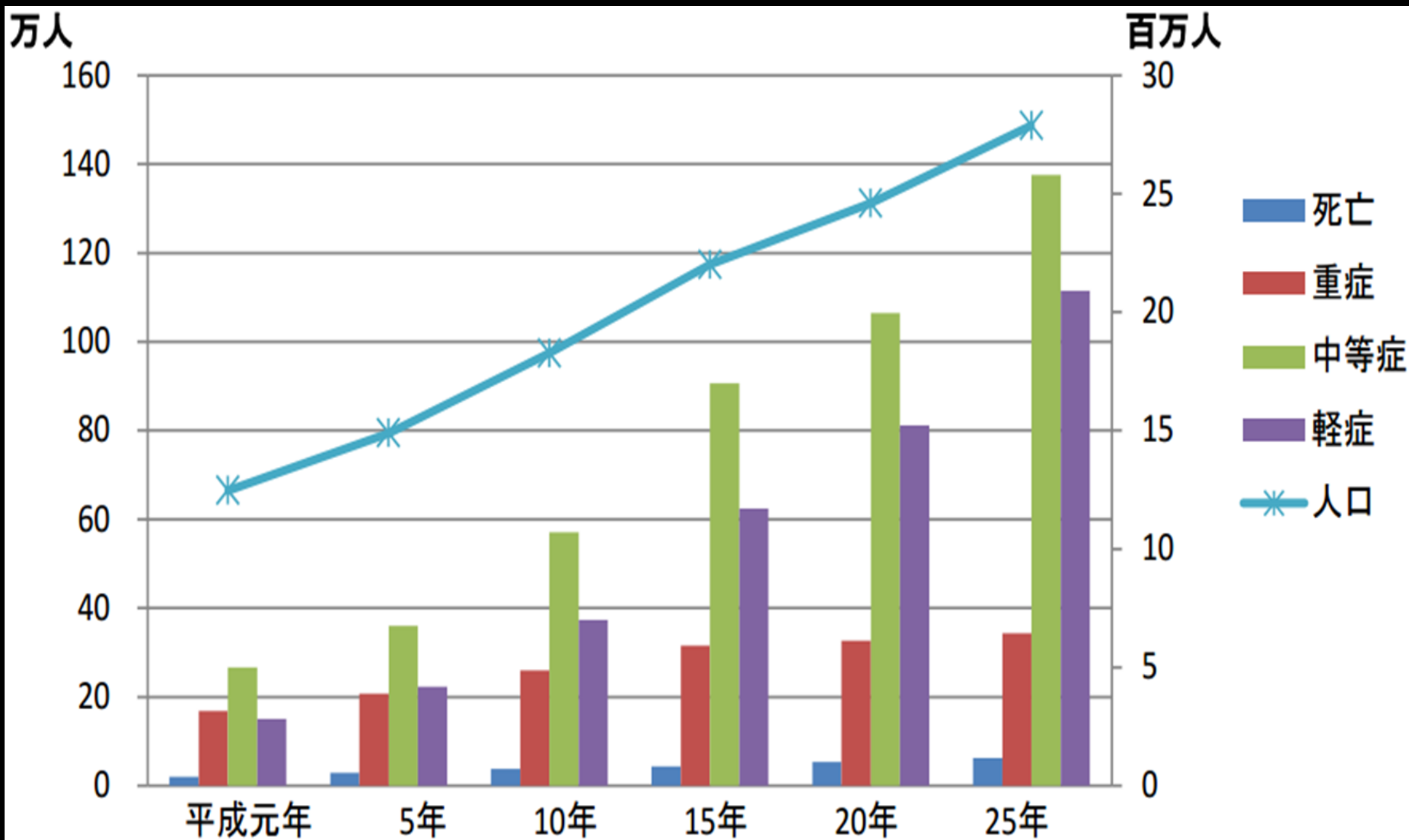




病院と地域が協働するための規範的統合 介護サービス経営カレッジ2019総会

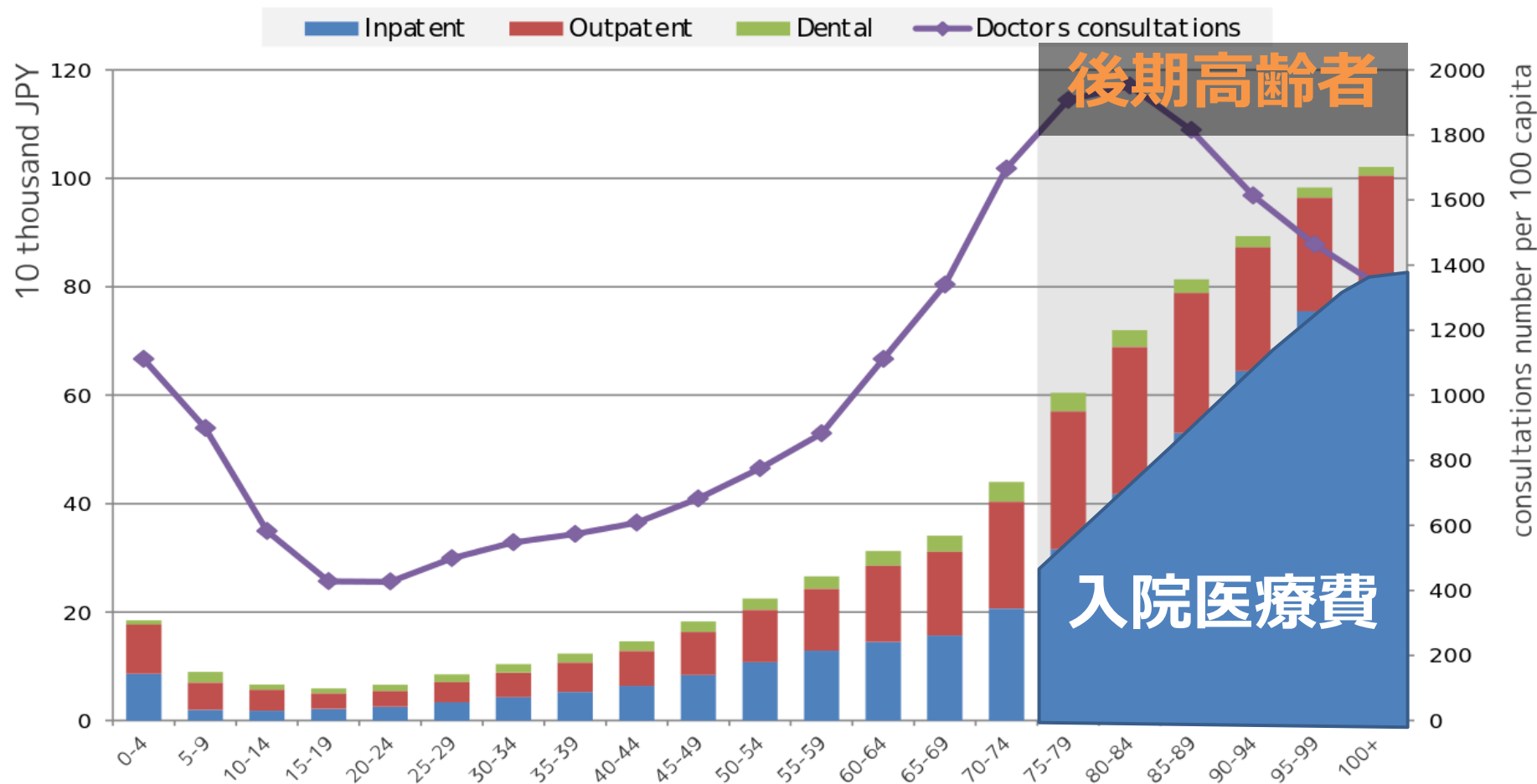
佐々木 淳
医療法人社団悠翔会・理事長・診療部長

高齢者の救急搬送の増加



高齢者医療費の80%が入院医療費

Health care expenditures in Japan NHI and Latter-Stage Elderly Healthcare by Age (MHLW, 2012)



人生の最期を選べない現実

病院死

できれば自宅で

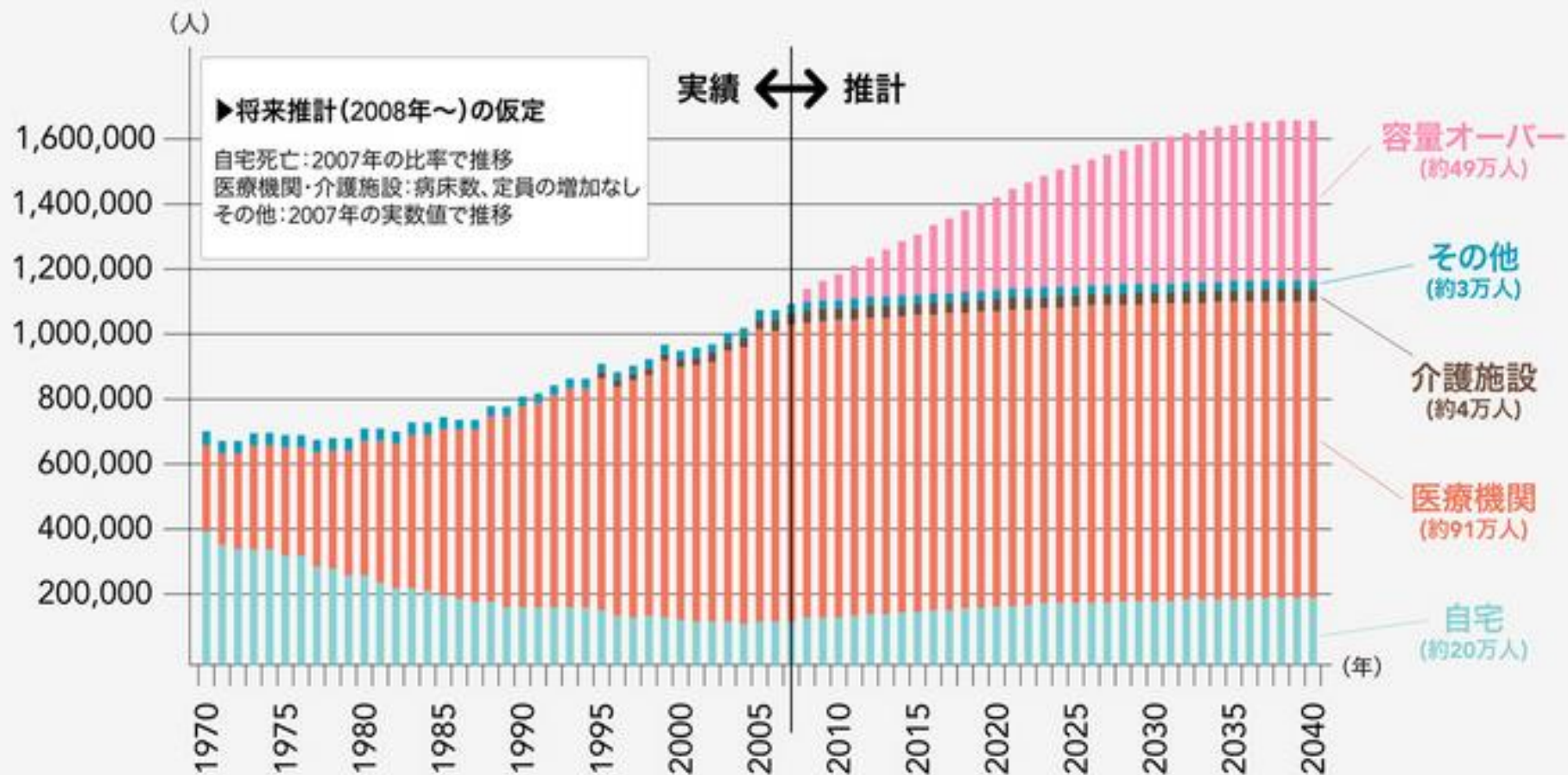
H20 厚生労働省 終末期医療に関する調査



病院死

在宅死

看取り難民



出典:中央社会保険医療協議会(平成23年5月18日)資料 「我が国の医療についての基本資料」
出典:2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

医療法人社団悠翔会 組織概要

YUSHOUKAI is the largest home medical care provider in Tokyo Metropolitan Area.

In 2006, Japanese government defined the "Home Medical Care Support Clinic" in Medical Care Law.

We started to provide home medical care at the same time, and expanded our business in accordance with the request of the local community.

Now, we operate 9 clinics in Tokyo Metropolitan Area.

We work 365 days 24 hours and has supported the home life of over 13000 patients.

15 Clinics

5 in Tokyo, 2 in Saitama, 1 in Chiba, 1 in Kanagawa
All clinics has certified by the government
as "High-Performance Home Care Clinic"

76 Doctors

28 regular doctors + 48 part-time doctors
including 49 General physicians, 12 Palliative care specialists and 6 Psychologists
covers all category except for Obstetrics.

122 Co-Medical Staff

4 Dentists
30 Nurses
2 Physical therapists
5 Dental hygienists
2 Nutrition specialists
4 Acupuncturists
3 Care managers
12 Medical social workers
18 Medical secretaries
22 Distribution staff

4,978 Patients

2200 at home, 800 in nursing home
1400 new patients yearly

1,142 Deaths

560 Deaths (73.7%) at home yearly

128.320 Visits

96,250 regular visits + 7,380 emergent visits
by doctors yearly

32 Cars

30 Cars runs
33,3300km yearly to visits patients home.

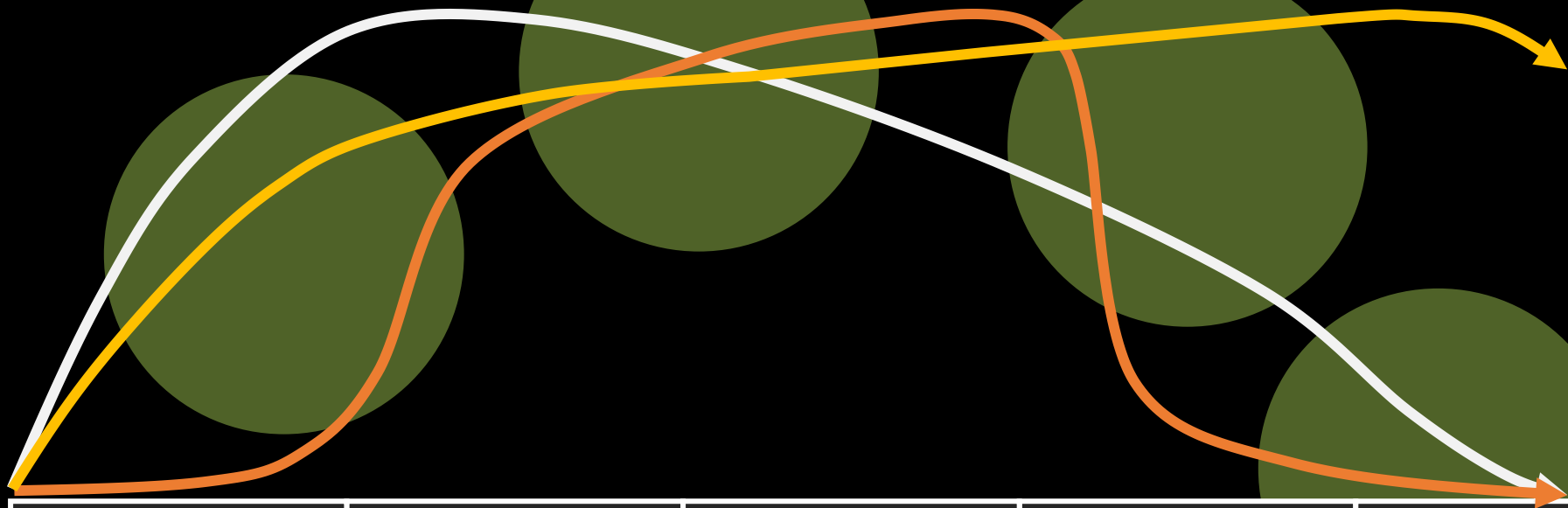
372.500 Km



身体的機能

社会的機能

精神的機能

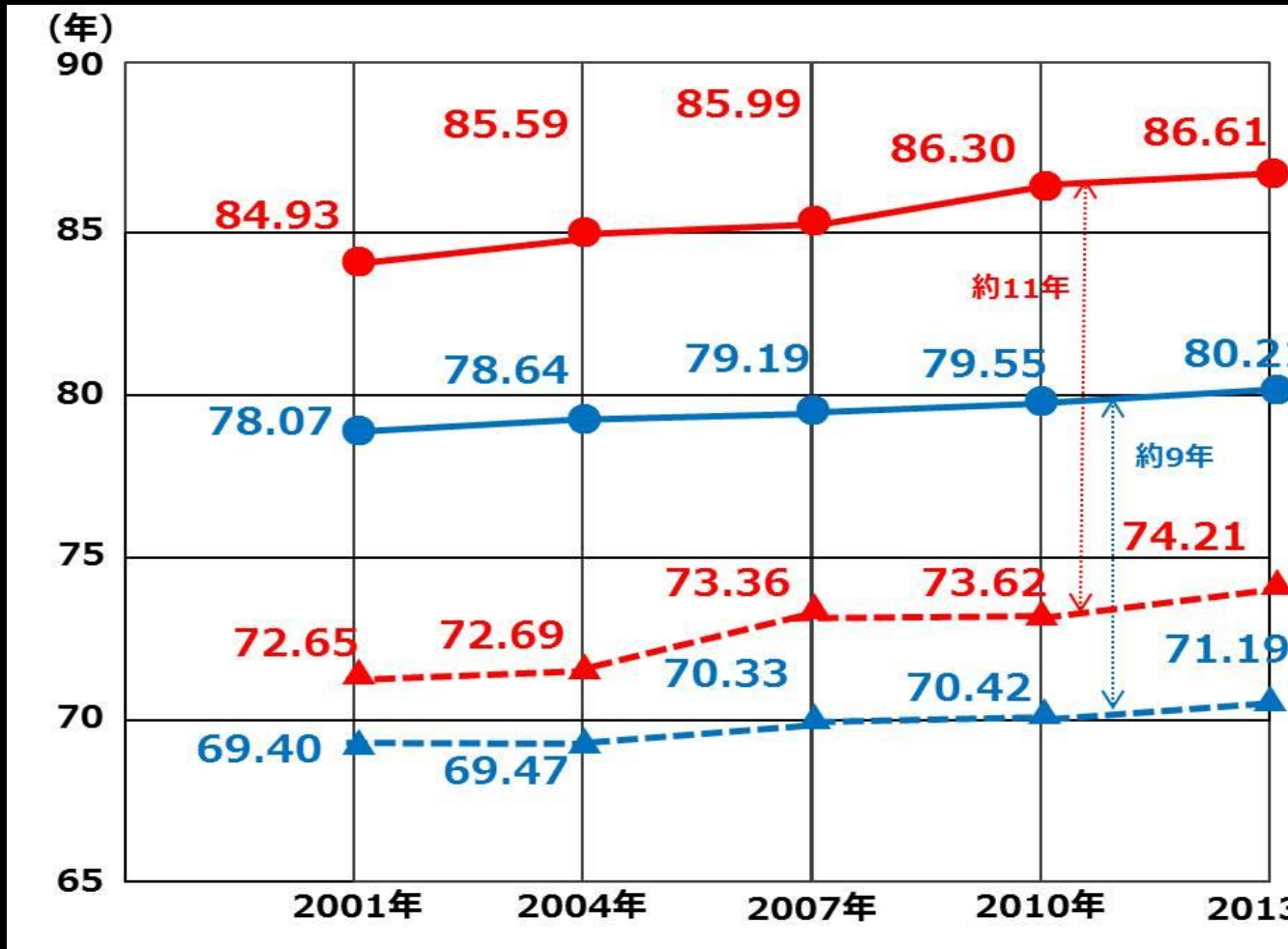


小児期

現役世代

高齡者

▶健康寿命と平均寿命の推移

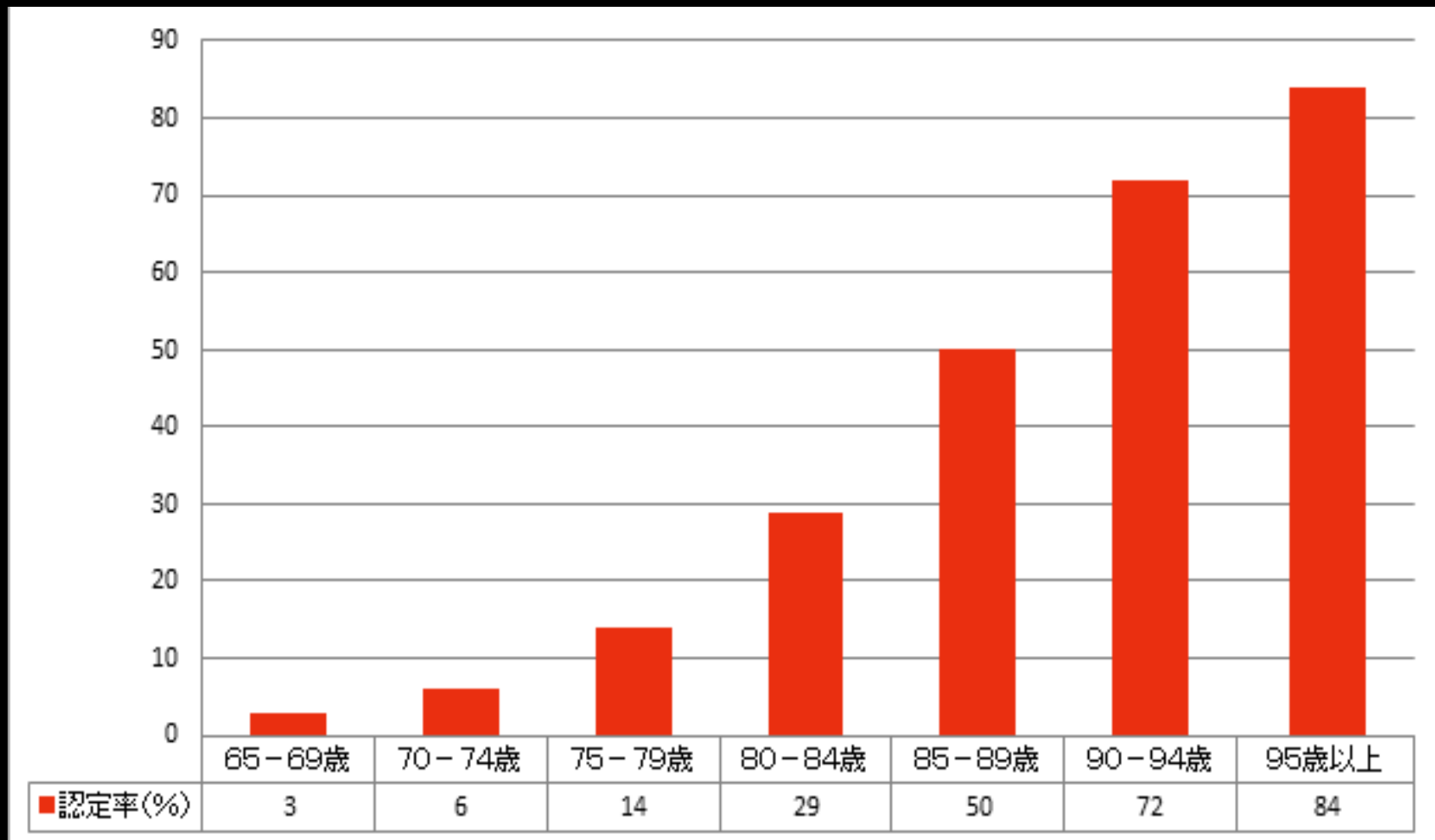


【出典】平成27年版高齢社会白書（内閣府）平成27年6月12日閣議決定 資料：

平均寿命：平成13・16・19・25年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」

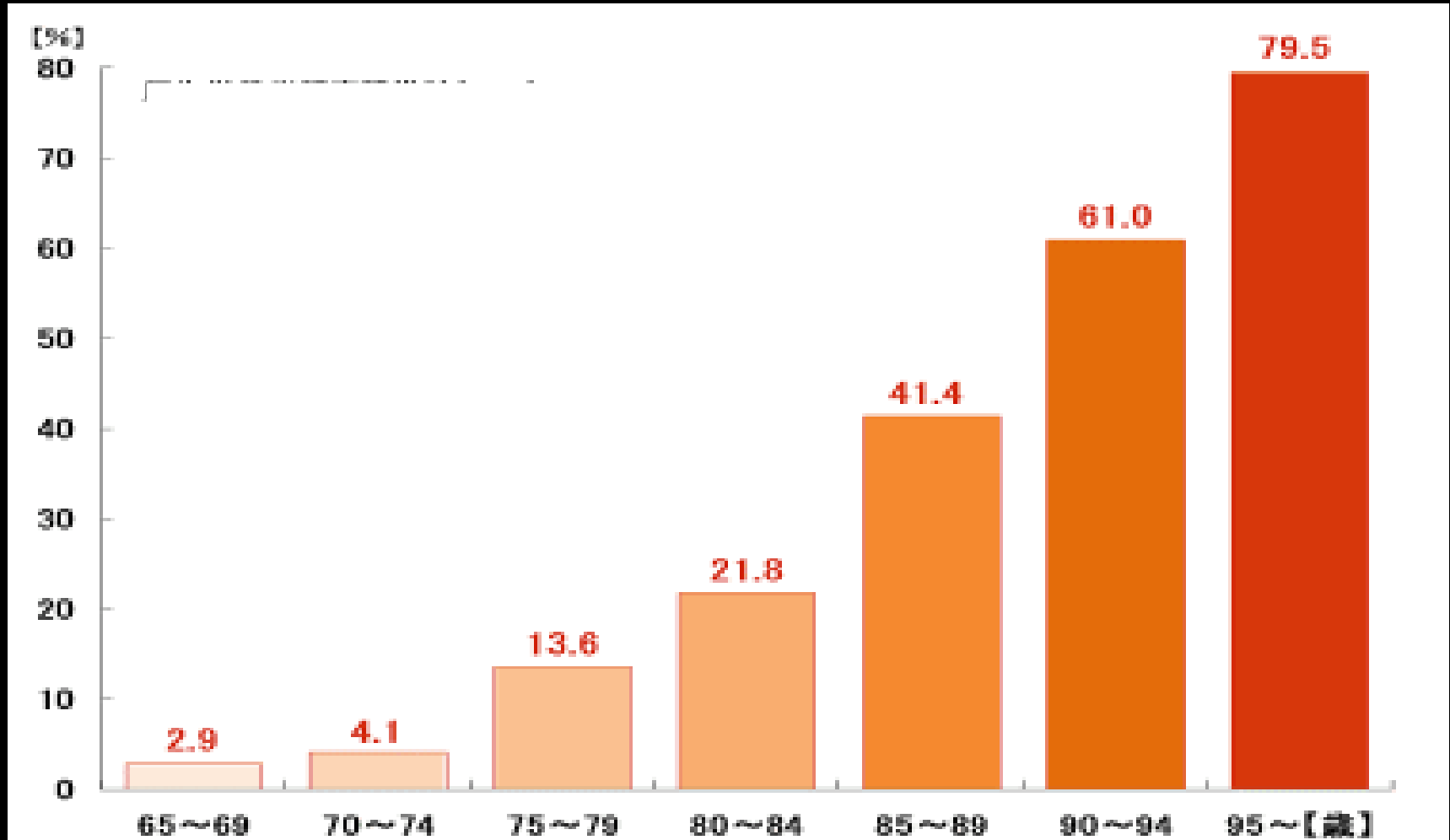
健康寿命：平成13・16・19・22年は厚生労働省科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」平成25年は厚生労働省が「国民生活基礎調査」を基に算出

▶ 歳をとればだれもが要介護



【出典】 26.4.24 老健局振興課作成資料を改 社会保障人口問題研究所（平成24.11審査分）

▶ 歳をとればだれもが認知症



【出典】2013年厚生労働省研究班推計



健康

心身機能・構造

個人因子

体質・病気・障害



障害

医学モデル

国際疾病分類・国際障害分類

医療・介護・支援

環境因子

個人因子

体質・病気・障害

心身機能・構造

生活

参加

健康

生活機能水準

障害

生活モデル

国際生活機能分類

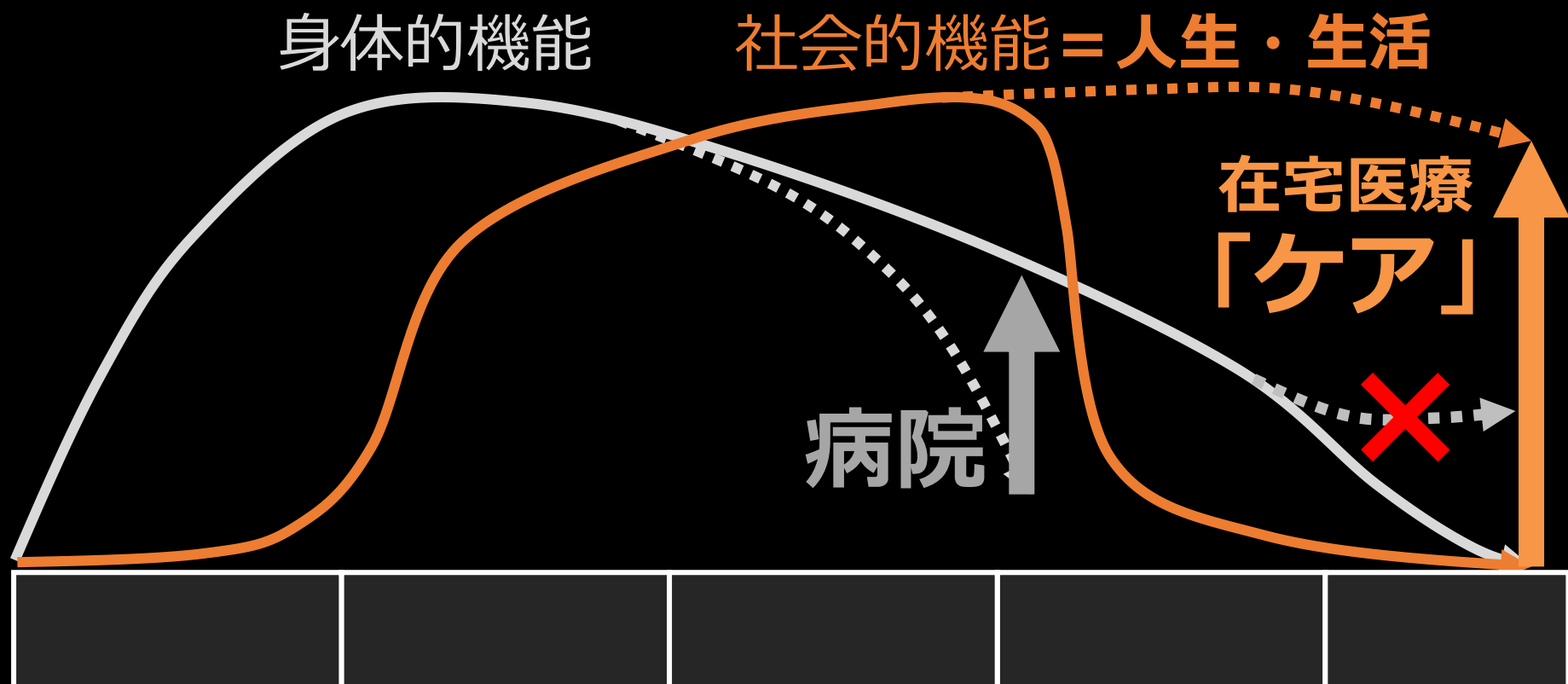


Life!

病気や障害があっても、
強みを生かし、環境を整えれば
最期まで健康な**生活**、健康な**人生**を送れる！

【生活モデル】

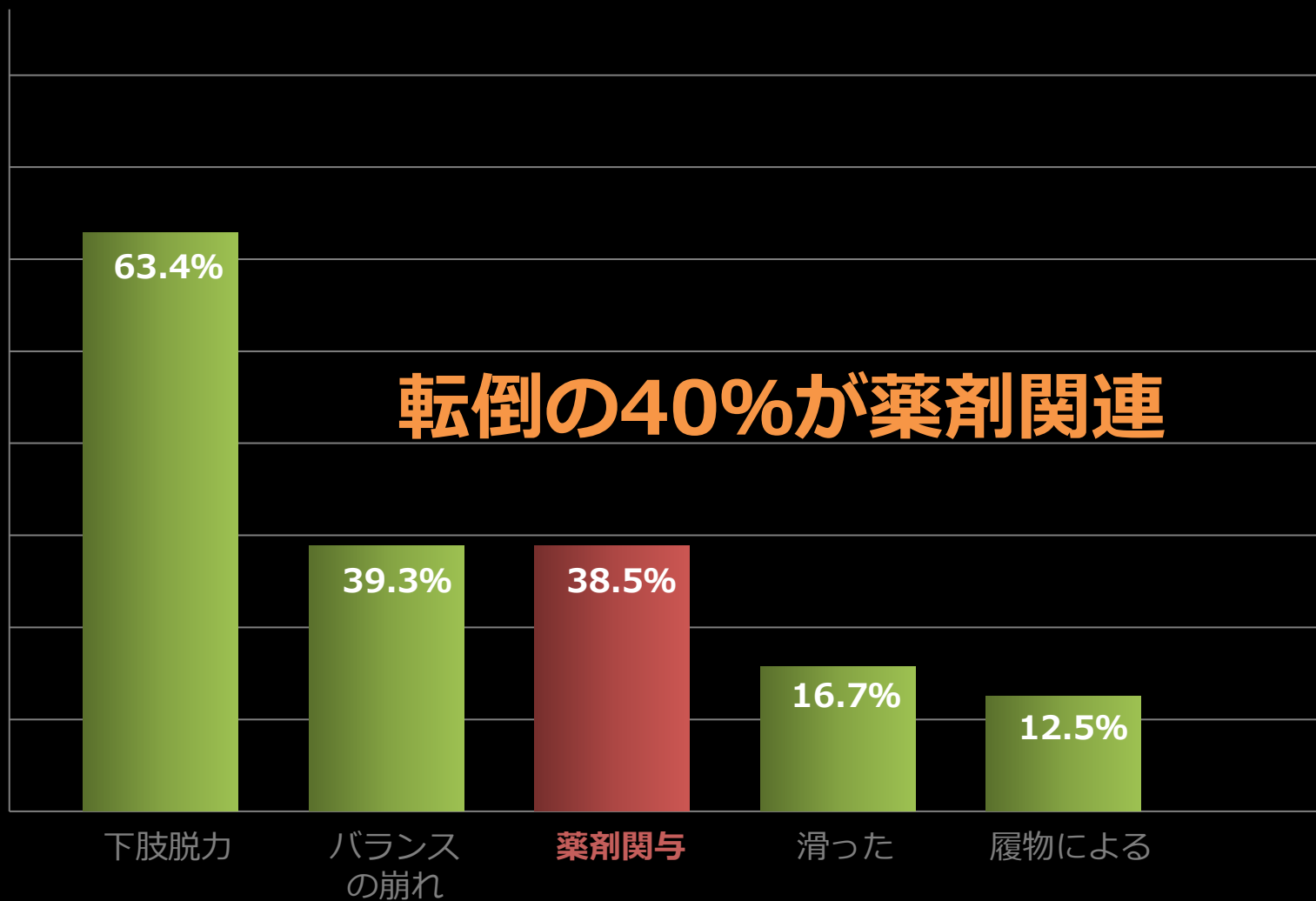
最期まで納得できる人生を生き切れる。



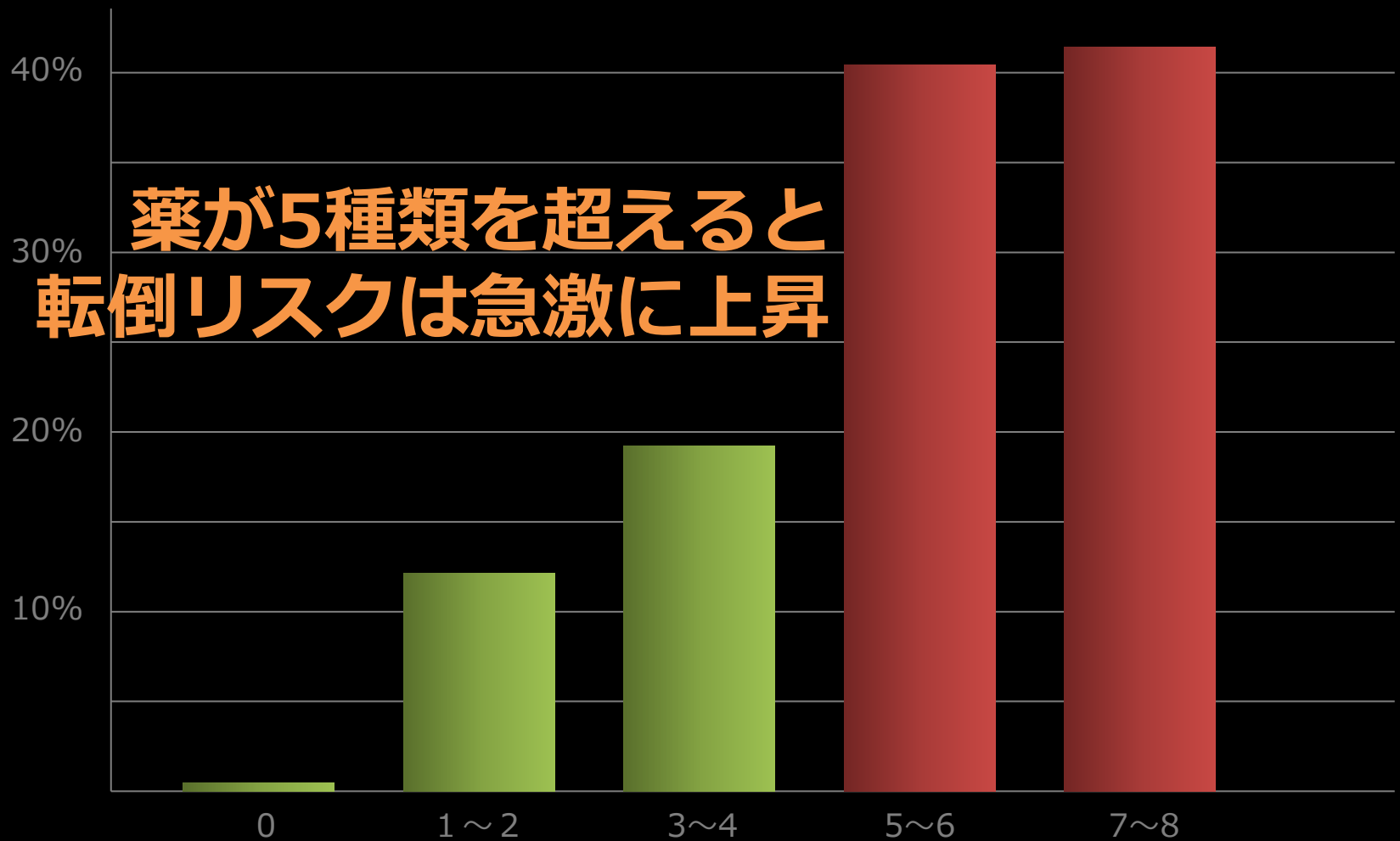
【医学モデル】

衰弱していく心身の機能を最適にケアできる。

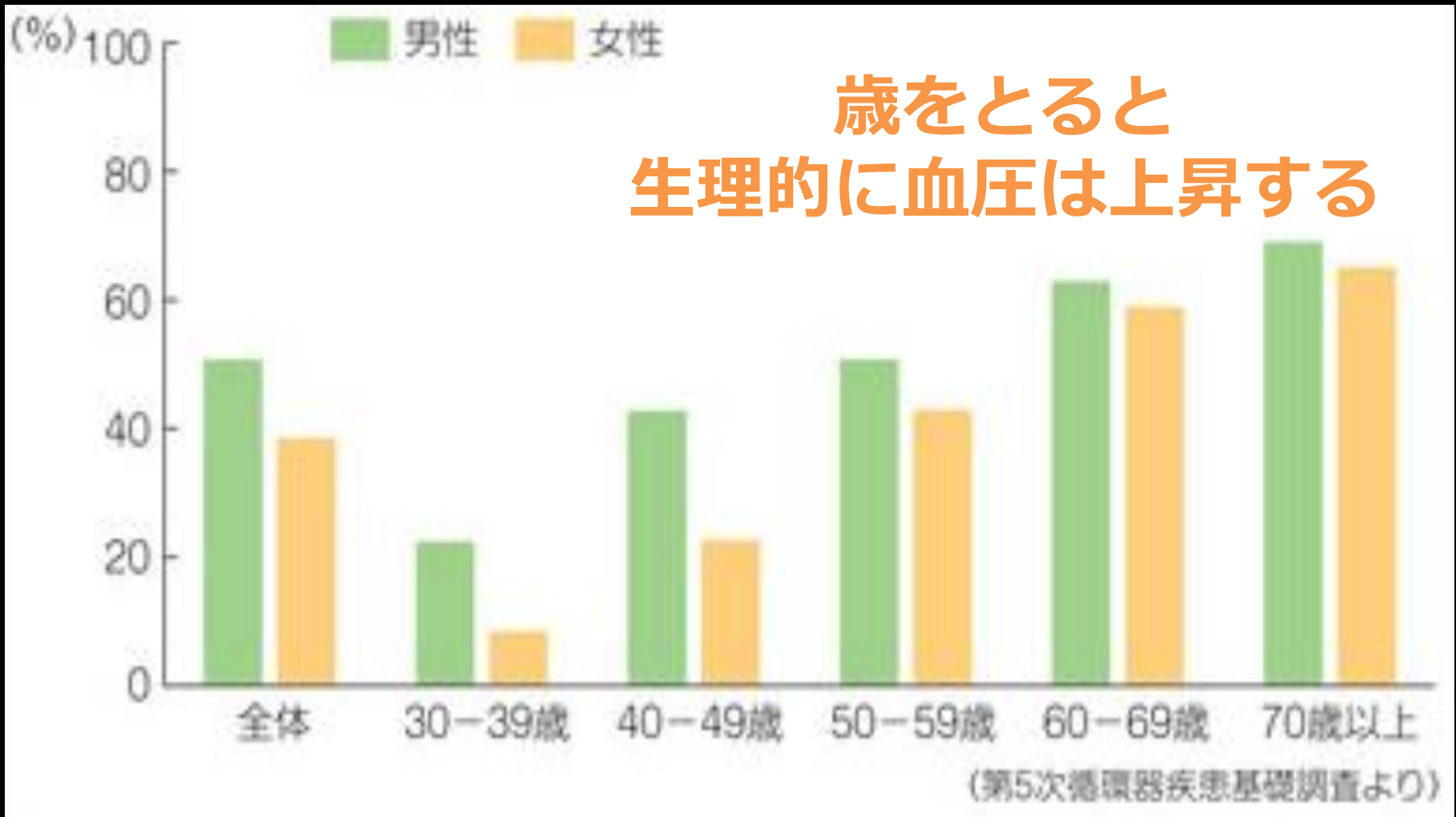
▶ 薬と転倒リスク



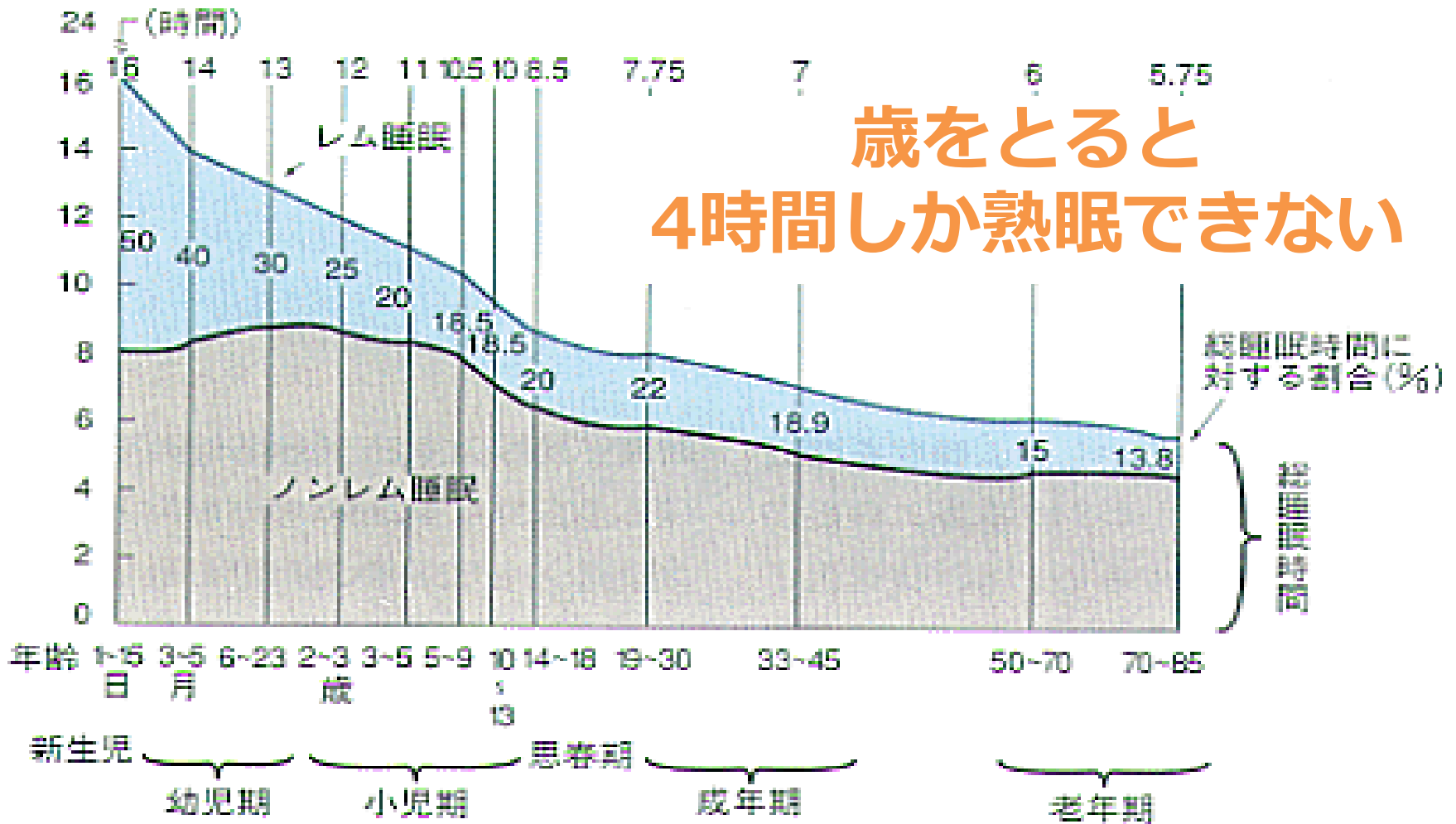
▶ 薬の種類と転倒リスク



▶ 高血圧は病気？ 老化？



▶ 不眠症は病気？ 老化？



▶ 治療しないほうが予後良好？

患者の特徴・健康状態 ^{注1)}	カテゴリーI	カテゴリーII	カテゴリーIII
	① 認知機能正常 かつ ② ADL自立	① 軽度認知障害～軽度認知症 または ② 手段的ADL低下, 基本的ADL自立	① 中等度以上の認知症 または ② 基本的ADL低下 または ③ 多くの併存疾患や機能障害

重症化が危惧される薬剤（スリンSU薬、ニド薬など）の使用

**高血圧・糖尿病・高脂血症に対する
厳格な治療は死亡のリスクを高める**

7.5%未満
(下限6.5%)

8.0%未満
(下限7.0%)

(下限7.0%)

(下限7.5%)

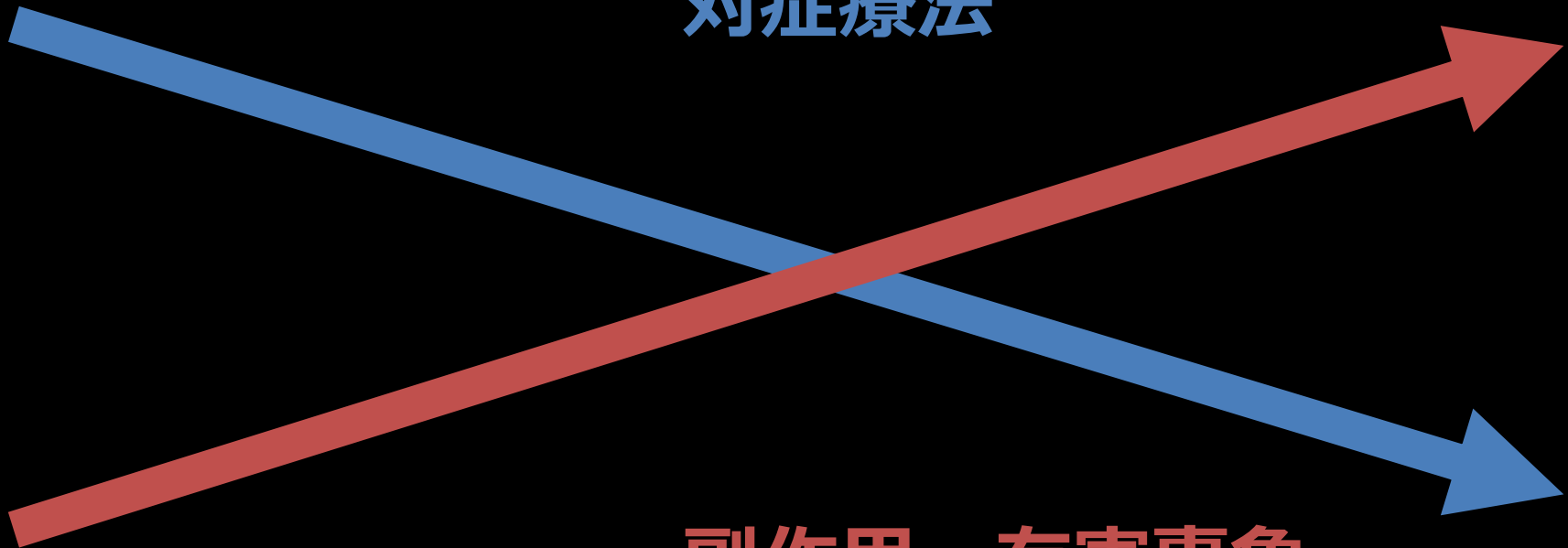
▶薬のメリットとデメリット

治療のメリット

予防治療
対症療法

治療のデメリット

副作用・有害事象
死亡リスク



▶ 病気の数が増えてきたら・・・
(高齢＋多疾患の方)

専門医

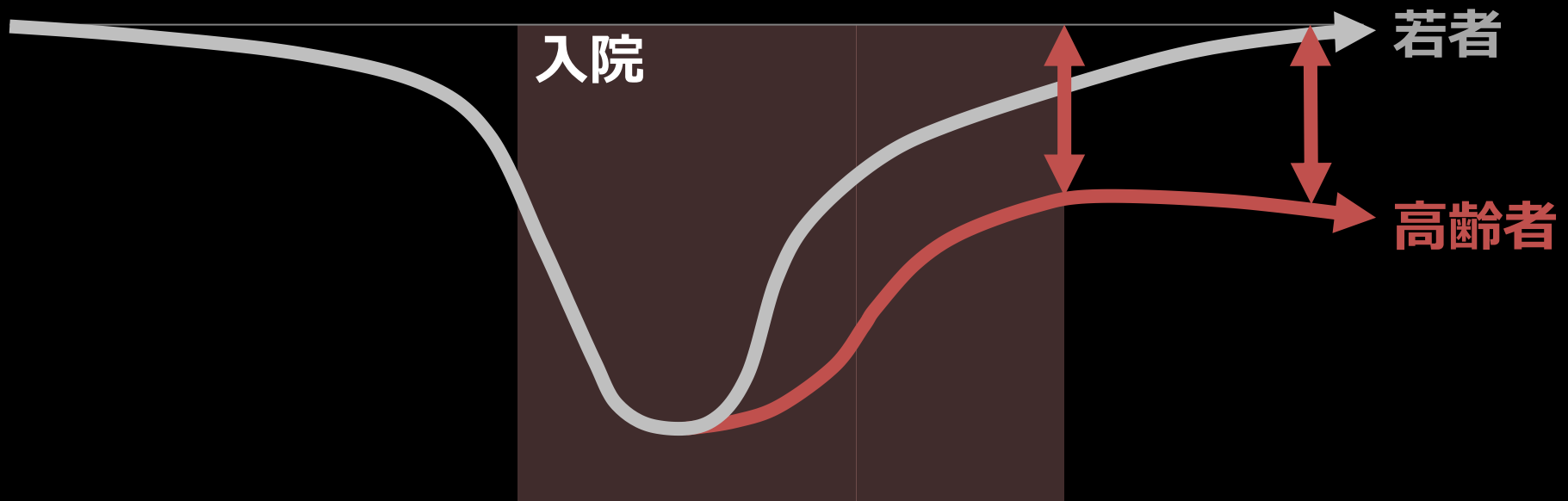
病気を一つずつ
きちんと治療してもらう

連携

かかりつけ医

複数の病気を持った人
として治療してもらう

▶ 高齢者は入院もリスク



入院治療により
身体機能、認知機能ともに低下

▶入院関連機能障害

リロケーションダメージ

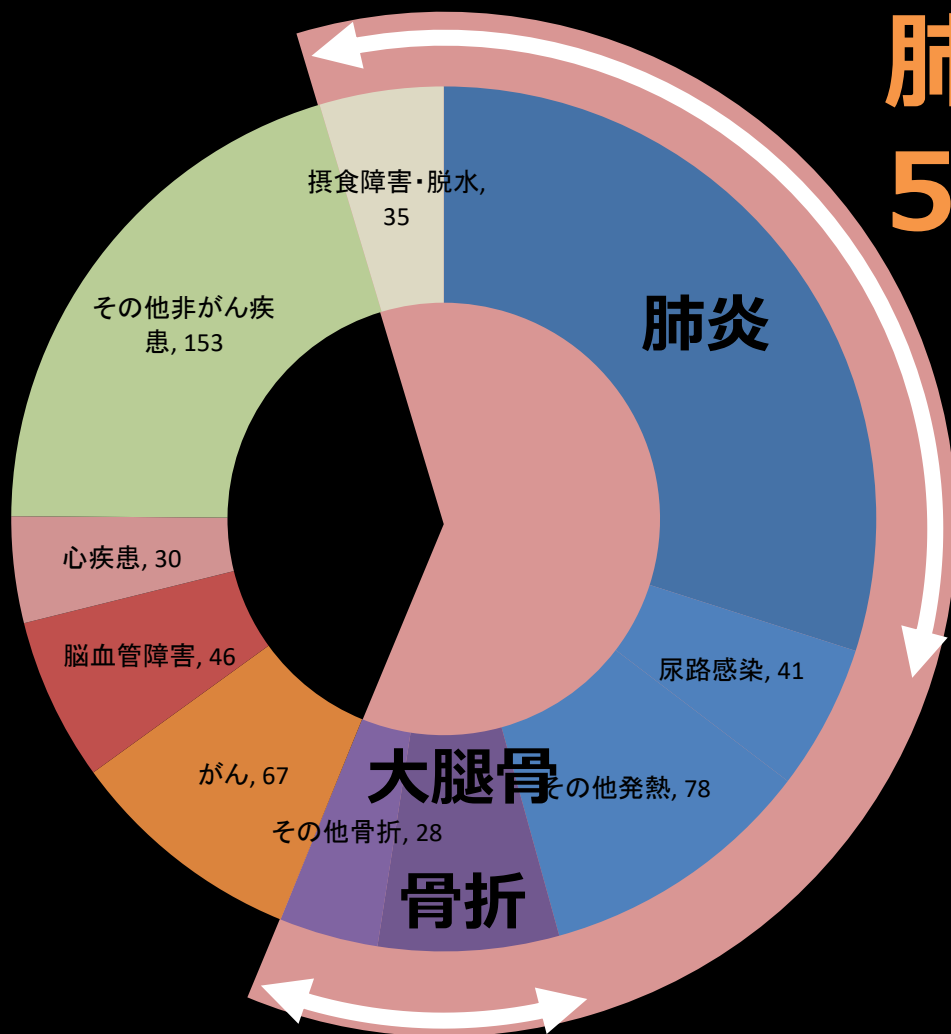
環境変化によるストレス
過緊張・適応障害・譫妄

医原性サルコペニア

床上安静・食事制限による
廃用症候群と低栄養の進行

▶在宅高齢者の緊急入院

肺炎と骨折で
50%



▶ 階段状に進む衰弱

入退院を繰り返しながら
要介護 ▶ 寝たきり ▶ 死亡

脳梗塞

転倒・骨折

誤嚥性肺炎

「よくする」ではなく
「悪くしない」ことが大切！

【防ぐ】

一次予防：発症予防 = リスク管理

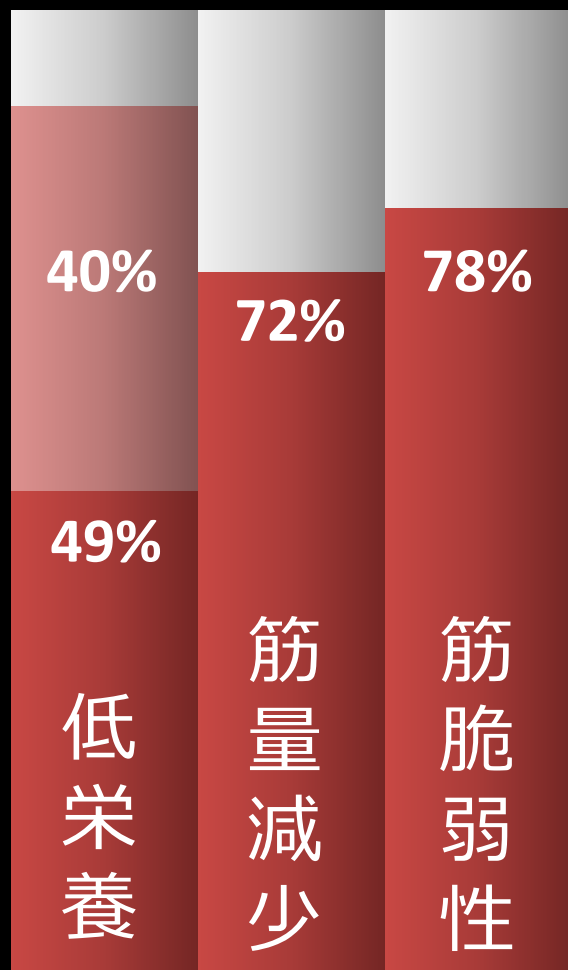
二次予防：早期発見・早期治療

三次予防：合併症予防 = 早期退院

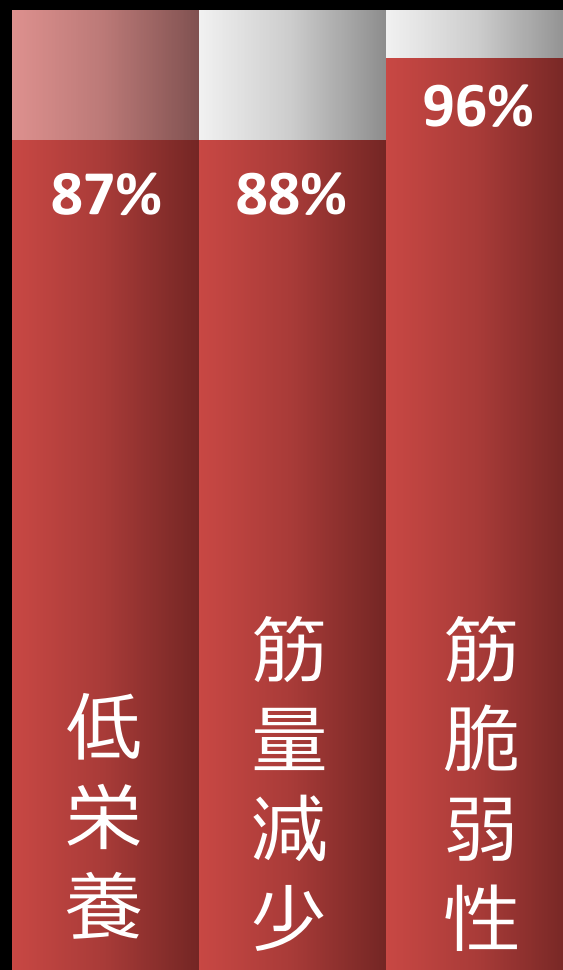
ACP：アドバンスケアプランニング

▶ 肺炎も骨折も原因は同じ

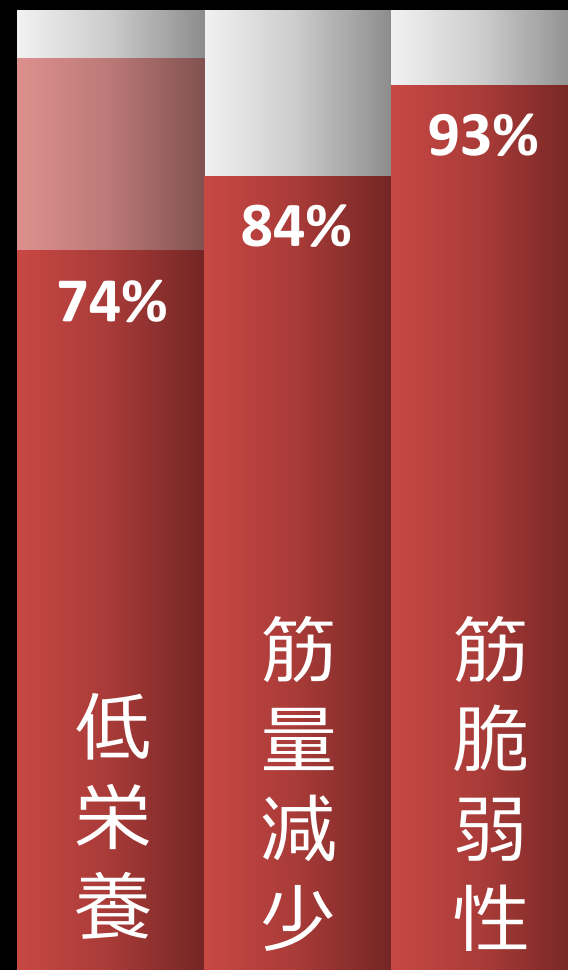
在宅高齢者



肺炎



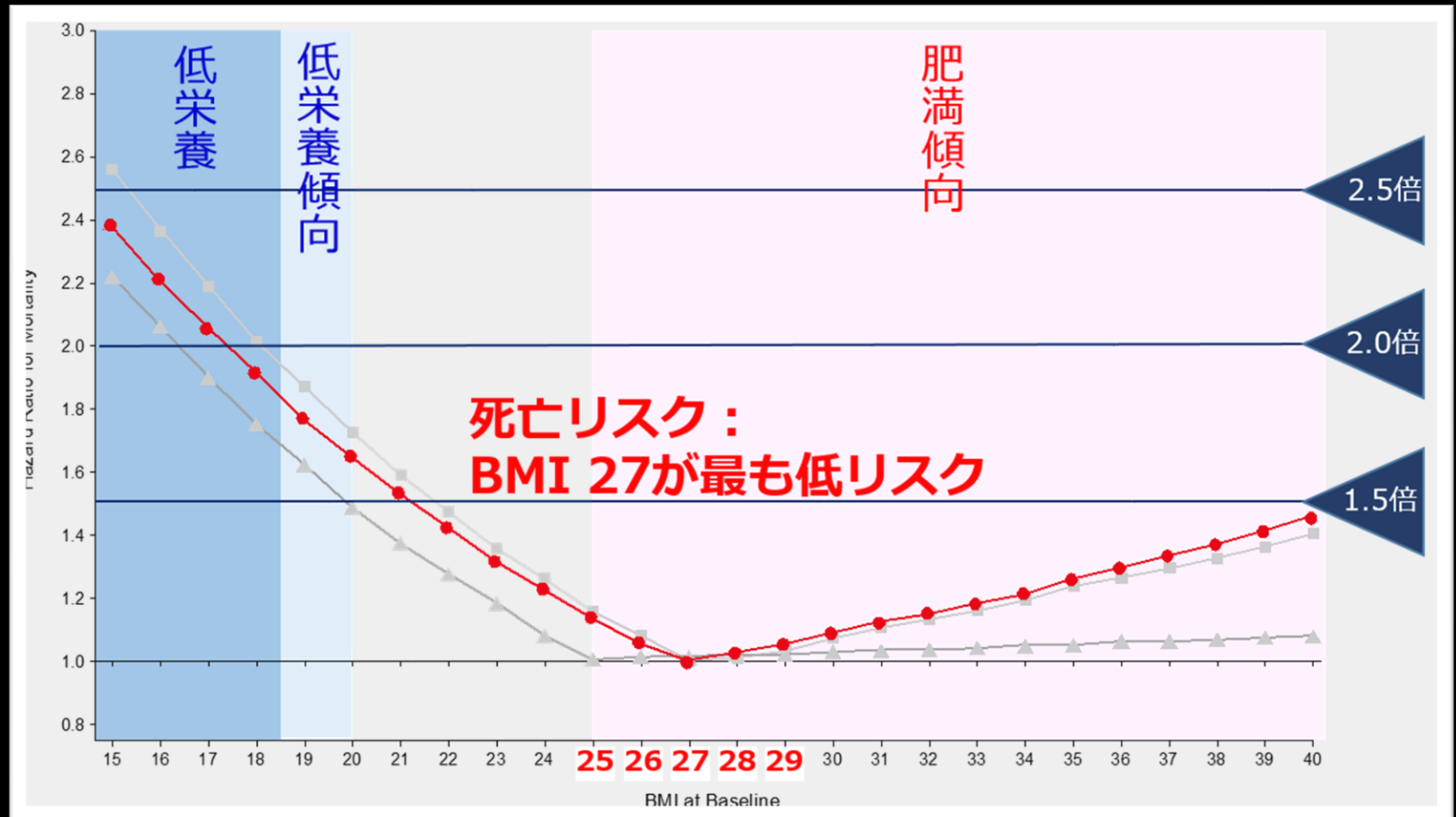
骨折



▶ 「食べる」が基本！



▶ 高齢者に食事制限は必要？



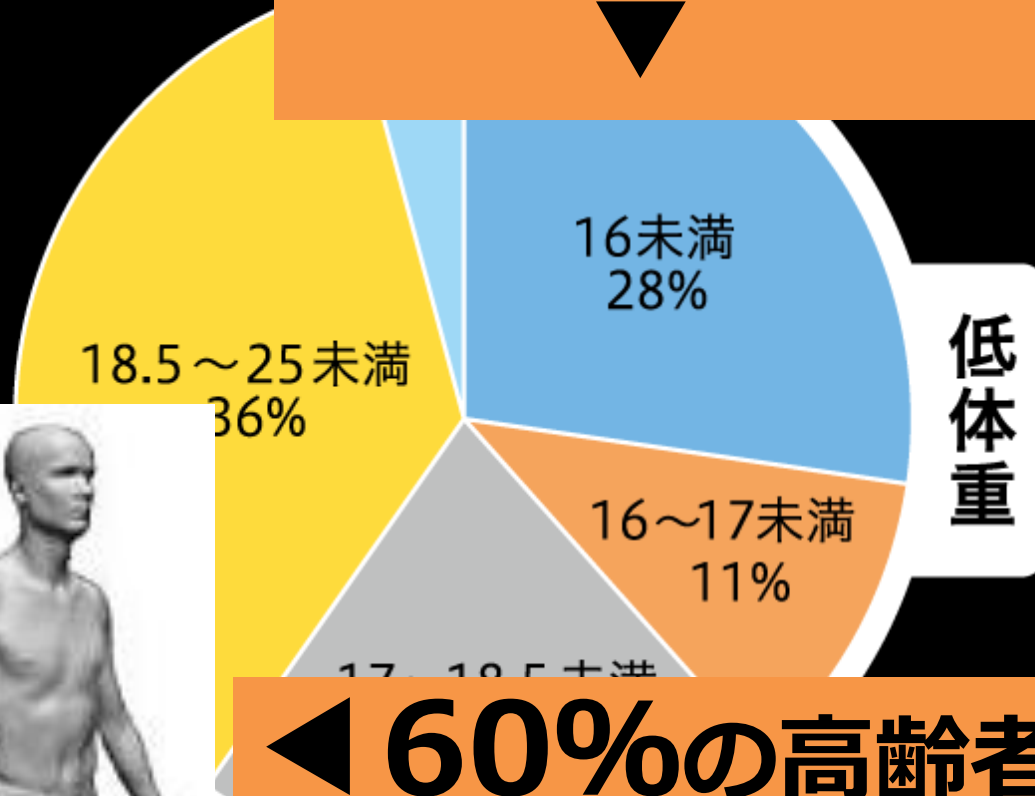
Al Snih S, Ottenbacher KJ, Markides KS, Kuo YF, Eschbach K, Goodwin JS. The effect of obesity on disability vs mortality in older Americans. Arch Intern Med. 2007;167:774-780.

▶ 在宅高齢者の平均BMI 18.1

※訪問看護利用者

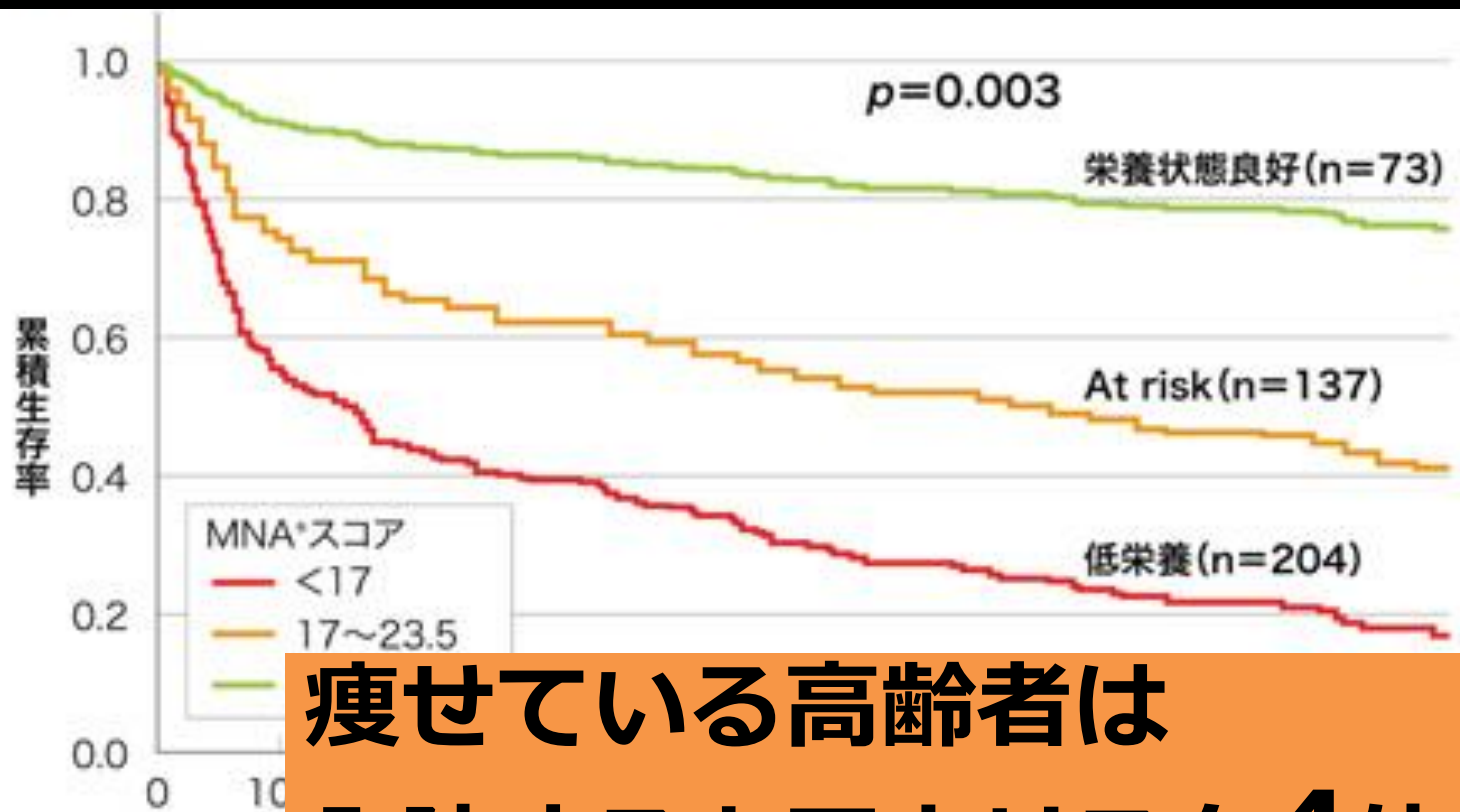
死亡リスク 2.6倍に！

BMI



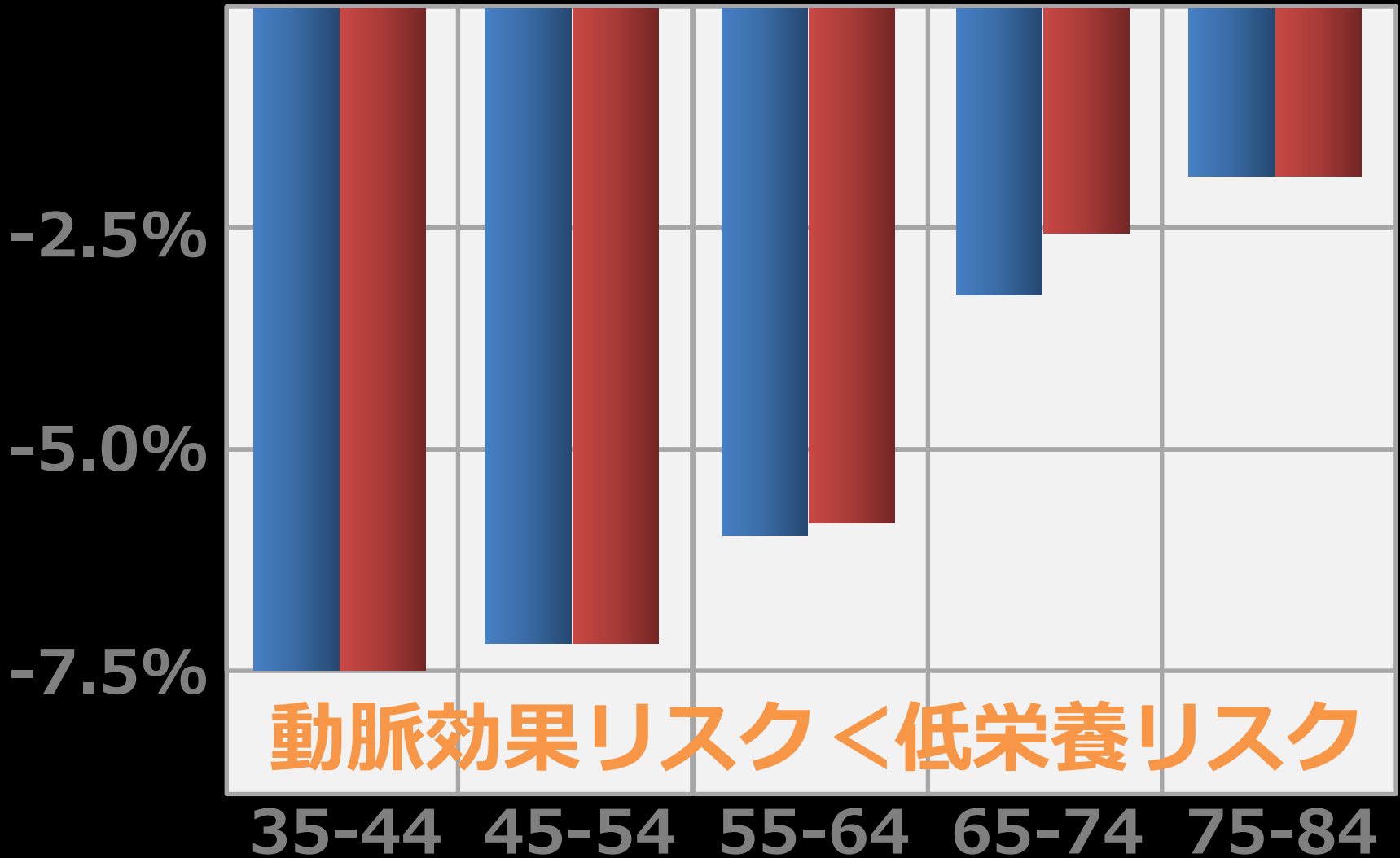
◀ 60%の高齢者がこれより痩せている！

▶ 低栄養は死亡のリスクが4倍に

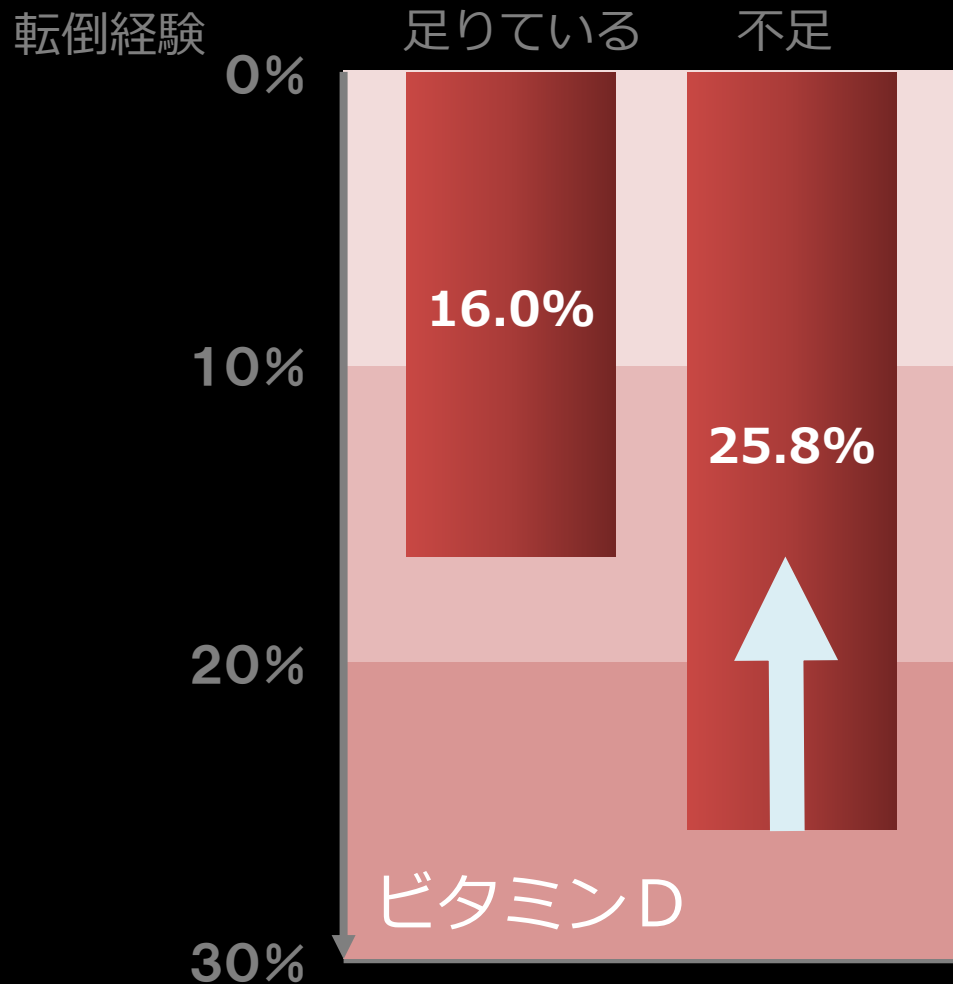


痩せている高齢者は
入院すると死亡リスク4倍

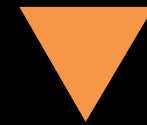
▶ 塩分制限は必要？



▶ 過剰よりも不足が問題

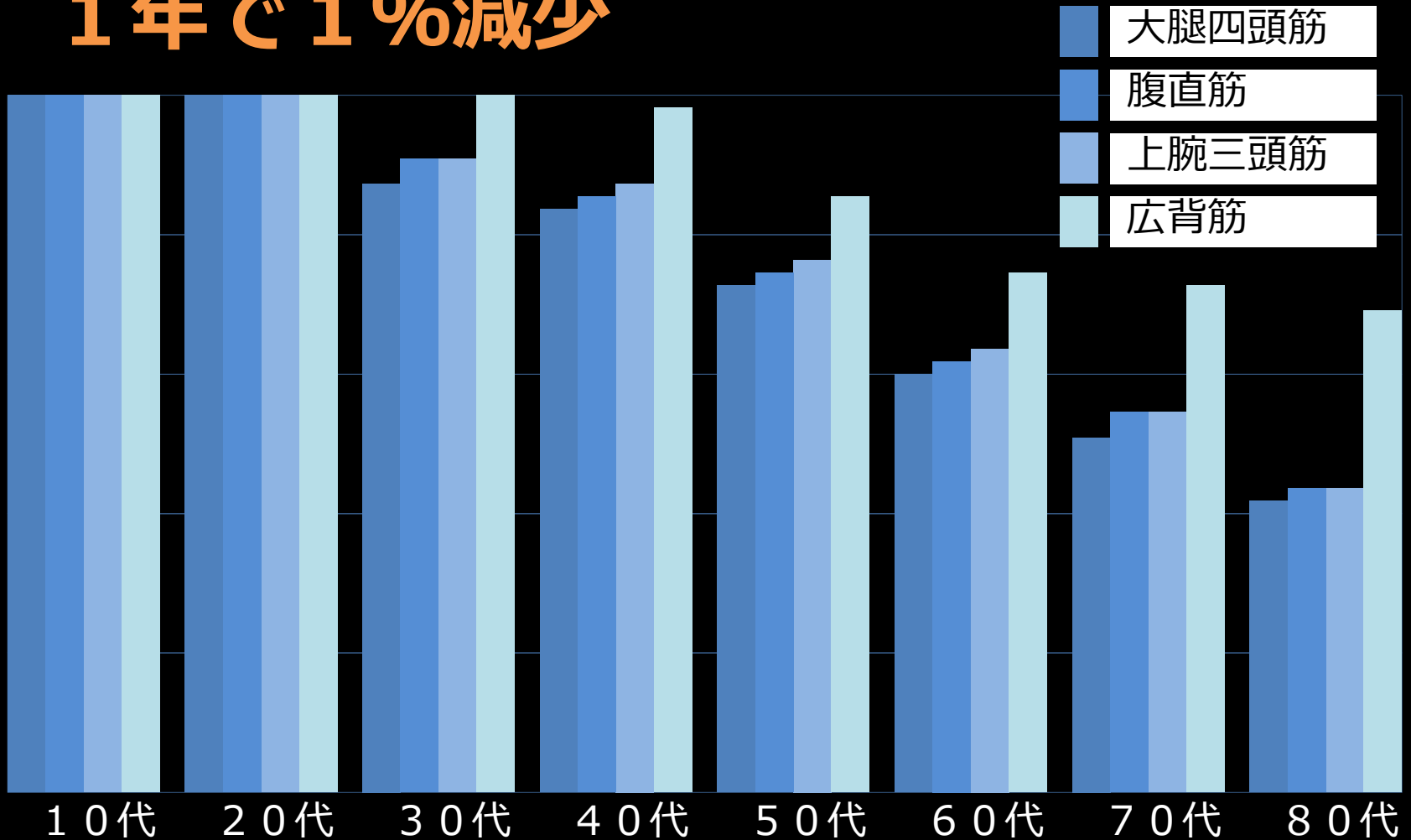


ビタミンDが不足



転倒リスク1.5倍
死亡リスク1.5倍
(ハザード比1.48)

▶ 加齢に伴う筋量減少 1年で1%減少



▶ 何のための医療？

健康な人生をより長く

- 食べすぎない
- 太らない
- 喫煙×飲酒×
- 血圧しっかり下げる
- 血糖しっかり下げる
- 脂質しっかり下げる
- 薬をちゃんと飲む

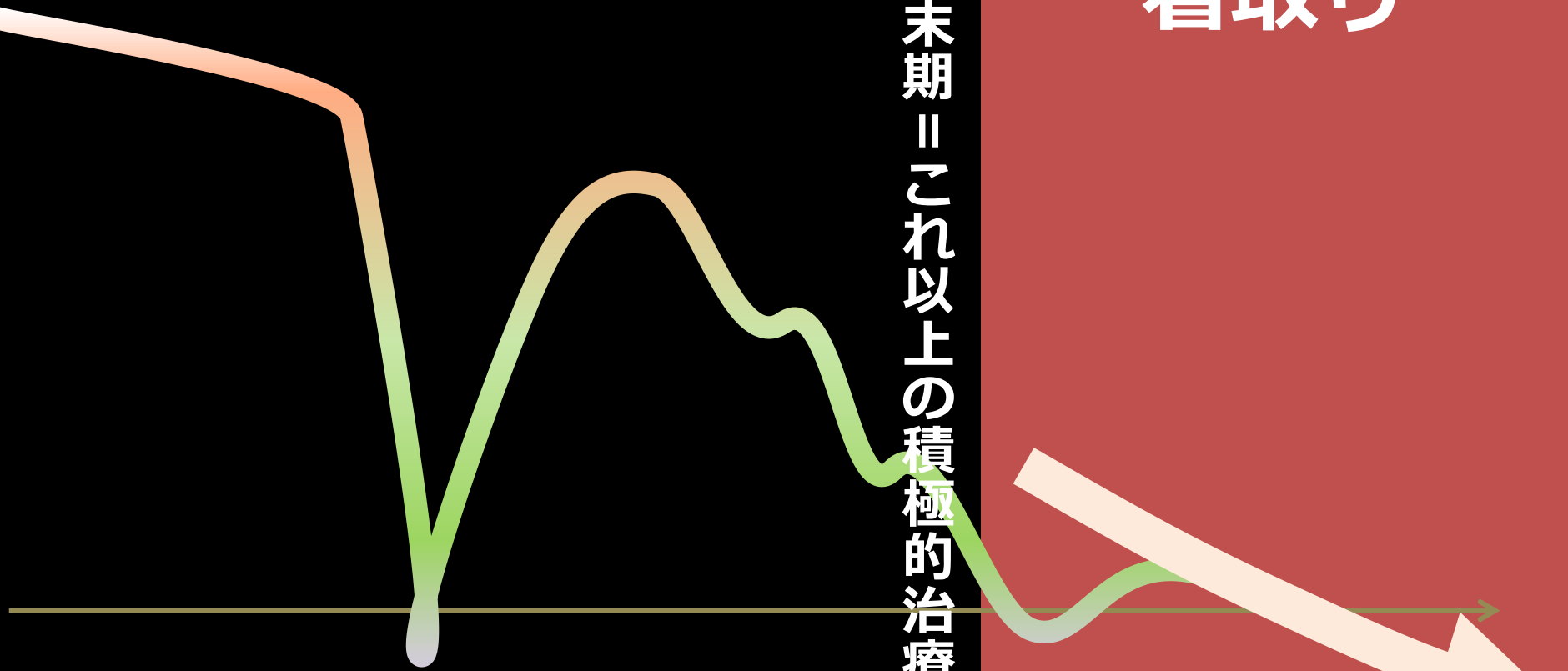
動脈硬化・メタボ

残る人生をより楽しく

- しっかり食べる
- 体重を増やす
- 喫煙◎飲酒◎
- 血圧は下げ過ぎない
- 血糖は下げ過ぎない
- 脂質は下げない
- 薬はできるだけ少なく

低栄養・フレイル・認知症

▶ 人生が進むと

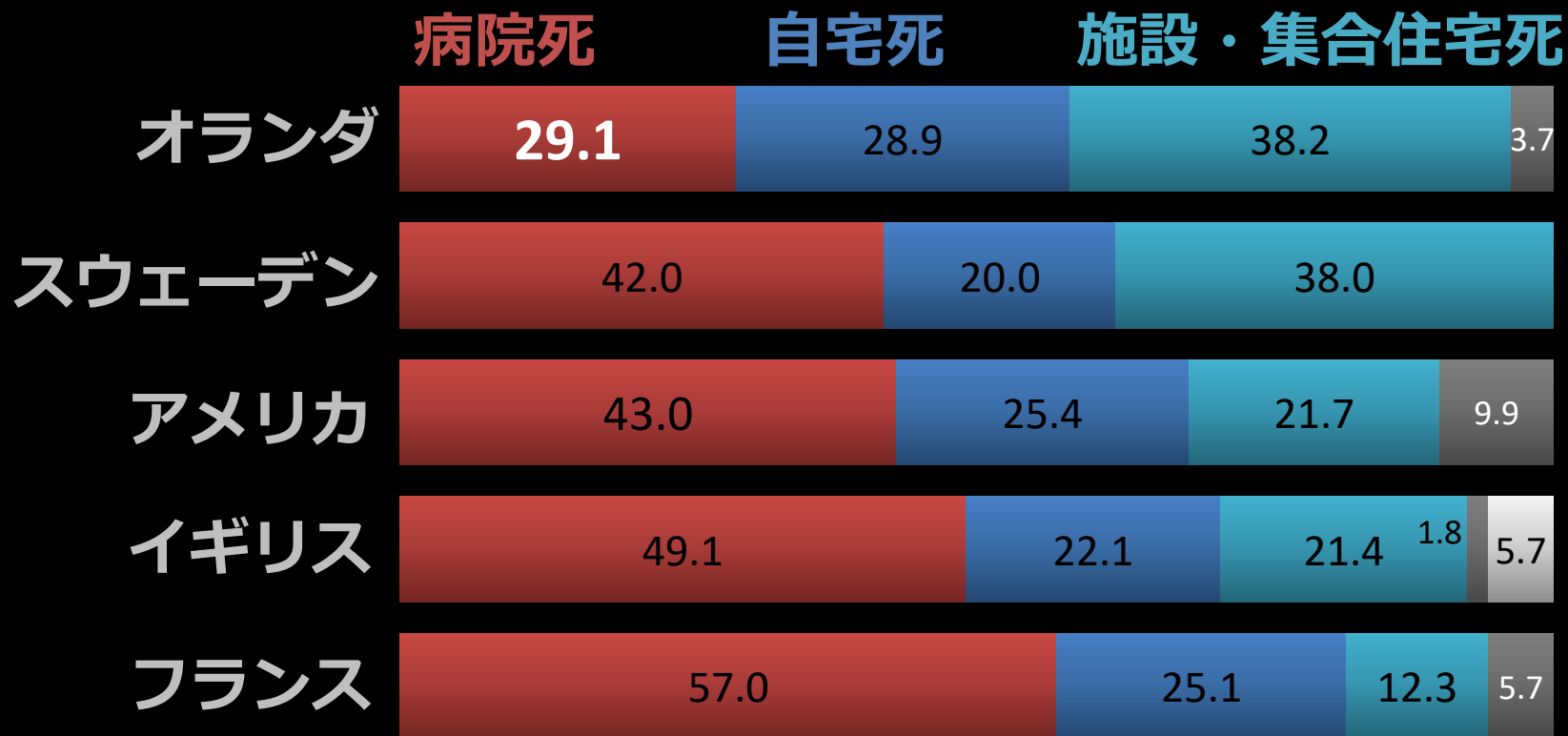


終末期はこれ以上の積極的治療はしない。

看取り

最期の下山

▶ 日本の現状は異常



▶ 納得できる最期を迎えるために

- 1 ● 治らないという現実を受容する
- 2 ● 最期まで生活や人生を諦めない
- 3 ● 苦痛の緩和は確実に



いまどのあたりにいる？

ここから先の下山ルートはどうなってる？

自分にとって最適なルートは？

そのために必要な準備は？

そのルートで、何が起こる可能性がある？

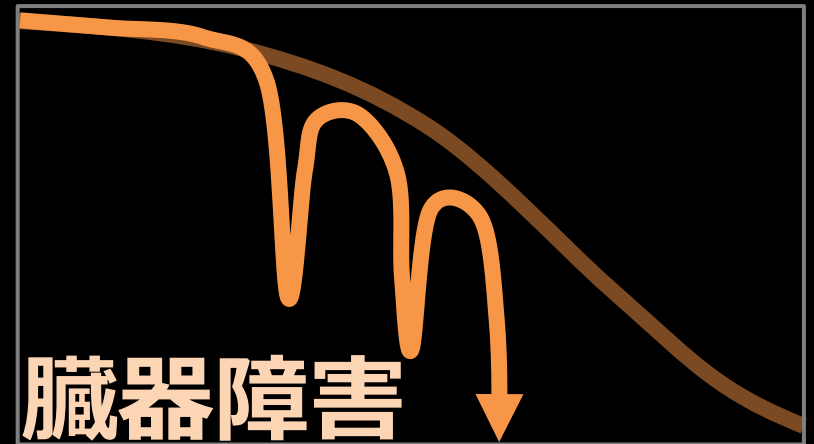
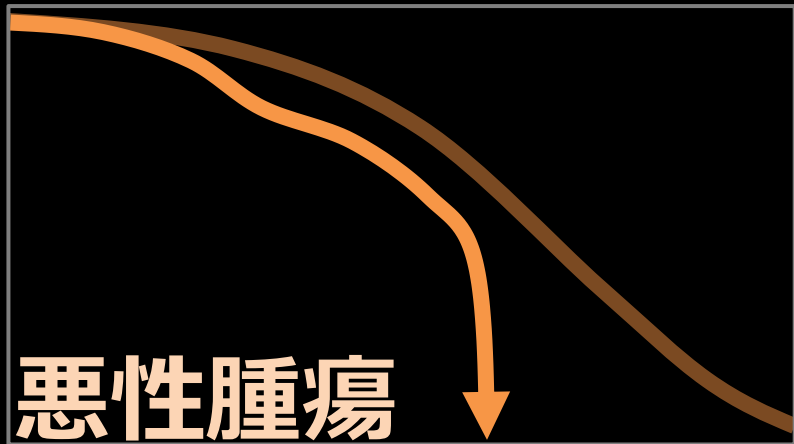
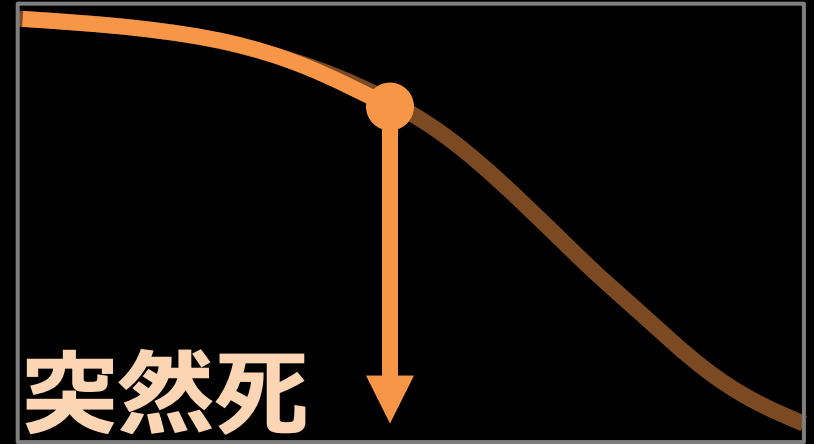
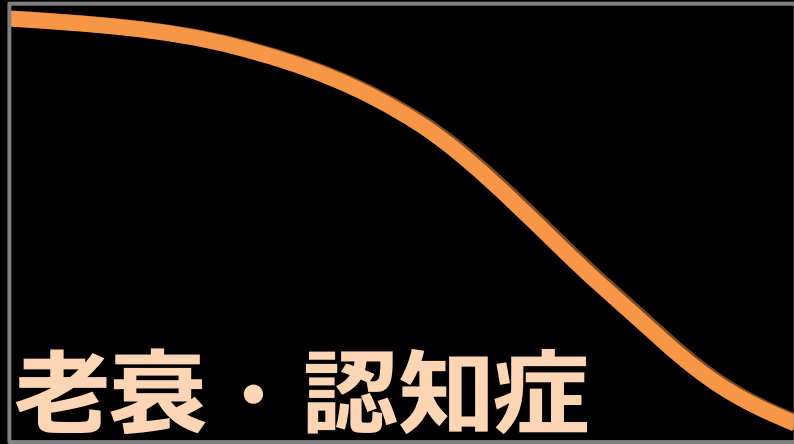
それが起こったらどうする？

どんな選択肢がある？

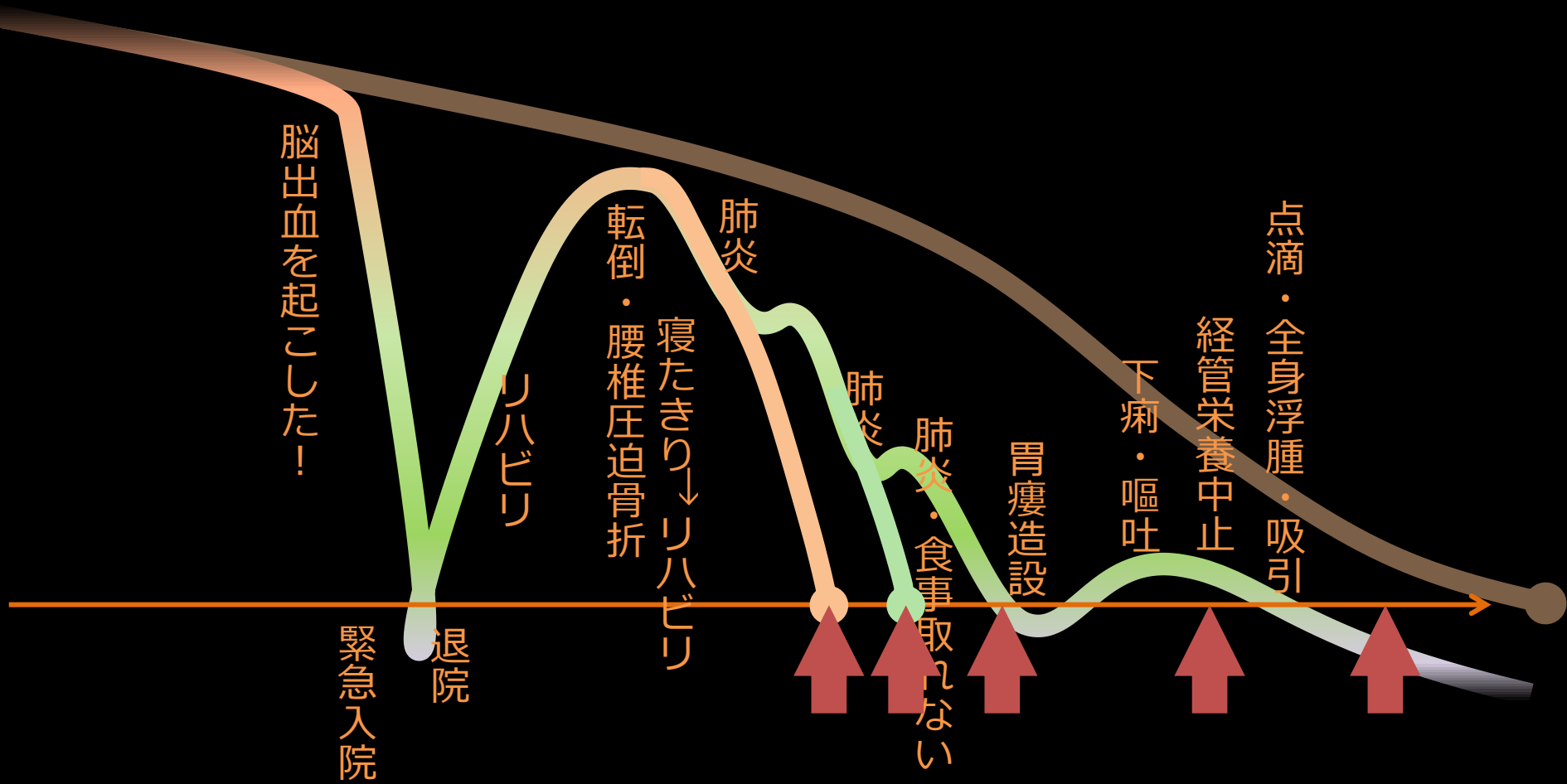
現時点で準備しておくものは？

だれにガイドしてもらおう？

▶ 人生の最期 4つのパターン



▶どこで医療を「卒業」するか？



▶何が正しいのか？

治療は可能か

本人は
どう思っているか

治療によって
人生や生活は
改善するか

家族や周囲は
どう思っているか

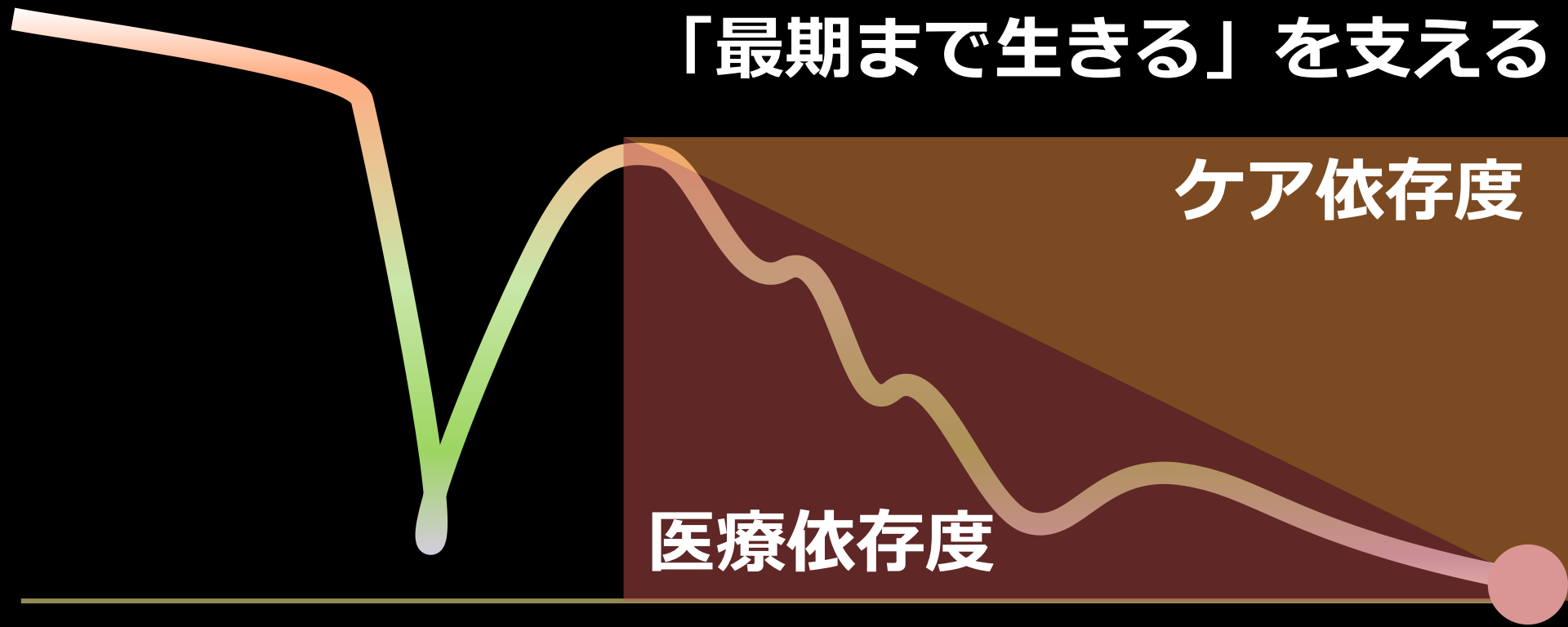
▶ 看取りは医療ではない。

「最期まで生きる」を支える

ケア依存度

医療依存度

緩和医療 + 死亡診断





医療・介護

社会関係資本

家族の根

友人の根

地域の根

▶ 友人がいないと死亡率が2.5倍

急性心筋梗塞で入院した後期高齢者

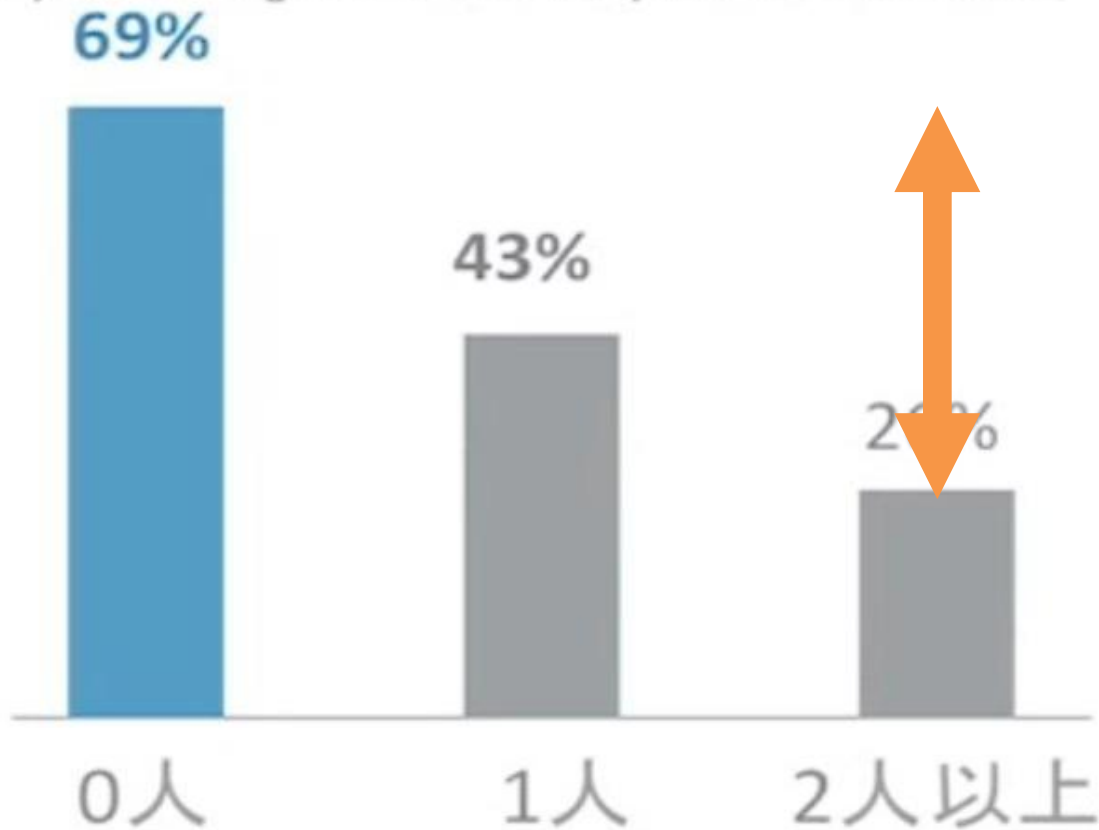
117 individuals 75 years of age or more hospitalized for acute

6か月以内の死亡率

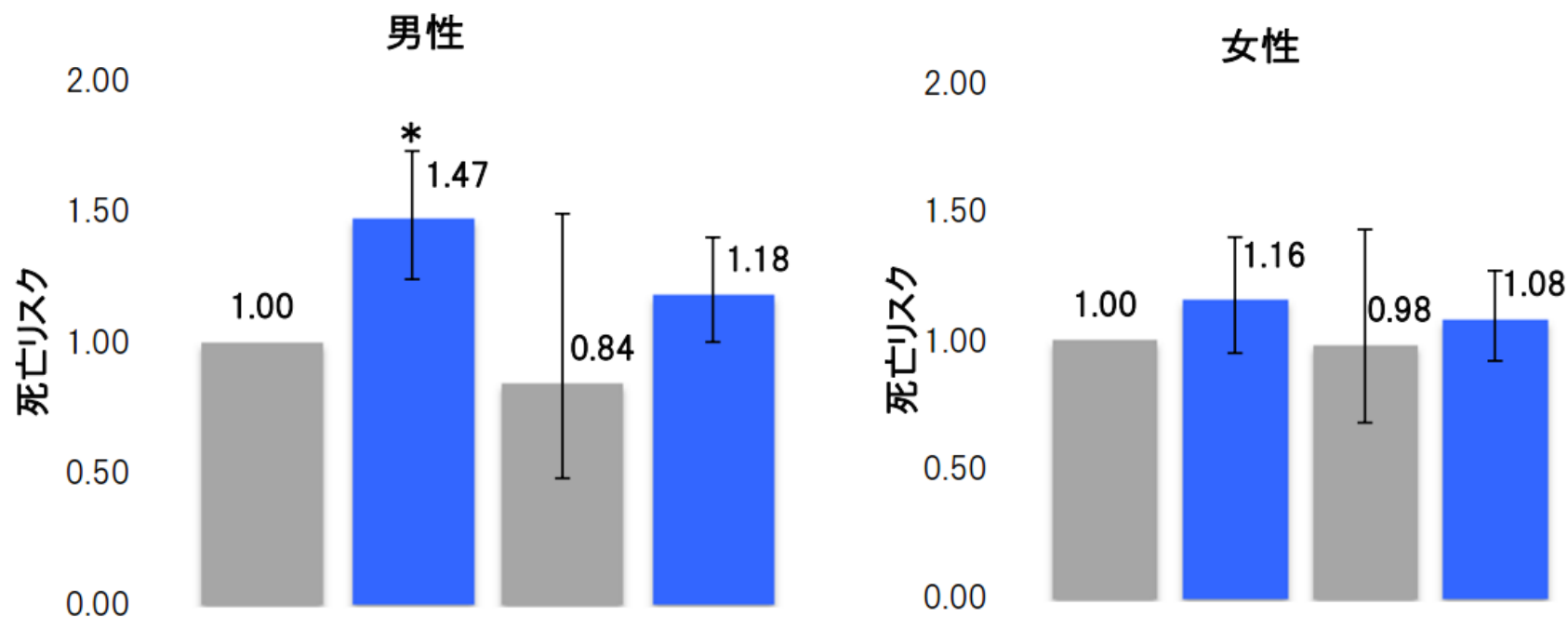
% Died within 6 months

サポートして
くれる人数

Sources of
emotional support

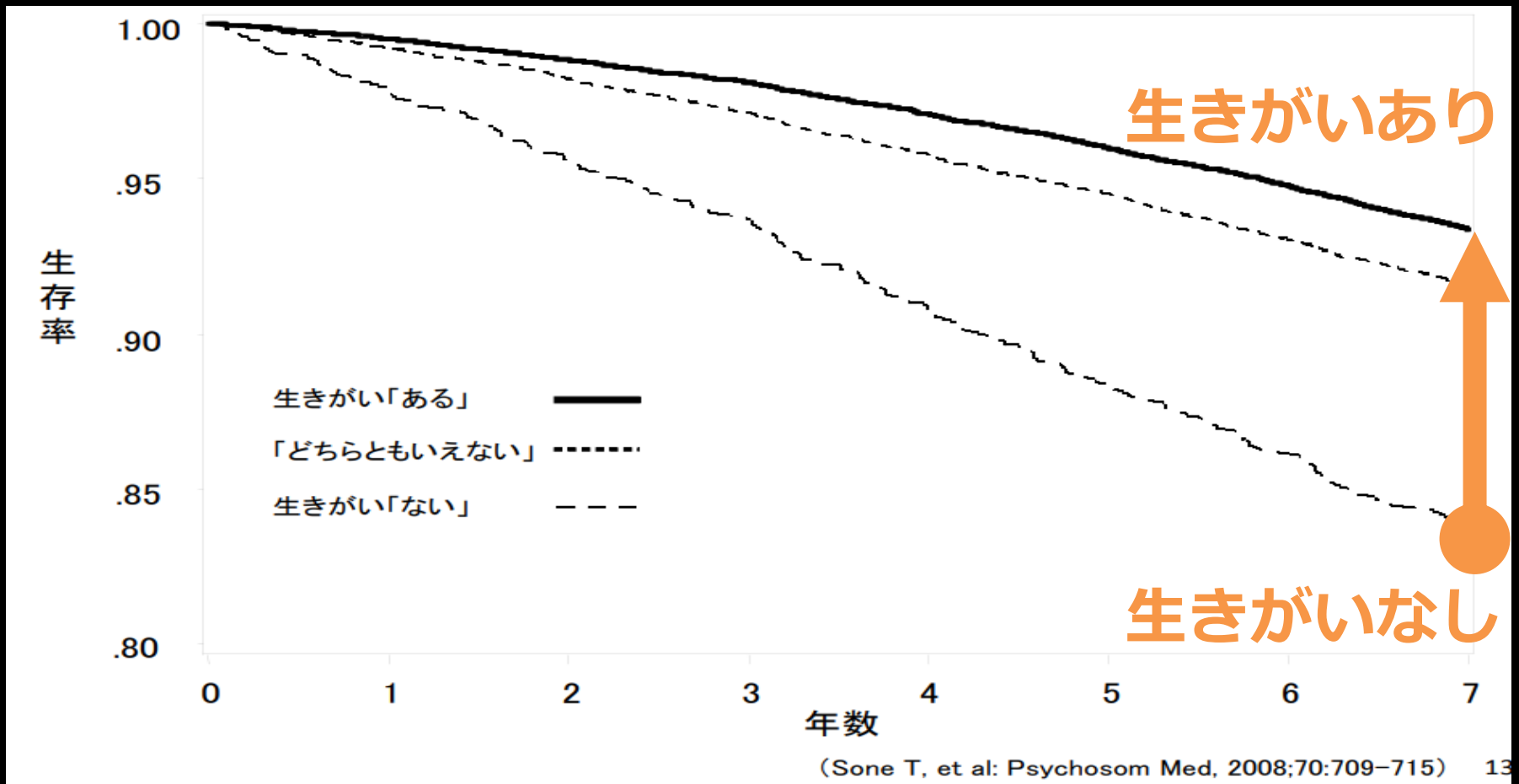


▶ 独居は孤立とは違う

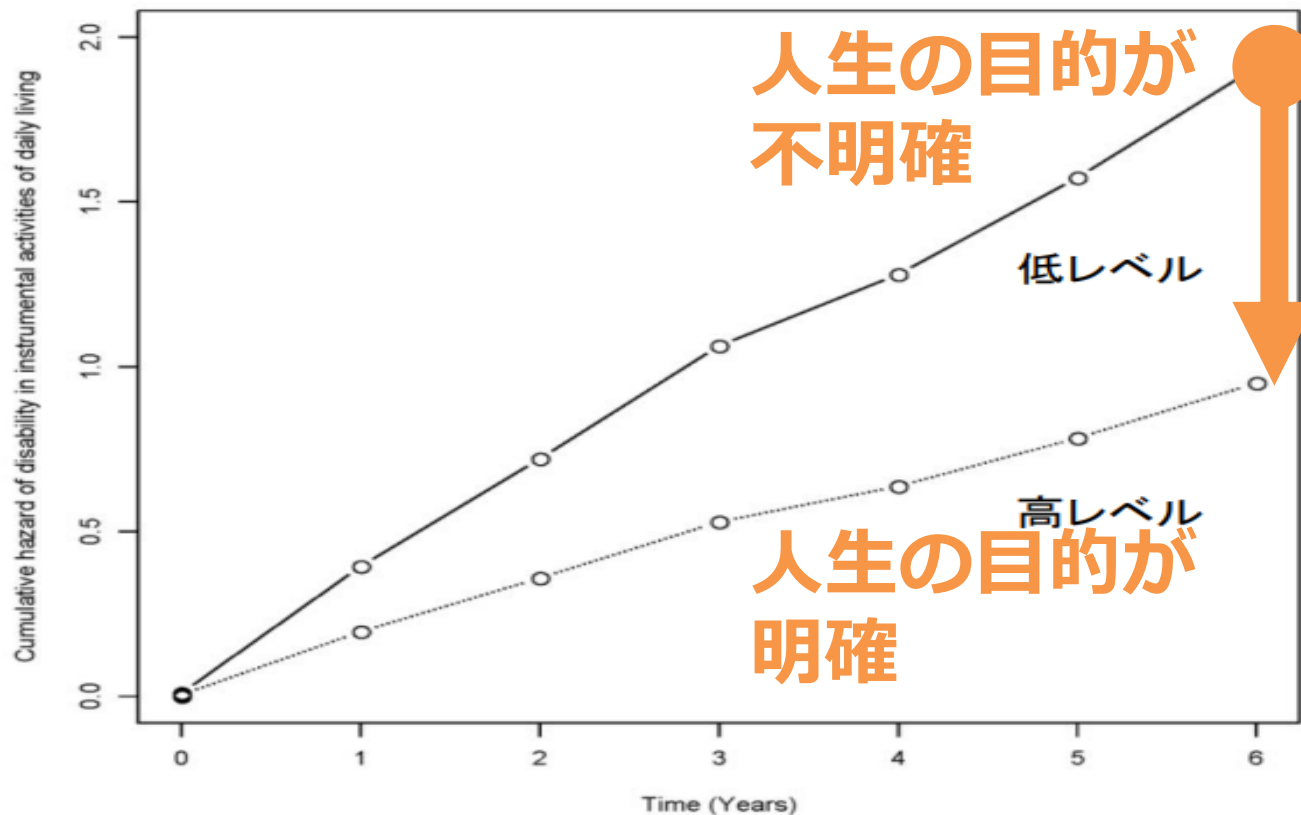


**独居でも死亡率は上がらない。
同居でも孤食だと死亡率が上がる。**

▶ 「生きがい」がある人は長生き

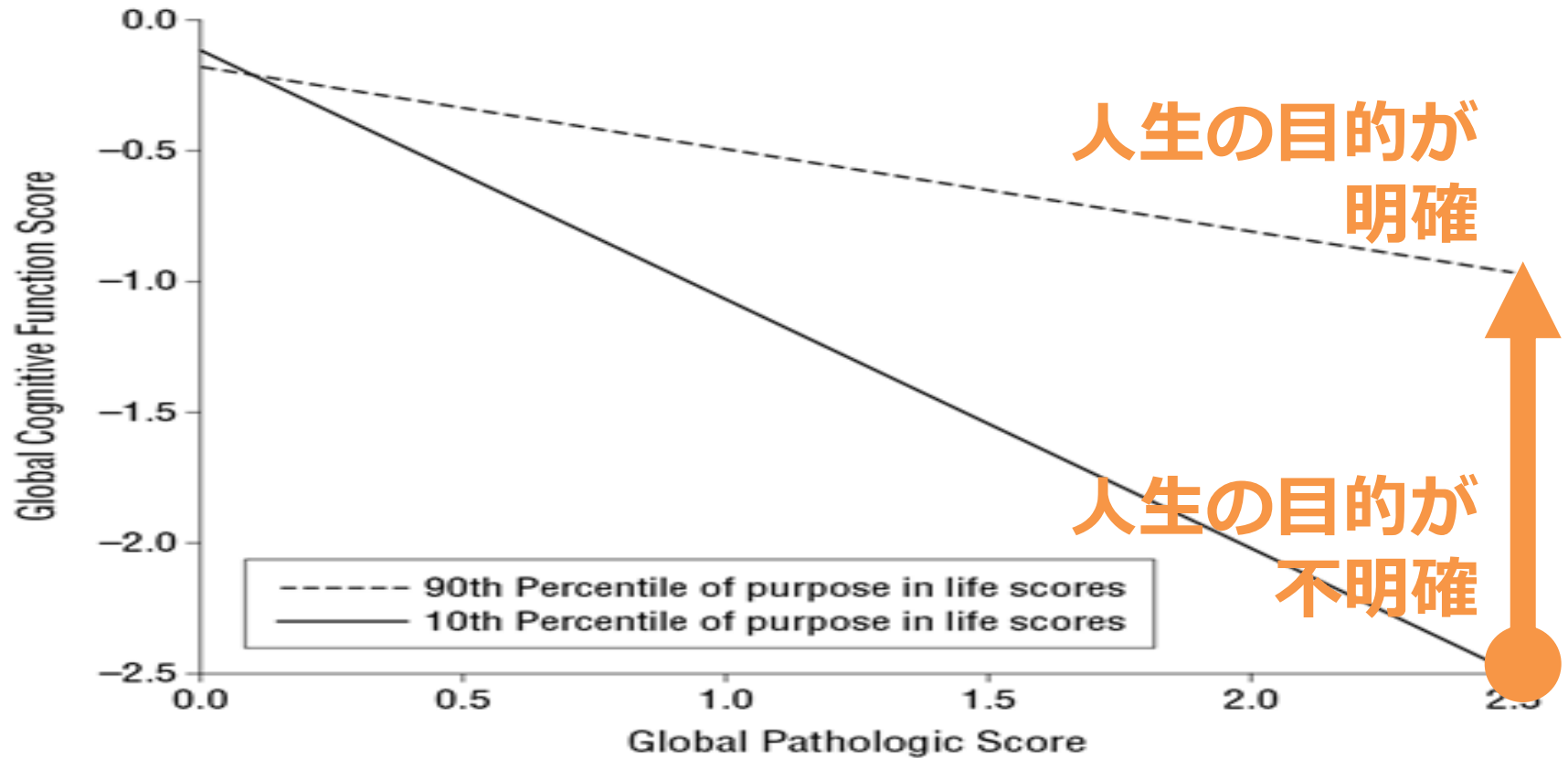


▶ 「人生の目的」があると 要介護になりにくい

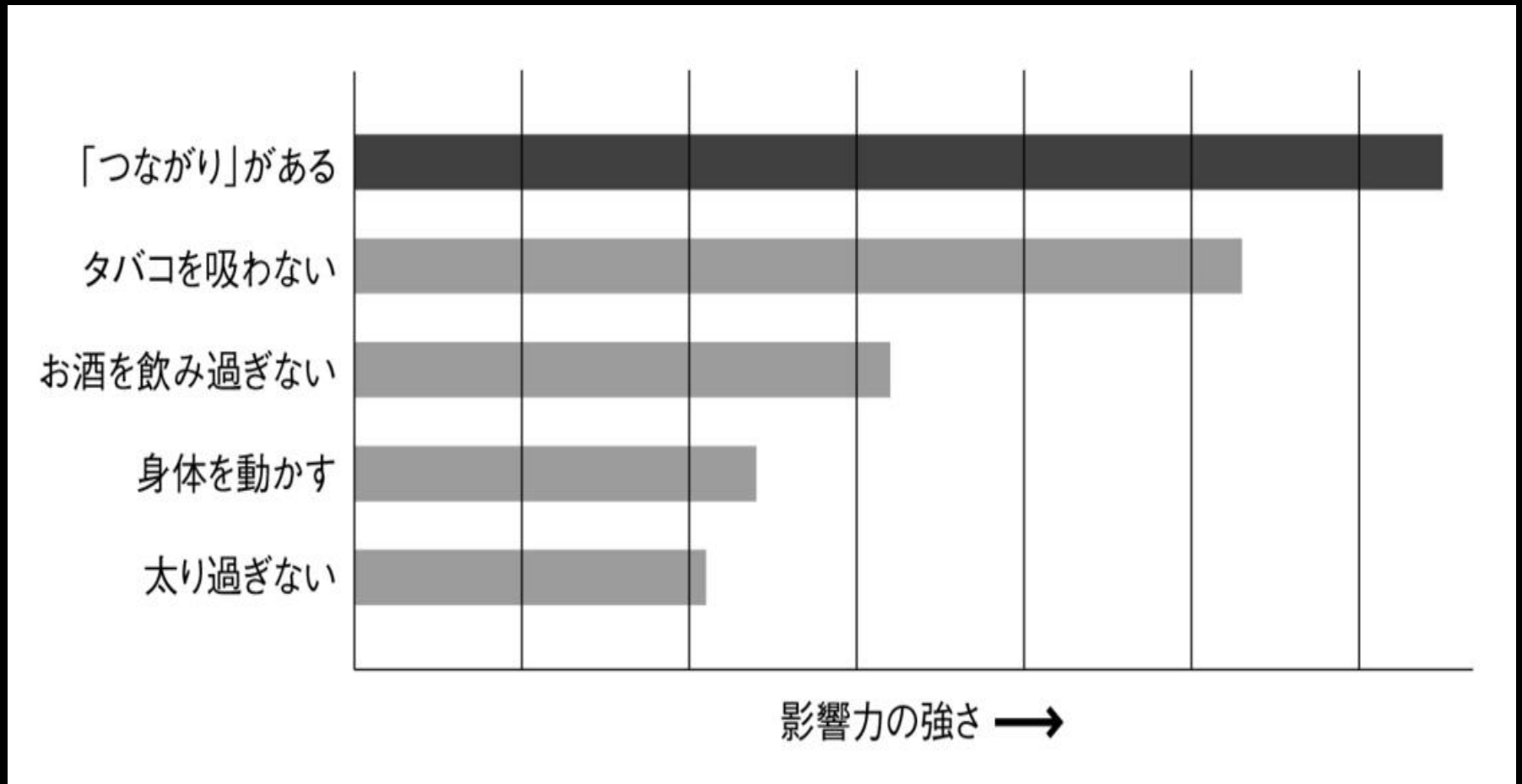


(Boyle PA, et al: Am J Geriatr Psychiatry, 2010;18:1093-1102)

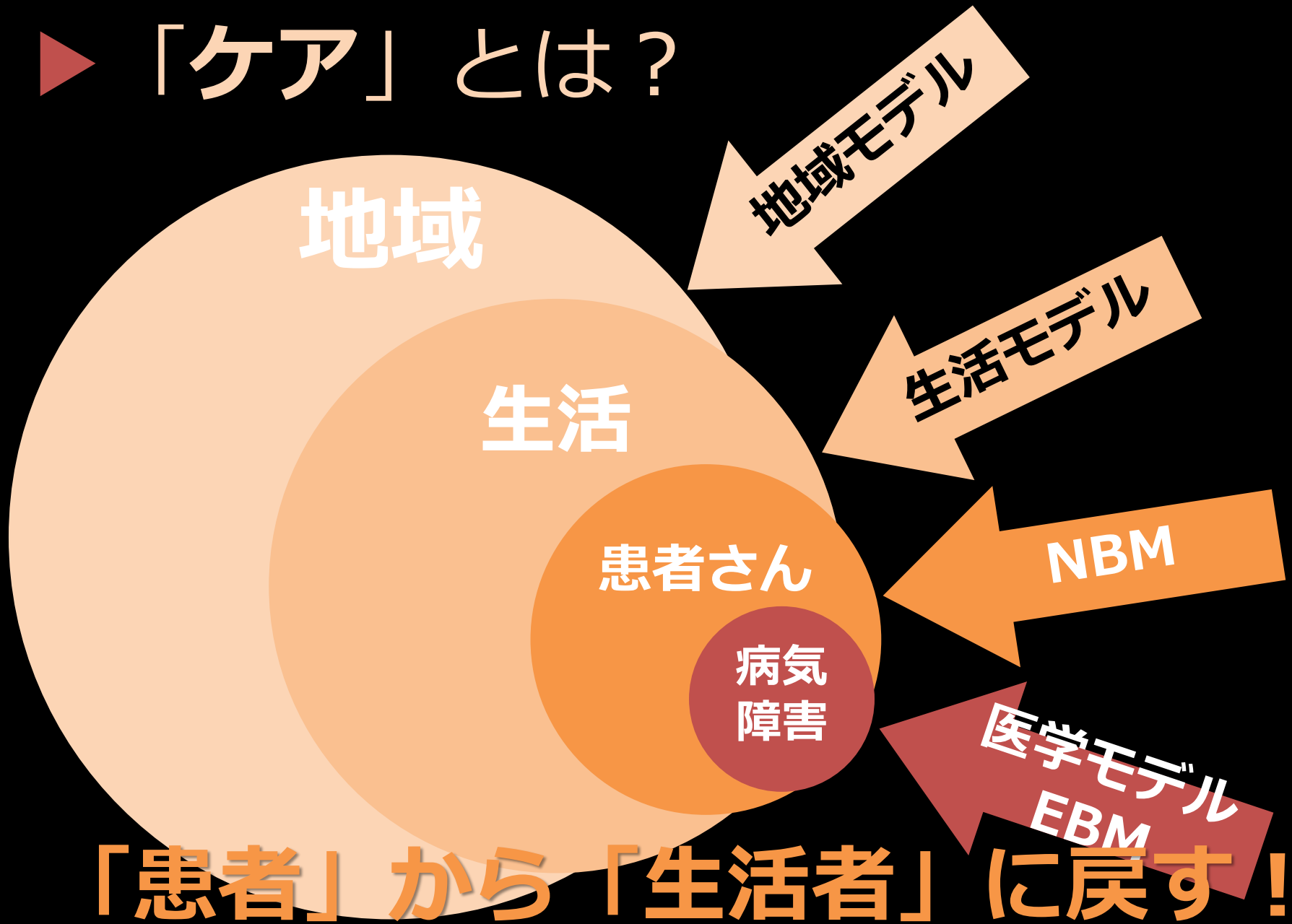
▶ 「人生の目的」があると 認知症は進行しない



▶ 社会とのつながりが寿命を決める



▶ 「ケア」とは？



地域

地域モデル

生活

生活モデル

患者さん

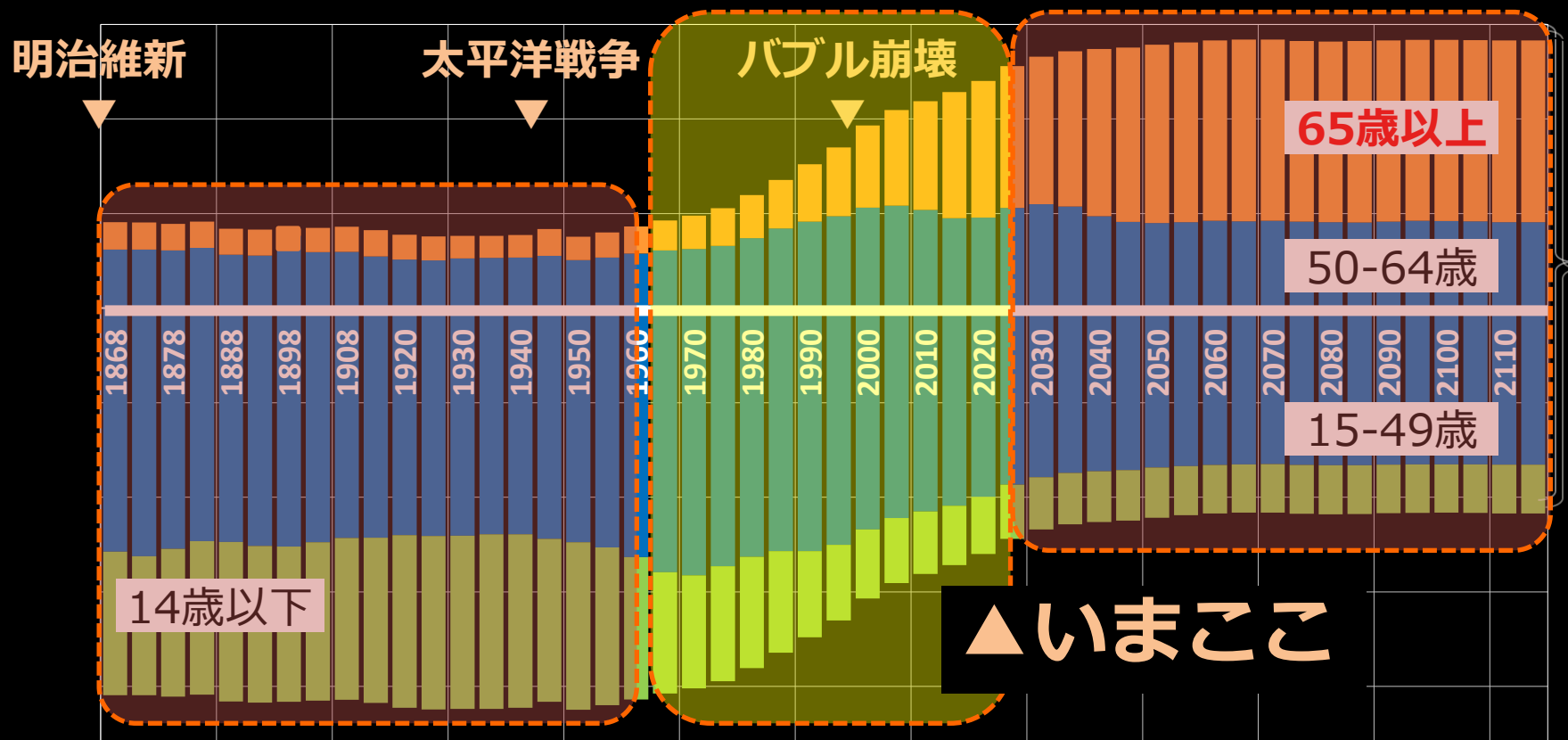
NBM

病気
障害

医学モデル
EBM

「患者」から「生活者」に戻す！

▶ 日本は全く違う国になる。



まずは医療！

医療＋ケア

医療＋ケア
＋地域の力！