

在宅医療における 多職種連携

広島市中区 折口内科医院
高橋浩一

何故、在宅緩和ケアなのか

- 1 多くの人が在宅で最期の時間を過ごすことを望む
- 2 患者が病院で最期をむかえるより、身体的苦痛と精神的苦痛が少なく、QOLが高い*¹⁾。
 - 痛みの閾値が上がる(モルヒネの使用量が減る)
 - 自分らしさを貫くことができる
 - Spiritual pain(魂の痛み)を癒す力がある
- 3 自宅のほうが、家族が心の傷をうけにくい
 - 在宅看取りのほうが、死を受け止めて(命を引きついで)生きていくことが容易となる

* A. A. Wright et al. Place of Death: Correlations With Quality of Life of Patients With Cancer and Predictors of Bereaved Caregivers' Mental Health. *Journal of Clinical Oncology*, 2010

本来の緩和ケアとは？

- 疾患・年齢を問わず受けられるケア
 - 非がん疾患、小児の緩和ケア
- ほとんどの人が一生に一度は受けるケア
- どこでも受けられるケア
 - 在宅・地域が中心としつつ、あらゆる場へ届けるケア（施設、急性期）
- 特別なケアではなく、だれもが提供するケア
 - 専門的医療からプライマリ・ケア・モデルへ
 - 全ての専門職がチームで関わるもの（看護師、介護職）

エンド・オブ・ライフ・ケアは ほとんどの人が受けるケア

障害

(長期ケア&リハビリテーション)

- 運動器の障害
- 四肢の麻痺
 - 脳卒中による片麻痺
- 認知機能の障害
- 内部障害
 - 呼吸機能障害
 - 腎機能障害、心不全
- 嚥下障害
- 排泄機能の障害
- 栄養障害
- 感覚器の障害...

苦痛(緩和ケア)

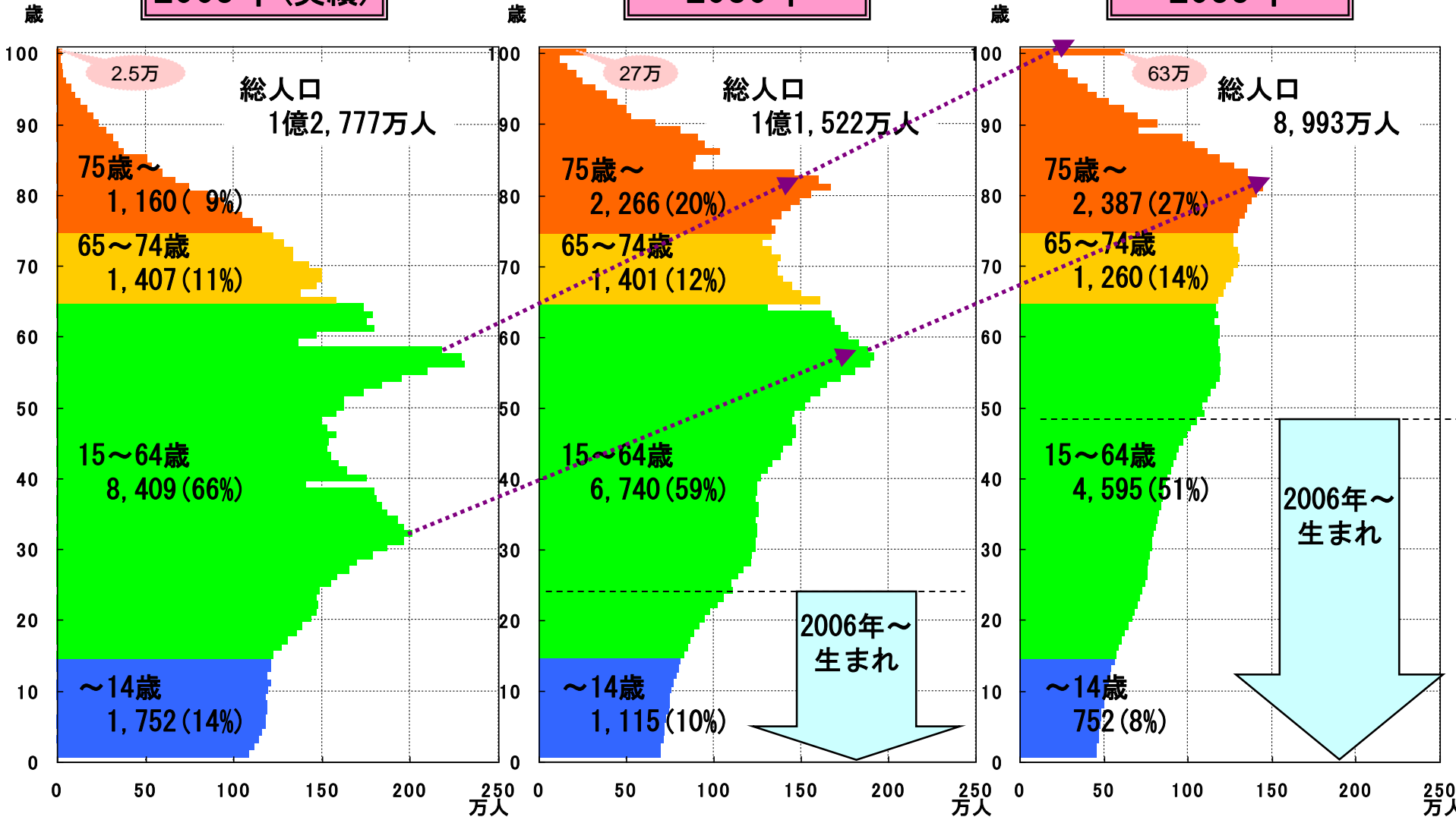
- 疼痛
- 呼吸困難
- 咳・痰
- 嘔気・嘔吐
- 食思不振
- 口渇
- せん妄
- スピリチュアル・ペイン

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-

2005年(実績)

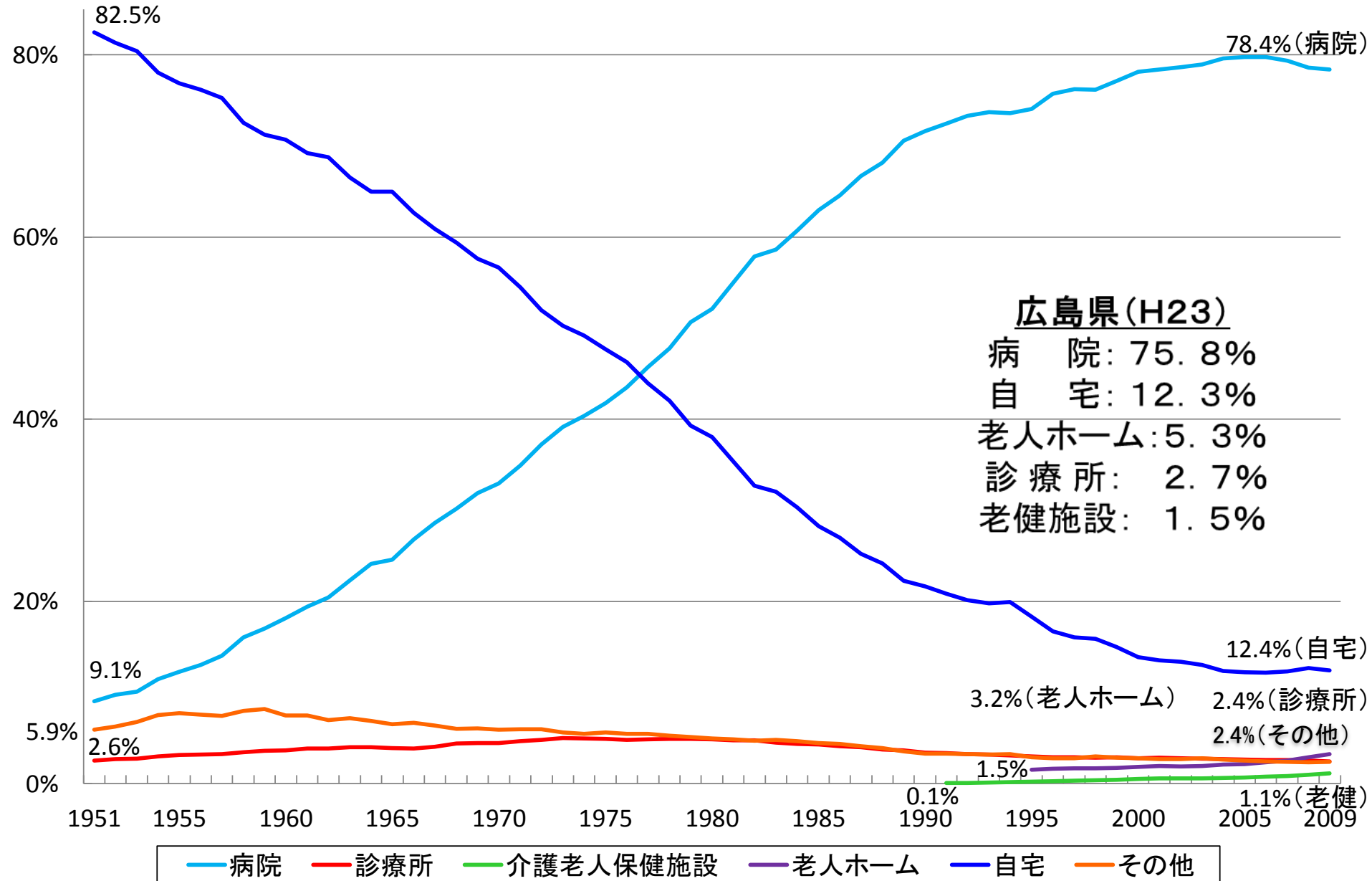
2030年

2055年



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。2030・2055年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

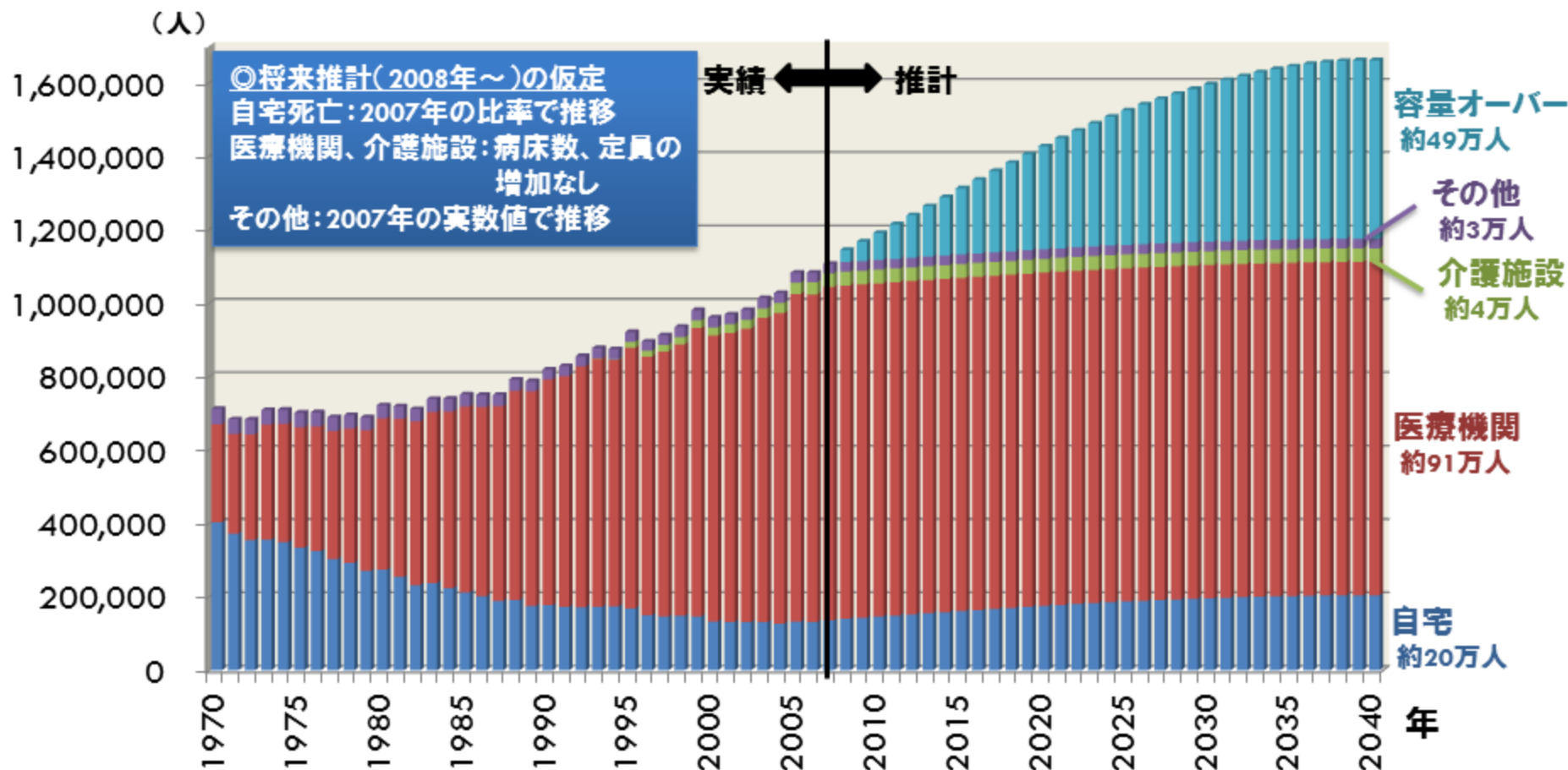
死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている 出典:厚生労働省「人口動態調査」

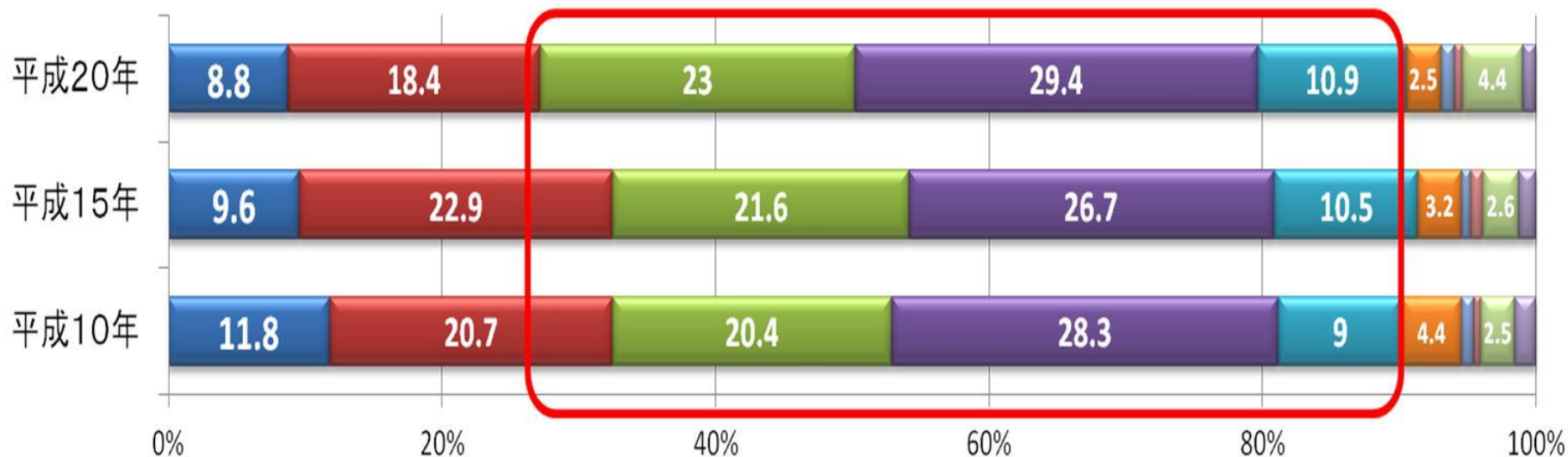
看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

人生の最後を迎えたい場所の希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療が受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- 無回答
- 分からない

出典:終末期医療に関する調査(各年)

「できるだけ長く在宅で療養したい」=60%以上



希望する場所で過ごすことは患者の生活(人生)の質向上の必須条件
【在宅医療提供体制、在宅生活支援体制の整備推進へ】

社会情勢と医療の変化

- ・超高齢社会と疾病構造の変化
- ・医療技術の高度化
- ・家族形態の縮小化(独居、老老世帯)



変化にあわせた「新しい仕組みと担い手」が必要

在宅医療/療養を進めるうえでの課題(1)

在宅医療/療養への移行・継続の障害要因

(出典)終末期医療に関する調査

課題

- ・介護してくれる家族がない
- ・訪問看護/介護体制が整っていない
- ・訪問診療・往診してくれる医師がない

①在宅医療・介護の
サービス供給量・体制

- ・介護してくれる家族に負担がかかる

②家族への支援

- ・24時間相談にのってくれるところがない
- ・症状が急変したときの対応が不安

③24時間の
在宅医療/介護提供体制

- ・症状急変時にすぐに入院できるか不安

④在宅療養継続のための
後方支援ベッドの確保・整備

在宅医療/療養を進めるうえでの課題(2)

⑤在宅医療に取り組む医師を増やす (かかりつけ医の積極的な参加)

- ・在宅医療を提供する医療機関は増えているが、「往診してくれる医師がない」「24時間対応を実際に行えている所は少ない」など
- ・24時間・365日、「緊急時に対応できる体制」は、医師だけでは負担が重い。

かかりつけ医不在時の
診療所間の連携

診療所
の24時
間体制

緊急時のバック
アップ(後方支
援)病床の確保

⑥看護・介護・福祉との連携

看護、介護、福祉
のサービス

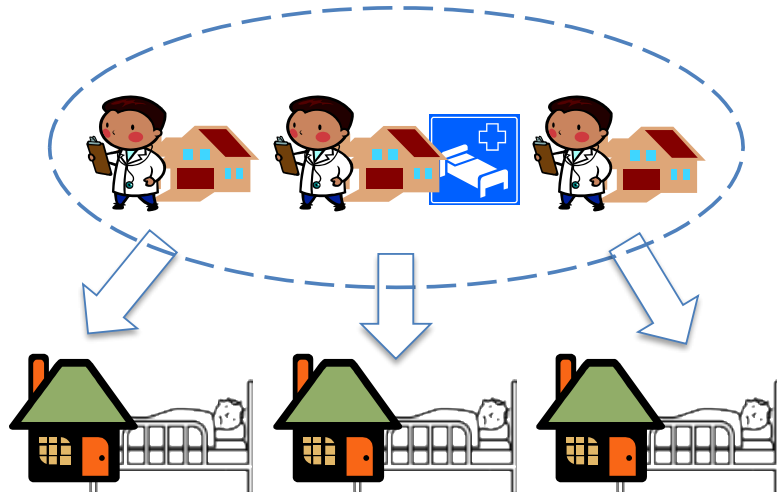
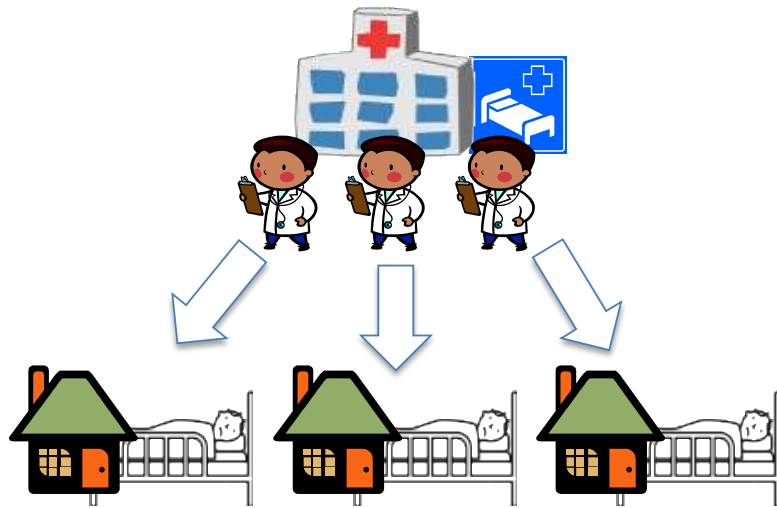
- ・1人(1カ所)で24時間365日に対応しなくてよくなる。
- ・サービスを計画的に提供することで、緊急対応や往診を減らすことができる。

⑦住民に対する在宅医療/療養の普及活動

- ・医療が在宅で受けられること
- ・支えるサービスの提供施設、内容

多職種連携システム
の確立

機能を強化した在宅療養支援診療所/病院のイメージ(改定後)



- ・3名以上の医師が所属する診療所が在宅医療を行う場合
 - ・複数の診療所がグループを組んで在宅医療を行う場合
- をともに評価。
さらに、ベッドを有する場合を高く評価。

なぜチーム医療なのか？ なぜ多職種・他事業所連携が必要か？

- 病気の解決、治癒を対象とした視点
⇒ 短期間で解決する
医学モデル
- 疾病構造の変化・高齢化により視点の変更が必要
- 生活を支える多面的な視点
慢性疾患・がん・高齢者の増加・障がい ⇒
治癒しない病気 ⇒ 短期間での解決が困難
生活モデル

医学モデルから生活モデルへの変遷

病院医療と在宅療養

キュア（疾病の治癒） ⇔ ケア（暮らしに寄り添う）

根治療法（原因を取り除く） ⇔ 緩和医療（苦痛を除く）

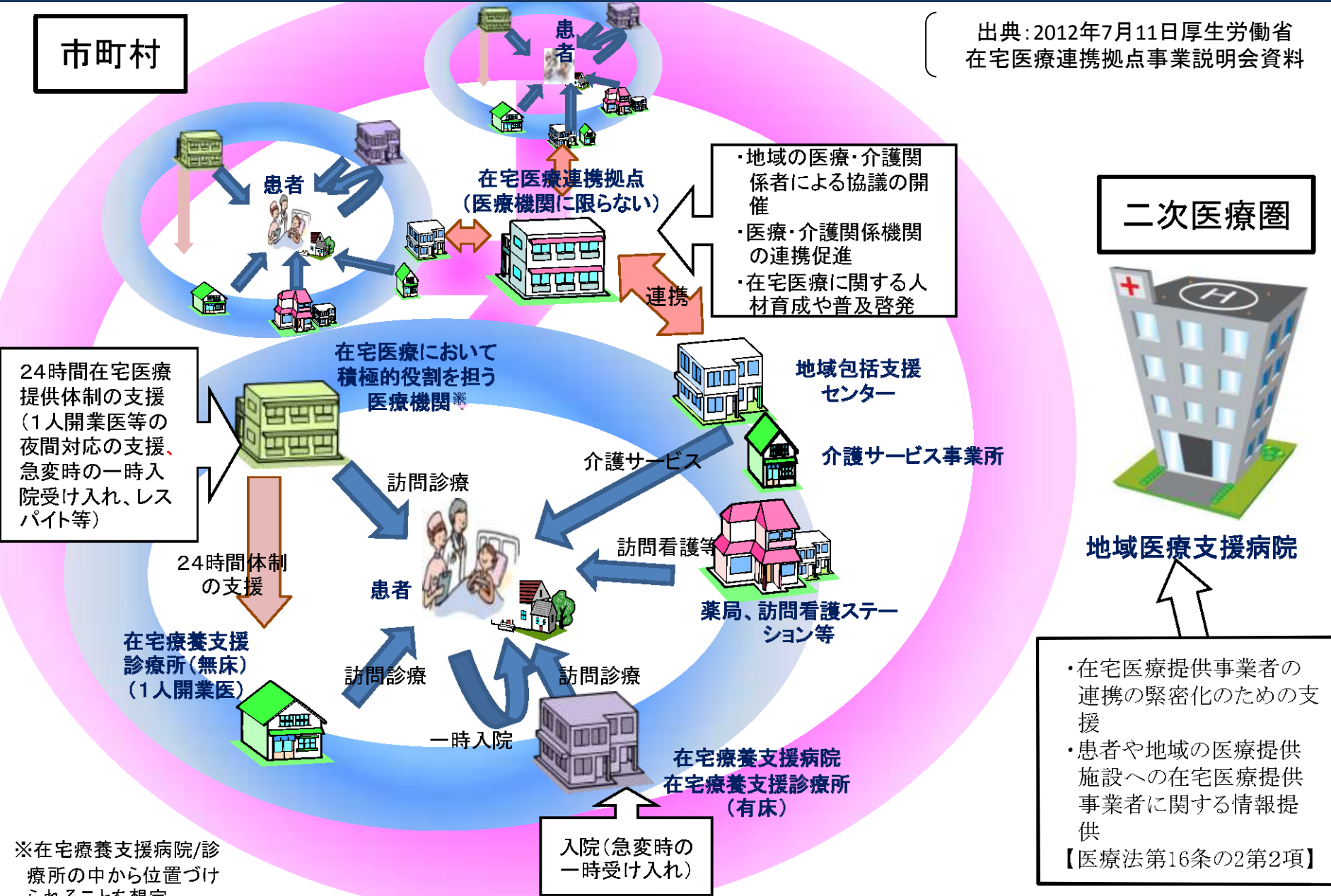
急性期医療（救命） ⇔ 終末期医療（看取り）

臓器 ⇔ 人間
（専門医） （総合医／かかりつけ医）

長寿（命の量） ⇔ 天寿（命の質）

在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等の役割(イメージ)

出典: 2012年7月11日厚生労働省
在宅医療連携拠点事業説明会資料



※在宅療養支援病院/診療所の中から位置づけられることを想定

- 在宅医療提供事業者の連携の緊密化のための支援
- 患者や地域の医療提供施設への在宅医療提供事業者に関する情報提供

【医療法第16条の2第2項】

在宅医療に役立つ多職種連携・情報共有ネットワークは 患者家族を中心に。



厚生労働省
在宅医療連携拠点事業

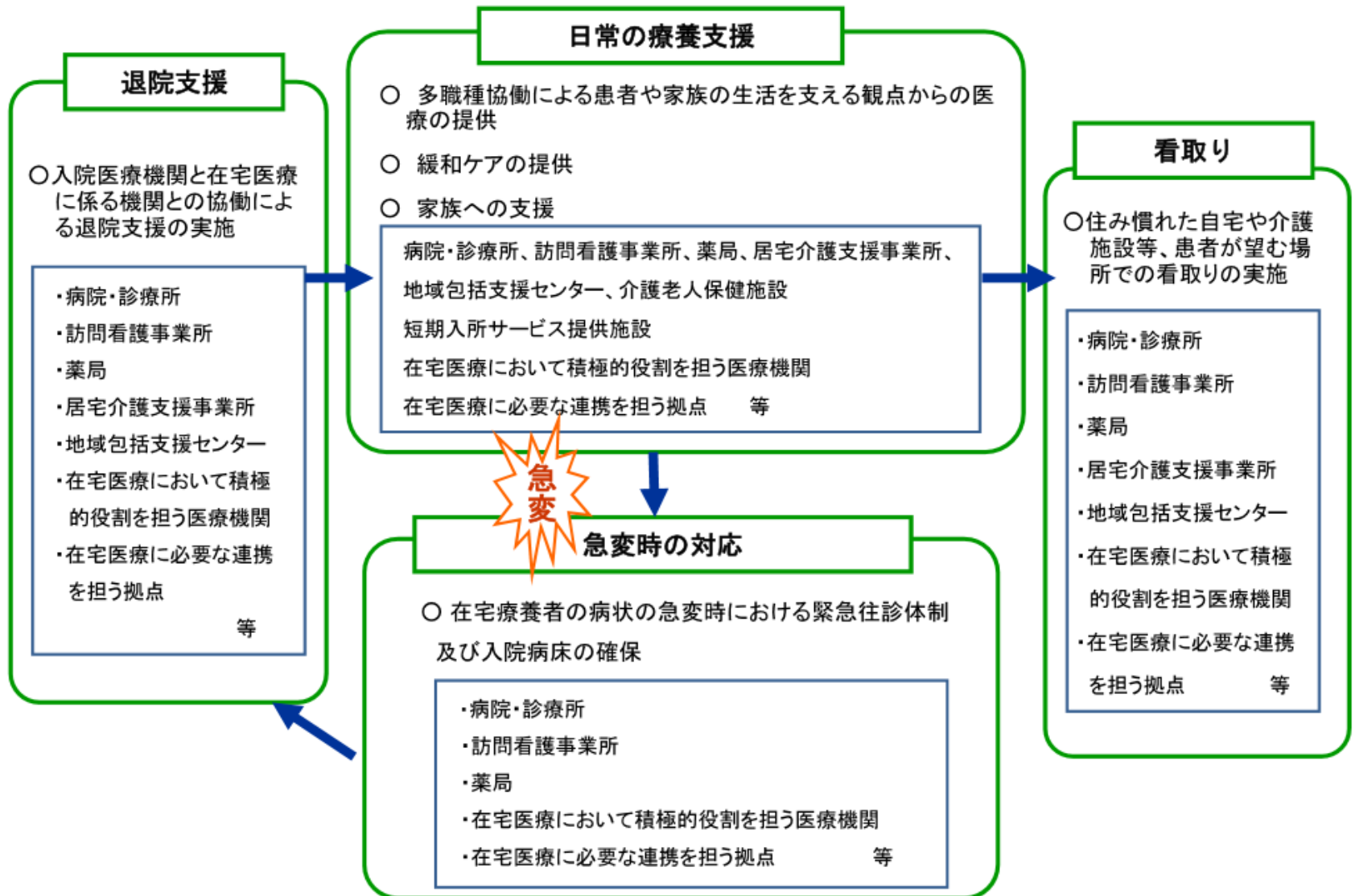
在宅・施設医療ネットワーク広島

- ・在宅医療、介護施設、居宅介護などの患者情報をITの活用で、秘密性を維持しながら安全に共有するためのネットワークです。
- ・在宅医療介護施設の多職種を繋ぐ地域包括支援システム・情報をリアルタイムに取得し迅速な対応が可能に

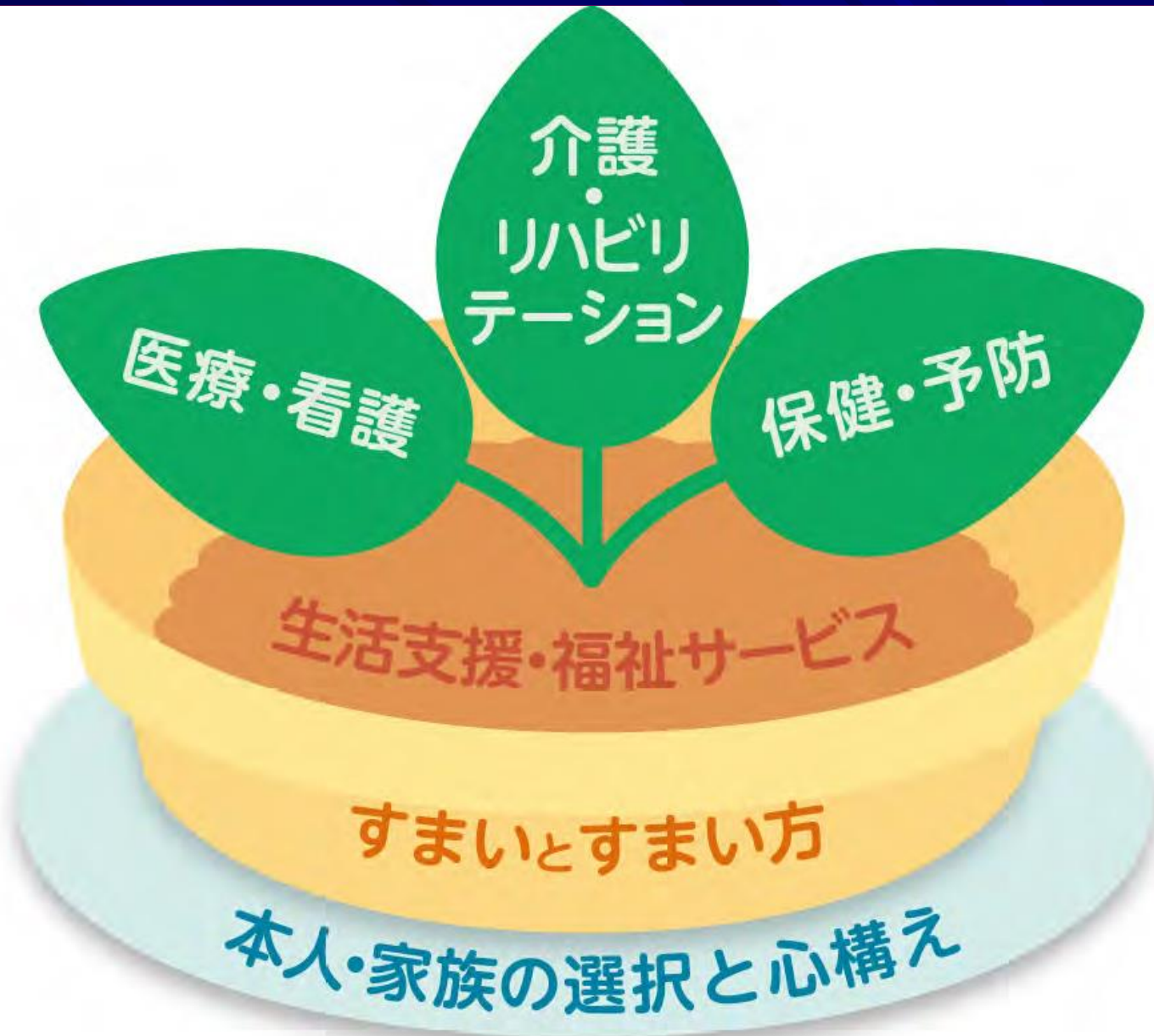


在宅医療で求められる4つの内容

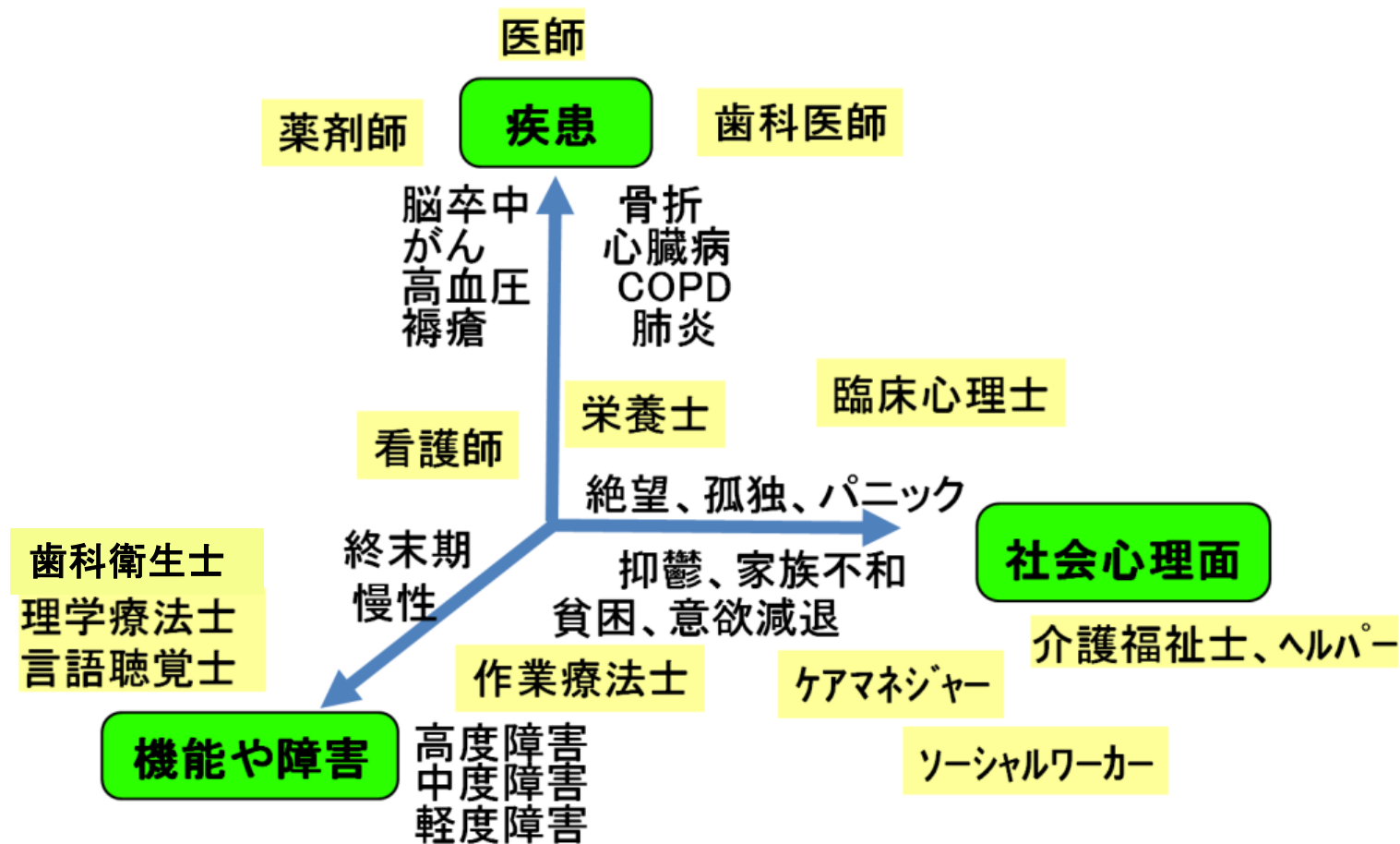
在宅医療の体制



地域包括ケアの新しい概念図



在宅ケアの多面性と有効性

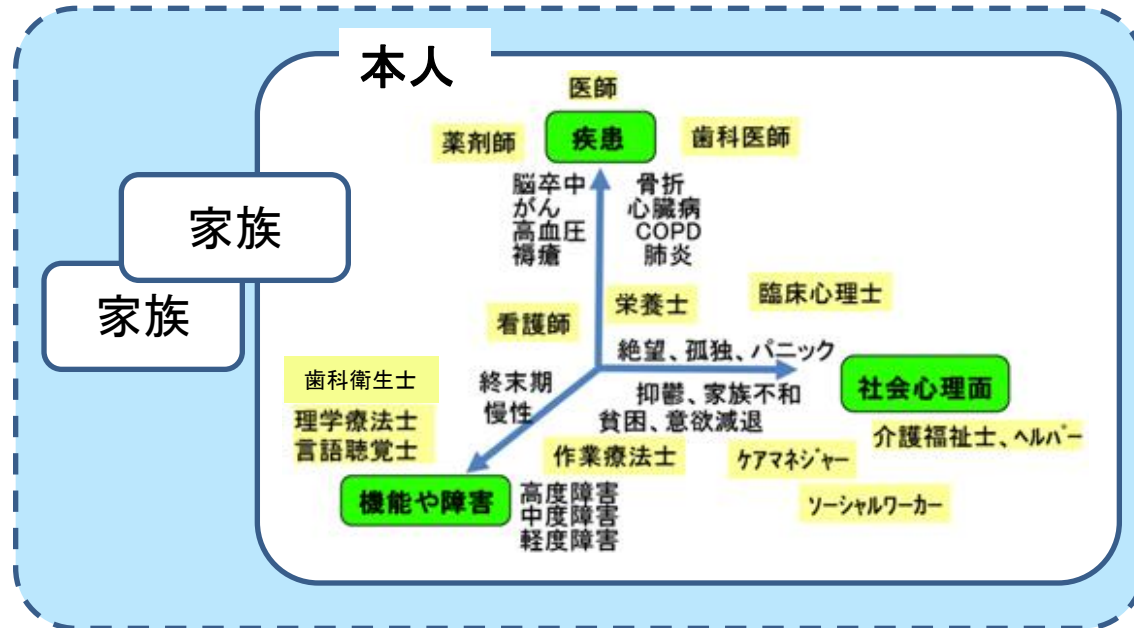


- ・患者には、複数の症状や多面性がある。
場面や状況に合わせた専門職の関わりが有効。
- ・関わりの内容や方向性は、他の専門職と共有していく。

「在宅」で、多職種連携が推奨される理由

1. チームで対応する
= 症状に最も合った
専門職が対応

健康とQOLの向上



2. 多職種間で、知識と技能を分かち合える
各専門職に求められているものが明確になる → 各専門性が強化される
3. 患者や家族に必要なケアや、地域に必要なシステムなどについて、より広く、俯瞰的に見る視点が養われる。
4. 在宅ケアに関わる仕事を、より豊かで、興味深いものにできる。

多職種協働による

在宅チーム医療/療養の必要性

- ・少子高齢化に伴い、疾病を持ちつつも可能な限り住み慣れた場所で、自分らしくすごせるよう、在宅医療/療養の普及・推進が求められる。
- ・地域で、**その地域にあった** 在宅医療/療養の支援体制を構築



医療・介護等が連携し、地域における**包括的・継続的**な供給を目指す

地域の「在宅医療/療養チーム」をつくる

<参考資料>

「ヘルsteam」の定義 (Inter-professional work : WHO 1984)

ヘルsteamとは、健康に関するコミュニティのニーズによって決定された**共通**のゴール・目的をもち、**ゴール達成に向かって**メンバー各自が自己の能力と技能を発揮し、かつ**他者のもつ機能と調整しながら**寄与していくグループである

多職種連携のためには

同じ地域で働く多職種は、“チームの一員”
「めったに会わない」のでは機能できない。

大事なものは・・・



「顔が見える関係」づくり

◆多職種で討議できる場を
繰り返し設ける
(グループワーク)
(ケアカンファレンス)
(事例検討)
(交流会?) など

- ・各職種の専門性が見え、理解が深まる
- ・共通の言語、ルール、価値観が見いだせる
- ・地域のことについて話し合える
- ・何かあった時、すぐ尋ねられる、お願いできる
- ・患者・家族へ提案できるサービスの幅が広がる



職種を交えて話すことで、見えてくる問題や、解決方法がある。

- ▶例えば、ある職種には見えにくい／見えやすい課題や解決策があるかも
- ▶伝えないと踏み出せない。

「ご当地医療」に大転換
増やすのは生命の「量」から「質」に

社会保障
制度改革
国民会議

これまでの医療 (1970年代モデル)

- 体を治す医療
- 病院完結型
- 入院医療
- 救命、延命、治療
- 社会復帰
- 寿命 60歳代

これからの医療 (2025年モデル)

- 生活を支える医療
- 地域完結型
- 在宅医療
- 病気(合併症)と共存
- QOL(生活の質)、QOD
- 寿命 80歳代