

医療連携

在宅医療はどのように病院とつながるか



オレンジホームケア
クリニック
Orange Home-Care Clinic

2017.2.16.

紅谷 浩之

2011年2月1日開設
2013年2月1日医療法人化
2014年5月より以下3事業開始
訪問看護ステーション
訪問介護事業所
居宅介護支援事業所

福井県福井市(人口27万人,高齢化率27%)
医師4人体制で24時間365日の在宅医療を提供する
在宅療養支援診療所 在宅患者数約250名,年間在宅看取り数約80名

2012年 厚生労働省・在宅医療連携拠点事業(全国105施設)
2015年 厚生労働省・人生の最終段階における相談支援事業(全国5施設)

2013年～ 劇を使った在宅医療多職種連携実践研修会を全国で開催
(これまで13府県にて41回開催)
2015年～ 専門職・一般市民向けに「地域包括ケア」について知ってもらう劇講演を開始
(これまで6県にて15回開催)

Mission: 在宅医療を通して、地域の人々がHappyに過ごし続けられる「まちづくり」
(地域包括ケアシステムの構築)

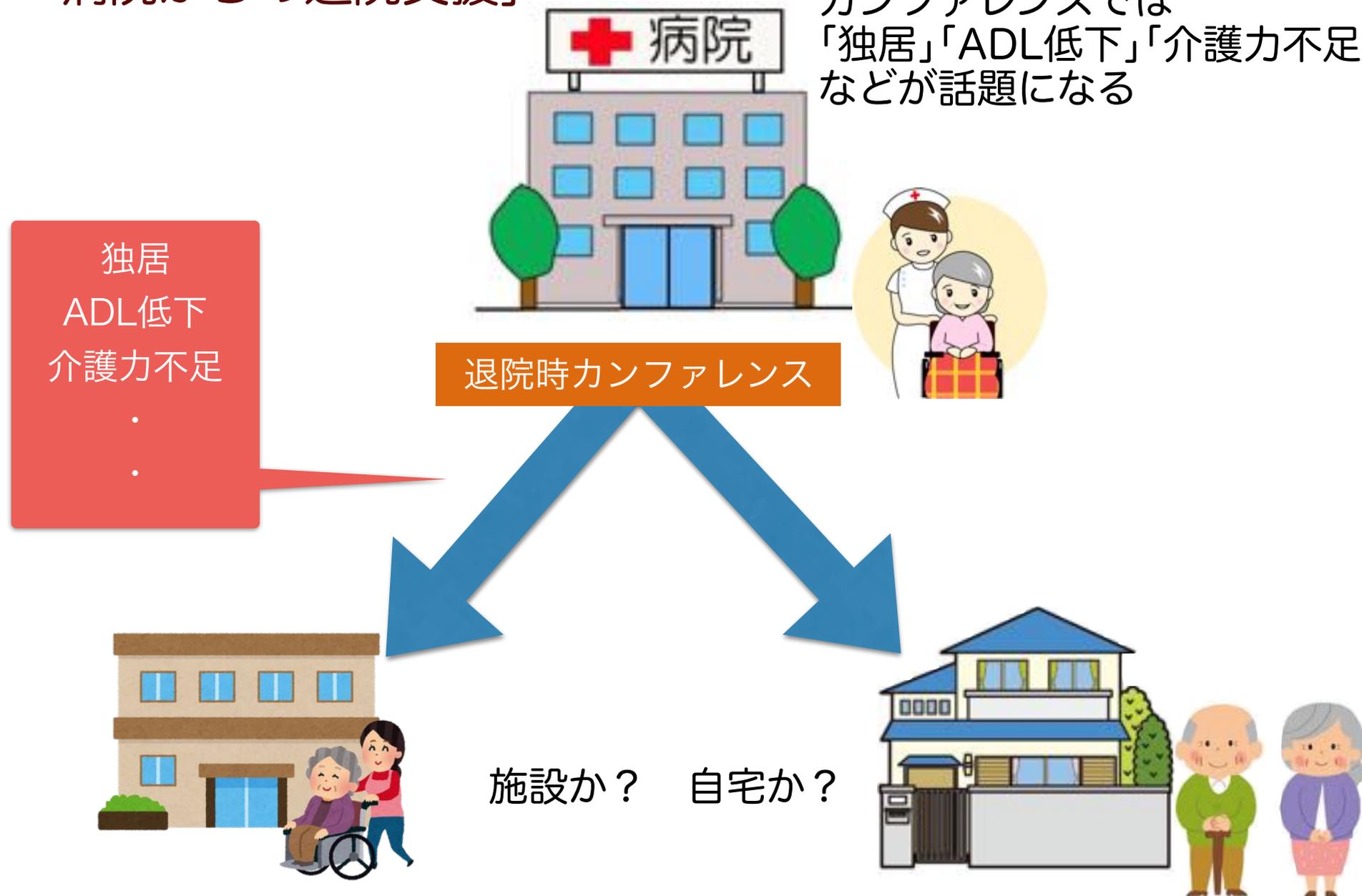


病院と在宅の連携(これまで)

★これまでの連携

「病院からの退院支援」

入院時から話が始まる「退院支援」
“病人”として自宅に戻れるか？
カンファレンスでは
「独居」「ADL低下」「介護力不足」
などが話題になる



病院と在宅の連携(これから)

★これからの連携 「地域包括ケア」

病気を持ってても“生活者”として
どのように自宅・地域生活を
取り戻すかを考えるカンファレンス
「どんな生活をするか」「その人にと
って大切なこと」などが話題になる。
価値観が整理されれば「入院回避」も

入院するときも
生活の情報を、
地域・在宅から病院へ
伝える仕組み

入院時カンファレンス

退院時カンファレンス

人生

地域の医療・介護資源
在宅医療・訪問看護
訪問リハビリ
新しい生活支援の形

元々の生活(生活力)
本人・家族の覚悟
生活スタイル
地域の支援(生活支援)

入院時連携(在宅・地域での情報・ACPを病院へ)

-88歳女性-

認知症・筋力低下によるADL低下のため在宅医療利用中
転倒し大腿骨頸部骨折、救急入院

在宅看護師が病棟看護師・連携室MSWに
生活の様子や、
家族で話しあってきた今後のイメージ(ACP)などを
病院訪問し説明。

→退院後のイメージ、入院の目標を共有
スムーズな術後退院、在宅療養へ移行



回復期連携(在宅回復期)-97歳女性-

2016年

12月12日 転倒 救急受診 左大腿骨頸部骨折

14日 手術

19日 離床・リハビリ開始

30日 自宅退院

退院時ADL:移動全介助

2週間 特別訪問看護指示

→看護師・PT が毎日訪問

生活の立て直し, リハ栄養計画

その後

→PTが週1 + 訪問介護毎日

2017年

2月1日 ADL:トイレ歩行可能,入浴軽介助

生活こそがリハビリ!

入院時の説明(救急外来で)
“手術→リハ→回復期
パスに乗ってもらいます”

パスをパス!

要介4

要介1相当

めざせ自立!



早期連携(術前術後から看取りまで連携)-59歳女性-

X年2月 進行胃がん診断

3月 開腹するも腹膜播種を伴うIV期→切除不能
抗がん剤開始

4月 退院→外来化学療法へ (訪問診療/訪問看護開始)

在宅医療の役割(外来化学療法)

化学療法前検査(待ち時間短縮)

化学療法後副作用への対応(往診, 訪問看護, 内服処方)
メンタルケア

X年7月 病巣縮小にて治癒切除の可能性あり
家族会議(ACP)

在宅医療の役割(術前)

家族会議に同席 “人生の最終段階の相談(ACP)”

早期連携(術前術後から看取りまで連携)-59歳女性-

X年8月31日 胃全摘+膵体尾部切除+胆嚢摘出

9月21日 退院

在宅医療の役割(術後)

術後リハ栄養介入:HPN,食事指導,生活リハ

メンタルケア、家族ケア

診療中のやりとりからACPを繰り返す

X年12月 ADL回復のため在宅医療終了

X+2年3月 再発・骨転移・歩行困難のため在宅医療再開

在宅医療の役割(人生の最終段階)

今後の治療方針の相談(ACP)

全身状態管理,介護との連携,疼痛管理

メンタルケア、家族ケア(事前グリーフ)

ACPを重ね、看取りへ

X+3年3月 看取り

退院後の情報共有(在宅療養移行報告)



お嫁さんが作る食事がおいしい!

「食事がおいしい!うちでは嫁が口に合うものを作ってくれるからなんでもおいしいです。」

退院して2か月。おうちに帰ってきて何が一番よかったですか?との問いに、笑って応えるユリ子さん。自宅では家族みんなの顔を見ながら、そして声を聞きながら、ご自宅で穏やかに過ごしています。

美山町の間戸に生まれ、間戸で育ったユリ子さん。20歳の時、近所の住んでいたご主人のもとに嫁いできました。家族の中では一番早くに起き、子を育て、家庭を守りながら、夫婦一緒に畑や炭作りの仕事もしてきました。ユリ子さんにとって、間戸は78年という人生の大半を過ごした大切な故郷なのです。



ステキな家族に囲まれて

情けなく感じた、寝たきり生活

脳出血を発症、県立病院に入院した5か月はユリ子さんにとって、初めて故郷を長く離れた時間でした。右半身の麻痺で、最初はベッド上で寝たままの生活になりました。「トイレに行きたくても行けず、情けない気持ちを味わった」と入院当初を振り返ります。「うちに帰れるよう、トイレくらい行けるようになりましょう!」と、病棟の看護師さんやヘルパーさん、リハビリスタッフにも励まされ、毎日一生懸命にリハビリメニューに取り組みました。



人生と一緒に歩んできたご主人と

故郷の間戸に帰りたい、おうちに帰りたい。

その気持ちと一緒に寄り添い、毎日支えた病院スタッフ。「病院のみなさんが助けてくださったから、こうやってうちに帰ってくることができた。本当にありがとうございます。」満面の笑みでユリさんは語ります。濡れたオムツをさっと替えてくれたオオウラさんや、リハビリのタクウチさんをはじめ、心に残るスタッフはたくさんいるようで「元気に自宅で過ごしていることを、ぜひ病院の皆様へ伝えてください!」とのことでした。

ユリさんが、病院スタッフに取り戻してもらった、こんな当たり前の時間や笑顔を、これからもオレンジと在宅スタッフのみんなでお支えしていきたいと思えます。



在宅を支えるスタッフたちとご家族

退院後も患者安心

自宅での様子リーフレットに



退院後の生活を写真と文章で紹介したリーフレットを渡しながら、紅谷浩之医師(左)と笑顔で話す錦古里ユリ子さん。||福井市で

在宅医療の良さを病院や患者に知ってもらうと、在宅医療に取り組む診療所「オレンジホームケアクリニック」(福井市田原1)が今年6月から、退院後の患者の生活を1枚のリーフレットにまとめる試みを始めた。退院すると病院と患者の関係は切れてしまいがちだが、患者からは「退院後の様子を知ってもらえるのはうれしいし、励みになる」と好評だ。【橋建吾】

「在宅医療の良さ知って」

在宅医療専門医で同クリニック代表の紅谷浩之さん(36)によると、在宅医療の担当医が、入院していた病院に患者の経過報告をするケースは少ないという。病院は、在宅医療の実態を知らないまま患者を退院させているのが実情だ。リーフレットはA4判で、看護師やソーシャルワーカーらが患者から自宅での様子や思いなどを聞き取り、写真も撮影して作製。患者と家族、病院の医師や看護師に渡している。福井市内の病院を退院し、7月中旬から自宅で過ごす錦古里ユリ子さん(78)は、夫婦の写真や病院への感謝の気持ちへ、自宅で元気に過ごしている様子を紹介したリーフレットを作ってもらい、「自分の足で病院に行くのは難しく、自分のことを先生や看護師に知っ

福井の診療所が橋渡し 病院も評価

てもらえるのはうれしい。「頭張らない」と思う」と話す。他の患者のリーフレットも、「1した時にしたいことができて、家に帰ってきたかがある」「孫と一緒にご飯を食べると、おいしく感じる」など「自宅に戻った感想や「看護師さんともたくさん話せたし、冗談を言い合えたことが楽しかった」など病院へのメッセージがつけられている。病院勤務の女性看護師は「(在宅に)送り出す不安はあるが、元気であることが分かるとうれしい。退院させて良かったと感じられる」と取り組みを評価する。紅谷代表は「在宅医療は全国的に増えているが、医療関係者に十分に認知されていないとは言いにくい。地域全体が在宅医療を受け入れる環境を整え、病気になるっても楽しく過ごせる町をつくらたい」と話している。

在宅におけるACP(病院での意思決定は覆る)

在宅で行われるエンドオブライフケア相談

・日々相談、亡くなるまで相談し続ける

↓人生の最終段階における医療体制整備事業より

期間中に初診のあった患者 20名

		患者数		診療回数	人生の最終段階に関する相談	診療にて人生の最終段階に関する相談が行われた割合		
		転機・患者数	在宅死率					
がん	9	最期は自宅以外を希望	4	100%	2回～11回	6.3回	3.5回	55.5%
		最期まで自宅希望	5	100%	2回～12回	8.6回	5.0回	58.1%
非がん	11	期間中に看取り	2	100%	3回～4回	3.5回	2.5回	71.4%
		診療継続	9	-	4回～7回	5.7回	3.2回	56.1%
全体		20	-		6.3回	3.7回	57.9%	

- 診察2回に1回以上は、人生の最終段階に関する相談を行っており、
- (さらに診察3回に1回以上は※特に踏み込んだ相談を行っていた)

●がん患者は、診察の多くをこれまでの人生や、今後のことについて話し合う時間を多く取っていた。特に診察を開始して数回はそのような話し合いに多くの時間を割いていた。

●非がん患者では、診察時においてこれまで歩んできた人生や考え方、死生観について話し合うことが多くみられた。

point①

退院時は病院死を望んでいた患者も自宅での相談を日々継続したことで在宅死を再選択し、それを叶えた

point②

在宅診療では定期診察時にも最期の場の選択や、終末期の治療方針などの相談が頻回に行われていた

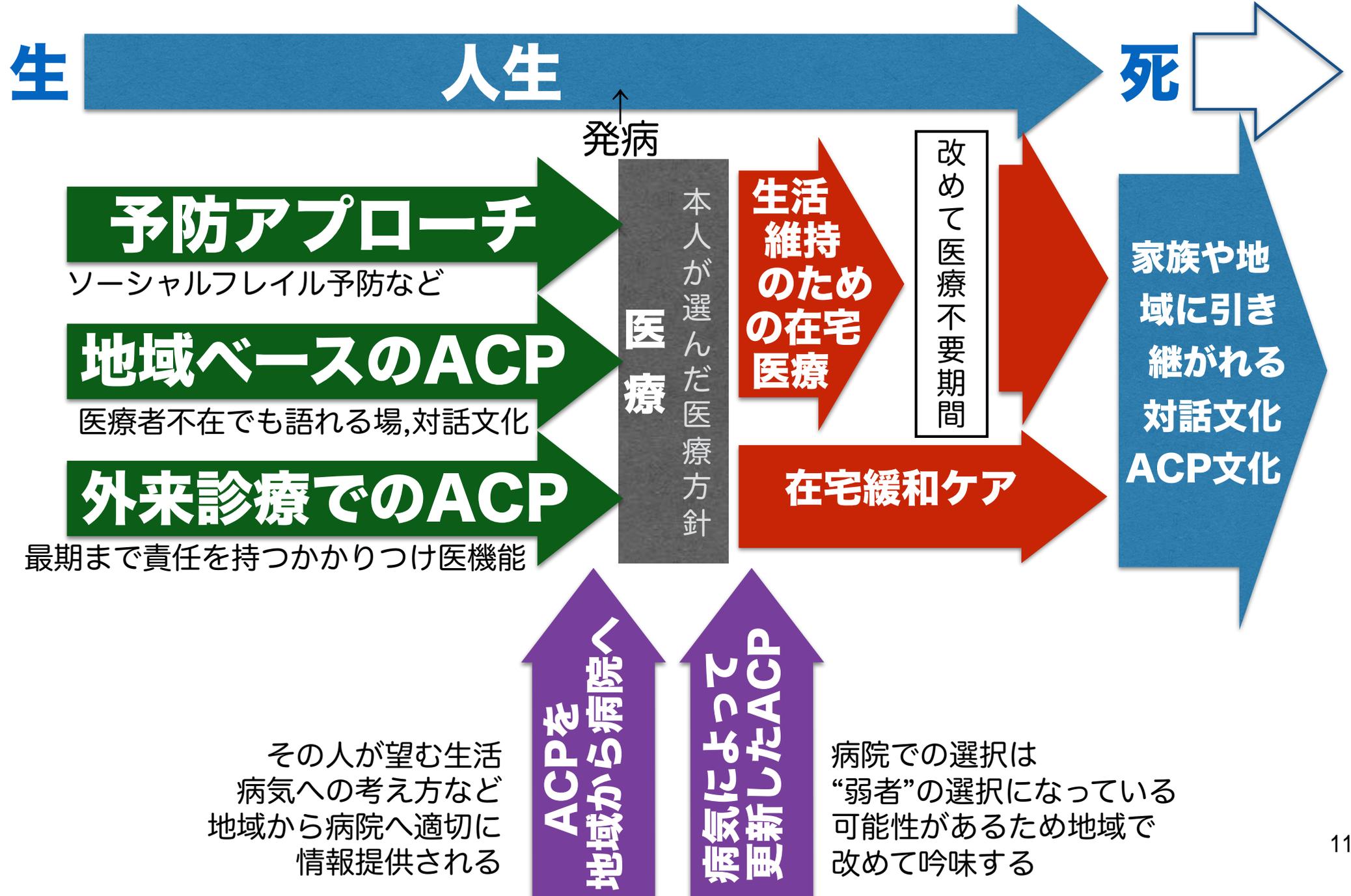
退院時は

「最期は病院で」「歩けなくなったら入院」「緊急時は救急車」という方針だった患者が4名いたが、在宅診療のなかで相談を重ね、最終的には全員が在宅看取りとなった

在宅で相談を重ねられる仕組みが必要
病院でのACPを引き継ぎつつ、踏み込んだ相談を重ねられる人材 (MSW) が必要

「病院にいる時、人は決める力を失っている」
(宇都宮宏子氏)

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



小児在宅医療における連携

在宅医(総合医/地域医療医)が行う小児在宅医療

- ・小児科医の小児在宅医療参入はなかなか進まない
 - ・在宅医が小児もみられるよう進化する方が早く,効果的
- 在宅医療の視点が小児在宅医療にはより濃厚に必要
- 1.時間軸=病状変化だけでなく家族や地域の変化をイメージして支援
 - 2.生活軸=患児を支え,患児に支えられる家族友人地域の資源化

在宅医が小児在宅医療に関わるメリット

- 地域多職種連携に慣れている
- 患児だけでなく家族の相談にもものれる
- 成人後にも継続して対応出来る
- 地域ベースのACPを行える
- 地域包括ケアシステムを理解できている

在宅医が小児在宅医療に関わるとき学ぶべきこと

- 成長に伴う病態変化
- 病状変化のスピードが成人と異なる
- 介護保険が使えず障害の各種制度を使う(複雑)
- 保育や教育との連携



在宅医向け小児在宅医療研修会
全国から多数の医師が参加
2016年1月,2017年1月

小児在宅医療における連携

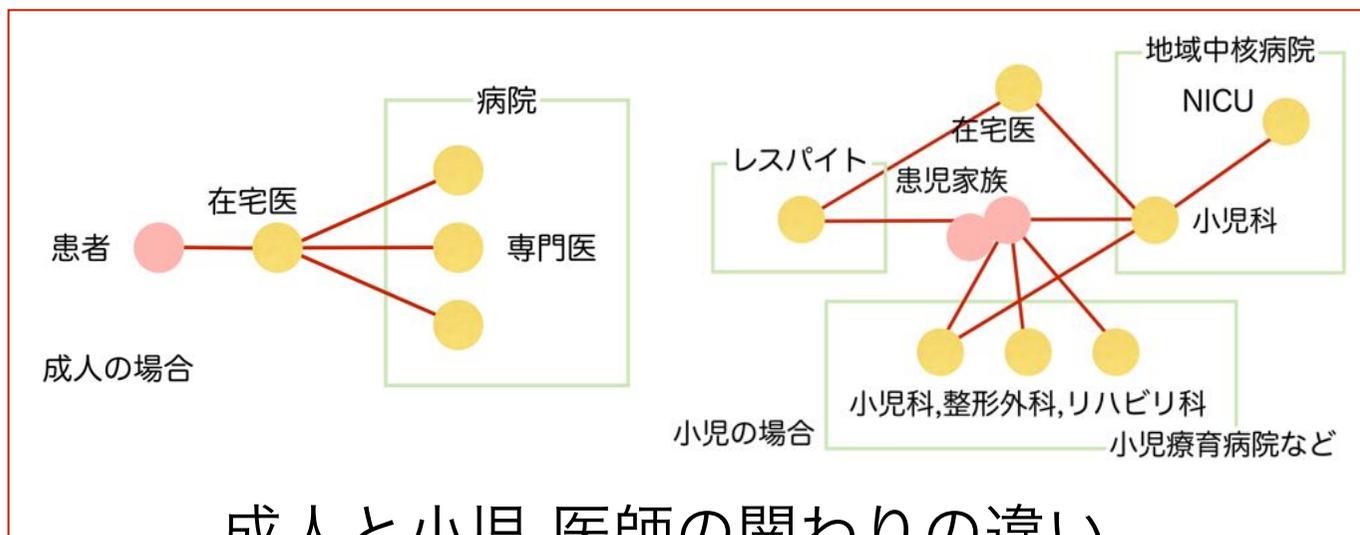
在宅チームと病院チームとの連携・協働

小児在宅医療対象児は在宅主治医と病院主治医を持つ
小児は多くの場合、急変時にこのまま家で…ではなく入院
退院時の一時の関わりではなく、通院時にも細やかに連携することで
ケアの継続性や、在宅医のスキルアップや安心感につながる

＝退院時カンファレンスだけでなく、通院時のカンファレンス(外来受診同行)も重要

入院時であっても、生活感を維持することの重要性
在宅ケア再開に向けた準備を入院時から開始できる

＝訪問看護師や訪問介護・障害児施設スタッフの病院訪問で繋がりが維持できている



成人と小児 医師の関わりの違い



小児在宅医療における連携

障害者施設との連携

障害者が住み慣れた施設で最期まで過ごすことの支援
もともと医療ケアが必要ない障害者も加齢に伴い疾病を合併
健常者なら入院加療するような疾患でも障害が理由で入院が困難となる場合も

障害者施設（福祉施設）は医療との連携が手薄
住居である施設への在宅医療が重要
住居系施設と通所系施設の併用をしている障害者も多い
→住居系施設との連携だけでは片手落ち

↓ADL全介助 一人暮らし 31歳女性の訪問診療



障害者施設でのインフルエンザ予防接種↓



小児在宅医療における連携

医療チームが支える医療ケア児「日中活動支援」

オレンジでは、人工呼吸器など医療ケアが必要な重度障害児(成人含む)の日中活動拠点を運営（オレンジキッズケアラボ）

生まれつきの重度障害や難病患者にとっては人生の最終段階についての話し合いを一生継続することになる。

“オレンジキッズケアラボ”では子どもたちの未来と家族・地域との繋がりにスポットを当てて前向きな話し合いを継続している。

→医療ケアが必要な重症児を育てながら仕事に復帰しているお母さんが70%以上（全国平均5%程度と予測）



小児在宅医療における連携

生活の中での医療ケア、あらゆる連携が必要

子どもの生活の場は“在宅”だけではない

日常 : 保育園、学校、そして社会へ（就労、生活デイ）
地域（公園、公民館、学童保育、買いもの）

さらに：旅行、温泉、軽井沢、ディズニー、オリンピック

いざ : 被災時

＝生活の場全体へ医療を届けたい（現在は“在宅”でのみ“在宅医療”が受けられる）



医療ケア児の生活は誰が守るか？

- ・福祉チームだけでは医療ケアに対する(スタッフ・親の)不安を払拭できない
 - ・医療チームだけでは安全第一となり児の成長を抑制してしまう
- 子どもの生活の場は“自宅”だけではない→学校, 保育園, 障害児施設
生活の場で医療がうまく使えると良い