

# 在宅医療

特集

## ←ただいま進行形

介護保険から5年——「悩み」を総括

在宅医療は定着したのか……。在宅医療のニーズにも対応した在宅介護の基盤、介護保険施行から5年。在宅医療の積極的な推進のための施策が進められる中で、現場からは課題も浮かんできている。本誌では前線に立つ実地医家である読者の抱える悩みを募集した。第一線で在宅医療を手がける医師が、これらの質問を総括する形で、在宅医療のあり方を提案する。また、先進的なクリニックの取り組み事例などを通じて、その方向性を考える。(構成・取材 中居あさこ 本誌)

### 動き

## ←施策はさらに強化の傾向

厚生労働省「平成14年 医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況(表)」によれば、2002年9月中に在宅医療サービスを実施している診療所の割合は、往診29.4%、訪問診療17.8%、病院では往診24.8%、訪問診療32.5%に達している。総施設数9万を超える診療所の中には、眼科や耳鼻科など在宅医療とは比較的関連が少ない科目も含まれており、内科系に限れば、さらに割合は増えると思われる。

在院日数の短縮策と在宅医療の促進策は抱き合わせで、昨春の診療報酬改定でも、双方のインセンティブが強化されている。すなわち、早期退院を促す急性期の診断群分類包括評価(DPC)については、希望に応じて調査協力医療機関(92の民間病院)にも適用することとした。また、1日当たり2050点の重急性期入院医療管理料を新設し、算定条件には、在宅復帰支援を担当する者の専任配置とともに、

退院患者の6割以上が在宅などへ移行していることが盛り込まれている。

一方、在宅医療側でも、在宅患者訪問看護・指導料の加算が、1日2回訪問の場合で、それまでの250点から450点に引き上げられ、同3回以上訪問の場合の800点を新設。訪問看護ステーションからの訪問についてもこれに準じた。さらに、1週につき60点の在宅患者訪問点滴注射管理指導料も新設。主治医が留意すべき事項などを

表 在宅医療サービスの状況 (複数回答)

平成14(2002)年9月中

	一般診療所			病院		
	実施施設数	施設数に対する割合(%)	実施件数	実施施設数	施設数に対する割合(%)	実施件数
総施設数	94819	100	—	9187	100	—
医療保険等による医療サービス	34672	36.6	—	5966	64.9	—
往診	27852	29.4	266520	2277	24.8	23793
在宅時医学管理	3220	3.4	25564	281	3.1	12337
在宅患者訪問診療	16864	17.8	359855	2982	32.5	94214
歯科訪問診療	106	0.1	2070	145	1.6	3604
在宅末期医療総合診療	658	0.7	3843	88	1.0	1450
在宅患者訪問看護・指導	3059	3.2	29273	1433	15.6	30919
精神科訪問看護・指導	236	0.2	6072	727	7.9	39462
在宅訪問リハビリテーション指導管理	783	0.8	4779	586	6.4	5250
訪問看護ステーションへの指示書の交付	7994	8.4	47206	2664	29.0	42614
在宅療養機器貸出し	4848	5.1	30178	2060	22.4	84724
介護保険によるサービス	9996	10.5	—	2675	29.1	—
居宅療養管理指導(医師によるもの) <sup>注)</sup>	8844	9.3	99511	1553	16.9	30913
居宅療養管理指導(医師以外の医療従事者によるもの)	222	0.2	243	2194	23.9	5622
訪問看護	2772	2.9	47446	1606	17.5	92442
訪問リハビリテーション	854	0.9	19229	1140	12.4	34807

出典：厚生労働省「医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」

注) 居宅療養管理指導

\* 在宅の要支援・要介護者に対して、病院・診療所などの医師・歯科医師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士などにより行われる療養上の管理および指導。

\* 寝たきり老人在宅総合診療科(在宅診)を算定している場合としない場合で算定法が違う。

## 目次 Contents

動き	施策はさらに強化の傾向	72
提言	在宅医学を求めて	74
	■ 平原佐斗司 東京ふれあい医療生協梶原診療所(東京都北区)	
現場	パソコンを活用し、ネットワーク型を実践	78
	■ ナカノ在宅医療クリニック(鹿児島市)	
コラム	自分が最期を迎えたいと思う社会システムを育てたい	
	■ 中野一司 同クリニック院長	

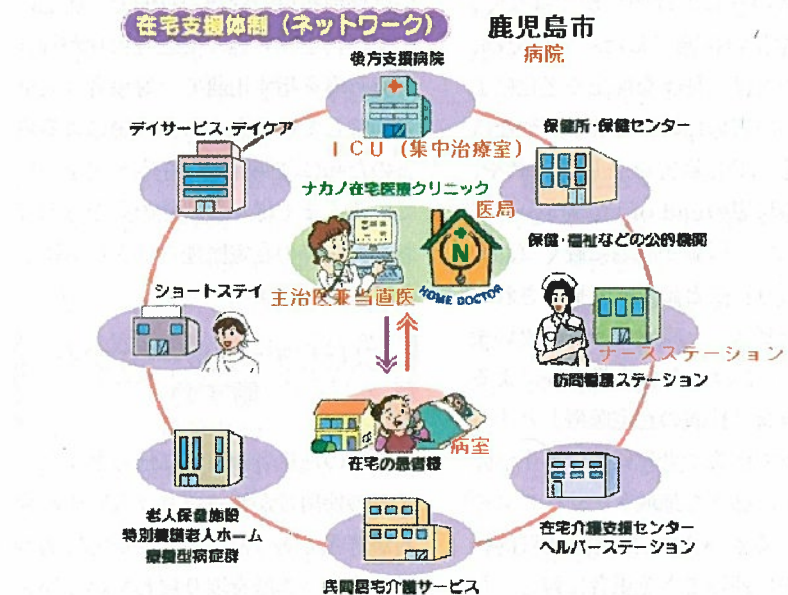
文書で交付した場合、点滴注射を行う訪問看護師に算定されるものだ。在宅訪問リハビリテーション指導管理料、歯科訪問診療料でも優遇策が採られているほか、精神科についても促進が図られている。

平均在院日数は確実に短縮傾向をたどってはいるものの、超高齢化社会にあってさらに老人医療費が膨らみ続けている。厚生労働省は秋に社会保障審議会に示した対策案でも、地域医療のまとめ役となる都道府県に対して「医療費適正化計画」を策定させ、高齢者の初期治療や在宅医療の充実を促すことで、さらなる短縮の方針を打ち出している。国と地方の財政に関する「三位一体」の改革の中でも、在宅医療の施策がまた一歩進むと見られている。

### 現場では職種間の連携不足が悩み

本誌に寄せられた「在宅医療の悩み」では、ケアマネジャー、介護士、医療機関の間の連携が不十分という、いわゆるチーム医療への課題を指摘するものが多かった。「医師の意見が十分ケアに反映されない」「ケア方法で事業所間にギャップがある」「施設入所が、患者本人と医療者抜きで、ケアマネと家族の間で決められる」など。

一方、医療経済研究機構の「都市部における医療と在宅介護との連携に関



ナカノ在宅医療クリニック(78ページ参照)では、各施設との共生を目指し、地域全体のレベルアップを目指したネットワーク化を理念として掲げている。赤字は、鹿児島市全体を一つの病院と考えた場合の、各々の施設の役割分担を示している。

する研究」では、介護計画策定に当たって開催するサービス担当者会議における対応について、ケアマネジャーの40%が「意見を求めない」、28%が「出席を求めない」と、医師に抱く敷居の高さも課題になっている。

ケアマネジャーが利用者に関する相談をした際のかかりつけ医の対応(複数回答)でも、そもそも「相談したことがない」が38.9%を占め、「ケアマネが行くと会ってくれる」32.6%、「電話で医師が直接対応」26.2%だった。かかりつけ医の中でも診療所医師の場合、ケアマネからの相談については、「相談を受けたことがない」

46.2%、「訪ねてくれば会う」41.5%、「電話がくれば直接対応する」38.2%で、ケアマネが利用者の状態変化を直接伝えたのは、病院医師へが16.8%だったのに対し、診療所医師へは36.9%と2倍以上だったが、なお関係者間のコミュニケーションは課題だ。

本誌に寄せられた悩みでも、病診連携に関することが多く、「病院が介護的なことなど考慮がない」「大病院から急な紹介がある」などが主なものだ。

患者の家を病室に、地域で在宅支援のネットワーク体制を組むには、行政の施策とともに、携わる個々人のさらなる意識向上もカギになる。 ML



## ← パソコンを活用し ネットワーク型を実践

● ナカノ在宅医療クリニック  
(鹿児島市)

在宅医療を柱に据えた診療所としては、鹿児島市で2カ所目というナカノ在宅医療クリニック(中野一司院長)は、開業から丸5年が経過した。日本で初めて「在宅医療」を冠し、ITを核にした知識の共有化を図り、外部との連携を深めてきたクリニックの5年間の総決算と課題は――。

中野医師は15年前勤務医だった頃から、急性期の疾患により障害の残った患者さんを退院させる場所の一つとして在宅医療を実践していた。同院を立ち上げたのは介護保険施行から半年さかのぼる1999年9月のことだ。ケアマネジャーの資格を取った中野医師、看護師(保健師)の植屋明代氏、事務長の3人で患者掘り起こしから始めた。

### 勤務医時代のIT経験を ヒントに

現在、訪問診療の対象となる患者数は約100人、大多数を占めるのは65歳以上で介護保険適用の高齢者、そのほかALS(筋萎縮性側索硬化症)、パーキンソン病などの難病患者が20人ほど、痛末期、終末期患者も常時4～5人抱える。また、訪問看護対象者21人、居宅看護も16人いる。現在、



変形性膝関節症の患者さん宅で。何か変調がないか“予防医学”の眼でチェック。

常勤医師2人、非常勤医師2人、看護師8人(常勤7人、非常勤1人)、常勤事務3人で、クリニックから半径約10km以内の市内の北部地域をほぼカバーする。

開業時、市内には既に在宅を手がける診療所(五反田内科クリニック)があったが、ITを使い、「ネットワーク型の在宅医療」と銘打ったところに先進性があった。中野医師が開業直前の5年間、鹿児島大学病院で院内システム整備に携わり、情報を振り分け環流させる業務を担当していた経験がヒントとなった。中野医師は開業当初から電子カルテ(ダイナミクス<sup>®</sup>)を採用しており、ノートパソコンを患者宅にも携帯していく。看護師の場合は、1日の訪問件数が4件程度ということもあり、クリニックに戻ってからメモを基に入力する。これを院内のメーリングリスト(ML)に載せ、情報共有化を図るとともに、疑問点を解決する場としている。同院では残業は最小限にとどめ、週休2日も完全実施しているが、留守中の出来事もフォローでき、チームナーシングには極めて有効という。

### 訪問診療、ケアマネジメントに 訪問看護ステーションを加える

周囲との連携も整備され、病院から紹介された患者さんが約半分、残りは居宅介護支援事業所や訪問看護ステー



退院直後の在宅患者さん宅で、ケアマネジャー(中)、行政担当者、家族など介護にかかわる人が一同に介し、訪問看護の回数を増やせるかについて検討。同クリニックからは、中野医師(右)と、植屋看護師(左)が参加。

ションからの紹介による。在宅医療のクリニックは特定の病院と連携しているケースが多いが、同院は紹介も逆紹介も全くオープン。病院が在院日数を気にせざるを得ない時代にあっては病院の事情のほうが深刻であり、連携先に苦勞はしない。また、五反田内科クリニックとは患者のファイルを交換することで24時間連携を図っている。

中野医師も含めケアマネジャーは7人。ネットワークや社会資源を活用し、“抱え込まない”という方針の下、直接医師が出向く訪問診療とケアマネジメントを2本柱としている。遠方の場合は他の看護ステーションに振っていたが、11月には共に植屋氏を所長(兼任)とする自前の訪問看護ステーション(ナカノ訪問看護ステーション)、居宅介護支援事務所(ナカノ居宅支援事業所)併設に踏み切った。背景には質向上へのさらなる情熱があり、特に終末期の疼痛管理や難病など、難しいケースのマネジメントや訪問看護をこなせる力量を持った看護師の増員を図り、さらに他の訪問看護ステーションや居宅支援事業所との連携を強めていくという。

MM

COLUMN

# 自分が最期を迎えたいと思う 社会システムを育てたい

医療改革の本質的なものを含んでいるのが、在宅医療だと感じている。その最たるものが、従来の医師中心の主治医制からチーム医療への転換で、慢性期患者に制度としてチーム医療を保障するのが介護保険だ。

当院は、開業時からチーム医療の課題を解決することを視野に入れてITを導入した。

## チーム医療の課題を 解決するためのIT

チームを壊す要因としてよく見かけなのが医師の姿勢。主治医制に慣らされており、チームに溶け込むのは自分の特権が否定されるという思いがある。医師の専門性は、例えばクリニカルパスから外れてくるものを見抜くといったところに発揮できる。自分一人で抱え込まず、周りの他職種の優秀なスタッフと分担すれば楽になると分れば、意識も変わり余力も出て良い仕事もできるはずだ。

また、チーム内で看護師さんが医師の使い走りのようにになっていることもあるが、医師とは職能も教育環境も違い、私も看護師さんから学ぶことは多



週1回、全スタッフが一同に介して、全症例についてのケアカンファレンスを持つ。ふだんから、電子カルテやメールを用いて情報を共有しているが、顔を合わせて討議し合う場も大切にしている。  
(ナカノ在宅医療クリニックにて)

く、多職種が知識を共有することで、異なる文化を相互に積み上げられる。

MLという情報ツールが、フラットな関係とお互いに勉強し合う環境をつくり出した。また、チーム医療のもう一つの課題として、連携のコストが高すぎてコミュニケーションが取りにくいという問題があったが、Eメールならほとんど無料で一瞬にして情報が伝えられる。会議を頻繁に行わなくても情報交換でき、全体のレベルが向上する。当院の最高の財産は知識だ。

## 大事に至らぬように 診る

在宅医療には、予防医学的な視点があると思う。何かあれば訪問というのは旧来の往診の感覚だが、在宅医療の日常は大事に至らないよう診ること。介護にケアマネジャー職が設けられたが、医療におけるメディカルマネジャーが在宅かかりつけ医だ。異常が出てから救急車で外来へ行き、情報ゼロから検査して投薬すれば医療費は上がる。日頃の状態をチェックすることで、異常時に瞬発力を発揮でき、必要があれば病院を紹介できる。

例えば、風邪による脱水などが起こった場合、介護力の問題をクリアするため、無理をさせず短期間の入院をお願いする。重症化して肺炎を起こすリスクを考えれば、結果的に医療費を抑えられる。

チーム医療と定期的な訪問診療を組み合わせ、長い病歴と向き合って生活まで把握することで確な予防マネジメントができる。患者100人を診るというのは多いようだが、外来で1000人診ていれば、顔も覚えきれない

中野一司院長



いほどだ。

## ニーズは大きく 供給量は不足

当院も建物（一般住居用）を除けば身軽な開業だったし、今後も開業資金が少なくても在宅医療ならばと、気軽に参入されるケースもあり得ると思う。とはいえ、ニーズに対して供給量は全く足りないの、とどんどん開業したらいいのではないかと。最終的には質が問われる。また、在総診（寝たきり老人在宅総合診療科）も遠からず半減されるというリスクも視野に入れるべきで、当院ではそうした意味も込めて長期事業計画を立てており、訪問看護ステーション併設はその一環でもある。

また、病院などとの付き合いでは、ビジネスパートナーとして相手に信用してもらうことが大切で、一つひとつの仕事をきちんとして紹介先を広げ、苦勞せずにすむようなシステムをつくらせている。今は私たちの競争相手はほとんどいないが、病院の競争相手は多いので、こちらが選べる。

生活のためなら勤務医のほうが楽だと思うが、私が最終的に目指しているのは医療改革。私も含め医療関係者の多くは、汚くサービスも悪く事故もあるという病院の実態を知っていて入院を望まない。私は治療が可能ならきれいな病院に入院したいし、治らないのなら家で最期を迎えたい。自分が最期を迎えたいと思う社会全体のシステムを育てたい。(談)