「急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会
2015年6月4日（木）@東海大学医学部附属病院1号館2階　第1～第3会議室

「病院の行う退院支援」

国立研究開発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

超高齢社会の到来

日本人の平均寿命

女性86歳、男性80歳

※2013年度調査結果より

世界1の長寿国

『長生きしたい』
という夢を追及し、
実現しました。

若年分野では、
世界で最も子どもが
亡くならない国と
なりました。

※2011年　WHO統計(新生児死亡率、
乳児死亡率)より

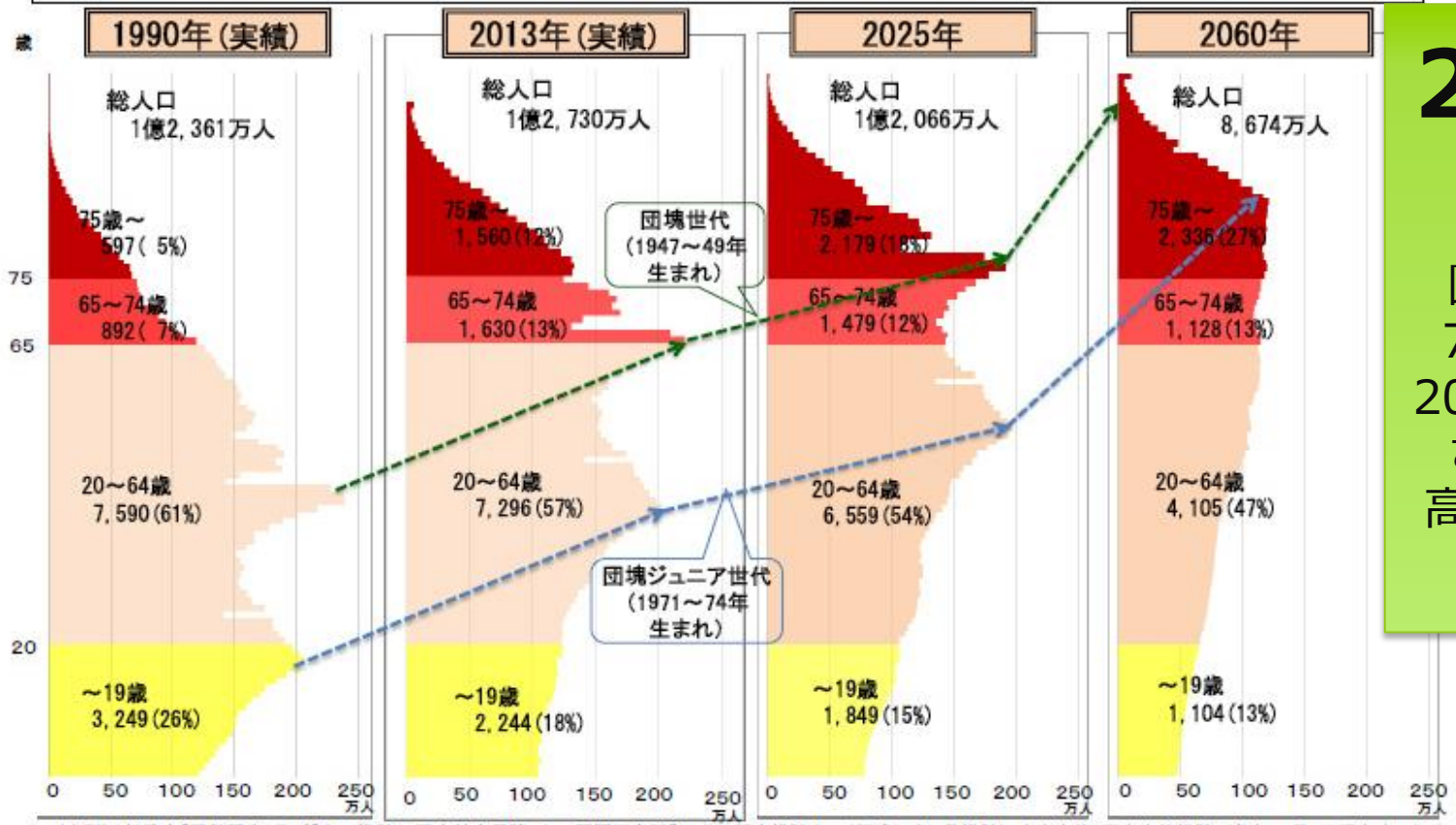
少子化　　合計特殊出生率　1.4人

※2013年内閣府　少子化社会対策白書　より

Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

日本の人口ピラミッドの変化

○団塊の世代が全て75歳となる2025年には、75歳以上が全人口の18%となる。
○2060年には、人口は8,674万人にまで減少するが、一方で、65歳以上は全人口の約40%となる。



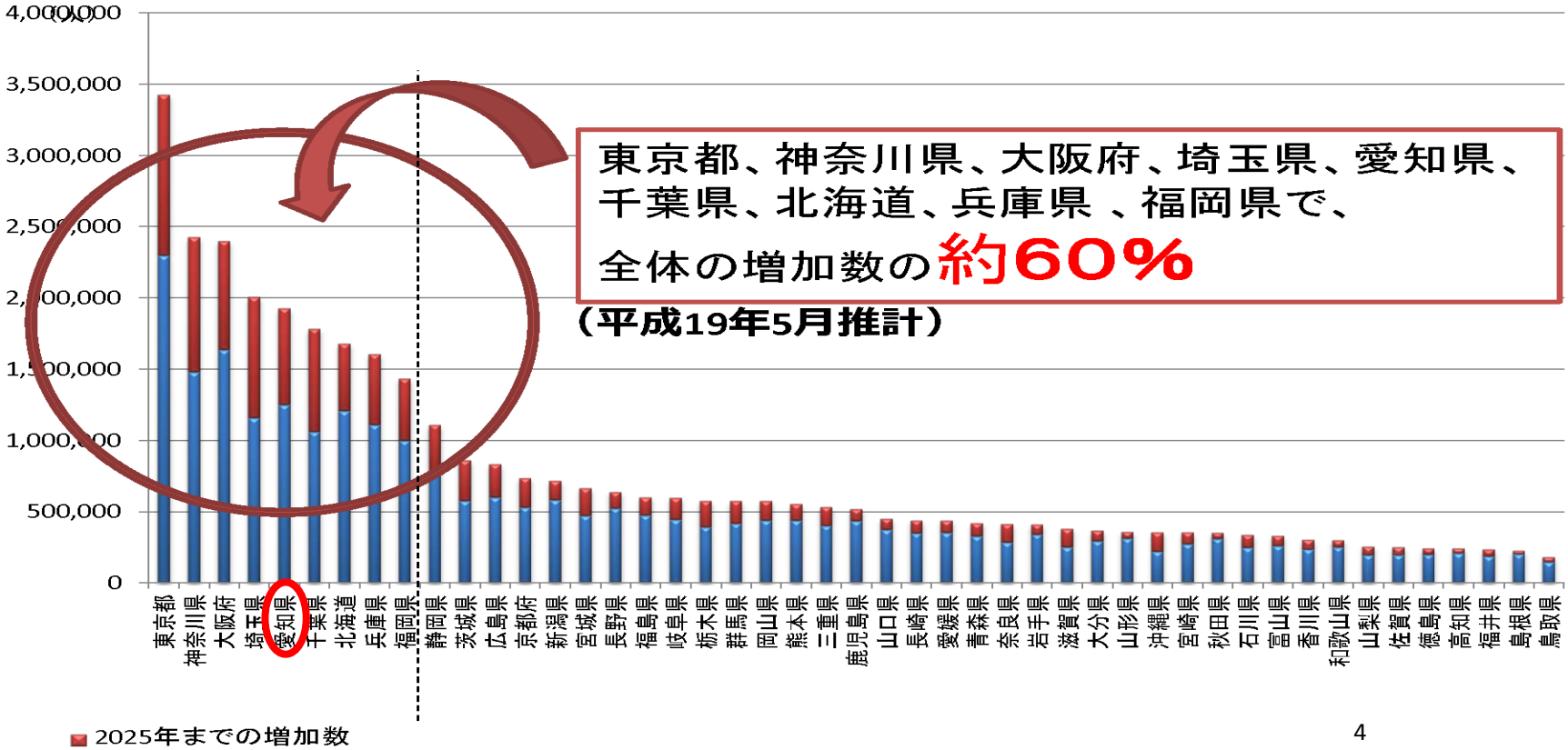
（出所） 総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

2025年問題

団塊の世代が
75歳を迎える
2025年以降より
さらに急激に
高齢者の割合が
増える！

厚生労働省ホームページ.
社会保障制度改革の全体像,
P1.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/260328_01.pdf

都道府県別高齢者人口（65歳以上）の増加数
（2005年 → 2025年）



東京都、神奈川県、大阪府、埼玉県、愛知県、千葉県、北海道、兵庫県 、福岡県で、

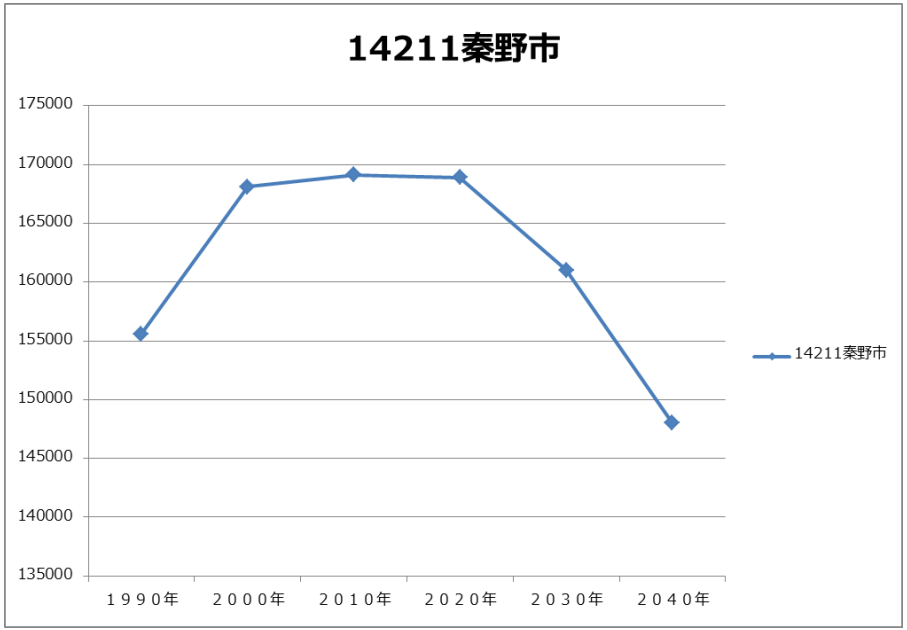
全体の増加数の**約60%**

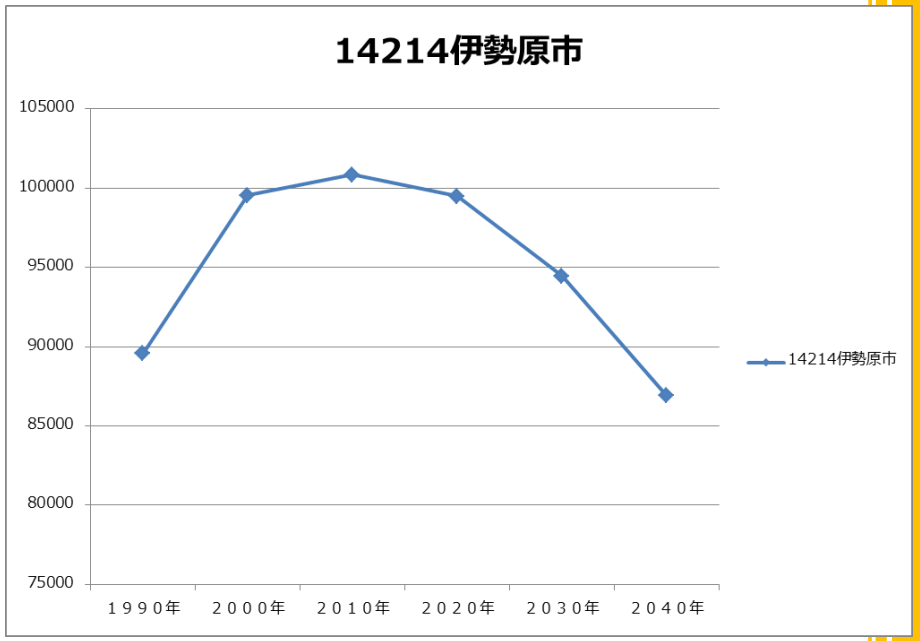
（平成19年5月推計）

4

出典：国勢調査（平成17年）
国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

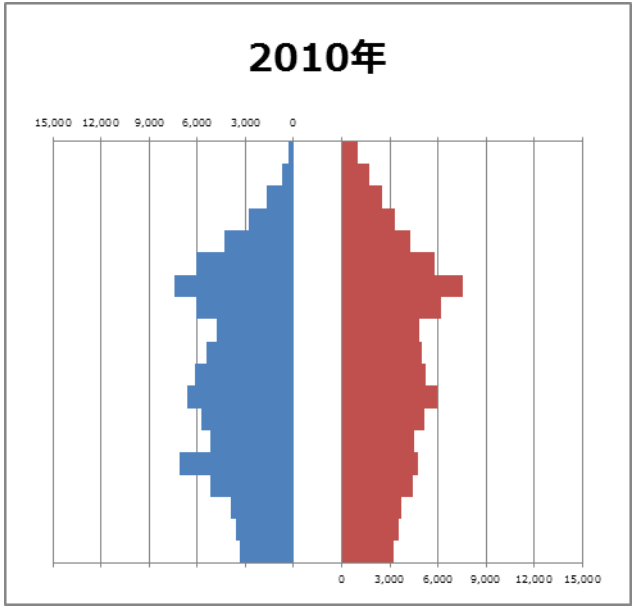
秦野・伊勢原市の人口の推移

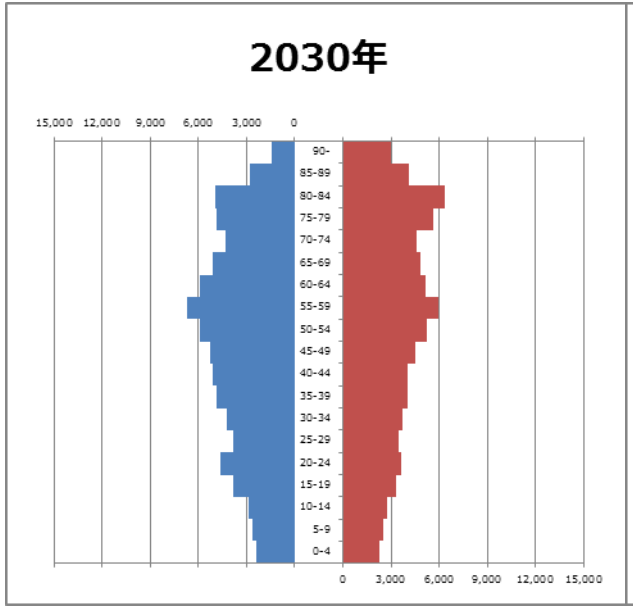


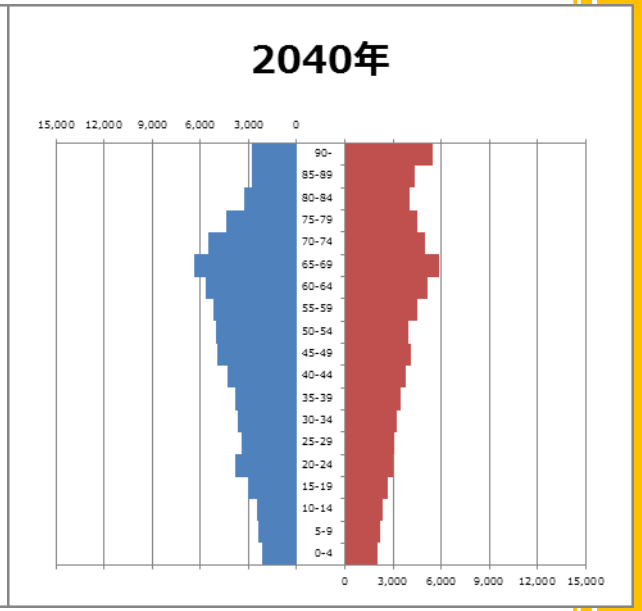


Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

秦野市の人口ピラミッドの推移

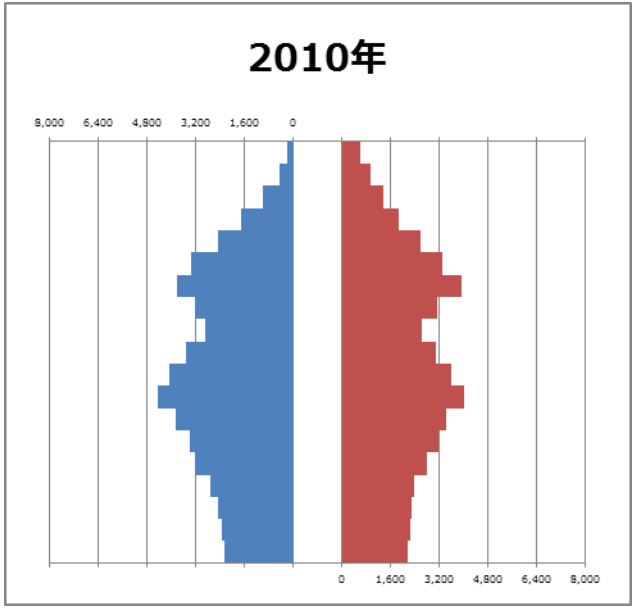


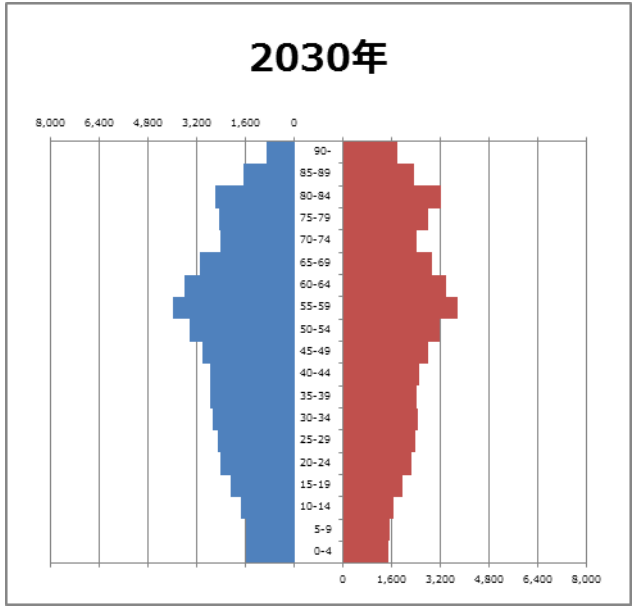


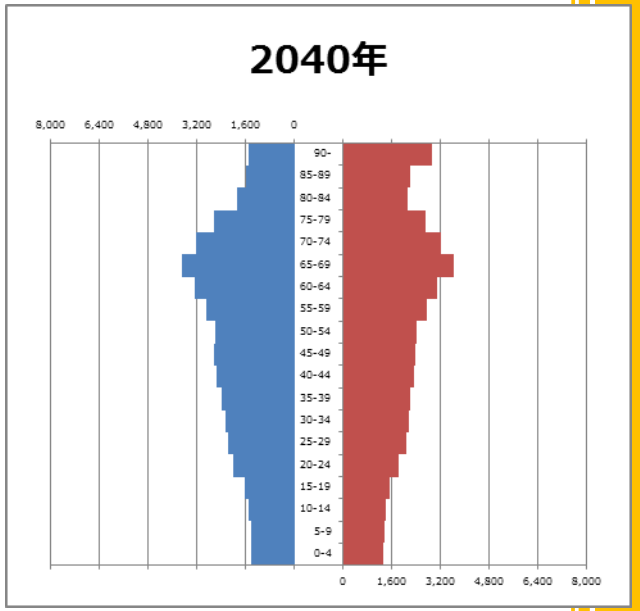


Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

伊勢原市の人口ピラミッドの推移

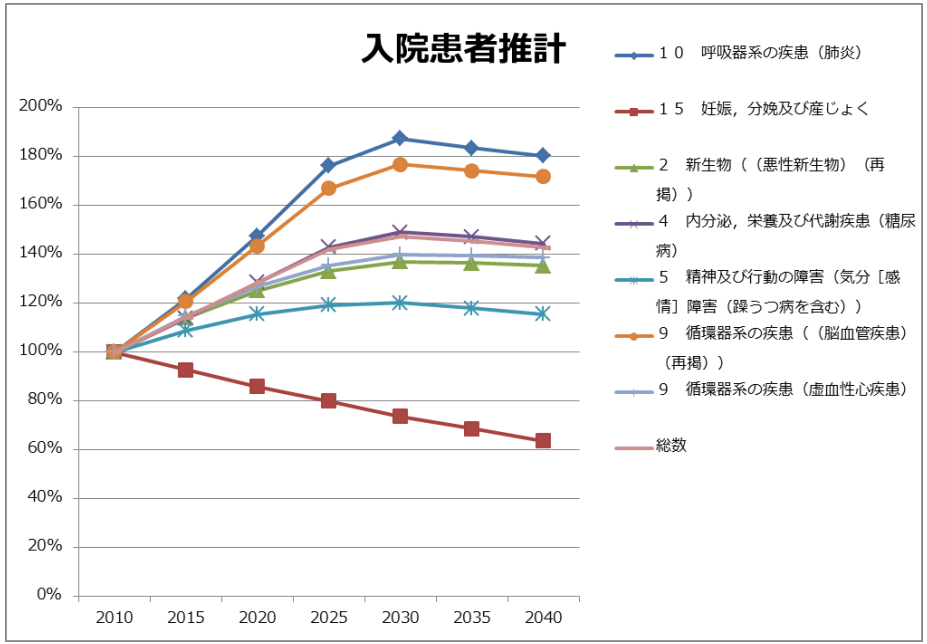


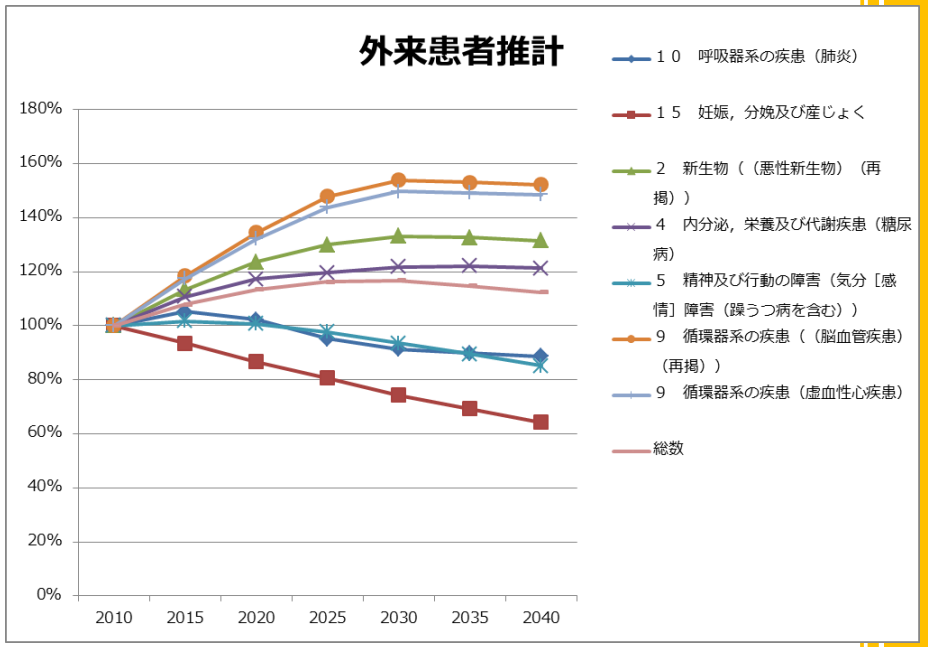




Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

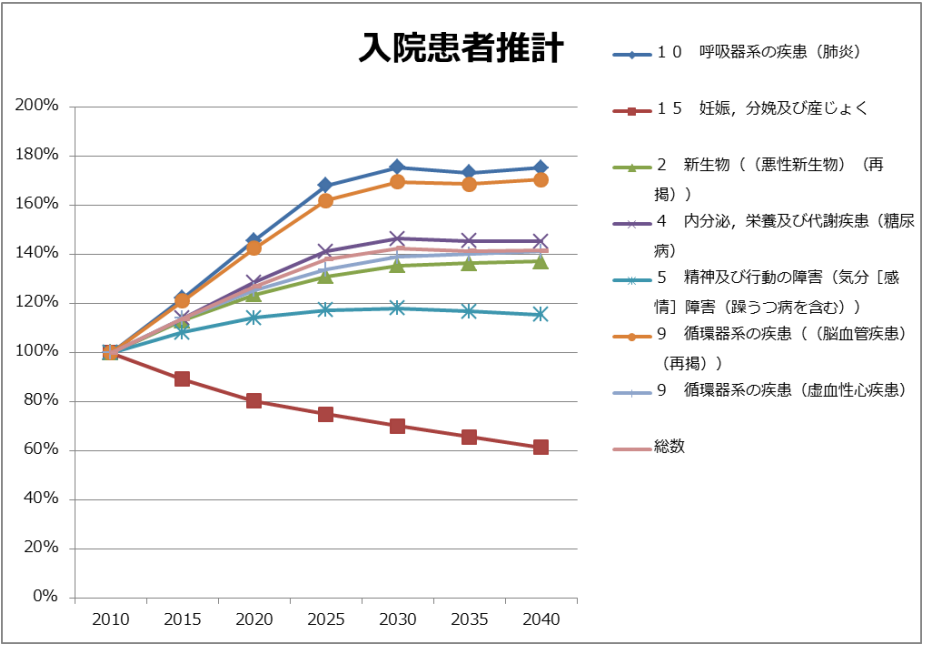
秦野市の入院患者・外来患者推計

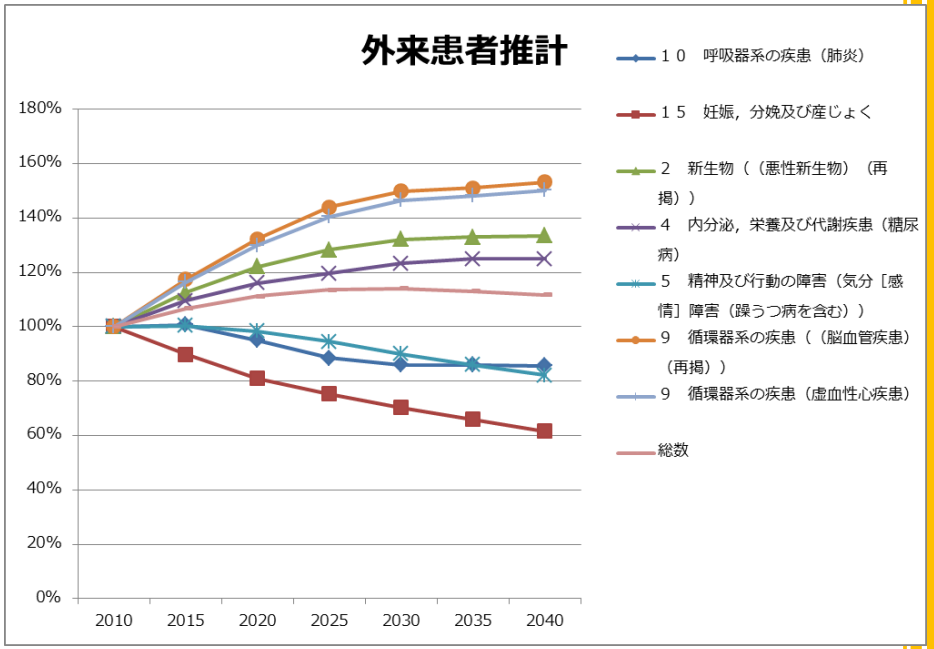




Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

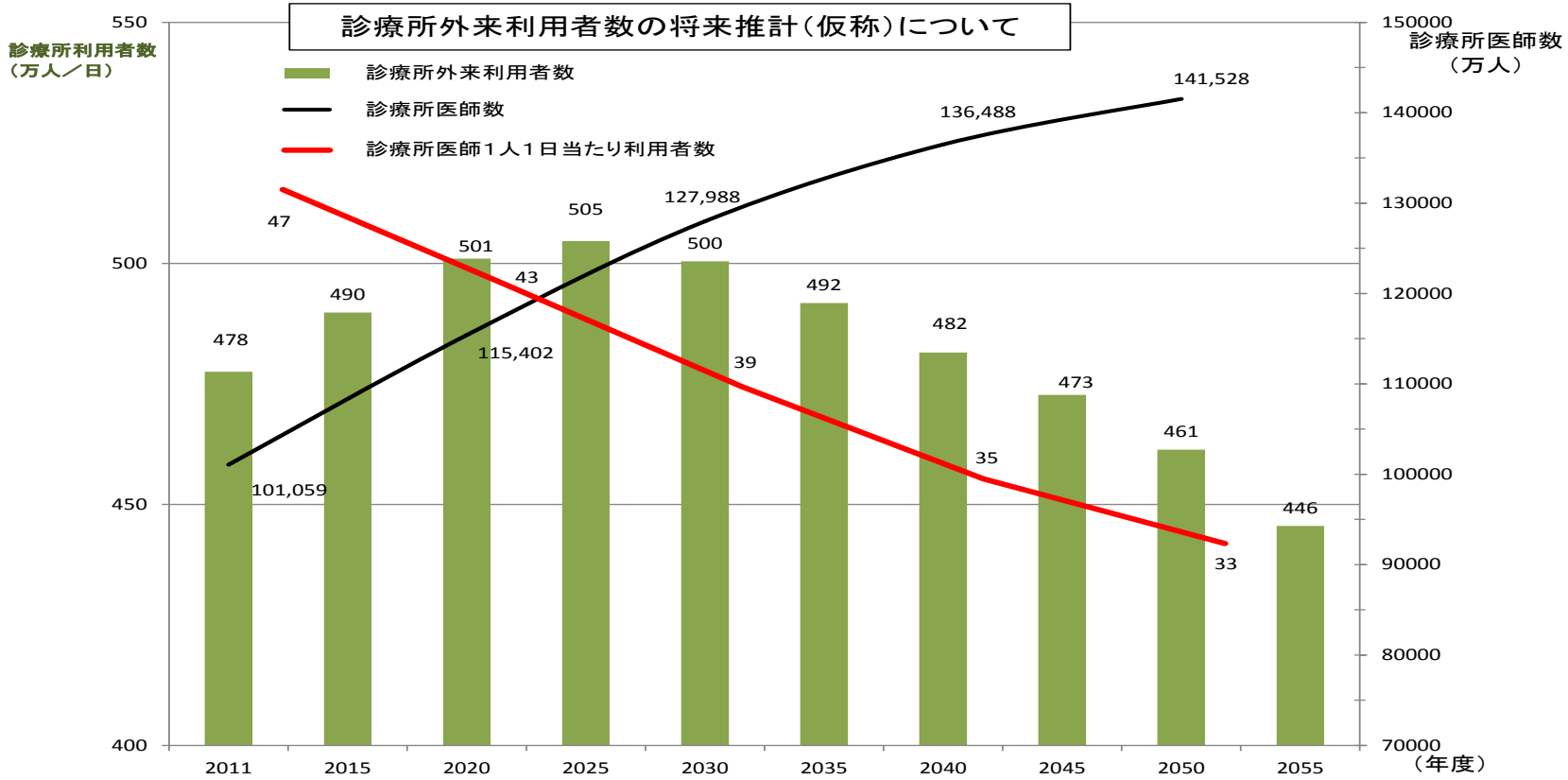
伊勢原市の入院患者・外来患者推計





Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

診療所外来利用者数の将来推計（仮称）について



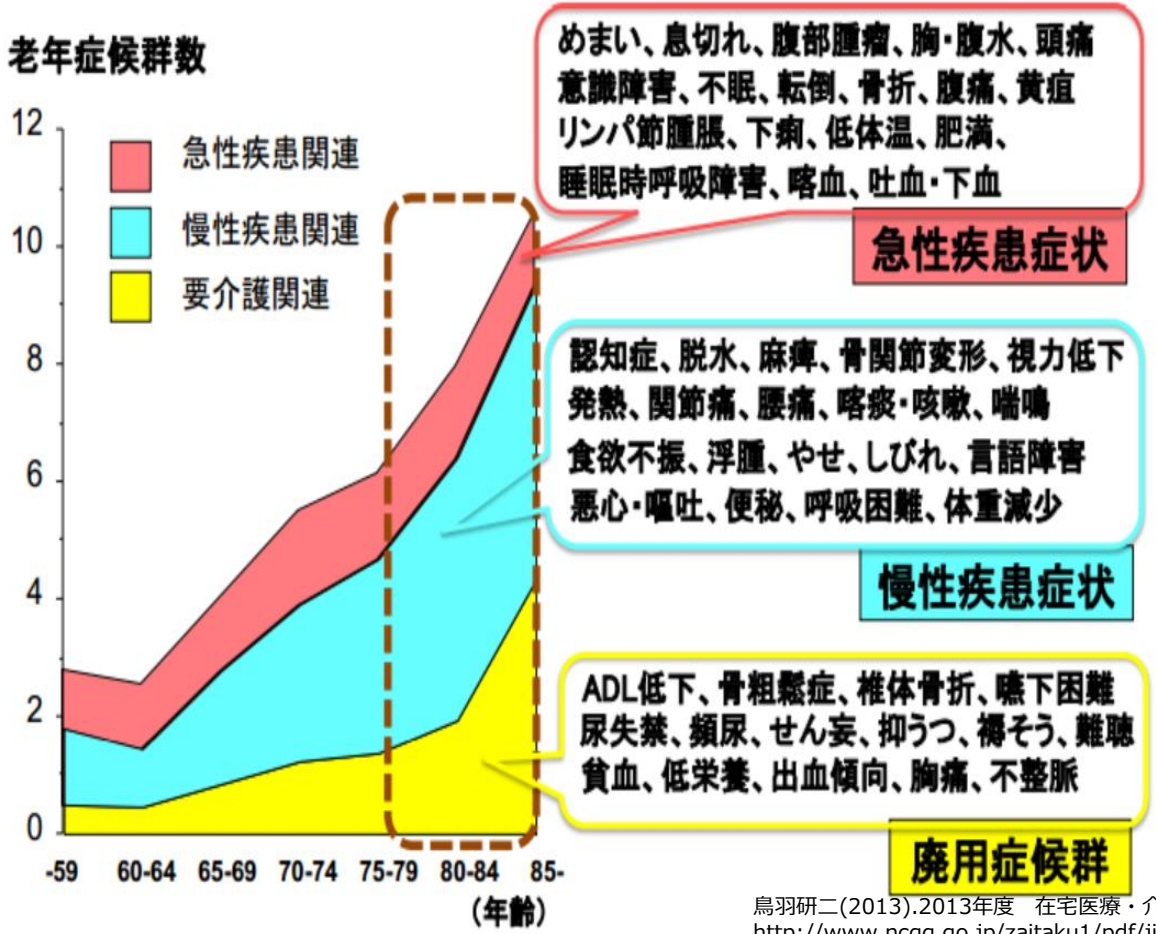
○　診療所外来利用者数は、「社会保障改革に関する集中検討会議（第十回）（参考資料１－２）医療・介護に係る長期推計」（平成２３年６月２日内閣官房）の現状投影シナリオを用い、同様の方法により延長したもの。

○　診療所医師数は、2010年医師・歯科医師・看護師調査を用いて10年毎に推計、①40歳以上は平成22年簡易生命表死亡率による死亡減少のみを見込み、②39歳以下は医学部定員（平成24年度以降は一定と仮定）に対する医療施設従事医師数の比率を一定と仮定して算出した。医療施設従事医師数のうち、診療所医師数の割合は足下実績で固定した。

（資料：東京大学辻作成）

Copyright © 2014 Department of Home Care Coordination, Tokyo Medical University Hospital

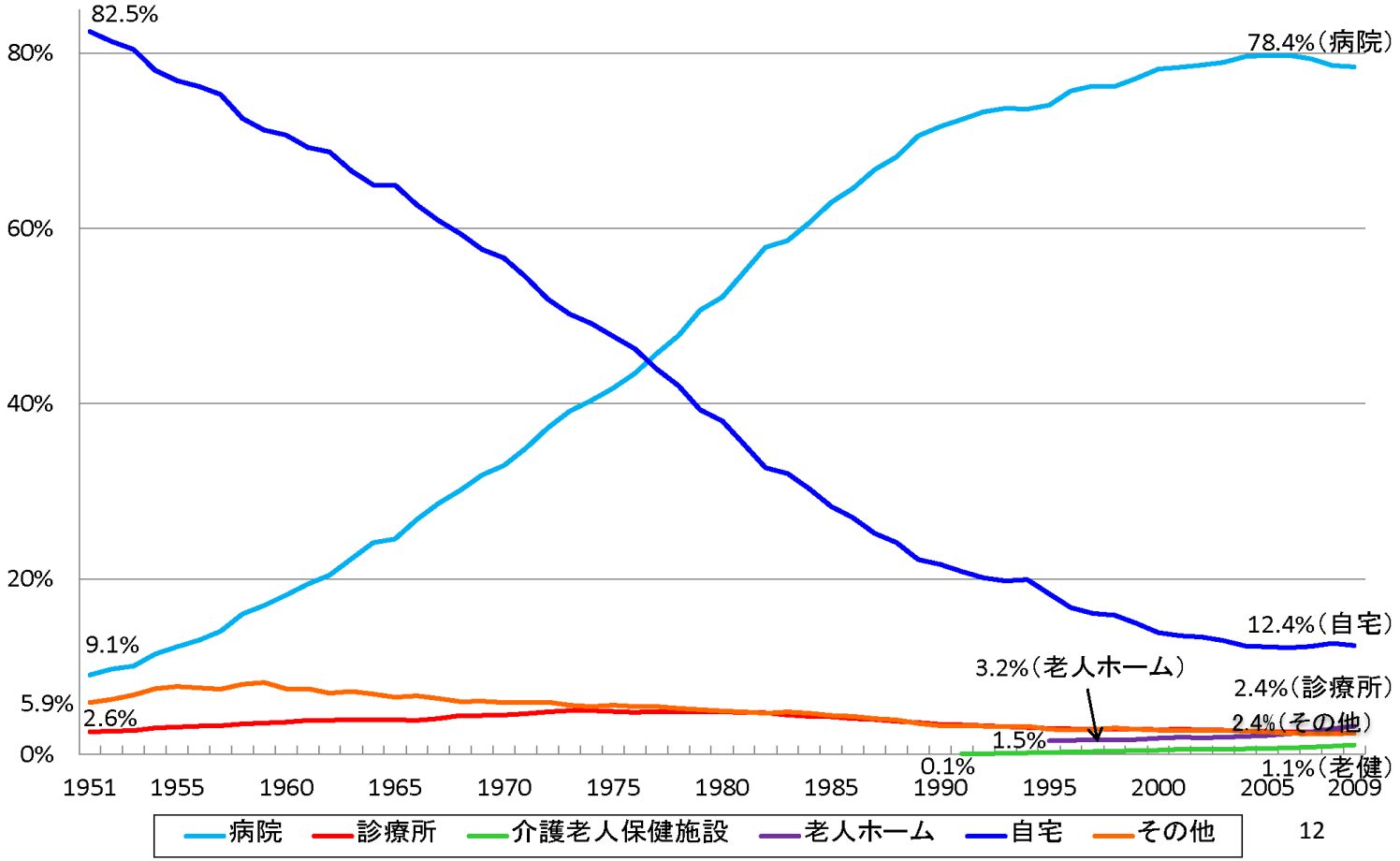
1.高齢者のニーズとは何か
－疾病構造と老年症候群－



高齢者の体の変化に対応した支える医療の提供体制が整っていない

鳥羽研二(2013).2013年度　在宅医療・介護連携推進事業研修会資料,高齢者のニーズに応える在宅医療,P7.
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/pdf/jinzaijikusei/2013/kogi1_1022_toba.pdf

死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典）厚生労働省「人口動態統計」

Copyri

生きる『質』について希望が多様化

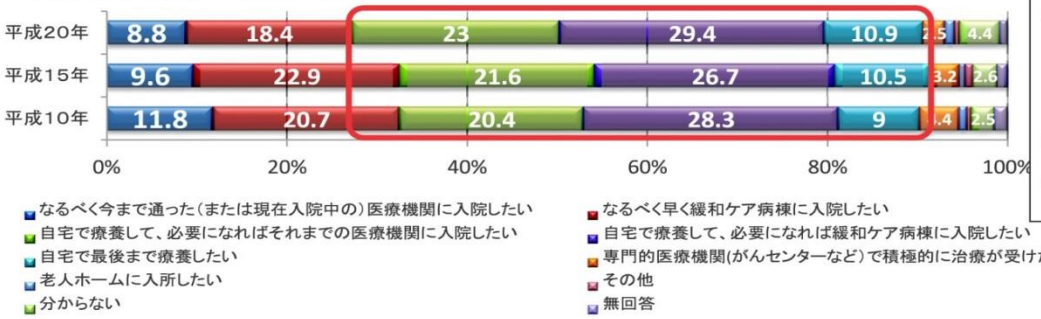
できるだけ自宅
や
住み慣れた場所
で
人生の最期を
迎えたい
6割

実際に自宅や住
みなれた場所で
最期を
迎える人
1割

在宅医療に関する国民のニーズ

○ 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」**と回答した（上図）。
○ また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**（下図）。
○ 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

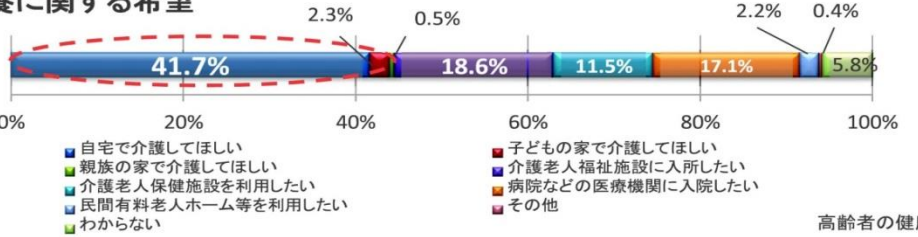
■終末期の療養場所に関する希望



○調査対象及び客体
・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出
○調査の方法
郵送法
○回収数
2,527人（回収率50.5%）

出典：終末期医療に関する調査（各年）

■療養に関する希望



○調査対象
全国の55歳以上の男女5,000人
○調査の方法
調査員による面接聴取法
○標本抽出方法
層化二段無作為抽出法
○回収数
3,157人（回収率63.1%）

高齢者の健康に関する意識調査（平成19年度内閣府）

厚生労働省　社会保障審議会医療部会（１０／２７）資料 ,在宅医療,P1.
http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001t7j0-att/2r9852000001t7o9.pdf

Copyright © 2019 National Center for Geriatrics and Gerontology

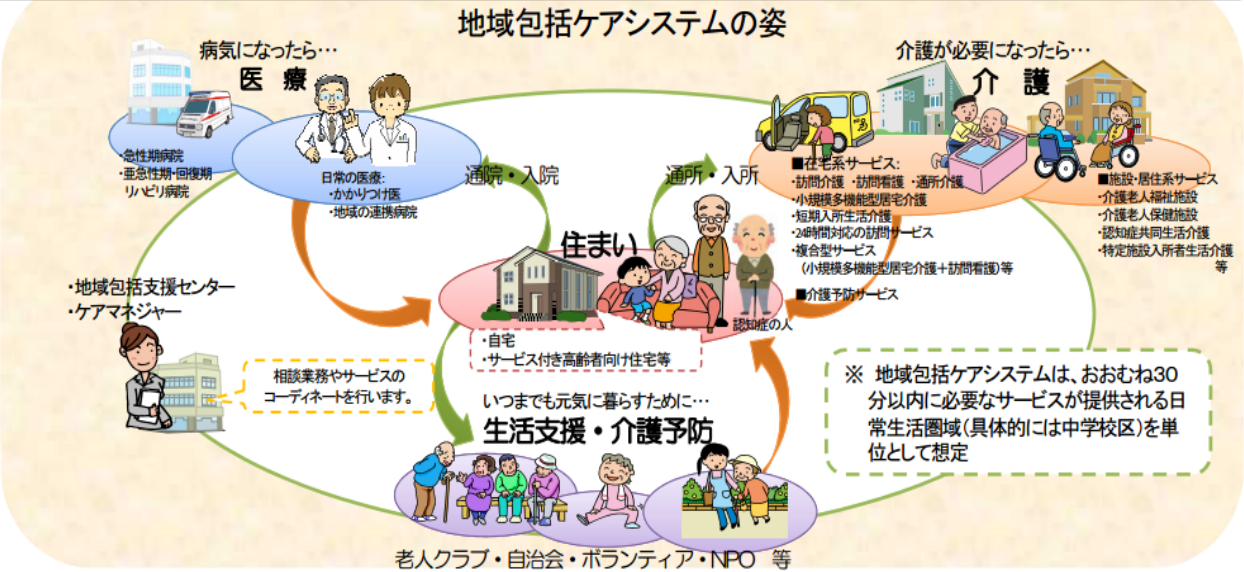
地域包括ケアシステム＝しくみ・体制

○ 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○ 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○ 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



Copyright © 2

地域包括ケア

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」

「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

- 生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

- 心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
- 生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

- 個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

- 単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

【費用負担による区分】

- 「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
- これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

- 2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
- 都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
- 少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf

住民の願い

地域で暮らし続けたい

＋

高齢者ニーズ

生活を支える医療が必要

＝

地域に在宅医療提供体制が必要

地域包括ケアシステム　と　在宅医療の推進の　関係とは？

Copyright © 20

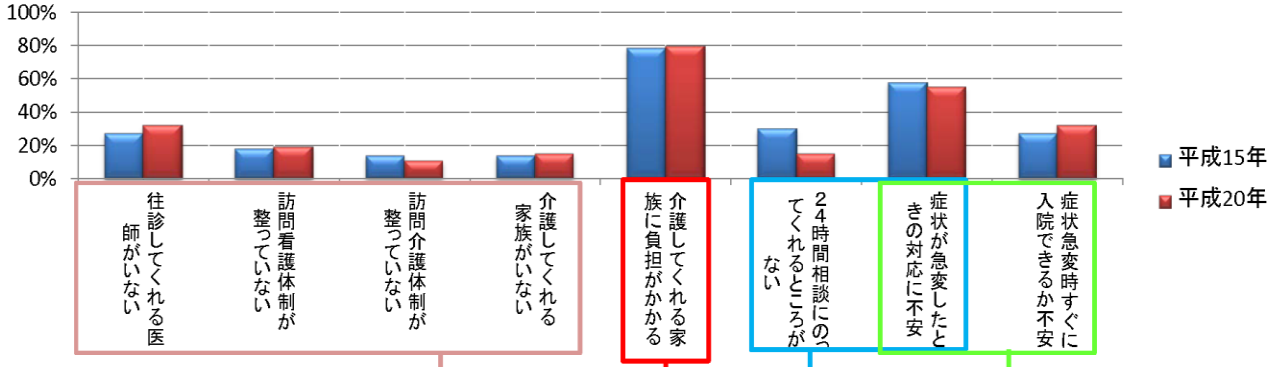
在宅医療推進にあたっての課題

○ 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
○ 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した 医療としての在宅医療のニーズは高まっている。

在宅医療の提供体制の不足や住民の不安が強い

■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査（各年）



■在宅医療推進にあたっての課題

在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

24時間在宅医療提供体制の構築

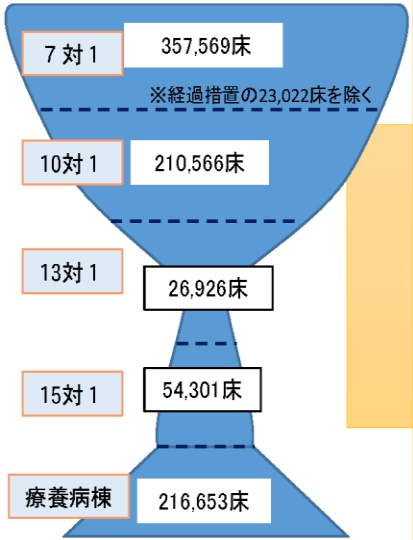
在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

Copyright © 2014 Department of Home
National Center for G

「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」（概要）
（平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会）

都道府県自治体が行う活動

＜現在の姿＞



基本的な考え方

＜高度急性期・一般急性期＞

○病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- 平均在院日数の短縮
- 長期入院患者の評価の適正化
- 重症度・看護必要度の見直し
- 入院早期からのリハビリの推進　等

＜回復期（亜急性期入院医療管理料等）＞

○急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- 急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価　等

＜長期療養＞

○長期療養患者の受け皿の確保

＜その他＞

○医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
○有床診療所の機能に応じた評価

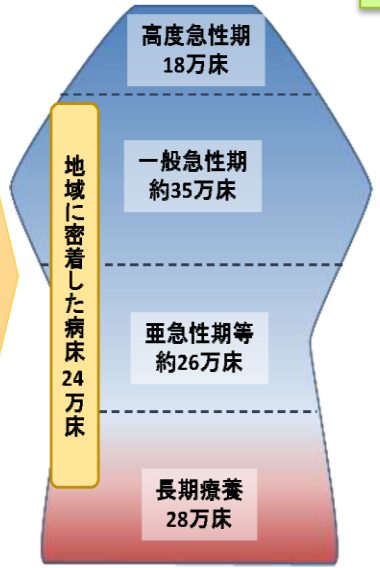
＜外来医療＞

○外来の機能分化の推進
- 主治医機能の評価　等

＜在宅医療＞

○質の高い在宅医療の提供の推進
- 在宅療養支援診療所・病院の機能強化　等

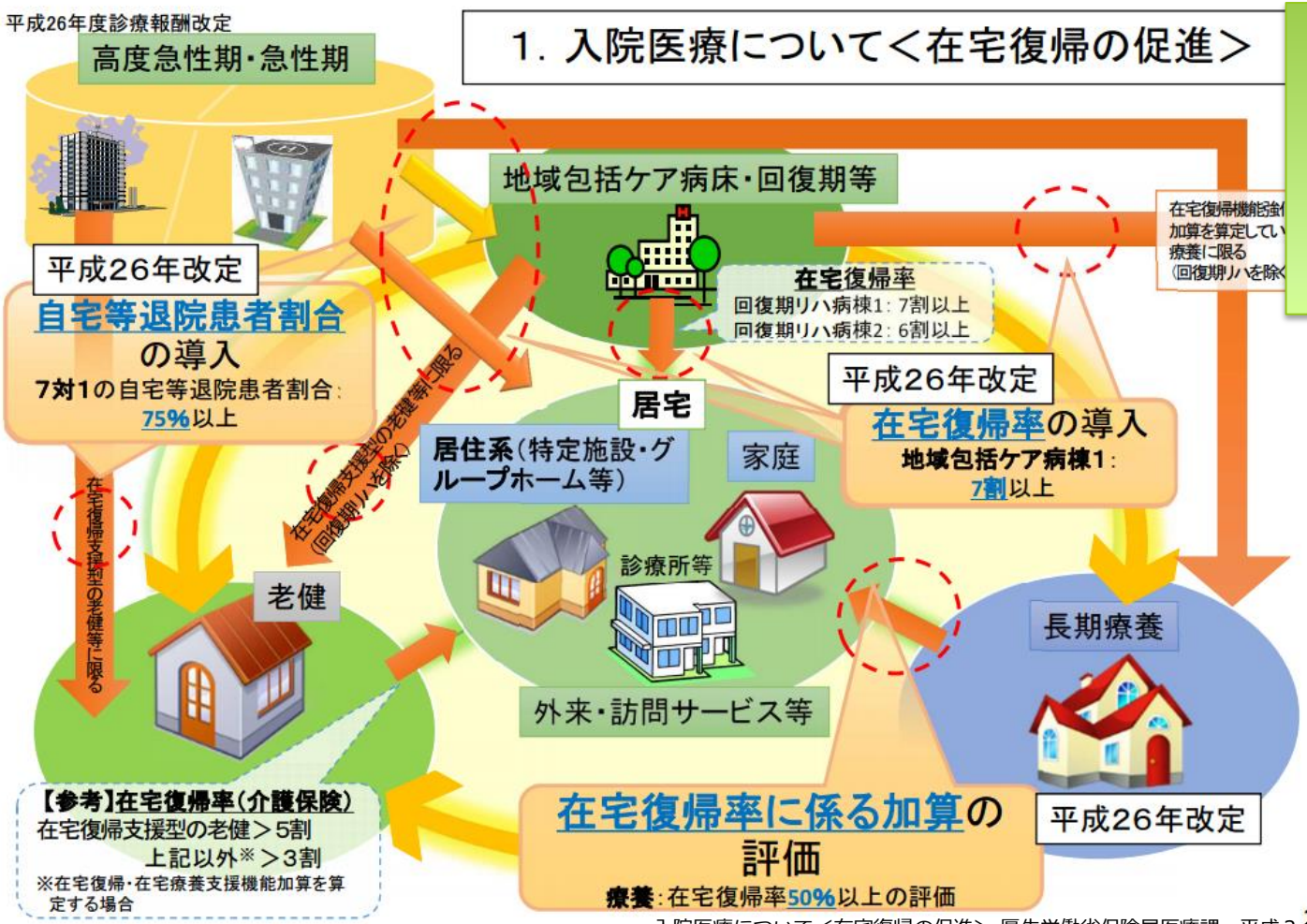
＜2025年(平成37年)の姿＞



外来医療

在宅医療

在宅医療・在宅療養を支える事業所が行う活動



入院医療について＜在宅復帰の促進＞.厚生労働省保険局医療課，平成２６年度診療報酬改定の概要,P11.
http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039891.pdf

National Center for Geriatrics and Gerontology All rights reserved.

国立長寿医療研究センター

愛知県大府市

人口　88,550人

(2014年4月)

※年々増加傾向

高齢化率　19.6%

愛知県

自宅死亡率　約12%

Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.

独立行政法人国立長寿医療研究センターの場所

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

	人口(H22.10.1)	65歳以上人口(H22.10.1)	65歳以上人口比率(%)(H22.10.1)
医療圏全体	616,765	124,132	20.1
東海市	109,181	20,121	18.4
知多市	84,565	17,454	20.6
常滑市	55,330	12,928	23.4
大府市	85,802	14,921	17.4
半田市	118,394	22,959	19.4
阿久比町	26,109	5,844	22.4
東浦町	49,778	9,912	19.9
南知多町	20,146	6,081	30.2
美浜町	24,958	5,539	22.2
武豊町	42,502	8,373	19.7
愛知県	7,420,215	1,492,085	20.1
豊田市	420,848	69,550	16.5

知多半島医療圏（北部）在宅療養支援診療所数

	診療所数（H25）	在宅療養支援診療所数(H25)	人口10万人当たりの支援診療所数	在宅死亡率（H23）
東海市	88	5	4.6	11.7
知多市	32	4	4.7	13.9
常滑市	25	3	5.4	13.0
大府市	39	5	5.8	10.4
半田市	135	14	11.8	19.4
阿久比町	23	7	26.8	17.7
東浦町	29	6	12.1	12.1
愛知県	4150	628	8.5	12.0
豊田市	181	24	5.7	11.4

2009年4月1日開棟

在宅支援病棟きょう開設

国立病院で初めての試み

大府・長寿医療センター

国立長寿医療センター（大府市）は1日、在宅医療支援病棟をオープンさせる。国立病院としては初めての取り組み。住み慣れた家での療養を望む患者と家族を、かかりつけ医とともに支えるモデルケースを目指す。（長坂幸枝）

対象者は在宅療養中に二週間の入院が必要となり容体が不安定になり一つ屋根の下、主に高齢のかた

ミニ台所などが付いた在宅医療支援病棟の寝室＝大府市森岡町の国立長寿医療センターで

登録医12人 地域ケア体制確立へ

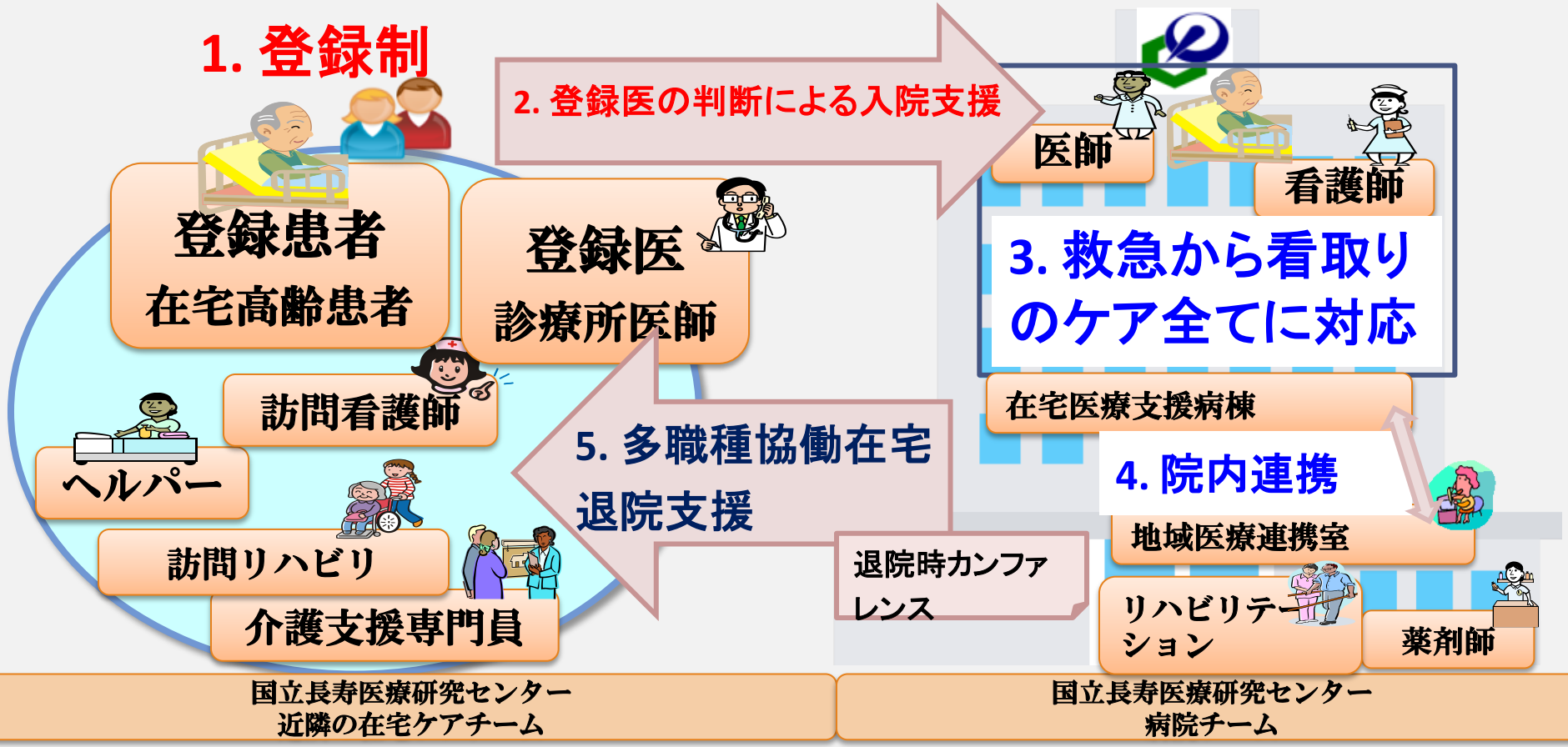
平方は、個室やトイレ、ミニ台所付き、調理にあたり「高齢者の療養を大切にし、自宅で安心して生活ができる在宅医療を提供する」という理念を掲げた。

昨年十一月、かかりつけ医との窓口「地域医療連携医」を創設し、登録医を増やしてきた。医師は大府市、東浦町などの十二人、患者は七十五人から申し込みがある。

同センター医療連携推進チーム長の三浦久幸医長は「高齢化社会に向けての病診連携に協力いただき、地域ケア体制を確立していきたい」と話している。

病棟は、南棟の三階を改修し、二十床を設けた。有料個室は約二十五

在宅医療支援病棟の取り組み



緊急入院

在宅医療支援病棟
予約入院の決定

他病棟からの転棟依頼

・情報提供書、訪問看護サマリー等による事前の情報収集
・必要時、入院前自宅訪問

ホットライン

在宅医療支援病棟入院

・病棟看護師、地域医療連携室スタッフ等多職種が協力して入院時から退院に向けて支援する

看護師カンファレンス
（毎朝15分程度）

・必要時、退院前自宅訪問

退院前カンファレンス

退院

TEL訪問
プライマリーナースが患者が退院して約1週間後に自宅に電話する

・看護はプライマリー制。退院後の療養を意識した看護を提供する。再入院時も担当看護師は変わらない。
・看護計画立案、退院前訪問の必要性評価は主にプライマリーNsが提示し、Ns間で、情報共有する

図4　入院～退院の流れ：看護に最大の特徴

在宅医療チーム･ご家族との協働

退院前訪問

- 自宅の療養環境の把握
- 生活上、支障となる住宅環境問題の明確化
- 安全な介護方法や介護負担の軽減について検討・指導

退院前カンファレンス

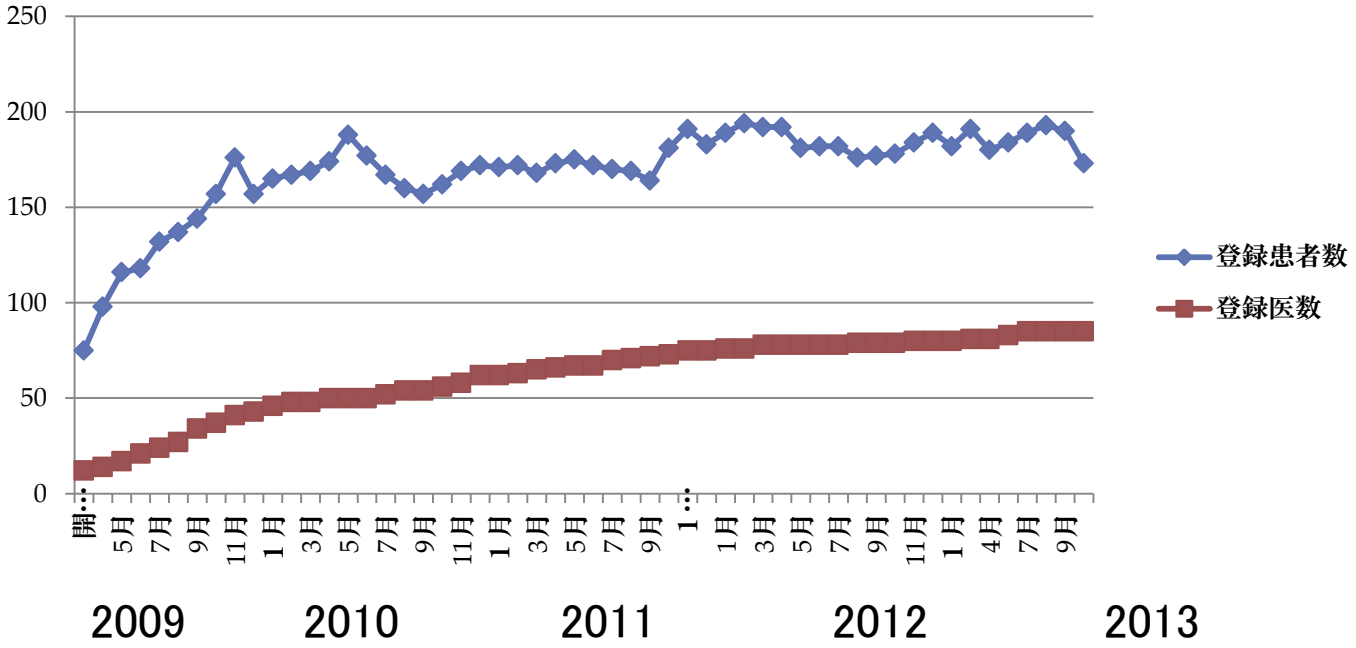
- 入院中の病状、看護、リハビリ状況等を説明し、地域のサービス機関と共通認識する場。
- 患者とその家族に参加してもらうことによって、退院後の不安軽減を図る。

ICTを用いた在宅医とのテレビ会議

病棟カンファレンスルーム

診療所

登録患者数・登録医数の推移



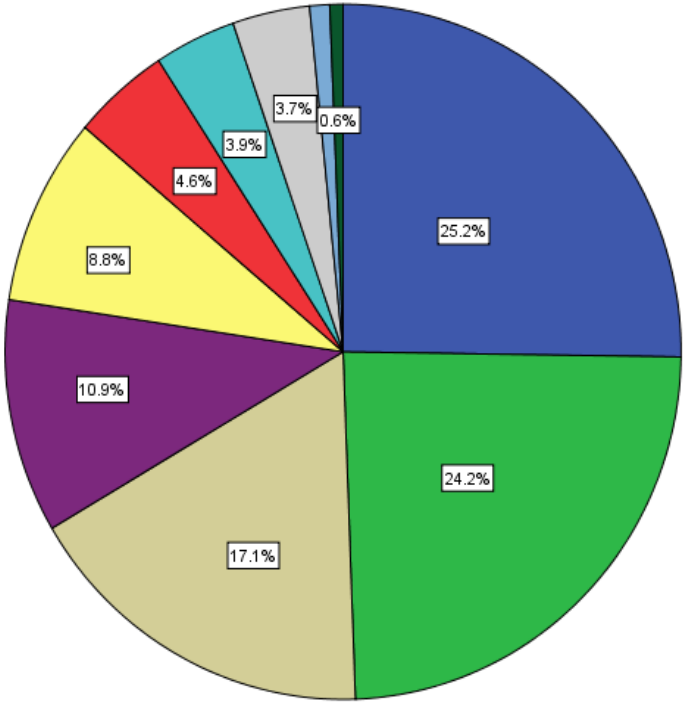
在宅医療支援病棟入院時の概要

入院数：2009年4月1日～2013年3月31日までに延べ1008件

	n=1008
年齢（歳）	78.0歳 (±12.2)
性別（男性:女性）	57% : 43%
平均在院日数(日）	20.5日（±17.60)
入院形態(時間外・休日：時間内救急：復帰：予約)	16.8% : 32.3% : 11.2% : 37.7%
再入院患者率	51.8%

	2000年度	2010年度	2011年度	2012年度	4年間
初回入院数	163	120	112	86	481

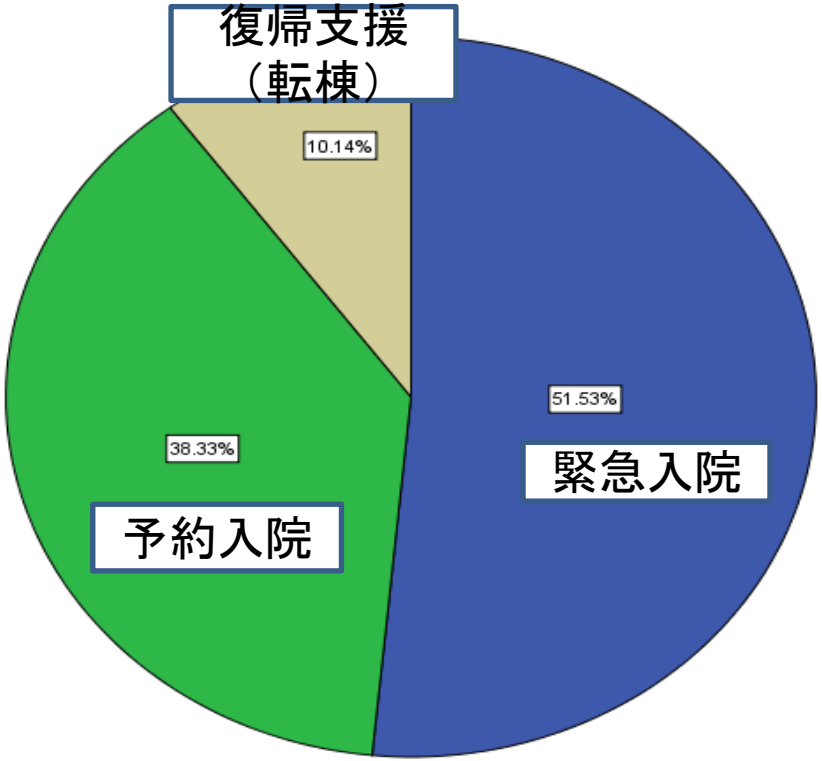
基礎疾患



神経難病	239
悪性腫瘍	229
脳血管障害	162
認知症	103
呼吸器疾患	83
循環器疾患	44
その他	37
骨・関節疾	35
消化器疾患	9
腎臓疾患	6

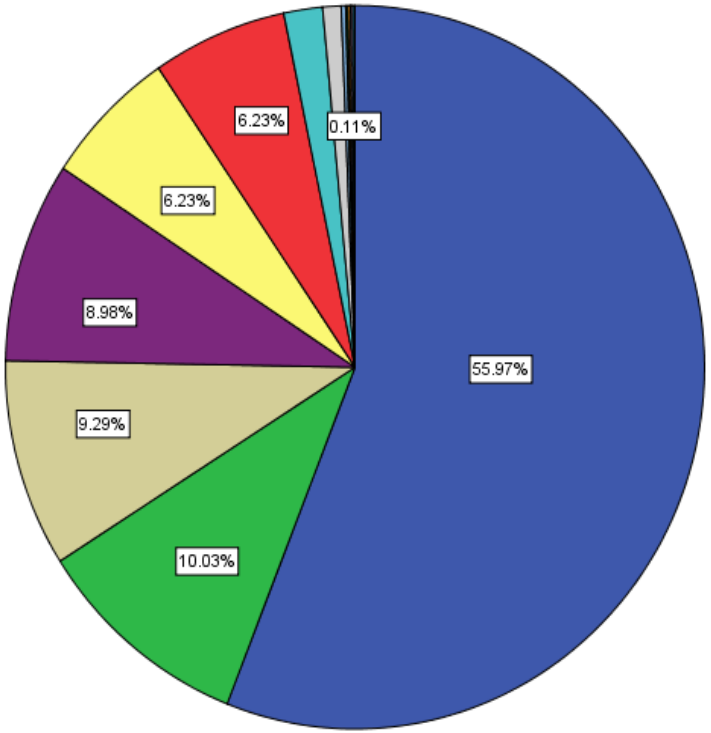
	n	%
ガン	229	24.2
非ガン	718	75.8

入院形態



緊急入院が
半数を占める

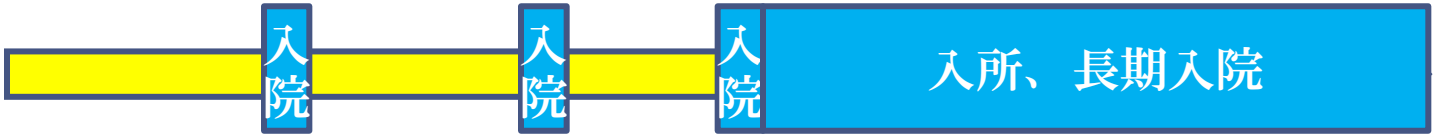
入院目的



治療目的	530
胃ろう交換など	95
在宅への指導	88
レスパイト	**85**
在宅継続のための調整	59
精密検査	59
看取り目的	17
精神的支援	8
その他	2

在宅医療支援病棟の入退院イメージ図

通常の場合

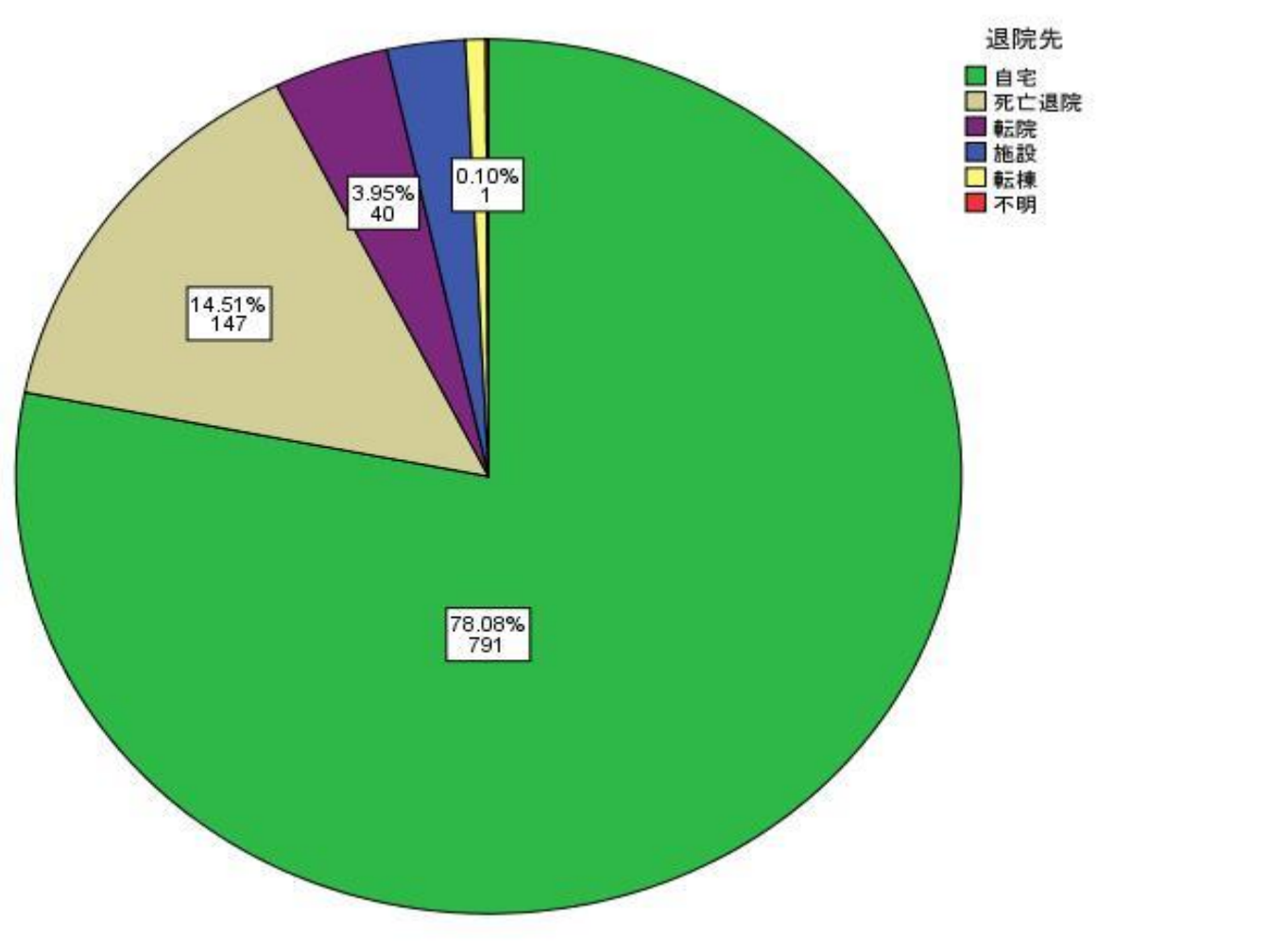


なんども入院を繰り返すなら長期入院、入所

南3病棟

いつでも入院できる安心感があるから、
在宅療養を継続できる

急性疾患から、レスパイト、看取りまで全てに対応
在宅医療スタッフの判断で入院ができる。
患者家族の満足があれば、最期の場所はどこでも良い。
在宅死は目的ではなく、結果にすぎない。


退院先
自宅
死亡退院
転院
施設
転棟
不明
78.08%
791
14.51%
147
3.95%
40
0.10%
1

地域への展開

在宅医療メイツ講習会の実施

- 介護現場に従事する方を対象に、在宅医療の基礎知識の習得をする
- 医療と介護の境界領域をサポートします。
- 医療行為を行うのではなく患家訪問時に患者の症状や現場の状況を的確かつ迅速に判断し、医師、看護師等へ通報できることを目的に行った

対象者：ホームヘルパー2級程度の介護者

内　容：医師、看護師等の講義及び 想定患者に対しての対処方法のグループ検討会

病院看護師
訪問看護師

ヘルパー

薬薬連携モデル

患者の在宅意向の決定

↓

在宅医療への薬剤の必要性の検討

↓

地域連携室

↓

在宅調整窓口薬局

↓

担当薬局薬剤師

退院時共同指導への参加

相談

病棟担当薬剤師

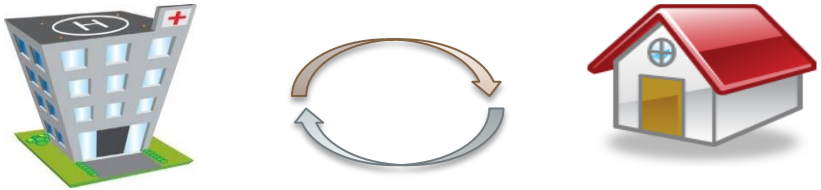
情報共有

・情報提供
・サポート
・フィードバック

顔の見える関係を作りましょう!!

在宅訪問栄養指導の流れ

- 最近では、嚥下機能低下の患者へ対し、積極的に訪問栄養士の介入を勧めている。



- 訪問栄養士も、退院時カンファランスに参加し、情報の共有を行い、訪問栄養指導終了後は、訪問栄養士より病院栄養士へ報告する。

- お互いに情報の共有ができ、病院と在宅で、変わりのない栄養指導を行うことが可能

在宅医療支援モデル

主に医療面でのサポート
緊急患者の受け入れ
看取り機能
家族支援
医療機関間の連携支援
モニター機能・研究
多職種協働の促進在宅
研修・養成
Social Capitals醸成

在宅医療連携拠点
（在宅医療支援病床）

地域医療連携室

在宅医療・介護・福祉
（多職種協働のもとで）
地域包括支援センター

在宅患者・家族

サービス高齢者住宅
有料老人ホーム
介護3施設

バックアップ施設
長期療養型病床(医療)

詳しい情報はこちらから

Twitter
https://twitter.com/z_renkei

Face　book
https://www.facebook.com/zaitaku.renkei

ホームページ
http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/index.html

貴重な機会を頂き
誠にありがとうございました

お問い合わせ先　：
国立研究開発法人国立長寿医療研究センター　在宅連携医療部
TEL　0562-46-5270　(直通)　,　0562-46-2311　(代表)　　内線　6205
MAIL　z_renkei@ncgg.go.jp

Copyright © 2014 Department of Home Care Coordinators,
National Center for Geriatrics and Gerontology All Rights Reserved.