

地域医療提供体制・地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の役割

平成26年10月31日

新田 國夫

(全国在宅療養支援診療所連絡会会長)

1

医)つくし会新田クリニック

- 平成2年より国立市にて診療所を開設し、外来診療を行うとともに、在宅療養患者に訪問診療を提供している。
- 同法人内に訪問看護ステーションを持つ。
- 近隣の3ヶ所の診療所と連携して連携機能強化型在支診となり、24時間365日対応体制を確立。

- 医師 1人、非常勤医師5人、研修医1~2人
- 看護師 4人
- 外来患者 1250人/月(平成26年7月)
- 在宅療養患者 116人/月(実人数76人+介護施設40人)
※ 訪問診療194回 往診7回 緊急往診11回 訪問看護(診療所から)12回
- つくし会訪問看護ステーションの訪問看護師 7人

	患者数	褥瘡処置	麻薬	在宅酸素	経管栄養	気管切開	IVH	その他 創処置、 吸引、 点滴、 輸血 など
要支援1~2	6人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
要介護1~2	22人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	
要介護3~5	48人	4人	3人	4人	2人	1人	1人	
介護施設	40人	0人	0人	0人	3人	0人	0人	

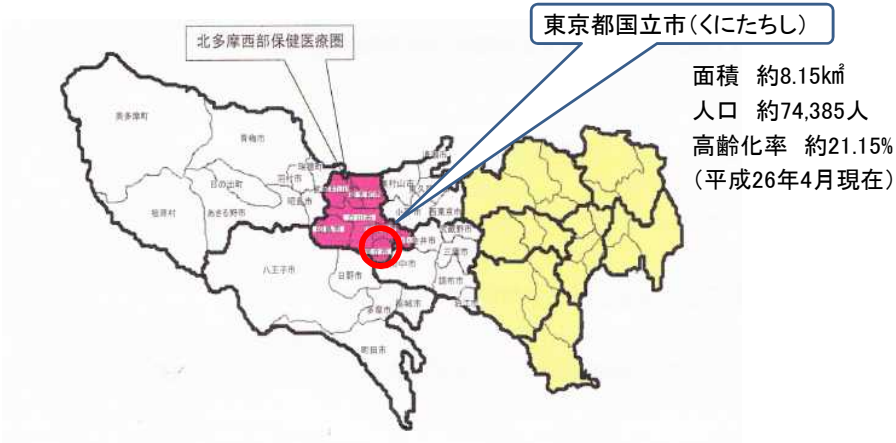
※看取り件数

7月	8月	9月
2人	4人	1人

2

国立市の周辺

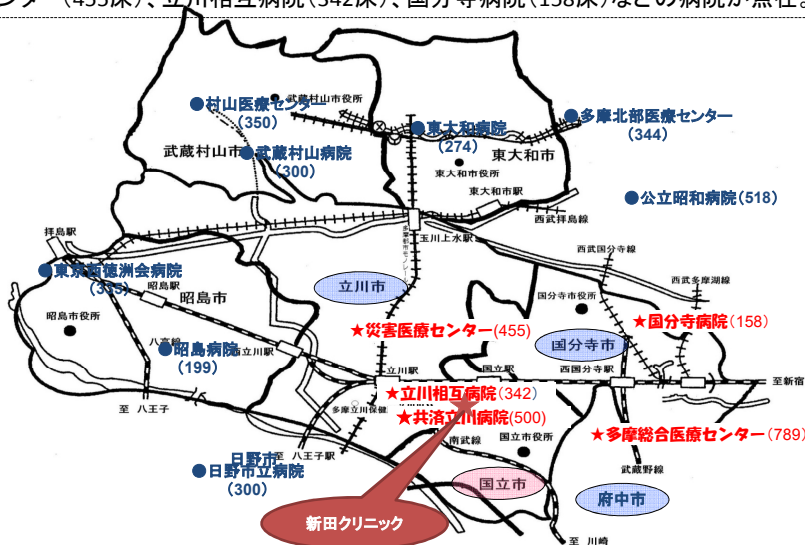
- 東京都国立市は、北多摩西部保健医療圏に所属。
- JR中央線沿線上で国分寺市と立川市に隣接。
- 京王線沿線の府中市とも隣接。



3

国立市周辺の病院

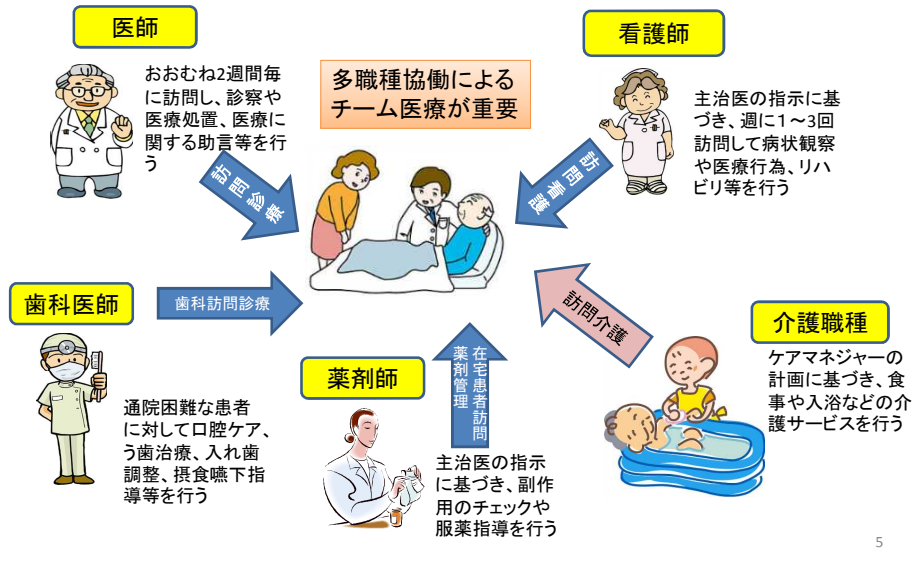
- 国立市内には小規模な病院が2ヶ所ある。
- 周辺には都立多摩総合医療センター(789床)、共済立川病院(500床)、災害医療センター(455床)、立川相互病院(342床)、国分寺病院(158床)などの病院が点在。



4

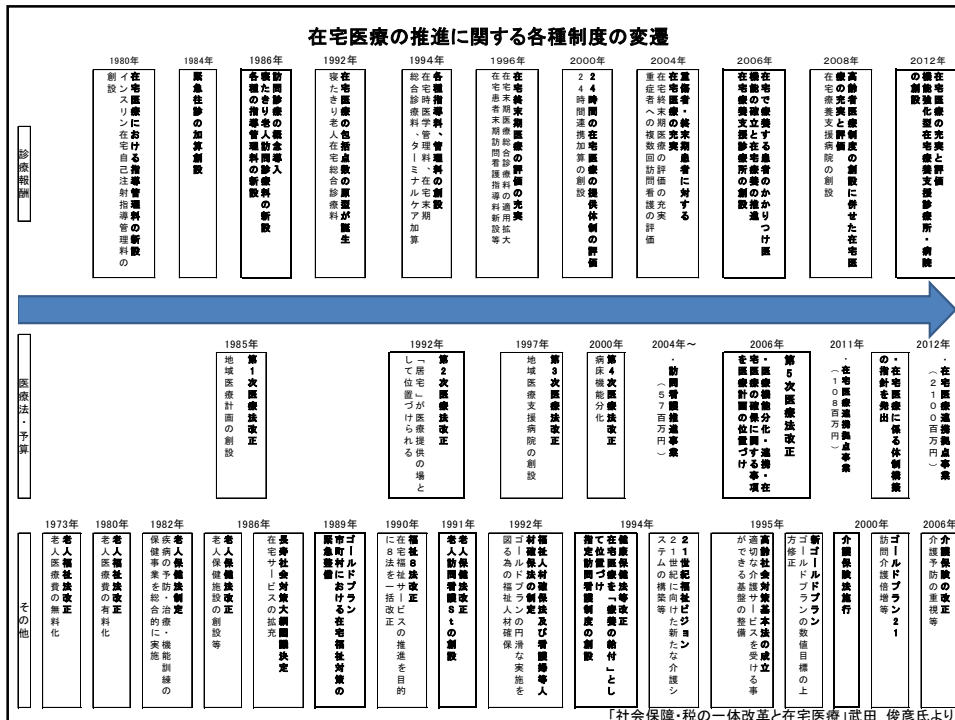
在宅医療とは

在宅医療とは、自宅等の生活の場において提供される医療



5

在宅医療の推進に関する各種制度の変遷



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)



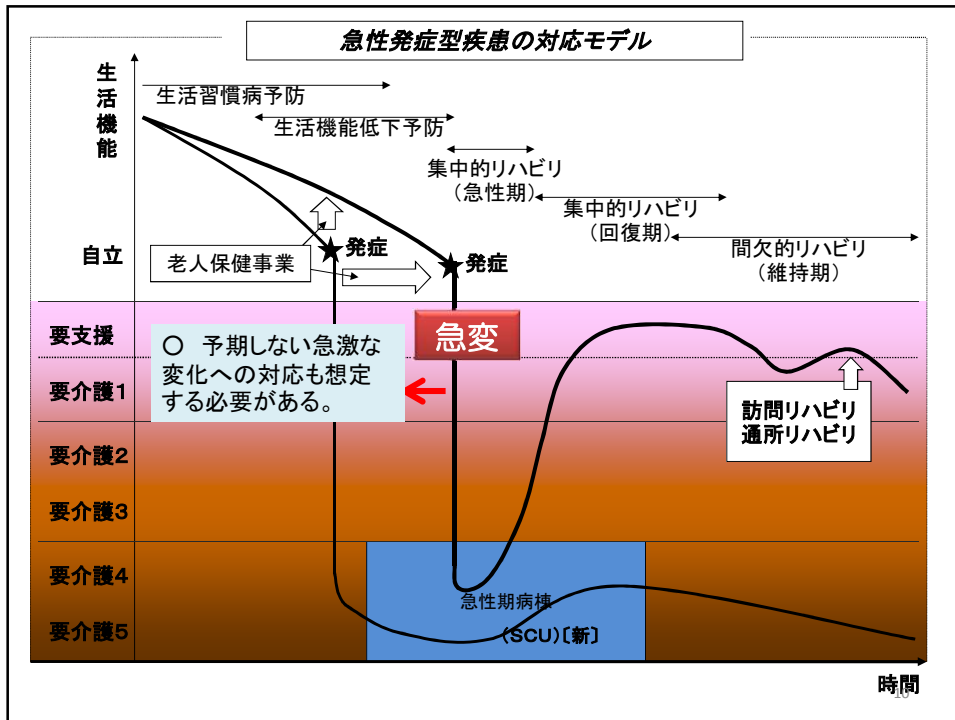
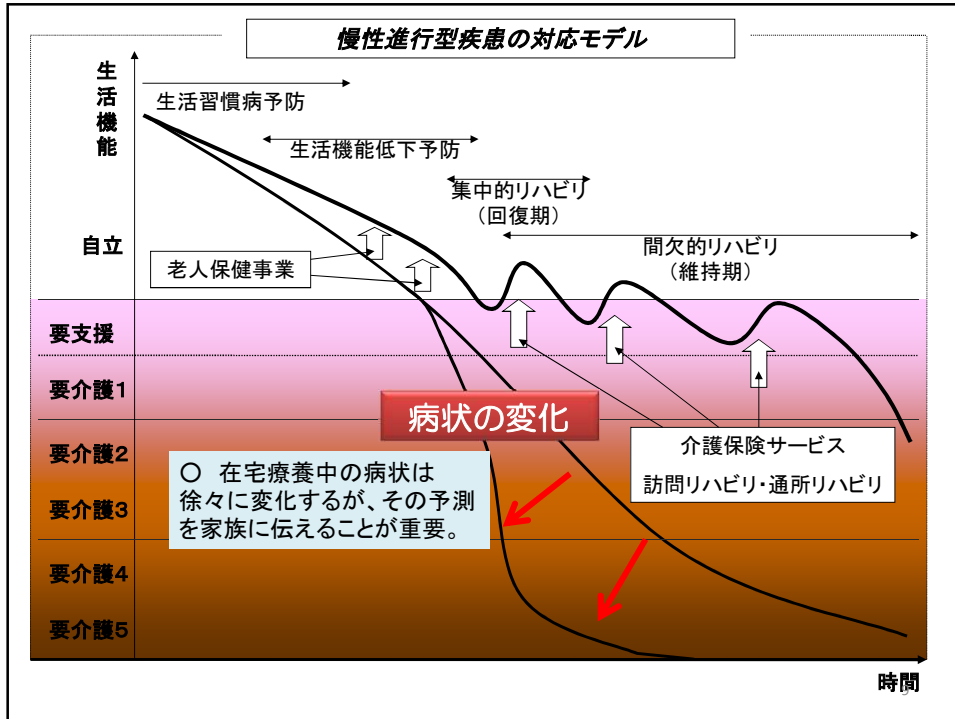
日本医師会 在宅医リーダー研修(太田秀樹、2014年)より

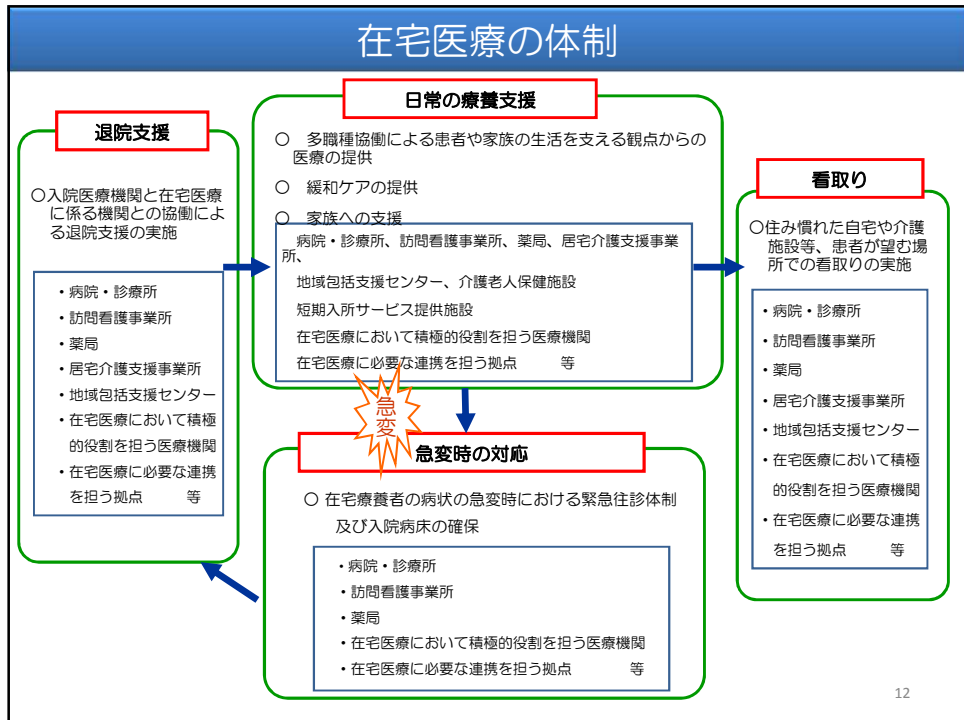
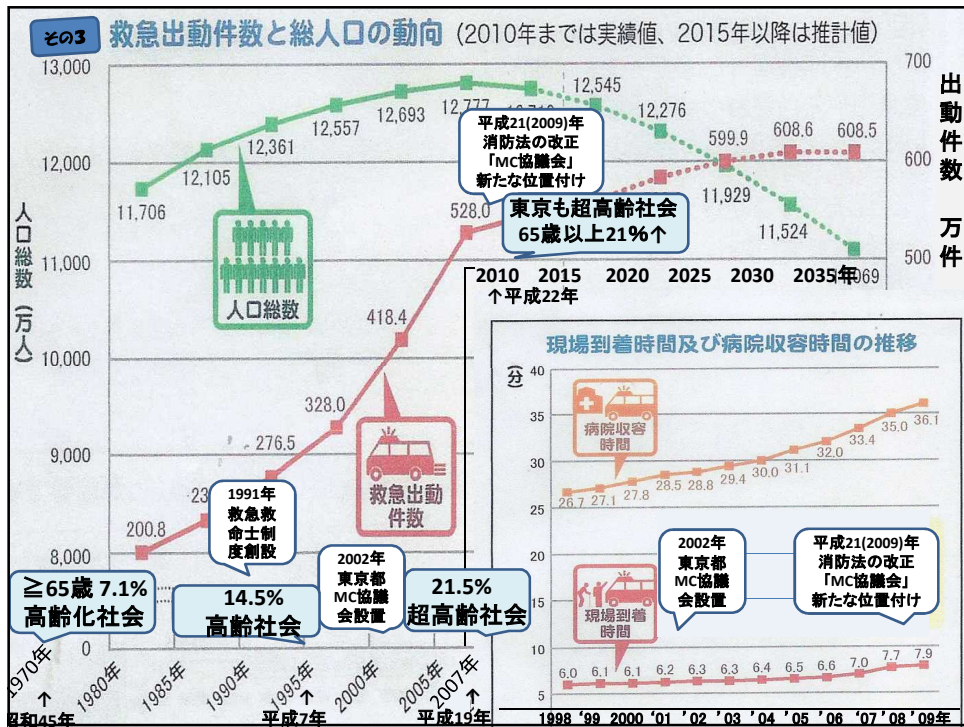
療養病床の医療区分

- 療養病床に入院している患者の中には、体制さえ整えば在宅療養が可能なる者もいる(医療区分1など)。

医療区分3	【疾患・状態】
	・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態
	【医療処置】
医療区分2	・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄
	・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理
	・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
	【疾患・状態】
	・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患
	・その他の難病(スモンを除く)
	・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾患(COPD)
	・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
	・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態
	・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)	
医療区分1	【医療処置】
	・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上)
	・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査
	・創傷(皮膚潰瘍) ・手術創 ・創傷処置
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

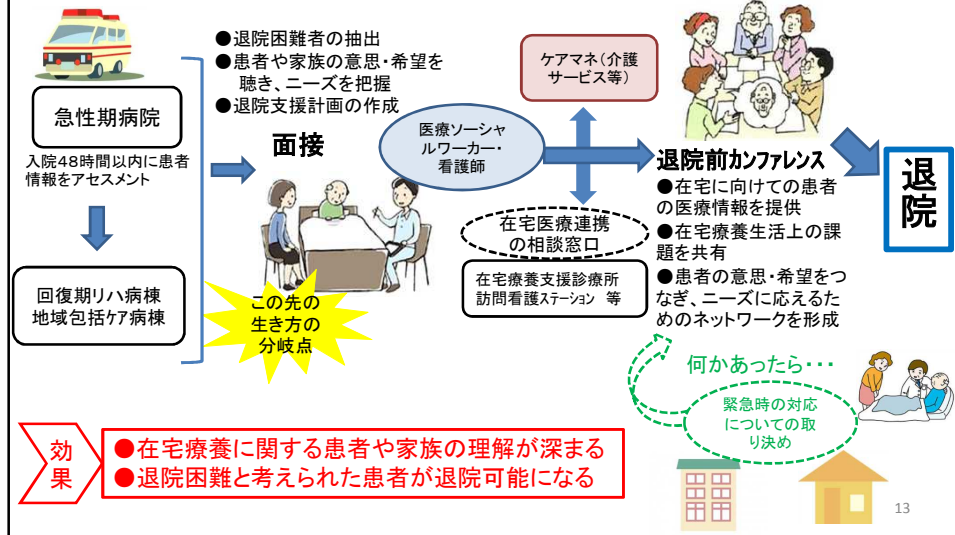
8





退院支援

退院支援とは、病気や障害のある方が自らの人生をどのように歩むかを選択し、適切な医療やケアを受けながら住み慣れた地域で生活を送るための支援



日常の療養支援

慢性の誤嚥が軽快した例

- 87歳女性。小脳梗塞後、誤嚥性肺炎を時々併発していた。
- 2014年6月に激しい咳嗽・心室頻拍発作のため、S病院へ救急搬送・入院。検査にて嚥下機能の低下を認めた。
- 患者が在宅療養を希望したため、当診療所へ紹介され退院。
- 摂食・嚥下機能評価を行い、訪問歯科による口腔ケア・嚥下リハビリおよび訪問ヘルパーによる食事介助を導入。
- その後、誤嚥を認めることなく経過し、家族との生活を楽している。



特別養護老人ホームから在宅へ移行した例

- 97歳女性。2014年7月、特別養護老人ホーム入居中に発熱・脱水症状あり、T病院へ入院。しかし解熱後も経口摂取不良が続き、点滴の継続が必要であった。
- 患者は、老人ホームではなく当診療所のもとの在宅療養を希望。
- 中心静脈ポート留置術を施行し、9月に退院して在宅医療を開始。
- 現在もIVH及び持続導尿を継続。最期は家族と過ごせるよう関係者と合意している。



急変時の対応・看取り

- 患者の急変時には、診療所の看護師に電話連絡が入り、基本的に看護師が対応している。
- 医師が緊急往診に行く頻度は、月1回以下。
- 入院の必要性は日中に判断し、早期に連携する病院と連絡を取っているため、夜間に慌てることはない。
- 入院等が必要な場合に入院できるよう、事前に病院と連携体制を組んでいる。
- 緊急時の連絡先や蘇生の是非を記した書面を患者に持たせている。

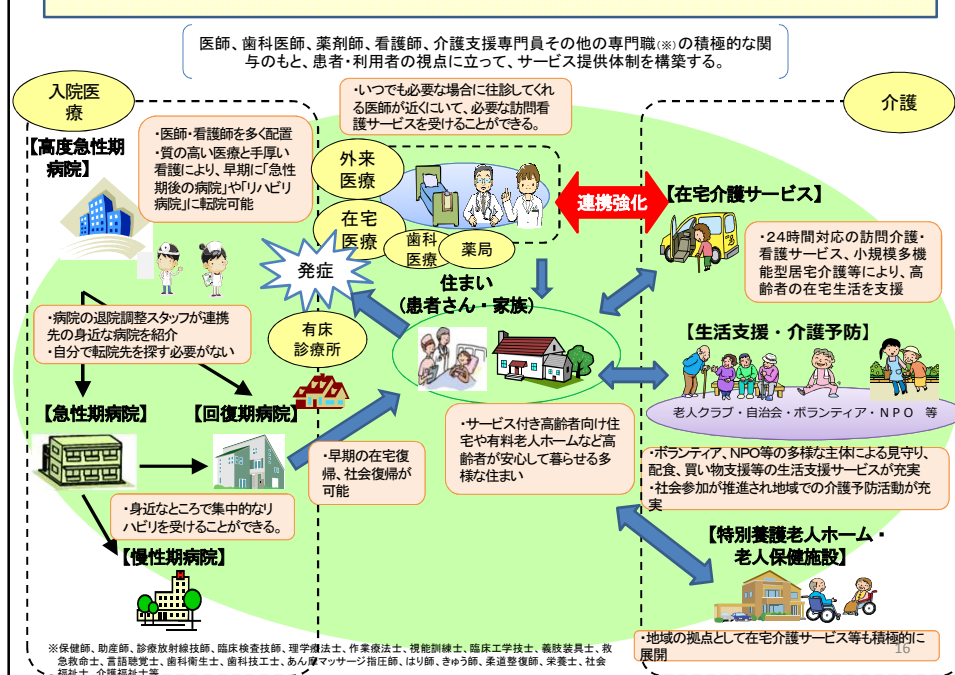


- 看取りのときは、家族が患者と十分な時間を過ごせるよう、看護師に指示している。医師は最期に死亡確認に行くが、緊急搬送になることはまずない。



15

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）



平成19年までの国立市

- ・ 市に在宅医療を担当する部署はなく、地域包括支援センターが医療の相談に乗ることは困難であり、ケアマネジャーの在宅医療への理解不足が見られた。
- ・ 市内に大規模な病院はなく、在宅療養支援診療所は3ヶ所、訪問看護ステーション3ヶ所あった。
- ・ 以前からつくし会では、独自に在宅医療に関する多職種カンファレンスを開いていた。



平成20年度に国立市で「在宅医療推進連絡協議会」を設置。 (東京都モデル事業)

- ・ 市行政が地域の課題を把握し、主体的に在宅療養の基盤整備に取り組んだ。
- ・ 一方、近隣3病院の地域連携室長(医師)と協議したにもかかわらず、在宅療養患者が退院することはなかった。病院関係者の在宅医療の知識が十分でないためと考えられた。
(参考) 多職種へのアンケート
「病院から退院を迫られた場合、在宅医療を受けながら家で過ごした
いか」⇒「はい」57% / 「いいえ・わからない」39%

17

在宅療養の支援体制づくり

平成23年度～国立市在宅療養推進事業を開始

都補助事業

国立市在宅療養推進連絡協議会

在宅療養について専門職と市民を含めた協議会を設置。年5回開催。

市とつくし会が事務局を担当

【委員】

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、学識経験者、社会福祉協議会、歯科衛生士、介護職、市民、行政(20名)

【内容】

- ・ ネットワークの構築
- ・ 認知症に関する多職種連携研修会の企画・実施
- ・ 認知症独居や24時間対応の仕組みづくりの検討
- ・ 情報交換ツールの普及検討、
- ・ 多職種によるケーススタディの検討、
- ・ 「国立市認知症の日」計画、等。

※平成23年度から認知症の施策が充実した

○在宅医療相談窓口

- ・ 社会福祉士により、在宅医療に関する相談、調整、及び助言を実施(つくし会新田クリニック内)
- ・ 市地域包括支援センターと定期的に連携会議を実施。事例への対応検討、助言等。
- ・ 市報やチラシ、リーフレットで周知。



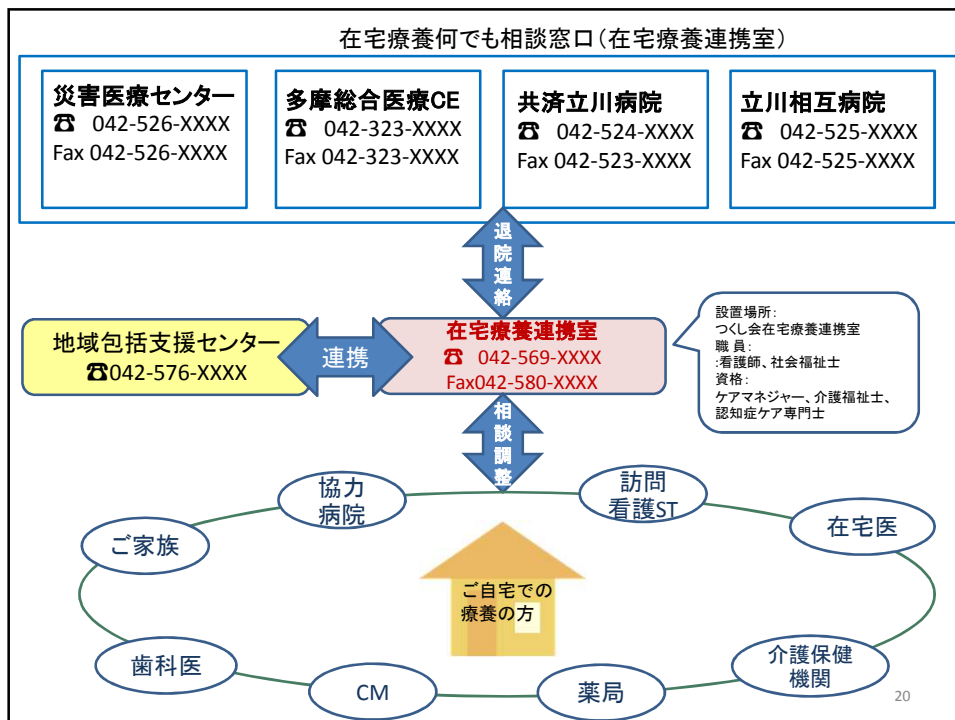
18

在宅医療相談窓口「在宅療養何でも相談窓口」

- 平成23年度よりつくし会にて「在宅療養何でも相談窓口」を開設(市の委託)。
 - 当初の相談件数は9ヶ月で41件で、ほとんどが地域の認知症患者に関する相談だった。
 - 平成26年度より、近隣の病院の医療連携室に勤めていた看護師を相談窓口配置した。
- ⇒ 相談件数は6ヶ月で95件と増加。
- 病院との間に顔の見える関係が構築され、病院からの退院支援が進み、病院を退院して在宅医療を受ける患者は16名に上った(平成26年度)。



19



在宅医療連携拠点事業（平成24年度まで）

【背景】

- 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
- 特に都市部において急速な高齢化が進展しており、死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

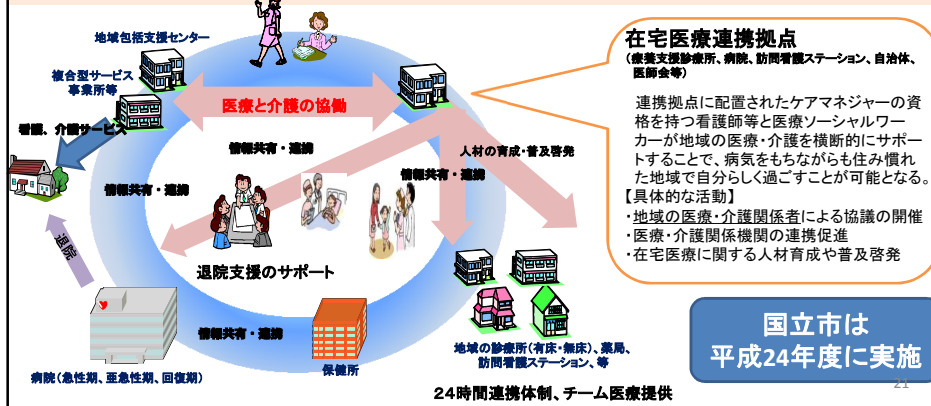
平成23年度 10カ所
平成24年度 105カ所

【在宅医療・介護における課題】

- 在宅医療を推進するには、関係する機関が連携し、医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要。しかし、これまで、医療側から働きかけての連携の取り組みが十分に行われてきたとはいえない。

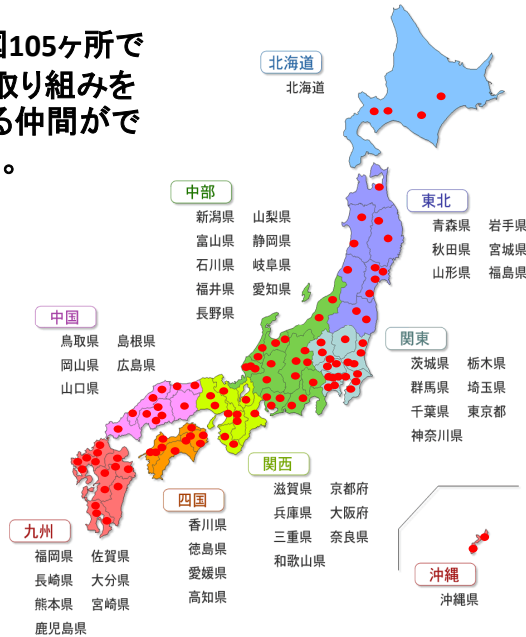
【事業の概要】

- 在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



平成24年度在宅医療連携拠点事業 実施者一覧

○ 全国105ヶ所
同様の取り組みを
実施する仲間が
できました。



実施主体	箇所数
自治体	14
病院	18
病院(在支病)	14
診療所	1
診療所(在支診)	28
医師会等職能団体	16
訪問看護ST	10
薬局	1
その他(NPO法人等)	3
合計	105

国立市の在宅医療の現状

- 市の高齢者支援課が在宅医療を担当するようになった。
- 在宅医療・介護連携のための相談窓口を設置した。
- 地域ケア会議ワーキンググループを通してケアマネの在宅医療への理解が促進した。
- 在宅療養支援診療所は3ヶ所⇒6ヶ所（うち3ヶ所は連携機能強化型）、訪問看護ステーションは3ヶ所⇒6ヶ所に増加。
- 市が開く在宅医療推進協議会で施策の協議が可能となった。
- 病院から退院して在宅療養を必要とする患者の情報は、適切に相談窓口へ入るようになった。
- 在宅療養患者の困難事例については、地域包括支援センターが把握してきめ細かい対応を行うことにより、患者と家族の満足につながった。



23

訪問看護の歴史（概要）

- **第1期（萌芽期）1970年代半ば**
全国の医療機関や保健所で様々な訪問看護を試行
- **第2期（制度化）1983年**
市区町村や保健所で「訪問看護指導事業」開始
医療機関からの訪問看護に「退院患者継続看護指導料」新設
- **第3期 1992年**
老人保健法改正のもとで「老人訪問看護制度」による
訪問看護ステーション新設
- **第4期 2000年**
介護保険制度が開始

「変わる地域医療 訪問看護ステーションの役割」(阿部智子様)より



訪問看護ステーションみけ 東京都墨田区

■ 事業所概要

- ◎墨田区人口 25.7万人
- ◎高齢化率 22.2%
- ◎隅田川沿いの向島 (最寄りの駅・・・無し!)
- ◎訪問範囲 半円1.5 Km
- ◎自転車のみでの訪問

機能強化型訪問看護ステーション1※
東京都訪問看護教育ステーション

	現在	開設時(2003年8月)
・ 常勤看護師	15名	5名
・ 非常勤看護師	4名	3名
・ 理学療法士	10名	1名
・ 作業療法士	1名	0名
・ 事務	3名(常勤)	非常勤
・ 介護支援専門員	8名	2名
・ 訪問看護認定看護師	1名	



※「機能強化型訪問看護1」は、常勤看護職員の数、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、ケアマネ事業所の設置等の条件を満たす必要がある。

入院患者さんの不安...訪問看護が支えます!

病院にいらなくなることは不安

在宅でも、訪問診療、訪問看護等を利用させていただくことで、必要な医療処置が受けられます。しかも、皆さんの生活ペースに合わせた、訪問看護を訪問看護師は提供します



自宅へ帰って、家族に迷惑をかけたくない...

ご家族の負担や不安も解消しつつ、ご家族へ命の大切さを伝えていきます

一人暮らしなので、少しの変化でも不安になり、つい119番

そんな時はいつでもお電話ください
指定を受けた訪問看護ステーションは、24時間365日
皆さんからの電話を看護師がお受けします



お家での生活や介護の不安を、Fun(愉しみ)に変えましょう!
住み慣れた地域で、安心して笑顔で暮らしたい...
その為にも、介護予防や健康の維持に、訪問看護の早期からのご利用を

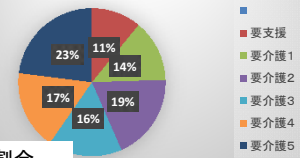


訪問看護ステーションみけ 東京都墨田区

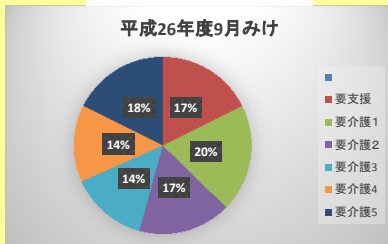
■ 利用者概要

- ◆ 赤ちゃん～高齢者まで
- ◆ 要支援～要介護5まで ほぼ同率割合
- ◆ 月平均200名 訪問延件数1500件

訪問看護利用者全国平均



要介護度別割合
平成26年度9月みけ



主な医療的処置(H26年9月)

種類	人数
IVH	4
胃瘻	8
経鼻栄養	1
人工呼吸器	1
永久気管孔	1
気管カニューレ	3
在宅酸素	11
吸引	9
間欠導尿	2
尿管皮膚瘻	1
留置カテ	11
人工肛門	6
計	52 (189人中)



訪問看護ステーションみけ 東京都墨田区

■ 訪問看護師確保、人材育成の取組

- 訪問看護ステーションの数が伸びない
- 訪問看護ステーションの休止・廃止理由は、人員基準が満たない為が多い
- 看護大学の増加
- 実習に来た学生は、「訪問看護は楽しかった」と言っている

新卒看護師の採用

教育プログラム(内部研修と外部研修の組み合わせ)の開発

訪問看護ステーションの強み

- 勤務時間の変動が少ない
- 働くチームメンバーの変動が少ない
- ご利用者さんの変動が少ない

東京都教育ステーションとしての取組

(東京都在宅医療推進協議会の提案による事業)

- 研修生の受け入れと研修生内訳 2013.11.29～2014.10.1
- 50名 延研修日数152日 延訪問件数 616件
- ステーション看護師 36名
- (うち新規訪問看護ステーション看護師31名)
- 医療機関看護師 10名
- 潜在看護師 4名(うち3名が訪問看護ステーションに就職)
- 毎月、地域のステーション等への研修会 9回・281名参加
- 地域の訪問看護ステーション等からの相談 120件

看護師には最適な教育・成長の場であり、訪問看護を起点として専門性を高めていくことができる。

■ ワークライフバランスの取組

“nothing about us without us”
(私たちのことは私たちが決めよう)

- 勤務曜日、時間、休暇を柔軟に
- 非常勤から常勤へ
- キャリアアップ支援

➡ 定着率アップ、事業所の規模拡大

■ ICT・事務職員の有効活用

- 判断に迷ったときは、動画や画像を患家から送り、管理者や先輩看護師、医師の助言を受ける
- 画像で個々の利用者の医療処置マニュアル
- 緊急電話対応などもクラウドで共有

➡ 看護職は看護・教育に専念することで、スタッフの負担が軽減
災害時にも活用！

27

在宅医療と人生のナラティブ

○ 人間は、科学としての医学の対象であるとともに、その人が生きるという物語(ナラティブ)の集合体でもある。

「人の生命史を語ることもそのものも科学である」

河合隼雄先生(心理学者)「物語と自然科学」最終講義より

○ 生命の物語の中には自然科学が存在する。そのナラティブを解釈する医学と、残存能力を見極める医学をマッチさせたものが、在宅医療の基本である。

○ 「学問が確立する前に現場が動いてきた」という歴史の中で、在宅医療は「物語という視点」に立ち、生活する人間としての患者を診てきた。

○ 在宅医療は、その人の人生、価値観、死生観を大事にする。病気は、その人の人生の全てではなく一部である。多くの方は病気にとらわれない自分自身を生きている。その生きざまを支える医療が、在宅医療の本質である。

28

提言

病院に対して

- ① 療養病床で入院するような患者像であっても、病院と連携することで在宅療養が可能になる患者がいることを知って頂きたい。
- ② 患者の在宅復帰に向けて、早期から地域の在宅医療・介護関係者との連携に努めて頂きたい。
- ③ 地域の病院には、在宅療養患者の急変時に対応する後方支援機能を担って頂きたい。

地域包括ケアに関して

- ① 退院患者を受け入れるためには、地域包括ケアシステムの構築が必要である。
- ② 訪問看護Stの充実のためには、大規模化が有効である。
- ③ 一般市民が人生のあり方について自ら考え、それに応える形で地域包括ケアが提供されるべきである。

29