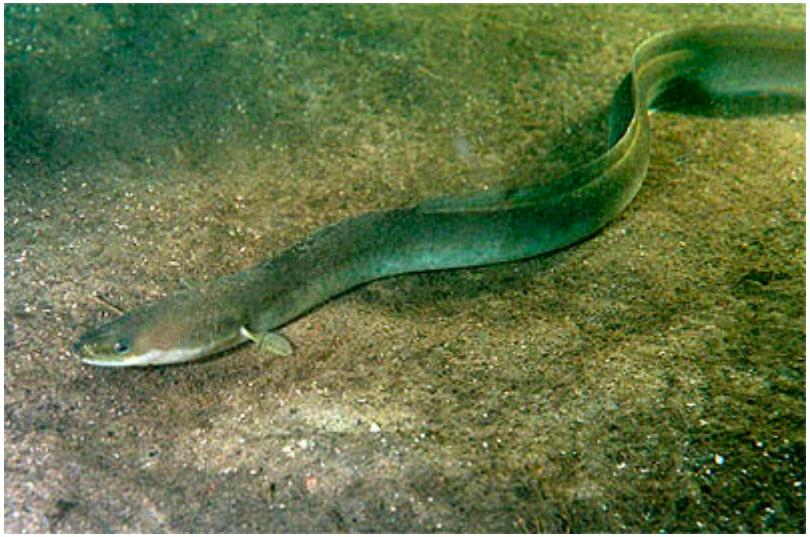
在宅医療　鹿児島～浜松
～未来の日本のためのキーワード～

坂の上ファミリークリニック
小野　宏志

日本のウナギは
グアムの水がわかる

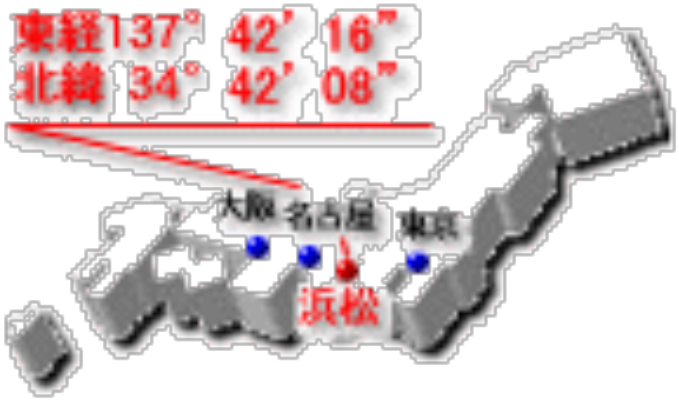


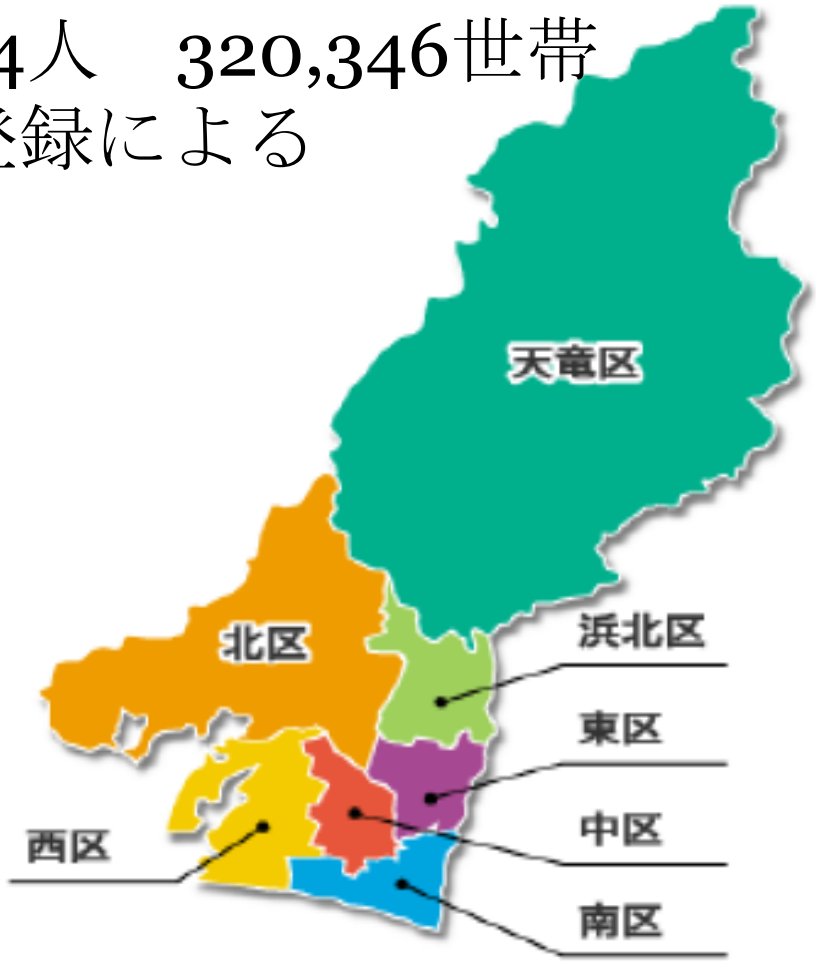
家族に迷惑をかけたくない

家に帰りたいなんていうわがままなことは言えない

浜松市

- 人口・世帯数 816,484人　320,346世帯
  ※住民登録・外国人登録による
- 面積 1,558.04km2
- 東西の幅 約52km
- 南北の幅 約73km
- 町の数 538町
  - 平成24年11月1日現在

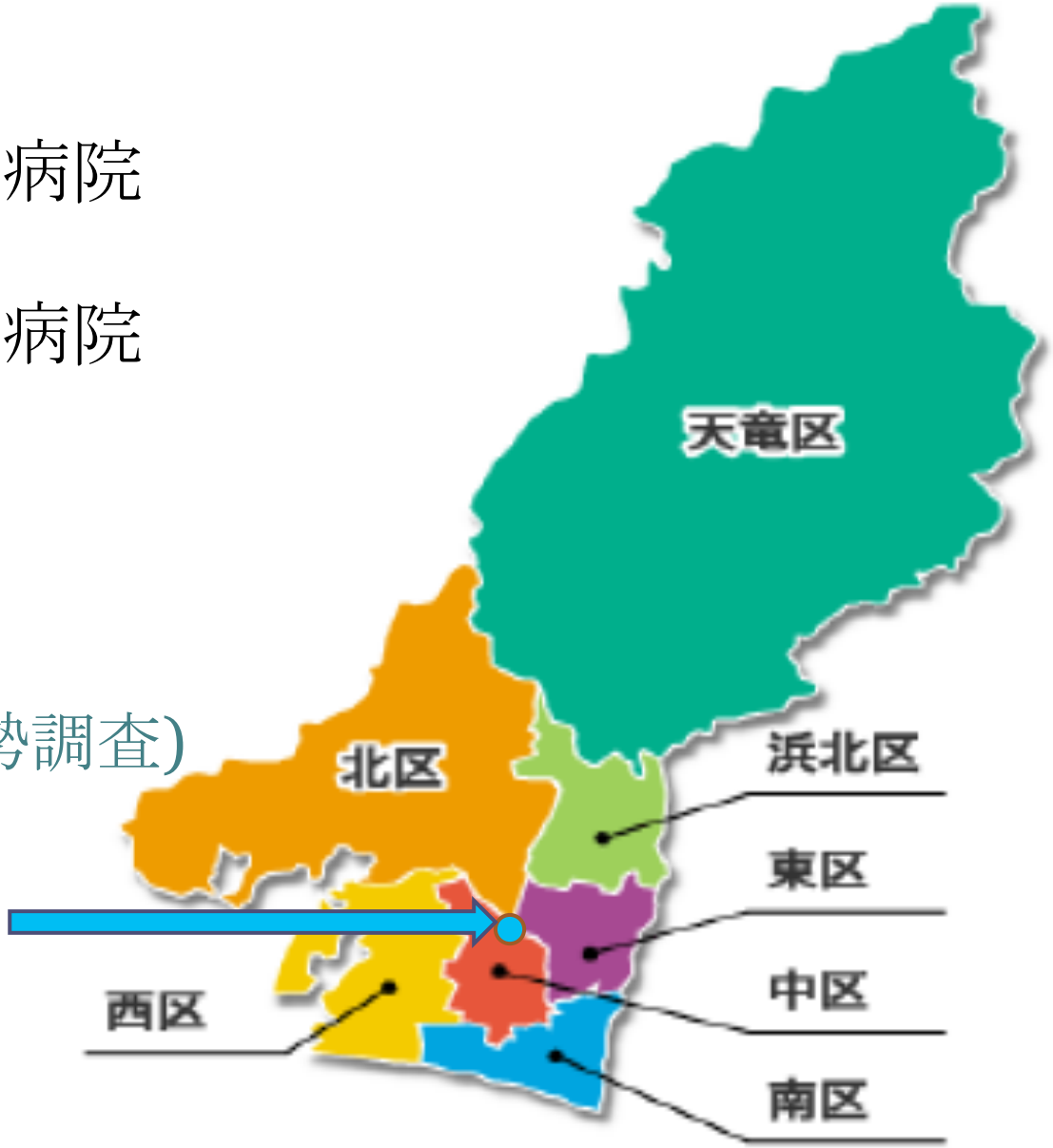




浜松市

- ５００床以上の病院
  - ４病院
- ３００床以上の病院
  - ３病院
- 癌拠点病院
  - ４病院
- 高齢化率
  - 22.9%(H22国勢調査)

坂の上ファミリークリニック



浜松市長　　鈴木康友

略歴
昭和51年 3月　静岡県立浜松北高等学校卒業
昭和55年 3月　慶應義塾大学法学部卒業
昭和60年 3月 (財)松下政経塾(第１期生)卒業
平成12年 6月　衆議院議員初当選
平成15年11月　衆議院議員２期目当選
現職
平成19年 5月　浜松市長就任

- 座右の銘は？
  - 「至誠通天」です。(真心をもってすればいつかは認められるという意味)
- 趣味は？
  - 最近する時間がないですが、野球とゴルフです。
    政治活動を始める前は草野球も楽しんでいました。
- 好きな本のジャンルは？
  - 歴史小説全般です。司馬遼太郎さんの作品は好きですね。
- 好きな歌は？
  - 東海林太郎さんなど、懐メロが好きです。
- ストレス解消法は？
  - 時間があるときに妻と食事をすることです。
- 浜松で好きな場所は？
  - 佐鳴湖です。浜名湖も好きです。
    森林も好きですが、どちらかというと水辺のほうが好きですね。

はままつ福市長

出世大名家康くん

- 性格
  - やらまいか精神旺盛で超前向き。特に子どもの笑顔は元気の源。
- チャームポイント
  - 浜名湖うなぎのちょんまげ
- 口癖
  - 「浜松は日本一良いとこじゃ。」
- 浜松人の証
  - 「まつり」と聞くと血が騒ぐ
- 将来の夢
  - 浜松が日本一元気なまちになること
- 能力
  - 「出世運」を授けることができる
- 仕事
  - はままつ福市長
  - 浜松市を元気にします。
  - 浜松市の魅力を発信します。
  - 浜松市の出世の街づくりを推進します。

浜松ってどんなところ？

- **全国16番目の政令指定都市**
  - 県庁所在地でもなく、大都市の近郊にも位置していない都市としては、戦後、全国的にも珍しい発展を遂げた。平成17年7月には、天竜川・浜名湖地域の周辺12市町村の合併により静岡県下最大の都市となり、平成19年から、全国で16番目の政令指定都市として新たな歩みを始めている。

浜松ってどんなところ？

- 人口は82万人。面積は全国2位
  - 現在の人口は約82万人。平成17年の合併後、市の総面積はそれまでの約6倍の、1511.17平方キロメートルに。これは、岐阜県の高山市に次いで全国で2番目の広さ。
- 東京と大阪のほぼ中間
  - 浜松市の中野町は、江戸時代は江戸と京都を結ぶ東海道の真ん中にあることから、『中野宿』ともよばれた。東京と大阪のほぼ中間地点、日本全体で見てもど真ん中に位置する利便性が、浜松の産業や活気を支えている。

浜松ってどんなところ？

- 海、山、湖、川がある豊かな自然
  - 南は碧く美しい海と広大な『中田島砂丘』を抱く遠州灘、北は緑深き赤石山脈の山々、東は鮎おどる天竜川、そして西には600種類の命を育む浜名湖。四方を、海、川、山、湖に囲まれ、四季折々多様な恵みと景勝。
- 温暖な気候、高い農業生産高
  - 浜松は日照時間が長く気候が温暖。野菜や果物、花などの農業生産高は全国上位(平成18年は全国4位)で、農業のまちでもある。しかし冬は『遠州のからっ風』と呼ばれる北西の強い季節風が吹き、気温は比較的高いのに寒く感じられる。

浜松ってどんなところ？

- ものづくりのまち
  - 浜松人の気質を表す『やらまいか精神』とは、遠州の方言で「やってやろうじゃないか」という意味。オートバイ、楽器、軽自動車など、世界的ブランドに成長したメーカーの始まりは、その進取（しんしゅ：みずから進んで物事に取り組むこと）の精神のたまもの。日進月歩のテクノロジーの世界で、いまもナンバー１やオンリー１、世界初の称号を得た製品や技術を多数有する、ものづくりのメッカです。

浜松ってどんなところ？

- 音楽のまちへ
  - ヤマハ、カワイ、ローランドなど、世界的な楽器生産地であることをバックボーンに、“楽器のまち”から“音楽のまち”へ進化中。浜松国際ピアノコンクール、浜松吹奏楽大会、浜松世界青少年合唱祭、やらまいか音楽フェスティバルなど、国際規模から市民の手作りコンサートまで、あらゆる音楽活動を展開。また、世界各地の楽器を展示した楽器博物館は音楽のまちのシンボル。

浜松ってどんなところ？

- 徳川家康ゆかりの地
  - 徳川家康は、29歳のときから17年間、浜松を居城としていた。戦国の世、遠州は上洛の足がかりとなる要地。織田信長と同盟を結び、ここで武田軍と対峙した若き家康は、浜松で味わった苦難を、後の力として天下をとったのです。浜松には古戦場をはじめ、数多くの史跡がある。
- 浜名湖はレジャーの宝庫
  - 浜名湖畔に今から約50年前に開かれた『かんざんじ温泉』は、大阪、東京から多くの旅行客を集める名湯。
  - 浜名湖周辺は、陽光に満ちたリゾート地。
  - 釣りのメッカというだけではなく、ボートやヨット、ウィンドサーフィンやパラセイルなどのマリンスポーツも楽しめる。

浜松ってどんなところ？

- 名物、名産品がいっぱい
  - 浜名湖うなぎ、遠州とらふぐ、すっぽん、オートバイ
  - 餃子消費量が上位であり注目されている浜松餃子
- 勇壮華麗な浜松まつり
  - 毎年5月3日、4日、5日の3日間、開催される浜松まつりは、いまから約440年前、城主の長男誕生の祝いに凧を上げたことが起原とも言われている。昼は中田島会場で各町が大凧の合戦を繰り広げ、夜はまちで練りを先頭に、美しい御殿屋台を引き回す。毎年150万人の観光客を集める。

坂の上ファミリークリニック
マサモト金物

在宅医療　～生活を支える医療～

- 国の医療政策を基にして進められている
  - 医療費抑制の面からも重要とされている
  - さらに、家族の絆を築く上でも大切なこと
- 単なる医療ではない
  - 医療的な問題だけを考えてはいけない
  - 生活に入り込み生活を支えるという視点から関わるべき医療
- 医師や看護師だけでなく介護職の果たす役割は非常に大きい
  - 本人や家族に近い視点
  - 生活に最も入り込んだ職種

在宅医療の歴史　1986年厚生省

- 高齢者対策企画推進本部
  - 「高齢者に対する施策は、従来施設入所を中心に進められてきたが、高齢者の多くは、老後も住み慣れた地域社会の中で家族とともに暮らしたいという願望を強く持っているので、今後は、家庭での介護機能を強化する観点から、在宅サービスシステムを確立し、施設サービスと合わせた総合的な施策を推進する」

在宅医療　1986年6月閣議決定

- 長寿社会対策大綱
  - 可能な限り家庭と中心とした日常生活の場で必要な医療および看護・介護が行われるように在宅サービスの拡充を図る。
    - 開業医を中心とした包括的な健康管理の推進、
    - リハビリテーション等社会生活機能の維持増進に重点を置いた医療体系の確立、
    - 保健師による訪問指導などと連携した在宅看護の充実、
    - 地域における在宅保険・医療サービスの拡充

- 1992年の第二次医療法改正において「居宅」を「医療提供の場」と位置づけられた。
- 1994年健康保険法の改正において在宅医療の位置づけが明文化し「療養の給付」と位置づけられた。
- 1998年の診療報酬改定
  - 「寝たきり老人在宅総合診療料」
  - 「24時間連携体制加算」
-

- 2000年に介護保険法が成立し訪問看護ステーションが明文化。このころから病院における患者の在院日数の短縮化の流れが起こり、人工呼吸器、在宅酸素療法、中心静脈栄養法といった医療処置を自宅で行う在宅患者が増化

- 2006年の診療報酬改定
  - 「在宅療養支援診療所」

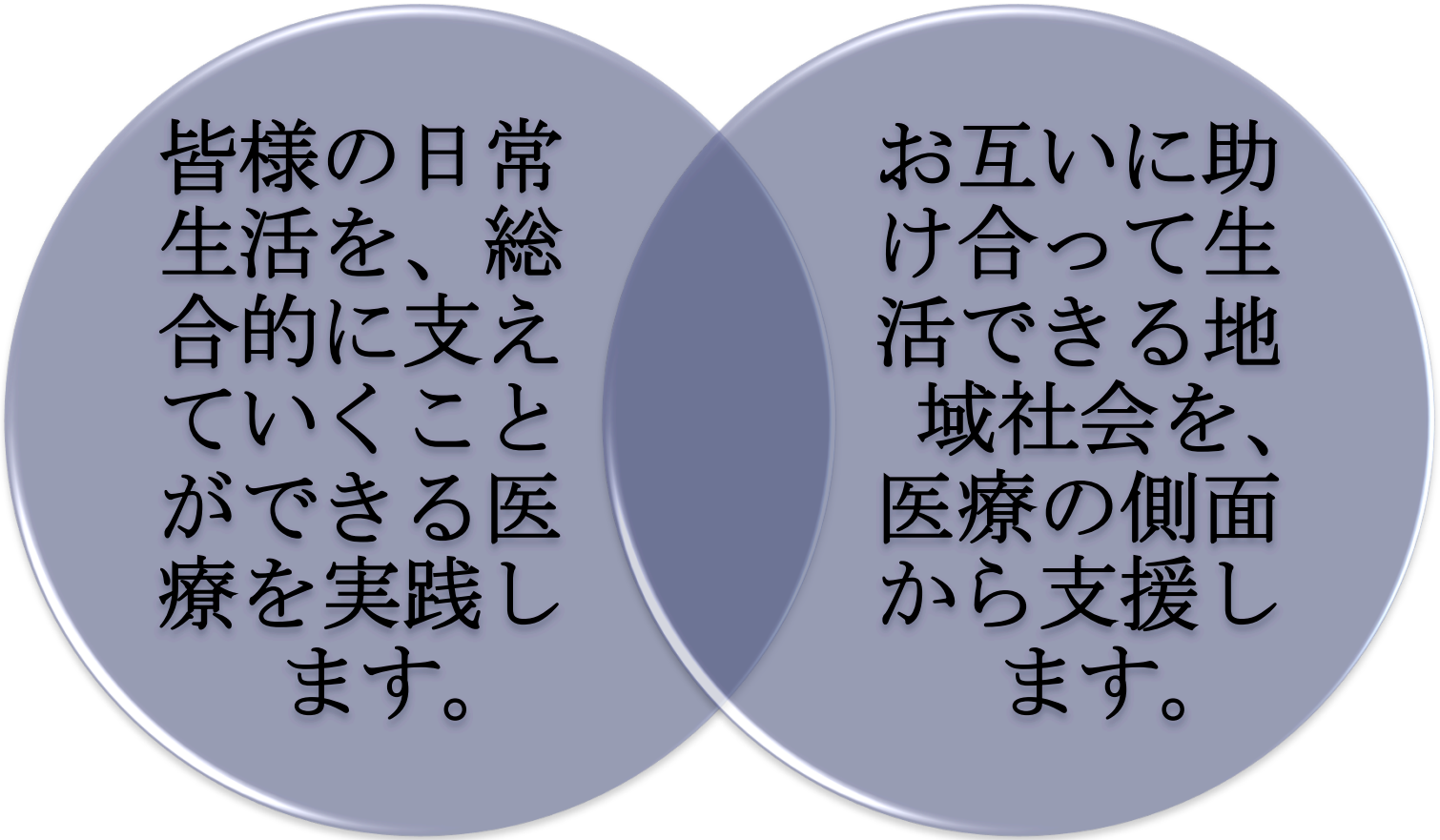
在宅療養支援診療所

- 看取りまでを含めたトータルなケアが受けられるよう、在宅医療の中心的な役割を担う診療所として、2006年度改定で創設されたのが在宅療養支援診療所（以下、在支診）。在支診には、在宅患者への24時間の対応体制、関係職種との連携体制等の施設基準が定められているが、その代わり、診療報酬上で他の医療機関よりも高い点数が算定できる項目などが設定されている。

当院の概要

平成１７年９月に開業し、訪問診療、在宅ホスピス・ケアに力を入れてきました。

当院の理念


皆様の日常生活を、総合的に支えていくことができる医療を実践します。
お互いに助け合って生活できる地域社会を、医療の側面から支援します。

大切にしていること

本人の意志を尊重する

- 畳の上で死にたい
- 通院しなくてよければ楽
- ホスピスに入りたい
- 病院が安心
- 家族の負担が心配

家族の気持ちも最大限尊重する

- 自宅で看取りたい
- 仕事も行きたい
- 入院させたい
- 家で介護した方が楽
- 通院しなくてよい

家族を支える

- 疲労
- 心労
- 家では心配
- 何とか家で頑張りたい
- 家族を失う辛さ

▸ 一生懸命に関わっていることをわかっていただく

多くの問題に向き合っている

- ニーズの把握
- 在宅医療の質
- 高齢化
- 独居の増加
- 経済の衰退
- 人員確保の困難、離職率の高さ
- モチベーションの維持
- 交通安全、危機対策
- 情報共有、連携
- 夢の実現
- もっと家族を大切できる社会にしたい、
- 命と正面から向かい合う社会にしたい
  - 自宅に帰してあげたい
  - 自宅での看取りを増やしたい

在宅療養支援診療所　施設基準

- 以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
- 24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定する。
- 直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保。

- 往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保。
- 訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供。
- 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保する。

- 受入医療機関の名称等をあらかじめ地方厚生（支）局長に届け出る。
- 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書により随時提供。
- 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること。
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること。
- 年に１回、在宅看取り数等を、地方厚生（支）局長に報告していること

在宅療養支援病院

- 2008年度改定では、近隣に診療所がない地域で在支診と同等の役割を担う病院として、在宅療養支援病院（以下、在支病）も創設され、さらに2010年度改定では在支病の施設基準が緩和され、許可病床200床未満の病院であれば届出ができるようになる。

全国の整備状況

- 在宅療養支援診療所 12,548件
- 在宅療養支援病院 356件
- 在宅療養支援歯科診療所 4,028件
- 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う調剤薬局 40,373件

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により、
仙台往診クリニックが作成

浜松市の整備状況

- 在宅療養支援診療所　66件
- 在宅療養支援病院　1件
- 在宅療養支援歯科診療所　4件
- 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う調剤薬局　268件

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により、
仙台往診クリニックが作成

鹿児島市の整備状況

- 在宅療養支援診療所 74件
- 在宅療養支援病院 6件
- 在宅療養支援歯科診療所 25件
- 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う調剤薬局 229件

平成21年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）により、
仙台往診クリニックが作成

問題点

- 届け出が考えていた以上に多く、内容が伴わない。
- 処置が簡単な患者さんは在宅療養支援診療所として往診し、高い保険点数を取り、手のかかる患者さんはすぐに入院させてしまうというように、患者さんによって制度を使い分けている在宅療養支援診療所が存在する。

在支診・在支病の機能強化

- 在宅での看取りや緊急時の対応等を、十分に実施できていない施設も多い。
- 2012年の改定では、従来の在支診・在支病の要件に、常勤医師数や在宅での看取り、緊急時対応の実績等を加味した「機能を強化した在支診・在支病」を新設
- これらの在支診・在支病には、さらに高い点数が算定できるようになった。

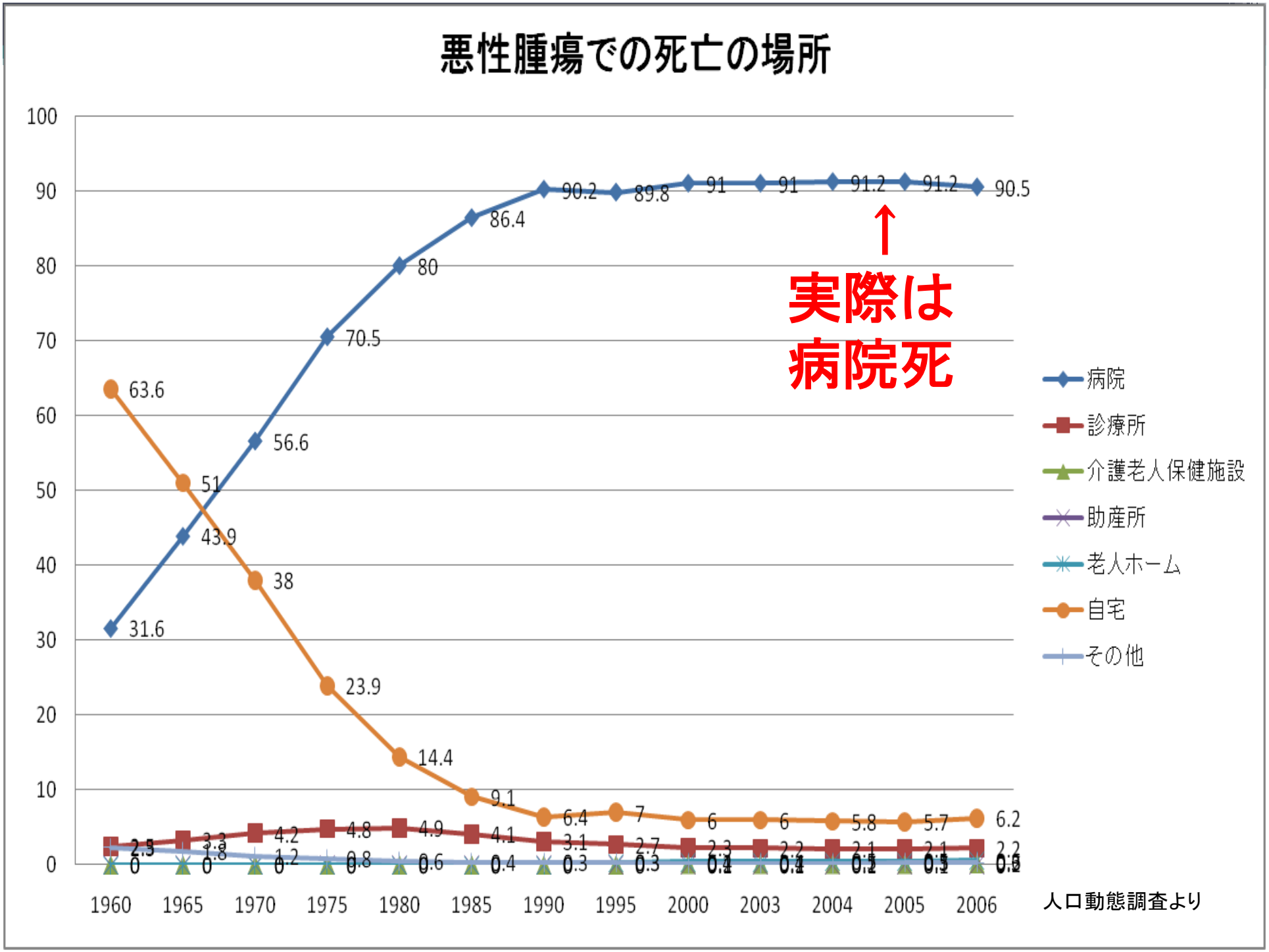
機能強化型の施設基準

- ①以下の要件を満たす。
  - 在宅医療を担当する常勤医師が3名以上配置。
  - 過去1年間の緊急往診の実績5件以上。
  - 過去1年間の在宅における看取り実績2件以上。
- ②他の医療機関との連携によって①の要件を満たしても良いが、その場合は次の要件を満たす
  - 連携体制を構築する医療機関数は10以下で、病院が連携に加わる場合は許可病床200床未満であること。
  - 24時間直接連絡がとれる連絡先電話番号等を一元化。
  - 連携医療機関間で患者の診療情報の共有を図るため、月1回以上の定期的なカンファレンスを実施。

在宅医療への期待

- 1950年代は約8割の人が自宅で亡くなっていたが、医療技術の進展、医療機関の整備に伴い、2008年では逆に約8割の人が病院で亡くなるようになった

- 自宅での死亡率は１２％
- 施設をあわせても１４％
- 病院での死亡率は８０％に及ぶ


悪性腫瘍での死亡の場所
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0
1960
1965
1970
1975
1980
1985
1990
1995
2000
2003
2004
2005
2006
31.6
43.9
56.6
70.5
80
86.4
90.2
89.8
91
91
91.2
91.2
90.5
63.6
51
38
23.9
14.4
9.1
6.4
7
6
6
5.8
5.7
6.2
実際は
病院死
病院
診療所
介護老人保健施設
助産所
老人ホーム
自宅
その他
人口動態調査より

高齢者が最期を迎えたい場所

- 自宅６０％、病院２０％
- 気を遣って病院を希望する人もいる

  本心は、自宅で最期まで生活したい、
  自宅で看取られたいと思っている人は
  もっと多いはず

生の終わりを迎える理想の場所

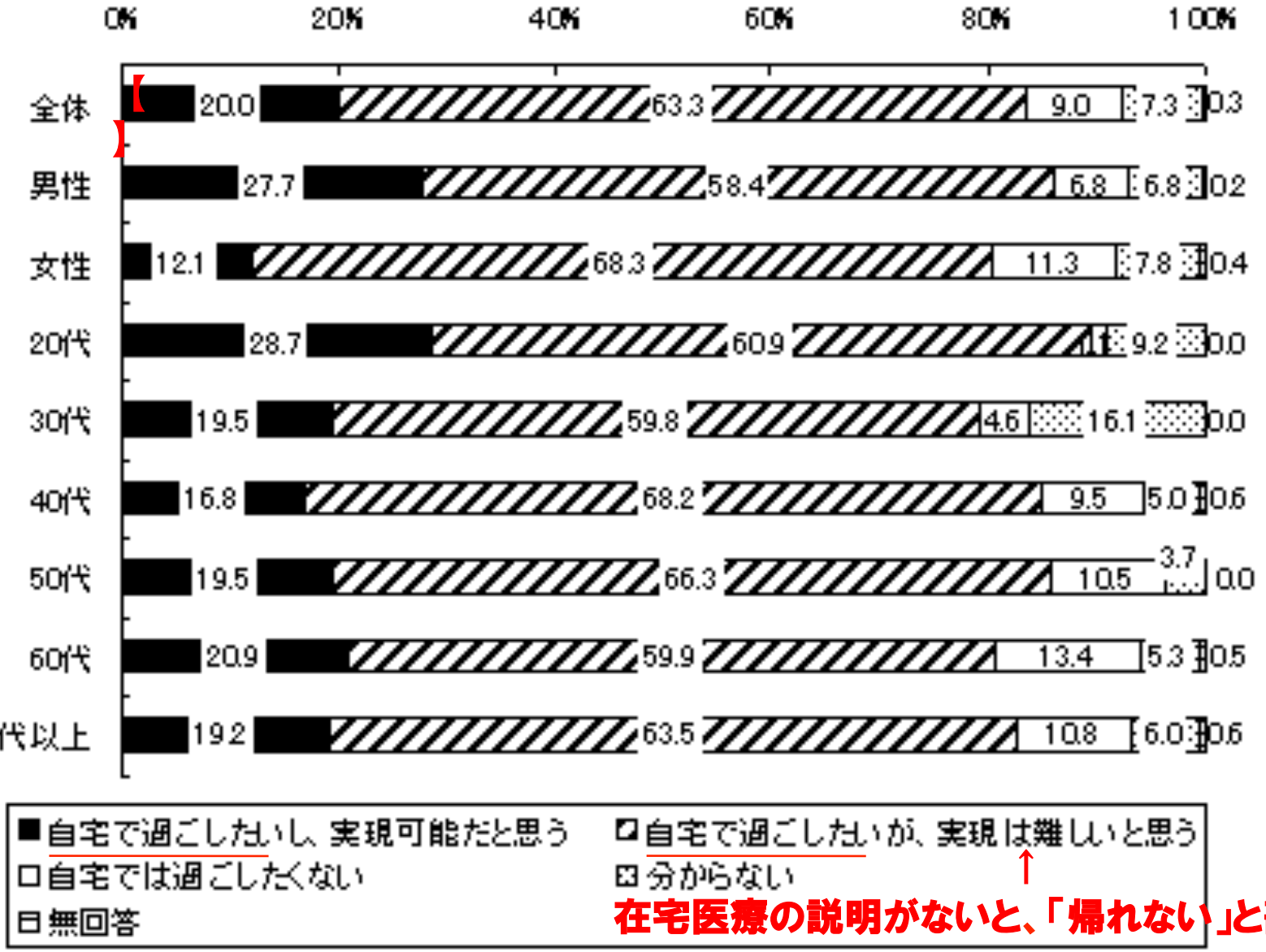
病院医療と在宅医療双方のメリット・デメリットが分かると
患者も医者も在宅医療を選ぶ

	全体	病院	施設	居宅	無回答
在宅酸素	159	36	3	104	20
	100	22.6	1.9	65.4%	12.6
胃瘻栄養	117	14	2	93	10
	100	12.0	1.7	79.5%	8.5
人工呼吸	45	7	—	33	5
	100	15.6	—	73.3%	11.1
中心静脈	38	6	—	26	7
	100	15.8	—	68.4%	18.4
在宅医	67	3	1	52	13
	100	4.5	1.5	77.6%	19.4

※平成１７年６月厚生労働省「在宅療法の普及及び技術評価に係わる調査」補足調査結果

自宅を希望するがん患者が８３％に達する

図表4　余命が限られているなら、自宅で過ごしたいか（性別、年齢層別）



在宅医療の説明がないと、「帰れない」と勘違い

2005年　日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団調

- この状況を鑑みて厚生労働省は在宅医療を推進している。
- また政府は長期間入院（社会的入院など）により伸び続ける医療費の抑制のため2003年DPC（診断群分類包括評価）導入し、平均在院日数を大幅に短縮することに成功、在宅医療関連点数の増額も行った。
- 2006年がん対策基本法が成立。がん患者の居宅療養生活（在宅医療）の質の維持向上を打ち出している。

「地域の医療・介護・福祉の一体的提供」

- 迫る2025年にむけてどのように組み立てる？ -

- 効率の良い医療提供を可能にする新規医療体制の概念

①「より良い生き方」がキーワード
②①を十分に説明できる「説明責任」を求める
③②に基づく支援策の提示と連携による具体的行動
④③を「生活の視点」から評価する
↓以上を推進するにあたり
第一に：病院機能を活性化する三分化
第二に：特化型在宅療養支援診療所の増設
第三に：JCF（日本生活機能分類）に基づく説明と支援
第四に：教育の抜本的改正（要素還元主義からの脱却）
を政策医療で展開するしかない！

急性期病院を支える在宅医療！

「急性期医療充実のカギは在宅医療の普及」

－ 迫る2025年にむけて、特に在宅医療の立場から －

「地域の急性期・救急医療の一体的提供」

「治らない人が住む国」を支える

これを進めるキーポイント

↓

①治らない人を支えるシステムを構築する

治す医療は勿論充実！　さらに

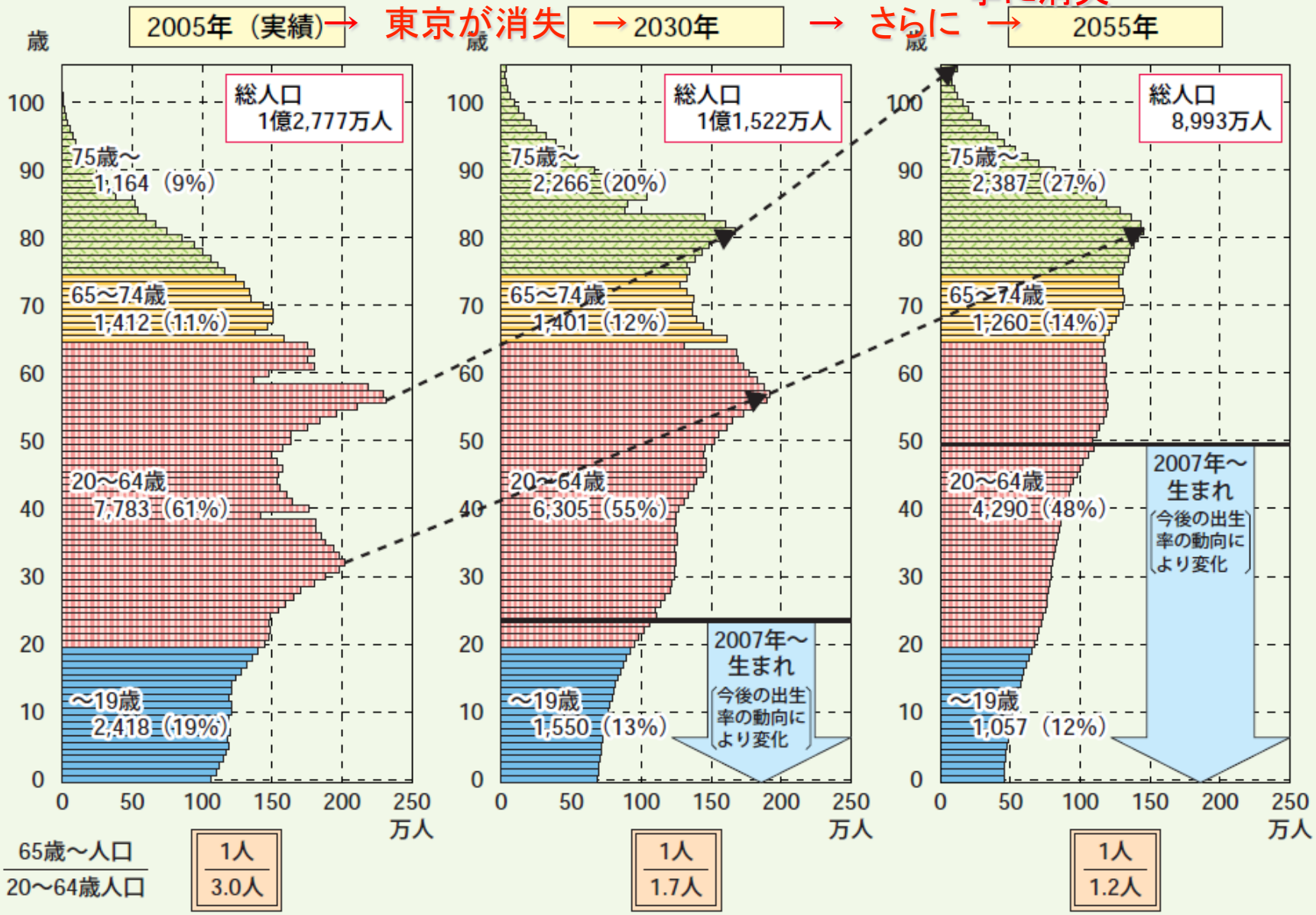
支える医療が必要！！

国民の６０～８０％は居宅で最期の希望

09. 11. 16

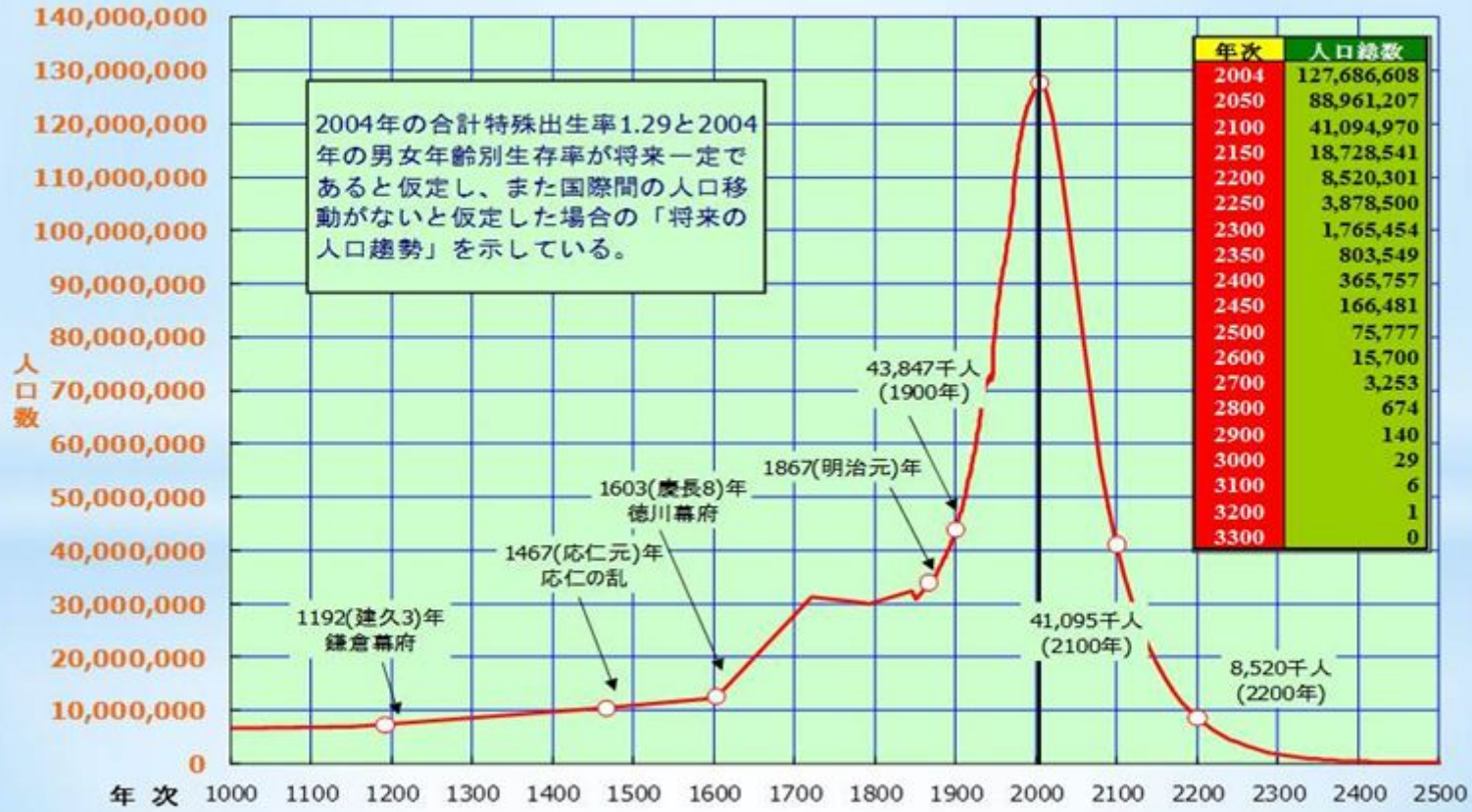
減少4000万人＝東京・神奈川・千葉・埼玉が一挙に消失

図表2-1-1　人口ピラミッドの変化



資料：　国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」
（注）　2005年は総務省統計局「国勢調査報告」に基づき、年齢「不詳人口」を按分補正した人口による。

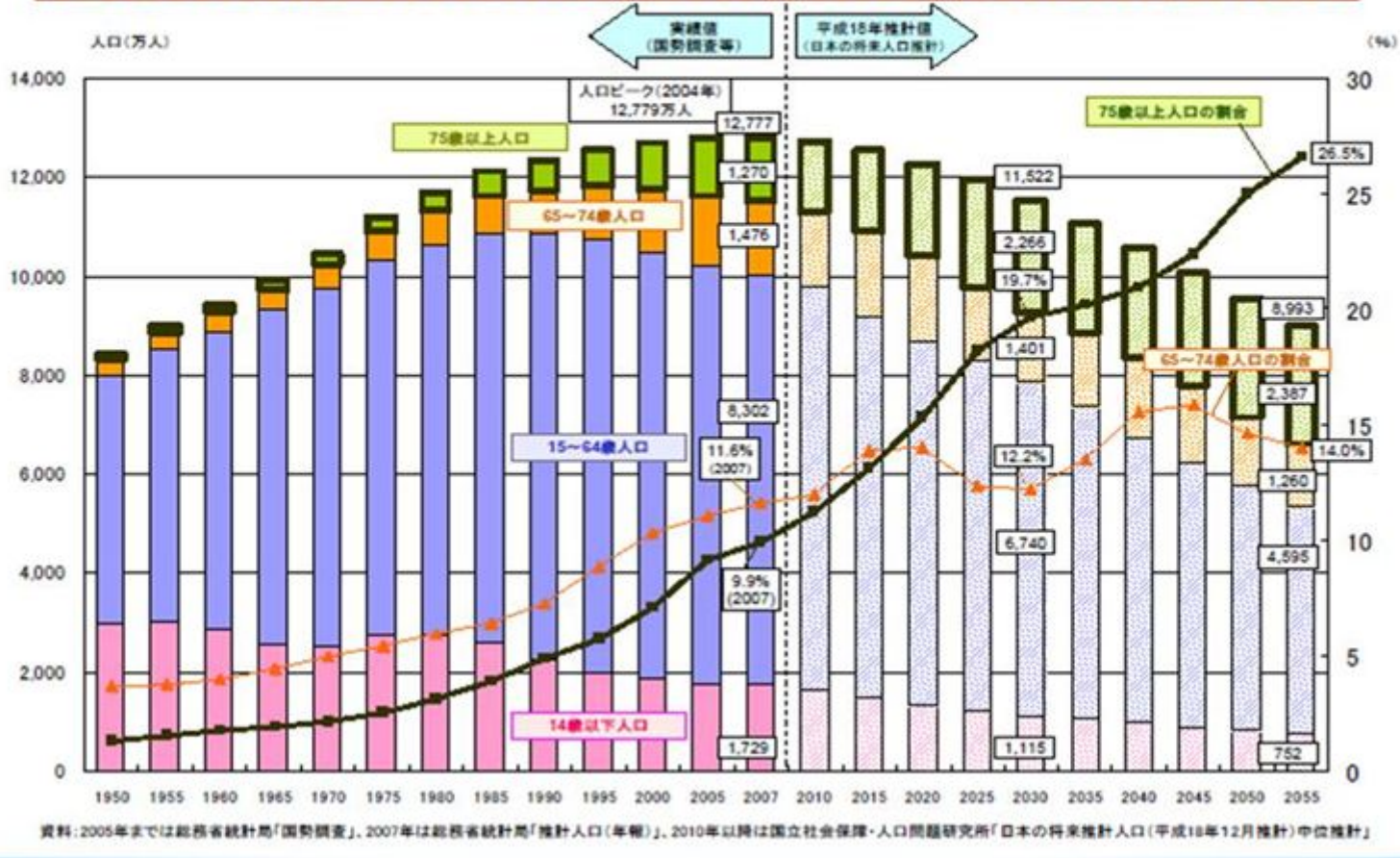
日本の長期人口趨勢：**人口減少社会**



資料：近代統計以前は、鬼頭宏『人口から読む日本の歴史』講談社、2000年、および森田優三『人口増加の分析』日本評論社、1944年。 2005年以降の試算値は国立社会保障・人口問題研究所「全国人口の再生産に関する主要指標：2004年」『人口問題研究』第61巻3号、2006年2月。

75歳以上高齢者の増大

○　我が国の75歳以上人口の割合は現在10人に1人の割合であるが、2030年には5人に1人、2055年には4人に1人になると推計されている。



資料：2005年までは総務省統計局「国勢調査」、2007年は総務省統計局「推計人口（年報）」、2010年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）中位推計」

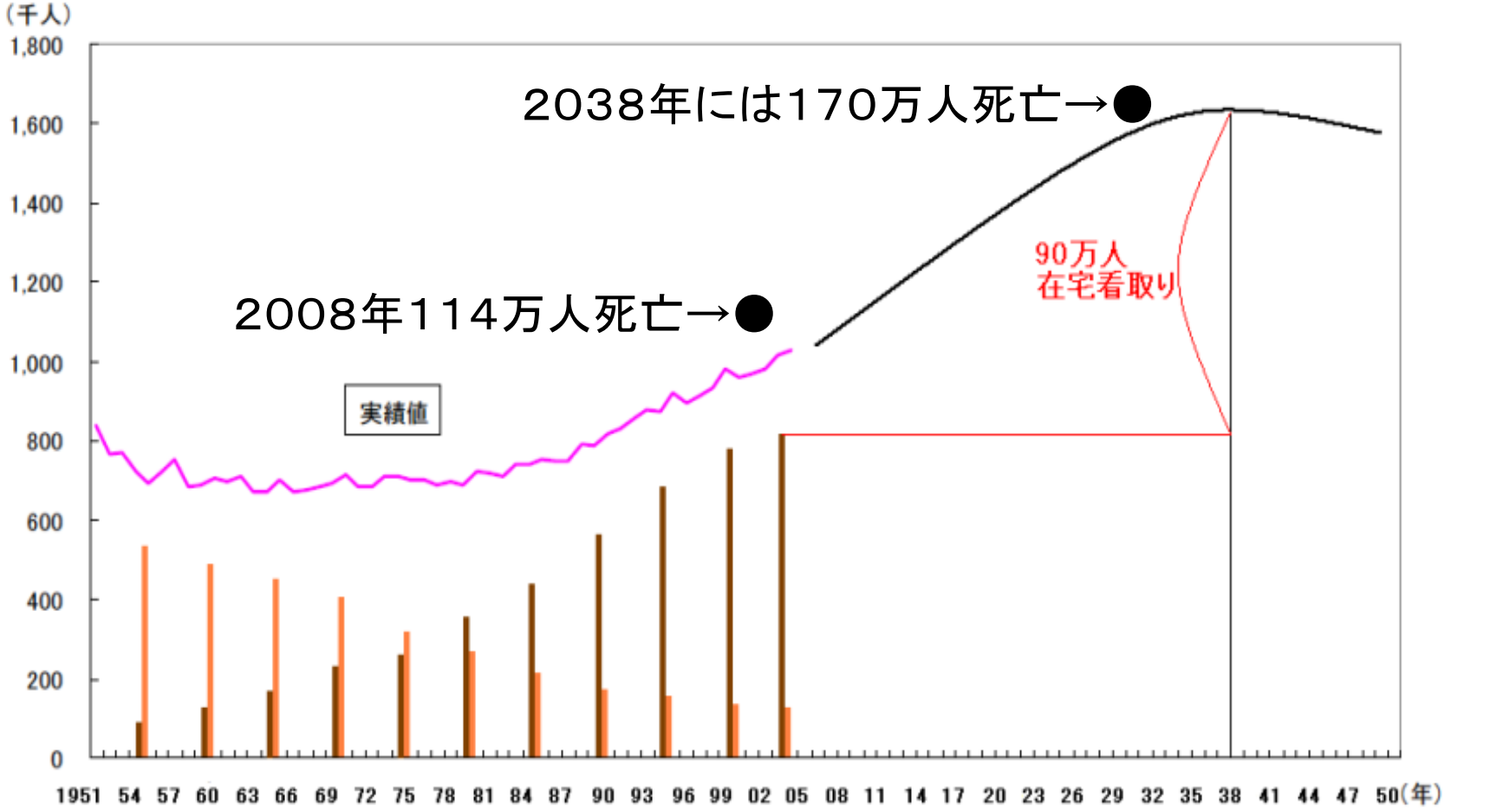
2005-2055年間の年齢階級別人口の推移：高齢者の増加

	2005年	2025年		2055年	
	人口／割合	人口／割合	伸び率	人口／割合	伸び率
総人口	**12,777万人 (100%)**	**11,927万人 (100.0%)**	**93.3**	**8,993万人 (100.0%)**	**70.4**
0-14歳	1,759万人 (13.8%)	1,196万人 (10.0%)	68.0	752万人 (8.4%)	42.7
15-64歳	8,442万人 (66.1%)	7,096万人 (59.5%)	84.1	4,595万人 (51.1%)	54.4
65-74歳	**1,412万人 (11.1%)**	**1,469万人 (12.3%)**	**104.0**	**1,260万人 (14.0%)**	**89.2**
75歳≦	**1,164万人 (9.1%)**	**2,167万人 (18.2%)**	**186.2**	**2,387万人 (26.5%)**	**205.0**

注．伸び率とは、2005年の総人口及び年齢階級別人口を100とした場合の数値。

（出典）国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（H18.12推計）」

死亡数の年次推移



資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」（中位推計）

棒グラフ：　第1-25表　死亡数・構成割合、死亡場所×年次別（厚生労働省統計表データベース厚生統計要覧
：第1編人口・世帯/第2章人口動態）より　目算にて追記

自宅での死亡者数
病院での死亡者数
＊診療所、他医療施設は含まず

平成18年度厚生労働科学研究費補助金　厚生労働科学特別研究事業 「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」 川島孝一郎　より

現状確認

超少子高齢・人口減少社会

■ 高齢者人口のTwin Peaks 2025/2055年問題

生活機能障害高齢要介護療養者の増加
生産人口の減少
医療福祉職・家族や地域介護力の絶対的不足

■疾病構造の変化と多死時代

慢性期療養者の増加
（認知症・精神疾患・脳卒中・老年症候群等）
がん死の増加　→在宅医療の多様化
年間死亡100万→166万人(2040年)

■財源低迷と医療福祉資源の疲弊

人材の「燃え尽き」「立ち去り」「絶対的不足」
再投資の鈍化　病床削減策等による医療機関の減少
入院期間短縮による重度療養者の難民化

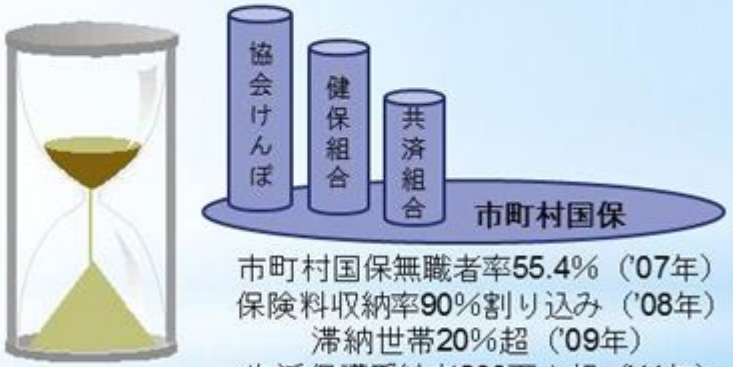
■医療福祉のパラダイムシフト

療養者立脚型QOLの追求・暮らしの場での療養
生活モデルの医療・介護の社会化
全人的復権への超職種協働

■地域インフラの収縮と孤立社会

地域社会インフラの縮小・買い物難民
世帯規模の縮小、単身化、世帯機能や家族観の変容
老々や独居高齢者の増加・消えた高齢者

■社会保障と地域保険の危機



市町村国保無職者率55.4%（'07年）
保険料収納率90%割り込み（'08年）
滞納世帯20%超（'09年）
生活保護受給者200万人超（'11年）

人材・理念・財政・社会基盤の同時多発的危機
自助(自己負担の重圧:格差の拡大)
共助(国民皆保険・皆年金制度掛け金方式の危機)
公助(税方式・社会保障と税の一体改革の停滞)

+震災の影響

老化は治らない・末期がんは治らない
難病・重症者も治らない

治す医療だけでなく
障害を持っても、より良く暮らせる国を創る

急性期病院の治療が終了したら
すばやく在宅に帰す！！

高齢者＝治らない人が死亡者の大半を占める

現状

平成18年総死亡者数　＝　1,084,450人

後期高齢者の死亡数　＝　698,976人（外国での死亡、不詳を除く）

後期高齢者の死亡割合

＝64．5%

2015年（平成27年）＝後期高齢者人口（推計値）　⇒　16,452,000人

後期高者の死亡数（推計値）

死亡総数（推計値）

$$\frac{973{,}609\text{人}}{1{,}270{,}000\text{人}} = 76.7\%$$

後期高齢者の死亡割合

2025年（平成37年）＝後期高齢者人口（推計値）　⇒ 21,667,000人

後期高者の死亡数（推計値）

死亡総数（推計値）

$$\frac{1{,}282{,}226\text{人}}{1{,}481{,}000\text{人}} = 86.6\%$$

後期高齢者の死亡割合

注1）：平成18年総死亡者数・後期高齢者死亡者数は、厚生労働省統計表データベース　人口動態調査に基づく

注2）：2015年,2025年の75歳以上死亡者数は都道府県別将来推計（国立社会保障・人口問題研究所）による推計データに基づく

仙台往診クリニック　研究部門

昔

入院させる

ということは

治すこと

今

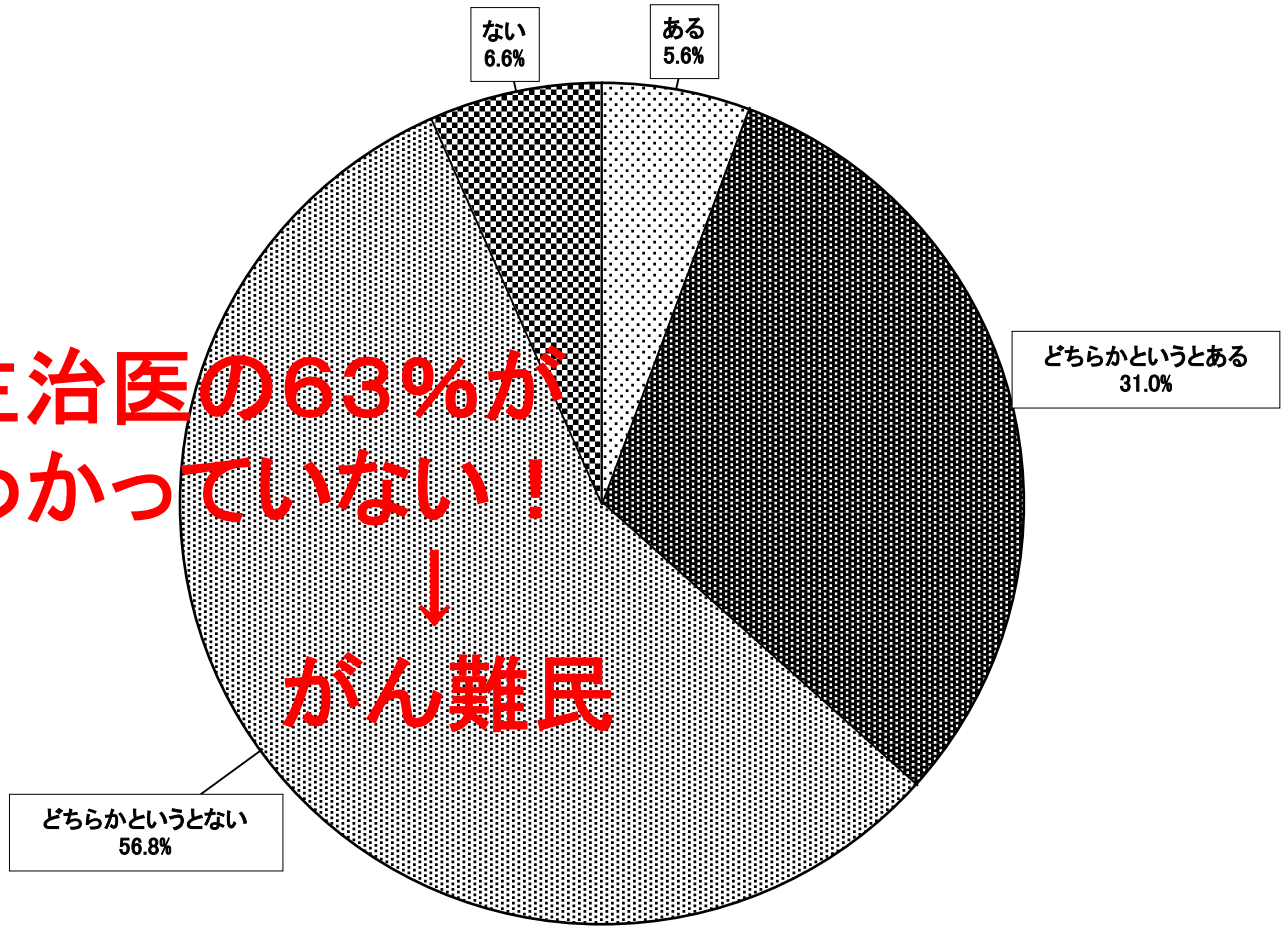
入院させる

ということは

退院させること
つまり
生活への復帰を
説明する！

がんセンター・成人病センター
臨床医

先生は在宅医療について十分な知識や理解がありますか
(n = 213)

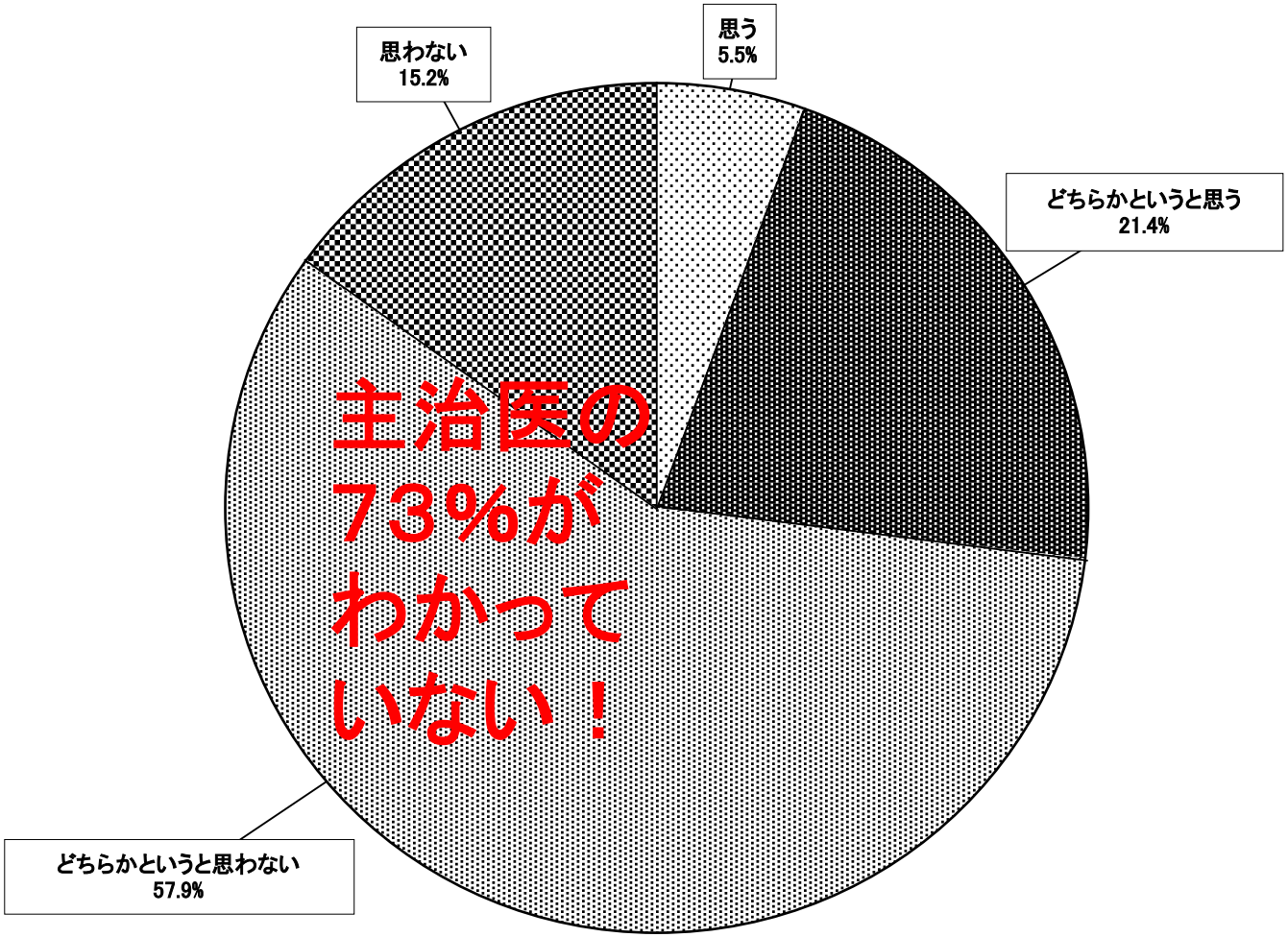


主治医の63%がわかっていない！
↓
がん難民

H19　老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

臨床研修指定病院
地域連携室（悉皆）

主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか
(n = 145)

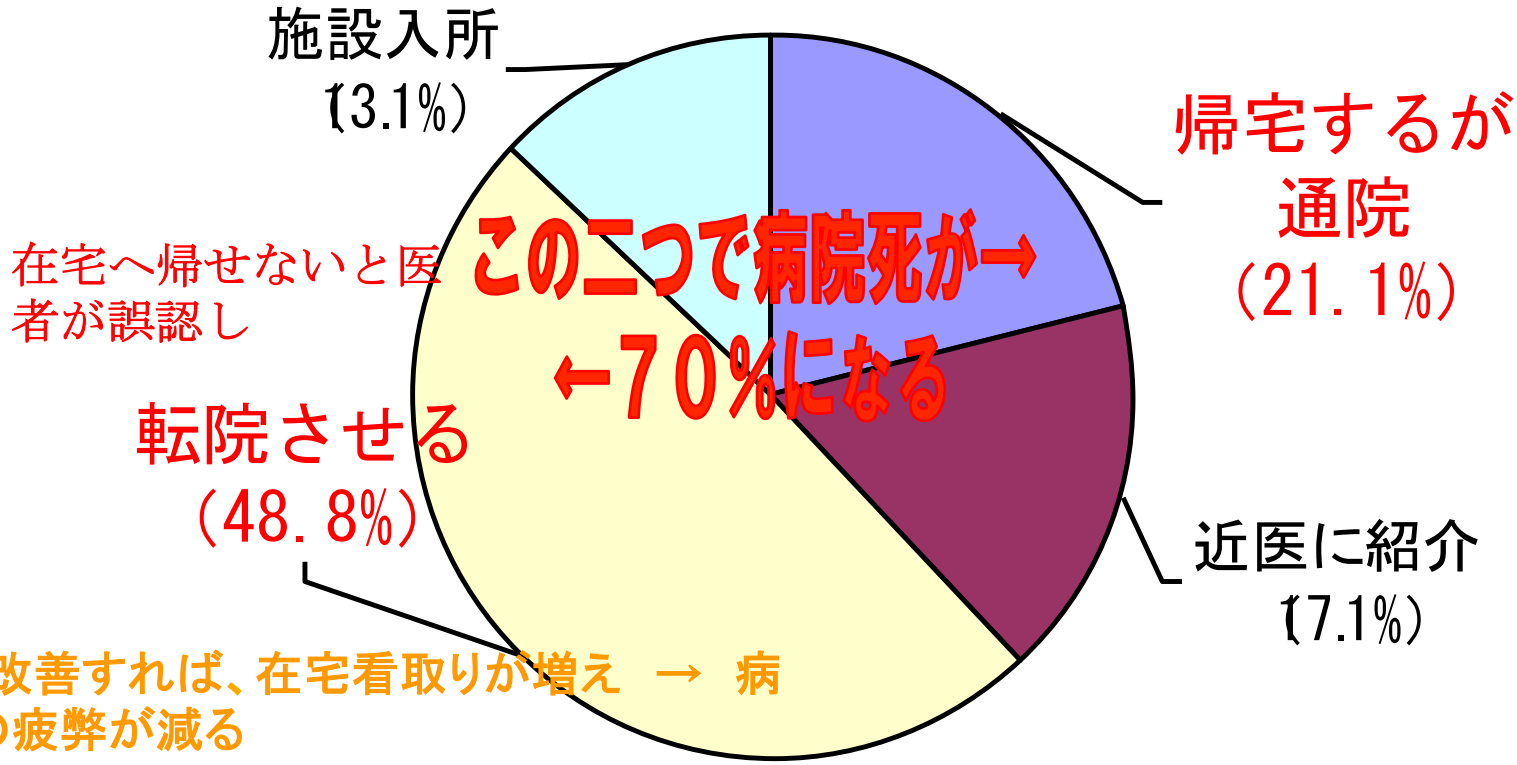


H19　老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

臨床研修指定病院病棟（悉皆調査）

病院医が作り出す病院死

在宅適用となる退院患者の転帰 :回答病棟の総和
（在宅適用となりうる退院患者の割合が全退院の50%未満である
病棟　172病棟、1,325退院事例のうち）



H19　老人保健事業推進費等補助金
（老人保健健康増進等事業分）

【最期はどこで？＝国民のニーズ】

この手のアンケート調査はすでに沢山行われた

結果:国民の60~80%は居宅生活で看取り希望

ところが、医療のサプライは病院死！

がん死の90%・全体では78%が病院死

このミスマッチが病院医の疲弊の原因！

日本の医療制度の国際的評価はトップクラス

健康達成度総合評価・は第1位・医療費は18位

高い評価

低い医療費

	世界保健機構（WHO）		経済協力開発機構（OECD）
	健康達成度の総合評価	平等性	GDPに占める医療費の割合 1998年
日　本	1位	3位	18位
ドイツ	14位	20位	3位
アメリカ	15位	32位	1位

高い医療費

低い評価

（出所）WHO「World Health Report 2000」
OECD「Health Data 2000」より作成

死の質（Quality of Death）

2010年のエコノミスト・インテリジェンス・ユニットによる調査

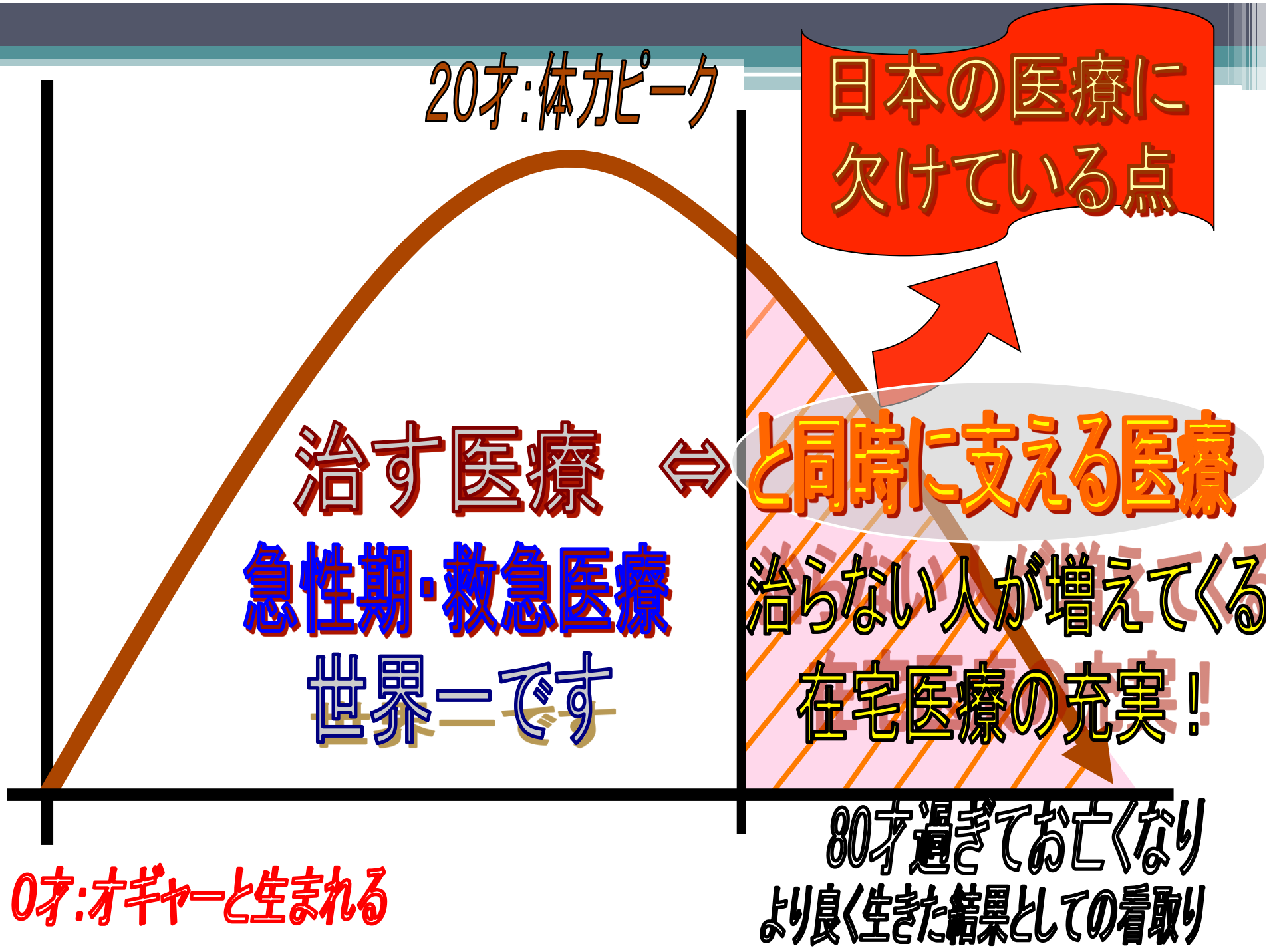
- １位　英国
- ２位　オーストラリア
- ３位　ニュージーランド
- ４位　アイルランド
- ５位　ベルギー
- ６位　オーストリア
- ７位　オランダ
- ８位　ドイツ
- ９位　カナダ
- 10位　アメリカ合衆国

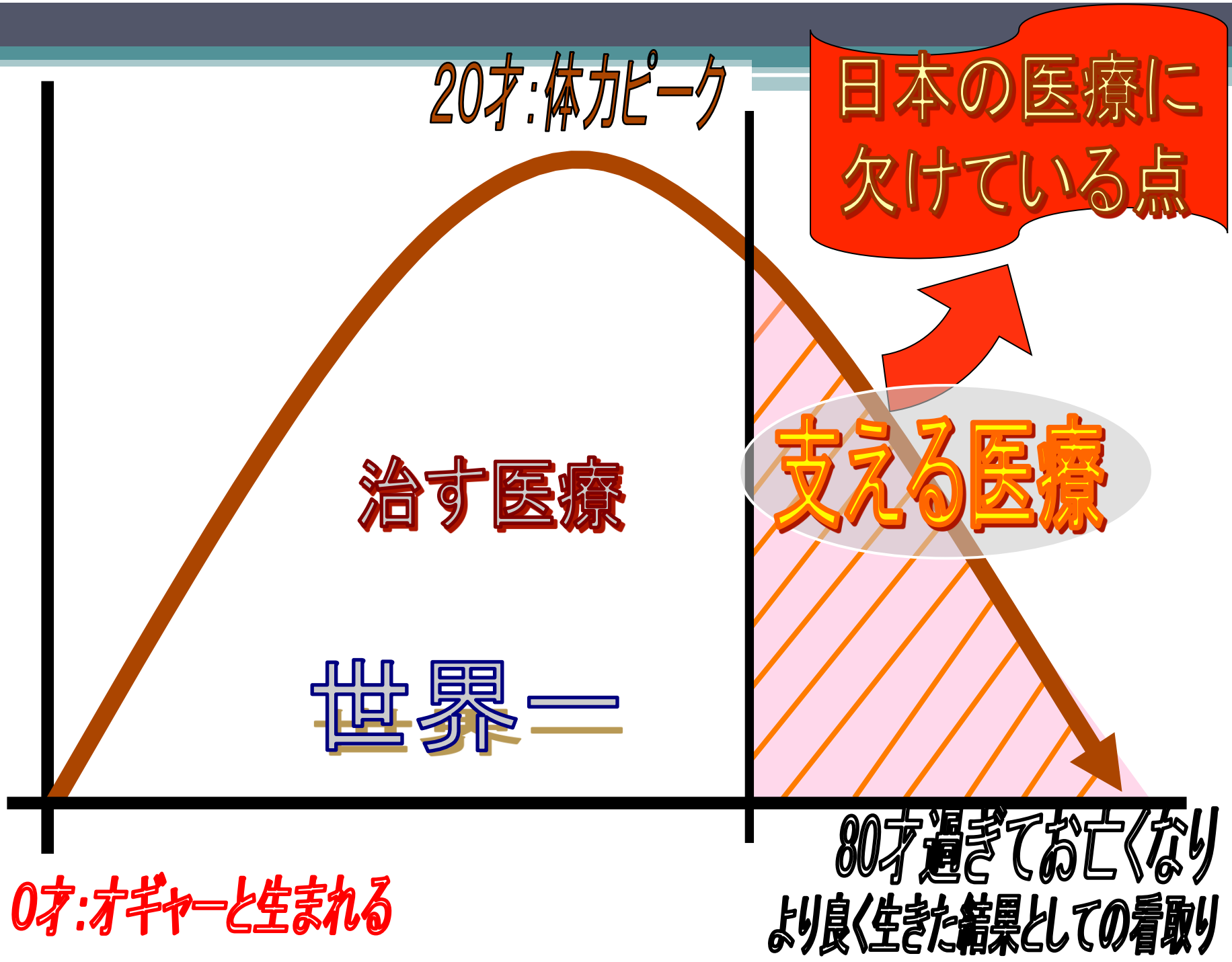
死の質（Quality of Death）

2010年のエコノミスト・インテリジェンス・ユニットによる調査

- 下位10位中国、マレーシア、韓国が並んでいる。
- 台湾14位、
- シンガポール18位
- 日本23位
- インド40位

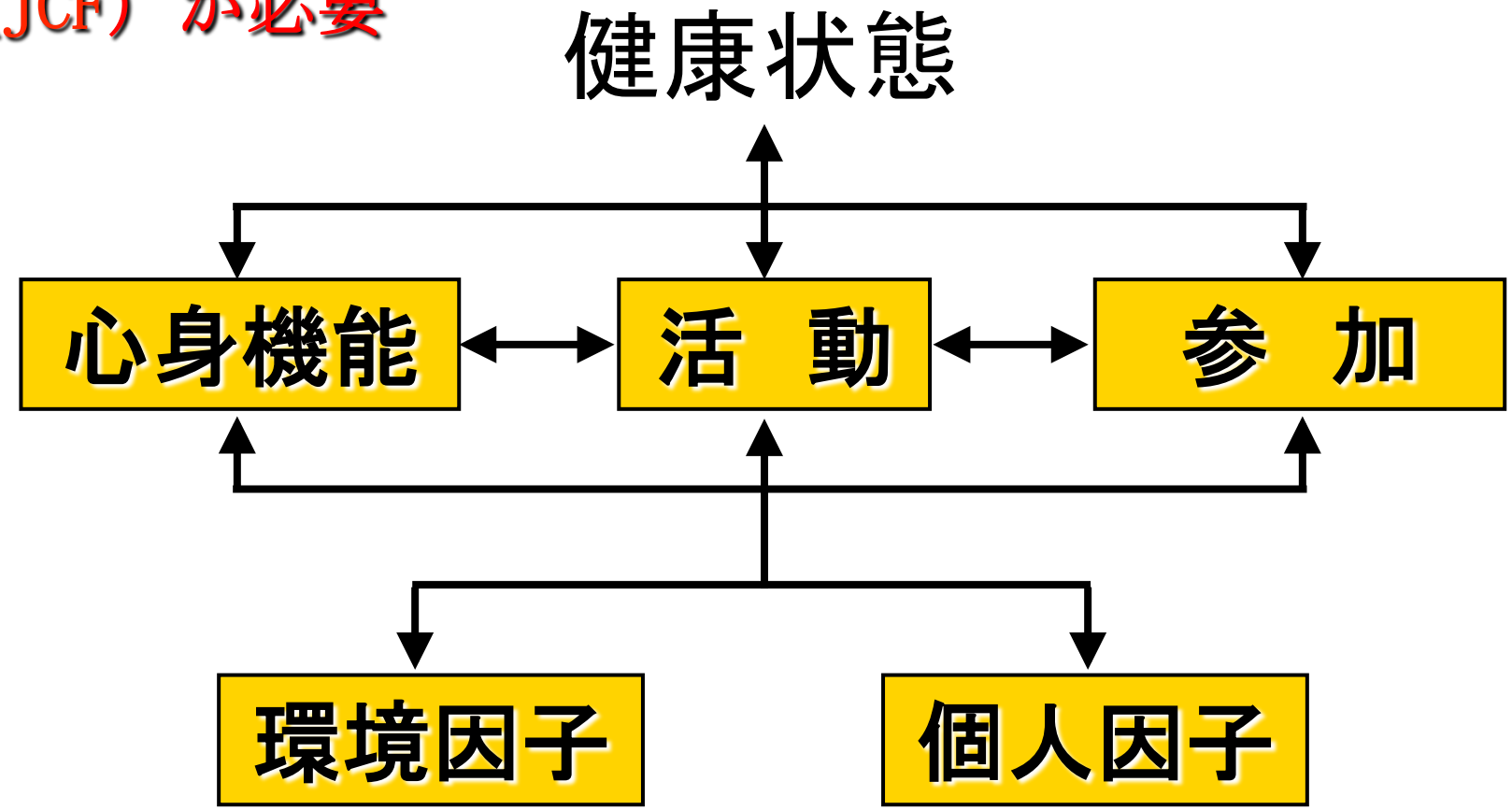
  - 評価項目は、終末期医療に対する国民意識、医療従事者への訓練、鎮痛剤投与状況、ＧＤＰの割合など


20才：体力ピーク
日本の医療に
欠けている点
治す医療 ⇔ と同時に支える医療
急性期・救急医療
世界一です
治らない人が増えてくる
在宅医療の充実！
0才：オギャーと生まれる
80才過ぎておお亡くなり
より良く生きた結果としての看取り


20才：体力ピーク
日本の医療に
欠けている点
治す医療
世界一
支える医療
0才：オギャーと生まれる
80才過ぎてお亡くなり
より良く生きた結果としての看取り

ＩＣＦ（国際生活機能分類）モデル（2001年WHO提唱）

障害をあるがままに認める。五体不満足の思想　日本版（JCF）が必要



「ICFの理解と活用」 上田敏 著　　より引用（一部改）

医者は生き方(ICF)の説明をするのであって
症候論・疾病論(ICD)を展開するだけではダメ！

しかし

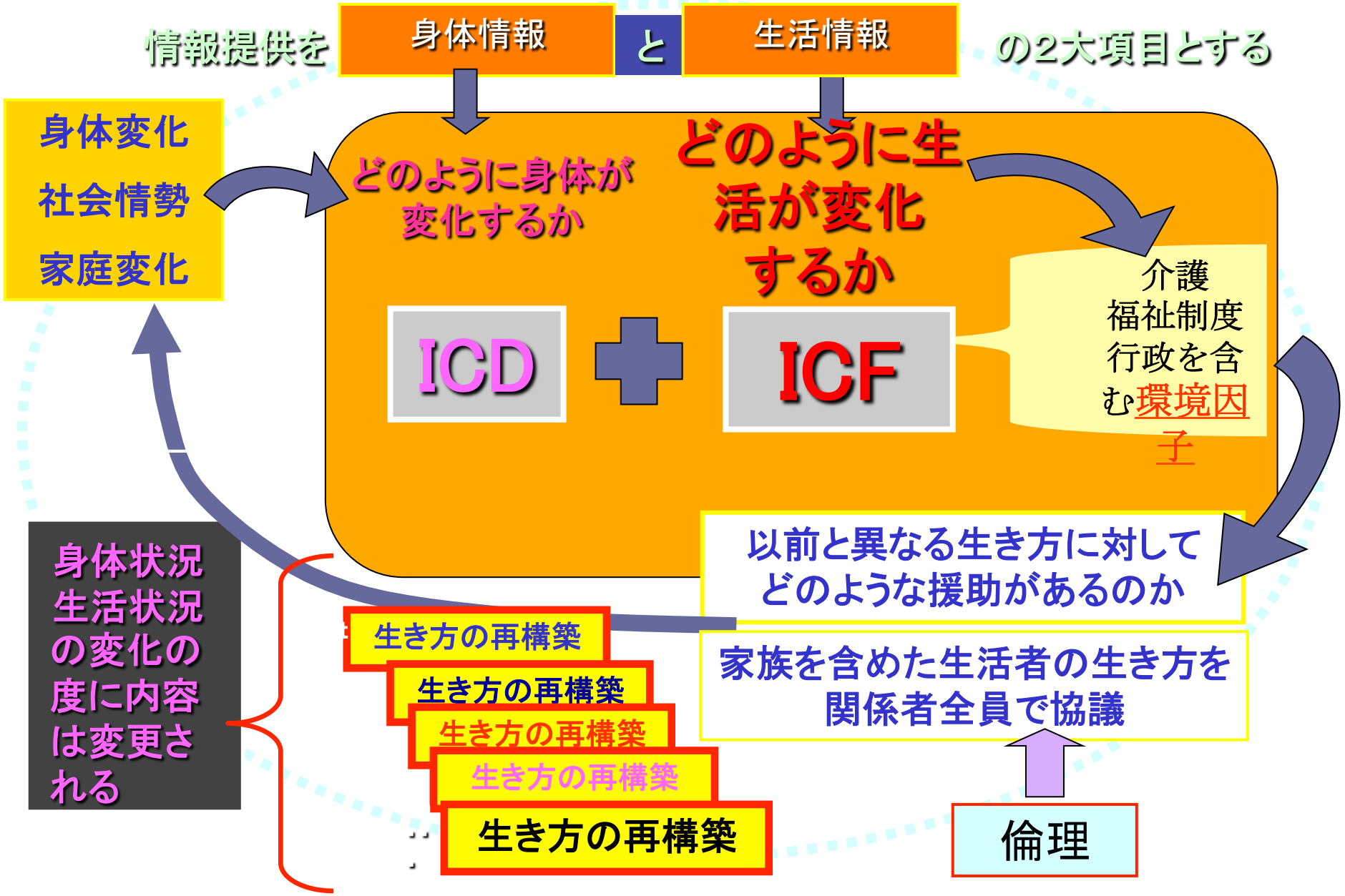
現在の医者の大部分は生き方の説明をしていない

不充分な説明で意思決定させられた

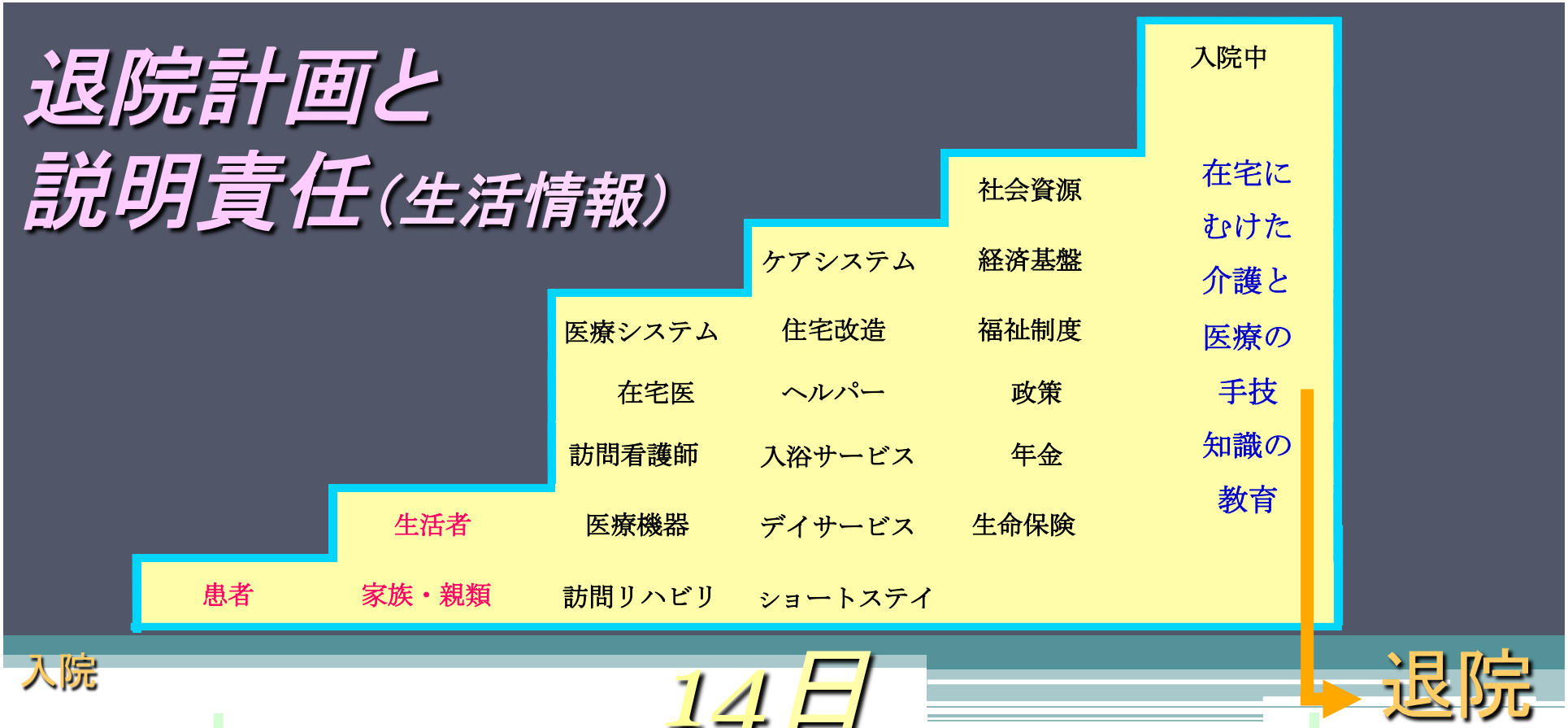
事前指示書やリビングウィル自体が

不適切である

＜生き方のプロセスを支える説明システム＞



退院計画と説明責任（生活情報）



治療と説明責任

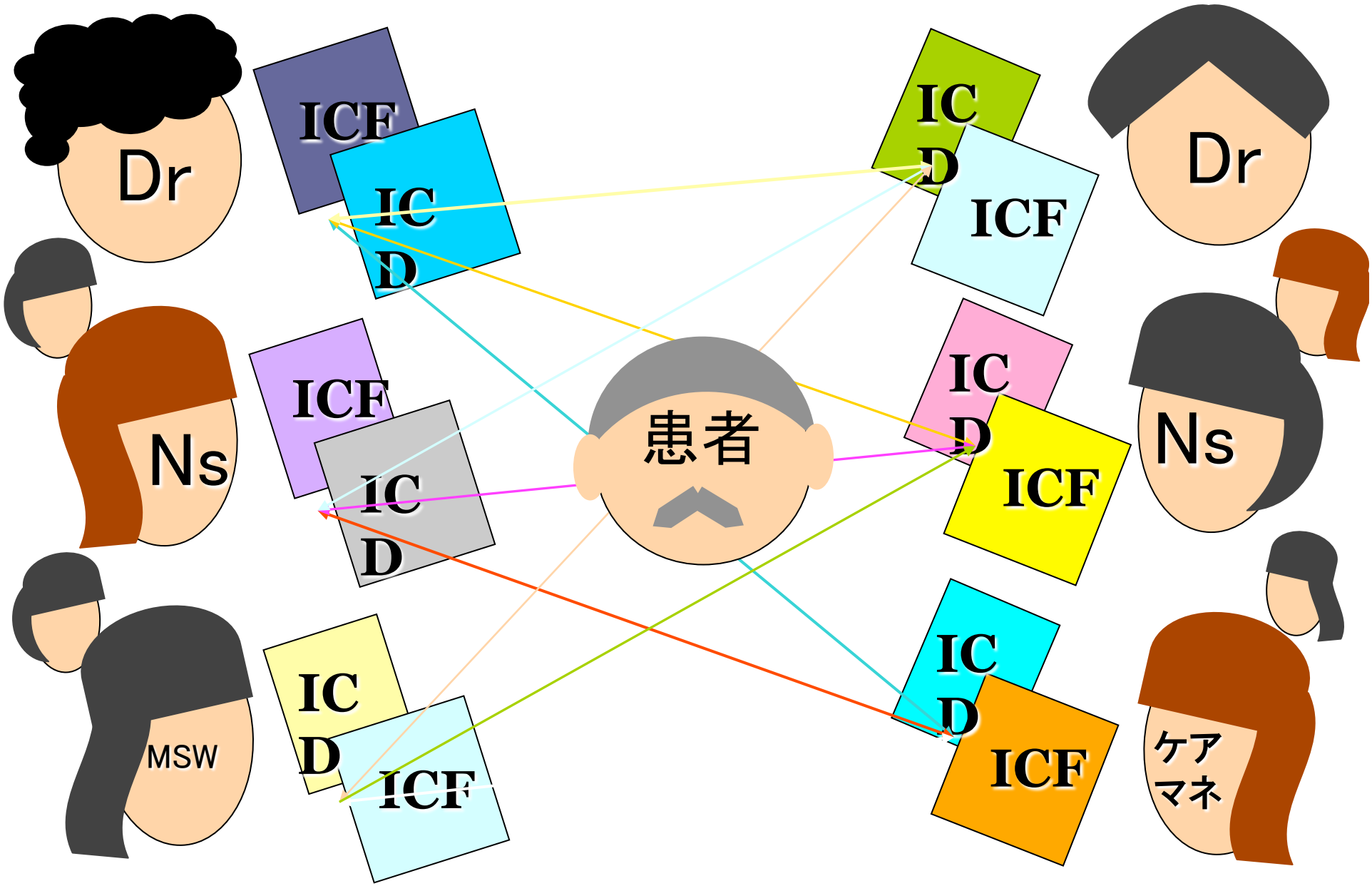
ICD （WHO国際疾病分類）に基づく

2つの説明責任

帰宅（在宅復帰）と説明責任

ICF （WHO国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版）に基づく

病院　⇔医療と生活の情報提供⇔　在宅医療・ケア



「地域の急性期・救急医療の一体的提供」

②急性期病院を支える在宅医療

これを進めるキーポイント

↓

第一に　在宅医療はどんな重症でも帰せる

第ニに　救急搬送数と病院死が減少

第三に　在宅ホスピスで看取る

結果＝急性期病院が楽になる

在宅医療は病院の新たな増加ベッド

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市医療センター	698	10	62	64	20
東北K年金病院	500	6	72	40	20
S厚生病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	370	42	70	15	110

重症患者と在宅療養支援診療所

	訪問診療を行った患者（2006年12月）				
		在宅 人工呼吸療法 （HMV）	在宅 酸素療法 （HOT）	在宅中心静脈 栄養法 （HPN）	在宅成分栄養 経管栄養法 （HEN）
総数推計	229,276	2,924	14,743	2,669	7,281
うち 在宅時医学総合 管理料を算定	164,660	2,349	11,630	1,993	6,335

この患者を病院へはもどせない！→病院疲弊

在宅医療の充実で重症者を帰宅させよう

出典：平成18年度 厚生労働省老人保健健康増進等事業 （回収率を元にして全国総数を推計）

病院と在宅療養支援診療所の人員配置

病院の常勤換算医師数※1

病院総数：100床あたり11.3人　→ 医師1人あたり8.8床

一般病院：100床あたり12.9人　→ 医師1人あたり7.8床

在宅の常勤換算医師数※2

87,952人の在宅患者(訪問診療実施)に対し5,768人の医師

→医師1人あたり15.2床に相当

在宅医療が充実すれば、「在宅というベット」を増やすことができる

※1　H19 医療施設調査より

※2　20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診件数

救急自動車出動件数 … 5,095,615回

救急搬送人員※1　4,677,225人/年 ・・・A

そのうち ・手術を要する入院
・生命の危険がある入院　}※2　1,314,000人/年 ・・・B

A-B= 在宅医療の対象となる救急搬送　3,363,225人/年・・・C

在宅療養支援診療所(11,674件)による往診件数　588,383件/年※3・・・D

在宅療養支援診療所・医師による往診回数は

救急搬送人数の約17.5%に相当する

※1　平成20年　救急・救助の概要(速報)　総務省消防庁
※2　平成17年患者調査 入院×救急の状況
※3　20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

【夜間】救急搬送件数と在宅療養支援診療所の往診

救急自動車による覚知時刻別搬送人員(平成17年中)[※1]　4,955,976人/年…A

そのうち18時ー8時の救急搬送人員[※2]（手術を要する入院、生命の危険がある入院を除く）➡ 1,639,765人/年 …B

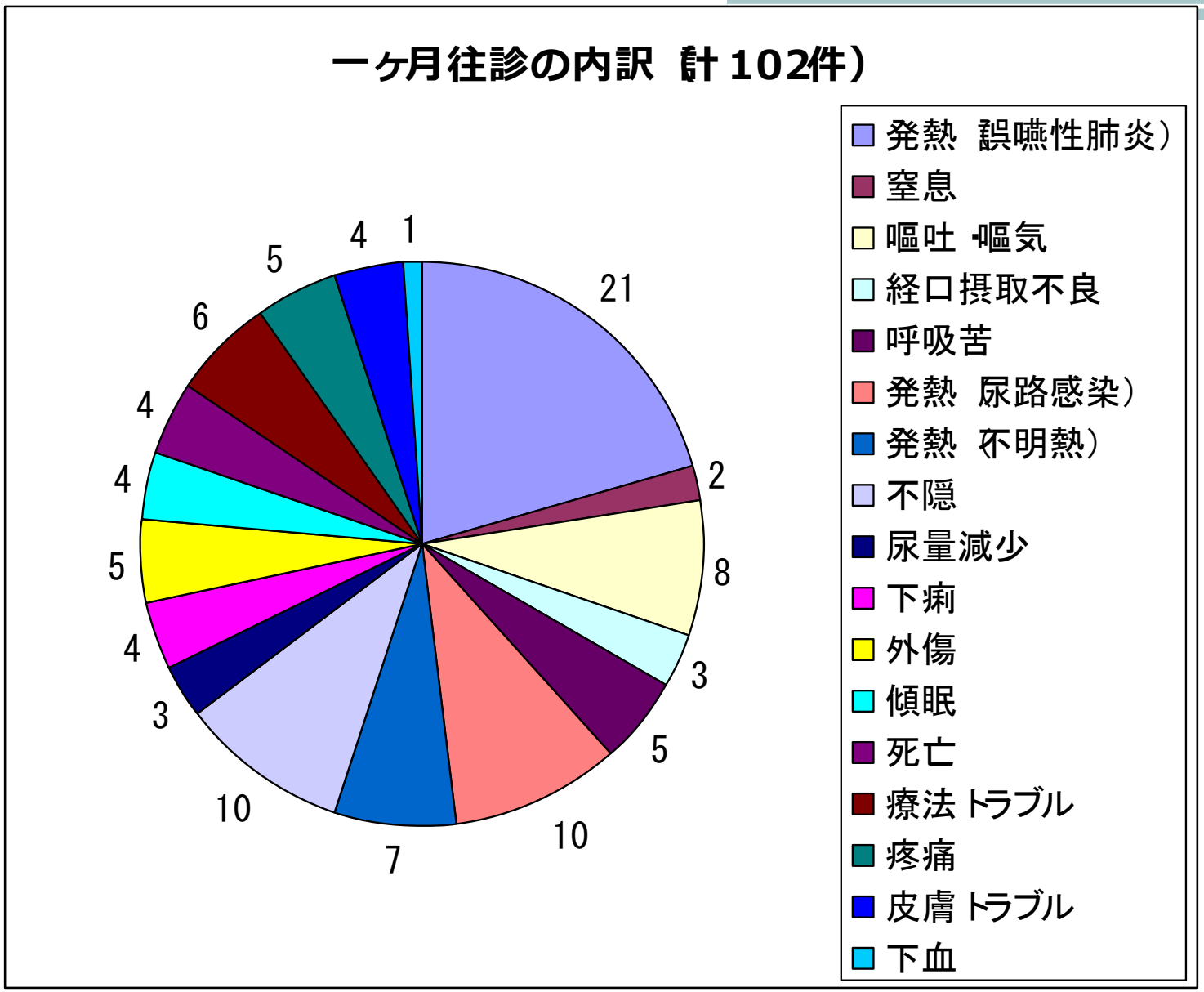
在宅療養支援診療所(11,674件)[※3]による夜間の往診件数　226,837件/年…C

在宅療養支援診療所・医師による夜間往診回数は

救急搬送人数の約13.8%に相当する

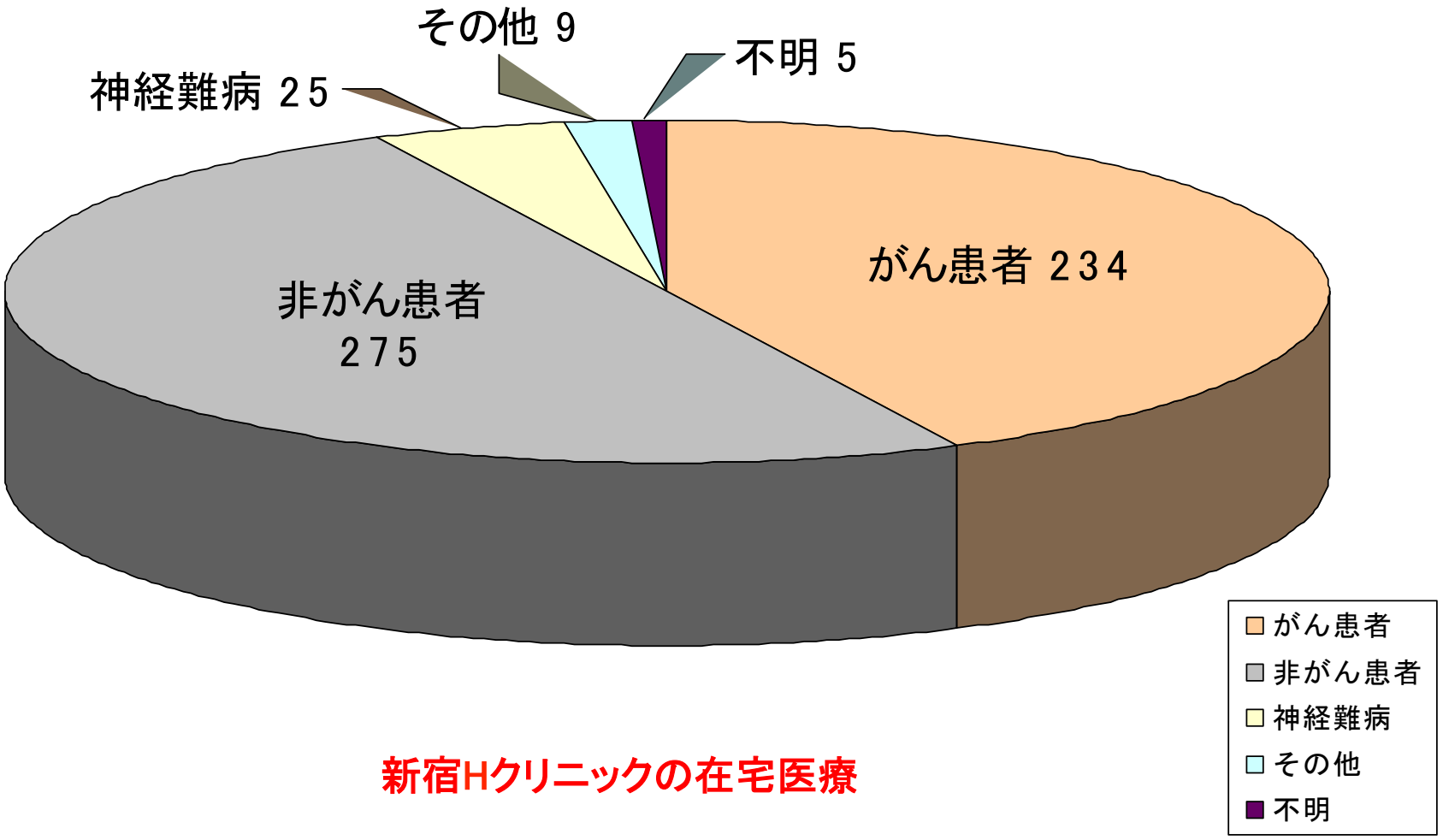
※1　平成18年　救急・救助の概要（速報）　総務省消防庁
※2　平成17年患者調査 入院×救急の状況
※3　20年長寿医療研究委託事業に基づく推計値

新宿Hクリニックの往診内訳→救急搬送が減る



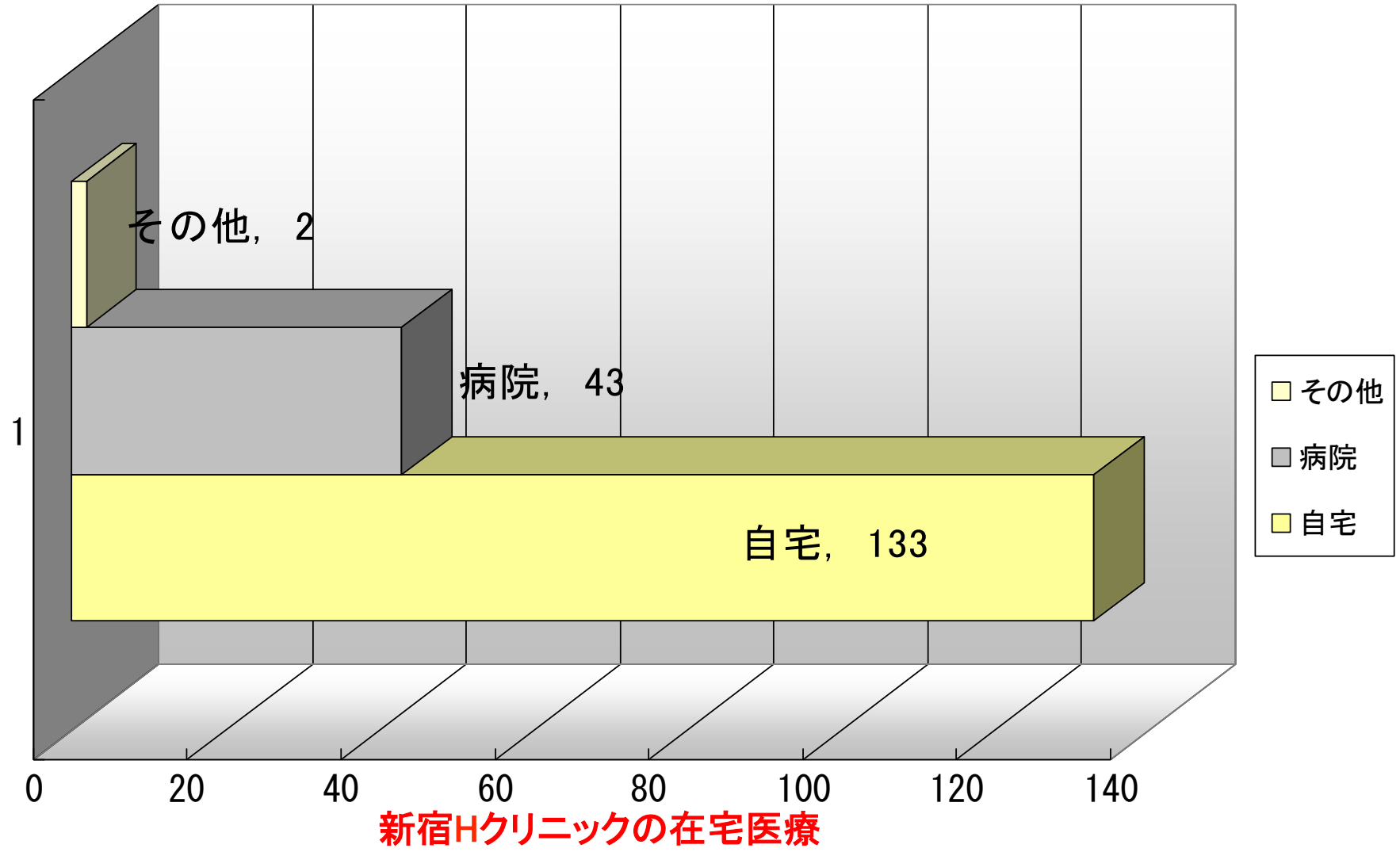
平成20年度　新規患者様相談依頼における疾患別内訳

平成20年4月1日～平成21年3月31日までの相談件数　548件



新宿Hクリニックの在宅医療

平成20年度　新規患者様における看取り件数(死亡場所)



新宿Hクリニックの在宅医療

仙台市１００万人を支える特化型在宅医療

平成16年度　死亡総数　5978人

老人ホーム＋自宅　1069人（17．9%）

O医院(がん専門) 230人
S往診クリニック 120人

350人
1069人

33%

たった2つの診療所で看取っている

ホスピス緩和ケアと在宅療養支援診療所

緩和ケア病棟入院料届出施設・病床数*1　　193施設3,766床

緩和ケア病棟平均在院日数*2
(調査に回答した96施設中)

～20日　57%
～25日　95%
～28日　98%

在宅療養支援診療所による
がん患者の在宅看取り*3　(全国推計・年換算)　　30,062人

在宅におけるがん末期の平均日数を 60日と仮定すると

すでに4, 942床分の機能を持つ

*1：日本ホスピス緩和ケア協会資料 2009/5/1現在
*2：財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団 2005年度調査研究報告における 98%の施設
*3：長寿　回収率を元にして全国総数を推計

日本ホスピス緩和ケア協会と地域緩和ケアネットワークのあり方　報告書より

今後の貴院における、がん末期の患者さんへの訪問診療に関する方針についてお伺いします。

（複数回答可）

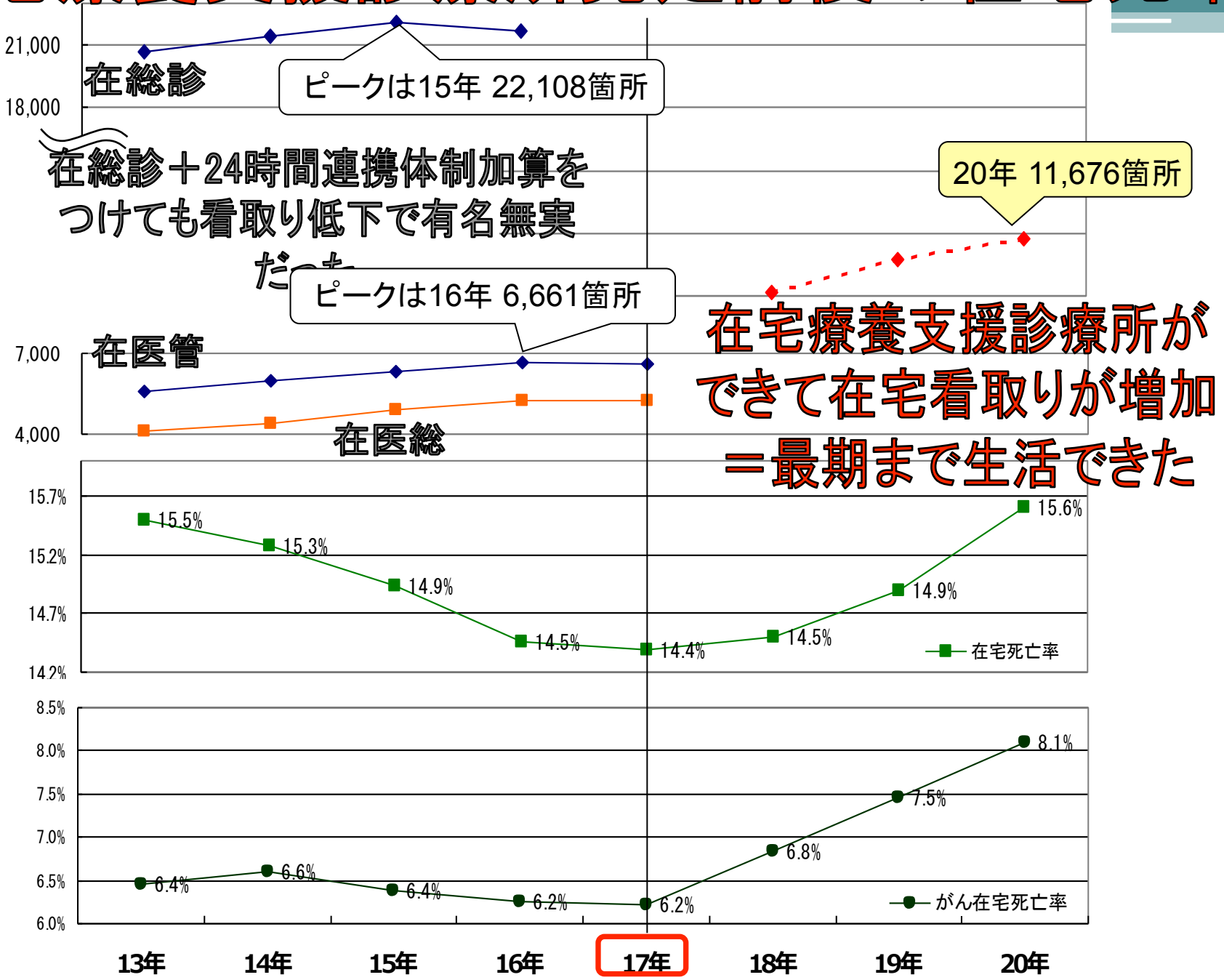
1．緩和ケア病棟の医師が直接訪問診療を行う	56
2．院内在宅診療部門に依頼する	18
3．「在宅療養支援診療所」を開設して行う	10
4．外部の「在宅療養支援診療所」と協力関係を持つ	86
5．施設内ケアを中心とし、訪問診療について特別な方針を持っていない	26
6．その他	10

在宅療養支援診療所は緩和ケア病棟の補完システムになっている

日本ホスピス緩和ケア協会／地域緩和ケアネットワークのあり方に関する検討会

（2007年 4/13、6/1、11/30、 2008年 4/25 開催）

在宅療養支援診療所発足前後の在宅死率



病院での死亡率と在宅での死亡率
在宅看取り＝最後まで家庭生活

	……	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年	平成19年	平成20年
病院での死亡率	…	78.9%	79.6%	79.8%	79.7%	79.4%	78.6%
在宅での死亡率	…	14.9%	14.5%	14.4%	14.5%	14.9%	15.6%

※在宅での死亡とは、自宅での死亡と老人ホームでの死亡を合算したものとする

※平成20年までの人口動態統計調査に基づく

「地域の急性期・救急医療の一体的提供」

③在宅医療は病棟機能の補完システム

これを進めるキーポイント

↓

第一に　在宅医療の守備範囲は広い

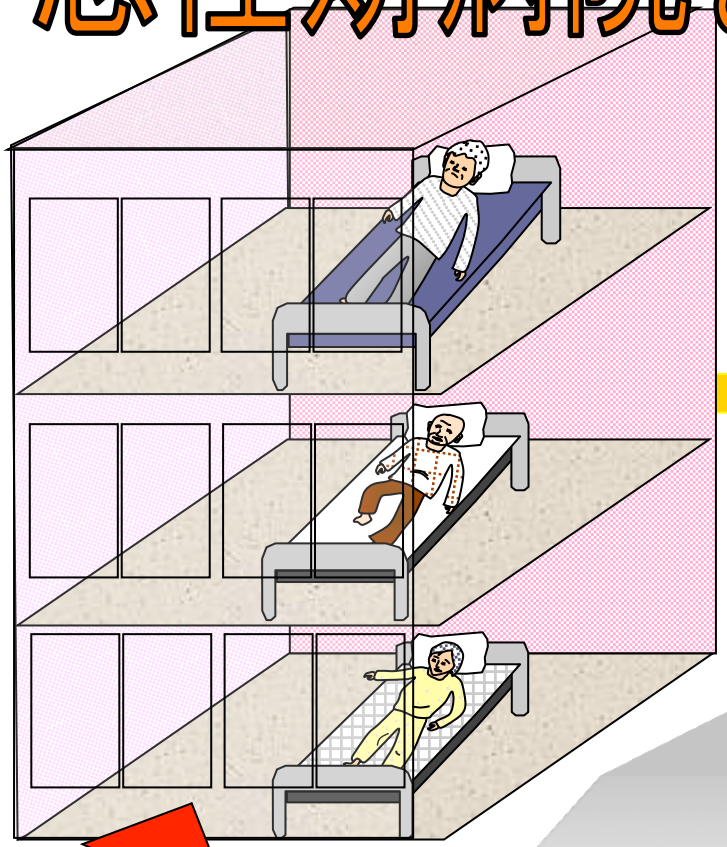
第ニに　在宅医療の充実で病院機能拡大

結果＝地域に在宅の病棟が増える

↓

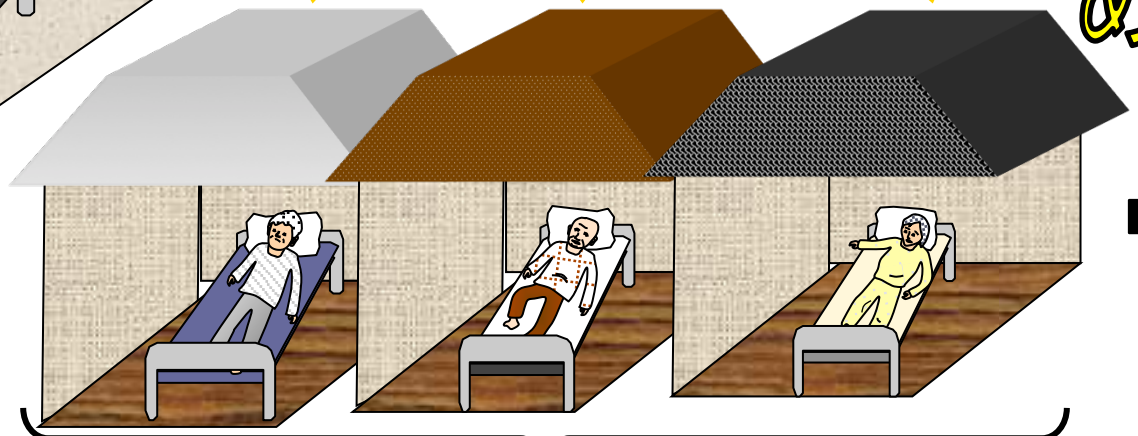
国民の安心と希望をかなえる

急性期病院を支援する在宅医療



病院ベッドを
在宅ベッドに移動

在宅医療
には無限
のベッドが
ある



■ ■ ■

新たな患者の
検査と治療に
専念できる

居宅ベッドで安心医療

A病院：400床
50人の医師
外来医20人

帰宅させよう
転院をやめよう
再入院

B病院

C病院

外来診察　入院治療

朝からタまで外来
医師5人体制
外来医療院

朝からタまで病棟
医師40人体制
入院医療院

24時間在宅医療
医師5人体制
在宅医療院

予防と紹介

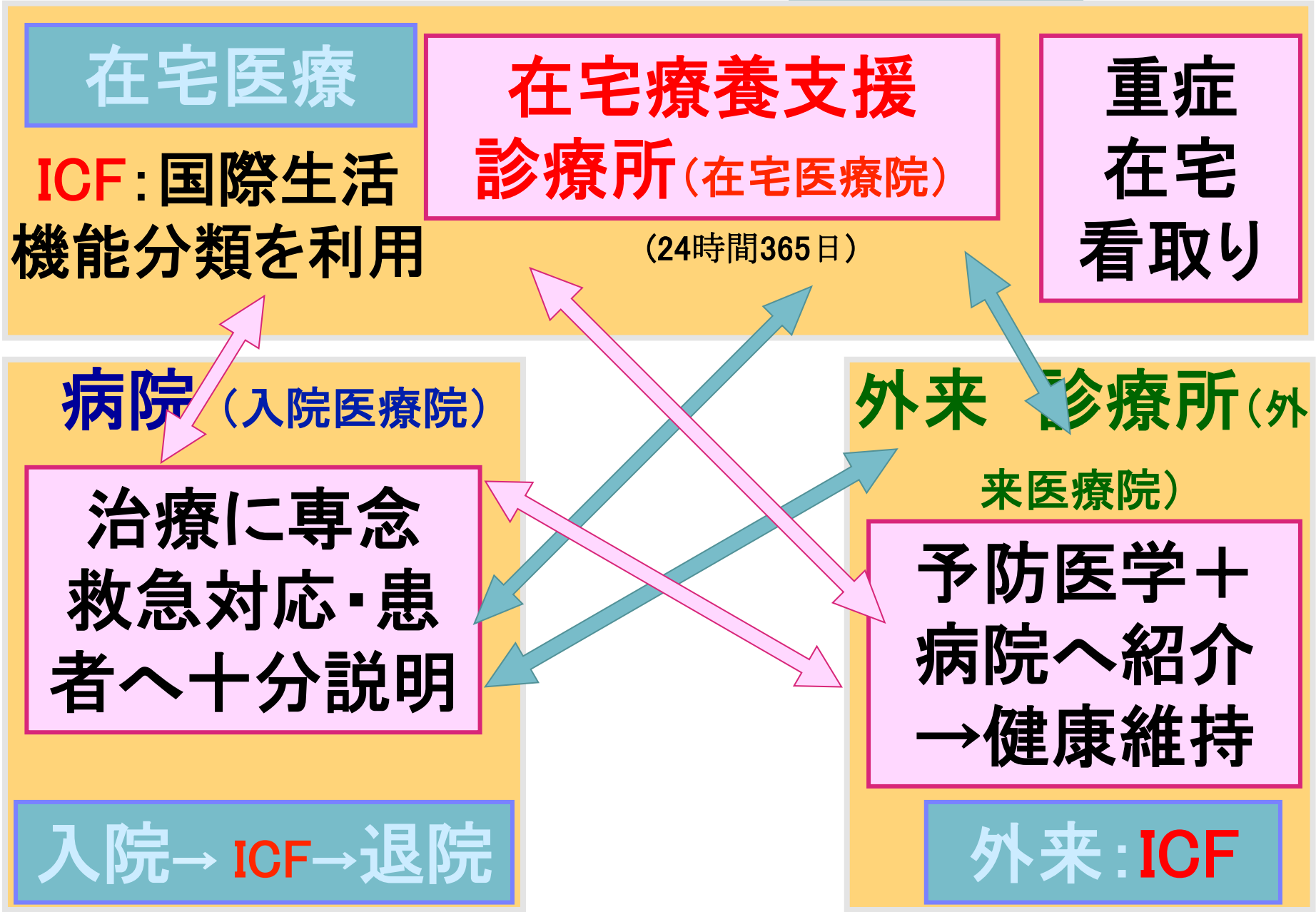
朝から病棟

素早く帰す

在宅生活

病院機能三分化プロジェクト

医療の三分化：ICFを軸に機能させる



【医療問題の解決策】

病院機能活性化の究極兵器

在宅医療は【どこでも病棟機能】

在宅医療は診療所機能の一部ではない
病棟機能の重要な補完システムである！

【医療問題の解決策】

「人口増加を想定した治す医療」はもはや過去

在宅医療は無限の後方ベッドになる

短期計画:①急性期病院の充実→治療してすぐ帰す

②在宅医療の充実→重症者の帰宅と看取り

国民の60～80%は居宅看取り希望

これが国民のニーズに応える医療

長期:③医療構造の三分化の促進

これからの医療と介護の連携と接点は【生き方】

重要項目

①高齢者・がん末期・難病は生きる時間が短い

②ICF:残された時間をよく生きる「生き方」の提示

③「生き方」を説明できる医者＋医療・ケア提供

④ケア：重症対応＋看取り可能な介護員教育

⑤医療の現状→説明不足・機能分化不備→疲弊

⑥入院医療院：外来医療院：在宅医療院　三分化

⑦「生き方」を基本とした医学教育の充実

ハードを構築する時代ではない。ソフトを操る。

将来、本丸は医学教育そして医者がターゲット

重要項目

①明治以来150年の医学教育と医療構造疲労が根源にある：人口減・死亡増に対応不能→疲弊

②医学教育の問題：要素還元主義に基づく科学万能（治す医療の弊害）→支える医療へ転換

③医療構造の無駄：箱物不要→機能分化を徹底

対策はひとつで良い！金はいらない！

医者の洗脳 → 生き方に根ざした医学教育

＋より良い生活提供（JCF：日本生活機能分類）

当院の訪問患者数

- 現在の受け持ち患者
  - 在宅：約２８０名　うち約５０名は末期癌
  - 施設：約３５０名
- 看取り数
  - 在宅：約２８０名
    - 自宅２０５名　その他有料老人ホーム、グループホーム等
  - 施設：約２０名
- 訪問施設数
  - 特別養護老人ホーム：２施設
  - 有料老人ホーム：４施設
  - 高齢者住宅：２施設
  - グループホーム：１３施設

当院のスタッフ

開院当初

- 医師　常勤１名
- 看護師　常勤１名、非常勤２名
- 事務職　常勤２名
- 往診車　１台
- スクーター　１台
- 自転車　１台

当院のスタッフ

開業１年目

- 医師　　常勤１名、非常勤１名
- 看護師　　常勤３名、非常勤２名
- 事務職　　常勤３名
- 看護助手　　非常勤１名
- その他　　非常勤２名
- 往診車　　２台
- スクーター　１台
- 自転車　　１台

当院のスタッフ

開業5年目

- 医師　常勤２名、非常勤１１名
- 看護師　常勤９名、非常勤３名
- 事務職　常勤６名、非常勤１名
- ヘルパー　常勤３名、非常勤１名
- 秘書　常勤３名
- 往診車　１３台
- 自転車　２台
- スクーター　１台

当院のスタッフ

開業6年目

- 医師　常勤２名、非常勤１１名
- 看護師　常勤１４名、非常勤５名
- ケアマネ　常勤３名、非常勤１名
- 事務職　常勤１４名、非常勤１名
- ヘルパー　常勤１６名、非常勤３名
- 秘書　常勤４名
- その他　非常勤２名
- 往診車　１７台
- 自転車　２台
- スクーター　１台

当院のスタッフ

現在

- 医師　常勤4名、非常勤10名
- 看護師　常勤14名、非常勤5名
- ケアマネ　常勤３名、非常勤２名
- 事務職　常勤14名、非常勤１名
- ヘルパー　常勤16名、非常勤３名
- 秘書　常勤７名
- その他　非常勤２名
- 往診車　１７台
- 自転車　２台
- スクーター　１台

当院の在宅医療システム

- 在宅医療相談窓口：外来、電話、ご自宅訪問
- 退院前病院訪問・カンファレンス
- 退院日ご自宅訪問
- ２４時間連絡体制維持
- 医師・看護師・ヘルパー・ケアマネージャー・訪問入浴・事務の情報共有
  - 毎朝のミーティング
  - 定期のカンファレンス
  - 午後の申し送り
  - 臨時の申し送り

在宅医療の対象となる方

- 通院が困難な方
- 退院をした後のケアを必要とされる方
- 在宅で最後まで過ごしたい方
- 自宅での療養を希望される方
- 神経難病肺疾患などで、呼吸管理を必要とする方
- 脳疾患などで身体機能が低下した方
- 難病をお抱えの方
- 排尿や排泄の医療的管理を必要とされる方
- 自宅で痛みのケア（緩和ケア）を必要とするガンの方
- 認知症の方で在宅診療を必要とする方
- 寝たきりのお年寄りの方
- 浜松市内全域に在住の方

診療について

- 医師が定期的に訪問し、診察や検査、薬の処方、予防的な指導などを行います。
- 通常は月2回で、患者さんの状態に応じて週1回、それ以上も状態によって予定をたてさせていただきます。
- 癌の方には訪問看護も積極的に介入します。
- 病状が急に悪くなった場合などには、夜間・休日を問わず対応し、必要時は往診をします。
- 当院の看護師または訪問看護ステーションと連携し、必要に応じて訪問をさせていただきます。

医療内容

☆痛みの緩和
身体的な痛みだけでなく心の苦しみも考慮します。
☆その他症状の緩和
呼吸苦、消化器症状、せん妄、不眠、等
☆在宅酸素療法
酸素濃縮装置・液体酸素が使用可能です。　人工呼吸器も使用可能です。
☆栄養･補液
経管栄養、点滴･中心静脈カテーテルからの高カロリー輸液等も可能です。
☆検査
超音波･レントゲン･血液検査･心電図等、自宅で行うことが可能です。
☆その他の医療処置
輸血、胸腔穿刺（胸水の除去）や腹膜透析、血液透析の管理なども自宅で行うことが可能です。
代替療法や民間療法等は、患者さんご家族の意向を尊重します。

【在宅医療ができること】

採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定

↓

在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

↓

できないこと：手術・CT／MRI検査・放射線治療等を
除けばほとんどのことができると考えてよい

ある末期大腸癌の患者さんの生活

中心静脈栄養

患者さん

介護者：奥さん

在宅酸素療法

看護師

ヘルパーさん

疼痛緩和のための持続注入ポンプ

往診車の装備

- ナビゲーションシステム
- 酸素、吸引器
- 超音波装置、心電図
- 点滴各種、抗生剤、そのほか各種注射薬
- 臨時内服薬
- フィディングチューブ、胃管
- 膀胱留置カテーテル
- 腹腔・胸腔穿刺セット
- IVHカテーテル

患者さんに安心していただくための対応

■２４時間３６５日。

■患者さまと御家族の希望される在宅生活を応援いたします。

在宅医療の主役は患者さんと御家族です。

患者さんやご家族が、どうすれば少しでも安心して自宅で過ごしていくことができるかという視点で診療を行い、一人ひとりの患者さんが希望する医療の提供を目指します。

■患者さまと御家族の不安に一緒に向き合っていきます。

在宅生活を送る患者さんや御家族には様々な不安があると思います。

在宅生活・病気に向き合い、患者さんや御家族が不安にならないように、準備を怠らず様々な問題に対処します。

■地域の医療・介護スタッフの皆さんと協力して患者さまと御家族を支援いたします。

患者さんの療養生活全体を支えるため、地域の病院や介護スタッフの人たちと力を合わせ、途切れないケアの提供に取り組みます。

在宅ターミナルケア

- 24時間365日の診療体制
  　いつでも連絡し治療が受けられることは重要である。また、往診時の診察態度や病状に応じて医療者サイドから訪問の回数を積極的に設定していくことも必要。必要があれば休日も含め毎日往診することも少なくない。

在宅ターミナルケア

- 患者への精神的、肉体的ケア

- 家族とのコミュニケーション
  　家族は介護者でありターミナルケアチームの最も重要なメンバーであると同時に患者と同様にケアを受ける対象者でもある。家族の微妙な気持ちを受け止め、共感を示し、教育し、この状況を共に受け入れられるように導く。

在宅ターミナルケア

- 訪問看護やその他職種との連携
  　訪問看護の存在が極めて大きい。これらの職種間のきちんとした連携をとることが重要であるが、きちんとした情報を伝達することは手間のかかる作業でもある。当院は主にfaxや電子メールによって連絡を取り合うようにしている。また、施設ホスピスと緊急時に入院できるよう体制にしておくことも重要な支えになることがある。

在宅ターミナルケア

- 治療内容や病状の説明
  　多くのケースでは病院から余命が残り少ないことは説明されている。患者にとって最も必要な情報は、現在何が患者に苦痛を与え、それに対しての解決策がいかなるものかという点である。なるべく患者の希望を尊重しケアを進めていく。
  　これらの積極的な姿勢によって患者さんが「見捨てられたわけではない」ということが理解できれば、逆に強い信頼関係が生じその後のケアの大きな支えになる

訪問看護婦さんは優しい？

「来てくださる看護婦さんは皆さん本当に優しいです」
よく聞く言葉です。

違いは何か　優しさも忙しさも同じ

訪問看護師

- 患者さんのご自宅
- 患者さんのニーズに合わせた看護
- その患者さんだけに集中
- 家庭の環境の中で家庭に合わせて看護を提供する
  - マニュアル的でない
  - あえていえばご家族に合わせることがマニュアル
- 生活を支えていくことが大切なこと

病棟看護師

- 病棟
- 医師の指示によることが多い
- 他の患者さんからも呼ばれる
- 病院の環境の中で病院のやり方で看護を提供する
  - マニュアル的
  - 提供者の都合もある
- 病気を治療することが一番の目的
  - 病気が治らない人には病棟はつらいかも

なくなったときに
「よかった」と
言っていただける

地域で在宅医療をすすめる

診療所の連携

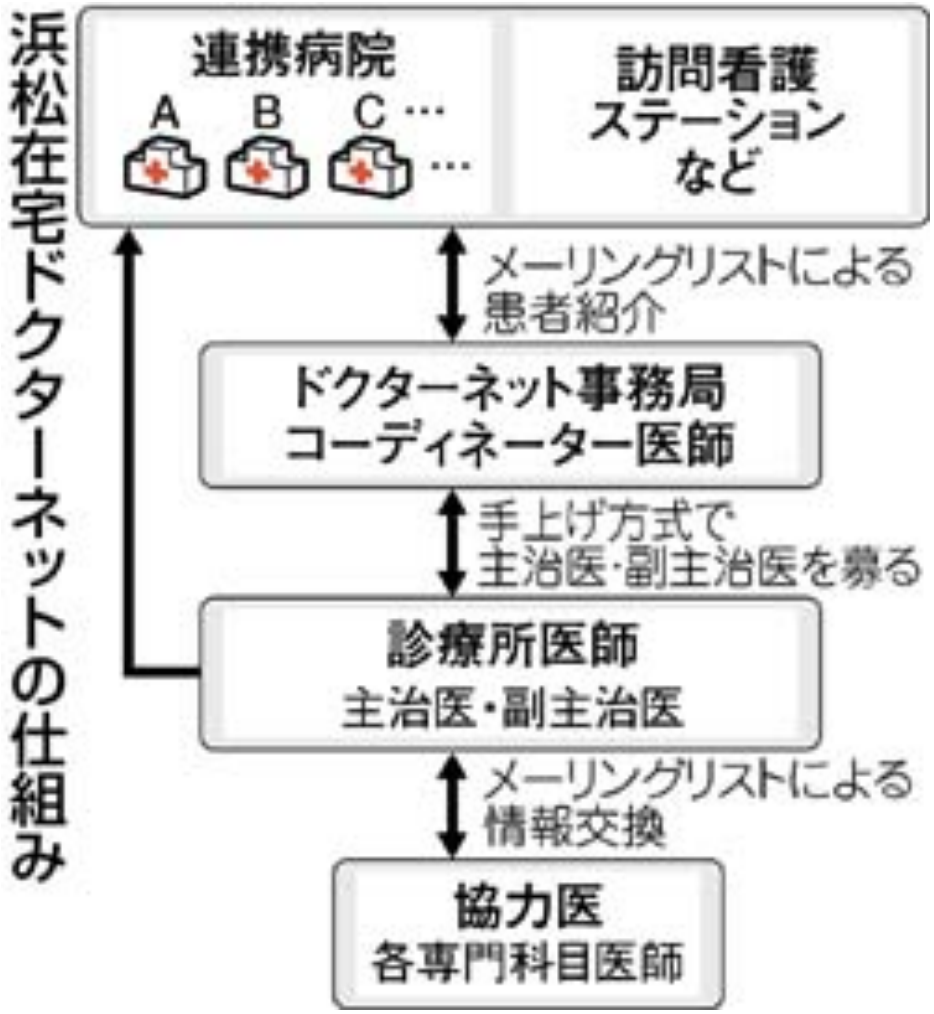
- 浜松ドクターネット
  - 医師会主導
  - 在宅医療に関心のある診療所同士が連携
  - 主治医副主治医を決める。
  - メーリングリストで、いろいろと相談できる。
  - あくまでもセーフティネット。連携しなくてもよい。
- 長崎ドクターネット
  - 浜松ドクターネットの原型

- 浜松緩和ケア研究会
- 浜松在宅緩和医療をすすめる会
- 浜松ドクターネット
- がん対策のための戦略研究（ＯＰＴＩＭ）

  「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」に浜松も参加

  聖隷三方原病院　緩和支持治療科中心に活動

浜松ドクターネット


浜松在宅ドクターネットの仕組み
連携病院
A B C …
…
訪問看護
ステーション
など
メーリングリストによる
患者紹介
ドクターネット事務局
コーディネーター医師
手上げ方式で
主治医・副主治医を募る
診療所医師
主治医・副主治医
メーリングリストによる
情報交換
協力医
各専門科目医師

浜松ドクターネット

- 在宅医療を行っている診療所同士の連携や交流を図る
- 主治医不在時に代行医師を派遣
- 在宅医療に関する情報をメーリングリストを使って共有する
- 専門知識を持つ協力医が、在宅医の不得手な分野での診療の助言や支援を行う
- 高齢化の進展で在宅療養を希望する患者が増加する中、２４時間、３６５日の在宅診療体制を保持する

ＯＰＴＩＭの活動

- 緩和ケアセミナーの開催
  - ３年間で延べ２２回実施し、２，７６７名が参加
- アウトリーチプログラム
  - 緩和ケア専門の医師や看護師の派遣
  - ３年間で３３回実施
- 市民を対象とした啓発活動

アウトリーチプログラム

- 緩和ケアチームが在宅医療の現場に訪問し、在宅医や訪問看護師とともに共同診療を行うことは、ケアの質の改善、専門ケアへのアクセスの向上に有効であることが示唆されている。
- 緩和ケアチームが、月１回在宅特化型診療所で行われるカンファレンスに参加し、２～３名の往診を共同で行った。
- 「（症状コントロールについて知ることに） とても役立った ・ 役立った ・ 少し役立った」が８２・１４・４％
- 「（精神的ケアや家族ケア、コミュニケーションについて知ることに） とても役立った ・ 役立った ・ 少し役立った」が５０・３６・１４％
- 「（顔のみえる関係になることに） とても役立った ・ 役立った」が７７・２３％。
- アウトリーチは、地域の医療者から有用であると評価された

地域緩和ケアチームによるアウトリーチの有用性 ： OPTIM浜松
〇井村 千鶴

ＯＰＴＩＭの活動

- 緩和ケアホットライン
  - 「地域緩和ケアチーム」を設置
  - 浜松市内の５つの病院の緩和ケアチームすべてと連携
  - 患者さんは「１アクセス」で相談ができる
- 浜松在宅ドクターネット
  - 会員医師や協力医の連携を強化
  - 連携ツールとしての
  - メーリングリストの管理

ＯＰＴＩＭによる調査

- 浜松市でのがんによる死者数は年間約２千人
- 在宅死亡率
  - プロジェクト開始前の０７年に７％（１２５人）
  - 08年9%（169人）
  - ０９年には１１％（２００人）
  - 区ごとの推移
    - 市内7区のうち自宅死亡率が6%以下の区が3区あった
    - 2009年には全ての区で9%以上となった。
  - 在宅ホスピスを標榜する診療所、それ以外の診療所でのがん患者の看取り数のいずれもが上昇した：62名から102名（+65%）、63名から98名（+56%）。

浜松市におけるがん患者の自宅死亡率の推移：OPTIM浜松
井村　千鶴

がん患者に対する介護保険手続きの迅速化

- 介護支援専門員を対象とした「浜松市のがん患者に対するケアマネジメントの実態調査
  - 08年12月、
    - 「過去1年間、要介護認定申請を行ったが認定調査を待っている間に死亡したがん患者」は年間54名
    - 「過去1年間に担当し,要介護認定申請を行い認定調査は終了したが結果の通知までに死亡したがん患者」は年間126名
  - ０９年
    - ２２名
    - ６６名
- 市と医師会,医療福祉機関が協力することにより,がん患者の介護保険手続きの迅速化

遺族からみた在宅ホスピスの評価

- 80%以上の遺族が「患者や家族の意思や気持ちを大切にしてもらえた」「医師や看護師の関わりに満足だった」「必要な時に往診にきてもらえて安心だった」と回答
- 死亡後のケアや往診時間が短く医師と十分に相談できないことが課題として挙げられた。
- 診療所の医師、看護師の関わりは、総じて肯定的に評価された

地域の多職種で作成した「今、遺族に聞きたいこと」からみた在宅ホスピスの評価
：OPTIM浜松
小野 宏志

対象

- 期間：平成２０年４月１日～平成２１年７月３１日
- 対象患者：上記の期間に死亡した１５８人
- 適格：１３５人に調査票発送し５人が宛先不明
  - 死亡後6ヶ月以上、1-1.5年以内の遺族
  - 主に介護を行った者
  - 患者及び家族の年齢が20歳以上
- 除外：２３人
  - 精神的に不安定でアンケートの実施が望ましくない者
  - 認知症・精神障害・視覚障害等にて調査用紙に記入できない者
  - 「患者が癌であること」を伝えられていなかった者
- 有効発送：１３０人
  - 返送数：９８人（75.4%）
    - 回答拒否：１人
    - 回答数：９７人（74.6%）

調査項目：遺族によるケアの質評価尺度

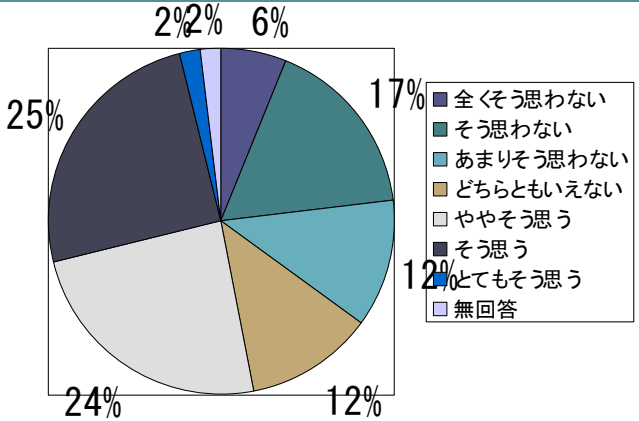
- 身体的・精神的ケア、意志決定、家族ケア、継続性のドメイン
  - 医師の対応について
  - 看護師の対応について
  - 患者様への精神的な配慮について
  - 医師から患者様への説明について
  - 医師からご家族様への説明について
  - ご家族への配慮について
  - 連携や継続性について
    - 質問は「改善すべき事が大いにある」～「改善すべき事はところは全くない」の6件法

調査項目：遺族の評価による終末期のQOL尺度短縮版

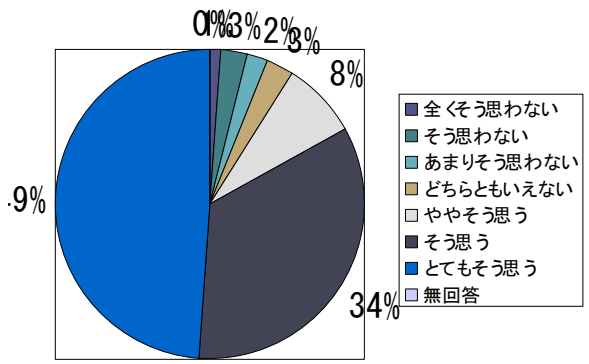
- 痛みが少なく過ごせた
- 望んだ場所で過ごせた
- 楽しみになるようなことがあった
- ご家族や友人と十分に時間を過ごせた
  - 「全くそう思わない」～「とてもそう思う」の７件法

総合的な評価：

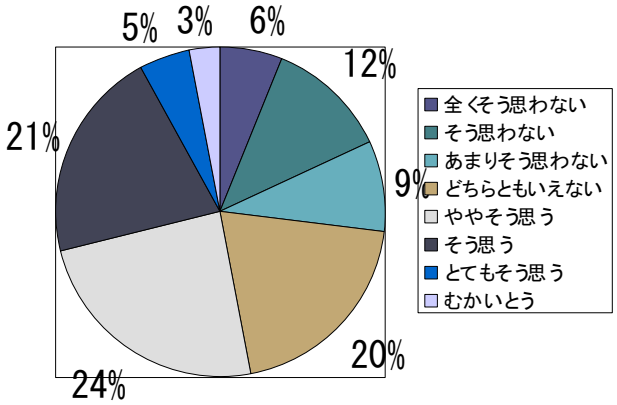
体の苦痛が少なく過ごせた



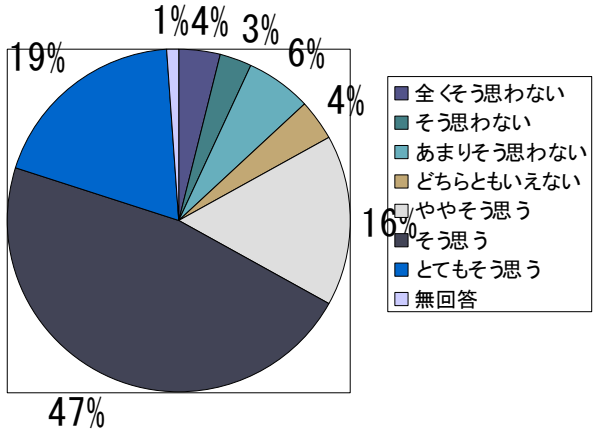
望んだ場所で過ごせた



楽しみになることがあった

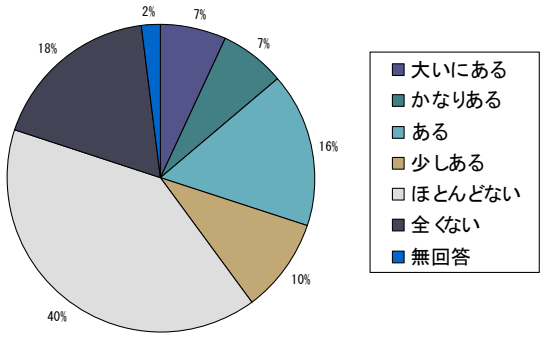


家族や友人と十分に時間を過ごせた

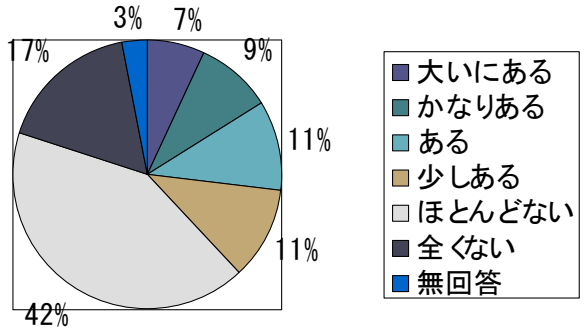


総合的な評価：
患者さんがご自宅で受けられた医療に改善点はあるか

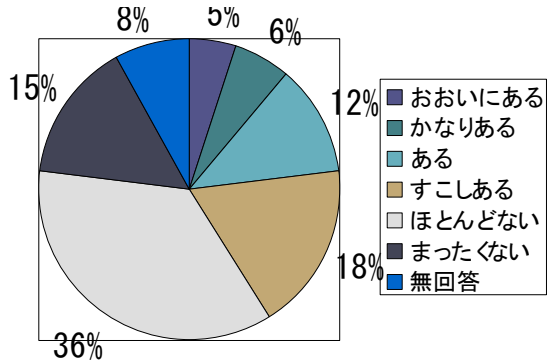
つらい症状に対する速やかな対処



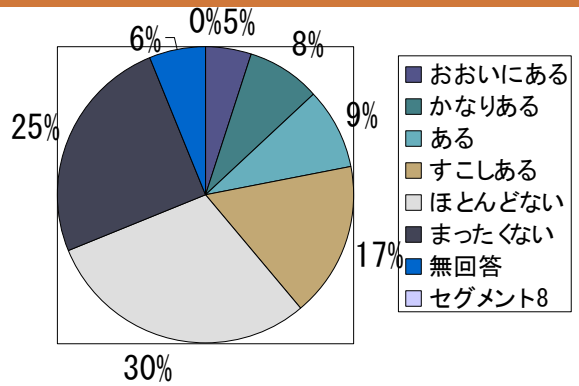
看護師の知識や技術の熟練度



患者さんに対する将来の見通しについての十分な説明

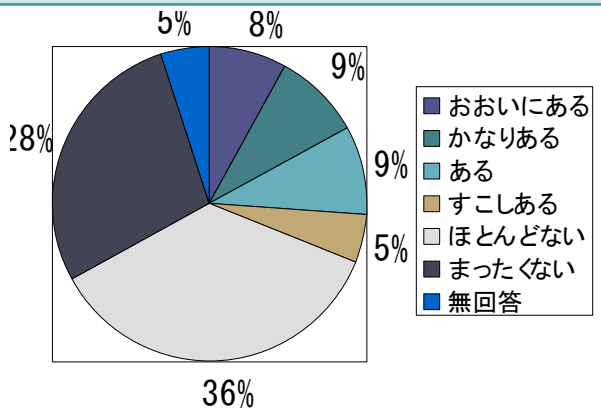


家族に対する将来の見通しについての十分な説明

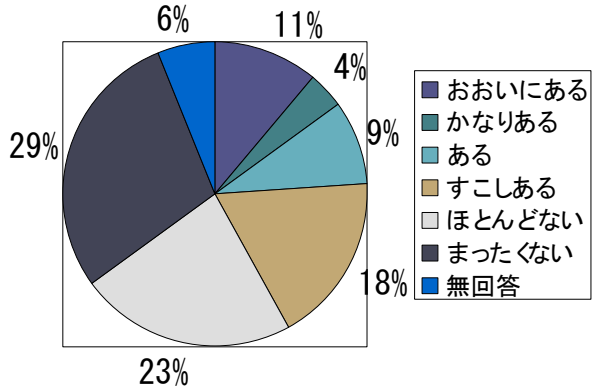


総合的な評価：
改善すべきところがあるか

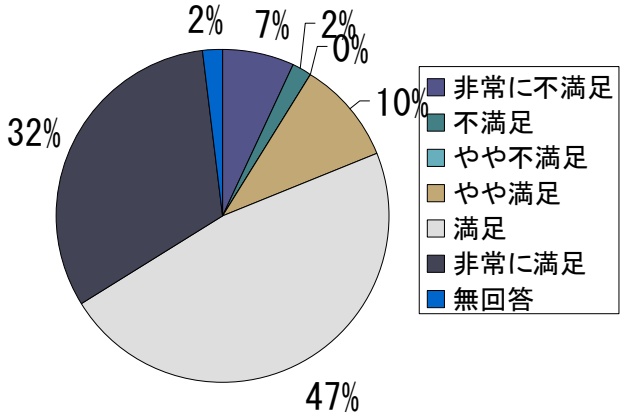
患者さんの希望を叶えようとするスタッフの努力



必要なときの待ち時間

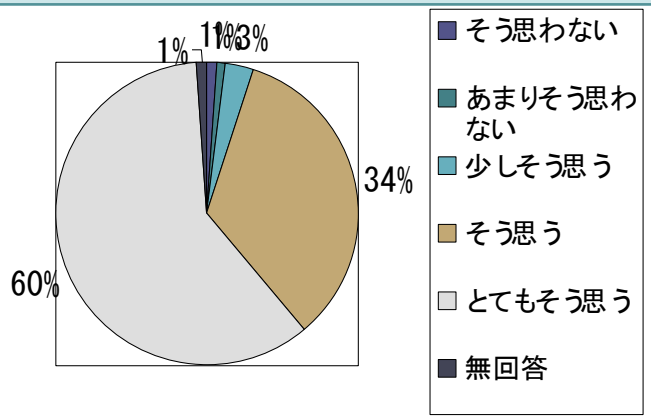


全体的に自宅療養中に受けた医療に満足だったか

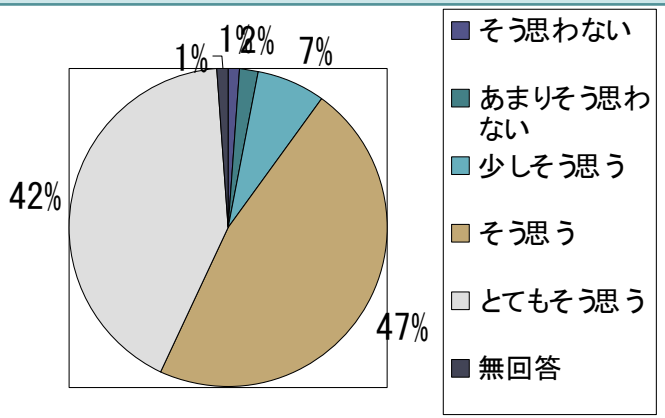


クリニックの評価：
患者さん・ご家族とクリニックの連携

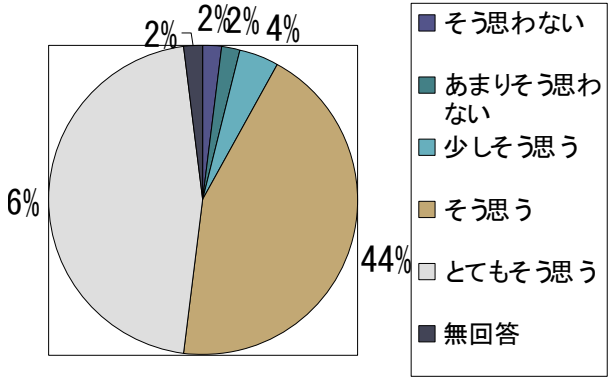
２４時間連絡が付いて助かった



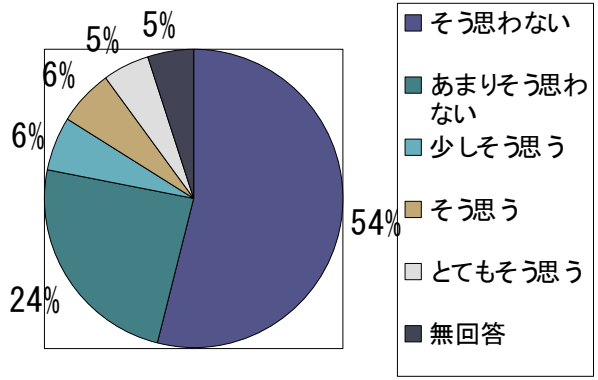
クリニックに気軽に電話できた



看護師や事務員に連連絡したことはスムーズに医師に伝わった

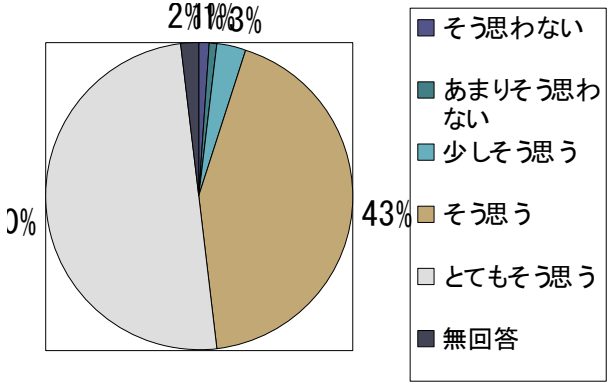


電話がすぐにはつながらない事があった

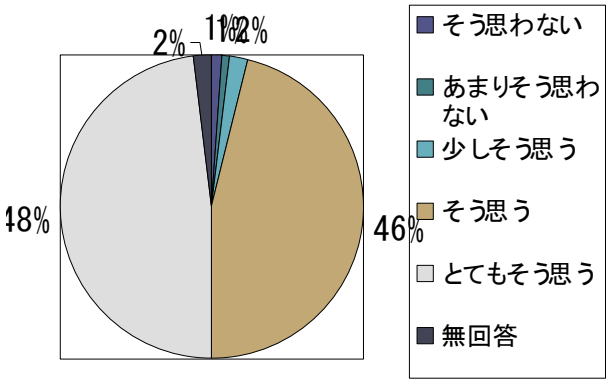


クリニックの評価：
クリニックの医師の対応について

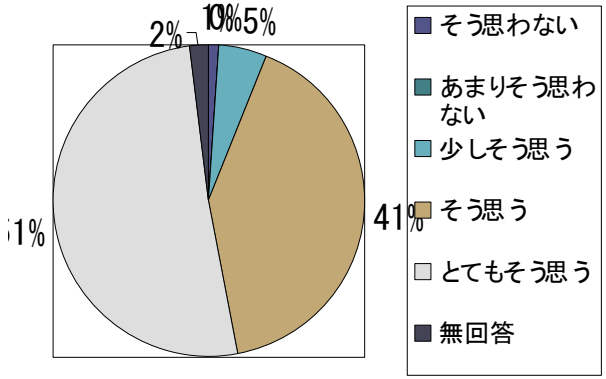
医師の関わりに満足だった



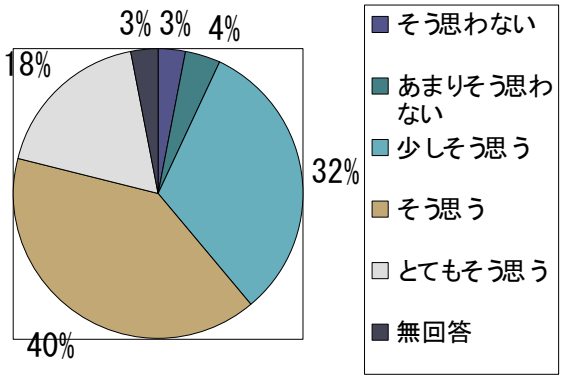
患者さんの意志や気持ちを大切にしてもらえた



ご家族の意志や気持ちを大切にしてもらえた

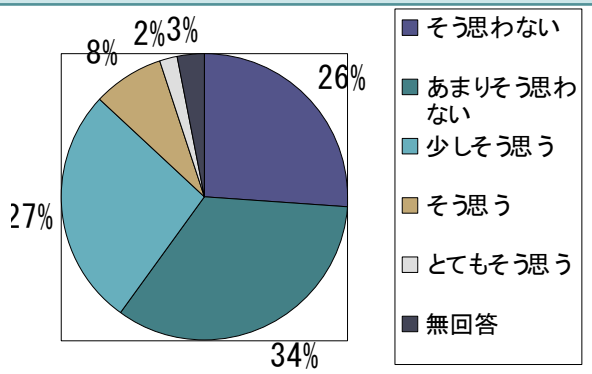


ゆっくりはなせる時間があった

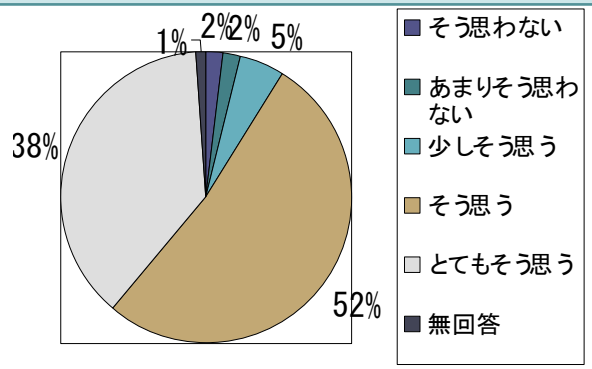


クリニックの評価：
クリニックの医師の対応について

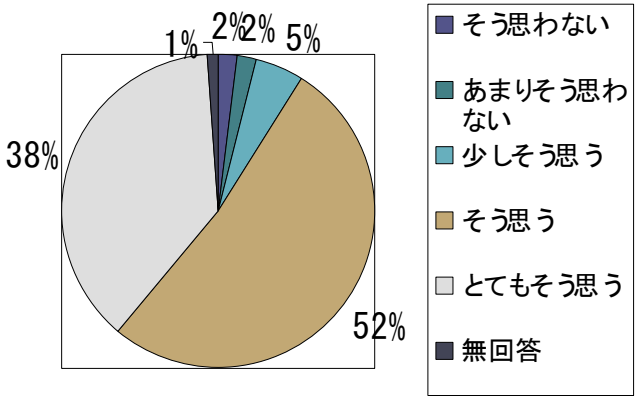
１回の往診時間が短く十分に医師と相談できなかった



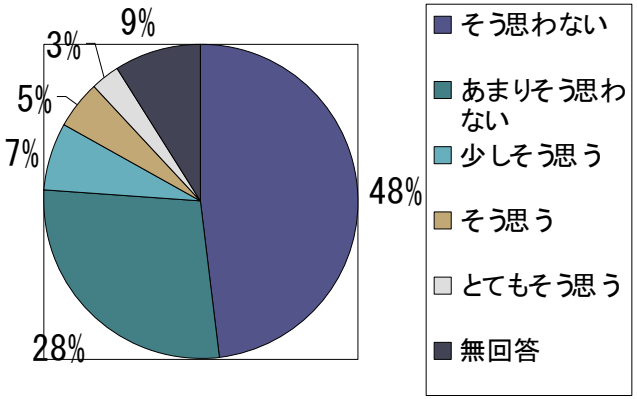
熱心に診てもらえた



早朝や夜遅い時間でも往診してもらえて助かった

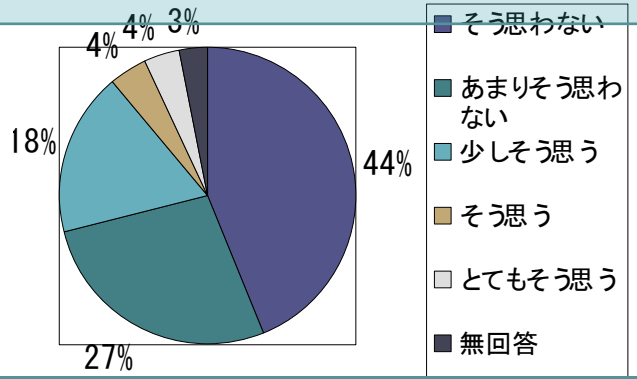


早朝や夜遅い時間の往診が負担な時があった

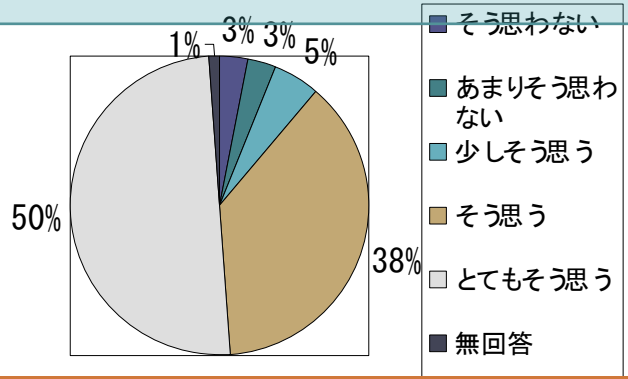


クリニックの評価：
クリニックの医師の対応について

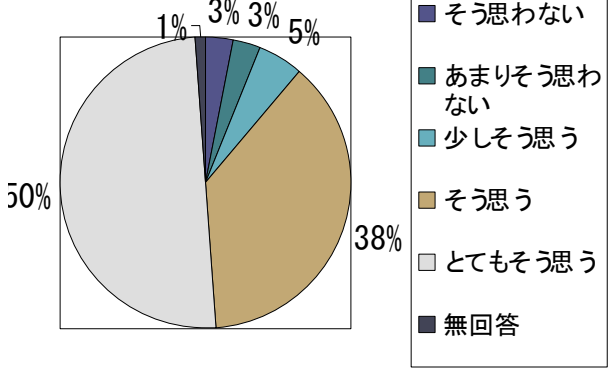
往診時間がわからなくて困ったことがあった



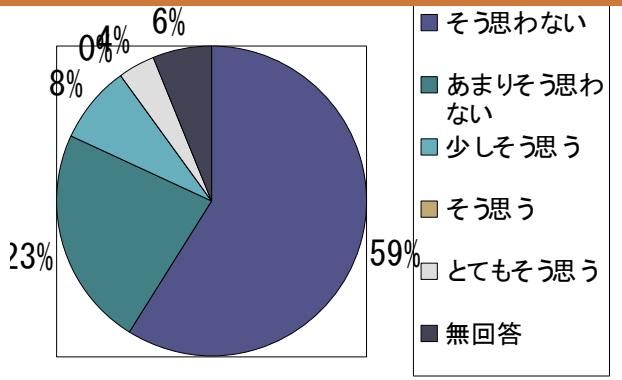
必要なときに往診に来てもらえて安心だった



落ち着いていて来てもらわなくてもよいと思うときにも往診があった

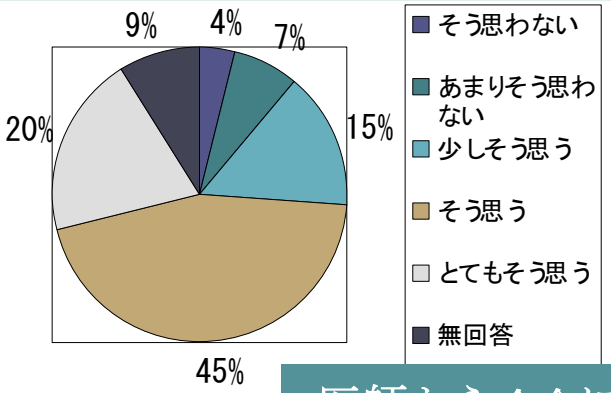


担当の医師がはっきりと決まっていないので困った

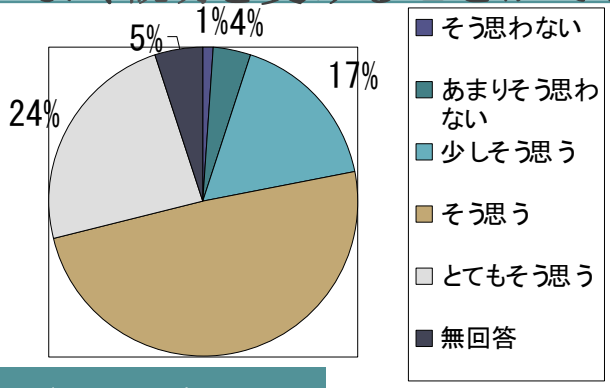


クリニックの評価：
クリニックの医師の対応について

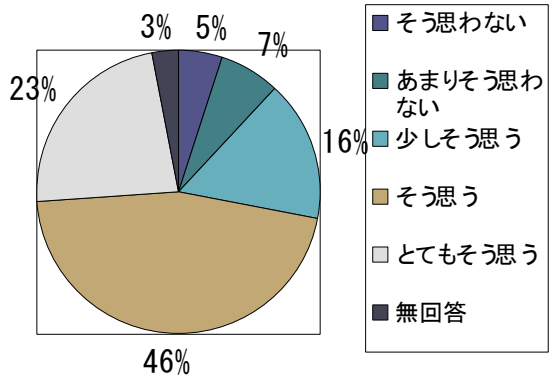
主介護者以外の家族にも、医師から病状や治療内容について十分な説明を聞けた



容態の変化に応じて医師からタイミングよく説明を受けることができた

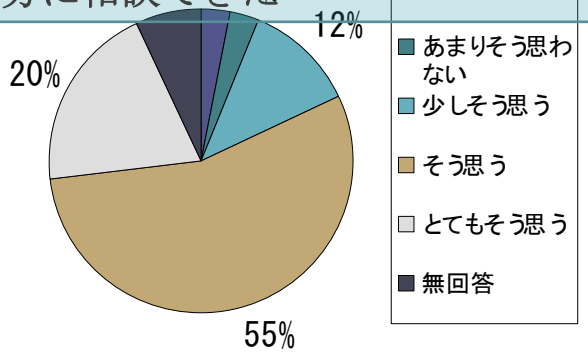


医師から余命について適切な説明を受けた

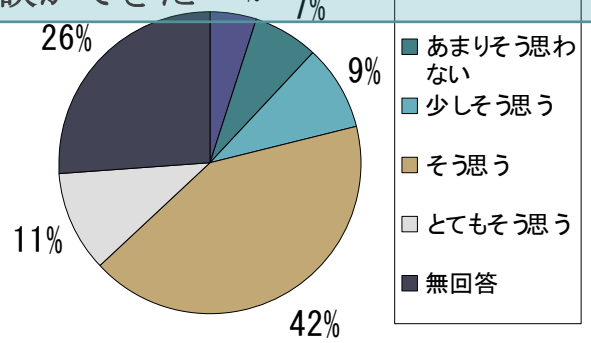


クリニックの評価：
自宅で過ごすか入院するかについて

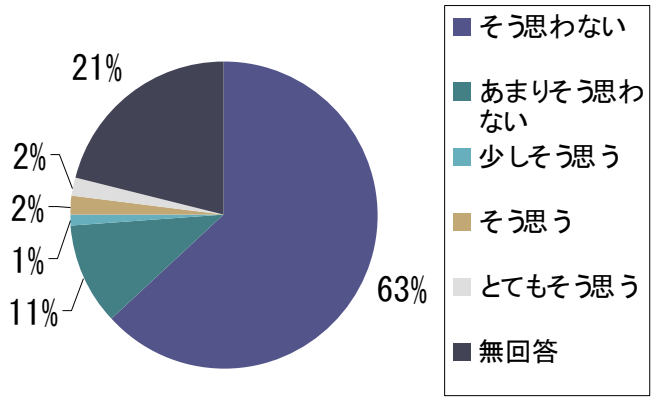
自宅で過ごす不安や困ったことを医師や看護師と十分に相談できた



入院についても必要なときには医師や看護師と相談ができた

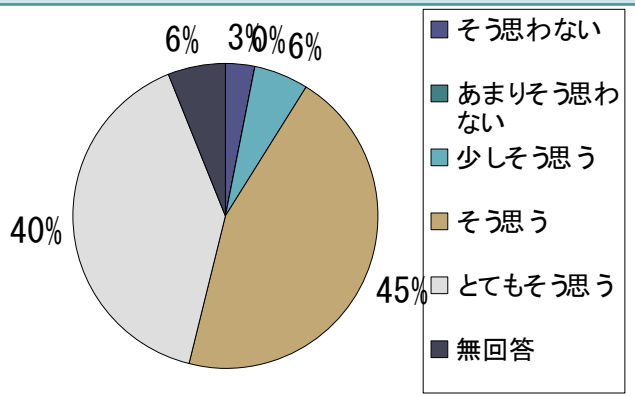


本当は入院したかったが言い出せなかった

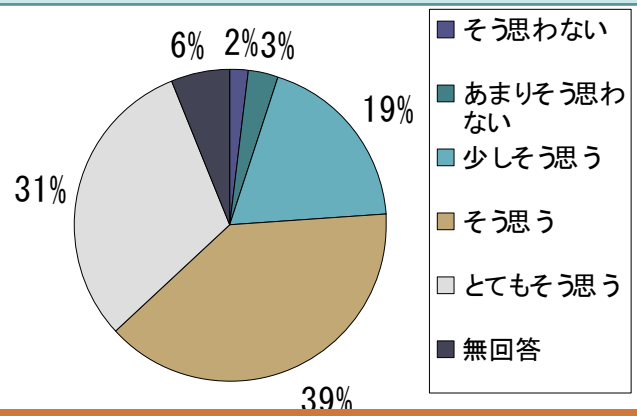


クリニックの評価：
クリニックの看護師の対応について

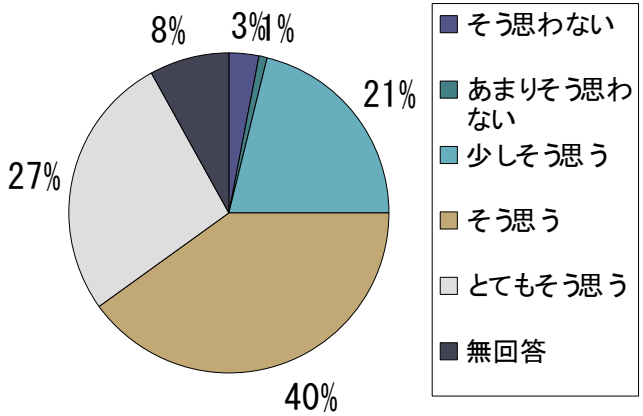
クリニックの看護師の関わりに満足だった



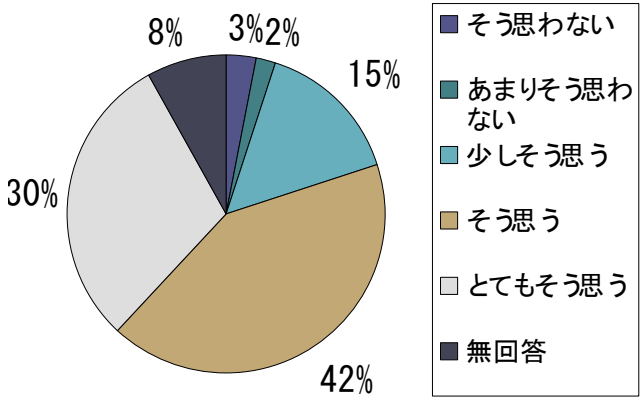
患者さんやご家族の希望について十分に話し合うことができた



患者さんにしてあげたいと思うことを相談できた

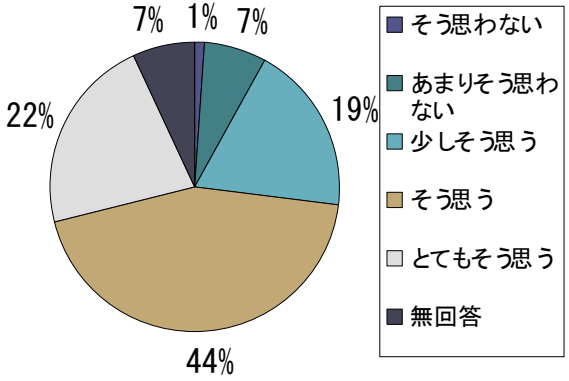


困ったことや心配なことを相談できた

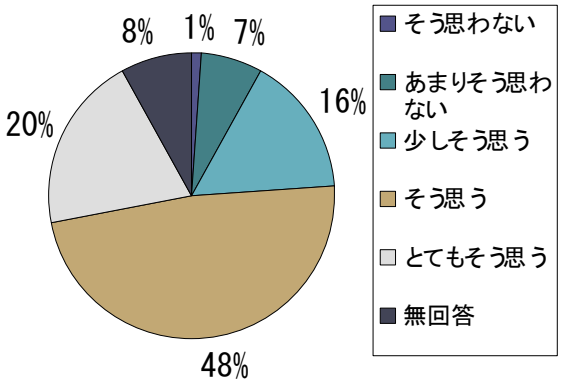


クリニックの評価：
クリニックの看護師の対応について

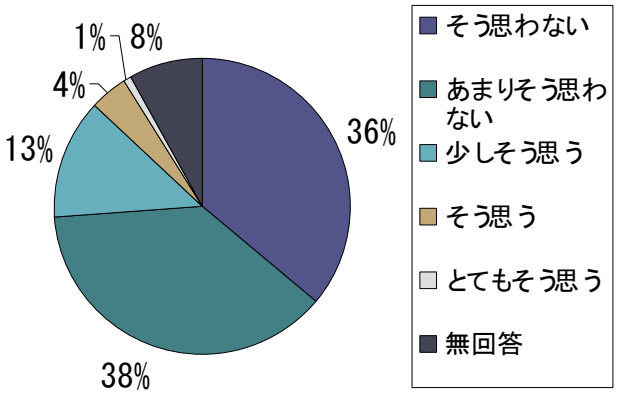
体の変化についてタイミングよく説明を受けることができた



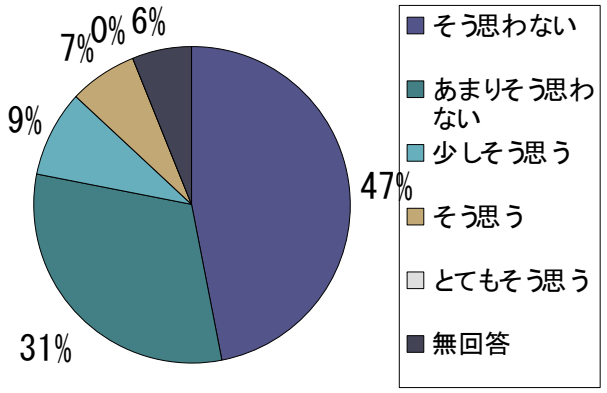
介護の仕方について十分に相談できた



担当看護師が決まっていなくて困ることがあった

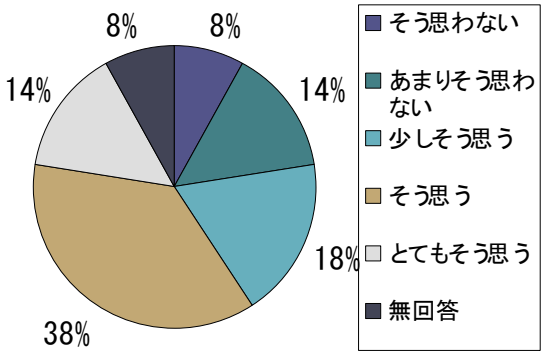


やってほしいことを頼めなかった

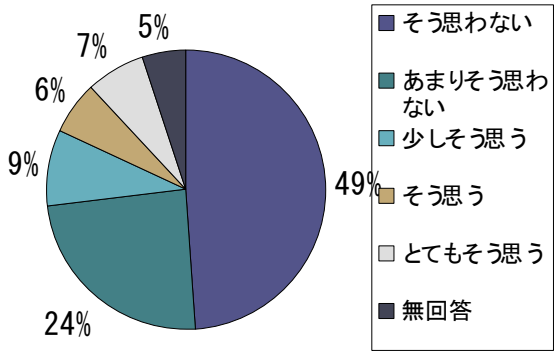


クリニックの評価：看取りについて

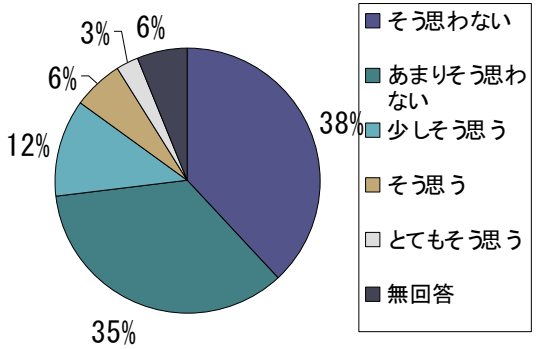
亡くなられた後どうすればよいのか十分に説明があった



亡くなられた後どうすればよいのかわからなかった



亡くなられた後看護師にそばにいてほしかった



薬局の連携

- Ｐ浜ネット
  - 薬局同士の連携
  - ドクターネットと同様に２４時間対応を連携でカバーする

ご遺族からのお言葉

- 一人暮らしの高齢者が安心して生活できる体制・システムを作ってほしい。
- 最期を過ごしたい場所で過ごす。それがその人らしさであると思う。
- この看取りがあってこそ、今の自分がある。多くの人に在宅医療の良さを知ってほしい。
- 医師や看護師に相談することで、不安がとれていった。相談できる環境をこれからも作ってほしい。
- 担当する医師や看護師をできるだけ固定してほしかった。
- 長年住んでいた我が家で最期を迎えたい人は多いと思う。

- 緩和ケア、在宅療養のことをもっと広めてほしい。

ご遺族からのお言葉

- 在宅へ戻す時期を、本人、家族、在宅医とともに、入院中から相談できたらよい。
- 退院した姉の一言は**「家はいいね」**でした。
- このような在宅医療の体制はありがたく、私自身のときもお願いしたい。
- スタッフが頻繁に来ることは安心である反面負担でもあった。
- 本人の本当の気持ちはわからないけど、自宅で看取れたことはよかったと思うようにしている。
- もっと元気なうちに在宅介護にしてあげればよかった。病院のベッドの上で一日一日を過ごすよりも、大好きな畑で土をさわってほしかった。
- **最期を自宅で過ごし、本人にも家族にもよい時間だった。**

ご遺族からのお言葉

- 在宅で看取ることは非常に大変ではあるが、**本人にしてみれば一番幸せなこと。**
- 昨今、収入の多い医科、職責を問われない医科に医師が集中していると聞くが、在宅医療等生活と密着している分野も充実するような医療政策が必要
- １日でも長生きしてほしかった。積極的な治療を勧めてほしかった。
- 人間自然が一番で、むやみに医療で命を延ばすのは本来の姿ではない。
- もっと早い時期から自宅で看ることができたら精神的に楽だった。
- 人間は、元気なうちから最期のことを考えておいた方がよいと思う。

ご遺族からのお言葉

- 亡くなった母が看護師さんに感謝していて、私の娘も看護師になる決心がついた。
- 自宅で看取れる幸せを、人々に知ってほしい。
- 末期がん患者が安心して自宅で過ごせることは非常に素晴らしい。
- 寂しいことはあるが、十分に納得できた別れができたことは悔いがない。前向きに生きていけそうだ。
- 濃い時間を過ごすことができた。
- 介護者をみていて精神的にも体力的にも大変そうだった。在宅医療をする場合、同居する家族の負担を十分に考えなければいけない。
- 家族に見守られ、安らかな最期を迎える人が増えることを願っている。

ご遺族からのお言葉

- 在宅医療をもっと早く知る事ができたらよかった。
- 主人は希望通り自宅に帰り天国に行ったと思う。
- 患者の状態の変化に応じて対応方法のマニュアルがあればよかった。
- 最期まで自宅で過ごすことができてよかった。
- 看護師に復帰します
- 終末期の人間には心の安定が大切。
- 医学に通じる人が１日に１度来てくれることは本当に安心だった。
- 家族と一緒に最期を過ごすことも幸せなこと。在宅緩和医療の充実が大切だと思う。

遺族調査を元に

- 在宅療養期間中に受けた医療に対する評価はおおむねよかったと判断できる。
- アンケートの返送を頂けなかった遺族の中に、満足できなかったと言う意見が多い可能性がある。
- 自由記述から、在宅医療の充実を求める意見が多い。
- 在宅医療に関してよかったという意見がおおくある一方厳しい意見もある。当院としても現在の在宅医療の方向性を踏襲しつつ、厳しい意見にも答えるように努力しないといけない。
- 社会的にみれば、在宅医療そのものも充実させて広めなければいけない。

- 自宅で看取る、自宅では看取れないに関わらず、その人、その人の人生を最大限尊重する必要がある。
- 仮に寝たきりになっても、生きている意味は大きい。
- 家族に面倒をみさせないといけない。
- これが、命のリレー。命の教育。
- これが、家族を作り、社会を作り、国を作る。

看取りの経験

数々の感動的なドラマがあります

- 臨終の時に親戚一同集合し最後の宴会
- 独居の塾の先生
- 仲の悪かった娘さんに抱きしめられ最期に和解
- ハゼ釣りに行ったおじいさん
- 家族でパルパルにいったお父さん

症例１

- ８２歳　男性
- 疾患：　肺癌
- 病歴：　　肺癌末期と診断、時々喀血
- 告知：　済み
- 在宅への経緯：　　自宅にいることを希望

- ハゼ釣りが好きで、死ぬ前にもう一度行きたいと切望していたが、病状から本人は諦めていた。
- 当院としては、緩和ケアの一環として何とか望みを叶えたい。

準備

- 酸素、点滴、日よけ、アイスノン、ガーグル ベースン、タオル、常備薬、尿器、着替え、カメラ、いす、帽子、車いす、等
- 同意書

ハゼ釣り

２０年分の思い出の詰まった場所に来ることができ良かった。
病気が治ってしまったかも。

症例３

- ８２歳　男性
- 膵臓癌の疑い
- 平成２０年６月から食欲低下
- ６月末から黄疸出現
- 全身状態が悪いことをヘルパーから包括支援センターに連絡
- 民生委員や包括支援センターの職員が病院受診を進めるが受診拒否
- 往診なら受けてもよいと

症例３

- 生活環境：
  - 奥さんを亡くしてから一人暮らし
  - 平成１７年から市役所の生活管理指導（福祉サービス・ヘルパー）利用
  - 磐田に住む娘さんとは折り合いが悪い、介護を依頼できない
  - 民生委員も積極的に関わる

症例３

- ７月９日から往診と訪問看護開始
- 確定はしていなかったが、悪性腫瘍の末期であることにはほぼ間違いないため、本人にも病状・予後告知
- 自宅療養続行希望、自然の経過でよいとのこと
- 家で死にたいとの希望あり
- 当初は自分で入浴何とか出来ていたが、おぼれそうになったこともあり入浴しないよう指導
- 点滴は希望があり実施
- ヘルパーの介入回数増やしていただく
- ７月１５日永眠

症例４

- ８１歳　女性
- 胃癌　食道浸潤
- 平成１９年秋に胃癌判明、遠隔転移のために手術は出来ず
- 食道狭窄による通過障害のために中心静脈栄養実施
- 自宅に帰りたいとのことで退院

症例４

- 一人暮らし
- 病気になるまで塾の講師、自宅が塾
- 時々塾の生徒が遊びに来る
- 身よりは甥御さん

症例４

- ７月２３日より往診開始
- 他の訪問看護ステーション、当院からの訪問看護、当院からの往診にて、毎日医療的介入
- ヘルパーさんの介入当初は１日１度
- 全身状態が悪化しADL低下、訪問介護の介入を１日３回に増やす
- 甥御さんは痛みが悪化してきたら最後は病院でと考えておられるが、本人の想いを考えると最期まで自宅で生活させてあげたい。

症例４

- 全身状態の悪化にともない、ヘルパー介入増やす。
- 心配なときは、早朝に往診することもあった。真っ暗な中で、ベッドと壁の間に倒れていたこともあった。
- 転倒し、IVHが抜けていたこともあった。
- リモコンがベッドから落ちて拾えないと往診の依頼があったこともあった。

症例４

- 痛みが悪化し入院の話が出る。
- 一度は本人も入院をしたいと。
- しかし、痛みのコントロールが可能となるとやはり自宅にいたいと。
- 甥御さんを含め話し合い、自宅で看ていくことになる。
- 遠方からお見舞いに来た元塾生も付き添いを。

甥御さん、親戚一同、元塾生に囲まれて永眠。

症例５

- ６６歳　男性
- 肺癌　間質性肺炎
- 平成１９年１１月に肺癌判明
- 禁煙成功したものの、間質性肺炎の急性憎悪のため手術できず。
- 決断が曖昧で手術の時期を逃す。
- 通院が大変になり往診開始
- 自然な形での自宅での看取りを希望

症例５

- 奥さん、娘さんと３人暮らし
- 往診開始当初は、比較的お元気で調子よいときは釣りや買い物に出かける。
- 徐々に状態が悪化し、寝たきりとなる
- 希望があるときは点滴を実施。
- 入院したいと話されるようになる。
- 紹介元の主治医と連絡し、入院を依頼。

症例5

- 入院かなわず、永眠
  - 本人の気持ちが揺れ、本心が何かつかみにくかった
  - ご家族は、本人の気持ちに従うとのことだった
  - 入院できず、自宅で看取ることになったが、ご家族はこれも悪くはなかった、むしろよかったかもしれないと、涙しつつ話された。

患者さんの気持ちが揺れ、対応に難渋した症例でした。

症例６

- ８６歳　女性
- 膵臓癌
- 平成２０年夏に全身倦怠感出現
- 精査にて膵頭部癌、十二指腸浸潤、閉塞性黄疸、癌性腹膜炎等判明
- 手術は出来ず
- 自宅に帰りたいとのことで退院

症例６

- 退院後、往診、訪問看護開始。
- 娘さん夫婦と同居
- 娘さんはお仕事があり、日中は独居
- 訪問看護ステーションより、毎日訪問看護

症例６

- 状態が悪化しつつあるとき、娘さんから入院させたいとの話が出る。
- 本当は、退院させたくなかった
- 認知症はあるものの本人は退院したかった。
- 娘さんと十分に話し合い、もう一度よく考えていただくことにした。

症例６

- 娘さんは、もう一度頑張ってみますとのこと。
- 自宅で永眠。
- 娘さんは、頑張れてよかったとのことでした。
- 一番大変な想いをしていたときに、医師や看護師に感情をぶつけて相談できてよかった、そのことが自宅で看ていく力になったとのことでした。

症例７

- ６３歳　女性
- 卵巣癌、癌性腹膜炎
- 平成１９年卵巣腫瘍判明
- 平成２０年１月に両側卵巣摘出術、
- １１月胃瘻造設、IVHポート造設
- 自宅に帰りたいとのことで退院

症例７

- 中心静脈栄養
- 胃瘻から廃液
- デュロテップパッチとアンペック座薬にて疼痛管理
- 完全独居
- ほぼ身よりなし、娘さんも関知しないとのこと

症例７

- 独居
- アパート二階
- 退院の時に付き添ってくれた知り合いは身体障害者、アパート二階まで行けず
- 遠方に友人
- 往診、訪問看護、ヘルパーが介入
- ケアマネージャーも頻回に訪問

症例７

- 退院日、寄り道をしてなかなか自宅に戻ってこずに、ケアマネージャーさんは待ちぼうけ
- 退院しても、家財道具ほとんどなし。電灯なし。電気毛布とハロゲンヒーターのみ。

症例７

- 帰宅時、胃瘻からの廃液をためるバックは捨てられていた。手持ちのバルンのバックを装着。
- アラームがうるさいとの理由でIVHのポンプは電源が切られていた。IVH閉塞はしておらず、再開
- 疲れ切って動けないとのことだった。
- 点滴棒と廃液バックをもってトイレに行けるか心配

症例７

- 生きていけるか心配
- 毎日誰かは介入
- 終末期は、早朝にも往診。
- 入院するかどうか確認したが、入院しないと、はっきりとした返事あり。

症例７

- あの病状での独居は、肉体的にももちろんだが、精神的にもつらかったのではないか。
- 本人が入院したくないと言った以上、独居をサポートするしかなかった。
- これも、この患者さんの人生
- 時間を見つけて訪問することがせめてもの出来ること。

症例７

- なくなる日の早朝、往診
- 意識が遠のく中、もう一度入院のことを確認したが、入院したくないとのこと。
- 朝に、ケアマネージャさんが訪問されたとき、呼吸が停止していた。
- 死亡確認

症例８

- ８４歳　男性
- 耳下腺癌
- 平成１９年から耳のしこり
- 生検にて耳下腺癌と判明
- 平成２０年１月多発骨転移判明
- オキシコンチンにて疼痛コントロール

症例８

- キーパーソンは奥さん
- 娘夫婦と同居
- お孫さんが面倒をよく見てくれている
- 悪化したらホスピスも考えておられた
- 往診　訪問看護開始

症例８

- 難聴
- 結構わがまま
- 声が大きい
- 奥さんの介護疲労
- お孫さんとの仲違い

症例８

- 特別養護老人ホームでのショートステイ
  - 一度行ったきり
- ホスピスでのレスパイト入院
  - 何度か繰り返す
  - 奥さんの疲労蓄積を回避
  - 本人も満足

症例８

- 最期のレスパイト入院
  - 本人も楽しみにして入院
  - もちろん奥さんも楽しみ
  - 全身状態は悪化傾向
  - 入院中に帰りたい、家で死にたいと言い出す。
  - 帰宅してまもなく意識レベル低下

症例８

- 帰宅してまもなく意識レベル低下
- 血圧も低下
- 一度看護師の声かけに「ハイ！」と返事するのみ
- 入院させるのはかわいそうなのでこのまま看ていくとのこと。
- 帰宅した翌日永眠

症例８

- レスパイト入院を何度か利用させていただくことが出来、ご家族の疲労軽減になった
- このことで、ご家族が自宅で看ていくことが出来た。
- 結果的に、本人の自宅で死にたいという希望が叶うことになった。

- 自宅で看取る、自宅では看取れないに関わらず、その人、その人の人生を最大限尊重する必要がある。
- 仮に寝たきりになっても、生きている意味は大きい。
- 家族に面倒をみさせないといけない。
- 生きることの集大成をみんなで支える
- これが、命のリレー。命の教育。
- これが、家族を作り、社会を作り、国を作る。

使命

- 生活の場を自宅に戻す、地域に戻す
- 看取りの場を自宅に戻す、地域に戻す
- 看取りの担い手としての家族のサポート
- 家族を支える地域を支えていく

在宅医の義務

在宅医療を通して
在宅での生活をとことん支える

在宅医療が始まるに当たって

- 今までは
  - このような状況では入院した方がよいです。
  - このような状況では退院できません。
  - こんな状況ですが往診してもらえますか？
  - こんな状況で往診してもらってありがとうございます。

- これからは
  - このような状況でも自宅で過ごせます。
  - このような状況でも退院できます。
  - このような状況ですが往診してください。
  - どのような状況でも往診します。

在宅での緩和ケアを進めるための根拠

- 家に帰りたいという患者や家族の気持ちに答える
- 家に帰ってきてよかったという患者や家族がいる
- 自宅で看取ることができてよかったと思う家族がいる
- 今後多死社会が到来する
- 病床数の限界
- （医療費の適正化？）

まとめ

- 今後、さらに社会の高齢化が進み多死社会となり、在宅での医療、在宅でのケア、在宅での看取りの充実が必要になる。
- 生きていることを最後まで支える。
- 在宅医療を充実させる一つの手段がリハビリテーションの充実。

日本の未来のために

- 急性期医療を支える
  - 在宅医療
- 自宅へ帰す
  - 介護老人保健施設
- 在宅療養を支える
  - 有床診療所
  - 医療と介護の綿密な連携

今後の予定

- 少しでも安心できるご自宅での生活を支えたい
  - 有床診療所を運営予定
- ご自宅での生活がかなわない方々も支えたい
  - 地域密着型有料老人ホームを運営予定
- 少しでも多くの方に自宅に帰っていただきたい
  - 介護老人保健施設を申請予定

今後の予定

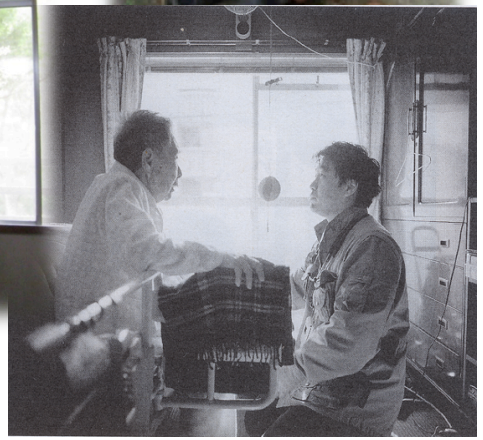
在宅医療を発展させていきたい
～全国大会を浜松で～

- **日本在宅ホスピス協会全国大会**
  - 平成25年9月

- **日本在宅医学会全国大会**
  - 平成26年3月

浜松で開催いたします皆さん是非ご参加ください

在宅で過ごすことができるということは理屈抜きですばらしい



浜松にもぜひお越しくだされ！

ご静聴ありがとうございました