第7回　どこでもマイカルテ研究会

地域包括ケアの今後の課題

東京厚生年金病院　地域連携・総合相談センター
溝尾朗

地域包括ケアの始まり

- 昭和20年3月　長野県佐久総合病院赴任
- あまりにも多い手遅れ患者→出張巡回診療
- 苦しい財政状況→予防と健康管理
- 良い病院というのは、地域住民のニーズにどのように応えているかで決まる

佐久総合病院 若月俊一の個人史 ～農民とともに～より

医療－保健－在宅ケア（介護、福祉）

地域包括ケアの提唱

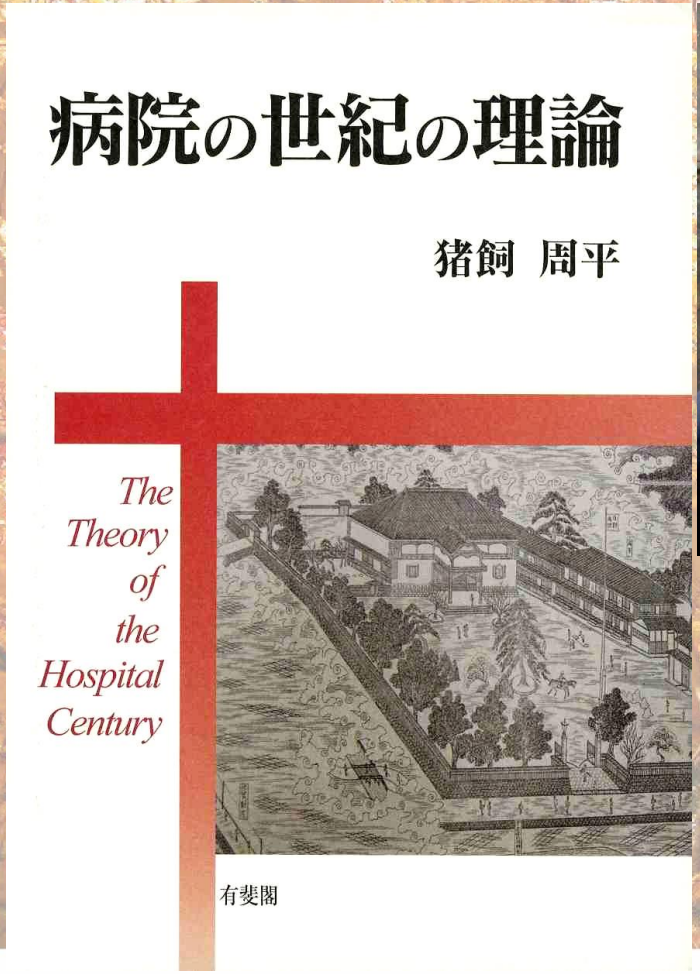
- 昭和41年　公立みつぎ病院赴任
- 昭和49年　寝たきりゼロ作戦

→訪問看護やリハビリを行う医療の出前

→行政の保健・福祉部門を病院内のセンターへ移転し一体化

治療のみならず保健サービス、在宅ケア、リハビリテーション、介護・福祉サービスのすべてを含有するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケアである（公立みつぎ総合病院HPより）

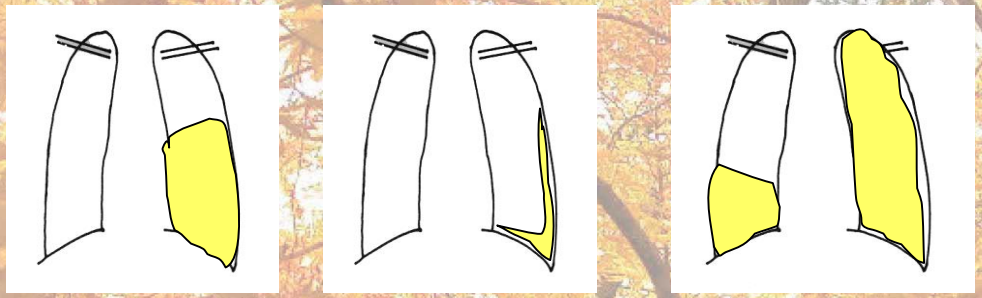
今なぜ、地域包括ケアなのか？



医療の目標

癌性胸膜炎をともなう肺腺がん（StageⅢB）の経過

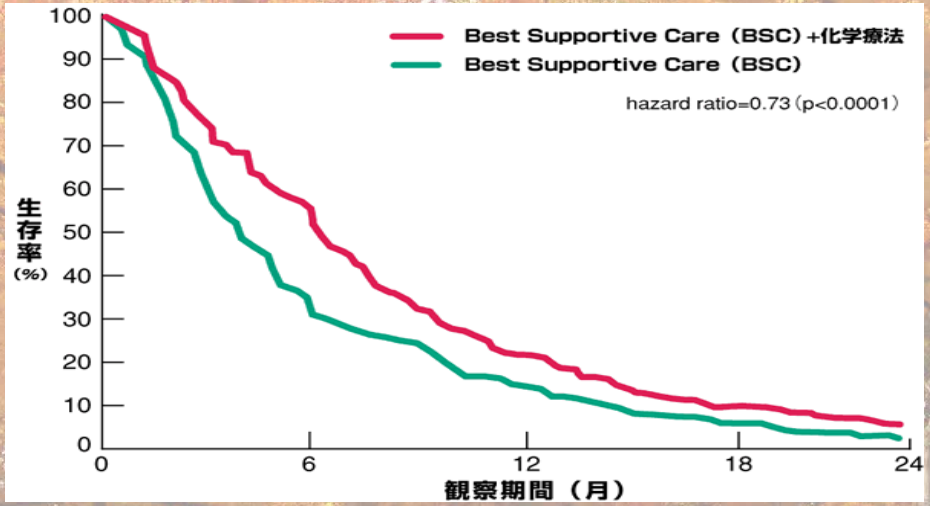
52歳
男性



治療開始から半年で死亡

〇〇年9月入院　11月退院　〇〇+1年2月再入院　3月死亡

CBDCA＋VDS　2コース（**2か月入院**）



医療の目標は
病気を治し
生存期間を延ばすこと

→治療医学

CDDP併用療法で27%の死亡率の減少
平均生存期間では1.5ヶ月の延長が確認された（1995年）

介護・福祉の目標

障害者の権利に関する宣言　1975年国連決議

障害者は、その人間としての尊厳が尊重され生まれながらの権利を有している。障害者は、その障害の原因、特質及び程度にかかわらず、同年齢の市民と同等の基本的権利を有する。

WHO（Ageing and Health）　1984年

健康とは、単に病気がないことではなく、身体・心・社会的に完全に幸福である状態である。

高齢期は、**生活機能の自立**度を健康指標とする。

介護・福祉の目標は『自立を支援すること』

国際障害分類における障害モデル
1980年WHO

病気/変調	機能障害	能力障害	社会的不利
脳卒中	手の麻痺	字が書けない	人々とのコミュニケーションが困難

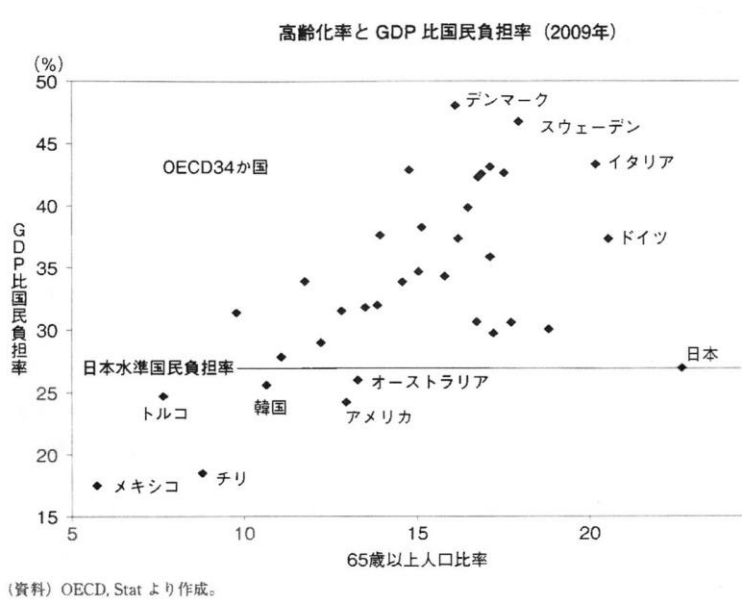
治療医学

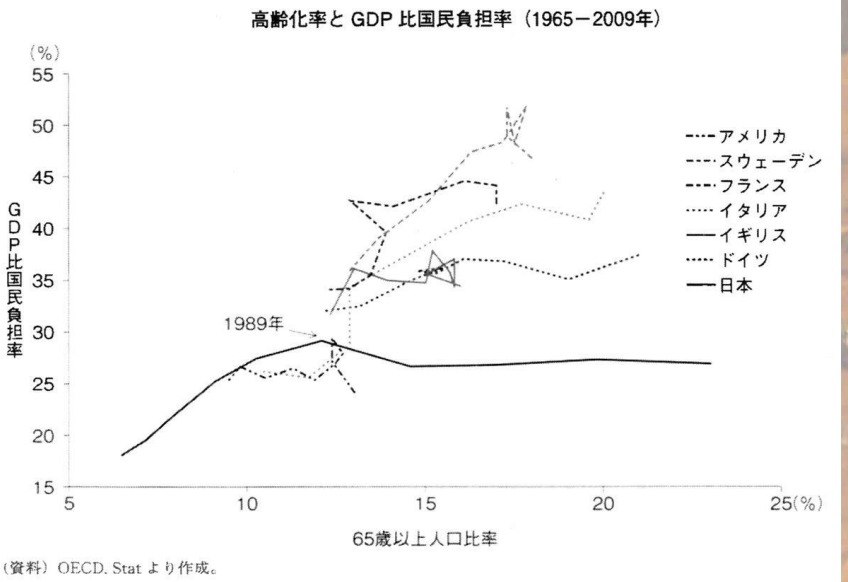
生活支援＝QOLの増進

健康とは　病気と認められないこと（20世紀）

心身の状態に応じて生活の質が
最大限に確保された状態（21世紀）

高齢化率と国民負担率





現在と同じレベルの福祉を続けるための解決策

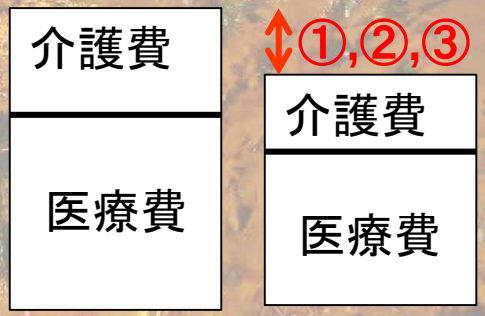
① 消費税を上げること

② 予防

③ 医療・介護の効率化

地域包括ケア

④ 日本の医療の国際展開



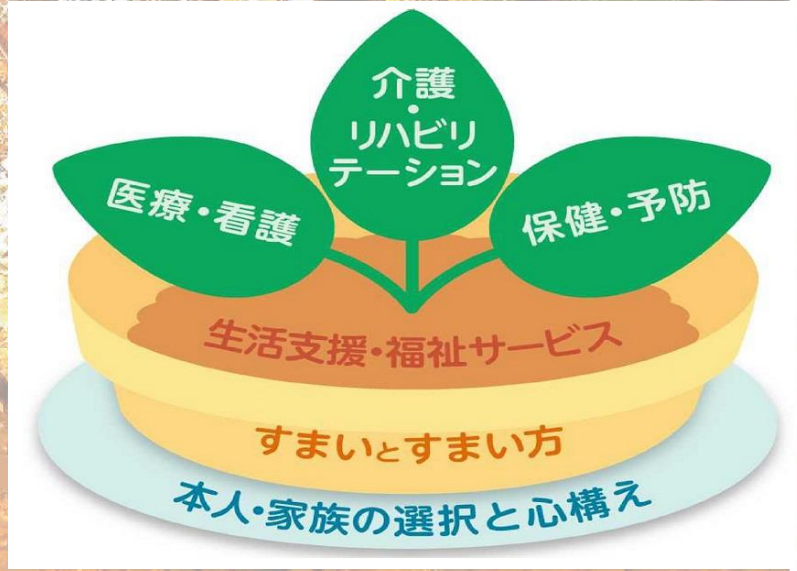
地域包括ケアの目標

① 患者のQOLの維持・向上

② 医療費の抑制

地域包括ケアの3段階

	コスト	質
連携	高い	低い
調整		
完全統合	低い	高い



地域包括ケアシステムについて
平成25年6月13日厚生労働省老健局

連携は、「リンケージ（連絡）」のレベルから、定期的な情報共有を行う「コーディネーション」のレベルに、さらには、情報の一元化による「インテグレーション（統合）」の水準に引き上げていくべき

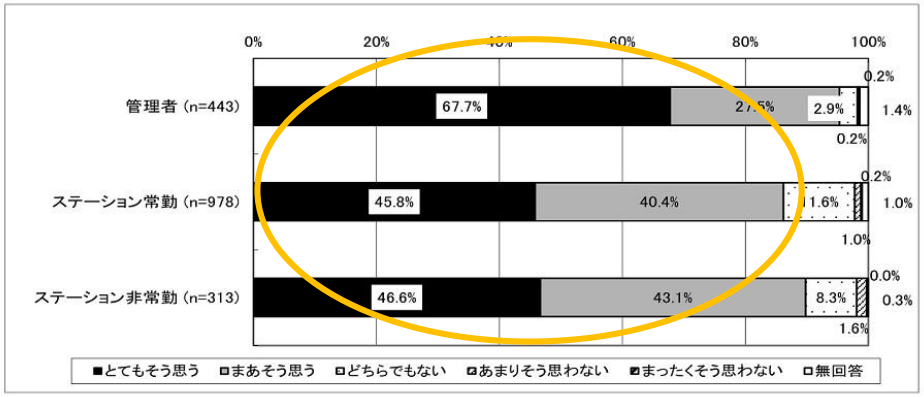
Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom.
Leutz. WN. Milbank Quarterly 1999;77(1):77-110
日欧米の包括ケア　新井光吉　ミネルヴァ書房

完全統合の欠点

①現場に委ねた方が、医療専門職の協力や献身を受けやすい

②地域によって、患者によって、地域包括ケアの適正解は異なる

訪問看護と病院との違いは「やりがい・生きがいを持てる仕事である」

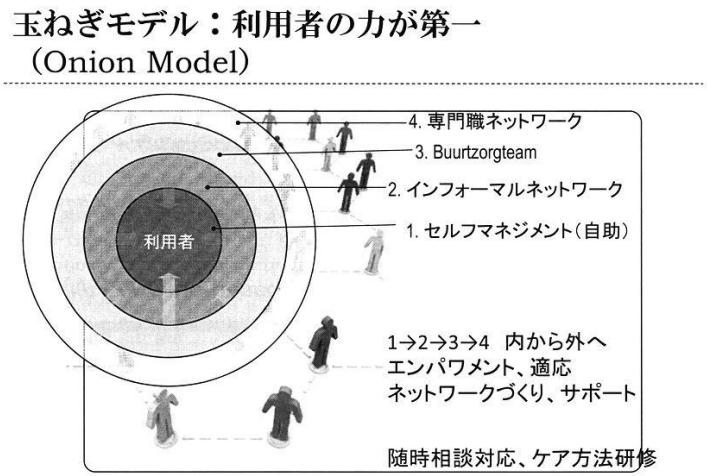


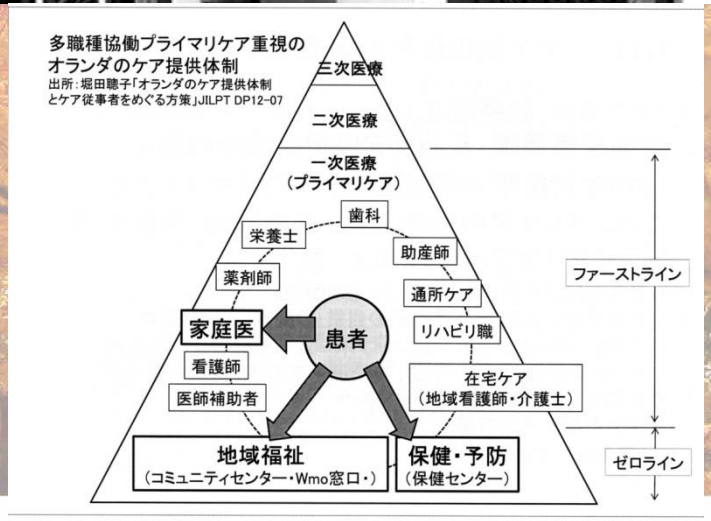
訪問看護と病院看護の違い
①評価が見える
②裁量と責任
③仲間・多職種との分かち合い

平成25年東京都訪問看護支援委員会報告

看護・介護（医療）の一体化

ビュートゾルフ（オランダ）
BUURTZORG
25


玉ねぎモデル：利用者の力が第一
（Onion Model）
4. 専門職ネットワーク
3. Buurtzorgteam
2. インフォーマルネットワーク
1. セルフマネジメント（自助）
利用者
1→2→3→4　内から外へ
エンパワメント、適応
ネットワークづくり、サポート
随時相談対応、ケア方法研修


多職種協働プライマリケア重視の
オランダのケア提供体制
出所：堀田聰子「オランダのケア提供体制
とケア従事者をめぐる方策」JILPT DP12-07
三次医療
二次医療
一次医療
（プライマリケア）
歯科
栄養士
助産師
薬剤師
通所ケア
家庭医
患者
リハビリ職
看護師
在宅ケア
（地域看護師・介護士）
医師補助者
地域福祉
（コミュニティセンター・Wmo窓口・）
保健・予防
（保健センター）
ファーストライン
ゼロライン

Better Work, Better Care, Leadership, Responsibility, Support Independence and Less cost

1チーム最大12人、620の独立チーム
6500人の看護師・介護士・リハ職
売上高：2.3億ユーロ

1時間あたりの収入（Income per hour）	55 euro
1時間あたり支出（Costs per hour）	52 euro
ナースの人件費（Nurses,60% productivity）	43
移動（Transport）	2
オフィス賃貸費（Office）	1
Buurtzorgweb（ICT）	2
間接費（Overhead）	4

BUURTZORG

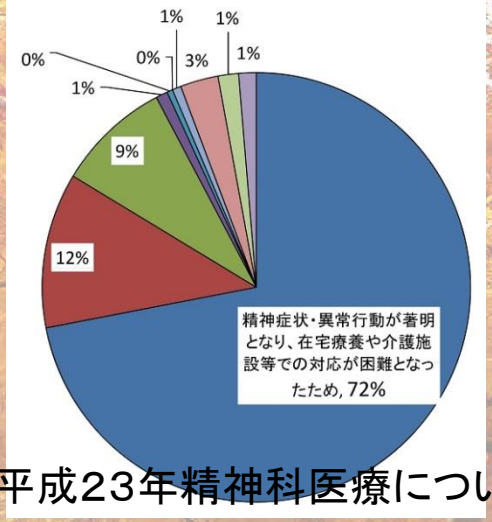
Weekly schedule(2011 April)

Sunday	Monday	Teusday	Wednesday	Thursday	Friday	Saterd
Morning 8:30-10:00	Morning 8:30-	Morning 8:30-	Morning 8:30-	Morning 8:30-	Morning 8:30-	Morning 8:30-
Buurtzorg ADL & morphine, 60min, bedcare	Buurtzorg ADL & morphine 90 min, shower if possible, change bedsheets	Buurtzorg ADL & morphine, 60min, bedcare	Buurtzorg ADL & morphine, 60min, bedcare	Buurtzorg ADL & morphine 90min, shower if possible	Buurtzorg ADL & morphine, 60min, bedcare	Buurtzorg ADL & morphine, 60min, bedcare
Midday12:00-	Midday12:00-	Midday12:00-	Midday12:00-	Midday12:00-	Midday12:00-	Midday12:00-
Sensire TPN(Total Parental Nutrition), 60min	Sensire TPN, 60min	Sensire TPN, 60min	Sensire TPN, 60min	Sensire TPN, 60min	Sensire TPN, 60min	Sensire TPN, 60min
Afternoon15:00-	Afternoon15:00-	Afternoon15:00-	Afternoon15:00-	Afternoon15:00-	Afternoon15:00-	Afternoon15:00-
Family visit, time to rest	GP, Buurtzorg, time to rest.	Buurtzorg, hairdresser, time to rest	Buurtzorg, undertaker, time to rest	Buurtzorg, family visit, time to rest	Buurtzorg, dietitian, check up in Hospital.	Buurtzorg
Evening18:00-	Evening18:00-	Evening18:00-	Evening18:00-	Evening18:00-	Evening18:00-	Evening18:00-
Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min	Buurtzorg ADL 30 min
Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00	Night 23:00-7:00
Care Match	Care Match	Care Match	Care Match	Care Match	Care Match	Care Match

認知症と地域包括ケア

居所の移動（入院）⇒状況が理解できない不安⇒BPSD悪化⇒抑制⇒尊厳の崩壊、QOLの低下⇒施設への転居

認知症の人が住み慣れた場所、馴染みのある人・モノに囲まれて安心して暮せることが認知症ケアである



平成23年精神科医療について

総合病院型認知症疾患センター8施設
95%がBPSD対応困難で入院

自宅や施設でのBPSD対応が重要

→ 認知症初期集中支援チーム
認知症サポート医

BPSDの原因は身体疾患でなければ患者本人の中にある

～熊谷式3段階認知症治療介護ガイドBOOK～

自分の不安を最小にするように、仮想現実（自分の過去の経歴と記憶に基づいた紡いだ世界）を作る　大井玄

例1）スタッフは家族、施設は自宅と捉える⇒登場人物になりきる

例2）もの盗られ妄想

財布の場所を忘れる、見つからない⇒誰かが隠した（盗んだ）
⇒悪口、警察の届ける、探しに出かける（徘徊）⇒周囲が否定
⇒納得しない⇒被害妄想が強くなる⇒グルになって盗んだ
⇒誰が盗んだのでしょうかね、一緒に探しましょう

例3）徘徊

夜間買い物に出かける⇒昔、主婦として子供に食事を作っていた世界
⇒今日は定休日だから明日にしよう

①患者の物語を聞きICTで記憶しておく　②スマートホスピタル

地域包括ケアシステムとは
コミュニティづくりである

公立みつぎ病院　山口先生

65歳以上の708名の調査で、老人性痴呆と診断された人の中で周辺症状は皆無

敬老思想が強く保存され、暖かく看護されている土地では、老人に精神的葛藤がなく、たとえ器質的な変化が脳に起こっても、この人たちにうつ状態や幻覚・妄想状態は惹起されることなく、単純な痴呆だけにとどまるのではないか

真喜屋浩：沖縄の一農村における老人の精神疾患に関する疫学的研究 慶応医学55：503-512, 1978

ご清聴ありがとうございました