

んです。新宿区には、緊急一時入院病床確保事業という事業があり、その利用者の半数以上が75歳以上で、トップは肺炎、2番手に脱水、食事不振が並びます。つまり、だんだんフレイルに落ちてきて、食べ物から得る水分も減り、飲む量も少なくなり、脱水に傾き始めて反射も落ち、唾液でも誤嚥する。こうした老化にともなう変化をきちんと理解する必要があって、何でも救急車に乗せればいいものではないと思います。

新田 在宅医療といっても、平均1週間に1回訪問診療をするということで、得られる情報が少ないです。在宅医療は多職種の間がみえるんだけど、誰が水分管理をして、誰がその状態像の変化をみるのかについては、どう考えますか。

太田 家族なり訪問看護師なり、誰かが異常を訴えたら必ず往診に行くようにしています。ですから、発信はどなたからでもいいのですが、高齢者救急では「様子をみましょう」となるべく言わないようにと心がけています。

秋山 「様子をみましょう」とか、「何かあったら病院へ」という“悪魔のささやき”は、本当によくない（笑）。

新田 太田先生のお話はとても本質的で、私自身も外科・救命救急の経験からよくわかる一方で、現状の在宅医にそれだけの能力があるか。例えば救急車をいかに呼ばないか。「様子をみよう」ではなく、病態をきちんと判断できるかどうかが大きな問題です。

秋山 「様子をみよう」ではなくて、「これはこのまま踏ん張れる」「いや、これは踏ん張れない」といった判断が望まれます。

太田 そこで在宅でもトリアージが必要です。また、重症を扱う在宅医療、三次在宅でもいいですか、そのように進化していてもいいと思います。重症になれば、その間だけでも在宅医療をする。地域にそういう先生が何人かいらっちゃって、「重症ですので専門的に在宅医療をお願いします」というような連携ができると、その地域の総合力は高まるのではないのでしょうか。

急性期病院から見えていない在宅医療

新田 急性期病院の医師は病態治療を中心としていて、生活という概念がなかなかでてない点も問題です。

太田 そのようなことを教育・指導していくことが必要です。卒前、研修医とそれぞれの段階に応じた教育体制をつくりたいと思っています。

そういう教育というか、状況を理解していただける場としては、自分の患者が病院でお世話になる、あるいは退院されるときが1つのチャンスだと思っています。1つずつアピールしようとしています。「こういうバック

グラウンドで…」[このような診療で、在宅療養してきましたが…] などということ伝えるために、積極的に行くことが大事だと思います。

新田 超急性期病院では今後平均在院日数がどんどん減りますよね。そこから次の回復期病院とか、いろいろな過程がありますが、超急性期病院はその次のことがよくわからない。急性期の治療をしたつもりなのに、次のところで寝たきりになっているという事例が多く、寝たきりが当たり前の医療だと次のところでは思ってしまう。それぞれが、今の時代に合わないと感じられる固定された医療をしていて、それが今お互いに不満になっている。

太田 以前は、超急性期医療に生活の質を求めるのはどうかなどというところがありました。これからは救命の質にこだわることも必要になってくると思います。

新田 救急に行くとき、要は出口を考えないで入り口だけで対応する。そうすると出口が大変だという、当然の事実が起こる。逆に在宅からいうと、出口は当たり前なのです。在宅というのは住む場所ですから。

秋山 そうですね。出口の先に何かあるのかを想像できなければ、出口に在宅という選択肢はない。別のところに行くということになってしまうのだと思います。

太田 お互いの理解というか、両隣を見る余裕が大事で、そのためには「在宅ではこういうことができる」ともつとわかりやすく伝える必要があります。私は救命救急センターで回診していますが、出口の選択肢として在宅医療があるという可能性を話しています。そのためにも「在宅医ができること」をわかりやすく伝えていくことが重要だと考えています。

新田 基本的に在宅では医療的に「何でもできる」けれども、何でも行う医療ではなくその人のQOLの選択があり、一方病院では「何でもできる」ことのなかに選択をしないでやっているわけで、病院の医師は、そこをよくわかっていないところもありますね。

施設からの救急搬送が減らない現実

新田 出口の先を想像すると、看取りまで責任をもつ在宅医療ということが考えられますが、一方で老人施設、特別養護老人ホームから意外と救急搬送されている。これをどう考えるかが、これからの非常に大きな問題です。

秋山 特養からも、有料老人ホームからも運ばれていきますね。

太田 そこはメディカルコントロールだと思います。「何かあったら命優先で考えますから、すぐ救急要請です」というのは、単純明快で非常にわかりやすい。そこで「いや、救急車を呼ぶのは待ってください」とどのように伝

「様子をみよう」ではなく、病態をきちんと判断できるかどうか問われている



えるかがポイントです。

私は、できるだけ一人ひとりに最期の話をするようにしています。そうすると、「(看取りまで)ここでしていただければ…」という人も少なくありません。やはり丁寧に説明を続けたいと思います。

新田 例えば施設にも在宅のようにかかりつけ医(主治医)がいて、その人たちが責任をもつ医療ができるとか、そういった発想の転換をしない限りは難しいと思います。

秋山 施設に入っても、もともとの主治医が変わらないほうが本来的だと思うんですけど、囁医医に変わりますよね。入所前とは異なり、家族関係もよくわからない状況で引き受けるので、「これは」と思ったら病院へとながちですね。

太田 私は、在宅医療で看取るのは普通のことで、特に秋山さんが仰った不可逆的な老衰は、そこまでするのが当たり前だと思っています。

一方、窒息による心肺停止からフルリカバーされた方もいらっしゃいます。高齢者の心肺停止においても、エビデンスに則って目撃ありやバイスタンダーCPRありは、まず「助ける」ということを考える世の中がいいのではないかと考えています。

病院と在宅；異なる目線のその先

病院管理とは違う世界がある

新田 ここまでは、病態・疾病と在宅・病院の話でしたが、そこに働く人たちの話として、病院看護師と在宅・訪問看護師のケアの意識に差を感じたりはされますか。

秋山 例えば、重症の心不全の方が家に戻ってこられた際の話です。そのときには浮腫んでいるわけですが、お風呂に入れるほどの体力はもうないから、脚をビニール製の袋の中に入れて温めたタオルで蒸す足浴のようなケア

をしたのです。すごく気持ちがよくて、末梢循環がよくなるので利尿がつくんです。薬ではなくケアなわけです。病院では「動くな」と言われ、こういうことは一切なかったそうです。

「気持ちがいい」という感覚が与えられるケアというものには、とても深い効果があると思います。ケアにはそういう意味があり非常に重要だと、看護師自身がもうちょっと感じるというか、誇りをもってケアをしてもらいたいなと、私は思っています。

太田 秋山さんのお話を聞いていて思うのは、訪問看護師も在宅医も、1人の患者さんに費やす時間がけっこうあるということです。

ですからわれわれとしては、日々いろいろなお話をするなかで、救命を望まない人が満足にご自宅で過ごせるように支援していければいいなと考えています。

新田 今病院で働いている若い医師も、おそらく在宅という医療の場について考えていると思うのですが、その若い人たちはどういふことを期待しておられますか。

太田 在宅に興味をもっている人は増えているように思います。卒前や臨床研修の地域医療で在宅医療を経験したり、看護師さんたちも実習で訪問看護ステーションに来られますが、これらはとても大事だと思います。

あと最終的には、看取り方という学びを考えたいです。霊安室ではどこに立て、どなたに挨拶して、どのようにお線香を…?ということから、もう一度失礼のない礼儀から考えたいと思います。

新田 在宅での看取りに研修医と同行すると、基本的な姿勢のところややはりなかなか難しいことがありますね。極端にいうと、お布団に寝ているご遺体に対し正座するという礼儀がないとか。病院での死とご自宅での死ということについては、どう考えましょうか。

秋山 病院は病院管理のなかに患者がいますよね。でも在宅はその人の家で、その土俵に私たちが入っていくわけですね。ある意味向こうのルールに従う必要があります。それこそ礼を失しないようにということだと思います。

病院の中だと、救命救急も感染も含めて、本人の意思よりもとにかく安全な管理、危機管理が第一義ですよ。そことの違いを、やはりきちんと提示して教えていかないとならないだろうと思います。

■ 在宅医療の標準化とは

新田 急性期病院とは異なる在宅医療での標準化という点を、もっと掘り下げてみましょうか。

太田 これからは在宅医療の標準化と質の担保はもっとも強調していきたい点です。看取り方が患者の希望に対応して実践されるのはいいことですが、基本的な「これをコンセンサスとしよう」というベースラインはあったほうがいい。例えば終末期だと判断したときの医学的判断はこうで、その際の希望も何って1週間点滴したけれども変化がこうだったから、もう一度皆さんと話を聞いてみたら「もう、このあたりで…」というような大まかな手順があれば、よりわかりやすいと思います。

新田 在宅医療はこれまで、全国でそれぞれ頑張っていたものの集約化されず、それぞれの「個」の能力に応じた部分があります。次の世代にきちんと残すためには、私たちは何かエビデンスを考える必要があるのかなと思います。ナラティブも含めたエビデンスですが、

太田 在宅でどこまでの医療ができてその予後はどうか、新田先生の仰るナラティブも含めたエビデンスがないと、「入院」という流れや、退院が難しい場合には「入院期間延長によるADL低下」という自然の流れには、やはり「勝てない」のではないのでしょうか。

新田 「勝てない」、そのとおりですね。もともと住み慣れた地域で最期までという、明らかな命題を解決していくための方向性についてはどうですか、秋山さん。

秋山 やはり、病院医療の延長線上に在宅医療があるわけではないことははっきり打ち出す意味合いも、標準化にはあるのではないかと思います。

もちろん、病院の急性期医療が必要な方はいらっしゃ

いますが、特に75歳以上、80歳以上という超高齢の方たちが普通に住み続けられる、暮らし続けるために、そこを支える医療として考えたい。急性期の医療ではない、ナチュラルな状態に関する標準化は、確かに必要なこと…。

新田 その標準化の基本は、よくいう「生活を支える医療」って何？という話だと思うんですね。そこをいかに標準化するか。これはとても難しい話です。

秋山 私は、がんの方に「ここまできたら難しいところがある」とギアチェンジの話をするように、心不全の方にも、呼吸不全の方にも、腎不全の方にも、「もう、そろそろなんですよ」「どこでどのように過ごしたいですか」とちゃんと話ができたうえで、どうするかを決められることを考えたい。それを在宅で支えることで、すごくQOLは変わっていくと思うんです。

新宿区で、並み居る大病院のなか在宅をしているので、重症心不全の方の入院先へ行ってみると、いっぱいモニターがついて、シリンジポンプが3台、4台並んでいて、微妙に調整しながら、本人は喉が渇くから「水、水」と言っている。これのどこがQOLが高いのでしょうか。さらには、そういう心不全の高齢者がベッドをふさげば、本当に必要な人を診ることができない点も考える必要がありますよね。この矛盾の解決にも、それこそ標準化が求められている。

太田 私も重症心不全への在宅での取り組みを進めていますし、医学雑誌の心不全の特集の最後には在宅医療や終末期医療が入るようになってきています。だから、もう一息です（笑）。

→ 地域包括ケアシステムと地域に寄り添う医療

■ 一歩踏み込んだシステム運用に向けて

新田 地域包括ケアシステムのなかには高齢者だけではなく、小児、障害者、若年層のがん、そして若年性認知症の方もいらっしゃいます。その人たちがこぼれ落ちないための地域づくりについてお話しください。

秋山 本来の地域包括ケアシステムは、すべての生きづらさを抱えた人々をカバーするもので、すべての人が、その住み慣れた地域で住み続けられるように支えるものです。子育て中も、本当は支援を求めているけれども支援が届いていない孤獨な母親がいることもあるので、高齢者だけにフォーカスを当てない地域包括ケアシステムが大事だなと思います。そのためには声をあげにくいこの方たちの声を拾う、相談の窓口が要る。

そして、そこからつながって、ネットワークのなかにも、その方たちをどうやって組み入れていくか。高齢者には介護保険の仕組みがありますが、そうではない方たちには、どういう資源をいろいろ組み合わせでネットワークのなかにすくい上げられるかが課題です。

新田 秋山さんが新宿で取り組まれている「暮らしの保健室」は、そのネットワークを支える窓口の1つだと思いますけれども、どうですか。

秋山 そうですね。セーフティネットやさまざまな制度があるのに、その穴からこぼれ落ちるといいます。例えば本人は高齢者だけれども、実は40代の知的障害の子どもさんのことが問題であったりする。でも、そこはシステムではすくいようがなく、どこからもこぼれ落ちる。ただ、その高齢者の側の問題解決には、子どもさんの側のことと一緒に考えなければならぬ。こぼれ落とさず、どうやってすくいどこかに乗せていくかという相談窓口が「暮らしの保健室」で、そういうところがもっと増えてほしい。どこへもアクセスできずにひっそりと悩んでいる方が、結構いるという印象をもっています。

新田 太田先生は地域で実践されていて、どんなことを現場で感じておられますか。

太田 重症外傷後の方がご自宅で暮らされていると、「救命救急センターで日々当直していたころ、こういう観点はなかったなあ」と痛感します。あとは、小児の在宅にも積極的に取り組みたいと考えています。先日、初めて小児在宅の方のご自宅に行くことができて感動しました。大変だとは思いますがとてもやりがいがあるんだろうなあと感じました。

新田 東京都も小児在宅に数年前から取り組もうとしていますが、残念だけど広がっていないですね。小児在宅になると、どうしても病院の医師が主治医で在宅にいる。そして、人工呼吸器等をつけている方が多くいて、急変すれば病院に送るという、そのシステムのなかで行われている。在宅に帰ると、お母さんが必死に吸引から全部を行わないとならない現状があり、レスパイトの問題もあります。

秋山 障害があるお子さんで、重度なわけですから、病

院でかなりの医療処置を保護者が習った状態で帰ってきまします。そうすると、あとから入る在宅チームはいわば遅れて参入するので、そこにコミットがなかなかできにくかったりしながら、いざとなったら病院へということになる。その仕組みのなか、病院へ行ってもやってもらうことはある程度限られているのだということも、家族がだんだんわかってくると、在宅の時間が長くなっていく。

それを医療職だけでは支えられず、吸引ができるヘルパーなどの導入が必要になっています。時々起きて夜も吸引しているような家族を支えて、レスパイトをしなければならぬ。その仕組みを地域でどうつくるかという話なので、もっと広いネットワークがほしいですね。

■ 名乗り合い、語り合える地域に

新田 職種を越えた連携という点ではいかがですか。

秋山 地域包括ケアシステムのなかでの薬剤師さんとの連携というか、薬の問題は、日本の医療の大きな問題だと思っています。私たち看護の側も、けっこう薬のことにわかっているんですけど、もう少し薬剤師さんも地域に出てきてほしいなと思います。意欲のある在宅薬剤師さんたちも出てきているので期待はしていますが、実際はなかなか出てきてもらえない現状があります。

太田 私は、薬剤師さんともフィジカルアセスメントの講習で一緒にしてきましたので、「今の症状が、何かの副作用の影響の可能性はありますか」といった会話をしています。薬剤師さんにはもっと前面に出てくださるよう、われわれ医師の側からも役割をつくってほしいなあと思っています。

新田 訪問看護師にはどんなことを期待されるでしょう。

太田 何かに早く気づくのは看護師さんですし、在宅医療では医師より看護師さんの役割が大きいので、そういう点でも貴重なパートナーです。

病院看護を経験してから訪問看護という流れが多いと聞きますが、チームの重要なメンバーですので、どんどん自分で進めるようになっていっていただくのもいいと思います。

ただ、医師の指示下という点からメディカルコントロールについても考えていただければ、との思いもあります。看護師さんが何か気づかれたら、われわれに直接言ってほしいと思っています。

秋山 在宅の看護では、少しゆくりと患者さんをみられるところがあります。まったく病院経験がない新卒の看護師であっても、ケアを中心にしながら、それこそフィジカルアセスメントをしながらきちんとコミュニケーションがとれるのが在宅の看護です。急性期に新卒で



高齢者だけにフォーカスを当てない地域包括ケアシステムが大事



お互いに礼は尽くしつつ、 専門職として積極的に リコメンデーションしてほしい

入って、「あれは駄目、これは駄目」と指導されながら消耗して諦めてしまうのであったら、訪問看護は「新卒をきちんと育てようか」というぐらいの意気込みが、今は生まれています。

ですから、訪問看護論というか在宅看護論というか、医学モデルではない生活モデルのもとで、看護として何ができるかという点が、まだまだきちんと確立していない状態なので、そこをしっかりとしながら新しい人たちを教育していきたいと思っています。

そのときに、医師とディスカッションができる看護師、「こう思うのですが、先生、どうでしょうか」という提案がしっかりできる看護師を育てていく必要があります。

太田 医師としては、他・多職種からのリコメンデーションはありがたいです。「私はこう考えるのですが、これはどうですか」と言われると、「ああ、そういうことが共有できる人だ」と理解ができる。これは看護師さんに限らず、薬剤師さん、PT/OTさん、ケアマネジャーさん、ヘルパーさんも同じです。お互いに礼を尽くすことはもちろんですが、かかわるすべての専門職の方にはどんな些細なことでも積極的にリコメンデーションしてほしいと思います。リコメンデーションが難しくれば、状況報告や意見を言い合える場を提供したいです。
新田 重要な話ですよ。地域というのは、医師も上から目線ではないので。「これはどうですか」という疑問点も含めて、ちゃんと自分の意見を言って、ですね。太田先生の言われたように、自分の意見を医師には言わない方がまだ多いので。

太田 一部の人と連携しているだけだと、やっぱり関係性も小さくなりがちですよ。わかり合えるし、仕事もしやすいから。それだけで、ネットワークが広がらないのもよくないので、とにかくどんどん言い合えてあげていければと思います。多職種というと施設の職員の方皆さんもそうですね。同じチーム。

秋山 特に高齢の方のケアは、介護職と一緒にやっていますが、共通言語がなかなか育たない。相手がどう

理解しているのか、どう表現するのかを引き出し、聞き出しながら、その情報をしっかり医療職が解釈して、「その情報はとても大事だからちょうだい」と伝えて。そうやって医療の側からも「あなた方の働きがとても大事だ」というメッセージを介護職の側に送らない限りは、共通言語になっていかないですよ。

太田 そうですね。

秋山 介護職の人たちは、医療職の人たちから「いつも上から何か言われる」と思っている部分があって。でも地域包括ケアシステムでは介護予防につながる生活支援が大切です。そこを担う介護職の人たちと一緒にやることはすごく大事だと思うのです。

太田 病院で白衣を着ていて男性だと医師の場合が多いですから、あえて自分で職種を名乗らないことが多いと思います。私もそうでしたが、職種と名前を言い合うという挨拶に皆、慣れていないんですね。だから在宅だと、「あの、事務所はわかったけど、何をしている人？」となる（笑）。そういう意味では、役職を大きな名札にするとか、地域でユニフォームの色を揃えるとか、見たらわかるということも大事だと思います。

新田 介護保険が始まる前の措置時代というのは、ヘルパーさんにしろ、看護師さんにしろ、顔を見慣れた関係だったんですね。高齢者時代に入り要介護者が増大し、その体制では耐えられなくなり、現状では多くの人が地域で働く時代ですから、ますます顔が見えなくなる。例えばヘルパーさんが、いつの時点で何をやっているかが見えなくなる。

そのなかで、医療職の看護師さんの顔は医師からは多少見えている。ほとんど見えない職種もまだある。この現状で地域をつくっていくかざるを得ないという難しさが始まっているわけですね。そういう意味で、おふたりが言われるような、もっと名乗り合えて、お互いにどんどん意見を言える、そんな社会が求められるんですね。

[2015年7月15日 新宿にて]

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）
分担研究報告書

研究課題：増加する救急患者に対する地域での取組（特に地域包括ケアシステムの構築にむけた
メディカルコントロールの活用）に関する研究

研究項目：地域包括ケアシステムの構築に向けたメディカルコントロールの活用に関する研究
分担研究：病院医療モデルと地域・在宅医療モデルの相互理解と連携に関する研究

研究分担者 太田 祥一 東京医科大学 救急・災害医学分野 兼任教授
研究協力者 山本五十年 医療法人救友会 湘南真田クリニック 院長

研究要旨

平成 26 年度第 2 回全国メディカルコントロール協議会連絡会総会で、「地域包括ケア時代のメディカルコントロールのあり方」に関する報告が行われ、平成 27 年 6 月 6 日に、第 18 回日本臨床救急医学会総会でワークショップ「これから必要な救急医療と在宅医療の連携」が開催された。日本臨床救急医学会総会では、病院モデルと地域・在宅モデル～どうすれば壁を越えていけるか、ということが今後の課題とされた。平成 27 年度は、各地で、地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の在り方が問題にされ、救急医療と在宅医療の関係者を対象に、相互の認識の向上を図る研修会が開催されるようになった。

平成 27 年度において、①国立長寿医療研究センター主催、東海大学病院、秦野伊勢原医師会共催の「急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会」、②秦野赤十字病院看護部主催の退院支援研修会、伊勢原協同病院主催の地域交流会、③鹿児島臨床救急研究会、松本市医師会生涯教育講座、沖縄県医師会医学会総会、御津医師会・岡山大学医学部疫学・衛生学分野主催の在宅医療講習会等が開催された。これらの研修会を通して、①病院関係者（医師、看護師、社会福祉士、連携室職員等）の中に在宅医療の認識が高まり、退院時支援の重要性が理解されたこと、②病院関係者と地域・在宅医療関係者がグループワークの共通の場を初めて持つことにより、医療・介護の相互理解が進んだこと、③県・市医師会の医師、県・市行政関係者を中心に地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の在り方が認識されたこと、④市医師会の研修会に消防関係者が参画し、地域包括ケアにおける消防の役割、メディカルコントロールのあり方が初めて認識されるようになった。

平成 28 年度は、平成 27 年度の各種の試みを踏まえ、地域包括ケアシステムの構築を更に推進するため、病院モデルと地域・在宅モデルの壁を越え、相互の理解と連携を深めることが重要であると考えられた。そのため、基礎自治体と郡市医師会・急性期病院、在宅事業所を対象に、医療・介護、急性期医療・慢性期医療/介護の連携に関する調査を実施すると同時に、病院・消防関係者と地域・在宅関係者の間でグループワーク等による共同作業を実施することが必要であると考えられた。

A. 研究目的

平成27年1月30日、厚生労働省・総務省消防庁の主催で平成26年度第2回全国メディカルコントロール協議会連絡会総会が相模原市で開催され、「地域包括ケア時代のメディカルコントロールのあり方」に関する報告が行われた。それは、我が国で初めての試みであった。

平成27年6月6日、第18回日本臨床救急医学会総会（富山市）でワークショップ「これから必要な救急医療と在宅医療の連携」が開催された。そのワークショップは画期的なものであり、医師、訪問看護師、介護支援専門員、救急救命士、厚労省救急医療専門官が一堂に会し、病院モデルと地域・在宅モデルがあることを認識した上で、どうすれば壁を越えることが出来るか、ということが討論され、今後の課題とされた。

平成27年度の各地の研修会で、地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の在り方が問題にされ、救急医療と在宅医療の関係者を対象に、相互の理解を

高める試みが開催された。

今回、これらの先進的な試みを整理するとともに、病院モデルと地域・在宅モデルの関係性を検討することにより、病院モデルと地域・在宅モデルの壁を超え、地域包括ケアシステムの構築に向けた平成28年度の研究課題について明らかにする。

B. 研究方法

平成27年度において、当研究班のメンバーが参画した研修会は次の通りである。

①国立長寿医療研究センター主催、東海大学病院、秦野伊勢原医師会共催の「急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会」

日 程 平成27年6月4日 18時30分～20時30分

会 場 東海大学医学部付属病院

参加者 東海大学病院 34名（医師11名）

地域医療・介護関係者 30名（医師10名）

ファシリテータ・タスク 8名（医師3名）

内 容 基調講演 2題

グループワーク（事例想定）

②第4回鹿児島臨床救急研究会

日程 平成27年6月6日

会場 国民宿舎レインボー桜島

参加者 200名

内容

特別講演 地域包括ケアシステムにおける救急医療の在り方

他講演、シンポジウム

③秦野赤十字病院看護部主催の退院支援研修会

日程 平成27年9月28日

会場 秦野赤十字病院

参加者 80名（医師・看護師・連携室等）

講演 地域包括ケアにおける退院支援～病診連携を目指して

④JA厚生連伊勢原協同病院主催平成27年度第2回地域交流会

日程 平成27年10月30日

会場 JA厚生連伊勢原協同病院

参加者

院外50名（訪問看護・介護、ケアマネ）

院内30名（医師・看護師・連携室・訪看・老健）

講演 在宅医療の実際～地域包括ケアにおける病診連携を目指して

⑤第832回松本市医師会生涯教育講座

日程 平成27年10月22日

参加者 80名（医師、行政・消防本部他）

講演 地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療のあり方

⑥第120回沖縄県医師会医学会総会

日程 平成27年12月22日

参加者 100名（医師、他）

内容

特別講演 地域包括ケアの時代における急性期医療のあり方

一般演題120題

⑦御津医師会・岡山大学医学部疫学・衛生学分野主催の在宅医療講習会（地域包括ケア時代に向けてわがまち岡山の救急医療体制について関係者が考え語る講演会）

日程 平成28年1月9日

参加者 100名（医師会・病院医師・看護師、行政消防本部、介護関係者）

内容

講演 地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療のあり方

グループワーク

以上の先進的な試みを類型化するとともに、病院モデルと地域・在宅モデルの関係性を検討し、病院モデルと地域・在宅モデルの壁を超え、地域包括ケアシステムの構築に向けた平成28年度の研究課題について明らかにする。

（倫理面への配慮）

本研究において、利益相反はない。

C. 研究結果

【研修会の類型】

①病院関係者（医師、看護師、社会福祉士、連携室職員等）および介護従事者の間に、在宅医療の認識が高まり、退院時支援の重要性が理解されたこと（秦野赤十字病院看護部主催の退院支援研修会、JA厚生連伊勢原協同病院主催平成27年度第2回地域交流会）。

②病院関係者と地域・在宅医療関係者が、初めて共通のグループワークの場を持ち、医療・介護の相互理解が進んだこと（東海大学病院での「急性期病院と在宅医療現場の連携・退院支援研修会」）。

③救急医療機関の医師、看護師等および救急救命士を含む消防職員が、地域包括ケアにおける救急医療の在り方に関する理解が進んだこと（第4回鹿児島臨床救急研究会）。

④県・市医師会の医師、県・市行政・消防関係者を中心に地域包括ケアにおける救急医療と在宅医療の在り方が認識されたこと（第832回松本市医師会生涯教育講座、第120回沖縄県医師会医学会総会）。

⑤市医師会・大学衛生部門主催の在宅医療研修会に消防関係者が参画し、地域包括ケアにおける消防の役割、メディカルコントロールのあり方が初めて認識されるようになったこと（御津医師会・岡山大学医学部疫学・衛生学分野主催の在宅医療講習会）（資料）。

D. 考察

平成27年日本臨床救急医学会総会のワークショップ「これから必要な救急医療と在宅医療の連携」において、病院モデルと地域・在宅モデルがあることを認識した上で、両者の壁をどのように越えていくかが、討論の焦点になった。

病院モデルは治療モデルであり、治すことを目的とした機能モデルである。他方、地域・在宅モデルは、生活を支えるモデルであり、生活の中での医療・介護モデルである。

これまでの医療の枠組みは病院モデルを軸としており、医学教育・研究の多くは病院モデルを対象としている。超高齢化社会における地域包括ケアシステムでは、生活を支える医療の比重が増加し、枠組みの変更が不可避になり、病院モデルと地域・在宅モデルの最適化が求められる。しかし、我が国では、病院モデルと地域・在宅モデルが相互補完的に支援するシステムが整備されておらず、相互理解が難しいのが現状である。

実際、医療職のほとんどは、病院で教育され育てられている。地域・在宅モデルの病院外のことについては、触れることすらできない。そのため、退院時に、生活レベルの準備が必要であることを病院関係者が理解できないことは当然のことである。

また、地域・在宅領域で患者が急変した場合に、地域に支援チームがあることを消防関係者は知る由もない。従って、救急現場において、病院・消防モデル以外のルールがあることを認識することが困難である。

病院前医療の質を保障するメディカルコントロール（MC）体制は、全国的に整備されている。しかし、病院モデルの延長にあるため、地域・在宅モデ

ルである地域包括ケアに対応できるものではない。このため、これからのメディカルコントロール体制は、地域包括ケアシステムに包括されるものと考え、再構築の検討が求められている。少なくとも、急変時の対応については、看取りを含む在宅トリアージを前提にすることが求められている。

本研究において、諸種の研修において、病院モデルと地域・在宅モデル間のコミュニケーションが大切であることが明らかにされた。平成28年度の研究課題は、地域包括ケアシステムの構築に向け、病院モデルと地域・在宅モデルの壁を超え、相互の理解と連携を深めるものでなければならない。そのため、基礎自治体と郡市医師会・急性期病院、在宅事業所を対象に、医療・介護、急性期医療・慢性期医療/介護の連携に関する調査を実施すると同時に、病院・消防関係者と地域・在宅関係者によるグループワークを実施し、病院モデルと地域・在宅モデルの相互理解を促す教育モデルの確立が必要である。

E. 結論

平成27年度、様々な研修会を通して、病院モデルと地域・在宅モデルの壁を超え、相互の理解と連携を深める試みを行った。

平成28年度は、基礎自治体と郡市医師会・急性期病院、在宅事業所を対象に、医療・介護、急性期医療・慢性期医療/介護の連携に関する調査を実施すると同時に、病院・消防関係者と地域・在宅関係者によるグループワークを実施し、病院モデルと地域・在宅モデルの相互理解を促す教育モデルを確立する必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

地域包括ケア時代に向けて
わがまち岡山の救急医療体制について
関係者が考え語る講演会

地域包括ケアにおける
救急医療と在宅医療のあり方

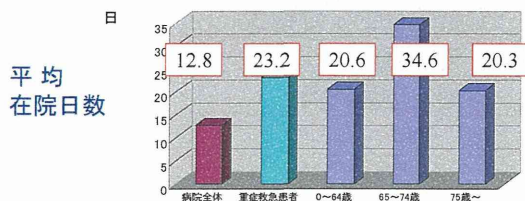
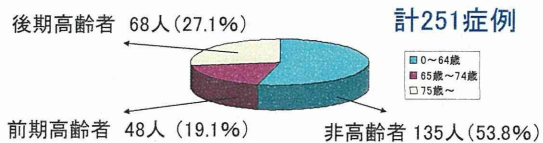
医療法人救友会 理事長
湘南真田クリニック 院長
東海大学医学部客員准教授
山本 五十年

講演の内容

- 湘南メディケアグループの挑戦
- 地域包括ケアの時代背景
- 地域包括ケアの時代における救急医療と在宅医療の在り方

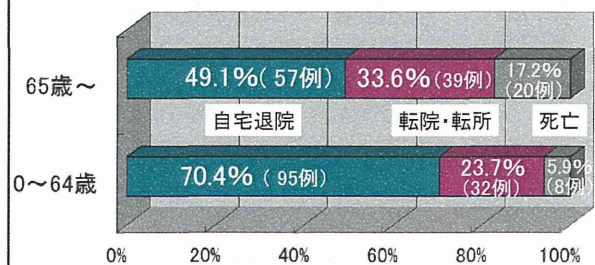
重症救急患者データ (2007年10月)

東海大学医学部付属病院

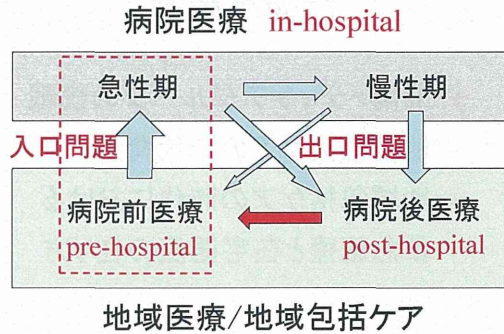


重症救急患者の転帰 (2007年10月)

東海大学医学部付属病院



医療の構造



基金拠出型医療法人の開設(2008年)

- 地域の熱意と善意に基づく基金拠出による医療法人救友会の開設

2015年度役員

- ・理事長 山本五十年 湘南真田クリニック院長
- ・監事 猪口 貞樹 東海大学病院 病院長
高度救命救急センター長
- ・理事 鈴木紳一郎 藤沢湘南台病院 総病院長
藤沢市医師会会長
- ・理事 岸部 宏一 横浜医療法務事務所 代表

湘南メディケアグループ(SMC)

医療法人
救友会

- 湘南真田クリニック
 - ・外来診療(地域の総合診療)
 - ・在宅診療(在宅療養支援診療所)
- SMC訪問看護ステーションさなだ
- SMCケアステーションさなだ
- SMC定期巡回・随時対応型ケアステーション

株式会社
メディトピア
湘南

- SMC居宅介護支援事業所さなだ
- 湘南メディケアガーデン(通所介護)
- デイサービスごしき(通所介護)
- メディトピア真田(療養住宅)32戸

湘南メディケアグループの職員

(2015年11月)

医師	4名
保健師/看護師	17名
作業療法士	1名
介護福祉士・介護士	27名
音楽療法士	1名
介護支援専門員	3名
事務	11名

2014年度湘南メディケアグループ事業実績

湘南真田クリニック	外来診療件数	17,133 件
	訪問診療件数	4,634 件
	看取り件数	43 人
訪問看護ステーション※	延べ利用者数	819 人
訪問介護ステーション※	延べ利用者数	379 人
居宅介護支援事業所	延べ利用者	830 人
通所介護	延べ利用件数	3,600 件
高齢者住宅	延べ入居者数	356 人

※. 定期巡回・随時対応型事業を含む

連携している施設・事業所

急性期病院	9施設	訪問リハビリテーション	2箇所
亜急性・慢性期病院	3施設	訪問マッサージ	4箇所
診療所	10施設	薬局	14箇所
歯科診療所	3施設	訪問介護ステーション	12箇所
地域包括支援センター	7箇所	通所介護	9箇所
居宅介護支援事業所	18箇所	地域栄養事業所	1箇所
訪問看護ステーション	13箇所	有料老人ホーム	4施設
通所リハビリテーション	5箇所	グループホーム	1施設

講演の内容

- 湘南メディケアグループの挑戦
- 地域包括ケアの時代背景
- 地域包括ケアの時代における急性期医療の在り方

沖縄県の高齢化率

年	沖縄県			全国		
	高齢化率	ランク	増減率	ランク	高齢化率	増減率
2010年	17.4%	47位	—	—	23.0%	—
2025年	25.0%	47位	45.7%	1位	30.3%	24.1%
2030年	26.6%	47位	53.8%	1位	31.6%	25.0%

岡山県の高齢化率

年	岡山県				全国	
	高齢化率	ランク	増減率	ランク	高齢化率	増減率
2010年	25.2%	20位	—	—	23.0%	—
2025年	31.3%	30位	15.8%	32位	30.3%	24.1%
2030年	31.8%	38位	13.6%	36位	31.6%	25.0%

超高齢化社会で増える疾患

- 健康管理・介護を必要とする慢性疾患
認知症、脳卒中後遺症状、慢性心不全、高血圧症、COPD、高脂血症、糖尿病、高尿酸血症、腎障害等
- 慢性疾患の急性増悪
- 急性疾患
転倒等による四肢・骨盤骨折、誤嚥・窒息、急性肺炎、急性冠症候群、脳卒中等
- 緩和ケアを必要とする悪性腫瘍（末期）
- 老衰

超高齢化社会の事象

- 多疾病—健康管理・急性増悪
- 肺炎、転倒外傷の増加
- 老衰・悪性腫瘍末期患者の増加
- 多死社会
- 医療・介護需要の増大
- 介護予防の重要性～健康寿命
- 尊厳：本人の意思に即した医療・介護

医療の構造

