

14

STEP3 在宅医療連携拠点の移行 (平成30年度～)

～県の補助事業 ⇒ 市町村事業～

- 県内に30ある都市医師会ごとに設置した「在宅医療連携拠点」について、平成30年4月に県の補助事業から市町村事業に一齐に移行する方針である
- 各市町村に温度差がある中、平成30年度に確実に移行させていくために、医師会と県が協力しながら、市町村に積極的に働きかけていく必要がある
- 介護保険の地域支援事業として市町村が実施する8つのメニューの全てについて、都市医師会と市町村が緊密に連携していく必要がある

平成29年度早々にも、都市医師会・市町村・県の3者で話し合う場を設定する予定

県内に30ある都市医師会ごとに設置した「在宅医療連携拠点」については、平成30年4月に県の補助事業から市町村事業に一齐に移行する方針である。拠点の移行を確実に行うとともに、介護保険の地域支援事業として市町村が実施する8つのメニューの全てについて都市医師会と市町村が緊密に連携することができるよう、平成29年度早々にも都市医師会・市町村・県の3者で話し合う場を設定する予定である。

15

まとめ

～県医師会から地域へのアプローチ～

- 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村の仕事とされているが、介護のみで医療が入らなければ、医療と介護の連携にならない
⇒ 医師のネットワークを持つ地域の都市医師会の協力が不可欠
- 多くの市町村には医療を担当するセクションがないため、市町村から都市医師会にアプローチすることが難しいという声がある
⇒ 都市医師会から市町村にアプローチしないと在宅医療と介護の連携が進まない
- 県医師会がリーダーシップを発揮し、全ての都市医師会の積極的な協力を得て、医師会と県が協力しながら市町村にアプローチしていくことが必要

仮に介護を所管する市町村と介護関係者だけで議論し、医療が入らなければ、医療と介護の連携にならない。医師のネットワークを持つ医師会の協力が不可欠だが、多くの市町村にとっては医師会への垣根が高く、市町村から主体的にアプローチすることが難しいといわれている。県医師会がリーダーシップを発揮して全ての都市医師会に働きかけ、都市医師会の方から市町村にアプローチしていくことが必要である。

1

居住系施設等との連携

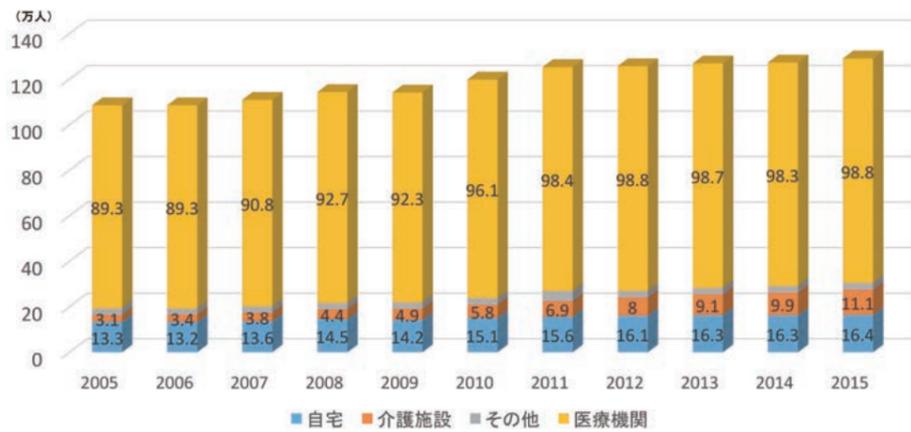
いらはら診療所 苛原実

2 背景

- 独居、老々世帯の増加 ⇒ 利用者自宅での介護力不足
- 高齢者増加に伴う死亡者数の増加 ⇒ 施設等死亡者数の増加
- 多くの施設等で看取りまで行うようになってきた ⇒ 特養での看取り介護加算
- 看取りに伴う介護職の医療行為への対応 ⇒ 介護職の医療行為規制緩和(たん吸引、経管栄養)
- 施設等訪問診療への診療報酬減額(2006年診療報酬改定より)
- 在宅医療とは生活の場で提供される医療のこと、居宅に限らない

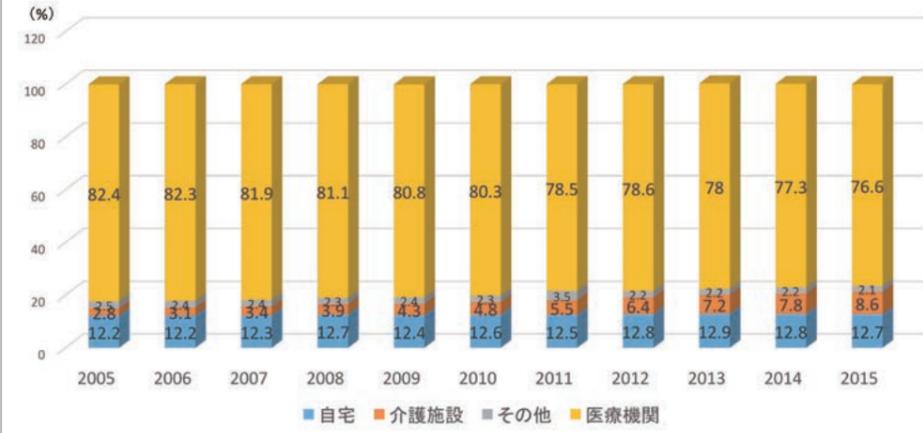
在宅医療は生活の場で提供される医療であり、居宅に限らない。今後は、独居や老々世帯の増加にともない、施設への訪問も増加していくと推測される。さらに、死亡者の増加にともない、施設での看取りも増えているだけでなく、医療ニーズの高い利用者も増加している。介護職の医療処置の規制緩和や特養での看取り加算などで施設での看取りを制度で後押ししている。しかし、施設への訪問診療報酬は減額された。

3 死亡場所別死亡者数推移、2005～15年



わが国の「死亡別死亡者数推移(単位万人)」を示した。自宅、介護施設、病院、全ての場所において、死亡者数は増えている。特に施設での死亡者数が増加傾向にある。

4 死亡場所別死亡数推移(%)、2005～15年



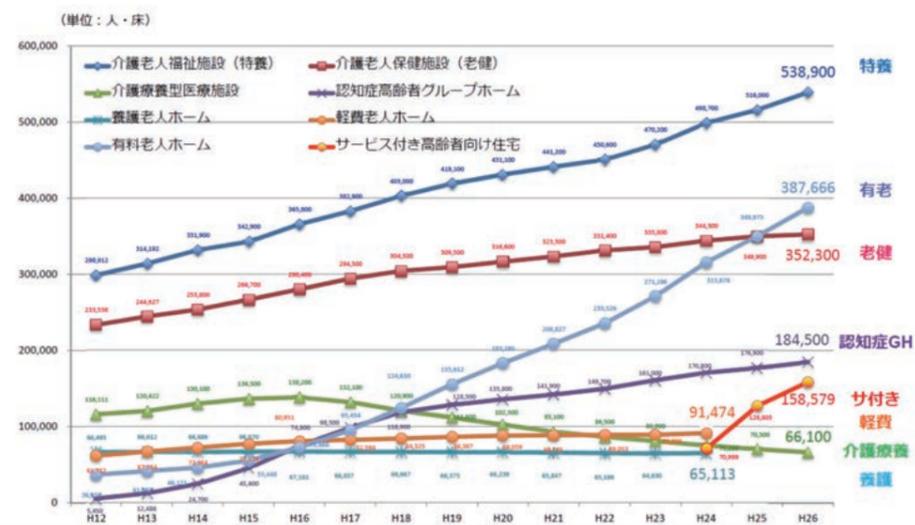
「死亡場所別死亡者数推移(%)」を示した。2014年に比べて病院、自宅での死亡は減少しているが、施設での死亡者数の割合が増加している。

5 介護保険で給付される居住系施設の種類の種類

介護保険施設	基本的性格	主な設置主体	医療体制	訪問診療
特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)	要介護高齢者のための生活施設	地方公共団体 社会福祉法人	非常勤嘱託医 配置医師	末期がん可能 往診可能
介護老人保健施設	要介護高齢者にリハビリを提供し 在宅復帰を目指す施設	地方公共団体 医療法人	常勤1人以上 100:1	不可
介護療養型医療施設	医療の必要な要介護高齢者の長期療養施設	地方公共団体 医療法人	常勤3以上 48:1	不可
介護保険居宅系サービス	基本的性格	主な設置主体	医療体制	訪問診療
特定施設	要介護・支援者の生活の場	営利法人中心	配置看護師	可能
認知症高齢者グループホーム	認知症高齢者の共同生活の場	営利法人中心	訪問看護と連携	可能
軽費老人ホーム(ケアハウス)	自治体から助成のある低所得者も 入居可能な住宅	地方公共団体 社会福祉法人	なし	可能
サービス付き高齢者向け住宅	居室の基準を満たし、安否確認・ 生活相談サービスが付いた住宅	営利法人中心	なし	可能

介護保険における介護施設の種類を示した。「施設サービス」として介護保険給付が行われるのは、介護老人福祉施設(老人福祉法上は「特別養護老人ホーム」)、介護老人保健施設(介護保険法のみ規定)、介護療養型医療施設(医療法上は「病院」)である。これを介護保険3施設と呼ぶ。また、それ以外の居宅サービスとして分類された居宅系サービスが介護保険法に定められている。これらの施設の種類と特徴について表に示した。

6 高齢者向け住まいの定員数



高齢者向け集合住宅の推移を示した。サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム、特養の定員が増加している。介護療養型医療施設は減少している。

7 在宅医療における居住場所に応じた評価

- ① 特定施設入居時等医学総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに名称を変更
 > (旧) 特定施設入居時等医学総合管理料(特医総管)
 (改) 施設入居時等医学総合管理料(施設総管)
 算定対象となる施設に有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅、認知症グループホームが追加
- ② 月1回の訪問診療による管理料を新設
- ③ 同一日に診療した人数に関わらず、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて評価

改訂前(在総管・在支診)		改訂後(在総管・在支診)			
同一建物居住者以外の場合	4,200点	単一建物診療患者の人数 ※2			
同一建物居住者の場合 ※1	1,000点	1人	2~9人	10人~	
		月2回以上訪問している場合	3,800点	2,100点	1,100点
		月1回訪問している場合	2,280点	1,260点	660点

※1 同一建物居住者の場合: 当該建築物に居住する複数の者に対して、医師が同一日に訪問診療を行う場合

※2 単一建物診療患者の人数: 当該建築物に居住する者のうち、当該保険医療機関が在宅医学管理を行っている者の数

在宅支援診療所・処方箋あり・利用者重度でない

平成28年度に行われた診療報酬改訂により、特定入居者総合管理料について、算定対象となる施設を見直すとともに、その名称を変更した。また、月1回の訪問診療による管理料を新設している。さらに、当該建築物において医学管理を実施している人数に応じて管理料を評価した。さらに、利用者の重症度に応じて点数を区別した。

8 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)

定義	介護保険3施設の一つ、要介護高齢者の生活の場、費用が安く入居待ちの方が多い
介護体制	入居者対介護職員+看護職員 3:1
医療体制	配置医師がいる施設5%程度、近隣の嘱託医が非常勤対応、看護師の夜間勤務はない
医療アクセス	末期がんに限り地域の医療機関から訪問診療、訪問看護可能 往診は算定可能(配置医師が行う場合を除く)、訪問診療、訪問看護は算定できない
特徴	入居費用が所得に応じており、入居待の状態、63%の施設で看取りを経験 入居基準が要介護3以上に(2015年3月から)例外あり
その他	2003年から全室個室とするユニット型が制度化された

老人福祉法に定める特別養護老人ホームは、介護保険給付上は「介護老人福祉施設」と呼称される。末期がん患者に限り外部の保健医療機関から訪問診療が可能であり、在宅医学総合管理料も算定できる。また、がんであるか非がんであるかに関わらず、外部の医療機関が介護老人福祉施設で看取りを実施した場合、看取りの日からさかのぼって1か月に限り訪問診療が算定可能となり、その間の在宅医学総合管理料も算定可能である。

9 特定施設

定義	常時1人以上の高齢者を入居させて、食事の提供や生活支援サービスを提供する施設のこと
介護体制	24時間介護スタッフが常駐しており、切れ目のない介護サービスを提供(健康型は除く)
医療体制	常勤看護師の配置義務があり、医療ニーズの高い方でもすみ続けることができる
医療アクセス	往診、訪問診療は認められており、施設入居時等医学総合管理料も算定可能、急性増悪時には医療保険により訪問看護を受けることができる
特徴	入居料は特養やグループホームと比較して高額である
その他	①介護付き有料老人ホーム、②住宅型有料老人ホーム、③健康型有料老人ホームがある 2014年の診療報酬改訂で訪問診療報酬が大幅に下がった

老人福祉法に定める有料老人ホームは、都道府県から「特定入居者生活介護」の指定を受けて「特定施設」となることができる。特定施設であるなしに関わらず、訪問診療は認められており、総合医学管理料も算定可能である。特定施設を取得している場合には、看護師の常駐が義務づけられているが、急性増悪時等では医療保険により訪問看護を受けることができる。

10 認知症高齢者グループホーム

定義	障害を持ちながらも、介護を提供する人と少人数でなじみの関係を築きながら、役割を持って地域に溶け込んで暮らす施設のこと
介護体制	ワンユニット利用者9名まで、最低3名の介護職員がいる、ケアマネジャー配置義務あり
医療体制	看護師が常駐していることは少なく、医療行為はできないことが多い
医療アクセス	往診、訪問診療は認められており、施設入居時等医学総合管理料も算定可能、急性増悪時等には医療保険により訪問看護を受けることができる。 訪問看護ステーションと連携をして、グループホームが医療連携体制加算を取ることができる
特徴	認知症高齢者グループホームは軽度認知症の方の共同生活の家として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うホームなどそのあり方が多様化している
その他	認知症高齢者と対象とするものと、成人の主として知的・精神障害者を対象とするグループホームがある

認知症高齢者グループホームは、介護保険の「認知症対応型共同生活介護」の給付を受ける事業所である。往診、訪問診療を行うことができ、施設入居時等在宅医学総合管理料も算定可能である。訪問看護は、利用者の急変増悪に際して、医師が「特別訪問看護指示書」を記載したときに限り、実施可能である。制度開始当初は認知症の人の共同生活の場として始まったが、認知症高齢者の増加や重度化により看取りまで行うなど、そのあり方が多様化している。

11 サービス付き高齢者向け住宅

定義	居室の広さ(原則25平米以上)が定められ、バリアフリー化等が施された住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向けの住宅、必要に応じて食事提供、訪問介護などを受けることができる
介護体制	ケアプランに沿って、外部からの介護サービスを受けることができる、24時間切れ目のない介護サービスではない
医療体制	看護師等はいない
医療アクセス	訪問診療、訪問看護は通常の居宅と同様に提供できる
特徴	重度介護となると、サービス付き高齢者向け住宅での生活維持は困難となる施設ではなく、住宅であるという認識が必要
その他	デイサービスやヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を併設するところが多い

「サービス付き高齢者向け住宅」は、国土交通省・厚生労働省が共同所管する「高齢者の居住の安定確保に関する法律」(高齢者住まい法) 2011年改正でできた制度である。それまでの、高齢者円滑入居賃貸住宅(高円賃)・高齢者専用賃貸住宅(高専賃)・高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)の3つを一本化する形で制度が作られた。基本的にバリアフリーな住宅に、安否確認・生活相談サービスが付いたシニア向け住宅である。必要に応じて食事提供や訪問介護を受けることができる。

12 軽費老人ホーム(ケアハウス)

定義	低所得者でも入所できる、自治体や国の補助で入居できる施設。60歳以上の単身者または、夫婦のどちらかが60歳以上で、身寄りがいないか、家族との同居が困難な人が入居可能
介護体制	特定施設以外は、ケアプランに基づく外部の介護サービスが利用できる
医療体制	看護師が常駐している施設はほとんどない
医療アクセス	特定施設以外は訪問診療、訪問看護は利用可能である
特徴	自治体から助成を受けられるため、比較的 low cost で利用でき、生活相談や入浴準備などに日常生活に必要なサービスが受けられる
その他	軽費老人ホームにはA型、B型、C型の3種類ある。A・Bは1990年より新設なし、C型がケアハウスにあたる

ケアハウスとは、老人福祉法に定める「軽費老人ホーム」の通称である。比較的自立度の高い人が居住する。訪問診療を行うことができ、施設入居時等在宅医額総合管理料も算定可能である。訪問看護も外部から実施可能である。看護師が常駐している施設はほとんどなく、重度になると住み続けることが困難な場合が多い。

13 小規模多機能型居宅介護

定義	「通い」を中心に、利用者の状態や希望に応じて「泊まり」や介護職の「訪問」を柔軟に組み合わせ、顔なじみの介護者が切れ目なく支える地域密着サービス
介護体制	デイサービス「通い」、ショートステイ「泊まり」、訪問介護「訪問」を利用者の状態に合わせて利用できる
医療体制	看護師が事業所内に存在、急性増悪時等には医療保険により訪問看護を受けることができる
医療アクセス	自宅・泊まりの際には訪問診療・往診を利用できる。(「泊まり」際はサービス利用前30日以内に算定していた患者のみ)
特徴	介護職と顔なじみの関係を作り切れ目のないサービスで認知症の方でも利用可能、地域以外の方は利用できない
その他	事業所の登録利用者は29名以下、「通い」の利用者は登録者の18名以下、「泊まり」の利用者は9名以下

小規模多機能居宅介護とは、訪問・通所・泊まりの3つの機能を利用者の状態に応じて提供する地域密着サービスである。訪問診療、往診は自宅・泊まりの際に利用可能である。介護職と顔なじみの関係を作り切れ目のないサービスで認知症の人でも利用可能である。

14 居宅系施設等との連携の要点

- 施設職員と良好な関係をつくること；日常の状態を把握している看護師や介護職との意思疎通をよくしておくことが大切（専門用語を避けてわかりやすい言葉を使う、質問等には丁寧に答える、怒らない）施設に限らず居宅での多職種連携と同様
- 施設では利用者家族と面談の機会が少なく、初診時などはできるだけ面談の機会を持つようにする、急変時の希望なども聞いておくと良い、入院時などの際には緊急の場合には電話で家族と意思確認することもある、機会を見つけて年に1度くらいは面談の機会を持つようにする
- 施設の医療介護方針についての理解も必要

居宅系施設との連携の要点を記載した。施設職員と良好な関係を構築することが、利用者の情報を得るために必要である。また、利用者家族と面談の機会を持つようにすることが大切である。家族との面談の機会が少ないため、自宅と異なり、家族が直接診療に同席することが少なく、治療内容や利用者の状態を把握しにくい特性がある。家族とは、機会を見つけて年に一度くらいは面談の機会を持つことが望ましい。

15 施設の力量の見極め方

- 看取りの経験の有無を確認、看取りの経験のない施設では困難を伴うことが多い
- 施設の方針確認も必要、看取りをしないという施設もある
- 急変時の事前指示書を利用者からとっているかを確認する
- たんの吸引を介護職ができる施設かどうか確認、施設によっては医療処置ができないところもある
- 電話での問い合わせの内容で施設の力量はわかる、バイタルサインが取れており、現病歴などの把握ができていれば力量はあるといえる
- 常勤看護師がいる施設では重症化しても診て行けることが多い

医師は、居宅系施設の力量を見極めて、訪問診療を行うことが大切である。施設看取りの経験の有無、施設の方針を把握したい。また、たんの吸引を介護職ができるか、常勤看護師がいるかを確認する。利用者の急変時の事前指示書を利用者からとっているかどうか確認することも重要である。状態変化時の電話対応でも施設力量はわかる。

16 介護職の医療行為について

- 介護福祉士及び一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られていること等、一定の条件化で「たんの吸引等」の行為を実施できる（社会福祉士及び介護福祉士法の一部改正による、平成24年、4月より）
- 対象となる医療行為は、たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）
- 介護福祉士（平成28年の国家試験合格者以降）、一定の研修を終了した介護職員、特別支援学校教員が実施可能
- 居住系施設等や居宅（訪問介護事業所等からの訪問）などの場で実施可能
- 3つの研修過程あり（1、不特定な人に対するすべての行為 2、不特定な人に対する特定の行為 3、特定の方に対する行為）

介護職の行うことができる医療行為が拡大された。一定の条件下で研修を受けると介護職でもたん吸引や経管栄養などの行為が可能となっている。

17 医療行為には当たらない行為、2005年通知

行為内容	介護職が行える条件
1、体温計を用いた体温測定	測定した数値結果を基に「薬を飲ませた方が良い」「安静にしていた方がよい」
2、自動血圧測定器による血圧測定	などの医学的判断は、してはならない
3、パルスオキシメーターの装着	
4、軽い切り傷、擦り傷、やけどなどの処置	専門的な判断や技術を必要としない処置に限定される
5、軟膏を塗る（床ずれの処置を除く）	事前に医師からの処方や薬剤師・看護師の指導助言を受け、
6、湿布をはる	その上で以下の3つの条件を満たしている場合に限定される
7、目薬をさす	条件1：利用者の状態が安定している
8、利用者に薬を飲ませる	条件2：医師や看護師による利用者の容態の観察が必要でない
9、座薬を挿入する	条件3：薬の誤嚥や座薬による出血などの可能性がない

医療行為には当たらない行為を抜粋して一覧表にまとめた。（「医師法17条、歯科医師第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」（医政発第0726005号）2005年7月26日）。これらについては、特定の研修を受けることなく、身体介護を行う介護職が医師の指示のもとに行うことができる。特に、内服薬の介助は一包化された薬物に限って介護職が実施できる。

- 生活の場で提供される医療が在宅医療であり、施設での在宅医療は今後増えてゆく傾向にある
- 施設での看取り数は増加しており、利用者の医療ニーズは高くなってきている
- 訪問する施設の種類により、介護・医療体制は異なる、医療アクセスについてもよく理解をする必要がある
- 施設の方針をしっかり理解して、力量を見極めることも必要である
- 居住系施設では施設職員との良好な関係を築いて、利用者の情報をとるようにする
- 介護職でも一定の条件の下で、所定の研修を終了すれば、たんの吸引や経管栄養などが可能となっている

在宅医療は生活の場で提供される医療であり、独居や老々世帯の増加にともない、利用者は増加傾向にある。また、施設における看取りも増加しており、医療ニーズの高い利用者が増加している。施設の類型や方針を理解して、利用者が安心して最後まで過ごしていけるように、施設職員と協働して医療やケアを提供していくことが必要である。

平成28年度在宅医療関連講師人材養成事業
研修会

小児在宅医療の現状と病院の取り組み 病院の立場から



国立研究開発法人
国立成育医療研究センター
総合診療部 在宅診療科 医長
在宅医療支援室 室長
中村知夫



必要。
でも足りない…
なら創ろう!