

日医かかりつけ医機能研修制度 令和2年度応用研修会（令和2年5月24日）

「在宅医療、多職種連携」

医療法人社団家族の森
多摩ファミリークリニック
院長 大橋博樹

内容

1. ACP(アドバンス・ケア・プランニング)こそ
かかりつけ医が関わるべき理由
2. 在宅診療の現場とかかりつけ医の関わり方
3. 多職種連携～はじめの一步～

在宅医療の適応

- 「在宅で療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者」
 - 除外基準「少なくとも独歩で家族・介助者などの助けを借りずに通院ができる者」
 - 本来は在宅医療の適応となる患者が、無理をして外来通院しているケースも
- 例) 糖尿病などの持病があるが、高齢で下肢筋力低下があり、独歩で通院が困難
認知症で本人が通院に対し強く拒否している

外来と在宅を行き来する

- 今まででは自転車で通院していたが、高齢で自転車に乗れなくなったところ通院困難に
 - 腰椎圧迫骨折で一時的に外来通院が困難になったが、改善して外来通院も可能に
 - 認知症が改善し、家族と共に散歩も可能
- 患者それぞれの事情に合わせた療養の形を模索することができる。引き続きかかりつけ医が主治医となることができる。

これがかかりつけ医の魅力

1. ACP(アドバンス・ケア・プランニング) こそかかりつけ医が関わるべき理由

がん患者の自宅での終末期は短期間

- がん患者における在宅医療での看取りまでの診療期間は2週～1ヶ月程度が多い
- 人生の最終段階における意思決定を含め、ACPをこの期間で行うのは困難
- 本来であればかかりつけ医が、がん発症前からACPに関わり、在宅医療も担当するのが理想

AD (Advance Directive、事前指示)とは？

- 判断能力のある成人が将来自分(本人)の判断能力が低下または消失した時に備えて、自らに施される医療に関する希望や拒否などの意向を指示しておくもの
- 米国やカナダではADを「自己決定の明確な証拠」として法制化
- ADに関わる情報の提供や説明、教育、診療録への記載を義務化

→ 契約書締結のようなイメージ

ADの内容

- **内容的指示「リビング・ウィル living will」**
生命の危機に直面するような重篤な状態になった場合にどのような治療や医療処置を希望するか？または希望しないか？
- **DNAR(Do Not Attempt Resuscitate)**
心肺停止状態に陥った時、心肺蘇生術をしないという意向
- **代理人指示**
医療に関する判断を行うことができない時に、本人に代わって意思決定を行う人を事前に指名

内容的指示・DNAR・代理人指示

- これらは、患者のこれまでの人生や家族背景など様々な要因が関与する
- そして、一度決定しても、何度も変更して構わない
- 過程の中で、意思決定が難しくなることもある
→そのためにも代理意思決定者を決めておくことが重要
- ADはあくまでもその時その時の結果
- 大切なのはその決定に至ったプロセス
- それがAdvance Care Planning(ACP)

かかりつけ医の利点(1)

- 外来診療時からの長い付き合いがあり、本人・家族との信頼関係が構築
- 腹を割った話ができることも
「先生、本当は怖いよ」
「入院の方が安心かなあ」
- 時にはパターンリズム的な判断も
「俺は先生に全て任せてるから」
「上手いようになんとかします」
- 家族背景の理解が深い
それぞれの関係・宗教・財産・仕事・地域での役割などなど

かかりつけ医の利点(2)

- 付き合いが短いと、つい多職種で勝手な想像をしてしまう
→意外とこれは間違っていることが多い
- 「寄り添う」は長い付き合いでない患者には躊躇してしまう単語(もしかして、医療者の自己満足?)
- 本人の死後も家族に寄り添うことができる
(グリーフケア)
今回の死は、その家族のイベントの1つ
→それだけに責任がある

特に家族のその後を想像できる能力が必要

2. 在宅診療の現場と かかりつけ医の関わり方

かかりつけ医が在宅医療に参加できない理由

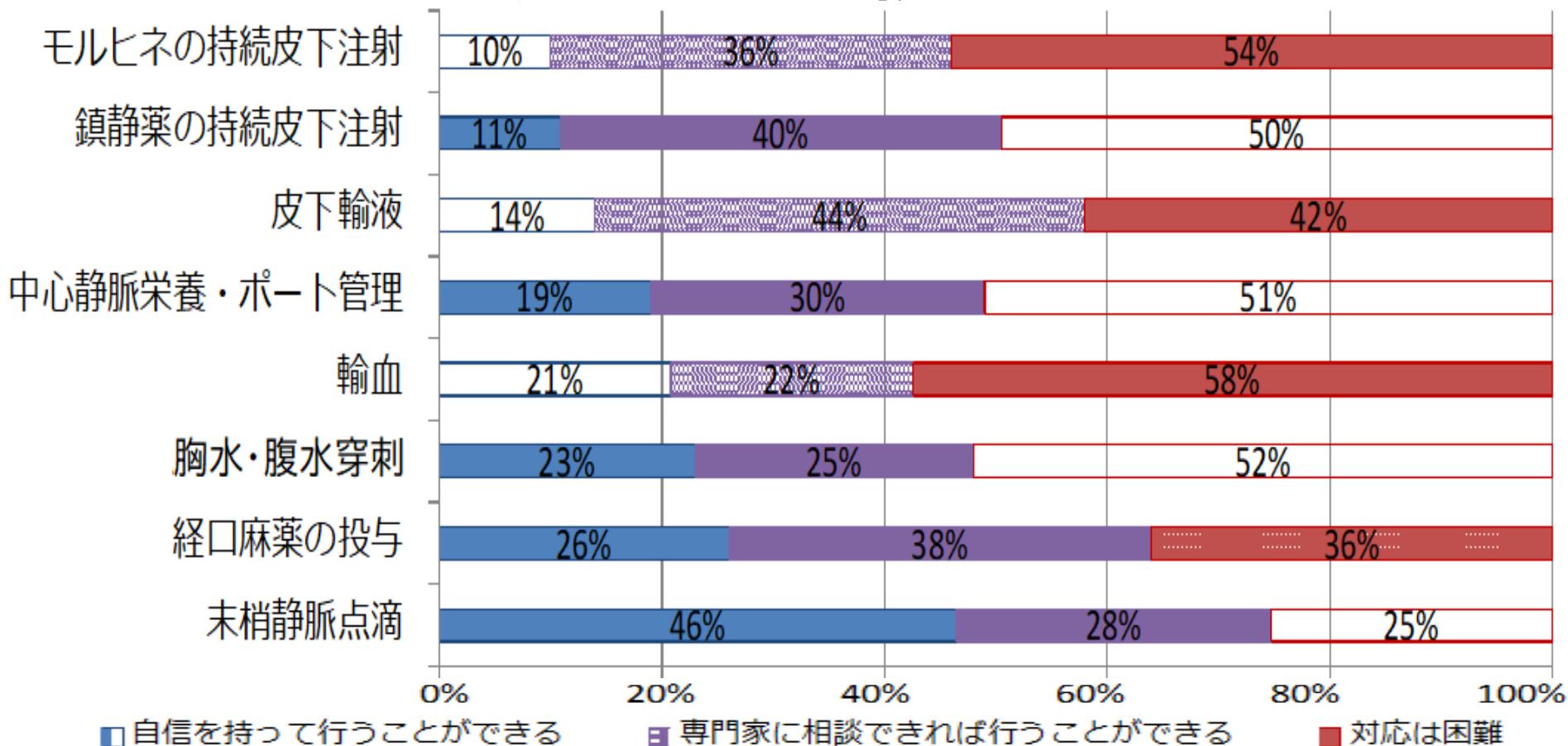
- 24時間、休日対応
- 現状ですでに多忙
- 在宅医療への知識・技能への不安

在宅医療に求められる医師像

- 幅広い診療能力
- 緩和ケアへの対応
 - がん(麻薬や鎮静剤などの使用)
 - 非がん(在宅酸素などの使用)
- 本人や家族へのコミュニケーション
- 多職種連携

→以前に比べ、高いレベルが要求されている

在宅医療における技術について



【研究概要】

研究目的：診療所医師における在宅緩和ケアの診療経験、担当可能な治療、緩和ケアコンサルテーション等への参加意欲、がん末期における入院理由等を明らかにすること。

研究方法：調査票の郵送配布・回収による横断調査

調査対象：鶴岡市、柏市、浜松市、長崎市の診療所（内科、外科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、婦人科）

回答数：235医療機関（n=235/1,106）

出典：Yamagishi A, Morita T, Miyashita M. Providing palliative care: the views of community general practitioners and district nurses in Japan J Pain Symptom Manage. 2012

誰が訪問診療を担っているか？

- かかりつけ医が外来の合間に訪問診療（対応できる患者数に限界あり）
- 在宅療養支援診療所（在宅支診）・在宅療養支援病院（病院）を始めとした、積極的に訪問診療を行っている施設

在宅療養支援診療所とは

- **24時間**連絡を受ける医師または看護職員を配置し、患家にその連絡先を文書で提供
- 自施設もしくはは他の医療機関と連携して**24時間**往診の体制を確保

→キーワードは「**24時間**」

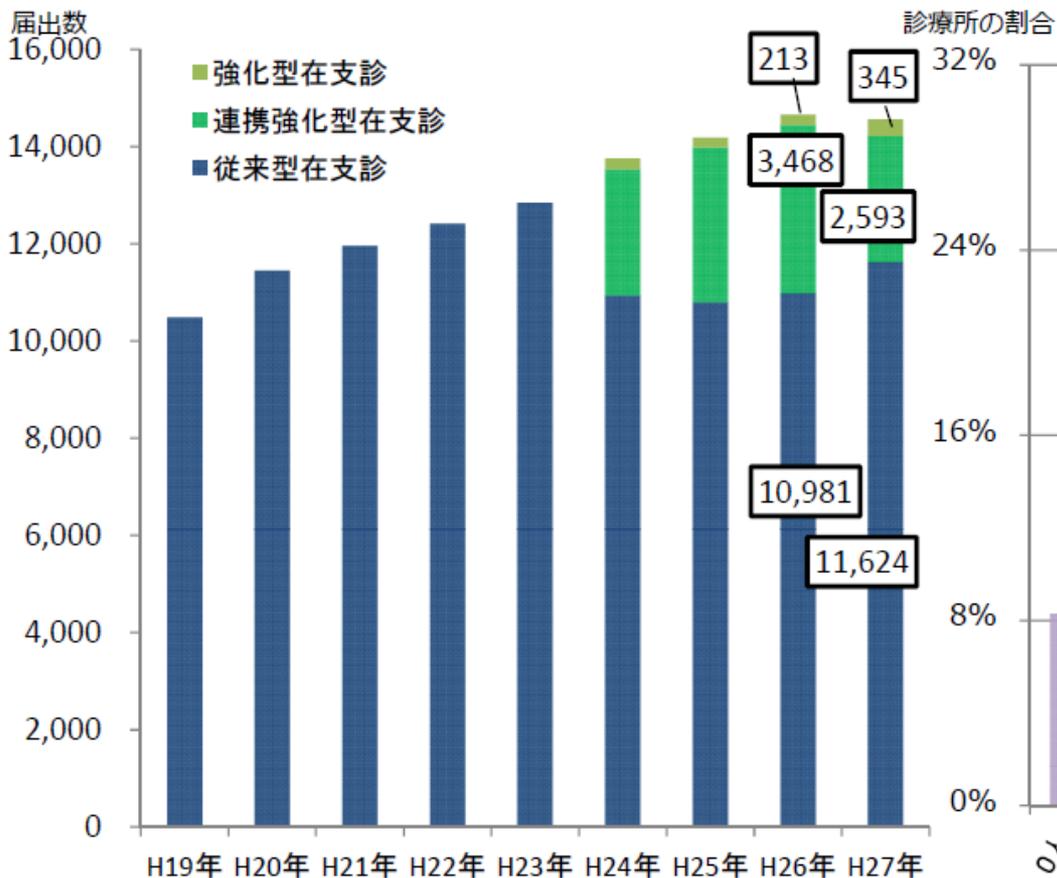
→緊急往診や在宅看取りの実績のある診療所は「機能強化型」の点数を算定可能

24時間が障壁となって、在宅療養支援診療所の届出をしても、訪問診療に踏み込めないでいる施設は多い

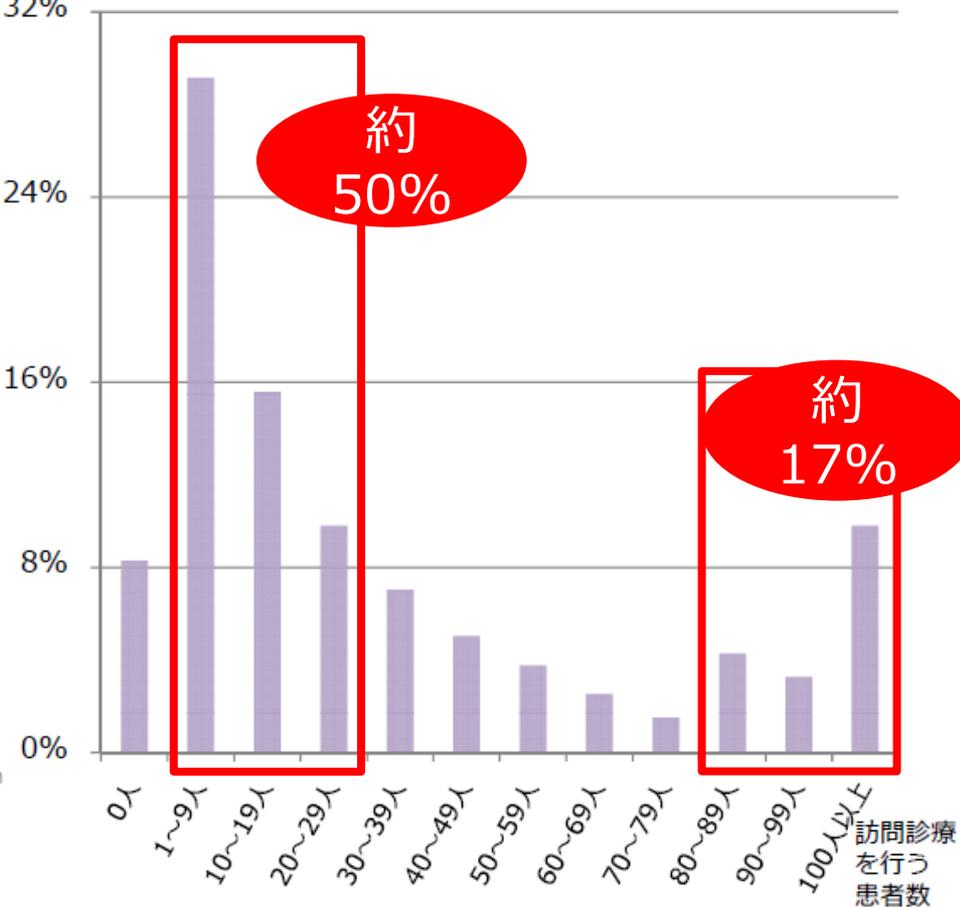
在宅療養支援診療所の届出数の推移と診療状況

- 在宅療養支援診療所の届出医療機関数は横ばい傾向にある。
- 在宅療養支援診療所のうち、訪問診療を行っている患者数「1～9人」が最も多い。

<在宅療養支援診療所届出数>



<訪問診療を行う患者数別の在宅療養支援診療所数>



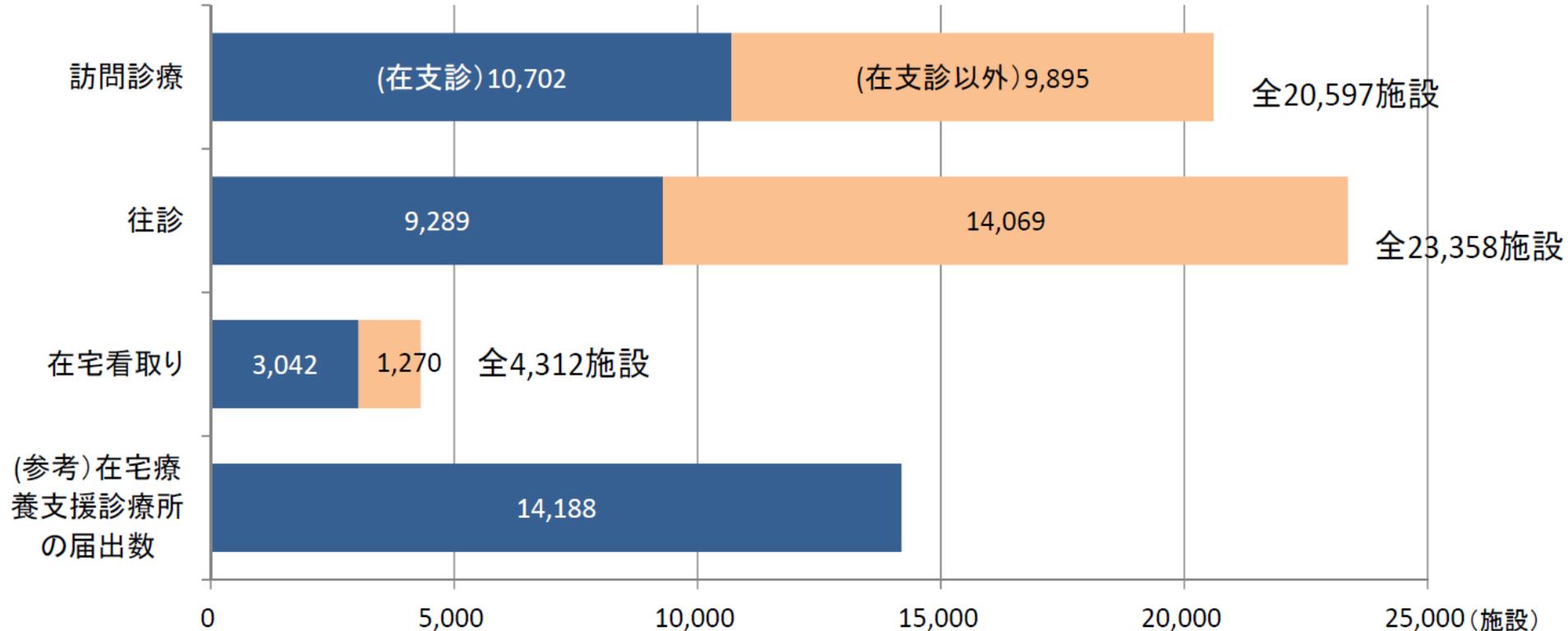
出典：保険局医療課調べ（平成27年7月1日時点）
平成26年度検証部会調査（在宅医療）

在宅医療サービスを実施する診療所の属性

- 在宅医療サービス(訪問診療、往診、在宅看取り)を実施する診療所の施設数を見ると、在支診ではないが、在宅医療サービスを提供する診療所が相当数ある。
- 在宅療養支援診療所であっても、全ての在宅医療サービスを実施しているとは限らない。

在宅医療サービスを実施する一般診療所の施設数

■ 在宅療養支援診療所
■ 在宅療養支援診療所以外の一般診療所



出典:平成26年度医療施設調査(厚生労働省)(特別集計)

在宅医療における 1次・2次・3次(仮に定義)

- 1次在宅医療

かかりつけ医が昼休みの時間に訪問診療
24時間対応なし、夜間連絡も想定されない

- 2次在宅医療

基本的には訪問診療のみで管理しているが、年に数回は夜間の往診や電話連絡が想定される

- 3次在宅医療

終末期や神経難病など、常に変化の可能性があり、24時間常に連絡や緊急往診が想定される

まずは昼休みの訪問診療から

- 1次在宅医療だけであれば、在支診の届出をしなくても(24時間対応しなくても)十分診療可能
 - かかりつけで通えなくなった患者から導入
 - 昼休みの訪問診療で手ごたえを感じたら、週半日程度から訪問診療の時間を確保してみる
- 無理のない訪問診療への参入を！

在宅医療では連携も大切

- 在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院との連携
 - 連携基準を満たすことで「機能強化型」の算定が可能
 - 看取り負担の軽減
 - (休日の学会参加・旅行も可能に)
 - 在宅療養後方支援病院との連携でバックベッドの確保も
- 訪問看護ステーションとの連携
 - 休日・夜間の負担軽減
 - 終末期の頻回なケアも

死亡診断・検案の正しい理解のために ～日本医師会 死体検案研修会(基礎)～

- ・厚生労働省委託事業として日本医師会が実施
- ・受講対象者は 一般の医師
- ・医師の基本的技能としての、死体検案一般に関する知識を一日の講義で学習
- ・「多死社会」、大規模災害時への備え、医療を受けないまま在宅で死亡する例の増加
- ・死亡診断、死亡診断書の作成に関する理解を深めるためにも有効

研修会プログラムの内容(例)

令和元年10月20日(日)10:00～17:30

日本医師会館 大講堂

- 死体検案に係る法令の概説、死体検案書の作成について
伴 圭吾(厚生労働省医政局医事課主査)
- 警察の検視、調査の視点から
濱田 昌也(千葉県警察本部刑事部捜査第一課 検視官)
- 死体検案 総説
近藤 稔和 (日本法医学会理事・教育研究委員長)
- 死体検案の実際 大木 實(福岡県医師会監事)
- 救急における死体検案
横田 裕行(日本救急医学会監事)
- 在宅死と死体検案 福永 龍繁(科学警察研究所 所長)
- 死体検案における死亡時画像診断(Ai)の活用
高野 英行(Ai学会 理事長)

⇒ 関連する
その他の研修会

- ・Ai研修会 : 死亡時画像診断の撮影・読影の基本(2日間)
- ・死体検案研修会(上級) : 警察の検視等に立ち会う警察医、協力医を対象
(座学3日間+実習1日)

※ 研修会についての情報は日本医師会ホームページに随時掲載

図22



3. 多職種連携～はじめの一步～

多職種連携

- 看護師・ケアマネジャー・薬剤師・ヘルパー・地域包括支援センター・行政・・・
- 患者一人一人の問題に対して、チームで取り組む
- ただし、各々の職種は別々の事業所に所属、患者ごとにチーム編成も異なる（多事業所連携）
- 日常からの顔の見える関係とお互いの職種の理解、コミュニケーション能力が求められる

そこでの会話

- この患者さん(肝細胞がん)はターミナル期に入ってきたと先生の判断です
- 下肢筋力も落ちて来たとし、褥瘡もできているようです
- すぐに**区変**をかけて、**訪看も医療で入った方が****良い**でしょうか、〇〇先生！
- 家族の介護も大きくなりそう
- **サ担会**を早急に開きましょう！

→ 医師にとってはまったくの外国語。しかし、わからないとは言えない雰囲気・プライド

しかし、医師が参加しないと

- 医療の必要性が評価されないまま、介護サービスが開始されてしまう
- 重症心不全患者にショートステイ
- 機能訓練を重点的に行うデイサービス（高齢者用のジムのような施設で半日の機能訓練）で急変
- 本来であれば、療養型の入院施設が妥当なのに、老人保健施設に入所となり、急変して急性期の医療を担う病院に再入院

連携するには何から始めるべき？

- ① 基幹病院の地域連携室に行く
- ② 地域のキーパーソンを知る
- ③ 最低限の福祉・介護の知識を学ぶ
- ④ サービス担当者会議に出てみる
- ⑤ 地域の多職種勉強会に出席する
- ⑥ 地域の多職種勉強会の企画者になる

①基幹病院の地域連携室に行く(1)

- 基幹病院の外来で困っていることを聞いてみる→自院で担えそうなことはないか？

—慢性胃炎の内視鏡フォロー

—脳卒中後の訪問リハビリテーションの指示
や外来フォロー

—ワルファリンの容量調整

(開業医ができることを知らない

循環器医は案外多い)

—アブレーション・PCIなどの術後フォロー

etc...

①基幹病院の地域連携室に行く(2)

- MSW(医療ソーシャルワーカー)にも会ってみる
→地域の情報を教えてくれる

例) 地域のケアマネジャーのリーダー
地域包括支援センターがどこにあるのか
訪問看護ステーションで頑張っている施設
行政で地域の相談に乗ってくれる

担当部署・職員

②地域のキーパーソンを知る(1)

- 在宅医療を積極的に行っている医師
- 地域との連携を模索している専門医
- ケアマネジャー
- 訪問看護師
- 病院の退院支援看護師
- 訪問薬剤指導に積極的な薬剤師
- MSW

②地域のキーパーソンを知る(2)

- 「連携に積極的である」と言っただけで、とても歓迎してもらえる
- 医師との間の壁を彼らは相当感じている
(極端な不安も含めて)
- できることとできないこと、知っていることと知らないことを明確に
(知ったかぶりはしない)
- まずは顔の見える関係の構築が大切

③最低限の介護・福祉の知識を学ぶ(1)

- 効果的な主治医意見書の書き方を知る
- デイサービスとデイケアの違いを知る
- 要支援2と要介護1の違いを知る
 - 専任のケアマネジャーがつくかどうか
 - 介護老人保健施設に入れるかどうか
(入所中に要支援に下がれば退所)
 - 要支援2は、理論上介護に要する手間のかかる認知症はない

③最低限の介護・福祉の知識を学ぶ(2)

- 介護保険の訪問看護と医療保険の訪問看護の違いを知る
- ショートステイ先施設の夜間の体制は？
(看護師不在など)
etc…

→ ケアマネジャーは医師ならば上記くらいは当然知っていると思っている

④ サービス担当者会議に出してみる

- ケアプランの作成や更新の際、ケアに関わる担当者(かかりつけ医も含む)や本人・家族が情報を共有し、今後の方針について相談する会議
- 通常、ケアマネジャーが司会
- 介護・福祉の知識は医師以外の職種の方が豊富
- 学ぶ位のつもりで参加してみるのが、職種間の壁を取り払うコツ
- 医療の必要性の評価とコメントは積極的に
→③で学んだ知識も活用して

⑤地域の多職種勉強会に出席する

- できるだけ職種や立場がフラットな会への参加を
- 事例検討会などは地域に不足したリソースなどを学ぶのに最適
- 行政職員も参加しているのが理想的

⑥地域の多職種勉強会の企画者になる

川崎市多摩区の事例

実際にどのようにして地域で展開していくか？
～パーキンソン病を例にとって～

かかりつけ医の悩み

- パーキンソン病の患者は他の疾患が併存していることが多い
- 状態悪化の際、それがパーキンソン病由来なのか判断が難しい
- パーキンソン病増悪があったとしても、抗パーキンソン病薬の調整を自ら行うことは困難（ガイドラインにはない独特な匙加減）

Do処方しないために・・・

- やはり専門医との連携が重要
- ガイドラインにはない、内服薬の匙加減や悪化の兆候の把握
- できれば、定期的な専門医とのカンファレンス
- 難しければ、その疾患に詳しい訪問看護師・訪問リハビリテーション専門職との連携でも良いかも知れない
- 地域で見守っていく体制づくりが重要

では、地域に何が必要か？

- 脳神経内科専門医との連携
- 状態変化時の速やかな相談
(そもそも状態変化に気がつかないことのないように、かかりつけ医や訪問看護師、ケアマネジャーのレベルアップも必要)
- 訪問看護や訪問リハビリテーションにも専門性が必要か？
- サービス担当者会議や退院前カンファレンスの充実

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(1)

2017年1月5日結成

会の目的

多職種連携によってADLやヤールが改善する
パーキンソン病患者を経験する

会のテーマ(4回シリーズ)

1. 非専門医への疾患啓発
2. 薬物療法(服薬アドヒアランス)
3. リハビリテーション(外来・在宅)
4. 多職種の連携(コミュニケーション)

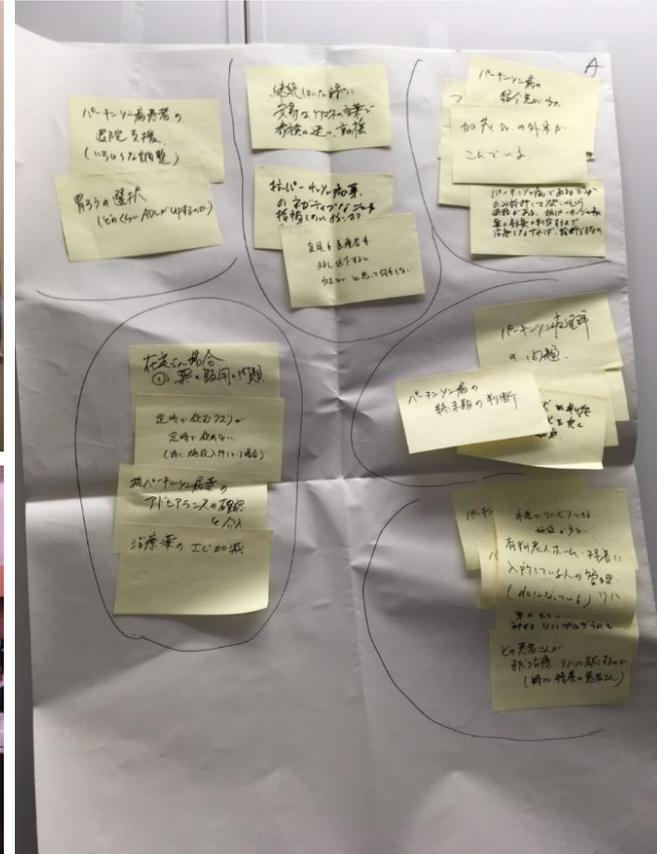


多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(2)

参加者の内訳

	医師	看護師	薬剤師	セラピスト	介護支援専門員	ヘルパー	MSW	その他	計
第1回 2017年 9月	5	9	8	13	10	10	-	-	55
第2回 2018年 3月	9	23	19	12	2	2	1	2	70

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(3)



多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(4) グループのまとめの一例(1)

「多職種でできる薬物療法の具体的なサポート方法とは？」

1) 各職種で共有すべきこの症例の情報は何でしょうか？

- ・在宅か外来か(在宅と仮定)
- ・同居しているかどうか
- ・言語訓練でどんなものでむせるのか
- ・興味の対象(何が好きか、話題)
- ・食事の形態/好み
- ・食事ができない理由
(姿勢なのか、振戦が原因なのか)

多摩区パーキンソン病の多職種連携を考える会(5) グループのまとめの一例(2)

「多職種でできる薬物療法の具体的なサポート方法とは？」

2) 改善策は何でしょうか？

(医師、看護師、薬剤師、PT・OT・ST)

医師：薬の調節

看護師：生活の全般がどの人の支援でなっているか、ご家族の介入を確認し、ヘルパーの方と連携

PT・OT：趣味の確認をして意欲を上げる、何を不満に思っているかを傾聴する

薬剤師：服薬状況回数、投与形態を確認する、高カロリーの栄養補助食品/薬剤で困った際は薬局へ…など多職種で連携できる環境をつくる

76歳女性(1)

- 認知症、寝たきり
これまでは夫の送迎でA医院に通院していたが、
通院困難になったため、当院に紹介となり訪問
診療となった
その際、担当ケアマネジャーから「若い方なのに
認知症で寝たきりっておかしいとっていたので
す」との連絡あり
- 初回訪問時・・・
ベッドで寝たきり、こちらからの問いかけに反応
なし
身体を起こそうとすると「痛い・痛い」の連続
夫は「そっとしておくしかなかった」とのこと

76歳女性(2)

- 76歳で認知症？寝たきり？
→確かにおかしい…
- 認知症専門外来でもアルツハイマー型認知症と診断され、ドネペジルが処方
- 身体全体が硬く、神経変性疾患を考え、多職種勉強会に参加の脳神経内科医に紹介
- 精査の結果、大脳皮質基底核変性症と診断

76歳女性(3)

- 大脳皮質基底核変性症
指定難病だが抗パーキンソン病薬とリハビリリ
テーションで多少改善の余地ありとのこと
→考える会に参加したリハビリテーション専門
職による訪問リハビリテーションを導入
- 半年後
車椅子に乗り、簡単な単語なら発語も可能な
状態まで回復

もし、この患者が誤嚥性肺炎で入院したら？

- ADL低下で、自宅での療養が困難な状況と主治医（多くは非脳神経内科医）が判断
- MSWが有料老人ホームを選定し、家族も同意
- ホームでは十分なリハビリテーションや薬剤調整も行われず、さらにADLは下がっていき寝たきりへ
- もし、自宅に帰って、しっかりとした薬剤調整とリハビリテーションができていたら・・・
- そのような悲しい転帰の患者は有料老人ホームや特別養護老人ホームなどに隠れているのでは？

かかりつけ医の皆さんにお願いしたいこと(1)

- 地域包括ケアシステムの大柱は教科書で勉強できます
- 地域の問題点を抽出してみてください
(例: 多摩区ではパーキンソン病の専門医がいるのに連携できていなかった)
- 多職種をつなぐ役目としてかかりつけ医の存在は重要です

かかりつけ医の皆さんにお願いしたいこと(2)

- 多職種での介入により地域にどのような変化が起きたかモニタリングしてみてください

例) 多職種の勉強会後に地域のパーキンソン病ケアにどんな変化が?

— パーキンソン病患者が増えた

(多職種による掘り起こし)

— ポリファーマシーの改善

— 残薬の減少

— 再入院率の減少

※ 顔の見える関係ができた

在宅医療・多職種連携

- 昔から普通にやっていたこと
- もう一度「かかりつけ医」の原点回帰
- まずはできることから少しずつ
- かかりつけ医がやりがいを持つ毎日に