

3 在宅医療を支えるシステムづくり

● 在宅療養支援診療所の概念

2006（平成18）年4月の診療報酬改定により、在宅療養支援診療所が新たに位置づけられた。高齢者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で、療養しながら生活が送れるよう、また、身近な人に囲まれて、在宅で最期を迎えることを選択できるように設けられたものであり、全体的な社会保障の縮小や医療費抑制の大きな流れの中で、社会的入院、施設入所から在宅療養への流れを促進する目的がある。

なお、在宅療養支援診療所の主な要件は次のとおりであり、指定を受けるにあたっては、関東信越厚生局東京事務所に届け出る必要がある。

- (1) 保険医療機関たる診療所であること。
- (2) 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること。
- (3) 当該診療所において、または他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日などを文書で患家に提供していること。
- (4) 当該診療所において、または他の保険医療機関、訪問看護ステーションなどの看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当職員の氏名、担当日などを文書で患家に提供していること。
- (5) 当該診療所において、または他の保険医療機関との連携により、他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること。
- (6) 医療サービスと介護サービスの連携を担当する介護支援専門員などと連携していること。
- (7) 当該診療所における在宅看取り数を報告すること。

在宅療養者の対象は、がんの終末期患者、通院不能な高齢者や小児、障害者、難病患者などである。地域での在宅療養が可能となる第一の基本的要素は、24時間の安心の提供であり、訪問看護師との連携により、在宅療養者がいつでも安心して医療を受けることのできる体制づくりが求められている。また、緊急時の対応や入院受け入れ体制を整備するためには、地域を挙げた連携が必要になるろう。

● 24時間、365日の安心提供はチーム医療の確立から

在宅療養者ができるだけ住み慣れた家庭や地域で、最期まで安心して暮らすためには、在宅ケアを提供する者が、在宅療養者や家族をどのように支えていくのかが問われることになる。在宅医療は在宅ケアの一要素であるが、医師は当事者の立場で、療養者の生活にも深く関わりを持つことにより支えなければならない。

そのためには医師、看護師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、薬剤師、介護支援専門員、ヘルパー、行政スタッフなどとの地域ネットワークの構築が必要となる。地域ネットワークには地域特性があり、一律ではない。包括的地域ケアでは、地域特性を踏まえて、介護保険制度から提供されるサービス、公的ではない地域サービスと医療とのネットワークを構築しなければならない。介護保険ががんの療養にも適用されることになり、看取りを含めた在宅医療は、地域サービスを利用することが多くなるろう。また、感染症などによる要介護者の急激な変化に対して、介護支援専門員には、医療を担当する主治医や訪問看護師と密接に連携することが求められる。医師にとっても介護支援専門員との連携が重要であり、こうした連携の中心に、チームケアを理解した医師がいる必要がある。チーム連携には家族や、介護・医療、その他すべての関係者の連携が不可欠である。

訪問診療と訪問看護は24時間、365日体制の両輪である。しかしながら、訪問看護の24時間体制を築くためには、2～5名体制の訪問看護ステーションには大変な苦勞を強いることになる。こうしたことも理解しながら、連携を図る必要がある。また診療所においても、24時間体制を確立するためには、複数の医師による対応が求められるが、日本においては、ほとんどの診療所で医師は1人である。このような状況下において

診療所の医師は、基本的には自己責任で在宅医療を行うこととなるが、今後は在宅療養者が安心して暮らすために、また最期を自宅で迎えることが可能な地域づくりのために、連携を考慮する必要が求められる。したがってチーム医療連携は、それぞれの地域の特性を踏まえて、地域ごとにつくられなければならない(31頁 図6参照)。

● 地域の在宅医療支援モデル

長崎市では、医師会員である診療所の医師51名が「長崎在宅ドクターネット」を形成している。基本的には、患者1人に対し、医師2名の体制を組んでいる。

市内の病院とネットワークをつくり、患者の紹介があると、24時間以内に主治医と副主治医を事務局で決定する。入院中に、主治医と副主治医は面談しサービス担当者会議を行い、退院調整する。退院後は、原則として主治医が担当するが、主治医が休みのときは副主治医が担当する。

こうした2名体制により、安定した医療を供給することが可能となっている。

図9 在宅療養の成功事例に学ぶ

- 人口数万人数度の小規模地域を連携単位としている。
- 生活様式、地形や文化を共有するコミュニティを背景にしている。
- 顔見知りの多職種協働が Key Personにより構築されている。
- 行政、地域自治体も当事者意識を共有し参加している。
- 複数の医師によるがチーム医療が行われている。
- 訪問看護 ST の役割分担、連携が行われている。
- 医療・介護・生活支援を一元的に提供したいという共通認識がある。
- ケアマネタイムなど医師とケアマネジャーの連絡方法の確立がなされている。
- 短時間のサービス担当者会議が診療所や患者宅で開催されている。
- サービス担当者会議が効率的情報共有手段であるとの共通認識がある。

また、それぞれの医師の専門分野や技術を、患者の状態にあわせて提供しあったり、多科にわたる連携協力を図ることが必要である。いつでも、どこでも、どんな状態や状況でも、安心あるサービスの提供を実践するために、どのように協力して取り組んでいかねばならないかをしっかり話し合っていくことが、地域ケアの要となろう（図9）。