

(別紙)

療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備について

－「地域ケア整備指針（仮称）」の策定－

1 趣旨

(1) 今後本格化する療養病床の再編成を踏まえ、各地域においては、その受け皿づくりを含め将来的なニーズや社会資源の状況等に即した「地域ケア体制」の計画的な整備が求められる。このような取り組みについては、都道府県では「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」の3つの計画に関連するなど、各分野にわたる横断的・統一的な基本方針の策定と関係部局の密接な連携が重要となってくる。

(2) このため、上記の取り組みを推進する観点から、

- ① 国において、地域ケア体制の整備の基本方針等を内容とする「地域ケア整備指針（仮称）」を策定するとともに、
- ② 都道府県における「地域ケア整備構想（仮称）」の作成を支援するものとする。

2 国の「地域ケア整備指針（仮称）」について

(1) 国において、以下の事項を主な内容とする「地域ケア整備指針（仮称）」を策定する。

- ① 地域ケア体制の整備の基本方針
療養病床の再編成を踏まえた地域ケア体制の整備の基本的な考え方を提示。
- ② 地域のサービスニーズ・利用見込みの設定について
療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や独居世帯の増加等を踏まえたサービスニーズの推計、それに対応した利用見込みの設定に関する考え方を提示。
- ③ 療養病床の転換について
別の医療機関（療養病床）の転換を進める場合に配慮すべき事項などを提示。

④ 各計画への反映について

「介護保険事業支援計画」「医療計画」「医療費適正化計画」へ反映させる場合に配慮すべき事項を提示。

(2) 上記の「地域ケア整備指針（仮称）」を策定するために、

① 学識経験者等からなる研究班を設置するとともに、

② 介護施設（特に療養病床）の整備水準や高齢化の状況、将来的なニーズ等を踏まえ、全国数カ所（老人保健福祉圏域単位）を対象に、当該都道府県と共同で地域ケア体制のモデルを策定する「地域ケアモデルプラン事業（仮称）」を展開する。

3 都道府県の「地域ケア整備構想（仮称）」について

(1) 都道府県は、国の「地域ケア整備指針（仮称）」等を踏まえ、以下の事項を主な内容とする「地域ケア整備構想（仮称）」を作成するものとする。

① 地域ケア体制の整備の方針

療養病床の再編成を踏まえた、都道府県における地域ケア体制整備の基本的な考え方を提示。

② 地域のサービスニーズについて

療養病床の再編成とともに、将来的な高齢化の進展や独居世帯等の増加等を踏まえたサービスニーズを提示。

③ 各サービスの利用見込みについて

将来のサービスニーズに対応した、各サービスの利用見込みを提示。

④ 療養病床の転換について

療養病床の転換プランを提示。

(2) 都道府県は、上記の「地域ケア整備構想（仮称）」を踏まえ、「介護保険事業支援計画」、「医療計画」及び「医療費適正化計画」を策定する。

4 今後のスケジュール

<国>地域ケア整備指針について研究班を設置し、検討を開始。地域ケアモデルプラン事業を開始。

<都道府県>療養病床関係調査の実施

12月4日提出期限、療養病床アンケート調査

19年9月頃 23年度末までの年次別、圏域別の療養病床の転換見込みと財政影響額を算出。

医療計画については、19年2月までに、過剰な医療機能、不足している医療機能を把握する予定。

第Ⅱ部 利用者の視点に立った在宅医療計画の概要

第Ⅱ部 利用者の視点に立った在宅医療計画の概要

Ⅱ－１ 在宅医療の周知（どこがやっているのか・なにをやってくれるのか）

在宅医療が、入院・外来と連携した組織的医療提供体制（図Ⅰ－３－２）の一端を担うためには、地域で在宅医療を受けることが可能であることを、①地域住民と②地域病院のいずれにも周知されなければならない。

すでに、第２回医療情報の提供のあり方等に関する検討会（平成１８年１０月３１日）において、都道府県が医療機関から報告のあった情報を整理して公表する制度の対象とする「一定の情報」の範囲の中に、表Ⅱ－１－１に掲げる情報の公表が盛り込まれている。さらに、都道府県は書面による閲覧に代えて、電子媒体による情報提供に努め、インターネットによる検索機能を有するシステムによって公表することが義務付けられる予定である。

表Ⅱ－１－１

| 医療機関の医療機能に関する情報【診療所】 | | | | |
|----------------------|---------------------------------|--|---------|---------|
| 提供サービスや医療連携体制に関する事項 | | 詳細 | 注記、記載例等 | 広告可能な事項 |
| 診療内容、提供保健・医療・介護サービス | | | | |
| 1 | 対応可能な疾患・治療内容 | 疾患名、治療方法の列記 | ※別表2 | ◎ |
| 2 | 対応可能な在宅医療 | 在宅医療の内容の列記 | ※別表1 | ◎ |
| 3 | 対応可能な介護保険サービス | サービスの内容の列記 | ※別表1 | ◎ |
| 4 | 地域医療連携体制 | 医療連携に対する窓口の設置の有無 | | ○ |
| | | 地域連携クリティカルパスの有無 | | |
| 5 | 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携体制 | 地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無 | | ○ |

表Ⅱ－1－1 別表1

| 【病院・診療所用】 | | |
|-----------|----|-------------------|
| 基本事項 | 詳細 | |
| 在宅医療 | | |
| ①在宅医療 | 1 | 往診(24時間往診可能) |
| | 2 | 往診(上記以外) |
| | 3 | 地域連携退院時共同指導 |
| | 4 | 在宅患者訪問診療 |
| | 5 | 在宅時医学総合管理 |
| | 6 | 在宅末期医療総合診療 |
| | 7 | 救急搬送診療 |
| | 8 | 在宅患者訪問看護・指導 |
| | 9 | 在宅患者訪問点滴注射管理指導 |
| | 10 | 在宅訪問リハビリテーション指導管理 |
| | 11 | 訪問看護指示 |
| | 12 | 在宅患者訪問薬剤管理指導 |
| | 13 | 在宅患者訪問栄養食事指導 |
| ②在宅療養指導 | 1 | 退院前在宅療養指導管理 |
| | 2 | 在宅自己注射指導管理 |
| | 3 | 在宅自己腹膜灌流指導管理 |
| | 4 | 在宅血液透析指導管理 |
| | 5 | 在宅酸素療法指導管理 |
| | 6 | 在宅中心静脈栄養法指導管理 |
| | 7 | 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 |
| | 8 | 在宅自己導尿指導管理 |
| | 9 | 在宅人工呼吸指導管理 |
| | 10 | 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 |
| | 11 | 在宅悪性腫瘍患者指導管理 |
| | 12 | 在宅寝たきり患者処置指導管理 |
| | 13 | 在宅自己疼痛管理指導管理 |
| | 14 | 在宅肺高血圧症患者指導管理 |
| | 15 | 在宅気管切開患者指導管理 |
| | 16 | 寝たきり老人訪問指導管理 |
| ③診療内容 | 1 | 点滴の管理 |
| | 2 | 中心静脈栄養 |
| | 3 | 腹膜透析 |
| | 4 | 酸素療法 |
| | 5 | 経管栄養 |
| | 6 | 疼痛の管理 |
| | 7 | 褥瘡の管理 |

| | | |
|------------|----|---|
| | 8 | 人工肛門の管理 |
| | 9 | 人工膀胱の管理 |
| | 10 | レスピレーター(人工呼吸器) |
| | 11 | モニター測定(血圧・心拍等) |
| | 12 | 尿カテーテル(留置カテーテル等) |
| | 13 | 気管切開部の処置 |
| | 14 | 在宅ターミナルケア対応 |
| ④連携の有無 | 1 | 病院 |
| | 2 | 診療所 |
| | 3 | 訪問看護ステーション |
| | 4 | 居宅介護支援事業所 |
| | 5 | 薬局 |
| 介護保険サービス | | |
| ①施設サービス | 1 | 介護福祉施設サービス |
| | 2 | 介護保健施設サービス |
| | 3 | 介護療養施設サービス |
| ②居宅介護支援 | 1 | 居宅介護支援 |
| ③居宅サービス | 1 | 訪問介護 |
| | 2 | 訪問入浴介護 |
| | 3 | 訪問看護 |
| | 4 | 訪問リハビリテーション |
| | 5 | 居宅療養管理指導 |
| | 6 | 通所介護 |
| | 7 | 通所リハビリテーション |
| | 8 | 短期入所生活介護 |
| | 9 | 短期入所療養介護 |
| | 10 | 特定施設入居者生活介護(指定を受けている有料老人ホーム等において可) |
| | 11 | 福祉用具貸与 |
| | 12 | 特定福祉用具販売 |
| ④地域密着型サービス | 1 | 夜間対応型訪問介護 |
| | 2 | 認知症対応型通所介護 |
| | 3 | 小規模多機能型居宅介護 |
| | 4 | 認知症対応型共同生活介護 |
| | 5 | 地域密着型特定施設入居者生活介護(指定を受けている有料老人ホーム等において可) |
| | 6 | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |

【歯科診療所用】

| | | |
|----------|---|----------|
| 在宅医療 | 1 | 歯科訪問診療 |
| 介護保険サービス | 1 | 居宅療養管理指導 |

表Ⅱ－１－１ 別表２

| 【対応可能な疾患・治療内容】 | | |
|----------------|----------------|----|
| 領域 | 対応可能な措置・疾患 | 件数 |
| 緩和ケア領域 | 医療用麻薬によるがん疼痛治療 | |
| | がんにもなう精神症状のケア | |
| その他 | 在宅における看取り | ○ |

これにより①地域住民は、２００８年度からインターネット利用可能な世帯では表Ⅱ－１－１の情報を入手できるようになる。しかし、高齢者世帯では情報が行き届かない可能性があり、この情報を必要とする世代への配慮がもっとも求められる。とすれば、２００８年の実施に先んじて現在から在宅療養支援診療所の周知がなされていることが望ましい。

これには②地域病院を通じて①地域住民に周知する手段がある。②地域の病院においては在宅療養支援診療所のリストを、(a) 社会保険事務局にて閲覧・コピーする、(b) 社会保険事務局に対して情報開示請求を行う、のいずれかにより入手可能であるため、病院事務・地域医療連携室・看護部等において入手し、これを適正な退院促進に利用するとともに、外来・入院患者と家族に広く知らしめることが可能である。

各在宅療養支援診療所が得意とする医療分野（認知症・緩和医療に基づくがんの看取り・難病医療・障害者医療・人工呼吸器・中心静脈栄養等）は異なるため、各病院は各在宅療養支援診療所に対して踏み込んだ情報収集を行っておくことが望ましい。

Ⅱ－２ 在宅療養支援診療所の適正数・適正配置・質・効果的な活用方策

Ⅰ－４において示したように、在宅療養支援診療所には主として４つの診療形態がある。

- ① 無床(有床)診療所単独＋医師１名＋外来診療主体型
- ② 無床(有床)診療所単独＋医師１名＋在宅医療主体型
- ③ 無床(有床)診療所単独＋医師複数＋在宅医療主体型
- ④ ①及び②の複数参加によるグループ診療型

１) 適正数

各都道府県・市町村においては、各地域における在宅療養支援診療所の適正数（概算として表Ⅲ－３に提示）の確保がまず求められる。

各都道府県のうち適正数に達しているところもあるが、大部分の都道府県は充分ではない。適正数の確保が第一となる。

適正数が確保されていない場合に、一般の診療所が在宅療養支援診療所に名乗りを上げない理由は、主に以下の二つである。

診療所は常時 24 時間の対応体制を堅持してゆくことが望ましいが、①の診療所では実際には医師 1 名への重責が懸かる。「24 時間対応体制の困難」が、一般の診療所が在宅療養支援診療所への転換を計れない、と答える第一の理由である。

しかし、医師－患者関係が良好であるならば、ある一定期間の出張・休息等を患者に説明し、連携訪問看護ステーションの訪問・連携後方病院への受診手続き等を事前に行い、不測の事態が起こっても他の医療機関による対処が可能である状況を作り出しておくことにより、患者側の理解と承認を得ることが可能である。むしろ医師－患者関係が希薄なほどこの対応が困難となる。

在宅時医学総合管理料の算定は、当該診療所が診療している「身体的理由による通院困難な者」の全てに対して算定されなければならないものではない。安定しており急変の度合いの少ない患者等に対しては、当該医師の疲労の度合いに鑑みて、患者家族の承認を得ることにより、在宅時医学総合管理料の算定を一時見合わせることも可能であろう。

第二に、在宅療養支援診療所に登録すると、在宅時医学総合管理料を算定することにより、「患者の支払い負担増になる」という理由から登録を控えている診療所がある。

しかし、在宅時医学総合管理料を算定できる対象者は、「身体的理由による通院困難な者」であり、原則的にはかなりの対象者が身体障害者に該当することになる。身体障害の等級によっては「身体障害者医療費受給」の対象となり、自治体により医療費の減額・免除が行われ、むしろ負担減となる。

したがって、負担増になるという理由が当てはまる患者がいるならば、その相当数は、

(a) 医師が身体障害認定のための手続きを怠っている場合、(b) 身体障害に該当しない患者に対して在宅時医学総合管理料を算定している場合、のいずれかの可能性がある。

医師は患者に対して、良好な関係を保ち信頼を得、的確な診断に基づく適正な措置を患者に対して行うことにより、患者の無駄な出費を抑制しなければならない。

①のように単独で在宅療養支援診療所の登録を行うことが躊躇される場合には、④の形態が各地において運営されている。

以上を一般の診療所に十分に理解してもらうことにより、在宅療養支援診療所への登録がより促進されることが望ましい。

2) 適正配置

各一次医療圏に適正数の在宅療養支援診療所があることが望ましい。

表Ⅲ-3で示すように、約7,320名の人口に対して1以上の数があることが望ましい。中山間地域の多い所・僻地・離島等のように人口密度が低く面積の大きい地域等に関しては、病院への患者移送時間の問題もあり、居宅における医療を率先して行うことが可能な在宅療養支援診療所の配置が欠かせない。したがって、政策医療の観点から当該地域においては、行政主導による公営在宅療養支援診療所の設立が提案される。

在宅療養支援診療所は、最も登録数が多い①の診療所から、登録数は少ないが在宅医療に特化した③の診療所まで多彩である。③の診療所はがんの看取り・人工呼吸器・中心静脈栄養等の重症度の高い療養者に対する医療提供が日常的に可能であるため、各地域において、③の診療所を中心として、①②の診療所およびその連携体としての④の形態等が配置されることが望ましい。いずれの地域においても、在宅療養支援診療所は生活の中での終焉にまで医療提供可能なことが前提となる。

特別養護老人ホーム・グループホーム等の介護保険入所施設・その他の有料老人ホーム・ケア付マンション等においても、生活としてのケアを名乗る以上は、生活の場の提供とともに生活の結果としての看取りが可能であることが前提となる。したがって、嘱託医はがんを含めた緩和医療と看取りができることが必要であり、そのような医師を配置することが前提となる。もしくは、在宅療養支援診療所の医師が個々の入居者の主治医となることが望ましい。

すでに、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションは、末期がん・症状の急性増悪等については、表Ⅱ-2-1のように施設へ赴いての医療が可能となっている。

要支援・要介護認定者に対する在宅医療の算定

| 療養の給付を受ける場所 | | 配置義務 | | 往診 | 訪問診療 | 在宅時 医学総合 管理料 | 在宅末期 医療総合 診療料 | 訪問 看護・ 指導料 | 訪問看護療 養費(ステー ション) |
|----------------------------|-----------------------------|------|------|----------------|------|--------------------|---------------------|------------------|-------------------------|
| | | 医師 | 看護師等 | | | | | | |
| 自宅 | | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ |
| グループホーム(認知症対応型共同生活介護) | | × | × | ○ | ○ | ○ | ○ | △ | △ |
| ケアハウ ス・有料 老人ホ ーム等 | 特定施設入居者生活介護を算定しない患者 | × | × | ○ | ○ | ○(※3) | ○(※4) | △ | △ |
| | 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を算定する患者 | × | × | ○ | ○ | ○ | × | △ | △ |
| | 特定施設入居者生活介護を算定する患者 | × | ○ | ○ | ▲ | ● | × | △ | △ |
| 特別養護老人ホーム | | ○ | ○ | 配置医師は ×(※1) | ▲ | ▲ | × | ▲ | ▲ |
| 介護老人保健施設 | | ○ | ○ | ×(※2) | × | × | × | × | × |
| 介護療養型医療施設 | | ○ | ○ | ×(対診は可) | × | × | × | × | × |

△ 末期の悪性腫瘍および難病等ならびに急性増悪等により医師の特別指示が出ている場合(14日間を限度)は医療保険の適用となる。

▲ 末期の悪性腫瘍患者で、在宅療養支援診療所に係る医師が行う場合またはその指示に基づき訪問看護を行う場合は医療保険の適用となる。

● 在宅療養支援診療所の医師に限り算定可(末期の悪性腫瘍患者以外も可)。

※1 特別の必要があつて行う場合は○

※2 傷病等から必要な場合は○

※3 特別な関係にある医療機関は算定できない。ただし、在宅療養支援診療所については有料老人ホーム等と特別の関係にあつても算定できる。

また、療養病床を有料老人ホームに転換した病院であつて、在宅療養支援診療所と同様の医療体制を有する場合も特別な関係にあつても算定できる。

※4 有料老人ホーム等と特別の関係にあつても算定可。

表Ⅱ-2-1

3) 質

在宅医療においては、医師の医学的知識を基にした疾病論及び症候論を展開することだけでは足りない。居宅療養者は生活の中で生きている以上、現在の状態・今後の身体的変化が療養者とその家族に及ぼす生活の継続・変容と、その対処法についても十分な説明責任が果たされることが必要である。

説明責任が十分に果たせることを前提として、医療技術における在宅医療の守備範囲については表Ⅱ-2-2に示す。現在の在宅医療では、手術、CT/MRI/PETのような大型検査機器、放射線療法の機器の使用等はいずれも行い難いが、それ以外の一般的な入院における一通りの検査と治療は在宅医療の範囲内と考えられている。

人工呼吸器装着の難病療養者、がん末期療養者等の最重症であっても居宅に帰すことは可能である。したがって、医療的重症度は帰宅可能の尺度にはならない。どのような重症者も帰宅可能である一方で、介護力（家族介護力＋居宅支援介護・施設介護力）が不十分である場合には、重度ではない人も帰宅できない場合が生ずる。

在宅医療の質は、在宅療養支援診療所、介護保険施設等によって多様である。したがって、個々の診療所・施設等が行い得る内容を詳細に把握することによって、地域における在宅医療の充足度が確認される。第Ⅲ部における調査項目を参考にして調査を実施するものとする。

表Ⅱ-1-1 別表1の

- ② 在宅療養指導
 - ③ 診療内容
- 参照

その他： 気管支鏡、内視鏡、在宅X線写真撮影
心電図、酸素飽和度、血液ガス測定、超音波エコー
点滴、輸血、持続硬膜外疼痛管理

表Ⅱ-2-2

4) 効果的な活用方策

(1) 周知内容の概要

- ① 居宅で医療を受けられることが地域住民に広く知られること
- ② ただし、身体的理由による通院困難な患者に限られること
- ③ すべての入院患者は医療的重症度によらず退院できること
- ④ 退院後の生活の場は、広義の居宅（自宅・介護施設等）であること
- ⑤ 治癒する症状・疾病に関しては再度入院して治癒退院する場合があること
- ⑥ すべての居宅療養者は生活の結果としての広義の居宅における終焉が可能であること
- ⑦ しかし、介護力（特に家族介護＋居宅支援介護）の如何によっては、自宅生活が継続不能となる可能性があること
- ⑧ 医療支援として居宅を訪問する在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・訪問リハビリテーション等が、介護支援としてケアマネージャー・ホームヘルパー・入浴サービス等があること
- ⑨ ⑧のすべてに保険が適用されていること
- ⑩ ⑧の他にも、自立支援法・生活保護法・都道府県単独制度等に基づく諸制度が完備されていること
- ⑪ その他、居宅・施設支援の様々な方法があること

以上の①～⑪について、地域病院と地域住民への啓蒙を行うことが、効果的な活用の第一歩である。

(2) 地域特性

ある地域では療養病床に患者が集積する、他の地域では施設入所が異常に多い、あるいは慢性期患者の病院での看取りが多数である、通院困難な重症度の高い患者がストレッチャーで外来受診する等々の、患者や家族が本来受けたい医療や介護ではないところに、何らかの力が作用することを極力避ける必要がある。

在宅療養支援診療所は、その活用によって図 I-3-2 に示されるように、医療的重症度が異なる患者の、本来の希望に沿うような、入院・外来・自宅・施設入所等に表われる均等分布を地域単位で構築する有力な手段である。そのためには、

一般病院において（入院患者は必ず退院することが前提）：

- ① 地域における一般病院の入院病床総数とその回転率による、年間退院患者総数の把握
- ② ①の総数に対して、在宅医療の適応となる「身体的理由による通院困難患者数」の把握
- ③ ②の総数のうち、通院を積極的に希望する患者以外の「在宅医療希望患者数」
- ④ ③を、③-1 自宅療養者と、③-2 介護施設療養者に分類する

療養病床において：

- ① 地域における療養病床の総数のうち削減予定病床数
- ② 削減予定病床数のうち「身体的理由による通院困難患者数」の把握
- ③ ②の総数のうち、通院を積極的に希望する患者以外の「在宅医療希望患者数」
- ④ ③を、③-1 自宅療養者と、③-2 介護施設療養者に分類する

公的身体障害者入所施設のうち削減予定のもの：

- ① 削減人数のうち「身体的理由による通院困難者数」の把握
- ② ①のうち、通院を積極的に希望する以外の「在宅医療希望者数」
- ③ ②を、②-1 自宅療養者と、②-2 介護施設療養者に分類する

上記において、

(a) 自宅療養者には在宅療養支援診療所等在宅医療が関与する。

施設療養者においては、

(b) 施設の嘱託医が直接医学的管理を行う場合、

(c) 在宅療養支援診療所医師等が施設訪問によって医学的管理を行う場合がある。

前提として自宅療養者と介護施設療養者のいずれもが、4) - (1) の①～⑪を熟知していなければならない。

自宅療養者の増大に対しては、在宅医療の導入と居宅介護支援の充実を行う。施設療養者の増大には生活の場の確保として、特別養護老人ホーム・グループホーム・有料老人ホーム・ケア付マンション・ケア付住宅等の公的・民間の介護提供可能な施設の設置が必要である。施設療養者の医療は、嘱託医・在宅療養支援診療所医師等の施設訪問による医学管理となる。

入院・外来・自宅・施設等の不均等分布がはなはだしい地域においては、その実数の把握を行い、早急に分布の均等化を計らなければならない。

Ⅱ－３ 医療計画における各事業との関連

1) がん

年間死亡者数の三割ががんである。がん患者の死亡場所の94%は病院である。がん医療は、治癒・延命を主体とした治療の側面と、終末期における緩和を主体とした看取りの側面を持つ。

在宅医療は、主として終末期における緩和を主体とした看取りに関与することが多いと考えられる。したがって、40才以上のがん末期患者に対して、「身体的理由による通院困難」が生じた場合には、介護保険の導入を行い家族介護力の保持を行うことが必要である。40才に満たない患者の場合には、速やかに身体障害者手帳の交付が行われるように計らい、自立支援法に基づく各種の居宅介護支援を導入しなければならない。

疼痛管理を含む緩和医療は、在宅医療を行う医師にとっては必須の知識・技術であり、各都道府県においては、特に在宅療養支援診療所医師に対する、当該医療の研修を行うことが重要である。

いわゆる「がん難民」のうち多くを占める治療を希望する患者の中には、明らかに緩和を主体とする終末期医療の適応となるものがあり、医師は説明責任を果たすべきである。

2) 脳卒中

従来に比して脳卒中の入院期間は短くなった。脳卒中は急性期・回復期・維持期に分類される。リハビリテーション等回復期を過ぎてゴールに達した当該患者は、身体的理由による通院困難がある場合には在宅医療の適応になる。また、回復期途中であっても、居宅における訪問リハビリテーション、あるいは通所リハビリテーションの利用により、在宅医療が適用される。臥床状態の要介護度の高い療養者については在宅医療の適用となる。

当該患者が再発作を起こしたときの入院治療については、的確な診断の下に本人の事前指示、家族の意見、法的根拠、医学的見地等のいずれに対しても、入院治療の適応が乏しい場合については、本人・家族・医師を含め、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームヘルパー等の他職種の意見も加味しながら、多人数・多職種における合議の下に在宅治療の継続による推移・看取りを行うことが望ましい。

3) 急性心筋梗塞

急性心筋梗塞は急性期・回復期・慢性期・終末期に分類される。

特に慢性期において、入退院を繰り返しながら、心機能障害の程度がベッド上あるいはその周辺の行動範囲に限定される場合には在宅医療の適応となる。さらに、終末期にはポンプ機能の失調による高度の心不全による死亡が半数を占めており、居宅における看取りについての説明を行っておくことが望ましい。

不整脈による急変時の対応については、居宅において本人・家族に対して心肺蘇生を行うか否かについての事前指示等を得ることにより、AEDの貸し出しを行うことができる。

無理な心肺蘇生を拒否するのであれば、居宅における看取りを視野に入れて家族に対する説明を行っておく必要がある。

4) 糖尿病・腎透析

糖尿病は、①予防としての居宅における家族への栄養管理・食生活の指導・教育が必要
②インシュリン事故対策 ③人工透析導入をいかに遅らせるか、の三点が居宅における対策の骨子となる。

①に対しては、家族ぐるみの糖尿病専門医の訪問指導、栄養士の食生活管理、医師による服薬・インシュリン管理等によって、症状の悪化を防ぐとともに、デイサービス・通所リハビリテーション等による運動療法を加味することができる。家族が食生活の改善に意欲的になることにより、家族の発症予防に寄与する。

②に対しては、居宅に赴くことによって、より厳密な生活事情の把握が可能となり、過剰投与を未然に防ぐ確立が高くなる。

③に関しては、在宅医療の適応が「身体的理由による通院困難者」である点に留意し、

③-1 透析を希望する場合には、第一に在宅自己腹膜還流の導入を行うこと

③-2 すでに身体障害を持っていながらさらに人工透析を行うことを良しとするか否かについての自己決定を確認すること

③-3 腎不全の居宅での看取りの説明を行うこと

の三点が必要である。

身体的理由による通院困難者が入院人工透析を行っている場合には、居宅介護に移行し、介護保険による寝台車を利用することにより、通院透析に切り替える方法がある。更なる居宅介護支援が必要な場合には自立支援法を利用する。

5) 小児医療

種々の疾病による身体障害を持つ小児のうち、特に人工呼吸器・胃瘻経管栄養等の医療を必要とするものに対しては在宅医療が適用される。すでに小児人工呼吸器を複数利用している在宅療養支援診療所が栃木県にあり、病院での長期入院対象者の在宅復帰が可能である。

6) 周産期医療

今後、居宅における出産が増加する場合において、在宅医療の何らかの関与が起り得るだろう。

7) 救急医療

図Ⅱ－3－1に示すように、当該在宅療養支援診療所は重症者が多数である。この在宅療養支援診療所においては、図Ⅱ－3－2の如く平成16年度における年間救急対応時間は約295時間であった。在宅療養支援診療所が適切に稼動することにより、医師・訪問看護師の緊急往診による対応が可能となり、救急車による無駄な緊急搬送の回数が減少することに寄与することができる。

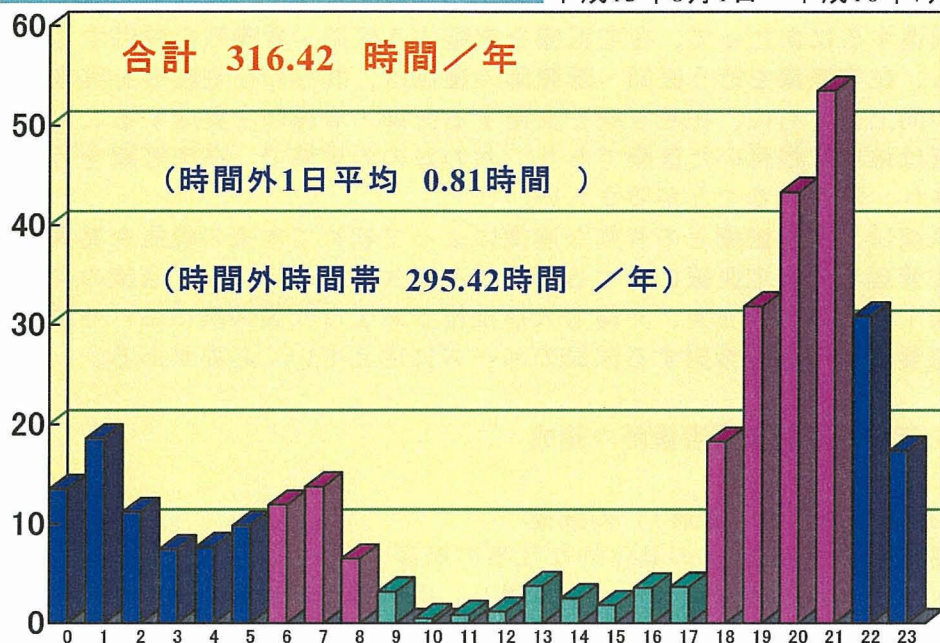
在宅療養支援診療所は居宅における看取りが可能である。看取りの説明責任を医師が果たすことにより、看取りの段階における家族の不安を解消することができ、緊急搬送することなく、また不必要な緊急蘇生を行うことなく安心した看取りが居宅において行われる。

| 施設名 | 病床数 | 人工呼吸器 | 酸素吸入 | 中心静脈栄養 | 胃瘻経管栄養 |
|--------|-----|-------|------|--------|--------|
| A 病院 | 698 | 10 | 62 | 64 | 20 |
| B 病院 | 500 | 6 | 72 | 40 | 20 |
| C 病院 | 383 | 17 | 35 | 27 | 5 |
| Sクリニック | 178 | 33 | 55 | 10 | 67 |

図Ⅱ－3－1 重症患者の比較（'05）

緊急往診が行われた時刻と診療時間

平成15年8月1日～平成16年7月31日



※対象期間レセプトにおいて時刻・診療時間の記載がある往診について累積

図Ⅱ-3-2

8) 災害医療

①自然災害・テロ対策

在宅医療の機動性を発揮することができる。居宅において医療提供がなされていることから、災害時に麻痺する病院機能を頼って患者を搬送する必要がない。家屋の被災程度が軽い場合にはそのまま居宅での医療が可能であるし、非難場所における医療も容易である。在宅医療は、災害時の自助・共助・公助のうち初動に係る自助と共助の場面での医療提供に優れた機能を持つ。

②新型インフルエンザ等感染症対策

国内の感染の広がりが把握された場合には、病院等の外来部門の閉鎖が計画されている。このため自宅待機者に対する医療提供手段として在宅医療がその機能を発揮できる可能性がある。

今後①②の対策の重要要件として、在宅医療の推進がなされることが望ましい。個々の在宅療養支援診療所に対するすばやくかつ均一な情報提供が必要となる。ITを駆使した情報提供の構築が待たれる。

9) へき地医療

政策医療としての公的な在宅療養支援診療所の創設が急務である。

Ⅱ－４ 在宅医療教育

在宅医療を推進するにあたって、在宅医療を実施する医師・看護師を確保することは重要な課題である。在宅医療を行う医師・看護師の確保は、既存の在宅医療を実施する医療機関の活動性の向上とともに、在宅医療を実施する医師・看護師を養成することで実現される。在宅医療は地域に根付いた医療であり、おのこの地域で、在宅医療を行う医師・看護師が養成され、定着することが望ましい。

また、在宅医療は、病院医療との有効な連携によって初めて本来の機能を発揮する。この意味で、病院管理者の在宅医療に対する理解が不可欠である。また、家族の介護力が低下する中で、居宅サービスの充実、介護老人福祉施設および介護保険における居宅サービス事業所での療養や看取りを希望する国民のニーズに応じていく必要がある。

1) 在宅医療を行う医師および看護師の養成

(1) 「在宅医療推進協議会（仮称）」の設置

「在宅医療推進協議会（仮称）」の具体的な仕事の概要

県は「・・・県在宅医療推進協議会」を設置し、医師および看護師に対する在宅医療の実地教育を実施し、かつ、県内における在宅医療の普及を推進する。

「在宅医療推進協議会」の構成員には、在宅医療における有識者、十分な在宅医療における実績と教育機能を有する在宅療養支援診療所、活発に24時間対応およびターミナルケアを実施する訪問看護事業所（訪問看護ステーションおよび医療機関）、地域中核病院を含める。

「在宅医療推進協議会」は、年度ごとの整備目標を立て、十分な現場実績と在宅医療の教育機能を有する診療所、十分な現場実績と訪問看護の教育機能を有する訪問看護事業所を組織し、在宅医療を行う医師・看護師の養成ならびに、県内各地への在宅医療の普及を推進する。

2) 在宅医療の研修

(1) 教育機能を有する在宅療養支援診療所の選定

「在宅医療推進協議会」は、県内の在宅療養支援診療所を調査し、教育機能を有する在宅療養支援診療所を選定する。県により選定された在宅療養支援診療所は在宅医療推進のための教育を実施する。

<教育機能を有する在宅療養支援診療所として望ましい選定基準>

- ① 在宅医療を実施する常勤医師2名以上
- ② 在宅医療実施例数（在宅時医学総合管理料）30例以上
- ③ 重症者医療実践　がん・呼吸器・気管切開・経管栄養を実施する患者を診療していることが望ましい

（２）教育機能を有する訪問看護ステーションの選定

「在宅医療推進協議会」は、県内の訪問看護ステーションを調査し、教育機能を有する訪問看護ステーションを選定する。県により選定された訪問看護ステーションは在宅医療推進のための教育を実施する。

＜教育機能を有する訪問看護ステーションとして望ましい選定基準＞

- ① 常勤看護師５名以上
- ② 重症者医療実践 がん・呼吸器・気管切開・経管栄養患者を実施する患者を看護していることが望ましい

（３）県単位での医師研修の実際

在宅医療に関する医師向け講習会

「在宅医療推進協議会」は、在宅医療を実施しようとする医師、現に実施しているが更に深く在宅医療を学ぼうとする医師に対して講習会を実施する。

＜講習会の具体的な内容＞

「在宅医療推進協議会」が行う、医師を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

- ① 在宅医療で可能な医療内容
- ② 在宅医療の診療報酬システム
- ③ 在宅ケア地域連携（特に訪問看護ステーション）
- ④ 在宅医療を前提とした病診連携の実際
- ⑤ 居宅における看取りに関する医療内容

＜講習会の講師＞

講習会の講師としては、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、医師会保険担当役員、訪問看護ステーション看護師、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

＜修了証＞

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

（４）教育機能を有する在宅療養支援診療所での医師短期研修

すでに各地域における在宅療養支援診療所の中には、積極的に医師研修を行っているところがある。これを有効に活用し、在宅医療の均てん化を目指す方策については現在検討中である。

（５）看護師研修の実際

在宅医療に関する看護師向け講習会

「在宅医療推進協議会」は、在宅医療を実施しようとする看護師、現に実施しているが更に深く在宅医療を学ぼうとする看護師に対して講習会を実施する。

＜講習会の具体的な内容＞

「在宅医療推進協議会」が行う、看護師を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

- ① 訪問看護で可能なこと
- ② 訪問看護における具体的な事例の研修
- ③ 在宅移行時における退院マネジメント・連絡調整
- ④ 医師・介護支援専門員・訪問介護員その他の福祉職との連携

<講習会の講師>

講習会の講師としては、教育機能を有する訪問看護ステーションの職員、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

<修了証>

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。

- (6) 特定訪問看護ステーションでの看護師短期研修
(4)に順ずる。

- (7) 医療施設管理者研修の実際

在宅医療に関する病院管理者向けの在宅医療に関する講習会「在宅医療推進協議会」は、県内の病院管理者を対象として講習会を実施する。

<講習会の具体的な内容>

「在宅医療推進協議会」が行う、病院管理者を対象とする在宅医療に関する講習会は次のような内容を含有するものとする。

- ① 在宅医療で可能な医療内容
- ② 在宅看取りに関する必要事項と病診連携
- ③ 訪問看護で可能なこと
- ④ 在宅医療の診療報酬システム
- ⑤ 在宅ケアに関する各種連携（特に訪問看護ステーション・介護支援専門員・訪問介護員等福祉職）
- ⑥ 病診連携（特に在宅療養支援診療所）、地域連携退院時共同指導料取得の実際

<講習会の講師>

講習会の講師としては、教育機能を有する在宅療養支援診療所の指導医、医師会保険担当役員、教育機能を有する訪問看護ステーションの職員、他県の在宅医療実践者などを含めて、「在宅医療推進協議会」が適任者を選任し、実用的な在宅医療の知識・技能などを与える。

<修了証>

講習会を受けたものには、講習修了証を発行する。