



第15回日本カイロプラクティック科学学会  
学術大会  
2024.06.17

# 在宅医療、地域医療の現状と課題

桜新町アーバンクリニック  
遠矢純一郎

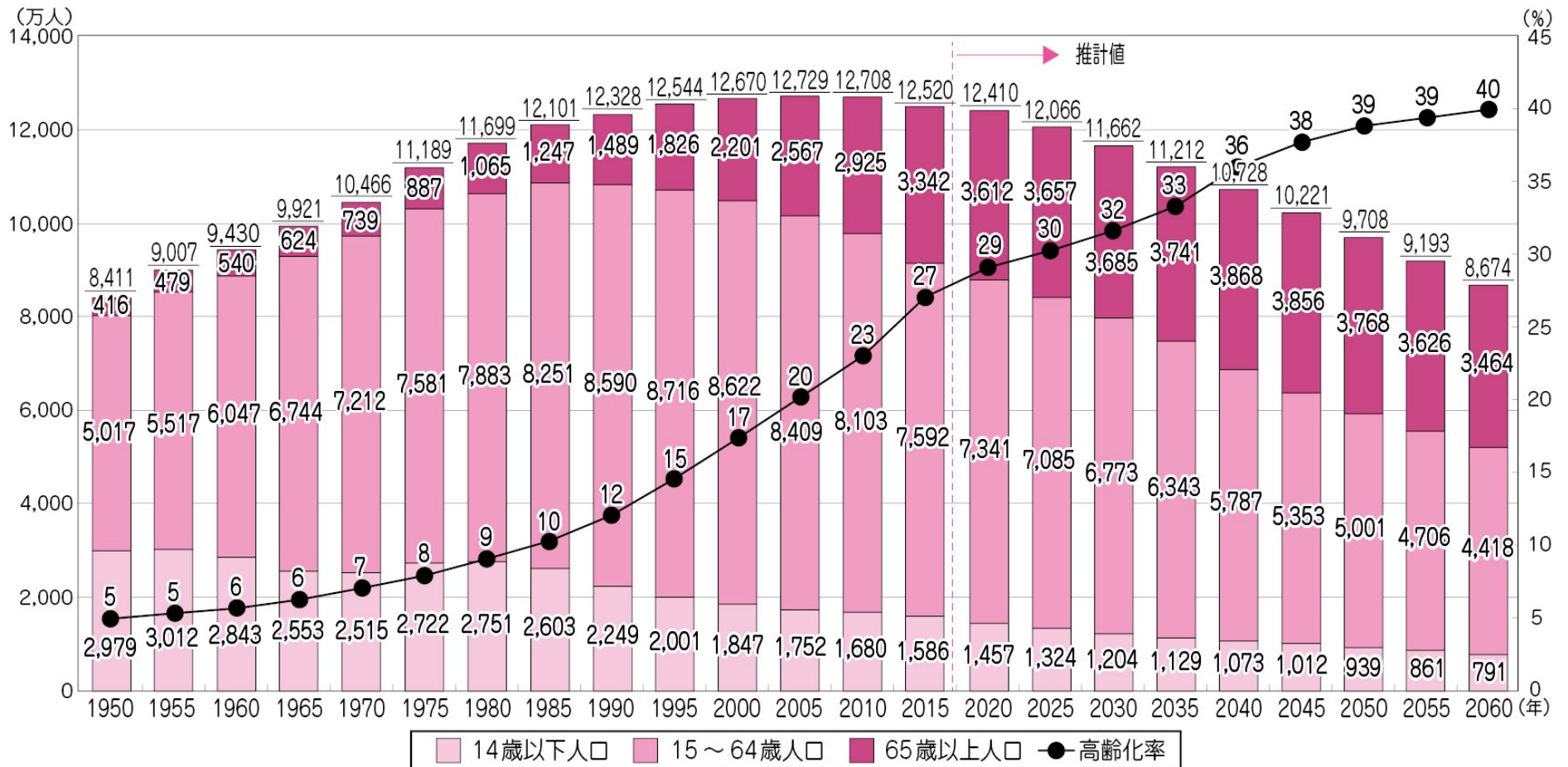
# 医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック



- 住所：東京都世田谷区 2009年開設
- 外来：プライマリケアを中心とした家庭医療を实践 内科医3、心療内科2
- 在宅医療部：医師8、看護師16、薬剤師1、OT2、PT2、MSW2、ケアマネ1
- 在宅患者数 500名（うち施設100名）、新規在宅患者の40%は末期がん
- 年間160名を看取り、在宅看取り率は80-90%
- 訪問看護部、看護小規模多機能、デイサービス、世田谷区認知症在宅生活サポートセンター
- 法人内に5カ所（世田谷区2、神奈川県3）の在宅療養支援診療所があり、約3,000名の在宅患者への訪問診療をおこなっている



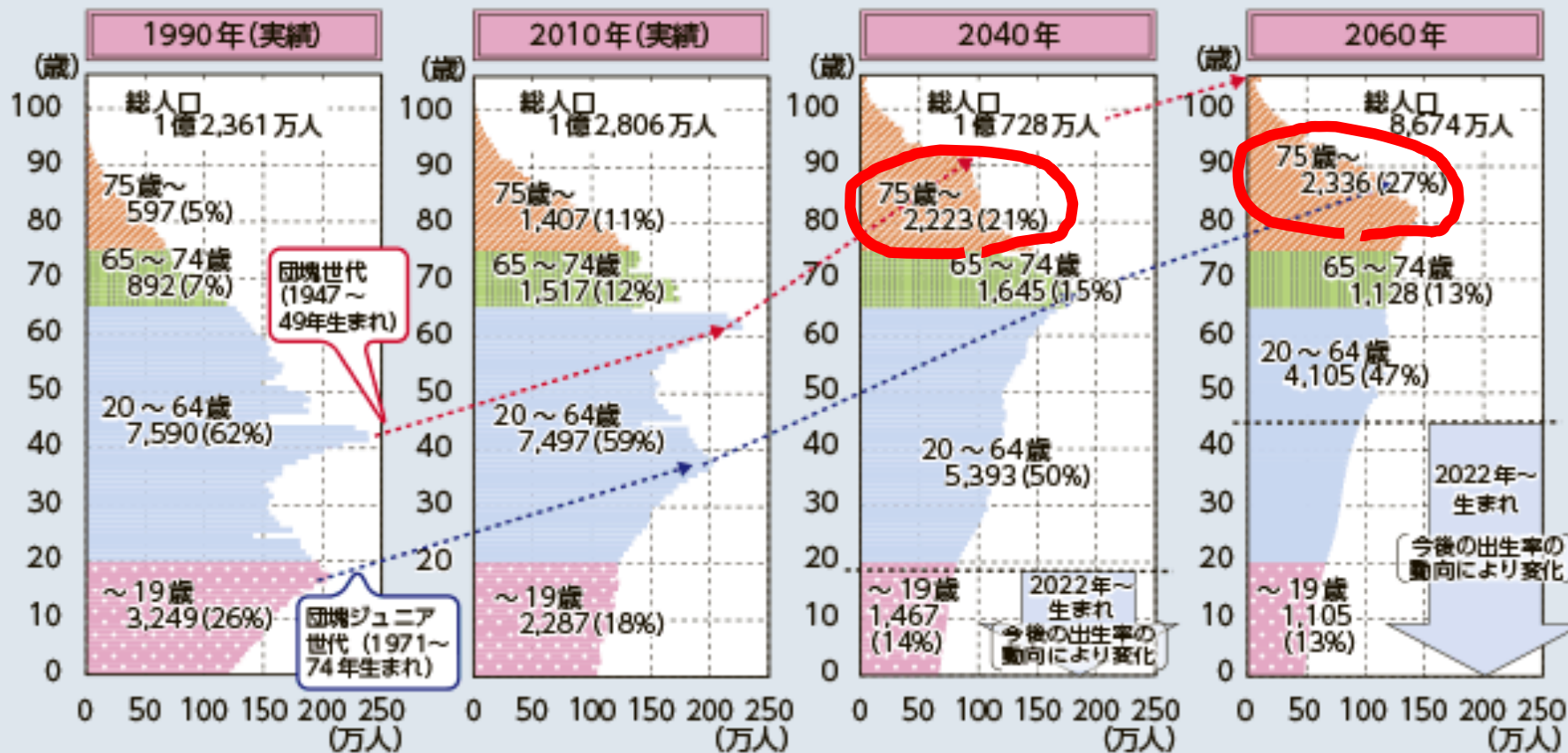
# 少子高齢化が進む日本



# 2025年には団塊の世代が、2050年には団塊ジュニア世代が 後期高齢者となる



図表1-1-1 人口ピラミッドの変化（1990、2010、2040、2060）－平成24年中位推計－



出所：総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」（各年10月1日現在人口）

(注) 1990年及び2010年の総人口は、年齢不詳を含む。

# 後期高齢者とは？



高齢者 65歳以上の方

- 前期高齢者 65歳以上75歳未満の方
- **後期高齢者 75歳以上の方**

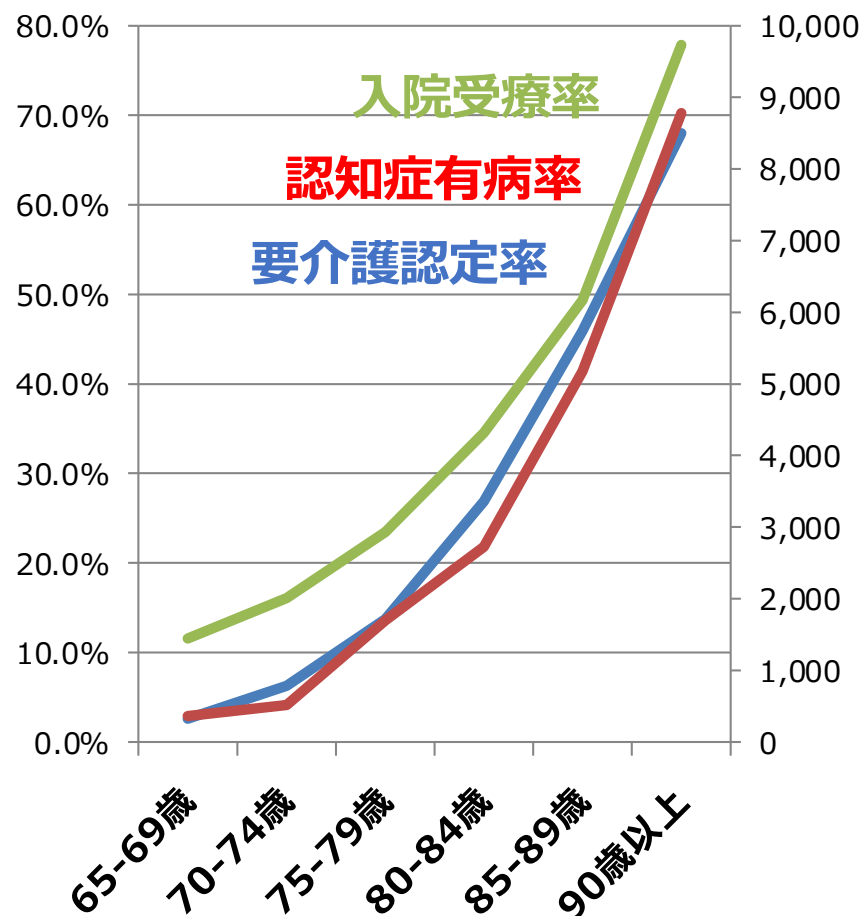
## ◆ 国民健康保険

年齢が74歳以下のすべての方が加入する医療制度

## ◆ 後期高齢者医療制度

75歳以上のすべての方が加入する医療制度

# 後期高齢者(75歳以上)の特徴



75歳を超えると、

- 病気で入院する割合
- 要介護状態になる割合
- 認知症を発症する割合

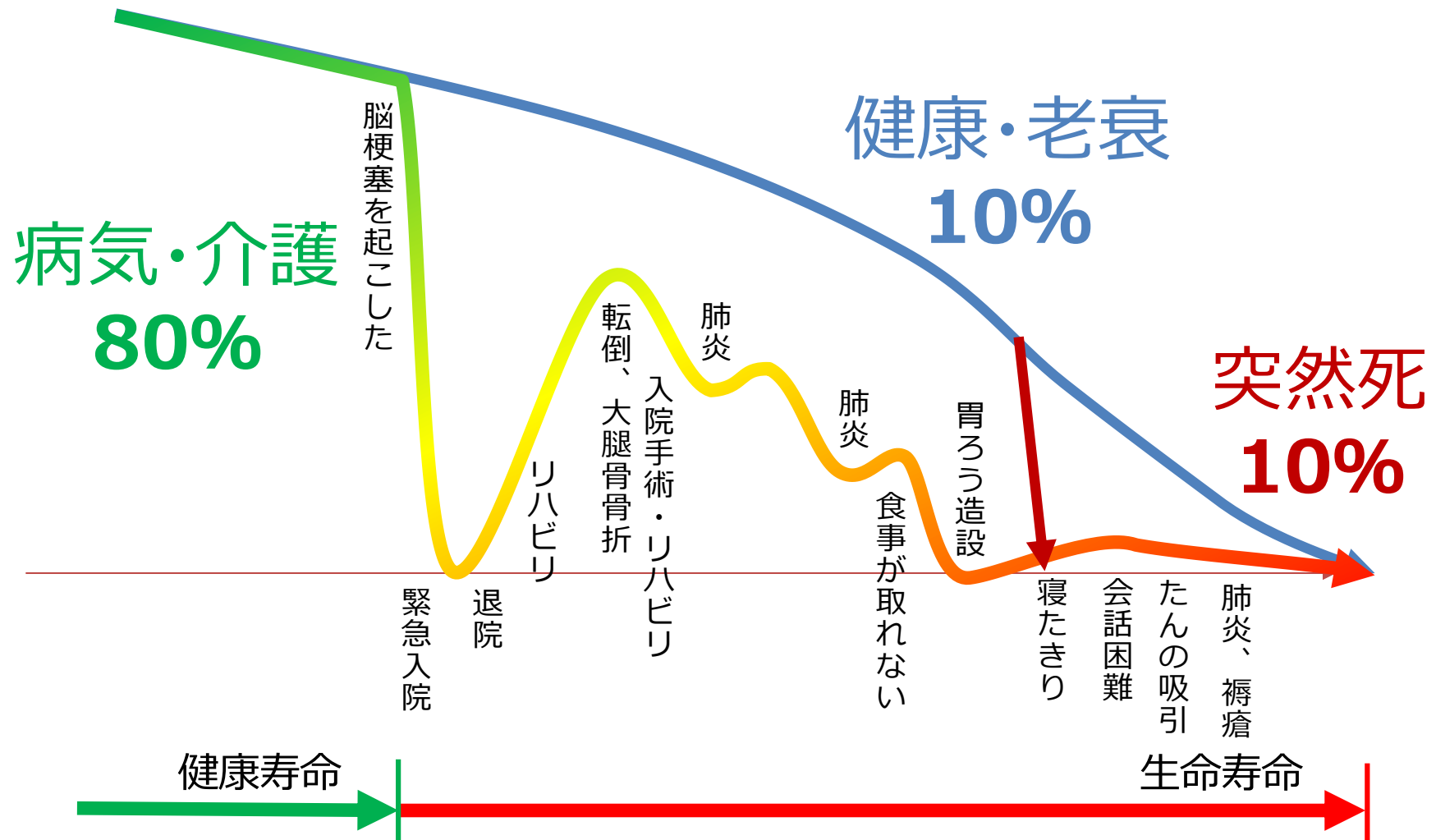
が急激に増加していく

要介護認定率：社会保障人口問題研究所将来人口推計及び、介護給付費実態調査（H24）  
認知症有病率：筑波大附属病院「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」（H24）  
入院受療率：患者調査（H23）

# 人生ラスト10年



長寿日本ではほとんどの方が晩年の数年を寝たきりで過ごす



# 世界一の長寿国、日本というが、、、



## 平均寿命

出典：厚生労働省 第16回厚生科学審議会  
健康日本21推進専門委員会 資料 (2019)

**男性 81.4歳**

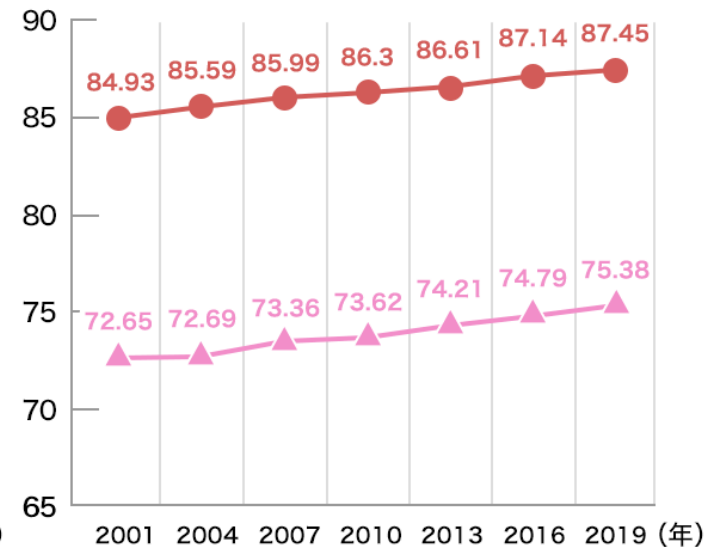
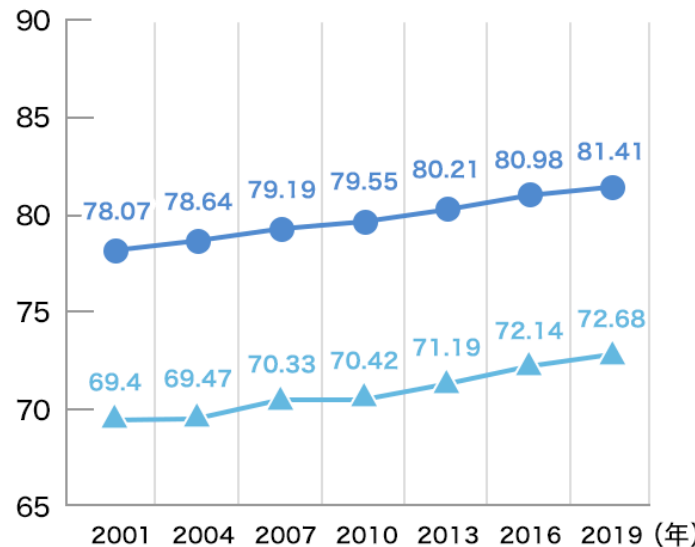
**女性 87.5歳**

健康寿命 **↑ 8.7年**

**要介護状態の期間 ↓ 12.1年**

**男性 72.7歳**

**女性 75.4歳**

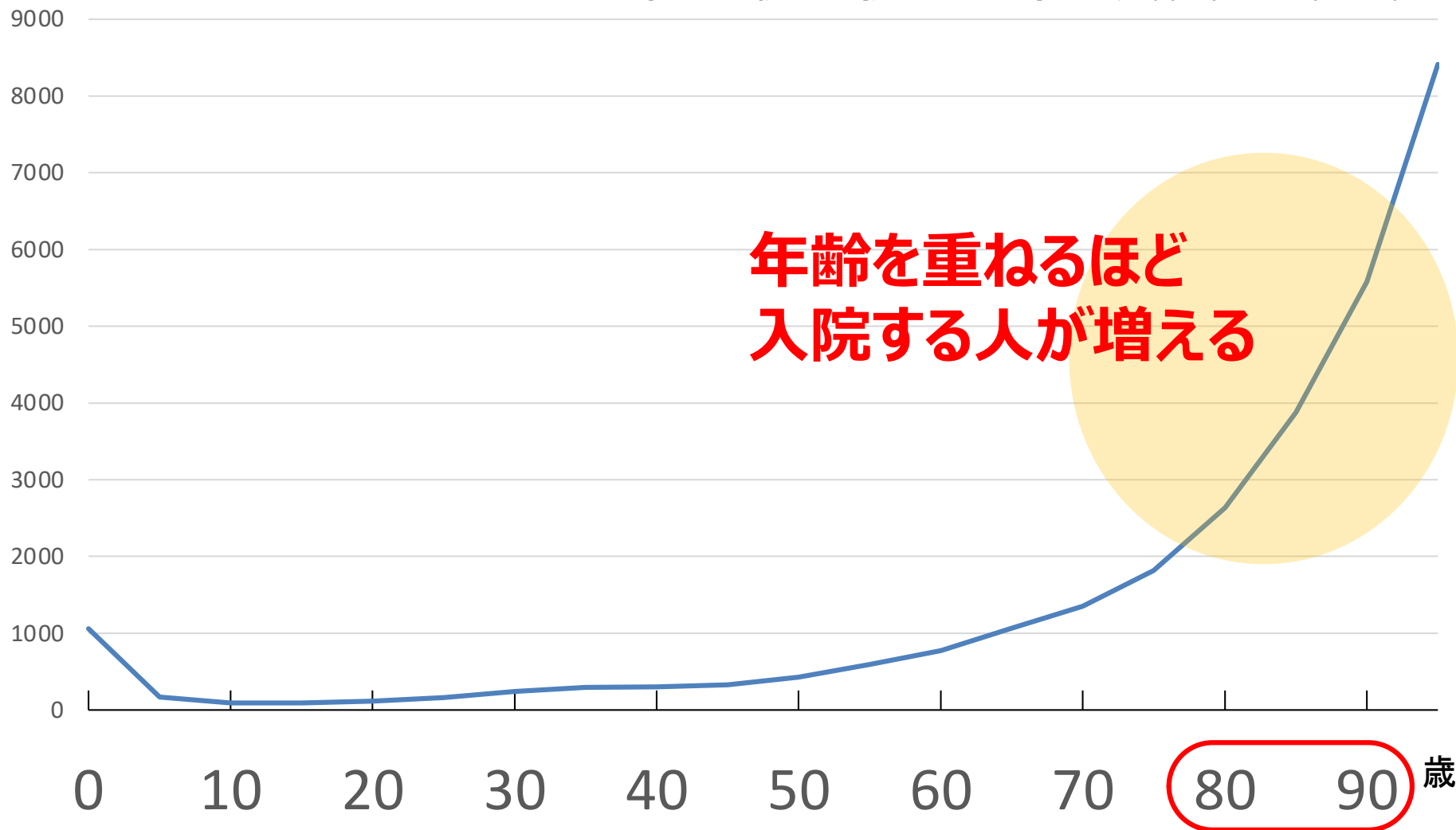




# 入院しているのは、ほとんど後期高齢者



年齢別入院率 (人口10万対) 厚労省 平成26年患者調査

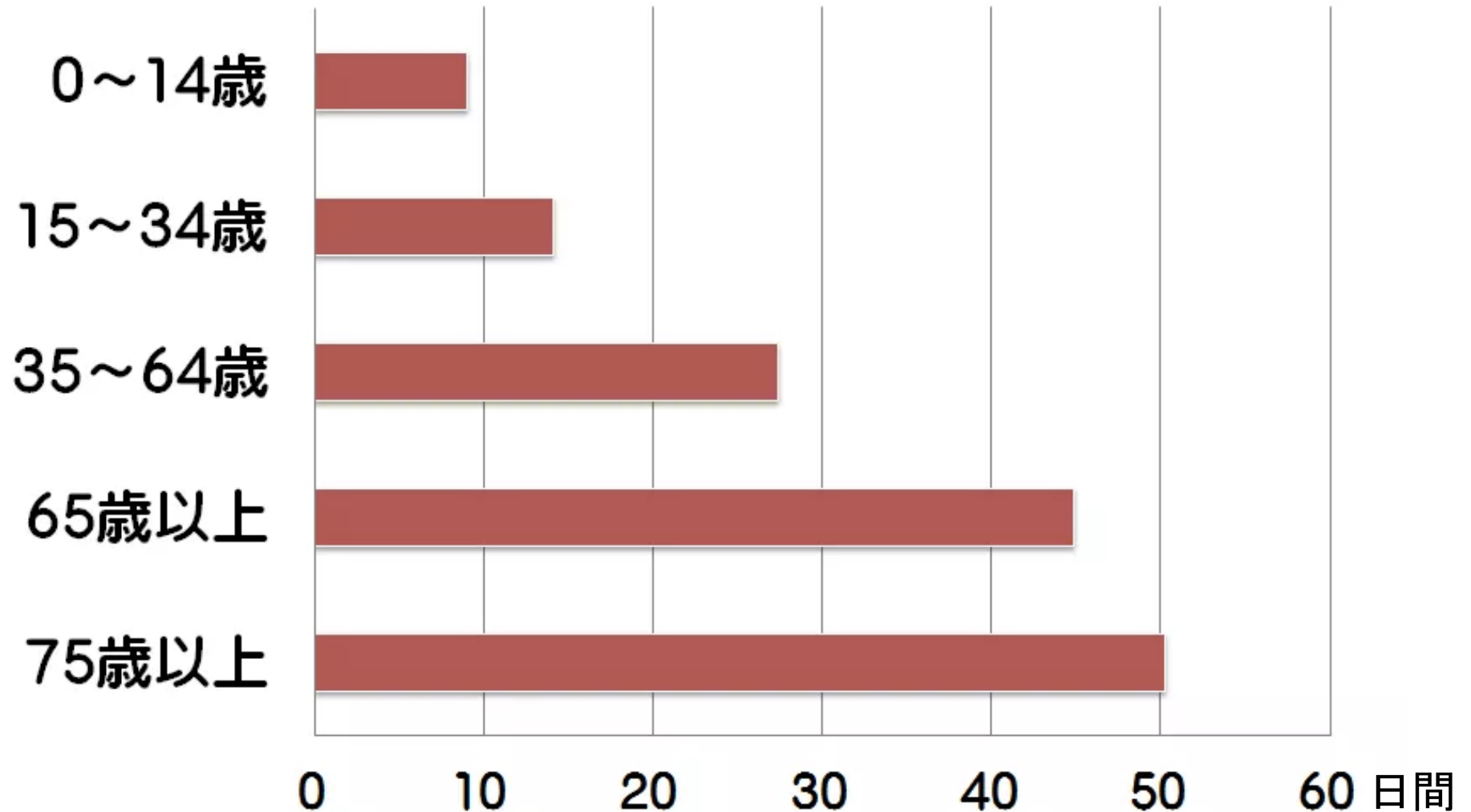


# 高齢になるほど、入院が長くかかる

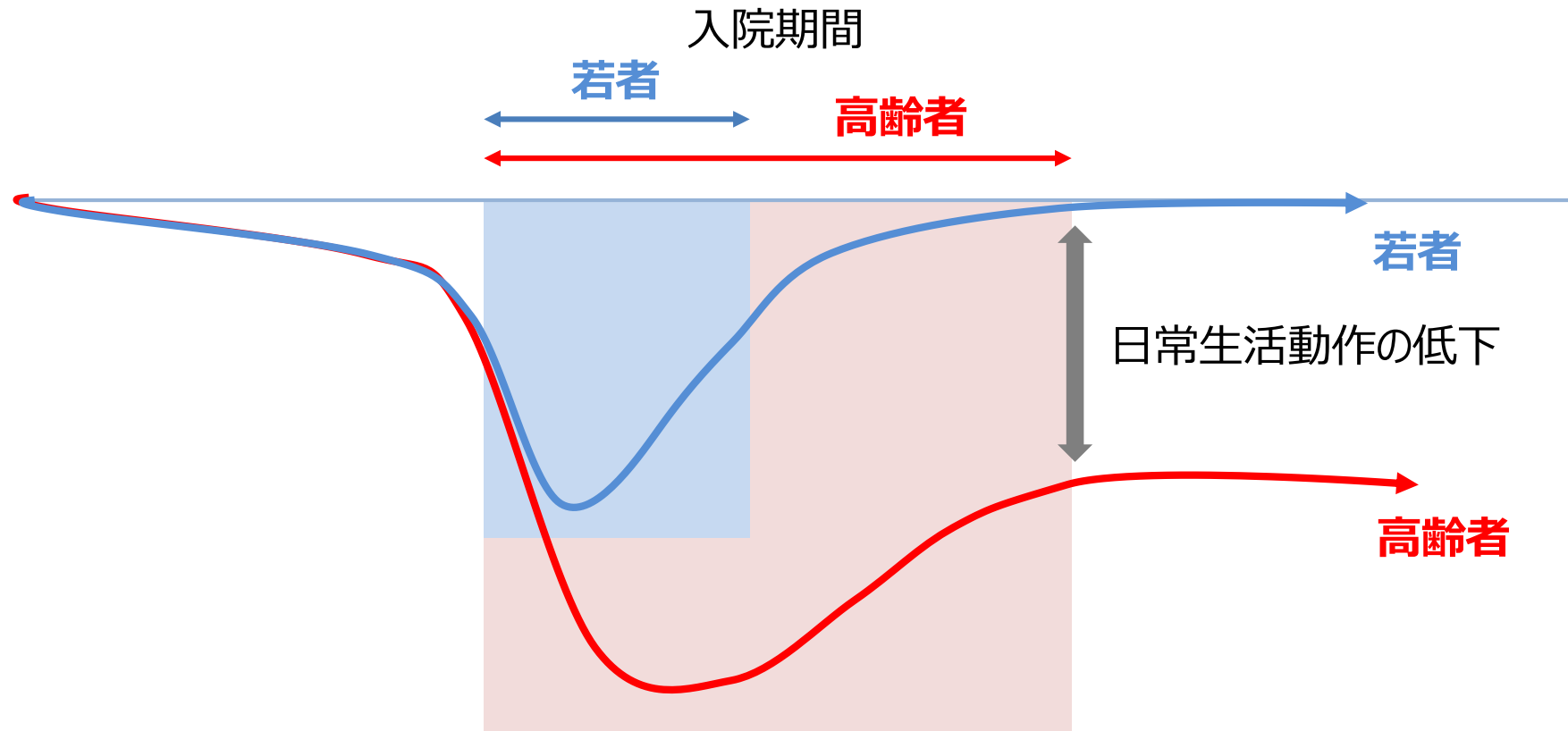


## 入院日数

厚労省 平成23年患者調査



# 入院そのものが大きなリスクとなる



**高齢者は入院期間が長くなりやすく、  
入院自体によるダメージからなかなか回復できない**

JAMA. 2011 PMID: 22028354.

# 高齢者は入院によるダメージが大きい



## リスク

**入院関連機能障害**

**急な入院で混乱しやすい**

環境変化によるストレス  
せん妄・認知機能低下

**病院ではベッドに寝たきり**

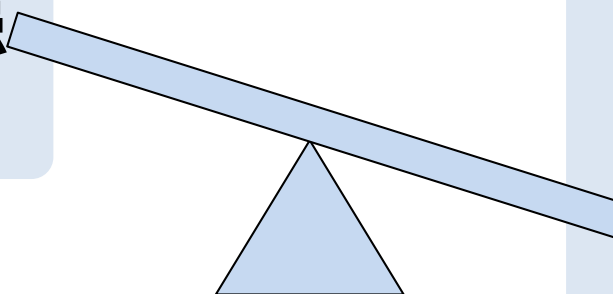
廃用性症候群  
低栄養の進行



**ますます衰弱が悪化**

## メリット

**急性期疾患  
治療**



# 医療の目標の変化



**治癒**

病気を治す  
ことのみ

生命の尊厳  
人生の質

病気や虚弱さを  
抱える生活を  
ささえる

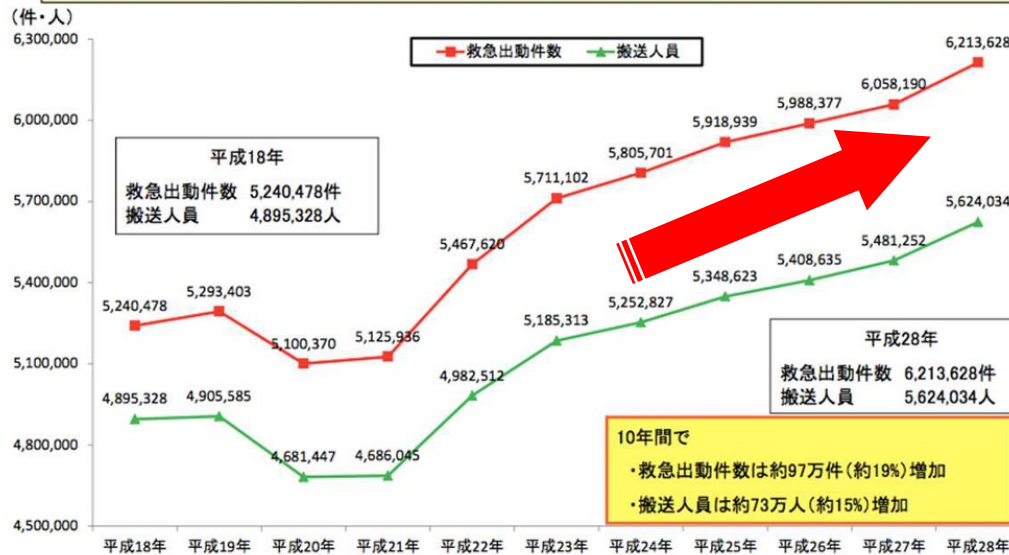
= >

# 救急搬送は増加の一途、その多くは高齢者の軽症事例



## 救急出動件数及び搬送人員の推移

○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、8年連続の増加となり、過去最多となった。



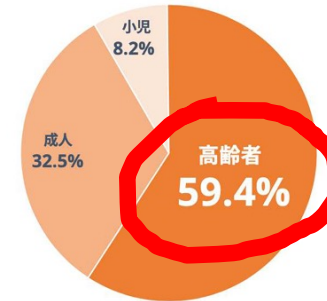
平成18年  
救急出動件数 5,240,478件  
搬送人員 4,895,328人

平成28年  
救急出動件数 6,213,628件  
搬送人員 5,624,034人

10年間で  
・救急出動件数は約97万件(約19%)増加  
・搬送人員は約73万人(約15%)増加

(注) 1 平成10年以降の救急出動件数及び搬送人員についてはヘリコプター出動分を含む。 5  
2 各年とも1月から12月までの数値である。

## 搬送患者の年齢別内訳



## 搬送患者の重症度別内訳



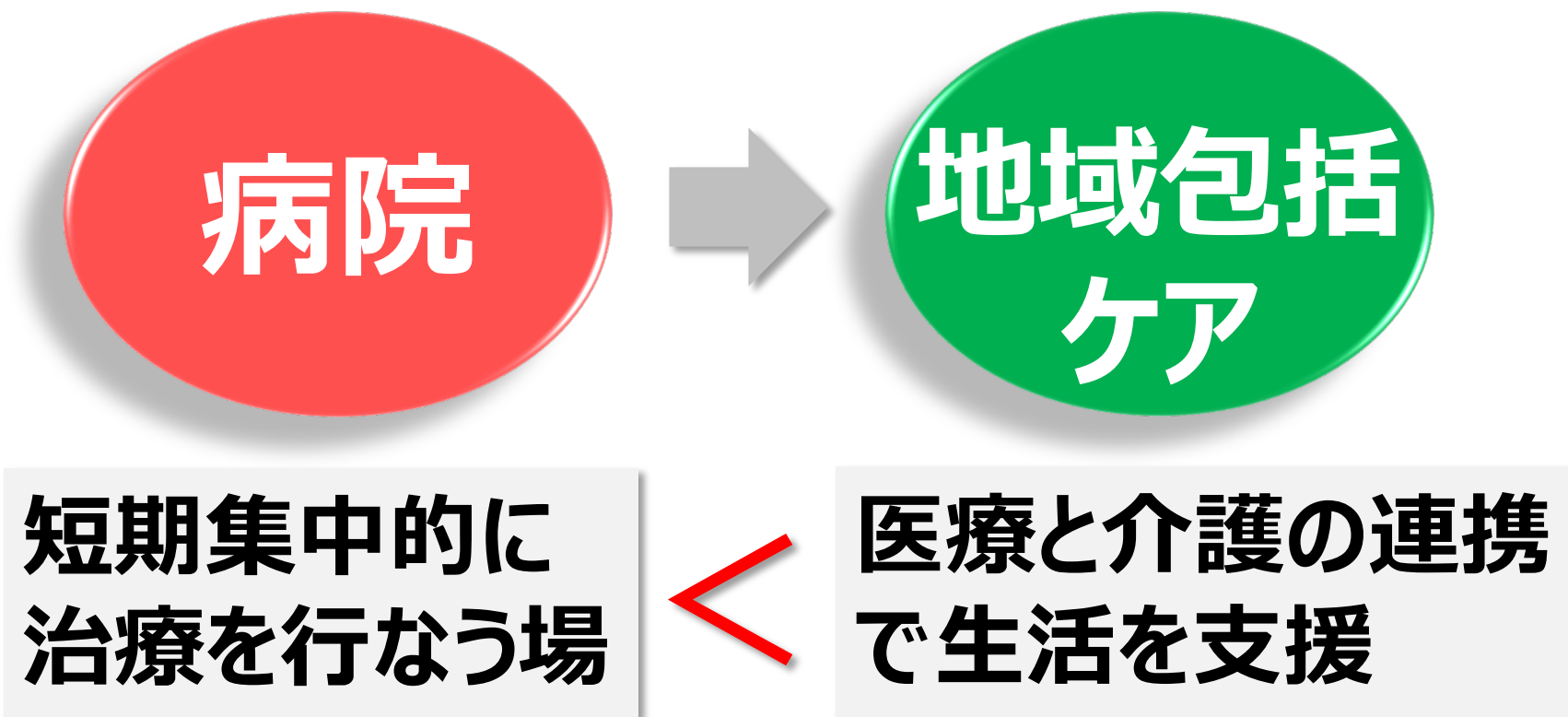
資料:総務省消防庁 救急・救助の現況

## 高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

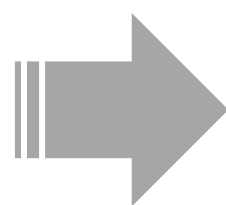


これからの高齢者医療が目指すこと

- 住み慣れた地域での尊厳のある暮らしの継続
- 生活の質の向上

進行がん 認知症 難病  
老衰 脳卒中 慢性病

治せない病気  
治らない障害



ささえる医療  
への転換

あきらめる!?



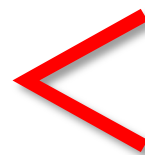
## 医療の中心の変化

専門医



かかり  
つけ医

病気や臓器別  
の管理



病気や生活など  
全人的な健康管理

## かかりつけ医機能

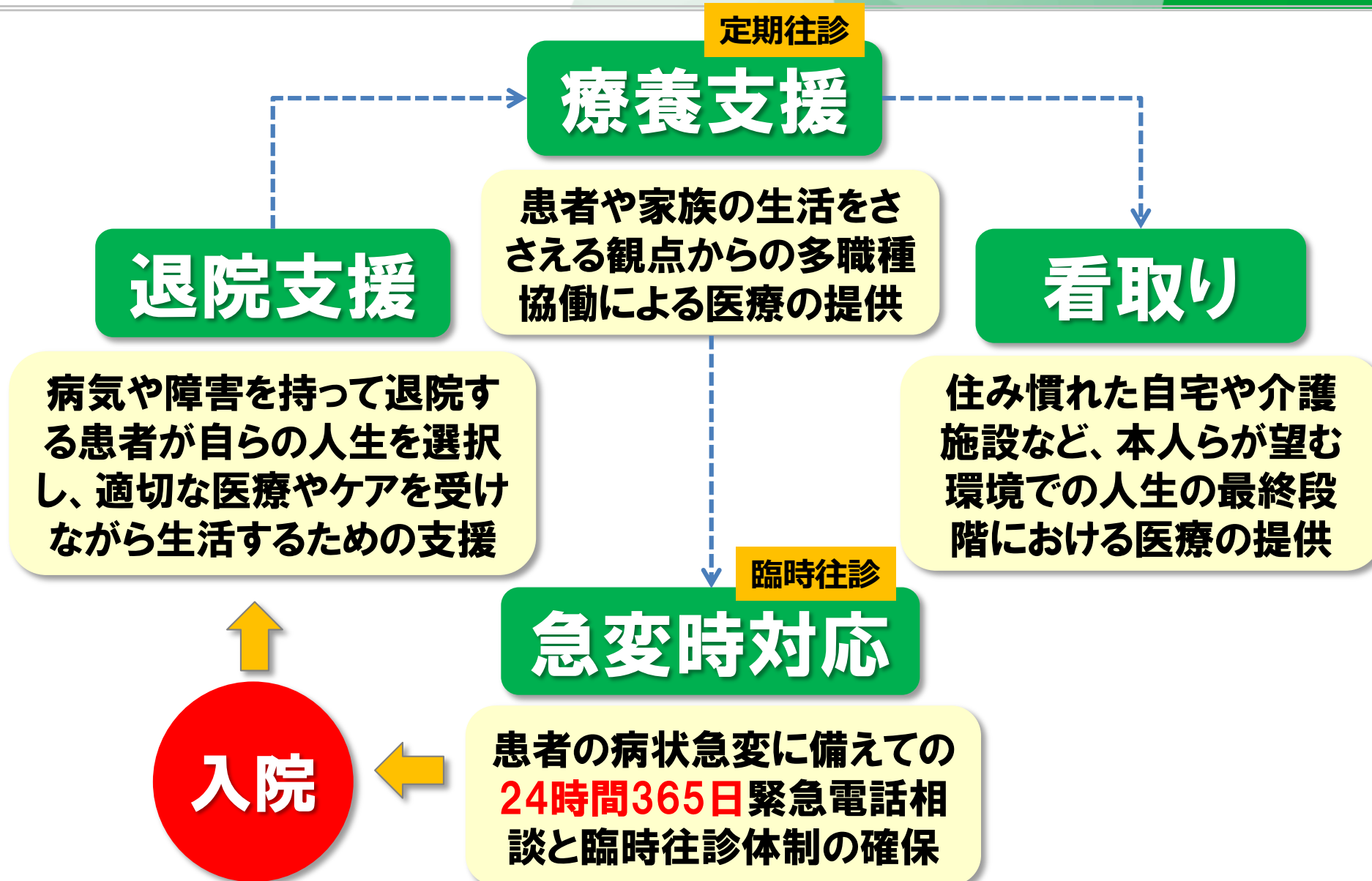
1. 身近で、何でも相談できて、まるごとずっと診てくれる
2. いつでも相談できる、急病時にも対応してくれる
3. いざというときに、病院と連携して助けてくれる
4. 在宅医療にも対応する
5. 地域の介護職（ケアマネや介護施設など）と連携する

# 在宅医療とは

1. 病気で通院が難しい方に対して、自宅や施設に医師や看護師が訪問する
2. 生活をささえる医療
3. その方の価値観を尊重し、人生に寄り添い、ひとりひとりの事情を理解し、暮らしの中で必要な医療と一緒に考える
4. 本人だけでなく、それをささえるご家族も支援する
5. 自宅や施設での急病や看取りに対応
6. 医療・看護・介護・地域がひとつのチームとして機能するように連携する



# 在宅医療の4つの機能

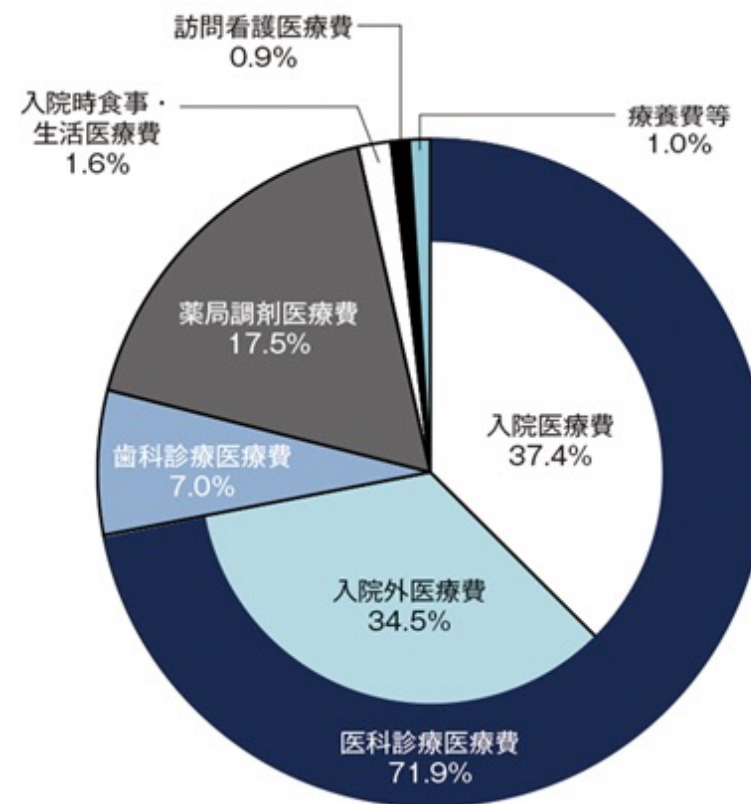
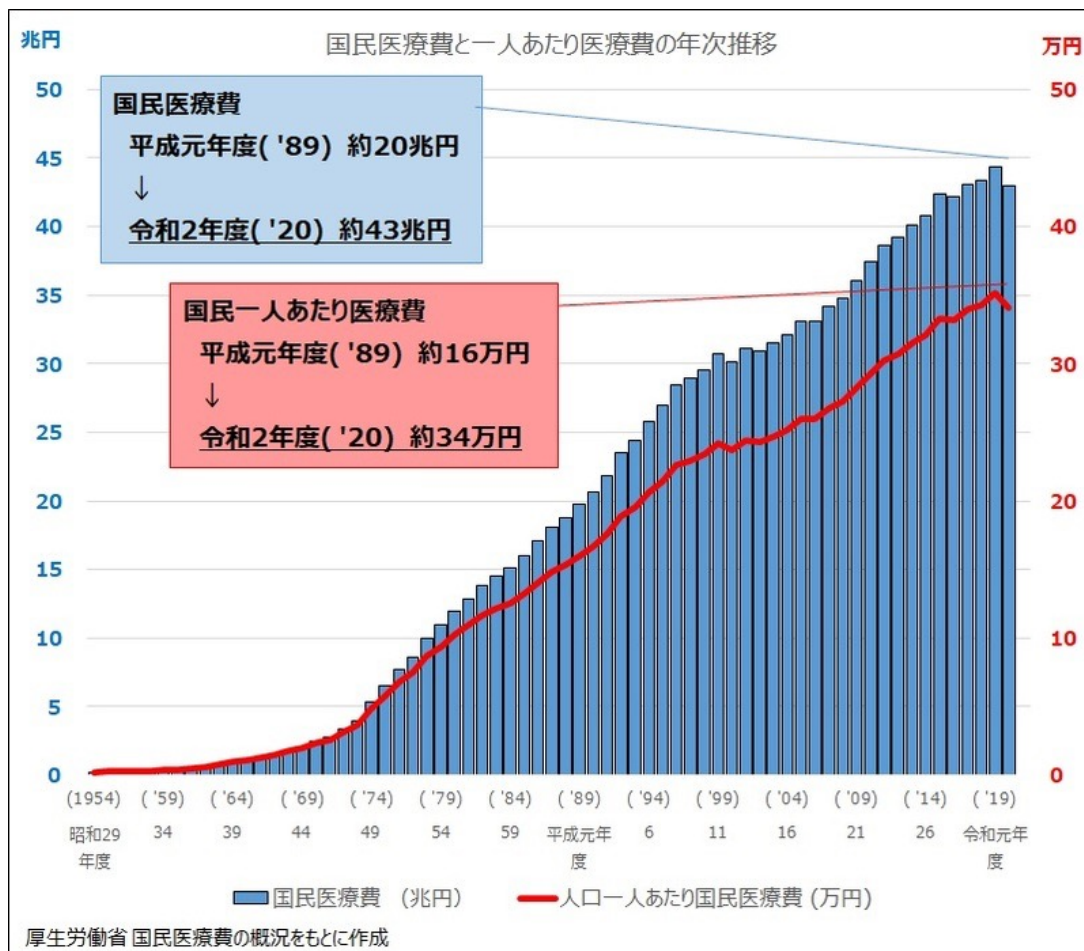


## 在宅医療介入の目的

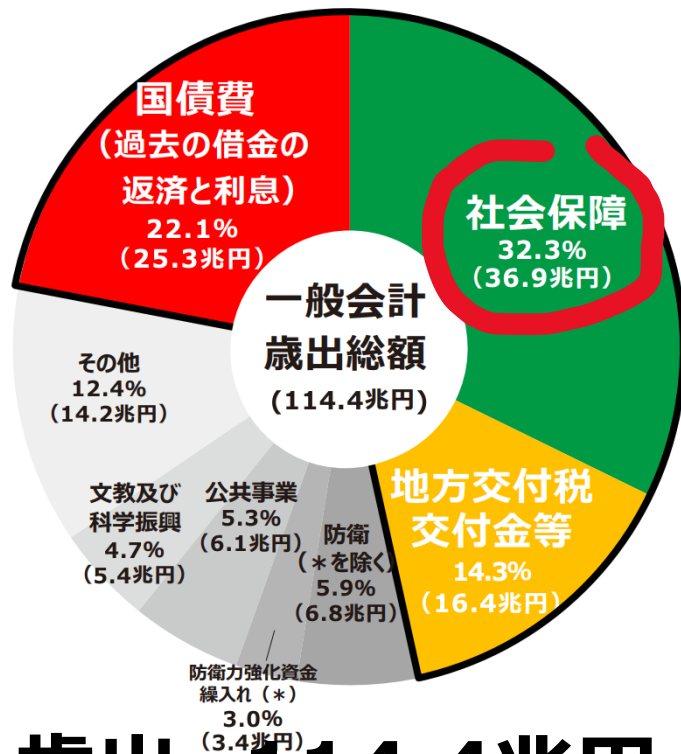
- **急変予防**→合併症や事故を予防する
- **入院回避**→急変や増悪時に迅速に対応する
- **早期退院**→入院中から介入し、早期退院を目指す
- **終末期対応**→意思決定支援、在宅緩和ケアを行う



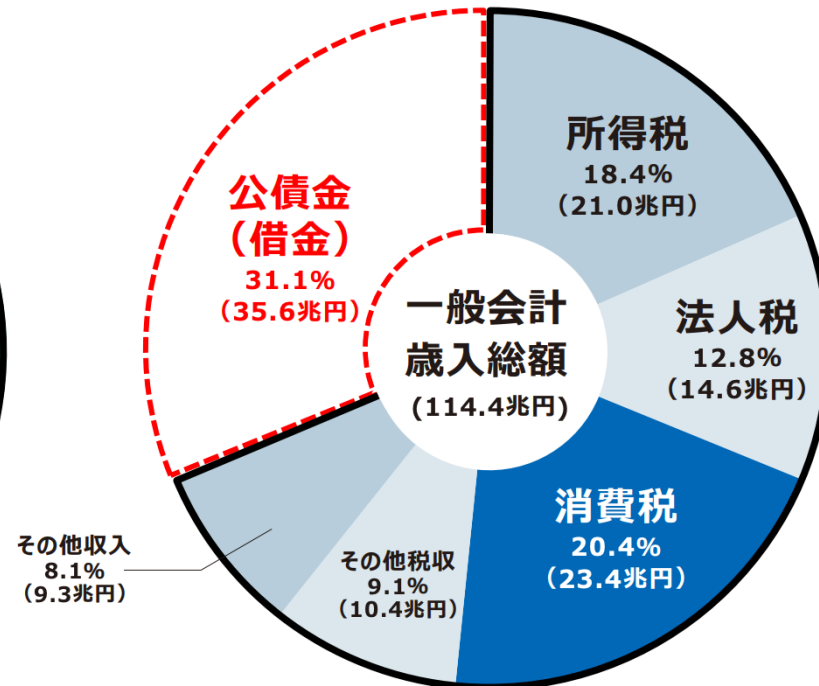
# 日本の医療費、46兆円



# 国のお金の収支 2023年度



歳出: 114.4兆円



歳入: 114.4兆円

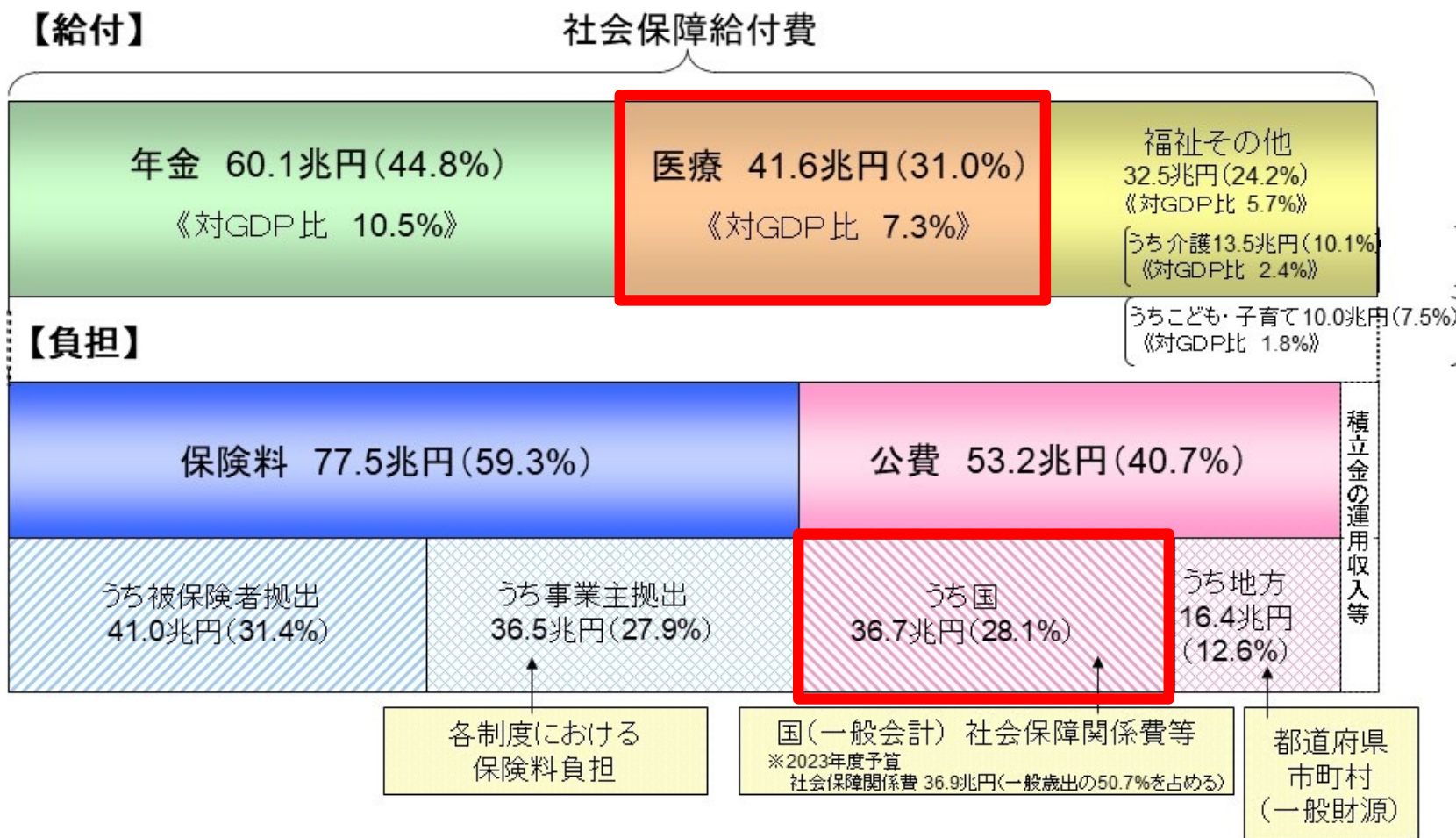
(注) 歳出の「その他」には、新型コロナウイルス感染症及び原油価格・物価高騰対策予備費 (3.5% (4.0兆円)) 及びウクライナ情勢経済緊急対応予備費 (0.9% (1.0兆円)) が含まれる。

# 社会保障費は年間134兆円に！



## 社会保障の給付と負担の現状(2023年度予算ベース)

社会保障給付費 2023年度(予算ベース) **134.3兆円 (対GDP比 23.5%)**



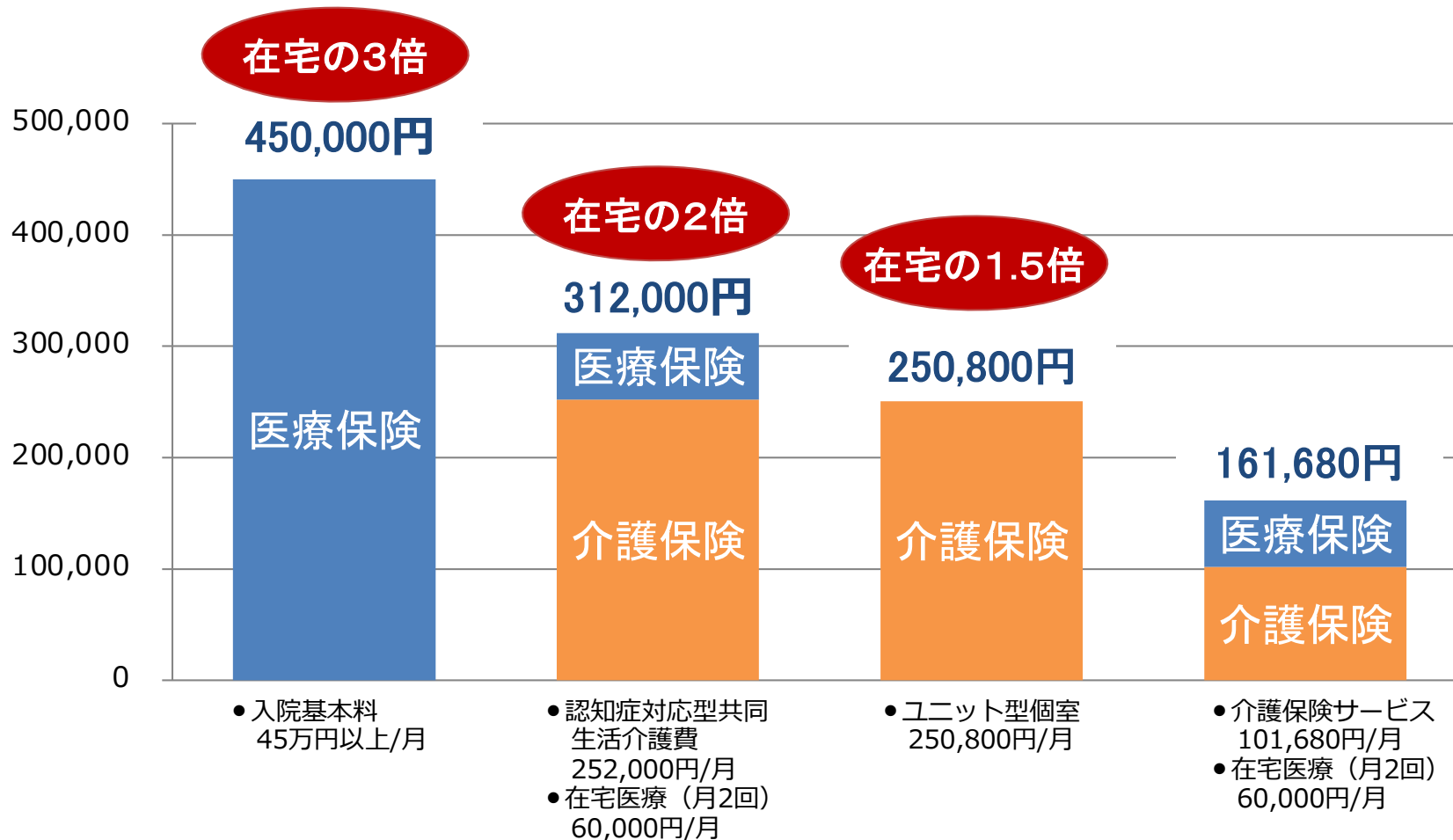


# 病院、介護施設、在宅のコスト比較



## 病院、介護施設、在宅の費用比較

病院      グループホーム      特養      在宅医療

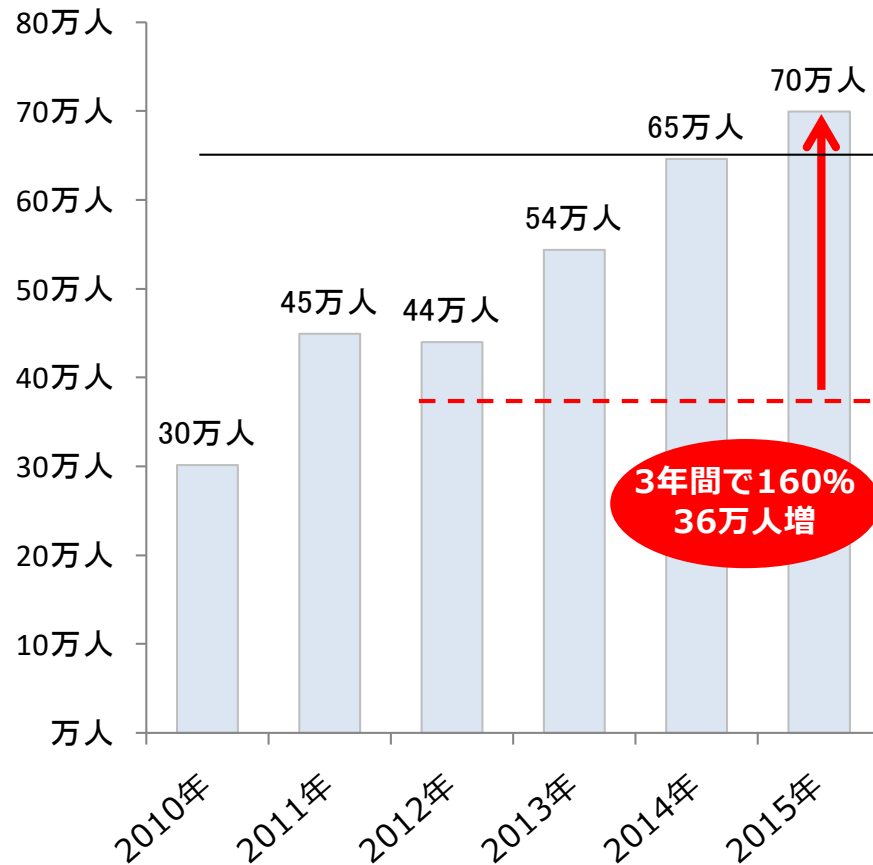


出典 弊社調べ。インフォーマルコストは含まず。在宅の介護保険居宅サービス料は「H24.4居宅サービス受給者の平均給付単位 (\*10円)」の要介護2として算出。

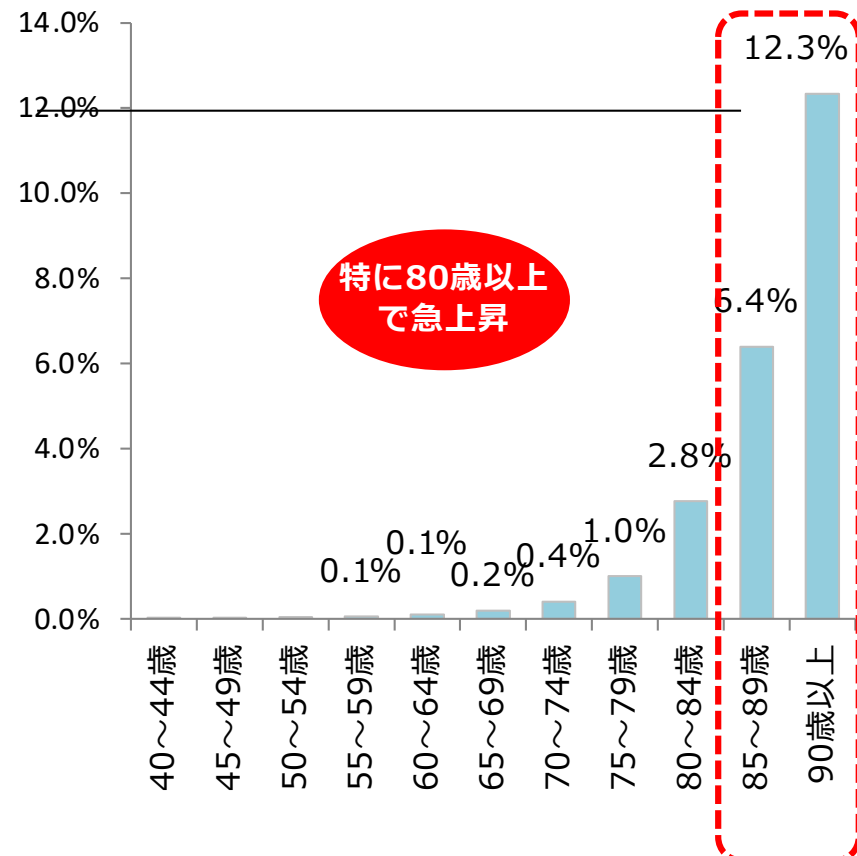
# 訪問診療を受ける患者の増加



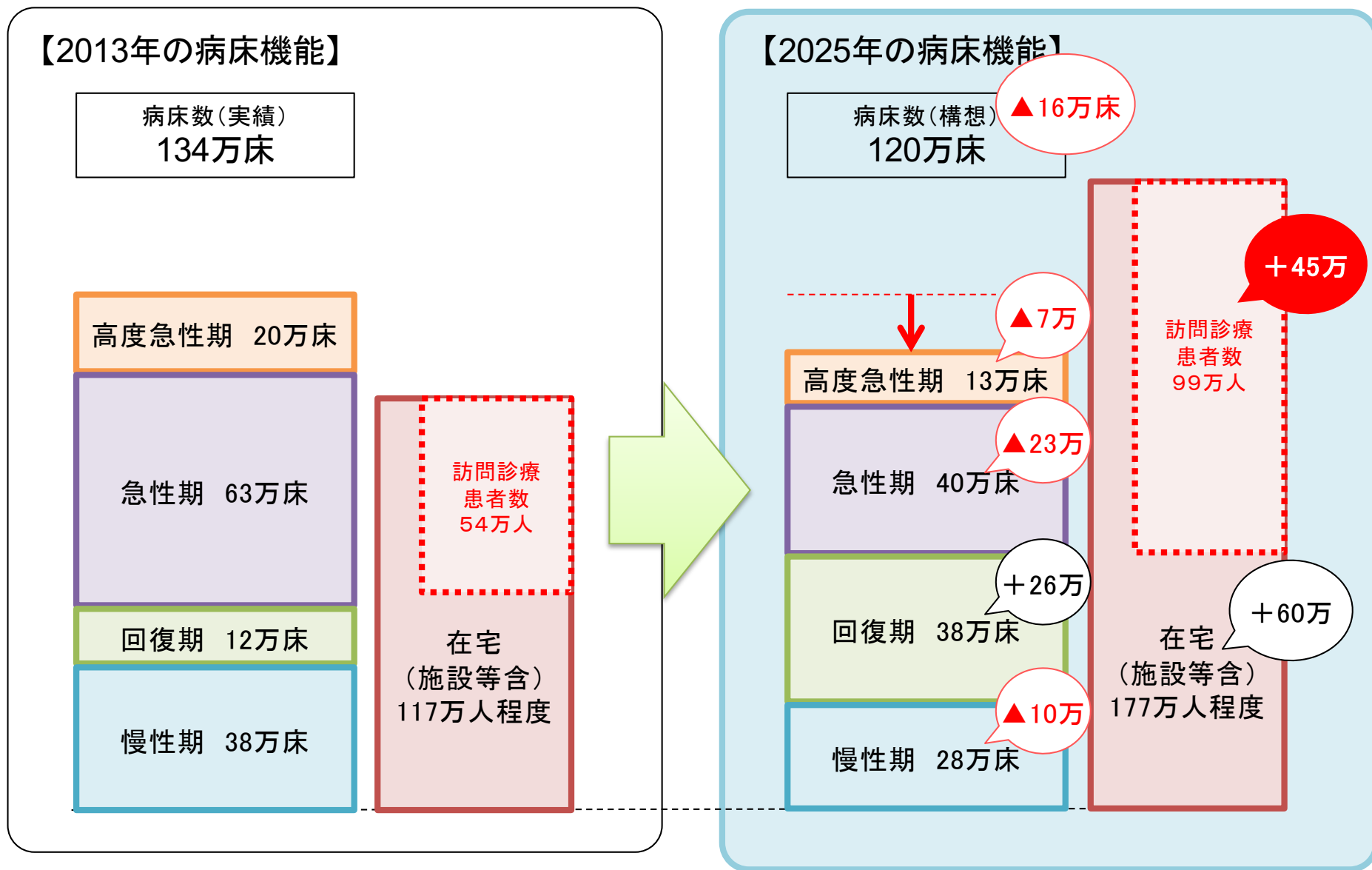
## 訪問診療患者数



## 年齢階級別 訪問診療受療率

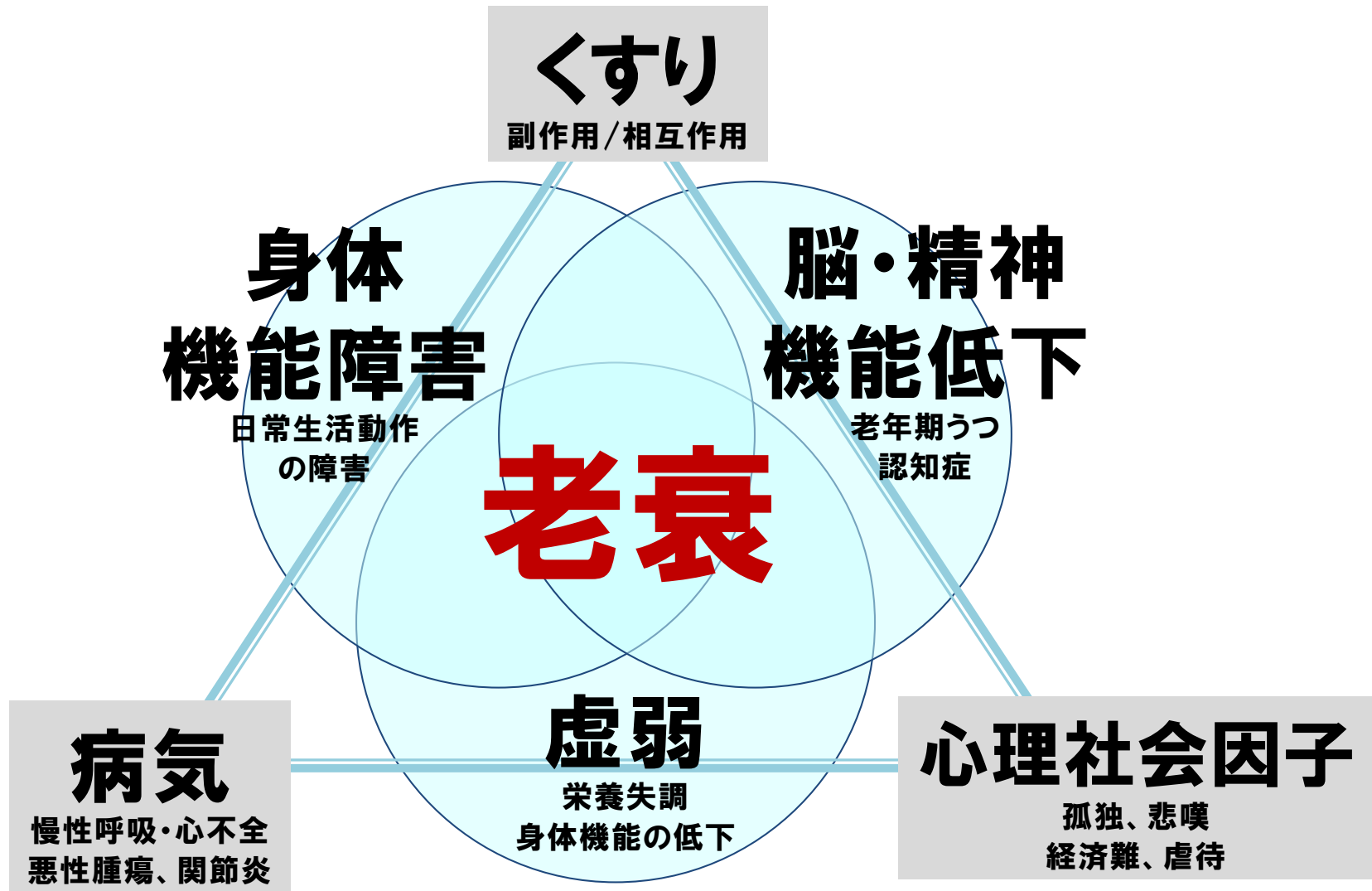


# 医療の中心は在宅医療に

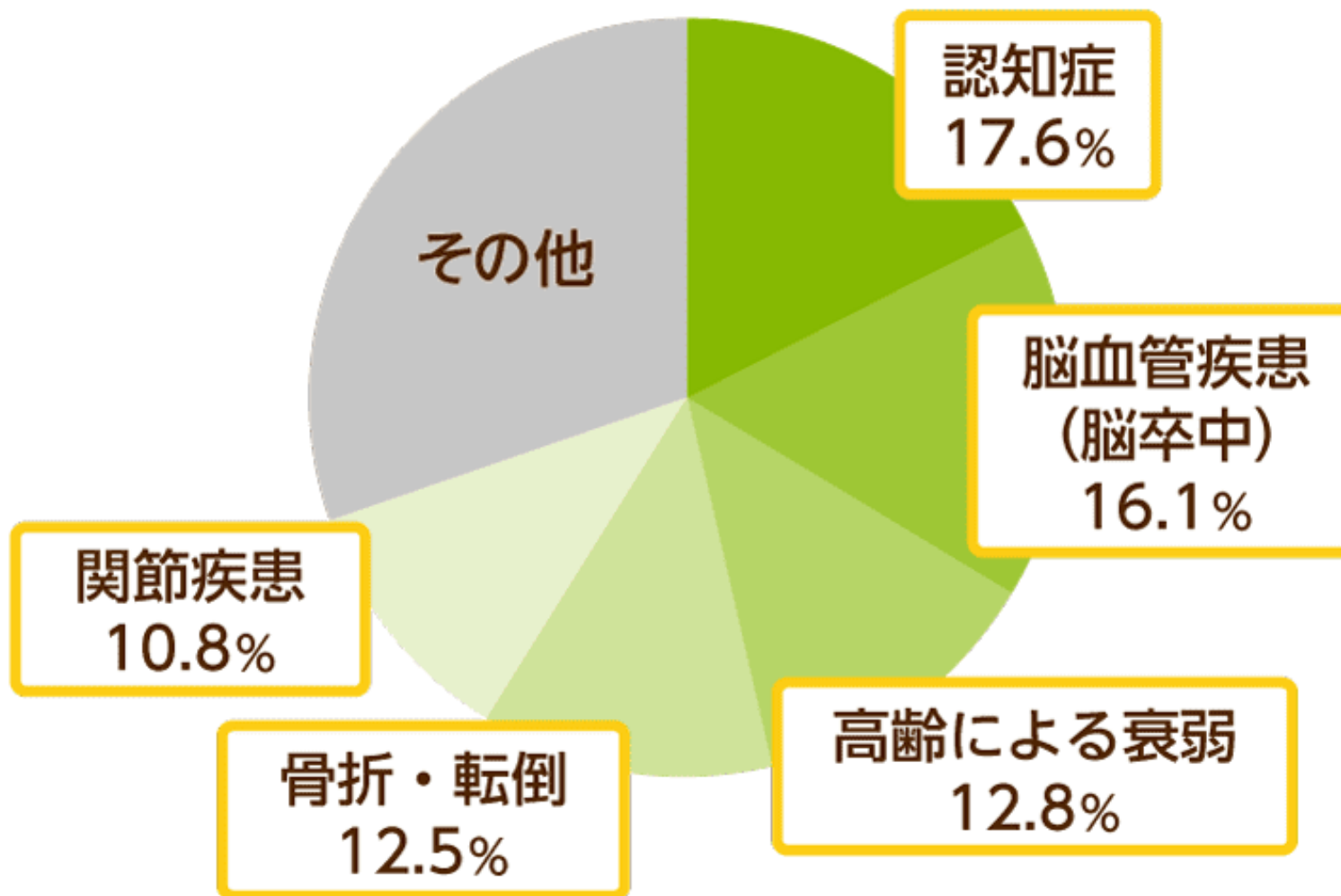


出典 各都道府県の地域医療構想から独自に集計(2017.3)、2013年訪問診療患者数は社会医療診療行為別調査より、2025年訪問診療患者数は当社推計

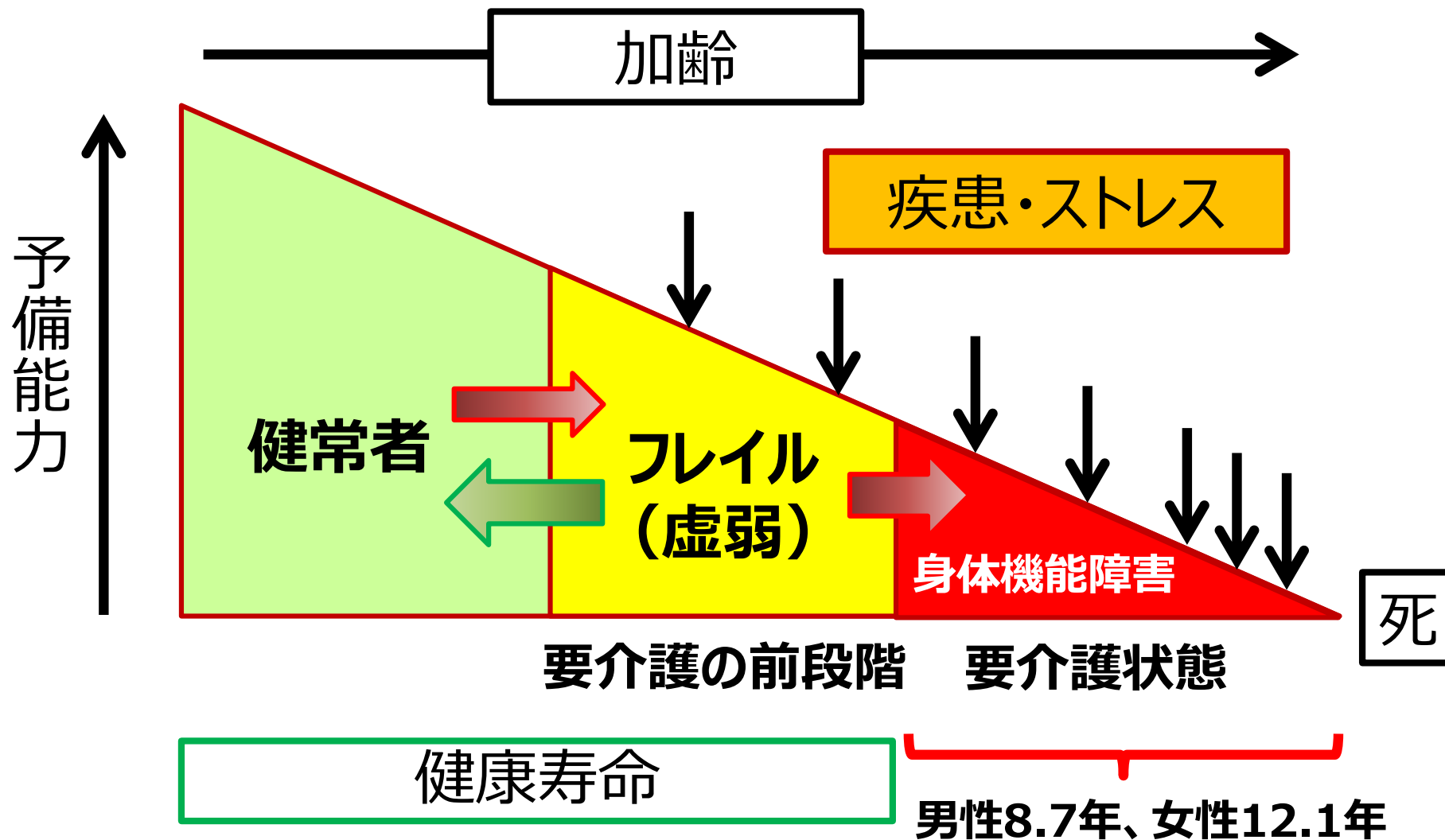
# 老衰の構成因子



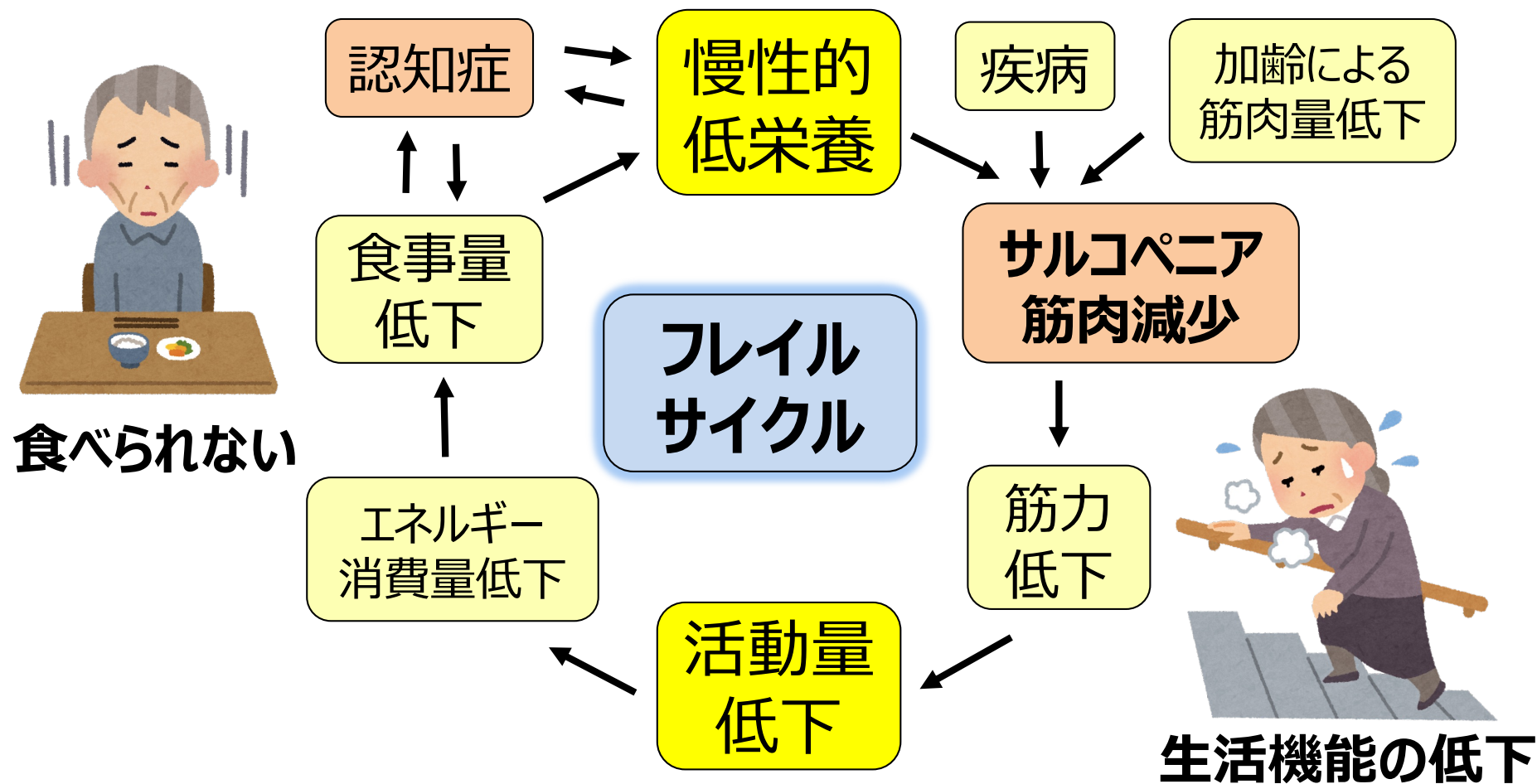
## 介護が必要になった原因



# フレイルとは要介護状態の前段階



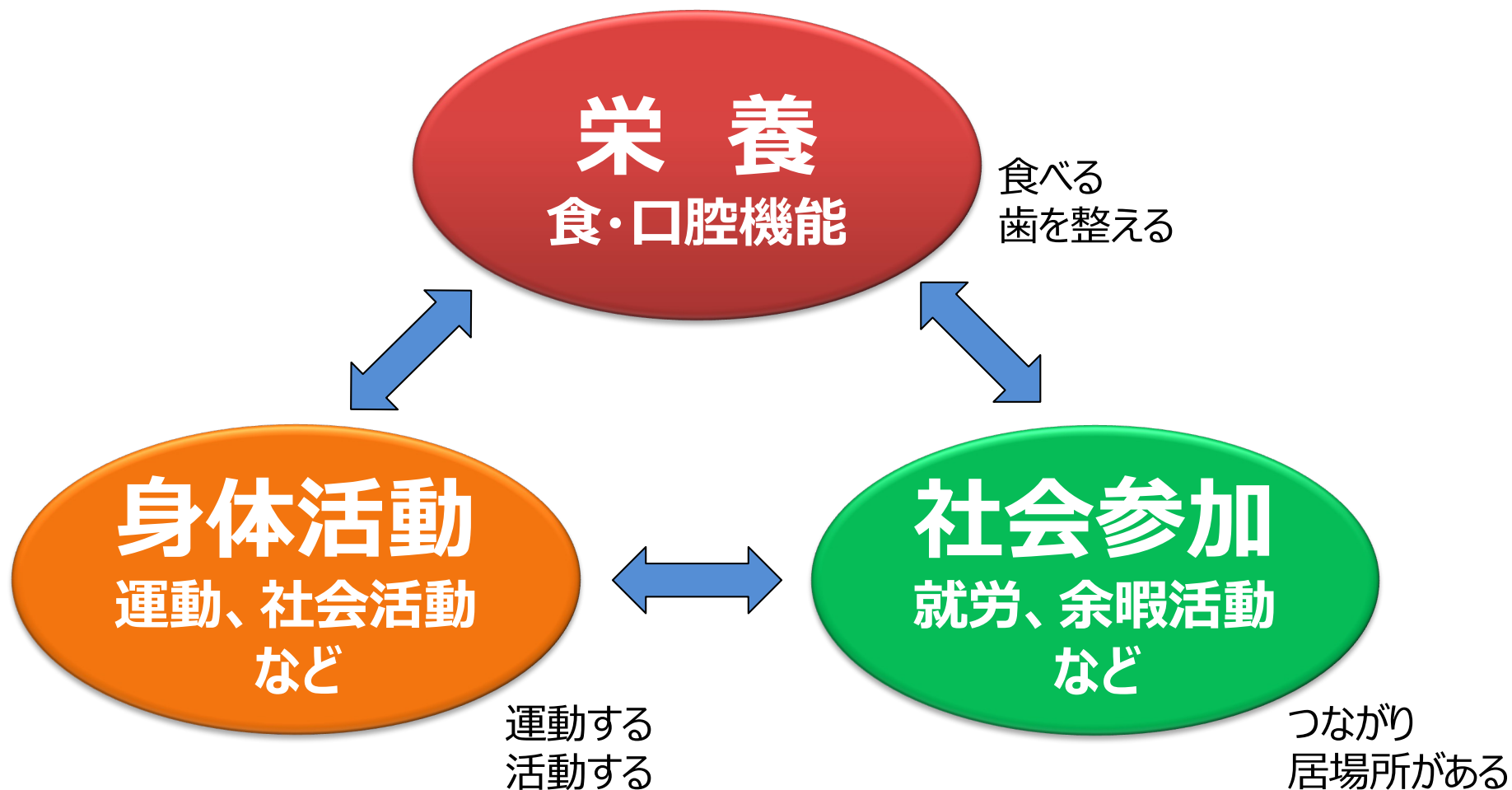
# フレイルは心身低下の負のスパイラルを招く



# 健康長寿のための3つの柱



より早期からのサルコペニア予防・フレイル予防





- 介護施設での疼痛有症率：約50%（動作時のみ）  
（Takai et al, 2011）
- 在宅高齢者の慢性痛有症率：60-70%  
（笠井, 梶田, 2001; 赤嶺, 新城, 2002 ; 古田他, 2014）
- 痛みによるADL低下、抑うつ傾向、不安、睡眠障害、転倒、社会生活などへの悪影響（AGS, 2002; Cadogan, et al., 2008）
- 就労・社会生活への影響やドクターショッピング（医療不信につながる）
- 医療者の誤認：「痛みを訴えないから痛くはないだろう」等
- 高齢者は様々な理由で自ら痛みを訴えてこない傾向がある
- 認知症などによる認知機能低下により痛みを訴えられないこともある

➡ **痛みへのアセスメントやケアが重要**

# 高齢者に不動の痛みが生じる背景



- 加齢や疾患の慢性的進行による身体機能の緩徐な低下
- 脳卒中、転倒・転落などによる身体機能の急変
- 種々の要因からの生活不活発
  - 痛み、抑うつ、意欲低下、災害、転居など
- 鎮静・催眠効果のある薬物療法の影響
- 身体拘束
- 漫然とした寝かせきり

日常生活・ADL  
(日常生活動作)  
への負の影響

不動の痛み  
生活が思うようにならない、  
継続できない、途切れる、  
不自由・障害が生じる

# 日本の地域医療の現状と課題



- 2005年頃から20年後の少子高齢化社会に向けた施策が始まった。「目標：2025年までに地域包括ケアを実現する！」
- いよいよ来年は2025年＝団塊の世代がすべて後期高齢者になる
- 今後2040年まで後期高齢者が急増していく
- 疾病構造（多疾患併存中心）や高齢者の意識の変化
- 医療・介護ニーズの増大と担う人材の不足
- 医療費の高騰と社会保障の破綻
- 急性期病床の不足、在院日数の短縮、早期退院の必要性
- 救急搬送の急増と慢性的不足の深刻化
- できるだけダメージの大きい入院治療を減らし、在宅治療へ
- 虚弱高齢者になってもその方が望む生活や最期を実現するために、ささえる医療、緩和ケアが必要
- 痛みの緩和は、生活の維持やQOL向上に欠かせない重要要素

## 1. 痛みの管理

- 背骨や関節の調整を通じて、腰痛、首の痛み、頭痛などの慢性的な痛みを軽減
- 患者の生活の質向上、医療機関への依存を減少

## 2. 予防医療

- 定期的な施術で体のバランスを整え、怪我の予防や慢性疾患の進行を遅延
- 特に高齢者や運動不足の人々に有益

## 3. リハビリテーション

- スポーツ選手や事故後のリハビリで筋肉や関節の回復を助ける
- 再発防止のための体の強化プログラム提供

## 4. 代替療法

- 薬物療法に頼らない治療法として選択肢を提供
- 鎮痛剤の副作用のリスクを減少

## 5. 地域との連携

- 他の医療専門家と連携し、総合的なヘルスケアを提供
- 患者の健康状態を包括的に管理

## 6. 教育と啓発

- 地域社会での健康教育や啓発活動に参加
- 正しい姿勢の維持や健康的な生活習慣の重要性を広める

**これらの役割を通じて、地域住民の健康維持と向上に  
寄与し、医療費の削減にも貢献**

## 1. コミュニケーションの強化

**定期的なミーティング:** カイロプラクターと医師が定期的にミーティングを開催し、患者の治療計画や経過について情報を共有する場を設ける

**共通のプラットフォーム:** 患者情報を共有できる電子カルテシステムやコミュニケーションツールを導入し、リアルタイムで情報交換ができるようにする

## 2. 相互理解と尊重

**教育と啓発:** お互いの専門領域や治療方法について理解を深めるための教育セッションを開催し、相互尊重の文化を築く

**共同研修:** カイロプラクターと医師が共に参加できる研修やセミナーを実施し、互いの知識と技術を共有する機会を増やす

## 3. 明確な役割分担

**役割の定義:** カイロプラクターと医師の役割と責任を明確にし、治療のどの段階でどの専門家が介入するかを取り決める

**協力体制の構築:** カイロプラクターと医師が連携して診療を行うためのプロトコルやガイドラインを作成し、協力体制を強化する

## 4. 患者中心のケア

**患者教育:** 患者に対してカイロプラクティックと医療の双方の利点や治療計画について説明し、納得の上で治療を受けてもらう

**包括的な治療計画:** 患者の症状や状態に応じて、カイロプラクティックと医療の双方を含む包括的な治療計画を立てる

## 5. 共同研究とデータ共有

**共同研究の推進:** カイロプラクティックと医療の併用治療の有効性を検証するための共同研究を推進し、結果を共有する

**データの共有:** 患者の治療経過や成果を共有し、治療効果の向上に役立てるためのデータベースを活用する

## 6. 地域社会への貢献

**健康啓発活動の共催:** 地域住民向けの健康啓発活動を医師と共同で開催し、地域の健康意識を高める

**地域医療イベントの参加:** 地域医療イベントやフェアに共同で参加し、地域住民との交流を深める

## 7. 継続的な評価と改善

**フィードバックの実施:** 定期的に連携の評価を行い、問題点や改善点についてフィードバックを行う仕組みを作る

**改善策の導入:** フィードバックを基に、連携体制の改善策を導入し、より効果的な連携を図る

# カイロプラクティック科学学会が、地域医療において カイロプラクティックの役割を最大限に発揮するために行うべき取り組み



## 1. 研究とエビデンスの蓄積

**臨床研究の推進:** カイロプラクティックの有効性を証明するための臨床研究を推進し、科学的エビデンスを蓄積する

**データベースの構築:** 症例報告や治療結果を収集・分析するためのデータベースを構築し、研究者や臨床家が利用できるようにする

## 2. 教育と研修プログラムの充実

**継続教育の提供:** カイロプラクティック施術者向けに、最新の研究結果や治療技術に関する継続教育プログラムを提供する

**地域医療研修:** 地域医療に特化したカイロプラクティックの役割を理解し、実践するための研修プログラムを開発し提供する

## 3. 多職種連携の推進

**医療専門家との連携:** 医師、理学療法士、看護師など他の医療職との連携を強化し、カイロプラクティックの役割を明確にし、相互の理解を深めるための交流会や共同研究を実施する

**チーム医療の促進:** 地域医療におけるチーム医療の一員として、カイロプラクティックがどのように貢献できるかを示すガイドラインを作成する

## 4. 地域社会への啓発活動

**健康セミナーの開催:** 地域住民向けにカイロプラクティックの効果や正しい姿勢、生活習慣についてのセミナーを開催し、健康意識を高める

**情報発信:** カイロプラクティックの利点や施術内容についてのパンフレットやウェブサイト、ソーシャルメディアを通じた情報発信を行う

## 5. 政策提言と協力

**政策提言:** カイロプラクティックが地域医療の一環として認知されるよう、政府や自治体に対して政策提言を行う

**医療保険適用の推進:** カイロプラクティック治療が医療保険の適用対象となるよう、必要な法改正や制度整備を推進するための活動を行う

## 6. 質の保証と標準化

**認定制度の整備:** 質の高いカイロプラクティック施術を提供するための認定制度を整備し、施術者のスキルと知識の標準化を図る

**ガイドラインの作成:** 治療手順や安全性に関するガイドラインを作成し、全国のカイロプラクティック施術者に普及させる

