

第10回西部在宅医療推進委員会 論点、たたき台

1. 厚労省の示す方向性について

「在宅医療の現状」を踏まえ、→ 多死社会

- (1) 在宅療養移行に向けて退院支援 ●入院抑制？
- (2) 日常療養支援が可能な体制 ●医療、介護連携。家族の生活支援
多職種協働、緩和ケア、家族支援
- (3) 急変時の対応 ●往診体制及び入院病床の確保
- (4) 患者が望む場所での看取り ●在宅看取り
住み慣れた自宅や介護施設等

*方向性は間違っていないが、その進め方に問題がある。ボトムアップでない。
住民や医療現場への働きかけ、インテンシブのあり方が希薄。

2. 西部在宅医療推進委員会（仮称）での方向性

「どうせ死ぬなら自分の家で逝きたいと云う想いに応えられる体制作り委員会」

- ★どうせ死ぬ（定義）；超高齢（寿命、老衰）・がん末期・認知症の末期・高齢腎不全
- ★自分の家で逝く（為の条件整備）；介護力・治療の中断、差し控えへの合意
- ★想いに応える；医療側の理解・スピリチュアルケア・質の高い終末期（治療、医療 or ケア）
- ★体制作り；病院（勤務医）の理解、開業医（在宅医）の理解、社会（住民・行政・介護施設 etc）の理解

3. 現状分析

- ・鳥取県では年間死亡数の増加はピークで8,000人（現時点では7,000人）
首都圏の様な量の問題は起きない。鳥取県では質の向上を目指す。
- ・東部、中部、西部圏域での在宅医療への取り組みの温度差
- ・同じ西部の中でも、都市部（米子・境港）と郡部（日南・日野 etc）の違い
- ・核家族化・高齢者の孤独死問題

4. 今後の具体的なアクション

- ・データ収集と解析（どこにどれだけの高齢者が居るかなど）
- ・広報；対住民、対マスコミ → 西部医師会公開健康講座、公民館出前講座など
対開業医 → 西部医師会在宅医療講習会ABC（Ex.3回シリーズ）
A：在宅医療の実際「私はこうやっている」 往診靴の中身
B：在宅医療の基礎：診療報酬・工夫・ピットホール・患者家族への支援
C：在宅医療の応用：看取りの仕方・死亡診断・死体検案 etc.
- 対病院 → 当委員会作成 PPT を使って医局会等での在宅医療の講演
医師会と各病院との連絡協議会
- 対介護施設 → 当委員会作成 PPT を使って講演
- 対行政 → 当委員会作成 PPT を使って講演
- ・在宅医への支援：在宅医療支援診療所マッチング
- ・急変時（？）のバックアップ病床
- ・訪問看護ステーションへの支援

- ・遺される家族への支援（ブリーフィング）
- ・宗教家とのタイアップ
- ・ツール作成 ; エンゼルノート（私のカルテ）、リビングウィル宣誓用紙、臓器提供カード
- *インセンティブをどのようにするか？

5. 市町村長が「在宅医療」に理解を示して、率先して「在宅看取り率日本一」を掲げる

6. 他の事業との連携

- ・真誠会「在宅医療連携拠点事業」
- ・米子医療センター「在宅医療連携拠点事業」との連携
- ・H25年度米子市「在宅医療拠点事業」（地域医療再生基金事業）

以下はこれまでの委員会での論点（抜粋）

※死を目前にして「死にたい場所は？」 我家（病院ではない）。

- その想いを叶えるために 我々が出来ること。

★患者自身（元気な時から意思を伝えておく・周囲の理解を得る）普段から周りに迷惑をかけない

★医療提供者（想いを叶える・生活の場は家であり病院ではない）

（病気は治っても生活できない⇒患者の自立した生活を支える）

★地域（自分で出来ること・専門に任すこと）何かあったらすぐ病院??

自分達の責任・病気が人を苦しめるのであって医療が苦しめるのではない

○本人のライフステージ：（年齢だけではない）

ADLや社会的(地域・家庭内も含む)ステータス

元気にグランドゴルフをしていた85歳の風邪をこじらせた肺炎

過去に何度も脳梗塞を発症して現在要介護5の寝たきり79歳の肺炎

○治る見込みのある患者を見捨てない（単に年齢だけではない）

かかりつけ医：病気の主治医ではなく患者の主治医・家族の主治医

在宅看取り医

人生最後の舞台の演出家：生前からの「準備」が重要

・委員会名について

「推進」はおかしい？

そもそも、「推進」ありきで良いのか？を議論をしてない。

議論の内容が「死との向き合い方」などの死生観等の倫理の問題が出てくる。

推進を掲げる前に議論すべき課題がある？

社会全体、医療関係者のコンセンサスが得られてない課題について議論しても結論が出るものではない。

・当初案；アンケートの実施（医療側の理解度）

サポート事業（在宅医療への一歩への背中押し）

住民啓発

医療提供側の問題点

- ・「在宅医療」について
 - 「在宅医療」自体を皆が同じ視点でとらえていない
 - 「在宅医療」と「在宅看取り」、「緩和医療」を混同視、「往診」と「訪問診療」の混同
 - ・大学
 - 医学教育現場で「在宅医療」は教えられてない
 - 「死生学」も
 - 「看取りかた」（病院内・在宅とも）
 - 教える立場の教授・講師が「在宅医療」を知らない
 - ・病院勤務医
 - 「在宅医療」を理解してない
 - 「入院中の医療」＝「在宅で同じレベルの医療提供」
 - 今後の「病院看取り」の増加に危惧
 - がん患者と非がん患者の対応の違い
 - ・開業医の中での温度差
 - 診療科による温度差
 - 内科・外科標榜の診療所間の温度差
 - 開業医の高齢化
 - 緩和ケア(麻薬取り扱い)の知識の不足
 - 24時間対応
 - ・患者、家族側の問題点（行政も含めて）
 - 高齢者；「死」を意識してはいるが具体的には考えてない。
 - 「急変」の場合→すぐ救急車。
 - 高齢者の急変とは？ ←想定内？
 - そもそも想定できるか？ 不確実の世界
 - 医療も実は不確実。→期待される結果が異なった場合→訴訟？
- *しかし、現実として起こってくる高齢化、人口減少、多死社会。
- 看取りかた ；どのように死すべく人と向き合う
 - 看取られかた；「死」「寿命」に対して事前の準備。自らの準備。周囲への準備。

第8回在宅医療医推進委員会内容

1. 実態調査報告書の解析と今後の取り扱いについて

- ・「ぎょうせい」からのコメント報告
- ・「ニーズがない」について
- ・生データの取り扱い；現場に届ける ← 要再承諾

2. 開業医向けサポート；三上先生提案について

- ・より早い段階から第二の主治医、在宅の主治医をつくるシステム作り
病院勤務医サイドから早期に患者さんへの働きかけ

★病院勤務医間での情報共有

★病院勤務医と開業医の信頼関係の構築と強化

- ・既に在宅医療に取り組んでいる先生方へのサポート

共通課題 1) 自分が不在になるときに代診がほしい。

2) 交代で休暇が取りたい。

【飛田先生提案；在宅療養支援診療所としての届け出と連携】

- ・これから在宅医療に取り組もうとする先生方へのサポート

共通課題 1) 自分が不在になるときに代診がほしい。

2) 交代で休暇が取りたい。

3) 在宅看取り初体験では診療報酬のとり方や死後処置を含めたサポートがほしい。

4) 緩和医療、麻薬使用についての基礎からの講習。

5) 在宅看取りをふめた在宅医療全体についての意見交換や研修の場の提供。

→3) 4) 5) については、これまでもいろいろな講演会等の取り組みはなされているのですが、未だ「ニーズがない」と皆さん参加されていません。

【三上提案】の副主治医制度または指導医制度についても、この指とまれと差し出しても誰も掴まらない可能性大。

★どのようにインセンティブを高めるか？

→患者・住民側からニーズを出して頂ければ、潜在能力のある医師会員はおのずと在宅医療に取り組んでもらえるものと思います。

その時の為の、

- ・核となる看取り経験豊富な在宅医師と緩和医療や麻薬使用などのサポート部隊の創設
- ・往診可能な整形外科医、眼科医、皮膚科医といった専門医の参加システムでしょうか。
- ・メーリングリストを使った情報交換システムが有効？（セキュリティーの問題はあり）
- ・医師会、病院、行政それぞれが連携して有効なモノへ

★対病院・勤務医対策

- ・医師会と各病院との連絡協議会で何かアクションを練る
- ・腹水でパンパンの肝がん末期の在宅療養希望の患者さんへ
「そんなんでは帰れないよ」と云う勤務医

★対住民対策

開業医・勤務医・住民への「在宅死」へのコンセンサス作り

(もう病院では死ねなくなる。)、(病院は死ぬ場所ではない)、(「なにかあったらすぐ病院」は通用しなくなる)

★広報；出前講座

★対策案⇒在宅死(数年先でもいつかはあの世へ行く)を見据えて、当初から在宅看取り医と繋がり作り

- ・住民への働きかけ ⇒ 死をタブー視しないで、元気な時から最後について話し合う
- ・病院では死ねなくなる
- ・「あの世へのパスポート」「エンディング・ノート」
- ・アンケート、講演会、フォーラム
- ・死に逝く人の道しるべ(医療と宗教の協働) ←文芸春秋 奥野医師から
- ・学生へのアプローチ
- ・中山間地の独居老人
- ・訪問看護ステーションの状況調査と連携・支援
- ・地域包括ケアシステムについての理解