

病院から在宅へ 切れ目のない医療提供をめざして

医療法人 整友会診療所

財田滋穂

当院の紹介

吹田市岸部(岸边)にある内科・循環器内科・呼吸器内科・アレルギー科・リハビリテーション科-整友会診療所



診療科目

内科 循環器内科
呼吸器内科 アレルギー科
リハビリテーション科

医院情報

TEL 06-6387-0981 FAX 06-6387-0913
診療時間 午前 08:30~11:30
午後 16:00~19:00
休診日 木曜日午後 土曜日午後
日曜日 祝日



吹田市岸辺駅から徒歩10分

自己紹介

財田滋穂(たからだしげほ): 医療法人整友会

平成7年	和歌山県立医科大学卒業
平成9年	国立循環器病センター 心臓血管内科 レジデント
平成17年	和歌山県立医科大学大学院修了 医学博士号取得
平成17年	和歌山県立医科大学循環器内科 助教
平成21年	アメリカカリフォルニア州、カリフォルニア大学アーバイン校 心臓血管内科にて、冠循環生理学研究に従事
帰国後	
平成23	新宮市立医療センター 循環器科部長
平成25年	医療法人整友会 整友会診療所



自己紹介

財田滋穂(たからだしげほ):医療法人整友会

日本循環器学会認定 循環器専門医
日本不整脈心電学会認定 不整脈専門医
日本心血管インターベンション学会認定元専門医
日本脈管学会認定 元脈管専門医

心血管カテーテル治療
不整脈に対するカテーテルアブレーション手術
ペースメーカー、ICD, CRTなどのデバイス治療

在宅医療や緩和ケアとは、全く無縁の勤務医が在宅をはじめました。

外来でよくある一コマ

もう、20年以上お世話になってるけど、最近足腰がわるくて、よう通院できへんわー。先行きが不安でどうしたらええやろ、せんせー。



そんな弱気になったらダメですよ。そんな、先のこと考えずに、これからも頑張って通ってくださいね。



患者さんはこの声掛けで満足？

在宅医療をはじめたきっかけ

**通ってくれていた患者さんが通えなくなった時、
「もううちでは見れませんので。。」**

かかりつけ医として、最期まで責任をもってみてあげたい

**昼の時間が空いているし、
これなくなった患者さんを往診してあげよう**

本日の講演の目的

- ✓ 地域の多職種連携、患者さん向けに対して、在宅医療を知ってもらう講演会は数多くあるものの、総合病院の医療者、医療介護担当者を対象とした講演会はまだまだ少ない。
- ✓ 病院勤務の医師、看護師、地域連携担当者に、在宅医療の現状を知っていただく。
- ✓ 入院前、入院中、退院後を通して、患者さんの情報交換をおこない、さらなる病診連携(病院—在宅連携)を深めていきたい。

外来中心の地域密着型クリニックによる在宅医療の現状

在宅医療の推進、病診連携の進むべき方向の共通認識をめざす

本日の講演の内容

✓ クリニックを中心とした在宅医療の現状

✓ 在宅医療の実際

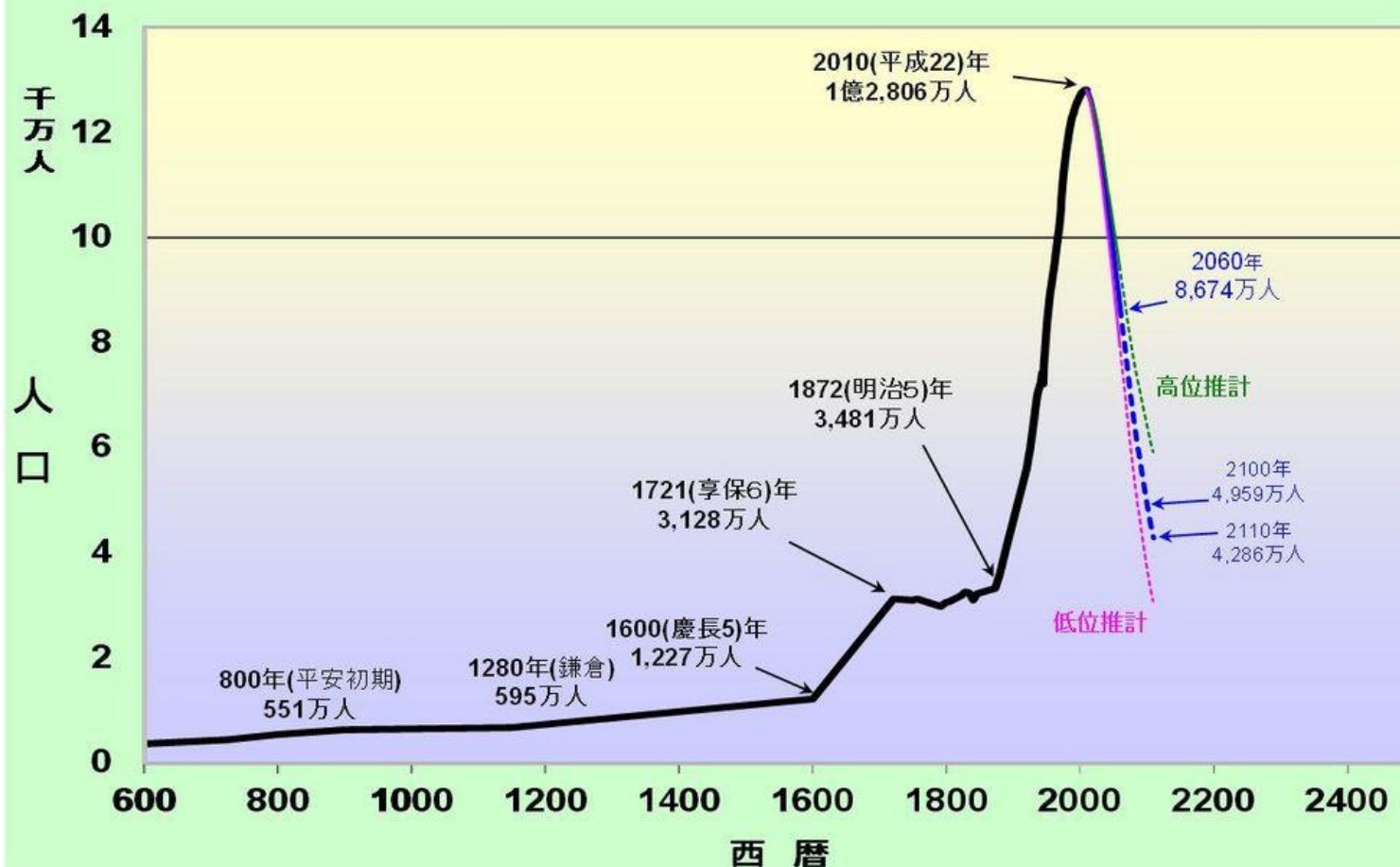
自院の外来からの在宅移行

退院病院、他院の外来からの在宅移行

地域包括支援センターからの依頼

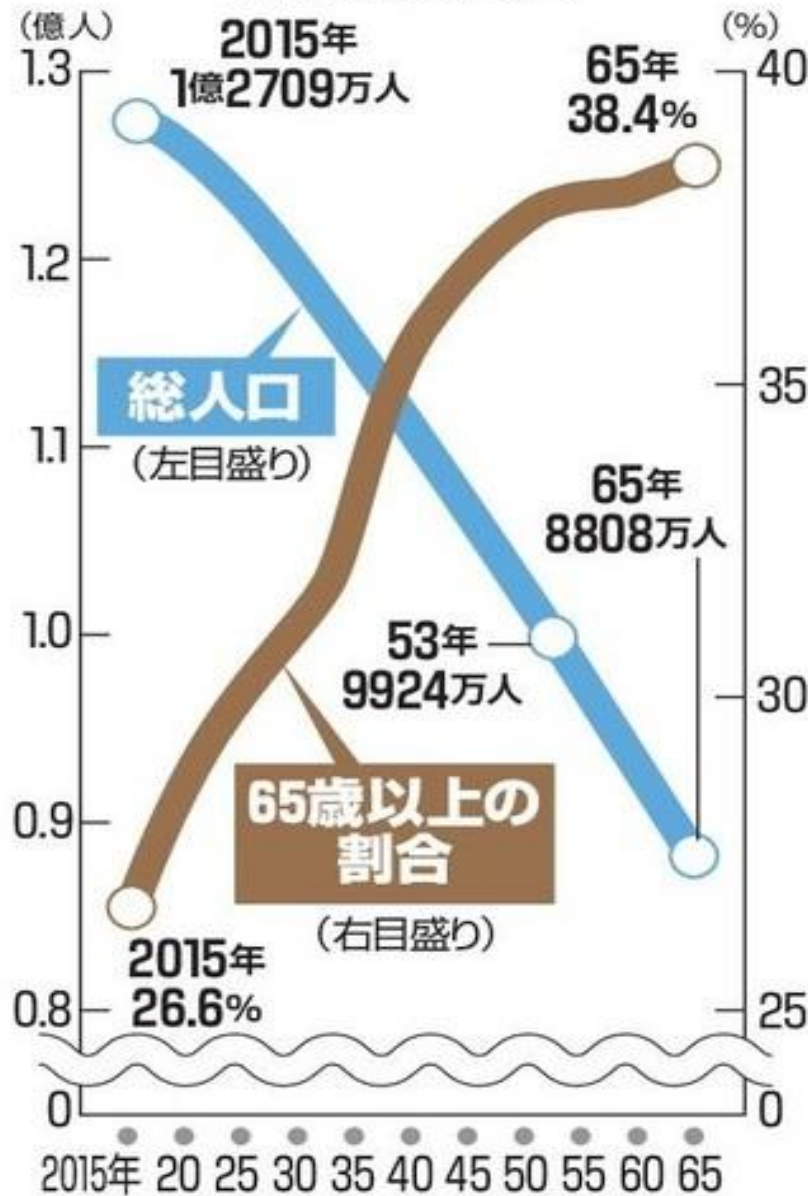
✓ 在宅看取りとACP

日本人口の歴史的推移

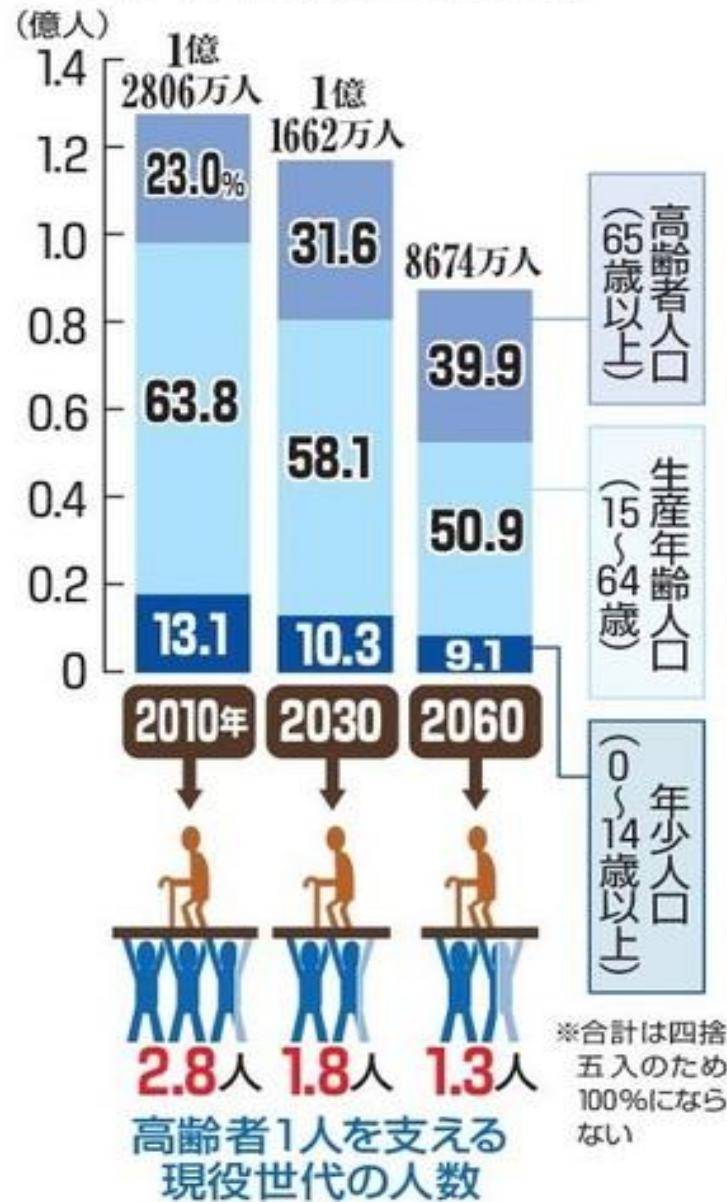


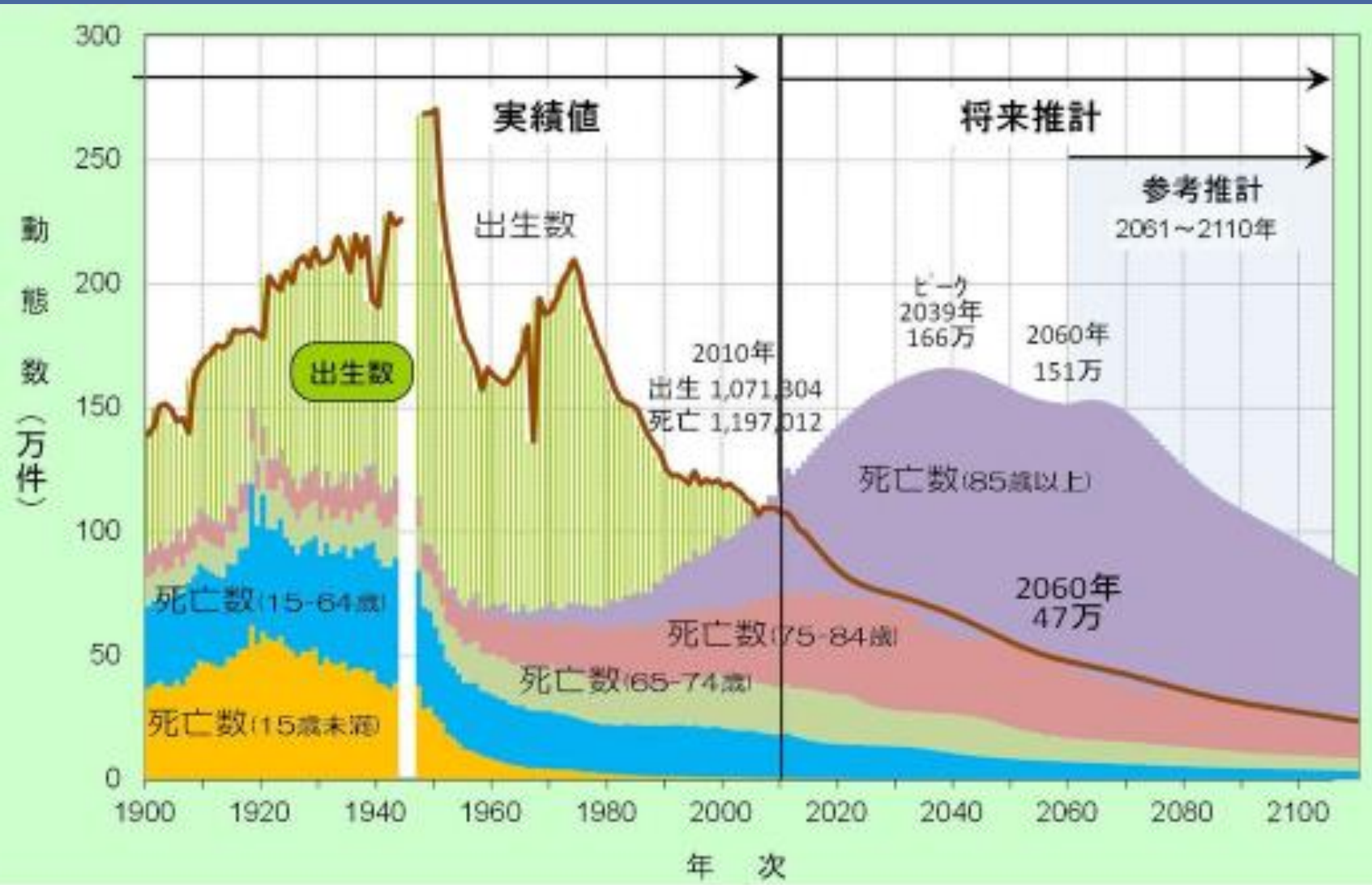
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」(1846年までは鬼頭宏「人口から読む日本の歴史」、1847～1870年は森田優三「人口増加の分析」、1872～1919年は内閣統計局「明治五年以降我国の人口」、1920～2010年総務省統計局「国勢調査」
「推計人口」) 2011～2110年国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成24年1月推計[死亡中位推計])

将来推計人口

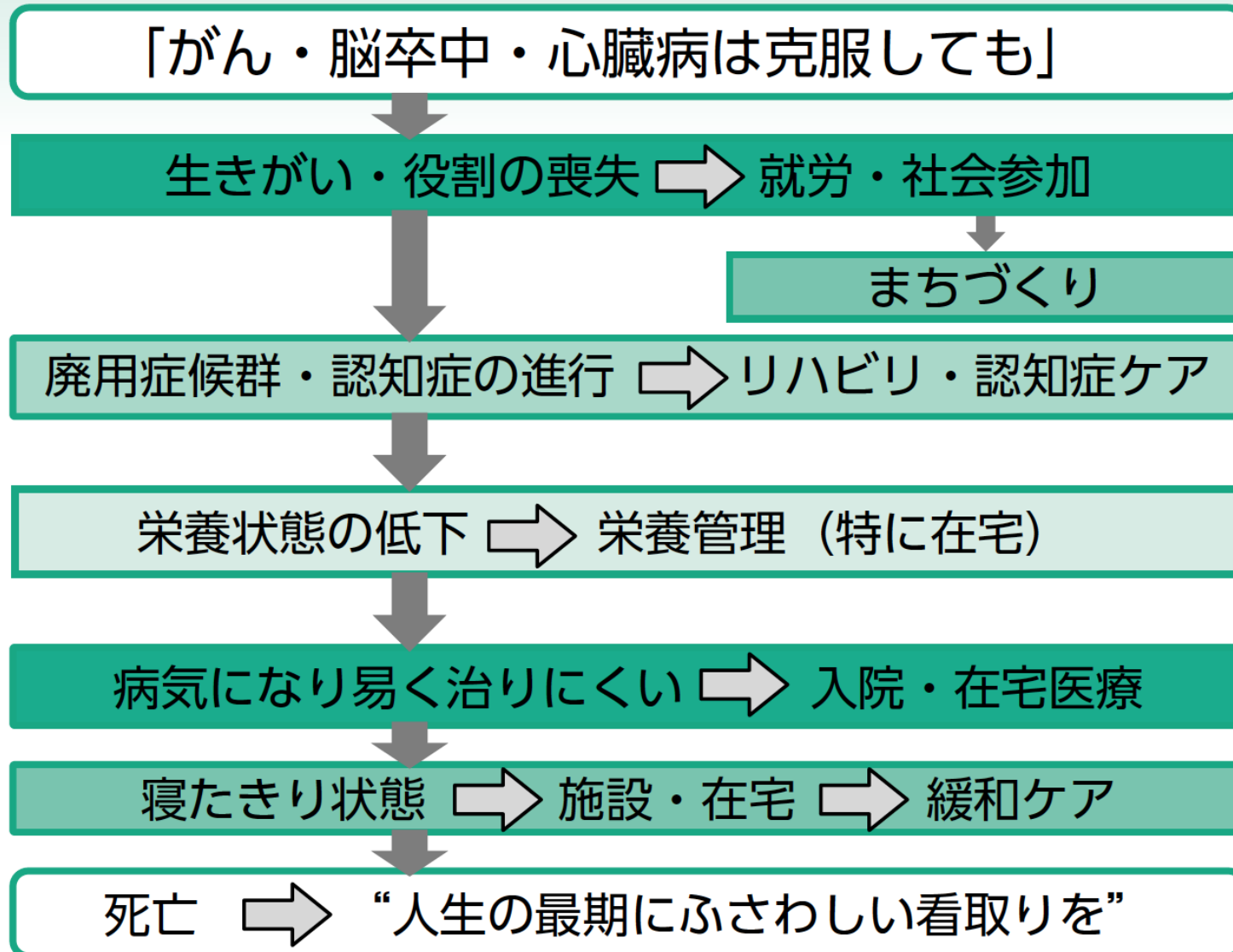


新人口推移での世代バランスの変化

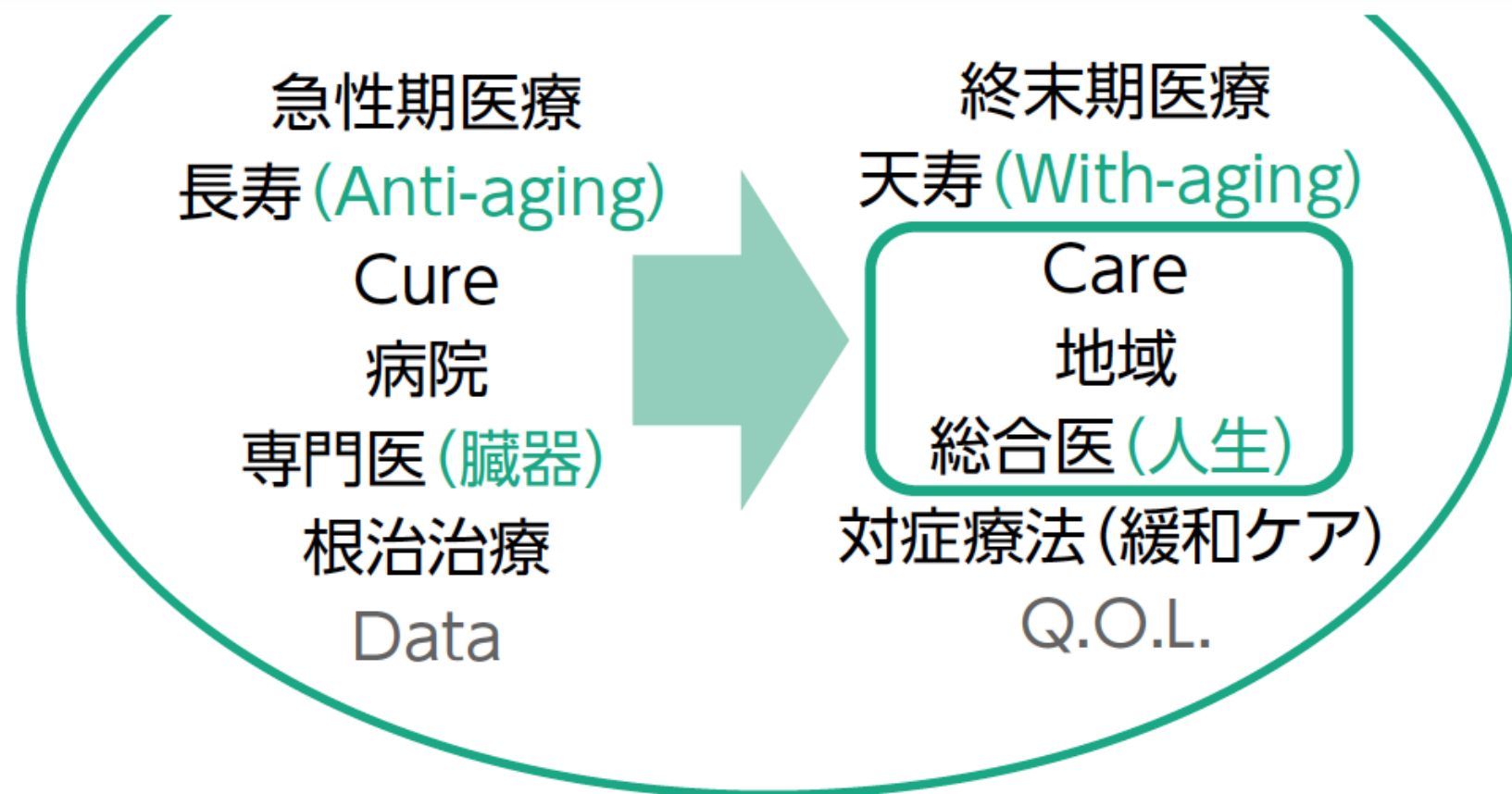




超高齢社会の課題と対応

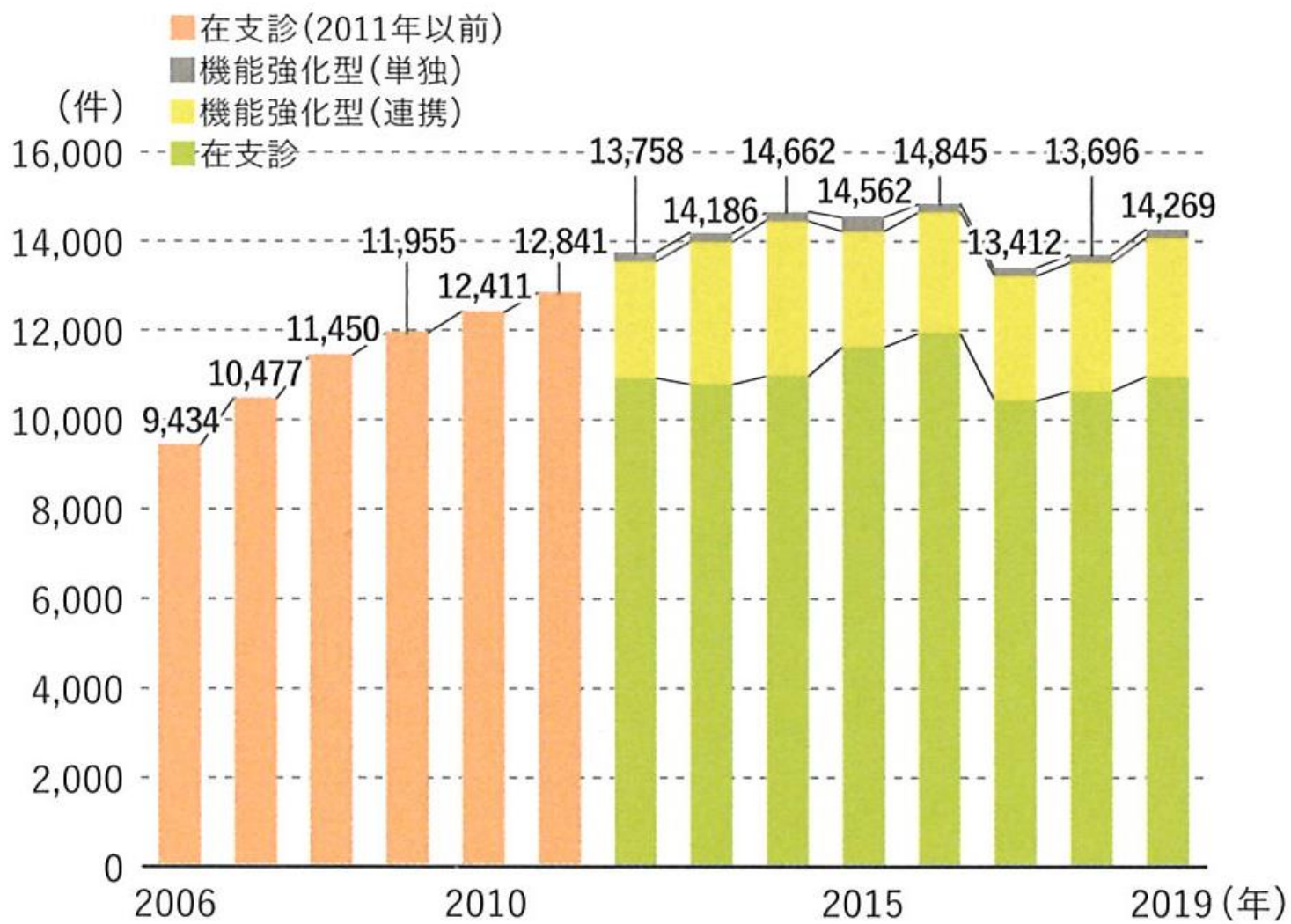


超高齢社会・多死社会に求められる 医療のパラダイムシフト

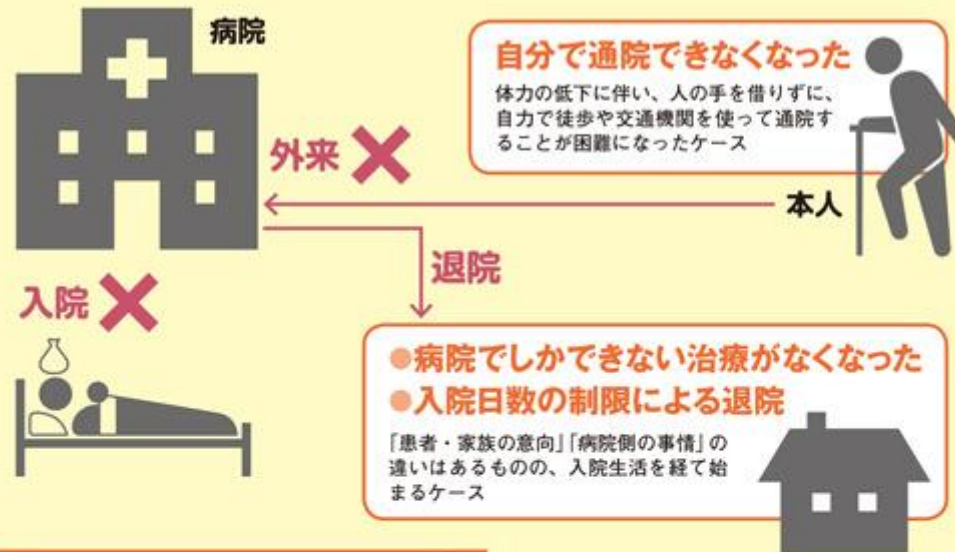


病院中心のヘルスケアシステムの限界

在宅療養支援診療所の届出の推移



在宅医療はこうして始まる



在宅医療の目的は？

- QOL(生活の質)を高める
- 本人の「何かしたい」という思いを一緒に考え、実現できるようにする
- 達成感を持ってもらう
- 地域へ出てもらう(=地域づくり)

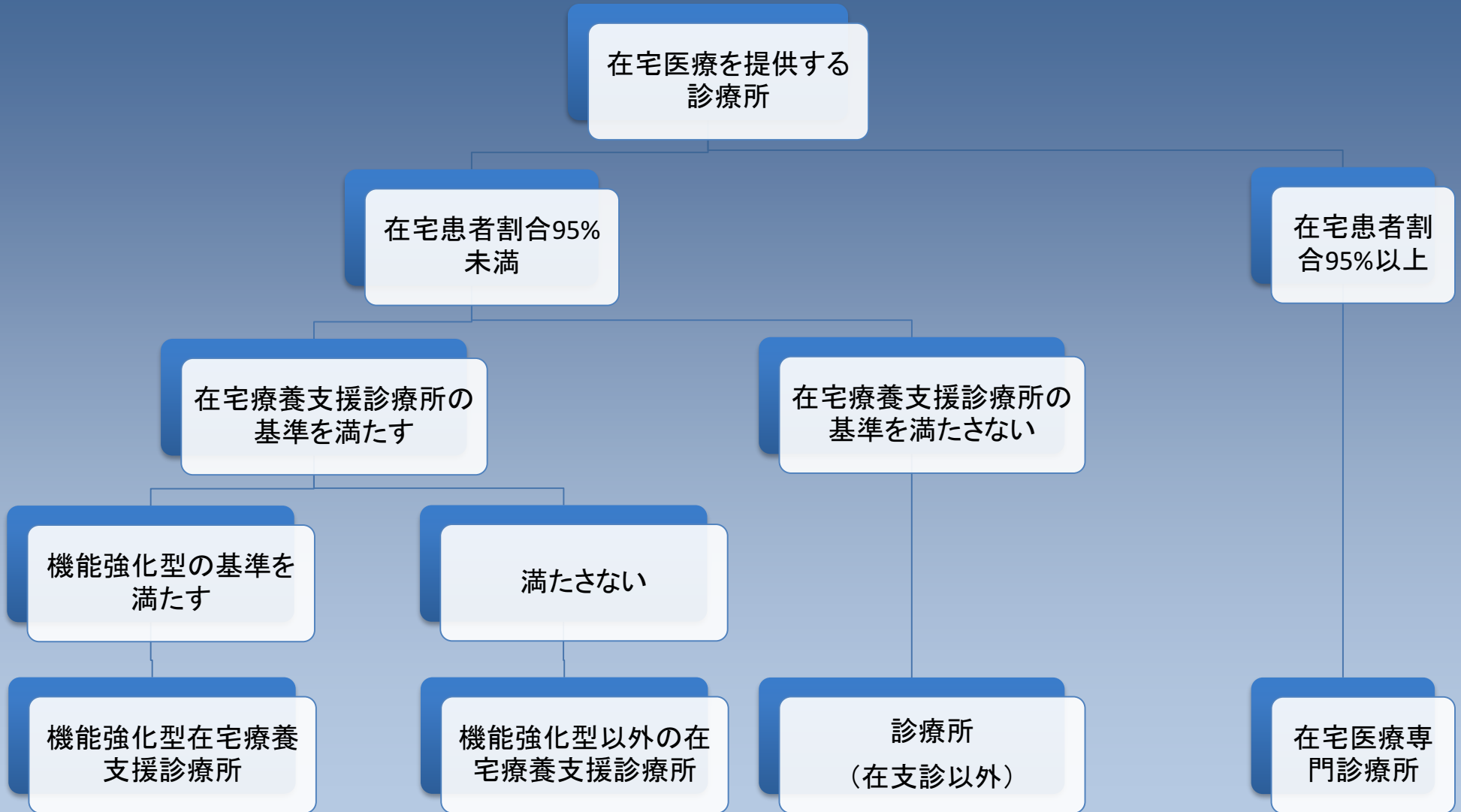


病気を治す「医学」だけでなく、患者や家族の生き方にまで関わり、人の幸せを基本とする「医療」も提供できるのが在宅医とされています

チームでささえる在宅医療



在宅医療を提供する診療所の類型



在宅医療を提供する診療所の類型

在宅医療を提供する
診療所

在宅患者割合95%
未満

在宅療養支援診療所の
基準を満たす

機能強化型の基準を
満たす

機能強化型在宅療養
支援診療所

満たさない

機能強化型以外の
在宅療養支援診療所

メリット

診察室や待合室は必要なく、事務所機能があればOK
自宅との兼用も可能

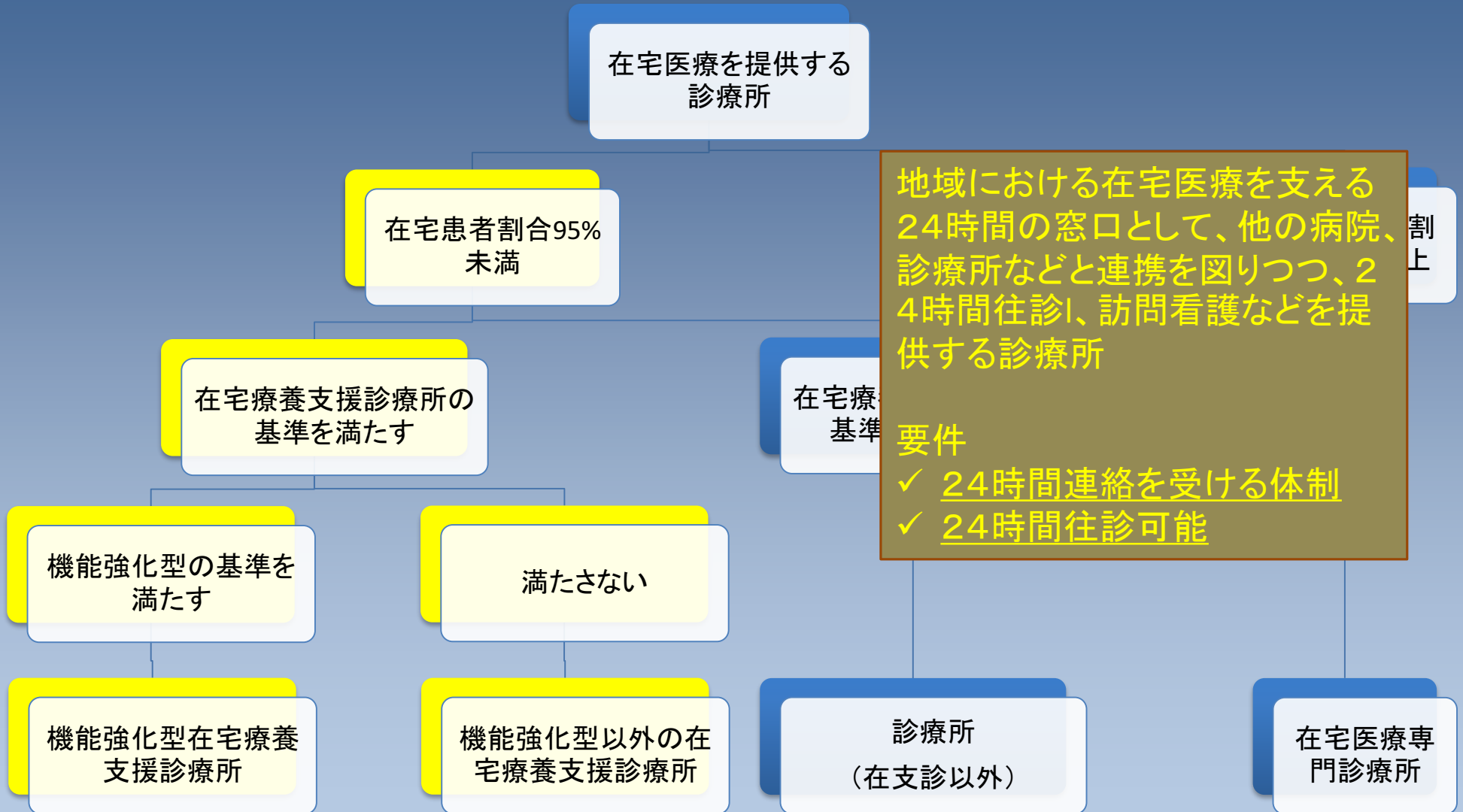
デメリット

- 一年間の看取り数20件以上
- 施設総管の割合7割以下
- 要介護3以上または厚労大臣が定める重症患者の割合5割以上
- 診療報酬上のインセンティブはなし

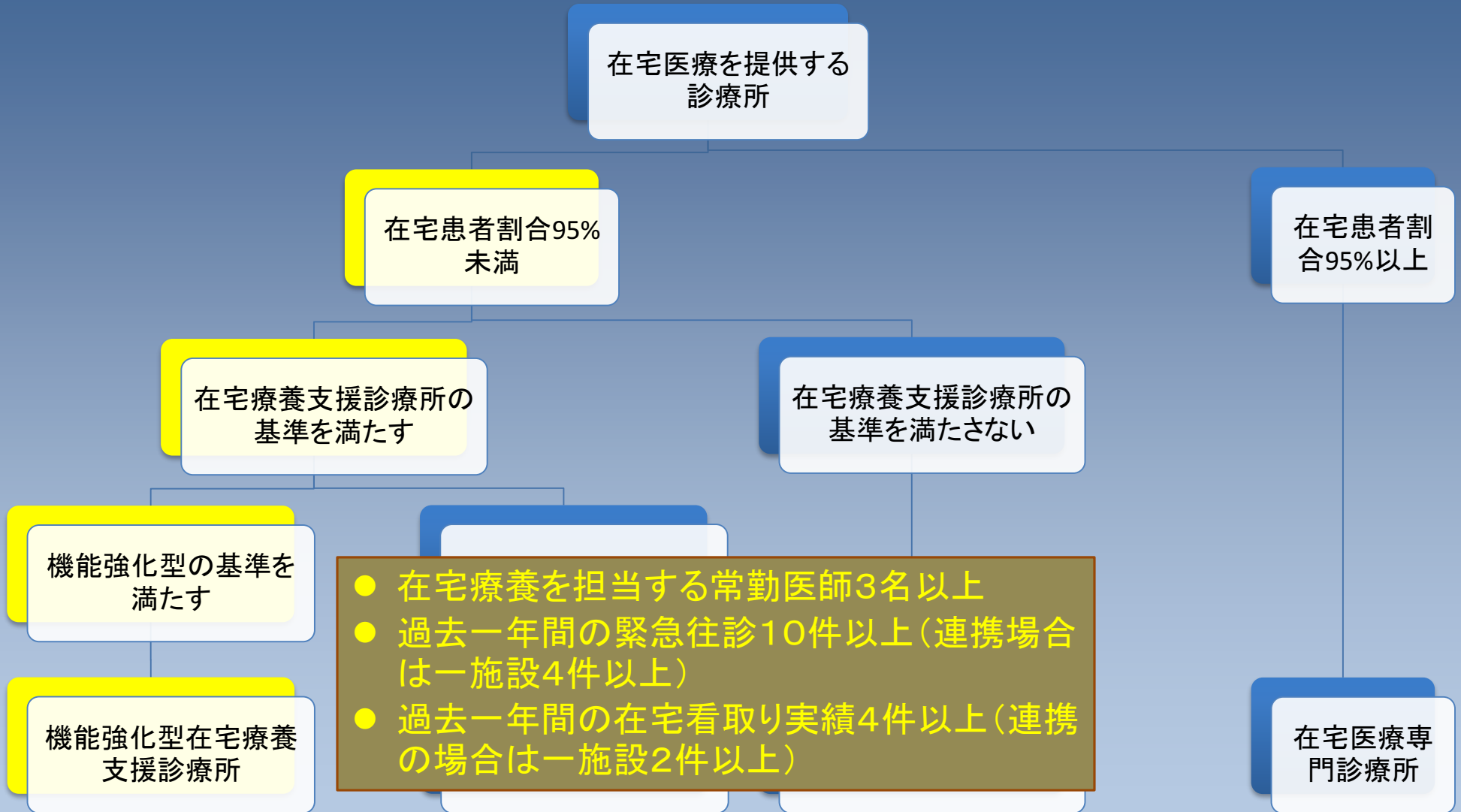
在宅患者割合95%以上

在宅医療専門診療所

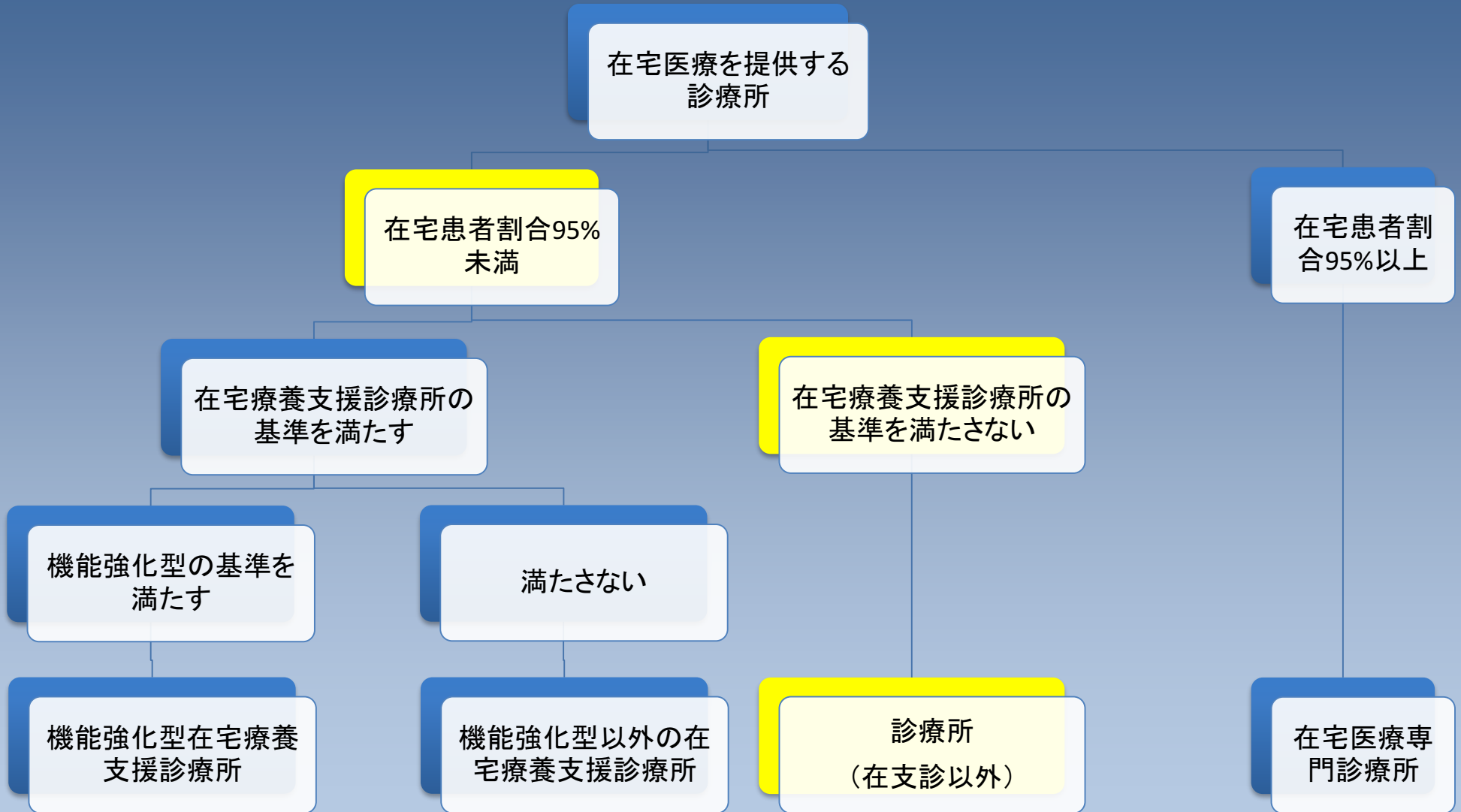
在宅医療を提供する診療所の類型



在宅医療を提供する診療所の類型

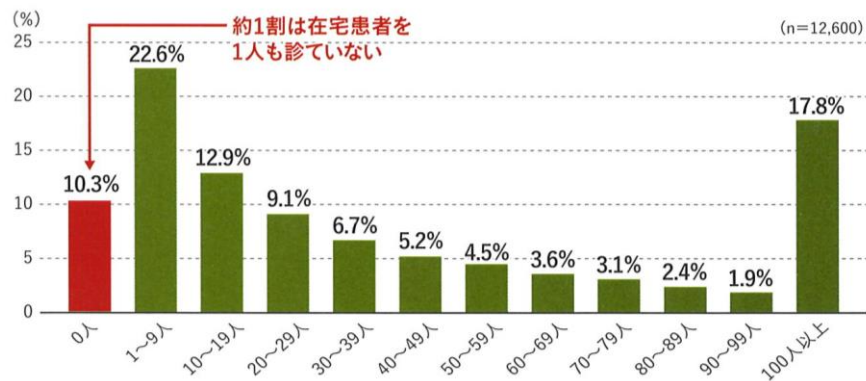


在宅医療を提供する診療所の類型

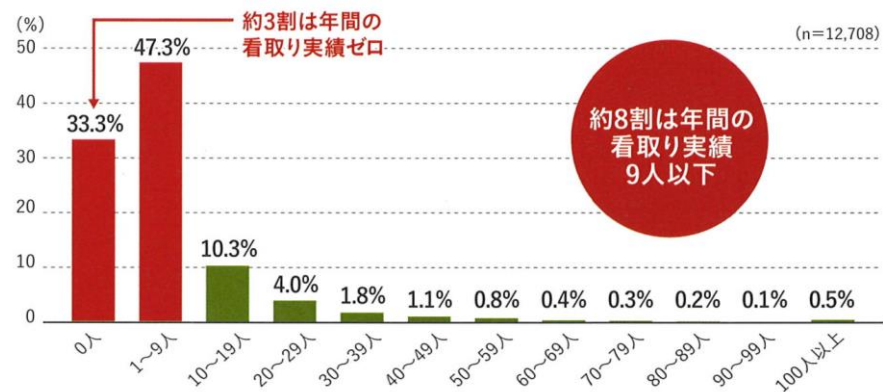


外来と訪問診療の両立の難しさ

〔図3〕在宅療養支援診療所における年間の在宅患者数



〔図4〕在宅療養支援診療所における年間の在宅看取り件数



在宅医療の導入パターン

1. 自院の外来からの在宅移行

→信頼

2. 退院病院、他院の外来からの在宅移行

→情報収集、期待値に応える覚悟

3. 地域包括支援センターなどからの緊急依頼

→迅速、医療介入の見極め、タイミング

通院が難しくなったときや、退院後、自宅等※でも医療を受けられます。

困ったときのために、前もって
かかりつけの医師やケアマネジャーと相談し、
色々な選択肢を見つけておきませんか？

☆ 介護サービスの利用についても
今から調べておきましょう！

- 要介護認定の申請場所は◎◎◎◎◎
- ホームヘルパー等が自宅等を訪問し、
食事・入浴の介助や掃除・洗濯の援助等
を通じて、生活を支援する訪問介護
- 一時的に施設に入所するショートステイ

病院
診療所

ケース
1

通院が困難となり、
通院から自宅等※での在宅医療へ

ケース
2

病状が進むなどで入院し、
退院後に自宅等※での在宅医療へ

在宅医療

～自宅等※で受ける医療～

※ 例えば、年齢・疾患・病状によって、自宅のほか
高齢者住宅等のお住まいで、医療を受けることも可能。

在宅医療では

医師の指示のもと

それぞれの専門知識をもつ医療職が連携し、

あなたの自宅等※を訪問することで
専門的なサービスを受けられます。

訪問診療

医師

指示

看護師

訪問看護

理学療法士
作業療法士
言語聴覚士

訪問によるリハビリテーション

管理栄養士

訪問栄養食事指導

訪問歯科診療

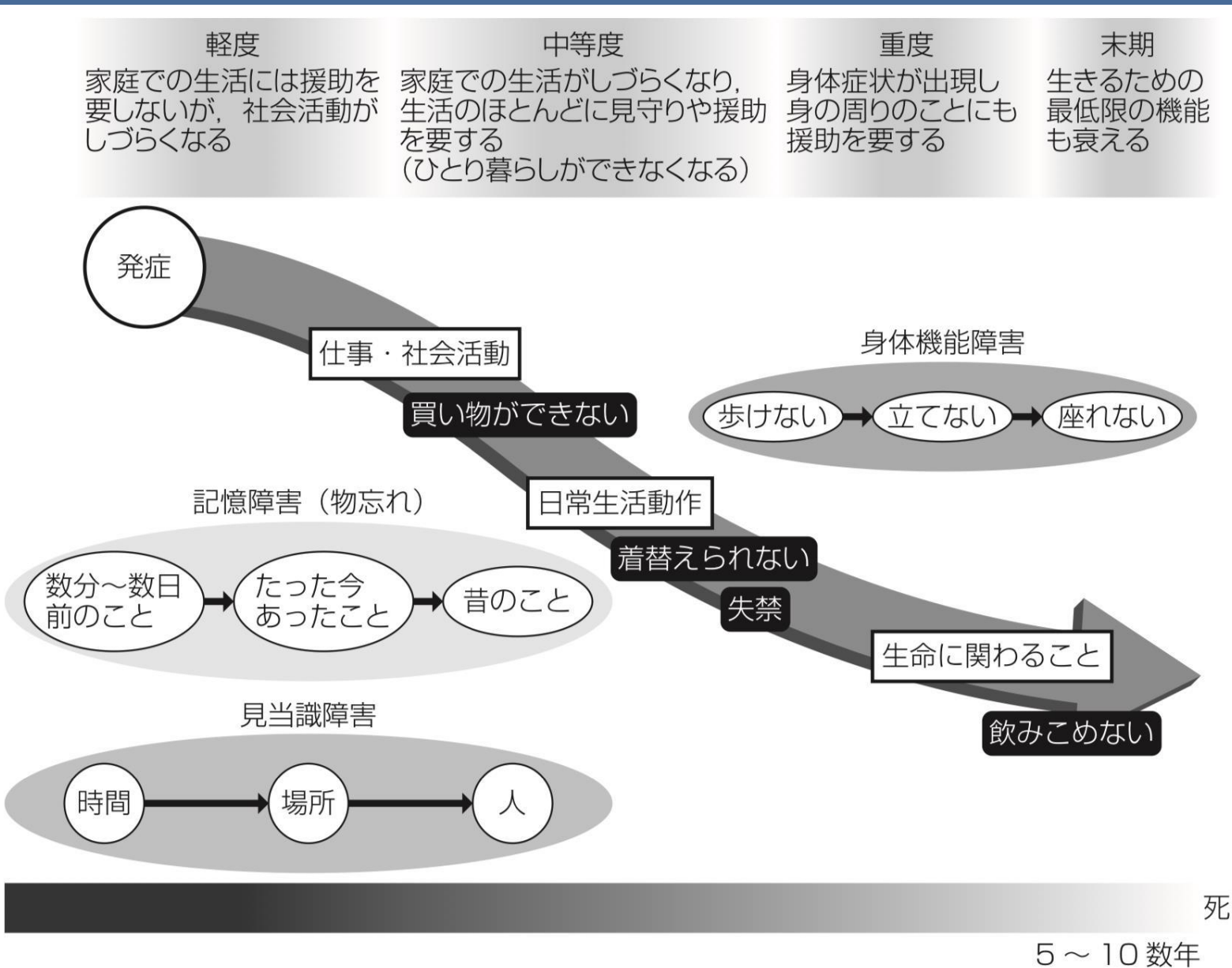
歯科医師
歯科衛生士

訪問薬剤管理

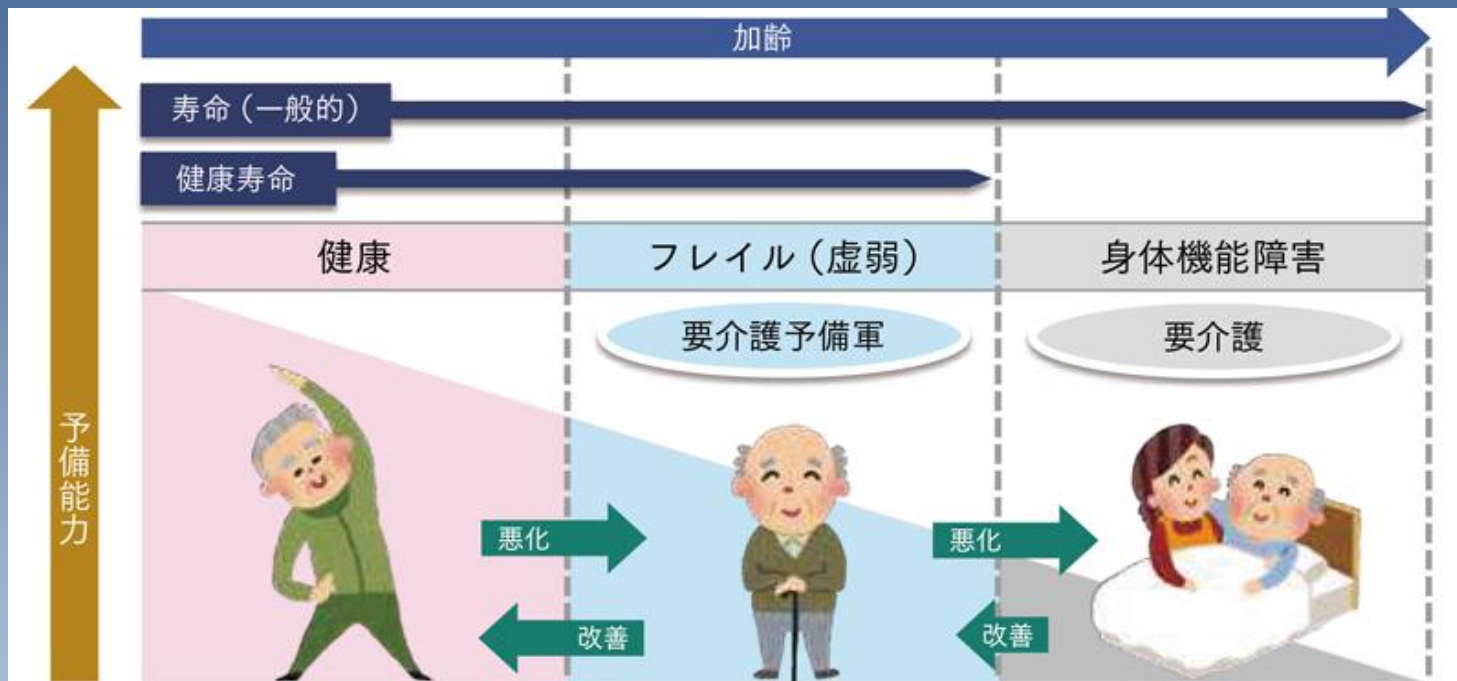
薬剤師

自宅等※

超高齢に伴う認知機能の低下、そして認知発症へ



患者さんの高齢化に伴う当院での対応



医療

診療所診察
(訪問診療)

通所系介護

デイケアセンター

訪問系介護

訪問看護
訪問リハ

当院にて

医療法人整友会

訪問看護ステーション(訪問リハビリ)
ケアプランセンター



デイケアセンター

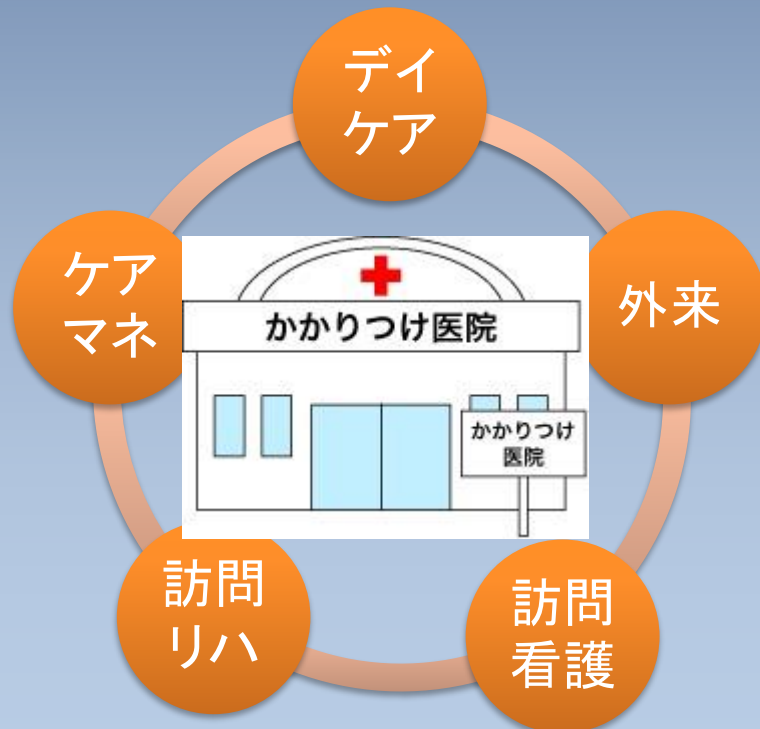
診療所

後方支援病院とかかりつけ医で頻回の連携を行いながら、入退院を繰り返す症例

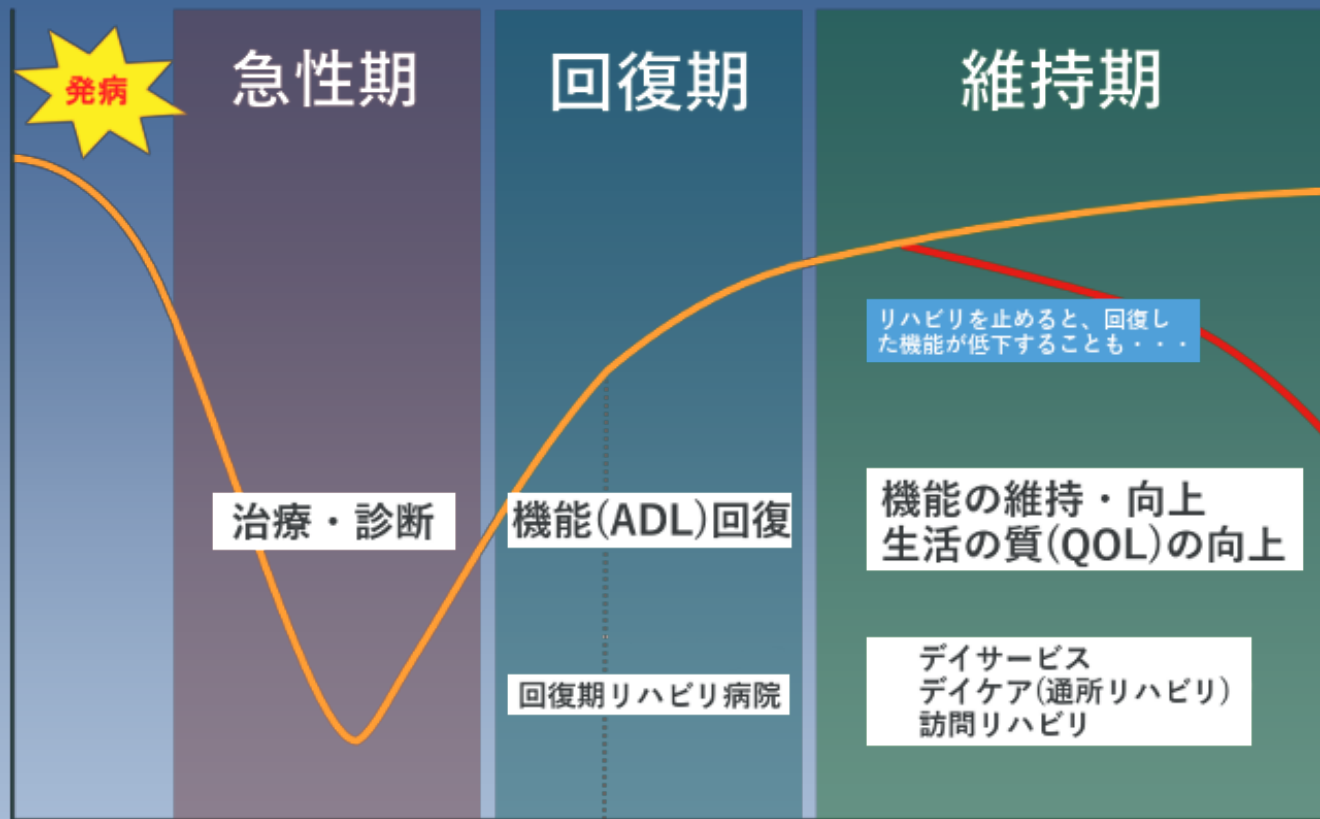
80歳代男性

当院外来通院およびデイケアに参加していた方。

誤嚥性肺炎に伴う呼吸不全のため、病院に入院。入院中も頻回に肺炎を再発していたが、経済的理由もあり施設入所や入院継続を断念。早期退院および在宅での加療継続を希望。退院カンファレンスには、デイケアナースを含めた訪問看護師、ケアマネージャーが参加、今後デイケアの理学療法士による訪問リハ、訪問看護を行い、デイケア復帰を目指す方針。



身体
の
機能



訪問診療・看護・リハ

↓
デイケア

↓
外来通院、社会復帰

脳血管疾患や整形外科疾患などの当院での経過

自宅での看取りポイント



物: 介護ベッド、在宅酸素、吸引
バリアフリー化

人: 在宅チームと家族(介護者)

覚悟: 期待と現実のギャップ



- ✓ 疼痛コントロール
- ✓ 精神的ケア
- ✓ 満足した人生の幕引き

病院から在宅へかろうじて繋げることができた一例

胃がん、肝臓転移、腹水

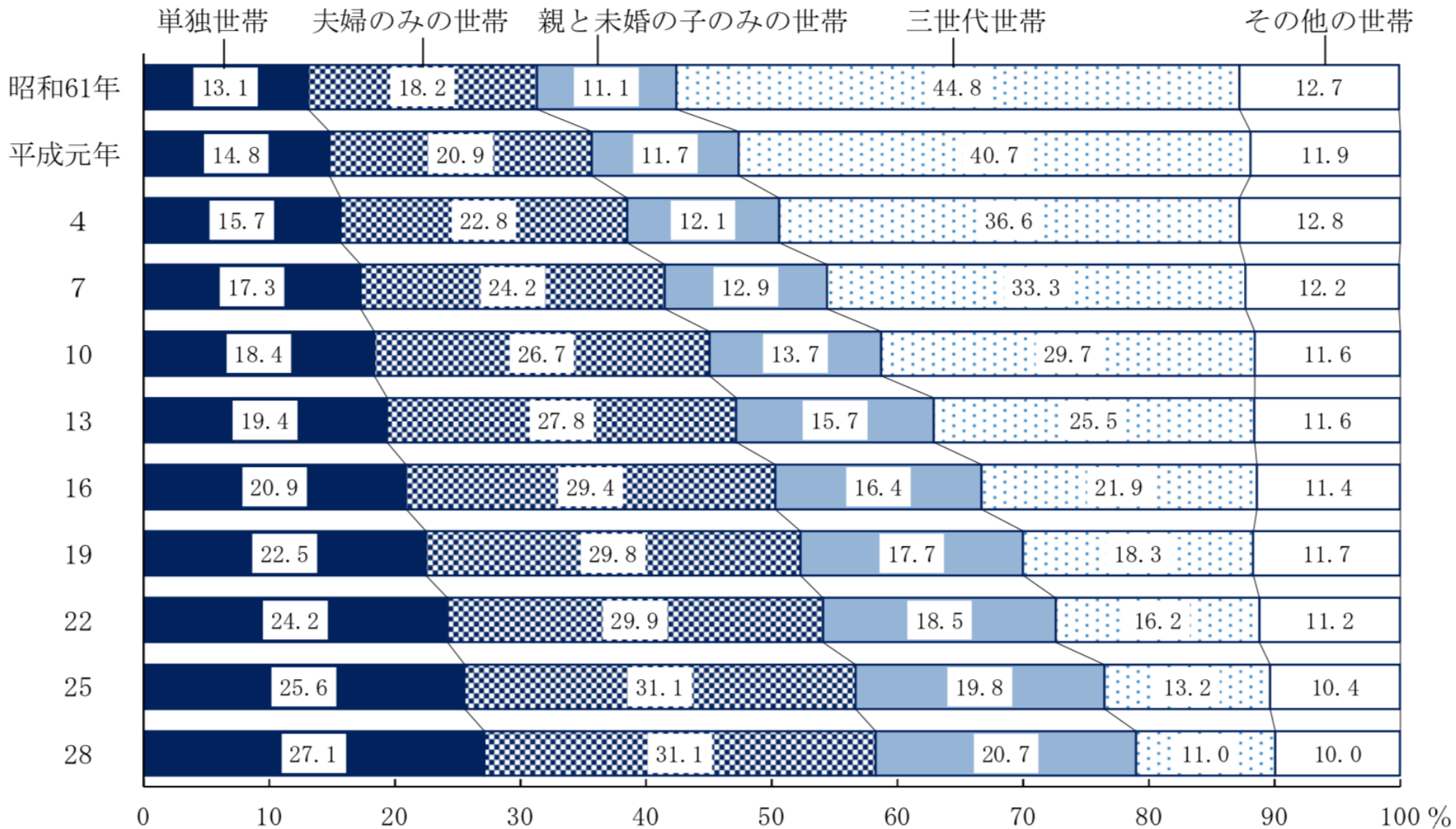
長距離トラックの運転手の息子と二人暮らし。

病院にて、手術や抗がん剤の話も受けていたが、治療拒否。
入院も勧められたが、拒否。

予後が1ヶ月未満と聞き、絶望し帰宅したとのこと。

食事が食べられないとのことで、点滴希望にて当院へ独歩にて来院。

図2 65歳以上の者のいる世帯の世帯構造の年次推移



注：1) 平成7年の数値は、兵庫県を除いたものである。

2) 平成28年の数値は、熊本県を除いたものである。

3) 「親と未婚の子のみの世帯」とは、「夫婦と未婚の子のみの世帯」及び「ひとり親と未婚の子のみの世帯」をいう。

1980年代

ひきこもり=若者問題



10代~20代

現在

8050問題



子ども 40代~50代

親 70代~80代

娘さんからの相談がきっかけで、医療・介護介入をおこなった症例

82才女性と86才男性の夫婦ぐらし

(50才台の娘さんはうつ病にて通院中)

高血圧と認知症にてご主人が、A病院に通院されている。

通院時は娘さんが病院に連れて行ってくれている。

母親が動けなくなっているとのことで、娘さんから地域包括支援センターに相談があり、脱水の疑いがあるとのことで、同センターから当院へ連絡があった。

当院から、医師、訪問看護師、ケアマネージャーの3者で同日訪問し、支援センターの相談員と同行の上、訪室した。

→ 医療、看護、介護メンバーが、迅速に対応することが大事

今まで医療、介護ともに介入されていなかった症例に対する取り組み



外来をしながら24時間対応をする負担

在宅療養支援診療所

地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所

【主な施設基準】

- ① 診療所
- ② 24時間連絡を受ける体制を確保している
- ③ 24時間往診可能である
- ④ 24時間訪問看護が可能である
- ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保している
- ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している
- ⑦ 年に1回、看取りの数を報告している

注1：③、④、⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可

在宅支援診療所
地域包括診療加算
継続診療加算
在宅ガン医学総合診療料
在宅ターミナルケア加算(+1000点)
往診料(+325 ~ +1000点)

- ・
- ・
- ・

他の医療機関との連携でもよい、と緩和されたが。。。



開業医の働き方改革??

今までの外来診療に加えて

地域包括ケアシステム、多職種連携としての医師の役割の増加

24時間対応

在宅医療の提供

24時間往診体制

他医療機関との連携の難しさ

-
-
-



在宅医を選ぶ前に
必ず読んでください!

「先生、なぜうちのパパは、
平穏死できなかったの？
私が、殺した……?」

在宅医療を真剣にやっている医師は過労死してしまう人もいる

長尾 僕もそうですよ。携帯電話は寝る時もそばに置いています。365日ここ（胸ポケット）にあります。黎明期から在宅医療をやっている有名な先生方は、がんやうつ病、心臓発作で体を壊してしまう人が多く、亡くなってしまわれた方もいる。私もいつ死ぬかと思いながらやってます。1人の患者さんを24時間365日診るために医師が何人必要かを計算したら、4人要るんです。それを1人でやるとなると、4倍働く必要があります。



診療中の長尾さん 写真提供:長尾クリニック

在宅看取り と

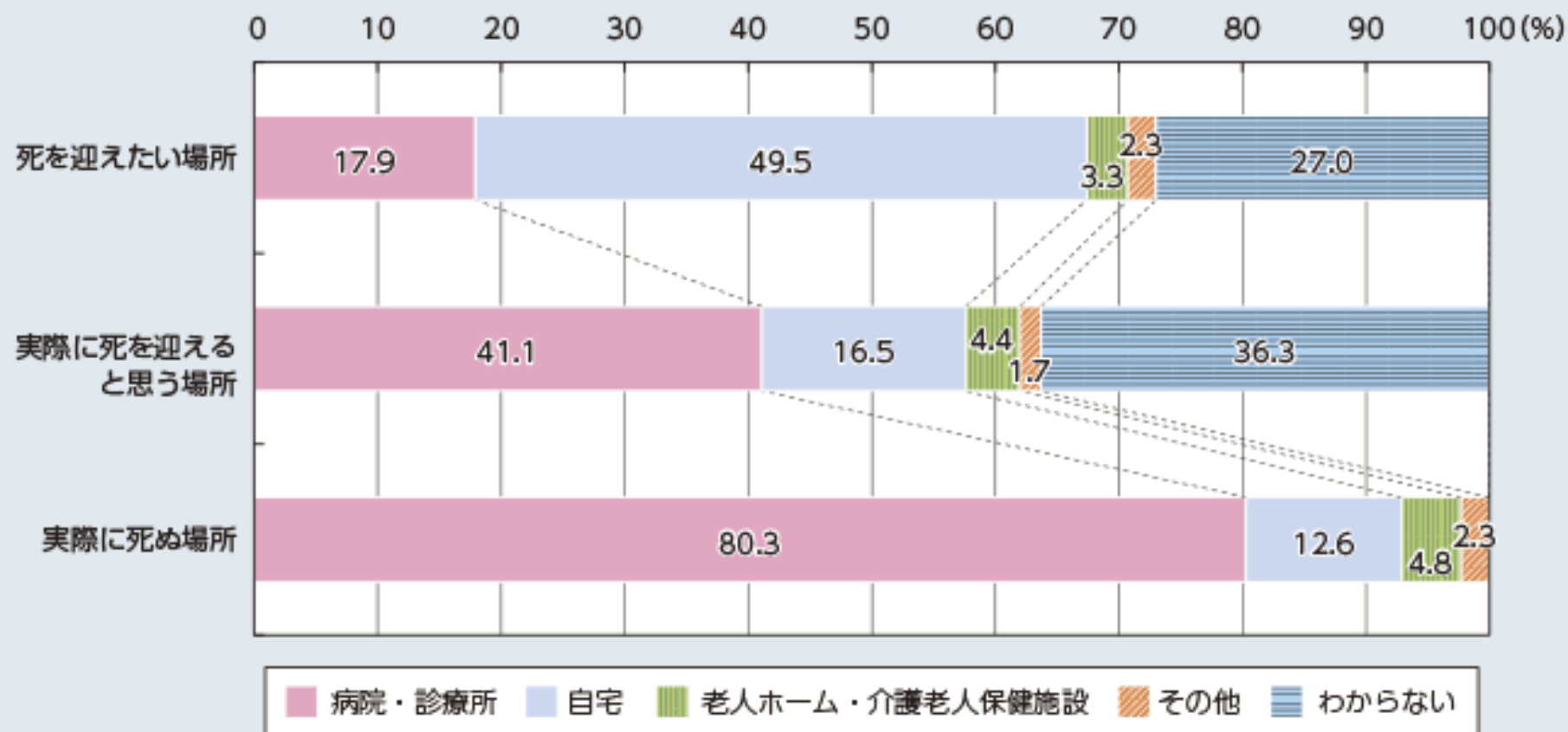
ACP (advance care **planning**)



病院医療と在宅医療のちがい

病院	在宅
医学的知識	
医学的技術	
急性期	慢性期
Cure	Care
救命・疾病管理	疾病共存、生活支援
データにもとづくEBM	物語にもとづくNBM

図表 2-4-3 最期を迎える場所～希望と現実



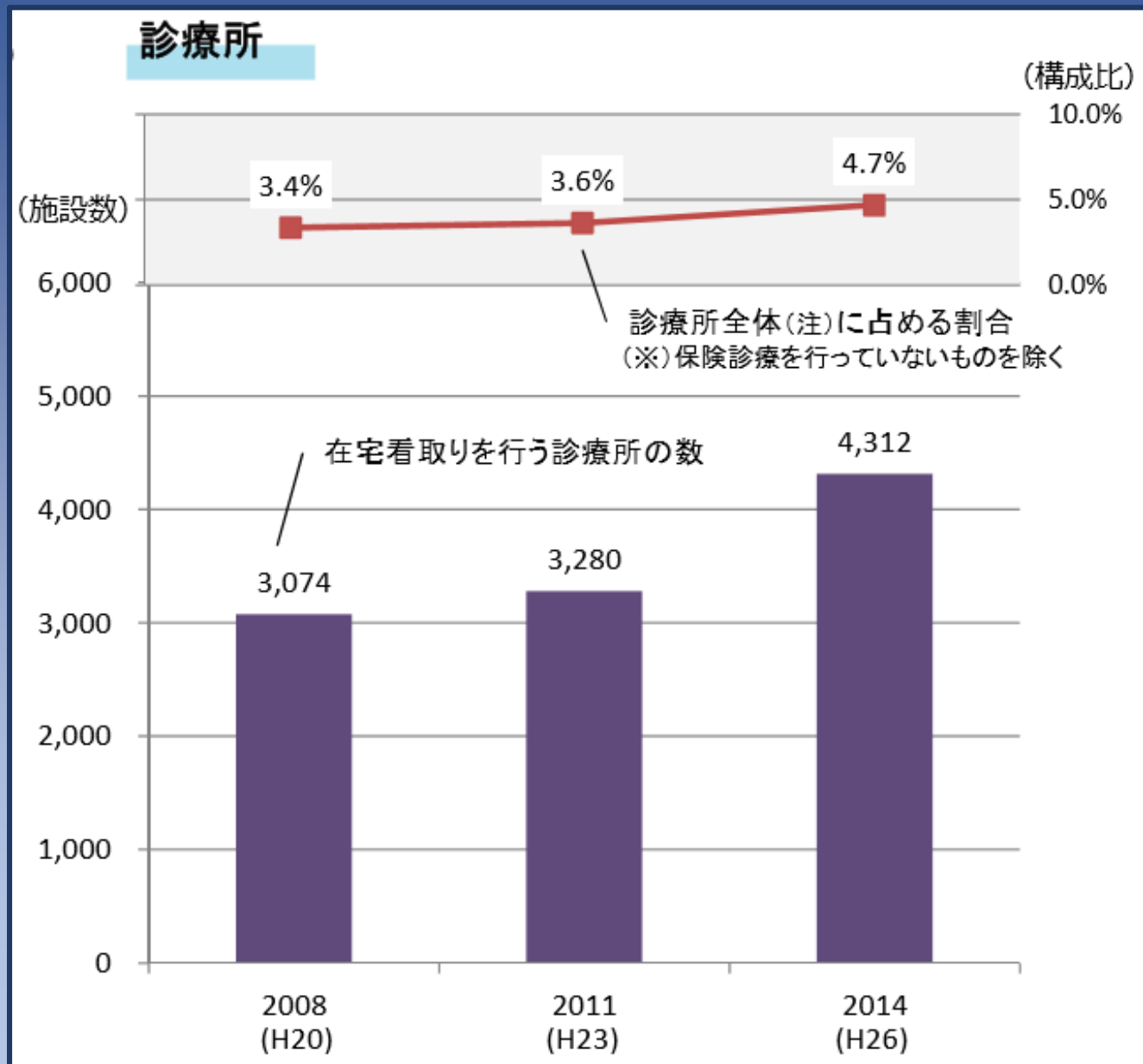
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成22年人口動態統計」及び「安心と信頼のある「ライフエンディング・ステージ」の創出に向けた普及啓発に関する研究会報告書」（経済産業省）より

病院死が最も少ないオランダ



在宅医療、在宅介護が充実 → 少ない病院死

在宅での看取りを行う医療機関の推移



人生の終わりまで、あなたは、どのように、過ごしたいですか？

もしものときのために

～自らが望む、人生の最終段階の医療・ケアについて話し合ってみませんか～

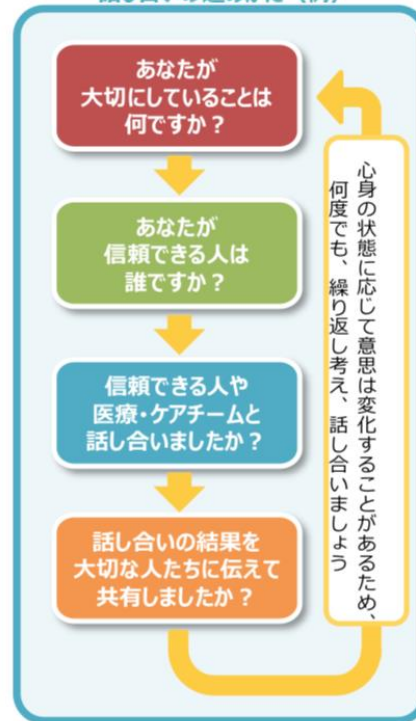
誰でも、いつでも、
命に関わる大きな病気やケガをする
可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、
**約70%の方が、
医療やケアなどを自分で決めたり
望みを人に伝えたりすることが、
できなくなると言われています。**

自らが希望する医療やケアを受けるために
大切にしていることや望んでいること、
どこでどのような医療やケアを望むかを
**自分自身で前もって考え、
周囲の信頼する人たちと話し合い、
共有することが重要です。**



話し合いの進めかた（例）



もしものときのために、あなたが望む医療やケアについて、
前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組を
「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と呼びます。
あなたの心身の状態に応じて、かかりつけ医等からあなたや
家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

このような取組は、個人の主体的な
行いによって考え、進めるものです。
知りたくない、考えたくない方への
十分な配慮が必要です。



詳しくは、厚生労働省のホームページをご覧ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyu_iryuu/index.html



ACPIは病院から在宅へ申し送られ、かつ常に更新し共有していきたい

人生における医療の役割



病院医療の役割
(発病してから 治療期間)

治療

在宅医療の役割
(在宅療養から看取りまで)

病院と連携→緩和ケア→看取り→家族ケア

地域包括ケアシステムの中での医療の役割(予防・健康増進から看取りのできる地域づくりまで)

生活を支える(障害・難病の医療的生活支援、生活の中での困りごと対応、地域づくり等)

人生の最終段階に必要な議論はずっと必要,繰り返す対話文化

ACP (advance care planning)の特徴

ACPの利点

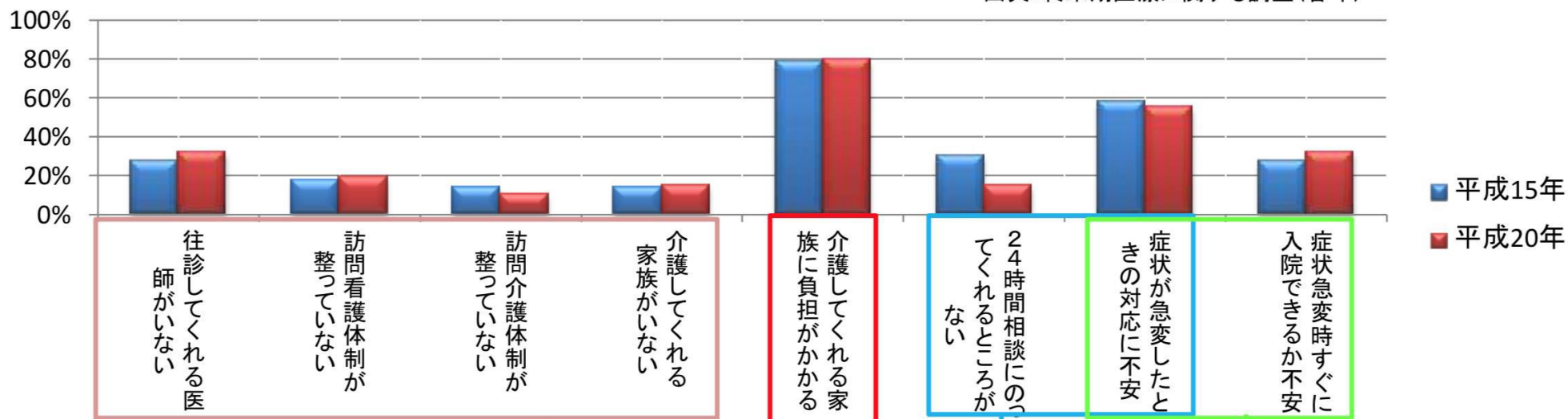
- 患者の意向を尊重できる
- 患者の病気に対する自己コントロール感が高まる
- 症状を伝えることによる希望の喪失・抑うつ状態はない

ACPの欠点

- 病状の悪化を予想して回答することが難しい
- 医療スタッフの時間と手間がかかる
- タイミングが難しい

■在宅療養移行や継続の阻害要因

出典：終末期医療に関する調査(各年)



■在宅医療推進にあたっての課題

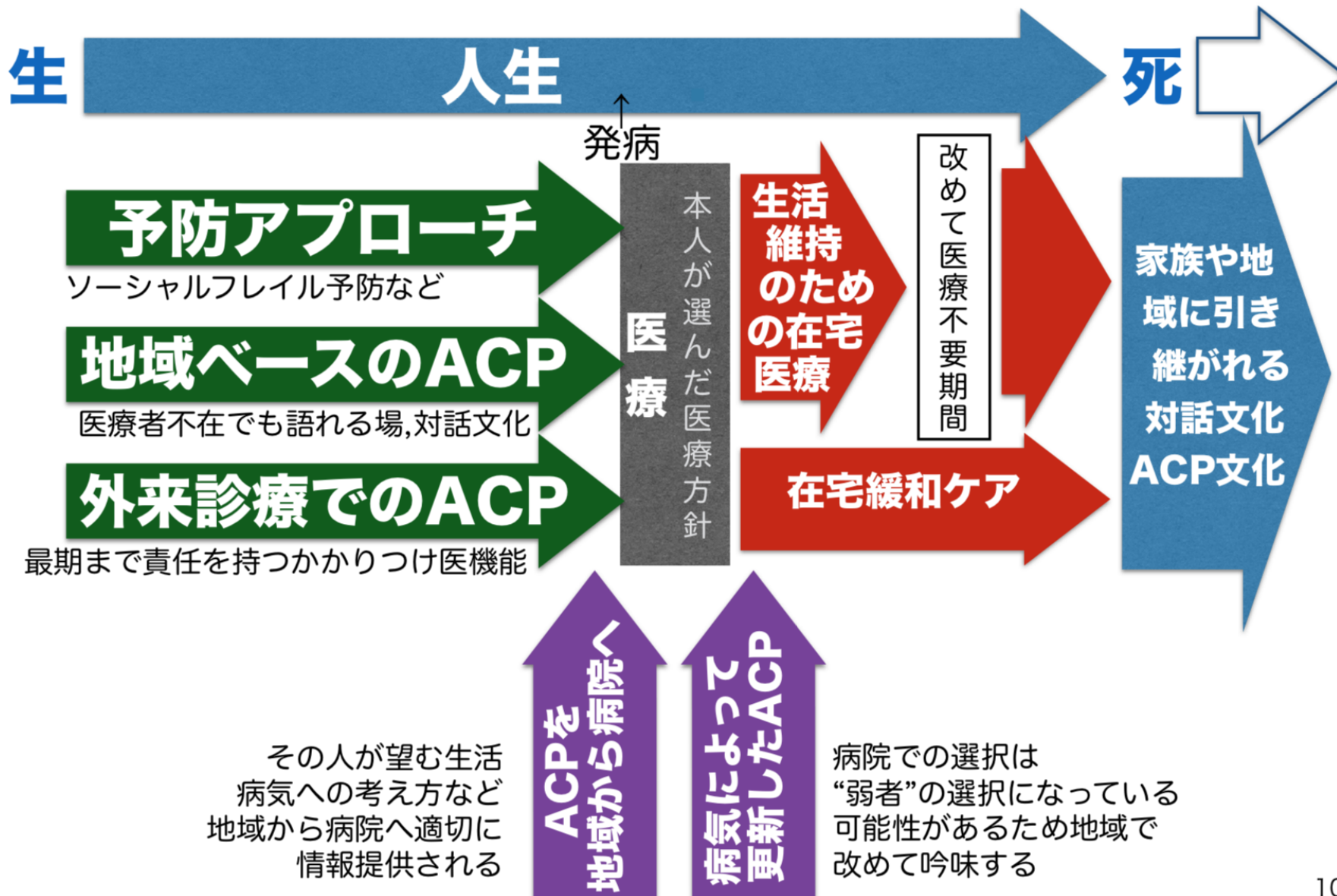
在宅医療・介護サービス供給量の拡充
医療/介護の連携によるサービスの質の向上及び効率化

家族支援

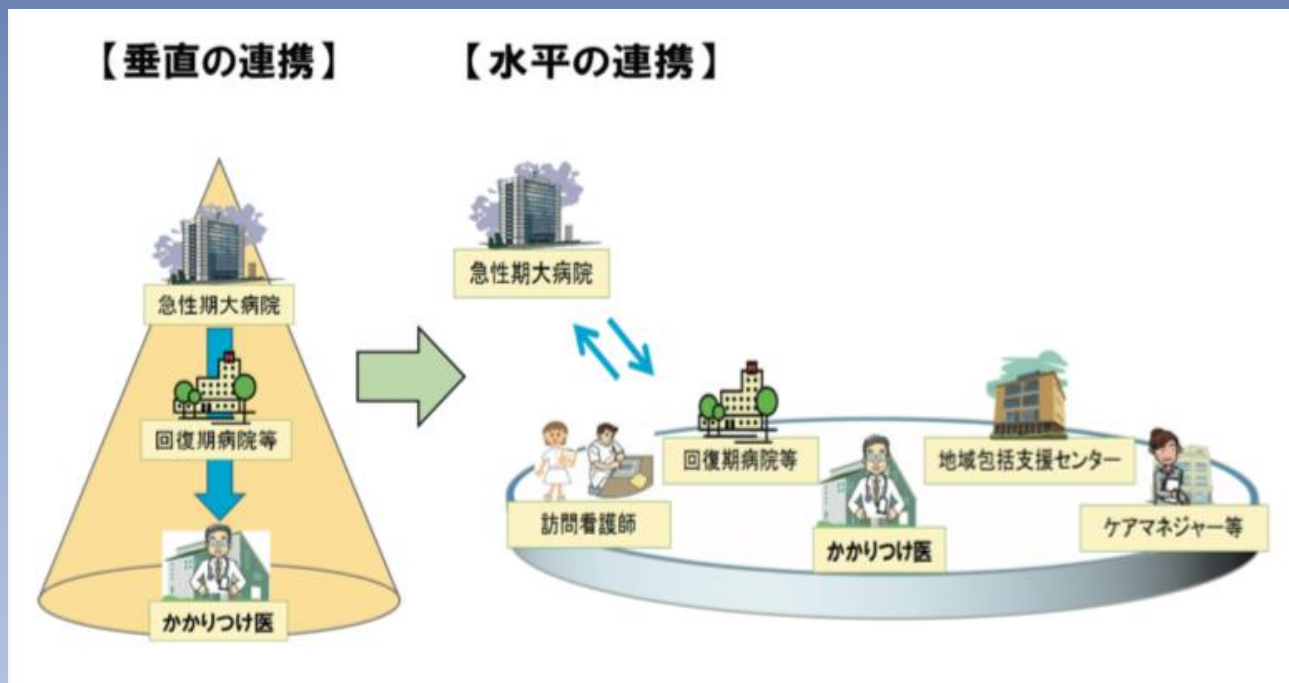
在宅療養者の後方ベッドの確保・整備

24時間在宅医療提供体制の構築

発病前の地域のアプローチと地域と病院のACP双方向共有と生活維持のための在宅医療で必要な医療は生活を軸に整理される



急性期病院には地域の最後の砦となってほしい



多職種連携で支える、地域包括ケアシステムのイメージ図



患者情報に関わる多職種で連携する



- 人が集まらない会議
- なかなかつながらない電話
- 届いたかどうかわからないFAX
- 時間がかかる診療情報提供書でのやりとり



まとめ

- 外来中心の地域密着型クリニックの立場から、在宅における病診連携の必要性について講演した
- 現在の地域における在宅医療の問題点、事例を報告した
- 地域における多職種連携に加え、急性期総合病院との水平の連携をめざしていきたい。
- 患者さんの物語に基づいた病診連携(ACPを含めて)をあらゆる角度から深めていきたい