

在宅医療について

在宅医療の推進について

◎ 医療提供体制に関する意見中間まとめ(平成17年8月1日社会保障審議会医療部会)(抜粋)

Ⅱ 6. 在宅医療の推進

- 在宅医療は、患者のQOLの維持向上という観点から、乳幼児から高齢者まで全世代を対象として、その推進がなされるべきものである。もとより、入院治療が望ましい場合や、患者や家族が在宅での療養を望まない場合にまで強要される性格のものではなく、介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携も図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備することが重要である。
- 特に、高齢化の進展が著しい我が国において、高齢者に対する医療をどう確保していくか、とりわけ、人としての尊厳の保持という観点も踏まえ、終末期医療を含む在宅医療をどう確保していくかは、今後の大きな課題である。
- 具体的には、高齢者が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるよう、支援する体制の構築を一層推進する必要がある。
- 在宅医療に関する患者・国民の選択に資する情報が積極的に提供される環境整備、在宅医療を担うことのできる人材の養成、在宅医療に係る地域の医療連携体制の構築など、医療提供体制改革の各課題の解決が、在宅医療の推進につながると考えられる。
- 訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的な関与、医療機関における退院調整機能の促進など、主治医をはじめ、多職種が協働して患者を支える体制整備が必要であり、在宅医療に係る医療連携体制を地域ごとに構築することが必要である。また、原則として医行為でない行為についての医政局長通知(平成17年7月26日医政発第 0726005 号)が出されているところであり、この周知を図ることが必要である。
- 終末期を家庭で迎えるためには、かかりつけ医と容態急変時の受入病院の確保や、死亡診断書や麻薬の取扱いの問題など、新たな看護のあり方に関する検討会報告書(平成15年3月)を踏まえ、関係者の連携と総合的な取組を図る必要がある。
- なお、在宅医療の場面に限られるものではないが、終末期の医療のあり方について、終末期医療に関する調査等検討会報

告書(平成16年7月)を踏まえ、現在、望ましい終末期医療に関するガイドライン作成のための研究が行われているとともに、立法府において尊厳死の法制化に関する議論が開始されているところであり、人の尊厳ある生き方を支えるという観点に立って、医療界と法曹界とを交えた真剣な国民的議論が行われることが望まれる。

1. 基本的考え方

- 患者のQOLの向上の観点から、できるだけ住み慣れた家庭や地域で生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることができるよう、支援する体制の構築を一層推進する必要がある。また、居宅だけではなく、ケアハウスや有料老人ホームなどの生活施設に居住する場合であっても、在宅医療を受けられる体制を構築することが必要である。
- また、現在検討中の医療計画の見直しにおいても、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質(QOL)を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間(在院日数を含む。)が短くなる仕組みをつくることとされているところであり、地域における医療連携を進めていくに当たっては、在宅における医療の確保が不可欠である。
- 上記を踏まえ、在宅医療の一層の推進を図るため、具体的な推進方策を総合的に検討する必要がある。

2. 検討の視点

- 在宅医療の推進については、
 - (1)在宅医療の中心的役割を担う主治医の機能の発揮
 - (2)多職種協働によるチームでの在宅医療の推進
 - (3)患者による在宅医療の選択の妨げとなっている原因の除去
 - (4)地域の在宅医療に関する情報提供の促進
 - (5)居宅以外の多様な居住の場での在宅医療の提供

といった視点から総合的に検討を進める必要がある。以下、それぞれの視点に沿って具体的な施策を検討する。

3. 具体的な対策

(1) 在宅医療の中心的役割を担う主治医の機能の発揮

- 多職種が協働し、チームで在宅医療を提供するに当たり、訪問看護の指示書を出し、処方せんを交付し、また、看取りの際に死亡診断を行う役割を担う在宅医療の主治医が、チーム医療の中心となってその役割を発揮することが必要であり、その機能が発揮されてこそ、患者は安心して在宅での療養を選択することが可能となる。
- 例えば、尾道市においては、ケアカンファレンスの会議においても主治医が中心となって、常に、患者の状況を把握する取組を進めている(参考資料1)。また、日本医師会においては、2004年11月に「在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化」等を内容とする「高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み方針」を制定している(参考資料2)。
- また、例えば静岡県においては、緊急時あるいは看取り時に焦点を当てた在宅医療に係る連携体制として、イエローカード、グリーンカードの仕組みを実施している。(参考資料3)
- 主治医が在宅医療を実施するに当たり、主治医の役割を発揮させるためには、患者の症状が急変し、入院が必要な場合に、入院機能を有する有床診療所や病院を活用するなど、在宅医療を支援する受け皿の整備が必要ではないか。(後述)
- さらに、在宅医療を実施する医師を養成するための研修を行うなど、在宅医療の実施者を支援する機能が必要ではないか。特に、終末期医療を推進するため、麻薬を用いた疼痛管理方法などに関して、研修・養成を行う必要があるのではないか。
- 死亡診断書の交付に関し、診療継続中の患者が診療に係る傷病で死亡したことが予期できる場合には、受診後24時間を超えていても、改めて死後診察を行い、生前に診療していた傷病が死因と判定できれば、求めに応じて死亡診断書を交付することは可能(死因の判定は十分注意して行うことが必要)というルールについて、より一層の周知を図る必要があるのではないか。

(2) 多職種協働によるチームでの在宅医療の推進

① 在宅医療に係る地域の医療連携体制の構築

- 現在検討中の医療計画制度の見直しに当たり、脳卒中対策、がん対策など主要な事業ごとの医療連携体制の構築や、指標や数値目標の設定を掲げている。
- 医療連携体制の構築を通じて、入院から在宅まで切れ目なく必要な医療が提供される体制づくりが求められるが、在宅医療部分の体制整備がなければ、これは完結しない。
- 医療連携体制は、住民、医療提供者その他の関係者が協議してこれを構築することとしているが、その協議の際には、地域の訪問看護ステーションや薬局など、在宅医療に関わる施設も積極的に参画することが必要である。各対策に内在している在宅医療に係る連携のあり方を、症状急変時の場面、継続的な場合、看取りの場合などを含めてイメージ図にすると、参考資料4のようなものとなる。

② 医療計画への在宅医療の位置づけ

- 現行の医療計画では、在宅医療に関する事項は、局長通知(医療計画作成指針)の中で、在宅医療について記載する場合には平成9年の報告書が参考となるよう助言として示しているにとどまり、法律上は、医療計画への記載を求めている。
- ①の通り、見直し後の医療計画により構築される医療連携体制には、在宅医療に係る連携体制も内在しているものであるが、在宅医療については、脳卒中対策やがん対策に限定されるものでなく、様々な疾病を対象に、体制が整えられるべきものである。
- 医療計画制度の見直しに当たり、医療計画に記載すべき事項についても、「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討が進められることになるが、在宅医療については、主要な事業に関するものにとどまらず、横断的なものとして医療計画への記載を求めるとともに、地域住民に対し、在宅医療に係る医療機能を明示することとすべきではないか。
- また、在宅医療の着実な実施を図るためには、在宅医療を医療計画に記載する際、例えば訪問診療や往診に取り組む医

師がどの程度地域にあるか、訪問看護の事業がどの程度行われているか、患者宅での薬剤管理指導や看取りがどの程度行われているか、麻薬を取り扱える免許取得者がどの程度あるか、など在宅医療の充実を客観的に評価できるものを指標として数値目標を設定すべきではないか。

③ 退院調整機能

- 在宅医療の実施に当たっては、医療機関が地域における関係機関と連携を図りつつ「在宅医療を実施・支援する機能」を確保するとともに、入院患者の退院後も適切な医療が受けられるようにするための「退院調整機能」の促進が重要である。
- このため、医療法に、退院調整機能を位置づける規定を新設すべきではないか。
- また、後述のように、診療報酬制度において、入院から在宅での療養への円滑な移行について評価することを検討すべきではないか。

④ 在宅医療における医薬品、医療材料、衛生材料の提供体制整備

(薬剤の患者宅での交付)

- 在宅医療において、服薬指導を含めた最適な薬物療法を提供することは重要な課題である。現行制度(薬剤師法第22条)では、調剤は薬局で行うこととされているが、薬局の薬剤師が在宅医療に積極的に関与していくためには、処方せんの確認も患者宅で行えるようにし、薬剤を患者宅で渡すなどのサービスが推進されるようにすべきではないか。

(医療計画における調剤に関する指標の設定)

- ①・②に記述したように、在宅医療に関する事項を医療計画に記載することとしているが、その際には、調剤について、例えば、患者宅での薬剤管理指導がどの程度行われているか、麻薬を取り扱える免許取得者がどの程度あるか、など在宅医療の充実を客観的に評価できるものを指標として数値目標を設定すべきではないか。

(麻薬の適切な取扱い等の推進)

- 終末期医療では、緩和ケアのために麻薬を使用する機会が増えているが、麻薬は、麻薬及び向精神薬取締法により医療機関や薬局等において厳重な取扱いが求められており、患者宅においても適切に保管・管理を行なわれることが求められている。このため、①医療機関や薬局における麻薬の保管・管理方法や廃棄方法を説明したマニュアルを作成して、医療関係者等に周知させるとともに、②在宅患者が麻薬を適切に保管・管理等できるよう薬剤師による服薬指導の充実を図るなど、麻薬が適切かつ円滑に提供される体制を整備すべきではないか。

(医療材料・衛生材料の円滑な提供体制の整備)

- 在宅医療を適切に実施する上では、必要かつ十分な医療材料・衛生材料の提供を行うことが必要であるが、経済面も含め、円滑に提供できる方策についてどう考えるか。

(3) 患者による在宅医療の選択の妨げとなっている原因の除去

① 症状急変時の対応

- 在宅での療養中に症状が急変し、入院が必要となった場合に、地域医療を担っている病院や有床診療所といった入院機能を有する医療機関がその支援の機能を果たすことができると考えられるので、それぞれの地域で、医療資源の有効な活用を検討すべきではないか。

② 家族の負担の軽減

- 在宅医療に係る連携体制については、在宅で療養する患者の家族の介護疲れに対応したレスパイトサービスについても、地域の医療資源の状況を踏まえ、考える必要があるのではないか。

(4) 地域の在宅医療に関する情報提供の促進

(情報提供の義務化・広告事項の拡充)

- 現在、在宅医療に関して医療機関等が広告可能な事項として、「往診の実施」、「在宅医療の実施」、「訪問看護に関する事項」が規定されている。

- 検討中の「医療機能に関する一定の情報の届出・公表の制度化」に当たり、在宅医療を実施していることについては、この「一定の情報」の対象とすることで検討すべきではないか。併せて、薬局が在宅医療を実施していることがわかるような情報(例:在宅医療における調剤の実施の可否、麻薬の取扱いの有無など)も、薬局に関する患者・国民の選択の支援の視点にたって、情報の届出・公表の対象とすべきではないか。
- また、在宅医療に関連するもので、患者・国民の選択を支援する観点から、広告可能な事項として追加すべきものがあれば、他分野とのバランスを踏まえつつ広げていくべきではないか。

(医療計画における在宅医療に関する機能の明示)

- 医療計画に在宅医療に関する事項を記載することで、地域における在宅医療に関する機能を明らかにする際には、在宅医療に関する情報発信や在宅医療を受けようとしている患者への相談対応の機能を、医療機関、市町村、訪問看護ステーション、在宅介護支援センターその他の機関が果たしている場合には、その旨を医療計画に記載すべきではないか。

(5) 居宅以外の多様な居住の場での在宅医療の提供

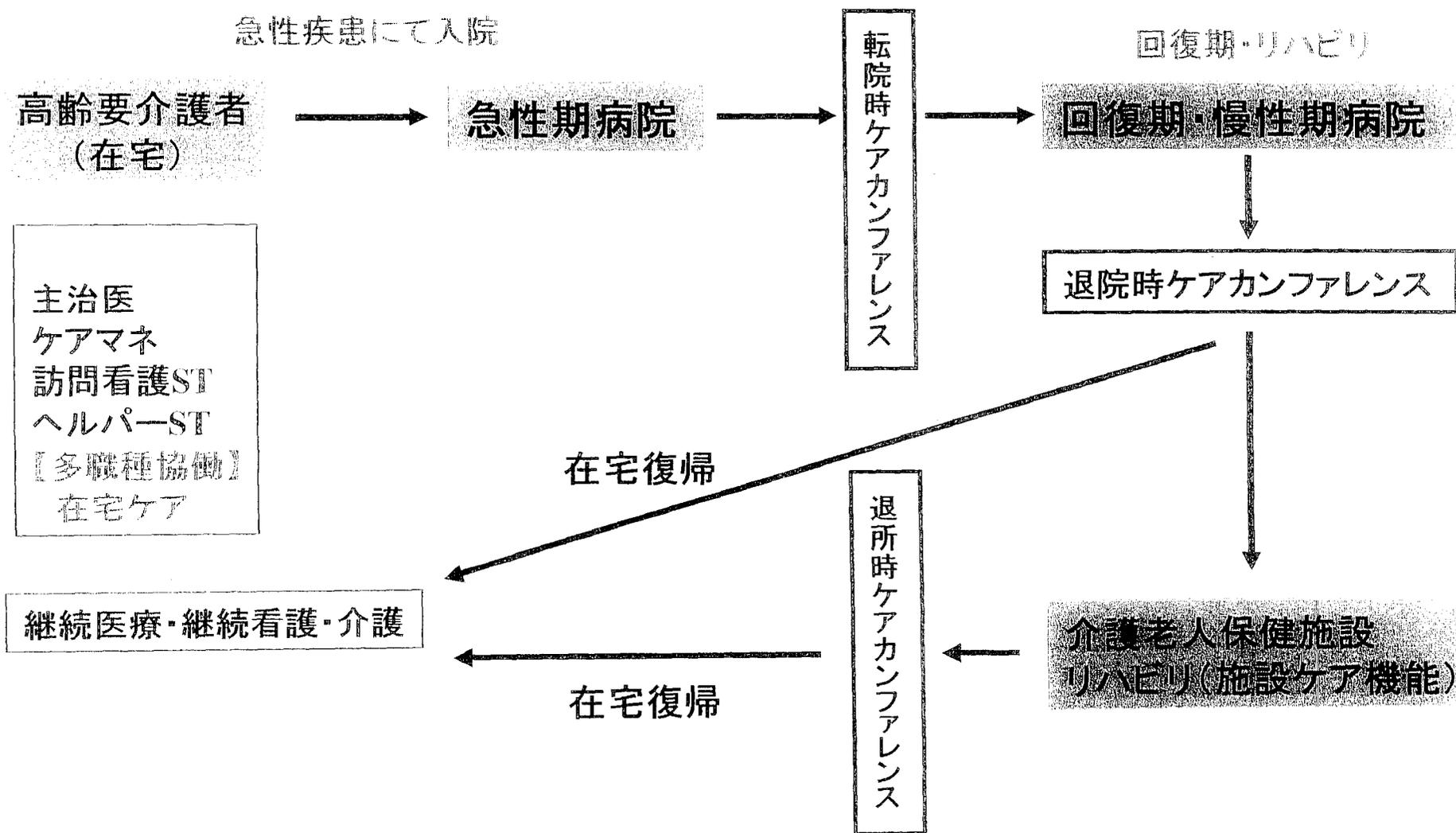
- ケアハウスや有料老人ホームなど、居宅ではない生活施設に居住し、そこで必要な医療を受けつつ生活を送るという選択が可能となるような体制を、介護保険制度とも連携を取りつつ推進すべきであり、こうした多様な居住の場の拡大と、そこへの医療サービスの円滑な提供方策を検討すべきではないか。

4. 診療報酬

- 平成18年度の診療報酬改定に関連し、在宅医療への移行期、安定期、終末期のそれぞれについて、どのように評価を求めるべきか。(参考資料5)

医療と介護の機能分担・連携について（尾道市の例）

高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

日本医師会 高齢者医療と介護における地域医師会の取り組み方針 (2004年11月2日)

背景

2005年度の介護保険の見直しに続き、2006年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。世界一の高齢国家となった我が国の高齢者医療・介護において、地域医師会には重要な役割を果たすことが求められる。

1. 高齢化に対応する地域医療再編と包括的システムの構築
 - ①医療圏における地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築
 - ②在宅医療の推進と主治医機能に求められる長期フォローアップの強化
 - ③ケアマネジメントの徹底とケアマネジャーとの連携強化
 - ④急性期病院における退院支援と在宅ケア資源との連携の推進
2. 地域ケアの機能向上への地域医師会の積極的関与と地域づくり
3. 保険者との連携の強化、介護予防等への積極的関与

第10回医療部会(平成17年5月12日)片山壽参考人提出資料より抜粋

静岡市静岡医師会と市内の病院、救急隊との地域医療連携

○ 在宅患者相互連携システム（イエローカード・システム）

静岡市静岡医師会と静岡市内の5病院が連携して実施している、在宅の寝たきりの患者に対する連携システムです。

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化などに備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録します。

→ 患者にイエローカードを配布。

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡しますが、万一、連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできます。

○ 在宅医療支援看取りシステム（グリーンカード・システム）

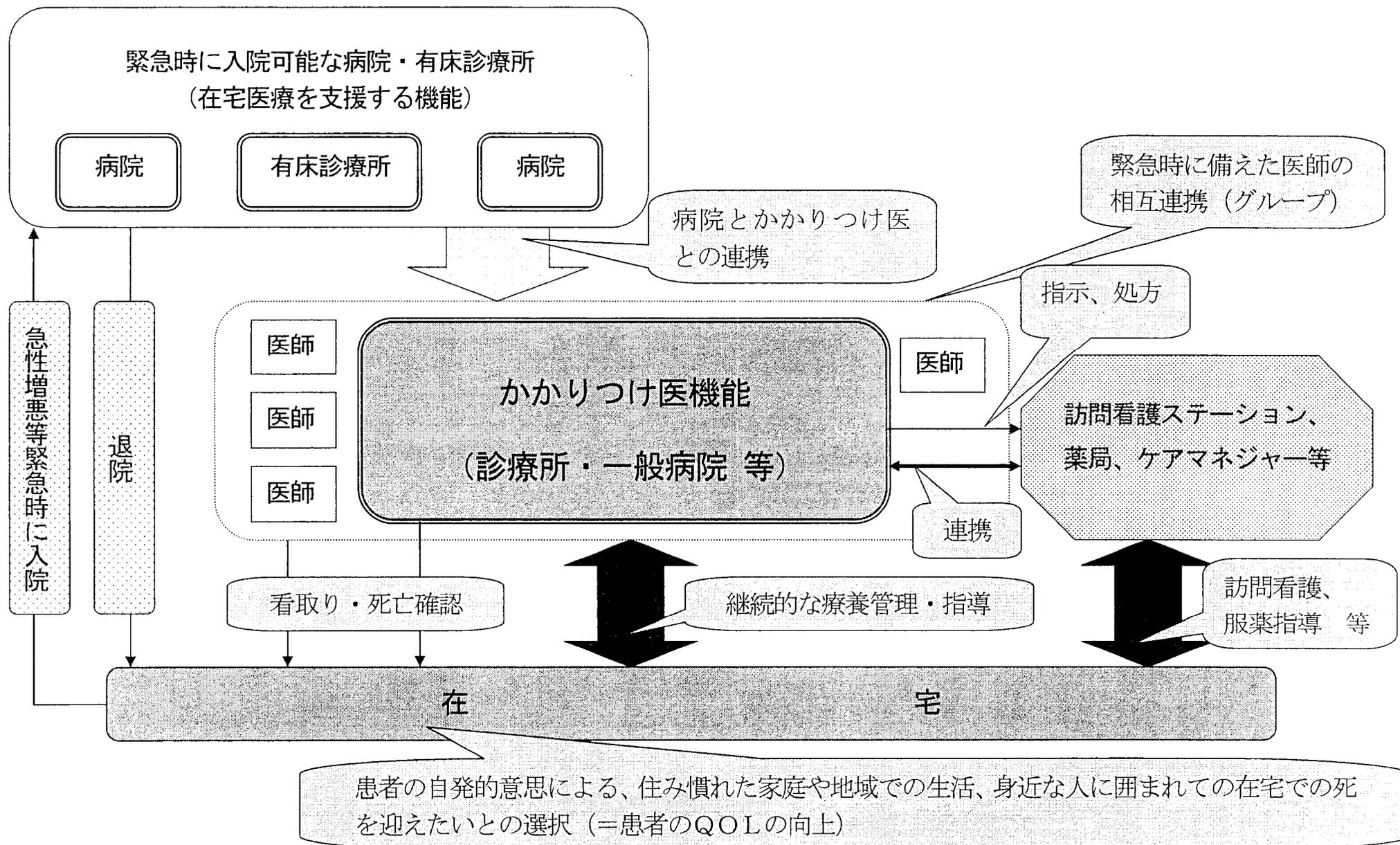
・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておきます。

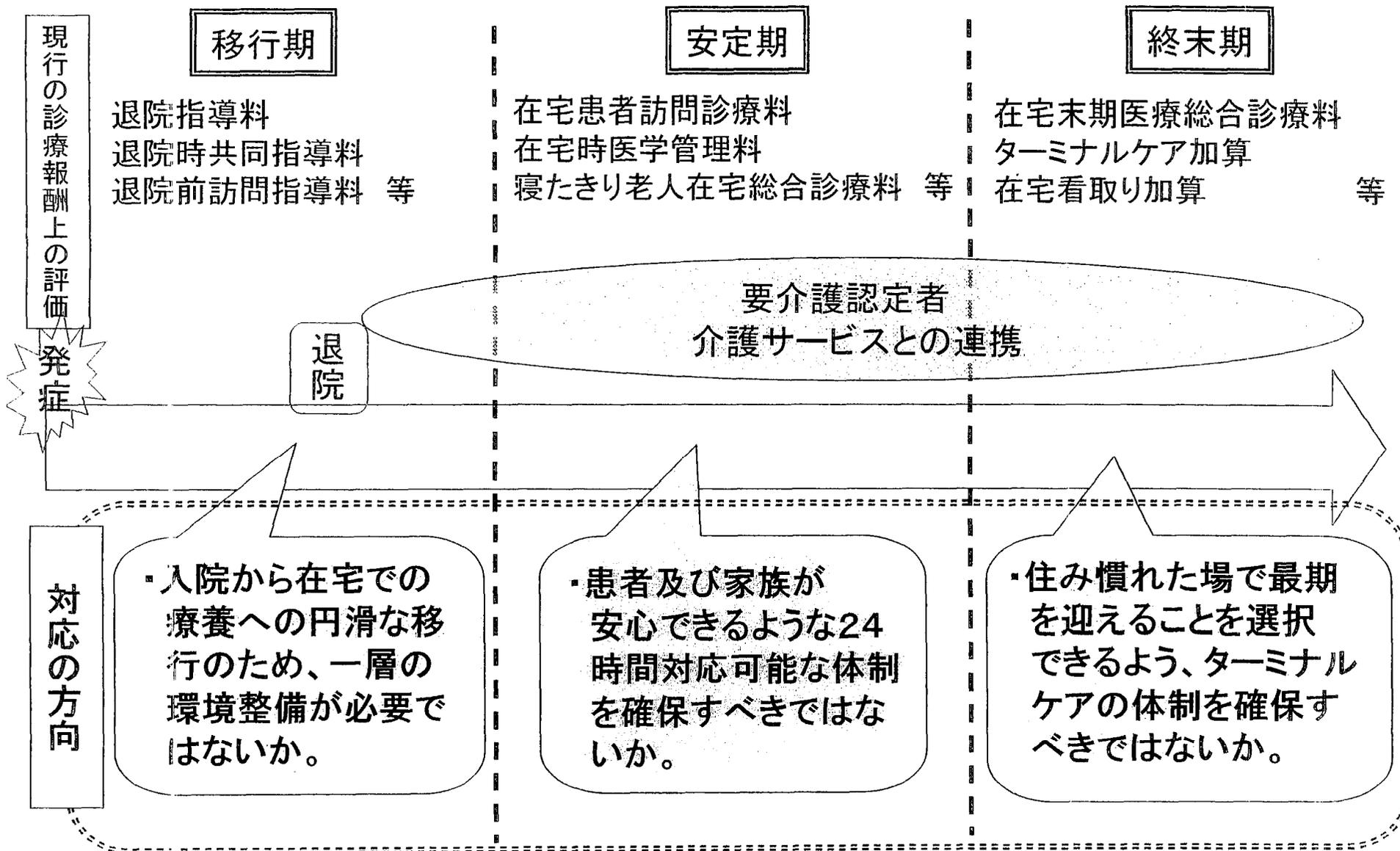
→ 患者にグリーンカードを配布。

イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡します。万一、連絡が取れない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝えると、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行います。

在宅医療の連携のイメージ（「終末期ケアを含む在宅医療」）

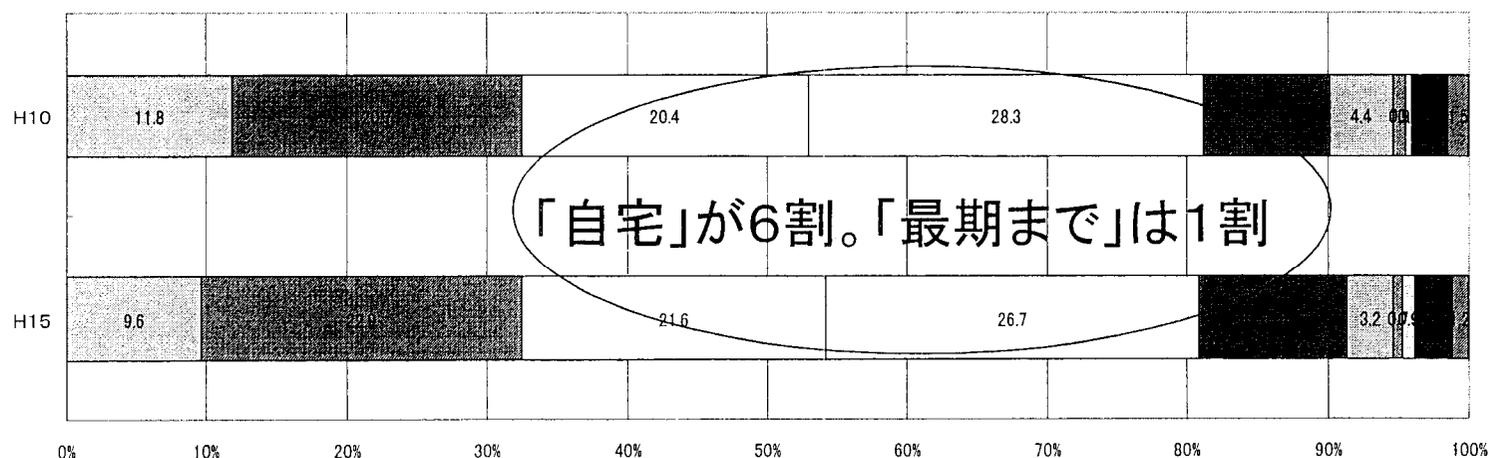


高齢者の在宅医療の検討の方向性



終末期における療養の場所

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



「自宅」が6割。「最期まで」は1割

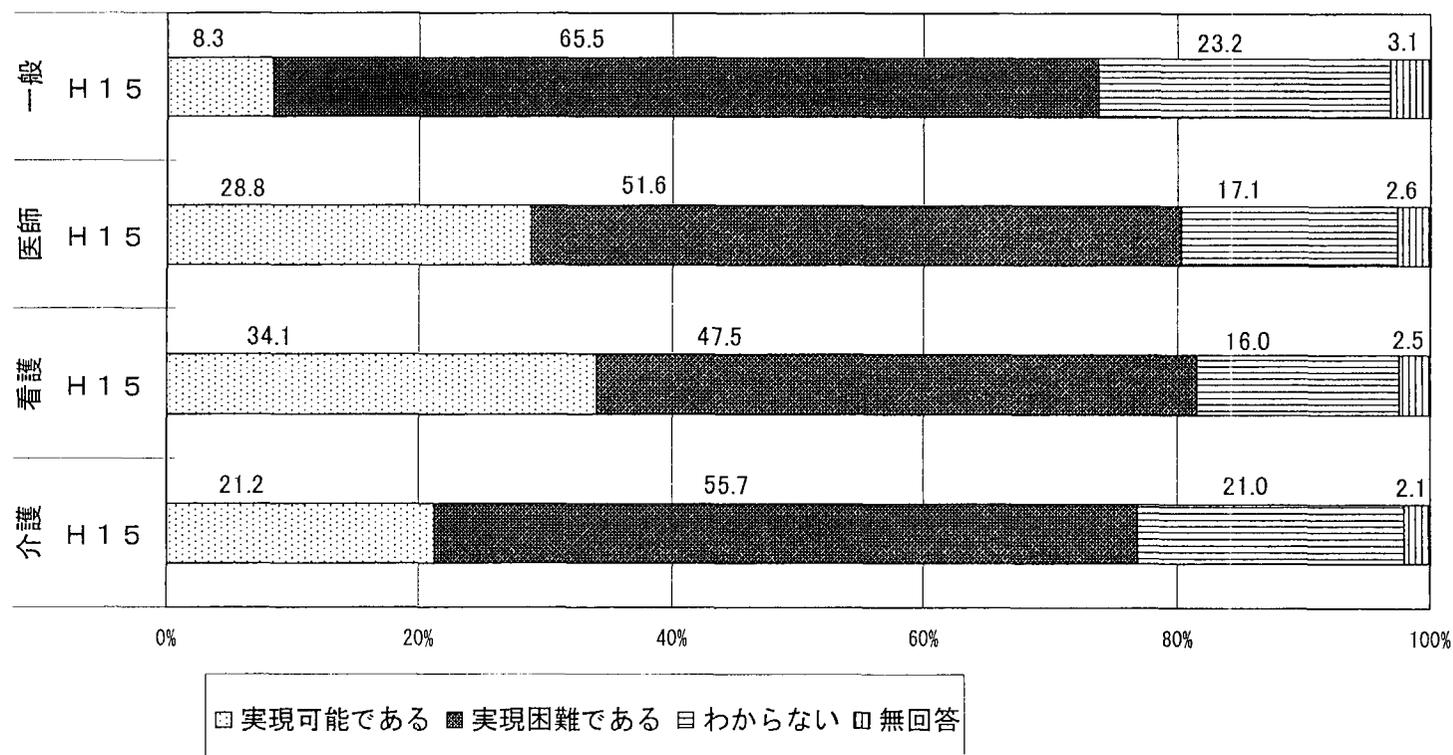
自宅希望 →

- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16.7)より

終末期における療養の場所

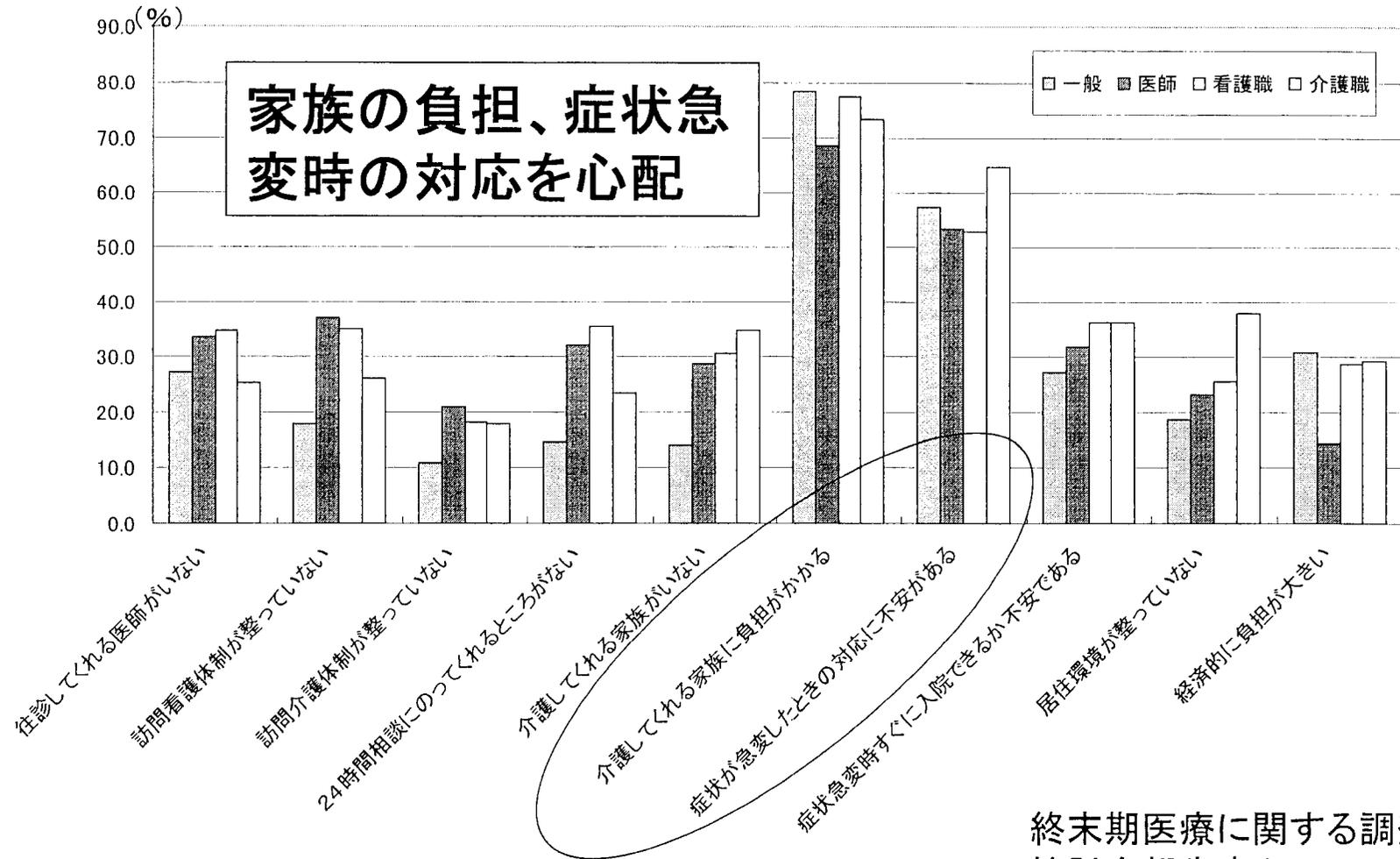
問 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。



終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16. 7)より

自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。（前の問で「実現困難である」と回答した人に対する質問）



終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16. 7)より