

在宅医療体制構築に係る指針(案)

国立長寿医療研究センター

高齢社会の進展に伴う疾病構造の変化、医療技術の進歩、国民の医療に対する価値観の多様化や、要介護認定者数の増加や重度化、認知症高齢者の増加等と相俟って、通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な医療を受けられる体制の強化が必要とされている。また、入院医療で陥りがちな臓器別対応ではなく、個別性や地域生活の視点を重視した方法によって提供できるようにする体制の確保、さらに、人生の終局において本人・家族の希望等に応じて地域生活を営みながら、穏やかな死を迎えることを可能にする在宅医療の確保が求められている。

一方、このような必要性に対応すべき医療(歯科医療を含む)供給の現状をみると、患者の病態に適した満足度の高い効率的な医療提供や円滑な医療連携確保の面から、患者・家族の潜在的ニーズに応えていくのに十分な体制が整っているとは言えない。

今後の在宅医療の推進に当たっては、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制を構築し、高齢者が必要な医療を受けながら、住み慣れた地域で安心して QOL の高い生活を送っていけるように、その需給ギャップの解消を図っていくという考え方を基本とすべきである。

本指針では「第1 在宅医療の現状」において、我が国の高齢化および疾病構造の変化や在宅医療に係る資源の現状を概観する。次に「第2 医療とその連携」において、どのような在宅医療体制を構築すべきかを示している。都道府県は、これらを踏まえつつ、「第3 構築の具体的な手順」に則して、地域の現状を把握・分析し、また在宅医療に求められる医療機能を理解した上で、地域の実情に応じて圏域を設定し、その圏域ごとの医療機関とさらにそれらの医療機関相互の連携の検討を行い、最終的には都道府県全体で評価まで行えるようにする。

第1 在宅医療の現状

1. 高齢化と疾病構造の変化

1) 人口の高齢化

現在の65歳以上高齢者は2,898万人に達する¹。平成18年推計によると、平成32(2020)年には3,590万人に増加し、平成42(2030)年に3,667万人となった後、第2次ベビーブーム世代が老年人口に入った後の平成54(2042)年に3,863万人でピークとなる²。このうち、75歳以上の人口は、現在の11～12%の水準から、平成54(2042)年には、約22%と約2倍になると推計されている³。また、死亡総数は現在の約120万人が約166万人(うち約9割が65歳以上の死亡)になると推計されている⁴。したがって、今後は、高齢者の世帯動向、居宅等の形態も踏まえ、医療提供の在り方を検討することの重要性が示唆される。

2) 疾病構造の変化

第二次大戦直後の我が国の死因の第1位であった結核など感染症に代わり、1951年に脳血管疾患が死因の第1位となり、1958年には現在の3大死因である悪性新生物(がん)、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになっていく。65歳以上人口のうち、がん患者は約44万人⁵、骨粗鬆症数は推計約780万人～1,100万人⁶、脳血管疾患数は推計約200万人～260万人⁷、認知症高齢者は、約208万人⁸と、生活機能に影響を与える疾患が増加している。また、要介護状態の原因疾患は脳血管疾患が約23%、認知症が約15%、骨関節疾患12%、高齢による老衰が14%を占めている。さらに認知症高齢者において支援・介護を要する者は、平成27(2015)年に250万人、平成37(2025)年には323万人に達すると推計されている⁹。

高齢者の疾病構造の量的変化として、併存疾患の増加、症状所見数(老年症候群)の増加があるが、これは日常生活活動度(ADL)の低下と密接な関連を有している。また、高齢者では生理的な加齢変化と慢性的な多症状に急性症状が加わることがあり、しばしば非定型的な症状として診断・治療に熟練を要することが少なくない¹⁰。

2. 在宅医療の現状

1) 訪問診療・往診を受ける患者数

在宅医療を受けた推計患者数は、1日に98.7千人で、平成17年同調査時の64.8千人に比較し増加している¹¹。その内訳は、病院が11.0千人、一般診療所が62.4千人、歯科診療所が25.3千人となっており、診療所が主体である。在宅医療総数では、「往診」28.8千人、「訪問診療」56.8千人、「医師・歯科医師以外の訪問」は13.2千人であった。このうち、一般診療所では「往診」24.7千人、「訪問診療」34.6千人である。また、在宅医療を受けている患者のう

¹ 厚生労働省人口動態統計(平成21年)

² 総務省統計局『国勢調査報告』

³ 総務省統計局『推計人口(年報)』

⁴ 国立社会保険・人口問題研究所『日本の将来推計人口』

⁵ 国立がん研究センターがん対策情報センター『地域がん登録全国推計によるがん罹患データ』

⁶ ガイドライン、骨粗鬆症の予防と治療GL作成委員会編(06年)、平成18年

⁷ 脳卒中ガイドライン2009年、日本脳卒中学会

⁸ 平成22推計:平成15年の人数。厚生労働省老健局

⁹ 平成18年国民生活基礎調査

¹⁰ 老年医学テキスト第3版、日本老年学会編、メジカルレビュー社、2008年

¹¹ 平成20年11月実施患者調査

ち、87.7%(86.6千人)が65歳以上である。

これらから、全国レベルでみると在宅医療は高齢者が約9割を占めていることが分かる。

2)訪問看護利用者数

介護保険の居宅サービスにおける訪問看護利用数は、27万4千人(平成22年度)¹²であり、近年の伸びは小さい。しかし、居宅サービス利用者数全体は増加傾向にあり、現状の訪問看護の利用率と、高齢患者の増加数から考えて在宅医療サービス供給の面からは十分とはいえない。また、利用者人数の都道府県別人口当たり比率でみると、その利用には大きな地域不均衡がある¹³。

3)在宅歯科診療

在宅歯科医療を受ける患者25.3千人で、そのうち、95.7%(24.2千人)が65歳以上であった。在宅歯科医療を受ける患者は、歯科外来患者総数1,309.4千人の1.9%であり、「訪問診療」が18.1千人、「歯科医師以外の訪問」が7.3千人であった¹⁴。要介護高齢者への歯科治療や専門的口腔ケアの必要性は約9割に達する一方、実際の受療者は約3割であり、需要に反映されていない¹⁵。

4)保険調剤薬局

在宅訪問回数(医療保険:在宅患者訪問薬剤管理指導、及び介護保険:居宅療養管理指導の合計算定回数)は、平成18年に約150万件であり、以降増加を続け、現在約250万件に達している。このうち、約90%が介護保険請求分であり¹⁶、医療保険請求は全体の約8%と少ない¹⁷。

3. 在宅における看取り

1)在宅死亡率

居宅等における死亡率(在宅死亡率)をみると、平成17(2005)年14.4%を底に増加傾向に転じ、平成21(2009)年では15.7%になっており、死亡者総数1,141,865人に対し、在宅死亡者数は、178,769人となっている¹。

また、このうち東京特別区及び政令指定都市等の大都市圏ではそれぞれ、267,425人、45,568人であり、在宅死亡率は17.0%と全国平均より高くなっており¹、在宅看取り需要は大都市で相対的に高いと思われる。また、在宅医療専門医の多い地域での看取りは、相対的に高いといえる。

¹² 介護給付実態調査 5月審査分

¹³ 平成23年1月21日 中央社会保険協議会資料

¹⁴ 平成20年11月実施患者調査

¹⁵ 平成14年長寿科学総合研究事業による調査

¹⁶ 平成20年3月老人保健事業費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤費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」

¹⁷ 平成21年社会医療診療行為別調査

2)在宅療養支援診療所・病院の看取り実績

平成 18(2006)年に導入された在宅療養支援診療所数は年々増加し、現在、全国で12,000件(平成 22 年)に達するが、看取りまでを行う実績のある在宅療養支援診療所は、約半数弱(47%)に止まっている。同じく平成 20 年に導入された在宅療養支援病院は、300 件を超えている。同病院は在宅患者への緊急時入院医療の対応・病床確保という役割もあるものの、その看取り実績は 39%である。

国民の意識調査では 60%以上の国民が終末期における自宅療養を望んでいる状況がある¹⁸。それに応える条件整備の一つである、安心して療養できる質の高い在宅医療体制の構築が急務である。

4. 患者の傷病別の医療ニーズ

1)認知症に係る在宅医療

(1)認知機能障害者数

平成 15 年(2003)に厚生労働省老健局長の私的研究会である「高齢者介護研究会」がまとめた報告書「2015 年の高齢者介護」において、要介護認定で「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の者(認知機能障害のために生活に支障のある者:65 歳以上)は平成 14(2004)年 9 月末の時点で 149 万人であり、そのうち約半数にあたる 73 万人が居宅で生活していると推計されている。

(2)認知症疾患医療センターの整備推進

平成 20 年度認知症に係る専門医療機関として、現在 98 箇所の認知症疾患医療センターが指定されている。平成 24(2012)年度までの整備計画がない県は 5 県あり、地域格差がみられる。

認知症疾患医療センターは、在宅療養中の認知症患者において、行動・心理症状の悪化や高度な身体合併症が発症した場合、一時的な入院対応を行う他、在宅医療を行う医師や訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所、地域包括支援センター等との連携を通じて、認知症医療の質の向上に大きな役割を果たすことが求められている。

認知症疾患医療センターの運営に当たっては、地域の病院や診療所における認知症患者への診療機能(もの忘れ外来等)と連携し、より高次の診療、質の高い研修実施など地域への支援機能が十分に発揮されることが必要である。

また、地域の診療協議会との連携による啓発活動の実施は、地域ぐるみで認知症を支える体制構築に寄与するものであり、今後、認知症に係る在宅医療を推進していく基盤としても重要である。認知症疾患医療センターの活動については、真に効果が発揮されるためにも質・量両面からの的確なモニタリングを行う必要がある。

2)エンドオブライフケア及び緩和ケア

60%以上の国民が終末期における自宅療養を望んでいる¹⁸。人生の終局において患者・家

¹⁸ 平成 20 年終末期医療に関する調査 厚生労働省

族の生活機能の維持向上を図りつつ、全人的医療を提供し地域生活を営みながら穏やかな死を迎えることを可能にする多職種協働型のエンドオブライフケアの提供が求められている。この対象には、がん、心疾患、呼吸器疾患のみならず、脳血管障害、認知症などの高齢者疾患が含まれる。終末期に出現する症状に対する家族の不安を解消し、在宅における緩和ケアを提供できる医療体制は、全体として十分とは言えず、既存資源の活用も含めて、その充実が課題である。

看取りまでを行った非がん疾患の患者(平成12-18年、242例)の多施設共同研究¹⁹⁾によれば、在宅医療を受けている患者への医療は、栄養補給など疾患に関わらず共通する点もあるが、緩和すべき対象症状には疾患特異性があるとされている。また、終末期医療における平均在宅療養期間は、がんと比較し、非がん疾患では長いことが明らかにされている²⁰⁾。

5. 医療連携

1) 病・病連携

在宅医療の急変時の対応、緩和ケア、レスパイトなど様々なニーズに応えるためには、地域の急性期病院、回復期リハビリテーション病院、慢性期病院が連携し、機能的分担を組織的に行う必要がある。

急性期から慢性期医療、在宅医療及び介護に至る継続的ケアのために、全日本病院協会など四病院団体協議会では、在宅療養支援病院が軽症の急性疾患患者の受け入れや、急性期病棟からの亜急性期患者の受け入れを行っていくとしている。また、日本慢性期医療協会は、在宅療養支援病院が急性期病棟から在宅医療への継続的な医療・ケアの提供を行うことを提案している。

2) 病・診連携

国立長寿医療研究センターの在宅医療支援病棟での試みにみられるような登録型の在宅医療支援病棟・病床の利用など、在宅医療支援に特化した病棟・病床の展開は、地域連携や在宅看取り率の向上において有用であることが実証されている。また退院時カンファレンスや医療・介護情報の共有を積極的に行うなど、病院から在宅へスムーズに移行するための支援が求められる。

今後、在宅医療の均てん化を図る上で、その中心的役割を果たす医療機関の活動性の評価が「質の担保」を図る上で重要である。

3) 診・診連携及びグループ診療

在宅医療では、診療所医師の24時間対応やその継続への不安が大きいことが明らかになっている。この一つの対応として在宅医療を含むグループ診療の支援活動としての診・診連携が行われている。

4) 多職種協働体制による医療

¹⁹⁾ 平原佐斗司ら 在宅療養支援診療所連絡会調査 平成21年勇美記念財団研究助成事業

²⁰⁾ 荒木ら 平成20年在宅医学会発表

居宅等で療養する高齢者の生活に伴う多病、多症状、生活機能低下の状態は、日常生活活動に着目した患者へのケアが必須であることと共に、生活や疾患を癒し補う要素が多様であることを意味する。このため多職種によるチームアプローチは、慢性期患者が自宅等で生活しながら療養を継続していく場合の必然的な形態である。

一方、これが真の意味で機能するためには、医療連携により緊急対応を行う医療機関や介護機関の関係者および在宅医療・介護の実践者たちに、その意義が理解されている必要があり、専門的研修体制の構築が急務である。

5) 急変時の受け入れ体制の確保

患者・家族が自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由の一つとして、急変時の不安があげられる。急変時や苦痛に対する患者の不安を取り除き、家族など身近な人への負担をいかに軽減できるかが、在宅での療養を実現するために重要な要素である。地域の病院や有床診療所の在宅医療支援とは、在宅療養患者の急変時の受け入れ体制をとることが求められている。

6. 介護保険サービスとの連携等

1) 適切な退院支援及び介護連携による円滑な在宅移行

退院時の支援や退院後の継続的な医療・介護に係る調整・支援など、在宅復帰支援の組織化された取り組みが必要である。

訪問看護の約 30%の事業所においては、看護と介護職員が同時に訪問を行っているが、自宅で療養する患者には、医療と介護のバランスのとれたケアの提供が必要とされており、このような多職種連携・協働を一層緊密に行うことが求められている。

2) レスパイトケア

現状の介護保険の制度には、レスパイトケアとして、通所介護・療養通所介護・短期入所生活介護、通所リハビリテーション、短期入所療養介護などがある。このうち、通所介護のサービス利用は伸びているが、8時間以上のサービスは極めて少ない。デイサービスの提供時間が家族介護者の就労時間帯に限られている等、利用患者や家族・看護者のニーズを満たすとは言い難い状況である。

3) 地域包括支援センター

全国に約 4,000 か所(4,056 か所存在する(平成 21(2009)年 4 月)。地域包括支援センターは、支援困難事例等への指導・助言や日常の個別指導・相談を行っており、ケアマネジメントのネットワーク構築も行うこととされている。

介護との連携については、医療のみではなく、栄養、運動、認知症予防など、疾病管理と表裏一体となった予防的アプローチが重要である。様々なサービスのベストミックスが実現されるようなネットワーク構築に寄与する存在として、地域包括支援センターと自治体が責任をもって機能を発揮することが求められている。

第2 医療機関とその連携

1. 目指すべき方向

前記「第1 在宅医療の現状」を踏まえ、個々の医療機能、これを満たす関係機関、各関係者・機関の連携等により、居宅等における医療が円滑に実施される体制を整備する。

1) 24 時間 365 日、患者の生活の視点に立った多職種協働医療の提供

(1) 日常生活圏に配慮した支援体制の確保

在宅医療に携わる医師・医療機関、在宅医療を支援する医師・医療機関との間の効率的な連携、空床利用等後方支援体制のための地域連携体制を形成する。

(2) 患者の疾患や状態に応じた生活機能維持のための継続的医療・支援

患者の疾患、重症度に応じ、継続的に医療を提供すると共に、介護と連携し患者の生活機能維持を図るための支援を提供する。

(3) 多職種協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供

医師、歯科医師、看護師、薬剤師等が介護職とも連携し、患者・家族の生活の視点に立った、QOL 向上を目指した包括的ケアを提供する。

2) 看取りまで行える医療機関を増加させるための医療連携体制

(1) 地域における在宅医療に対する基本姿勢や原則の共有

地域の医療福祉機関やその従事者において、地域生活を送る患者や家族が満足 of いく形で医療提供を受けることができる体制を確保するための基本姿勢や原則を共有する。

(2) 看取りまでを行うことができる医療機関を増加させるための在宅医療体制の整備

在宅看取りが円滑に行われるよう、救急医療体制等とも連携した適切な後方支援及びレスパイトケア体制等を整備する。

(3) 全人的なエンドオブライフケアの提供

患者の医療ニーズに対して多職種協働体制によってベストプラクティスを実施し、看取りが必要な際には、全人的なエンドオブライフケアを提供する。

3) 認知症の在宅医療の推進

認知症の薬物・非薬物療法、合併症の治療、BPSD への適切な対処と生活支援により安心して在宅療養を継続できるケアを提供する。また認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの機能を強化する。

4) 介護との連携(介護保険サービスとの連携を含む)

(1) 患者の QOL 向上に必要な医療の情報を適切に伝達し、介護と連動した医療を適切に調整し、提供する。

(2) 亜急性期、回復期、維持期の訪問看護、訪問リハビリテーションを適切に提供する。

5) 多職種協働のための人材育成の推進

多職種協働を構成する各専門職種における自主的教育研修、多職種が合同で行う教育研修を充実・支援する。

2. 各医療機能と連携

前記「目指すべき方向」を踏まえ、在宅医療提供体制に求められる医療機能を下記 1) から 4) に示す。

都道府県は、各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて柔軟に設定する。

1) 24 時間 365 日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保

（目標）

生活の場で、疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により常時提供されること。

（1）円滑な医療連携による診療体制の確保

- ・良質で円滑な 24 時間 365 日の在宅医療提供体制を過度の負担なく整備するため、医療機関間で協力して、面的診療体制により医療を確保すること。
- ・在宅療養支援診療所・病院など常時在宅医療を実施する医療機関の医師が、それ以外の連携する医師との役割分担と協力により、地域医療を確保すること。

（2）在宅療養支援病院、地域医療を担当する中核的病院等による後方支援

- ・概ね二次医療圏ごとに、在宅医療を担当する医師が、緊急、応急時に診療の後方支援を実施する病院（病床）が確保されていること。
- ・患者の傷病等に応じた救急医療を行える病院であること。
- ・在宅医療の救急対応を優先的に行えるよう、病床が確保されていること。
- ・重症で対応ができない場合に備え、他の適切な医療機関と連携できること。
- ・レスパイトケアの提供、エンドオブライフケアの管理が行える専用病床があること。
- ・緩和ケアの機能を備えている、または、他の医療機関と連携して提供が可能であること。
- ・人工呼吸器装着、気管切開等の患者など比較的対応困難な患者のレスパイトケアが可能であること（介護保険施設のショートステイ、療養通所型介護施設対応困難例等）
- ・円滑に在宅療養が継続できるよう退院時調整を適切にできる機能を有すること。
- ・居宅介護サービス（訪問看護サービス等）を早期に調整できること。
- ・生活機能維持向上のためのリハビリテーションを調整できること。
- ・在宅での医療を担当する診療所・病院と診療情報・計画を共有し連携すること。
- ・在宅での医療を連携して支援する診療所と診療情報・計画を共有し連携すること。

（3）連携の調整等

- ・4 疾病事業に係る疾患に限らず、居宅等で医療を行う患者の医療必要度及び生活機能等に応じて、整合の取れた連携がとれること。
- ・緊急時の対応等について救急医療事業と整合の取れた連携がとれること。

2)看取りまで行える医療のための連携体制

(目標)

終末期の病態・病状において、緩和ケアを含む全人的医療をエンドオブライフケアの視点から介護等とも連携して提供し、居宅等で満足いく看取りが行うことができるよう支援すること。

(1)適切な情報提供・相談体制

- ・エンドオブライフケアについて、患者・家族の理解に資する情報が提供されていること。
- ・地域住民、介護施設等職員に対し、療養生活の質を向上させる選択肢としての緩和ケアについて情報が提供されていること。
- ・看取りまでの苦痛の緩和やケアの手法・効果を理解できる情報を整備すること。
- ・患者・家族に対して必要な情報提供及び相談に応じる機能(緩和ケア支援センター等)を設けること。

(2)多職種協働による全人的ケア・支援体制の確保

- ・地域プライマリーケアの視点から多職種協働で医療を提供する機能を有すること。
- ・患者の医療ニーズに対し多職種協働によってベストプラクティスを提供すること。
- ・医療・介護等関係者がチームとなり多職種協働で支援すること。
- ・居宅等で質の高い緩和ケアやエンドオブライフケアを提供する機能を有すること。
- ・希望者が居宅等で最期まで安心して生活を送ることができる十分な全人的ケアと身体、心理、精神面から適切に支援する機能を有すること。
- ・居宅等における看取りが円滑に行われるよう病院と連携し、緊急時の後方支援及びレスパイトケア等を提供すること。
- ・円滑に在宅療養が継続できるよう退院時調整を適切にできる機能を有すること。
- ・居宅介護サービス(訪問看護サービス等)を早期に調整できるようなシステムを構築すること。
- ・在宅での医療を担当する診療所・病院と診療情報・計画を共有し連携すること。
- ・在宅での医療を連携して支援する診療所と診療情報・計画を共有し連携すること。

3)認知症の在宅医療の推進

(目標)

認知症患者の療養の状況に応じ、環境変化を避け、居宅等を生活の場とし、適切な介護サービスを受けながら生活機能の維持向上を図り、必要な医療(非薬物・薬物療法、BPSDなど周辺症状や身体合併症への対応)を住み慣れた地域において継続すること。

なお、認知症患者に係る特性により対応すべき以外の一般的な事項については、上記1)及び2)による。

(居宅等での療養を継続する患者への医療を提供する医療機関に求められる事項)

- ・認知症疾患医療センター等の専門医療機関による適切な鑑別診断の下に、24時間365日対応が可能な居宅等における医療を提供すること。

- ・認知症の周辺症状だけではなく、身体合併症等について日常の初期対応及び適切な紹介を行うことが可能で、他の専門医療機関等と迅速に連携できること。
- ・認知症サポート医がかかりつけ医等に行う対応力向上研修を受講することで、認知症の診断、治療、ケア及び支援体制等に関して基本的な知識・技能が保有されていること。また、早期段階での発見や気づき、専門医療機関への受診誘導(紹介)、日常的な身体疾患対応・健康管理の指導が行えること。
- ・認知症疾患医療センター、地域包括支援センター等を介して、適切なレスパイトケアや医療相談等、家族の介護負担軽減につながるサービスの提供や介護保険サービス機関等の利用に適切に繋げること。

(認知症疾患センター等の専門医療機関)

- ・認知症疾患医療センター運営事業実施要項²¹により定められた基幹型、または地域型センターの基準による機能により身体合併症に対する緊急の対応や重篤なBPSDに対応し、また、そのための空床を確保すること。当該機能を直ちに確保できない場合は、居宅等で医療を受ける患者の前記症状に適切に対応できる専門機関により対応すること。

(その他の支援体制等)

- ・認知症サポート医研修、かかりつけ医研修等の認知症の専門医療に係る研修に在宅医療を担当する医師及び連携する医師が取り組んでいること。
- ・在宅医療を行う医療従事者が多職種連携により、認知症患者及び家族の支援を適切に行うため、医師以外の医療関係者及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有が促進される体制を構築すること。

4) 介護との連携

(目標)

分断されている医療と介護の連携を促進し、包括的なケアが提供できる体制を構築すること。

- ・病院を退院する(した)患者に対する居宅介護サービスの調整が行われるに当たり、患者の療養に係る診療情報や治療計画が、介護保険事業者その他のサービス事業者、行政に理解されるようにすること。
- ・居宅等における療養継続時には、患者の症状の消長に応じ、医療と介護のバランスを取りつつ、常に居宅での生活機能を低下させないケアプラン及び診療計画が策定されるよう、客観的評価に基づく対応が行われるようにすること。
- ・急性期後は、病態、病期に応じ訪問看護、リハビリテーションが確実に実施され、生活機能低下を招かないよう他の介護サービスと組み合わせて提供される連携指導を行うこと。
- ・居宅等の認知症にあっては、必要に応じて認知症疾患医療センター等を介して十分調整

²¹ 社会・援護局障害保健福祉部長。平成22年3月30日

を行い、介護サービスの不適合により患者の病状の悪化を招かないようにすること。

- ・病態に応じたケア調整を伴った振り分け(看護師等多職種連携)
- ・居宅系住居の居住者について安易な入院・再入院依頼が行われないよう、客観的評価に基づき調整が行われるようにすること。

5)多職種協働により医療提供を行うための機能を有する人材育成の推進

(目標)

- ・地域における多職種連携が推進されるよう、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師等の関係者が連携して医療を実施する環境を醸成する。
- ・患者を中心に地域で関係機関が連携して生活を支える医療として現場専門職種間のコミュニケーションが取れる環境を確保する。

(多職種研修)

- ・在宅医療の需要増大及び手法の進歩等に合わせ、基本的な知識・技能を見つけることができる内容・時間数で研修が実施されること。
- ・多職種(医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、栄養士、理学療法士、作業療法士等の医療関係者、介護支援専門員、社会福祉士等)を一つのチームとして地域に応じた構成で参加を求めること。また、チームアプローチを地域に拡大するような方法により、リーダー的チームを地域で構成し、均てん化を図ること。
- ・認知症に関するものについては、認知症疾患医療センターを中心に行うこと。認知症サポート医養成研修やかかりつけ医認知症対応力向上研修、認知症サポート医フォローアップ研修等の事業を活用すること。

(専門職種ごとの能力強化)

- ・各医療関係職種等において、在宅医療(在宅歯科医療)技術、訪問看護、服薬管理、介護との連携等について、最新の在宅医療が提供できるよう標準化された教育カリキュラムによる基本的知識・技術を身につける。

(医師)

- ・関係団体が、国・都道府県等の支援も得て、在宅医療の実地について医師向け生涯教育の強化を通じて、居宅等における医療について適切に実地対応できる医師を増やすことに努めること。
- ・卒前、卒後教育において、地域で居宅等における医療への参入・実施の端緒となる教育・研修が地域に応じた形で行われるよう、機会の拡大に努める。また、在宅医療を含む高齢者の総合的医療及び調整等を行うことのできる医師の育成を図る。
- ・卒後初期臨床研修制度における「地域研修」に在宅医療の実地研修を必須のものとしプログラム化すること。

(看護職員)

- ・居宅等における医療に関し、診療の補助及び療養上の世話を介護とも連携し、総合的なケアを多様な患者に提供できる看護職員を増やす。
- ・関係団体が、国・都道府県等の支援も得て、居宅等における医療への参入・実施の端緒となる教育・研修が地域に応じた形で行われるよう、機会の拡大に努める。
- ・病院等の看護職員が適切に地域の医療・介護連携につき、調整できるよう、退院調整の

育成退院調整能力、包括的指示への対応の養成を行う。

(歯科医師)

- ・関係団体等が、国・都道府県等の支援も得て、全身疾患における口腔、咀嚼、嚥下の重要性につき標準的講習を行い、歯科医師及び歯科衛生士の医療関係者との協働を円滑にする研修を行う。

第3 構築の具体的手順

1. 情報の収集

都道府県は居宅等における医療体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源および医療連携について、次に掲げる項目を参考に情報等を収集し、現状を把握する。

1) 居宅等における医療に係る患者動向に関する情報の収集(新たな調査が必要)

- ・訪問診療数(年齢、性、疾患、重症度、要介護度)
- ・訪問看護数
- ・訪問栄養食事指導数
- ・訪問リハビリテーション数
- ・訪問薬剤管理指導数
- ・退院時共同指導数
- ・居宅系介護サービス受給者における訪問看護、訪問リハビリテーション
- ・居宅系介護サービス受給者における医療処置、訪問診療

2) 医療資源に関する情報

- ・在宅医療に携わる施設及びその位置
- ・在宅医療を連携して支援する施設及びその位置
- ・在宅医療に携わる医療機関の機能(疾患、介護との連携)と体制
- ・緊急時の対応等を行う医療機関の機能と体制(空床確保の態様と数)
- ・緩和ケア(直接、または連携して)実施する医療機関の機能と体制

3) 在宅医療連携に関する情報の収集(新たな調査が必要)

- ・居宅等における医療を推進する協議体(後述)における協議調整状況
- ・在宅医療支援診療所及び病院に係る医療を継続する患者の重症度別の連携対応
- ・施設間の連携の機関の種別・位置、医療機関間のネットワーク形成
- ・患者の入院、退院の経路、在宅療養期間
- ・医療と介護との調整手法(自治体、保健所、地域包括支援センター等)

4) 指標による把握

上記1)～3)の情報を基に、下記の指標により地域の医療提供体制の現状を客観的に把握する。

○ストラクチャー指標

- ・在宅療養支援診療所・病院数

- ・同上 訪問看護ステーション数
- ・緊急時対応を行う後方病院の数
- ・在宅緩和ケア支援センターの数
- ・緩和ケアチーム(在宅緩和ケアに係るもの)数
- ・認知症疾患医療センター数
- ・在宅医療に携わる医師数、歯科医師数、看護職員数、薬剤師数、栄養士数、作業療法士数、理学療法士数
- ・訪問看護、訪問リハビリテーションの実施に係る介護保険サービス事業所数
- ・在宅療養支援診療所・病院の所在する区市町村における地域包括支援センター数

○プロセス指標

- ・在宅療養支援診療所・病院における看取り数
- ・在宅療養支援診療所・病院との連携医療機関数
- ・在宅療養支援診療所・病院における患家への担当医等情報提供数
- ・在宅療養支援診療所・病院における訪問看護ステーションへの患者情報提供数
- ・訪問看護ステーションへの連携数
- ・退院時共同指導数
- ・緩和ケア実施数保健所、地域包括支援センターとの調整数

○アウトカム指標

- ・6か月以上居宅等で療養していた者の入院後の在宅復帰率
- ・再入院率(1ヶ月以内)
- ・在宅死亡数・率
- ・在宅療養支援診療所・病院における看取り数
- ・訪問診療数
- ・認知症患者入院期間

2. 医療機能の明確化及び圏域の設定

1)都道府県は、居宅等における医療体制を構築するに当たって、Ⅱの在宅医療体制の構築を基に、前記「1. 情報の収集」で収集した情報を分析し、緊急度、重症度、優先度に応じて医療機能を明確にし、介護との連携に留意し、区市町村単位の日常生活圏にも配慮し、圏域を設定する。

2)医療機関を明確にするに当たっては、医療資源の制約等により、一つの施設が複数の機能を担うこともありうる。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合は圏域の再設定を行うこともありうる。

ただし、居宅等における医療については、24時間365日による多職種による患家を中心に医療が確保されるよう圏域を設定することが望ましい。

また、救急医療や4疾患事業と整合をとること。

3) 検討を行う場合は、地域医師会等の医療関係団体、在宅療養支援診療所・病院等の在宅医療を担当する医療機関、介護保険サービス関係者、住民・患者、区市町村等保の各代表が参画する。

3. 円滑な連携、人材育成等の検討及び計画への記載

1) 都道府県は居宅等における医療の体制を構築するにあたって、患者の重症度、緊急度、優先度に応じて適切な医療が提供されるよう、また、関係機関の信頼関係が醸成されるように配慮すること。

2) そのために、医療機関、介護保険事業者、地域医師会等の関係者は、都道府県、2次医療圏、区市町村レベルにおいて、診療情報及び専門職種の情報共有を図り、具体的な連携の手段や調整が円滑に行われるようにする。

また、各レベルで必要に応じて、在宅医療推進のための協議体(会)を作り、患者のニーズに的確に応えられるようにすること。

3) 保健所は、「地域保健法」第4条第1項の規定に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針(平成6年厚生省告示)の規定に基づき、また、平成19年7月20日付け健総発第0720001号健康局総務課長通知「医療計画の作成および推進における保健所の役割について」を参考に、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して医療機関相互又は医療機関と消防機関との調整を行うなど、積極的な役割を果たすこと。

4) 都道府県は、居宅等における医療が的確に行われるよう、必要な人材育成について、地域医師会等関係団体と協力して、教育研修の実施に努めること。

また、教育研修に当たっては、医療機関とも連携し、基本的知識・技能と共に地域の実情に応じた内容の研修が行われるようにすること。

5) 医療計画には、原則として、各医療機能を担う医療機関の名称を記載する。

なお、地域によっては、医療資源の制約等により一つの医療機関が複数の機能を担うこともある。さらに、医療機関等の名称については、例えば圏域内で著しく多数の医療機関等が存在する場合など、地域の実情に応じて記載することで差し支えないが、住民に分かりやすい周知に努めるものとする。

また、医療機関機能に止まらず、住民に対する居宅等における医療の提供に関する必要な情報に関する相談及び提供を行うセンター窓口を都道府県に設置すること。

4. 数値目標及び評価

1) 数値目標の設定

都道府県は、良質かつ適切な居宅等における医療を提供する体制について、爾後に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。

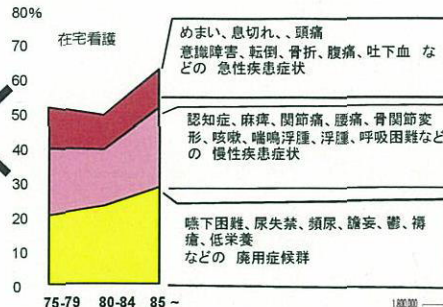
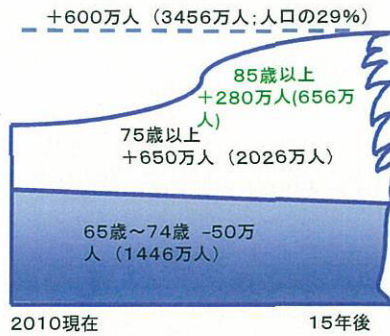
数値目標の設定に当たっては、基本方針に掲げる諸計画に定められる目標を勘案するもの

とする。

2) 評価

数値目標の達成状況について、少なくとも5年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要があるときには、都道府県はその医療計画を変更することとする。

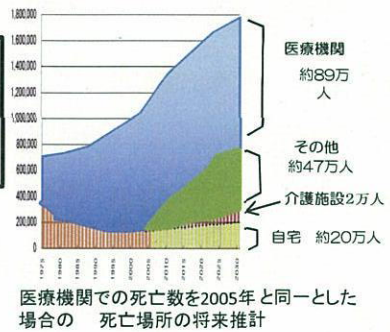
高齢社会(高齢者の人口構造の変化)



平成18年中

全体	小児 (15歳未満)	成人 (15歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
1.4万人	1.4万人	1.4万人	1.4万人
0.6万人	0.6万人	0.6万人	0.6万人
2.8万人	2.8万人	2.8万人	2.8万人
9.7万人	9.7万人	9.7万人	9.7万人
+35%	+35%	+35%	+35%
10.2万人	10.2万人	10.2万人	10.2万人
1.7万人	1.7万人	1.7万人	1.7万人
8.0万人	8.0万人	8.0万人	8.0万人
+14%	+14%	+14%	+14%
37.8万人	37.8万人	37.8万人	37.8万人
9.4万人	9.4万人	9.4万人	9.4万人
+33%	+33%	+33%	+33%
138.1万人	138.1万人	138.1万人	138.1万人
34.5万人	34.5万人	34.5万人	34.5万人
+33%	+33%	+33%	+33%
104.4万人	104.4万人	104.4万人	104.4万人
78.8万人	78.8万人	78.8万人	78.8万人
+48%	+48%	+48%	+48%

高齢者救急の倍増



需給ギャップ

現状:

- 高齢者の生活を支える医療として未定着
- 急性期医療、介護とのネットワーク化が不十分
- 救急、終末期受け入れ先(認知症/寝たきり)の確保が不十分
- 在宅死亡比率の増加停滞

要介護認定者数の増加や重度化、
認知症高齢者の増加等と相俟って、
通院困難な要介護高齢者の増加
死亡数の増加
在宅医療の充実が緊急課題

地域で安心して生活できる在宅医療システムの確立が急務

- 在宅医療推進会議 成功事例を踏まえ、多様な地域特性を踏まえた全国的展開の議論
各団体に在宅医療を推進する上で可能な活動の作成を依頼
- 国立長寿医療研究センター:この内容を集約し、地域医療計画に反映しうる素案を提案

→地域医療計画策定のうえでの要点は、各地域(県?)において、在宅医療の専門家、老年医学の専門家など、推進会議において医療内容の提言が可能な人材で、在宅医療推進委員会を設け、地域特性を踏まえた、現実的な計画を立案実行することが必要

在宅医療推進会議 平成22年度

1 位置づけ

国立長寿医療研究センター総長が召集し、わが国における看取りまでを行える在宅医療を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

2 メンバー

- ・日本在宅医学会
- ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
- ・日本在宅医療学会
- ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
- ・尾道市医師会
- ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
- ・全国国民健康保険診療施設協議会
- ・日本訪問看護振興財団
- ・在宅医療助成 勇美記念財団
- ・長寿科学振興財団
- ・日本プライマリ・ケア連合学会
- ・日本老年医学会
- ・日本医師会
- ・日本歯科医師会
- ・日本薬剤師会
- ・日本看護協会
- ・国立がんセンター
- ・日本ホスピス緩和ケア協会
- ・高齢社会総合研究機構
- ・日本介護支援専門員協会

- 佐藤 智 顧問
- 黒岩 卓夫 会長
- 城谷 典保 理事長
- 蘆野 吉和 理事
- 片山 壽 会長
- 米満 弘之 会長
- 山口 昇 常任顧問
- 佐藤美穂子 常務理事
- 住野 勇 理事長
- 祖父江逸郎 理事長
- 前沢 政次 理事長
- 大内 尉義 理事長
- 三上 裕司 常任理事
- 池主 憲夫 常務理事
- 岩月 進 常務理事
- 坂本 すが 副会長
- 的場 元弘 医長
- 山崎 章郎 理事長
- 辻 哲夫 教授
- 木村 隆次 会長