

東京財団フォーラム

2013-5-15

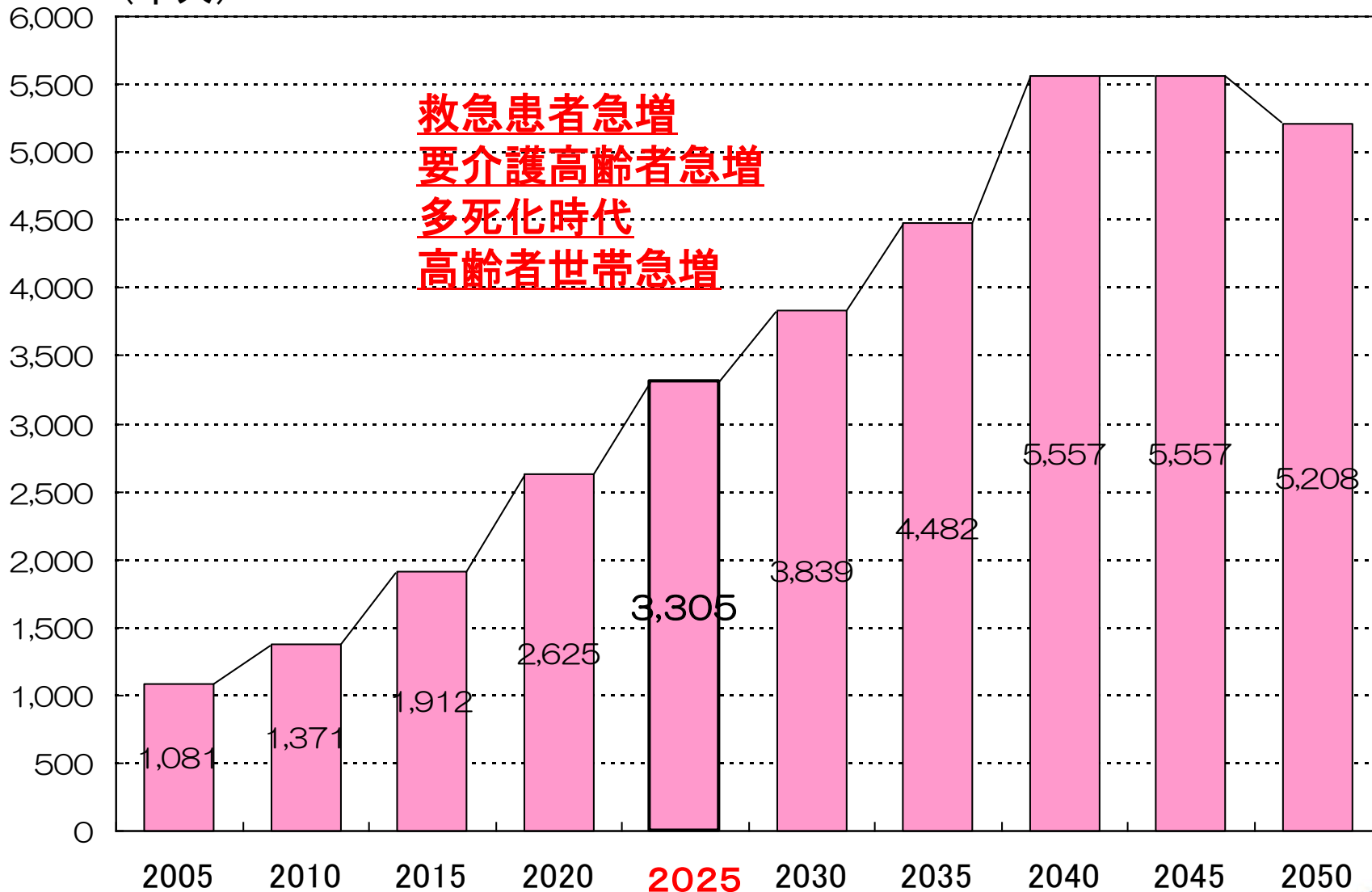
14～16時

医療法人財団 天翁会

理事長 天本宏

90歳以上人口増からモデル無き挑戦が始まる

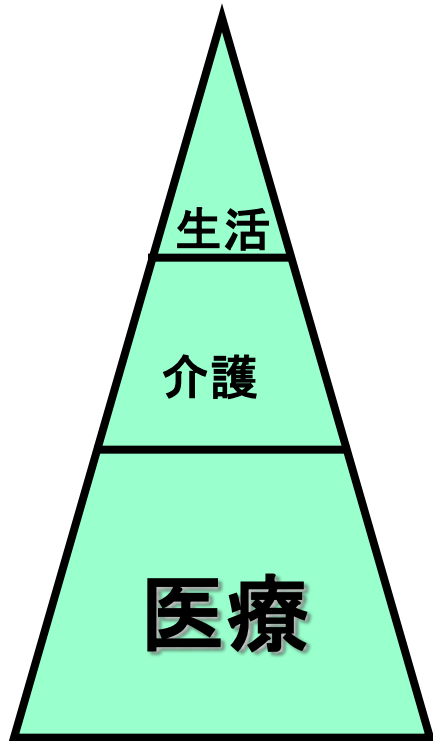
(千人)



資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成24年1月）」

サービス構造の転換 (画一性から個別性へ)

重装備



〔医療的管理優先〕

<病院>

自己完結

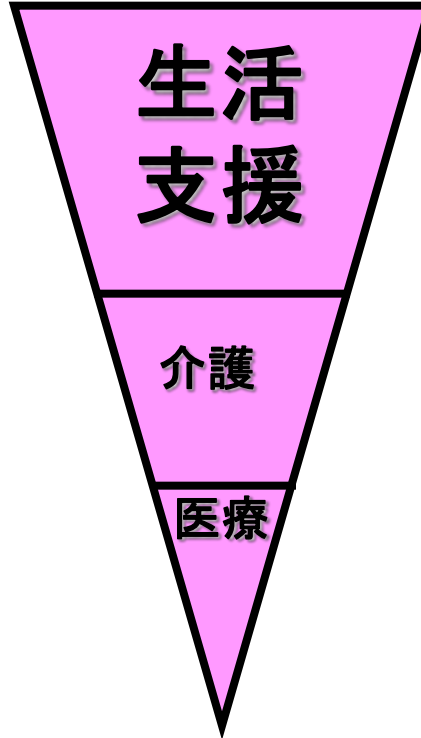
軽装備



〔個別性重視〕

<住宅>

地域内完結



〔QOL(生活)重視〕

<施設>

自己完結

集団対応
画一的管理

利用者本位
選択 個別



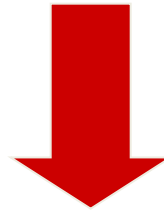
高齢者医療の方向性

病院死

疾病医療偏重
(病院医療)

医師主導

Cure in Hospital



対人医療への視点重視
生活・総合医療への転換
自立支援・緩和ケア・自然死

地域での看取り

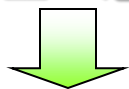
Care
in Community

他職種協働

医療法人財団天翁会—『32年間の歩み』

目 標：「**認知症であっても生涯、地域で生活し続ける**」

理 念：「**信頼と安心の創造**」



戦 略：①**地域を病棟として捉える**

②**コミュニティケアの具現化（搬送医療から訪問診療へ）**

③**保健・医療・介護・福祉のサービス複合システムの構築**



戦 術：先行指標①**「あいセーフティネット」の創造**

地域に『サービスのプラットホーム』を創造

②**自己完結から地域内完結**



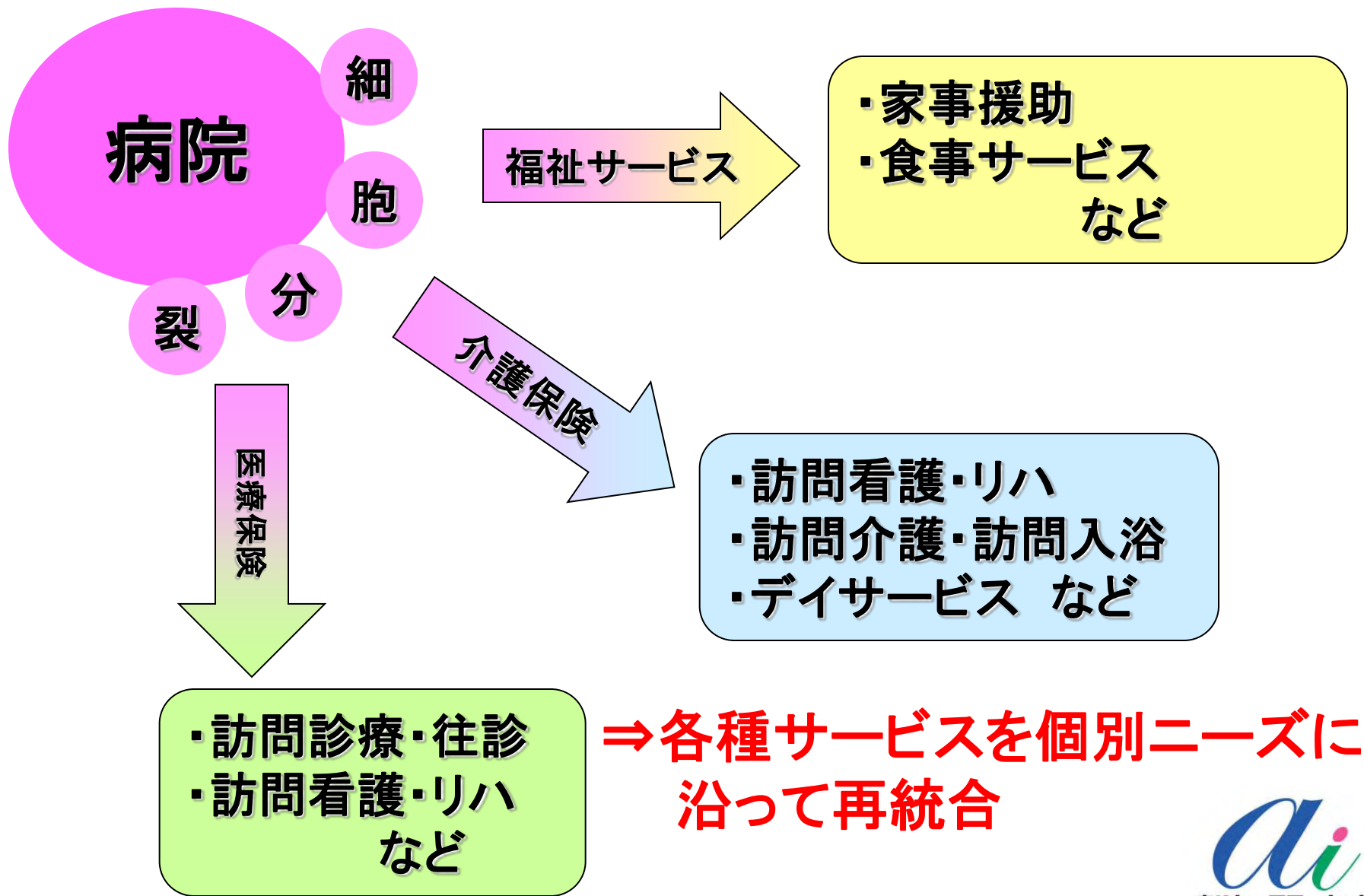
戦闘計画：**いつでも（24時間、365日）**

どこでも（住いでも、施設でも、地域でも）

「トータルケアサービス」を提供する

サービスの細胞分裂

施設内サービスを地域にサービス展開



先行モデル「あいセーフティネット」 多摩ニュータウン版「地域包括ケアシステム」 戦略 -Aging in Place- 戦術 Care in Community ＜地域を病棟として捉える＞

地域に密着した
面のサービス



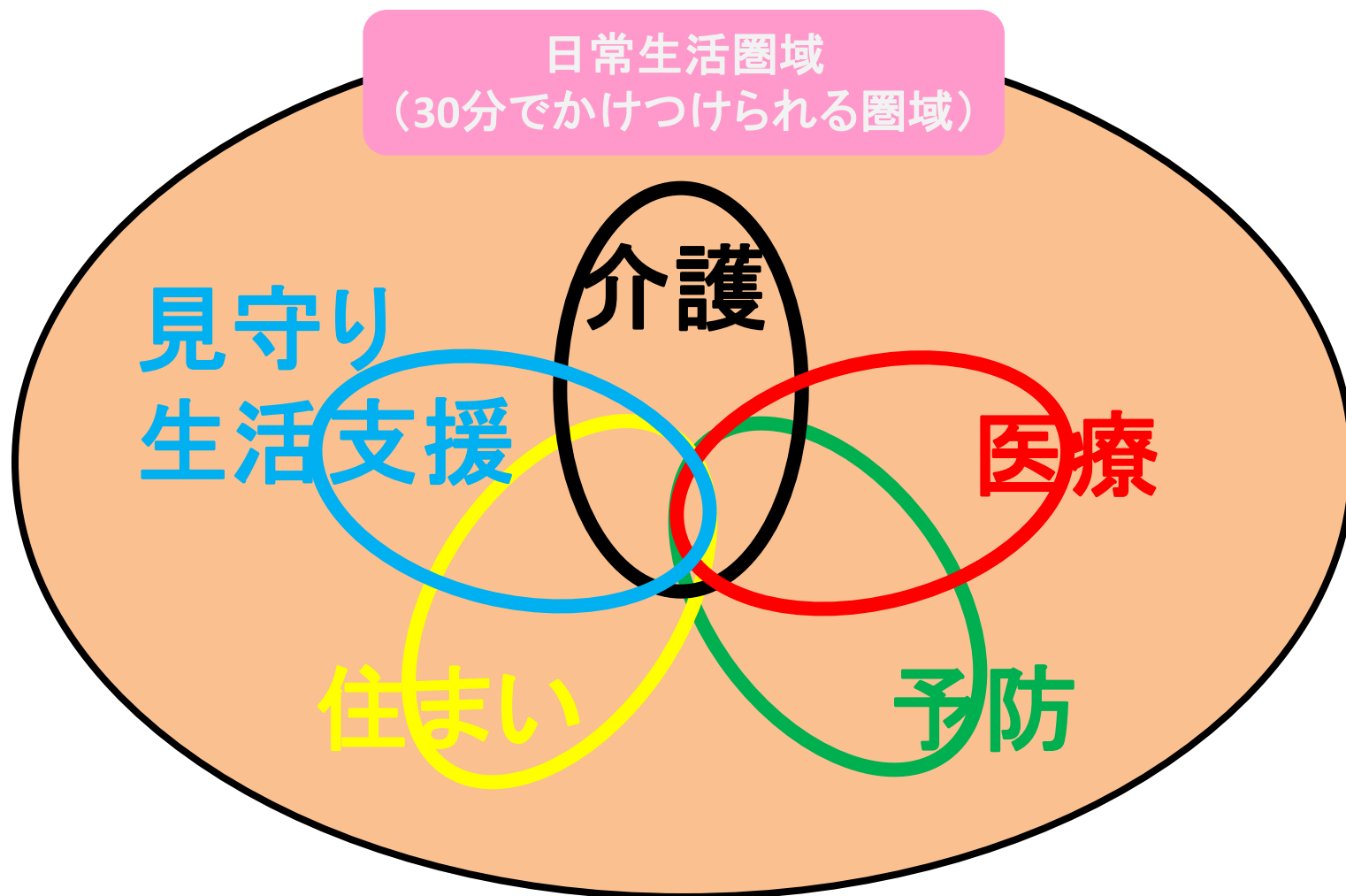
医療法人財団 天翁会

- 新天本病院
- あい介護老人保健施設
- あいクリニック
- あい訪問看護ステーション
- あいグループホームはなきりん
- あいヘルパーステーション
- あいクリニック平尾
- あい訪問看護ステーション平尾
- あいケアプランセンターいなぎ
- あい小規模多機能施設かりん
- あいグループホームどんぐり
- 多摩市中部地域包括支援センター
- 多摩市桜ヶ丘いきがい
デイサービスセンター さくら

Ai
あいセーフティネット®

国家戦略としての『先行指標』

「地域包括ケアシステム」は現時点「構想」の段階
これから「システムモデル」化していく



地域包括ケアシステム構築には

- 多様なサービスの横断的・水平的統合が必要(定時・随時・必要なものを必要なだけ)
- 多様なサービスを選択・決定には垂直的意思決定システムを明確にしなければならない
- 医療・介護といった異業種の統合には両サービスに通じた看護師といった係わりが不可欠
- 時系列的に利用者本位での一貫性の担保には入院・地域においても同じ家庭医・看護師が継続し見守り・支援し続ける必要あり

End of Life-Stageに 生涯、地域で生活し続けるには 生活・介護・医療・居場所の支援が必要

- 多様な問題解決
- 多様なサービスの活用
- 24時間・365日対応
- 切れ目無く運用
- 連携・継続性・一貫性
- サービスの統合
- 安心な居場所
- 他職種協働
- 他運営事業者との協業
- チーム・地域内完結
- 組織としての体制整備
- 個別性・自己決定
- マネジメント
- 住み慣れた地域・住居
- 日常生活圏域

「死に目」を大切にする文化から 生前の係わり・プロセス重視に価値観転換を

- 病院は治療センター（治療し死との戦いの場）
医師が治療に成功しなかった場合に死が



90歳以上の高齢者が増える
治らない疾患に延々と治療し続け長期入院



今では治るためではなく、死ぬために入院



「End of Life」として病院が相応しいのか



End of Life (安らかな人生幕引きの時期) 90歳以上の方々へのこれからの医療像

90歳以上になると「治らない、進行していく病気・病態」が増える
治療の優先順位は本人の意向が尊重されていく生活医療がベース

- ・ 90歳以上における癌死亡確率は10～15%
癌患者は終末・余命期間が想定しやすい(高齢者にもホスピスケア)
- ・ 90歳以上における非癌患者死亡確率が非常に増えていく
非癌患者は終末・余命期間が想定しにくい(認知症も含まれる)



高齢者の最期こそ自然の摂理に沿ったホスピス・緩和ケアを

「モデルなき医療への挑戦」

高齢者自身を巻き込み近隣住民おも巻き込む街づくり

高齢者の急変時対応

- 救急搬送患者が増えている実態は「高齢者の軽症者」のみで、高齢者の重傷者はあまり増えていない



一次医療、一次救急医療の再構築

(搬送から訪問診療・訪問看護体制の構築)

間違った医療の道具を使用した延命処置を拒否する意思が必要
緩和ケア・ホスピスケア・在宅ホスピスケア主体に



『地域内トリアージ』、『在宅トリアージ』の救急トリアージ手法の導入、
救急搬送して治療第一主義から「苦痛緩和を主とした医療」に
医行為の包括的指示に拠る看護業務への権限委譲も・・

これからの在宅医療の戦略形成

「在宅医療は所詮医師一人、
一診療所単位でかなうものではない」

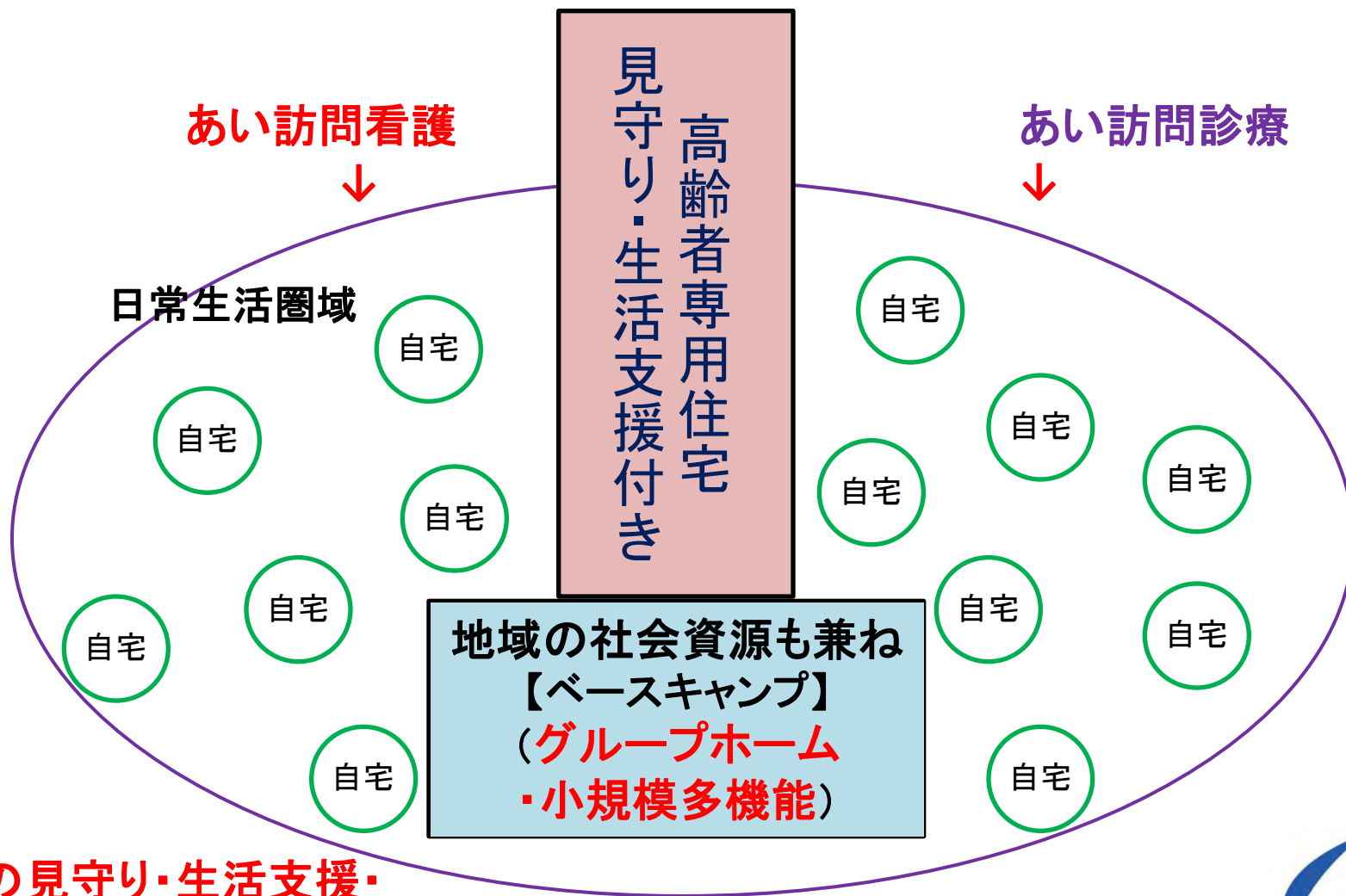


『協働と協業の連携チームマネジメント』

「在宅医療ニーズにこたえる為に
多職種が集まり協働の仕組みで
また介護施設・多様な住まい等の事業体とも協業し
相互補完し合いつつ、さらに付加価値
シナジー効果の向上を求めていく組織活動」

多様な住まいと地域の一体化

「あいセイフティネット」による安心・安全の創造



**地域の見守り・生活支援・
地域包括ケアを**

地域包括ケアシステムの基本的スタンス

<End of Lifeにおいて>

- 『身柄を転々と移すのではなく』、
- 『生活の質を高めるためのステップアップの一環』とした新たなサービスモデル
- 『より安心な居場所』
- 「今までの生活・地域・環境を大きく変えない」ことが原則

これからの地域医療には

- 自然科学だけではなく、人文科学、社会科学という3つの視点から一つの問題を捉えていくことが必要となる



全体を見て判断し、行動できるプロフェッショナル
(各分野のエキスパートではなく)



「知識と知恵・感性・判断・行動」を連鎖させ
皆さんと共に多職種で様々な問題を解決していく



「プライマリケアを担う医師像」

基盤・体制整備への課題

- 現状全ての経営基盤が『発生主義・出来高』
- リスクに備えた随時対応・出動態勢・24時間・365日体制の基盤整備・運営体制を以下に担保していくか
- 箱物である病院・特別養護老人ホーム・介護保健施設は土地代・建築費が補填されているも、サ高住は全て利用者負担。大都市での運営が厳しい。低所得者対策が打ち出されていない。

先行指標指向型成長過程

認知症であっても生涯地域で生活し続けられる支援

理念

ビジョン=ゴール

Aging in Place

あるべき姿からの「地域包括ケアシステム」の創造

Plan
Do
Check
Action

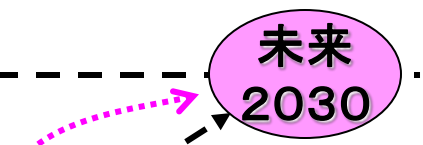


内部環境



組織・個人の変革

2012



未来
2030

- 戦略シナリオ
- ・日常生活圏域に
 - ・ケアサービスの整備
 - ・計画的「住」整備
 - ・施設体系の見直し
 - ・資源のシステム化

臨機応変の戦術
(環境変化とリスク)



外部環境

人口オーナス現象

あいセイフティネットの創造

- * ハートワーク
- * ヘッドワーク
- * フットワーク



スタート
1980

プライマリケアホスピタルとして

「第三期中期事業計画」策定までの経緯

平成23年9月～24年6月

「天翁会VISION-PJ」(全18回) 中堅・若手13名

平成24年6月～24年10月

「第三期中期事業計画策定委員会」(全19回) 委員長:副理事長、他8名

外部環境

「後期高齢者の急増」「高齢者世帯の急増」
「社会保障費の効率化推進」
「医療から介護へ」「施設から在宅へ」
「異業種の参入」

内部環境・外部環境を
前提に検討

内部環境

「組織規模の拡大」
「サービス拠点の拡大」

「人材不足」「サービスの
質における均一性の未達」
「組織基盤の未成熟」

【未成熟な中核サービス】

・在宅療養者に対する土日・夜間体制が不十分
・リハビリや認知症ケアをはじめとしたサービス
水準の不均質さなど専門スキル底上げの必要性

【不十分な早期対応機能】

・重症化予防の体制が不十分
・ゲートオープナー機能の未整備・未定着

【「連携」に対する認識の相違】

・「めざす連携像」が不明瞭など

3年間の重点目標(抜粋)

サービス機能に関すること

【大きな目標】「天翁会版の日常生活圏域における地域包括ケアシステム
(あいセイフティネット)の創造・構築」

- ◆24時間365日体制(夜間・土日対応)の強化
- ◆バックベッド機能の強化、看取り機能の多様化
- ◆日常生活圏域を前提にした在宅サービス拠点の拡充
- ◆「オレンジプラン」を視野にいれた認知症ケア対応の拡充
- ◆当法人としてのリハビリサービスの再編(「強み」の再構築)
- ◆予防サービス(特に「栄養サポート」「早期発見・対応」)の発展
- ◆法人内連携力の強化
- ◆異業種との連携力の向上

組織管理に関すること

- ◆業務改善・業務革新の強化
- ◆人材育成(特に、管理職・中間管理職層、専門職教育)
- ◆組織拡大・拠点拡大に対応する組織基盤の整備

H25年度に注力する計画(抜粋)

サービス機能に関すること

- ◎夜間も含めた往診体制や訪看ステーションの土日営業体制の準備
- ◎中沢地区における在宅サービス拡充
- ◎認知症集中支援チームの設置
(フリー体制の認知症専門医の配置)
- ◎法人内栄養サポートチームの設置準備
(病院に栄養サポートチームを設置)
- ◎「連携室」の設置(法人内連携強化に特化)

組織管理に関すること

- ◎職能要件の積極的活用
- ◎経営管理視点も強化した階層別研修
- ◎事業継続計画(BCP)の作成や訓練の実施

『多摩ニュータウン構想』

人生の集大成において
一人一人の思い・価値観を
尊重・許容・支援していく多摩文化の創造

「Care in Community」



地域で・地域社会みんなで
ケアを担っていこう



＜生活の場での直接ケア・間接ケア
・眼に見えないケアのある地域社会＞

目標とポジショニングを常に意識

- 天翁会(NET)の向かっている方向と夢・目標
歴史的推移における現在の位置と
これから向かう目標
- 事業体の位置づけと役割・使命
- 職員一人一人の役割・使命

目標・使命に向かって中期・短期の計画立案

—全体最適のための部分最適の創造—

〈一人ではできないことを協働・協業で補完・相乗〉

日本の高齢者医療の軌跡と展望

1. 病院中心の施設偏重施策であり、集団的、画一的な対応であった
2. 治療優先の疾病医療対応のみであった(医療と介護の分業)
3. 後片付けのリハ・介護体制であり、予防・予測的対応でなかった
4. 救急搬送が中心で、一次救急体制が未整備であった
5. 終の棲家になりうる住宅政策の視点がなかった(低所得者対策は?)

利用者本位（生存から生活支援へ）

医療提供の場を生活の場・地域へ

- * 個別ケア
- * トータルケア(協業)
- * 外部サービス活用型・地域内完結型
- * 適切な初期対応(救急搬送から訪問)
- * 予防
- * 終の棲家(安心の創造)

日本は「持ち家8割」と言われていたが

しかしこれからの超高齢社会においては

「家あって、家族なし」(単身高齢者・高齢者夫婦の急増)



これからの家・家庭には、**家族の「見守り・生活支援」が無くなる**
(現状の介護保険は家族ありきのモデルでありデザインの変更が必要)



高齢者所帯が地域で自立生活を続けるには、
「安心な居場所・住まい」と「見守り・生活支援」とともに、
地域社会の「地域力」の構築・養成 **QOSの向上が不可欠**



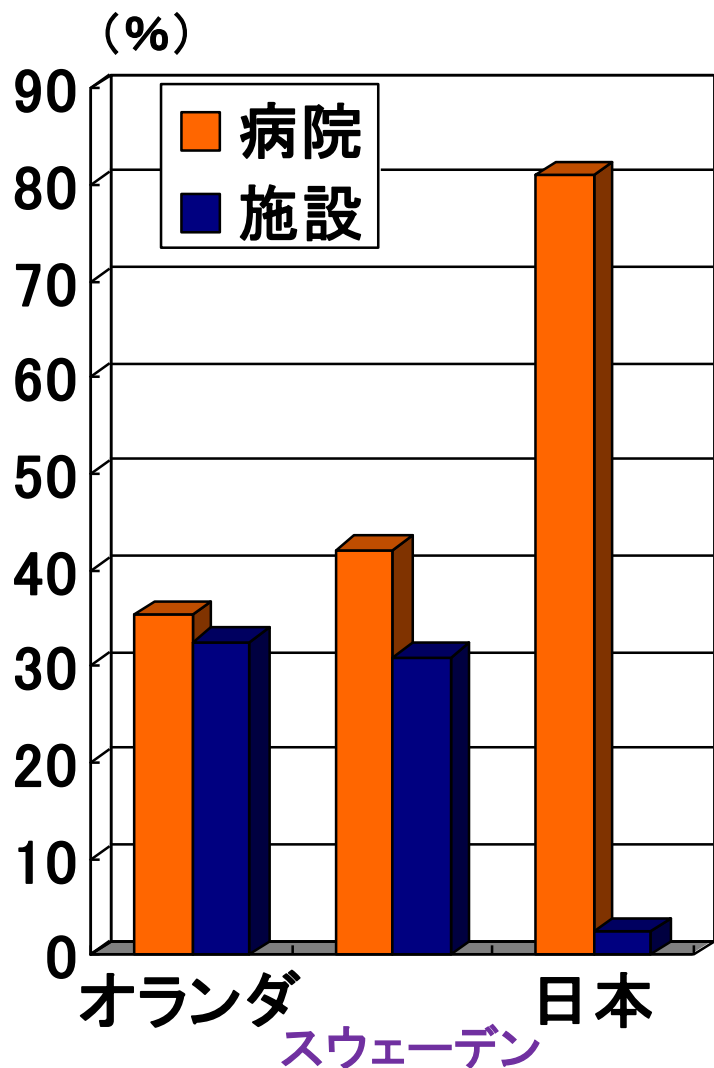
日常生活圏域に「地域包括支援システム」制度設計だけではなく
近隣住民の {Care in Community} の創造が不可欠



「ネグレクト(介護放棄)」、「セルフネグレクト(サービス拒否)」



『死ぬ場所』への問題提起



◇オランダ

- ・ナースングホーム専門医の養成が進んでいる
- ・診療チームや一般開業医の連携がとれている

終末期ケアの意思決定に対応できる
終末期ケアを病院よりも得意にしている

◇スウェーデン

- ・長期療養病床を介護施設、ケア付住宅と位置付け「在宅」と「施設」の区別をなくした
- ・医療機能を残している施設は、高齢者を転院させる必要がない

◆両国共に、

- ・病院機能を急性期に特化し、施設は特定施設化し外部サービスの活用
- ・看護師への権限委譲

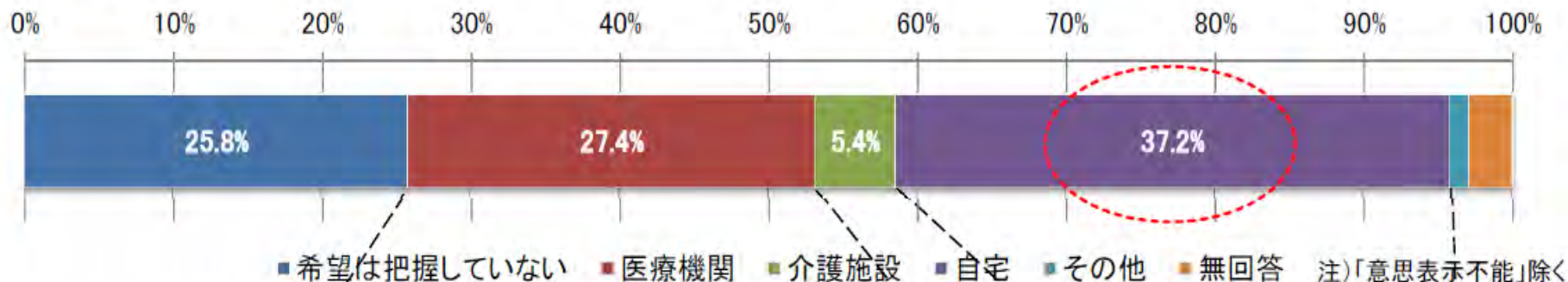
オランダでは、看護師のレベルを3段階で認定し、注射や胃ろうケア、酸素吸入など一定の医療行為の権限を委譲

※施設＝ナースングホーム、ケア付住宅

患者と家族の希望の違い

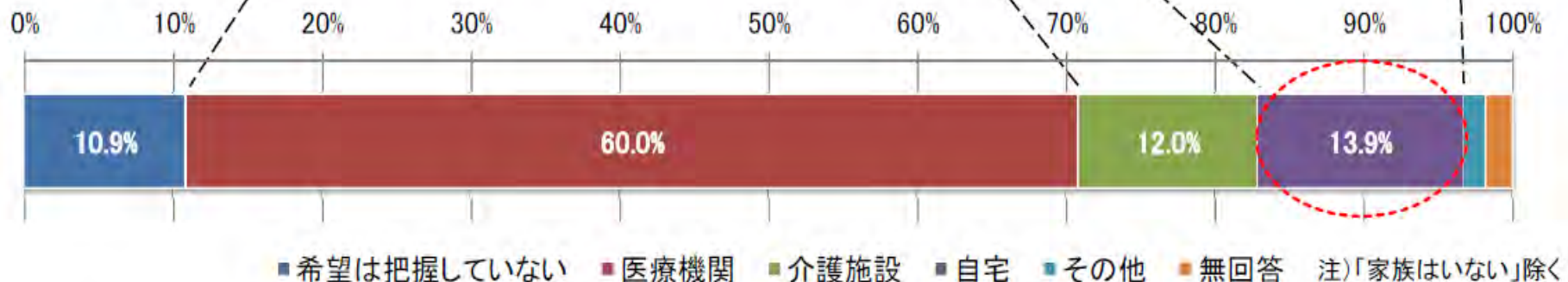
【患者の希望】

N=57,627



【家族の希望】

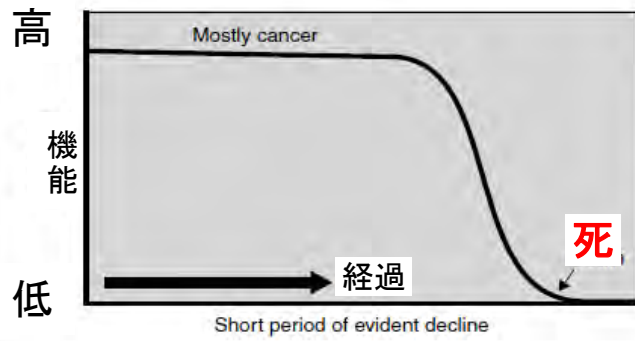
N=57,627



※医療機関に入院中の患者及びその家族の希望を医療機関が確認したデータ

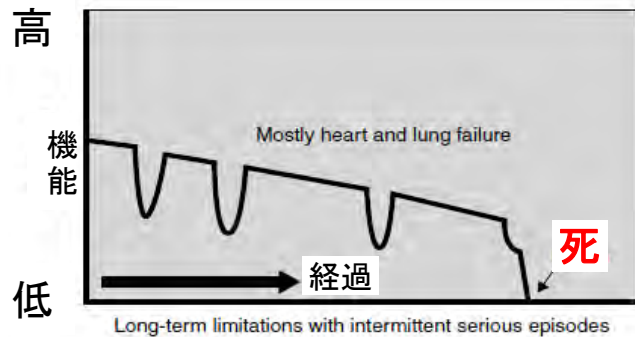
出典:「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」より

疾患別：死に至るパターンの違い



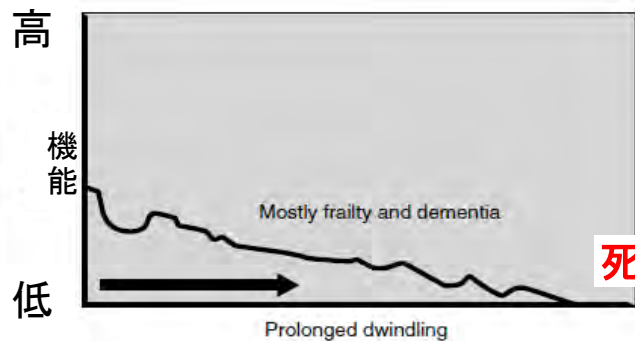
1) がん(死期が想定できる)

死亡数週間前まで機能は保たれ以後急速に低下



2) 心臓、肺、肝臓等の臓器不全

ときどき重症化しまた回復しつつ徐々に機能低下



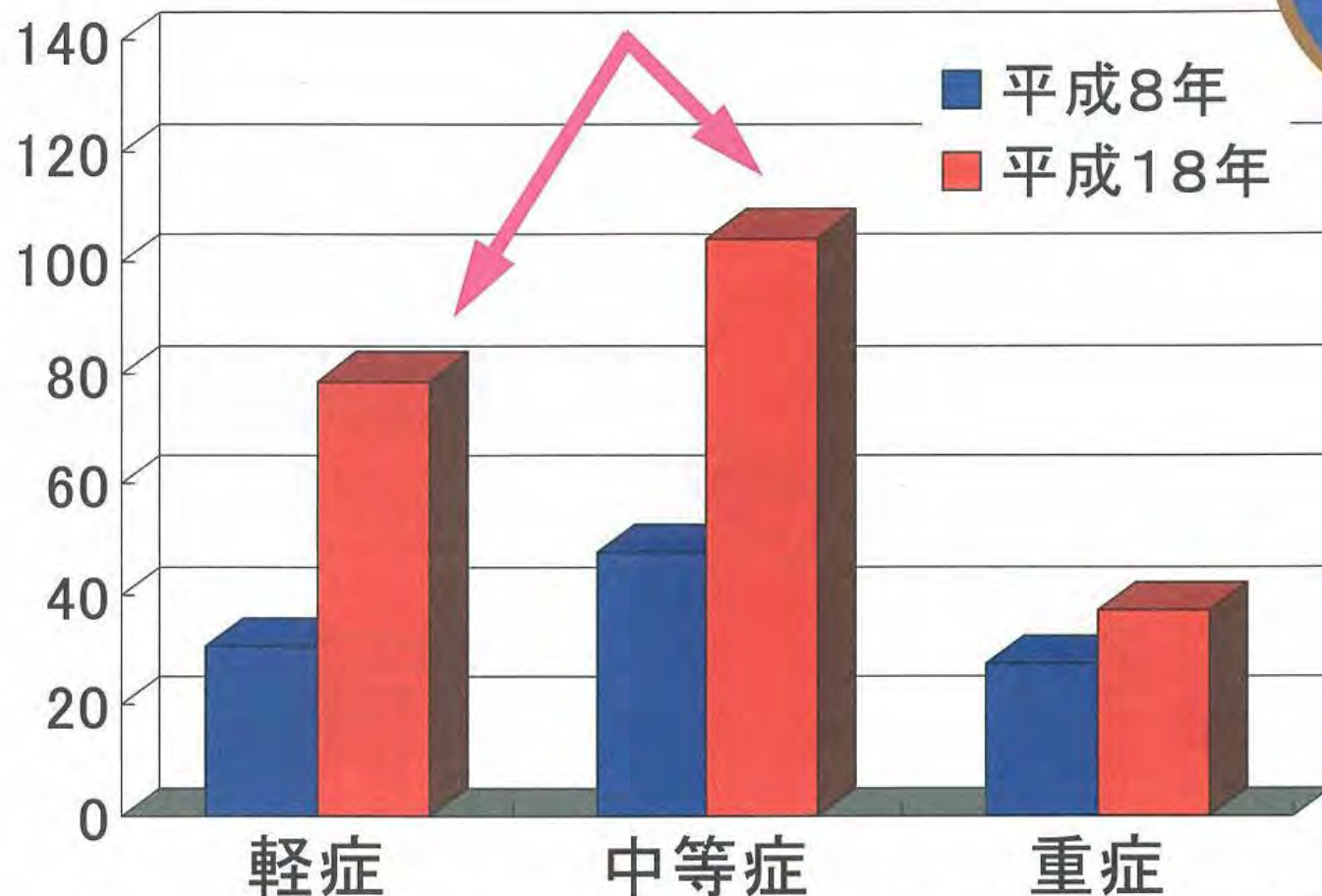
3) 老衰、認知症

長い期間にわたり徐々に機能は低下

10年間の救急搬送人員の変化 (高齢者)



(万人)



「救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの