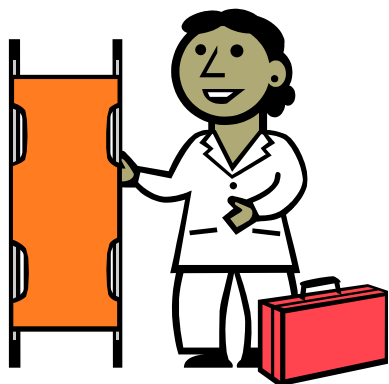


在宅医療の推進について



平成25年3月4日

岐阜県政策研究会

研究員 須田 哲郎(医療整備課)

はじめに
～在宅医療とは～

在宅医療とは 医療関係者が患者宅に赴いて施す医療行為である

主な在宅医療の類型

医師

「訪問診療」

通院困難な患者の自宅を定期的に訪問して診察すること

〔※ 急な依頼による訪問診察は「往診」になる〕



看護師

「訪問看護」

かかりつけ医の指示に基づき患者宅を訪問して、医療行為や病状観察、医療機器の管理、リハビリ等を行うこと



歯科医師

「歯科訪問診療」

通院困難な患者の自宅を訪問して歯科診療を行うこと

〔※ 虫歯治療や入れ歯作成の他、口腔内をきれいに保つ口腔ケアがある〕



薬剤師

「訪問薬剤管理指導」

かかりつけ医の依頼に基づき、外出困難な患者の自宅を訪問して、調剤医薬品の配布・服薬指導を行うこと



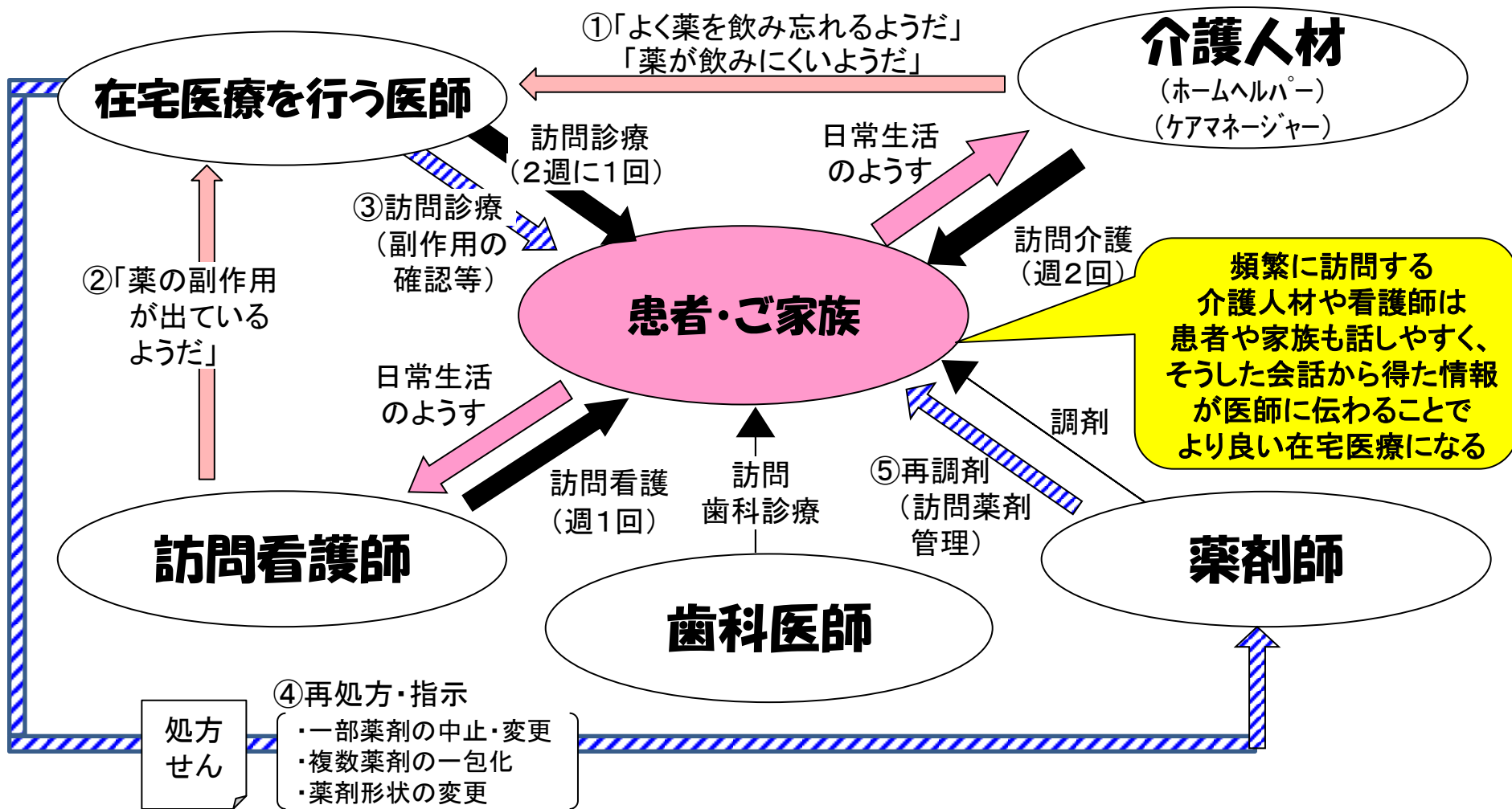
近年、医療器具・医薬品の改良により 在宅医療で対応できる治療の幅が広がっている

在宅でできる治療と病院・診療所での治療等の例

症状	在宅でできること	病院・診療所で行うこと
疼痛	医療用麻薬の処方、使用	ブロック注射（末梢神経等への局所麻酔）
排泄	膀胱カテーテルの挿入・管理	
透析	腹膜透析（お腹に溜めた透析液により血液を浄化）の実施・管理	血液透析（血液を体外に取り出し、機械で血液を浄化）
栄養管理	胃ろう（胃内に管をとおり、食物や水分や医薬品を流入させ投与するための処置）の管理・交換	
検査	尿検査、血液検査、心電図、超音波、レントゲン	CT、MRI等の大掛かりな装置が必要な検査
その他	人工呼吸器の管理 胸水穿刺（胸水を抜く） 腹水穿刺（腹水を抜く） 点滴、注射	手術

在宅患者は、医療・介護職など多職種連携のもと、在宅医療を受けることで、より良い生活を送ることができる

医療・介護連携のイメージ図



在宅医療を利用することで 住み慣れた自宅で安心して最期を迎えることもできる

肺がん、塵肺の患者 79歳男性 独居

- | | |
|------------|-------------------------------------|
| 平成20年6月18日 | 入院（肺がん、酸素吸入） |
| 9月12日 | 本人の強い希望により退院し在宅緩和ケア（がん性疼痛、呼吸困難への対応） |
| 10月 8日 | 訪問入浴後、『ビールがうまい』と喜びの声 |
| 11月18日 | 風呂に入れず、『そろそろ死ぬのかな』翌日、遺言を言いながら旅立つ。 |

寝たきり

歩行可能に

9月26日



希望死・満足死・納得死

医療法人聖徳会 小笠原内科作成のスライドを許可を得て引用、改変。

緩和ケアとは・・・

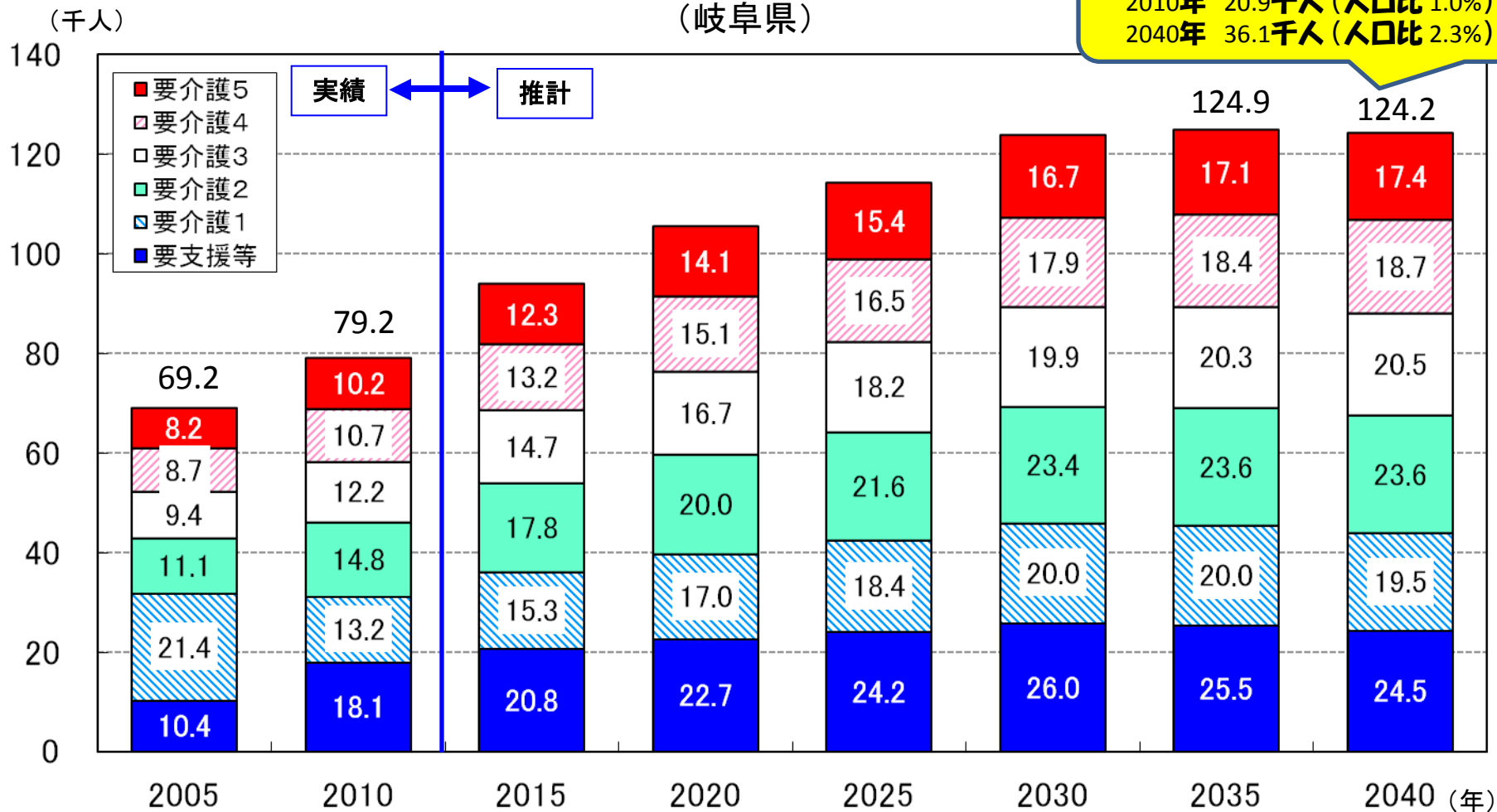
がんなどの疾患をかかえる患者とその家族に対して病院や自宅での治療に際し、終末期だけでなく治療の初期段階から並行して、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、療養生活の質の維持向上を図る行為

第1章 なぜ在宅医療なのか

今後、寝たきりになっても、在宅介護を受けながら 自宅で暮らし続ける高齢者が増加していく

要介護(支援)区分別の認定者数の見通し (岐阜県)

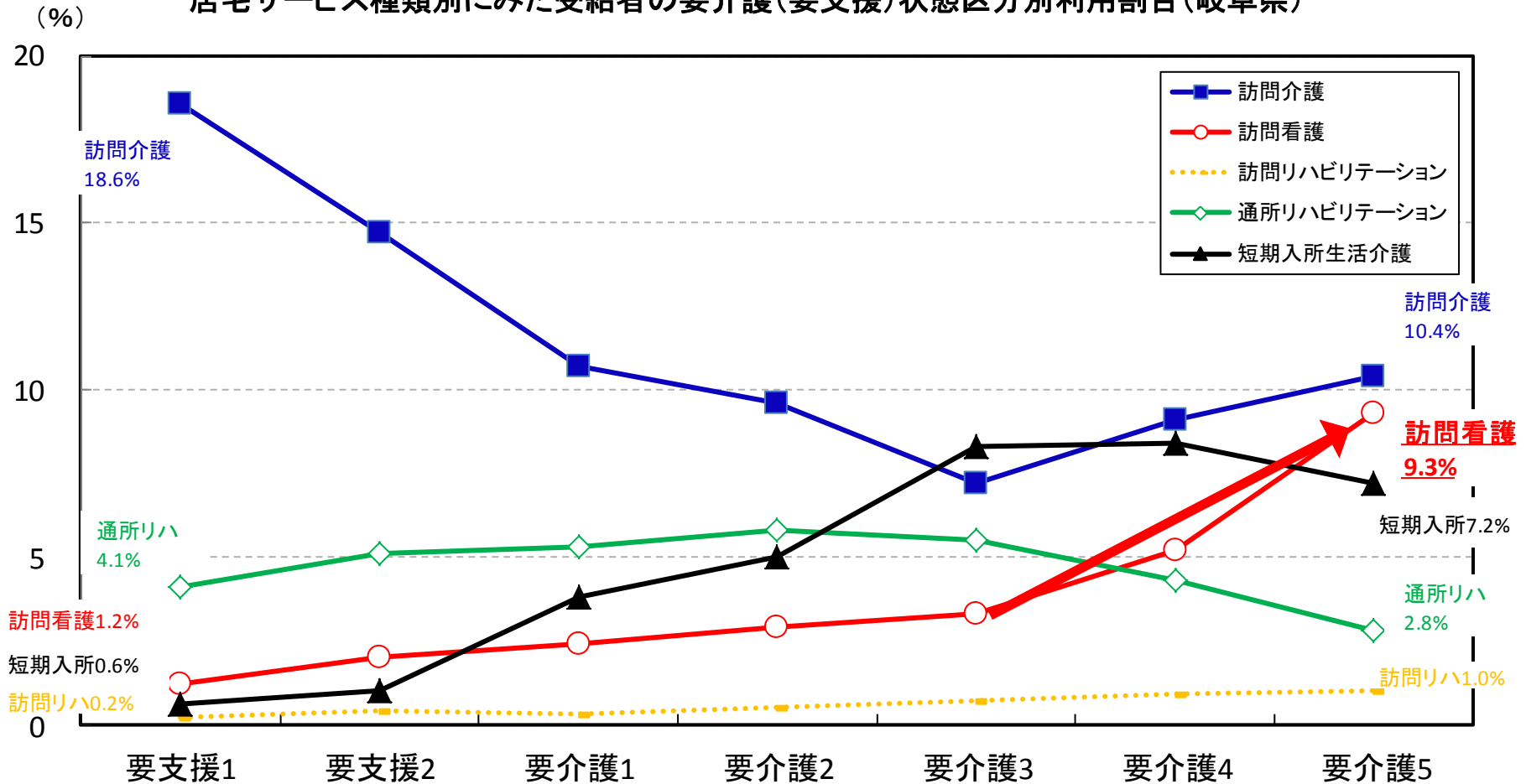
外出困難な者(要介護4・5)の認定数
 2010年 20.9千人(人口比 1.0%)
 2040年 36.1千人(人口比 2.3%)



出典：＜実績＞人口＝総務省統計局「国勢調査」 認定者数＝厚生労働省「介護給付費実態調査」各年10月の登録者数。
 ＜推計＞人口＝政策研究会人口動向研究部会報告「岐阜県の将来人口推計について」(平成24年3月)による。各年10月1日現在
 認定者数＝2010年10月の認定者数割合から算出。

こうした通院困難な在宅要介護者の増加に伴い 訪問看護（在宅医療）のニーズが高まると予想される

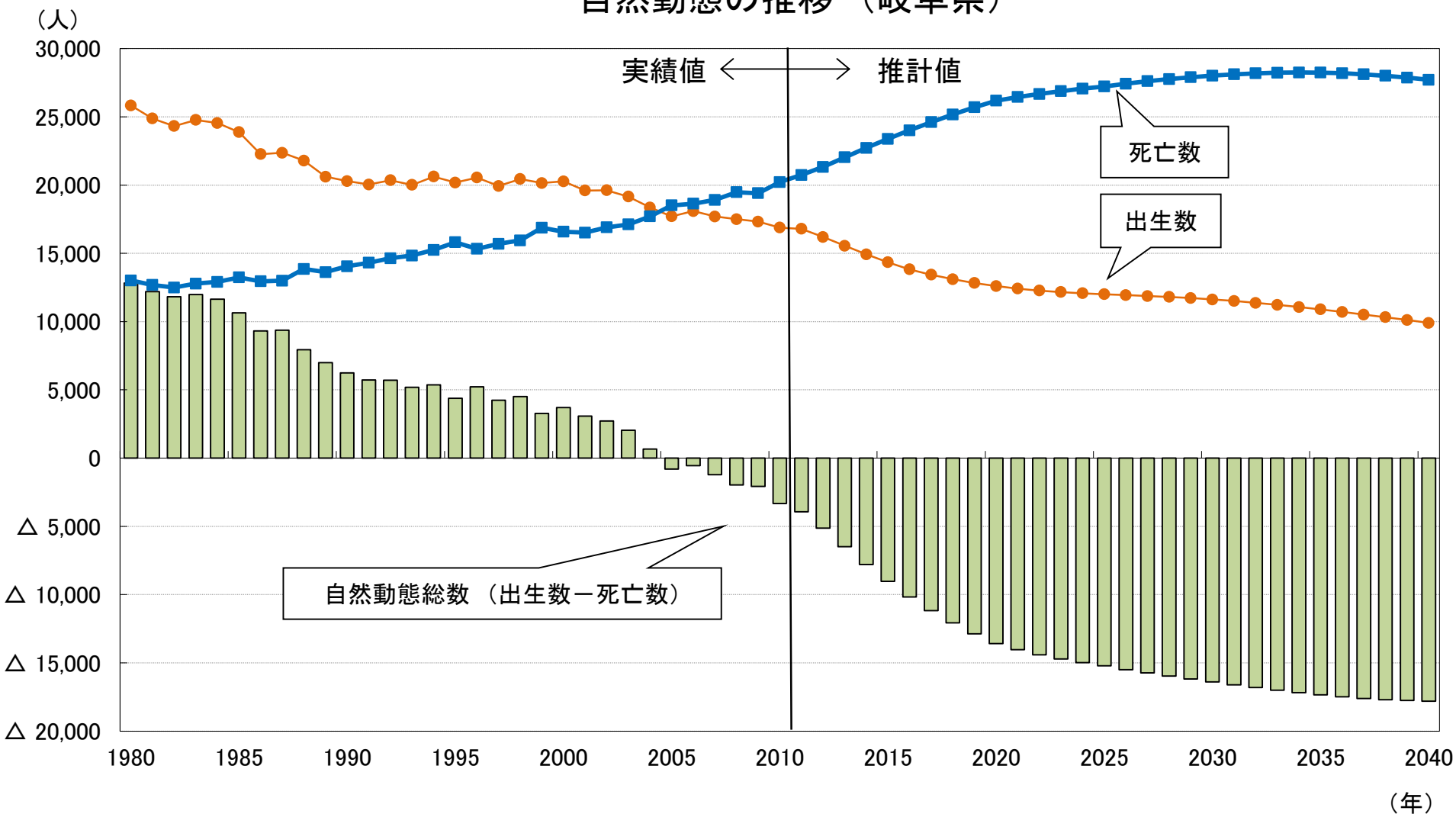
居宅サービス種類別にみた受給者の要介護（要支援）状態区分別利用割合（岐阜県）



寝たきりとなっても自宅で暮らし続ける基盤となる
在宅医療体制の充実が求められている

また、今後亡くなる方は大幅に増加していき
ピーク時には、年間約2万8千人が亡くなる見込み

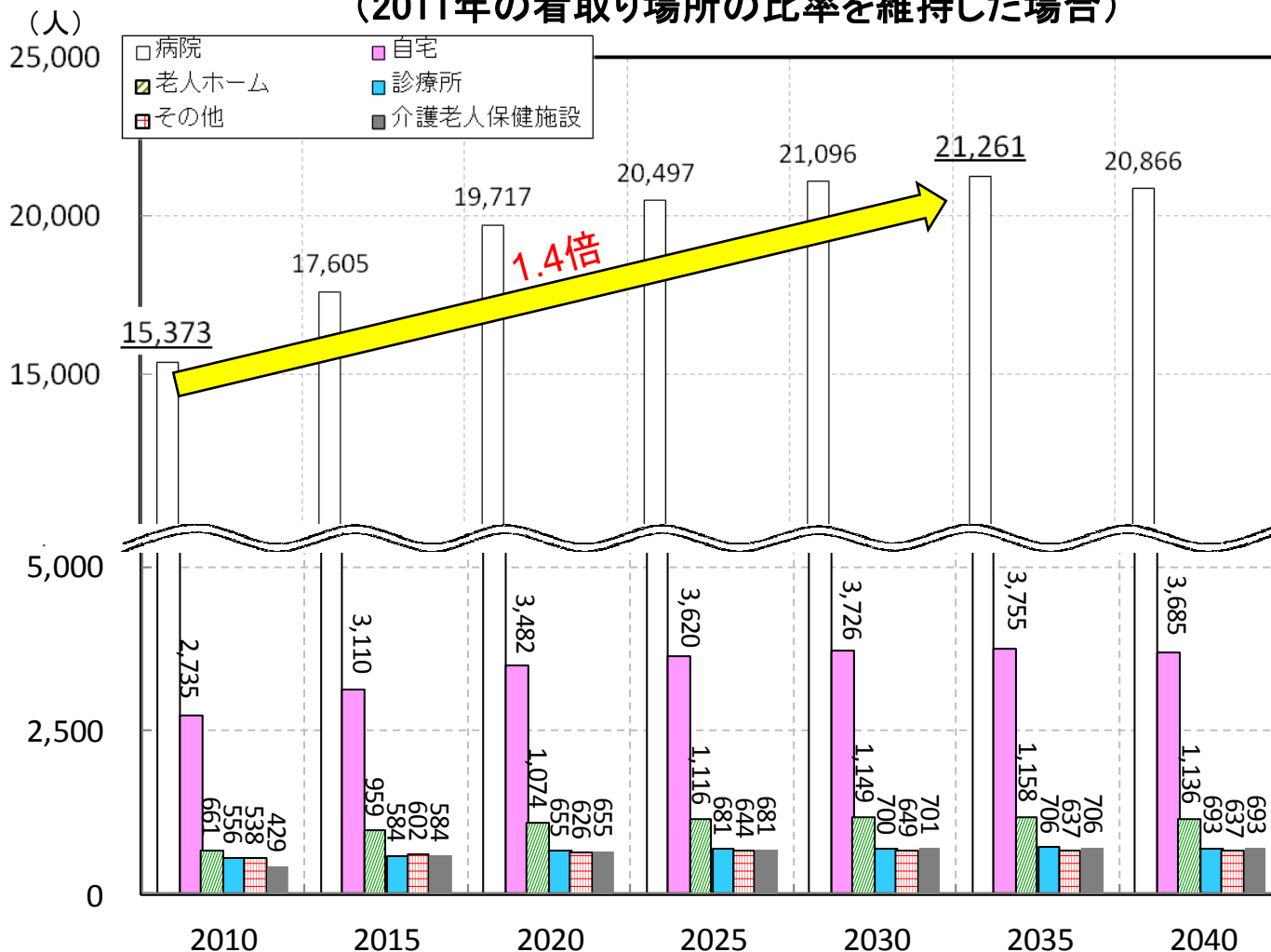
自然動態の推移（岐阜県）



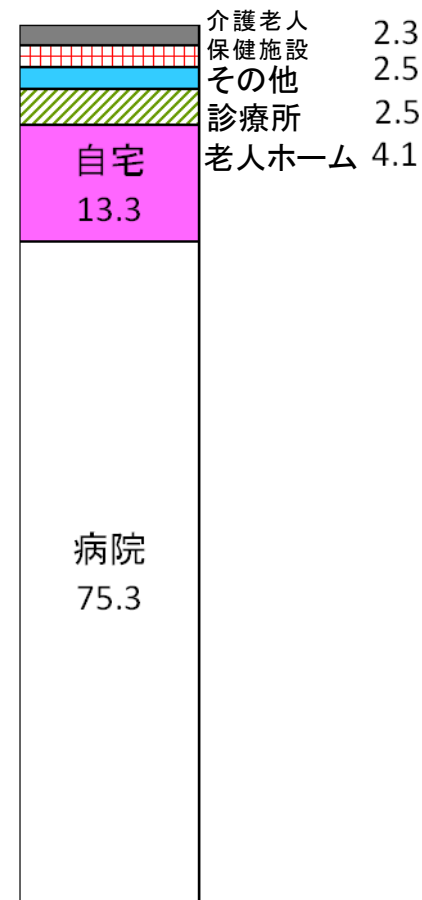
出典：2010年までは厚生労働省「人口動態統計」、2011年以降は「岐阜県政策研究会人口動向研究部会報告」による。

現在のような病院中心の看取り傾向が続く場合 2035年に、年間2万1千人が病院で最期を迎える

死亡場所の推計(岐阜県) (2011年の看取り場所の比率を維持した場合)



死亡場所割合 (岐阜県、2011年)



出典: 政策研究会人口動向研究部会報告「岐阜県の将来人口推計について」(平成24年3月)を基に推計

しかし、現在の病床数は、法に基づく基準を上回っており
 今後も病床数の増加を見込みにくい

県内の既存病床数(一般・療養)と基準病床数

医療圏	既存病床数 (H24.9.30現在)	基準病床数 (H25~H29年度)	過不足
岐阜	7,486	6,215	+1,271
西濃	2,807	1,804	+1,003
中濃	2,727	2,484	+243
東濃	2,644	2,756	-112
飛騨	1,430	1,293	+137
県計	17,094	14,552	+2,542

- 既存病床数
 医療法による許可が出されている病床の数(法による補正有り)。
- 基準病床数
 国の定める計算式により算出される地域ごとに適正とされる病床数。超過して設置した病床には、保険医療機関の指定が制限される(≒医療保険から給付が受けられない)等の措置がある。

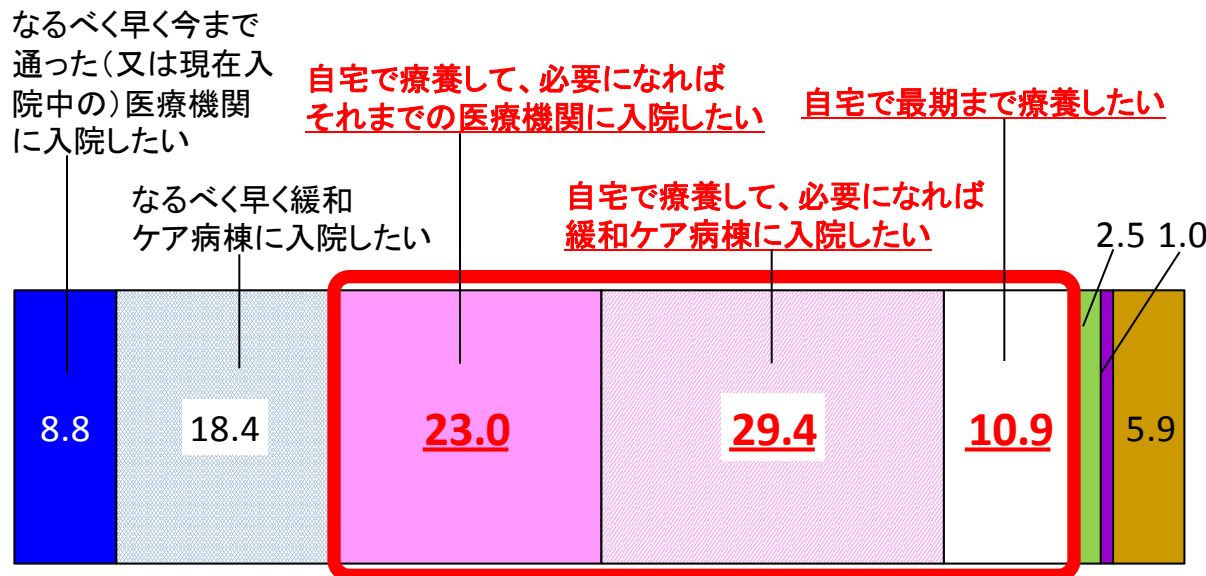
基準病床に対し
 既存病床が
 2割弱の超過

病床(=医療機関)以外での看取りの場を確保する必要がある

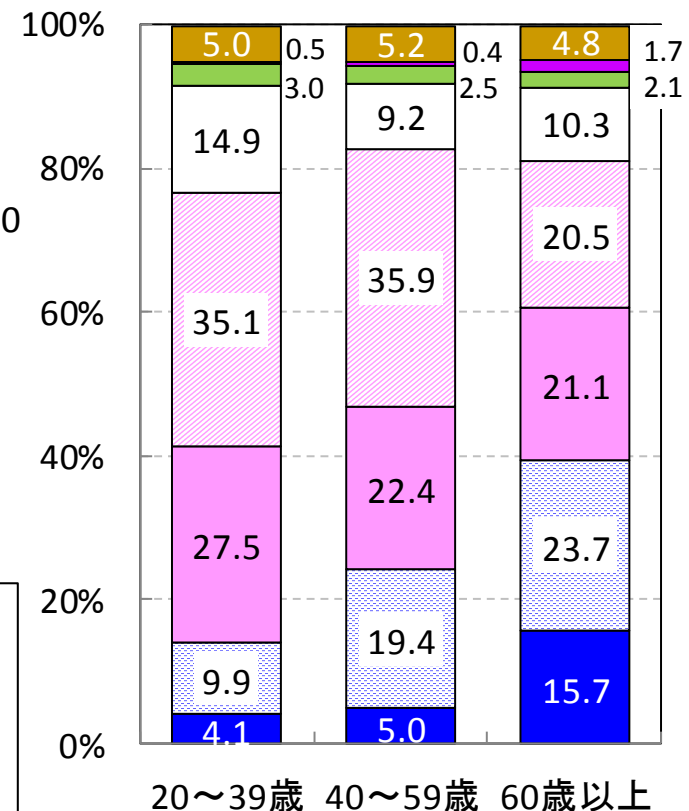
多くの人は、自分に死期が迫っても できるだけ長く自宅で暮らし続けたいと考えている

自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6か月以内程度)と告げられた場合の療養の場所
(2008年3月、全国、一般国民)

<全体>



<年齢別>



- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最期まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他・わからない(全体は無回答も含む)

出典:厚生労働省「終末期医療に関する調査」
(2008年3月)

ただ多くの方は、症状急変時の不安や、家族への負担から 自宅で最期を迎えるのは困難と考えている

自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている(6か月以内程度)と
告げられた場合の自宅で最期まで療養することが困難な理由
(2008年3月、全国、一般国民)

**症状が急に悪くなったときの
対応に自分も家族も不安**

介護する家族に負担がかかる

**症状が急に悪くなったときに
すぐに病院に入院できるか不安**

往診してくれるかかりつけの
医師がいない

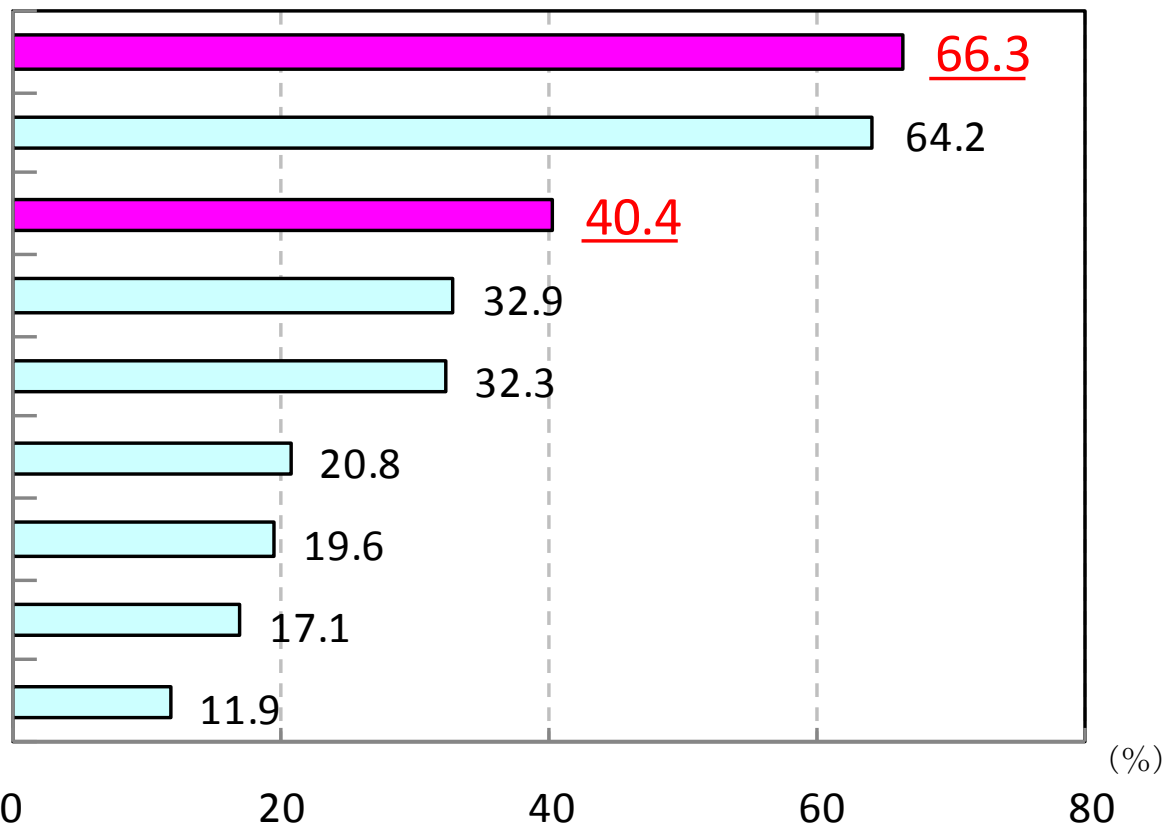
経済的に負担が大きい

訪問看護体制が整っていない

居住環境が整っていない

24時間相談にのってくれる
ところがない

訪問介護体制が整っていない



在宅医療の普及のためには、
在宅医療を行う医療機関と入院医療機関との連携が不可欠

結腸がんの患者 87歳女性 日中独居

- 平成12年2月 腰痛で往診、入院拒否
- 3月 イレウス(腸閉塞)のため人工肛門増設
1~2か月の命と診断され
『家に帰りたい』『病院で孤独死はイヤ』
- 4月 在宅緩和ケア開始
- 7月 喫茶店へ行く。「がんの身を支えて
もらい、交流があってうれしい。」
- 平成13年8月 膀胱へ浸潤。
骨転移でがん性疼痛。
- 12月 再入院。入院先で死亡。

寝たきり

1~2か月の余命と
診断されたが、
1年8か月生存し、
喫茶店に外出する
こともできた

1年8ヶ月

歩行可能

在宅患者がいざというときに入院できる病床の確保が重要

第1章のまとめ

- ・ 今後は、外出困難となっても自宅で療養する要介護者が増加する。
- ・ こうした通院困難な方が少しでも長く自宅で暮らし続けられるようにするためには、在宅医療体制を充実することが欠かせない。
- ・ また現在、病院で最期を迎える方が多いが、今後亡くなる方の急増に対応して、病床を増加させることは困難とみられる。
- ・ そのため、自宅など病院以外の場でも最期を迎えられる看取り体制を整備する必要がある。
- ・ たとえ死期が迫っても、できるだけ長く自宅で過ごしたいと考えている人も多い。
- ・ ただ、多くの方は、症状急変時の不安や家族への負担を考えて、自宅での最期を迎えることは困難と考えている。



病院以外の場でも、安心して医療の提供を受け、最期を迎えるために不可欠な「在宅医療体制」の現状と課題をみていく

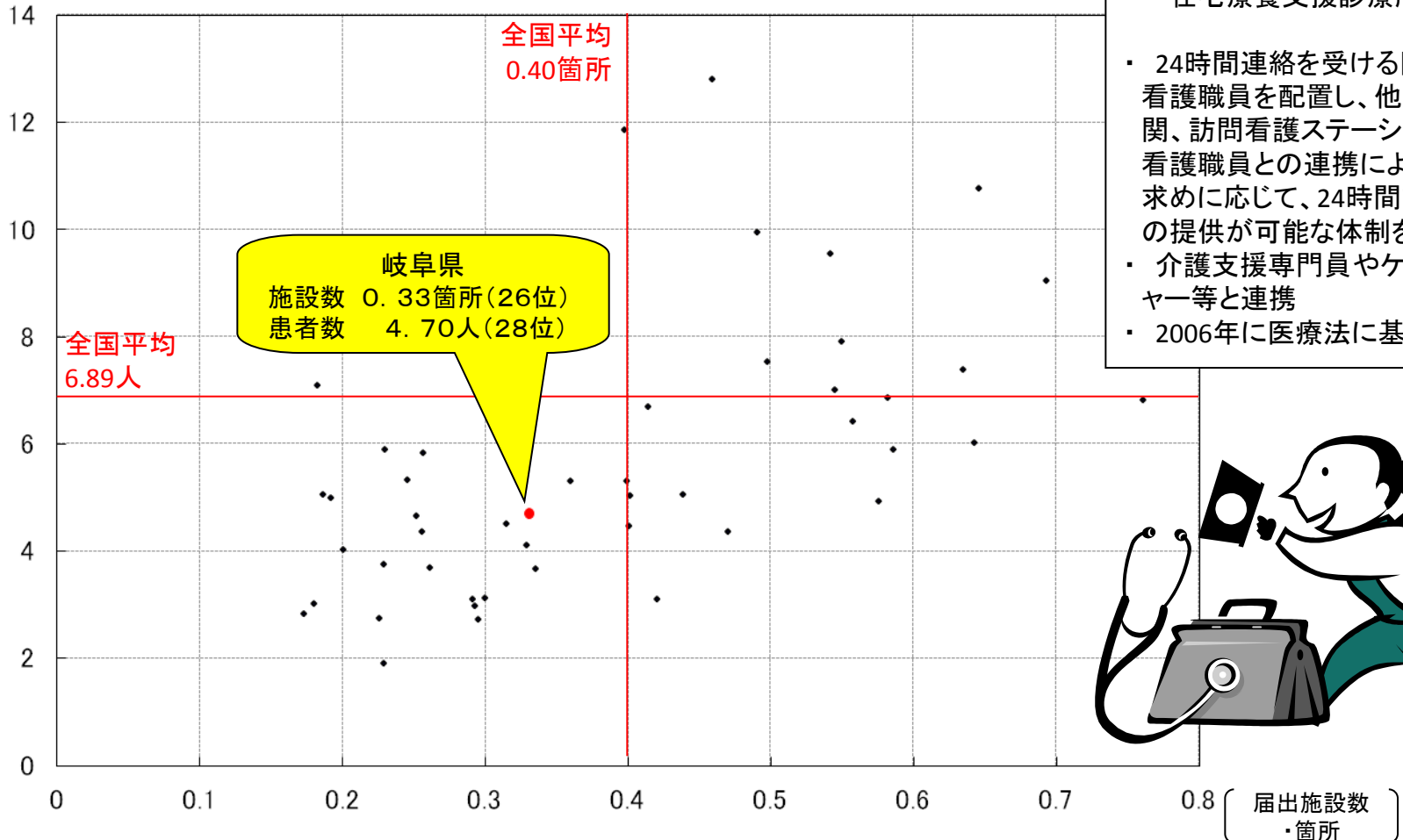
第2章 岐阜県の在宅医療を とりまく現状と課題

24時間体制で在宅医療を実施する「在宅療養支援診療所」は利用者にとって心強いが、県内では施設も患者も少ない

65歳以上人口1000人当たりの 在宅療養支援診療所届出施設数及び受持ち患者数

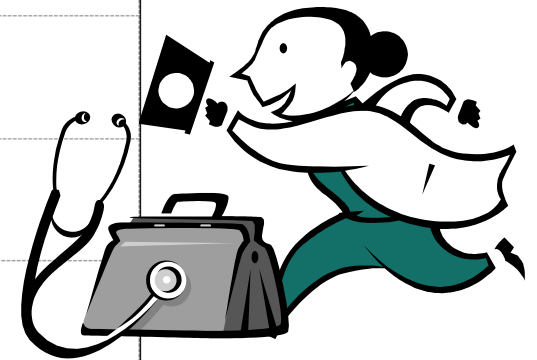
〔受持ち患者数〕
・人

〔平成20年10月1日現在〕



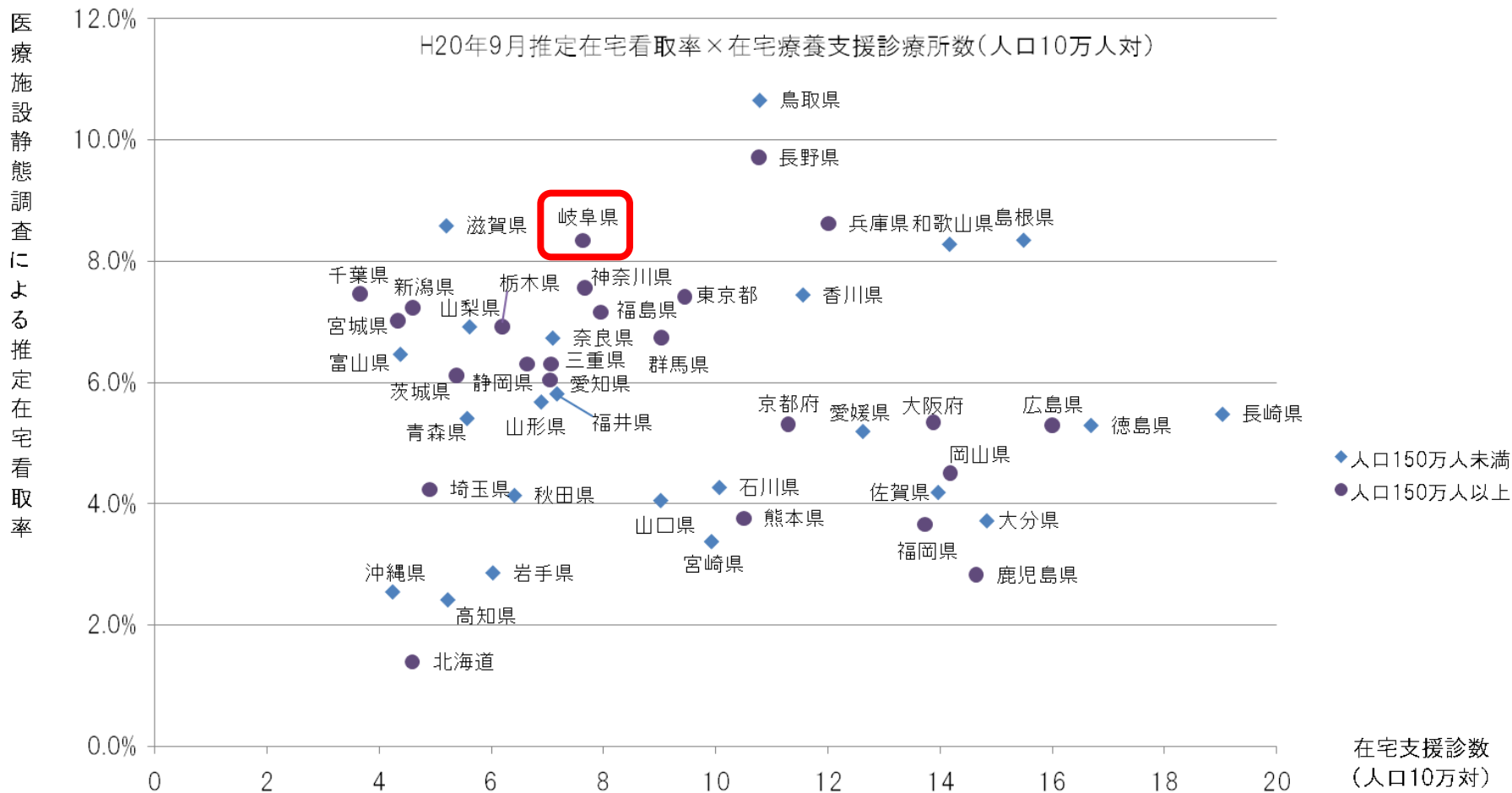
～在宅療養支援診療所とは～

- ・ 24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、他の医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により患者の求めに応じて、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保
- ・ 介護支援専門員やケアマネジャー等と連携
- ・ 2006年に医療法に基づき新設



一方で、本県は在宅療養支援診療所が少ない方にも関わらず、自宅で最期を看取られる割合が高い

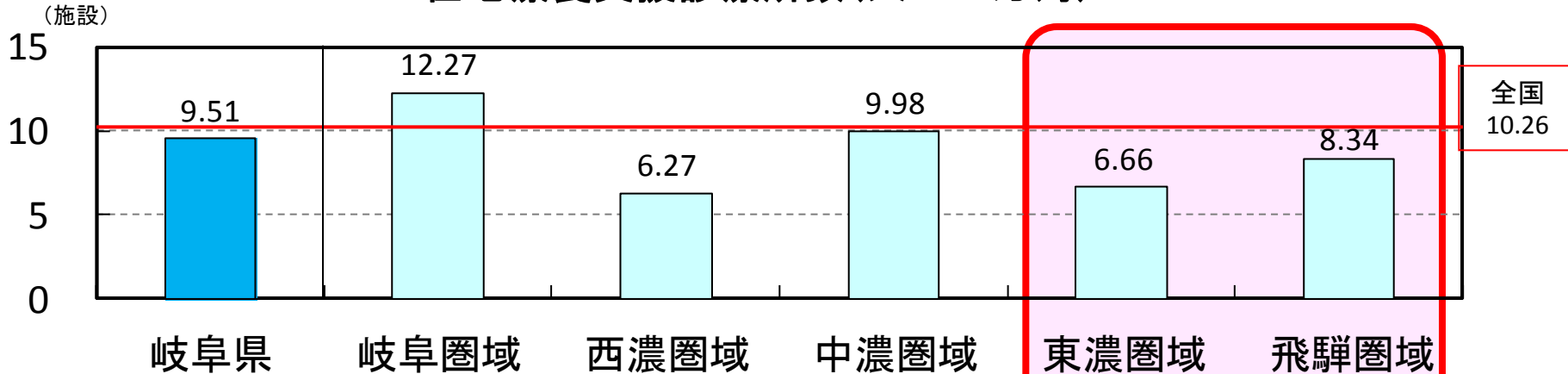
人口10万人対在宅療養支援診療所数と在宅看取り率の関係



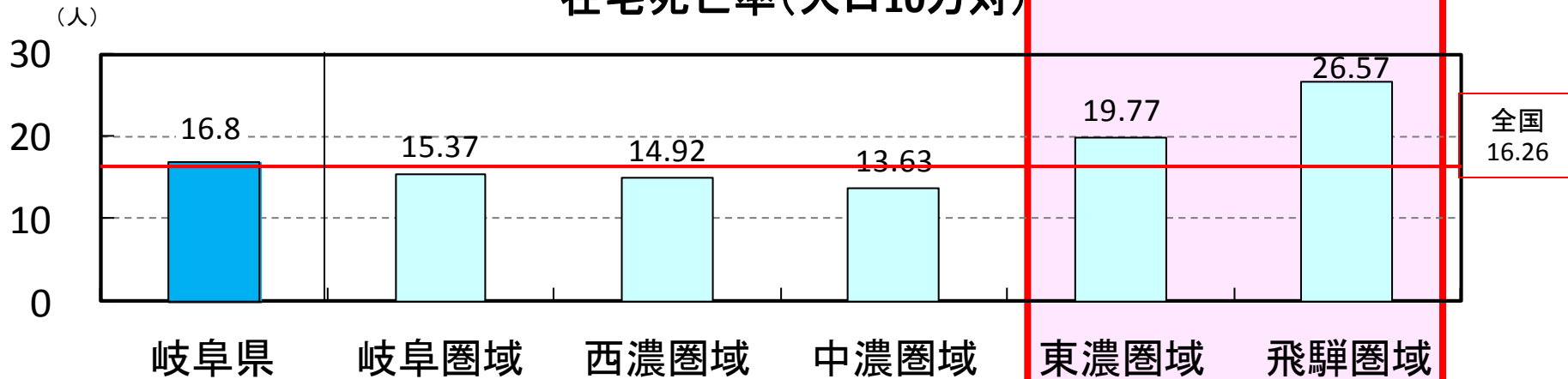
出典: 厚生労働省「第5回医療計画の見直し等に関する検討会」資料(平成23年7月13日)
厚生労働科学研究費補助金特別研究事業「在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究」

特に東濃・飛騨圏域は、県平均よりも在宅療養支援診療所が少ないにもかかわらず、自宅で看取られる割合が高い

在宅療養支援診療所数(人口10万対)



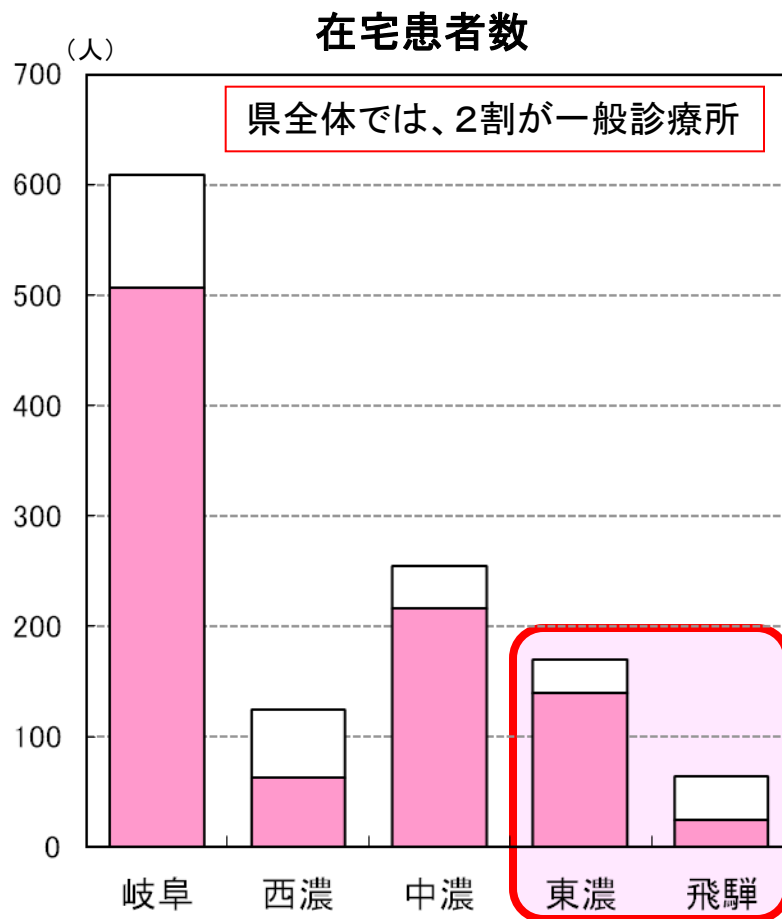
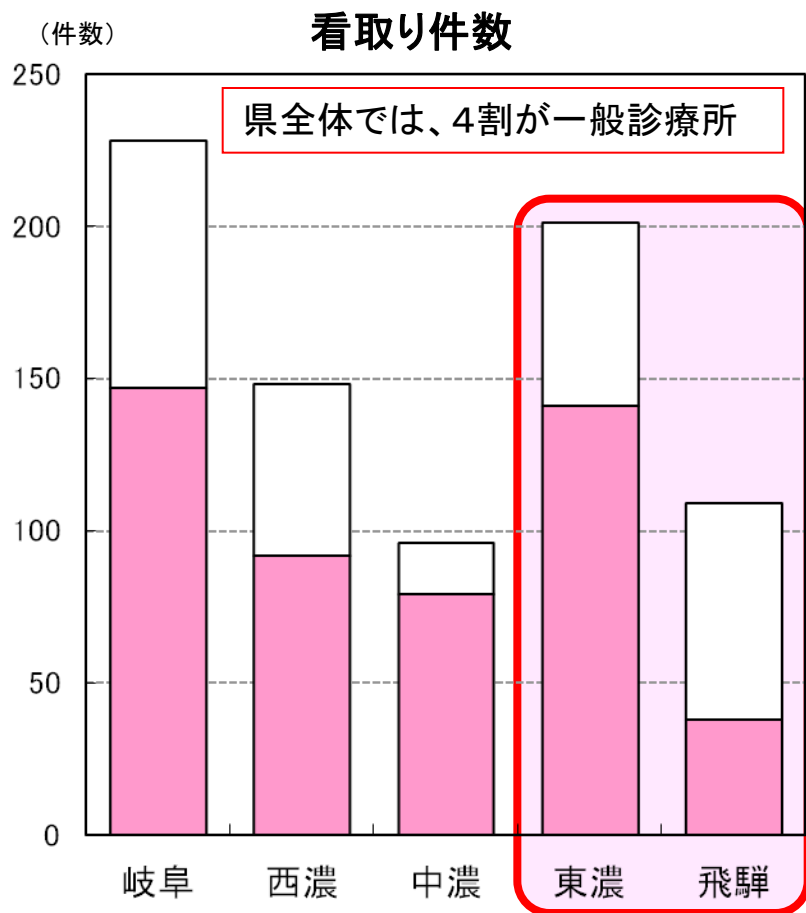
在宅死亡率(人口10万対)



出典:診療報酬施設基準(平成24年1月現在)、人口推計(平成24年1月)のデータから算出
人口動態調査(平成22年)、国勢調査(平成22年)のデータにより算出

これは「24時間対応」をうたわないものの、
在宅医療に取り組んでいる身近な医療機関の存在が大きい

県内の在宅療養支援診療所・病院及び看取りを行う診療所の状況



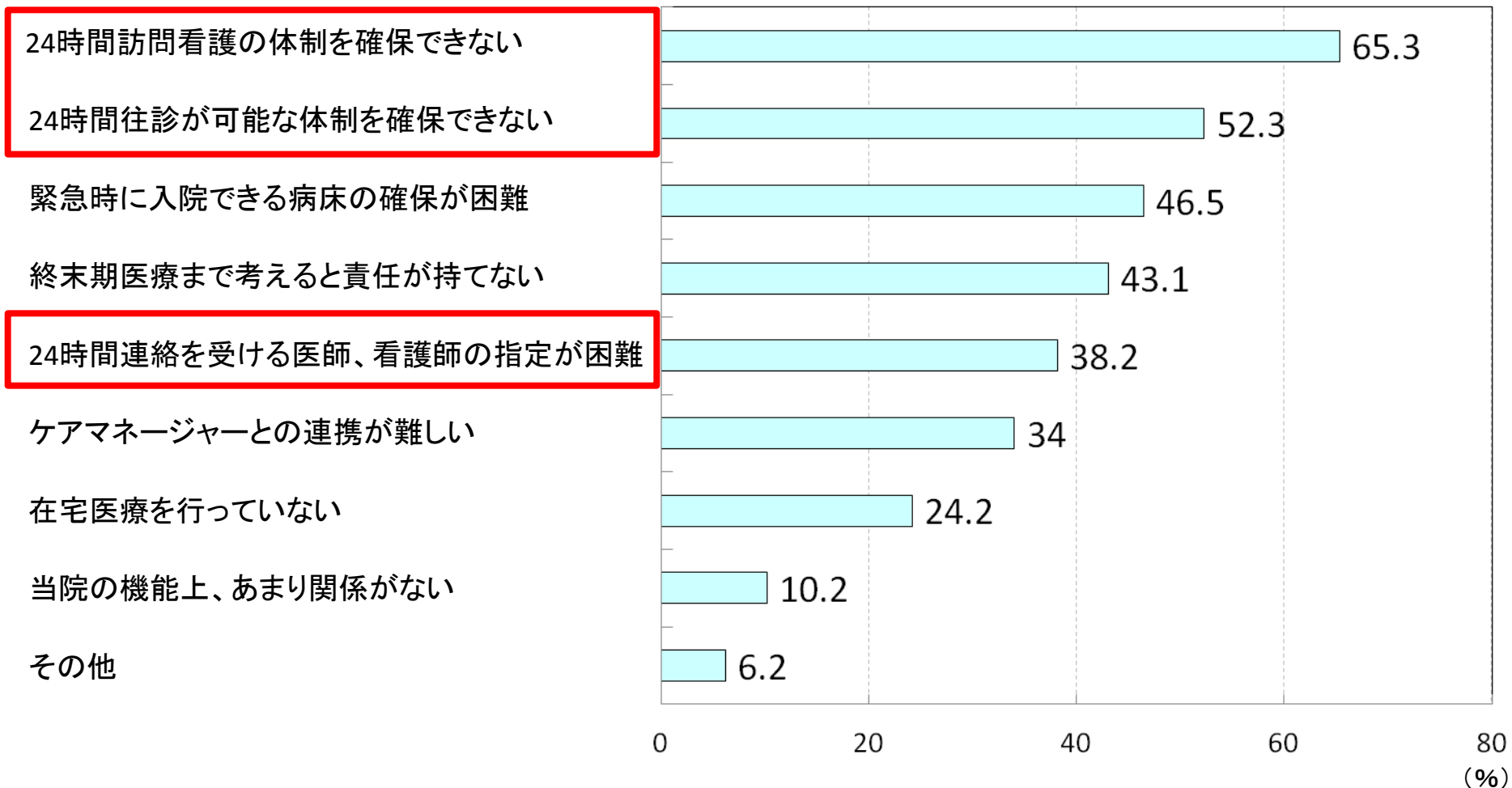
■在宅療養支援診療所・病院
□在宅療養支援診療所を除く診療所

出典：県「ぎふ医療施設ポータル」掲載情報（平成23年11月27日時点）を編集

（※）在宅療養支援診療所・病院（看取り件数0件及び未公表を含む）と看取り件数を公開している診療所のデータを集計・算出

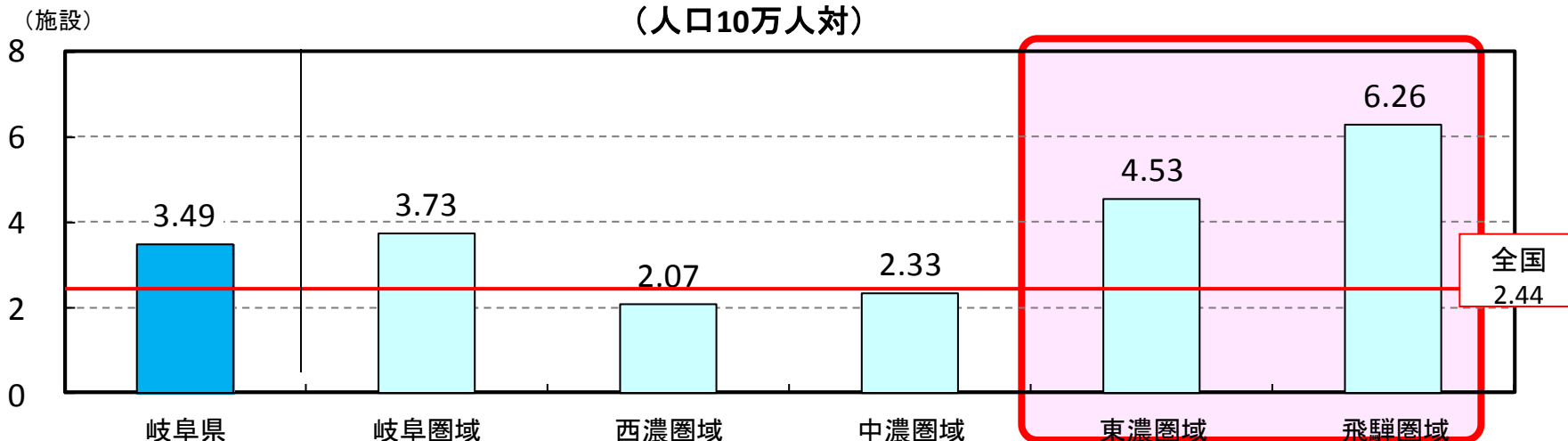
自力の24時間対応が困難なため、あえて在宅療養支援診療所にならない選択をしている医療機関は多い

在宅療養支援診療所の届出をしていない理由(複数回答)
(全国、診療所、2012年)

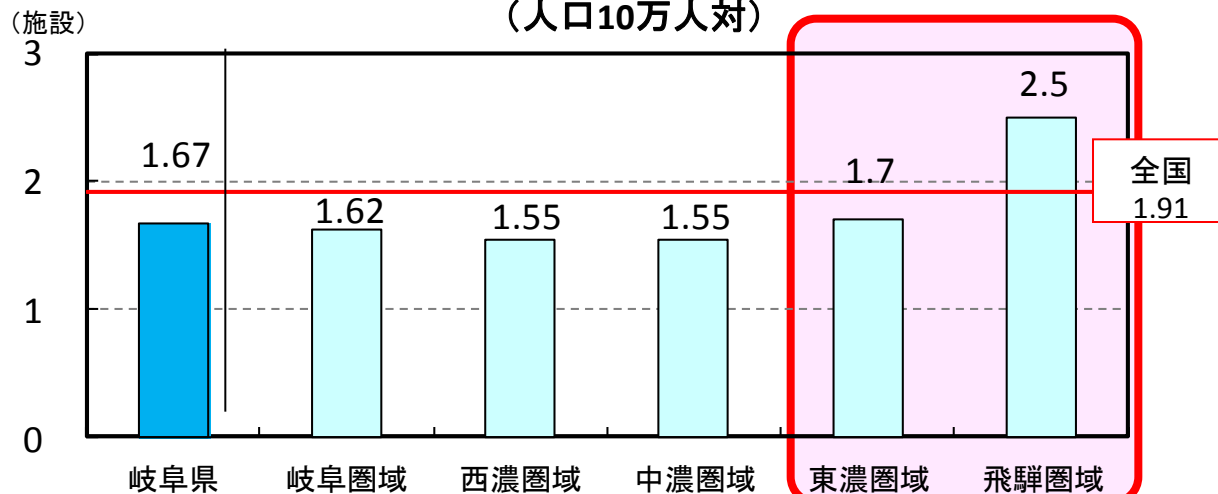


24時間対応にこだわらず、看取りを行う在宅医療機関と患者の退院支援が充実した病院を増やすことが、看取り普及の鍵

在宅看取り等対応機関数 (人口10万人対)



退院支援担当者配置病院数 (人口10万人対)

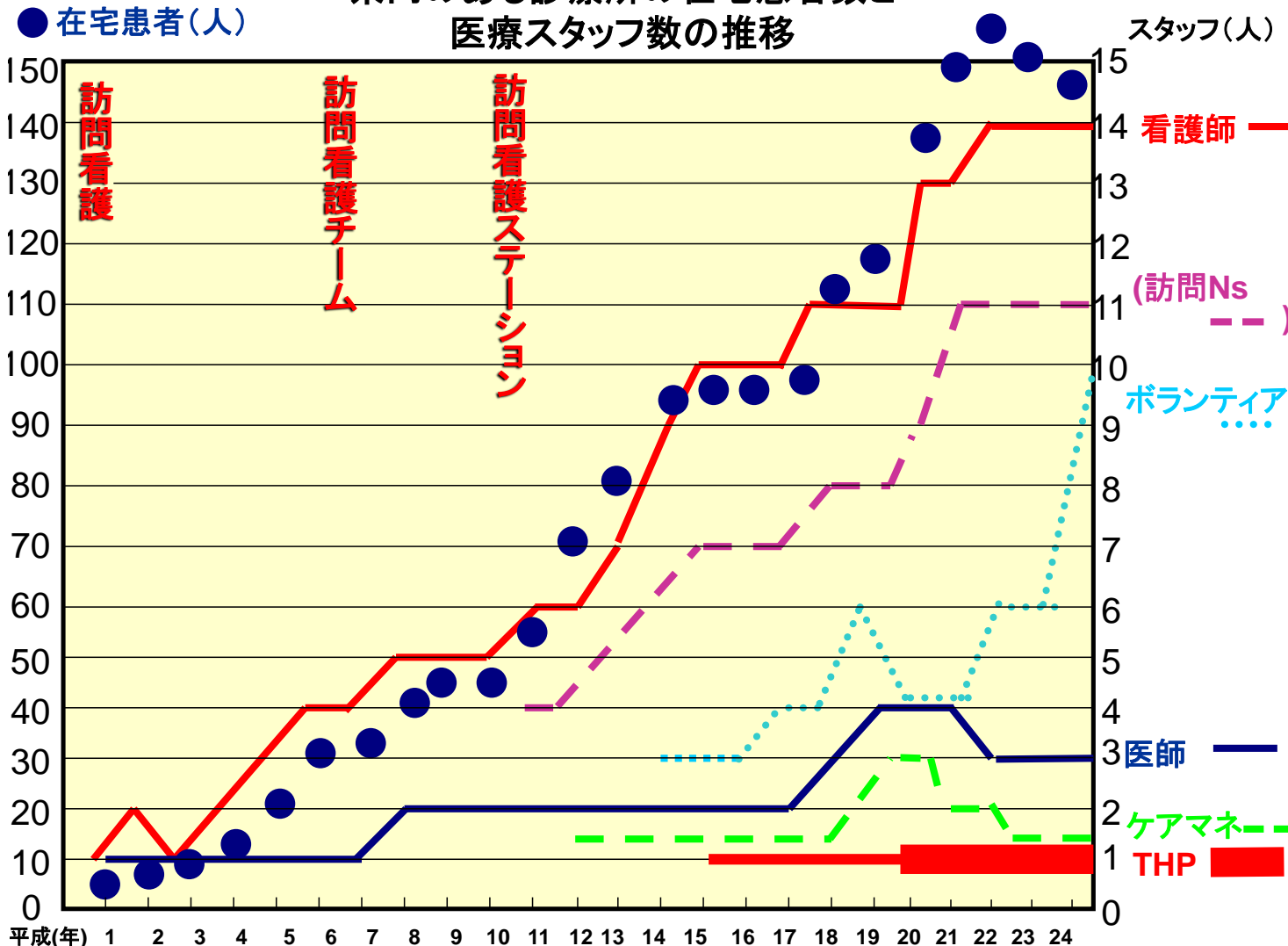


○退院支援担当者

入院患者が、退院時に安心して退院できるように、本人・家族の意思を確認のうえ必要なサービスを受けられるように、在宅医療を行う診療所や、病院・老人保健施設など、院内外の関係機関・関係者との調整をする者。(一定の基準を満たした看護師・社会福祉士が担う。)

在宅医療の推進には 訪問看護体制の確保が重要

県内のある診療所の在宅患者数と
医療スタッフ数の推移



在宅療養支援診療所の届出をしない理由の第一位は

「24時間訪問看護の体制を確保できない」

(全国,診療所,2012年)

出典:医療法人聖徳会 小笠原内科作成のスライドを許可を得て引用、改変。

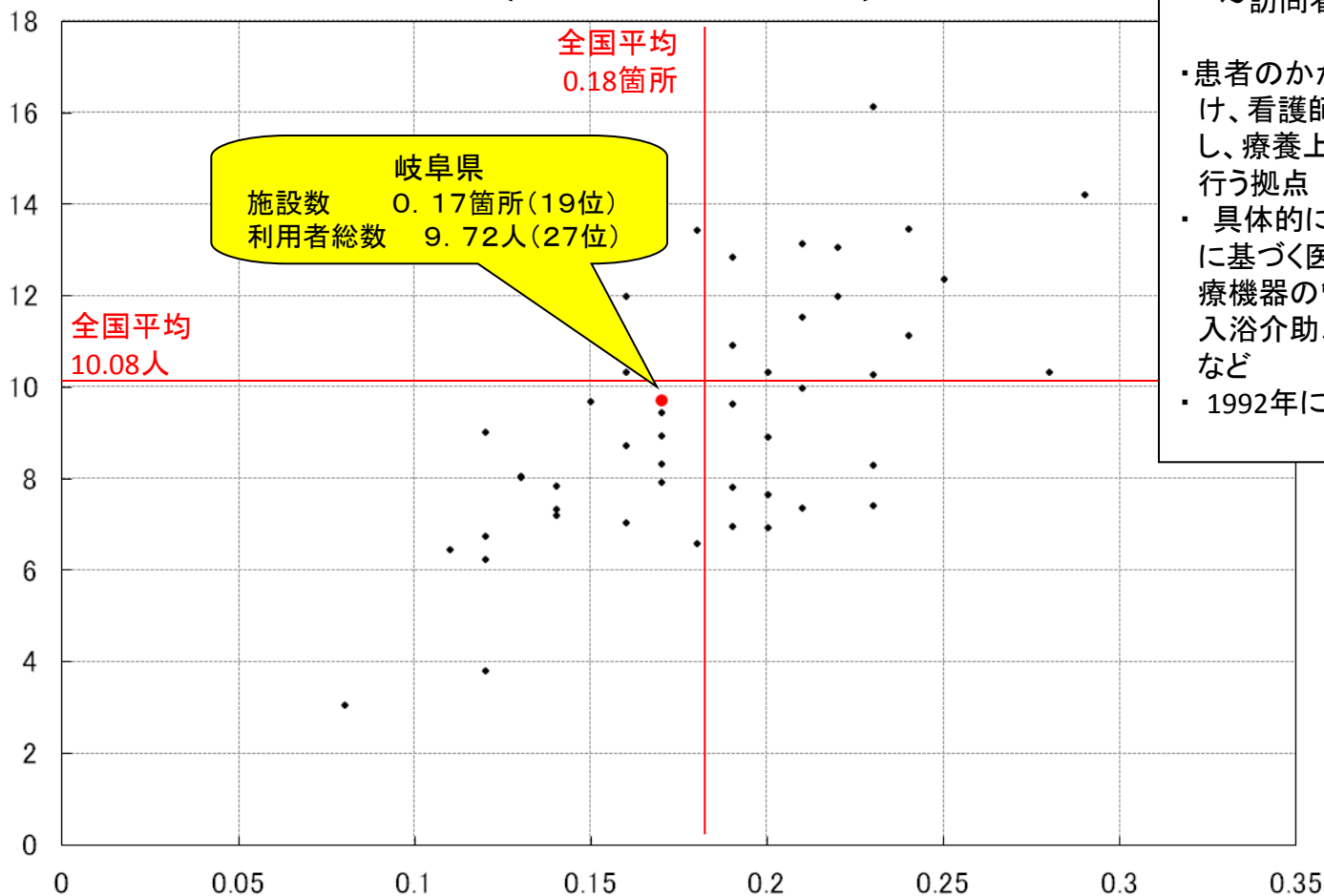
日本医師会総合政策研究機構「2012年度診療報酬改定についての調査結果報告」

在宅患者に訪問看護サービスを提供する 県内の訪問看護ステーション数と利用者数は、全国平均レベル

65歳以上人口1000人当たりの 訪問看護ステーション数及び利用者総数

[平成21年10月1日現在]

[利用者総数
・人]



～訪問看護ステーションとは～

- ・患者のかかりつけ医師の指示を受け、看護師等が当該患者宅を訪問し、療養上の世話や診療の補助を行う拠点
- ・具体的には、かかりつけ医の指示に基づく医療措置、病状の観察、医療機器の管理、身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄の介助・指導など
- ・1992年に老人保健法に基づき新設



[施設数
・箇所]

県内の訪問看護ステーションの多くは、看護師確保が困難で小規模なために患者訪問力が限られ、厳しい経営状況である

県内の訪問看護ステーションの平均値

(2009年 (※のみ2011年))

項目	指標
事業所数	83箇所
うち看護職 3人以上～5人未満 (※)	29箇所
〃 5人以上～10人未満 (※)	46箇所
〃 10人以上 (※)	8箇所
1事業所あたり常勤換算従事者数	5.6人
うち看護職	4.5人
常勤換算従事者1人当たり訪問回数(月)	66.6回
1事業所あたり延べ訪問回数(月)	372.8回

訪問看護ステーションの延べ訪問回数別

経営指標 (全国、2011年)

	看護職員常勤換算数	収支
100回以下	3.1人	▲21.2万円
101～200回	3.7人	▲21.4万円
201～300回	4.7人	+4.2万円
301～400回	5.6人	▲2.9万円
401回以上	7.6人	+49.9万円

県内の訪問看護ステーション管理者 にヒアリングした際のコメント

- ・訪問看護ステーションは、看護師を採用したくても採用できないため、小規模な所が多い。
- ・小規模ステーションでは、経営や事務に疎い看護師が管理業務にも携わっており、その負担が大きい。

出典：厚生労働省 「介護サービス施設・事業所調査」、「医療計画の見直し等に関する検討会」(2011年7月13日)
「社会保障審議会介護給付費分科会資料」(2011年10月7日)
岐阜県看護協会 「訪問看護ステーションのご案内」(2011年3月)

そして経営が厳しいために、看護師の待遇を上げにくく
更に看護師確保が厳しくなるという悪循環に陥っている

県内の訪問看護ステーションの平均値

(2009年 (※のみ2011年))

項目	指標
事業所数	83箇所
うち看護職 3人以上～5人未満 (※)	29箇所
“ 5人以上～10人未満 (※)	46箇所
“ 10人以上 (※)	8箇所
1事業所あたり常勤換算従事者数	5.6人
うち看護職	4.5人

訪問看護ステーションの休日・夜間待機の実態

(全国、2007年4～5月(月当たり))

区分	待機日数(月)
看護職 3人以上～5人未満	13.3日
5人以上～10人未満	8.9日
10人以上	6.6日

(参考) 病院看護職(三交代勤務)の夜勤回数
8.5回/月 (2010年11月)

県内の訪問看護ステーション管理者 にヒアリングした際のコメント

・看護師を採用できないために小規模である結果、経営が厳しくなり、良い給与・待遇も出せないため、さらに採用が進まなくなる、という悪循環に陥っている。

訪問看護ステーションと病院の常勤看護職員 の平均給与及び離職率 (全国、2007年)

区分	平均給与	離職率
訪問看護ステーション	428.6万円	15.0%
病院	490.5万円	12.6%

出典: 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、「医療計画の見直し等に関する検討会」(2011年7月13日)

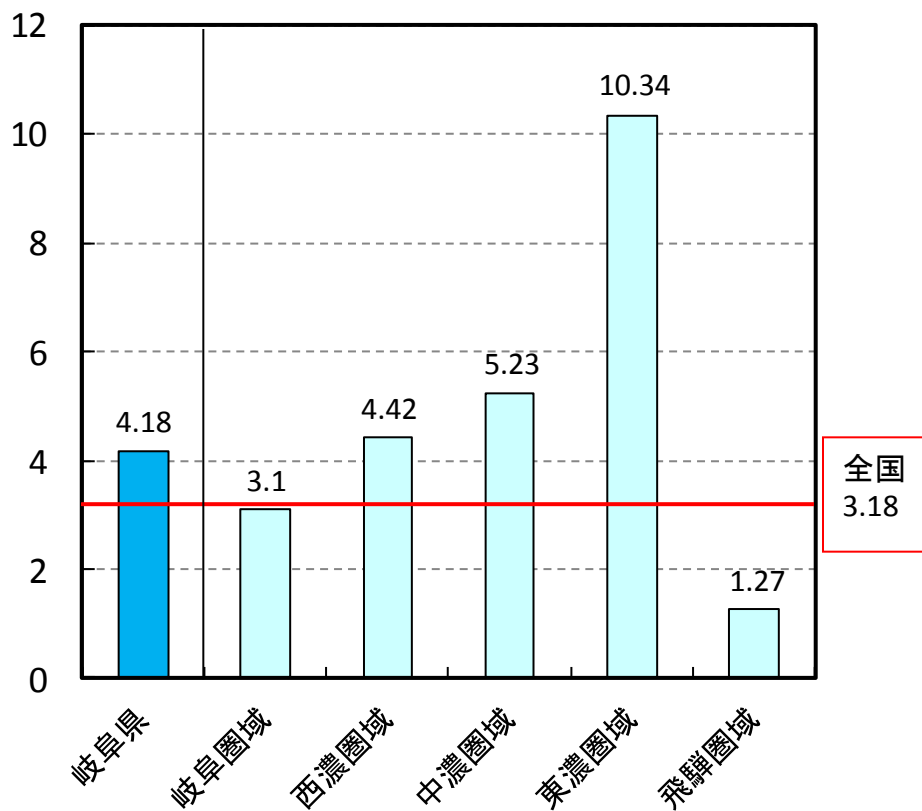
「社会保障審議会介護給付費分科会資料」(2011年10月7日)

日本看護協会「2010年病院看護職の夜勤・交代制勤務等実態調査」

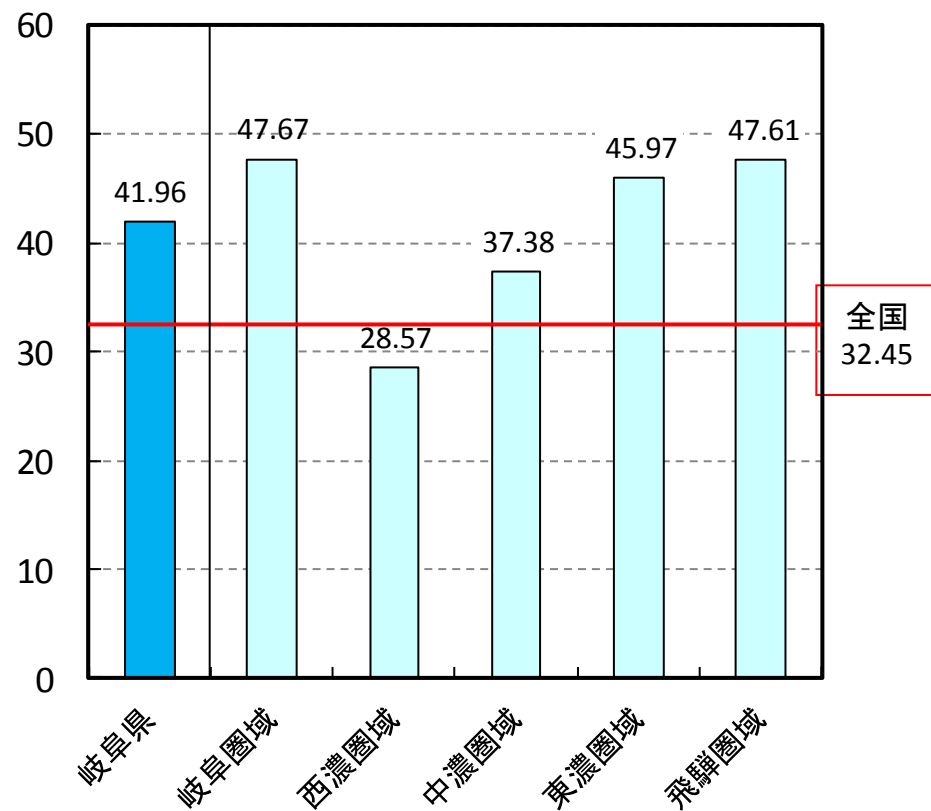
岐阜県看護協会「訪問看護ステーションのご案内」(2011年3月)

県内の歯科診療所、薬局は
全国平均と比べて、在宅医療に取り組むところが多い

在宅療養支援歯科診療所数
(人口10万対)



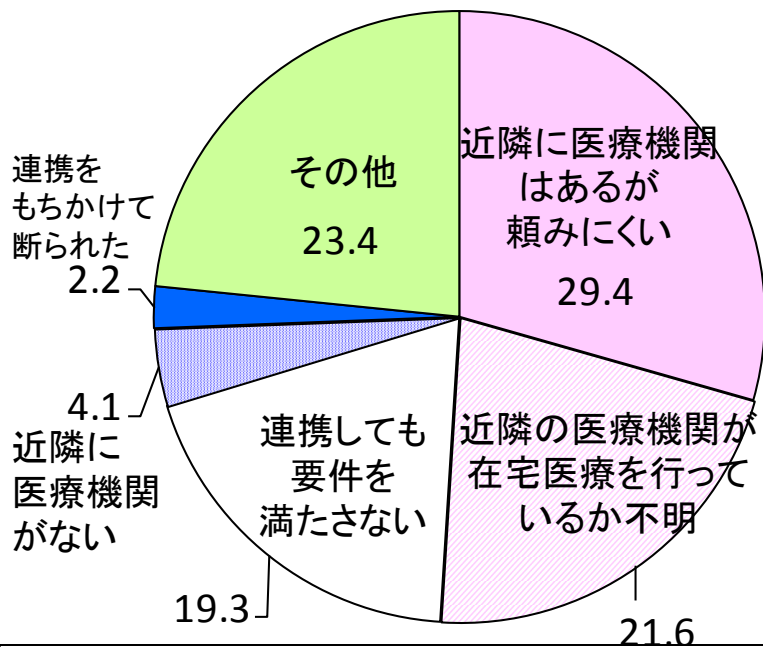
訪問薬剤指導実施薬局数
(人口10万対)



24時間対応可能な在宅医療の普及や多職種連携の推進には相互理解を進めるための交流や情報交換が大切

機能強化型在宅療養支援診療所になるための連携が困難な理由

(全国、診療所、2012年)



～機能強化型在宅療養支援診療所とは～

- ①所属する常勤医師3人以上
- ②過去1年間の緊急の往診実績5件以上
- ③過去1年間の看取り実績2件以上

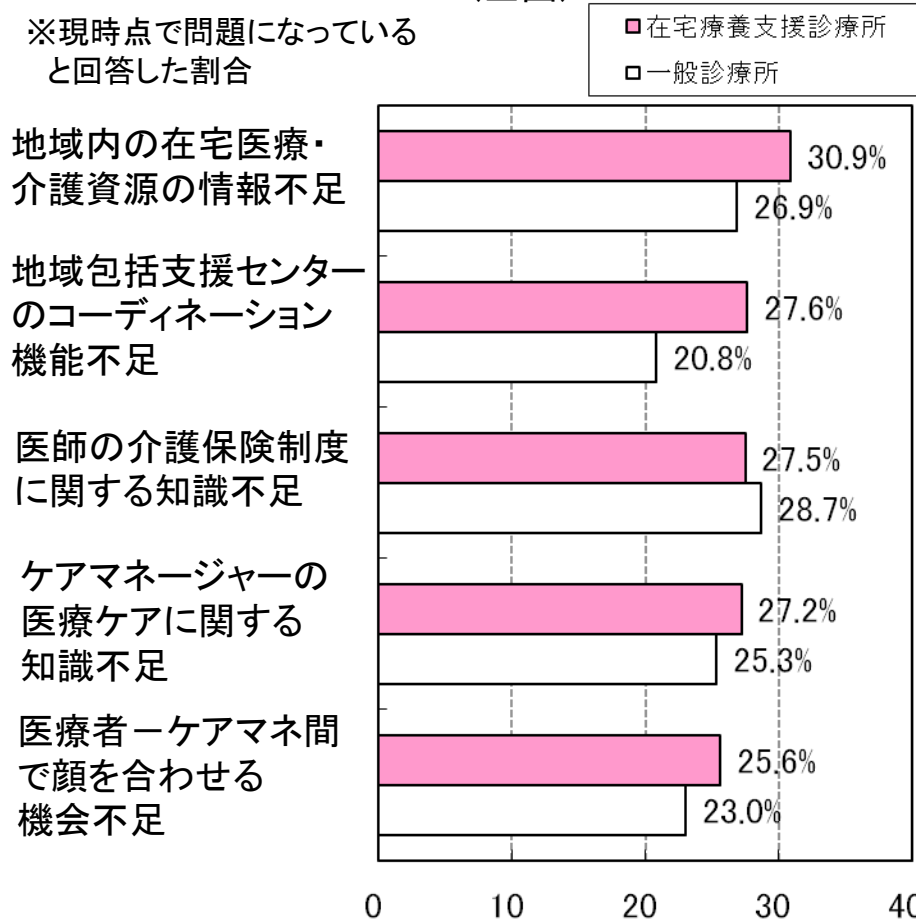
の3要件を満たす在宅療養支援診療所

当該調査では、単独で要件を満たした「単独強化型」と一定要件を満たした複数医療機関による連携で要件を満たした「連携強化型」に区分した。

医療・介護連携推進の妨げとなっているもの

(全国)

※現時点で問題になっていると回答した割合



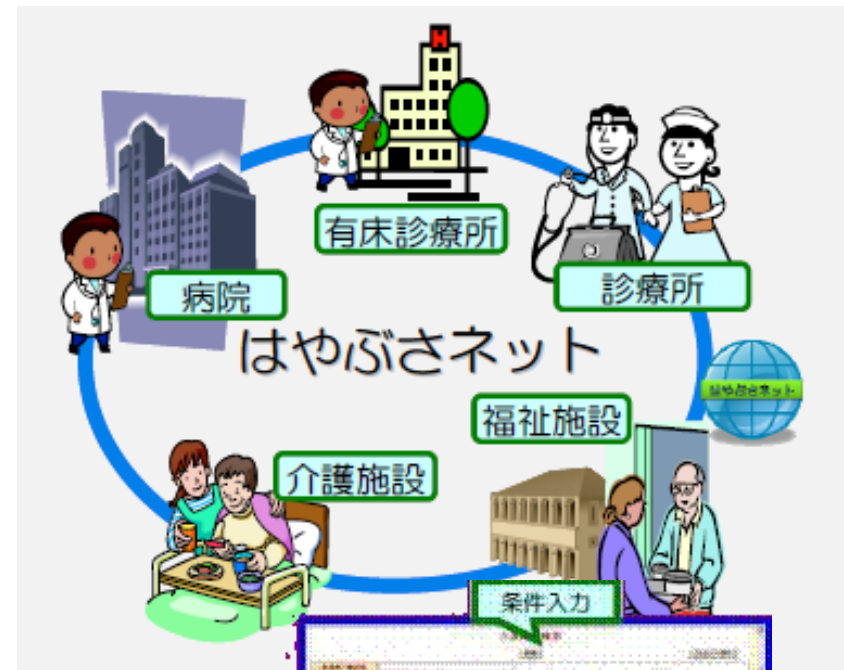
出典：日本医師会総合政策研究機構「2012年度診療報酬改定についての調査結果報告」、武林亨「在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究」(2011年)

そのため、全県単位で医療・福祉情報の共有を進め 多職種連携の推進を図っている

岐阜県包括的地域ケアネットワーク 「はやぶさネット」(2011年～)

医療・福祉の垣根を超えた
情報共有・相互連携を促進

- ・県医師会が、有床診療所を中心に、病院、無床診療所、介護・福祉施設等において、情報共有、相互連携等の機能補完を図る目的で構築した会員制ネットワーク(介護・福祉施設も加入可能)
- ・各医療機関の対応可能な在宅医療や空床情報、介護・福祉施設の住所情報等による施設検索、会員間メール等を備える。
- ・平成23年度から岐阜・西濃地区で運用開始
24年度から各圏域に運用拡大



The image shows three overlapping screenshots of the Hayabusa Network software interface. The top screenshot is labeled '結果一覧' (Result List) and shows a table of search results. The middle screenshot is labeled '詳細画面' (Detailed View) and shows a detailed view of a search result. The bottom screenshot is labeled '条件入力' (Condition Input) and shows a form for entering search conditions. The interface is designed to be user-friendly and accessible, with clear labels and a structured layout.

また二次医療圏(保健所)単位で、医療・福祉・行政あるいは市民自ら、在宅医療の情報を整備する動きが広がっている

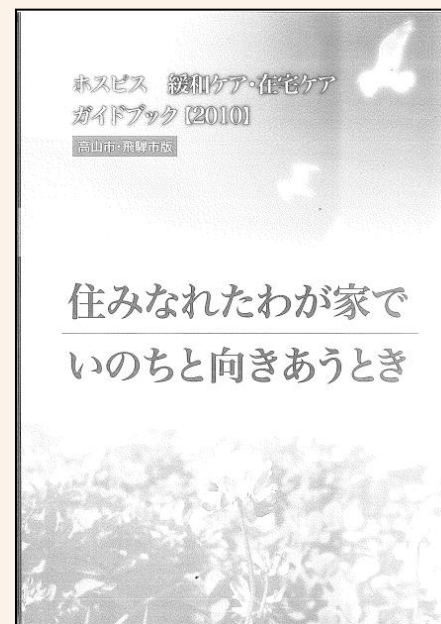
大垣地域在宅医療マップ (2011年)

「訪問診療」と「往診」について					AD	AR	AS	AT
「訪問診療」とは、自宅で療養を行っている患者さんで、通院計画的な医学管理の下に定期的な訪問をして診療を行うこと					人工呼吸器	吸引	在宅酸素療法	膀胱洗浄 カテーテル交換
「往診」とは、通院できない患者さんの要請を受けて、医師が								
連番	在宅療養支援診療所	医療機関名	地区	郵便番号	住所			
1		大垣中央病院	奥文	503-0025	大垣市見取町4-2	○	○	○
2		近藤眼科医院	奥文	503-0877	大垣市御殿町1-57			
3		城北整形外科クリニック	奥文	503-0804	大垣市桐ヶ崎町80			
4		杉谷眼科	奥文	503-0806	大垣市室町2-20			

小学校区ごとに医療機関をまとめ、実施可能な医療行為や、訪問可能な時間帯などを記載

- ・大垣市と、地域の医療・福祉関係者が集まり、どのようなサービスを提供しているか、横並びで比較できる情報を整備、公開。
- ・作成に関与した医療関係者は、横並びで情報公開されることで、在宅医療に及び腰だった医師の意識改革を図ることも目的としていた。

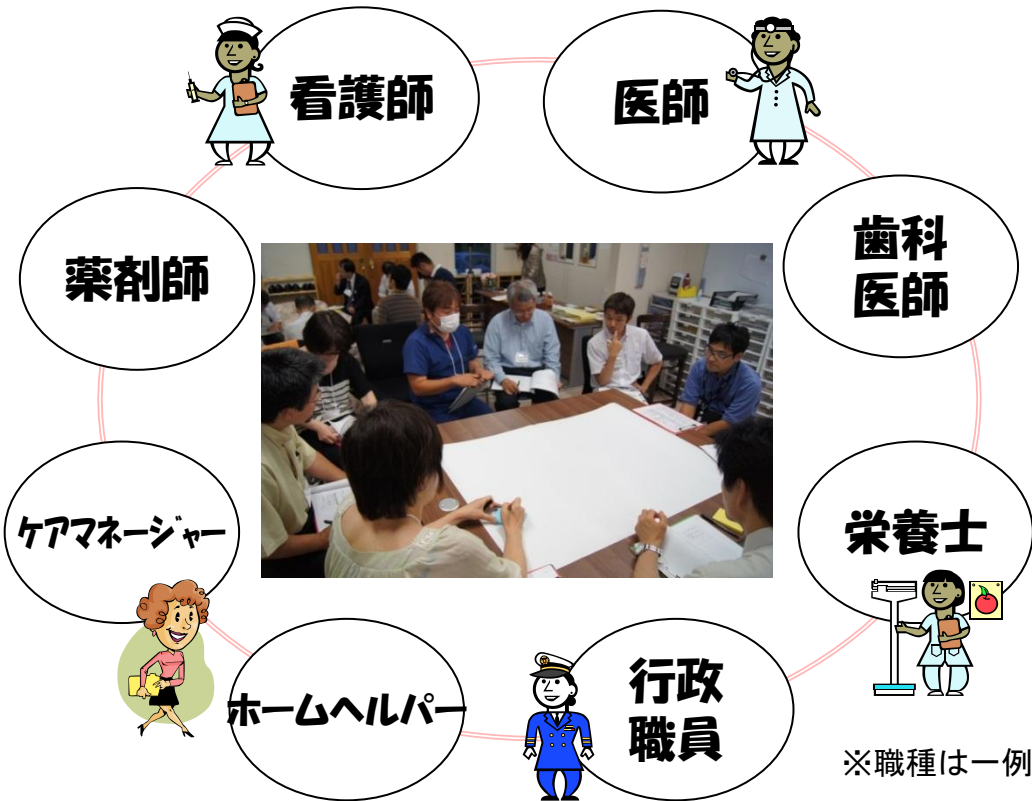
高山市版 在宅ケア・ホスピスケア ガイドブック (2010年)



- ・市民グループ「飛騨にホスピスをつくる会」が、「在宅療養したいが、どこの医院が往診してくれるのか分からない」などの声を受けて作成
- ・在宅緩和ケアを支える医療機関の情報や、不安や相談に関するQ&Aを掲載

さらには地域単位で、医療・福祉等関係者が実際に集まり互いにできることを話し合う取り組みも進んでいる

国モデル事業「在宅医療連携拠点事業」
(岐南町：総合在宅医療クリニック)



(参加者の声)

- 実際に顔を合わせることで今後の連携が取りやすくなる
- 他の職種から自分たちの職種に期待されている役割が分かる
- 他の職種にお願いできる役割が分かる

○カンファレンス

6~8人の様々な職種でグループを作り、それぞれの立場で在宅医療に関して

- ・できること
- ・やりたいこと
- ・課題と思うことを挙げる。



○地域マップの作成

活動地域の中で、どのような事ができる人がどこにいるかをマップにし、冊子・HPで共有効率的な連携を図る



恒久化

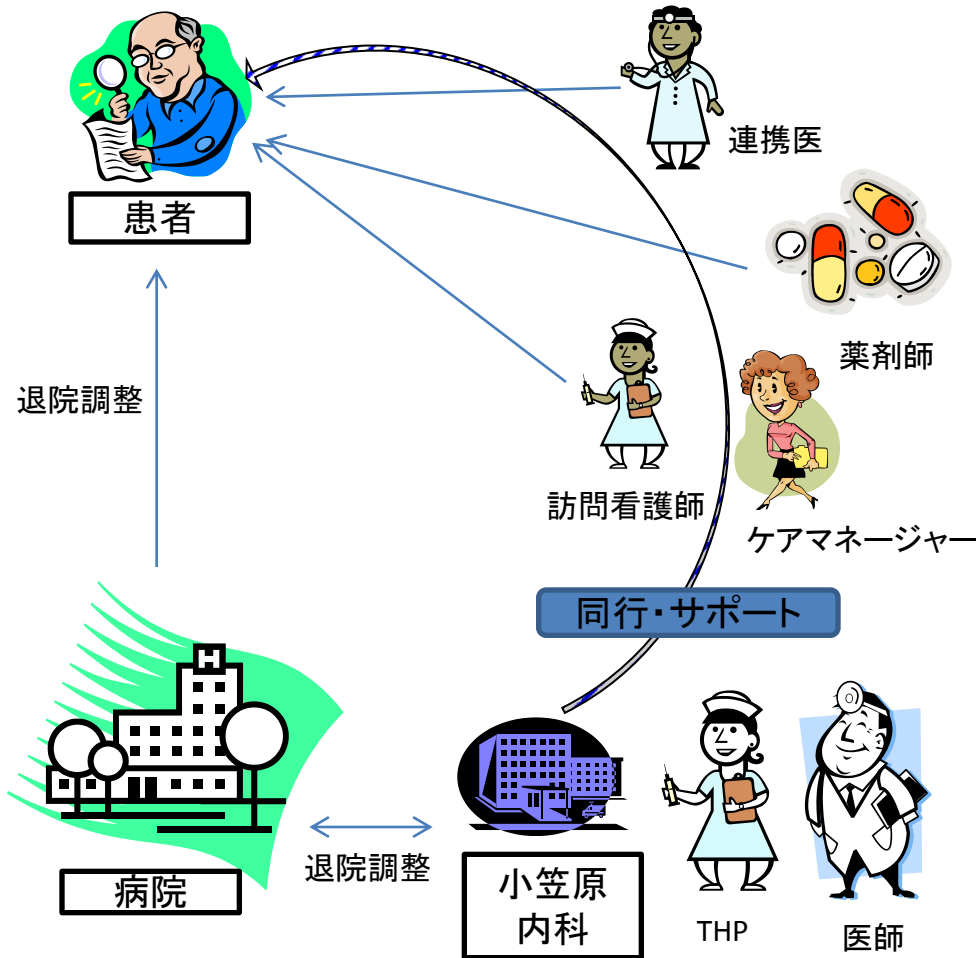
羽島郡2町で協議会を設置し、事務を引き継ぐ

※ 在宅医療連携拠点事業(厚生労働省)

在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、地域の医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネージャー等の多職種協働による在宅医療の支援体制を構築するモデル事業(平成23年度10カ所、平成24年度105カ所)

また、在宅看取りに慣れた診療所が中心となって 在宅看取りに取り組む医療機関を増やす取り組みも進んでいる

国モデル事業「在宅医療連携拠点事業」 (岐阜市：小笠原内科)



- 在宅緩和ケア医師とトータルヘルスプランナー（THP: 医療・看護・介護・福祉・保健の情報に長けた看護師であり、多職種協働ケアのキーパーソン）による実践教育
- マンツーマン方式による在宅緩和ケアの実践
- 患者に近在する
 - 診療所
 - 訪問看護ステーション
 - 訪問薬剤師
 - ケアマネージャー 等 と連携・協働
- 独居の認知症患者など、難易度の高い在宅医療についても看取りまでサポート

- 最期まで受け持つことで自信が持てる。
- 在宅医療の意義、やりがいを感じられる。
- 積み重ねた知識、経験が広がっていく。

第2章のまとめ

- ・ 24時間対応できる在宅療養支援診療所が少なくても、在宅医療や看取りに取り組む身近な医療機関、入院患者の退院支援体制が整う病院が多い東濃・飛騨地域は、在宅看取り率が高い。
- ・ 在宅医療に欠かせない訪問看護ステーションは、訪問看護師の不足により、経営状況・待遇を向上させにくい状況にある。
- ・ 在宅医療に取り組む歯科診療所、薬局は、全国平均よりも多い。
- ・ 医療・介護など多職種連携を推進し、24時間対応可能な在宅医療体制を整備することが必要。
- ・ それには医療機関同士そして多職種が情報を共有し、実際に交流して顔見知りになることが大切。

〔 県内では、多職種連携のための情報システムが整備され、一部地域では、実際に多職種の交流も進んでいる。 〕



県内の在宅医療体制を底上げするための
今後の施策の方向性についてみていく

第3章 今後の施策の方向性

課題と解決に向けた方策

【課題1】看取り対応ができる身近な在宅医療機関の不足

（考えられる原因）

- ・24時間対応への負担感
- ・病院患者に対する退院時支援の不足



（解決策）

- ・医療機関に対する在宅医療の普及啓発
〔24時間に拘らず在宅医療に取り組む診療所や、患者の在宅移行・再入院を支援する病院の増加〕
- ・医療・介護など多職種の交流・情報共有

【課題2】在宅医療を支える訪問看護ステーションの不足

（考えられる原因）

- ・訪問看護師の慢性的な不足
- ・訪問看護師不足に起因する訪問看護ステーションの脆弱な経営基盤・待遇



（解決策）

- ・訪問看護師の養成
- ・訪問看護ステーションの経営基盤強化

【課題3】自宅で看取りを希望しながら、医療機関で最期を迎える人が多いギャップ

（考えられる原因）

- ・患者自身による家族負担の配慮
- ・いざというときの対応への不安

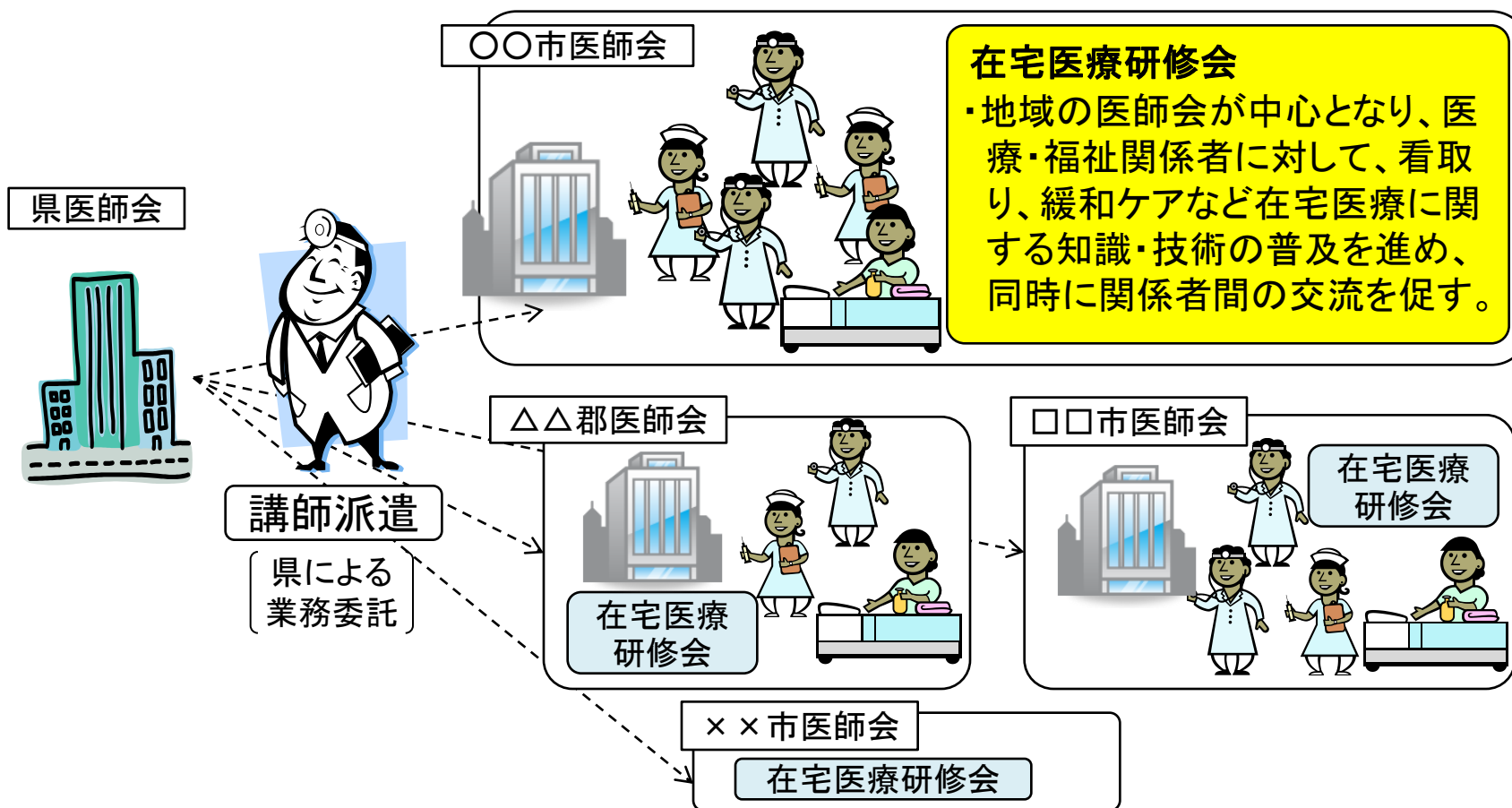


（解決策）

- ・県民に対する在宅医療の普及啓発

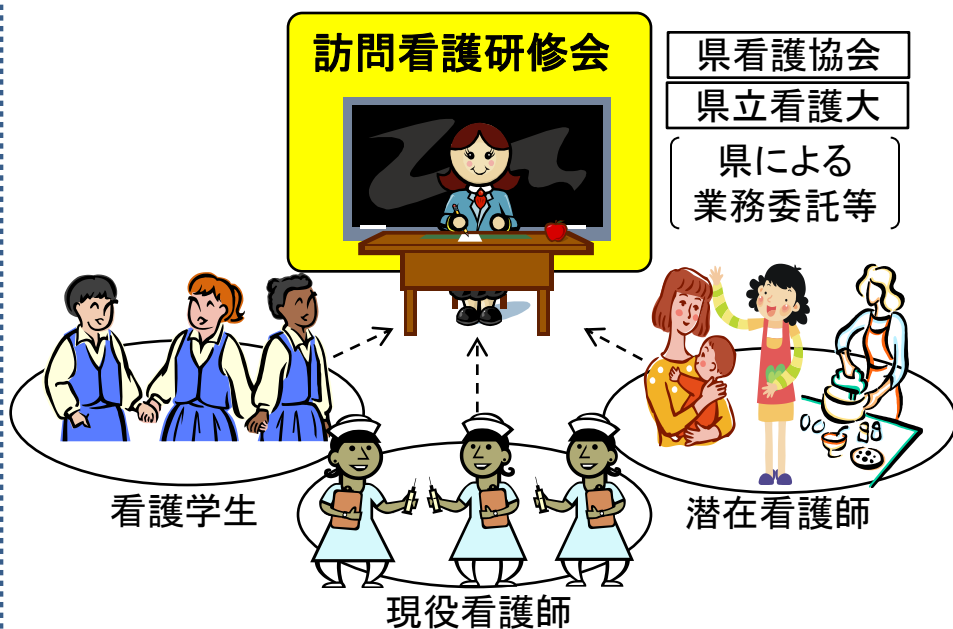
郡市医師会を中心とした 在宅医療・多職種連携研修のサポート

- 県医師会を通じて、地域の医師、看護師、介護人材等を対象に在宅医療研修会を行い、在宅医療に取り組む医療機関を増やし、多職種連携を促進していく。



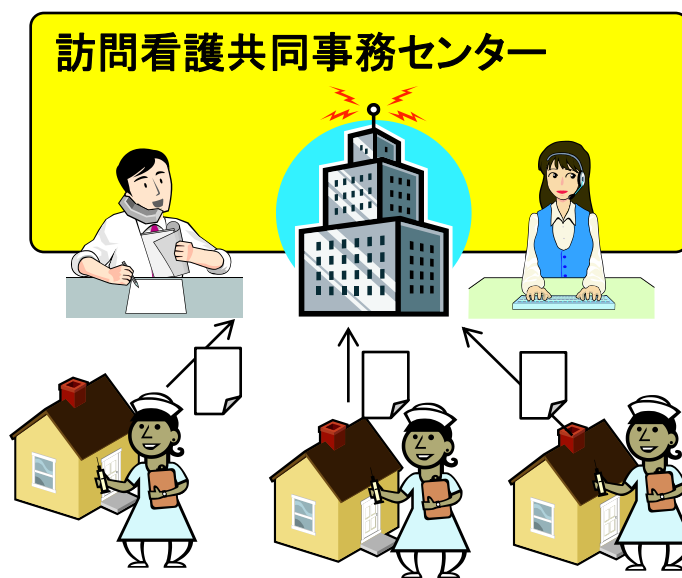
幅広く訪問看護師を養成する取り組みと 訪問看護師が在宅医療に専念できる経営環境整備の支援

○看護学生、現役・潜在看護師に対する 訪問看護の講座・研修の充実



これから看護師となる学生、現在医療機関で勤務している看護師、退職した潜在看護師に対して、訪問看護の知識を普及する講座・研修を充実させ、訪問看護師を増やす。

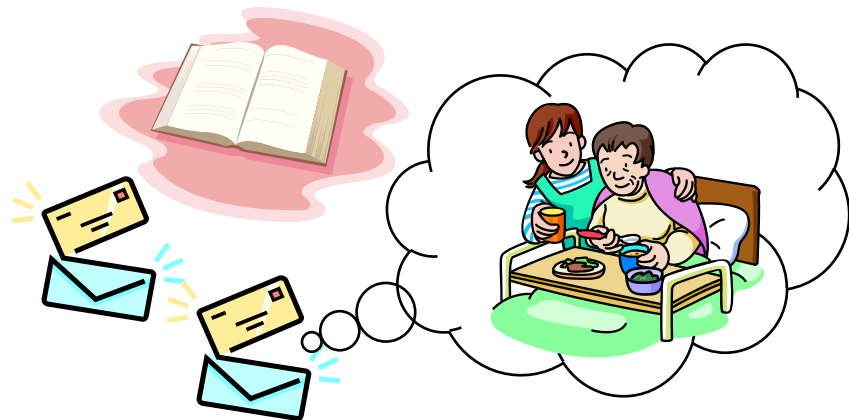
○小規模な訪問看護ステーションの 事務の集約化・効率化



・共同コールセンターによる電話対応の省力化
・利用者への料金請求等のシステム集約化などにより、訪問看護ステーションの看護師が看護業務に専念できる経営体制を構築する。

地域住民に対する在宅医療の普及啓発

○在宅医療・在宅介護の体験談のPR



在宅看取りを通した心に残る体験談の募集、選考会、体験談集の作成、DVDの作成など、全県的な普及啓発イベントの実施

【参考事例】

※「忘れられない看護エピソード」
(公益社団法人日本看護協会主催)
看護職や一般の方々から、看護の場面で出会った「忘れられない看護エピソード」を募集

○在宅医療・在宅介護についての講演会、教育の実施



退職者へのライフプラン説明会等、在宅医療・在宅介護に関心を持ちそうな人が集まる機会を捉え、講演会を実施



総合学習で取り上げてもらい、若い世代に普及啓発する

在宅医療・介護、自宅で最期を迎えることがどういうことかを普及啓発する
(決して簡単ではないが、実際に関わった人の満足度などを伝える)

最後に

○歳を重ねて、最期の迎え方、迎える場所を決めるのは高齢者・患者本人の意思の問題

- ・最期まで医療機関で延命治療を受けるか、自宅など穏やかに安心できる人間関係・生活環境の中で看取られるか
- ・家族の都合だけで、社会的入院や施設介護、家族宅への転居を押しついたり、医療・行政の都合だけで、在宅医療を押しついたりしない

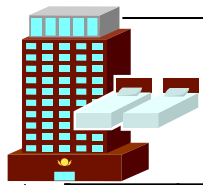
○高齢者・患者の“最期まで住み慣れた我が家で暮らしたい”という望みを叶えて生活の質を向上させ、一方で“家族に迷惑を掛けたくない”“いざというときに心配”という不安を解消できる、総合的な医療提供体制である「多職種連携による在宅医療」を進める必要がある。

○医療・介護関係者の努力に任せるだけでなく、患者とその家族、地域住民も一丸となって、自分のできること(健康管理、ご近所の助け合い・見守り等)から取り組むことが大切

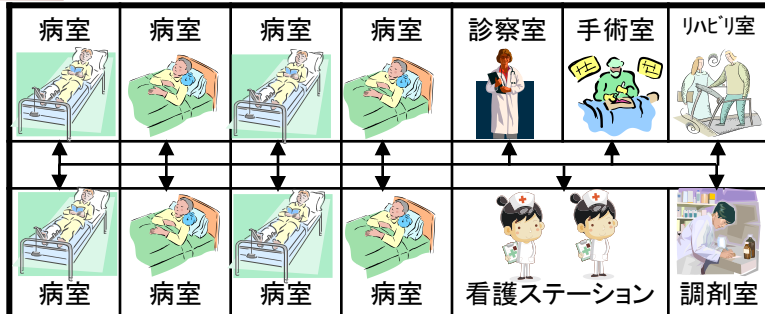
〔 行政は、そうした医療・福祉・地域住民等の取り組みを促進し、支えよう 〕



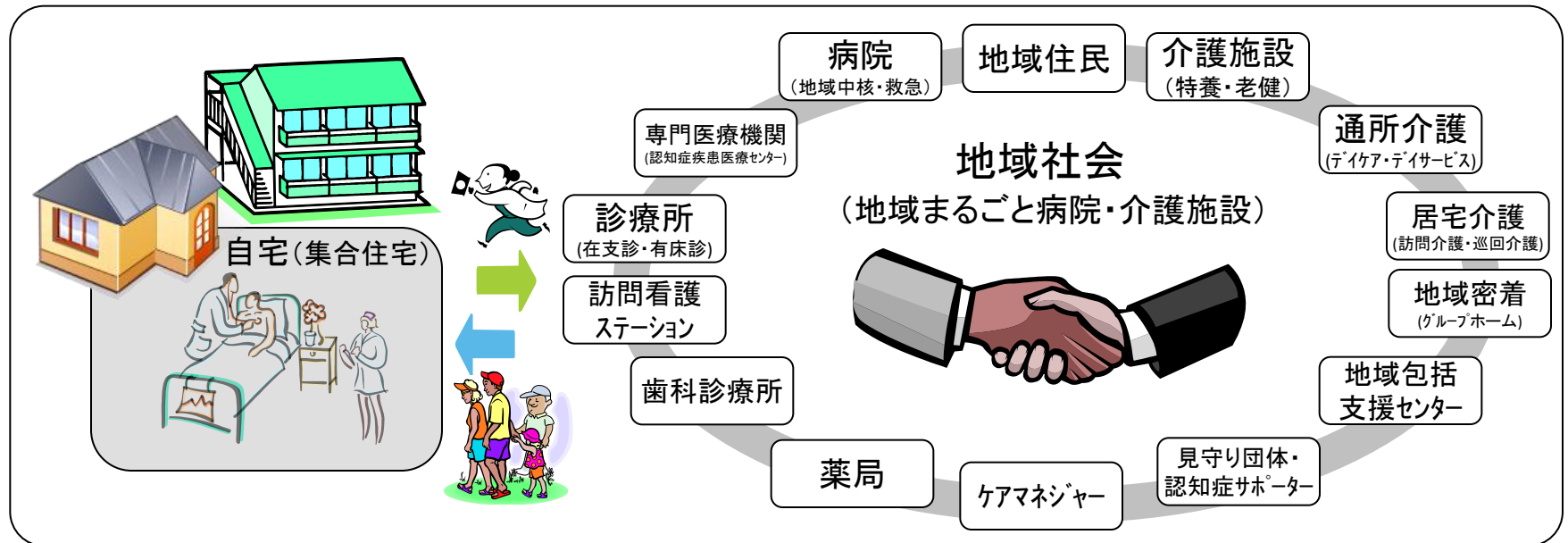
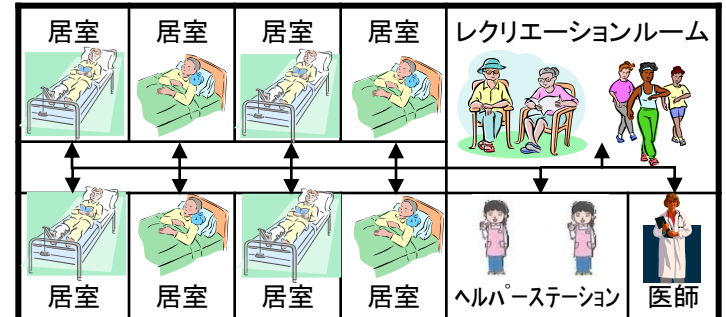
ご静聴ありがとうございました



入院施設



介護施設

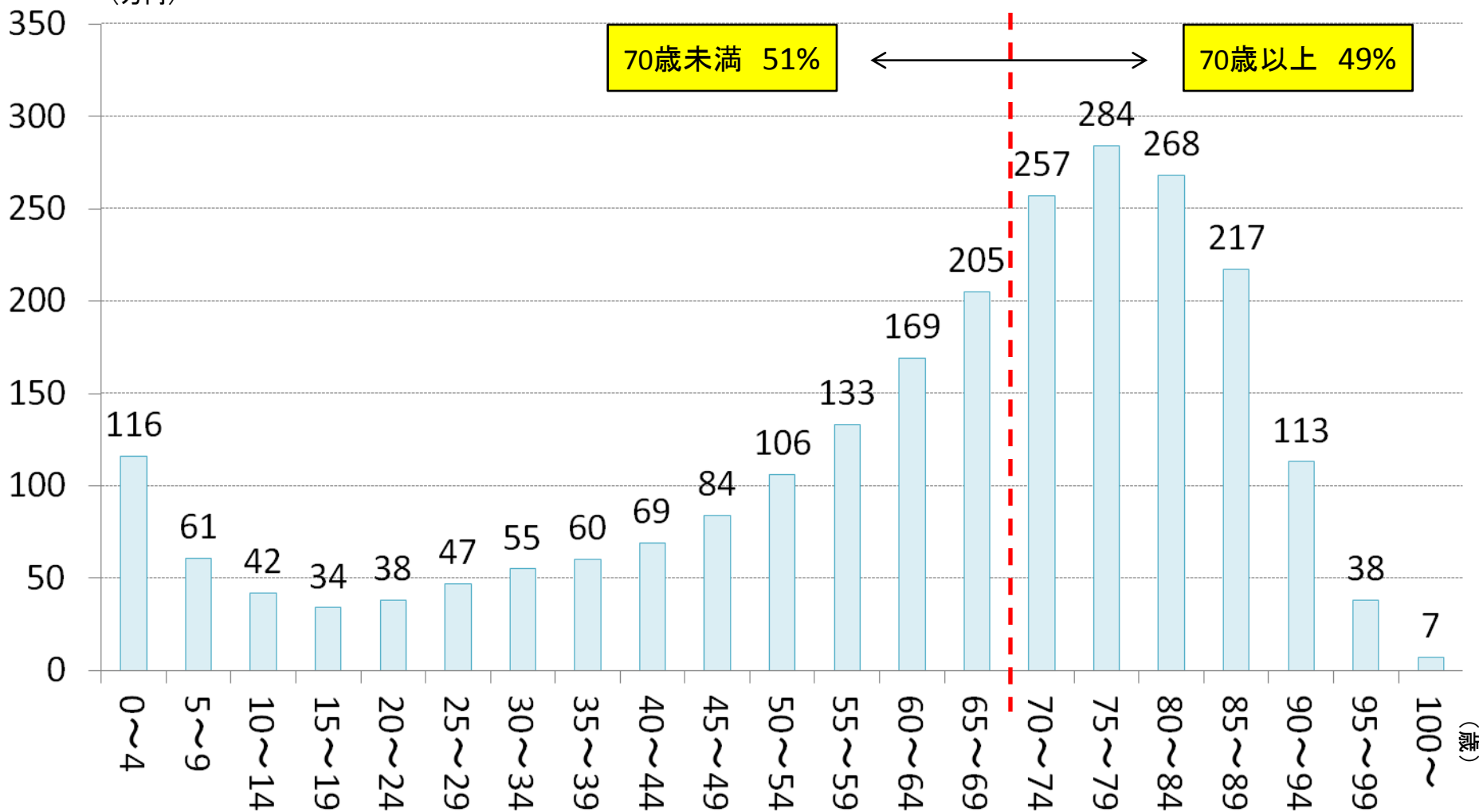


參考資料

生涯にかかる医療費のおよそ半分は
70歳以上になってから使われている

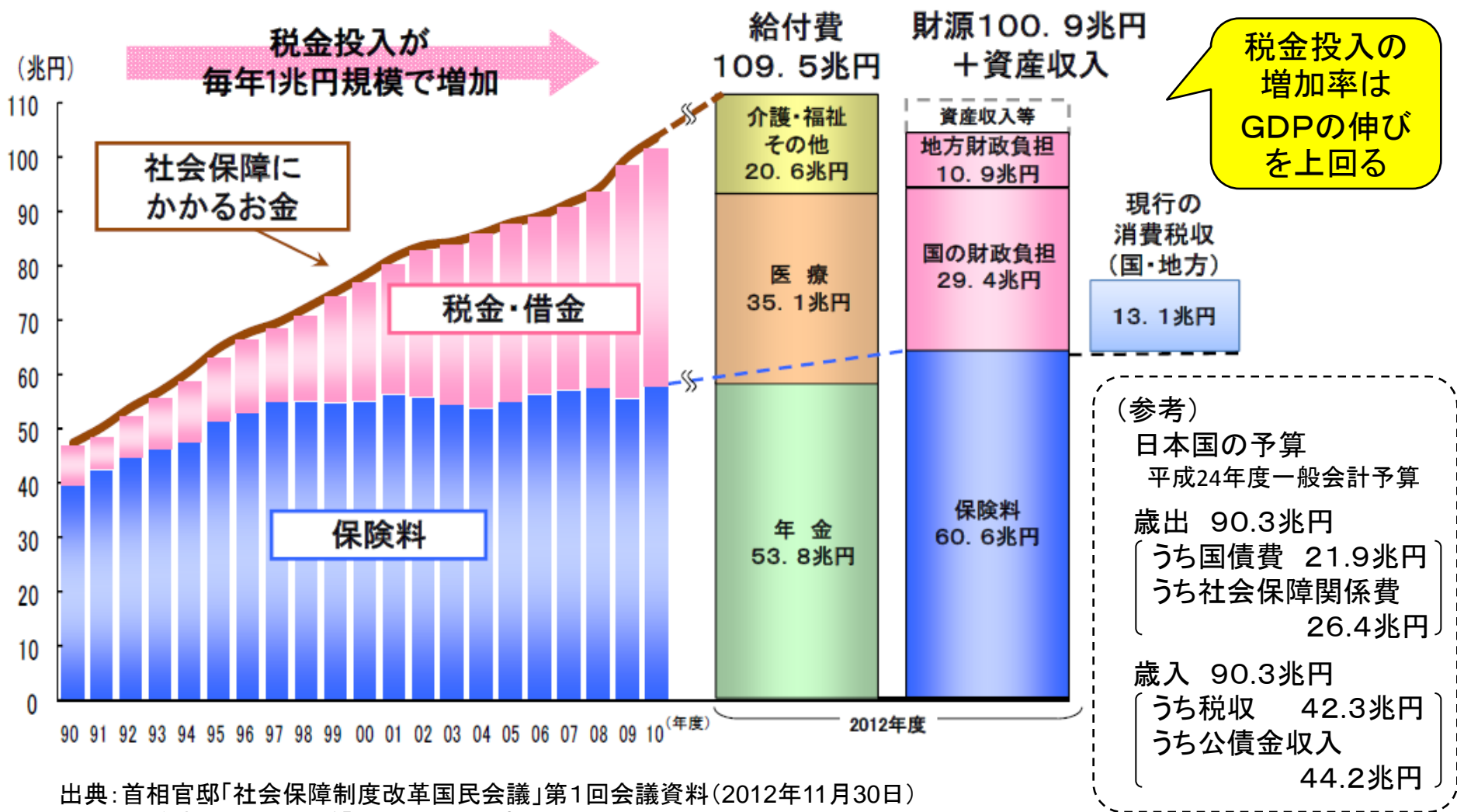
生涯医療費（2010年度推計）

(万円)



高齢者の増加を背景に、医療給付等を支える税金投入は 毎年1兆円規模で増加している

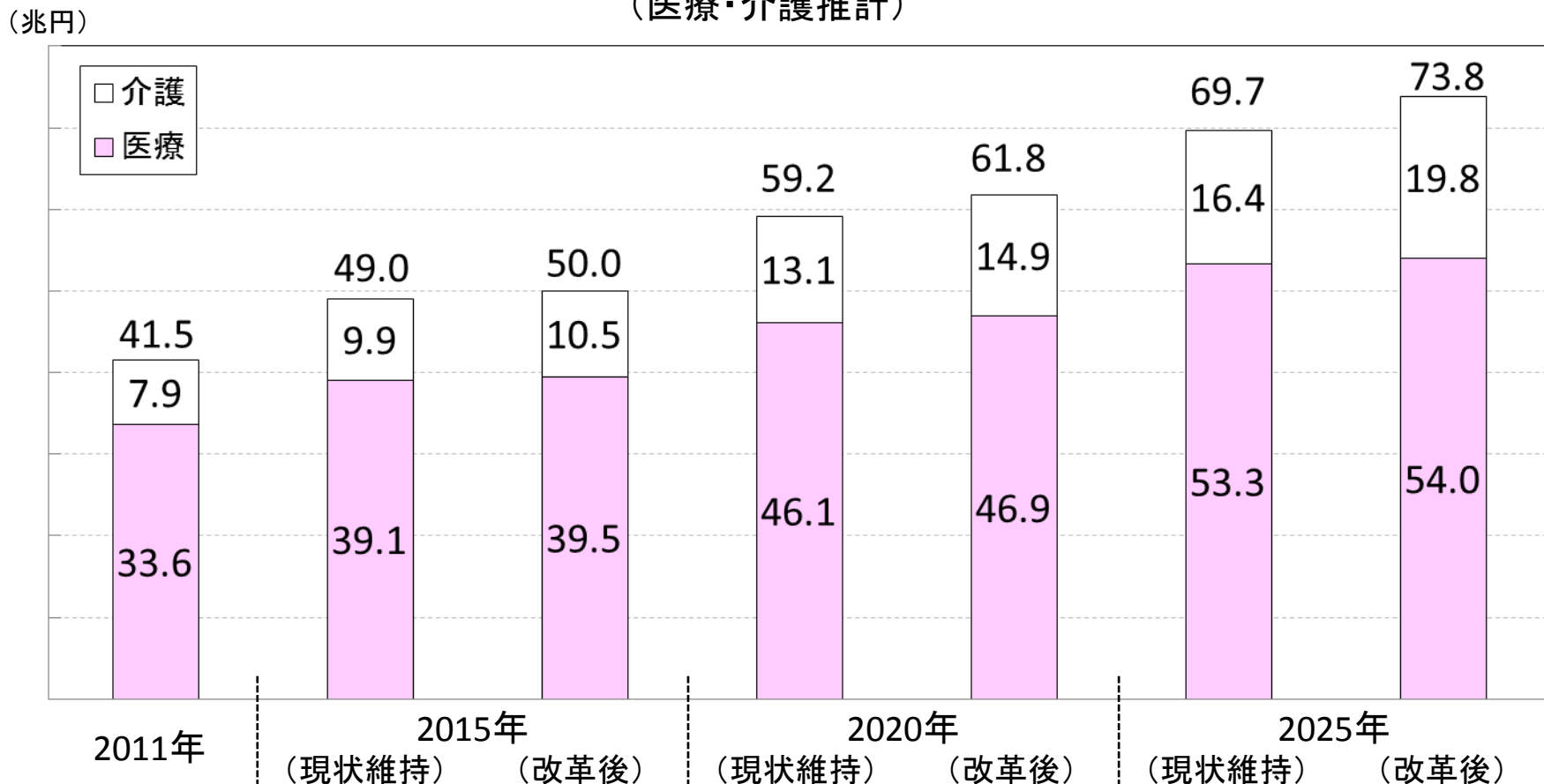
社会保障給付費と財政の関係



出典: 首相官邸「社会保障制度改革国民会議」第1回会議資料(2012年11月30日)
 財務省ホームページ「日本の財政を考える」

今後、医療・介護体制の充実、重点化・効率化に努めても 高齢者の増加に伴う社会保障経費の増大は、避けられない

社会保障に係る費用の将来推計について
(医療・介護推計)



出典:厚生労働省「社会保障に係る費用の将来推計の改訂について(平成24年3月)」

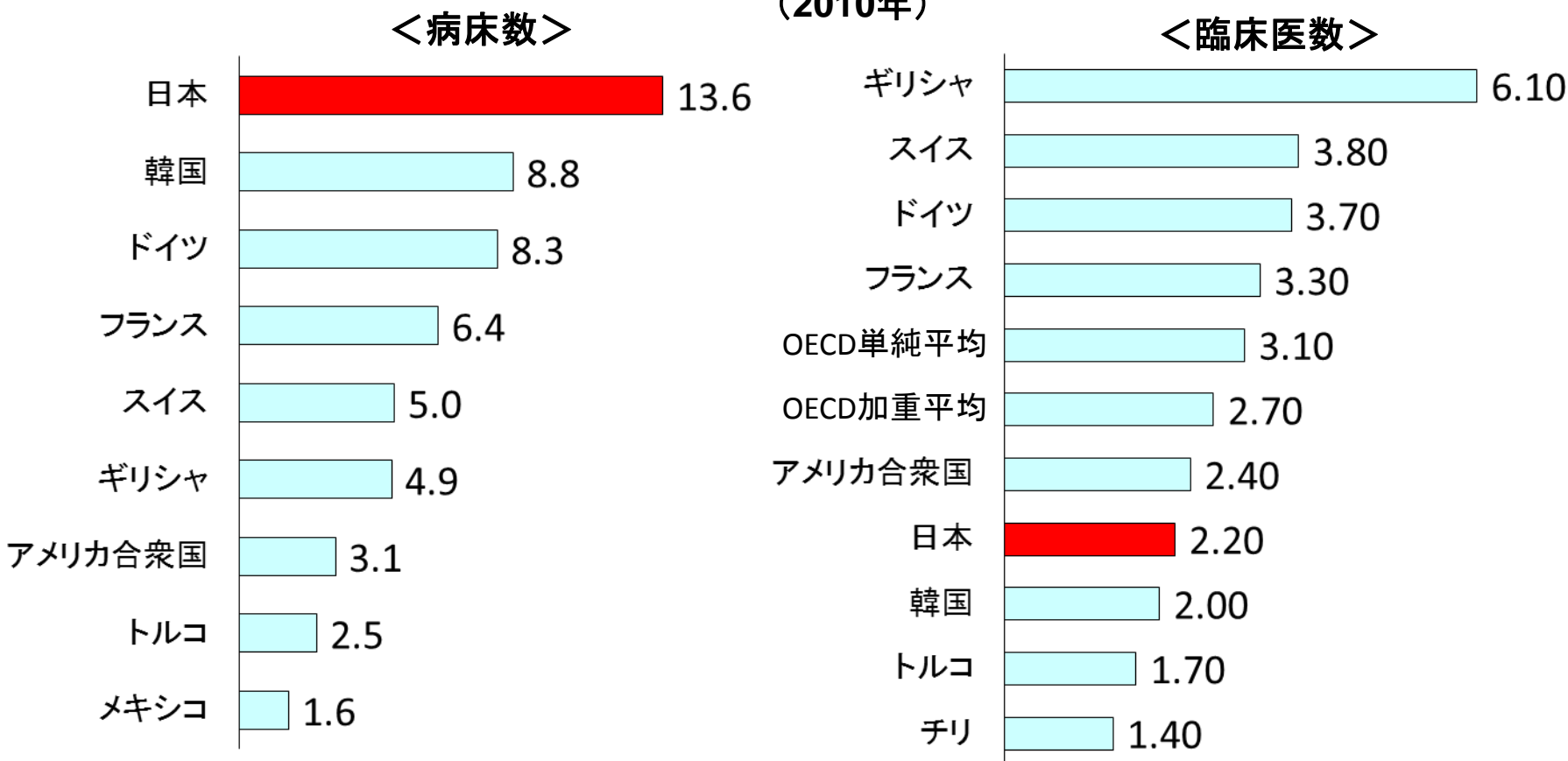
注:(改革後)……「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等 ②保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策」および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

(現状維持)……医療介護について充実と重点化・効率化を行わず、現状を投影した場合の給付費等

OECD諸国の中で、日本の人口千人あたり病床数は多いが
診察にあたる医師数は、平均以下にすぎない

OECD諸国における人口千人あたり医療資源
(2010年)



出典：首相官邸「社会保障制度改革国民会議」第2回会議(2012年12月7日) 遠藤委員提出資料

(注)アメリカ合衆国の病床数は、2009年の値

臨床医数のうち、単純平均とは、各国の人口1000人あたり医師数の合計を国数で割った数、加重平均とは、全医師数を全人口で割った数。また、ギリシャ、フランス、トルコは研究機関等に勤務し臨床にあたらぬ医師を含み、チリは資格を有しており現役で働いていない医師を含む。

そして、数少ない医師が多くのお客様の治療にあたっており
入院期間も長くなっている

医療提供体制の各国比較(2008年)

	平均在院日数	人口一人 当たり 外来診察回数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	33.8	13.4 (※1)	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	7.8	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	5.9	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (※2)
アメリカ	6.3	4.0 (※1)	3.1 (※2)	77.9	2.4	344.2	10.8

日本では、100床当たり従事者数と平均在院日数の間に、高い相関関係がみられる
(病床当たり従事者が少ないので在院期間が長いですが、従事者を多くすると在院日数は短くなる)

出典:OECD Health Data 2010 (注)※1:2007年 ※2 予測値

内閣官房「社会保障改革に関する集中検討会議」第7回会議資料(平成23年5月19日)

厚生労働省「医療・介護を取り巻く現状(参考資料)」

そのため、医療機関の再編や介護との連携強化によりより効果的・効率的な医療体制を構築しようとしている

医療・介護機能の再編(将来像)

【2012(H24)】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・在宅・居住系サービスの強化・施設ユニット化、マンパワー増強 等

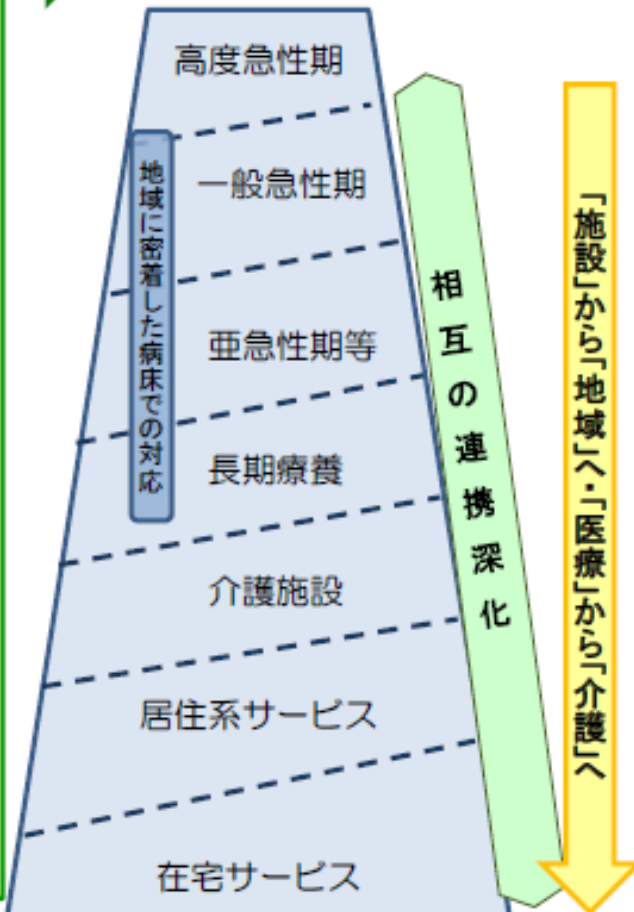
2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として実施

医療法等関連法を順次改正

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

これにより、高齢者の増加により医療ニーズが高まっても
病床増加の必要はなく、平均在院日数も短縮できるとみている

社会保障・税一体改革で目指す将来像
数値で見た主なサービスの拡充

		2011年度	2025年度		
【医療】	病床数、 平均在院日数	107万床 19～20日程度	【高度急性期】 22万床、15～16日程度	計 103 万床	
			【一般急性期】 46万床、9日程度		
			【亜急性期等】 35万床、60日程度		
	医師数	29万人	32～34万人		
	看護職員数	141万	195～205万人		
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分	29万人分		
【介護】	利用者数	426万人	641万人 (1.5倍) ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行): 14万人増		
	在宅介護	304万人分	449万人分		
	居住系サービス	31万人分	61万人分		
	介護施設	92万人分	131万人分		
		特養	48万人分	72万人分	
		老健(+介護療養)	44万人分	59万人分	
	介護職員	140万人	232～244万人		
	訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分		

医療法で定められた基準病床数は、在院日数が減少し介護施設等が増加すれば、さらに減少する仕組みになっている

「基準病床数」の算定式

<一般病床>

$$\left[\begin{array}{c} \text{人口} \\ \text{(性別・年齢階級別)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{退院率} \\ \text{(性別・年齢階級別)} \end{array} \times \left(\begin{array}{c} \text{平均} \\ \text{在院日数} \end{array} \times 0.9 \right) \right] + \left[\begin{array}{c} \text{県内流入} \\ \text{入院患者} \end{array} - \begin{array}{c} \text{県外流出} \\ \text{入院患者} \end{array} \right]$$

病床利用率

<療養病床>

$$\left[\begin{array}{c} \text{人口} \\ \text{(性別・年齢階級別)} \end{array} \times \begin{array}{c} \text{入院・入所需要率} \\ \text{(性別・年齢階級別)} \end{array} \times \left(\begin{array}{c} \text{介護施設等(介護療養} \\ \text{型医療施設を除く)} \\ \text{で対応可能な数} \end{array} \right) \right] + \left[\begin{array}{c} \text{県内流入} \\ \text{入院患者} \end{array} - \begin{array}{c} \text{県外流出} \\ \text{入院患者} \end{array} \right]$$

病床利用率

県内の平均在院日数の推移

(単位:日)

1995年	2000年	2005年	2010年	2017年 (目標)
37.5	32.0	29.4	26.9	25.4

出典: 県健康福祉政策課

「第6期岐阜県保健医療計画」案

「第2期岐阜県医療費適正化計画」案

(ともに2012年12月公表)

県内の介護施設(特養・老健)の整備状況

(単位:床)

	2008年	2011年	2014年 (計画)
特別養護老人ホーム	7,823	9,555	10,973
介護老人保健施設	5,766	6,006	6,852

出典: 県高齢福祉課「岐阜県高齢者安心計画」

(2012年3月)

歯科医師や薬剤師による在宅医療への関与は 寝たきり高齢者の肺炎予防や薬の飲み忘れ予防に効果的

高齢者は誤嚥性肺炎を起こしやすい

○誤嚥性肺炎

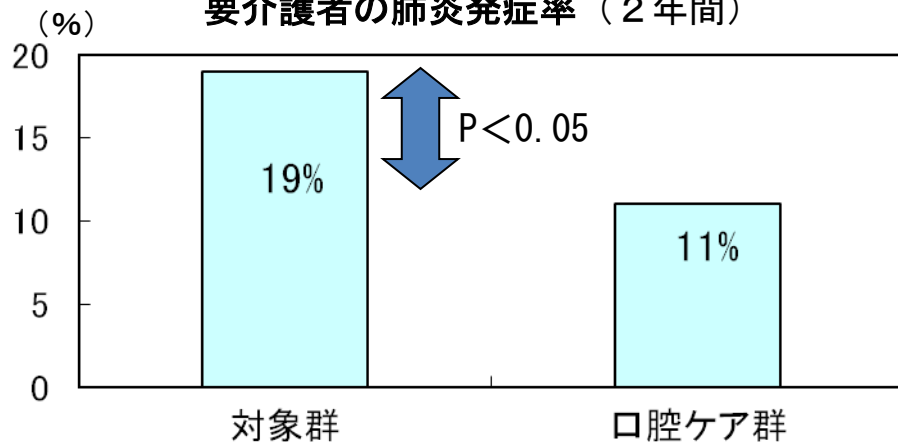
口腔内の細菌、唾液、食べかす、逆流した胃液などが誤って気管に入ること(誤嚥)で起こる肺炎。老化や脳血管障害の後遺症などで、飲み込む機能(嚥下機能)や咳をする力が弱くなると、誤嚥が起こりやすくなる。

○不顕性誤嚥

誤嚥を起こしてもむせや咳き込みがなく、外に顕れない誤嚥。老化等による摂食嚥下の機能の低下、防御機能の感受性の低下などで起こる。

肺炎予防には、歯科医師による口腔ケア指導や
言語聴覚士・管理栄養士による
摂食・嚥下リハビリテーションが効果的

口腔ケアの有無による
要介護者の肺炎発症率 (2年間)



在宅患者への訪問薬剤管理指導の イメージ

処方工夫や薬剤師による訪問管理で
薬の飲み忘れを防ぎ、治療効果を上げる

(例) 一包化



出典:厚生労働省「中央社会保険医療協議会(平成23年2月16日)」、

「第6回チーム医療の推進に関する検討会(平成21年11月30日)」資料に基づき政策研究会において編集

日本薬剤師会「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」(2008年)

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H: lancet354(9177), 515, 1999.

入院医療と在宅医療の医療費の比較

在宅医療

医療費の比較例（70歳以上、所得区分一般の場合）

• 医療保険	医師	607,810円
	薬代	169,400円
	看護師	201,850円
(高額療養費負担制度により本人負担額は月12,000円まで)		
• 介護保険	ヘルパー	121,830円
	訪問入浴	68,400円
	ベッド	8,250円
	居宅療養管理料	8,700円
	訪問薬剤	12,000円
(本人負担1割)		
• 自費		12,510円



本人負担額
高額療養費負担制度により
70,428円

保険者負担額
1,210,750円

入院医療

• 緩和ケア病棟入院	
9月分(19日間)	754,300円
10月分(31日間)	1,230,700円
11月分(20日間)	794,000円

(高額療養費負担制度により本人負担額は月44,000円まで)



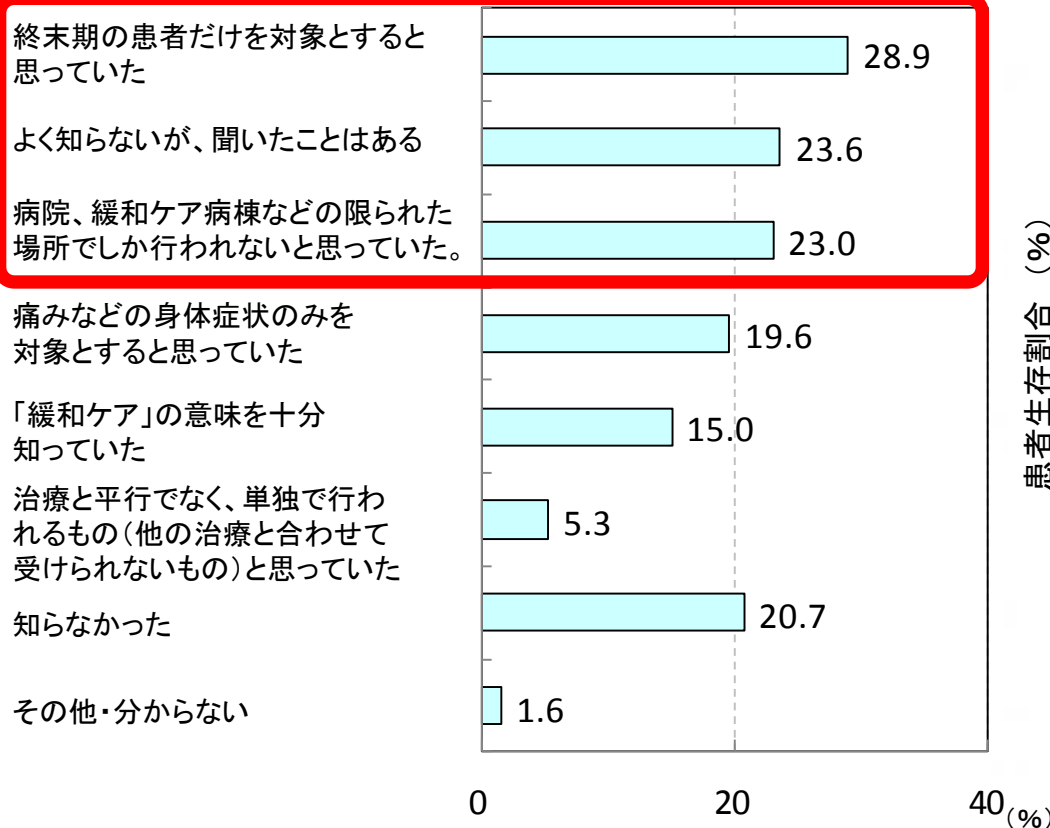
本人負担額
高額療養費負担制度により
133,200円

医療費総額
2,779,000円

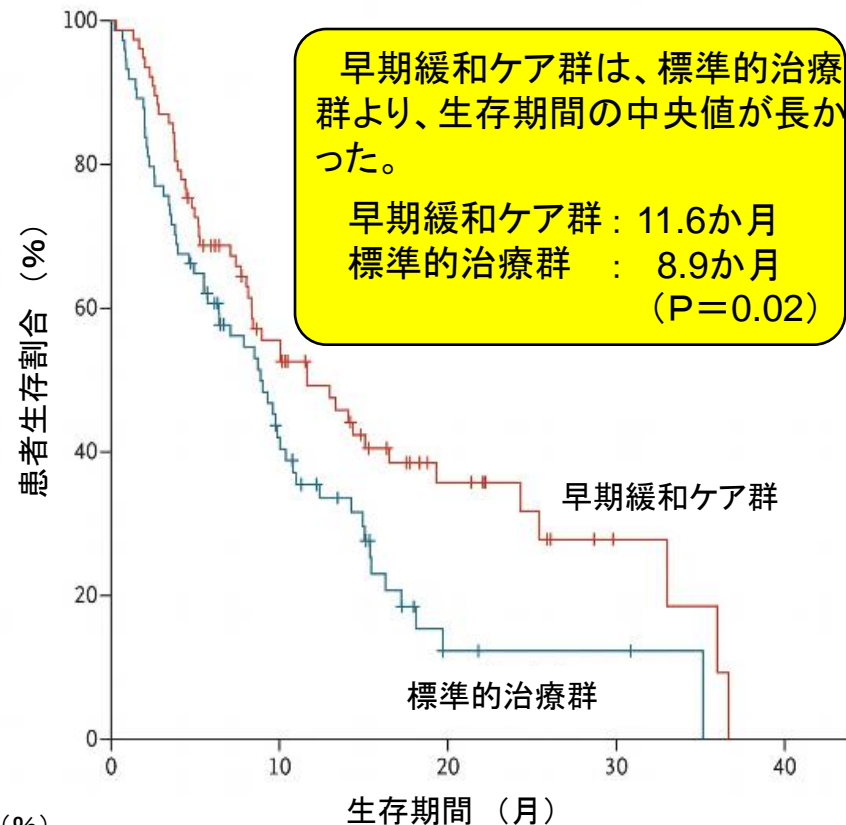
注)これは一例であり、全てのケースで在宅医療の方が費用がかからないわけではありません。

病気による痛みや不安等を早く和らげることで 患者とその家族の生活の質や、患者の生存期間が向上する

緩和ケアについてのイメージ
(全国、複数回答)



転移性非小細胞肺癌患者における
早期緩和ケア群と標準治療群の生存期間 (米国)



緩和ケアとは・・・

がんなどの疾患をかかえる患者とその家族に対して病院や自宅での治療に際し、終末期だけでなく治療の初期段階から並行して、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助など、療養生活の質の維持向上を図る行為

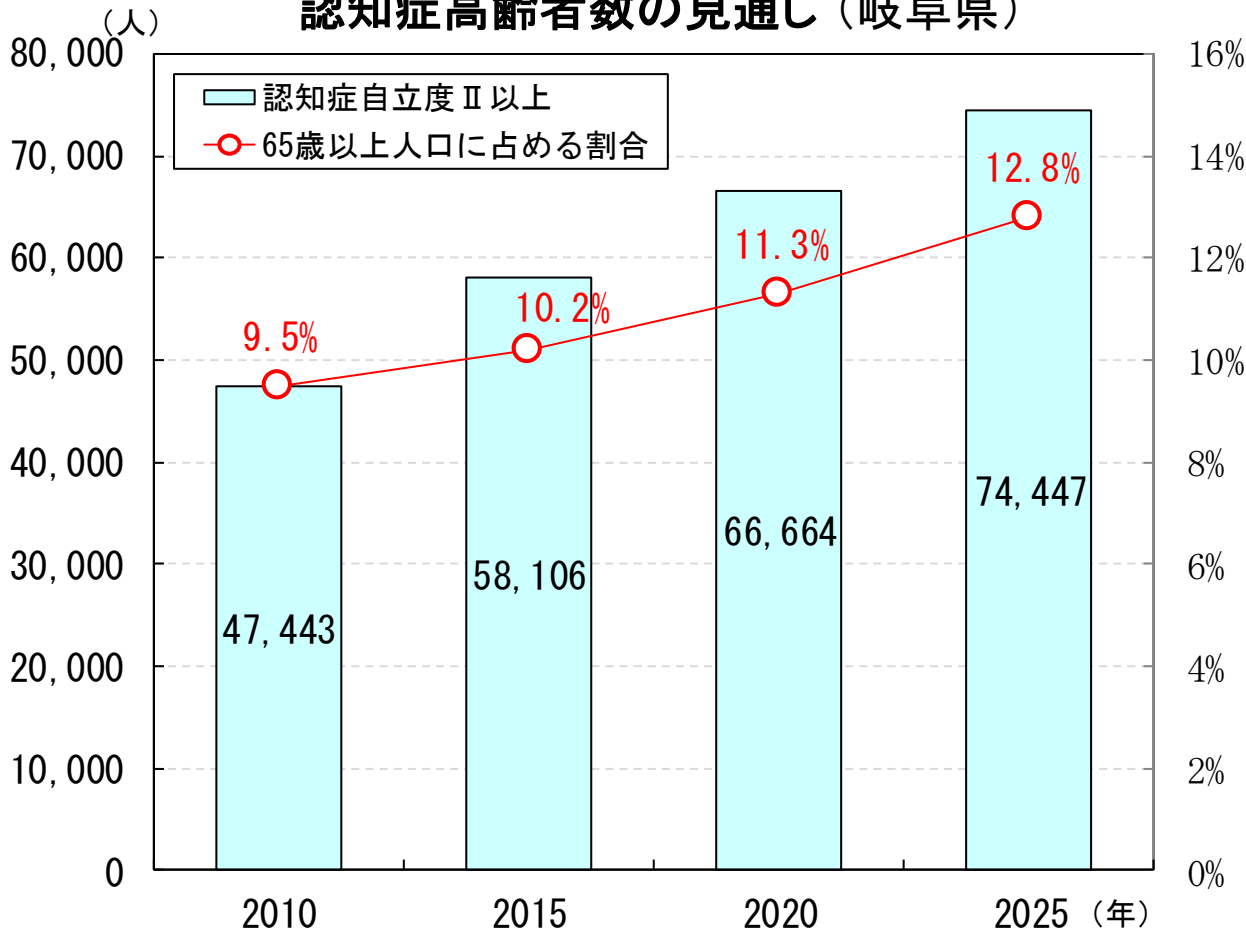
出典: 内閣府「がん対策に関する世論調査」(平成21年9月調査)

出典: J.S. Temel and others

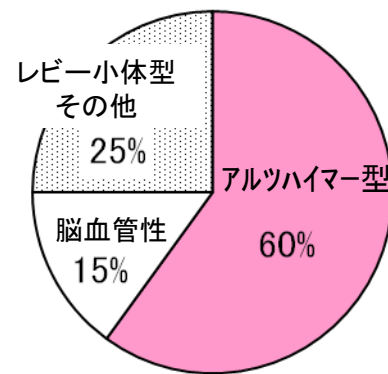
Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer
(N Engl J Med 2010; 363 : 733 - 42.)

増加が見込まれる認知症患者が、少しでも長く 自宅で暮らし続けるためには、早期発見・治療が鍵となる

認知症高齢者数の見通し（岐阜県）



認知症の原因疾患には
早期発見・治療で
進行を遅らせるのが
重要な疾患もある



(厚生労働省「認知症予防・支援
マニュアル」(平成21年3月))

・アルツハイマー型は、軽度認知障
害段階で治療を開始することで発
症・進行を遅らせることが可能
・脳腫瘍やビタミン不足等が原因で
起こる認知症の症状は、適切に治
療すれば症状が治る、あるいは軽く
することができることがある。

出典：厚生労働省「『認知症高齢者の日常生活自立度』Ⅱ以上の高齢者数について」
(2012年8月24日報道発表)

※ 65歳以上人口－平成22年は国勢調査、平成22年以降の推計は政策研究会人口動向研
究部会報告「岐阜県の将来人口推計について」(H24.3)の推計(基本パターン)による。

※ 認知症高齢者数－全国の「65歳以上人口に占める割合」をもとに、岐阜県(推計)人口に置き換えて算出

認知症患者の早期発見と在宅生活の継続には 医療・介護だけでなく地域社会ぐるみの連携が欠かせない

