

中央社会保険医療協議会 総会
有識者ヒアリング出席者

(敬称略)

(在宅医療)

川島 孝一郎 仙台往診クリニック 院長

(訪問看護)

秋山正子 (株)ケアーズ白十字訪問看護ステーション 代表取締役・総括所長

(社会学)

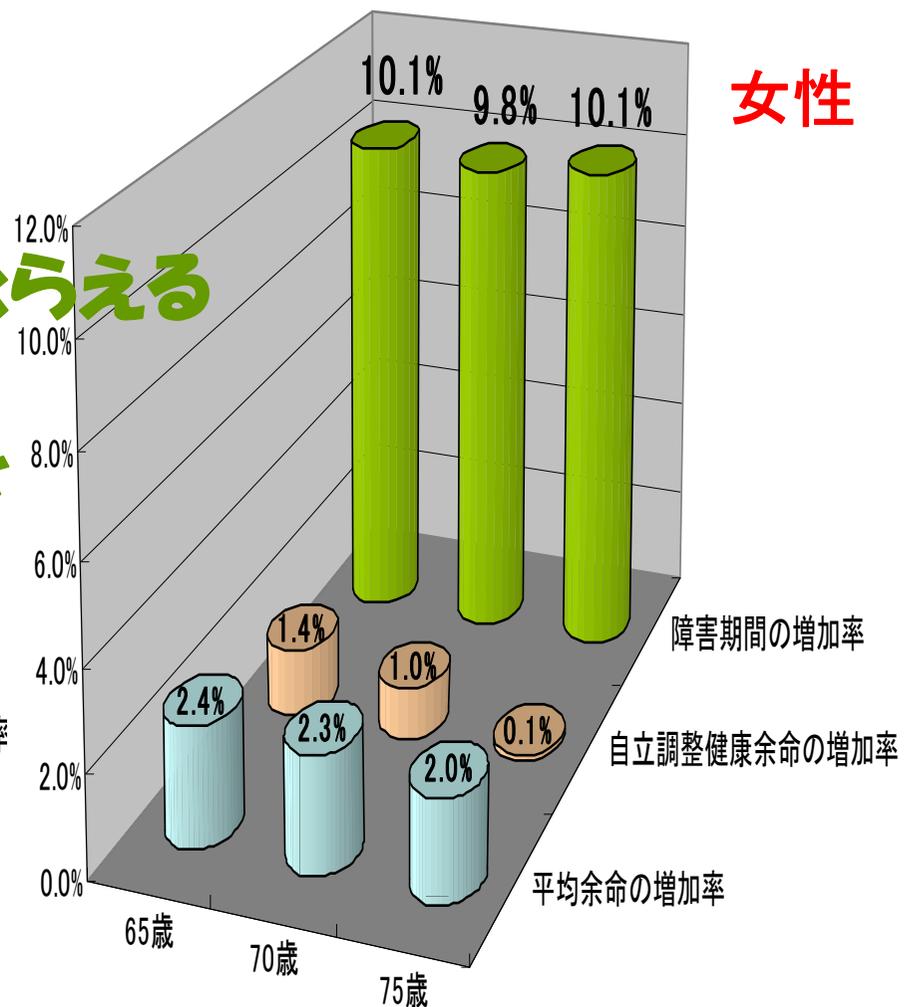
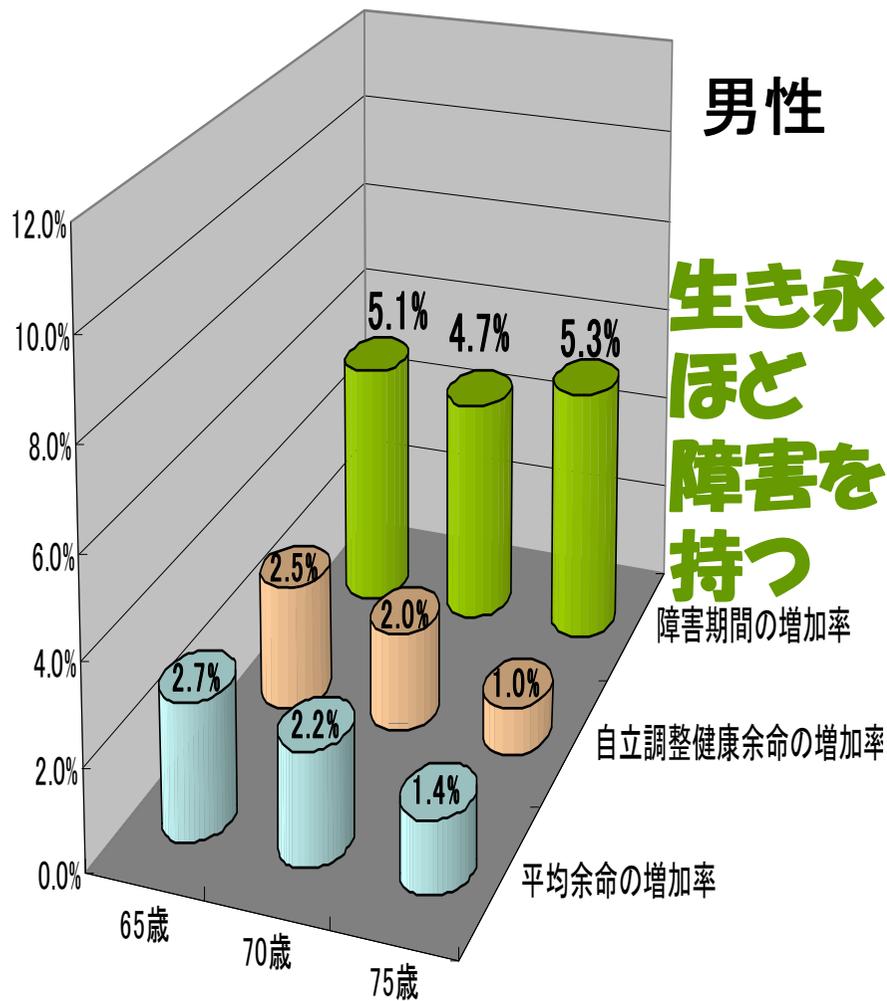
秋山弘子 東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授

中央社会保険医療協議会 在宅医療・介護ヒアリング

- 1) 人口構成から予測される『治らない国日本』
- 2) 『治らなくてもより良く生きる』説明と支援の提示
- 3) 国民の希望は「家で生活し最期を迎えたい」
- 4) 希望が叶う在宅医療・介護・福祉の一体的提供
- 5) 在宅医療は診療所機能ではなく病棟機能！
- 6) 24時間対応は必須（在宅診療・在宅病の重要機能）
- 7) 在宅医療と介護の費用（人的資源の有効利用）

仙台往診クリニック 川島孝一郎:2011年2月2日

平均余命・健康余命・障害期間の増加率【H14→H21年】



□ 平均余命の増加率 □ 自立調整健康余命の増加率 ■ 障害期間の増加率

□ 平均余命の増加率 □ 自立調整健康余命の増加率 ■ 障害期間の増加率

平成21年の都道府県別自立調整健康余命の算出とその活用
http://www.wam.go.jp/ca90/kenkyu/20100401/result_report.html

上記の結果を基に、算出・作図

生活所要量別エネルギー所要量(kcal/日)

ピンピンコロリ10%↓

緩やかに大往生90%↑



**障害を持ちながら衰える
(障害期間・要介護が増加)**

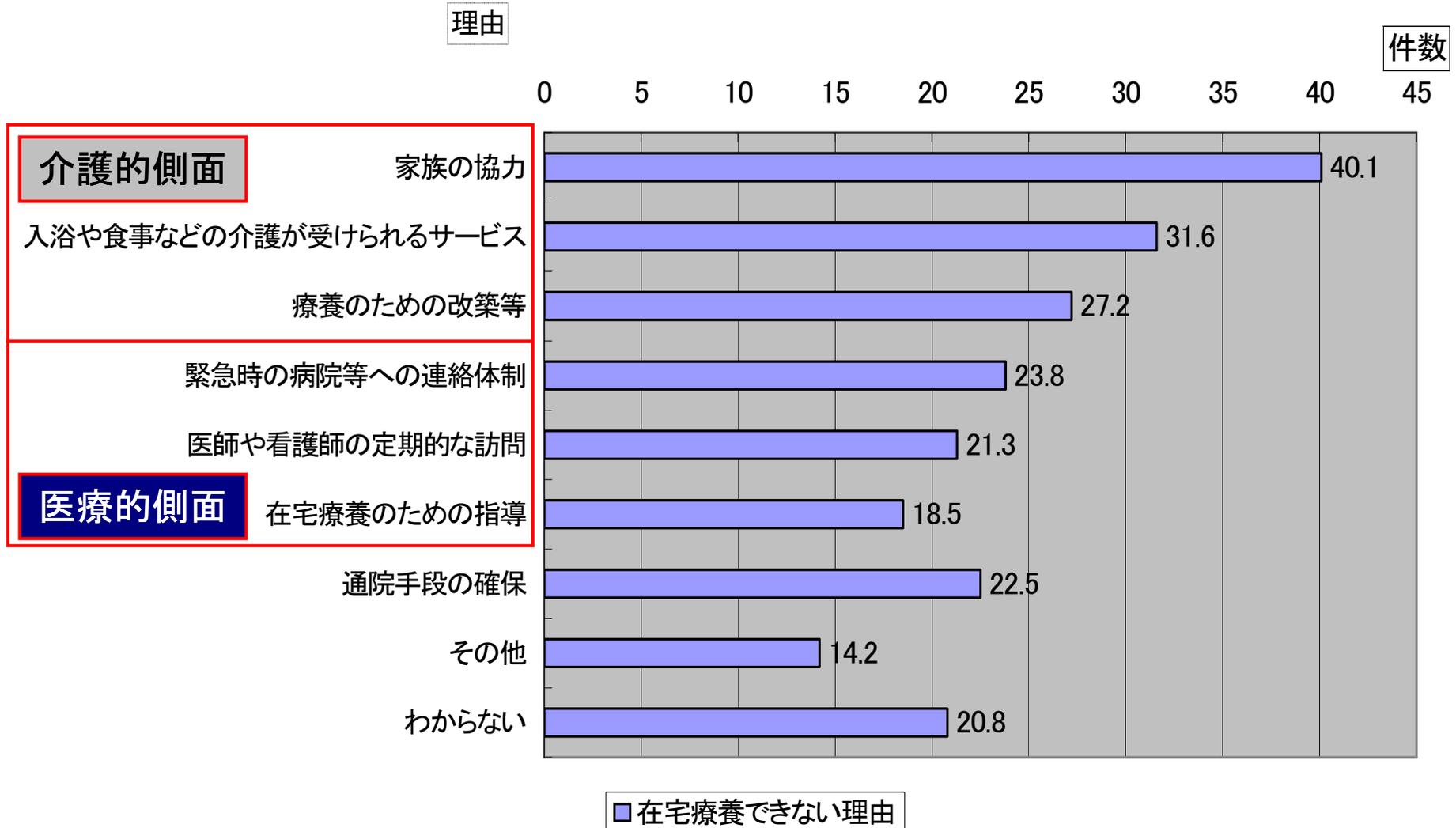
**これが
大往生**

**治す医療と共に
支える医療が急務
ところが**

在宅医療・介護の説明と支援が不十分

出典：厚生労働省 第6次改定日本人の栄養所要量について
(http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s9906/s0628-1_11.html)より作図

退院後在宅医療ができない理由・不安→患者・家族が帰りがたらない最大の理由は、**在宅医療＋介護の説明が十分に行われていない** ←これである！

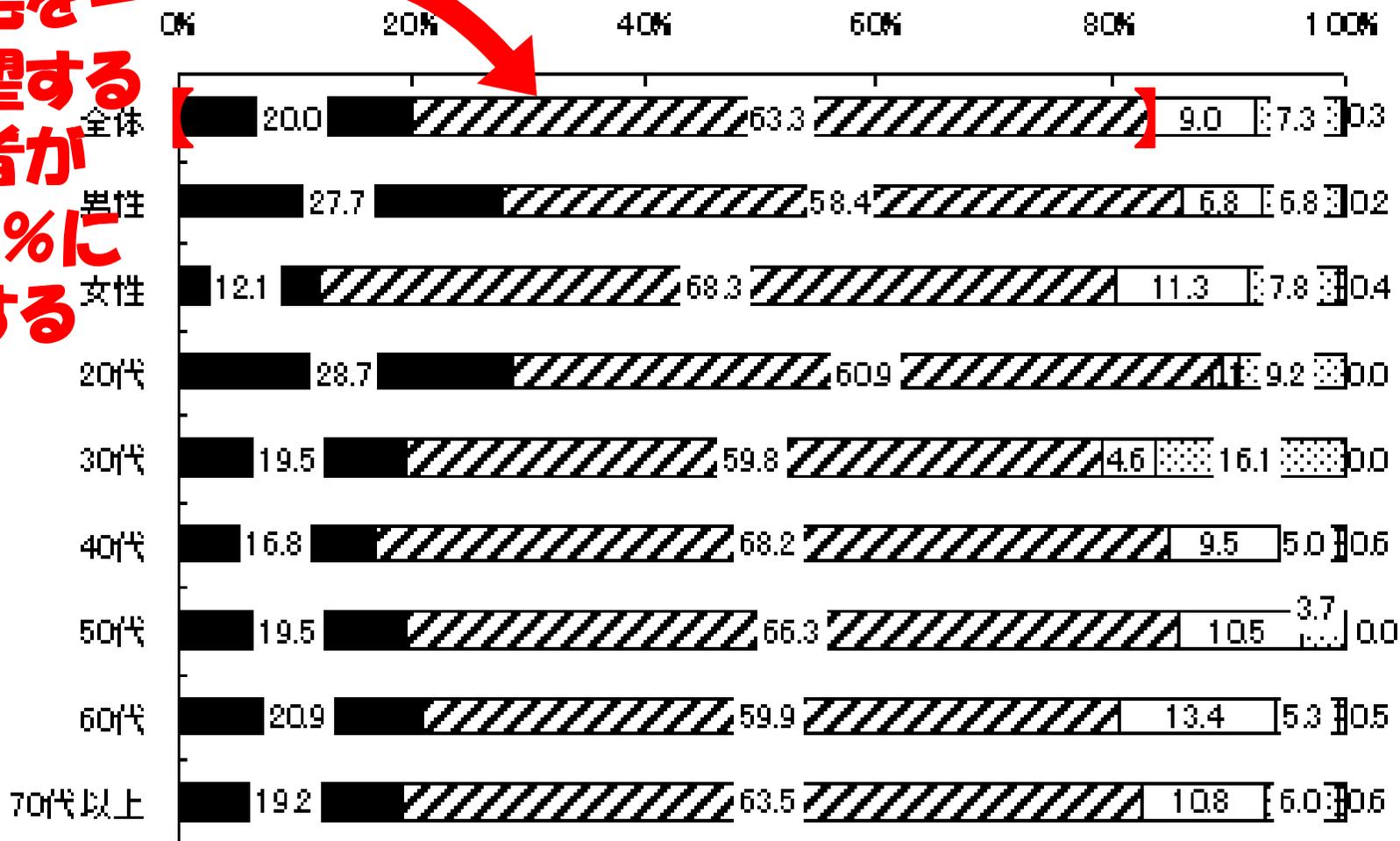


厚生労働統計表データベース 受療行動調査より

仙台往診クリニック 研究部門

図表4 余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか(性別、年齢層別)

自宅を希望する患者が83%に達する

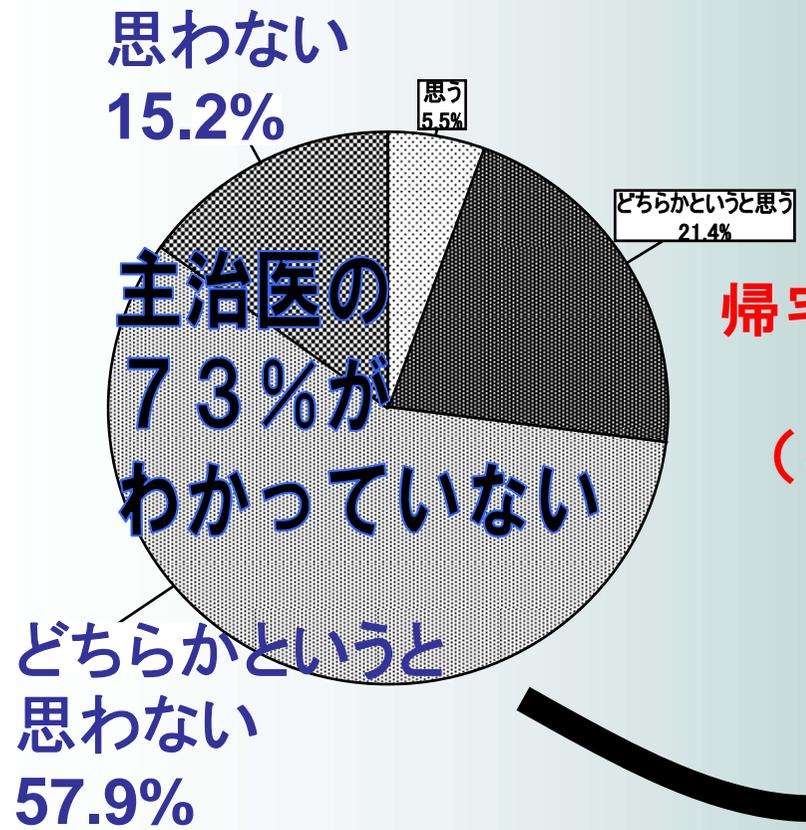


- 自宅で過ごしたいし、実現可能だと思う
- ▨ 自宅で過ごしたいが、**実現は難しいと思う**
- 自宅では過ごしたくない
- 分からない
- 無回答

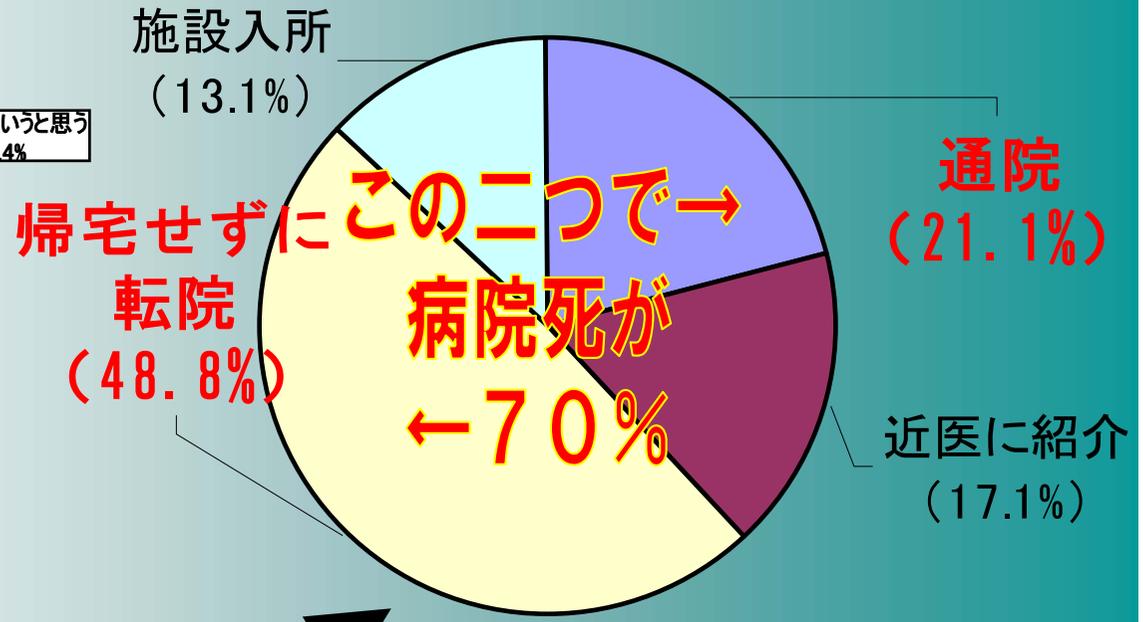
在宅支援の説明がないと「帰れない」と勘違い

臨床研修指定病院病棟（悉皆調査） 病院医が作り出す病院死

主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
(n = 145)



在宅適用となる退院患者の転帰
(病棟 172病棟、1,325退院事例のうち)



H19 老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)

生の終わりを迎える理想の場所は？

病院と在宅双方のメリット・デメリットが分かると、患者も医者も在宅医療を選ぶ

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
胃瘻栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
人工呼吸	45	7	-	33	5
	100	15.6	-	73.3%	11.1
中心静脈	38	6	-	26	7
	100	15.8	-	68.4%	18.4
在宅医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

平成17年6月厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係わる調査」補足調査結果

在宅ベッドは病院の新たな増加ベッド

採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡

気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入

胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市Iセンター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	在宅420	43	80	15	100

がん患者数は40～50名です

24時間対応：救急搬送と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車出動件数 … 5,095,615回

救急搬送人員¹ 4,677,225人/年 … A

そのうち・手術を要する入院
・生命の危険がある入院 }² 1,314,000人/年 … B

A-B= 入院対象外となる救急搬送 3,363,225人/年 … C

在宅療養支援診療所(11,674件) による往診件数 588,383件/年³ … D

18時—8時の救急搬送人員【夜間】往診件数 226,837件/年
1,639,765人/年⁴

⁵ 平成17年患者調査 入院×救急の状況

救急搬送人数の約17.5%(夜間:13.8%)に相当する

¹平成20年救急・救助の概要(速報)総務省消防庁 ²平成17年患者調査 入院×救急の状況 ³20年長寿医療研究委託事業の推計値

仙台市100万人を支える特化型在宅医療

平成16年度 死亡総数 5978人

老人ホーム＋自宅 1069人(17.9%)

0医院(がん専門) 230人
S往診クリニック 120人

} $\frac{350人}{1069人}$ → 33%

(脳死状態の13歳
男児を家で看取る)

24時間対応: たった2つの診療所で看取っている

ホスピス緩和ケアと24時間在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数*1 **193施設3,766床**

緩和ケア病棟平均在院日数*2
(調査に回答した96施設中)

～20日	57%
～25日	95%
～28日	98%

在宅療養支援診療所による
がん患者の在宅看取り*3 (全国推計・年換算) 30,062人

在宅におけるがん末期の平均日数を 60日と仮定すると

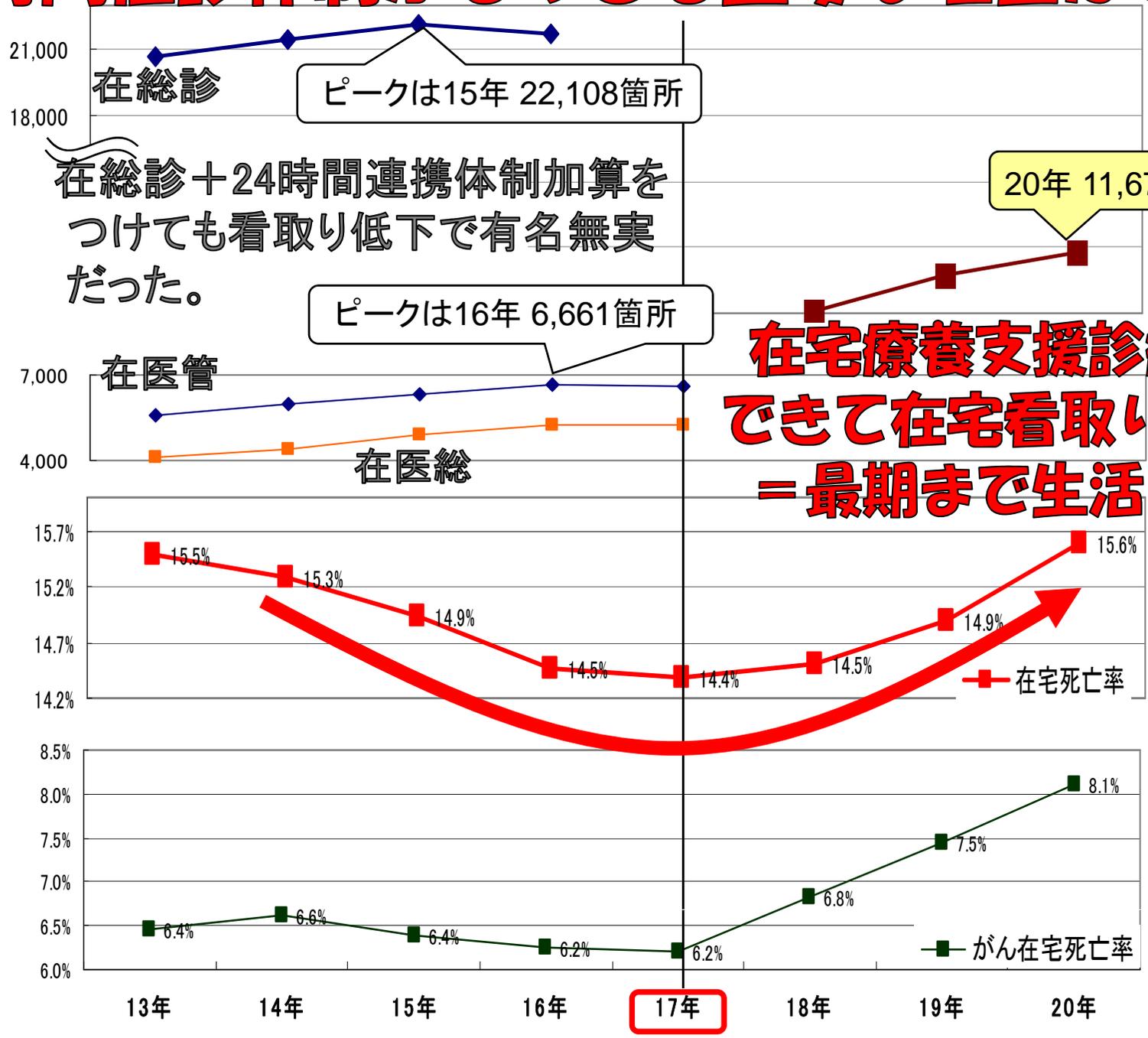
すでに**4,942床**分の機能を持つ

*1 : 日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/5/1現在

*2 : 財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2005年度調査研究報告における 98%の施設

*3 : 長寿 回収率を元にして全国総数を推計

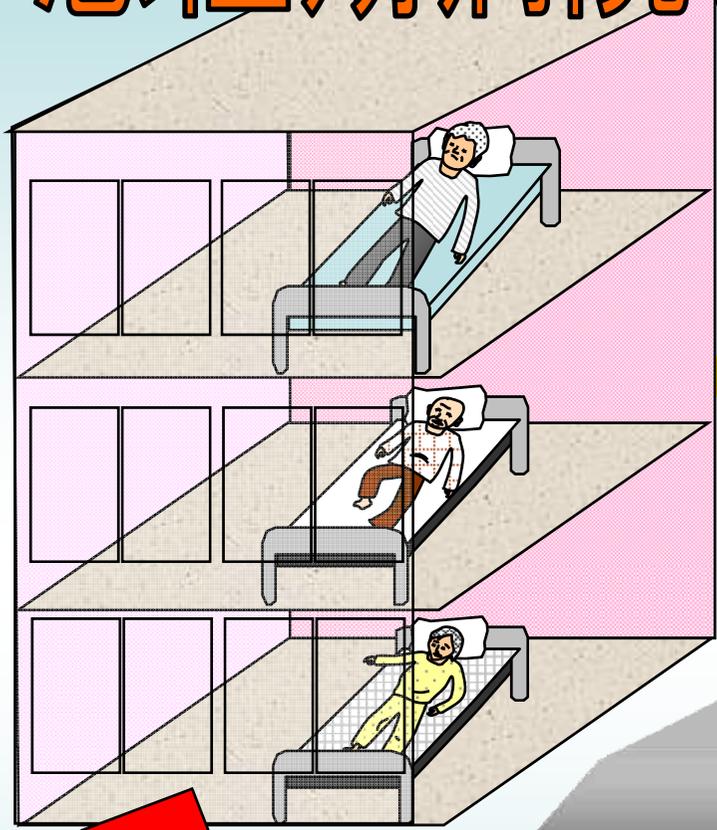
24時間往診体制がもっとも重要な理由はこれ！



在総診 + 24時間連携体制加算をつけても看取り低下で有名無実だった。

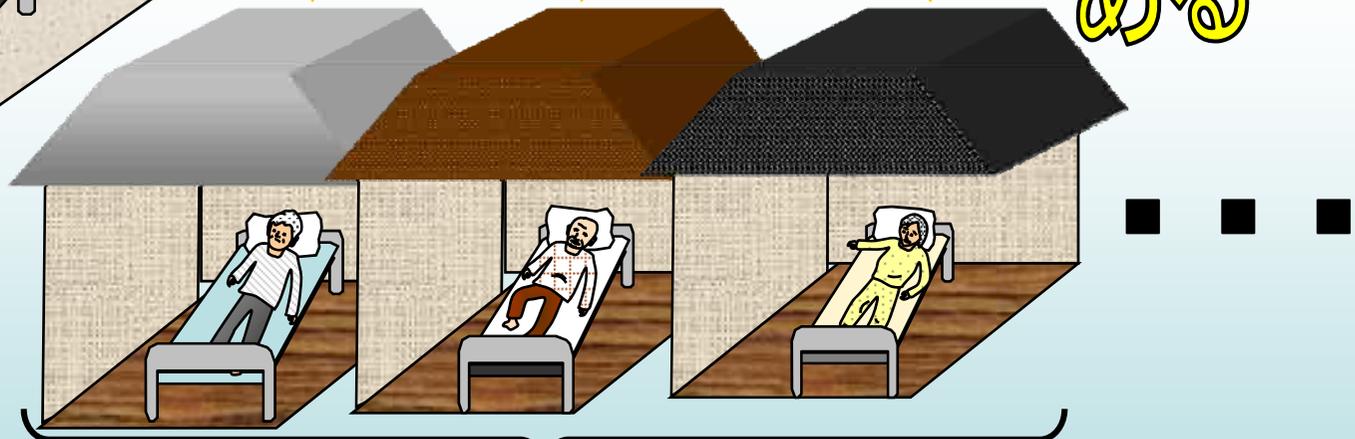
在宅療養支援診療所ができて在宅看取りが増加 = 最期まで生活できた

急性期病院を支援する在宅医療



病院ベッドを
在宅ベッドに移動

在宅医療
には無限
のベッドが
ある



新たな患者の
検査と治療に
専念できる

在宅ベッドで安心医療と生活

独居＋全身麻痺＋呼吸器＋胃瘻で暮らす制度が既にある

	0:00	8:00	12:00	16:00	20:00	24:00
月	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所①介保	事業所①M県単独事業		広域支援
火	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援 事業所①介保	介護者A全身性 事業所①支援 訪問看護	介護者A全身性 事業所①支援	事業所②支援 入浴車	広域支援
水	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	介護者B全身性 訪問看護	介護者B全身性 事業所②支援	事業所③介保	広域支援
木	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	広域支援 Oさん 訪問看護 事業所①支援 ボランティア	事業所②支援	事業所③介保	広域支援
金	広域支援 (前日より通し)	事業所①支援	訪問看護 事業所①介保	事業所①支援	事業所③支援 入浴車	介護者B全身性 広域支援
土	広域支援 (前日より通し)	ボランティア	事業所④支援	事業所④介保	介護者B全身性	広域支援
日	広域支援 (前日より通し)	ボランティア	事業所③介保	事業所③支援		広域支援

凡例	訪問看護	身体障害者自立支援法	介護保険
	M県単独事業	S市全身性障害者等指名制介護助成事業	ボランティア

医療の三分化を軸に機能させる

在宅医療

在宅療養支援
診療所

重症対応
在宅看取り

(24時間365日)

病院

治療に専念
救急対応・患者へ十分説明

入院治療

連携
紹介

外来診療所

予防医学＋
病院へ紹介
→健康維持

外来受診

在宅療養支援診療所

- ① 民間立：12548ヶ所 2010年10月現在
- ② 行政立：夕張市・留萌市
- ③ 医師会等：長崎市 長崎在宅ドクター
ネット(80ヶ所)

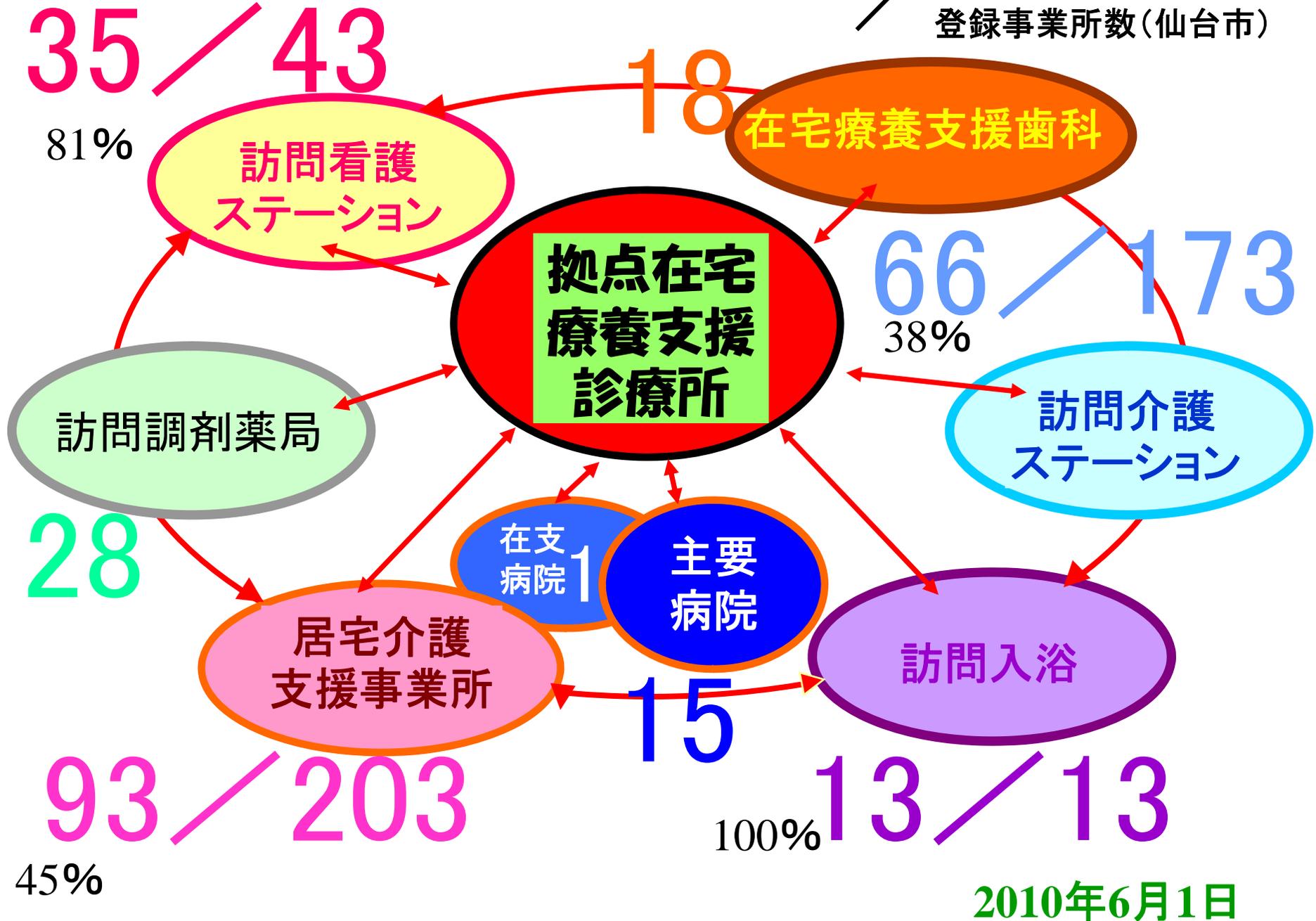
在宅療養支援病院

- ① 全国：356ヶ所 在支診の後方支援・
24時間対応・在宅の看取りが可能なのが最も重要
(これこそが最期まで在宅生活が可能なた証です！)

いずれでも良い適正配置をめざせ！

連携事業所数

平成21年7月介護保険
登録事業所数(仙台市)



在宅医療【医療費＋介護費】(要介護度1・2・3・4・5・最重度)

人工呼吸器 装着者

医療費平均	介護費平均	計
246,180円	289,104円	535,284 円
n=27、最大値 =397,680 最小値 =164,350	n=18、最大値 = 366,813 最小値 = 18,293	

医療費平均	介護費平均	計
106,380円	259,877円	366,257 円
n=70、最大値 = 287,770 最小値 = 35,490	n=36、最大値 = 381,332 最小値 = 60,776	

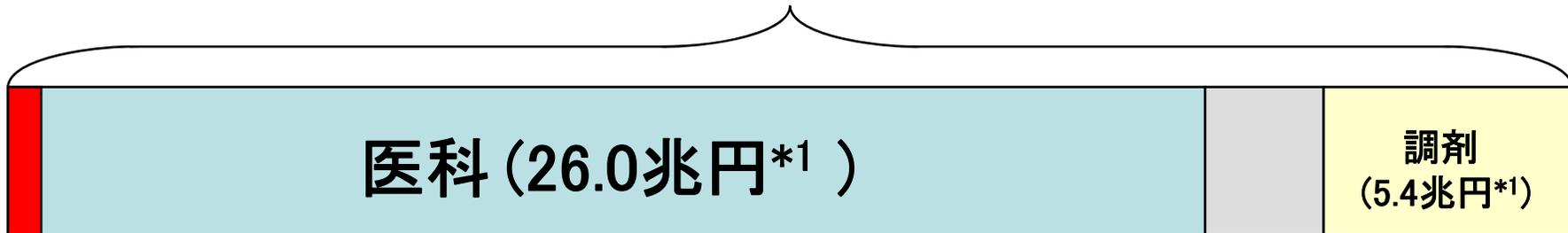
医療費平均	介護費平均	計
103,220円	188,343 円	291,563 円
N=24、最大値 = 476,920 最小値 = 60,870	N=15、最大値 = 310,946 最小値 = 23,548	
医療費平均	介護費平均	計
78,800円	155,265円	234,065 円
N=22、最大値 = 198,320 最小値 = 24,510	N=10、最大値 = 268,718 最小値 = 9,345	

医療費平均	介護費平均	計
90,380円	97,680円	188,060 円
N=20、最大値 = 431,520 最小値 = 49,410	N=10、最大値 = 164,257 最小値 = 11,088	

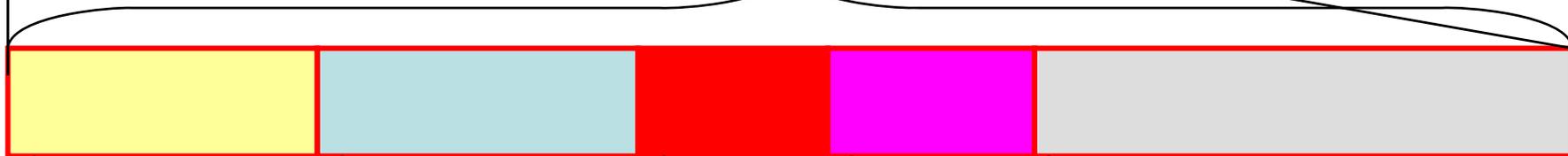
算出データは、仙台往診クリニックで管理する在宅生活者の2008年4月～6月(3ヶ月間)の医療保険点数、介護利用状況から、平均値を算出したものである。
費用の詳細は、別表を参照のこと

在宅医療費は少ない→少ない医療費で高い効率 24時間訪問し、最期まで生活支援が可能

国民医療費 (34.1兆円*1)



在宅 (6,503億円*3 (内科の**2.5%***2))



ほとんどが訪問しない・看取らない
診療所・病院の外来医療で
算定されている

↓
在宅自己注射指導管理料および加算 (1,294億円*3)

↓
在宅酸素療法指導管理料および加算 (1,324億円*3)

在医総管・在宅末期 (791億円*3)

往診・訪問 (853億円*3)

その他 (2,240億円*3)

**本当の在宅は
たった0.6%*2)**

*1 :平成20年 医療費の動向
*2 :平成20年 社会医療診療行為別調査
*3 : *1における総額に *2 における割合を適用

【医療問題の解決策】

病院機能活性化の究極兵器

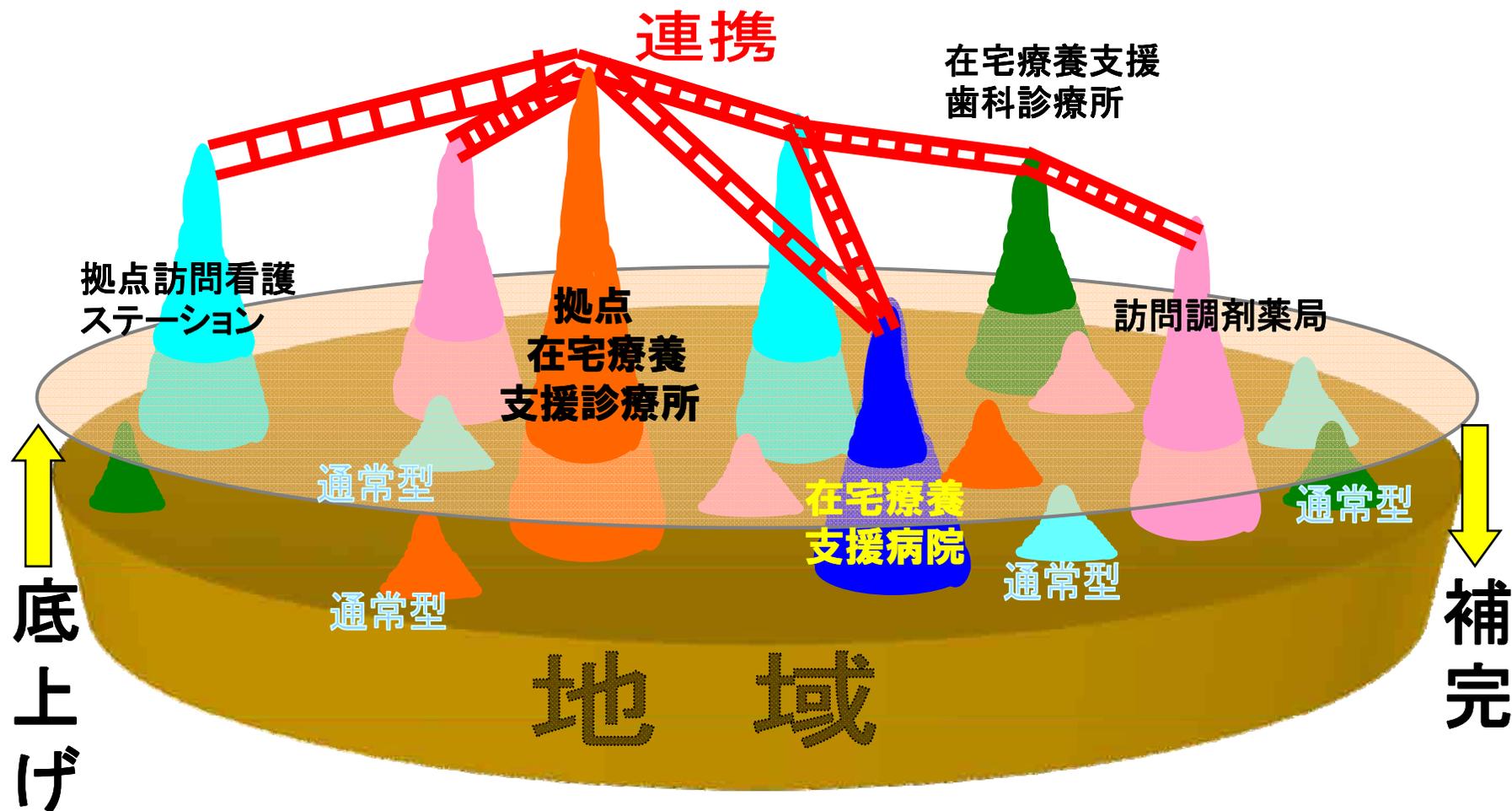


在宅医療は【どこでも病棟機能】



在宅医療は診療所機能の一部ではない
病棟機能の重要な補完システムである！

在宅医療の拠点＋通常事業所連携



2011. 02. 02
中央社会保険医療協議会 資料

訪問看護の現状と課題

～在宅療養を支える看護職として～

(株)ケアーズ

白十字訪問看護ステーション

統括所長 秋山 正子

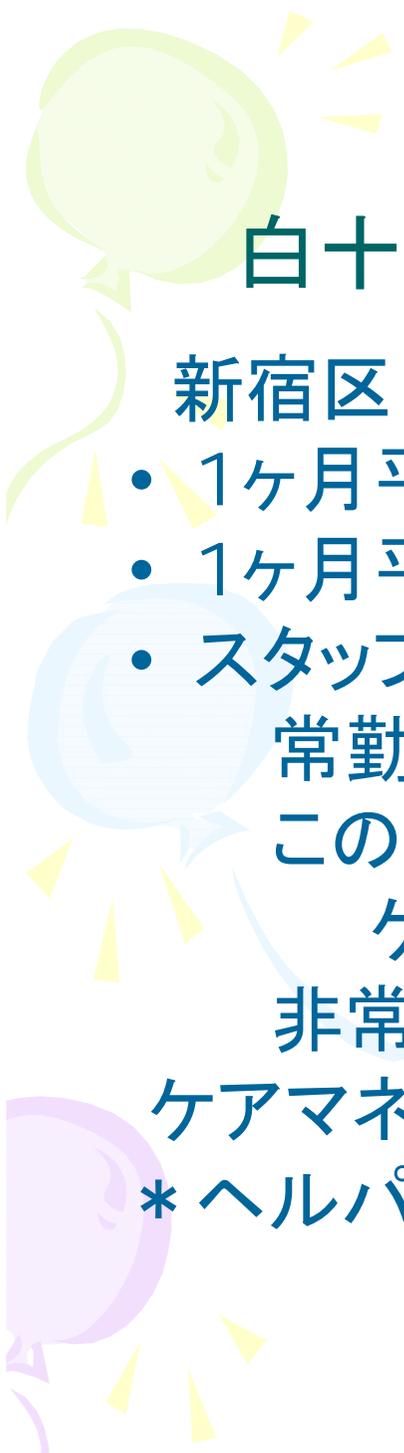


いのちに寄り添うケアを届ける

- ・1992年 訪問看護ステーション制度の初年度から、在宅ホスピスを中心とした訪問看護活動に従事
- ・2001年 母体の医療法人解散により、独立。
同じ地域で、訪問看護の火を絶やさずに灯し続けたい。
- ・2006年 NPO白十字在宅ボランティアの会設立し協働体制
- ・2007年 東久留米にも開設し都内2ヶ所で訪問看護・居宅介護支援事業展開 訪問介護事業を市ヶ谷で併設

いのちに寄り添うケアを生活の場にお届けしたい。
訪問看護に興味を持ってくれる人を増やしたい

- ・2010年3月 NHKプロフェッショナル仕事の流儀 放映
「どんなときでも、命は輝く」
一般向けの書籍「在宅ケアの不思議な力」
「在宅ケアのつながる力」
- ・2011年2月



白十字訪問看護ステーションの事業概要

新宿区 市ヶ谷 (2011年1月現在)

- 1ヶ月平均の利用者数 約160名
- 1ヶ月平均の延べ訪問件数 963回

- スタッフ数

常勤 9名 非常勤7名(常勤換算5名)

このうち 保健師資格保有者 9名

ケアマネージャー資格保有 8名

非常勤 PT 1名 常勤事務 2名

ケアマネ専任 社会福祉士1名 介護福祉士1名

* ヘルパーステーション併設 介護職 14名

医療・介護度別利用者の割合

H21.7 ~ H22.6の延べ人数

• 要支援1	77	(5.7%)	
• 要支援2	69	(5.1%)	
• 要介護1	192	(14.2%)	
• 要介護2	271	(20.1%)	
• 要介護3	209	(15.5%)	
• 要介護4	225	(16.7%)	
• 要介護5	306	(22.7%)	75.6%
• 医療保険	434		24.4%

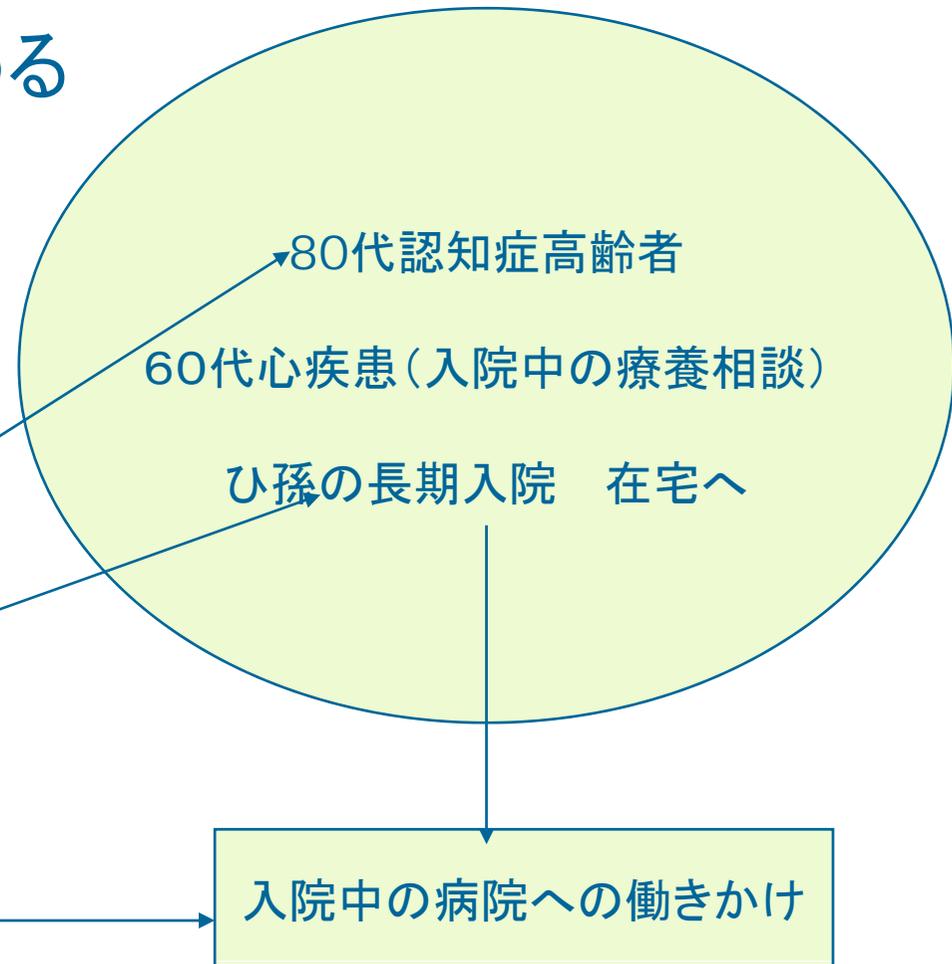
白十字訪問看護ステーション 市ヶ谷 2010

小児から超高齢者まで

- 家族の健康問題に関わる
- 潜在ニーズ引き出し
適切な医療に繋げ
悪化を予防する
- 穏やかな看取りを支援

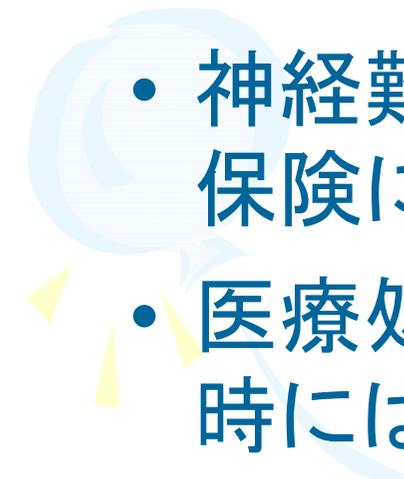
介護保険の訪問看護
医療保険の訪問看護

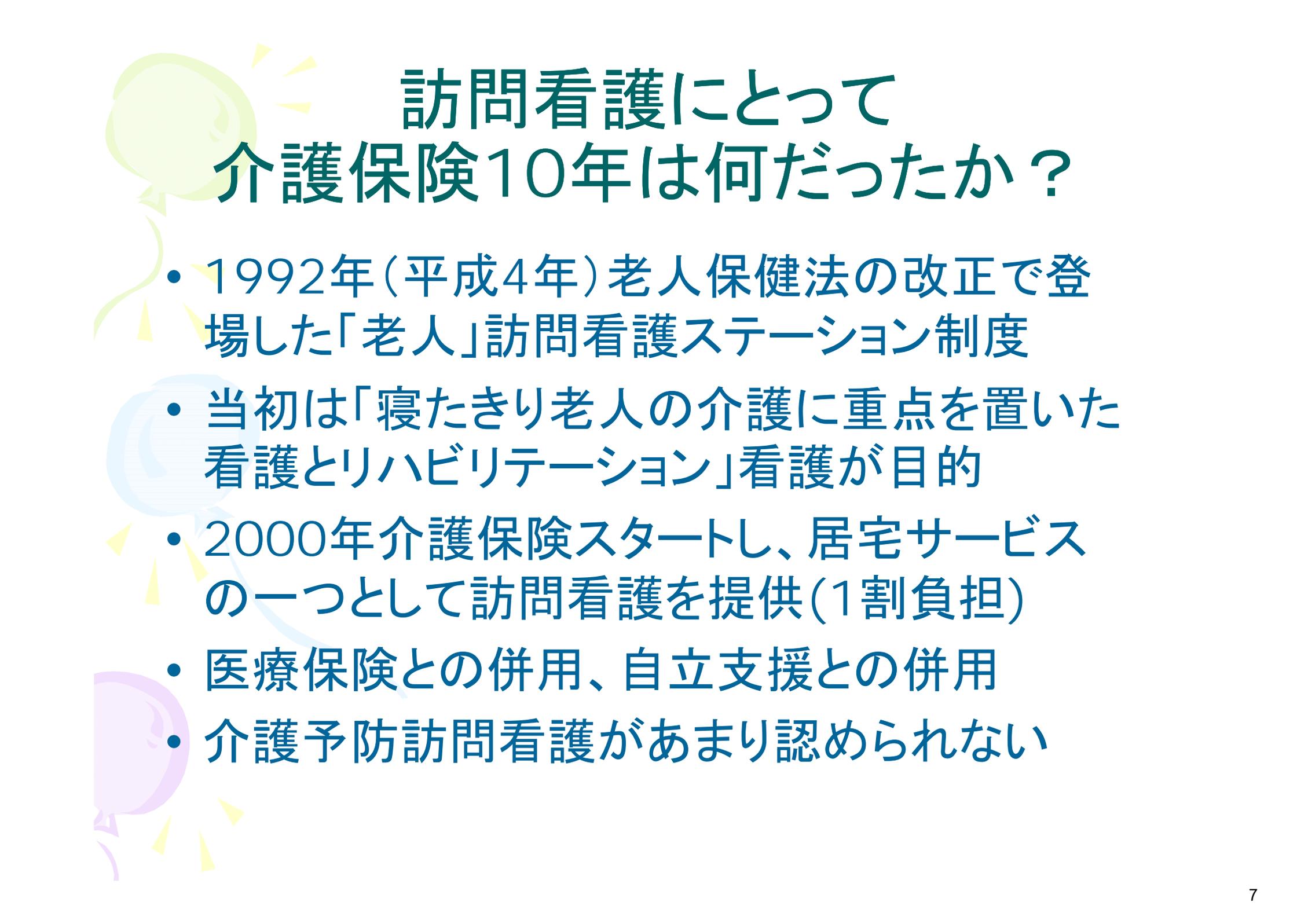
小児の医療対策
助成制度の活用





難病、精神疾患と対象拡大

- 介護保険による高齢者への訪問看護提供
(中重度要介護者への訪問看護依頼が主)
 - 神経難病、がん末期、急性増悪時には医療保険に切り替わる
 - 医療処置の多い急性期病院からの退院支援時には入院中の病院訪問が必須
 - 精神疾患患者の退院支援、治療中断者への訪問看護のニーズも増えてきた
- 
- 



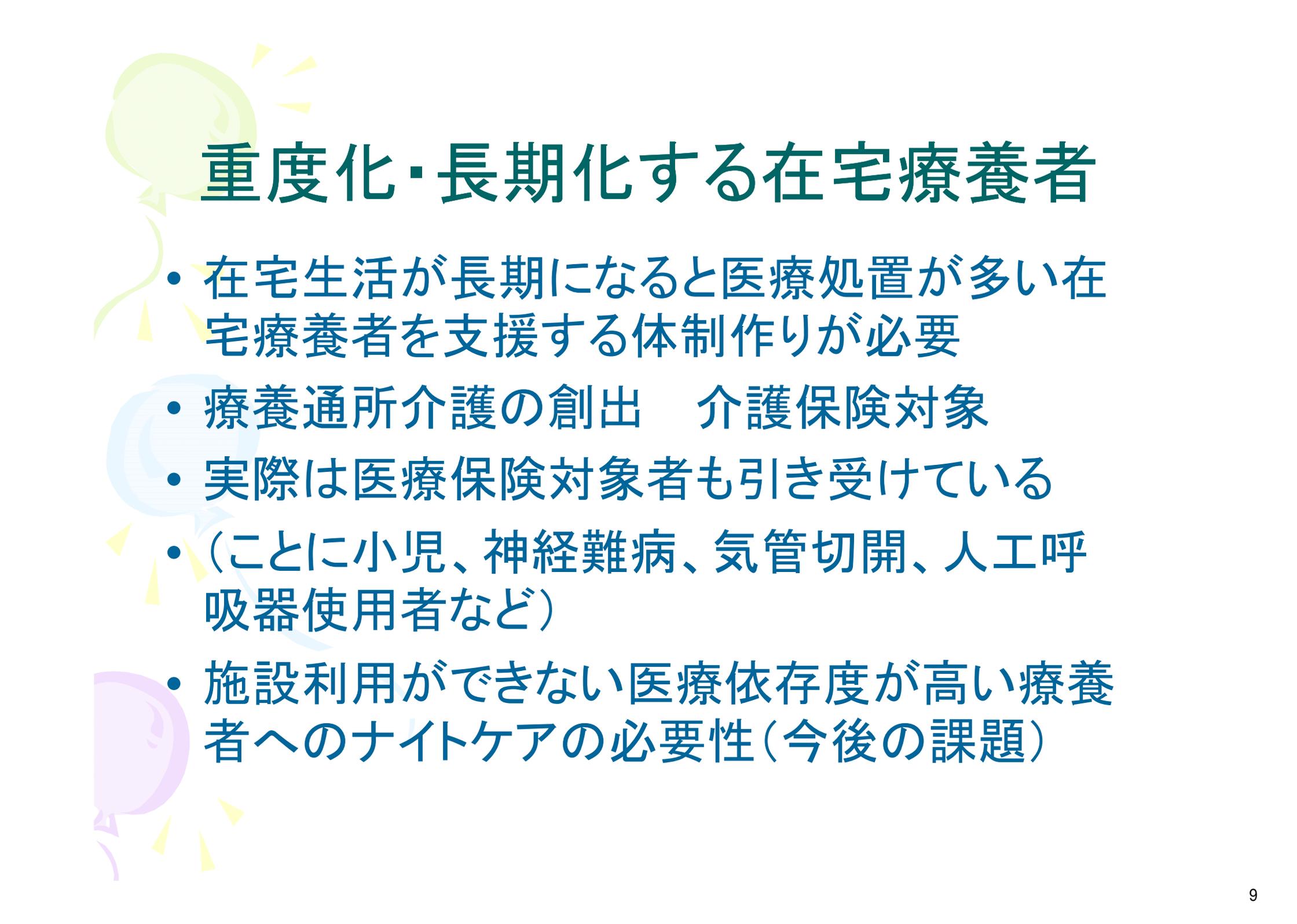
訪問看護にとって 介護保険10年は何だったか？

- 1992年(平成4年)老人保健法の改正で登場した「老人」訪問看護ステーション制度
- 当初は「寝たきり老人の介護に重点を置いた看護とリハビリテーション」看護が目的
- 2000年介護保険スタートし、居宅サービスの一つとして訪問看護を提供(1割負担)
- 医療保険との併用、自立支援との併用
- 介護予防訪問看護があまり認められない



中重度者に対する訪問看護

- 要介護4・5者に急に増えるサービス供給量
- 使い控えが起こり、限度額超過の実態
- 医療処置が多くなって始めて導入される訪問看護(Ex:褥瘡が出来てからの依頼)
- 医療処置がないと依頼が無い訪問看護
- 医療依存度の高い重度化した利用者の長期化 療養通所介護・・・実施に踏み切る機関が少ない



重度化・長期化する在宅療養者

- 在宅生活が長期になると医療処置が多い在宅療養者を支援する体制作りが必要
- 療養通所介護の創出 介護保険対象
- 実際は医療保険対象者も引き受けている
- (ことに小児、神経難病、気管切開、人工呼吸器使用者など)
- 施設利用ができない医療依存度が高い療養者へのナイトケアの必要性(今後の課題)



回数は多くなったのに収入減？

- 20分はほとんど実施が困難
 - 30分が増える……………約3割
 - 60分は維持だが回数を制限(限度額管理)される事あり
 - 90分は少なくなる
 - 医療保険は一日単価の出来高
-
- 介護給付総額のうち、訪問看護は2%！！

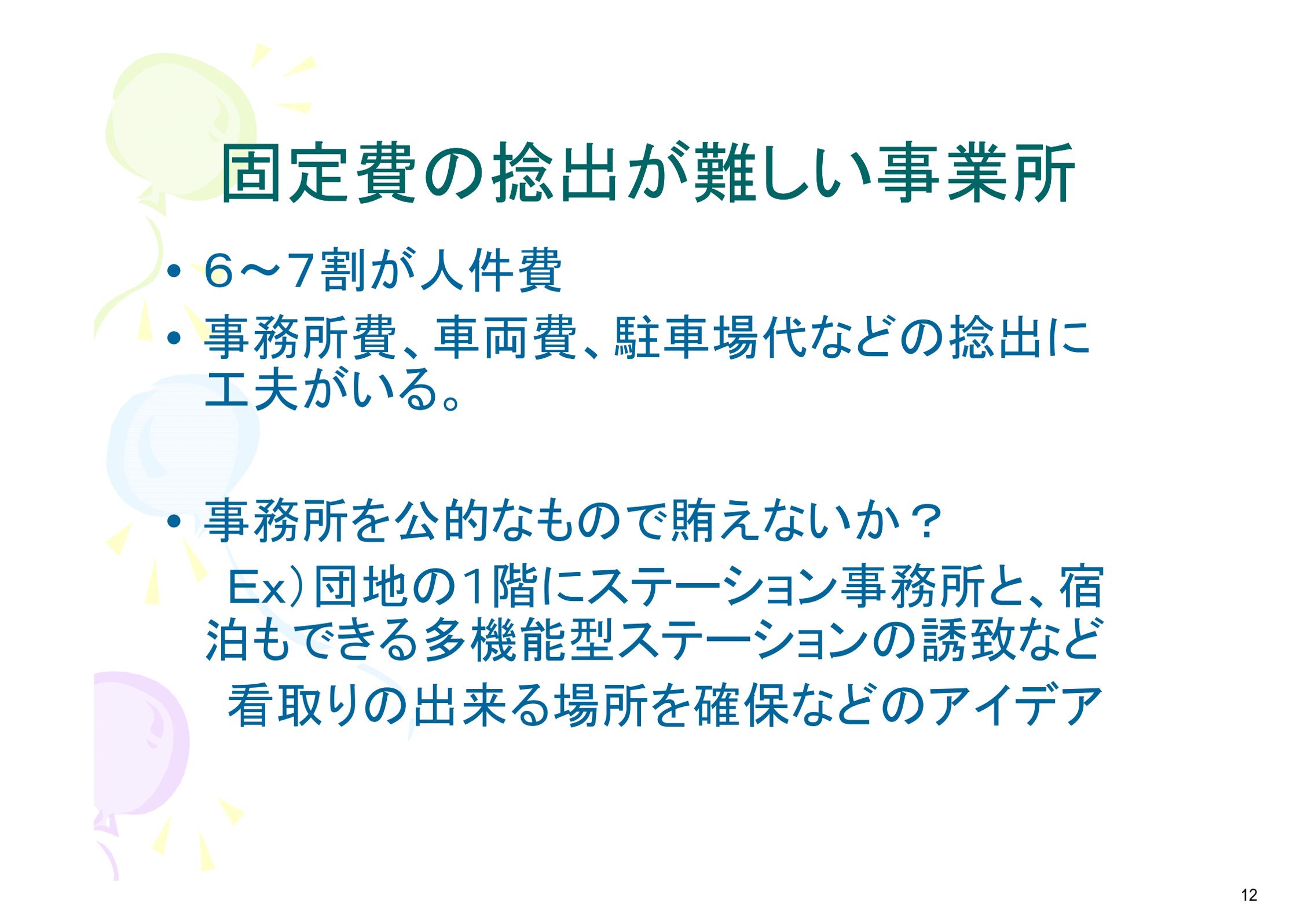


訪問看護の事業所運営

- 地域格差がかなり見られる
- 訪問までの交通手段・時間に影響を受ける
- 効率よく回りたいがそれぞれのケアプランに位置づけられ、曜日や時間に偏りが生じる
(月・金の午後はゴールデンタイムで集中など
他のサービスとのバランスで、サービス時間の
遍在)

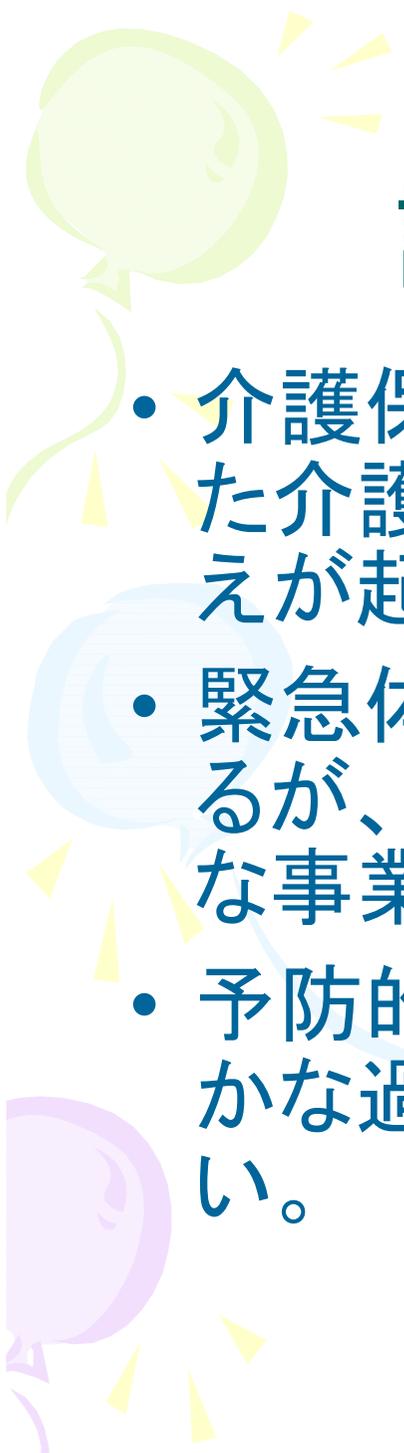


★人材活用をどうするかが、最大の課題



固定費の捻出が難しい事業所

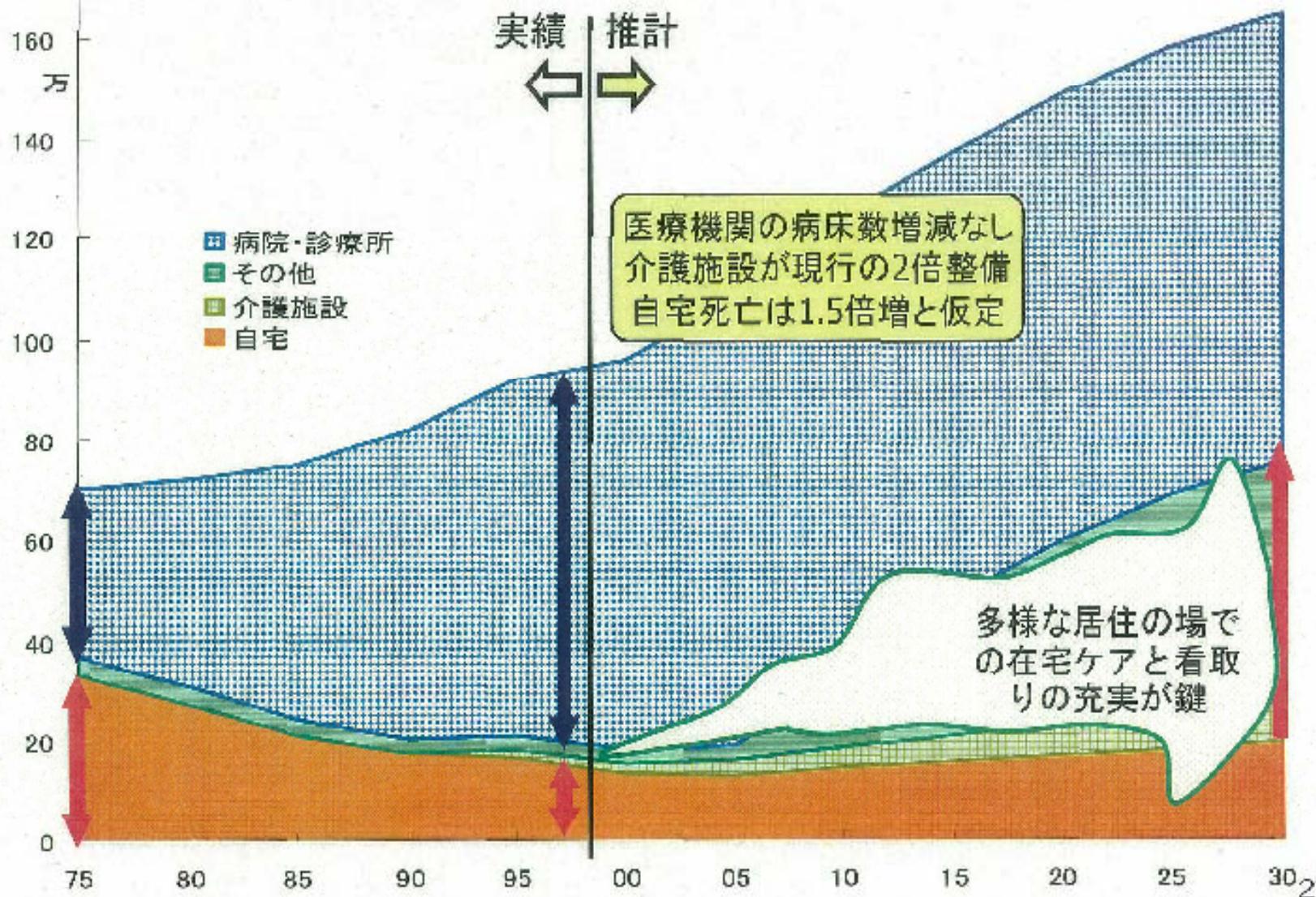
- 6～7割が人件費
- 事務所費、車両費、駐車場代などの捻出に工夫がいる。
- 事務所を公的なもので賄えないか？
Ex) 団地の1階にステーション事務所と、宿泊もできる多機能型ステーションの誘致など
看取りの出来る場所を確保などのアイデア



訪問看護の現状と課題

- 介護保険になり、ケアプランに位置づけられた介護サービスの一環となった結果、使い控えが起こっている。
- 緊急体制をとることで「安心」の保障をしているが、それに対するマンパワーの確保が困難な事業所が多い。
- 予防的にかかわる事で、入院を回避し、穏やかな過程を辿ることが十分に理解されていない。

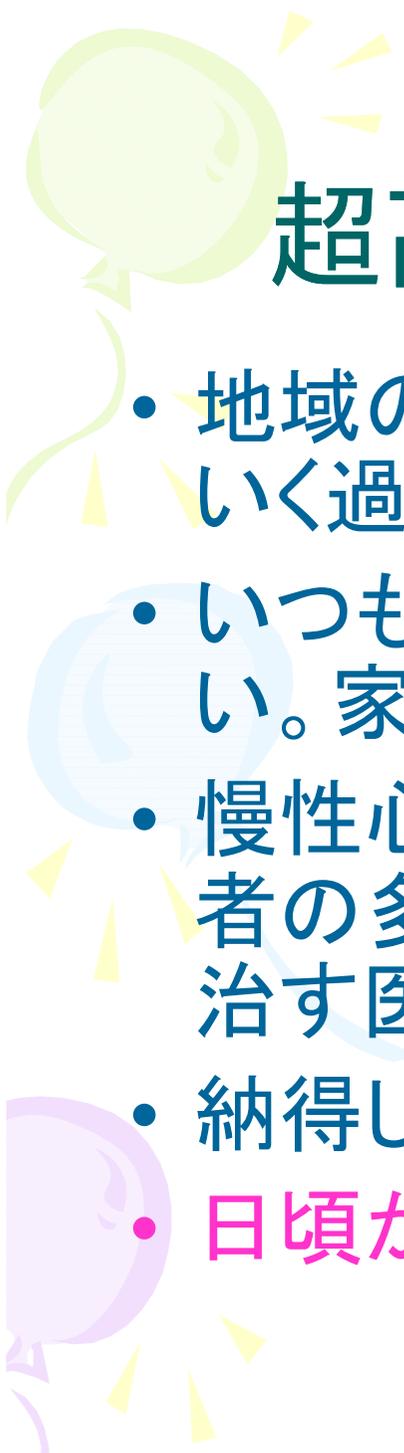
2. 総死亡数の変化と主な死亡場所の将来推計





病気・死の病院化

- 病院死が一般化している
 - 死に逝く人を見た事が無い
 - 老化に伴う自然な亡くなり方のモデルが身近に無い
 - 病院でなければ死ねないと思っている
 - 一般人のみならず、急性期医療の医療者も
 - ★ End of life careをどうするかを急性期病院も含めて早急に検討すべき時がきている
- 



超高齢者の穏やかな在宅死

- 地域の中で暮らし続け、穏やかに亡くなっていく過程を、どう支え続け看取っていくか？
- いつも見てくれる先生に脈を取ってもらいたい。家で亡くなりたい思いを遂げたい。
- 慢性心不全・慢性呼吸不全・慢性腎不全患者の多くは病院で亡くなっている。いつまでも治す医療だけで良いだろうか？支える医療へ
- 納得して見送れ、家族にも悔いが残らない。
- 日頃からのかかりつけ医と訪問看護の連携

急性期医療が重介護状態を作り出している？

- 高齢者の入院による廃用性症行群の発症
- 救急（在宅で遭遇する高齢者の救急）

発熱 脱水 誤嚥 急性腹症

転倒 骨折 便秘 意識障害

運ばれたあとの状態はどうなっているか？

胃瘻のベルトコンベアに乗せられてしまっていないか？**数日をしのぐ為には何が必要か？**

出来るだけ緊急入院しない地域を作るには？

後期高齢者を支え、看取るには？

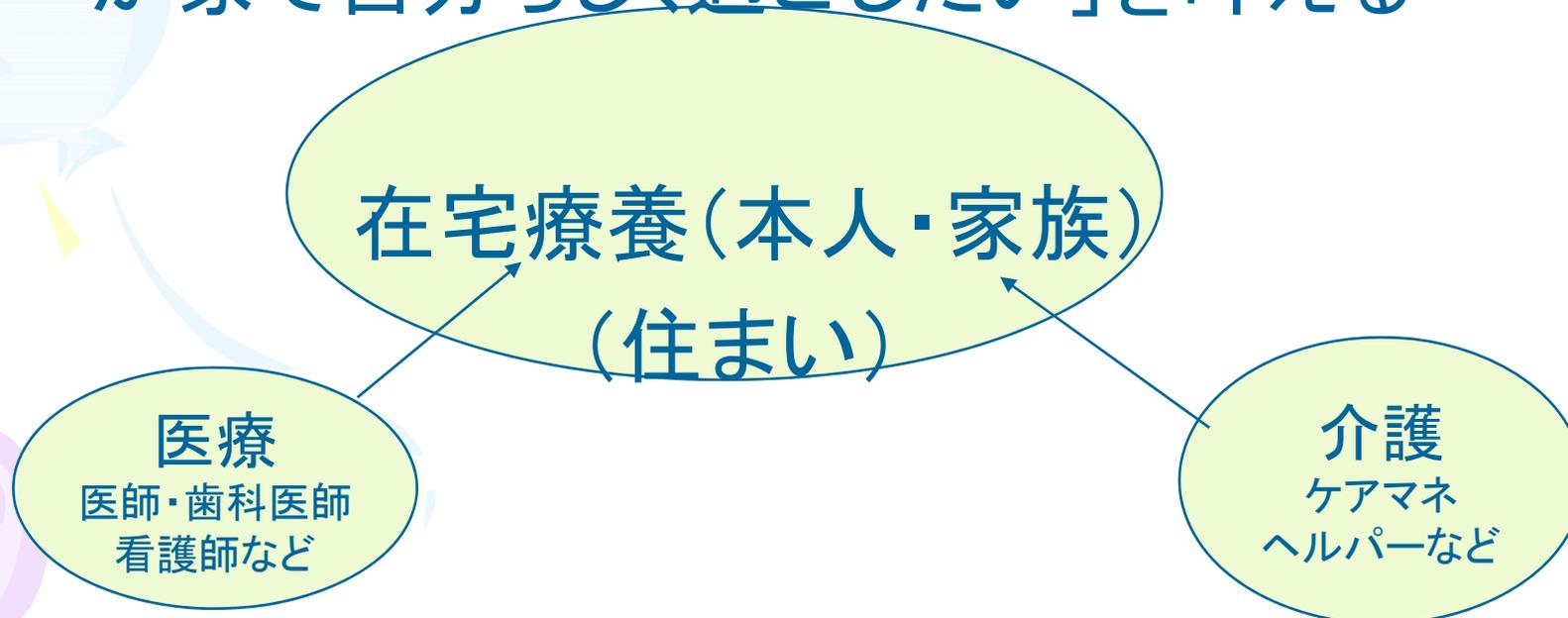
◆ 30人の後期高齢者を継続して6年間経過観察した結果、自宅看取り率54.5%、訪問看護を継続して利用することで、住み慣れた自宅での最期を迎えることも実現可能になっている。

* 看取りには、在宅訪問診療医師との連携協力が不可欠である。後期高齢者の場合は介護者も高齢の場合もあり、介護支援専門員（ケアマネジャー）や介護職等との連携や、レスパイトケアのできる施設との連携も必要である。

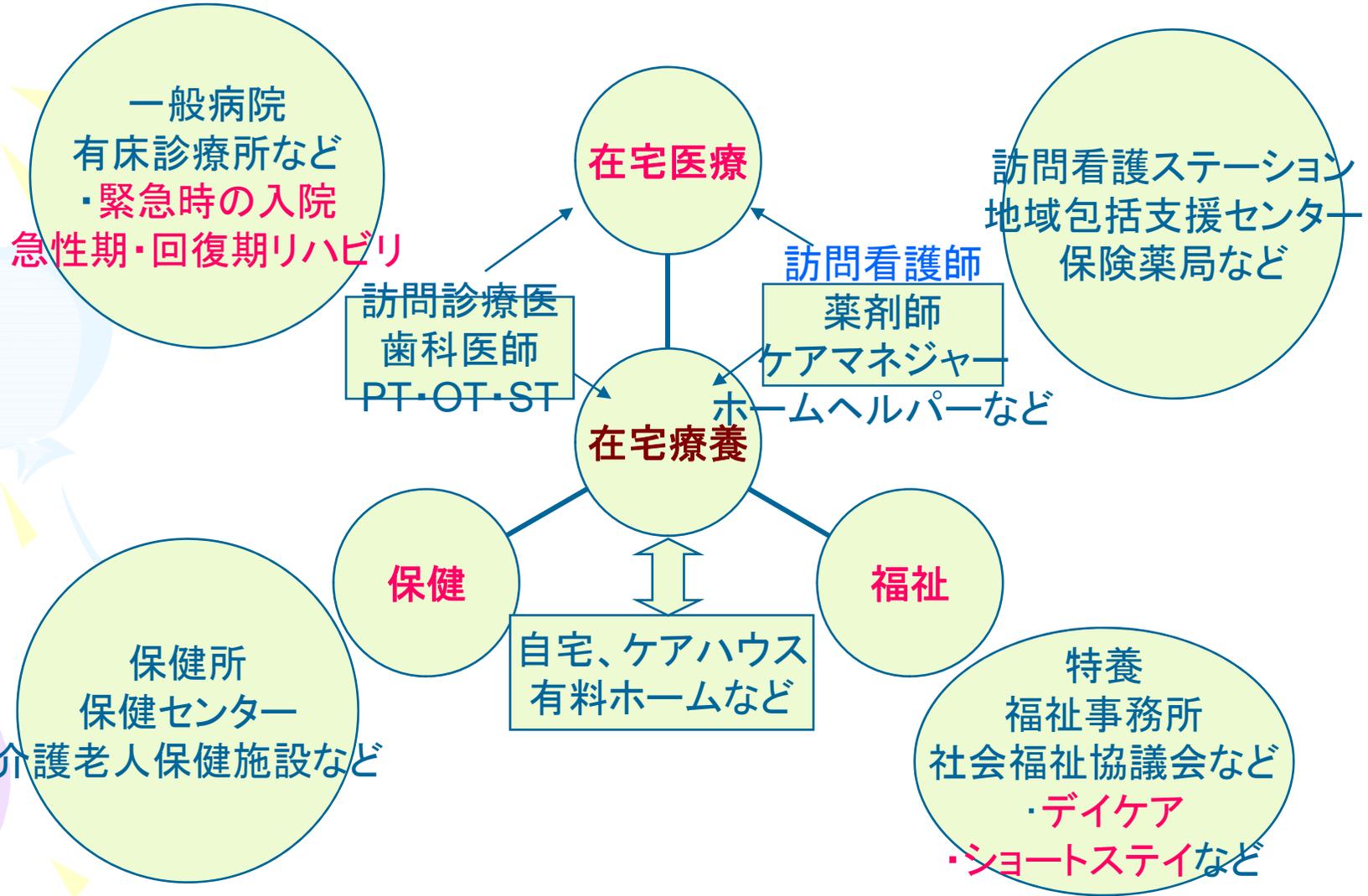
在宅療養の意義

(在宅医療は医療者主体)

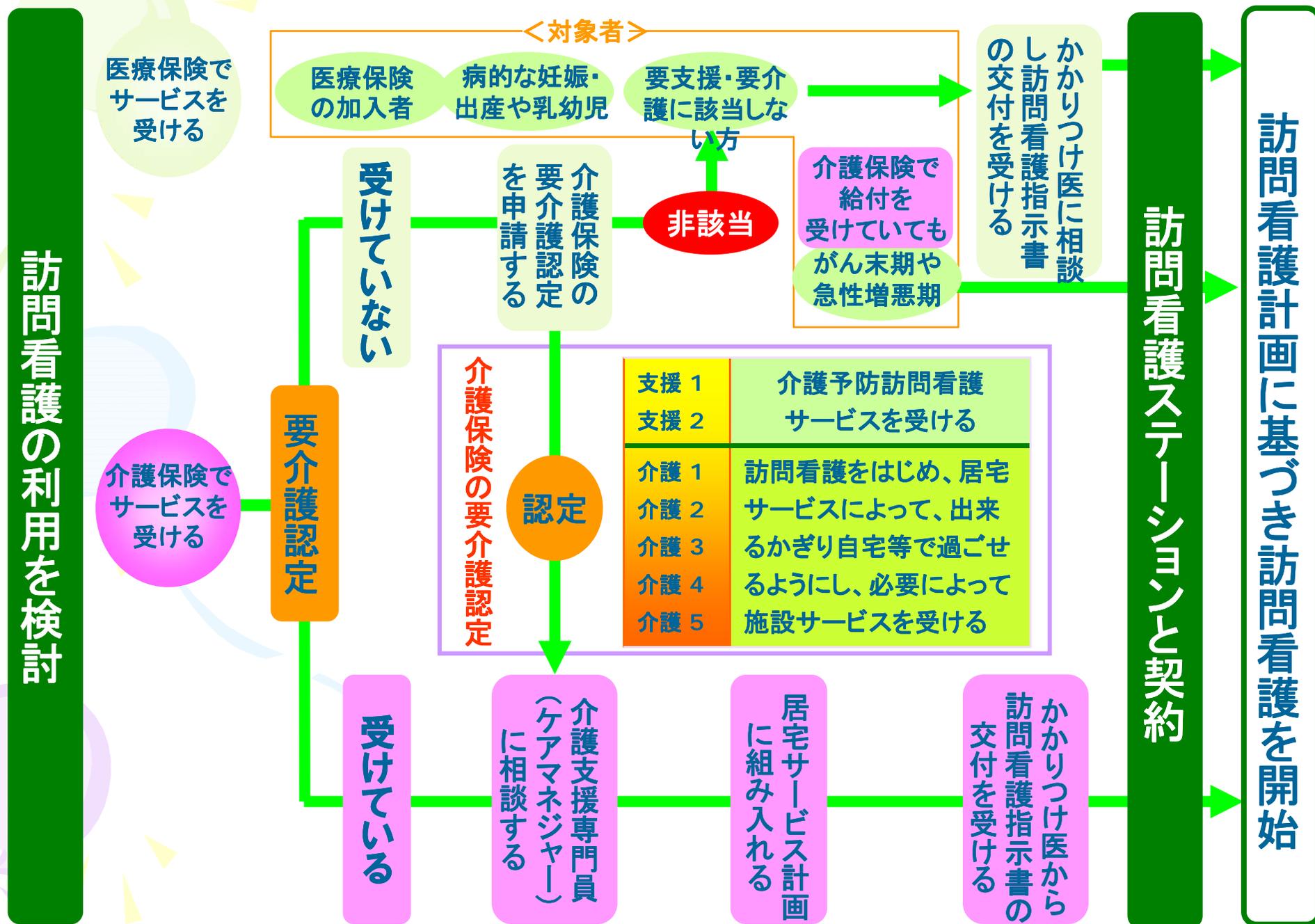
- 「住み慣れた自分の家で療養したい」
- 「できれば最期までの日々は、思い出深い我が家で自分らしく過ごしたい」を叶える



「在宅療養」をささえるネットワーク



訪問看護サービスを受けるまでの流れ



長期入院を余儀なくされた80代女性の退院調整と その後の在宅ケア

<既往歴>

間質性肺炎、胸、腰部圧迫骨折

<現病歴>

・20年ほど前から多関節痛出現。

リウマチ科受診し、変形性関節症と診断。

・4年前からプレドニン10～15mg内服

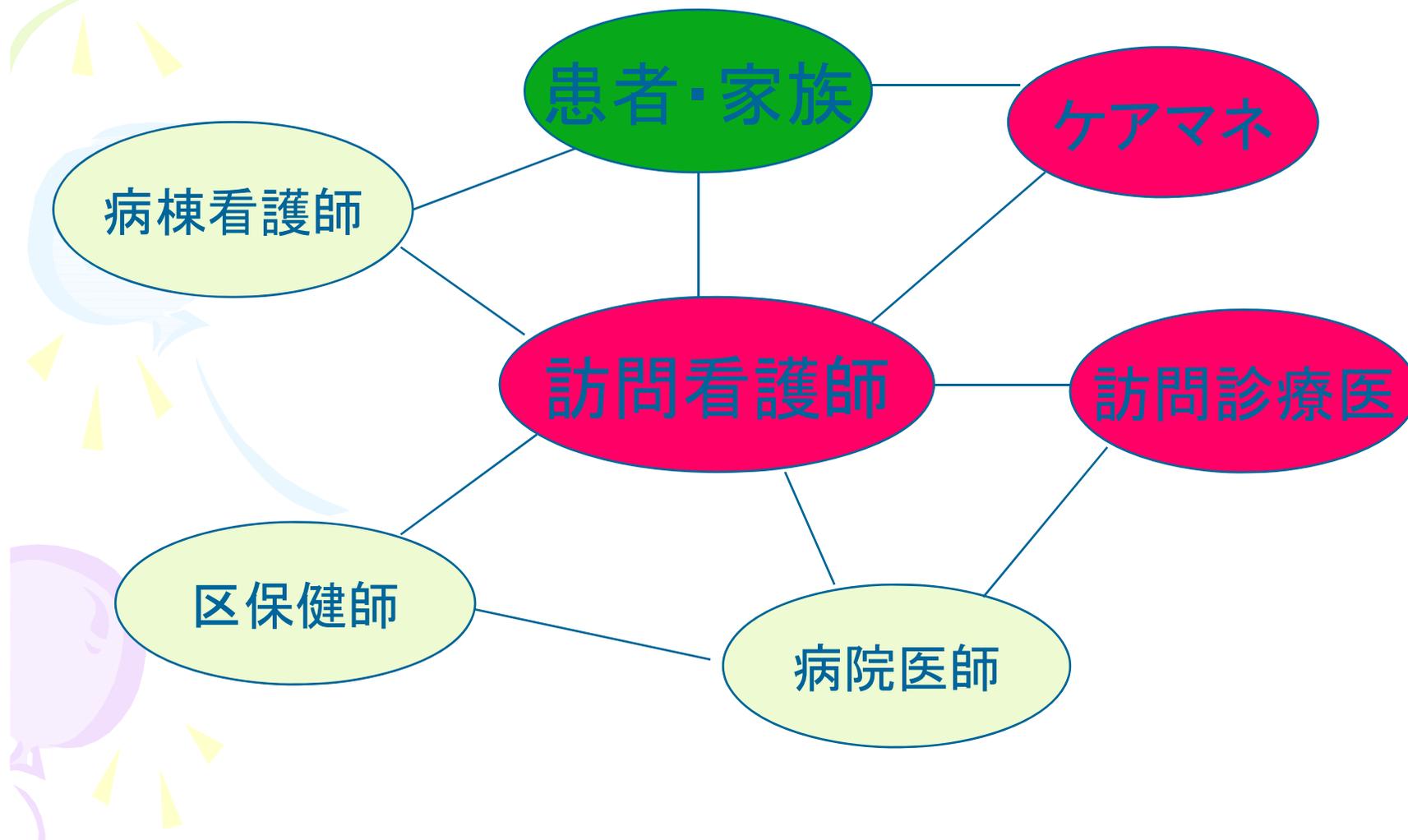
(最初はRAとして、途中SLEと診断)

・3年前、左下肢静脈血栓、左下葉肺塞栓で3ヶ月入院

(下大静脈フィルター挿入)

・退院後1ヶ月でカリニ肺炎となり、約6ヶ月入院

退院時に連携した機関



長期内服薬による影響

入院中

入院前

血栓形成
塞栓
骨粗鬆症
圧迫骨折
易感染

中心性肥満
ムーンフェイス
白内障の進行
無菌性骨壊死
皮下出血
高血圧
浮腫
ステロイド性糖尿病
多毛(ひげ)
皮膚線条
皮膚萎縮
うつ状態
創傷治療の遅延

在宅での経過

経過月	状態	リハビリ	プレドニン
退院時	寝たきり・寝返りうてず	マッサージ・関節運動 下肢のけり・体交練習	17
2, 3ヶ月	声が大きくなる・表情が出る	殿部挙上・端座位	16～13
4, 5ヶ月	会話続く	端座位で食事・60度から 起き上がる	12～10
6～8ヶ月	活気上昇・糖尿病薬中止	リフトで離床	8
9, 10ヶ月	自然排便となる	気力をつける趣味の復活	7
11ヶ月～	会話増える	立位・歩行器で歩行	
21ヶ月～	PT自力で移乗	歩行中心・筋力UP	
25ヶ月～	トイレへ一人で歩行	歩行中心・筋力UP	

長期内服薬による影響の変化

入院中

入院前

血栓形成
塞栓
骨粗鬆症
圧迫骨折
易感染

中心性肥満
ムーンフェイス
白内障の進行
無菌性骨壊死

皮下出血
高血圧
浮腫
ステロイド性糖尿病
多毛(解消)
皮膚線条
皮膚萎縮
うつ状態
創傷治療の遅延

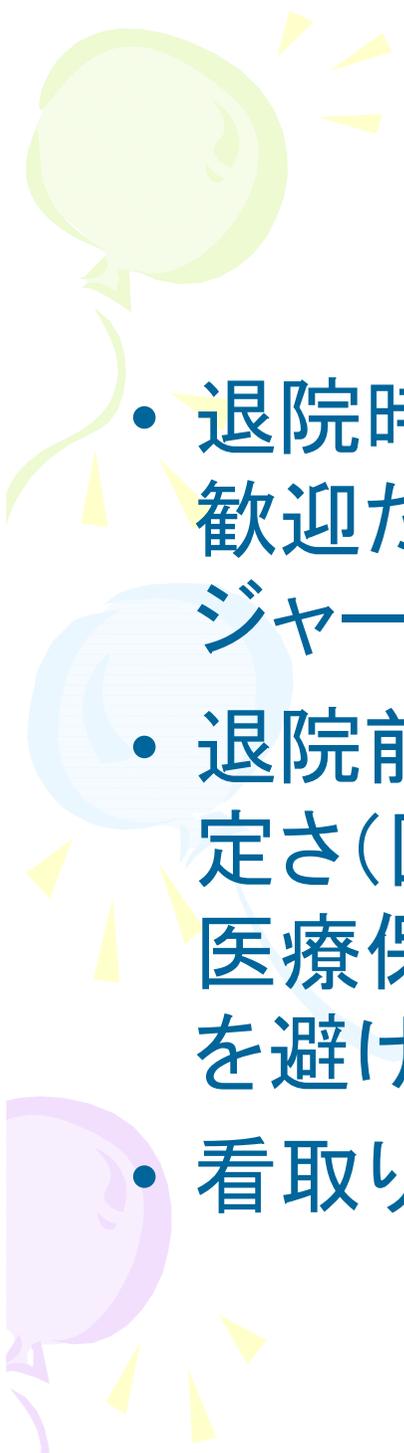


入院回避し在宅継続した要因

- 夫での体験で訪問看護の利点を理解された。
 - 対象者やご家族の特性を把握できており、信頼関係が築けていた。
 - 家族、訪問介護、看護を組み合わせでの介護者の確保ができた(一人の人に介護負担が集中しない)。
 - 訪問診療医、訪問看護での医療面でのサポート、連携ができた。
 - 訪問診療医が毎週入ることによって薬の調整や細かく症状の変化に対応できた。
 - 在宅医と大学病院医師との連携があった。
 - 対象者の意欲を引き出す働きかけを行いながら、リハビリを継続していった。
- 

急性期病院とのスムーズな連携

- 介護の重度化を防ぐ意味で、高齢者の緊急入院を出来るだけ少なくし、かつ入院しても短期間で在宅に戻す事で、廃用症候群の発症予防につながる。
- 急性期病院からの退院時には、在宅ケアチームへのスムーズな情報の伝達や、共有がなされ、退院直後の介護力強化を図り、再入院を避けられるような体制作りが必要。
(嚥下の問題、排泄援助、転倒予防、認知機能の維持)



診療報酬上の問題

- 退院時の調整加算が手厚くなっているのは歓迎だが、介護保険の場合はケアマネージャーのみが対象である。
- 退院前後の調整や、退院直後の期間の不安定さ(回数・内容の変更)を見越した対応には医療保険対応で自由度をます方が、再入院を避ける事にもつながる。
- 看取りに関して、最後の2～3週間を医療で

訪問看護からの情報発信

- 訪問看護を使ってくれる人が少ない
- 訪問看護のなり手が無い
- 急性期臨床看護の現場に在宅の様子が伝わっていない
- ケアマネージャーに在宅医療、殊にターミナルケアのイメージがつきにくい(苦手意識)

マイナス思考をプラス思考に

- 具体的な情報発信・啓蒙活動が必要

訪問看護の可視化

市民へ向けて・行政へ向けて
病院内の医療者へ向けて
etc



行政への働きかけ—新宿区 重点策「在宅療養体制の整備」

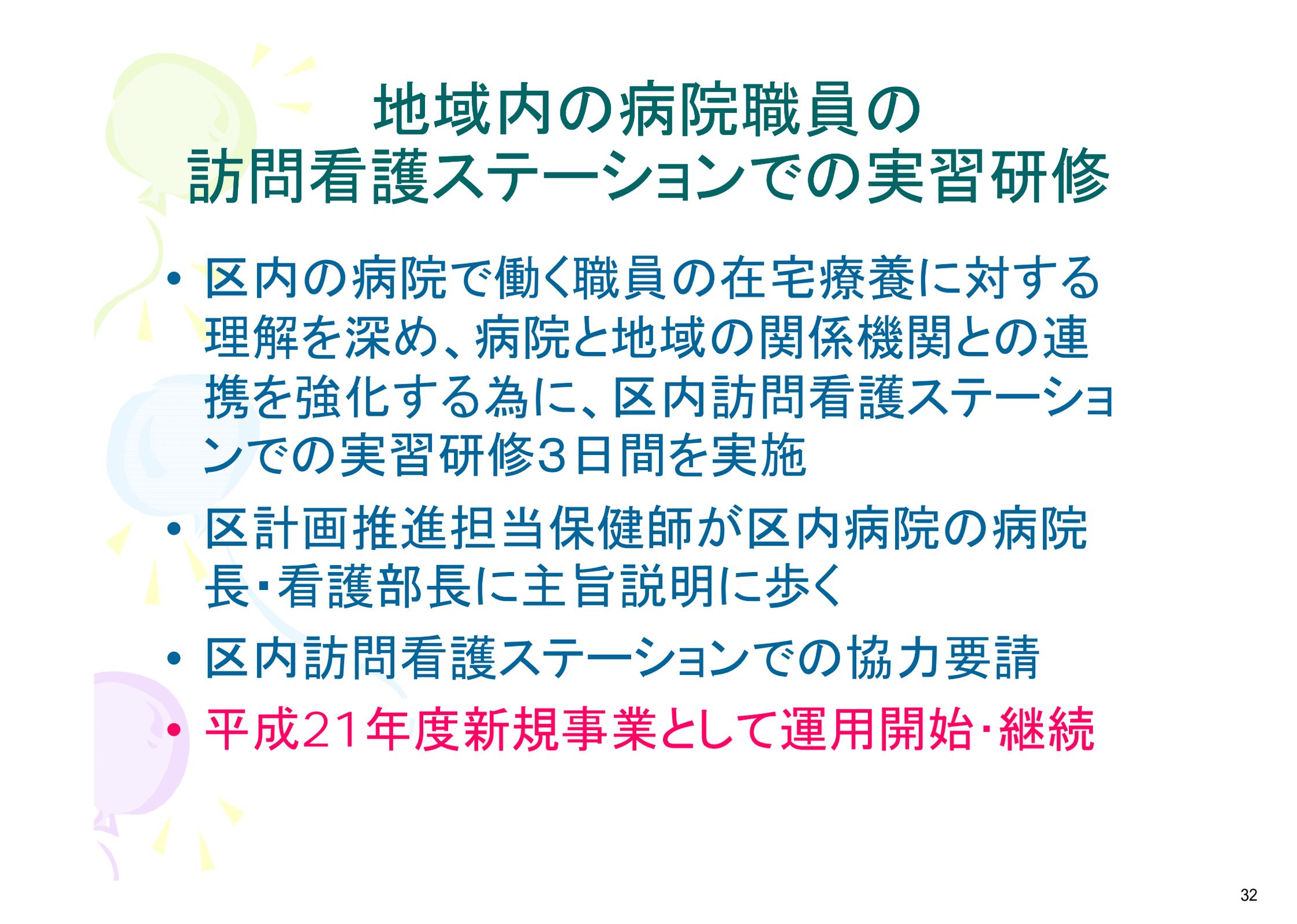
- 平成21年度の高齢者保健福祉計画の重点策3つが挙げられた



1. 認知症対策

2. ケアマネジメントの質の向上

3. 在宅療養体制の整備

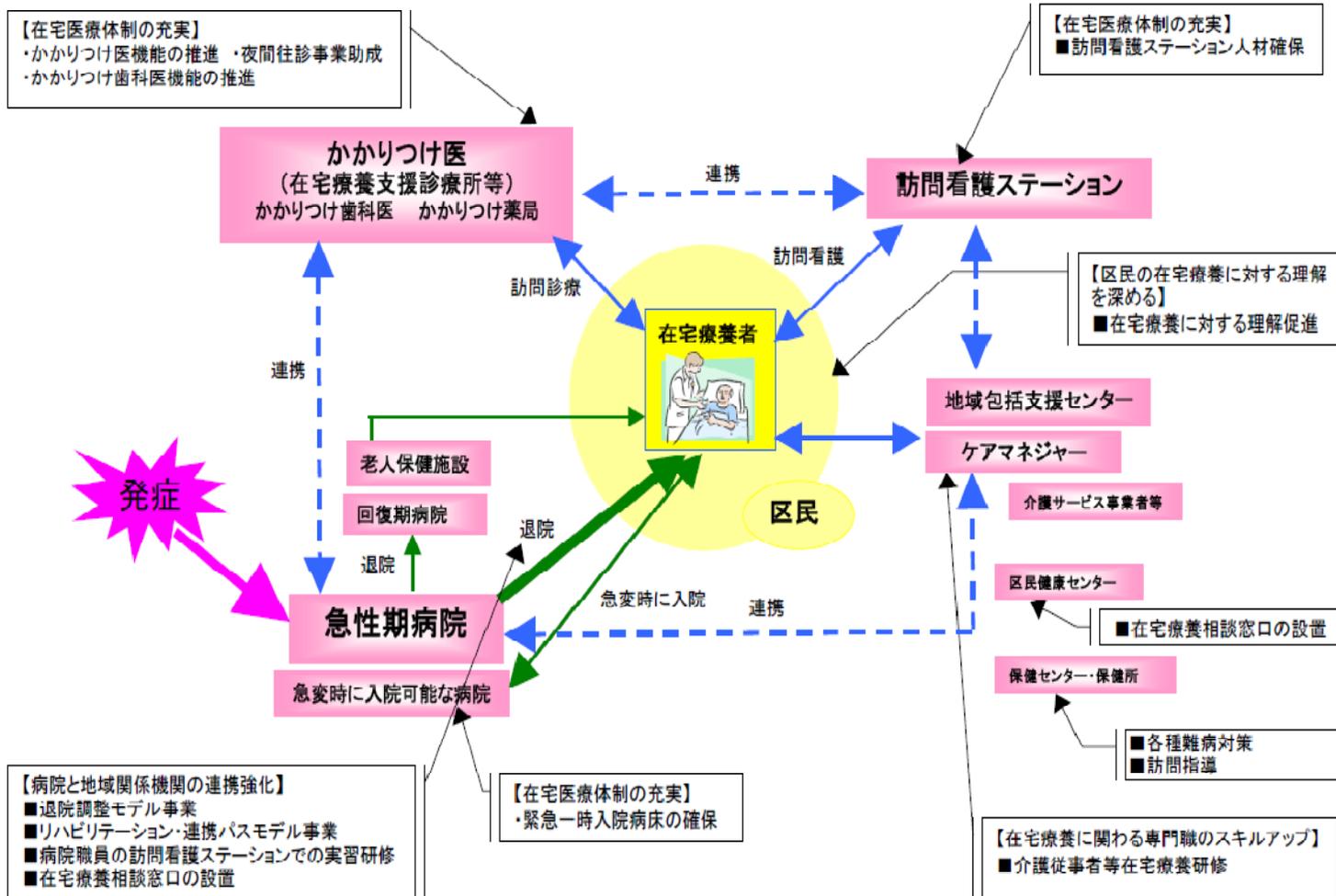


地域内の病院職員の 訪問看護ステーションでの実習研修

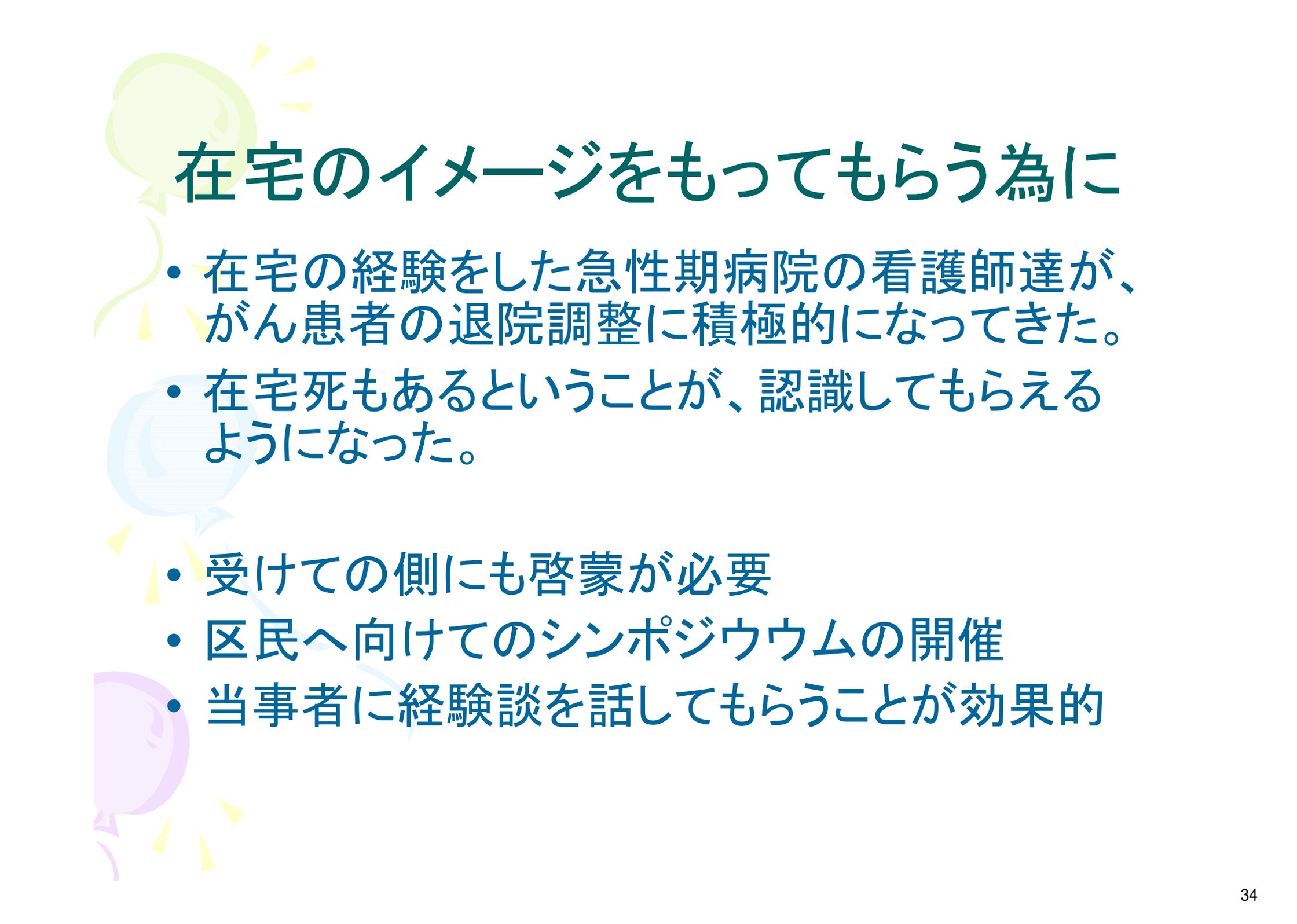
- 区内の病院で働く職員の在宅療養に対する理解を深め、病院と地域の関係機関との連携を強化する為に、区内訪問看護ステーションでの実習研修3日間を実施
- 区計画推進担当保健師が区内病院の病院長・看護部長に主旨説明に歩く
- 区内訪問看護ステーションでの協力要請
- 平成21年度新規事業として運用開始・継続

行政との協働による地域医療連携システムへの提案

在宅療養を支えるしくみ



新宿区高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画
平成21(2009)年2月



在宅のイメージをもってもらう為に

- 在宅の経験をした急性期病院の看護師達が、がん患者の退院調整に積極的になってきた。
- 在宅死もあるということが、認識してもらえるようになった。
- 受けての側にも啓蒙が必要
- 区民へ向けてのシンポジウムの開催
- 当事者に経験談を話してもらうことが効果的

NPOによる市民公開講座

- シンポジウム：「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために～在宅ホスピスが実現できる地域づくりをめざして～」を主催（上記シンポジウムは、日本財団の助成金事業）
- 新宿区内、3カ所で開催しました。翌年も2回ほど開催しています。



在宅ホスピスのシンポジウム、「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために」では、会場からもさまざまな意見が出た

日本財団 助成事業

「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために」
～在宅ホスピスが実現できる地域づくりをめざして～

■ 日時：2008年9月20日（土）
開場 13:30 開演 14:00（16:30 終了予定）
会場：角筈区民ホール（新宿区西新宿4-33-7）

□ 基調講演

・ 松本 武敏（在宅ホスピス従事者・元国立がんセンター東病院）

□ 提言

・ 木下 朋雄（コンフォガーデンクリニック 院長）
・ 塩野 麻子（白十字訪問看護ステーション 看護師）
・ 西山 隆（和光市北地域包括支援センター ケアマネジャー）
・ 在宅で暮取りをされたご家族

□ パネルディスカッション【講演者・提言者とフロアの皆様】

・ コーディネーター 秋山 正子
（白十字訪問看護ステーション所長・白十字在宅ボランティアの会長）

■ 参加費：500円

■ 会場までのアクセス

〈京王バス〉新大塚西口から
新大塚線バス
「パークハイアット東京前」下車
中野駅行または中野駅南口
「十二村地の上」下車
〈京王線〉「有楽町」より徒歩10分
〈地下鉄〉大江戸線「都立大」
A5出口より徒歩10分



■ 主催：NPO法人白十字在宅ボランティアの会

■ 会場：新宿区、茶ヶアース白十字訪問看護ステーション

申込み・問い合わせ NPO法人白十字在宅ボランティアの会
TEL: 03-5935-7708/FAX: 03-3268-1629

新宿区主催でシンポジウムを継続

- 区民のみでなく
区内で働くケアマネージャー
病院関係者なども
聴衆として参加

在宅療養シンポジウム

参加費 無料 手話通訳あり

住み慣れた町で 最期まで暮らすために

在宅で療養すること

あなたや、あなたのご家族が、治らない病気になったら「最期をどこで迎えたいでしょうか？」
「住み慣れたこの町の、できれば自宅で過ごしたい…」
そんな思いを支えたご家族に、実際の経験を話していただきます。
また、ともに支えた「この町」の医師や看護師などの在宅医療や福祉の担い手も交えて、
「この町で最期まで暮らし続ける」ことについて考えてみませんか。



基調講演
住み慣れた町で
最期まで暮らすために
● 太田 秀樹 (おやま城北クリニック院長)

日時 平成 22 年
11月2日火
14:00~16:30 ※13:30開場

会場 牛込単筒区民ホール
地下鉄：大江戸線「牛込神楽坂」
A1 出口より徒歩 0 分
東西線「神楽坂」2 番出口より
徒歩 10 分
都バス：有 63 系統小滝橋車庫前～新橋駅
「牛込北町」下車

**新宿区の在宅療養を
支えるしくみ**
● 新宿区健康部

パネルディスカッション
● 小西 建吉 (早稲田クリニック院長)
● 秦 実千代 (白十字訪問看護ステーション 看護師)
● 丸山由美子 (新宿区社会福祉協議会)
● 在宅介護を経験されたご家族
コーディネーター
● 秋山 正子 (白十字在宅ボランティアの会 事務部長 / 白十字訪問看護ステーション 施設長)

申込み・問合せ
NPO 法人 白十字在宅ボランティアの会
TEL (5935)7708

新宿区 健康部健康推進課健康企画係
TEL (5273)3494 FAX (5273)3930
FAX でお申し込みの場合は、お名前・連絡先をお知らせください。

主催：新宿区



訪問看護師を増やす工夫を

- 臨床研修制度の努力義務化の中で、必ず在宅での訪問看護の研修を入れる
 - 新人からの教育の可能性を探る(実践している所あり)
 - 看護教育での教育体制の整備
 - 潜在看護師の掘り起こし時、必ず、在宅での実習を組み込む
 - ワークライフバランスをふまえ多様な勤務体制可能に
- 



「看取り可能な町」には 訪問看護の充実から

北海道の僻地での実践から

- 訪問看護師が少なく閉鎖しようと思ったところに札幌から管理者が赴任（在宅ケア事業団）
 - どうしても家で死にたいと希望した方を支援
 - それが口コミで広がり、自分もああして死にたいと希望する人が増えた
 - 乳幼児健診来所時に、お母さんの中に看護師資格はと訪ね1件でも良いので手伝って欲しいという声掛けをして人を確保していった。
 - 6年後6人に（訪問看護師が看取りに参画）
- 
- 

人生90年時代の医療

秋山 弘子

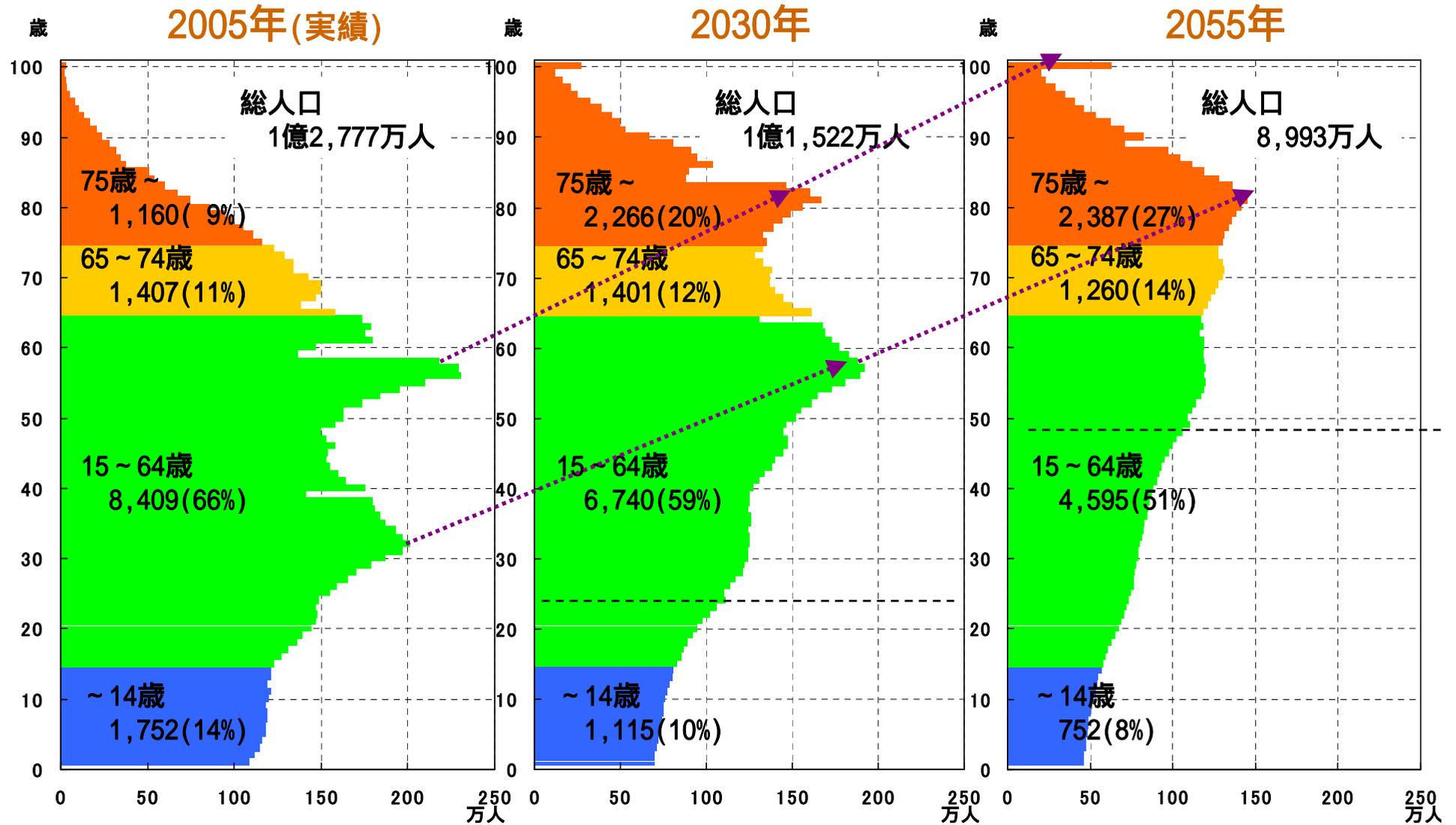
東京大学高齢社会総合研究機構

中央社会保険医療協議会 第186回総会

2011年2月2日

高齢者人口の高齢化

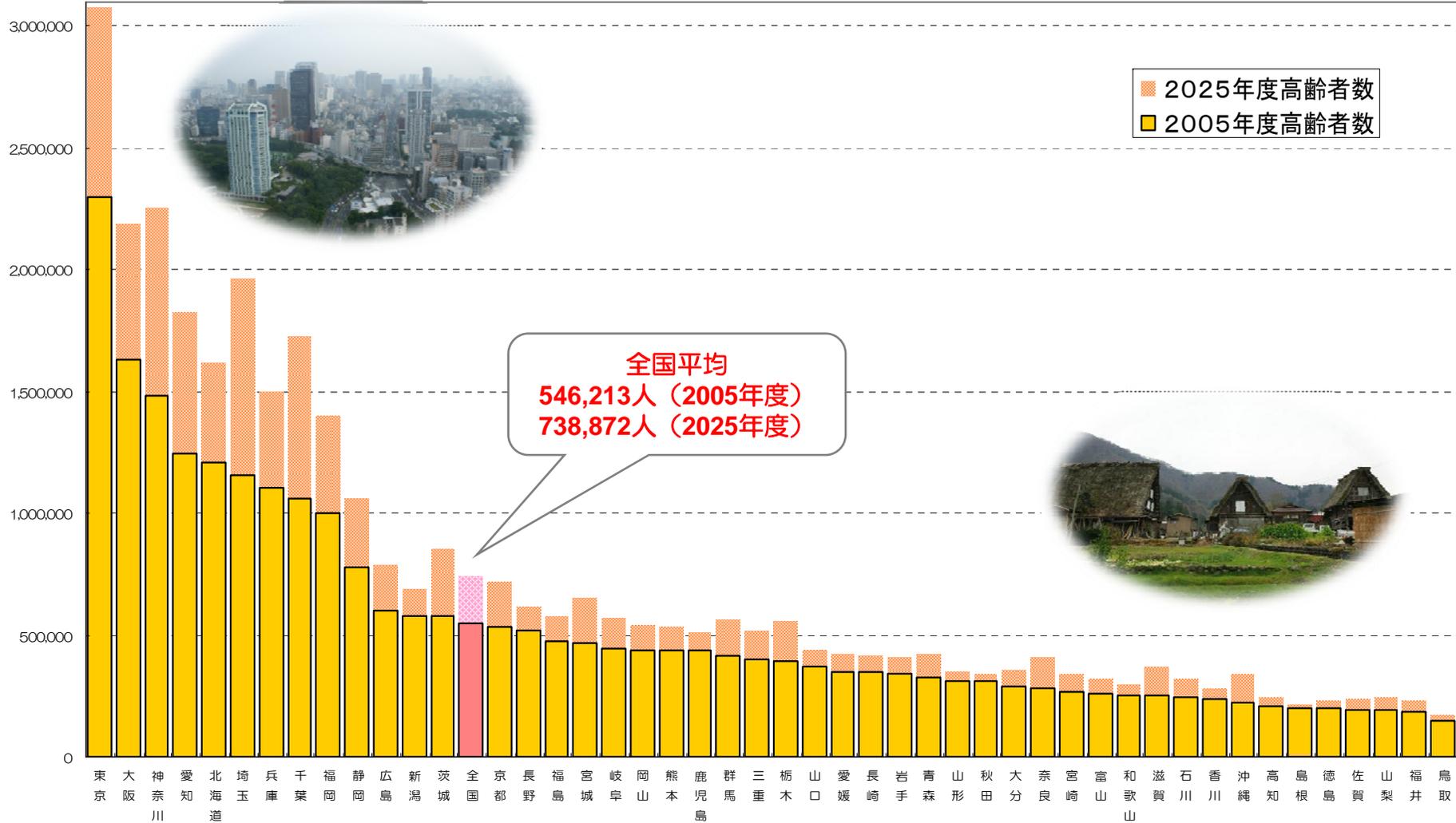
—平成18年中位推計—



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

高齢化するのは都市人口

単位：人



【資料】
 2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」
 2025年の高齢者人口については、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14年3月推計）」

超高齢社会では・・・

認知症高齢者数の増加

	2002年	2015年	2025年
認知症高齢者数 (万人)	149	250	323
65歳以上人口 に占める割合 (%)	6.3	7.6	9.3

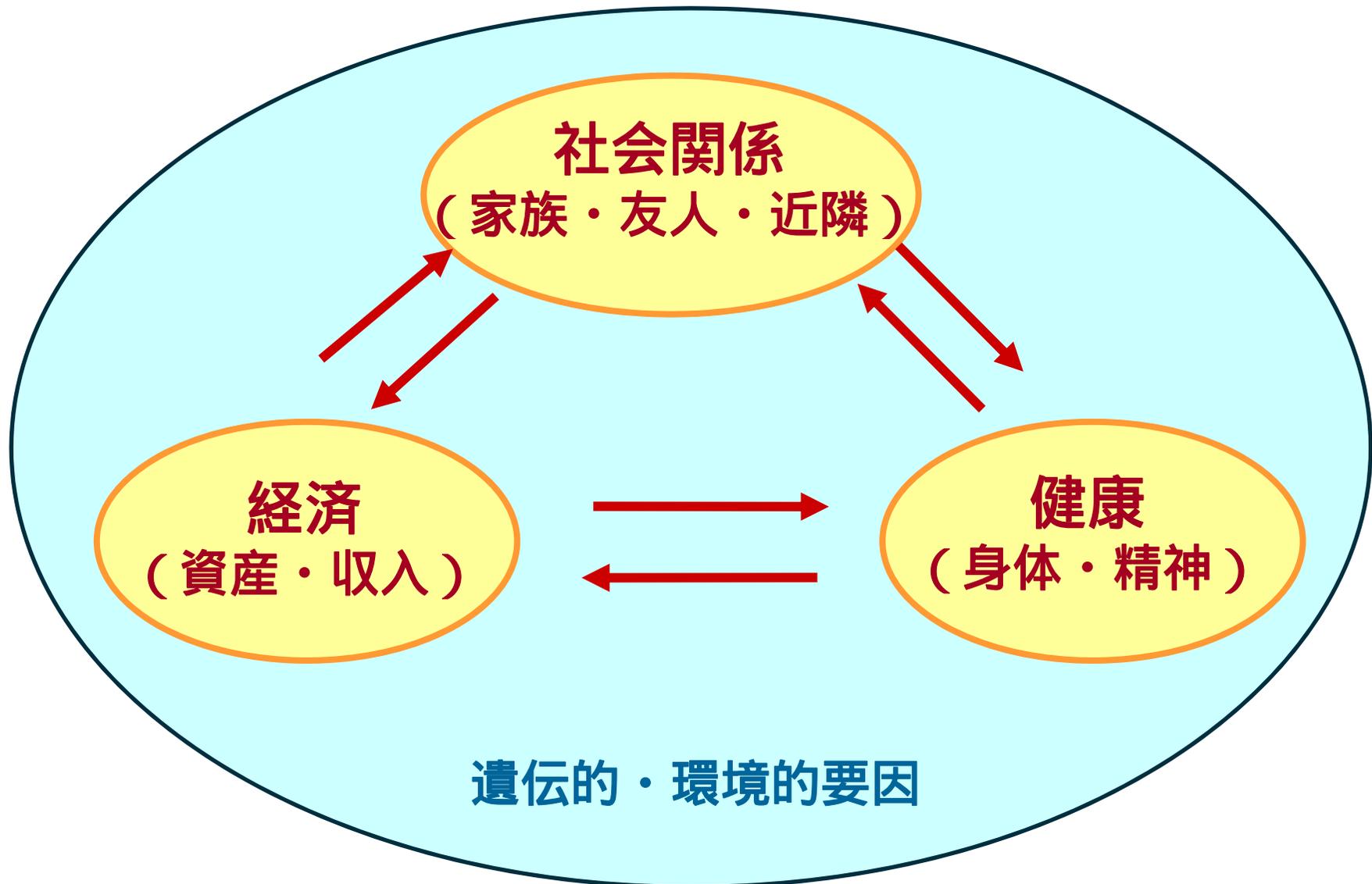
高齢者の世帯形態の将来推計

(万世帯)

	2005年	2015年	2025年
	4,904	5,048	4,964
世帯主が 65歳以上	1,338	1,762	1,843
一人暮らし (高齢世帯に 占める割合)	386 28.9%	566 32.2%	680 36.9%
夫婦のみ (高齢世帯に 占める割合)	470 35.1%	614 34.8%	609 33.1%

加齢による生活の変化

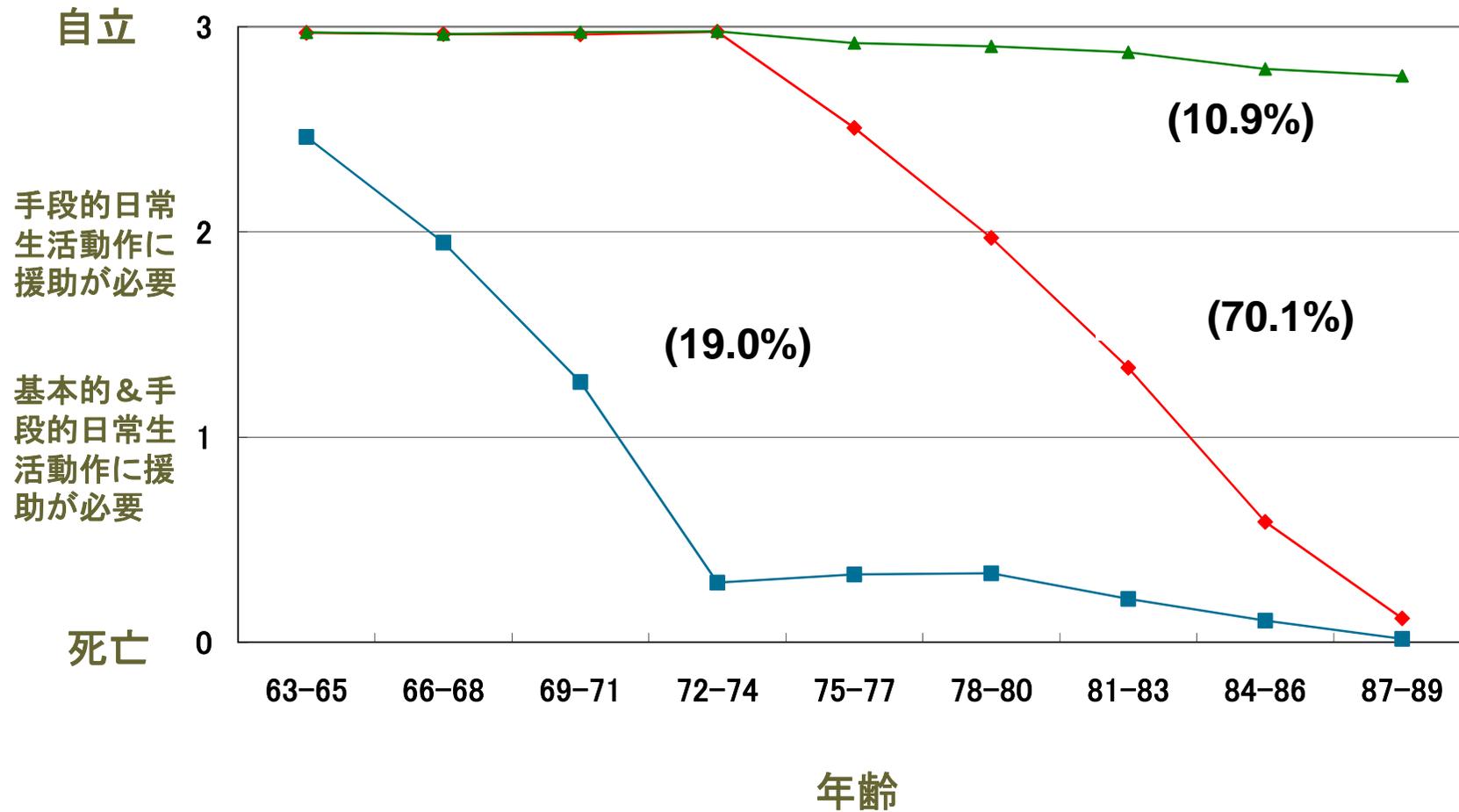
全国高齢者縦断調査(1987-) N=5715



自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

男性

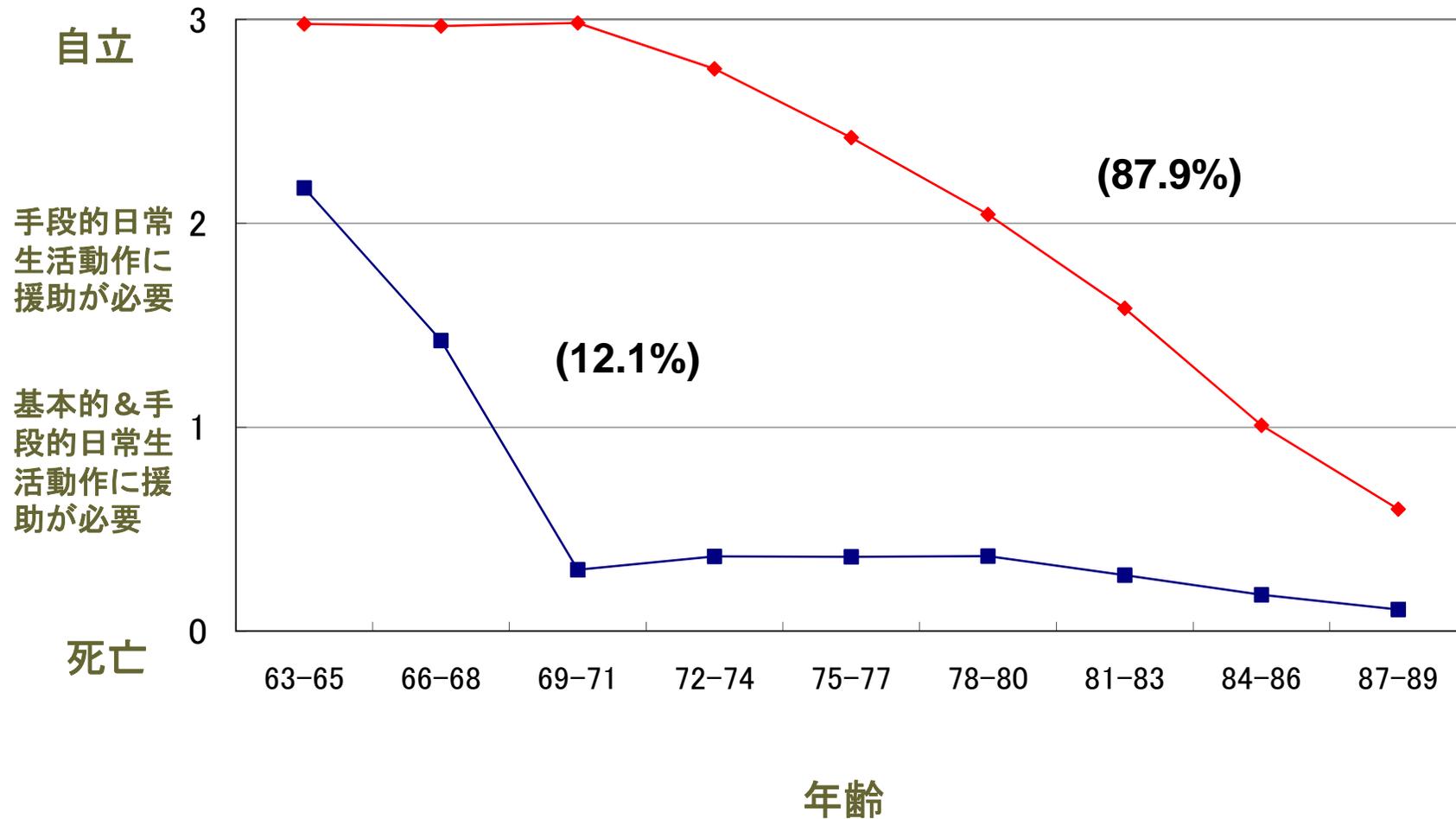


出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

自立度の変化パターン

—全国高齢者20年の追跡調査—

女性



出典) 秋山弘子 長寿時代の科学と社会の構想 『科学』 岩波書店, 2010

何をなすべきか？

1. 自立期間(健康寿命)の延長
2. 住み慣れたところで日常生活の継続を支える
生活環境の整備

Aging in Place

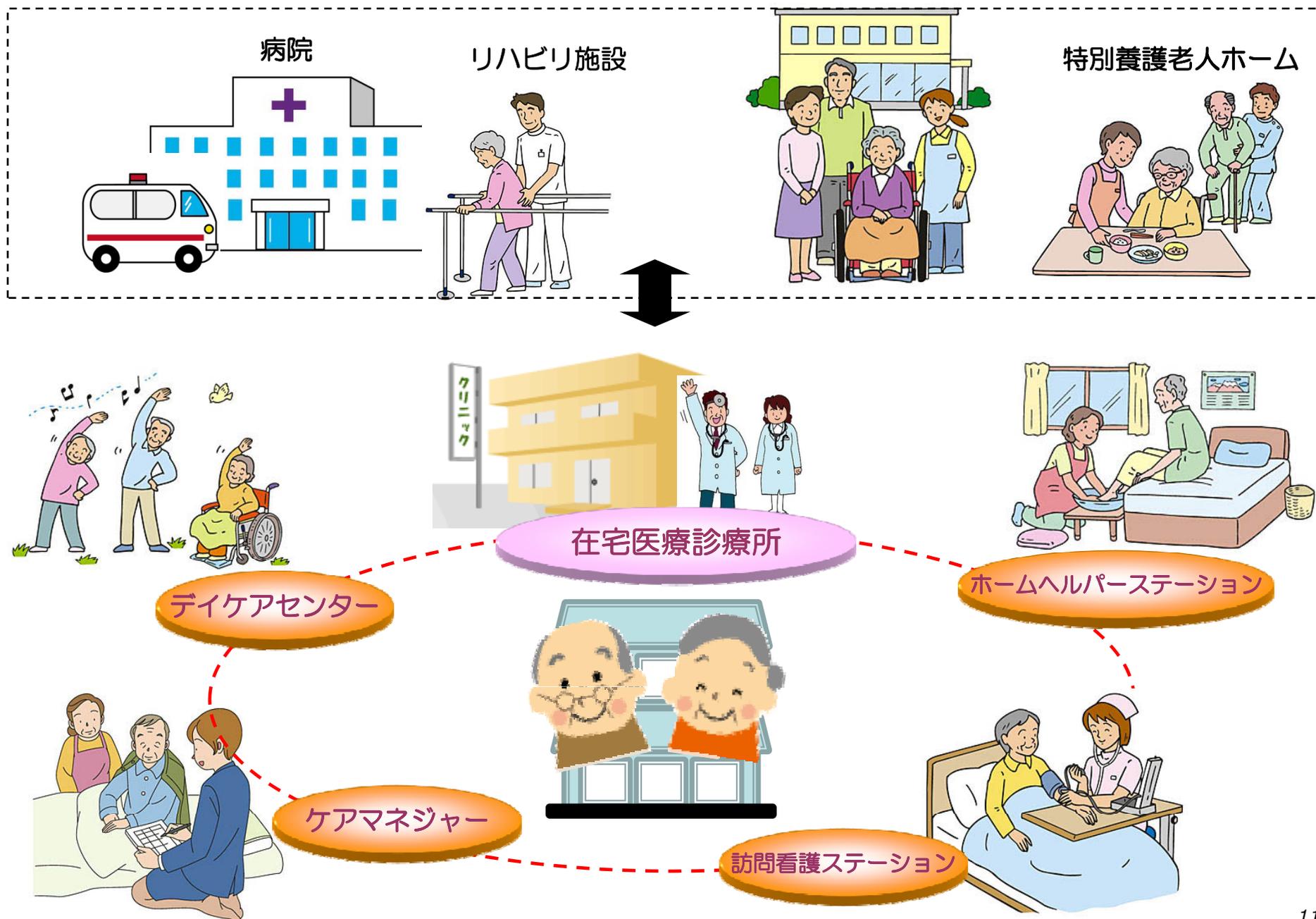
住み慣れた所で安心して自分らしく年をとる

- 多くの後期高齢者が望むのは普通の生活が明日も来年も続けられること
- そして、できれば旅立ちも「ここ」から

Aging in Place: 長寿社会のまちづくり



生活を支援する地域医療システム



生活を支援する医療

Cure の医療 → Care の医療