

「治らない病気を支え続ける」

医療法人社団悠翔会
佐々木₁ 淳

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.

11 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 Pediatricians
covers all category except for Obstetrics.

102 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

3,950 Patients

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

860 Deaths

560 Deaths (73.7%) at home yearly

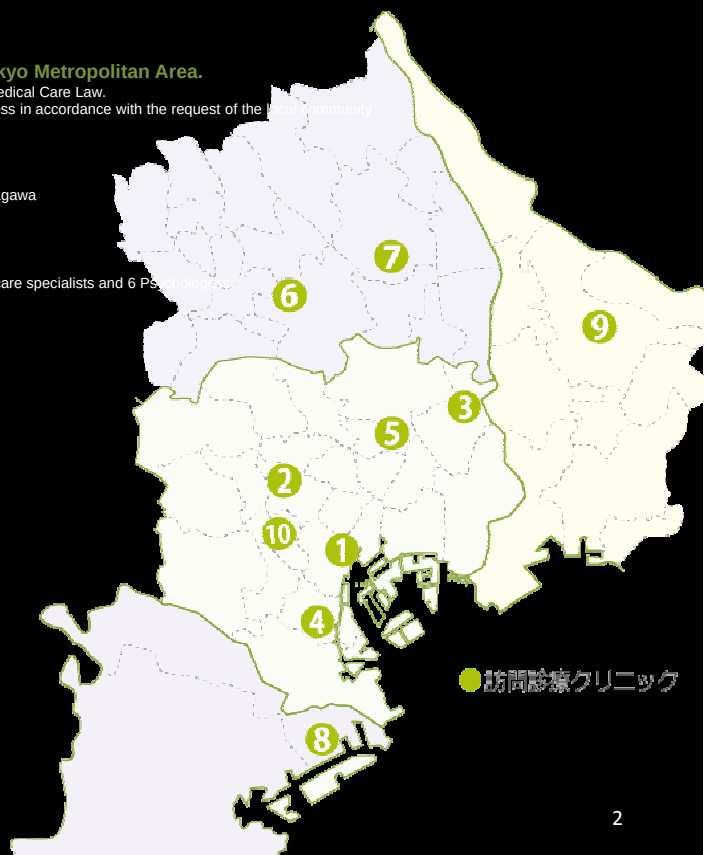
118,628 Visits

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

36 Cars

30 Cars runs
33,330km yearly to visits patients home.

363,300 Km

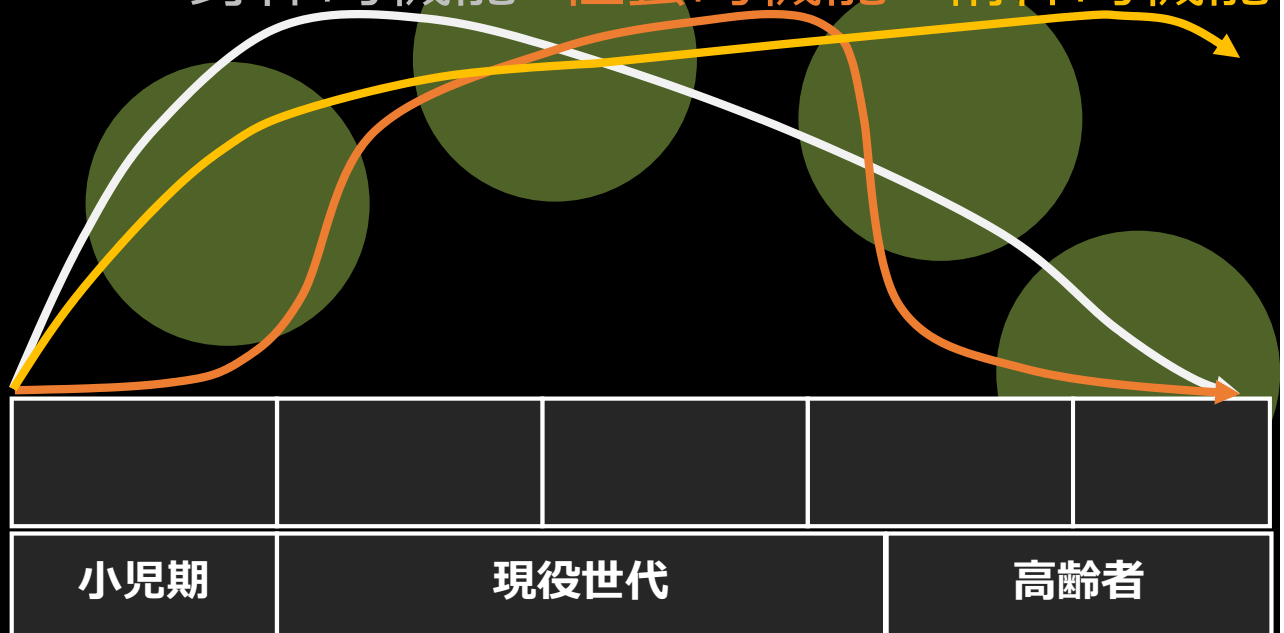


1

病氣か？ 老化か？

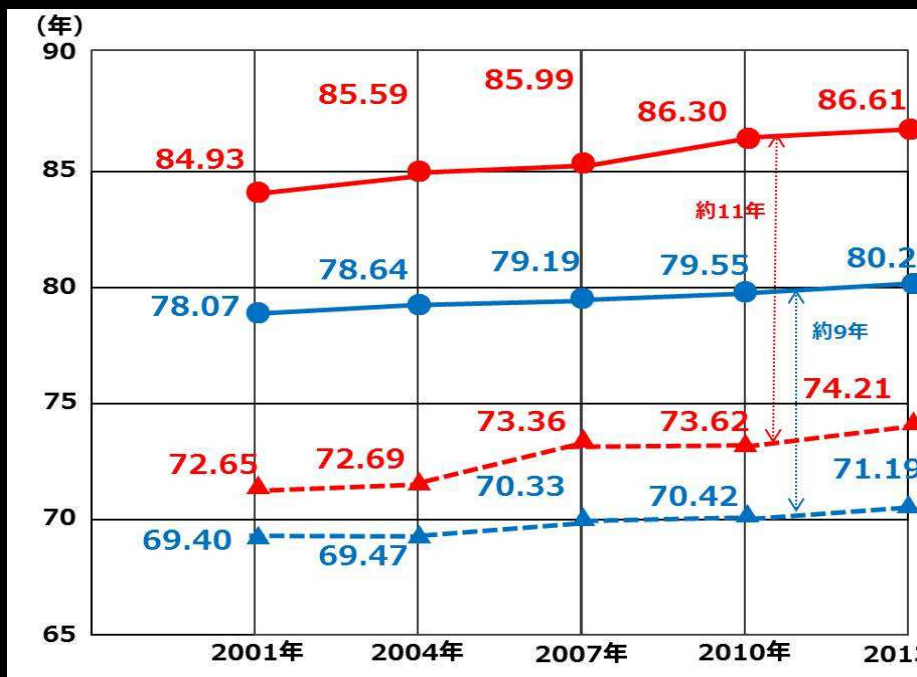
3

身体的機能 社会的機能 精神的機能



4

▶健康寿命と平均寿命の推移

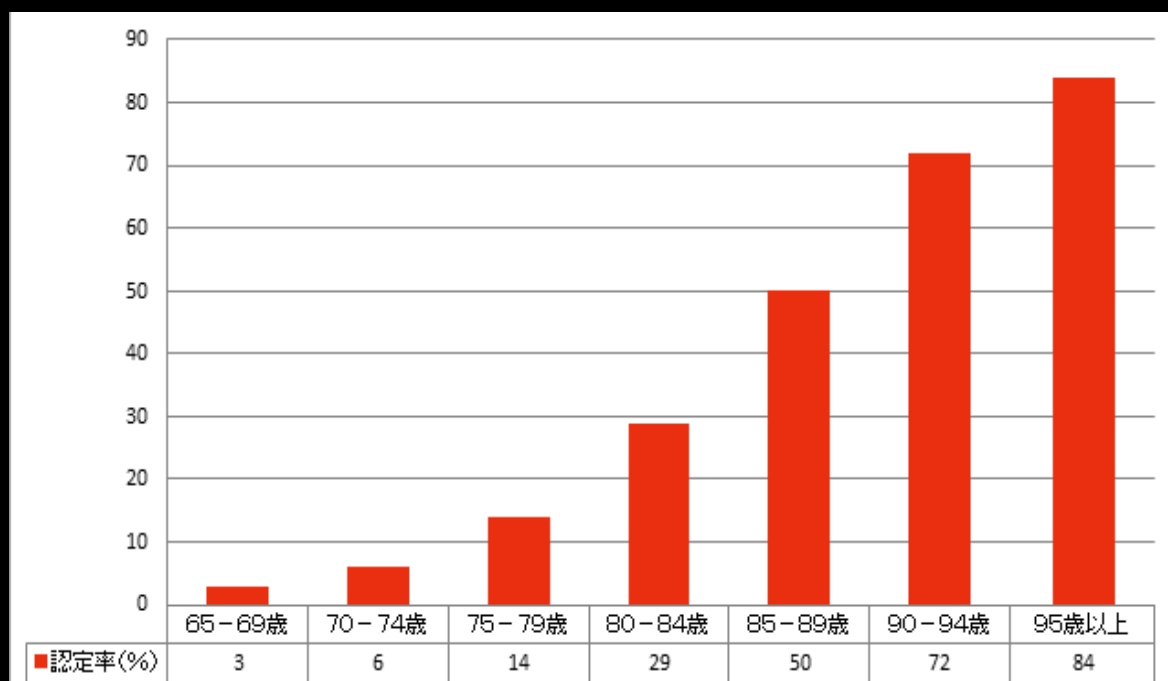


平均寿命も
2年延伸！

健康寿命、
2年延伸！

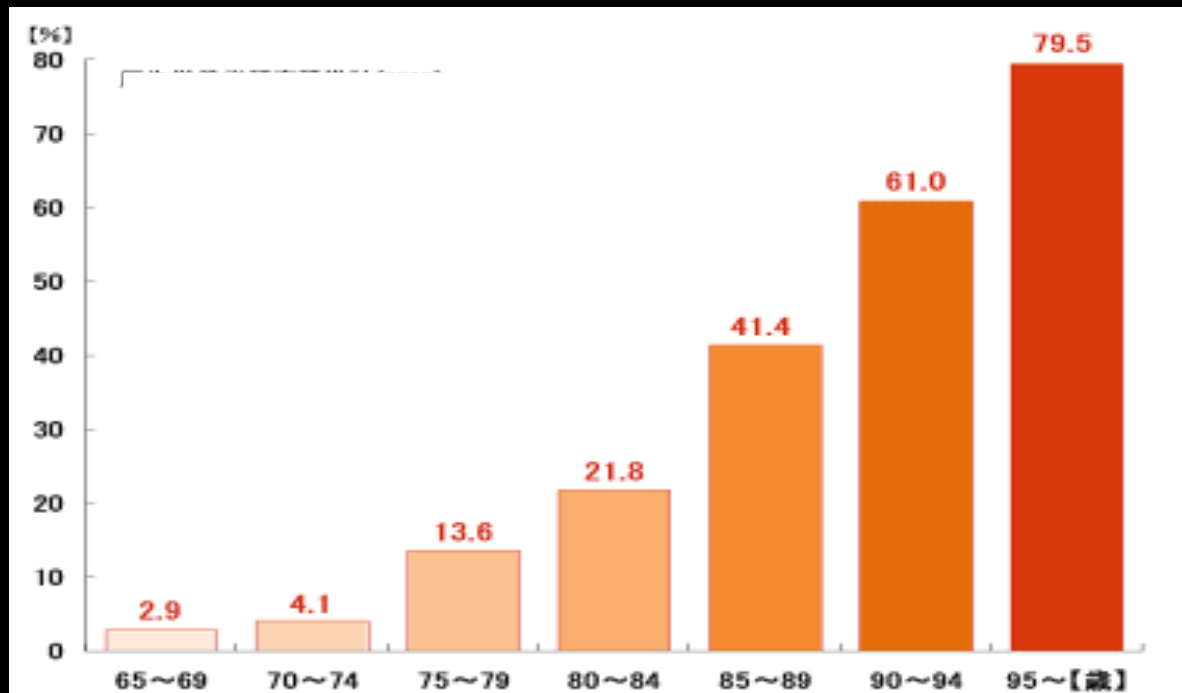
【出典】平成27年版高齢社会白書（内閣府）平成27年6月12日閣議決定 資料：
 平均寿命：平成13・16・19・25年は、厚生労働省「簡易生命表」、平成22年は「完全生命表」
 健康寿命：平成13・16・19・22年は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」
 平成25年は厚生労働省が「国民生活基礎調査」を基に算出

▶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

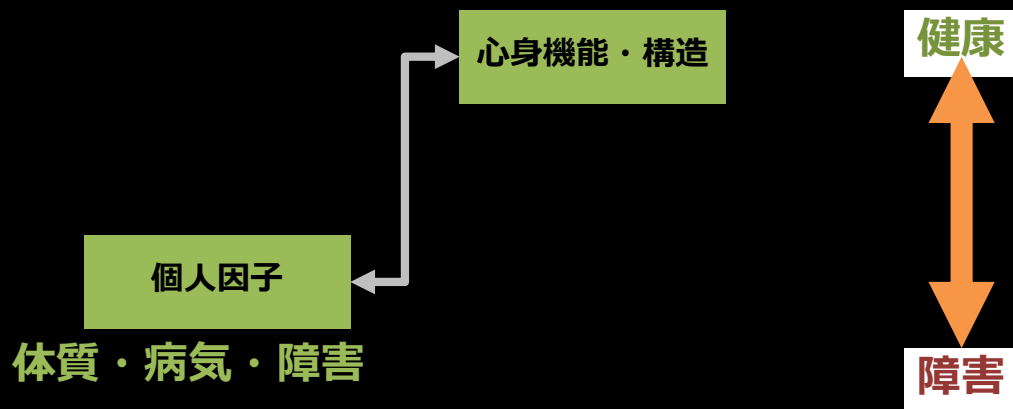


【出典】 2013年厚生労働省研究班推計

7

「生活」を続ける。
「強み」を生かす。

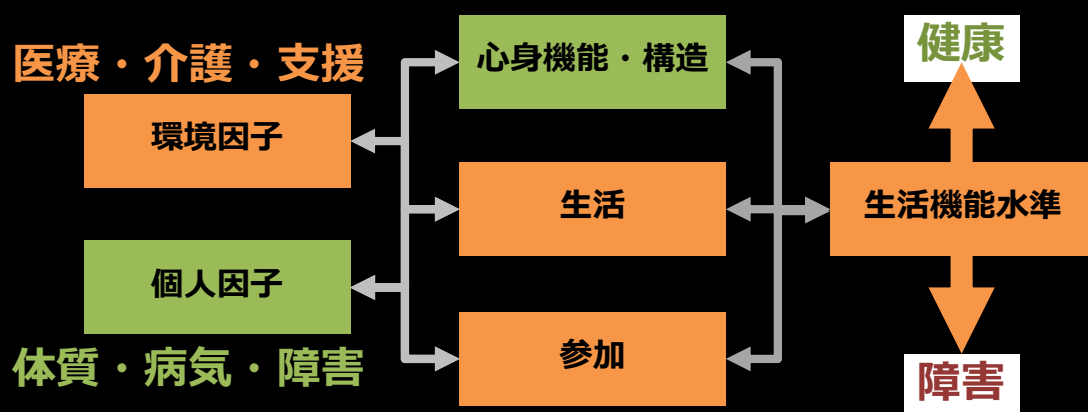
8



医学モデル

国際疾病分類・国際障害分類

9



生活モデル

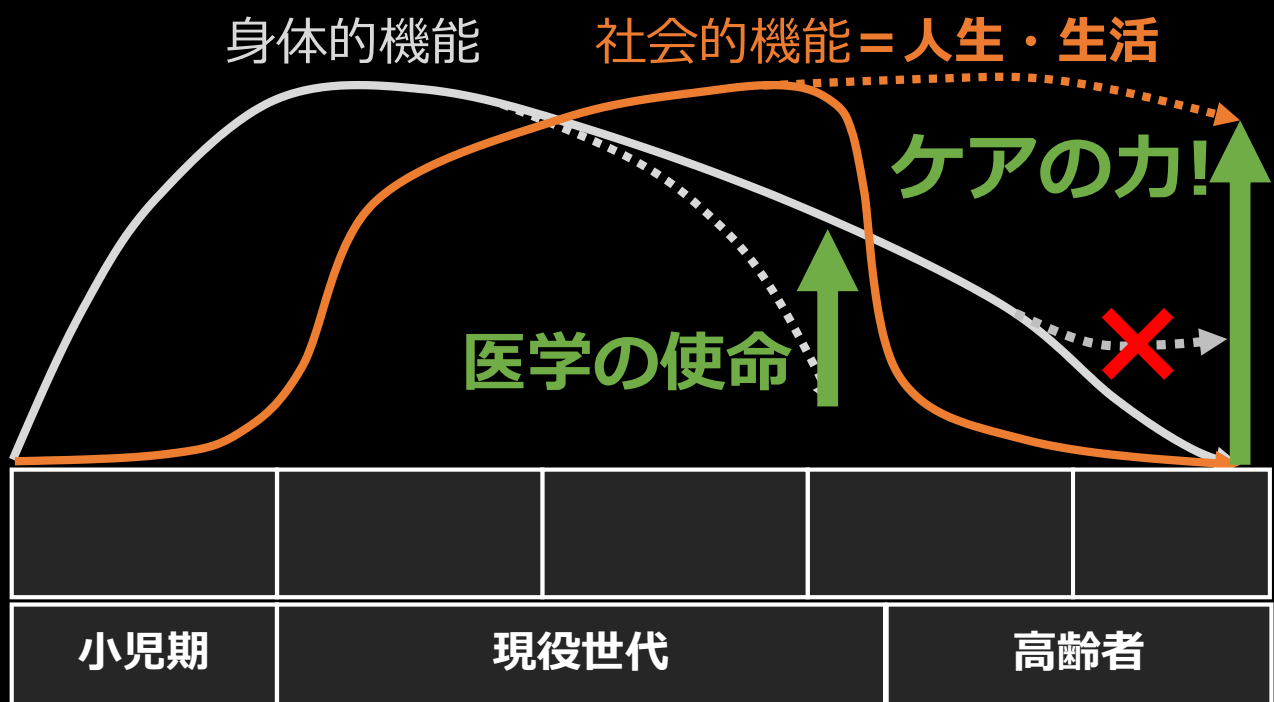
国際生活機能分類

10

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！

11



12

Hope for the **Best**, and Prepare for the **Worst**

【1】 衰弱していく身体と上手に付き合う。

【2】 自分らしい人生のための環境を作る。

13



高齢化に最適化した
医療をつくる

14

疾病構造が変化する

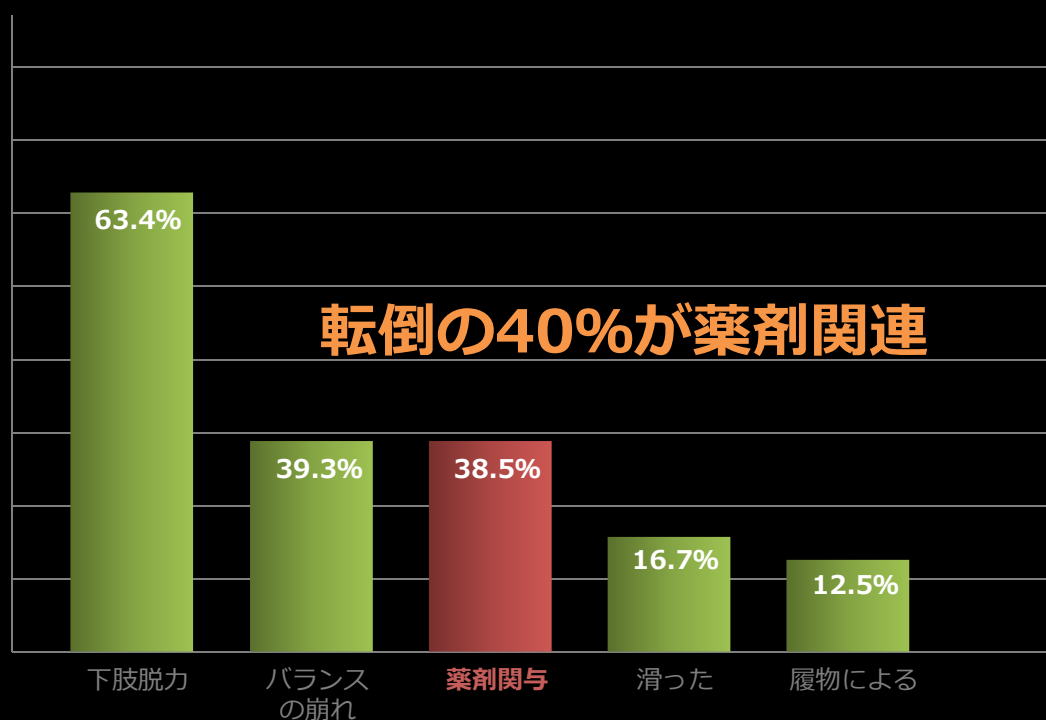
	若年者	高齢者
原因	外因性	内因性（老化）
病気	単発	多発・複雑
発症パターン	急性	慢性・再発性

▶医療の役割も変化する

目的	救命・治癒	予防・改善
役割	治癒	ケア・サポート
場所	病院	地域
特徴	医療施設内集中治療	地域での支え合い

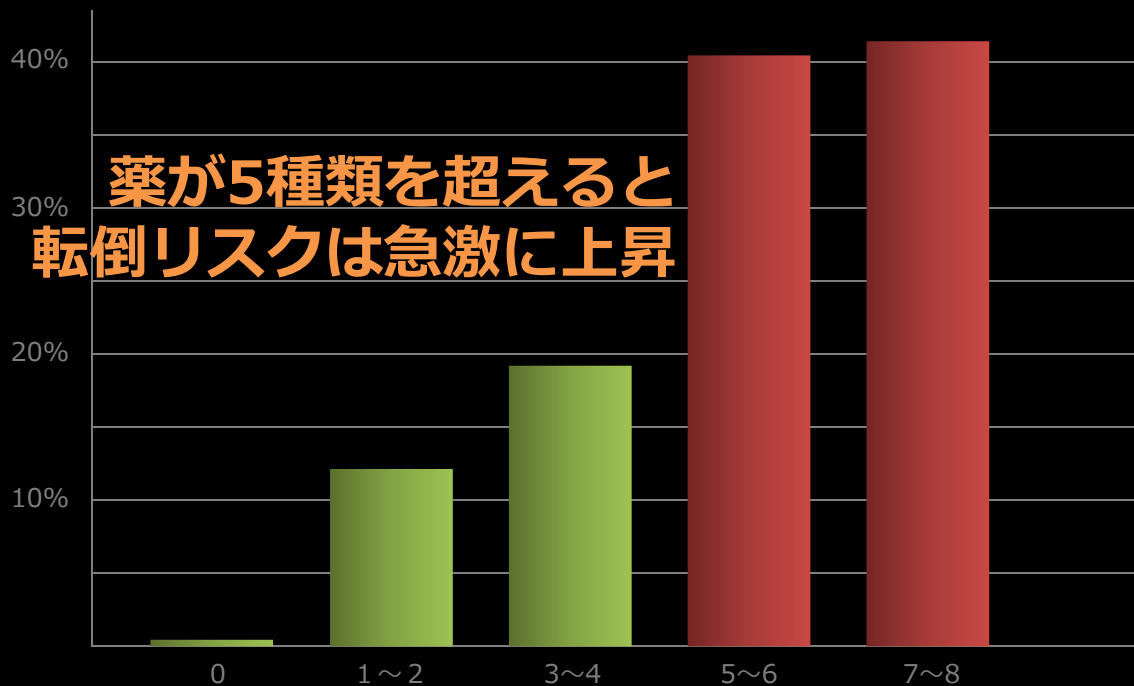
15

▶薬と転倒リスク



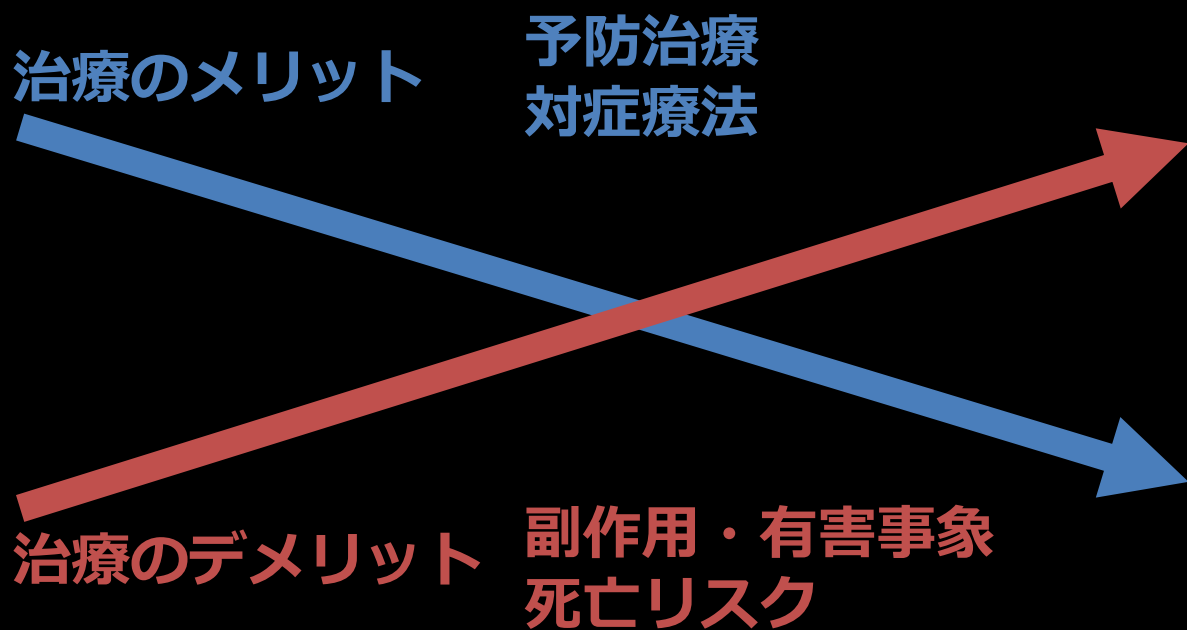
16

▶ 薬の種類と転倒リスク



17

▶ 薬のメリットとデメリット



18

▶ 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 る薬剤 スリン SU薬 ニド薬など の使用	7.5%未満 (下限6.5%)	8.0%未満 (下限7.0%)	(下限7.0%) (下限7.5%)

**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**

▶ 薬剤性認知症が増加中

「認知症」の11%は
薬剤性せん妄！

アリセプト5 1回1錠 1日1回朝

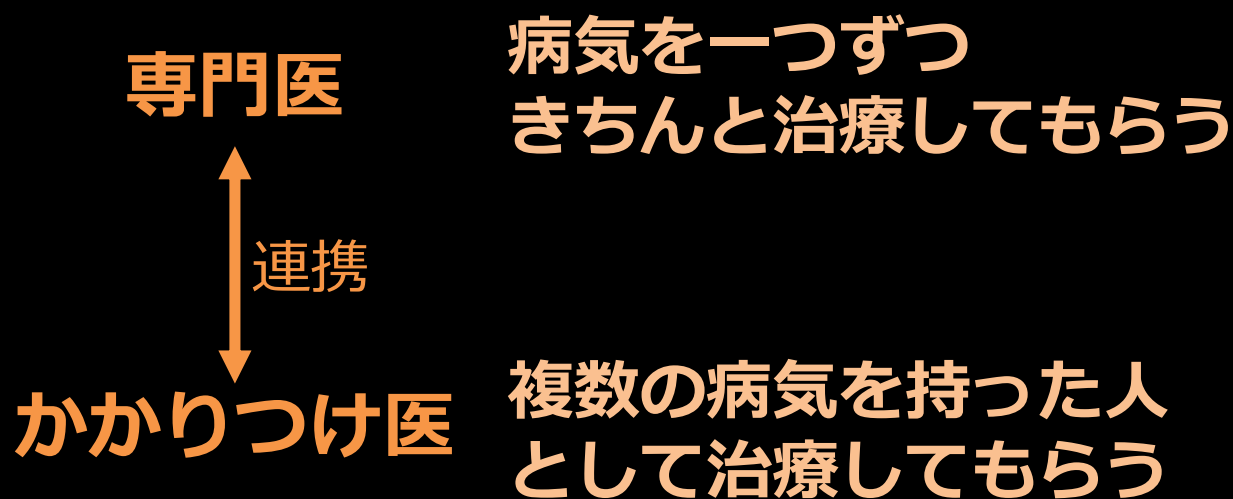
要介護 5
認知症終末期



要支援 1
独り暮らしを継続

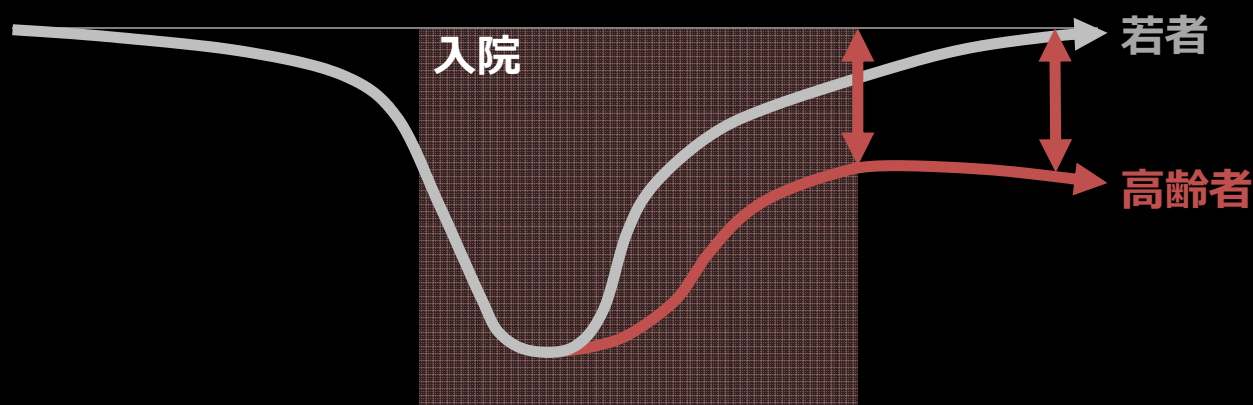
▶ Multimorbidity

(高齢 + 多疾患の方)



21

▶ 高齢者は入院がリスク



**入院治療により
身体機能、認知機能ともに低下**

22

▶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

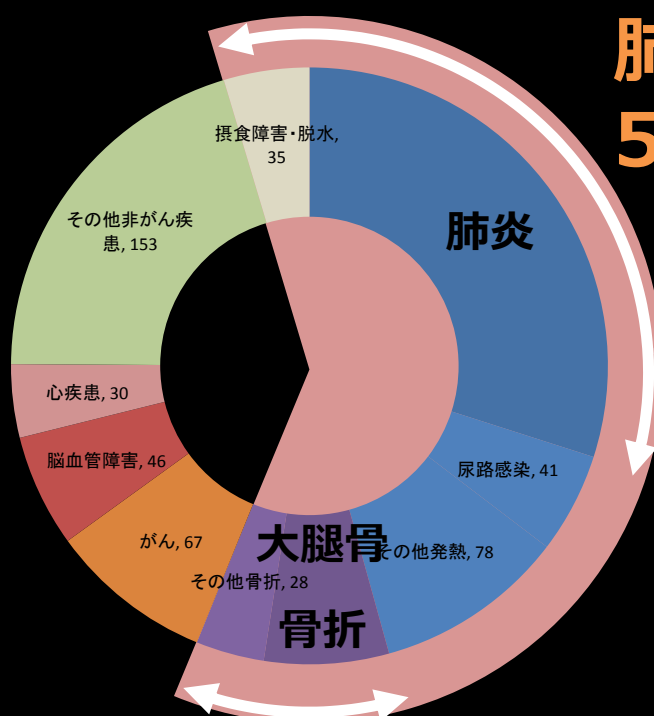
医源性サルコペニア

床上安静・食事制限による
廃用症候群と低栄養の進行

23

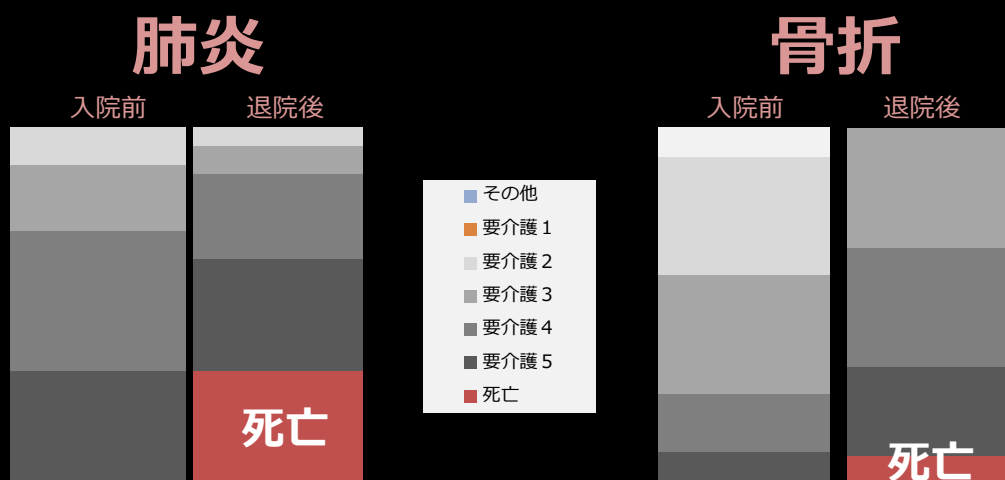
▶在宅高齢者の緊急入院

肺炎と骨折で
50%



24

▶入院による要介護度の悪化

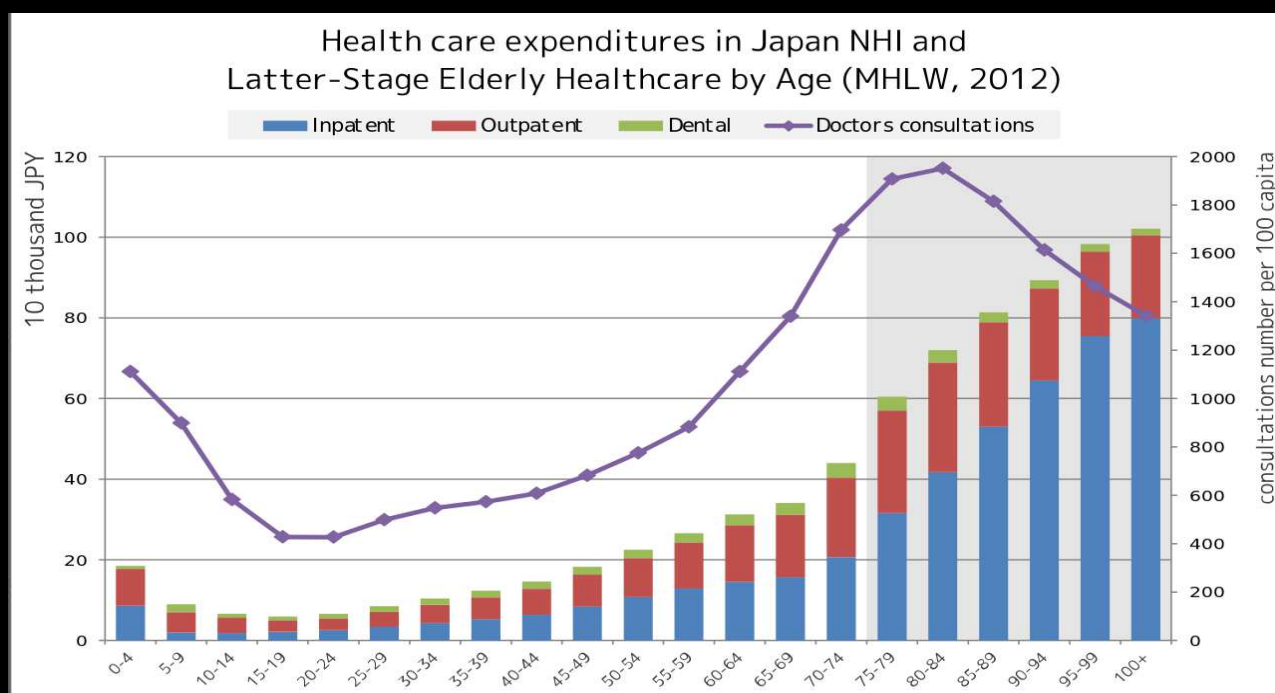


肺炎の平均入院医療費：1,180,089円

骨折の平均入院医療費：1,324,546円

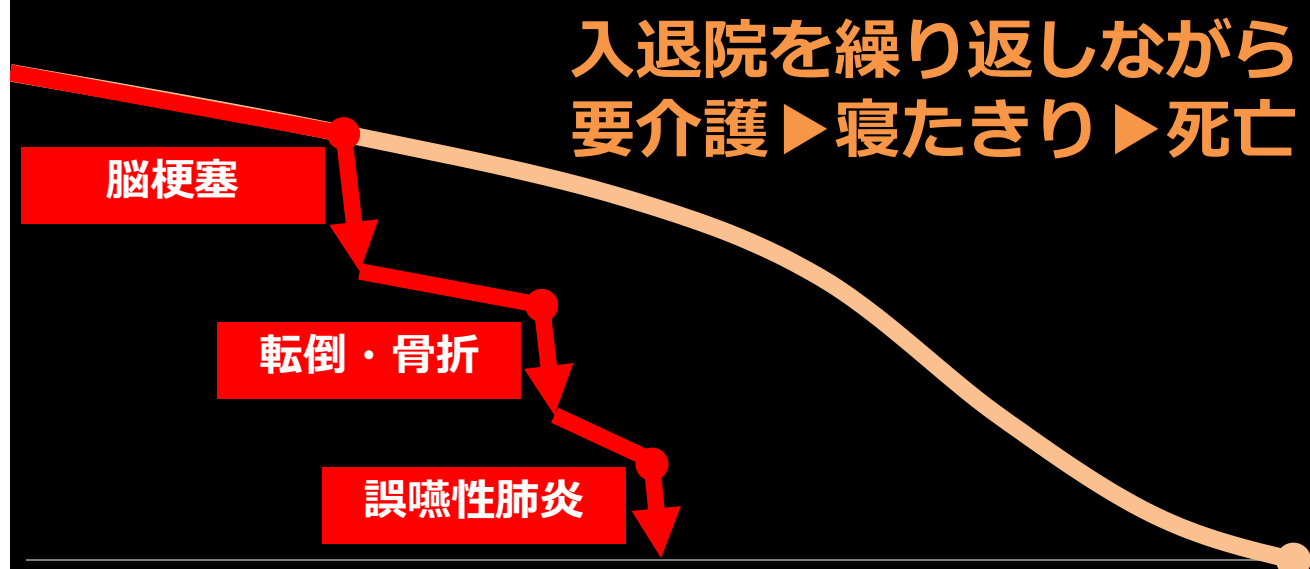
25

▶入院しても治癒困難＋退院困難



26

▶ 階段状に進む衰弱



「よくする」ではなく
「悪くしない」ことが大切！

27

【防ぐ】

一次予防：潜在的リスクの管理

二次予防：早期発見・早期治療

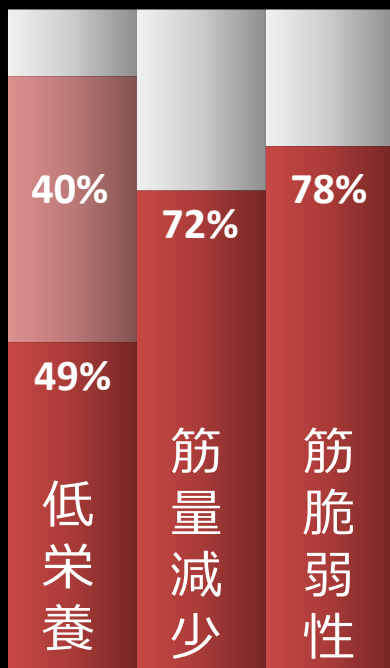
三次予防：早期退院

ACP：アドバンスケアプランニング

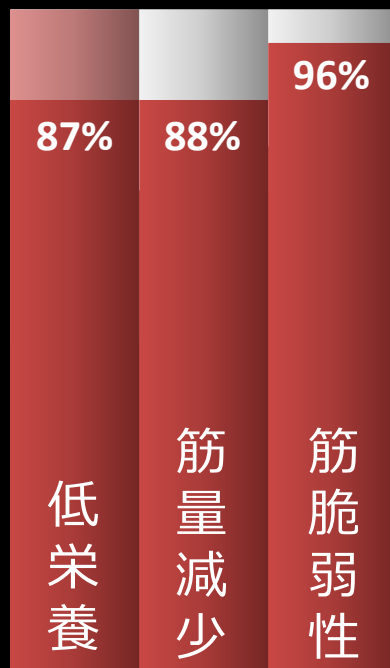
28

▶ 肺炎も骨折も原因は同じ

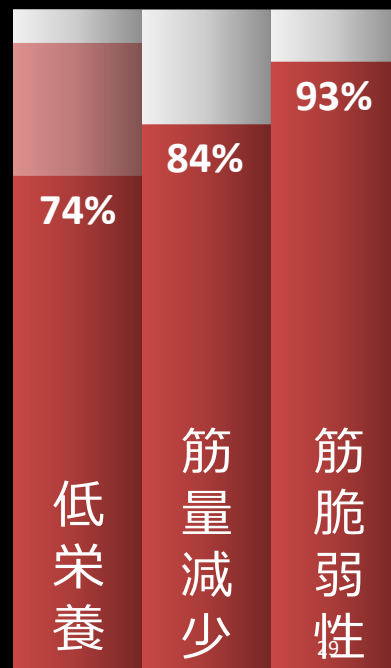
在宅高齢者



肺炎



骨折

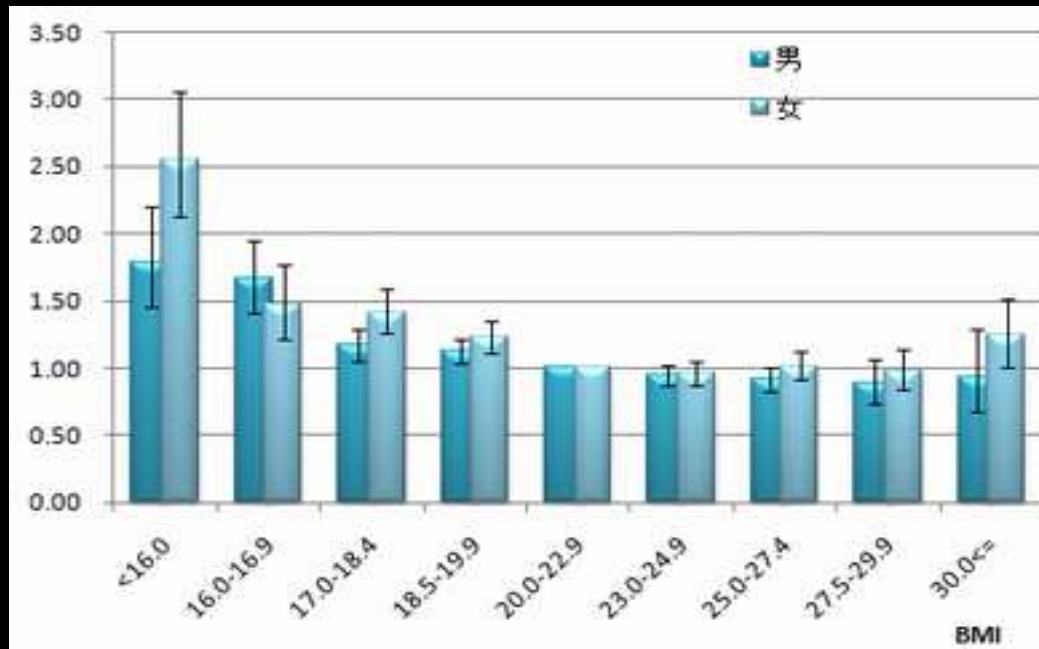


▶ 「食べる」が基本！



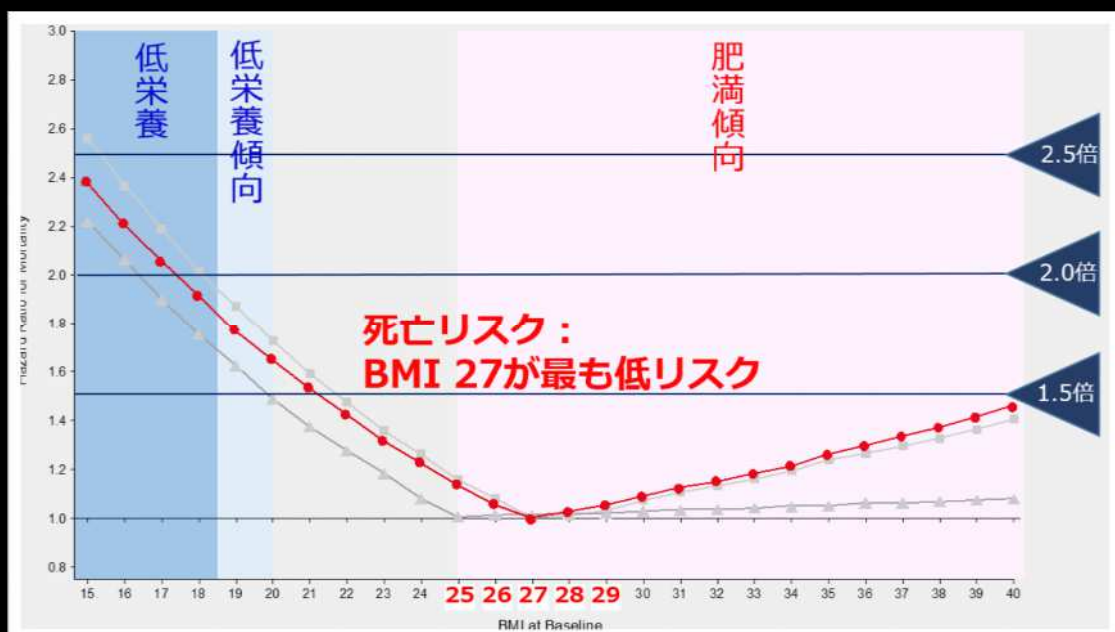
▶ 高齢者の標準体重は成人と違う

死亡
リスク



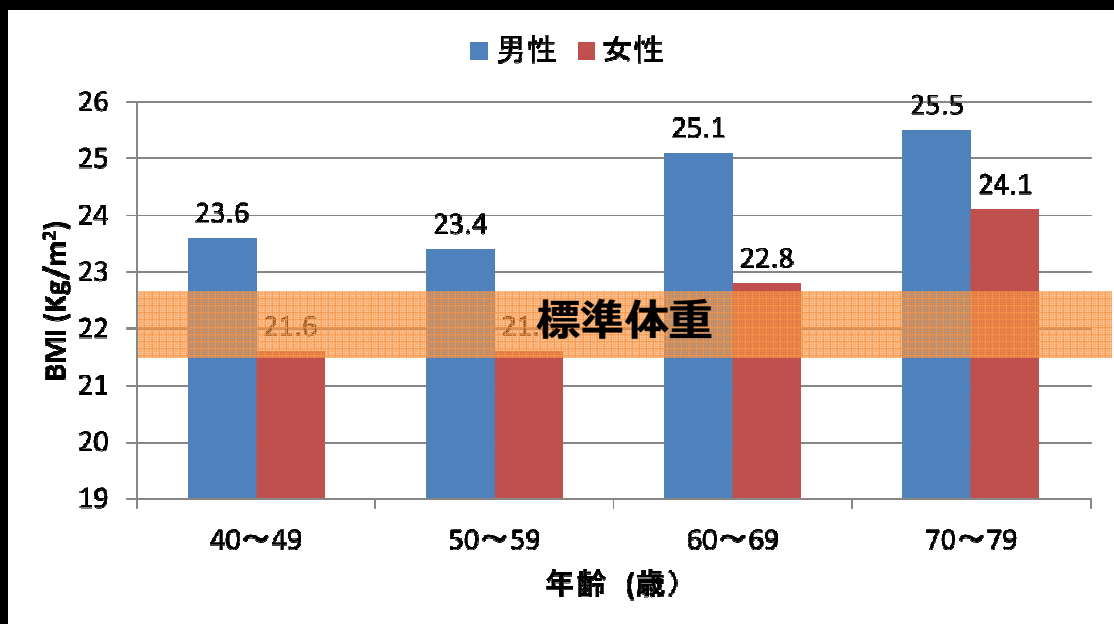
文部科学省科学研究費 大規模コホート研究 (JACC Study)
研究代表者 玉腰暁子 (北海道大学大学院医学研究科予防医学講座公衆衛生学分野)

▶ 高齢者に食事制限？



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.

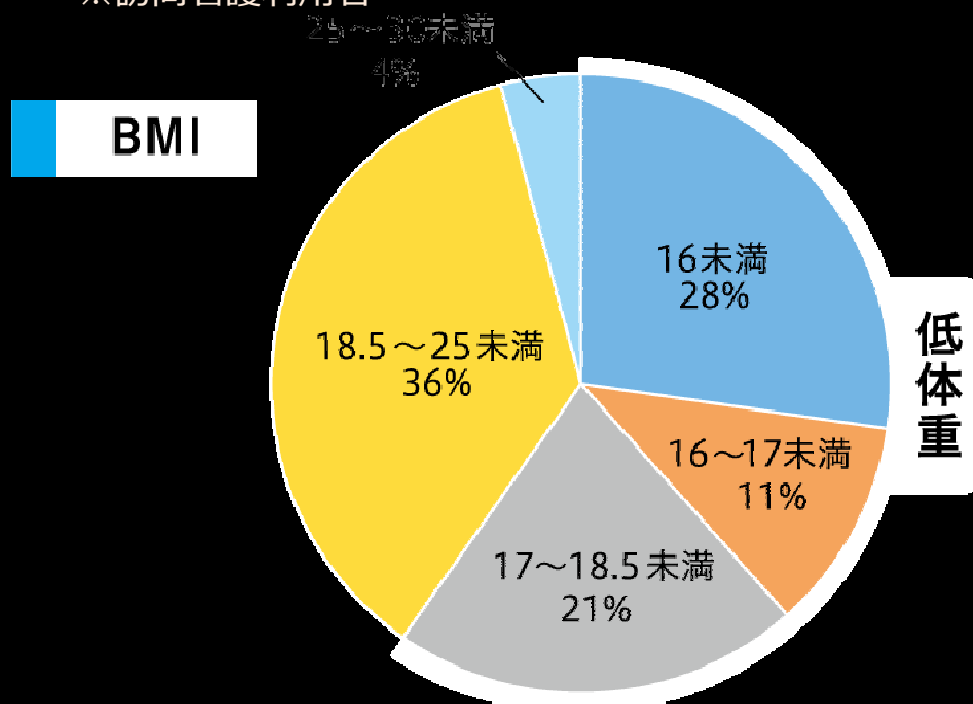
▶ 歳とともに少しずつ太ろう！



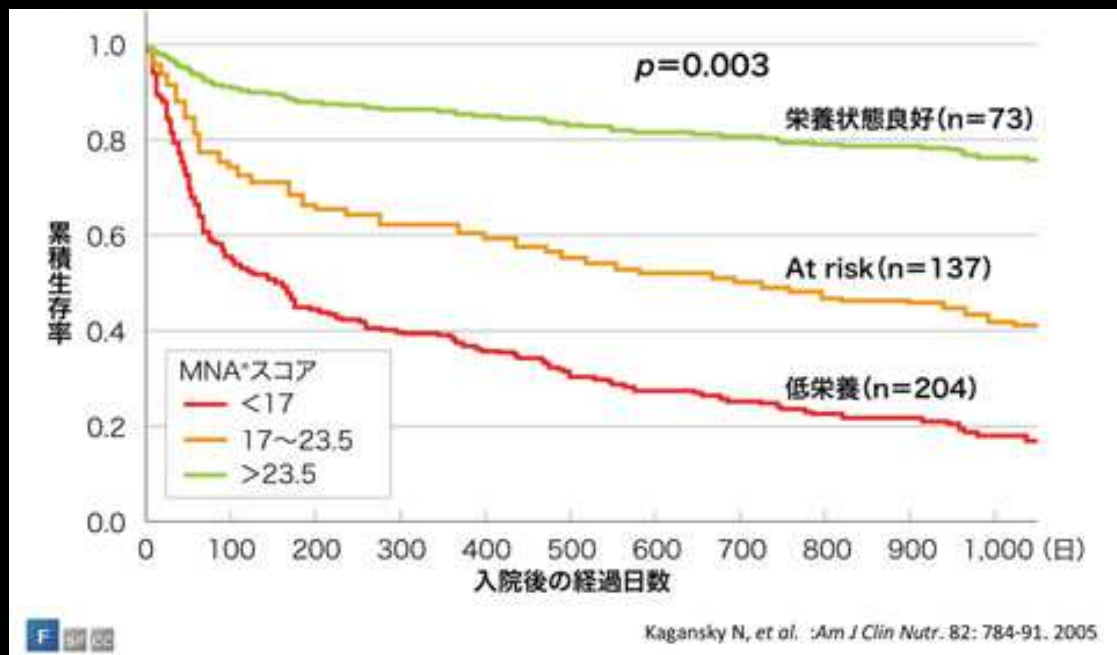
死亡率が最も低くなるBMI (男女別年齢別) 茨城県のデータ
Matsuo T, et al. Obesity, 16, 2348 – 2355, 2008

▶ 在宅高齢者の平均BMI 18.1

※訪問看護利用者

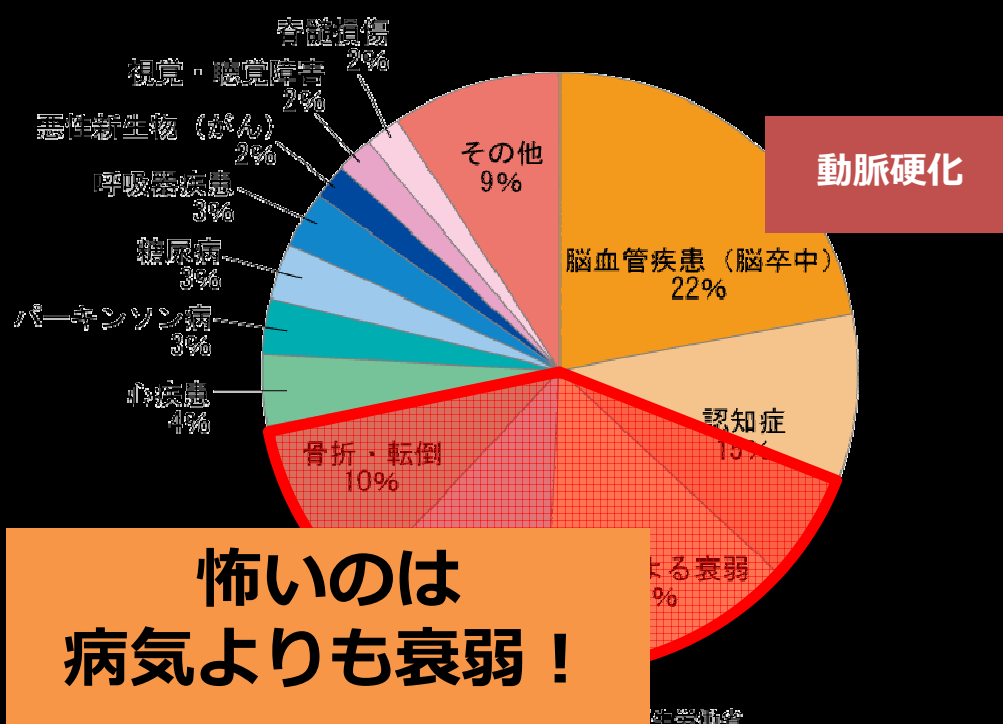


▶ 低栄養は死亡のリスクが4倍に



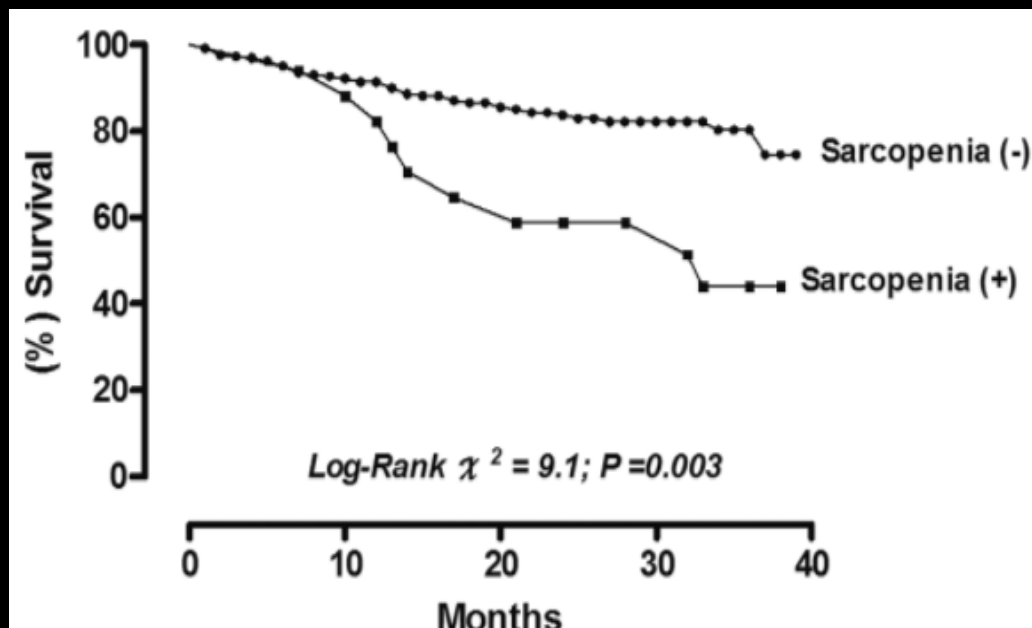
35

▶ ターゲットは健康寿命



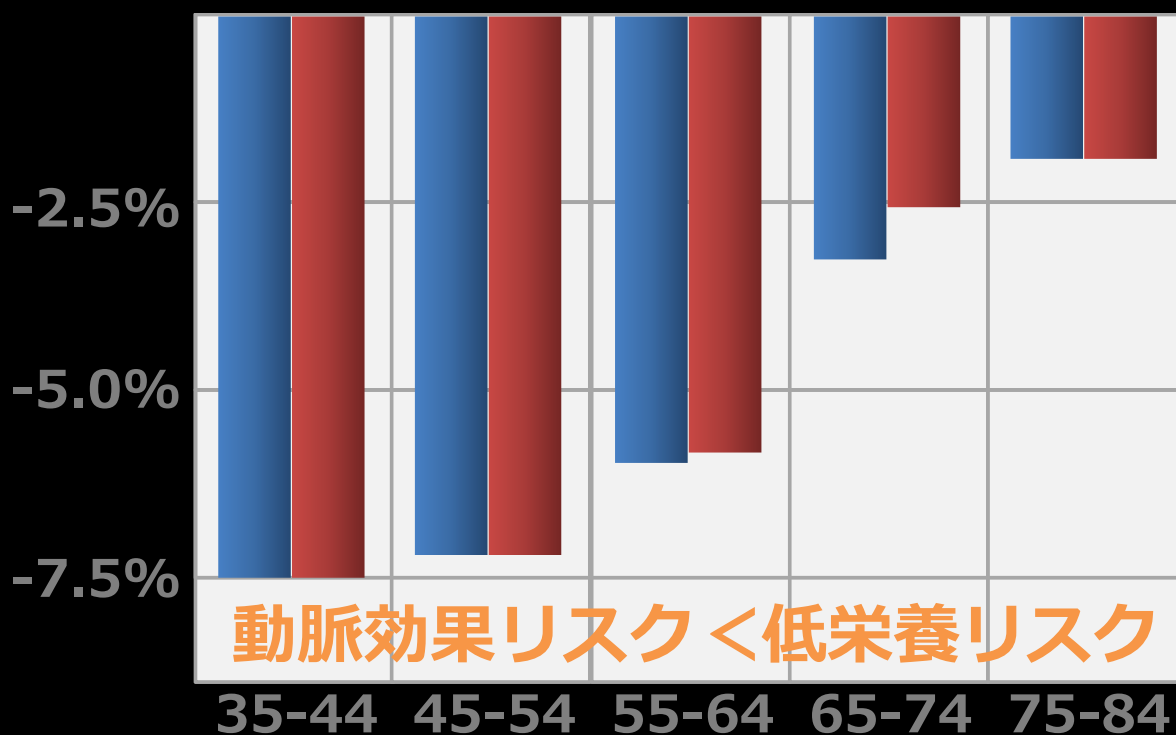
36

▶ 高齢者にタンパク制限？



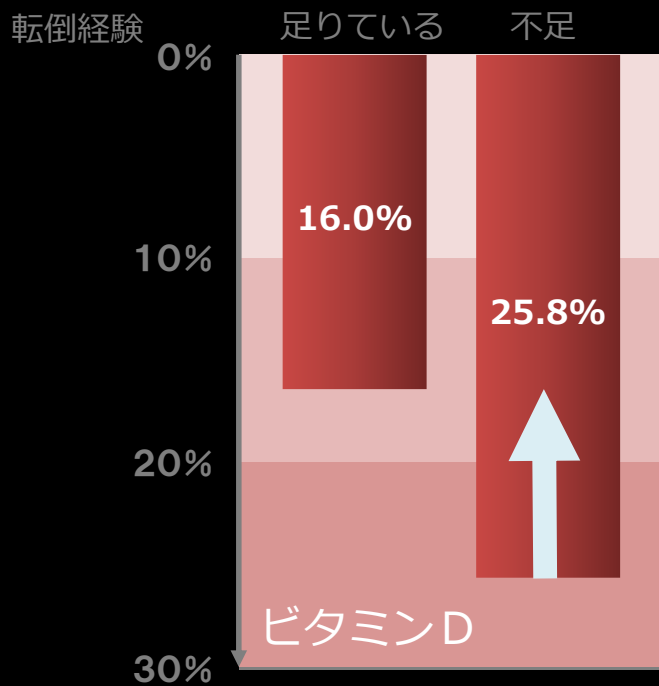
Raíssa A. Pereira Nephrol Dial Transplant (2015) 30 (10): 1718-1725.
Sarcopenia in chronic kidney disease on conservative therapy:
prevalence and association with mortality.

▶ 塩分制限は必要？



Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease
Kirsten Bibbins-Domingo, Ph.D., M.D., et. Al. N Engl J Med 2010; 362:590-599110

▶ 過剰よりも不足が問題



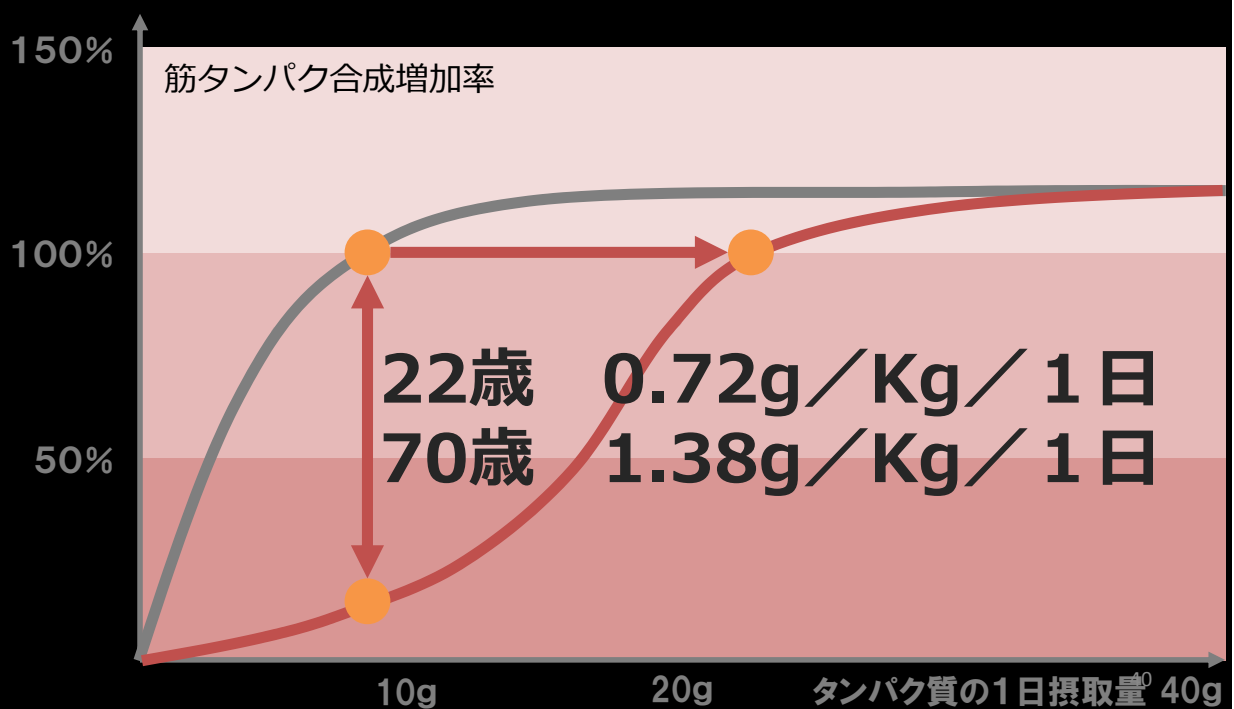
ビタミンDが不足



転倒リスク1.5倍
死亡リスク1.5倍
(ハザード比1.48)

39

▶ 筋肉を取り戻すために



▶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

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

動脈硬化・メタボ

低栄養・フレイル・認知症

41

▶人生が進むと・

終末期Ⅱこれ以上の積極的治療はしない。

看取り

最期の下山

42

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

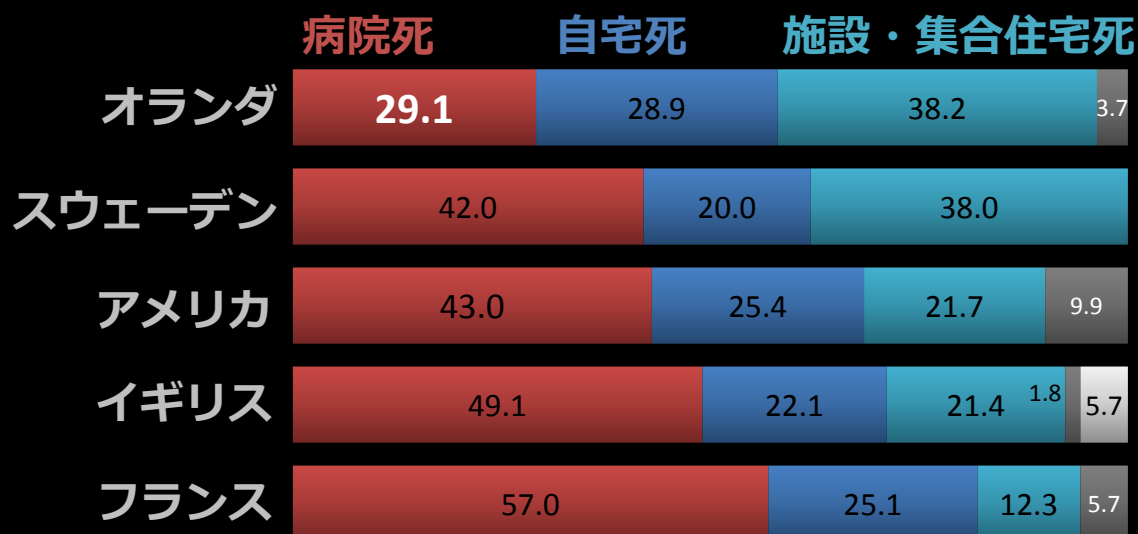
病院死

在宅死

本当は家にいたいのに

43

▶ 日本の現状は異常



44

▶ 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

45

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？

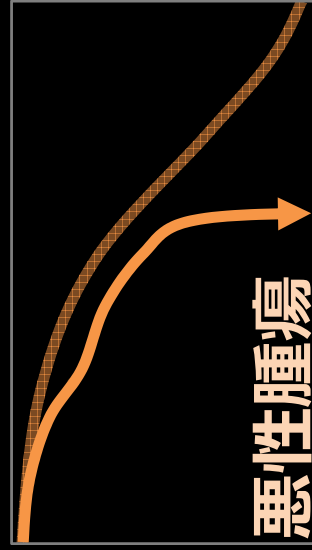
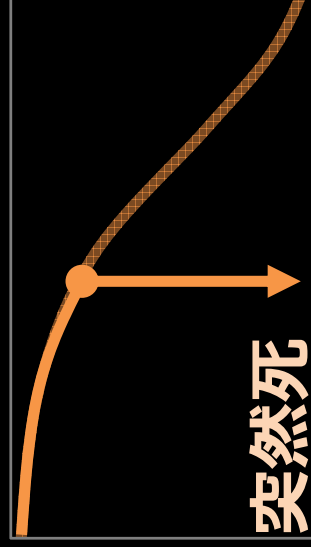
どんな選択肢がある？

現時点で準備しておくものは？

だれにガイドしてもらう？

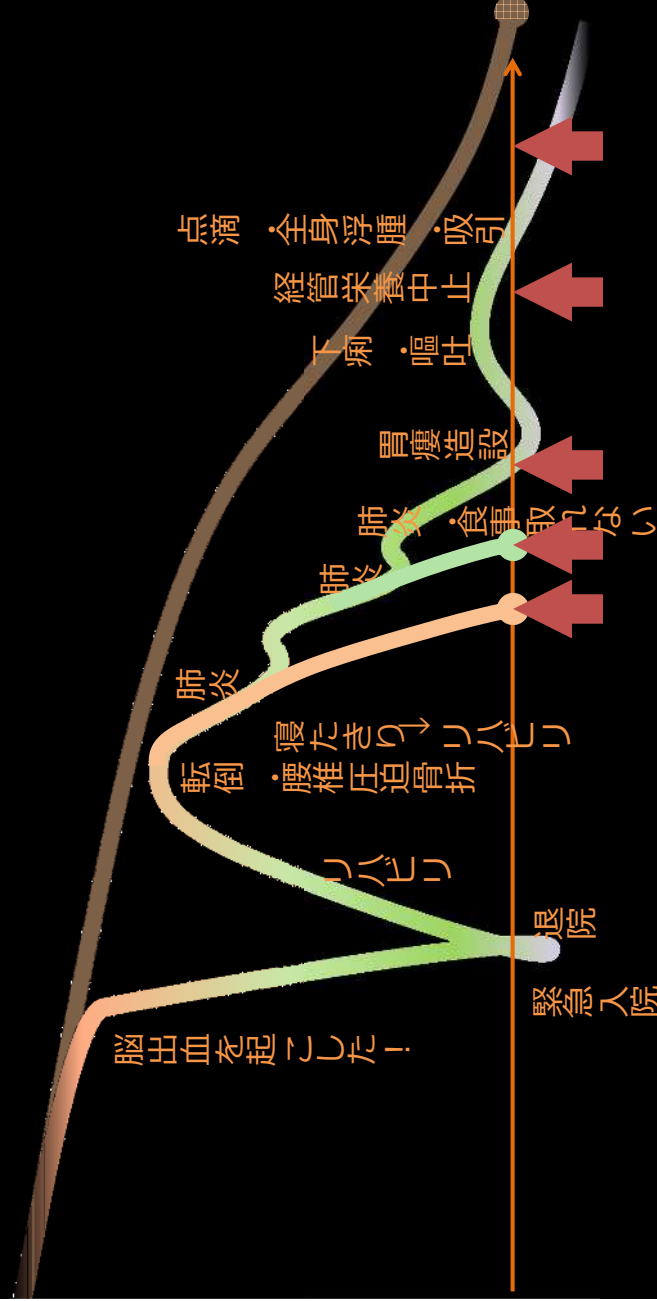
46

▲ 人生の最期 4つのパターン



47

▲ どこで医療を「卒業」するか？



「生かされる」ではなく「生きる」

48

▶ 医療・ケア上の倫理的判断

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

Jonsenの臨床倫理検討シート（4分割表）

49

▶ 一緒に考える

Informed Consent

「説明と同意」



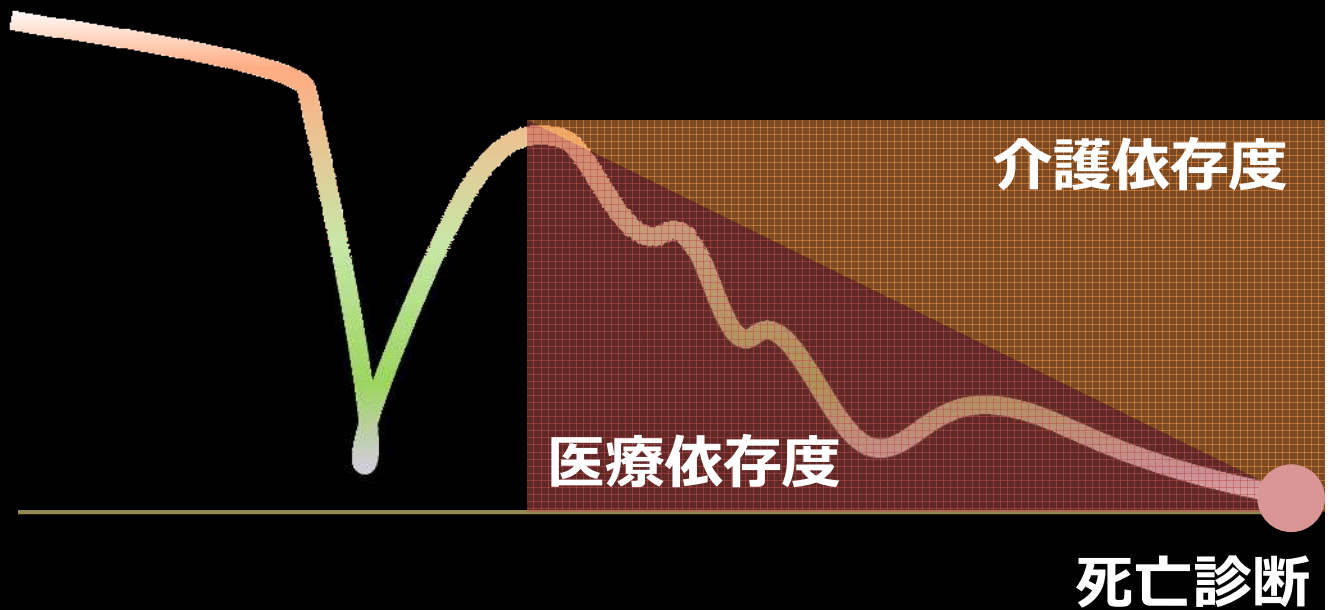
Shared Decision Making

本人まかせ、医者まかせにしない。
意思決定のプロセスをみんなで共有する。

ACP : アドバンスケアプランニング

50

▶ 看取りは医療ではない。



51

4

「生きていたい」
「生きていてよかった」
そう思えるケアを目指して

52

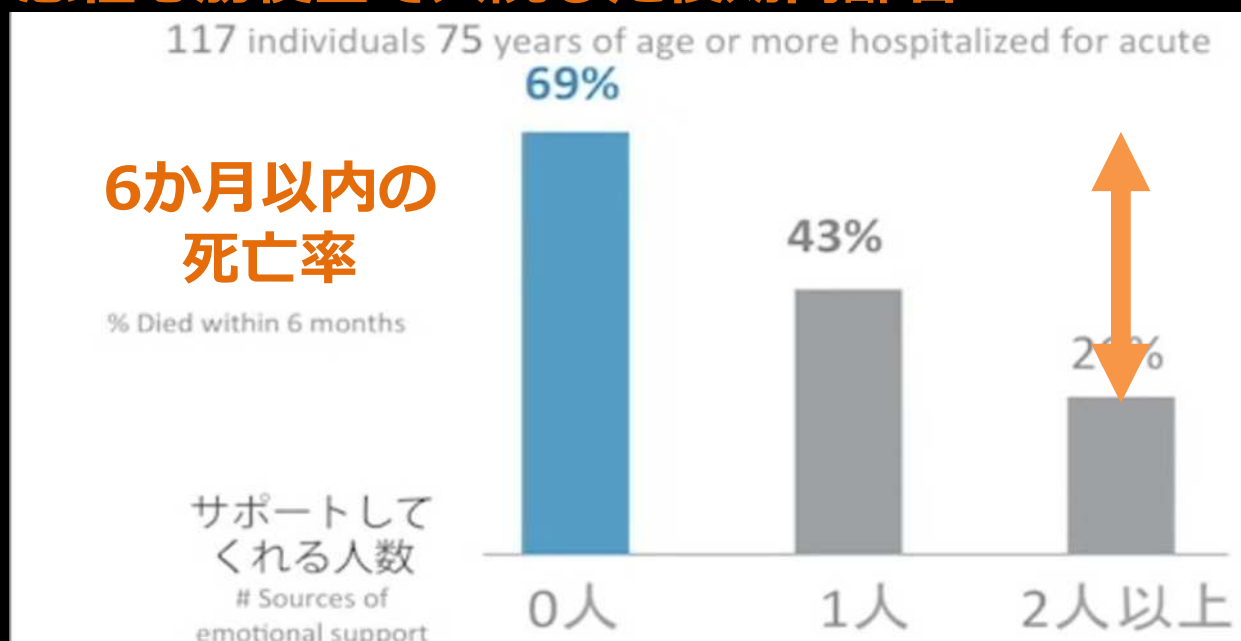
▶ 高齢者福祉の三原則

- 人生（生活）の継続性
- 自己決定の尊重
- 残存機能（できること）の活用
- 残存機能（できないこと）の確認
- ケアプランを作成・提供
- ケアプランに基づく生活援助

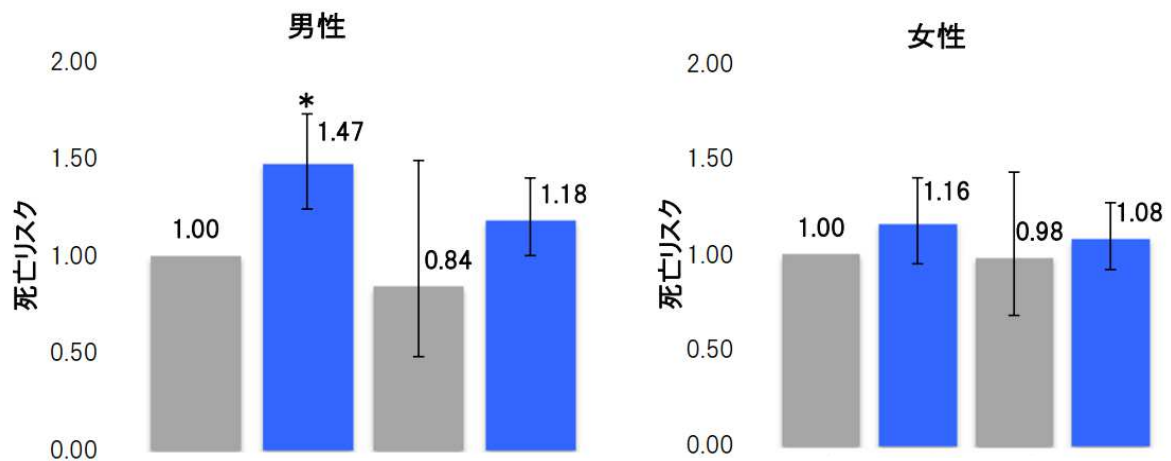
53

▶ 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



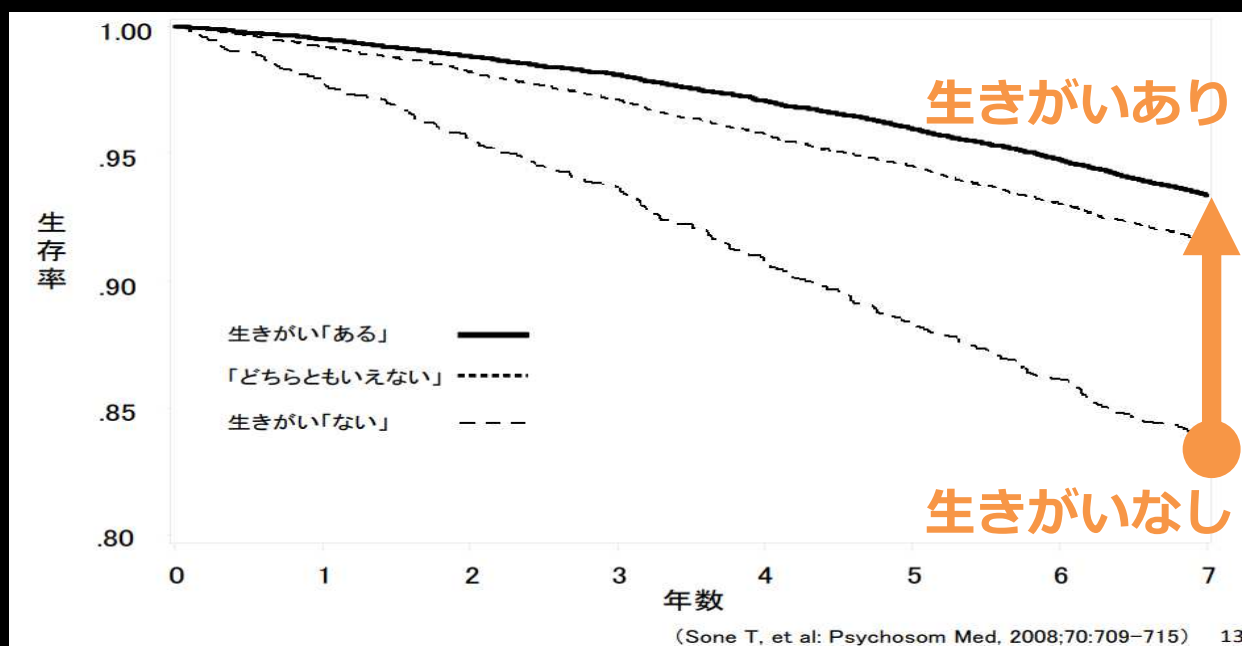
▶ 孤独は孤立とは違う



**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。**

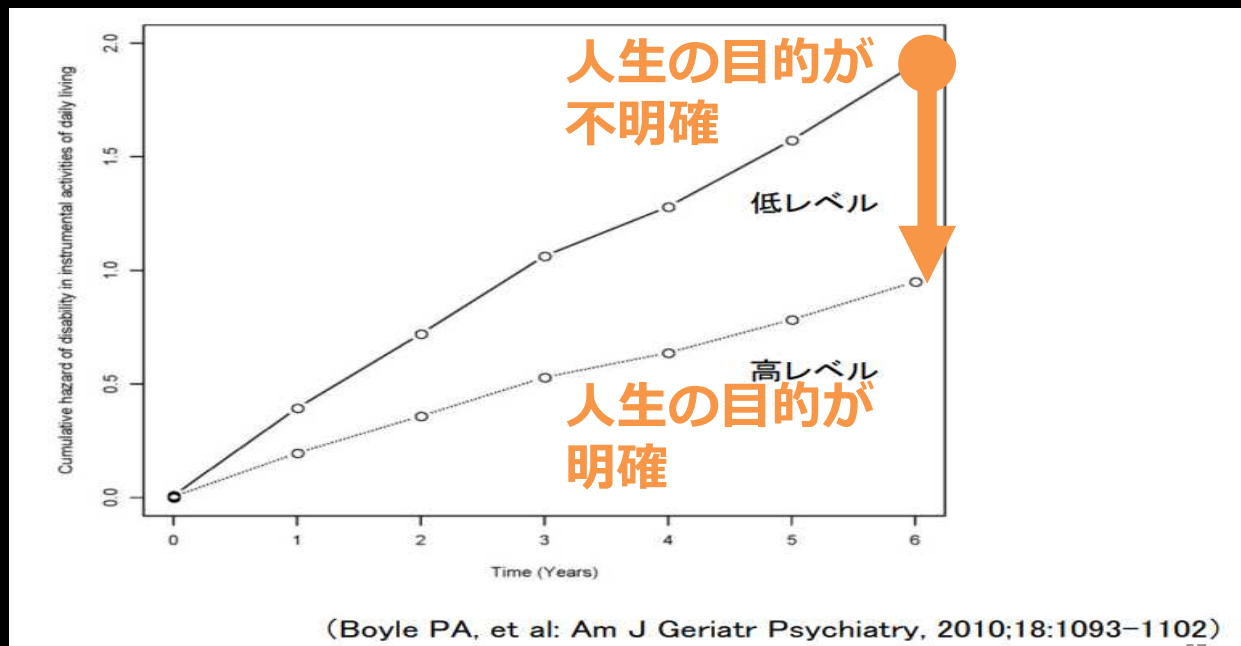
Tani Y, Kondo N, Noma H, Miyaguni Y, Saito M, Kondo K. Eating alone yet living with others is associated with mortality in older men: The JAGES cohort survey. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (in press).

▶ 「生きがい」がある人は長生き



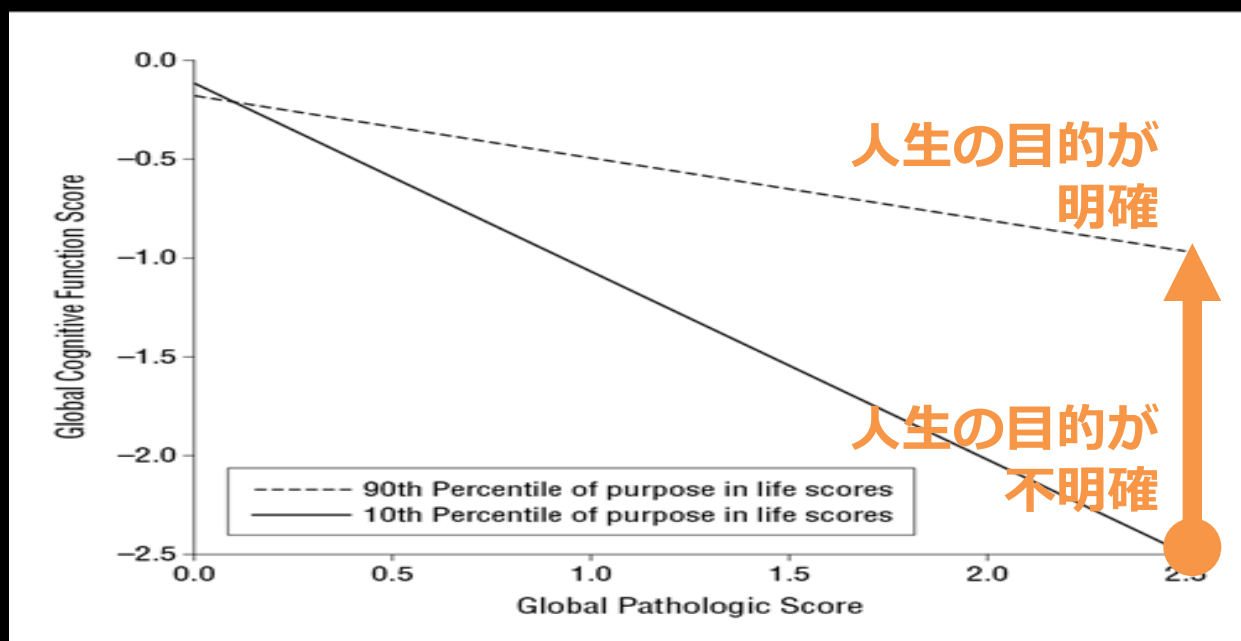
(Sone T, et al: Psychosom Med, 2008;70:709-715)

▶ 「人生の目的」があると 要介護になりにくい



57

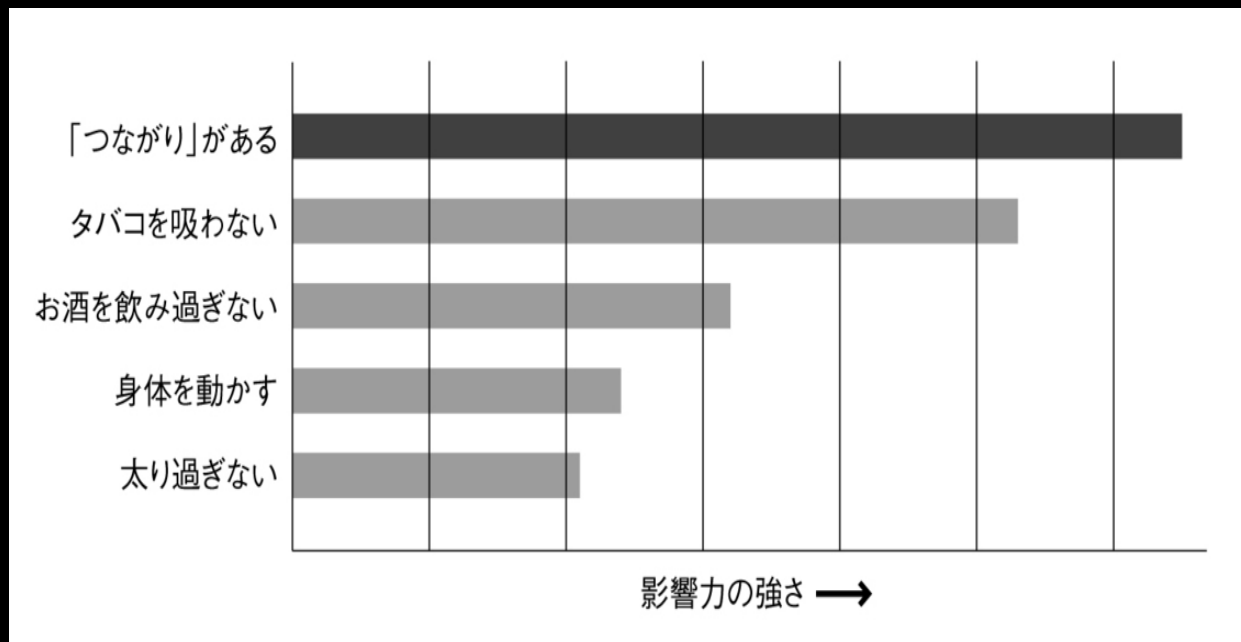
▶ 「人生の目的」は 認知症の進行を抑制する。



58

Effect of Purpose in Life on the Relation Between Alzheimer Disease Pathologic Changes on Cognitive Function in Advanced Age

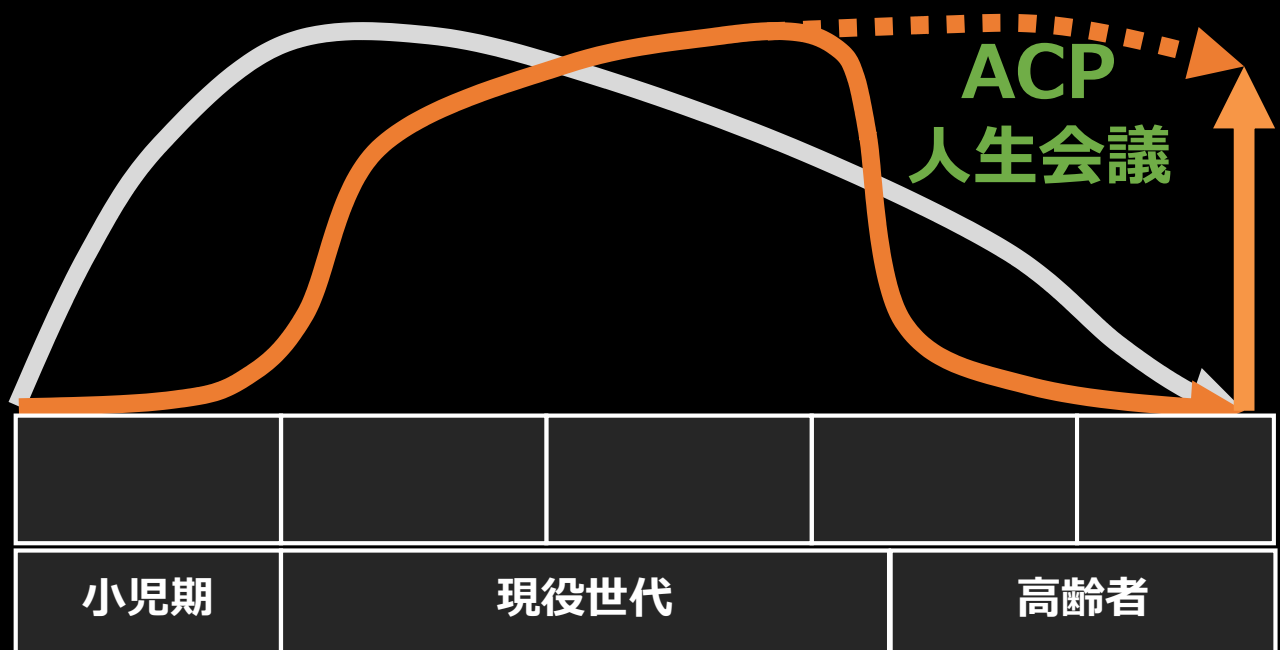
▶ 社会とのつながりが寿命を決める



Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB (2010). Plos Med. 7:7:e1000316.

59

意思決定の尊重
身体的機能 社会的機能 = 生活の継続



コミュニティの力

60

根の再生！

病気になっても高齢になっても
最期まで安心して暮らし続けられる地域

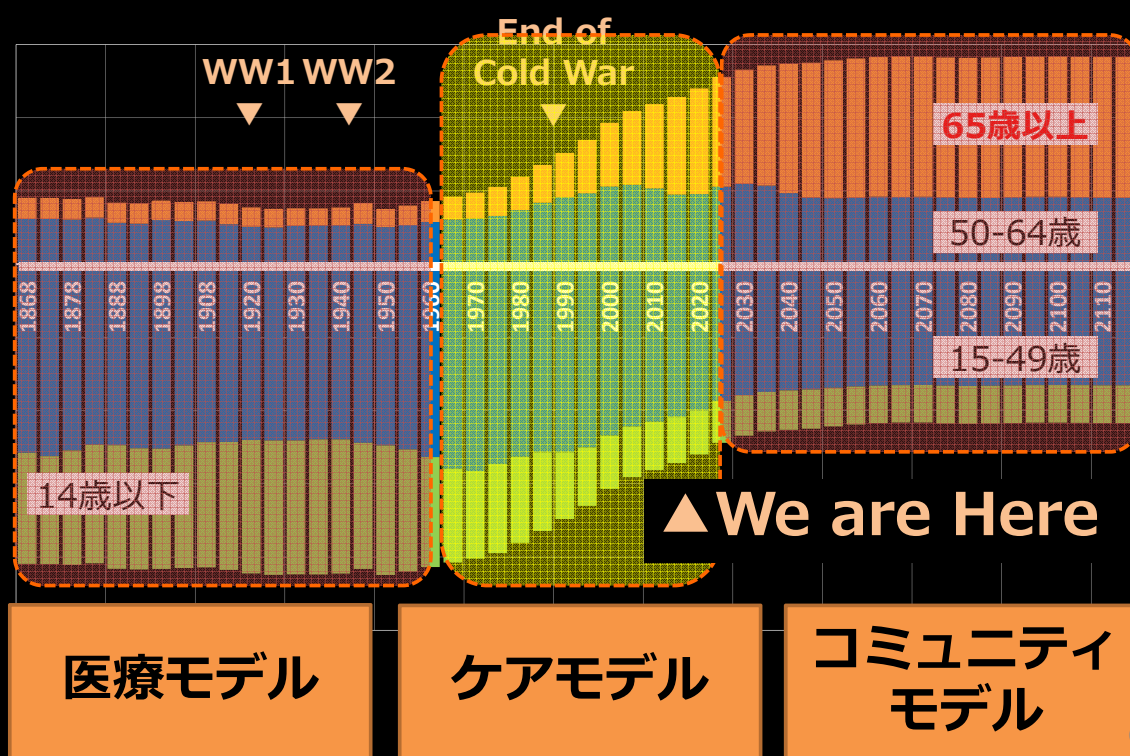
新しい家族関係

多世代交流

新しい役割

61

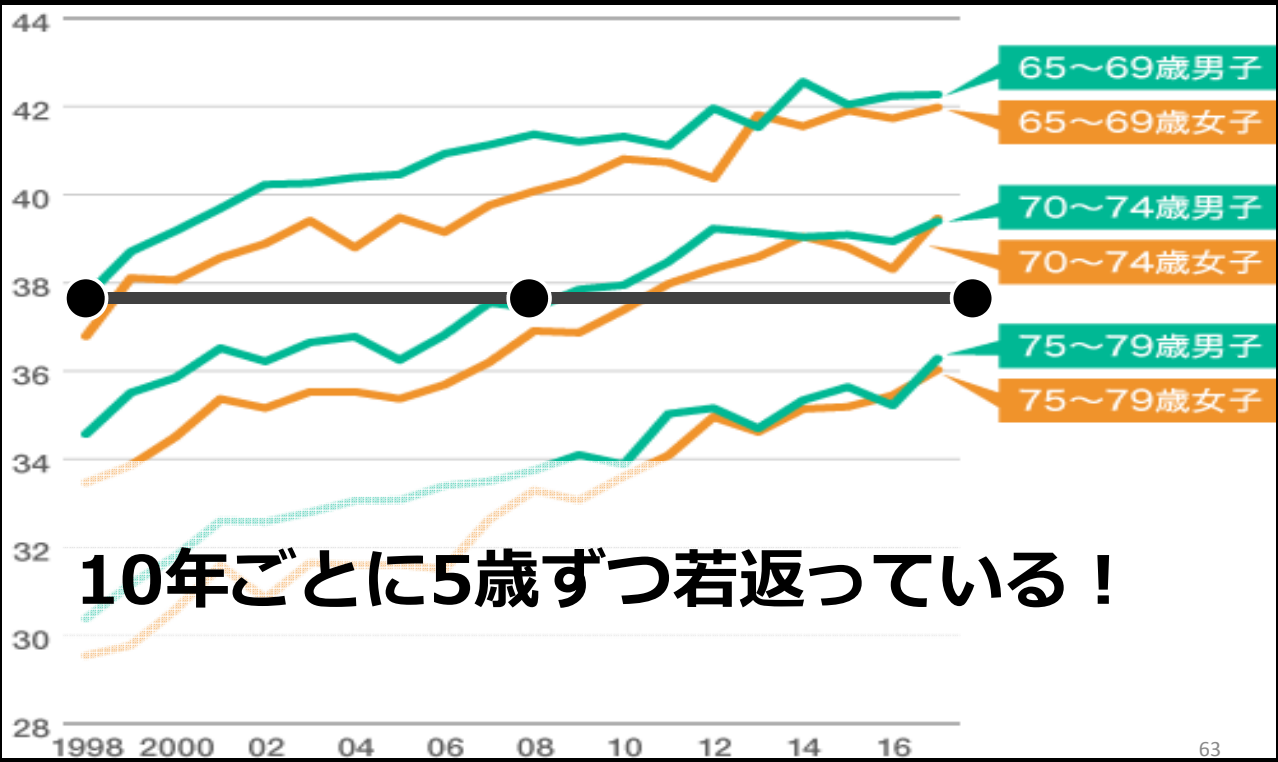
▶日本は全く違う国になる。



一部改変

62

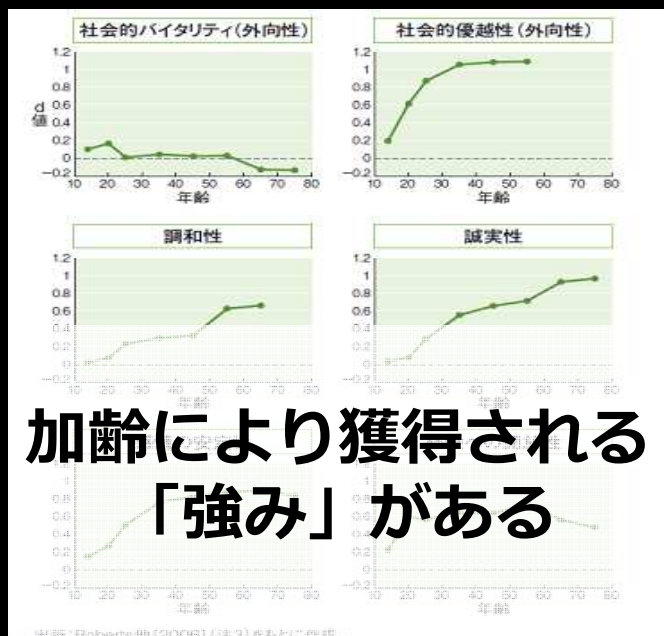
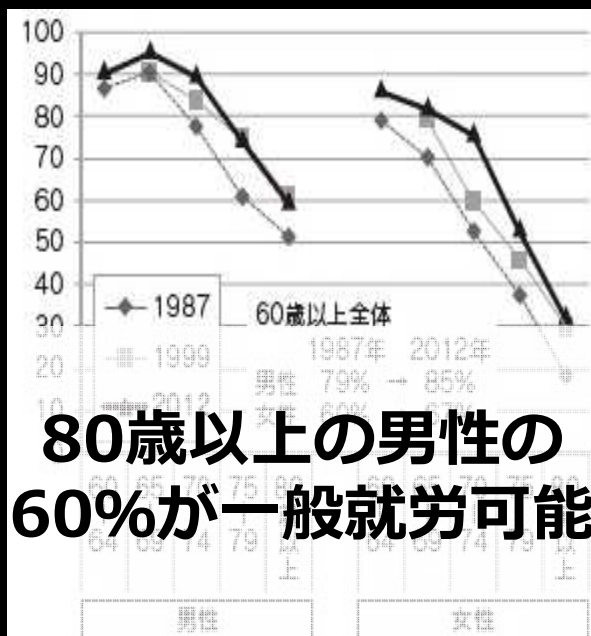
▶「老後」はどんどん伸びている。



▶加齢はハンデなのか？

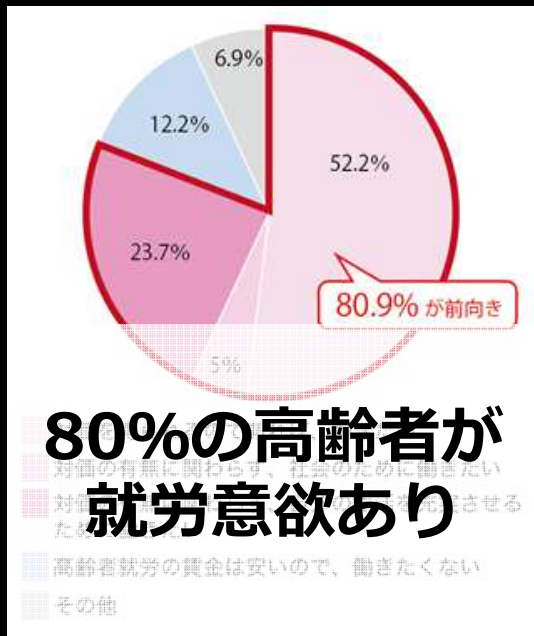
身体的機能自立度

パーソナリティ特性

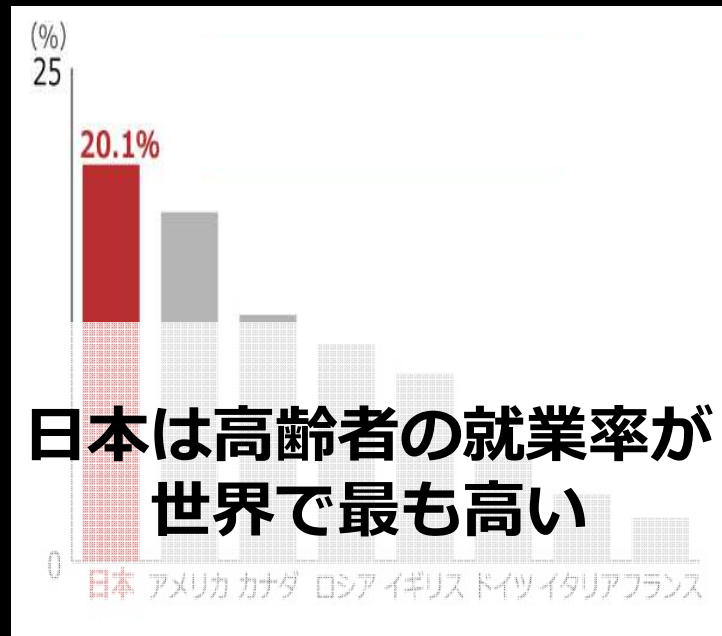


▶ 高齢者の意識は変化している。

高齢者の就業意欲



高齢者の就業率



これまで

なにかあれば病院・とりあえず入院
短期的リスク回避・目先の安全優先
弱点重視・制限中心
医療も介護も1:1の人海戦術
行政や国、制度に依存

これから

防ぐ・備える・入院は最小限に
長期的リスク回避・生活の納得優先
強み重視・参加中心
人でなければできないことを大切に
地域ごとの知恵と工夫で！

Contact:

facebook.com/junsasakimd
junsasakimd@gmail.com

