高齢者の「生き方」を共通言語とした 24 時間支援行動を可能にする 医療関連職種の機能展開と連携推進戦略に関する研究事業

事業実績報告書

平成 20 年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分) 厚生労働省発老第 1209001 号

主任研究者 川島 孝一郎 平成 21 年 3 月

目次

第1章 事業目的

(1)	本研究に直結するこれまでの成果	1
(2)	その他の先行研究	27
(3)	医療政策の展開 その1 がん	43
(4)	医療政策の展開 その 2 難病	48
(5)	在宅療養支援診療所の課題と展開	58
(6)	急性期病院退院後、患者はどこで受療しているか	59
(7)	共通言語としてのICFに関する先行研究	67
第2章	近 事業概要 	
(1)	検討委員会による打合せ等の経過	69
(2)	調査概要	70
(3)	事業実施の委託	72
第3章	近 事業結果 	
(1)	回収結果	73
(2)	集計結果	73
図表	ŧ	81
第4章	t 総括	
≪はじ	じめに≫	103
≪アン	ケート調査内容の特長≫	103
≪結果	と考察≫	106
≪おわ	っりに≫	107
第5章	近 資料編	
在宅	芸療養支援診療所の量的推移	111
調査	票(医師用)	125
調査	語票(看護師・地域医療連携室用)	141
自由	1記載	157

第1章 事業目的

第1章 事業目的

(1) 本研究に直結するこれまでの成果

これまで、主任研究者川島孝一郎を中心とする研究グループは、重症高齢者、ALS 等難病患者の在宅療養について、いわゆる「在宅ハイケア」を担う医療機関のあり方について検討を重ねてきた。また、療養者、利用者の視点に立ったサービスのあり方についても詳細に検討し、高度の医療サービスを提供する在宅医療の橋頭堡の必要性を提言してきた。その成果の要点は以下の通りである。

1) 基礎研究1:重症高齢者、ALS 等難病医療提供体制の二極化に関する考察

【目的】重症高齢者、難病等で退院困難な事例を持つ医療者に、退院できない医療的理由、社会的理由を調査し、さらに療養者の求める理想的サービスをモデル化し、地域の診療所が提供する医療サービスについて今後の改革の方向性を探求する。

【方法】重症高齢者、神経難病患者等を収容する医療施設 963 ヶ所に対し、平成 16 年 2 月郵送自計方式で調査を実施、退院困難な直近 3 事例について解析した。また、療養者について、現実のサービス、理想のサービスを記入してもらい、サービスの診療・介護報酬を積算した。

【結果】119 施設(回収率 12.4%)より合計 303 の症例が得られ、がん・腫瘍 8 件を除外、295 件を対象とし、退院できない理由について全症例(男 50.5%、女 49.5%)を医療的要因、社会的要因別に集計した。

医療的要因(複数回答、n=292)としては「常時病状の観察が必要である」に 42.8% が該当、以下「吸引・経管栄養等の行為に不安がある」が 33.9%、「呼吸障害・呼吸器管理に不安がある」が 28.4%、「痴呆が進んでいる」 21.9%であった。「医療的要因にあてはまらない」との回答は 22.9%にのぼった。

合併症としては、感染症が 25.9%と最も多く、呼吸器系 22.8%、糖尿病 21.3%と続いた。一方、社会的要因 (複数回答、n=292) では「受け入れ施設が不足している」55.1%、「家族が在宅療養を拒否している」が 52.7%、「主たる介護者が高齢・病弱である」26.4%であった。「社会的要因にあてはまらない」との回答は 3.8%であった。

また主病名別にみると、脳卒中後遺症(n=127)では、全症例の結果とほぼ同一傾向であるが、特定疾患(n=84)は、項目の順位の傾向は似ているが、医療的要因にあてはまるとの回答が若干多かった。医療的/社会的要因を包括して「退院できない理由で重要なもの」3つ(複数回答、n=279)を回答してもらい、医療的要因、社会的要因別に集計しなおしてみると、医療的要因を挙げなかったものは35.1%に及んだ。社会的要因では「受け入れ施設が不足している」が40.5%、「家族が在宅療養を拒否している」が39.8%であった。

療養者 81 人(男:56、女:25、ALS:31、要介護度 5:56)の理想的ケアに基づいて、在宅サービスのモデルを作成し、もっとも資源を要する単身者の療養モデルについて、入院と在宅の費用を診療報酬・介護報酬等で積算すると月当たり、それぞれ約490万円と約400万円となった。

【考察】在宅に移行できない、あるいは在宅療養が継続できない要因は、いわゆる「ハイケア」のサービス提供ができる診療所が少ないためと考えられる。病院入院医療の「急性/療養」の二極化が進展する中、地域の診療所が提供する医療サービスについ

ても、24 時間対応「在宅ハイケア」診療所/従来の安定期対応の診療所の二分化を推進すべきと考えられる。

そこで、24 時間対応「在宅ハイケア」地域医療センター(仮称)の整備と、「ハイケア」をになう医師、看護師等人材の育成こそが喫緊の課題である。

2) 基礎研究 2: ALS (筋萎縮性側索硬化症) 等在宅重症患者の医療・介護サービスへの 評価

【目的】人工呼吸器、中心静脈栄養、常時吸引等の複数高度医療を必要とする在宅重症高齢者・ALS等重症難病患者の、医療・介護保険サービスの利用状況と満足度評価に関する調査により、あるべき 24 時間 365 日安心の在宅ハイケア療養システム構築に向けた具体的改善戦略を検討する。

【方法】平成17年1~2月、全国588ヶ所の保健所より在宅重症高齢者に調査票を配布、無記名・自計(代筆可)・郵送法により回収し、同意を確認しえたものを解析した。 【結果】2,682人中395人(14.1%)の回答が有効であった。最多はALSの223名、次

【結果】2,682 人中395 人(14.1%)の回答が有効であった。最多はALSの223 名、次いでパーキンソン病53 名。男性60.1[64.1]%、女性39.9[35.9]%であった。

(イタリックは全体、[]内はALSのみの結果)。要介護度 5 は、84.2[92.2]%身体障害者手帳 1級が84.8[94.0]%、身体障害者支援費制度利用は47.3[53.4]%、その他の自治体サービス利用は22.0[25.1]%であった。常時吸引が必要は69.4[83.4]%、胃瘻58.2[72.0]%、気管切開後の人工呼吸器使用が51.6[83.4]%であった。ヘルパーによるたんの吸引実施は37.1[65.3]%。サービスの全体的評価では、 $60\sim79$ 点が29.6[26.8]%、 $80\sim99$ 点が48.2[51.7]%、100点が9.0[7.8]%であった。

各種サービスへの満足度評価は、訪問看護 75. I[74. 4]、訪問介護 66.3 [68. 2]、ショートステイ 34. 0[33. 3]、訪問入浴 82.3[82. 0]であり、ショートステイに対する不満の原因として「担当の職員が決まっていない」が 33.7[43. 2]%と最も多い。

「自己負担額が高くなってもサービスが増えたほうがよいか」について「そう思う」は 38.7[39.0]%であり、夜間の長時間看護が 39.9[55.6]%、夜間の長時間介護が 35.3[51.4]%であった。「全額自己負担でもさらに利用したいサービスがあるか」については 25.8[22.0]%が「ある」と回答、上位は訪問介護 18.6[44.8]%、訪問看護 7.6[34.5]%である。

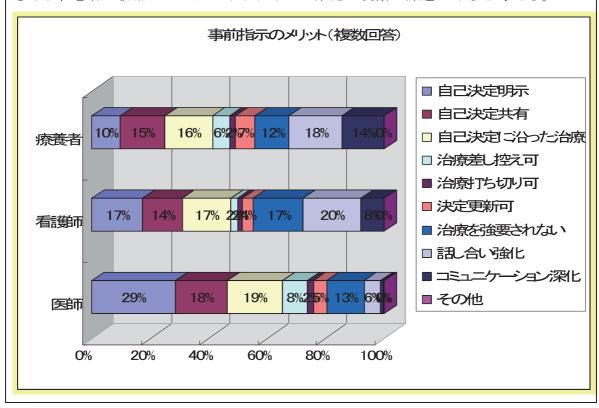
【結果】各種サービスへの満足度評価は、訪問入浴を除き、一般に満足度評価の合格 点とされる 80 点に達していない。特に、ショートステイへの不満が大きい。また、在 宅重症高齢者、ALS 等重症難病患者に対する、看護、介護サービスへの最大かつ共通 の不満要因として、「知識・技術の未熟」が挙げられる。したがって、従来型の訪問看護・介護にさらに磨きをかけた、いわゆる「在宅ハイケア」を担う人材の育成が喫緊の課題である。さらに、馴染みの在宅スタッフがショートステイ先においても訪問サービスを提供できるようになれば、利用者の満足度が向上すると考えられ、今後実現可能性について詳細に検討してゆきたいと考える。

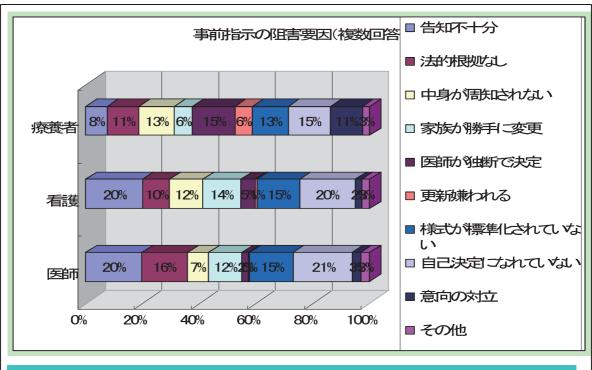
3) 基礎研究3:事前指示に関する調査研究

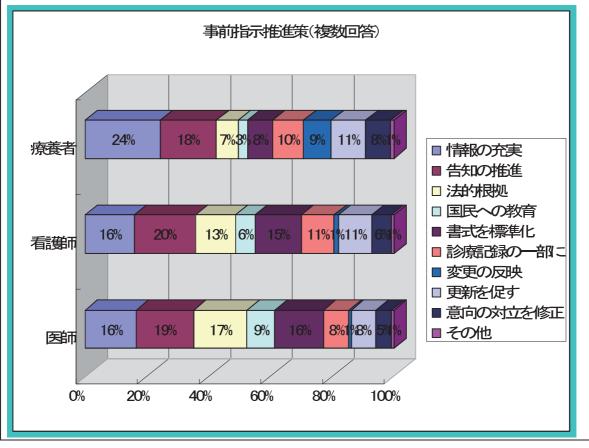
【目的】筋萎縮性側索硬化症(ALS)療養者の事前指示に関する意識・実態を調査し、神経内科医師・看護職の回答と比較することで、QOL向上に資する事前指示の在り方を検討する。

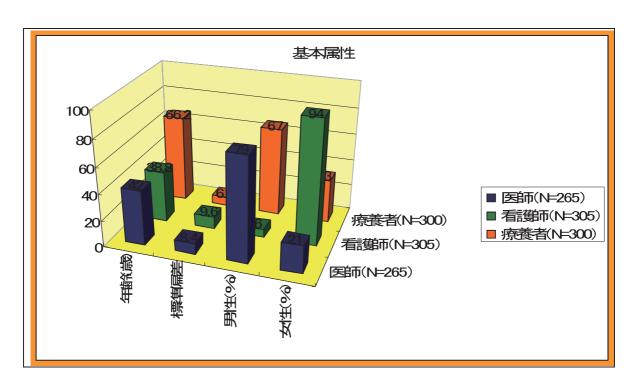
【結果】①事前指示のメリット(複数回答)は、患者回答(n=300)では「本人の希望を叶えるために話し合いがなされる」18%、「本人の希望に添って治療が進められる」16%、「自己決定の内容が共有される」15%、「本人、家族、医療者のコミュニケーションが良くなる」14%、「望まない治療を強要されない」12%の順である。看護職(n=305)、医師(n=265)回答ともほぼ同様である。②事前指示が普及しない阻害要因(複数回答)は、患者回答では「医師のみが治療方針を決める場合がある」、「自己決定になれていない」、「決定内容が周知されない」、「書式が標準化されていない」、「法的根拠がない」の順であるが、医師では、「法的根拠がない」ことを問題視する傾向が見られた。③事前指示普及の方策について(複数回答)は、患者回答では「情報を充実させる」24%、「告知を推進する」18%、「内容更新、書き換えを確認する」11%の順であるが、医師は、「告知を推進する」19%についで「法的根拠」17%を重要視している。④事前指示の提示方法であるが、患者回答では「口頭」「書面」「病院独自の書式」「手書きメモ」の順であり、口頭と書面がほぼ拮抗している。事前指示内容の書き換えの有無は、患者回答で約3割が有りと回答しているものの、最大値は3回である。

【結果】調査から、意思決定の前提となる告知のあり方、事前指示の法的根拠、有効性の遡及期限、提示方法、書き換えの促進等の課題が明確となった。ALS の事前指示は、今後普及が望まれるが、患者・家族と医療者の間には認識の相違がみられる部分もあり、患者の視点に立ったガイドラインの策定が喫緊の課題であると考える。









以上のような成果を得て、従来の診療所とは機能をことにする、在宅医療推進の拠点となる診療所のあり方を提言した。それを受けて、厚生労働省保険局、及び、中医協は、「在宅療養支援診療所(仮称)」のビジョンを策定するに至った。それを受けて、「在宅療養支援診療所(仮称)」の要件等について、現在在宅医療に取り組む臨床家に詳細な調査を行うことで、新たな制度に関する予測を行うことを目的として、調査研究を行う必要性が確認された。

4) 基礎研究 4:24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する 研究

(1) はじめに

平成 17 年度「24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業」は、医療におけるニーズとサプライのミスマッチに対する解決策としての、在宅療養支援診療所(仮称)の創設に焦点を当て、新たな診療所医療の形態がもたらす医療全体に及ぼす影響と意義、さらに日本医療の特殊性について分析した。

① 重症高齢者等の居宅における医療のニーズとサプライのミスマッチ

厚生労働省保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」のうち「訪問診療の観点からの補足調査報告書(調査実施委員 川島孝一郎)」に示されるように、すでに居宅において高度医療を受けている重度在宅療養者においては、在宅酸素療法 HOT・在宅成分栄養経管栄養 HEN・在宅人工呼吸療法 HMV・在宅中心静脈栄養 HPNを施行されているいずれの療養者も、その生の終わりを迎える理想の場所として居宅を求めている。その割合は最も低い HOT において 65.4%であり、最も高い HEN に

おいては実に79.5%となっている。

居宅において種々の高度医療を受けている重度在宅療養者にとっては、すでに居宅に赴く医師を確保している状態であり、居宅において生の終焉を迎える不安が少なく、むしろ積極的に居宅での終焉を希望していることがうかがわれる。これは居宅に赴いている主治医の意識調査においても顕著であり、担当する HOT・HEN・HMV・HPN 療養者が生の終わりを迎える理想の場所として、主治医の 77.6%が居宅を上げている。

すでに在宅医療をおこなっている医師-すでに高度医療を受けている重度在宅療養者相互の関係性においては、双方が居宅での生の終焉を当たり前のこととして受け入れている結果が示された。

ところが、死亡の場所別に見た死亡数・構成割合の年次推移によれば、自宅における看取りは年々低下し、平成16年度は死亡総数に占める割合がわずか12.4%となった。この大きな隔たりは、理由のひとつとして、居宅に赴かない医師一居宅で医療を受けられることを知らない療養者相互の関係性が、日本医療の医師一患者関係の大部分を占めていることによると考えられる。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院がその終焉を迎える場所となり、一見、患者のニーズと医師のサプライがマッチしているように見せ掛けられているのである。

居宅での終焉が可能であることを知らない患者にとっては、病院での終焉が唯一のものとなり選択の余地がない。しかし、居宅での終焉が可能であることを知っている患者にとっては、居宅での終焉と病院での終焉のいずれかを選択することができる。

同様に、在宅医療を知らない病院医にとっては患者の死亡場所は唯一病院であると考えてしまい、病院死が当たり前であった。一方、在宅医療をおこなう在宅医にとっては、医療の場所は居宅と病院のいずれをも患者に提示できることとなり、その結果として患者はみずからの終焉を居宅・病院いずれかに求めることが可能となる。

病院医療は急性期病院(ホスピスを含む)または医療療養型病院のいずれかとなり、ここに医療の重症型と軽症型の二極構造が出現した。急性期病院は DPC の導入による収益の確保と入院日数の削減を実現するために早期の退院を計り、その結果重症高齢者等の早期帰宅がおこなわれるようになった。

つまり、病院医に課せられた使命とは、患者が帰宅できることを前提とした的確な検査と治療を選択することであり、帰宅不能となるような従来型の濃厚な検査・治療との違い、及び、そのメリット・デメリットを正確に患者に説明する責任をより重く持つようになったのである。

したがって、患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

こととなり、この3点の収束するところが病院医に課せられた重要な目的となる。 それは、『病院死を極力回避する』ことである。

② ニーズとサプライのミスマッチの是正

すでに病院は二極構造となった。その結果として軽症者のみならず重症高齢者等が退院することとなり、在宅療養をおこなう療養者も重症型・軽症型の二極構造を 呈してきた。

ところが、居宅療養者の中・長期的な病状と生活の安定に欠かせない拠点となるべき診療所は、その大部分が9:00~17:00で終了し、夜間及び日曜・祝祭日はその医療機能をまったく成していない状況にある一般外来型診療所である。

一般外来型診療所は、地域住民の普段の健康管理をおこないながら、急性期病院 や医療療養型病院との関係を保ち、活発に紹介・逆紹介をおこなうことにより、そ の機能を維持してゆくことになる。

他方、重症高齢者等の居宅療養において、その身体・精神両面の安定が計られる ためには、重症であるが故の急変及び居宅における看取りの、いずれにも迅速に対 応できる診療所の創設が喫緊の課題であった。

「24 時間・365 日の訪問診療・緊急往診・居宅での看取り」のいずれもが可能な 重症対応型の診療所を一定数確保することにより、病院・在宅・診療所それぞれの 二極構造が完成し、三者相互の、さらに重症一軽症間の、円滑な医療連携がおこな われるのである。

以上の観点から、在宅療養支援診療所(仮称)は、診療所機能の二極構造化を強く推進するものであり、従来のような診療所医療全体の底上げを目指すものではない。重症在宅医療の橋頭堡としての機能を有することにより、重症・軽症いずれの状態の患者に対しても、診療所が等しく在宅における安心で安定した医療を常に提供できる体制を確保するために必要な形態なのである。それはまた、生活の終焉としての看取りがおこなわれる場所の選択(病院・居宅のいずれでも)を、等しく国民に提示できることでもある。

(2) 在宅療養支援診療所(仮称)創設の時期

従来、寝たきり老人在宅総合診療料(在総診)・在宅時医学管理料(在医管)・在宅末期医療総合診療料(在医総)のいずれかを算定する医療機関が、主として在宅医療を牽引してきた。確かに、在宅医療は医療のみならず、家族の生活・生計、介護事情、福祉制度等の、およそ「生活全般」に係る広大な領域を有するものであり、個々の状況に関する詳細な分析が必要ではあるのだが、しかし、すでに在総診は平成15年をピークにその総数を減じていた。診療所及び200床以下の病院における在医管は、平成16年をピークにその総数を減じている。在医総はほぼ横ばいである。

以上のように、在宅医療をおこなう医療機関の総数が種々の原因で減少しつつあるこの時期に、新たな対策を講ずることが必要であった。したがって、在宅療養支援診療所(仮称)の創設は(在宅時医学総合管理料等も含めて)、平成18年のこの時期を逃すわけにはいかなかったといえよう。

(3) 本研究調査の母集団に関する検討

平成 16 年度の数値

A 在総診の届出を出している診療所数21,681B 在医管の届出を出している診療所数6,661C 在医総の届出を出している診療所数5,235

から類推すると、訪問診療の基準回数(B:4回/月; C:最低 1 回/週)は、ほぼ同率であり、患者の重症度から考えても、B と C の診療所はほぼ同一であると考えられる。B と C との差 1, 426 の診療所は、 $B \cdot C$ よりも手軽な A との兼任であろう。一方 A のみを届け出ている診療所は B を除いた数であると考えられる。A と C という組み合わせはほとんど存在しないであろう。B と C を届け出て A を届け出ていない診療所はほとんど存在しないだろう。C のみを届け出ているがんの在宅医療に特化した診療所は若干数 (α) 存在している可能性がある。以上から、在宅医療に係る既存の診療所の分布は

(A) 在総診の届出のみの診療所

21,681-6,661=15,020

(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所

1,426

(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所

5, 235 $-\alpha$

(D) 在医総のみの診療所

 α

と考えられる。

回答を得た診療所総数 (395) のうち在総診を届け出ているところは 342 件、在 医管は 309 件、在医総は 295 件であった。積極的に回答を寄せたのは在医管・在医 総を届け出ている診療所であり、在総診のみを届け出ていると思われる診療所からの回答は少数であった。内訳は、

[A] 在総診の届出のみの診療所

342 - 309 = 33

[B] 在総診・在医管を届け出ている診療所

309 - 295 = 14

[C] 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所

295

と考えられる。

在総診、在医管、在医総の届出をおこなってはいるものの、実際に患者に対して 在宅医療を提供しているか否かについては、2005年12月1ヶ月間の月断面におけ る算定患者数によれば、算定患者数が0人である診療所は、在総診:18.7%、在医 管:47.6%、在医総:75.9%であった。

在医総においては常にがん患者が当該診療所に供給されるとは限らないので、現状ではやむをえないと考えられる。ただし、看取りに至るがん患者の平均在宅日数が約2ヶ月であることを考慮すると、月断面で5名の在医総該当者がいる場合には、年間約30名の在宅看取りがおこなわれていることとなる。

在医管の該当者が少ないことも特筆すべきことではあるが、さらに在総診で該当者が 0 人という診療所が 18.7%あった。在総診等届出 342 件中 18.7%という数値は、間 24 在宅療養支援診療所(仮称)登録の希望において、386 件中登録希望なし 16.6%と完全に合致している。したがって、実際にはほとんど訪問診療をおこなっていな

い在総診届出診療所は、当初から在宅療養支援診療所(仮称)の届出をおこなわないと考えられる。

在宅療養支援診療所(仮称)の登録希望ありは全体の60.9%を占めている。在医総を届け出している診療所295件は、回答した総数386件の76.4%であり、在医総届出診療所の多くは在宅療養支援診療所(仮称)に移行すると考えられるが、一部登録希望について現時点では判断を保留している診療所がある。

収入の面から考察すると、在総診、在医管、在医総それぞれの月断面における算定患者数では、在総診は10人以上が全体の50.5%を占めた。一方在医管ではかろうじて1人以上が全体の52.4%であった。

在総診を算定する患者数が在医管に比べ圧倒的に多い結果から、在総診+24 時間連携体制加算=3,690点であったものが、在宅療養支援診療所(仮称)として登録しないならば、在宅時医学総合管理料(在総管)2,200点に減額されることとなる今回の改訂は、月2回の訪問診療を基本として算定すると約28%の減収となる。診療報酬に占める在総診+在医管+在医総の報酬比率は、10%以上を占める診療所が全体の42.9%であった。診療報酬の10%のうち28%減収となる場合には、全体の2.8%減収となる。これは直接純利益に影響する。

したがって、(A) 在総診のみを届け出ている全国 15,020 ヶ所の診療所において、その診療報酬の 10%程度以上を在総診に依存しているところ (12 人程度の在総診患者を往診している診療所) は、在宅療養支援診療所 (仮称) の届出をおこなう公算が高いといえよう。

さらに、在総診・在医管・在医総の3項目について、いずれの有無にも回答してくれた診療所(総数277件)について分析した。

【A】 在総診の届出のみの診療所

74

【B】 在医管もしくは在医総を届け出ている診療所

151

の区別が明確である。ここでは、(A) の診療所の 57.5%が在宅療養支援診療所(仮称)の登録を希望している。さらに、(B) の診療所においては、その 75.7%が登録希望であった。これを全国の診療所区分 (A) または (B) + (C) に対して当てはめてみると

- (A)在総診の届出のみの診療所15,020×57.5%=8,636
 - (B) + (C) 在医管もしくは在医総を届け出ている診療所 $6,661 \times 75.7\% = 5,042$

となり、総計13,678ヶ所の診療所が在宅療養支援診療所になる可能性がある。

以上から類推されることとして、(C) 在医総届出診療所 5,235 ヶ所のほとんどは、結果的には在宅療養支援診療所 (仮称) に移行すると考えられる。同様に、(B) 在医管届出診療所 1,426 ヶ所も追随するであろう。(A) 在総診のみを届け出ている15,020 ヶ所の診療所のうち 25%が移行するならば、全国約 10,000 ヶ所の在宅療養支援診療所 (仮称) が誕生することとなる。

(4) 在宅療養支援診療所の周知

在宅療養支援診療所(仮称)は在宅医療の橋頭堡として、がん・難病を含む重症 高齢者等の居宅における安定を確保しつつ、急変時と居宅における看取りに24時間・364日の対応をするものである。これは、「重症者は入院するものであり、看取りは病院がおこなうものである」という、医療者・患者双方の既成概念を覆すものであるとともに、24時間・365日の対応機能を持つ当該診療所が、医療者・患者の双方に周知されなければならない。

特に、末期がん、人工呼吸器、中心静脈栄養等の医療的処置を多く必要とする患者が、みずからの意思として在宅を希望し、かつ種々の制度(40 才以上の末期がんへの介護保険の適用、身体障害認定による自立支援法に基づく介護派遣、重度障害者への長時間滞在型介護サービス等)を活用することで介護力が十分に発揮できる場合には、積極的に在宅療養支援診療所(仮称)を活用してゆくことになる。

そのためには、特に急性期病院等に、地域ごとの在宅療養支援診療所(仮称)の存在が既知のものとなっている必要がある。地方社会保険事務局に登録されたリストの開示が前提となり、患者の選択肢が拡大されることが期待される。地域社会保険事務局に認可(登録)されることについて、まったく妥当 45.4%+概ね妥当 38.8% =84.2%であった。

(5) 居宅における看取り

回答を得た診療所総数 395 件のうち、居宅における看取り一年間看取り数への回答は 361 件であった。一件あたりの平均看取り数は 6.3 人であり、年間 2,274 人が居宅で看取られていた。

この診療所数 361 件のうち、すでに積極的に在宅医療をおこなっている比率が高いと思われる「在宅ケアを支える診療所・市民ネットワーク」「在宅医学会」及び「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」から調査した診療所は 159 件であり、一件あたりの平均看取り数は 10.2 人で年間総数は 1621 人であった。

この両者から推測すると、361-159=202 件の診療所は、既存のごく一般的な主に在総診による在宅医療をおこなっている診療所と考えられた。202 件の診療所の年間看取り総数は2274-1621=653 人であり、一件当たり3.2 人の年間見取り数であった。

この数値を

(A) 在総診の届出のみの診療所 15,020

(B) 在総診・在医管を届け出ている診療所 1,426

(C) 在総診・在医管・在医総を届け出ている診療所 5,235

にあてはめると、

(A) $15,020 \times 3.2 = 48,064$

(B) + (C) $6,661 \times 10.2 = 67,942$

合計 116,006 人の居宅における看取りとなる。この数値は表 B に示された自宅における年間死亡数 127,445 人に近い。

さらに、都市部の診療所は地方の診療所に比べ、相対的に看取り数が多い(都市 11.9:地方8.3)。

「在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本」を基本に、地域で在宅医療に特化して診療をおこなっている診療所数ヶ所を追加し作成すると、2004 年度(2005年度版)の居宅における年間看取り数は、一施設あたり都道府県平均値では21人、中央値では16人であった。この値は本研究における都市部の看取り数11.9人よりもさらに多い。平均受け持ち在宅患者数(在総診+在医管+在医総の平均月断面における患者数)に対する年間看取り数の割合を看取り率とすると、都道府県平均値は37.7%、中央値は25.0%であった。

看取り数の報告義務については、まったく妥当 26%+概ね妥当 43.6%= 69.6%が支持していた。妥当でないと答えた 21.6%の診療所については、年間看取り数 0 人の診療所の割合 23.3%に近く、同一の診療所が看取り数 0 人かつ妥当でないと答えている可能性もある。

看取りの時間帯については、全体の 1/3 の 35.4%が夜間の看取りがなかったものの、64.6%は夜間に一度は看取っている。特に看取りの 50%以上が夜間帯である診療所が全体の 35.6%を占めており、昼夜の別なく在宅での看取りが発生していることがわかる。

夜間深夜の緊急往診については、在総診では 59.4%、在医管 30.6%、在医総 53.5% であり、半分以上の診療所で昼夜の別なく患家に赴いている。

夜間・祝祭日の緊急往診と看取りは 24 時間対応の骨子となる要件であり、この時間帯において患者をすべて病院に搬送させたり、訪問看護に任せ切りにする診療所が存在しないような監視項目の作成が待たれる。

従来、病院医療においては病院死があたりまえであった。つまり、病院医は病院 での看取りを前提に、その医療を組み立てていく傾向が顕著であった。しかし、今 や病院医の使命は患者の回復度によって

- a) 回復可能 → 治療して帰す
- b) 現状維持 → 病状の平衡状態を見極めて帰す
- c) 回復不能 → 生活の中で看取ることを視野に入れて帰す

ことであり、病院医に課せられた重要な目的は『病院死を極力回避する』ことである。

とすれば、ICUにおいて人工呼吸器を装着した患者に対する治療の継続・中止の 判断の類や、延命治療、または尊厳死・安楽死に対する解答のひとつとして、上記 c) が用意されるだろう。

つまり、回復不能・回復を望まない者の帰るべきところは「生活」である。「生活の中での生命感・生命観」と「病院の中での生命感・生命観」は異なる。患者がそこにいる「場」も、集う「人間」も、共有する「時間」も異なるのだ。生活の場に帰ることによって患者自身も家族もがその心の質を変容させるのである。生活を基盤とするいのちの問題を、病院を基盤として考えてゆくこと自体に問題があるのである。

ICU にいる人工呼吸器の脳死の患者も、経管栄養の植物状態といわれる患者も、安楽死を望む患者も、まずはすべて帰宅しよう。

「権利としてのいのち」を個人がいかようにでも扱えるような法整備をするので

はなく、生活に集うすべての事柄によって支えられている「全体のいのち」を感じることが必要なのである。生命を維持できる居宅環境を整えることにより、そこに寄り添う人たちから、個の権利としてのいのちではない、皆と共にある全体のいのちを受け継ぎ育ててゆくことが求められているのである。

その意味で、在宅療養支援診療所(仮称)の使命は重い。在宅療養支援診療所(仮称)が在宅医療に特化してゆくならば、重症高齢者等の希望する生活と看取りの場としての居宅を、あたりまえに提示することができるようになるだろう。

(6) 日本的特性と在宅療養支援診療所(仮称)

① 在宅ケアにおける情報の特殊性

(Jpn J Cancer Chemother 30(Suppl. 1):10-13, 2003)

近代的認識論によりどころを求める科学としての医学は、どの事象・病態にも通じる普遍的原理を求め、標準化・合理化することを目指した。EBMに基づく検査や治療はその一旦である。クリニカルパスの運用も同様である。

医療はその性質ゆえに、医療者と患者がもともと独立分離していることを前提としている。対象としての患者は、観察され操作されてきたのである。その独立分離の原則ゆえに、患者は単体として把握され、それを集めれば集合として統計分析が可能となる。患者は統計的全体の部分として扱われ、集合の中にその個性は埋もれた。「全体は部分の総和である」という集合論が普遍化を促進している。

このような、標準化できる情報の共有とともに、あるいはそれ以上に重要なこととして、異なる意味での情報の共有が、在宅医療と介護の現場ではおこなわれている。

医師が生活の場にゆき、患者とその家族―すなわち「生活者」と出会った場合、生活者の目には医師の姿が映り、その言葉が生活者の耳に届く。白衣を着ている医師が眼前にいると、言いたいことが言えずに押し黙る。その言葉が生活者につらく聞こえるときもあれば救われるときもある。医師が帰った後は重苦しい雰囲気がその家庭に立ち込めもすれば、バラ色にもなる。このように、生活者の世界では、医師は生活者から独立した存在ではなく、生活者の世界の中で作業をするがゆえに、その世界に多大な影響を与えている。

医師と相対した生活者は、もはや医師と分離独立した別個の存在ではなく、医師の影響を含んで変容した生活者となっている。つまり、医師が生活者から受け取る情報は、決して客観的に独立した情報ではなく、医師みずからが影響しその影響も含まれた全体としての情報となっている。

在宅ケアに関わる様々な職種の人が生活者と共に時間と場所を共有するたびに、その全体性は異なってくる(全体は部分の総和とは異なる)。この多様な違いこそが生活者の自由度の表現であり、そのひとつひとつがすべて正しい生活者像である。つまり、生活者の世界への窓口は多いほど多様性の情報量が多い。生活者の真意を多元的に測ることができるということになる。

もし仮に、情報の窓口を看護師のみにしてしまうと(医師が直接往診せずに、訪問看護師にだけ指示を出している場合など)、【看護師-生活者】の全体性【 】の情報が、あたかも生活者そのものの情報であるかのように伝達されてしまい、この

両者の関係性のみが十全のごとく幅を利かせてしまう。

医師が居宅を訪問せずに、この情報のみを真の情報として扱うと、生活者の全体 像から逸脱した指示がなされてしまう危険性が高い。

そこで、それぞれの全体性がすべて分かり合えるような「場」が必要になってくる。それが「サービス担当者会議」である。

② 生活情報の特殊性に基づく日本型在宅医療と在宅ケア

- 1) 在宅ケアに集う職種は多いほどよい。多元的な把握がより可能となるから。
- 2)同一の事業体からの職種は少ないほどよい。すべてを同一事業体に任せると、 生活者はその影響のみによる変容しかなされない。影響の単一化は変容の単 一化を招き、生活者の自由度を制限することになる。
- 3) 医療を含めたすべてのケア提供者は、みずからが相手を変容させる影響を与えていることに気づくことが必要である。自分の影響を含んだ生活者は、独立した対象ではなく、自分と共に全体として生きている存在であることを意識しなければならない。
- 4) したがって、医師は生活者との生の接点を持つことが必須であり、居宅に訪問しない医師は、自分の影響を基礎とした情報収集をみずから絶つことになる。在宅医療をしたことにならない。
- 5) 医師は生活者の生活全体の部分を形成している以上、生活者の要請に応じて 出向くことが当然であり、24 時間対応することとなる。
- 6) 在宅看取りが当然となる。
- 7) 医師一人の作業能力には限界があり、複数の医師による全体把握が基本となる。
- 8) 在宅ケアに関わる職種が、それぞれに生活者との全体性の中で得たものを、 生活者と共に披露して生活者の自由度を知るための場、すなわちサービス担 当者会議を開催することが重要である。これが最も真に近い情報の共有化と なる。
- 9)情報の開示と保護の両立が求められる。
- 10)生活者個々の権利が保障されなければならないと同時に、生活世界全体(絆)を維持してゆく努力(全体性の中での義務)も必要であり、この両立が求められる。

(7) おわりに

「24 時間 365 日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究」は、広く医療と介護の基盤整備と人材養成を狙ったものである。立ち遅れていた診療所医療が、在宅ケアの中核をなすべく在宅療養支援診療所として新装開店した。

事前指示の賛否、通院困難の規定、人材養成等、解決すべき問題はこれからである。しかし忘れてならないのは、生活者は対象として把握されるのではなく、医師をはじめすべてのケア提供者と共に(私も含まれた)その全体性の中で関係づけられ生きてゆくのである。その関係性の中には、誰もが納得する永遠の別れと、これから生まれてくる子供たちも取り込まれるのであり、看取り・少子化対策と在宅ケアは切り離せない

5) 基礎研究5:地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究

本研究は、世界稀に見る高齢化・疾病構造変化により年々増加する年間死亡者数の最大値 170万人に到達する 2038年に向けて、『最初の 5年間をどのように乗り切るか』について在宅医療計画を中心に検討したものである。2008年から 2012年の 5年間の実績次第で、以後の各都道府県・市町村の医療提供体制の円滑化・地域住民のニーズに応えるサプライの実現が決定されるといっても過言ではない。

国民のニーズ「最後まで家に住みたい=60%」はすでに明確であり残されているのはサプライの充実である。その達成のために重要な項目がいくつもある。

- (1) 在宅医療の充分な周知:行政はまず在宅医療を充分に理解し、地域住民・医療者の双方への周知を徹底することが第一歩である。
- (2) 説明責任: 生きていることは生活であり、医療者は自らの説明において①疾病論・ 症候論による身体情報の説明だけでは責任を果たしたことにはならない。②診 断・治療がその後の患者・家族の生活にどれだけの影響や変更を迫ることになる のか・その対処等についての生活情報を、①以上に充分に説明し了解を得る必要 がある。
- (3) 重症化への対応:年々の高齢化・高度医療化の結果、居宅移行する療養者の重症 化が進行している。高齢者・がん・難病・認知症等のいずれもが安心・安全な生 活を享受できるためには、「重症加算」に該当する療養者への充分な在宅医療提供 と居宅介護提供がなされなければならない。目標の一つは重症者の在宅生活を可 能にすることである。重度であっても母集団が少ない場合には重点的に支えるこ とが可能な「日本はどんな人でも生きてゆける」という社会の達成。
- (4) 生活の中での終焉:病院がすべての死を支える時代は終わっている。終焉を迎えるということは生きて生活した結果である。生活の中での終焉=居宅での看取りは、自宅であっても介護施設であってもそこが生活の場である以上は当たり前のことと感じることが大切である。医療も介護も行政も一体となって、去り行く人・残される人への充分なはからいができるように努めなければならない。在宅死を強制することではなく、当たり前に居宅での看取りが行える環境整備が求められる。
- (5) 単年度ごとの目標設定:在宅医療橋頭堡と在宅医療底上げ医療機関・在宅療養支援が可能な薬局・訪問看護ステーション・吸引等重症者対応が可能な施設及び訪問介護員の充分な配置とそれぞれの連携・質の確保、在宅医療教育の充実等を念頭に、単年度ごとの数値を設定しその目標を達成する。
- (6) その他:居宅生活を妨げるあらゆる規制についての見直し 行政担当者は本在宅医療計画の内容を熟知し、それぞれの地域における生活者の 視点から地域特性を考慮しつつも、医療の側面から当たり前の生活を住民に保障 できるように行動して頂きたい。
- 6) 基礎研究 6: 地域包括ケアにおける 24 時間 365 日医療提供体制の構築と人材養成戦略に関する研究(図は一部のみを本報告書に収載)

(1) はじめに

本研究は、年々増加する年間死亡者数が最大値 170 万人に到達する 2038 年に向けて、 居宅における安心・安全な 24 時間 365 日の医療提供体制を整えるために新設された、「在 宅療養支援診療所」が担う様々な機能についての調査結果を示したものであると同時に、 掲げる問題に対する今後の対策を示したものである。

高齢化・疾病構造変化は今後の医療提供体制に深く影響するものではあるが、すでに 2008 年から始まる今後 5 年間の医療計画の重点項目に「在宅医療」があり(平成 18 年度 厚生労働科学特別研究:地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究 総括研究報告書;都道府県・市町村の在宅医療計画に関するマニュアル.川島孝一郎)、在宅療養支援診療所が在宅医療の中心部分に関わることは間違いない。本研究の内容は、医療計画の中の在宅医療計画と密接に関連しており、始まったばかりの在宅療養支援診療所の適切な運営に関わる事項を、担当諸局間の密接な情報連携によって効率良く改善実行するための資料として使用して頂けるならば幸いである。

(2) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の成り立ちは、①旧寝たきり老人在宅医療総合診療料・②旧在宅時医学管理料・③在宅末期医療総合診療料のいずれかまたはその複数を登録していた診療所の内、約10,000ヶ所が新規に登録を行ったものである。したがって、外来診察の間に数人程度の寝たきり老人を訪問診療している所から、人工呼吸器・中心静脈栄養等の重症加算患者を多く訪問している所、がん末期に特化して年間100名以上をその居宅で看取っている所まで様々である。

その生い立ちは、元来の登録形態①・②・③の違いによるところが大きい。したがって、一口に在宅療養支援診療所といっても種々の形態があるわけで、この形態を判別することから、今後の機能評価がなされることになる。

(2) -1 実質稼動数

在宅療養支援診療所は約 10,000 ヶ所が登録された。在宅時医学総合管理料を算定しているのは約 90% (図診-1-1-1) でありこれが実質稼動数と考えられる。しかしその半数 42.3%は患者数 10 人未満の所であり、さらに、在宅療養支援診療所に登録しているが実際には稼動していないところが約 9.6%あった。

(2) -2 在宅医療主体型の在宅療養支援診療所

2006 年 12 月ひと月の重症者加算を算定している所は 41.8%であったが、10 人未満が 37.7%を占めた。重症者加算をひと月に 10 人以上算定しているところは 4.1%に過ぎない (図診-1-1-19)。

がんの看取りに大きく関係する在宅末期医療総合診療料を算定し、1年間の内に1人でもがん患者を在宅で看取った所は45.2%(図診-1-3-2)であった。

個別に分析を行ったところ、年間在宅看取り数が在医総管・在医総の総計で10人を超えた所は8.6%に過ぎない。

在宅医療に特化している診療所を示す目安として、医師 1 人が 1 日で訪問可能な在宅患者数は約 10 人と考えられている。この 1 日平均居宅訪問患者数が 10 人を超す所は、全体のわずか 9.2% (図診-1-1-59) である。逆に 1 日平均外来患者数が 20 人を超える所は 91.8% (図診-1-1-60) である。複数医師のいる診療所があるものの、多く (77.6%、図診-5-1-5) が 1 人医師であることから、外来主体の在宅療養支援診療所が多数である。

診療報酬に占める「在宅時医学総合管理料もしくは在宅末期医療総合診療料」の割合が 50%を越しているところ(在宅医療主体型)は全体の 8.2%であった。割合が 70%を越している所は 5.2%である。

以上のことから在宅医療を主体にしている、あるいは在宅医療に特化している在宅療養支援診療所は全体の約10%弱(全国で1,000ヶ所弱)と考えられた(在宅医療計画に関するマニュアルp33)。

在宅医療特化型診療所は仙台の例(図1)に見られるように、複数医師による24時間対応体制の下に、がん末期患者・重症加算対象者等を主体とする重症対応型の診療所である。仙台市内には、現在5ヶ所の同形態の診療所が機能しており(図2)、そのうち2ヵ所だけで、100万人都市仙台の年間がん死亡数2,500名のうち300名を在宅で看取っている(図3)。

2008年からの在宅医療計画において、その最終年度となる 2012年に年間 1,500 名(死亡総数の 25%)の在宅看取りを特化型だけで行うとした場合には、同形態の診療所があと $6\sim8$ ヶ所できることが望ましい(図 4)。

(2) -3 居宅における重症者管理(在宅ハイケア)

・在宅人工呼吸療法:在宅時医学総合管理料を算定している所の34.1%(図診-1-1-4)

が1人以上の人工呼吸器装着者を管理している。全国の在宅人工呼吸器装着者数は2,500~3,500人と考えられており、その多数に対

して在宅療養支援診療所が関与していると考えられる。

・在宅酸素療法 : 在宅時医学総合管理料を算定している所の 70.6% (図診-1-1-7)

が管理している。

・在宅中心静脈 : 27.6% (図診-1-1-10) が管理している。

・在宅成分栄養 : 46.6% (図診-1-1-13) が管理している。

・在宅腹膜透析 : わずか 0.7% (図診-1-1-16) であった。

全体としては 41.8% (図診-1-1-19) が重症加算を算定しているが、ひと月に 10 人以上を管理している所は 4.1%に過ぎない。

特に、在宅腹膜透析(連続携行式腹膜透析 CAPD)患者数が極端に少ない。この理由としては、①歩行可能な患者は外来通院で管理されているため ②腹膜透析を経過しないですぐに人工透析に移行する ③歩行困難な人工透析患者はすべて入院透析となっている 等の理由があると思われる。今後は以下のごとく、

- ・すぐに人工透析に移行するのではなく腹膜透析を経過する順序を確立すること
- ・透析自体を行うか否かを含め、腹膜透析の後に人工透析に移行するか否かについて も、身体情報だけでなく透析による生き方の変化を示す生活情報を十分に説明する ことが重要である。今後の透析の差し控えについての協議を患者・家族と共に考え ること
- ・長期入院となっている歩行困難な入院人工透析患者に関しては、介護保険の寝台車等による通院透析に切り替えて在宅医療に移行する。今後寝台車による頻回の通院 (週 2~3回)に対する介護保険等の適用について論議されること

等の措置を考慮すべきであろう。

従来、重症であることが入院の理由であったが、今日の在宅医療においては当たり前に重症者の居宅移行が可能である(在宅医療計画に関するマニュアル p45)。したがって、重症者管理が十分可能な「在宅医療主体型・在宅医療特化型在宅療養支援診療所=在宅医療橋頭堡」(在宅医療計画に関するマニュアル p33) をさらに増設する政策が必要であ

る。特化型の在宅患者疾患別割合を他病院との比較で示す(図5)。

人員不足については、個別に分析を行ったところ、特に年間看取り数 20 人以上の診療所においては、20 人未満の診療所に比べ医師数・看護師数の不足を問題視していた。対策として複数医師を抱える診療所(仙台型:在宅医療計画に関するマニュアル p132)に拡大可能な施策を行うか、あるいは外来主体型の在宅療養支援診療所が複数共同することにより、休日を交互にとることが可能な長崎在宅ネット型(在宅医療計画に関するマニュアル p133)(図 6 ・ 7 ・ 8)に再編すること等により、重症者対応可能な診療所として改善される必要がある。なお、在宅医療計画の目標値 25%に対して長崎型では在宅看取りが 30%に達している。

緩和ケア・難病ケアにおける医師の経験不足も約半数が懸念していることであり、今後在宅医療計画において知識・技術指導が望まれる(在宅医療計画に関するマニュアルpp52-55)。

患者・家族にあっては、在宅ケアにおける経済的な要素・介護力不足・家族の絆のいずれもが問題であると考えられている。

重症者の在宅ケアにおいて、在宅療養支援診療所の医師から見た病院に対する問題点としては、病院の在宅医療に対する無理解・在宅療養支援診療所の周知の不徹底・退院時共同指導の不徹底・緊急入院時の後方ベッド確保の困難さ等、いずれもが問題とされていた。

今後、病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底(図 9)、退院前の病院におけるサービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底が望まれる(在宅医療計画に関するマニュアル pp39-42)(図 10)。

訪問看護事業所・訪問薬剤指導管理を行う調剤薬局の不足は問題となっている。訪問 介護事業所についてはおおむね改善していると考えられていた。

(2) - 4 居宅における看取り

在宅時医学総合管理料を算定していて、在宅での看取りを行った所は全体の 63.7%であったが (図診 1-3-1)、年間 10 人以上の看取りは 7.8%であり、在宅末期医療総合診療料算定患者の看取り (4.1%) と合わせても 8.6%に過ぎない。

ただし、訪問診療料・往診料のみの算定で年間 1 人以上看取った所も 48.9%に達しており、在医総管・在医総にこだわらず看取りを行う診療所があることは、在宅医療の底上げに重要である。新設された在宅ターミナルケア加算(10,000 点)を算定した所は、在医総管を算定している場合 60.2%(図診-1-3-4)が該当したのに対して、訪問診療料・往診料のみ算定では、15.6%(図診-1-3-6)であった。今後、在宅看取りの底上げを行うためには、在宅ターミナルケア加算の算定要件の緩和を含めた検討が必要である。

夜間の看取りには比較的積極的であり、在医総管算定では 56.5% (図診-1-3-7) であったが、訪問診療料・往診料のみ算定では 36.5%に低下していた。夜間・休日の訪問診療点数を評価することにより、訪問診療・往診料のみの診療所においても夜間の看取りが確実に増えると考えられる。

(2) -5 訪問看護との連携

在宅時医学総合管理料を算定している所と、訪問診療・往診料のみの在宅医療を行っている所では、他施設の訪問看護を利用している所のほうが多いが、一方で訪問看護をまったく利用していない所も多い(図診 $-1-1-44\cdot46$)。

在宅末期医療総合診療料を算定している所では、自施設からと多施設からの訪問看護を行っている所がほぼ同数である(図診 $-1-1-39\cdot 42$)。訪問看護を利用していない所はごく少数 2.3%(図診-1-1-45)である。

今後がん患者・重症者加算患者の居宅での看取りに関する、在宅末期医療総合診療料・ 看取り加算を算定する患者数の増大によって、訪問看護の需要が高まることが予想され る。訪問看護の充実を考えるにあたっては、以下を評価すべきであろう。

- ・在宅訪問診療・往診のいずれも行わない医師の訪問看護指示がある在宅患者に対する医学的指導管理の医師の代行に関わる評価=訪問しない医師よりも、訪問する看護師を評価
- ・特別指示書・点滴注射指示書によって医療保険で訪問する場合の評価
- ・在宅末期医療総合診療料を算定しないがん末期患者に対して訪問看護を継続し、在 宅看取りを行った場合の訪問看護の評価
- ・重症者加算を算定している患者に対する訪問看護の評価

(2) - 6 訪問薬剤師(在宅療養支援調剤薬局など:在宅医療計画に関するマニュアル pp20-23) との連携

在宅末期医療総合診療料を算定している所では薬剤師が訪問している薬局と、患者・ 家族が薬局へ赴く場合とがほぼ同数(図診-1-1-51・54)である。

在宅時医学総合管理料を算定あるいは訪問診療・往診料のみ算定の場合には、患者・家族が薬局へ赴く場合が多い(図診-1-1-50・52・53・55)。急変しやすく常に目が離せない状態の重症者・がん患者・老老介護等に関しては家族が調剤薬局へ赴くことさえ困難な場合があることから、調剤薬局がこれまで以上に居宅訪問を行い、必要な薬剤指導管理を行い易くできるように計らい、評価することが必要である(図 11)。

(3) 診療報酬・介護報酬の算定要件と評価について

夜間の訪問診療・訪問看護(図診-2-1-4)・休日の訪問診療・訪問看護については、現行以上の評価を望む声が高かった。特に看取りを要件とする在宅療養支援診療所にあっては、更なる評価が実績につながると考えられる。

新たな評価を希望するものとしては、

- ・複数の診療所による連携体制
- ・身体障害者療護施設等の障害者施設への往診
- ・重症者に対する訪問看護
- ・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションによる、訪問介護事業所・施設介護 事業所・家族介護者への教育・指導・管理
- ・重症者への訪問サービス・通所サービスの提供 等が挙げられている。

(4) 居宅療養管理指導について

現在の居宅療養管理指導費は、区分支給限度基準額(要介護5では1ヶ月38,500点等)には含まれていない。年間300億円程度と考えられている。そのうち訪問歯科・訪問薬剤・訪問栄養管理についての居宅療養管理指導費はこれからも必須である。一方で、「医師による月1回の往診で算定される居宅療養管理指導」が多くを占めており再考を要す。

在在宅時医学総合管理料を算定する診療所は最低月2回の訪問診療を行い患者の状態 把握を恒常的に行っている。さらに、在宅療養支援診療所においては重症者加算対象者 に最低月4回の訪問診療を行い24時間緊急往診を行っている。

一方で、在宅時医学総合管理料を算定しない病院・診療所では、緊急対応を行わずに1 回の往診料+居宅療養管理指導を算定している。この差を点数に反映する必要がある。

今後の居宅における看取りの増加・重症者の居宅移行を考慮し、歯科及び栄養指導は NSTの観点から、訪問薬剤管理指導はがん末期に対する 24 時間体制の麻薬等の在宅使用 に必須である観点から、いずれも居宅における患者・家族に対する医療対応と居宅療養 管理の濃密度から勘案するとさらなる評価が望ましい。

以下のごとく居宅療養管理指導費を再考すべきと考える。

- ① 在宅療養支援診療所(24時間対応体制・居宅における看取り等)
 - →居宅療養管理指導費の据え置き
- ② 在宅時医学総合管理料を算定している診療所(定期訪問診療のみ)
 - →居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ③ ①②以外の病院または診療所(月1回だけの往診)
 - →居宅療養管理指導費の廃止または適正化
- ④ 訪問歯科·訪問薬剤·訪問栄養指導
 - →居宅療養管理指導費の評価
- ⑤ 『重要』: 今後増加すると考えられるがん末期・重症加算算定者等の重症在宅療養者に対応するためには、要介護度 4・5 に該当する重症者に対応可能な質の高い事業所が必要である。このために、すでに平成 12 年厚生省告示第 25 号 1 「特定事業所加算 (I)・(II)・(III)」が訪問介護事業所において算定可能となっている (表1)。しかし、この加算は区分支給限度基準額の中から支出されるために、相対的に利用者の必要時間数が縮小される難点があった。この点に鑑み、②③の居宅療養管理指導費の廃止または適正化を考慮しつつ、特に、重症者を多く扱っている訪問介護事業所の「特定事業所加算 (I)」に対しては、区分支給限度基準額からではなく居宅療養管理指導費からの支出を検討すべきである。これにより、訪問介護事業所の重症対応に見合った収益性が確保されるとともに、重症者の在宅移行が円滑に行われ、かつ利用者の必要時間が確保される。(当該加算においては基準の (7) が最も重要であり、届出日が属する日の前 3 ヶ月間に限定せず、要介護 4 又は 5 である者の割合 20%以上が恒常的であることが必要)

(5)後期高齢者の在宅医療

「後期高齢者医療制度について(平成 20 年 4 月施行関係)」において、在宅医療対象となる「疾病・傷病により通院困難な者」として 65 歳以上の寝たきり等の者が該当する。注意すべき点は、在宅療養支援診療所が受け持つ患者は単なる外来患者ではなく、病院における入院患者の在宅移行形であることである。外来は 1 時間で 15 人を診察できるのに対して、在宅医療ではせいぜい 1~2 人である。

2015年の高齢者介護研究にも示されるように、高齢者の60%以上が最後まで居宅生活を続け居宅での看取りを希望している現状のニーズに対して、ニーズを達成するサプライを提供する主たる機関としての「在宅療養支援診療所」が受け持つ患者に対しては、居宅での終焉を希望する高齢者・重症者・がん末期患者等への適切な在宅医療と緩和ケア及び看取りの提供を前提として、さらに充実した診療報酬体系が作られることが望ましい。

(6) 在宅療養支援診療所の適正配置について

今回の在宅療養支援診療所に対する悉皆調査では、回答数 1,152 (91.8%) のうち、年間 10 人以上の看取りを行っている所は全体の 12.4%であった。割合は少ないが、この診療所の普及如何によって、在宅における生活の維持と生活の結果としての居宅における 看取りが可能となるか否かが決まるといっても過言ではない。

本調査において、人口 10 万人以上の都市で年間 10 人以上の看取りの回答が得られなかった地域を表示している。合わせて 10 人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所がある市区町村を表示した。

10 人以上の看取りの回答がなかった都市が多い都道府県は、北海道・北東北・関東一円・北陸・東海・九州であった。10 人以上の看取りの回答があったところは、南東北・東京都区部・甲信越・近畿・山陽であった。この分布は、すでに在宅医療計画報告書に記載されているように、在宅看取り率の高低分布とも一致する。

回答がなくても、すでに 10 人以上の看取りを行っている在宅療養支援診療所が存在するのかもしれないが、今回の回答がなかった 10 万人以上の都市においては、是非とも在宅看取りが普通に行える診療所を早急に設立する方向で検討が始められなければならない。

今後 10 万人以上の都市には、年間 10 人以上の看取りを行う在宅療養支援診療所を配置し、さらに人員増加等による当該診療所の機能拡大を図り、十分な地域住民のニーズに答える供給がなされるべきである(図 12)。

表 1 特定事業所加算

【別に厚生労働大臣が定める基準→平成12年厚生省告示第25号1】

- イ 特定事業所加算(I) 次に掲げる基準のいずれにも適合すること
 - (1) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等(登録型の訪問介護員等(あらかじめ指定訪問介護事業所に 登録し、当該事業所から指示があった場合に、直接、当該指示を受けた利用者の居宅を訪問し、指定訪問介護を 行う訪問介護員等をいう。)を含む。以下同じ。)に対し、訪問介護員等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、 研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定していること。
 - (2) 次に掲げる基準に従い、指定訪問介護が行われていること。
 - (一) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
 - (二) 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、 当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから 開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。
 - (3) 当該指定訪問介護事業所のすべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。
 - (4) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上であること。
 - (5) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等のうち三級課程の訪問介護員がいないこと。
 - (6) 当該指定訪問介護事業所のすべてのサービス提供責任者が五年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。
 - (7) 届出日が属する日の前三月間における利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護四又は要介護五である者の占める割合が100分の20以上であること。
- ロ 特定事業所加算(Ⅱ) イの(1)から(6)までに掲げる基準のいずれにも適合すること
- ハ 特定事業所加算(Ⅲ) イの(1)から(3)まで及び(7)に掲げる基準のいずれにも適合すること

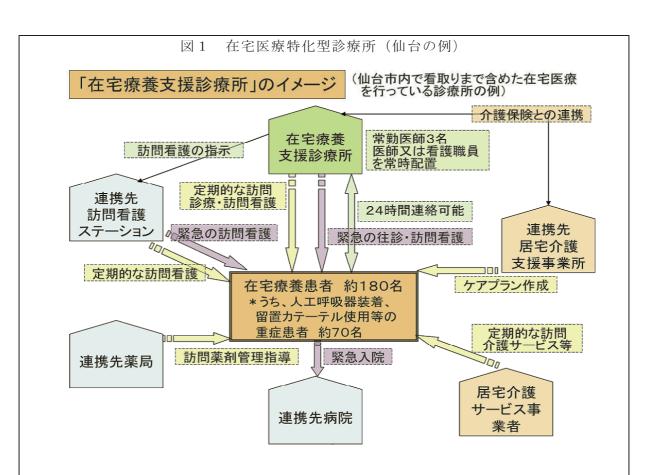


図2 仙台市内の在宅医療特化型診療所

在宅医療特化型 在宅療養支援診療所 **S** 診療所(重症型) 100人/年 1996年 ○ 診療所(がん専門) 200人/年 1998年 H 診療所 20人/年 2000年 2006年 1 診療所(がん専門) 18人/年 今年開業 M 診療所 2007年

図3 仙台市内の在宅看取り



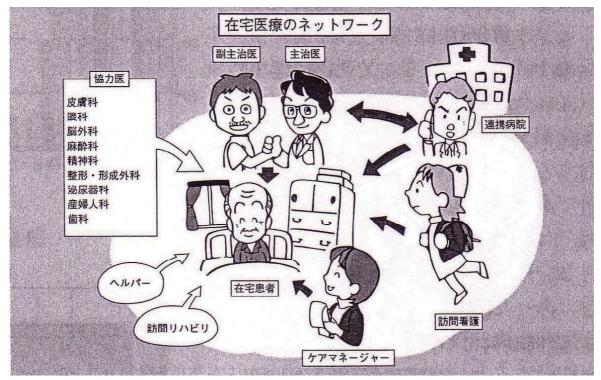
図4 在宅医療計画における仙台市の目標



図5 重症患者数の比較(20	005	年)
----------------	-----	----

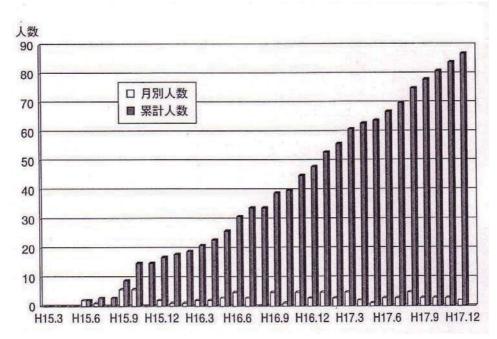
施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S病院	698	10	62	64	20
T病院	500	6	72	40	20
K病院	383	17	35	27	5
S診療所	178	33	55	10	67

図6 長崎在宅 Dr. ネットにおける連関図



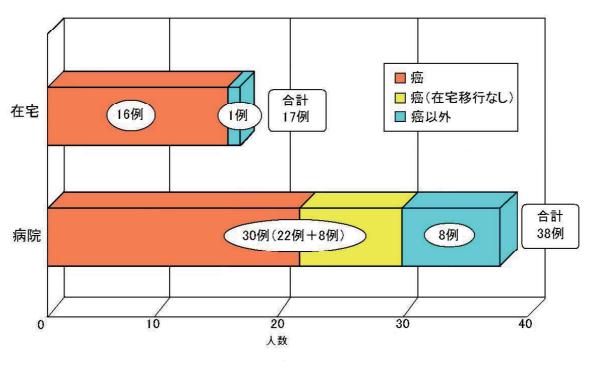
藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践 長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月 (第 726 号) より





藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践 長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月 (第 726 号) より





藤井卓・白髭豊 長崎在宅 Dr. (ドクター) ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践 長崎県医師会報 別冊 平成 18 年 7 月 (第 726 号) より

図9 病院の医師に対する在宅医療及び在宅療養支援診療所の周知の徹底

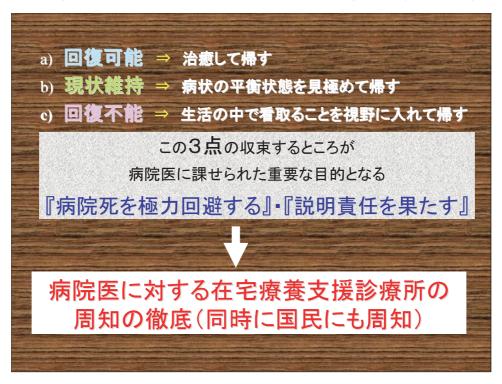
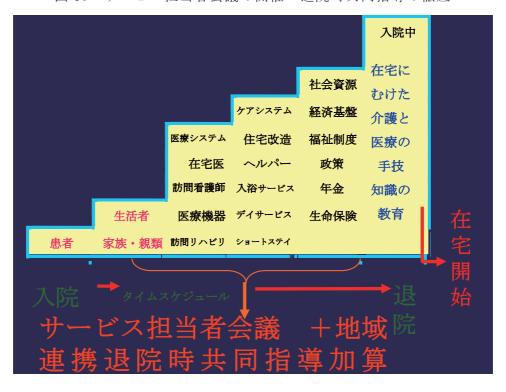


図 10 サービス担当者会議の開催・退院時共同指導の徹底



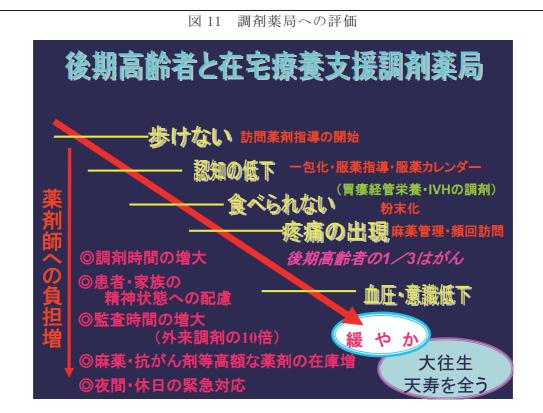
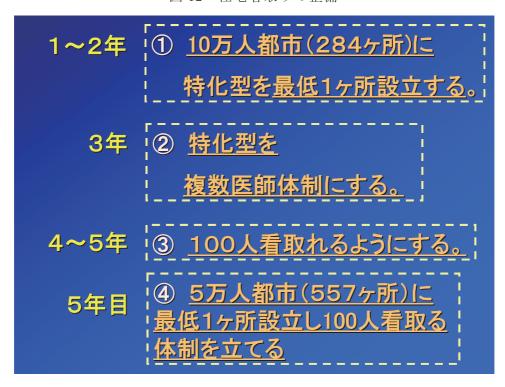


図 12 在宅看取りの整備



(2) その他の先行研究

住み慣れた自宅や高齢者入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではないことなどが考えられる。在宅医療の提供体制、及び本人意思の確認に関して行われた先行する調査のなかで、重要なもののみ挙げる。

1)特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究(医療経済研究機構)

【要旨】

わが国の高齢者は、自宅で亡くなりたいという希望が多いにもかかわらず、最期は病院で亡くなるという、希望と実態のギャップを指摘されて久しい。特別養護老人ホーム(以下、「特養」という)は、生活の場と位置づけられているために自宅と類似の側面を持つ。住み慣れた特養で自らの終末を迎えたいと希望する入所者、あるいは迎えさせたいと考える家族も少なくない。特養における医療体制にはさまざまな制約があり、終末期段階で医療が必要となった場合、対応が難しいケースがある。そのため、特養で看取りまでを含めた終末期対応は難しいという見方がある。

先行研究や既存統計から、施設内での看取りまでを含めた終末期対応を実施している特養がある程度存在することは明らかであるが、その実態や内容は十分に明らかにされていない。本研究では、看取りまでを含めた特養の終末期対応の実態を把握し、特養内死亡が可能な特養の特性を探求することにより、特養における終末期ケアの社会的合意を形成するうえで活用できる情報を提供することを目的として調査研究を実施した。

1. 方法

本調査研究は全国調査とケーススタディ調査の2種類の調査から構成した。

(1)全国調査

対象は WAMNET 掲載事業者から 3,000 施設を無作為抽出した。質問紙を用いた郵送調査であり、記入日時点の状況について回答を求めた。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝えた。調査期間は平成 14 年 11 月 22 日から 12 月 25 日であった。

質問項目は、①施設の基本属性、②施設内医療体制、医療等の実態、③施設の基本方針、対応体制、④希望の確認、受け入れ、⑤退所者の状況、⑥死亡退所者の実態、⑦今後の方針、課題という7つの視点から設定し、3種類の調査票を作成し調査を実施した。

1) 施設に対する調査(基本調査)

施設の基本属性、医療体制、医療等の実態、退所者の状況、施設の基本方針、今後の課題等を調査した。特に方針に関する部分は施設長または施設長に準ずる方(以下、単に「施設長」とする)に回答を求めた。

2) 死亡退所者に関する調査(死亡退所者調査)

死亡退所者の属性、死亡場所、医療処置の実施状況、死亡場所について職員が把握

した本人・家族等の希望等を調査した。基本調査を実施した 3,000 施設のうち 2,000 施設に対し、直近の死亡退所者 5 名分の記入を依頼した。

3) 職員に関する調査 (職員調査)

施設内での看取り経験と意識、終末期ケアに関する関心、理解、今後の施設内の終末期ケアのあり方、課題等を調査した。基本調査を実施した 3,000 施設のうち 1,000 施設に対し、介護職員、看護職員 2 名ずつの記入を依頼した。

調査対象とした 1,791 施設から回答を得、回収率は 59%であった。このうち、記載に不備のなかった 1,730 施設 (57%) を分析対象とした。母標本と回収標本について、所在地(都道府県別)、所在地(市部・郡部別)、定員を比較した。

凶表	1	回収状况

	基本調査	死亡退所者 調査	職員調査
発送数	3,000(100%)	1	4,000(100%)
回収数(率)	1,791 (59%)	5,376	2,200 (55%)
無効票	61	283	80
有効回収数(率)	1,730 (57%)	5,093	2,120 (53%)

分析は、単純集計と設問間のクロス集計を実施した。死亡退所者票と職員票については施設の基本属性とのクロス集計も行った。また特に、①特養内死亡比率の高い(低い)特養の特性、②死亡退所者の死亡場所別(特養内、病院)の特性について整理した。

(2) ケーススタディ調査

終末期ケアに積極的に取り組んでいるとされる特養を全国から 4 ヶ所選定し、施設 概況調査、家族アンケート調査、家族インタビュー調査を実施した。

アンケート調査は郵送調査とし、発送は施設を介し、回収は調査機関へ直接返送する形式とした。調査依頼状を同封し、調査の趣旨、調査結果は統計的に処理すること等を伝え、調査は無記名式とした。調査期間は平成14年12月から翌1月であった。当該施設内の医療、介護体制に関する認識、終末期の医療や介護に関する希望等、終末期ケアに関する本人、家族間の話し合いの状況等を調査した。

インタビュー調査では、施設サービス計画(ケアプラン)に対する感想、医療需給の状況、終末期の医療・介護に関する希望等を調査した。インタビュー実施に先立って改めて調査の趣旨、調査結果の扱い等を口頭で説明した。

ケーススタディ調査は調査対象施設やインタビュー調査対象者において偏りがある ことを認識した上で実施した。

2. 結果

(1) 退所者の状況

本調査回答 1,730 施設において、過去 1 年間の退所者数は 18,744 人、そのうち約75%は死亡退所であった。死亡場所は病院・診療所等が退所者全体の47.6%、特養内が同28.6%であった(図表3)。

(2) 調査対象施設の医療・看護体制

医師の体制は、常勤医がいる施設は 5.0%に留まったが、内科嘱託医がいる施設は 93.9%であり、約 9 割の施設には内科の嘱託医がいた。夜間は「必要に応じて訪問」が 44.9%、「電話での指示」が 39.5%となっていた。休日についても同様であった。看護職員が夜勤体制に含まれることは少なく(5.2%)、「オンコール体制」をとる施設が 54.8%であった。勤務時間外の電話対応は「月 3-5 回」、呼び出しは「月 1、2 回」という回答が多かった。

協力病院または同一法人、関連法人が運営する医療機関に隣接している施設は17.1%であった。

(3) 医療等の状況

特養内で対応する医療、実際に対応した医療処置は、「じょくそうの処置」が 9 割を超えもっとも多く、次いで「点滴」「カテーテル」「胃ろう(による栄養補給)」であった。休日や夜間の対応が必要と考えられる医療処置も比較的実施されていた(図表 4)。

また調査日時点で、対象施設の定員総数の4%が入院中で、24.1%は施設外の病院、診療所へ通院または往診、訪問診療を受けていた。

(4)終末期ケア、特養内死亡への対応体制

入所者が施設内でなくなることについての基本方針は、「原則として速やかに病院等に移すようにしている」が過半数を占めた。「原則として施設内で看取る」、「特に方針はない」はそれぞれ 20%程度であった(図表 5)。

入所者本人や家族から施設内で亡くなりたいとの希望があった場合、約7割は「原則的に受け入れる」としている(図表6)。

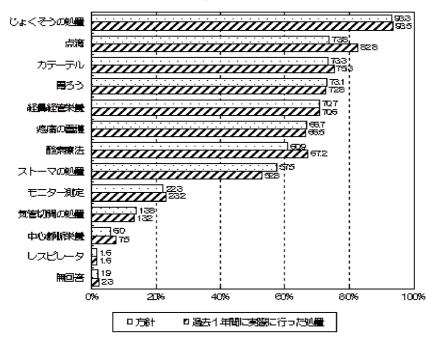
図表 2 調査対象施設の概要

		1	
基	開設·運営主体	社会福祉法人立	85.6%
本	入所定員	31~50人	40.1%
属	/\//Æ	51~81人	33.3%
性	開設年	平成5年~平成9年	22.8%
	#IDX+1-	平成10年以降	23.0%
	1人部屋の割合	0%超15%以下	21.4%
	ユニットケア	実施	13.4%
	直接処遇職員比率	2.5人超3.0人以下	46.8%
DE-	常勤医	いる	5.0%
医 療	内科嘱託医	いる	93.9%
/原 看 護	嘱託医の夜間体制	必要時には一般に訪問し てもらえる	44.9%
体制		電話で指示を得ることが できる	39.5%
	緊急時の対応(MA)	嘱託医に連絡する	69.9%
	 発達時の対応(MA)	協力病院に連絡する	64.6%
	協力病院等	あり	17.1%
		夜勤体制に看護職員は 含まれる	5.2%
	看護職の夜勤体制	ローテーション/こより含ま れることがある	3.5%
		オンコール体制	54.8%

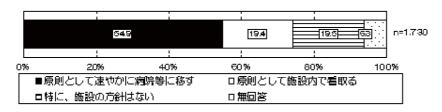
図表 3 退所者の状況

				回答施設 全体(人)	割合
退所者	数(内訳の合計	18,744	100.0%	
	死τ	退所者数		14,370	76.7%
		死亡場所	施設内	5,352	(28.6%)
			病院·診療所	8,927	(47.6%)
			自宅	91	(0.5%)
	他於	包設、病院、	自宅等への退所	4,374	23.3%

図表 4 施設内医療の実施状況



図表 5 特養内死亡についての 基本方針



図表 6 希望の受け入れ



終末期ケアに関するガイドラインやマニュアルが「ある」施設は 12.0%、「なし」が 79.1%であった。職員間における終末期ケアのあり方に関する共通理解は「あると思う」 「ほぼあると思う」合わせて 3 割程度であった。同じ設問に対して施設長の回答をみると、「あると思う」「ほぼあると思う」合わせて 6 割で職員における割合の 2 倍であった。 両者の間に認識の差があることが明らかになった。

終末期ケアについては、看護職、介護職ともに 8 割以上が関心をもっていた。施設内外の研修等への参加状況は 2、3 割程度であり、施設内の場合は「研修や勉強会は開催されていない」という回答が 7 割をしめた。

入所者の看取り経験が「全くない」施設長、職員(看護、介護)それぞれ、25%程度いた。「5回以上ある」は看護職が45.8%、施設長が43.8%、介護職員が31.9%であった。 入所者の看取りに立ち会うことについては、「どちらともいえない」が最も多く(看護職47.3%、介護職43.0%)、次いで「できれば立ち会いたい」が多かった(看護職28.8%、介護職27.0%)。看取り経験が多くなるほど、回答が積極化する傾向がみられた。施設内の看取りは肉体的、精神的にも負担となる面があると考えられるが、職員にとっては積極的な意味を持ちうる行為であることが示唆された。

(5)終末期ケアの希望の確認と受け入れ

7 割程度の施設では本人・家族に対して入所時に特養内死亡についての一般的な方針の説明を行っていた。入所者や家族に対する亡くなる場所についての希望確認時期は「状態の変化時」が 76.6%、「入所時」が 55.0%、「日常のケアの中で」が 37.1%であった(MA)。

入所者本人の希望を職員に推測してもらったところ、「当該施設内で亡くなりたいと思っていたようだった」という回答が 14.6%、「最期は自宅に戻りたいと思っていたようだった」という回答が 8.3%であり、両者をあわせて分かると判断した割合は 3 割に満たなかった。分からないという回答が 7 割を超えていた。同様に家族の希望については「当該施設で亡くならせたいと思っていたようだった」が 44.5%、「病院で亡くならせたいと思っていたようだった」が 21.7%、「分からない」が 23.0%であった。何らかの家族の希望は把握されていた入所者が 7 割を超えていた。

家族の希望通りの死亡場所であった死亡退所者は 51.4%と約半数であり、特に、施設内で亡くなった人については、「家族の希望通り施設内」という回答が 84.9%と高い割合であった。なお、本人の希望については 74.9%がわからないと回答していた。

図表 7 特養内死亡比率の高い(低い)施設の特性

		高い(40%以上群)	低い(40%未満群)
		n=605	n=592
開設年	昭和53年以前	21.3%	17.2 %
	平成10年以降	13.1%	26.2 %
隣接病院あり		21.3%	15.0%
内科医の夜間体制	必要時には、一般に訪問してもらえる	67.3%	34.3 %
	電話で指示を得ることができる	23.5 %	49.5 %
	原則、夜間は対応してもらえない	7.4%	14.0%
緊急時 の対応 (MA)	嘱託医に連絡する	82.0 %	66.2 %
	協力病院に連絡する	52.4 %	71.1%
施設内での医療処置対応	点滴	83.3 %	70.6%
(MA)	経管栄養	77.4K	69.3 %
	酸素療法	69.3 %	57.8 %
	モニター測定	28.3%	19.3 %
特義内死亡への基本方針	速やかに病院等に移すようにしている	25.3 %	70.3 %
	特義内で看取るようにしている	34.4 %	10.3%
	特に、特義の方針はない	30.4%	13.7 %
希望の受け入れ	原則的に、受け入れる	92.4 %	59.8 %
	家族の付き添いがあれば、受け入れる	5.3 %	20.1%
	希望があっても受け入 れられない	1.5%	18.4 %
職員間の共通理解	あると思う	47.4%	23.1 %
	ほぼあると思う	33.7 %	29.6 %
	経験年数、職種で異なる	16.4 %	37.2 %
	ほとんどないと思う	0.8 %	7.8 %
方針の説明あり		85.5%	71.8 %
専用の居室あり		66.3%	42.9 %
遺族へのサホ∿ト	遺族 への精神的ケアを行っている	21.8 %	13.9 %
	特段のケアは行っていないが、交流のあ		
	る造族もある	50.1 %	52.7 %
	特に遺族のケアや交流等は行っていない	25.8 %	26.5 %

図表 8 死亡場所別 死亡退所者の特性

項目		当該施設内 (1,811人 35.6%)	病院等 (3,242人 63.6%)
年齢	平均年齢	平均88.4±7.3歳	平均86.4±7.6歳
性別	男性	23.1%	31.1%
	女性	76.6%	68.7%
自立度等	要介護度:要介護5	58.9%	43.7%
	寝たきり度:C	67.7%	47.5%
	痴呆の程度:IV+M	57.2%	45.8%
入所期間	平均入所期間	平均4.8±4.5年	平均3.7±3.6年
有していた傷病		ほとんどの傷病で	で差はみられない
	死因順位	①老衰 31.3%	<u> ①肺炎 32.7%</u>
直接死因		②心不全 22.6%	②心不全 25.2%
		③肺炎 17.7%	③がん 8.2%

(6) 特養内死亡比率の高い施設の特性

死亡退所者のうち、特養内で死亡した人と、病院・診療所で死亡した人の合計に対する特養内死亡の比率を求めたところ、中央値は 40%であった。この中央値で 2 分し

て、特養内死亡比率の高い特養、低い特養として、特性を比較した(図表7)。

特養内死亡比率が高い特養の特性としては、まず、施設としての基本方針を「原則として、施設内で看取る」と明確にしていることがあげられ、施設の方針が実態を反映している。また、入所時に施設の基本方針の説明を入所者や家族に行い、施設内で亡くなりたいという入所者や家族の希望は原則的に受け入れる施設の割合が高い。

医療対応の面では、「隣接病院がある」、「(嘱託あるいは常勤の)内科医に夜間・休日でも必要なときに訪問してもらえる」、「施設内で実施する方針の医療処置の内容が多い」等、施設内で対応できる医療処置の範囲が広く、また、隣接病院からのサポート、あるいはいざというときの対応が期待できる施設であれば、特養内死亡比率が高い傾向がみられ、医療対応の重要性が示唆された。しかし、直接処遇職員比率、看護職員の夜勤体制については差がみられなかった。

また、亡くなることに備えた専用の部屋がある、職員に終末期のあり方に共通の理解があると考えられる施設で特養内死亡比率が高かった。

開設年が平成10年以降の新しい施設では、特養内死亡比率が低かった。

(7) 死亡場所別 死亡退所者の属性

死亡場所別の死亡退所者の属性を比べると、特養内死亡者のほうが、平均年齢が高く、女性が多い。平均入所期間は長く、要介護度、寝たきり度、痴呆の程度も重い傾向がみられる。ただし、有していた傷病には差はみられない。

直接死因の順位をみると、特養内では、老衰が第一位であったが、病院等では、肺炎が第一位であった(図表 8)。

(8) 施設内死亡の状況

亡くなった時間帯は、職員数が少なくなっていると思われる夕方から朝にかけて(18時から8時)が57.4%と半数を占めていた。死亡時の立会い者は「介護職員」が90.4%、「看護職員」が84.4%、「医師」は66.4%、「家族・親類」は43.4%であった。

死亡時期の予測については、約7割がある程度の予測が出来ていた。

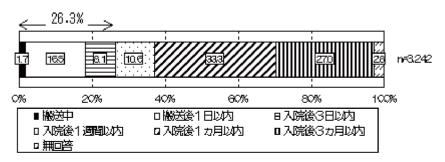
死亡前には、6割程度が経口摂取が不可能になっていた。

(9)病院で死亡した場合の搬送や入院の状況

医療機関への搬送(移動)方法については、「通常の搬送」が65.1%、「救急搬送」が34.2%であった。搬送理由は「その他状態の急変」が56.1%と最も多かった。死亡時点は「搬送中」が1.7%、「搬送後1日以内」が16.5%で、入院後3日以内を合わせて26.3%であった(図表9)。

死亡時期の予測は65.8%が「搬送時点では予測できていなかった」と回答している。 搬送前2週間以内に、施設内で実施した処置は、「点滴」は27.6%、「酸素療法」 が17.9%と多かった。これらの割合は、特養内で死亡した者に対して死亡前2週間以 内に実施された割合よりそれぞれ低かった。





(10) 今後の方針

終末期ケアについての今後の方針については、「施設内で亡くなることも含め、対応したい」が 65.0%と最も多い。次いで「条件が整えば対応を考えていきたい」が 16.8% となっている。「施設内で亡くなることには対応しない方針だが、終末期ケアについては充実を図っていきたい」は 9.0%であった(図表 10)。

一方、職員は、看護職員、介護職員ともに「可能な限り看取った方がよい」が最も多く(看護職員 47.4%、介護職員 48.9%)、次いで「どちらともいえない」が多い(ともに 38.9%)。「可能な限り看取った方がよい」「積極的に看取った方がよい」を合わせると約 5 割が看取った方がよいと考えており、看取らない方がよいという意見を上回っているものの、「どちらともいえない」という回答が約4割を占めている。

終末期ケア実施にあたっての課題としては、施設長の回答では、「医師、医療機関との関係強化」が54.7%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上(38.1%)」「居室等の環境整備(34.8%)」であった。看護職員の回答でも「医師、医療機関との関係強化」が44.9%で最も多く、次いで「職員の知識・技術の向上(40.4%)」が挙げられた。

一方、介護職員では「職員の知識・技術の向上」が 53.4%で最も多く、次いで「医師、医療機関との関係強化 (37.3%)」が挙げられた (図表 11)。

(11)家族の希望、意識

今回の家族調査の対象者は施設が選定しており、施設ケア全般に関し高い意識を持つことが予想され、調査対象集団としては偏りがあることに留意する必要がある。そうした前提のもと、終末期ケアに関する家族の希望、意識を概観してみる。

終末期の医療やケアは日頃の施設ケアの延長にあるものとして、必ずしも施設・家族の双方が改めて認識していない。例えば、ケアプランの認識状況をたずねてみると、「ケアプランを見たことがない」、「説明を受けたことがない」という回答が多く聞かれた。さらに、当該施設でできる医療の範囲についても、施設としては、入所時に本人・家族に説明したと認識していたにも拘らず、ほとんどの家族は具体的な情報は持っていなかった。

終末期に受けさせたい医療や介護について、ほとんどの家族は「痛みを取り除く程度の医療」は受けさせたいが、積極的な治療による「延命」は望まないとしていた。 しかし、その医療内容について具体的なイメージを持っているわけではないようである。

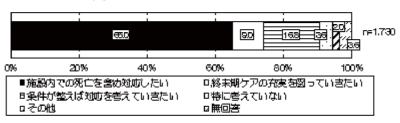
終末期の迎え方については、本人の意思を尊重したいという意見が多かった。しか

し、家族は本人の意思を確認することが出来ず、その役割を施設側に期待している意見も多かった。

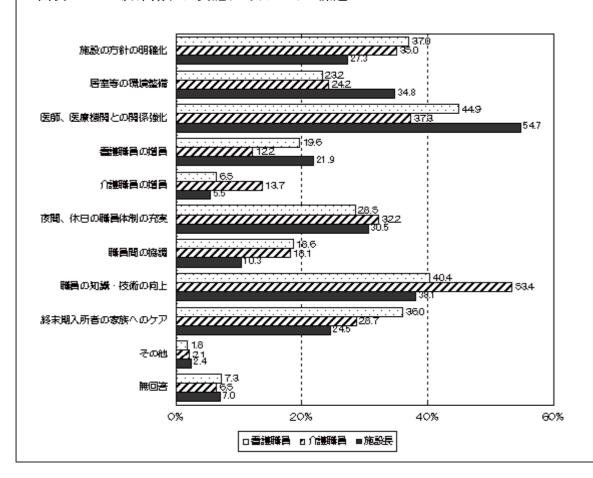
家族は終末期ケアに関する希望は持っているものの、具体的なものではなく、また 判断材料となるような施設ケア、医療の提供体制関する情報、さらには入所者本人の 意思も十分に把握できていない様子がうかがわれた。

最終的には、主介護者である家族に判断が委ねられる場合が多いが、施設側は判断 に必要な情報を積極的に提供すべきであろうし、同時に家族も情報を得る努力をすべ きであろう。

図表 10 今後の方針



図表 11 終末期ケア実施にあたっての課題



2) 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究(医療経済研究機構)

わが国では要介護高齢者が自らの人生を閉じる場所として住み慣れた自宅や高齢者 入所施設を選択しても、結果的に医療機関で死を迎える人が多い。この原因として、現 在の医療・介護の提供体制の問題や、本人や家族の意思を反映する仕組みが十分ではな いことなどが考えられる。このような背景のもと本研究では、これらの問題の解決に資 するような示唆を得るため、スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者 に対する終末期のケアの実態、また高齢者ケアの方針を決定するための意思決定プロセ ス等を調査した。この成果が、今後のわが国における要介護者高齢者の終末期ケアのあ り方を検討する際の基礎的な資料として活用されることを期待する。

(1)調査の目的

スウェーデン、オランダ、フランスにおける要介護高齢者、とりわけ死期が近づいていると考えられる高齢者ケアの実態の把握、ケア方針を決定するための意思決定プロセスを調査することを通じて、高齢者自身の終末期ケアに対する意思を最大限尊重し、自宅や介護施設・ケア付き住宅などで死を迎えるための環境整備の検討に資する参考情報を収集する。

(2)調査対象

介護施設やケア付き住宅において死期が近いとみられる重度の要介護者に提供される医療・介護サービスを調査対象とした。

また、調査対象国は税財源を基盤としてサービス提供をしている北欧諸国からスウェーデン、1968年という早い時期に長期療養を対象とした AWBZ *1 を創設したオランダ、公的医療保険制度が浸透し、介護給付制度も創設するなど制度面で日本と比較しやすいフランス、以上 3 カ国とした。

(3)調査内容

以下の内容について調査を行った。

- 1) 介護高齢者の居住場所と利用している医療・介護サービス
- 2) 介護施設やケア付き住宅における死期が近づいたときの対応
- 3) 死期の近い要介護高齢者に対する医療の提供(ケーススタディ)
- 4)終末期ケアに関する意思確認の仕組み

/等

(4)調査の結果

- 1) 高齢者の居住場所
- ①高齢者入所施設(介護施設・ケアつき住宅)の種類

スウェーデンの場合、個別に分類されてきたサービスハウス、ナーシングホーム、 老人ホーム、グループホームといった「施設」はエーデル改革以後、特別住宅(または ケア付き住宅)として統合され、「施設」ではなく「住居」と位置づけられた。各種特別 住宅(ケア付き住宅)があるが明確な違いはない。

オランダの場合、ナーシングホーム、高齢者ホームがある。また自立した生活が可

能な高齢者を対象としたシェルタードハウジングがあるが明確な定義はない。

フランスの場合、高齢者入所施設と長期療養病床に分けられる。高齢者入所施設には高齢者ホーム、高齢者アパート、公的病院内の高齢者ホーム部と呼ばれるものがある。

②介護施設・ケア付き住宅に入所している者の割合

介護施設・ケア付き住宅で生活している者の割合を比較すると、スウェーデンでは 8%、オランダでは 7%、フランスでは 4%となっている。

フランスは日本と同様に、医療施設に長期滞在することができるが、スウェーデン、オランダでは医療施設は急性期患者のみを対象としており、要介護高齢者が長期にわたって滞在することはほとんどない。

③介護施設・ケア付き住宅の入所期間

オランダの場合、ナーシングホームが約1年半、高齢者ホームが約3~4年、フランスの場合、高齢者施設が約3年、長期療養病床が約2年となっている。スウェーデンの場合、まとまったデータがなかったが一般的にナーシングホーム系の方が重度要介護者になってから入所するため利用期間が短く、老人ホーム系は自立度が比較的高い段階で入所するため利用期間が長い傾向がある。

いずれの国も、介護の必要性の高い高齢者を対象とする施設は入所期間が短い傾向 があった。なお、日本の場合、特別養護老人ホームの入所期間の中央値は3年程度で ある。

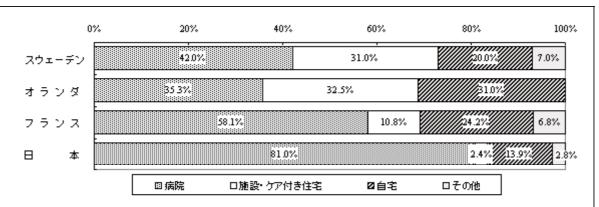
④介護施設・ケア付き住宅入所の場合の費用負担

いずれの国も利用に際して所得制限はないが、自己負担は所得に応じた設定になっていることが多く、高所得者ほど自己負担が多い。

フランスでは日本と同様に長期療養病床があるが、長期入院した場合の自己負担額 は高齢者入所施設とほぼ同等の高額になるため、施設ではなく長期療養病床を選択す るという経済的インセンティブは働かないと考えられる。

⑤要介護高齢者の死亡場所

オランダ・スウェーデンでは施設・ケア付き住宅で死亡する人が3割を超え、フランスは1割程度となっている。



(注)「ナーシング≒ーム・クア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Social styrelsen Dögen angår oss alla による1996 年時点(本編 p48) オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998 年時点(本編 p91) フランス: Institut National des Études Demographic による1998 年時点(本編 p137) 日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000 年時点

- 2) 介護施設・ケア付き住宅におけるサービス提供内容
- ①医師・看護師の人員配置、看護師への権限委譲

いずれの国も、人員配置のガイドラインはない。施設の種類および個々の施設において差異がある。

スウェーデンでは、看護師がいる施設といない施設がある。いない施設の場合は地域看護師が訪問し在宅での訪問看護同様 24 時間対応している。ナーシングホームでは技能が高く権限を持つ看護師が多い。また家庭医の訪問は少なく看護師やケアスタッフに任されている。

オランダのナーシングホームではナーシングホーム医と看護師が常駐し医療・看護 を提供する。看護師は夜間も常駐しており看護師の能力に応じて、医師が権限委譲す るケースもある。

フランスの高齢者ホームでは医師は非常勤のことが多く、入所者は基本的にかかり つけ医の診察を継続して受けている。看護師は日中のみの配置など比較的少ない。

②医療機関の利用

オランダでは、ナーシングホーム医が日常的な医学的ケアを行うことができるため、病院の利用は病院でしかできないような医学的処置が必要であると認めた場合に限られる。

スウェーデン、フランスの場合も、同様に急変や手術の必要な怪我など医学的に何かできるときのみ病院を利用する。

③死期が近づいた場合の医療機関の利用

いずれの国でも介護施設・ケア付き住宅の看護師や介護スタッフは死の看取りに慣れているため、最後まで必要なケアを提供することが出来、病院へ転送することは少ないとの意見が多く聞かれた。

④死期が近い要介護高齢者に対する積極的医療の提供

はっきりとした意思表示ができない程度に痴呆が進行し、自力で嚥下不能なほど ADL が低下している要介護高齢者が肺炎に罹ったケースを提示し、その対応(抗生物

質投与の有無とその方法、経管栄養の実施、呼吸困難に対する処置、心停止直後の心臓マッサージ等)をインタビューした。このような状況の対応について、いずれの国においても国レベルのガイドラインは作成されていなかった。

インタビューの結果、各国とも抗生物質の投与について年齢による区別は行っていないが、点滴での投与は医療機関以外ではまれなようである。経管栄養については回復の見込みの少ない場合、胃ろうを作るなど人工的な処置を行うケースは少ないとの意見が多かった。呼吸困難に対する気管内挿管、気管切開、心停止直後の心臓マッサージについては実施するという意見は聞かれなかった。

3) 要介護高齢者の医療サービス利用(日本との相違点)

3ヵ国における要介護高齢者の医療サービス利用が日本と異なる理由として、次の 4点が要因として考えられる。

①病院を利用するうえでの条件の違い

フランスは日本と同様に病院医療へのアクセスが比較的よく、かかりつけ医などの紹介なしに直接入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンでは救急医療に限定されている。またフランスは、長期療養病床に要介護高齢者が長期入院することが可能であるが、オランダ・スウェーデンは原則的にできない。

ただし、スウェーデンでは、日本の長期療養病床に相当していたリハビリテーション病院、ナーシングホームがエーデル改革により、医療施設ではなく介護施設・ケア付き住宅と位置付けられるようになったことに留意する必要がある。このため移管後も医療機能を残しているところでは、病院へ転院させなくても必要な医療を提供できている。

②介護施設・ケア付き住宅で提供される医療サービス

今回調査した国の中で、オランダのナーシングホームでは専門のナーシングホーム 医学を修得した医師が常駐し、レベルの高い高齢者ケアを提供していることが目立っ た。このため医療機関を利用せずとも手厚い医療サービスを受けることができる。

一方、スウェーデンでは特別住宅の大半は、個人の住宅に近い環境が整備されており、多くが個室である。台所やシャワーがついており、自分の家から家具を持ち込めるなど、生活の質と継続性が保障されている。また、専門の看護スタッフを 24 時間備えているため、何かあったときは看護師によるケアを受けられるという安心感もある。このようなケア付き住宅が整備されたので、自立度が高い時期から安心のために看護・介護の充実した施設に入所するような対応は見られなくなったといえよう。

なお、各国とも、医療施設、介護施設、医療・看護の充実したケア付き住宅、さらに通常の住宅との区別は曖昧になってきており、単純には比較できないことに注意が必要である。

③看護師の技能向上と権限委譲

オランダ・スウェーデンでは看護師の権限が広く、特にスウェーデンではディストリクト・ナースが介護施設・ケア付き住宅の区別なく充実した看護を提供している。また、施設のスタッフが看取りに慣れており、死期が近づいても病院へ転送せずに必要なケアを提供できる。介護に熟練した看護師の養成と権限委譲が重要と考えられる。

④意思決定の仕組みの違い

オランダのナーシングホームでは、痴呆などで意思表示できなくなった場合に備えて、ナーシングホームの医師が事前に死期が近づいた場合の処置などについて希望を確認する仕組みをとっている。在宅の高齢者の場合は、かかりつけの GP と長期にわたる関係が確立されているため、患者は医師に対して意思表明をしやすい。こうした本人の意思は医療方針に反映される。オランダのナーシングホーム医はナーシングホームで手厚い医療を提供し、また患者の意思確認なども行っている。しかしそれだけでなく、ナーシングホーム医協会が蘇生(心臓マッサージと人工呼吸)に関するガイドラインを作成し、本人の希望と医学的効果に鑑みた提供を呼びかけている。このガイドラインに基づき具体的なマニュアルを作成している施設もある。ナーシングホーム医は GP とともに、それぞれ専門の診療領域(科)を形成し、医学教育においても専門分野のひとつとなっている。ナーシングホーム医や GP の存在は、専門医に対しても影響力をもつと考えられる。

これに反して、スウェーデンとフランスでは、要介護高齢者の意思確認については オランダのように整備されていない。終末期を想定した話し合いを持つことはタブー 視される傾向があり、医師や看護師は日常的な関わりを通じて推察している。また医 学教育において専門分野として確立していない。

*1: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten 特別医療費補償制度

3) 「在宅末期がん診療における麻薬使用率の検討」(在宅医療助成 勇美記念財団)

A 診療所において、1999. $4.1\sim2004.12.31$ に在宅診療を行い死亡した患者 189 人、I 診療所において、1994. $4.1\sim2003.7.31$ に在宅診療を行い死亡した患者 76 人、M クリニックにおいて、1997. $4.1\sim2003.12.31$ に在宅診療を行い死亡した患者 102 人、K クリニックにおいて、1999. $1.1\sim2003.3.31$ に在宅診療を行い死亡した患者 202 人、KG 診療所において、2000. $4.1\sim2004.3.31$ に在宅診療を行い死亡した患者 48 人の合計 617 人を対象とした。

対象全患者 617 名のうち、在宅医療施行中に 316 名に麻薬が使用され、麻薬使用率は 51.2%であった。このうち、在宅死亡患者は、355 名で、そのうち 201 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 56.6%であった。病院等死亡患者は 262 名で、そのうち 115 人に麻薬が使用され、麻薬使用率は 43.8%であった。ただし、病院等死亡患者に関しては、死亡までの全経過を見ているわけではなく、このデータは、経過途上における麻薬使用率と見るべきである。年齢階級別麻薬使用率においては、在宅死亡患者と病院等死亡患者のいずれにおいても、年齢階級が高いほど、麻薬使用率が低い傾向が見られ、70 歳以降においては、おおむね、麻薬使用率は半数以下になっている。

4) プライマリケアチームが在宅緩和ケアを円滑に提供するために必要な専門職緩和ケア チームとの連携について(在宅医療助成 勇美記念財団)

半構成的質問紙を作成し、実際に在宅緩和ケアに関わった両チームのメンバーに対しインタビューを行なうことで、メンバー自身の視点から捉えたチーム連携の課題について調査した。専門職緩和ケアチームは1チームで、医師1名、看護師2名、OT2名、MSW1名、一方、プライマリケアチームはこの緩和ケアチームと連携経験のある診療所医師5名(5チーム)、訪問看護ステーションの看護師3名(3チーム)、の計14名を対象とした。これ

ら対象者に対し予備研究で判明した課題を盛り込んだ半構成的質問紙法により面接を行った。面接時間は 1 時間半から 2 時間であり、面接は研究者自身がこれにあたった。また、面接者は被面接者とは異なる職種のものがあたることとし、看護師への面接は医師である研究者がこれを行った。インタビューに当たっては面接予定者に対して、事前に書面によって、研究の目的と意義、研究の方法、研究への参加が、肉体的苦痛、副作用、合併症をもたらすものではないこと、研究への参加の自由と、不参加による不利益を被らないこと、参加後の中止の自由、プライバシーの保護 について説明を行い、面接の許可を得た。また改めて、面接開始前に説明用紙に基づき再度口頭により説明を行い、文書にて同意を得た後に、インタビューを行った。インタビューは同意を得て IC レコーダに録音し、インタビュー終了後これから、逐語録を作成し、内容分析の技法を用いて分析を行った。

まず、訪問看護師の立場から見た連携促進因子・阻害因子を検討したところ、連携促進因子として、1)両チームの参加する学習会の定期開催、2)十分な情報提供、3)プライマリケアチームによる緩和ケアに特有なケアの理解、4)両チームの間での適切な役割分担、5)迅速な連絡体制、6)緩和ケアチームのバックアップによる安心感、7)合同カンファレンスの開催、の7つの因子が抽出された。一方阻害する要因として 1)2人主治医体制、2)緩和ケアに理解を示さないプライマリケア医、の2つの因子が見いだされた。

促進因子については、プライマリケア医を対象とした面接でもほぼ同じ因子が抽出された。さらに医師に特有の連携促進因子として、1)医師同士の人間関係、2)訪問看護ステーションの積極活用、3)グループ診療、4)緊急事態の対応策が、また阻害因子として、医療制度の不備が抽出された。

現状の医療制度がこうしたチーム連携を阻害しているという点について、詳述する余裕はないが、平成 18 年 4 月の診療報酬改訂で、在宅医療に手厚い変更がなされたことで、かなり改善されるのではないかと考えられる。緩和ケアチームがプライマリケアチームにスーパーバイザー的に関わることで在宅緩和ケアを必要とする患者・家族のニーズに応えていこうという取り組みを考える場合、プライマリケアチーム側からみれば、がんの在宅緩和ケアというのは、利用者としてがんよりもはるかに多い一般の慢性疾患、加齢に伴う疾患に対する在宅ケアのバリエーションのひとつというとらえ方もできる。

そうした通常扱い慣れている患者とがん患者の違いは、癌性疼痛、がんに特有な症状、精神・心理的反応、急激な症状変化が挙げられるが、これとて本質的なものではなく、相対的なものとも考えられる。

在宅緩和ケアはこれまで先進的な医師・看護師を中心とする一部の施設でのみ提供されてきたが、本来在宅ケアに習熟しているプライマリケアチームと専門職緩和ケアチームが連携することで、在宅での緩和ケアならびに最期の看取りを希望する患者・家族に対して、サービス提供の機会が大幅に増大する可能性が示唆された。

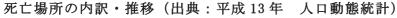
5) 在宅医療に従事する人材養成の支援(在宅医療助成 勇美記念財団)

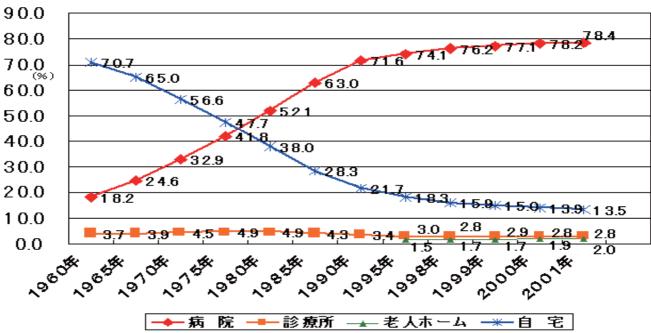
「在宅療養支援診療所」制度発足後も、外来診療収益は比較的高い。「外来で十分に患者を獲得すればもはや在宅医療を行わなくても、開業医は生活に困らない。だから、在宅医療を行う医師が少ないのだろうか。在宅医療を行う医師の中でも、24 時間対応する医師は少ない。それは果たして医師の怠慢なのだろうか。医師は経済的な動機で在宅医療に参入するのかどうか。果たして診療報酬のドライブで医師が在宅医療に参入することを本当に誘導可能なのか。」以上のようなことが議論されてきた。討論の末、経済的なドライブではなく、むしろ、「「医師の精神性」こそが在宅医療を推進する根源であろう」という結論

に帰着した。すなわち、在宅医療を身をもって体験し、その社会的意義と「面白さ」を真に体得した医師を養成することが重要である。そして、21世紀のニーズにこたえる在宅医療を行う医師を養成する研修コースを設けるという志を我々は持つにいたった。本コースは、初期臨床研修終了後の「専門的な研修コース(フェローシップ)」(案 1)および、「開業支援コース」(案 2)であり、在宅医療を学び、開業能力のある医師を養成するものである。{患者の要請に応えて 24 時間の対応を実施し、かつ、患者の生活背景を深く省察し、マネジメント能力にとんだ在宅医を養成する}ことを基本目的とする。このような研修プログラムの開発研究を行うことにした。とりわけ、案 2 に関しては、勇美記念財団内部で討論されている「在宅医療研修センター(案)」を考慮に入れた。

(3) 医療政策の展開 その1 がん

わが国は、上記先行研究が示すとおり、住み慣れた生活の場において最期を迎えるシステムが未だ整備されていないため、下図のとおりやむを得ず病院のベッドで死亡する場合が約8割である。また、表のように都道府県別に見ても、病院死は最高の北海道から長野まで約1割の幅はあるものの、この傾向は変わらない。この状況を打破するには、在宅医療支援診療所を中心とした在宅医療の一層の展開が必要条件となる。





死亡の場所別にみた都道府県別構成割合(%) 平成14年人口動態統計より作成

都道府県 全国には住所 が外国・不詳を 含む。	病院	診療所	老人保健施設	助産所	老 人 ホーム	自宅	その他
全国	78.6	2.8	0.6	0.0	1.9	13. 4	2.7
北海道	84. 3	3. 1	0.3	_	1.2	8.4	2.8
青森	73. 9	6.4	1.1	_	2. 2	12.6	3.8
岩手	79.0	3. 3	1.0	_	1.5	11.8	3.3
宮城	75. 0	3.5	0.8	1	1.5	15. 9	3.4
秋田	76. 9	2. 2	0.8	_	2.4	14. 6	3. 1
山形	74. 0	2.6	0.6	_	3.3	16. 9	2.5
福島	77.4	2.4	0.7	1	1.4	15. 6	2.6
茨城	79. 7	2.8	0.4	_	1.4	13. 2	2.5
栃木	76.8	4.0	1.0	_	2. 2	13.6	2.2

		T				1	
群馬	78. 6	2.5	0.9	_	1.6	13.8	2.6
埼玉	81.6	2.6	0.3	_	1.2	12.0	2.3
千葉	79. 4	2.7	0.4	_	0.9	13. 9	2.7
東京	81.9	1.7	0.3	_	1.5	12.8	1.9
神奈川	81.8	1.5	0.3	_	1.2	12.7	2.5
新潟	75. 5	0.8	0.9	_	2.6	17. 7	2.5
富山	80. 9	1.6	0.7	_	1.9	12.6	2.3
石川	77. 9	3.0	1.0	_	2.1	13.0	3.0
福井	75. 0	4.5	1.2	_	3. 1	14. 1	2.0
山梨	76. 5	2.0	0.7	_	2.1	15. 4	3.3
長野	72. 5	2.1	1.4	_	4.4	17.4	2. 1
岐阜	76. 6	3.2	0.7	_	1.2	16. 1	2.2
静岡	76.0	2.7	0.6	_	2.8	15. 5	2.3
愛知	81.8	1.9	0.5	_	0.7	12. 9	2.2
三重	75. 5	2.2	0.7	_	2.6	16. 4	2.6
滋賀	79. 0	0.4	0.2	_	1.5	16.3	2.7
京都	79. 6	0.6	0.3	_	2.0	14. 7	2.8
大阪	80.0	0.9	0.2	_	1.1	14. 4	3.5
兵庫	77. 3	2.1	0.3	_	2.0	15.6	2.7
奈良	77.7	0.7	0.2	_	2.1	16. 4	2.9
和歌山	71.2	3.9	1.2	_	4.0	17. 1	2.6
鳥取	73. 2	4.1	2.3	_	2.9	14.6	2.9
島根	76. 3	2.2	0.7	_	4.0	14. 4	2.4
岡山	75. 7	4.4	0.9	_	2.7	13. 7	2.5
広島	76. 9	3. 1	0.5	0.0	3.5	13.4	2.6
山口	79. 1	3.4	0.6	_	2.8	11.3	2.8
徳島	74. 6	5.0	1.8	_	3.5	12. 9	2.2
香川	74. 2	5.2	1.1	_	3.4	13.8	2.3
愛媛	74. 4	5.2	0.9	_	2.0	14.8	2.7
高知	81.6	2.3	0.4	_	1.2	11.3	3.2
福岡	82.6	2.9	0.6	_	1.3	10.0	2.5
佐賀	77. 3	5. 1	1.2	_	3.0	10.7	2.6
長崎	79.6	4.9	0.9	_	2.6	9.8	2.2
熊本	77. 2	6.6	0.6	_	3. 1	10. 2	2.3
大分	73. 3	8.2	0.9	_	3.3	11.5	2.8
宮崎	75. 1	7.6	0.6	_	2.6	11. 3	2.8
鹿児島	74. 3	8.2	0.7		3.2	11. 2	2.3
沖縄	78. 4	2.4	0.3	_	2.0	13.0	4.0

以上の先行研究より、居宅のみならず、介護・福祉施設における看取りのためには、従来の在宅医療提供サービスでは賄いきれない、あらたな在宅医療の拠点、橋頭堡の役割を果たす、在宅医療支援診療所に関する調査研究が必要であると考えられた。

さらに、最期を迎えたい場所で最期を迎えるには、救急車で入院することを避けるため に、リビングウイル等の事前指示の普及が必要である。

日本医師会は、米国医師会の定義をうけて「事前指示とは、記載され署名された書面または証言された口頭による陳述であり、意識を喪失しまたは他の方法で自分の意思表明ができなくなった場合に、自分が受けることまたは受けないことを希求する、医療に関する希望を記録したもの」として、専門学会による代表的な疾病ごとの終末期医療ガイドラインの作成に必要性を提言している。とりわけ治療の差し控え、中止が特に問題となる筋萎縮性側策硬化症(ALS)、遷延性意識障害(PVS)などの疾患については、関連する専門学会がガイドラインを作成することを要望している。

厚生労働省研究班(主任研究者 林謙治 国立保健医療科学院次長)においても、終末期医療についてのガイドラインの策定が行われつつある。「今後、緩和医療が普及すればがん患者およびその家族の延命中止治療に対する認識は今のものとは大きく変化すると考えられる。しかし、現状では、延命中止治療に関する限り司法判断を超える医療行為を医療従事者に求めることは困難であると考える。従って、延命中止治療について社会的合意が得られるのは自然死を見守る姿勢であり、患者及び家族・介護者の意志を尊重し、チーム医療体制を整備して方針を決めることが望まれる。当面の間こうした方向性に沿うのは末期がん患者の在宅ケアであろう。」

したがって、事前指示について、在宅医療にかかわる臨床家の意識を調査する必要があると考えられる。

厚生労働省が開催していた「がん対策の推進に関する意見交換会」が、がん対策に 関する提言をとりまとめた。

提言は、(1)がんの予防・早期発見(2)がん医療(3)医療機関の整備(4)がん 医療に関する相談支援および情報提供(5)がん登録(6)がん研究——の6つの項目に 関して、現状を描写したうえで具体的な提言を示した。提言は合計55項目にのぼる。

まず、がんの予防・早期発見に関しては、7項目が挙げられた。「たばこ対策の推進」「がん予防対策の広報強化」「がん検診未受診者を無くすことに重点を置いた検診推進」などである。

2つ目のがん医療に関しては22項目。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成、診療ガイドライン、緩和ケア、在宅医療の4分野に分けて提言が並んだ。放射線療法・化学療法の推進と医療従事者の育成の分野では、「チーム医療の推進」「専門的にがん治療を行う医療者の育成のための大学講座などの設置」「医師のコミュニケーション技術の向上」などが、診療ガイドラインの分野では、「ガイドライン作成の促進と患者用版の作成推進」「作成委員への患者参加奨励」などが盛り込まれた。

緩和ケアの分野では、「切れ目のない緩和ケアの実施や緩和ケア外来の設置」「医師への緩和ケアに関する研修の実施」「緩和ケアチームへの心のケアも含めた教育」などが、在宅医療の分野については、「在宅医療のための体制整備」「地域連携クリニカルパス(実施されるケアを医療機関の枠を超えて時系列に図示した治療計画書)の整備などによる地域で在宅医療が実施できる体制の整備」「訪問看護師の確保」「痛みのケアや医療用麻薬に詳しい在宅緩和ケア関係者の育成」などが入った。

3 つ目の医療機関の整備に関しては 5 項目。「医療機能の分化・連携の推進」「地域連携 クリニカルパスの整備による切れ目のない医療の提供」「がん拠点病院のさらなる機能強化 に向けた検討」国立がんセンターがん対策情報センターの機能強化」などが明記された。

4つ目の相談支援・情報提供に関しては12項目。「がん経験者による相談の重視」「がん 患者や患者団体ががん医療を変えるとの責任や自覚を持って活動すべきこと」「社会全体が 患者団体の支援をすべきこと」「患者と家族への心のケアを実施する体制の整備」「がん拠点病院に設置された相談支援センターの人員増強や訓練強化」「相談支援センターでの患者団体の相談員との連携」「国立がんセンターによるインターネットを通じた情報提供強化と共にインターネットを使わない人への情報提供経路の確保」などの事項がある。

5つ目のがん登録に関しては5項目。「がん登録の意義と内容の周知」「患者追跡調査の 労力軽減策の検討」「地域がん登録に関する法律整備の検討」などが記述された。最後のが ん研究に関しては4項目。「臨床研究グループへの支援や人材の育成など基盤の強化」「情 報の提供や公開による国民の理解促進」「患者から期待が大きい患者の生活の質(QOL)向 上などを含む臨床研究の重視」「研究成果を患者代表も参加した会議などで報告するなどの 透明性の確保」などが盛り込まれた。

***麻薬の取り扱い

がんなどの痛みを和らげる医療用麻薬を、在宅でも使いやすくするため、厚生労働省は 国の麻薬管理マニュアルを初めて改訂した。患者本人が手元で薬を管理できるようにする など、規制を大幅に緩和した。がん対策基本法が施行される4月を前に、自宅で行える緩 和医療を受けやすくし、患者の生活の質を高めるのが狙い。

モルヒネなどの麻薬は乱用防止のため、麻薬取締法で管理の仕方が厳しく制限されている。一方で、適切に使えば、意識を残したまま、痛みだけを取り除くことができ、医療用麻薬の需要が高まっていた。

このため、厚労省研究班が89年度、医療従事者向けに使用の注意点をまとめたマニュアルを作成。調剤や患者への受け渡し、管理、廃棄などの仕方をまとめた。ただ、薬は薬局やナースステーションで管理し、受け取りは患者本人か家族に限っていた。

また、「在宅患者が増えた今、マニュアルの医療用麻薬の基準は厳しすぎる」という声が在宅ケアの現場などから出ていたことなどから、厚労省は、専門家による検討会を設置。マニュアルを昨年末に改訂した。

改訂後、患者自身が自宅で薬を保管できるようになった。患者が希望すれば看護師やホームヘルパー、ボランティアなどが薬を取りに行き、患者に届けられるほか、処方箋(しょほうせん)をファクスで送り、調剤を始めてもらえる。薬局などから患者が遠くにいる場合、書留便で送ることもできる。

厚労省は「緩和医療を適切に行う」と明記する、がん対策基本法の施行に合わせ、07年度中に医療従事者向けの講習会を開き、使用実態の調査なども行い、さらに適正使用を促す方針である。

・厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課:病院・診療所における麻薬管理マニュアル (平成18年12月)による主な変更点を示す。

「譲渡 (法第24条)

麻薬施用者は自ら指示をして、<u>診療施設の薬剤師又は患者の看護に当たる看護師に麻薬及び麻薬処方せんを患者宅に届けさせることができます。</u>麻薬施用者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた<u>看護又は介護に当たる看護師、ホームへルパー、ボランティア等に麻薬及び麻薬処方せんを手渡すことができます。</u>その際、不正流出防止のため、看護師、ホームへルパー、ボランティア等が患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認し、診察時等には患者が指示どおり麻薬を

施用していることを患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。」

「施用、交付 (法第 27 条・法第 30 条・法第 33 条)

入院患者に麻薬を交付した際、患者自身が服薬管理できる状況であれば、患者に必要最小限の麻薬を保管させることは差し支えありません。ただし、病状等からみて患者が服薬管理できないと認めるときは、麻薬管理者は、交付した麻薬を病棟看護師詰所等で保管、管理するよう指示して下さい。入院患者に交付された麻薬は、患者が麻薬を保管する際には看護師詰所等で保管する場合のような麻薬保管庫等の設備は必要ありません。しかし、麻薬管理者は患者に対して、紛失等の防止を図るため、保管方法を助言するなど注意喚起に努め、服用状況等を随時聴取し、施用記録等に記載するようにしてください。

なお、入院患者が交付された麻薬を不注意で紛失等した場合には麻薬管理者は麻薬事故届を提出する必要はありませんが、紛失等した状況を患者から聴取して原因を把握したうえで、盗難や詐取等されたがい然性が高い時は、都道府県薬務主管課又は保健所にその状況を報告するとともに、警察にも連絡してください。」

厚生労働省医薬食品局監視指導・麻薬対策課:薬局における麻薬管理マニュアル(平成 18年12月)による主な変更点を示す。

「譲渡 〈患者への交付〉(法第24条第10項・法第25条)

麻薬小売業者は、麻薬処方せんの交付を受けた者に対し、その処方せんにより調剤した麻薬を交付する以外に麻薬を譲渡することはできません。また、麻薬卸売業者へ返品することもできません。

※ 薬局、病院、診療所等の間の貸し借りは絶対にしてはいけません。譲渡・譲受違反となります。(同一開設者が開設する薬局間においても同様です。)

麻薬小売業者は、患者の病状等の事情により、患者が麻薬を受領することが困難と認める場合には、麻薬処方せんの交付を受けた患者又はその看護に当たる家族等の意を受けた患者の看護にあたる看護師、ホームヘルパー、ボランティア等に麻薬を手渡すことができます。その際、不正流通等防止のため、看護師等が患者等の意を受けた者であることを書面、電話等で確認してください。

さらに、患者が交付された麻薬を指示どおり服薬していることを、患者又は患者の家族等を通じて随時確認してください。

また、麻薬注射剤を患者に交付するときで、患者又は患者の看護に当たる家族等に直接手渡す際には、薬液を取り出せない構造で麻薬施用者が指示した注入速度(麻薬施用者が指示した量及び頻度の範囲内で患者が痛みの程度に応じた追加投与を選択できる「レスキュー・ドーズ」として注入できる設定を含む。)を変更できないものにしてください。ただし、患者等の意を受け、さらに麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、患者に施用を補助する場合(麻薬小売業者が患者宅へ麻薬注射剤を持参し、麻薬施用者から医療上の指示を受けた看護師に手渡す場合を含む。)はこの限りではありません。なお、麻薬小売業者が患者等の意を受けた看護師等に麻薬を手渡した時点で、患者へ麻薬を交付したことになります。」

(4) 医療政策の展開 その2 難病

1) 特殊疾患療養病棟の廃止について

慢性期入院医療については平成18年6月30日までの経過措置として暫定的な診療報酬が決定され、7月からの診療報酬も示された。7月から慢性期入院医療はADL区分と医療区分の分類から患者のケアの必要度、医療の必要度に応じて分類されている。医療区分は従来、看護配置基準によって評価されていたが、処置の内容、疾患、状態といった医療の必要性に基づく区分となっている。区分3は24時間体制での監視を必要とする状態で、中心静脈栄養、24時間持続点滴、レスピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管のケア、酸素療法、感染隔離室におけるケアのいずれかの条件に該当する者となっており、区分2は医療区分3に該当しない者のうち次の条件に該当する者となっている。

多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、その他神経難病、脊髄損傷、肺気腫/慢性閉塞性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテーションが必要な疾患が発症してから 30 日以内、脱水、体内出血、頬回の嘔吐、じょく瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、暴行が毎日見られる状態で、医療措置としては、透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍のケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア。医療区分 1 は医療区分 3、2 に該当しない者となっている(医療区分分類表参照)。

特殊疾患療養病棟入院料と特殊疾患入院医学管理料は平成20年3月31日までの経過措置として残るが、それ以降は廃止される予定である。

医療区分分類表

医療区分1	医療区分 2	医療区分3
	医療区分3に該当しない者のうち	以下のいずれかの条件に
	以下のいずれかの条件に該当する者	該当する者
	【疾患・状態】	【疾患・状態】
	多発性硬化症、パーキンソン病関連疾患、そ	医師及び看護師による24時間体制で
	の他神経難病、脊髄損傷、肺気腫/慢性閉塞	の監視を必要とする状態
	性肺疾患、疼痛コントロールが必要な悪性腫	【医療処置】
 医療区分 3、2 に	瘍、肺炎、尿路感染症、創感染、リハビリテ	中心静脈栄養(消化管異常、悪性腫
該当しない者	ーションが必要な疾患が発症してから 30 日	瘍等により消化管からの栄養摂取が
	以内、脱水、体内出血、頻回の嘔吐、じょく	困難な場合)、24 時間持続点滴、レス
	瘡、うっ血性潰瘍、せん妄の兆候、うつ状態、	ピレータ使用、ドレーン法・胸腹腔
	暴行が毎日見られる状態	洗浄、発熱を伴う場合の気管切開、
	【医療措置】	気管内挿管のケア、酸素療法(安静
	透析、経管栄養、喀痰吸引、気管切開・気管	時、睡眠時、運動負荷いずれかで Sp02
	内挿管のケア、血糖チェック、皮膚の潰瘍の	90%以下)、感染隔離室におけるケア
	ケア、手術創のケア、創傷処置、足のケア	

2006 年 6 月 30 日時点で『特殊疾患療養病棟入院料 1』を算定する病棟について、同時点で当該病棟に入院している入院患者で神経難病等に該当する者について平成 20 年 3 月 31 日までの間は、本来、『医療区分 1』又は『医療区分 2』に該当するところを『医療区分

3』に該当するものとみなすという説明がなされた。

(http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11GS20.nsf/0/a405b74fbbf2450d4925715a00046af 1/\$FILE/20060424siryou7.pdf)

また、同様に『特殊疾患療養病棟入院料 2』を算定している病棟についても、平成 20 年 3 月 31 日までの間、本来、『医療区分 1』に該当するところを、『医療区分 2』に該当するとみなすという内容が提案されている。

さらに、重度心身障害児(者)施設及び指定医療機関等については『特殊疾患療養病棟入院料1』『特殊疾患療養病棟入院料2』または『特殊疾患入院施設管理加算』算定病棟の重度肢体不自由児(者)又は知的障害者であって『医療区分1』に該当する者は『医療区分2』とみなすことが検討、提案されている。

現	行	本来の医療区分	経過的取扱い	算定点数の変化
特殊疾患療養病棟刀	、院料 1	1 又は 2	9	885 (or 764)
神経難病等患者		1 又14 2	3	→1740
特殊疾患療養病棟刀	、院料 2	1	0	885(or 764)
神経難病等患者		1	2	\rightarrow 1334 (or 1220)

今回の措置の対象は、病床区分上療養病床を届け出ているうちの特殊疾患療養病棟を算 定している保険医療機関に限定されている。新旧の対比を表に示す。

(旧) 療養病棟入院基本料

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,209(1,151)点	5:1	2割以上	4:1
2	1,138(1,080)点	5:1	2割以上	5:1

[・]その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者) 入院診療加算等)

(新: 2006 年 6 月まで)

項目	点数(老人)	看護配置基準	看護師比率	看護補助配置
1	1,187 点	5:1	2割以上	4:1
2	1,117 点	5:1	2割以上	5:1

[・]その他包括する加算(日常生活障害加算、認知症加算、特殊疾患入院施設管理加算、(準)超重症児(者) 入院診療加算等)

(新: 2006 年7月から)

ADL 区分 3	885 点	1,344 点	
ADL 区分 2	764 点	1,544 点	1,740 点
ADL 区分 1	104 ///	1,220 点	
	医療区分1	医療区分 2	医療区分3
	(認知機能障害加算 5点	(医療区分 2・ADL 区分 1))	

医療保険の療病病床の診療報酬点数は7月から医療区分とADL区分で患者ごとに算定することになるが、患者の医療区分やADL区分の評価は頻回に実施することになろう。たとえば医療区分3の場合、「医師及び看護職員により、常時、監視・管理を必要とする状態」

については、頻回に評価を行い、医療区分に応じた診療報酬点数を算定することになろう。 このような制度改革の影響で、医療療養病床や、特殊疾患療養病棟から在宅療養への大幅なシフトが予想される。とりわけ難病患者についえは在宅ハイケアの提供体制の整備がなお一層望まれるところであり、療養者の視点に立った医療の質の評価こそが喫緊の課題である。当研究グループは、この課題に引き続き取り組んでゆく。

2) 平成18年度慢性期入院医療の包括評価に関する調査の結果について

中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会は、診療報酬改定にともなう療養病棟の状況について調査を実施し、中間報告書を発表した。

特に、本研究に関わるいわゆる"ハイケア"を必要とする重症者は、医療区分 3 に該当する。今回の調査結果では、次のような事実が明らかとなった。「医療療養病棟においては平成 17 年度と比較して、医療区分 1 の患者の割合が減少し、医療区分 2、3 の患者の割合が増加していた。」「医療区分 2、3 の各項目に対する評価として、24 時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。なお、不適当との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価されたと考えられる。また、医療区分 2 に加えるべき項目として、経管栄養、胃痩等の処置を挙げる意見が多数あった。」

また、問題点として「患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分 3 の ADL 区分 1 と ADL 区分 3 の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1 つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること」が指摘されている。ただし、特殊疾患療養病棟に特化した調査は報告されていない。

中間報告書の概要を以下に示す。

診療報酬調査専門組織慢性期入院医療の包括評価調査分科会 (分科会長 池上直己)中間報告書(平成19年3月28日)

当分科会は、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の要請を受け、平成 18年度診療報酬改定において療養病棟入院基本料等に導入された、医療の必要性による 区分(以下「医療区分」という。」及びADLの状況による区分(以下「ADL区分」という)、 並びに認知機能障害加算に基づく患者分類を用いた評価手法等について以下の事項の 検証を行うことを目的として、調査を実施した。

- ①患者分類に基づく包括評価導入に伴う職員配置、患者構成、コストの変動
- ②医療区分の妥当性
- ③ADL 区分の妥当性
- ④認知症加算の妥当性
- ⑤患者分類に基づく包括評価導入前後の医療の質の変化
- ⑥医療療養病棟の役割
- ⑦患者及び施設の介護への移行の状況

A. 調查対象

(1) タイムスタディ等調査

慢性期入院医療の患者像等を適切に把握することを目的として、医療療養病棟を 有し調査協力が得られた 90 病院を対象に、患者特性調査、タイムスタディ、コス ト調査、レセプト調査(タイムスタディ調査対象病棟)、施設特性調査、病院長 に対する基本事項に関する調査を実施した。

(2) レセプト調査(国保支払分)

全国の療養病棟入院基本料2を算定する病棟における入院料の算定状況等の把握を目的として、当該病棟の入院患者であって、国民健康保険からの支払いに係る者のうち約12万人の1か月分のレセプトを収集した。

(3) 有床診療所の患者分類分布調査

医療療養病床を有する診療所の患者分類分布の把握を目的として、協力が得られた 109 施設の調査基準日における患者の分布を調査した。

(4)介護療養病床のみを有する病院の調査

介護療養病床のみを有する病院の患者の状態像等の把握を目的として、協力の得られた 16 病院を対象に、患者特性調査及び施設特性調査を実施した。

B. 結果概要

(1)分析対象

上記の調査対象からのデータのうち、2月時点において集計可能となったものについて集計を行った。集計の対象件数は以下のとおりである。

集計対象数

調査票	現時点での	最終見込み
	件数	件数
1. 患者特性調查票(医療療養病棟)	77病院	90病院
2. 患者特性調查票(介護療養病棟等)	31病院	37病院
3. タイムスタディ調査票	70病院	90病院
4. コスト調査票	50病院	90病院
5. レセプト調査票(タイムスタディ調査病棟)	77病院	90病院
6. 有床診療所の患者分類分布調査票	109診療所	_
7. 介護療養病床のみを有する病院の調査票	16病院	_
8. 施設特性調查票	81病院	90病院
9. 病院長に対する基本事項に関する調査票	82病院	90病院
10. レセプト調査(国保支払分)	42,881件	約12万件

①ADL・医療区分、認知機能障害加算の状況

医療療養病棟においては平成17年度と比較して、医療区分1の患者の割合が減少し、 医療区分2、3の患者の割合が増加していた。一方、介護療養病棟においてはそのよう な傾向はなく、医療の必要性に応じた医療と介護の機能分担が進んでいるものと評価で きる。

②患者1人当たりのケア時間の状況

医療療養病棟における患者分類別の患者 1人1日当たり職種別人件費重み付けケア時間(以下「ケア時間」という)は、平成16年度調査時と比較していずれの区分においても増加していたが、医療区分、ADL区分とも区分1、区分2、区分3の順にケア時間が長くなっていることに変化はなかった。ただし、言忍知機能障害の「有り」と「無し」の間におけるケア時間の差はわずかしか認められなかった。

③患者1人当たり費用の状況

医療療養病棟の患者 1 人当たり費用は、平成 16 年度と比較して大きな変化はなかった。その内訳においては、材料費等が増加し、経費等が減少した。

④職員配置の状況

看護職員1人当たりの患者数は、平成17年11月と比較して平成18年11月では減少しており、看護職員の配置が厚くなったものと評価できる。看護補助者1人当たりの患者数は、平成17年11月と比較して平成18年6月、7月は減少し看護職員の配置が厚くなったものの、平成18年11月では再び平成17年11月の状況に戻っていた。

⑤入退院患者の状況

たと考えられる。

患者分類導入直近の平成 18 年 6 月、7 月においては、その前後と比較して療養病床内において医療保険・介護保険間を移行した患者数が増加した。医療療養病棟に入院する時点では、医療区分 2、3 の患者が 7 割近くを占めており、医療療養病棟における医療の必要性の高い患者の受け入れが進んでいるものと評価できる。退院又は転棟する時点では、医療区分 3 の患者が 3 割以上を占めているが、その多くは死亡退院であり、死亡退院以外では医療区分 1 の状態で退院又は転棟する患者が半数近くを占めていた。

⑥患者分類に対する病院長の評価

病院長による基本事項に関する評価においては、患者分類に対する総合的評価として、「やや不適当である」「不適当である」の合計が6割近くに上ったほか、医療区分2、3の各項目に対する評価として、24時間持続点滴、リハビリテーション、体内出血、喀痰吸引等の項目において、項目への該当条件や該当日数の制限が不適切との意見があった。なお、不適当との意見は、自由記載の意見から、分類そのものというよりは、診療報酬点数の妥当性、制度実施の手順及び評価票の煩雑さ等に関して不適切として評価され

また、医療区分2に加えるべき項目として、経管栄養、胃痩等の処置を挙げる意見が 多数あった。

医療区分・ADL区分の評価・記録頻度は1週間に1度でよい、との意見が4割近くを 占めた。療養病床への入院対象としては、急性期一般病棟での治療後の受け皿を必要と している患者、在宅での療養が一時的に困難になった際の受け皿を必要としている患者、 経口摂取が困難な患者を挙げる意見が多数あった。

患者分類の導入に伴う対応として、療養病棟の機能を明確化し、入退院する基準を見直した、患者特性の把握及び記録をより綿密に行うようになった、との意見が多数あった。また、医師、看護職員の数を増やした、または1人当たりの勤務時間が増加した、とする回答が6割から7割あった。

⑦医療療養病棟の入院料算定の状況

全国の医療療養病棟の入院患者のレセプトでの入院料の算定状況においては、医療区分1に該当する患者が30%、医療区分2が52%、医療区分3が18%であり、平成17年度と比較して医療区分1の患者の割合が減少し、医療区分2、3の患者の割合が増加していた。

⑧有床診療所の患者分布の状況

有床診療所においては、平成17年度と比較して医療区分毎の患者構成、比に変化なく、病院と異なり、医療と介護の機能分担は進んでいないことが明らかになった。

C. 患者分類に係る検証

医療区分及びADL区分については、診療報酬改定後もタイムスタディ調査による患者 1 人当たりの直接ケア時間の順序性が保持されていることが明らかとなったこと等から、概ね妥当であると考えられた。また、医療療養病棟において、医療の必要性の高い患者 の受け入れが進んでいることが明らかになった。一方で、以下の点については、さらに 詳細な検討が必要と考えられた。

- ・患者分類に対する診療報酬上の区分において、例えば医療区分3のADL区分1とADL区分3の間にケア時間の大きな開きが認められるにもかかわらず、1つの区分として整理されている等、必ずしも同質ではないものがまとめられているとも考えられること。
- ・認知機能障害の有無については、直接ケア時間の差が小さいこと等から、必ずしも区分を分ける必要はないとも考えられること。

なお、当分科会に対して要請された事項は、平成 18 年度診療報酬改定の基礎資料とするため、患者にかかるコストに着目して医療区分、ADL 区分を設定することであった。しかし、医療区分1に関して入院医療を必要としないという政策判断がなされ、診療報酬についてもコストに見合わない点数が設定されていることについては、当分科会として大きな疑問を呈さざるを得ない。また、医療区分の意味づけを行う際には、介護保険施設における医療の在り方についても十分に検討される必要がある。

今回の報告は調査結果の速報に基づくものであり、コスト調査等についてはさらに詳細な分析が必要であると考えられることから、19年度以降も引き続き検証を進めるべきである。またその際には、医療の質の評価手法等についても併せて検討する必要がある。

3) 難病患者リハビリテーションに関する改編

A. 2006年診療報酬改定

従来以下の要件で行われてきた「難病患者リハビリテーション」は、2006年の診療報酬改訂で大きく「脳血管疾患等 リハビリテーション」組み込まれた。

旧「難病患者リハビリテーション」の要件

(1) 専任の常勤医師が勤務していること。

- (2) 専従する2人以上の従事者(理学療法士または作業療法士が1人以上でありかつ、看護士が1人以上)が勤務していること。ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤理学療法士又は作業療法士との兼任でないこと。
- (3) 取り扱う患者数は、従事者1人につき1日20人を限度とする。
- (4) 難病患者リハビリテーションを行うにふさわしい専用の施設を有しており、 当該施設の広さは 60 平方メートル以上としかつ、患者 1 人当たりの面積は 4.0 平方メートルを基準とする。なお、専用の施設には機能訓練室を充てて 差し支えない。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器機・器具を具備していること。

4つの疾患別の評価体系へ再編

	脳血管疾患等 リハビリテーション	運動器 リハビリテーション	呼吸器リハビリテーション	心大血管疾患 リハビリテーション
	脳血管疾患	上・下肢の複合損傷	肺炎・無気肺	急性心筋梗塞
	脳外傷	上・下肢の外傷・	開胸手術後	狭心症
	脳腫瘍	骨折の手術後	肺梗塞	開心術後
対象疾患	神経筋疾患	四肢の切断・義肢	慢性閉塞性肺疾患	慢性心不全で左心
N 多 次 忠	脊髄損傷	熱傷瘢痕による関	であって重症後分	駆出率 40%以下
	高次脳機能障害	節拘縮	類Ⅱ以上の状態の	冠動脈バイパス術
	等	等	患者	後大血管術後
			等	等
リハビリテーショ	250 点	180 点	180 点	250 点
ン料 (I)	250 点	100 点	100 点	250 点
リハビリテーショ	100 占	00 =	00 =	100 占
ン料 (II)	100 点	80 点	80 点	100 点
算定日数の上限	180 点	150 点	90 点	150 点

[※] リハビリテーション料 (II) は、一定の施設基準を満たす場合に算定できる。

B. その後の経過措置、変更点

B-1. 日本リハビリテーション医学会の意見書

社団法人日本リハビリテーション医学会は「平成 18 年診療報酬改定におけるリハビリテーション料に関する意見書」を平成 18 年 11 月 21 日に提出したが、そのなかで、日数制限を設定することのデメリットを整理した。

算定日数制限を疾患別に一律に決めることの問題点

(1)必要な算定日数に関しては、疾患群ではなく個々の患者においてバリエーションが大きいので、算定日数制限の除外対象患者以外の患者においても、算定日

[※] リハビリテーション料 (I) は、さらに医師又はリハビリテーション従事者の配置が手厚い場合に 算定できる。

数制限以上の日数が必要な場合にしばしば遭遇する。

- (2) 算定日数で収まらないことが予想される脊髄損傷などの疾患は、入院適応なし と判断してしまう場合がおこってしまう。
- (3)介護保険対象でない年齢および疾患のために、どうしても医療保険で維持的な リハビリテーション治療を行わなければ廃用性の障害が出現する患者がいる。
- (4) 算定日数制限の除外対象患者になると、制度上は以前よりも診療報酬算定が行いやすくなり、不必要なリハビリテーション治療が場合によって行われてしまう可能性がある。
- (5) 開業している代替医療者に医師の同意書に基づく療養費を日数制限無く認めて いることと整合性が取れないこと。
- (6) 十分に機能的なアウトカムが得られていない時点で、健康保険での診療の取り 決めにおける算定日数制限の日となったことの理由で、治療を終了することを 患者に説得することは難しい。
- (7)維持期に利用することが前提となっている介護保険での通所リハビリテーションの個別患者における機能訓練の質が、現在の日本では必ずしも高くない。また、通所リハビリテーション自体の運用が個別の機能訓練を適切に行うことを目的としていない場合も多い。
- (8) 治療を継続することにより改善の得られる場合だけでなく、障害の状態の維持 や進行の遅延が可能と医学的に判断される場合にもリハビリテーション医療の 適応となると考えられる。

B-2. 中央社会保険医療協議会総会(平成19年3月14日)

平成19年3月14日に開催した中医協総会において、リハビリテーションにかかる調査結果概要(速報)を踏まえて、リハビリテーションの見直しに関する点数改定が諮問され、付帯決議をつけた上で了承、4月1日から実施されることとなった。

改定は、①算定日数上限の除外対象を拡大する、②除外規定に該当しない場合であって別に厚労大臣が定める患者について、維持期リハビリテーションを新設する、③算定日数上限期間内の点数を逓減させ引き下げる、という内容である。

除外対象患者は拡大したものの、「障害児(者)リハビリテーション料の対象となる 患者」と、「先天性又は進行性の神経・筋疾患」を除き、依然として、「改善が見込まれ る場合」だけに限定されている。なぜ、「改善が見込まれる」場合だけに限定されなけ ればならないのかなど、まだまだ多くの問題がある。

難病患者のリハビリテーションは、QOL 向上の観点からも「必要な時に」実施されるべきである。在宅移行後も、医療施設と連携して、適切なリハビリテーションが提供されるよう検討すべきである。

4) 在宅療養者の家族以外の者による、たんの吸引等について

ALS (筋萎縮性側索硬化症) 患者のたんの吸引については、「看護師等による ALS 患者の在宅療養支援に関する分科会」(ALS 分科会)が、在宅 ALS 患者及びその家族の負担の軽減のため、一定の条件の下では、家族以外の者がたんの吸引をすることもやむを得ないとする報告書を取りまとめた。その後、行政においても同趣旨の通知(平成 15 年 7 月 17 日付け医政発第 0717001 号厚生労働省医政局長通知。以下「ALS 通知」という。)を発出した。

医療に関する資格を有しない者による医業は法律により禁止されているが、たんの吸引、経管栄養及び導尿については、看護師との連携・協力の下に教員がこれらの一部を行うモデル事業等が、平成10年度以来文部科学省により実施されている。このモデル事業において医療安全面、教育面の成果や保護者の心理的・物理的負担の軽減が観察されたこと、必要な医行為のすべてを担当できるだけの看護師の配置を短期間に行うことには困難が予想されることから、このモデル事業の形式を盲・聾・養護学校全体に許容することは、医療安全の確保が確実になるような一定の要件の下では、やむを得ないものと整理した。これを受けて、厚生労働省からも同趣旨の通知(平成16年10月20日付け医政発第1020008号厚生労働省医政局長通知)が発出された。

しかし、ALS 通知が都道府県内の区市町村や関係機関に周知徹底されておらず、地域の関係機関の認識が不十分なため、吸引の実施ができない例があることが報告されている。

さらには、家族以外の者が行うたんの吸引は、必ずしも制度化されたものではなく、例外的なやむを得ない措置とされていることから、行政としての関わり方が不明確である。このことによって矛盾や問題も生じており、解決策を検討する必要があるのではないか。例えば、同意書がきちんと取り交わされているかの確認など適正に実施されることについて、行政としてどのように関わるべきか、また、たんの吸引を行うホームヘルパーに対する研修の実施や、万一の事故の際の被害者保護のため事業主の損害賠償責任保険への加入も検討すべきではないか。これらの課題は依然として克服されていない。

在宅における ALS 以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引の取扱いについては、平成 17 年 3 月 24 付け医政発第 0324006 号厚生労働省医政局長通知によって「患者・障害者のたんを効果的に吸引でき、患者の苦痛を最小限にし、吸引回数を減らすことができる専門的排たん法を実施できる訪問看護を積極的に活用すべきであるが、頻繁に行う必要のあるたんの吸引のすべてを訪問看護で対応していくことは現状では困難であり、24 時間休みのない家族の負担を軽減することが緊急に求められていることから、ALS 患者に対するたんの吸引を容認するのと同様の下記の条件の下で、家族以外の者がたんの吸引を実施することは、当面のやむを得ない措置として許容されるものと考える。なお、今回の措置の取扱いについては、ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があることを申し添える。」とされている。

ALS 患者にかかる在宅療養環境の整備状況に関する調査研究(研究代表者 川村佐和子東京都立保健科学大学教授(当時)平成16年3月)では、平成15年12月1日現在で、人工呼吸器を装着している全国のALS患者のうち、在宅療養および短期入院中の患者合計683人を対象に、有効回答の得られた673人を分析対象者とした結果であるが、家族以外の者による吸引の実施率は32%、同意書なしで実施している人数の割合が49.5%であった。

日本 ALS 協会が実施した平成 19 年 2 月時点での全国調査では、たんの吸引に関する状況は、暫定値であるが、家族以外の者の吸引は 47%(257 人中 122 人)が実施、同意文書を交わしていない例が 20%(129 人中 26 人)である。

ALS 以外のたんの吸引については、川島孝一郎を主任研究者とする本研究グループにより、2005 年 2 月に調査が行われ、常時吸引が必要は 69. 4[83.4]%([] は ALS のみの結果)、気管切開後の人工呼吸器使用が 51.6[83.4]%、ヘルパーによるたんの吸引実施は 37.1[65.3]%であった。

ALS 以外のたんの吸引についても ALS 患者に対する措置の見直しと同時期に、その実施状況や療養環境の整備状況等について把握した上で見直される必要があるとされるが、今後、特殊疾患療法病棟の廃止等療養病床の削減等に起因する、重症者の在宅医療へのシフトが予想される中で、早急な検討が必要である。

また、吸引以外の行為については、平成17年7月26日付け医政発第0726005号厚生労働省医政局長通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」により、原則として医行為ではないと考えられるものが示されている。以下に、要点を示す。

「医師、歯科医師、看護師等の免許を有さない者による医業(歯科医業を含む。以下同じ。)は、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条その他の関係法規によって禁止されている。ここにいう「医業」とは、当該行為を行うに当たり、医師の医学的判断及び技術をもってするのでなければ人体に危害を及ぼし、又は危害を及ぼすおそれのある行為(医行為)を、反復継続する意思をもって行うことであると解している。

ある行為が医行為であるか否かについては、個々の行為の態様に応じ個別具体的に判断する必要がある。しかし、近年の疾病構造の変化、国民の間の医療に関する知識の向上、医学・医療機器の進歩、医療・介護サービスの提供の在り方の変化などを背景に、高齢者介護や障害者介護の現場等において、医師、看護師等の免許を有さない者が業として行うことを禁止されている「医行為」の範囲が不必要に拡大解釈されているとの声も聞かれるところである。

このため、医療機関以外の高齢者介護・障害者介護の現場等において判断に疑義が生じることの多い行為であって原則として医行為ではないと考えられるものを別紙の通り列挙したので、医師、看護師等の医療に関する免許を有しない者が行うことが適切か否か判断する際の参考とされたい。

なお、当然のこととして、これらの行為についても、高齢者介護や障害者介護の現場 等において安全に行われるべきものであることを申し添える。

(別紙)

- 1 水銀体温計・電子体温計により腋下で体温を計測すること、及び耳式電子体温計により外耳道で体温を測定すること
- 2 自動血圧測定器により血圧を測定すること
- 3 新生児以外の者であって入院治療の必要がないものに対して、動脈血酸素飽和度を 測定するため、パルスオキシメータを装着すること
- 4 軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について、専門的な判断や技術を必要としない処置をすること (汚物で汚れたガーゼの交換を含む。)
- 5 患者の状態が以下の3条件を満たしていることを医師、歯科医師又は看護職員が確認し、これらの免許を有しない者による医薬品の使用の介助ができることを本人又は家族に伝えている場合に、事前の本人又は家族の具体的な依頼に基づき、医師の処方を受け、あらかじめ薬袋等により患者ごとに区分し授与された医薬品について、医師又は歯科医師の処方及び薬剤師の服薬指導の上、看護職員の保健指導・助言を遵守した医薬品の使用を介助すること。具体的には、皮膚への軟膏の塗布(祷瘡の処置を除く。)、皮膚への湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内用薬の内服(舌下錠の使用も含む)、肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること。
- ① 患者が入院・入所して治療する必要がなく容態が安定していること

- ② 副作用の危険性や投薬量の調整等のため、医師又は看護職員による連続的な容態の経過観察が必要である場合ではないこと
- ③ 内用薬については誤嚥の可能性、坐薬については肛門からの出血の可能性など、当該医薬品の使用の方法そのものについて専門的な配慮が必要な場合ではないこと

注1 以下に掲げる行為も、原則として、医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要がないものであると考えられる。 ① 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病等の疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること及び爪ヤスリでやすりがけすること

- ② 重度の歯周病等がない場合の日常的な口腔内の刷掃・清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること
- ③ 耳垢を除去すること(耳垢塞栓の除去を除く)
- ④ ストマ装具のパウチにたまった排泄物を捨てること。(肌に接着したパウチの取り替えを除く。)
- ⑤ 自己導尿を補助するため、カテーテルの準備、体位の保持などを行うこと
- ⑥ 市販のディスポーザブルグリセリン浣腸器(※)を用いて浣腸すること
- ※ 挿入部の長さが5から6センチメートル程度以内、グリセリン濃度50%、成人用の場合で40グラム程度以下、6歳から12歳未満の小児用の場合で20グラム程度以下、1歳から6歳未満の幼児用の場合で10グラム程度以下の容量のもの

注2 上記1から5まで及び注1に掲げる行為は、原則として医行為又は医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の規制の対象とする必要があるものでないと考えられるものであるが、病状が不安定であること等により専門的な管理が必要な場合には、医行為であるとされる場合もあり得る。このため、介護サービス事業者等はサービス担当者会議の開催時等に、必要に応じて、医師、歯科医師又は看護職員に対して、そうした専門的な管理が必要な状態であるかどうか確認することが考えられる。さらに、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、医師、歯科医師又は看護職員に連絡を行う等の必要な措置を速やかに講じる必要がある。

また、上記1から3までに掲げる行為によって測定された数値を基に投薬の要否など 医学的な判断を行うことは医行為であり、事前に示された数値の範囲外の異常値が測定 された場合には医師、歯科医師又は看護職員に報告するべきものである。」

たんの吸引の見直しの際には、経管営養の介助等、すでに盲・聾・養護学校で実施が認められている行為を家族以外の者が在宅実施することや、居宅以外の福祉・介護施設で実施することについても検討すべきである。

(5) 在宅療養支援診療所の課題と展開

在宅支援診療所の運用上の課題について、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長 (前保険局医療課) 佐原康之氏は、2006 年 11 月 26 日の日本グループ診療研究会学術集会 で次のように指摘している。

①診療所間の連携 (グループ化) は可能か?

- ②在宅患者のすべてについて「在宅療養支援診療所」として機能できるか?
- ③病院との機能分化・連携を適切に実施できるか?
- ④訪問看護の提供(ステーションとの連携)を確実に行えるか?
- ⑤介護サービスとの連携は確実にできるか?
- ⑥「自宅以外の多様な居住の場」におけるケアの質をどう向上させるか?
- ⑦在宅ケアを担えるスタッフ・技術・ソフトは十分か?

本研究は、まさしく在宅療養支援診療所の現状について、調査により詳細に把握し、上記課題についてのあるべき方向性を指し示すものでもある。とりわけ、在宅の看取り、難病等重症者へのサービス提供について、さらには人材の養成について、支援診療所の医師の取り組みと意識が明らかとなる。

(6) 急性期病院退院後、患者はどこで受療しているか

急性期の病院は、高度な医療機器の整備や専門医の十分な配置による質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とすることを検討する必要がある。

また、退院後の生活については、再度、診療所を中心とする地域医療が、訪問看護や介護サービス等と連携して受け止めていく必要がある。はたして、退院後、患者はどのような受療行動をとるのであろうか。

DPC 病院における退院後の受療状況についての報告が、平成 19 年 11 月 21 日診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会において、厚生労働省保険局医療課よりなされた(議事録: (http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/txt/s1112-3.txt)。その内容はおおむね次のとおりである(配布資料: www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1121-9i.pdf より抜粋)。

1)調査の目的

DPC 導入の影響評価を行うために、診断群分類の妥当性の検証及び診療内容の変化等を評価するための基礎資料を収集することを目的とする。

2)調査方法

平成19年7月から12月までの退院患者について、「診療録情報(診療録に基づく情報)」 及び「レセプト情報(診療報酬請求明細書に基づく情報)」等を収集する。

3)調査対象病院

- ○平成 15 年度 DPC 対象病院 82 病院
- ○平成 16 年度 DPC 対象病院 62 病院
- ○平成 18 年度 DPC 対象病院 216 病院
- ○平成 18 年度 DPC 準備病院 371 病院
- ○平成 19 年度 DPC 準備病院 698 病院

4) 分析対象データについて

厚生労働省が受領した7月から8月の退院患者に係るデータ(約144万件)のうち、包

括払いの対象とならない病棟への移動があった者等を除外したデータ(約 131 万件)を分析の対象とした。また、平成 15 年度 \sim 18 年度の調査データについても同時期のデータを用いて比較対象とした。

5) 退院先の状況

(1) 自院の外来の割合の年次推移

自院の外来の割合は、平成 15 年度 DPC 対象病院は増加傾向 $(81.76\% \rightarrow 82.59\% \rightarrow 83.63\% \rightarrow 84.21\% \rightarrow 84.66\%)$ であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は減少傾向 $73.96\% \rightarrow 74.58\% \rightarrow 74.62\% \rightarrow 72.33\% \rightarrow 71.84\%)$ であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向 $(75.09\% \rightarrow 75.52\% \rightarrow 75.37\%)$ であった。

(2) 転院の割合の年次推移

転院の割合については、平成 15 年度 DPC 対象病院は減少傾向 (4.68%→4.77%→4.32% →4.21%→4.23%) であるが、平成 16 年度 DPC 対象病院は増加傾向 (5.09%→4.66%→4.76% →5.25%→5.24%) であり、それ以外の病院類型では横ばい傾向 (5.26%→5.31%→5.32%) であった。

6) 退院時転帰の状況

(1)治癒・軽快の割合

治癒及び軽快を合計した割合は全ての病院類型において横ばい傾向であった。なお、治癒の割合は全ての病院類型で減少傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: $8.52\% \rightarrow 6.64\% \rightarrow 6.59\% \rightarrow 5.08\% \rightarrow 4.87\%$)であり、軽快の割合は全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: $70.37\% \rightarrow 73.08\% \rightarrow 72.65\% \rightarrow 74.07\% \rightarrow 74.19\%$)であった。

7) 再入院率

(1) 再入院の割合の年次推移

再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: 6. 22% \rightarrow 7. 06% \rightarrow 7. 36% \rightarrow 7. 57%) であった。

(2) 同一疾患での6週間以内の再入院の割合の年次推移

同一疾患での 6 週間以内の再入院の割合は、全ての病院類型で増加傾向(平成 15 年度 DPC 対象病院: $3.80\% \rightarrow 4.35\% \rightarrow 4.63\% \rightarrow 4.76\%$)であった。

8) まとめ

再入院率については、増加傾向であったことから、再入院率が高い医療機関に対してアンケート調査及びヒアリングを実施した。その結果、同一疾患での3日以内の再入院(病棟間の転棟に伴う再転病棟も含む)については、臨床現場の実態として、実質的に一連の療養として支障がないものと考えられ、1入院として扱うことが適切であると考えられた。また、4~7日以内の再入院の例及び本来であれば外来で実施できると思われる治療でも入院医療で行われている例については、今後も実態の調査・検討が必要であると考えられる。

なお、平成 15 年度 DPC 対象病院においては、退院先の状況として、自院の外来の割合が増加傾向であり、転院の割合が減少傾向であったことから、退院患者が同じ医療機関の外来へ通院している傾向が示唆される。しかし、当該医療機関では、専門外来(外来化学療法・外来放射線療法等)を実施している場合が多いことも考えられ、その実態について今後調査する必要があると考えられる。

上記、報告を受けて、日本医師会は、次の3点を指摘している。

- ・入院患者については、「他院より紹介有りの率」が増加している。退院先では、「自 院の外来」が増加し、「転院」が減少している。
- ・特定機病院は患者を地域から吸収しているが、退院の時には患者は地域に帰ってい ない。
- ・治癒していないため、自院の外来に通わざるを得ないとも推察される。

DPC 病院に限った調査結果であるが、退院後、転院が約 5%、自院外来通院が約 85%である。紹介元の地域主治医に再度受療する割合がどれほどのものか定かではない。詳細な調査が待たれる。

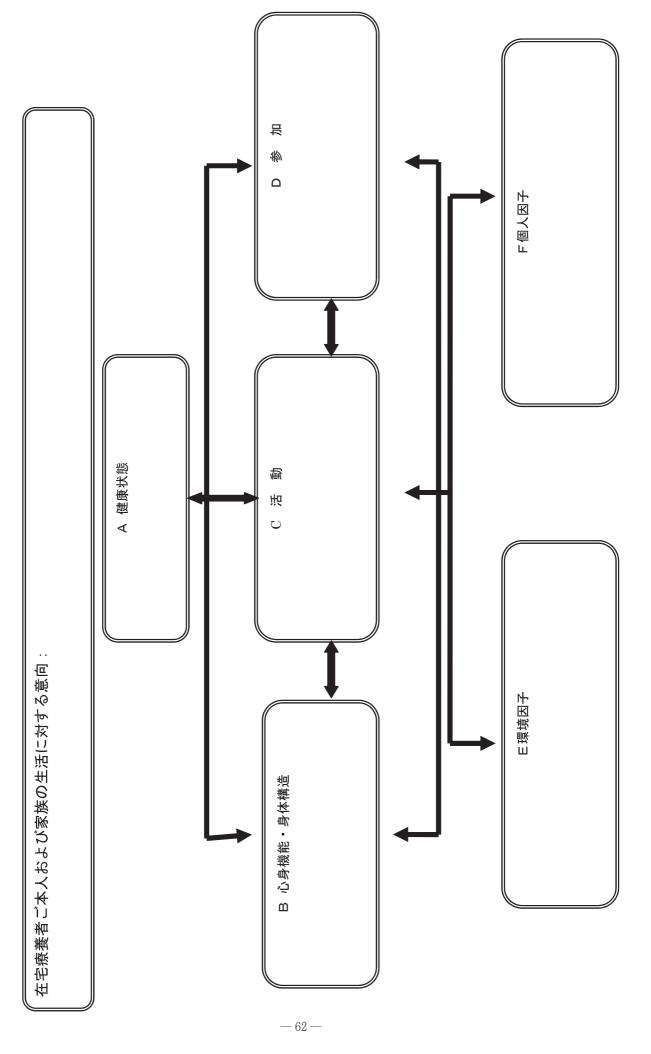
医療機能の分化・連携を推進し、地域における切れ目のない医療の流れを作っていくためには、患者が病院又は診療所を退院する際に、患者に対し退院後の療養について適切な情報提供を行うとともに、関係する医療機関間でその情報の共有化を進めていくことが重要となる。在宅医療を推進していくためには、地域において医療を担う在宅主治医が中心となり、他の医療機関、さらには介護、看護等多職種(訪問看護師、ケアマネジャーや薬剤師等)とによる連携をこれまで以上に強化する必要がある。併せて、自宅以外の多様な居住の場の確保、継続的な療養管理・指導、訪問看護、症状が急変した際の緊急入院体制、終末期における看取りの体制の整備等が急がれる。

また、「在宅」における対応が困難な状態に陥った場合、患者の状況に応じて、救急医療の機能を持った医療機関、回復期リハビリ機能を持った医療機関、さらには生活リハビリを含め療養を提供する機能を持った医療機関と連携し、適切な医療を提供できるよう用意しておくことが重要であり、患者、家族の安心につながるものである。

医療機関の管理者に対して、入院時に、入院から退院に至るまで患者に対して提供される医療に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを義務づけるとともに、退院時に、退院後に必要な保健、医療又は福祉サービスに関する事項を記載した退院後の療養に関する計画書を作成・交付し、適切な説明を行うことを努力義務とされている。しかし、情報提供のあり方の程度の違いにより、療養先についての選択がどのように変化するのかについては明らかではない。

以上のような状況から、本研究では、急性期病院として臨床研修病院、およびがん専門病院等への調査を行う必要がある。さらに経年変化をみるために、同様の調査を 2008 年度も行うこととした。

図1 ICF(国際生活機能分類)を活用し、「生きることの困難」「生活上の課題」を明確化し、具体的な在宅ケアの計画を立て実践します。



	1							
表 3	ICF に基づいた、生活 ₋	上の困難を軽減す	するために	上、担当者が	一堂に会し、	情報を	共有し	ます。
在宅サービス担	当者会議 会議録		作	成日	平成	年	月	日
利用者名			居宅サ	ービス計画書	作成者(担当	者)		
			開催					
開催日時	平成 年 月 日 時	~ 時迄	場所			開催回	数	
	本人	参加 • フ	 不参加	所属(職種)	E	王 :	名
	家族	参加 • フ	不参加					
	ご家族氏名①							
会議出席者	ご家族氏名②							
		_	-	サービス担当	者に対する照会			
	所属(職種)	氏:	名	(依頼)内容』	及び意見聴取		備考	
会議欠席者				有	- 無			
				有	- 無			
				有	- 無			
	口居宅サービス計画	書の検討・確定						
検討項目	□その他()	
(火山) 块口								

(NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式を改編)

)

□その他(

□居宅サービス計画書が合意

検討内容

(次回開催時期)

	垂	1日の暮らし方	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	井田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田田	日曜日	支援上の留意点など
	4:00									
_	0.9									
-	3									
	8:00									
	;									
	0:00									
-	3									
_	90.01									
_	3									
-	5									
_	3									
_	00.00									
	8.3									
•	9									
-	8.2									
•	9									
	9.									
•	9									
_	90.6									
-	16.00									
-	3									
_	17:00									
-	3									
_	18:00									
•										
_	19:00									
•										
6	20:00									
•										
6	22:00									
•	<u> </u>									
	0.0									
_	3									
•	3.00									
•	9									
7	4:00									
	通単位,	週単位以外のサービス								

(NPO 法人神奈川県介護支援専門員協会の様式を改編)

(10Fを活用したアセスメントに基づき、生活上の課題をニーズとして明確化し、具外的な支援内容を調整します。) より決めの細かい週間計画は、別紙「**週間サービス計画表(暮らしの予定表)」**を用います。 居宅サービス計画書 表2

Ш

皿

#

計画作成年月日

羅羅 頻度 サービス種別 支援内容 * (本人や家族がしていること・できていること) (本人や家族がしていること・できていること) サービス内容 (サービス内容) (サービス内略) 短期目標 実現可能な生活の目標 葎 長期目標 生活上の課題 利用者氏名 (K-I)

ш	
Ħ	
サ	
ł	
Ш	
田	
華	
居宅サービス計画の内容に基づく支援実践期間	

この居宅サービス計画は、 年

月に見直しの予定です。見直しの際には、「目標」に対して達成度評価をいたします。

Ш

Щ

卅

作成年月日 担当名

(「生きることの困難」を「生活上の課題」として明確化し、具体的な支援内容を相談します。) 表1 ICF を活用したアセスメント2

様

	新規 アセスメント表			l	記入日	井	町	ш
	生活上の課題 (自立が促進されること・維持することができること)	 必要だと考えられる具体的な支援内容(原因と背景)	(因と背景)	支援による変化	比 (予後予測)		誰 が 行 う (支援者)	計画の有無
-				及職する	維持する	改善・編物には 当しないが、 ご本 人の奉らしの交振と して維要	ご本人 ご家族 サービス その他 ()	在 • 熊
5				及職 する	維持する	改善・編物には 該 当しないが、 ご木 人の幕らしの支援と して重要	に本人 に家族 サービス その他	在 • 職
		→						
	課題に対するご本人・ご家族との相談結果 (または、計画に至らなかった理由)	説明日 年 月 日	立会者	ご本人 ご家族	族その他() q		
-								
2								
		\rightarrow						
	Û	ご本人・ご家族との相談内容をふまえ在宅サービス計画書案を作成	サービス計画書案を作成					

(7) 共通言語としての ICF に関する先行研究

世界保健機関 (WHO) は 2001 年の総会で国際生活機能分類 (ICF:International Classification of Functioning, Disability and Health) を採択した。これは国際障害分類 (ICIDH) が 21 年ぶりに改定されたものである。ICIDH が作成された背景には、慢性疾患や事故の後遺症が増えてきたこと、それに対応してリハビリテーションや社会保障が進んできたこと、しかしそれらの取り組みを交流したりその効果を測定する共通の言葉がなかったことがあるとされる。 I C F は、人間の生活機能と障害に関して、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類するものであり、人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されており、約1,500項目に分類されている。

ICF) は ICIDH (国際障害分類、1980) に比べ、障害のある人のプラスの面を重視すること、環境の影響を重視することなどの点で、多くの建設的批判に応え、それらを統合して新しい障害観を確立することに成功した。

しかし ICF の生活機能の3つのレベル(心身機能・構造、活動、参加)も、2つの背景因子(環境因子、個人因子)も、結局は客観的世界に属する「生活機能と障害の客観的次元」のみに関するものである。実はそれに劣らず重要なものに「生活機能と障害の主観的次元」(Subjective dimension of functioning and disability)があり、これは ICF にもICIDH にも欠けている。

この「欠落した次元」は障害のある人を人間として理解し、その主体性を尊重し、エンパワーメントをはかるために不可欠な概念である。現に ICF においても付録に「主観的安寧」(Subjective Well-being)の測定が、今後の重要課題の一つとして挙げられている。

本研究では、ICF の概念について積極的評価をしながら、暮らしにくさを捕らえ、どのような状況であっても暮らしやすさを追求する方策を検討する。ICF については、いくつかの先行研究があり、調査の参考とした。主要なもののみ概略する。

1) 就労支援のツールとしての ICF に関する研究

障害者職業総合センター社会的支援部門では「職業的視点から見た障害と地域における効果的支援に関する総合的研究」において、WHO(世界保健機関)が 2001 年に発表した国際生活機能分類(ICF)に準拠して、新たな「職業的視点からみた障害」の包括的なモデルを構築し、障害や疾患、職業、支援方法、社会資源に関する最新情報に基づいて、事業主や、労働、福祉、教育、医療分野などの関係者が広く活用できる「個人の職業的課題」「環境整備の課題」「個別就業支援計画」を明確にし、また、課題解決を目指すための情報ツールを開発することを試みている。その結論は「現実の様々な職業生活上の課題に対して、地域の関係機関が効果的に支援を提供する。」という単純極まりないグランドデザインと、それを実現するための全国レベルの調整に役立つ情報ツール開発の必要性の確認である。

(http://www.nivr.jeed.or.jp/research/report/houkoku/houkoku67.html)

2)特別教育、児童青年支援ツールとしての ICF に関する研究

文部科学省教育研修情報部徳永亜希雄は「ICF及びICF version for Children and Youth (国際生活機能分類児童青年期版)を巡る動向」として以下のような文部科学省在外研究員報告を行っている。

在外研究 (2005 年 4 月~12 月、アメリカ合衆国及びスイス) での取り組みの概要と共に、研究課題として取り組んだ ICF 及び ICF version for Children and Youth (国際生活機能分類児童青年期版、以下、ICF-CY と略記)の動向を述べる。

アメリカ合衆国では、ノースカロライナ大学の客員研究員として、WHO (世界保健機関) ICF-CY ワーキングループのリーダーでもある同大学教授と共に、現在策定作業進行中の ICF-CY の開発と活用に関する研究に取り組んだ。スイスでは、WHO を訪問し、ICF-CY に関する今後の世界や日本での取り組みについて協議すると共に、大学や養護学校のスタッフ等との協議を通して、ICF-CY を活用した特殊教育の実践や研究について検討を行った。

一方、ICF-CY については、2005 年 12 月現在、WHO が ICF-CY に関するレビューを世界各地から収集している段階であり、同ワーキンググループとの間での最終調整後、2006 年春頃の WHO 総会を経て、ICF 本体の補助分類として正式に決定される予定となっている。この段階に至るまでには、世界各地でのフィールドトライアルを含めた各種の検討作業が行われた。これに対し、日本としては、2005 年 6 月のフィールドトライアルレポートの提出、同年 12 月の ICF-CY 活用に関する提言レポートの提出等を通して、策定に向けた取り組みに貢献が行われている。また、WHO や ICF-CY ワーキンググループからは、ICF-CY 活用に関する研究や実践について日本への期待の声が寄せられている。

(徳永亜希雄, ICF 及び ICF version for Children and Youth (国際生活機能分類児童青年期版)を巡る動向,世界の特殊教育20、2006 http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_d/d-241/d-241_03_02.pdf)

このような状況を受けて、「ICF 児童青年期バージョンの教育施策への活用に関する開発的研究」が国立特別支援教育総合研究所において行われている。関連の成果は以下のとおりである。

- Akio Tokunaga, 'Trends and Perspective of the Use of International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) on Special Needs Education in Japan", Journal of Special Education in the Asia Pacific (JSEAP) Vol. 2 December, 2006 http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/pub_d/d-249.html
- ・ 中央教育審議会 初等中等教育分科会 教育課程部会 特別支援教育専門部会への資料提供「ICF について」

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/032/06091306.htm

- ・渡邉正裕 科学研究費補助金研究「個別の教育的支援計画作成を支援するICFダイヤ グラム自動生成システムの設計と開発」(若手研究(B)、平成17~18年度)
- ・国立特殊教育総合研究所・WHO、ICF 活用の試み:障害のある子どもの支援を中心に、2005、 ジアース教育新社、http://www.kyoikushinsha.co.jp/books/37.html
- ・徳永亜希雄,多職種間連携のツールとしての ICF (国際生活機能分類) 実用化の試み :「個別の教育支援計画」への適用を視野に入れて,国立特殊教育所研究紀要第 31 巻、2004、http://www.nise.go.jp/kenshuka/josa/kankobutsu/kiyomokuji31.html