

地域包括ケアから地域共生社会へ (介護と医療の連携)

医療法人社団創福会 ふくろうクリニック等々力・自由が丘

山口 潔



医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック等々力
Fukuro Clinic TODOROKI

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック自由が丘
Fukuro Clinic JIYUGAOKA

医療法人社団 創福会
ふくろうクリニック目白台
Fukuro Clinic MEJIRODAI



玉川医師会 Tamagawa Medical Association



玉川医師会 理事 在宅医療部担当

日本老年医学会 老年科専門医・指導医・代議員

日本内科学会 総合内科専門医 厚生労働省 臨床研修指導医

日本プライマリ・ケア連合学会 認定医・指導医

日本老年精神医学会・日本認知症学会 専門医・指導医

日本老年腫瘍学会 理事 登録精神腫瘍医 緩和医療学会 研修指導者

日本医師会 認定健康スポーツ医 テストステロン治療認定医

東京大学医学部・杏林大学医学部・東京都立大学 非常勤講師

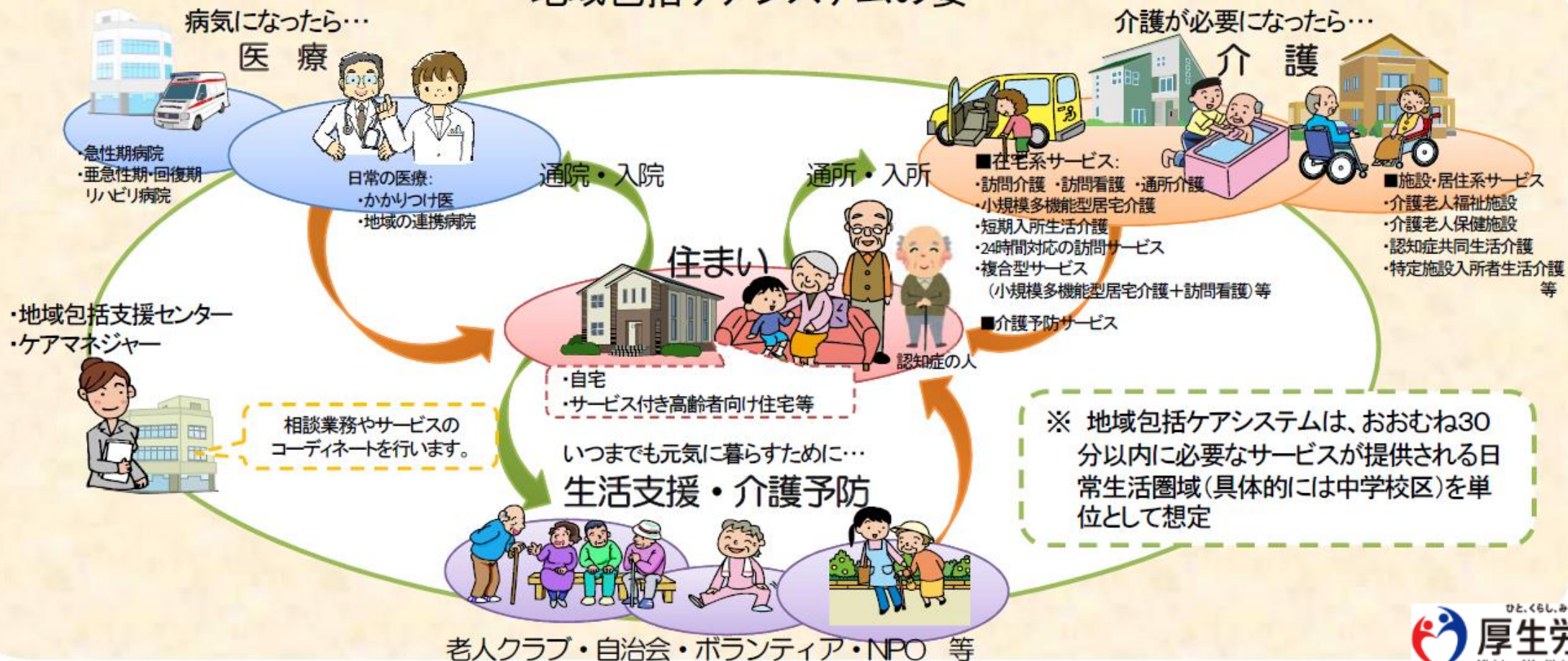
東京医科歯科大学・日本赤十字看護大学 臨床教授

昭和大学 客員教授

地域包括ケアシステムと在宅医療

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

地域包括ケアシステムの姿



開業初期 2013年

- ◆病院で最期を迎えるがん患者は、苦しそうでした。今から考えると若い人が多かったからかもしれません。
- ◆開業して、自宅で最期を迎える方を拝見したら、なんでこんなに苦しくなさそうなんだろう、穏やかなんだろうと思いました。退院後に麻薬の量を減らせる人が多くいて驚きました。

私の忘れられない経験①

- ◆50代乳がん末期の方の訪問診療。
- ◆ご両親、息子（中学生）の住む自宅で最期を希望。
- ◆上肢の静脈血栓症で、うでが赤く腫れる。 痛くはない。

山口 「あー、こんなの死にやしないよー、気にしないでいいよ」

患者 「死なないって初めて言われた、先生面白いね（笑）」

私の忘れられない経験②

- ◆50代乳がん末期の方をお看取りしたお父様.
- ◆「娘が自宅で最期までと言い出した時に正直不安だった。 だけど、看護師さんや先生がこんなにいっぱい来てくれて、いろいろやってくれるなんて知らなかった。 自分が勉強になりました。」
- ◆今では自信を持って、在宅ホスピスケアを勧めます。

地域・在宅緩和ケアチーム



病院

在宅療養支援診療所

緩和ケア充実診療所

緩和ケア外来・訪問診療

訪問メンタルケア

訪問食事栄養指導

調剤薬局

衛生材料・薬学管理

緩和ケア病棟・地域包括ケア病棟

日本赤十字社医療センター緩和ケア病棟

世田谷記念病院地域包括ケア病棟

居宅介護支援事業所

居宅介護事業所・福祉用具事業所

ケア・マネージメント 訪問介護

訪問看護ステーション

訪問看護

訪問リハビリテーション



休日夜間診療体制の構築

ふくろうクリニック等々力・自由が丘の場合

1. 電話対応：原則、主治医制。

緊急連絡先に常勤医師全員の携帯電話番号を記載。

まずは主治医に、主治医が出なければ他の医師に電話。

2. 土日祝日の日中 9:00～18:00

医師・看護師・運転手各1名が出勤し往診当番。

3. 夜間出動当番医 宅直

常勤医師5人と非常勤医師で当番制。



自宅で最期を迎えることは可能か？

55歳女性 乳がん StageⅣ：脳・骨・肺・肝転移あり 要介護3

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
訪問診療	○		○	○ 臨時往診	○		○ 臨時往診
訪問看護	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○	○ ○
訪問介護	介護用ベット、浴室椅子、吸引機、その他福祉用具貸与 ※訪問介護はなし						



ふくろうクリニック等々力

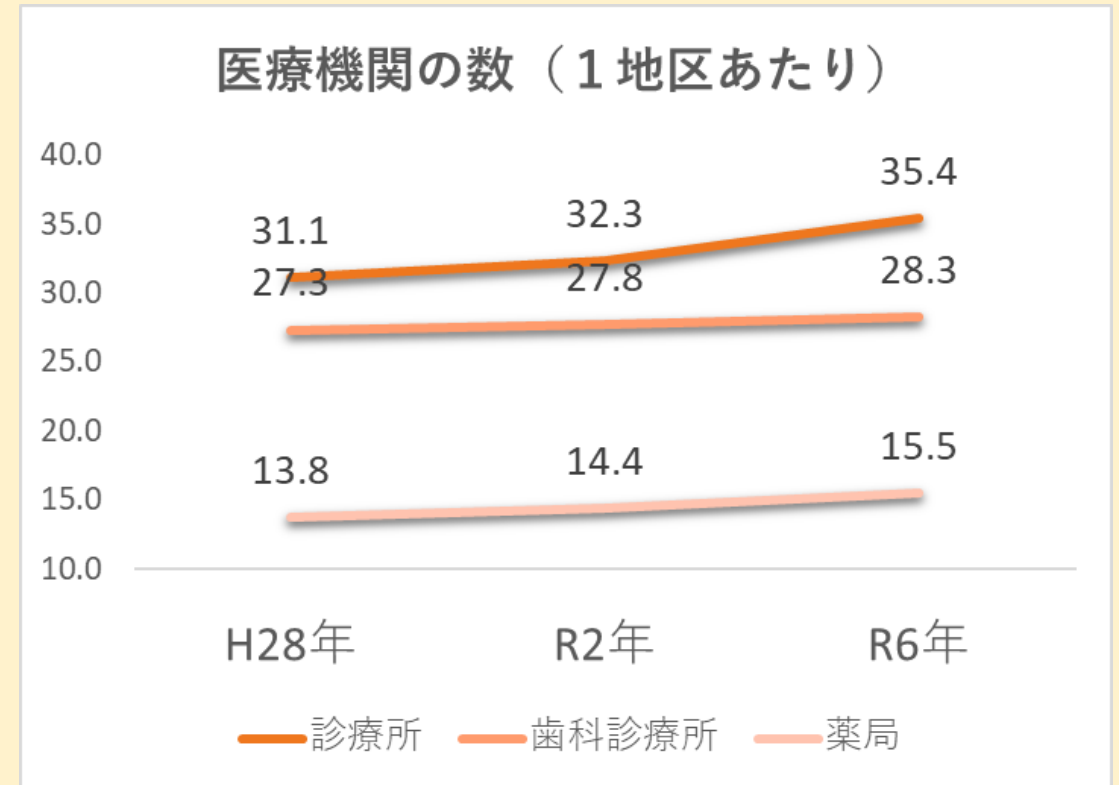
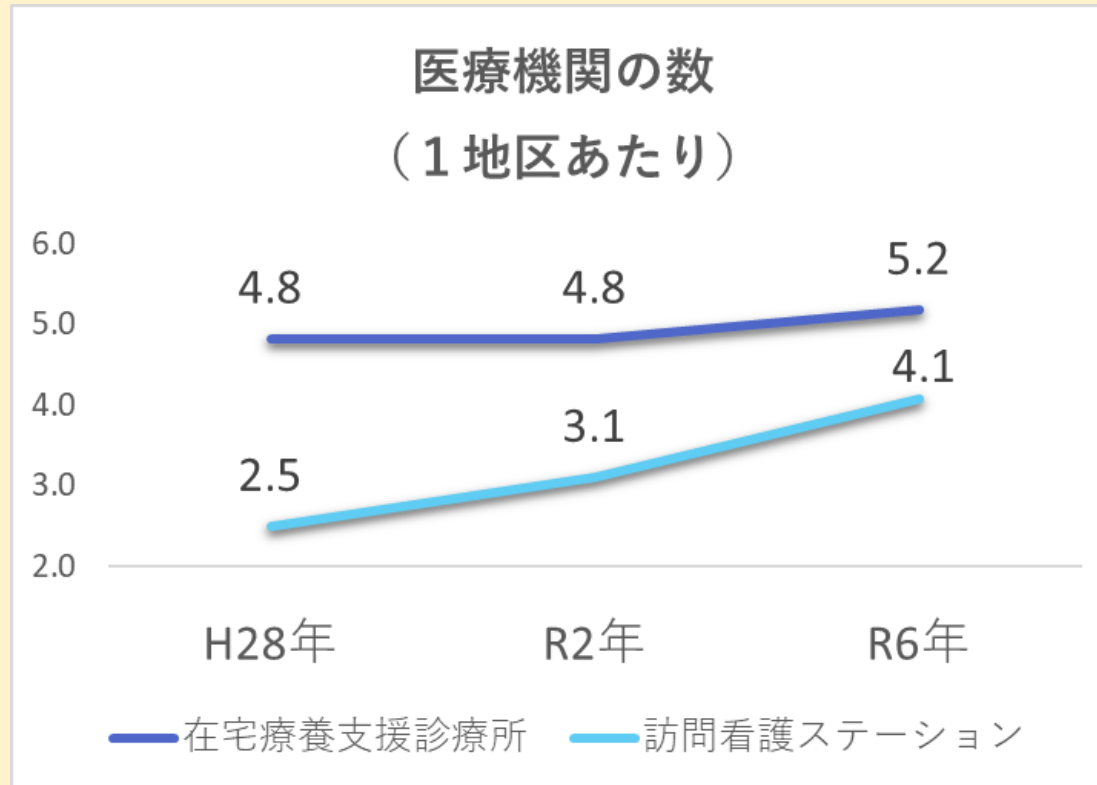
緩和医療科

千葉 創

訪問診療も訪問看護も、がん末期の方へは毎日のように訪問することができますので、一人暮らしでも安心して療養してください。

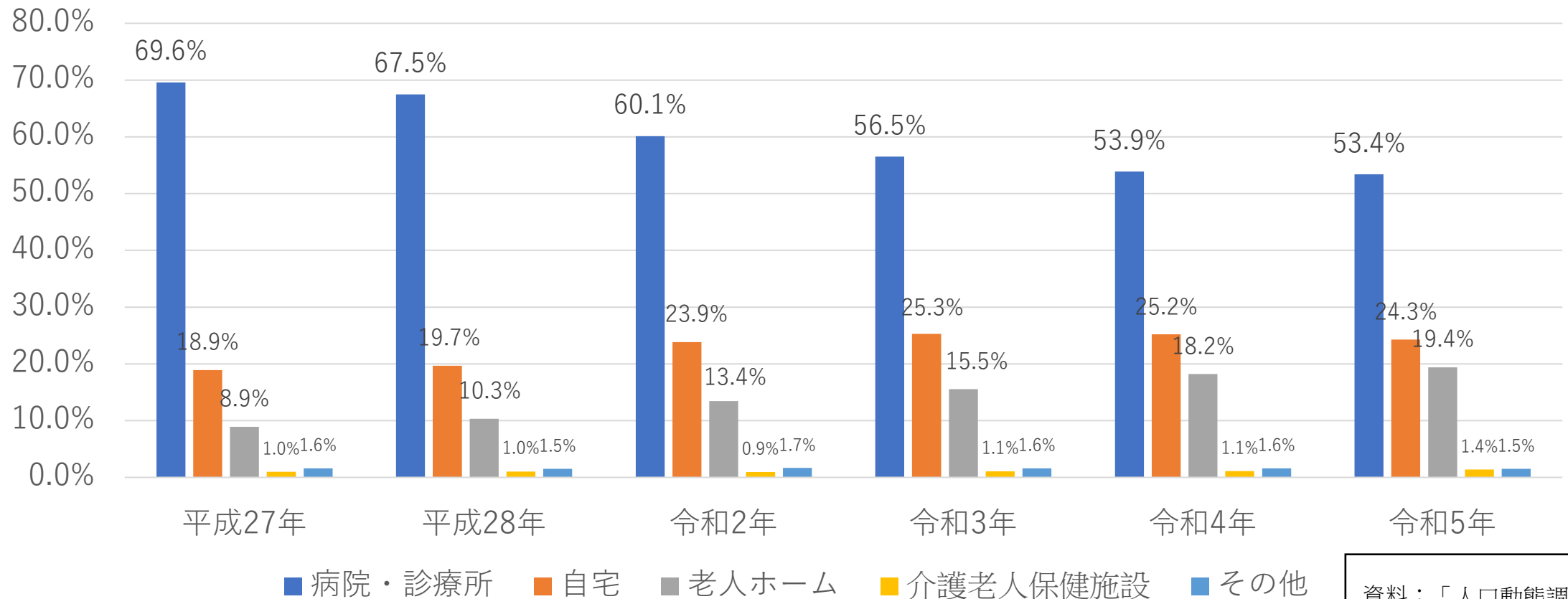
参考資料 医療機関の資源数

- 診療所、歯科診療所、薬局ともに増加傾向にある。
- 在宅医療についても、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションは増加している。



区民の死亡場所の推移

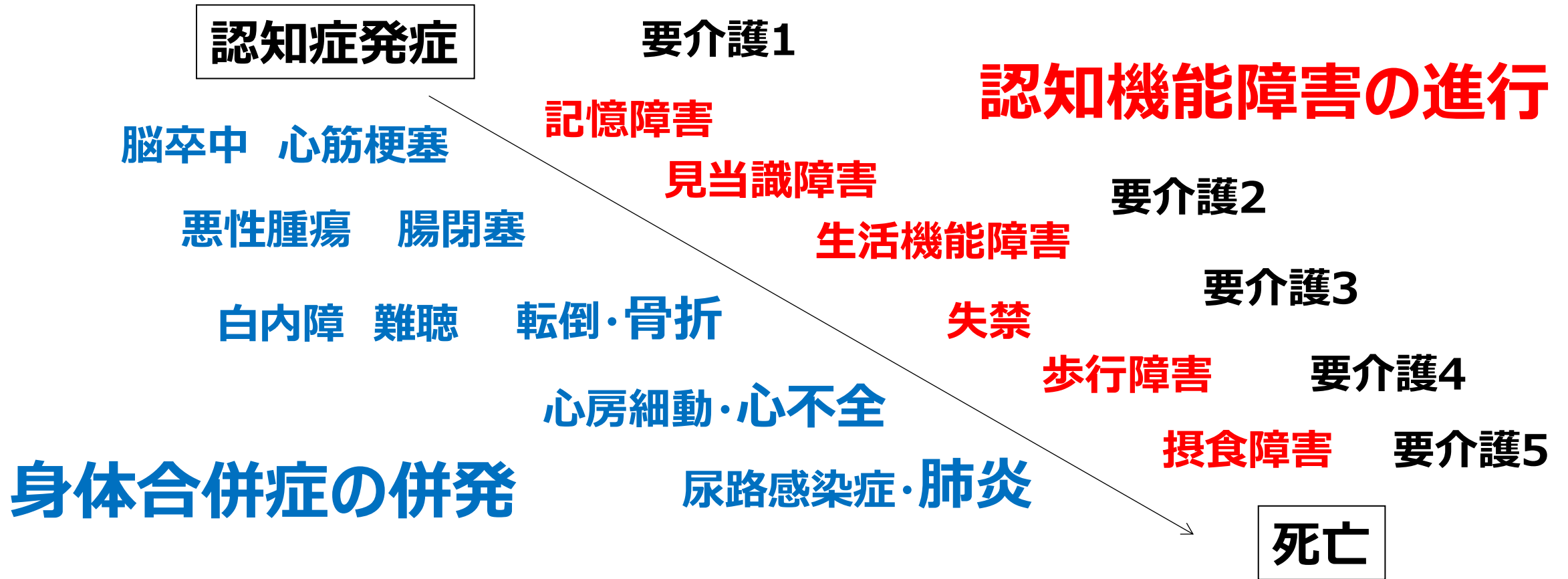
死亡場所の推移



資料：「人口動態調査」
(厚生労働省)

認知症があっても自宅で過ごすために

発症前よりあった慢性疾患：高血圧、便秘、頻尿（過活動膀胱）、骨粗鬆症など



90歳で半数が認知症を発症する。ロコモ・フレイルで移動能力も低下する。
認知症の進行と共に、高齢者に多い病気：身体合併症を併発し、老衰で亡くなる方が多い。

高齢者の入院関連合併症

Hospital-associated Complication of Older People : HAC-OP

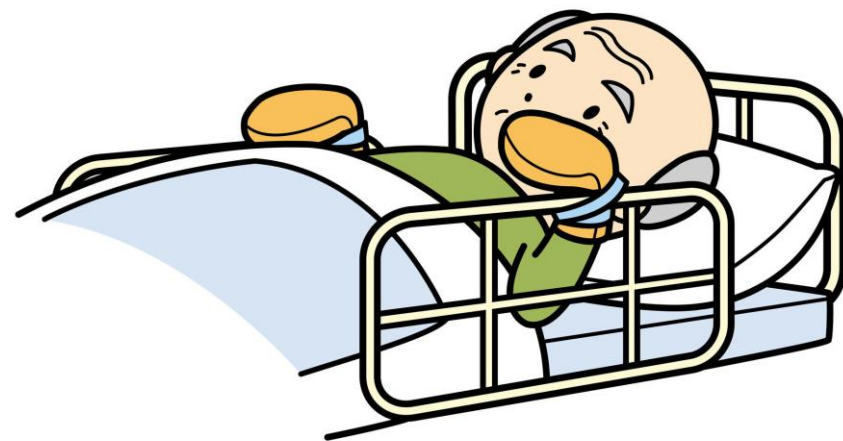
➤ 高齢者では入院すると、環境変化により...

認知障害の悪化（せん妄）

移動能力の低下

低栄養 咀嚼嚥下機能低下

薬物有害作用の増加



➤ 老年科病棟 Geriatric Ward での包括的アプローチでも
予防はできず.

JAMA 306:1782-1793. 2011



私の忘れられない経験③

- ◆96歳女性。一人暮らし。パニック症、骨粗鬆症、腰部脊柱管狭窄症。屋内歩行は可能だが、外出は不可。
- ◆2階建て一戸建ての1階に介護用ベットを置いて生活。夫は他界。息子さんが横浜市在住で、何かあったら車でかけつけてくれる。娘は海外。
- ◆夜中に胸が苦しくなり、救急車を呼んでT医療センター救急科に受診することが繰り返され、当院外来に紹介初診。
- ◆胸が苦しくなる原因を調べても、検査では異常なし。パニック症（不安症）によるパニック発作と診断し、薬物療法開始。訪問診療に移行。

私の忘れられない経験④

- ◆**パニック発作は治まり**、一方で、屋外歩行が難しいため、生活困難があったため、要介護認定を受けたり、環境調整を図った。こだわりは強いが、認知症はない。
- ◆発熱あり、T病院入院。入院中はトイレまで移動することができず、オムツに排泄したことが嫌だったのか、**もう絶対に入院したくない**という。
- ◆要介護2。ヘルパー、訪問看護師、理学療法士が週3回程度訪問。老人ホームへの入所も検討したようだが、在宅介護・医療サービスを利用し、初回往診後自宅での一人暮らしが5年になる。

私の忘れられない経験⑤

- ◆88歳男性。一人暮らし。レビー小体型認知症。うつ病。歩行は伝い歩き可能。
- ◆生活保護。3畳2間のアパート在住。当初お姉さんがキーパーソンだったが亡くなられ、離婚した妻・子？とは連絡がとれず、事実上、アパートの大家さんがキーパーソン代わりに相談にのっていた。
- ◆要介護3。ヘルパー、訪問看護師（精神科訪問看護）は毎日のように訪問。**肺炎の時も特別指示で点滴治療。**
- ◆初診往診から5年。認知症がやや高度になっても一人暮らし継続。

私の忘れられない経験⑥

- ◆ある時、幻聴がひどくなった。夜中の2時頃に、女性の声で「開けてください、中に入れてください」と言われるそうで、とても怖いそう。
- ◆今までにもそのようなことはあり、電話を唯一かけることのできる大家さんに夜中でも電話をすることがあった。今回は、毎日のように大家さんに電話かけてしまい、**大家さんも眠れなくて困るとお手上げ**。
- ◆ケアマネネージャーも、さすがに大家さんには迷惑をかけれないということで、世田谷区のケースワーカーと、老人ホームへの入所を支援することになった。都外の老人ホームに入所が決まり、終診となった。

在宅での急性疾患の治療

訪問看護・訪問リハビリテーションとの連携

発熱！ 誤嚥性肺炎と診断 → 治癒

内科往診

診察・看護指示
血液検査・レントゲン

訪問診療

診察・リハ指示

訪問診療

診察

訪問看護

抗生剤点滴投与
酸素投与
喀痰吸引
口腔ケア

歯科往診

訪問リハ

嚥下評価・摂食機能療法
運動療法・作業療法

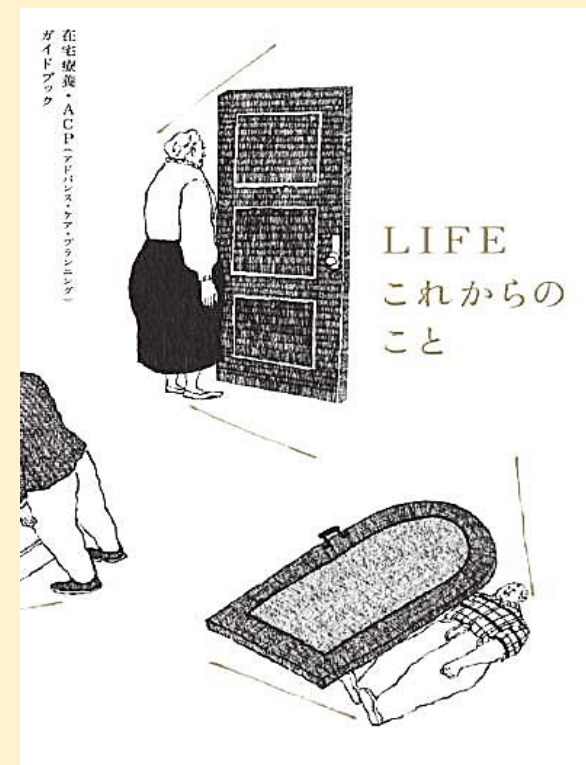


地区連携医事業の実施

地区連携医事業

- ・平成28年度より、切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築を推進するため、各あんしんすこやかセンターに地区連携事業医を配置し、事例検討、**地区課題等に関する医療的助言**を行うとともに**地区における医療職・介護職のネットワークづくり**を進めている。
- ・世田谷区医師会及び玉川医師会が受託
- ・12回／年 実施（各あんしんすこやかセンターごと）

内 容	回 数
①地区連携医事業研修全体会	1 回
②区民向け「在宅医療」「人生会議：ACP」ミニ講座	2 回
③ケアマネジャー等を対象とした研修・講座	2 回
④医療職・介護職の意見交換会・ネットワークづくり	2 回
⑤在宅療養相談窓口での事例に関する多職種検討	2 回
⑥その他	3 回



「在宅療養・ACPガイドブック」

地域共生社会～2040年



地域共生社会のポイント

- ◆制度・分野ごとの『縦割り』を超える。
- ◆「支え手」「受け手」という関係を超える。
- ◆地域住民や地域の多様な主体が参画する。
- ◆人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながる。
- ◆住民一人ひとりの暮らしと生きがいとともに創る。
- ◆地域とともに創る。



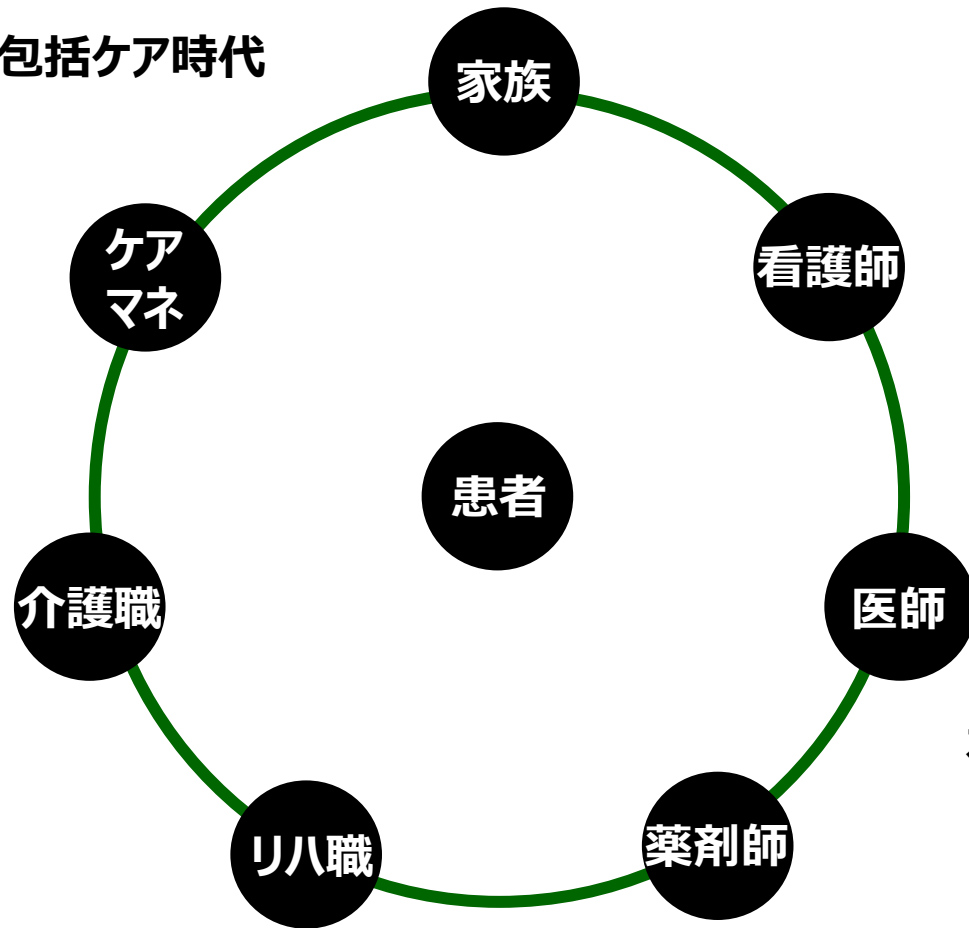
脱病院の次は脱施設か

- ◆介護施設では、十分なケアが受けれるところがほとんどです。しかし、**ケアを受ける立場、管理される立場**では、自由や自己実現、社会貢献は阻害され、認知症の方の幸福度は高まりません。
- ◆私は認知症専門医として、自分事として、「認知症になっても、自宅で一人であるいは家族と暮らせる」ための方法を考えたいと思っています。
- ◆集合住宅の方が安心という方もいると思うので、サービス付き高齢者住宅のような介護施設でないところは良いかもです。

患者中心の考え方を換えよう

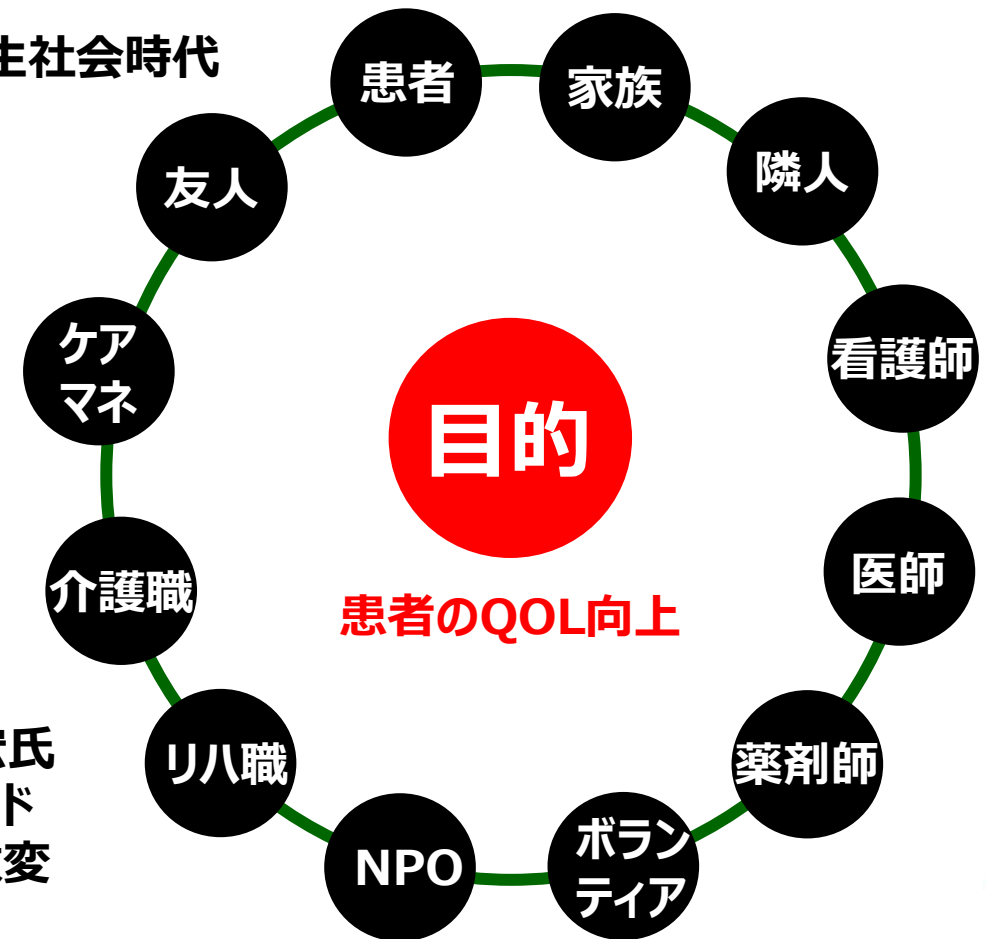
「支え手」「受け手」という関係を超えるために

地域包括ケア時代



患者中心といいながら、ケア提供者が患者を管理。
ケアにおいてケア提供者がより重い責任をもつ。

地域共生社会時代



目的を中心に患者とケア提供者は対等。
患者も目的のために義務や責任を負う。

石田昌宏氏
のスライド
を筆者改変



「世田谷版地域包括ケアシステム」 2040年に向けてさらなる発展を

- ◆住民・医療・介護・行政スタッフが共に地域共生社会の考えを理解して、お互いに**寛容**となり、「支え手」「受け手」という関係を超えて**対等**な関係を築く決意をすることが重要です。
- ◆認知症の方が最期まで自宅で一人暮らしをすることを可能にするためには、医療・介護・行政スタッフが施設への収容を勧めるのではなく、**地域住民がケアに協力**してもらえるような**地域づくり**が必要です。