

2015年1月31日 第4回全国ID-link研究会 尾道

特別講演 片山 壽 先生

超高齢社会に対応する医療介護連携の手法
～カンファレンスが可能にする地域医療連携のシステム化～

皆さんこんにちは

伊藤先生大変ご丁寧なご紹介をありがとうございます。

タキシードを着ているのは吉原先生の誕生日だったのです。ワイン会は時々やるんですよ。高齢化防止で、僕も体重17キロ落としたりして、健康対策の見本をしなくちゃいけないもので、後の写真（シャンパンを注ぐ写真など）はわすれてください。

今日はカンファレンスということの主とした議題内容としてくれということで、伊藤龍史先生から言われておりますのでそのように作り替えました。

これはJA尾道総合病院、これは自院の院長室でのカンファレンス風景です。こういうカンファレンスの後に患者さんのいい顔があつて、結果的に緩和をしながら痛みが取れて、素晴らしいお顔になれるということです。

それで今日は前もって事務局の方からお願いがあつたと思うのですけれども、個人情報のお顔、ご本人の表情とかそういうものが見ていただければすぐわかるということもありまして、ご了解を頂いていると存じますが、私のこのパソコンから出してはいけないということで、撮影とかビデオにつきましては事務局の記録のみでお願いします。皆様方の姿とか、私をとっていただくのは構いません。録音は問題ございません。

尾道は医師会で私も理事として仕事をさせていただきながら'94年の時に高齢化率が高いということがはっきりわかりました。当時19.24%、2年後には20%超えました。当時高齢化率などを問題にする人はまだあまりいませんでした。

これは医師会事業の7項目のプロジェクト、コンセプトの中身ですが、これをプロジェクト化してやってきました。その中のメインが、1999年に開発をしたケアカンファレンスです。ミッション1994ということで、やはり地域医師会でありますから地域医療に対してはもっとも責任を持っていなければならない。それから医療を行っている300名以上の医師が集まっている訳ですから、そのレベルがどうしても高いものでなかったら市民に恩恵は在りません。常にレベルをあげることをばかりを考えて行っているわけです。

'99年に考案したものこれはオリジナルです。厚労省に問い合わせが来て、ケアカンファレンスと書いてあるけどどうやるんですかと厚労省に電話がかかったら尾道の片山先生に聞いてくださいと電話を転送されてしまいまして、大変迷惑をしたことがあるんですけど、まさにそういうことであります。いろんなことをやった結果一応尾道方式というものが出来上がっています。

これは高齢化率のグラフですけれども途中から市町村合併をしたので更に飛び上がって

ます。これは中山間地域と島しょ部が合併しましたから当然上がります。で昨年12月末のデータを尾道市役所健康推進課長の高原さんにもらいまして、集計ごとに教えていただいています。ついに30%を超えまして12月31日現在33.12%になりました。

これはもう大変な数値です。中四国に10万以上の都市は28都市ありますが、その中で一番高齢化率が高いのは山陰の方とか四国と思うでしょうけれど、実に尾道です。堂々ということではありませんが高齢化率トップです。私も尾道に戻って30年です。10年間東京で勤務医の仕事をしたので合計40年の医療のキャリアです。30年間尾道で仕事をしていながらどんどん増えているのが高齢のがん患者さんと認知症の患者さん。うちの外来の患者さんの平均年齢は4年前にデータをとった時に78.4才ですから超高齢社会というのは医療にモデルチェンジを迫る、「迫る」というのが一番正しい表現ですね。増え続ける認知症の患者さんの重度化に対応しなくてはならないし、どんどん増えている高齢のがん患者さん。高齢化したことについて、人生が40年位でおわっていたときにはそんなにがん患者さんはいなくて結核がトップだったわけですけども、人生80年時代になってきますと丁度、人生の終焉を迎える近いところでがんになってしまう。その時認知症を合併している方が6割から7割います。これは両方に対応しなくてはならない。という非常に高度なことをやらなくてはいけないのが超高齢社会であって、超高齢の地域は特にそういう地域医療に組み替えなくてはいかんということですね。

尾道には二つの急性期病院があります。急性期合わせて730床、とにかく純急性期対応という700床くらいではないかということ。いろいろ装備は在りますけれどもNICUというのは非常に高いレベルで動いています。みつぎの回復期リハビリテーションがこの度増床して素晴らしい機能を持っています。特徴としては在宅療養支援診療所というのが平成18年に法制化されましたけれども、これが尾道市内に47ある。開業医の医療機関が95あるんですが、これは尾道市医師会のデータで、因島、瀬戸田は含まないですが、一般病院を抜いても半数が在宅療養支援診療所というところは全国どこにもありません。それから行政のアンケートで介護保険で要介護認定を受けている方が、これからの生活をどこで送りたいですかということにつきましてのアンケートでは68.5%が自宅で暮らしたいということです。

これが最も象徴的な風景だと伊藤龍史先生に言われましたが、これは尾道市医師会館の3階の講堂です。ここで'99年の9月と11月に2回、6時間研修をやったんですね。テーブルで一組一組全部カンファレンスは違うように組んであって、メンバーも全部多職種が協働になるように、歯科医がいて在宅主治医がいて複数医師が入ったりするケースもありますけれど、ここに訪問看護がいたりします。

このスライドにはケアマネジメント記念日、11月3日とありますが、'99年の話ですのでこれが尾道市医師会方式のケアカンファレンスの、勉強会は何回もやりましたけれど、実務研修として実際にメンバを組んで事例を出して15分単位でやって、という風にやったのはこの時が初めてです。延べ235名の参加がありました。これは要するに結局医療者が表

面に出なければこのシステムは動かない。介護保険というのは介護領域のものだけではない。当然そうなんですよ。介護保険をうまく導入できた地域というのは、在宅医療が先にうまくいっているところでは非常にスムーズに入りました。それがいけていないところは今でも難航していると、特にケアマネとの連携が難しいと。

ケアカンファランスには理屈として理論がある。システム理論は「CGA、Comprehensive Geriatric Assessment」、イギリスのマジョリウォーレンの素晴らしい学問です。1930年からの学問です。この写真、みなさんご存知の方も多いと思いますが各テーブルに歯科の先生も入って、ドクターが複数、看護師も入って福祉職もいる、これがシステム作りの基本なんです。医師会が声をかけたらこれだけの人が来てくれ、述べ 230 数名を研修できるということ、ここまでやったということは、毎月ですね、介護保険セミナーと在宅ケア部会とを毎月やったんですよ、1 時間と 1 時間で 2 時間。ほぼ 150 人から 200 人、無料研修ですし、それを受けていたからケアマネの試験は圧倒的に簡単だったと非常に合格者が多かった、模擬試験もしましたけど。これは結局主治医機能を果たすためにはこういうことは絶対に必須なのだと会員の先生方が理解し来てくれたんだと思います。

研修のカンファランスでは隣に歯科の先生がいて、これが実際の現場の編成だということです。傍に介護福祉士がいて訪問看護師がいて、ここにはこの時はたまたま臨時編成ですけれども、ちゃんとした現場に則したメンバ編成を作ったんです。この研修風景そのものが、その後の尾道市医師会方式地域包括ケアシステムの原型です。独居の人の議論が入る場合だったらここに民生委員さんが入るわけですよ。社協の生活相談員が入る場合もあるし、ボランティアが入ってくれるカンファは非常に素晴らしいカンファになります。全盲で独居の方のカンファをやっていますけれど、いつも 2 人のボランティアの方が入っています。

結局、地域医療がカンファレンスの手法を標準装備することでそのシステムが動くということです。あとでチャートを出しますけれど。病院の先生は、市民病院の土本先生も来ていただいていますし JA 尾道の日野先生も、病院の大幹部の先生がこうやって研修を経験してくれていますから、その後の退院前カンファランスが非常にうまくいったということにはなります。この先生も体調は悪いけれども来ている。

これが尾道市医師会方式のチャートですけれども'99年に書いたものです。矢印がこのように動くんです。在宅で暮らしている人が脳卒中で急性期病院に行って、回復期に行って帰る、それから 1 回目は脳卒中、2 回目は今度は心疾患かもしれない。3 回目は肺炎かもしれない。何回もこのチャートを繰り返し同じ地域の中の医療機関、特に急性期病院を経験していい治療があればうまく戻る。当然いい治療でなくてははいけませんから、回復期についてリハビリの機能が高ければいい状態で在宅に復帰できる。左に在宅復帰の矢印が太いのは在宅をベースにしているからです。急性期病院の、急性期医療の周辺に在宅医療という流れが一定の主流として流れていなければ急性期病院も返すところが無いということになります。この青いところは在宅主治医、このシステムがあるから動くわけで、ここが

ゃんとしていけば家に帰ってチーム医療ができたときに、これがこういう長期継続的な地域医療連携のシステムとして動くということです。この在宅主治医の青いところが言ってみればここがエンジン、です、サイクルを動かすためのエンジン。これをトータルしまして、急性期・回復期・生活期。尾道では維持期という言葉は使わず、生活期という言葉を使っています。私が会長のとき勝手に決めましたけど尾道には生活期の地域医療連携のマネジメントプログラムであるということです。これは相互補完のできる統合ケアの地域医療。補完ができるということの意味は技術移転もありますけれども、心不全でも在宅で看てコントロールできることは当然ですし、在宅緩和ケアを病院から出ても、ちゃんと家に帰って豊かな死が迎えられるというのも当然そうです。市民病院の ER が難しくなったとき、平日はやりませんでしたけど休日祭日を松永の医師会の先生も手伝ってくれ、約 30 名近い開業医が救急車をみていた、今でもやっています。そういうことからして補完ができるというのはそういう意味でもある。

結局ここにカンファレンスをするということは情報がうまく流れていって、そこで情報をとった形、その情報を基に次なるアクションが起こせる、退院した後の在宅医療、それから老健施設なのかもしれない。ここで情報のまとめをしなければならない、これが主治医機能のもっとも重要なことです。

具体的な事例に移ります。この方は急性硬膜下出血で、要するに意識が無くなって一時危篤状態だったけれども帰れそうだから帰ろうということで、その方のカンファレンスの前のスライドです。これは病棟で在宅主治医と病院主治医とがミーティングをしている。それからこれが特徴なんですけれど、カンファレンスに出席するためにドクターが病院に来ます。その 10 分間ほど前に病棟に行ってお本人の様子を確認するわけです。これば耳鼻科の宮野先生は気管切開部のところのチェック、歯科医の黒瀬先生は口腔内のチェック、泌尿器科の福島先生は泌尿器系のチェック、奥さんからは病棟で少し話を聞いておく。

カンファレンスの前にこの風景があるからカンファレンスで一からしゃべれということは無いです。このカンファレンスの前にああいう風景があるというのをわかっていたために今出したわけです。このスライドではまだ忙しいから内科の主治医が来ていませんが、脳外科の方から先に話を初めてもらっています。15 分というのは大変重要な 15 分なんです。病院側はカンファやりながらもピッチで追われてますから。在宅主治医側も病院で 1 時間も過ごす余裕はない。すぐに在宅往診にいかないといけない。結局スライドに示されるメンバですけども、歯科の先生も耳鼻科も訪問介護も訪問看護ステーションの看護師もいる。このスライドは急性期病院が急性期として機能している退院前のカンファレンスです。重症な方を管理し、もう在宅に帰れるから渡すよというバトンタッチのカンファレンスです。急性期で自信のあるモデル治療ができていなかったらこれは無理なんですよね。遅れて内科の先生も入り、結局内科と脳外科の病院主治医 2 人、在宅主治医チームというメンバがそろっています。いろんな種類で退院前カンファレンスをやっているのほとんどどの先生とは **face to face** の関係ができています。急性期病院と在宅主治医のチームで

すね。このスライドに大きく書いていますけども、結局情報というものは間にいろいろなものが入ると金魚がクジラになってしまうこともある。カンファレンスというのは現実患者さんを診たメンバがポイントの議論をするわけです。だから臨床的な情報というのがメインですけどもそれをくどくど言わなくても病院訪問を何回もしていたり電子カルテを覗いてればわかるわけです。実態は病室訪問で理解できている。病院主治医の情報を在宅主治医が取って帰ってそれで在宅を動かす、この関係ですからカンファレンスの後には現場があるんです。周辺情報の情報のトリアージというのは要するに在宅主治医が合い解ったと言ってるものを違う質問でまた同じことを言ったら時間の無駄。時間の無駄をしないのが良いカンファレンスです。

周辺情報というのが NST のデータとカリハビリ、薬剤、精神生活機能、いろいろありますけども、その方の病態によって違います。ここで周辺情報については市民病院も JA もサマリーの作り方が大変上手になった、と言うのも失礼だけれど電子カルテからペーストできて、その集約の仕方が良ければ良いサマリーになります。そういうものは ICT の対象にして良いのではないか。昔、市民病院の土本先生とよく言っていたのは、客観情報だけをボックスみたいなところに入れておいてアクセスできる権限持ってる人だけがつかないで行けばいいだろう、在宅の方から行けば主治医の意見書も入れてよいと、当然処方内容が入ると、処方内容が入ってるだけでもかなり助かるのですが、なかなか全国的にうまくいかない。フランスで配布している電子カルテについては国が配布しているのですけれど 100%内容として出しているのは処方内容だけです。昨日伊藤龍史先生に聞いたことです。カンファレンスというのは儀式ではありません。緊張感高く、必要な情報をやり取りする。まさにやり取りです。全員が発言する必要はありません。訪問看護の方に後で私が指示書を書けばそれは同じことになりすし、当然聞いてわかっているということです。練度って上がっていくんです。退院前カンファレンスを 30 回、50 回とやっていると現場との直結と、良いスタッフになると必ず病棟訪問します。看護スタッフに聞くなり病室訪問して本人さんを見るなり、必ず重症の方についてはそうやっています。このスライドが在宅の現場ですけども、奥さんが介抱され、耳鼻科の処置を宮野先生がやっている。泌尿科の福島先生が来ている。黒瀬先生が口腔ケアをやっている。歯科衛生士が間にいるということですね。訪問看護はいろいろな仕事がいっぱいあります。

このスライドは短期の評価入院をしなくちゃいけない時のものです。個々でモニタリングをやって、リコンディショニングと言いますが、「ちょっとここをこうやって置いた方がいいのかなあ」と、「逆流が起きている誤嚥はしてないようだけど、なんか一寸おかしいんじゃないの」、「頸部に妙な物ができている」。リコンディショニングのカンファレンスなのに、ここで皮膚科の先生が来る理由もあったので能宗先生も来ている。これだけのメンバがさっと急性期病院に集まって、こうだねと言うことで、病院でやったカンファはこの方についてはこれが最後です。研修医には大変いい空間になります。

このスライドは訪問リハビリが実際に行っているところ。リハビリをやってる時だけご

本人に顔の表情が出るんですね、気持ちがいいんでしょうね、なるべく病院で拘縮を作っ
てほしくない。早めに介入して関節拘縮を作らずにやってほしいなど。かかるとに褥瘡のよ
うに見えるけどどうもこじれそうだねという話になってたら骨髄炎になりました。この方
は奥さんが一度介護疲労で倒れたんだけど、そのあとまたちゃんとやるという確認のカ
ンファと足の手術をやらないといけないからっていう、でも絶対手術のためには入院には
しませんということです。じゃ在宅でやろうということと、意識障害が強いものについては
脳外科の開業医がちゃんと脳外科レベルの診察データをくれます。ここが在宅手術の場面。
この二人は外科と皮膚科の先生。皮膚科もこの手術を良くしますけれど重度の褥瘡のポケ
ット褥瘡の手術を何回もやってるんですよ、「病院でなかなか治らないね」という場合は「あ
と在宅で手術するから帰ってもらおう」って在宅に引き取ってこの二人で手術して直した
という例はかなりあります。この鉤を引いてるのは私の医院の師長ですが、電気メスでバ
リバリとやってます。丁度この時取材においでになったのが元厚生事務次官辻哲夫先生で
す。今東大の機構の教授ですけど、柏モデル、千葉県柏市をモデル化してやられてます。
このメンバは数々の難治性褥瘡の在宅手術をやってきたから息が合っていて、直ぐやろう
ということができるわけですね。結局これも 15 分くらいでおわって、その間に気管切開部
の処置をする。このために耳鼻科の宮野先生が来ている。結局、踵は骨髄炎で、CRP が 30
位まで上がりました。「あぶないね」って、手術の前に僕がメロペンを 0.5g 朝晩で 1 週間点
滴をしています。それで「ぼつぼつできるから手術しよう」と。耳鼻科はこういう道具（額
帯鏡）を持ってますから手元が暗いので光源を当ててる。こうやって 15 分で終了、なん
でも 15 分でやることに決めている訳ではありませんが、たまたま 15 分で済んだ。二人とも
手が早いのでタッタッタと終わるわけです。早いです。早い手術の方がいいってよく言う
でしょ、僕は内科医ですけど、結局在宅チーム医療というのはスピード&プロフェッショナ
リズムなんですよ、練度が高い、プロフェッショナルプロのレベルでだらだらやらずに、
最高の技術でスピーディーにやる。これはもう病院でも同じですけど在宅って言うのは
やっぱり 10 年 20 年経験を積んだ急性期病院で部長をやった、能宗先生も JA で部長や
っていたし、長澤先生も手術件数のすごく多い外科医です。宮野先生は東京女子医大の耳鼻
科の筆頭講師だった。だからそうやって病院で急性期をやってきた。僕も済生会のころは
救急車が良くつく、「片山先生ときは救急車が並ぶ」と言われ、「他にこの辺救急病院無
いの」っていうくらい、4 台くらい並んだりしていました。今日も午前中うちの外来に救急
車が来て、診て、緊急往診に行ったから会場に来るのがぎりぎりになったんですけど、そ
うやって開業医というのは生まれてこの方開業医やってる訳じゃなく、卒業してすぐや
ってる訳でもなく、急性期の経験を持ってそれを開業して、しかもそれで技術を積んだう
えで、一人でやっているということです。それでこういうスライドの風景になります。治
ったらもうやんなくていいわけなんですね。これは長澤先生が胃瘻交換をしているところ
です。胃瘻交換もこうやって簡単にできます。結局自宅で看取りました。安らかな最後で
した。奥さんが体調崩しても絶対に家でやるんだという奥さんの覚悟がすごかったです。そ

れでうまくいきました。良く頑張ったということもあるし、相当長期間でした。グリーンケアをしているところです。

結局ちょっと古いスライドですけどこれは研究会の時です。介護保険云々の時でありまして、地域ケアというのは結果的に地域包括ケアシステムに切り替わっていったんです。新地域ケアと言葉を作ったのは私ですけども、地域ケアに関係するメンバが医療も当然入りますけれども、カンファレンスで評価して介入していい結果を出していくというのがずっとやっていくことが新、New な地域ケアだということで。「カンファレンスが無かったら新・地域ケアとは言いませんよ」と言うことだったんですね、地域包括ケアシステムという言葉ができたときに、地域包括ケアシステムを地域にもって行こうという時に在宅医療が無かったらそれは絶対にできないということです。それとさっき見たチーム医療が主軸になくは、在宅で「あーもうだめだからすぐ入院」と、これをやったら何にもならない。そうやってるといつまでたっても地域医療が進歩しない。どんな重症でも在宅で看るよという、臨床力と覚悟が無くてはなりません。そこにはチームがきちんとしていればできます。尾道のように高齢化率が 33%超えた地域でやっていくときにチーム医療があればうまくいくと、医師会の皆さんのアンケートで Ok でした。で結局チーム医療が主軸でやっていくと。そこでカンファレンスの時と、そのあと在宅療養中の時の色んな情報です、その患者さんの状態に関する情報と、薬を変えた、こっちのケアを入れるとか、常に情報のトリアージをしながらカンファレンスをやっていく、カンファレンスを高度化していく、いいレベルのカンファレンス。だらだらしたカンファレンスなら今日はやめようなんて言いそうになっちゃいます。それが一度もないのは良かったです。地域の医療連携無くして地域包括ケアシステムは成り得ません。各段階のカンファレンスがカギを握っているということですね。これは違う患者さんですけど、JA の新しい病院、病室訪問をします。これは別の方のカンファレンスですが、術後の病院外科医とやってる。ID-Link を見てもらうためにここにこのスライドを出しています。カンファレンスの事前に情報が取れていたということですね。

家には大体ペットを飼っている人が多いですから、猫と一緒に過ごせる。私も猫が好きなのでこうやって遊んでると、この患者さんも緩和がうまくいくとこうやっていい状態、ご飯も食べれていいお顔になっていますね。問題はここです。問題というか、ID-Link につないであるので JA 尾道総合病院の画像を参照しているところです。なるほどということで、事前にチェックしていけば病室訪問というのがいくらかやらなくて済むけど、在宅主治医が自分のところに顔出してくれるというのは、患者さん嬉しいんですよ。触ってみたりして、ご本人の状態は CT だけで把握できると思ったら大間違い、やはり人間対人間です。触れ合いが無くてはどうしても駄目。でどうですか生の話を聞いて、それじゃぼつぼつ帰りますかねという話もそういうところなんです。

CGA の話をちょっとしますけれど、'30 年代のマジョリー・ウォーレン、'40 年代に定着と、なぜこれを引用したかと言うと、伝統的な医学的問診診察、リハビリテーション医学

の研究なんですね、機能的評価や治療理論、ソーシャルワーカーの社会的・心理的評価理論を結合させた、学際的評価手法により、障害高齢者のニーズを抽出して、生活の質を重視した「全人的ケアマネジメント」を体系化標準化する。カンファレンスの目的はこれです。機能的評価が無かったらこの人がどういうことができるのかってわからないし、そこでいろんな職種のプロが集まって、評価して、学際的評価手法、ベテランのPTやOTの意見、こっちで外科の意見、で意見を持ち寄って、評価ありきの介入、でためじゃない。診断してから治療しないと、患者さん怒りますよね、当然なんです。評価手法がしっかりしていれば後が間違いがない、長期間のフォローアップ評価を時系列的にやっていく。これが実に理論的です。これがカンファレンスの仕事なんですよ。長期間のケアマネジメント体制をひいていく。構築していった長期継続的マネジメントができるということです。適切なサービスの利用で不要なサービス利用を減らす。回復したから要らないとかね、これが尾道市医師会方式のシステム理論です。チームアプローチを重視する処って言うのが非常にポイントでして、これをもとに **long-term care** 長期継続ケアのプログラムを作ったんです。これがそのポイントです。 **Evaluation and Management** に基づく多職種協働の元でやっていく、結局患者さん自身の身体機能の評価と生活に難しいところは在るか、カンファレンスで絞るところ、高度化すると潜在する、回復する可能性を抽出して、そこにサービスをリハビリでも治療面でもそこに充てる。ということです。カンファレンスは理論的なんです。学問なんです。 **Progressive geriatric care** は結局いろんなことを体系的に見て、患者本位にシステムの医療現場サービス現場が展開しているかどうか、無駄になっていないか、あるいはマイナスになっていないかということを常に評価していかないといけないから、認定が出ましたからカンファレンスしましょうなんて言うバカな話はケアマネさんやめてください。もともと要介護認定とケアマネジメントは分離してある。認定が出たからと言って、ご本人の様子が変わってなかったらカンファレンスの必要はない。そうではなくても、間で認定を変えなくてはならないモデルでなくてもその人にとって重要なニーズが発生したらカンファレンスをやろう、そういうタイミングでやらないといけない。在宅主治医がそこのところは責任を持つべきでなければならない。形式的に動くようになったら物は全部だめになる。介護保険が形骸化してしまっている。もうぼつぼつ消滅するのではないかとこの間イギリスで言われました。消滅はしないけどレベルが良くないということにはなっていますね、緊張感が落ちてきたんでしょうね。

GEMS (Geriatric Evaluation and Management programs) というのが高齢者評価とマネジメントプログラム、これを使ったのが **GEMS** プロジェクト委員会、2007年私が言い出したので私が委員長、医師会会長でしたので、こういう4部会、摂食嚥下機能評価部会、宮野先生が担当理事でやってくれまして、現医師会長です。リハビリテーション部会はみつぎの林先生、現院長、NST部会はJA尾道総合病院のNST部長の小野川先生、脳神経・精神機能評価部会は尾道市立市民病院土本先生、この4人に部会長をお願いして、3病院と医師会の会議を開く、4チャンネルになっているんですよ。職種、専門職をどんどん

レベルアップしてもらふことと、優れている専門職の話を聞いてそれを生かしていこうと、言うことです。資源を高度化していくことでいろんなことが乗り切れるし、レベルアップしていく。もとはこういう作りで、でたらめに作ったわけではありません。このスライドはCGAを基に僕が作って、第50回の栄養改善学会で話したスライドですが、介護の科学性の追求をしなければならない。特に嚥下なんかはそうでしょ、摂食嚥下機能とリハビリテーションというのはものすごく重要なこと、後は胃瘻にすりゃいいですみたいなことを言う医者はおろくな医者じゃないと僕は思ってますけども。食べれることになるということは感動的です。全然食べられない人を連れて帰って、この間カレーライスを食べたと言えば最高ですね、そういう時は。それだけの努力をすると改善できる。可能性は十分にある。潜在する回復する可能性を見つけることとその人の機能を上げることに終始して強力にそこにサービス、リハビリなども投入する。労力を持ち込む。

誤嚥事故については、東京の弁護士会の偉い人と検証をしてくれと言われて、判例をずっと読んで大変だったんですけど。医師会館で評価部会をやってる風景です。錚々たるメンバのプロジェクト委員会でいろんな医師なども集まってNSTをベースにやってたんですけども、情報をこういう風に流して、在宅に集約して生活レベルの改善に役立てる。結局ここでやったことは誤嚥事故の無い地域にしなきゃいかん。カンファレンス必須のテーマ、嚥下が危ない人に対して嚥下の話をしないカンファは駄目です。「ぼつぼつ水分とろみにした方がいいんじゃないの」みたいな、標準的な話題ですから、栄養の問題と一緒にやるわけですね、これを拡大GEMSプロジェクトにして学術集会にする。このスライドはスタッフでいい仕事している人がパワーポイントで発表してくれる。各病院のスタッフが施設のスタッフも加わって勉強会をやると、連携室長も来てますし、すべてのスタッフが一堂に会して議論をしようじゃないかというものです。学会の地方会で発表するという時、STが嚥下の話をすると非常に面白い。それで病院に行った時、STの人に「最近どうなってるの」なんて聞くと、「結構よくなってますよ」なんて、そういう話ができる。結局各種プロジェクトでコンセプトにかいていたように、一緒に働くスタッフのレベルが高いことが一番いい事なんです。医者が全部やる必要はない。STががんばって嚥下をやってくれたら任せておけばよい。STと歯科の先生は話が合うし、いっしょにやると頼める。多職種協働というのはそういうものです。でたらめに集まっているのではなくて、一個一個の役があって、劇団四季をレベル高く演じるわけで、役があり専門性が高い役が振られる、ドタキャンはしない。

これは発表者がいて、市民病院の薬剤師向井さんですね、あとSTの人も発表する。学術集会ですから、常に現場に則したもの。このスライドは山田看護部長を市民病院にお迎えしたときに急性期病院の看護部長二人並べて地域の看護師にずらりと集まって頂戴と、訪問看護から薬剤師も、医師会館でやりました。医師会がいろんなことをまとめていくとか声掛けをする。ちょっとやらな〜いという雰囲気を作っておくことが重要。地域全体がチームになることが重要なんです。これが重症患者の逆紹介に対応されますかという

2005年11月のアンケートなんですが、毎年やってたアンケートですが、この年から連携で対応という設問の回答欄を加えました。「人口呼吸器がついていても在宅緩和ケアで引き受けますか」、「この人帰りたいんだけど診てくれる？」と病院から言われた時に「ああいいですよ」と言うかどうかですよ、連携で対応と「はい」と合計してOkなのが84.8%、もうこれはゴールに近いレベル、ほとんど帰れるということです。重症だからやりませんよというのは聞いたことがありません。JAの患者さんでおなかのところこんなに開いたままの人を引き受けたけれど、4人チームでやっていた外科の先生が「この人帰れたら誰でも帰れるね」と話が出たのが嬉しかったですね。ポンプでエンモヒが1200ミリ入ってましたから。結局84.8%OKだということの意味は開業医のチーム要り様の成果がここに出ている。訪問看護の実力が上がっている。在宅の現場が高度だったら訪問看護は実力が上がります。逆にプアーだったら実力は上がらない。それと同じですね。それと急性期病院の帰し方がうまくなる。カンファレンスをやってる成果でこういうことがやれるようになる。急性期病院もその努力をしてくれて、実力が上がってくることできれいに帰せる。患者さんのためになる。患者本位の地域医療連携の達成度としてこのアンケートを取りました。これは最高のレベルだったですね。

これもJAの患者さんですけど、カンファ前に訪問して、カンファしましょうと。この日に奥さんが情報提供書もってきてくれて、早く帰りたいということで急遽カンファやろうと。緊急度が高ければ当然みんな合わせるわけです。来週でなければダメなんて言ったらその人はできない。これは在宅に帰った現場で、重症口内炎で抗がん剤の副作用があるから食べられない、お薬が飲めないから種類を変えて、中心静脈栄養に切り替えて、薬局も来ていて内服は飲みやすい形に変えて、またのどに問題があるので耳鼻科にすぐ来てもらって宮野先生登場ですね。口腔内カンジタの治療後、ミニおにぎりが7個食べられるようになった、お茶も飲めるようになった、こういう改善があった。

この風景がお見せしたかったもので表紙にも出しましたが、うちの医院です。医院のカンファレンス用のテーブルです。ここに病院のスタッフがこれだけ来ている。帰って12日目の在宅緩和ケアチーム、結果痛みは取れて食べれるようになってというところを、モニタリングカンファやるよと言ったら病院の方々も興味があって、13時だけ来れるかなと言ったらこれだけ来てくれたわけです。急性期病院と垣根が無くなってきて、在宅緩和ケアのカンファレンスではありますが、経過は非常によろしいのでカンファできるわけだけでもモニタリングカンファでこのまま良いばかりはちょっと難しいかもしれませんけれどもということも当然入っているわけです。奥さんが非常に優れた方で緩和医療学会にも出てもらったし、学会2つくらい出してもらいました。看取った後のご本人のコメントですが、病院と在宅が共通のミッションを持っているということをご理解していただいて病院のカンファレンスと医院のカンファレンスと両方でてますから、メンバも良く似ている。地域医療がカンファレンスという同じモデルで動いているのを実感しました。ということを取材にきた学者に言いました。これは素晴らしいですよ。病院も在宅も同

じモデルで動いているじゃないという、カンファがあるからです。ご本人がだいぶ調子が良くて、食べれてお鮎だ、焼肉だということになったので、中心静脈栄養を抜きましようということになって、こういういい顔になりました。今までスポーツシャツを着れなかったけれどもそれが着られるようになったわけです。ラインがついてませんから。緩和ケアでうまくいってるとこういう顔に会うことが僕らの栄養ですね。上手くいった人にこういう顔をしていただくことが最も僕らの元気になることであります。ところが時間は決まっているんです。生きていられる時間は決まっている。その中のレベルがどれだけいいか悪いか、最高の状態で在宅を過ごしてもらって時間はきます。ずっとというわけにはいかない。ただいい緩和をしていたらきれいにすーっとうまく火が消えるように看取れる。最後に苦しんだ人を僕は一度も経験してません。これはうちの前を霊柩車が通り過ぎる時にこれから通りますと電話が来たので外でお別れしてるスライドです。25年30年近くこの風習はやっています。医院前が道路ですからやっているんですが、この後グリーンケアに行っていると、このグリーンケアしないと終わった気がしないですから。結局こういう流れになりますけれども時間の都合上ここは。患者さん本位の究極の技術領域であって結果が求められる。痛みがとまらなくてははいけませんから、痛みの無い在宅での最期を目標にQOLを最重要視したチーム医療・多職種協働で対応すべきである。これは緩和ケアだけではありません。医療すべてがそうです。

あと尾道でしか今ない物を一つ。小規模多機能、というのはこんな風にしてできたものなんです、読んで字のごとく小さくていろんな機能を持っている。というものです。

こっから僕の絵ですけれど、皆さん死は避けがたいですよ、ここの **End of life care** に対応する時間が必要、今家に帰れない、高齢化して88才世帯、お二人の年齢足すと180才近いという世帯が結構多い、連れ合いが介護できません、ここに外付け在宅医療が入ることで、生活空間を用意して、ここに注目したのは、看護配置の在るところが出現したからです。制度改正が必要と書いたのはここに訪問看護が入る必要があるからです。厚労省の委員会でも言っていたんですが、介護保険法の法律改正が必要、なのでできない。でも在宅医療が外から入るのは大丈夫。在宅主治医がコーディネートするのは大丈夫。複合型ができてろくに動いていなかったのが、この4月から看護型小規模多機能居宅介護がスタートします。1号をびんご倶楽部高須がやりますけれども、30人近い、できて3年は経たない施設ですが去年1月か3月までで15人看取りました。2/3はがんの患者さん。認知症があつて乳がんがひどい、どこの病院も引き受けられない、ここでやろうということですね。僕と長澤先生のチームです。辛がっていました。ここでカンファレンスですが、医療が避けて通ったのでちゃんとした評価がされていなかった、それを1日でやってくれと、市民病院に頼んでカンファの後には退院、ここに訪問看護がないのは小規模多機能に訪問看護は入れないからです。小規模多機能の看護スタッフがいる。こちらからオーダーした入院を病院がこなして返してくれるというのは今後非常に増えてくるのではないかと思います。

外付け在宅医療でこのくらいはできるということです。こういう顔になるんですよ。出していた認知症治療薬は全て外して、緩和がうまくいっていなかった部分がうまく行ったらこういう顔になる。ポートが入ってるんですよ、まず座れることすらできなかったんですから、往診行っても普通の表情で僕に話ができる。緩和ケアをして認知使用治療を同時にやった事の合わせ技でこの方はここまで回復した。乳がんの炎症がひどいところはモズペースト、炭化して黒くなってきましたけど痛みが取れば楽になってくる。病院でもあまりやらない治療をここでやっている。モズペーストを塗る方は長澤先生の担当だけれど緩和をすることと認知症の治療は僕の担当、二人のチーム医療でこの人をこの状態にしているということです。自宅での死亡を上げろ上げろといっても高齢化してくると難しい。安心な居住空間があったらそこでもいいんじゃないかということです。高齢者認知症がん患者さんの合併していることが多い、ここで小規模多機能が必要。JA病院の腎がんの方の病室訪問とカンファレンス。カンファレンスの高度化というのはこれなんです。奥さんがあまり元気でなく、病弱で二人暮らしで子供さんがいない。でも家に帰ってみたい、プランA訪問看護がつく、ところが奥さん無理かもねという時、プランB小規模多機能に入って遠隔介護をやる。外付け在宅医療は変わりません。訪問看護は入れない。プランAとプランBがカンファレンスの高度化です。先を読んでやらなくてはいけない。奥さん看れないからばたばた又カンファということではなくセットで考えなければならない。結局2.3日しか家にいられなかった、すぐにつらくなって小規模多機能に入った、ここにも泌尿科が来て私が入って、こういういい顔になって在宅酸素を導入してポートを入れ、カテーテルも入っている。ここにJA病院のスタッフがカンファレンスに来る。これも大したものだと思います。皆、気になるんですね。「かなりいい状態になってるんよ」と言ったら、「えっ」て。介護保険施設ですから小規模多機能は、そこへ医療関係者が集まって評価していく、ここで何かあったら病院ということはもうないんです。二度と病院には戻らない。結局患者さんは司会がすごく好きな方だったのでカラオケ大会をしようともうあまり残った時間が無いですから、緩和して状態がいいうちに、HOT、カテーテル、TPNこれは患者さん自分が書いたシナリオを持っている。先の乳がんの方が右側にいる。小規模多機能の風景ではなく在宅ホスピスの風景です。二人とも末期がんの方を緩和していい状態でこうやっている象徴的な風景ですね。3人並ぶこともある。肺転移で息は苦しいんだけど好きだから司会をできる。奥さんは自分の家で寝られるので元気になられて良くここに来られる。奥さんも歌うたわれて。こういうのは家では無理なんですね、いい状態レベルなので今やろうと。明日は駄目かもしれない。家では難しい奥さんとのいい時間が最後にあったんです。

今後こういうことをやっていかなければ、高齢化としては物事が難しい。一応、今の現場の事でありませうけれど、カンファレンスの中ではプランA、プランBだったけれど、こういうことを考えて我々はやっているのだということでございます。

ご清聴ありがとうございました。