

10. 在宅医療の推進

（1）在宅医療の現状

外来で提供される医療は外来医療、入院で提供される医療は入院医療であるのに対し、居宅（自宅、施設など）で医療が提供されるのが在宅医療である。在宅医療の基本は患者の病状に応じて計画的に居宅などに訪問して行われる訪問診療であり、継続的な療養管理、指導や看取りが行われる。在宅医療で患者の身近で治療と生活を支えるのが、かかりつけ医であり、かかりつけ医には患者の生活する場で様々な役割が期待されている。また、在宅医療において、看護師は医師の指示による医療的処置や病状の観察、療養上の介助などの訪問看護を、歯科医師は口腔機能の維持、回復のための訪問歯科診療等を、薬剤師は調剤や訪問服薬指導などを行っている。本計画は医療を中心としたものであるが、在宅医療において重要とされる医療と介護の連携についても記載する。

在宅医療を受ける患者のうち、特に高齢者にはがん、骨粗しょう症、脳血管疾患、認知症（認知症については精神疾患の項も参照）など生活機能に影響を与える疾患が多く、病院や診療所に通院できない要介護Ⅲ～Ⅴの場合は居宅などで医療を受けることになる。在宅医療を必要とする者は平成37年には29万人/日と推計され、平成23年より約12万人増えることが見込まれる（厚生労働省社会保障審議会医療部会資料）。在宅医療を受けるもののうち、8割以上が65歳以上と高齢者の占める割合が高く（平成20年患者調査）、大阪府における平成37年の65歳以上の推計人口は約240万人（国立社会保障・人口問題研究所による都道府県別推計人口）と、平成22年の約192万人から急増すると予測されていることより、在宅医療を受ける患者も増えると考えられる。

また、平成22年大阪府での死亡者は76,556人で、うち病院や診療所で亡くなったのは60,169人、自宅では11,824人、老人保健施設・老人ホームでは2,598人、その他の場所では1,965人であった。全国で死亡者数は平成37年には152.6万人（同）と平成22年119.7万人から約1.3倍増加すると予測されており、大阪府でも同様に増加すると死亡者が約2万人増加すると見込まれる。これらのことより、今後は在宅での看取りへの必要性も高まっていくと考えられる。

一方、平成18年度からは在宅療養支援診療所が、平成20年度には在宅療養支援病院が制度化された。平成23年10月1日現在、大阪府内では在宅療養支援診療所は1,662医療機関、在宅療養支援病院は42医療機関が届け出られており、在宅医療の中核を担っている。さらに、介護保険法の改正により、平成24年度から、24時間対応の定期巡回、随時対応型訪問介護看護のサービスが創設されたところである。

また、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供をめざすため、平成24年度より国の事業として、在宅医療連携拠点の整備や多職種協働による在宅医療を担う人材育成に関する事業が開始された。

（2）在宅医療の課題

在宅医療を受ける側の不安としては、「往診する医師がない・訪問看護や介護の体制が整っていない」、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状急変時すぐに入院できるか不安」、「24時間相談にのってくれるところがなく症状が急変したときの対応に不安」、「介護してくれる家族がない」などがある。一方、在宅医療を提供する側の不安としては、「緊急時の入院・入所施設の確保」、「24時間体制に協力可能な医師の確保」、「24時間体制の訪問看護の確保」などである。以上のことから、在宅医療推進にあたっては、1）在宅医療サービス供給量の拡充、2）家族支援、3）在宅療養者の後方ベッドの確保、4）24時間在宅医療提供体制の構築、5）在宅医療の質の向上・効率化、6）医療・介護の連携、などが課題である。また、大阪府は大都市特有の在宅医療に関する課題について、今後抽出していく必要がある。

疾患として在宅医療のニーズが高いと思われる「がん」、「難病」、「小児」については、以下のとおりである。

現在、国民の2人に1人ががんに罹り、3人に1人ががんにより亡くなる状況となっているが、在宅で療養される方は極めて少ない。在宅療養を選択しない理由として、介護に伴う家族への負担、苦痛や急変時への対応など医療提供に関する不安などが挙げられており、がん患者の意向をふまえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるようにするためには、在宅医療と介護の適切な提供体制が必要である。

また、在宅医療においては、がん性疼痛で苦しむ患者をなくすため、医療用麻薬をはじめとする苦痛緩和のための薬剤の迅速かつ適正な使用と普及が必要とされる。普及に際しては、医療従事者のみならず、患者等に対するさらなる周知と理解を進めることが求められる。

難病患者の在宅医療については、府保健所において、難病対策事業ガイドライン・難病患者支援マニュアルを活動の指針とし、医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、栄養士等専門職が保健師とともに支援チームを結成して訪問・指導を行う個別支援や、患者や家族が、専門家の知識や患者の持つ療養上の知恵を集団の場で獲得する集団支援、さらに療養情報の提供、自主活動の支援等を行っている。

一方、大阪難病医療情報センターにおいては、難病に関するあらゆる情報の収集・発信、保健所事業への支援、大阪難病医療ネットワーク事業等、難病に関する情報の集積をはかるとともに、府内の医療機関の連携を推進することにより、地域での在宅難病患者に関する総合的な支援体制の確保をはかっている。

なお、地域における難病患者支援対策推進のため、大阪難病相談支援センターを設置し、難病患者・家族等の療養上、生活上での悩みや不安などの解消をはかるとともに、電話や面接等による相談、患者会などの交流促進や就労支援により、難病患者のもつ様々な生活相談をはじめとする福祉ニーズに対応できるよう、きめ細やかな相談支援を行っている。

難病は、疾患の数が多くその症状も多様で療養も長期化することから、在宅難病患者の地域療養支援体制は、まだ十分とは言いがたく、今後、保健・医療・福祉のより一層の連携が必要となる。

また、小児の在宅医療については、近年、府内周産期医療体制の整備が進められたこと等により、NICUを有する医療機関の長期入院児数は減少傾向にあるものの、恒常的に70名程度の長期入院児が存在し、その約70%は在宅医療支援体制が不十分等のため、退院できないのが現状である。

一方、長期入院からの退院児の約80%が、在宅へ移行しており、府保健所が支援する在宅高度医療児は、平成16年度から22年度の6年間で2.3倍、とりわけ人工呼吸器装着児においては、4.8倍に増加している。

在宅高度医療児が、家族とともに、地域で安心して療養生活を送るためには、高度専門病院と地域関係機関との連携により、退院前から地域関係機関が関われるようシステムを構築し、円滑な地域移行支援を推進していく必要がある。

併せて、地域における在宅医療支援体制の整備をはかる上で、在宅医療を支える地域医療機関の確保や訪問看護ステーションの小児参入を促進することが不可欠である。

平成22～23年度の「府保健所管内医療機関における高度医療児への支援状況調査結果」では、小児患者診療機関のうち11%が支援を実施し、16%は条件を整えば今後支援可能であると回答している。主な受入条件としては、「専門病院との連携」「緊急時の受入れ体制の確保」「複数の訪問診療医での診療体制の確保」「レスパイト確保」「訪問看護体制確保」「専門処置の研修」等があげられた。

また、平成23年1月の「大阪府訪問看護ステーション協議会における調査結果」では、乳児への対応が可能な訪問看護ステーションの割合は、全体の14%にとどまっているが、状況により受け入れ可能が23%あり、主な受入条件として「小児訪問看護技術の習得」「小児科往診医の存在」「病院との連携体制」と回答している。

（3）施策の方向性

ア. 生活の場における療養支援、看取りを行うための医療の確保と充実

今後、在宅医療のニーズが増加し、高齢化に伴う在宅における栄養管理や呼吸不全に伴う呼吸管理などを必要とする患者が増加すると予想されており、このため在宅医療に関わる一部の医師等だけで時間外の急病対応や不在時の対応など全てを担うには負担が大きく、在宅医療を行う医療機関の増加や在宅に関わる医療従事者の確保や質の向上をすすめていく必要がある。在宅医療をすすめるにあたり、人工呼吸器を装着した患者や様々な医療措置を必要とする患者への高度・専門的なケアを提供していくため、中核的な機能を担う訪問看護師等の養成と資質向上をはかる必要がある。さらに、充実した在宅医療をめざすには、在宅に関わる医師同士の連携やそれ以外の医師と役割分担すること、訪問看護師等の

医療従事者に加え、介護支援専門員や介護士なども含めた福祉職がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築していくことが重要である。

医療と介護の連携については、地域包括支援センターが開催する地域ケア会議等の地域の関係機関、関係者会議において、在宅医療を担う病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護支援専門員、福祉関係者などが情報を共有しあいながらそれぞれの役割や機能を理解し、それぞれの役割を發揮して、患者の在宅生活を支えるためのネットワーク構築をめざしていく。また、個人の支援については、サービス担当者会議等を通じた医療と介護、福祉サービスとの連携強化による包括的なサービス提供体制の構築をめざしていく。

イ. 在宅医療と入院医療間相互の円滑な移行

緊急時の対応や緩和ケアなど入院が必要となった際には、病院や有床診療所が地域医療を後方支援することにより、受け入れ体制を確保していくことが必要である。緊急性が高く高度な医療を必要とする脳卒中や急性心筋梗塞、緊急性は高いが多くの医療機関で対応できる肺炎、比較的計画的に入院時期を調整できる家族のレスパイトのための入院など、緊急度や必要な医療機能はさまざまである。

今後、大阪府医師会や病院団体、地域の医療関係者等との連携のもと、地域の様々な医療機能を有する病院や診療所の間で、幅広いネットワークの形成につながる仕組みづくりや提供可能な診療機能情報等の共有化など、患者の早期かつ円滑な転院や退院、在宅医療への移行を促進・支援する方策を検討していく。

また、患者の退院時には診療情報や治療計画を関係者と共有することが重要である。特に脳卒中は障がいが残ると通院が困難となることがあり、シームレスな医療・介護を提供していくためには、地域連携クリティカルパスのさらなる普及が望まれる。

在宅医療の中核的な担い手となる訪問看護師による患者の療養上の情報把握はもとより、医療機関に勤務する看護職員との相互理解の促進が不可欠であることから、訪問看護ステーションと医療機関が患者のケアに必要な情報を共有できる研修等の充実に取り組むなど、相互の連携の強化をはかっていく。

ウ. 地域における在宅医療の仕組み・治療方針・患者情報に関する共有

在宅医療へのニーズが高まるなか、在宅医療・介護に関する医療機能の情報公開をより一層進めることが必要である。大阪府では「大阪府医療機関情報システム」や「薬局機能情報検索」により在宅医療に関する情報を提供しており、今後もより検索しやすいシステムを検討していく。また訪問看護を利用しようとする住民に対して、訪問看護サービスの内容や利用方法等について、周知をはかっていく。介護については市町村の地域包括支援

センター、相談窓口などで情報を得ることができる。また、独居の高齢者などインターネットによる情報へのアクセスが容易でない場合もあり、効率的な情報提供体制について検討していく必要がある。

なお、「がん」、「難病」、「小児」については、以下のとおりである。また、今後増加が予想される「認知症」は医療と介護の連携や早期かつ正確な鑑別診断等が重要である（「認知症」の詳細については精神の項を参照）。

在宅でのがん医療についてはニーズが高まってきており、在宅（緩和）医療に関する情報の提供、医療従事者への研修の実施、地域医療のネットワーク構築などの取り組みが必要である。研修等の実施によって医療従事者や患者等への在宅医療に対する理解を一層深めるとともに、患者・家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスが受けられる体制を実現するよう努める。

在宅での難病医療に関しては、症状も多様で療養も長期化するという難病の特異性から専門の医療機関に受診する患者が多く、難病患者の療養を支えるためには難病を専門的に診療する専門病院とその後の継続した地域医療を担当する医療機関との連携が必要不可欠である。

専門病院と地域医療機関との連携をはじめとする医療機関ネットワークの構築、難病患者を取り巻く高齢・障がい・児童福祉施策等の福祉サービスネットワークの構築等、地域の関係機関や関係者等の連携のもと指導・援助が行われる必要がある。

さらに、市町村の協力も得ながら、地域における総合的・継続的支援体制づくりをシステム的に行えるよう、保健所が中心となり関係機関とともに、難病患者に対する効果的な地域ケア体制を進めていく。

保健所事業については、医療環境の変化から高度医療機器を装着して在宅療養を行う患者が増加する傾向がある中、今後さらに、重症患者に重点を置いた支援活動にシフトしていくことが必要となる。

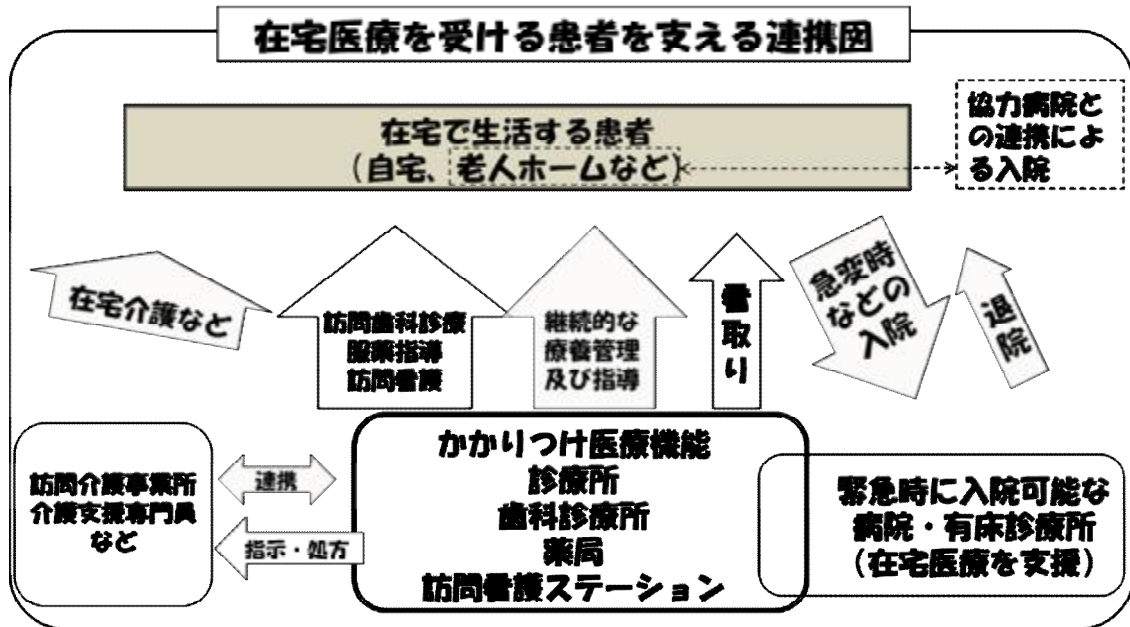
大阪府の在宅難病支援体制においては、保健所は保健事業の地域性を考慮し、大阪難病医療情報センターは医療の専門性、大阪難病相談支援センターでは当事者性に着目した生活福祉ニーズについて、それぞれが明確な役割を担い、より一層の連携をはかることにより、難病患者を支援する体制をさらに強化・充実していく必要がある。

小児の在宅医療については、今後、各調査から明らかになった課題をふまえ、高度専門病院との連携による地域医療機関や訪問看護ステーションへの小児在宅医療技術研修やコンサルテーション研修（実地研修）を通じて地域医療機関や訪問看護ステーションの小児在宅医療への参入を推進し、人工呼吸器装着・気管切開児の25%が地域医療機関を利用できるよう、訪問看護については、乳児期の在宅高度医療児の増加を鑑み、乳児の受け入れ率が20%になることをめざす。

また、在宅高度医療児とその家族の長期的な支援の必要性を鑑み、在宅維持期パスの開

発・運用や、保健所がコーディネーターの役割を果たしながら、医療・保健・福祉・教育分野の連携をはかり、地域における在宅医療支援体制の整備を推進することが重要である。

多くは自宅で療養することを望んでいるが、現状では医療機関で死亡する者の割合は年々増加しており、近年では8割を超えている。終末期のあり方については、健康な時から家族と話し合うことが重要であり、終末期医療に対する関心を高めていく取り組みも必要である。



【課題】

- 在宅医療サービス供給量の拡充
- 24時間在宅医療提供体制の構築
- 在宅医療の質の向上・効率化、医療・介護の連携
- 在宅療養者の後方ベッドの確保
- 介護を行う患者家族への支援

【取り組み】

- 在宅医療にかかわる医療従事者の確保や養成を行い、提供体制の充実に取り組むとともに、医療と介護の連携をすすめ、役割分担と連携による医療提供体制を構築する
- 在宅医療と入院医療間相互の円滑な移行を行うことにより在宅医療を受ける患者の急変時などに対応できるよう取り組む
- 地域における在宅医療の仕組み・治療方針・患者情報に関する共有について取り組む