

③ 高齢者の生活を支える在宅医療の推進

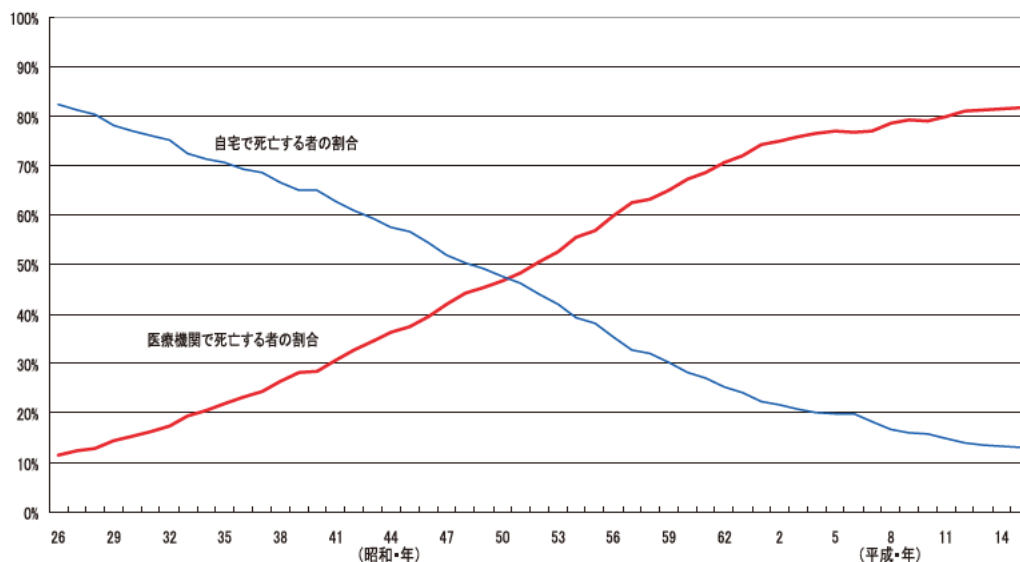
- 急性期・回復期・維持期・在宅生活を担う各医療機関・介護事業者の機能分化と連携を進めるとともに、地域連携クリティカルパスの普及と充実、退院・退所時ケアカンファレンス体制の確立を図り、シームレスな(継ぎ目のない)サービス提供体制を構築します。
- かかりつけ医機能の強化や在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの一層の普及を図るとともに、「生活を支える医療」という視点に立った、多職種連携、介護・福祉との連携が図られた在宅医療を構築します。
- 地域での幅広い疾患に対応した診療を行うことができ、必要に応じて専門医や保健・福祉などの関係者との連携や調整を担当することができ、さらに看取りまでを行うことができる医師の確保を進めます。
- 医師・看護職員の確保対策を強力に進めます。
- さらに、在宅ターミナルケアの実現可能性を高める取組も進めます。

(在宅医療の現状)

- 在宅医療を大きく分類すると、
 - ① 寝たきりの高齢者などを対象とした看護や介護（診療報酬では、往診料、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料など）
 - ② 患者などが自ら医療器具などを用いて行うもの（診療報酬では、在宅人工呼吸器指導管理料、在宅酸素療法指導管理料、在宅自己注射指導管理料など）
 - ③ 末期がんなどで自宅で最期を迎える在宅の終末期医療などが挙げられます。
- 医療は外来・入院が中心で、往診といった在宅医療は例外的なイメージがあり、現に国民医療費に占める在宅医療費の割合は2%程度です。しかし、1950年代当時は自宅で死亡する割合は死亡者全体の8割に上っており、往診などの在宅医療は、医療のごく普通の光景でした。その後、核家族化の進展等により家族の介護力が低下するとともに、国民の大病院志向もあり、現在は、病院での死亡者が8割、自宅での死亡者が1割強となっています。
- 高齢者が増加する一方で、全国的には往診や訪問診療を行う診療所は減少傾向にあり、訪問看護についても、近年、事業量や訪問看護ステーション数が頭打ちの状態となっているなど、高齢者の地域での生活を支える地域の基盤は不安定になっています。つまり、患者にとっては、退院により一旦病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかという不安があります。
- 実際、本県の在宅医療に対する満足度をみると、「かなり満足している」「やや満足している」と答えた人の割合は14.8%と低く、また、圏域によっても差があります。県民が今後充実を望む医療分野としても、がん対策・救命救急医療に次いで、在宅医療が挙がっています（平成18年三重県民医療意識調査）。
- 在宅医療の普及度を客観的・直接的に評価することは困難ですが、在宅等死亡率（自宅・老人ホーム・老人保健施設における死亡の割合）をみると三重県は全国平均より高く、在宅サービスの実施医療施設数（一般診療所）も全国平均より多いなど、在宅医療を進めていく素地はあることから、今後、一層の基盤整備と機能強化をどう図っていくかが重要になります。

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」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

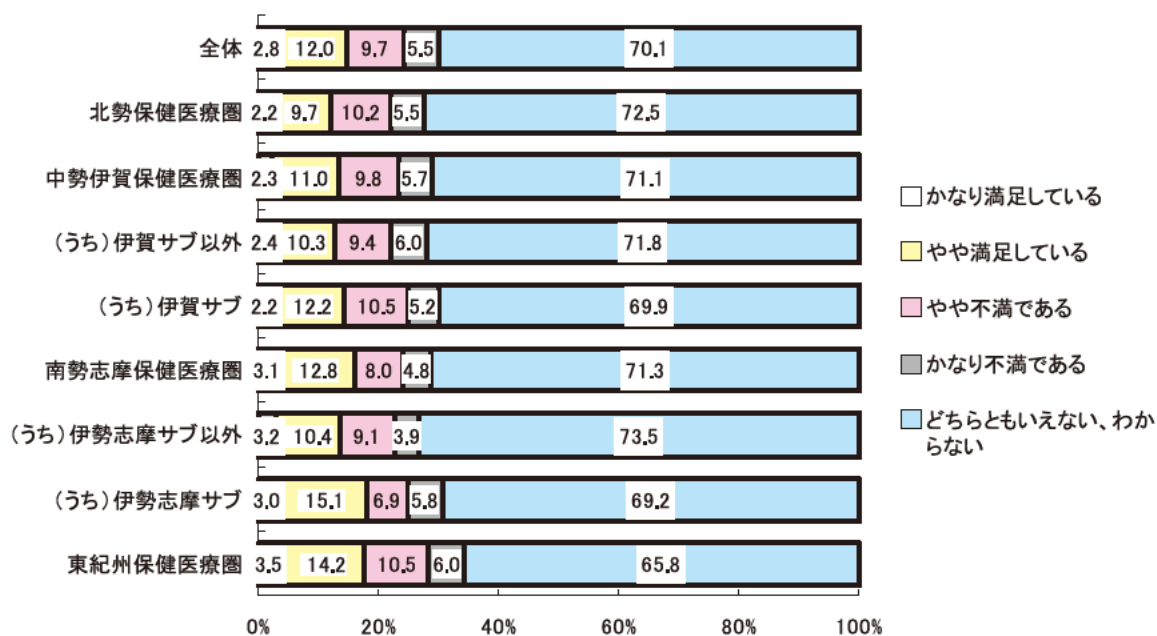


図 在宅医療に対する満足度
(資料:平成18年三重県民医療意識調査)

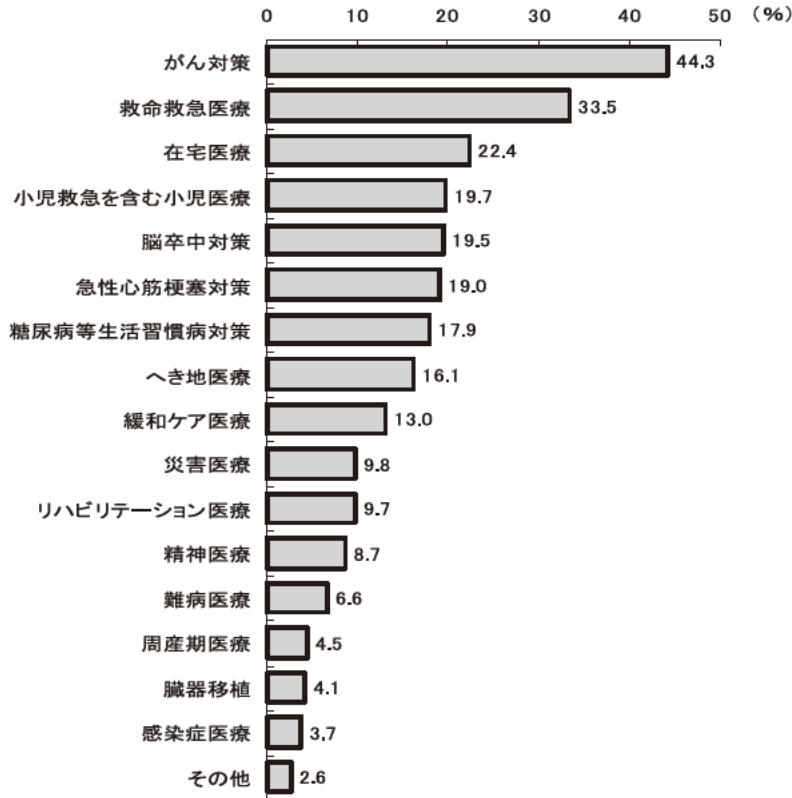


図 今後充実を望む医療分野【複数回答】
 (資料：平成 18 年三重県民医療意識調査)

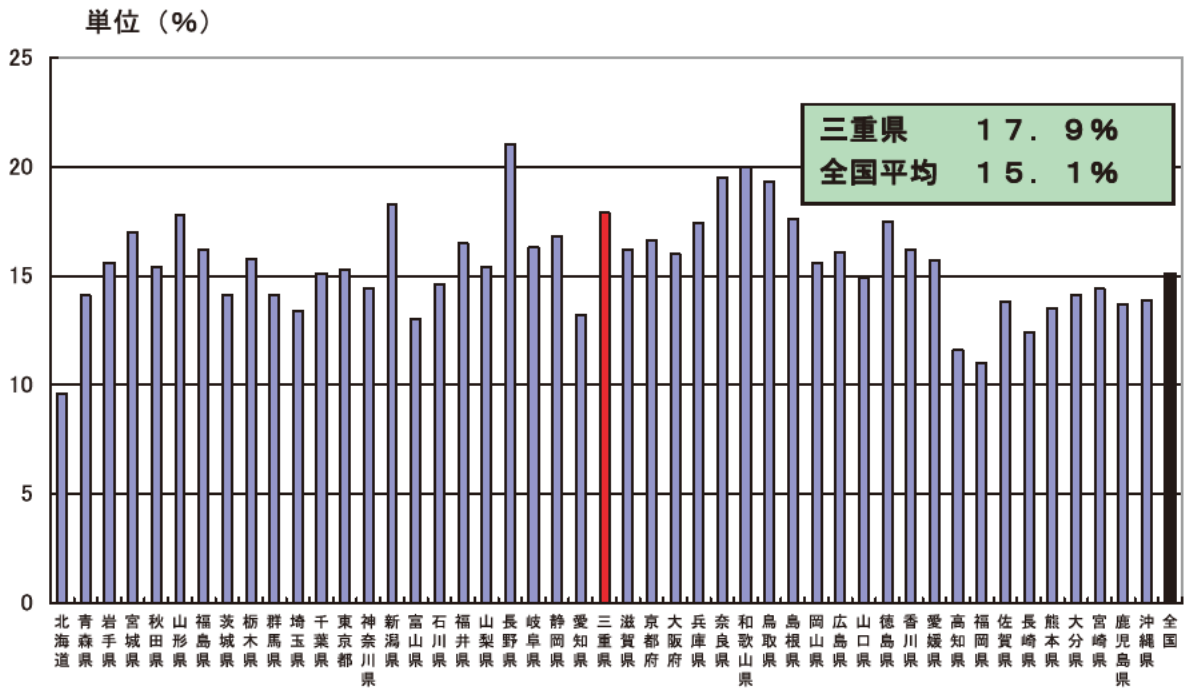


図 都道府県別 在宅等死亡率 (2005 年)
 (資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」(2005 年))

単位（施設）

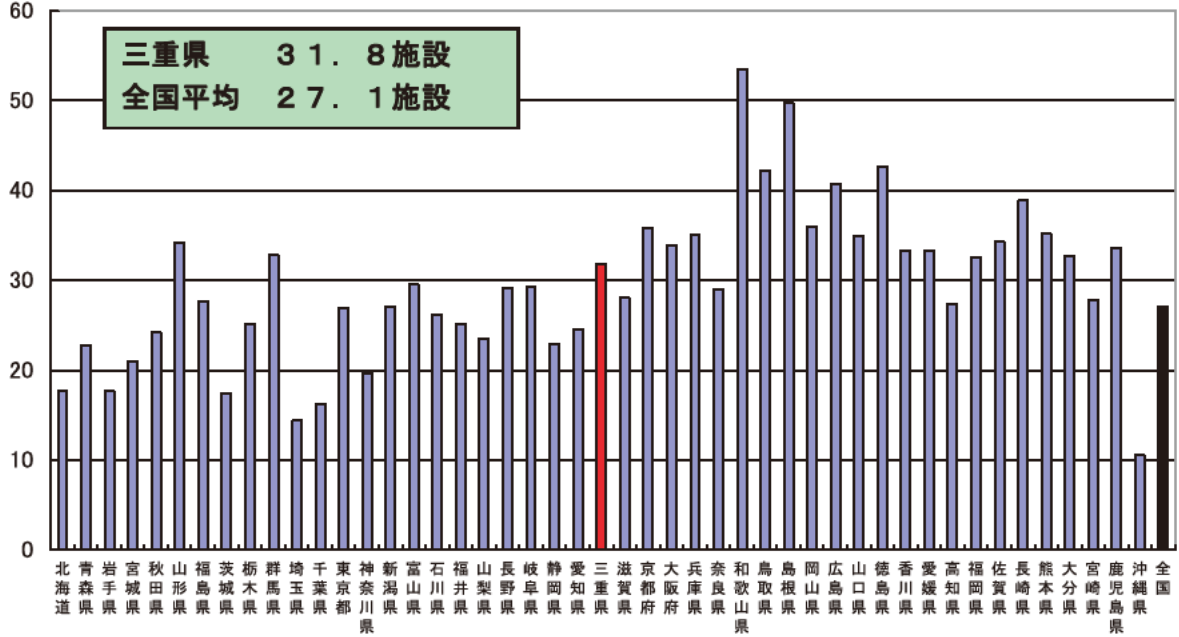


図 都道府県別 人口10万人当たり医療保険等による在宅サービスの実施医療施設数（2005年）

（資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（2005年）、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付評価官室作成）

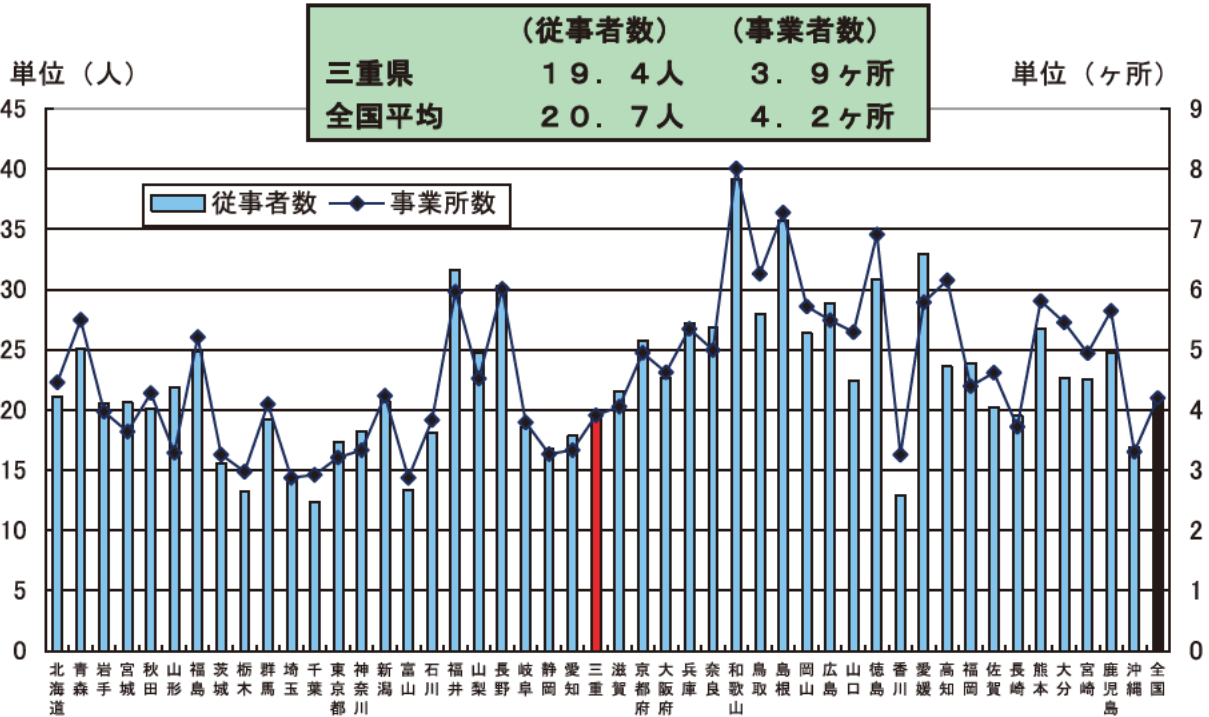


図 都道府県別 人口10万人当たり訪問看護ステーションの常勤換算従事者数及び事業所数（2005年）

（資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「介護サービス施設・事業所調査」（2005年）、総務省統計局「国勢調査」（2005年）より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成）

（医療機能の分化・連携の推進）

- 患者は、時間外・休日等における身近な医療機関での受診や、必要に応じた適切な専門病院への紹介について不満や不安を抱えていると言われます。こうした不満や不安の中、結果として機能が揃った病院に患者が集中し、病院は本来の病院機能を発揮できずに、病院の勤務医に過度の負担がかかるといった問題も生じていると指摘されています。
- こうした状況を改善するためには、各医療機関が地域における急性期から回復期、維持期、在宅生活に至るまで適切に役割分担し、地域の住民にとって分かりやすい形で医療提供体制を整備することにより、限られた医療資源を有効に活用して、効率的で質の高い医療を実現していかなければなりません。
- 医療施設は、病院・一般診療所・歯科診療所に分けられますが、診療所と病院が持つ機能をこれまで以上に明確にし、それぞれが持つ特徴を十分に生かせるようにしていくことが必要です。
- 具体的には、診療所は、一次的な地域医療の窓口としての機能強化が求められます。患者の健康づくり・生活習慣病予防といった患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上を図りつつ、時間外や休日も連絡が可能となるようにすることや、必要に応じ往診を行うこと等が求められます。その際には、診療所相互間や病院との連携が必要となります。
- 一方、急性期の病院は、原則として入院治療と専門外来を基本としていくことが必要です。高度医療はすべての医療機関で提供することは困難であることから、地域の中核病院に集約する一方、在宅医療や高度・特殊な技術を要しない医療については、中核病院以外での対応とするなど、それぞれの医療機関が地域の中で果たすべきその役割・機能を見据えた医療を提供することが求められます。
- また、退院後の生活については、再度、診療所を中心とする地域医療が、訪問看護や介護サービス等と連携して受け止めていくことが必要です。
- こうした地域の医療機能の分化・連携、医療と福祉との連携体制の構築に向け、県としても、医療機関・介護事業者等への働きかけや県民への啓発を行います。また、地域の医療関係者・介護関係者・市町・ボランティア・地域住民などの関係者による協議会等の設置・運営について支援を行います。

（中小病院・有床診療所の役割）

- 中小病院や有床診療所（入院機能を有する診療所）は、医療機能の分化を推進する観点から、一定規模以上の病院とは異なる役割が期待されます。
- 具体的には、中小病院は、高度な急性期医療を担う大病院と連携し、急性期を終えた後の回復期のリハビリの機能や、軽度の急性期医療への対応など、地域の診療所と連携した在宅医療の支援拠点機能を持ち合わせることを求められます。
- 大病院がない地域の中小病院は、その地域の拠点となる病院として急性期医療も担っていくことが必要です。また、診療所等とも連携し、在宅医療の後方支援を行うことも求められます。
- このように、中小病院は、地域の医療ニーズに対応し、他の医療機関との役割分担も考慮しながら、これまで以上に地域に密着した医療を提供していく必要があります。

- 有床診療所については、地域医療の中心的な役割を果たすという診療所としての特性に加え、外来のみならず入院治療までカバーできるという機能を併せ持っており、身近な場所で医療を提供できる医療提供機関として一定の役割を果たしていることから、地域の貴重な医療資源として、有効な活用を図っていくことが必要です。これまで以上に在宅復帰支援拠点としての機能を担うなど、地域の高齢者を支える役割が期待されます。

(地域における主要疾病・事業ごとの医療・福祉連携体制の構築)

- 患者が入院治療後できるだけ早期に日常生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けられるようになるためには、地域の医療機関・介護事業者が互いに役割を分担し、かつ連携していくことが重要です。
- 例えば、脳卒中で倒れたり、大腿骨を骨折したりして病院に運ばれた場合、直ちに急性期治療を受け、その後、継続して回復期リハビリを受けて残存能力を最大限に発揮し、できる限り速やかに生活の場（自宅に限らず、ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場）に帰ることができるよう、医療機関相互が連携し、また介護事業者とも連携し、必要なサービスを切れ目なく効率的に提供することが重要です。
- 先般の医療法の改正を受け、脳卒中など4疾病5事業^(※)に対応する医療・福祉連携体制の構築に向けて、三重県保健医療計画の見直しを行い、高齢者が希望すれば、生活の場に戻ることができる仕組みづくりを進めます。

(※) 医療法改正により、医療計画の記載事項として、脳卒中・がん・急性心筋梗塞・糖尿病の4疾病、救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・小児医療（小児救急医療を含む）の5事業ごとの医療連携体制に関する事項が追加されました。

(地域連携クリティカルパスと退院・退所時ケアカンファレンス体制の確立)

- 急性期から回復期・維持期を経て生活の場に戻るまでの流れを地域全体で考える「地域連携クリティカルパス」の普及と充実を図り、医療機関相互の連携や、医療と介護の連携を強化することが重要です。この「地域連携クリティカルパス」は、疾病の発生から診断、治療、リハビリ、在宅療養までを複数の医療機関や施設にまたがって作成する一連の診療計画です。このパスの普及により、転院しても中断されることなく、急性期病院から回復期病院を経て、生活の場に戻るまで継続的な医療の提供が円滑に行われることが可能になるとともに、あらかじめ患者に診療内容を提供することで、安心して医療を受けることにもつながります。
- 最近では、地域連携室や医療ソーシャルワーカーを配置する医療機関が増えています。医療機関のスタッフと地域の医療・介護を支えるスタッフとの情報共有と連携が鍵になってきます。
- 医療機関や老人保健施設等の医師・看護師等と、在宅療養を担うかかりつけ医・訪問看護師・介護支援専門員等が、退院・退所前にケアカンファレンスを開催し、高齢者の状態や家族の介護力、地域の介護資源等の情報を共有し、在宅復帰に向けた検討を行うことが重要です。

入院から外来・在宅療養への円滑な移行

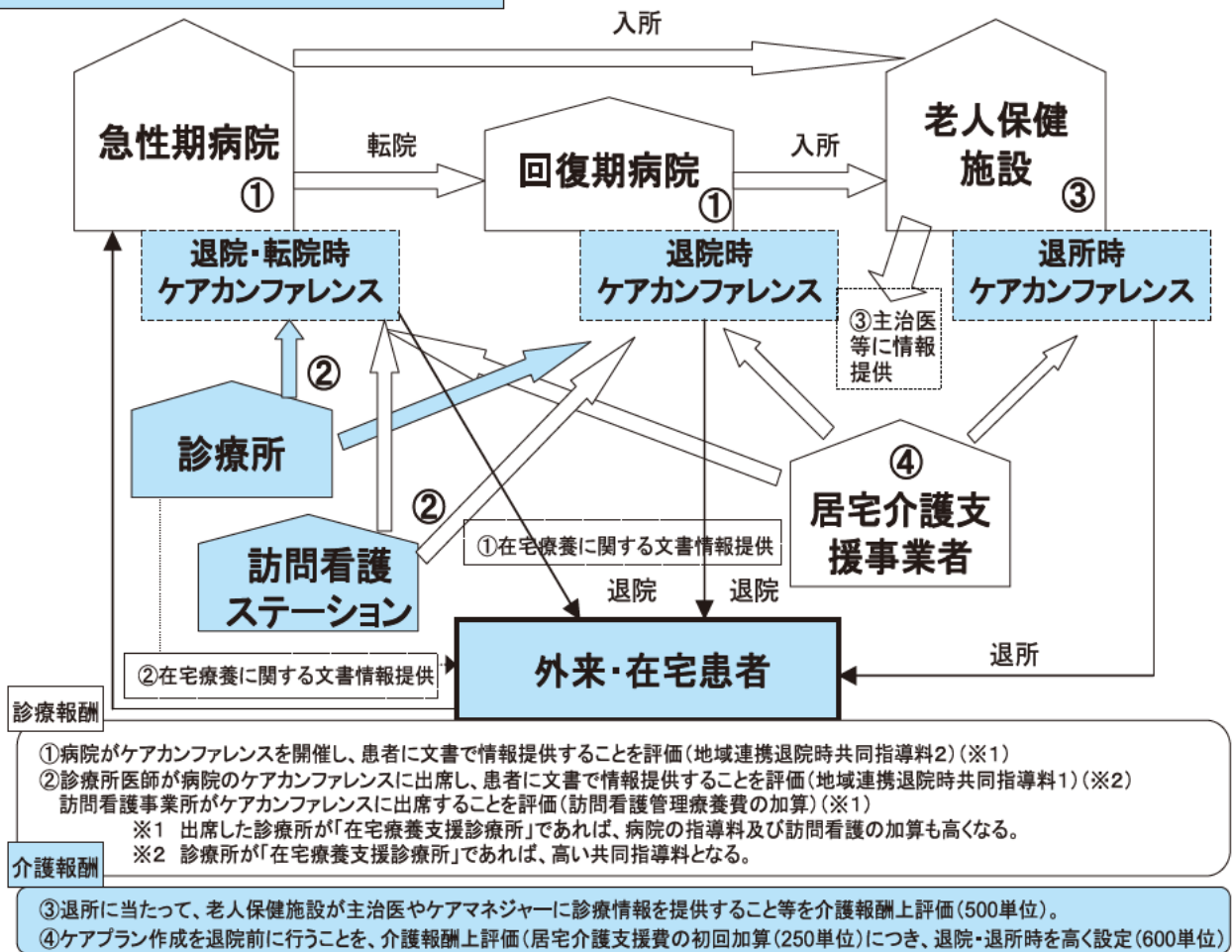


図 入院から外来・在宅療養への円滑な移行

(「生活の質の重視、尊厳への配慮、本人・家族の安心・納得」の医療)

- 高齢者、特に後期高齢者の医療のあり方については、高齢者が残された人生をどのように生きどのように死を迎えたいかという願いの実現を基本として、①生活の質を重視すること、②高齢者の尊厳に配慮すること、③本人・家族が安心・納得できることが必要です。その意味で、急性期治療が終われば、生活の場において療養が確保される必要があるという視点を持ち、入院段階から在宅復帰を念頭に置くことが必要です。
- 高齢者が住み慣れた自宅や地域といった生活の場に帰るためには、まず本人や家族に対して在宅生活に安心感を与えることが必要です。治療の早い段階から診療計画表によって在宅生活までの道筋を示すとともに、医療と福祉の連携により、自然な流れの中で在宅生活に安心を与える取組を進めることが必要です。
- 在宅生活を実現するためには、家族に自宅等での生活を迎える意識を持ってもらうことも必要です。医療機関や老人保健施設等に入院・入所中に、家族が積極的に本人と関わり、施設での介護の体験を通じて在宅生活のイメージを持ってもらうなど、家族の意識啓発に努めることが必要です。

(かかりつけ医等の機能強化)

- 平成 18 年三重県民医療意識調査において、「かかりつけ医がいる」、「この病気ならこの先生という意味でなら、かかりつけ医がいる」、「みてもらう医師は決まっていなくてもかかりつけの医療機関はある」と答えた人の割合は 70.1%となっています。
- しかし、この割合は年齢が低くなるほど低くなっています。壮年期のうちから、かかりつけ医を持つことは、病気の予防と健康の保持増進につながります。患者の適切な受療行動に向けて、今後も、関係団体と協働で県民へのPRを行い、かかりつけ医の普及と定着を促進します。
- かかりつけ歯科医の普及と定着を促進するとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を関係団体と協働で取り組みます。
- また、通院が困難な方々に対して、訪問による歯科検診、口腔衛生指導を実施するとともに、口腔機能向上を目的とした口腔衛生管理に関係団体と協働で取り組みます。
- 生活の身近な所に、かかりつけ薬局を持つことで、薬の重なりや飲み合わせについてチェックすることが可能になるとともに、日常的な健康相談の場にもなることから、関係団体と協働で、かかりつけ薬局の普及と定着を促進します。

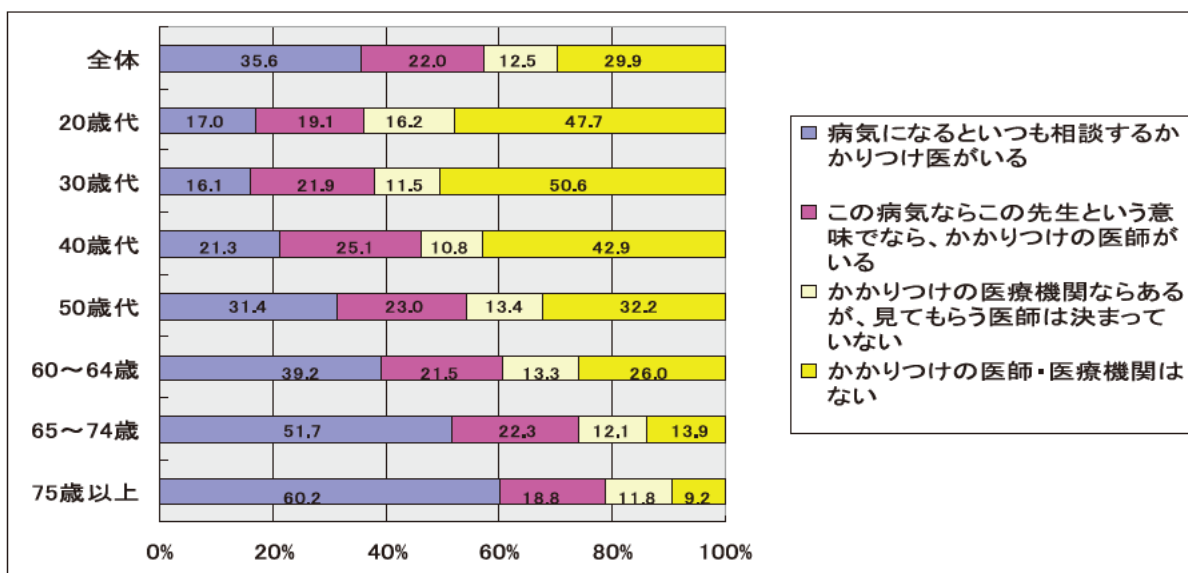


図 かかりつけ医療機関の有無（資料：平成 18 年三重県民医療意識調査）

（在宅療養支援診療所・訪問看護ステーションの普及促進）

- 在宅で安心して療養生活を送り続けるためには、24 時間の医療・介護体制や急変時の対応が必要であり、こうしたニーズに応えるものとして、2006 年度（平成 18 年度）に導入された在宅療養支援診療所の果たす役割はますます大きくなります。
- 2007 年（平成 19 年）6 月 1 日現在、県内では 117 箇所の在宅療養支援診療所が届けられています。地域における在宅療養患者への支援体制を確立するため、在宅療養支援診療所の一層の整備促進が必要です。
- なお、在宅療養支援診療所の届出はしたものの、在宅での看取りや、訪問看護ステーションやケアマネジャー等との協働・連携がシステムとして確立されているかについては、今後、十分な検証が必要です。
- 24 時間体制を整えるためには、医療機関相互の連携を進めていくことも重要です。複数の医師・診療所のコーディネートや、在宅医療を担う医療機関と後方支援を担う医療機関とのコーディネートを進め、在宅療養支援診療所の増加に結びつけるとともに、訪問看護ステーションの設置普及を進め、これらの関係機関が連携したチームによる在宅医療の体制づくりを促進します。

	在宅療養支援診療所数	65 歳以上人口 10 万人当たり	人口 10 万人 当たり
三重県	117	28.5	6.3
北勢	43	27.5	5.2
中勢伊賀	32	30.2	6.8
南勢志摩	35	28.9	7.2
東紀州	7	25.6	8.3

※在宅療養支援診療所数は、平成 19 年 6 月 1 日現在（三重社会保険事務局）。

※人口は「年齢別人口（平成 18 年 10 月 1 日現在）」（三重県政策部統計室）による。

図 在宅療養支援診療所

(チームで高齢者の生活を支援する医療)

- 高齢者、特に後期高齢者については「疾病を治療する医療」だけでなく、「生活を支える医療」という視点に立ち、健康づくり・生活習慣病予防から、リハビリテーションまで切れ目の無いサービスが求められます。
- いわば、地域での幅広い疾患に対応した診療を行うことができ、必要に応じて専門医や保健・福祉などの関係者との連携や調整を担当できる医師が必要になってきます。
- ただし、この「生活を支える医療」を、かかりつけ医や在宅療養支援診療所の医師だけで全て担うことには限界があります。医師・歯科医師・薬剤師・看護師・ケアマネジャーなどの多職種によるチームケアが重要になってきます。

(病院等による後方支援)

- 病状の急変時など入院が必要となった場合に、円滑に入院ができるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されることが必要です。

チームで高齢者の生活を支援する医療 (イメージ)

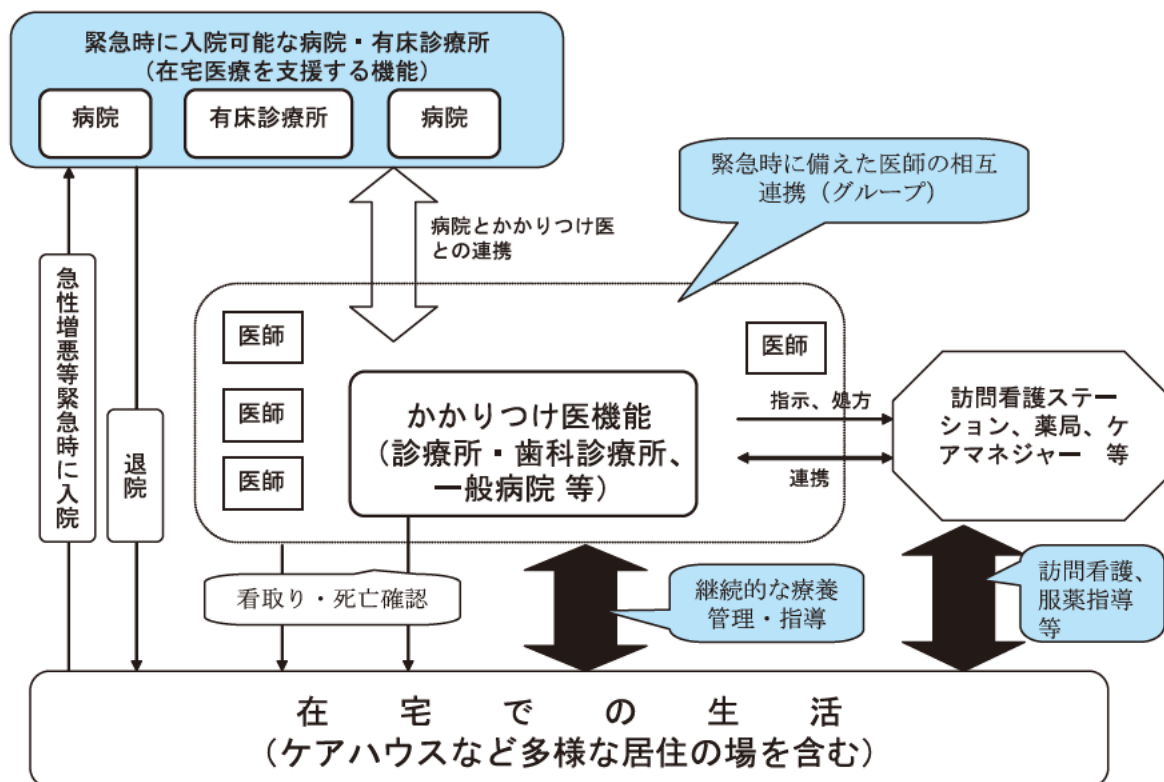


図 チームで高齢者の生活を支援する医療 (イメージ)

(医師全般の確保、および在宅医療を推進する医師の確保)

- 前述のような一般的な疾病を診ることができ、連携や調整を担当できるとともに、多死時代を控えて看取りまでを行うことができる、地域の在宅医療を担う医師の確保が重要です。
- そもそも本県の医療施設に従事する医師数は、人口 10 万人あたり 176.8 人と、全国平均の 201.0 人に比べて約 12%不足しています。また、圏域別に見ても、北勢圏域が 148.3 人、中勢伊賀圏域が 287.5 人、南勢志摩圏域が 194.1 人、東紀州圏域が 150.7 人とかなり偏在している状況にあります(平成 16 年医師・歯科医師・薬剤師調査)。
- このため、医師の確保対策を最重要課題と位置づけ、医師修学資金等貸与、ドクタープール、みえ医師バンク等の制度を活用するとともに、医師の配置調整を補完する機能の充実を図ります。
- 県民しあわせプラン・第二次戦略計画においても、医師確保対策を重点事業の一つとして位置付けており、以下の施策を積極的に展開します。

(三重県の主な医師確保対策事業)

①医師修学資金等貸与制度

医学生、大学院生、研修医及びへき地等の医療機関に転任する医師に対して、一定期間へき地等で勤務することによって返還免除となる修学資金等を貸与し、県内の医師が不足する地域の医療機関等における医師確保を図ります。

また、2008 年度(平成 20 年度)からは、返還免除期間の短縮や対象となる診療科をへき地に限らず県内の救急医療に関する全ての診療科に拡大するなど制度の見直しを行う予定です。

②ドクタープール制度

自治医科大学を卒業し義務年限を終了した医師等を県職員として採用するドクタープール制度を活用し、へき地等の医療機関に配置します。

③みえ医師バンク

インターネットを活用して医師を募集登録し、パートタイムでの勤務など多様な勤務形態が可能な医療機関での就業に向けた調整を行います。

④女性医師復帰支援事業

出産・育児等に伴い退職した女性医師等に対し、個別の研修プログラムを実施することにより、円滑な復帰を支援します。

⑤寄附講座

地域医療に関する研究を行う講座を県が大学に設置し、その成果を本県の地域医療体制の構築に活用します。

⑥医師の配置調整システム

関係機関との連携により、一定期間へき地などでの勤務を選択してもらえるプログラムの策定・実施を通じ、医師の配置を調整する仕組みを検討します。

(看護職員全般の確保、および在宅看護に従事する看護職員の確保)

- 在宅看護に従事する看護職員が不足していることから、在宅看護の環境の充実・地域の看護力の向上を図っていくことが重要になります。
- そもそも本県の看護職員については、2006年(平成18年)で848人、2010年(平成22年)でも157人の不足が見込まれており(平成17年度三重県看護職員受給見通し)、看護職員全般について、その確保と離職防止対策の充実が求められています。
- このため、県内の医療機関等で不足する看護職員の確保に向けて、看護学生の県内就業率向上、新卒看護職員の離職防止、看護職員が継続して就業を続けるための支援などを行うとともに、質の高い看護職員を養成するための対策に取り組みます。
- 県民しあわせプラン・第二次戦略計画においても、看護職員確保対策を重点事業の一つとして位置付けており、以下の施策を積極的に展開します。

(三重県の主な看護職員確保・離職防止充実事業)

①看護職員等修学資金貸与制度

県内の看護系大学や看護師等養成所等に在学する看護学生に対して、卒業後、県が指定する県内医療機関等で一定期間看護業務を行うことによって返還免除となる看護職員等修学資金を貸与し、県内における新卒看護職員等の確保を図ります。

②ナースセンター事業

保健師、助産師、看護師及び准看護師で未就業の者に対する無料就業斡旋等の就業促進事業や、県民に対し看護についての理解を深めてもらうための啓発事業を行います。

③病院内保育所運営事業補助

子どもを持つ看護職員等が安心して働き続けるため、病院内保育所に対して助成を行い、看護職員等の離職防止および離職者等の再就職を促進します。また、24時間保育及び病児等保育を実施する保育所に対しては加算も行います。

④看護学生卒業生支援事業

看護師等養成所にカウンセラーを派遣し、看護学生や卒業生の相談事業を実施することにより、新卒看護職員の離職防止を図ります。

⑤看護職員離職対策モデル事業

就業1年目の看護職員を対象に交流会を開催したり、県内病院にアドバイザーを派遣して、それぞれの病院に応じた離職防止対策を講じます。

(在宅ターミナルケアの実現可能性の向上)

- ターミナルとは、すなわち終着駅であり、ターミナルケアとは、人生の最期において生命や生活の質を高めてより良く生きることを目的とした医療サービスであるといわれています。そして、在宅ターミナルケアは、がん・脳卒中・心臓病・老衰・難病などの末期状態にある患者が、病院での入院療養ではなく、住み慣れた自宅や地域で必要な治療・処置などを行うことを言います。
- 理想として、医療機関でその人生を終えるより、住み慣れた自宅や地域の中でより人間らしく穏やかに最期を迎えたいと考える方も増えているようですが、その実現に向けては難しい問題も多いのが現実です。
- 痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合を想定した上で、終末期の療養生活を送りたい場所について尋ねたところ、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」と「自宅で療養して必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」と答えた人の割合が両者とも 22.9%と高く、「自宅で最期まで療養したい」という人は 15.0%でした（平成 18 年三重県民医療意識調査）。
- 全国の意識調査（平成 16 年・終末期医療に関する調査等検討会報告書）と比べ、三重県は「自宅で最期まで療養したい」という人の割合が若干高くなっています。また、平成 18 年三重県民医療意識調査では、自宅で最期まで療養することの実現可能性についてみると、「実現可能である」と答えた人の割合は 8.4%ですが、年齢階級別にみると、65～74 歳で 9.3%、75 歳以上で 13.6%が「実現可能である」と、年齢が高いほど実現可能と答えています。
- 自宅で最期まで療養することについて「実現困難である」と答えた人の理由（複数回答）についてみると、「介護してくれる家族に負担がかかりすぎる」と答えた人の割合が 77.2%と最も高くなっており、次いで「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」56.6%、「症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できるか不安である」36.7%、「経済的に負担が大きい」32.4%となっています。
- 今後の多死時代の到来を考えれば、現状どおり人生の最期を病院で迎えることは現実問題として無理となることが考えられます。このような中で、患者が、自分の状態に合わせて、病院、ホスピス・緩和ケア病棟、自宅などの居宅での在宅療養を選択できるようにするために、在宅医療・介護、病院、ホスピス・緩和ケア病棟が相互に補完し合って連携することが重要になります。現在、地域で実施している緩和ケアネットワークの更なる充実と他の地域への展開を図ります。
- 緩和ケアができる人材の育成と、患者や県民に対する啓発も必要となります。緩和ケアの研修会や地域住民に対する公開講座によって、医療従事者等の育成支援や住民啓発を進めるとともに、患者やその家族に対する情報提供及び支援体制の確立を図ります。また、相談員の育成や研修を行います。
- がん末期の患者を対象とした通所サービスや短期入所などによって家族の精神的・身体的負担の軽減を図っていくことも重要になることから、「療養通所介護」や「特定短期入所療養介護」の普及を図ります。

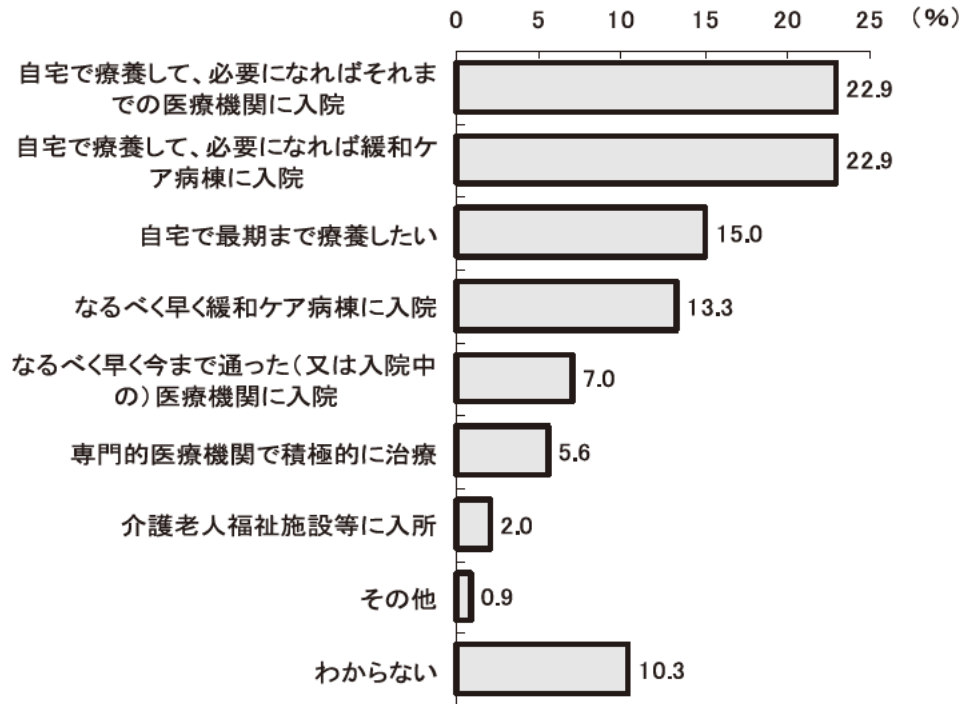


図 終末期に療養生活を送りたい場所【複数回答】
(資料：平成18年三重県民医療意識調査)

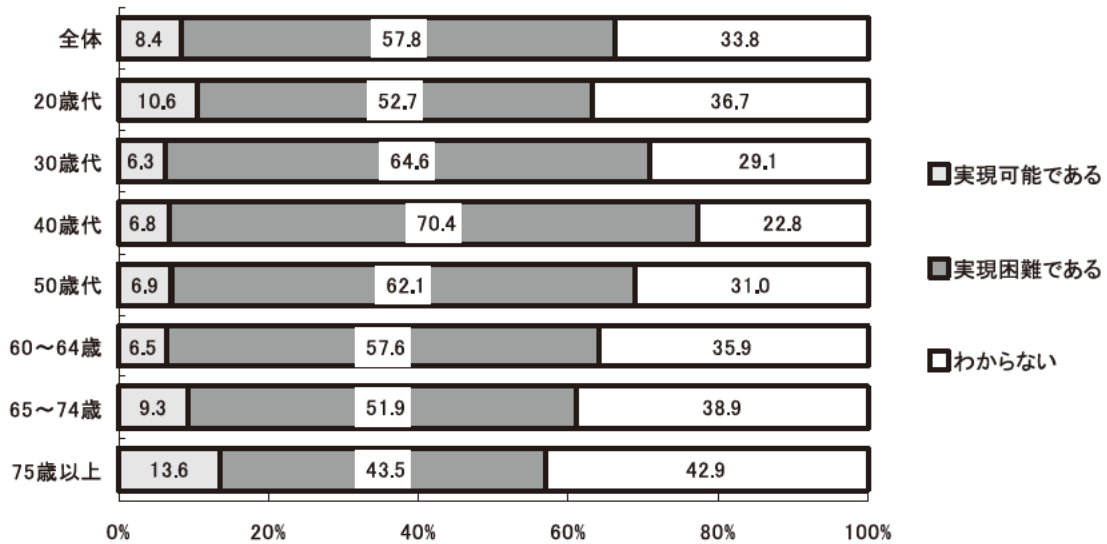


図 自宅で最期まで療養することの実現可能性【複数回答】
(資料：平成18年三重県民医療意識調査)

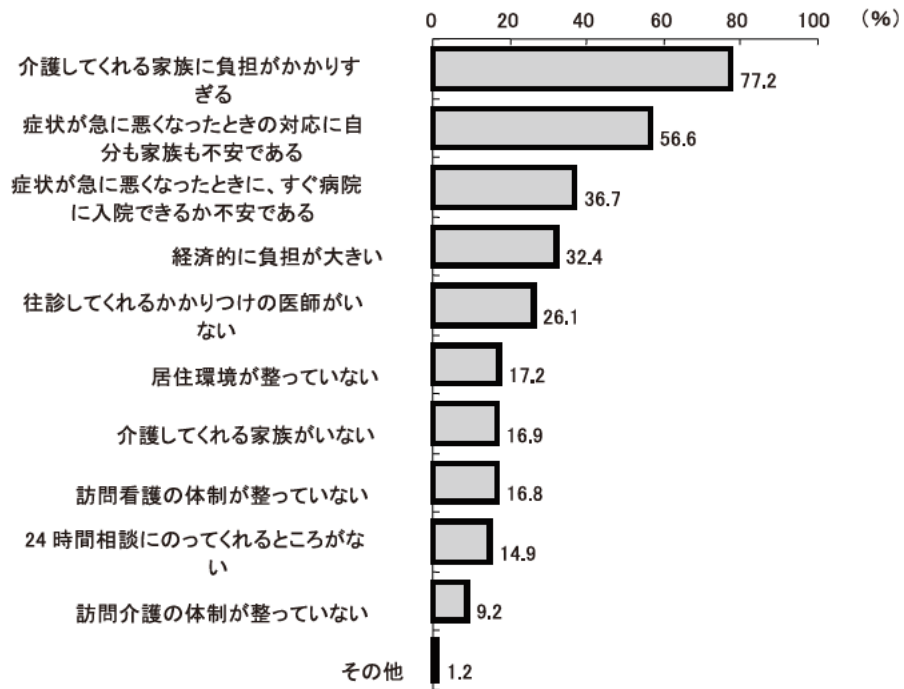
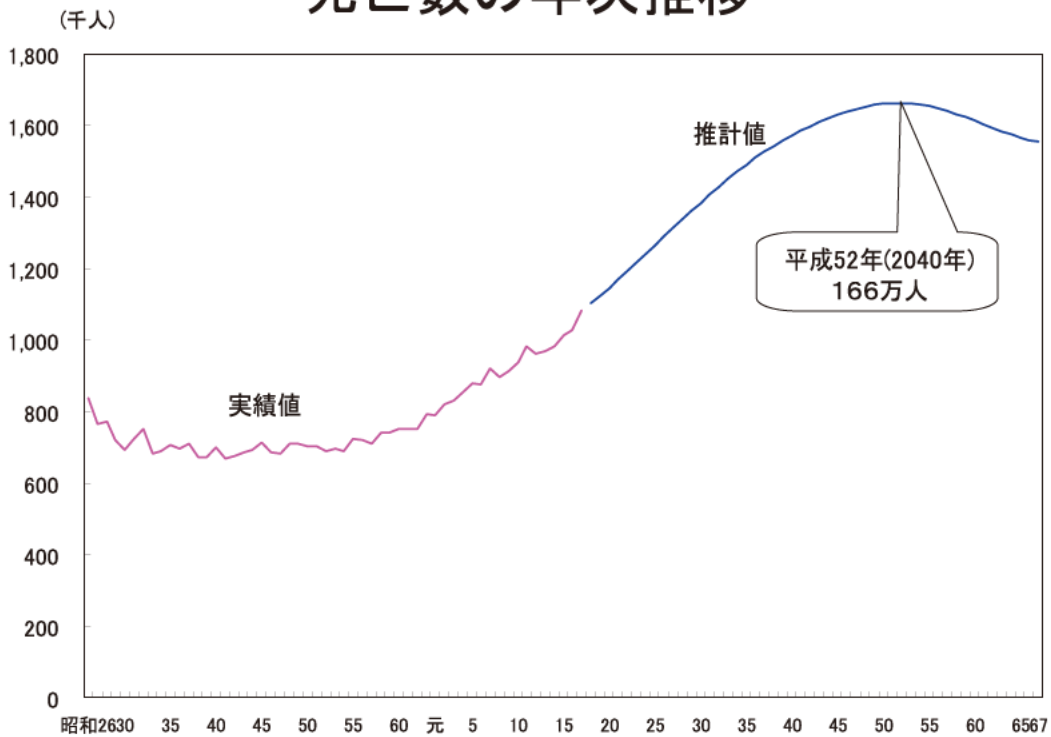


図 自宅で最期まで療養することが実現困難である理由【複数回答】
 (資料：平成18年三重県民医療意識調査)

死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

図 死亡数の年次推移

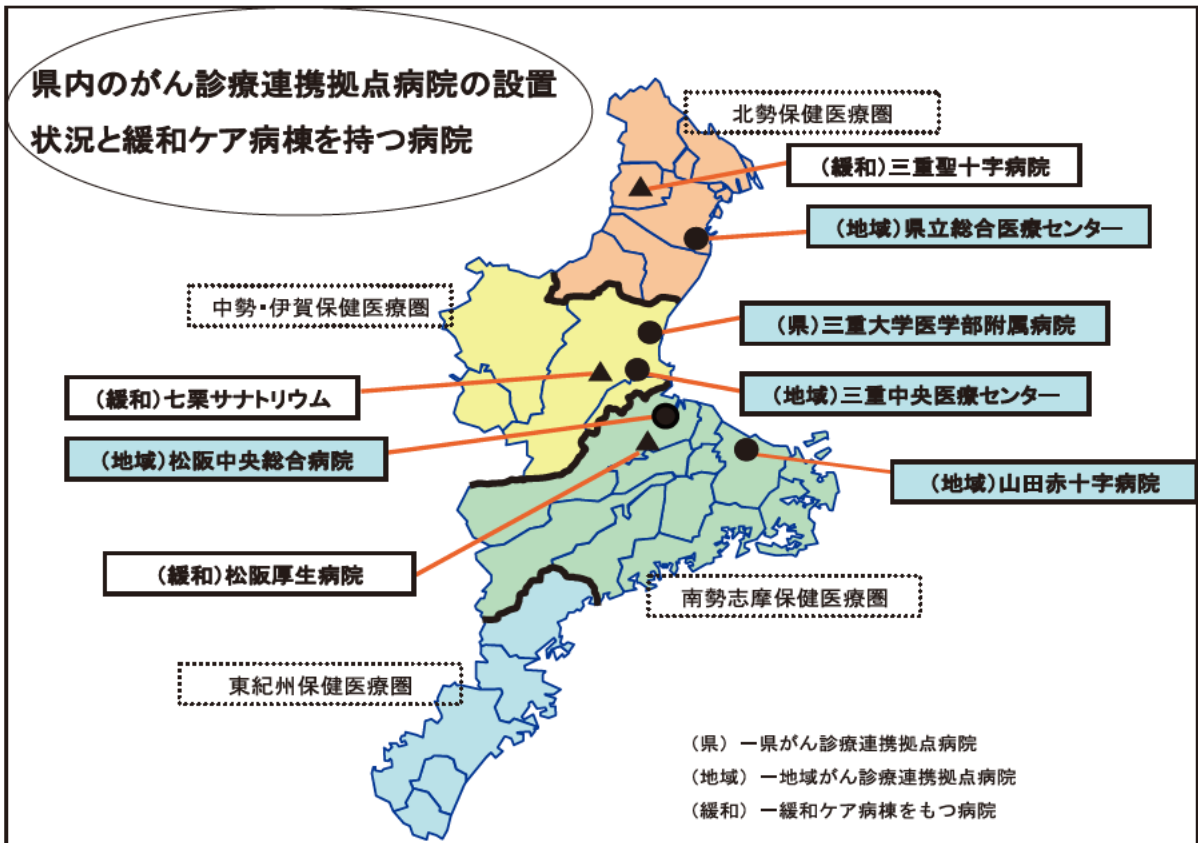


図 県内のがん診療連携拠点病院の設置状況と緩和ケア病棟を持つ病院

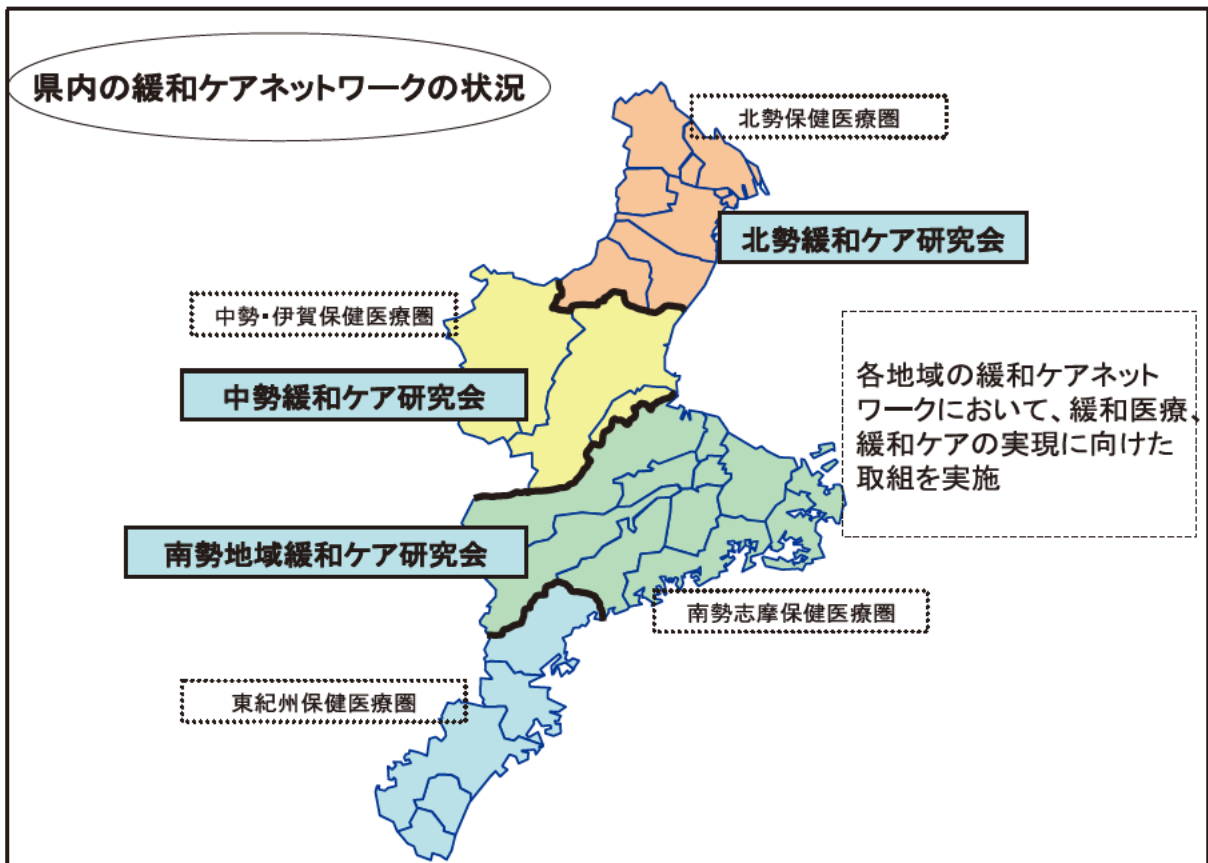


図 県内の緩和ケアネットワークの状況