

# ・序章 現状の分析

1 在宅医療の課題と対応

2 東京の在宅医療の現状 —東京都在宅医療実態調査—  
全診療所を対象とした在宅医療に関するアンケート調査  
(実施日：平成21年1月23日～2月5日)

3 東京都医師会の活動

4 東京都の従来型の在宅医療の特徴について  
—— 都市部での特徴を踏まえた在宅医療の普及 ——

# 序章

## 現状の分析

### 1 在宅医療の課題と対応

超高齢社会を迎える東京では、高齢者の一人暮らしや夫婦のみの高齢者世帯が増加している。「保健医療に関する世論調査」（平成18年実施）によると都民の約半数は在宅医療を希望しているが、そのうち8割は、現実には厳しいと考えている。この結果を見据えて、これからの在宅療養の課題とその対応について考えた。

#### ● 医療提供者側からみた在宅療養の課題への対応

**課題** 在宅療養生活を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携が必要

地域で在宅療養を円滑に進めるには、それぞれの地域特性に応じた、多職種からなるチームを組織し、情報を共有して地域で受け入れのシステムを確立し、医療・介護の地域での窓口を地域特性に応じた公益的な拠点や、病院の医療連携室などに集約して、医療・介護・福祉・生活支援サービスが一元的に提供可能な連携づくりが必要である。人的資源は限られており、同職種相互の連携も必要である。

**課題** 在宅療養生活を支える後方支援病院が必要

後方支援病院は、在宅療養中の急性増悪に対応するためにはなくてはならない。今後、在宅療養者が増加する過程で、長い在宅療養を考えれば、そのインフラ整備は急務である。在宅療養で生じる入院治療のニーズを担える病院のあり方は、これから大いに議論されねばならない。

在宅療養が完結するためには、慢性期の急性変化の問題を解決する必要がある。最近、救急搬送において高齢者の入院先を探すことに困難がある。高齢者では独居などの経済・介護問題や、認知症などの加齢問題など、その入院の必要性に重い判断が必要であり、究極には、リビングウィルや看

取りの問題が大きく関係している。

また、地域の基幹病院との連携が有効に活用できるよう支援体制の構築が必要である。この課題は、患者が急性疾患で入院し、病気が完治もしくは安定して退院する「病院完結型」から、病期が「入院—在宅療養型」に変化したためである。

そのためには、病院、在宅のスタッフが相互の診療に同行し、患者の実際を見ることなどで、地域全体でお互いの顔の見える関係を構築していくことが重要なポイントである。

**課題**

**病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携、人材育成が必要**

地域の病院スタッフと在宅医療に従事する多職種のスタッフが、相互の診療方針や医療提供の実情を理解し、連携するシステムと円滑に連携できる人材を育成する必要がある。

**課題**

**医療・介護・福祉・生活支援を一元的に提供する地域包括ケアシステムが必要**

医療・介護・福祉・生活支援サービスを一元的に提供するシステムが必要であり、そのシステムの中心概念が地域包括ケアシステムである。今後、地域包括ケアの内容が問われ、在宅療養のためには必要十分な機能を担わねばならない。

**課題**

**在宅療養支援診療所だけでなく、一般的な診療所の参加が必要**

都の調査でも、在宅医療を行っているのは、在宅療養支援診療所だけでなく、外来診療を主として訪問診療も行う一般的な診療所が多い。今後の需要の増大を踏まえると、一般的な診療所の参加が必要となる。それぞれの特性を生かし、地域にあった在宅医療体制づくりが必要である。診療所も訪問看護ステーションも、同職種間や他職種間での連携、後方支援病院との連携の必要性がある。緊急入院や休日夜間対応を必要とすることが少なからずある。24時間365日の在宅療養を支えるためには、地域の医療機関、訪問看護ステーション、施設や職種が連携し、在宅療養の基盤強

化を図ることが重要である。疾患は高齢による衰弱の他、脳血管疾患、認知症の占める割合が高い。さらにかんの終末期の患者に対応しなければならない。在宅療養を担う医師、看護師、ケアマネジャー・介護者は相互に習熟した専門的知識を持ち、対応する必要がある。今後は在宅医療に従事するスタッフ全体のスキルアップや相互理解が必要である。

**課題 高齢者住宅など、多様な暮らしの場の整備が必要**

都内の65歳以上の賃貸住宅入居者は30%を超え、今後高齢化に伴い、介護サービスが入る住宅を用意する必要がある。高齢者円滑入居賃貸住宅、高齢者専用賃貸住宅の整備が進められていたが、医療・介護・福祉・生活支援サービス利用の利便性など、さらに一歩踏み込んだ議論も必要となる。

**課題 在宅療養の継続には介護保険制度のレスパイト機能などの充実が必要**

病院での急性期治療から在宅での長期にわたる療養生活においては、医療、介護が重点となる。がんのターミナルケアは短期であり、脳卒中モデルや認知症モデルでは、介護家族への支援が課題であり、レスパイトケアが重点となる。介護保険制度も限られた財源において、生活支援は切り離されつつあるが、家族支援は長期の療養生活のためには必要であり、今後、さらに増加する認知症対策には必須である。

**課題 訪問を含む包括的な地域リハビリテーションシステムの充実が必要**

脳卒中のみならず、がんや非がん疾患（末期を含む）、糖尿病などに対するリハビリテーション医療はすでに大系づけられ、在宅療養の場でも、QOL向上を目的としてその活用が期待されている。しかしその実践者としての地域でのリハビリテーション専門職は不足しており、システムとして解決することが求められている。

軽度者には、ケアプランにリハビリテーションの視点を組み込み、非専門職による生活リハビリテーションを定着させなければならない。中等度以上の生活機能低下者に対しては、リスク管理を行いつつ、介護保険サー

ビスとして訪問あるいは通所リハビリテーションを利用するか、専門職によるリハビリテーションの必要性の有無を判別する必要がある。

リハビリテーションが多職種協働を支える共通理念としてだけでなく、実学として高齢者のみならず、小児や精神障害も含めたあらゆる障害者、社会的弱者の全人的な自立支援に役立つためには、その質を吟味できるコーディネーターとしてかかりつけ医機能の充実が必要である。

#### 課題 認知症の対応力向上が必要

認知症あるいは療養生活中の認知症の顕在化により、療養場所に窮して在宅医に対応が依頼される事例が増えている。そのような事例では、認知症について初めての医療介入である場合が多く、在宅医に診断、BPSDへの対応が求められている。

#### 課題 専門医と連携した緩和ケアの対応力向上が必要

がんの治療は外来通院が主流となり、在宅でのターミナルケアのニーズが増加している。地域のがん拠点病院、在宅スタッフの連携による緩和ケアの対応力向上が求められている。

### ● 患者・家族の側からみた在宅療養の課題への対応

#### 課題 居住環境も含めた十分な家族サポートが必要

家族も介護チームの一員として再認識されているが、家族の介護負担は重く、患者・家族の在宅療養への不安を払拭し、在宅療養生活をしやすいするためのサポート体制を、地域で充実させていくことが重要である。介護保険は家族の身体的負担を減少させたが、精神的負担など課題は多い。また、今後住み慣れた地域に住むとしても、地域の中での居住の移動が必要となる。医療介護が必要となったとき、施設系のみでなく介護、医療にいつでも対応できる高齢者住宅が近くにあれば、家族ができる範囲で係わりやすくなる。

## 2 東京の在宅医療の現在 — 東京都在宅医療実態調査 — 全診療所を対象とした在宅医療に関するアンケート調査 (実施日：平成 21 年 1 月 23 日～ 2 月 5 日)

東京都では、在宅医療推進の取組みを進め施策を生かすため、在宅医療の取組み状況に関する実態調査を行った。その結果をもとに、東京の在宅医療の現状について分析する。

※掲載したデータの出典は「東京都在宅医療実態調査」である。

### ● 全診療所を対象とした在宅医療に関するアンケート調査結果 (平成 21 年 1 月実施)

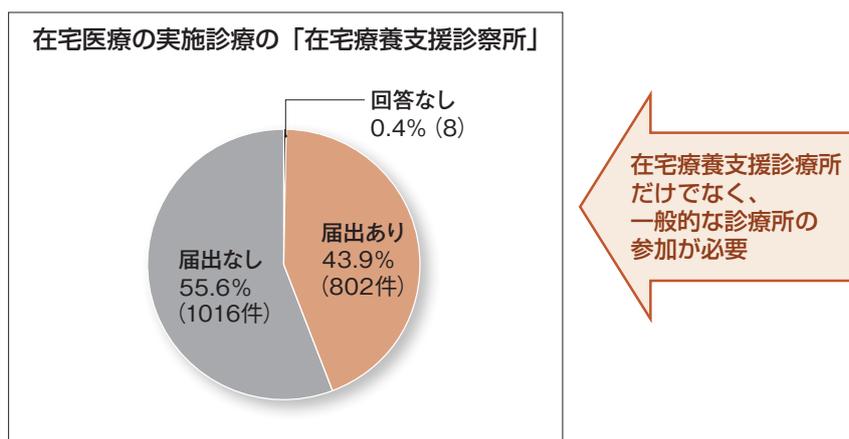
対象医療機関数 12,628 件

#### (1) 在宅医療の実施状況

回答のあった 7,643 件のうち在宅医療の実施は 1,826 件 (23.9%) であった。

#### 在宅療養支援診療所の届出状況

在宅医療を行っている診療所のうち、在宅療養支援診療所の届け出は 802 件 (43.9%) であった。



**(2) 患者のおもな病名など（多い順）**

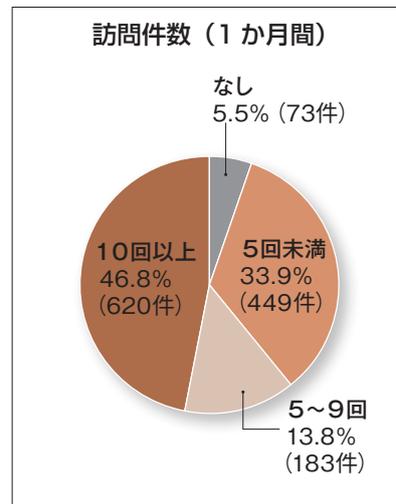
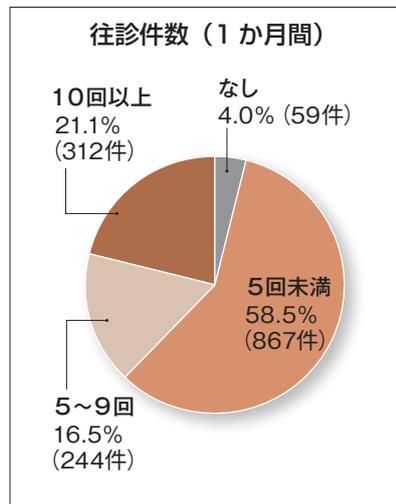
高齢によるもの
脳血管障害
認知症

訪問を含む包括的な  
地域リハビリテーシ  
ョンシステムの充実  
が必要

認知症の対応力向上  
が必要

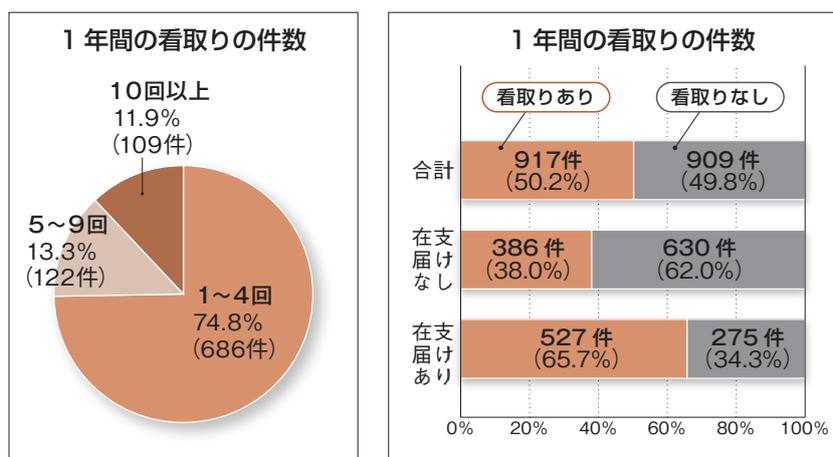
**(3) 往診と訪問診療の状況**

往診（1 か月間）5 回未満（以下、同じ）867 件（58.5%）と多く、  
また 10 回以上も 312 件（21.1%）の順となっている。また訪問診療  
に関しては、10 回以上 620 件（46.8%）、5 回未満 449 件（33.9%）  
の順となっている。



#### (4) 看取り

在宅診療を行っている多くの医療機関 917 件 (50.2%) は、年間 1 件以上の看取りを行っている。

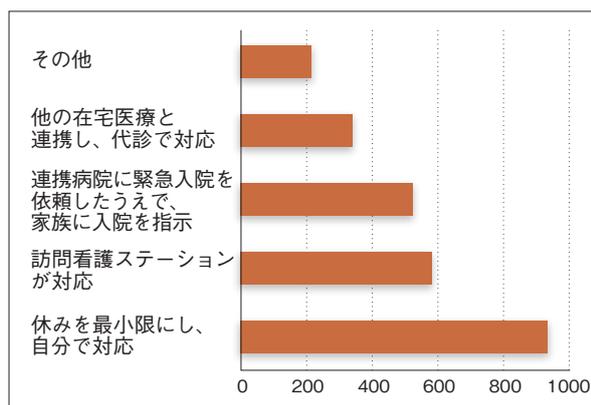


#### (5) 連携

##### 他の診療科との連携



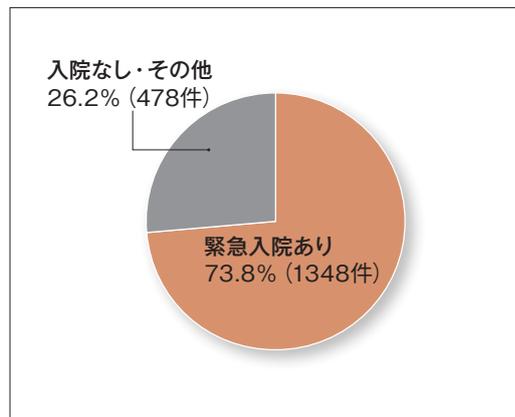
##### 夏休みや年末年始の対応



在宅療養生活を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携が必要

**(6) 緊急入院****昨年 1 年間の緊急入院**

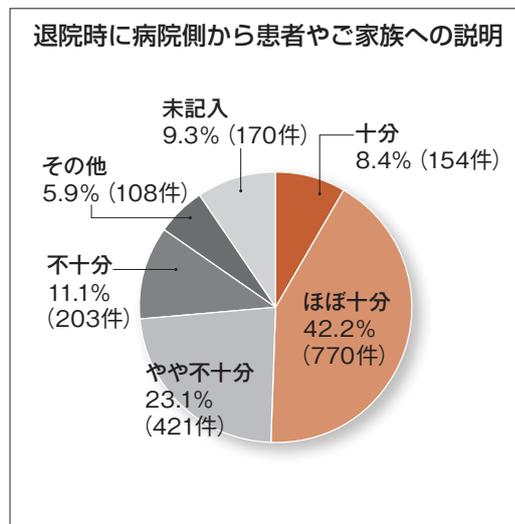
緊急入院が年間 1 件以上ある診療所は 1,348 件 (73.8%) であった。



在宅療養生活を  
支える後方支援病院  
が必要

**(7) 退院時の家族への説明・病院への要望**

家族説明は、ほぼ十分 (42.2%) との回答であった。



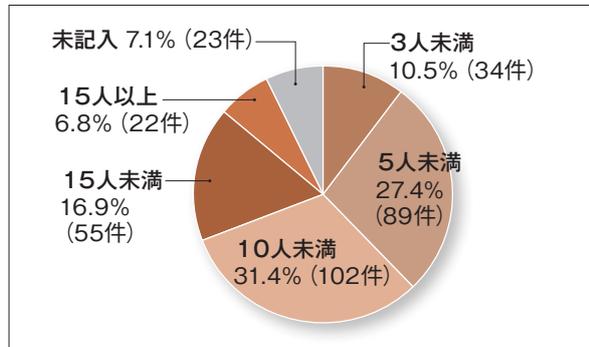
## ● 全訪問看護ステーションを対象とした在宅医療に関するアンケート調査結果（平成21年1月実施）

対象数は534件で、有効回答数は325件。有効回答した325のステーションを対象とした調査結果は、以下のとおりである。

### （1）回答した訪問看護ステーションの基礎データ

#### 職員数（常勤換算）

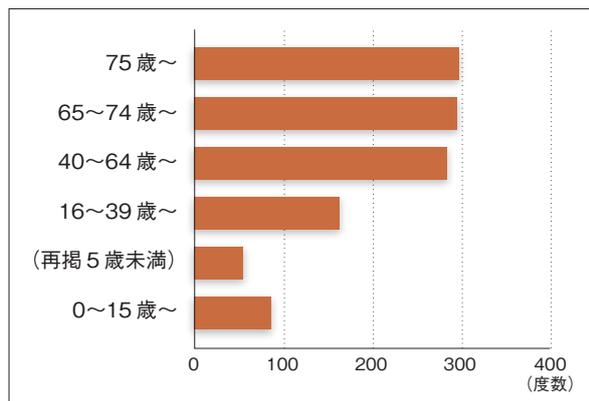
職員数の規模は5人未満が約4割を占めている。



### （2）利用者の状況

#### 利用者の年齢

利用者の年齢は高齢者が圧倒的に多い。



高齢者住宅など、  
多様な暮らしの場  
の整備が必要

### 利用者のおもな疾患

利用者のおもな疾患（多い順）

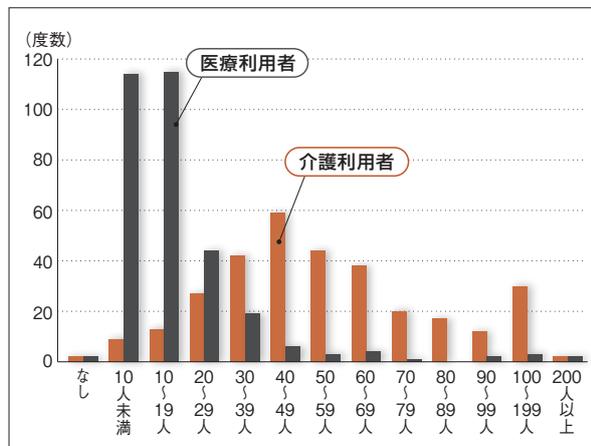


専門医と連携した緩和ケアの対応力向上が必要

### (3) 訪問の状況

#### 保険別の1か月の平均利用者数

介護保険利用者と医療保険利用者の割合は、57.7人対18.1人となっている。

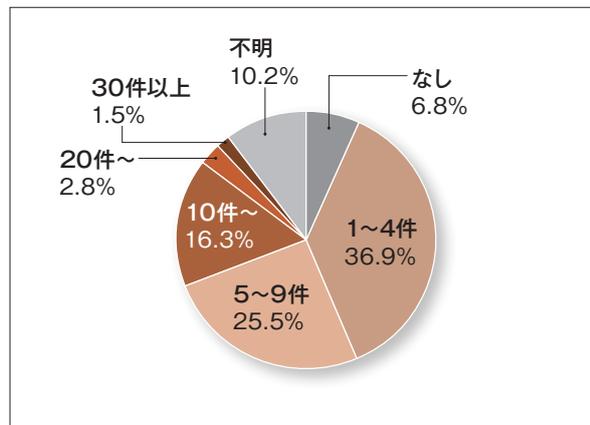


在宅療養の継続には介護保険制度のレスパイト機能などの充実が必要

#### (4) 在宅での看取り

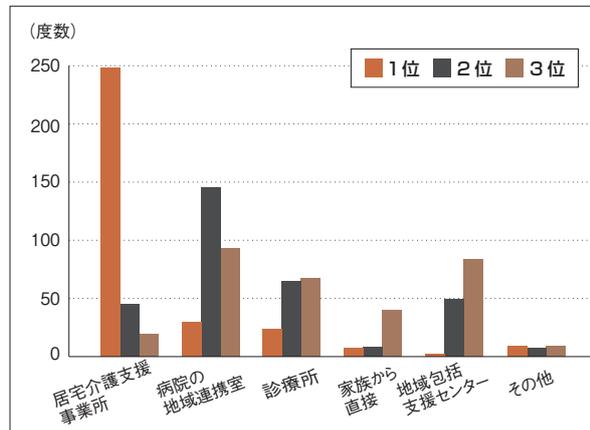
##### 年間1件以上の看取りがある訪問看護ステーション

看取りが年間1件以上ある訪問看護ステーションは270件(83.1%)であった。



#### (5) 連携

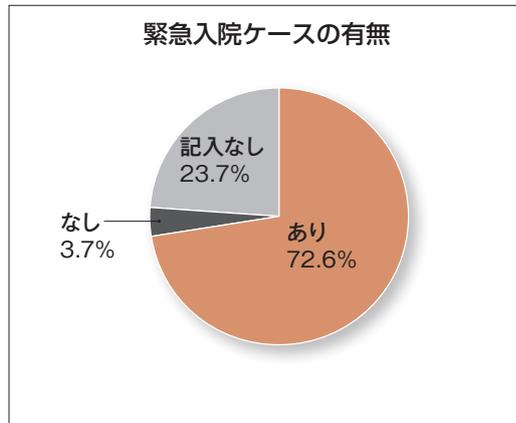
##### 利用者の紹介元



病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携、人材育成が必要

### 病院との連携

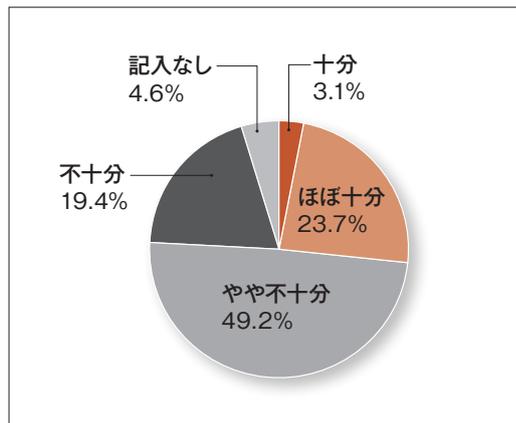
緊急入院が年間1件以上ある訪問看護ステーションは236件（72.6%）であった。



在宅療養生活を  
支える後方支援病院  
が必要

### 退院時に病院側から患者やご家族への説明

退院時に家族への説明は、やや不十分との意見が多くみられる。



病院、在宅医療スタ  
ッフの相互理解、  
円滑な連携、  
人材育成が必要

## アンケート調査の分析

(東京都在宅医療実態調査報告)

### 【医療提供側】

- 在宅医療を、各医療者は孤立して頑張る「点」の世界から、地域でネットワークをつくり「面」で支えることが必要。これが、開業医、かかりつけ医が自分の患者を永く診ていく地域医療体制づくりでもある。地域の身近な病院も加わった地域全体での連携が、かかりつけ医を支えることになる。
- 地域で在宅医療の体制をつくり、支える人材「地域の保健・福祉・医療・介護を支える幅広い能力を持つ医師、看護師などの医療職」がカギではないか。
- 病院の医師、看護師などのスタッフにも、在宅医療をもっと知ってもらい、相互に交流することで、急性期医療の現場にも、在宅医療が徐々に浸透していくことが期待できる。

### 【患者・家族側】

- 在宅は狭義の「家」ではなく、住み慣れた地域と捉えられる。
- 施設か在宅か、一人の心の中で常にぐるぐると迷いが廻っている、というのが実情ではないか。
- 「家でも過ごせるのだ」とわかると「家に帰りたい」と思うようになる。
- 家族には「頑張らないでね」と常に言い、そして周囲で支えることが重要。

### 3 東京都医師会の活動

東京都医師会では、生活機能障害を抱えて地域に暮らす東京都民が、介護や医療が必要になっても、安心して住み続けることができるため、より質の高い地域ケア体制の整備、介護サービス、住まいの充実などを図り、尊厳ある社会の基礎となる医療福祉分野の充実を目指し、諸事業を展開している。東京都および関係諸団体との連携を密にし、医療福祉に関する各種事業の受託を含め、地区医師会の協力を得ながら、東京都医師会内に設置された「地域福祉委員会」を中心に研修会、講習会などを開催し、医療福祉分野の諸問題について包括的な協議、検討を重ねるとともに諸事業の活動を行っている。

#### ● 「かかりつけ医機能ハンドブック」の作成配布

歴代の「地域福祉委員会」答申を踏まえ、生活機能障害を抱えて地域に暮らす東京都民へ、より質の高い医療、介護、福祉サービスを提供するために必要な、新たな医師の役割としての「かかりつけ医機能」を考察した。

本書では「高齢者医療と介護保険制度」「認知症」「高次脳機能障害」「生活機能と介護予防」「地域リハビリテーション」「包括的がん医療と緩和ケア」「権利擁護」などの基礎知識の普及を図り、地域医療活動を支援することを目的として作成した。2005年に初版を発行し、以来改定を重ね、2007年、2009年版は約20,000部を発行し、東京都医師会員を始め、道府県医師会、東京都内の大学医学部卒業生、関係機関、および主治医研修事業研修会の資料などとして配付を行った。



#### ● 在宅療養の推進に関する取組み

在宅療養基盤の確立を図ることを目的とし、東京都、区市町村、医師会の協力による在宅療養基盤強化を図っている（図1）。身近な生活圏ごと

---

には地域包括支援センターが整い、充実した機能を発揮できるよう地域ケアに関する議論も行われている（図2）。

地域の病院と在宅医療に従事するスタッフが、お互いの診療方針や医療提供の実情などについて理解しあい、顔の見える連携関係を構築していくことで、地域における病院から在宅医療への円滑な移行機能の強化を図ることを目的に、東京都医師会では平成21年度から東京都の「在宅医療相互研修事業」を受託し、シンポジウムの開催（表1,2）および各地域での在宅相互研修事業を実施している。

その他各種の地域の実情にあった在宅医療基盤整備について、東京都福祉保健局などとの意見交換会を重ねている（図3）。平成22年度からは下記2つの事業に協力している。

**①地域の「在宅医療連携調整窓口」を設置～「在宅医療連携推進事業」**

病院から在宅医療への円滑な移行や在宅療養の継続にあたり、病院や在宅医療スタッフからの相談対応や、適切な在宅医、訪問看護師などの紹介・関係者間調整を行う「連携調整窓口」を設置し、効果的な在宅医療の基盤整備を推進するモデル事業（都内3箇所で開催）。

**②特色ある在宅医療の地域モデルの普及～「在宅医療普及事業」**

地域における在宅医療基盤推進の特色ある取組みを評価分析し、東京都内各地域への普及を図る。

図1 東京都・区市町村・医師会などの協力による在宅療養基盤強化の構想

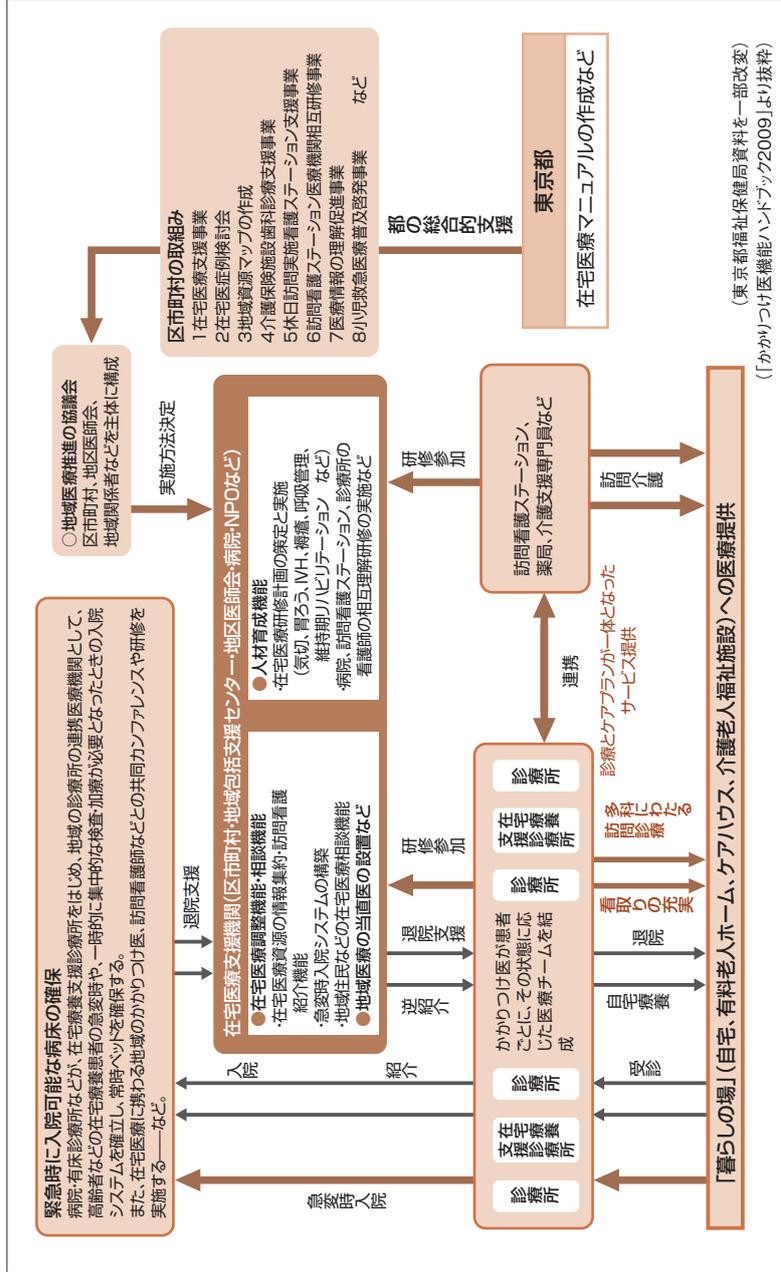


図2 地域ネットワークの東京モデルイメージ—個別性と「暮らしの場」を尊重する医療・介護・生活支援のネットワーク—

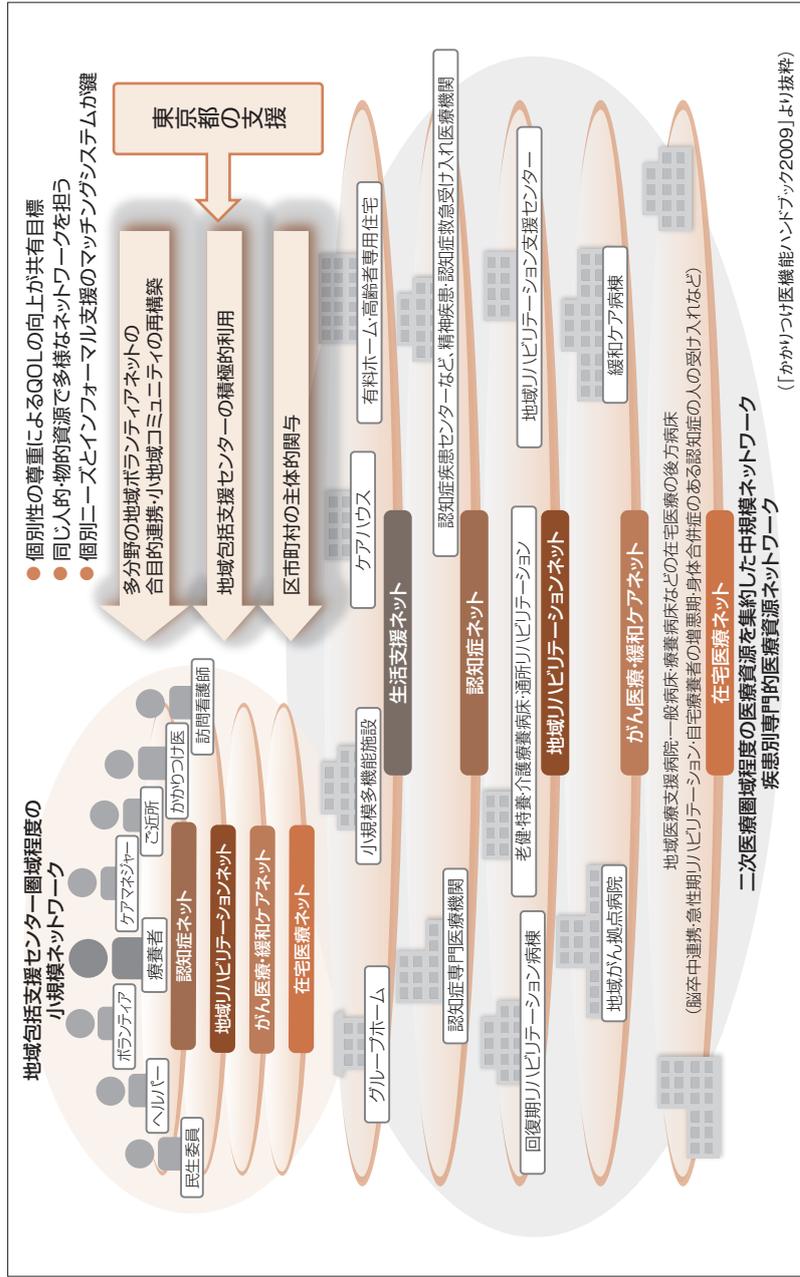


図3 東京都の取組み

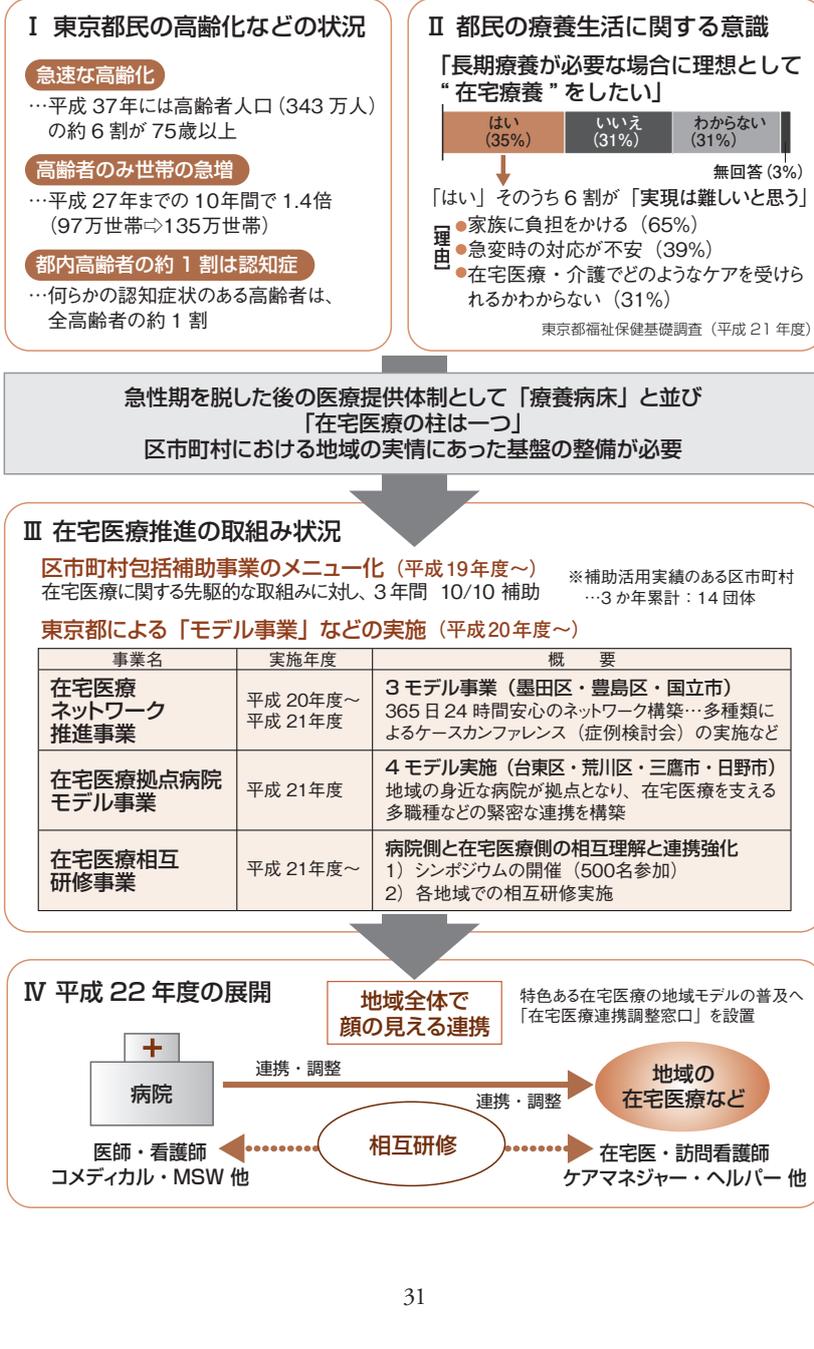


表 1

東京都在宅医療推進シンポジウム  
《東京都在宅医療相互研修事業》

—在宅医療の推進に必要な病診連携を考える—

平成 21 年度研修内容

【Ⅰ. 在宅医からみた病院との連携について】

【座長】 東京都医師会理事 玉木 一弘・東京都医師会理事 弓倉 整

渡邊 淳子 (わたクリニック院長 [葛飾区])  
西田 伸一 (西田医院院長 [調布市])

【Ⅱ. 在宅医と病棟医との顔の見える連携について】

【座長】 東京都医師会理事 江本 秀斗・東京都医師会 地域福祉委員会委員長 新田 國夫

① 地域における在宅医と病棟医との連携強化の取組

英 裕雄 (新宿ヒロクリニック院長 [新宿区])

② 病棟医が語る在宅医療との連携

唐渡 敦也 (財団法人 癌研有明病院 医療支援センター センター長)  
芝 祐信 (東京都立府中病院 内科部長)

【Ⅲ. 総合討議：在宅医療の推進に必要な病診連携とは何か】

【座長】 東京都医師会理事 玉木 一弘・東京都医師会 地域福祉委員会委員長 新田 國夫

【在宅医療に必要な摂食嚥下評価】

新田 國夫 (東京都医師会地域福祉委員会委員長)

【シンポジスト】

渡邊 淳子 (わたクリニック院長)  
西田 伸一 (西田医院 院長)  
英 裕雄 (新宿ヒロクリニック院長)  
唐渡 敦也 (財団法人 癌研有明病院 医療支援センター センター長)  
芝 祐信 (東京都立府中病院 内科部長)  
木村 厚 (特定医療法人社団 一成会 木村病院 理事長・院長)  
秋山 正子 (株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長)  
高瀬 茂 (東京都医師会理事)

表2

東京都在宅医療推進シンポジウム  
《東京都在宅医療相互研修事業》

—地域の取組事例から考える病院医療と在宅医療の連携—  
平成22年度研修内容

【I. 顔の見える連携を目指す地域の取組事例】

【座長】東京都医師会理事 高瀬 茂・東京都医師会理事 玉木 一弘

【病院・在宅スタッフが相互の診療に同行する「同行研修」の取組】

《新宿地域》 秋山 正子（株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーション統括所長）  
佐藤 友枝（東京医科大学病院医療連携室看護師長）

《北多摩地域》 東郷 清児（武蔵野ホームケアクリニック院長）  
田中 良典（武蔵野赤十字病院泌尿器科部長）

【症例検討会の取組】

《南多摩地域》 数井 学（八王子市医師会理事）  
山下 晋矢（永生会 永生病院医療技術部長）

【II. 総合討論：地域の取組事例から考える多職種連携と相互理解】

【座長】 東京都医師会 杏林大学医学部  
地域福祉委員会委員長 新田 國夫・ 附属病院副院長 呉屋 朝幸

【シンポジスト】

秋山 正子（株式会社ケアーズ白十字訪問看護ステーション統括所長）  
間瀬 由紀子（国家公務員共済組合連合会立川病院地域医療連携センター長）  
数井 学（八王子市医師会理事）  
渋井 賢太郎（東京都歯科医師会高齢者保健医療常任委員会副委員長）  
大木 一正（東京都薬剤師会常務理事）  
高橋 郁美（東京都福祉保健局医療改革推進担当部長）

その他、これまで東京都と医師会との連携で行われている主な在宅医療推進に関する事業の取組みについては次のとおりである。

### (1) 「在宅医療実践ガイドブック」の作成

東京都の委託事業として、在宅医療に携わる医療関連職種者による委員会を設置し、約 26,000 部を作成し、会員、関係機関に配布した。



### (2) 東京都の包括補助事業による地区医師会の取組み支援

誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるために、地域の実情を踏まえたきめ細かい医療・保健サービスを展開するため、医師会と行政の密接な協力を構築することが必須である。東京都医師会では、区市町村と地域の医師会との協力体制の充実、会員の在宅ケアにおける技術と対応力の向上、認知症対応、地域リハビリテーションの充実、緩和ケアの普及などを中心に、地域における在宅医療の基盤強化の推進のため、総合的に支援している。

#### 補助事業のメニュー

- 創意工夫によるもの（提案型）
- 在宅医療推進会議
- 在宅患者急変時後方支援病床確保事業
- 在宅医療調整・相談事業
- 在宅医療指導医師の活用

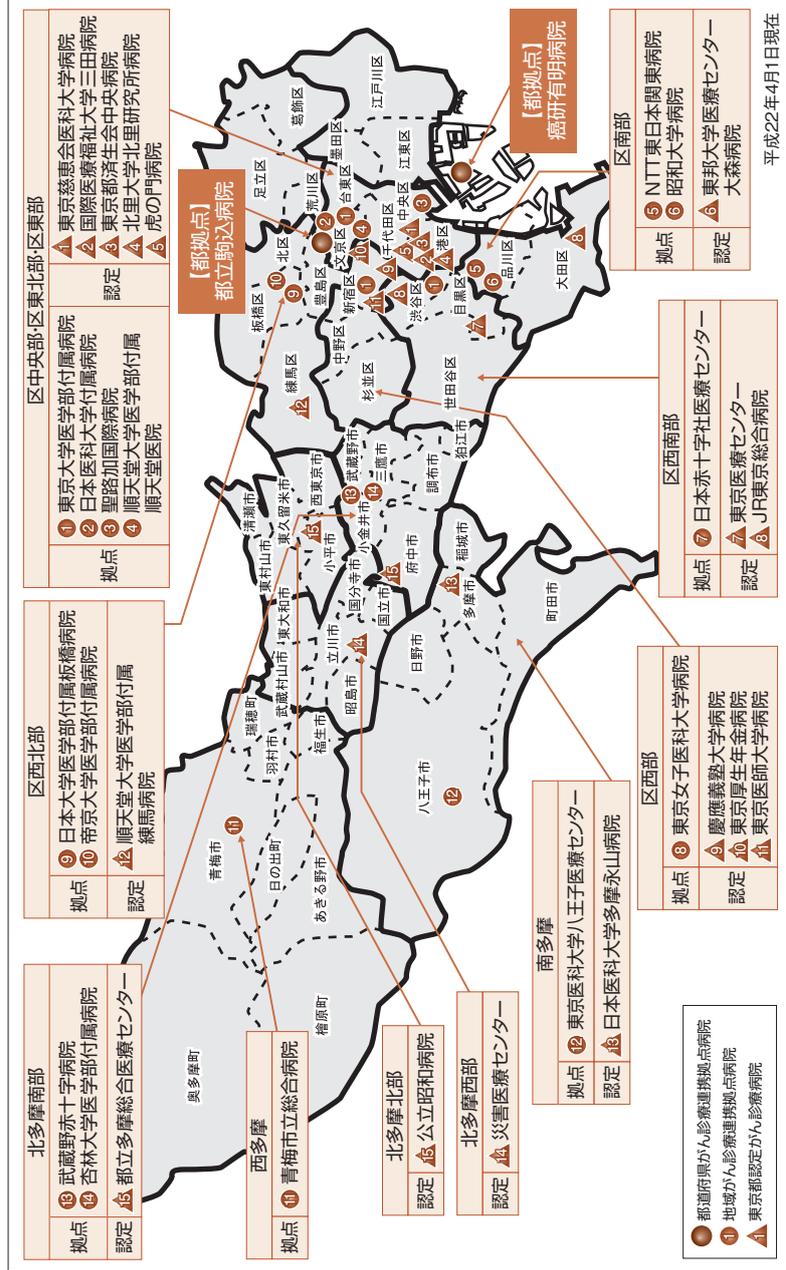
### (3) 療養病床機能強化（研修）事業

急速な高齢化に伴い医療提供体制の整備に当たり、急性期を脱した後の医療の必要度の高い高齢者などの療養の場として、療養病床がますます重要となることから、施設整備への支援などを行い充実を図っている。

### (4) がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会

都内がん診療連携拠点病院（16 か所）および東京都認定がん診療病院（16 か所）などはがん診療に携わる医師に対し研修会を実施し、在宅における緩和ケアの普及を支援している（図4）。

図4 がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況



### (5) 緩和ケア研修会

在宅ターミナル・ケアの充実には医師の理解と強力な支援が必要であることから、緩和ケアに関する基本的な知識を広く普及することを目的として東京都と東京都医師会の共催により、診療所の医師、病院に勤務する医師、看護師など医療従事者を対象に、研修会を実施した(平成6年度～21年度)。

### (6) 緩和ケア医療従事者研修<中級編>事業(東京都委託事業)

包括的地域緩和ケアについての理念・技術を磨き、地域や在宅での緩和ケアの普及や充実に資することを目的として、医師および看護職員などの医療従事者を対象に、研修会を実施した(平成12年度～17年度)。

## ● 主治医研修事業の実施

主治医研修事業は、国および都の定めた事業要綱をもとに行われ、東京都医師会では東京都から介護保険と障害者自立支援法を併せた研修事業として受託し、地区医師会を実施主体として会員を対象に研修会を実施している。介護保険制度、障害者自立支援法と医師の役割について理解を深めるとともに、「主治医意見書記入のポイント」などを作成配布し、主治医意見書の質の向上に努めている。東京都医師会では非会員を対象に含めた研修会を、年1回開催している。



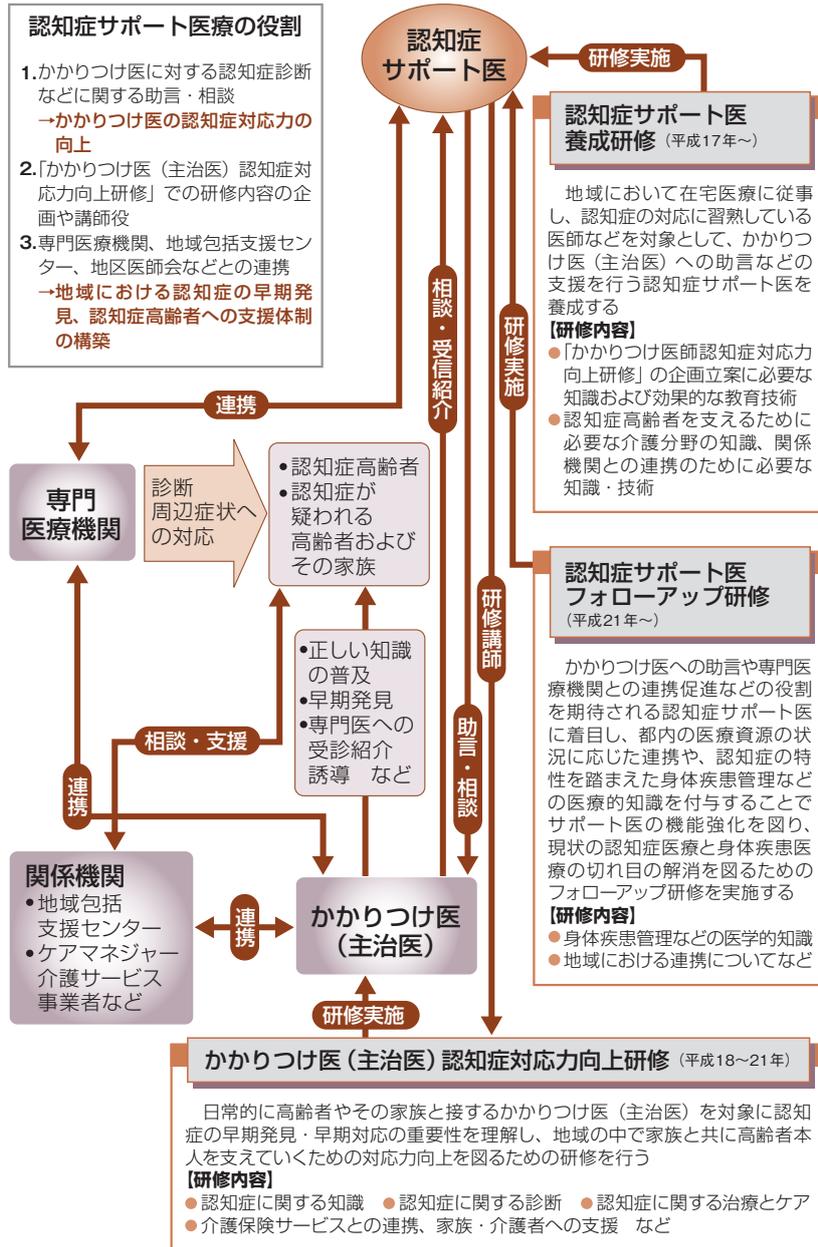
主治医研修会受講者数

19年度	1,265名	20年度	1,059名	21年度	967名
------	--------	------	--------	------	------

## ● 東京都認知症地域医療推進の実施

東京都では、国の「認知症対策総合支援事業」により、かかりつけ医を中心とした早期診断や地域認知症医療体制の充実を図るため、認知症サポート医を養成するとともに、東京都医師会に事業委託し、かかりつけ医認知症対応力向上研修とフォローアップなどに取り組んでいる。現在、研修実績は全国に抜きんでたものとなっている。

東京都認知症地域医療推進事業（平成22年3月末現在）



### (1) 認知症サポート医養成研修

厚生労働省では国立長寿医療研究センターに委託して、認知症高齢者の診療に習熟し、かかりつけ医に対する助言や支援および専門医療機関や地域包括支援センターなどとの連携の推進役を担う「認知症サポート医」の養成を行っている。東京都医師会はその重要性から、東京都と協力し積極的に受講を奨励しており、全国一の養成数を活用し、各地域における認知症の人への支援体制の構築に必要な人数を養成し、認知症サポート医の配置数の充実に努めている。

### (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修

日頃から高齢者を診察する機会のある、地域のかかりつけ医が認知症に関する適切な知識などを修得するための「かかりつけ医認知症対応力向上研修」を地区ごとに認知症サポート医が中心となって実施した。全カリキュラムを受講できなかった者や、非会員などを対象に委託事業とは別に合同研修を開催し、より多くのかかりつけ医が受講できるよう努めた。

### (3) 認知症サポート医フォローアップ研修・テキスト作成

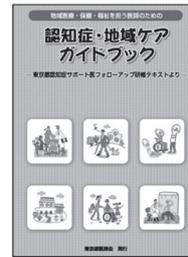
認知症サポート医として実際に活動するためには、認知症に関してさらにステップアップした知識や技術を習得する研修が必要であることから、地域の認知症に対する医療支援体制の向上を図ることを目的として、医療圏域ごとに認知症サポート医フォローアップ研修（東京都委託事業）を実施した。また本研修の実施に先立ち、研修カリキュラムおよびテキストを作成した。

各研修修了者数（平成 23 年 1 月末現在）

内 訳	認知症サポート医 養成研修	かかりつけ医認知症 対応力向上研修	認知症サポート医 フォローアップ研修
17年度	6名（準備）	—	—
18年度	48名（開始）	727名	—
19年度	50名	943名	—
20年度	72名	699名	—
21年度	84名	187名	43名
23年1月末	24名	—	72名
合 計	284名	2,556名	115名

#### (4) 「認知症・地域ケアガイドブック」の作成

「認知症サポート医フォローアップ研修」(東京都委託事業)の事業実施に先立ち作成した研修テキストの医師会版として作成し、医師会会員などへ広く配布を行った。東京都医師会が独自に実施を計画している「かかりつけ医認知症対応力向上フォローアップ研修」のテキストとして活用することとしている。



#### (5) かかりつけ医・サポート医の名簿の公表

「かかりつけ医認知症対応力向上研修」および「認知症サポート医フォローアップ研修」の修了者の名簿を、東京都の認知症ポータルサイト「とうきょう認知症ナビ」へ、本人の同意を得て公表している。

東京都民が、認知症の疑いや不安が生じたがどうしたらよいかわからないとき、医療機関の検索ができるようになっている。



([http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou\\_navi/](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/zaishien/ninchishou_navi/))

### ● 介護予防事業「暮らしの中の元気づくり」作成

介護保険制度が予防重視型へと転換し、介護予防の適正な評価と課題の整理が図られる中、地域福祉委員会では、かかりつけ医が日常診療の場で、積極的に高齢者の介護予防に係ることが効果的であることについて検証し、東京都リハビリテーション病院の協力を得て冊子「暮らしの中の元気づくり」を作成し、都内医療機関、関係機関に配付した。



## 4 東京都の従来型の在宅医療の特徴について — 都市部での特徴を踏まえた在宅医療の普及 —

### ● スムーズにっていない地域連携

在宅療養支援診療所が定着し、その活動が少しずつ都民に知られる所となってきたのは、24時間緊急体制の連携のもとで、同じ地域で活動する訪問看護ステーションからは、一見喜ばしいことと受け止められている。

平成18年の診療報酬改定時に、退院促進を図り、急性期医療機関と在宅との切れ目のない連携を図るために、退院前カンファレンスに在宅療養支援診療所の医師を呼ぶのと、一般の診療所の医師とを差別化する意味で、報酬上の差をつけた。

この結果、退院時カンファレンスを入院医療機関が開催するとき、在宅医療を専門に行う医師やそこに所属する医師やMSWの参加を求める傾向がみられる。このことは、それまで急性期病院、ことに大学病院や、がん診療拠点病院に頼ってきた患者・家族にとって、在宅での「かかりつけ医」を同じ地域ではあるが、在宅専門医に急に委ねることになり、それが病院から勧められたのであれば、受け入れることも在宅医療の近道ではある。

地域の「かかりつけ医」からの紹介で入院した人に対しても、この傾向がみられ、患者を送ったのに、自分の所に帰ってこないと案じている医師もいる。この辺の地域連携の運用は、一部の在宅専門医療機関に集中する傾向で解決しているかにみえる。このあり方が本来の姿であろうか？

一方従来の在宅医は往診の延長として、在宅療養支援診療所として届け出を出し、日常の外来診療をしながら、近くの訪問看護ステーションと連携し、年間4～5例の看取りを担っている診療所医師も少しずつではあるが増えてきている。

がん以外、つまり非がん患者の終末期は老衰の傾向が多く、長く地域で診てきてくれたかかりつけ医に、末期の脈を取ってもらうことこそが地域住民が望んでいることであろう。

## ● 在宅医療のあるべき姿は

高齢者が脱水を起こしたり食べられなくなって一時入院をした結果、先行きの十分な説明がないまま胃ろう造設や、IVH留置のまま退院となり、病院側がこういった医療処置のある患者は、一般の開業医よりも在宅専門の医師のほうがよく診られると判断し、元の医師に戻さないパターンもみられる。

在宅専門の医療機関の熱心な医師たちは、病院でできることは全て在宅でも可能であり、亜急性期の状態で自宅に戻っても、自分たちがついていたら大丈夫といった気概で、重装備医療をそのままに家に持ち込んでいる傾向にあるが、本来、できるだけシンプルにあるがままにという在宅療養のスタイルも尊重する必要があり病院側も、説明と同意を尽し、療養スタイルの選択を支援しながら退院をコーディネートしてほしい。

がんを疑い急性期病院に紹介した患者であっても、退院したらもとの「かかりつけ医」に診てもらいながら、自宅での生活を有意義に過ごしたいと考える人も多い。そう願っていても、医療機関側で在宅医を指名してしまっていたら、患者側は言い出せない。また、在宅ではとても無理と病院側が判断し、治療も平行して行うという緩和医療を標榜する地域の病院へ転院させるパターンも多く、地域に戻ってこないことも多い。

「病気の病院化」とノンフィクション作家の柳田邦男氏は名づけたが、病院化された病人を診る見方で、在宅療養を支えることは本来の在宅療養の姿かと疑問が残る。

もともとの地域包括ケアの理念から考えると、本来の地域ケアへのつながりができているだろうかとの疑問に思わざるを得ない。医療側の主導で、地域へのつながりがゆがめられていないかを、医療関係者は常に自問すべきであろう。1年間の看取り数のみで、在宅療養支援診療所の活動が評価されていることにも疑問が残る。

## ● 地域連携で包括ケア実現

—地域医療・保健・福祉を担う幅広い能力を有する医師をめざして—

前述したように、1年間に4～5名の看取りを丁寧に行っている地域の医師の方々の、地域に根ざした活動も十分に評価されるべきであり、都

心部であっても、このような医師の活動が各地域ごとで少しずつも広がっていき、プライマリーケア医として家族単位での健康相談にも乗りながら、看取りまで行える地域連携が育っていくことを期待している。もちろんそこには地域で活動する訪問看護師との連携も必須である。外来診療もしながら、在宅療養の患者を抱えるのは、実際多忙になることは免れない。

しかしながら、訪問看護との連携や、生活を支える介護職者や、介護保険の要であるケアマネジャーとの連携で、本当に必要なときに地域の医師としての出番があるようになり、看取りも実現できるチームができていけば、地域包括ケアの具現化が図れる。そういった意味で、都心部はベッド数の多い急性期病院が立ち並ぶこともあり、地域住民の意識が大病院指向であるが、老化の過程に添いつつ、穏やかな最期を地域で迎えるためには信頼できる「かかりつけ医」の存在は欠かせないことを、急性期の医療機関も意識的に勧めていかないことには浸透は難しい。

### ● 病院内の科ごとの連携や 「病院の医療スタッフ」と「在宅医療スタッフ」との連携 — 利用者の意識改革が必要 —

こんな例がある。循環器疾患を抱え 90 歳を過ぎた患者が、入退院をよく繰り返すようになった。

「循環器専門医」は「突然死もありうる」と言い、「何かあったらすぐ病院へ来るように」と家族に伝えていた。本人は、病院は苦手であり、認知機能の低下から病院に入るとせん妄を起こし抑制されていた。

このような状況下で、家族は「家に連れて帰りたい」と思って退院させた。その後、自宅で急変し退院 10 日目に病院に運ばれたが「検死」となった。

突然死が家庭で起こっても病院医が診療を継続していれば、死後の診察でも死亡診断書は書ける。しかしながら、医療処置の必要がなければ救急車に乗せてくれず、「検死」になる。このことに、急性期病院の医師や看護師たちは十分な配慮が必要であり、在宅での看取りを考慮すれば、適切な「在宅医」と連携すべきである。当然、「在宅医」は、訪問看護につなぎ、「検死」を避ける 24 時間体制が構築できる。

「病棟医」が「いつでも病院に来てよい」と気軽に言ってもらうのはありがたいが、時としては救急外来の体制と、専門科ごとの連携は全くとい

ってよいほど取れておらず、電子カルテがあっても、情報の共有がなされない光景を目の当たりにする。

在宅医療チーム側からの情報提供をその場で行なっても、忙しい救急対応の場面では取りあってもらえない。在宅の常識は病院の非常識であるように受け取られるが、病院の常識は在宅ではそぐわないことも多く、在宅療養生活の中で、在宅の状況を懸命に伝えても通じないことがある。

都市部での患者・家族の医療・介護・福祉・生活支援サービスの特徴を踏まえながら、いかに在宅医療・在宅療養の啓発普及を図るかは、これから、急速に増える都市部での高齢者の介護予防も含めて、喫緊の課題である。最近のシンポジウムの企画では、シンポジストの中に必ず、在宅医療・在宅療養の利用者・家族に登壇してもらい、ありのままの話をしてもらうことで身近な話題として在宅医療・在宅療養を捉えてもらう試みを続け、成果を得ている。

医師のみならず、コメディカルも含めたチーム医療を在宅で展開するには、こういった住民側の意識改革につながる積極的な啓発活動が必要である。

これからの療養の場として在宅が重要な選択肢となる。在宅での急変時の看取りや慢性期の入院治療の対応を含め、「病院の医療スタッフ」と「在宅医療スタッフ」の相互理解こそが連携の要となる。