

③ 在宅医療の推進

③-1 在宅での療養を選択しにくい理由(イメージ)

緊急時にいつでも医師がかけつけてくれる体制を望んでいるが、実際には病院に送られてしまう場合も多くあり、安心して在宅で療養できない。

先生、おじいちゃん、おかしいです。すぐ、来てください。

在宅での看取りを希望していても、医師等の体制が不十分で、最期は病院へ搬送されてしまう。



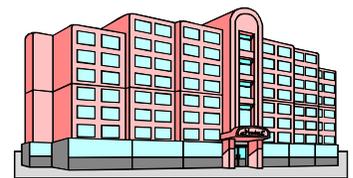
緊急時

すぐには行けないから、連携している〇〇病院に救急車で送ってください。



実際は・・・

なんとかこのまま家に居られるようにしてあげたいんですけど。



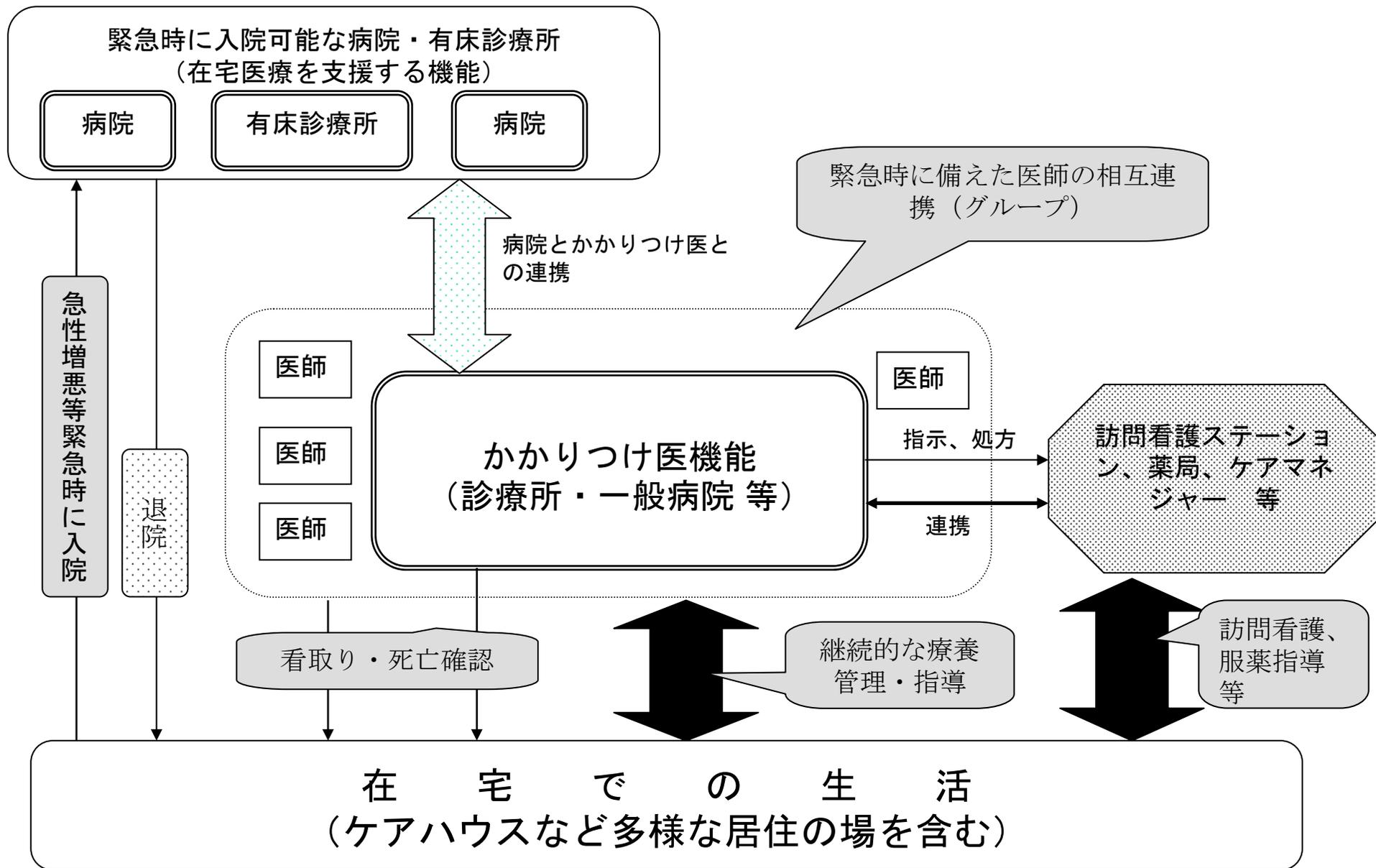
病院

③ー2 在宅医療を安心して受けられるようになるには

- 在宅医療については、前述のとおり、まず、急性期等の機能を持つ医療機関から在宅あるいは多様な居住の場へのつなぎを円滑に進める必要があります。
(退院後の在宅医療への連携)
- 在宅医療を地域で連携して行う体制として、次頁の図のように、
 - (1) 介護を含めた多職種での連携体制
 - ・在宅医療を担う医師の取組の支援
 - ・訪問看護サービスの充実
 - ・在宅における医薬品等の提供体制
(適切な薬物療法や服薬指導、医療材料等の提供など)
 - ・ケアマネジャーや各種在宅サービスとの連携
 - (2) 急性増悪の際の緊急入院体制(緊急入院先の確保)
 - (3) 医師による看取りの体制(複数の医師の連携等)
 - (4) 自宅以外の多様な居住の場の確保及びその場に対する在宅医療の提供

を含めた連携体制を、地域ごとに構築する必要があります。

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



④ 多様な居住の場の確保及びそこへの在宅医療の提供

介護施設や居住系サービスにおいて安心して医療が受けられる体制作り

一人暮らしなど、自宅で過ごせない要介護状態の方が生活する場である介護施設や居住系サービスにおいて、医療との連携を充実させ、必要な時に必要な医療が安心して受けられるようにします。

例：

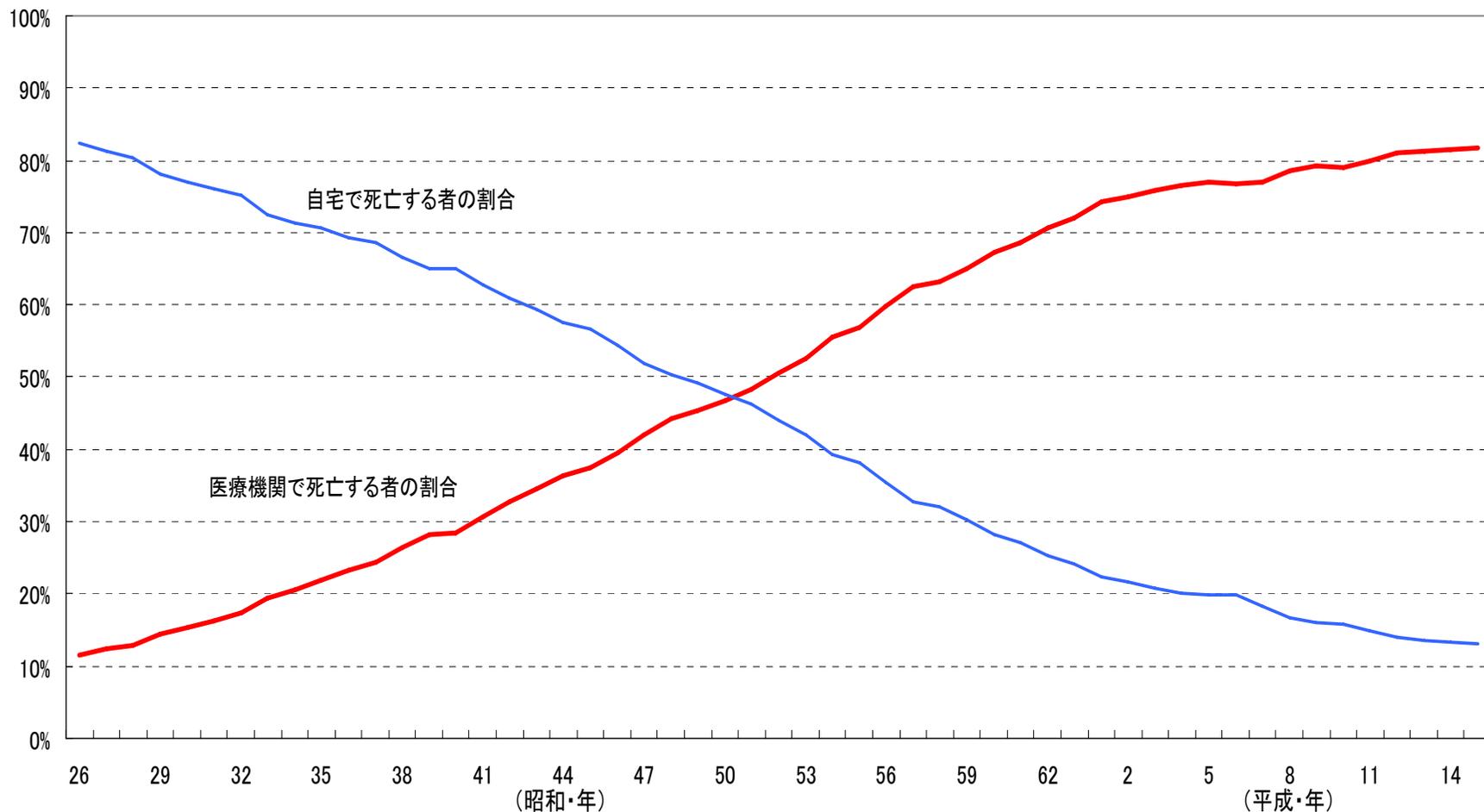
特別養護老人ホーム：夜間におけるオンコール体制や看取りに関する体制の整備

ケアハウス：訪問診療や訪問看護の体制の整備

(参考1)

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)

(参考2) 高齢者の在宅療養を支える新たな取組の推進

※肺ガンにより入院。手術等の治療後に退院し、在宅での抗癌剤治療、酸素療法等を継続しつつ、在宅での看取りを希望する例

移行期

安定期

終末期

入院

退院

対応の方向

・入院から在宅での療養への円滑な移行を促進する。

・患者及び家族が安心できるような24時間対応可能な体制を確立する。

・住み慣れた場で最期を迎えることを選択できるよう、ターミナルケアの体制を充実させる。

○退院後の在宅医療を担当する医師、看護師等と病院等との連携を強化

(介護保険との連携強化)

○グループホーム、ケアハウスといった多様な居住の場での在宅医療を充実

○医師、看護師等医療職種とケアマネージャー等との多職種連携の一層の促進

(緊急時の対応)

○複数の医師の連携により常時往診、常時緊急入院を可能とする体制を強化

○複数の医療機関等の連携により、在宅におけるターミナルケアを一層推進

○多様な居住の場におけるターミナルケアを推進

静岡市静岡医師会と市内の病院で行われている在宅医療の地域連携の例

○在宅患者相互連携システム(イエローカード・システム)

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化に備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録する。

→ 患者にイエローカードを配付

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡するが、万一連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできる。

○在宅医療支援看取りシステム(グリーンカード・システム)

・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておく。

→ 患者にグリーンカードを配付

イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡する。万一連絡がとれない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝え、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行う。

(2)新しい医療計画

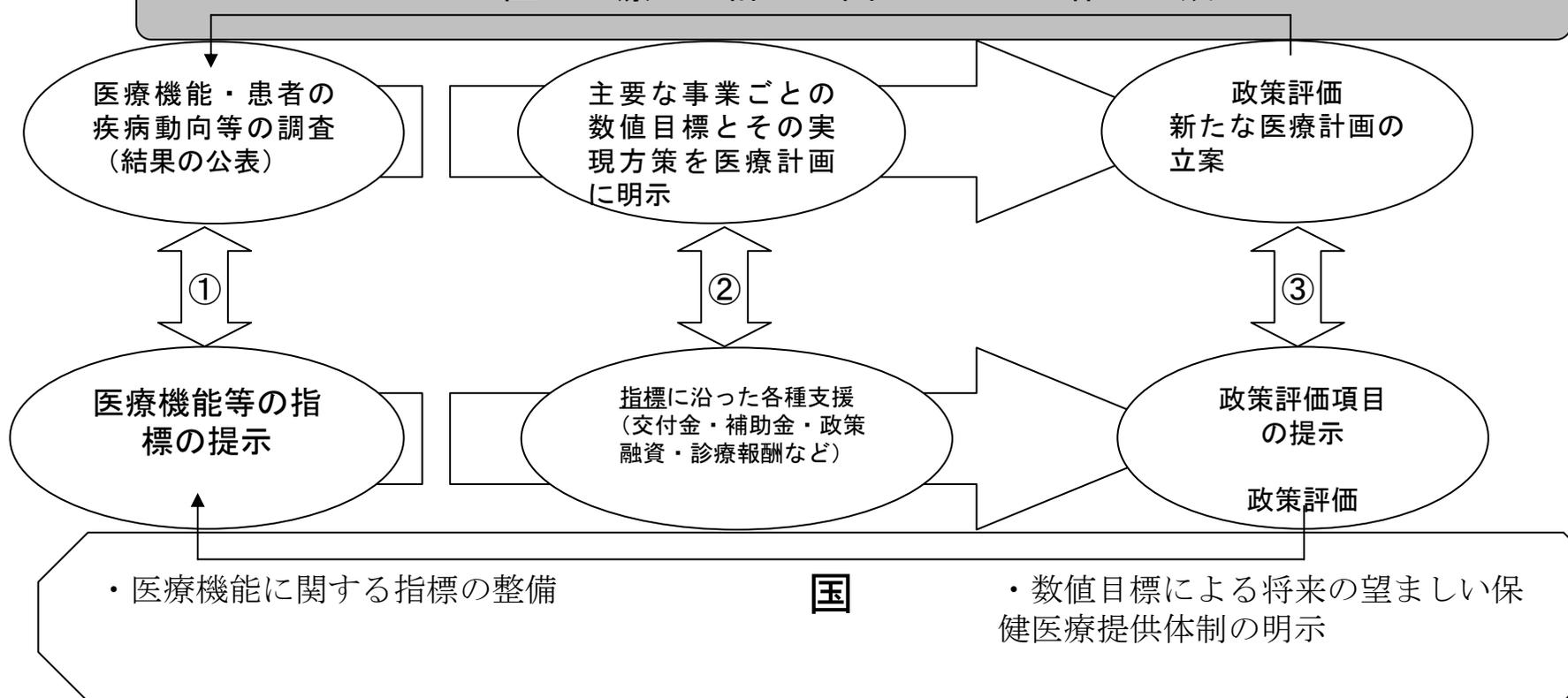
新しい医療計画では、脳卒中、がん、小児救急など事業別に、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に示し、計画の実施状況を事後評価できる仕組み（＝政策の循環（計画の作成・実施・政策評価・計画の見直し））を導入します。

・主要な事業（脳卒中、がん、小児救急、災害医療など）ごとの医療連携体制の構築

都道府県

・住民、患者に分かりやすい主要な事業ごとの数値目標（病気ごとの年間総入院日数の短縮、在宅看取り率の向上、地域連携クリティカルパスの普及など）の設定

医療計画の作成



予防の重視

- 近年、我が国では、中高年の男性を中心に、肥満者の割合が増加傾向。肥満者の多くが、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の危険因子を複数併せ持ち、危険因子が重なるほど心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大。
- こうした内臓脂肪肥満に着目した「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、国民の運動、食生活、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開。
- また、生活習慣病の予防についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、本格的な取組を展開。
- 都道府県健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進めるとともに、健診・保健指導実施率等の目標を設定し、その達成に向けた取組を促進。
- 保健指導の効果的な実施を図るため、国において保健指導プログラムの標準化。

(1) 生活習慣病について

生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって・・・

→ 生活習慣病の有病者・予備群が増加

例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

生活習慣病の現状 (粗い推計)

- ・糖尿病 : 有病者 740万人 / 予備群 880万人
- ・高血圧症 : 有病者 3100万人 / 予備群 2000万人
- ・高脂血症 : 有病者 3000万人
- ・脳卒中 : 死亡者数 13万人 / 年
- ・心筋梗塞 : 死亡者数 5万人 / 年

- ・がん : がん死亡者数 31万人 / 年
(例: 胃5万人、大腸4万人、肺6万人)

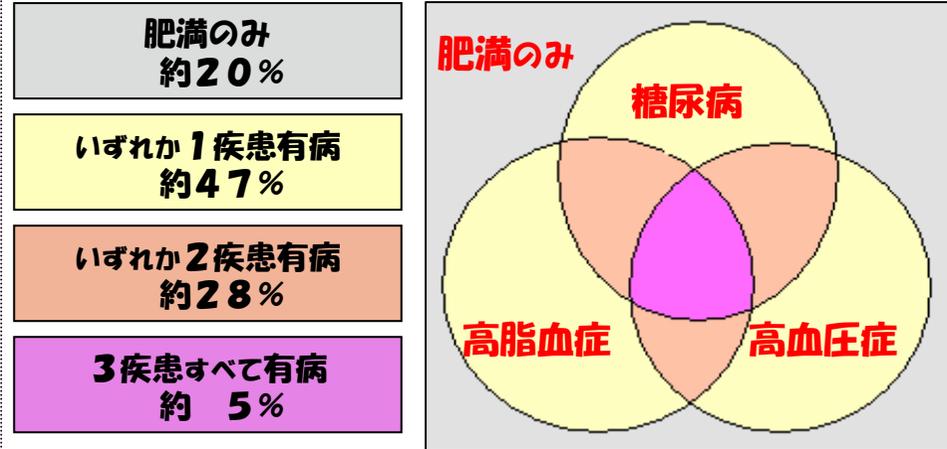


総合的な生活習慣病対策の実施が急務

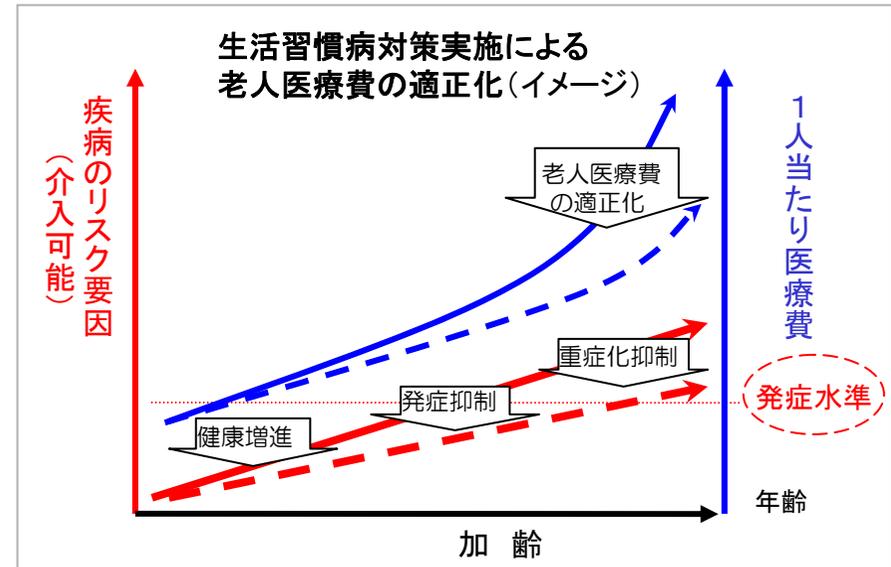
→ 短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

肥満者の生活習慣病の重複の状況(粗い推計)

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、高脂血症が・・・



(H14糖尿病実態調査を再集計)



生活習慣病とは

→ 不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

○ 内臓脂肪症候群としての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

○ 脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）

その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



* 喫煙により... ・動脈硬化の促進→脳卒中や虚血性心疾患の

発症リスク増大

○ がん

・がん（肺がん・喉頭がん等）の

発症リスク増大

がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

→ がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組が別途必要。

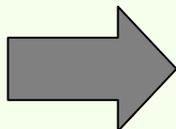
境界領域期

不健康な生活習慣

- ・ 不適切な食生活
(エネルギー・食塩・脂肪の過剰等)
- ・ 運動不足
- ・ ストレス過剰
- ・ 飲酒
- ・ 喫煙 など

予備群

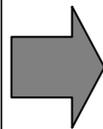
- ・ 肥満
- ・ 高血糖
- ・ 高血圧
- ・ 高脂血症 など



内臓脂肪症候群としての生活習慣病

- ・ 肥満症
- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧症
- ・ 高脂血症

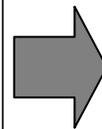
など



重症化・合併症

- ・ 虚血性心疾患
(心筋梗塞、狭心症)
- ・ 脳卒中
(脳出血、脳梗塞等)
- ・ 糖尿病の合併症
(失明・人工透析等)

など



生活機能の低下 要介護状態

- ・ 半身の麻痺
- ・ 日常生活における支障
- ・ 認知症

など

* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

○ 「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群（境界領域期）」→「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。

○ どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。

○ とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

生活習慣病の発症・重症化予防

- 高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山から水面上に出たいくつかの山」のような状態
- 投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ
- 根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要

運動習慣の徹底

食生活の改善

消費エネルギーの増大
心身機能の活性化

摂取エネルギーの減少
正しい栄養バランス

代謝の活性化・内臓脂肪の減少
(良いホルモン分泌↑、不都合なホルモン分泌↓)

適正な血糖・血圧・血中脂質

体重・腹囲の減少

達成感・快適さの実感

継続

生活習慣の改善

- ・運動習慣の徹底
- ・食生活の改善
- ・禁煙

1に運動

2に食事

しっかり禁煙

最後にクスリ

高血糖

高血圧

高脂血

内臓肥満

代謝機能の不調

個々のクスリで、1つの山だけ削っても、他の疾患は改善されていない。

氷山全体が縮んだ!



(参考1)

脳・心臓疾患に至る経過

血管障害を起している職員ほとんどがこのような経過を辿っている

A氏 54歳 脳梗塞

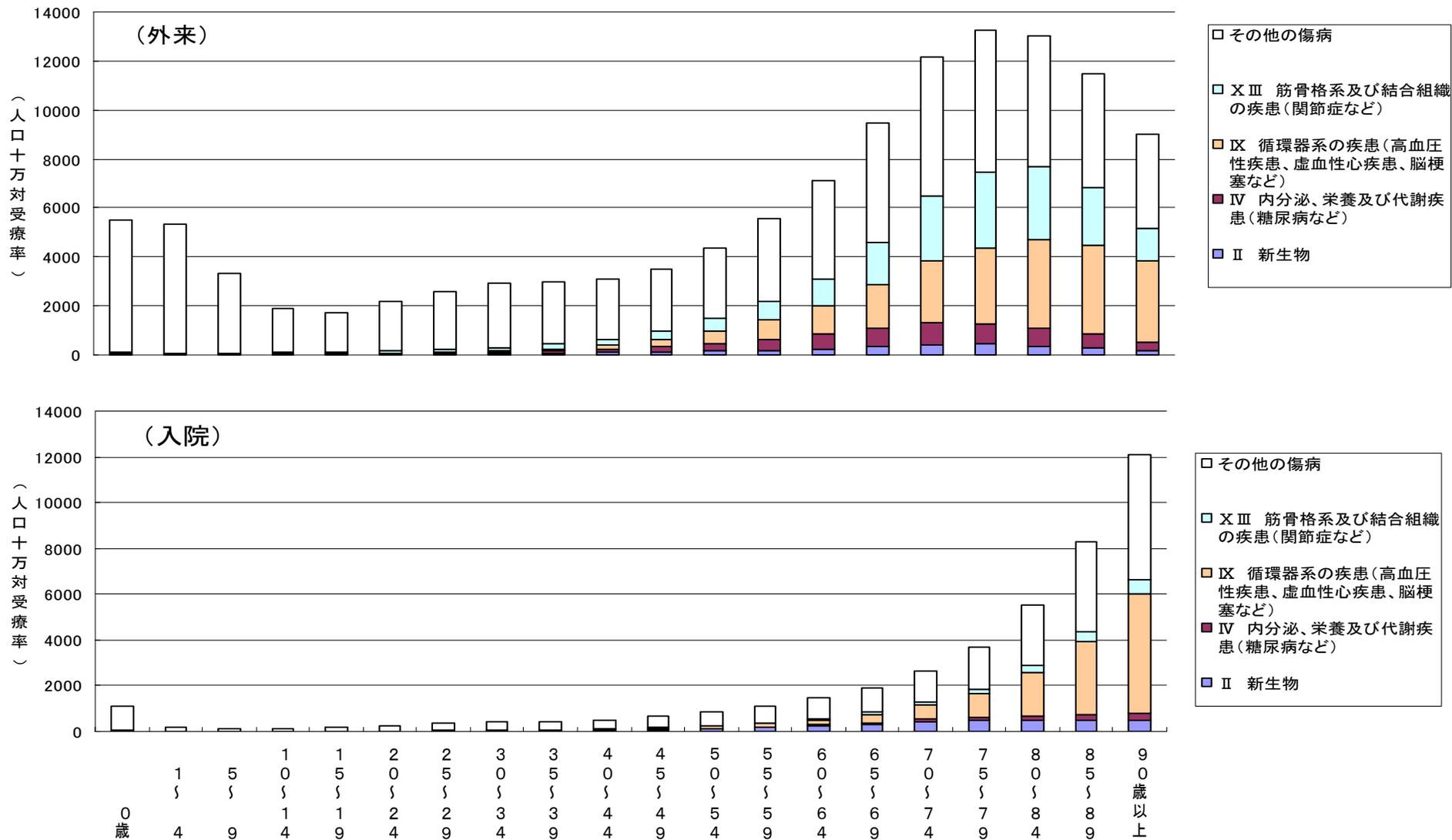
	34歳	35歳	36歳	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳
検査結果	BMI25以上(肥満)																				
											高中性脂肪										
											高血圧										
											高尿酸										
											低HDL										
										高LDL											
治療																			一過性脳虚血治療		
																			左脳梗塞治療		

B氏 57歳 心筋梗塞

	37歳	38歳	39歳	40歳	41歳	42歳	43歳	44歳	45歳	46歳	47歳	48歳	49歳	50歳	51歳	52歳	53歳	54歳	55歳	56歳	57歳
検査結果	BMI25以上(肥満)																				
											高GPT										
											高血圧										
											高中性脂肪										
											低HDL										
心電											高血糖										
											陰性T波										
											反時計方向回転										
治療											ST-T異常										異常Q波
											陳旧性心筋梗塞治療										

(生活習慣病健診・保健指導の在り方に関する検討会 尼崎市野口緑氏提出資料より)

(参考2) 年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)



(注)「患者調査」(平成14年)により作成