

かかりつけ医の行方 在宅医療・看取り

北美原クリニック

岡田晋吾

函館市の人口と高齢化率

人口

259,500人

高齢者数

89,527人

高齢化率

34.5%

(H30.10現在)

37.2%

(H37予想)

人口は減って高齢化は進む

→早急に地域包括ケアシステムの構築を

全国 27.7%

北海道 30.5%

かかりつけ医の必要性

高齢化社会のなかでかかりつけ医の必要性
が増してきている

* 病院勤務医の疲弊

* 多くの併存疾患を持っている高齢者の増加

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

— 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）（抜粋） —

「かかりつけ医」とは(定義)

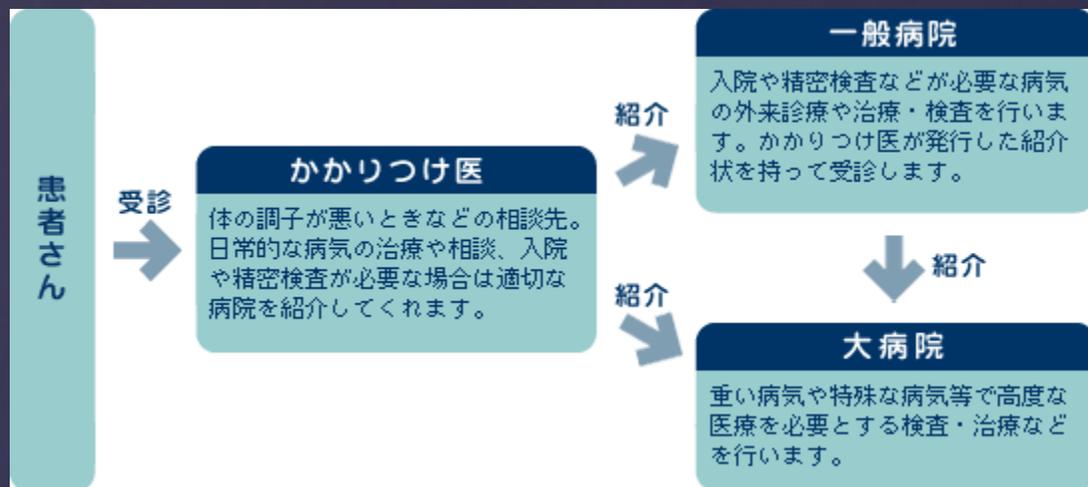
なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

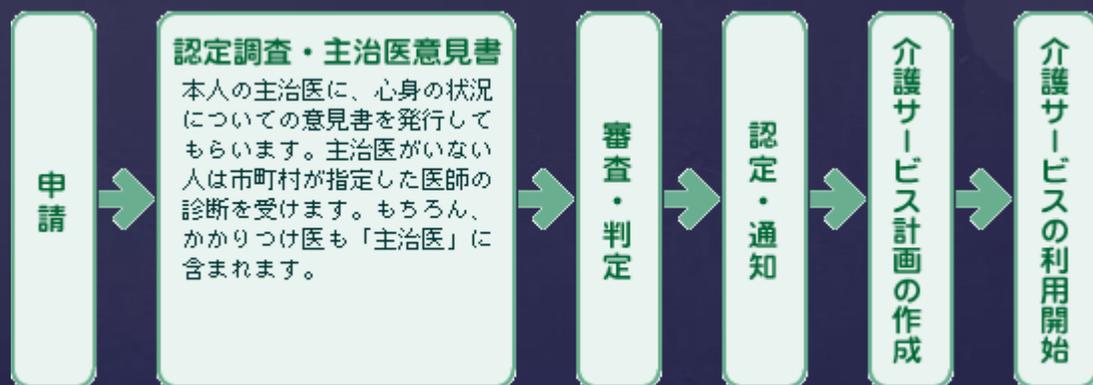
- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

かかりつけ医が求められてる！！

医療でも



介護でも



桑名市医師会HPより

開業医が病院からも地域からも求められている！！

かかりつけ医⇒主治医機能

主治医機能の評価(その1)

主治医機能の評価(包括点数)

- 外来の機能分化の更なる推進の観点から、主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価を行う。

(新) 地域包括診療料 1,503点(月1回)

- ※1 対象医療機関は、**診療所又は許可病床が200床未満の病院**
- ※2 地域包括診療料と地域包括診療加算はどちらか一方に限り届出することが出来る
- ※3 初診時や訪問診療時(往診を含む。)は算定できない

[包括範囲]

下記以外は包括とする。なお、当該点数の算定は患者の状態に応じて月ごとに決定することとし、算定不可となる。

- ・(再診料の)時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算
- ・地域連携小児夜間・休日診療料 診療情報提供料(Ⅱ)
- ・在宅医療に係る点数(訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を算定)
- ・薬剤料(処方料、処方せん料を除く。)
- ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの

[算定要件]

- ① 対象患者は、**高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の4疾病のうち2つ以上(疑いは除く。)**を有する患者とする。
なお、当該医療機関で診療を行う対象疾病(上記4疾病のうち2つ)と重複しない対象疾病(上記4疾病のうち2つ)について他医療機関で診療を行う場合に限り、当該他医療機関でも当該診療料を算定可能とする。
- ② 担当医を決めること。また、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していること。(当該取り扱いについては、平成27年4月1日から施行する。)
- ③ **療養上の指導、服薬管理、健康管理、介護保険に係る対応、在宅医療の提供および当該患者に対し24時間の対応等を行っていること。**
- ④ **当該点数を算定している場合は、ノ剤投与の減算規定の対象外とする。**
- ⑤ **下記のうちすべてを満たすこと**

・診療所の場合

- ア) 時間外対応加算1を算定していること
- イ) 常勤医師が3人以上在籍していること
- ウ) 在宅療養支援診療所であること

・病院の場合

- ア) 2次救急指定病院又は救急告示病院であること
- イ) 地域包括ケア入院料又は地域包括ケア入院医療管理料を算定していること
- ウ) 在宅療養支援病院であること

在宅医療
への参加

かかりつけ医に必要なこと 在宅医療

当院の受け入れ基準

訪問看護師が引き受けますと言えばOK

在宅ではどこの医者が診てくれるの？

- ① 訪問診療を行っている**病院**の先生
- ② 近くの**クリニック**の先生
- ③ **在宅療養支援診療所**の先生

函館では在支診は20診療所ほどその中で連携強化型3診療所。
 その他は40診療所ほどが在宅医療を行っている
 函館には在宅専門クリニックはなし

参考 在宅療養支援診療所（在支診）の施設基準の概要（平成28年度～）

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診が満たすべき基準	① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
機能強化型在支診が満たすべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	/
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上・各医療機関で4件以上	
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 のいずれか 4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績が連携内で 4件以上、 各医療機関において、看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績のいずれか 2件以上	

※「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。

- (1) 許可病床200床未満であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと
- (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること

北美原クリニックの理念

地域で信頼されるホームドクター

在宅医療
看取り、緩和ケア、PEG

専門的診療
乳がん・内視鏡検査
・心臓エコー・透析

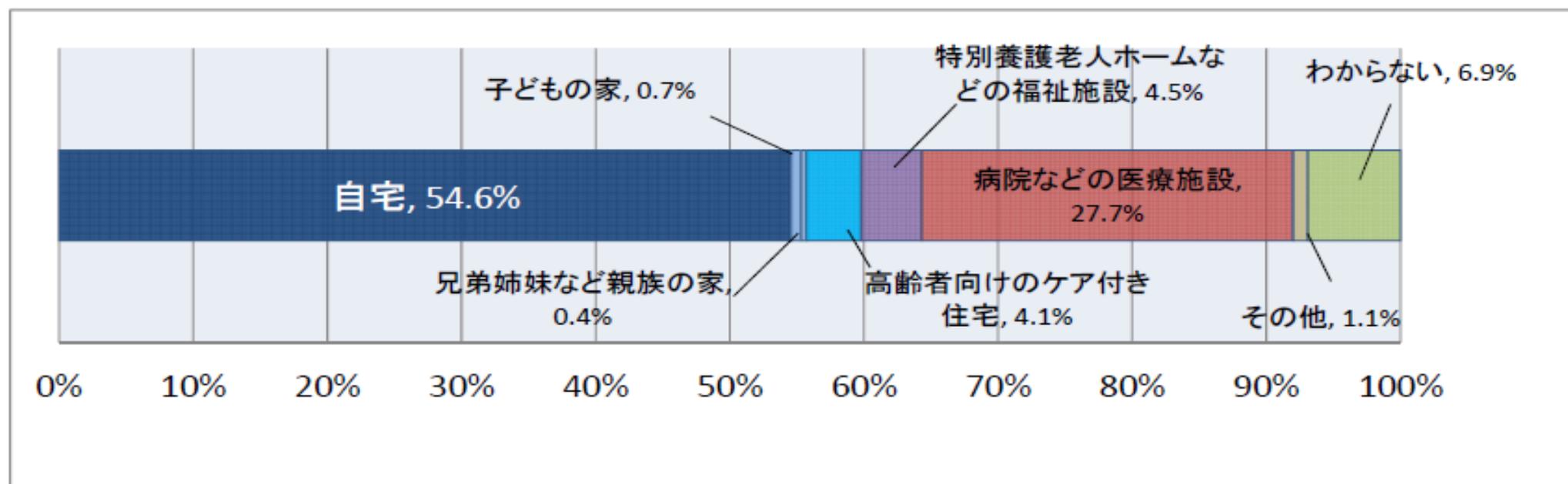
プライマリーケア
消化器外科医・循環器内科医
腎臓内科医

在宅は99%私一人でやっています。
循環器医は心臓の悪い外来患者を
透析医は透析患者を

最期を迎えたい場所について

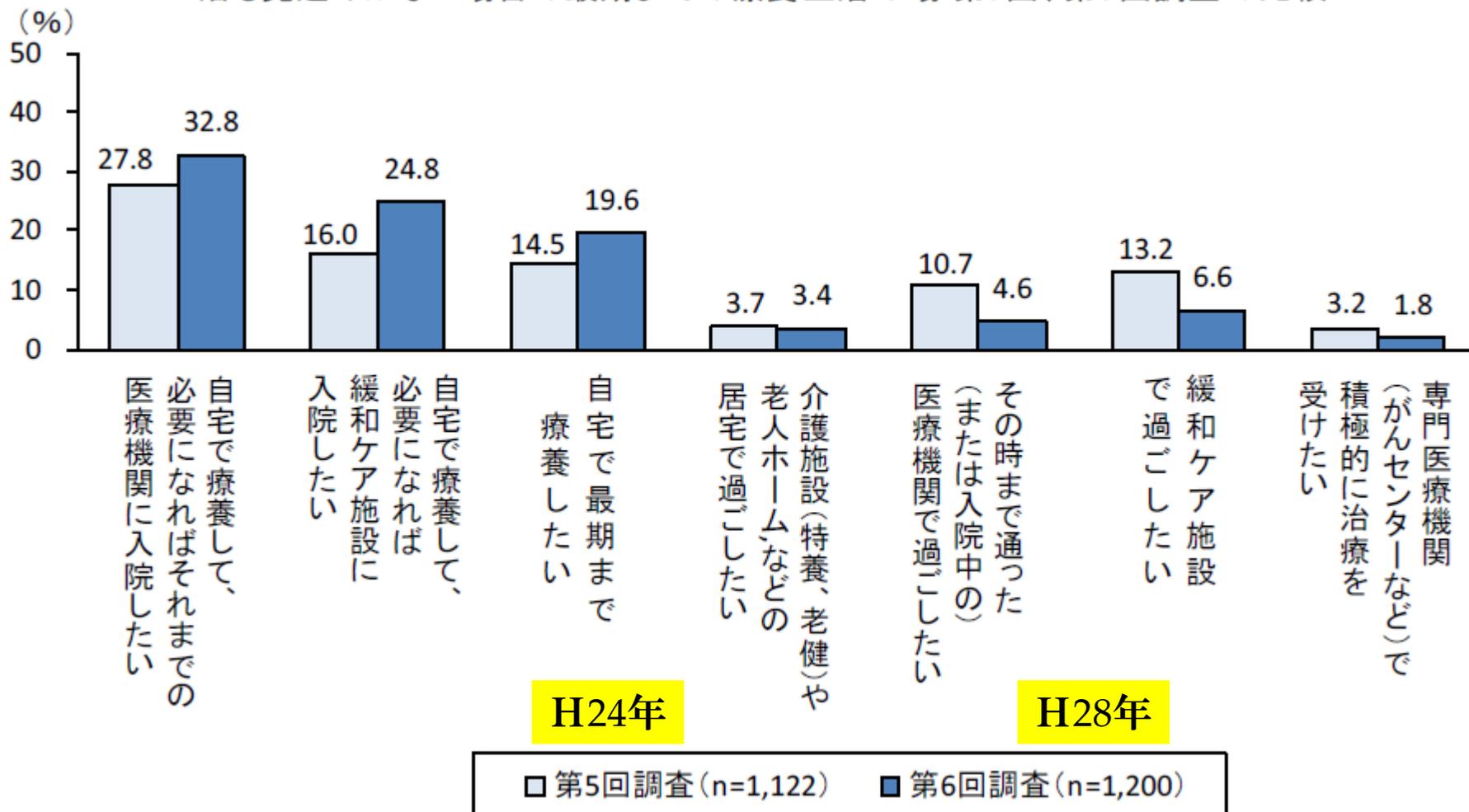
- 最期を迎えたい場所について、「**自宅**」が**54.6%**で最も高く、「**病院などの医療施設**」が27.7%、「**特別養護老人ホームなどの福祉施設**」は4.5%となっている。

■ 治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか (n=1,919 人)



自宅でという希望が増えている

治る見込みがない場合の最期までの療養生活の場-第5回、第6回調査の比較



住民の望んでいることとギャップがある

図 28 かかりつけ医に望むこと（計）-年代別（3区分）

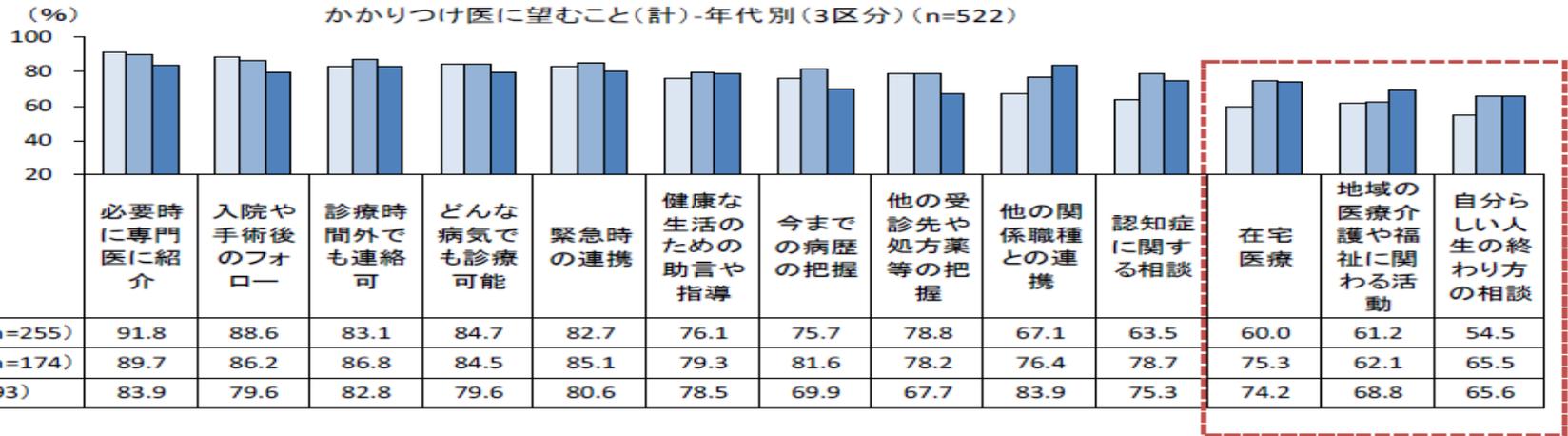
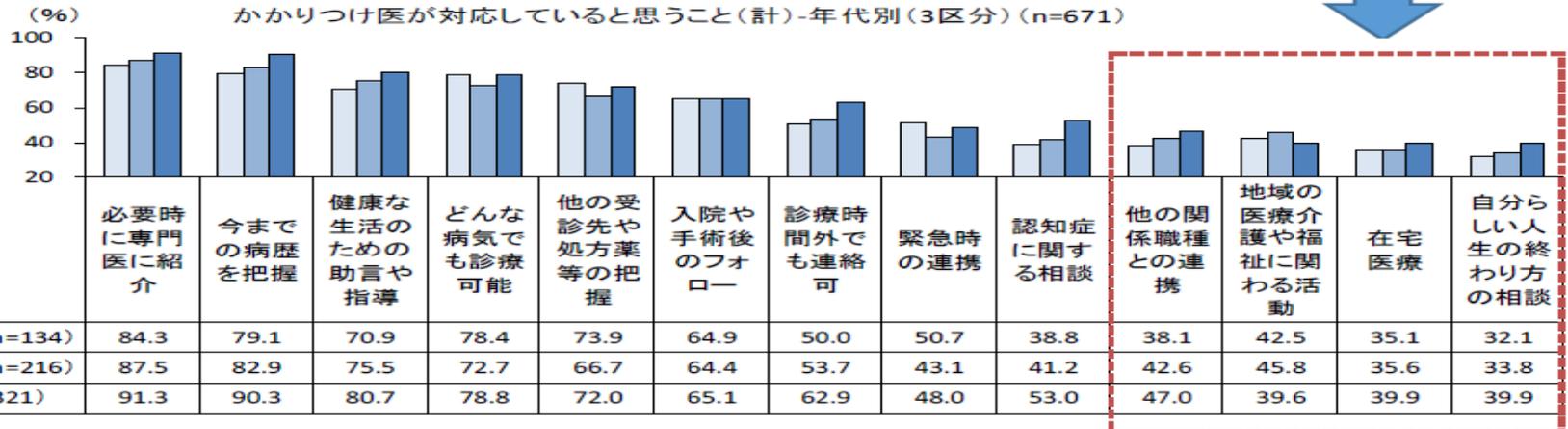


図 29 かかりつけ医が対応していると思うこと（計）-年代別（3区分）



函館の在宅看取り率は8%
全国平均は13%

在宅医療に取り組んでいない開業医が抱えているイメージ

- ⌘ 保険請求などの制度が複雑なのでとっつきにくい
- ⌘ 介護保険制度についての知識がない
- ⌘ 在宅医療を始めるための準備に手間がかかりそう
- ⌘ 検査機器がないところで診断することは難しい
- ⌘ 慣れない疾患を見ることへの不安がある
- ⌘ 専門外の病気の人を最期をきめてしまうことにためらいがある。
- ⌘ 訪問診療に同行してくれる看護師が自院にいないので心細い
- ⌘ 急病の知らせがあっても、外来診療中にはすぐには往診できない
- ⌘ 夜間緊急時にすぐ駆けつけられるとは限らない
- ⌘ 急な往診があると思うと、アルコールが飲めなくなるのでは
- ⌘ 必要なときに入院できる病院がみつからないのではないかと

(松戸市医師会在宅ケア委員会)

地域全体でサポート体制作りが必要

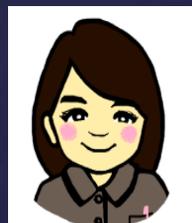
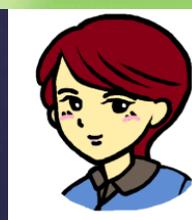
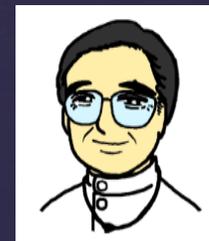
在宅・施設の看取りを増やすためには 医師の負担、苦手意識を取り除くことが大切

- ⓧ 訪問看護師、ケアマネなど紹介したりサポートしてくれるところが必要。
- ⓧ 看取りに向けて患者、家族の意向をしっかりと聞き取って伝える人や機会、システムが必要
- ⓧ 多職種・多法人との連絡を楽にするシステムが必要
- ⓧ 専門外のことについてサポートしてくれるシステムが必要

訪問看護師、ケアマネなど紹介したりサポートしてくれるところが必要。

人生の最後まで
住み慣れた地域で
自分らしい暮らしを
続けられるように

函館市医療・介護連携支援センター

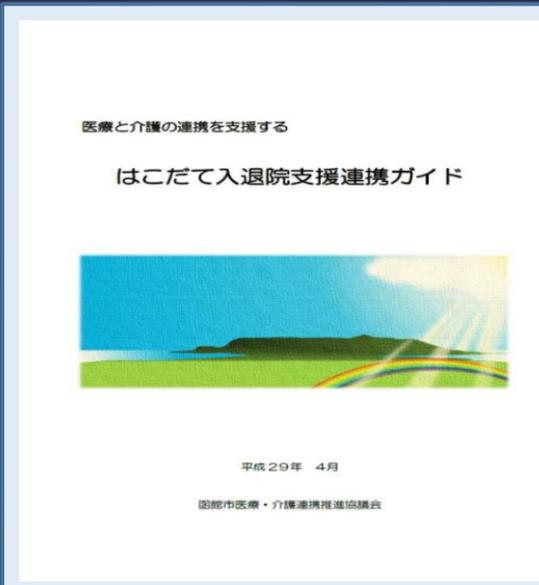


看取りに向けて患者、家族の意向をしっかりと聞き取って伝える人や機会、システムが必要

↳ 退院調整看護師、相談員、MSWなど

↳ 退院前カンファレンスの実施

↳ 在宅に移行後はケアマネ、訪問看護師など



3 退院支援フローチャート

退院支援は、医師から退院の指示があったときからではなく、入院時あるいは外来で入院が必要となったときから、退院に向けた支援が必要となります。
下記のフローチャートを参考にしてください。

【退院支援フローチャート】
各項目の詳細については、6ページからの「4 退院支援における連携のあり方」をご覧ください。
○…各項目で対応する職種
◎…各項目で主となって対応する職種

職種	退院支援	
	医師側	在宅・施設
医師	○	○
看護師	○	○
薬剤師	○	○
理学療法士	○	○
作業療法士	○	○
言語聴覚士	○	○
臨床心理士	○	○
社会福祉士	○	○
介護福祉士	○	◎
ケアマネジャー	○	◎
訪問看護師	○	◎
訪問介護員	○	◎
訪問看護ステーション	○	◎

(1) 入院前

- ① 日頃から連携関係を築く
- ② 退院調整会議を開催する
- ③ 退院調整会議を開催する

(2) 入院直後

- ④ 入院直後の状況を把握する
- ⑤ 退院調整会議を開催する
- ⑥ 退院調整会議を開催する

在宅医療の役割分担

職 種	所 属	役 割
病院医師	病院	入院治療
診療所医師	診療所	訪問診療
ケアマネージャー	事業所	サービス調整
訪問看護師	ナースセンター	訪問看護
訪問リハビリスタッフ	事業所	訪問リハビリ
診療所歯科医師	歯科診療所	訪問歯科診療
薬局薬剤師	薬局	訪問薬剤指導
ヘルパー	事業所	家事援助

チーム医療にも関わらず、顔を合わせる機会がない

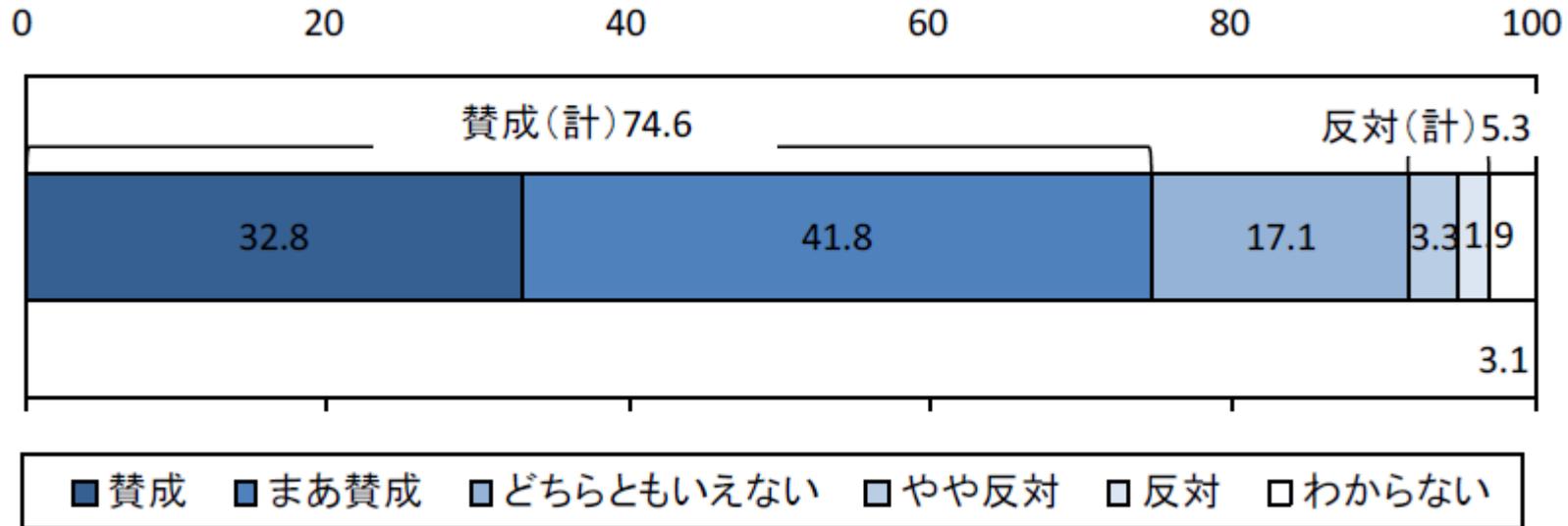
ID Link 地域医療連携ネットワーク

ID-Linkとは…

複数の医療機関により患者の診療情報を共有するネットワークサービスです。

インターネット環境を利用して、投薬情報や検査結果情報、レントゲンやCT等の画像、退院時要約や所見レポート等を共有する。診療に役立つためのツールとして、道南MedTks様をはじめ、全国でご利用いただいております。

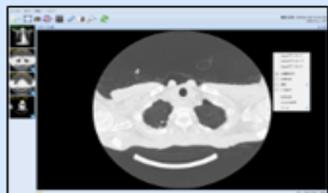
診療情報を複数の医療機関で共有することについての考え (n=1,200) (%)



■ 複数の医療機関

■ いたをたま

DICOM画像をJPG変換し表示するViewerを搭載。DICOM画像のダウンロードも可能です。

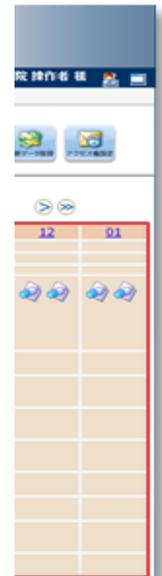


■ ファイル一覧

ファイルのアップロード、ダウンロードが可能です。アップロードされたファイルは自動的にZip化されます。

■ 期間一覧

地域連携パス等で各種ファイルを、期間情報に割り当てることが出来ますので、期間の把握がしやすくなります。



専門外のことについてサポートしてくれるシステムが必要

- ↳ 退院後も病院の専門医、認定看護師などがサポートしてくれると安心して見られる
- ↳ いつでも入院できる体制作り

栄養ケア、リハビリ、緩和ケアも手段

- ② 目的は患者や家族の思いをかなえること、そのために苦痛や痛みを取る。心の痛みもとる。
- ③ 医療者が**あきらめたら**そこで患者や家族の小さな夢は終わってしまう
- ④ 小さな**夢**が持てなくて一晩でも安らかに目を閉じることは可能だろうか？

我々の役割は

最後の友人として

最後の夢をかなえるお手伝い

そのための緩和ケア・栄養管理



釣りに行きたい



ドライブに行きたい



温泉に行きたい



仕事や書物の整理をしたい



ペットと暮らしたい



美味しいものを食べたい



ゆっくり寝たい
好きな映画を見たい
好きな音楽を聴きたい
好きな人と過ごしたい
静かに死を迎えたい・・・

実は医者やすることは少ない

↳ 訪問看護（リハビリ・・・）指示書など書くこと

↳ 処方箋を出すこと

↳ 死亡診断書を書くこと

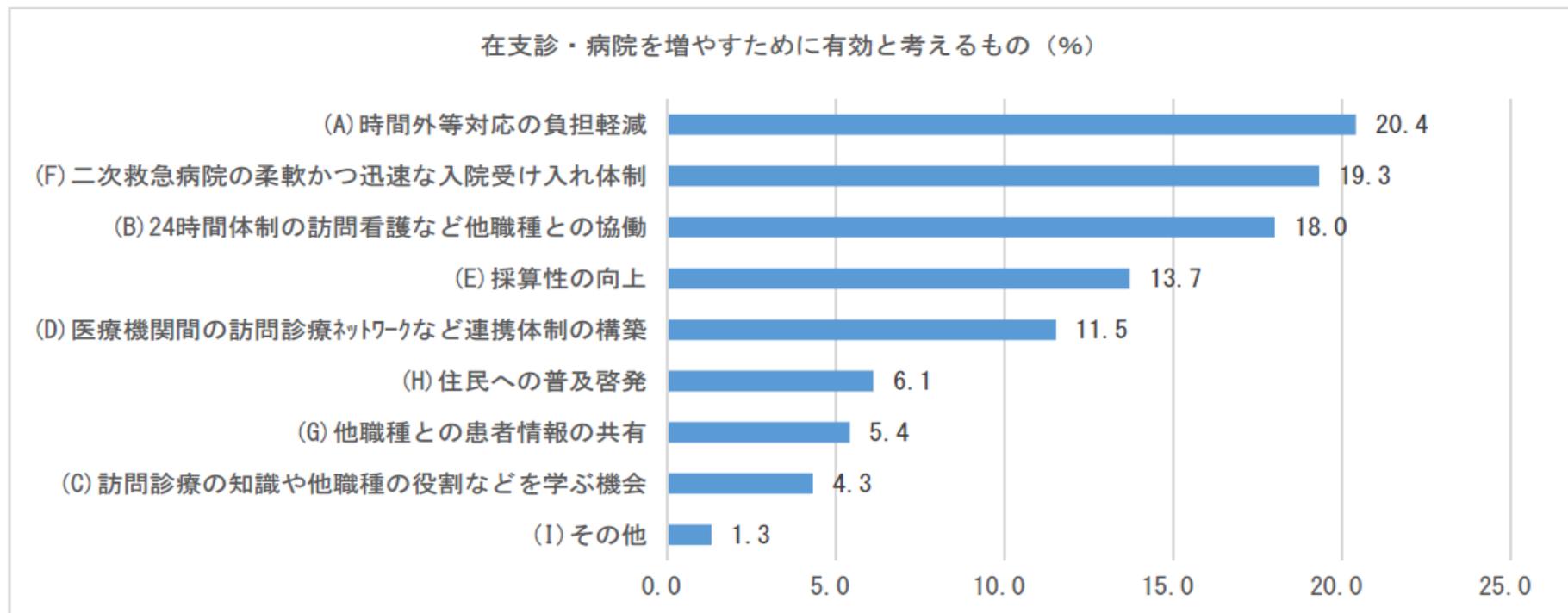
↳ たまに美味しいものをおごる??

↳ 一番の仕事はみんなにありがとう、これからもよろしくねと言うこと

みんなで看取りをしてくれる医師を増やしましょう

(1) 24時間対応で訪問診療や往診を行う医療機関を地域を増やすに当たって有効と考えるもの (9 選択肢から 3 つまで回答)

回答のあった 461 件のうち、「(A) 時間外、休診日の対応の負担軽減」94 件 (20.4%) が最も多く、次いで「(F) 在宅患者に対する二次救急病院の柔軟かつ迅速な入院受け入れ体制」89 件 (19.3%)、「(B) 24 時間体制の訪問看護など他職種との協働」83 件 (18.0%) の順であった。



※ (I) その他：医療者への啓発、在宅医療を担う医師・看護師の確保、総合医の養成、介護職員の医療的知識の習得

まとめ

- ⓧ かかりつけ医が緩和ケア、看取りに関わることは重要であり、望む患者、家族も多い
- ⓧ 忙しい外来を行いつつ、専門外の緩和ケアや看取りを行うためには地域のサポートが必要
- ⓧ ICTによるサポートがあれば患者も医療、介護スタッフも安心して在宅での緩和ケア・看取りを受けることができる
- ⓧ 函館では退院調整看護師、緩和ケアチーム、在宅スタッフ、連携ICTのMedIka、医療介護連携支援センターなどサポート体制が整いつつある
- ⓧ しかし**開業医の高齢化**、住民の病院志向などがあり、まだまだ課題がある。