

## 在宅医療の基盤整備について

2025年には団塊の世代が75歳を迎え、川越市におきましても現在の高齢者数約91000人から約95000人、高齢化率は25.97%から約2%上昇し、27.8%となることを見込まれております。

そうした中で、今後医療ニーズは益々高まってまいります。

2025年を見据えて川越市すこやかプランでは、地域包括ケアシステムの構築を中核に据えております。

地域包括ケアシステムとは皆様ご存知の通り、「団塊の世代が全て75歳以上となる平成37年を目途に、国及び地方公共団体においては、出来る限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護サービスの基盤を整備していくと同時に、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される状態」とすることです。

また平成25年8月にだされた社会保障制度改革国民会議報告書におきましては、

「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない。例えば、介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が不可欠であり、地域包括ケアシステムの確立は、医療と介護サービスの一体改革によって実現するという認識が基本となる」とあります。

昨年、「地域包括ケアシステム構築に向けた医療・介護の基盤づくり」を学ぶために、自民党会派で岡山市を視察しました。

岡山市では、医療政策推進課を立ち上げ、行政がコーディネートする行政積極関与型として在宅を支える医療の基盤整備事業を進めておりました。

その主な事業としては、往診を開始する医師に連携の手法・方法を教示する訪問診療スタート支援事業、かかりつけ医の病状管理スキルの向上を図り、在宅がん患者等へ対応できる医師を増やし、同時に専門・多職種チームを結成するかかりつけ医スキルアップ研修、再就職を考える看護師に訪問看護への認識を深め、従事希望者を増やす訪問看護プチ体験事業、積極的に訪問して薬学的管理指導を行う薬局・薬剤師を増やす岡山市認定在宅介護対応薬局事業、介護支援専門員の医療ケアを含むマネジメント能力の向上を図るための研修を実施する在宅療養支援強化事業など、多職種に対して在宅を支える基盤整備事業を行っていました。

私は以前有料老人ホームで働いており、当時は、入居されている方に何度も何度も、家に帰りたい、家に迎えに来るように電話してくれないかと言われていた経験があります。

自ら進んで入居される方は稀で、そのほとんどの方が自分の意思とは関係なく、もしくは家族に迷惑を掛けたくないからという理由で入居されてきます。

ですからほとんどの人は、心の中では自宅に帰りたいているのです。  
そしてまた、私の父は昨年入退院を何度も繰り返して最後は病院で他界しました。  
最後の入院をする前から家族として死は覚悟しておりましたので、自宅で最期を迎えさせてあげようと考えておりました。  
結果的にケアマネジャーに相談している間に亡くなってしまいました。最後の入院中に「自宅に帰れるように今色々手配しているからうちに帰ろうな」と父に伝えた時のその嬉しそうな顔が忘れられません。  
自宅に帰りたいたいは言わなかったのですが、やはり本心は帰りたかったのだと思いました。  
ですが今自宅で終末期を過ごすには多くの課題があります。  
先にも申しあげましたが、人生の終末期を自宅で過ごすためには在宅医療・在宅介護の基盤整備が必要不可欠です。  
今回は、その中でも本市における「在宅医療の基盤整備について」質問を行ってまいりたいと思います。

#### 【1回目】

まず1回目の1点目としまして、

- 川越市の病院数、一般診療所数、病床数、医師数、及び人口10万人あたりの医師数の現状をお伺いします。

また人口10万人あたりの医師数は他市と比較してどうなのか、併せてお伺いします。

**A:本市の病院数、一般診療所数、病床数、医師数、及び人口10万人あたりの医師数の現状についてでございます。**

医師数につきましては平成28年12月31日現在、病院等の施設数につきましては平成29年3月31日現在でお答えいたします。

病院数は、26施設。一般診療所数は、197施設。病床数は、4542床でございます。

また医師数は840人であり、人口10万人あたりでは、239人でございます。

次に、人口10万人あたりの医師数を他市と比較した場合でございますが、川口市、所沢市及び越谷市について、多い順にお答えしますと、

本市が最も多く239人、次いで所沢市225人、越谷市214人、川口市135人でございます。

2点目としまして、

- 人生の終末期を自宅で過ごしたい方はどのくらいいるのか、お伺いします。

**A:人生の終末期を自宅で過ごしたい方についてでございます。**

平成24年に内閣府が行いました「高齢者の健康に関する意識調査」によりますと、「治る見込みがない病気になった場合、最後はどこで迎えたいか」の問いに対しまして、65歳以上の高齢者では、「自宅」と回答した方が約半数の54.3%という状況でございました。

2000年より介護保険が制度化されて17年経ち、その間様々なサービスが整備されてきたわけですが、3点目としまして、

●高齢者の死亡場所は、20年前と現在ではどのように変化しているのでしょうか？

A：高齢者の死亡場所についてでございます。

厚生労働省の人口動態統計から、平成28年と、その20年前である平成8年での状況で申し上げますと、平成8年では、「病院」が74.9%、次いで「自宅」が18.2%、「老人ホーム」が2.1%となっております。

それに対しまして平成28年では、「病院」が74.2%、「自宅」が12.0%、「老人ホーム」が7.7%となっており、20年前と比較し、「自宅」での死亡率が減少している一方で、「老人ホーム」での死亡率が増加しているといった状況となっております。

4点目としまして、

●川越市において自宅で最期を迎えられる方の割合、いわゆる在宅死亡率はどれくらいなのでしょうか？

また他市と比較して在宅死亡率の状況はどうなっているのでしょうか？

A：川越市で自宅で最期を迎えられる方の割合でございます。

同じく、人口動態調査によりますと、全年齢を対象としたものになりますが、平成28年で11.9%となっております。

また他市の状況でございます。

また県内の主な市で見ますと、川口市15.3%、所沢市15.7%、越谷市13.5%となっております。

なお、全国では13.0%、埼玉県では12.5%となっており、東京都特別区及び全国の市の中では、東京都葛飾区が23.7%と最も高くなっております。

介護基盤については、定期巡回随時対応型訪問介護看護や小規模多機能型居宅介護など、やや不足しているサービスもありますが、多くの民間企業の参入によって基本的に大きな不足はないと認識しております。

また不足しているサービスについては、川越市でも計画して整備を進めて頂いていると考えております。

ただ自宅で終末期を過ごすには訪問介護や訪問看護といった在宅介護だけでは不十分です。訪問看護は主治医が訪問看護指示書を発行し、それに基づいて医療的処置を行います。訪問看護指示書の交付を受けるには主治医の診察を受けなければなりません。

ですが通院して受診出来ない人は、医師に自宅まで来てもらう必要があります。

ましてや終末期を自宅で過ごすとなると定期的に、時には突発的に診てもらう必要があります。

そのようなことから今後益々24時間対応で訪問診療を行う在宅療養支援診療所もしくは在宅療養支援病院等の訪問診療が必要不可欠と考えております。

そこで基本的なことも含めて更に何点かお伺いします。

5点目としまして、

●在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院とはどのようなものでしょうか？お伺いします。

A：在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院についてでございます。

在宅療養支援診療所につきましては、主に高齢者が看取りまで含めたケアを住み慣れた自宅や地域で受けられるよう、平成18年の診療報酬改定で創設されたもので、関東信越厚生局への届け出が必要となっております。

満たすべき基準といたしましては、

- ・24時間連絡を受ける体制の確保
- ・24時間の往診体制
- ・24時間の訪問看護体制
- ・緊急時の入院体制
- ・連携する医療機関への情報提供
- ・年に1回、看取り数報告している

でございます。なお、在宅療養支援病院につきましては、平成20年度の診療報酬改定で創設され、在宅療養支援診療所の基準に加えまして、

- ・許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- ・往診を担当する医師は、当直体制を担う医師と別であることの要件を満たすこととなっております。

病院で受けられた医療サービスを高齢者の方々が療養、住まわれているところでも提供するものが「在宅医療」と理解しておりますが、在宅医療を大別すると「訪問診療」と「往診」とに分けられます。

6点目としまして、

●訪問診療と往診との違いとは何でしょうか？

A：訪問診療と往診の違いでございます。

どちらも、医療機関に通院が困難である患者に対して、自宅などに赴いて診療を行うものでございますが、

訪問診療は、1週間ないし2週間に1回程度の割合で定期的かつ計画的に医師が訪問し、診療、治療、薬の処方、療養上の相談、指導等を行うものでございます。また、病状の急変時には、緊急訪問や入院の手配などの対応も行います。

往診は、突発的な病状の変化に対して、救急車を呼ぶほどでもない場合など、患者の要請を受けて、医師がその都度診療を行うものでございます。

7点目としまして、

●訪問診療では、どのようなことをしてもらえるのでしょうか？

A：訪問診療で行われる内容でございます。

中央社会保障医療協議会における、平成28年度の「診療報酬改定の結果検証による特別調査」によりますと、訪問診療時に医師が実施した診療内容等は、

- ・視聴打診や触診、
  - ・バイタル測定、
  - ・患者や家族への問診、
  - ・薬剤の処方
- の割合が多く、重症患者にはさらに
- ・患者や家族への病状説明、
  - ・訪問看護ステーションに関する指示
  - ・居宅介護支援事業所との連携
- の割合が多い結果となっております。

8点目としまして、

- 病院や施設で死亡した場合と自宅で死亡した場合とではどのような違いがあるのでしょうか？

A：病院や施設で死亡した場合と自宅で死亡した場合の違いでございます。

一つには、通常、病院など医師いるもとで亡くなるような場合は、医師の判断で死亡診断がなされます。

それに対しまして、自宅で亡くなったような際には、普段からの訪問診療などの医療機関とのかかわりもありますが、警察による確認といった手続きや時間が必要となってくる場合も考えられます。

9点目としまして、

- 終末期を自宅で過ごす場合の課題としてはどのようなものが考えられるのでしょうか？

A：終末期を自宅で過ごす場合の課題でございます。

本人や家族にとりましては、看護や介護をされる、あるいは、するといったことへの心配や負担、また、急変時の対応に関しての不安等をいただくものと考えられます。こうした心配や負担、不安を軽減することが、在宅での療養を継続するための重要な課題であると考えます。

以上1回目とします。

## 【2回目】

10万人あたりの医師数は、所沢市の225人、越谷市の214人、川口市の135人と比較すると川越市が239人で最も多いとのご答弁でした。

昨年12月15日の埼玉新聞の記事では、人口10万人あたりの医師数の全国平均は、240.1人であり、埼玉県は全国で最も少ない160.1人とありました。

川越市が県内他市と比べて多いとは言ってもほぼ全国平均の医師数であると理解しました。また、5割を超える方が自宅で終末期を過ごしたいという願望がある一方で、現実には自宅で亡くなる方は、20年前の18.2%から12%へと低下しているとのご答弁でした。そして川越市の在宅死亡率は、11.9%で川口市の15.3%、所沢市の15.7%、越谷市の13.5%と比較すると一番低くなっており、医師数が充実しているのとは反対の結果だと理解しました。

ヨーロッパやアメリカ、オーストラリアでは病院死は50%前後、オランダでは病院死が30%を割っているということもあり、高齢者の死に方への考え方の違いと共に、まだまだ在宅医療の基盤整備が進んでいないと考えざるを得ません。

ちなみに日本でも約70年前の1952年の在宅死亡率は81%で、病院死はわずか12%だったようです。

全国1位葛飾区の23.7%、また長い間「在宅医療は横須賀市」と言われてきた2位の横須賀市では22.6%という在宅死亡率や岡山市の取り組みなどを考えると在宅医療基盤整備に対して計画的に実施していくことが必要なのではないでしょうか。

ただ私は施設での死亡が決して不幸せであるとは考えているわけではありません。

20年前の施設と違って今は特養でもユニット型でプライベートに配慮された個室になっておりますから、長く入居し、馴染みの家具などがあれば、そこは自宅と同様だと思います。施設において死亡される方が増えているのは、そうした施設整備の背景もあると考えております。

それでもやはり最後はご自分の自宅で過ごしたいという方は多くおります。

ご答弁にもありましたように、本人や家族の心配・不安といった課題を取り除き、安心して終末期を自宅で過ごすためにも在宅療養支援診療所等の在宅医療の整備が必要不可欠ではないでしょうか。

自宅で亡くなった際に、訪問診療などが入っていない場合には警察の介入があり、確認等が必要な場合があるのご答弁でした。

親族が亡くなって悲しみに打ちひしがれている状況で警察による確認や事情聴取等を受ける家族の心情を考えても訪問診療の必要性を感じます。

在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院については、先のご答弁で理解させて頂きました。

そこで2回目の1点目としまして、

●現在川越市の在宅療養支援診療所及び在宅支援病院はいくつあるのでしょうか？

また他市の状況も併せてお伺いします。

A:在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院数についてでございます。

平成30年1月1日現在の関東信越厚生局への届出状況で申し上げますと、川越市内の在宅療養支援診療所は11診療所、在宅療養支援病院は4病院でございます。

また、他市の状況でございますが、同じく平成30年1月1日現在の関東信越厚生局への届出状況で申し上げますと、

川口市の診療所数は23、病院数は4

所沢市の診療所数は21、病院数は3

越谷市の診療所数は14、病院数は1

という状況でございます。

2点目としまして

●訪問診療を実施するには医師、医療機関はどのような研修等の手続きが必要になるのでしょうか？

A:訪問診療を実施する医師、医療機関の研修等の手続きについてお答えいたします。

訪問診療を実施するにあたっては、保険医療機関であれば、新たに必要となる特段の手続きはございませんが、在宅療養支援診療所になるためには、関東信越厚生局に「特掲診療料の施設基準等に係る届出書」を提出する必要があるがございます。

また、訪問診療を行う医師には、法令等に基づく義務付けされた研修はございませんが、在宅医療を推進する団体が主催する研修プログラム等を任意に受講できる環境が整っており、資質向上に努めることが可能となっております。

3点目としまして、

●訪問診療を推進するにあたっての課題とは何か、お伺い致します。

A:訪問診療を推進するにあたっての課題でございますが、本年2月に公益社団法人日本医師会により公表されました「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果」によりますと、「在宅医療を実施する上で特に大変なこと」として、

- ・24時間の往診体制をとること
- ・医師自身の体力
- ・24時間連絡を受けること

が挙げられており、これらのことが訪問診療を行ううえでの課題と考えられます。

また、「在宅医療への今後の取り組み」に対して、「現在も今後も実施せず」が約5割となっており、在宅医療に対する理解を深めることも課題と考えられます。

また、「在宅医療への今後の取り組み」に対して、「今後も取り組まない」と回答した診療所では、特に大変なこととして、在宅医療を行う医師・看護師等の確保や、在宅医療全般についての知識や医療技術を習得することが挙げられており、実施する上でのハードルになっていると考えられます。

4点目としまして、

●訪問診療推進のために市として現在行っている取り組みはどのようなものがあるのでしょうか？

A：訪問診療を推進するために市が現在行っている取組についてでございます。

本市では、往診や訪問診療等の在宅医療を支える中心的役割を担うものとして期待される、「かかりつけ医」等の普及促進のため、すこやかマップやホームページでの医療機関等の情報提供を行うほか、医療従事者確保のため、看護師又は准看護師の養成機関の運営の支援を行っているところでありますが、現在のところ、訪問診療を行う医療機関を増やすための取り組みは行っておりません。

なお、現在、「医療と介護の連携」を進める中で、県が実施しております、医療や介護関係者から在宅療養に関する相談を受けて往診医の紹介や入退院の調整を行う在宅医療連携拠点事業を、平成30年度から市の介護保険事業として実施する予定となっております。

以上2回目とします。

### 【3回目】

川越市には、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院併せて15施設あり、川口市の27施設、所沢市の24施設と比較すると医師数の充実に対して川越市は少ないということを理解しました。

川口市、所沢市の在宅死亡率は15%を超えており、特に川口市では10万人あたり医師数が川越市のおよそ半分である一方で、在宅療養支援診療所・在宅支援病院が川越市よりも多く、結果として在宅死亡率が高いことを考えますと在宅療養診療所及び在宅療養支援病院の基盤整備が在宅死亡率にも大きく影響していると考えられるのではないのでしょうか。

また訪問診療を推進するにあたっての課題としては、24時間体制への対応や専門分野以外の知識・技術の習得があり、それらの要因が医療機関の訪問診療の実施を妨げているということでした。

そして現在川越市では、訪問診療を行う医療機関を増やすための取り組みは行っていないとのことでした。

先に申しあげました岡山市においては、平成23年より行政が積極的に関与して医師会と連携を図り在宅医療の基盤整備に取り組んでおります。

また長い間、在宅死亡率で全国1位だった横須賀市では、先の12月定例会 矢部議員の一般質問に対してのご答弁でもありました通り、在宅療養の基礎的な内容を紹介した、「最後までおうちで暮らそう」と、介護保険サービスを利用した、より具体的な在宅療養生活を紹介した「ときどき入院・入所ほぼ在宅」と題した二種類の在宅療養ガイドブックを作成しているということ、そして、医療と介護の関係職種との連携のための会議設置や研修の実施、市民啓発のためのシンポジウムの開催等に取り組んでいるとのことでした。

横須賀市も岡山市同様に平成23年から在宅療養連携推進事業に着手して共に6年を掛けて、現在の基盤が整備されております。

厚生労働省 在宅医療推進室より発表されている「在宅医療最近の動向」においては、市町村にお願いしたい役割として、医師会と連携し、地域の在宅医療に関わる医療機関への、24時間体制のバックアップ体制の調整、後方病床を果たす病院への協力依頼等の働き掛け、そして地域住民への在宅医療・介護の普及啓発、とあります。

また医師会にお願いしたい役割としては、市町村へのお願いと同様の他に、地域の医療関係団体への在宅医療推進の働き掛けや調整、とあります。

そして国立長寿医療研究センターが作成している「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」におきましても、在宅医療は地域包括ケアシステムの不可欠要素として、各々のかかりつけ医がその力を在宅医療の分野で十分に発揮することが重要であり、多くのかかりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより、面的な体制を整えることを目標とする。

在宅医療の推進に関しては、担当課が決まっていないことが多く、市町村が主体性を持ち、地域の医師会等と連携して取り組むことが必要としています。

そうして、一部の医師による「点」で支える体制ではなく、市全体でカバーする「面」へ導いていくことで、訪問診療を推進するにあたっての24時間対応への負担感や、専門領域外への不安等の課題が解消されていくのではないのでしょうか。

死は人生の最終章であって、本人が最も望む形で見送ってあげたいものです。

2025年まで残り7年しかない中で、今後は受け身ではなく、訪問診療を行う医療機関を増やす取り組みなど、より市が積極的に在宅医療の基盤整備に関係団体と連携して取り組んでいくべきと考えます。

最後の質問としまして、

●在宅医療の基盤整備に対して今後の市としての考え、をお伺いしまして私の一般質問とさせていただきます。

A：在宅医療は、高齢者等が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院治療や外来医療、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素でございます。

また、急速な高齢化の進展により増大する慢性期の医療ニーズに対する受け皿として、さらに、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されております。

来年度には、平成30年度を始期とする医療計画及び介護保険事業計画の同時改定により、在宅医療を着実に整備するための取り組みが進められようとしております。

本市としましても、今後、国、県の動向を注視するとともに、医師会等の関係機関との連携を図りながら、在宅医療の推進に取り組んでまいりたいと考えております。