

厚生労働省委託事業 在宅医療・介護連携推進支援事業

「在宅医療・介護連携推進事業 プラン作成強化セミナー」

その人らしく生きて逝ける 地域めざして

かみいち総合病院家庭医療センター

センター長 佐藤 幸浩

看護部 看護師長代理 大野知代子

地域医療連携室 係長 萩原美紀子



劔岳
つるぎのたけ



- ・ 人口21,431人、高齢化率33.7%の上市町に位置する公立病院
- ・ 病床数199床
(一般100床、回復期48床、精神科51床)
- ・ 平成25年に回復期リハビリテーション病棟が開設され、急性期から回復期、在宅医療まで切れ目のない支援体制に取り組んでいる。

約60年前・・・



農山村の住民の
医療に対する
期待を背負って
誕生！

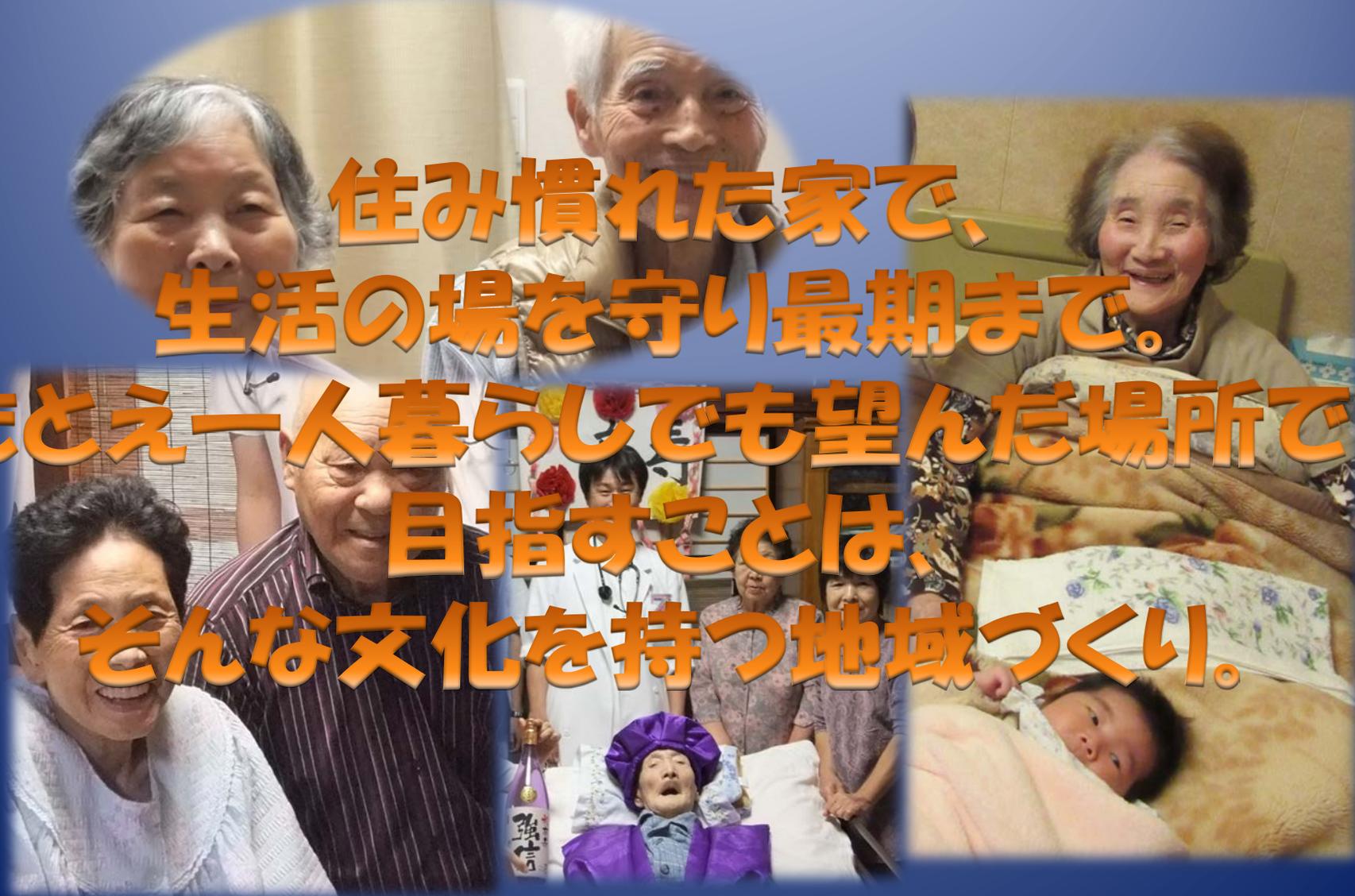
町村組合立
「上市厚生病院」
ができた！



これからの高齡化社会の中で、
医療水準を保つことは当然です。
地域のために病院ができることは何か、
地域での病院の役割はなにかを
考えていくことが今まで以上に重要に
なってきました。

わたしたちが目指すこと

住み慣れた家で、
生活の場を守り最期まで。
たとえ一人暮らしでも望んだ場所で。
目指すことは、
そんな文化を持つ地域づくり。



H21年 家庭医療センター設立

訪問診療を担う部署が
院内の組織として確立！した





在宅看取りはできなかった・・・

息を引き取る寸前の救急搬送。

・・・さすがに検死はありませんでしたが。



「家で死にたい」・・・そう言って亡くなった。

どうしたら最後の望みを叶えてあげられるんだろう。

在宅療養を支える取組み

家庭医療センター
訪問診療

たてやまつるぎ
在宅ネットワーク

ナイト
スクール

上市ナイトスクールでは

- **日時** 19時から21時まで
- **場所** 各地区公民館
- **内容** 1医療に関する講演
2かみいち総合病院の現状について
3住民のみなさんと医師等による意見交換
- **対象** 開催地区の町民

ナイトスクール



在宅医療を推進する

たてやまつるぎ 在宅ネットワーク



設立のご案内

会長：中新川郡医師会

●平成24年度、県が中新川郡医師会へ在宅医療支援センター補助金の交付
中部厚生センターと中新川郡医師会が在宅医療のシステムづくりを検討

●基礎自治体における在宅医療推進のモデルとして上市町長が、国「在宅医療連携拠点事業」を受託

連携を密にしたネットワーク



訪問看護
訪問リハ

厚生センター
行政

ケアマネ
ジャー



地域包括支
援センター

住み慣れ
たところで
最期まで
過ごしたい

病院
診療所
歯科診療所

薬の配達
お薬の飲み方
の指導

薬局

福祉用具貸与
住宅改修

訪問介護
訪問入浴

施設

デイサービス
ショートステイ



**急性期病院等からの退院患者
(在宅担当医未定)**



コールセンター:かみいち総合病院

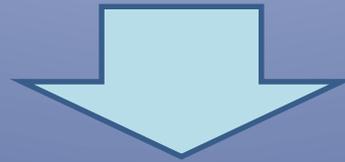


**在宅担当医の決定
開業医または病院
(主治医、副主治医の決定)**

主治医、副主治医のグループ

主治医	副主治医	副主治医の役割
開業医	開業医	緊急時、不在時の対応
開業医	総合病院	緊急時・看取り時の対応 並診
総合病院	開業医	緊急時・看取り時の対応 並診

たてやまつるぎ在宅ネットワーク 事務局：上市町



平成27年より
三部会を設置

**支援体制
部会**
全体の進捗
管理

**多職種連携
部会**
多職種研修
の企画・運
営

**普及啓発
部会**
住民の認識
醸成

多職種連携部会

- 多職種連携研修の企画・運営
- IPE研修 とやまいびー （富山大学総合診療部のとの共催）
- 見える事例検討会

普及啓発部会

- 在宅医療に関する住民向け講演会
- 出前講座
- 在宅医療に関するリーフレットの作製

地域医療連携室および 家庭医療センターのとりくみ



看取り体制の足跡

H21年

家庭医療センター
を開設

H21年・H22年度の
在宅看取り件数は
0。

H23年

在宅看取りに取り組
む

**「グリーンケア訪問」
を開始**

H24年

「在宅看取りのための
チェックリスト」

「終末期の状態につ
いての説明リーフレッ
ト」

「緊急時の連絡方法」
を用いて医療・患者サ
イドの準備体制を整え
る

グリーフケア訪問の様子



グリーフケア訪問に同行した研修医

自分で塗った壁
自分で張った天井



妻を大切にしていた。
妻の介護負担を考え、入院を希望したが、ある時から「家に帰りたい」としきりに言うようになった。
退院した後、衰弱していく夫に入院を勧めたら「病院にいかんならんがか」と悲しい顔で聞いてきた。
その言葉を聞いた時、家で見てあげようと決心した。

「グリーンケア訪問」記録から参考にした意見

「亡くなったときに先生が来てくれて、本当に嬉しかった」

「いつもと様子が違うと気づいたとき、パニックになってしまった。

訪看さんやケアマネさんにしょっちゅう電話していたのに、そのときには何も思いつかなかった。」

「家で亡くなると警察が入って、大変なことになると思っていた。」

「町のお医者さんにもお願いしてあったので、
何があっても大丈夫と、安心だった」

「不安だったけど、亡くなっていく様子を説明され安心できた」

「家で亡くなるということが当たり前じゃなくなっているが、
家で看取るということは残される者にも満足のいく出来事だった。
これからも一人でも多くの町民が家で亡くなることができるよう、
体制を整えていってほしい」

看取り体制の足跡

H21年

家庭医療センターを開設

H21年・H22年度の
の

在宅看取り件数は0。

H23年

在宅看取りに取り組む

「グリーンケア訪問」を開始

H24年

「在宅看取りのための
チェックリスト」

「終末期の状態についての説明リーフレット」

「緊急時の連絡方法」
を用いて医療・患者サイドの準備体制を整える

在宅で看取りを行うためのチェック項目

- 本人または家族が希望している。
- キーパーソンを確認している。()
- 在宅で療養を行うための介護力を確認している。(介護保険の導入：介護度)
- ケアマネと連携がとれている。(担当ケアマネ：)
- 訪問看護と連携がとれている。(担当ステーション：)
- 訪問診療または往診医は確保されている。()
- 病院の日当直に急変時の体制についての連絡がされている。
(看取り希望者リストへの記載)
- 看取り体制の調整がついている。
(当院の看取り当番Drへ院内メールで連絡 ・ 副主治医 _____ Drが看取り)
- 当直室の看取り患者ファイルに住宅地図・診断書の準備ができています。
- 家族に急変時の連絡・対応についてリーフレットを用いた説明がされている。
- 終末期にみられる身体の変化についての説明がされている。
- 在宅看取りについて理解していただいている。(看取り体制について説明・同意書の記載)
- 献体希望の有無の確認
(臓器提供の意志： 有 ・ 無 / しらゆり会に登録： 有 ・ 無)
- ペースメーカー等体内埋め込み医療機器の有無 (有 _____ ・ 無)

終末期の状態についての説明

死が近づいているおおよそのサイン

死亡1週間前くらい

- トイレに行けなくなる
- 水分が飲めなくなる
- 尿量が減ってくる
- 発語が減ってくる
- 見かけが急激に弱ってくる
- 眼の勢いがなくなってくる
- おかしなことを言ったり、無意味な行動をとったりする

死亡前48時間以内

- 一日中反応が少なくなってくる
- 呼吸が不規則になってくる
- ゼロゼロという呼吸になってくる
- 手足が冷たくなってくる
- 手足の皮膚の色が紫色になってくる
- 冷や汗が出現する
- 顔の『相』が変わる
- 身の置きどころがないかように手足をバタバタさせる。

亡くなられたことをあらわす状態

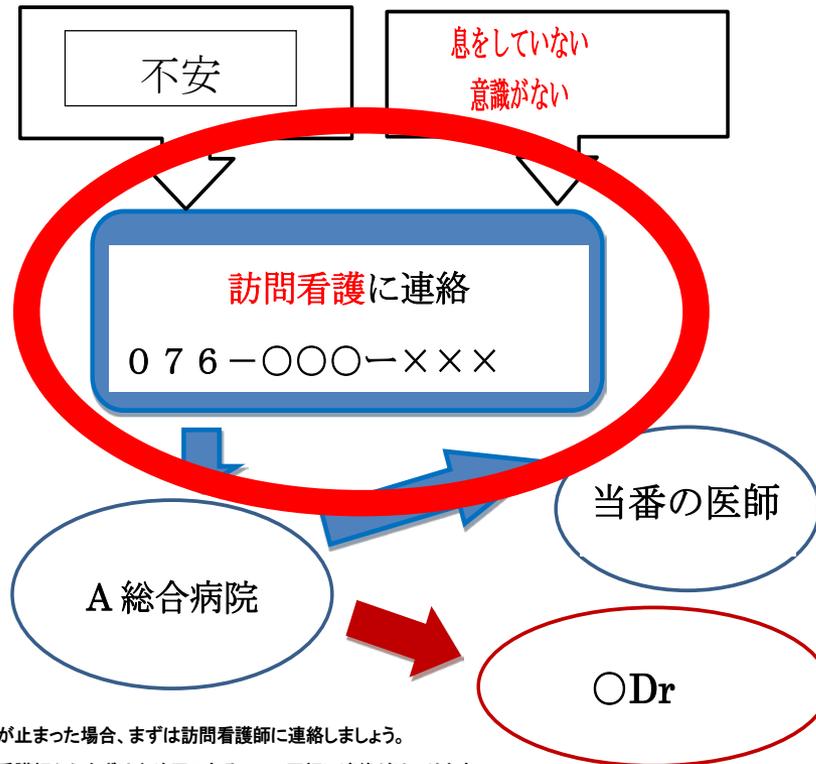
- 心臓の鼓動音や呼吸の音が聞こえない
- 瞳孔が開いたままになっている
- 皮膚の色が変わって見える
(青白い・ろう人形のよう)
- 体温が低い・身体が冷たい
- 尿や便が出ている(失禁している)
- 目が開いたままになっている・口が開いたままになっている

80代 膀胱癌



ひとつひとつ確かめ
ながらみていました
最期はお気に入りの
布団でした

ご家庭で療養中に容態が変わった場合の対応をご説明します。



- 1、呼吸が止まった場合、まずは訪問看護師に連絡しましょう。
 - 2、訪問看護師からまずは主治医である____医師に連絡がはいります。
 - 3、可能なかぎり、____医師が訪問し、最期の確認をします。
 - 4、____医師が不在の場合、当番の医師が訪問し、最期の確認をします。
 - 5、医師の訪問が不可能な場合、救急車で病院に搬送してもらい最期の確認をすることになっています。
 - 6、真夜中や明け方の場合は、訪問看護師に連絡し、呼吸が止まった時間を知らせてください。そのあとの対応は訪問看護師に相談してください。
 - 7、夜中で医師がすぐに訪問できない場合は、そのまま静かに____さんに付き添ってあげてください。朝、医師に最期の確認をしてもらいます。
- ※病院への搬送を希望される場合は救急車を要請してください。(病院の救急室には____さんの状態を伝えてあります。

看取り体制の足跡

H25年

4名の医師で
「家庭医療セ
ンター看取り
当番体制」を
開始

H26年

A病院が嘱託
医である施設
入所者と家庭
医療センター
の看取り訪問
時間を同一と
する。

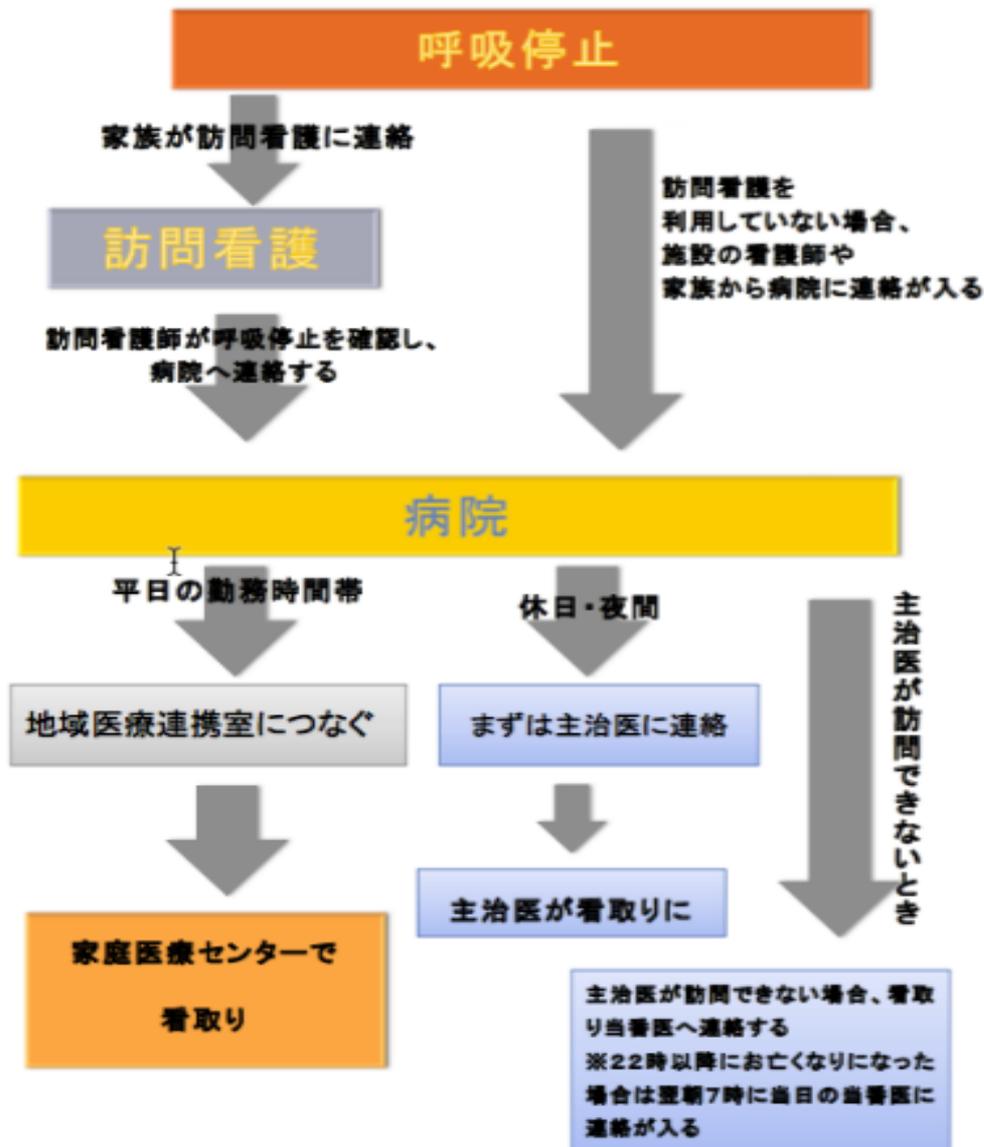
H27年

在宅看取り体制を
病院全体の体制と
して取り組むこと
に。

看取り当番医師が
8名→17名に。

「在宅看取りマニユ
アル」を作成

かみいち総合病院の看取り体制



70代女性 認知症 肺癌



富山県産の杉をふん
だんに使った
こだわりの家



「先生、ありがとう
楽しかった」

まとめ

(ア)～(ク)のとにくみにあてはめると

(ア) 地域の医療・介護資源の把握

医療支援マップ、介護資源マップの作製および住民
関係者への配布

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

たてやまつるぎ在宅ネットワークで多職種による
(参加施設による)会議にて検討
支援体制部会、多職種連携部会
ナイトスクールでの住民の声のひろいあげ

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

たてやまつるぎ在宅ネットワークでの連携
主治医、副主治医制

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療介護連携シート(入院時、退院時)
多職種での退院カンファレンス、担当者会議の開催

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療介護連携シート(入院時、退院時)

多職種での退院カンファレンス、担当者会議の開催

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

病院、地域包括支援センターがおこなっているが
郡医師会と調整中

(カ) 医療・介護関係者の研修

多職種連携研修の企画、開催

IPE研修、とやまいびー(富山大学との共催)

みえる事例検討会

(キ) 地域住民への普及啓発

在宅医療に関するリーフレットの作製

住民向け講演会、出前講座、ナイトスクール

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

地域連携パス

(ア)(イ)(ウ)(エ)(カ)(キ)

たてやまつるぎ在宅ネットワーク

および参加施設

地域包括支援センター、

かみいち総合病院、

医師会、行政が連携して担っています

(イ)グリーンケア

(イ)(キ)

ナイトスクールもこの役割を担っています

訪問診療の推移



在宅看取りが可能になった！

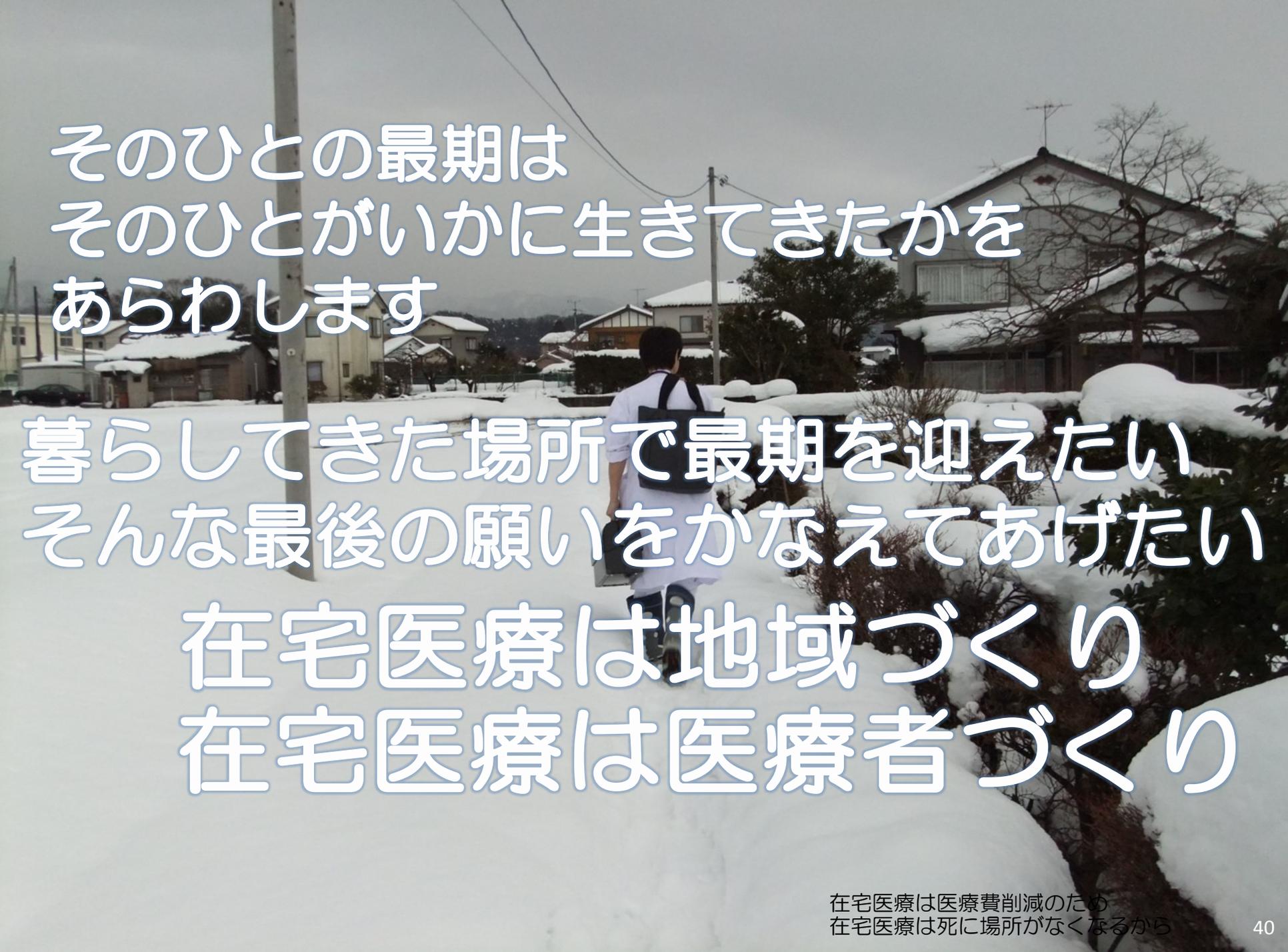
(人)



現時点の評価と今後の取組の方向性

かみいち総合病院での訪問診療、在宅看取りは順調に件数をふやしてきたが、ひとりひとりに丁寧に向き合ってきたことも大きな要因

介護連携、多職種連携の定量的な課題抽出と分析、評価

A person in a white coat, likely a healthcare worker, is walking away from the camera through a residential street covered in snow. The houses in the background have snow on their roofs, and the overall atmosphere is quiet and wintry.

そのひとの最期は
そのひとがいかにか生きてきたかを
あらわします

暮らしてきた場所で最期を迎えたい
そんな最後の願いをかなえてあげたい

在宅医療は地域づくり
在宅医療は医療者づくり

ご清聴どうもありがとうございました

