

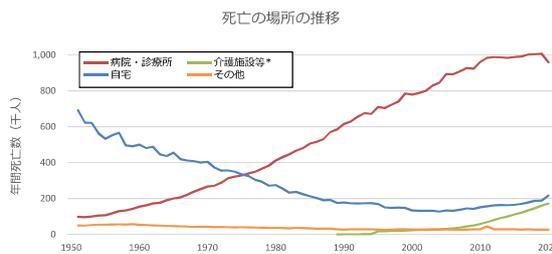
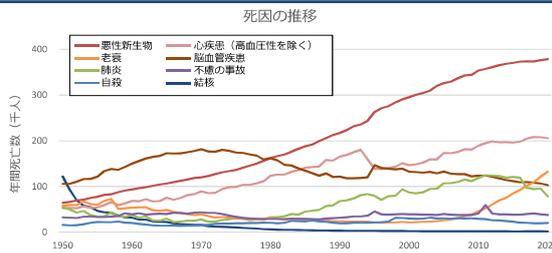
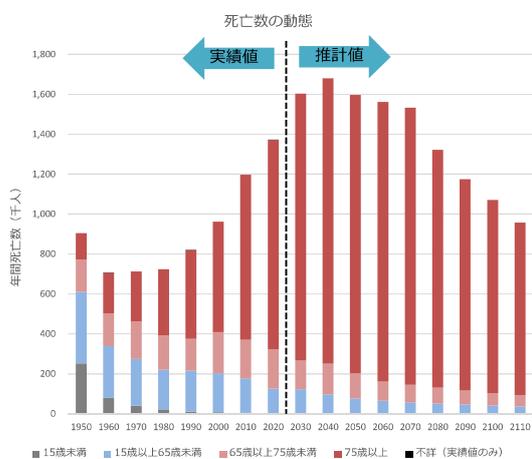
令和5年度沖縄県在宅医療介護連携支援事業 『代診を依頼したい医療機関』向け説明会 往診代診医師派遣事業について

2023/12/05 19:00～
 沖縄県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー
 医療法人以和貴会西崎病院 総合診療科
 新屋 洋平

【医療需要の変化】死亡数の動態・死因の推移・死亡場所の推移

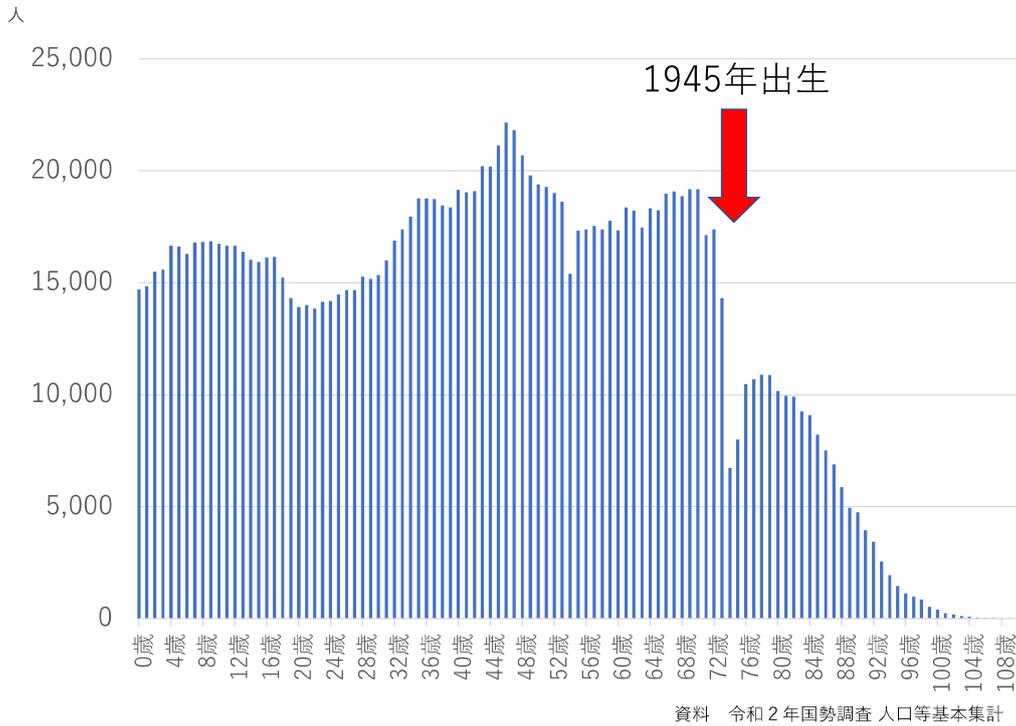
第7回第8次医療計画資料
 等に關する検討会
 令和4年3月4日1改

- 今後の人口動態の変化に伴い、死亡数については、2040年まで増加傾向にあり、ピーク時には年間約170万人が死亡すると見込まれる。
- 死因については、悪性新生物・心疾患とともに、老衰が増加傾向にある。
- 死亡の場所については、自宅・介護施設等が増加傾向にある。



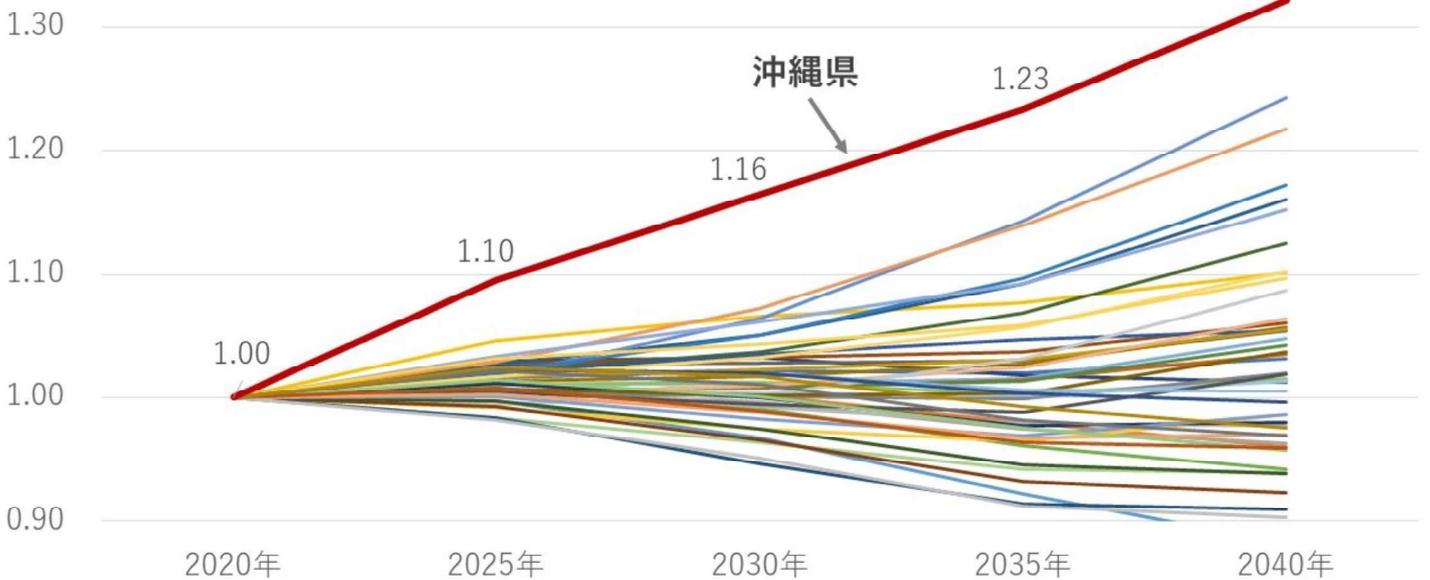
出典：国立社会保障・人口問題研究所「性・年齢（5歳階級）別死亡数」「出生中位（死亡中位）推計：男女年齢4区分別死亡数（総人口）」、厚生労働省「人口動態統計」
 *介護施設等：介護医療院、介護老人保健施設、老人ホーム。
 ※2020年までは実績値、2021年以降は推計値。

沖縄県における年齢各歳別人口（2020年）



都道府県別にみる高齢者人口の将来推計

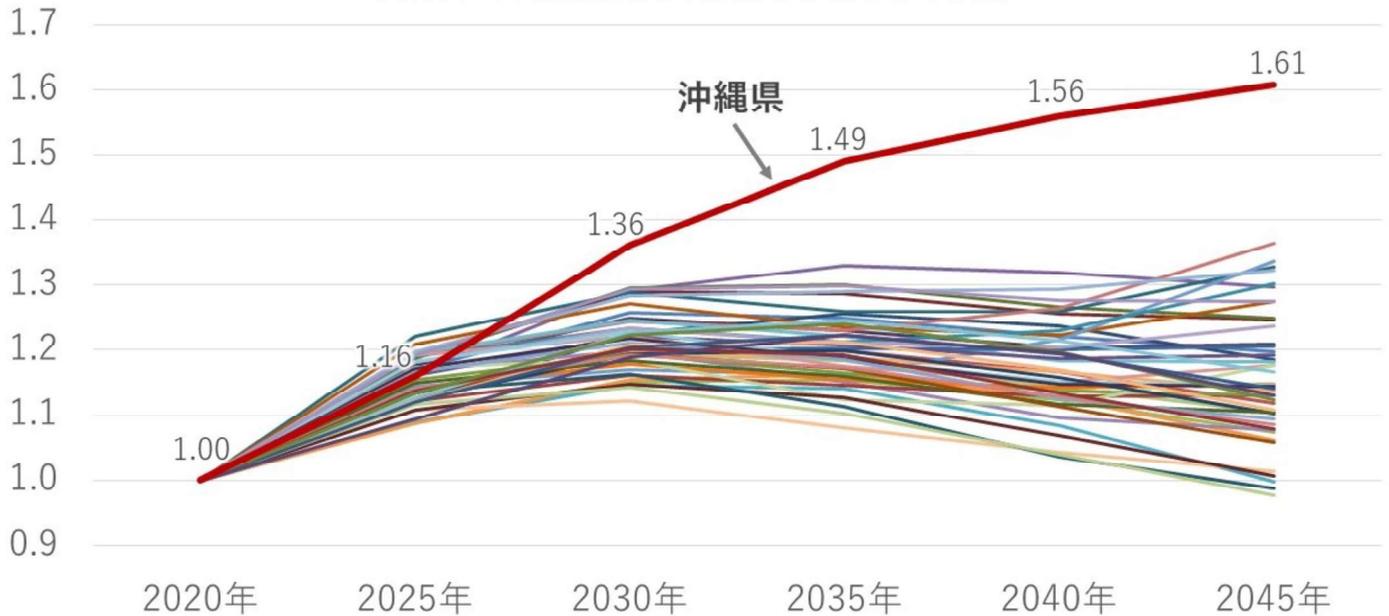
2020年の65歳以上人口を1.0としたときの指数



国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）

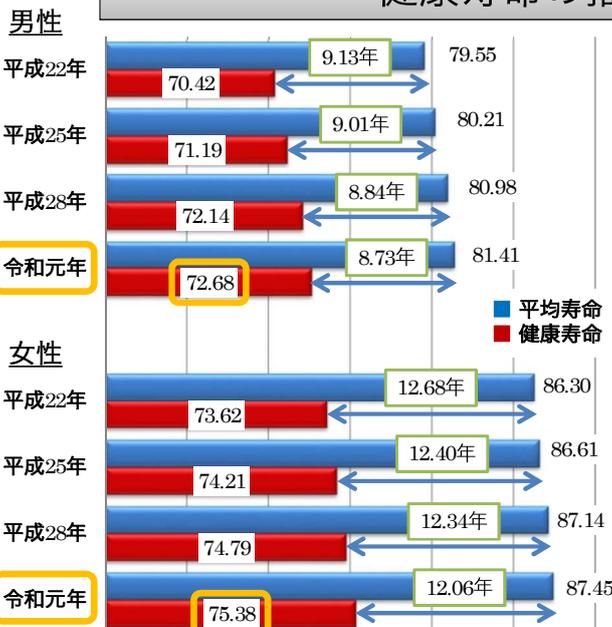
都道府県別にみる75歳以上高齢者人口の将来推計

2020年の75歳以上人口を1.0としたときの指数



国立社会保障・人口問題研究所：日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）

健康寿命の推移



○ 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加

H22からの増加分	男性	女性
健康寿命	+2.26	+1.76
平均寿命	+1.86	+1.15

○ 都道府県格差の縮小

※日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差

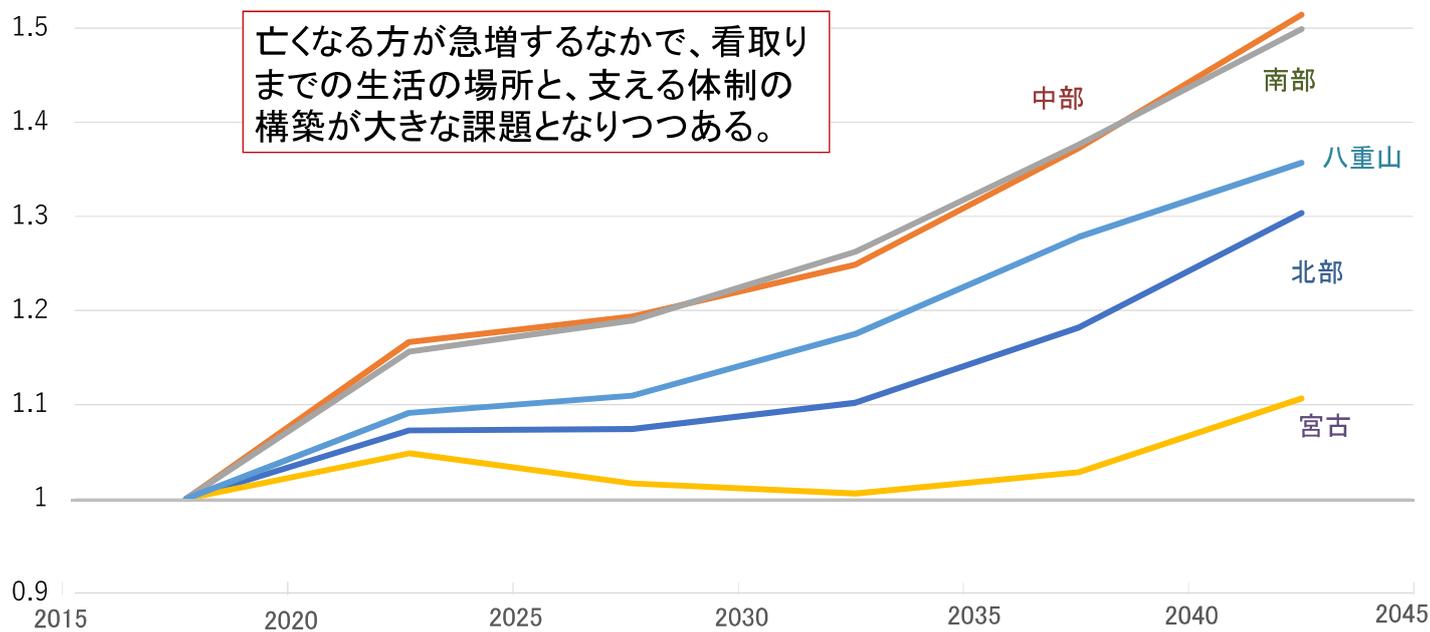


※厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の要因分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくりの運動に向けた研究」研究代表者（辻一郎）において算出
 ■健康日本21（第二次）の目標 平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加（令和4年度）
 ■健康寿命延伸プランの目標 健康寿命を男女ともに3年以上延伸し、75歳以上とする（2040年）

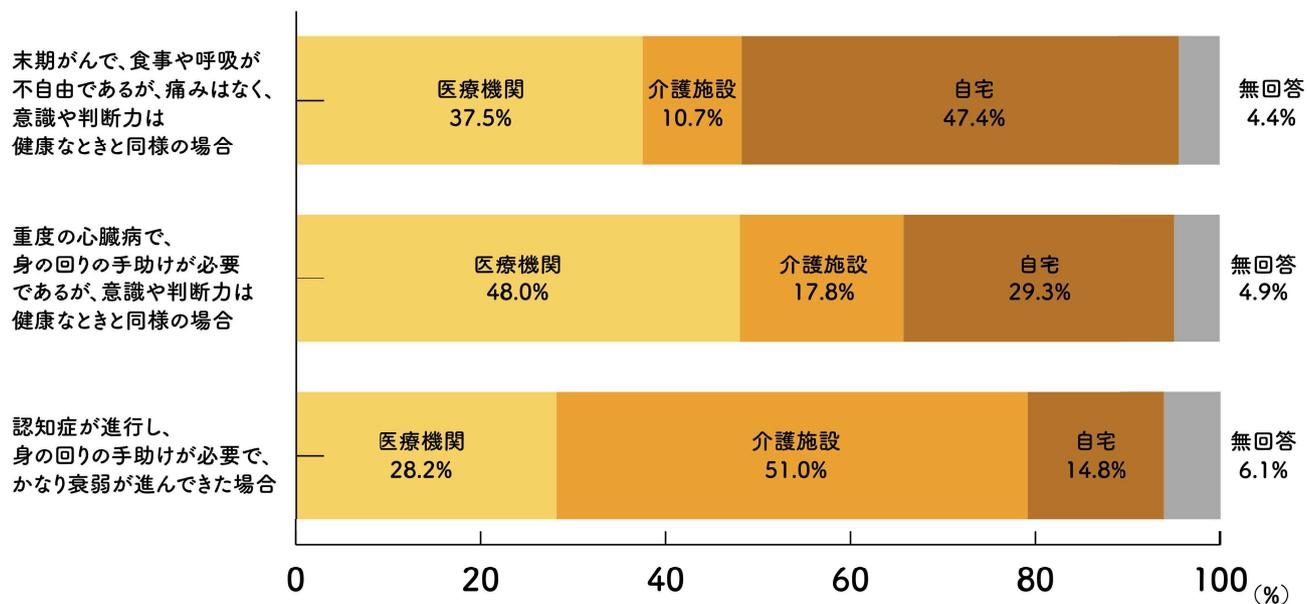
○平均寿命：厚生労働省「平成22年完全寿命表」
 「平成25年/平成28年/令和元年簡易寿命表」
 ○健康寿命：厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年人口動態統計」
 厚生労働省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年国民生活基礎調査」※
 総務省「平成22年/平成25年/平成28年/令和元年推計人口」より算出
 ※平成29年「2016」調査では熊本県は震災の影響で調査なし。

厚生労働省：令和3年12月20日 第16回健康日本21(第二次)推進専門委員会 資料3-1

沖縄県における死亡数の将来推計（医療圏別・現在との比）

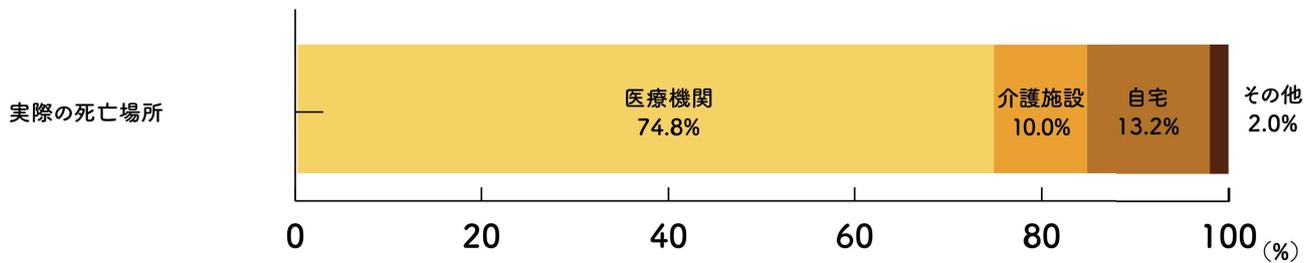


人生の最終段階において、医療・療養を受けたい場所



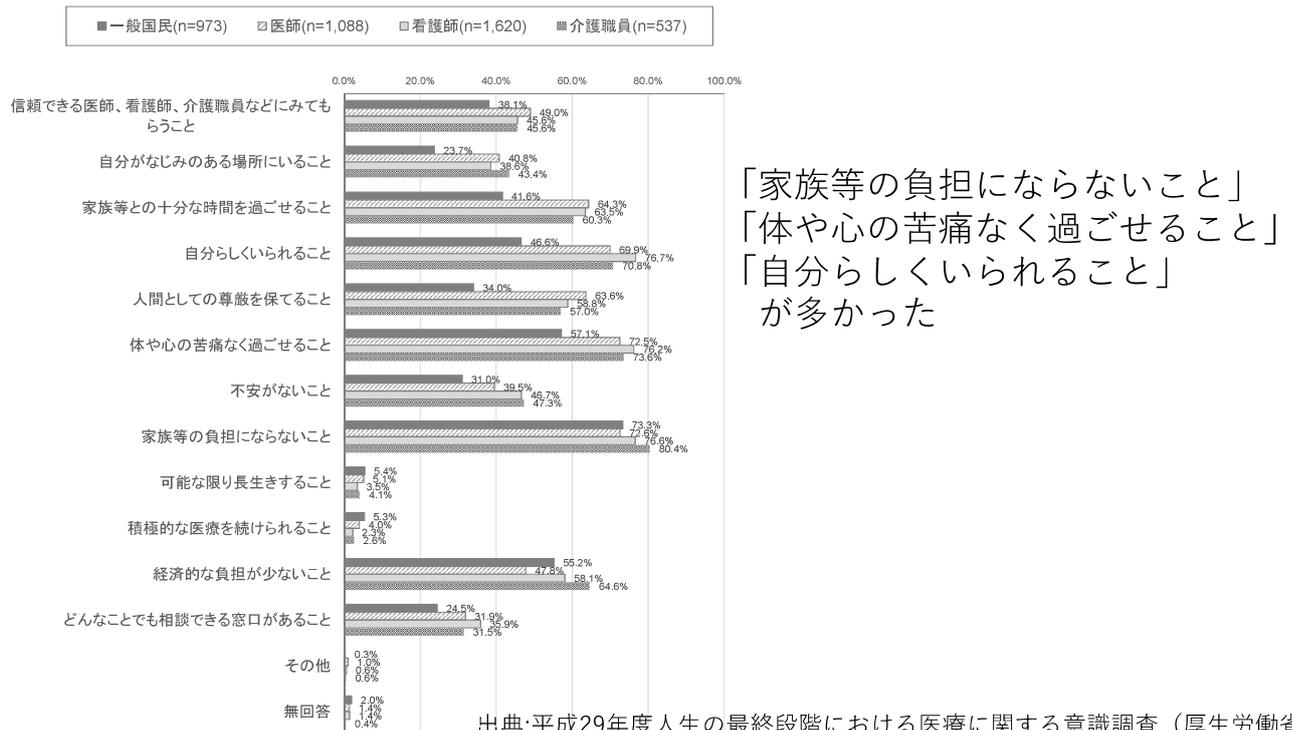
出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査(厚生労働省)

実際の死亡場所



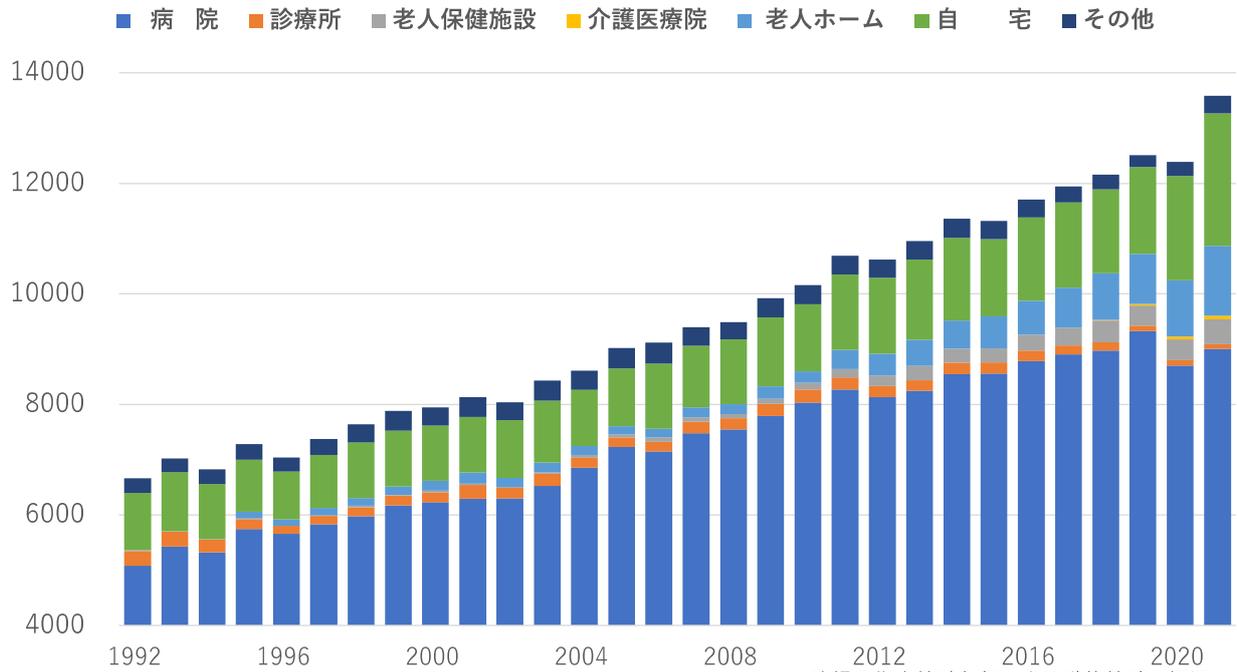
出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

問12 どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。(複数回答可)

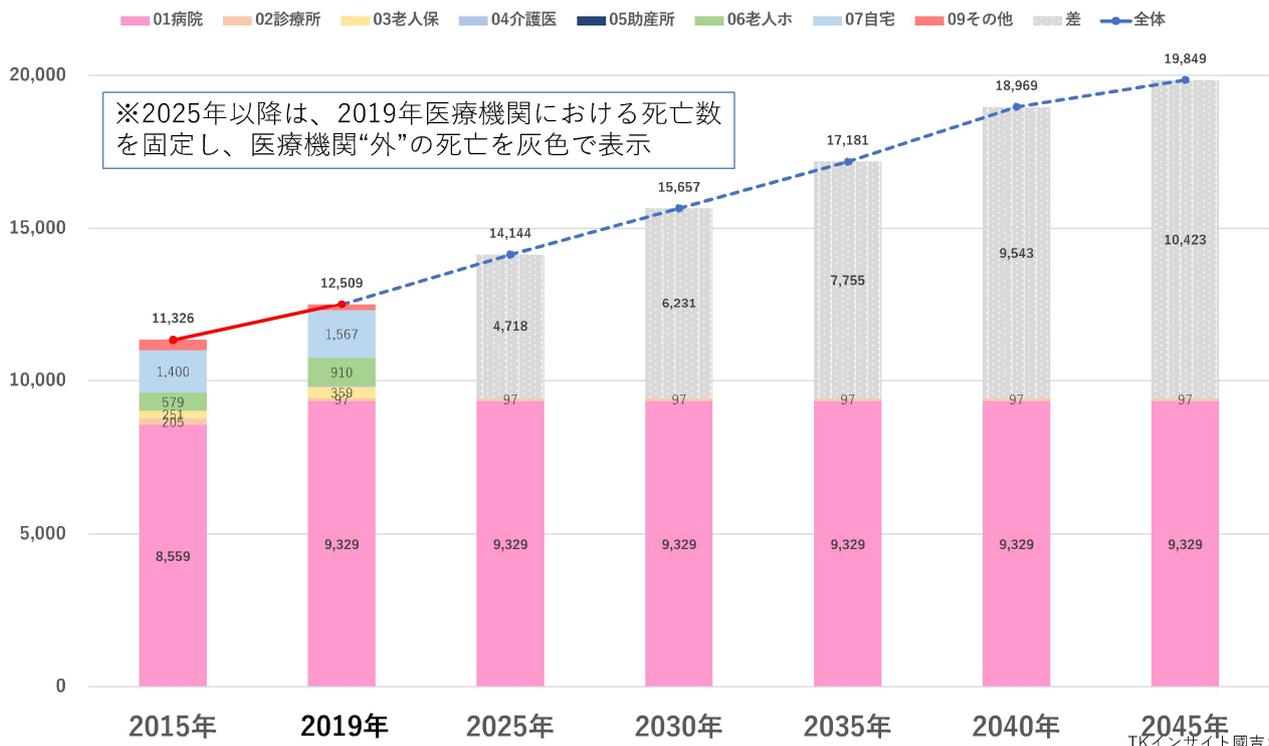


出典:平成29年度人生の最終段階における医療に関する意識調査 (厚生労働省)

沖縄県における死亡数と死亡場所の推移



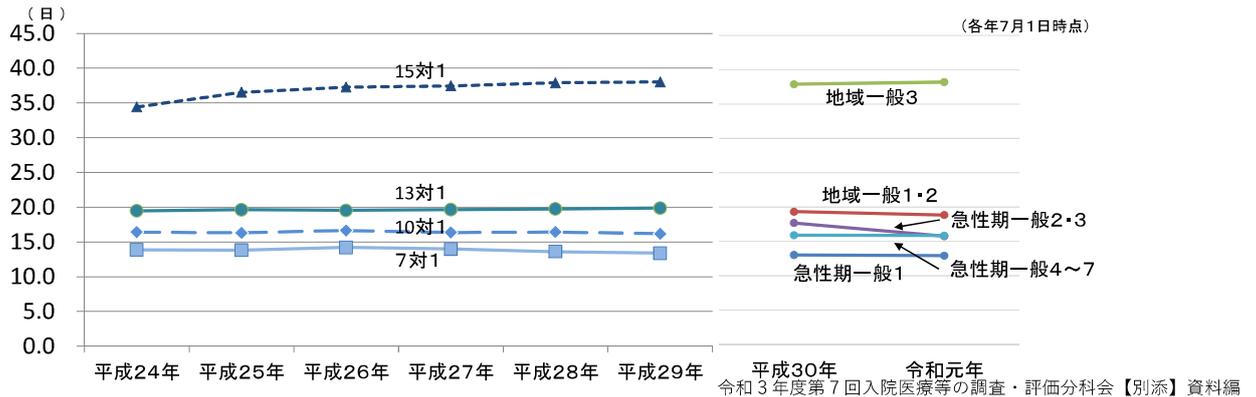
推計死亡者数（R1ベース、沖縄県全体）



病床の機能による役割分担について

急性期病床

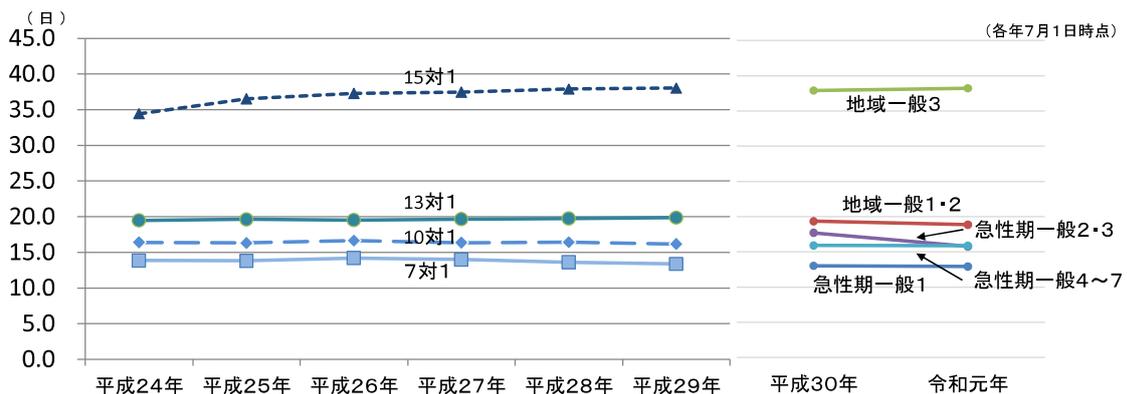
- いわゆる『救急病院』：高度急性期（救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室）、および急性期病床
- 入院した患者に対し、状態の早期安定化に向けて、（診療密度が特に高い）医療を提供する
- 平均入院期間は11～20日：疾患や手術ごとに入院期間がある程度決まっている（DPC制度）
- 『だいたい1～2週間くらい入院する病院』



入院料別の平均在院日数の推移（一般病棟入院基本

診 調 組 入 - 1
3 . 6 . 3 0

- 平均在院日数は、急性期一般入院料1が最も短く、全体的に、横ばいの傾向。
- DPC病院については、出来高算定病院に比べて短縮化が大きい。



(参考)施設類型毎の在院日数の平均

施設類型	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度
大学病院本院群	13.35	13.11	12.79	12.43	12.21
DPC特定病院群	11.98	11.81	11.62	11.44	11.34
DPC標準病院群	12.60	12.27	12.04	11.86	11.76
DPC準備病院	13.23	13.01	12.77	12.65	12.53
出来高算定病院	13.94	13.86	13.83	13.58	13.57

出典:保険局医療課調べ

※ 平成24、25年は7対1入院基本料の経過措置病棟のデータを除いた値

14

令和3年度第7回入院医療等の調査・評価分科会【別添】資料編

病床の機能による役割分担について②

回復期機能を果たす病床

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供

■回復期リハビリテーション病棟

- 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する
- 診断名により、入院期間が決まっている（最長で3ヶ月未満）
- 家族への介護指導、住宅改修にむけた家屋評価、生活環境の相談等も提供
- 患者の自宅への退院と社会復帰を目指す

■地域包括ケア病棟（病床）

- 急性期の治療が終了した患者を受け入れ、治療を継続する（ポストアキュート機能）
- 在宅等で療養している患者の緊急時に入院受け入れを行い、疾患の治療等を行う（サブアキュート機能）
- 在宅医療・生活復帰支援を行う
- 一定期間（最長60日）入院療養およびリハビリテーションの提供等を行い、在宅や高齢者入所施設の療養を支援する

病床の機能による役割分担について③

慢性期機能をはたす病床

急性期治療が終了し病状は安定しているが、長期にわたり継続した医学的管理・処置が必要な必要な患者を療養させる機能

■医療療養病棟（病床）

- 医療法に基づき、長期療養を必要とする患者に対し入院医療を提供
- 医療区分1～3が設定され、医療依存度により入院基本料が異なる
- 『療養病棟は看取りの場ではない』

※20190703（中医協）第4回入院医療等の調査・評価分科会

■特殊疾患病棟

- 入院患者数の概ね8割以上が脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者又は神経難病患者
- 障害者施設等一般病棟
- 医療型障害児（者）入所施設

その他の病棟の機能

■緩和ケア病棟

- 悪性腫瘍の患者及び後天性免疫不全症候群（AIDs）等の患者に対して、入院緩和ケアを提供
- 外来や在宅への円滑な移行も支援する
- 在宅で行われている緩和ケアの後方支援に対する加算が設定されている（緩和ケア病棟緊急入院初期加算）
- 入院から30日以内、30日以上60日以内、61日以上、のそれぞれの期間で入院料が異なる（下がる）

精神保健福祉法にもとづく病床

■認知症治療病棟

- 認知症による急性症状や行動に対して、集中的な治療を実施する
- 精神保健福祉士または臨床心理技術者（公認心理師等）の常勤が必要
- 入院から30日以内、30日以上60日以内、61日以上、のそれぞれの期間で入院料が異なる（下がる）

■精神科療養病棟

- 精神疾患を有する患者

介護保険サービスによる入所施設

■介護医療院

- 医療が必要な要介護高齢者の長期療養・生活支援
- 『住まい』機能の強化：長期に療養生活を送るのにふさわしい、プライバシーの尊重、家族や地域住民との交流が可能となる環境整備
- 医療機能：経管栄養や喀痰吸引等日常生活に必要な医療処置や、充実した看取りを実施する体制

■介護老人保健施設（老健）

- 在宅復帰、在宅療養支援のための地域拠点
- 利用者の機能維持・改善のためのリハビリテーション提供を担い、かつ必要な方へ看取りを実施
- 医療・看護・介護・リハビリテーション・栄養管理を受けながら療養する
- 在宅支援：通所リハビリ（デイケア）、訪問リハビリ、ショートステイ等の提供

■介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

- 要介護高齢者のための生活施設
- 入浴、排泄、食事等の介護その他日常生活の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話を行う
- 定員が29名以下のものは、市町村が指定する地域密着型介護老人福祉施設

■認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

- 入所定員5～9名、介護全般、機能訓練など

特定施設入居者生活介護

- 介護介護付き有料老人ホーム、軽費老人ホーム（ケアハウス）、養護老人ホーム
- 介護保険の対象となる日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話を提供

介護サービスの種類

	都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス	市町村が指定・監督を行うサービス
介護給付を行うサービス	<p style="text-align: center;">◎ 居宅介護サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護（ホームヘルプサービス） ○ 訪問入浴介護 ○ 訪問看護 ○ 訪問リハビリテーション ○ 居宅療養管理指導 <p>○ 特定施設入居者生活介護</p> <p>○ 福祉用具貸与</p> <p style="text-align: center;">◎ 居宅介護支援</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 通所介護（デイサービス） ○ 通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 短期入所生活介護（ショートステイ） ○ 短期入所療養介護 <p style="text-align: center;">◎ 施設サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護老人福祉施設 ○ 介護老人保健施設 ○ 介護療養型医療施設 ○ 介護医療院 	<p style="text-align: center;">◎ 地域密着型介護サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ○ 夜間対応型訪問介護 ○ 地域密着型通所介護 ○ 認知症対応型通所介護 ○ 小規模多機能型居宅介護 ○ 看護小規模多機能型居宅介護 ○ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） ○ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ○ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 ○ 複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）
予防給付を行うサービス	<p style="text-align: center;">◎ 介護予防サービス</p> <p>【訪問サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防訪問入浴介護 ○ 介護予防訪問看護 ○ 介護予防訪問リハビリテーション ○ 介護予防居宅療養管理指導 <p>○ 介護予防特定施設入居者生活介護</p> <p>○ 介護予防福祉用具貸与</p> <p>【通所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防通所リハビリテーション <p>【短期入所サービス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防短期入所生活介護（ショートステイ） ○ 介護予防短期入所療養介護 <p style="text-align: center;">◎ 介護予防支援</p>	<p style="text-align: center;">◎ 地域密着型介護予防サービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護予防認知症対応型通所介護 ○ 介護予防小規模多機能型居宅介護 ○ 介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム） <p style="text-align: center;">◎ 介護予防支援</p>

この他、居宅介護（介護予防）福祉用具購入、居宅介護（介護予防）住宅改修、介護予防・日常生活支援総合事業がある。

19

高齢者むけ住まいについて

有料老人ホーム

- 老人福祉法第29条第1項に基づき、老人の福祉を図るため、その心身の健康保持及び生活の安定のために必要な措置として設けられている制度
- 老人を入居させ、以下の1~4のサービスのうちいずれかのサービス（複数可）を提供している施設
 - ① 食事の提供
 - ② 介護（入浴・排泄・食事）の提供
 - ③ 洗濯・掃除等の家事の供与
 - ④ 健康管理

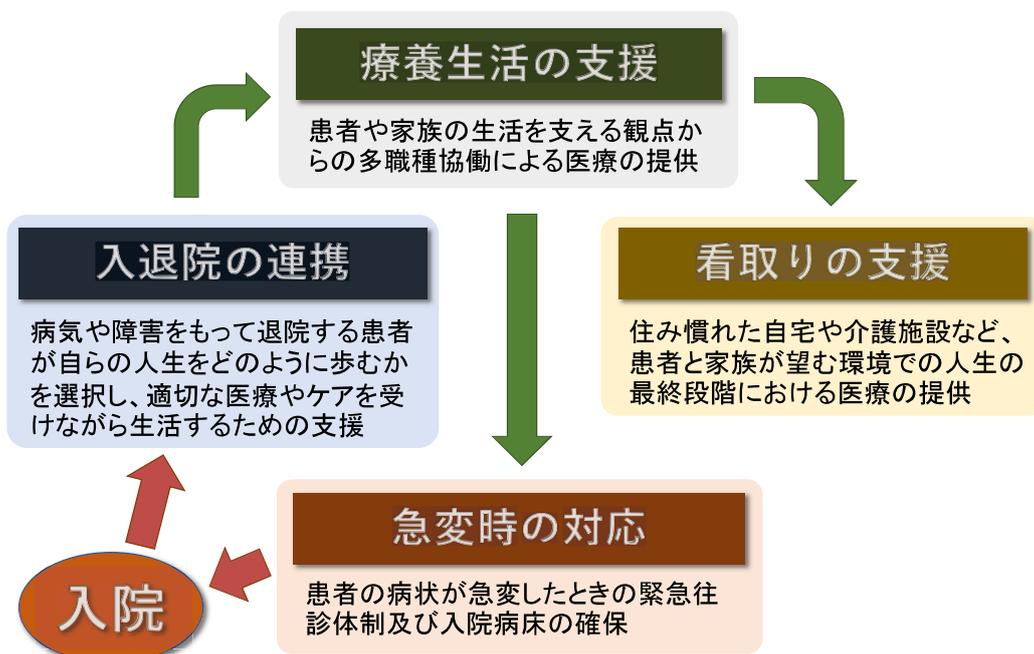
サービス付き高齢者向け住宅

- 高齢者住まい法第5条に基づき、状況把握サービスと生活相談サービスを提供する等、以下の基準を満たす高齢者向けの賃貸住宅等の登録住宅
- 《ハード》床面積は原則25m²以上、バリアフリー（廊下幅、段差解消、手すり設置）等
- 《サービス》①安否確認サービス、②生活相談サービスのいずれかを提供
- 約97%は有料老人ホームにも該当する

介護保険サービスを受けたい場合は、別途外部のサービス事業所と個別契約し利用

- ・ 訪問サービス：訪問介護、訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導（医療、薬剤等）
- ・ 通所サービス：通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）
- ・ 地域密着型介護サービスのうち訪問、通所系：定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護 等

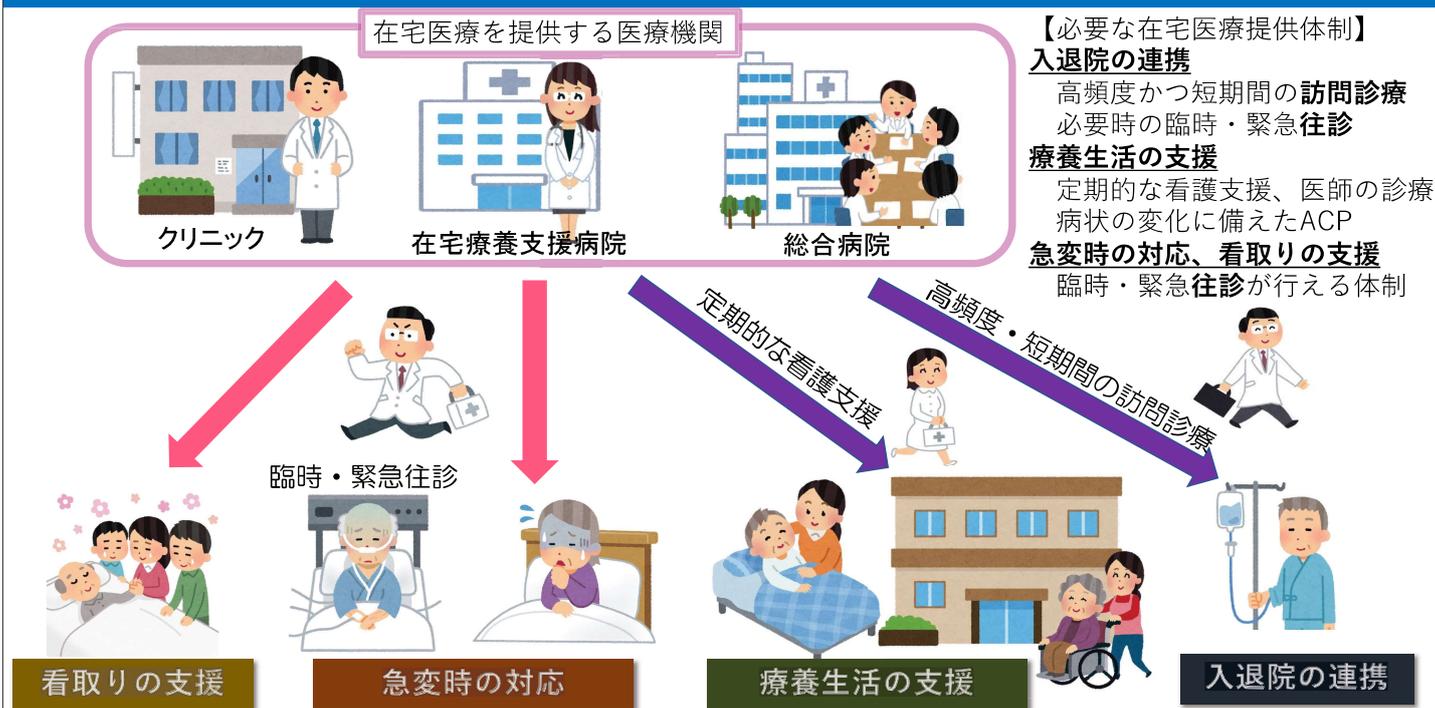
地域包括ケアと医療の連携について



沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業

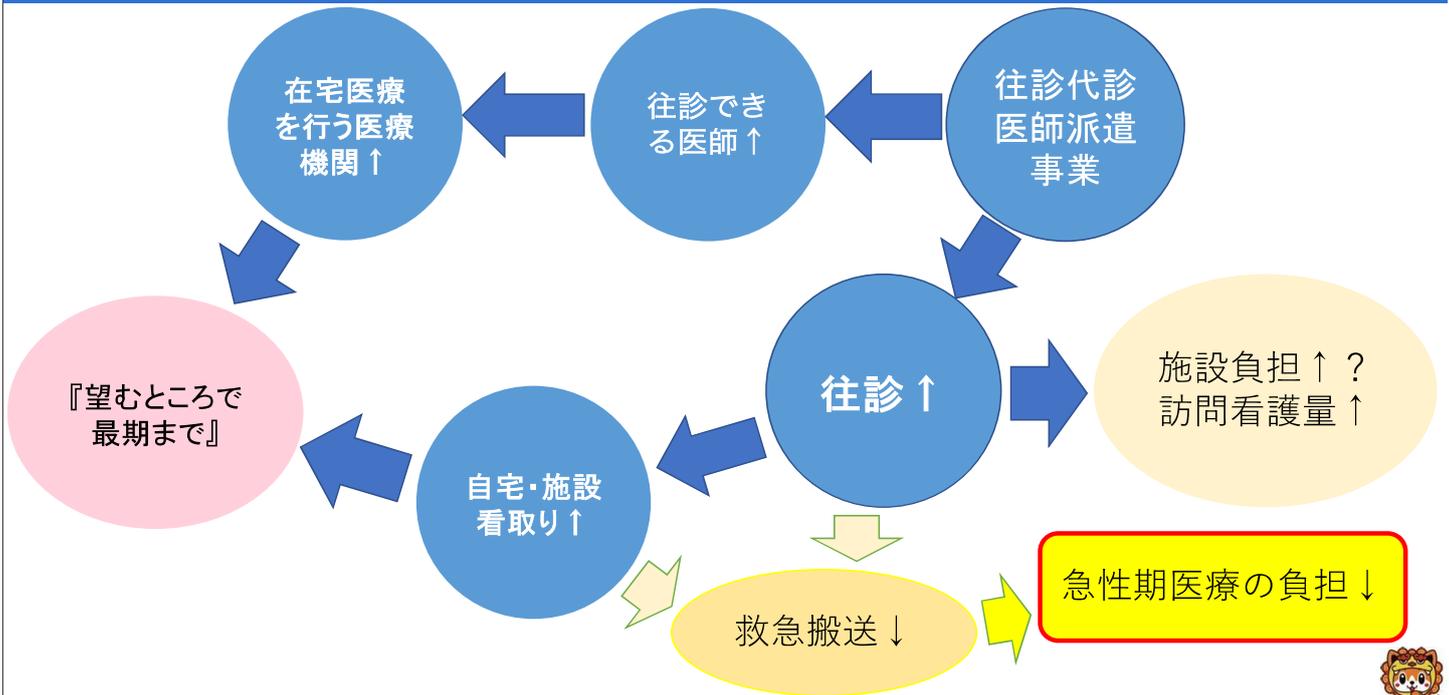


地域包括ケアと在宅医療の連携について



沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業

往診代診医師派遣事業により想定される効果



沖縄県医師会：令和4年度在宅医療支援事業



在宅医療の体制別 難易度の整理

療養生活の支援

患者や家族の生活を支える観点からの多職種協働による医療の提供

難易度 低：定期的な診察と処方、マイナートラブル（便秘、血圧や採血結果値の変動）の対応

難易度 高：全身状態の変化に応じたACPの実施、身寄りがない等社会的な支援が必要な患者の急変時に備えた方針決定、病状変化時に備えたコンフォートセット等の事前処方

急変時の対応

患者の病状が変化したときの臨時往診体制及び入院病床の確保

難易度 低：方針未決定患者の救急搬送指示、事前処方薬の使用指示、とりあえずの往診

難易度 高：往診の判断に基づいた方針の決定、緊急ACP、医療用麻薬の時間外処方、医療機関内の調整もしくは他医療機関との連携による『緊急往診体制』そのものの構築

看取りの支援

住み慣れた自宅や介護施設など、患者と家族等が望む環境での人生の最終段階における医療の提供

難易度 低：人生の最終段階が近いと主治医が判断し、家族等との病状共有が済んでいる患者の看取り往診、超高齢者等の老衰の経過による看取り

難易度 高：若年がん患者の看取り、病状の急激な変化による緊急ACPの結果の看取り、家族等の介護者との連携不足事例

沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業



在宅医療を専門に行う医師に求められる知識・技能 参考：在宅医療連合学会専門医制度 ポートフォリオテーマ

医学的分野

- 老年医学：認知症、栄養障害、摂食嚥下障害、排泄、褥瘡とフットケア、リハビリテーション
- **緩和医療学**：
疼痛管理、他の症状管理、非がん患者の緩和ケア、スピリチュアルケア、グリーフケア、**臨死期の対応（看取り）**
- 内部障害・小児・障害児者：
神経難病、心不全等の臓器障害、小児、障害者
- 在宅医療の諸相：
 - 急性期のアセスメント、在宅や施設における治療
 - 入院適応の判断と地域連携
 - 在宅医療の導入
 - 臨死期の対応（看取り）
- 生物・心理・社会モデル：
複雑な事例（困難事例）への対応

社会的分野

- 臨床倫理・意思決定の支援
- 医療保険制度、介護保険制度、その他の支援制度（難病、障害児者自立支援等）
 - ✓ 患者が他事業所等からサービスを受ける際に必要な文書の交付
- 患者中心の医療と家族ケアの実践
- 多職種協同の実践：当該医療機関“内外”の多職種連携
- 地域連携・病診連携

<https://www.jahcm.org/recruit.html>

沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業



オンコール代診医師に求められる診療内容：整理

看取り

- 診療内容：一般的な死亡診断および家族・介護関係者等とのコミュニケーション技術
- 必要な支援：
 - 診療経過の把握：電子カルテの閲覧、もしくは診療情報提供書等の診療経過の要約
 - 看護師（医療機関もしくは訪問看護）の同行：死亡までの経過に異常がないことの確認
 - かかりつけ医による死亡診断書の事前準備

緩和ケア

- 診療内容：がん、非がんの緩和ケアの知識と対応技術
- 必要な支援
 - 診療経過の把握：電子カルテの共有、鎮痛薬等の処方が可能な体制
 - 看護師（医療機関もしくは訪問看護）の同行：薬剤が患者に到達する方法の確認、ケアの提供

※課題：時間外等に薬剤の投与が可能な体制について、依頼元医療機関において事前に構築しておくことが必要

発熱等の病状変化時の対応

- 診療内容：プライマリ・ケアとしての医療提供
- 必要な支援：臨床診断に基づいた治療が行える体制
 - 診療経過の把握：電子カルテの共有、治療薬等の処方が可能な体制
 - 看護師（医療機関もしくは訪問看護）の同行：薬剤が患者に到達する方法の確認、ケアの提供

※抗生剤等の使用が予測される薬品について、代診医もしくは看護師が施行できる体制の構築が必要

沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業



よく知らない医師による死亡確認の仕方及び家族の感想

- ・ 緩和ケア病棟で死亡され、統計解析の対象となった患者 480 人の死亡確認の中で、患者の主治医ではないよく知らない医師が死亡確認したのは 178 人
- ・ ほとんどの遺族は主治医ではないよく知らない医師の死亡確認の態度に満足していた

	そう思う		そう思わない		未回答	
医師の態度						
医師は、家族に自己紹介をした	92	51.7%	68	38.2%	18	10.1%
医師は、今日は代わりであるが、状況はおおむね聞いているといった	58	32.6%	106	59.6%	14	7.9%
医師は、病状の経過や経緯がだいたい分かっている様子だった	110	61.8%	54	30.3%	14	7.9%
医師が、「患者のことはよくわからない」といった	7	3.9%	152	85.4%	19	10.7%
医師は、いろいろ説明してくれたが、的外れだった	4	2.2%	153	86.0%	21	11.8%
感想						
代わりの先生もよくしてくれ、気にならなかった	116	65.2%	53	29.8%	9	5.1%
できれば主治医にみてほしかったが仕方ないと思う	147	82.5%	24	13.6%	7	3.9%
代わりの先生にもっと申し送りをしてほしかった	63	35.4%	103	57.9%	12	6.7%
代わりの先生のことをあらかじめ言ってほしかった	80	45.0%	86	48.3%	12	6.7%
それまでの経過が大事なので、気にならなかった	134	75.3%	38	21.4%	6	3.4%

遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2016 J-HOPE2016 付帯研究 3.遺族から見た望ましい死亡確認の仕方に関する研究.

令和5年度 往診代診医師派遣事業 実績

往診代診医師派遣の依頼

- 7つの医療機関より、**14件**の代診医師派遣依頼
- 金曜日の夕方～月曜日の朝を中心に、**合計728時間**
- 往診対応依頼患者数：**1名（開業直後）～120名**
中央値：50名

-往診依頼：7件

- 看取り往診：3件
- 看取り往診依頼であったが実際は呼吸停止しておらず診察と説明：1件
- 『医師の診察が必要』：3件
診断名：脱水症、意識障害、下血（外痔核）

往診代診医師派遣事業スキーム

事前に行うこと

- 主治医より患者および介護者へ、主治医以外の代診サポート医師が来る可能性の説明を行う
- 代診サポート医師との診療情報の共有方法について調整(電子カルテ、サマリ等)
 1. 派遣依頼医療機関は、事務局へ、往診代診医師派遣の希望日程調整を依頼。(様式1)
 2. 事務局は、代診サポート医師へ日程の調整。(様式2)
 3. 事務局は、派遣依頼医療機関へ、代診サポート医師決定の通知。(様式3)
 4. 派遣依頼医療機関は、代診サポート医師を非常勤医師として登録。(様式4)

代診当日に行うこと

- 患者もしくは介護者より、派遣依頼医療機関に対して病状変化等の発生の連絡。
- 派遣依頼医療機関(主治医、もしくは指示を受けた看護師)は、代診サポート医師へ**往診依頼**の連絡(電話連絡)
 代診サポート医師は、看護師等と同行し往診(派遣依頼医療機関の非常勤として診療)を実施

代診後に行うこと

1. 代診サポート医師は、事務局へ実施報告をする。(様式5)
2. 事務局は、派遣依頼医療機関へ往診代診医師派遣報告書を提出。(様式6)
3. 派遣依頼医療機関は、往診件数に応じた報酬、および待機に対する報酬を代診サポート医師へ支払い(別添資料1)



沖縄県医師会：令和5年度在宅医療介護連携支援事業

往診代診医師派遣スキーム (イメージ)

