

2) 在宅療養支援診療所以外の診療所

在宅療養支援診療所以外の診療所で地域に根ざして在宅医療を行っている診療所が数多くある。現在の在宅医療の質を確保しながら、在宅療養支援診療所との連携を密に行うことが必要である。

在宅医療の主治医にはなりにくいですが、在宅医療の連携医療機関として居宅訪問を積極的に行う診療科がある。代表的なものは眼科・耳鼻咽喉科・皮膚科等である。また歯科診療所においても、訪問歯科診療や居宅療養管理指導が行われる。在宅療養支援診療所と連携医療機関間の情報開示が行われることによって、在宅医療の質の向上が期待される。

3) 地域医療支援病院等後方支援あるいは連携病院

病院は、身体的理由による通院困難患者の在宅移行を積極的に促すことが必要である。入院日数削減・DPCの導入等によりの確な入院医療の提供がなされると同時に、入院した時点からの退院計画の始動が必須となる。図I-4-3に示すように、在宅医療・在宅看護・在宅介護等の連携事業所あるいは行政担当者も加わり、入院中にサービス担当者会議が開催され、円滑な居宅移行がなされることが望ましい。この地域連携退院時共同指導を、在宅療養支援診療所・居宅介護支援事業所等とともに行うことが、速やかな退院促進に繋がることとなる。病院側は地域連携退院時共同指導料を算定することができる。

在宅療養支援診療所は後方病院を持つことが登録要件としてある。後方病院は地域によって、一ヶ所から数ヶ所・十数ヶ所の違いはあっても、そのすべての病院と連携することが可能である。病院は社会保険事務局からの在宅療養支援診療所リストを基に、一次医療圏はもとより、周辺の他医療圏の在宅療養支援診療所に対しても、積極的に連携後方病院として名乗りを上げることが必要である。

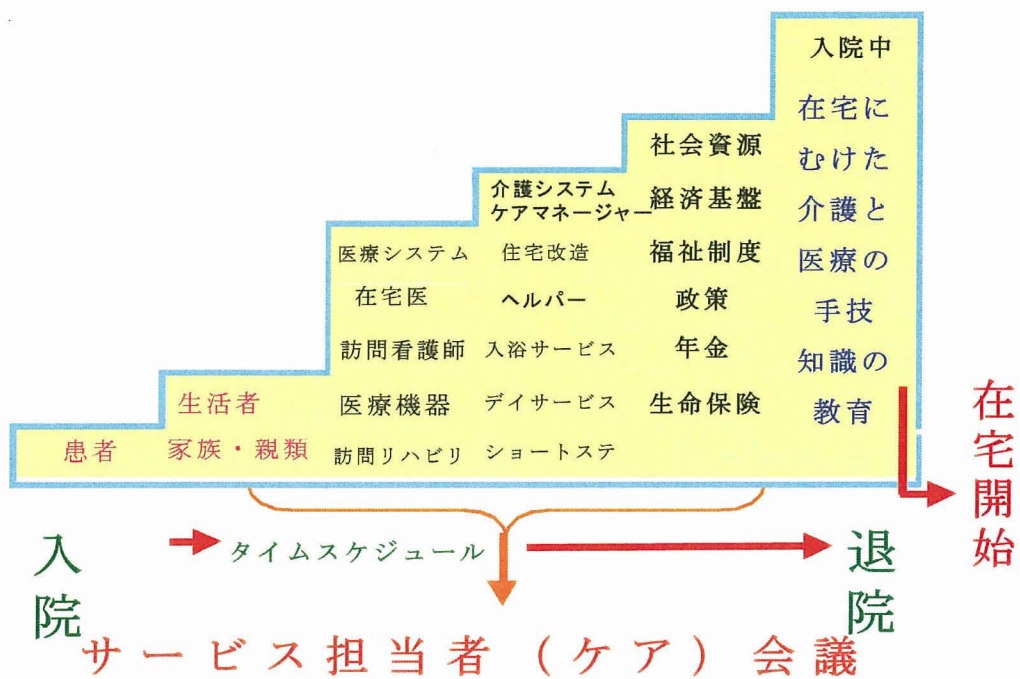


図 I - 4 - 3

4) 訪問看護

(1) 訪問看護の意義

在宅医療をさらに推進し、在宅療養者が望めば、在宅での看取りまで支援できる体制を整えるため、在宅療養支援診療所が訪問看護ステーションと連携することは大変重要である。

在宅医療は、病院機能を地域コミュニティに広げたという概念でとらえられるのが一般的で、入院 或いは、老人介護施設に入所して行われていた医療サービスは、そのまま、地域コミュニティに広げ、患者の居宅や認知症グループホームなどの自宅に準ずる施設（第三類型）において、提供するものである。療養の場である病室は、療養者の居室に変わり、施設での医療現場での医師と看護師の関係性は、ここでも維持されなくてはならない。

看護師のいない病院が存在しないように、在宅医療には訪問看護師の協力が不可欠である。

訪問看護師と在宅療養支援診療所から訪問診療を行う医師は、在宅医療牽引車の両輪なのである。

(2) 制度による訪問看護の違い

現在の訪問看護サービスは、介護保険制度および医療保険制度から行われている。65歳以上の要介護者および、40歳から65歳未満の二号被保険者で、16の特定疾病であれば、介護保険が優先されるが、末期の悪性腫瘍や急性増悪期などは医療保険からの訪問看護も可能である。

(3) 訪問看護の役割

病棟におけるナースステーションの役割は、地域コミュニティにおける訪問看護ステーションが担うことになる。

① 導入期の関わり（移行期）

在宅介護の経験のない家族や、療養者へ不安を除くための在宅医療の姿を具体的に果たえ、療養に必要な知識や、基本的技術の指導を行う。入院先に出向いた医療情報交換にも積極的に参加すべきである。

② 慢性期の関わり（維持期）

在宅療養者の、病状が安定している場合は、その良好な状態をより長く維持させ、長期に在宅療養を継続できるように、専門的な技術や知識、さらには経験を生かし支援する。

病態を正確に把握し、脱水の予防や栄養状態の評価、廃用症候群の防止や改善につながる適切なリハビリテーション指導し、必要があれば、在宅医の訪問診療や、緊急往

診を依頼する。

さらに、療養環境の整備をはじめ、服薬状況の確認や、家族関係調整、経済的状況までも配慮し、療養者やその介護者らにとって、もっとも身近で、頼りになる医療専門職としての、かかわりが求められる。

一方、医師とも良好な関係性を維持し、医師の立場では、聴取することができない詳細な生活情報を共有することも重要なこととなる。

③ 急性期の関わり

下気道感染症や尿路感染症など急性疾患の合併時には、なんとなく活気がないというような、いつもと違うという医療者独自の感覚と、バイタルサインの変化などから、できるだけ早期に、その兆しをつかみ、速やかに医師に情報提供し、対応することが重要である。さらに、加療を在宅で継続するのか、入院して加療するのか、判断が必要である。その際、家族の介護力や、理解力、介護意欲など総合的に評価し、在宅での急性期加療が現実的であるかなど、看護師の立場でのアドバイスはたいへん貴重なものである。

介護力を期待できるとなると、抗生剤の投与や、点滴、酸素吸入など、いわゆる急性期の加療を在宅でおこなうことになり、機器の扱い方などを、家族へ指導することも重要な役割となる。

④ 終末期の関わり

多くの家族は、看取りの経験がなく、漠然とした不安をいだいている。過剰な医療のない、尊厳ある穏やかな終末期の姿を具体的に説明しながら、死を受容できるようになっていねいな関わりがもとめられる。

さらに、死後の処置にもかかわり、遺族へのグリーフケアを忘れてはならない。

在宅医療を行うことになった原因疾患によって、配慮ある対応をもとめられることが多いが、特に高齢者の老衰、若年障害者、神経筋難病、癌のターミナルなどでは、それぞれ在宅看取りに対する家族の受け止め方は異なる。

(4) 訪問看護事業の推進の重要性

訪問看護は、看護師が主体的にかかわることができ、臨床経験が豊富で、力量のある看護師にとっては、たいへんやりがいのある仕事となる。

病院での看護業務と違い、目の前の患者の健康問題については、訪問看護師が自ら看護診断（評価）を下すことになり、医師以上の観察力を必要とする場面もある。

現場を知らないことが、訪問看護を志望する看護師が少なくする理由の一つと考えられるため、在宅ケアの現場を体験する機会を多くし、志の高い訪問看護師をもっと養成すべきである。

(5) 訪問看護ステーションの課題

介護保険制度は、訪問看護ステーションとして、看護師が自ら開業する道を広げたが、一方で収益率が低く、事業として成り立ちにくい。おそらく、単独事業所では健全な経営は困難といえる。

さらに、訪問看護師の養成・育成は、組織的に行われていない。したがって、あるとき施設の看護師をやめ、突然未経験の訪問看護師になるという転職方法で、訪問看護に携わることになる。

さらに、24時間・365日対応システムの構築は、許認可の条件となっている看護師2.5人規模では現実的には困難で、マインド溢れる所長が、365日携帯電話をもって対応しているというのが実態である。このような状況で、24時間対応できる訪問看護ステーションが発展する素地は全くない。

(6) 訪問看護と訪問介護の差別化

痰の吸引、軟膏の塗布、浣腸、褥瘡の消毒といった処置が、介護士に許されるようになった。これは、訪問看護師の業務が脅かされたのではなく、むしろ看護師の役割がより専門的で、責任が重いものになったということにほかならない。

入浴介助は介護士の仕事だと信じている看護師がいるが、一方で、入浴介助を利用して全身を観察し、皮膚疾患を発見し、早期治療を可能にした。或いは、洗身時に乳房の腫瘍を発見し、無事に手術を終えたというようなことは、看護師がかかわったからこそである。一見介護士と同じ業務に携わっているようにみえても、そのサービスの質は大きく異なり、とりわけリスクマネジメントの視点では、全く違う立場で仕事を行っているといえる。

(7) 訪問看護事業ネットワークの構築

訪問看護ステーションが、在宅療養支援診療所と連携し、ケアマネジャーとの協働で、包括的地域ケアを支えるには、職域を越えたネットワーク構築が重要である。看護協会や訪問看護財団などの団体が、他の職能団体とネットワークを築くための主導的役割を担うのは、地方自治体だと考えられる。

5) 在宅療養支援調剤薬局

(1) 在宅医療における調剤薬局・薬剤師の位置付け

在宅医療において重要なのは、チームとして医療と介護が総合的に提供されることであり、医師を中心とした多職種チームケアが実践されなければならないことである。

この中で薬局もチーム医療に携わる医療提供施設として、調剤を中心とした医薬品や、医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担う必要がある。それと共に、薬剤師が居宅を訪問し、薬剤の管理や指導を行うことも非常に重要な業務となる。

具体的な業務の内容として、

- ・処方された薬剤、また他院の併用薬・健康食品等の情報を収集した上で、相互作用のチェックや、薬剤の適切な使用・管理がなされているかなど、医療の安全と質を保つに必要とされる薬学的管理・指導を行い、必要に応じて医師に対し薬剤変更等の助言を行う。
- ・患者の状態や生活環境をみた上で、一包化や粉末化・服薬カレンダー等の服薬支援調剤対応による、コンプライアンスの遵守
- ・麻薬や IVH・経管栄養時の薬剤等、特殊な使用法を有する薬剤の投与方法の指導や使用状況・保管状況の確認、医師への最適な薬剤選択の助言
- ・癌患者のターミナルケアなど、24 時間対応できる医薬品の供給体制の確保
- ・在宅療養に必要な医療・衛生材料の安定供給と、それに関する指導・管理
- ・在宅医療で発生する医療廃棄物の適切な処理の指導・回収
- ・服薬介護力の把握と、チーム医療への協力・服薬介護への協力要請

等

医師が診断をし、最良の処方をして、患者が指示通りその薬を服用しなければ薬物治療は完結しない。薬剤師は患者の自宅を訪問することによって、実際の患者の生活や家族の状況を把握することができるため、患者が真に必要なとする服薬支援に反映させることができるようになる。同時に、薬剤師には薬物療法全般について臨床判断が求められ、患者・家族や他の医療職とのコミュニケーションも不可欠になる。薬剤師が医療チームの一員として果す役割は大きい。在宅医療を担っていく調剤薬局・薬剤師は、高い資質が求められるようになる。

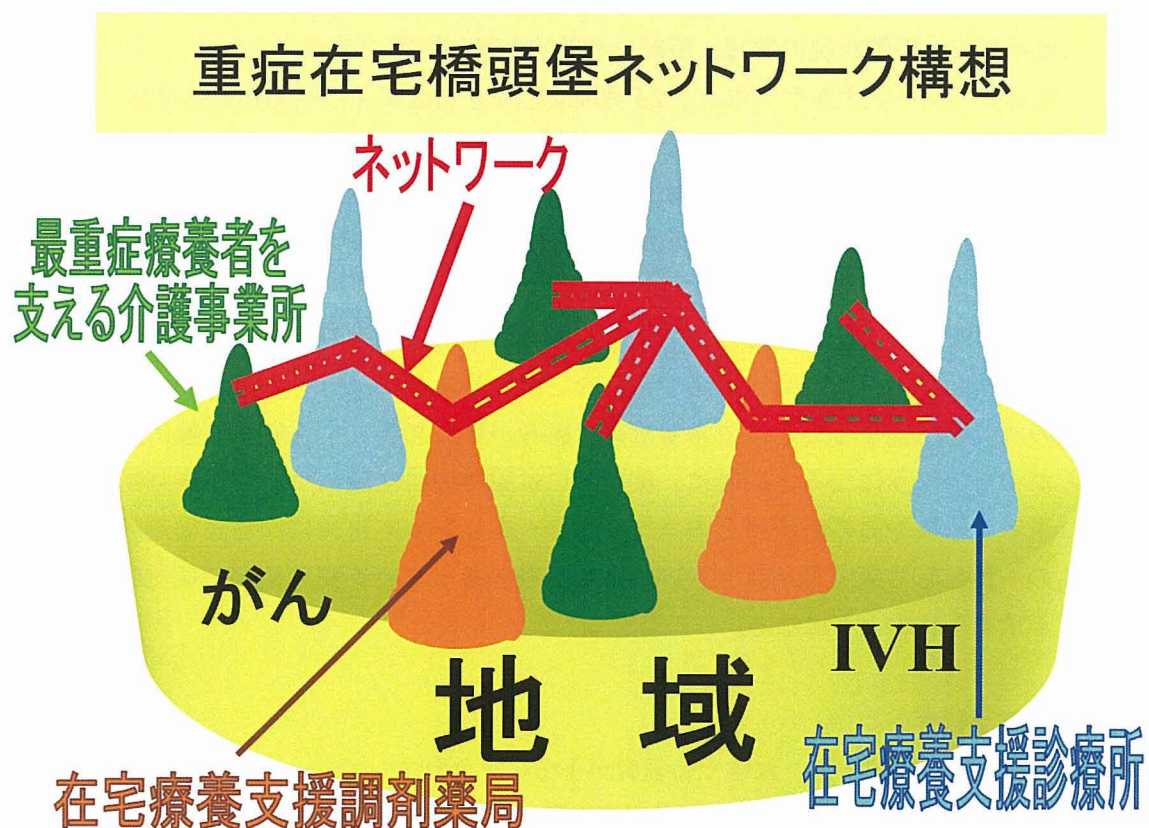
(2) 薬剤師教育

現在、在宅調剤に関する、大学での教育が十分に行われていない。その事を踏まえ都道府県は、在宅調剤の実績ある薬局、関係医療機関、学識経験者らと協力して、在宅療養生活に係わっていく薬局の役割の明確化、かつ、がん患者のターミナルなどに対応する為の薬局のルールや倫理理念などを早急に作成し、それらを研修する事が可能な施設、体制の整備を構築する。薬剤師が在宅調剤を学び、さらに質の向上を図るという観点からも体制を整えることが必要とされる。

(3) 薬局の連携

がん患者のターミナルケアなど現在の医療体制が『医療機関完結型』から『地域完結型』へスムーズに転換される為には、薬局も医療提供施設として連携体制を構築し、その中での機能分担が必要とされる。

医療機関の機能分化と連携があまり進んでいない現状を踏まえ、在宅療養生活における薬局の役割が円滑に遂行されるにあたっては、地域の薬局同士の実践として機能する連携体制の構築、及び都道府県の支援と連携が必要とされる。それを軸に医療機関の連携による地域での取り組みを拡大させる可能性と限界を合意した上で、医療の質の向上、効率化における薬局の役割を模索することが必要である。



① 在宅調剤に対応している薬局の機能的組織の構築

地域における資源としての薬局は資源の質、量共に、格差がかなりあると思われる。調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担うために各薬局の備蓄品目数、医療・衛生材料の内容、麻薬供給の有無など予め必要と思われる適切な薬局機能評価の情報が各医療提供者、介護サービス提供者に提供される基盤を整備し、これに基づいて、地域の医療連携体制に機能的に対応する組織を都道府県の支援の下に作成する。

② 休日・夜間における調剤による医薬品等の供給

上記の組織を基に輪番制等の方法による休日・夜間における医薬品等の供給を行う。

③ 有機的連携が図れるようなネットワークシステムの構築

上記の組織を基に処方医のみならず、各医療提供者、介護サービス提供者、住民・患者においても、平等に情報が提供され、かつ提供という方向だけでなく、情報の収集も行われる為に必要なネットワークシステムを構築するにあたって都道府県に必要とされる事は調整のために各担当者との協議と合意が不可欠であり、すでに行われている都道府県での事例などを参考に地域の特性を考慮して、計画作成、各関係機関との連携調整、権限と責任の明確な位置づけなどを検討、推進していく事が望まれる。

以上の事によって患者の選択を通じた医療の質の向上、効率化につなげる。

6) 介護事業所

(1) 介護保険制度

平成18年度の医療制度および介護保険制度の変更により、療養病床については、医療の必要性の高い患者を受け入れるものに限定し、医療保険で対応するとともに、医療の必要性の低い患者については、在宅、居住系サービス、又は老健施設等で対応することとしており、在宅医療計画を作成するにあたっては療養病床の再編成を含めた地域ケア体制の整備の状況を踏まえて行く必要がある。

また、医療との連携が必要な要介護者への対応を強化する観点から、ケアマネジメントにおける主治医等との連携の強化が図られることとなった。さらに、中重度者については在宅生活継続のための支援を強化するとともに、以下の通り施設等における重度化対応や看取りへの対応の強化を図られることとなった。

● 「療養通所介護」の創設

難病やがん末期の要介護者などに対して、医療機関や訪問看護ステーション等と連携して提供する通所サービスの創設

● 若年認知症ケアの充実（通所介護・通所リハビリテーション）

通所介護・通所リハビリテーションにおいて、若年認知症ケアの充実。

● 「緊急短期入所ネットワーク」の整備等

緊急的なショートステイの利用ニーズに対応するためのネットワーク整備（複数事業者による調整窓口・24時間相談体制）や在宅中重度者に対する短期入所の看護体制・訪問看護利用体制の強化

● 「認知症対応型共同生活介護（グループホーム）」の体制整備

夜勤体制の義務付けや健康管理・医療連携体制の充実

● 介護老人福祉施設等における重度化・看取りへの対応

入所者の重度化に対応した、看護体制の強化や夜間の24時間連絡体制の整備、各職種協働による看取り介護の実施体制の充実

介護保険の基盤整備については、平成21～23年の第4期介護保険事業支援計画によって計画されるが、医療計画においてもこの介護保険事業支援計画等との調整をはかり、包括的なものにすべきである。

在宅医療に係る介護保険関係のサービスには以下のようなものがある。

(2) 施設介護事業所

①：介護老人福祉施設（特養）

在宅復帰の困難な要介護度の高い高齢者の施設となっているが、今回の改正により、施設での看取りに対応した、看護体制の評価や在宅療養支援診療所からの訪問診療が可能となり、自宅以外で在宅医療が行われる施設となりうる。

②：介護老人保健施設（老健）

主にリハビリテーション等により在宅復帰のための施設として位置づけられている。今回の医療制度の改正により、介護療養型医療施設などの老健への転換が進められることになる。空きベッドを利用したショートステイも行われており、医師も配置されていることから、中重度者のショートステイへの対応が望まれる。

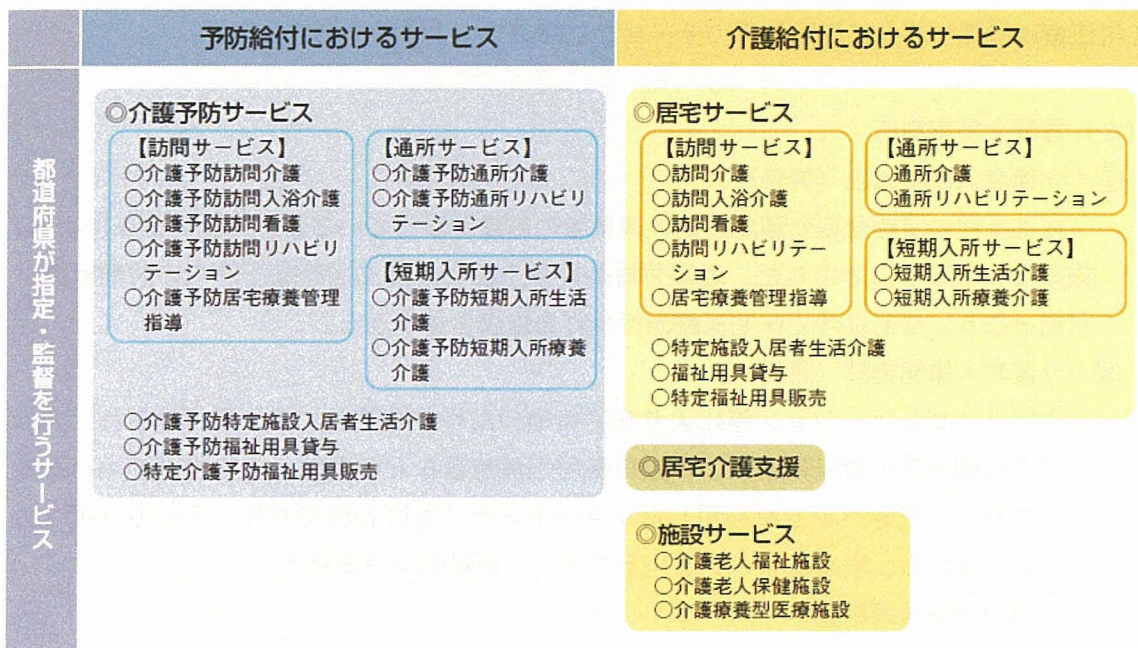
③：介護療養型医療施設

平成23年までに、介護療養病床が廃止され、老健等への転換を促進していくための地域ケア整備が行われていくこととなった。

(3) その他の施設系サービス

- ・ 認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）
- ・ 特定施設入所者生活介護（有料老人ホーム）
- ・ ケアハウス、宅老所等

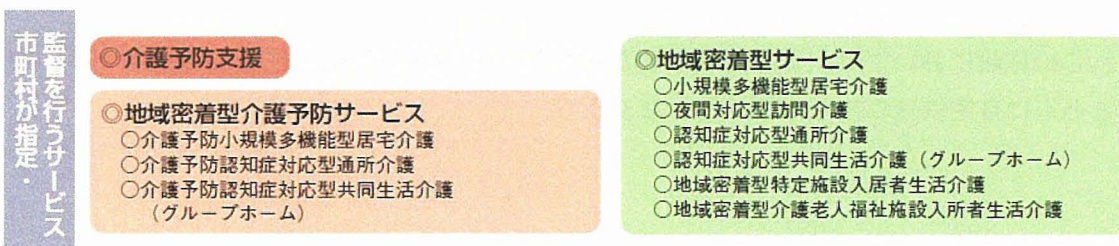
これらの施設においては、在宅療養支援診療所等からの訪問診療・往診が可能であり、特養とともに自宅以外の在宅医療の場となりうる。



居宅系サービス

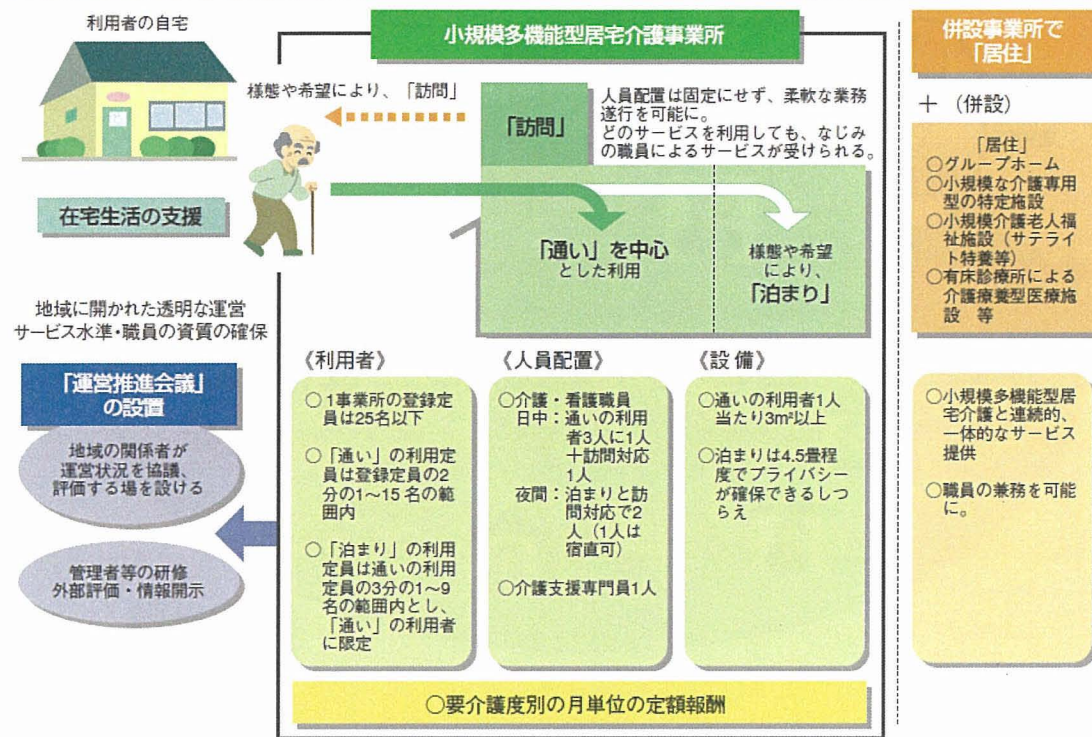
- ・ 通所介護
- ・ 通所リハビリテーション

小規模多機能型



■小規模多機能型居宅介護のイメージ

基本的な考え方：「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じて、随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、中重度となっても在宅での生活が継続できるよう支援する。

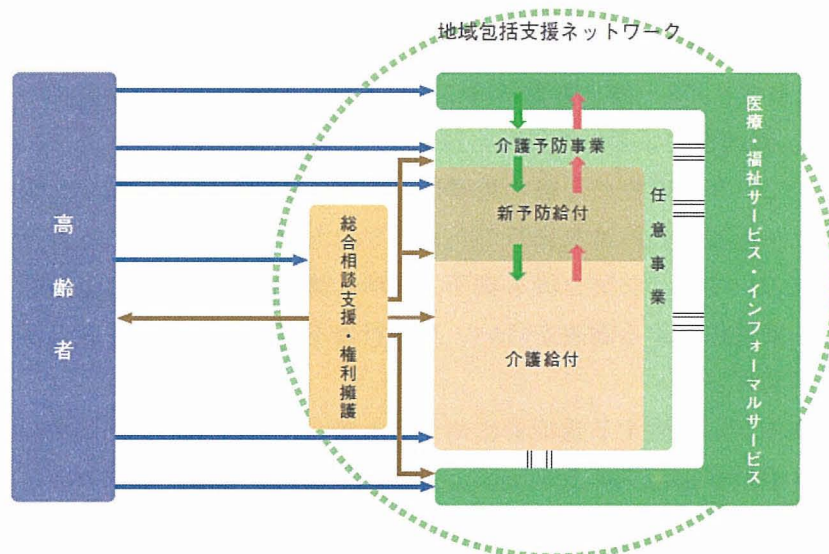


意見等の反映、⑫ 計画的な居宅サービスの利用、⑬ 総合的な居宅サービス計画の作成などを主な業務としている。

在宅医療を行っている高齢者の場合については、病状の変化などが起こりやすいことから、主治医や訪問看護ステーションなどとの連携の強化や新たに特定疾病になったがん末期の要介護者に対して専門的なケアマネジメントが要求されることから、研修事業などの充実が望まれる。

■地域包括支援センターの基本機能

共通的支援基盤構築	地域に、総合的、重層的なサービスネットワークを構築すること。
総合相談支援・権利擁護	高齢者の相談を総合的に受け止めるとともに、訪問して実態を把握し、必要なサービスにつなぐこと。虐待の防止など高齢者の権利擁護に努めること。
包括的・継続的ケアマネジメント支援	高齢者に対し包括的かつ継続的なサービスが提供されるよう、地域の多様な社会資源を活用したケアマネジメント体制の構築を支援すること。
介護予防ケアマネジメント	介護予防事業、新たな予防給付が効果的かつ効率的に提供されるよう、適切なケアマネジメントを行うこと。



在宅医療充実のための、介護保険サービスの指標（例）

- 療養通所介護サービス提供者数
- 老人介護福祉施設における見取り介護加算の算定数
- 緊急短期入所ネットワーク加算算定数
- 短期入所生活介護での在宅中重度加算
- 老人介護福祉施設における重度化対応加算の算定数
- ・ 認知症対応型共同生活介護における医療連携体制加算算定数
- ・ 老人介護福祉施設における夜間看護体制加算の算定数

(5) 居宅介護等における介護従事者（訪問介護員及び施設介護員）の行為等について

すでに、医政発第0324006号（平成17年3月24日）「在宅におけるALS以外の療養者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについて」及び、医政発第0726005号（平成17年7月26日）「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」に示されているように、これら各種行為については、介護従事者が医師・看護師等の適切な指導・監督の下に、これを行うことが可能となっている（詳細は表I-4-3を参照）。

これら行為は、居宅・施設療養者等の高齢化・重度化に伴い、特に気管切開・人工呼吸器等を必要とする難病、常時臥床高齢者あるいは疼痛管理を必要とするがん末期等の重症者の療養に関与する介護従事者には必須の行為となる。

したがって、各都道府県・市町村の担当者にあつては、行政区内に分布する各居宅・施設療養者を介護する介護従事者及びその管理者等に対して、表I-4-3に該当する行為については十分な知識と技術を積極的に習得させるべく、担当の医師・看護師等を通じて特に指導させるように計画しこれを実行させなければならない。

経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）・導尿については、医政発第1020008号（平成16年10月20日）「盲・聾・養護学校におけるたんの吸引等の取扱いについて（協力依頼）」において、非医療関係者の教員が当該学校内での当該行為を行うことについてはすでに許可されている。在宅医療の今後の重要性に鑑み、訪問介護員・施設介護員等による当該行為を含めた生活援助の円滑な施行のための早急な改善策を提示することが必要である。各行政担当者においては、訪問介護事業所・通所介護事業所・施設介護事業所に対して当該処置行為の必要性に関する調査を行い、当該行為を要求される療養者の実態把握等を行っておくことが望ましい。

病院・療養病床から退院する重症者に対する十分な受入れ体制を構築する観点から、訪問介護事業所・通所介護事業所及び施設介護事業所にあつては、特に表I-4-4に示される重症者加算の項目のうち、2のイ・ロ・ハの各号のいずれかに該当する療養者及びがん末期患者を積極的に受け入れるべく対応しなければならない。さらに私費入居による有料老人ホーム・介護（ケア）付マンション・同住宅等においても同様のことが求められる。行政は、各事業所の受入れ全数に対する当該療養者の受入れ員数の割合を各事業所に対して調査し、割合が上位の事業所を模範とした重症者対応型の受け入れ体制を検討すること。下位の事業所に対しては、重症者に対応可能であるように業務の改善を指導しなければならない。重症者の居宅移行が進まない場合には介護難民が生じ、病院への再入院が増加する。

各事業所の受入れ全数に対して、表I-4-4の項目のうち、イ・ロ・ハの各号のいずれかに該当する療養者及びがん末期患者の割合は、当初2年間は10%以上を、最終年度は25%を目標値とすること。さらに、表I-4-4（特に1と2）に示される重症者加算に該当する療養者を多く受け持つ事業所は、これを行政が育成することが望ましい。

医政発第0324006号
1： 痰の吸引
医政発第0726005号
2： 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること。
3： 自動血圧測定器により血圧を測定すること。
4： 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を測定するため、パルスオキシメーターを装着すること。
5： 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること（汚物で汚れたガーゼの交換を含む）。
6： 皮膚への軟膏の塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の（舌下錠の使用も含む）、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
7： 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけること。
8： 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
9： 耳垢を除去すること（耳垢塞栓の除去を除く）。
10： ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること（肌に接着したパウチの取り替えを除く）。
11： 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと。
12： 市販ディスポーザブルグリセリン浣腸器を用いて浣腸すること。

表 I-4-3

重症者加算

1 末期の悪性腫瘍の患者（在宅末期医療総合診療料を算定している患者を除く）
2 イであって、ロ又はハの状態である患者 イ 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 ロ ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態にある患者 ハ 人口肛門又は人口膀胱を設置している状態にある患者
3 居宅において療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの

表 I-4-4

I-5 在宅医療計画の展開

国民のニーズの観点からも、年間死亡者数の増加に伴う医療供給体制・医療費適正化の側面からも、生活の視点に立ち生活を支える医療を展開し、生活の中での終焉を当たり前を迎えられるような医療の充実が望まれる。

現在のニーズに応えながら、来るべき2038年に備える万全の体制を整えるために、行政・医療・介護のいずれをも円滑に機能させ、国民の信頼を得るために、ここに平成20年～24年の5年にわたる在宅医療計画が構築されるとともに確実に実行されなければならない。

各都道府県においては、平成18年9月現在、約10,000ヶ所が登録されている在宅療養支援診療所が、各地域の橋頭堡として機能すべく（図I-5-1-下）、居宅支援・在宅ターミナルケア支援の核として適正に運用されるとともに、在宅療養支援診療所として登録されていない従来型の診療所にも底上げとして（図I-5-1-上）、居宅支援・在宅ターミナルケア支援の一翼を担ってもらうべく働きかけ、診療所全体の円滑な居宅生活支援機能強化が成されることが望ましい。

特に、在宅療養支援診療所に関しては、当該要件項目のみならず、当該診療所のそれぞれが居宅において可能とする医療的手技・ターミナルケア・重症対応・受入れ可能数等についても、さらに詳細な情報提供がなされることが必要である。

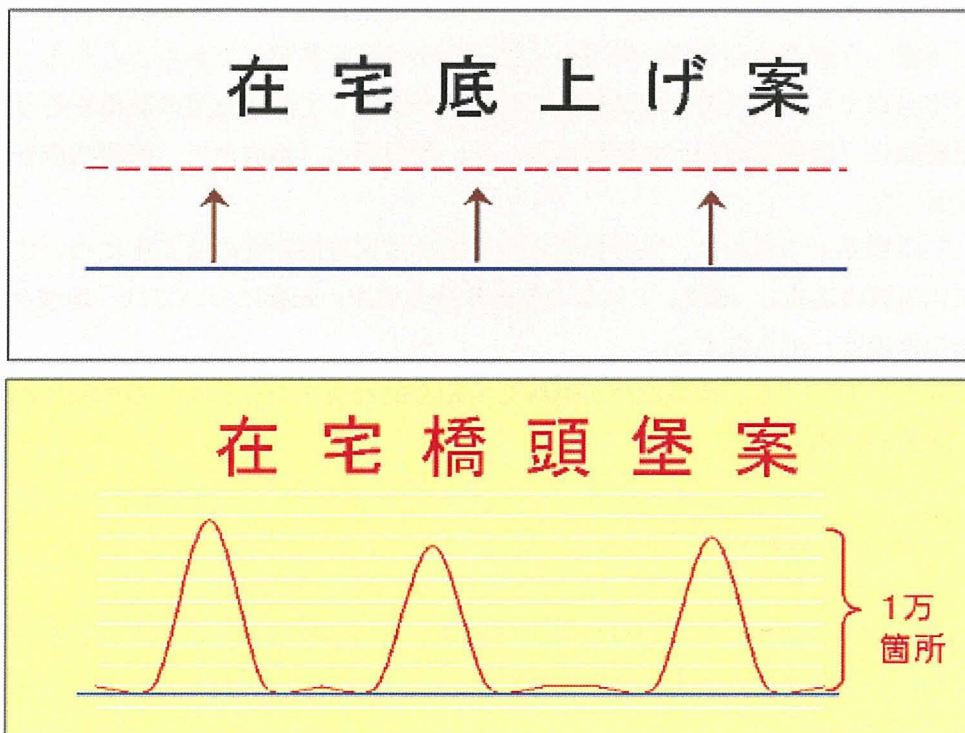
病院においては、地域に分散する在宅療養支援診療所のリストを入手のうえ、病院治療の結果在宅医療の適応になる「身体的理由により通院困難である患者」に対しては、在宅療養支援診療所へ通知し、速やかかつ適切な在宅移行が図られることが望ましい。そのためには、地域連携退院時共同指導を必ず行うことが必須である。

さらに、広義の居宅としての特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム等において、適切な環境管理の下に、本人・家族の意思に即して、自宅と同様に最後まで暮らし続けながら終焉を迎えられることが望ましい。そのためには、これら広義の居宅においても、現代医学の水準において病院と同様のターミナルケアが十分に可能であることを、入居者・家族に対して適切に説明が行われる必要があり、この説明責任を施設側及び担当医師が果たし、かつ実行しているか否かの検証が求められる。

「ケア付マンション・ケア付住宅」等の語句を有する民間の入居施設においては、生活（ケア）の継続とともに、生活（ケア）の結果としての住み慣れた場所における終焉が当然であり、最後の時期において生活（ケア）の中での看取りが行えないものについては、当該語句の適切な使用について再考されなければならない。

また、国民の年間死亡者数の三割ががん死であることから、特にがん医療に関する除痛薬剤の提供・中心静脈栄養・経管栄養等の薬剤提供が常時おこなわれることが、医療供給体制にとって重要な要点となる。今後、在宅療養支援を重点的におこなう在宅療養支援調剤薬局等については、既に地域において活動をおこなっているところも散見されることが

ら、さらに当該薬局等と連携を密にすることにより、地域に欠かせない薬局の役割を、在宅薬剤供給の側面から掘り下げてゆく必要がある。



図I - 5 - 1

I-6 医療費適正化計画・介護保険計画等との整合性について

健康保険法等の一部を改正する法律及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律が本年6月21日に公布され、今後、医療費の適正化や療養病床の再編成に向けた取組が本格化していく。

医療費の適正化、地域ケア体制の計画的な整備及び療養病床の円滑な転換を推進するためには、医療、介護等の各分野の横断的・統一的な対応が不可欠であることから、厚生労働省内の担当局である医政局、老健局及び保険局が連携して関連施策の調整を行うため、保険局総務課に「医療費適正化対策推進室」を、老健局に「地域ケア・療養病床転換推進室」を設置した。

今後、都道府県との窓口は、医療費適正化計画の策定等医療費の適正化については「医療費適正化対策推進室」、地域ケア体制の整備や療養病床の転換については「地域ケア・療養病床転換推進室」が担当する。

各都道府県においても、関係部局が連携して総合的な対策を行うための体制の整備を図っていく必要がある。

1) 医療構造改革の取組について

医療構造改革を推進するためには、トップのリーダーシップのもと、関係部局が連携して取組を行うことが必要である。このためには、

- ① 知事、副知事をトップとした総合的な推進本部の設置
- ② 保健、医療、福祉、介護、県立病院などの担当部局のほか、総務・企画部局の参画
- ③ テーマに応じたプロジェクトチームやワーキングチームの設置
- ④ 検討会や懇談会等の外部関係者との意見交換の場の設置

等が有効な手段として考えられる。

2) 医療費適正化対策の担当組織の設置について

都道府県医療費適正化計画の策定等にあたっては、庁内の関係部署との連携及び円滑な調整が必要である。このためには、

- ① 医療費適正化対策のとりまとめを行う課室及び専任の係又はチームの設置
- ② ①の総合的な推進本部の下に都道府県医療費適正化計画策定のためのチームの設置
- ③ 外部の関係者や有識者等から構成される検討会や懇談会等意見交換の場の設置
- ④ 「老人医療費の伸びを適正化するための指針」に基づく検討会や懇談会等の活用

等が有効な手段として考えられる。

3) 療養病床の再編成を踏まえた「地域ケア整備構想（仮称）」の策定について

- ① 診療報酬・介護報酬の改定などにより療養病床の再編成が進められる中で、できるだけ早く地域の対応方針を確立することが重要であること
- ② 療養病床の円滑な転換を進めるに当たっては、地域における老人保健施設等の施設サービスや在宅介護サービス、在宅医療、住まいなどの地域におけるケア体制全般のあり方を検討した上で、計画的に進めることが重要であること
- ③ 療養病床の再編成は、都道府県が今後策定する「医療計画」（平成20年度から）「医療費適正化計画、（平成20年度から）」及び「介護保険事業支援計画」（平成21年度から）に密接に関連し、各分野横断的に対応する必要があるため、各計画と整合性のとれた方針を速やかに整理し、各計画に適切に反映させることが必要であること

から、平成19年夏頃を目途として、都道府県において「地域ケア、整備構想（仮称）」を作成することが必要となる。

このため、各都道府県は、療養病床の再編成に伴う受け皿づくりや高齢者の住まいの在り方などを含めた地域ケア体制の計画的な整備を進めるため、医療計画担当部署、医療費適正化計画担当部署及び介護保険事業支援計画担当部署相互間の連携体制を確保するとともに、担当組織の明確化や必要な情報の収集、今後の課題の整理など、必要な準備を進めるべきである。

厚生労働省も、各都道府県の作成作業を支援するため、医政局、保険局及び老健局の担当官から構成される地域ケア・療養病床転換推進室を設置し、各局が連携して、療養病床の再編成を踏まえた地域におけるケア体制の整備の方針や地域のサービスニーズ・利用見込みの設定についての考え方などを盛り込んだ「地域ケア整備指針（仮称）」を、平成18年内を目途に策定することとしている。

さらにその際には、将来の動向や地域の要介護者の状況を踏まえたサービスニーズのワークシートや、地域の特性に応じたモデルプランを併せて示すこととしている。

なお「地域ケア整備構想（仮称）」及び「地域ケア整備指針（仮称）」について検討中の概要は別紙の通りである。

各都道府県は、この趣旨を理解し、必要な準備を進める必要がある。