多職種による在宅チーム医療のための地域リーダー研修

2015年10月11日

筑波大学　医学医療系
医療連携患者相談センター
浜野　淳

セッションの内容

- 在宅医療と在宅ケアの現状
- 生活を支える在宅医療と在宅ケア
- 在宅に必要な連携・多職種協働

在宅医療の現状：超高齢社会

- 65歳以上の高齢者人口が・・・

7%以上：高齢化社会　14%以上：高齢社会

21%以上：超高齢社会 → 長寿社会

- 身近な地域の高齢化率は・・・

茨城県　65歳以上：24.8%　75歳以上：11.7%

水戸市　23.4%　土浦市　25.1%

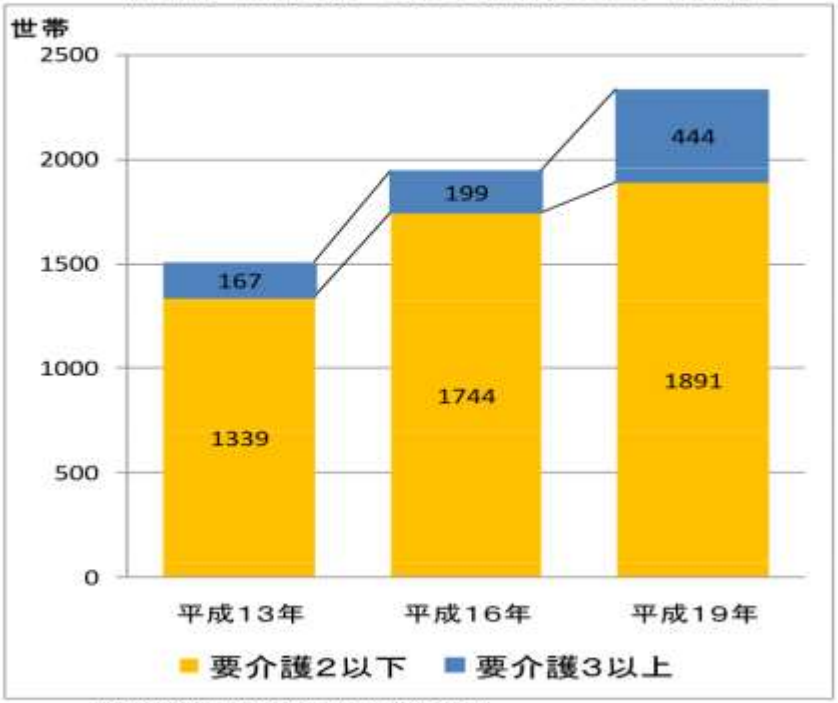
常総市　25.3%　つくば市　17.6%

2013年10月現在

在宅医療の現状：独居の増加

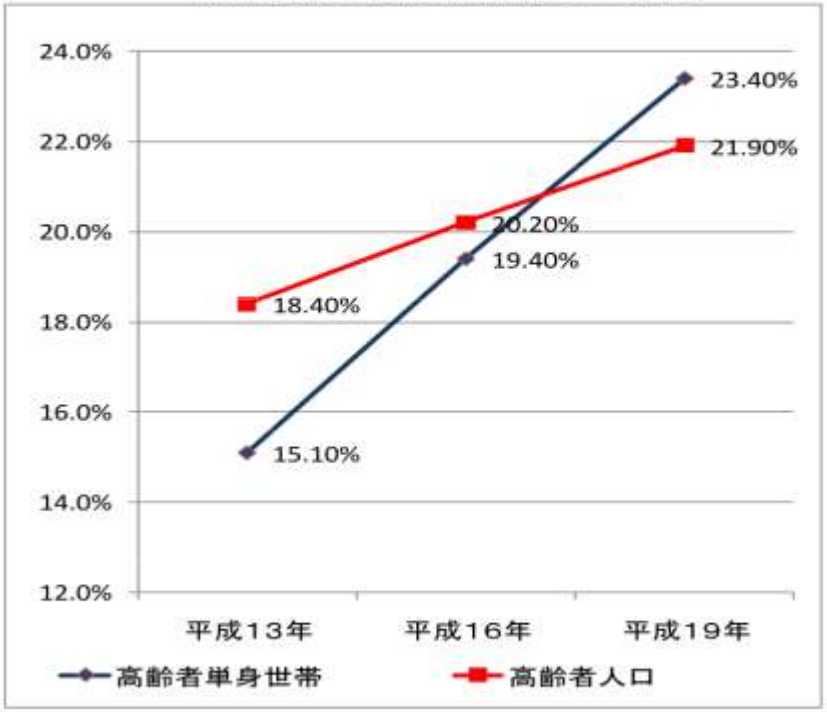
高齢者単身世帯の増加

高齢者単身世帯における要介護分布の年次推移



（※）介護を要する者のいる世帯数1万対

高齢者単身世帯と高齢者人口の割合



（出典）国民生活基礎調査から作成

在宅医療の現状：死亡者数の増加

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

課題

2030年までに約40万人死亡者数が増加すると見込まれるが、看取り先の確保が困難

【資料】
2010年（平成22年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2011年（平成23年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

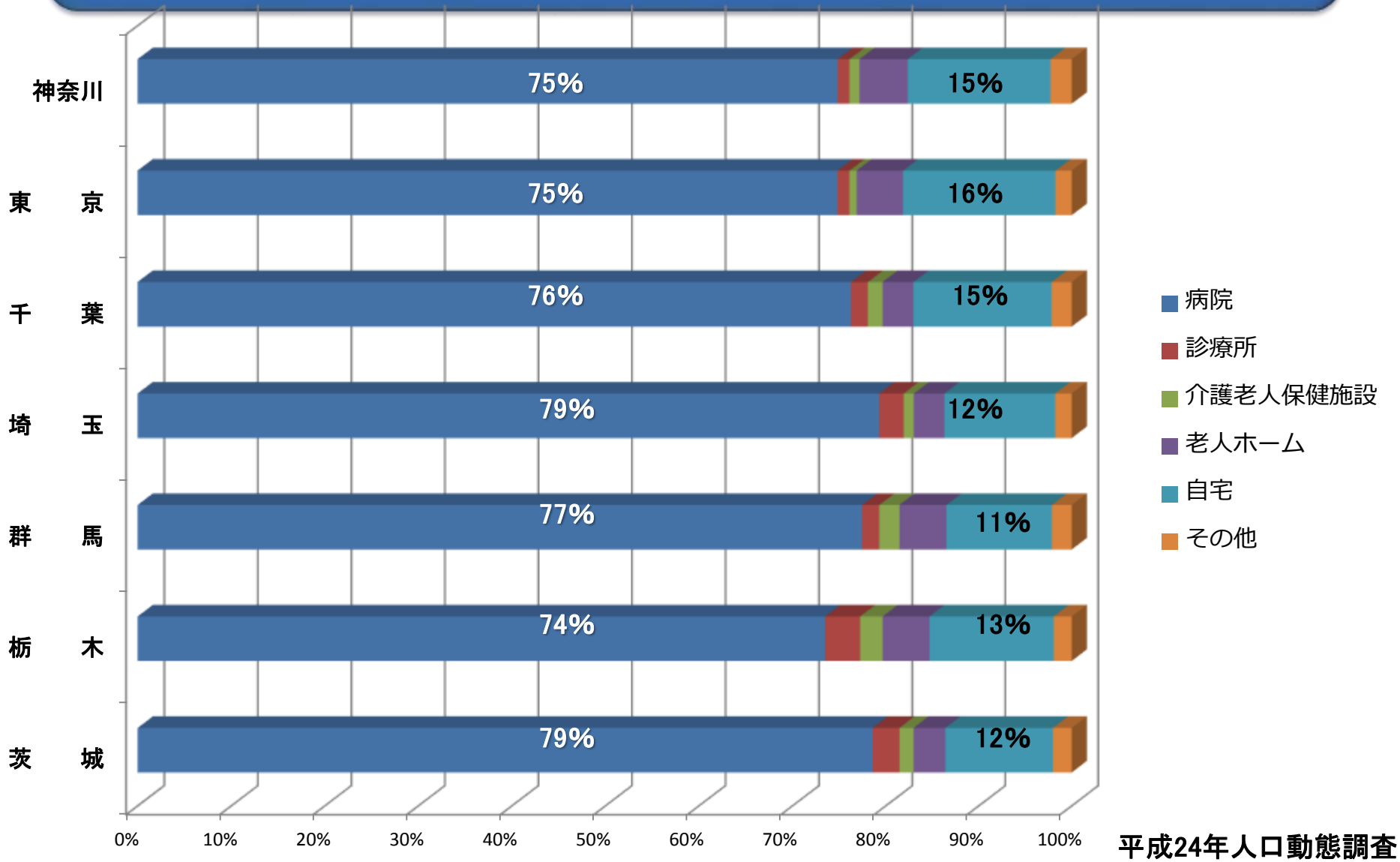
在宅医療の現状：希望と現実の乖離

- 高齢者の多くは療養場所としては、63.3%が自宅を希望している
- 最期を迎える場としては国民の54.6%が自宅を希望している
- 自宅で最期を迎えているのは全死亡者のうち12.5%となっている

高齢者の健康に関する意識調査
平成19年度内閣府

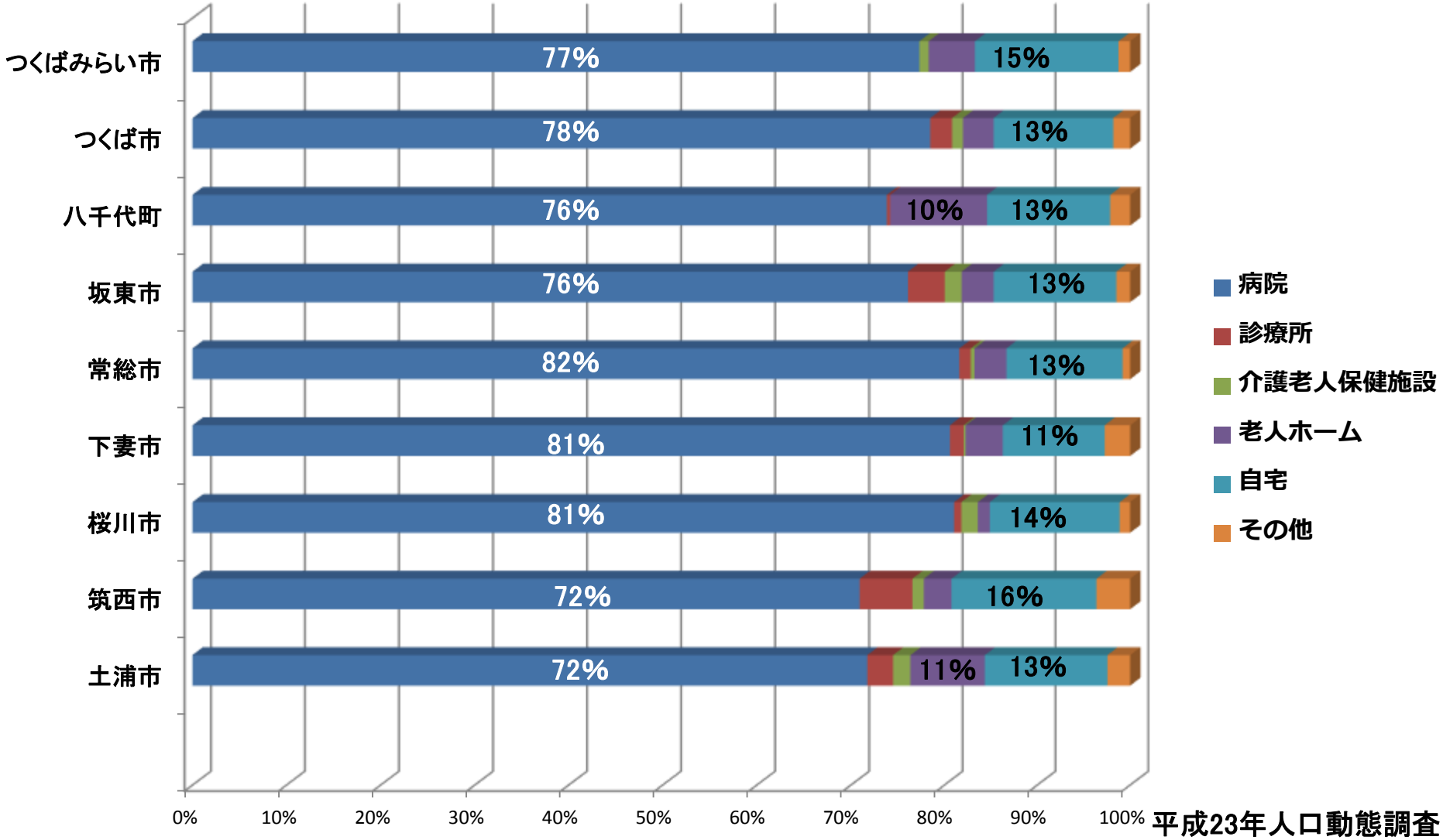
平成23年度人口動態調査

都道府県別：死亡の場所別にみた死亡割合



平成24年人口動態調査

市町村別：死亡の場所別にみた死亡割合

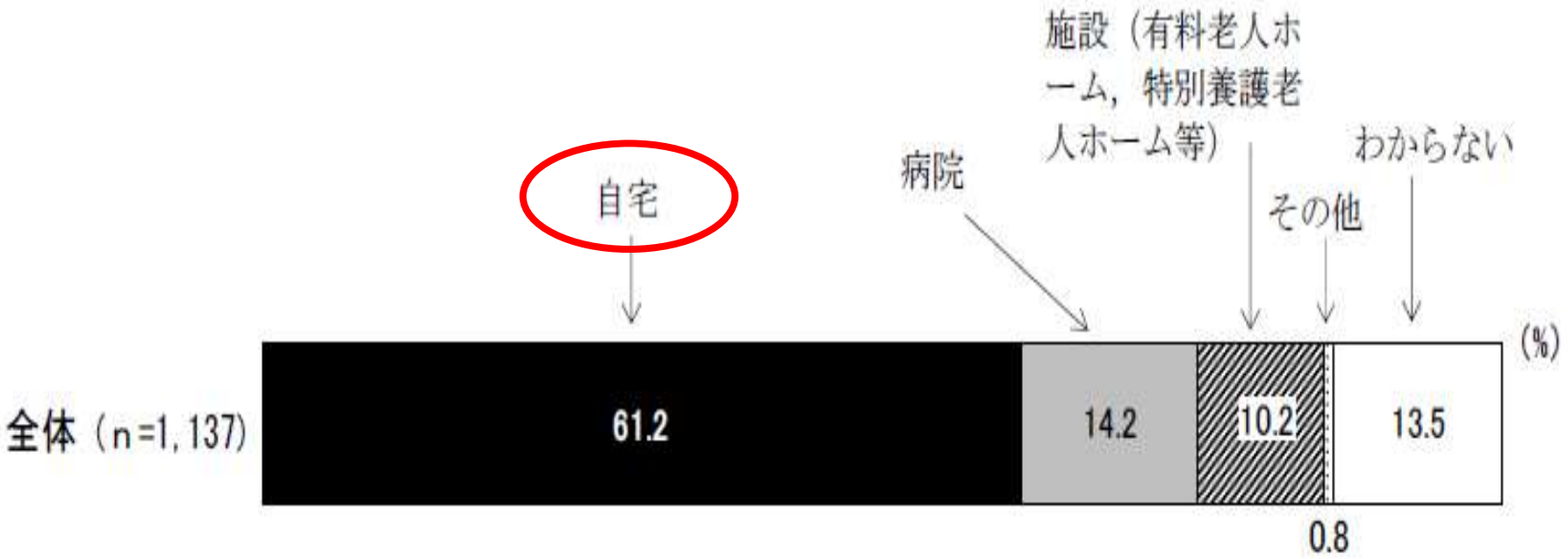


平成23年人口動態調査

在宅医療の現状：県の調査

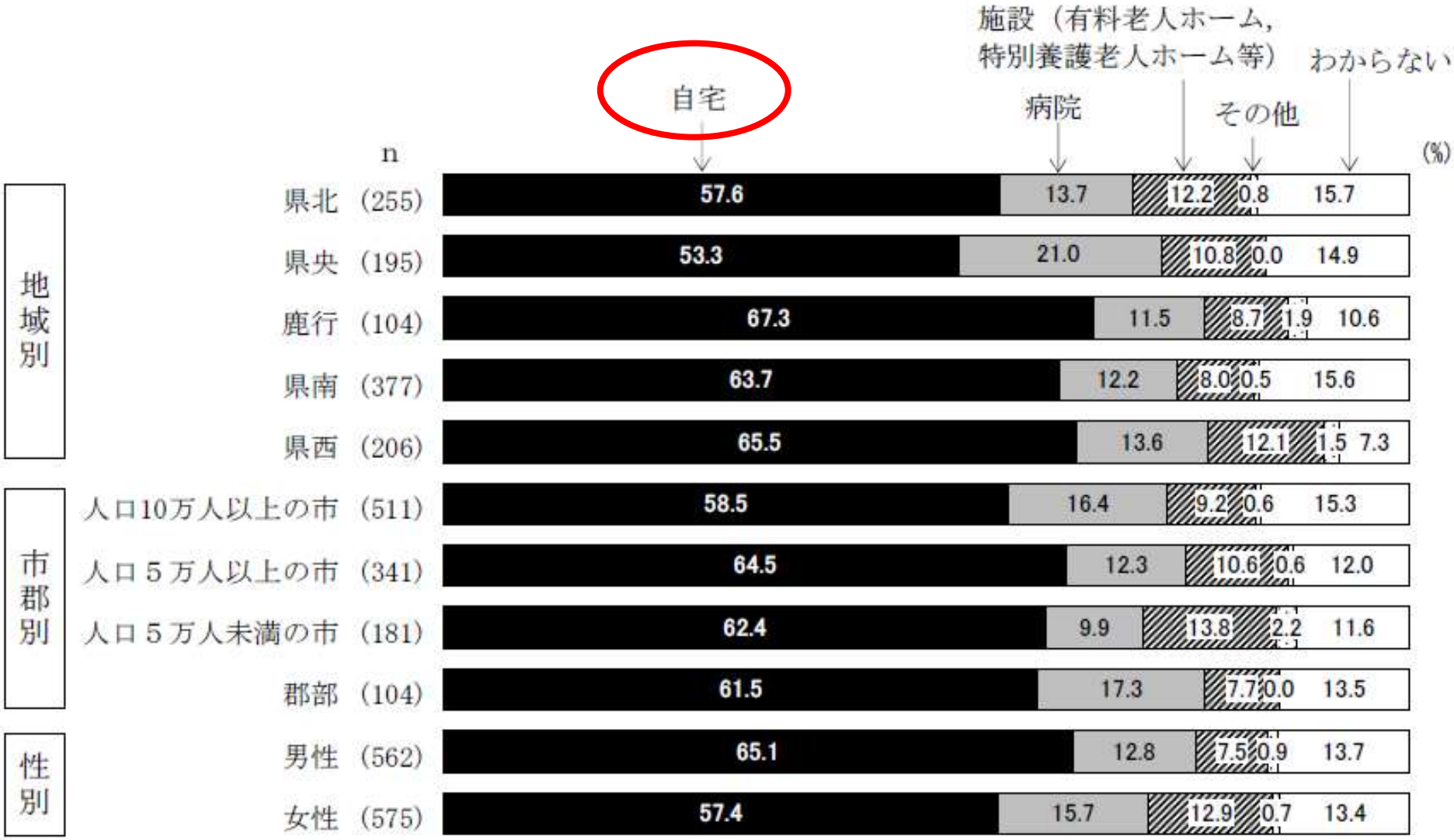
問20　急速な高齢化の進展などから，住み慣れた環境で医療を受けられるよう在宅医療（※）のサービスの充実に取り組んでいますが，あなたは，将来，どこで最期を迎えたいと思いますか。次の中から一番近いものを１つだけ選んでください。

※　在宅医療とは，自宅での療養を希望する患者さんが，医師の往診や治療，訪問看護などの医療サービスを自宅で受けながら療養生活を送ることです。



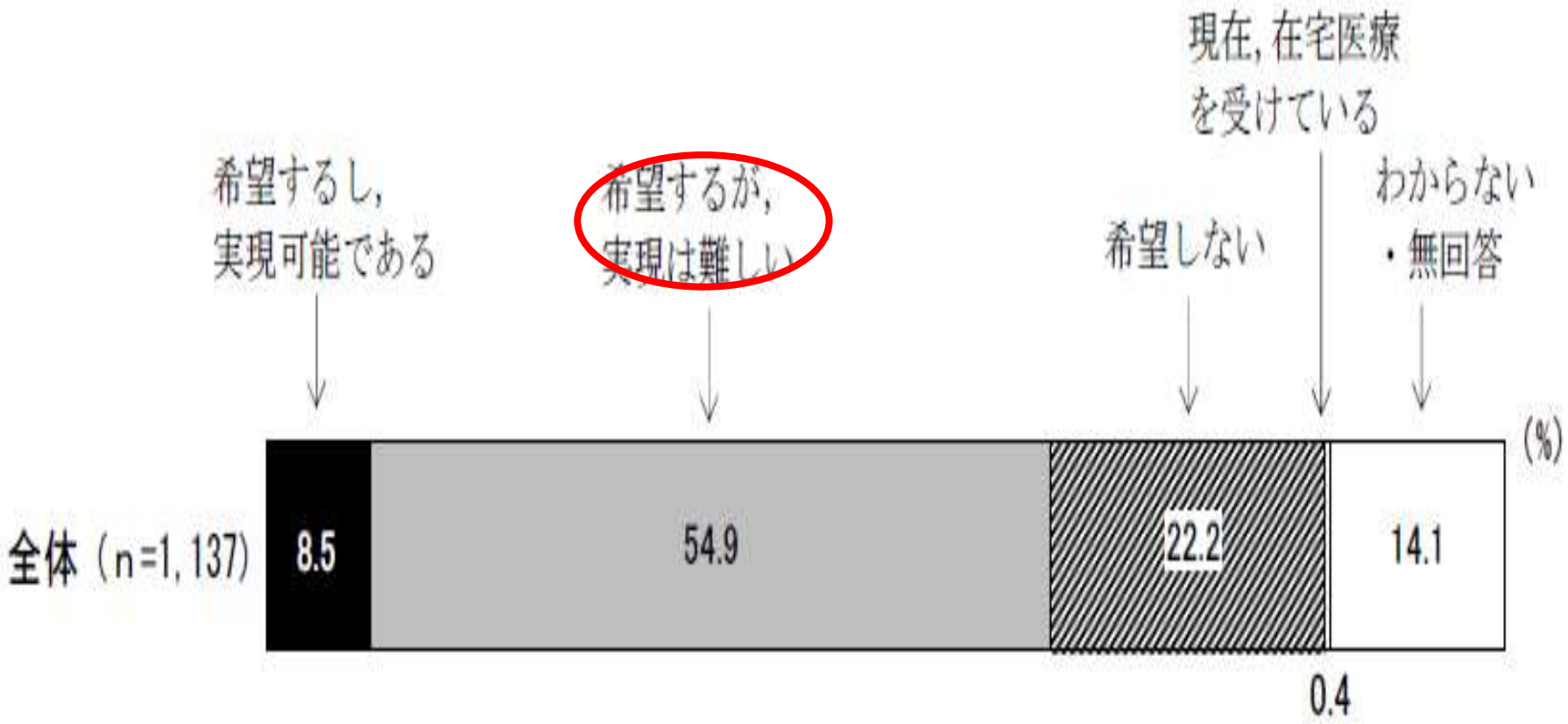
在宅医療の現状：自宅で生活

図Ⅸ　20－1　終の棲家について（地域別，市郡別，性別，性・年齢別，職業別）



在宅医療の現状：現実は厳しい

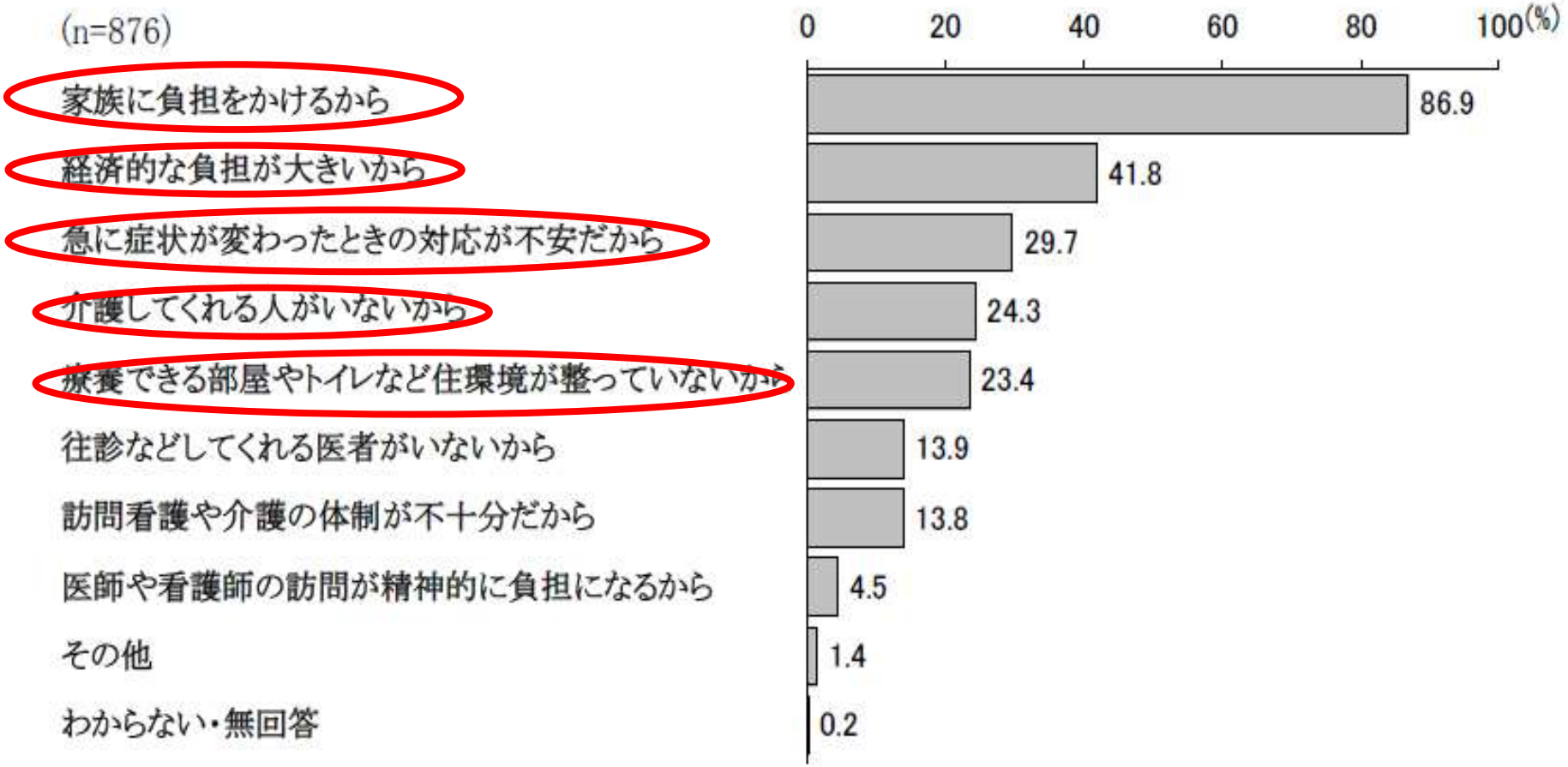
問21　あなたは，脳卒中やがんなどで長期の療養が必要になった場合，在宅医療を希望しますか。また，その実現は可能だと思いますか。次の中から１つだけ選んでください。



在宅医療の現状：負担と不安

（問21で，「２．希望するが，実現は難しい」か「３．希望しない」と回答した方のみ）

問21－１　在宅医療の実現が難しい，または希望しない理由は何ですか。次の中から３つまで選んでください。



事　例

- 85歳　女性
- あなたのクリニックに高血圧で長年通院している
- ここ1-2年間は、不眠とうつ状態を訴え、日常生活動作（ADL）が少しずつ低下したため、家族が付き添って通院していた
- 自宅内の生活は自立しているが、最近は通院が負担になり、家族が時々薬を取りに来て、生活の様子を伝えている

事　例

- 皆さんは、この事例で訪問診療などの在宅医療や在宅ケアを検討しますか？

在宅医療・在宅ケアの適応

- H20年3月28日「厚生労働省事務連絡」によれば、在宅医療・在宅ケアの適応は
  - 寝たきり、またはこれに準ずる状態で通院困難なもの
  - 少なくとも独歩で家族等の助けを借りずに通院ができる者などは通院は容易である

※疾患の重症度、ADL、要介護度などによる基準はない

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 一般に外来に通院している患者さんに、いつ在宅医療・在宅ケアを始めるのが良いでしょうか？

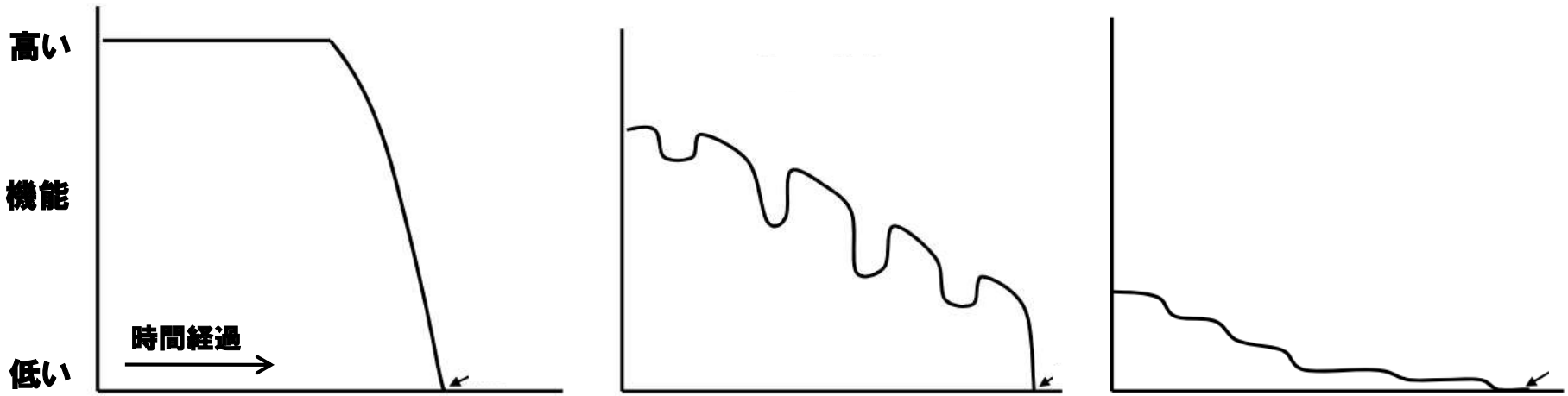
在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 定期的な通院が困難になったとき
  - 生活に変化が起きている可能性
- 本人が訪問診療を希望したとき
  - 家族と本人の希望が一致しない可能性

在宅医療・在宅ケアを始めるポイント

- 医療やケアに「切れ目」ができたとき
  - 専門職が継続的に関わっていない
  - 家族だけでサポートしているとき
- 医療やケアに「切れ目」ができそうなとき
  - 病気の軌跡（Illness trajectories）の変化
  - 家族生活の変化
  - 内服コンプライアンスの変化

病気の軌跡（Illness trajectories）



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る 最後の1～2ヶ月くらいで急速に機能が低下する	急性増悪を繰り返しながら、徐々に機能が低下する 最後は比較的急に低下	機能が低下した状態が長く続き、さらにゆっくりと機能が低下

Lynn J, et al. JAMA 2001

切れ目のない医療・ケア

- 「病気の軌跡」を意識して患者を診る
  - 「病気の軌跡」のイメージでどの病状にいるのか？
- 保健医療福祉との繋がりに切れ目を作らないようにする
- 「病気の軌跡」を患者本人や家族への病状説明、今後の見通しの説明に活用する

事例　つづき

- 85歳　女性
- あなたのクリニックに長年通院している患者さんに家族を通して、在宅医療について意向を聞いた
- 患者さんは「家族に迷惑をかけてまで通院したくない」とのことで「往診」を希望した
- あなたは「訪問診療」を開始し、「訪問看護」を依頼することとした

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 訪問看護を依頼するにあたって、訪問看護師から家族関係のことを聞かれたが、十分な情報を伝えられなかった
  - 在宅医療・在宅ケアでは、なぜ家族の情報が必要なのでしょうか？

訪問診療・訪問看護を始めるとき

- 患者の問題を解決するためには、家族も医療・ケアの対象者として考える
  - 家族の思い、ペースを尊重した関わり
  - 家族の強みを引き出す関わり
  - 患者と家族の主体性を尊重した関わり

家族を知る

- 現在の状況を家族がどのように考えているか
  - 病気のこと
  - 生活のこと
  - 家族自身のこと
- 医療者が聞きたいことから聞かなくても良い
  - 患者や家族が話しやすいことから

家族を知る

- 家族構成
- これまでと現在の患者と家族の関わり
- 患者と家族の関わりで上手くいっていること、困っていること
- 患者が一番頼りにしているご家族は誰か？
- 家族の仕事、収入状況

在宅に必要な連携・多職種協働

- 在宅医療・在宅ケアは「切れ目のない医療・ケア」を実践するための手段
  - 生活の場で医療・看護・介護を実践する
  - 在宅での療養環境を整えてこそ、継続した療養が可能となる
- 在宅医療・在宅ケアの担い手として多職種チームが期待されている
  - 保健医療福祉のさまざまな専門職から構成されるチーム

多職種で関わるために

- （いわゆる）地域連携
- 顔の見える関係

地域連携の３水準

1. 治療・ケアや情報が完全に地域内で一元化されている
   - **完全な集約**
2. 治療やケアは個々の施設で行われ情報も個々の施設が保有するが、どういう時にどこに受診するかなどのコーディネーションを行う明確な責任部署がある
   - **コーディネーション**
3. 集約もコーディネーション機能も明確にはされていないが、地域のどこで何が行われているかについての認識が共有されている
   - **緩やかな連携（Linkage）**

Leutz WN, 1999より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

1. 他の施設の関係者と気軽にやりとりできる
2. 地域の他の職種の役割が分かる
3. 地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる
4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある
5. 地域の相談できるネットワークがある
6. 地域のリソースが具体的に分かる
7. 退院前カンファなど病院と地域の連携が良い

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

1. 他の施設の関係者と気軽にやりとりできる
   1. 安心して相談ややりとりができる
   2. 躊躇せずに相談ややりとりができる
2. 地域の他の職種の役割が分かる
   1. 互いの役割やその重要性が分かるようになる
3. 地域の関係者の名前と顔・考え方が分かる
   1. 名前と顔、人となりが分かるようになる
   2. 互いの考え方や状況が分かるようになる

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

4. 地域の多職種で会ったり話し合う機会がある
   1. みんなで集まる機会が増え、
      ついでに相談ややり取りができる
   2. 正式な場所でなく、ついでに聞ける機会がある
5. 地域の相談できるネットワークがある
   1. 窓口や役割が分かるようになる
   2. 誰に相談すれば良いか分かるようになる
   3. 相談先が増える

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

緩和ケアに関する地域連携評価尺度

6. 地域のリソースが具体的に分かる
   1. 地域のリソースが分かり、
      患者に具体的に紹介できる
7. 退院前カンファレンスなど病院と地域の連携が良い
   1. 退院前カンファレンスをするようになる
   2. 緊急時の連絡先を決めておくようになる

森田ら, Palliative care Research, 2013より引用

顔の見える関係とは？

1. 顔が分かる関係
   1. 会ったこともない人たちの顔が
      とりあえず分かるようになること
2. 顔の向こう側が見える関係
   （人となりが分かる関係）
   1. どういう考え方をする人で、
      どういう人となりかが分かるようになること
3. 顔を通り超えて信頼できる関係
   1. 信頼感をもって一緒に仕事が
      できるようになること

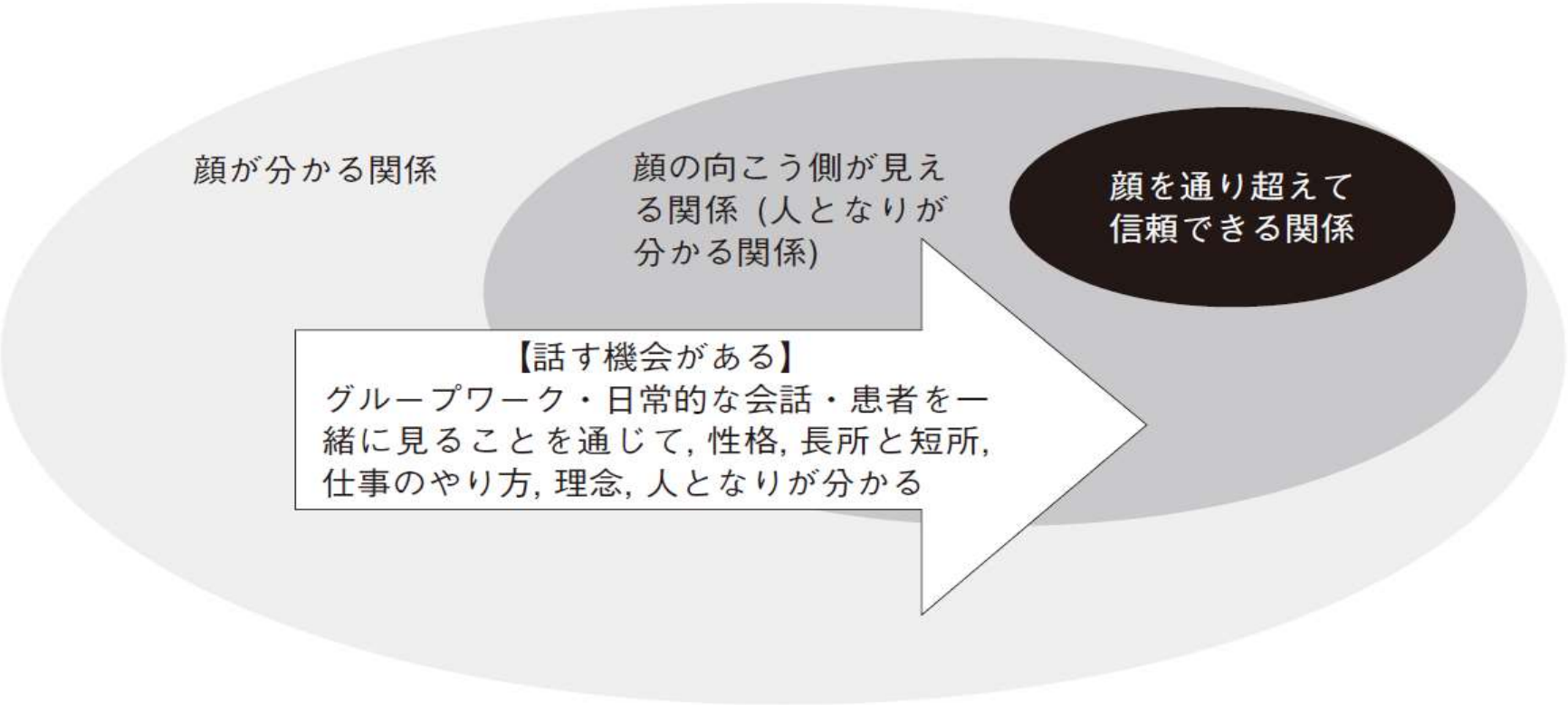
森田ら, Palliative care Research, 2012より引用

顔の見える関係ができると

1. 連絡しやすくなる
2. 誰に言えば解決するか、役割が分かる
3. 相手に合わせて自分の対応を変えるようになる
4. 効率が良くなる
5. 親近感を覚える
6. 責任を感じる

森田ら, Palliative care Research, 2012より引用

顔の見える関係とは？



「顔が分かるから安心して連絡しやすい」
「役割を果たせるキーパーソンが分かる」
「相手に合わせて自分の対応を変えるようになる」
「同じことを繰り返して信頼を得ることで効率が良くなる」
「親近感がわく」
「責任のある対応をする」

→ 連携しやすくなる

森田ら, Palliative care Research, 2012より引用

まとめ

- 在宅医療と在宅ケアの現状
  - 超高齢社会×独居
  - 希望と現実の乖離：在宅死≪病院死
- 生活を支える在宅医療と在宅ケア
  - 切れ目のない医療・ケアの提供：多職種
  - 生活を意識した目標設定：家族
- 在宅に必要な連携・多職種協働
  - 地域のリソース・ネットワーク
  - 人となりが分かる関係→信頼関係