3章 地区医師会と在宅医療

1 地区医師会が在宅医療にどう関わるか
―― 新宿区医師会の取組み　渋谷区医師会の取組み ――

2 医師会立訪問看護ステーションの現状
―― 杉並区医師会訪問看護ステーションなどの取組み ――

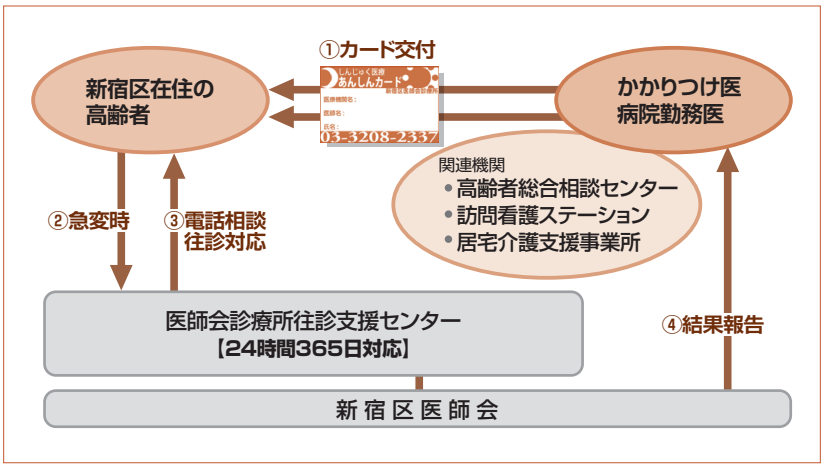
3章

地区医師会と在宅医療

1 地区医師会が在宅医療にどう関わるか

― 新宿区医師会の取組み ―

新宿区医師会往診支援事業について（しんじゅく医療あんしんカード）



（1）区内かかりつけ医保持率が低く、大病院や大学病院をかかりつけとしている区民が少なくない。

（主治医意見書の区内かかりつけ医による発行率は 50％程度といわれている）

たとえば「がん」医療のように急性期病院外来→入院→もっぱら訪問診療を主とする高機能型の在宅療養支援診療所へという患者移行があり、在宅療養において、終始一般のかかりつけ医が関与していない症例がみられる。かかりつけ医が関与していても、入院を契機に在宅療養支援診療所へ移行してしまうため、大病院からの在宅復帰支援機能の充実が地域のかか

りつけ医を含めた在宅医療の成否を握っているといっても過言ではない実情がある。また、かかりつけ医を持たずに介護サービスを利用している高齢者が多いため、かかりつけ医と大病院の連携の必要性が求められる。

（2）独居高齢者など虚弱化した場合、介護力が確保され得ない高齢者が増加している。また施設・療養型病床が少ないため、地域社会生活を継続するための施設が不足している。

重度身体介護（排泄介護や食事介護など）や医療的介護（吸引や胃ろうの管理など）が必要になった場合、施設や療養型病院への移行を余儀なくされる高齢者が多い。区内での施設療養、長期入院の場は限られるため、家族とは遠く離れ、家族との関係が希薄化した療養の場において、長期の療養を余儀なくされている。

（3）高機能型の在宅療養支援診療所が多数林立している。

高次機能病院での治療期を終え在宅療養を選択した高齢者・介護者は訪問専従高機能型の在宅療養支援診療所を選択することが多い。これらのことから、区部では病院主導型の在宅医療に偏っており、ヒューマンタッチ重視型在宅医療よりも機能的在宅医療が主流とならざるを得なくなっている。今後より一層区部における在宅医療を推進するためには、

- かかりつけ医機能の推進（病院主治医から地域主治医への移行）
- 居宅介護サービスとの密接な連携の構築（かかりつけ医が不在であっても、居宅介護サービスを利用している高齢者は少なくない）
- 少ない施設や療養型病床、第三の療養の場などの効率的利用
- 病院主治医が社会生活に配慮した医療構築ができるようにすること

などが必須と考える。

今後の地区医師会に期待される事業

施設サービス・居宅サービスなどを組み合わせながら虚弱高齢住民が生活している実情から、地区医師会ではこれらが有効に機能しているかどうかを見守り、補完する役割が期待されている。

（1）地域のケア理念の明確化と連携の場の構築

それぞれの地区医師会は、地域の医療・介護・福祉サービスのさまざまな活動に密接に関与している。それぞれの地域において求められる地域ケアの理念を明確化し、よりよくリーダーシップを発揮することを求められている。従来医師と介護職が連携しづらいという声は大きく、個々の医療機関の単独努力だけでは、地域全体の連携の場の構築は困難である。

（2）諸サービスのマップ化

前述の「連携の場の構築」と同時に、地域における介護医療サービスの実情をマップ化して、各事業主体がより円滑に連携し、ひいては地域住民が安心して生活し続ける地域構築を目指すことは、地区医師会の役割として非常に重要である。

（3）業務標準化

各サービスを定期的に外部評価したり、業務内容の向上に資するための、さまざまな情報提供活動や研修会などの実施が望まれる。

（4）補完システムの構築

それぞれの地区においてサービスの整備状況も異なることから、各地区ごとに策定された地域ケア理念に基づき、補完システムを構築する努力も今後の地区医師会には求められている。新宿区医師会では、平成 20 年度より往診支援事業を開始した（**図 1**）。本事業は在宅療養支援診療所やかかりつけ医の支援に加えて、地域介護サービスの利用や病院勤務医の参加により、24 時間 365 日の地域高齢者の在宅療養基盤システムへの変貌を遂げている。今後このような医師会の試みが地域在宅医療の推進の一助になることを期待している。

東京都医師会に期待される事業

東京都医師会に期待される事業とは、単なる情報提供や冊子の発行、研修会の実施にとどまらない。真に都民が安心して生活できる基盤整備を進めることは、東京都および東京都医師会の責務であり、前述した事業を各

地区医師会が円滑に進められるための強いリーダーシップと、実効性のあるサポートが必要である。

特に、かかりつけ医と訪問専従高機能型の在宅療養支援診療所の連携はまだまだ薄く、医師会との関わりが希薄なこうした在宅療養支援診療所が大病院や介護サービス事業者からの患者紹介によって運営されていることは、地域における抱括的な医療提供や連携体制の構築をゆがめる可能性があり、医師会、かかりつけ医、在宅療養支援診療所間のより緊密な連携を東京都医師会が推進していくことは重要であると考える。

― 渋谷区医師会の取組み ―

在宅医療取組みの歴史

一般の在宅訪問診療の前に、渋谷区では昭和 61 年に神経難病在宅患者の訪問診療を開始し、昭和 62 年に東京都の事業として在宅難病患者訪問診療事業が制度化された。平成 2 年度より渋谷区医師会の地域医療事業として ①在宅難病患者訪問診療　②病診連携システム　③訪問看護モデル事業　④在宅ケア・ボランティア講座などが設けられ、従来から行われていた寝たきり患者への主治医紹介や、病診連携についても活動を行っていた。平成 5 年度には在宅ケアシステム委員会が設置され、活動を開始、平成 6 年度には在宅ケアシステムの項が独立して設けられ、病診連携システムの項は、在宅ケア体制の強化と行政との連携で、さらに活動を推進するために、平成 6 年 9 月東京都および区 (平成 10 年からは区のみ) の委託を受け、在宅ケア推進モデル事業の項となった。平成 9 年度からは行政との在宅ケア連携システムを確立し、平成 9 年度に 42 件の寝たきり患者に在宅かかりつけ医を紹介した。その後も紹介活動を行っている。

在宅ケア・システム（平成 11 年 7 月より在宅ケア介護保険）委員会の活動

① 在宅主治医に関する実態調査を行い、訪問診療可能な内科会員の把握、また内科以外の疾患に対する訪問診療のニーズにこたえるため、訪問診療可能な他科の会員を把握する。その時代に応じた内容で定期的にアンケート調査をしている。

② 平成 10 年度からは、会員の在宅医療への関心と参加の意欲を高めるため、在宅主治医のレベル向上や在宅ケア協力医に必要な技術、知識の普及啓発のため、区内の公立病院および会員の私的病院の協力で研修会を行っていたが、平成 12 年介護保険制度の施行に伴い「在宅ケア講習会」として対象を看護師、ケアマネジャーなどの介護スタッフに広げ、年に 2 回定期的に開催している。

平成 21年度「渋谷区介護保険かかりつけ医紹介事業」（渋谷区の委託事業）

事業計画および実施状況（委託事業計画概要）

実施事業	内容
1. 在宅ケア介護保険委員会	医師会委員および、その他の委員19名で構成　年間 6 回開催
2. かかりつけ医紹介・相談・別科の調整依頼相談窓口	看護師・事務員各 1 名
3. 医師会員に対する事業普及および啓発医師会員および訪問診療・在宅ケア協力医およびコメディカル対象の講習会の実施	年間 4 回開催

平成 21 年度　在宅ケア介護保険委員会設置状況

回	実施日	内容
第 1 回	平成 21 年 7 月 6 日（月）	●年間計画および委員長、副委員長選出
第 2 回	平成 21 年 9 月 28 日（月）	●渋谷区医師会在宅ケア講習会について ●主治医意見書の書き方講習会と講演会について ●介護保険主治医意見書の書き方講習会と講演会
第 3 回	平成 21 年 10 月 16 日（金）	―「老年期を元気にすごすコツ」百寿者調査からみえてきたこと―
第 4 回	平成 21 年 10 月 30 日（金）	●第 16 回渋谷区医師会在宅ケア講習会認知症について ①認知症の臨床と地域連携 ②認知症の人の思い、家族の思い

第５回	平成 22 年２月１日（月）	●渋谷区医師会在宅ケア講習会について ●渋谷区在宅医療相互研修会について ●渋谷区医師会ホームページ 「かかりつけ医」の更新について
第６回	平成 22 年２月 19 日（金）	●第 17 回渋谷区医師会在宅ケア講習会 「嚥下障害を見極める―症状にあ わせた食形態の選択―」

訪問診療に必要な技術及び知識の普及啓発

回	実施日	名称・内容（実技訓練を含む）	参加人数	会場
第１回	平成 21 年 10 月 16 日	［主　題］老年期を元気にすごすコツ ―百寿者調査から みえてきたこと―	27 名	渋谷区 医師会館
第２回	平成 21 年 10 月 30 日	［主　題］認知症について ［講演 1］認知症の臨床と 地域連携 ［講演 2］認知症の人の思い、 家族の思い	50 名	渋谷区 医師会館
第３回	平成 22 年 ２月 19 日	［主　題］嚥下障害を見極める ―症状にあわせた 食形態の選択―	35 名	渋谷区 医師会館
第４回 （注）	平成 22 年 ３月 12 日	［主　題］在宅医療相互研修 ［講演 1］渋谷区の高齢者福祉および 介護保険計画について ［講演 2］在宅医療の推進に必要な 病診連携を考える ［講演 3］日本赤十字社医療センター における退院調整の現状 ［講演 4］地域支援病院としての 中小病院の役割 ［講演 5］訪問看護ステーション からみた医療連携 ［講演 6］医療機関と地域の連携 ―地域包括支援 センターの立場から―	57 名	渋谷区 医師会館

（注）東京都の委託事業「東京都在宅医相互研修事業」を東京都医師会を通じて実施

平成 19 年度　かかりつけ医紹介事業の評価

問題点	改善すべき点	対応の内容	考察・課題
在宅療養体制の整備	●在宅医療の増加に伴う受け皿(在宅医)が圧倒的に不足している。 ●労働力や情報の確保が困難で相談先がわからない。	●診療報酬上の加算やグループ診療についての提案を行い、在宅医の増加および負担軽減につなげた。 ●かかりつけ医について、マップの作成や関係機関および区民に周知徹底を図った。	●地域開業医の高齢化・廃業やビル診療の増加による在宅医不足への対応。 ●医師の価値観に変化あり。 ●在宅専門（新しい開業形体）との連携強化への対応 ●地域包括支援センターの活性化と連携強化への対応。 ●がん患者などの終末期対応や夜間・休日対応に課題
在宅療養体制の充実	●在宅医療の進歩に伴う医療ケアの高度化・多様化による対応可能な医療レベルの差が生じる。 ●先端医療を在宅に持込むだけが、よい医療とはいえないケースがある。 ●家族や介護者の疲労により、在宅医療の継続が困難なケースがある。	●各種講演会や勉強会で知識の習得を図った。 ●対応可能な医療ケアに関するアンケートを実施した。 ●ショートステイの利用や短期入院制度などの活用を行った。	●講演会などへの参加人数の拡大。 ●手技などが専門的で困難な場合がある。 ●医療スタッフの確保 ●患者との信頼関係上、主治医対応が求められることがある。 ●患者（含む家族）にあった在宅医療とは何か再考の必要あり。
病診連携の推進	●完全予約制の外来において、受診困難な場合あり。 ●入院が必要な場合、対応が困難なことが多い。 ●病診連携の意識が低い。	●各医療機関との連携強化に努めた。特に在宅ケア研修会で医師以外のスタッフとの連携を強化した。 ●専門スタッフの配置や連携室の機能強化により、円滑な医療連携を図った病院もある。	●各種勉強会や研修会の開催で裾野拡大を図る必要あり。 ●病院と診療所、勤務医と開業医など対立の構図にならないよう相互理解を図っていく。 ●区民のためになる医療連携を実践していく必要あり。

緊急時重症化への対応	●緊急連絡体制の整備不足。 ●主治医不在時対応の確立。 ●病状の変化や悪化に対する認識不足および情報伝達や連絡遅延により、重症化を招く恐れがある。 ●超高齢者や認知症を有する者への入院病床の確保が困難なことが多い。 ●患者希望の医療機関（大病院や急性期病院など）で対応してもらえない場合あり。 ●医療介入がなく、かかりつけ医のいない場合に苦慮するケースあり。	●訪問介護の導入指示書による緊急時対応の確認を行った。 ●家族や介護スタッフなどの良好なコミュニケーションがとれる介護環境を構築した。 ●相談や連絡がしやすい雰囲気づくりを心がけた。 ●医師会ホームページや相談窓口で、かかりつけ医紹介へのかけ橋となった。	●訪問看護ステーションや地域包括支援センターとの関係強化が必須。 ●電話やFAX以外のインターネットメールの導入の検討必要。 ●入院先は従来どおり、医師の人間関係に頼らざるを得ない。 ●高齢化社会の諸問題や医療事情（介護事情）について、区民に理解を求めていく。
介護保険への対応	●制度改定などに伴う現場の混乱あり。 ●介護保険制度の理解不足や認定受諾の方法がわからない。 ●主治医の意見書が必要な情報を反映していない。 ●老々介護や認々介護などが表面化せず、公的サービス導入につながらない。また、導入が困難なケースあり。	●東京都医師会と協力し、制度改定の周知や研修会を行った。 ●かかりつけ医が積極的に介護や認知症相談を行うことで、地域として完結可能な医療を目指した。 ●介護保険認定審査会に医師会から委員を派遣し、連携強化に努めた。	●研修会への参加が極めて少なく、関心が薄い。 ●介護保険制度や介護認定基準のプロセスをわかりやすくかつ簡便なものにする必要あり。 ●かかりつけ医として、地域に根づいた診療活動を行う。 ●医療チームのリーダー的存在を育てる必要あり。 ●認知症の増加に伴い、診断能力の向上のみならず、成年後見制度などへの対応が必要。

平成 21 年度　東京都在宅医療相互研修事業報告

日程：平成 22 年 3 月 12 日（金）

会場：渋谷区医師会館 2 階講堂

参加人数：57 名

［課題・改善点・問題点など］

1. 渋谷区での在宅療養について、渋谷区担当部署から、高齢者福祉および介護保険計画についての説明があり、引き続き関係職種 5 名の方から、現状の活動内容および課題・問題点の発表があった。
2. 特に医療上の課題については、すでに看護師のグループでは合同会議や検討会が行われているので、今後は医師会としての活動のあり方や、看護師のグループとの共同活動のあり方が重要になってくる。
3. 病院の医師とかかりつけ医、往診医での共通の治療方針をどのように構築していくか、また重複する疾患の全身管理が重要であるという問題提起もあった。
4. 在宅療養中も病院との関係だけでなく、認知症や皮膚疾患、悪性疾患など専門医との連携、また、在宅医やかかりつけ医のフットワークのよさが重要であるという共通認識も生まれ、渋谷区独自のコンサルテーションシステム構築の提起があった。
5. いずれの発表者からも、顔の見える連携の重要性の指摘があった。

現場での問題と地区医師会としての課題

①在宅療養支援診療所の「24 時間対応可能」を利用者さんが、どう捉え、どう要求してくるか、それに応え得るか、問題が起きたときにどうしたらよいか、など多少の不安を持ちながらやっている。

②上記との関連もあるが、いわゆる「在宅専門の当直もおいているクリニック」との関係や、すみ分けについて。

③普段は在宅療養ができるが、たとえば肺炎など一時的な急性の疾患で短期間入院できる病院を探すとき、在宅主治医個人の関連で探すか、救急車に頼むことが多い。

④高次機能病院も後方の医療連携室にも力を入れつつあり（110 頁「平成 21 年度東京都在宅医療相互研修事業報告」参照）、紹介されて在宅医療を開始した患者さんについては、急性疾患での相談は可能になってきたが、現実には必ずしも専門的な治療のための病床を使わずとも、一般市中病院で対応可能な場合はどうするか。

⑤いったん入院すると、なかなか退院の指示が出ず、かえって ADL が低下することがある。

⑥皮膚科、精神科などの内科以外の診療科目で往診を依頼したいときのネットワークが必要。

⑦診療報酬上の不合理。

- 同一マンションや都営住宅のような建物も同一建物居住者という算定は不自然という指摘。
- 在宅管理料の算定が複雑で理解しにくい。
- 在宅療養支援診療所の「24 時間対応」の受け取り方で、同じように在宅をやっていても申請を躊躇する場合がある。

⑧他の看護、介護スタッフや家族と共通に使えるようカルテを、電子化することについての是非。

⑨在宅医を、渋谷区医師会のホームページで探せるので、病院の医療連携室や各地域包括支援センターから、医師会からの情報をもとに問い合わせがある。責任を持って更新していく必要があるが、在宅医療へ

の会員の温度差があり、地域包括支援センターや福祉担当から直接、地域の在宅医に依頼が来ることが多くなった。もし、それでも受け手がない場合には、地区医師会の窓口が機能しなければならないと考えている。

いずれにしても渋谷区の病院、診療所（かかりつけ医）、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ヘルパーステーションや行政の顔の見える連携が最も大事だと考える。

在宅医療推進における地区医師会の果たす役割

現在、在宅医療に取り組む地区医師会の姿はさまざまである。しかし誰が系統だってこれをマネジメントする中心的役割を果たしていくのか、この点がいま一つはっきりしていないのが実情である。行政は、地域包括支援センターを中心に取り組んでいるが、医療との連携は必ずしも万全ではない。病診連携の枠組みの中で、紹介、逆紹介という縦の連携は組めても、地域において患者さんの多様な各科別のニーズに対応する診診連携の構築が、十分になされていないケースも多い。

これまで在宅医療は、診療所とそのかかりつけ患者との点と点の対応となってきた。しかしこれからは地域の診療所と、地域の患者さんたちという、むしろ面と面の対応が必要とされてきている。在宅医療というより、在地域医療というほうがより実情に則し、また今後取り組むべき方向性を示していると考える。

（1） ヘルスケアマネジメント手法の導入の必要性

これまで介護保険制度の施行とともに、ケアマネジメントの手法が現場に導入されて久しいが、今後在宅・地域医療活動の現場に必要なのは、ヘルスケアマネジメントの手法の導入である。ヘルスケアマネジメントの手法とは、①メディアのあふれる医療情報に対する正しい知識の普及　②疾患の上流にある生活習慣という意識を広める　③さまざまな進歩した医療技術を自分の意思に沿って選択できるような知識「住民の医療哲学の構築」である。ヘルスケアマネジメントはそれだけで十分に独立した職能を必要としている。そして、これからのさらなる高齢社会の到来に向け、ますま

す必要性の増大する社会的機能である。かつて、介護保険制度の導入に向けて、われわれ地域医療の担い手である一般診療所の医師も、ケアマネジメントを学び、ケアマネジャーの資格を手にした者も数多くいる。しかし、現場でそれを生かしているケースは果たして多いだろうか？

ここに、改めて提案したい。日本の地域医療の現場に根ざした、日本独自のヘルスケアマネジメントを構築することを。地区医師会は、その総力をあげ、これに取り組むべきである。民間企業主導ではなく、皆保険制度の名の下に、行政とスクラムを組んで、これからのあるべき在宅・地域医療の実現のために、今こそ新たな展開を図る必要がある。

（２）　地区医師会と医師が主導的な役割

具体的には、介護保険制度導入時のように、専門家による教育活動が必要であるが、同時に、地区医師会においては診療地域を区分し、地域ごとに班長、いわゆるリーダーを決め、できれば地域包括支援センター、歯科医師会、薬剤師会などとも連携をとりながら、地域ぐるみの取組みが望まれる。一方、地区医師会は支援体制として、このような地域ヘルス会議の事務局として、会議場所の提供や、日程調整など運営面での支援をしていくことが必要である。多職種間での協働作業の現場で、医師会、地域医療を担当する診療所の医師は、常に主導的な役割を担うことを意識すべきである。われわれ医師に科せられた義務は、人が人として生まれ、育ち、死んでいくことを支え続けることである。これは、診療科を問わず医師としての良心である。地域医療に携わる医師の責務として、このヘルスケアマネジメントに対する取組みは今後重要であり、医師会とは何であるか、どう行動していくべきか、意識改革していく必要があると考える。

それでは、地域の取組みの現場で、何がこれから必要なのか？これまで先進的な取組みがなされてきた地域では、確かにしっかりした連携の下に、多様なサポート体制づくりがなされてきたが、もし、在宅医療を、在地域医療と捉えるならば、むしろ複数の医療機関による、よりゆるやかな連携が望まれる。やや逆説的ではあるが、在地域医療における連携は、地域の医師が診療科を問わず、医者横丁の仲間として、むしろ気軽に助けあい、協力しあう姿勢が大切である。

地区医師会の果たすべき役割は何か？ 地域ごとの自主的なゆるやかな連

携づくりのサポートをすること。リーダーを育て、地域ごとの状況分析の手助けをし、連携拠点としての機能を維持し、情報を管理、分析し、投入可能な社会資源を見出し、有効に利用するマネジメントをしていくこと。この仕事には、専任職が必要で、経費も派生する。しかし、これからの高齢社会における良質な在地域医療を支えるためには、今後５年から 10 年をかけて、地域医療の新しい展開を画策して行かねばならない。在地域医療におけるヘルスケアマネジメントは、英国において先進的な取組みがなされている。わが国も、早期の、国をあげての取組みが望まれるところである。

最近、日本医療マネジメント学会が、「医療福祉連携士」という、学会認定資格の認定制度を始めた。これは病院などの地域連携室や、地域包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての認定制度である。2010 年夏より研修をスタートし、2011 年春に学会認定の初の「医療福祉連携士」が誕生する予定である。医療と福祉の連携コーディネーターとしての今後の活躍が期待される。

2 医師会立訪問看護ステーションの現状

― 杉並区医師会訪問看護ステーションなどの取組み ―

杉並区医師会訪問看護ステーション

杉並区医師会訪問看護ステーションは、平成３年に厚生省（当時）が全国47か所を地域募集して実施した「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」に、その始まりをみることができる。このモデル事業は昭和63年に１回目のモデル事業（8市３町）が２年間にわたり行われ、このときも杉並区医師会より、区の担当者にモデル事業への応募を勧めたが、準備不足を理由に見送った経緯があった。

杉並区にモデル事業費の補助があり、杉並区から業務委託を受けた杉並区医師会が、広告で看護婦・准看護婦（当時）を募集、約１か月、120時間をかけ「訪問看護婦養成講習会」を実施した。ここで特筆すべきことは、後述の業務契約を交わした受講者に対し、遡って日当を支給したこと、保育士を雇い受講者のために、簡易の保育場所を設けたことである。受講修了者のうち希望者と業務契約を交わして、当時杉並区で行われていた「杉並区訪問看護事業」に申請してきた在宅療養者宅へ、訪問看護婦を派遣した。受講者数は平成３年46名、平成４年30名、このうち54名が業務契約を交わした。この後も平成７年まで養成、養成者数は128名にのぼり、現在も区内の訪問看護ステーションで訪問看護業務に携わっている看護師も少なくない。

介護保険が始まる１年前の平成11年４月、業務契約を交わしていた看護師・准看護師を常勤またはパートとして雇用し、杉並区医師会訪問看護ステーションを立ち上げた。

現在の問題点として５年後、10年後には現在の常勤者が60歳になっていく一方で、若い世代が十分に育っているとはいえない。

常勤看護師４名　常勤ＰＴ１名非常勤看護師（准看護師を含む）13名
非常勤ＰＴ１名（平成22年４月１日現在）

訪問看護ステーションの現状について

区内には、30 か所近い訪問看護ステーションがあるが、常に２～３か所変動がある。ステーションの閉鎖によるもので、利用者は他のステーションを紹介され、訪問看護が中断することはないが、顔なじみの慣れた看護師よるサービスは受けられなくなる。この原因の一つにステーションの要件として、看護師が常勤換算 2.5 名ということが挙げられると考えられる。現場では看護師不足は深刻で、特に診療報酬に７対１看護が求められるようになってからは、さらに深刻度は増している。欠員ができてもすぐに補充ができないために、常勤換算 2.5 名を割ってしまい、閉鎖に追い込まれるステーションが多い。

平成 19 年介護サービス施設・事業所調査によれば、看護職員５人未満の訪問看護ステーションは、全体の 53%にのぼるという。ちなみに３人未満も 13%ある。現場で、ある程度１人で判断することが求められる訪問看護師は、使命感、魅力を感じなければなり手が少ないと考えられる。

今後の対策

杉並区医師会では、訪問看護師の養成を、医師会中心に行っていくことができないかの検討を開始している。在宅療養者が増加し、それに伴い医療処置を必要とする在宅療養者も増加していったときに、訪問看護師を求める声も今後大きくなっていくと考えられる。地域包括ケアを考えるとき、訪問看護に従事する看護師を増やしていくにはどうしたらよいか？そのヒントが過去に杉並区医師会で行った「訪問看護婦養成講習会」にあるのではないか？ たとえば看護師免許を押し入れにしまったまま、専業主婦をやっている（元）看護師たちに講習会を受講していただき、受講を通じて、かつて使命感と誇りをもって看護師として働いていたことを思い出し、さらに訪問看護の魅力に気づいてもらえれば、外来や病棟の看護師の仕事以外にも、訪問看護師という選択肢があることに気づいていただければと考える。受講の動機づけとして、過去の経験から多少の日当の支給、保育設備の設置などは有効的な手段になるだろう。

もちろん、それなりの費用はかかるが、地域の取組みとして行政とともに事業を行っていくことは不可能ではないだろう。

養成した看護師が全員、訪問看護の仕事に従事するとは考えられない。訪問看護の仕事に就くにあたり、医師会のステーションだけで働くことは求めず、区内のステーションで訪問看護の仕事に従事していただければそれでよい。住み慣れた杉並区という地域で在宅療養を続けるため、将来的にも安定した訪問看護体制を築いていく一つの方法になるのではないかと考えている。

困難事例

事例 1　**単身高齢者、劣悪住環境、介護拒否**
男性 73 歳　慢性関節リウマチ　要介護 5

▶ 状　況

怒りっぽい性格。独居（キーパーソンなし）。築 50 年の平屋住まいで、雨漏りや所々畳が腐っており、床もぐらついている。すきま風が多く、エアコンを入れるがあまり効果得られず。１日の食事は１食。それ以外は菓子やクラッカーを食べている。

▶ 看護の経過

20 年前より慢性関節リウマチとなり、内服コントロールを医師に勧められるが、治療導入期に内服薬の副作用で胃潰瘍となり、以後一切リウマチ薬の服薬を拒否する。関節の変形と関節痛は次第に悪化し、夏場食事、水分をほとんど取れなくなり衰弱し、入浴、外出は全くできず、介護も拒否し、身体介護は全くなされず寝たきり状態となる。ヘルパーの身体介護を受けるが、おむつ交換のみで、清拭などは全くなされず。訪問看護導入し、髭剃りより徐々に介護介入し、3 か月後には、清拭、洗髪など受け入れるようになる。

事例２　**単身高齢者、精神障害、知的障害**
女性 65 歳　統合失調症　要介護２

▶ 状　況

人情味あふれる性格であるが、自分の納得のいかないことがあると興奮し、感情失禁、暴言がある。キーパーソンの夫、統合失調症疑いの長女から DV を受け続け、ナイフで刺されたこともあり、家族から離れて単身独居している。築 30 年のアパートの２階に住み、隣家の住人とはほぼ良好な関係である。「ひらがな」しか読めず、介護保険など諸手続きは、介助がないとできない状態である。

▶ 看護の経過

統合失調症発症で、20 年前より長女、叔父、義弟より暴力を受け、夫に依存傾向があり、夫が胃がんを告知されたことがきっかけで、幻聴、妄想があり、6 か月間精神病院に入院していた。退院時、自分一人では生活ができないのではないかという不安が強く、通院、服薬管理、生活管理の自立困難となる。支援センターやケアマネジャーが通院介助をする。弁当購入は、隣家の住民が同行し、看護師は服薬管理、抗不安薬の頓服内服の指導、主治医との密な連携を図り、精神状態にあわせた頓服薬の調整の実施をした。ご本人には、少しずつ自立できていることを伝え、励まし、ほぼ２か月で生活自立し、現在養護老人ホームへの入居申請中である。

事例３　**単身高齢者、精神障害**
男性 72 歳　アルコール依存症、　肺がん　要介護２

▶ 状　況

温厚な性格で友人も多い。独居。妻は死亡。長期の依存症の介護により、長女はうつ病となり、次女とは関係が悪化し、次女の夫がキ

ーパーソンである。

▶ 看護の経過

20 年前、4 女が結婚し、独居になり、仕事も引退した後より、アルコール依存症となる。1 年間入院し、脱アルコールができたが、3 か月で入院前とほぼ同様の状態となる。1 日に焼酎を 900 ミリリットルから 1 リットル飲酒、常に酩酊状態。アルコールが薄くなると金銭管理できるが、週の半分以上は食事少量のみ。金がなくなり、友人より借金をすることを繰り返すが、一切記憶には残っていない。訪問看護に入り、体調管理し、必要時受診同行し点滴施行。シャワー促し、月に 2 回は保清できるようになる。

退院時に訪問看護ステーションが必要とする病院からの情報

1. 病状	氏名・住所などフェイスシートも含む
2. ＡＤＬ	障害のある部分に対する具体的な援助の内容と頻度 清潔（例：歯磨き・髭剃りは自立、入浴全介助 など） 食事（例：経管栄養注入 4 回 / 日、全介助 など） 排泄（例：オムツ交換適宜 など） 更衣（例：全介助 など） 移動（例：体位交換必要、移動時全介助 3 名必要 など） コミュニケーション（例：筆談可能 など） （その他必要な援助内容を具体的に）
3. 家族の介護力	介護指導時に困難と思われる事項 ●家族が各種サービスを受け入れるかなども含む。 （拒否がないか） 家族の健康状態 キーパーソンの有無　など
4. 在宅環境	退院後の生活において困難な部分、退院後の課題　など ●住宅環境 ⇒エレベーターがない、階段が多い、エアコンがない など
5. 医療支援	PEG・レスピレーターなどの医療材料確保の方法 保健所の支援の有無、往診体制 など

6. 関係機関	退院後のかかりつけ医 担当保健師（精神・難病の場合） 在宅支援担当者（独居など困難ケースの場合） 生活保護担当者（必要時）

病院での在宅退院支援（医療ソーシャルワーカーの関わり）

1. ＡＤＬ	現状の動作確認や退院後の予後予測の情報提供 ⇒家族やケアマネジャーに情報提供し、共通理解を促す。
2. 現疾患、既往症	現状の治療状況や内服の確認 ⇒内科面などで継続的フォローが必要な患者にはかかりつけ医を持つようにアドバイスする。 ⇒内服は可能な限り自己管理ができるように、入院中から看護師や薬剤師から指導をする。
3. 家族の介護力	介護者側の世帯構成、日中の在宅状況などの確認 ⇒ヘルパー利用頻度が予測できる。
4. 在宅環境	入院時に家屋調査票で調査 必要に応じて自宅退院前に PT·OT などによる家屋調査 住宅改修の必要性などを本人・家族・ケアマネジャーなどと相談 ⇒必要に応じて新規ケアマネジャー依頼 など
5. 社会資源との連携体制の構築	フォーマルサポート（行政機関・公的介護サービスなど）、インフォーマルサポート（家族・友人・地域ボランティアなど）の連携の現状、また今後どの程度サポート体制を構築できるかを確認 ⇒必要に応じて保健所・地域包括支援センター・高齢者相談室などに介入を求める。
6. 患者・家族の経済力	経済的負担をどの程度できるかを確認 ⇒家族介護を継続するための重要事項 ⇒必要に応じて身体障害者手帳の申請やさまざまな医療・福祉サービスを整えるための手続きを促す。
7. 今後の療養先についての情報提供	緊急時に入院できる病院･老人保健施設、特別養護老人ホームなどについての情報提供 ⇒退院時の状況によっては在宅介護をする家族は不安を抱えていることが多いので、精神的なサポートの意味も含めて情報提供を行う。

平成 21 年度○○医師会訪問看護ステーション　報告書

※（　）内は 20 年度の数値

1. 延べ利用者件数

男　　性	862 名	（817 名）
女　　性	1559 名	（1664 名）
合　　計	2421 名	（2481 名）
訪問回数	11948 回	（12629 回）

2. 医療保険と介護保険の件数による比率

医療保険	20.9%	（18.7%）
介護保険	79.1%	（81.3%）
訪問回数による比率	医療保険　25.4%	（21.4%）
	介護保険　74.6%	（78.6%）

3. 導入者別新利用者件数　129 名（109 名）

ケアマネジャー	92 名	（64 名）
医師	16 名	（15 名）
ケースワーカー	14 名	（19 名）
保健師	3 名	（3 名）
家族	2 名	（2 名）
他ステーション	0 名	（3 名）
介護保険⇒医療保険	1 名	（3 名）
地域包括ケアマネジャー	1 名	

4. 年間登録者主傷病名　346 名（314 名）

上位疾病		
① がん	36 名	（1 位　40 名）
② 糖尿病	27 名	（3 位　25 名）
③ 脳梗塞	26 名	（2 位　35 名）
④ 認知症	26 名	（5 位　19 名）
⑤ 心疾患	25 名	（6 位　16 名）
⑥ 高血圧	22 名	（4 位　20 名）
⑦ 脳出血	16 名	（7 位　14 名）
⑧ 呼吸器疾患	14 名	
⑨ パーキンソン病	11 名	（9 位　12 名）
⑩ 精神疾患	9 名	

5. 新利用者　129 名（109 名）

上位 6 疾病		
① がん	15 名	（1 位　24 名）
② 心疾患	14 名	（3 位　12 名）
③ 脳梗塞	12 名	（2 位　10 名）
④ 糖尿病	10 名	（4 位　6 名）
⑤ 認知症	7 名	（4 位　6 名）
⑤ 高血圧	7 名	（4 位　6 名）
⑥ 呼吸器疾患	6 名	
⑥ 骨折	6 名	
⑦ 脳性麻痺	4 名	
⑧ パーキンソン病	3 名	（6 位　4 名）
⑧ 脊髄小脳変性症	3 名	
⑧ 精神疾患	3 名	

6. 終了内容別件数　106 名（102 名）

死亡 《死後処置 14 名　病名：糖尿病 2・認知症 3・肺炎／ALS／高血圧／脳出血／アルツハイマー／骨粗鬆症／がん／心筋梗塞／呼吸不全・各 1》 《他・入院中死亡》	57 名	（41 名）
入院	17 名	（20 名）
家族希望	3 名	（3 名）
軽快	9 名	（5 名）
施設入所	19 名	（29 名）
他・ST	0 名	（1 名）
転居	0 名	（1 名）
介護保険→医療保険	0 名	（1 名）
医療保険→介護保険	1 名	（1 名）

7. 平成 21 年度　訪問看護ステーション運営委員会日程

① 平成 21 年○月○日	第 1 回	運営委員会
② 平成 22 年○月○日	第 2 回	運営委員会
③ 平成 22 年○月○日	第 3 回	運営委員会
④ 平成 22 年○月○日	第 4 回	運営委員会

8. 実習・研修受け入れ状況

① ○○看護学院	看護学生実習
② ○○看護大学	看護学生実習
③ ○○大学	医学部学生実習
④ ○○センター	ヘルパー実習
⑤ ○○専門校	介護福祉士学生実習
⑥ ○○大学	看護学生実習

9. 平成 21 年度　研修会・勉強会に参加および開催（参加人数）

①「消化器系の基礎知識 ―肝臓を中心に―」	平成 21 年○月○日	1 名参加
②「医療事故の定義」	平成 21 年○月○日	1 名参加
③「循環器系の基礎知識」	平成 21 年○月○日	2 名参加
④「アロマセラピー・ メディカルアロマ」	平成 22 年○月○日	2 名参加
⑤「平成 21 年度 結核患者服薬支援 事例検討会」	平成 22 年○月○日	2 名参加
⑥「緩和ケア医療従事者 研修事業」（中級）	平成 22 年○月○日	1 名参加
⑦「訪問看護事業者（管理者） 大会	平成 22 年○月○日	1 名参加
⑧「診療報酬改定研修会」	平成 22 年○月○日	1 名参加
⑨「東京都医師会訪問看護 ステーション連絡会」 ※ 平成 22 年度～ 2 年間 連絡会運営委員		1 名参加
⑩「介護労働者の労働条件の 確保・改善について」	平成 22 年○月○日	1 名参加
⑪「訪問看護ステーション 連絡会」	毎月第三金曜日	1 名参加

10. 訪問看護ステーションの現状および今後の展開

【現状】

- 規模にみあった利用者数および訪問回数が維持できている。
- 関係機関と連携がとれ、安定した訪問看護が提供できるステーションとして評価を受けた。
- 医療依存度の高いケースや困難ケース依頼の受け入れを行っている。
- 平成 21 年度からグループホームと契約し訪問看護を開始。
- 区より委託を受け結核服薬支援事業の継続。
- 難病診療およびかかりつけ医紹介窓口を担当。（医師会事業への参加）
- 幅広く学生を受け入れ、後輩の育成に協力している。

【今後の展開】

- 上記、維持へ努力。
- 勉強会など、積極的に参加・開催しスタッフの意識と技術の向上に努める。
- 若い優れた人材の確保に努め、より一層ステーションの充実を図る。
- 社会の変化・情報を迅速に捉え、正確に物事を進めていかれるよう努力する。
- ステーションの特性を生かした質の高いデイサービスの実現。

東京都内医師会訪問看護ステーション一覧 （平成 23 年 4 月 1 日現在）

No.	医師会名	名　称	〒	
1	中 央 区	中央区医師会訪問看護ステーションあかし	104-0044	
2	日 本 橋	医師会立中央区訪問看護ステーション	103-0001	
3	小 石 川	小石川医師会訪問看護ステーション	112-0002	
4	浅　草	浅草医師会立訪問看護ステーション	111-0033	
5	す み だ	すみだ訪問看護ステーション	130-0002	
6	江 東 区	江東区医師会訪問看護ステーション	135-0016	
7	荒 川 区	荒川区医師会訪問看護ステーション	116-0013	
8	葛 飾 区	葛飾区医師会訪問看護ステーション	124-0012	
9	江戸川区	江戸川区医師会訪問看護ステーション	132-0021	
10	目 黒 区	目黒区医師会立訪問看護ステーション	152-0004	
11	中 野 区	中野区医師会立なかの訪問看護ステーション	164-8558	
12	〃	中野区医師会立しらさぎ訪問看護ステーション	165-0035	
13	杉 並 区	杉並区医師会訪問看護ステーション	167-0051	
14	品 川 区	医師会立品川区訪問看護ステーション	140-0001	
15	荏　原	医師会立荏原訪問看護ステーション	142-0053	
16	大　森	大森医師会立訪問看護ステーション	143-0024	
17	田園調布	田園調布医師会立訪問看護ステーション	145-0061	
18	蒲　田	蒲田医師会立訪問看護ステーション	144-0052	
19	北　区	北区医師会訪問看護ステーション	114-0002	
20	豊 島 区	豊島区訪問看護ステーション	171-0021	
21	板 橋 区	板橋区医師会高島平訪問看護ステーション	175-0082	
22	練 馬 区	練馬区医師会訪問看護ステーション	176-0012	
23	北 多 摩	国分寺市医師会訪問看護ステーション	185-0024	
24	〃	狛江市医師会訪問看護ステーション	201-0013	
25	〃	小平市医師会訪問看護ステーション	187-0032	
26	〃	武蔵村山市訪問看護ステーション	208-0011	
27	調 布 市	調布市医師会訪問看護ステーション	182-0026	
28	府 中 市	府中市医師会訪問看護ステーション	183-0055	
29	町 田 市	町田市医師会訪問看護ステーション	194-0022	
30	西東京市	西東京市医師会訪問看護ステーション	202-0013	
31	八王子市	八王子市医師会立明神町訪問看護ステーション	192-0046	
32	〃	八王子市医師会立元八王子訪問看護ステーション	193-0816	
33	〃	八王子市医師会立散田訪問看護ステーション	193-0832	
34	〃	八王子市医師会立堀之内訪問看護ステーション	192-0363	
35	日 野 市	日野市医師会訪問看護ステーション	191-0041	
36	〃	日野市医師会高幡訪問看護ステーション	191-0031	

	所在地	TEL	設立年月日
	中央区明石町 1－6	03-5565-7281	平成10年 4月 1日
	中央区日本橋小伝馬町 5－1 十思スクエア内	03-3666-2992	平成 8年 3月31日
	文京区小石川 5－6－9	03-3947-0616	平成 6年10月 1日
	台東区雷門 1－10－5 浅草医師会館内	03-3844-1012	平成 8年 2月 1日
	墨田区業平 1－7－25	03-3626-6827	平成 7年 3月 1日
	江東区東陽 5－31－18 江東区医師会館 2F	03-3646-5500	平成 8年 4月 1日
	荒川区西日暮里 6－5－3 荒川区医師会館 1F	03-3893-2321	平成 6年 1月 8日
	葛飾区立石 6－8－14 パークアベニュー 1F	03-5670-8100	平成 7年 9月22日
	江戸川区中央 4－24－14 江戸川区医師会館内	03-3653-6405	平成12年 3月 1日
	目黒区鷹番 2－6－7 目黒区医師会館内	03-3714-8211	平成 7年 7月14日
	中野区中野 2－27－1 中野区医師会館内	03-3384-1480	平成 6年 3月31日
	中野区白鷺 3－15－21	03-5364-5631	平成11年 3月31日
	杉並区荻窪 5－20－1 杉並区立保健医療センター 4F	03-3391-0009	平成11年 3月12日
	品川区北品川 3－7－25 品川区医師会館内	03-3472-5518	平成 4年12月24日
	品川区中延 2－6－5	03-3783-2360	平成 8年 6月27日
	大田区中央 4－30－13 大森医師会館 4F	03-3772-2406	平成 8年 6月24日
	大田区石川町 2－7－1 田園調布医師会館内	03-3728-7600	平成 8年 7月 3日
	大田区蒲田 4－24－12 蒲田医師会館 5F	03-3739-1173	平成 8年11月 1日
	北区王子 2－16－11 北区医師会館内	03-5390-3282	平成 7年 4月14日
	豊島区西池袋 3－22－16 豊島区医師会館 2F	03-5391-0441	平成 5年12月20日
	板橋区高島平 1－34－4 マンション初穂 1F	03-3931-4774	平成10年10月12日
	練馬区豊玉北 6－12－1 練馬区役所東庁舎 2F	03-3991-7600	平成 8年 6月28日
	国分寺市泉町 2－3－8 国分寺市いずみプラザ 2F	042-326-0743	平成 4年10月23日
	狛江市元和泉 2－35－1 あいとぴあセンター内	03-3430-5881	平成 9年10月13日
	小平市小川町 2－1315－9 小平市医師会館内	042-343-0003	平成11年 5月20日
	武蔵村山市学園 4－5－1 武蔵村山市民総合センター 2F	042-590-1399	平成14年 4月 1日
	調布市小島町 3－68－9 調布市医師会館内	042-499-7731	平成 7年 2月 1日
	府中市府中町 2－25－17 府中市医師会館内	042-351-0053	平成 8年 9月 1日
	町田市森野 3－13－20 町田市医師会館内	042-726-1496	平成 7年 4月 1日
	西東京市中町 1－1－5 西東京市中町分庁舎	042-424-5882	平成15年 4月 1日
	八王子市明神町 1－13－10 メゾン千寿 1F	042-642-0330	平成 9年 8月 1日
	八王子市大楽寺町 496	042-620-4571	平成11年10月 1日
	八王子市散田町 5－10－14 串田ビル 202	042-629-4571	平成14年 9月 1日
	八王子市別所 1－6－1 グランドハイツ谷合 202	042-678-7390	平成14年 9月 1日
	日野市日野本町 1－7－2 日野市生活保健センター分室 1F	042-587-8722	平成 7年 5月 1日
	日野市高幡 1011 日野市立福祉支援センター 2F	042-591-1580	平成10年 9月 1日