

<2012.12.21(金)愛媛県介護支援専門員地域リーダー養成研修>  
(八幡浜市・大洲市・西予市・伊方町地区)

# 在宅ケアにおいて なぜ IPW(専門職連携協働) が必要なのか

IPW : Inter-professional work



<在宅療養支援診療所>  
旭町内科クリニック  
**森 岡 明**

日本内科学会総合内科専門医  
日本プライマリケア学会認定医・指導医  
厚生労働省認定認知症サポート医  
日本心療内科学会登録医  
日本糖尿病協会登録医  
日本心身医学会代議員

# 時代の変遷に伴う疾病構造の変化

		第2次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(癌)
	2位			脳卒中(脳梗塞)
	3位			心疾患(心筋梗塞)
医療環境の変化		抗生物質の発見	食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向上	慢性疾患の増加 超高齢社会
平均寿命		50~60歳	60~70歳	80歳

- 現在の病院医療を中心とした医療システムでは現状(超高齢社会)に対応できなくなりました。
- 超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく(慢性疾患を抱える高齢)障害者である。
- 障害者に対応した医療システムは、在宅(地域)での療養生活を支える介護と在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが必要な理由である。

# 医療(治療)から介護(生活支援)へのパラダイムシフト

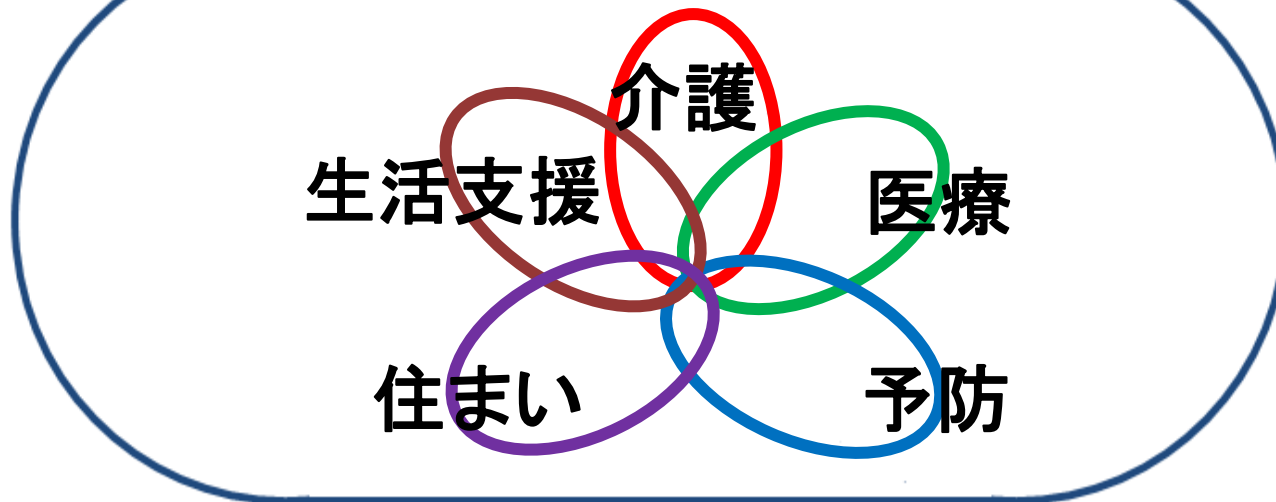
	以前	超高齢社会
疾患対象者	若年者	高齢者
疾患	急性期疾患	慢性期疾患
傷害の種類	疾患(治療できる)	障害(治療できない)
機能障害、後遺症	なし	あり
必要な対応	病院医療(急性期医療) (治療医学) 治療(キユア)	在宅医療(慢性期医療) (予防医学) 介護(ケア、生活支援)

- 旧来の病院を中心とした医療システムは病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。
- 医療システム自体が全体がシステム疲労を起こして、国民のニーズに対応できなくなっている。⇒現行の医療システムの崩壊
- 大きく医療全体が、キユアからケアへのパラダイムシフトを必要としている。

# 地域包括ケアシステム

日常生活圏域  
(30分でかけつけられる圏域)

当院では60分でかけつけられる圏域



【地域包括ケアの5つの視点による取り組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取り組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

（厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん2012）

# 地域包括ケアの5つの視点による取り組み

## ① 医療と連携強化

24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化

## ② 介護サービスの充実強化

特養などの介護拠点の緊急整備

24時間対応の在宅サービスの強化

## ③ 予防の推進

できる限り要介護状態とならないための予防の取り組みや自立支援型の介護の推進

## ④ 見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、さまざまな生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスの推進

## ⑤ 高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）

高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備・持ち家のバリアフリー化の推進  
（厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室：在宅医療・介護あんしん2012）

# 在宅医療推進基本3条件

24時間・365日

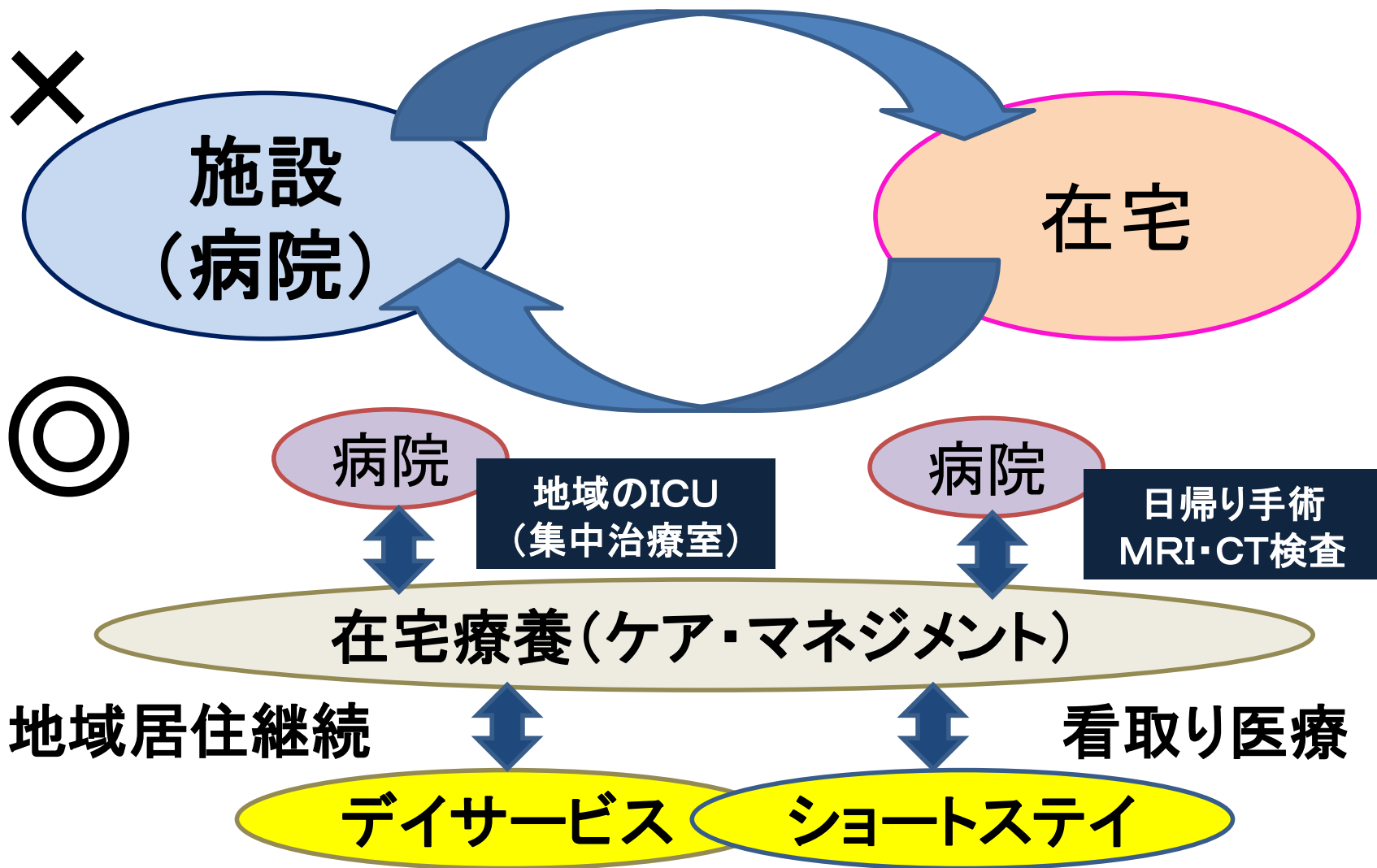
多職種協働

地域連携

医師・歯科医師・看護師・薬剤師・  
ケアマネ・介護職・リハ職・  
管理栄養士・その他

地域包括支援センター・病院・  
介護事業所・保健所・行政・  
介護タクシー・認知症見守り  
ネットワーク・市民活動等

# 地域包括ケアモデル



# 超高齢社会に求められる医療のパラダイムシフト

急性期医療

長寿 Anti-aging

Cure

病院

専門医(臓器)

根治医療



終末期医療

天寿 With aging

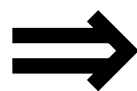
Care

地域

総合医(人間・人生)

緩和医療

データ



QOL



## IPW (Inter - professional Work) (専門職連携協働)とは

---

複数の専門職が協働し、利用者や患者の期待や要望に応えていくことを意味し、「連携と統合」の理念を実践すること

# 今日の在宅ケアでIPWが必要な理由

## 1、治療モデルから生活モデルへの転換

- ・急性疾患から慢性疾患モデルへ
- ・救命から、QOLを保ちながら生きるための支援
- ・高齢者ケアや緩和ケアのニーズの増大

## 2、多重問題ケースの増加

- ・家族機能の低下(独居など)と家族の病理

## 3、社会基盤の脆弱化

- ・ソーシャルネットワークの脆弱化
- ・社会の軋轢の増加

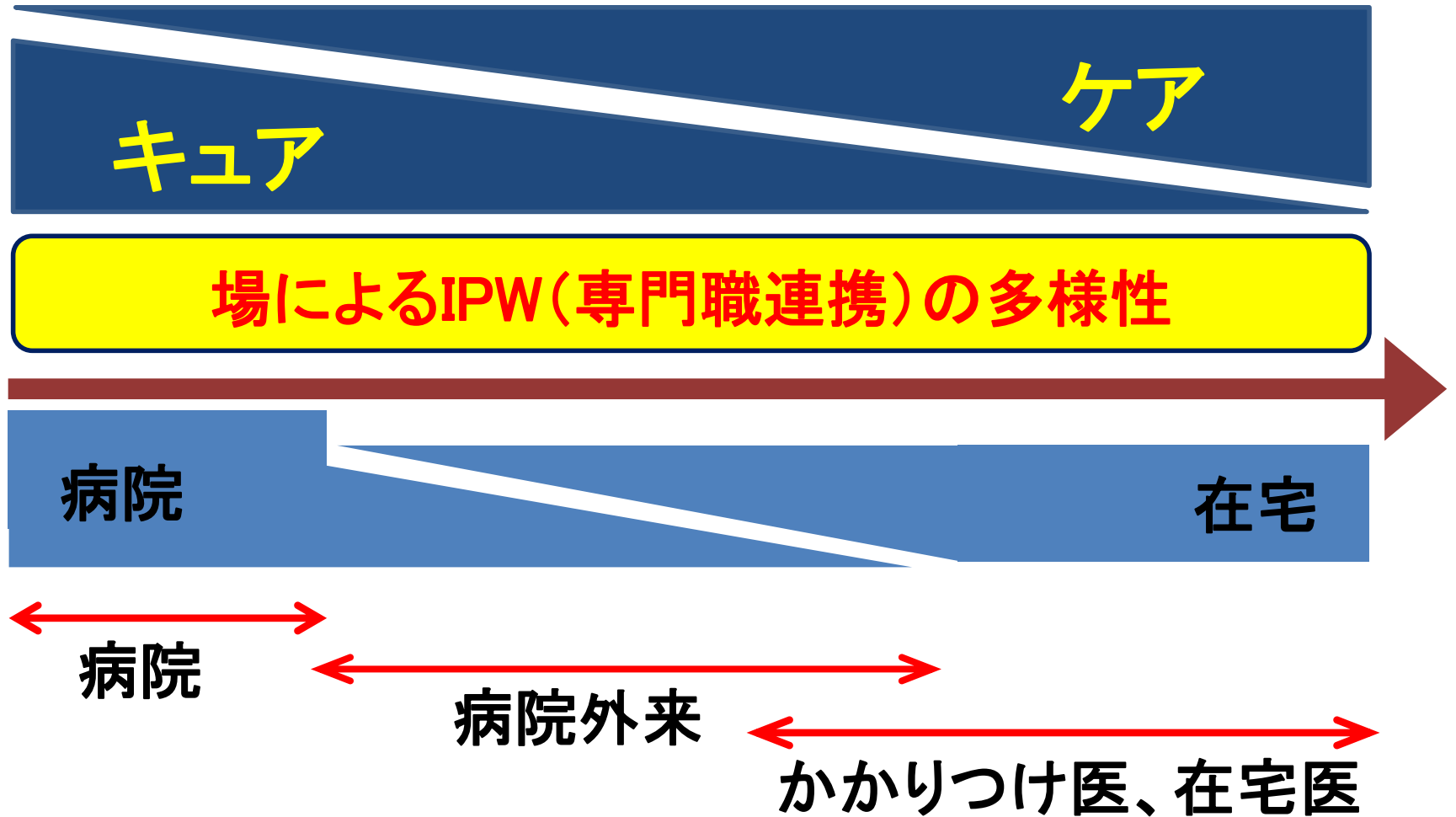
## 4、対人援助技術、組織、制度の複雑化

## 5、労働力危機

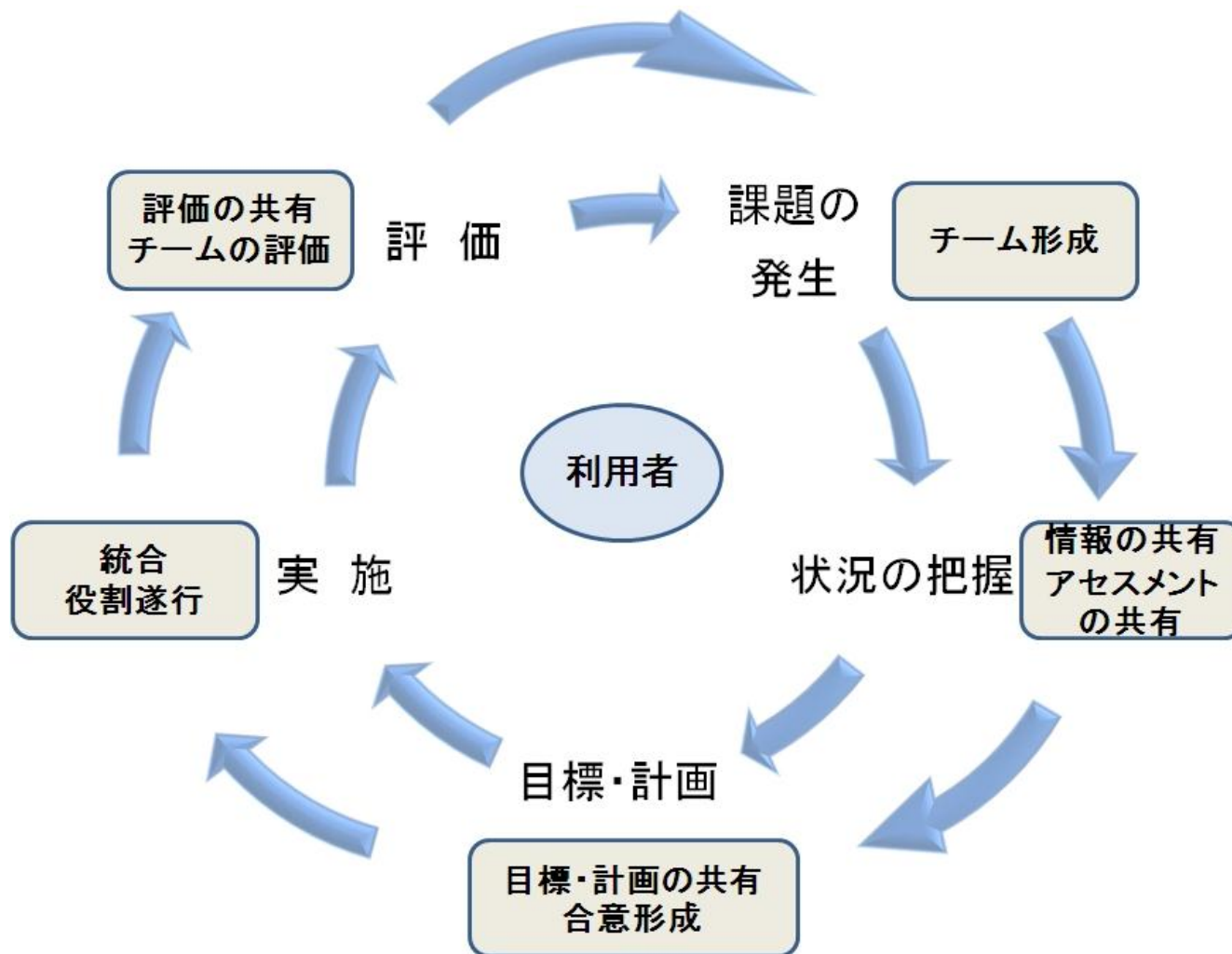
# 高齢者ケアの多面性とIPWの有効性



# 病院から外来、在宅への時間軸



# IPWの概念図



## 症例提示:10症例

① 末期がん症例:3例

② 脳血管障害症例:3例

③ 老衰・認知症症例:4例

# FASTによるアルツハイマー型認知症の経過

## 1.正常

### 2.年齢相応

物の置き忘れなど

### 3.境界状態

熟練を要する仕事の場面では機能低下が同僚によって認められる。新しい場所に旅行することは困難

### 4.軽度のアルツハイマー型認知症

夕食に客を招く段取りをつけたり、家計を管理したり、買い物をしたりする程度の仕事でも支障をきたす

### 5.中程度のアルツハイマー型認知症

介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにもなんとかかなだめすかして説得することが必要なこともある

### 6.やや高度のアルツハイマー型認知症

不適切な着衣。入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。トイレの水を流せなくなる。失禁

### 7.高度のアルツハイマー型認知症

最大約6語に限定された言語機能の低下。理解しうる語彙はただ1つの単語となる。歩行能力の喪失。着座能力の喪失。笑う能力の喪失。昏迷および昏睡

# 平成23年1月～平成24年6月まで 在宅医療でかかわった患者数

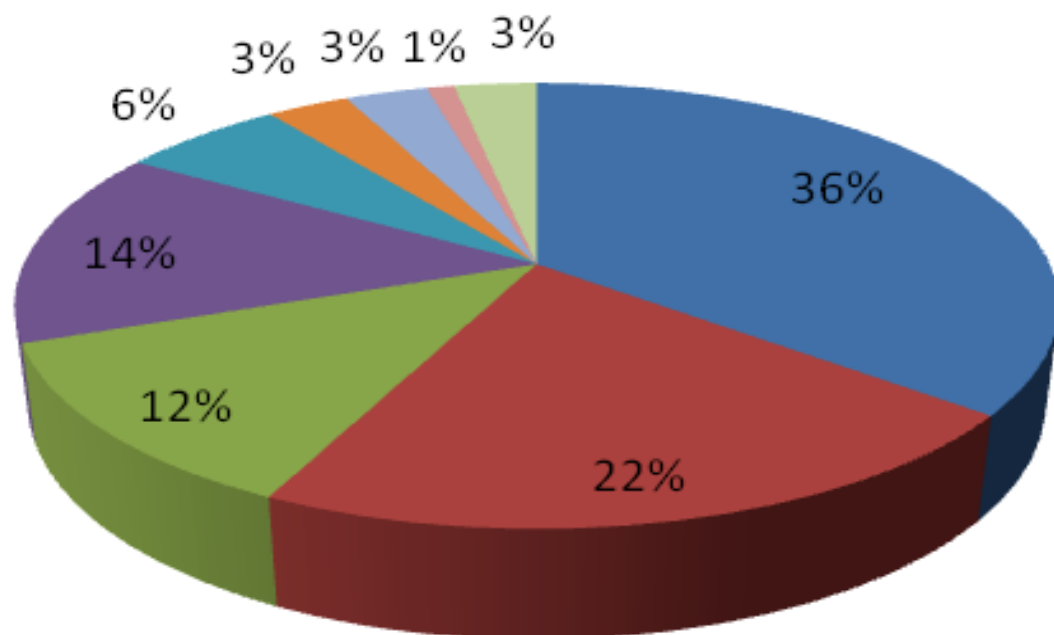
- 総数：98名；平均年齢：83.49歳
- 男性：32名；平均年齢：81.18歳
- 女性：66名；平均年齢：84.61歳
- 最高年齢：男性；96歳  
女性；98歳
- 最低年齢：男性；56歳  
女性；40歳

(平成24年6月23日現在)



# 98名の主たる疾病分類

■ 1 ■ 2 ■ 3 ■ 4 ■ 5 ■ 6 ■ 7 ■ 8 ■ 9



■ 認知症

■ がん

■ 脳血管障害

■ 老衰

■ 整形外科的疾患

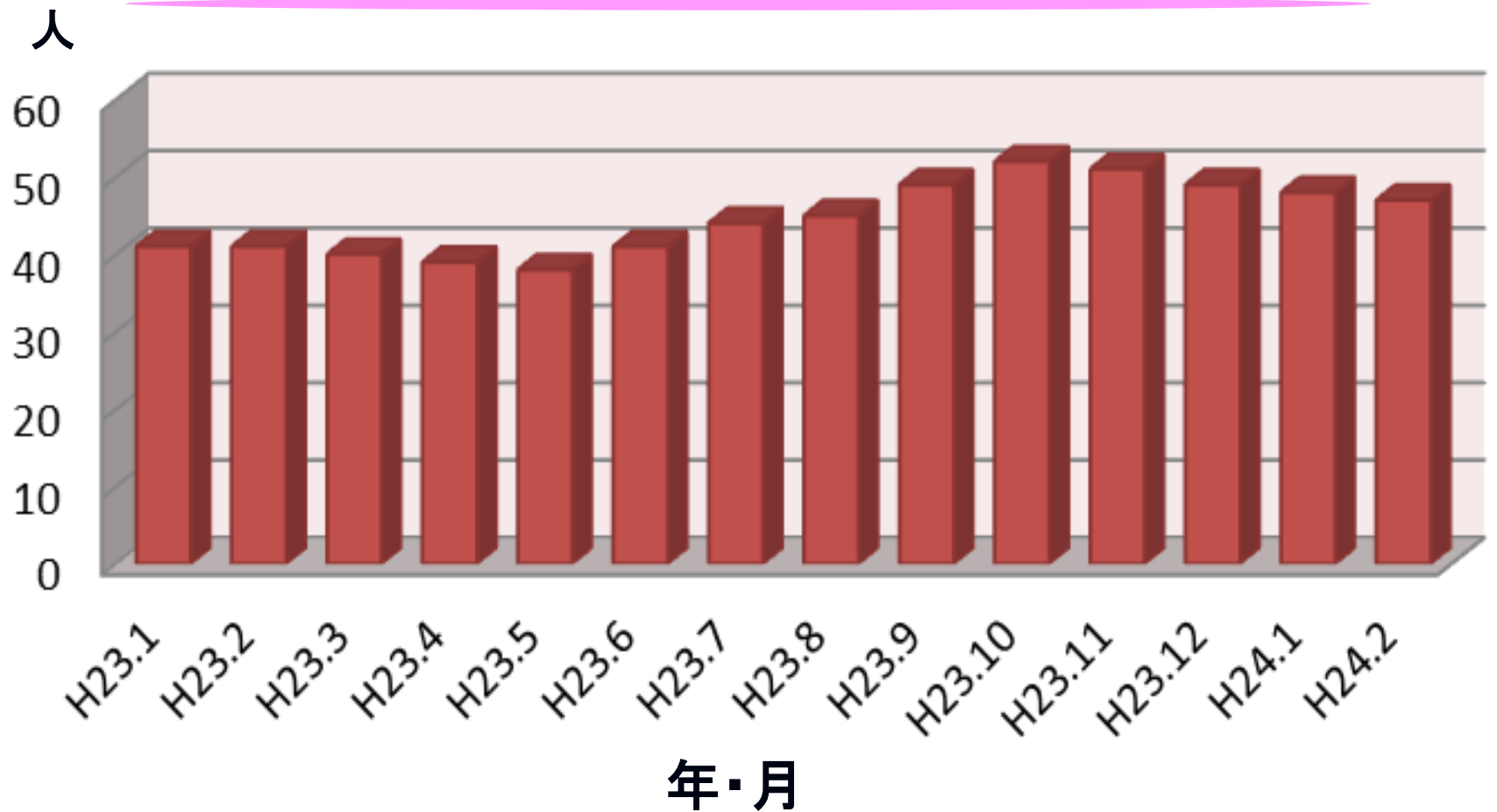
■ 中枢神経変性疾患

■ 心疾患

■ 先天性疾患

■ その他

# 在宅患者数の月別推移



平成23年1月～平成24年2月：月平均在宅診療患者数平均：44.6人  
(平成24年6月現在：50名、その内；末期がん：5名)

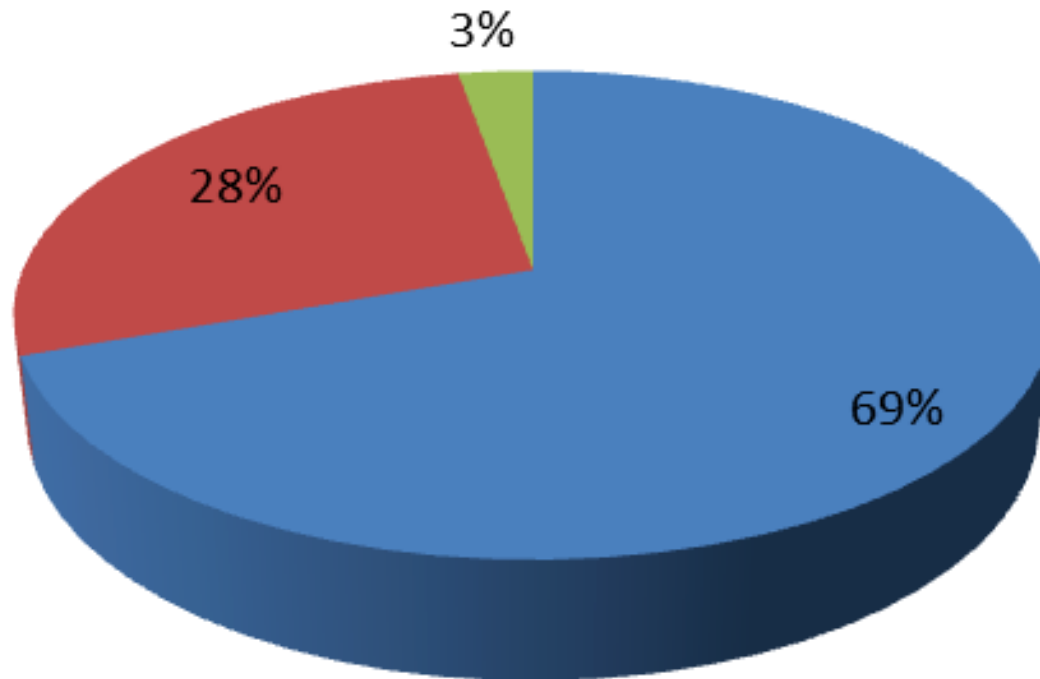
# 平成23年1月～平成24年6月まで 在宅医療でかかわった患者死亡数

- 総数：98名中、36名死亡
- 男性：19名；平均年齢：82.21歳
- 女性：17名；平均年齢：82.59歳
- 最高年齢：男性；96歳  
女性；98歳
- 最低年齢：男性；56歳  
女性；40歳

(平成24年6月23日現在)

# 死亡場所

■ 在宅死 ■ 病院死 ■ 施設死



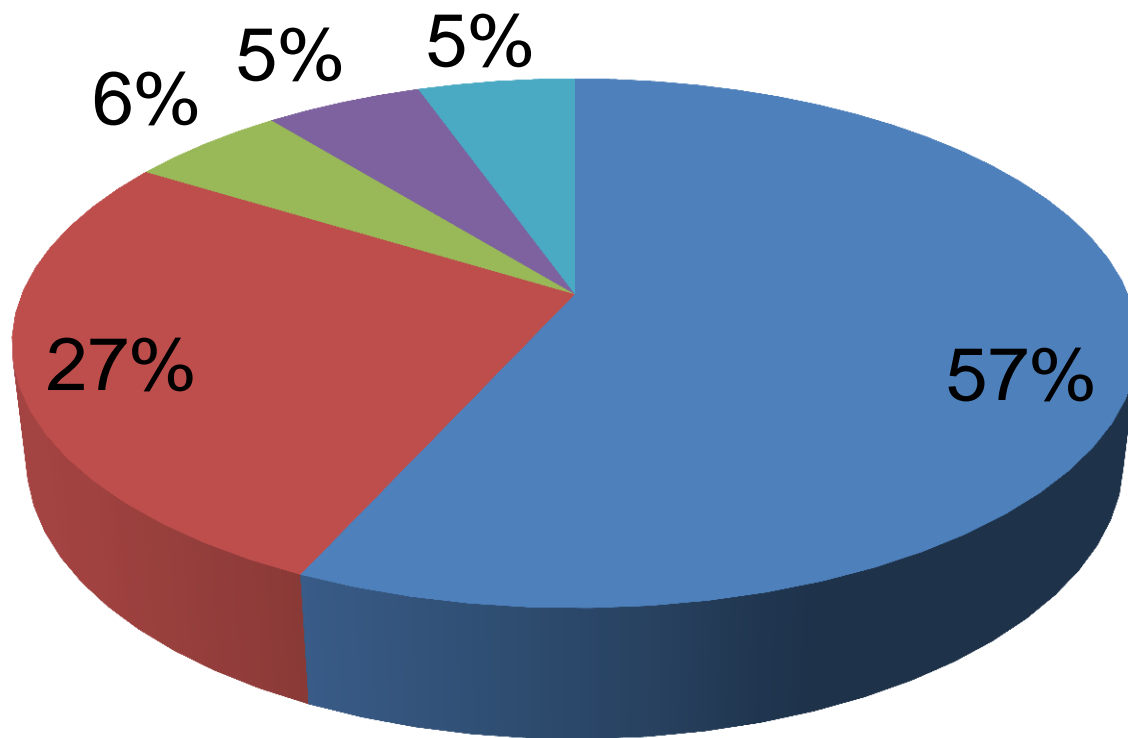
36名死亡者のうち、  
25名が在宅死、10名が病院死、1名が施設死

# 平成23年1月～平成24年11月 在宅看取り数

ID	性別	生年月日	年齢	死亡場所	死亡日	死亡時刻	直接死因	死因原因	併存症	発病から死亡までの期間	在宅期間
115	女	T2.9./25	97	自宅	H23、.1/13	午後4:50	老衰			7日	
966	男	T.14.7/25	85	自宅	H23、2/23	午後0:25	老衰		肺気腫	約1ヶ月	2日
947	女	S5、3/20	81	自宅	H23、3/21	午前5:27	頭部血管肉腫			2年7ヶ月	1ヶ月6日
645	男	T8、2/9	92	自宅	H23、8/31	午前3:54	老衰			15日	
453	女	S3、2/18	83	自宅	H23、9/26	午後6:05	膵臓癌			約1年4ヶ月	21日
679	女	T9、1/18	91	自宅	H23、10/6	午前8:25	老衰		レビー小体型認知症	3年	約10ヶ月
795	男	T5、9/16	95	自宅	H23、10/14	午後10:00	出血性ショック	悪性胃粘膜下腫瘍		7日	2日
1118	女	S3、4/7	83	自宅	H23、10/15	午後5:15	甲状腺癌			4年10ヶ月	11日
262	女	S9、5/3	77	自宅	H23、11/2	午後2:10	乳癌			約3年	10ヶ月
1095	男	S17.6/10	69	自宅	H23、12/20	午前12:50	多臓器不全	再発性脳出血後遺症	胃ろう造設状態	8日	2ヶ月16日
634	男	T14.4/26	86	自宅	H24、1/11	午前8:00	前立腺癌		前立腺癌の直腸浸潤	5年1ヶ月	3ヶ月28日
559	男	T14.9/20	86	自宅	H24、1/20	午後8:55	大腸癌		大腸癌全身転移	2年7ヶ月	1ヶ月3日
787	男	S2、3/25	84	自宅	H24、2/6	午後10:30	肝細胞癌	C型慢性肝炎	右大腿骨転子部骨折術後	3年10ヶ月	5ヶ月28日
1299	女	S2、12/4	84	自宅	H24、2/19	午後2:10	急性心不全	紫斑病性腎炎	深部静脈血栓症	2日	2日
1009	男	S5、1/28	82	自宅	H24、2/22	午前1:50	肺炎	脳梗塞後遺症による嚥下障害	肺気腫	5日	3ヶ月20日
319	女	T3、1/3	98	自宅	H24、2/23	午後0:30	老衰		糖尿病	7日	1年2ヶ月18日
1254	男	T10、11/28	90	自宅	H24、3/26	午後7:45	肺炎	老衰	糖尿病	2日	1日
1303	女	S10、12/10	76	自宅	H24、3/30	午前6:45	大腸癌			6ヶ月	24日
1371	男	S10、12/6	75	クリニック	H24、4/12	午後2:00	前立腺癌(末期)		前立腺の骨転移	2ヶ月	17日
486	女	T12.7.25	88	自宅	H24、4/23	午後5:00	老衰			42日	1年3か月
1400	男	T15.2/13	86	自宅	H24、4/23	午前1:15	前立腺癌			2年7ヶ月	16日
546	女	T15、10/31	86	自宅	H24、5/1	午後11:25	急性心筋梗塞		パーキンソン病	1日	1日
226	男	S26、2/4	61	自宅	H24、5/11	午後3:50	多臓器不全	肝硬変	脳出血後遺症	15日	1年4ヶ月5日
1395	男	T14.9/19	96	自宅	H24、5/16	午後2:55	老衰		脳梗塞後遺症	1ヶ月10日	16日
1419	男	S3、4/2	84	クリニック	H24、5/30	午前10:20	老衰		脳梗塞後遺症	32日	
1464	女	S4.11.14	82	自宅	H24、6/11	午後8:40	胃原発消化管間葉系腫瘍		骨盤腔内平滑筋腫	約7ヶ月	8日
1270	女	T10、3/5	91	自宅	H24、6/17	午後3:40	老衰		甲状腺機能低下症	4日	1日
1526	女	S47.3/21	40	自宅	H24、6/23	午後5:36	卵巣癌			8ヶ月	3日
748	男	T13、2/13	88	自宅	H24、6/29	午前7:25	膵臓癌		転移性肝癌	31日	17日
1309	女	S3.2/1	84	自宅	H24、7/3	午前0:20	左尿管がん		恥骨転移	4年6ヶ月	6ヶ月11日
1405	男	T15、10/23	85	自宅	H24、7/20	午後1:55	前立腺癌		胃癌手術後末期腎不全	6年	1ヶ月
1616	男	T9、12/18	91	自宅	H24、8/30	午前5:15	肺癌		慢性腎不全(透析期)	約1年	1日
1429	男	S7、10/28	79	自宅	H24、9/8	午前7:12	S状結腸癌		癌の肺、肝転移	2年4ヶ月	1ヶ月16日
1638	男	S22、12/4	64	自宅	H24、10/25	午前0:40	膵癌			2ヶ月25日	1ヶ月6日
1504	男	S4、5/1	83	自宅	H24、11/2	午前10:20	前立腺癌			2年9ヶ月	1日
1677	男	S21.4/9	66	自宅	H24、11/8	午前5:50	食道癌			23日	1日
1050	女	T5.2/27	96	自宅	H24、11/22	午後4:31	老衰			52日	1ヶ月15日

# 平成23年1月～平成24年11月 在宅看取りの死亡原因割合

■ がん ■ 老衰 ■ 急性心不全 ■ 多臓器不全 ■ 肺炎



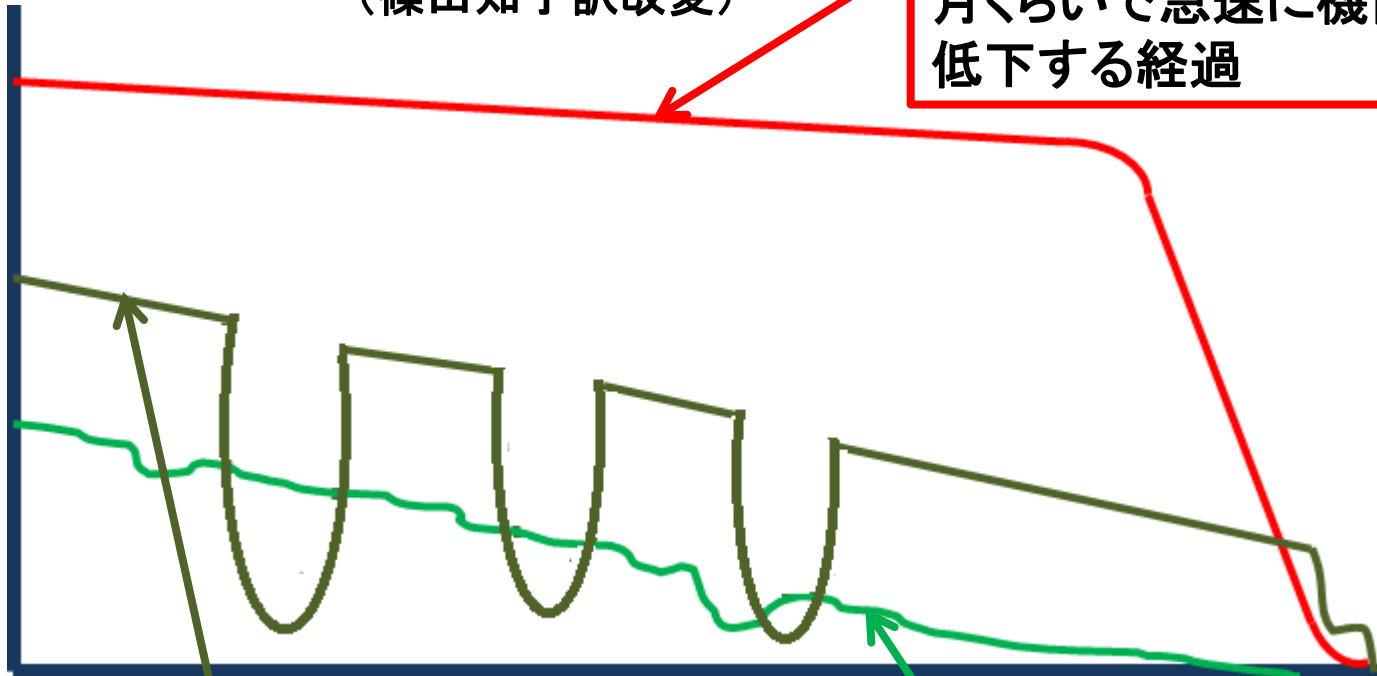
# 疾患群別予後予測モデル

引用 : Lynn J: Serving patients who may die soon and their families. JAMA, 285; 925-932, 2001.

(篠田知子訳改変)

**がん**: 比較的長い間機能は保たれ、最後の2か月くらいで急速に機能が低下する経過

機能



**心・肺疾患末期**: 急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過

**認知症・老衰など**: 機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

↑  
死

# がんと非がん疾患の平均在宅日数

---

がんの平均在宅日数:

67日(中央値:34日)

非がん疾患の平均在宅日数:

744日(中央値:318.5日)



# IPWが困難な理由

## 1、異なる目標

- ・治療モデル ↔ 生活モデル
- ・病態・機能・心理・生活

## 2、言語の違い(専門用語)

## 3、専門性の背景と分離した専門教育

- ・IPEの普及

## 4、乏しいコミュニケーション

- ・顔の見える連携

## 5、専門職としての質の均一性の欠如

- ・専門職教育の充実

## 6、組織の違いや報酬のための競争

# 臨床倫理の4分画表

Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical Ethics--A practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine (3rd ed.). McGraw-Hill, New York, 1992

## Medical Indication

### 医学的適応

(Beneficence, Non-maleficence: 恩恵・無害)

#### チェックポイント

1. 診断と予後
2. 治療目標の確認
3. 医学の効用とリスク
4. 無益性(futility)

## Patient Preferences

### 患者の意向

(Autonomy: 自己決定の原則)

#### チェックポイント

1. 患者さんの判断能力
2. インフォームドコンセント  
(コミュニケーションと信頼関係)
3. 治療の拒否
4. 事前の意思表示(Living Will)
5. 代理決定(代行判断、最善利益)

## QOL

### (Well-Being: 幸福追求)

#### チェックポイント

1. QOLの定義と評価  
(身体、心理、社会、スピリチュアル)
2. 誰がどのような基準で決めるか
  - ・偏見の危険
  - ・何が患者にとって最善か
3. QOLに影響を及ぼす因子

## Contextual Features

### 周囲の状況

(Justice-Utility: 公平と効用)

#### チェックポイント

1. 家族や利害関係者
2. 守秘義務
3. 経済的側面、公共の利益
4. 施設の方針、診療形態、研究教育
5. 法律、慣習、宗教
6. その他(診療情報開示、医療事故)

# 臨床倫理の4分画表の例

**【事例】**86才女性、軽い誤嚥性肺炎を起こし自宅で抗生剤の点滴、補液、絶食で加療中。これで、今年3回目の肺炎。前は、一時酸素吸入が必要で入院加療したが、生命もかなり危なかったという。

**医師**：誤嚥を繰り返す在宅患者さんに、内視鏡的に胃瘻の増設が患者にもっとも有益であるのではないかと考えている。

**訪問看護婦**：IVHを皮下のポートにしてもらうと一番良いと、時にポロツト言っている。

**ヘルパーA**：どうせ後何年も元気で居られるわけでもないし、かわいそうだから、食べられるだけ好きなものを口から食べさせてあげればよいのに。と心では、思っている。でも、発言はほとんどしない・・・。

**家族B**：このまま普通の点滴を毎日してもらう良いと感じている。

**親戚C**：病院に入院させて挙げれば良いのにと思っている。

**本人**：「つらくなければ良い・・・、みんなの良いようにして・・・」「鼻から管を入れるのだけはごめんだけれど・・・」「入院もしたくないが、みんなから行けと言われると・・・。」と言っている。

白浜雅司 佐賀県・三瀬村国民健康保険診療所長／佐賀医科大学臨床教授

<http://square.umin.ac.jp/masashi/zaitakurinri.html> より

# 事例の記入例

## 1、医学的適応

- ・誤嚥性肺炎の原因は？脳梗塞か何か基礎疾患としてあるのか？
- ・胃瘻造設によって、肺炎再発の危険性はかなり減少し、生命予後、栄養状態は、経管摂取に比べて改善。
- ・しかし、その他の疾患で死亡されるリスクも年齢相当。
- ・胃瘻造設を病院で内視鏡下におこない、48時間観察できれば、出血や感染症などの合併症のおきるリスクは3%くらい。ただしゼロではない。(→より具体的な情報収集を試みる)

## 3、QOL

- ・患者の現在の楽しみは、テレビと食事と入浴らしい。
- ・食事をとらないことが、誤嚥性肺炎の予防には最も安全であるが、ヨーグルトやプリンなどは、現時点でもむせずに食べており、本人の嗜好にもあっている。
- ・少々のリスクはあるが、栄養の主体は胃瘻から注入し、嗜好に合わせて、少量の経口接種を継続することは可能。
- ・胃瘻を入れても入浴は差しつかえなくできる。
- ・デイケアの時に、胃瘻から栄養を注入している姿を他の利用者に見られることを本人はどう思うだろうか？(→要確認)

## 2患者の意向

- ・患者の意思決定能力、判断能力は十分保たれていると、主治医、家族、スタッフとも考えている。
- ・患者は胃瘻造設について、その効果とリスクを十分に理解しイメージできているか？  
(→最確認。必要なら患者説明用のビデオなどを用いて説明するのも効果的か)
- ・楽しみはテレビと食事、何も食べられなくなるのはつらい。
- ・家族が勧めるなら処置を受けてもいいと思う。
- ・長い入院はしたくない。

## 4、周囲の状況

- ・介護は主に同居している長男の嫁がやっている。ただこの方も62才で高血圧と糖尿病で定期的に受診していて、手間と時間のかかる食事介助に、やや疲れと不安(自分の介助中に誤嚥をさせたらという心配)を表している。
- ・胃瘻の造設により、食事介護にかかわる家族の負担や不安は軽減される。
- ・家族掃胃瘻の長所欠点を十分把握しているのか？(→要確認)
- ・本人希望の短期の入院で胃瘻を作ってくれる病院は近くにあるのか？(→要確認)
- ・入院費などの患者負担はどれくらいになるか？それを患者家族は払えるか？
- ・在宅支援のスタッフの中での理解とコンセンサスは得られているのか？
- ・現在受けている介護サービスは胃瘻を増設しても恵続けることは可能か？(デイサービスに要確認)

# 1、医学的適応

- ・誤嚥性肺炎の原因は？脳梗塞か何か基礎疾患としてあるのか？
- ・胃瘻造設によって、肺炎再発の危険性はかなり減少し、生命予後、栄養状態は、経管摂取に比べて改善。
- ・しかし、その他の疾患で死亡されるリスクも年齢相当。
- ・胃瘻造設を病院で内視鏡下におこない、48時間観察できれば、出血や感染症などの合併症のおきるリスクは3%くらい。ただしゼロではない。(→より具体的な情報収集を試みる)

## 2患者の意向

---

- ・患者の意思決定能力、判断能力は十分保たれていると、主治医、家族、スタッフとも考えている。
- ・患者は胃瘻造設について、その効果とリスクを十分に理解しイメージできているか？  
(→再確認。必要なら患者説明用のビデオなどを用いて説明するのも効果的か)
- ・楽しみはテレビと食事、何も食べられなくなるのはつらい。
- ・家族が勧めるなら処置を受けてもいいと思う。
- ・長い入院はしたくない。

## 3、QOL

---

- ・患者の現在の楽しみは、テレビと食事と入浴らしい。
- ・食事をとらないことが、誤嚥性肺炎の予防には最も安全であるが、ヨーグルトやプリンなどは、現時点でもむせずに食べており、本人の嗜好にもあっている。
- ・少々のリスクはあるが、栄養の主体は胃瘻から注入し、嗜好に合わせて、少量の経口摂取を継続することは可能。
- ・胃瘻を入れても入浴は差しつかえなくできる。
- ・デイケアの時に、胃瘻から栄養を注入している姿を他の利用者に見られることを本人はどう思うだろうか？（→要確認）

## 4、周囲の状況

- ・介護は主に同居している長男の嫁がやっている。ただこの方も62才で高血圧と糖尿病で定期的に受診していて、手間と時間のかかる食事介助に、やや疲れと不安(自分の介助中に誤嚥をさせたらという心配)を表している。
- ・胃瘻の造設により、食事介護にかかわる家族の負担や不安は軽減される。
- ・家族は胃瘻の長所欠点を十分把握しているのか？(→要確認)
- ・本人希望の短期の入院で胃瘻を作ってくれる病院は近くにあるのか？(→要確認)
- ・入院費などの患者負担はどれくらいになるか？それを患者家族は払えるか？
- ・在宅支援のスタッフの中での理解とコンセンサスは得られているのか？
- ・現在受けている介護サービスは胃瘻を増設しても続けることは可能か？(デイサービスに要確認)



# ケアカンファレンスと臨床倫理

- 4分割表をいつ誰が使うか？という問題は、当然いつでも、誰でも使うことができるのであるが、介護保険で構築されたシステムの中では、ケアカンファレンスが最も最適と思われる。
- ケアカンファレンスで扱われる問題は、単に各サービスの時間的調整にとどまらず、ケアカンファレンスが、利用者本意に正しく機能しようとするほど、倫理的問題に直面すると確信している。
- むしろ、「包括的な倫理スケール」の上に立って全てのケアカンファレンス（ケアプランなど）は進行すべきといった方が適当かもしれない。
- そう考えると、われわれは意識の有無にかかわらず、すでに、倫理的決断に日夜迫られ、これに対応しているともいえる。
- しかし、漠然と考えていると、在宅における各種医療的要素を含めた決断を、「余命」「QOL」「コスト」「本人の満足感」「家族の希望」等々の尺度のどれか一つを主なパラメーターにして評価し結論する傾向がどうしても出てくる。
- 特にこれは、一人～少人数で閉鎖的、盲目的に判断している時に陥り易い誤りである。この傾向を排除して全てを包括的に正義と忠義にて照らしてとらえる概念を臨床倫理とよぶことができ、それを実現するツールが4分割表と考えてもいいのかもしれない。

# まとめ

## IPW の7つの原則

1. ケアの質を改善する。
2. 利用者と介護者のニーズにフォーカスをあてる。
3. サービス利用者と介護者を巻き込む。
4. 共に学ぶこと、互いの専門性から、あるいは互いの専門性について学び合うことは専門性を強化する。
5. お互いの専門性の誠実(高潔)と貢献を尊重する。
6. 専門性の中の実践を強める。
7. 専門職としての満足感を増加させる。

(7 principles CAIPE , 2001)

**ご清聴ありがとうございました。**



**真実とは、患者と独立して一般化されて存在するものではなく、あくまで一人ひとりの患者にとって意味のあるものとして、それぞれの状況で患者と専門家が一緒になって作り出していくものである。**

(Gadow, S.A. Nurse and patient : The caring relationship. Caring, Curing, Coping—Nurse Physician Patient Relationship, pp31–43, The University of Alabama Press, 1985)

八幡浜在宅医療研究会メーリングリスト  
参加希望の方は以下にメールをください。

**asahi-gp@utopia.ocn.ne.jp**

「メーリングリスト参加希望」とお書きください。  
い。