができるということでした。がんのこともあるし家族関係もあるし、いろいろあるので、「暮らしの保健室へゆっくり相談に行っ



ということになっていきます。ですから地域のクリニックの先生に頼もうと連絡をしました。「いや、大学病院に紹介をしたんだけどね、全然情報が戻ってきていないから、ぼくは書けないよ」とあっさり言われました。「ああ、そうですか」と言って、大学病院に連絡をしました。個人情報ですので、普通は単純にカルテの中のことを確かめてくれなどということは通用しませんが、日ごろから勉強会をして顔の見える関係ができていたので見てくれました。電話の向こうで電子カルテを開けて見てくれて、「単純に情報が戻っていないだけです。すぐに送ります」と言って送っていただきました。大学病院の先生に直ではなくて、病院の中の連携する在宅医療支援・推進室とうまくつながっているということです。そうして地域のクリニックの先生に情報がフィードバックされ、介護支援の申請をして、大学病院と自分とで二人主治医体制でみるというのはいいねということになり、この有機的なサポートが可能になります。

地域の先生が主治医意見書を書くと、家族関係を含めて、腎臓も消化器も併せて、その人の状態をきちんと書いていただくことができます。すごくいいことだと思います。いざとなれば往診してもらえる。この体制になっていくための情報の共有のあり方ですね。単に機械を使ってどうこうではなく、人と人をつなげてうまくそこが有機的にいく。そこをこの地域型の連携でやっていくということが一つです。

(資料48, 49)

事例②

望ましい情報共有の流れを促進し、在宅療養におけるQOL向上

もう一つ、89歳で、ものが飲み込みにくい。そしてすごく耳が遠い。「説明がよく聞こえないが何度も聞き返せない→病院：医師としては説明したつもり」ということです。この人が飲み込みにくいといって、半年前にK病院を受診しました。胃カメラを撮りましたがそのときは移りません。うちの問題ではないと言って、耳鼻科に回されましたが耳鼻科でも何でもない。年も年ですし飲み込みにくさは時々あるでしょ

うと。近くの先生にみてもらい、ここで血圧の薬が出されていきました。血圧の薬がのどにつまって苦しくなって、近くの耳鼻科のクリニックに行った。そのときすでに薬がつかかったその下にちょっと赤い晴れたものが見える。この先生、実はK病院から出向していました。すぐにこちらにもう一回行きなさいと言って、半年後、初めて食道がんという診断でした。

この人は、放射線治療は受けたくない。家で最期を迎えたいと思い、もとのかかりつけ医であるNクリニックにみてほしい。食べ物が飲み込みづらくて困っているという問題を抱えていました。病院は、手術は無理で放射線ですね。うまく同意を取りつけているようにみえますが、本人は耳が遠くてよく聞こえない。画面のほうを見て、マスクをしてこしょこしょ言われた医師の説明は、自分にはほとんど聞こえなかったと。自分のほうを向いて、しっかり口が動くように話をしてくれないと自分は分からない。だけど聞き返せないの、身を乗り出すと、うなずくように思われて、放射線科に行って放射線の台に乗って、胸に黒い筋を付けられたとたん、これは大変だと思って、その台から飛び降り、病院を飛び出してきたんだと言って、次の日に暮らしの保健室にやってきました。

病院は困って、その病院の連携先の在宅医に連絡をとるよう、この患者さんに言います。食べられなくなり、すぐに高カロリー輸液が必要となるから、と説明され診療情報提供書も書いてくれたのですが、この人にとっては、その在宅の先生は知らない医者であるわけです。私たちからしたら、この先生は在宅の分野では有名です。でも、この人にとっては有名でも何でもないわけで、「自分をどうかしようと思って何かたくらんでいる。そんなところには行きたくない」と言って、保健室に相談にきたわけです。

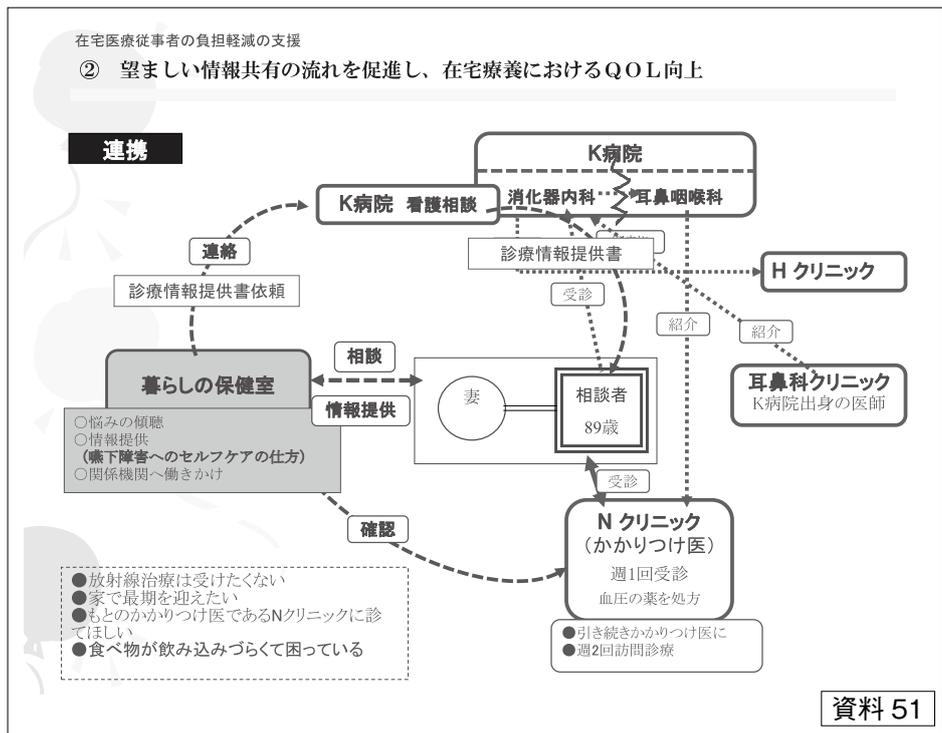
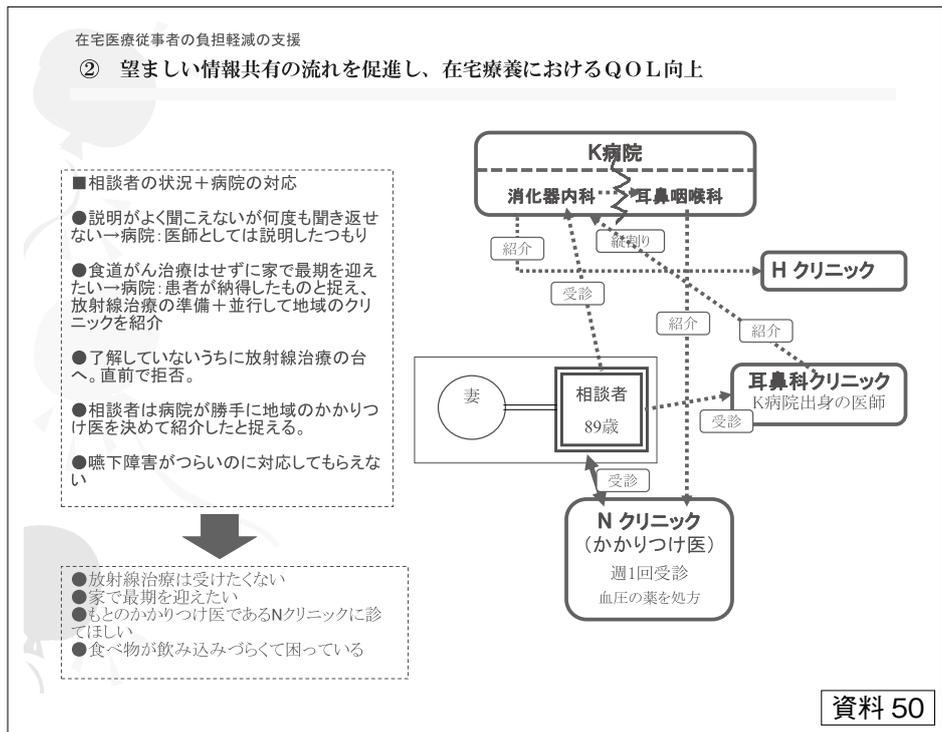
いろいろ話を聞いた結果、やはり長くかかっているNクリニックがいいとのことで、では、「Nクリニックの先生がみてくれるかどうかを確かめればいいですね」と。そして訪問診療が可能だということが分かりました。そこでK病院の看護相談に連絡をし、情報提供を依頼しました。そして今月2回のNクリニックによる訪問

診療になっています。

この方は耳が遠いので、大きな声でしゃべりづめです。「のどが渇きませんか」といったら、「のどが渇いている」と。お茶を進めたら、「お茶はさらさらで、むせて飲みにくいんだ」と。たまたま熱中症対策のために、コマーシャルになりますが、大塚製薬工場さんが出しているOS-1のゼリーの試供品を冷蔵庫で冷やしていました。それを出して、「これを飲んでみてください」と言ったら、それがツールと全然むせずに入ったんです。しかも「こんなおいしいもの」と言われました。経口補水液は、少し塩分があるので、脱水が起こりかけた人にはおいしく感じますが、脱水が起っていない人には甘しょっぱいですが、この人はおいしいと言われました。

そして、「こういうことを最初の半年前から聞いたかったんだ」と言われました。この方、半年間で体重減少もあります。診断がつかないと何の生活指導もされない。病院というのはそういうところだ。別に、いい悪いではなく、在宅側の視点は生活で困っていることにはまず視点をよせますので、これが飲めるということは、そんなにすぐにあきらめないでもいいんじゃないでしょうか。このくらいのとろみだったら、ほかの栄養剤などに、とろみをつけて飲むこと

もできる。例えばエンシュア・リキッドとかというものを、処方箋で薬を出してもらって、そこにとろみをつけて飲んだりすることもできます。ゼリー状になったこういうものだったら食べられるでしょう。今、数カ月たっていますが、病院ではあと数カ月、IVH(高カロリー輸液)だと言われたんですが、89歳という年齢もあって、穏やか



にぼちぼちと生きておられるわけです。

そういう見方の違いを越えて、どうやって連携していくかというあたりで、やはりつなぎ役、通訳がいるなというところなんです。その違いの際立った例がこの人だったと思います。

(資料50, 51)

事例③

介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える

こういう方もたくさんいます。実は87歳で要支援2の認定が下りています。活発にいろいろな活動をする人なのですが、高層マンションの8階に住んでいて、去年の地震のあと余震がある度に建物が揺れるわけです。そうすると自分の身体がおかしくなるとめまいがあるのか、地震なのか分からなくなった。それで眠りが浅くなる、ご飯を食べなくなる。それで便秘になる。時々おなかが痛い、熱が出る。救急車を呼んで時々病院に行って、いろいろ調べられるけど何でもない。「年のせいでしょう」ということで帰されるということでした。

しかも朝方になるとすごく不安になって、朝の4時半とか5時ごろに、「一人でいるのが怖いから一緒にいてほしい」と言って隣近所に泣きつく。それを何回かしたら隣近所の人と関係悪化です。「あんたばかりが年をとっているわけじゃない。みんなも同じ思いで住んでいるんだから、来るな」と言われたんですね。この人は今までいろいろなところと関係ができていますが、例えば要支援の予防プランを立てているケアマネさんも代わって不安だと。要支援で予防のデイサービス、通所を進められたが、予防のデイは行きたくない。それは老健事業、地域支援事業の、福祉法でやっている老人クラブで、お金を少し出しただけで、ここでご飯を食べられたりするところに、週に2回ほど行って、歌を歌ったりしています。近所で関係が悪化したから、こっちの大切な関係を守るために、デイサービスを使ってはいけないと言われるわけです。制度のはざまに落ちていくんです。そうすると、「私はやっぱり一人だわ」と。子どももないし、どこも頼る先がないから、どこか

別のところに住み替えましょうということで、また地域包括支援センターに相談に行くわけです。でもここはたくさんさんの相談事例をいっぱい抱えていて、いちいち1時間も居座ってしゃべるおばあさんに付き合ってもらえないから、有料のホームの紹介のリーフレットのようなものを6枚握りしめて、暮らしの保健室にやってきました。

それで何をしたかと言うと、まずゆっくり話を聞きました。どういうところからどんなことで、なぜそうなったのか。本当に時々体の具合も悪くなっているようだ。それはどうも便通の調整がうまくいっていない。ちょっと痔もあって、便が硬くなると具合が悪い。そういうことも分かってきました。よくよく話を聞きながら、どうしたいかを聞き、有料ホームを捜したりもしました。要介護1以上でないと、安く入れる特別養護老人ホームは申し込みさえできません。この人は、そこまでもいっていない。そこそこ自立をしている。だけど非常に不安だと。そして年金が1月10万円以下です。その10万円以下の範疇で、例えば高齢者専用の賃貸住宅やサービス付住宅を、パンフレットを見ながら関西近辺で探す。それを一緒にやってきました。

この地域のお年寄りには、多くが消費者被害にあっています。羽根布団を買わされた。浄水器を買わされた。ですから自分の電話番号や住所を明かすことにすごく用心深いです。しかし有料ホームの案内、パンフレットは住所や電話番号を知らせないと送ってもらえません。それなら暮らしの保健室に送ってもらって、それが着いたところに相談をしましょうかということにして、ゆっくり相談にのっていきました。

結局のところ、やはり高くても見つからないわけです。今の都営住宅で、そこそこ不安なく暮らすために、どういう工夫があるかを考えていけば、今のところで暮らしていけそうだと。最終的にはあまりお金を使いたくないと言いながら、予防の訪問看護を30分ずつ月2回使うことにしました。薬の調整がちゃんとしていないということや、24時間の緊急コールも使えるということを考えて、通院ができる状態ですけれど、地域包括のケアマネジャーさんと相談して、そ

れを使って土日でも何かあったら電話で相談できる先をつくりました。暮らしの保健室は24時間体制ではありません。そうして具体的なサービスに結び付けて、この人はとても元気に暮らせるようになっていきます。

結果として、むやみに救急車を呼ばない、受療行動の変容が起っています。

地域のさまざまなサービス提供者が、それぞれ個別に関わっていただけども、いったん全員に集まってもらって、一緒にこの人のことを考える地域ケア会議を開き、情報共有による多面的サポートができるようになりました。

今日は画像を持ってきていませんが、この方は6月27日の教育テレビの「ハートネットTV」に登場してくれています。とても素直にいろいろな感情を出して、そして「本当にここから逃げ出したかったのね。だけど今は大丈夫。もうちょっと頑張ってみようと思う」という感想を述べておられます。

最初に来たときは顔色も悪くて下を向いた状態の人が、徐々に変わっていく過程を、この暮らしの保健室をやっていく中で、今体験をしているという状態です。

ここに書いています「QOLの増進」ということですが、できれば寝付きたくない。夫は寝たきりになって何年もお世話をして最後は吸引器も使っ

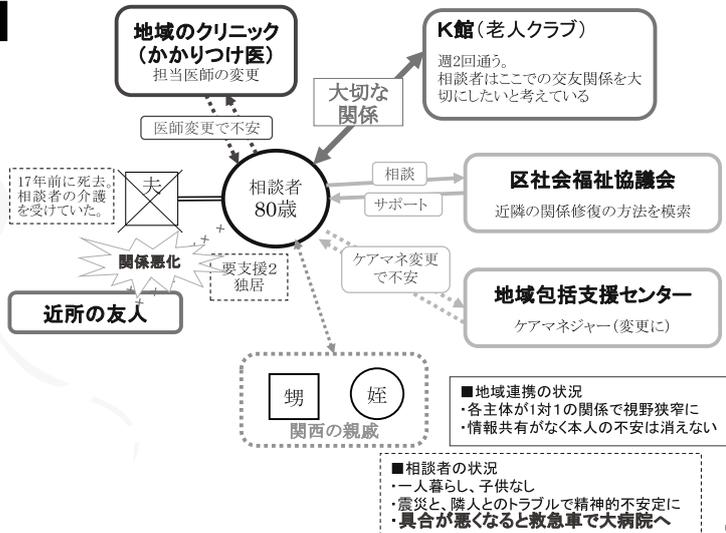
た。ああはなりたくない。でもひとりだからとても不安だ。こういう人はたくさんいます。どのようにして、この人たちの健康寿命を延ばしていくことが課題だと思います。

もっと大事なことは、このようにこじれる前に、この人たちがより健康に過ごすためには、地域の中でどういったサポート体制をつくらばいい

効果的な連携のための多職種連携

事例③ 介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える

連携前



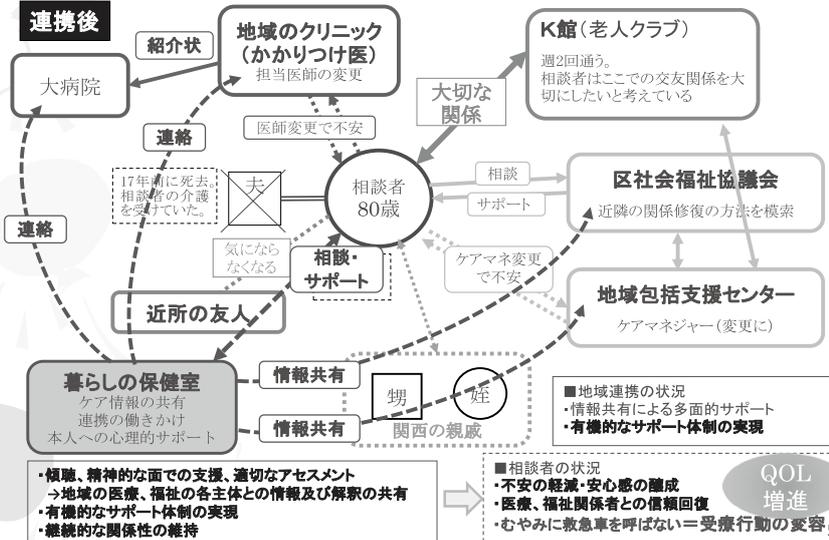
54

資料 52

効果的な連携のための多職種連携

事例③ 介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える

連携後



資料 53

いのかということです。やはり気軽な医療も含んだ相談支援の場があることは、とても大事なことだということが、1年間やってきて見えてきました。そこから見えてきたことを医療機関も含めて、さまざまな多職種連携の会議にかけていくと、例えば外来を訪れるときとか、いろいろな対応とか、こちらからの問い合わせに対しても有効に情報共有ができるようになってきているという現実があります。(資料52, 53)

穏やかな老化の過程を支援していきたい ～ 医療・介護の一体的な提供 ～

「穏やかな老化の過程を支援していきたい ～ 医療・介護の一体的な提供」と書かせていただきました。実際に「神経難病・頭頸部がんなども含めて、経管栄養が必要な病態もあり」、そういう中度、中装備という言い方はおかしいですが、いろいろな医療措置が付いた人も勿論在宅可能です。でも重装備にならないようにしながら、穏やかな老化の過程を経ていく。私たちが、ずっと少し予防的に入っていると、亡くなる

最後の2週間、重装備になっていないんです。酸素をちょっと使ったり、ちょっと吸引をしたりということはありますが、本当に穏やかな老衰パターンで亡くなる方をたくさん見てきました。そういうことも含めて、「食べられなくなったらどうするかを、エンディングノートも参考にしながら自分の最後をデザインできる時代ではないか？」と。それまでなるべく健康に過ごす。そのために予防的な視点が強調されていかなければいけないと思います。

そういう意味で、「あまりに安易に胃瘻を勧められることへの反論」は私の中にあります。ただ、本当に食べられなくて、始終点滴ということからすると、一部胃瘻を使いながら、栄養を上げていくことは必要な場合もありますので、勿論協議をしていく必要があります。

「丁寧なケアには医療と介護の一体的提供とチームアプローチが必要でありそのための地域づくりを！」「その実現には予防からの視点が不可欠！」ではないだろうかということです。(資料54)

穏やかな老化の過程を支援していきたい～医療・介護の一体的な提供

- 神経難病・頭頸部がんなども含めて、経管栄養が必要な病態もあり、その方々の在宅支援は可能
- 超高齢化社会、食べられなくなったらどうするかを、エンディングノートも参考にしながら自分の最後をデザインできる時代ではないか？
- あまりに安易に胃瘻を勧められることへ反論
- 丁寧なケアには医療と介護の一体的提供とチームアプローチが必要でありそのための地域づくりを！
- その実現には予防からの視点が不可欠！

資料 54

平成24年度在宅医療連携拠点事業採択予定者

これが105カ所のリストです。この中で、一部復興枠できているものもあります。さまざまな設置主体が選ばれています。在宅療養支援診療所が目立ちますが、それだけではありません。行政が手を挙げたところもあります。宮崎では薬局が手を挙げています。さまざまなところが手を挙げていて、復興枠も含めて105カ所です。23年度の、私たちのような10カ所プラスで95カ所が増えて105カ所になっています。

在宅療養拠点事業には、課題が5つあります。例えば情報共有のやり方を工夫するなど、いろいろな課題があります。今朝もこの105カ所を行脚して歩くおつもりかなと思いましたが、「iPadを使った情報共有はいかがでしょうか」というようなことで、ソフトバンクの方が売り込みに来られました。いろいろな機器などの売り込みに、この105カ所をめがけて、ビジネスチャンスと思って回って来られるのかなとちょっと思っています。(資料55～57)

平成24年度在宅医療連携拠点事業採択予定者

都道府県	市区町村	施設名
1北海道	札幌市手稲区	医療法人漢仁会 手稲家庭医療クリニック。
1北海道	札幌市東区	医療法人社団豊生会 東豊診療所。
1北海道	札幌市豊平区	社会医療法人 恵和会 西豊病院。
1北海道	夕張市	夕張市立診療所。
2青森県	十和田市	十和田市立中央病院。
3岩手県	盛岡市	もりおか住診クリニック。
3岩手県	釜石市	釜石市。
4宮城県	仙台市青葉区	仙台住診クリニック。
4宮城県	名取市	医療法人社団 真秋会。
4宮城県	石巻市	石巻市立病院形成医療センター。
4宮城県	気仙沼市	本吉病院地域推進室。
5秋田県	秋田市	JIA秋田厚生連秋田総合病院。
5秋田県	横手市	横手市地域包括支援センター。
5秋田県	湯上市	小玉医院。
6山形県	鶴岡市	社団法人鶴岡地区医師会。
7福島県	東白川郡楳町	JAF福島厚生連 楳町生利病院。
7福島県	白河市	城南病院(仮称「しらかわ在宅医療拠点センター」)。
8茨城県	つくば市	財団法人 筑波メディカルセンター。
8茨城県	水戸市	公益社団法人茨城県看護協会。
8茨城県	水戸市	医療法人社団いばらき会 いばらき診療所みと。
8茨城県	常陸大宮市	医療法人漢仁会 志村大宮病院。
9栃木県	宇都宮市	栃木県医師会。
9栃木県	小山市	医療法人アスミス。
10群馬県	沼田市	社団法人輝城会 訪問看護ステーションまつかぜ。
11埼玉県	北葛飾郡杉戸町	東埼玉総合病院。
11埼玉県	蓮田市	独立行政法人国立病院機構東埼玉病院。
11埼玉県	川越市	埼玉医科大学総合医療センター。

資料 55

13東京都	板橋区	社団法人 板橋区医師会。
13東京都	国立市	医療法人社団つし会 新田クリニック。
13東京都	新宿区	(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション。
14神奈川県	横浜東区	横浜東区医師会地域医療連携推進室
14神奈川県	横浜東区	社会福祉法人 日本医療伝道会
14神奈川県	平塚市	医療法人教友会 湘南真田クリニック
15新潟県	長岡市	こぶし訪問看護ステーション。
15新潟県	魚沼市	魚沼市立守門診療所。
16富山県	中新川郡上市町	上市町。
16富山県	砺波市	医療法人社団ナラティブホーム
17石川県	白山市	公立つるぎ病院。
17石川県	金沢市	日本赤十字社 金沢赤十字病院。
18福井県	福井市	オレンジホームケアクリニック。
18福井県	大野市	大野市地域医療支援センター。
18福井県	坂井市	坂井地区広域連合。
19山梨県	中央市	医療法人たちべんクリニック。
20長野県	須坂市	地域医療福祉ネットワーク推進室。
20長野県	佐久市	長野県厚生農業協同組合連合会佐久総合病院。
20長野県	安曇野市	長野県立こども病院
21岐阜県	岐阜市	医療法人聖徳会小笠原内科。
21岐阜県	羽島郡岐南町	医療法人かがやき総合在宅医療クリニック。
22静岡県	浜松市天竜区	社会福祉法人天竜厚生会。
22静岡県	浜松市東区	森町家庭医療クリニック。
23愛知県	高浜市	高浜市いせい広場。
23愛知県	名古屋市長区	医療法人育心会大幸砂田クリニック。
23愛知県	一宮市	医療法人井上内科クリニック。
23愛知県	津島市立込町	津島市。
24三重県	名張市	名張市在宅医療支援センター。
25滋賀県	近江八幡市	近江八幡市総合福祉センターひまわり館。

資料 56

少し、暮らしの保健室の話をさせていただきました。写真は付けてきませんでしたが、オープンキッチンがあり、ゆったりとしたテーブルがあります。日本のと言うと大げさですが、大抵はテーブルとイスが2つあって電話が1台あればいいと。今まではそうでした。尋問部屋形式でした。そうではない空間です。ホームページはつくっていませんが、「暮らしの保健室」で、ヤフーでもグーグルでも検索していただきますと、たくさんのところに切り上げていただき、動画も見られます。是非見ていただければと思います。雰囲気がとても面白いです。私が最初にモデルにしたいと思ったマギーズ・センターは、280平米の一軒家です。大きなイ

ギリスのナショナル・ヘルス・サービス(NHS)の横に建っています。この暮らしの保健室は70平米です。4分の1ですし、団地の1階ですし、マギーのようにはいかないけれども、マギーが目指したものは、自分でものが考えられる人をつくる。全部何かをしてあげるのではない。その人の力を引き出す。その人が持っている力を

44次分県	臼杵市	臼杵市医師会立コスモス病院。
44次分県	日田市	日田市医師会立訪問看護ステーション。
45宮崎県	宮崎市	薬局つばめファーマシー。
46鹿児島県	鹿児島市	ナカノ在宅医療クリニック
46鹿児島県	鹿児島市	医療法人明輝会 内村川上内科
46鹿児島県	肝属郡錦江町	社団法人肝属郡医師会肝属郡医師会立病院。
47沖縄県	浦添市	浦添市在宅医療ネットワーク拠点。
47沖縄県	中頭郡北谷町	社団法人中頭地区医師会。

合計 105箇所
 * 平成23年度事業実施者
 * 都道府県指定種
 * 復興種

資料 57



資料 58

きっちりと引き出して自分でものが考えられる。そのために寄り添っていくと言うか、伴奏していく、そういうスタイルです。非常に効果を上げています。

これからは、そういうことも必要ですし、そして自分の健康は自分で守る人たちをつくる。それがこれからの団塊世代のあり方ではないのかなと、私も含めて思っているところです。この一人暮らしの人を支えるこういうあり方もこれからは必要かなと思っているところです。

最後です、「つながる力を信じて歩む」と書かせていただきました。私の二冊目の本が、『在宅ケアのつながる力』です。「訪問看護はいのちに寄り添うケアを生活の場にお届けします」ということをモットーにしながら20年、仕事をしています。これからは予防も含めた訪問看護、看護活動を地域の中で展開し、より多くの人と連携をし、つながる力を本当に信じて歩いていきたいと思えます。(資料58)

ご清聴ありがとうございました。

