

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「平成 24 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

年間テーマ

在宅医療推進のためのアクションプラン

座長：鈴木 央 氏（鈴木内科医院 副院長）

「平成24年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿

| 氏名                         | 所属  | 役職          |
|----------------------------|---|-------------|
| 1<br>あしの よしかず<br>蘆野 吉和     | 青森県立中央病院緩和医療科                                   | 部長          |
| 2<br>いいじま かつや<br>飯島 勝矢     | 東京大学 高齢社会総合研究機構                                 | 准教授         |
| 3<br>いのくち ゆうじ<br>猪口 雄二     | 社団法人 全日本病院協会                                    | 副会長         |
| 4<br>おおしま しんいち<br>大島 伸一    | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター                             | 総長          |
| 5<br>おおしま ひろこ<br>大島 浩子     | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター<br>老年学・社会科学研究センター 在宅医療開発研究部 | 長寿看護・介護研究室長 |
| 6<br>おおた ひでき<br>太田 秀樹      | 医療法人 アスミス                                       | 理事長         |
| 7<br>おおはし えいじ<br>大橋 英司     | 医療法人社団 大橋内科胃腸科                                  | 院長          |
| 8<br>かわい まこと<br>川井 真       | 社団法人 農協共済総合研究所                                  | 主任研究員       |
| 9<br>かわしま こういちろう<br>川島 孝一郎 | 仙台往診クリニック                                       | 院長          |
| 10<br>きたざわ あきひろ<br>北澤 彰浩   | JA長野厚生連 佐久総合病院 地域ケア科                            | 医長          |
| 11<br>くろいわ たくお<br>黒岩 卓夫    | 医療法人社団 萌気会                                      | 理事長         |
| 12<br>くわはら なおゆき<br>桑原 直行   | 秋田組合総合病院 脳神経外科・地域連携室                            | 脳神経外科科長     |
| 13<br>☆さとう あきら<br>☆佐藤 智    | 一般社団法人 ライフケアシステム                                | 会長          |
| 14<br>しまざき けんじ<br>島崎 謙治    | 政策研究大学院大学                                       | 教授          |
| 15<br>しみず まさかつ<br>清水 政克    | 医療法人社団倫生会 みどり病院                                 | 内科・緩和ケア内科   |
| 16<br>すずき たかお<br>鈴木 隆雄     | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター                             | 所長          |
| 17<br>★すずき ひろし<br>★鈴木 央    | 鈴木内科医院  | 副院長         |
| 18<br>たしろ たかお<br>田城 孝雄     | 放送大学教養学部 / 順天堂大学                                | 教授 / 客員教授   |
| 19<br>たなか しげる<br>田中 滋      | 慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科                              | 教授          |
| 20<br>たにみず まさと<br>谷水 正人    | 四国がんセンター  | 統括診療部長      |
| 21<br>つじ てつお<br>辻 哲夫       | 東京大学 高齢社会総合研究機構                                 | 教授          |
| 22<br>つちはし まさひこ<br>土橋 正彦   | 土橋医院  | 院長          |
| 23<br>とば けんじ<br>鳥羽 研二      | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター                             | 病院長         |
| 24<br>ながお かずひろ<br>長尾 和宏    | 医療法人社団 裕和会 長尾クリニック                              | 院長          |
| 25<br>ながお しん<br>長尾 信       | 医療法人社団 長尾医院                                     | 理事長         |
| 26<br>にしかわ みつなり<br>西川 満則   | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部                     | 呼吸機能診療科     |
| 27<br>はぎた ひとし<br>秋田 均司     | 有限会社メディフェニックスコーポレーション                           | 代表取締役       |
| 28<br>はながた てつお<br>花形 哲夫    | 花形歯科医院  | 院長          |
| 29<br>はなぶさ ひろお<br>英 裕雄     | 医療法人社団 三育会                                      | 理事長         |
| 30<br>ひらはら さとし<br>平原 佐斗司   | 東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所                            | 在宅サポートセンター長 |
| 31<br>よしの たかゆき<br>吉野 隆之    | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター                             | 企画戦略室長      |
| 32<br>ふじた しんすけ<br>藤田 伸輔    | 国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会 千葉大学医学部附属病院              | 准教授         |
| 33<br>まつしま だい<br>松嶋 大      | 財団法人岩手済生医会 中津川病院                                | 病院長         |
| 34<br>みうら ひさゆき<br>三浦 久幸    | 独立行政法人 国立長寿医療研究センター                             | 在宅連携医療部長    |
| 35<br>みうら まさえつ<br>三浦 正悦    | 医療法人心の郷   | 理事長         |
| 36<br>みやじま としひこ<br>宮島 俊彦   | 厚生労働省 老健局                                       | 前老健局長       |
| 37<br>むとう しんすけ<br>武藤 真祐    | 医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック                             | 院長          |
| 38<br>やまだ ようた<br>山田 洋太     | 東京ベイ・浦安市川医療センター                                 | 経営企画室長      |
| 39<br>わだ ただし<br>和田 忠志      | 医療法人社団実幸会 いらはら診療所                               | 在宅医療部長      |
| 40<br>わたなべ むつこ<br>渡辺 陸子    | 一般社団法人日本女性薬剤師会                                  | 理事          |

★座長、☆相談役

(50音順・敬称略)

厚生労働省等

|    | 氏名                    | 所属                          | 役職             |
|----|-----------------------|-----------------------------|----------------|
| 1  | かつまた はまこ<br>勝又 浜子     | 厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症対策推進室   | 室長             |
| 2  | しのだ ひろし<br>篠田 浩       | 厚生労働省 老健局 総務課               | 課長補佐           |
| 3  | しんや ゆきこ<br>新谷 幸子      | 厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室       | 室長補佐           |
| 4  | たかだ じゅんこ<br>高田 淳子     | 厚生労働省 医政局 歯科保健課             | 歯科医師臨床研修専門官    |
| 5  | たけだ としひこ<br>武田 俊彦     | 総務省 消防庁                     | 審議官            |
| 6  | にいづ ひさお<br>新津 久雄      | 厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室       | 在宅医療係長         |
| 7  | はら かつのり<br>原 勝則       | 厚生労働省 老健局                   | 老健局長           |
| 8  | ひらこ てつお<br>平子 哲夫      | 厚生労働省 医政局 指導課 医師確保等地域医療対策室□ | 室長<br>在宅医療推進室長 |
| 9  | やまぎし あけみ<br>山岸 暁美     | 厚生労働省 医政局 指導課 在宅推進室         | 専門官            |
| 10 | やまぐち みちこ<br>山口 道子     | 厚生労働省 保険局 国民健康保険課           | 在宅医療・健康管理技術推進官 |
| 11 | わたなべ けんいちろう<br>渡辺 顕一郎 | 厚生労働省 医政局 国立病院課             | 政策医療推進官        |

(50音順・敬称略)

## 目次

|  |     |
|--|-----|
| ■ 報告書に寄せて（座長：鈴木央氏）   | 1pg |
| ■ 参加委員名簿   | pg  |
| ■ 第1回研究会（5/25）<br>・ 藤田伸輔氏「2025年への医療状況予測」   | pg  |
| ■ 第2回研究会（6/22）<br>・ 辻哲夫氏「在宅医療普及へのアクションプラン」   | pg  |
| ■ 第3回研究会（7/27）<br>・ 三浦久幸氏「在宅医療支援診療病床の取組」<br>・ 大島浩子氏「在宅医療の継続要因に関する研究」                                       | pg  |
| ■ 第4回研究会（9/28）<br>・ 武藤真祐氏 「被災地からみた在宅医療推進への道」   | pg  |
| ■ 第5回研究会（10/26）<br>・ 太田秀樹氏「在宅医療推進は誰の仕事か？地域力診断の試み」  | pg  |
| ■ 第6回研究会（12/21）<br>・ 米山武義氏「口を通して見えてくる医療と福祉の近未来—口腔の環境と機能を守る—」<br>・ 佐藤保氏「訪問歯科診療推進のアクションプラン—訪問診療への歯科医師会ビジョン—」 | pg  |
| ■ 第7回研究会（1/25）<br>・ 宇都宮宏子氏「病院から、在宅療養への意向支援—移行期マネジメントの体系化・包括評価へ—」   | pg  |
| ■ 第8回研究会（2/22）<br>・ 猪口雄二氏「地域一般病棟」に関する調査報告  | pg  |

## 第1回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「2025年への医療状況予測」

話題提供： 藤田 伸輔 氏  
千葉大学医学部附属病院地域連携部 准教授

日時： 平成24年5月25日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F  
東京ステーションコンファレンス 605B 会議室

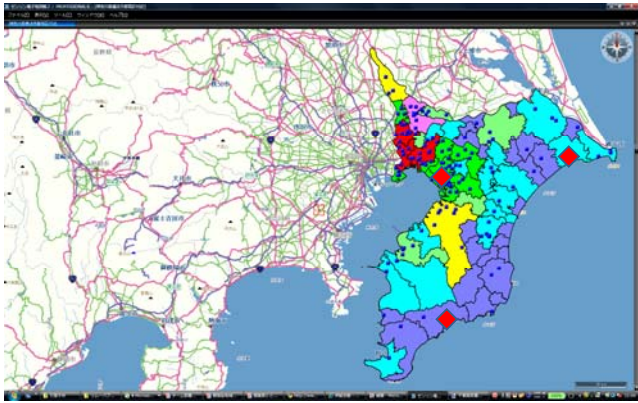
## 2次医療圏別医療需要予測

千葉大学医学部附属病院  
地域医療連携部  
藤田伸輔

人口の高齢化

## POPULATION AGING

## Life expectancy and Hospitals



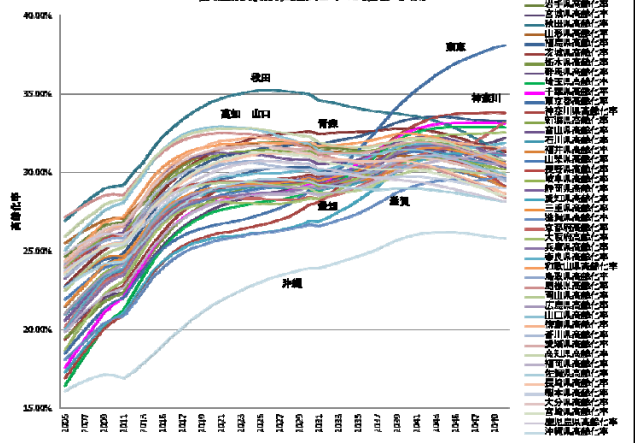
## 人口の高齢化はなぜおこるのか

- 若年人口の減少
  - 出生率の低下
  - 若年者の死亡
  - 若年者の流出
- 成人人口の減少
  - 成人人口の流出
  - 出生率低下の影響(20年後)
- 老年人口の増加
  - 長寿化
  - ベビーブームの影響(65年後)
  - 成人人口流入の影響(30年後)
  - 高齢者人口減少後

## 人口の高齢化をどう測定するのか

- 高齢者の定義
    - WHOに従って65歳以上の人々を指す
  - 高齢化率
    - 全人口に対する高齢者の割合
  - 高齢者数
    - 高齢者の総数
  - 高齢者受療量
    - 高齢者外来受療数
    - 高齢者入院受療数
  - 高齢者活動性
    - 測定指標は未開発
  - 高齢者のための社会的資源
    - インフラ
    - 公的扶助
- } Social Quality

都道府県別高齢化率の推移予測

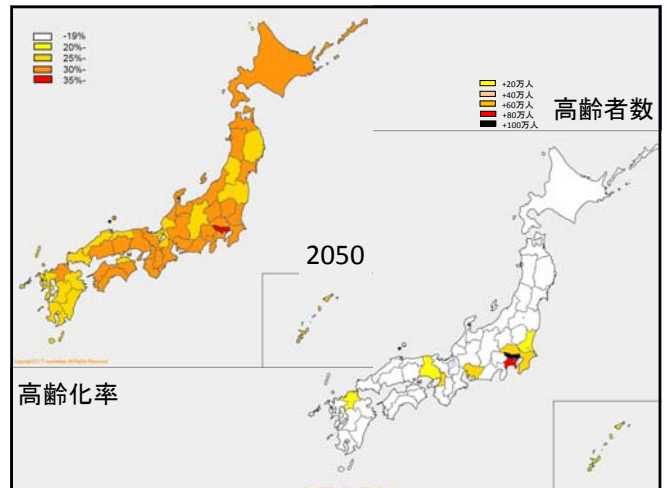
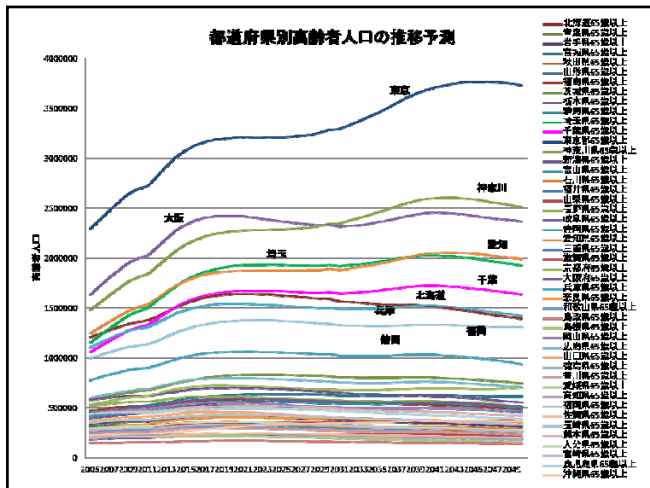


## 高齢化率の上昇

- 全国の高齢化率は現在急増中で、2020年頃までに一段落する
- 現在若いグループ(埼玉、神奈川、千葉、愛知、滋賀、東京、福岡など)は2030年以降再び高齢化率が急上昇する
- 沖縄は今から急速な高齢化が始まるが、他の地域よりは緩やかに増加する

## 高齢化率上昇が社会に与える影響

- 地域社会での労働力低下
  - 地域経済維持の問題
  - 税収維持の問題
  - 先進高齢化地域は日本の食糧庫
- 地域社会の非効率化
  - 集約型商業施設の利用が困難になる
  - 若年向け・成人向け施設の維持が困難になる



## 高齢者人口の増加

- 高齢者の絶対数は多くの地域でほとんど増加しない
- 人口集中地域ですさまじい高齢者人口増加が予想される
- 高齢者人口急増のほとんどが今後8年以内である
- 東京・神奈川では2030年頃から再び急増が見込まれる
- 今後出生率の向上や外国人労働者の流入があれば高齢化率の増加は緩やかになるが、高齢者人口の増加は不可避である

## 高齢者人口増加が社会に与える影響

### 医療・介護

- 需要の増加
  - 医療供給力の増強
  - 医療の効率化
  - ADL医療の充実
  - 介護供給力の増強
  - 介護の効率化

### 交通

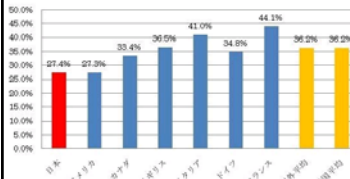
- 弱者対策
  - エレベーター・エスカレーター
  - 座席の増加
  - ダイヤの見直し
  - 介護タクシー
  - 救急車
- 採算性の低下

### 税収

就労人口減少による所得税低下  
40歳から60歳の最も消費する年代の減少  
人口減少に伴う不動産価値の低下  
国債を購入する国民の減少  
相続人がいない個人資産のゆくえ

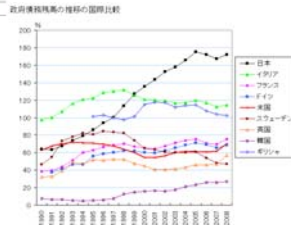
# 税収の国際比較

GDP (国内総生産) に対する税収の割合 (2006年)



- 我が国は税収が少ない

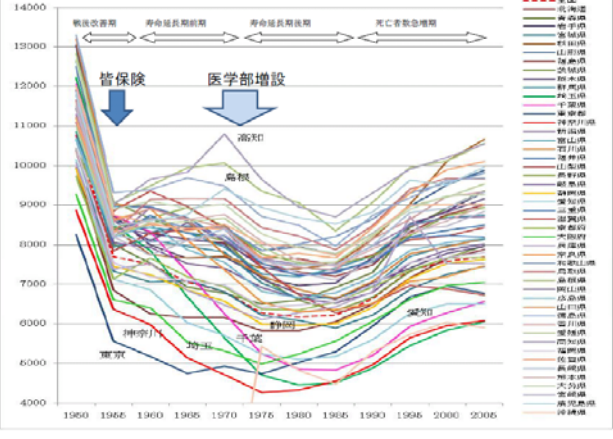
- 我が国の国債発行残高は1990年から2005年までに急速に伸びた



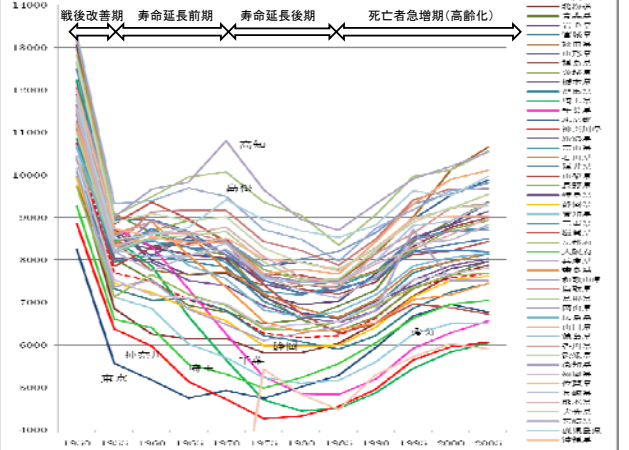
26-Feb-13

①国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。②GDPは「国債発行残高」から算出。③国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。④国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑤国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑥国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑦国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑧国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑨国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。⑩国債発行残高は総務省「国債発行残高」から算出。

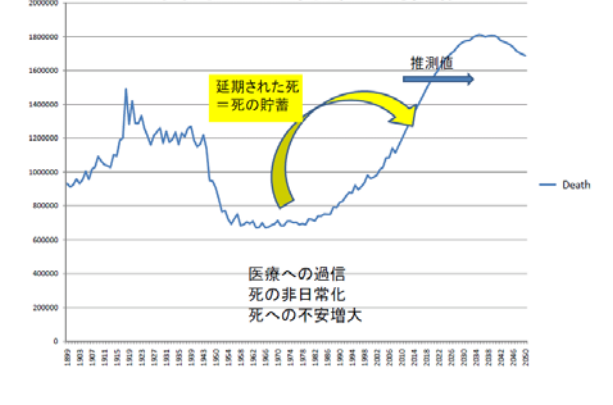
# 都道府県別死亡率 (人口10万人対) の推移



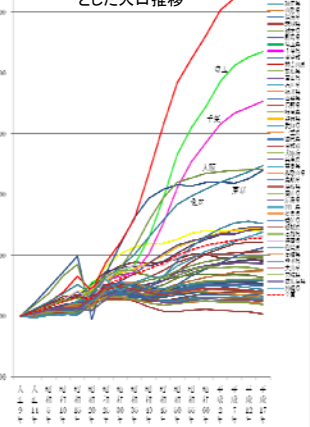
# 都道府県別死亡率 (人口10万人対) の推移



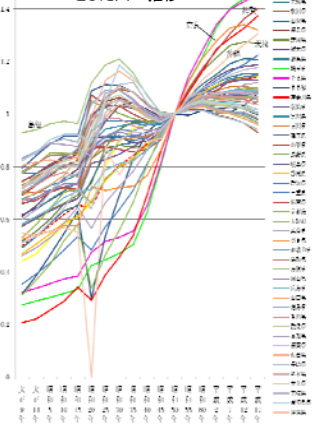
# 年間死亡者数の推移



# 大正9年を基準とした人口推移



# 昭和50年を基準とした人口推移

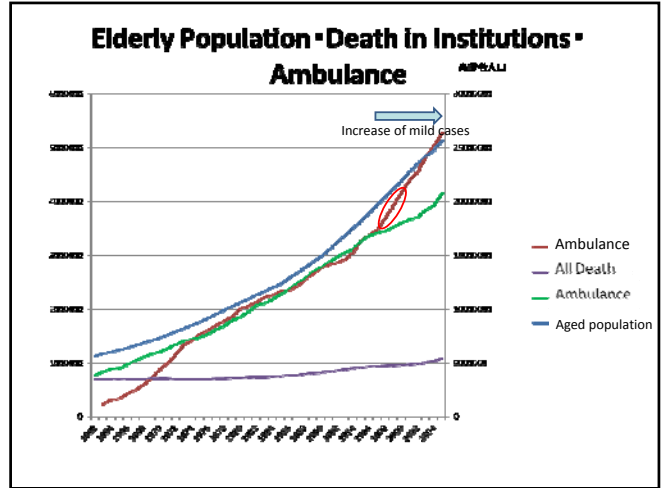
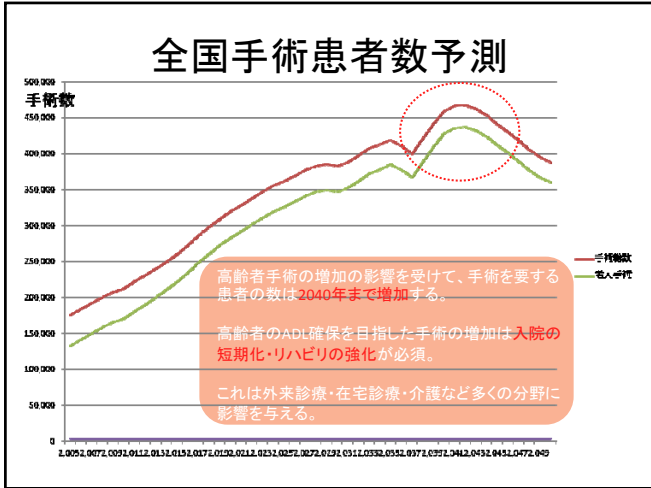
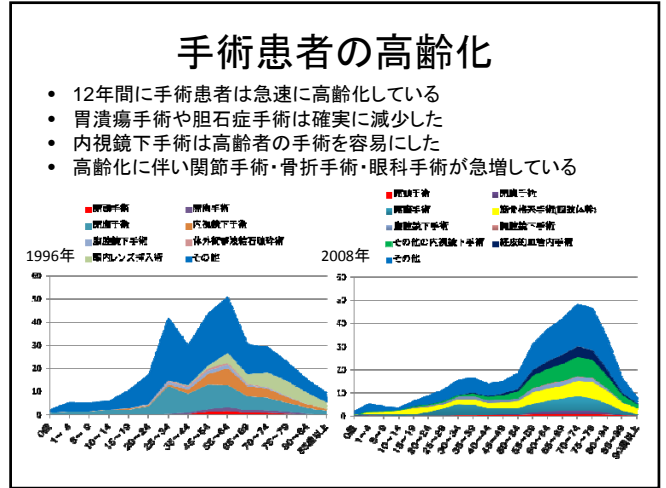
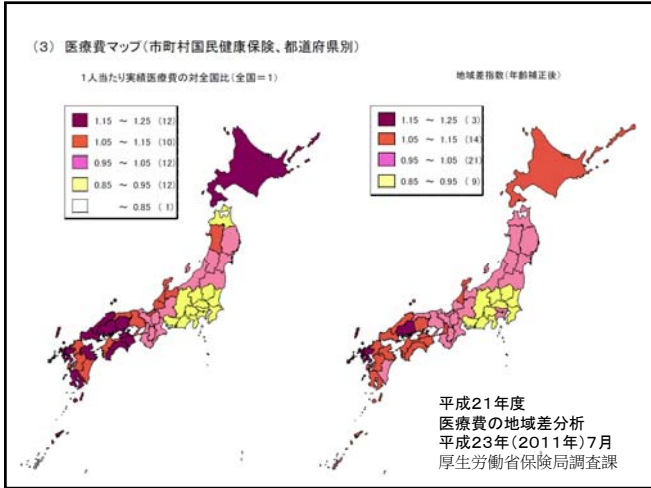


# 入学定員とマッチ率

| 都道府県 | 入学定員 | 募集定員 | 募集率  | マッチ率 | 募集率/マッチ率 |      |
|------|------|------|------|------|----------|------|
| 北海道  | 300  | 429  | 1.43 | 257  | 0.88     | 0.60 |
| 青森   | 100  | 106  | 1.06 | 99   | 0.93     | 0.88 |
| 岩手   | 100  | 119  | 1.19 | 99   | 0.83     | 0.69 |
| 宮城   | 100  | 122  | 1.22 | 110  | 1.10     | 0.72 |
| 秋田   | 100  | 122  | 1.22 | 51   | 0.51     | 0.42 |
| 山形   | 100  | 122  | 1.22 | 88   | 0.88     | 0.74 |
| 福島   | 80   | 149  | 1.86 | 78   | 0.98     | 0.52 |
| 茨城   | 100  | 155  | 1.55 | 114  | 1.14     | 0.74 |
| 栃木   | 100  | 180  | 1.80 | 115  | 1.15     | 0.64 |
| 群馬   | 100  | 122  | 1.22 | 92   | 0.92     | 0.75 |
| 埼玉県  | 100  | 304  | 3.04 | 229  | 2.29     | 0.75 |
| 千葉県  | 100  | 383  | 3.83 | 282  | 2.82     | 0.74 |
| 東京都  | 1228 | 1518 | 1.24 | 1409 | 1.15     | 0.93 |
| 神奈川県 | 300  | 697  | 2.32 | 579  | 1.93     | 0.84 |
| 新潟   | 100  | 184  | 1.84 | 88   | 0.88     | 0.48 |
| 富山   | 100  | 102  | 1.02 | 68   | 0.68     | 0.65 |
| 石川   | 100  | 183  | 1.83 | 104  | 1.04     | 0.57 |
| 福井   | 100  | 89   | 0.89 | 57   | 0.57     | 0.64 |
| 山梨   | 100  | 81   | 0.81 | 38   | 0.38     | 0.47 |
| 長野   | 100  | 157  | 1.57 | 112  | 1.12     | 0.71 |
| 岐阜   | 100  | 143  | 1.43 | 8    | 0.08     | 0.06 |
| 静岡県  | 100  | 237  | 2.37 | 183  | 1.83     | 0.77 |
| 愛知県  | 380  | 578  | 1.52 | 482  | 1.27     | 0.85 |
| 岐阜   | 100  | 128  | 1.28 | 93   | 0.93     | 0.72 |
| 岐阜   | 100  | 108  | 1.08 | 75   | 0.75     | 0.71 |
| 愛知県  | 200  | 281  | 1.40 | 262  | 1.31     | 0.91 |
| 大阪府  | 472  | 865  | 1.83 | 824  | 1.73     | 0.91 |
| 兵庫県  | 100  | 587  | 5.87 | 343  | 3.43     | 0.59 |
| 奈良   | 80   | 101  | 1.26 | 76   | 0.95     | 0.75 |
| 和歌山  | 80   | 89   | 1.11 | 84   | 1.05     | 0.94 |
| 鳥取   | 80   | 89   | 1.11 | 44   | 0.55     | 0.49 |
| 徳島   | 80   | 84   | 1.05 | 45   | 0.56     | 0.53 |
| 香川県  | 100  | 210  | 2.10 | 187  | 1.87     | 0.89 |
| 高松   | 100  | 187  | 1.87 | 153  | 1.53     | 0.82 |
| 愛媛   | 80   | 117  | 1.46 | 85   | 1.06     | 0.73 |
| 高知県  | 80   | 84   | 1.05 | 58   | 0.72     | 0.69 |
| 福岡県  | 80   | 103  | 1.29 | 72   | 0.90     | 0.70 |
| 福岡   | 100  | 113  | 1.13 | 78   | 0.81     | 0.71 |
| 佐賀   | 80   | 94   | 1.18 | 50   | 0.62     | 0.53 |
| 熊本   | 100  | 214  | 2.14 | 111  | 1.11     | 0.52 |
| 鹿児島  | 80   | 84   | 1.05 | 38   | 0.46     | 0.45 |
| 沖縄   | 100  | 153  | 1.53 | 89   | 0.89     | 0.58 |
| 東京都  | 100  | 108  | 1.08 | 88   | 0.88     | 0.80 |
| 東京都  | 100  | 108  | 1.14 | 85   | 0.88     | 0.80 |
| 東京都  | 100  | 75   | 0.75 | 30   | 0.30     | 0.40 |
| 東京都  | 100  | 141  | 1.41 | 142  | 1.42     | 0.99 |

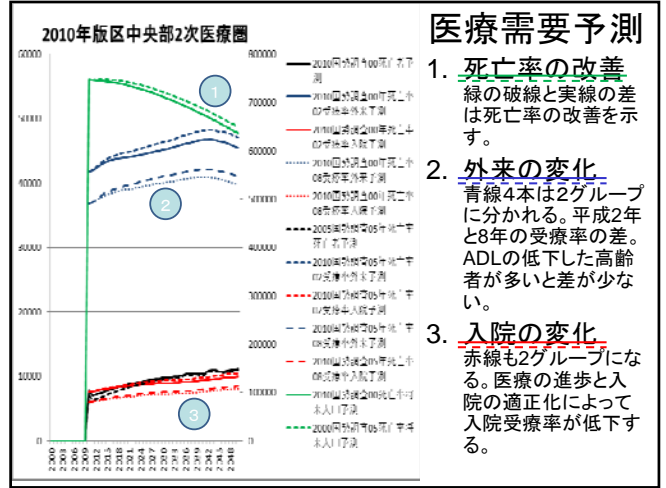
- 研修医募集数に対する初期研修医数(募集マッチ率)は近畿で高く(赤)、中部・九州で低い(緑)
- 医学部定員に比べて初期研修医数が多い(マッチ率)のは近畿である
- 東京のマッチ率は高くない(入学定員に比べて研修医は少ない)
- 千葉の募集マッチ率は低い(入学定員の2.92倍の研修医がいる)
- 中国・四国・九州の研修医募集数(募集率)は低い
- 東北・関東の募集率は高い
- 西日本は研修医をあまり欲していない、東日本は欲している
- 研修医は千葉、兵庫、神奈川、静岡、広島を目指している

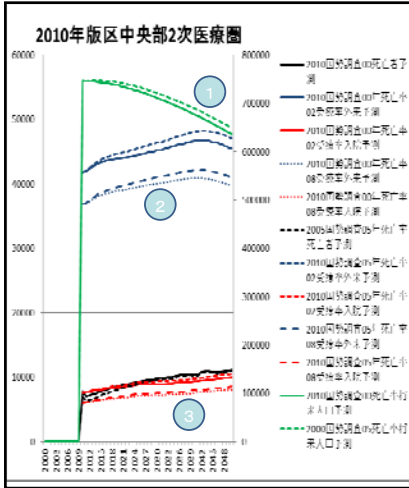




## 医療需要予測について

- この医療需要予測は国勢調査・生命表・患者調査データを用いて推計しています。
- 出生数は今後各地域で変動しないものと仮定しています。
- 人口の地域間移動は無いものと仮定しています。
- 女性の年齢別人口に出生率を乗じる出生数予測は行っていません。
- 人口減少の速度はこの予測よりも早まる可能性があります。

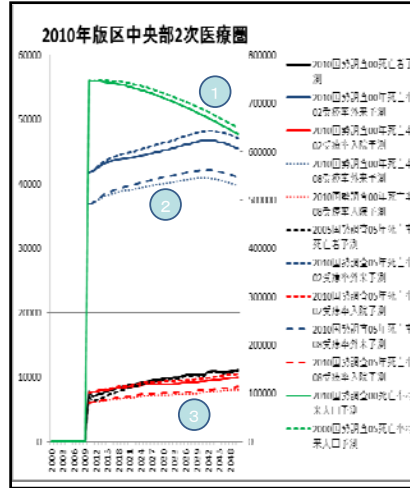




### 医療需要予測

#### ① 死亡率の改善

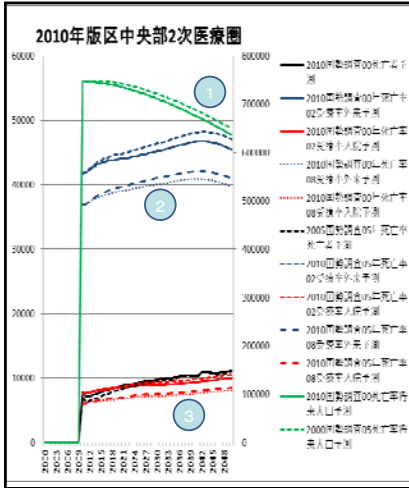
緑線は人口の推移予測である。上に凸の放物線状に見える地域、直線状に見える地域、下に凸の放物線状に見える地域に大別される。2005年の性年齢別死亡率による人口予測(緑破線)は2000年の性年齢別死亡率を用いた人口予測(実線)を上回る。多くの地域でこの傾向が見られたが、宮崎、鹿児島ではほぼ一致し、秋田では逆転していた。



### 医療需要予測

#### ② 外来の変化

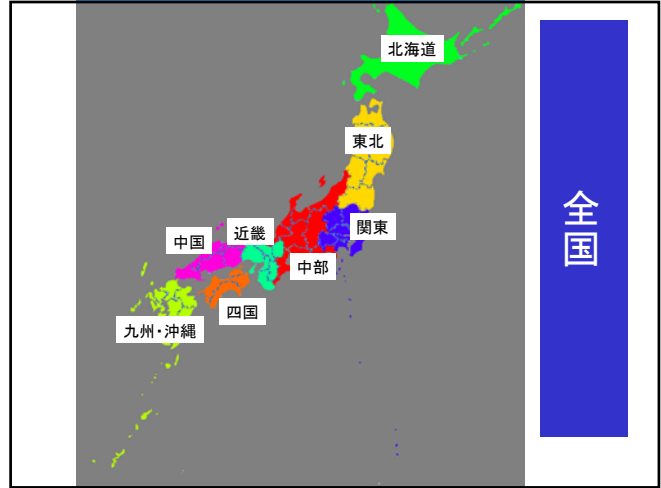
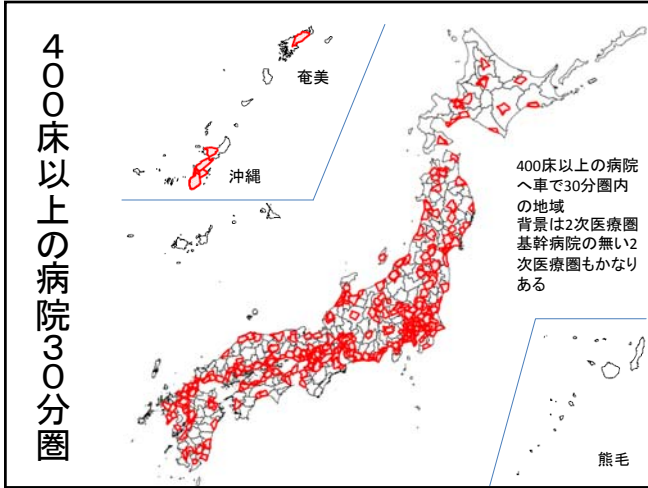
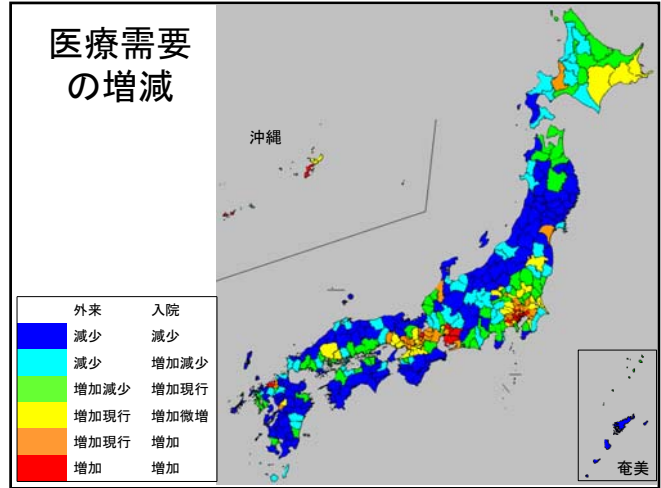
青線は外来需要の予測である。2005年の国勢調査と2010年のそれを用いた人口推計を2002年の受療率と2008年のそれとを乗じた4群を用意した。2002年と2008年の受療率で大きく2群に分かれた。約半分の地域で2008年に外来受療率が大きく低下しているが、ほとんど変化のない県も11県(群馬・岐阜・静岡・京都・兵庫・奈良・島根・岡山・愛媛・福岡・熊本)ある。その理由については今後検討が必要である。人口構造の影響、住民の診療態度、医療機関の分布などが影響していると思われる。

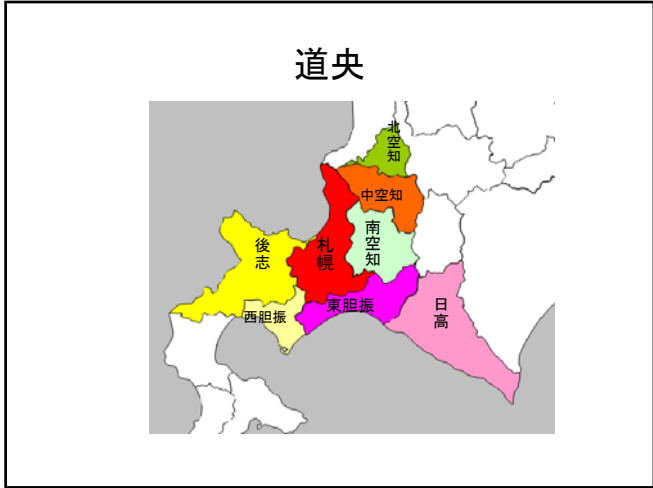
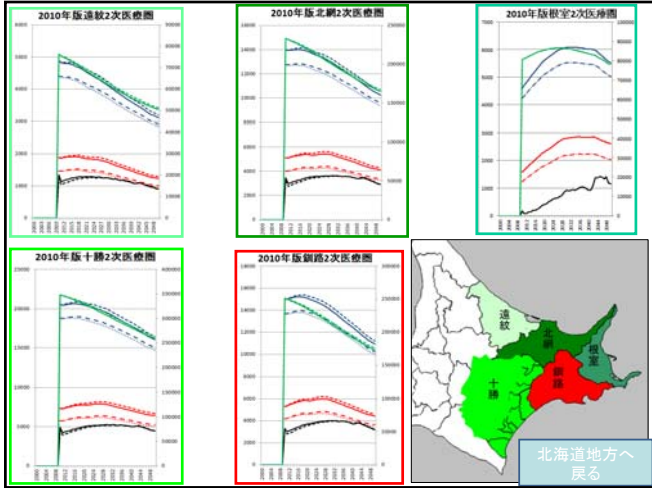
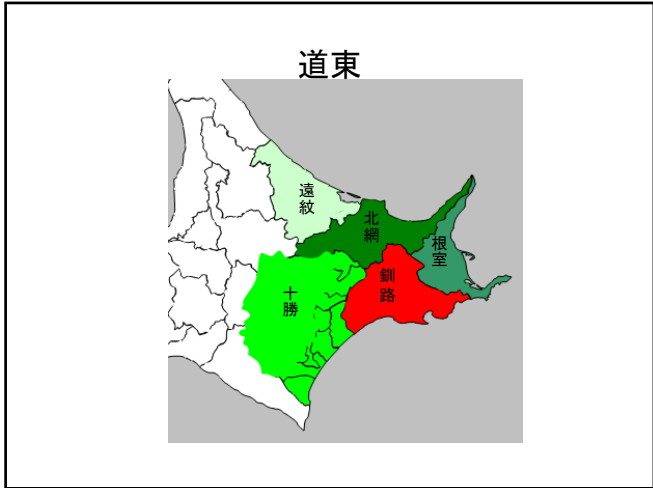
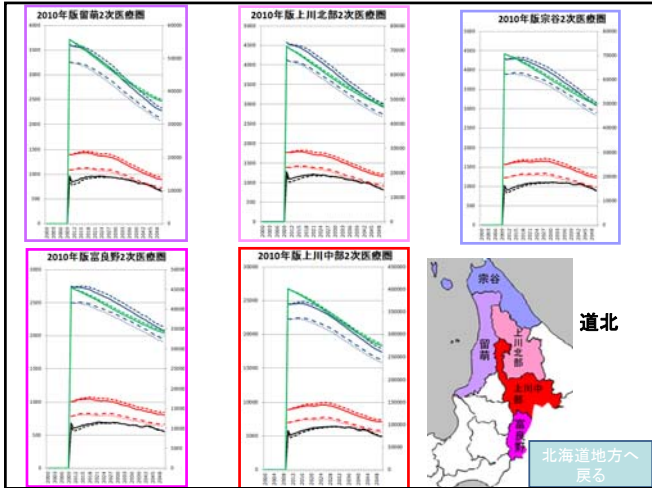
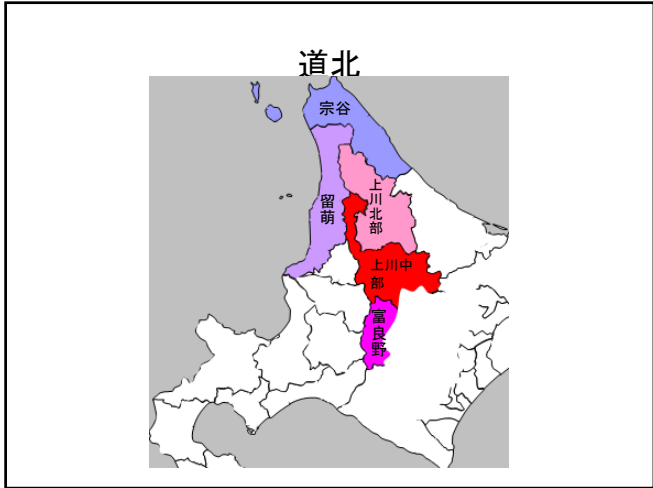
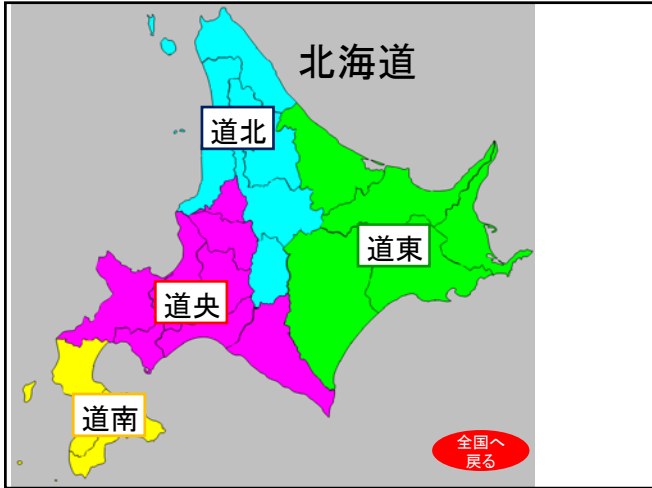


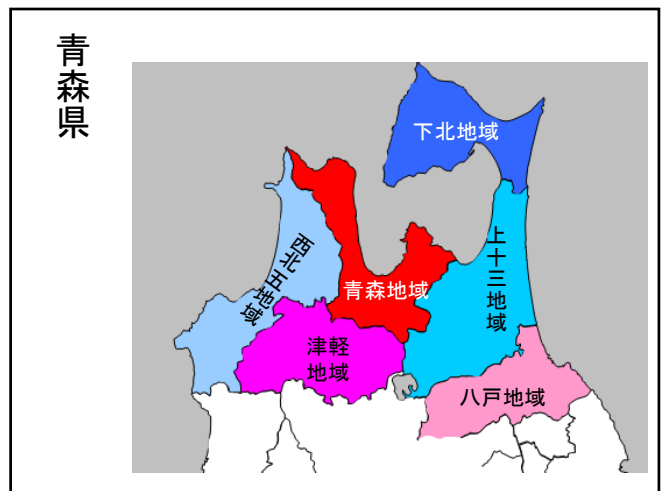
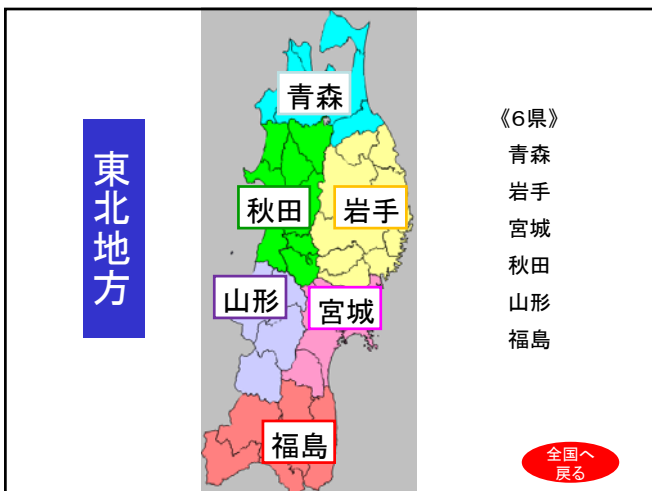
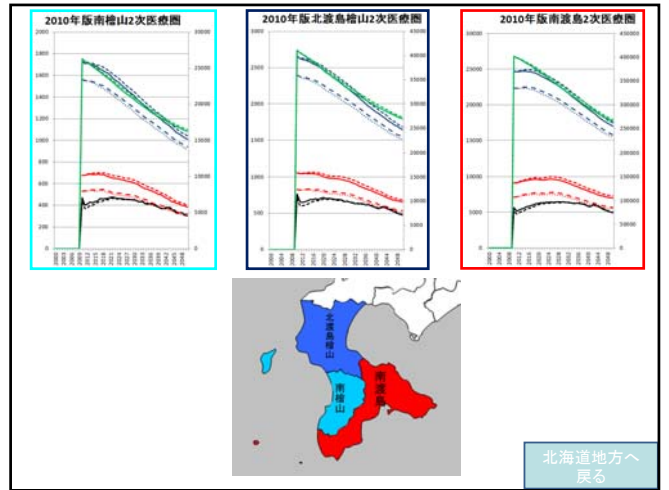
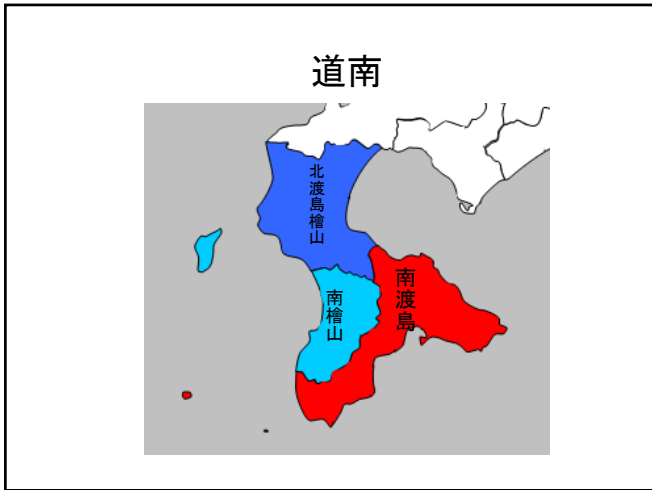
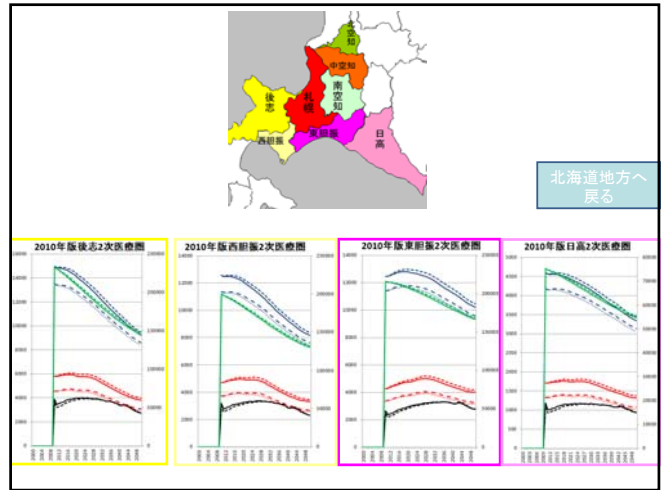
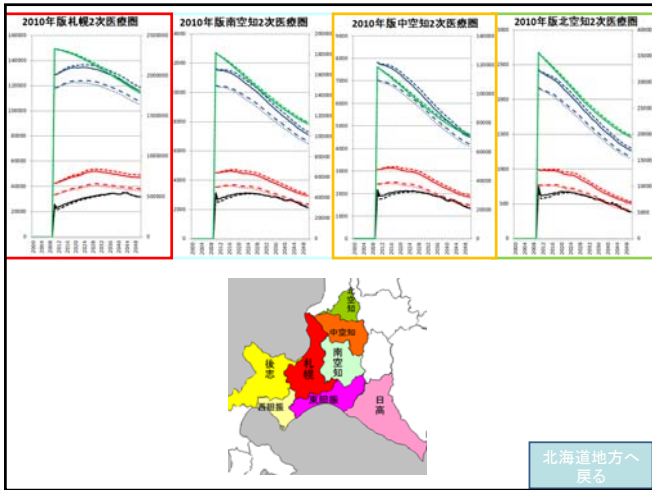
### 医療需要予測

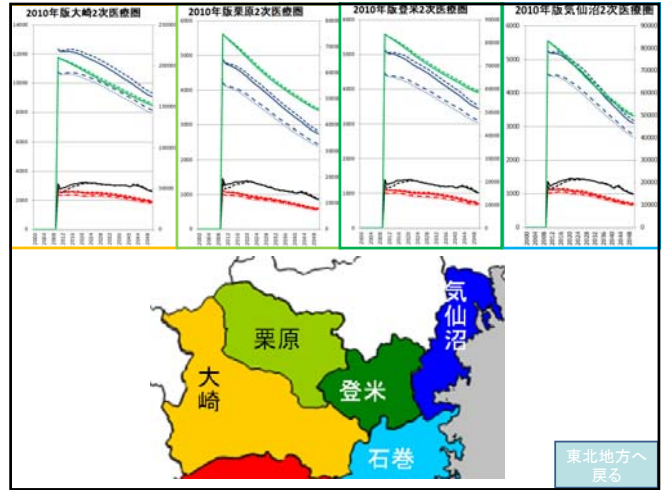
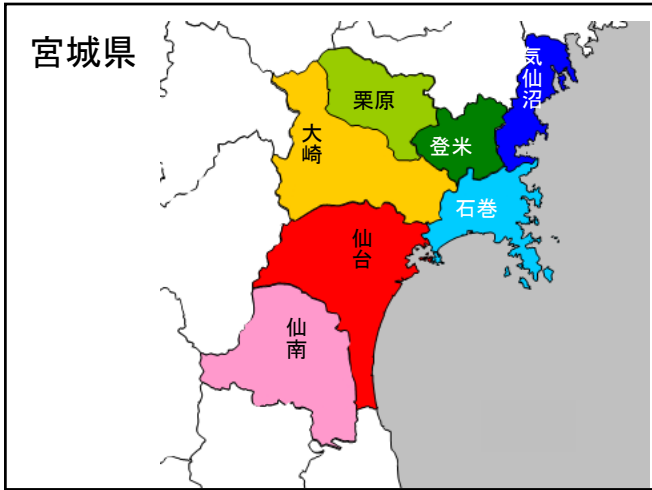
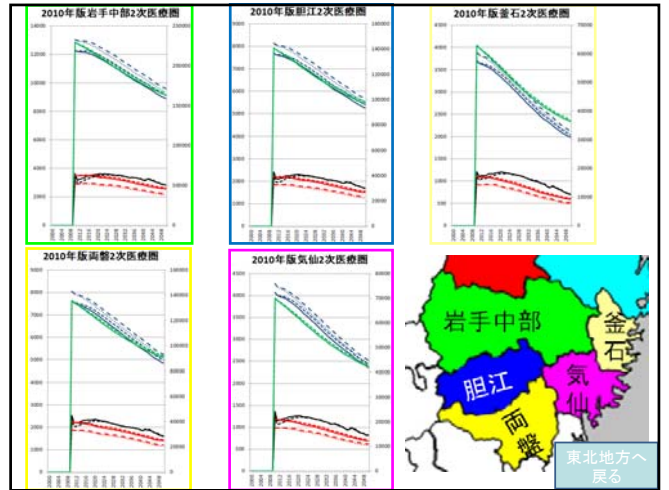
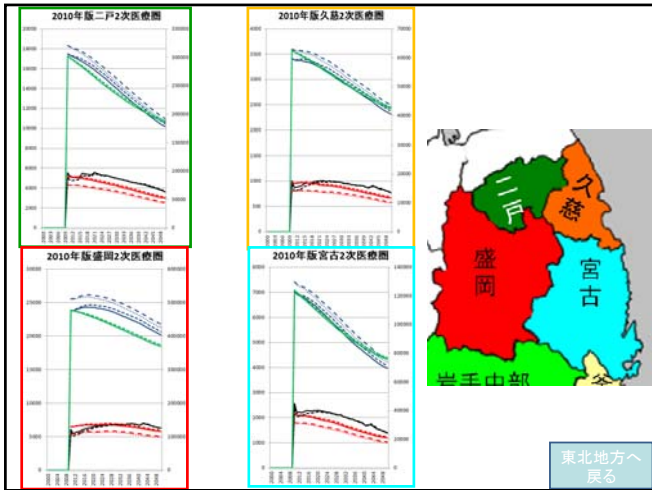
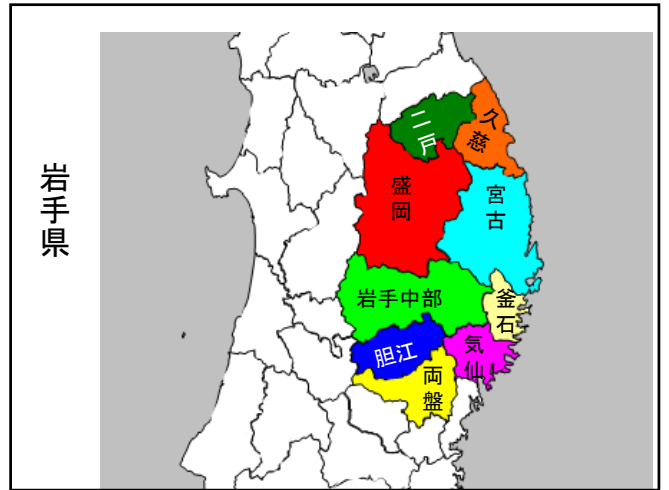
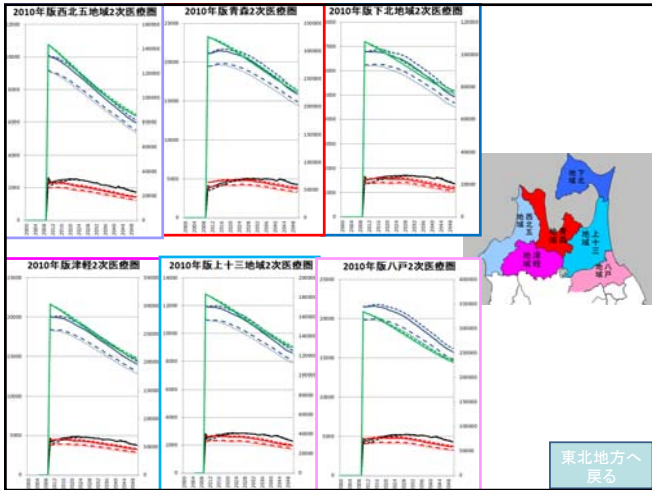
#### ③ 入院の変化

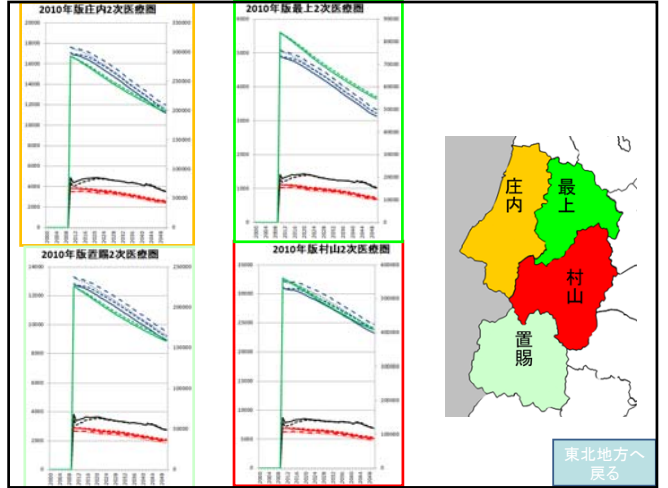
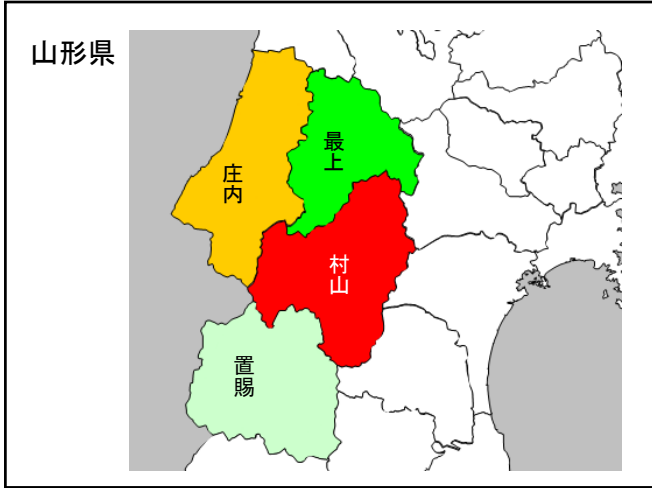
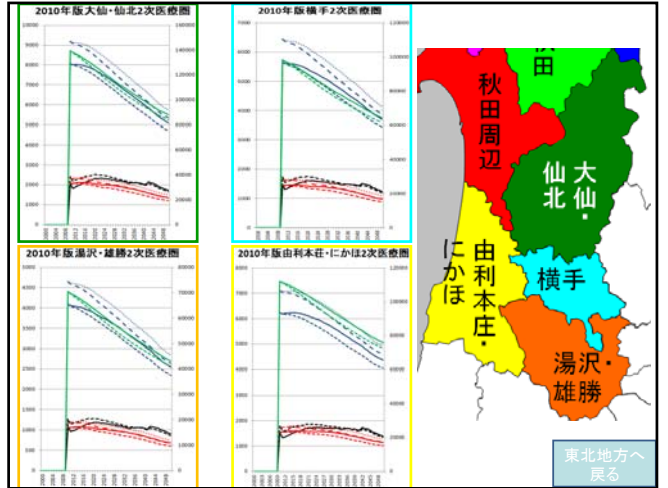
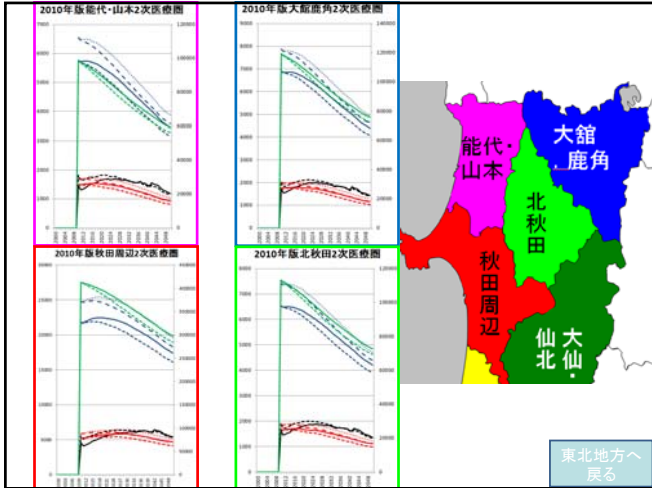
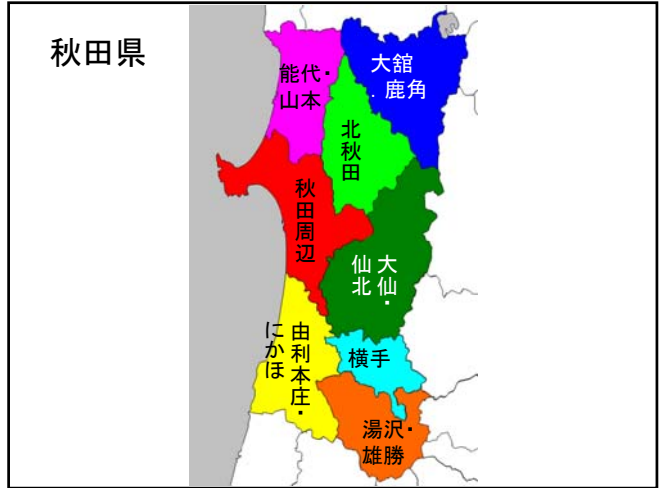
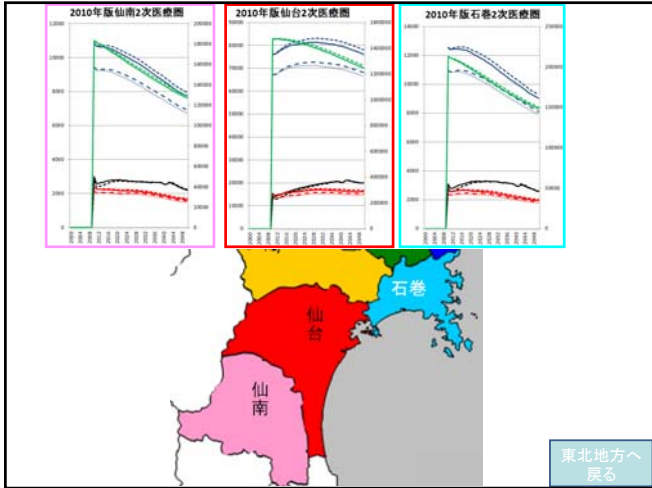
赤線は入院需要の予測である。2002年と2008年の受療率で明確な差を生じた地域が多いが約3分の1では差が小さく、9県(宮城・山形・山梨・長野・三重・滋賀・京都・和歌山・宮崎)ではほとんど差が無かった。医療の進歩と入院の適正化(社会的入院の減少)によっても入院受療率が低下する。変化がなかった地域の個別の理由は今後検討しなければならない。

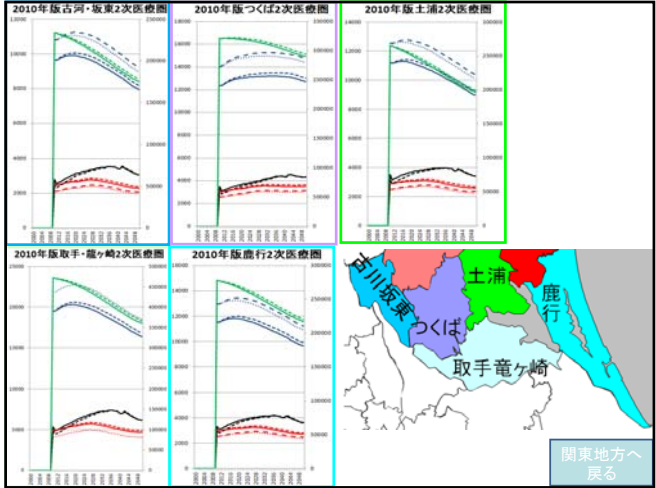
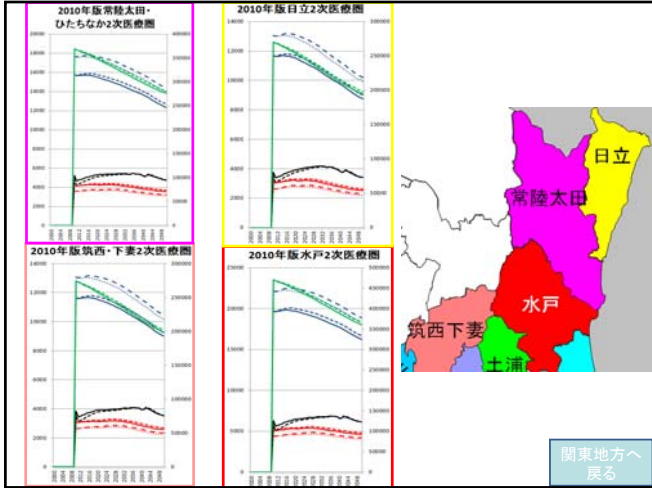
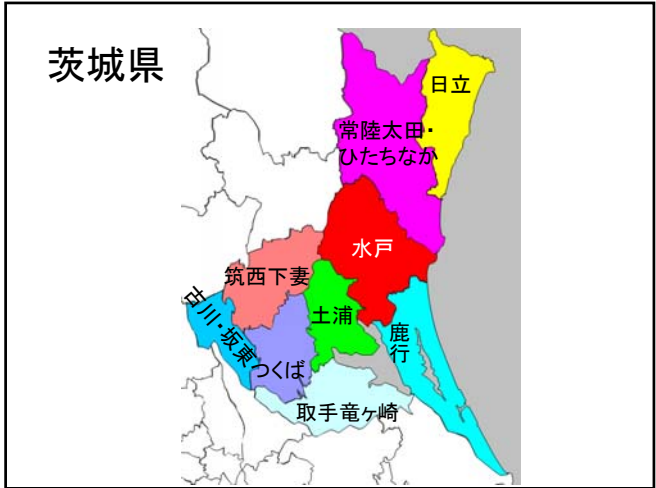
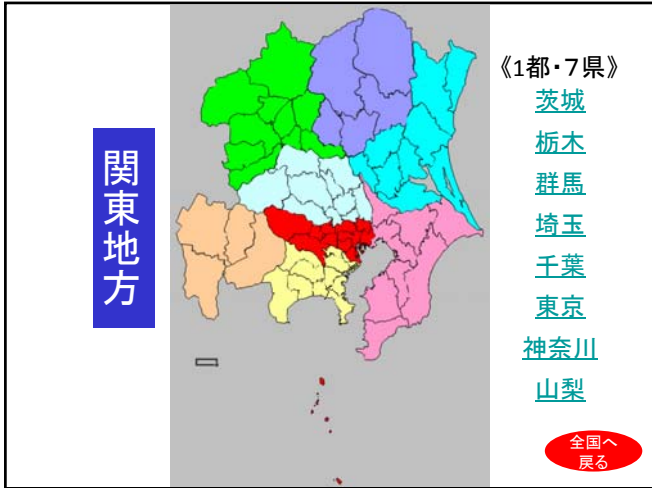
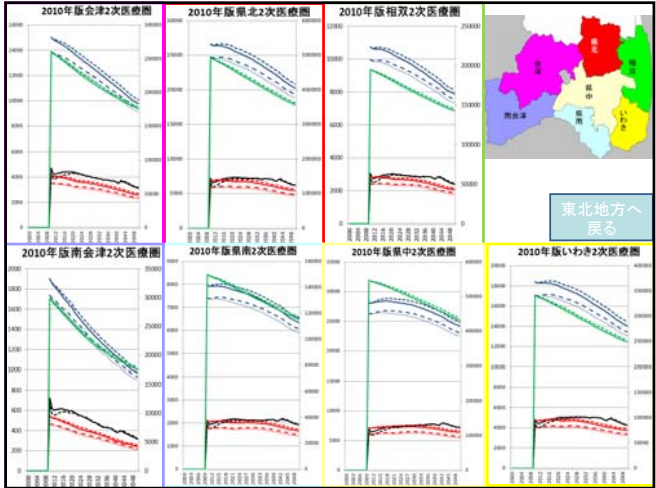
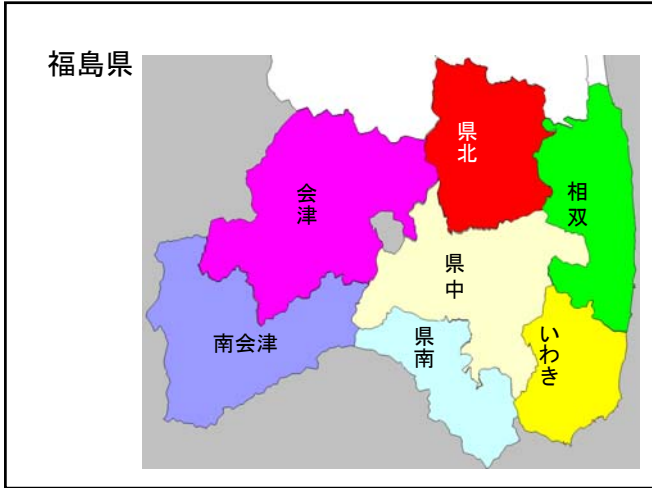


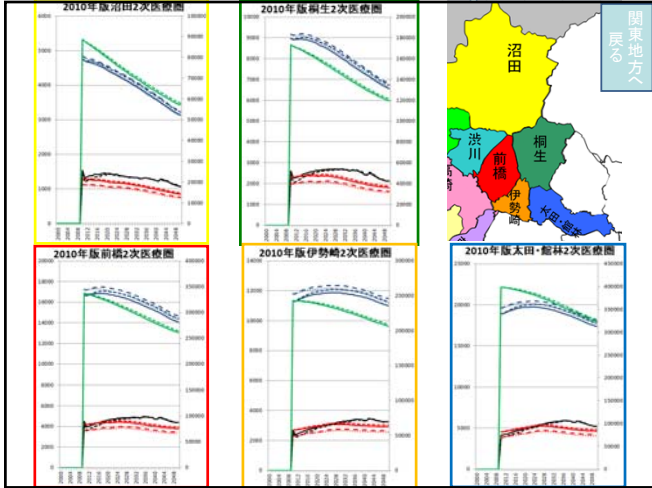
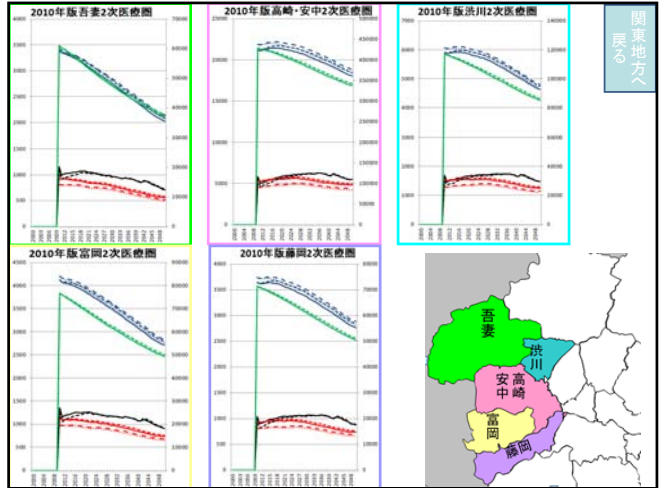
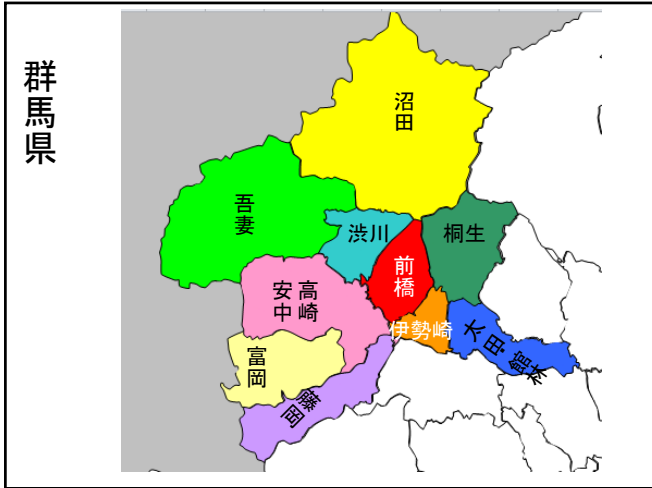
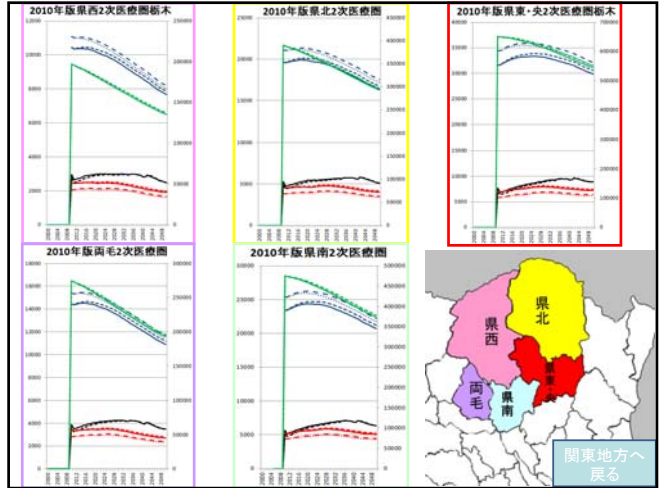
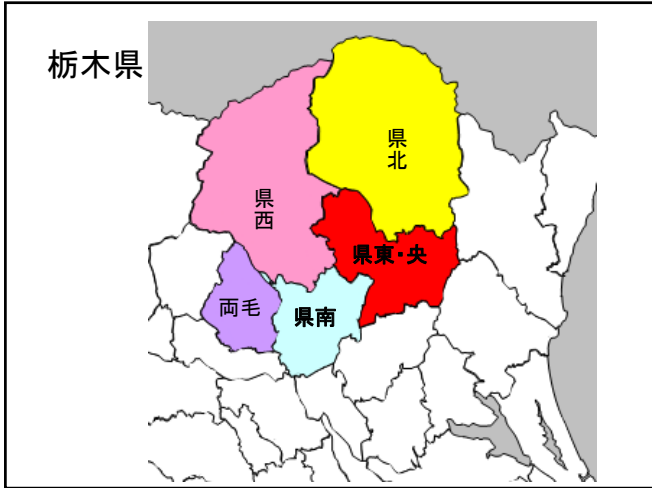




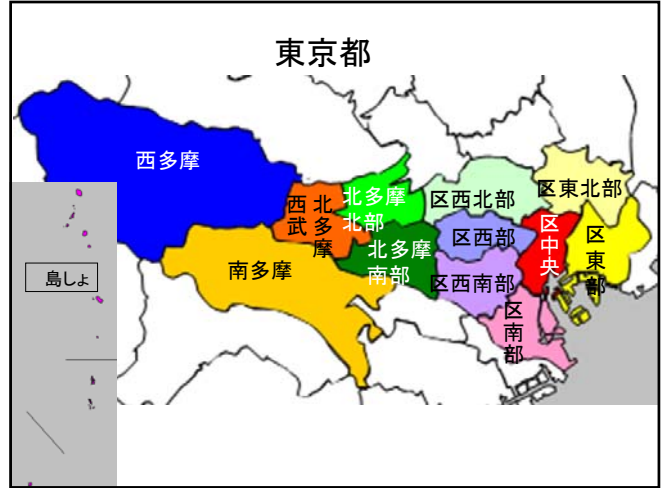
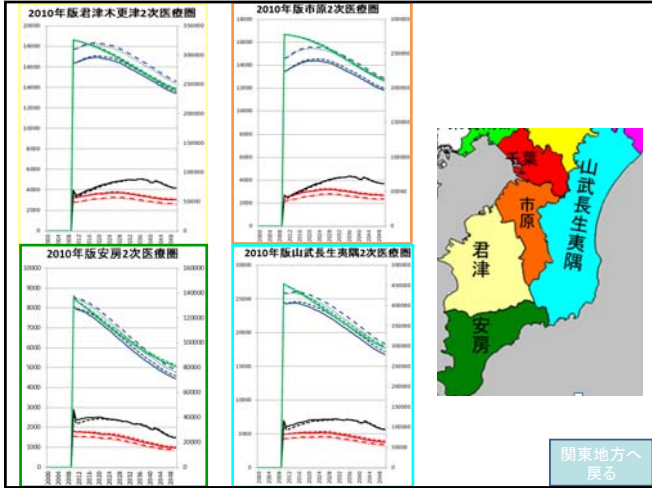
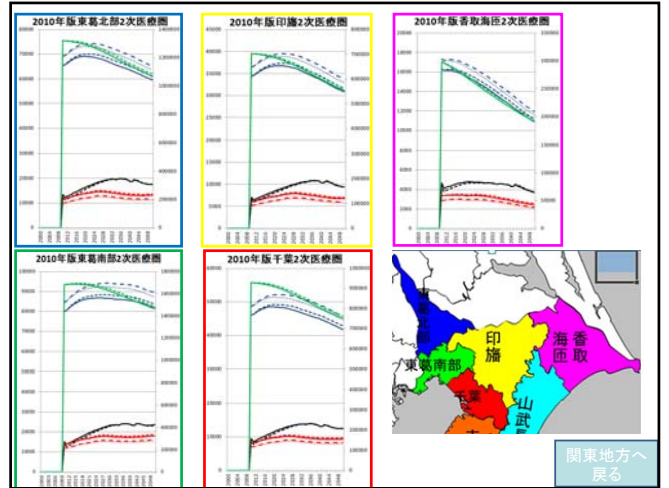
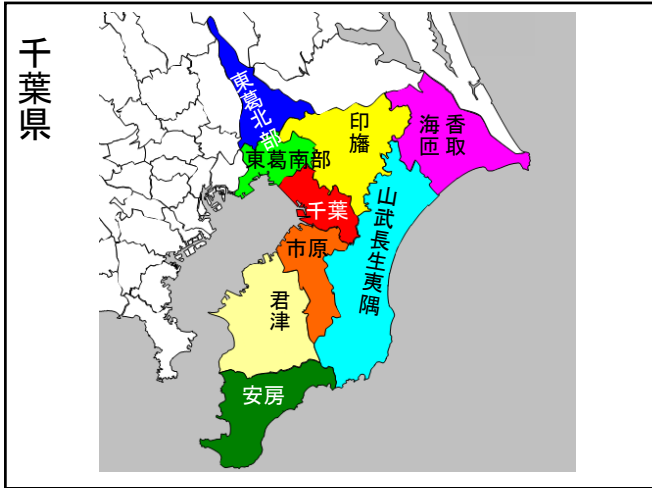
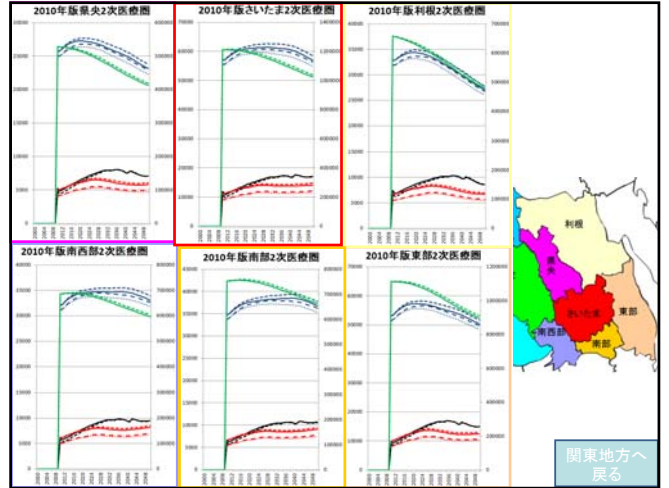
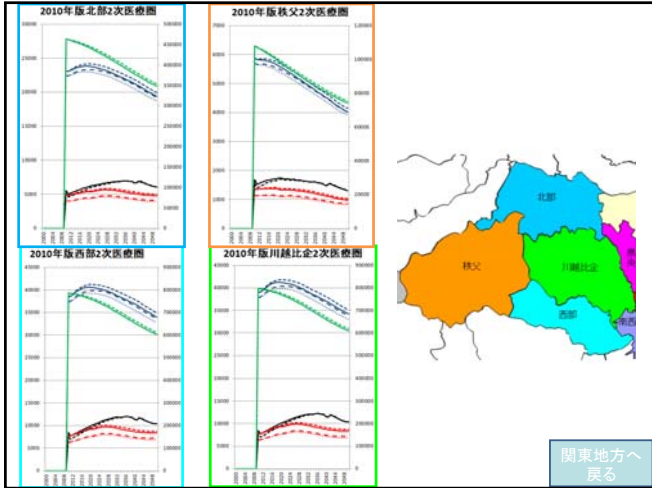


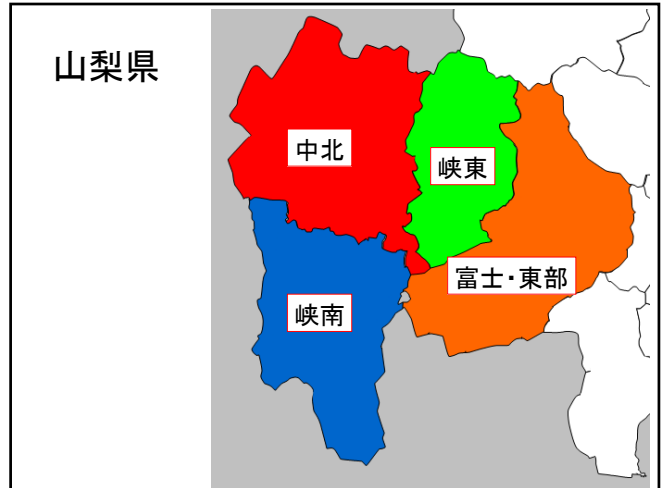
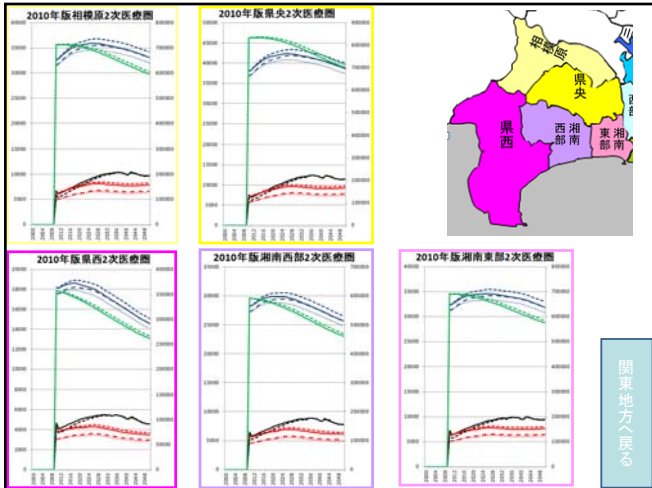
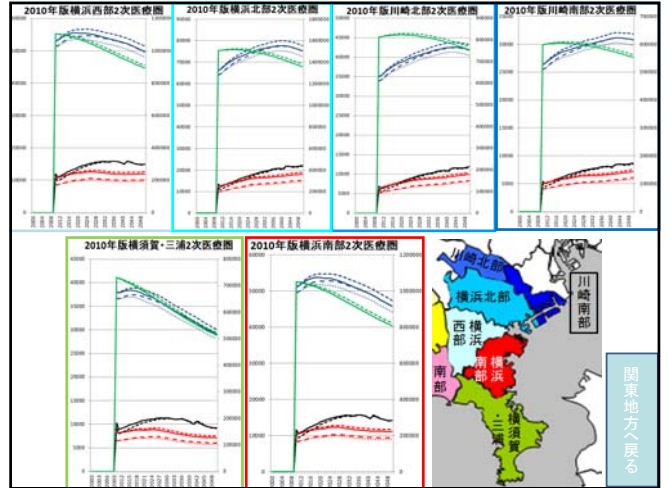
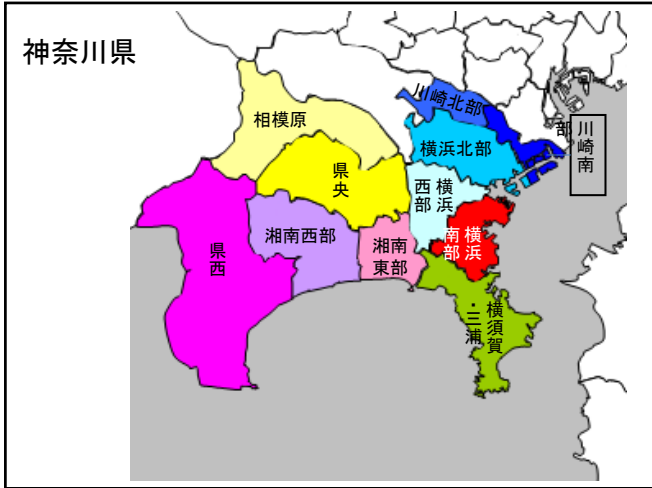
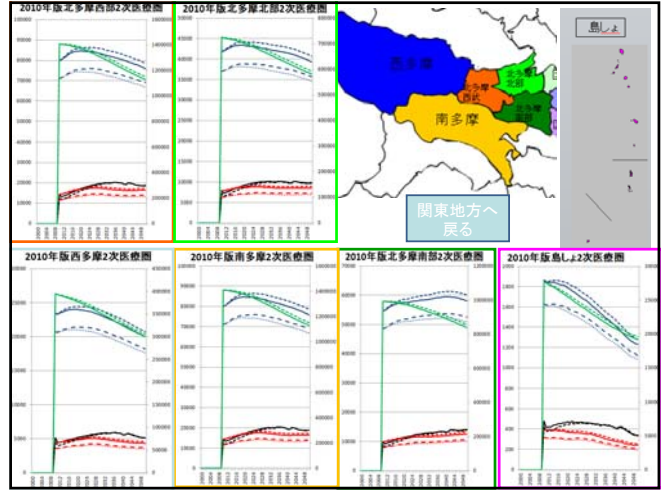
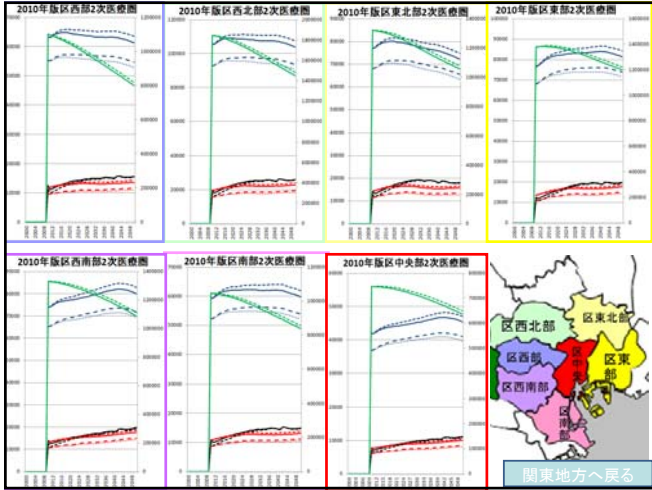


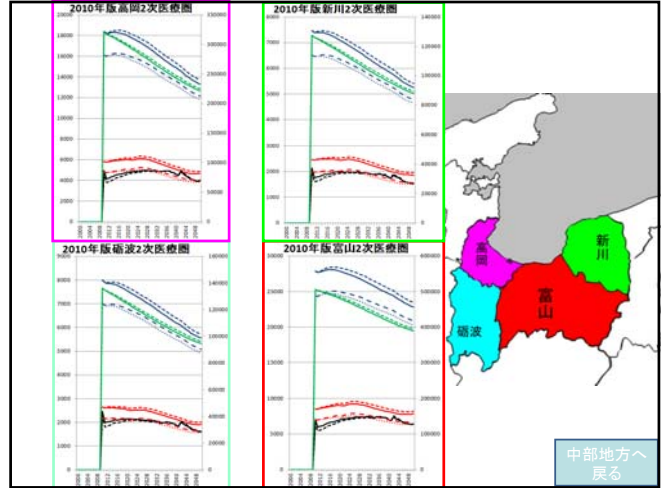
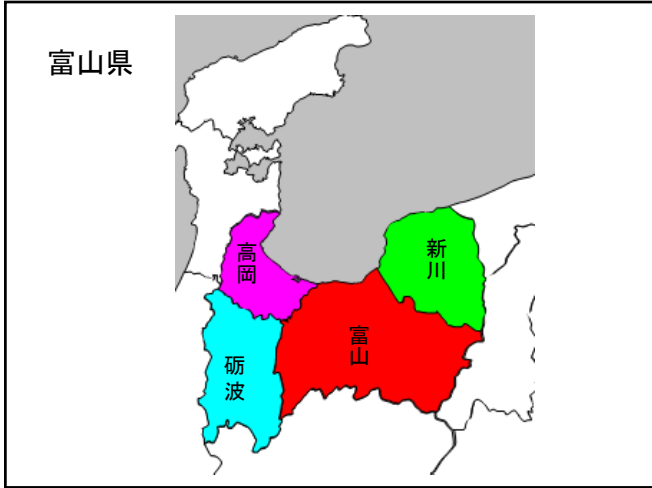
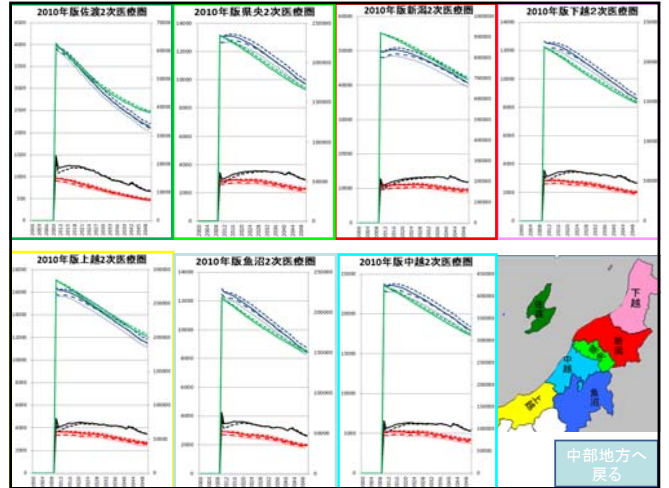
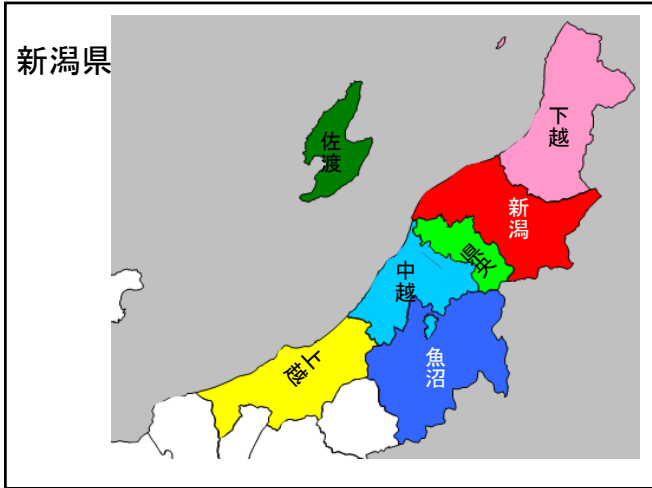
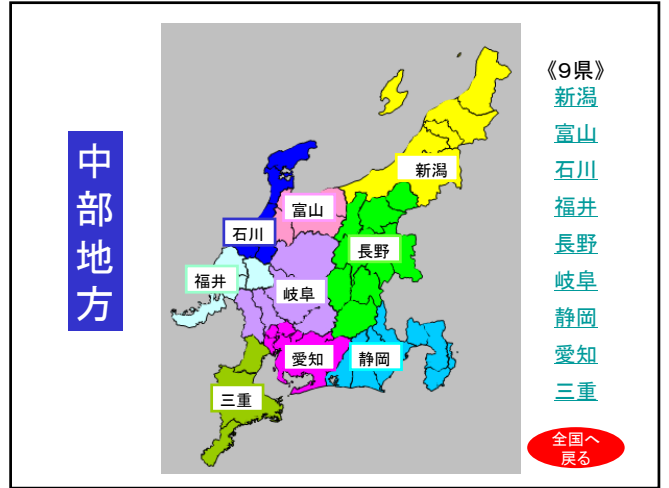
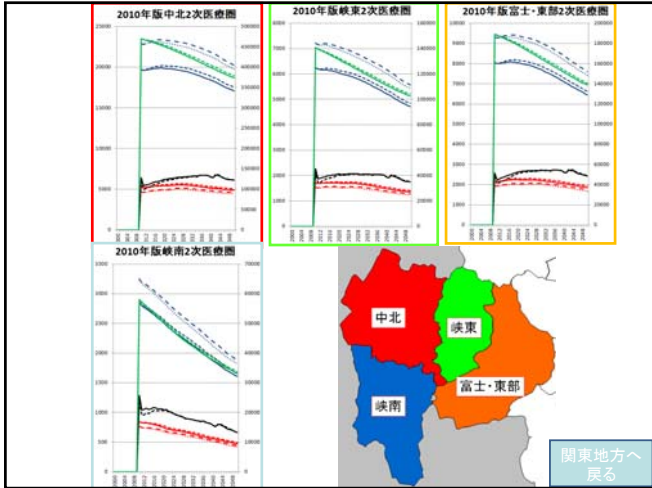


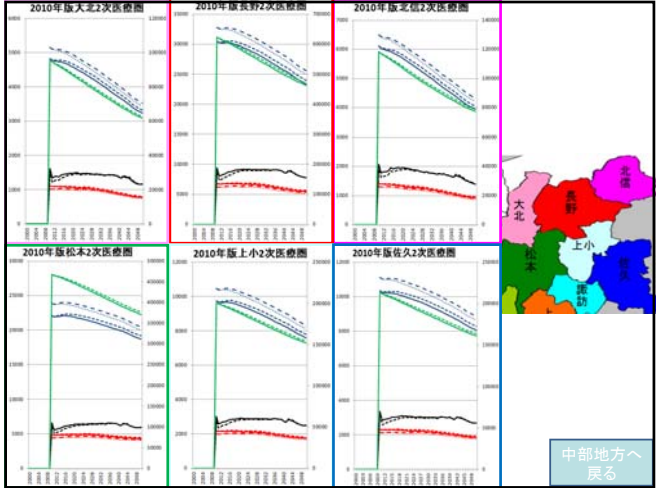
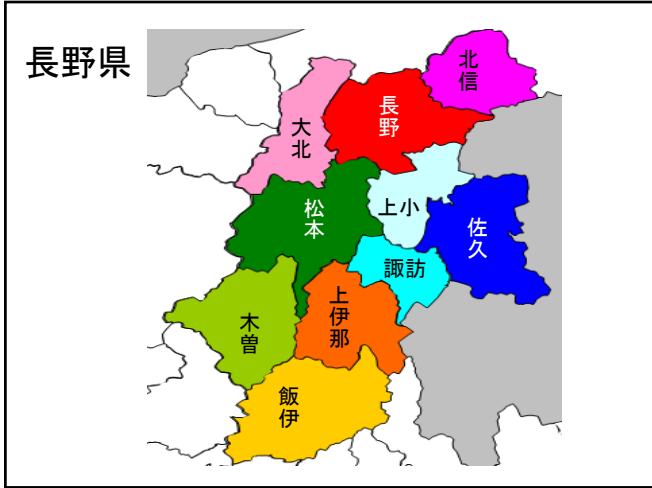
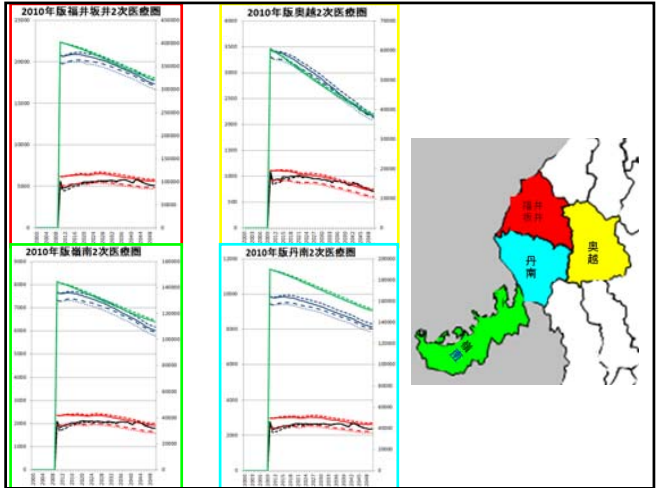
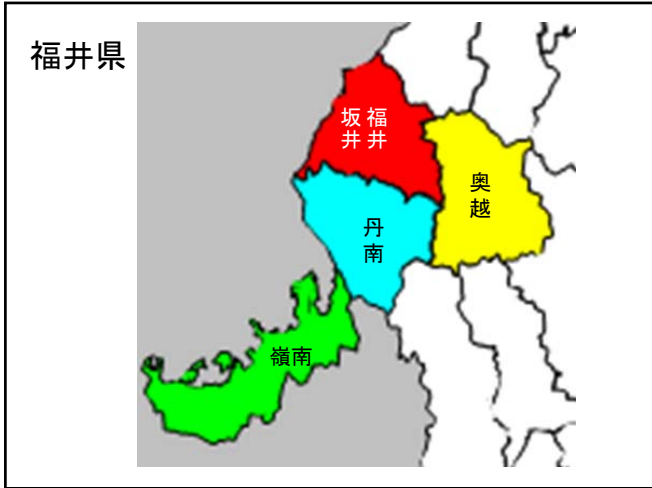
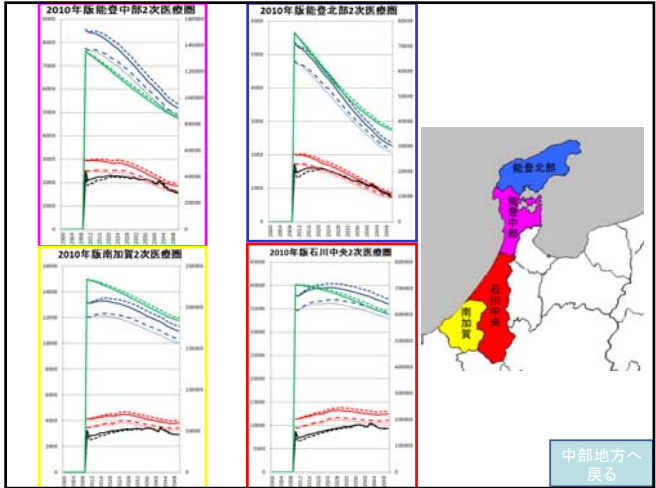
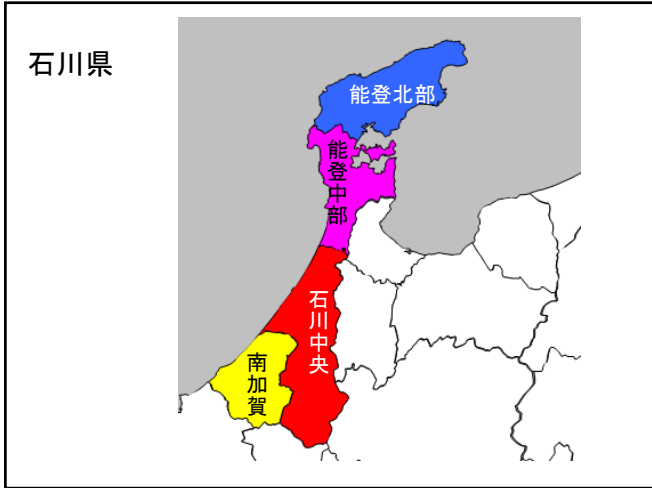


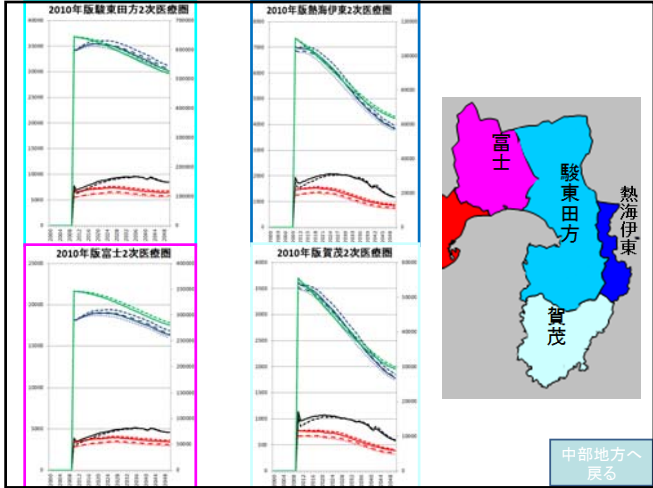
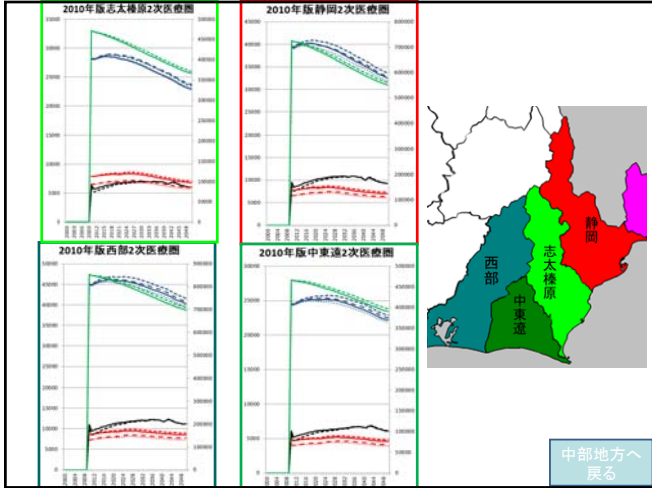
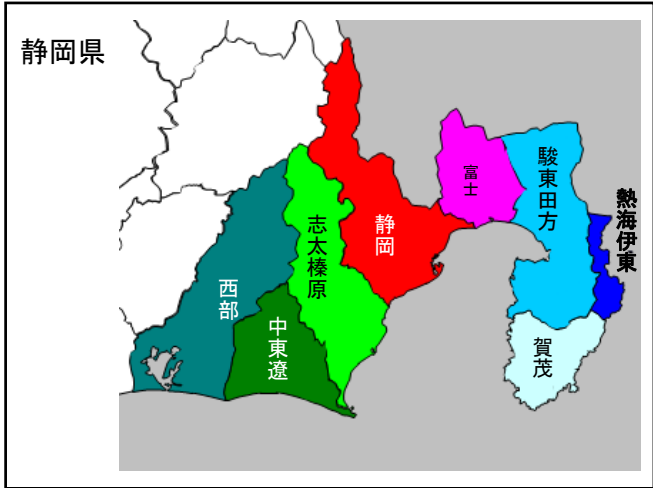
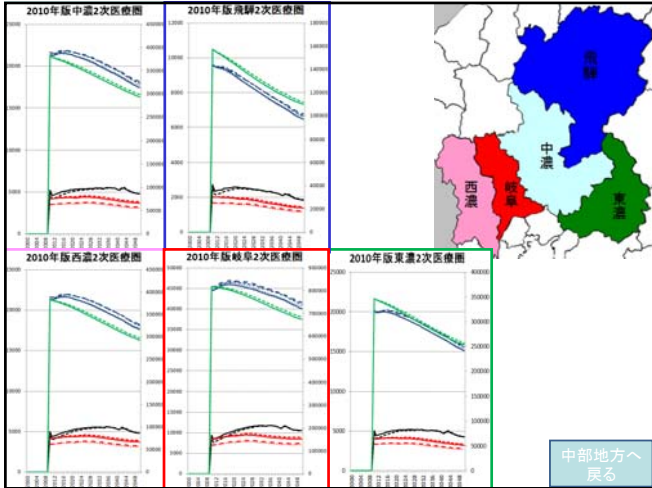
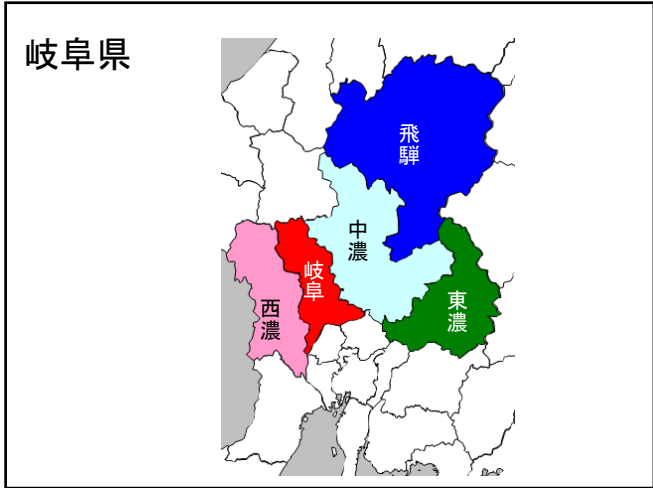
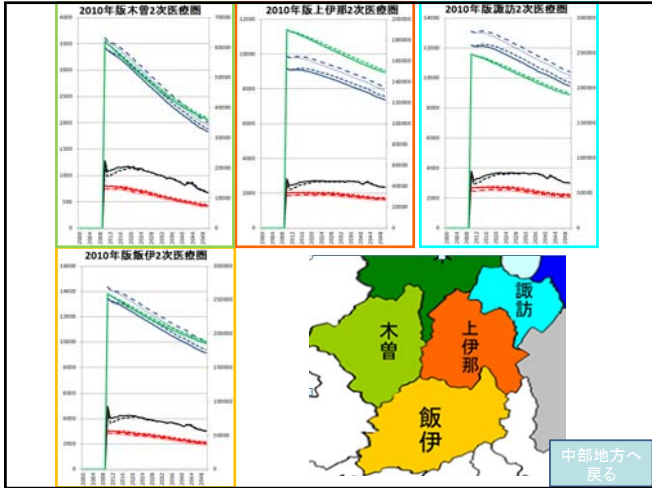


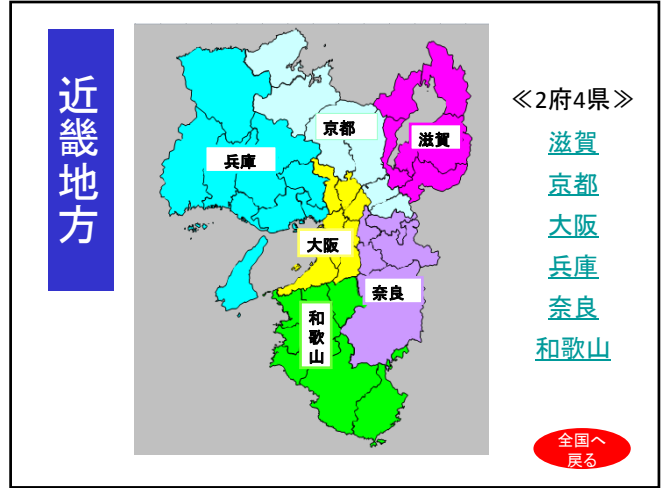
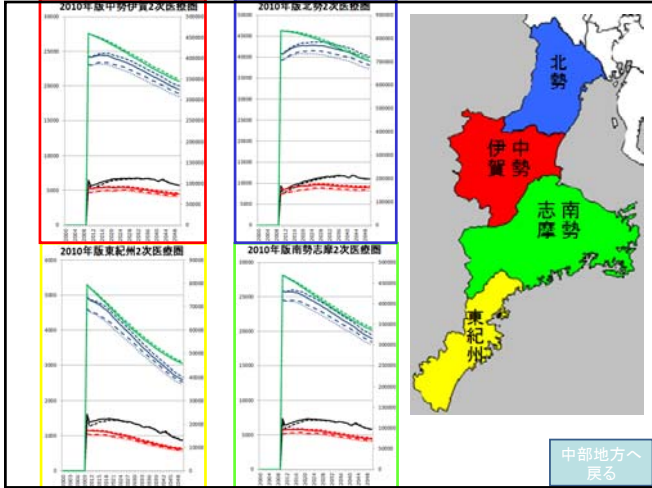
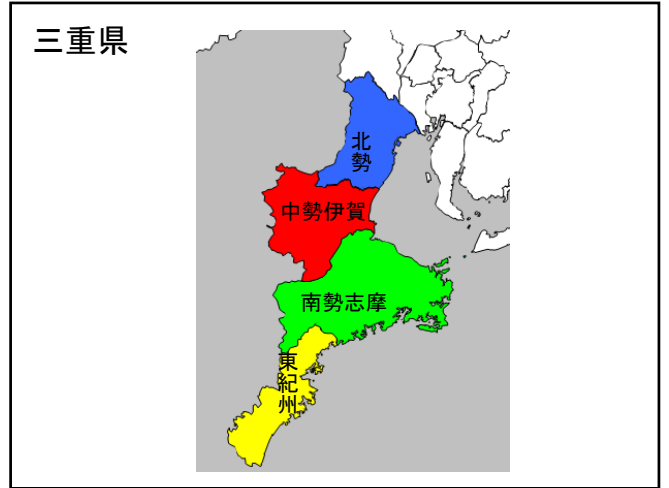
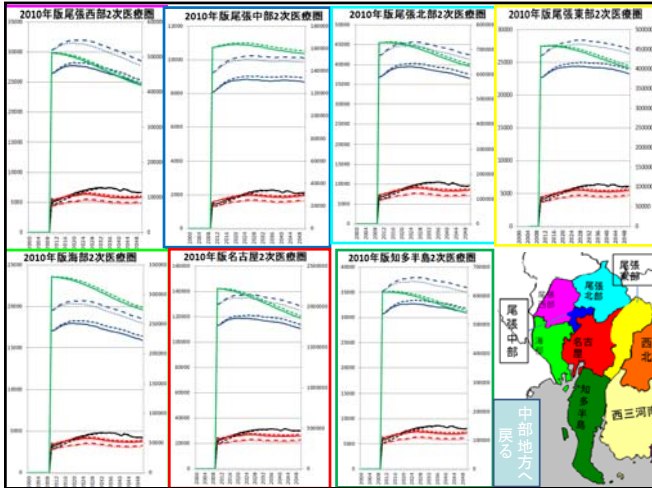
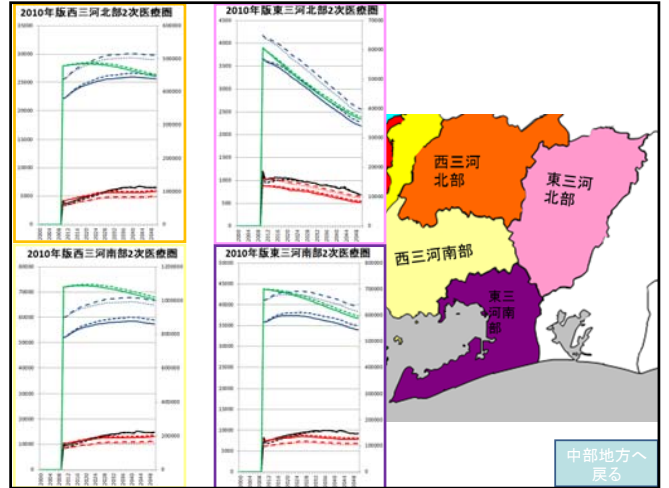
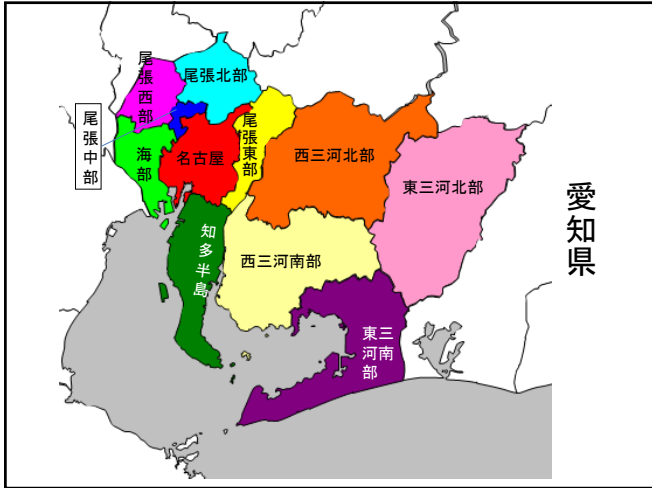


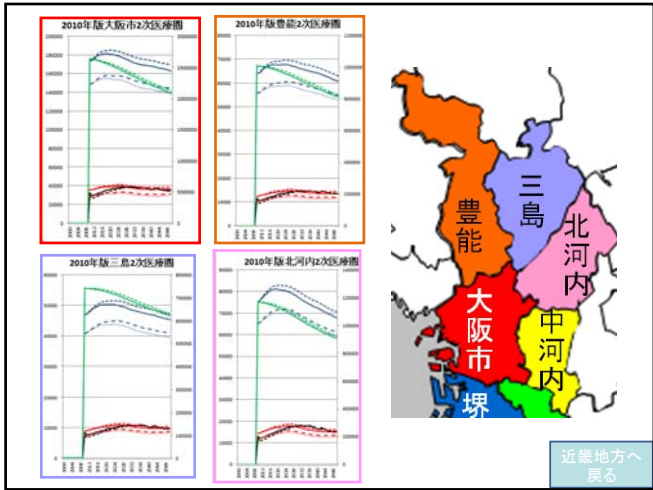
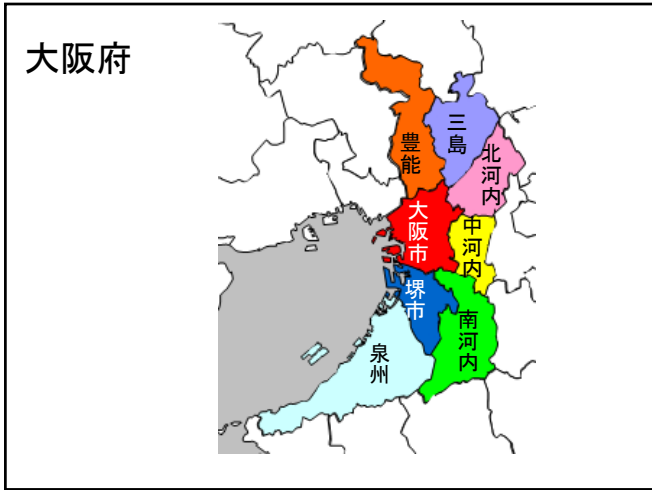
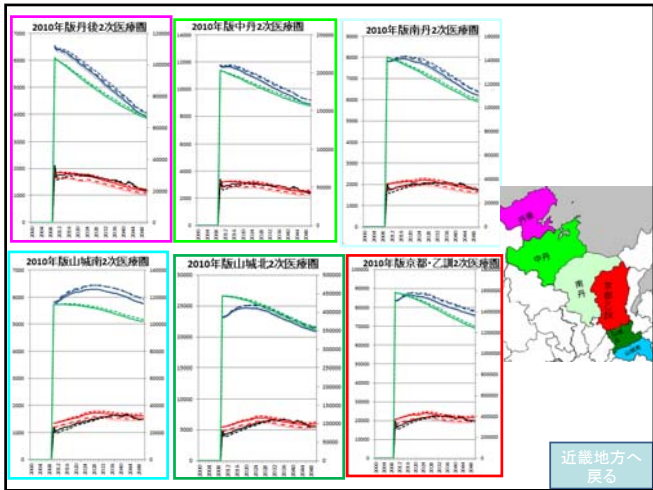
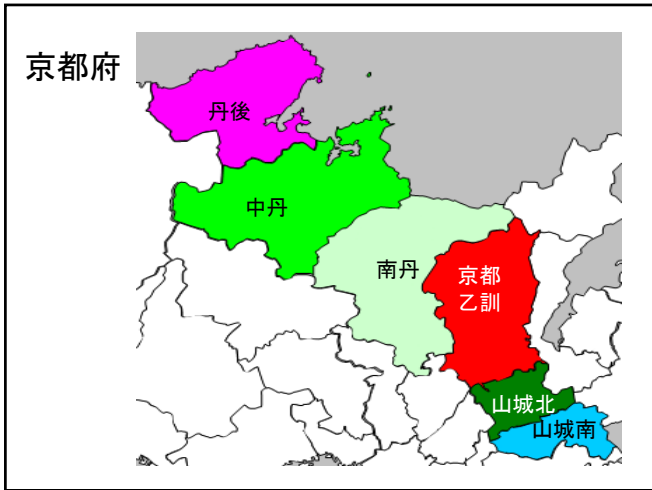
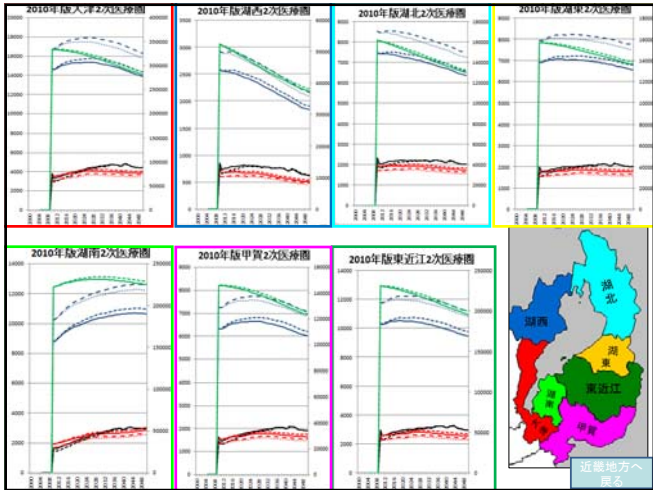
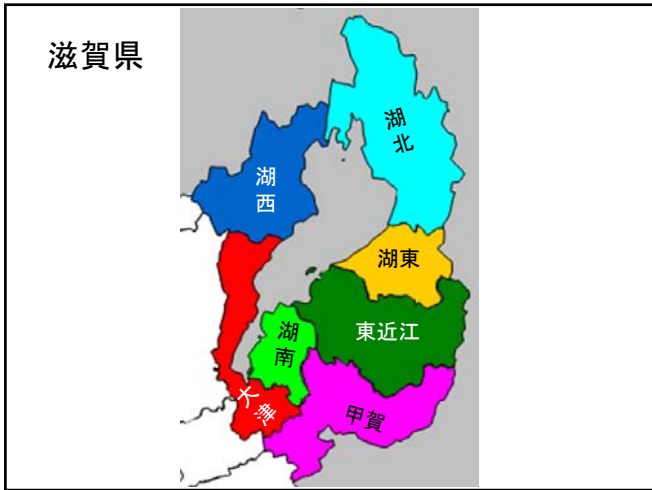


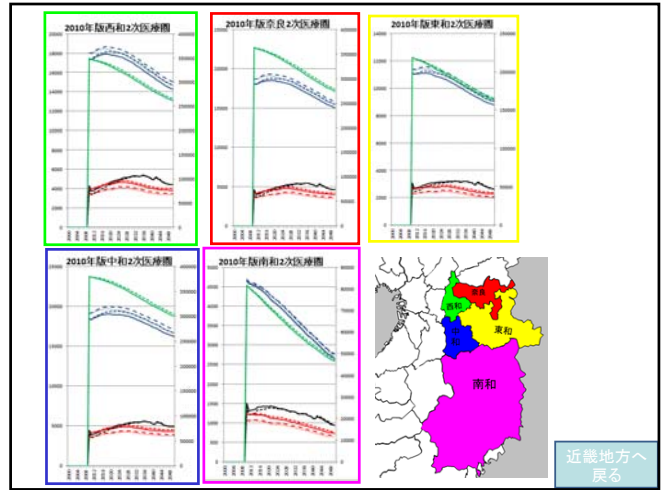
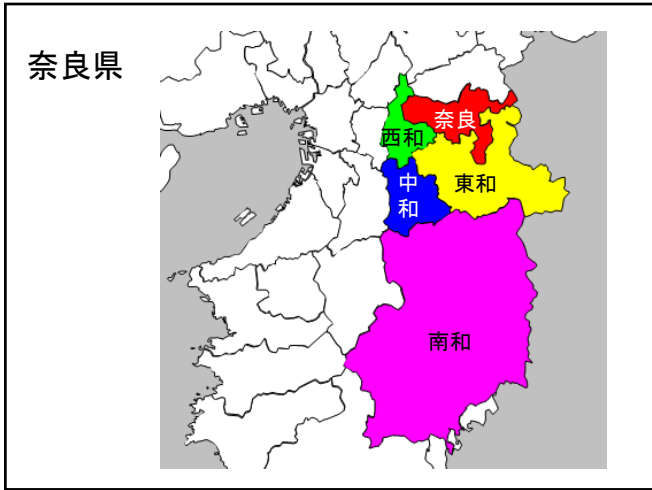
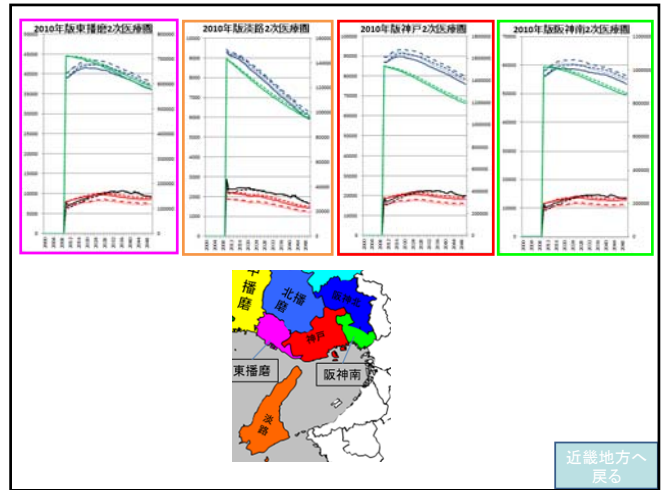
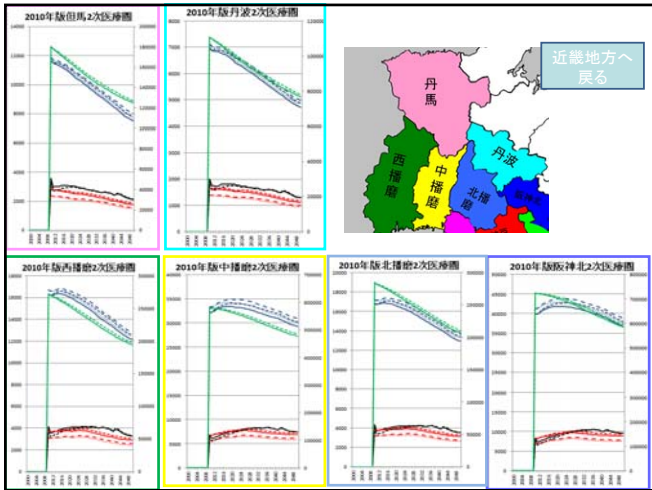
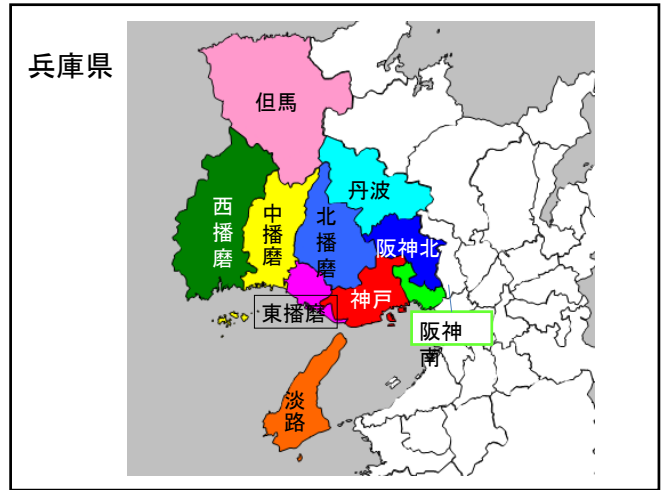
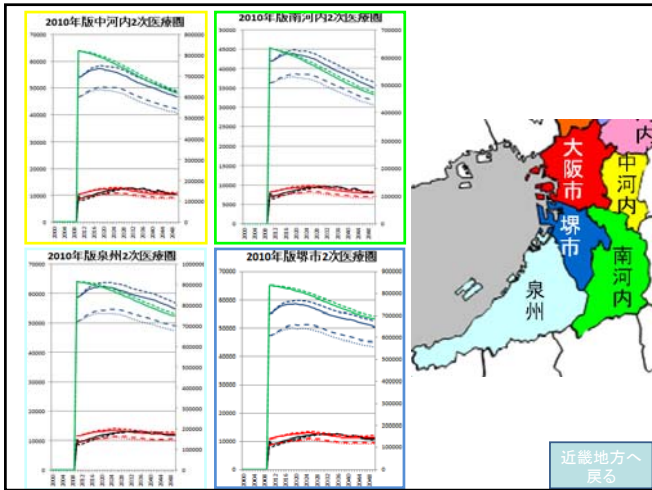




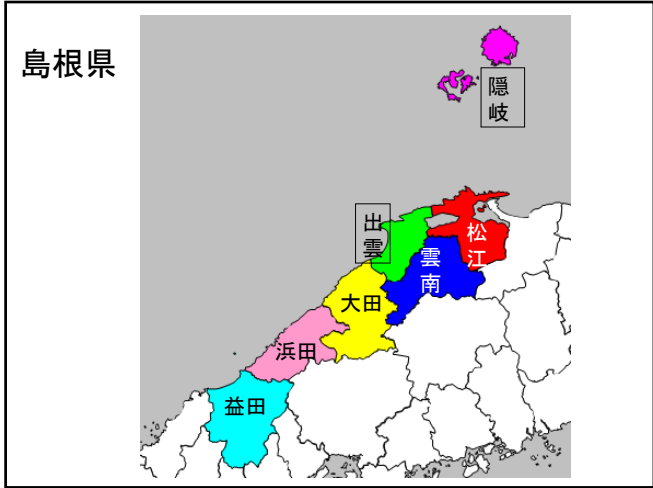
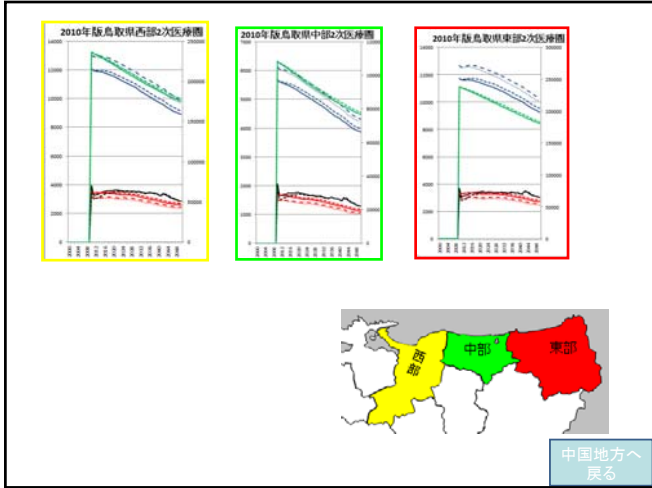
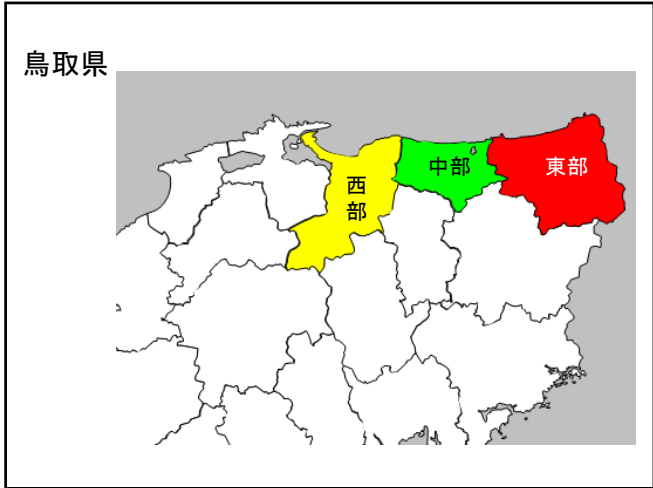
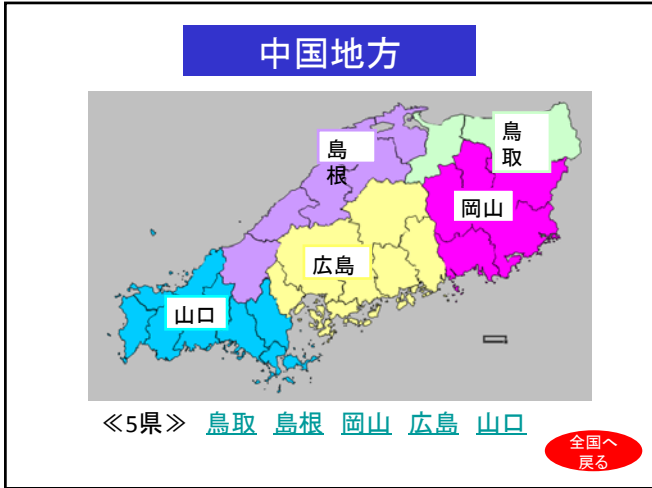
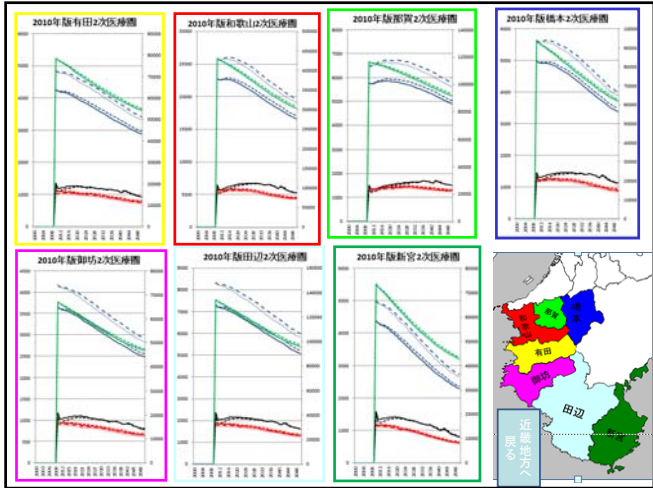
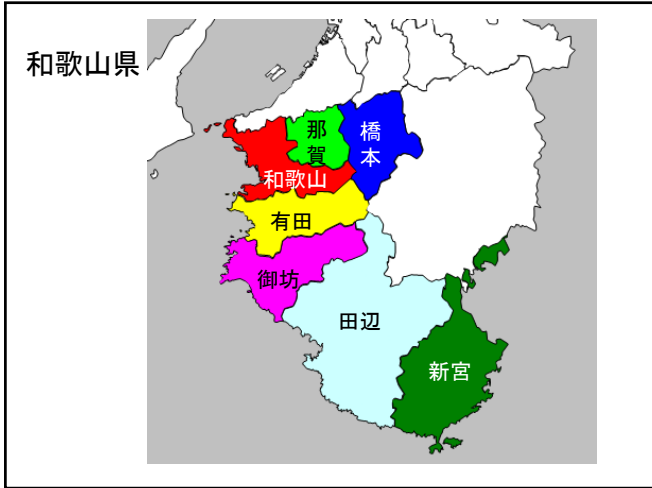


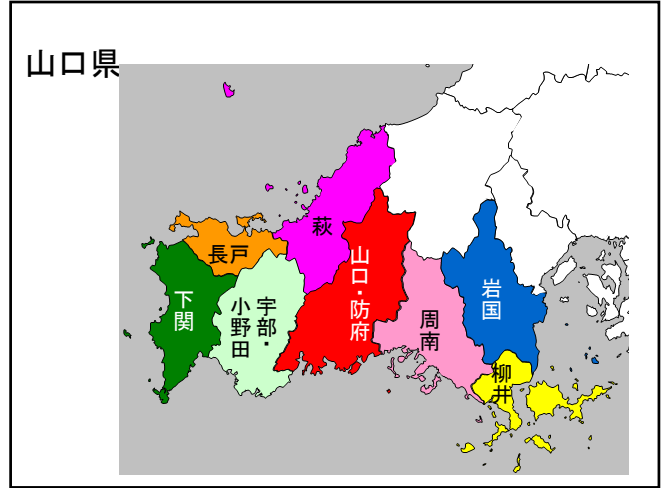
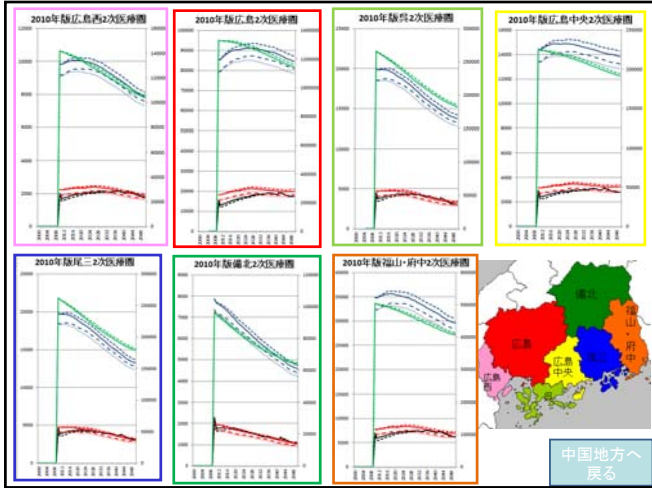
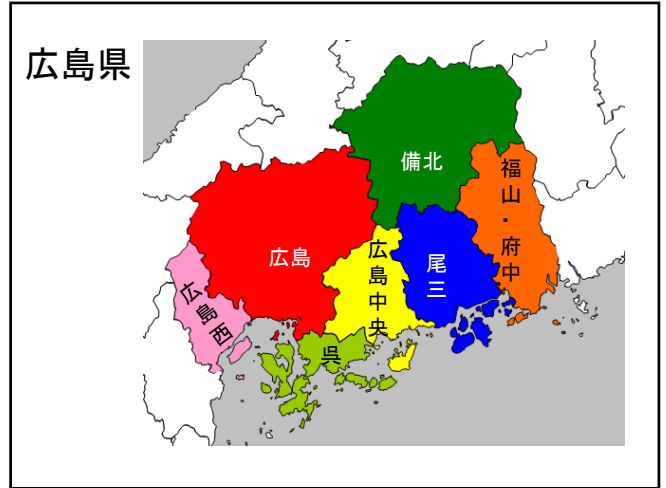
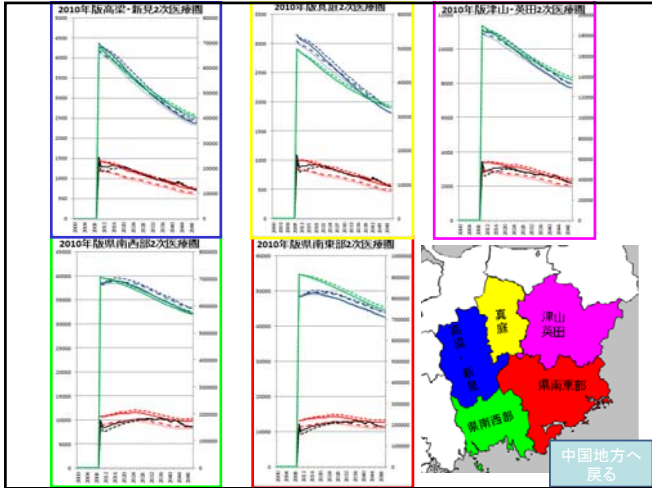
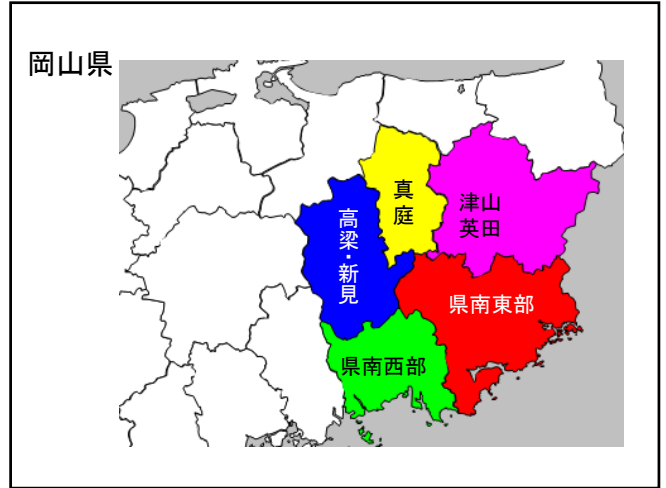
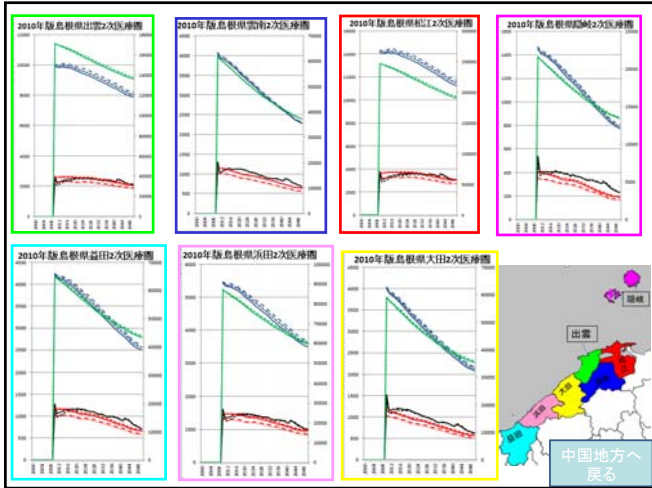


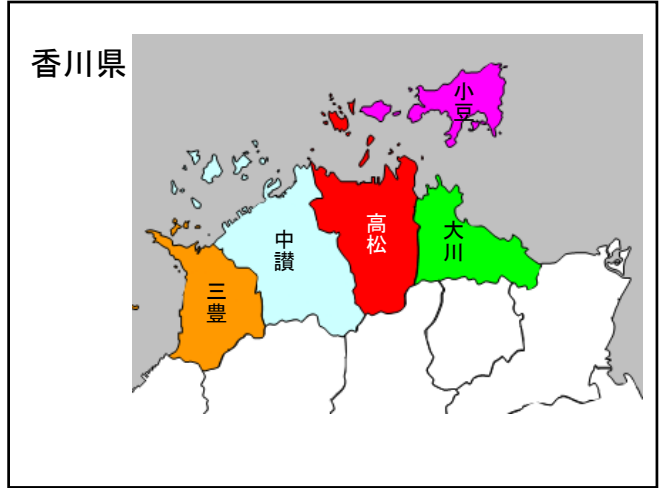
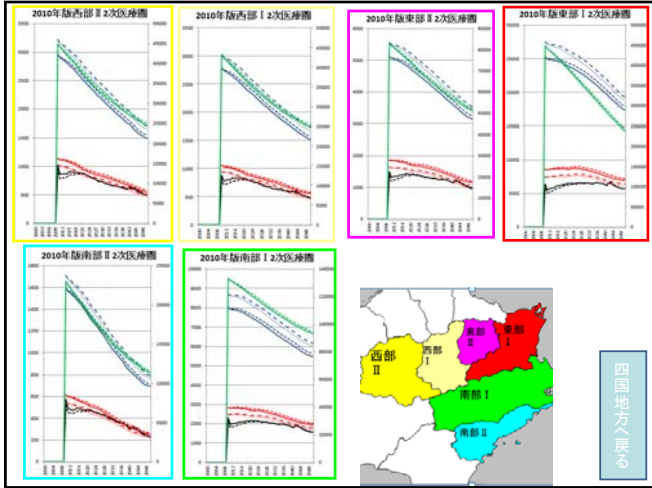
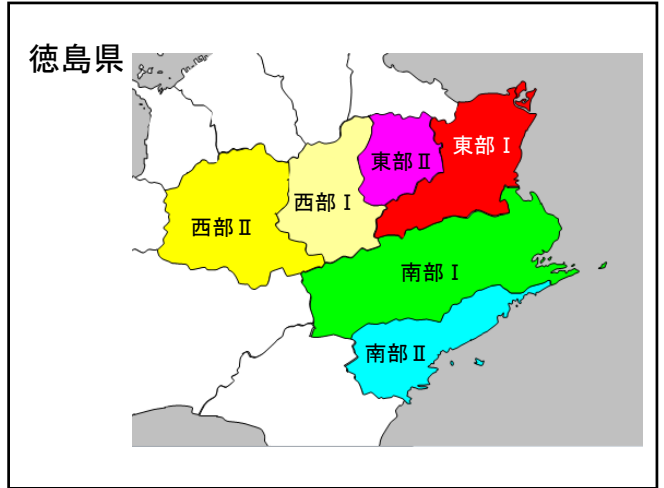
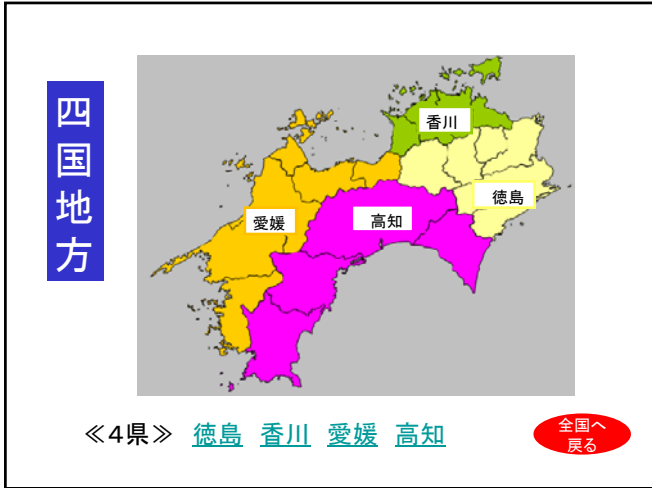
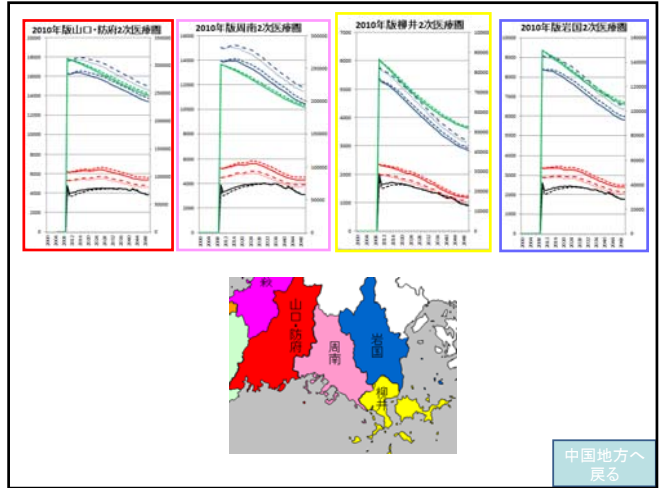
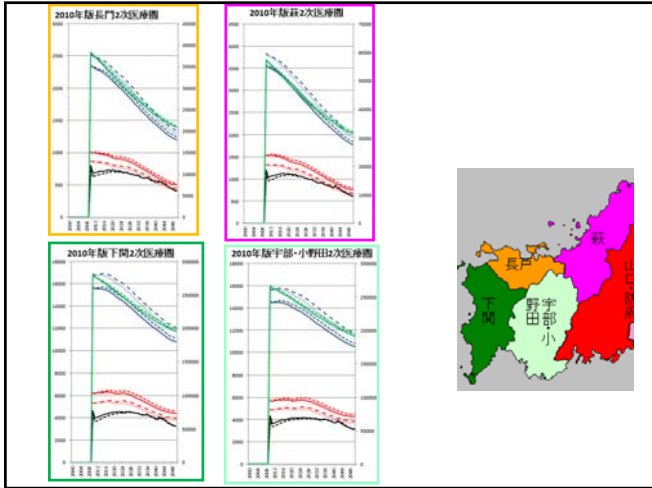


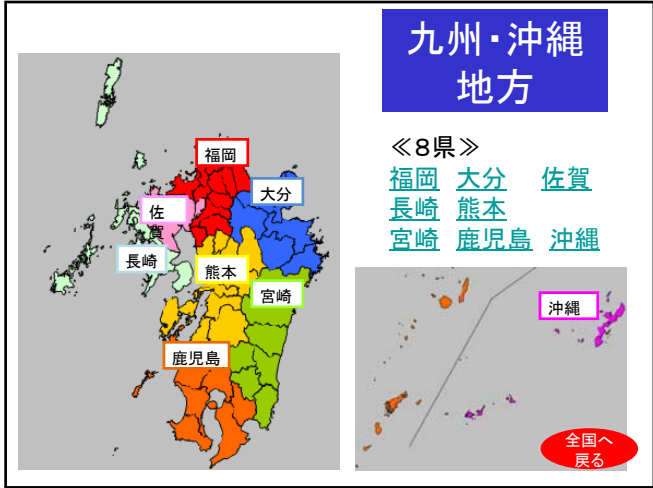
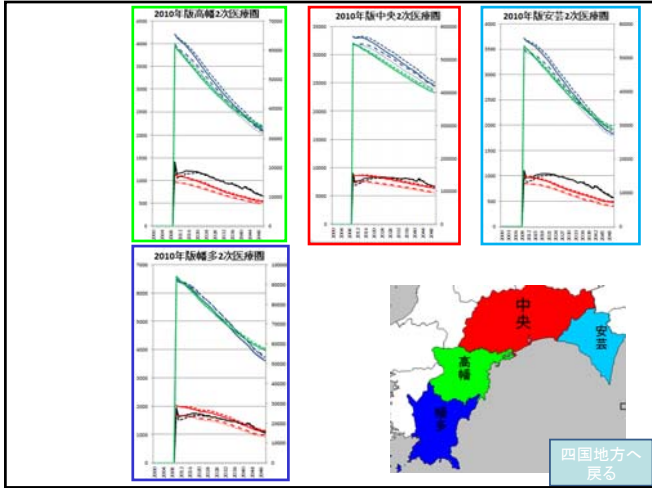
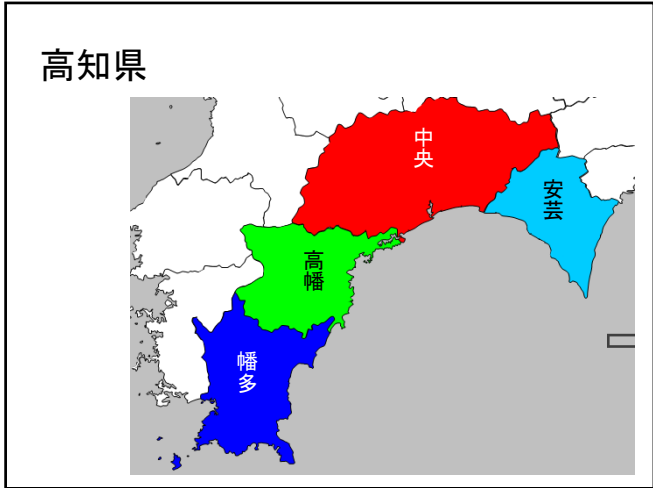
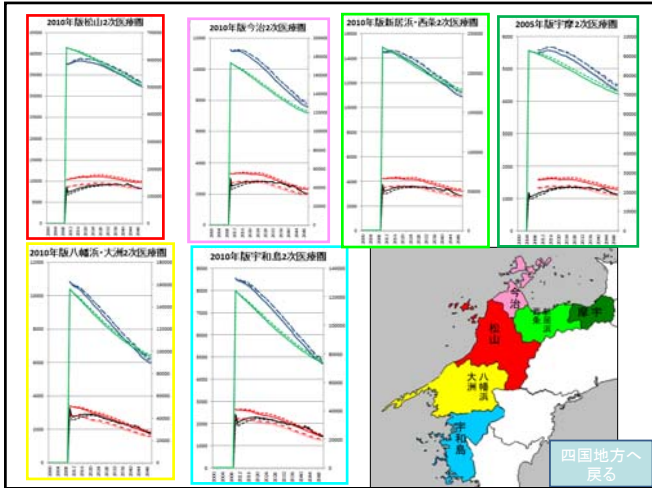
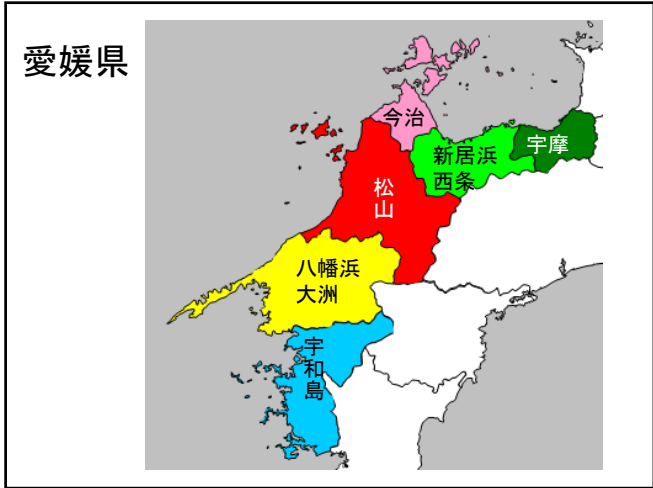
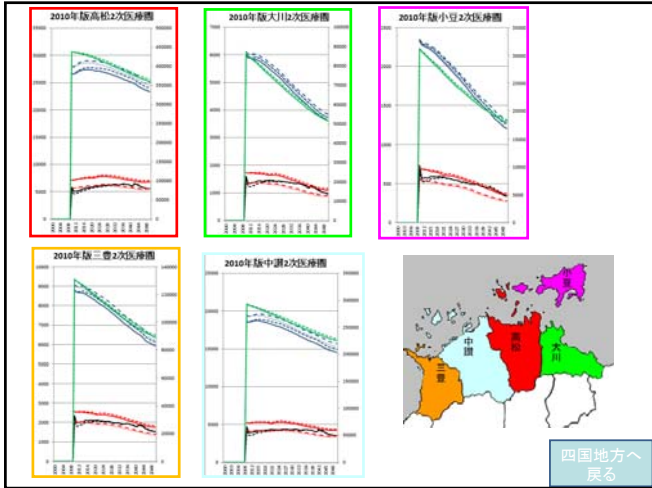


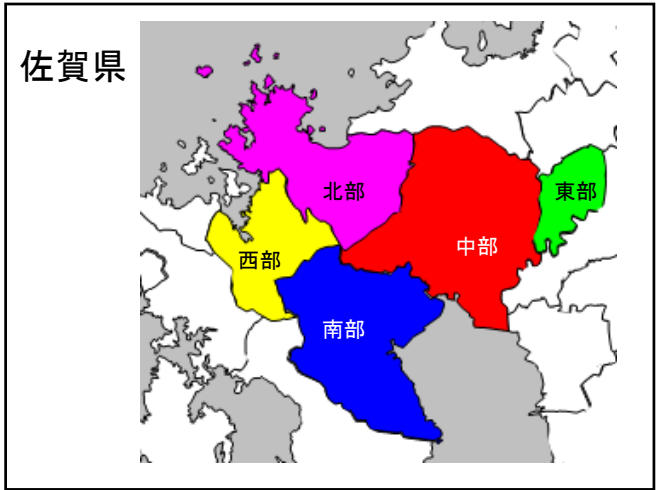
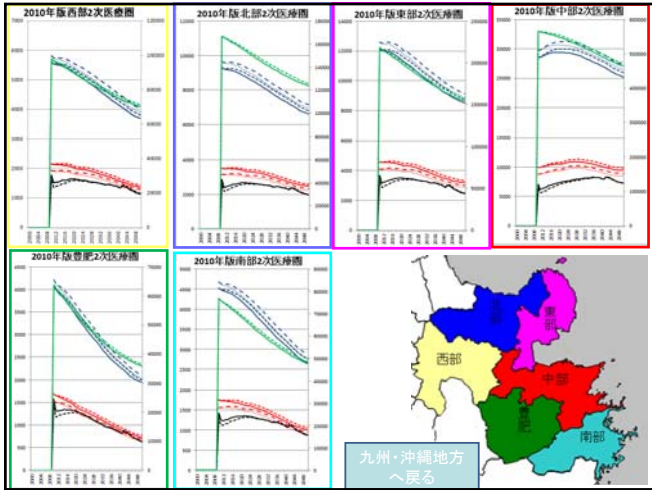
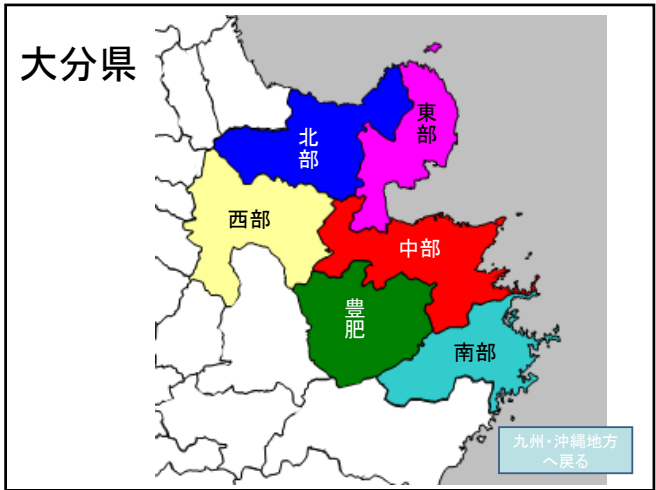
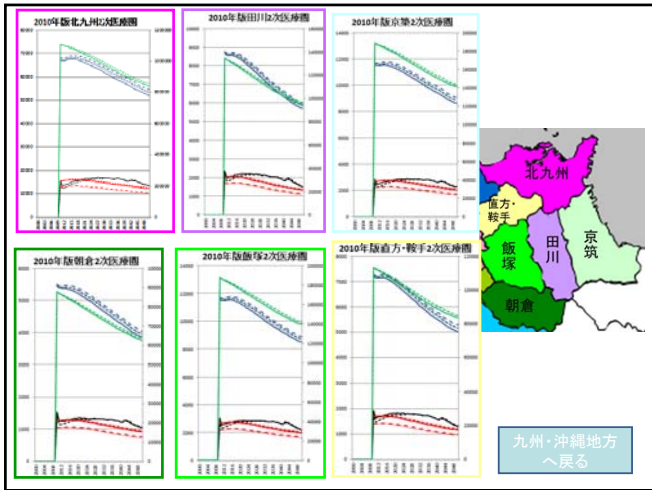
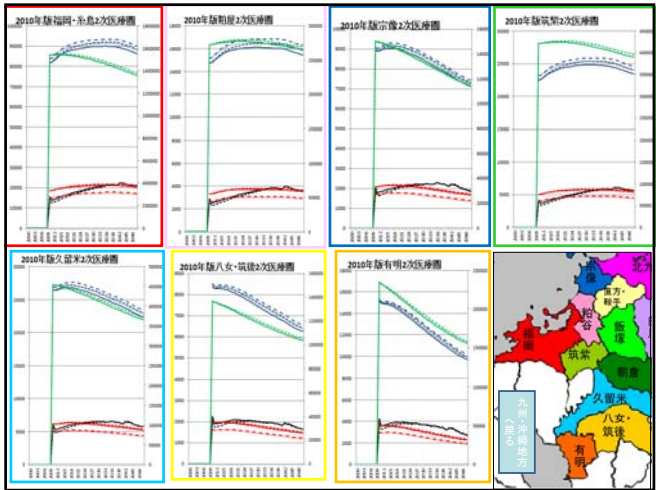
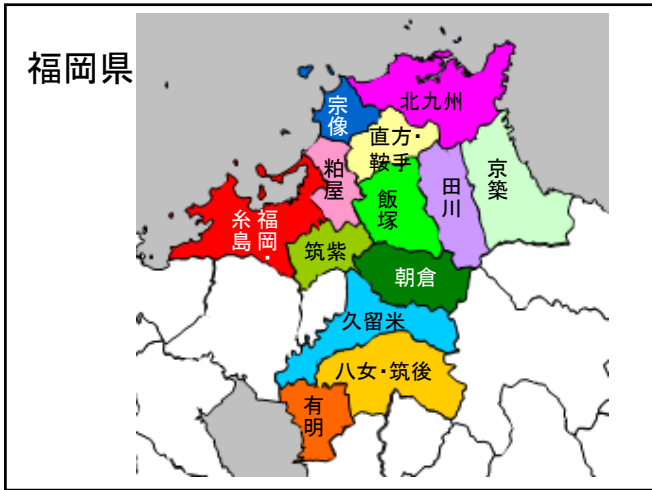


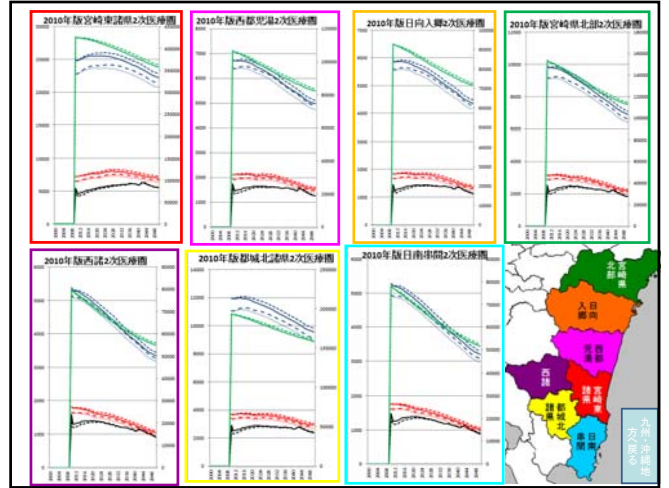
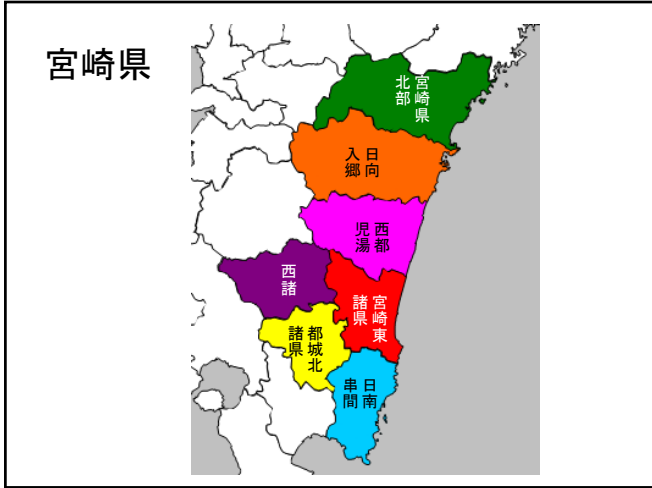
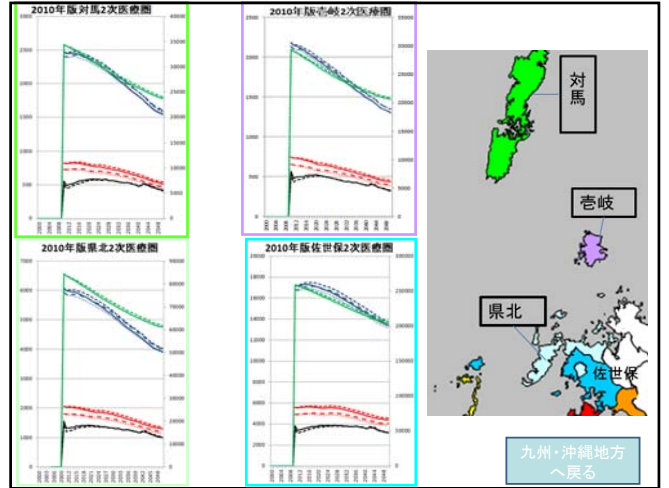
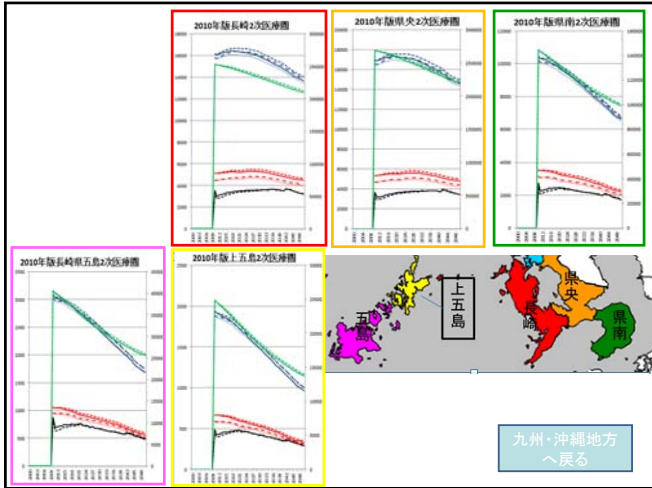
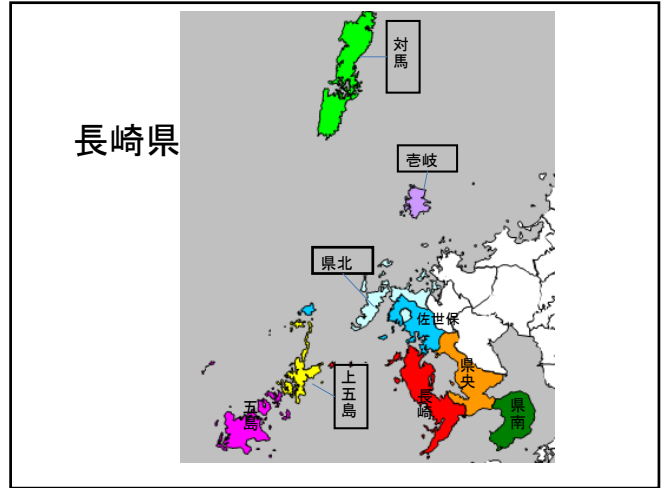
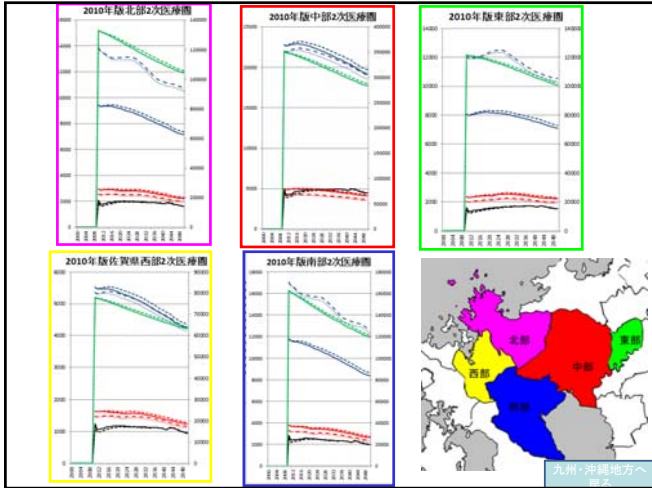


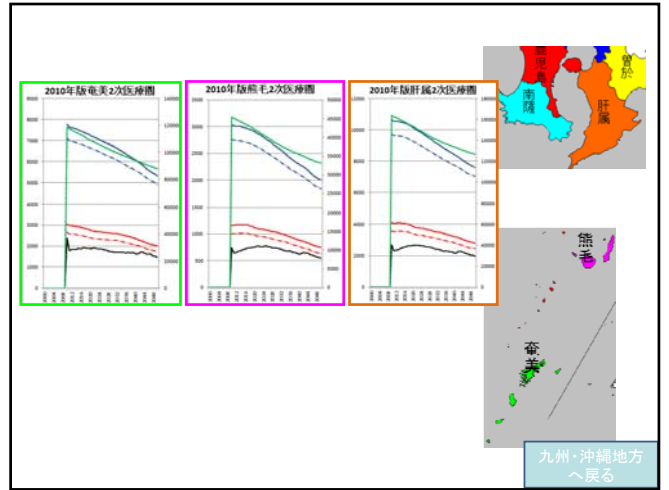
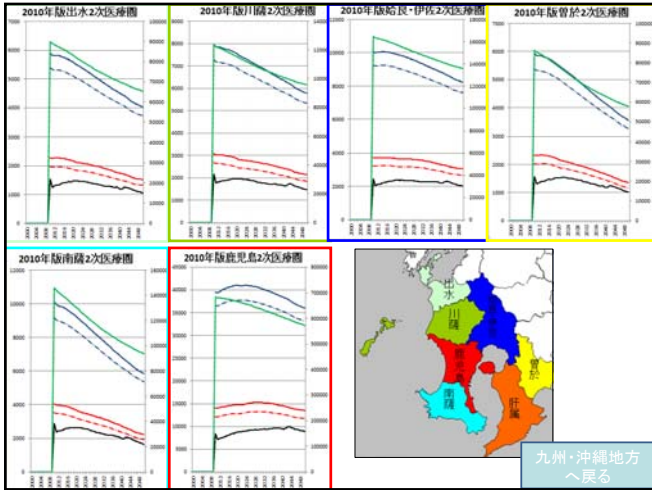
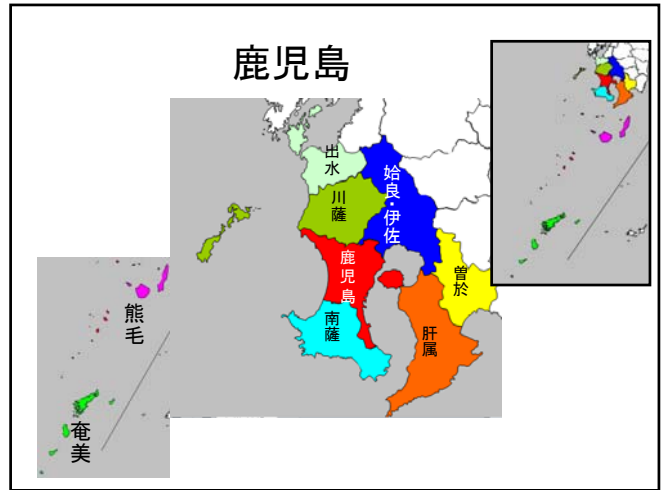
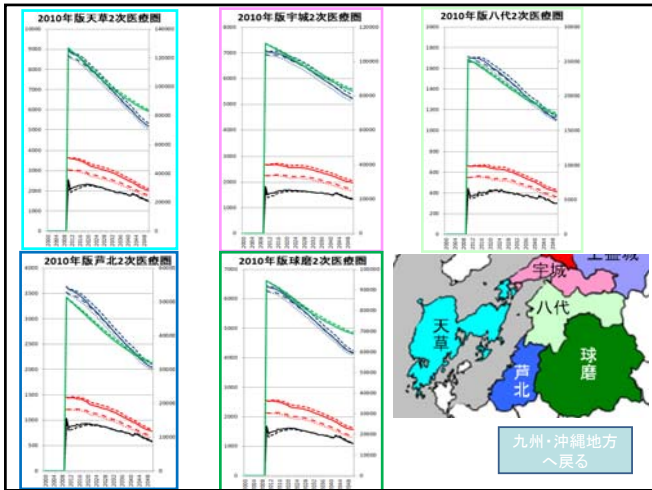
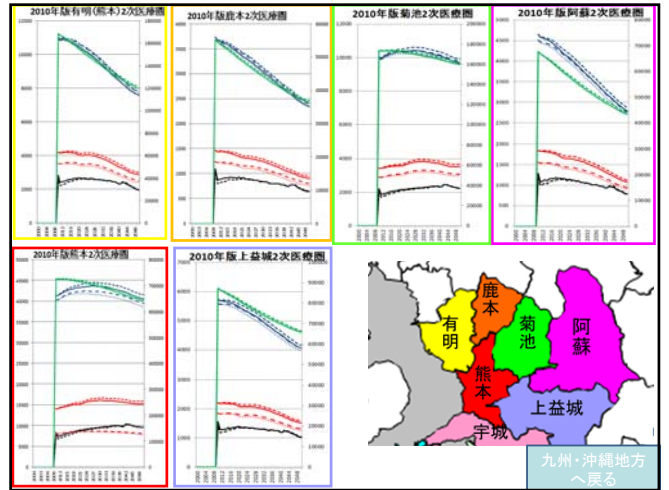
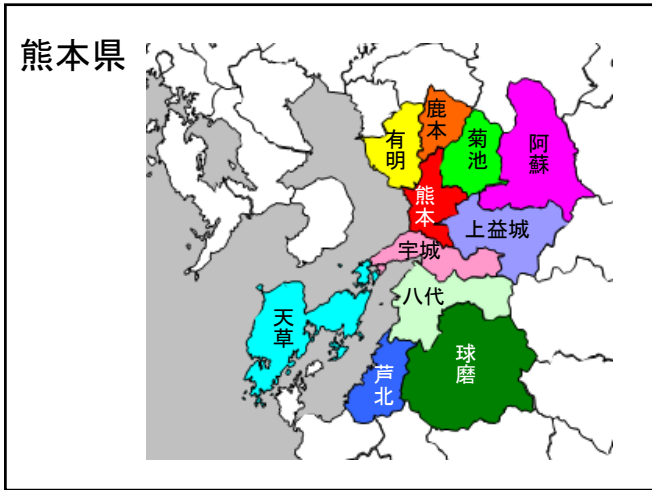


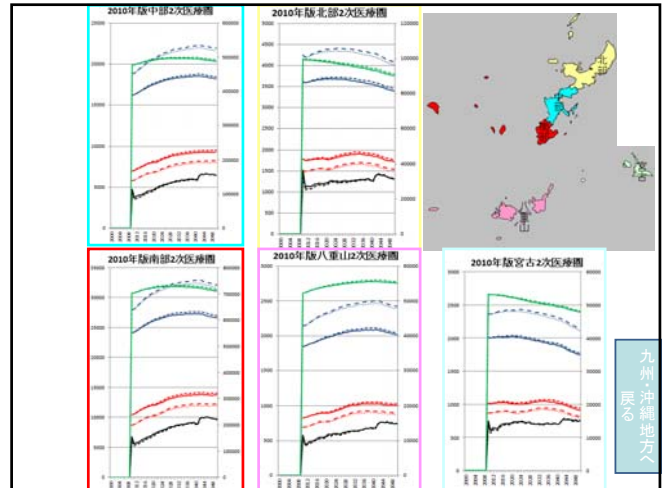
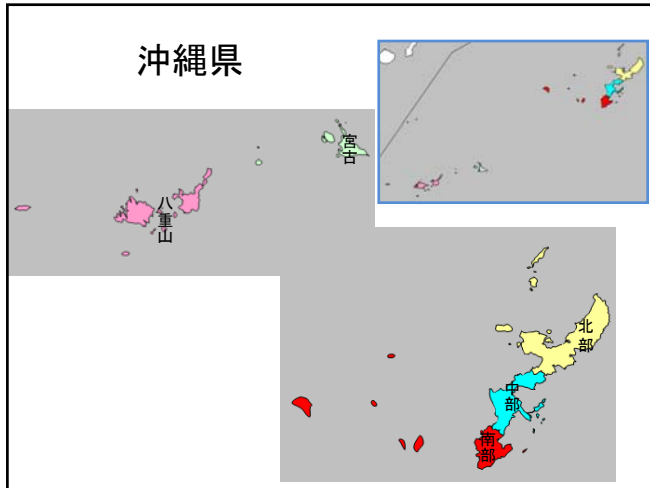












千葉大学医学部附属病院  
地域医療連携部  
藤田伸輔

## 医療崩壊について

## 医療崩壊とは

- 小松秀樹氏(当時虎の門病院泌尿器科部長)が使用し始めた言葉
- 「崩壊」とは急激にその機能や形態が失われることをさす
- 医療崩壊とはわが国の医療制度が急激に、機能しなくなることを意味する
- 換言すれば新たな医療のあり方に向かって変化していく場合、「崩壊」ではない
- またその変化が穏やかなものでも崩壊ではない

## 医療制度の崩壊は必然

- 医療の機能とは、国民が健康に暮らす権利を保障すること ⇒これまでの定義
- 「健康」とは何か
- 「健康に暮らす権利」とはどこまでか
- 究極の不老不死まで行くと到底不可能なことは明らか。
- 明確な歯止めの無いまま「健康」を求めれば医療費は拡大し続け破綻して当然
- 医療費拡大を抑制するには制度を変更が必須

最も重要な事：時代に合った新たな制度を作る

## 現在の医療に共通する問題点

- 国民の視点
  - 待ち時間の長さ
  - 説明の不足
  - 医師・看護師の態度
- 行政の視点
  - 医療費の高騰
  - 医療従事者の不均一分布
- 医療者の視点
  - 労働条件と収入
  - 患者及び家族の対応
  - 事務作業の増加
  - 医療訴訟



## 今後の医療をめぐる問題

- GDPに占める医療・介護費用の増加
- 就労人口に占める医療・介護人口の増加
- 高度先進化する医療の高騰(医療費の格差)
- 医師・看護師・薬剤師教育費の増加
- 過疎・高齢化する地域での医療の提供
- 一時的に医療需要が増大する地域での対応
- 死亡者数の増加

## 地域医療対策

- 行った対策
  - 地域中核病院の適正配置と規模拡大
  - 医院(かかりつけ医)と中核病院の連携
  - 人材バンクの設立
  - 自治医大制度の拡張
- 起こったこと
  - 病院を志向する患者が集中
  - 勤務医の流出
  - 人材バンクへの応募者は多くない
  - 地域医療奨学制度利用者は十分な人材確保に至っていない
  - 医局による派遣医師の引き上げ

新たな派遣システムを作るか、大学の派遣機能を回復させるか

## 人口減少地域の基幹病院

- 起こっていること
  - 患者数の減少
  - 医師・看護師の確保難
  - 収益の悪化
  - 医療設備の老朽化
  - 高齢者医療への対応の遅れ
- 行うべき事
  - 医療需要への対応
  - 高齢者へ先進医療提供
  - チーム医療の推進
  - アクセスの回復

## 人口減少地域の診療所

- 起こっていること
  - 患者数の減少
  - 収益性の悪化
  - 後継者の不足
- 行うべき事
  - アクセシビリティの回復
  - 訪問診療
  - 救急医療体制への参加
  - 住民教育

## 医療需要増加減少地域の基幹病院

- 起こっていること
  - 患者数の増加
  - 収益の改善
  - 熟練医療者不足
- 行うべき事
  - 高齢者高度先進医療
  - チーム医療の推進
  - 今後の医療需要減少への対応

## 医療需要増加減少地域の診療所

- 起こっていること
  - 患者数の増加
  - 収益の改善
- 行うべき事
  - 過剰な設備投資の抑制
  - 過剰な新規開業への対応
  - 訪問診療への対応
  - 救急医療への参加

## 救急医療の指標

- 救急医療は医療を受けるまでのアクセス性と受ける医療の種類・質の2面で評価
- アクセス性の指標
  - 発症から受診までの時間
  - 発症から受診までのコンタクト回数
- 医療の種類・質
  - 一次救急を行える医師の数と分布
  - 疾患・症候別の救命率
  - 性・年齢別の救命率
  - 年齢階級別の対人口救急医療利用率

## 周産期医療の指標

- 周産期の安全性
  - 正常分娩の安全性
    - 正常分娩での新生児・乳幼児死亡率
    - 正常分娩での母体死亡率・母体発病率
  - 異常分娩の安全性
    - 異常分娩での新生児・乳幼児死亡率
    - 異常分娩での母体死亡率・母体発病率
- 特殊性
  - 居住地での出産数
  - 年齢別墮胎率
  - 周産期死亡率
  - 産科病床数・産科医師数

## 小児医療の指標

- 小児の年齢階級別死亡率
- 小児の死因調査
- 小児の夜間・休日受診率
- 小児の薬剤使用量調査
- 小児科標榜医療機関数、分布、ベッド数

## 慢性疾患医療の指標

- 慢性疾患の有病率・患者数
- 慢性疾患の総医療費
- 慢性疾患罹患者の死亡率・死因
- 慢性疾患の勉強会開催回数(一般・医療者)
- 一般住民の知識

## がん医療の指標

- がんによる死亡率
- がん診断後の生存期間
- 担がん患者の医療費
- 地域でのがん患者の在宅死率

未来の医療のために

## 3つの喜び

### 入れる喜び

- 食事
- スポーツ観戦
- 学習
- コレクション

### 出す喜び

- 排泄
- 運動
- 発表
- 作品の制作

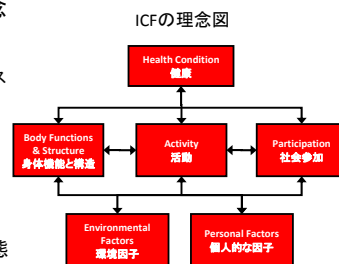
### 役立つ喜び

- 家族の世話
- 仕事
- ボランティア

高齢者のうつ・自殺  
認知症・BPSD・せん妄  
若年者の引きこもり・うつ  
障害者とその家族の苦悩

## 全ての人に健康を

- ICFの登場＝健康の概念革命
  - 身体機能と構造
  - 日常活動
  - 社会参加
  - 環境
  - 個人因子
- 1978年アルマアタ宣言
  - 完全な身体
  - 精神
  - 社会的に満足すべき状態
  - 単に病気若くは病弱でないことではないこと



生涯にわたって社会参加している人生  
社会の中での役割

## 「医療」とは何を目的とするのか？

- 病気を治す
- 苦痛を取り去る
  - 肉体的苦痛
  - 精神的苦痛
    - 社会や家族からの過剰な期待
    - 本人自身のゆがんだ意識
    - 社会や家族から無視されること
    - 自分の存在意義の喪失

- QOLを改善し、1日も早い社会復帰を提供すること
- 自己の人生を肯定して死ねる環境を提供すること

## 目的達成の阻害因子は何か？

- 縄張り意識
- 非効率的な業務
- コ・メディカルの不足
- 新たな領域の専門家の不足
- 国からの無意味な規制
- 時代の流れを読まない医療
- 病院が自由に使える予算

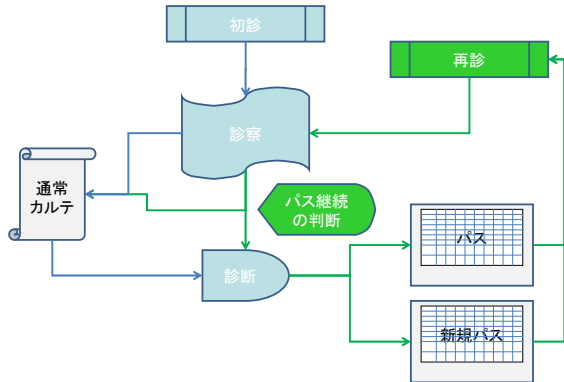
## コストの削減

- 最も大きなコスト: 情報共有
  - チーム医療: 医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・MSW
  - 多職種の目的意識統一・問題共有
  - 多チーム間の情報共有
  - 院内設備の共有
  - 情報の確認・記録作業
  - 患者・家族との情報共有
- 見えないコスト: 使用しない(活用しない)コスト
  - 高額医療機器の休止時間
  - 高度専門知識の未利用
  - 高度専門知識の喪失

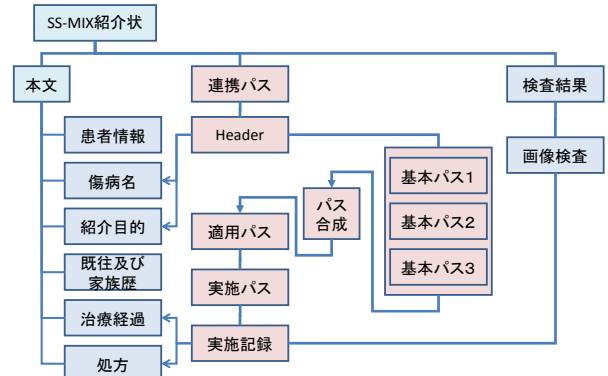
## 医療の効率化・安全推進

- 医療の安全
  - 過剰な医療を避けること
  - ガイドラインに沿った医療を行うこと **EBMの推進**
  - 加齢の影響を予測できること
- 効率化
  - 理念・目的が共有されていること
  - 情報共有されていること **IPWの推進**
  - 国民の健康意識が高いこと
  - EBMのデータを広範に収集できること

## 通常カルテとパスの相互変換



## 循環型連携パスの構造



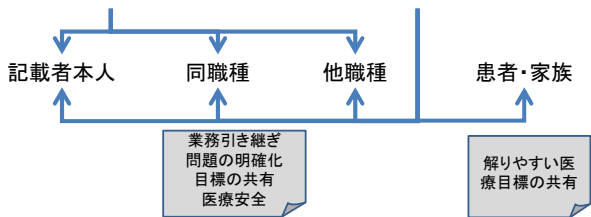
## パスの意義：表面上

### 業務の標準化

- ミスの回避
- 業務の効率化
- エラーの早期発見

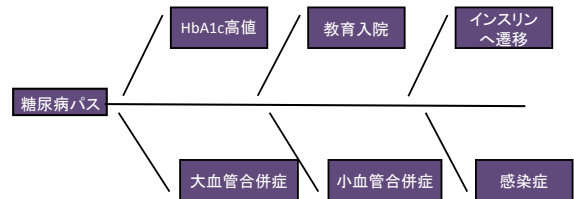
### 診療の可視化

- 診療計画の可視化
- 診療目標の明確化
- 診療経過の可視化



16:42

## パス結果の分析



### スパイラルモデル

- 逸脱点を横から眺めるとFish Bone Chartになる
- 逸脱時のループ内位置、ループ回数を把握

16:42

## スパイラルモデル：疾病管理

- 慢性疾患の繰り返し診療を扱える
- 繰り返しの間隔と回数を数える
- 病態の変化
  - バリエーションであるが、パスは変えないもの
  - バリエーションであるが、パスを変更するもの
    - パスに短期間の変更を加えるもの
    - パスを長期間変更するもの
    - 違うパスに移行するもの

## パスの意義：真の意味

- 地域疾病管理
  - 地域の医療・看護・介護を一体として評価
  - 疾病の発生率・重症化率をコントロール
    - Local CDE-Chibaによる教育
    - 地域全体をみんなで考える
    - 地域への貢献を重視
  - 最適な治療の追求
    - 治療法の客観比較(全症例コホート)
    - 副反応の把握・コントロール(PMDA Project)
  - 専門診療の一般化
    - 専門医の視点
    - 専門医の知識・技術を普及

26-Feb-13



## 高齢社会研究会

12月7日(水曜)午前7時開講

毎週水曜日 07:00-08:00

千葉モノレール千葉駅改札口  
ミスタードーナツにて

<<飲食費のみ自己負担です>>  
<<申し込み順 10名限定>>

我が国がこれから迎える超高齢社会では、高齢者が増えて医療や介護の需要が現在の2倍近く増大します。その需要にこたえるための人員増は、少子化による労働力の減少のために非常に困難だと予想されます。それどころか、現在の社会システムを維持するだけの労働力も確保できなくなります。

水曜日の朝を充実した議論で過ごしませんか。

問い合わせ/申し込み先:fujitan@faculty.chiba-u.jp

## 本研究の解説を望まれる方へ

- 千葉大学医学部附属病院地域医療連携部および高齢社会医療政策研究部では本研究に対する質問、解説を受け付けています。
- 電話： 043-222-7171(代表)
- FAX： 043-226-2632
- E-mail: fujitan@faculty.chiba-u.jp

## 第2回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅医療普及へのアクションプラン」

話題提供： 辻 哲夫 氏  
東京大学高齢社会総合研究機構 教授

日時： 平成24年6月22日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F  
東京ステーションコンファレンス 605A 会議室

## 超高齢社会における医療改革

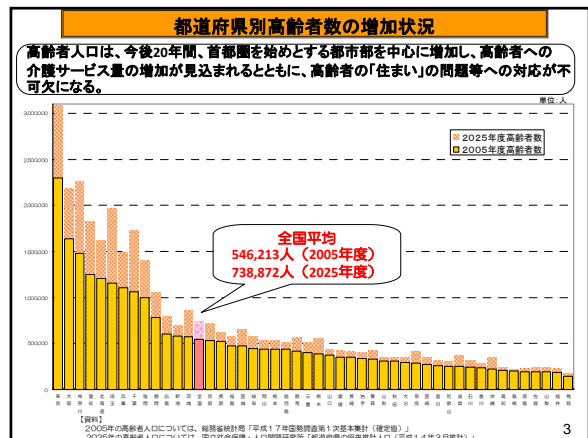
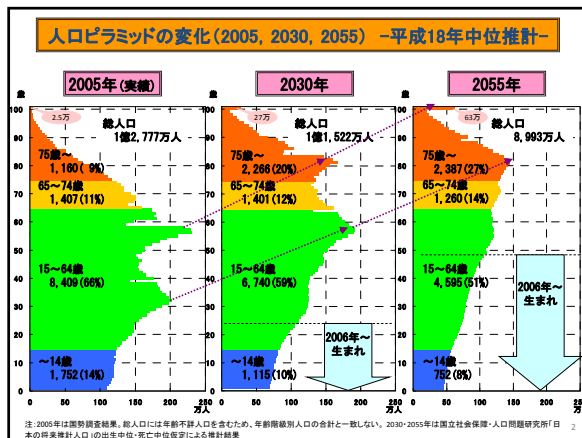
—いかなる戦略を展開するか

東京大学高齢社会総合研究機構

辻 哲夫

## 今後の日本の高齢化の特徴

- 2005年から2030年へ後期高齢者倍増
- 団塊の世代の動き—2025年が目安
- 大都市圏で迎える未曾有の高齢化
  - これまでの地方圏の対応の延長は無理
  - 社会的なイノベーションが必要
  - 実は地方も同じ

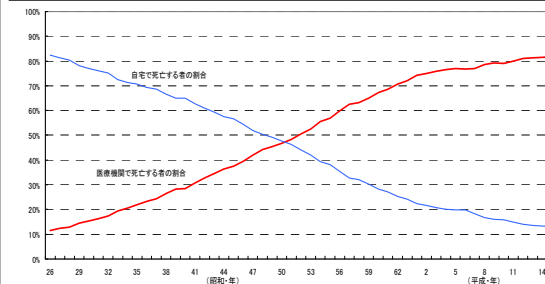


## 様々な留意点①

- 日本人の死に場所
  - 今は死ぬのは病院が常識
- 病院医療とは何か
  - 臓器別医療
  - 臓器別医療の究極の論理
- これまでの延長線上で大丈夫? 幸せ?

## 医療機関における死亡割合の年次推移

医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。

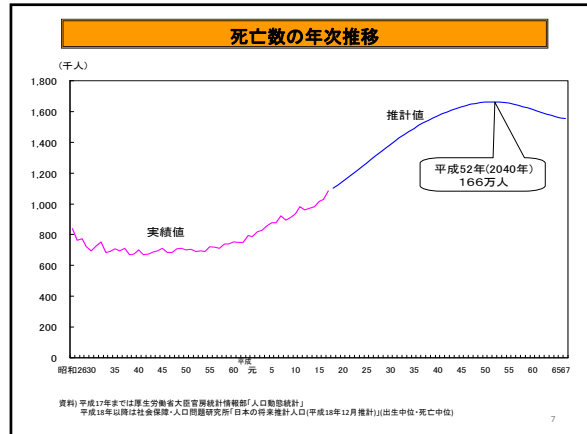




## 様々な留意点②

- 死亡件数の激増
  - 75歳以上(75歳未満)での死亡の推移
  - 病院医療は問い直される

6

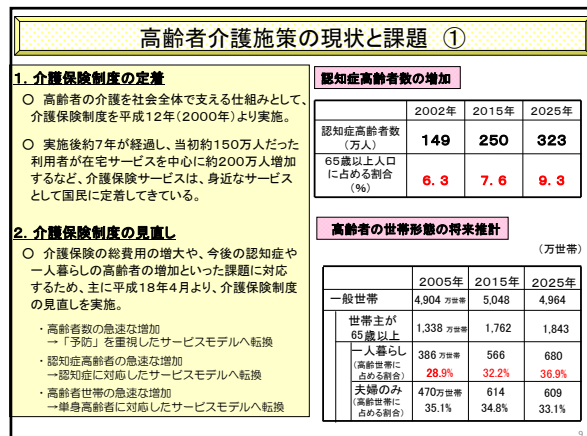


7

## 様々な留意点③

- 認知症高齢者の大幅な増加
  - 加齢とともに大幅に増加
  - 認知症が普通の社会
  - 社会の在り方に関わる
- 一人暮らし、夫婦のみ世帯が主流
  - 在宅ケアの概念の見直し
  - 超高齢社会の生き方を切り開く必要

8

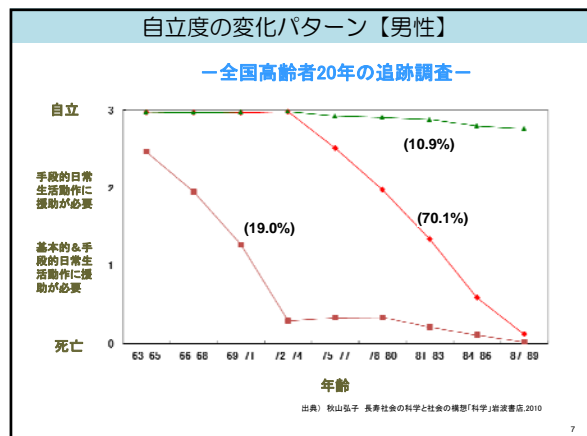


9

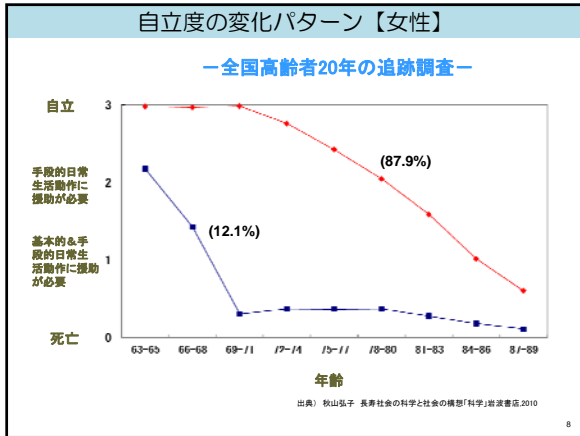
## 日本人の高齢期の自立度の変化が指し示すこと

- 男性のパターン
  - 血管とともに老いる
- 女性のパターン
  - 骨、筋肉とともに老いる
- このデータが示すこと
  - 生活習慣病予防
  - 介護予防
  - 虚弱期の生活の質

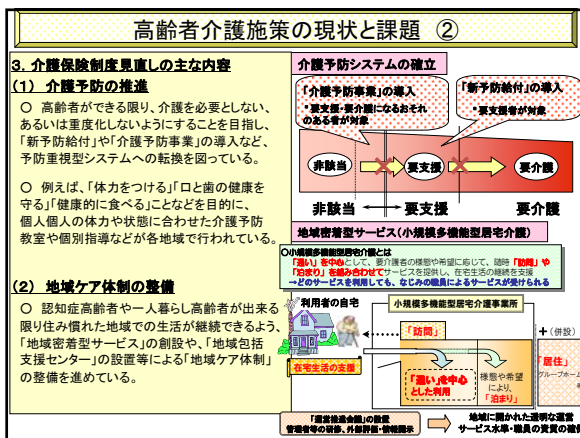
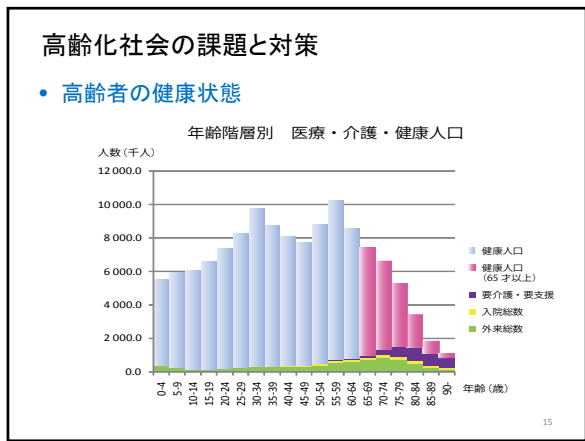
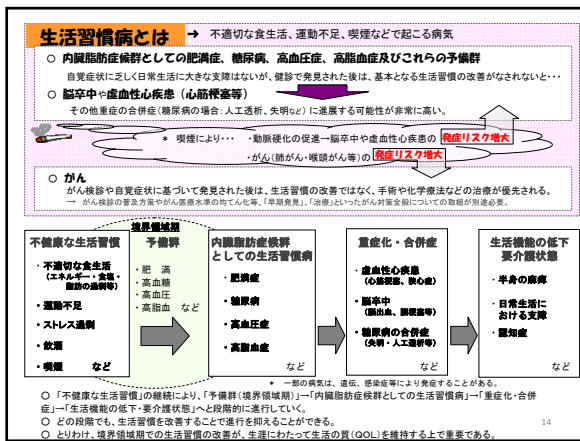
10



7



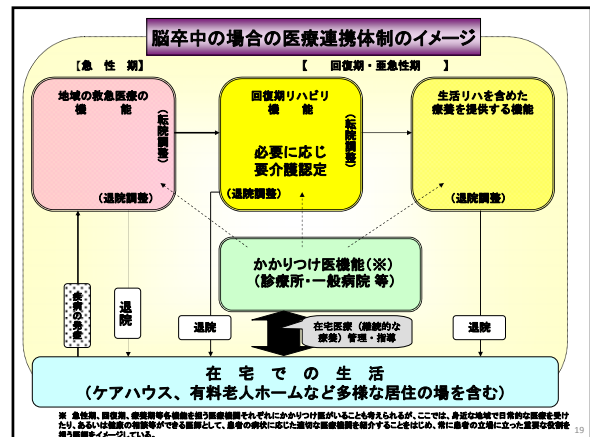
- ### 今後の政策の骨格
- 生活習慣病予防
    - 歩く、適正なダイエット
  - 介護予防
    - 歩く、しっかり食べる
    - 閉じこもらない
  - 虚弱期のケアシステムの確立
    - 日本のケアの在り方の変遷
    - 地域包括ケアとその目指す姿



## 医療政策が問い直されている

- 医療機能の機能分化と連携
- 最大の欠落点—在宅医療
- 在宅医療とは何か
  - 生活者と病人
  - 「治す医療」から「治し、支える医療」へ

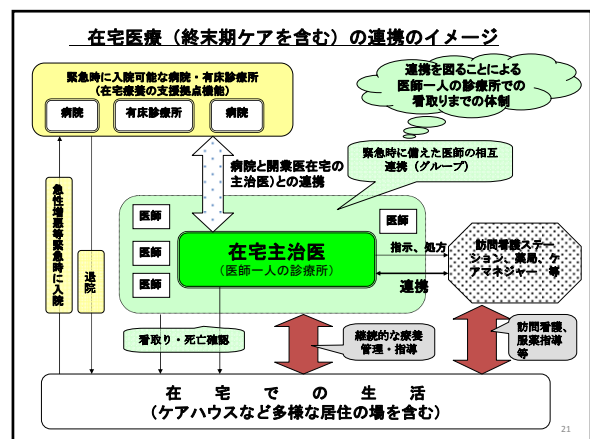
19



## 在宅医療の構造と課題

- 在宅医療の構造
  - 主治医、看護介護、バックアップ病床
- 在宅医療の4つの課題
  - 訪問診療する意欲のある医師の拡大
  - 在宅医療を担う医師のグループ化
  - 在宅医療の連携を支えるチーム作りのコーディネート役
  - 住民の意識啓発

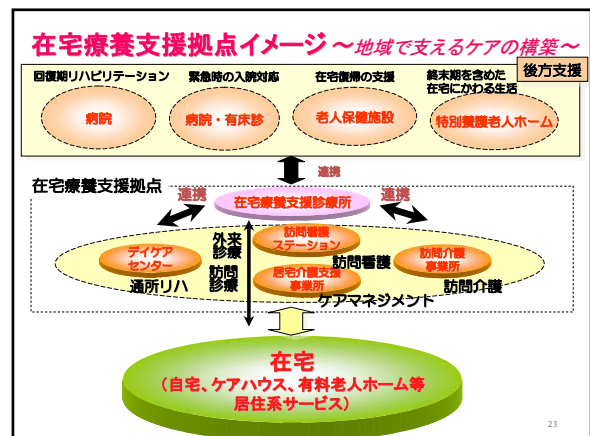
20



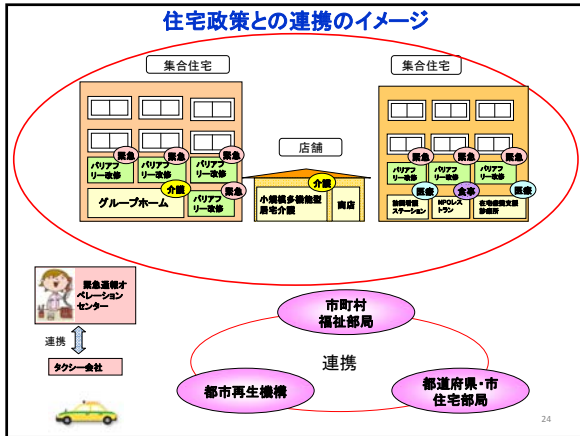
## 真の地域包括ケア

- 24時間を支える在宅医療を含めた地域包括ケア
  - 医療福祉ハイブリッドシステム
- 住まいと医療福祉ハイブリッドシステムの連携
  - 国の改革の流れは明確
  - サービス付き高齢者向け賃貸住宅
  - 24時間型在宅看護介護サービス

22

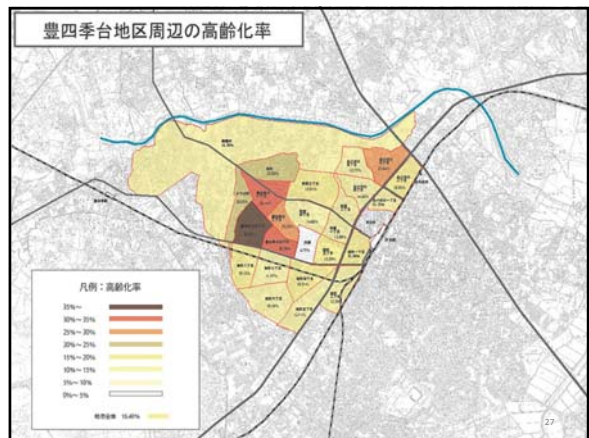
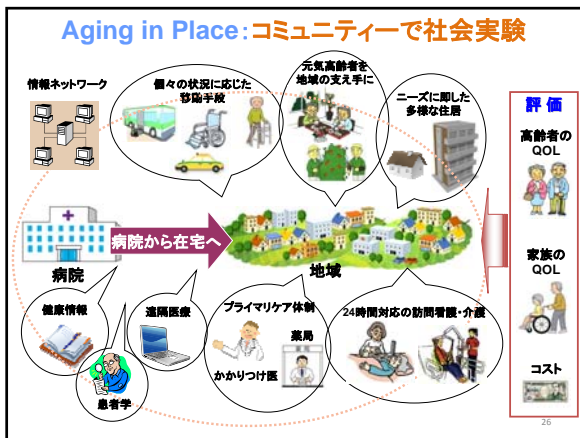


23



### 柏プロジェクト—政策の可視化

- 理念—エイジング・イン・プレイス  
—できる限り元気で、弱っても安心
- 大都市圏の典型的なベッタウン—柏  
—大都市の高齢化の先取り地域としての豊四季台団地における取組  
—急速な都市の高齢化へのわかりやすいモデルを構築



### 地域包括ケアシステムとは・・・

地域包括ケアシステムとは・・・

： 住まい・医療・介護・予防・生活支援が要介護者等に包括的かつ継続的に提供

→ 在宅ケアシステムを基本とし、住み慣れた地域で住み続けることを実現

- ① 地域包括ケアを実現する上での最大の課題  
： 在宅医療がなければ、住まいでの継続居住が困難
- ② 一方、都市部の病院は高齢化に伴い、限界を超える可能性大

#### 千葉県地方

安原入院患者者予算

入院患者はピークアウト

入院患者数

老人入院

心臓入院

#### 千葉県の都市部

柏市入院患者者予算

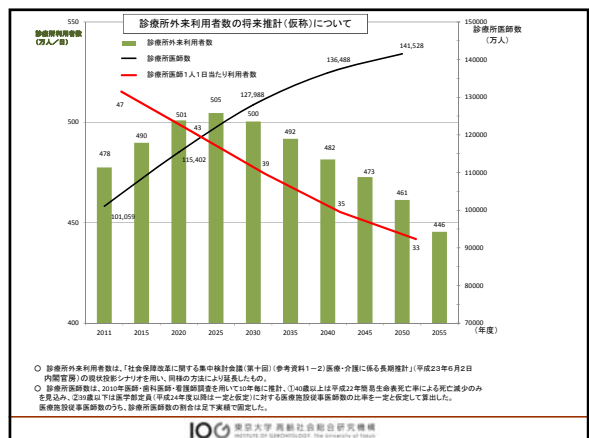
入院患者は増え続ける

入院患者数

老人入院

心臓入院

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの構築が不可欠



## 柏市での地域包括ケアシステムの具現化

柏市の目指す姿（介護保険事業計画に位置づけ）  
： いつまでも地域で暮らすことができる社会

### ＜具体的手法＞

在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムの実現

- ① 地域のかかりつけ医が合理的に在宅医療に取り組み始めるシステムの日本のモデルの実現
- ② サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の在宅ケアシステムの組み合わせによる、真の地域包括ケアシステムの日本のモデルの実現
- ③ あわせて、地域の高齢者が地域内で就労するシステムを構築し、できるかぎり自立生活を維持

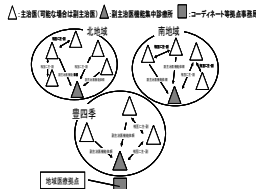
30

## 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

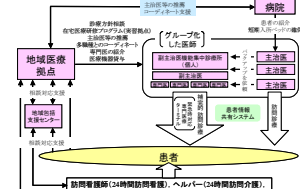
在宅医療を含めた真の地域包括ケアシステムをつくるポイント

- ① かかりつけ医の負担軽減  
→ 主治医・副主治医システムの構築  
→ 地域医療拠点の整備
- ② 主治医・副主治医のチーム編成  
→ 在宅医療・看護・介護の連携体制の確立

### ＜主治医・副主治医システム＞

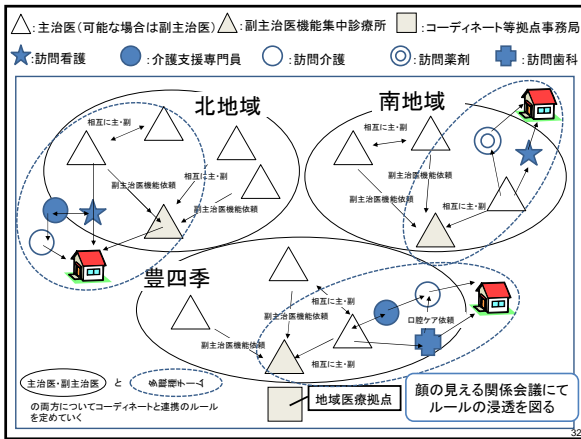


### ＜地域包括ケアにおける地域医療拠点の位置づけ＞

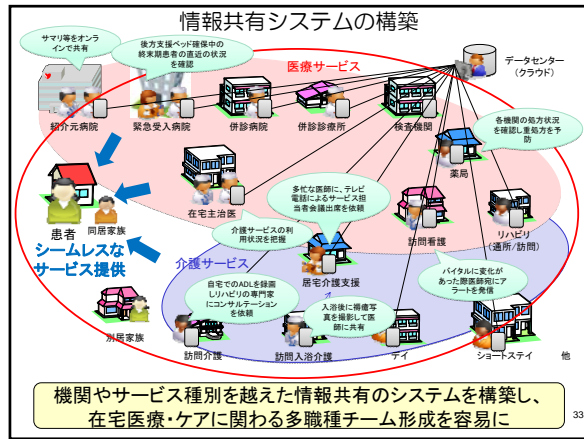


※ チーム編成の管轄塔機能を地域医療拠点が担う。

31



32



33

## 豊四季台地域における地域包括ケアシステムの具現化

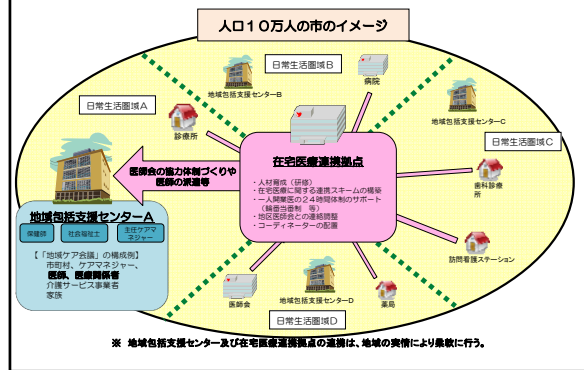
サービス付き高齢者向け住宅と在宅医療を含めた24時間の真の地域包括ケアシステムを平成26年1月に豊四季台団地で具体的に構築  
→ 直近の国の政策を具現化するモデルを実現する

### ■ 将来の豊四季台地域のイメージ

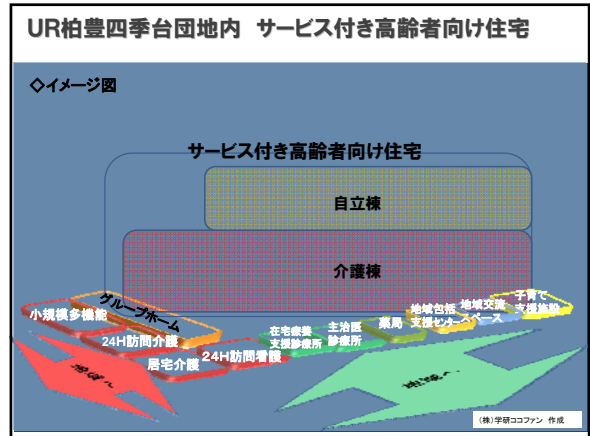
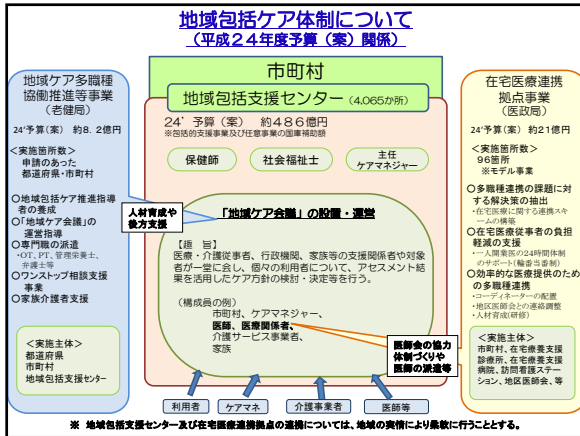


34

## 地域包括ケア体制について(イメージ)



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。



- ### 在宅医療研修の狙い
- かかりつけ医が在宅医療に取り組む動機づけ
    - 基本的な知識
    - 同行訪問による現場の経験
    - 多職種のグループワーク
  - 地域における多職種のチームビルディング
    - 他職種の医師との連携の学び
  - 各地域への展開
    - 本研修を踏まえ、県下各地域での研修を目指す
- 38

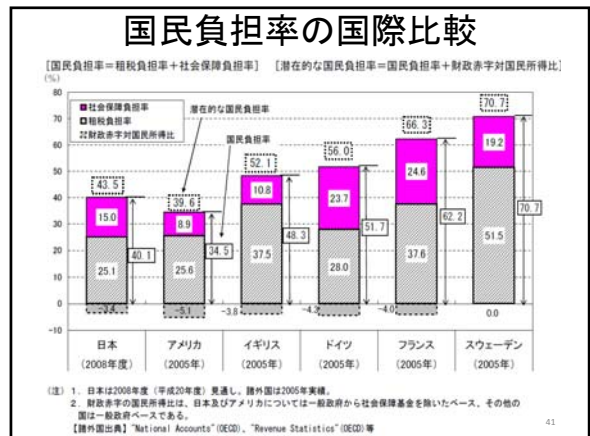
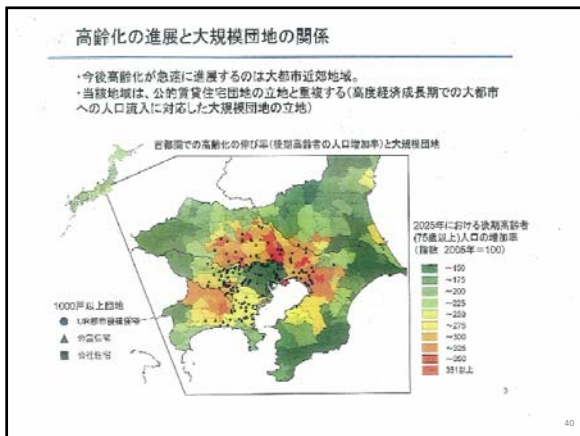
### 千葉県地域医療再生基金事業 開業医+多職種を対象とした動機付け研修

| 動機付けコース   |  | 動機付けコース<br>指導者養成研修                 |   |
|---|--|------------------------------------|---|
| 2012年3月25日(日)<br>9:30~18:00<br>在宅医療の果たすべき役割(総論) | 3月25日~4月22日<br>医師                            | 4月22日(日)<br>14:15~18:30<br>医師・多職種* | 5月13日(日)<br>10:00~18:00<br>在宅医療に積極的に取り組んでいる医師 |
| 在宅医療の導入   | 実地研修①<br>訪問診療同行                              | 医療・介護資源                            | アイスブレイク                                       |
| 多職種WS①<br>緩和ケア                                  | 在宅医療の果たすべき役割(総論)                             | IPW<br>地域で求められる在宅医療とは              | IPWの重要性                                       |
| 多職種WS②<br>認知症                                   | 実地研修②<br>他職種同行<br>訪問看護<br>ケアマネジャー<br>緩和ケア病棟等 | 目標設定<br>修了式                        | 訪問診療同行について                                    |
| 制度・報酬   |  |                                    | 地域での役割  |
|   |  |                                    | 振り返り<br>決意表明                                  |

\* 歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、病院退院調整部スタッフ

IOO 東京大学 高齢社会総合研究機構  
千葉県立柏市立総合医療センター 柏市立総合医療センター 柏市立総合医療センター

市町村単位で実施することにより顔の見える関係づくりを促進



## 第3回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「国立長寿医療センターにおける在宅医療推進のための取り組み」

話題提供： 三浦 久幸 氏  
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長

大島 浩子 氏  
独立行政法人 国立長寿医療研究センター 長寿看護・介護研究室長

日時： 平成24年7月27日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F  
東京ステーションコンファレンス 602A 会議室



在宅医療推進のためのアクションプラン 2012.7.27

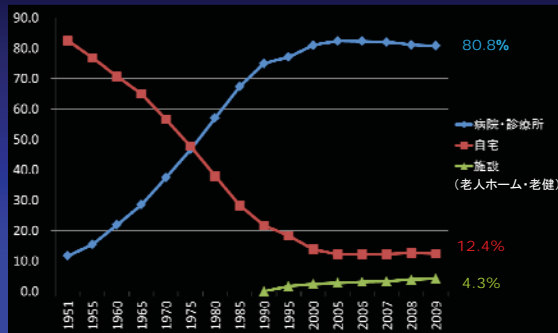
## 「在宅医療支援病棟(床)の活動」

独立行政法人 国立長寿医療研究センター  
在宅連携医療部  
三浦久幸



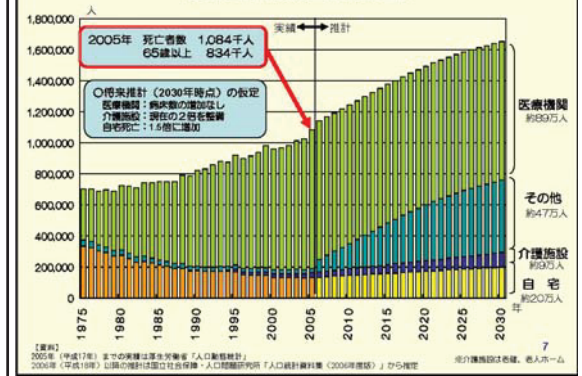
## 1. 在宅医療の現状及び問題点

### 日本における死亡場所(%)の年次推移

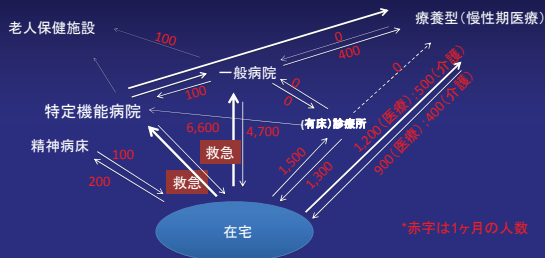


厚生労働省人口動態調査より作成

### 今後の看取りの場は？



### 急変時のサービス



H20年10月在宅医療を受けている推計患者数  
11,000(病院在宅医), 62,400(診療所在宅医), 25,300(歯科診療所)  
うち「訪問診療」56,800, 「往診」 28,800

## 3. 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援病棟の試み



### 国立長寿医療センターの場所

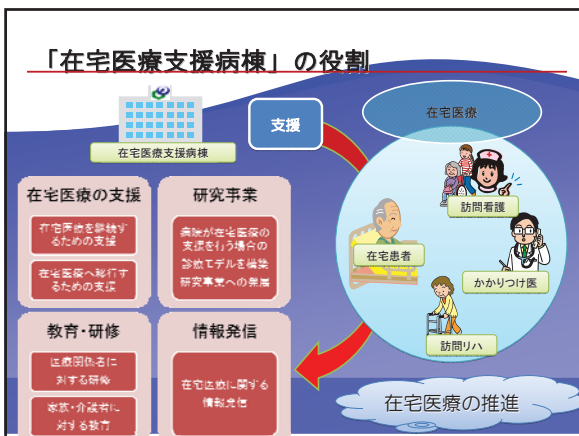
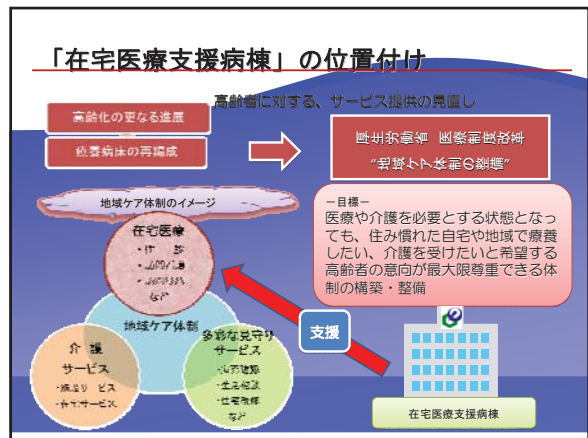
愛知県大府市。  
東海道線で名古屋駅から15分。  
知多半島の根元に位置。  
2004年3月に発足。  
2010年4月に独立行政法人化

### 医療圏概要

|       | 推計人口 (H20) | 65歳以上人口比率(%) (H20) |
|-------|------------|--------------------|
| 医療圏全体 | 608,906    | 18.8               |
| 東海市   | 106,666    | 17.3               |
| 知多市   | 84,804     | 18.5               |
| 常滑市   | 53,206     | 23.1               |
| 大府市   | 83,453     | 16.2               |
| 半田市   | 118,135    | 18.3               |
| 阿久比町  | 24,825     | 21.7               |
| 東浦町   | 48,925     | 18.3               |
| 南知多町  | 21,149     | 28.5               |
| 美浜町   | 25,853     | 20.3               |
| 武豊町   | 41,890     | 17.8               |
| 愛知県   | 7,351,713  | 18.6               |

### 知多半島医療圏(北部)在宅療養支援診療所数

|      | 診療所数 (H21) | 人口10万人当たりの診療所数 | 在宅療養支援診療所数 (H21) | 人口10万人当たりの支援診療所数 | 在宅死亡率 (H20) |
|------|------------|----------------|------------------|------------------|-------------|
| 東海市  | 61         | 58             | 2                | 2                | 11.1        |
| 知多市  | 32         | 38             | 1                | 1                | 10.8        |
| 常滑市  | 30         | 57             | 0                | 0                | 12.8        |
| 大府市  | 48         | 55             | 4                | 4.8              | 11.3        |
| 半田市  | 83         | 70             | 12               | 10               | 19.7        |
| 阿久比町 | 22         | 92             | 5                | 21               | 21.1        |
| 東浦町  | 29         | 59             | 4                | 8                | 13.5        |
| 愛知県  | 8,931      | 121            | 450              | 6                | 12.2        |
| 東京都  | 12,808     | 99             | 1,126            | 9                | 15.1        |
| 長野県  | 2,746      | 126            | 209              | 9.5              | 14.9        |



- ### アウトカム・さらなる効果
- 1) 何をゴール・アウトカムとするか
- 在宅医療及び在宅生活の継続を望む患者の高いQOL・満足度
  - その家族の高いQOL・満足度
  - 在宅医療チームの高いQOL・満足度
  - 病院医療チームの高いQOL・満足度
- 病院医療チームの満足度が-50点でも在宅患者の満足度等が+80点あればよとする
- 2) さらなる効果として期待すること
- 地域の在宅医療を受ける患者数の増加
  - 医療を受けながら在宅で過ごす期間(一人あたり)の延長
  - その結果としての地域の在宅死の増加
  - 在宅医療(褥瘡治療など)・看護・介護技術の向上
  - 家族への介護技術指導の標準化(テキスト・ビデオ作成など)
  - 在宅医療スタッフ、訪問看護スタッフ、介護スタッフ(ボランティア含む)の増加
  - 地域住民の在宅医療への関心の高まり
  - 地域活性化に関わる産官民連携・クラスター事業の広まり
- 重要度 大 ↓ 小

## 在宅医療支援病棟の登録制度

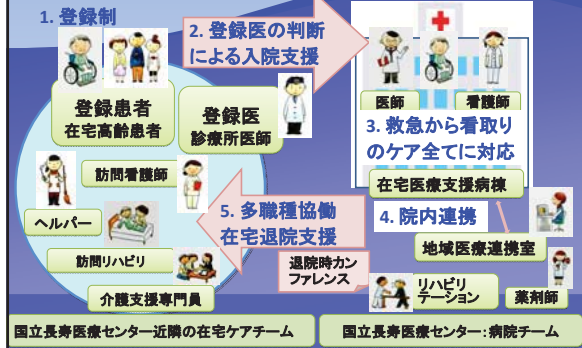
### 「登録医」

在宅医療支援病棟の主旨及び対象患者、運用についての説明を受け、医療連携について同意した診療所医師。  
国立長寿医療センターに入院または通院歴のある在宅患者の登録ができ、登録患者専用ホットラインが使用できる。

### 「登録患者」

登録医による在宅医療（訪問診療・往診）を受けている、または概ね2カ月以内に訪問診療を行う予定の患者の中から、国立長寿医療センターに入院・通院歴があり、在宅医療を続ける意志・希望があり、登録に同意した患者。

## 在宅医療支援病棟の取り組み



## 在宅医療支援病棟 (2009年4月開棟)

一在宅ケアチームと病院チームによる切れ目のない医療・ケアの実践をめざしてー

### 1. 登録制を用いた新しい在宅医療支援モデル

- > 診療所医師→登録医 (現在50名)
- > 在宅患者→登録患者 (現在177名)
- > 登録医の判断により入院

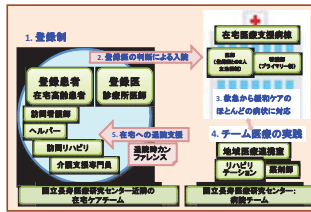
「継続支援」

### 2. 全ての在宅医療・ケアに対応

- > 救急から看取りまで

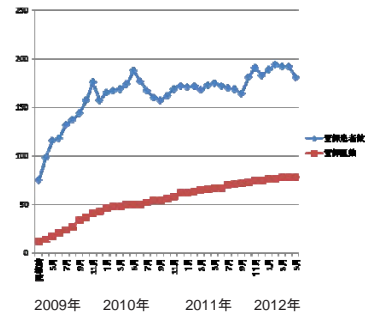
### 3. 多職種協働による在宅への退院支援

- > 退院前カンファレンス
- 「復帰支援」(主に初回退院)

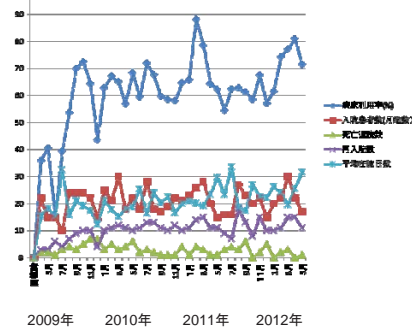


病棟構成: 20床 (2人床6室、有料個室8室)  
看護体制: 16名 (師長含む) (およそ7:1看護)

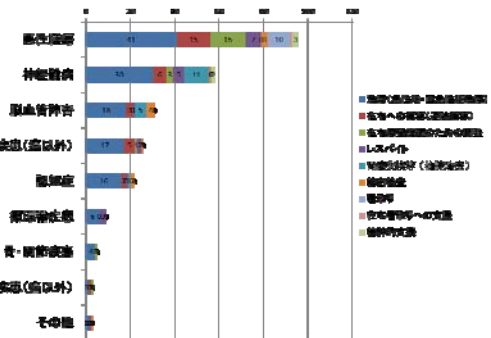
## 登録医・登録患者数推移

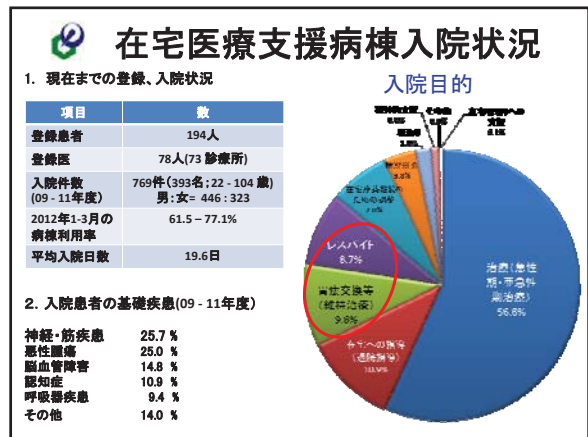
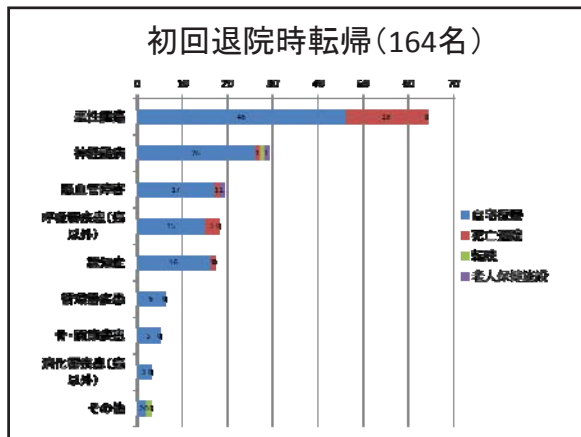


## 病床利用率・平均在院日数等



## 疾患別の入院目的 (延べ254名)



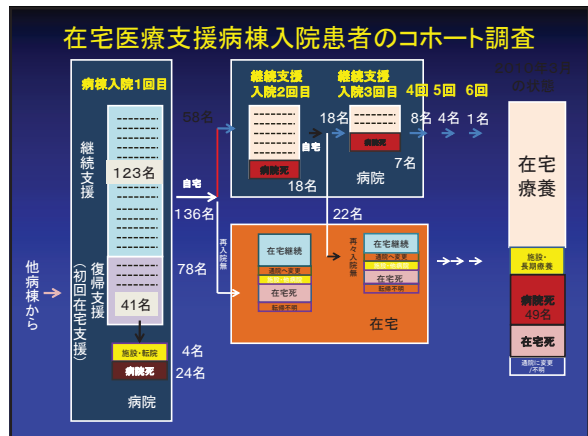


1. 病棟開設後、地域の在宅医(診療所)と病院の連携が広がった(開設時の登録医12名→79名)。  
 2. 在宅復帰率が94%で入院された方の多くが自宅に戻られている。

| 09+10年度入院数             | 514件(280名; 22-104歳) |
|------------------------|---------------------|
| 在宅復帰率(病院で最期を迎えられた方を除く) | 94%                 |
| 自宅で最期を迎えられた方の割合(在宅死亡率) | 33%                 |

3. 病棟を利用され自宅で最期を迎えられた方の割合(在宅死亡率)が33%とH21年度愛知県平均(11.9%)の約3倍高い割合を維持している。

#### 病棟開設後の主な実績



### 病院死のリスク、在宅療養の継続の統計的評価 (ロジスティック解析分析)

<病院死のリスク>  
 ロジスティック回帰分析(従属変数: 病院死の有無 共変量: 属性、基礎疾患、入院目的、再入院の有無)  
 有意変数: 基礎疾患・癌(OR=11.9)、再入院の既往がないこと(OR=0.24)

<退院後の在宅療養継続>  
 ロジスティック回帰分析(従属変数: 訪問診療の継続の有無 共変量: 属性、基礎疾患、入院目的、再入院の有無)  
 有意変数: 基礎疾患・癌(OR=0.13)、呼吸器疾患(OR=0.37)、消化器疾患(OR=0.29)

\*在宅死のリスクについては上記共変量を用いた解析では有意変数は抽出されなかった

### 在宅医療支援病棟と連携促進機能

1. 診療機能

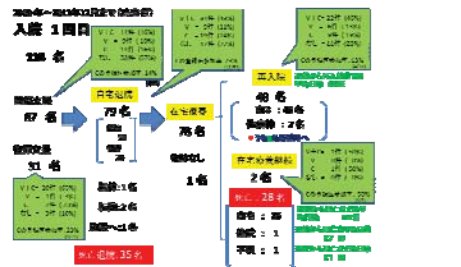
- 在宅医の判断による24時間体制での緊急患者の受け入れ
- 機能強化型在宅診療のバックアップ(診療連携のサポート)
- 家族支援・レスパイトサービスの提供
- 生活に即した看護・介護技術の提供
- 看取り機能、個々の事例を通じた看取りの文化の形成
- 総合的機能評価(CGA) & 多職種介入による介護、廃用予防
- ×訪問診療・看護(同行研修は連携機関委託)
- ×医療衛生材料の調整等(サブライセンター構想)ー薬事法の壁

2. 退院に向けての多職種協働

退院前訪問      退院前カンファ      病院チーム

在宅チーム

### 退院前カンファレンスの自宅死亡率への影響



**自宅死亡率への影響**  
 自宅死亡率への影響をがん、非がんでの層別化により、検討(年齢、性別により調整した比例ハザード分析)したところ、がん患者における、カンファレンス実施は有意確率0.001でハザード比1.92と有意な高値を示しており、カンファレンス実施が自宅死亡率のアップにつながる可能性を示した。また、非がん患者ではカンファレンス等によるハザード比への有意な影響は認めなかった。

### 在宅医療支援病棟に入院した在宅患者の総合的機能評価 (認知症生活自立度の違いによる比較) (2011年6月~2011年12月調査)

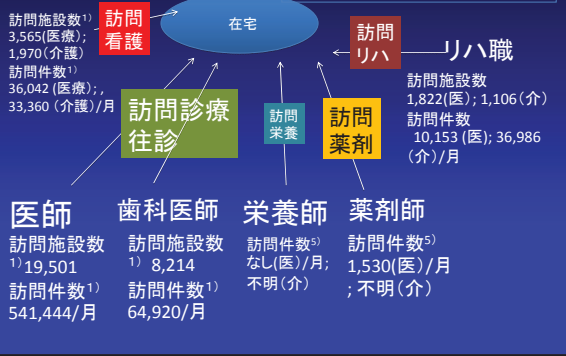
|                                 | 糖化糖化度 B,C割合      | 要介護度 3以上         | BMI       | 老年症候群数  | Barthel Index | IADL(男)          | IADL(女)  |
|---------------------------------|------------------|------------------|-----------|---------|---------------|------------------|----------|
| 認知症生活自立度 $\geq$ 4以上 (69名) 認知症あり | 62.30%           | 88.40%           | 17.3±3.6  | 6.9±4.0 | 18.5±27.0     | 0.3±0.7          | 0.4±1.2  |
| 認知症生活自立度 $\leq$ 3以下 (51名)       | 56.80%           | 55.70%           | 18.0±4.3  | 8.3±4.7 | 28.5±34.4     | 1.3±1.5          | 1.1±1.3  |
| <b>有意確率</b>                     | NS               | NS               | NS        | NS      | NS            | <b>P&lt;0.05</b> | NS       |
|                                 | Vitality Index   | MNA-SF           | Zarit BI  | NPI-Q   | MMSE          | GDS              | VAS      |
| 認知症生活自立度 $\geq$ 4以上 (69名) 認知症あり | 4.5±2.4          | 4.8±2.7          | 32.9±17.6 | 6.9±4.3 | 検査不能例が多い      | 検査不能例が多い         | 検査不能例が多い |
| 認知症生活自立度 $\leq$ 3以下 (51名)       | 6.6±2.8          | 6.2±2.9          | 29.9±14.4 | 5.2±4.4 | 検査不能例が多い      | 検査不能例が多い         | 検査不能例が多い |
| <b>有意確率</b>                     | <b>P&lt;0.05</b> | <b>P&lt;0.05</b> | NS        | NS      | -             | -                | -        |

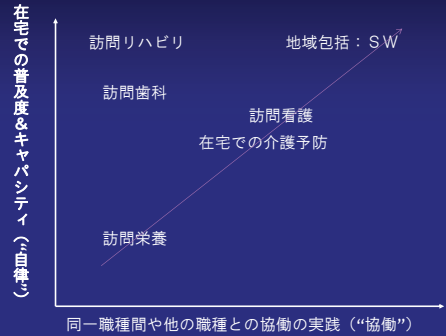
|                          | 年齢        | 性別(女) |
|--------------------------|-----------|-------|
| 認知症生活自立度 $\geq$ 4以上(69名) | 80.8±10.1 | 34    |
| 認知症生活自立度 $\leq$ 3以下(51名) | 72.8±14.3 | 18    |

] NS

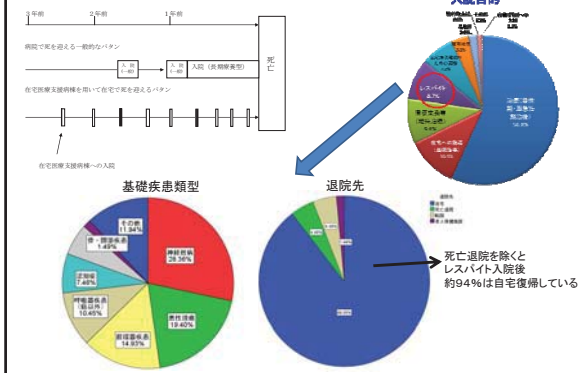
### 看護師 保健師



### 各職種における研究のターゲット・レベルの比較 (それぞれ促進・阻害要因の検討)



### レスパイト入院について



### 生活に即した看護・介護技術の提供

**吸引**

**吸引用モデル**

カテーテルはたくさんの種類がありますが、大きくは調節孔のあるタイプと無いタイプにわかれます。(在宅では孔の無いタイプが主流です。でこのパンフレットでは孔の無いタイプを使用した説明をしています)

<調節孔の無いカテーテル>  
 根元を折り曲げると吸引されます、指で塞ぐと吸引ができません。

<調節孔のあるカテーテル>  
 孔を開けたままだと吸引されず、指で塞ぐと吸引されます。滅菌手袋が同封されているものもあります。

**3. ICTを用いた病診、診診、多職種連携の促進**

テレビ会議システム  
 遠隔医療(画像・音声)  
 医療・介護情報の共有化(標準化ストレージ法) タブレット型携帯機器等を用いたの情報共有(フォーカスグループで実施中)

**4. 在宅医療資源マップの作成(「見える化」)←モニター機能**

**5. 在宅研修・育成 在宅医療メイツ(ヘルパーを中心とした多職種カンファレンス)**

ケアマネ  
 病院or診療所医師(ファシリテーター)  
 ヘルパー  
 病院or訪問看護師

**目的: 在宅医療のニーズと供給状況のギャップを「見える化」する**

**在宅ケアのニーズ**

提供されているケア

東京大学 近藤尚己准教授よりご提供

**在宅医療支援病棟登録患者からみたこの地域の実情**

知多半島  
 渥美半島

登録医58名の分布

**在宅医療支援病棟登録患者からみたこの地域の実情**

登録患者401名中  
 10名以上の登録患者数は10診療所に限られる

登録患者数グラフ

**拠点のモニタリング機能**  
 ~適切な在宅医療提供体制の構築~

登録患者20名以上の5診療所の解析

移動距離などを考え、新規在宅導入に際しては近隣の在宅医を紹介できるように。

登録患者20名以上の登録医

**拠点のモニタリング機能**  
 ~適切な在宅医療提供体制の構築~

訪問看護利用者: 259名  
 20名以上の患者を抱えている5訪問看護STの解析

カバーする地域が重なっている部分が非常に多く、訪問が非効率的になっている可能性高い。

患者20名以上のステーション

# 在宅医療メイツ研修

(ヘルパーを中心とした研修)

初期研修 (座学) 20名程度/年、3年間開催

H23年度は12月1, 2, 5, 8日の4日間 (50minx3コマ/日x3日間)

テーマ:

- 医療・介護保険制度患者疾病の概要
- 口腔ケア・嚥下
- 排便・排尿について
- 在宅医療機器と医療従事者へ引き継ぐタイミング
- 急変時の対応、急変時のバイタルサインの見方判断
- 地域医療連携について
- 緩和ケア
- 薬の正しい使い方・麻薬について
- 在宅でのリハビリ
- 褥瘡の治療と予防について
- 認知症のある患者等への対応



# 在宅医療メイツ連携スキルアップ講習会

平成21年、12月3日(木)、12月10日(木)、12月17日(木)  
各15時~18時 (実質的な講習時間: 9時間) 19名参加

I. 目標

1・GIO (一般目標)

医療従事者を含めた多職種協働による在宅介護の困難事例の検討を通して、代表的疾患での他の職種との連携スキルや養育・家族支援の質の向上を目指すとともに、他の訪問介護職員への伝達を目指す。これらを通じて在宅医療メイツの果たすべき役割をより明確にすることを目標とする。

2・SBOs (行動目標)

- ① 多職種協働の意義を説明できる。
- ② 代表的疾患での他職種との連携の方策を立案できる。
- ③ 大府・東浦地区での在宅医療・介護連携の現状を説明できる。
- ④ 他の訪問介護員へ、医療・介護連携についての事例検討の方策を伝達できる。
- ⑤ 在宅医療メイツの果たすべき役割を自覚し、説明できる。
- ⑥ 多職種関係者とのヒューマンネットワークを構築できる

講義 在宅医療の課題  
内科伊藤医院 医師 伊藤 光保 氏

タスクフォースは在宅医、訪問看護師  
ワークショップ

講義 現場活動から見た多職種との連携  
訪問看護士アーショングラシア  
看護師 小林 真矢 氏

講演 地域医療連携室の活動  
国立長寿医療センター地域医療連携室 副室長  
苑岡 尚子 氏

ロールプレイ

臨床研究ナース  
訪問看護研究者  
緩和専門医師  
看護認定ナース

## 6. 医療・介護・福祉職への啓発活動 「地域をつむぐ医療文化」を語る会

## 7. 一般市民への啓発活動

### 長寿の街を語る座談会

国立長寿医療センターを中核とした地域活性化事業(H20、21年)

### 8. Social Capitals醸成

### 生きがい体験交流会

国立長寿医療センターを中核とした地域活性化事業(H20、21年)



第4回「地域をつむぐ医療文化」を語る会

「長寿の街を語る座談会」

主催 長寿 生活  
(国立長寿医療センター)

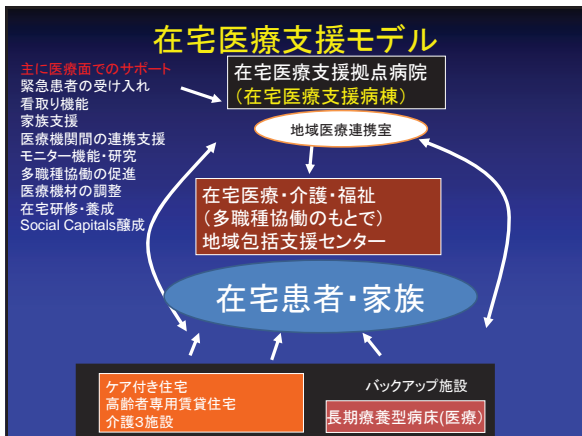
日時 平成21年12月17日(木) 15:00~18:00  
会場 国立長寿医療センター 研修室 3階

講演者 苑岡 尚子 氏  
副室長 地域医療連携室

座談会 長寿の街を語る座談会  
長寿の街を語る座談会  
長寿の街を語る座談会

講演者 苑岡 尚子 氏  
副室長 地域医療連携室

座談会 長寿の街を語る座談会  
長寿の街を語る座談会  
長寿の街を語る座談会



## まとめ(今後の課題)

1. 在宅医療支援拠点病院を中心とした地域在宅医療体制の充実
2. 入院患者を通じた地域毎のニーズの把握
3. 在宅に関わるそれぞれの職種の量的(養成)・質的充実(研修)
4. 在宅医療、病院医療のどちらも理解できる医師、看護師の育成
5. シームレスな病診、診診連携、診療所・施設連携、多職種連携のためのICTの確立
6. ソフト→地域包括ケア(社会的包摂)の実働  
ハード→超高齢社会に向けてのコミュニティ作りの連動

## (独)国立長寿医療研究センターにおける 在宅医療支援の取り組み: 在宅療養継続要因の研究

大島浩子

(独)国立長寿医療研究センター  
老年学・社会科学センター  
在宅医療開発研究部 長寿看護・介護研究室長  
在宅医療支援病棟看護師: 尾崎充世・膽畑敦子・松本明美  
三浦久幸・西川満則・鳥羽研二・大島伸一・鈴木隆雄  
(独)国立長寿医療研究センター

## 本日の内容

- I. 当センターの在宅医療支援の取り組み  
在宅医療支援病棟
- II. 在宅医療支援病棟における研究  
在宅療養継続要因の研究

### I. 在宅医療支援病棟

- ◇2009年4月開棟
- ◇登録制
  - ・登録医: 診療所医師
  - ・登録患者: 患者
    - ▶登録医の訪問診療を受けている(予定)
    - ▶最期まで在宅療養を希望
- ◇登録医の判断による登録患者の入院支援
  - ・復帰支援: 初めての在宅療養
  - ・継続支援: 既に在宅療養中

### II. 在宅医療支援病棟における研究 高齢者の在宅医療・ケアに関する研究

- ◇在宅復帰(退院支援・在宅移行支援)
  - ハイリスク: 高齢者(年齢↑)、日常生活活動能力↓、  
家族介護力↓、医療依存↑、終末期にある等
  - 退院支援ツール(スクリーニング)の開発など
- ◇在宅看取り: 取り組み・実践報告
- ◇在宅療養継続: 少ない
  - オリジナルデータに基づく検討、知見の蓄積が課題

## 在宅療養継続要因の研究

- ◇登録高齢患者における在宅継続
- 🏠 1. 在宅継続: 入院無
- 🏠 2. 一時的在宅中断:
  - 1. 入院 →在宅継続
  - 2. 入院 →在宅中断
- ・用語の定義: 当面、在宅を患者の自宅とした

## 在宅療養継続要因の研究

- ◇在宅継続期間: 登録～初回入院
  - 中央値: 56.0(18.0-193.0)日
  - 36%: ~30日、73%: ~180日
  - 1年以上: 12%
  - 1年間に着目



表5. 1年間の在宅継続の関連要因

|                   | OR  | 95%CI    | P value |
|-------------------|-----|----------|---------|
| 経済的ゆとり有 (0:無/1:有) | 5.5 | 2.0-14.7 | 0.001   |
| 移動介助有 (0:無/1:有)   | 3.5 | 1.4-8.1  | 0.009   |
| 医療処置有 (0:無/1:有)   | 2.8 | 1.1-7.1  | 0.031   |

N=106  
 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法:尤度比)  
 投入変数(p<0.005):医療処置の有無(0:無/1:有),食事介助の有無(0:無/1:有),移動介助の有無(0:無/1:有),経済的ゆとりの有無(0:無/1:有),主介護者の健康状態(0:不良/1:良),通所サービス利用の有無(0:無/1:有)  
 OR:odds rate,95% CI:95% Confidence Interval

## 在宅療養継続要因:1年間の在宅継続

### ❖高齢者特性

- 非癌疾患のみ、中～重度の要介護が80%
- 既往歴有、症状有が90%以上
- 医療処置有、介護・生活支援有80%
- 介護者有98%
- 介護負担:中等度、時間的負担感が他より高め

### ❖1年間の在宅継続の関連要因

- 経済的ゆとり有:6倍
- 生活支援の移動支援有:4倍
- 医療処置有:3倍



## 一時的在宅中断:病院による在宅支援

### ❖背景:

- 緊急時(レスパイ等含む)バックアップ病床の必要性
- 病院による在宅支援の検討と知見は十分ではない

### ❖目的:入院による在宅復帰・継続の検討

1. 病院による在宅支援内容
2. 入院後の在宅中断要因

### ❖研究デザイン:観察研究

### ❖対象:入院高齢登録患者



## 1. 病院による在宅支援

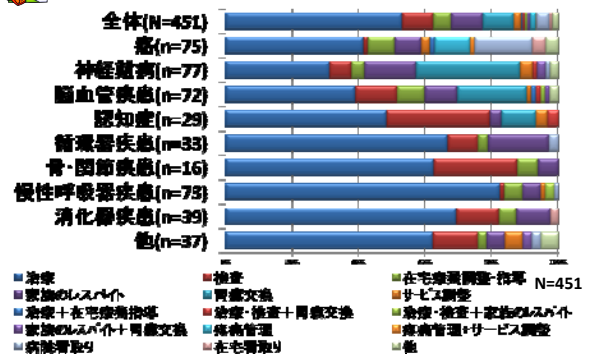


図3. 2年間に入院した高齢者への在宅支援内容

## 在宅療養調整・指導:復帰・継続

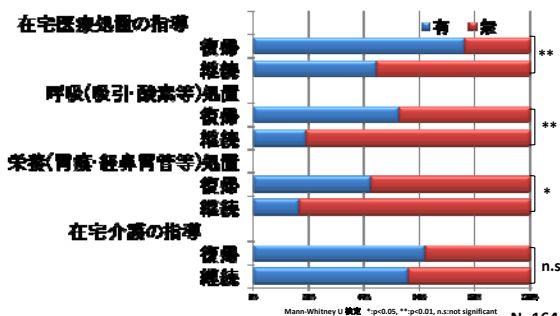


図4. 初回入院患者への在宅復帰・継続支援

大島 他(2012):日本在宅医学雑誌 13(2):107-112



## 2. 一時的在宅中断後の在宅中断

### ❖背景:在宅中断(自宅退院困難) 3%→15%と増加

### ❖目的:入院患者における在宅中断要因の検討

### ❖研究デザイン:1対2 症例対照研究

### ❖対象:生存退院高齢者252名

- 症例(在宅中断:自宅以外の退院):44名(18%)
  - 病院(64%),老人保健施設(20%),特別養護老人ホーム等(16%)

- 対照(在宅継続:自宅退院):88名

- 性別、年齢(±3歳)、疾患(癌・非癌)をマッチング

### ❖分析:多重ロジスティック回帰分析



表6. 入院後の在宅中断要因

|                          | OR   | 95%CI     | P value |
|--------------------------|------|-----------|---------|
| 在宅療養継続希望無 (0:有/1:無)      | 4.5  | 1.8-14.8  | 0.002   |
| 在院日数延長 (0:14日未満/1:14日以上) | 3.4  | 1.2-9.7   | 0.01    |
| 入院後の状態悪化有 (0:無/1:有)      | 29.9 | 3.3-271.6 | 0.003   |
| 家族の介護受け入れ困難有 (0:無/1:有)   | 6.5  | 1.9-22.0  | 0.003   |
| 介護指導実施 (0:無/1:有)         | 0.3  | 0.1-0.8   | 0.008   |

N=132  
 多重ロジスティック回帰分析(変数増加法:尤度比)  
 OR:odds rate, 95% CI:95% Confidence Interval

## 入院後の在宅継続と中断

### ❖病院による在宅支援

- 急性増悪への対応:治療・検査
- 療養支援:在宅療養調整・指導、サービス調整、  
家族のレスパイト
- 癌:疼痛管理、看取り支援
- 神経難病、脳血管疾患、認知症:胃瘻交換

### ❖入院後の在宅中断の関連要因

- 高齢者の在宅継続の希望無:5倍
- 入院後の状態悪化有:30倍
- 家族の介護の受け入れ困難:7倍
- 在院日数の延長(14日↑):3倍

## 第4回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「被災地からみた在宅医療推進への道」

話題提供： 武藤 真祐 氏  
医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック 院長

日時： 平成24年9月28日（金）19：00～21：00

場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F  
ベルサール八重洲 3階 ROOM6 会議室

## 在宅医療推進のための会 9月例会

### 被災地における在宅医療と復興への取り組み

2012年9月28日

医療法人社団鉄祐会 祐ホームクリニック  
一般社団法人高齢先進国モデル構想会議  
理事長 武藤 真祐

Copyright(C) 2012. You-HomeClinic Ichiyomaki. All Rights Reserved.

## 自己紹介

|       |  |   |
|-------|--|---|
| 診療所名  | 医療法人社団鉄祐会<br>祐ホームクリニック（東京都文京区）<br>祐ホームクリニック石巻（宮城県石巻市）  |  |
| 診療内容  | 在宅医療（24時間365日対応）   |   |
| 組織体制  | 56名<br>医師（非常勤医師含） 32名<br>看護師等医療専門職 6名<br>事務職 18名   |   |
| 累計患者数 | 1,034人（2012年8月17日現在）   |   |
| 理事長紹介 | <p>武藤 真祐<br/>医学博士、循環器専門医、米国医師国家試験合格、米国公認会計士、MBA。<br/>1996年東京大学医学部卒業。2002年東京大学大学院医学系研究科博士課程修了。<br/>東大病院、三井記念病院にて循環器内科、救急医療に従事後、宮内庁で待医を務める。その後マツケンゼラー・アンド・カンパニーを経て、2010年1月在宅医療専門を開設した。2012年9月には被災地石巻市に在宅医療診療所を開設。2012年10月には、被災地支援団体石巻医療圏健康・生活復興協議会を設立、2012年末までに約2万人日の人を動員する活動を展開。被災地復興に力を尽くす。内閣官庁「丁鶴路本部医療情報化に関するタスクフォース構成員、厚生労働省緩和ケア推進検討会構成員、総務省情報連携活用基盤を活用した在宅医療・訪問介護連携モデルの実証事業「在宅医療・介護情報連携推進協議会」評議員 等</p> <p><small>Copyright(C) 2012. You-HomeClinic Ichiyomaki. All Rights Reserved.</small></p> |   |

## 沿革

|          |   |
|----------|---|
| 2010年 1月 | 「住み慣れた地域で自分らしく生きる」をコンセプトに、東京都文京区に在宅医療診療所「祐ホームクリニック」を開設              |
| 2011年 3月 | 診療所を法人化。「医療法人社団鉄祐会」を設立  |
| 2011年 1月 | 高齢者の孤立を防ぐ社会システム創造を目指し「高齢先進国モデル構想会議」を設立（同年5月に法人化）                    |
| 2011年 9月 | 東日本大震災で甚大な被害を受けた宮城県石巻市に在宅医療診療所を開設。仮設住宅や被災地域宅への在宅医療・介護ネットワークの構築に取り組む |
| 2011年10月 | 石巻にて在宅医療診療所を核とし在宅被災住民の支援活動を開始                                       |
| 2011年11月 | 石巻医療圏 健康・生活復興協議会を設立   |
| 2012年 4月 | 石巻医療圏 健康・生活復興協議会が石巻市より事業委託を受け、現在に至る                                 |

Copyright(C) 2012. You-HomeClinic Ichiyomaki. All Rights Reserved.

## 本日のアジェンダ

- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

## 本日のアジェンダ

- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

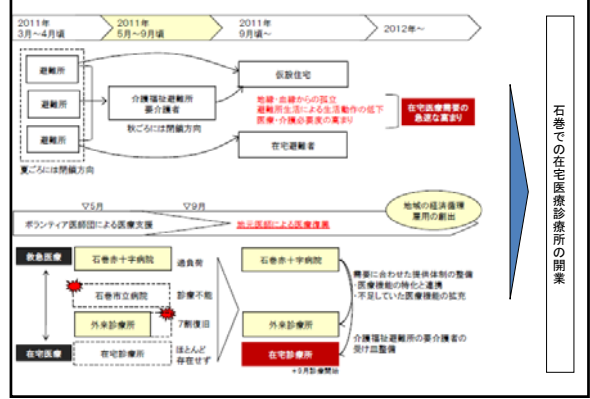
## 東日本震災により、東北地方は甚大な被害を受けた



石巻市の医療機関も、壊滅的な被害を受けた



在宅医療が求められた石巻で診療所開設を決意した



震災後2か月の状況

- 被災直後、急性期医療のチームが大活躍したが、2ヶ月後には多くが撤退を始めた
- 高齢者を中心に通院困難者が大量発生。避難生活で高齢者のADLの低下が著しく慢性期医療の需要の高まりが予想された
- 壮絶な体験によるショックや喪失感によるうつ、PTSD等心の問題が表面化。
- 急性期病院2ヶ所のうち1箇所が被災により診療不能に。外来診療所は7割復旧するも、在宅診療所は元々ほとんど存在せず、急性期病院退院患者の受け皿が不足していた
- 夏には避難所閉鎖と言われており（実際は多くが9月末から10月にかけて閉鎖）、仮設住宅へ移動後の生活支援の需要が見込まれていた
- 石巻市の仮設住宅の約半数は、徒歩15分以内に生鮮食品や日用品が買える場所に立地していなかった
- 行政は復興計画の策定、予算編成に取り組みも時間がかかり、住民救済は滞っていた。石巻市でも各局局にて取り組み、人員・設備・ノウハウ等は不足し、疲弊していた
- 慢性期医療を担う、訪問系医療・介護サービスの体制整備が急務であった
- 一時的な支援ではなく、地元と密接に関与し、継続的に支援できる体制整備が求められていた
- 民の力で、スピード感ある活動が求められた
- 医療だけでなく、生活復興支援が求められていた

診療開始までには、山積する課題解決の道のりがあった

- | 課題   | 結果   |
|--|--|
| <b>1. 院長</b><br>当初、被災し廃業した地元の医師を支援するスキームを想定していたが、同意を得られなかった  | <b>1. 院長</b><br>自らが院長となることを決意した。   |
| <b>2. 場所</b><br>空きテナント、空き家は全くない。空き地を探そうにも、土地勘や地元人脈がなく手がかりがない。土地が見つかったとしても、工事の人手は仮設住宅建設や現在の住宅修復に集中しており確保困難。 | <b>2. 場所</b><br>幸運にも繋がった地元地主との縁を大切にし、真摯に想いを伝えた結果、信頼を得、診療所建設予定地、駐車場、スタッフの住居を借りることができた。    |
| <b>3. 資金</b><br>新たな診療所建設費、人件費、交通宿泊費等、必要な経費は莫大であった。   | <b>3. 資金</b><br>計画の必要性和意義、事業継続性と将来展開の可能性が日本財団に認められ、資金提供を受けることができた。                       |
| <b>4. 時間</b><br>避難所が閉鎖される秋には、診療を開始しておく必要があった。  | <b>4. 時間</b><br>行政は本計画の意義を認め、石巻市は「市の公共事業扱い」として建設着工までの手続きを省略、また東京都は通常の迅速な手続き（通常の1/5）を行った。 |
| <b>5. 地元との連携</b><br>目的は、地域復興であることから、地元に見られ、受け入れられ、連携・協力関係を作る必要があった。  | <b>5. 地元との連携</b><br>地元医師会、中核病院、行政に当初から密に相談を重ね理解を得ることができた。                                |

まず、地元の医療関係者への相談から始めた



地元行政との相談も、重ねた



土地、工事人手確保に苦戦するも、地元内外の支援により 建設に着手できた



スタッフとして、地元の方々を迎え入れた



2011年9月1日、診療をスタートした



現在、仮設住宅や被災住宅を中心に訪問診療を行う



地域で「顔が見える」ネットワーク構築に努めている



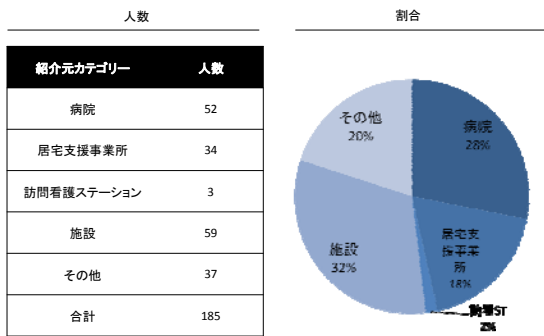
病院とのカンファレンス

毎月行う在宅医療勉強会。地域の訪問看護師、ケアマネジャー等、在宅医療に携わる方が集まる

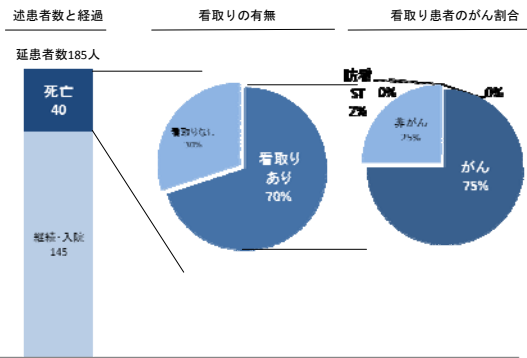


- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

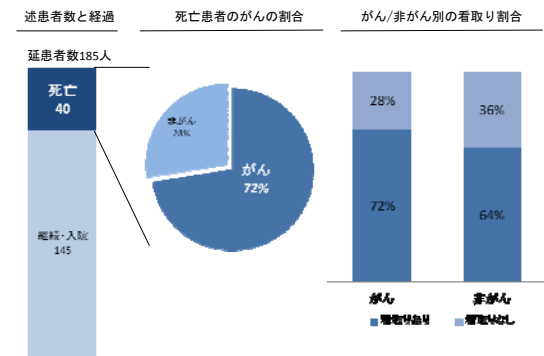
紹介元は基幹病院が3割を占める



死亡患者の看取り率は7割、うち75%はがん患者である



死亡患者に占めるがん患者は7割超、うち7割を看取る



- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

# 1 在宅医療支援システムの開発

## 在宅医療をサポートするクラウドシステムを開発した

- 訪問先でのタスク管理をより正確にしたい
- 地図から訪問スケジュールを組む作業に時間がかかる
- 患者宅に到着してから駐車、入室までの情報の管理が難しい
- 訪問先での記録が院内のシステムに反映されず二度手間が発生する
- 連携先との書類の量が膨大で作成・発送に時間がかかる
- .....

在宅医療をサポートするクラウドシステム、コンタクトセンターを開発した

Copyright(C) 2012 You-Homemec (shimomaki). All Rights Reserved.

## 機能例) 地図情報からスケジュールを作成

### ■ ルート設定画面 (PC)



### ■ スケジュール画面



←PC  
モバイル→



Copyright(C) 2012 You-Homemec (shimomaki). All Rights Reserved.

## 機能例) PCとモバイル端末とカーナビが連動し、訪問先へ自動案内



Copyright(C) 2012 You-Homemec (shimomaki). All Rights Reserved.

## 機能例) 訪問先と車の位置情報を地図上に一括表示



Copyright(C) 2012 You-Homemec (shimomaki). All Rights Reserved.

## 機能例) 駐車場から患者宅をモバイル端末でナビゲート

- 地図上で近所の駐車場から患者宅までのルートを設定できる
- モバイル端末からは患者自宅周辺地図として閲覧できる

### ↑PCの登録画面



### ↑モバイル側の画面



Copyright(C) 2012 You-Homemec (shimomaki). All Rights Reserved.

機能例) 訪問前準備と実施の正確性を向上

「スケジュール一覧」印刷イメージ

Copyright(C) 2012 You-Homedoc (shinonaka) All Rights Reserved.

機能例) 連携先への書類の作成・発送作業を簡素化

「居宅療養管理指導書」印刷イメージ

「送り状」印刷イメージ

+

Copyright(C) 2012 You-Homedoc (shinonaka) All Rights Reserved.

機能例) モバイル端末からの情報はPCに同期し閲覧モードで表記

↓ モバイル側の画面

↓ PC側の画面

Copyright(C) 2012 You-Homedoc (shinonaka) All Rights Reserved.

在宅コンタクトセンターの開発

- コール一括受け
- 電話連絡代行
- 情報入力代行



Copyright(C) 2012 You-Homedoc (shinonaka) All Rights Reserved.

2 在宅医療・介護の情報連携推進

在宅医療・介護の情報連携には課題がある

(高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部医療情報化に関するタスクフォース提出資料より)

|           |  |
|-----------|--|
| ネットワークの課題 | 患者に関わるプレイヤー全体で情報を共有するネットワークが必要である<br>・ 情報伝達の経路が間接的になりがちで、必要なところに届かない場合がある<br>・ 情報の照会先は情報伝達者以外に多く、時間と内容に制約がある<br>・ 個々に情報を蓄積しているため、情報が分散し連続性を保ちにくい             |
| 手法の課題     | ITシステム化により情報共有の効率化、情報の有効活用に務めるべきである<br>・ 同じような情報を複数のプレイヤーが収集・記録しており、非効率である<br>・ 手法が二者間での口頭・FAX・郵送が主であり、情報共有・蓄積が非効率である<br>・ 情報が電子化されていないことが多く、情報を蓄積・共有・分化しにくい |
| 人材の課題     | 特に介護職の一層の人材育成が必要である<br>・ 正確に医学的情報を収集・解釈・伝達する知識、スキルにばらつきがある   |

在宅医療・介護の情報連携をサポートするクラウドシステムの開発

Copyright(C) 2012 You-Homedoc (shinonaka) All Rights Reserved.

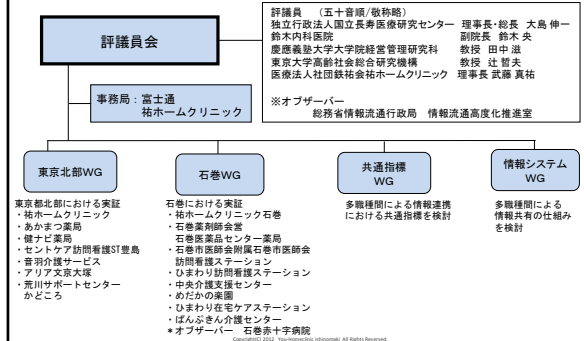


## 在宅医療・介護情報連携事業を開始した

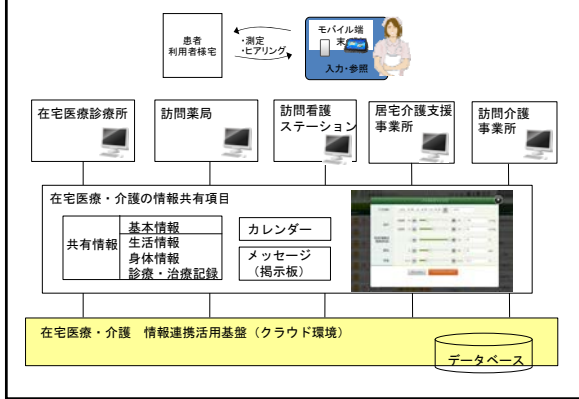
|          |  |
|----------|--|
| 事業名      | 在宅医療・介護情報の連携推進事業<br>※正式名称・情報連携活用基盤を活用した在宅医療・訪問介護連携モデルの実証実験   |
| 管轄省庁     | 総務省  |
| 概要       | 在宅医療診療所の医師や看護師、訪問看護師、訪問薬剤師、ケアマネジャー、訪問介護士等、在宅医療・介護に関わる多職種間の円滑な連携のため、ITを活用した患者情報の共有のあり方とそのシステム開発を行い、その成果を図る。   |
| 目的       | 在宅医療の質・利便性の向上を図り、在宅患者のQOLを向上する   |
| 実証場所     | 東京都北部地域（祐ホームクリニックと連携事業所）<br>宮城県石巻市（祐ホームクリニック石巻と連携事業所）  |
| 具体的な検証項目 | ・誰と誰が、どのような項目を共有するか<br>・どのような手法で共有するか（PC、モバイル端末等）<br>・どのようなシステムで共有するか<br>について検討し、 <b>実際にシステムを活用し、その効果を図る</b> |
| 事業期間     | 2012年8月～2013年3月末   |

## 多くの先生方と協働にて事業を推進している

### 【在宅医療・介護情報連携推進協議会 体制図】



## システム概要



## 共有する情報項目

■考え方の整理

- 各職種で判断・アクションの際に必要な情報項目をあげる。
- 必要項目はミニマムセットとし、後から追加できるようにする。
- 情報の入力は、直感的な操作（選択型）を考慮する。

■情報項目の候補

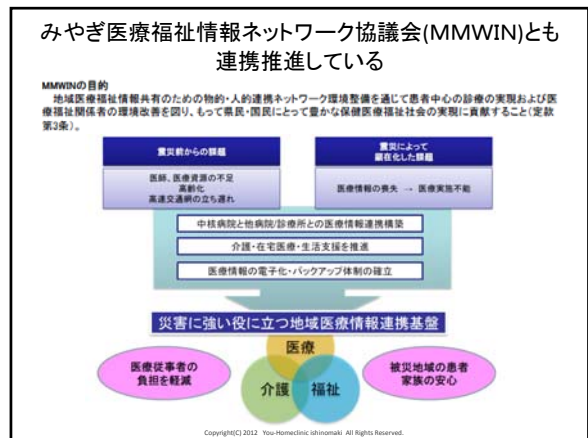
|          |   |
|----------|---|
| ①基本情報    | 氏名、性別、年齢、住所、電話番号（患者、家族、キーパーソン）、家族構成、同居の有無、キーパーソン、連携先事業所の連絡先、体重薬および薬物アレルギー、注意事項、今後の入院先情報、要介護度、現病歴、認知症の有無 |
| ②生活状況    | 睡眠状況、排便状況、食事状況、活動状況、メンタル状況、服薬状況<br>薬に関する指示（服薬を止めるタイミング・再開するタイミング）                                       |
| ③身体状況    | 脈拍、血圧、体温、SpO2、皮膚の状況（褥瘡）、<br>疾病特有の記録（体重、排泄量、飲水量、Face Pain Scale（6段階））                                    |
| ④診療・治療記録 | 本人・キーパーソンへの病状説明（ムンテラ）、今後の治療方針、主訴、入院中の情報   |
| ⑤その他     | 各事業者の訪問スケジュール   |

## システム画面例



## システム画面例





### WWWINは総務省事業として、厚労省と連携し、オール宮城の体制で推進されている

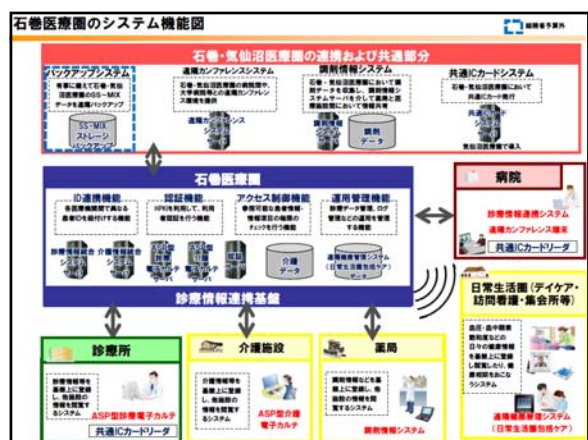
| 役員  |                             |        |
|-----|-----------------------------|--------|
| 理事長 | 社団法人宮城県医師会 会長               | 藤野 敏二  |
| 理事  | 宮城県老人保健施設連合会 会長             | 青沼 孝博  |
| 理事  | 社団法人宮城県看護協会 会長              | 上野 実子  |
| 理事  | 全国自治体病院協議会 宮城県支部長           | 電山 元信  |
| 理事  | 社団法人宮城県歯科医師会 会長             | 後々木 孝博 |
| 理事  | 社団法人宮城県歯科医師会 副会長            | 佐藤 和宏  |
| 理事  | 東北大学病院長                     | 下堀 川敏  |
| 理事  | 東北大学メディカル・ゲルバ・ヘルス連携情報ICT部門長 | 高木 永徳  |
| 理事  | 社団法人宮城県産科医師会 会長             | 藤谷 仁重  |
| 理事  | 宮城県病院協会 会長                  | 遠矢 貴一  |
| 監事  | 宮城県立がんセンター 院長               | 西條 亮   |
| 監事  | 社団法人仙台市医師会 会長               | 永井 幸次  |

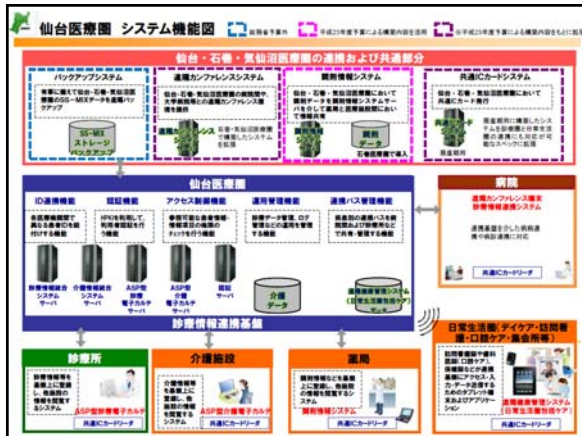
  

| システム構築委員会: 家 |         |       |
|--------------|---------|-------|
| 区分           | 分野別部会名  | 部会長   |
| 医療部          | 高齢医療部会  | 藤野 敏二 |
|              | 在宅医療部会  | 藤野 敏二 |
|              | 総合医療部会  | 藤野 敏二 |
|              | がん医療部会  | 藤野 敏二 |
|              | 救急医療部会  | 藤野 敏二 |
|              | 産科部会    | 藤野 敏二 |
|              | 小児科部会   | 藤野 敏二 |
|              | 歯科部会    | 藤野 敏二 |
|              | 眼科部会    | 藤野 敏二 |
|              | 耳鼻科部会   | 藤野 敏二 |
| 福祉部          | 介護部会    | 藤野 敏二 |
|              | 障害者部会   | 藤野 敏二 |
|              | 高齢者部会   | 藤野 敏二 |
|              | 障害児部会   | 藤野 敏二 |
|              | 障害者福祉部会 | 藤野 敏二 |
|              | 障害児福祉部会 | 藤野 敏二 |
|              | 障害者生活部会 | 藤野 敏二 |
|              | 障害児生活部会 | 藤野 敏二 |
|              | 障害者就業部会 | 藤野 敏二 |
|              | 障害児就業部会 | 藤野 敏二 |

| 諮問委員会(アドバイザー)       |       |  |
|---------------------|-------|--|
| 日本版iPS細胞研究推進委員会 委員長 | 小倉 真由 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事長      | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 副理事長     | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |
| 宮城県立総合研究機構 理事       | 櫻井 秀明 |  |





- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

### 被災住民の健康・生活の復興支援活動を行っている

**概要**

- 2011年10月より、東日本大震災において甚大な被害を受けた石巻市・女川町の在宅被災世帯の支援活動団体「石巻医療圏健康・生活復興協議会」を設立、健康・生活アセスメントとその後のサポートを実施している

**目的**

- 行政の目が届きにくい在宅避難世帯住民のニーズを拾い上げ、速やかに適切な支援を行う
- 住民のネットワークの再生や、孤立・孤独、それから派生する自殺・孤独死の予防を図る

**特徴**

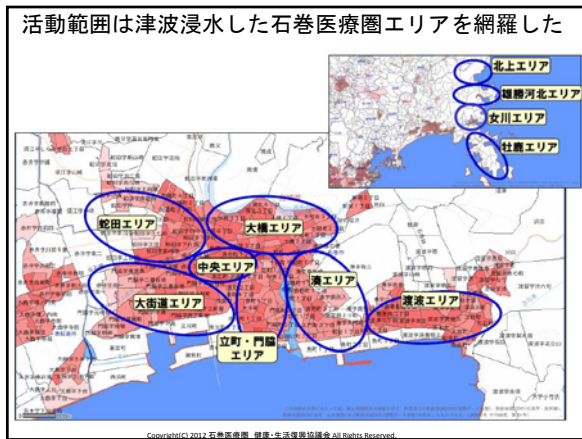
- 医療専門職と行政、NPO、企業等による共同体である
- ICTを用いた高度なデータベース管理をしている
- 調査に留まらず、適切な支援を行なっている

### 行政の支援が薄い在宅被災世帯5,000世帯を対象とした

在宅避難世帯とは、浸水被害エリアにおいて住居が被災をしたが、自宅で生活を続ける世帯。石巻市・女川町で5,000世帯、約15,000人が存在すると推察されている（当時推計）。

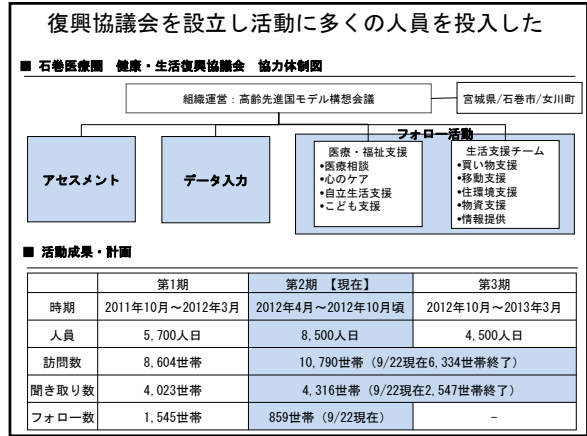
| 住宅損害   | 世帯数  | 実態把握・支援活動  | 支援団体                  |                      |
|--------|------|------------|-----------------------|----------------------|
| 住宅損害あり | 6万人  | 在宅被災 1.5万人 | 行政では未実施<br>個別訪問が必要    | 民間ボランティア             |
| 住宅損害なし | 10万人 | 民間賃貸 1.8万人 | 行政では一部実施<br>居住場所は県が把握 | 不明                   |
|        |      | 仮設住宅 2.7万人 | 行政で実施<br>場所の把握は容易     | 行政<br>社協<br>民間ボランティア |

2011年10月当時



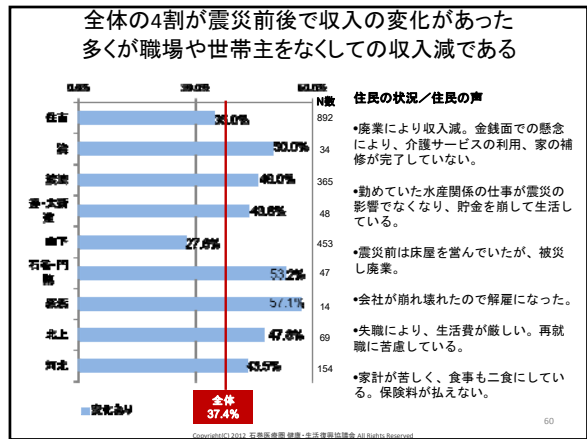
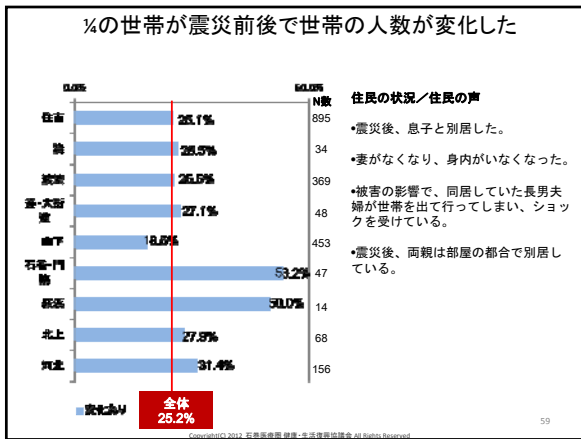
### 専門職を中心にアセスメントからフォローまで行った

| 内容            | 担当者   |   |
|---------------|---|---|
| <b>アセスメント</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 在宅避難世帯の戸別訪問調査</li> <li>• 健康・生活に関する事項を包括的に聞き取る</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療専門職を中心とした調査員</li> </ul>              |
| <b>情報精査</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 全情報を専門職が精査、要フォロー者を抽出し担当職を設定する</li> <li>• 毎週定例の全体ミーティングで確定する</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療・福祉専門職</li> </ul>                    |
| <b>フォロー</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療・福祉・生活面に関し、適切な専門職により個別にフォローする</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 医療・福祉専門職</li> <li>• 生活支援チーム</li> </ul> |

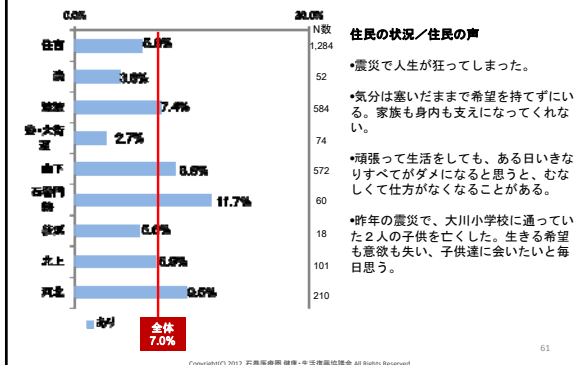


### 情報はデータベース化した

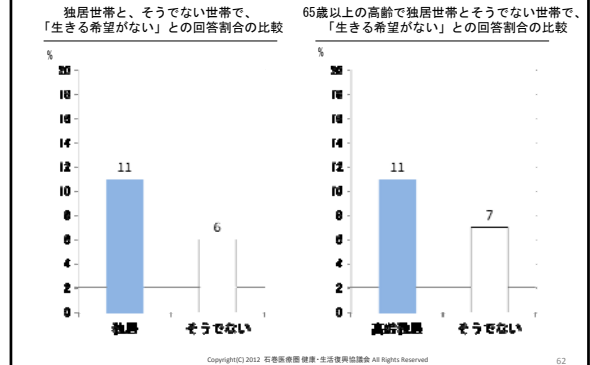
- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）**
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題



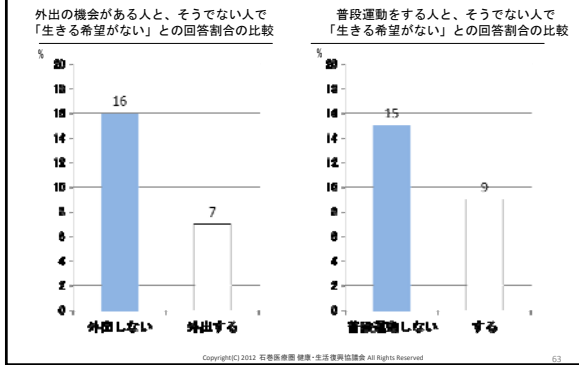
### 全体の7%が、希死念慮を感じている



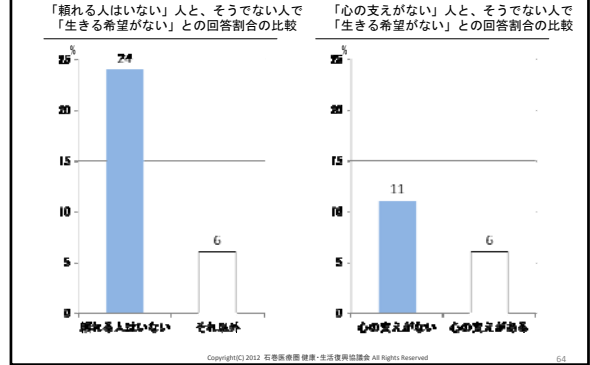
### 独居と希死念慮は相関が見られる



### 外出頻度、運動量と希死念慮は相関が見られる

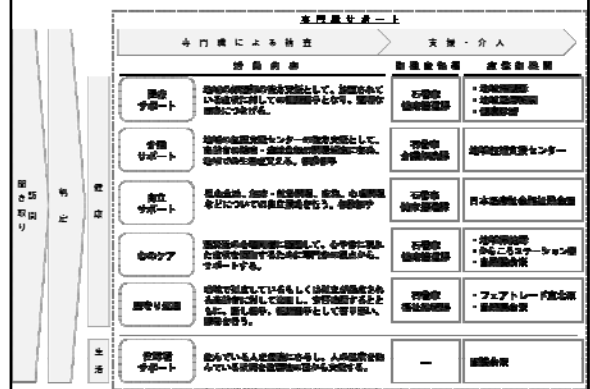


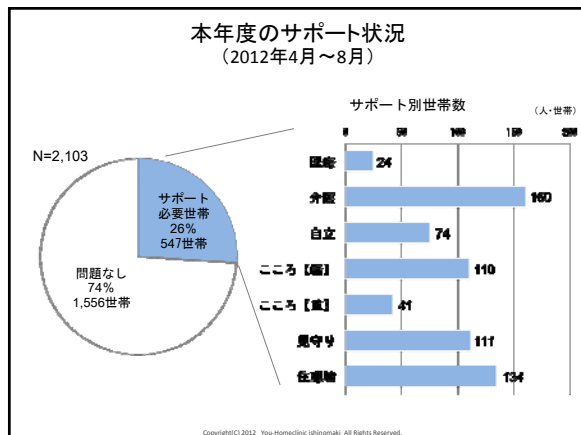
### 「頼れる人」「こころの支え」の有無は希死念慮と相関が見られる



- 3.11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果 (抜粋)
- サポート活動結果 (概要)**
- 今後の課題

### 地域と連携し専門職による個別フォローを実施している





- 3. 11の悲劇～石巻診療所の開設
- 石巻診療所の概況
- 在宅医療・介護の情報連携の推進
- 在宅避難世帯健康・生活支援活動概要
- アセスメント結果（抜粋）
- サポート活動結果（概要）
- 今後の課題

- ### I. 行政を補完する民間のあり方を示す
- 想定外の大自然事に対応できるように行政が作られていなかった。さらに、これからの超高齢社会に突入する我が国で住民が抱える問題は多岐に亘り、それらに対応できるような行政の仕組みではなく現在の国の財政状況から体制整備は困難である。
  - そこで、民間が行政の仕組みを補完する役割を担うことが求められる。民間の優れたところは、市場を見て柔軟に自分たちのやり方や役割を変えていけること、イノベーションを追求しより効率的な仕組みを作り上げることである。それらの利点を、社会課題の解決に活かしていきたい。
  - 被災地では、時間の経過とともに、刻々と住民のニーズは変化する。それらをきめ細かく汲み取り、それら応えることができる場所に繋いでいく。繋ぎ先がないもしくは繋ぎ先がキャパシティや機能がなければ、それを民間の方で生み出し補っていく。

- ### II. 現地の力を引き出す
- 一時の有事を超えたとはいえ、これから息の長い復興活動が続き、決して容易な道ではない。このときに外部支援者が行う支援とは「現地の力を引き出す支援」である。
  - その地域の住民の生活、命を守るのは、その地域が主体である。外部から多くの一時支援が入ったこの地で、それらの力を活かし、いかに地域の力を底上げしていくかが、最も重要な視点であると考ええる。
  - 被災地では、ほぼすべての家庭が何らかの問題を抱えている。自らそれらを解決し乗り越える世帯もあれば、支援を必要としている世帯もある。支援を必要としながらそれを抱え込み表に出さない家庭もある。それらの住民を支える地域の保健師や地域包括支援センター、民生委員、また医療機関や介護事業所を後方支援するという外部支援の位置づけが望ましい。また、最終的に地域力の底上げは支えあいの住民ネットワークの構築に寄るものであり、崩壊したコミュニティの再生と育成は、外部支援の重要な役割である。
  - 既存の枠組みでは賄えない役割に関しては、外部からの専門職団体やNPO、企業などの力を活かし、新しい公共を産み、地域とともに育み現地化していくといった試みを促進することが重要である。

ご静聴ありがとうございました

Copyright(C) 2012 You-Homemetic ohnomaki All Rights Reserved.

## 第5回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅医療推進は誰の仕事か？ —地域力診断の試み—」

話題提供： 太田 秀樹 氏  
医療法人 アスムス 理事長

日時： 平成24年10月26日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F  
東京ステーションコンファレンス 605A 会議室

第5回「平成24年度在宅医療推進のための会」

### 在宅医療推進は誰の仕事か？地域力診断の試み



マグマジャイアンツ

【開催日時】平成24年10月26日(金)19:00~21:00  
【開催場所】東京ステーションコンファレンス 605A会議室  
(話題提供)太田秀樹様 医療法人アスミス 理事長

### 自己紹介



1953年 奈良市 生まれ  
1979年 麻酔科入局(麻酔科標榜医) ICU勤務  
1981年 整形外科入局 (日本整形外科学会認定専門医)  
1983年 脊髄電気生理学(大学院)  
1992年 在宅医療を旗印に開業(午後から地域型)  
グループ・プラクティスとケア・マネジメント  
訪問看護 24時間・365日  
2000年 介護支援専門員

現在 在宅療養支援診療所 3箇所(小山市・栃木市・結城市)  
介護老人保健施設 通所介護事業所  
グループホーム 在宅介護支援事業所  
訪問看護ステーション 3箇所(小山市・栃木市・結城市)  
コミュニティーケア研究所  
(医療法人の傘下にNPO法人・株式会社)

### 北関東の紹介

群馬県 栃木県 茨城県



### 本日の話 在宅医療の推進は誰が？

なぜ、往診医療が絶えたのか

病院死が日本の文化になった背景

- i) 1970年代 何が起こったか
- ii) 国民の意識
- ii) 国家の方策

在宅20年の実践を通して感じる社会の変遷

地域診断の試み 15分(長島洋介)

### おやま城北クリニック



1992年4月開院

### 地域の産業との複合体 蔵の街診療所(2000年)

医療・介護専門職を超えた多機能施設連携モデル





## がんと老衰(虚弱高齢者) 看取りの場所

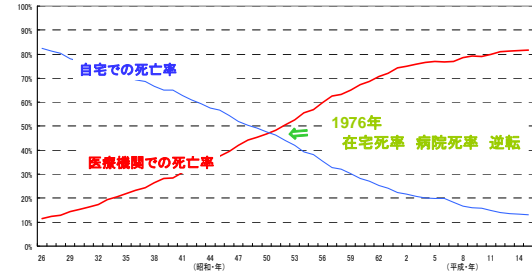
### 病院死 (がん死)

|      |     |       |
|------|-----|-------|
| アメリカ | 41% | (38%) |
| オランダ | 35% | (28%) |
| 日本   | 85% | (93%) |

アメリカ:1998年 Health Affairs(04) オランダ:1998年 統計局(CBS) Koderitsch  
日本:2004年 人口動態調査 社会保険旬報 '04.9より 引用

## 医療機関における死亡割合の年次推移

医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料「人口動態統計」(厚生労働省 大宮保健統計情報部)

## 1970年代 何が起こったか

1970年 高齢化社会に突入 高齢化率7.1%

1995年 高齢社会 (14.5%) 7%⇒14% 25年  
2007年 超高齢社会 (21.5%) 14%⇒21% 12年  
2012年 高齢化率 24% (4人に1人)

1972年 「一県一医科大学構想」具体化

医科大学・医学部入学定員増  
1976年⇒4,380人 1987年⇒8,360人 約10年で医師数倍増  
40年後 開業医は臓器別専門医ばかり

1973年(東京都'69・秋田県'69)老人医療費無料化  
社会的入院増加 福祉施策の貧困 医療が肩代わり

1975年 EMI社製頭部CT1010 東京女子医大に設置  
医療の高度化 病院債優

女性の社会進出 家族形態の変化(非婚化・晩婚化・DINKS・核家族化・老老世帯)  
地域共同体(コミュニティ)の崩壊

昭和47年6月

「恍惚の人」

有吉佐和子

新潮社



.....現代にあって老いて生きるのは自殺するより遥かに痛苦のことでであると悟った。科学の進歩は人間の寿命を延ばしたが、それによって派生した事態は深刻である。.....

## 医療提供体制の各国比較(2007年)

○我が国は諸外国に比べて平均入院日数が長く、また、病床当たりの医療従事者数が少ない。

| 国名   | 平均入院日数 | 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   | 34.1   | 13.9       | 14.9       | 2.1        | 66.8         | 9.3          |
| ドイツ  | 10.1   | 8.2        | 42.5       | 3.5        | 120.7        | 9.9          |
| フランス | 13.2   | 7.1        | 47.2       | 3.4        | 108.2        | 7.7          |
| イギリス | 8.1    | 3.4        | 72.7       | 2.5        | 294.2        | 10.0         |
| アメリカ | 6.3    | 3.1        | 77.5       | 2.4        | 337.2        | 10.6         |

出典:「OECD Health Data 2009」 注:医師数、看護職員については、日本は2006年のデータ  
○ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って算出した数値である。  
※ 平均入院日数の算定の対象病院はOECDの統計上、以下の範囲となっている。  
日本:全病院の病床、ドイツ:急性期病床、慢性期病床、平均の病床数(ドイツの病院は「ヘルツォーグフェルデ」の病院を除く)  
フランス:急性期病床、長期病床、精神科病床、その他(フランスの病院は「長崎県を除く」)  
アメリカ:AMH(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

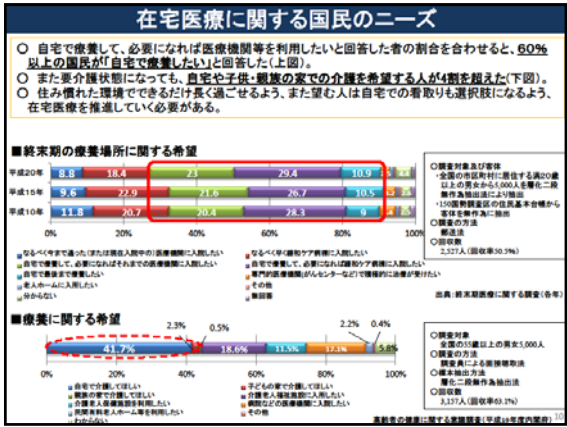
## 在宅医療の推進を妨げる 社会的入院



社会的入院の原因は何かと聞かれれば、入院したいと思う患者、在宅介護を忌避する家族、そして入院させても構わない病院の利害が一致するからというのが、一応の答えである。

しかし、その背景には、在宅医療・介護、介護施設、病院医療の間の不均衡問題が患者・家族側の制度的な背景要因としてあり、加えて公営社医療&ケアに対する国民の理解が不足していること(需要側の要因)があり、さらに病床の過剰とマンパワー不足を原因とする低密度医療の体制があり、この低密度医療が高齢者の入院・施設入所の需要自体を作り出していること(供給側の問題)があるといえよう。

# 国民(患者・家族)の意識

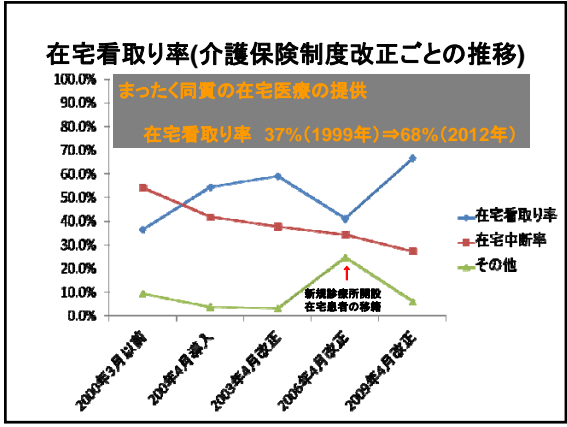
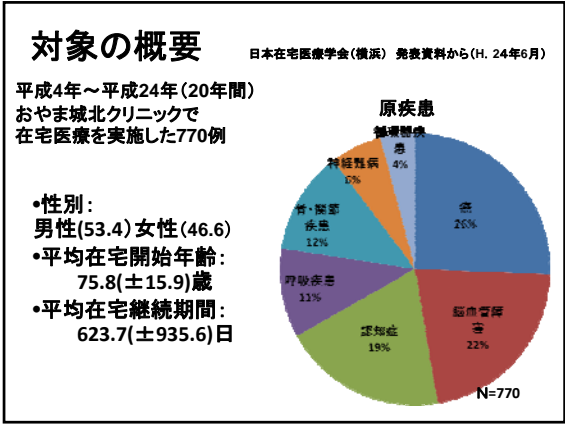


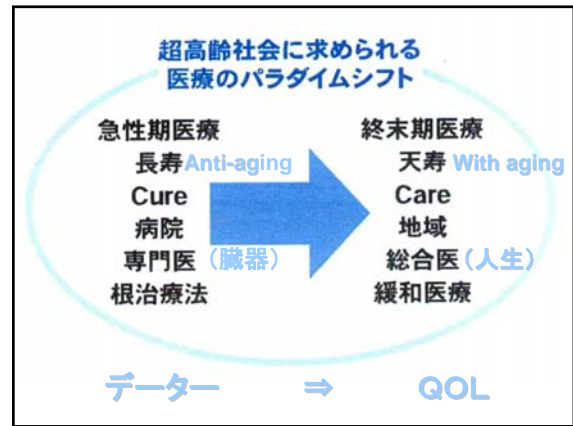
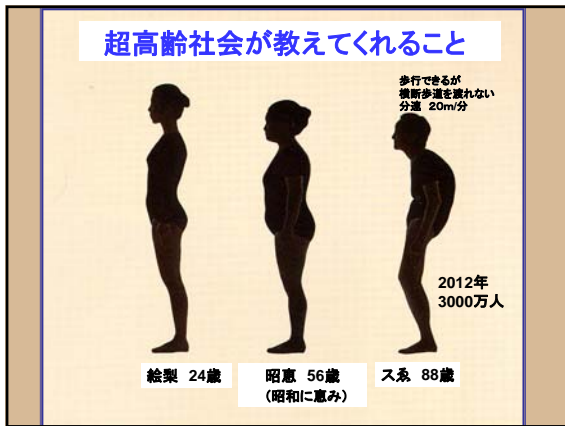
### 国民が希求する在宅医療

羽田澄子監督 ドキュメンタリー映画 2007年

安らかな死を望んでも往診してくれる  
 医師も少なく……

- ### 高度先進医療への疑問
- 1976年 日本尊厳死協会
  - 1977年 日本死の臨床研究会 ホスピターミナルケア研究の老舗
  - 1982年 生と死を考える会 市民の集まりとして
  - 1988年 ホスピス研究会 李羽俊文子(看護師)ホスピスケアの草分け
  - 1990年 「寝たきり老人」のいる国いない国 大熊由紀子 **高度医療への疑問**
  - 1994年 日本ホスピス・在宅ケア研究会 「死」の権利「自己決定権の確立」
  - 1995年 死を学ぶ(有斐閣) 柏木哲夫 **死は医学の敗北ではない**
  - 1996年 病院で死ぬということ 山崎章朗
  - 2000年 終末期を考える市民の会 「終末期宣言書」自分が望む人生の終焉を
  - 2003年 日本緩和医療学会発足 Palliative Medicineの学際的かつ学術的研究
  - 2003年 大往生のすすめ 早川一光
  - 2007年 満足死(足田善平医師) 奥野修司 **読売新聞社 医療ルネサンス**
  - 2010年 平穏死のすすめ 講談社 石飛幸三
  - 2011年 大往生したければ医療とかかわるな 中村仁一 **「終活」新聞のヘッドラインに**
  - 2012年 平穏死 10の条件 ブックマン社 長尾和宏



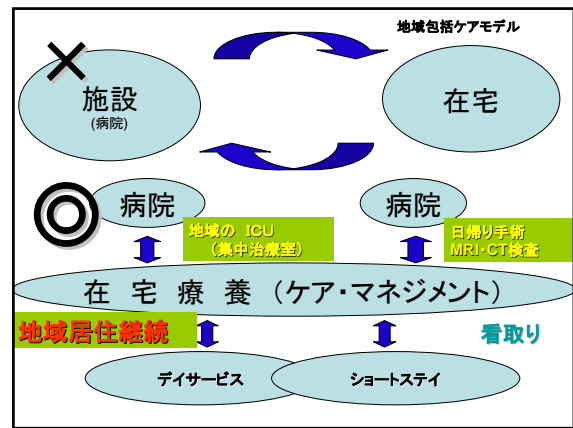


### 21世紀 病院の世紀の終焉 猪飼周平氏

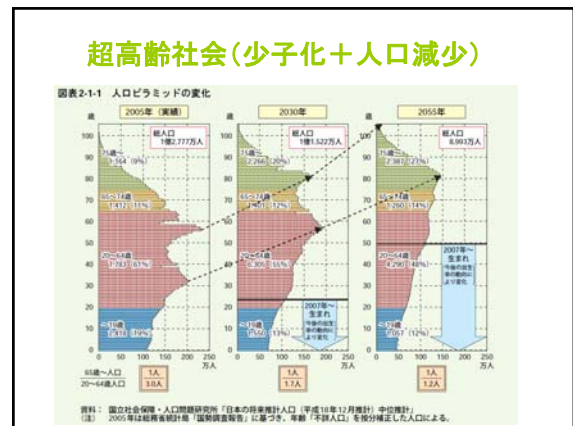
遺伝子の解明  
人工臓器 (再生医療) 臓器移植  
慢性腎疾患⇒尿毒症⇒死亡  
1970年代 血液透析  
1980年代 腎移植

臓器治療の限界  
移植 (transplantation)  
⇒置換 (replacement)へ  
iPS で脳神経移植は可能か？  
制度がどうであれ、  
医療はより地域的で包括的になる これは時代の必然である

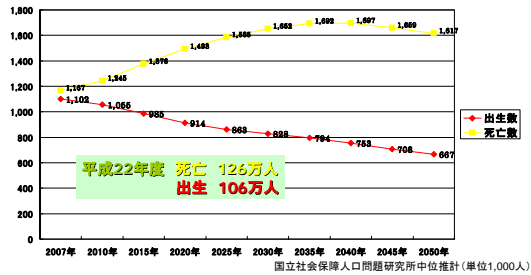
病院の世紀の終焉！！



# 国の施策



## 超少子社会・多死社会の到来



## 制度から在宅医療を牽引

- 介護保険法  
高齢者の**在宅療養を多職種協働**で支援
  - 障害者自立支援法  
**脱施設化** 地域での暮らしを支援
  - がん対策基本法  
**在宅ホスピスケア**(がん拠点病院と地域診療所との連携)
- ☆ 在宅療養支援診療所 (診療報酬上のインセンティブ)  
☆ 在宅療養支援歯科診療所  
☆ 在宅療養支援病院  
☆ 強化型在宅療養支援診療所

## 在宅医療・介護あんしん2012 厚生労働省

### 5疾病

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患

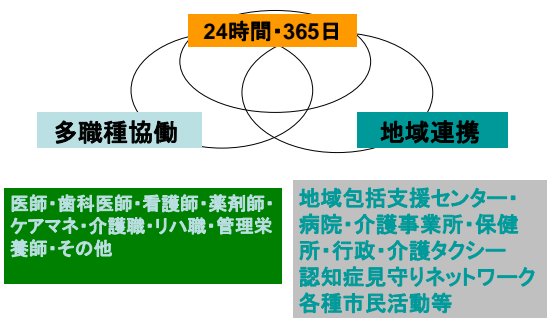
**都道府県 第6期保健医療計画  
数値目標設定して盛り込む**

同産期医療・小児医療(救急医療を含む)

在宅医療

## 在宅医療推進の ステークホルダー？

## 在宅医療推進基本3要素



## 看取りまで支える 在宅医療＝訪問看護

## 職能団体のミッション



## 訪問看護推進連携会議 訪問看護拡充

H20. 5.13 設置 **10年戦略**

～ 最期まで安心できる療養生活の実現にむけて ～

**設置目的**

訪問看護拡充10ヵ年戦略の具体化と強力な推進を図る

【20年度検討事項】

- 平成21年度の介護報酬改定に向けた要望事項の整理と要望活動
- 訪問看護サービス開始の在り方と新たな仕組みづくりにむけた提案
- 効率的な訪問看護サービス提供のためのシステム構築
- 訪問看護を推進するための諸課題の検討
- その他

参加団体: 日本看護協会、日本訪問看護振興財団、全国訪問看護事業協会

### 訪問看護師への期待

- チームの構成基本要素  
母性 (XX) と父性 (XY) = 医師と看護師
- 医師の諜報部員役
- 患者・家族の弁護士役
- 在宅ケアコーディネーター  
医療職と介護職をつなぐ

cure care heal 3つの視点

12年前には

1996年6月7日  
 フジテレビ 金曜エンタテイメント  
 「白衣の天使・密着24時」

バラエティ&ドキュメンタリー  
 5・25 6・7

FOCUS  
 訪問看護の現場に密着して



## 行政の役割

### 首長の資質 福祉部長に任せる?

**行政との連携**

**在宅医療が地域を変える**

在宅フォーラムin廣の街 2007

地域活動を行政が後押し  
市長が参加

**栃木県の取り組み**

基礎自治体と保健所の役割??

2011年(平成23年) 7月20日(木曜日)

**在宅医療推進へセンター**

県協議会充足体制検討へ

**地域包括ケアシステム**

日常生活圏  
30分で行けられる圏域

生活支援 介護 医療 住まい 予防

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】  
地域包括ケアを実現するためには次の5つの視点での取組みが包括的利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供、継続的入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供に行われることが必要。

- 1 医療との連携強化
  - ・ 24時間対応の在宅診療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。
- 2 介護サービスの充実強化
  - ・ 特需などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
  - ・ 24時間対応の在宅サービスの強化
- 3 予防の推進
  - ・ できる限り要介護状態とならないための予防的取組や自立支援型の介護の推進
- 4 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
  - ・ 一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などサービス）、サービスを推進
- 5 高齢期になっても住み続けることのできる「アフォーブルな高齢者住まいの整備(原文案)」
  - ・ 高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

**居宅系高齢者施設  
‘在宅医療’**

**医療・介護連携  
国土交通省との連携**

2頁10日(木曜日) 北関東 栃木 高杉 新聞

**終末期の救急搬送**

**看取り進まず 常態化**

経験不足と訴訟回避

住居アングル

10%が高齢者施設から  
一ヶ月生存 4%  
一年生存 0%

平成20年12月10日

**居宅系高齢者施設での  
終末期医療**

読売新聞

2010年10月16日 栃木 1面

在宅所で 夫がみとる

## 歯科医師が 在宅医療推進の リーダーに



## 市民(として)の 役割

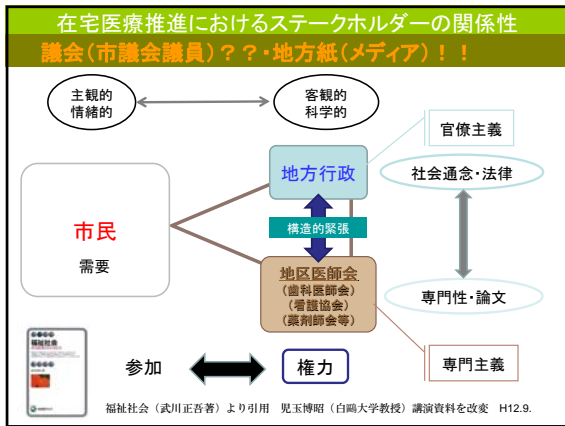


### 蔵の街コミュニティーケア研究会

- 平成10年 発足
- 隔月で開催 参加費 500円 継続は力
- 行政政策に反映
- 社会資源の掘り起こし
- 顔の見える関係性 人柄を知り、信頼へ
- 多職種 市民 自由参加

配布資料 参照





近代医学(20世紀の医学=病院医療)

感染症の歴史  
病院で急性期疾患と戦った結果の死  
死体の処理 感染症拡大を阻止 医学の課題

高齢者は自宅で家族に看取られる  
住診医による死亡判定・死後の処置は嫁の役割

病院の世紀の終焉  
21世紀の医学=地域包括医療(ケア)

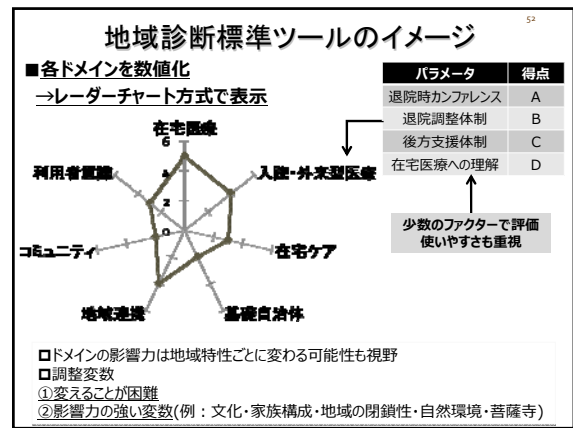
加齢医学 天寿を支える医療

地域が支える

文化としての在宅看取り

### なぜ地域診断が必要か

- 3つの基礎自治体(茨城県結城市・栃木県栃木市・栃木県小山市)で、全く同質の在宅医療を提供している
- しかし、在宅医療のニーズが大きく異なる
- その理由を解明して、在宅医療推進につなげる方策を考える一助としたい



■現状  
ソフト・ハードの両面から、自分が望む場所で最期を過ごせる環境が整備されていない。

■Research Question  
住み慣れた地域で、尊厳を持ったまま最期を過ごすことのできる地域づくりが求められる中、実現に向け必要なことは？

■プロジェクトの目的のひとつ  
「住み慣れた地域で、”望めば”最期まで安心して過ごせる環境整備状況を、ドメインごとに評価する地域診断ツールを作成する」  
(最期は在宅で…と安心して選べる街づくり)

\* 最小限の在宅療養環境構築⇒まずは在宅看取り率  
\* 主に中規模都市を対象(人口数万から20万人前後)

### 評価ツール概要

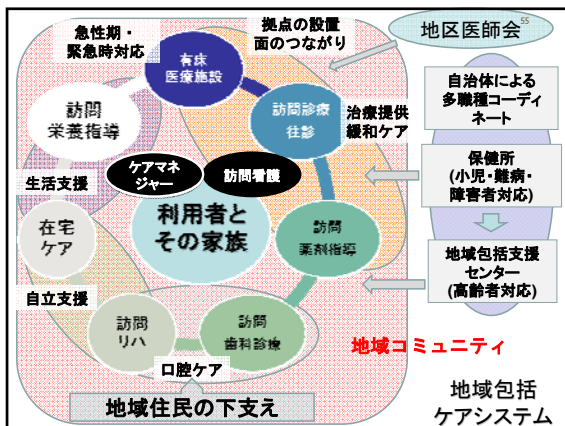
■評価ドメイン  
地域の在宅医療の推進具合を評価する7つのドメインを設定

1. 在宅医療 (在宅医療提供体制の未整備(阿部,2009/秋山ら,2011))
2. 入院・外来型医療 (視察/地域の病院の在宅への理解の重要性)
3. 在宅ケア (家族介護力の低下(厚労省, 2011/藤本ら,2001))
4. 基礎自治体 (視察/介護保険者としての基礎自治体の役割の多様性)
5. 地域連携 (視察/多職種連携ネットワークの重要性の認識)
6. コミュニティ (視察/公的サービスの隙間を埋めるための地域)
7. 利用者意識 (下野新聞社「終章を生きる」の影響、住民アンケートから)

■基本版ツールと発展版ツール

- ① 収集可能で、かつ客観的な項目から作成した基本版ツール
- ② 質的に抽出した項目をメインとした発展版ツール





## 具体的な評価指標(ファクター)

### ■具体的に評価する項目:ファクター

(選定方法) ① 質的検討から項目を絞り込む。

- ・ 基本版ツールのファクター
  - ② 厚生労働省のデータや栃木県のデータを利用して在宅看取り率との相関関係を確認。
  - ③ 統制変数として在宅看取り率と関係を持っていた地域の「面積、65歳以上高齢者率、社会移動率」を投入した重回帰分析により、そのファクターの効果を確認。
- ・ 発展版ツールのファクター
  - ② 栃木県の在宅医療実態調査の項目を活用して、マッチングした項目と在宅看取り率との関係を上記と同様に確認。
  - ③ 在宅看取り率だけでは把握しきれない側面を、質的に補充(在宅医療の対象者の大半は高齢者)。

## 基本版評価ファクター (1)医療サービス

### ・基本版ツールのファクター項目

黒字：二次医療圏域データ(2008)で検証済み、赤字：未検証

- ① **在宅医療** ⇨ 在宅医療の提供状況
  - ◆在宅医療サービス実施率
  - ◆訪問看護ステーションの緊急時訪問の同意者の数
  - ◆医師会の理解(自主的収集)
- ② **入院・外来型医療** ⇨ 在宅医療のバックアップ体制
  - ◆平均在院日数
  - ◆退院調整支援施設整備率
  - ◆在宅看取り実施病院率
  - ◆後方支援の有無(自主的収集)

## 基本版評価ファクター (2)支援専門職関連

### ③在宅ケア ⇨在宅ケアの提供状況

- ◆総事業所数、一事業所あたりの実利用人数・延利用人数、一人あたりのサービス利用回数を用いて、指標化を検討中。

### ④基礎自治体 ⇨民間で実施しにくい非営利活動

- ◆認知症サポーター講座開催回数(市区町村による)

### ⑤地域連携 ⇨医療・看護・介護・福祉の枠を越えた地域全体としての連携

- ◆多職種連携組織の有無
- ◆多職種連携会議の有無
- ◆地域資源マップ有無

## 基本版評価ファクター (3)地域のあり方

### ⑥コミュニティ ⇨地域のあり様

- ◆医療・福祉/まちづくり関連NPO数
- ◆集いの場の数(公民館含む)  
(公民館の数が在宅見取り率に有意な正の影響)
- ◆自治体参加率(自主的収集)
- ◆民生委員(自主的収集)

### ⑦利用者意識 ⇨地域の利用者の意識

- ◆高齢者向け設備整備状況  
(地域の在宅療養への関心度を示す代替指標)
- ◆公民館の関連講座開催・参加状況(自主的収集)

## 平成23年度栃木県在宅医療実態調査の活用



栃木県が平成23年度に詳細な在宅医療の実態調査を実施。データの提供をお願いしたところ、快諾を得られ、このデータを基に、自主的収集データを加えた詳細な妥当性、信頼性、重み付けの検証を実施する予定。

<http://www.pref.tochigi.lg.jp/e01/zaitakuiryou.html>

\*注)行政の持つデータの詳細な提供を求めるには、国からの研究費で実施されているプロジェクトに限られている。

平均的な地域と言われる栃木県を基礎としてツールの評価リストを作成し、今後、全国の基礎自治体へのアンケート調査を実施する予定。汎用性を確保していく。

## まとめ

現場ではネットワークが構築 やる気のある者のところにやる気が集まる  
しかし

基礎自治体の行政マンは仕事を増やしたくない

多くの開業医は往診したくない 介護保険制度がわからない

病院医師語録

- ① 病院死は日本の文化だから守りたい(M氏)
- ② 多死時代に病院での死亡判定は合理的(O氏)
- ③ 医師と看護師がそばにいるところで看取られる幸せ(T氏)
- ④ 在宅医療なんて家族がかわいそう(O氏)

歯科医師・看護師・薬剤師・リハ職等は、在宅医療に理解

医師会長を変えると医師会が変わる

首長を変えると地方行政が変わる

市民を変えると地域が変わる

文化が変わると医師は発作的に変わる

## 第6回「平成24年度在宅医療推進のための会」

話題提供： 米山 武義 氏  
静岡県歯科医師会 米山歯科クリニック 院長  
「口を通して見えてくる医療と福祉の近未来」  
ー口腔の環境と機能を守るー

佐藤 保 氏  
日本歯科医師会 常務理事  
「訪問歯科診療推進のアクションプラン」  
ー訪問診療への歯科医師会ビジョンー

日 時： 平成24年12月21日（金）19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F  
東京ステーションコンファレンス 605B 会議室

## 口を通して見えてくる 医療と福祉の近未来

—口腔の環境と機能を守る—

静岡 米山歯科クリニック  
米山武義

## 夜明け前の歯科医療

1. 生命を守る歯科医療
2. 生活を支援する歯科医療
3. 生きる意欲を引き出す歯科医療
4. 人生をまっとうするための歯科医療



歯科医療が、より深みのある領域に入ってきた。

## 歯・口腔と 超高齢社会という現実

## 歯と口腔と長寿の関係！

1. 健康の維持、増進
2. 疾病・障害からの回復

- a. 食からのエネルギー摂取
- b. 精神的な安定

•光の面

「99歳までは助走、  
100歳からが、本番！」

と激励する人がいる。

•光の面

## 健康法

100年続ける「一口30回」

物心ついたころから、100年、母親の  
教えを忠実に守り続けている。

# 広島県呉市における 高齢者の調査

1030名の8年間の生存分析



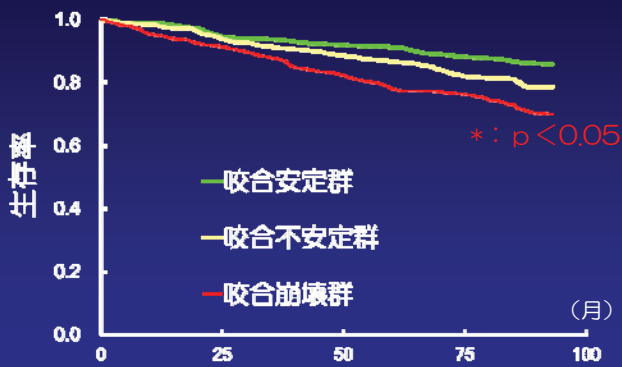
初回調査：1995年10月～1995年12月  
予後調査：2003年8月より開始

生存749名，死亡239名，不明42名

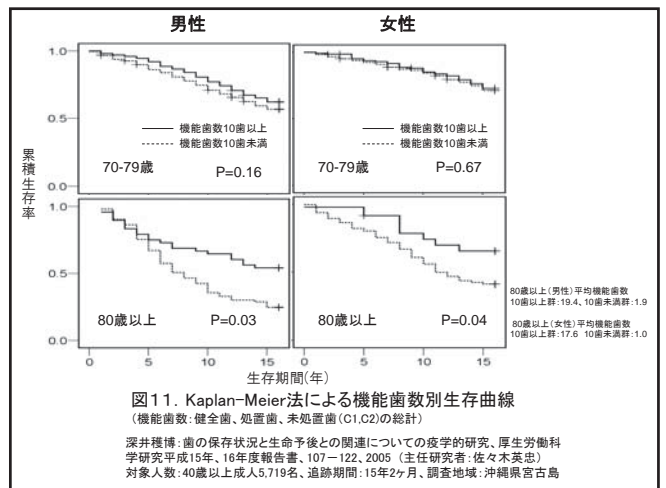
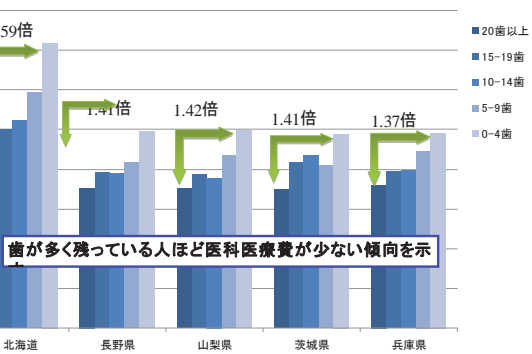
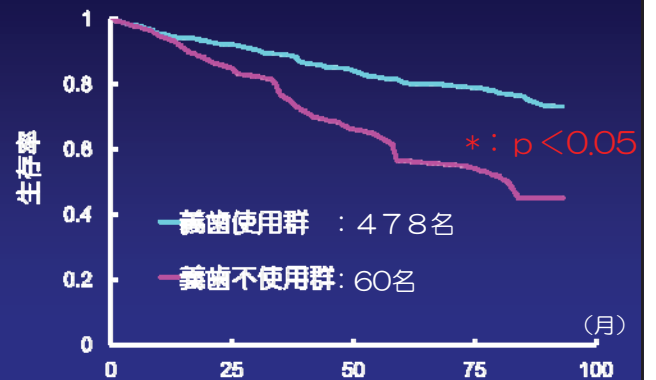
咬み合わせの分類

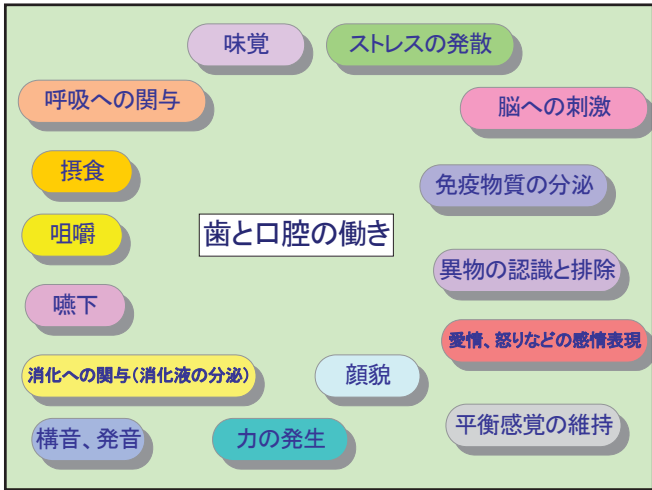
- ・咬合安定群（アイヒナーの分類A群）：249名
- ・咬合不安定群（アイヒナーの分類B群）：201名
- ・咬合崩壊群（アイヒナーの分類C群）：538名

## 咬合関係ごとの生存率



## 咬合崩壊群における義歯使用と生存率





•光の面

**口は「長寿の門」を立証！**

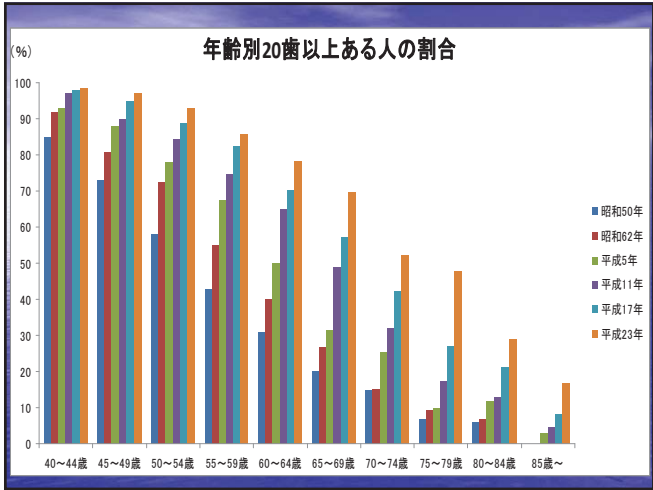
**歯が多いことは良いことだ！？**

•陰の面

しかし、現実には  
**急激な超高齢社会  
への移行！**

健康→病気、要介護

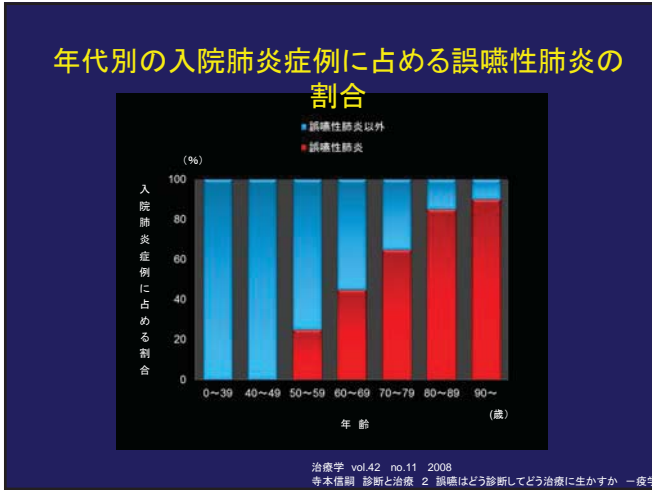
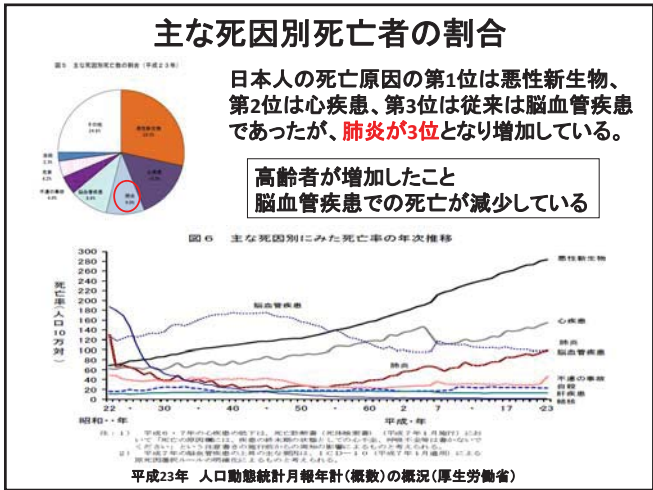
**多死、多歯時代の到来！**



多死、多歯時代とは  
**虚弱な高齢者が急増！**  
**残存歯数が急増！**

要医療 要介護になった時  
**歯が多いとは、ということ？**

**1. 口腔が感染源になっている**  
**2. 口腔、嚥下機能の低下**



示唆される事項

**高齢者が安全に食べられていない。**  
**口腔衛生状態が悪い。**

## 肺炎を起こし易い方の口腔の特徴

1. 口腔衛生状態が、劣悪であることが多い。
2. 義歯が不衛生で管理されていない。
3. う蝕(むし歯)が放置されている。
4. 歯肉炎や歯周病が認められ、出血しやすい。
5. 口臭がする。
6. 唾液の粘り度が高い。
7. 栄養状態が悪い。
8. 口腔機能の低下が見られる。
9. むせがあり、嚥下反射、咳反射が低下している。
10. 意識レベルが低下している。

## 在宅医療での肺炎予防の可能性

誤嚥性肺炎を予防する上で  
大切なのは、  
菌血症の予防、  
とくに初期治療時が要！  
↓  
プライマリーケアの重要！

## 口腔から全身への影響

- ・ S山 M江 56歳 女性
- ・ 主訴: 左下の歯肉が腫れて、なおかつぐらついて痛い
- ・ 既往歴
  - ・ 狭心症(胸痛のためニトログリセリンを舌下使用歴あり)
  - ・ 高血圧(15年前より降圧薬内服中)

歯周疾患と心疾患の  
関係を疑わせるCASE

- ・ 歯肉の腫脹・疼痛の後に胸が締め付けられるような痛みを毎回感じるとのこと。
- ・ これまでニトログリセリンを服用し横になると軽快。この繰り返し

蛋白分解型除菌水500ppm:  
1日2回×7日間  
&  
Lキサル顆粒500mg: 3T×3日間

- ・ 歯肉の炎症が軽減し、胸が締め付けられるような痛みが軽快しニトログリセリンの使用はしていない。

6月に抜歯して以来、10月まで  
一切、ニトロを使っていない。

## 可能性

- 1) 口腔内の炎症(歯周疾患)が心臓に影響を与えていた
- 2) 抗菌薬とタンパク分解型除菌水が一次、二次感染を予防
- 3) 結果として創傷治癒を促進



## 予防に勝る治療はない！ 成人期の予防が要

## 全身状態が口腔に影響

### 多剤の服用により、歯周組織に病的変化が顕著に現れた症例

患者名： Y . A 氏 67 歳男性

主訴：新しい薬に変更(アムロジンOD錠に変更)してから歯肉が腫れた。咬めない。

現病歴：高血圧 (BP: 130/65)  
糖尿病 (HA1c: 6.9)

医科既往歴：脳梗塞発症 (60歳)

投薬情報：プラビックス錠75mg分1・ラジレス錠150mg分1・  
プレミネント配合錠分1・メインテート錠2.5mg分2・  
アムロジンOD錠5mg分2・バイアスピリン錠100mg分1・  
プレタールOD錠100mg分2・ガスターD錠10mg分2・  
ムコスタ錠100mg・シュアポスト錠0.5mg分3

※口腔外科にて治療なしと言われて困った！

### 歯科的な問題点

1. 歯肉の腫脹
2. 排膿に伴う口臭
3. 歯肉からの出血
4. 咀嚼障害
5. 審美性の障害→社会的不利益
6. 将来に対する漠然とした不安

診断：慢性成人性歯周炎を背景とした薬剤による歯肉増殖

### 歯肉縁上の歯石除去終了後精密検査(2012年4月)

|                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                    | 18  | 17  | 16  | 15  | 14  | 13  | 12  | 11  | 21  | 22  | 23  | 24  | 25  | 26  | 27  | 28  |
| Probing depth (mm) | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 | 8.5 |
|                    | 48  | 47  | 46  | 45  | 44  | 43  | 42  | 41  | 31  | 32  | 33  | 34  | 35  | 36  | 37  | 38  |
|                    | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 | 6.5 |
|                    | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 | 7.5 |

Bleeding Index (BOP) 30.6%

前は少し歯ブラシを当てただけでも出血をして、健康が崩れていく予感でした。でも最近では、出血が減って、健康になっていく感じがする。(患者さんの言葉)

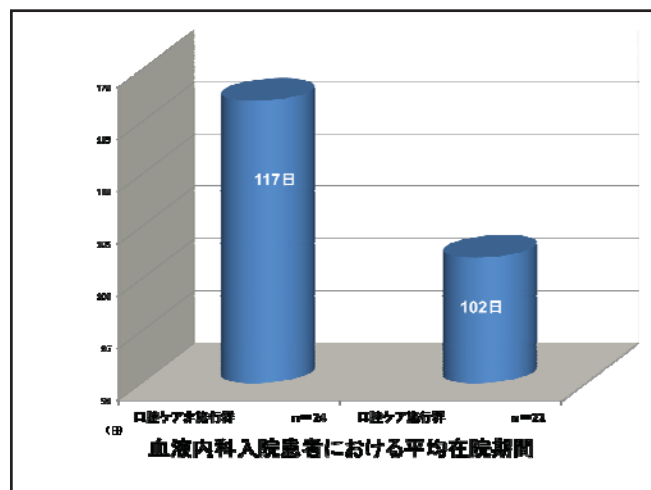
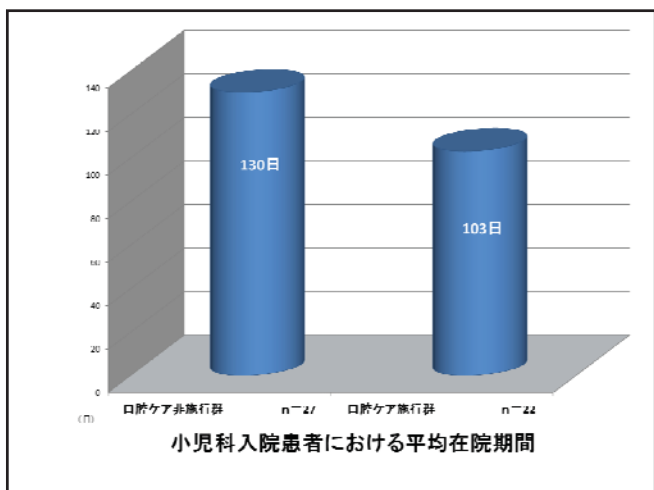
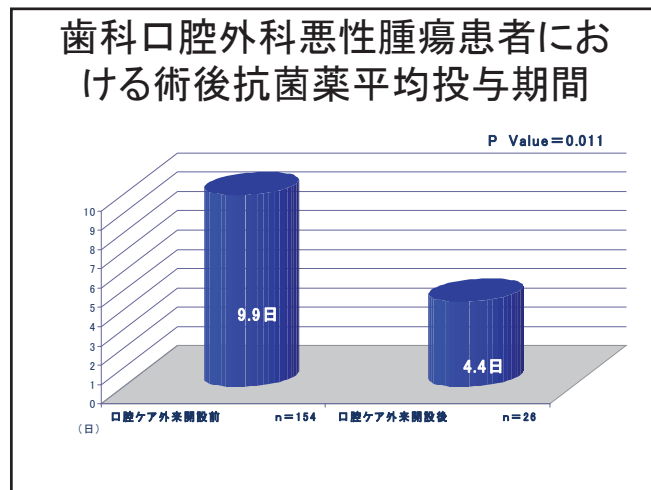
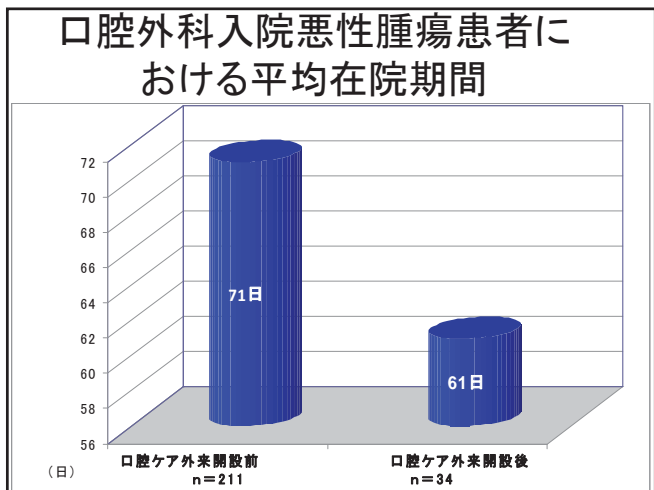
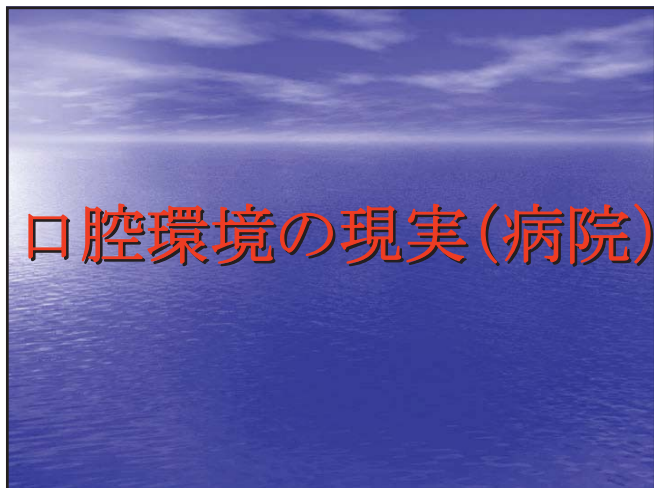
### 結果

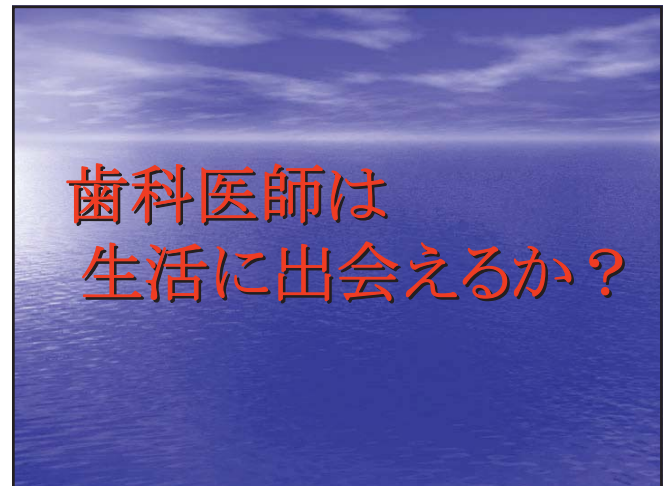
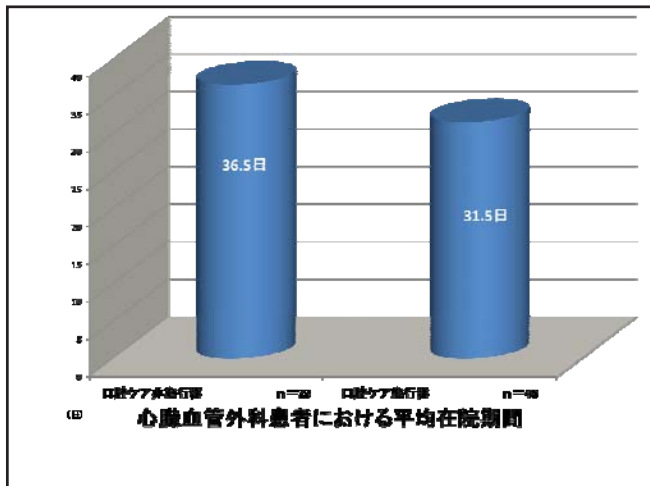
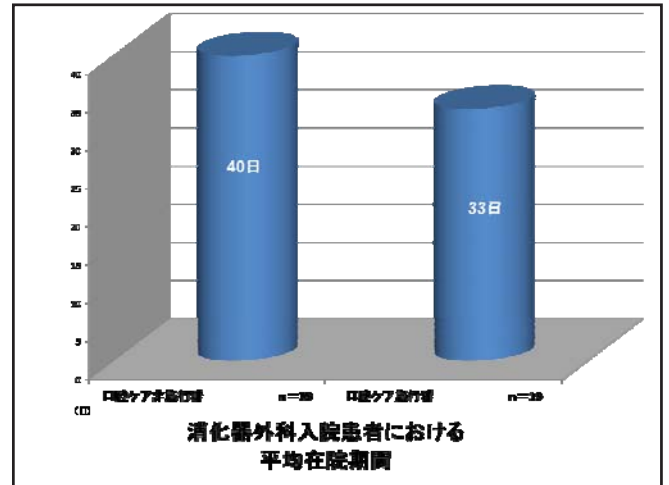
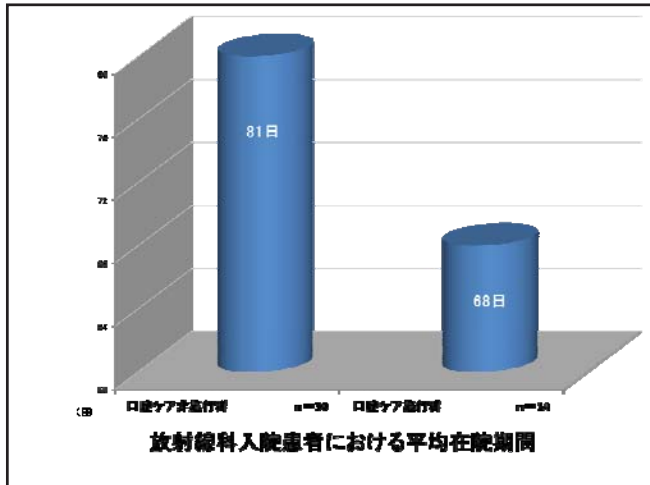
#### 主観的

「りんごが噛めるようになった。」

「食欲が増し、体重が増えてきたので、気をつけなければ。」

1. 歯肉の腫脹が明らかに改善。
2. 口臭が消失。
3. 審美性が改善。
4. 出血が48.7 → 30.6 → 1.3%と確実に減少した。
5. 咬合時の疼痛と不快感が消失、食べる楽しみが増えた。
6. HbA1cが改善。
7. 表情が明るくなる。⇒ 生活改善 ⇒ 生きる意欲の向上





歯科医師会と多職種との連携

ある特別養護老人ホームでの挑戦

菊谷 武ら:介護老人福祉施設における利用者の口腔機能が栄養改善に与える影響. 日老医誌, 41(1):396-401, 2004.

- ある特別養護老人ホームでの挑戦
- 昼食を見学に行きました。
  - 昼食の時間、職員の方々は、一所懸命食事のサービスをしている。
  - しかし、多くの方が、むせている。
  - 楽しいはずの昼の時間が、実は緊張している。

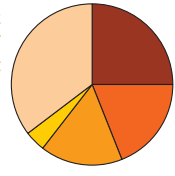
職員の方にお願ひしました。

ちょっと覚えて下さい。

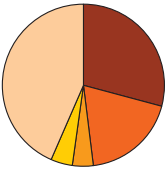
- しばしば
- ときどき
- たまに
- まれに
- ない

食事時  
印象調査  
の結果

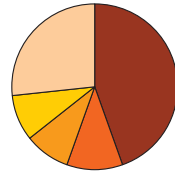
食事でむせることがある



お茶・味噌汁でむせる



食事中に食べこぼしがある



痰がからんでいる

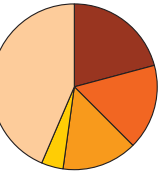
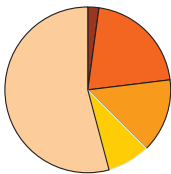
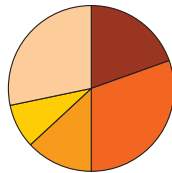


図9

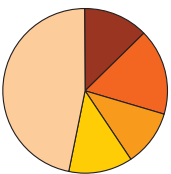
食事中に眠ってしまう



食事を残す



食事後咳き込む

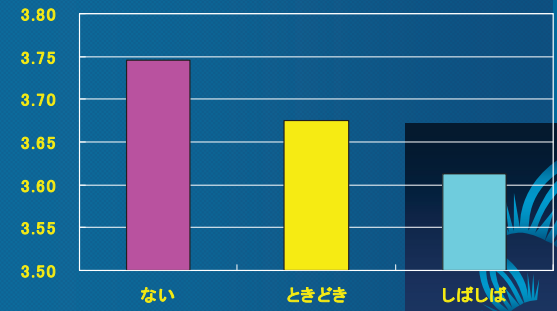


- しばしば
- ときどき
- たまに
- まれに
- ない

図10

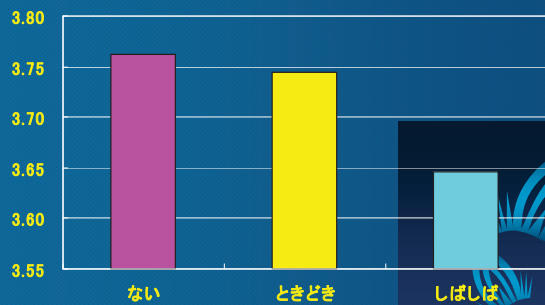
お茶でむせる

(g/dl)



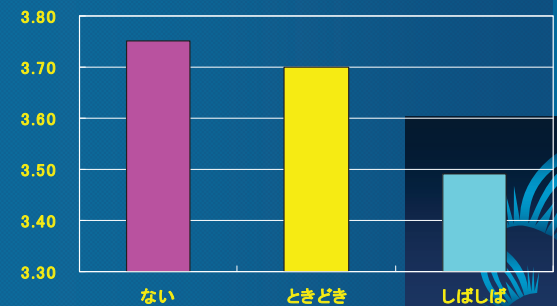
食べこぼしがある

(g/dl)



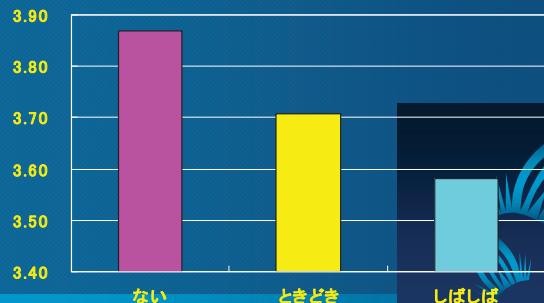
痰がからんでいる

(g/dl)



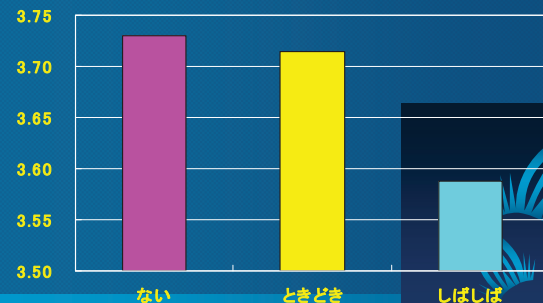
## 食事を残す

(g/dl)



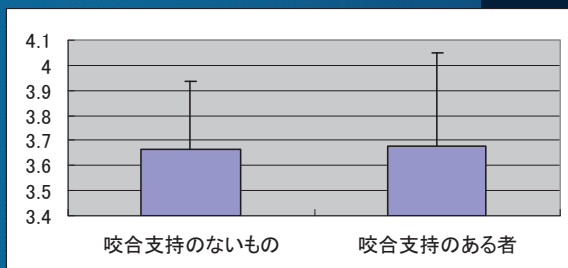
## 口に溜め込む

(g/dl)



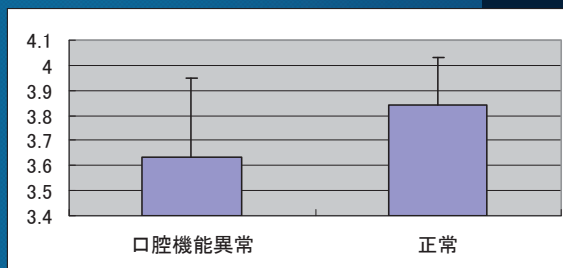
## 歯の状態と ALB値

N.S.



## 口腔機能と ALB値

P<0.05

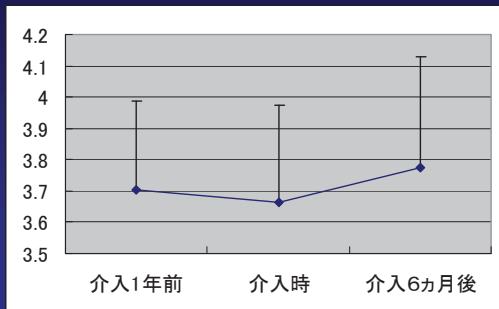


## 口腔機能リハビリテーション の実践

目覚めさせましょう！  
口腔の機能  
食べるために,話すために,笑顔のために

診査を行なう。

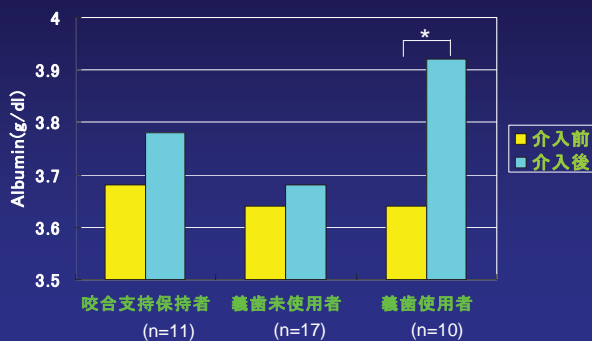
## 介入がALB値に与えた効果



## 介入が与えた効果 $P < 0.05$

|                          | 介入前            | 介入後            |
|--------------------------|----------------|----------------|
| Total protein(g)         | 6.92 ± 0.38    | 7.02 ± 0.47    |
| Albumin(g/dl)            | 3.65 ± 0.32    | 3.77 ± 0.33*   |
| Total cholesterol(mg/dl) | 174.12 ± 29.24 | 174.15 ± 29.09 |
| HDL cholesterol(mg/dl)   | 49.39 ± 13.39  | 53.44 ± 11.27* |
| Hemoglobin(g/dl)         | 11.39 ± 1.76   | 11.75 ± 1.75*  |
| A/G ratio                | 1.14 ± 0.20    | 1.20 ± 0.24    |

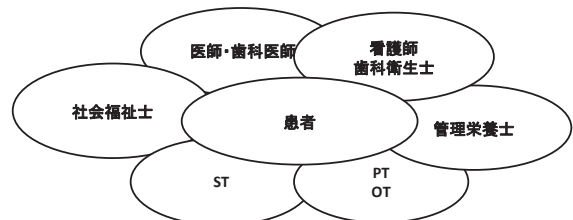
## 介入による効果



元気になるために、  
とにかく口を引き出し、  
動かす！

## 地域の連携を試み！

### Trans-disciplinary team



それぞれの職種は互いに意思の疎通を図り、直接の緊密な指導の下自己の専門職域を超え、積極的にカバーしながら協業する。

誰がどのように伝えるか？

看護よければ終りよし、  
終わりよければ、全てよし

介護よければ終りよし、  
終わりよければ、全てよし

患者名：I・Y                      81歳   男性  
主訴：口腔リハ希望  
現病歴：全身やけどに伴う敗血症  
医科既往歴：H21. 5 眼底骨折及び左4指骨折  
                  H21. 8 膀胱癌オペ(1回目)  
                  H22. 12 膀胱癌オペ(2回目)  
                  高血圧症(内服治療)

#### 患者背景と家庭環境

・8人兄弟の末っ子として出生する。50歳近くまで農業をしたり家の近くの製材会社に勤務していた。狩猟が趣味で70歳まで天城などに行っていた。その後80歳まで海釣りを楽しむも免許を返納してからはあまり家を出ることがなくなった。

#### 介護状況

| 続柄  | 年齢 | 健康状態   | 介護における立場 |
|-----|----|--------|----------|
| 妻   | 83 | 腰・膝痛あり | 協力者      |
| 長男  | 62 | 健康     | キーパーソン   |
| 長男嫁 | 60 | 健康     | 主介護者     |

#### 往診に至った経緯

・H23. 3月8日旅館にてあやまって55度の温泉に入浴してしまい、熱傷。左下肢Ⅱ度熱傷、左下肢蜂窩織炎で近郊の総合病院に入院。抗生剤点滴治療開始し、炎症改善。熱傷部は毎日洗浄後にゲーベン軟膏塗布、パットと弾性包帯で保護。徐々に壊死組織除去され赤色肉芽増殖。症状改善のため5月13日退院となった。

・入院前はすべて自立だったがADLの低下が顕著であり、排泄は失禁状態であり尿意・便意ははっきりしない。入院中の食形態は軟飯副食キザミ食を全量摂取。

## 歯科的な問題点

- ・多数歯欠損に伴う咀嚼力の低下
- ・入院に伴う口腔周囲筋の廃用性萎縮及び発音障害



- ・義歯の作成
- ・口腔リハビリテーション

## 研修による感想の抜粋

今回の研修を通して訪問歯科の重要性や何を大切にすべきか学ぶことができました。訪問するということは患者さんだけではなく、その家族とも深い関わり合いを持つということ、患者さんの状況に合わせた診療が必要であること、歯科治療だけではなく心での関わり合いが重要であることがわかりました。

診療において歯科衛生士さんがとても重要な役割を担っており、衛生士さんの存在によって患者さんとの心の距離がぐっと近くなるように感じました。

訪問診療には情熱・笑顔・思いやりがとても大切なキーポイントになるのではないかと思います。

患者さんの口腔内の状況だけに限らず身体状況・患者の状況など、患者さんを取り巻く全体を通して親身に考え、患者さん個々に合わせたステップでの診療が大切であることがわかりました。

患者さんのことを心から親身になって考え、情熱をもった歯科診療ができる歯科医師になりたいと強く思いました。

## 訪問診療で私が大切にしていること

1. 患者さんご家族の要望に誠意をもって対応する。
2. あくまで無理をしない。「安全第一」
3. 保険のルールに忠実に従う。
4. 安心安全に口から食べられるように、口腔ケアと口腔管理という視点を大切にする。
5. 研鑽を積みながら、基本的歯科医療を向上させる。
6. 多職種との人間関係を大切にし、医療福祉連携を図る。
7. できれば介護者の家族の心を楽にし、訪問先が明るくなるように努める。
8. 食べる意欲を引き出し、納得のできる人生を支える(終末期までしっかり見守る)。
9. 地域の医療と福祉の向上に貢献する。

## まとめ

1. 超高齢社会において歯・口腔の管理の重要性はますます増している。しかし軽視した時の代償も大きい。
2. 多職種による共通の認識の醸成と連携がとても大切である。
3. 以上のことを若い世代に伝えることの意義は大きい。



# 訪問歯科診療推進のアクションプラン —訪問診療への歯科医師会ビジョン—

日本歯科医師会  
常務理事 佐藤 保

## 日本歯科医師会HPより

### かかりつけ歯科医とは

かかりつけ歯科医とは、「患者さんのライフサイクルに沿って、口と歯に関する保健・医療・福祉を提供し、地域に密着した幾つかの必要な役割を果たすことができる歯医者さんのこと」です。そのため、かかりつけの歯科医は常に必要な研修を行っています。

### かかりつけ歯科医の役割とは

- 患者さんのニーズに応じた健康相談を行います
- 必要な初期歯科医療を行います
- 障害者・要介護者の方々に対して適切な歯科医療を提供します
- 福祉施設や在宅の患者さんに対して歯科医療・口腔ケアを行います
- 歯科疾患の予防のため、定期的な専門的ケアを行います
- チーム医療のための連携および紹介または指示を行います

## 在宅歯科医療の推進に向けて 日本歯科医師会2011年2月

① 在宅歯科医療の推進

② 在宅における口腔ケアの推進

③ 食支援

④ そのための研修の実施、推進

⑤ 在宅歯科医療を推進するための人材育成

## 在宅医療推進のための医科歯科連携 ワークショップの開催

- 平成19年2月18日
- 会場：日本歯科医師会
- 日本歯科医師会と日本プライマリ・ケア学会との合同ワークショップ

## 在宅医療推進会議

### 1 位置づけ

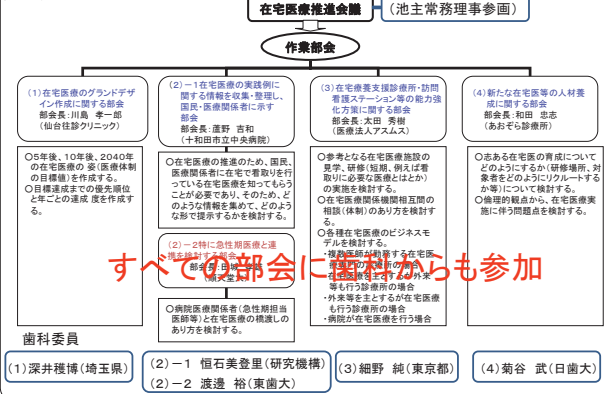
国立長寿医療センター総長が召集し、わが国における「取り残された在宅医療」を推進するための方策について、関係者の意見を聴くための会。  
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

### 2 メンバー

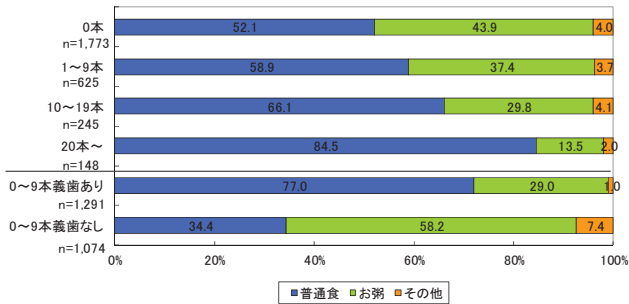
- ・日本在宅医学会
  - ・在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク
  - ・日本家庭医学療法学会
  - ・日本プライマリ・ケア学会
  - ・日本ホスピス・在宅ケア研究会
  - ・全国在宅医療推進協会
  - ・尾道市医師会
  - ・全国地域リハビリテーション支援事業連絡協議会
  - ・全国国民健康保険診療行政協議会
  - ・日本訪問看護振興財団
  - ・在宅医療助成 勇美記念財団
  - ・長寿科学振興財団
  - ・有識者
  - ・日本老年医学会
  - ・日本歯科医会
  - ・日本薬剤師会
  - ・日本看護協会
  - ・国立がんセンター
- 佐藤 智 顧問  
黒岩 卓夫 会長  
白浜 雅司 理事  
小松 真 会長  
蘆野 吉和 理事  
神津 仁 理事長  
片山 壽 会長  
米満 弘之 会長  
山口 泰博 顧問  
藤原 美穂 理事  
佐野 勇 会長  
山本 系博 理事  
大内 剛 理事  
天本 治 理事  
池主 寛夫 常務理事  
飯島 康典 常務理事  
小川 忍 理事  
的場 元弘 室長

## 国立長寿医療センターの在宅医療推進会議と作業部会

推進会議の下に、**取り残された在宅医療**を推進するための具体的な方策を策定するために、作業部会を設ける。

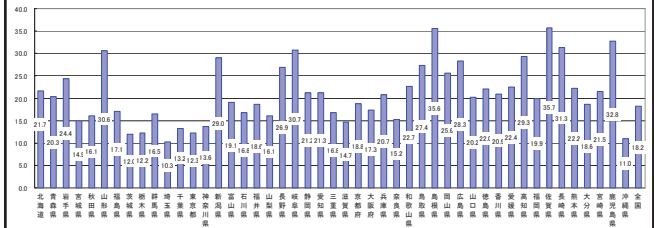


### 介護保険施設における入所者の主食と歯数



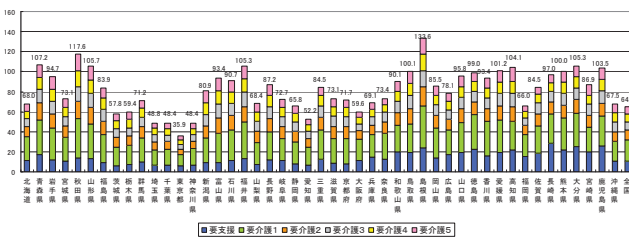
(全国国民健康保険診療施設協議会、1997)<sup>7</sup>

### 在宅医療実施歯科診療所率 (%)



(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告より集計)

### 歯科診療所1施設当たり要介護者数



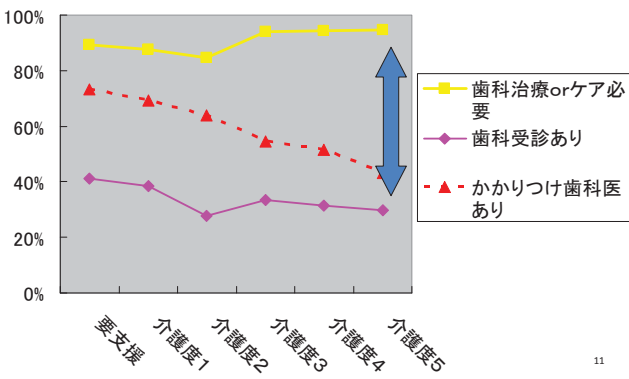
(2005年厚生労働省医療施設調査、介護保険事業状況報告から集計)

### 都道府県別在宅歯科医療の需要・供給の類型

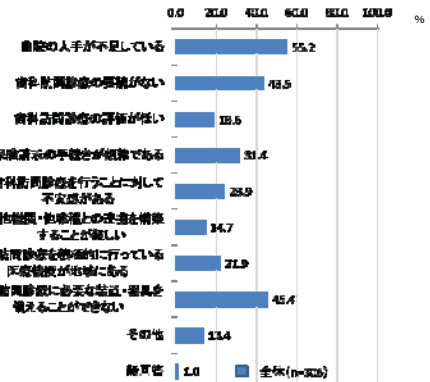
| 都道府県 | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) | 都道府県 | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) | 都道府県 | 診療所当たりの要介護者数 | 在宅医療実施診療所率 (%) |
|------|--------------|----------------|------|--------------|----------------|------|--------------|----------------|
| 埼玉県  | 低            | 低              | 奈良県  | 中            | 低              | 新潟県  | 中            | 中              |
| 沖縄県  | 低            | 低              | 群馬県  | 中            | 低              | 岐阜県  | 中            | 高              |
| 茨城県  | 低            | 低              | 三重県  | 中            | 低              | 長崎県  | 中            | 高              |
| 栃木県  | 低            | 低              | 石川県  | 中            | 低              | 佐賀県  | 中            | 高              |
| 東京都  | 低            | 低              | 福島県  | 中            | 低              | 秋田県  | 高            | 低              |
| 千葉県  | 低            | 低              | 京都府  | 中            | 低              | 大分県  | 高            | 低              |
| 神奈川県 | 低            | 低              | 富山県  | 中            | 低              | 福井県  | 高            | 低              |
| 山梨県  | 低            | 低              | 山口県  | 中            | 中              | 青森県  | 高            | 中              |
| 大阪府  | 低            | 低              | 香川県  | 中            | 中              | 熊本県  | 高            | 中              |
| 福岡県  | 低            | 低              | 宮崎県  | 中            | 中              | 愛媛県  | 高            | 中              |
| 兵庫県  | 低            | 中              | 徳島県  | 中            | 中              | 鳥取県  | 高            | 中              |
| 静岡県  | 低            | 中              | 和歌山県 | 中            | 中              | 高知県  | 高            | 中              |
| 愛知県  | 低            | 中              | 岩手県  | 中            | 中              | 山形県  | 高            | 高              |
| 北海道  | 低            | 中              | 岡山県  | 中            | 中              | 鹿児島県 | 高            | 高              |
| 宮城県  | 中            | 低              | 長野県  | 中            | 中              | 島根県  | 高            | 高              |
| 宮城県  | 中            | 低              | 広島県  | 中            | 中              |      |              |                |

注1) 診療所当たり要介護者数: 100人以上(高)、70人以上100人未満(中)、30人以上70人未満(低)  
 注2) 在宅医療実施診療所率: 30%以上(高)、20%以上30%未満(中)、10%以上20%未満(低)

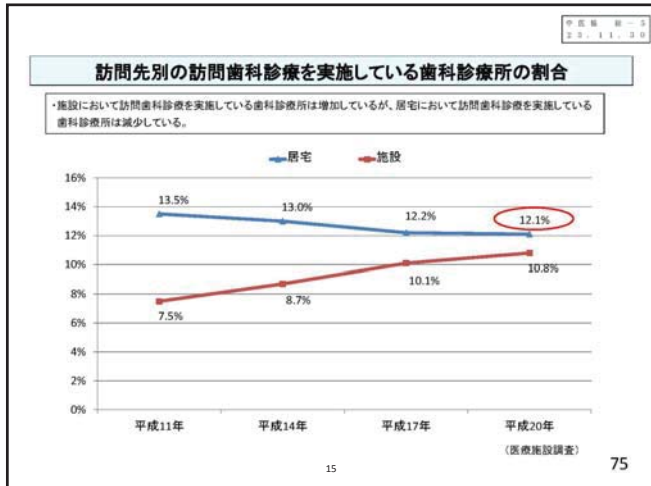
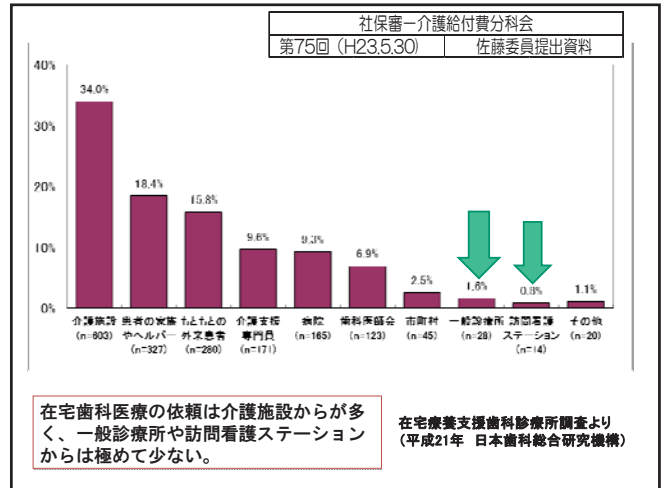
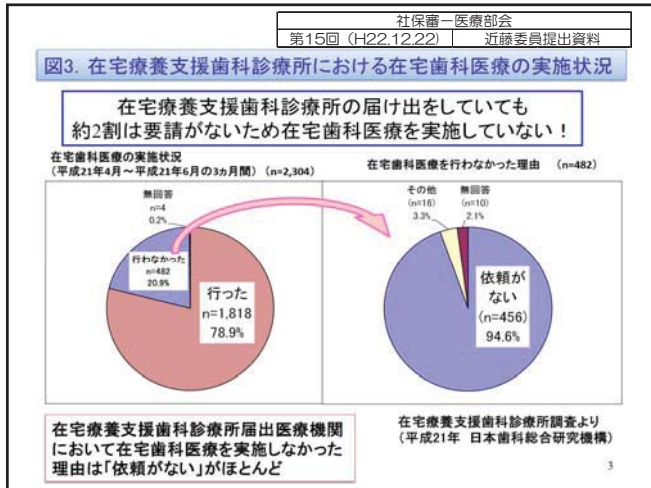
### 要介護度別 歯科治療等の必要性和 歯科受診の状況 (N=368)



### 歯科訪問診療を実施していない理由 (歯科訪問診療を実施していない施設を含め)



中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会資料(平成24年(2012年)6月27日)



## 国における在宅歯科医療の施策・基盤

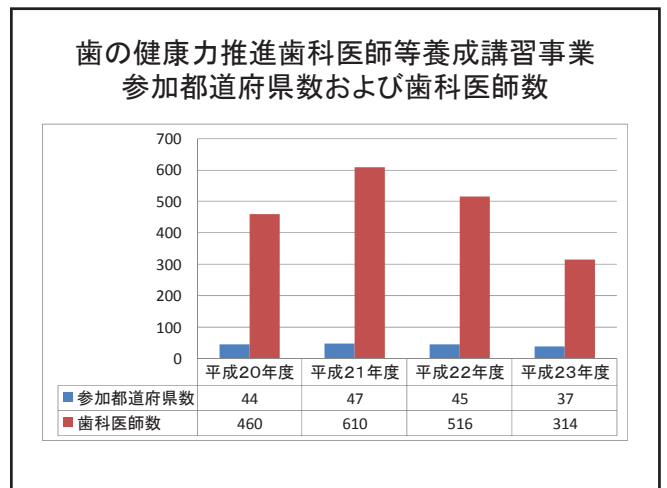
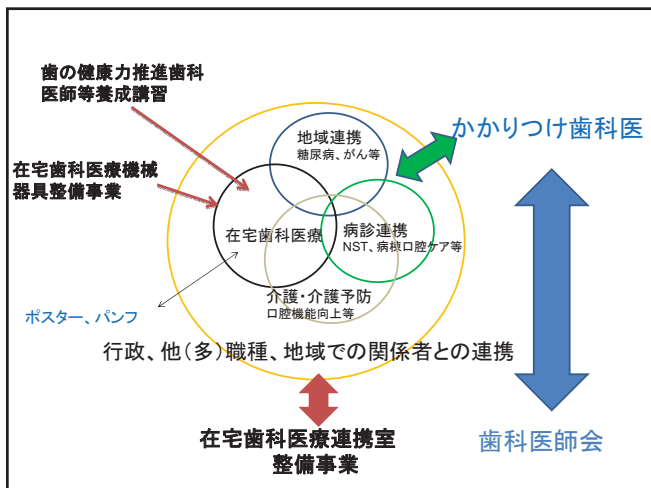
<医政局>

- 歯の健康力歯科医師等養成講習
- 在宅訪問歯科診療設備整備事業
- 在宅歯科医療連携室整備事業

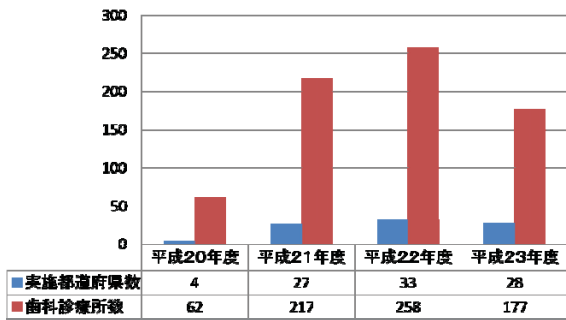
<保険局>

- 在宅療養支援歯科診療所
- 診療報酬における在宅歯科診療要件

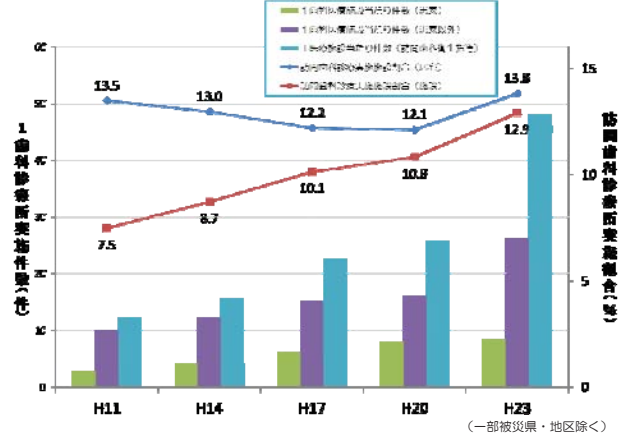
歯科訪問診療の対象者「表現の見直し」、  
歯科衛生士の歯科訪問診療補助加算、等



## 在宅歯科診療設備整備事業 実施都道府県数および歯科診療所数



## 訪問歯科診療実施推移(医療施設調査より)



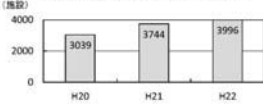
## 在宅療養支援歯科診療所について

○在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、平成20年度改定時に創設

### <施設基準>

- 1 歯科訪問診療料を算定している実績があること
- 2 高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応等に係る研修を修了した常勤の歯科医師が1名以上配置されていること
- 3 歯科衛生士が配置されていること
- 4 必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整えていること
- 5 在宅歯科診療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制が確保されていること

### <届出医療機関数の推移(各年6月末現在)>



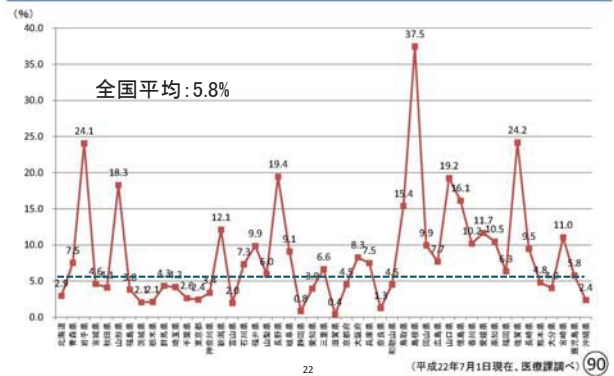
### <在宅療養支援歯科診療所の診療報酬上の評価>

|                       | 歯種診  | 歯種診以外 |
|-----------------------|------|-------|
| 退院時共同指導料 I            | 600点 | 300点  |
| 歯科疾患在宅療養管理料(口腔機能管理加算) | 140点 | 130点  |

21

70

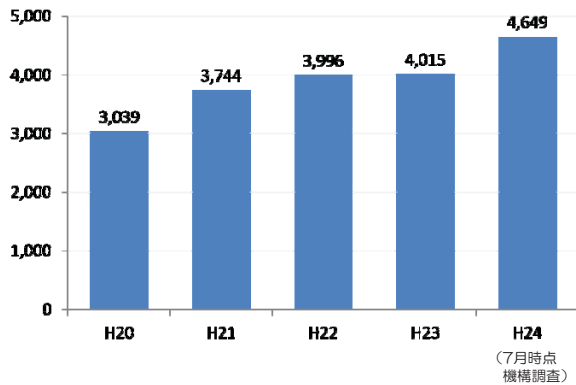
## 在宅療養支援歯科診療所の届出割合(各都道府県別)



22

(平成22年7月1日現在、医療課調べ) 90

## 在宅療養支援歯科診療所届け出数推移



## 事例

- 豊島区・「あぜりあ歯科診療所」における口腔保健センターを活用した地域医療連携

## 豊島区口腔保健センター「あぜりあ歯科診療所」

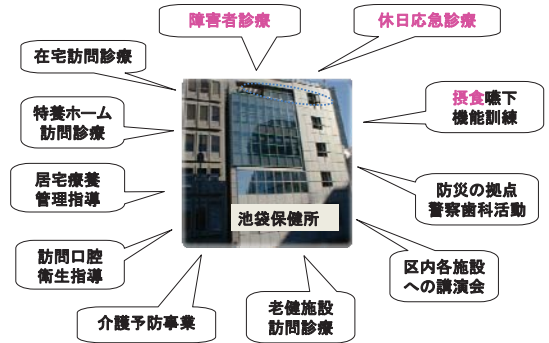
池袋保健所6階に平成11年4月開設。床面積70坪、歯科診療台3台、デジタルレントゲン設備(デンタル&パントモ)、全身モニター機器3台等



開業直前の診療室内の様子

## 当口腔保健センターでの業務内容 (「あぜりあ歯科診療所」)

赤字が行政から委託費が支払われている事業



## 「あぜりあ歯科診療所」人員配置状況

### 常勤スタッフ

歯科医師1名、歯科衛生士3名、受付事務員1名

### 非常勤スタッフ

障害者歯科診療日(木・土曜日)  
指導医(麻酔科)1名、協力医3名、非常勤歯科衛生士3名

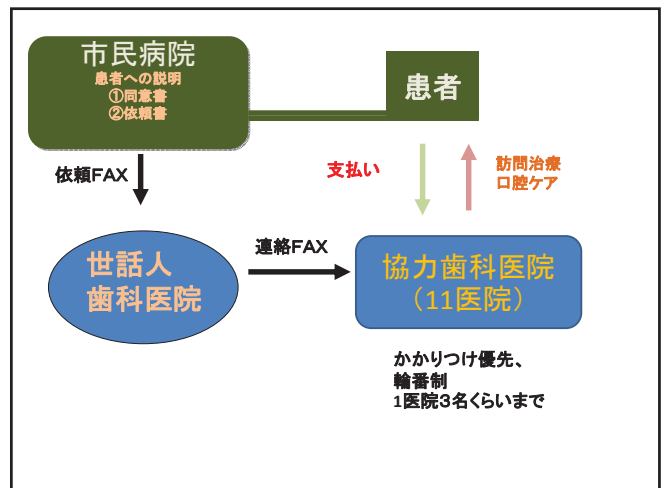
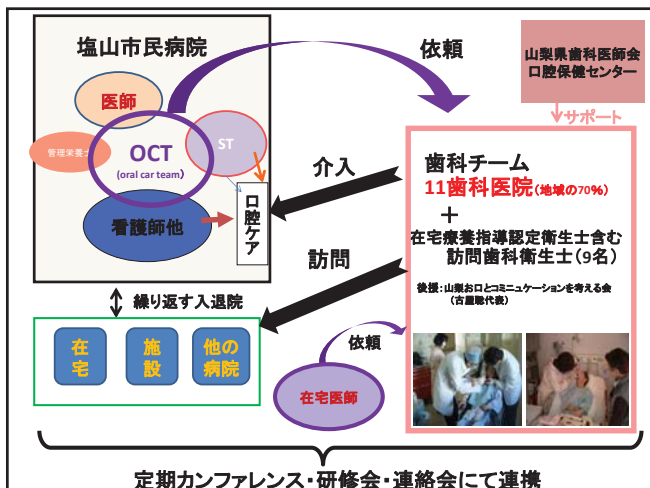
施設訪問診療日

協力医1名、非常勤歯科衛生士2名

※常時、6名以上の者が従事している。協力医は歯科医師会会員

## 事例

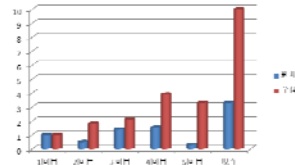
- 塩山市における病院と連携した在宅歯科診療の取組み



## 事例

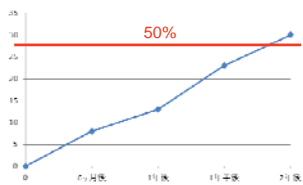
- 奥州市におけるケアマネと連携した在宅歯科診療の取組み

## 在宅歯科診療のための ケアマネとの作業部会

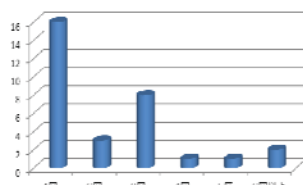


## FAX依頼書の 歯科医療機関への広がり

依頼を受ける歯科医療機関数の伸び



1医療機関あたりの依頼件数と  
依頼回数との分布



## 在宅歯科診療の今後に向けて

- 制度、基盤の整備促進
  - 在宅療養支援歯科診療所の増加、診療報酬、同算定要件を含む診療体制からの支援
  - 歯の健康力推進医師等養成事業等による基盤整備促進
- 国民運動の展開
  - 在宅訪問歯科診療の周知
  - 口腔ケアの必要性和有効性の周知
- 歯科医師会の組織活動
  - 歯科医師による連携の組織作り
  - 訪問歯科診療歯科医師の資質向上と資質の維持の支援

## 第7回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「病院から、在宅療養へ移行支援」  
—移行期マネジメントの体系化・包括評価へ—

話題提供： 宇都宮 宏子 氏  
在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表

日時： 平成25年1月25日（金）19：00～21：00

場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 2F  
ベルサール八重洲 2階 ROOM F 会議室

**病院から、在宅療養へ移行支援**  
移行期マネジメントの体系化・包括評価へ

**在宅ケア移行支援研究所**  
**宇都宮宏子オフィス**

**宇都宮宏子**

**訪問看護から、見えた看護・医療の在り方**

**在宅で見えたのは**・患者から、生活者へ  
**私の家・私の生活の場・そして私の人生**

- ・「森のくまさん」 **生きた証しを夫へ伝えたい**  
暮らし 古い・治癒の限界 その延長線に**看取り**
- ・「お母ちゃん入院させたら、どうなる？」 **入院回避**
- ・ちょっとした不安に寄り添う 自立を支える **予防 自律**  
**患者さん・家族から教えられた看護の役割**

「地域で待ってら、アカンよ！みんな、ほんまは帰りたいんよ！」 背中を押してくれたご遺族たち・・・

**退院調整って、何？**

- 退院許可でたけど、家族が看れないから・・・転院？  
地域連携パスにのって、回復期へ転院？  
自宅退院なら、ケママネに丸投げして自宅へ？
- 入院して、これからどうなる？いつまでいるの？  
「うちに 帰りたい・・・」 声なき声、聞こえてる？  
**患者は、今の病状をどう聞いて、どう思っている？**  
**入院は、あくまでも通過点 生活の場に戻るんだ！**  
**病状説明・治癒の限界のIC**  
**暮らし方・暮らし場所を考えるICへ**  
**患者さん⇒生活者 できる事・やりたい事探しへ**  
**自己決定支援 看護師によるケアマネジメント**

**何故、患者は地域に帰れないのか？**

**医療管理上の問題**

- 入院時：入院診療計画「○週間の入院です」  
どんな状態で帰れるかなあ・・・きっと良くなる  
元の生活に戻れるかな・・・  
⇒**退院時に目指せる状態⇒言語化！**
- ベッドサイドのNSのケアを家族は見てる・・・  
継続する医療管理・・・自立に向けたアプローチ  
(病状確認・内服管理・医療処置等)  
⇒**看護師による専門的な退院指導開始**
- 患者・家族にとって「バッドニュース」  
Drの言葉伝わってる？ NSが寄り添う意味  
**入院時や治療過程で退院時のイメージを共有する！**

**何故、患者は地域へ帰れないのか？**

**ADL・IADLからの生活・介護上の問題**

- 患者はどこに帰る？ 自宅・施設・誰と住んでた？  
入院前・発症前の生活状況⇒低下・変化は起きるか？  
⇒何かサポートを受けていたのだろうか  
既に在宅サポートを受けていれば退院時には連携必要！  
在宅ケアの問題点等、早い段階で連携する
- 今回の入院治療によりADL低下する可能性高い場合  
⇒障害を受け止め、生活スタイルの再編が必要！  
患者・家族が受容し、自己決定するサポートが重要！  
**脳血管障害・高齢者の骨折・骨、脳転移等**

**障害とどう向き合って生活するかを患者と  
一緒に考える看護へ！**

**退院支援と退院調整**

**退院支援⇒意思決定支援(病棟・外来)**

患者が、自分の病気や病態を理解・受け止め  
生活の場に帰ろうと考え始める

**「受容支援」と「自立に向けた支援」**

⇒本当は外来通院中から、必要！

慢性疾患・がん患者は外来での支援が重要

**退院調整⇒患者の決定を可能にするための**

**制度・地域医療・福祉サービスへの調整**

⇒退院調整専門部署(MSW・退院調整看護師)

**効果的に・適時に・公平に、暮らしの場へ移行する  
ケアを提供する仕組み・・・退院支援システム**

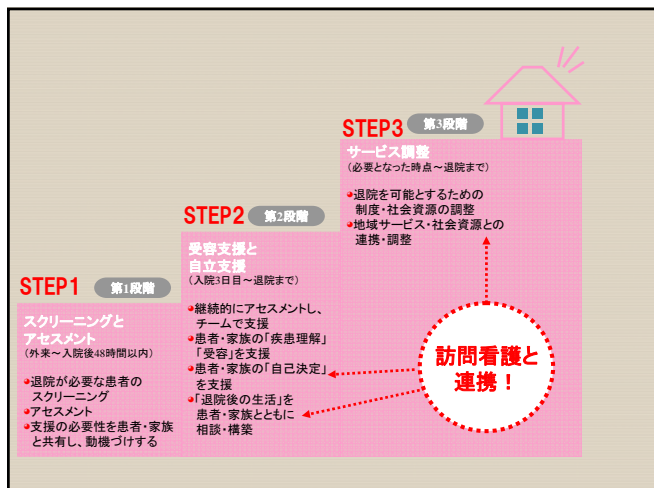


## 医療機関における退院支援

- 相談室:医療費・制度利用(身障・特定疾患等)・苦情相談員(MSW/事務)が対応 その一つに「退院相談」
- 2000年 介護保険制度スタート  
介護支援専門員(ケアマネ)と退院準備をする必要性
- But! 医療・看護の必要性、伝わっている?  
「患者は生活者である」という視点持つてる?
- 2004年 「退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究」  
厚生科学特別研究事業
- 2006~2007年「退院準備から在宅ケアを結ぶ看護師等による支援のあり方に関する研究事業」  
財)医療経済研究機構
- ★2008年「退院調整に対する診療報酬上の評価」新設

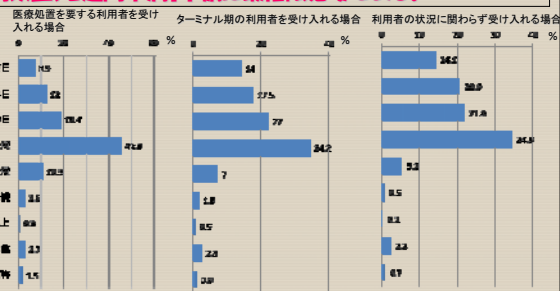
## 24年度診療報酬改定

1. 退院調整部門の強化 **看護師 & 社会福祉士**  
⇒「退院調整部署施設基準」
2. **早期の取り組み・早期退院の評価**  
退院支援計画書:退院困難な要因・退院に係る問題点・課題・退院に向けた目標設定・支援期間・支援概要・予想される退院先・利用が予想されるサービス
3. 地域移行を推進するため、病名・入院時の症状・退院後に必要となる診療内容や訪問看護等の在宅療養支援その他必要な事項を連携医療機関と確認、文書を患者にも提供、説明した場合の更なる評価  
⇒地域連携計画加算



## 在宅への移行に必要な準備期間

医療処置が必要、ターミナル期の利用者、自宅への退院調整は「1週間以上、2週間未満」準備に最低限必要である。



出典:川越博美:早期退院における病院との連携を推進する訪問看護ガイドライン作成に関する研究 平成14年社会福祉・医療事業財団(長寿社会福祉基金)助成事業3月

## 外来での「在宅療養支援」

- ①病態予測に基づき生活場面での指導・在宅調整 (がん患者・神経難病・慢性疾患高齢者)
- ②入院患者への看護面談・入院申込み時に介入開始  
オリエンテーション・入院後のパス説明・退院時の共有  
退院支援が必要かどうかの情報収集・アセスメント
- ③「在宅療養指導」対象者への看護面談  
退院後の継続指導・訪問看護へサポート依頼
- ④入院中の患者の退院後フォローのための関わり  
外来で継続看護 訪問看護との窓口  
「看護」2011.8月号「外来の関わりがポイント よいよい退院支援のシステムづくり」日看協出版会より

## 外来での「在宅療養移行支援」

- ①在宅療養支援外来:看護外来 療養支援看護師  
入院回避 主治医・外来NSの「大丈夫かな?」  
治療の限界 病態変化 老いによる変化  
●病態予測に基づき生活場面での在宅療養移行  
●入院患者への看護面談  
オリエンテーション・入院後のパス説明・退院時の共有  
退院支援が必要かどうかの情報収集・アセスメント  
慈恵医大(青戸・柏)・淀キリ等
- ②看護外来:在宅療養指導対象者  
HPN・PEG・ストマ・HOT等 導入時と・・・  
医療処置や管理が加齢によりサポートが必要になる!

## 在宅療養移行時のプロセスを 体系化しよう！

- 退院支援・退院調整を理解する事
  - 3段階のプロセス **訪問看護・在宅医・ケアマネに  
どんな情報が、何を伝え・託すのか**
  - ★がん患者 在宅へ帰りたい・・・どう生きたいか  
継続する医療・看護・ケアは？合意形成できる？
  - ★医療依存度の高い患者・・・疾病管理・医療処置管理  
生活の場で可能な医療
  - ★NICU・GCUから退院するベビーと母親への支援
- 体系化：業務の流れ等の情報が、共有できるように、  
系統的にまとめる事 「ナーシング・トゥデイ」8月号**

## 病院から地域への移行期マネジメント 標準化する事で質を保障する時期！

### 「在宅療養移行支援」

- ・退院支援  
入院早期～帰れる医療  
**ケア・ケアのマネジメント**
- ・在宅：訪問看護  
管理ではなく、自立支援  
多職種との協働
- ★退院後2週間：医療保険  
**在宅療養移行支援ガイド！  
地域療養モデルを作ろう！**

- ★医療処置を持って帰る  
**がん・非がんの終末期**  
かかりつけ医・訪問看護へ  
情報提供・連携  
**+(ケア必要)**

- ①入院前からケアマネあり  
病院～ケアマネとの連携
- ②新規申請でサービス調整  
病院～地域包括との連携

## 全国での活動、地元京都で実践へ・・・

### 「退院支援」の伝道師

- ①講演会・シンポジウム
- ②アドバイザー活動  
(医療機関・地域)
- ③セコム在宅医療部顧問  
アドバイザー活動
- ④**研究**：聖路加看護大  
千葉県立保健医療大学  
退院調整看護師活動支援  
千葉県香取海匝地区介入

### 京都での活動

- ①京都市看護協会  
・京都式地域包括ケア事業  
在宅療養移行支援  
(丹後地域・ケアマネ連携)
- ・認知症プロジェクト・教育
- ②認知症ポストセミナー  
**「京都文書」を実践へ！**
- ③大学講師 研究活動

## 急性期病院の看護を変える！

### ●退院支援システム構築を サポートする

- ①院内チームでの仕組み  
(3段階方式)  
チームカンファレンス
  - ②地域との協働  
訪問看護 退院後2週間  
外来での支援へ
- 患者管理の視点から、  
生活を知り、予防の視点**

### ●都道府県看護協会 日看協

- 医療機関からの依頼  
⇒現状評価(看護管理者)  
どう変えるのかをシェア  
講演会が 動機づけに！  
地域の訪問看護との  
協働のキックオフへ！
- 在宅医療推進事業  
連携拠点事業の企画

## 活動から見えてきた共通の課題

### ●病院内の課題

- ①患者さんの全体をとらえる  
時間軸で見る  
「生活者」である事  
**看護師が何をやる人？**
- ②**チーム医療ができない**  
ナースチームの問題  
医師の意識の低さ  
**チームカンファ・記録**
- ③**退院調整チームの力**

### ●地域との課題

- ①地域側も含めたリーダー  
在宅推進のための鍵  
**マネジメント力  
つなぐ人 つなぐ場面**
- ②訪問看護・在宅医  
**移行期マネジメント**  
⇒**地域にある点を  
ネットワークへ 体系化！**  
⇒**地域リーダーが中心に  
構築していく！**

## 在宅医療の拠点が必要！

### ●地域の在宅医療情報収集

- ①**かかりつけ医・在宅医**
- ・在宅医療が可能か
- ・情報公開・・・医師会  
**在宅療養支援診療所**
- ②**訪問看護ステーション**
- ・24時間体制
- ・看取りが支えられるか
- ・得意分野(小児・認知・リハ)
- ③訪問リハビリ④薬局
- ⑤歯科医

### ●在宅医療をサポートする 病院

- ・看取り時期の入院
- ・緊急入院の受け入れ
- ・医療依存度の高い患者の  
レスパイト入院
- ★緩和ケア・看護ケアの  
コンサルテーション機能  
**在宅を補完する医療機関！  
在宅医療コーディネーター**

## 急性期病院では、認知症をもつ方が 看れない？

**入院病棟**: 身体疾患の治療で入院すると  
周辺症状が悪化した時の入院医療・・・

**入院環境・治療優先のスケジュール・安全のための管理  
抑制(センサーマット・ミトン)による患者へのストレス**

周辺症状がさらに進行・・・『看れない・退院させて・・・』

⇒認知症のある方は入院医療を受けられない？！

**認知症の人にとって、病院環境は 不安・恐怖・・・**

1. 認知症を正しく理解しているか？⇒知識不足
2. 認知症看護・ケアって何？
3. 長期化しないために⇒地域でどうやって支えてるの？

## 急性期病院看護師に、できる事は？

**認知症の人が、医療を必要とする時に、  
適切な時に、その人に本当に必要な医療**を受ける事を  
支える医療機関・医療者でありたい！

1. 認知症がある事を理由に、**入院を断らない！**  
長引かせない・**生活の場に戻す退院調整機能**
2. **提供しようとする医療が、認知症の人の生活に  
どう影響するか？ 生活を根こそぎ変えてしまう？**  
透析・人工的栄養(経腸栄養・点滴等)・気管切開・  
人工呼吸器管理・がん治療等々  
**アドバンス・ケア・プランニング 意思決定を支える**

## 京都府看護協会としてできる事

**「あんしん病院 認知症看護能力向上研修」**

京都府地域包括ケア交付金事業

**11月12日: 医仁会武田病院研修センター: 46名受講**

**12月10日: 京都府医師会館 100名受講予定**

**1月22日: 舞鶴医療センター研修センター75名受講予定**

- 1: 医師から、認知症の知識を学ぶ
- 2: 老人看護専門看護師・認知症看護認定看護師  
急性期病棟でもできるケア・看護の工夫を知る
- 3: 介護・在宅現場からの実践報告  
ケアマネ・小規模多機能・介護施設から・・・

## 受講生の言葉から 病棟看護の底上げを目指す

**入院時から地域(ケアマネ・訪問看護)と連携！**

看護師の役割を見直す・できていた事を知る、  
その人が求めている事を知る 退院時目標の共有  
行動を管理する事から行動の意味を考える

**「ちょっとの時間」をおしまないこと**

その人の背景を知る 人生を知る事

⇒**地域からの情報**

**「患者から人生を生きる人である」事を知る初めの一步**

**外来・病棟でも「物忘れ共通シート」が必要**

**院内での研修が必要、地域との合同研修も！**

**認知症ケアパスに沿った  
看護師への教育「認知症サポートナース養成研修」**

### 1. 「認知症初期集中支援」機能&

**外来・診療所NSへの教育**

患者・家族の言葉から、アセスメントし、支援へ  
暮らし方・生活のしづらさへの工夫・サービス利用

⇒**暮らし方・ケアの方法を提案**

**★どんな知識・技術が必要か？**

### 2. 病院・在宅での対応力向上・悪化予防・ケアとの連携 ・意思決定をどう支えるか 医療同意

**病態予測に基づく在宅療養コーディネート**

**地域を知る・生活の場に戻せる医療**

**老いても、がんになっても  
家にいたいと思ったら、帰れる地域を作っていく**

**あなたの 家にかえろう**

**あなたも わたしも**

**仕事が終われば家に帰る。**

**それと同じように**

**人生という仕事が終わる時は**

**家に帰ろう。**

**「おかえりなさい」プロジェクト**

## 退院支援・退院調整に関する書籍

- 退院支援・退院調整 ステップアップQ&A  
日看協会出版会 宇都宮・山田雅子他編 **新刊**
- 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例  
日本看護協会出版会 宇都宮宏子編 (2009)
- ★ナースingtゥディ (日看協) 退院支援企画!
- ★退院支援実践ナビ 医学書院 2011 3月  
編著:宇都宮宏子
- ★これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースが  
つなぐ外来・病棟・地域 日本看護協会出版会2011.4  
編集:宇都宮宏子 三輪恭子

## 第8回「平成24年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「地域一般病棟」に関する調査報告

話題提供： 猪口 雄二 氏  
社団法人 全日本病院協会 副会長

日時： 平成25年2月22日（金）19：00～21：00

場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F  
ベルサール八重洲 3階 ROOM6 会議室

## 「地域一般病棟」に関する調査報告

全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会

2013年2月

## 内容

1. 調査の概要
2. 回答病院の属性
3. 調査結果
4. 考察

## 内容

1. 調査の概要
2. 回答病院の属性
3. 調査結果
4. 考察

## 地域一般病棟の概念

### 地域一般病棟の概念

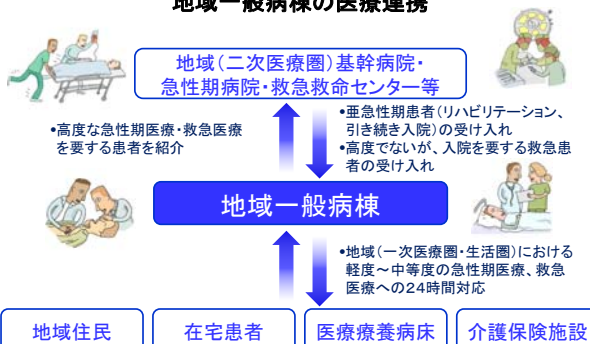
2001年9月、四病院団体協議会の高齢者医療制度・医療保険制度検討委員会報告書において、全日本病院協会を中心にまとめられた概念

- 地域(主として一次医療圏、生活圏)の医療を支える地域密着型病棟(病院)であり、地域住民、在宅療養中の患者、介護施設入居者等を対象として、連携を中心とした地域包括ケアを推進する病棟(病院)
- 中小病院の場合、全体で「地域一般病院」となるが、病棟機能が多種存在し、一部がこの機能を持つ病棟である場合「地域一般病棟」となる

### 地域一般病棟の役割

- ① 急性期医療機能
- ② 亜急性期(急性期後)の医療連携
- ③ 救急医療と連携
- ④ 在宅療養支援機能

## 地域一般病棟の医療連携



## 「地域一般病棟」に関する調査の目的

- ・ 現状の中小病院(200床未満)が提供している医療を調査・分析することにより、地域医療におけるこれらの役割を明確にし、今後の方向性を示す
- ・ 調査結果をもとに医療機能分化や地域包括ケア推進の議論の中に地域一般病棟について提言する

## 調査方法

| 項目   | 内容  |
|------|---|
| 対象病院 | <ul style="list-style-type: none"> <li>一般病床が200床未満の病院を対象</li> <li>DPCの状況(DPC病院、非DPC病院)、病床構成(一般病棟入院基本料のみを算定している病院、非DPC病院)を考慮し、各組み合わせを網羅するという視点で175病院を抽出</li> <li>地域一般病棟が提供していると想定されるような医療を提供している病院を選択</li> </ul> |
| 対象患者 | <ul style="list-style-type: none"> <li>調査期間中に対象病院に入院及び退院した患者のうち、一般病床及び療養病床に入院した患者を対象</li> <li>精神・結核・感染症病床は対象から除く</li> </ul>   |
| 調査期間 | 平成24年6月・7月  |
| 調査方法 | <ul style="list-style-type: none"> <li>調査票の記入</li> <li>レセプトデータの提出</li> <li>患者情報はマスキングした上で、CSV形式でDVD、CD-R等の電子媒体で提出</li> </ul>  |
| 提出方法 | 調査票、レセプトデータを郵送  |

6

## 調査票の質問項目

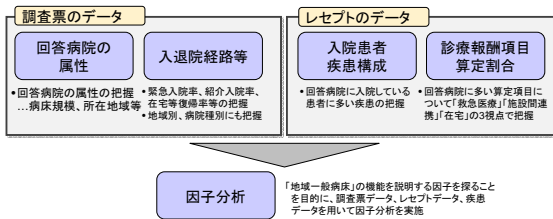
調査票の質問項目は以下のとおり  
調査期間内に入院した患者の入退院経路を中心とした質問である

| 項目   | 内容   |
|------|--|
| 基本属性 | 病院基本情報、在宅療養支援病院の届出有無、病床数、病床種別、平均在院日数   |
| 入院経路 | ①救急入院 緊急である(再掲:救急車/救急車以外)、緊急ではない   |
|      | ②入院経路 他病院からの入院(再掲:一般病床からの転院/一般病床以外からの転院)、介護施設及び高齢者住宅からの入院、自宅からの入院、自院の外来からの入院 |
|      | ③紹介の有無 紹介があった、紹介がなかった  |
| 退院経路 | ①退院経路 他病院への転院(再掲:一般病床への転院、一般病床以外への転院)、介護施設及び高齢者住宅への退院、自宅への退院、自院の外来           |
|      | ②紹介の有無 紹介した、紹介しなかった  |

7

## 調査の全体像

今回の「地域一般病棟」に関する調査結果では、入退院経路、地域別・病院種別による相違、疾病分類・診療報酬の算定回数・手術の実施状況、因子分析を行い、中小病院が提供している医療機能について分析した



8

## 内容

1. 調査の概要
2. 回答病院の属性
3. 調査結果
4. 考察

9

## 回収状況

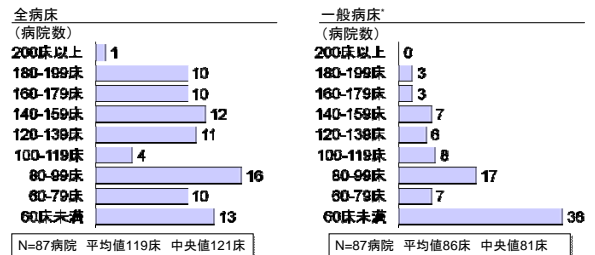
一般病床が200床未満の病院を対象に、DPCの状況(DPC病院、非DPC病院)、病床構成(一般病棟入院基本料のみを算定している病院、一般病棟入院基本料以外も算定している病院)を考慮し、各組み合わせを網羅するという視点で175病院に依頼し、回収率は49.7%

| 項目    | 数値    |
|-------|-------|
| 依頼病院数 | 175病院 |
| 回答病院数 | 87病院  |
| 回収率   | 49.7% |

10

## 病床規模別病院数

全病床規模別病院数は、100床未満が42.5%を占めており、更に細かくみると80-99床が最も多く、中間の100-119床は4病院と少ない



※一般病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、緩和ケア病棟入院料を算定している病床の規模

11

## 平均在院日数② (届出が一般病床の在院日数; N=81病院\*)

平均在院日数階級別にみると14-16日に一番多く分布している  
病床種別にみると、DPC(一般のみ)が平均値13.7日と最短であった

| 平均在院日数 | 病院数 | 構成比    |
|--------|-----|--------|
| 10日未満  | 5   | 6.2%   |
| 10-12日 | 2   | 2.5%   |
| 12-14日 | 14  | 17.3%  |
| 14-16日 | 22  | 27.2%  |
| 16-18日 | 10  | 12.3%  |
| 18-20日 | 7   | 8.6%   |
| 20-22日 | 0   | 0.0%   |
| 22-24日 | 1   | 1.2%   |
| 24-26日 | 3   | 3.7%   |
| 26-28日 | 1   | 1.2%   |
| 28-30日 | 4   | 4.9%   |
| 30-32日 | 3   | 3.7%   |
| 34日以上  | 9   | 11.1%  |
| 合計     | 81  | 100.0% |

□10%以上

\*: 無効回答6病院(無記入や不備があるもの)

| 病院類型    | 病院数 | 平均在院日数 |
|---------|-----|--------|
| 全体      | 87  | 19.6   |
| DPC病院   |     |        |
| 一般のみの病院 | 11  | 13.7   |
| その他の病院  | 17  | 14.5   |
| 非DPC病院  |     |        |
| 一般のみの病院 | 14  | 16.7   |
| その他の病院  | 45  | 21.3   |

類型方法

- DPCの状況(DPC病院、非DPC病院)、病床構成により分類
- 病床構成は以下のように設定
  - 一般のみ一般病床入院基本料のみを算定している病院(急性期入院医療管理料の算定は含む)
  - その他一般病床入院基本料のみならず、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれかを算定している病院

12

## 看護基準(一般病床入院基本料)の状況

一般病床入院基本料は7対1が41.4%(36病院)、10対1が37.9%(33病院)と多く、この2つで全体の約80%を占める

| 項目                    | 病院数 | 構成比    |
|-----------------------|-----|--------|
| 一般病床7対1入院基本料          | 36  | 41.4%  |
| 一般病床7対1入院基本料(経過措置)    | 1   | 1.1%   |
| 一般病床10対1入院基本料         | 33  | 37.9%  |
| 一般病床13対1入院基本料         | 2   | 2.3%   |
| 一般病床15対1入院基本料         | 6   | 6.9%   |
| 一般病床15対1入院基本料(栄養経過措置) | 3   | 3.4%   |
| 一般病床入院基本料 算定なし        | 6   | 6.9%   |
| 合計                    | 87  | 100.0% |

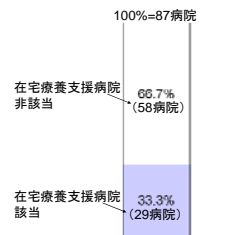
□構成比の上位2位

13

## 在宅療養支援病院の該当状況

在宅療養支援病院は回答病院全体の33.3%(29病院)であった

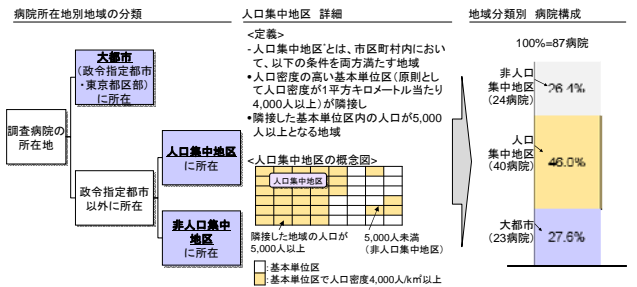
在宅療養支援病院 該当状況別構成



14

## 病院所在地の地域タイプ別病院数

市区町村と人口集中状況を考慮し地域性を大都市人口集中地区非人口集中地区の3つに分類。調査病院の所在地は人口集中地区が最も多く46%を占める



15

## 回答病院の属性 (まとめ)

- 回答病院は87病院であり、DPC(一般のみ)11病院、DPC(その他)17病院、非DPC(一般のみ)14病院、非DPC(その他)45病院であった
- 所在地域別にみると、政令指定都市23病院、人口集中地区40病院、非人口集中地区24病院であった
- 平均在院日数は全体で19.6日、DPC(一般のみ)が平均値13.7日と最短であった
- 看護基準は7:1が回答病院の41%、10:1が38%と多かった
- 在宅療養支援病院は29病院(回答病院の33%)であった

16

## 内容

- 調査の概要
- 回答病院の属性
- 調査結果
- 考察

17



## 分析結果の内容

I.入退院経路等調査結果

II.レセプト調査結果

III.因子分析／因子負荷量の結果

18

## 分析結果の内容

I.入退院経路等調査結果

II.レセプト調査結果

III.因子分析／因子負荷量の結果

19

## 入退院経路等調査における定義

### 病床種別病院類型

回答病院の病床構成ごとに以下のように類型集計を行った

| 名称   | 定義   |
|------|--|
| 一般のみ | 一般病床入院基本料のみを算定している病院(亜急性期入院医療管理料の算定は含む)  |
| その他  | 一般病床入院基本料のみならず、障害者施設等入院基本料、回復期リハビリテーション病棟入院料、緩和ケア病棟入院料、療養病床入院基本料のいずれかを算定している病院 |

### 介護施設及び高齢者集合住宅

調査票における入退院経路の質問項目に設定した「介護施設及び高齢者集合住宅」については、以下のものをその対象とする

|   |
|---|
| 介護保険施設(特別養護老人ホーム・老人保健施設)、特定施設(有料老人ホーム)、グループホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、特定施設以外の有料老人ホーム(住宅型有料老人ホーム)、サービス付高齢者向け住宅、介護無し高齢者住宅(高齢者マンション等) |
|---|

### 在宅等復帰率

調査票における退院経路①のうち「介護施設及び高齢者住宅への退院」、「自宅への退院」、「自院の外へ」に該当した患者の比率とする

### 入院経路、退院経路

入院経路のうち、「自宅からの入院」と「自院の外からの入院」を合わせて、「外来からの入院」と表記する。また退院経路のうち、「自宅への退院」と「自院の外へ」を合わせて、「外来で治療」と表記する

20

## 全体集計結果

「在宅等復帰率」が極めて高く、「緊急入院率」も高い  
また、他の一般病床、介護施設からの入院といった紹介による入院も多くみられた

|                | 平均値   | 中央値   |
|----------------|-------|-------|
| 紹介率            | 30.5% | 26.7% |
| 在宅復帰率          | 90.1% | 91.9% |
| 緊急入院率          | 44.1% | 45.1% |
| 救急ルート          |       |       |
| 救急車搬送率         | 15.0% | 10.6% |
| ウォークイン率        | 28.9% | 26.7% |
| 入院ルート          |       |       |
| 他の一般病床からの入院率   | 17.2% | 13.0% |
| 一般病床以外からの入院率   | 1.9%  | 0.0%  |
| 介護施設からの入院率     | 9.5%  | 5.9%  |
| 外来からの入院率       | 71.2% | 76.3% |
| 退院ルート          |       |       |
| 他の一般病床へ転院率     | 8.3%  | 6.5%  |
| 一般病床以外への病床に転院率 | 1.7%  | 0.0%  |
| 介護施設への入所率      | 12.9% | 10.2% |
| 外来における治療率      | 77.2% | 78.8% |
| 退院時の紹介率        | 23.1% | 21.5% |

・入院経路等の調査については、回答病院の病床数のばらつきを考慮し、実数ではなく各病院における「該当患者に占める割合」という視点で集計を実施  
・左に記載ある「平均値」「中央値」については、各回答病院における割合の平均値・中央値



21

## 地域別 集計結果\* (平均値)

政令指定都市において「緊急入院率」、特に「救急車搬送率」が高かったが、その他に大きな特徴はない

■全体よりも高い数値

|                | 全体    | 地域別    |        |         |
|----------------|-------|--------|--------|---------|
|                |       | 政令指定都市 | 人口集中地区 | 非人口集中地区 |
| 病院数            | 87病院  | 23病院   | 40病院   | 24病院    |
| 紹介率            | 30.5% | 33.1%  | 27.4%  | 32.8%   |
| 在宅復帰率          | 90.1% | 89.6%  | 90.2%  | 90.3%   |
| 緊急入院率          | 44.1% | 53.2%  | 39.3%  | 43.4%   |
| 救急ルート          |       |        |        |         |
| 救急車搬送率         | 15.0% | 25.0%  | 10.6%  | 12.7%   |
| ウォークイン率        | 28.9% | 28.1%  | 28.8%  | 30.0%   |
| 入院ルート          |       |        |        |         |
| 他の一般病床からの入院率   | 17.2% | 14.9%  | 18.7%  | 17.2%   |
| 一般病床以外からの入院率   | 1.9%  | 1.5%   | 2.5%   | 1.3%    |
| 介護施設からの入院率     | 9.5%  | 6.9%   | 7.2%   | 16.0%   |
| 外来からの入院率       | 71.2% | 76.7%  | 71.6%  | 65.0%   |
| 退院ルート          |       |        |        |         |
| 他の一般病床へ転院率     | 8.3%  | 8.5%   | 8.5%   | 7.7%    |
| 一般病床以外への病床に転院率 | 1.7%  | 1.8%   | 1.3%   | 2.1%    |
| 介護施設への入所率      | 12.9% | 10.6%  | 10.2%  | 19.3%   |
| 外来における治療率      | 77.2% | 79.0%  | 80.0%  | 70.9%   |
| 退院時の紹介率        | 23.1% | 24.8%  | 21.3%  | 24.2%   |

\*:回答病院の病床数のばらつきを考慮し、実数ではなく各病院における「該当患者に占める割合」という視点で集計を実施  
「平均値」にあたっては、各回答病院における割合の平均値

22

## 病床種別 集計結果\* (平均値)

いずれのタイプでも「在宅等復帰率」が高く、「緊急入院率」も高かった

■全体よりも高い数値

|                | 全体    | 病床種別  |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                |       | DPC   |       | 非DPC  |       |
|                |       | 一般のみ  | その他   | 一般のみ  | その他   |
| 病院数            | 87病院  | 11病院  | 17病院  | 14病院  | 45病院  |
| 紹介率            | 30.5% | 35.9% | 26.6% | 23.6% | 32.7% |
| 在宅復帰率          | 90.1% | 86.6% | 91.4% | 90.6% | 90.3% |
| 緊急入院率          | 44.1% | 35.1% | 56.1% | 41.5% | 42.5% |
| 救急ルート          |       |       |       |       |       |
| 救急車搬送率         | 15.0% | 15.3% | 19.4% | 12.1% | 14.1% |
| ウォークイン率        | 28.9% | 19.7% | 36.7% | 29.2% | 28.2% |
| 入院ルート          |       |       |       |       |       |
| 他の一般病床からの入院率   | 17.2% | 14.0% | 9.5%  | 10.3% | 22.7% |
| 一般病床以外からの入院率   | 1.9%  | 0.7%  | 0.8%  | 0.5%  | 2.9%  |
| 介護施設からの入院率     | 9.5%  | 3.1%  | 6.8%  | 4.3%  | 13.3% |
| 外来からの入院率       | 71.2% | 82.1% | 82.8% | 84.9% | 60.5% |
| 退院ルート          |       |       |       |       |       |
| 他の一般病床へ転院率     | 8.3%  | 10.0% | 8.4%  | 8.1%  | 7.9%  |
| 一般病床以外への病床に転院率 | 1.7%  | 3.7%  | 0.2%  | 1.3%  | 1.8%  |
| 介護施設への入所率      | 12.9% | 4.8%  | 10.2% | 6.2%  | 17.6% |
| 外来における治療率      | 77.2% | 81.9% | 81.2% | 84.4% | 72.7% |
| 退院時の紹介率        | 23.1% | 25.4% | 22.8% | 16.7% | 24.4% |

\*:回答病院の病床数のばらつきを考慮し、実数ではなく各病院における「該当患者に占める割合」という視点で集計を実施  
「平均値」にあたっては、各回答病院における割合の平均値

23



### 診療報酬項目の算定割合 (在宅医療に関する項目)

在宅医療に関わる項目としては、在宅に関わる指導管理料、「訪問看護指示料」、「退院調整加算」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料2」等が算定されている

| 診療明細名称                         | 算定割合  |
|--------------------------------|-------|
| 退院時リハビリテーション指導料                | 89.0% |
| 在宅自己注射指導管理料(1以外の場合)            | 69.5% |
| 訪問看護指示料                        | 56.1% |
| 在宅酸素療法指導管理料(その他)               | 50.0% |
| 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)(15日以上30日以内) | 46.3% |
| 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)(31日以上)      | 45.1% |
| 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)(14日以内)      | 40.2% |
| 退院前訪問指導料                       | 30.5% |
| 退院時共同指導料2                      | 18.3% |
| 在宅寝たきり患者処置指導管理料                | 15.9% |
| 在宅人工呼吸指導管理料                    | 14.6% |
| 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料                | 13.4% |
| 在宅中心静脈栄養法指導管理料                 | 9.8%  |
| 在宅自己導尿指導管理料                    | 7.3%  |
| 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料               | 6.1%  |
| 退院前在宅療養指導管理料                   | 3.7%  |
| 在宅悪性腫瘍患者指導管理料                  | 1.2%  |
| 在宅自己腹膜透析指導管理料                  | 1.2%  |

※算定割合とは、調査期間内に1回以上算定している病院の割合  
レセプトデータに関しては、一般病床に関する項目のみに限定し、調査を実施

### 診療報酬項目の算定割合\*① (手術に関する項目:算定割合10%以上のみ)

内視鏡及び腹腔鏡下手術、骨折等外傷に関わる手術が多く、「慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等も算定されていた

算定割合降順

| 診療明細名称                     | 算定割合  | 算定割合降順                      |       |
|----------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| 1 胃瘻造設術(経皮的内視鏡下胃瘻造設術を含む)   | 53.7% | 13 人工関節置換術(脚)               | 20.7% |
| 2 骨折癒血の手術(大腿)              | 39.0% | 14 内視鏡的結腸ポリプ・粘膜切除術(長径2cm以上) | 19.5% |
| 3 内視鏡的結腸ポリプ・粘膜切除術(長径2cm未満) | 37.8% | 15 アキレス腱断断手術                | 18.3% |
| 4 内視鏡的大腸ポリプ切除術(長径2cm未満)    | 35.4% | 16 骨折癒血の手術(上腕)              | 18.3% |
| 5 鼠径ヘルニア手術                 | 34.1% | 17 骨折癒血の手術(前腕)              | 18.3% |
| 6 人工骨髄挿入術(股)               | 31.7% | 18 内視鏡的胃、十二指腸ポリプ・粘膜切除術(その他) | 17.1% |
| 7 内視鏡的消化管止血術               | 31.7% | 19 ベースメーカー移植術(経静脈電極)        | 15.9% |
| 8 皮膚切開術(長径10cm未満)          | 31.7% | 20 骨折癒血の手術(鎖骨)              | 15.9% |
| 9 腹腔鏡下胆嚢摘出術                | 28.0% | 21 骨内異物(挿入物を含む)除去術(下腿)      | 15.9% |
| 10 気管切開術                   | 24.4% | 22 小腸結腸内視鏡的止血術              | 15.9% |
| 11 結腸切開術(全切除、亜全切除又は悪性腫瘍手術) | 23.2% | 23 内シヤント設置術                 | 15.9% |
| 12 骨折癒血の手術(下腿)             | 20.7% | 24 内視鏡的胆道ステント留置術            | 15.9% |
|                            |       | 25 内視鏡的乳頭切開術(胆道結石を伴う)       | 15.9% |

\*算定割合とは、調査期間内に1回以上算定している病院の割合  
レセプトデータに関しては、一般病床に関する項目のみに限定し、調査を実施

### 診療報酬項目の算定割合\*② (手術に関する項目:算定割合10%以上のみ)

内視鏡及び腹腔鏡下手術、骨折等外傷に関わる手術が多く、「慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等も算定されていた

算定割合降順

| 診療明細名称                     | 算定割合  | 算定割合降順                             |       |
|----------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| 26 慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術            | 15.9% | 38 小腸切開術(悪性腫瘍手術以外の切開術)             | 12.2% |
| 27 胃切開術(悪性腫瘍手術)            | 13.4% | 39 脊椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(椎弓形成)         | 12.2% |
| 28 関節鏡下半月板切除術              | 13.4% | 40 胆嚢摘出術                           | 12.2% |
| 29 関節内骨折癒血の手術(足)           | 13.4% | 41 虫垂切除術(虫垂周囲膿瘍を伴わないもの)            | 12.2% |
| 30 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術        | 13.4% | 42 内視鏡的胃、十二指腸ポリプ・粘膜切除術(早期悪性腫瘍粘膜下層) | 12.2% |
| 31 経皮的胆管ドレナージ術             | 13.4% | 43 内視鏡的乳頭切開術(乳頭括約筋切開のみ)            | 12.2% |
| 32 結腸切開術(小腸切開)             | 13.4% | 44 ベースメーカー交換術                      | 11.0% |
| 33 瘻挿手術(膀胱を含む)(根治手術)       | 13.4% | 45 経皮的冠動脈ステント留置術                   | 11.0% |
| 34 人工肛門造設術                 | 13.4% | 46 人工関節置換術(股)                      | 11.0% |
| 35 内視鏡的大腸ポリプ切除術(長径2cm以上)   | 13.4% | 47 水頭症手術(シヤント手術)                   | 11.0% |
| 36 血管造影術(頸部、胸腔、腹腔内血管)(その他) | 12.2% | 48 椎間板摘出術(後方摘出術)                   | 11.0% |
| 37 骨内異物(挿入物を含む)除去術(鎖骨骨)    | 12.2% | 49 内視鏡的食道及び胃内異物摘出術                 | 11.0% |
|                            |       | 50 胆嚢摘出術(クリッピング)(1箇所)              | 11.0% |

\*算定割合とは、調査期間内に1回以上算定している病院の割合  
レセプトデータに関しては、一般病床に関する項目のみに限定し、調査を実施

### II.レセプト調査結果 (まとめ)

#### 入院患者の疾患

- MDC分類で全国のDPC病院・準備病院のデータと比較すると、「神経」「外傷」が多かった
- 入院患者疾患構成をDPC分類でみると、肺炎・急性気管支炎と脳梗塞がそれぞれ8%と多く、続いて股関節大腿近位骨折4%、心不全と小腸大腸の良性腫瘍が各3%等であった

#### 診療報酬項目算定割合

- 救急医療に関わる項目は、「救急医療管理加算」「初診加算(休日・深夜・時間外等)」「手術(時間外・深夜・休日)」「救急・在宅等支援病床初期加算」等が多かった
- 施設間連携に関わる項目は、「診療情報提供料(1)」「介護支援連携指導料」が多く認められた
- 在宅医療に関わる項目は、在宅に関わる指導管理料、「訪問看護指示料」、「退院調整加算」、「退院前訪問指導料」、「退院時共同指導料2」等が算定されていた
- 手術については、内視鏡及び腹腔鏡下手術、骨折等外傷に関わる手術が多く、「慢性硬膜下血腫穿孔洗浄術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等も算定されていた

### 分析結果の内容

#### I.入退院経路等調査結果

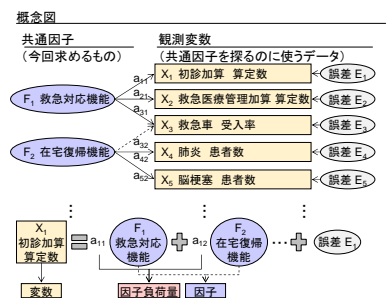
#### II.レセプト調査結果

#### III.因子分析/因子負荷量の結果

### 因子分析実施の目的

#### 因子分析の概要と実施目的

- 本調査の回答病院のデータをもとに「地域一般病床」の機能を説明する因子を探ることを目的に、調査票データ、レセプトデータ、疾患データを用いて因子分析を行う
- 因子分析とは、多数の量的データから、その事象に強い影響を与えている変数の集合を作り、それぞれに共通する特性を探る手法であり、多変量解析の手法の一つ



## 因子分析の方法

- 調査票データ(入退院経路データ)・レセプトデータ・疾患データの3つが揃う82病院を対象
- データに関しては、各病院の病床数の違いを考慮して、以下のように加工して用いた
  - 調査票データ(入退院経路):各病院における該当患者に占める割合
  - レセプトデータ:各病院の一般病床における一病床あたりの算定件数
- 病院属性、調査票データによる入院・退院ルート、疾患、レセプト算定項目等から60項目を変数に初期固有値を算出し、因子数を4つに設定
- 最終的に共通性の推定値が低い(0.3未満)、病院所在地域(政令指定都市・人口集中地区・非人口集中地区)等を含む計27項目を変数から除去し、33項目で因子分析を実施
- 因子抽出法は主成分分析、回転はバリマックス法を選択
- 最終的な累積寄与率は47.4%

38

## 最終的な因子分析の結果/因子負荷量

| 項目                              | 因子1   | 因子2   | 因子3   | 因子4   | 最終的な共通性 |      |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|---------|------|
| DPC                             | 0.52  | 0.32  | -0.05 | -0.56 | 0.69    |      |
| 救急車                             | 0.09  | 0.64  | 0.10  | 0.36  | 0.56    |      |
| 060210 ヘルニアの記載のない腰痛症            | 消化器   | 0.79  | 0.01  | 0.09  | 0.06    | 0.64 |
| 060100 小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)      | 消化器   | 0.78  | -0.09 | -0.10 | -0.12   | 0.65 |
| 060340 胆管(肝内外)結石、胆管炎            | 消化器   | 0.68  | -0.05 | 0.11  | 0.05    | 0.48 |
| 060035 大腸上行結腸から結腸癌)の悪性腫瘍        | 消化器   | 0.64  | -0.09 | -0.16 | 0.01    | 0.44 |
| 060020 胃の悪性腫瘍                   | 消化器   | 0.63  | -0.12 | -0.18 | -0.13   | 0.46 |
| 150010 ツェルシエ病                   | 小児    | 0.59  | -0.05 | -0.01 | -0.06   | 0.36 |
| 060130 食道、胃、十二指腸、憩室の疾患(その他良性疾患) | 消化器   | 0.57  | -0.07 | -0.09 | 0.06    | 0.34 |
| 110310 腎臓または尿管の感染症              | 腎臓    | 0.56  | 0.09  | 0.13  | -0.10   | 0.35 |
| 060140 胃十二指腸潰瘍、胃腸障害、幽門狭窄        | 消化器   | 0.53  | 0.14  | 0.05  | 0.10    | 0.31 |
| 040090 肺炎、急性気管炎、急性細菌気管炎         | 呼吸器   | 0.49  | -0.09 | 0.01  | 0.08    | 0.25 |
| 010060 脳梗塞                      | 神経    | -0.24 | 0.74  | 0.02  | -0.11   | 0.62 |
| 160100 頭蓋・頸部内損傷                 | 外傷    | 0.01  | 0.70  | -0.03 | -0.21   | 0.54 |
| 010040 非外傷性頭蓋内血腫(非外傷性硬膜下血腫以外)   | 神経    | -0.32 | 0.61  | 0.03  | -0.03   | 0.47 |
| 050050 狭心症、慢性虚血性心疾患             | 循環器   | -0.01 | 0.41  | -0.15 | -0.11   | 0.20 |
| 160690 胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰臓器を含む。)   | 外傷    | -0.10 | -0.17 | 0.72  | -0.06   | 0.56 |
| 150030 股関節大転子位骨折                | 外傷    | -0.03 | 0.01  | 0.58  | 0.03    | 0.34 |
| 070350 椎間板変性、ヘルニア               | 筋骨格   | -0.06 | -0.14 | 0.49  | -0.14   | 0.28 |
| 010310 脳の障害(その他)                | 神経    | -0.02 | -0.01 | 0.01  | 0.75    | 0.57 |
| 060570 その他の消化器の障害               | 消化器   | 0.04  | -0.23 | -0.09 | 0.50    | 0.32 |
| 161060 詳細不明の腫瘍                  | 外傷    | -0.20 | -0.08 | 0.42  | 0.47    | 0.44 |
| 診療情報提供料(1)                      | 退院/在宅 | 0.59  | 0.36  | 0.14  | 0.05    | 0.50 |
| 初診加算(休日・夜間)                     | 救急    | 0.31  | 0.79  | 0.20  | 0.17    | 0.79 |
| 休日・夜間・夜間加算(手術)                  | 救急    | 0.11  | 0.74  | -0.04 | 0.09    | 0.57 |
| 脳血管疾患等/リハビリテーション科(1)(療育施設等以外)   | リハ    | -0.21 | 0.60  | 0.09  | -0.10   | 0.42 |
| 初診加算(休日・夜間)                     | リハ    | 0.09  | 0.59  | 0.49  | -0.06   | 0.60 |
| 早期リハビリテーション加算                   | リハ    | 0.09  | 0.56  | 0.52  | -0.03   | 0.63 |
| リハビリテーション総合計画評価料                | リハ    | -0.11 | 0.37  | 0.66  | 0.06    | 0.59 |
| 運動器リハビリテーション科(1)                | リハ    | 0.13  | 0.10  | 0.52  | 0.19    | 0.33 |
| 退院時リハビリテーション指導料                 | 退院    | 0.28  | 0.32  | 0.50  | -0.02   | 0.42 |
| 救急搬送加算                          | 退院/在宅 | 0.07  | 0.11  | -0.05 | 0.80    | 0.66 |
| 退院調整加算(一般病棟入院基本料等)              | 退院    | 0.05  | 0.02  | 0.04  | 0.51    | 0.26 |
| 看護費                             | 15.5  | 14.7  | 9.1   | 8.0   |         |      |
| 薬剤費と非                           | 15.5  | 30.3  | 39.4  | 47.4  |         |      |

因子抽出法:主成分分析  
回転法:バリマックス法

■ ≧ |0.4|  
■ ≧ |0.7|

37

## 共通因子からみる地域一般病棟の機能

### 機能の特徴

- (因子1.) 消化器系疾患 連携機能対応**
  - 膵閉塞、小腸大腸の良性疾患、胆管結石等臓器系疾患に対応
  - 診療情報提供料にも負荷があり、連携による早期退院を行う
  - DPC病院が担っている傾向が強い
- (因子2.) 脳血管疾患 救急対応機能**
  - 脳血管疾患(脳梗塞、頭蓋・頭蓋内損傷、非外傷性頭蓋内血腫)に対応
  - 特に救急車による入院の受け入れに対応し、時間外による手術も行う
  - リハビリテーションの初期加算・早期リハビリテーションにより、早い段階からリハを実施し、脳血管の発症から復帰への対応機能を担う
- (因子3.) 整形外科 リハビリテーション対応機能**
  - 整形外科(胸椎、腰椎以下骨折損傷、股関節大腿近位骨折、椎間板変性、ヘルニア)に対応
  - 運動器リハビリテーションや、退院時リハビリテーション指導も担う
- (因子4.) 非定型的な病態の救急機能**
  - 脳の障害(その他)、その他の消化管の障害、詳細不明の損傷等といった疾患名が明確につぎにくい急患に対応
  - 救急医療加算・退院時調整加算の算定に特徴があり、入院時から早期退院を見越した対応を行う
  - 非DPC病院が担っている傾向が強い

38

## 内容

1. 調査の概要
2. 回答病院の属性
3. 調査結果
4. 考察

39

## 考察①

今回の調査結果は、中小病院における一般病床が行っている医療機能として、次のことが示された

- 平均在院日数は比較的短く、看護基準は7:1、10:1が主体である
- 救急車受け入れ、緊急入院の対応、外傷・内視鏡手術・脳血管疾患等の急性期疾患の対応を多く行っている
- 他の一般病床からの受け入れも多く、リハビリテーションを積極的に行っている
- 在宅等復帰率が極めて高く、訪問看護指示、退院調整等の連携医療を行っている ...等
- 地域(政令指定都市・人口集中地区・非人口集中地区)によって提供している医療に大きな差異はなかった

これらの結果は、全日病が提唱している地域一般病棟の医療機能と概ね相違がなく、様々な地域で中小病院の医療機能が有効に機能していることが示唆された

40

## 考察②

- 今回の調査では因子分析を行ったが、累積寄与率は47.4%であった
  - 地域一般病棟の特徴を半分程度しか説明することができなかった
  - 類型化が困難な疾患や患者を診ている可能性が考えられる
- 因子4「非定型的な病態の救急機能」として、非DPC病院では疾患名が明確につぎにくい急患を受けていることが明らかになった
  - この因子は、救急車による入院率が高いことから、比較的軽度の病態の高齢者が救急(ウォークイン)もしくは通常外来から入院している例が多いと考えられる
  - こうした患者を診ているということは、24時間365日、必要に応じて入院医療を提供できる体制を整備することを通じて地域医療・在宅医療を支える、地域一般病棟の特徴のひとつであろう

41