

第25回日本在宅医療学会学術集会 シンポジウム1

在宅医療の質向上を目指して

～連携・教育・研究・地域活動の好循環サイクル～

連携型在宅医療機関の臨床実践を

踏まえた教育や研究、政策提言

～あおぞら診療所での実践を通して～

2014年5月24日

岡山県倉敷市 倉敷アイビースクエア

あおぞら診療所 川越 正平

在宅医療の質向上を目指して



「教育」に関する活動

「研究」に関する活動

「政策提言」に関する活動

「連携」に関する活動

地域のつながりを深める活動

「教育」に関する活動

地域で医師を育てる

- フィードバック
- 教育機能の内在化
- オーダーメイド型の研修
- 病院職員の在宅医療研修

フィードバック

- 研修医、非常勤医師、研修者の診療に指導医が全カルテチェックを毎日行う
- 日々の振り返り用紙を用いて、感じたこと、失敗したこと、今の感情、今後学びたいことについて、日々討論する
- 指導医の診療に同行する (Role modeling)
- 初回往診等に同行する (Direct monitoring)

教育機能の内在化

- 数多くの研修者・見学者を受け入れる
在宅医療の密室性を排除できる
- 屋根瓦方式
在宅専門医研修者＞後期・前期研修医＞医学生
- 多職種が研修者にレクチャーする
中堅医師、看護師、MSW等が教える機会の定例化

“オーダーメイド”型の研修

- 家庭医療強化型

わざクリニック

- がん緩和ケア強化型

がんセンター東病院

- 病院医療強化型

東松戸病院

病院看護師の在宅医療研修

病院と地域の連携を促進するために
病院看護師の在宅医療研修を受け入れ
(2日間プログラムで年間20名程度)

- 訪問診療同行
- 訪問看護同行
- カンファレンス参加
- レクチャー

「研究」に関する活動

在宅の視点のある病院医師尺度

—退院後の生活をみすえた医療を行うために—

の開発と信頼性・妥当性の検討

春原光宏¹⁻³⁾, 佐藤一樹⁴⁾, 白髭豊^{2,5)}, 中里和弘¹⁾
加藤雅志²⁾, 出口雅浩^{2,5)}, 山岸暁美²⁾, 小谷和彦²⁾
山田雅子²⁾, 野田剛稔⁵⁾, 川越正平^{1,2)}

1) あおぞら診療所 2) OPTIM連携促進委員会

3) 東京大学医学部附属病院 呼吸器内科

4) 東北大学大学院 医学系研究科 緩和ケア看護学分野

5) 長崎市医師会

結果③ 量的調査 因子分析

6因子20項目からなる尺度が開発された.

(主因子法、プロマックス回転)

因子1 因子2 因子3 因子4 因子5 因子6 共通性

【退院後の生活をイメージする】 (固有値=9.0)

介護を行える家族の有無を評価している
 リハビリの目標設定では、退院後の患者の生活を考慮している
 治療方針の決定では、退院後の患者の生活を考慮している
 自宅で過ごすことについて、患者がどう思っているのかを把握している
 患者が自宅で過ごすことについて、家族がどう思っているのかを把握している

0.73	-0.11	0.24	-0.07	-0.11	0.17	0.73
0.83	-0.03	0.06	-0.06	-0.03	0.13	0.77
0.83	-0.03	0.14	0.03	-0.05	0.03	0.79
0.81	0.22	-0.25	0.00	0.24	-0.11	0.81
0.80	0.01	-0.11	0.12	0.20	-0.11	0.75

【医療をシンプルにする】 (固有値=1.3)

退院後も継続できることを意図して、処置の簡素化を心がけている
 退院後も継続できることを意図して、使用薬剤数を極力減らしている
 医療費の患者の負担について考えている

0.09	0.73	0.24	-0.02	-0.04	0.01	0.76
-0.06	0.89	0.17	0.00	-0.02	-0.05	0.83
0.00	0.86	-0.16	0.00	-0.03	0.14	0.74

【今後の病状変化を予測した対応をする】 (固有値= 1.3)

今後起こりうる病態とその対処法について、退院前に患者や家族に話している
 再入院が必要となった場合の対応方法について、患者や家族と話し合っている
 病状を予測しながら、症状を緩和するケアを早めに行っている

0.02	-0.03	0.84	0.03	0.15	-0.07	0.79
0.02	0.14	0.79	-0.04	0.19	-0.10	0.79
-0.02	0.24	0.37	0.09	0.26	0.11	0.59

【多職種と積極的に協働する】 (固有値= 1.3)

看護師・薬剤師・社会福祉士(医療ソーシャルワーカー)など他職種との意見交換を自ら進んで行っている
 地域連携室に積極的に相談している
 退院後に新たな医療処置が必要な場合には、早期に地域連携室に相談している

0.11	0.03	0.16	0.71	-0.18	0.15	0.74
0.10	-0.12	-0.02	0.94	0.03	-0.04	0.87
-0.15	0.12	-0.06	0.84	0.17	-0.02	0.79

【在宅医に役立つ情報を提供する】 (固有値= 1.3)

診療情報提供書に、患者への病状の説明内容やそれに対する反応・理解の程度を記載している
 診療情報提供書に、経験した薬剤の副作用や薬剤を変更した理由を記載している
 診療情報提供書に、今後起こりうる病態とその対処方法を記載している

-0.02	-0.03	0.09	-0.06	0.83	0.16	0.77
0.11	0.05	0.09	0.04	0.75	-0.01	0.76
0.02	-0.12	0.29	0.06	0.75	0.04	0.79

【介護保険などを適切に活用する】 (固有値= 1.3)

介護保険で要介護と認定される見込みがあるのかを評価している
 介護保険の主治医意見書には、医学的見地から介護の必要性を記載している
 身体障害者に該当する見込みがあるのかを評価している

0.12	0.02	-0.12	-0.03	0.07	0.86	0.79
0.23	0.08	0.15	0.09	-0.14	0.60	0.71
-0.12	0.05	-0.12	0.02	0.33	0.77	0.74

累積寄与率=76.7%

在宅の視点のある病院医師尺度 1/2

【退院後の生活をイメージする】 5項目

介護を行える家族の有無を評価している

リハビリの目標設定では、退院後の患者の生活を考慮している

治療方針の決定では、退院後の患者の生活を考慮している

自宅で過ごすことについて、患者がどう思っているのかを把握している

患者が自宅で過ごすことについて、家族がどう思っているのかを把握している

【医療をシンプルにする】 3項目

退院後も継続できることを意図して、処置の簡素化を心がけている

退院後も継続できることを意図して、使用薬剤数を極力減らしている

医療費の患者の負担について考えている

【今後の病状変化を予測した対応をする】 3項目

今後起こりうる病態とその対処法について、退院前に患者や家族に話している

再入院が必要となった場合の対応方法について、患者や家族と話し合っている

病状を予測しながら、症状を緩和するケアを早めに行っている

在宅の視点のある病院医師尺度 2/2

【多職種と積極的に協働する】 3項目

看護師・薬剤師・社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）など他職種との意見交換を自ら進んで行っている

地域連携室に積極的に相談している

退院後に新たな医療処置が必要な場合には、早期に地域連携室に相談している

【在宅医に役立つ情報を提供する】 3項目

診療情報提供書に、患者への病状の説明内容やそれに対する反応・理解の程度を記載している

診療情報提供書に、経験した薬剤の副作用や薬剤を変更した理由を記載している

診療情報提供書に、今後起こりうる病態とその対処方法を記載している

【介護保険などを適切に活用する】 3項目

介護保険で要介護と認定される見込みがあるのかを評価している

介護保険の主治医意見書には、医学的見地から介護の必要性を記載している
身体障害者に該当する見込みがあるのかを評価している

PSIの在宅肺炎患者への有用性(後方視研究)

特性	ポイント	特性	ポイント
背景		身体所見	
年齢:男性(50歳を超えた)	年齢数	精神状態の変化	+20
女性(50歳を超えた)	年齢数-10	呼吸数30/分以上	+20
ナーシングホーム居住者	+10	収縮期血圧90mmHg未満	+20
		体温35℃未満または40℃以上	+15
		脈拍数125/分以上	+10
合併症		検査値	
悪性腫瘍	+30	pH 7.35未満	+30
肝疾患	+20	BUN 10.7mmol/L以上	+20
うっ血性心不全	+10	Na 130mEq/L未満	+20
脳血管疾患	+10	血糖 13.9mmol/L以上	+10
腎疾患	+10	Ht 30%未満	+10
		PaO2 60Torr未満(SpO2 90%未満)	+10
		胸水の存在	+10

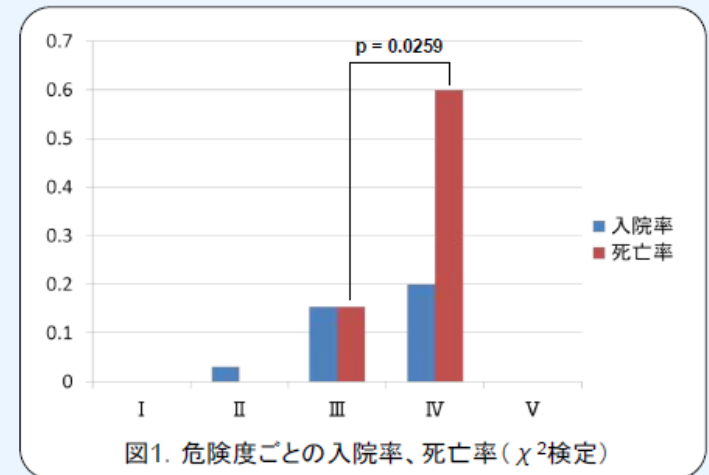
表1. PSI:項目ごとの点数

危険度	点数	研究結果		推奨される治療場所
		患者数	死亡率(%)	
I	点数なし	3,034	0.1	外来
II	70以下	5,778	0.6	外来
III	71~90	6,790	2.8	入院(短期)
IV	91~130	13,104	8.2	入院
V	130以上	9,333	29.2	入院

危険度	Score	患者数	入院数	死亡数	入院率	死亡率
I	点数なし	0	0	0	ND	ND
II	70点以下	33	1	0	3.0%	0%
III	71~90点	13	2	2	15.4%	15.4%
IV	91~130点	10	2	6	20%	60%
V	131点以上	0	0	0	ND	ND

* ND;no data

表3. 危険度ごとの入院率、死亡率



Discussion

PSIを計算するに当たり、在宅で可能な検査に限界があったため、危険度を過少評価した可能性がある。血液ガス分析、胸部単純写真撮影は在宅での実施は困難であった。また、呼吸数を測定し、

施設コード

A

患者ID

38℃以上の発熱の全例及び

臨床的に下気道感染症を疑う場合＊に記載をお願いします。

(＊呼吸数25回/分以上、発熱、咳嗽、胸膜痛、呼吸音の異常、意識状態の変化、呼吸困難、心拍数100回/分以上、
低酸素血症(SpO2 91%以下or通常のSpO2より4%以上低下)のうち、2つ以上満たす場合)

発熱はあるが明らかに他の要因の場合には、裏面の「今回の発熱に対する診断」のみお書きいただいても構いません。

初回治療日 年 月 日

発熱したのは抗生剤開始の
□ 8時間以内
□ 24時間以内
□ 72時間以内
□ 72時間以降

基礎情報からみた重症化のしやすさ

今回の肺炎の重症度

PSI-HC

+

=

点

背景

年齢 歳
□ 男性: age-50
□ 女性: age-60 点
(負の場合は0)

在宅診療患者 □ 10 点

併存疾患

悪性腫瘍 □ 30 点
肝硬変 □ 20 点
心不全 □ 10 点

□ うっ血性心不全の既往
□ 他の心疾患()

脳神経障害 □ 10 点

□ 脳血管障害、症状有
□ 脳血管障害、記載あり
□ 変性疾患()

腎機能障害 □ 10 点

通常の血清Cre ≥ 1.0 (男), 0.8 (女)mg/dL

呼吸器疾患

□ COPD □ 気管支喘息
□ 原発性肺がん
□ その他の疾患()
□ HOT導入中

調査項目

要介護度 (□未申請・□要支援1・□支2・□要介護1・□介2・□介3・□介4・□介5)

寝たきり度 (□J1・□J2・□A1・□A2・□B1・□B2・□C1・□C2)

認知症 (□自立・□I・□IIa・□IIb・□IIIa・□IIIb・□IV・□M)

前回Alb値 mg/dl

肺炎球菌ワクチン (□済・□未)

免疫抑制状態 (□なし・□ステロイド使用中(PSL _____mg/day)・□免疫抑制剤使用中・□その他(_____))

点

意識の変容

該当する □ 20 点
しない □

呼吸数

回/min
≥ 30 □ 20 点

血圧

mmHg
sBP < 90 □ 20 点

体温

℃
≥ 40℃ □ 15 点
< 35℃ □ 15 点

SpO2

% □ RA
□ O2(_____ L/min)
< 90 □ 10 点

脈拍

回 /min
≥ 125 □ 10 点

治療開始時の医師の見立て

□ 死亡の可能性が高い
□ 回復しうがADLは低下する
□ ADL低下なく回復できる

点

□ 60点以下 あなたの重症度はⅡ以下です。
60人に1人お亡くなりになると推定されます(死亡率1.8%)
自宅での加療をお勧めしますが、
介護体制の問題などで入院を検討することもあります。

□ 61～80点 あなたの重症度はⅢです。
5人に1人お亡くなりになると推定されます(死亡率 18.5%)
入院してもいいですが、療養場所の変化により不穏となったり、
体力が低下することも懸念されます。
まずは自宅で治療を開始し、反応に乏しければ入院も検討しましょう。

□ 81点以上 あなたの重症度はⅣです。
3人に2人がお亡くなりになると推定されます(死亡率 61.3%)
入院してもいいですが、療養場所の変化により不穏となったり、
体力がさらに低下します。救命できても今までと同じ生活は困難でしょう。
ご自宅で最期を迎える可能性もありますが、
このまま当院にて治療を継続・サポートさせていただくことも可能です。

□ 得点は上記のようになりますが、あなたの場合には
他の原因(尿路感染・胆管炎・悪性腫瘍・ _____)
による可能性が高いため、死亡率は参考値となります。

初回抗生剤名

□ div □ i.m. 1回 _____g
□ p.o. □ 他(_____) 1日 _____回
複数併用時は以下にすべて記載
□ div □ i.m. 1回 _____g
□ p.o. □ 他(_____) 1日 _____回
□ div □ i.m. 1回 _____g
□ p.o. □ 他(_____) 1日 _____回

「政策提言」に関する活動



平成 25 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

< 地域包括ケア研究会 >

**地域包括ケアシステムを構築するための
制度論等に関する調査研究事業**

報 告 書

地域包括ケア研究会

研究会開催の趣旨

平成 24 年度の地域包括ケア研究会では、地域包括ケアシステムの全体構造を明らかにするとともに、システムを支える「自助・互助・共助・公助」、地域内の諸主体の果たすべき役割、地域包括ケアシステムの構成要素について整理した。

今年度は、団塊の世代が 75 歳以上に達する 2025 年から、高齢者数及び死亡数がピークに達し、後期高齢者数が再び増加し始める 2040 年までを展望し、中長期的な観点から、地域包括ケアシステムのより具体的な姿、その構築に向けた課題や必要な取組について議論するため、有識者をメンバーとする研究会を開催した。

研究会メンバー

座長	田中 滋	慶應義塾大学大学院 教授
委員	池端 幸彦	医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長
	岩村 正彦	東京大学大学院 教授
	川越 正平	あおぞら診療所 院長
	高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院 教授
	筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
	東内 京一	和光市 保健福祉部長
	堀田 聰子	独立行政法人 労働政策研究・研修機構 研究員
	松田 晋哉	産業医科大学医学部公衆衛生学 教授

「連携」に関する活動

多職種合同カンファレンス

- 地域を“一つの単位”にとらえ、“同僚”としてチームで臨床に携わる必要がある
 - 同じ“病棟”で働いている“同僚”なのに「めったに会わない」のでは機能できない
-
- 医師を含めた多職種が討議する企画を繰り返し開催する（一方向的な講義は避ける）
 - 他の職種の専門性を深く理解する
 - 共通の“言語”やルール、価値観を見出す

多職種が一堂に会する場



名刺交換タイム



多職種グループでの討論や共同作業



多職種合同カンファレンスの実際例

あおぞら診療所は訪問診療、訪問看護に関する臨床実践、連携、教育、研究、地域活動に関する活動を行っています



お問い合わせ

アクセス

ホーム

トピックス

診療のご案内

あおぞらの取り組み

人材募集

当院のご案内

診療エリア

費用

診療のご案内

当院では、年齢や病気に問わず、ご自宅で療養している方に診療を行っています。

診療申し込みご希望の方はこちらのページをご覧ください。



あおぞらの取り組み

当院では「臨床」を中心として「連携」「教育」「研究」「啓発」の5つの要素を連動させる形で在宅医療に関するさまざまな活動を行っています。

当然のことながら「臨床」がその中心的な位置を占めますが、そのほかの4つの要素は「臨床」と深く関与しつつ、最終的に患者さんへの診療に貢献することを目指して取り組んでいます。

多職種合同カンファレンス
「地域課題の抽出
～救急医療編～」

動画を見る

多職種合同カンファレンス
「多職種の専門性を知る」

動画を見る

映像教材
「在宅医療の風」

動画を見る

在宅医療バイブル発刊のお知らせ

当院川越が編集執筆した在宅医療に関するテキスト
「在宅医療バイブル」が完成し、日本医事新報社から発刊されました

家庭医療学、老年医学、緩和医療学の3つの領域の知見を統合する形で在宅医療のエッセンスを結集するというスタイルの書籍です。
全80項目の構成として全国の優れた先生方に分担執筆をお願いしました。在宅医療を志す医師はもちろんのこと、患者中心の医療を目指す全ての医師、そして在宅医療に従事する訪問看護師や歯科医師、薬剤師、そしてケアマネジャーなどの多職種にとってお役に立てばと考え、企画編集しました。

「在宅医療バイブル」序文

「在宅医療バイブル」執筆項目著者一覧



最新刊

高齢者の救急医療と在宅医療を考える

1. 情報共有

- 病歴や背景、これまでの身体状況などについての情報共有

2. 判断基準

- 救急搬送すべき状態かどうかについての現場の判断

3. 意思決定

- どこまでの医療を希望するのかについてのリビングウィル

4. 予防的な手立て

- 急病が生じる前の予防策や在宅医療としてできる対応

5. 入院後の後方支援

- 在宅医療や後方支援機能を担う病院が果たすべき役割

6. その他の課題

- 精神疾患患者や死亡確認のための搬送などの重要各論

地域のつながりを深める活動 ～ネットワーク構築 や ローカルルール～

職能ごとの組織づくり や ネットワークの構築



規範的統合の例：ローカルルール

【入院依頼の基準】

「風邪やぎっくり腰、尿路感染症では入院を依頼しない」
「救急指定ではない病院に入院を依頼する場合、平日の日勤帯に相談する」

【退院に際しての手順】

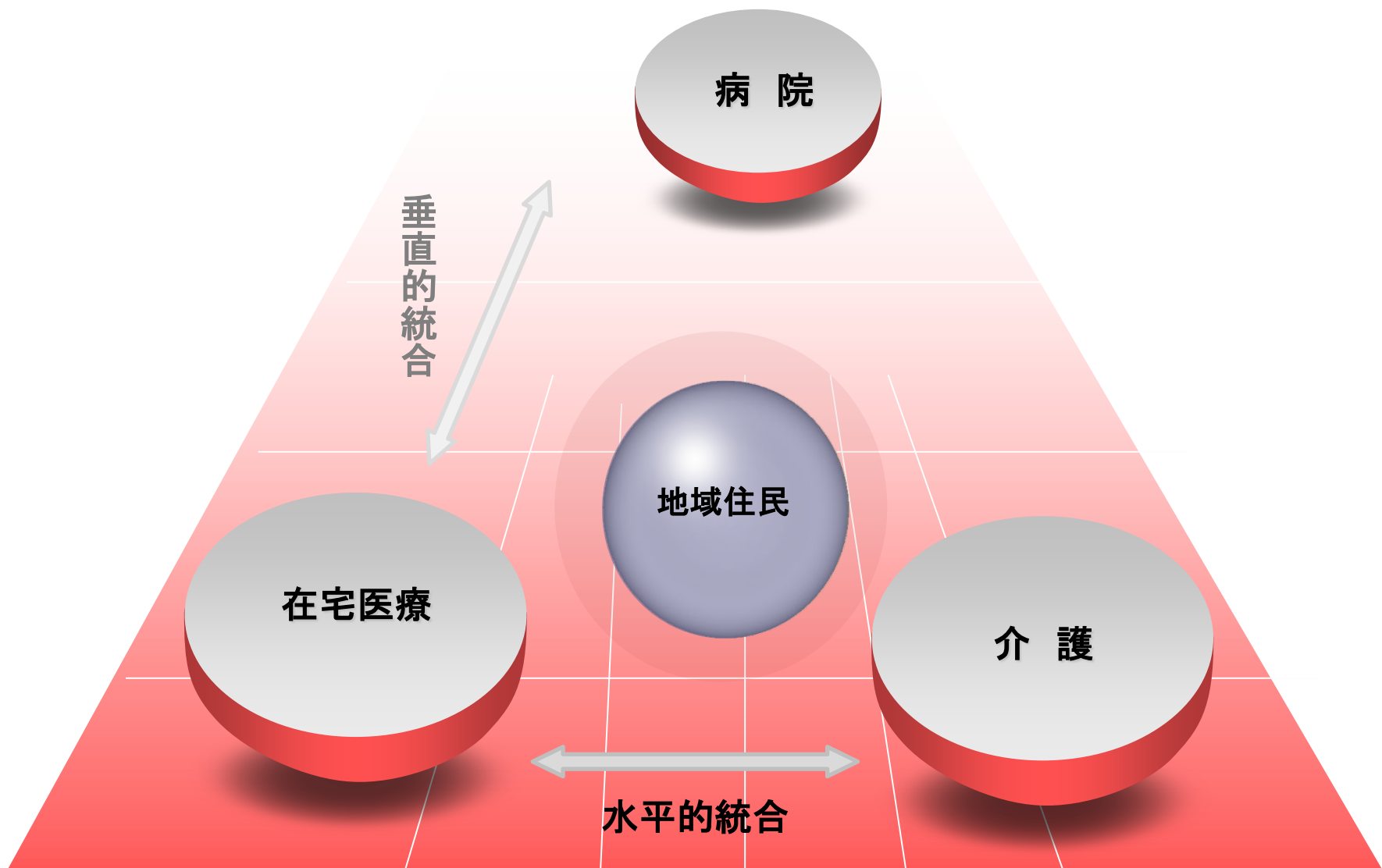
「在宅側への情報提供は退院一週間前までに行う」

【人的資源の活用方法】

「外来診療中は極力訪問看護が臨時対応を行う」
「訪問リハビリの資源が不足しているため、訪問看護がリハビリ機能の一部を担う」

【連携上の配慮や仁義】

「ケアマネタイムに基づく面会依頼に医師は丁寧に対応する」
「ケアマネが主導して主治医を変更するのは御法度」



在宅医療と介護、病院の“統合”が地域住民の暮らしを支える

在宅医療の質向上を目指して



「教育」に関する活動

「研究」に関する活動

「政策提言」に関する活動

「連携」に関する活動

地域のつながりを深める活動