

『地域包括ケアシステムにおける 在宅医療の課題と展望』

2015.11.6第五回福祉先進都市・東京の実現に向けた
地域包括ケアシステム在り方検討会議

日本在宅ケアアライアンス
議長 新田 國夫

医療政策が問い直されている

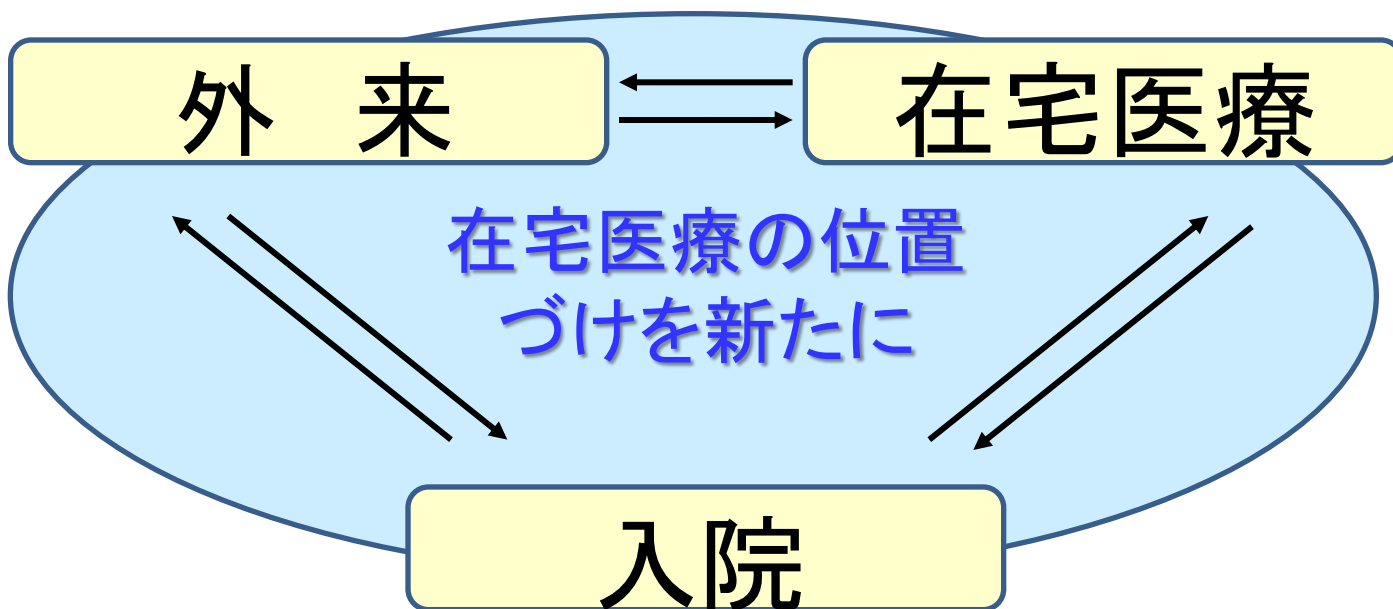
医療機能の「機能分化」と「連携」

在宅医療とは何か

「医の原点」から考え直す時期に！

- ☛ 病人である前に『生活者』である
- ☛ 「治す医療」から『治し、支える医療』へ
- ☛ 『生活臨床』という志を急性期病院も含め皆
- ☛ 日本人の老いの姿 ⇒『生活の質』を再考

地域の医療スタイル



単に、

- ・急性期病院がパンクしてしまう理由ではなく・・・
- ・入院から在宅療養への導入だけでなく・・・
- ・通院困難だから在宅療養ではなく・・・

👉積極的に『在宅療養の優位性』を考えながら

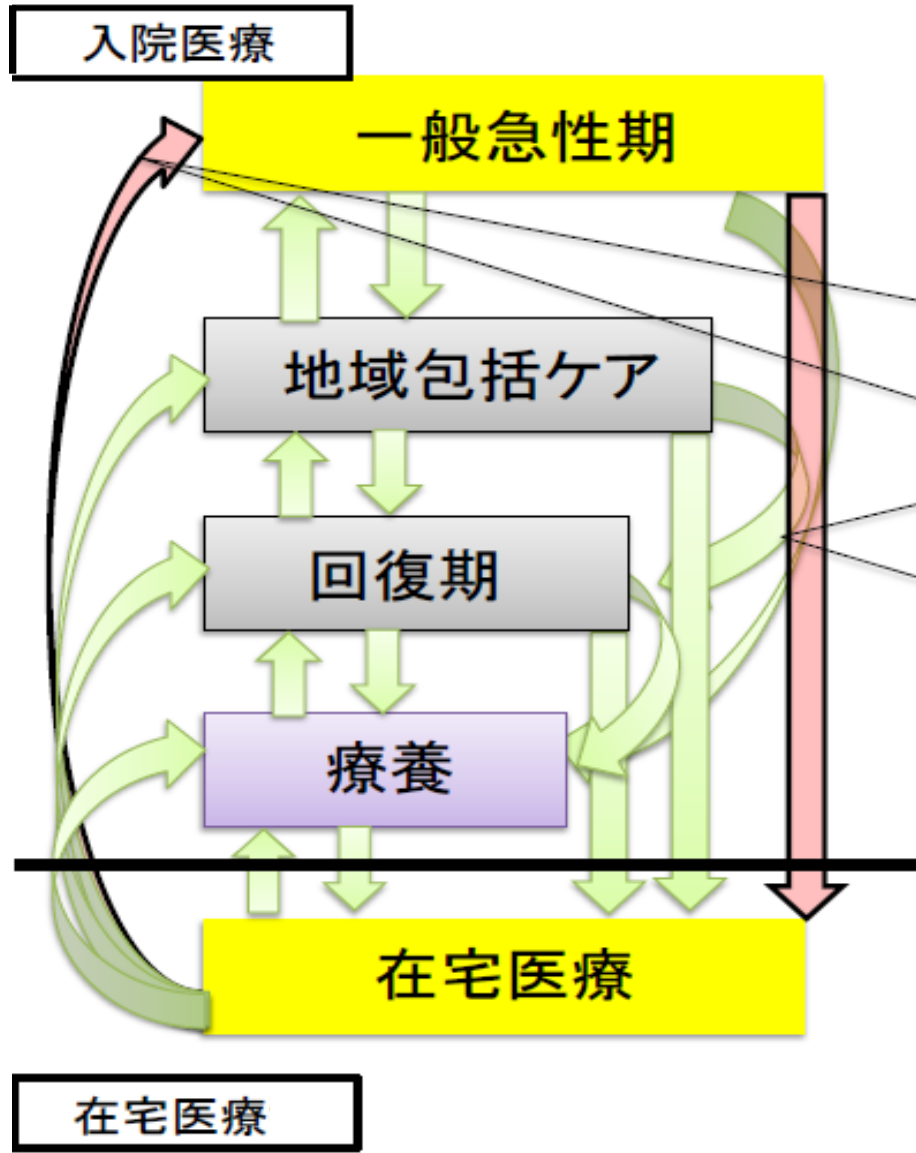
在宅医療は今まで何をしてきたのか

在宅医学とは何か

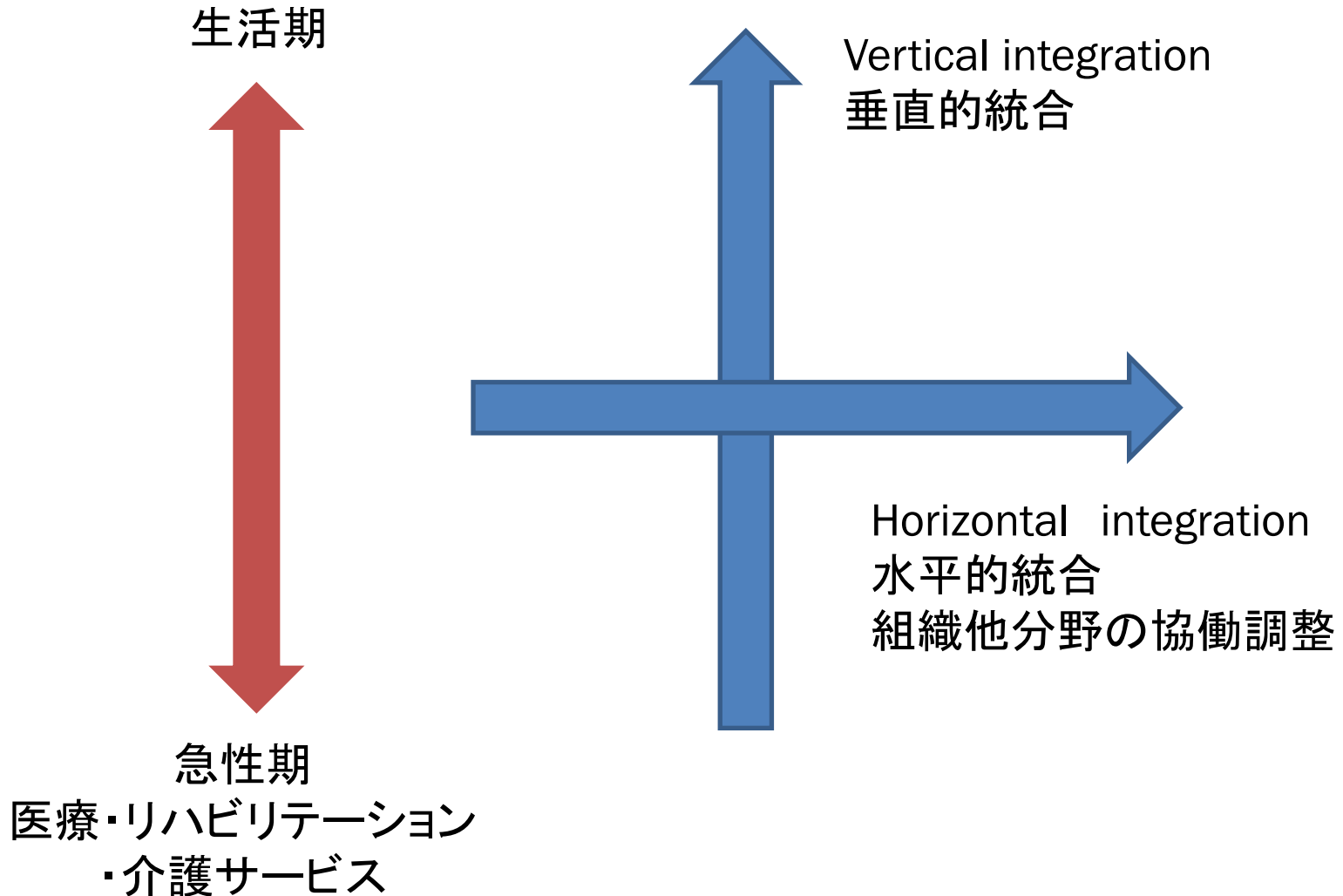
生き方を支えることが医療の目的である

在宅医療では、限られた時間を生きる患者を対象にすることが多い。そのため、患者の価値観に沿った医療を提供し、生き方を支援することがなによりも重視される

現在の医療構造

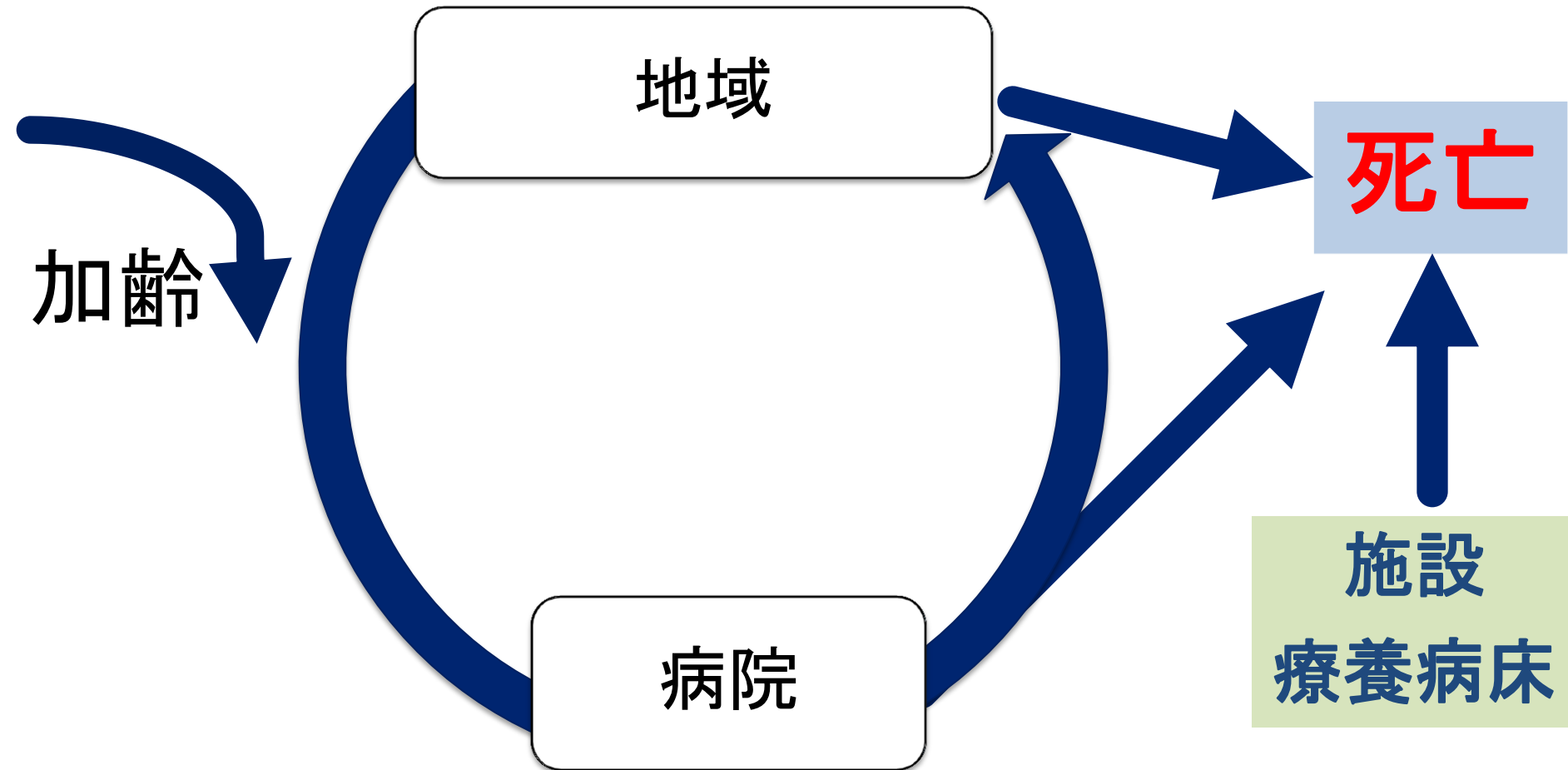


統合の概念



ケアサイクル

高齢者に必要な循環ケア

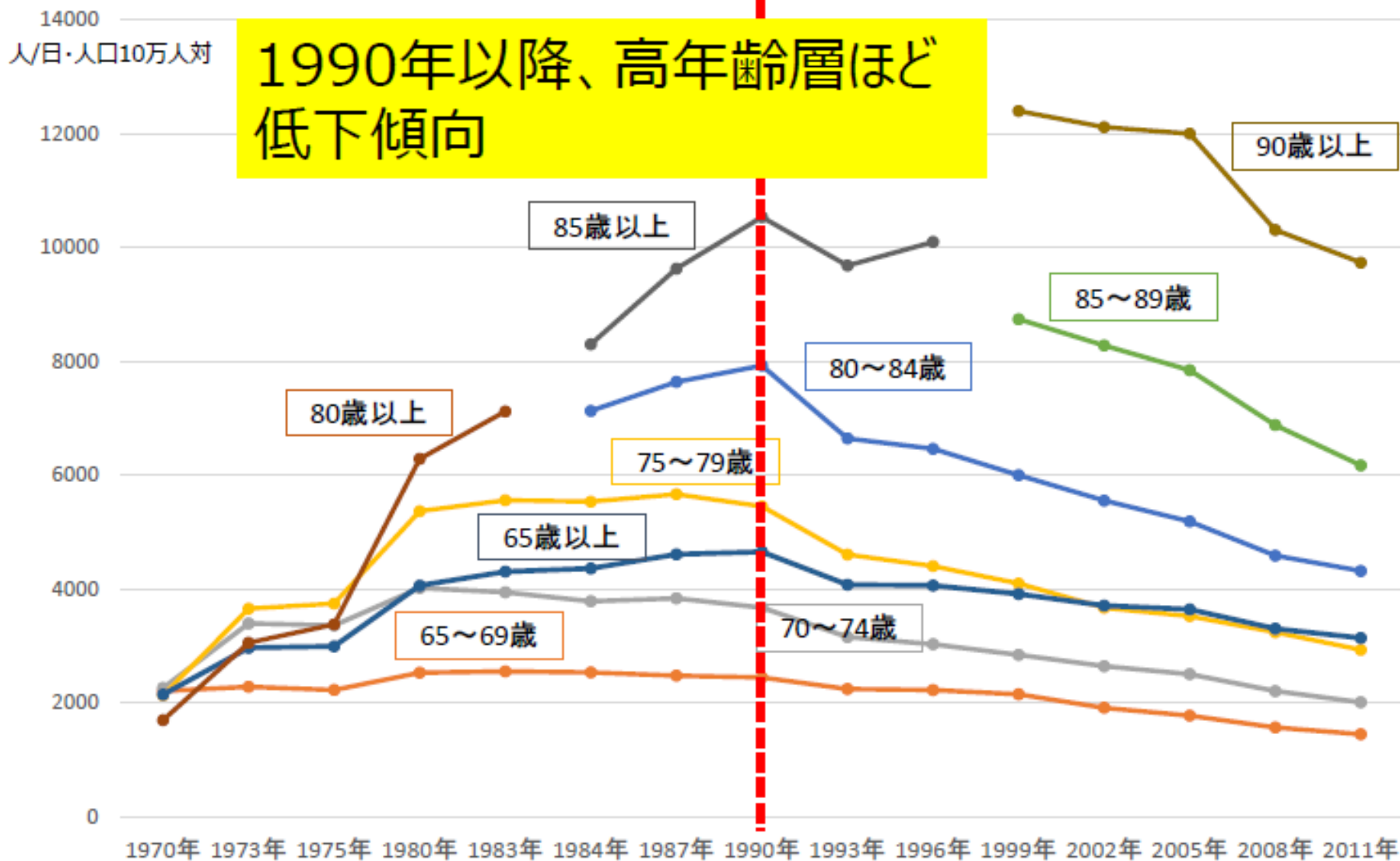


ケアサイクルは
継続が必要

意外な事実：患者数は横ばい

- 医療需要が大きい高齢者人口は、この10年間に大幅に増加してきた。
- しかし患者数の増加はなかった。
 - ✓ 1990年代以降、入院患者数は漸減、外来患者数はほぼ同水準
- 2025年に向けて高齢者人口は増加するが、その増加幅は？

年齢別の入院受療率の推移



- ・2006の介護予防
- ・総合支援事業
- ・各地における在宅医療と介護の連携推進に関する取組

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

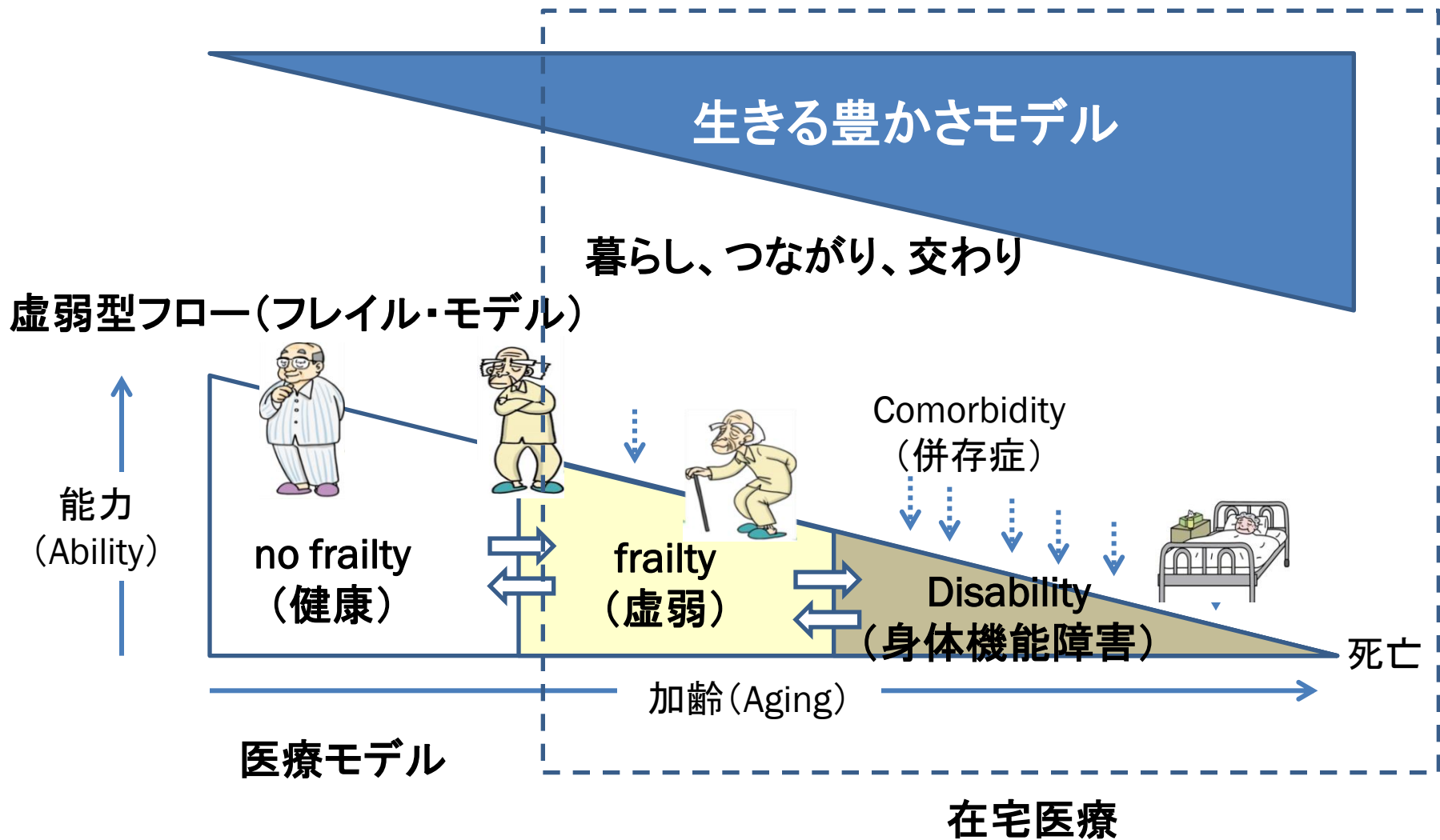
(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

これからの個人史



完全居場所の地域づくり

課題の解決のためには
統合ケアの規範が必要
(地域から医療システムまで)

4つの目標

いつまでもいきいきと健康に

ひとり暮らしでも

認知症になっても

中・重度の要介護状態になっても

住み慣れた地域で
生活を継続できる

療養病床の医療区分

○ 療養病床に入院している患者の中には、体制さえ整えば在宅療養が可能な者もいる(医療区分1など)。

医療区分3	【疾患・状態】
	・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
	【医療処置】
	・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	【疾患・状態】
	・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く)
	・脊髄損傷(頸随損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)
	・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
	・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態
	・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
	・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)
	【医療処置】
	・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)
	・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

在宅医療で診られる患者像

- 老年病 (脳卒中後遺症、認知症、整形疾患など)
- 進行期や終末期のがん
- 進行期の慢性疾患 (神経難病、慢性呼吸不全、慢性心疾患、慢性腎疾患、肝不全、膠原病など) などにより通院困難な患者

「在宅医療バイブル」(川越正平、2014年)改変

現在の在宅医療の質は 病院医療にひけをとるものではない

- 医療機器 介護機器の発展
- 創薬
- 各種介護系サービスの充実
- 地域ネットワークの整備: 地域ケア力の向上
(緊急通報システム・認知症見守りネット・虐待防止ネット等)
- 情報ネットワークの整備: クラウドコンピューティングの活用
(電子カルテ スマートフォン テレ・メディスン)

医療の提供状況施設より重度者の管理

	一般病棟 (13:1)	一般病棟 (15:1)	医療療養 病棟 (20:1)	医療療養 病棟 (25:1)	介護療養 病棟 (30:1)	介護老人 保健施設 (療養型) (30:1)	介護老人 保健施設 (従来型) (50:1)	介護老人 福祉施設 (125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人口呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・ 気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・ 胃ろう	13.9%	17.1%	35.7	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

老健症例



苦痛の持続

生命予後不良
しかし、長期生存



ASO 動脈閉塞による足部 壊死



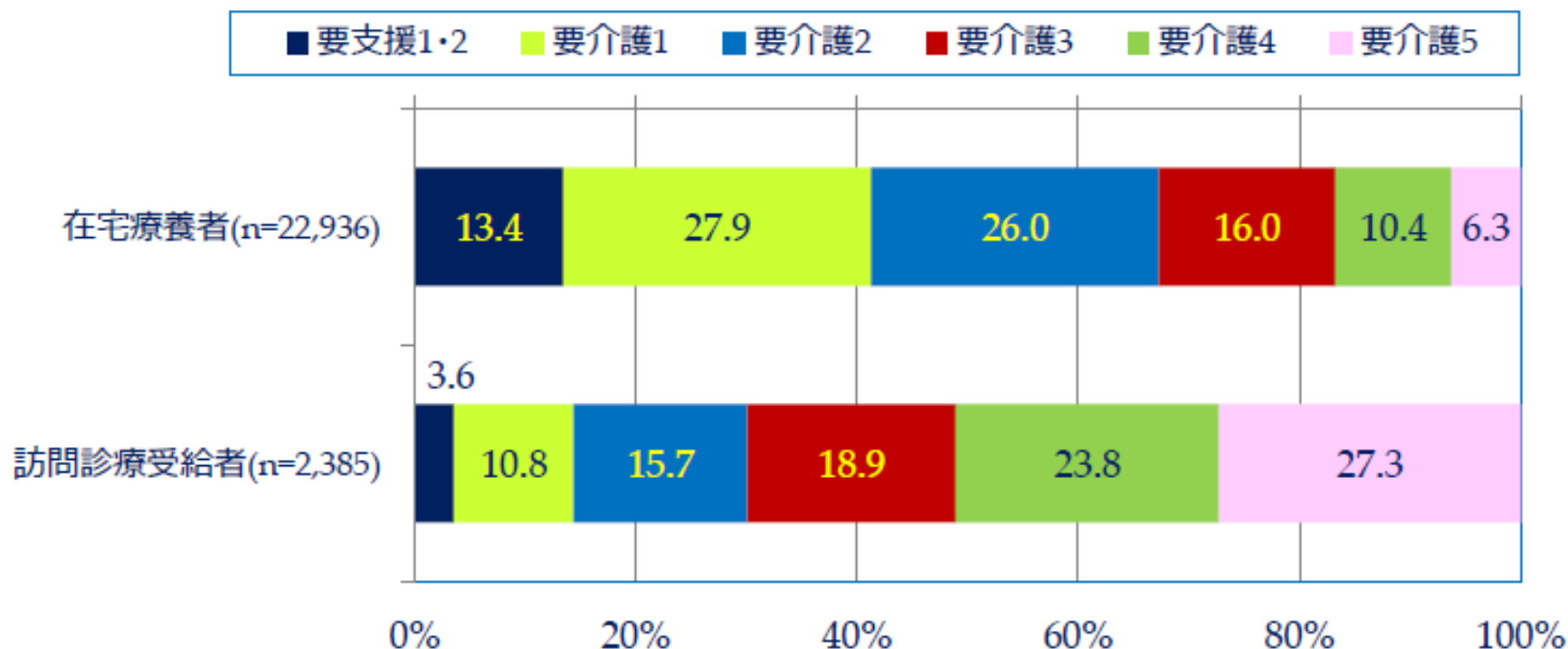
在宅症例



訪問診療受給者の要介護度分布

- 在宅療養者の要介護度分布をみると、「要介護1」27.9%、「要介護2」26.0%、「要介護3」16.0%の順であった。
- 一方、訪問診療受給者をみると、「要介護5」27.3%、「要介護4」23.8%、「要介護3」18.9%と、要介護4～5が約5割を占めていた。

図3. 在宅療養者と訪問診療受給者の要介護度分布の比較

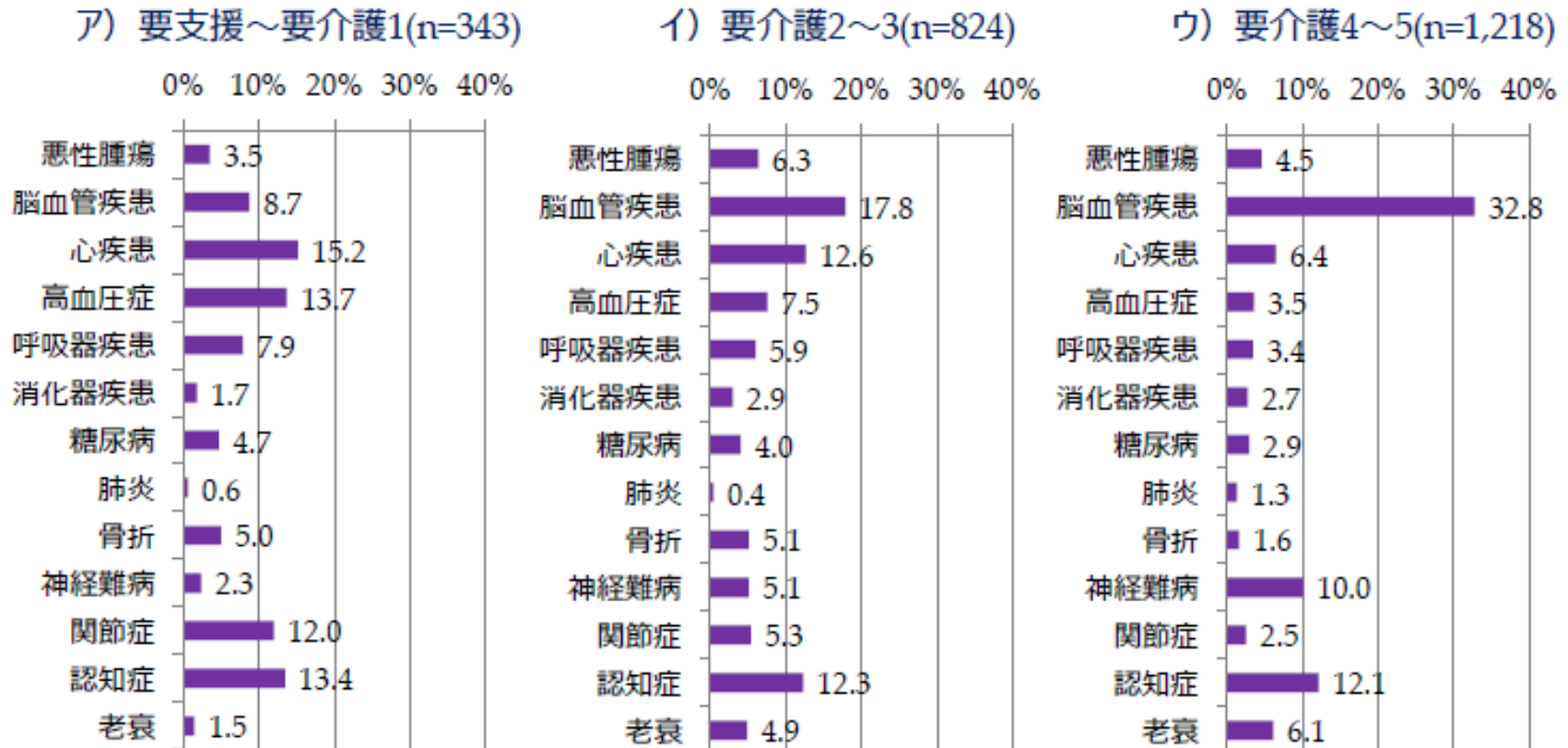


注. 訪問診療受給者のうち、要介護度未回答者が3人いたため、訪問診療受給者総数は2,385人となっている。

訪問診療受給者の主傷病

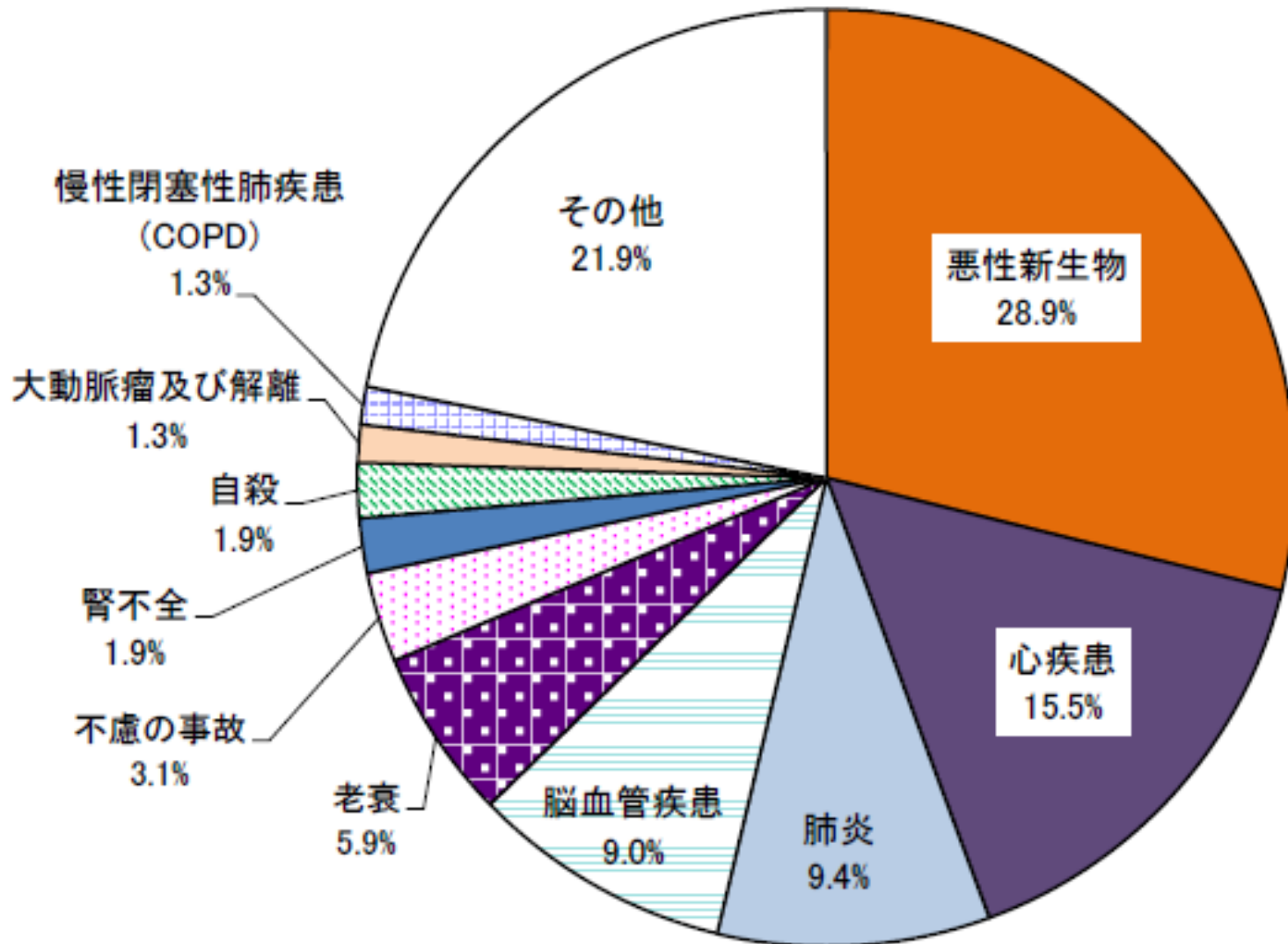
○主傷病を要介護度別にみると、要支援-要介護1では「心疾患」15%、「高血圧症」14%、「認知症」13%の順、要介護2-3では「脳血管疾患」18%、「心疾患」13%、「認知症」12%の順、要介護4-5では「脳血管疾患」33%、「認知症」12%、「神経難病」10%の順であった。

図4. 要介護度別にみた主傷病別訪問診療受給者割合

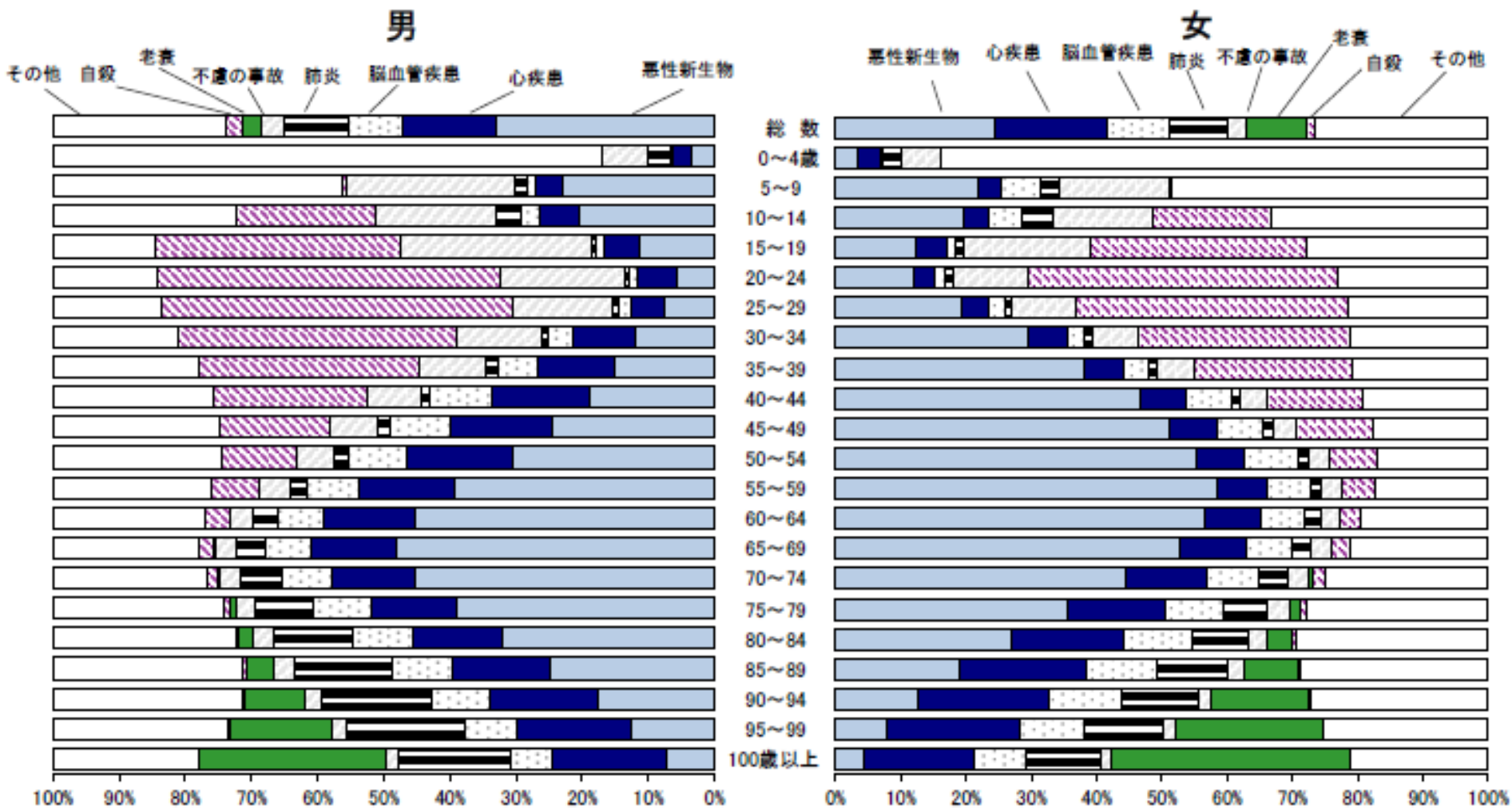


主な死因別死亡数の割合

(2014年)



性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合 (2014年)

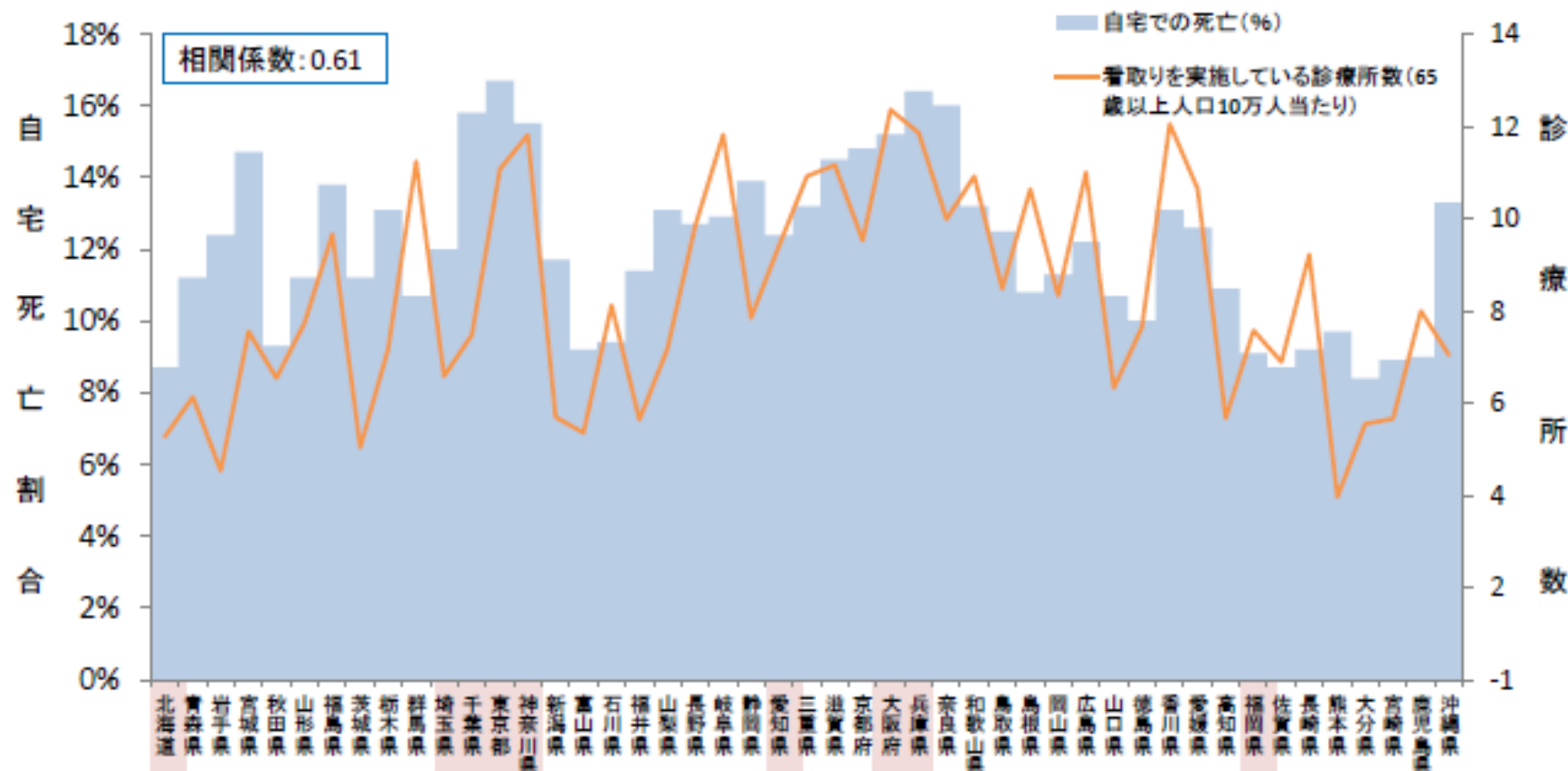


自宅での死亡状況(都道府県別)

- 自宅で死亡する割合が一桁の地域から、15%を超える地域まで、都道府県によって自宅での死亡割合には違いがみられた。
- また、高齢者人口当たりの看取り実施診療所数と自宅での死亡割合には一定の相関がみられた。

＜自宅等※での死亡割合＞

※ 自宅の他、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、経費老人ホーム及び有料老人ホームを含む。



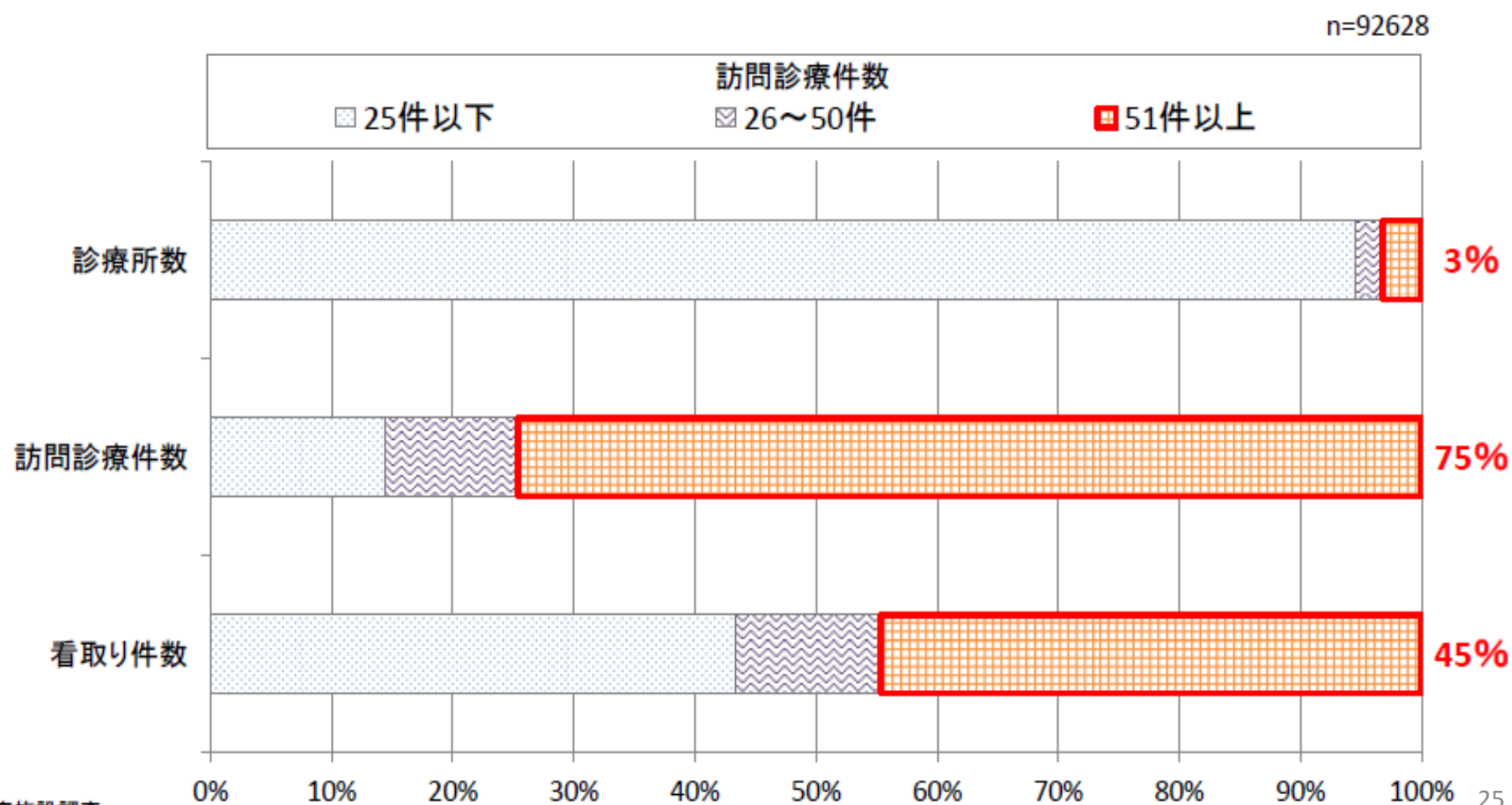
出典:人口動態統計、NDBデータ(平成27年5月診療分)、総務省日本の統計

...今後特に高齢者の増加が予想される地域

訪問診療件数・看取り件数の内訳

- 訪問診療件数が51件以上の診療所は全診療所のわずか3%であるが、訪問診療件数の約75%、看取り件数の約45%はこうした施設によって実施されていた。

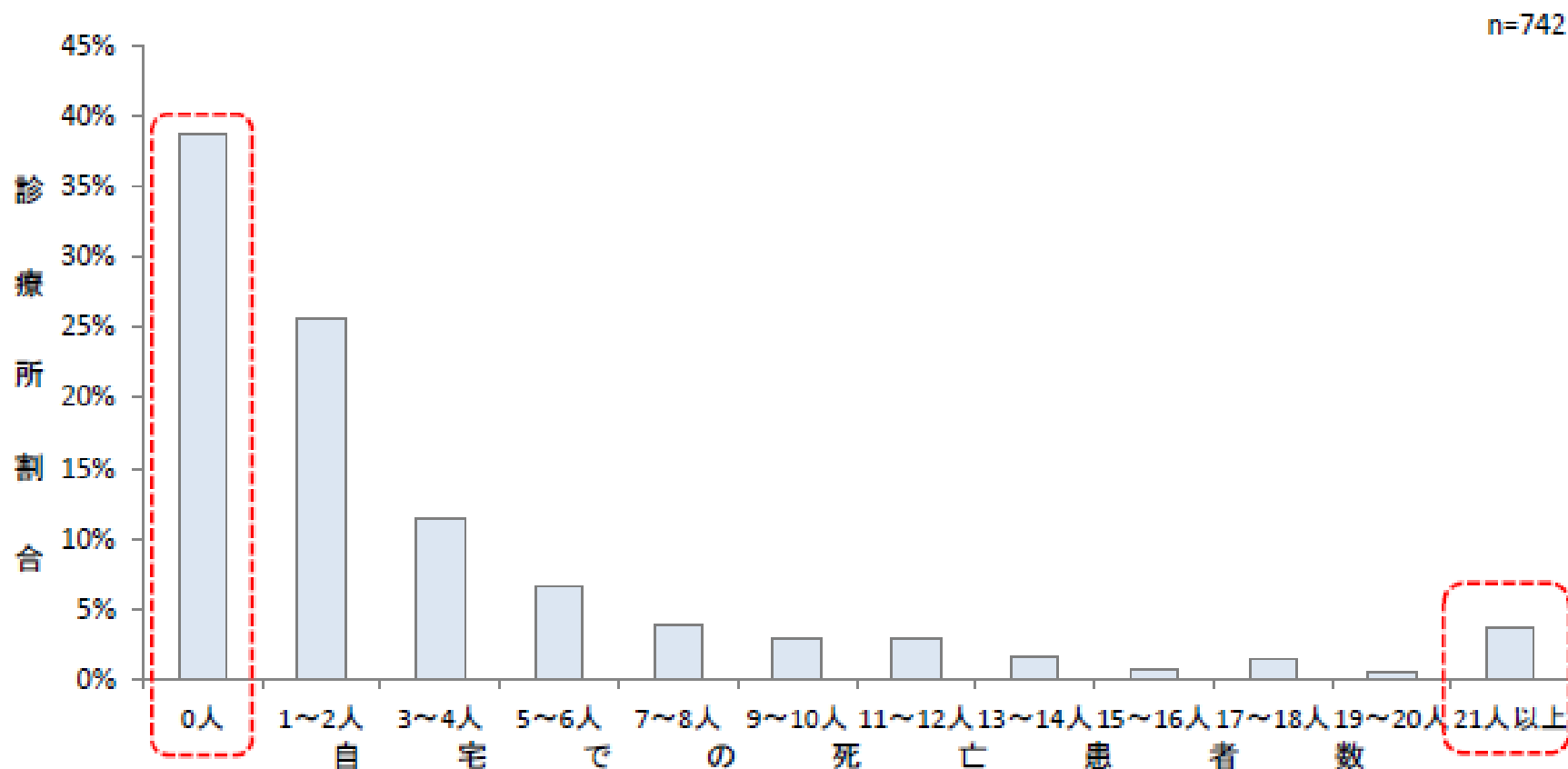
<訪問診療件数別の実績等>



在宅医療に取り組む医療機関における看取り状況

- 在宅医療に取り組む医療機関※のうち、約40%の医療機関は1年間の看取り患者数が0人であった。一方、一部の医療機関では21人以上看取りを行っている医療機関がみられた。

<年間自宅死亡患者数別の医療機関分布>



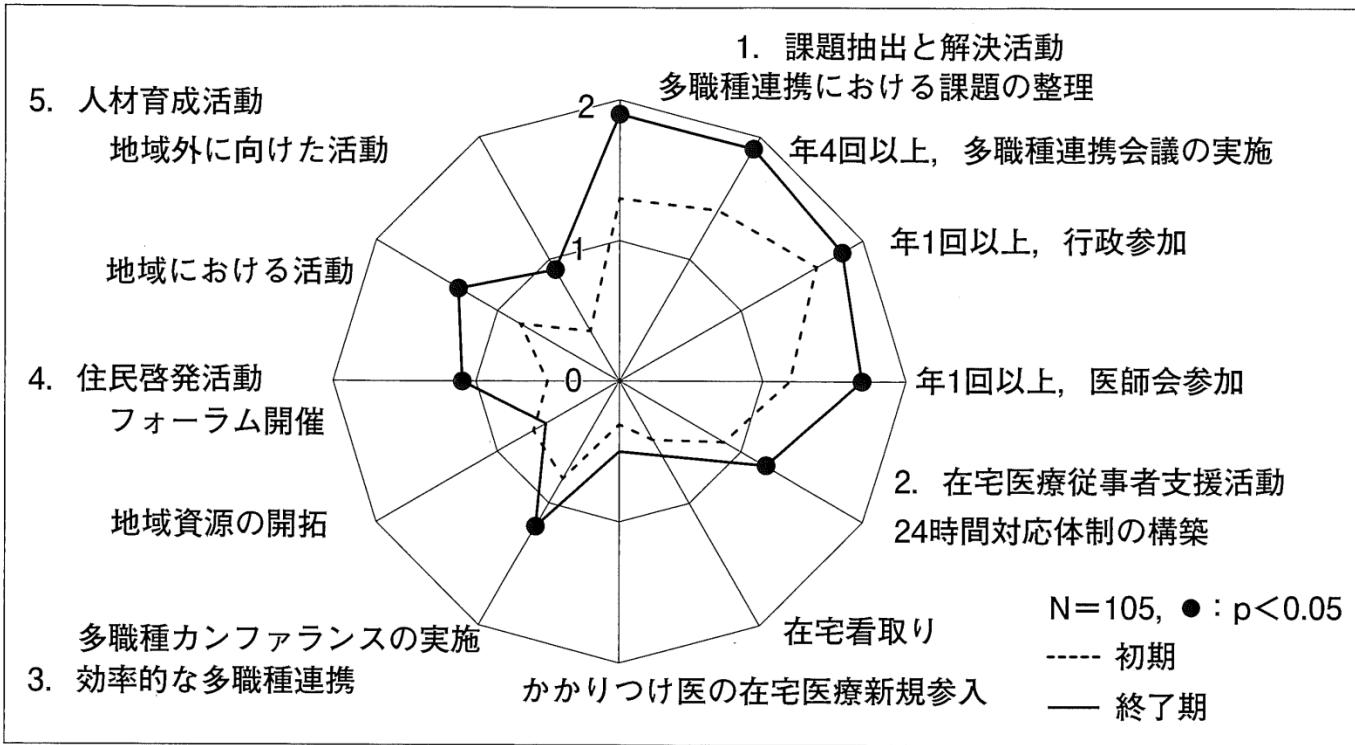


図2
平成24年度在宅医療連携拠点の活動性の評価：5つのタスクの半定量的評価

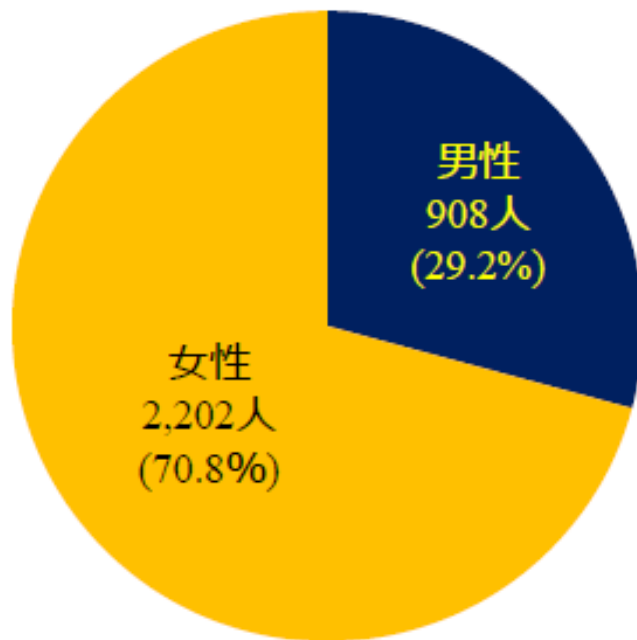
認知症の人の特性

認知症の人の特性（性別, 年齢階級別）

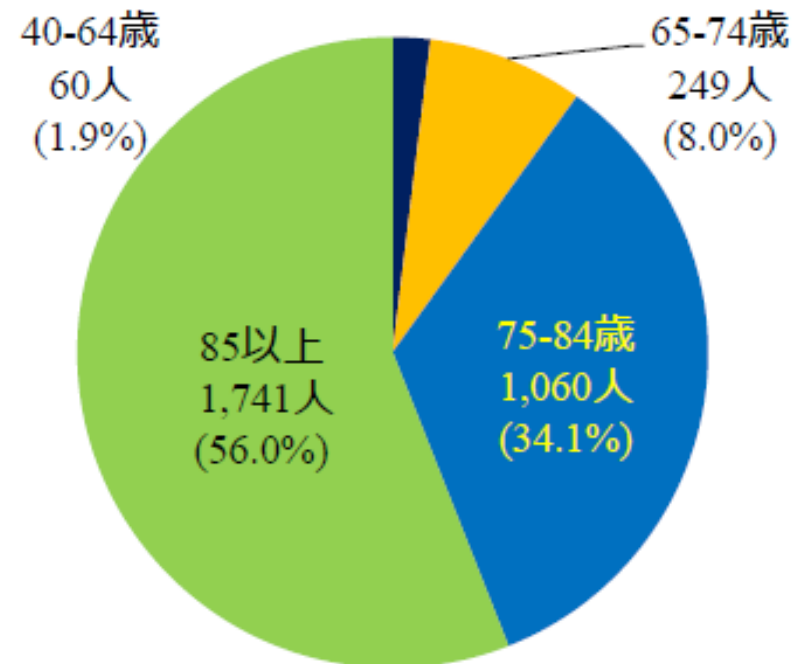
- 認知症自立度Ⅱ以上（以下, 認知症）を性別にみると、「女性」が70.8%を占めていた。
- 年齢階級をみると、「85歳以上」が56.0%と最も多く、次いで「75～84歳」34.1%の順であった。
- 40～64歳の認知症の人は60人であった。

図2. 性別年齢階級別に見た認知症の人数（n=3,110）

ア) 性別



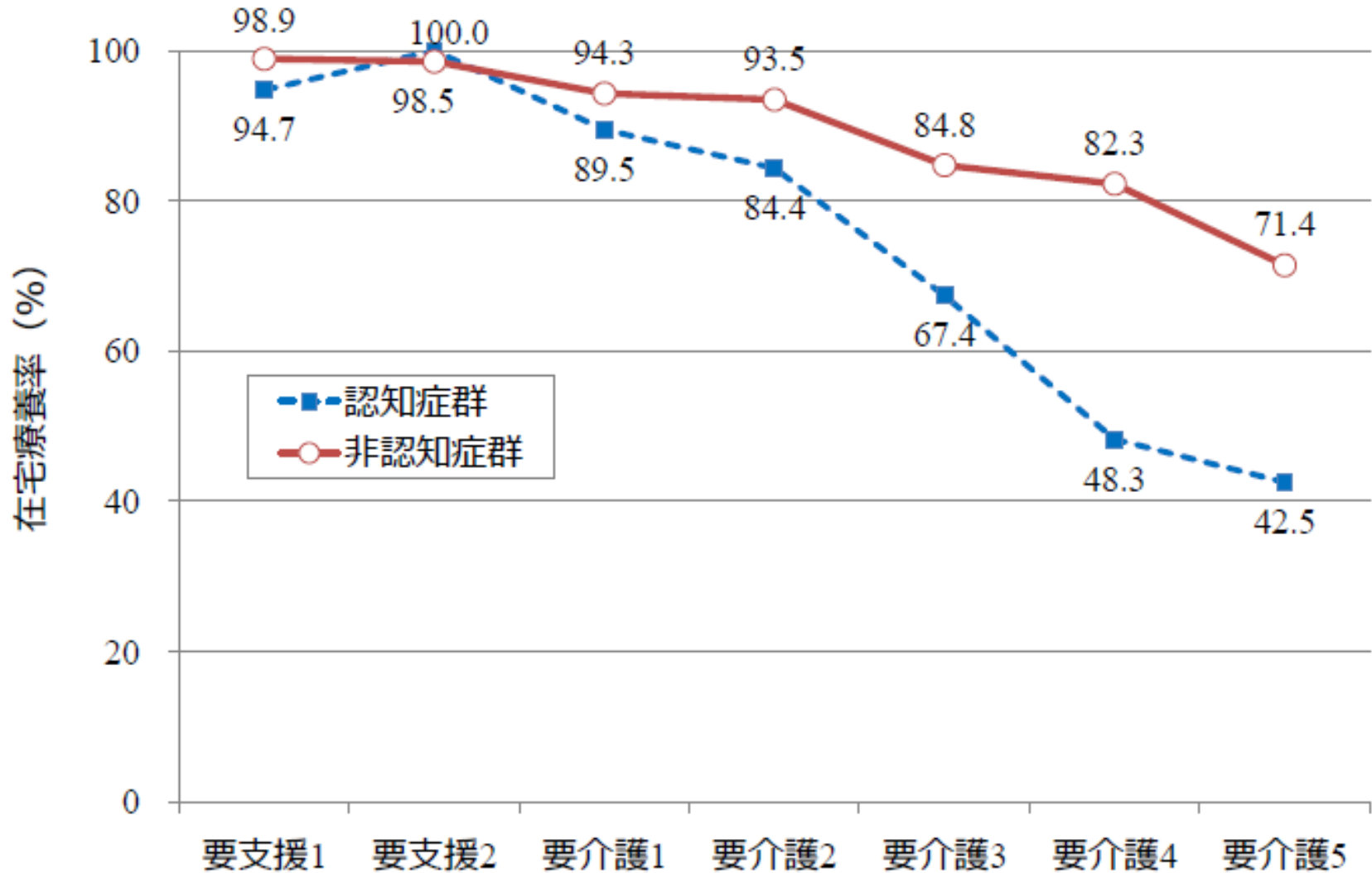
イ) 年齢階級



要介護度別にみた在宅療養率

(認知症の人と認知症以外の人との比較、B市)

図6. 在宅療養率の比較（認知症の人と認知症以外の人）



療養、施設から在宅に帰す時に 困難な患者とは

1.社会的要因

高齢世帯、独居世帯、家族の負担、
長期介護、医療保険、介護保険

2.病態医療ニーズ要因

頻回な医療と介護



北区高齢者福祉について

○高齢者の現状

◆平成27年4月1日現在

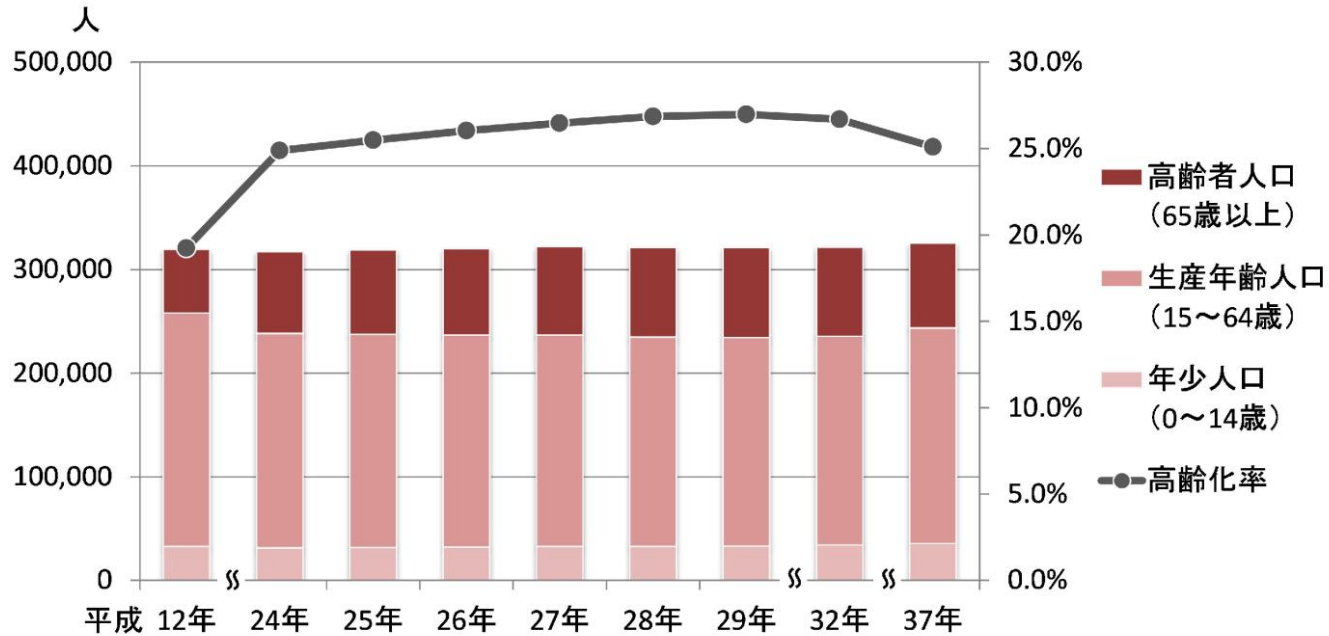
- ・総人口 338,854人
- ・高齢者人口（65歳以上） 86,255人（25.5%）
- ・後期高齢者人口（75歳以上） 42,391人（12.5%）

- * 高齢化率は23区で1番高い。[2位:足立区 24.2% 3位:葛飾区24.1%]
- * 前期高齢者と後期高齢者は半々になっている。
- * 一人暮らし高齢者が増えている。(30,278人 高齢者の35.3%)
- * 高齢化率の高い地区 桐ヶ丘 高齢化率 56.2% 後期高齢者は33.9%

◆参考:平成7年1月1日

- ・総人口 331,613人
- ・高齢者人口 52,601人（15.9%）
- ・後期高齢者人口 20,314人（6.1%）

北区の総人口、高齢者人口及び高齢化率の推移



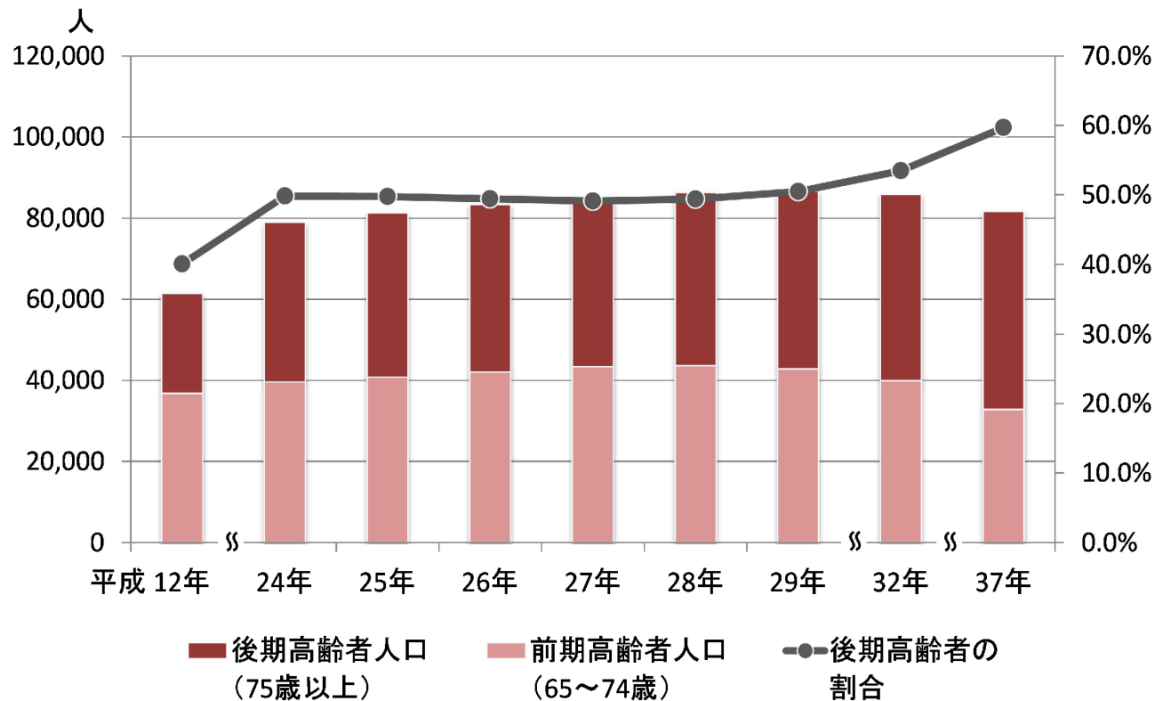
単位: 人

	実績値					推計値			
	平成12年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成32年	平成37年
総人口	319,484	317,227	318,884	320,165	322,079	321,234	321,034	321,580	325,185
年少人口 (0～14歳)	32,658	31,093	31,493	31,919	32,601	32,609	32,780	33,753	35,686
生産年齢人口 (15～64歳)	225,353	207,210	206,117	204,911	204,217	202,343	201,646	201,993	207,873
高齢者人口 (65歳以上)	61,469	78,924	81,274	83,335	85,261	86,282	86,608	85,834	81,626
高齢化率	19.2%	24.9%	25.5%	26.0%	26.5%	26.9%	27.0%	26.7%	25.1%

※数値は住民基本台帳をもとにした各年1月1日現在の実績値及び推計値。

※平成24年7月の住民基本台帳法の改正に伴い、外国人についても住民基本台帳の登録対象となりましたが、外国人を含めた統計データがないため、日本人のみの実績値及び推計値としています。

前期・後期別高齢者人口の推移



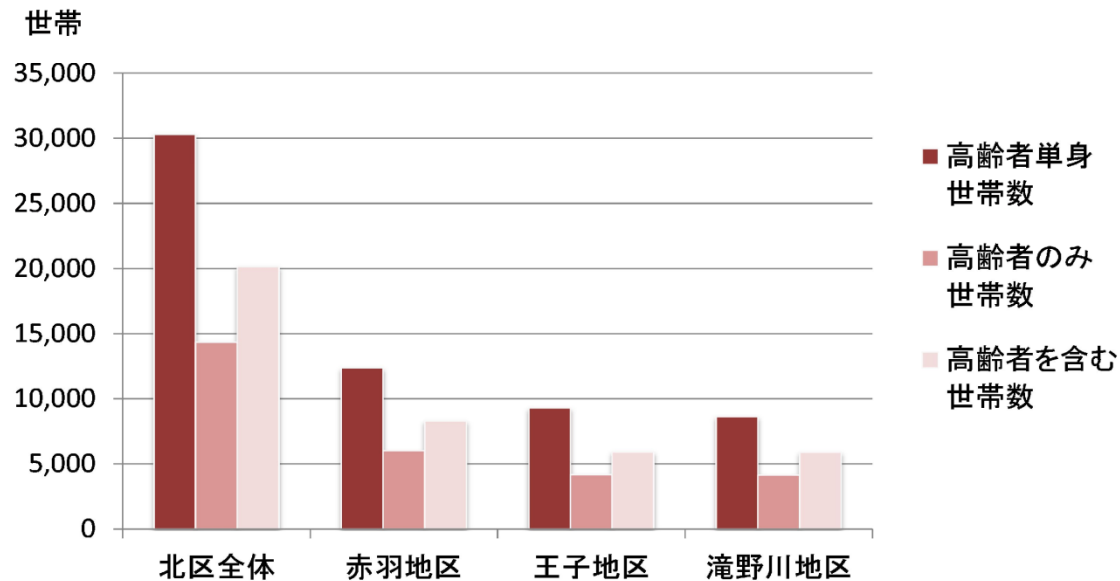
単位: 人

	実績値					推計値			
	平成12年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成32年	平成37年
高齢者人口	61,469	78,924	81,274	83,335	85,261	86,282	86,608	85,834	81,626
前期高齢者人口 (65~74歳)	36,830	39,620	40,843	42,169	43,415	43,670	42,916	39,966	32,887
後期高齢者人口 (75歳以上)	24,639	39,304	40,431	41,166	41,846	42,612	43,692	45,868	48,739
後期高齢者の 割合	40.1%	49.8%	49.7%	49.4%	49.1%	49.4%	50.4%	53.4%	59.7%

※数値は住民基本台帳をもとにした各年1月1日現在の実績値及び推計値。

※平成24年7月の住民基本台帳法の改正に伴い、外国人についても住民基本台帳の登録対象となりましたが、外国人を含めた統計データがないため、日本人のみの実績値及び推計値としています。

高齢者世帯数の現況

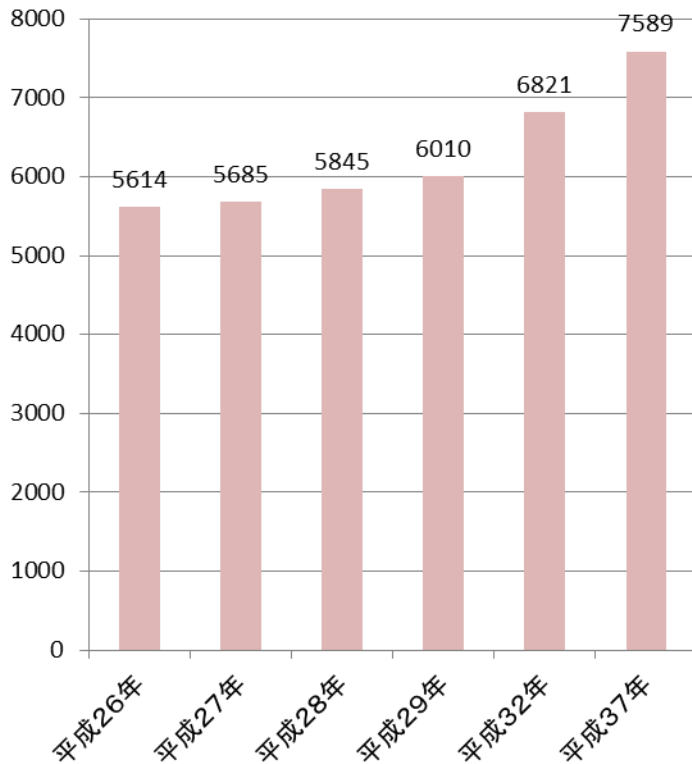


	総世帯数	高齢者単身世帯数	高齢者のみ世帯数	高齢者を含む世帯数
北区全体	183,032	30,278	14,333	20,137
		16.5%	7.8%	11.0%
赤羽地区	71,722	12,358	6,008	8,302
		17.2%	8.4%	11.6%
王子地区	54,892	9,293	4,177	5,927
		16.9%	7.6%	10.8%
滝野川地区	56,418	8,627	4,148	5,908
		15.3%	7.4%	10.5%

※住民基本台帳をもとにした平成27年1月1日現在の数値（外国人を含む）。
※%は総世帯数に占める割合。

在宅療養の推測値（平成26年度）

要介護3～5までの認定者数の推移



○ 療養に係る病床数

○ 2679床

○ 在宅療養者（推測値）

約2900人

○ 訪問診療・往診可能な医療機関

58か所

■ 合計 診療所の23.3%

・在宅看取り数 552人

（16%で推測）

※1医療機関当たりの訪問

50人すると区内で充足する実際は？

北区にみる今後の推定値

平成37年の高齢者の状況

○ 推計値より

第1号被保険者 81626人

前期高齢者 32887人

後期高齢者 48739人

要介護3以上 7589人

死亡推定 3902人

在宅見取り数(16%) 624人

※4162人をどのようにケアする
のか？(要介護3以上の介護予測)

あとどの位在宅診療機関を増やせ
ばいいのか？

地域の施設在宅サービス

現在把握しているもの

回復期病床 418床

慢性期病床 649床

老人保健施設 561床

特別養護老人ホーム1159床

グループホーム 258床

有料老人ホーム 382床

合計 3427床

在支診 33件/1年

国立市(くにたち)

人口と高齢者数(住基登録者)

2015年7月1日	合計	割合
全体	74,766	—
65歳以上	16,331	21.8%
75歳以上	7,941	10.6%

要支援・要介護認定者数(施設利用含)

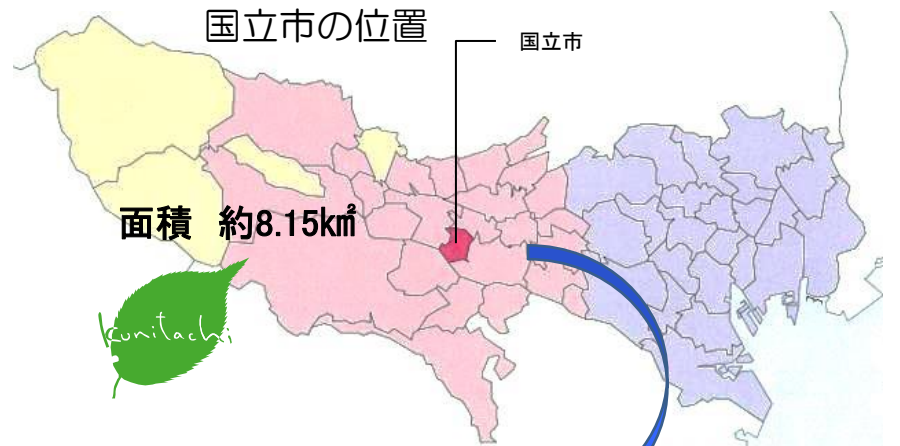
2015年6月30日	人
認定者全体	3,167
40～64歳	94
65～74歳	372
75歳以上	2,701

2013年1月現在 【75歳以上の在宅の方】

人数 7,282人

- 認定者以外 5,140人
- 認定者 2,142人
 - 認知症以外 1,087人
 - 認知症で独居以外 767人
 - 認知症独居 288人
- * 生活実態が独居の方 56人

市内全域をひとつの生活圏域とし、直営1か所の地域包括支援センターを市役所内に設置。市内にランチを3か所、在宅医療相談窓口を1か所委託し、連動した対応を図る。



* このマップにおける認知症とは認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱa以上のことを指しています。
* なお、世帯形態は住民登録上の数値です。



地域包括ケアシステム構築にむけた支援のあり方の課題

○第1期～第2期介護保険事業計画期間(平成12年度～17年度)

◇介護保険制度の創設、総合的なサービスの提供・調整の必要性。

【問題点】委託型の在宅介護支援センターでは、対応能力に限界あり。

→ 市内3カ所の委託型在宅介護支援センターであったところ、平成15年度に市役所内に基幹型在宅介護支援センターを設置。

【更なる課題】基幹型も総合調整能力に不足あり。

→ 包括的・継続的な相談・支援体制整備の必要性

○第3期～第4期介護保険事業計画期間(平成18年度～23年度)

◇予防重視型システムへの転換、地域密着型サービス等の確立

【問題点】市内を1圏域として新設された地域包括支援センターの問題解決・マネジメント能力の不足。ブランチ(3カ所)の問題解決能力の限界。

→ 直営型の地域包括支援センターが機能できなければ、委託型の地域包括支援センターを増設しても専門的・総合的な相談支援体制はのぞめない。

○第5期介護保険事業計画期間(平成24年度～26年度)

◇地域包括ケア体制の方向の明確化、在宅療養の基盤整備、認知症支援体制の確立

【問題点】総合相談支援体制が機能しない。

→ 直営型地域包括支援センターの総合相談機能を強化。

→ 予防給付ケアマネジメントをチーム化。

→ 本来業務である包括的支援事業に力点。

→ 在宅療養基盤整備の所管を位置づけ。認知症対応の強化を図る。

→ 課題は山積

○今後の地域包括ケア体制構築に向けた重点課題

●中重度の方の地域でのケア、在宅療養体制の整備

●認知症の方が地域で可能な限り安心して過ごせる支援体制の整備

●予防的な観点を入れた地域活動の展開、整備

在宅療養の支援体制づくり

平成20～平成21年度 都モデル事業 ⇒ 平成22年度 「国立市在宅医療推進連絡協議会」

平成21年)18名の多職種意見交換と連携のあり方の検討～研修・相談事業・在宅医療アンケート

Q「病院から退院を迫られた場合、在宅医療を受けながら家で過ごしたいか」

A 「はい」57%

「いいえ」「わからない」39% ⇒ 情報不足、急変時の心配

平成23～26年度 国立市在宅療養推進事業

都補助

市も事務局

◇国立市在宅療養推進連絡協議会

【委員】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政。20名。

【事務局】つくし会 国立市

【内容】多職種連携研修会の企画・実施、認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討、情報交換ツールのICT化検討、多職種による地域ケア会議、ケアマネ会議、市民勉強会、認知症カフェ、在宅療養ハンドブック作成、等

◇認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクションミーティング」

「市民理解⇒児童向け認知症理解」「いつでも立ち寄れる場づくり」「若年性認知症の会(こもれびの会)」「私は認知症といえるキャンペーン⇒認知症の日イベント(合唱等)」

◇「国立市認知症の日」制定。毎年10月第3土曜日。

◇在宅医療相談窓口

【目的】在宅医療に関する調整、相談及び助言を行うことにより、住み慣れた地域で継続した生活が送れるようサポートする。

【内容】

- ・月～金曜日、午前9時～午後5時。
つくし会訪問看護ステーション内。
- ・専門職による受付、相談対応。
- ・市報やチラシ、リーフレット、市民向け封筒等で周知。
- ・地域包括支援センター連絡会議参加。

◇平成25年10～3月 認知症医療支援診療所地域連携モデル事業

○認知症医療支援診療所地域連携モデル実施委員会

○認知症医療支援診療所における早期診断・早期対応及び危機回避支援の試行的実施

国庫補助 委託

市民も専門職も行政も
みんなでつくる

病院完結型社会から地域完結型社会へ

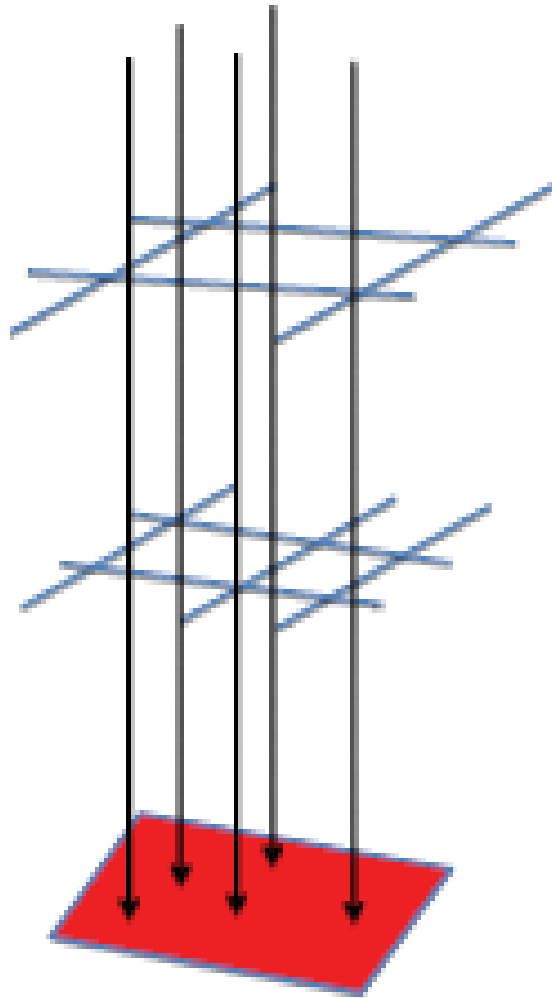
血縁

職縁

地縁

友縁

地域で人生を全うする

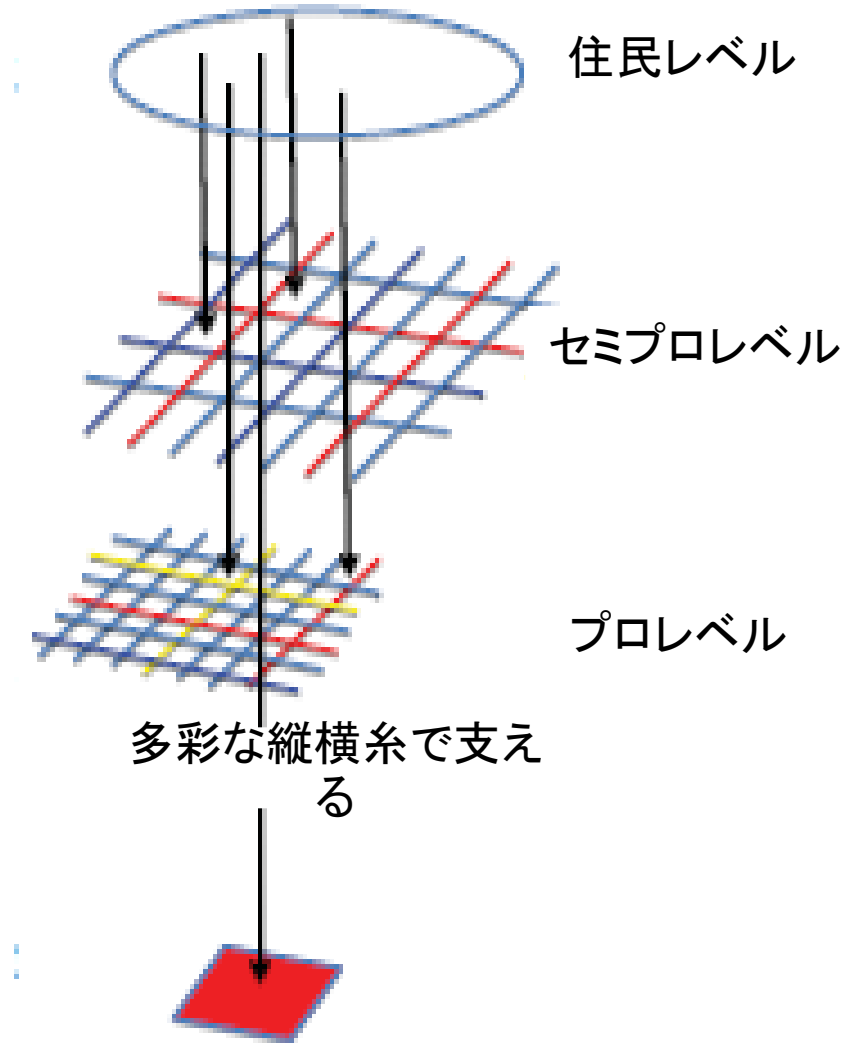


自立

在宅
軽度

在宅
中重度

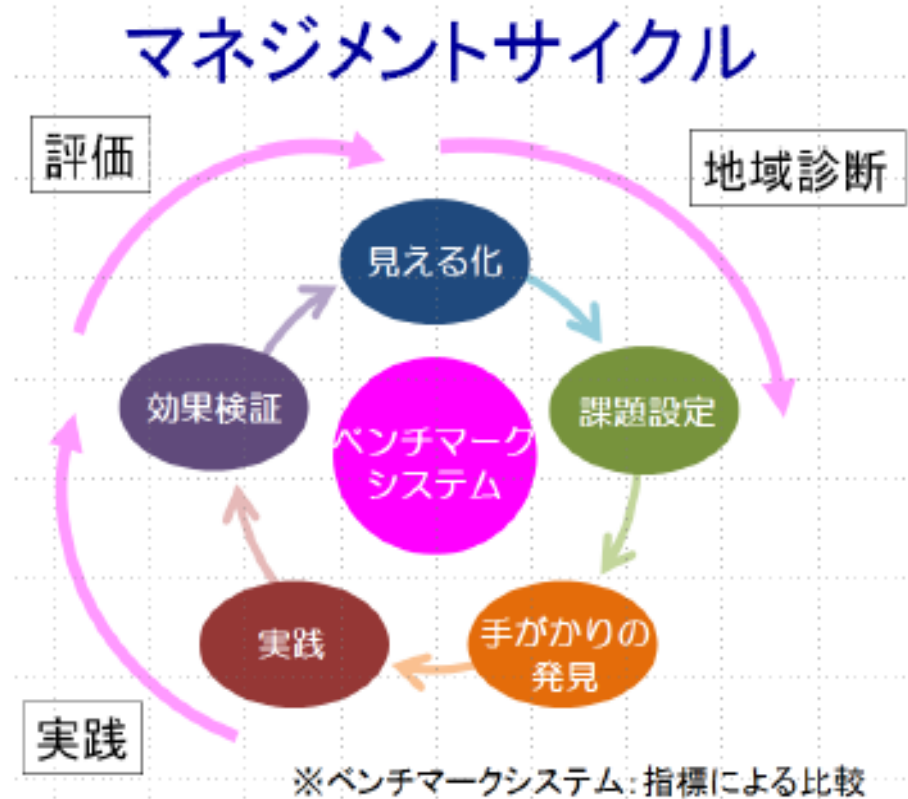
施設



施設が不足しているのではなく、
セーフティネットが機能していない

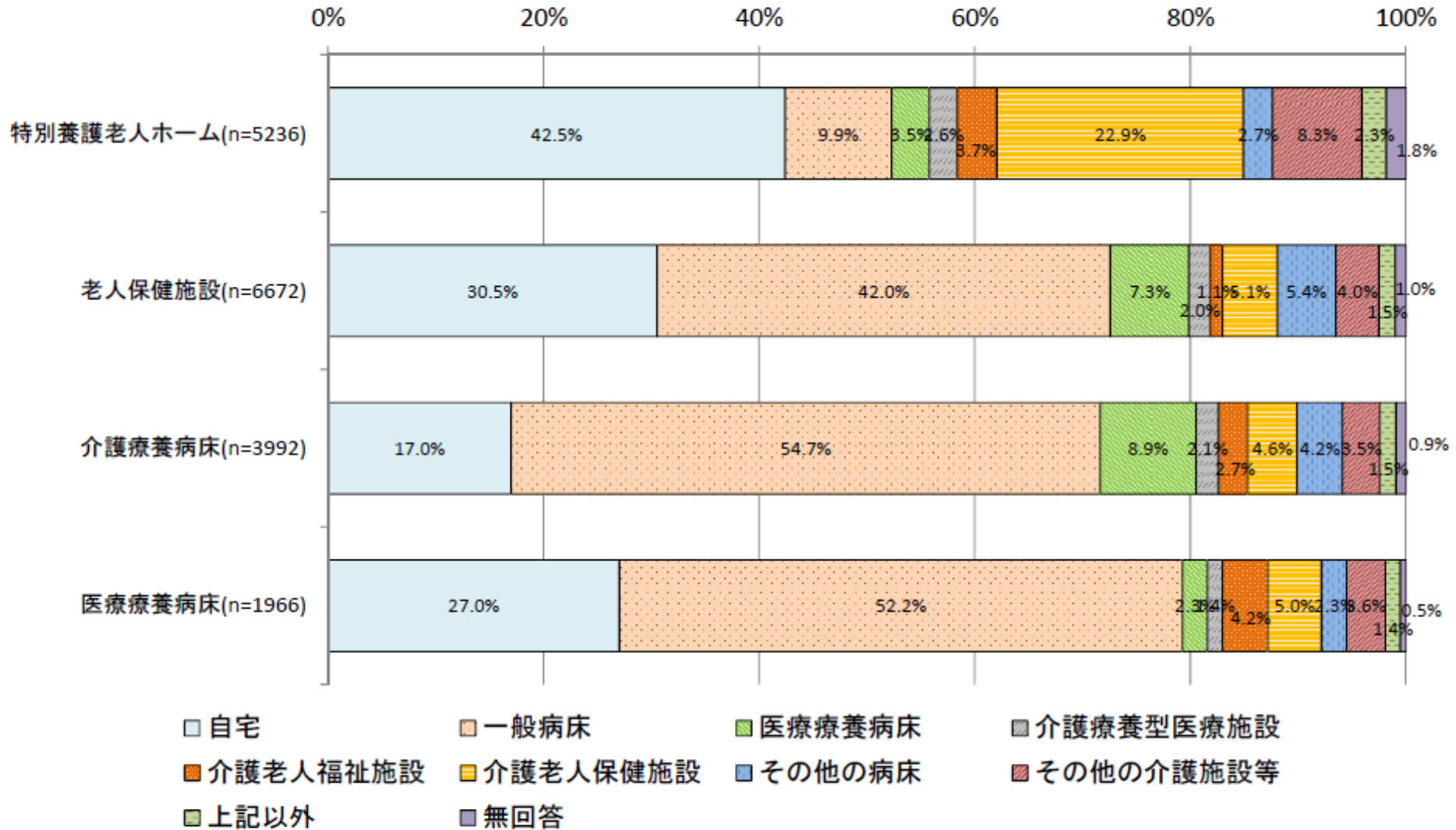
施設、病院はそれほど必要でなくなる？

- 高齢者数増加～減少まで地域毎に課題は異なる
- その地域の関係者が「見える化」で課題共有
- 近未来「見える化」シミュレーターの開発を
- 効果的な対策を考えるためのエビデンスと Good Practice の提示が必要
- 手順や特に効果検証方法と検証結果の提示が重要
- 「見える化」システムの改善も必要



- 高齢者施設・療養病床にみる課題と在宅医療との関係

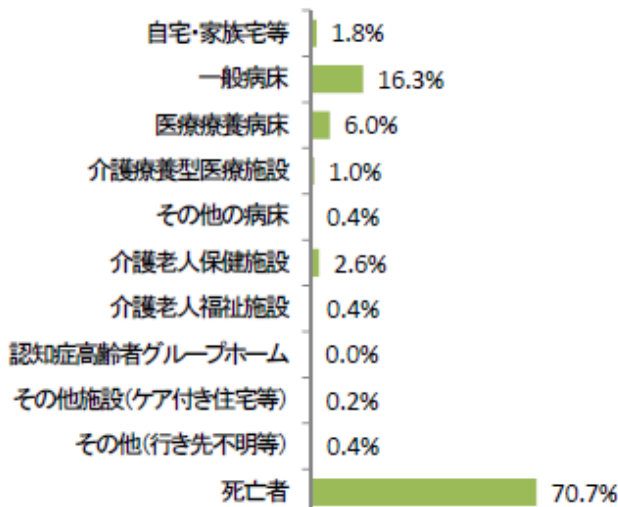
入所／入院前の場所



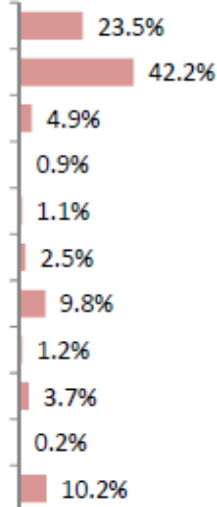
(出典) 平成24年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査(平成26年度調査)「介護サービス事業所における医療職の勤務実態および医療・看護の提供実態に関する横断的な調査研究事業報告書」

退院／退所後の行き先

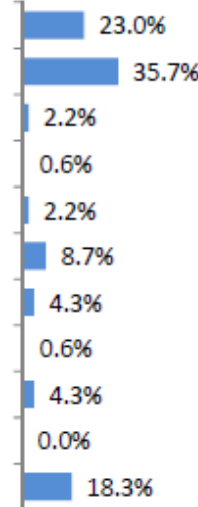
介護老人福祉施設(n=495)



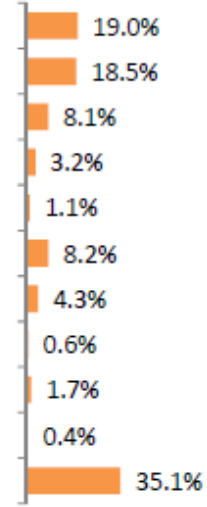
介護老人保健施設(n=1882)



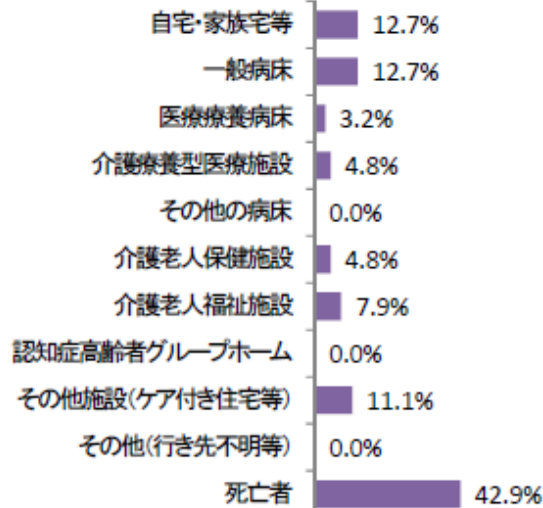
介護療養型老人保健施設(n=322)



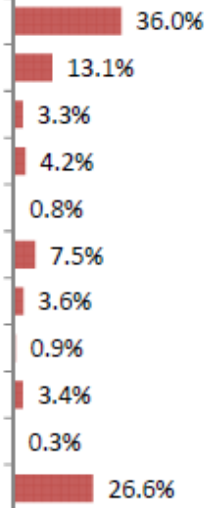
介護療養型医療施設(病院)(n=1,419)



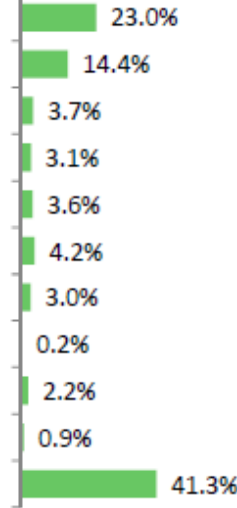
介護療養型医療施設(診療所)(n=63)



医療療養病床(25対1)(n=2,285)

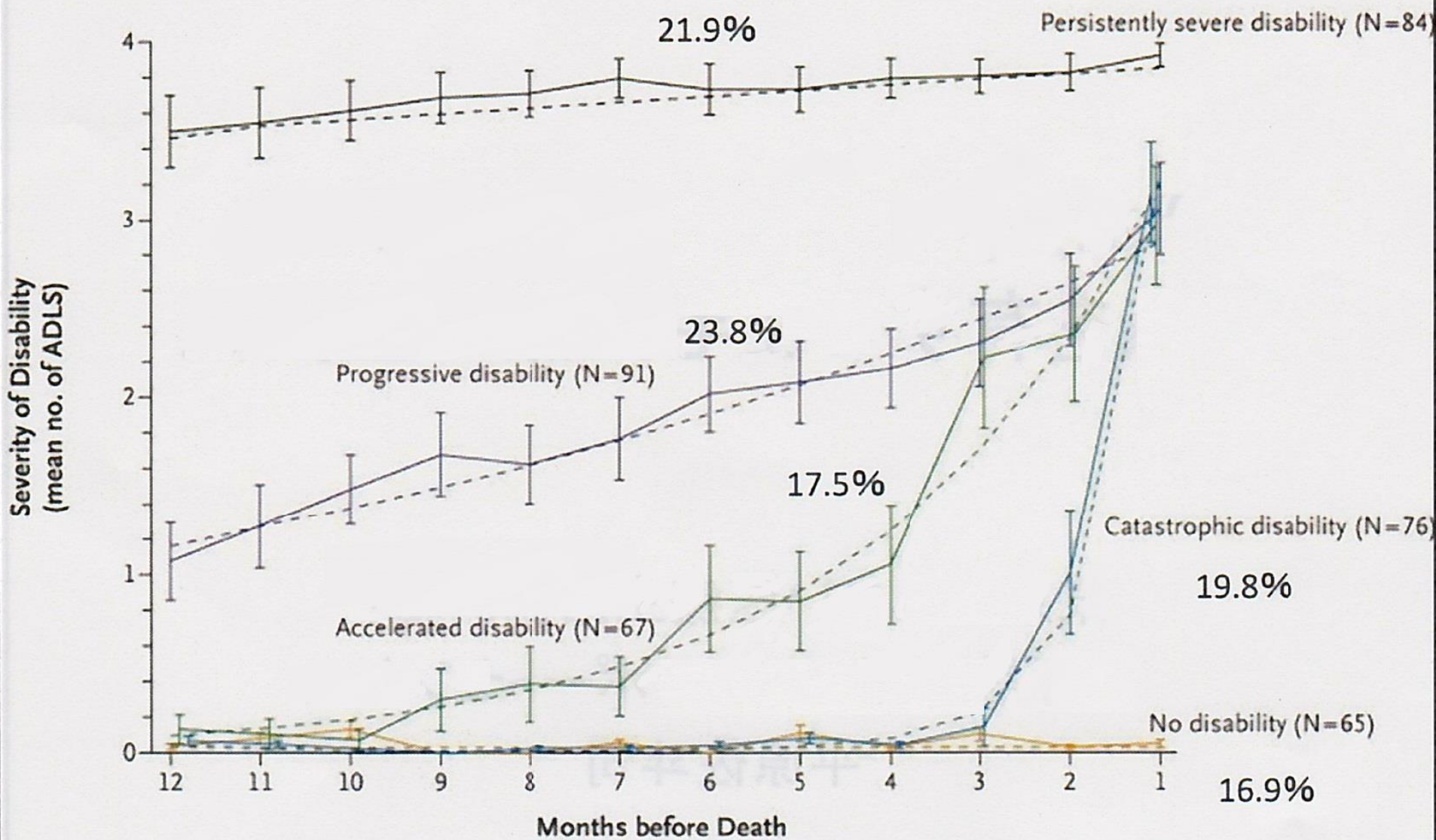


医療療養病床(20対1)(n=3,411)



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

高齢者の最期の一年間の軌道



EBELL, M. H., BECKER, L. A., BARRY H. C., HAGEN, M., 1998, Survival After In-Hospital Cardiopulmonary Resuscitation A Meta-Analysis, *Journal of General Internal Medicine*, 13, 805-816.

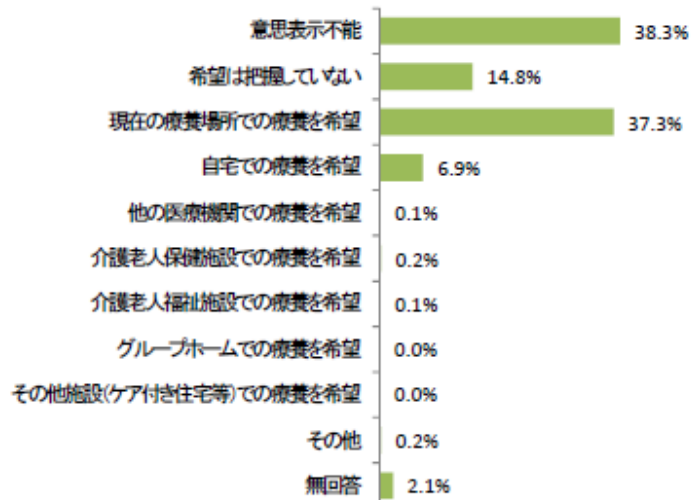
- 蘇生術により一時的に心拍や呼吸が再開する可能性は、あらゆる状況の症例を含めて約40%、退院するまで生存する可能性は約13%である
- 敗血症が存在する場合は退院するまで生存する可能性が0.4%、転移性癌では3%、認知症4%
- 患者の年齢は蘇生後の退院率とは統計的関連性はなかった

心・肺疾患終末期の医学知識

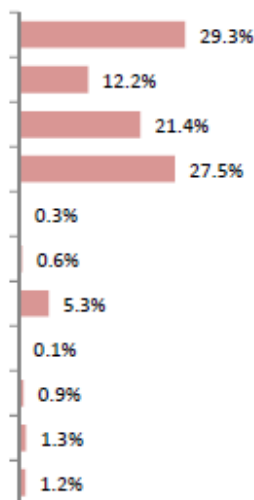
- 急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能低下する臓器不全
- 急性増悪に対する治療で軽快するが、その後も増悪を繰り返す
- 繰り返すたび患者は段階的に機能低下する
- 現在の悪化が、急性増悪なのか、改善の難しい最期の悪化なのか、判断が難しい
- 医療者の視点からは、「人工呼吸器を開始すると、離脱できないかもしれない」という危惧から人工呼吸の開始を躊躇する傾向にある

今後の生活・療養の場に関する希望 本人

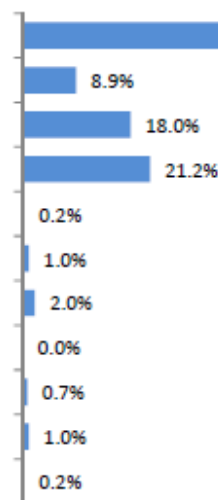
介護老人福祉施設(n=2,971)



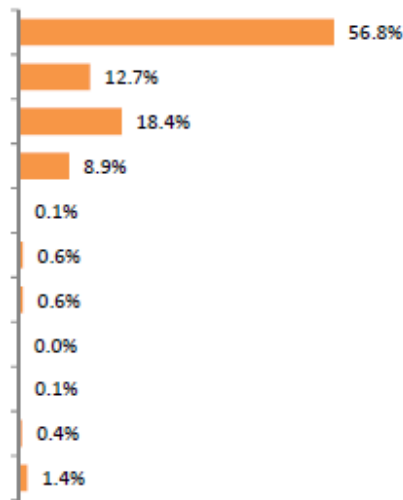
介護老人保健施設(n=2,333)



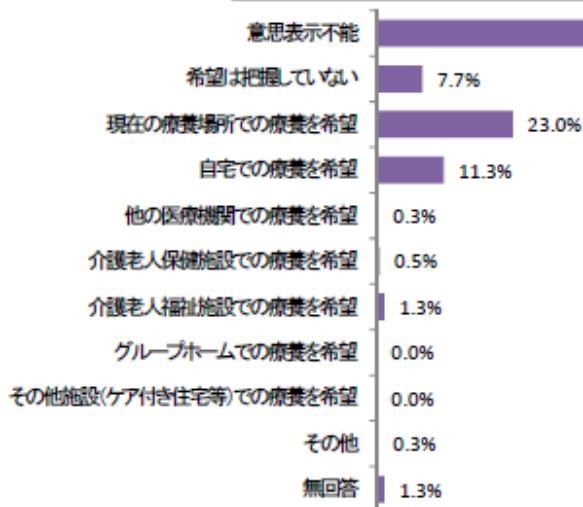
介護療養型老人保健施設(n=405)



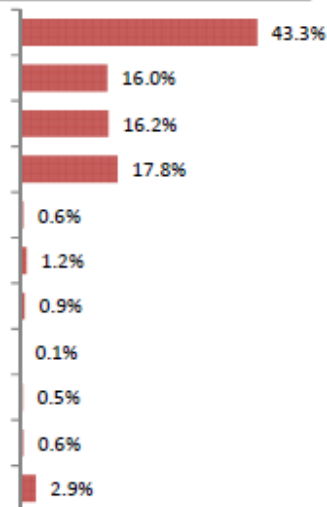
介護療養型医療施設(病院)(n=2,256)



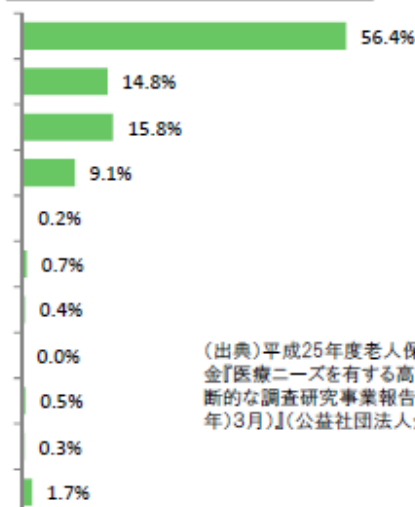
介護療養型医療施設(診療所)(n=379)



医療療養病棟(25対1)(n=1,293)



医療療養病棟(20対1)(n=2,861)



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金「医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)」(公益社団法人全日本病院協会)

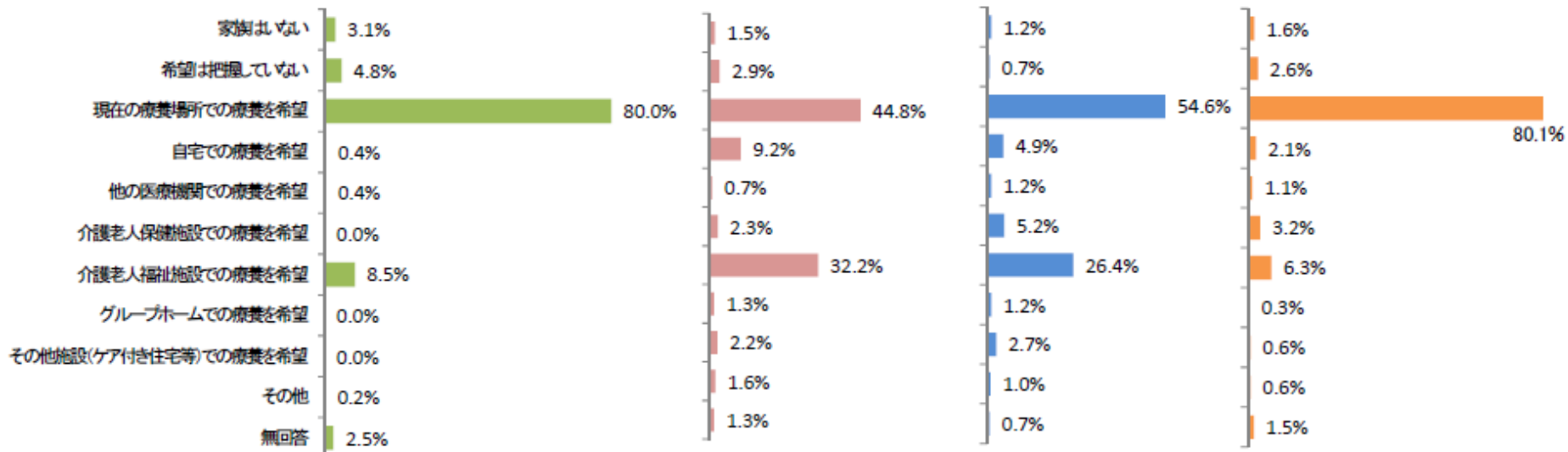
今後の生活・療養の場に関する希望 家族

介護老人福祉施設(n=2,971)

介護老人保健施設(n=2,333)

介護療養型老人保健施設(n=405)

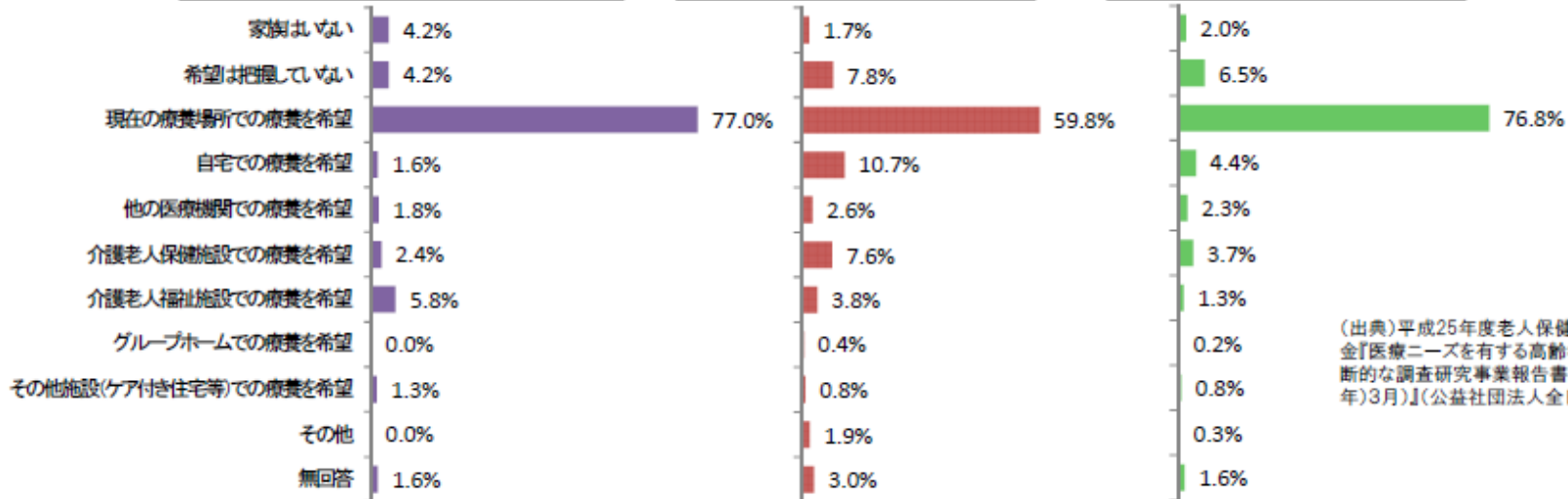
介護療養型医療施設(病院)(n=2,256)



介護療養型医療施設(診療所)(n=379)

医療療養病棟(25対1)(n=1,293)

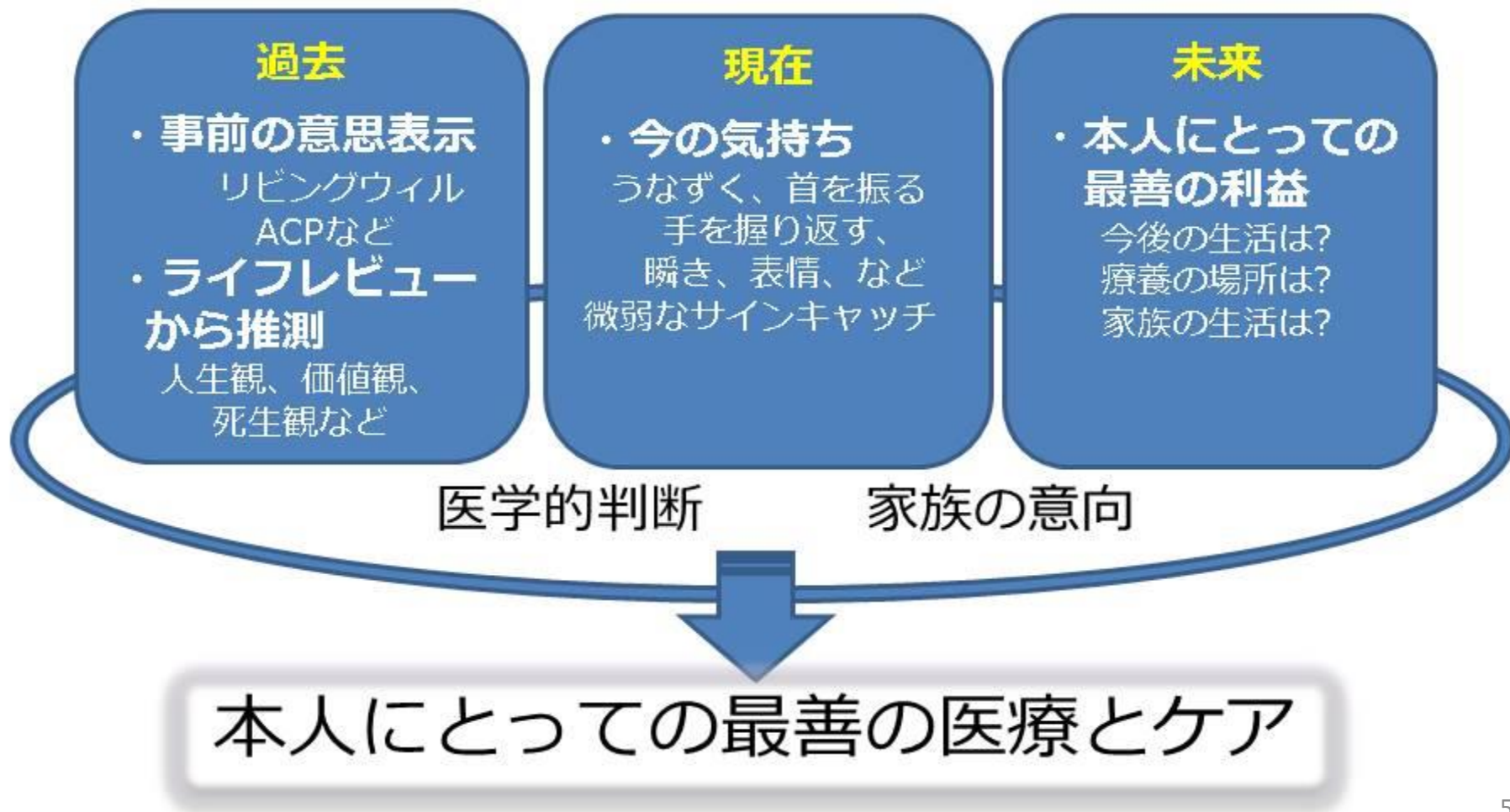
医療療養病棟(20対1)(n=2,861)



(出典)平成25年度老人保健事業推進費等補助金『医療ニーズを有する高齢者の実態に関する横断的な調査研究事業報告書(平成26年(2014年)3月)』(公益社団法人全日本病院協会)

意思決定支援の概念図

< 本人の意思の3本柱 >



意思決定の倫理的議論とは

- 患者は自分の治療を選択する権利を持っている。
- 不可欠なものとして扱われるが、実際は不確かな予後と複雑な議論が行われている。
- 普通の医療現場ではこの自律性の原則は微妙である。
- 多くは十分に時間をかけることが出来ない。
- 高齢者の多くは一般的に最後の病気が急に発症し終末を迎える。
- たとえ慢性の経過をたどっても、突然にくる。

「医学的最善」と「患者にとっての最善」

- 「医学的最善」が「患者にとって最善」とは限らない。
- 「医学的に無益」なことが必ずしも「患者にとって無益」とは限らない。
- 「患者の選好」＝「患者にとって最善の選択肢」では必ずしもない。

倫理的判断を行う上での原則

事実 ≠ 価値