

図1 人生の最終段階の医療における決定プロセスのガイドライン

(http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/eol/kensyu/2014leader01_doc.html より引用)

である。

おわりに

本稿では、ACPFを中心としたACP, EOLDについて概説した。是非、当センターのホームページに掲載された教育プログラム、Education For Implementing End-of-Life Discussion(E-FIELD)のE-ラーニングをご覧いただきたい。ACPとEOLDの事例を通じ、倫理的思考とコミュニケーションスキルを学ぶことができる。

かかりつけ医が高齢者疾患を診る際に必要な人生の最終段階における意思決定支援の方策は、倫理的思考とコミュニケーションスキルを土台に、医療ケアチームで行うACPやEOLDである。

(西川満則 / 三浦久幸 / 高梨早苗 / 久保川直美)

ここがPO!NT

- 1 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)とエンド・オブ・ライフ・ディスカッション(EOLD)は、対話のプロセスであり組織化である。
- 2 ACPとEOLDは、チーム医療であり導入の工夫が必要である。
- 3 ACPで表明された患者の意思をつなぐことは今なお課題である。

Recommended Readings

- 1) 横江由理子ほか：看護実践にいかすエンド・オブ・ライフケア。日本看護協会出版会，2014，p64-70
- 2) Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W : *BMJ* 340 : c1345, 2010
- 3) Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A : *Palliat Med* 28 : 1000-1025, 2014
- 4) Butler M, Ratner E, McCreedy E et al : *Ann Intern Med* 161 : 408-418, 2014
- 5) 国立長寿医療研究センター 人生の最終段階における医療にかかる相談員の研修会プログラム Education For Implementing End-of-Life Discussion (E-FIELD). <http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/eol/kensyu/2014program.pdf>

第2節

地域包括ケアシステム構築に おける地域ケア会議の位置づけ

名古屋大学医学部大学院医学系研究科・
地域包括ケアシステム学寄附講座准教授

鈴木裕介

はじめに

高齢世代の第1の波である団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、地域包括ケアの構築が各地域で急がれている。地域包括ケアは、各地域の特異性が十分に反映されたものであることが必要なのは論を待たない。高齢化の様相が都市部とそれ以外の地域で大きく異なり、家族構成や地域性、使える医療・介護資源など多様な要因を考慮すると、ある地域におけるモデルを一律に適用することには無理がある。2018年度から実施される各自治体の地域包括ケアモデル事業も、その在り様は地域によって大きく異なったものになることも容易に想像される。

かように地域における独自性が大きい地域包括ケアとは言え、その仕組みの中で中核的役割を担うと現時点で考えられているのが「地域ケア会議」である。この会議の目的とするところは、地域の状況を把握し、地域住民のニーズに応えるための地域マネジメントの方略を策定することであり、個別のケース検討と全体のシステムを推進するための会議の2つに大別される。介護保険の枠組みにおける介護支援専門員（ケアマネジャー）の役割が、依頼者である被保険者の個別のサービス調整（ケアマネジメント）であるのに対して、地域ケア会議は、個別のケースに関する検討を加えるとともに、そこに地域としての共通課題を見出し、解決のための方略を検討する、つまりケアマネジメントとコミュニティーマネジメント双方の機能を担うことが期待されている。現時点においても全国各地域で、地域包括ケアに関するモデル事業、医療介護連携推進拠点事業、認知症初期集中支援チーム等、様々なモデル事業が進行中であるが、その核となるコミュニティーマネジメント機能の実態はいかがなも

のであろうか。

本章においては、地域ケア会議の実施実態に関する調査を基に、現状に関する考察を試みると同時に、地域包括ケアにおける医療面での最大の課題である、地域における認知症ケアについて、認知症の地域連携の視点から、かかりつけ医に行った調査を基に考察し、在宅医療についても地域連携の視点から考察を試みる。

1 地域ケア会議の定義とその位置づけ

(1) 地域ケア会議の定義

厚生労働省の資料によれば、地域ケア会議は以下のように定義されている。「地域ケア会議は、高齢者個人に対する支援の充実と、それを支える社会基盤の整備を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法」であり、地域包括支援センターがその運営主体である。地域ケア会議には5つの機能が付与されていることになっている¹。実務者レベルにおける個別課題解決機能、ネットワーク構築機能、地域課題発見機能、地域づくり・資源開発機能、それらの機能の結果をふまえた代表者レベルの政策形成機能である。

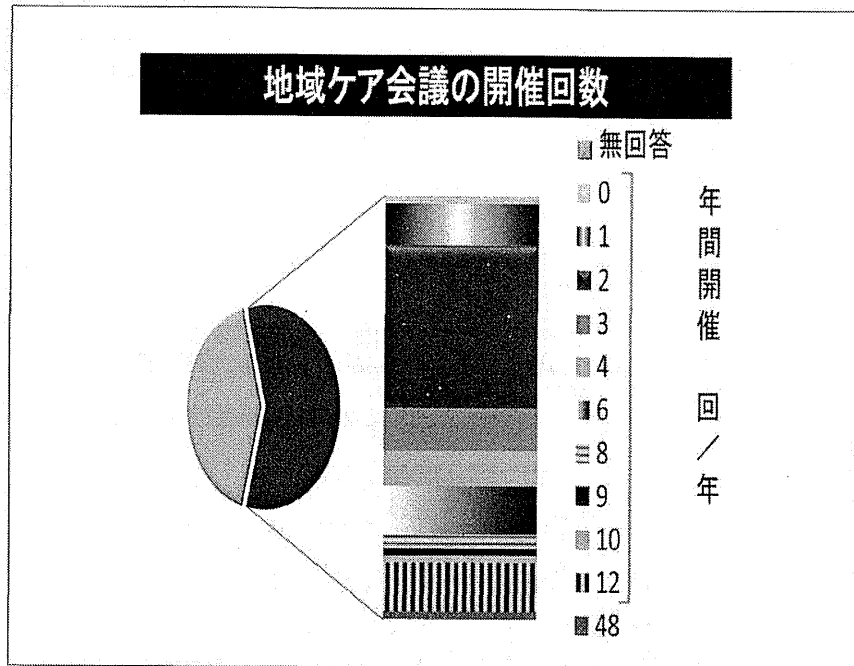
これらの機能は、個別ケースの検討（ケアマネジメント）と地域課題の検討（コミュニティーマネジメント）の双方の機能をいかに有効に機能させるかが重要であり、前者は日常生活圏域での開催を前提にしているが、後者に関してはその枠組みを超えた市町村や地域全体で開催することも考えられる（図1-2-1）。

¹ 厚生労働省ホームページ
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link3-1.pdf (2015年1月20日アクセス)

(2) 開催頻度に関する調査

地域ケア会議の開催頻度についての質問では、開催なしという回答の運営主体は 30%、残りの 70%のセンターの開催頻度は「地域ケア推進会議」開催の最低要件とされている年間 2 回が最も多く、それ以外の開催頻度は、図 1-2-3 のごとく、非常にバラつきの大きいことが明らかになった (図 1-2-3)。

図 1-2-3 地域ケア会議の開催回数



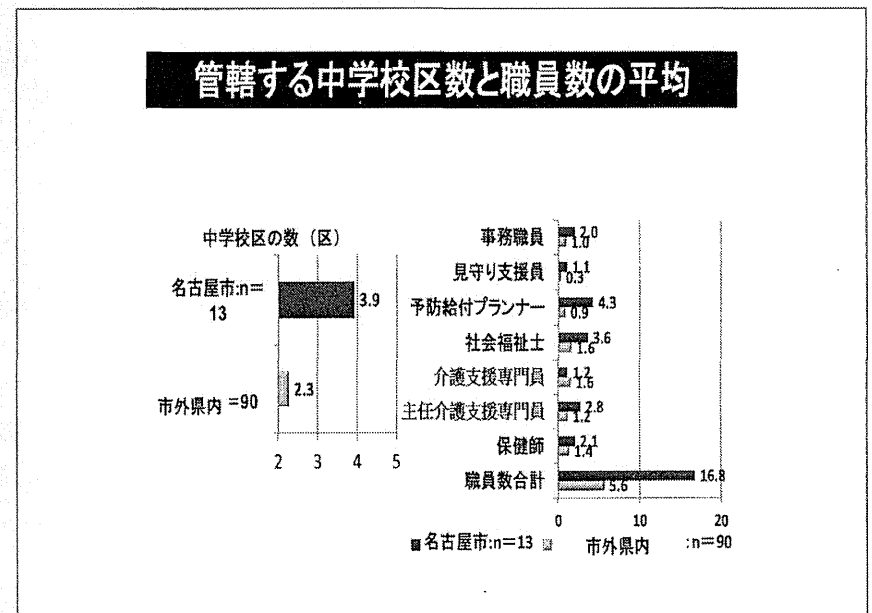
(筆者作成)

(3) 地域による開催内容の比較

地域包括ケア構築における課題は、都市部とそれ以外の地域で大

きく異なることが考えられる。本調査においては、今後劇的な高齢者数の増加が予想される名古屋市内と、それ以外の県内の事業所に分けて比較を試みた。地域包括支援センターの構成職員数と管轄する中学校区の数と比較してみると、名古屋市内では担当中学校区数が市外と比較して多い代わりに、1か所に多くの職員が配置されていることがわかる (図 1-2-4)。

図 1-2-4 地域包括支援センターの管轄区域と職員数

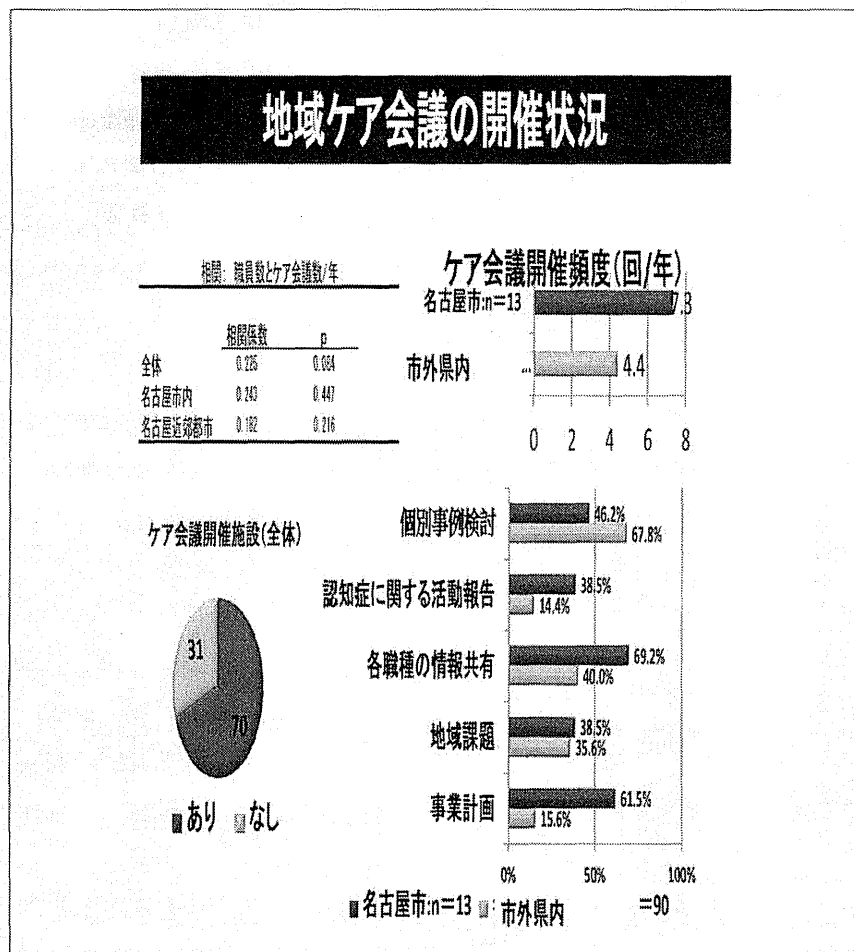


(筆者作成)

地域ケア会議の開催頻度は、名古屋市内が年間 7.3 回に対して市外では 4.4 回であったが、相関性の検討では、会議の開催回数は職員数との関連性は見られないことがわかった。会議の内容に関する比較では、市外では個別の事例検討が多いのに対して、市内では事業計画や各種情報共有に関する話し合いに多くの時間が割かれている

ることが示唆された(図 1-2-5)。

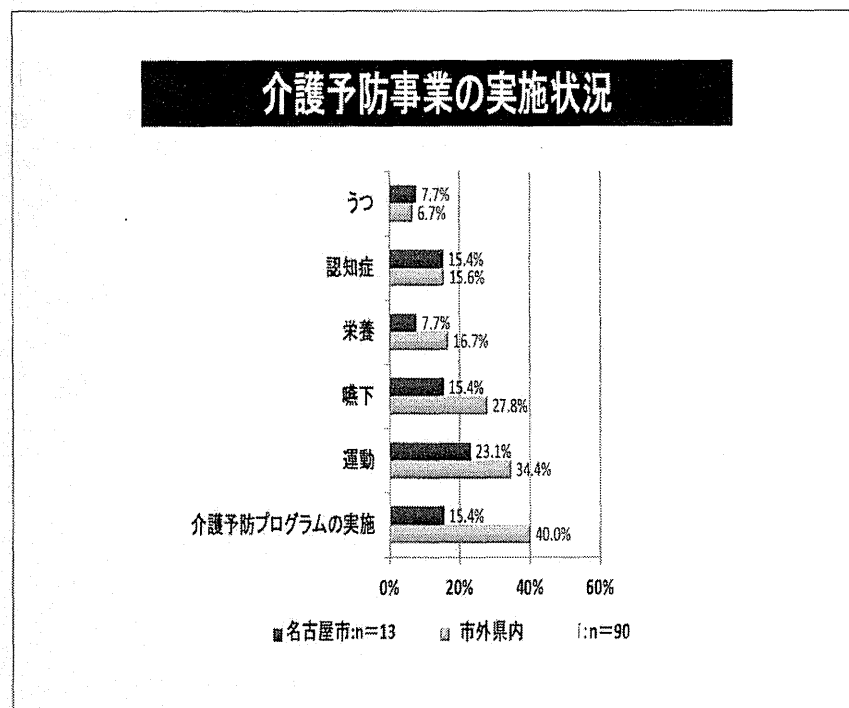
図 1-2-5 地域包括支援センターの開催状況



(筆者作成)

介護予防事業の実施状況を図 1-2-6 に示すが、認知症とうつ対策以外は、概ね都市部よりそれ以外の地域において実施率が高いことがうかがわれた。

図 1-2-6 介護予防の実施状況



(筆者作成)

3 地域における認知症ケア—医師会員への実態調査からみえてきた課題—

人口の高齢化に伴い、地域医療の在り方も大きく変容を迫られている。疾病構造の変化に医療がどのように対応しうるかは、今後もしばらくは高齢化が進展し続ける、我が国の現状における喫緊の課題である。公的な医療保険制度によって支えられている、我が国の医療の枠組みにおいて、医療は国民が等しく受ける権利であり、提

供される医療内容は、各地域における需要を忠実に反映するものでなくてはならないはずであるが、実際に地域で提供される医療がニーズに当たっているとは言い難い。その中でも、現状において地域医療における患者需要と医療供給体制との乖離がもっとも著しいと考えられているのが、診療形態における在宅医療、疾病としての認知症対策であることは議論を待たない。近年、各自治体や医師会主導でやっと動き出した地域包括ケアの枠組みの根幹に関わるのが、在宅医療の普及促進と認知症対策であり、この2つの課題に対する施策は、同時にかつ連携しつつ進められるべきである。

地域における認知症診療の課題は、主に2つに集約できる。まずは、システムとして通常の診療で運用可能な連携体制（システムがあっても、それを利用する医師あるいは地域ケアスタッフがいないければ全く意味がない）と医療を提供する側の課題である。その他、行政の関わり方やまちづくり、互助機能の掘り起こしなど、議論すべき課題は多々あるが、本稿においてはこの2点に論点を絞って考察を試みる。

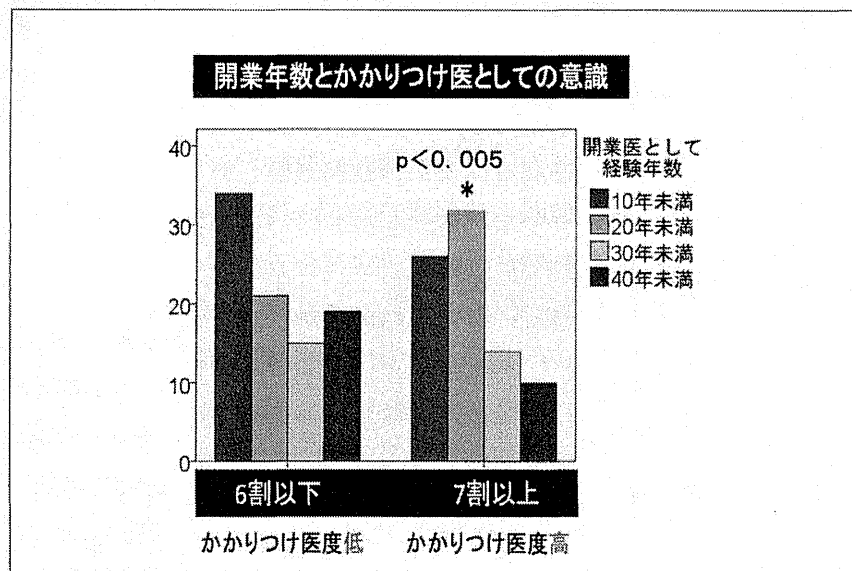
名古屋市においては、医師会主導の認知症安心安全プロジェクトによる物忘れ相談医⇄各区の認知症サポート医⇄の連携システムが整備されており、これに当施設の登録医との病診連携システムが相補的に機能する仕組みを用意している。そこで、老年内科の1年間の外来に物忘れを主訴として来院した患者さん及びその介護者の調査から連携の実態を調査してみた。その結果、物忘れを主訴として受診した患者の約3割が紹介状を持たずに受診しており、口コミ、ネットで検索など、いわば患者（多くの場合介護者）の自助努力により受診にこぎつけたケースが、少なからず存在することが明らかになった。しかも注目すべきは、その中の9割近くが居住地域に

かかりつけ医を持っていることがわかった。また、これらの患者のほとんどは介護者の付き添いのもと受診しているが、介護者が受診前のどの時期に患者の症状に気づいた（あるいは問題があると認識したか）を尋ねたところ、気づいてから早期に受診したケースは簡易の認知機能評価（MMSE）の点数が高い傾向にあるとはいえ、気づいてすぐに受診したと答えたケースでも得点に16点～30点まで倍近い開きがあることがわかった。以上の2点は、認知症における病診連携が有効に機能していないケースが多々存在すること、家人や介護者の気づきにはかなりバラつきがあり、都心部など独居や老々の世帯が多く存在する地域では、特に早期の受診を困難にしている状況が容易に推測される。また、連携（登録医、認知症サポート医からの紹介）によって受診に至ったケースにおいても、限られた診療所からの紹介に集中しており、システムとして地域に万遍なく浸透している連携とは言い難い現状が浮かび上がった。

一方、認知症のプライマリーケアを担うことが期待される、地域の診療所医師（いわゆる開業医）の認知症診療における現状はどうか。名古屋市医師会のA会員（開業医）を対象に、認知症診療連携に対する意識調査を実施したので、その結果の一部を紹介する。419名の会員から回答を得た（回収率22.6%）。地域においてはかかりつけ医として期待されながらも、臓器別や診療科別の専門医としてのアイデンティティを持ち、専門診療をも行うというユニークな診療慣習を有する我が国においては、属性としての専門診療科あるいはかかりつけ医としての意識は、認知症診療への関与に大きく影響すると考え、業務におけるおおよその比率（かかりつけ医／専門医）を、仮に「かかりつけ医度」として比較を行った。専門診療科については「ない」とする回答は皆無であり、内科（46%）

が最も多く、その他（29%）、整形外科（7%）精神神経科（7%）、外科（6%）、産婦人科（5%）と続く。「かかりつけ医度」を有効サンプル数のバランスを考慮して操作的に6割以下と7割以上に分けて解析した結果、開業から10年未満では専門医としての意識が高く、10年以上20年未満ではかかりつけ医としての意識が高くなる傾向が明らかになった（図1-2-7）。

図1-2-7 開業年数とかかりつけ医の意識



（筆者作成）

この結果は、診療所を開業した医師のキャリアパスを考えれば明白であり、ほとんどの医師が専門医としての診療従事を経て開業に至る現状では、開業当初は自らの専門性を重視した診療を行うが、次第に地域のニーズに対応するべく、かかりつけ医としての機能も備える業務及び意識の変容が起こっている傾向を示唆する。認知症の診療に関しては、「かかりつけ医度」が高い群では簡易の認知機能

評価や専門医との連携など、認知症の診療連携に対する意識の高さがうかがわれたが、介護事業所や地域包括支援センターとの連携については、「かかりつけ医度」の高低に関わらず、通常の診療活動の一環としては浸透していない傾向がうかがわれた（表1-2-1）。

表1-2-1 認知症の介護に関する相談への対応

認知症の介護に関する相談を受けたら				
		6点以下 n=113	7点以上 n=103	p
自分でアドバイスする	n, %	68 60.2%	84 81.6%	<0.001
ケアマネなど介護スタッフに相談	n, %	67 59.3%	59 57.3%	0.436
地域包括支援センターに相談	n, %	58 51.3%	55 53.4%	0.433
相談を受けたことがない	n, %	20 17.7%	5 4.9%	0.003

（筆者作成）

地域医療に従事する医師に求められる資質は、認知症診療にも共通するものである。患者を生活者の視点からとらえ、医療的側面のみでなく、家族、介護スタッフと連携する包容力が求められるが、これらの資質は、学部教育や卒後の臨床研修において涵養される仕組みはなく、医師個人の地域医療ニーズに応えるための職責の自覚や患者や家族に共感できる感性に依っているのが現状であり、プライマリーケアにおける診療報酬体系上の認知症診療の位置づけも、本質的問題として指摘されよう。

4 地域包括ケアと病診連携

在宅医療は入院、外来と並ぶ、いわば「第3の医療」の形態として近年、地域におけるニーズが急速に増大しているのは敢えて言及するまでもない。現行の医療制度のもとでは、在宅医療は主に診療所にその機能が付託されているが、主に過疎地など近隣に診療所が存在しない地理的事情を抱える地域においては、在宅療養支援病院がその機能を担うこともある。

近年の医療の大きな流れとして、医療における機能分化と連携が最大のキーワードになっている。日本の医療が公的医療保険を基本に環境整備されてきたにも関わらず、患者が自由に病院、診療所を受診できるという、いわゆる「フリーアクセス」を堅持してきた結果、それぞれの医療機関は、対象とする疾患に対する患者のニーズは満たすことができたとしても、医療全体の枠組みにおける患者ニーズの変遷に対応してきたかという問いには、いささかの疑問が残る。医療に自由競争の概念を導入しつつ、国民皆保険により国民の健康を等しく守るといふ、一見背反するようにみえるこの国の医療の根幹を支えてきた制度の是非について、この場で論ずることは適切ではないと考えるが、この制度の継続を可能にしたのは高度成長期の右肩上がりの税収を背景にした社会保障体制ではなかったか。しかしながら、そこで指摘されたのは医療資源の無駄、過剰受診、過剰診療であり、社会保障財源が逼迫し、社会資源の無駄の許されない今日において、少なくとも医療が公共財であり国民が等しく受ける権利であるという原則を堅持するのであれば、人口減少、超高齢社会の日本においては、制度設計の見直しがなされるべきではないだろうか。

近年、医療において機能分化と連携がひたすら叫ばれるのは、「地域における患者、利用者のニーズ」を基点に適切な医療・介護資源の配置を行い、医療機関はその計画の統治下におかれるという、公的医療保険をベースに国民の健康維持政策を立案している諸外国における大原則が、我が国においては未整備のまま放置されてきたことの裏返しであるといっても過言ではないのではないかと。「地域における患者、利用者のニーズ」としての地域包括ケアの枠組みの中の病診連携の位置づけと、現状における課題について俯瞰してみることにする。

(1) 在宅医療における病診連携の位置づけ

2014（平成26）年度の診療報酬改定において、在宅医療と病院診療の位置づけ、役割分担がより明確に打ち出されており、入院医療は在宅復帰の促進を前提に、その仕組みの組換えが意図されている。高度急性期・急性期病床は、文字どおり急性期ケアに特化した機能が課せられ、現行の看護基準（患者7対看護師1）を維持するためには、自宅等への退院患者の割合を75%以上と明確に規定されている。同時に、それぞれの医療機関が担っている機能を都道府県に報告する義務が発生し、この基準を満たすことのできない病床は、一般急性期あるいは亜急性期の、より地域に密着した病床への転換が誘導されている。この機能分化は、外来機能においても明確に規定されており、診療所においてはかかりつけ医機能の促進、地域の基幹病院においては専門外来機能をより効率的に運用するために、一般外来の縮小という方向性が打ち出されている。

今回の改定においては、在宅医療を担う医療機関の量的確保と質の強化及び在宅療養を支援する病床の機能に対する加算も規定され

ている。在宅療養支援診療所が緊急で行う往診への加算（650点）に加え、実績加算（75点）が新設され、在宅からの緊急入院を受け入れる支援病院には、入院初日に2,500点の在宅患者緊急入院診療加算が設けられている。つまり、医療が入院、外来診療に分けられていた従来の診療報酬体系から、在宅療養を支援するための病診連携の促進を意図したものに改定されている。

（2）在宅医療における病診連携の課題

ご存じのように在宅医療は、医療と介護の連携をもっとも必要とする医療形態であり、それに関わる職種も極めて多彩な広がりを持つ。2014（平成26）年度の「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、「医療・介護一括法」という。）の成立²は、日本の医療政策が高度成長期型から超高齢社会対応型に大きく舵を切ったことを示唆するものである。

従来の病院と診療所の連携は、利用可能な医療資源による差異はあるが、「病院は疾病の診断、治療の場」、「診療所は外来で可能な維持療法と日常の健康管理」という比較的明確な機能を結びつける機能と位置付けられてきた。そこには、診療情報の受け渡しという作業は含まれていても、生活機能維持のための連携という視点が圧倒的に欠如していた。患者の高齢化に伴い、従来型の連携では立ち行かなくなっていることは明白なのであるが、多くの医療者（特に医師）においては、そのような連携に求められるニーズの変化に対する意識は低いといわざるを得ない。これには、医師の立場からしてみれば、専門職としての教育過程やキャリアパスを考慮すると、多

² 本書2頁参照。

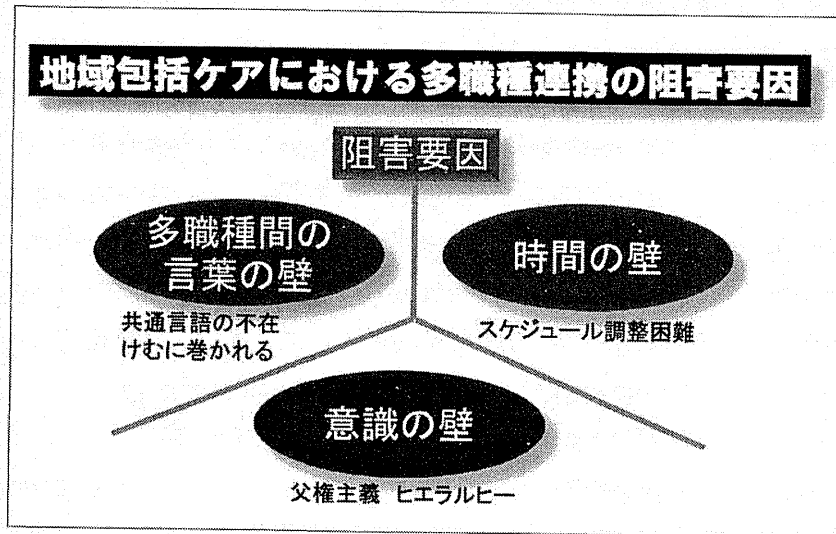
分にやむを得ない部分もある。

卒前、卒後の医学教育を通して、今なお我が国の医師養成は専門医を育てることにその主な資源を傾注してきた過程があり、近年になって「総合医」、「総合診療医」など、欧米でいうところの「家庭医」、「General Practitioner」に相当する医師の養成に対する機運が高まっているが、そこに多くの高齢患者に必要とされるQOL維持、向上のための評価や看護、介護を含めた「マネジメント」の視点は十分であろうか。地域包括ケアのなかで中核的な機能を担うのは医療であり、その中心にいるのが医師であるという主張は一見もつともではあるが、その医師が多職種チームの中心として患者のマネジメントを担う能力、資質を養成するカリキュラムを受けてきたかということ、そのような教育過程は、いまだ萌芽的な試みの段階を超えてはいない。かかりつけ医を含む大部分の医師の意識の中で、「介護」は他職種が担う役割で自らの専門性には関係のないことであるという意識は根強く、在宅医療を担う多くの医師は、教育過程を通して多職種連携の資質を涵養したのではなく、自らの地域における実地体験のなかから学び、獲得しているのが現状であり、そこには医師個人の「感性」や「共感」による差異が厳然と存在する。

国のいわば「政策転換」ともいえる医療・介護一括法では、医療がもはや病院と診療所の「病診連携」のみでは地域のニーズを到底満たし得ないという認識のもと、在宅医療においては24時間体制を可能にする診療所同士の連携、医療・介護に携わる事業所間の連携など、地域において平面的な広がりを持ったものへと拡大する必要性が明確に打ち出されている。今後さらに加速する病床再編の流れのなかで、異なった機能が期待される病床及び診療所との連携を敢えて「垂直連携」と定義するのであれば、地域において在宅医療

を担う診療所や支援病院を含めた様々の事業所間のつながりを「水平連携」と定義する向きもある。この地域における連携には、図1-2-8に示したような本質的な「阻害要因」が存在しており、これを今後いかに克服するかが、在宅医療の質の向上における大きな連携上の課題であるといえる。

図1-2-8 地域包括ケアにおける多職種連携の阻害要因



(筆者作成)

(3) 救急診療

入院医療から在宅医療への流れの中で今後増加が予測されるのが、在宅療養高齢者の救急外来受診の増加である。ここで言う在宅療養高齢者とは、自宅のみでなく今後着実に増加するサービス付き高齢者住宅や様々な居宅系施設に入居する高齢者もその対象である。

これらの患者は、普段は在宅医による訪問診療の対象であるが、容態の変化に伴い入院診療の必要性が生じた場合の連携体制は、現状においても様々な問題が指摘されている。筆者が通常診療に携わ

る名古屋大学医学部附属病院老年内科においては、入院患者の8割以上が、これらの在宅高齢者の予定外の緊急入院を受け入れている。その多くは通院していない在宅療養中の患者であり、通常はかかりつけ医や在宅診療医による訪問診療を受けているが、これらの地域における診療所と受入れ側の病院の連携が十分に機能しているとは言いがたく、入院に際して在宅医が初期診療に携わるケースはむしろ少なく、診療情報に関しては後追いで診療所に要請する場合は圧倒的に多い。

今後も増え続ける高齢者救急には、多くの課題が存在する。病診連携の観点からは、在宅診療における情報共有、受入れに関する取決め、さらには終末期と考えられる高齢者の受入れ、高齢療養患者に多く発生する窒息や急な病態悪化に伴う心肺停止状態で搬送される患者の治療適応に関する問題など、多岐にわたる。在宅療養支援診療所は24時間対応が期待されているとはいえ、一般的な診療所（外来診療を1人の医師で運営している）の場合、緊急の往診による対応におおのずと限界が存在する。近年、都市部を中心に増加しつつある在宅専門の診療所による対応、あるいは複数の診療所が機能強化型として連携して時間外の対応を可能にすることが期待されるが、容態の悪化が予想される場合、急変時の対応に関してあらかじめ確認した患者本人あるいは家族の意向が救急外来において反映されることはむしろ稀であり、結果的に望まれない形での延命措置がなされることも決して稀ではない。高齢者救急に関しては、受入れに関するルール作り、医療・介護に携わる事業所や在宅医療を担う診療所と救急医療機関との各地域における取決めが明確になされていないのが現状であり、今後各地域において整備される地域包括ケアの枠組みに救急医療体制を組み込む必要性は大いにあると考える。

(4) 在宅医療における病診連携の今後の方向性

病院の機能分化により、今後、多くの急性期病床が地域に密着した病床に転用される方向に向かうと考えられる。外来診療においても、今後通院困難な高齢者の増加に伴い、かかりつけ医の機能における在宅診療の比重も増大が予測される。地域包括ケアの構築において、それを支える医療においても病院と診療所の連携は中核的な役割である。しかしながら、病院と診療所の間で在宅医療における連携は十分整備されているとは言い難い。病院の連携部門の重要性はますます高まっており、在宅療養を支える診療所との連携はシステムとして動かす必要性があり、医療と介護の連携同様に今後さらなる整備を要する。

名古屋大学医学部附属病院では、2014（平成26）年より「地域包括医療連携事業」を開始した。これは、今後確実に進行する都市部における高齢者爆発に対応する医療・介護供給体制の確立と地域包括ケアの構築のための先駆的なモデル事業として期待されている。高度成長期に多くの都市部で過剰供給されてきた急性期病床を「地域に密着した病床」に転換することにより、地域包括ケアの枠組みにおける「ハブ機能」を担う病床として機能させる狙いがある。中核となるのは大学病院（急性期）との病診連携であるが、地域においては、診療所との連携による在宅療養支援機能を担う病床としての機能も有する。また、医療機関のみでなく、地域の看護、介護や生活支援を行う様々な事業所や関係機関が、有機的に連携するための支援機能を付与することにより、同地域で進行中の在宅医療介護連携拠点事業と緊密に連携しつつ、新たな都市部における医療の枠組みを超えた持続可能な病診連携モデルとして期待される。

5 地域ケア構築に向けての今後の課題と地域ケア会議の方向性

(1) 調査から見てきた今後の課題

今回の愛知県内の地域包括支援センターを対象にした地域ケア会議の開催状況に関する調査から、現状及び今後の検討課題が抽出された。開催回数のバラつきに関しては、センターの規模に依るもの以外の要因が介在している可能性が示唆される。都市部とそれ以外の地域での開催内容の差異は、地域のニーズから地域の課題を抽出するという地域ケア会議の方向性を考えると、都市部以外の地域においてはケースの検討の段階にとどまっているのに対して、都市部では行政の指導による事業運営に関する検討に重点が置かれており、地域に密着した課題の抽出にまで機能が及んでいないことが懸念される。名古屋市の場合、管轄する中学校区が平均で4を超えており、この規模でのケースの抽出を網羅的に行うことの困難は想像に難くない。

このように各地域が抱える地域ケア会議の問題点は、中核となるセンターの規模や行政との関係性により異なり、自治体で一斉に開始される地域包括ケアモデル事業以前に環境整備することが急務であろう。

(2) 今後の地域ケア会議に求められるものとは

地域ケア会議に求められる役割は明確であり、その方向性は概ね正しいと考えられる。問題となるのは、それを実施するための環境整備であろう。殊に都市部においては、今後高齢者の急増が確実に視されており、現行のセンター配置がその需要に応えるものであるか

どうかは問い直す必要があるのではないか。

人的資源に関しては、配置する地域、人数の確保のみでなく、必要とされる職種に関しても一考の余地がある。地域包括ケアは地域の高齢者の多様なニーズに応えるためのシステムであり、多様な職種が関わることはもちろんのこと、その多職種をコーディネートする機能を持った専門職種を配置することが必要であるとの認識は、どの地域においても共有されてよい。この機能をどの基礎職種に付与するのかについては十分な議論が必要であるが、かかりつけ医を含めてあらゆる職種がこのコーディネーター機能の枠組みの中で機能することが望ましい。しかしながら、現実にはその実現は容易でないことも予想され、行政、郡市医師会が十分話し合いを重ねる必要がある。英国の Clinical Commissioning Group³のような調整機能を一定の職種に付与することも1つの提案ではあるが、一定のルールのもとでの権限を与えないと、システムとしては実効性のないものになってしまう。

日本が医療と介護を地域包括ケアシステム定着のために、一体運用する仕組みを構築することは、患者の高齢化による医療ニーズの確実な変化を考えれば全うな方向性であるが、本質的な課題はそれをどのように現場の意識に反映させるかである。現状においても、既に在宅医療のニーズはその供給体制をはるかに上回っているのであるが、地域のプライマリーケアにおける対応は決して十分とは言えない。地域包括ケア事業の運営主体である市区町村と郡市医師会が、各地域に何が必要かという議論をさらに深めることが強く期待される。

³ <http://www.patient.co.uk/doctor/clinical-commissioning-groups-ccgs> (2015年1月20日アクセス)

おわりに

地域包括ケアを巡る議論は、今後ますます盛んになると予想される。その中核機能を担う地域ケア会議については、現時点ではまだ各センターの裁量により手探りの状態で実施している現状が、今回の調査において示唆された。

地域のニーズを政策に反映させるためには、地域ケア会議が本来の期待される役割を果たせる環境整備が急務であり、そのためには地域の需要に応じた人員の配置と、地域包括ケアに関わる多職種をつなげるコーディネーターの養成が肝要ではないかと考える。

13 在宅医療

サマリー

- 1 CQ：多剤内服は在宅高齢者の有害事象と関連するか？
多剤内服は在宅高齢者の有害事象の発生と関連する。(エビデンスの質：不十分、推奨度：強)
- 2 CQ：処方内容の見直しはベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、抗精神病薬の減薬に寄与するか？
処方内容の見直しはベンゾジアゼピン系睡眠薬・抗不安薬、抗精神病薬の減薬に寄与する。(エビデンスの質：低、推奨度：弱)
- 3 CQ：ベンゾジアゼピン系薬剤は在宅高齢者の転倒リスクを高めるか？
ベンゾジアゼピン系薬剤は在宅高齢者の転倒リスクを高める。(エビデンスの質：低、推奨度：強)
- 4 CQ：抗コリン作用を有する薬物は在宅高齢者の有害事象発生を高めるか？
抗コリン作用を有する薬物は在宅高齢者の有害事象発生リスクを高める。(エビデンスの質：不十分、推奨度：弱)

薬物リスト

特に慎重な投与を要する薬物のリスト

薬物 (クラス または 一般名)	代表的な一般名 (すべて該当の 場合は無記載)	対象となる患 者群 (すべて対象 となる場合は 無記載)	主な 副作用・ 理由	推奨される使用法	エビデンス の質と 推奨度	参考にした ガイド ライン または文献
ベンゾジア ゼピン系睡 眠薬・抗不 安薬	フルラセラム、 ハロキサゾラム、 ジアゼパム、 トリアゾラム、 エチゾラムなど すべてのベンゾ ジアゼピン系睡 眠薬・抗不安薬		過鎮静、 認知機能 低下、 せん妄、 転倒・骨 折、 運動機能 低下	長時間作用型は使 用すべきでない。 トリアゾラムは健 忘のリスクがあり 使用すべきでな い。ほかのベンゾ ジアゼピン系も可 能な限り使用を控 える。使用する場 合最低必要量を できるだけ短期間 使用に限る	エビデン スの質： 高 推奨度： 強	[1] [2] [3] [4] [5]

*対象は75歳以上の高齢者および75歳未満でもフレイル～要介護状態の高齢者(詳細はp.22参照)

開始を考慮すべき薬物のリスト

なし。

解説

在宅医療における薬物療法のエビデンスは不足しており、網羅的に把握するにはなお多くの問題点が存在する。その理由としては、

- ①在宅医療(Home CareあるいはHome Medical Care)という独立した臨床領域が確立されておらず、これまでに得られているエビデンスの多くは地域在住高齢者を対象とした研究結果に基づいており、訪問診療・介護サービスを必要とする在宅療養高齢者のみを対象とした研究結果を集積することが難しい、
- ②さまざまな病態を抱えた患者が対象となるため、臓器・病態別のエビデンスが出にくい、などの理由が挙げられよう。しかしながらこの分野における薬物療法の重要性は、今後ますます増大すると考えられ、適切な論拠に基づく指針が求められる。

在宅医療に関するランダム化比較試験による介入研究は、決して多くはない。介入内容については、ほとんど患者記録や処方内容の見直しによる特定の薬剤数の変化、あるいは投薬数減量による事象の変化についての報告である。介入内容は研究によりまちまちであるが、おおむね、内服薬の見直しによる処方内容の変容および薬剤により予測される有害事象の変化をアウトカムとしている。ランダム化比較試験として抽出された6つの報告のうち4つで介入効果を認め、残り2つでは有意な効果を認めなかった。Salonojaらの報告によれ

IV

領域別指針

13 在宅医療

ば、老年内科医による1回の有害事象に関する指導と内服の見直し提案により、12カ月の観察期間においてベンゾジアゼピン系薬剤は35%減少したのに対して、非介入群においては逆に4%増加したとの報告がある^[6]。その一方で、Rikalaらは年に一度の投薬内容の見直しのみでは、抗精神病薬および抗不安薬の使用には変化がみられなかったとしている^[7]。一方、高齢者の機能予後に大きく影響する転倒と薬剤使用の関連に関して、Campbellらは地域住民を対象としたランダム化介入試験により、抗精神病薬の中止は在宅の運動プログラムによる転倒の減少効果を有意に増強すると報告している^[8]。在宅医療の主役を担うのは、主に地域の診療所医師であることを考えると、診療所医師の処方行動への効果的な働きかけは在宅薬物療法の質の向上に肝要である。いずれも非ランダム化試験なので根拠としては弱い。患者または介護者が処方された薬剤の内容をすべて書き出すことが、1カ月後の服薬遵守率の改善につながったとの報告がある一方^[9]、Weberらは電子カルテベースで薬剤師および老年内科医が投薬内容を見直し、薬剤の適正使用を勧告しても、多剤併用の減少には寄与しなかったとしている^[10]。

コホート研究においては、不適切処方および多剤併用の影響を検討した報告が全体の半分を占めており、エビデンスレベルが低いとは言え、いずれも予測された有害事象(転倒、救急外来受診、機能予後、入院イベント、遵守不足)の発生リスク上昇と関連することが確認されている^[11-13]。新規の処方と患者の認知機能が退院後の有害事象の発生と有意に関連しているとする報告^[14]は、退院前に今一度、認知機能評価により患者の服薬管理能力を十分に評価する必要性を示唆するものである。

在宅医療において汎用される薬剤のなかでも、ベンゾジアゼピン系の睡眠薬および抗不安薬の使用と在宅高齢者の転倒との関連は、よく知られている^[15, 16]。またAparasuらの後ろ向き調査によれば、定型抗精神病薬は非定型抗精神病薬と比較して、服用開始後60日以内の在宅療養患者の入院リスクを4倍増加させた^[17]。抗コリン作用をもつ薬剤を服用する高齢者においては、口渇感と便秘が最も多く観察される有害事象であるが^[18]、近年の報告では認知機能低下との関連性が指摘されている^[19]。薬剤有害事象としての尿失禁に関しては、末梢性 α 遮断薬の服用高齢女性においては尿失禁のリスクが4倍以上であり、ループ利尿薬の併用によりそのリスクが倍増することも報告されている^[20]。

引用文献

- [1] Campanelli CM: American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60(4): 616-31.
- [2] Glass J, Lanctot KL, Herrmann N, et al: Sedative hypnotics in older people with insomnia: metaanalysis of risks and benefits. *BMJ* 2005; 331(7526): 1169.
- [3] O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al: STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2015; 44: 213-8.
- [4] Hsiao FY, Peng LN, Lin MH, et al: Dose-responsive effect of psychotropic drug use and subsequent dementia: a nationwide propensity score matched case-control study in Taiwan. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15: 509-13.
- [5] Zhong G, Wang Y, Zhang Y, et al: Association between Benzodiazepine use and dementia: A meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10: e0127836.

- [6] Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, et al: One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing* 2010; 39(3): 313-9.
- [7] Rikala M, Korhonen MJ, Sulkava R, et al: The effects of medication assessment on psychotropic drug use in the community-dwelling elderly. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(3): 473-84.
- [8] Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, et al: Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47(7): 850-3.
- [9] Bilotta C, Lucini A, Nicolini P, et al: An easy intervention to improve short-term adherence to medications in community-dwelling older outpatients. A pilot non-randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 158.
- [10] Weber V, White A, McIlvried R: An electronic medical record (EMR)-based intervention to reduce polypharmacy and falls in an ambulatory rural elderly population. *J Gen Intern Med* 2008; 23(4): 399-404.
- [11] Cahir C, Bennett K, Teljeur C, et al: Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *Br J Clin Pharmacol* 2014; 77(1): 201-10.
- [12] Gnjidic D, Hilmer SN, Blyth FM, et al: Polypharmacy cutoff and outcomes: five or more medicines were used to identify community-dwelling older men at risk of different adverse outcomes. *J Clin Epidemiol* 2012; 65(9): 989-95.
- [13] Gray SL, Mahoney JE, Blough DK: Medication adherence in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Ann Pharmacother* 2001; 35(5): 539-45.
- [14] Gray SL, Mahoney JE, Blough DK: Adverse drug events in elderly patients receiving home health services following hospital discharge. *Ann Pharmacother* 1999; 33(11): 1147-53.
- [15] Berdot S, Bertrand M, Dartigues JF, et al: Inappropriate medication use and risk of falls--a prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatr* 2009; 23(9): 30.
- [16] Woolcott JC, Richardson K, Wiens MO, et al: Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009; 169(21): 1952-60.
- [17] Aparasu RR, Jano E, Johnson ML, et al: Hospitalization risk associated with typical and atypical antipsychotic use in community-dwelling elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2008; 6(4): 198-204.
- [18] Ness J, Hoth A, Barnett MJ, et al: Anticholinergic medications in community-dwelling older veterans: prevalence of anticholinergic symptoms, symptom burden, and adverse drug events. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006; 4(1): 42-51.
- [19] Gray SL, Anderson ML, Dublin S, et al: Cumulative use of strong anticholinergics and incident dementia: a prospective cohort study. *JAMA Intern Med* 2015; 175(3): 401-7.
- [20] Peron EP, Zheng Y, Perera S, et al: Health, Aging, and Body Composition (Health ABC) Study. Antihypertensive drug class use and differential risk of urinary incontinence in community-dwelling older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2012; 67(12): 1373-8.



B. 在宅記録

1 医療の変遷による在宅療養患者の増加と地域包括ケアシステム

医療が提供される現場としてまず思い浮かべるのは、入院による検査や治療、療養を提供する病院や有床診療所、外来診療を中心とする地域の診療所であろう。しかしながら近年、在宅において医療、看護、介護サービスを受ける人が高齢者を中心に徐々に増加している。この現象は主に①社会構造、患者背景の変化、②医療を提供する側の要因、が背景にあると考えられる。

高齢者(とくにいわゆる75歳以上の後期高齢者)の急激な増加に伴い、慢性的な障害をもつために自力での通院が不可能な患者が増加し、家族構造の変化(高齢者の独居、老老世帯の増加)により通院による継続治療や家庭内で療養を支える機

能が失われた。従来は通院が困難な患者は長期間の入院を余儀なくされ、医療保険により長期間の介護をカバーするいわゆる社会的入院なる奇妙な現象が慣習化されていた。慣例的に行われていた家庭内介護が、家族構造の急激な変化により不可能になった状況において、在宅療養に必要なサービス資源やシステムの不備を入院療養の継続によって肩代わりしていたという側面が否めない。しかし、在宅と比較してコストのかかる入院療養を続ける高齢者が増加し続けることは社会保障費の適正配分の観点からも問題視されるようになった。2000(平成12)年に運用が開始された公的介護保険制度は、「社会全体で介護を支える」という理念の下に医療、看護、介護の連携により在宅での療養の普及に寄与してきたといえる。

団塊の世代が後期高齢者となる「2025年問題」を控え、高齢者が地域社会のなかで安全に安心し

て生活し続けられることを目標に、地域の特性に応じたすべての高齢者に対して包括的に講じられる対策が地域包括ケアシステムとされる。そのために必要な対策は、個々の医療や介護のサービスの連携をはじめとして、要介護状態でも地域で暮らせる住宅の整備を含めた介護体制や在宅医療の整備、病気や要介護状態の予防活動、高齢者の社会参加を通じた生きがいづくりや防災にまで及ぶ。在宅診療はこれまで政策誘導されてきた量的供給の増加だけでなく、今後は24時間体制、入院診療や在宅関連多職種との連携といった質的強化が求められている。

2 在宅療養の対象となる患者

在宅サービスを受ける対象となる患者は年齢や病態ともにさまざまであるが、その多くは高齢者（とくに慢性の機能障害を有しやすい後期高齢者）や緩和ケアを中心に在宅での療養を希望する担瘤患者、末期の臓器不全を有する患者、神経難病や慢性呼吸機能障害などで継続的な看護・療養を必要とする患者などである。その共通点として①定期的なサービスの提供以外に時間外での対応が必要な場合が予想される、②症状の程度など病態によっては入院施設との速やかな連携が必要な場合がある、といった特徴が挙げられる。いわゆる終末期で最期まで在宅療養を希望する患者（本人の意思は決して固定したものではなく状況によっては変化する可能性もある）以外では、入院に際して在宅での状況を正確に伝達するための診療記録は肝要な情報となる。

3 在宅サービスにおける診療記録

在宅サービスにおける記録はさまざまな情報を含んでおり、その記録者は多岐にわたる。診療情報として訪問診療における医師記録があるほか、訪問看護における看護記録や、訪問リハビリテーションや通所リハビリテーションにおける記録、

その他さまざまな居宅サービスに関わるスタッフの通常の観察記録など、挙げればきりが無い。在宅サービスにおいて最も重要な要素は、いかに患者に関わるスタッフが情報を共有し、効果的に連携することができるかであるが、実際にはこれらさまざまな在宅サービスは異なるサービス拠点から提供されている場合が多く、すべての記録を共有することは現実的に不可能である。したがって現実的な対応として、各サービス拠点が紙媒体の郵送やFAXなどによる通信機能を利用して情報を伝達してきた。

在宅診療の普及を目的として2006（平成18）年度の医療法改正で新設された在宅療養支援診療所の指定開始以来、在宅医療には24時間対応可能、かつ必要に応じて入院可能な医療機関と連携できるという資質が求められているが、個人開業による単独診療が圧倒的に多いわが国の診療所事情では、24時間体制での往診体制を敷ける診療所はごく限られている。そのため、通常は複数の看護師でサービスを提供する訪問看護ステーションとの連携が不可欠になるわけであるが、実際には「相手先の担当者をよく知らない」などを理由に連携がうまくいかない現実も調査によって指摘されており¹⁾、“顔の見えない”連携であるからこそきめの細かい診療情報が重要となる。個人開業による単独診療が多数を占める日本の診療所運営の現状は、シームレスな在宅サービスを提供するうえでの障害要因であるが、診療所同士が連携することにより、時間的拘束という障害要因を克服できる可能性もなくはない。そのための必要条件としては標準化された在宅診療記録を確立することが挙げられる。つまり他の医療者が記載したものであっても、患者の病態が十分に把握できるだけの質が保証されたものでなくてはならない。

4 在宅記録のIT化

現状において在宅記録の多くは紙媒体をベースに記録されるが、在宅サービスを提供する診療所

や訪問看護ステーションではカルテの電子化が着実に普及しつつある。前述したように多職種の連携を基本とする在宅サービスにおいては、診療に関わる情報の通信業務や指示書の発行が定常的に行われるため、記載事項が連携する相手側に正確に伝わるのが肝要である。

往診業務1つとっても、他の連携医療機関への診療情報提供書に始まり、ケアマネジャーに提供する居宅療養管理指導に関する情報提供書、訪問看護ステーションに提供する訪問看護指示書および特別訪問看護指示書、要介護認定のためのかかりつけ医の主治医意見書など多数の書類の作成が必要になる。そういった場合に、電子カルテ上にテンプレートを作成しておくことにより、定型的な記載にかかる時間の省力化を図ることができる。

これまで在宅診療の現場に電子カルテシステムを持ち込むことには技術的および法的な困難があり、紙媒体にメモした記録を帰院後電子カルテに記載したり、院内の電子カルテをVPN回線で遠隔操作して利用する手段をとっていた。

2010(平成22)年には、厚生労働省による「診療録等の保存を行う場所について」一部改正通知、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」、総務省の「ASP・SaaS事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン」、および経済産業省の「医療情報を受託管理する情報処理業者向けガイドライン」が揃い、在宅診療での電子カルテ利用に関わる環境が整備された。これにより、電子カルテシステムを在宅専門診療所のような小規模医療機関が自前で保有する必要がなくなり、クラウド上の商用電子カルテシステムをモバイル機器で利用することもできるようになった。

2013(平成25)年には、「診療録等の保存を行う場所について」に記載のある外部保存を認める記録などに、薬剤師法、保険薬局および保険薬剤師療養担当規則に規定する調剤済み処方箋、調剤記録が追加された。

さらに、地域包括ケアシステムの構築においても、ASP(Application Service Provider)およびSaaS(Software as a Service)は多職種(医師、訪問看護師、薬剤師、訪問介護士、ケアマネジャーなど)間の情報共有を進めるものとして注目されている。

5 在宅記録の実際

通常の外来診療では患者が来院したときの診察や聴取に基づいて診療録が作成されるのに対して、在宅記録では患者の実際の生活場面での状況を網羅した記録が求められる。そのために患者の症状や治療内容の記載にとどまらず、生活環境、療養に必要なサービスの受給状況などが明確にわかる診療録の作成が必要となる(図III-6-5, 6)。在宅で医療を受けている大多数の患者は、介護保険を利用した在宅サービスを受給している。したがって、診療録上で患者の要介護度、受給しているサービス内容、在宅療養の方針(緊急時の対応に関する医療者と患者、家族間の取り決めなど)などが明記されていることが重要である。

在宅医療は、定期訪問診療、臨時往診、診療時間、特別な関係にある施設かどうか、同一建物内での複数の患者の訪問かどうかなどによって診療報酬が変わる複雑な制度があり、診療録のヘッダー情報として、日時だけでなくこれらの記載が必要となる。

診療録の記載書式は基本的には通常の外来診療と区別する必要はないが、理学的所見(バイタルサイン、身体診察所見)のほかに基本的身体状況(食欲、排泄、睡眠、体重変化など)、精神状態、活動状況、問題となる症候やイベント(転倒、失禁など)、介護者の状況などチェックリストを設けておくことが勧められる。その理由として①限られた時間の診察のなかで漏れのないように観察し、記載をすることができる、②在宅の場合、時間外の対応やグループ診療などで複数の医師が関わる可能性もあり、どの医師がみても患者の状態