



被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究

主任研究者

大島伸一

研究の背景と目的

高齢社会の進展に伴い、疾病構造の変化、医療技術の進歩、国民の医療に対する価値観の多様化や、要介護認定者数の増加や重度化、認知症高齢者の増加等と相俟って、通院困難な要介護高齢者等が居宅等で必要な医療を、入院医療で陥りがちな臓器別対応ではなく、個別性や地域生活の視点を重視した方法によって提供できるようにする体制の確保が求められている。また、人生の終局において本人・家族の希望等に応じて地域生活を営みながら穏やかな死を迎えることを可能にする、居宅等で真に質の高い看取りまでを行える在宅医療の確保が求められている。

一方、このような必要性に対応すべき医療(歯科医療を含む)供給の現状をみると、患者の病態に適した満足度の高い効率的な医療提供や円滑な医療連携確保の面から、患者・家族の潜在的ニーズに応えていくのに十分な体制が整っているとは言えない。

本研究では在宅医療の推進のため

- 1) 在宅医療そのものの課題についての客観的評価
- 2) 被災地など、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制の構築方法
- 3) 在宅医療を推進するための連携拠点の具備すべき要素の網羅と体系化
- 4) 在宅医療を推進するための教育方法の確立と、研修システムの策定を研究目的とする

研究 1

在宅医療そのものの課題についての客観的評価(以下課題例)

- (1) 在宅医療はQOLを改善するか(比較対象?)
- (2) 在宅医療における終末期のQOLについて(測定技術?)
- (3) 在宅医療は生命予後を改善するか(比較対象?)
- (4) 在宅医療と医療経済との関係について
- (5) 地域医療における在宅医療の役割
- (6) 在宅医療の阻害要因とは何か
- (7) 在宅医療はどこまで可能か

班員構成

客観的評価を行なって科学論文に仕上げる能力のある人材を登用

楽木宏美(大阪大学老年腎臓内科 教授) 地域医療における在宅医療

荒井秀典(京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 教授)

地域医療における在宅医療,QOL

横手幸太郎(千葉大学第二内科 教授)

葛谷雅文(名古屋大学老年科 教授)

飯島勝矢(東京大学高齢社会総合研究機構 特任准教授)

武林亨 (慶応大学、衛生学);在宅医療と医療経済

橋本正良(神戸大学、プライマリケア講座 教授) 僻地医療、教育効果

服部文子(広島大学地域医療学 講師) 阻害要因、僻地医療、教育効果

鳥羽研二(長寿)

看護師 保健師

H20年10月在宅医療を受けている推計患者数
11,000(病院在宅医), 62,400(診療所在宅医)
25,300(歯科診療所)
うち「訪問診療」56,800,「往診」 28.800

訪問施設数¹⁾
3,565(医療);
1,970(介護)
訪問件数¹⁾
36,042 (医療);,
33,360 (介護)/月

訪問
看護



訪問診療
往診

訪問
栄養

訪問
薬剤

訪問
リハ

リハ職

訪問施設数
1,822(医); 1,106(介)
訪問件数
10,153 (医); 36,986
(介)/月

医師

訪問施設数¹⁾
19,501
訪問件数¹⁾
541,444/月

歯科医師

訪問施設数¹⁾
8,214
訪問件数¹⁾
64,920/月

栄養師

訪問件数⁵⁾
なし(医)/月;
不明(介)

薬剤師

訪問件数⁵⁾
1,530(医)/月
; 不明(介)

高齢者在宅医療における問題点

診療種別	場面	課題
一般医家 (医師の半数)	外来 午後往診	絶対的時間の不足、体力 在宅指向は10%
在宅医療専門医	在宅;	看取医師は500人 情熱と体力
基幹病院	救急	在院日数短縮 患者の選別、救急の疲弊
一般病院	急性・亜急性	転院先、医師不足
介護保険病床	慢性期	在宅復帰率低い
訪問看護	慢性期	利用率低い

研究2

2) 被災地など、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制の構築

研究統括: NCGG 大島総長、班長 三浦久幸

1. 現地調査・モニタリング→被災地での地域包括ケアの検討

沖永壮治 東北大学加齢研准教授(仮設住宅の疾患に関する縦断調査)

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター主任研究員 菊地和則(地域包括支援センター調査)

日本福祉大学健康社会研究センター 主任研究員 三澤仁平(行政、保健師、医療保険等調査)

2. 被災地の高齢者の実際の病態把握(1フィールドで、虚弱、老年症候群、生活不活発病、閉じこもり等を視点としたカテゴライズ)と適切な介入方策の検討

大川弥生(長寿)

山梨大学医学部 社会医学講座 講師 近藤尚己(フィールド研究の統括)

福島県立医科大学医学部 公衆衛生学講座 助教 山崎幸子(閉じこもり、うつ)

国立健康・栄養研究所 栄養疫学プログラムリーダー 森田明美(栄養評価)

角町歯科医院 院長 角町正勝(歯科)

米山歯科クリニック 院長 米山武義(歯科)

大石歯科医院 院長 大石善也(歯科)

3. 医療資源(地域性)の実態把握と事例収集により、地域性に応じた介入方策、在宅医療連携拠点の役割の検討

在宅医: 青森(蘆野)、岩手(寺田)、宮城(川島)、

医療法人社団 鉄祐会 祐ホームクリニック 院長 武藤真祐(石巻)

医療法人ゆうの森 理事長 永井康徳(松山)

NCGG(洪(サプライセンター))

* 専任研究員: 国立長寿医療研究センター大塚 理加

研究3

在宅医療を推進するための連携拠点の具備すべき要素の網羅と体系化

大島班(在宅医療連携拠点研究事業と連携し以下の点を明確にする)

各地域で在宅医療を推進する方策 太田、和田、黒岩、前沢

在宅医療を行うために必要な基本単位、基本事項

最低必要なチーム編成

最低必要な地域医療連携

各地域に応じたモデルの提供 三浦、片山、蘆野

地域の特性は何か

地域の資源とその分布の状況

在宅医療を開始、行うためのノウハウ 片山、和田

制度の理解、地域医療展開の理念の理解

チーム編成のあり方、連携のあり方

在宅に必要な医療技術・医療知識

各団体の役割(在宅医療推進会議で定形フォーマットを作成し役割の記載を依頼)

医師会、歯科医師会、薬剤師会

看護協会、訪問看護団体

在宅療養支援診療所連絡会

全国在宅歯科医療・口腔ケア連絡会

全国薬剤師・在宅療養支援連絡会

行政

病院団体、地区基幹病院

在宅医療の理念が法制度の中に反映された
画期的出来事であるとの認識から
拠点のキャッチフレーズとして

在宅医療の「心」の共有
在宅医療の「知」の体系化
在宅医療の「技」の可視化

多職種協働、連携の日常化

知識の体系化

テキスト

技術の可視化

事例、DVD

理念の共有（推進会議）

連携のパス化

日常化、行事化
効率化、簡素化
IT活用

在宅医療推進会議意見

平成24年 2月6日

大島 伸一（在宅医療推進会議）

拠点モデルの理念

「在宅医療連携拠点のモデルという位置づけを明確にすることが最も重要理念を具現化する拠点が、モデルとして選出されなければ、今後の在宅医療の発展に大きな禍根を残す。」

具体的には、モデル拠点だけが発展する組織では不適切。

拠点から、より広い地域への展開を事業計画に入れ、実績評価の対象とすべきである。

#モデル事業を継続して行う意思を確認し、次年度計画を提出させることが重要

拠点モデルの要件

基礎自治体単位(市町村)が在宅の基本、県の推薦は必須条件とするのはおかしい。優れた評価を得ているか、システム移転可能な普遍性を有している組織であること。

具体的には、

1)「見取りを行なっている実績」は必須事項である(複数意見)

#この実績を満足するために、具備しない拠点は連結型として申請が望ましい。

2)「多職種カンファランスの実績」は必須事項である(複数意見)

3)「研修実績があり、在宅医療の現地研修を受け入れなければならない」(複数意見)

4)「多職種の組織との連携」は必須事項である(複数意見)

拠点モデルの選出

選出過程をオープンにすること

拠点全ては平等に、事業の中間評価、事後評価を受け、結果は公表されるべきである

4) 在宅医療を推進するための教育方法の確立と、研修システムの策定

中央教育と地域教育において、以下の点を明確にして研究を行う

誰が教育をするのか、誰を教育するのか、どのような仕組みで、どんな教材を使用して、いつ、どこで、どこまで

(班員候補は長寿科学研究、在宅医療連携拠点研究メンバーから選ぶ)

研究者名	分担する研究項目	最終卒業校・卒業年次・学位及び専攻科目	所属研究機関
鳥羽 研二	研究の統括	東京大学・昭和53年・医学博士・老年医学	国立長寿医療研究センター
辻 哲夫	医師教育評価	東京大学・昭和46年・医学博士・在宅医療	東京大学高齢社会総合研究機構
三浦 久幸	在宅支援病棟 事例収集、評価	名古屋大学大学院・平成5年・医学博士・老年病学	国立長寿医療研究センター
遠藤 英俊	パワーポイント集の作成	名古屋大学大学院・昭和62年・医学博士・老年医学	国立長寿医療研究センター
太田 秀樹	DVD作成	日本大学医学部・昭和54年・医学博士・在宅医療	医療法人アスミス
和田 忠志	事例収集検討	東京医科歯科大学医学部・平成元年・医学博士・在宅医療	医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所
亀井 智子	カリキュラム 事例検討	聖路加看護大学大学院・平成元年・医学博士・公衆衛生学	聖路加看護大学大学院
真田 弘美	カリキュラム 事例検討	聖路加看護大学・昭和54年・医学博士・看護学	東京大学大学院医学系研究科
田高 悦子	カリキュラム 事例検討	東京大学大学院・平成12年・保健学博士・地域看護学	横浜市立大学看護学部
百瀬 由美子	カリキュラム 事例検討	長野県看護大学大学院・平成16年・看護学博士・看護学	愛知県立大学
秋下 雅弘	薬剤使用方法 服薬指導検討	東京大学・昭和60年・医学博士・老年医学	東京大学医学部医学系研究科
大河内 二郎	在宅リハ検討	筑波大学医学部専門学群・平成2年・医学博士・医学	介護老人保健施設 竜間之郷
中島 一光	終末期、呼吸器 事例検討	名古屋大学医学部・昭和60年・医学博士・呼吸器内科学	国立長寿医療研究センター
神崎 恒一	救急事例収集	東京大学医学部・昭和61年・医学博士・老年医学	杏林大学医学部高齢医学
三上 裕司	テキスト評価	大阪大学医学部・昭和49年・医学博士・内科学	日本医師会
武久 洋三	慢性期症状検討 終末期兆候検討	徳島大学大学院・昭和45年・医学博士・老年医学	日本慢性期医療協会
大島 浩子	事例検討、評価	東京大学大学院・平成17年・保健学博士・地域看護学	国立長寿医療研究センター
平原 佐斗司	教育	島根医科大学医学部・昭和62年	東京ふれあい医療生協梶原診療所
川越 正平	教育	東京医科歯科大学医学部・平成3年	医療法人財団千葉健愛会あおぞら診療所上本郷

知識の格差

生活を支える;生活機能評価の知識

臓器別専門医
病院看護師
病院歯科医師
家族

ヘルパー

一般医家
訪問看護師
訪問歯科、薬剤師

在宅医療専門医

老年科医

平易な
系統的テキスト

生活を脅かす;老年症候群(認知症、誤嚥、転倒、失禁)の知識

臓器別専門医
病院薬剤師
ヘルパー
家族

病院歯科医師

訪問看護師
訪問歯科医師、薬剤師

一般医家

在宅医療専門医

老年科医

知識と実践のギャップ
→ニーズへの対応力欠如

在宅医療
統合教育
カリキュラム

実践の格差

生活を支える;生活支援、在宅医療の実践

臓器別専門医
病院薬剤師
ヘルパー

老年科医

一般医家

在宅医療専門医
訪問看護師
訪問歯科医師
訪問薬剤師
ヘルパー、家族

事例集
DVD
実地研修

生活を脅かす;老年症候群(認知症、誤嚥、転倒、失禁)の在宅対応

臓器別専門医
病院薬剤師
ヘルパー

老年科医

一般医家

在宅医療専門医
訪問看護師
訪問歯科医師

訪問薬剤師

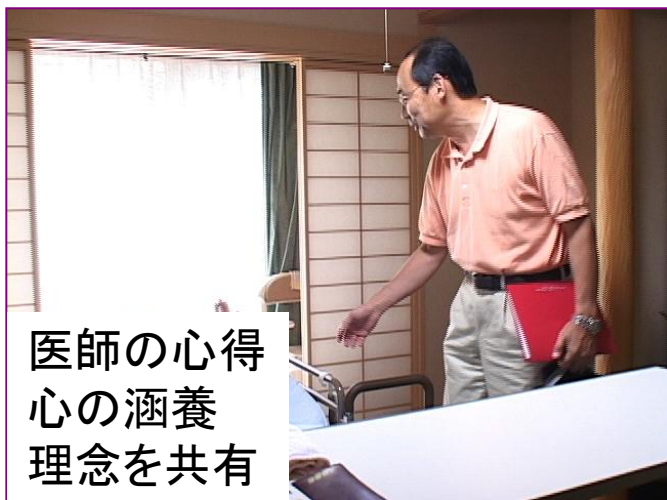
ヘルパー

家族

卒前教育

多職種実践教育

在宅医療多職種共同利用テキスト(抜粋)



医師の心得
心の涵養
理念を共有

訪問看護師への期待

- チームの構成基本要素
母性(XX)と父性(XY) = 医師と看護師
- 医師の諜報部員役
- 患者・家族の弁護士役
- ケアチームオーガナイザー
ケアマネ役
医療職 介護職のキーマン



Cure Care Heal の視点

生活を支える aging in place (地域居住)

生命力(生きる力)を引き出す

エンジェルケア・グリーフケア

地域づくり 社会活動

医師をパートナーとして

**介護者が看護師以上の
観察力を身につける**

在宅での看取り (20年8月～23年1月)

119名

がん以外 **39名**

がん **80名**

(独居がん **9名**)

* 入院したがん患者は**3名**

がんの在宅看取り率 **95.9%**

患者が納得して生き抜いた結果、
高い在宅看取り率になった。



Family-Centered Careを実行するための要素

1. 家族を尊重する
2. 各家族の長所に注目する
3. 選択肢を家族に与える
4. 柔軟さをもつ
5. 家族を力づける、常にそばにいる
6. コミュニケーションを十分にとる
7. サポートする
8. 協力・協働する

Institution of Family-Centered Careより

在宅医療メイツ講習会の実施

- 介護現場に従事する方を対象に、在宅医療の基礎知識の習得をする
 - 医療と介護の境界領域をサポートします。
 - 医療行為を行うのではなく患者訪問時に患者の症状や現場の状況を的確かつ迅速に判断し、医師、看護師等へ通報できることを目的に行った
- 対象者：ホームヘルパー2級程度の介護者
- 内容：医師、看護師等の講義及び 想定患者に対しての対処方法のグループ検討会

病院看護師
訪問看護師



病院医師or
診療所医師

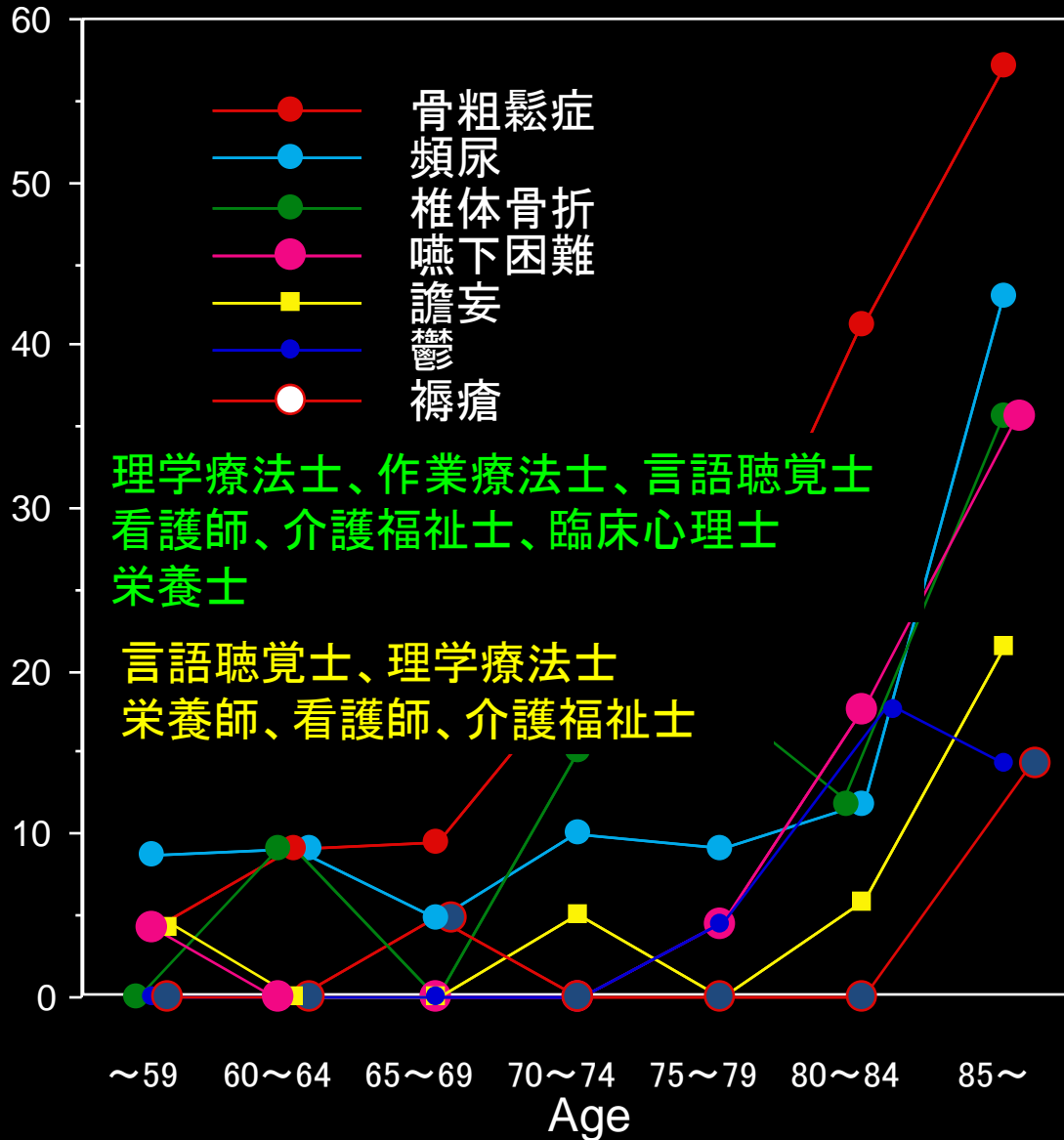
ヘルパー

2) 援助項目

10月12日	11月9日
在宅経管栄養法	在宅中心静脈栄養法
気管内吸引法	在宅自己注射(インスリン療法)
気管カニューレ管理法	人工肛門・人工膀胱管理法
在宅人工呼吸療法	褥瘡管理法
在宅自己導尿	死亡時の対応
膀胱留置カテーテル管理法	
在宅酸素療法	

後期高齢者で急増する徴候

頻度 (%)



理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
 看護師、介護福祉士、臨床心理士
 栄養士

言語聴覚士、理学療法士
 栄養士、看護師、介護福祉士

ADL低下
 関連の症候群

- 褥瘡
- 誤嚥
- 失禁
- 便秘
- 筋萎縮
- 拘縮
- 心拍出量 ↓
- 低血圧
- 肺活量 ↓
- 抑鬱
- 認知機能低下

時間

短

長

廃用とは?

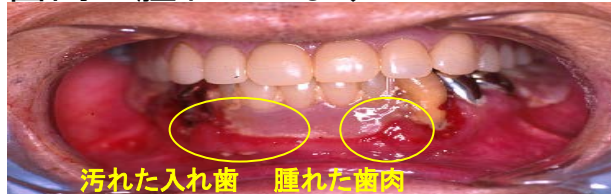
- 不使用(disuse)に伴うさまざまな現象をさす幅広い臨床的な概念
- 過度の安静、身体諸器官の不使用により
 - － 筋萎縮・関節拘縮
 - － 起立性低血圧
 - － 低栄養・褥創
 - － 骨粗鬆症
 - － 括約筋障害(便秘・失禁)
 - － 精神機能低下・認知症
などが起こる



まず、要介護高齢者の口の中を見てみましょう

要介護高齢者の口の中はどのようになっているのでしょうか。認知症や脳卒中の実際例を見てみましょう。

歯肉が腫れています



長い間はめたままの入れ歯がある場合、不潔になった入れ歯が周りの歯や粘膜をいためています。

舌が汚れています



舌背(舌の上)に苔が付着している事が多々あります。舌苔は微生物の温床であるだけでなく、口臭の原因です。

食べかすがたまっています



麻痺がある場合、十分清掃されにくく、麻痺した側に食べかすがたまっている事があります。

歯垢がついています



染色液で歯垢(微生物の塊)を染め出してみました。歯が全体的に汚れているのが良く分かります。

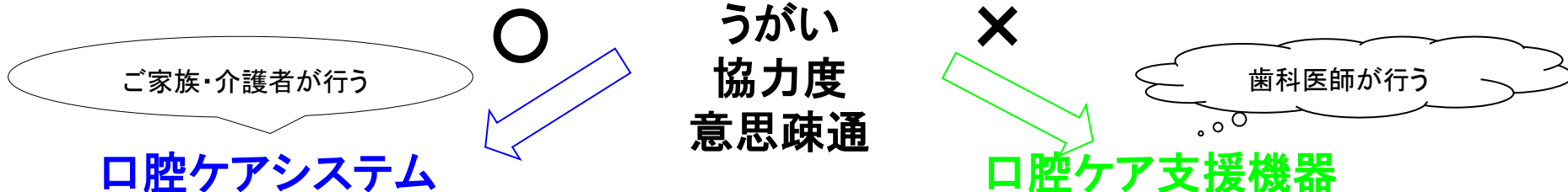
入れ歯が汚れています



口から取り出したばかりの入れ歯です。全体的に汚れています。ここには微生物が繁殖しています。

具体的な対応法

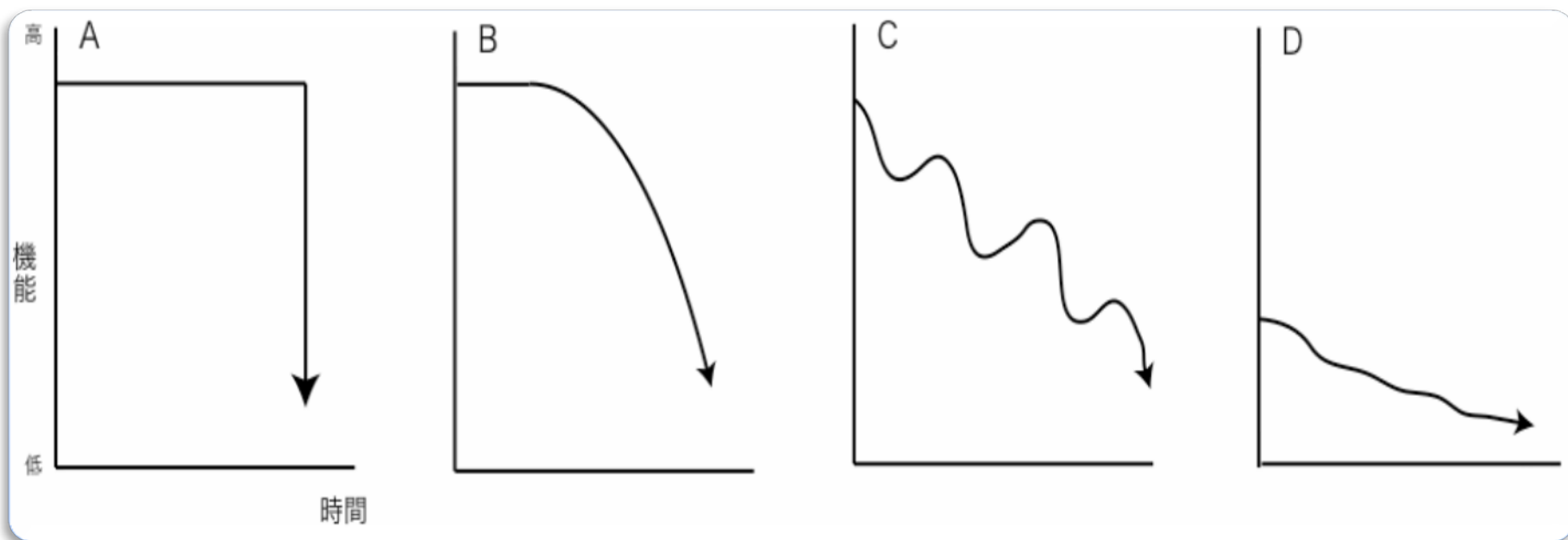
このような状況に対し2種類の口腔ケアを紹介します。下図の様いうがいができるか、協力的か、意思疎通可能かなどで分けます。



脳血管障害を有する患者さんを 診療する時に気をつけること

1. 意識レベル
2. 失語や失行はないか
3. 認知症の有無
1. 2. 3. を知っておかないと患者さんと
コミュニケーションがとれない。
4. 運動麻痺：どちら側にどの程度あるか
5. 感覚障害：どこにどの程度あるか
6. 嚥下障害の有無
7. 合併症をもっていないか
高血圧，心疾患，糖尿病など
8. 出血傾向をます薬を飲んでいないか

終末期に至るまでのパターン別の実施すべき と考える医療処置について



自立した生活を送っていた方が突然脳卒中を発症した

悪性腫瘍が着実に進行している

心不全や呼吸不全などで入院を繰り返している

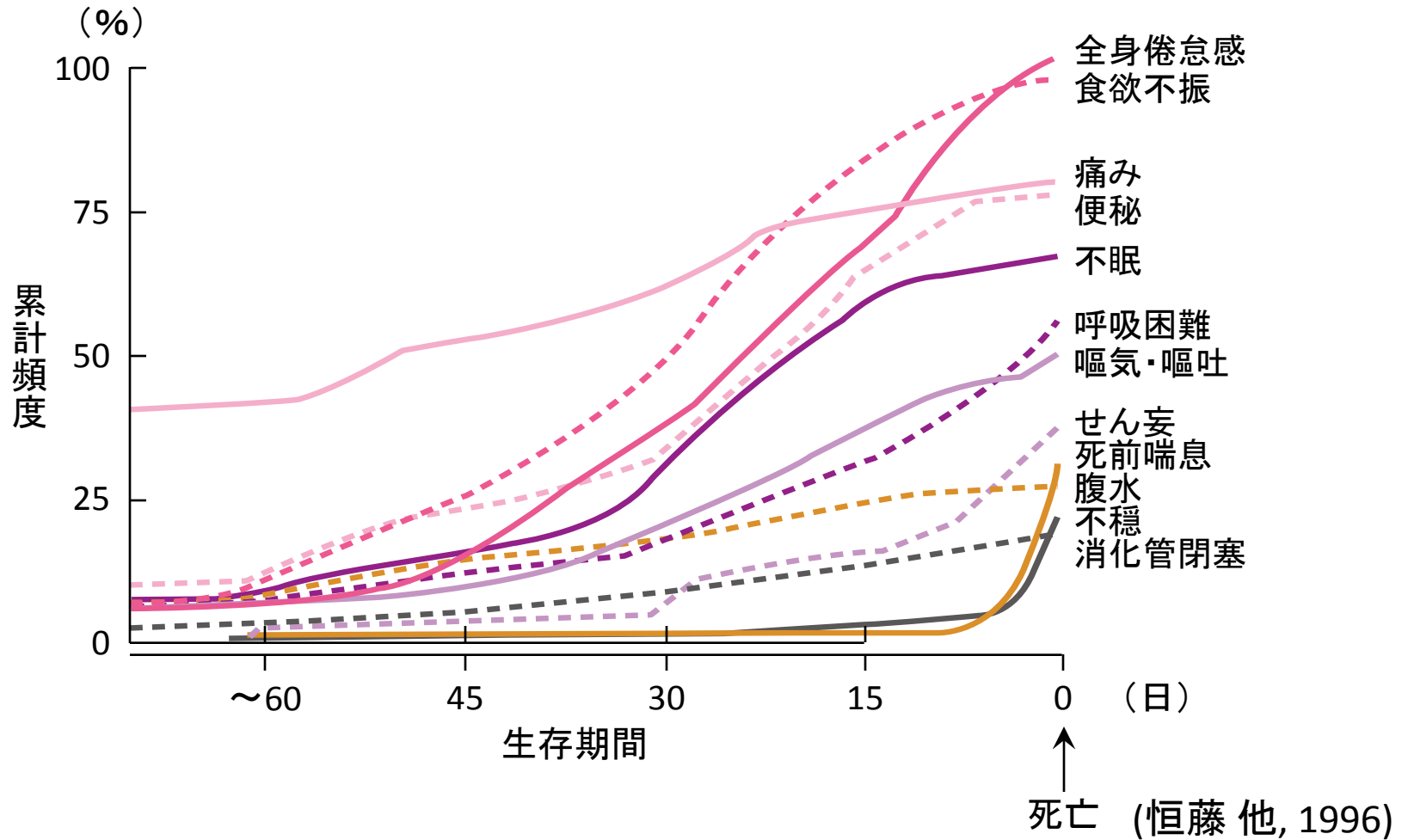
認知症や脳血管障害があり誤嚥性肺炎を繰り返している

終末期の医療およびケアについて本人の 価値観、思想の確認が困難な場合の対応

家族に確認する	123
医療者が判断する	36
過去の本人の思い・考え方を反映しそれに従う	33
事前指示/過去の記録から判断する	33
家族だけでなく親族にも確認する	23
キーパーソンと相談する	14
まったく確認していない	10

- I. 臨死期とは
- II. 患者・家族が死を迎える準備を整えるために看護師がすべきこと
- III. 死が近づいた時期(週～日単位)
- IV. 死が差し迫った時期(時間単位)
- V. 死亡時
- VI. 臨死期にある患者の急変時の対応
- VII. 看護師自身のためのケア
- VIII. 結論

■ 主要な身体症状の出現からの生存期間



被災地など、地域の実情に応じた的確な在宅医療供給体制の構築方法

在宅医療
(三浦班)

在宅医療を推進するための
連携拠点の具備すべき
要素の網羅と体系化

ストラクチャー指標
プロセス指標
アウトカム指標
生存率
QOL

在宅医療連携
拠点質の
評価と介入
(大島班)

在宅医療そのものの
課題について
の客観的評価

在宅医療を推進する
教育方法の確立
研修システムの策定

多職種連携
テキスト作成
班(鳥羽班)

教育研修
事業(長寿)

