

埼玉県における在宅医療の充実について



埼玉県保健医療部医療整備課

埼玉県の現状・課題

地域医療構想の推計

【図表4-1-6 在宅医療等の必要量の推計結果（医療機関所在地ベース）】

区域	（人／日）	
	平成25年 （2013年）	平成37年 （2025年）
南部	6,225（4,408）	10,740（7,518）
南西部	3,647（2,136）	7,039（3,935）
東部	6,171（3,476）	12,101（6,628）
さいたま	10,814（7,752）	18,785（13,425）
県央	2,628（1,220）	4,874（2,183）
川越比企	4,816（2,469）	8,799（4,105）
西部	4,350（1,833）	8,938（3,244）
利根	2,849（967）	4,547（1,492）
北部	3,771（2,000）	5,541（2,802）
秩父	881（365）	1,008（399）
合計	46,152（26,626）	82,372（45,731）

（ ）の数値は全体のうち訪問診療分

在宅療養支援病院、診療所

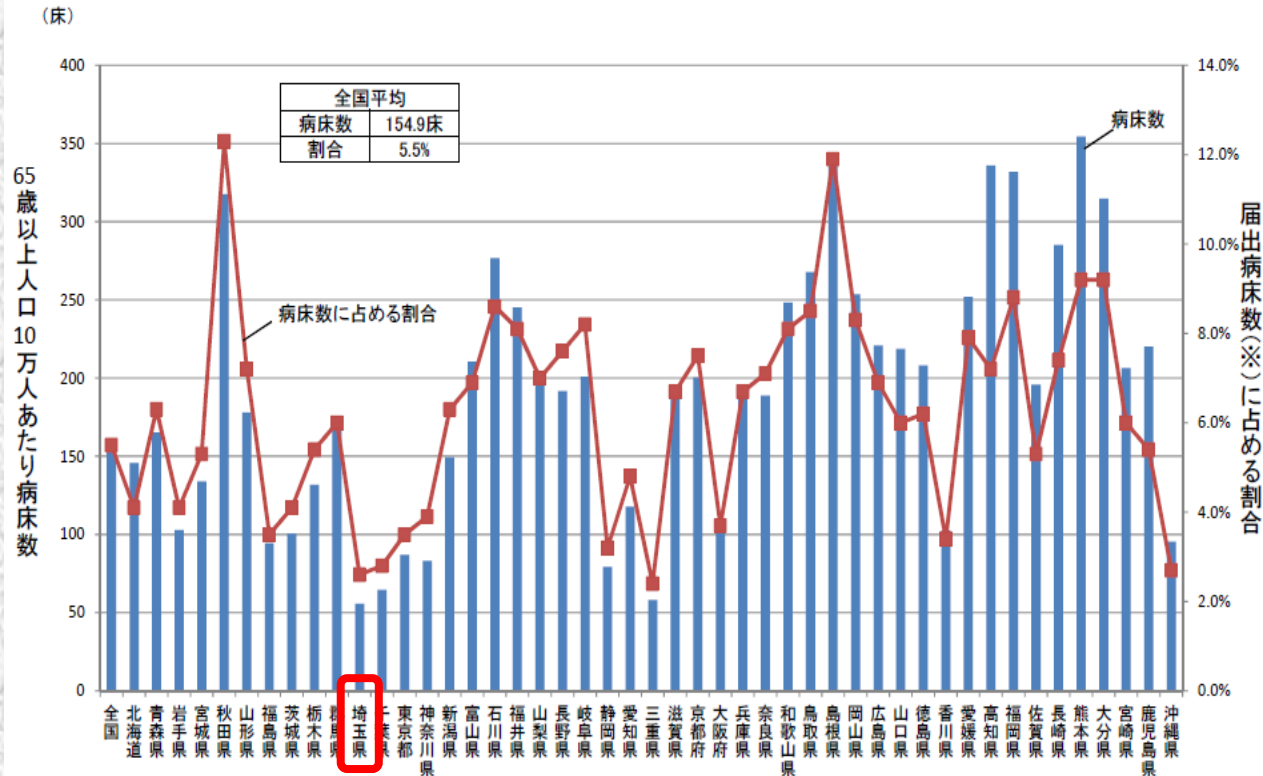
	医療機関数		
	総数	65歳以上人口10万人当たり	
		埼玉県	全国
在宅療養支援病院	41	2.3	3.3
在宅療養支援診療所	490	27.5	43.9

出典：在宅医療に係る地域別データ集（厚生労働省）を加工

※ 医療機関数は平成28年3月31日現在

※ 65歳以上人口は平成28年1月1日現在

地域包括ケア病棟



出典：保険局医療課調べ（平成28年10月1日時点）、平成27年10月1日現在人口

出典：中央社会保険医療協議会（中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（入院医療等の調査・評価分科会））

平成29年度第4回入院医療等の調査・評価分科会議 資料

第7次埼玉県地域保健医療計画(抜粋)

第2部 くらしと健康

第2章 疾病・障害とQOL(生活の質)の向上

第3節 人生の最終段階における医療

人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について、患者の意思が尊重される環境を整備し、地域の医療・介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築を目指す。

【主な取組】

- ・患者本人の意思決定を支援するための情報提供、普及・啓発
- ・人生の最終段階における医療提供体制の整備

第3部 医療の推進

第3章 在宅医療の推進

在宅での療養を希望する患者が住み慣れた地域で必要な医療を受けるため、(1)在宅療養に向けた退院支援、(2)日常の療養生活、(3)急変時の対応、(4)患者が望む場所での看取りを目指し、地域における医療や介護の多職種連携を図りながら24時間体制で在宅医療が提供できる体制を構築する。

【主な取組】

- ・地域において在宅療養を支援する連携体制の構築
- ・患者を支える多職種連携システムの構築
- ・在宅医療連携拠点に対する広域的な支援と在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町村への支援
- ・人生の最終段階における医療提供体制の整備
- ・在宅医療を担う訪問看護師の確保・育成

【主な指針】

- ・訪問診療を実施する医療機関数（在宅時医学総合指導管理料及び施設入居時等医学総合指導管理料の届出医療機関数）
766か所（平成28年度） ⇒ 930か所（平成32年度） ⇒ 1,075か所（平成35年度）
- ・県内の訪問看護ステーションに従事する訪問看護職員数
2,133人（平成28年末） ⇒ 2,280人（平成32年末） ⇒ 2,540人（平成34年末）

在宅医療・介護連携の推進

- 在宅医療と介護の連携は、介護保険を所管する市町村が実施することとされているが、多くの市町村は在宅医療を担当するセクションがなかったため市町村から郡市医師会にアプローチすることが難しいという声があった。
 - ⇒ 在宅医療と介護の連携を進めるためには、郡市医師会から市町村にアプローチする必要がある。
- 県が医師会と調整し、医師会の方から市町村にアプローチする仕組みが必要。

医師会と県の共同プロジェクトとして

「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

在宅医療・介護連携を推進していく手順

～ 3ステップにより県全域で推進 ～

STEP1 在宅医療提供体制の充実【H27:15都市医師会 H28:30都市医師会】

① 在宅医療連携拠点

- 県内30ある都市医師会に拠点を設置し、ケアマネジャー資格を持つ看護師など医療・福祉にも精通した専門職を配置

累計9,043件の相談に対応

往診医に
つなぎやすくする

② 往診医登録制度

- 拠点到協力する医師を登録
⇒ 登録情報をもとに紹介

1,016人の医師が登録

負担軽減し
往診医を増やす

③ 在宅療養支援ベッド

- 肺炎や脱水など、必要な時にスムーズに入院できるベッドを都市医師会ごとに常時1床確保

各地域で複数病医院が連番を組む
⇒154病院が協力

- 医師会と県の共同プロジェクトとして「地域包括ケア推進のための在宅医療提供体制充実支援事業」を実施

※実績は30年3月末現在

STEP2 ICTで連携の輪を広げていく【H28 各地で運用ルールなどを検討 ⇒ H29 順次導入】

- 医師、訪問看護師、ケアマネジャーなどの多職種が連絡を取り合えるよう、「ICTによる医療・介護連携ネットワーク」を導入
- 県医師会がICTシステムをより使いやすくカスタマイズし、全ての都市医師会が利用（29年3月21日運用開始）
⇒ 28年夏から各拠点でそれぞれの地域の運用ルールについて多職種で議論を開始
⇒ 準備ができた地域から順次導入し、29年度中に全県で本格導入

STEP3 市町村に移行【H29:市町村に積極的な働きかけ⇒H30年4月に移行】

- 在宅医療連携拠点の運営について介護保険の地域支援事業として、平成30年4月に一斉に市町村からの委託事業に移行

在宅医療連携拠点の相談事例（訪問診療医の紹介）

ケアマネジャーから

★70代男性 要介護2 心筋梗塞 腎がんで肺、骨に転移 胆管炎でA病院に入院中

- ・既に訪問看護、訪問リハビリテーションは実施済み
- ・入院前は他市の訪問診療医Bが訪問診療をしていたが都合で訪問できなくなった

◆市内の訪問診療医を紹介してほしい

在宅医療連携拠点のコーディネーター

- ・A病院の医療連携室に連絡し、情報収集と訪問看護指示書を依頼
- ・訪問診療医Bに入院前までの状況についての診療情報提供書を依頼
- ・訪問診療医3人に連絡、うち訪問診療医Cが対応可
- ・訪問看護ステーションと一緒に訪問診療医Cに面会



訪問診療医C

- ・家族が受診しカルテ作成
- ・退院後初回訪問診療時にケアマネジャーと訪問看護師が同行訪問し、訪問診療開始

医師会が在宅医療連携拠点を運営することで、訪問診療医との連絡・調整が円滑に行われる

在宅医療連携拠点の相談事例（他の拠点との連携）

A病院から

★90代女性 要介護5 老衰のため食事摂取量減 施設から体調悪化のため入院中

- ・初老の息子（区域外のB市に居住）が老いた母の現状を受け入れられず、毎日点滴を希望
- ・息子が家での看取りを希望
- ・医師が「多量の点滴はかえって臓器に負担がかかり痰の増加、浮腫になることもあり治るわけではない」と何度も説明するが息子は受け入れず

◆訪問診療、24時間対応可能な訪問看護ステーション、ケアマネジャーを紹介してほしい

在宅医療連携拠点のコーディネーター

- ・B市管轄の在宅医療連携拠点のコーディネーターに連絡
 - ・看取り可能な医療機関3か所、訪問看護ステーション2か所、居宅介護支援事業所を紹介してもらう
- ⇒それぞれの事業所に確認後、訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所が決定
A病院に①家族が訪問診療医と面会することが必要である旨の説明と②診療情報提供書の提供を依頼

A病院 地域連携担当者

- ・家族にB市の訪問診療医に面会に行くよう説得
- ⇒1週間後、家族が訪問診療医に面会し、訪問看護と打ち合わせの上、退院

在宅医療連携拠点のコーディネーター

- ・B市管轄の在宅医療連携拠点に情報提供

県と県医師会が共同で在宅医療連携拠点を整備したことにより、拠点同士が連携できている

ICTによる医療・介護連携ネットワークの導入

～ 多職種がいつでも患者の情報を共有 ～

無料で利用できる在宅医療・介護連携ネットワークシステムを県内全域で利用



- 医療・介護の多職種が訪問時の様子を書き込んだり、画像を添付することで、チーム全員が最新の患者の状況を把握でき、一体的で質の高い治療やケアを提供できる
- 医師はメンバーが書き込んだ内容を空いた時間に確認するだけで患者の状態を確認・予測できるため、計画的に訪問診療できる

ICTによる医療・介護連携ネットワークの実例

在宅看取りにおける情報共有



薬剤師

2016/5/16 18:49

お世話様になります。
ご本人寝ておられました。(奥様にお伝え)
60ml グリセリン浣腸8個お届けしました。
浣腸は月・木曜日の予定をお伝えしました。
ナウゼリン10mg 2錠→3錠 1日3回毎食前に変更お伝えしました。
朝食 バターロール1個 メロン6かけら 牛乳と卵焼きを少し
昼食 豆腐を4分の1
夕食はお粥を希望されているので奥様が作るそうです。

残薬についてです。
朝食後 13日分 寝る前 8日分 (+ベルソムラ15mgが5錠)
ということはトリアゾラム0.25mgが5日分不足しています。
ナウゼリン10mgが31錠(1日3回ですから10日分相当)
予備を考えて今週中に処方をお願いできればと思います。
(デュロテップ8.4mg は13日に15日分ですから28日頃まで)



看護師

2016/7/26 11:44

10:30
朝方と状況は変わらないと思います。
体温37.9 心拍104 呼吸19 血圧60/42
呼吸はやや不規則ですが、アプニアはなし。
声かけ反応なし。
ご兄弟が、お見舞いにいらしていました。

👍 4人



医師

2016/7/21 16:24

疼痛管理について記載します。

28日からのデュロテップパッチは12.6mg1枚貼付となります。
明日以後オプソも10mg包装になります。レスキューは効果を見て
10mg一包から二包になっていくと思います。
セデーションですが 提供の聖隷三方原のガイドでは
軽い鎮静 レキシタンの座薬 セニラン座薬3mg
中位の鎮静 セルシンの座薬 ダイアアップ座薬6mg
しっかり鎮静 ワコビタール座薬 100mg などでした。
オピオイドレスキューと組み合わせれば何とかなるのではと甘く考
えています。皆様、最後の時期の苦痛緩和について意思統一必要か
と思うので相談させてください。奥さんには明日、少しでも苦し
がって不穏になるようなら鎮静かける事を了承、確認してもらいま
す。

👍 5人



医師

2016/7/26 12:52

皆様 連絡です。
1240死亡確認しました。
皆様大変お世話になりました。

さんには電話しました。
お願いします。 にご連絡下さい。
以前お世話になった社協さんにも一言、感謝の伝言願います。
ご連絡

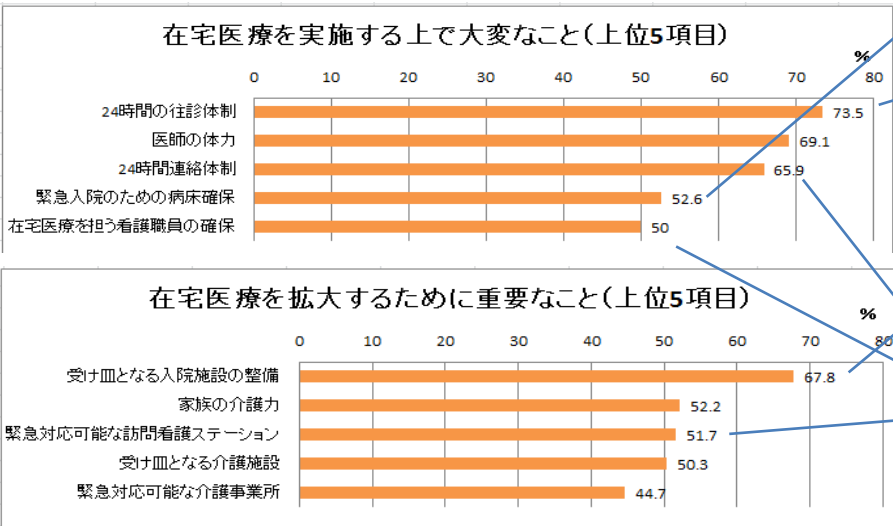
👍 5人

在宅医療提供体制の充実に向けた県の取組

1 在宅医療提供体制の整備（訪問診療医の負担軽減）

【課題】

- ・かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査（日本医師会調査）



【事業】

- ①急変時の入院先確保
（空床確保に要する経費を県が補助）
- ③往診医検索システム
（在宅医療連携拠点における訪問診療を希望する患者に医療機関、副主治医を紹介するためのツールを提供）

《関連事業》

- ②[新規]病床機能の転換を支援
（地域包括ケア病床転換研修、経営シュミレーション経費を補助）
- 在宅医療を担う訪問看護師の育成
（24時間初期対応、高度な医療処置対応）



2 在宅医療・介護連携の広域的な支援

【在宅医療・介護連携事業の手引き】

（厚生労働省老健局老人保健課）

・都道府県の役割

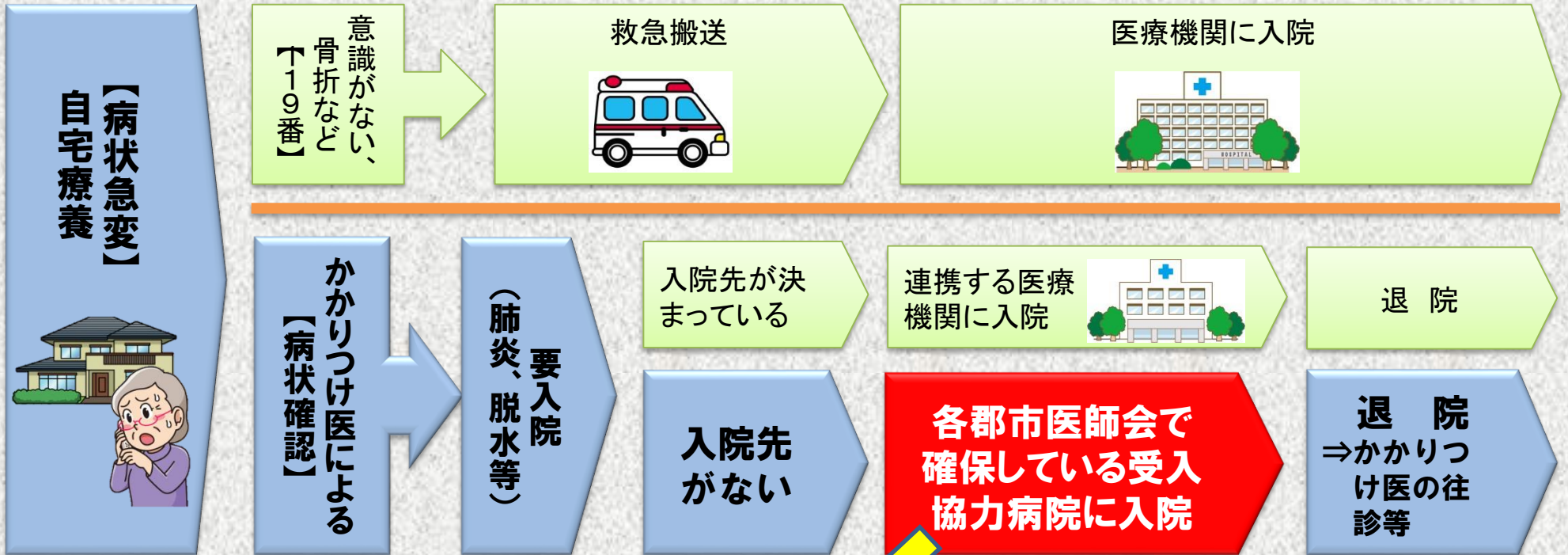
- 1 各事業項目に関する市区町村支援
 - ・広域的な相談窓口の設置の支援（在宅医療連携拠点）
 - ・医療と介護のコーディネートを担当する人材育成
- 2 広域的に実施する医療介護連携の環境整備
 - ・在宅医療・介護連携推進事業の導入及び充実支援
 - ・全県的な普及啓発

【事業】

- ④在宅医療連携拠点の機能強化研修
 - ・県内全ての拠点のコーディネーターを対象とした研修会の実施（市町村職員の参加）
 - ・コーディネーター同士がチャット形式でいつでも連絡、相談できる環境を整備
- ⑤人生の最終段階の医療・ケアに関する普及啓発
（終末期医療動画作成、医師・看護師・ケアマネジャー等を対象とした研修）

新

①急変時の入院先確保



【運用ルール】

- 郡市医師会、地域の医療機関、診療所と協議を重ね、在宅療養患者が急変した際の受入協力病院を決定
- 入院の要否については、往診医の判断を最大限尊重
- 協力病院は1日1床分の空床ベッドを確保
- 県は郡市医師会が在宅療養患者のためにベッドを確保した場合に、1日当たり11,000円を補助

【効果】

- 補助事業の協議がきっかけとなって、郡市医師会と地域の病院との連携・協力体制が構築できた

ベッド入退院の連絡(フロー)

【入院時】

- ① 在宅患者の病状急変
- ② 往診医(かかりつけ医)が入院を判断
- ③ 往診医が在宅療養支援ベッドを確保している協力病院に電話連絡し、入院の手続きを開始

【例】

「在宅療養支援ベッドホットライン(医療従事者専用ライン)」

048 () 0000

連絡確認事項「埼玉県在宅療養支援ベッドの利用」であることを連絡

【退院時】

- ④ 在宅療養支援ベッドを確保する協力病院が往診医と在宅医療連携拠点(郡市医師会)に退院の連絡

担当の協力病院が在宅療養支援ベッドを確保できない場合

- ① 担当の協力病院がバックアップ病院に在宅療養支援ベッド確保の依頼を連絡
- ② 確保の了承が取れたら、往診医登録をしている医師と在宅医療連携拠点に連絡(医療介護連携ネットワークやFAX等)

※ 病院の負担を軽減するため、在宅療養支援ベッドを確保する病院を輪番制にしている。
(バックアップ当番をあらかじめ決めておくとスムーズに対応できる。)

【例】 月次での当番

	4月	5月	6月	...
担当病院	A病院	B病院	C病院	...
バックアップ1	B病院	C病院	A病院	...
バックアップ2	C病院	A病院	B病院	...

②平成30年度以降の在宅患者急変時の受入先の確保

病状が悪化した在宅患者の受入

- ・ 空床確保への補助は段階的に縮小
- ・ 今後は総合確保基金(病床の転換・機能分化連携)を活用して整備した病床、第7次地域保健医療計画により新設又は増床した病院などが受入

地域包括ケア病棟への転換を促進

地域包括ケア病床など回復期病床への転換に伴う施設整備費を助成 (28年度～ 実績:地域包括ケア病床への転換数 346床)

地域包括ケア病棟への転換による経営シュミレーション経費を支援

地域包括ケア病棟などの運営や既存病床からの転換のための基礎的な研修や個別相談を実施



地域包括ケア病棟への転換等による在宅患者受入病床の増加

30年度

31年度

32年度～

③往診医検索システム

往診・訪問診療医検索システム

- ・ 県医師会が往診や訪問診療を行う医師の情報をデータベース化し、各郡市医師会の在宅医療連携拠点で往診医の紹介業務に利用する検索システムを構築(平成27年～)
- ・ 県はシステム構築に係る費用、保守管理費用を支援
- ・ 検索方法: 自宅の住所や対応可能な治療などの条件を指定して検索することやキーワードによる検索が可能
- ・ 検索結果: 一覧での表示、地図上での表示

埼玉県医師会 操作マニュアル 関係者メニュー ログアウト

往診・訪問診療医検索システム

■ 関係者メニュー >> キーワード検索 >> 検索結果一覧 >> 詳細情報

詳細情報 [9911000001] 埼玉県医療整備課

往診・訪問診療医 詳細情報

医師名	
医療機関名	

↑ここをクリックすると「埼玉県医療機能情報提供システム」の情報を表示することができます。

【機関情報】

医療機関名	
郵便番号	
所在地(住所)	
電話番号	
ファックス番号	
ホームページURL	
在宅療養支援診療所・病院	<input type="radio"/> (機能強化・単独型)
在宅時医学総合管理科	<input type="radio"/>
病床数	



<対応可能な処置>			
点滴	<input type="radio"/>	人工呼吸(気管切開)	<input type="radio"/>
在宅酸素療法(HOT)	<input type="radio"/>	人工呼吸(非侵襲的)	<input type="radio"/>
インシュリン対応	<input checked="" type="checkbox"/>	中心静脈栄養の管理	<input type="radio"/>
じょそうの処置	<input type="radio"/>	中心静脈カテーテルの交換	<input type="radio"/>
気管切開後の管理	<input type="radio"/>	CVポートの管理	<input type="radio"/>
経鼻胃管の管理	<input type="radio"/>	人工肛門	<input type="radio"/>
胃ろう管理	<input type="radio"/>	人工膀胱	<input checked="" type="checkbox"/>
胃ろう交換(バルーン型)	<input type="radio"/>	膀胱留置バルーンカテーテルの交換	<input type="radio"/>
胃ろう交換(バルーン型)	<input type="radio"/>	経皮経肝胆管ドレナージ(PTCD)の管理	<input type="radio"/>
腸ろう管理	<input type="radio"/>	胸水穿刺	<input type="radio"/>
腸ろう交換	<input checked="" type="checkbox"/>	持続胸水ドレナージ	<input type="radio"/>
腎ろう交換	<input checked="" type="checkbox"/>	腹水穿刺	<input type="radio"/>
膀胱ろう交換	<input checked="" type="checkbox"/>	持続腹水ドレナージ	<input type="radio"/>
がん患者の対応(緩和ケア等)	<input type="radio"/>	腹膜透析	<input checked="" type="checkbox"/>
麻薬注射	<input type="radio"/>	認知症	<input type="radio"/>
麻薬注射以外	<input type="radio"/>	精神疾患(認知症以外)	<input type="radio"/>
麻薬持続投与(ポンプ)	<input type="radio"/>	神経難病	<input type="radio"/>
輸血	<input checked="" type="checkbox"/>	在宅看取り	<input type="radio"/>

④在宅医療連携拠点のコーディネーター同士、コーディネーターと県をつなぐツールとしてSNSを導入

【目的】

・孤軍奮闘するコーディネーター同士をつなげ「皆が互いに助け合い、支えあう」関係づくりを構築し、活発なコミュニケーションを支援

【内容】

- ・チャット形式で会話（タイムライン）
- ・モバイル対応だから時間も場所も選ばない！
- ・各地域での取組の紹介、研修会開催の告知、困難事例の相談など気軽に書き込める場として活用

【効果】

- ☆悩みを分かち合い、解決に協力してくれる仲間を身近に感じられることで孤立感、不安が解消
- ☆仲間同士の絆がより一層深まる
- ※県としては、パソコンの画面で各地域の状況や課題が把握ができ、迅速な対応が可能



～ 人生の最終段階における医療 ～

- 人生の最終段階における療養の場所や希望する医療について患者本人の意思が尊重される環境を整備し、地域の医療、介護関係者が連携して患者の意思に沿った医療とケアを提供できる体制の構築が必要

《県の取組》

- ・患者本人の意思決定を支援するための情報提供や普及・啓発

※ 平成29年11月24日 県医師会との共催で医療シンポジウム「超高齢社会の医療を考える～人生の最終段階の医療を含めて～」を開催

- ・在宅での看取りを望む患者や家族を支える医療、介護従事者の育成

医療シンポジウム

超高齢社会の医療を考える

～人生の最終段階の医療を含めて～

日時 平成29年11月24日(金)13:00 開演
会場 パレスホテル大宮 4階 ローズルーム

世界一と認められているわが国の「国民皆保険制度」を維持することは国民の望みであると思えます。しかしながら、超高齢社会を迎えるに当たって制度の持続可能性に不安も出ています。わが国の皆保険制度を堅持するための方策を全国民が考える必要性があります。そこで今回、シンポジウムにおいて十分に議論していただきたいと考えております。

この中で、万人の願いである「健康長寿」について、さらに今までタブー視されがちであった「終末期医療」についても議論いただきます。

そして、このシンポジウムが埼玉県の先進事例となり、全国で同じような議論が巻き起こり、国民全体の意識改革につながり、国民皆保険制度をいかに堅持していくのか、健康長寿社会を築いていくための方策とは、「その人にふさわしい「適切な医療」とはどのようなものか」を考え、発信することができることを願っています。皆さん、ご一緒に考えてみませんか。

プログラム

司会 湯澤 俊 埼玉県医師会副会長

▶13:00	開会あいさつ	金井 忠男 埼玉県医師会会長
▶13:05	基調講演	講師 横倉 義武 日本医師会会長・世界医師会会長
▶13:20	パネルディスカッション	座長 田中 滋 慶應義塾大学名誉教授 パネリスト 湯澤 剛 内閣府参事・ひとしごと創生本部事務局地方創生総括官 森田 光一 東松山市長 本田 麻由美 観光新業東京本社社長・国民医療ネットワーク事務局次長 齋木 実 埼玉医科大学国際医療センター 総合診療・地域医療科准教授 大石 昭則 県民代参(在宅看取り体験者)
▶15:35	埼玉宣言	上田 清司 埼玉県知事

●参加費無料・定員500名 先着順 第一着の方、行先調整等、医師関係者など、どなたでも参加できます。(服装もご確認の上、お申し込みください。)

主催：埼玉県、日本医師会、埼玉県医師会

⑤人生の最終段階の医療・ケアに関する普及啓発

1 人生の最終段階における医療・ケアの紹介用動画作成

《目的》

・人生の最終段階を迎えた時の療養場所や治療の希望など意思表示をしたり、家族と話し合ったりするために在宅医療や在宅看取りについて考える機会を提供する。

《内容》

・各市町村が実施する市民講座やサロンで放映するためのツールとして活用するために、医師や看護師、遺族の声などのドキュメンタリー映像を撮影した動画を配布

《方法》

・動画作成に向けた検討会の実施
・県医師会が動画を作成、市町村にDVDを配布

《費用》

・県が県医師会に動画作成に係る経費を補助



2 人生の最終段階における医療・ケアの研修会開催

《目的》

・人生の最終段階にある患者や家族の療養生活を支え、患者の意向を尊重した医療やケアを提供できる医師や看護師、ケアマネジャー等を育成するための研修を実施する。

《内容》

・人生の最終段階における医療に関するガイドラインや法的・倫理的知識の習得
・アドバンス・ケア・プランニングの実施方法 など

《方法》

・郡市医師会による研修会の実施

《費用》

・県が郡市医師会に研修費用を補助



今後の取組

多職種連携による在宅緩和ケアの充実

現状

- ・在宅医療に取り組む医療機関は在宅療養支援診療所だけでなく、一般の診療所も相当数ある。
- ・国の調査によると、一般の診療所における緩和ケアの診療経験が不足している。
- ・県内の地域がん診療連携拠点病院(がん拠点病院)では、年1回程度院内でのカンファレンスを実施。

診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成28年度調査)より
「対応は困難、又は行った経験がない」と回答した割合

	機能強化型在支診	在支診	一般の診療所
モルヒネの持続皮下注射	30.3%	52.9%	65.0%
鎮痛薬の持続皮下注射	42.1%	52.0%	63.7%
経口麻薬の投与	6.6%	19.3%	35.0%

課題

- ・在宅医療を担う医師等が緩和ケアの診療や鎮痛薬の処方など最新の情報を取得する機会が少ない。
- ・病院では地域の在宅医療の情報が乏しいことにより、在宅復帰を断念してしまうケースもある。
- ・がん拠点病院が実施するカンファレンスの受講者のほとんどが自院の医師

⇒がん拠点病院と地域の医療機関との連携・協力体制の整備が不十分

痛みが取れないんです



どんな鎮痛薬を使えばいいの？

事業概要

がん拠点病院と地域の医療機関や介護事業所との連携体制を整備とともに、在宅緩和ケアに対応できる人材を育成する。

事業内容

- ・在宅緩和ケア提供体制の実態を把握し、在宅緩和ケアの推進や地域連携に関する検討を実施
- ・がん拠点病院と地域の医療機関との連携モデルの構築
- ・郡市医師会(在宅医療連携拠点)によるがん拠点病院と地域の医療機関・介護事業所との連携体制の構築、研修の実施

