

在宅医療・介護あんしん2012——点から面への展開を

厚生労働省医政局指導課長 井上 誠一

厚生労働省の井上です。医政局指導課は医療提供体制にかかわる幅広い分野を所管していますが、今、在宅医療の推進が大きな施策の柱になっており、課の中には在宅医療推進室もあります。特に今年度は、今日のテーマでもある「在宅医療・介護あんしん2012」というキャッチフレーズを掲げ、さまざまな施策を総動員して在宅医療・介護を強力に推進していきたいと考えているところです。今日は、なぜ今、在宅医療・介護なのかということの背景を説明し、それから厚生労働省として進めようとしている施策の方向性や、具体的な内容についてお話したいと思っています。

★超高齢社会の到来で、待ったなしの課題に

まず、なぜ今、在宅医療・介護なのかということですが、何といたっても大きいのは、超高齢社会の到来ということです。【スライド3】は今年出た新しい将来人口推計に基づく人口ピラミッドです。ここでよく指摘されるのは、何人の現役で何人のお年寄りを支えるかということですが、今2.6人に1人ぐらいが、2025年には1.8人に1人、そして2060年には1.2人で1人になるということです。高齢者医療・介護のサービスのあり方を考える上でより重要になってくるのが、高齢者の人数がどう変わっていくかということです。2010年の時点で前期高齢者が1,500万人余り、75歳以上の後期高齢者が1,400万人余りですが、これがどうなっていくかというと、前期高齢者はあまり増えないというか、むしろ減っていく。増えていくのは75歳以上の方で、ここは1,400万人から2,100万人、2,336万人と非常に増えていく。日本の総人口は既に減少基調にあるわけですが、そうした中で、この75歳以上の方々が今後、1,000万人近く増えていくということが、一番大きな背景となっています。

よく言われるとおり、年をとるに従って外来で医者にかかる率、外来受療率というのが高くなっていきますが、75歳を越えて後期高齢者になると、年をとるほど外来受診率は下がっていき、むしろ入院とか、在宅で医療を受ける方の割合が増えていくことになります。ということで、75歳以上の人数が増えてくると、医療・介護のあり方に大きな影響を及ぼすことになるわけです。

次は都道府県別に65歳以上の人口、75歳以上の人口はどう増えるかということです。【スライド4】は5年前のデータを使ったものですが、大きな傾向に変化はありません。それによると今後、ボリュームとして高齢者が大きく増えるのは、東京やその隣接3県、それから大阪、愛知、福岡といった大都市圏です。これ【スライド5】は、65歳以上人口の増え方が多い順番に並べていますが、東京、神奈川、大阪、埼玉、愛知といった順になっていまして、兵庫、福岡までで全体の増加数の約60%を占めます。したがって、在宅医療・介護は、今後都市部にとって非常に大きな問題になってくる。対策は待ったなしの状況と言っているかと思えます。

先ほど、75歳以上になってくると外来で医者にかかる割合はむしろ減ってくると申し上げましたが、【スライド6】は医師による訪問診療を受ける方の人口に占める割合です。医師が緊急で呼び出される往診を受けた方の割合も出ていますが、これを見ると、やはり75歳を越えたところでそういう医療を受ける方の割合がグーンと増えていきます。【スライド7】は訪問看護です。病院・診療所における医療保険の訪問看護、訪問看護ステーションでの医療保険の訪問看護、それから介護保険の訪問看護と3つのケースがありますが、やはり75歳以上あたりでサービスを受ける人の割合が増えています。

次に、死亡場所の推移【スライド8】ですけれども、1950年代は我が国でも8割以上の方が自宅で亡くなられていた。それがここ何十年かの間でどんどん下がって、直近では12%程度まで下がってきています。一方、病院で亡くなる方の割合は9.1%程度だったものが、逆に8割近くになっている。こういう大きな変化が、ここ数十年の間に起きたわけです。そもそも50年代のころは、病院のベッドも今と比べれば整備されていませんでしたし、国民皆保険でもないから、入院する費用を払えない人も多かったのではないかと思います。また、医療の技術も今ほど進歩していませんから、往診や外来でも、あまり

技術的に違いがなかったのではないかと思います。こういった事情で、最期は自宅で迎えられる方が多かったです。また、急病のときにお医者さんが往診で自宅まで出かけていって行くということは、この50年代、60年代ぐらいまでは、ごく普通に見られたことでした。

私の母方の祖父も、実は千葉県外房の御宿町というところで医者をやっていて、50年、60年代のころ、自転車やバイクで山のほうの農家を往診したり、浜のほうの漁師の家に往診したりで、母に聞きますと、山のほうに行った帰りに田んぼの中に間違えてバイクで落ちて、泥だらけで帰ってきたとか、浜のほうの漁師の家に行ったら、診療費が払えないというので魚で払ってもらったとかいったようなことがあったそうです。その後、病院での検査や診療の技術が進歩し、いろいろな病気を早く見つけて治せるようになり、往診が減っていく。こうした中で、最期の看取りも病院で行われることが増えてきたのだと思います。

ということで、医療技術の進歩ということも背景にあって、病院医療が中心的な役割を担うようになってきました。ただ、1980年代ぐらいから入院医療に偏重しているのではないかという指摘も行われるようになったと思います。例えば本人の意思を考慮することなく、終末期に濃厚な診療を続けることがいいことなのかとか、障害者や高齢者の方が、急性期を脱した後も生活の場ではない病院に長く居続けることが、クオリティーオブライフとか患者の尊厳という意味でいいのかと指摘されるようになってきました。同時に治す医療だけではなくて、生活の場で支える医療とか介護が重要ではないかということも言われるようになってきた。しかし、今のところ、様々な在宅医療や介護の施策も講じられてきましたが、少なくとも死亡場所の推移ということでは、状況は大きく変わっていません。

【スライド9】は1年間の死亡数の年次推移です。最近の状況で言うと、120万人をちょっと超えるぐらいですが、今後高齢化がさらに進んでいくに従い、亡くなる人の数も増えて、ピークは2040年で、1年に167万人の方が亡くなるということですから、今より40万人ぐらい増えるわけです。ということは、この人たちをどこで看取るかということが、大問題になるわけです。我が国は、人口当たりの病床数が世界的に見ても多い国ですので、今後、病床はそんなに増やせない。となると、やはりご自宅、またご自宅にかわる高齢者向けの住まいで最期を迎えられるような態勢づくりが、本当に待ったなしの

課題になっているということが、お分かり頂けると幸いです。

★在宅で療養したいという国民の希望にどう応えていくかが課題

次の【スライド10】は、Lynnの3つの軌道と言われるものです。2001年にLynnさんという研究者が発表したもので、終末期の方の疾患別の機能変化はがん、心疾患・肺疾患などの臓器不全、認知症や老衰の3つの類型に分けられるというものです。つまり、がんの場合は比較的ある時期までは機能が維持され、ご自身で外来に通ったりすることもできる。それから心疾患、肺疾患などの臓器不全の場合は、徐々に機能が衰えていく中で、時々病状の急変が見られ、それを繰り返しながら徐々に機能が低下し、あるところでストンと落ちていく。それから認知症や老衰は、徐々に機能が下がっていくということです。

従って在宅医療でどう支えるか考えるときにも、がんであれば、亡くなる2カ月前、3カ月ぐらい前に急に機能が衰えるので、この時期に在宅での緩和ケアで支えることが課題になる。心疾患や肺疾患でしたら、一時的な急変時にどう対応するのかということが非常に大事になる。認知症、老衰といったケースは、介護サービスと医療をどう組み合わせて支えていくのかといったことが重要かと思えます。

在宅医療に関しては、やはり国民自身がどう考え、そのニーズにどう応えていくのかという観点が重要だと思っています。【スライド12】の上のグラフが終末期の療養場所に関する希望ですが、最期まで自宅という方と、自宅で療養して必要になれば医療機関や緩和ケア病棟に入院したいが、できるところまでは在宅でという方が、あわせて約6割ということです。それから介護が必要になった時にどこで療養したいかという希望は、自宅という方が4割強という結果が出ております。つまり6割の方が亡くなる前はできるだけ在宅で療養したいと答え、また介護が必要になっても4割以上の方が自宅で介護して欲しいということで、こういう希望にどう応えていくのか考えていく必要があると思えます。

また、【スライド13】は在宅医療推進に当たった課題についての調査で、何が在宅医療や療養継続の阻害要因になっているかという調査があります。そこで一番多いのが、家族に負担がかかるということ、それから24時間相談にのってくれるところがないとか、急変時の対応への不安ということです。ということでまず家族支援、次に24時間支援態

勢の構築、そして後方ベッドの確保・整備、さらにサービス供給量の拡充、質の向上、効率化といったことが課題になってくると考えられるわけです。【スライド14】は逆に在宅療養ができたケースで、その理由を調査したものです。それによると必要な在宅医療・介護サービスが確保できたから、が一番になっており、やはりサービスの充実・確保が非常に大きな課題であることが確認されます。

【スライド15】のグラフは、私が北海道庁に高齢者保健福祉課長として出向していた時、訪問看護ステーション事業を中心に在宅ケア事業を推進するためにつくられた北海道総合在宅ケア事業団にお願いして行ってもらった在宅医療に関する意識調査の結果です。北海道の札幌、岩見沢、釧路の療養型病床、介護老人保健施設に6ヶ月以上入っている患者さん、利用者の方に、家に帰りたいか、帰りたくないかを聞き、併せて家族の方にも、家庭で受け入れたいかどうか聞いてみたという、あまり例がない調査です。それによると、患者さんや利用者の方で、帰りたいという人が6割以上、帰りたくないという方が35%で、やはりご本人は6割以上の方が、帰りたいと思っている。ところが家族の方は、何と88%の人が家庭で受け入れることは困難と答えており、受け入れたいという方は12%に過ぎず、ご本人と家族の間違った意識の違いが明らかになったのです。北海道は積雪寒冷・広域で、入院、施設志向が高いと言われていきますから、北海道の特性ということもあるかもしれないし、10年前の調査なので今は変化がみられるのかもしれませんが、そういうショッキングな結果が出たわけです。

それでも帰りたくないという入院患者や入所者が35%いたわけですが、なぜ帰るのを希望しないかと聞いたら、圧倒的に多いのが、家族に迷惑がかかるからというのが77%で、もしかしたら本心は家に帰りたと思っているのかもしれないけれど、家族に迷惑がかかるので希望しないという方が8割近くいらっしゃるということです。一方、家族で受け入れたいと答えた少数派ですけれども、その家族が退院の際に希望する支援内容を見ると、身体介護、一時的な宿泊介護、訪問看護、緊急時の医療体制などで、こういったものが在宅には重要だということがうかがえます。一方で、家庭で受け入れることが難しいと答えた家族が心配な内容は、本人の病状、介護者の不在、介護者の高齢、住宅構造、病状の急変などで、こうした家族の不安をどう解消していくのかが、ご本人の希望をかなえていくために重要だということが確認されたと思っています。

在宅医療・介護充実の必要性は、少なくとも1980年代ぐらいから言われ始め、また国の在宅医療・介護を推進するための施策は徐々に行われてきたわけです【スライド18】。医療でいうと、診療報酬で1986年に寝たきり老人訪問診療料が新設され、訪問診療が診療報酬上、正式に位置づけられました。その後さまざまな在宅医療関係の点数充実が図られ、在宅療養支援診療所が24時間体制で在宅医療を担う仕組みが2006年にでき、さらに今年の改定で機能強化型ができました。医療法の世界でも、1992年に「居宅」が、入院、外来に並ぶ医療提供の場と位置づけられました。それから2006年の医療法改正では、在宅医療の確保策を医療計画に記載することが義務づけられました。その他、ゴールドプラン、訪問看護ステーションの創設、指定訪問看護制度の創設、そして介護保険法の施行など、介護や訪問看護といった分野でもいろいろな施策が取り組まれてきたわけです。

ただ、今まで何が足りなかったか振り返ってみると、医療の方では診療報酬の対応が中心で、頑張っている事業者インセンティブになるわけですが、在宅医療に関心を持っていないお医者さんが、どんどん在宅医療をやるようになるかという、そこは十分ではなかった。在宅医療は個々の事業者の努力だけではなく、医療・介護にかかわるいろいろな機関が連携して助け合わないと進まず、そこを一步進める施策が少し不足していたのではないかと、思っているところです。

★在宅のための医療資源——まだまだ地域ごとにバラツキが

次に在宅医療の現状です。24時間体制で在宅医療を支えることが期待されている在宅療養支援診療所は、届け出数が12,487と数は増えてきました。しかし、1年間に1名以上、在宅で看取りを行った診療所は5,833で半分以下です。数は増えたが、どれだけ実際に機能を果たしているかという、ちょっと疑問があります【スライド20】。それから【スライド21】は在宅療養支援病院ですが、これも2010年に要件が緩和されたこともあり、331に増えていますが、やはり看取りを1名以上行っているところは130、半分以下にとどまっています。それから、在宅療養支援診療所医師の24時間体制への負担ということです【スライド22】。在支診の医師は自ら、あるいは関係機関と連携して、

24時間何らかの形で患者さんの急変に対応しなくてはならないわけで、これがやはり負担だと感じている医師が多いということです。「負担である」、「やや負担である」を合わせると7割以上の医師がそう感じている。ただ、医療機関の規模によって、多少違っていて、1人2人の場合は7割以上ですが、3人以上医師がいると、負担を感じる人の割合が少し減り、24時間体制をもう少し進めやすくなることがうかがえます。

都道府県別の状況は、在支診の場合【スライド23】、それぞれの診療所がどれだけ機能を果たしているかは別にして、資源の整備状況だけを見ると、概ね西高東低という感じになります。それから在支病の方も【スライド24】都道府県ごとのばらつきが見られます。在宅療養支援歯科診療所も【スライド25】、かなり数の多いところと少ないところの差が見られます。在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出を行っている薬局【スライド26】も、このようなばらつきになっており、在宅医療を提供する機関の整備が遅れている地方は、今後その整備をより一層進めていく必要があると思います。

訪問看護事業所数は【スライド27】、訪問看護ステーションと病院または診療所に設けられた事業所がありますが、病院・診療所の方の診療報酬が低いこともあって、病院・診療所から訪問看護ステーションに切りかえるところがあり、病院・診療所の事業所は減る一方、訪問看護ステーションの数は増えています。また全体の利用者数は少しずつ増えているという状況です。訪問看護事業所の全国的なばらつきは【スライド28】、これも西高東低という感じですが、【スライド29】で訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合を見ると、人口当たりの訪問看護の利用者数が多いところほど、自宅で亡くなっている人の割合が高いという緩やかな相関が見られ、在宅での看取りを進めいくには、訪問看護サービスの充実が重要になってくると思います。

★在宅医療連携拠点と地域包括支援センターが車の両輪に

ということで、在宅医療・介護は今、待ったなしの状況で進めていかなくてはならないわけです。そういった中で、まだサービスは全国的なばらつきがあるし、また都市部を中心に増えていく高齢者への対応は、緊急に進めていかなくてはならないということで、先ほど申し上げたとおり「在宅医療あんしん2012」と銘打って、今年度からさまざまな

施策を総動員して取り組んでいるところです。施設中心の医療・介護から、可能な限り住みなれた生活の場で必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指していこうということで、今年度は予算での対応、医療計画などを中心とした制度的な対応、それから診療報酬・介護報酬による対応を総動員して、進めていこうと考えているわけです【スライド31】。

また、在宅医療の推進というのは、社会保障・税一体改革の中にも位置づけられており、2025年に向けて、医療機能の分化・連携を進め、急性期から亜急性期、回復期、慢性期、それから在宅サービスへと切れ目なくサービスをつなげた医療提供体制の改革を進めていくという方向性を示しています【スライド32】。そういった中で、在宅サービスの充実ということも非常に大きな柱になっているわけです。また一体改革の中では、地域包括ケアシステムを実現しようということで、30分で駆けつけられる日常生活圏域で、介護、医療、予防、住まい、生活支援といったものが一体的に、包括的に、継続的に行われるような体制をつくることを目指しているわけです【スライド33】。

まず予算での対応であります。今年度は在宅医療・介護推進プロジェクトということで、3つの柱を立てています。1つ目が人材の育成、2つ目が基盤の整備、3つ目が個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援です【スライド35】。人材の育成では、在宅医療はさまざまな医療・介護関係職種が連携しながら担っていく必要があるため、多職種協働で在宅チーム医療を担っていくための研修を進めていきます。今年度は、都道府県のリーダーと市町村レベルの地域リーダーを育てていきたい。これによって多職種協働の研修プログラムを作ったり、研修をコーディネートしたりする人材を育成したい。都道府県の担当者、それから在宅医療を担っている医師の方などを対象とします。そして、この方々が今度は、市町村レベルのリーダー研修を行い、来年度以降、市町村レベルのリーダーがそれぞれの地域で、実際に現場で活動しておられるいろいろな職種の方々を対象に、症例検討などを通じ、多職種協働によりどういうふう在宅医療に取り組んでいったらいいのかを学んでいけるようにしたいと考えています。

2つ目は実施拠点となる基盤の整備です。中心になるのが在宅医療連携拠点の事業で、後ほど詳しく説明しますが、全国で105カ所を採択して、多職種の連携による在宅医療

の提供をめざします。それから在宅サービス拠点の充実ということで、複合型サービス事業所とか定期巡回・随時対応サービスなど、昨年の介護保険法の改正で新たに始まったサービスの充実を図ったり、低所得者向けの住まいを整備したり、地域の薬局に無菌調剤室を設置して在宅のがん患者に必要な注射剤を提供できるようにする事業を行います。それから管理栄養士等の人材を確保して活動を支援して、栄養ケアの活動を進めます【スライド37】。

中心になる在宅連携拠点事業ですが、昨年度も10カ所でモデル事業として実施しました。今年度は20億円余りの予算を確保することができましたので、これを活用して、モデル事業をさらに拡げて推進します。この拠点を担うのは在宅療養支援病院、診療所、訪問看護ステーション、さらに地区の医師会や市町村、地域包括支援センターなどいろいろな主体があります。また都市部のものもあれば、過疎地のものもあり、この拠点には、ケアマネジャーの資格を持つ看護師などや、医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置し、地域横断的に医療・介護の協働とか、医療機関同士の連携を図るための取り組みを進めます。さらには人材の育成、地域住民への在宅医療の普及啓発も行います【スライド38】。

【スライド39】には具体的にこの拠点で行う事業を5つ掲げています。1つ目が多職種連携の課題に対する解決策の抽出ということで、定期的に地域の医療・介護関係者、行政、医師会の方などに集ってもらい、地域の課題やその解決策を検討していただく。また、在宅医療従事者の負担軽減ということで、一人開業医とか小規模の訪問看護ステーションで24時間対応できるような連携体制を支援したり、チーム医療を提供するための情報共有システムを整備したりします。効率的な医療提供のための多職種連携ということで、先ほど申し上げたケアマネの資格を持つ看護師やMSWが、地域の福祉や医療資源の機能を把握して、また地域包括支援センターと連携しながら、さまざまな支援を包括的、継続的に行うようにする。そのために、すべての連携拠点で地域の医療・福祉資源を示した「医療・福祉マップ」を作ってもらうことにしています。ともすると今まで地域ケア会議などに医療関係者に参加してもらうことが難しいということがあったので、この事業では医療のほうから介護のほうにアプローチすることもやっいていこうとを考えています。さらに地域住民には在宅医療を理解してもらうためフォーラム、講演会、パンフレットの配布といった普及啓発の活動を行う。また、先ほど述べたように在宅医療に関する人材育成

を進めていきます。特に医師の参加を呼びかけ、多職種連携で在宅医療・介護を支えていく意識を高めることにつなげていきたいと考えています。

そこで、よく質問されるのが、地域包括支援センターと在宅医療連携拠点が非常に似ているのではないかということです。この点についてですが、一つは、これまでケアマネジャーの7割が福祉系ということもあり、介護サイドから医療へアプローチするのが難しかったので、この在宅医療連携拠点では、そのブレイクスルーを図るために、医療のほうから介護にアプローチする流れもつくろうと考えました。もう一つ、この在宅医療連携拠点は介護と医療の連携もあるけれど、後方支援の病院と診療所とか、診療所同士の連携も視野に入れました。それから薬局、歯科医師との連携、訪問看護ステーションとの連携なども考えると、日常生活圏域ではちょっと狭い。やはり市町村ぐらいが活動エリアになるのではないのでしょうか。人口7万人から10万人の市というのが平均的な自治体ということですが、そういったところに1カ所ぐらいというのが一般的なイメージかなと思っています。

地域包括支援センターは日常生活圏ごとであり、それと連携しながらやっていく。特に医師会との協力体制づくりとか、医師の参加を促すとかいったことをサポートする。逆に包括支援センターサイドからは、医療連携拠点で行う課題解決のための会議に参加したり、人材育成にケアマネが積極的に参加したりして、お互いに連携しながら、車の両輪として医療・介護の連携を支える姿に持っていけないかと考えているわけです。また、包括支援センターは基本的には高齢者が対象になるが、在宅医療は高齢者のほかに、重度の障害を持ったお子さんとか、難病、障害者の方といった方もいて、そういった方々の医療連携を担うという役割もあるわけです。

いずれにしても、これまで在宅医療については、先進的な取り組みをされている熱心な方々が全国にいて、1つ1つすばらしい取り組みですが、それが面として広がり、全国どこでも自立した在宅医療が受けられる状況までにはなっていない。従って、今まで点であったものをいかに面に広げていくのが非常に重要な課題で、この在宅医療連携拠点と包括支援センターが連携しながら点を面に広げていければと考えているところです。

★病院、診療所、医師会、行政、訪問看護……拠点の顔は多種多様

先ほど申し上げた在宅医療連携拠点事業は全国105カ所で行っています。昨年度は10カ所で行いましたが、その取り組み状況をまとめてみますと【スライド44】、実施主体は在支病、在支診、医師会、行政、訪問看護ステーションと、さまざまな形態があります。これまでの事例を見てもそうで、これは地域によって医療や介護などの資源の有りが違うからなのでしょう。ですから、あまり画一的にするのはよくない。最初から固定的に考えるのではなく、多様な主体であっていいという考え方でやっています。

そこで多職種連携の課題に対する解決策の抽出ということですが、千葉県松戸市のおおぞら診療所では【スライド46】、ケアマネジャーの抱える課題を洗い出し、包括的なケアマネ団体が組織されていないので連絡会をつくったとか、ケアマネがどこで困難を感じているのかというアンケート調査を行い、それに基づいて相談支援をやったということでした。またそれぞれの医療機関の医師が、何曜日の何時であればケアマネの相談に応じられるかという一覧表を作り、連絡の仕方まで書いてケアマネに配付し、医療機関との連携が進むようにしたという事例もありました。岩手県・盛岡市の盛岡往診クリニック【スライド48】でも、アンケートや資源調査、カンファランス、研修会などで地域の課題を抽出し、その解決策を探る試みを始めていますし、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりをやっている。また、在宅ケアワーキング委員会・運営委員会で関係者が地域の課題について検討するようなこともしている。

在宅医療従事者の負担軽減支援ということでは、例えば情報共有を進めるために、別府市医師会の訪問看護ステーションは【スライド51】、「ゆけむり医療ネット」を利用して主治医や基幹病院との情報共有を進め、連携体制を強めています。北海道・札幌市の西岡病院では【スライド52】、一人開業医の主治医が24時間体制で対応することを支援するため、利用者の同意を得た上で患者さんのデータを拠点に集約し、何か急変した時はコールセンターで受け、拠点となっている病院やほかの病院に搬送したりして、開業医支援のための情報連携をやっている。福井県の大野市は、まだ構想段階ですが、やはりさまざまな医療・介護関係者のネットワークをつくる構想を練っています【スライド53】。

効率的な医療提供のための多職種連携ということでは、先の別府市医師会の訪問看護ステーションが地域の医療機関や介護事業所の概要が分かる在宅医療連携ガイドを作り【スライド55】、医療機関については何曜日のいつごろならケアマネと連絡が可能だとか、どんな方法で連絡して欲しいとか、担当者会議に出席ができるかどうかとかが書いてあって、100ページ以上の充実したリストとなっています。これを地域の医療・介護関係の事業所に配り、連携や社会資源の選択に活用しています。山形県・鶴岡市の鶴岡地区医師会も【スライド56】、医師にアンケート調査して「ケアマネタイム」をデータベースや冊子に整理し、併せて医療依存度の高い方がショートステイで使える施設のリストも作り、ケアマネジャーが活用しています。この鶴岡地区医師会は、行政との定期的なミーティング、包括支援センターが行う地域ケアネットワーク会議にも参加し、医療面からサポートを行っているそうです。静岡県・浜松市の天竜厚生会【スライド58】は、嚥下障害のチェック表、口腔ケアの手順、口腔内のアセスメント表などを作り、これを訪問看護師やホームヘルパーが訪問したときに利用できるようにし、利用者の口腔ケアの状態がどの程度なのかを点数化して、歯科医院の受診を促すといった取り組みをしており、医科と歯科の連携も始めているということです。

また、東京・新宿区の白十字訪問看護ステーション【スライド61】では、「暮らしの保健室」ということで、医療に関するよろず相談を受け付け、同時に区民向けのシンポジウムやセミナーで在宅医療に関する普及に努めています。また茨城県の志村大宮病院では「えきまえ保健室」ということで、やはり医療・介護の相談窓口を設けています【スライド62】。その他、福井県の大野市でも、在宅医療連携拠点施設ということで、保健・医療・福祉サービスのさまざまな行政機能や関係機関を集約して、「結とぴあ」という在宅医療相談支援センターを作り、ワンストップで相談を受けとめる体制を作りました。

この10カ所は今年度の105カ所の中に含まれており、さらに活動を充実させるべく展開しているところで、先行的な具体例としてお示ししました。

★予算、制度、診療報酬を総動員してブレイクスルーを図る

次は医療計画の見直しについてです。医療計画は5カ年計画で、今年度は都道府県で見

直しを行い、平成25年度から29年度までの計画がつくられます。前回の医療法改正で、在宅医療をどう確保するかを医療計画に位置づけるようにするという規定が入ったのですが、実際は県によってまちまちです。そこで厚生労働省は3月に都道府県に「在宅医療の体制構築に係る指針」を出し【スライド66】、介護保険事業計画・事業支援計画、すなわち市町村・都道府県による介護の計画とも連携しながら、在宅医療の体制を医療計画の中に位置づけていくことをお願いしました。こうして4疾病5事業などと同じように充実を図ってもらおうと思っています。

一般的な入院医療などは二次医療圏という圏域で計画的に整備していますが、在宅医療については、やはり住みなれた地域の中で医療・介護が連携して支えていくということなので、従来の二次医療圏にこだわらないでよいと考えています。できる限り急変時の対応、それから介護との連携の構築が図れるように、市町村単位または保健所圏域など、地域の実情に応じて弾力的に圏域を設定して下さいとお願いしています。疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進は、在宅医療に限ったことではないですが、数値目標をきちんと定めて、その成果を評価して、その評価結果を施策の見直しに反映させ、医療計画が絵にかいたもちにならないように進めていきたいと考えています。

また、指針では4つのフェーズに分けて体制を整備するようにお願いしています【スライド67】。一つは退院する時の退院支援。それから在宅に戻ってからの日常の療養支援。次に急変時の対応。最後に亡くなられるときの看取りのあり方です。それぞれのフェーズで、いろいろな機関が連携しながら支えられる体制をつくるよう、医療計画の中でそれぞれの機能を担う機関について、具体的な名前を記載するように都道府県へ働きかけています。

【スライド68】は、指針の内容をもう少し詳細に書いたものですが、その中で、「在宅医療で積極的役割を担う医療機関」と、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」という、2つの主体を新たに位置づけることが望ましいと述べています。積極的役割を担う医療機関とは、例えば一人医師の診療所の24時間体制を支援するとか、急変時に患者さんを受け入れるとか、臨床研修医を積極的に受け入れるとか、災害時の対応の計画を立てるとか、包括支援センターとの連携を行うとか、こういったことを積極的に担う医療機関をきちんと

位置づけてくださいということです。もう一つの在宅医療に必要な連携を担う拠点ですが、これは地域の病院・診療所や医師会、訪問看護ステーションなどで、先ほどの105カ所の事業での在宅医療連携拠点と同じような役割を果たすようなものを、医療計画に位置づけることが望ましいとしています。

以上が医療計画の関係ですが、介護保険事業計画、介護保険事業支援計画でも、医療との連携を重視する方向が打ち出されています。介護は2012年度から3カ年の計画ということですが、この計画をつくる際に医療との連携を、地域の実情を踏まえて記載するよう努めるということが去年の介護保険法改正に盛り込まれたからです【スライド69】。

制度的対応の3番目は診療報酬・介護報酬です。今年度は6年に1度の診療報酬と介護報酬の同時改定ということで、医療と介護の機能分担や連携強化が重要な課題の一つになりました。【スライド71】にもある通り、医科では、在宅、介護までの切れ目のない包括的サービスの提供、歯科でも在宅歯科医療の充実、調剤でも在宅薬剤管理指導業務の推進が掲げられ、それぞれ重点配分されることになりました。

その中でも、在宅医療を担う医療機関の機能強化ということで、在支診、在支病で常勤の医師が3名以上いて、1年間の緊急の往診が5件以上、看取りが2件以上という要件を満たせば、診療報酬上、高く評価することになりました。また、1つの医療機関で3人いなくても、複数の医療機関が連携してその基準を満たし、また患者からの緊急時の連絡先を一元化させるなどの要件を満たす場合も高く評価することになりました。今までも在支診、在支病はありましたが、先ほど申し上げたとおり、1年間に1件の看取りもやっていない医療機関が多くあるなか、24時間きちんと対応している医療機関を増やしていこうということです【スライド72、73】。

介護報酬のほうも、在宅での支援を強化していくということで、さまざまな改定がなされました【スライド76】。在宅サービスの充実と施設の重点化では、日中・夜間を通じた定期巡回・随時対応サービスを創設。また、小規模多機能型サービスと訪問看護を合わせた複合型サービスに報酬を付けるようにしたということです。緊急時のショートステイ受け入れを評価することも行われました。それから医療・介護の連携・機能分担では、入院・

退院時の情報共有、連携強化を図るため、ケアマネジメントや訪問看護についての新たな評価も盛り込まれました。

今申し上げた予算面、医療計画を中心とした制度面、それから診療報酬・介護報酬ということで、今年度はかなり力を入れています。これによって、これまで点から面になかなか広がってこなかった在宅医療・介護の取り組みを、ブレイクスルーさせたいと考えているわけです。

★スウェーデンでも医療と介護の連携で試行錯誤

最後に、今年、たまたまスウェーデンに行く機会があり、そこで聞いた医療・介護にかかわる話をご紹介したいと思います。ストックホルムの北東70キロのところにノルテリエ市という街がありますが、ここでは2006年から、医療と介護の統合を目指した実験的プロジェクトということで、県と市が共同出資して「ティーオ・フンドラ社」を設立し、医療と介護を一体的に提供する事業を始めています。スウェーデンはご存じのとおり、医療は県が、介護は市が提供するという仕組みですが、これがうまく連携していないということで、ティーオ・フンドラ社がつくられたということでした。

県議会、市議会のもとにティーオ・フンドラ委員会というのがあって、そこがティーオ・フンドラ社から医療サービス、介護サービスを買う。医療は救急医療も含めて、病院医療、プライマリケア、訪問看護など。介護は在宅サービス、施設サービスなど。これらと同じ法人が全部、一体的に提供する。入院患者が在宅に戻るときは、患者・家族と医師、看護師、市の介護ニーズ判定員など関係職種がカンファレンスを行い、ケア計画を作って必ず患者側に渡す。その情報はインターネットを使ったシステムに記録され、関係職種が共有する。同じ法人でやっているのだから、医療・介護の関係者がみんなアクセスできる。また、病院の診療記録、医薬品の記録、プライマリケア、介護サービスの記録も一元管理して、共有化されているということです。

いろいろ聞くと、すべてうまくいっている訳ではなく、問題もないわけではないが、県と市がばらばらにやっているときよりも、サービス提供の効率化も図られ、サービスの質

の向上も図られたということでした。そのティーオ・フンドラ社を訪問した時、ここにある椅子が2つくっついたオブジェのようなものを記念品としてもらいました【スライド81】。これは何かというと、椅子の片方は医療、もう片方は介護ということですね。で、2カ所をひもでギュッと縛っていて、そのキャッチフレーズが、「誰も椅子と椅子の間に落ちることはない」と。誰もが医療と介護の間に落ちないようにしようという理念のもとにやっているということで、スウェーデンと日本では制度も違うし、事情も違いますが、理念については、我々日本で在宅医療・介護にかかわる者の心に響くものがあるなと思いました。私も、日本でも椅子と椅子の間に誰も落ちることがない医療・介護の連携体制ができるように努力してまいりたいと思います。

以上で終わります。ありがとうございました。(拍手)

【 質疑応答 】

——群馬県伊勢崎市で介護老人保健施設を運営しています。今日は地域包括ケア構想についていろいろお聞きしましたが、実は非常に違和感がございまして、ちょっとショックで眠れないんじゃないかと思います。というのは老健の話が全然出てこないからです。今まで地域包括ケア構想とか在宅医療・介護のときに、老健は在宅復帰や在宅生活支援に大きな役割を持っているということで、一生懸命に努力して積み上げてきているのですが、老健の立ち位置について、どのようにお考えなのでしょうか。

——福祉機器とか在宅医療のサービス事業者ですが、我々も30年来この事業をしていますが、お話に全く企業というか、事業者の名前が出てこない。点から面というご指摘もありましたけど、ネットワークの網の目を小さくして、漏れがないようにしようとすると、地域の資源として事業者にも大きな役割があるではないでしょうか。

——古くから老健を経営していましたが、老健が始まった頃は75歳から85歳くらいの高齢者が入居し、日常訓練とかりハビリとかが非常に有効に作用し、自宅に帰せた。ところが、最近の入所者の平均年齢は90歳になり、老健の機能が減退している。また、おうちの人が帰してもらおうと困ると言うんですね。つまり、今の老健施設の機能では在宅復帰は難しく、また、家庭の機能も低下して、在宅復帰を喜ばなくなっている。これを改め

るのは、なかなか難しいと思います。

井上 貴重なご意見、ありがとうございます。まず老健施設が今回のプレゼンの中であまり出てきていないということですが、確かに言われてみるとそうですが、在宅医療・介護を進めていく上で、老健施設の役割が重要でないと思っているわけでは全くなく、これまで以上に重要だと思います。ただ、今回は今年度の取り組みということで医療計画の指針を示し、新たな在宅医療の指針を示して、それで連携体制をつくってくださいということを説明した次第です。老健施設の中で行われているリハビリだとか、在宅復帰に向けたいろいろな取り組みは非常に重要ですし、医療計画に記載する在宅医療の体制【スライド67】では、病院から退院する際に様々な機関の協働による退院支援を行うこととしていますが、老健施設から退所する場合も同様な取り組みが必要と考えています。また、日常の療養支援の中でも、家族への支援の1つとして、老健施設のショートステイが位置づけられています。

次に福祉機器事業者の方からの質問ですが、在宅での生活や療養生活を支える上で、福祉機器が重要であることは論を待たないところです。ただ今日のプレゼン資料にあまり出てこなかったのは、行政の立場だと、どうしても公的に指定している事業者をまず見てしまうという面があるからだと思います。福祉機器を扱う事業者さんは、ケアマネジャーとか包括支援センターを経由して関係が出てきているということかだと思います。しかし、いずれにしても、在宅医療・介護を支える上で福祉機器の重要性は、私どもも十分認識しておりますので、今後もしっかり対応していきたいと思います。

それから在宅に復帰させることが、今はすごく難しくなっているというお話でございます。確かに後期高齢者の方であって、またご家族も高齢化といった状況というのは、在宅に復帰するには障害が多いと思います。ただ、これもいろいろな対応の仕方があって、家族の問題に関しては地域のボランティアの支え合いもあります、もともと住んでおられた自宅は難しいが、それにかわる新しい住まい、高齢者向けのサービス付きの住宅とかに移っていただく選択もあるのかな、と思います。また、かなりADLが低下し、病気も重いような方に関しては医療の支援が大切で、そのためには訪問診療、訪問看護を活用しながら、どう支えていくのかチャレンジする必要があると考えております。訪問看護も新たに

訪問介護と一体となった24時間対応サービスが制度化されました。

——島根県から来ました。今回の保健医療計画の見直しについてお尋ねします。国の方針を受けて二次医療圏ごとに保健医療計画を策定するが県に義務づけられましたが、具体的にどこが主体となって推進するのでしょうか。行政か、医師会か、個々の病院なのか。そこがはっきりしていないと地域の包括的な体制ができないのではないのでしょうか。今回、在宅診療が計画の記載事項になりましたが、具体的な推進に向けてどこが主体性を担うのでしょうか。また、先ほどスウェーデンの話がありましたが、スウェーデンは公的医療機関が大体74%です。それが日本は20%です。その中でこれからの政策的な課題をどう解決されようとしているのか、お聞かせ下さい。

井上 医療計画の推進体制ですが、医療計画の策定主体は都道府県ということになるわけですが。ただ都道府県が計画をつくっただけでは実際に進まないというのは、全くその通りだと思います。やはり推進体制といったときは、都道府県、医師会、県の看護協会をはじめとした医療関係の職能団体、病院関係の団体とか、在宅医療まで視野に入れば市町村の関係者とか、こういったいろいろな関係者からなる協議組織を作り、計画づくりの段階から地域の課題について話し合い、共通の認識のもとに計画づくりを進め、またそのフォローアップや推進に当たっても、同じ方向を向いていけるような体制をつくっていく。これは口で言うのは簡単ですが、実際にやるのはなかなか大変なことだと思いますが、目指すべき方向性はそういうことだと思います。

特に在宅医療に関して言うと、圏域も今の二次医療圏より身近なエリアを想定していますので、市町村とか地区医師会の関係者といった人たちの関与も重要になってくると思います。今回の在宅医療の拠点事業ですが、地域の課題の抽出などに当たって、自治体とか地区の医師会などと一緒に協議して対応していくよう働きかけています。また人材育成に当たって、日本医師会からも、県の医師会や地区の医師会の積極的な参加を呼びかけてもらおうようお願いしています。

それから、スウェーデンでは公的なサービス提供が7割で日本は2割で、同じようにはいかないということですが、これは全くそうで、スウェーデンのやっていることを、

そのままねすればいいということではありません。実は最近、スウェーデンでも選択の自由制度というのができて、県や市が医療や介護サービスの参入基準をつくり、それを満たせば民間事業者が事業に参入でき、報酬は県や市から決められた額が払われるという、日本の保険医療機関とか介護事業所とも近い仕組みが最近始まっています。その新しい流れの中で、ノルテリエ市でも民間の事業所ができてきて、情報の共有も難しくなり、そこをどうやって連携するのか、ある意味、日本と似たような課題がスウェーデンでも出てきているという話もありました。

いずれにしても、スウェーデンと日本では全く状況が違い、日本は日本の状況を踏まえた解決策を考えていくということです。今日申し上げた連携拠点事業は、今まで在宅医療が点から面になかなか広がらなかったところを、モデル事業を手掛かりに対応策を考え、ブレイクスルーできるようにしようということです。

——愛知県から参りました。夢のある「あんしん2012」ということでしたが、スライドの35枚目で実施拠点となる基盤の整備の項目で、低所得高齢者の住まい対策というのがありました。これは自宅ではない住まいという理解でよろしいのでしょうか。

井上 ここは老健局の事業で正確ではないかもしれませんが、小規模な養護老人ホームの開設経費の一部とか、軽費老人ホームの整備費の一部を支援するというような内容であったかと思います。そういう低所得の方で自宅では自立が難しい方を支える場を作っていくという趣旨だと理解しています。

——熊本で医療法人の理事長をしています。今後、在宅医療連携拠点が大事になると見ておりますが、このモデル事業の規模は人口10万の市のイメージですが、どうも規模が合わない気がします。初めは小さくつくり、それを巨大化していくというイメージなのか、それともいろいろなものをやってみようというところなのか。今、大きさのイメージを、どう持たれているのか教えてください。

井上 このイメージは、実際にこういう拠点到類する先駆的な取り組みを行っているところを参考にしながら考えました。拠点の事業はコーディネート業務で、サービス提供そ

のものではないわけです。人と人を結びつけたり、情報をつなげたり、いろいろなイベントや研修会をアレンジしたり、という仕事なので、そんなに人手がかかるものではないと思っています。そういった意味で、今のところ、人口10万人ぐらいの市で、包括支援センターや自治体、医師会などと協力・連携しながら回していけるのかなと思っています。105カ所というのはモデルの数で、将来、全体をカバーするとなると人口7万から10万ぐらいに1カ所ということで、全国で2,000カ所ぐらいになりますが、いずれにしても試行段階なので、その成果も見ながら、手直しすべきところは手直ししていくことになると思います。

——医療・福祉事業の関係者ではありませんが、先ほど高齢者向けの新たな住まいというお話がありました。これは、おそらくはサービス付き高齢者向け住宅のことだと思いますが、確かに独居老人、老老介護、認知症同士の高齢者夫婦が出てきたときに、これは有効な形態だと思いますが、その「サ高住」をやっていく際に、厚労省として、こういったことを望んでいるか、注意点なども含め教えていただけたらと思います。

井上 住宅関係は直接の担当ではなく、個人的な意見になりますが、最初はある程度自立している高齢者の方も、長い間住んでいるうちに体の機能が衰えてきて、いろいろな在宅サービスが必要になってきます。このため高齢者の身体機能の変化をきちんと見守り、必要なサービスが速やかに受けられるようにする体制づくりが必要です。ただ、その際に、在宅医療専門のクリニックと特定のサ高住が契約して、そこの住民の方に対してはそのクリニックしか訪問診療を行わないといった事例があるという話を聞いたことがありますが、それは望ましい姿ではないと思っています。やはり利用者の立場に立って、最もふさわしい、質の高いサービスが、本人の意思で選択されるような運営が望ましいと思います。

——全国的な薬局関係の仕事をしています。在宅医療の中で薬局も名誉ある地位を占めていきたいと思っています。ところが特定の医療機関と薬局が情報を共有し連携をとることに、行政側がシュリンクされているケースが多い。実際に薬事法を運用される保健所とか、厚生局の薬局担当へ行くと、積極的にご理解いただけないところがあります。

——横浜で内科の診療所をやっています。私は近くの医師会、訪問看護ステーションと連携して在宅診療も一生懸命やっております。そこでお伺いしたいのは、看取りについてですが、厚生労働省は在宅医療を推進することで、昔のように8割の方が在宅で看取られるのを望んでいるのでしょうか。というのも、在宅医療をするためには、まず患者さん本人あるいは家族がそれを望むこと。2番目に家族の介護力と、介護サービス者が整っていること。3番目に往診医を中心とした医療サービスが提供できること、の3条件がなければ無理です。従って在宅医療を進めたところで、全部看取れるはずがないと思いますが、その辺のお考えをお伺いしたい。

井上 1つ目のご質問の趣旨は、薬局が医療機関とタッグを組んで新しい取り組みをしようとしても、特定のところ同士が一緒にやるのは問題があると行政から指摘され、ネックになっているということでしょうか。薬局が在宅医療に積極的な役割を果たしていくことは今後重要なことだと思いますが、行政の建前で言えば、地域のできるだけ広範な医療関係者が連携する体制をつくるのが、やはり望ましいんだと思います。したがって、今私が申し上げた在宅医療連携拠点などがコーディネーターになって参加を呼びかけて、連携していく形が望ましいと、行政の立場としては考えています。

それから看取りについて、昔のように8割の人が在宅で亡くなるような姿を望むのかということですが、例えば欧米諸国を見ても病院で亡くなる方が4割から5割程度おられるところであり、在宅で亡くなる方が8割というのは、そもそも現実的でないと思います。また、ご本人が望まないのに無理やり在宅に連れてきて看取るようなことを推進しようとは思っていません。あくまでご本人が望む人生の最期の迎え方を支援するのが原則です。ただ人生の最期を在宅で迎えたいという希望の方がたくさんおられるのも事実で、その希望ができるだけかなえられる支援体制をつくっていくということかと思えます。

—— 了 ——