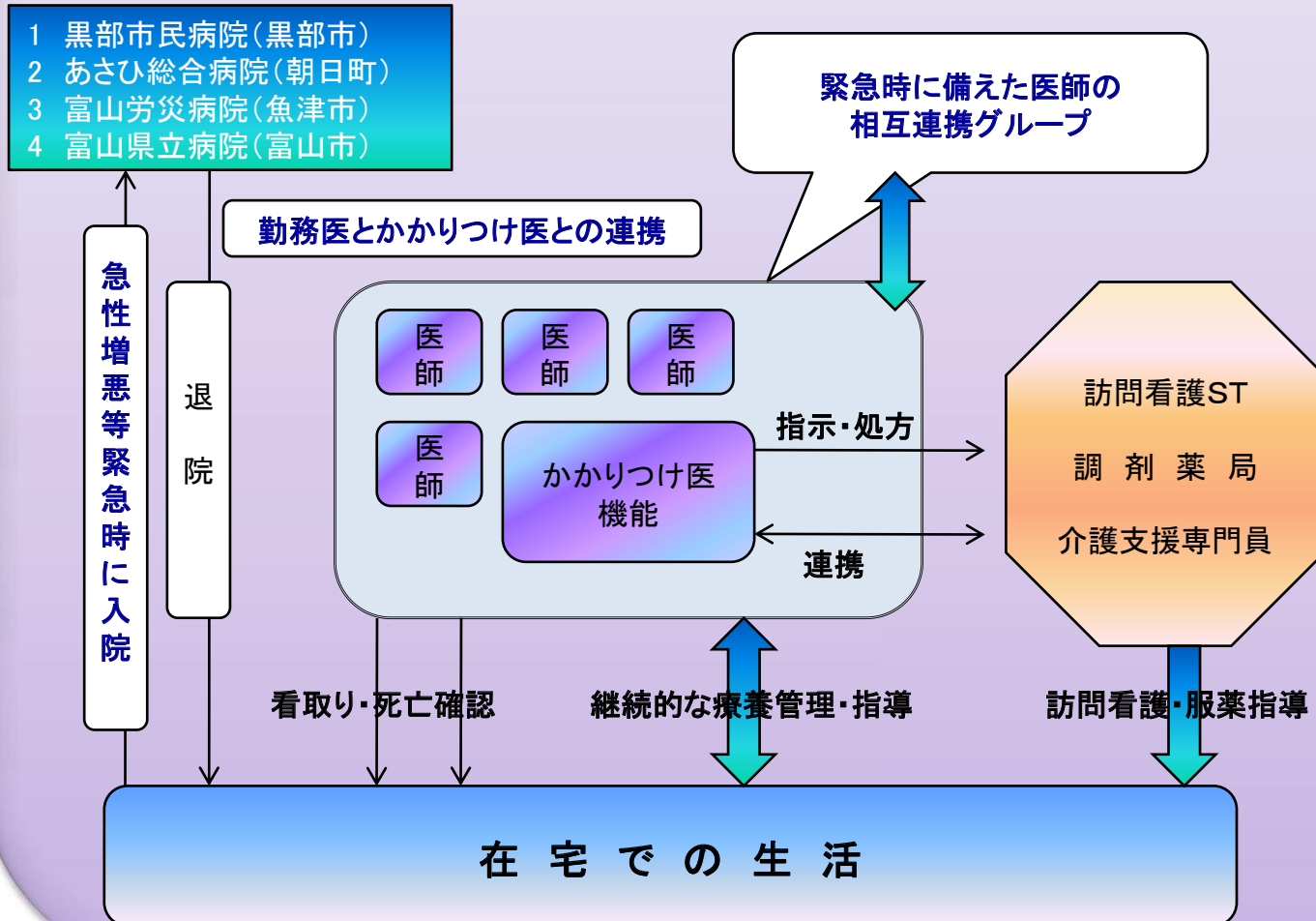


在宅医療に関する各地の取組①

◆富山県新川地区：在宅終末期パスの導入

過疎・高齢の地域で有志の診療所が、コツコツとできる範囲内の医療・看護をお互いに持ち寄って成立する連携体制を目指す。



○在宅主治医は、一人あたりの対応患者は2-3人まで

○市民病院の地域連携室には、医師会代表を連携室院外部長として配置

○退院前カンファレンスには患者・家族も参加

○在宅療養実施計画書に緊急連絡の基準・手順・連絡先を明記

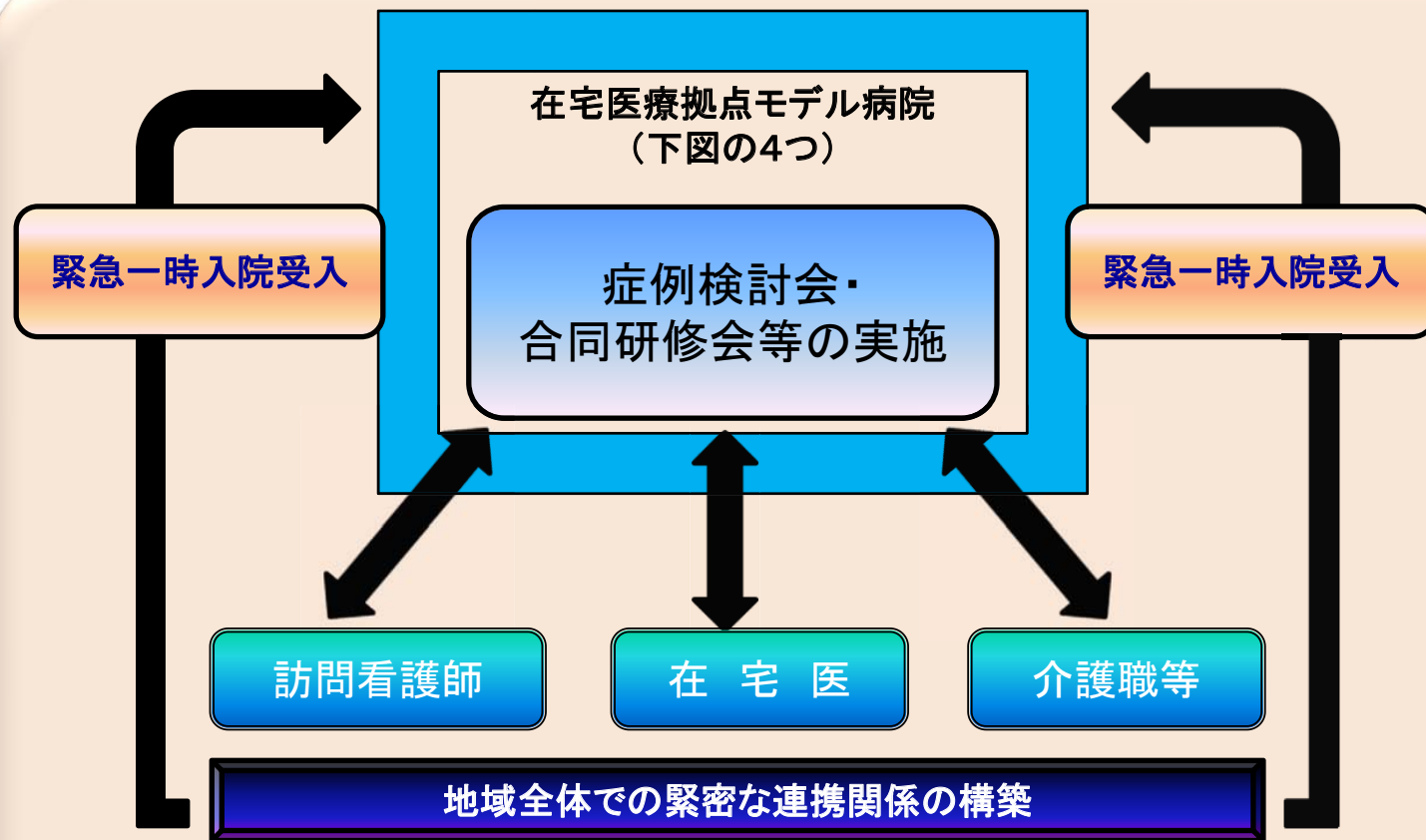
○調剤薬局薬剤師が退院前カンファレンスに参加

○調剤薬局間では、地域でグループを組み、麻薬小売業者間譲渡許可を申請

52
1

在宅医療に関する各地の取組②

◆東京都:モデル事業を展開し、在宅医療拠点病院のあり方を模索



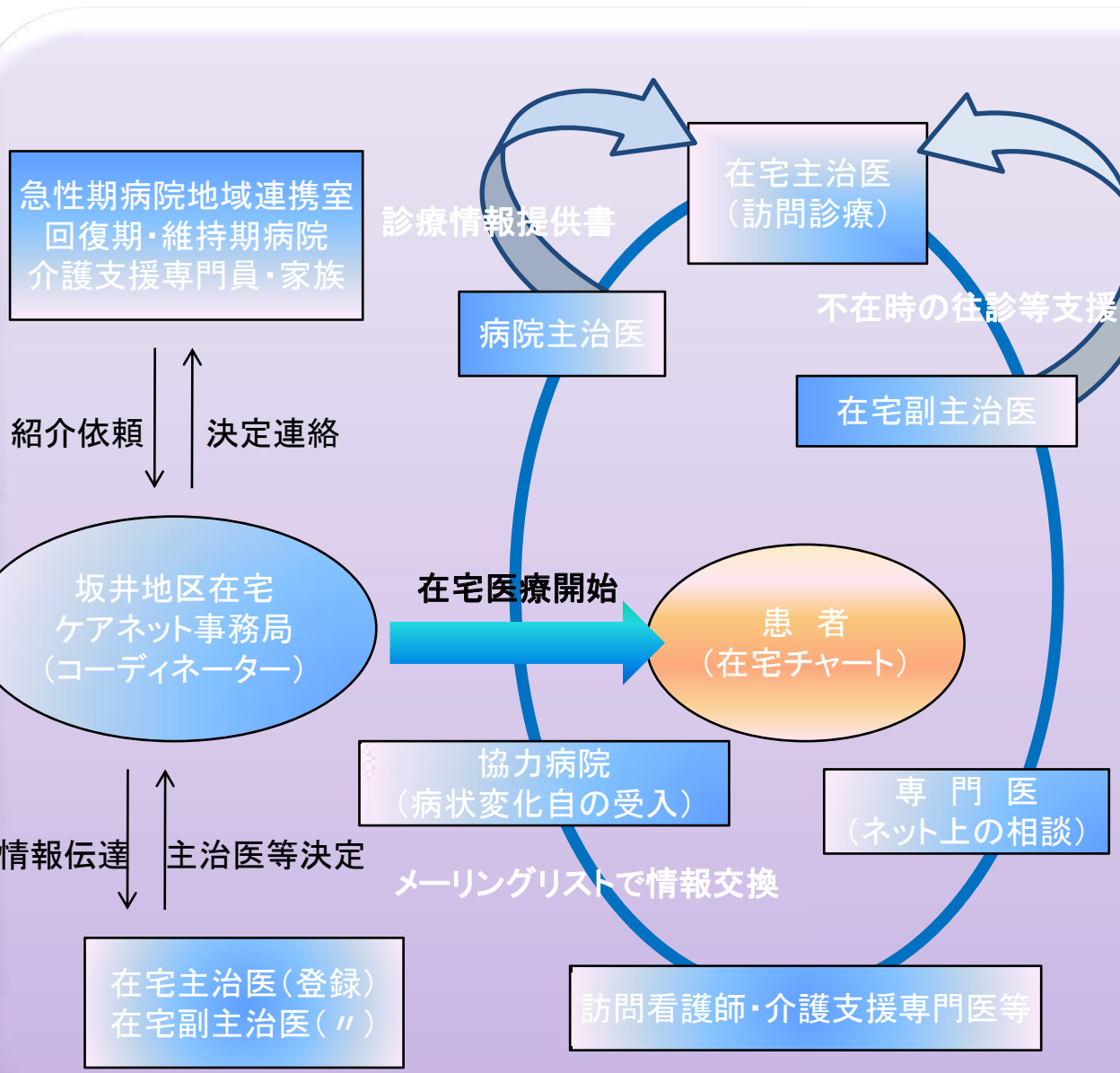
○地域における身近な病院を拠点とし、誰もが安心して在宅療養生活を継続できるような地域医療基盤の整備を図るモデル事業を、都内4地域で実施

○モデル病院が在宅療養患者の緊急一時入院を受け入れながら、患者の在宅医療を担う医師、看護師、介護職等とともにケースカンファランス(症例検討会)や合同研修会などを行うなかで、地域全体で、在宅療養生活を支えるより緊密な連携関係を構築していく。

モデル地域	台東区	荒川区	日野市	三鷹市
	人口16.5万人 高齢化率24%(11%) 1世帯当たり1.83人	人口18.4万人 高齢化率23%(10%) 1世帯当たり1.99人	人口17.3万人 高齢化率20%(8%) 1世帯当たり2.23人	人口17.6万人 高齢化率19%(9%) 1世帯当たり2.03人
二次保健医療圏	区中央部 在宅医51(25) 訪問看護11 訪問介護44	区東北部 在宅医46(15) 訪問看護14 訪問介護50	南多摩 在宅医29(9) 訪問看護6 訪問介護29	北多摩南部 在宅医33(10) 訪問看護9 訪問介護30
モデル病院	区立台東病院 120床;ケアミックス	木村病院 88床;一般病床	日野田中病院 96床;療養病床	野村病院 117床;ケアミックス

()内は在宅療養支援診療所数

在宅医療に関する各地の取組③



○県の補助金事業「ふくい在宅安心ネット構築支援事業」

・実施主体：地区医師会
主に在宅緩和患者を対象とする坂井地区ケアネットを運用

・事業主体：保健所
関係団体・施設を調整
事業の円滑な実施を図るための推進会議を運営。また実施主体の医師会の実務的な支援等も行う

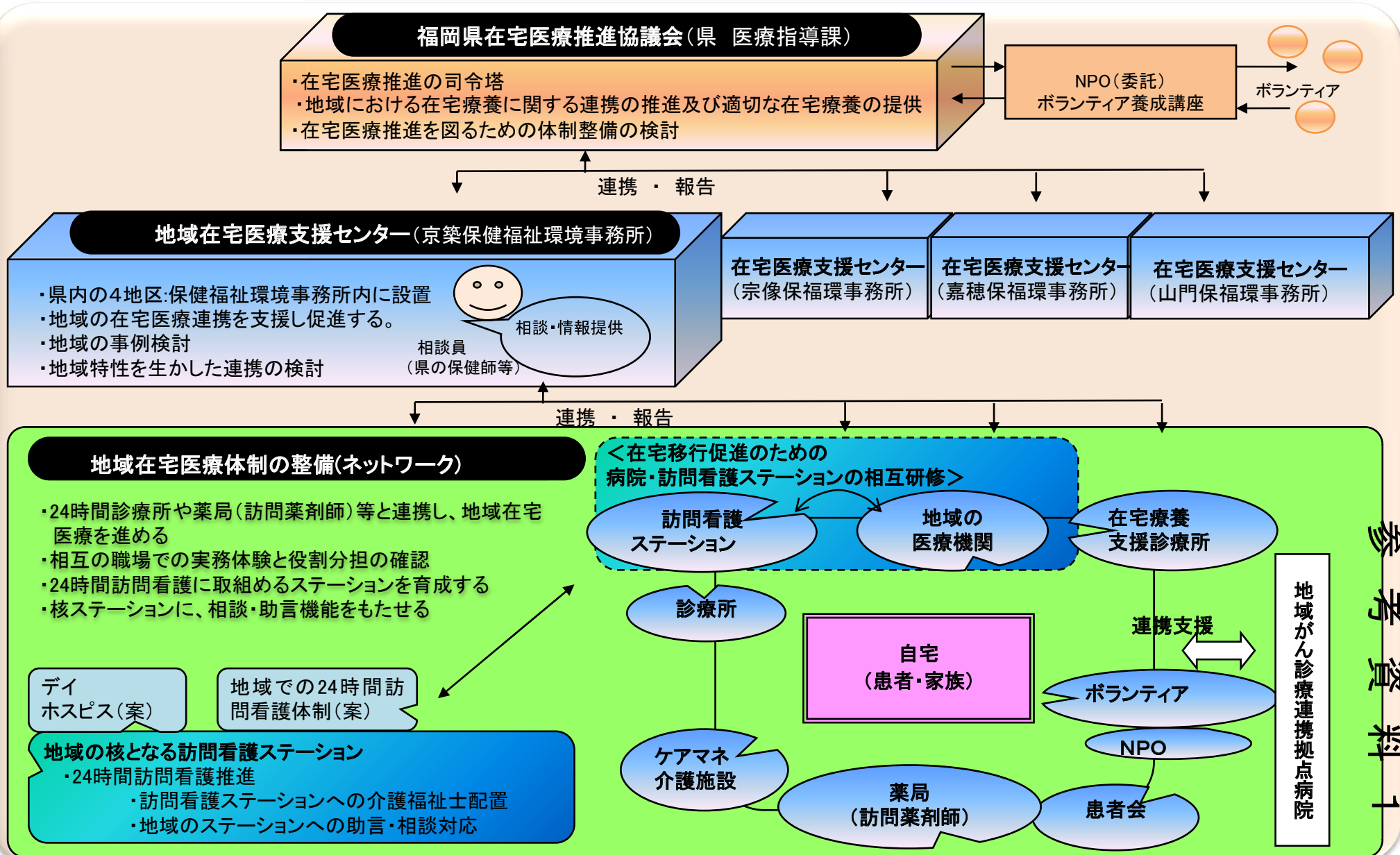
※坂井地区ケアネット

- ・在宅医紹介
病院等から主治医の紹介依頼
→コーディネーターが登録医に情報伝達
→主治医決定(副主治医を主治医が決定)
→本人・家族の同意
→関わる多職種に周知
- ・在宅療養移行のサポート
退院前カンファレンスへの参加から自宅環境の整備、初回訪問診療の同行、
→関わる多職種に情報提供

診療連携

在宅医療に関する各地の取組④

◆福岡県：県及び保健所が中心となり在宅医療および地域連携を促進



在宅医療に対する現状認識

- 高齢者の生活を支える医療として未だ十分定着していない
- 急性期医療、介護サービスとの連携や救急、終末期受け入れ先の確保が不十分
- 在宅死亡比率の増加停滞



国立長寿医療研究センターの役割(中期計画の着実な実施)

センターの中期計画において、在宅医療に関するモデル提供、研究開発等を規定
→国民が地域で安心して生活できる在宅医療システムを確立し、全国的な推進に寄与する。

センターの行動方針

- **在宅医療推進会議の開催**による課題抽出、方策推進、政策提言
 - ・ 24時間365日の支援体制のための多職種連携推進
 - ・ 在宅療養支援診療所等の活性化、在宅看取り率の増加
 - ・ 医療・介護サービスにおける連携方策の推進
- **在宅医療支援病棟**(医療提供、ネットワークモデルの研究開発)
 - ・ 地域の在宅医療実施診療所と連携、需要調査
 - ・ 患者・家族の臨床・QOL向上への効果を評価(高齢者総合生活機能評価の実施)
 - ・ 在宅看護で重視すべきケアの分析・評価
- 在宅医療の効果、経済分析等に関する研究
- 関係医療団体、学会、NPO等に対する支援

国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組(在宅医療推進会議)

在宅医療推進会議(平成19年5月設置)

1 位置づけ

国立長寿医療研究センター総長が召集し、わが国における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に開催。

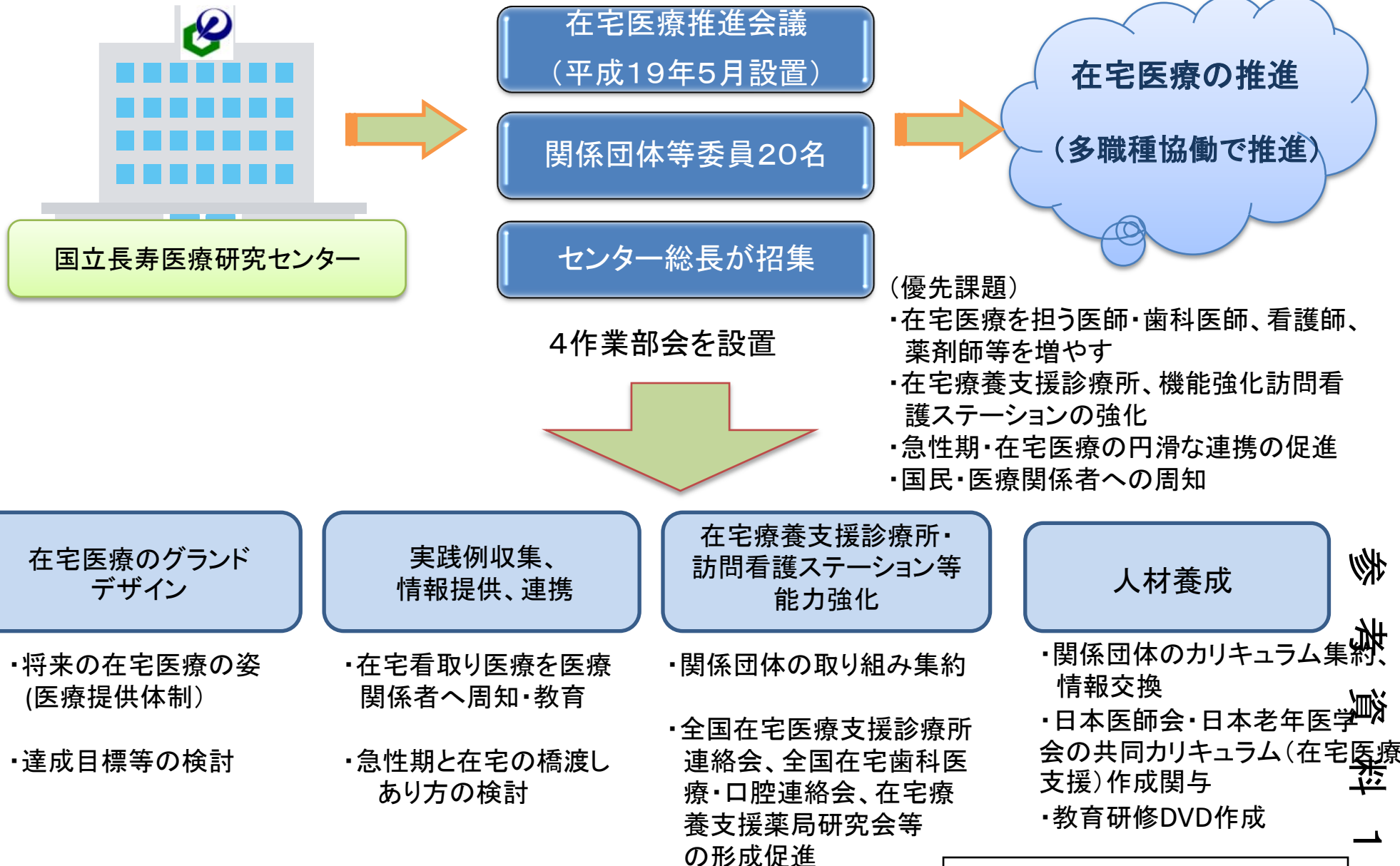
会議の意見を基に、在宅医療推進方策について、国立長寿医療研究センター及び関係機関・関係者が実施すると共に、必要に応じて、制度に反映させる等のために政策提言を行う。

2 メンバー

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

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

国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組（在宅医療推進会議）



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組（在宅医療推進会議）

在宅医療推進会議のこれまでの取り組み経緯

- 平成19年 5月 (第1回)センター総長が関係団体への呼びかけて設置。
重要課題に係る作業部会を設置し、今後の取り組みについて検討開始。
- 11月 (第2回)中間報告取りまとめ(作業部会)
優先度が高く、推進会議、構成団体が主体的に取り組む必要のある
5項目を提言。
- ・ 在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、看護師を増やす
 - ・ 訪問看護ステーションの機能を強化する
 - ・ 在宅療養支援診療所の機能を強化する
 - ・ 急性期医療と在宅医療の円滑な連携を促進する
 - ・ 国民・医療関係者が在宅医療を知ることを促進する
- 20年 5月 厚生労働省医政局に在宅医療推進室設置。
- 10月 (第3回)多職種協働による連携強化の必要性等を提言
- 10月 センター主催で、在宅医療推進多職種協働懇話会開催(近畿ブロック)
- 21年 3月 同上、多職種協働懇話会開催(北関東地域ブロック)
- 3月 日本医師会在宅医療支援研修第1回実施(カリキュラム作成への関与)
- 4月 在宅療養支援診療所連絡会一般社団法人化
- 22年 3月 (第4回)国の施策の現状、高齢社会総合研究機構との連携強化確認
- 23年1~2月 (第5回,)連携推進のあり方等について検討を予定。

(この他センターとして、在宅医療推進フォーラムを関係団体と毎年、計6回開催)



「在宅医療支援病棟」の位置付け：NCの中期計画に基づく取り組み

高齢者に対する在宅医療支援モデルの開発

高齢化の更なる進展

療養病床の再編成



（センター中期計画）
全国の在宅医療体制整備
モデルの提示・研究開発

地域ケア体制のイメージ

在宅医療

- ・往診
- ・訪問看護
- ・訪問リハ
など

地域ケア体制

介護
サービス

- ・施設サービス
- ・在宅サービス

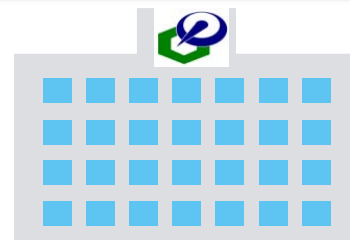
多彩な見守り
サービス

- ・安否確認
- ・生活相談
- ・住宅改修
など

支援

—目標—

医療や介護を必要とする状態となっても、
住み慣れた自宅や地域で療養したい、介
護を受けたいと希望する高齢者の意向が
最大限尊重できる体制の構築・整備

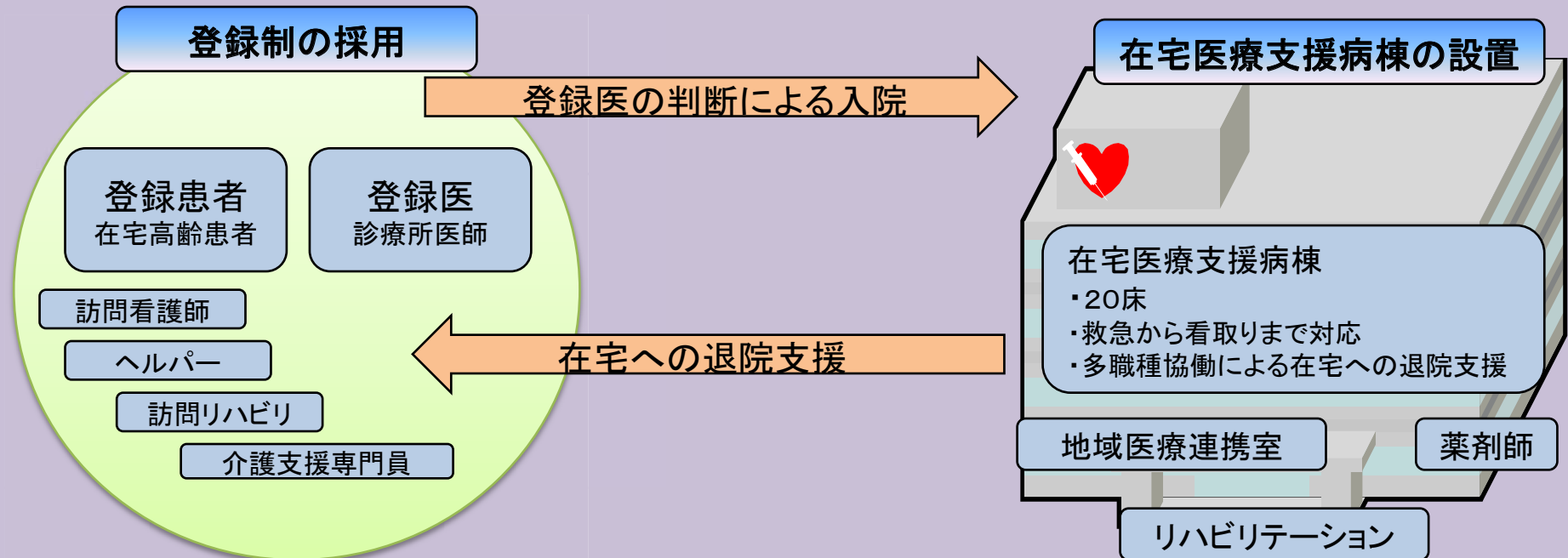


在宅医療支援病棟



国立長寿医療研究センターにおける在宅医療の取組（在宅医療支援病棟）

在宅ケアチームと病院チームの切れ目のない医療・ケアを目指す。



国立長寿医療研究センター近隣の在宅ケアチーム

国立長寿医療研究センター病院チーム

2009年4月～2010年3月の在宅医療支援病棟への入院患者の調査結果

延べ253件(164名)が利用 平均年齢77.3歳

平均入院日数17.8日

入院目的は治療(52.2%)、在宅療養のための指導・調整(22.1%)、レスパイト(7.9%)

紹介入院164名中77名が死亡、うち自宅死亡26名(在宅死亡率33.7%)



医療保険における在宅医療の取組と検討状況

＜これまでの主な取組＞

- ▶平成22年の診療報酬改定において、
- ▶症状が増悪した緊急時の対応など、患者の求めに応じ居宅に赴いて診療を行う往診料の評価の引き上げ
- ▶小児に対する在宅医療の評価の新設
- ▶365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価として、在宅療養支援病院の拡大
- ▶入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価
- ▶頻回の皮膚処置が必要な患者について、在宅における医療材料の選択等の指導管理を新設
- ▶同月に訪問看護療養費を算定できる訪問看護ステーション数の制限の緩和
- ▶訪問看護におけるターミナルケアに係る評価の見直し
- ▶乳幼児等への訪問看護の評価
- ▶等の所要の措置を講じている。

＜検討事項(予定)＞

平成22年の診療報酬改定について、答申にあたっての中央社会保険医療協議会の意見のうち、在宅医療に係る主なものは以下の通り。

- 8 訪問看護については、診療報酬と介護報酬の同時改定に向けて、訪問看護ステーションの安定的な運営や、患者の病状に合わせた訪問に対する評価の在り方について、検討を行うこと。
- 11 診療報酬と介護報酬の同時改定に向け、必要な医療・介護サービスが切れ目無く円滑に提供されるよう、検討を行うこと。
- 16 平成22年度診療報酬改定の実施後においては、特に以下の項目について調査・検証を行うこととすること。
 - (2) 在宅医療の実施状況及び医療と介護の連携状況
 - (3) 在宅歯科医療及び障害者歯科医療の実施状況

介護保険制度の見直しに関する意見【課題と方向性】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

【地域における介護の課題】

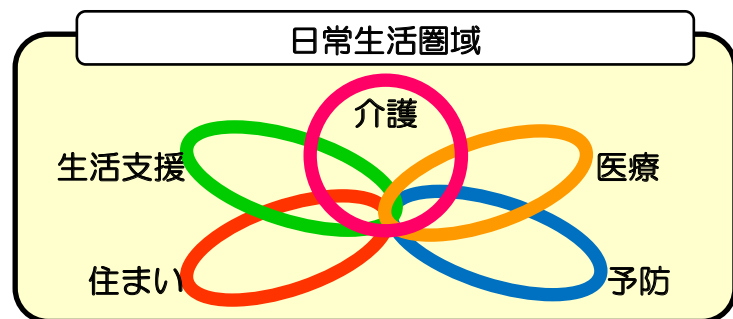
- ・介護になっても在宅で過ごしたい高齢者が多数
- ・高齢者のみ世帯や重度の要介護者に対する支援の不足
- ・介護人材の需要が今後増大、医療ニーズを担う人材確保が必要

【介護保険財政の課題】

- ・介護費用の上昇(2025年に19~23兆円)
- ・第5期(平成24~26年度)に5000円を超える介護保険料
- ・介護職員の処遇改善の継続のために必要な財源確保

【地域包括ケアシステムの構築】

- 要介護高齢者を地域全体で支えるための体制整備
 - ・単身・重度の要介護者等にも対応しうるサービスの整備(24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等)
 - ・軽度の要介護者へのサービス、地域支援事業
 - ・住まいの整備、施設サービスのあり方
 - ・認知症高齢者への対応、家族支援のあり方
 - ・地域包括支援センターの運営の円滑化
- たんの吸引、人材の確保
- 保険者が果たすべき役割



【給付と負担のバランス】

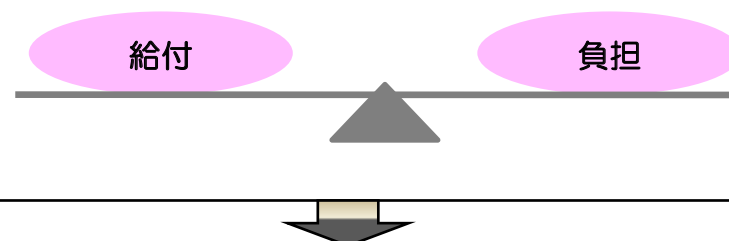
○給付の充実等

- ・給付の充実
- ・低所得者への配慮
- ・平成24年度以降の介護職員処遇改善の継続
- ・保険料の軽減

○給付と負担の見直し

(検討事項)

- ・給付範囲の見直し
- ・利用者負担の見直し
- ・総報酬割への移行
- ・被保険者範囲の見直し



- 日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく、有機的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の実現
- 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図ることで、将来にわたって安定した持続可能な介護保険制度を構築

参
考
資
料

介護保険制度の見直しに関する意見【概要版】

平成22年11月30日社会保障審議会介護保険部会

◎見直しの基本的考え方

- 地域包括ケアシステムの実現 : 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスを切れ目なく、有機的かつ一体的に提供
- 持続可能な介護保険制度の構築 : 給付の効率化・重点化などを進め、給付と負担のバランスを図る

◎見直しの方向

(※):異なる意見や反対意見も併記

- 単身・重度の要介護者等に対応しうるサービスの整備
 - ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
 - ・複合型サービスの導入(小規模多機能型居宅介護と訪問看護等)
 - ・介護福祉士等の介護職員による日常の医療的ケアの実施を可能に
- 要支援者・軽度の要介護者へのサービス
 - ・給付の効率化・重点化と自立支援の観点からの検討(※)
- 地域支援事業
 - ・保険者判断による予防給付と生活支援サービスの総合化

- 住まいの整備
 - ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ
- 施設サービスのあり方
 - ・社会医療法人が特養を開設することを可能とする
 - ・介護療養病床の廃止を一定の期間に限り猶予(※)

- 認知症を有する人への対応
 - ・認知症のケアモデル構築と地域の実情に応じたケアパスの作成
 - ・市民後見人活用による支援のための体制整備
 - ・認知症の人や家族への支援について地域支援事業の活用検討
- 家族支援のあり方
 - ・仕事と介護の両立支援(介護休暇制度の利用促進等)
 - ・デイサービス利用者の宿泊ニーズへの対応を慎重に検討
 - ・地域支援事業における家族支援事業の推進
- 地域包括支援センターの運営の円滑化

- ケアマネジメント
 - ・ケアプラン、ケアマネジャーの資質向上の推進
- 要介護認定
 - ・認定の有効期間の延長などの事務の簡素化
- 情報公表制度と指導監督
 - ・手数料によらず、利用しやすい情報公表制度への変更
 - ・都道府県における指導監督体制

- 介護人材の確保と資質の向上
 - ・介護報酬改定による処遇改善の取組の継続(※)
 - ・労働法規遵守、キャリアアップの取組の推進

- 給付と負担のバランス
 - ・処遇改善継続と給付拡充のための財源確保(ペイアスユーザー原則)
 - ・被用者保険間の負担の公平性を図るため総報酬割導入の検討(※)
 - ・財政安定化基金の取り崩しによる保険料の軽減の検討(※)
 - ・ケアプランに係る利用者負担の導入の検討(※)
 - ・一定以上所得者の利用者負担の引き上げの検討(※)
 - ・家族の負担能力等を考慮した補足給付の支給の検討(※)
 - ・多床室における給付範囲の見直し(低所得者は維持)(※)
 - ・被保険者範囲の見直しの検討(※)

- 地域包括ケアシステムの構築に向けた保険者の役割
 - ・介護保険事業計画策定の際の地域ニーズの的確な把握
 - ・医療サービスや高齢者の住まいに関する計画との調和
 - ・地域密着型サービスの提供事業者の適正な公募を通じた選考

- 低所得者への配慮
 - ・低所得者に対する保険料負担の配慮、ユニット型個室の負担軽減

障害児施策のうち医療に関する取組と検討状況

<これまでの主な取組>

●障害者自立支援法における取組

- ・障害児に対する支援(児童デイサービス※、居宅介護、行動援護、短期入所、補装具、自立支援医療、相談支援等)

※児童デイサービスは、医療機関等との連携により、看護職員が看護を行った場合に加算で評価

<平成21年度>短期入所の報酬改定。さらに、医療型短期入所に従前の宿泊型に加え日帰り型を追加。

●児童福祉法における取組

- ・通所施設(肢体不自由児通園施設、知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設)
- ・入所施設(肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設、盲ろうあ児施設)

※肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害児施設(第1種自閉症児施設に限る)は病院として、肢体不自由児通園施設は診療所として、医療の提供を実施することが可能であり、医療ニーズのある障害児に対応することが可能である。

●その他の取組

- ・重症心身障害児通園事業、発達障害施策(発達障害研修事業等)

<検討事項(予定)>

- 1 平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し、制度の谷間を生まない「障害者総合福祉法」(仮称)を制定することとしており、障がい者制度改革推進会議および総合福祉部会において検討
- 2 「障害者総合福祉法」(仮称)の検討の基礎資料とするため、全国の在宅障害児・者の医療ニーズも含めたニーズ等の実態を把握する全国調査を平成23年度に実施する予定

The quality of death – Ranking end-of-life care across the world

(A report from the Economist Intelligence Unit Commissioned by LIEN foundation, 2010)

- エコノミストインテリジェンスユニットによって2010年に発表された、OECD30カ国を含めた40カ国の終末期ケアに関するランキング。
- 日本は40カ国中23位。1位はイギリス、2位オーストラリア、3位ニュージーランド。
- 高齢化、終末期ケアへの予算不足、終末期ケアに対する患者の財政負担、ホスピスや緩和ケア施設の数、国家緩和ケア戦略がないこと、終末期ケア従事者の認定制度がないことなどが低い評価の原因となっている。
- 報告書の中で指摘されている主な各国共通の課題
 - 「死に対する認識」、「文化的タブー」が緩和ケアを推進する上での課題である。
 - 終末期ケアに対する予算は限られており、通常、従来の治療が優先される。
 - 緩和ケアに必要なのは施設内のケアよりも研修が必要である。

英国Gold Standards Frameworkの概要

■Gold Standards Framework(GSF)導入の背景

- 60%の国民が望んだ場所での死を迎えられていない。
- 地域の医療従事者が熱心に取り組んでいるにもかかわらず、症状のコントロールや家族の介護負担、病状の変化への困惑などにより、入院をせざるを得ない状況に陥ることが多々ある。



患者・家族も含めた関係者間のコミュニケーションやコーディネーション、緩和ケア専門家や時間外対応システム等様々な関連機関との連携も含め、地域緩和ケアを改善していくシステム構築についての検討が始まった。

■GSFとは？

- 2005年に導入されたEnd of Life Care Programの柱となる緩和ケアプログラム。
- 地域の多職種チームを中心として、余命1年以内の者に対し、最高水準の緩和ケアを提供することを目的とする。

■GSF導入の流れ

- ・2001年 GSFの試験導入
- ・2003年 終末期患者を対象としたEnd of Life Care Programが策定される。
- ・2005年 NHS(National Health Service)のEnd-of Life Care Programの一環として、1200万ポンド(約25億円)を拠出し、全国のGSFを統括する中央チームを設置
- ・2006年 GSFの一部が、Quality and Outcomes Framework(医学的な指標を基に到達目標を設定し、その到達度を点数化して診療報酬が加算されるシステム)の対象になった。
- ・2009年 90%超の診療所医師がこの診療報酬を算定。
60%以上がC4以上の介入を実施。
15%がC1-C7のすべてのタスクを実施。

■GSFのKeyとなるタスク

- C1 Communication (登録/方針・情報の共有)
 - C2 Co-ordination (調整)
 - C3 Control of symptoms (症状コントロール)
 - C4 Continuity of Care (ケアの継続性)
 - C5 Continued learning (継続的な学習)
 - C6 Carer support (介護者の支援)
 - C7: Care in the dying phase (看取りのケア)
- Step1
Step2
Step3

英国Gold Standards Frameworkの普及システム

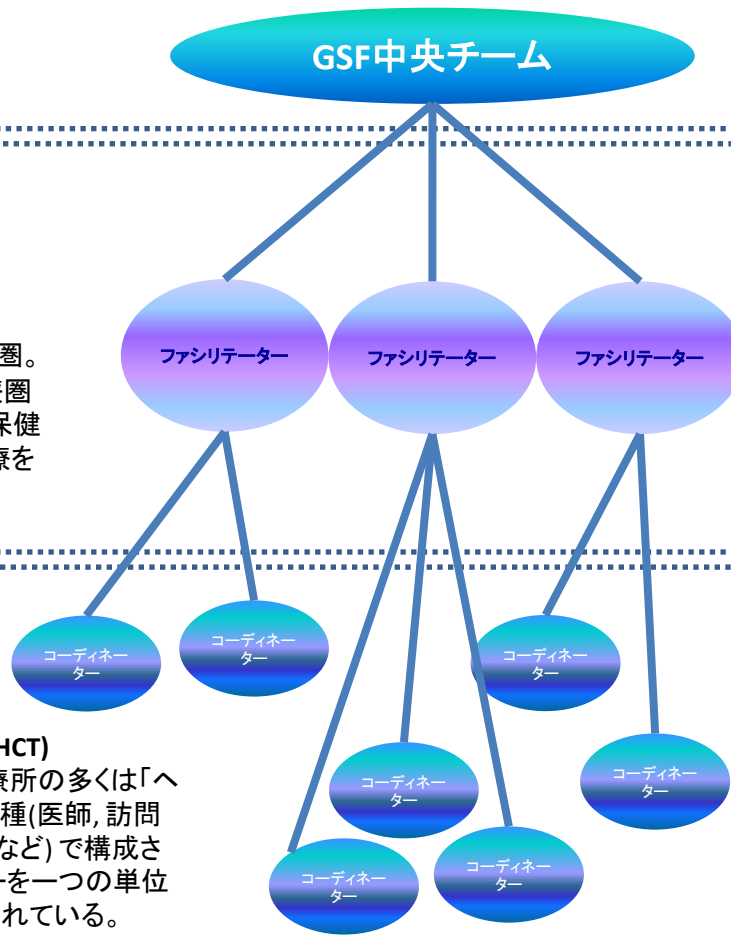
National Health Service(NHS)
(国レベル)

Primary Care Trust(PCT)
(地域レベル)

Primary Care Trust(PCT)
人口10-20万人ごとの医療圏。
税を財源とし、管轄される医療圏の診療所医師・訪問看護師・保健師などによって提供される医療をすべて把握している。

Primary Health Care Team(PHCT)
(診療所レベル)

Primary Health Care Team(PHCT)
GPがグループ診療を行う診療所の多くは「ヘルスセンター」と呼ばれ、多職種(医師、訪問看護師、保健師、各種療法士など)で構成されている。このヘルスセンターを一つの単位としてプライマリケアが運営されている。



■GSF中央チーム

* タスク: 各地域のGSF推進や円滑な実施を支援。
(例: Webサイトでの情報提供・ワークショップの開催・電話相談・ニューズレターの発行・診療支援のための様々なツールの提供)

■GSFファシリテーター

中央チームから教育を受けたGPや看護師などが各PCTに雇用され、配置される。PHCTのコーディネーターの指導等を実施する。

* タスク

- ・実践のプロセスに関する監査とフィードバック
- ・ディスカッションやコンセンサス形成のファシリテーション
- ・計画立案、責任の割り当て
- ・教育機会の提供
- ・実践開発・プロトコール管理・データ収集

■GSFコーディネーター

通常は訪問看護師がコーディネーターを担う。
GSFでは、コーディネーターがその役割をうまくこなせるように様々なツール (practice co-ordination toolkit) が用意されている。

* タスク

- ・各ケアチームのコーディネート
- ・チームミーティングの開催
- ・PCTのGSFファシリテーターの協力の下、各PHCTがGSFを実施できるように機能する。

■GSFの特徴

- もとは地域で行われていた取組が国家レベルに応用されたものである。
- これまでの知見やベストプラクティスをもとに策定された教育ツールによる人材育成 (診療所レベルの草の根リーダーを養成)。
- 地域のファシリテーターが教育活動を展開するため、地域の医療従事者のレベルやニーズに合った進め方が可能。
- 最初からすべてを要求するのではなく、STEP1からSTEP3にわけ段階的にレベルの向上を目指す。
- 患者のみではなく、家族へのサポートにも主眼をおいたプログラム。