



第1回 日本在宅医療連合学会大会 基調講演2

「在宅医療」改め、新時代の臨床技法
“PROACTIVE APPROACH”の提唱

～人を医す中医、地域を医す大医を目指して～

2019年7月15日
日本在宅医療連合学会副代表理事
あおぞら診療所
川越 正平

新時代の臨床技法“proactive approach”

慢性疾患管理
一次急性疾患治療



生活の視点
軌道に基づく助言

紹介待ち
受診待ち



二人主治医制
医師アウトリーチ

他分野スタッフ
セクショナリズム



早期覚知
社会に働きかける

人を医す中医、地域を医す大医を目指して

病院の医療従事者へ

- “生活の視点”を伝える伝道者として

地域に暮らす住民へ

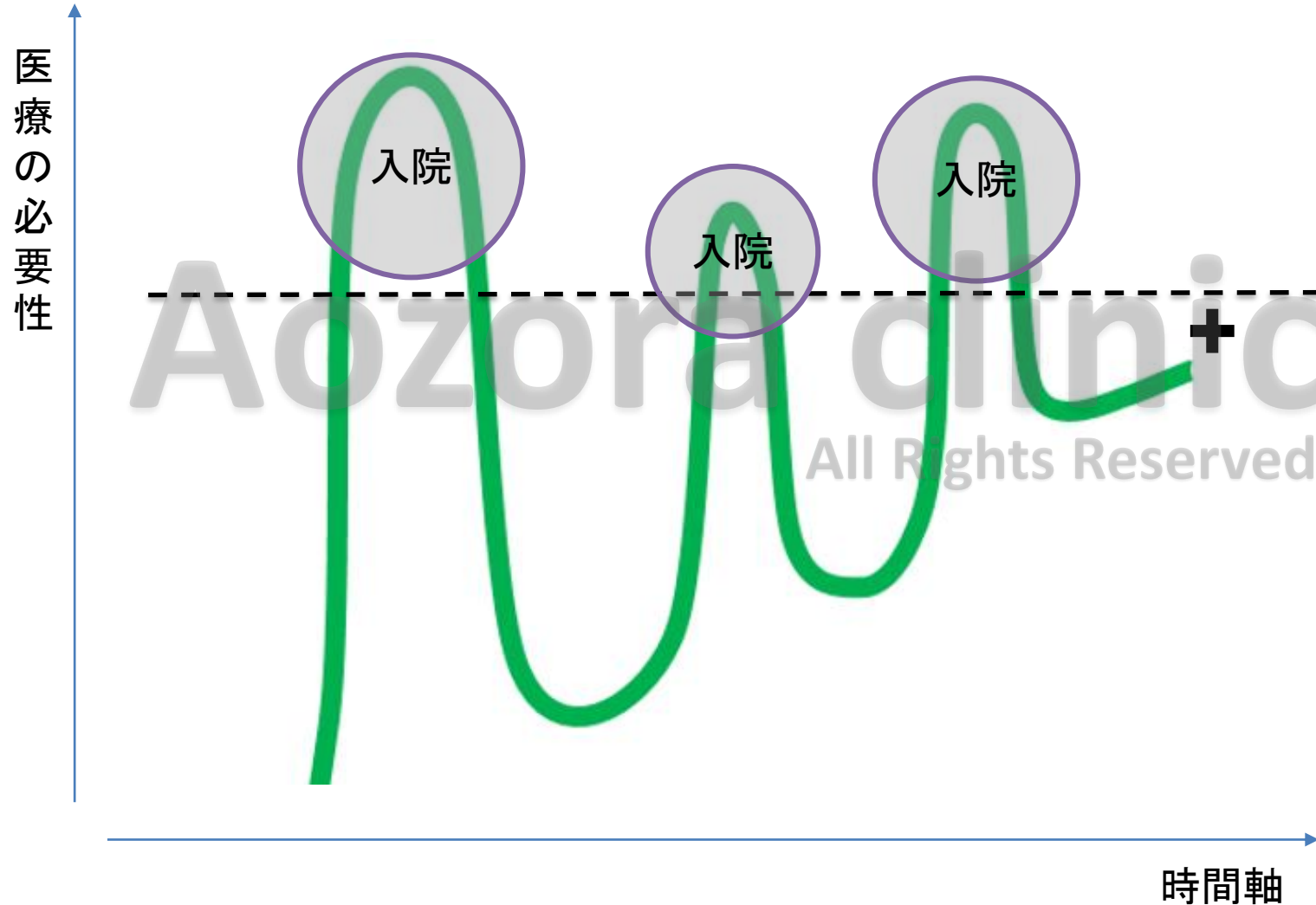
- 健康の意義やセルフマネジメント、ACPを伝える伝道者として

市町村の行政職員へ

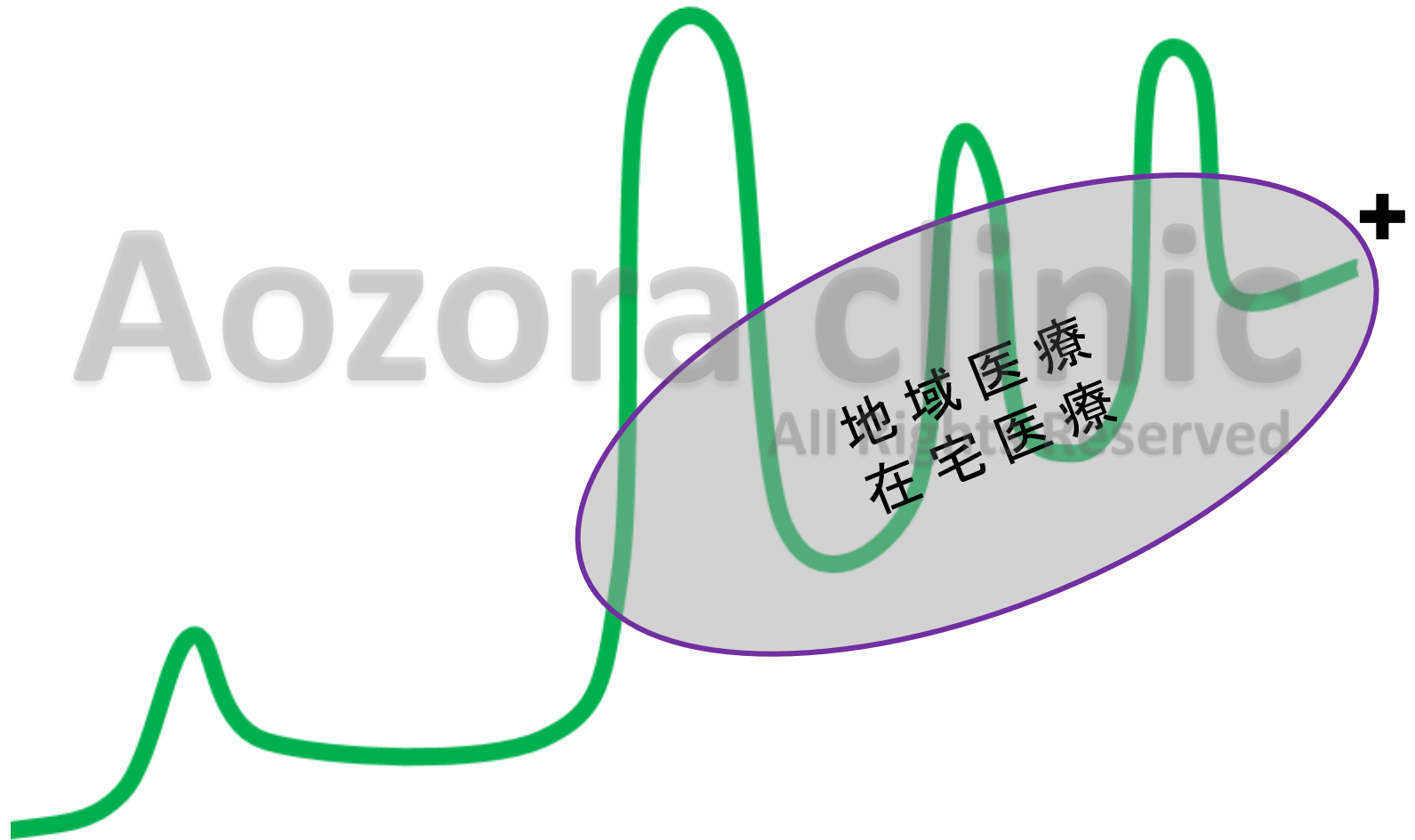
- 現場でともにまちづくりに取り組む同志として

地域を一つの“病院”に見立てる

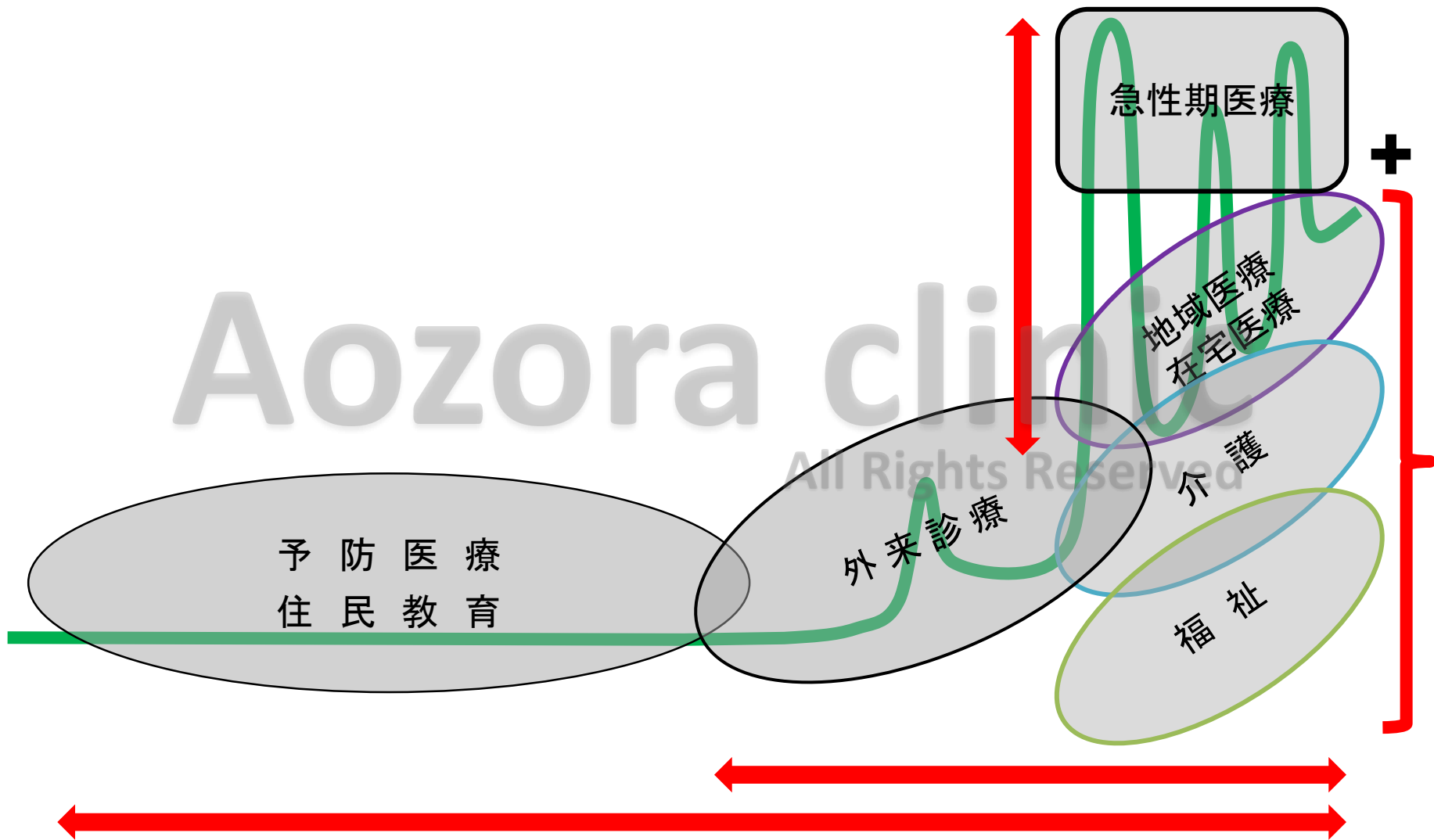
入院医療だけでは「人生」は支えられない



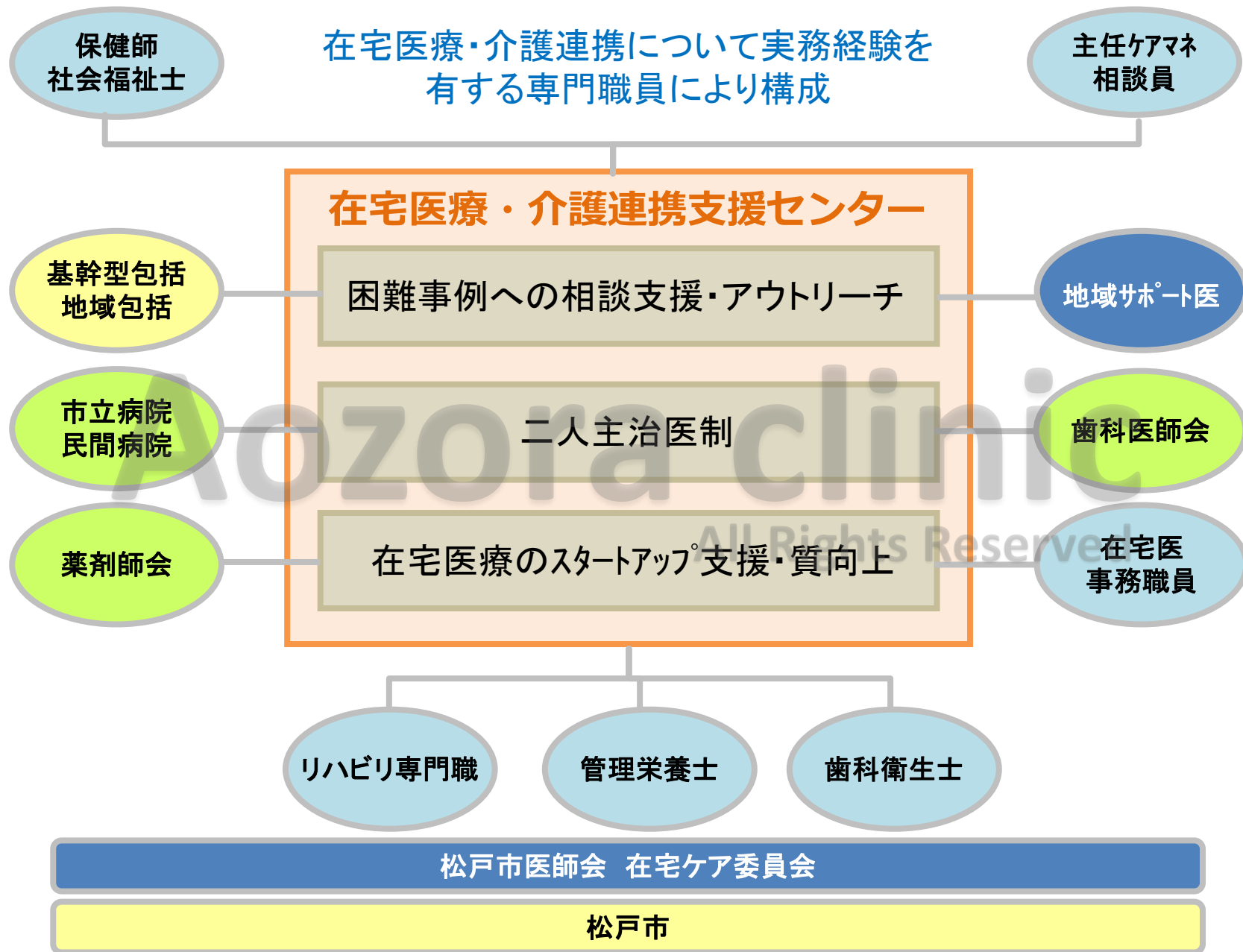
生活の視点と軌道を踏まえた伴走が必要



予防から看取りまでを視野に取り組む



地域を一つの病院に見立てる：プラットフォームとしてのセンター機能



松戸市在宅医療・介護連携支援センターが取り組む活動

高齢や障害、児童等、世代や領域を問わず、
医療・介護・福祉に携わっている方々からの様々な相談に応じます

医師によるアウトリーチ (訪問支援)

アウトリーチの対象となりうる例

- ◆ 医療機関の受診や介護・福祉サービスの利用を拒否している
- ◆ 虐待やセルフネグレクトが疑われる
- ◆ 生活のしづらさを抱えているが、支援の方向性が立てられず苦慮している
- ◆ 認知機能や理解力、コミュニケーション能力に課題があり、適切に医療を受けられていない

…など

医師の診立てが必要な事例については、地域サポート医・専門サポート医が訪問します

大まかな診立てや、医学的見地から今後の支援への助言を行います



地域サポート医 専門サポート医



保健師



社会福祉士

医療・介護連携に関する相談支援

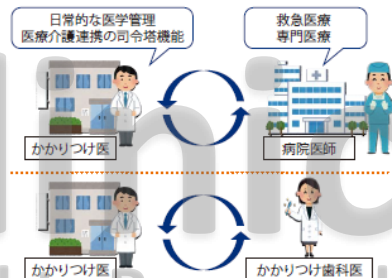
全世代に対応し、医療・介護・福祉に関する悩みや、支援の対象者が抱えている様々な問題について、関係機関とともに、解決に向けて考えます

相談



二人主治医制の推奨 (かかりつけ医と病院医師・歯科医師が協働する)

通院可能な早い段階から、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を選定できるように支援します



二人主治医制の推奨例

- ◆ がんや神経難病など専門性の高い疾患で入院を繰り返している
- ◆ 病院の外来を複数科受診している
- ◆ 訪問看護指示書を病院医師が発行している
- ◆ 歯科への継続受診が途切れている

…など



主任介護支援専門員



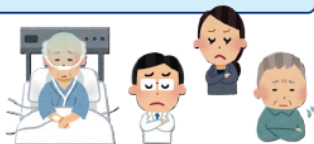
相談支援員

意思決定支援

- ◆ 本人は家に居たいというが、医師から入院を勧められている
- ◆ 多職種の間で支援の考え方や対応方法にずれがある
- ◆ 胃ろうを作るべきかどうか、なかなか結論が出ない
- ◆ 病院医師と在宅主治医の意見に相違がある
- ◆ 本人が希望していなかった点滴を家族が希望している

…など

関係者間に生じる意見の相違や倫理的葛藤について、ACPサポートチームとして支援します



専門職による相談・質向上支援

リハビリ専門職・管理栄養士・歯科衛生士の各専門職が様々な相談に応じます



- ◆ リハビリ専門職がリハビリテーションの適応やゴール予測等、心身機能・生活機能の評価を行います
- ◆ 管理栄養士が食事や栄養に関する問題点の把握や、栄養状態の評価を行います
- ◆ 歯科衛生士が口腔に関する問題点の把握を行います

主治医とは

～在宅医療のノウハウが武器となる～

「かかりつけ医」の定義と機能

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、**身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師**

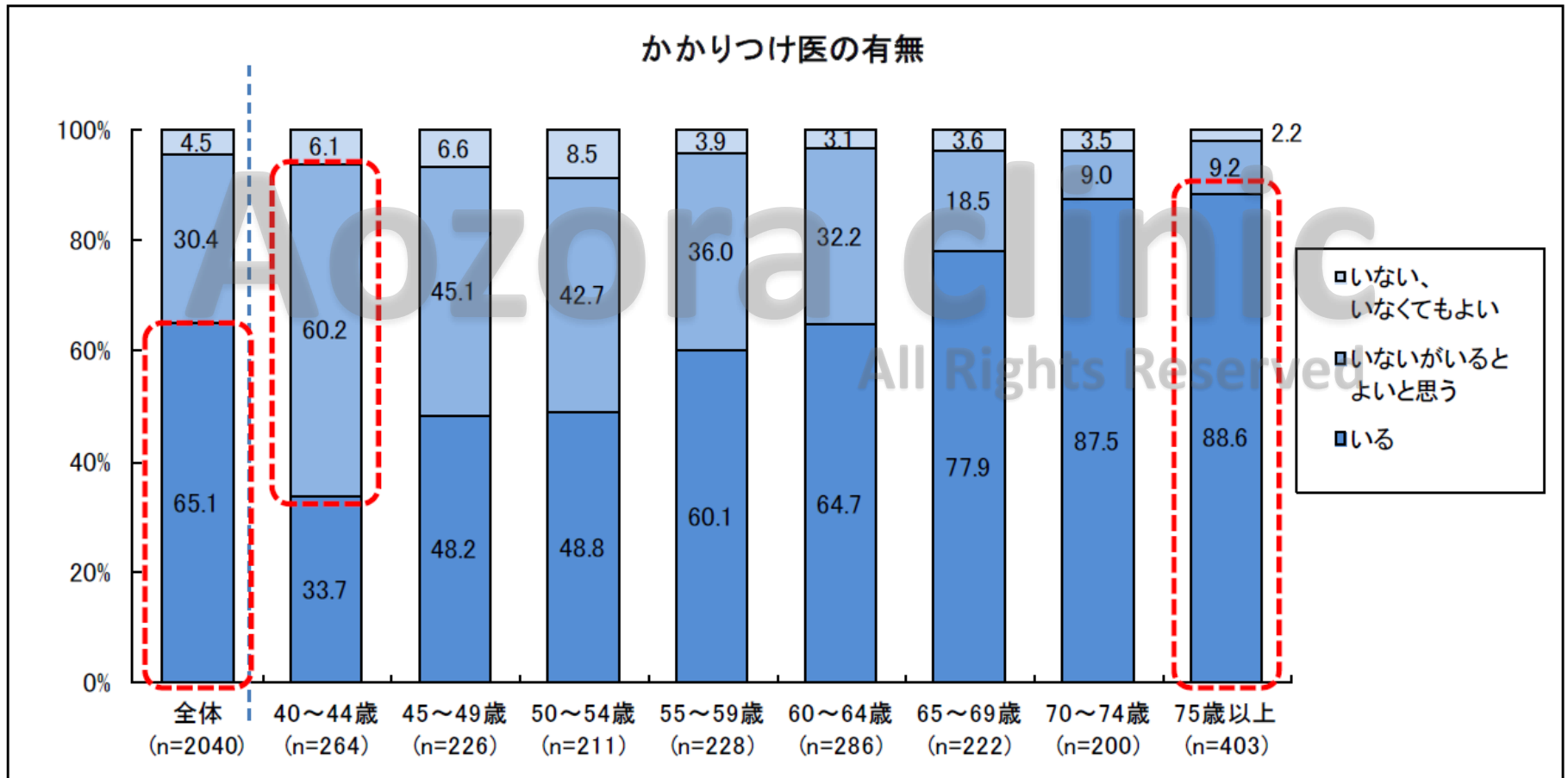
患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

出典:「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言(平成25年8月8日)

かかりつけ医の有無

かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究(日医総研2013)

図 1-1 かかりつけ医の有無 (年齢別)

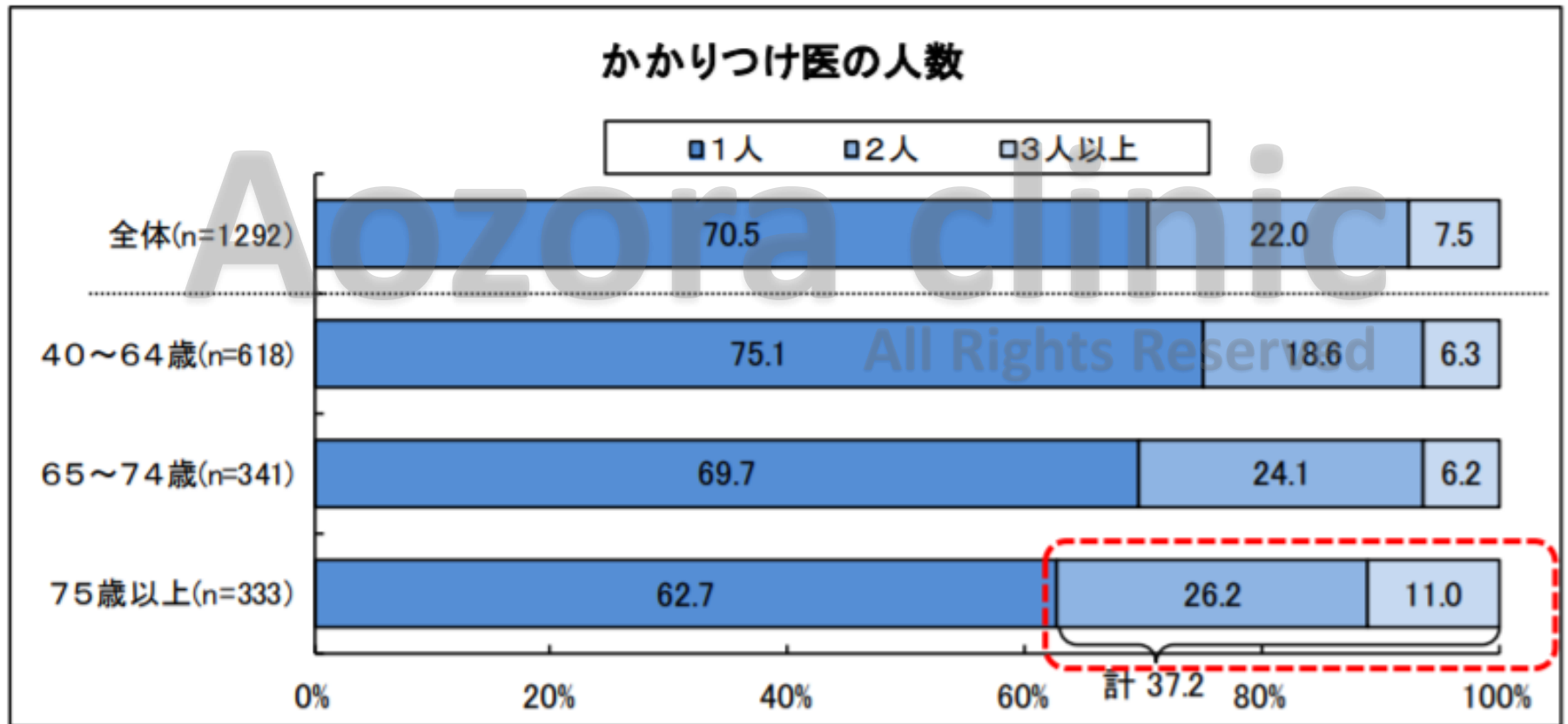


無回答を除く

かかりつけ医の人数

かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究(日医総研2013)

図 1-2 かかりつけ医の人数 (年齢別)

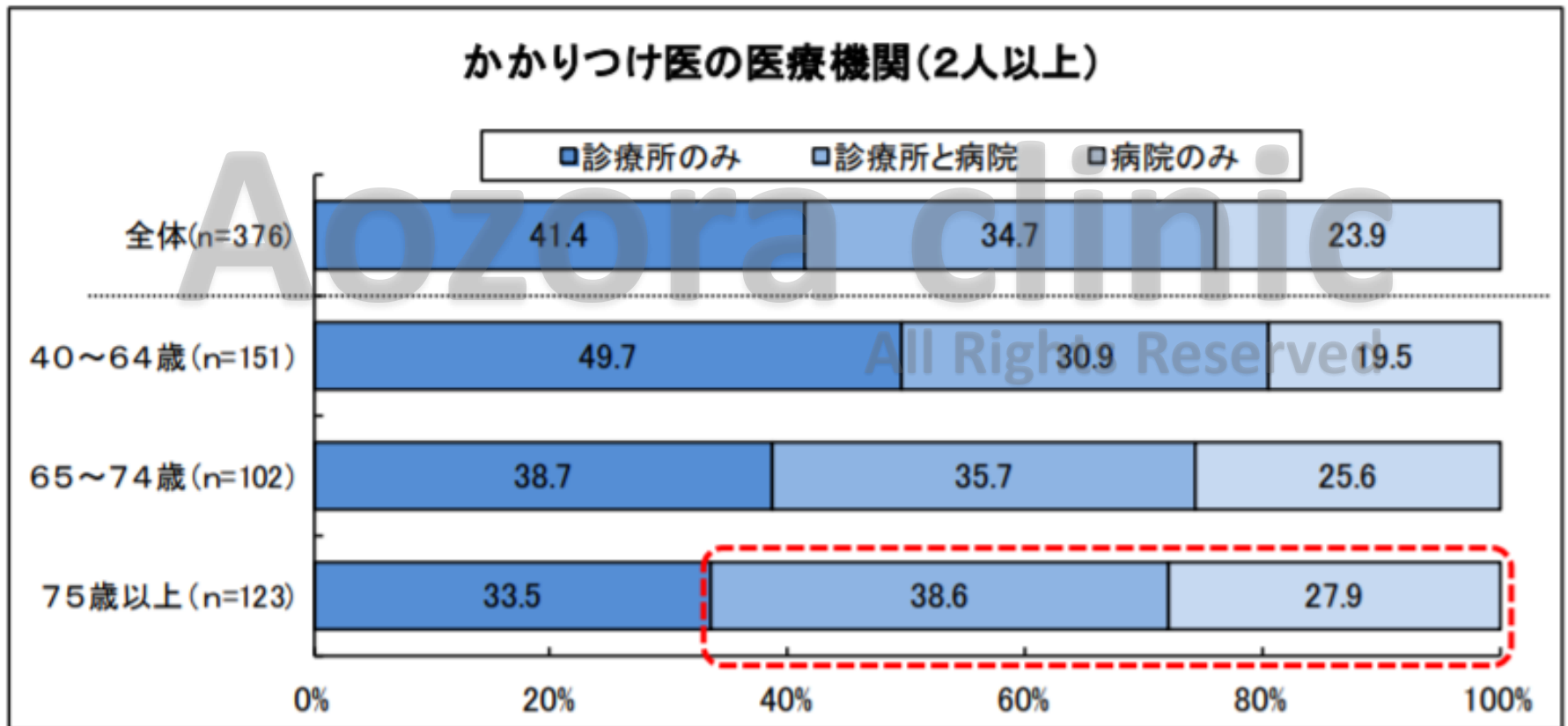


無回答を除く

かかりつけ医の医療機関(2人以上)

かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究(日医総研2013)

図 1-5 かかりつけ医の医療機関 (2人以上、年齢3区分別)



無回答を除く

赤ひげ先生への期待や医師の自己犠牲ではない 生活の視点なしに慢性期の管理はできない

疾病

生活

食事

排泄

睡眠

移動

清潔

喜び

All Rights Reserved

患者の生活といのちを支える

すでに診断されている疾病が軌道を規定するとは限らない



脳梗塞
後遺症

心不全

がん

糖尿病

尿道留置
カテーテル

認知症
BPSD

骨粗鬆症

社会的孤立

低栄養

ポリファーマシー

歯周病

住環境問題

小医は病を医す 中医は人を医す

上気道炎受診時に禁煙やがん検診を推奨する

認知症になりたくない患者に運動習慣を推奨する

孤食がフレイルのリスクであることを指導する

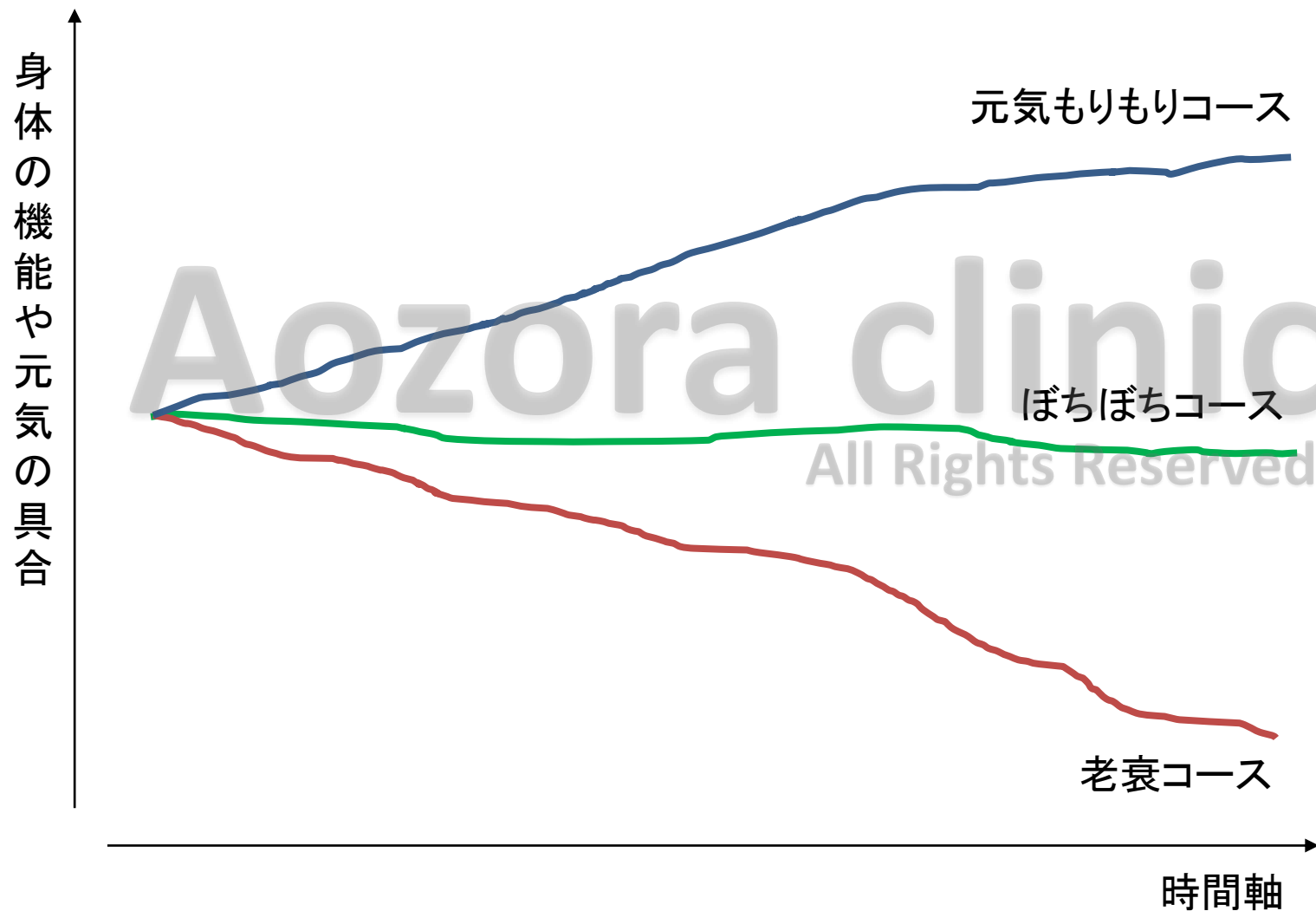
疾病の軌道の指標として体重減少を用いる

転倒リスクが高い外来患者の自宅を訪問する

軌道予測に基づき誕生日ごとにACPを確認する

糖尿病患者の口腔を観察し歯周病治療を推奨する

“軌道”に基づいて人生の歩みをイメージする 患者さん本人に希望するコースを選んでもらう



二人主治医师制

二人主治医制の推奨

(かかりつけ医と病院医師・歯科医師が協働する)

通院可能な早い段階から、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」を選定できるように支援します

日常的な医学管理
医療介護連携の司令塔機能



かかりつけ医

救急医療
専門医療



病院医師



かかりつけ医



かかりつけ歯科医



二人主治医制の推奨例

- ◆ がんや神経難病など専門性の高い疾患で入院を繰り返している
- ◆ 病院の外来を複数科受診している
- ◆ 訪問看護指示書を病院医師が発行している
- ◆ 歯科への継続受診が途切れている

…など

患者が要する診療や体制は経時的に変わる 通院可能な早い段階からの関わりが重要

単一疾患の外来患者

- 外来診療

かかりつけ医が主治医となる

ハリスクの外来患者

- 外来診療
- 認知機能障害の把握
- 要介護認定の必要性
- 時間外対応加算
(24時間電話対応)

二人主治医制の副主治医として
病院主治医を補佐する

通院困難な在宅患者

- 訪問診療
- 認知症対応
- 医療介護連携を司る
- 在宅時医学総合管理
(24時間往診体制)

在宅医が主治医となる

二人主治医制が推奨される状態像の例

85歳以上である

4つ以上の診療科に継続受診している

訪問看護指示を病院医師が発行している

認知症と診断されていて、指導を理解実行できない

1年以内に死亡しても驚かない（サプライズクエスション）

要介護1以上の介護認定をすでに受けている

服薬管理ができていないことが判明した

待合室で長時間待つことがつらくなってきた

タクシーを用いて受診している

院内移動に車椅子が必要になった

※上記項目のいずれか一つでも該当する方は対象となりうる

二人主治医制が効果を発揮しうる状態像の例

80歳以上である

3つ以上の診療科に継続受診している

医師以外に外来看護師等による追加説明を要する

軽度認知機能障害があり、指導を完全に理解できない

外来診療に長い時間を要してしまう

要支援相当であり、介護予防施策につなぐべき

歯科への継続受診が途切れている

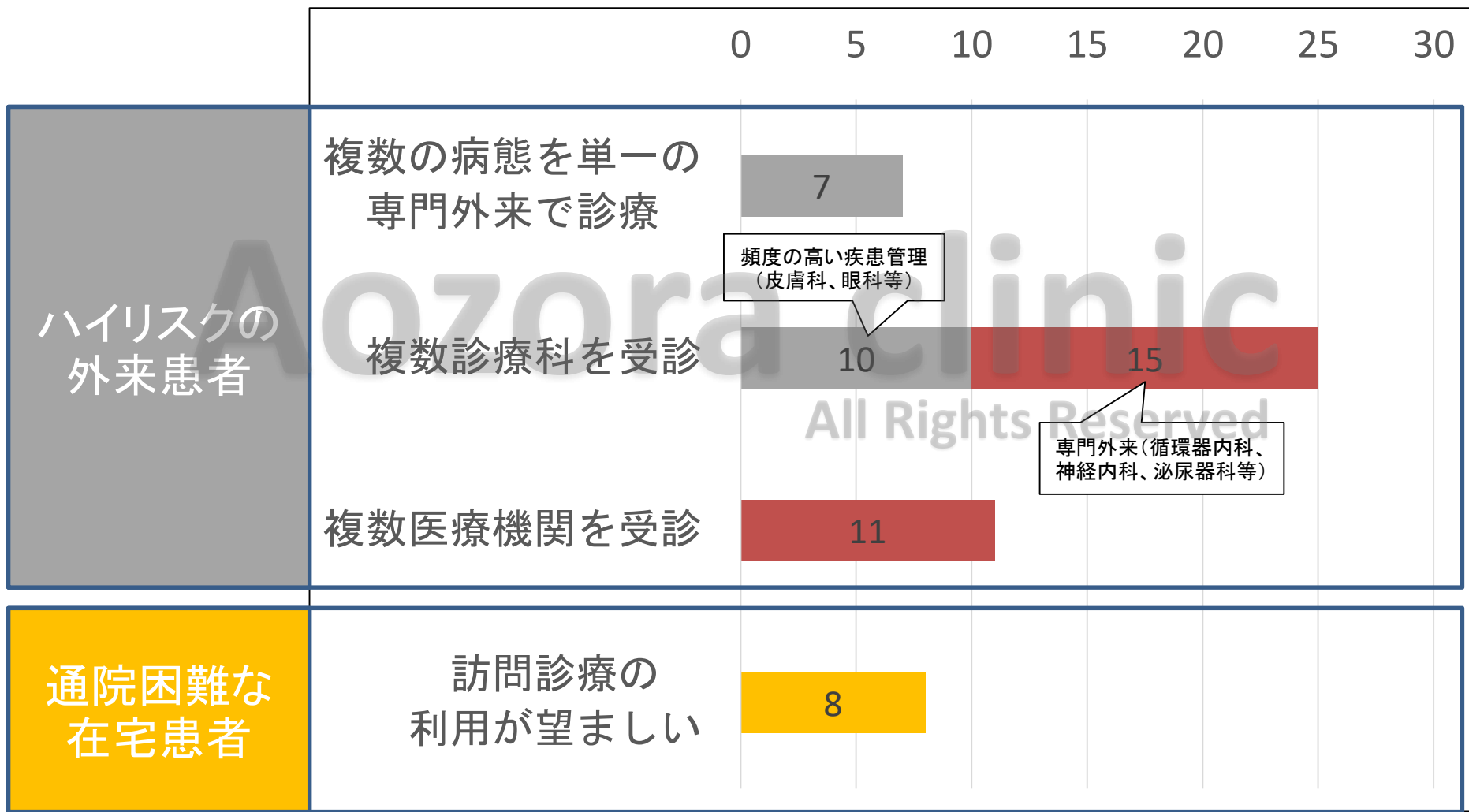
独居 または 高齢者のみの世帯の方

電車やバスを乗り継いでの通院が楽ではなくなった

通院にあたり、家族等の同行、介助が必要になった

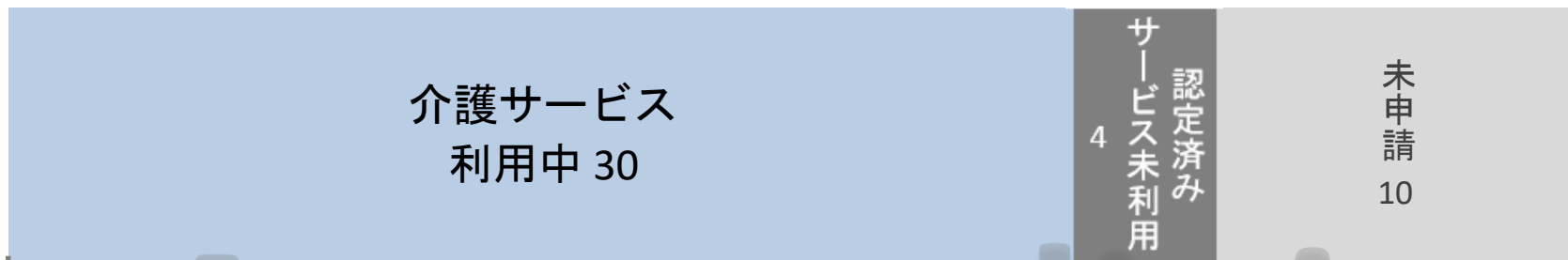
※上記項目のいずれか一つでも該当する方は対象となりうる

紹介された患者の類型分類(2018年度)

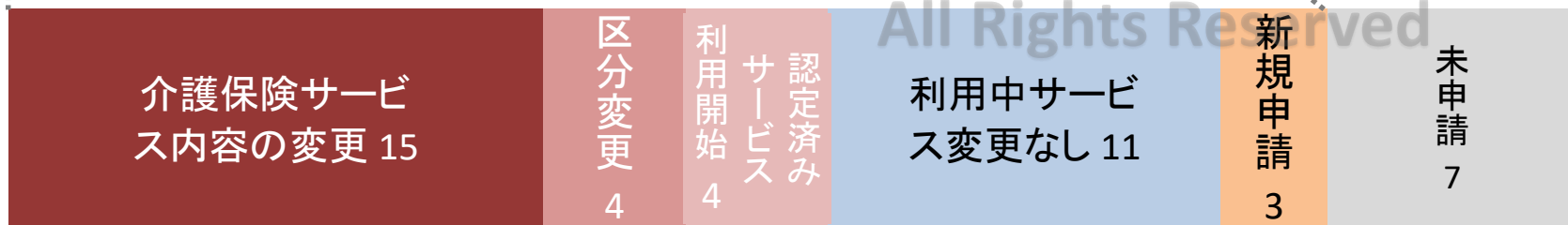


介護に関する介入(2018年度)

介入前



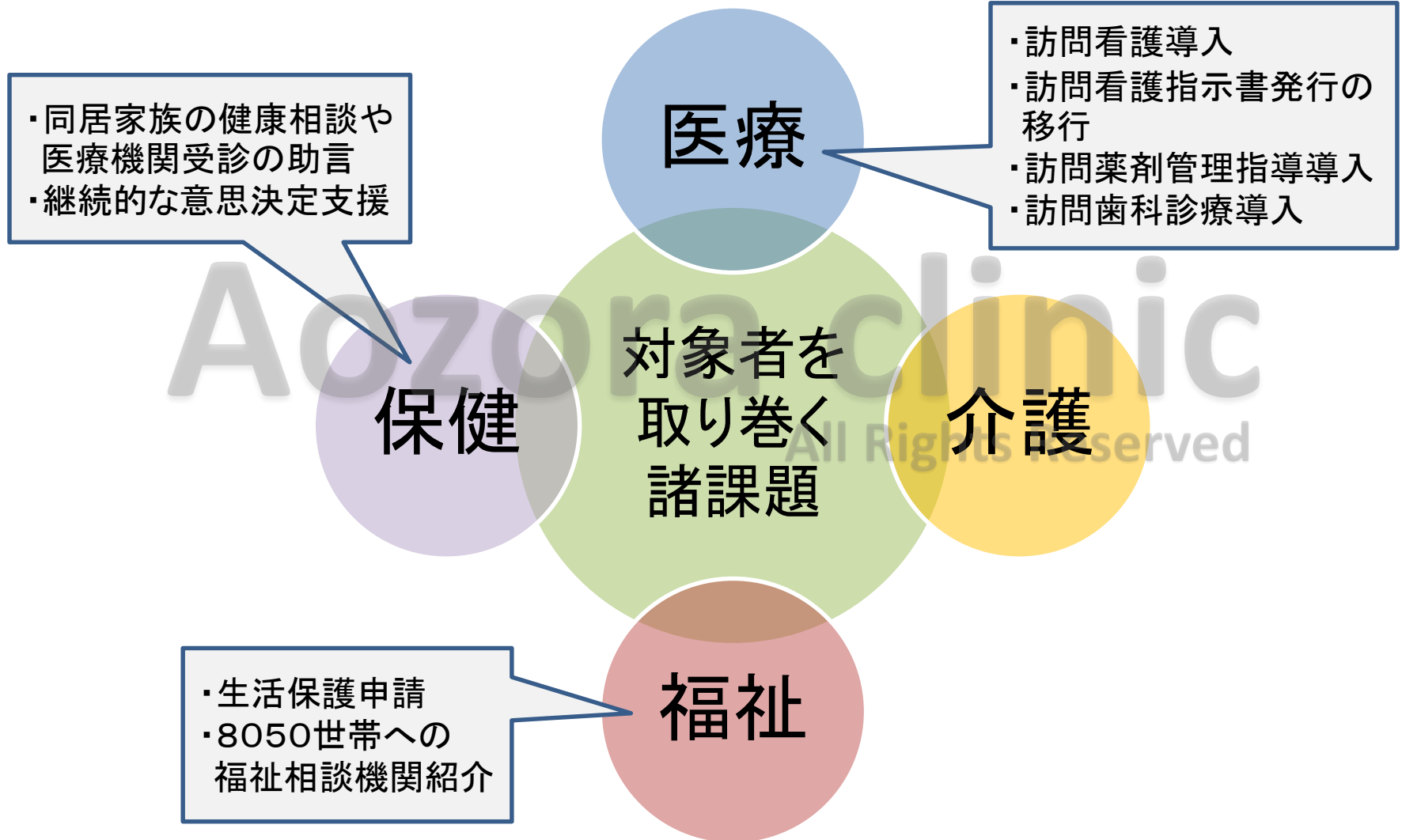
介入後



※この他インフォーマルサービスの調整を行った
(配食サービス、緊急通報装置設置、シルバー人材センター手配)

ケアマネジャーがついていても、利用サービスの再検討を要する場合が多い

医療・保健・福祉に関する介入



外来診療では看護師やMSWの関わりが希薄 保健福祉分野や生活基盤に関する課題の把握、介入は困難

- ・複数の疾病の管理
 - ・栄養/口腔/リハビリ領域等の評価
- など



- ・主治医意見書作成
 - ・介護支援専門員との連絡調整
- など

- ・各種手帳の申請
 - ・生活困窮者施策
 - ・同居家族が抱える課題
- など

- ・インフォーマルサービスの調整

- ・家屋構造の問題点
 - ・療養場所の選択
- など

- ・現在進行形のACP

介護予防・生活支援

すまいとすまい方

本人の選択と本人・家族の心構え

市民に働きかける

～より広い意味での社会的処方～

Matsudo **Child** to **Community** Project



Matsudo **Child** to **Community** Project

Child
to
Child

Child
to
Parents

Child
to
Community

Matsudo Child to Community Project

市民を対象とした健康に関する意識調査

2015年度

3校

2016年度

7校

2017年度

15校

2018年度

14校

2019年度

22校

Matsudo Child to Community Project

医師会員
22名

教育委員会
松戸市
地域医療課

地域包括ケア
に関わる
様々な方々

社会に働きかける

松戸市医師会が取り組むまちづくりに連なる活動

支援者に向けて：医師アウトリーチ事業

行政に向けて：生活保護受給者の健康管理支援

施設に向けて：事故発生時や緊急時の医療連携

消防に向けて：頻回救急搬送者の健康管理支援

市民に向けて：まちっこプロジェクト

会員に向けて：在宅医療スタートアップ支援

入院連携支援についての交流会

(2018年12月11日松戸市医師会在宅ケア委員会垂直統合PJ)

病院	登壇者
松戸市立総合医療センター	田代 淳(地域医療連携局長)
千葉西総合病院	熊井潤一郎(脳神経外科主任部長)
新東京病院	西 将則(副院長)
新松戸中央総合病院	中村 司(副院長)

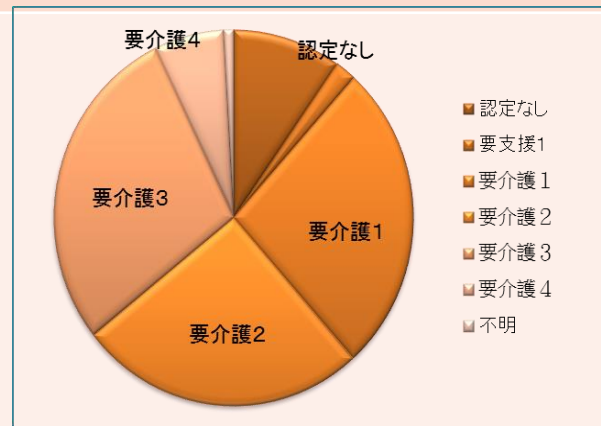
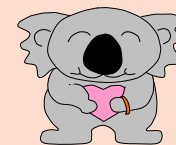
シンポジウムにおける全体討議

ストレッチャー等で受診する患者の受付は、連携実務者が事前に済ませておく
どの診療科に依頼すればよいかわからない患者のたらい回しは避ける(MSWが対応)
予定入院患者の千葉県地域生活連携シートは入院前に提出することを原則とする
在宅療養支援診療所の患者を救急搬送する際には主治医の緊急連絡先を伝える
診療情報提供書を受診時に提供できない場合でも、翌日までに作成して送付する
施設からの転倒による救急搬送が多いため、事故マニュアルについて医師会が調査する
円滑な連携には救急と在宅のサイクルが重要であり、互いに努力する関係を構築する

警察署と松戸市との認知症高齢者に関わる 情報共有により、行方不明の減少を図る

- 保護された高齢者の概要(平成30年7月～平成31年3月)

情報提供件数	延べ 132件	
複数回保護された方 (保護回数/人数)	4回	3人
	3回	3人
	2回	5人
実人数	112人	
居住場所	自宅	104人
	施設入所者	8人 (グループホーム3人、有料老人ホーム3人、特別養護老人ホーム1人、サービス付高齢者住宅1人)
介護度	認定なし	11人 (9.8%)
	要支援1	2人 (1.9%)
	要介護1	30人 (26.8%)
	要介護2	29人 (25.9%)
	要介護3	32人 (28.6%)
	要介護4	7人 (6.3%)
	不明	1人 (0.9%)



頻回救急搬送や不搬送者を適切な医療につなぐ

地域ケア会議の議論に基づき医師会が消防局に働きかけて対象者に受診勧奨やアウトリーチを行い、地域課題の解決を目指す

【参考】松戸市の人口 約50万人

頻回救急搬送者
(6か月間に5回以上)

51名

頻回不搬送者
(6か月間に3回以上)

16名

- * 51名から421回の搬送要請があり(平均8.3回)、そのうち151回(35.9%)が不搬送となっていた
- * 年齢は23~89歳(平均59.2歳)、65歳以上の高齢者が22名(43%)
- * 全例が自宅等居住者
- * 要請理由として、腹痛、呼吸苦、動悸、気分不快、めまい、転倒、頭痛、意識消失、けいれん、自傷行為などが多かった
- * 10回以上の要請、または半分以上が不搬送の18名の計231回について、傷病程度は、死亡0、重症0、中等症28(12%)、軽症78(34%)、不搬送125(54%)であった
- * 最も搬送要請が多かった方は39回であった(うち29回が不搬送)
- * 最も不搬送の割合が高い方は、9回の搬送要請のうち、8回が不搬送となっていた

地域ACPサポートチーム

在宅医療・介護連携支援センターの新たな機能 地域ACPサポートチーム

意思決定支援

- ◆ 本人は家に居たいというが、医師から入院を勧められている
- ◆ 多職種の間で支援の考え方や対応方法にずれがある
- ◆ 胃ろうを造るべきかどうか、なかなか結論が出ない
- ◆ 病院医師と在宅主治医の意見に相違がある
- ◆ 本人が希望していなかった点滴を家族が希望している
…など

関係者間に生じる意見の相違や倫理的葛藤について、ACPサポートチームとして支援します



All Rights Reserved

関係者間に生じる意見の相違や倫理的葛藤 センターがACPサポートチームとして機能する



ACPサポートチームに相談する場面の例

● 本人は家にいたいというが、医師から入院を勧められている

● 関わる多職種の間で考え方や対応方法にずれがある

● 胃ろうを造設すべきかどうか、なかなか結論が出ない

● 病院医師と在宅主治医の意見に相違がある

● 身体状態がかなり悪い中で、入浴させても良いかどうか

● 家族が現状の打開策を受け入れないのは虐待ではないのか