

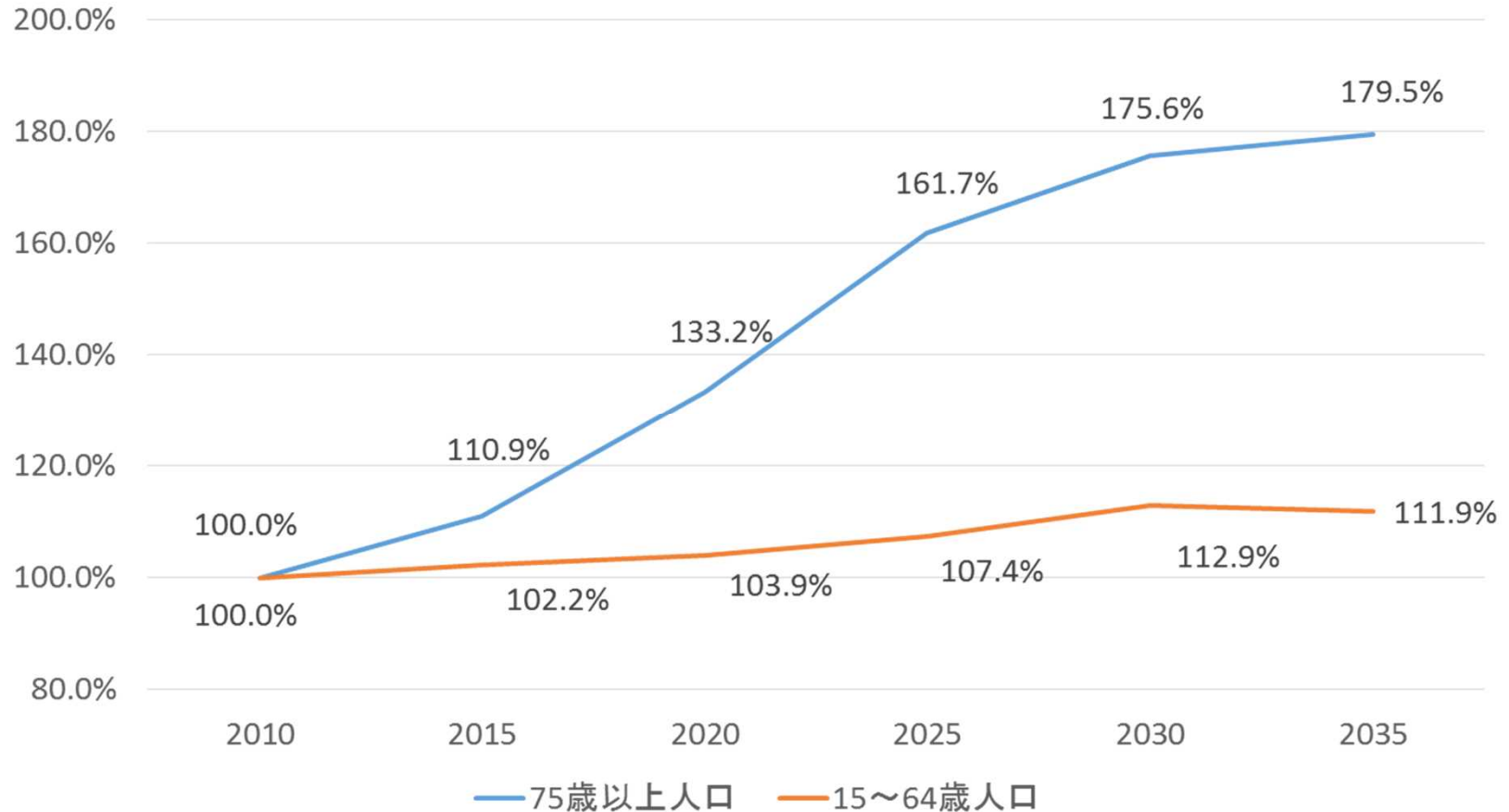
在宅医療の実践

全国在宅療養支援診療所連絡会
会長 新田 國夫

2017.01.19関東信越厚生局 『第4回地域包括ケア応援セミナー』

福岡県福津市の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2035年まで急上昇。
- 生産年齢（15-64歳）人口は2030年まで微増するが、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

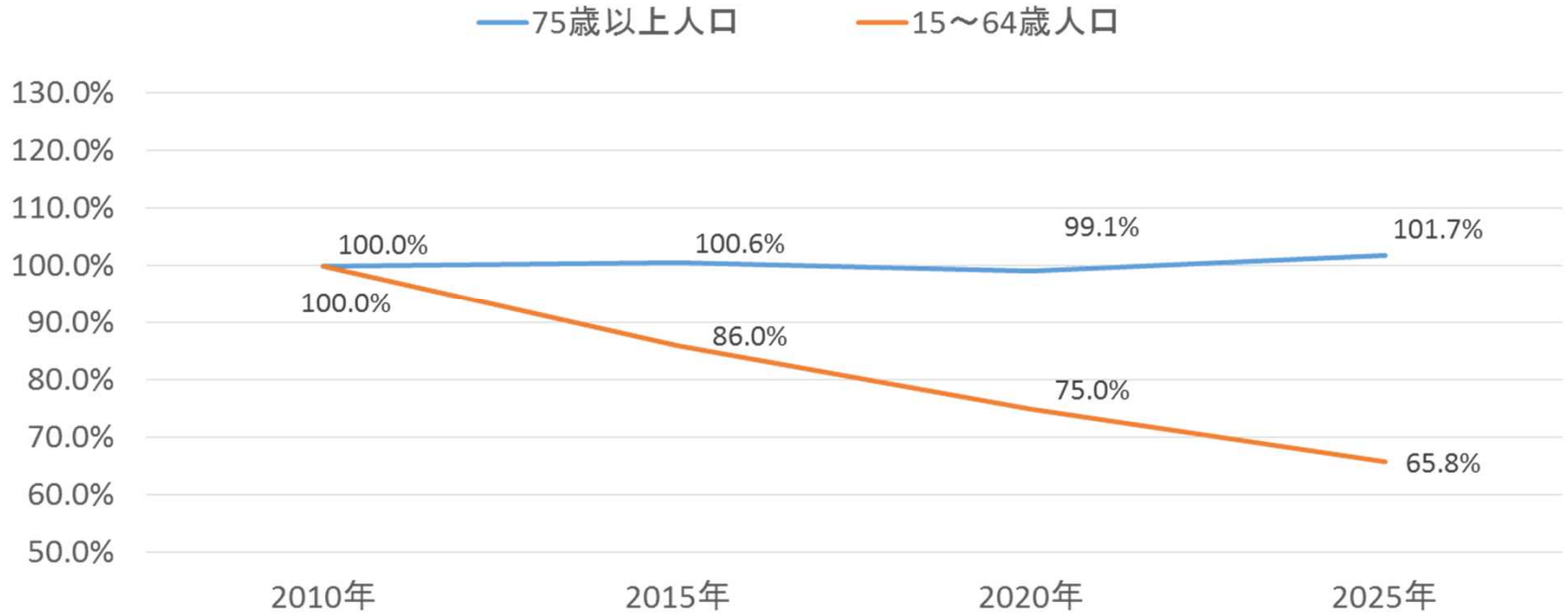


(出典) 2010年：総務省「国勢調査」、2015年：住民基本台帳、2020年以降：福津市人口ビジョン（案）
※2010年を100とした場合の2035年までの推計値

三重県紀南介護保険広域連合の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、ほぼ横ばい。
- 生産年齢（15-64歳）人口は継続的に減少し、後期高齢者人口とのギャップは拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

＜紀南介護保険広域連合の生産年齢人口と後期高齢者人口の推移＞

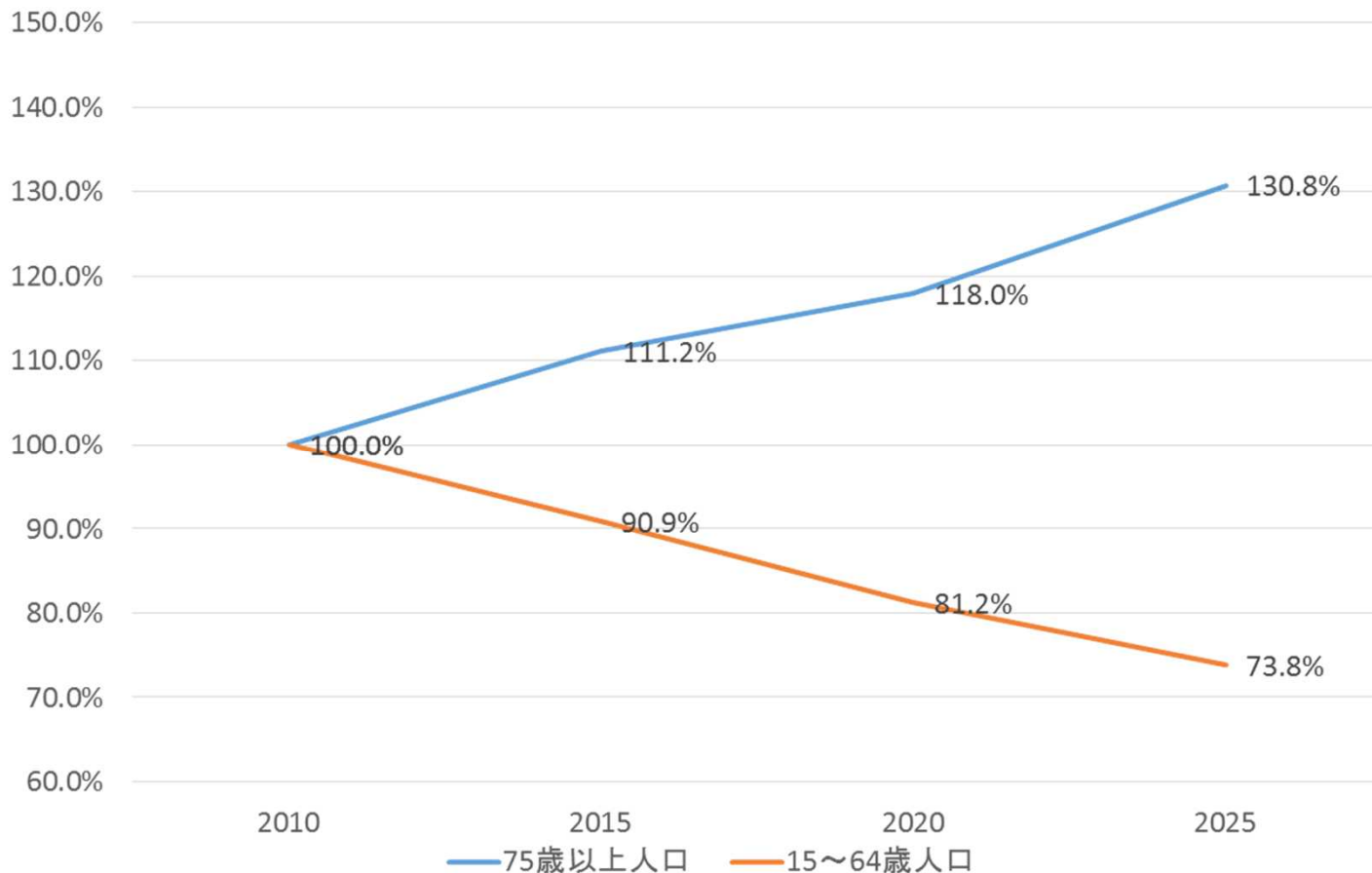


	2010年	2015年	2020年	2025年
人口総数	42,116	38,654	35,162	31,704
75歳以上人口	7,835	7,884	7,765	7,970
15～64歳人口	23,255	19,997	17,433	15,297

出所：2014年まで住民基本台帳数値 10月1日現在
 2015年以降推計数値(紀南介護保険広域連合第6期介護保険事業計画より)
 ※2010年を100とした場合の2025年までの推計値

北海道函館市の人口推移

- 要介護リスクが高くなる後期高齢者（75歳以上）人口は、2025年まで急上昇。
- 生産年齢（15-64歳）人口は2025年まで急減し、後期高齢者人口とのギャップは大幅に拡大。
- それに加え、単身世帯・高齢者のみ世帯が増加すれば、生活支援ニーズは増加。

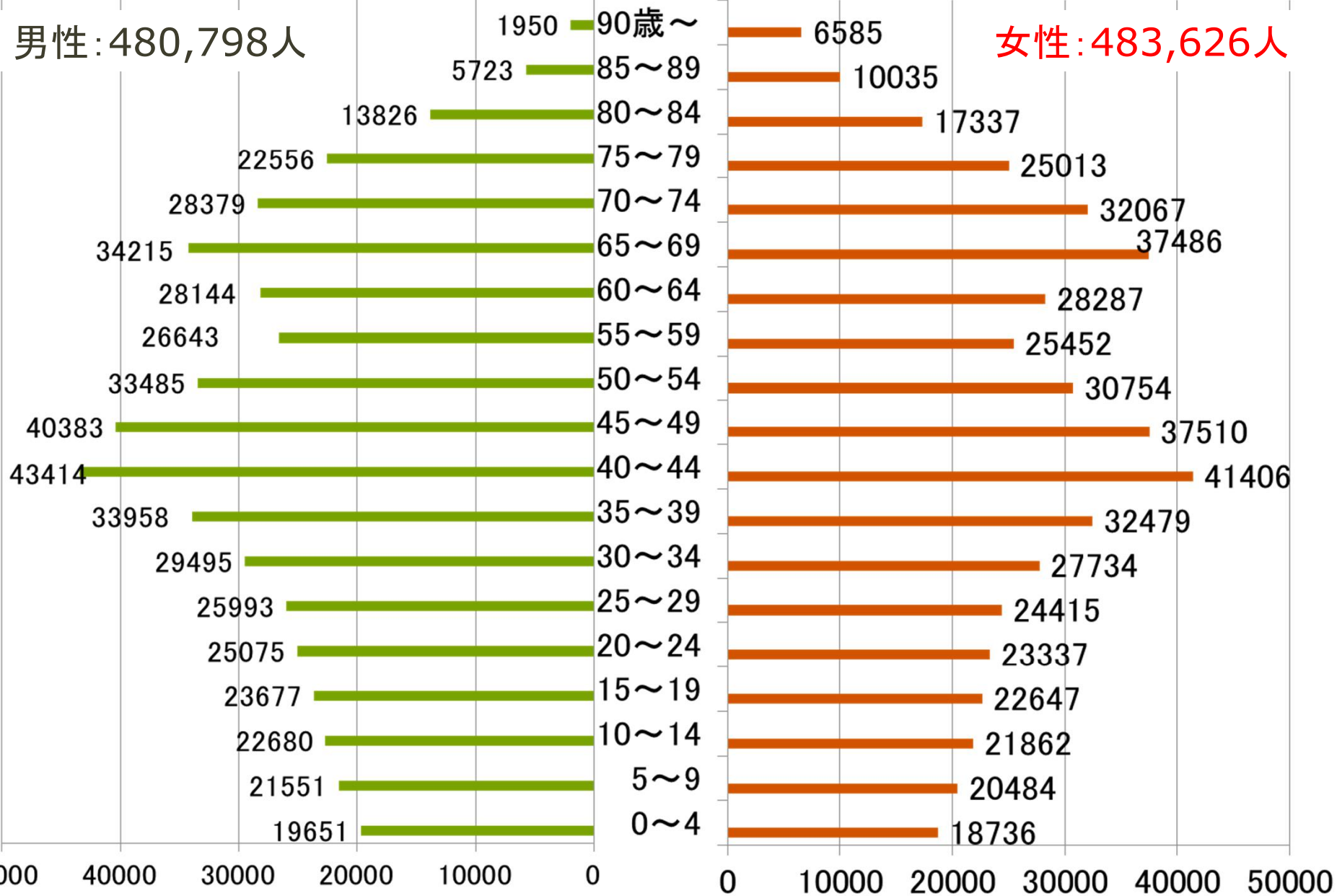


(出典) 第7次函館市高齢者保健福祉計画・第6期函館市介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）より

千葉市年齢別・男女別人口（平成27年12月31日現在）

男性：480,798人

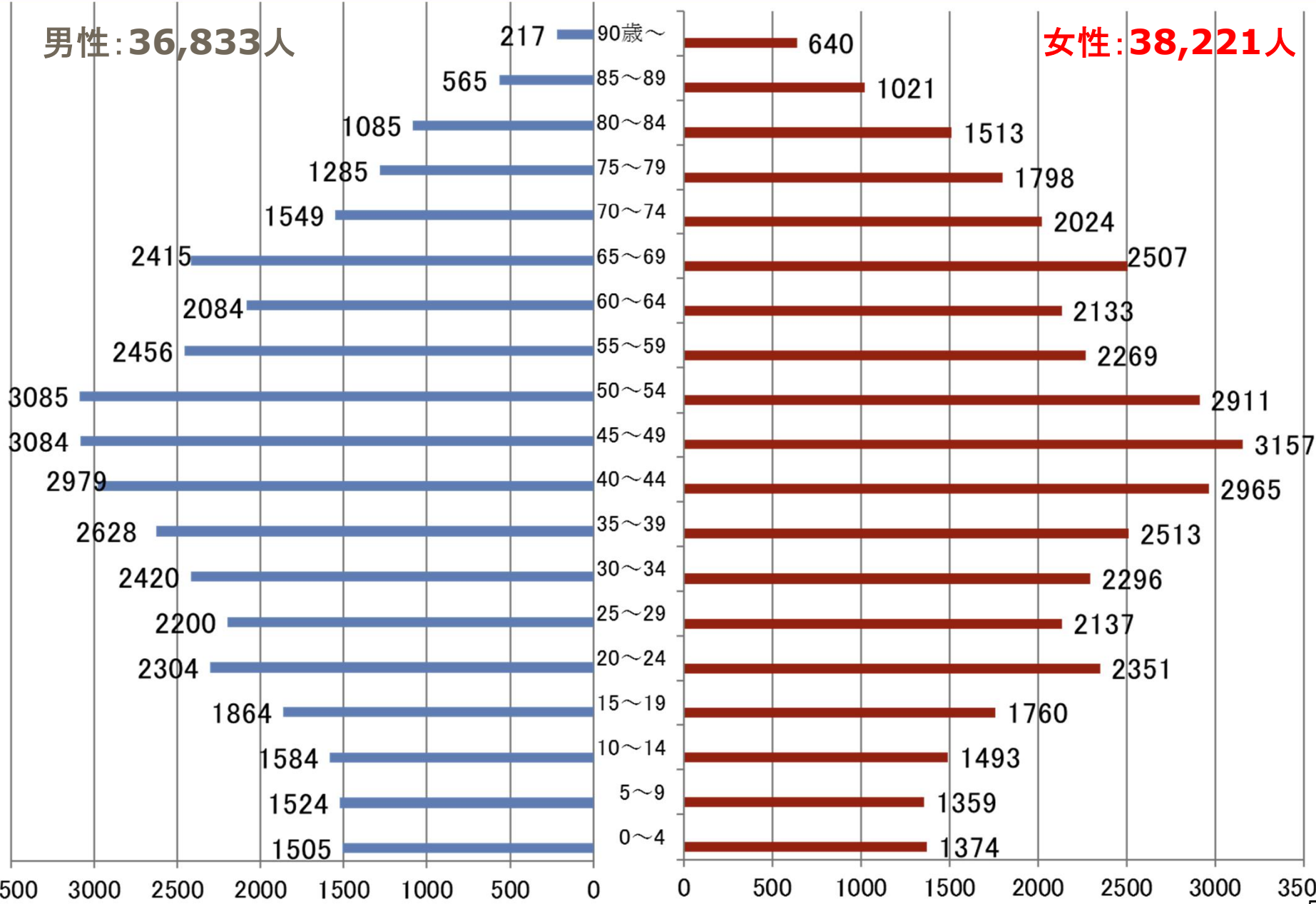
女性：483,626人



国立市年齢別・男女別人口（平成28年4月現在）

男性：36,833人

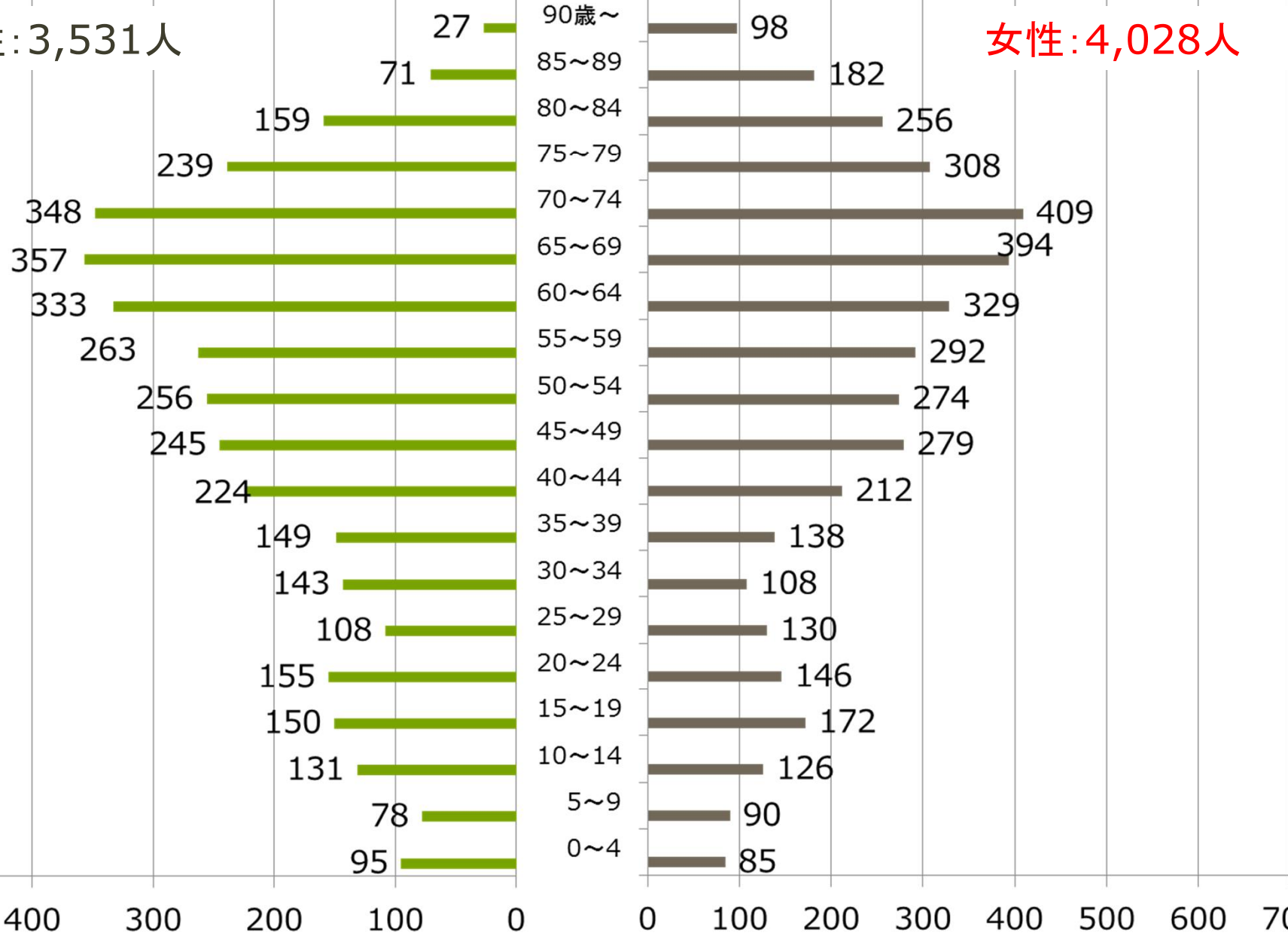
女性：38,221人



真鶴町年齢別・男女別人口（平成27年1月1日現在）

男性：3,531人

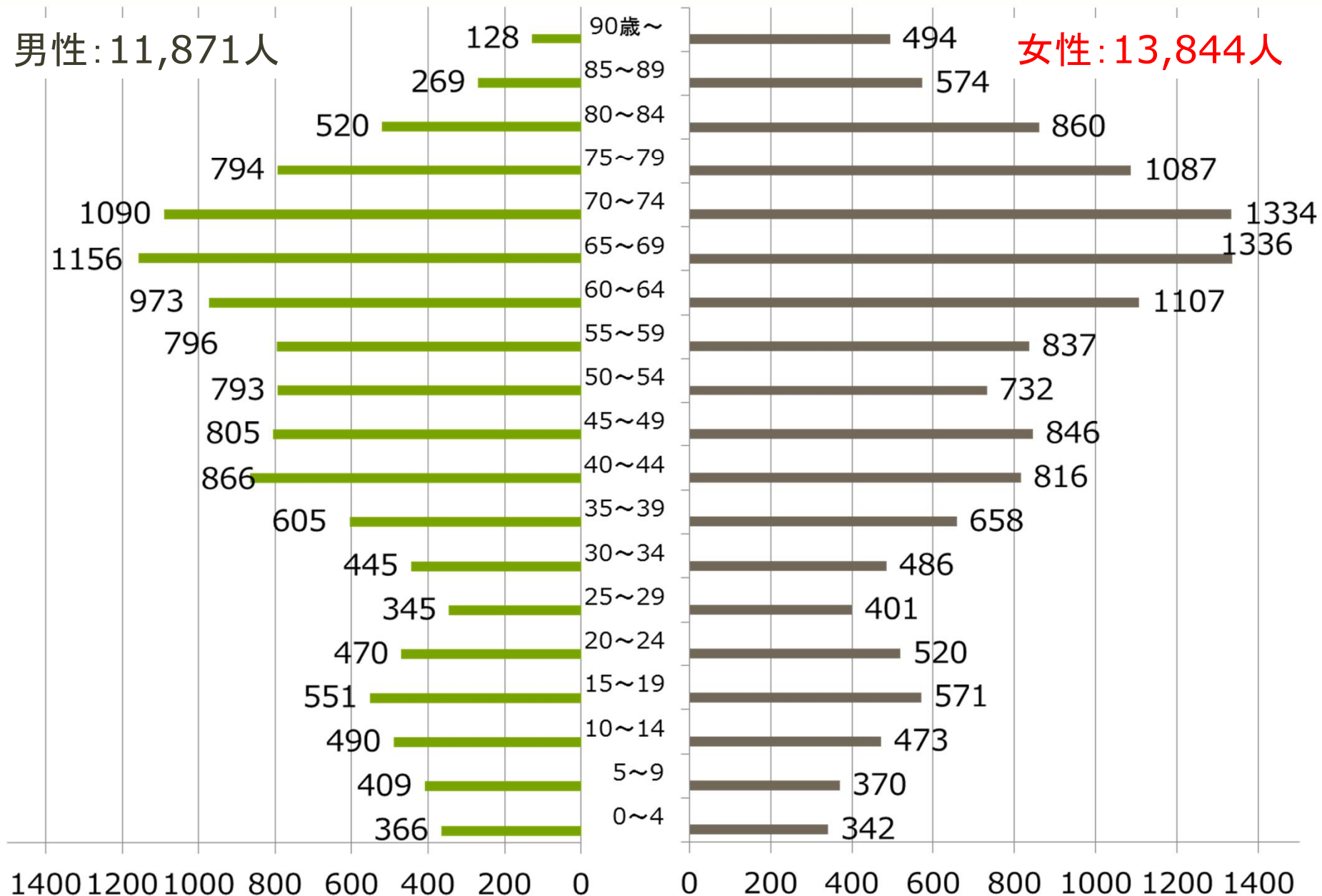
女性：4,028人



湯河原町年齢別・男女別人口（平成27年1月1日現在）

男性：11,871人

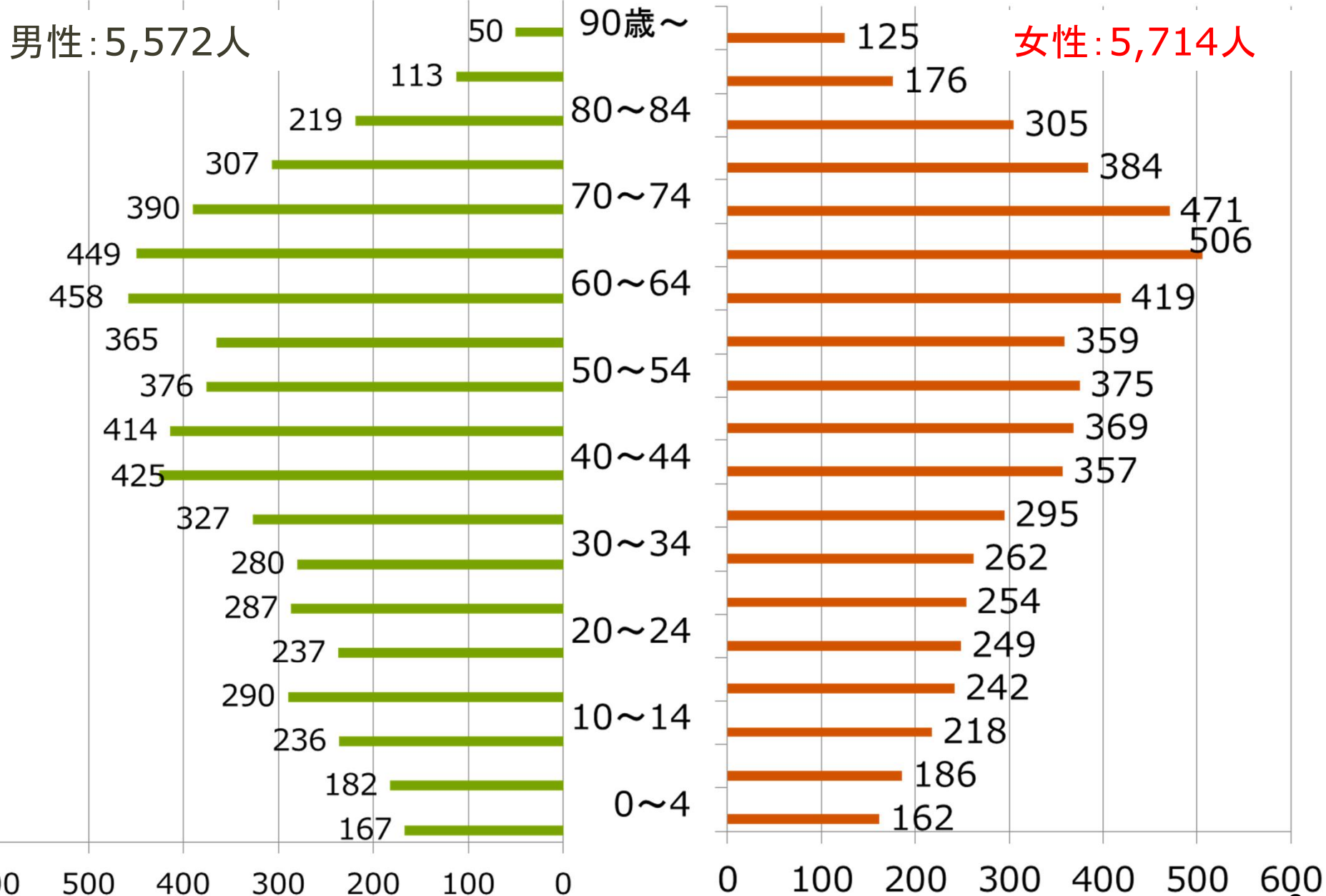
女性：13,844人



松田町年齢別・男女別人口（平成27年1月1日現在）

男性：5,572人

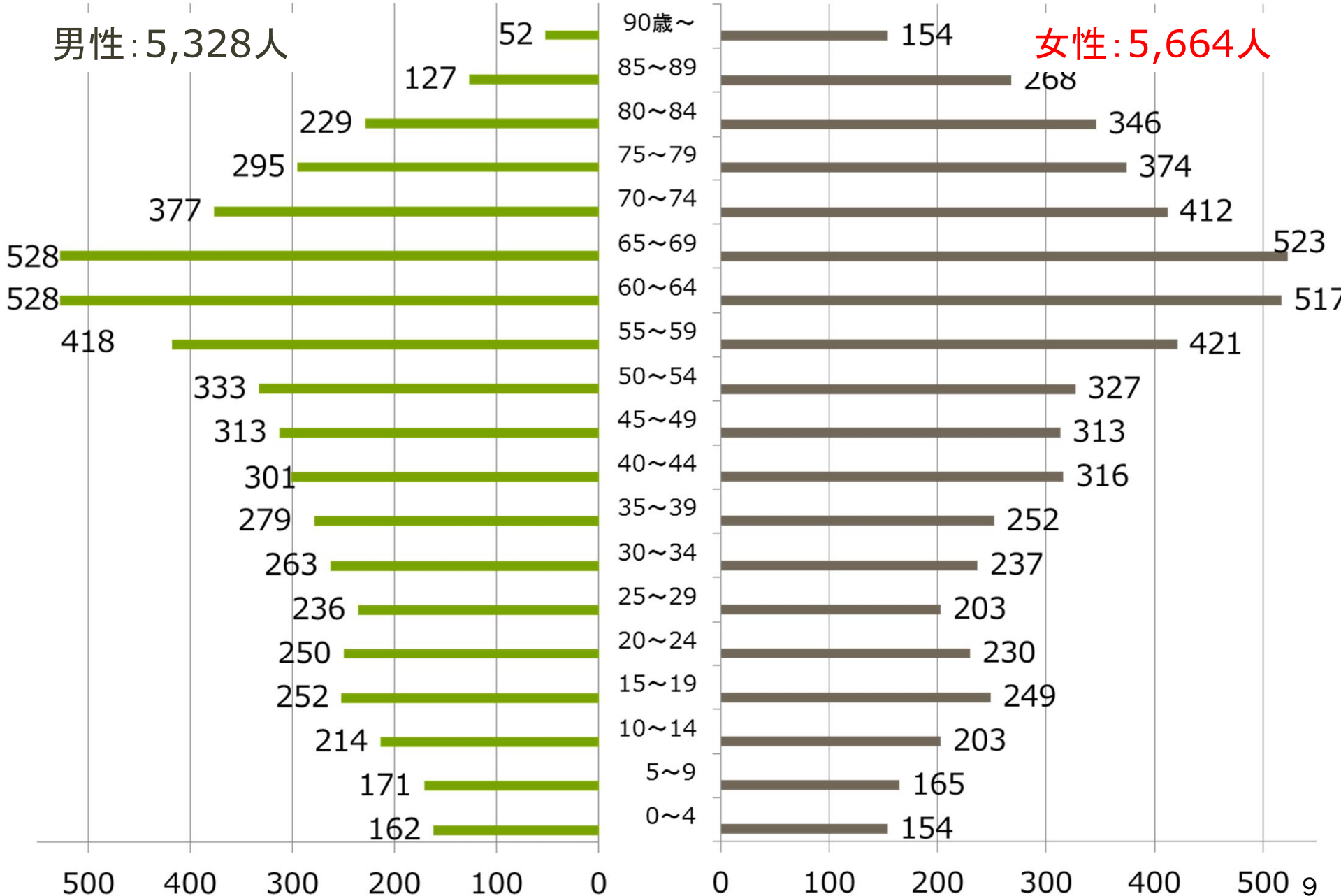
女性：5,714人



山北町年齢別・男女別人口（平成27年1月1日現在）

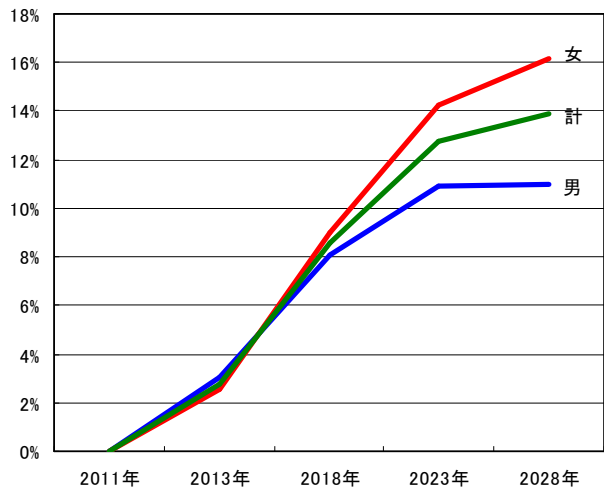
男性：5,328人

女性：5,664人

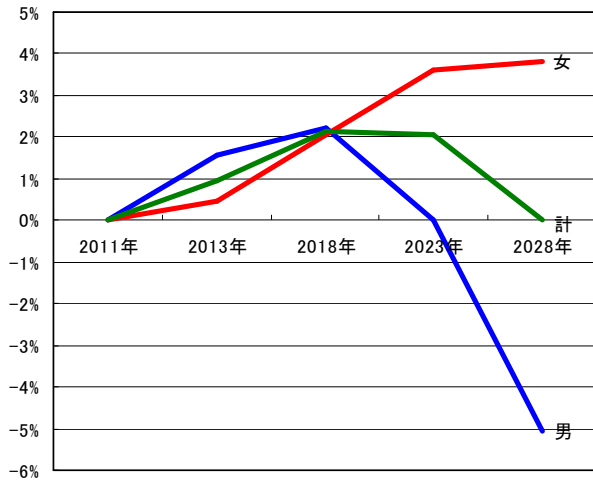


予測患者数推移(外来)

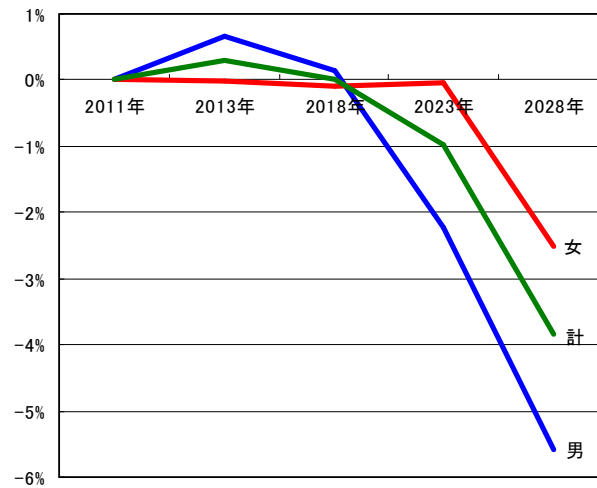
14217 南足柄市



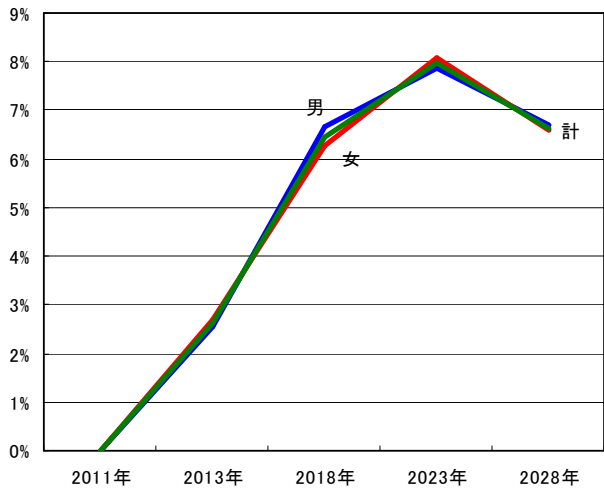
14361 中井町



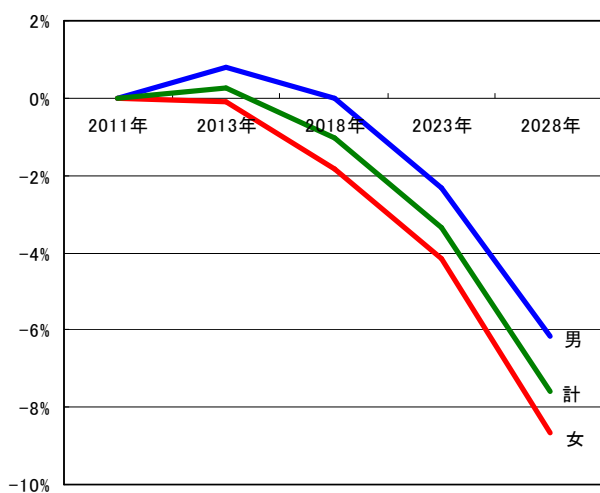
14362 大井町



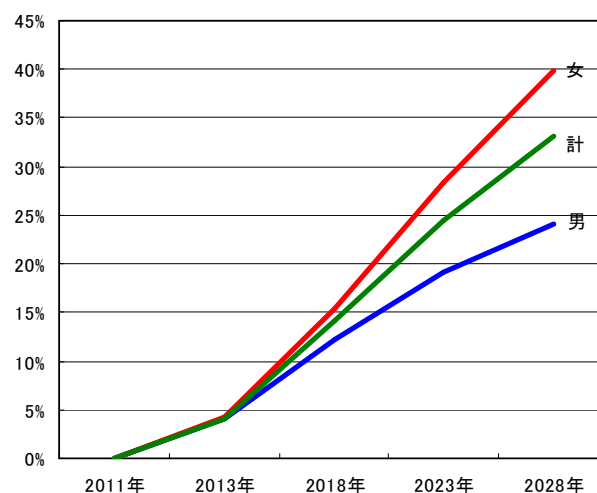
14363 松田町



14364 山北町

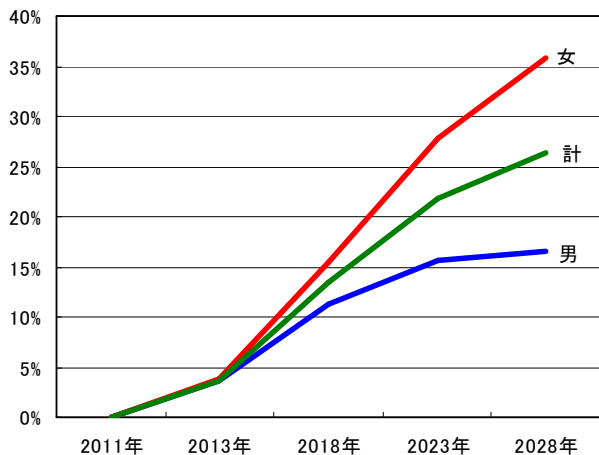


14366 開成町

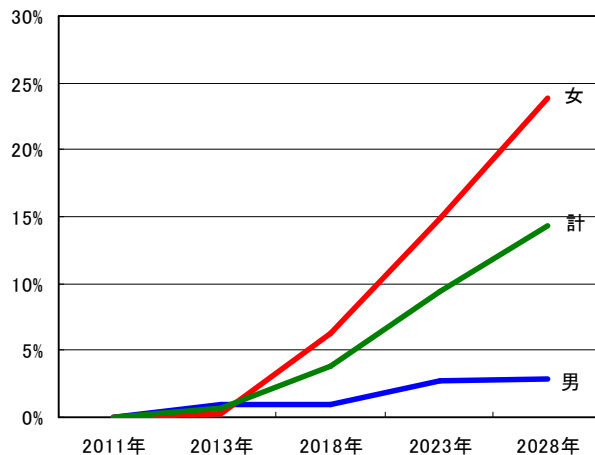


予測患者数推移(入院)

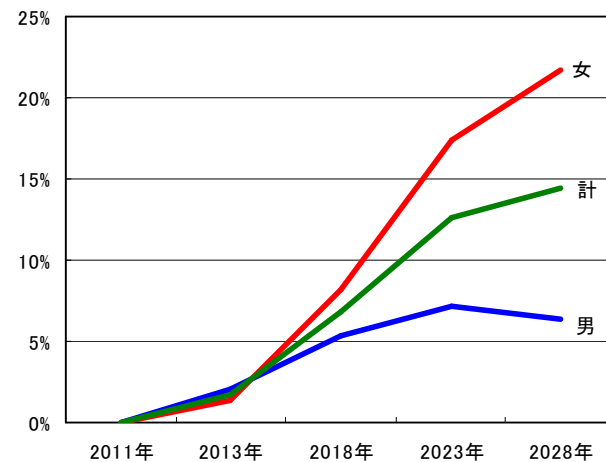
14217 南足柄市



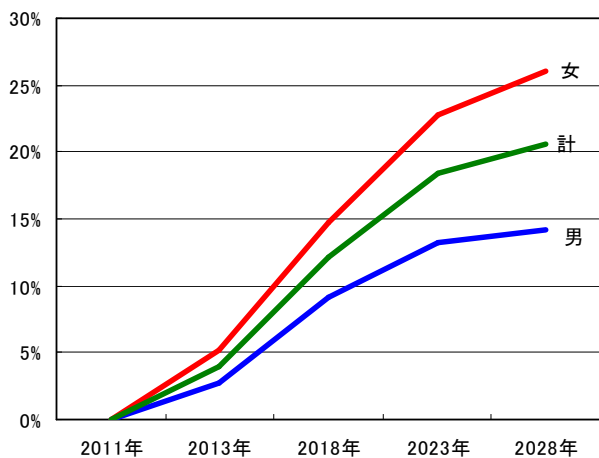
14361 中井町



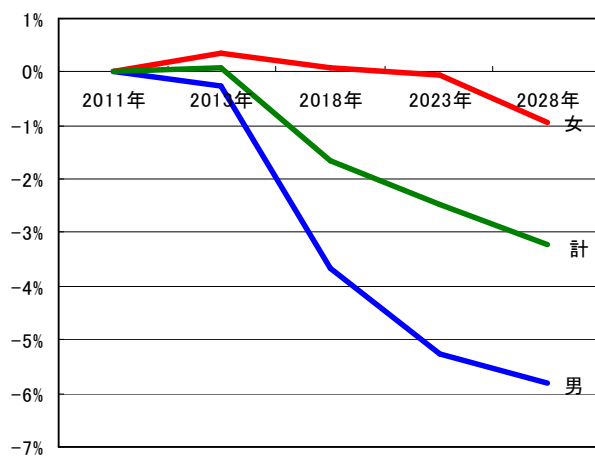
14362 大井町



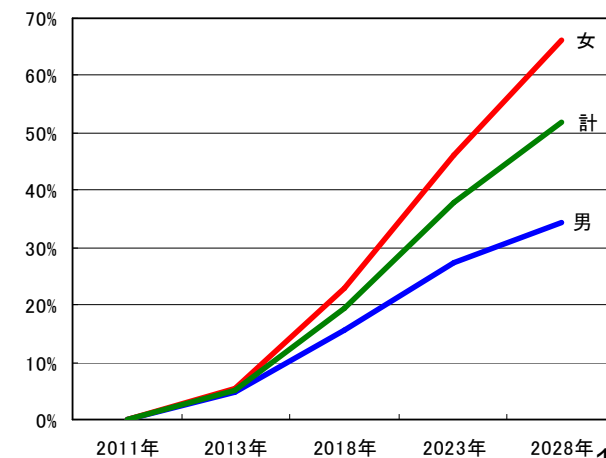
14363 松田町



14364 山北町



14366 開成町



医療計画策定の考え方

(現状)

- ・ 2025年に向けて、人口・高齢者数の増加等から医療・在宅療養ニーズが高まっている。

(課題)

- ・ ニーズに応える医療資源の地域偏在・不足、在宅医療連携もまだ不十分であり、今後のニーズ増加に対応できないこと。

(解決策)

- ・ 医療資源の確保、最適化を計画的に誘導し、在宅医療・介護連携等を推進するため、現状を分析し、関連の協議会等に諮りながら、稲城市の地域医療政策を策定する。

(具体的な方向性)

- (1) 医療資源の現状評価
(医療資源調査・ヒアリング調査等)
- (2) 在宅医療ニーズの把握・評価
(市民医療ニーズ調査・将来推計等)
- (3) 在宅医療・介護連携推進の検討 (介護保険の在宅医療・介護連携を医療政策の観点から推進することについて検討)
- (4) 医療資源の基盤整備に向けた施策検討
(必要に応じた支援施策の検討)
- (5) 稲城市医療計画等の策定
(2025年を見据えた稲城市の医療提供体制のあるべき姿、医療・介護の関係機関等が共有すべきビジョンを示す。)

稲城市医療計画等策定の背景・方法等

- 1 2015年人口約87,000人 → 2025年人口約99,000人へ増加
- 2 急速な高齢化 → 市内在宅医療提供体制の見直しが必要
- 3 東京都が策定する地域医療構想は二次医療圏を単位
→ 稲城市の医療提供体制や市民ニーズの実情が反映されない懸念
- 4 その他の医療課題
 - ①市内地域医療の偏在化（駅前集中、まちなかに医療機関が不足）
 - ②災害時医療体制の構築（都防災計画・市地域防災計画に沿って）
 - ③産科、小児医療の市内の提供体制の不足

「①国保・後期高齢者のレセプトデータ分析」「②救急データの分析」
「③市民への医療ニーズ調査」「④医療機関へのアンケート調査」を実施

上記を踏まえ、市独自の医療計画等を策定し、在宅医療基盤の構築を推進する。

稲城市医療計画の位置づけ

- 稲城市より提言（市町村として在宅医療基盤の現状分析、あるべき姿を描き、推進する

東京都保健医療計画（地域医療構想）
（医療法30条の4第1項）

さまざまな
取り組みを
実施中

【地域包括ケア】
医療と介護の連携体制の構築

稲城市医療計画
（市独自のもの）

稲城市介護保険事業計画
（介護保険法第117条第1項）

東京都区市町村在宅療
養推進事業補助金を活
用し策定済み

第6期計画推進中

第7期介護保険事業計画策定に向けての提案

- 在宅医療基盤を整えることは市町村にとって欠かせない施策である。
- 介護保険制度は、地域医療基盤（診療所等）が充実してこそ成り立つものと考えている。
- 稲城市が策定する医療計画は、診療所等を支えるための計画である。
- 2025年を見据えて、介護保険事業計画と市町村医療計画は一体として策定することを提案する。
- 少なくとも、市町村として、在宅医療ニーズの把握と在宅医療提供の現状把握、診療所等における地域医療基盤の充実対策は、不可欠であると考える。
- 稲城市は、地域住民が安心して暮らし続けることができる“まちづくり”として、介護・医療の連携事業を着実に進めていきたい。

日本の入院医療

急性期医療体制の各国比較(2009年)

国名	平均在院日数	人口千人当たり 病床数	百床当たり 臨床医指数	百床当たり 臨床看護 職員数
日本	18.5	8.11	26.6	117.9
ドイツ	7.5	5.66	64.3	194.1
フランス	5.2	3.47	94.3	236.5
イギリス	6.8	2.68	101.1	361.3
アメリカ	5.4	2.66	93.6	413.8

中医協資料より抜粋

(出典)「OECD Health Data 2011」

対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本: 病院診療所の一般病床、感染症病床

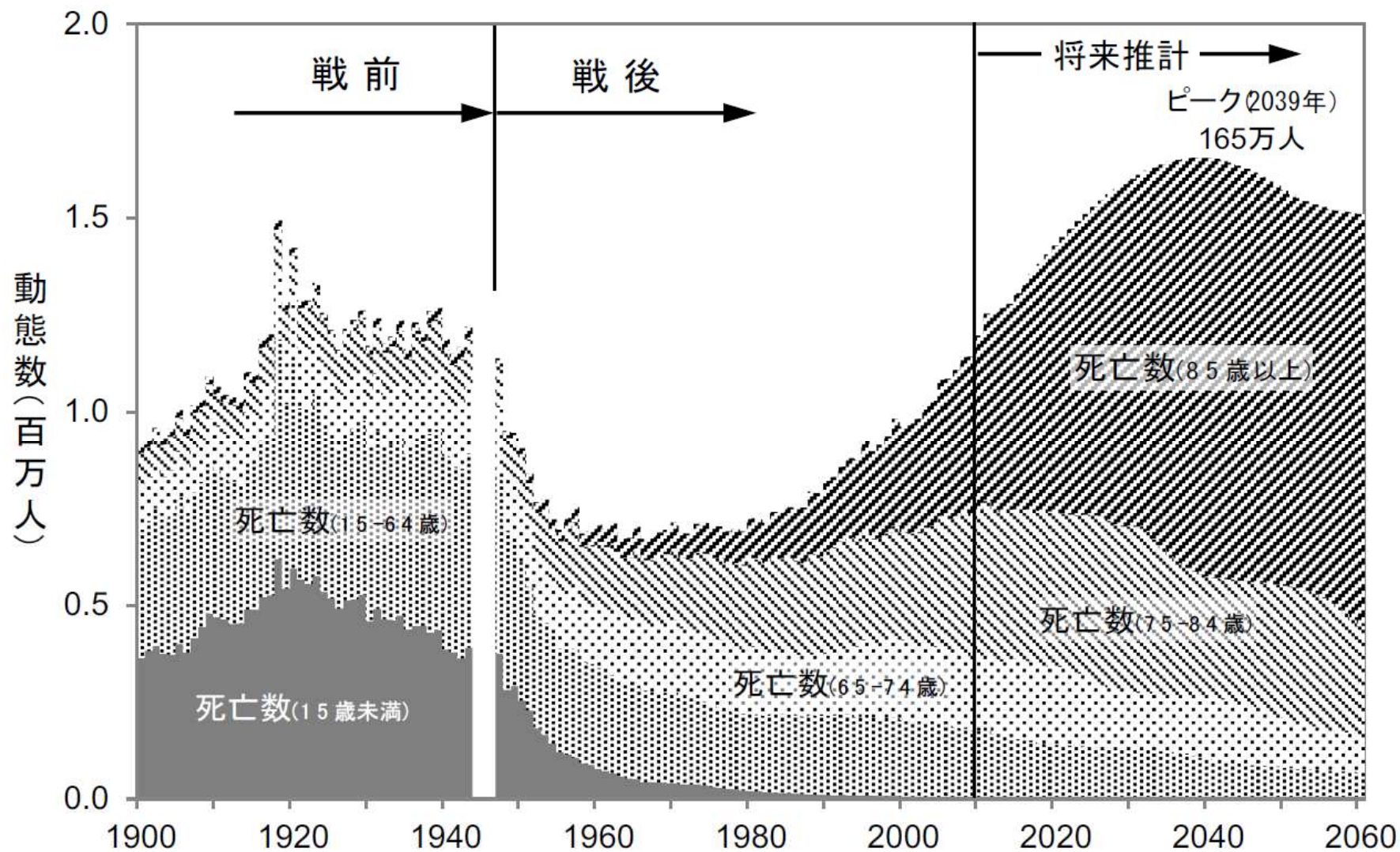
ドイツ: 急性期病床のみ

フランス: 外科病床、参加病床、その他の急性期病床

イギリス: NHSの全病床

アメリカ: AHAに登録されている短期一般病床

年齢別死亡数の歴史的推移



日本・高齢者の居住の場

○高齢者の8割以上は持家世帯

65歳以上の持家率は85.7%

○高齢者の9割以上は在宅

第1号被保険者2,751万人のうち2,646万人(96%)が在宅

○要介護の高齢者も約8割が在宅

要介護認定者453万人のうち348万人(77%)が在宅介護

	持家	非持家
29歳以下	12.5%	87.5%
30歳代	43.1%	56.9%
40歳代	70.2%	29.8%
50歳代	80.3%	19.7%
60歳代	84.7%	15.3%
70歳以上	86.0%	14.0%
(別掲)65歳以上	85.7%	14.3%

第1号被保険者数 2,751万人



①第1号被保険者数、要支援・要介護認定者数については、平成19年度介護保険事業状況報告より、平成19年度末の数値。

②施設等入所者数については、平成19年介護サービス施設・事業所調査結果の概況より、介護保険3施設の在り所者数及び認知症 対応型 共同生活介護、特定施設入所者生活介護の利用者数の合計。

従来の医療の考え方

1. 正常とは完成された個体を対象として数値化、画像化したものである
2. 正常とは部分(臓器・細胞・遺伝子等)の機能や構造をもって決定したものである
3. 全体は部分の集積で説明が可能な体系である
4. 病気は部分の傷害(一臓器、一傷害)という形で発症する
5. 傷害の原因と部位の特定は可能である
6. 部位への技術の介入によって、治癒・回復を目指す
7. 部分への治療の結果は全身の生命予後、QOLに直結する
8. 特定病因論、古典力学、要素分解主義の因果律で説明が可能である

高齢者医療の原点

1. 高齢者は完成された成人とは異なる
2. 老化という過程に疾病が加わる
3. 多臓器の傷害が一般的である
4. 正常とは、部分(臓器・細胞・遺伝子等)と全身との至適な平衡・調和状態である
5. 部分と全身との平衡・調和状態は個によって大きく異なる
6. 部分の機能や構造の検査は補助的な価値をもつ
7. 治療は部分と全身との至適な平衡・調和状態を目指す
8. 至適な平衡・調和状態は生命予後やQOLを改善する
9. 部分の治療の結果は全身の改善に直結しない
10. 復元力の強さは個体によって差が著しい

なぜ治す医療から 治し支える医療が求められるのか

- 疾病構造の変化
- サルコペニア、ロコモティブ、認知症等、老いの長期化
- 医学の進歩と治すことを目指す医療の方向性の限界
- 救命できても障害を残す
- がん治療の限界
- 長寿より天寿（延命よりも生活の質へ向かう必要性）
- 社会保障制度改革（医療の効率化）
- 不必要な入院の是正

在宅医療推進のための基本的な考え方

国は、これまで、医療計画、地域医療構想、在宅医療、介護連携推進事業や診療報酬等により、在宅医療の提供体制の構築に取り組んできたが、一方で、

①国民に対して、在宅医療が生活の質の向上に資する具体的な効果を必ずしも示すことはできてこなかった。

②また、医療者側にいまだに存在する、医療費削減等の在宅医療に対する固定観念や不信感を払拭しきれていない。

在宅医療は、各地域で先駆的な医師等が牽引してきたため、サービス提供者によって様々な考え方や手法が存在している。

また、在宅医療の多くが診療所を中心とした小規模な組織体制で提供され、かつ24時間対応が求められる激務である。

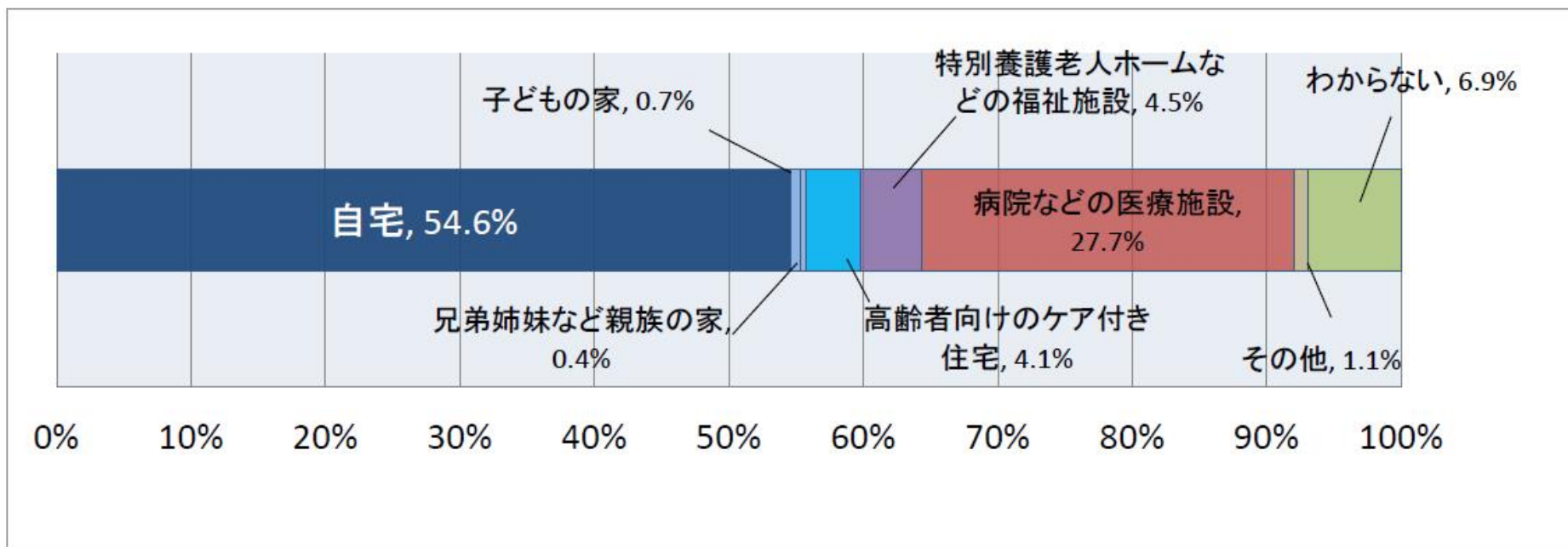
こうした背景から研究体制の確保が容易でなく、全国組織としての連携も十分ではなかったため、治療効果等に関する研究成果が体系的に蓄積、活用されていないとの指摘がある。

国民の多くは、人生の最期を自宅で迎えたいと考えていることが明らかとなっている。

一方で、入院中の患者を対象とした調査では、大半が入院治療の継続を希望し、在宅医療への転換を望む患者は少ないことが分かっており、国民の視点に立った在宅医療の普及啓発を図り、国民の理解を醸成していく必要がある。

- 最期を迎えたい場所について、「**自宅**」が**54.6%**で最も高く、「**病院などの医療施設**」が27.7%、「**特別養護老人ホームなどの福祉施設**」は4.5%となっている。

■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919 人)

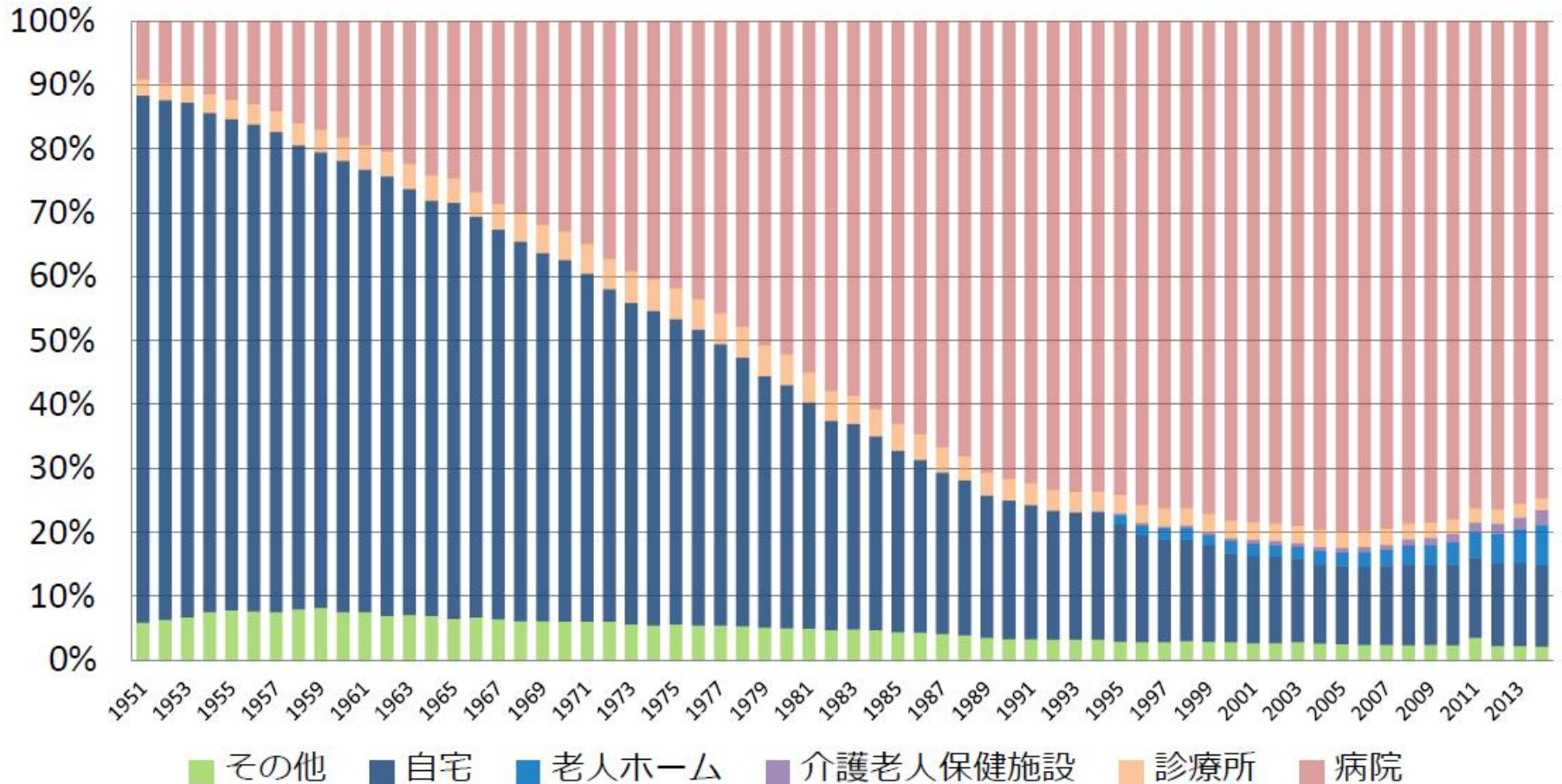


出典：平成24年度 高齢者の健康に関する意識調査（内閣府）

死亡の場所（年次推移）

- これまで、自宅等における死亡が減少し、医療機関における死亡が増加する傾向にあった。
- 近年、医療機関以外の場所における死亡が微増する傾向にある。

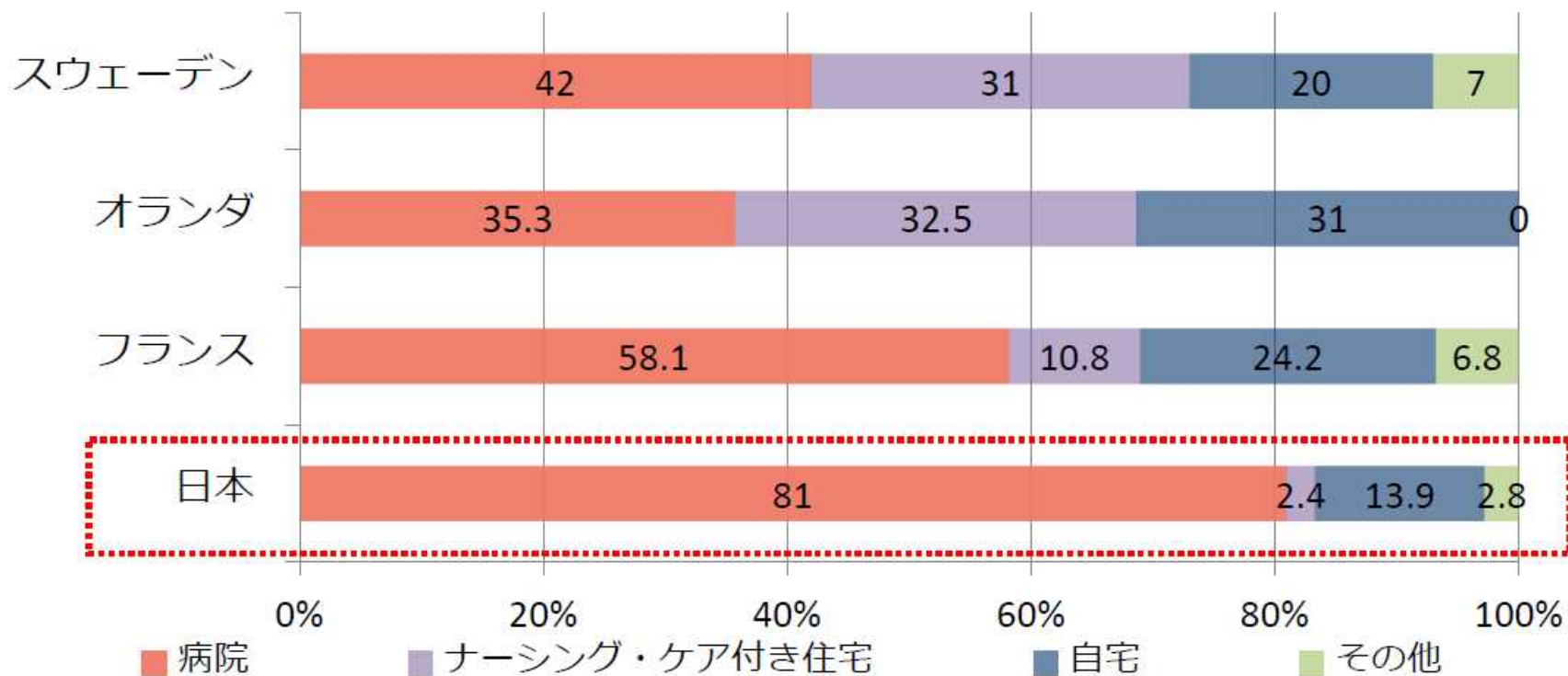
死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率



典：平成27年人口動態調査

死亡の場所(各国比較)

○ 国際的にみて、日本は病院での死亡率が高い。



(注) 「ナーシングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。
 (資料) スウェーデン: Socialstyrelsen 『Dögen ansår oss alla』による1996年時点(本編 p48)
 オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)
 フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)
 日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

※: 医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

在宅医療体制の構築

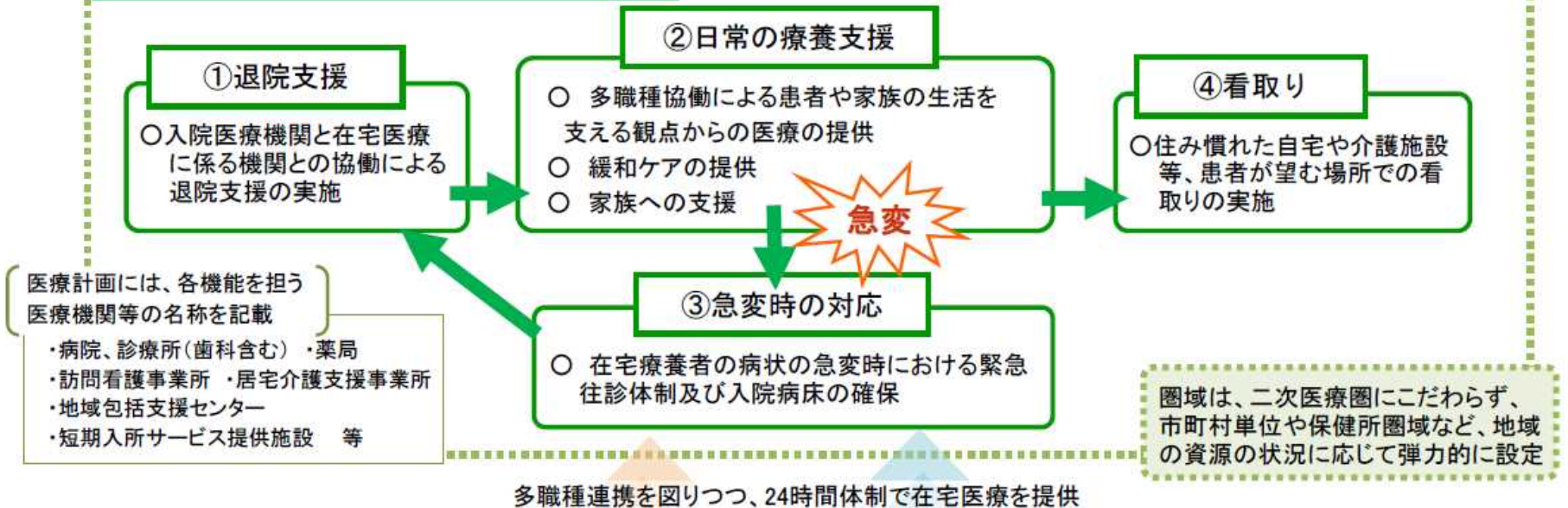
在宅医療の体制について

第1回 在宅医療及び医療・介護連携に関するWG
平成28年8月3日

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能



在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
 - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
 - ・他医療機関の支援
 - ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
 - ・地域の関係者による協議の場の開催
 - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
 - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等

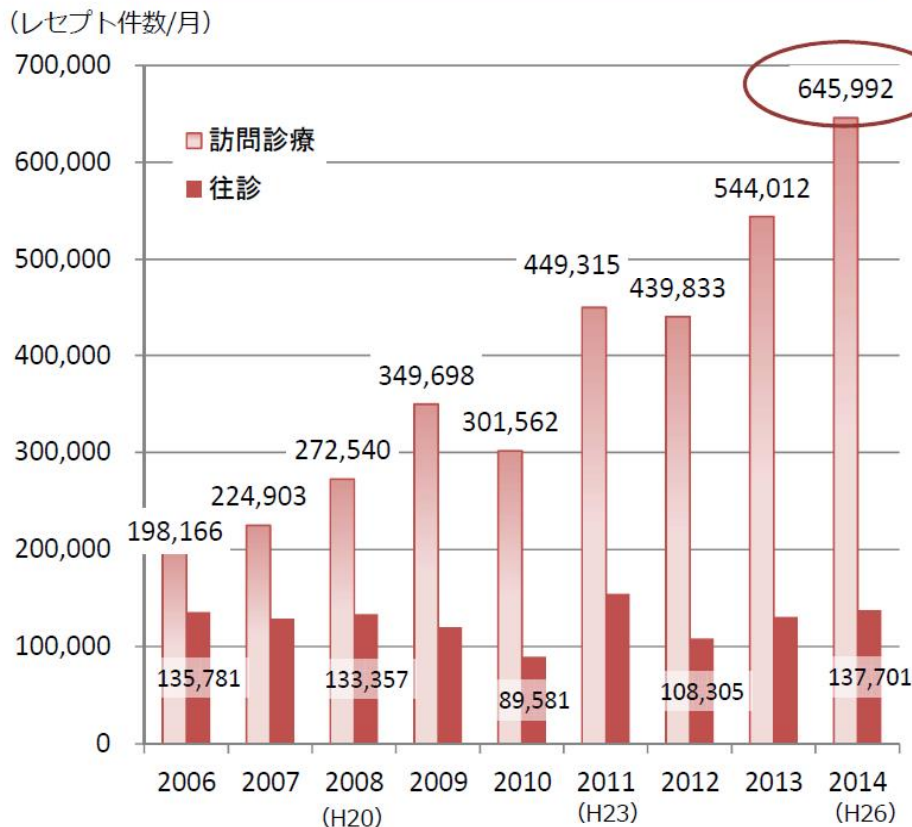


在宅医療を受ける患者の動向

- 訪問診療を受ける患者は、大幅に増加。往診の患者は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の大半は75歳以上の高齢者であるが、小児や成人についても一定程度存在し、その数は増加傾向。

訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

在宅患者訪問診療料、往診料の算定件数推移



在宅患者訪問診療の年齢階級別の構成比

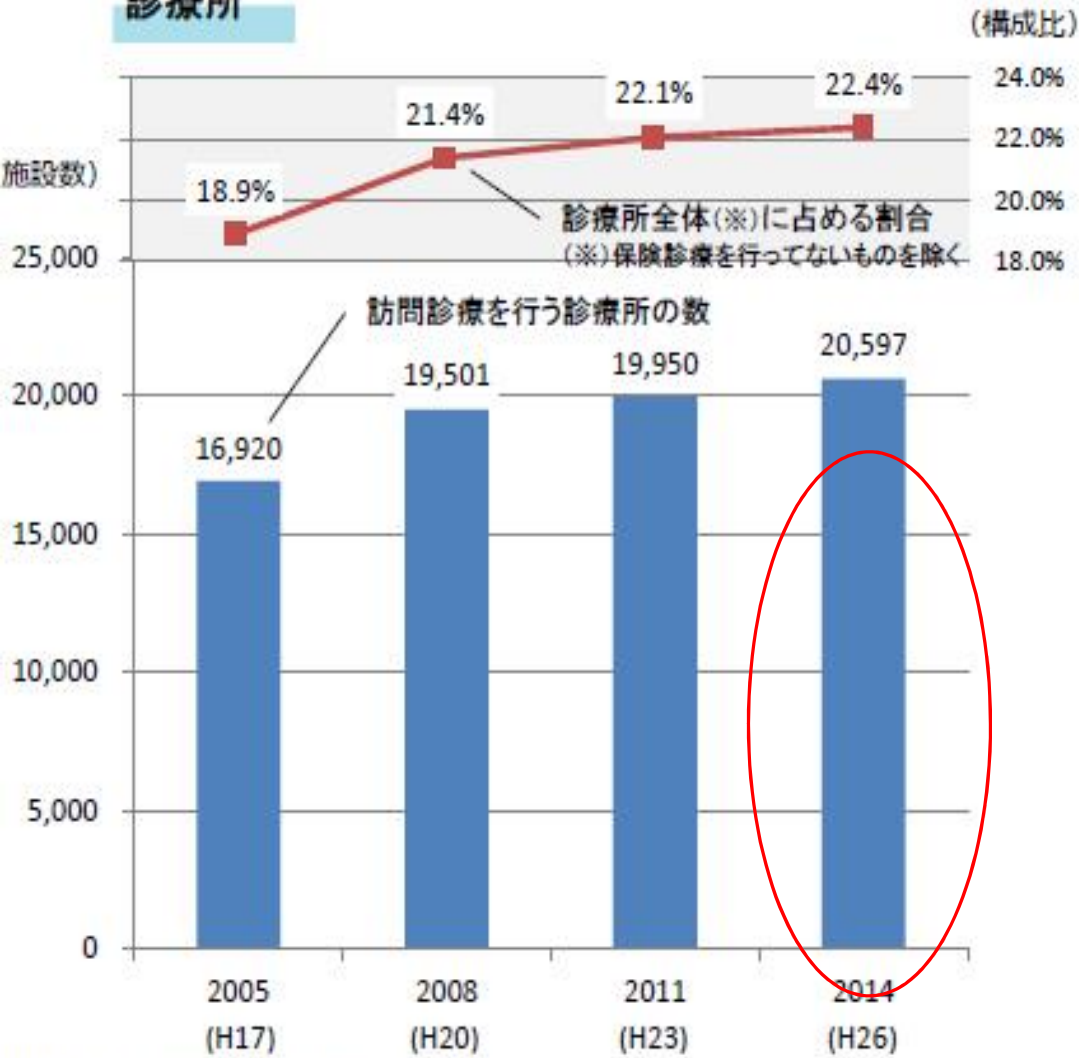
(レセプト件数/月、%)

	2008 (H20)	2011 (H23)	2014 (H26)
計	272,540	449,315	645,992
0-4歳	0 (0.0%)	38 (0.0%)	448 (0.1%)
5-19歳	0 (0.0%)	1,085 (0.2%)	1,046 (0.2%)
20-39歳	2,502 (0.9%)	3,499 (0.8%)	3,770 (0.6%)
40-64歳	12,443 (4.6%)	23,074 (5.1%)	19,004 (2.9%)
65-74歳	31,488 (11.6%)	35,384 (7.9%)	46,713 (7.2%)
75-84歳	93,044 (34.1%)	152,390 (33.9%)	192,807 (29.8%)
85歳以上	133,063 (48.8%)	233,845 (52.0%)	382,204 (59.2%)

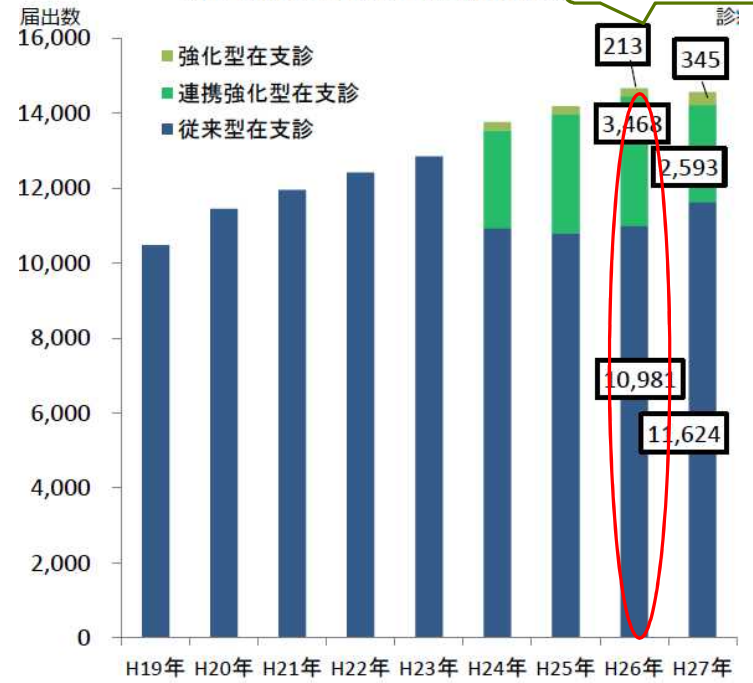
出典：社会医療診療行為別調査（厚生労働省）

訪問診療:患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの
 往診:患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

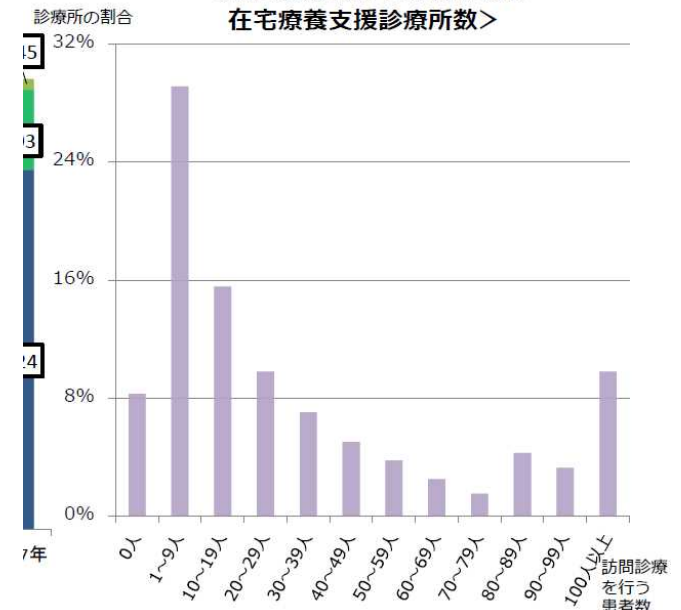
診療所



<在宅療養支援診療所届出数> 14,662



<訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数>

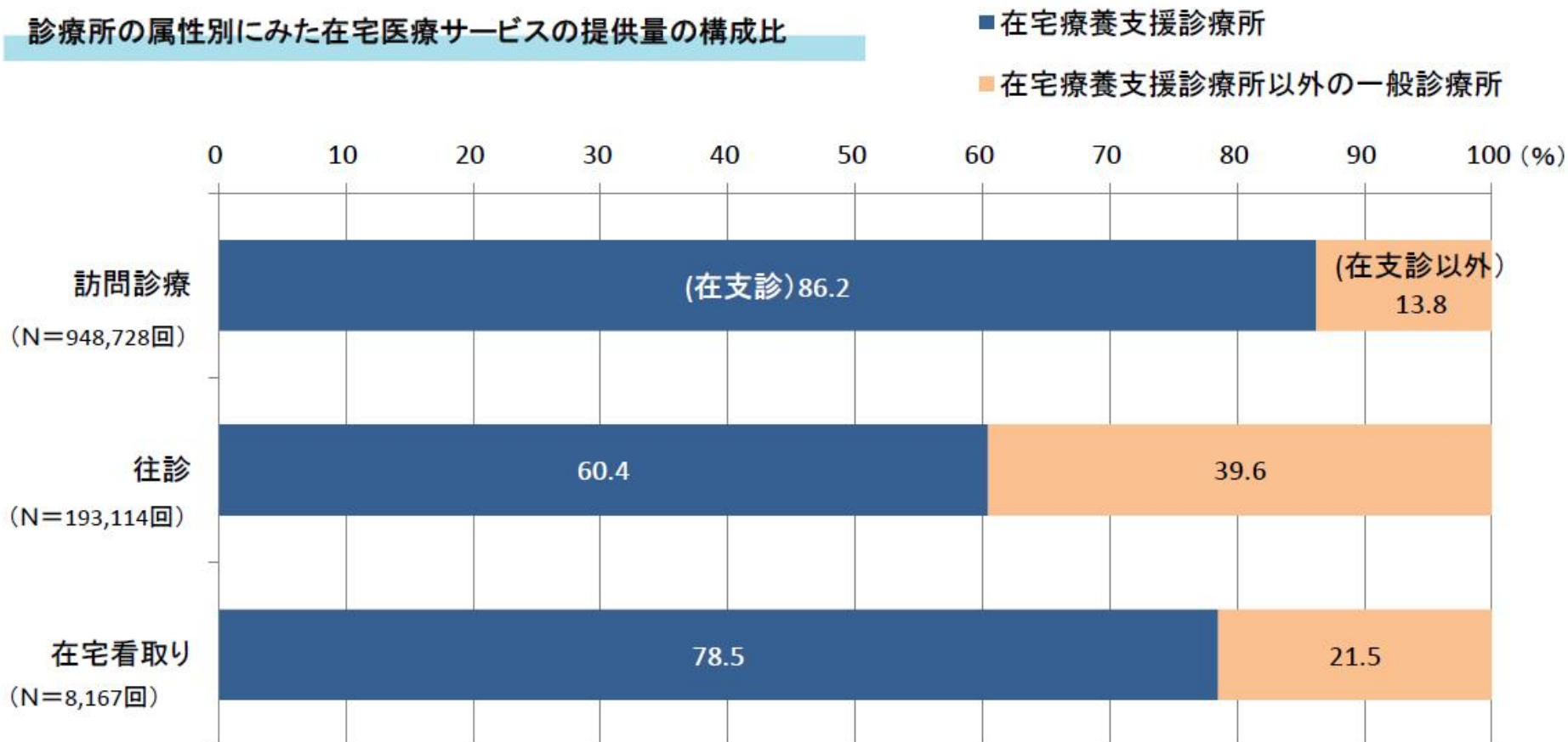


出典: 医療施設調査 (厚生労働省)

属性による在宅医療サービスの提供量の違い

- 在宅医療サービスの提供量についてみると、訪問診療については、在支診によって全体の9割弱が提供されている。
- 往診や在宅看取りについては、在支診ではない一般診療所によって、全体の2～4割が提供されている。

診療所の属性別にみた在宅医療サービスの提供量の構成比

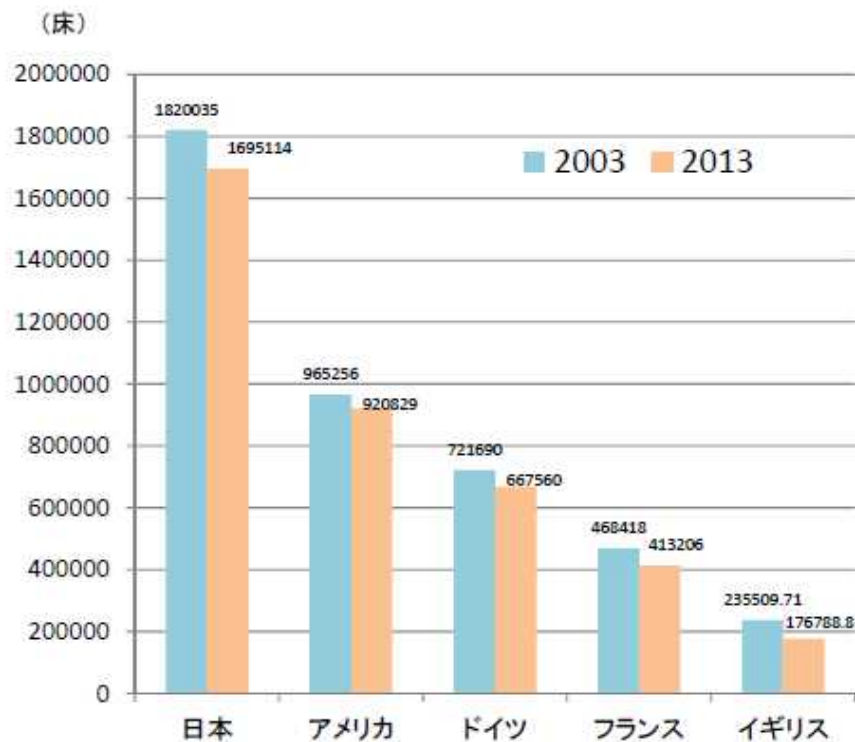


出典：平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

Hospital beds (2003→2013)

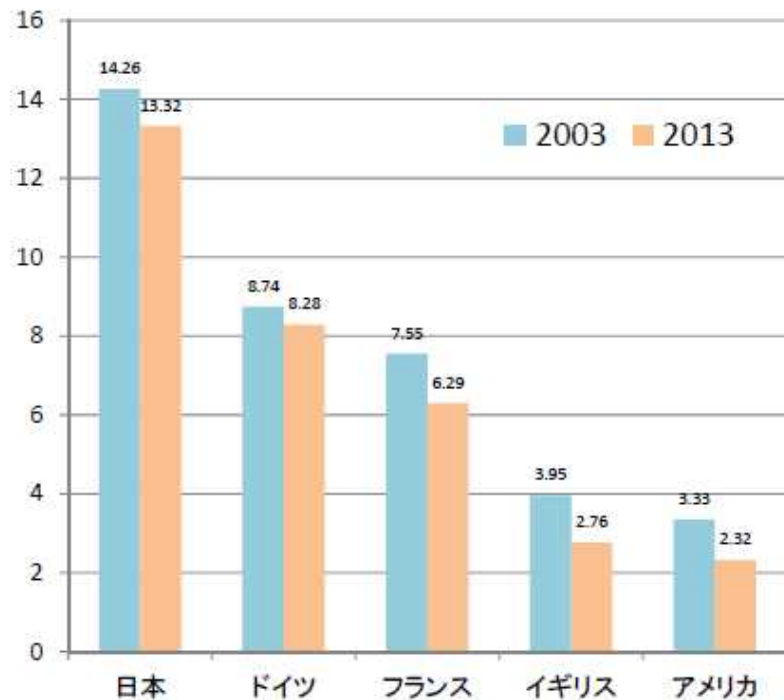
※アメリカは、2012年の数値 出典:OECD Health Statistics 2015

【 総 数 】



【人口1000人当たり】

(床)

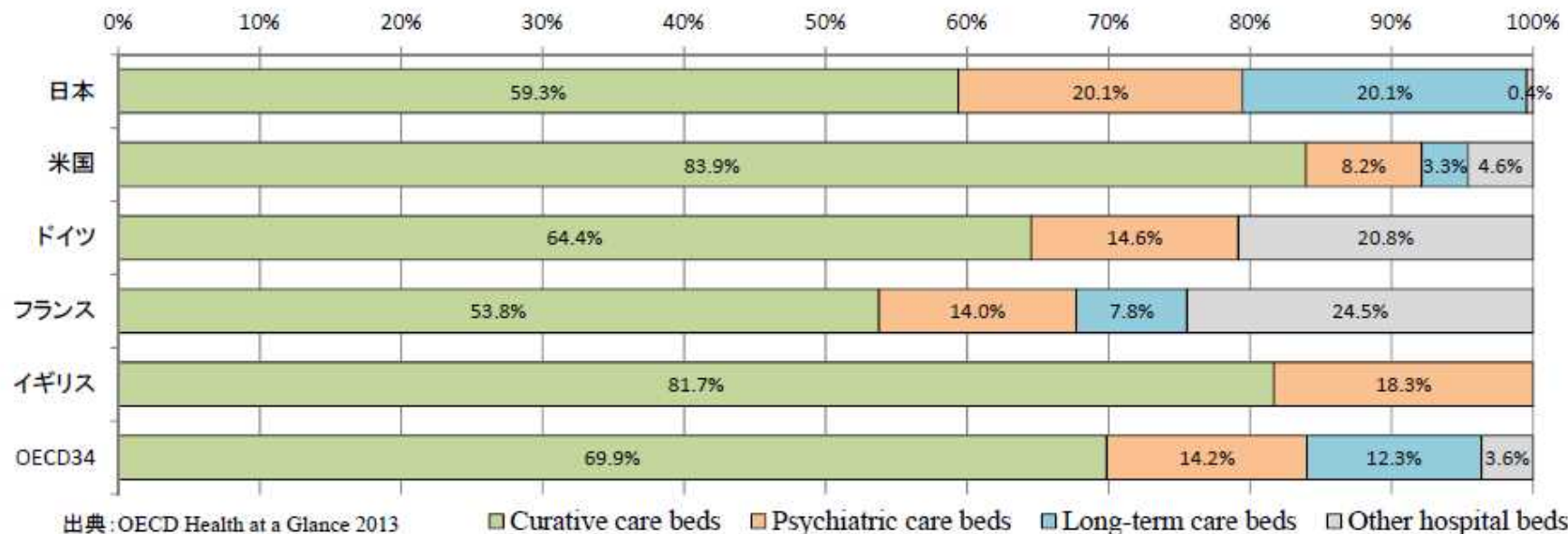


【Definition(OECD)】

Hospital beds are defined as all beds that are regularly maintained and staffed and are immediately available for use. They include beds in general hospitals, mental health hospitals, and other specialty hospitals. Beds in residential long-term care facilities are excluded.

(仮訳:病院病床(Hospital beds)とは、病院のすべての病床であり、人員が配置され、いつでも使用できる状態にあるものを指す。総合病院、精神病院、その他の専門病院の病床がこれに含まれる。長期ケア居住施設(Residential long-term care facilities)のベッド数は除く。)

Hospital beds by function of health care (2011又は直近年)



【Definition(OECD)】

Curative care beds are accommodating patients where the principal intent is to do one or more of the following: manage labour (obstetric), treat non-mental illness or injury, perform surgery, diagnostic or therapeutic procedures.

Psychiatric care beds are accommodating patients with mental health problems. They include beds in psychiatric departments of general hospitals, and all beds in mental health hospitals.

Long-term care beds are accommodating patients requiring long-term care due to chronic impairments and a reduced degree of independence in activities of daily living. They include beds in long-term care departments of general hospitals, beds for long-term care in specialty hospitals, and beds for palliative care. Data on long-term care beds are not available for several countries (Australia, Germany, Greece, Mexico, New Zealand, Norway, Portugal, Switzerland and the United Kingdom) and may be included with other types of beds (e.g. with curative care beds for Australia and the United Kingdom).

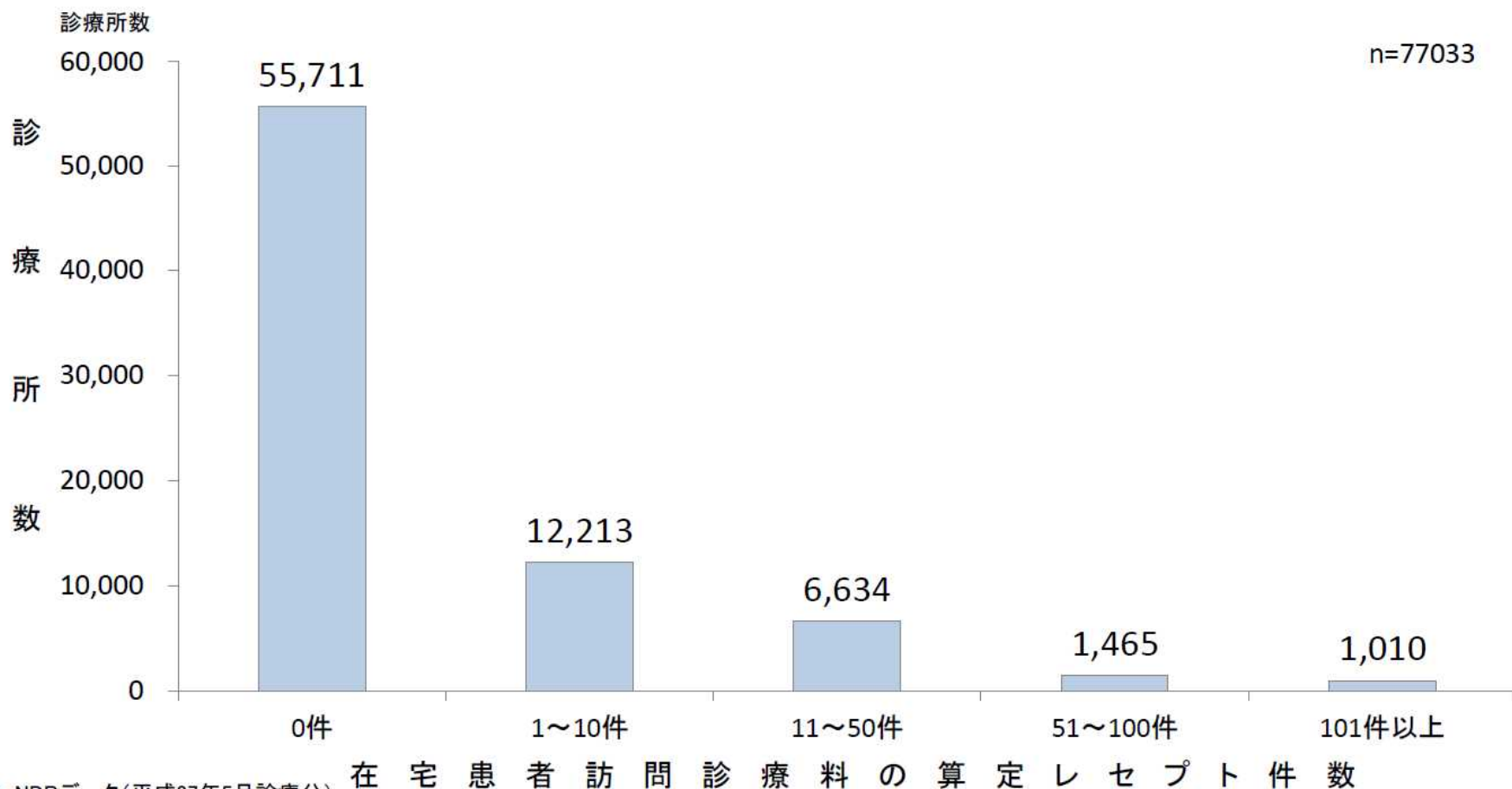
(仮訳: Curative care beds(日本では、一般病床)は、以下のいくつかの目的で患者を受け入れている。出産管理、非精神病や怪我の治療、手術、診断、治療処置がこれに当たる。Psychiatric care beds(精神病床)は、精神に問題を抱えた患者を受け入れている。これには、総合病院の精神科の病床と、精神病院のすべての病床が含まれる。

Long-term care beds(長期ケア病床)は、慢性疾患やADL(日常生活自立度)の低下により、長期療養を必要とする患者を受け入れている。総合病院の長期ケア病床、専門病院の長期ケア病床、緩和ケア病床がこれに含まれる。Long-term care beds(長期ケア病床)に関するデータは、以下のいくつかの国では得ることが出来ない。(オーストラリア、ドイツ、ギリシャ、メキシコ、ニュージーランド、ノルウェー、ポルトガル、スイス、イギリス)加えて、他の種類の病床に含まれている可能性もある。(例えば、オーストラリアやイギリスであれば、Curative care bedsに含まれる。))

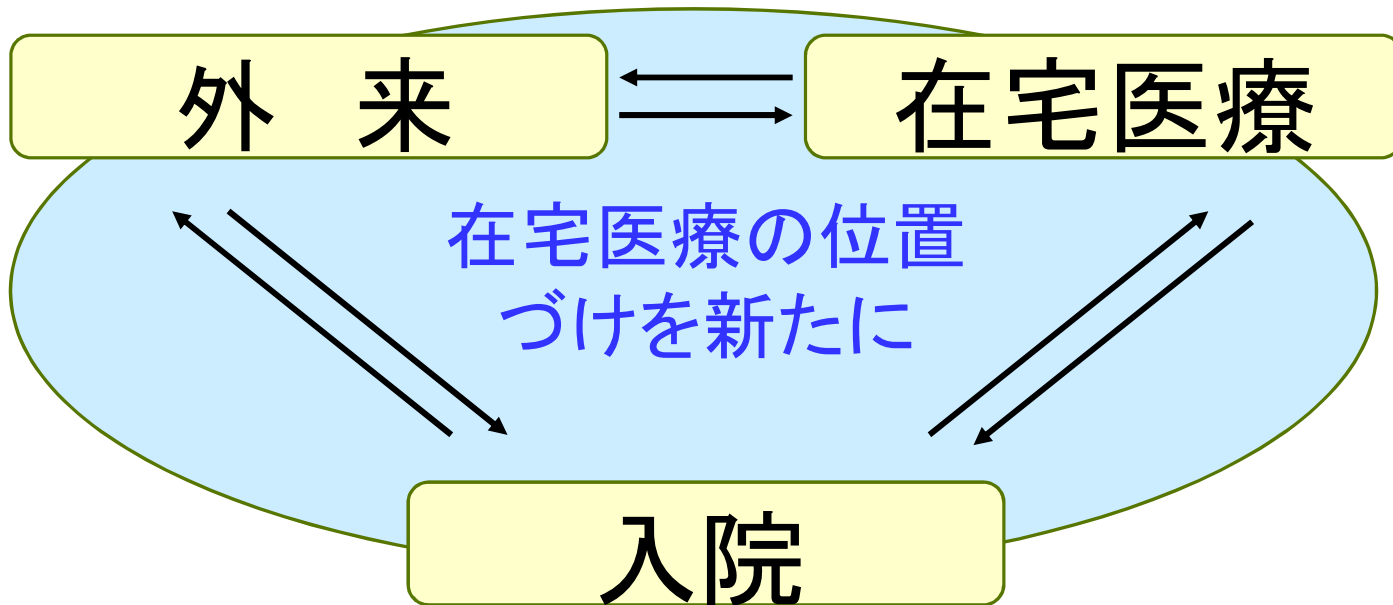
診療所における訪問診療患者数

- 訪問診療を実施していない診療所は全体の70%強に上り、約55,000施設であった。
- 訪問診療を実施している診療所の過半数は患者数が1～10人であった。一方、101人以上の患者を診療している診療所が全体の1%程度存在した。

<訪問診療料算定レセプト件数別の診療所数>



地域の医療スタイル



単に、

- ・急性期病院がパンクしてしまう理由ではなく・・・
- ・入院から在宅療養への導入だけでなく・・・
- ・通院困難だから在宅療養ではなく・・・

👉積極的に『在宅療養の優位性』を考えながら

なぜ診療所が在宅医療 ができないのか

- 1.24時間体制が取れない
- 2.複雑な病状に対する対応ができない
- 3.緩和ケアが出来ない
- 4.在宅救急ができない

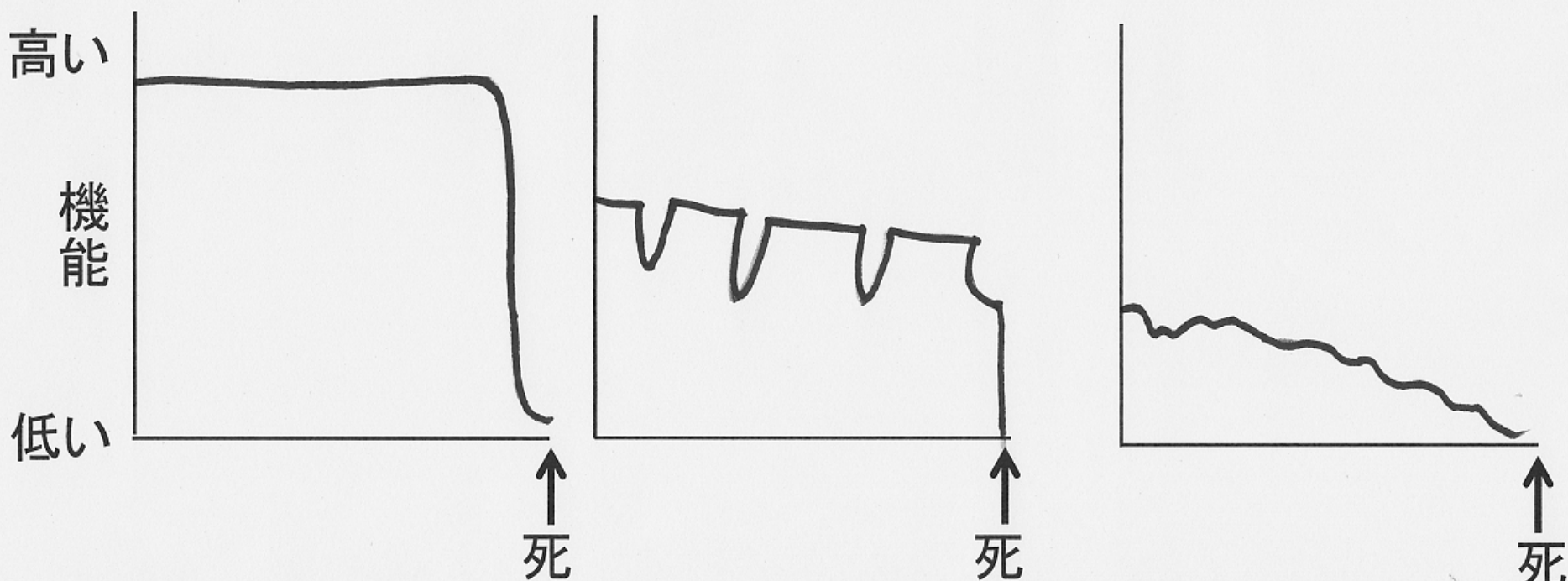
診療所機能の構築が求められる

終末期の軌道

がん等

心・肺疾患末期

認知症・老衰等



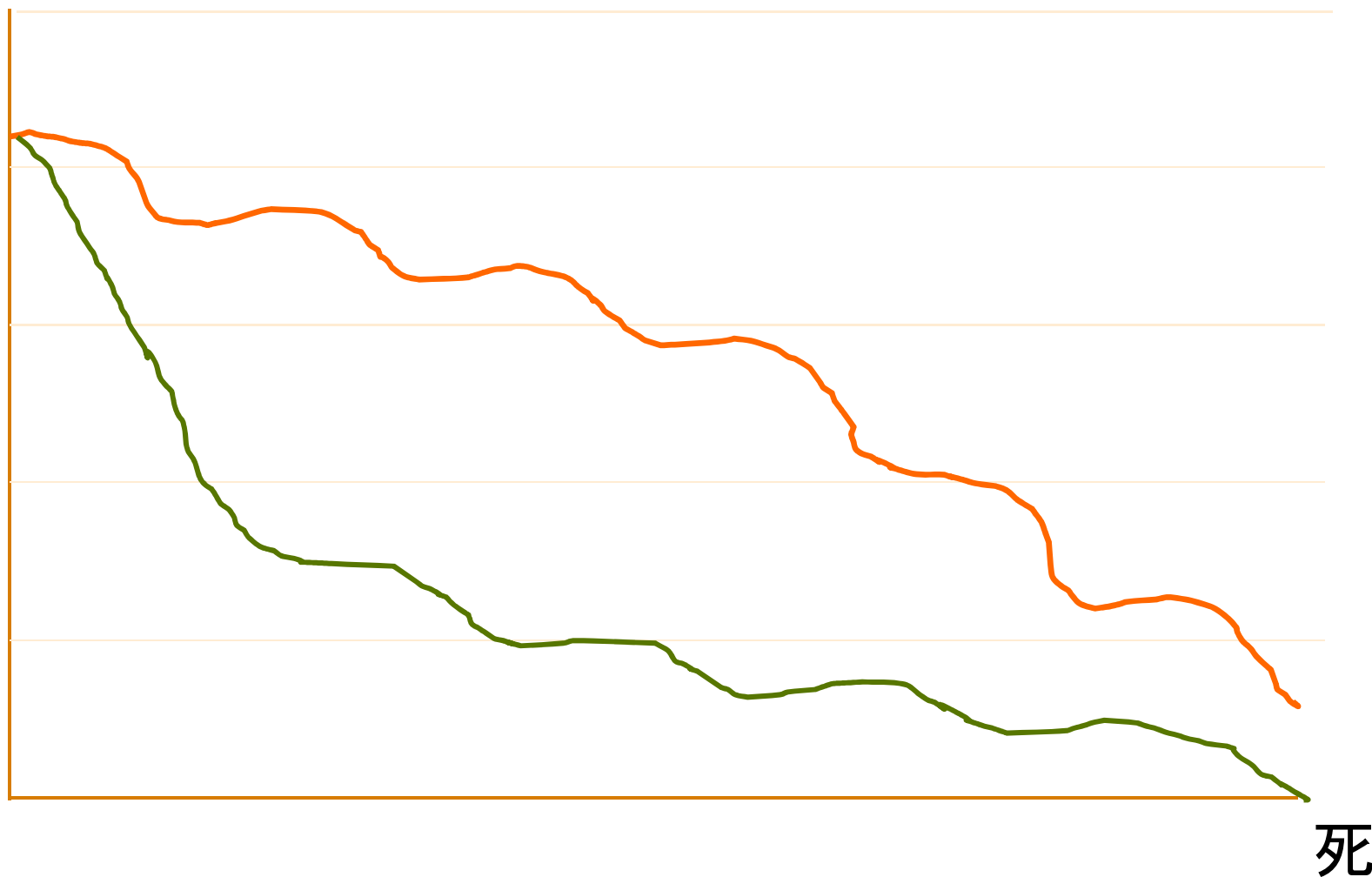
比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過

急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

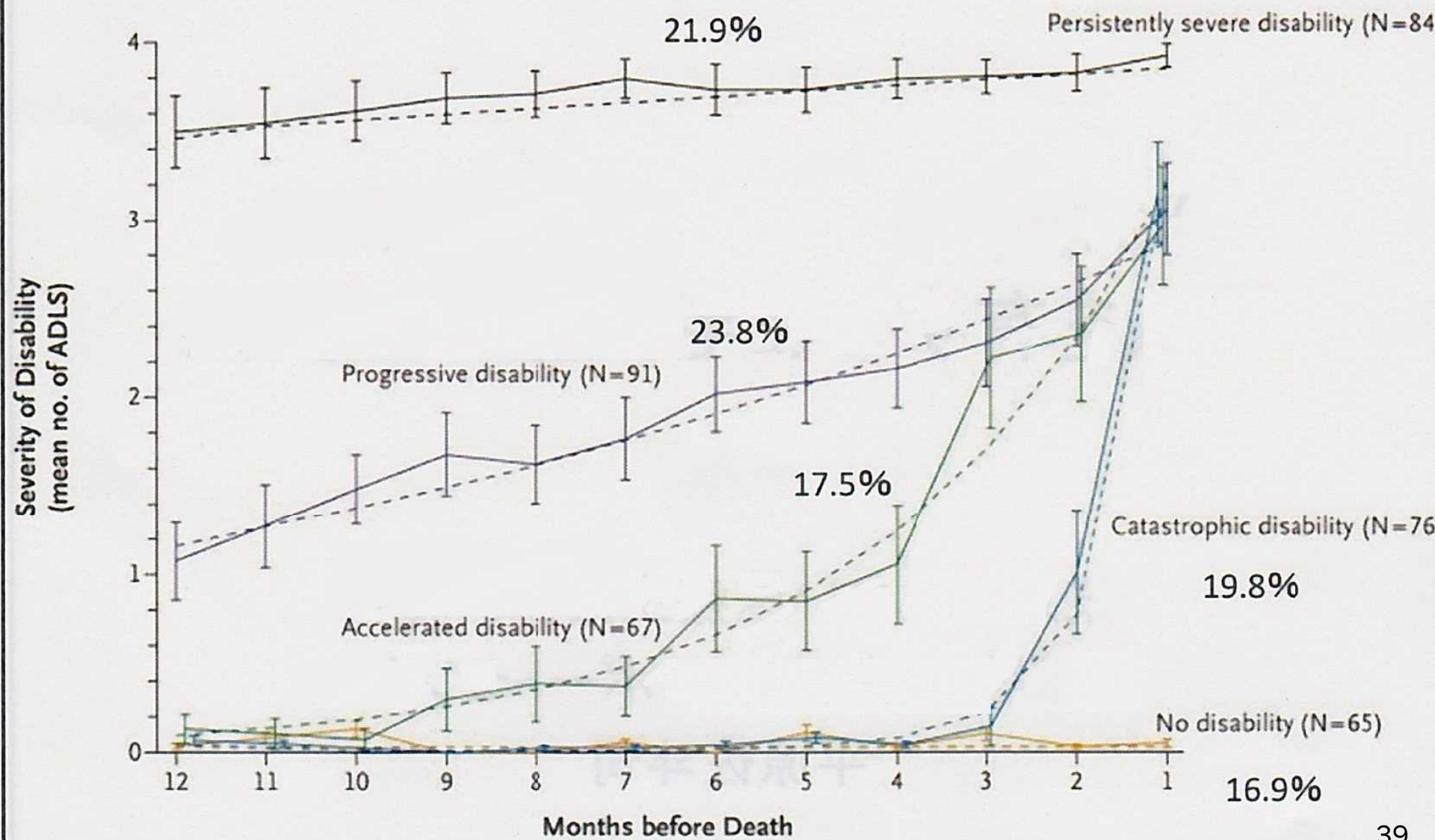
機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

85歳以上の医療構図

日常生活稼動



高齢者の最期の一年間の軌道



患者紹介状

患者：64歳 女性

傷病名 胃癌

癌性腹膜炎

難治性腹水

腹壁感染

退院直前の状態：36.7C、BP:96/60、O2Sat:97%(3L/)

IVHポート：フルリック2号1003+カタボンHi(120cc)混注：45cc/h

<フルリック40cc/h+カタボンHi:5cc/hペースです>

MTパッチ：4.2mg

薬一覧

紹介目的

在宅診療依頼

重症で自宅での看取りも視野に入れた

退院で、先生の在宅医療をお願いします。

<紹介先病院受診後の経過>

- H24. 7.13 : 外来受診。外来通院実施。
- 9.3—数日 : 37.8C
- 10.5— : 摂食不能
- 10.9 : 入院。IVHポート造設(資料同封)
内視鏡で、狭窄。嘔吐等もあり。
- 10.12 : 十二指腸ステント
- 10.16 : 腹満著明、腹水、ガス:サブイレウス、
腹腔ドレナージ:腹水(++):臓器不明ですが、穿孔も
疑われ、二本挿入しましたが、まったく問題なく、腹
水除去、持続ドレナージ。
ドレナージ後の腹壁の感染症がみられています。
- 11.6 : 退院。 宜しくお願い致します。
-

<紹介先病院受診までの経過>

- H24. 5.31 : 左季肋部痛、近医受診。エコー:卵巣腫大。
婦人科:CT
- 6.19 : 胃癌:Stage III-IV:A病院
- 6.22 : B病院 科学療法:消化器内科/化学療法科
ハーセプチン

看護サマリー

胃癌あり、食欲不振にて受診し、ポート造設目的にて入院する。入院日にポート造設し、点滴管理・指導行なった。嘔気・嘔吐あり、10/12にGIF下で十二指腸ステント挿入施行した。10/17～10/23に腹痛・腹満あり、両腹側より腹水のドレナージを施行した。抜去時より、右よりアイテル＋浸出液あり、ガーゼ＋パットにて保護していた。腹満著明にて11/2に右腹水ドレナージ再施行するが、排液なし、11/6に抜去する。左側胸～側腹にかけて、発赤・痛みあり、11/4～11/6アクリノール湿布施行した。10/23～尿量減少・血圧低下にて、カタボンHiを2→現在5ml/hにて施行した。腹痛に関しては、デュロテップパッチを4.2mg×1枚貼付しコントロール良好。在宅療養希望にて、本日自宅退院の運びとなる。
※バルーンカテーテル16Fr:11/3に交換済み、デュロテップパッチ:次回11/9に交換予定

【症例】

70 歳男性
元歯科医師

【既存症・既往歴】

- #右第IV・V趾糖尿病性壊疽
- #右下腿蜂窩織炎・骨髓炎疑い
- #2型糖尿病
- #閉塞性動脈硬化症
- #認知症
- #足白癬
- #神経因性膀胱

X-15 年、A クリニックで糖尿病と指摘され、治療開始。X-13 年、糖尿病コントロール不良にてB 病院へ教育入院となり、インスリン導入。その後の糖尿病加療歴は不明だが、アドヒアランスは不良で経過していたようである。

X-1 年5 月、C クリニックを受診した。HbA1c 9.3 %でインスリン調整加療行われていたが、コントロール不良、X 年1 月にD 総合病院糖尿病科を紹介されたが、受診していなかった。その頃より、下肢疼痛と創部治癒不良を主訴に再度C クリニック受診した。ABI・MRIの結果より閉塞性動脈硬化症と診断された。

C クリニックで加療継続されていたが、アドヒアランス不良のまま経過していた。X 年6 月上旬、右下肢のしびれを主訴にD 総合病院を時間外受診し、下腿蜂窩織炎の診断で、翌日糖尿病内科受診・入院となった。蜂窩織炎に対して抗菌薬加療・2 型糖尿病に対してインスリン加療を開始された。入院時、HbA1c 17.2 %と高値だった。入院日に施行されたMMSE 13/30点で認知症が疑われた。各種検査施行され、treatable dementia の可能性は否定されている。

入院第2 病日より、本人の認知機能低下考慮し、妻へインスリン手技の指導を開始したが、患者本人の拒否が強く、導入困難であった。入院第3 病日より、看護師への暴言が著明に認められる様になった。以後、看護師への暴言・暴力行為が徐々に悪化し、大部屋であったが、大声を上げる等の行為が認められた。精神科も介入し、せん妄等考慮され加療行われたが、度々自主退院を試みる様になる。抗菌薬加療継続するも、症状・採血結果改善しないため、骨髄炎も鑑別に挙げた。

入院第7 病日に本人への説明は困難と判断され、妻へ骨髄炎だった場合には、下腿切断が必要になることを説明したが、下腿切断の治療は拒否された。入院第9 病日、再度自己退院試みる。医師・看護師で一日かけて説明するも応じず、妻への説明も行う。妻も無理な治療は望まず、退院もやむを得ないとの判断で、同日夕に緊急に退院となった。

退院翌日に、D 総合病院へ電話で問い合わせあり。退院後の加療に関して、どのようにしたらいいのかについて、混乱みられる。D 総合病院より依頼あり、退院後6 日後に訪問診療開始となった。

【訪問後経過】

右第Ⅳ・Ⅴ趾は色調変化あり、壊死組織を認めたため、デブリードマン施行した。発熱はなく、採血結果上も、白血球は正常範囲内・CRPは2台と炎症反応は微増程度であった。創部のデブリードマンや、内服加療に関しては、本人は比較的協力的であった。妻にも再度相談すると、「本人が望む様に……。本人が望めば治療も協力しますが……。これまでのあの人を見ていると、そういうことは望まないです。」

在宅では本人の協力は比較的得られ、連日訪問看護で、創部の洗浄行うこととした。また、創部感染に対しての抗菌薬に関しては、点滴での加療は本人の意思も考慮して、内服での加療のみとした。その後、発熱もなく全身状態も安定した状態で経過している。

【今後の予想経過】

糖尿病のコントロールは不良で、下腿には壊死組織は残存しており、血流も低下していることから、今後菌血症となる可能性はかなり高いと考えられる。しかし、積極的な治療介入は困難で、低血糖・異常高血糖の起こさない範囲での血糖コントロールと、これ以上壊死組織の広がらないよう、本人の拒否のない範囲での洗浄・デブリードマンの継続を行うことが、予後と本人の望む形での最後の妥協点になると考える。

【症例】

98歳、女性

【主訴】発熱、意識障害

【既存症・既往歴】

#認知症

#慢性心不全

#神経因性膀胱

#CVポート造設、中心静脈栄養管理

【生活歴】

ADL: 全介助

長女と2人暮らし

【病歴】

7年前まで新田クリニックで訪問診療を受けていたが、その後施設入所。97歳時に尿路感染症、心不全にて緊急入院。

治療にて症状改善認めれたが、入院中に廃用が進行し経口摂取困難となった。

経口摂取不良のためPEG造設も提案したが娘がこれを拒否。

連日の点滴が必要となり、もとの施設へ戻ることも困難となったため自宅退院となり、1年前の9月から新田クリニックでの訪問診療開始。

退院して自宅に戻ってからはCVポートからの高カロリー輸液、およびバルーンカテーテル管理となり訪問診療、訪問看護およびヘルパーによる入浴介助にて生活を送っていた。

退院後もADL全介助ではあったが、ヨーグルトやネギトロなどを少しずつ食べられるようになり娘さんと2人で生活。

7月14日に発熱、意識障害で娘さんからの連絡があり、訪問。

訪問時38℃台の発熱とE2V1M4の意識障害を認めた。右季肋部の板状硬、エコーで胆嚢炎の所見あり、採血上炎症反応上昇も認め、胆嚢炎として抗生剤治療開始。

治療開始後も病状は横ばいで、誤嚥性肺炎も併発。

7月24日訪問時、cheyne-stokes呼吸認め、徐々に呼吸停止し娘さん見守りのもと息を引き取られた。

T様最後の手記より

脱水症5日目 3日目が勝負
病人が勝負を決めればこんなもの
呼吸も苦しくなるよ
医者が長い時間かけて悪くする
新田先生に呼吸が止まってから連絡するように
もう書けないかも

戒名 善徳院幸学正直去士

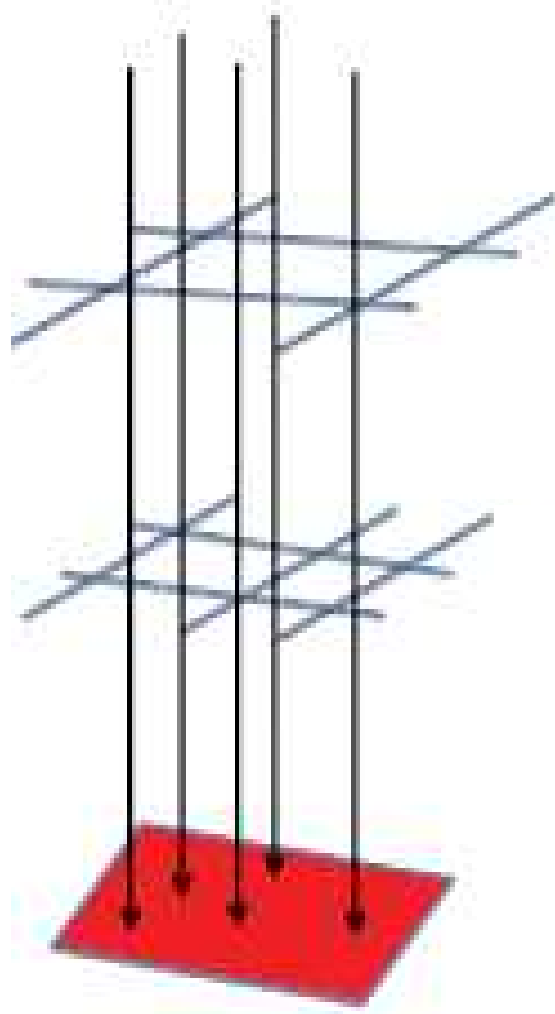
在宅医療で診られる患者像

- 老年病（脳卒中後遺症、認知症、整形疾患など）
- 進行期や終末期のがん
- 進行期の慢性疾患（神経難病、慢性呼吸不全、慢性心疾患、慢性腎疾患、肝不全、膠原病など）などにより通院困難な患者

「在宅医療バイブル」(川越正平、2014年)改変

現在の在宅医療の質は 病院医療にひけをとるものではない

- 医療機器 介護機器の発展
- 創薬
- 各種介護系サービスの充実
- 地域ネットワークの整備:地域ケア力の向上
(緊急通報システム・認知症見守りネット・虐待防止ネット等)
- 情報ネットワークの整備:クラウドコンピューティングの活用
(電子カルテ スマートフォン テレ・メディスン)

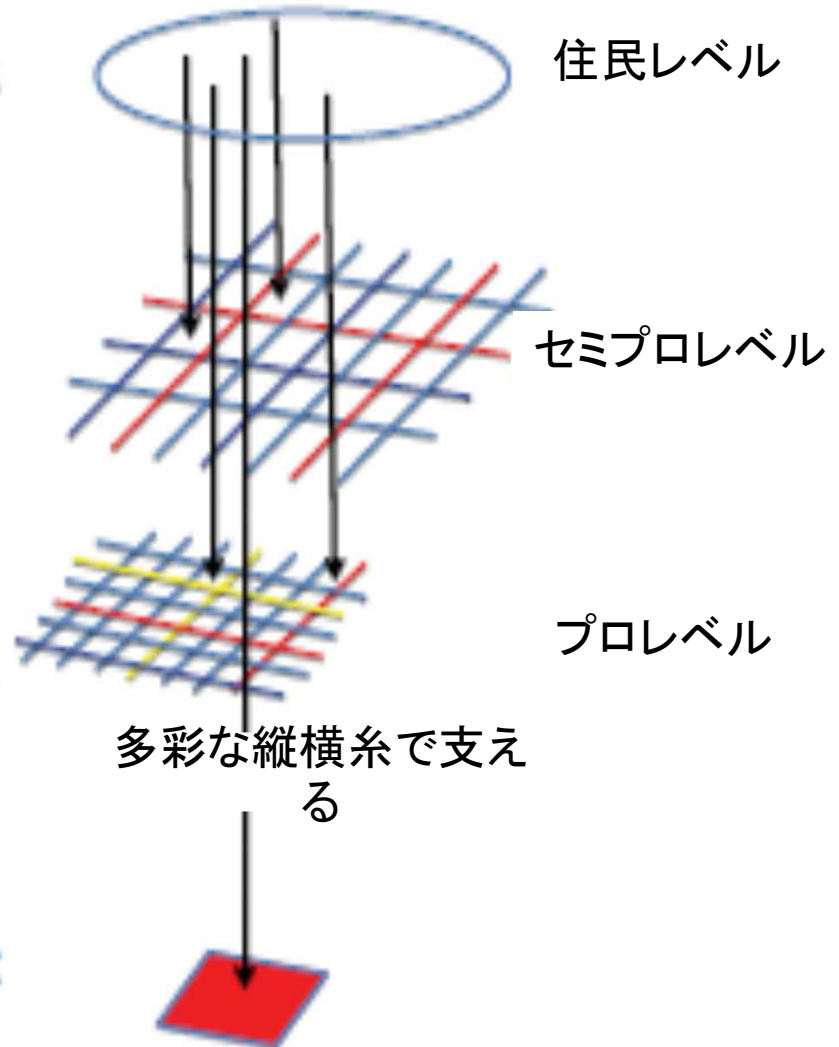


自立

在宅
軽度

在宅
中重度

施設



住民レベル

セミプロレベル

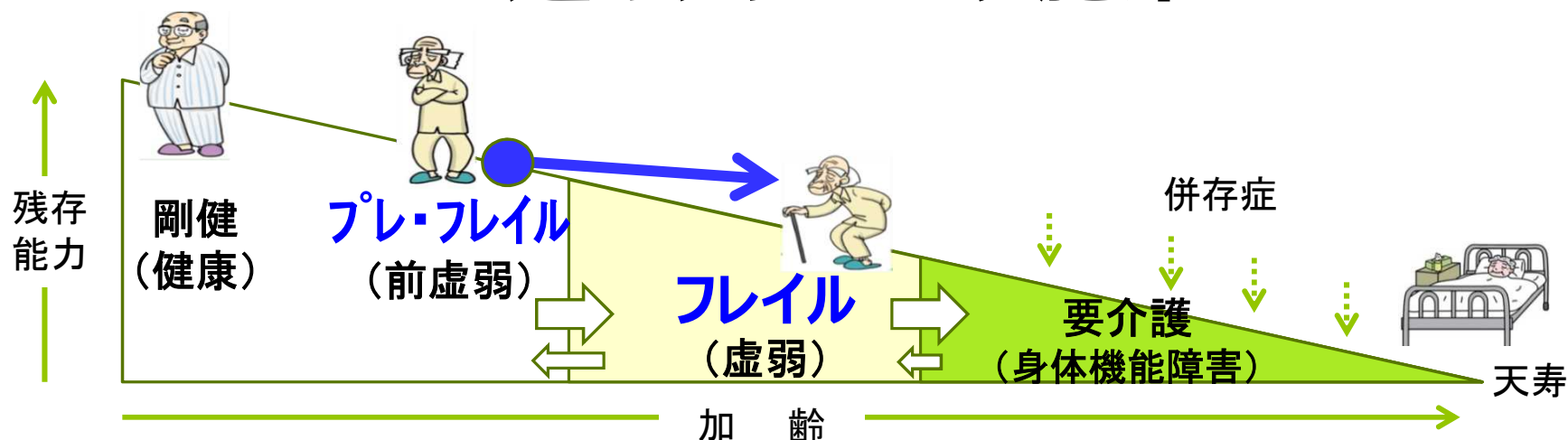
プロレベル

多彩な縦横糸で支える

施設が不足しているのではなく、
セーフティネットが機能していない

施設、病院はそれほど必要でなくなる？

「フレイルモデル」における4つのフェーズからみた一連のアプローチ施策



【剛健～健常】

生活習慣病予防

- ◆個々の厳格な管理
- ◆健康リテラシー向上

メタボ予防

- ◆たっぷり運動
- ◆適正なダイエット
(=食事制限)

- ☛高齢期における減量に潜むリスク

【前虚弱(プレ・フレイル)～軽度フレイル】

フレイル予防(介護予防): 早期予防重視型

【三位一体】

- ◆しっかり歩く・動く
- ◆しっかり噛んで
しっかり食べる
- ◆社会性を高く保つ
(就労なども含む社会貢献
や社会参加)

- ☛三位一体(社会参加・栄養・運動)の重要性を気づき、そして自分事化する

【要支援1/2～要介護1/2 (=軽度者)】

自立支援ケア型

- ◆しっかりリハビリ
- ◆しっかり口腔ケア
- ◆しっかり栄養管理
- ◆少しでも外へ出る
(閉じこもらない)

- ☛IADL改善を通して、自立機能を回復し、要介護から少しでも遠のく

【要介護3～5 (=重度者)】

医療・介護や住まいも含めた トータル・ケアシステム

- ◆地域包括ケア・在宅療養の推進
- ◆医療介護連携の総合的な提供
- ◆生活の質(QOL)を重視

- ☛多職種連携で「食べる」ことにごくまでもこだわる

地域包括ケアシステム構築は マクロとミクロから

- 地域包括ケアシステムは、量的・質的調査等により地域の課題・ニーズを把握し、計画的に構築していくことが重要。(=マクロの視点)
- なぜ「施設から在宅へ」が進まないのか。施設介護にあって、在宅介護にないものがあるからではないか。施設との比較で、地域に何が足りないのかを把握することも必要(=小山剛さん)。
- 一方で、目の前の人の幸せを追求し、今、使える資源をフル活用してできる限りの支援をしつつ、不断の改善を重ねた結果としてもたらされるものが地域包括ケアシステムとも言えるのではないか(地域包括ケアシステムの植木鉢は一人一人異なる)。(=ミクロの視点)
- そのように考えると、一人一人に対する「より良いケア」の集合体が地域包括ケアシステムの姿とも言えるのではないか。良いとされる地域の地域包括ケアシステムのモデルを模倣したところで、それが望ましいシステムであるとは限らない。(=好事例の限界)
- その人を見つめて、その人が今より少しでも幸せになることを追求すれば、例えば、在宅か施設かも状態像などで決まるわけではなく、その人によって異なり、施設の方が良いことも当然あり得る。
- 施設整備もミクロの視点が必要ではないか。特養の待機者とは、つまり在宅での生活の継続が難しくなっている人。この人たちを徹底的に分析し、定期巡回や小規模多機能などで可能なことがわかれば、その整備量も決めることができる。
- 「2025年を目途」は反論を生む。2025年をなんとか乗り越えられるシステムを構築すれば良いのか。2030年、2040年の方がもっと厳しい環境なのではないか。より良いケアは、限りなく追求されるべきことを強調すべきではないか。

地域包括ケアシステムって何をする事？

まとめる 仕組み

- ◆ 地域の様々な資源をまとめていく仕組み。特に、専門職については、事業者間の連携コストを引き下げるための取組を推進していくことが重要。
- ◆ 自分達の取組が「どういう意味で」「何を」まとめているのかを意識していくと、個々の取組が地域包括的であるかどうかを考えることができる。

まきこむ 仕組み

- ◆ 地域包括ケアシステムは、専門職以外の関係者が参加してはじめて成立すると考えるべき。地域住民や、家族、ご近所とのつながりで自生的に土壌が構成されることが重要。地域の見守り等への近隣住民の参加などを意識していくこと、介護分野以外の関係者をどれだけ「まきこむ」ことができるかがポイント。介護関係者だけで形成される地域包括ケアシステムは脆弱である。

市町村における地域包括ケアシステム構築のプロセス(概念図)

地域の課題の把握と
社会資源の発掘

地域の関係者による対
応策の検討

対応策の
決定・実行

日常生活圏域ニーズ調査等

介護保険事業計画の策定のため日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の実態を把握

地域ケア会議の実施

地域包括支援センター等で個別事例の検討を通じ地域のニーズや社会資源を把握

※ 地域包括支援センターでは総合相談も実施。

医療・介護情報の「見える化」 (随時)

他市町村との比較検討

量的・質的分析

- 高齢者のニーズ
- 住民・地域の課題
- 社会資源の課題
 - ・ 介護
 - ・ 医療
 - ・ 住まい
 - ・ 予防
 - ・ 生活支援
- 支援者の課題
 - ・ 専門職の数、資質
 - ・ 連携、ネットワーク

社会資源

- 地域資源の発掘
- 地域リーダー発掘
- 住民互助の発掘

事業化・施策化協議

介護保険事業計画の策定等

- 都道府県との連携 (医療・居住等)
- 関連計画との調整
 - ・ 医療計画
 - ・ 居住安定確保計画
 - ・ 市町村の関連計画 等
- 住民参画
 - ・ 住民会議
 - ・ セミナー
 - ・ パブリックコメント等
- 関連施策との調整
 - ・ 障害、児童、難病施策等の調整

具体策の検討

地域ケア会議 等

- 地域課題の共有
 - ・ 保健、医療、福祉、地域の関係者等の協働による個別支援の充実
 - ・ 地域の共通課題や好取組の共有
- 年間事業計画への反映

- 介護サービス
 - ・ 地域ニーズに応じた在宅サービスや施設のバランスのとれた基盤整備
 - ・ 将来の高齢化や利用者数見通しに基づく必要量
- 医療・介護連携
 - ・ 地域包括支援センターの体制整備 (在宅医療・介護の連携)
 - ・ 医療関係団体等との連携
- 住まい
 - ・ サービス付き高齢者向け住宅等の整備
 - ・ 住宅施策と連携した居住確保
- 生活支援／介護予防
 - ・ 自助 (民間活力)、互助 (ボランティア) による実施
 - ・ 社会参加の促進による介護予防
 - ・ 地域の実情に応じた事業実施
- 人材育成 [都道府県が主体]
 - ・ 専門職の資質向上
 - ・ 介護職の処遇改善