

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「2013 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

年間テーマ

在宅医療推進策 地域における現状と課題

座長：鈴木 央 氏（鈴木内科医院 副院長）

目次

■ 報告書に寄せて（座長：鈴木央氏）	1P
■ 参加委員名簿	15P
■ 第1回研究会（5/24）	17P
・ 松嶋大氏「チームなかつの挑戦」～キラリと光る地域密着病院を目指して～	
・ 佐藤美佳子氏	
・ 金田一友里恵氏	
■ 第2回研究会（6/28）	29P
・ 久保田泰弘氏「在宅医療連携とブルーカード」	
・ 有賀徹氏「救急医療の今後と在宅高齢者の救急医療」	
■ 第3回研究会（7/26）	47P
・ 千場純氏「横須賀市医師会が取り組む在宅医療連携拠点事業とその後・・・」	
・ 大友宣氏「民間の行う在宅医療連携拠点」	
・ 惣田晃氏「在宅医療推進のために、自治体は何ができるのか」	
■ 第4回研究会（9/27）	65P
・ 北川靖氏「在宅療養あんしん病院など京都府での取り組み」	
■ 第5回研究会（10/25）	79P
・ 小嶋一氏「在宅医療を担う後進を育成する」現状と課題	
■ 第6回研究会（12/20）	89P
・ 細野純氏「口から食べること」を地域でいかに支えるか？ ～東京都大田区での訪問歯科の取り組み～	
・ 新谷浩和氏	
・ 伊東由香氏	
■ 第7回研究会（1/24）	97P
・ 紅谷浩之氏「在宅医療をきっかけとしたまちづくり」～ふくいまちケアプロジェクト～	
■ 第8回研究会（2/21）	101P
・ 秋山正子氏「地域包括ケアの新しいかたちとは」～「暮らしの健康室」の取り組み～	

報告書に寄せて

2013 年度「在宅医療推進のための会」報告書

座長 鈴木央(鈴木内科医院 副院長)

<はじめに>

平成 24 年度に全国で行われた在宅医療連携拠点事業は、大変画期的なものでありました。ある程度共通した目標設定を示され、その目標を地域のそれぞれの事情の中で独自のアレンジを加えながら、地域における在宅医療の推進を目指すものでした。しかし、その結果、大きな成果を上げた地域もあれば、期待通りの成果を上げることができなかった地域もありました。「どこが違っていただろう？」と考えたときに、それぞれの地域にはさまざまな事情や課題があることが伝わってきたのです。

このため、2013 年度在宅医療推進のための会は、その年間テーマを「在宅医療推進、その現状と課題」と題して開催することにいたしました。さらに、今年は本会に参加された若手と呼ばれる先生方にも積極的にお話をお願いいたしました。おそらく 2025 年以降の高齢社会を支える中心の世代と考えられる先生方です。それぞれの活動、地域における役割、そして今後の課題について話していただくことといたしました。

<第 1 回研究会>

今年度最初の話題提供者は、中津川病院 院長の松嶋大先生にお願いしました。中津川病院は、結核サナトリウム病棟を経て、現在 40 床(一般)の病床で、盛岡県第一号の在宅療養支援病院として積極的に在宅医療に取り組んでいる病院です。外来診療は、かかりつけ患者、もの忘れ相談、訪問診療目的の紹介患者の対応に限っているため、救急外来は行っていません。

在宅医療は訪問看護部門と密接に連動して機能しています。特に病院であるゆえに、いつでも入院できるという安心感、同じ医師や看護師が関わることで、ケアと「物語」を在宅でも入院でも継続して行うことができます。「チームなかつ」と名付けられたチームでの活動を紹介しています。

在宅事例の中では、患者の家に有志が集まり誕生会を行ったケースや、深く患者の人生をたどりケアを模索したケースが報告されました。

さらに、この「チームなかつ」の今後の挑戦について、言及されています。まず病院機能を集約すること、在宅を支える病院であること、認知症を支える病院であること、終末期を支える病院であることです。この 3 点については、今後の中小病院の機能を考える上で重要な示唆であると個人的には考えます。さらに、看護師を中心に医療を展開し、看護師に自律性を与え、自らの考えで行動でき、治療方針の決定や入院退院の判断についても、実質的な権限を与えているとのことでした。これは、今後の看護師機能を考え

る上でも重要な視点だと考えられます。おそらく、終末期医療の現場、認知症医療の現場では、このような看護師の視線は極めて重要であり、今後より重視されていくべき役割であると考えます。

今後の課題は、病院の外、地域全体をどのように捉え、地域全体の医療を考えるかどうか、にかかってくるように思います。もちろん連携する診療所や地域の病院からの患者の受け入れ、在宅医療導入には力を尽くしています。さらに進めて、地域のリーダーとして地域の他の医療機関とともに地域在宅医療を推進する役割（その中には医師会員の一人として活動することも含まれるのだと考えられます）、地域住民とともに地域医療を作る視点（佐藤元美先生の弟子でもある松嶋先生には十分理解されていることですが…）が期待される点ではないかと考えました。

<第2回>

第2回は救急医療と在宅医療を考える会としました。

都市部の救急医療はかなり危ない状況となっています。今後人口は減少していきませんが、高齢者が増え救急搬送事例が増えると予測されることにより、救急出動件数は減少することなく増え続けると予測されています。救急医療資源の少ない地域ではすでに救急崩壊が始まっていると考えられますが、東京や大阪のような救急医療資源の豊富な地域でも救急搬送はギリギリの状態と考えられます。現在でも重症高齢者の搬送が問題となっています。搬送先の病院がなかなか決まらないことが問題です。病院が決まったとしても、寝たきりでコミュニケーション不可能な高齢者が在宅や施設から運ばれてくることは少なくありません。どこまでの治療を施すべきか現場は混乱しています。結局、搬送に要する時間は、都市部では続けているのです。どこまで救急医療体制が持ちこたえることができるのか、大きな危機感を持たれています。

このような問題点について、今回は二人の講師に話題提供してもらいました。

まず、浪速区医師会におけるブルーカードシステムについて、久保田泰弘浪速区医師会理事に話題提供をしていただきました。

まず、大阪市浪速区医師会では、管内の5つの病院と連携し、管内の在宅患者の入院を担当する病院をあらかじめ決めているのです。もちろん患者の状態が急に変化したときには主治医に連絡をしますが、病状が明らかに重篤で在宅では対応しきれない場合は、担当する病院に連絡し入院します。あらかじめ患者の情報は「ブルーカード」という用紙に患者の情報が記載され、病院と医師会とにFAXされています。医師会、病院が患者情報を共有しているため、よりスムーズに対応することが可能となります。もし、病院が満床で入院できない場合は、他に登録されている病院の中で入院先を、その病院の地域連携室が探すこととなっています。またブルーカードの内容は1年ごとに更新され、より新しい情報が蓄積されるようになっています。

もし、主治医が不在、あるいは連絡がつかない場合は、患者が自ら病院に連絡し受診す

ることがあります。あらかじめ情報を持っているので、病院としてもより対応がしやすくなるとのことです。搬送には救急車を使用する場合がありますが、家族が運転する乗用車で向かうことも少なくないとのことです。つまり救急出動の回数が減少するとのことです。

結果として、浪速区医師会管内では救急搬送に要する時間が約 8 分短縮することがわかりました。この救急搬送に要する時間は様々な対策を行っていても、年々増え続けていたため、この 8 分は大きな意味を持つこととなります。さらに緊急受け入れ拒否のケースがゼロになりました。これは在宅患者にとって大きな意味があると考えます。

もちろん、病院のキャパシティを超えて救急搬送があまりにも多い場合、本システムは成立しません。したがって、すべてのケースを病院に搬送していたのでは、このシステムはいずれ自滅することになり、在宅医療で看取るケースもまた増やしていかなければならないのです。そこで浪速区医師会では医師会内で 3 つの機能強化型在宅療養支援診療所グループを医師会が誘導して組んでいます。この中では若手の開業医がベテラン在宅医のノウハウを学べるように組み合わせが考えられています。この中で、在宅での看取りを希望するケースは看取りを行ってきているとのことです。

最近では周辺の区でもブルーカードシステムが取り入れられるようになりました。このような病診連携のシステムがそれぞれの地域で、特に大都市圏内で確立することは大きな意味を持つものと考えられます。一方で、救急資源には限りがあり、無尽蔵に患者を受け入れることができないという事実も厳然と存在しています。すべての症例を在宅で対応するというわけにはいかないものの、在宅側ができるだけ生活の場で症状変化に対応するケースをいかに増やすことができるのかが、制度を維持するポイントではないかと考えました。

特に、地域全体の救急体制を維持するために重要なのは、特定施設やグループホーム、小規模多機能といった生活施設での終末期医療をどのように進めていくのか、特養、老健といった介護保険施設における終末期医療体制も含めて考えていくことが、大きなポイントになるものと考えました。

次に、昭和大学病院 病院長、前日本救急医学会代表理事である有賀徹先生より話題提供をいただきました。

日本における救急車の出動は人口が減少しても増え続けています。高齢化が進む中では、今後の救急出動はさらに増えていくものと考えられています。しかも現場到着時、病院収容時間は延長し続けており、体制そのものの維持がかなり厳しくなっているものと考えられています。もちろん入院を要さない軽症者の搬送を減らすことが大切ですが、高齢者重症者の搬送も増えています。さらに救急告示病院の数も減少傾向にあります。

このため、日本救急医学会、日本救急看護学会、日本臨床救急医学会では、緊急度判定支援システムを開発し、救急要請の段階からのトリーアージを導入しました。東京都でも、このシステムを取り入れ、電話相談を開始、その利用率は高まっていますが、救急出動そ

のものは増え続けています。

さらに、受け入れ先が見つからない救急患者も少なからず存在します。精神疾患、整形外科領域の患者、アルコールの問題がある方、このような方は搬送先が見つからないこともしばしばです。このため、東京都では東京都地域救急センターを各二次医療圏におきコーディネーター機能を果たせることにしました。いわゆる「東京ルール」です。これにより基本的には一つの二次医療圏内で救急対応を行うように誘導いたしましたが、軽症患者の救急要請は減ったのですが、一方高齢者の救急搬送は増え続けています。

在宅医療の中での救急要請は、在宅ケアチームの中の連携体制を壊してしまうことが少なくありません。今まで「治し支える医療」という方向性で進めていた医療を、いきなり「戦う医療」の方向にシフトしてしまい、多くの患者は生活していた地域からはじき出されてしまうことが少なくありません。有賀先生は、公的な救急車ではなく、地域の病院救急車を利用した救急体制を提案しています。つまり、あらかじめ在宅患者の急な状態変化に協力できる病院が救急車を派遣し、病院まで搬送するというものです。すなわち地域の中で、在宅患者の入院に対応する病院をきちんと決めておき、この病院が対応するというものです。現在東京都医師会などで、このような体制が可能かどうか検討が始まっているとのことですが、やはりここでも病院機能の分化、地域内連携の重要性が指摘されています。

地域医療の質を支えるのは、救急医療を行うことのできる急性期病院の力だけではなく、リハビリテーションや療養を主たる目的にする病棟、診療所による予防と在宅医療の力、介護との連携など、地域全体の医療介護力が関わる問題であると考えられました。すなわち、救急医療の観点からも地域包括ケアの確立が重要な問題であり、今後病院の関わりが、在宅医療の推進にきわめて重要な役割を占めることが指摘された会であったように思われます。

<第3回>

平成24年度に行われた在宅医療連携拠点事業は、在宅医療推進に大きな役割を果たしたものであると思われまます。全国で様々な試みが行われましたが、その中で理想的な形で拠点事業がすすめられたと評価されている地域の一つが神奈川県横須賀市です。この地においては、拠点事業を横須賀市医師会と日本医療伝道会(チーム衣笠)の2か所が受け、さらに横須賀市が協力し三者が一体となった運営を行いました。

まず横須賀市医師会から千場純先生が話題提供を行いました。横須賀市医師会は今回の在宅医療連携拠点事業のかなり前から在宅医療推進のための様々な活動を行っています。多職種が参加する在宅医療勉強会、24時間連携のための支え合うシステムの検討をすでに平成10年ごろから行っていたとのこと。地域全体として在宅医療の普及に努めていたときに、在宅医療連携拠点事業が行われたという、まさにタイムリーな状況であったのだと考えます。

在宅医療推進協議会の設置、多職種合同研修会の開催、地域ケア会議への参加、地域医療連携のためのマップ作り、在宅医療地域グループミーティング、市民公開講座の開催、広報誌の発行、在宅医療資源検索のための検索システムの立ち上げなどを行いました。判明したことは、地域住民の在宅医療への関心は高いものの、在宅医療に参加する医療機関はさほど多くなく、お互いを支えあうシステムの構築が課題として浮かび上がりました。すなわち、24時間365日を支えるための診診連携の構築が重要なテーマとして浮かび上がりました。

また、チーム衣笠の大友宣先生は、家族の介護指導に使用する説明書「介護パッド」と介護実習用の人形「キヌピーちゃん」の開発、多職種によるフォーカスマーケティング、「市民のための在宅医療介護の見本市」の開催等、横須賀市医師会との活動に補足した活動について紹介してもらいました。

興味があったのは、在宅医療推進のための行政、職能団体、民間機関(個々の医療機関)、の役割分担です。行政の役割は市民への普及啓発、職能団体(医師会など)は職種内の意識向上、他職種の職能団体への働きかけ、個々の医療機関(すなわち民間)は現場から様々な実践的なアドバイスを行うことであることとしています。おそらく、もっとも重要なのは地域における個々の実践者であり、彼らが地域のリーダーとして動くことでしょう。そして、職能団体が地域の専門職のコミュニティを再構築し協力する体制を作ることができるか、さらに市区町村という行政が、十分な意思疎通を行いながら、コーディネートすることが必要なのでしょう。問題は実践者やリーダーのいない地域です。ここでは、職能団体、行政が主導するしかないのですが、リーダーがいる地域に比べると時間がかかる可能性は否定できません。そのためにも、リーダーのいる地域が地域包括ケア確立に向けての工程をほかの地域よりも少し早く形成していく必要があるのではないのでしょうか。

さらに横須賀市健康部地域医療推進課の惣田晃さんが行政の立場から発言していただきました。まず行政の立場としても、今後高齢化が進行すると地域の病院での看取りが限界を迎え、自宅や施設での看取りが増えるであろうことは予測しています。行政として公正中立な立場から行うことができるのは、4つのこと、①医療職、介護職の連携促進、②市民啓発、③人材育成、④ネットワークづくり、と指摘しています。H24年度は、この中で様々な活動を行ってきました。①医療職、介護職の連携促進として在宅療養連携会議の開催、②市民啓発として、みんなで支える在宅療養シンポジウム、まちづくり市民出前トークを行いました。さらに③人材育成の活動として、ケアマネジャーのための在宅療養セミナー、医師のための在宅医療セミナー、④の活動として、多職種合同研修会を行ったとのことです。

今後の取組としては、在宅療養連携拠点の設置、退院前カンファレンスの標準化、在宅療養患者の情報共有(ICTの活用)、市民向け啓発冊子の発行、を行っていきたいとのことでした。しかし、問題は事業の継続性、予算がどこまでつけることができるのかが、問題とのことでした。特に在宅医療連携拠点の中で、病院、在宅多職種、そして市民をつなぎ、

地域づくりの最前列に立つ人材を財源的にどのように維持するべきかという問題も議論されました。

個人的な感想としては、やはり、このような各職種をつなぐ人材が各地域で極めて重要と考えます。このような方々にきちんと報酬が支払われることは重要なことだと考えます。一方で、このような人材の機能を行政の役割と考える方々もいらっしゃるのだと思います。しかし、このつなぐ役割は地域の実践者の一人の立場でこそ可能になる部分があり、職能団体、特に医師会に設置することは、医師の啓発に大きな力を持つのではないかと感じました。

最後のディスカッションの中で、地域の最大の課題は何なのかという質問がありましたが、やはり医師の在宅への参加がもっとも困難感を抱いているとのことでした。急ぎすぎることはありませんが、適正なスピードで医師に対しての理解の輪が広がるのが極めて重要な課題であると考えました。

<第4回>

今回は京都府医師会の活動を取り上げました。京都府は府医師会に京都地域包括ケア推進機構を設置しており、医師会が主導して地域包括ケアを進めることを明確に示しています。様々な京都府医師会の活動について京都府医師会 副会長の北川靖先生に話題提供をしていただきました。

京都府医師会は会館建て替え時に、「京都府医療トレーニングセンター」を設けました。様々な医療技術をこの中で研修できる施設が、医師会館内に併設されているのです。ここで、在宅医療の専門家を招いて「京都在宅医療塾」として、医師を対象に全6回の研修を行っています。さらに家族介護者向けに「医療的ケア・口腔ケア実践講習会」という介護教室を医師、看護師、介護職の協力のもと行っています。

さらに前述した「京都地域包括ケア推進機構」を設置して、在宅医療の環境整備にも取り組んできています。これは京都府内の様々な団体、39団体が集まり、地域包括ケアの推進に向けて話し合い、実践を積み重ねていくものです。この中で、様々なプロジェクトが立ち上がっています。「在宅療養あんしん推進プロジェクト・在宅療養あんしん病院登録システム」、「認知症総合対策推進プロジェクト-京都式オレンジプラン-」、「地域におけるリハビリ支援プロジェクト-京都府リハビリテーション教育センター-」、「介護予防プログラム構築プロジェクト」、「地域で支える生活支援プロジェクト」、「看取り対策プロジェクト-看取りに関する大規模調査-」、「北部地域医療・介護連携プロジェクト」などです。

その中で、「在宅療養安心病院登録システム」を紹介されました。かかりつけ医が在宅医療に感じる困難感として、最も大きいことは24時間365日体制への不安です。これに対して、あらかじめ患者を登録しておいて、急な状態変化(ここでは脱水や肺炎などそれほどの濃厚な医療介入が必要ではないケースが想定されています)があった時に、よりスムーズに

病院に入院できるようにしておくシステムです。いわば、大阪のブルーカードシステムと同じ発想によるものではないかと考えます。

現在様々な病院の協力を得ているとのことでしたが、まだ京都府全域ではないとのことでした。もちろん京都府全域としては様々な医療事情があるため、府全域で一律に進むことはあり得ないことであろうと考えます。病院側の理解、地区医師会の理解、行政の理解という条件が必要なのかもしいないと考えました。

<第5回>

今回は、「在宅医療を担う後進の育成」をテーマに手稲家庭医療クリニック 院長の小嶋一先生に話題提供を行っていただきました。小嶋一先生は米国で家庭医療の研修を受け米国家庭医療専門医となったのです。この経験を踏まえ、自らの道のり、そして現在の研修医の教育について語っていただきました。

小嶋先生の研修医の教育を語るためには、まず彼自身の受けてきた教育や医療経験が欠かせません。大学卒業後、沖縄県中部病院においてスーパーローテイト方式の研修を受けました。その後は離島診療所で一人医師として働きました。その中で、患者層が全く違うこと、小児科から外傷精神錯乱まで病状は多岐にわたり、やりがいと同時に実力不足も感じたこともあったということです。また、この経験の中から地域に触れ、地域に愛され大切にされた経験も味わったのです。

このような経験から彼は米国において家庭医療の研修を受ける道を選びました。米国家庭医療専門医研修は、3年間。病棟勤務が10か月、小児科病棟・ER勤務3か月、外科外来2か月、産婦人科4か月、専門科外来、チーフレジデント等で構成されます。また地域医療診療所マネジメントも2か月学びました。これらは診療所開業を前提とした研修であるため、外来研修が中心でありました。これらの研修で特筆すべきことは、自らの外来を行わず指導のみに専念するプリセプターという指導医の存在です。最初の6か月間は、前例指導医とともに診察を行います。時には午前中に2~3名の患者のみを診察し、診療内容についてディスカッションを続けることもあります。診療所はグループプラクティスであるため、他の医師がその分の診療を負担するのです。また、様々な家庭医のロールモデルが診療所には存在し、目指すべき家庭医像がはっきりと見えてくるということです。

診療内容は小児、成人、腰痛、腹痛、婦人科診療など多岐にわたります。問題は在宅医療である。普通アメリカでは医師は訪問診療を行いません。訪問は看護師の仕事となるからです。

3年間の研修ののち米国家庭医療専門医を習得後、さらに Faculty Development のコースに進みました。これは2年間をかけて、管理者、教育者、研究者としての入り口に立つための課程となります。さらに、公衆衛生修士としての資格も得ました。これによって公衆衛生の方法論、地域の健康の中で家庭医療がどのように位置づけられるのかを学び、医療介護福祉の連携の重要性についても学んだということです。

現在のクリニックでは6名の医師とともに、11名の後期研修医、初期研修医を指導しています。研修の基本的な方法は米国で自らが受けた方法と同じです。指導医として、研修医が行う診療に張り付き、様々な指導を行います。一人で診療を任すことができると判断するまで、それを続けるとのことでした。今後も家庭医育成をめざし、同様の高いレベルの研修を行っていくとのことでありました。

我々日本の在宅医がここまでの丁寧な指導を研修医に行っているかと問われれば、現状では否と答えるしかありません。ここまでの指導ができるのは、複数医によるグループプラクティスがベースにあり、それぞれが実力のある家庭医、あるいは総合診療医、在宅医で構成される必要があると思われれます。多くの研修医を育てれば、多くの研修医を呼び、スタッフの補充も行いやすくなります。しかし、ここまで環境の整った研修施設が日本でどれくらい用意できるかということが問題です。後期研修医を未熟ながらも実働部隊として独力で動かさざるを得ないことも、一つの現状であるのです。当院は後期研修医、初期研修医も受け入れています。1日70名程度の外来診療、1日6名前後の訪問診療を、このようなきめ細やかな指導を行いながらこなすことは極めて困難です。しかし、できるだけ共同で診療するスタイルは取り入れてもよいと考えるようになりました。この話題提供ののち、当院の研修スタイルは、診療にまつわる様々な知識や技術、考え方について、できるだけディスカッションしながら行うスタイルを取り入れています。

さらに、問題は在宅医療です。米国家庭医療医の弱点は在宅医療にあります。出産を30例経験する必要があるものの、在宅医療の経験できる機会はほとんどないのです。もちろん小嶋医師は帰国後の努力の中で、診療所の訪問診療体制を確立させ、第一線の在宅医としても活躍しています。しかし、日本において最も求められるのは、訪問し、病院以外のところで終末期を管理することができる医師であるといっても過言ではないと考えます。

総合診療医が19番目の専門医として認定されることが決定していますが、その中身に対する議論はこれからです。この日本における総合診療専門医に求められるのは、幅広い診療能力、診療所をマネジメントする能力、他職種と協働する能力とともに、在宅で看取りを行う機能であると考えます。この部分は米国家庭医療医として研修を受けてきた医師にとっては、基本的にほとんど研修されていない能力です。一方、英国のGP(総合医)は看取りを担うことができますが、緩和ケアに関してはしばしば専門の在宅緩和ケアチームが外部から関わります。つまり、日本における総合診療医は、一人で在宅における様々な終末期管理、緩和ケア、ホスピスケア、褥瘡ケア、精神科的ケアなどをかなり高いレベルで行うことのできる医師像が求められるのではないのでしょうか。このことを踏まえて、今後の総合診療医をいかに育てるのが議論されていくべきであろうと考えました。

確かに問診や簡単な診察だけで、珍しい疾患を診断できる「ドクターG」型の診療技術は素晴らしいかもしれません。しかし、その診療技術を発揮できる場面は、年間何回あるのでしょうか。ホスピタリストとして、多くはコモンディゼーズを扱っているのではなのでしょうか。家庭医療医を作るというフレーズもあちこちで聞くようになってきました。それ

は悪いことではないでしょう。しかし前述のように、米国家庭医療医は決して在宅医療に強くはない、これだけでは高齢社会に対応できないのです。日本独自の総合診療医像をきちんと形成していく必要があります、その育成には、小嶋医師のような丁寧な手法を用い、きちんと育てていくことがこの国の医療を大きく左右するのでしょうか。そんな感想を持った会でありました。

<第6回>

「地域で口から食べることをいかに支えるか」というテーマで、東京都大田区で働く歯科医師の細野純先生、新谷浩和先生、そして大田区に所属する歯科衛生士、伊東由香さんに話題提供をしていただきました。実は座長である私と同じ地域で共に働く尊敬すべき仲間たちです。今回講演をアレンジしたのは日本歯科医師会であるので、個人的には誇らしくもあり、少々照れくさくもありました。

東京都大田区は人口約70.1万人、現在もわずかながら人口が増えつつある地域です。高齢化は22.1%。急性期病院が比較的多く、東邦大学医療センター大森病院、東京都保健医療公社荏原病院、東京労災病院、大森赤十字病院、牧田総合病院、池上総合病院、蒲田総合病院等の200床以上の救急病院があります。

摂食嚥下障害を持つ患者は全国で96万人といわれ、要介護認定者の18.1%に認められると言われていています。また、訪問看護、介護施設の利用者のうち約9割に口腔ケアニーズがあるとされています。しかし、実際の現場では、そこまで普及しているのでしょうか。

食べるという機能は、プロセスモデル(咀嚼嚥下複合体)で考えることが近年提唱されています。つまり咀嚼という機能が嚥下にとって極めて重要な役割を担うという考え方です。したがって、摂食嚥下というプロセスにおいて義歯の存在は大きな意味を持つことになるのです。さらに摂食嚥下機能に応じて摂取する食物形態を考慮する必要があるということになるのだと考えられます。

日本における摂食嚥下リハビリテーションは1995年に保険診療として認可されましたが、その前に17年間に及ぶ歴史があり、大田区にある昭和大学歯科病院口腔衛生学教室はその研究に大きな役割を担ってきました。この流れから大田区では摂食嚥下リハビリテーションを地域の歯科医師も学ぶ機会が多く、大森歯科医師会は大田区と協議し管内の特別養護老人ホームに訪問し、歯科協力事業を営んでいます。もし歯科医師会員のみでは解決できない場合は、昭和大学歯科病院から専門医が派遣されるシステムとなっています。ここでは施設職員、施設管理栄養士と歯科医師が協力し、歯科的な問題、摂食嚥下の問題等に当たっています。

さらに大田区には「寝たきり高齢者歯科支援事業」という地域支援事業があります。これは、区内在住の通院することが困難な高齢者から申請があれば、区に所属する歯科衛生士が患者宅を訪問し評価を行い、必要であれば歯科医師に連絡し治療やリハビリを開始するものです。現在も利用者は徐々に伸びてきています。さらに終末期医療の中でも口腔ケ

アは重要な位置を占めます。近年では少しずつ連携する事例が増えてきているのです。口腔機能の維持向上は、人として口から食べる機能の復権であると細野医師は訴えます。誤嚥をしないおいしく食べることができる食事、これを地域で実現するためには、行政、歯科医師会のみならず多職種との協働が必須です。「口から食べること」を支える「地域力」が必要となると考えられるということでした。

また、現場として歯科衛生士である伊東氏が実際に患者宅でどのような指導を行うか、ビデオが上映され、様々な意見交換を行いました。

以下は座長の個人的な意見です。

口腔ケア、摂食嚥下リハビリテーションは、おそらく在宅患者のほとんどにニーズがあります。しかし、そのニーズが日本全国で満たされているのでしょうか。その答えはノーであり、様々な事情から、満たされていないのが現状と考えます。その普及を阻む因子として、市民の無理解、在宅チームのリーダーとしての医師の無理解、様々な職種が歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士の専門性を理解していないこと、訪問診療を行う歯科医師、あるいは歯科衛生士が地域で確保できないこと、在宅現場で活動する言語聴覚士が少ないこと、行政、あるいは歯科医師会、医師会の理解が得られない等の事情があると考えられます。対応としては、市民に対する啓蒙を強めること、歯科医師あるいは歯科衛生士を研修教育する体制を整えることなどが考えられますが、実はすでにこのような体制は試みられています。日本歯科医師会として、在宅歯科診療に対する研修事業はすでに数年前から行っているのです。つまり、別の施策を行わないと在宅歯科診療の普及は難しいということになります。

やはり問題は在宅チームのリーダーである医師の意識によるところが大きいのではないのでしょうか。在宅医がどこまで口腔ケアの重要性、摂食嚥下リハビリテーションの重要性を理解しているか、どこに連絡し、どのように「つなぐ」ことができれば在宅歯科診療を導入することができるのか、歯科医師とどこまで信頼し合い患者のケアを託せるのか、この部分が、まだまだ足りないのではないかと考えます。もちろん重要性はわかっているものの、地域にそのような資源が少ない地域もあるかもしれません。それでも一歩でも前に勧めることが在宅患者、地域住民の幸福につながると考えます。

一方で、歯科医師にとっても終末期医療はまだまだ遠い存在です。終末期においてどのようなケアや医療が行われるのか、どのような考え方、倫理観でケアが進められるのか、終末期と知っている患者やその家族にどのように向き合えばいいのか、現場では様々な躊躇があるものと考えられます。これは座長自身の地域でも変わりません。しかし、一つ一つ症例を経験し、その後に振り返りをきちんと行っていくことの他に、この問題をクリアする方法はないと考えています。このことが地域における在宅チームを成長させ、地域全体のケア、すなわち地域包括ケアを育てる一つの方向性ともなりうると考えています。終末期医療に当たり前に歯科医師が参加する時代、これを2025年までに日本全国で作り上げる必要があると強く考えた回でありました。

<第7回>

「在宅医療をきっかけにしたまちづくり ～ふくいまちケアプロジェクト～」と題して、平成23年度在宅医療連携拠点事業で高い評価を受けた、福井市を中心に活動するオレンジホームケアクリニック 代表の紅谷浩之先生に話題提供をお願いしました。紅谷医師は大学卒業後、地域医療の現場で働いてきました。名田庄診療所で中村伸一医師とともに働きました。その後高浜町和田診療所で独立して働き、様々な気づきを得たといいます。

まず福井で開業して行ったことは、タウンミーティングでした。「100年後も愛せるまちを目指して」をテーマに様々な分野の方々を集め、地域の課題について話し合ったのだそうです。様々な課題がでてきましたが、その中から実現可能なものを一つ一つ行ってきました。

その結論の一つが「医療者がまち(地域)に出ていくこと」でした。その発想から様々な企画が生まれました。一つは「みんなの保健室」です。福井駅前の商店街の一角にイベント型認知症カフェで相談事業を行いました(この費用は診療所の持ち出しとのこと)。また「オレンジキッズラボ」と名付けた医療的ケアが必要な子どもの通所サポートを始めました。また看護師を活用しました。訪問看護師ということではなく、地域を看る看護師、地域看護師として、看護師の感性と視点を十分に取り入れたケアを進めました。また、多職種協働の研修会では「楽しさ」、「わかりやすさ」をキーワードに行われました。この多職種研修の大きな特徴は劇団型、症例提示を職員が演じ、参加者に状況を体感してもらう方法です。

紅谷医師は指摘します。きちんと地域医療活動に取り組むこと、地域、ひとびと、次の世代に「つなげる」ことが、若い世代に課せられた使命であると。それは、彼らがやがて訪れる2025年~2040年ごろの高齢化のピークに相對することになるからだといいます。生活の中に医療が訪れること、それが在宅医療です。療養者の楽しみを増やすことが重要と訴えました。

確かに、紅谷医師はすさまじいスピードで地域の在宅医療を推進しています。それを楽しく、面白くするために様々な工夫をしています。写真を見る限り、紅谷医師をはじめスタッフも楽しそうな笑顔で写っています。この影には、プロデューサーと呼ばれる非医療人の仕掛け人の存在が大きいと感じました。医療者だけで様々な企画を行うと、まじめで真剣にことを進め過ぎて、つまらないものになってしまうり、つながる輪が小さなものに留まってしまうのかもしれませんが。外部から見た医療が分かりやすいものにする工夫も重要なことであると考えました。

また、クリニックが収益を上げているからこそ可能な非採算部門をどのように運営するのかも、今後の課題と考えました。それは、紅谷医師だからこそできることでは、日本全国に浸透していかないからです。行政と協力し、地域としてより深く採算性にも関わらないと、他の地域には広まりません。しかし、あっという間に実現してしまった行動力と実

現力は素晴らしいと思いました。

さらに医師会との連携も課題です。確かにオレンジホームケアクリニックは素晴らしいですが、この理念を医師会のかかりつけ医の先生方にも共有してもらわないと、在宅医療というものが浸透していかないと考えられるのです。彼らの活動が、全国で紹介されるとともに、地域での医師会との活動も大切にしていける必要があるでしょう。

個人的な感想としては、「すごい」「時代が変わった」と感じました。この楽しそうな表情です。私たち旧世代(?)が行ってきた在宅医療はある意味ではつらく厳しいものでした。周囲の医師たちには「奇妙な医師」、「変わり者」として扱われ、今でも「金儲け」と言われることもあります。休日も返上し、疲れた体に鞭打って深夜の往診にも応え様々な活動を行う、もちろん楽しいこともありました。決して楽であったわけではありません。それでも新たな世代が育ち、楽しそうな顔で(つらい部分を隠しての笑顔であるとは思いますが…)取り組んでいます。これを私たちの世代が取り組んできた仕事の成果の一つと考えることもできるかもしれません。

そろそろ引退しても大丈夫かもしれないと初めて感じさせてくれた一夜でした。確実に新しい世代が育ってきています。でもまだまだ私の地域では後継者は育っていないので引退はしませんが…。

<第8回>

2013年度の在宅医療推進のための会、最後の回でした。話題提供は秋山正子さんに「地域包括ケアの新しいかたちとは - 「暮らしの保健室」の取り組み - 」と題して話題提供を行っていただきました。

地域包括ケア体制構築は2025年までに日本が達成しなければならない課題です。超高齢社会に向けて、医療機能分担を再構築し、地域全体で支えあう仕組みをそれぞれの地域で形成していかなければなりません。しかし、多くの地域ではその糸口が見えず苦戦しています。すでにコミュニティが崩壊した地域で、どうやって「支えあう地域」を再生するのか、難しい問題です。しかし、一つは市民たちがこの数年間で変わってきていると秋山さんは言います。特に高齢者による地域活動は明らかに活発化してきています。これが生活支援サービスとして、公的介護保険外のサービスとして動き始めている地域も出てきています。今後は高齢者自身の互助、自助が公的サービスと組み合わせたり、地域づくりに役立つことが期待されているのですが、実際のところ、一部の地域を除いては、まだ活発とはいえない状況です。

訪問看護師として活動を続けてきた秋山さんには、一つの思いがありました。それは、がん医療の場において、相談支援の在り方は病院内の相談窓口では患者の悩みを吸い上げきれないという思いでした。英国のマギーズ・キャンサー・ケアリングセンターは、病院の外に相談支援サロンを作り、がん患者たちの生の声を聞くものです。入ってお茶だけを飲むことも問題ありません。相談はくつろいだ空間で行われています。日本にもこのような

施設を作りたい、そしてがんに限らず、健康、暮らし全般について相談を受ける窓口を作りたいという思いが、「暮らしの保健室」に結実しました。

暮らしの保健室は地域住民の健康に関する様々な相談を受ける施設です。その相談に応じ、病院、診療所、地域の介護従事者、地域包括支援センター、行政サービスを「つなぐ」役割を担います。また、地域の健康相談サロンの役割も担います。この中では、高齢者のみならず障害者、がん患者、子育てに悩む母親、地域のすべての住民が対象となります。地域の健康講座、医学生や看護学生の研修、多職種連携ハブとしての機能、地域ケア会議の場、市民公開講座の企画運営、先進事例勉強会などの活動も行っています。この中で「つなぐ」役割のみならず、一つの相談事例から、問題の背景や理由を知り、フラットな仲間を増やし、アイデアを温め磨き、アクションを起こし、結果としてさらに地域を深く知ることになり、さらに問題事例の背景や問題をより深く知るというサイクルを作ります。

その結果、重装備な医療を回避し、最期までよく生きることを支えることができたケースが見られるようになってきています。相談する先があることで、安心につながり、救急車を呼ばなくなる事例もありました。これらは暮らしの保健室というより訪問看護師の視点があつてのことではないかと考えられます。いわば訪問看護師が地域の視点を持ち、いわば地域看護師として地域で活動すること、そのものが暮らしの保健室といえるのかもしれませんが。

さらに特筆すべきは、この暮らしの保健室を見習い、専門職でもない地域の普通の住民たちが独自で相談事業を始め出したということです。これは支えあう社会、地域包括ケア実現への大きな一歩であると考えます。

また、この暮らしの保健室が機能するエリアが新宿区全体ではなく、牛込地区にある程度限定されることも大変興味深く思いました。つまり一つの拠点がコントロールできる地域はある程度限られるのではないのでしょうか。この地域とは、人口であり、交通網の都合であったり、人々が日々移動するエリアということになるのでしょうか。その意味では商業施設、商店街にこのような相談窓口を設置すること、これは今後の地域包括ケアにとって重要な示唆になるような気がいたします。また、この相談窓口は地域包括支援センターそのものではないことが重要に思います。様々な機能を持ち、高齢者に限らず障害者や若年世代にフレキシブルに対応できることが重要であると考えました。今後はこの暮らしの保健室設置が、各地域の地域包括ケア推進のマストアイテムの一つとなるような気がしています。

<まとめ>

平成 24 年度の在宅医療連携拠点事業は、全国の在宅医療推進に大きな役割を果たしたと考えます。しかし、一方様々な課題が浮かび上がってきました。様々な地域事情による課題はあるものの、在宅医療を行う医師が増えない、地域の医師間の協力体制構築が簡単ではないこと、様々な職種をつなぐ役割を持つ人材を育成し、それを継続していく経済的基盤、病院医師が「支える医療」をなかなか理解しないため在宅につなぐことができない、などでしょう。

平成 26 年度診療報酬改正は、明らかにかかりつけ医が行う在宅医療を強く意識した内容になっています。在宅医療連携拠点事業で問題点の一つとして浮かび上がってきた、かかりつけ医の在宅医療への参加を促す内容であるともいえます。問題は 24 時間 365 日体制をさせるための診診連携体制の整備です。機能強化型在宅療養支援診療所は要件が強化され、実際に看取りを行っていない診療所は退場を余儀なくされていますので、診診連携の新たな枠組みが必要になるのだと考えます。

また、急な病状変化の際の病院との連携体制の構築は極めて重要なことですが、今後高齢化の進展に伴いベッドの空きが少なくなっていくと思います。この協力体制がどこまで維持することができるか、危機感を抱きながら進めていく必要があると思います。おそらくこの部分は介護施設との連携が重要になると考えておりますが、介護施設で外付けの在宅医療を利用して看取りを行うことが今後の課題でしょう。

最終的には、地域におけるコミュニティが問われているように思います。秋山さんの暮らしの保健室は、コミュニティがすでに崩壊したと思われていた都市部にコミュニティが再生しうることを示しました。しかしこれが秋山さんだから可能ということでは、全国に普及しないと考えます。より噛み砕いた普及モデルもまた必要です。さらに相談支援を行う人材への研修の必要になるに違いありません。

来年度は、新たに座長として蘆野吉和先生を座長に迎え、新たな在宅医療推進のための会がスタートしますが、本会が日本在宅医療推進の先駆けとして今後も機能することを期待しています。座長としてかかわった 4 年間、委員の先生方の温かい目で支えられ、務めることができたことを、この場を借りて御礼申し上げます。

「2013年度在宅医療推進のための会」参加委員名簿

氏名	所属	役職
1 あしの よしかず 蘆野 吉和	青森県立中央病院緩和医療科	部長
2 いいじま かつや 飯島 勝矢	東京大学 高齢社会総合研究機構	准教授
3 いけがき じゅんいち 池垣 淳一	兵庫県立がんセンター	緩和医療担当部長
4 いのくち ゆうじ 猪口 雄二	公益社団法人 全日本病院協会	副会長
5 おおしま しんいち 大島 伸一	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	総長
6 おおしま ひろこ 大島 浩子	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 老年学・社会科学研究センター 在宅医療開発研究部	長寿看護・介護研究室長
7 おおた ひでき 太田 秀樹	医療法人 アスミス	理事長
8 おおはし えいじ 大橋 英司	医療法人社団 大橋内科胃腸科	院長
9 かわい まこと 川井 真	一般社団法人 JA共済総合研究所	主席研究員
10 かわしま こういちろう 川島 孝一郎	仙台往診クリニック	院長
11 きたざわ あきひろ 北澤 彰浩	佐久総合病院附属小海診療所	所長
12 くろいわ たくお 黒岩 卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
13 くわはら なおゆき 桑原 直行	秋田組合総合病院 脳神経外科・地域連携室	脳神経外科科長
14 こえた じゅんいち 小枝 淳一	社団法人慈恵会 青森慈恵会病院	緩和ケア統括部長
15 こじま はじめ 小嶋 一	医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック	院長
16 こだま つよし 小玉 剛	こだま歯科医院	院長
17 ☆さとう あきら ☆佐藤 智	一般社団法人 ライフケアシステム	会長
18 しまざき けんじ 島崎 謙治	政策研究大学院大学	教授
19 しみず まさかつ 清水 政克	清水メディカルクリニック	副院長
20 すずき たかお 鈴木 隆雄	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	所長
21 ★すずき ひろし ★鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
22 たしろ たかお 田城 孝雄	放送大学教養学部 / 順天堂大学	教授 / 客員教授
23 たなか しげる 田中 滋	慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科	教授
24 たにみず まさと 谷水 正人	独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター	副院長
25 つじてつお 辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
26 つちはし まさひこ 土橋 正彦	土橋医院	院長
27 つるおか ゆうこ 鶴岡 優子	つるかめ診療所	副所長
28 とば けんじ 鳥羽 研二	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	病院長
29 ながいやすのり 永井康徳	医療法人ゆうの森 たんぼぼクリニック	院長
30 ながお かずひろ 長尾 和宏	医療法人社団 裕和会 長尾クリニック	院長
31 ながお しん 長尾 信	医療法人社団 長尾医院	理事長
32 にしむら けんいち 西村 元一	金沢赤十字病院	副院長
33 はぎた ひとし 萩田 均司	有限会社メディフェニックスコーポレーション	代表取締役
34 はながた てつお 花形 哲夫	花形歯科医院	院長
35 はなぶさ ひろお 英 裕雄	医療法人社団 三育会	理事長
36 ひらはら さとし 平原 佐斗司	東京ふれあい医療生協 梶原診療所	在宅サポートセンター長
37 ふじた しんすけ 藤田 伸輔	国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会 千葉大学医学部附属病院 地域連携部	教授
38 べにや ひろゆき 紅谷 浩之	オレンジホームケアクリニック	代表
39 まつしま だい 松嶋 大	一般財団法人岩手済生医会 中津川病院	病院長
40 みうら ひさゆき 三浦 久幸	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	在宅連携医療部長
41 みうら まさえつ 三浦 正悦	医療法人心の郷	理事長
42 みやじま としひこ 宮島 俊彦	岡山大学	客員教授
43 よしの たかゆき 吉野 隆之	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	企画戦略室長
44 わだ ただし 和田 忠志	医療法人社団実幸会 いらはら診療所	在宅医療部長
45 わたなべ むつこ 渡辺 陸子	一般社団法人日本女性薬剤師会	理事

★座長、☆相談役

(50音順・敬称略)

厚生労働省等

	氏名	所属	役職
1	かつまた はまこ 勝又 浜子	厚生労働省 老健局 高齢者支援課 認知症対策推進室	室長
2	ごとう とちみ 後藤 友美	厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室	在宅看護専門官
3	ささき まさひろ 佐々木 昌弘	厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室	室長
4	しのだ ひろし 篠田 浩	厚生労働省 老健局 総務課	課長補佐
5	たかだ じゅんこ 高田 淳子	厚生労働省 医政局 歯科保健課	歯科医師臨床研修専門官
6	たけだ としひこ 武田 俊彦	総務省 消防庁	審議官
7	なぐらみちあき 奈倉道明	厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室	室長補佐
8	にいづ ひさお 新津 久雄	厚生労働省 医政局 指導課 在宅医療推進室	在宅医療係長
9	はら かつのり 原 勝則	厚生労働省 老健局	局長
10	やまくち みちこ 山口 道子	厚生労働省 保険局 医療課	看護医療専門官
11	わたなべ けんいちろう 渡辺 顕一郎	厚生労働省 医政局 国立病院課	政策医療推進官

(50音順・敬称略)

第1回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「チームなかつの挑戦」
～キラリと光る地域密着病院を目指して～

話題提供： 松嶋 大 氏
一般財団法人岩手済生医会 中津川病院 病院長

佐藤 美佳子 氏
中津川病院 主任看護師

金田一 友里恵 氏
中津川病院 作業療法士

日 時： 平成 25 年 5 月 24 日（金） 19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 605B 会議室

チームなかつの挑戦

～キラリと光る地域密着病院を目指して～

一般財団法人 岩手済生医会
中津川病院 院長 松嶋 大

本日の内容

1. 中津川病院の紹介
2. 在宅を支える病院
3. ナラティブを紡ぐ
4. チームなかつの挑戦
5. 小規模病院の明日(私見)

1. 中津川病院の紹介

中津川病院の理念および基本方針

- 理念
「地域に根ざしたやさしい医療を提供します」
- 基本方針
 - 私たちは、医療、保健、福祉との連携を図り、誰もが安心して暮らせる地域の発展に貢献します
 - 私たちは、急性期から慢性期、終末期にわたり、生活を支える医療を提供します
 - 私たちは、「まごころ」と「笑顔」をもって皆様に寄り添います
 - 私たちは、人権の尊重と法令の遵守に努めます
 - 私たちは、知識と技術の向上のため、自己研鑽に努めます

やさしい医療で...

生活と日常、そして人生を支える
おせっかいに、徹底的に支える
患者とともに物語を紡いでゆく

中津川病院の変遷

昭和 6年	結核療養施設「岩手サナトリウム」創立 病床30
昭和15年	天皇陛下から御下賜金(ごかしきん)を拝領
昭和28年	増床 158
昭和42年	隣接地に山岸和敬荘(特養)が開設(県内第一号)
昭和50年	結核患者以外の入院受入
昭和53年	病床 60(一般42, 結核18) リハビリ開始
昭和54年	結核病床廃止, 一般病床60
昭和61年	中津川病院へ改称 増床 90
平成11年	医療療養型病床(30床), 一般80
平成12年	医療療養を介護療養型に変更
平成14年	病床減床 82(一般44, 介護38)
平成23年	在宅療養支援病院(県内第一号)
平成24年	機能強化型在宅療養支援病院(県内第一号)

一般財団法人 岩手済生医会

岩手看護専門学校（明治30年創立）

岩手看護高等専修学校

中津川病院

三田記念病院（精神科）

岩手リハビリテーション学院

精神障害者グループホーム

➢「さわやかホーム」「加賀野の里」

中津川病院の概要

病床数：

– 82床；一般44, 介護療養38

– 介護療養38床は休床中（2012年2月～）

標榜科：

– 内科, 循環器科, リハビリテーション科

医師数：

– 常勤 3名（1名は育休中）

– 非常勤 3名+ α

装備

CT（16列MDCT）

FCRレントゲン

X線透視

ポータブルレントゲン装置

超音波検査機器

心電図, ホルター心電図

AED

PACS

力を入れていること

在宅医療

リハビリ

NST

認知症

終末期医療

福祉, 介護, 医療の融合

病棟 一般病床44

現在, 満床40で運用中

10対1入院基本料

身体拘束完全廃止

病棟クレーンを配置

リハビリ施設基準：

– 脳血管Ⅱ, 運動器Ⅱ

外来

一般, 救急外来は休止中（2012年8月～）

外来業務は下記に限定

➢ かかりつけ患者（関連施設含む）

➢ もの忘れ相談外来（認知症外来）

➢ 訪問診療目的の紹介患者

ベストパートナー 岩手和敬会

特養三施設を運営

- 山岸和敬荘（長期60）
- 青山和敬荘（長期80, 短期20）
- 浅岸和敬荘（長期80, 短期20）

全入居者を当院が主治医として担当
緊急, 急変はすべて当院で対応
施設看取りに対応

数値で見る中津川病院

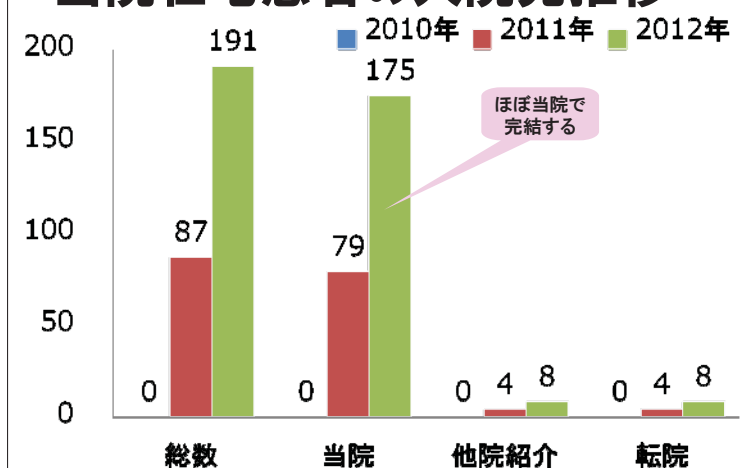
入院, 外来の推移

	2011年3月	2013年3月
入院		
入院患者	13	35
退院患者	15	40
一日平均患者	40	33
平均在院日数	49	18
一日平均患者単価	17,500	26,450
外来		
患者総数	910	873
一日平均患者	46	41
一日平均単価	5,409	12,738

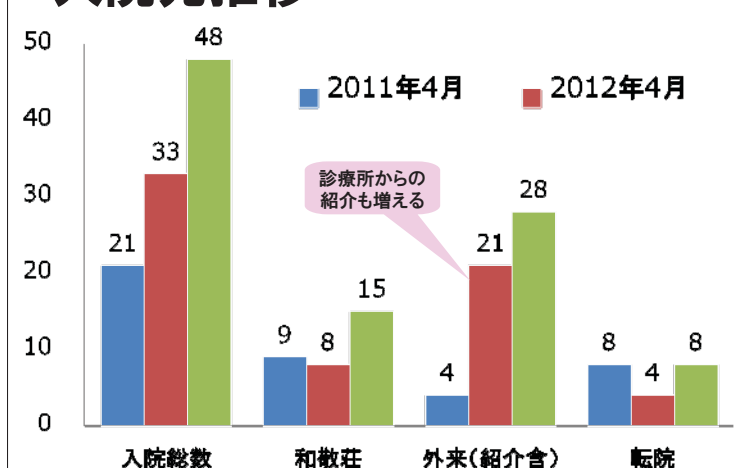
在宅医療の推移

	2011年3月	2013年3月
患者数	2	127
訪問診療回数	4	217
往診回数	0	13
（うち時間外・休日）	0	2
訪問看護延べ人数	0	231
訪問リハビリ延べ人数	179	404

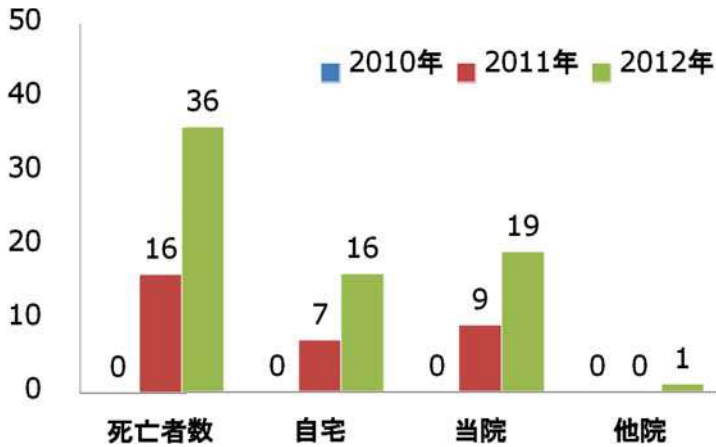
当院在宅患者の入院先推移



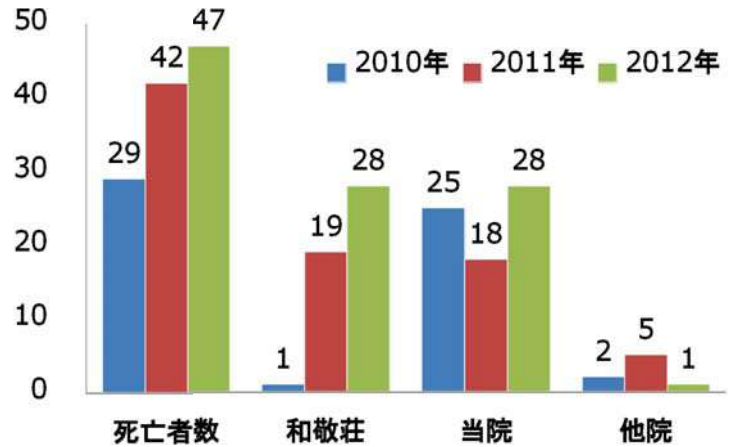
入院元推移



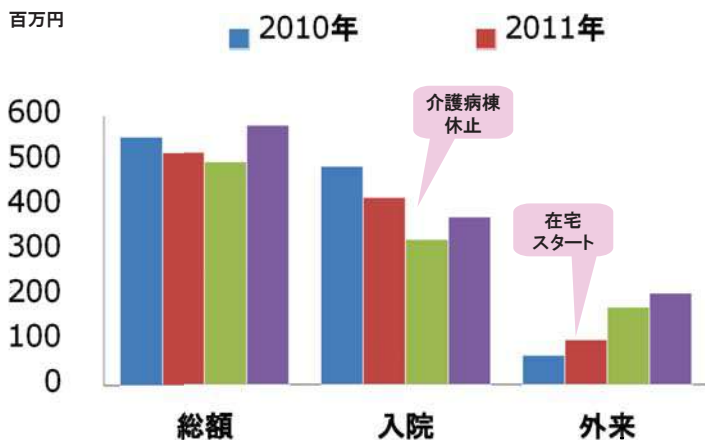
当院在宅患者の最期の場合



和敬荘入居者の最期の場合



中津川病院の経営状態



2. 在宅を支える病院

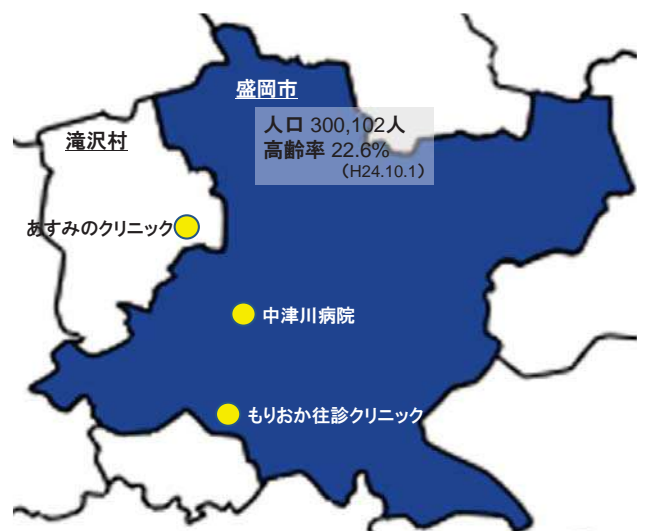
機能強化型在宅療養支援病院

(2013年4月認可)

もりおか往診クリニック

あすみのクリニック

中津川病院



訪問診療体制

医師二名による主治医制
看護師と医師のペアで対応

平日の訪問診療

- 毎日午後
- 5～15名程度／一コマ

夜間の訪問診療

- 週2回程度(17:30～20:00くらい)
- 5～10名程度／一コマ(施設中心)

緊急・夜間体制

1st コールは在宅ナース

夜間は8名の在宅ナースによる当直制

- 将来は「二交代制」へ(目標)

医師待機(往診当番)

- 平日; 当院
- 週末; 当院とあすみのクリニックで交互

チームなかつコンセプト 在宅編

病院だからこそその在宅

在宅を多方面から支える

自律型在宅ナースが中心

在宅医療を支える病棟

病院全体での安定経営を目指す

病院だからこそその在宅

いつでも確実に入院できる体制が心強い!

- 状態不安定
- 独居, 高齢夫婦世帯
- 介護力が乏しい家
- 最期は病院を希望する人

在宅も入院も同じ看護師, 医師という安心感

在宅を多方面から支える

当院の在宅を支える

在宅移行を支える(退院調整)

在宅を頑張る医療機関や施設を支える

自律型在宅ナースが中心

患者さんのためと思えば, 自ら考え, お
せっかいなほどに支える自律型ナース

詳細は後述

在宅医療を支える病棟

早期自宅復帰を常に意識する

- リハビリ, NSTなど多職種総力戦で

個別性重視

- 制限が少ない, 自由度が高い療養の場へ
- 少しでも良い状態で帰られるように

安心して入院できる環境

- 家族のような雰囲気
- いつ入院しても馴染みあるスタッフ

最期の間としての役割

病院全体での安定経営を目指す

単一部署の赤字は許容する

- 訪問看護は赤字が当たり前
- 病院全体で収支が安定していればOK

報酬ゼロな働きも評価する

- ボランティア対応が, 他者へいかなる貢献をしているかに注目
- 患者のために行動したいとするボランティア精神を摘み取らない

3. ナラティブを紡ぐ

4. チームなかつの挑戦

チームなかつの主な挑戦

選択と集中

輝く看護師たち

極上のチーム医療の構築

身体拘束廃止

認知症を支える

医療の質の維持, 向上

地域の健康発信基地

中津川病院の選択と集中

選択

- 在宅を支える病院
- 認知症を支える病院
- 終末期を支える病院

集中

- 病院資源, マンパワーの集中
 - 介護療養病床を休止
 - 一般外来の休止
 - かかりつけ以外の救急外来はなし
- 組織改編と強化
- 院外連携先を限定

輝く看護師たち！～松嶋の最重要方針～

看護師の高い潜在能力を解放する
看護師を中心に医療を展開する

松嶋が看護師に奨励していること

患者や家族と深く関わる姿勢(ともにある)
- 患者や家族の思いにしっかり耳を傾ける
医師に丸投げせず自らの意思でどんどん行動
- 医師補助ではなく自律型ナースへ
患者や家族のための行動は何でもどうぞ

権限と責任をどんどん委譲

自由な働き方(とりわけ在宅ナース)
- 直行, 直帰も場合によってはOK
- スケジュール管理もナース
病院の重要案件をどんどん任せる
- 医療安全, 感染対策 etc.
ムンテラもどんどん任せる
- 生き方(逝き方)
- 退院調整 etc.
大きい声では言えないけれども...
- 入院権限, 排便コントロール, 薬の調整 etc.

チームなかつの在宅ナース

自律型のゆるやかなチーム制
- 強力なリーダーが不在
- 個々の看護師が, 自ら考え行動する
- チーム内でほぼ完結
24時間, 365日体制(当直制)
休日も通常営業

在宅ナースの役割

担当看護師制
定期巡回
介護・福祉・医療の連携
家族とのコミュニケーション
ナラティブを紡ぐ

担当看護師制

全在宅患者に担当, 副担当を配置
担当患者をおせっかいにささえる!
時に友人の如く, 時にコンシェルジェの
如く, 担当患者のあらゆることに対応
介護サービスの調整にも深く関与
今後, 病棟ナースにも展開
(→病院最小チーム: 在宅2名+病棟2名)

定期巡回

隔週～週1回程度, 担当患者宅に訪問
病棟でいえば医師の回診みたいなもの
お茶したり, 井戸端会議したり...

訪問看護ではない

実績: 128件(うち緊急巡回 16件) *2013年4月

介護・福祉・医療の連携

バランス感覚があるケアマネ類似業務
ケアマネに任せきりにしない(あえて任せない)

患者や家族の想いを知る担当看護師の
強みを生かす

ある在宅ナースの一週間

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
8:00				当直明け	休み	休み	
9:00	電話対応		訪問看護	前日分訪問診療のまとめ			
10:00	定期巡回	外来	巡回(臨時)				退院へ向けてのカンファランス
11:00	↓(採血等)	↓ (在宅の担当患者受診)	↓ (前日に往診や点検した患者宅)	訪問看護			訪問看護
12:00	休憩	休憩	休憩	帰宅			休憩
13:00			訪問看護				巡回(臨時) 施設からの緊急コール対応
14:00	訪問看護	往診患者宅へ巡回					
15:00	定期巡回	定期巡回	外来				記録整理
16:00	↓(採血)	↓	退院前カンファランス 患者2名				病棟ラウンド 在宅から入院中の患者の情報交換・看護処置介助
17:00	記録整理	記録整理	診療準備				↓
18:00	帰宅	帰宅	夜間訪問診療同行				帰宅
19:00			↓				
20:00			当直				

極上のチーム医療の構築

オール中津川病院を目指す
困り込み批判にうろたえない
組織力を強化
病棟と在宅の融合
真の多職種協働へ

困り込み批判にうろたえない!

困り込み ≠ 極上のチーム医療

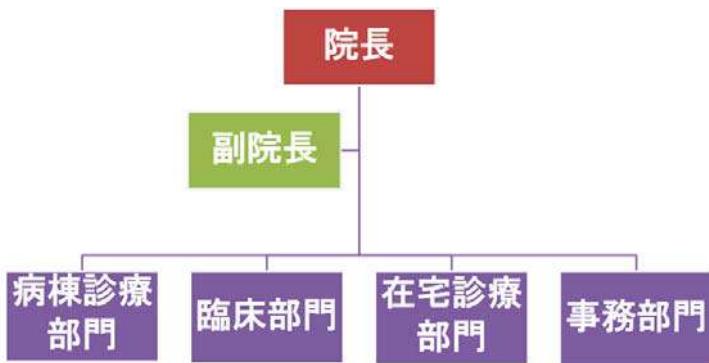
あえて連携せず, ほぼ自院完結型を目指す
その理由は...

- 濃厚なコミュニケーションが可能
- 理念, 目標, 戦術が一致する強み
- トータルでの収支対策が可能(前述)
- 職種, 立場を超えた多職種協働が可能

組織力を強化

- 資格別から業務別へ
- 重要委員会を常設化(専任スタッフの配置)
- 地域医療推進室の強化
- 自律型チーム医療を志向
 - 全員がリーダー, 自律的に動く
 - リーダーたちの調整役のマネージャー(部長)

中津川病院 新組織図 2013年4月



臨床部門

病棟，在宅の両者に関与する部署を統合

－ 医局，薬局，放射線科，地域医療推進室

重要委員会業務の常設化(専任スタッフ)

－ 医療安全推進室

－ 感染対策室

－ 認知症サポート室

－ 病院広報室

病棟と在宅の融合

マルチプレーヤーな看護師たち

－ 病棟ナースが在宅へ

－ 在宅ナースが病棟へ

－ お互い，どんどん中へ，外へ

病棟と在宅で一緒に退院調整

カンファやミーティングも相互参加

在宅患者ごとに担当病棟ナースの配置方針

真の多職種協働へ

カンファとミーティングは多職種参加

職種，資格，身分，所属部門などによらず，自由に意見を言うことができるチーム医療

あえて医師が参加しないチーム医療も

医師が壁にならず，各職種の潜在能力を引き出す

身体拘束完全廃止

2013年4月1日から，病棟は，全ての身体拘束を完全に廃止

中津川病院宣言

私たちは身体拘束を完全に廃止します

その実現のため，たゆまぬ努力を続けることを宣言します

医療現場では身体拘束は禁止されています。しかしながら、「患者のためにやむなし」という理由で，一部の身体拘束が黙認されています。かくいう，中津川病院もこれまで身体拘束を実施してきました。心よりお詫び申し上げます。

「患者のための身体拘束」というのは本当に存在するのでしょうか。身体拘束を明らかに嫌がる患者さんを前に、「患者のため」という理由は許容されるのでしょうか。私たちはそうは思いません。そこで，私たちは身体拘束を全廃することを決意しました。

私たちの理念は「やさしい医療の提供」です。「やさしい医療」に身体拘束は不要です。私たちは身体拘束に頼らず，真のやさしい医療の実現を目指します。

このたびの身体拘束の全廃に際し，患者さんの安全を守ることに全力を尽くすことをお約束します。

平成25年4月1日

一般財団法人岩手済生医会 中津川病院

認知症を支える

認知症の人が慣れ親しんだ地域で暮らし続けられることを支援する

認知症サポートチームを創設

- 専任看護師を中心に多職種で構成
- 業務内容
 - もの忘れ相談外来(認知症専門外来)
 - 病棟支援
 - 出張相談(有料)
 - 無料相談会

地域の健康発信基地！

地域に役立つ病院を目指す

- 地域住民が気軽に立ち寄れる病院
- 対話を重視し、地域に根差した病院
- 健康, 医療面の地域のベストパートナー

地域に開かれた健康発信基地として,

- 病院祭り
- 出前講座
- 中津川病院図書室
- 中津川病院健康レストラン etc.

6. 小規模病院の明日(私見)

中津川病院の現状

- かかりつけ患者(約400名, 施設含む)しか診ないが, その分, かかりつけ患者に責任を持つ
 - 最期まで, ほぼ自院完結で, 24時間・365日対応
- 総合診療を基本に, かかりつけ患者のあらゆる愁訴にまず対応
- 医療の質の維持, 向上にこだわっている
 - 多職種協働の推進
- 地域に役立つ病院を目指している

中津川病院の地域医療への貢献

直接的貢献

- 当院のかかりつけ患者への責任

間接的貢献

- 連携する診療所のかかりつけ患者への責任
- 病院近隣住民の転院受入れ病院として
- 病院近隣住民の健康度アップ

中津川病院の目標

- 在宅患者をもっと増やしたい！
- 大病院からの転院をもっと受け入れたい！
 - 在宅移行目的
 - ホスピスの入院(癌も非癌も)
 - 病院近隣住民が地元に戻ってくる時の受け皿
- 診療所からの入院をもっと受け入れたい！
- 施設の協力施設依頼をもっと受け入れたい！
- 認知症業務の拡充

目標の達成のために

以下の二つに集約される

- マンパワーの強化
 - とくに医師と看護師
- 病棟の強化
 - 介護病床を一般病床へ(一般病床82)

小規模病院の役割(私見)

下記の二つに集約されるのでは,

- 当院型(かかりつけのみ対応, ほぼ自院完結)
- 専門特化型(例: 整形外科や泌尿器科など)

当院型の役割

- かかりつけ患者に責任を持つ
- 施設を支える
- 診療所を支える
- 病院近隣地域での健康発信基地

第2回「2013年度在宅医療推進のための会」

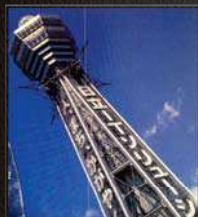
話題提供： 久保田 泰弘 氏
一般社団法人 浪速区医師会 理事
「在宅医療連携とブルーカード」

有賀 徹 氏
昭和大学病院 病院長
「救急医療の今後と在宅高齢者の救急医療」

日 時： 平成 25 年 6 月 28 日（金） 19：00～21：00

場 所： 東京都千代田区丸の内 1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

在宅医療 地域における現状 浪速区医師会



久保田 泰弘 佐久間 靖博 有田 繁広 橋村 直隆
徳田 好勇 金田 高次 竹中 秀裕 藤吉 理夫

勇美財団 2013年6月28日

浪速区医師会の3本柱

多職種連携:介護連携

1.在宅医療ネットワーク

緊急時のバックアップ

2. 病診連携委員会

医療情報共有化への道

3. 医療情報委員会

4. 在宅医療介護連携委員会



勇美財団

病診連携委員会開催風景



多職種連携:介護連携

1.実際にFACE TO FACEでの
合同会議



患者一人の情報を多職種で
どこまで連携できるか？

多職種連携:介護連携

1.在宅患者の主治医を中心に
情報共有



様々なツールを利用し活用

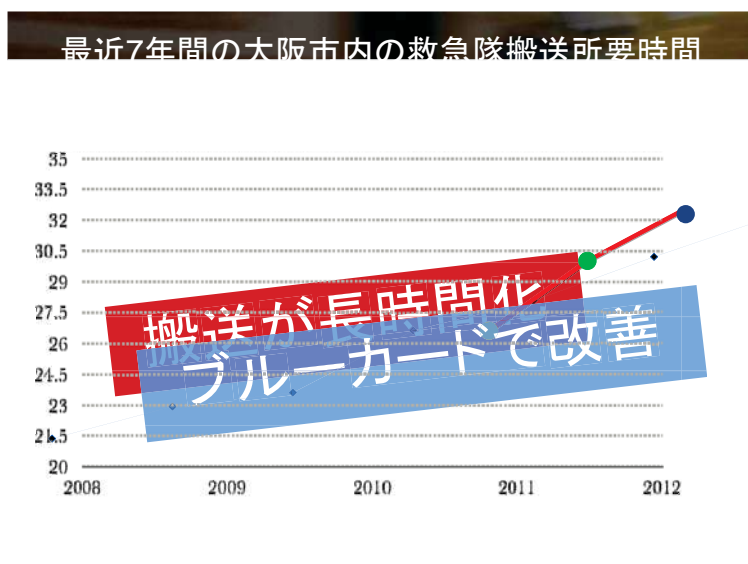
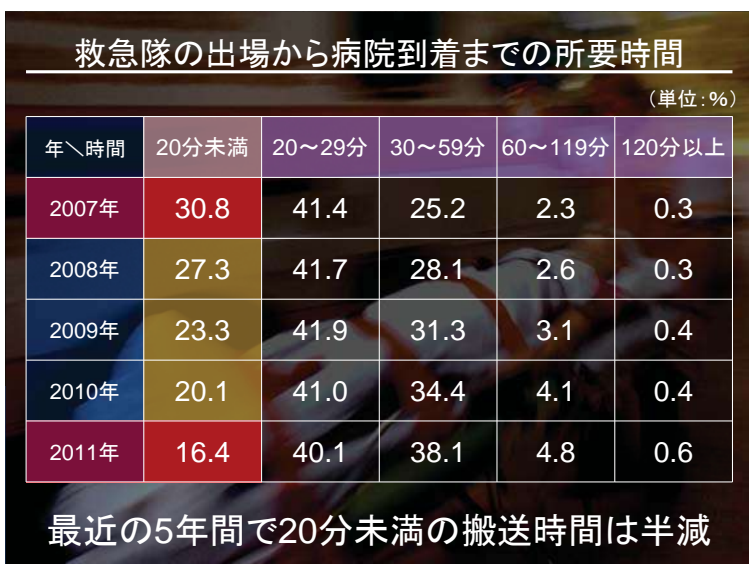
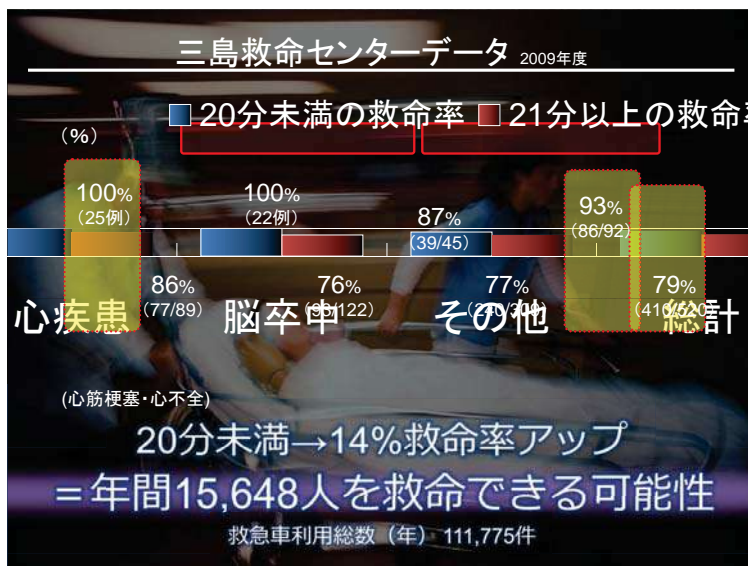
各地域において様々なセキュリティレベル
あり

緊急時のバックアップ

在宅医療における
救急対応の必要性



浪速区医師会 ブルーカード



ブルーカード記入方法

登録病院

かかりつけ医

既往歴

薬剤アレルギー歴

障害・認知自立度

有郊期限
1年毎に更新

緊急連絡先

Blue Card Project

BlueCardに必要なもの

- ①ブルーカード
- ②FAX



ブルーカード発行手順

- 1 ブルーカードに必要な事項を明記する。
- 2 カードを患者に渡す。
(封筒と電話の横に貼り付けるカード+病院の地図)
- 3 カードのコピーを登録病院へFAXする。

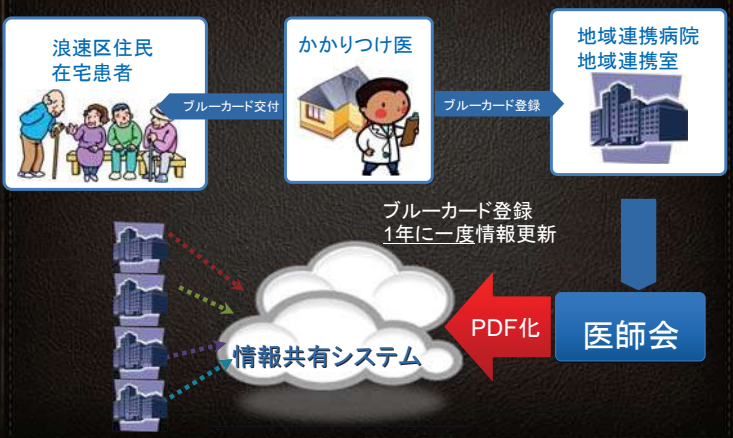


ブルーカードの適用基準

- 1 在宅患者
- 2 外来患者
 - ①癌末期
 - ②介護サービスを受けている患者
 - ③過去に救急受診歴があるか入退院を繰り返す患者
 - ④症状急変のリスクが高い患者
 - ⑤心肺疾患・脳卒中既往患者
 - ⑥その他主治医が必要と認めた患者(喘息・痛風等)

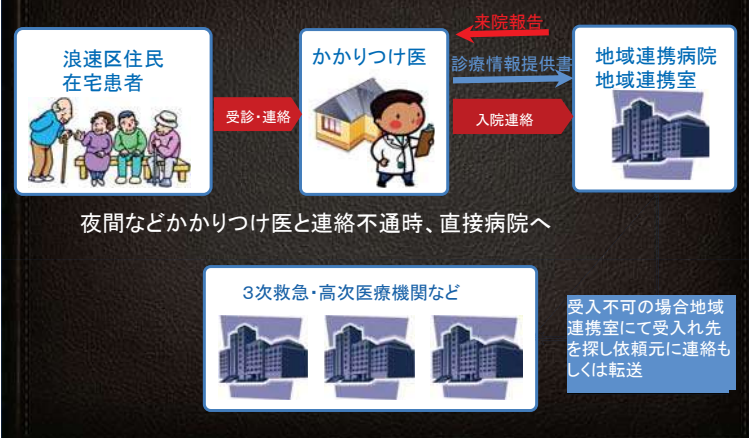
Blue Card Project

登録方法



Blue Card Project

ブルーカード発動



Blue Card Project

地域の医療は地域の開業医と
地域の複数の病院で守る

登録病院へ転送

開業医 患者

医療情報網

Blue Card Project

クリック

ID :

PW :

Login

Blue Card Project

病院への搬送
→ 6分短縮

搬送病院決定
→ 2分短縮

Blue Card Project

ブルーカードは病診連携病院の協力で成り立っています

内藤病院
多根総合病院
浪速生野病院
山本第三病院
浪速区
愛染橋病院
西成区
阿倍野区
南医師会
天王寺医師会
大野記念病院
富永病院
警察病院
四天王寺病院
大和中央病院

Blue Card Project

現時点の成果 (2013年5月1日現在)

利用者: **364件**
スムーズに処理

全例: **527件**

緊急時の受け入れ拒否が**皆無**に!
搬送所要時間が**平均8分短縮**!

Blue Card Project

ブルーカード病院別登録数 (2013年5月)

病院	愛染橋	浪速生野	大野記念	山本第三	大和中央	警察病院
総数	164	108	203	20	20	12

男	女	90歳以上	80~89	70~79	60~69	50~59	40以下
225	302	87	222	145	55	14	4

実登録数	在宅	一般
527件	355	172

実働稼働	在宅	一般
364	281	83

救急車	利用	無し
364	120	244

ブルーカード主病名登録数(2013年5月)

感染症	新生物 内分泌	精神障害	循環器	脳疾患
1	99	76	295	116
呼吸器	消化器	性・泌尿器	婦人科	その他 筋・骨格など
38	65	28	0	76

(分類法は消防署救急に準ずる)

ブルーカード基礎疾患登録数(2013年5月)

高血圧	糖尿病	高脂血症	肝炎・肝硬変	腎不全 CKD
299	110	106	45	22
脳梗塞	心不全	狭心症	COPD	癌
102	78	62	50	37



使用状況
報告書

- ① 基礎疾患や既往歴
- ② 過去の搬送歴
- ③ 搬送所要時間の長い
ケースのデータ分析

地域の
医療戦略

データマイニングすることによって、
病診連携委員会で何をすべきかが決定。

ブルーカード使用例のうち救急搬送時間24分以上要した症例

搬送時病名	年齢	男女	癌	基礎疾患	転帰	
1 肺炎	66	男		脳梗塞・狭心症	軽快退院	肺炎
2 肺炎	89	女		心不全・COPD	軽快退院	
3 気管支炎・胸水	94	女		脳梗塞	軽快退院	
4 肺炎	90	男		脳梗塞・COPD	軽快退院	
5 肺炎・脱水	88	女		心不全・COPD	軽快退院	意識障害
6 肺炎	72	男		総合失調症	軽快退院	
7 意識障害・脱力	78	女		脳梗塞・COPD	軽快退院	
8 意識障害・肺炎	70	男		大動脈瘤	軽快退院	
9 意識障害・脱力	80	男		脳梗塞・狭心症・Af	軽快退院	
10 無気肺・胸水	73	男	癌		死亡	末期癌
11 意識消失	52	男	咽頭癌		死亡	
12 ショック	79	男	肺癌		死亡	
13 心不全	84	男		心不全・Af	軽快退院	その他
14 胸痛・下肢脱力	89	女		心不全・狭心症	軽快退院	
15 熱中症	95	女			軽快退院	
16 消化管出血	74	男		小脳出血後・パーキンソン病	軽快退院	
17 大腿骨頭部骨折	69	女	肺癌		軽快退院	
	平均	79				

地域間医療ネットワークへ
Blue Card と在宅医療ネットワーク

緊急時のバックアップ

在宅医療における
救急対応の必要性



在宅医療ネットワーク

在宅医療ネットワーク 浪速区在宅医療ネットワーク



緊急時のバックアップ 在宅医療ネットワーク

在宅支援連携体制を構築する賛加医療機関					
西チーム		中東チーム		東チーム	
医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号	医療機関名	電話番号
有田医師 43-02615		梅村医師 43-02616		らじお在宅クリニック 43-02318	
開隆クリニック 43-02849		えげす洋薬師 43-02608		川田医師 43-02408	
ゆめクリニック 43-02664		伊藤クリニック 43-02605		本沢医師 43-01633	
徳島クリニック 43-02177		山田 輝美 43-02847		竹中医師 43-01500	
松尾医師 43-02763		ひかりクリニック/ソハワ 43-02765		中川クリニック 43-02866	
43-02		新井クリニック 43-02584		松田医師 43-01815	
辻野洋薬師 43-02		森川クリニック 43-02661		山口 貴也 43-02839	
沼尾クリニック 43-02652		高木洋薬師 43-02656		渡辺洋薬師 43-02655	
浪速生野病院 43-02656					

緊急時のバックアップ 在宅医療ネットワーク



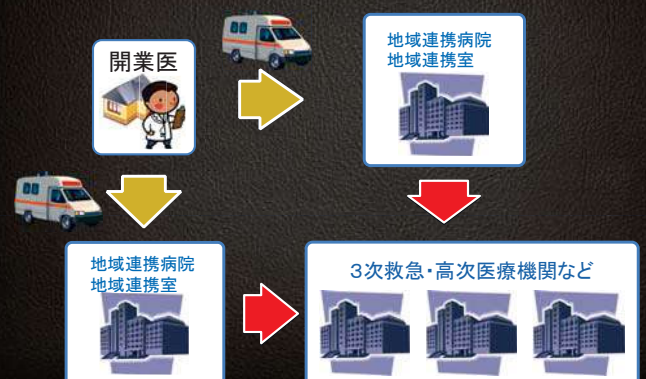
かかりつけ医申請書

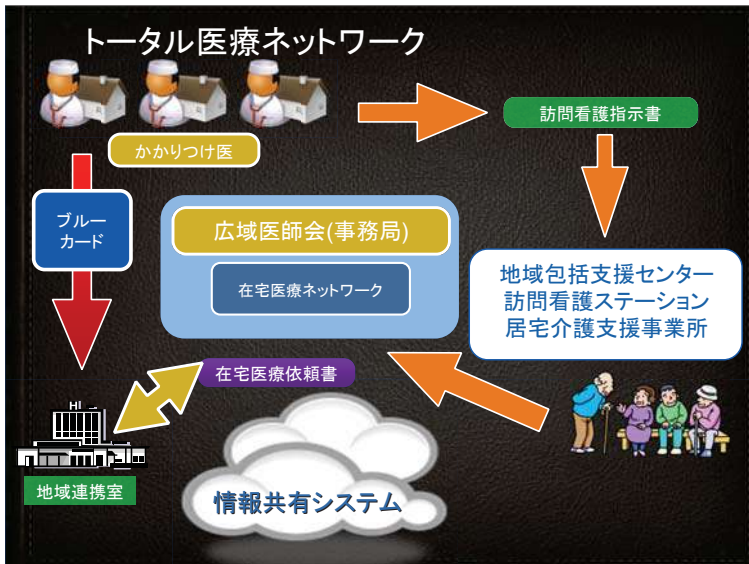
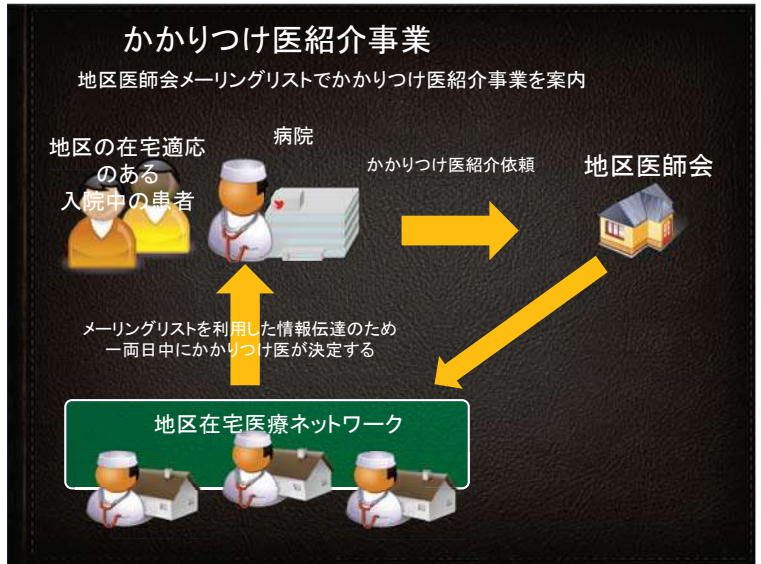
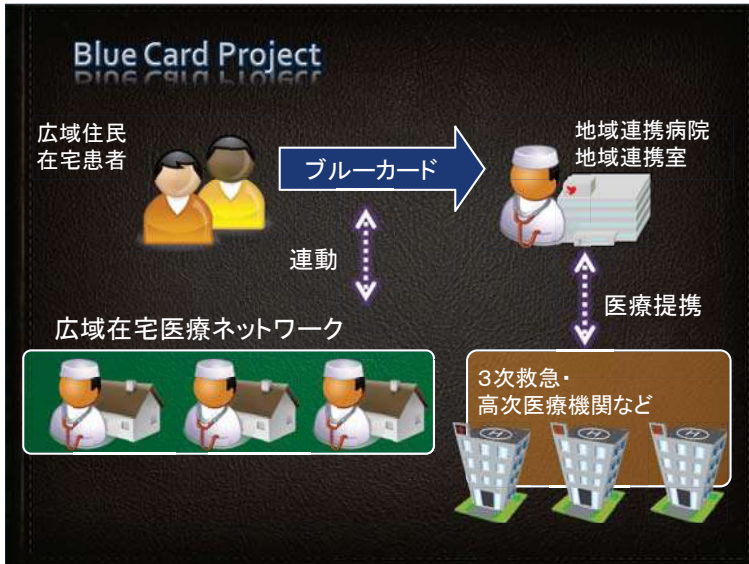
かかりつけ医申請の実際

紹介医療機関	性別	年齢	病名	かかりつけ医を必要とする理由
1 浪速区内の病院	女性	73	肺癌 気管切開・胃瘻	在宅での看取りを希望しているため
2 浪速区内の病院	男性	71	COPD 慢性心不全	退院後のかかりつけ医がないため
3 浪速区外の病院	女性	75	子宮頸癌	在宅での看取りを希望しているため
4 浪速区内の病院	男性	97	肺炎治療後 認知症	退院後のかかりつけ医がないため

在宅医療の現状

開業医が個人で複数の病院と連携





Blue Card Project

地域間医療ネットワークへ

医療情報共有化時代

医療情報共有化への道

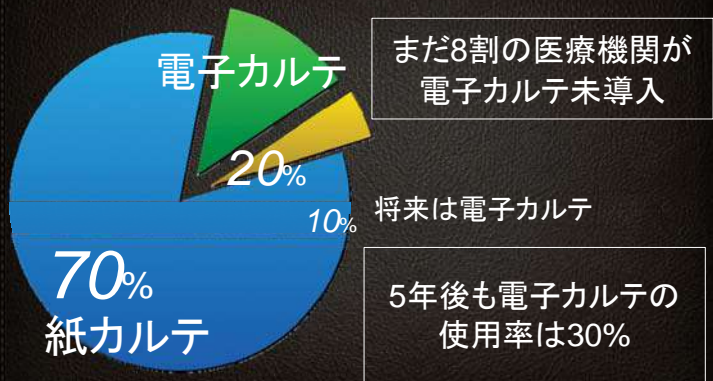
地域における医療情報共有化
在宅医療・介護・救急医療を
トータルで考える。

↓

地域にまとまったデータベースがあり
各部門に必要な情報が添付してくる



開業医の現実



開業医の現実

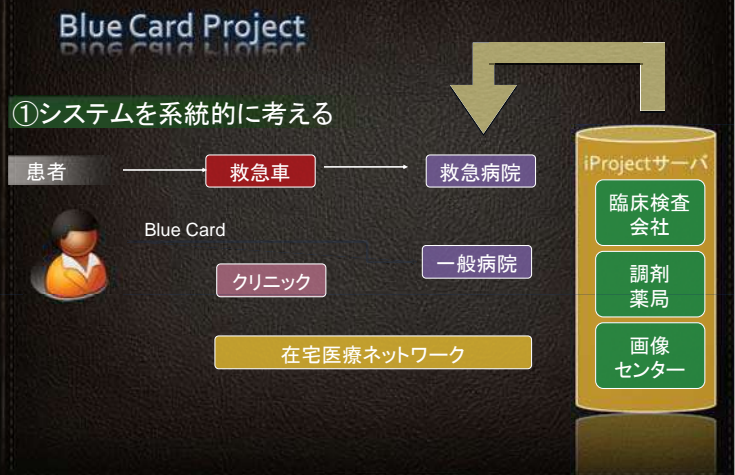


シームレス地域医療連携

- 1.有効性** 地域住民のためになる
- 2.単純性** pcでもfaxでも参加可能
- 3.運用持続性** 低コスト・安全管理

全開業医が参加しやすいシステム

Medical Information Sharingの方向性 iProjectが目指すもの



②トータルプランニング

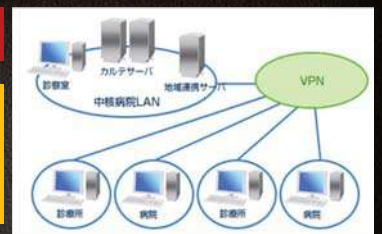
1次医療圏→2次医療圏→3次医療圏として、地域全体で効率的なシステムを考えていく



Blue Card Project

1.病院間ネットワーク

莫大な経費と強固なPCシステム

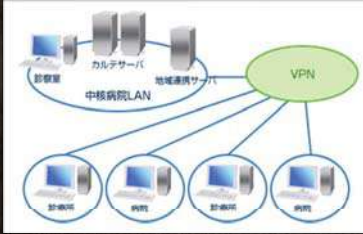


2.ブルーカードシステム

比較的安い経費とFax

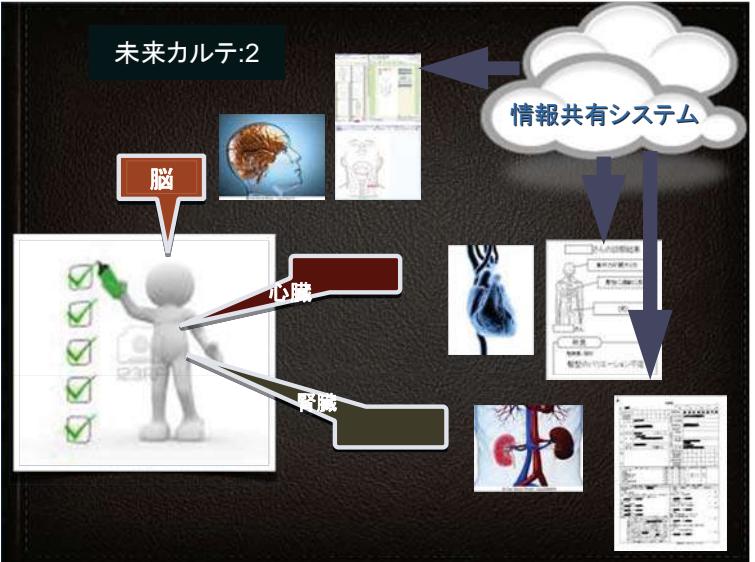


未来カルテ:1



病院の全カルテを、公開レベルを決め、外部アクセスにオープンにする。

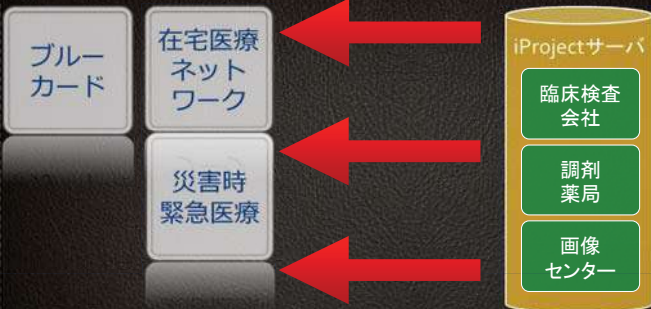
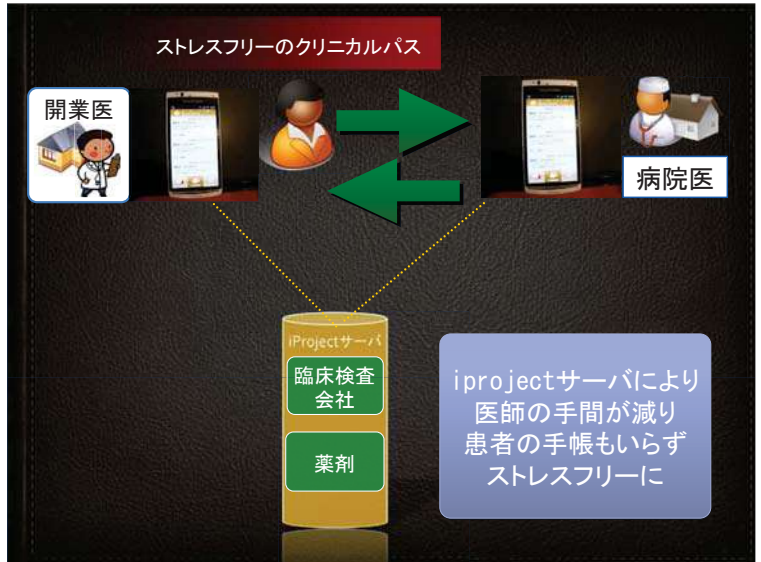
未来カルテ:2



医療情報データクラウド

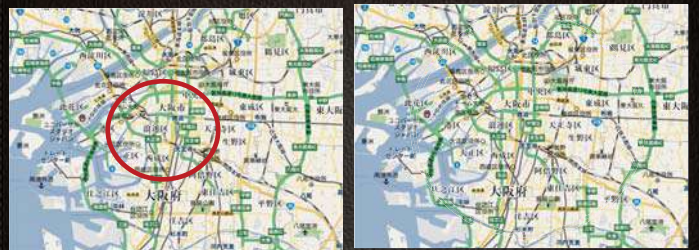


ストレスフリーの臨床パス



病院と開業医が双方向で連携し、データをiProjectで相互利活用

今後の課題



浪速区 >>> 大阪府

まとめ

- ①在宅医療を患者が選択できる時代へ
- ②地元地域の患者は、地域の医師たちと複数の病院で診ていく
- ③在宅医療・救急医療・介護をトータルで考えていく時代に！

Blue Card Project
BLUE CARD PROJECT

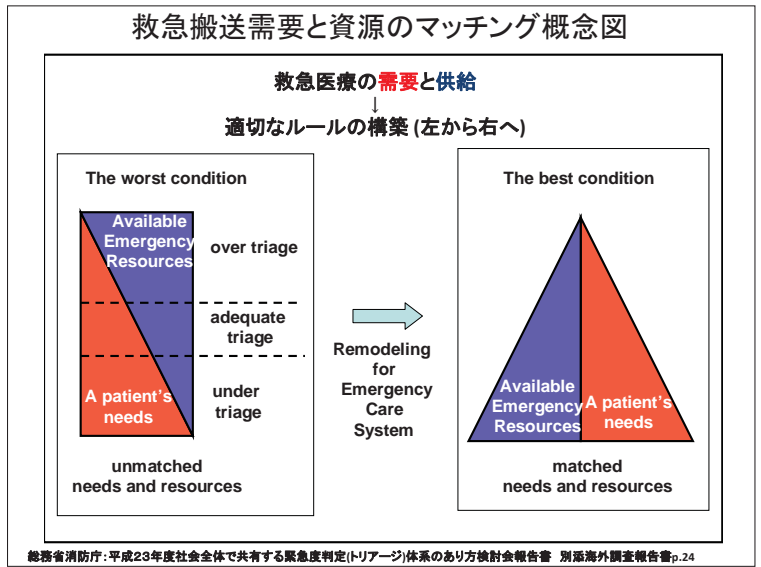
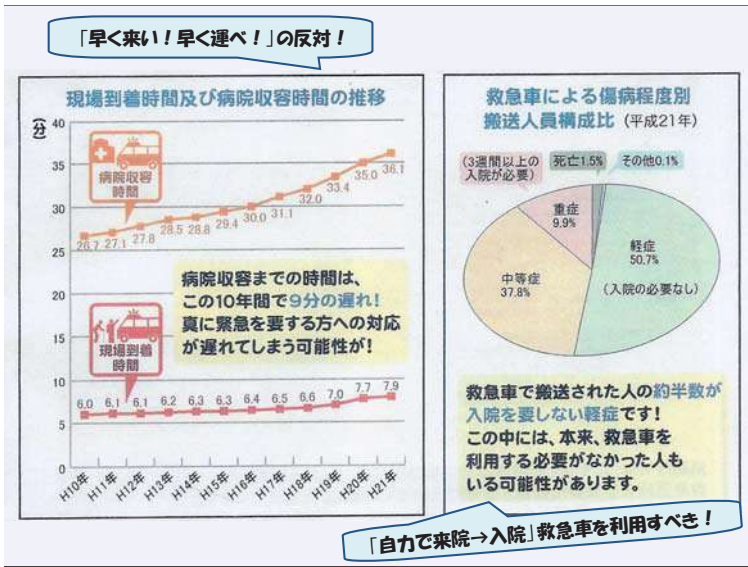
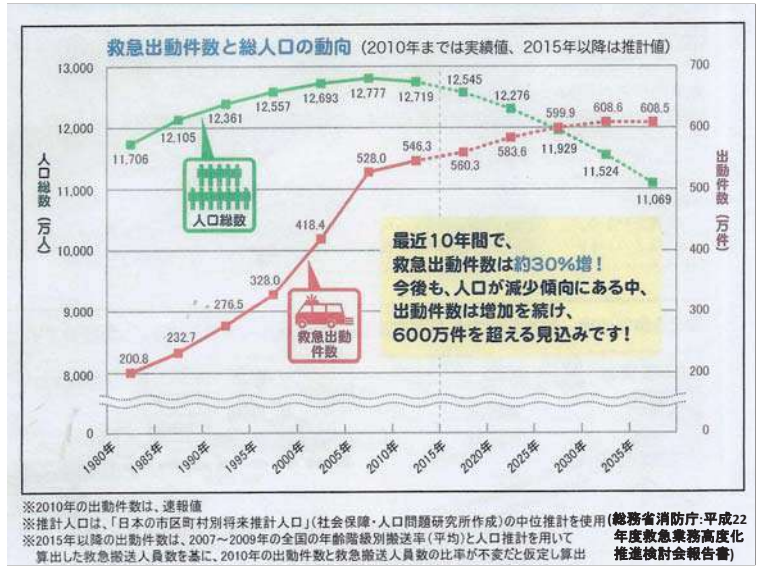
Blue Card Network
浪速区医師会 病診連携委員会

救急医療の今後と 在宅高齢者の救急医療

① 救急需要↑の意味・対策 / 社会のあり方
② 高齢社会と救急搬送の実態
③ 在宅高齢者の救急医療「今後の展開」について

2013年度在宅医療推進のための会
東京ステーションコンファレンス
平成25年6月28日
昭和大学医学部救急医学
有賞 賞

栗原正紀・救急車と
リハビリテーション。
在道社、2008(表紙)



緊急度判定支援システム

CTAS 2008 日本語版 / JTAS プロトタイプ

日本救急医学会 ①大人/小児
日本救急看護学会 ②17病態・165症状
日本臨床救急医学会 ③緊急度5水準/判断による選別

へるす出版 2010年6月

救える命を確実に救うためには、緊急度に応じて、救急対応を選択することが重要です。

社会資源 社会あり方

<緊急度判定を社会全体で共有する目的>
市民が自分の緊急度(色)を把握する・伝える仕組みの構築
→「急ぐべきは急ぐ、待つべきは待つ」社会行動・規範
→救命医療の必要な人から優先して医療資源を提供する社会の構築・救命率の向上

緊急度判定支援システム
JTAS
Japan Triage and Acuity Scale
2012
ガイドブック

そこで、...

- お住まいの都道府県や市町村の救急相談窓口を、ホームページなどであらかじめ確認して、
- ・救急車を呼んだ方がいいかどうか
- ・病院やクリニックに行った方がいいかどうかなどで迷ったときは、ご相談下さい。

例えば、次のような電話相談窓口があります。(平成23年3月現在)

- ・#7119 救急相談センター (東京都)
救急安心センター (大阪府、奈良県)
- ・#8000 小児救急医療電話相談事業
※各都道府県に窓口があります。

電話救急医療相談プロトコル

Japan Telephone Consultation Protocol Version 1.0
一電話による傷病の緊急度・重症度評価のために一

◎ 日本救急医学会
◎ 東京消防庁救急委員会
◎ 救急相談センタープロトコル作成委員会

へるす出版

カテゴリ	全般(例)	痛み(例)	対応	相談者への説明(例)
「重」カテゴリ	Aの障害、Bの障害(呼吸不全)、Cの障害(ショック)、意識障害、産後発作、大量出血、瀕死など。	激痛(耐えられない)。	119番への転送(「重」対応)。	お話を聞きましたところ、「今すぐ救急車」病院に行かれたほうがいいと思います。119番に回しますのでそのままだまお待ちください。
「中」カテゴリ	高熱(小児)、持続する嘔吐、強い痛みなど。	強い痛み(耐えられるが強い痛み)。	救急車以外による緊急受診が必要(「中」対応)。	お話を聞きましたところ、「今すぐ救急車」病院に行かれたほうがいいと思います。どこか知っている病院、かかりつけはありますか? (病院紹介) → ○○病院をご紹介します(中)。
「軽」カテゴリ	意識消失、ほつきりしない病歴など。	痛み(何らかの痛みがある)。	救急車以外による早期受診(6時間以内を目安とする)が必要(「軽」対応)。	お話を聞きましたところ、「これから病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院、かかりつけはありますか? (病院紹介) → ○○病院をご紹介します(中)。
「軽」カテゴリ	発熱など。	痛みはあるが、他の動作が制限されない。	緊急性は低い、救急車以外による翌日の医師の自診等の病院受診を勧めます。どこか知っている病院、かかりつけはありますか? (病院紹介)を行う(「軽」対応)。	お話を聞きましたところ、「明日には(週末から明日日も含む)病院に行かれたほうがいいと思います。××科がいいと思います。どこか知っている病院、かかりつけはありますか? (病院紹介)を行う(「軽」対応) → ○○病院をご紹介します(中)。

緊急度カテゴリと対応例

看護師のための「電話救急医療相談プロトコル」解説書

監修 日本救急医学会
電話緊急医療相談プロトコルに関する特別委員会

#7119

へるす出版 2012年11月

救急受診ガイド

病院へ行く? 救急車を呼ぶ? 急な病気がけがで迷ったら

平成24年2月発行(4月より電子版)
監修 日本救急医学会

東京消防庁救急相談センター
東京消防庁 東京都医師会 東京都福祉保健局

医療機関に受入の照会を行った回数ごとの件数(傷病者背景あり)(3)

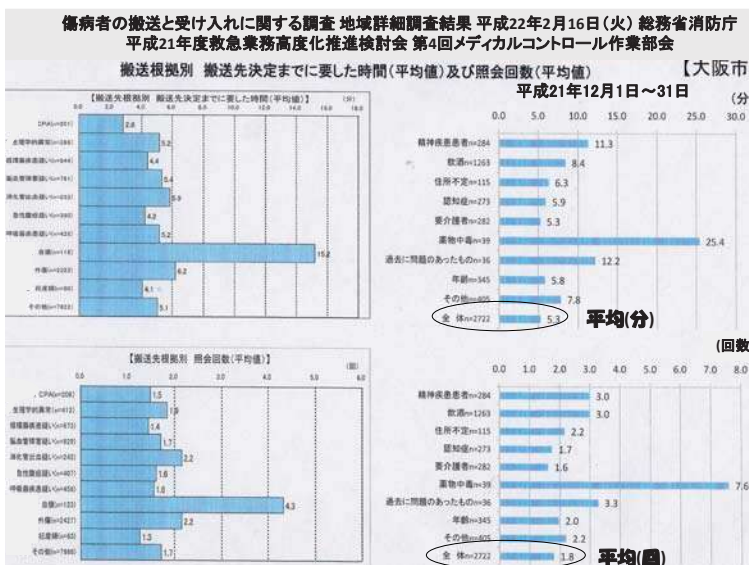
	回数					計	4回以上	6回以上	11回以上	最大回数
	1回	2~3回	4~5回	6~10回	11回以上					
全数	件数(a) 8,628 割合 70.4%	2,003 21.3%	488 5.2%	231 2.5%	60 0.6%	9,410 100%	779 8.3%	291 3.1%	60 0.6%	25
傷病者背景	件数(b) 225 割合 34.8%	202 31.2%	94 14.5%	86 13.3%	40 6.2%	647 100%	270 34.0%	126 15.5%	40 6.2%	25
結核	件数 2 割合 25.0%	3 37.5%	1 12.5%	2 25.0%	8 100%	14 100%	3 21.4%	1 7.1%	1 7.1%	8
感染症(結核除く)	件数 3 割合 100%	5 100%	2 100%	2 100%	2 100%	14 100%	4 28.6%	2 14.3%	1 7.1%	24
精神疾患	件数 155 割合 92%	58 36.1%	27 17.4%	9 5.8%	17 100%	259 100%	58 22.4%	32 12.4%	7 2.7%	20
急性アルコール中毒	件数 152 割合 99%	58 38.2%	32 21.1%	7 4.6%	20 100%	279 100%	152 54.5%	9 3.2%	2 0.7%	16
食物中毒	件数 30 割合 100%	15 50.0%	9 30.0%	2 6.7%	2 100%	66 100%	30 45.5%	9 13.6%	2 3.0%	13
妊婦	件数 4 割合 100%	2 50.0%	2 50.0%	1 25.0%	1 100%	10 100%	2 20%	2 20%	1 10%	7
透析	件数 1 割合 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	5 100%	1 20%	1 20%	1 20%	5
認知症	件数 1 割合 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	5 100%	1 20%	1 20%	1 20%	5
要介護者	件数 1 割合 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	5 100%	1 20%	1 20%	1 20%	5
過去に問題の傷病者	件数 4 割合 100%	2 50.0%	2 50.0%	1 25.0%	1 100%	10 100%	2 20%	2 20%	1 10%	7
CPA	件数 23 割合 92%	23 92%	8 31%	11 42%	4 15%	69 100%	7 10%	3 4%	3 4%	8
社畜	件数 9 割合 100%	6 66.7%	4 44.4%	1 11.1%	13 100%	30 100%	6 20%	4 13.3%	1 3.3%	13
複数科目	件数 23 割合 33.3%	23 33.3%	8 11.6%	11 15.9%	4 6.0%	69 100%	23 33.3%	15 21.4%	4 5.8%	13

8%→30%↑

平成20年度 救急業務高度化推進検討会 報告書

平成21年3月 総務省消防庁

東京都医師会 東京消防庁 平成20年12月16日~22日



困った々々! 救急搬送受入体制の検討

医療機関選定困難事案の把握
救急活動の実態を調査(平成20年中)
⇒ 選定困難事案として次の事案を抽出

- ① 選定開始から決定までに**30分以上**
- ② **5医療機関以上**に搬送連絡

↓

1日に**約100件**発生
(全救急搬送の約6%→今は3%へ)

キーワード: 精神 アルコール 高齢 住所不定・・・(後述)

「救急医療の東京ルール」

■ルールⅠ 救急患者の迅速な受入れ

- ・「東京都地域救急医療センター」の整備
- ・「コーディネーター」の整備
- ・一時受入れ・転送システムの導入
- ・救急医療情報システムの改善
- ・既存の関連施策との連携

* 救急患者が迅速に医療を受けられるよう、地域の救急医療機関がお互いに協力・連携して救急患者を受け入れる



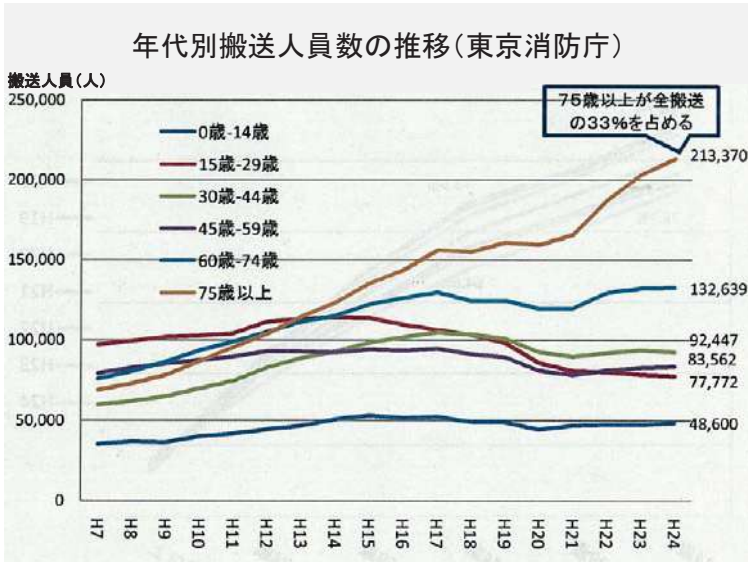
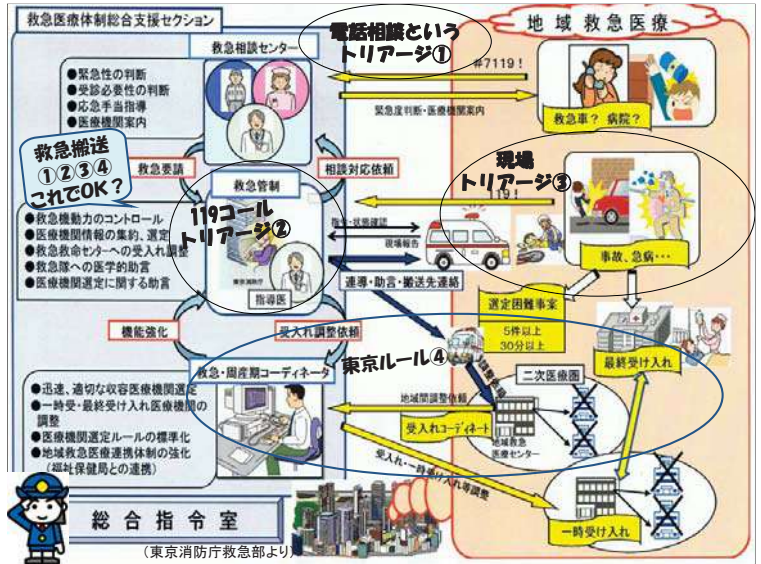
■ルールⅡ トリアージの実施

上記の次→「トリアージ」を救急のさまざまな場面で実施

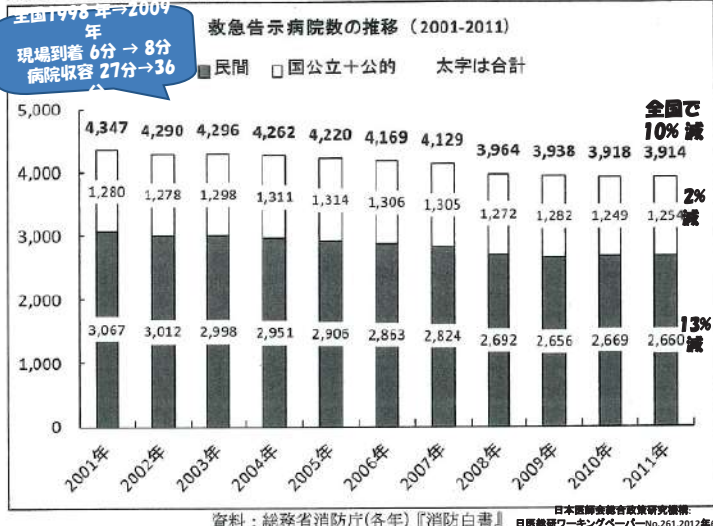
■ルールⅢ 都民の理解と参画

消防法の改正→都道府県でルール策定!

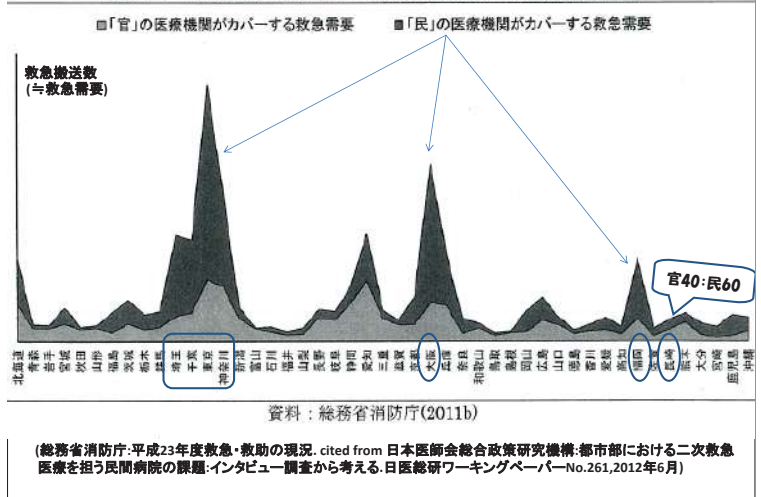
地域救急会議の効果も?!



図表 2-2-2. 救急告示病院数および官民別に見た救急告示病院数の推移 (2001-2011)



図表 4-1-1. 都道府県別の官・民の医療機関への救急搬送者数



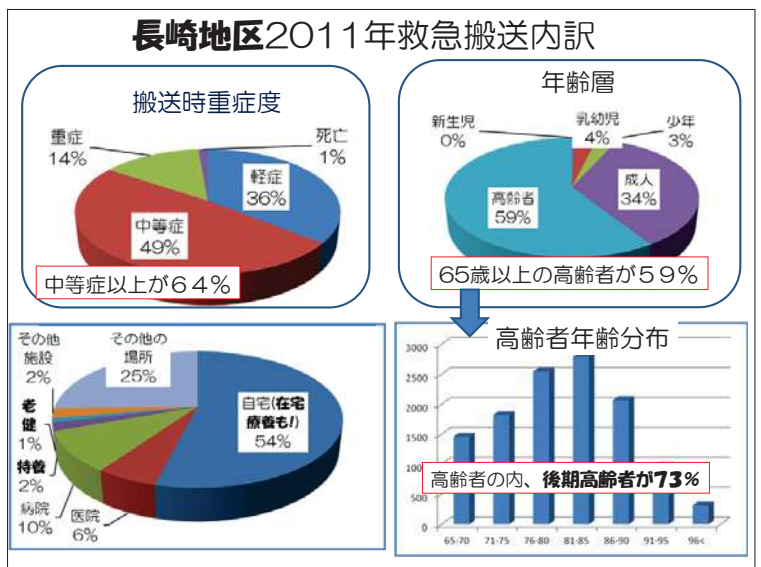
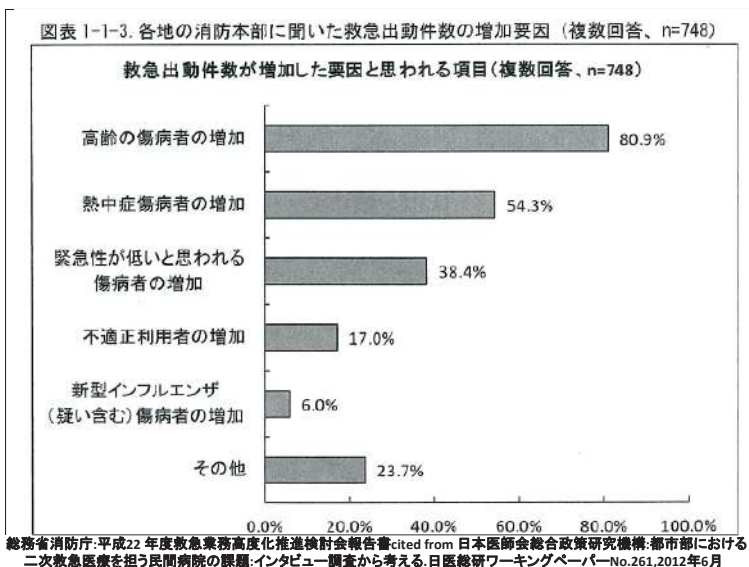
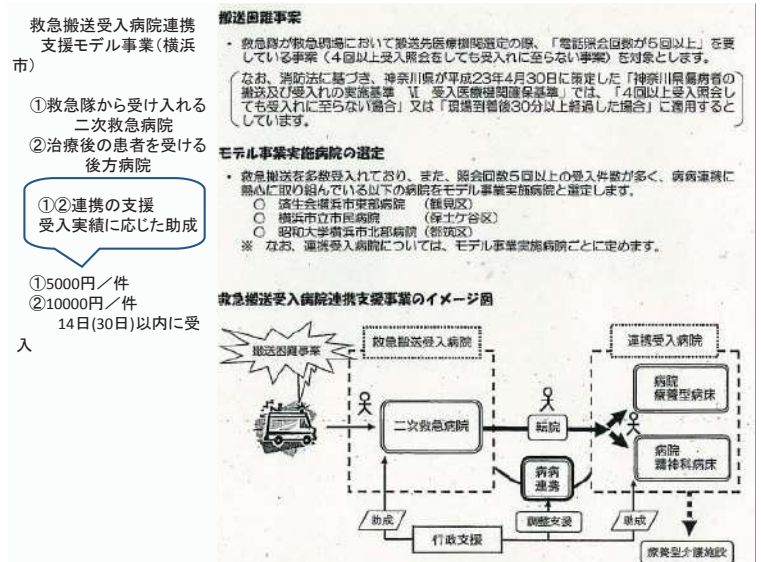
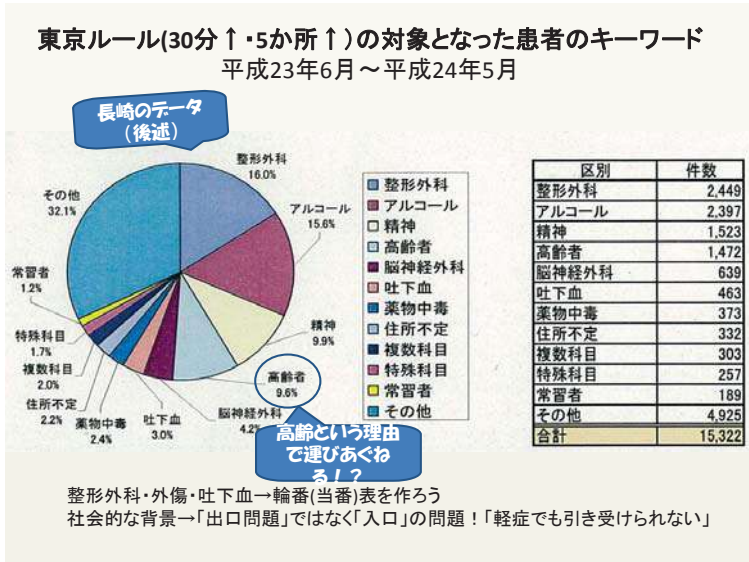
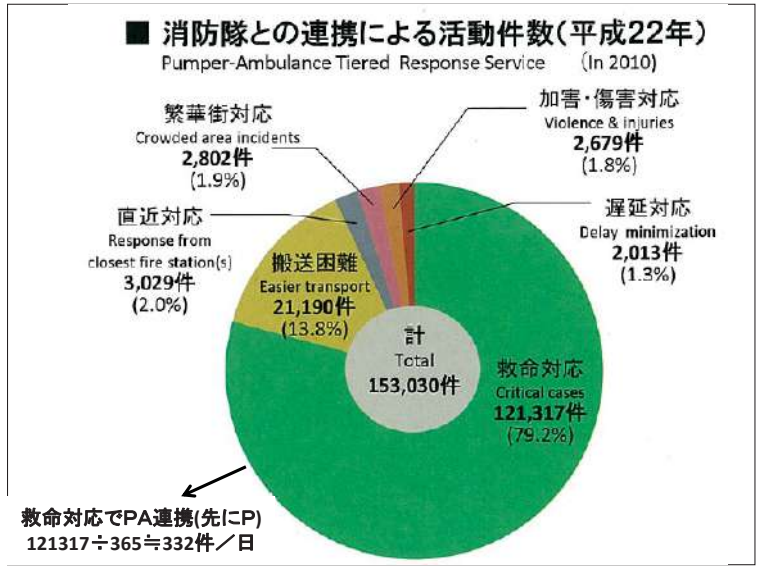
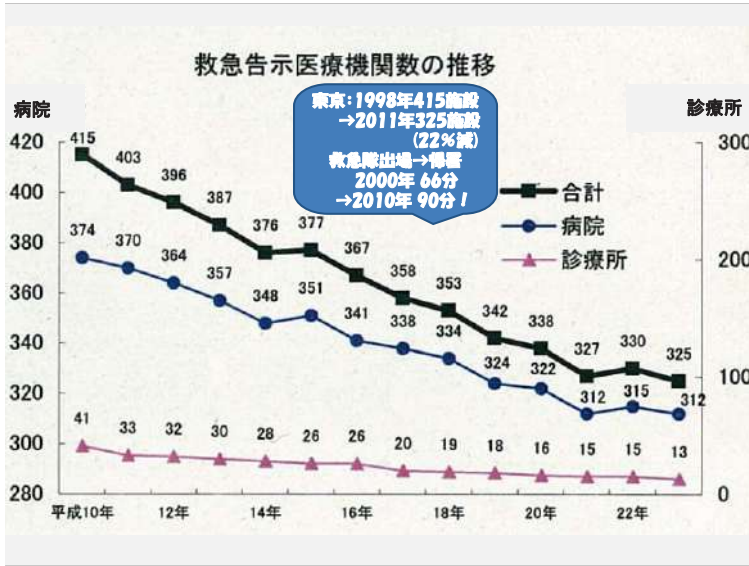
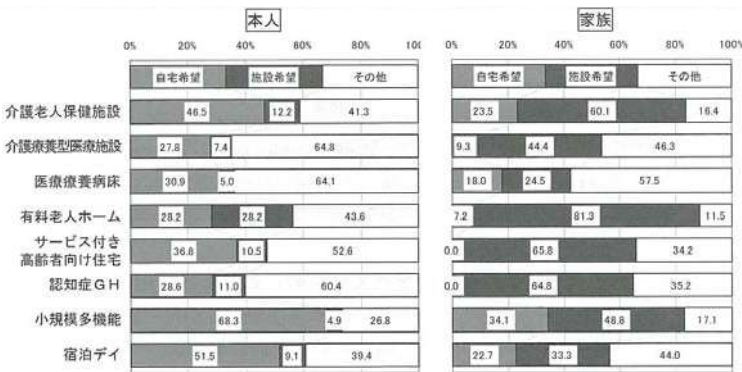


図6 各施設・事業所を利用中の高齢者本人の希望と家族の希望

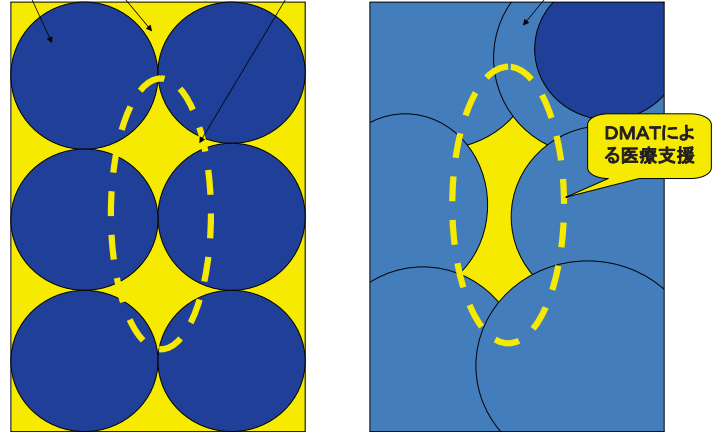


(東京都福祉協議会:退院後、行き場を見つけない高齢者。社会資源実態白書 概要版,2013年4月,p.11)

福祉政策
 北欧型:国がほとんど面倒をみる
 アメリカ型:自己責任・国は最小限
 大陸型(ヨーロッパ・日本):国と家族

北欧型といっても
 フィンランド:施設中心の福祉に充実(25%)(59%)
 デンマーク:「できるだけ長く自分の家で」(25%)(70%)
負担なくして受益なし!(消費税率)(国民負担率)
 国民負担率=租税+社会保障(日本39%)
 (村上智彦:医療にたかるな。新潮新書513,新潮社,東京,2013年3月,pp44~47)

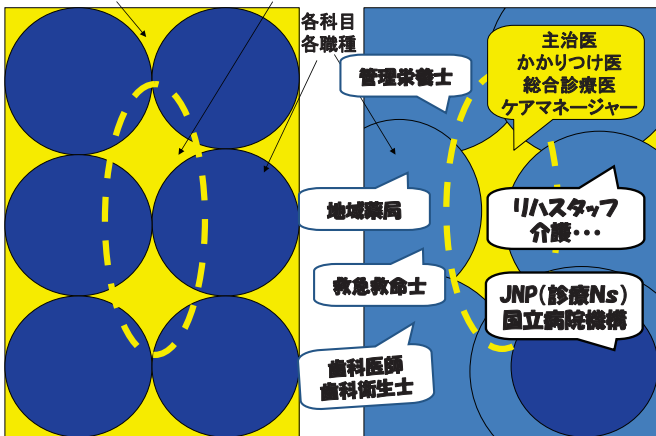
各専門診療科の守備範囲(各々の丸)は**災害時に広がり** 総合診療部の領域をカバーする
 総合内科・診療部 & 救命救急センター(昭和大学病院)



日常の病院医療(左)と災害時の医療支援(右)

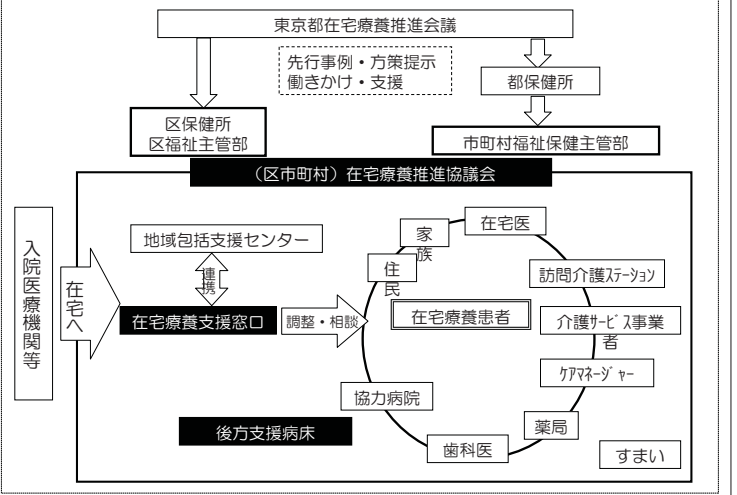
日常診療→在宅診療も同じこと? 職種間の協業

総合内科・診療部門 & 救命救急センター(昭和大病院)

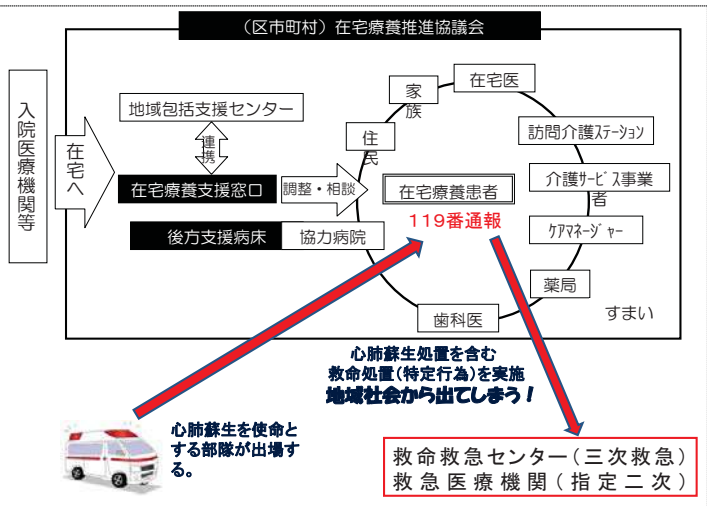


東京都保健医療計画推進協議会改定部会資料(平成24年7月12日)から引用

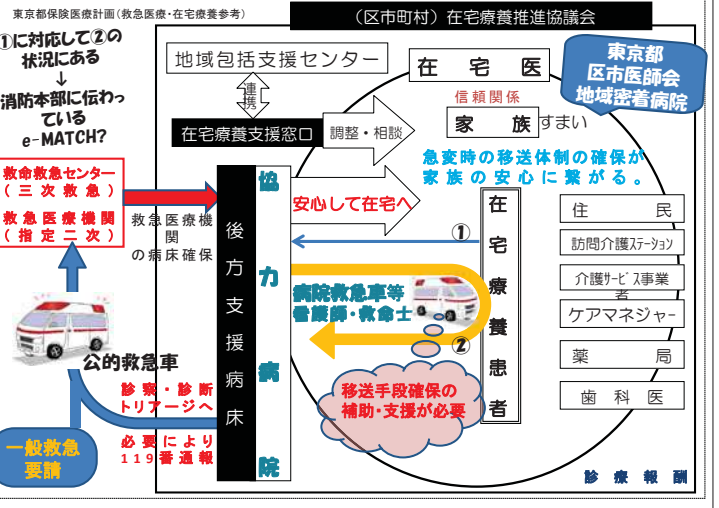
<在宅療養・地域包括ケア推進のイメージ>



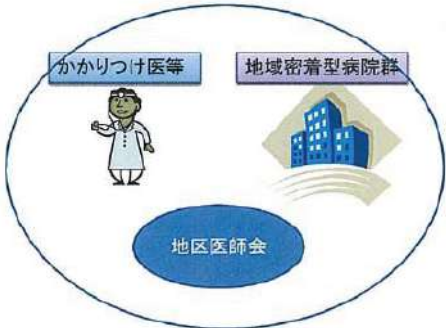
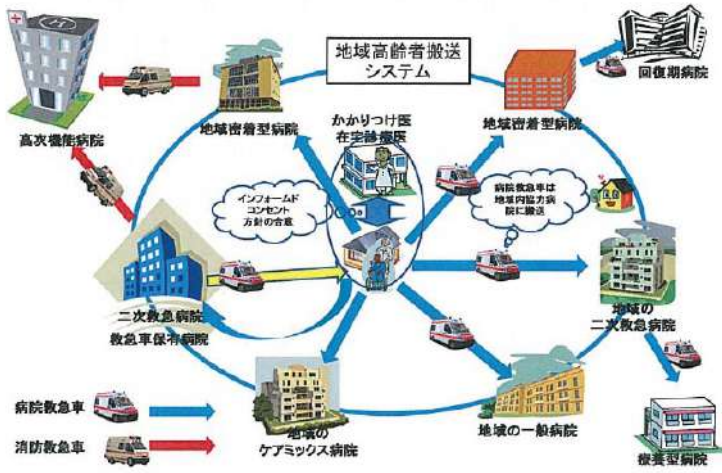
在宅療養患者が119番通報をした場合



在宅療養患者・家族の安心は地域で完結できる移送手段の確保が必要



病院救急車を使った地域高齢者搬送システム



- ・ 地域内診療情報の共有システムの構築
- ・ 病院救急車の経費
- ・ 運用規程
- ・ 運営
- ・ 地区医師会内に設置？

地域高齢者搬送支援体制協議会
(東京都医師会猪口理事より)

■参考：医療機能分化・連携、地域包括ケアに向けた病医院のあり方

かかりつけ医	午後から地域へ、主治医・副主治医システム
地域の病院	急性期・リハビリ・バックアップ機能
地域医師会	政策推進、医療・介護連携の要

参考資料
日本医師会



第3回「2013年度在宅医療推進のための会」

話題提供： 千場 純 氏
一般社団法人 横須賀医師会 副会長
「横須賀市医師会が取り組む在宅医療連携拠点事業とその後・・・」

大友 宣 氏
湘南国際村クリニック 所長
「民間の行う在宅医療連携拠点」

惣田 晃 氏
横須賀市 健康部地域医療推進課 課長
「在宅医療推進のために、自治体は何ができるのか」

日 時： 平成 25 年 7 月 26 日（金） 19：00～21：00

場 所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F
ベルサール八重洲 ROOM6

横須賀市医師会が取り組む 在宅医療連携拠点事業と その後・・・

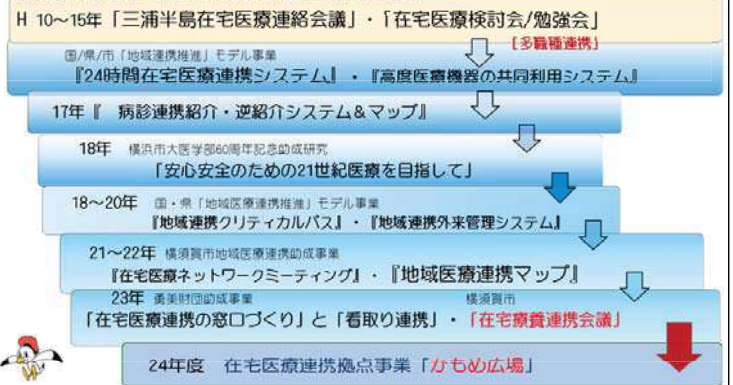
横須賀市医師会副会長
三輪医院院長 千場純

在宅医療を推進するための会2013.7.16

横須賀市医師会の概要[平成24年度]

- ・会員数 (445) ・診療所数 (238) ・病院数 (12)
- ☆在宅診療を実施している診療所 75 (アンケート調査より)
- ☆在宅療養支援診療所届出診療所 36(うち「強化型」4)

横須賀市医師会の在宅医療推進への取り組み



横須賀市医師会在宅医療連携拠点 「かもめ広場」の特徴

- 1 行政と太いパイプで連携
 - ・ 地域医療推進課を窓口とする連携
- 2 市内もう一つの在宅医療連携拠点
 (社福)日本医療伝道会「チーム衣笠」との連携
 - ・ 設置主体の特徴を生かした活動と役割分担
- 3 三者連携の活動
 - ・ 月1回の“YOZARENミーティング”
 - ・ 横須賀市が開催する「在宅療養連携会議」に参加
 - ・ 三者協働での事業計画と実施

(※)

1) 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

多職種合同研修会の開催(500名以上の参加)



- 第1回「これからどうなる?! 在宅療養」
- 第2回「退院時の在宅医療連携」
- 第3回「横須賀市における在宅療養連携の将来」
- 第4回「市民のための在宅医療・介護の見本市」

「在宅医療ネットワークミーティング」の開催
 「在宅(看取り)医療における多職種連携推進を考える」



地域ケア会議への参加

2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域医療連携のための
マップ作成 (医療資源の把握)

在宅療養支援診療所
アンケート調査
強化型支援診療所の
届け出状況調査

医師のための在宅医療セミナーを開催

辻 哲夫 氏
『かかりつけ医と
在宅医療の推進』



医師に対するアンケート調査の実施(2回)



3) 効率的な医療提供に関する多職種連携

「在宅医療ネットワークミーティング」の開催
 「在宅(看取り)医療における多職種連携推進を考える」

「在宅医療地域グループミーティング」の開催
 (横須賀市中央地区・西部地区・南部地区)

「退院前共同診療/カンファレンス」の実施推進

4) 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

市民公開講座を開催

「みんなで支える

在宅療養シンポジウム」

基調講演『自然死のすすめ』

中村 仁一氏



広報誌の発行

「かもめ広場だより」

(2回 各2,000部)

民生委員・児童委員協議会
において事業説明

(市内15か所 参加者560名)

市民のための

「街角出前在宅医療講座」

開催(6回 参加者235名)

「かもめ広場」

5) 在宅医療に従事する人材育成

ケアマネジャーのための在宅医療セミナーの実施

第1回 これからの医療と介護の連携について (参加者 延べ544名)

第2回 高齢者と薬剤管理

第3回 退院前カンファレンスのための基礎知識

第4回 在宅歯科診療と口腔ケア

第5回 がんの種類と進行

第6回 高齢者に多い疾患と日常生活・ケアの留意点

リーダー研修会等への参加

- ・都道府県リーダー研修会
- ・平塚市多職種連携フォーラムパネリスト参加
- ・地域リーダー研修会への参加
- ・南関東ブロック発表会への参加
- ・在宅医療連携拠点事業成果発表報告会資料報告
- ・全国在宅医療連携拠点事業ポスター発表会参加

神奈川県地域包
括推進セミナーに
講師の派遣

6) 地域資源検索支援システム“LinkPad”

病院から

退院する、うちのおばあさんを
在宅で診てくれる先生はいま
せんか？



“LinkPad”で検索しま
しょう。



処置や地域の絞り込み検索で、
最適な在宅療養支援診療所を
検索することができるサービスです。



もう安心ですよ。

診療所から



通院できなくなった患者さんを
在宅で診てくれる先生は？



結果

- ・市民の在宅医療に関する関心は高い
- ・在宅医療を提供する医師の確保が難しい
- ・診療所が在宅医療にかかわるためには、医師の負担軽減の仕組みが必要である
- ・在宅療養にかかわる多職種の連携が更に重要になる

今後の課題

- ・多職種との効率よい連携のためのシステムづくり
- ・医師の負担軽減を図るため、グループ化と副主治医の確保や病診連携の強化(バックベットの確保)
- ・多職種の連携強化のための意識と技術を高める研修
- ・市民の在宅医療に関する意識啓発
- ・ITを活用した情報共有のシステムづくり

・・・と、それなりの成果は出たと
思っていたのですが...

* ちょっと待てよ!

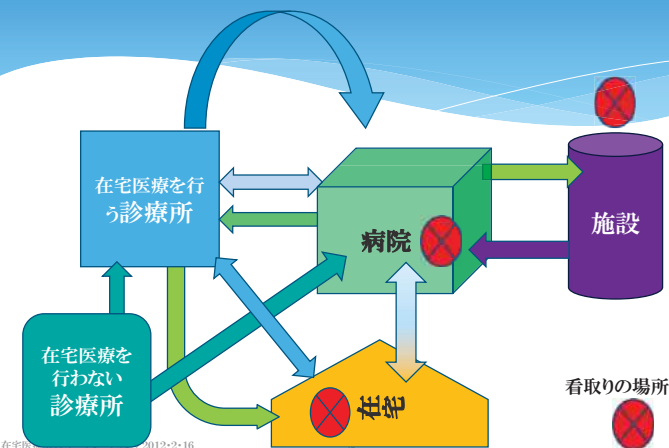
2011勇美財団助成研究

「みどり連携に関するネットワークづくり」
アンケート結果から

診療所医師 発送数:293件 回答数:36件(回収率:12.3%)
病院勤務医 発送数:394件 回答数:89件(回収率:22.6%)

※みどりの実施がなくすべて未記入6件含む

例えば看取りに至る診療経緯について



☆ 看取りに至る対応がしにくい診療経緯は？

● 診療所の回答

- 1位: **他の診療所から転院**してきて在宅で看取った患者 (C)
- 2位: **病院から退院後(または紹介されて)**在宅で看取った患者 (D)
- 3位: 自院の在宅診療中、病状悪化、入院先で亡くなった患者 (B)
- 4位: 自院の外来診療から在宅診療に移行して看取った患者 (A)

● 病院の回答

- 1位: **診療所から入退院後他の施設に転出**した患者 (E)
- 2位: **診療所から入退院後、最後は病院でみとった患者 (D)**
- 2位: **診療所または自院外来から入退院後、最後は診療所での在宅医療に移行した患者 (C)**
- 3位: 外来診療から、入院せず在宅医療に移行した患者 (A)
- 4位: 外来診療から、自院に入院したのち、みとった患者 (B)

今後の取り組み

「診・診連携」と「在宅診療医の病院登録制度」の提案

2011勇美財団助成研究

「みどり連携に関するネットワークづくり」アンケート結果から

◎例えば

【退院前共同診療/カンファランス】の実施について

「退院前共同診療」を行ったことはありますか？

	①ある	②ない
病院勤務医	35.7%	64.3%
診療所医師	29.6%	70.4%

2011勇美財団助成研究 「みどり連携に関するネットワークづくり」 アンケート結果から

◎例えば

「診療情報提供書」による連携について

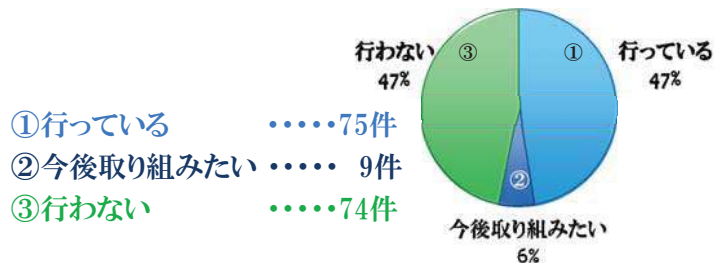
患者紹介時「診療情報提供書」がありましたか？

	①ある	②ない
病院勤務医	74.8%	25.2%
診療所医師	74.1%	25.9%

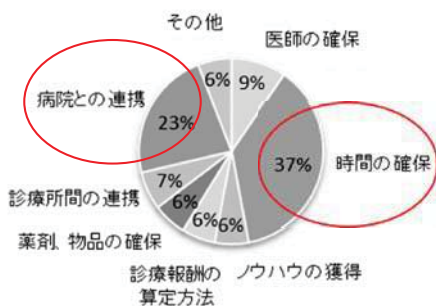
在宅医療に関するアンケート2012から...

● 訪問診療または往診を行っていますか？

158件/240医療機関 回答率(66%)



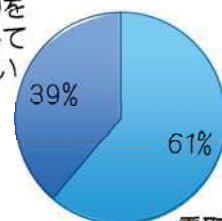
☆「訪問診療を行うにあたって問題と感ずる点は何ですか？



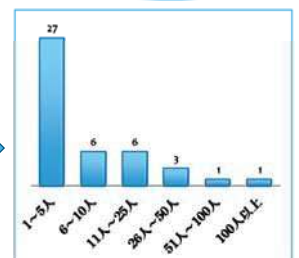
①行っていると回答した方にお聞きします。

「過去1年間に在宅での看取りの経験をしましたか？」

看取りを経験していない



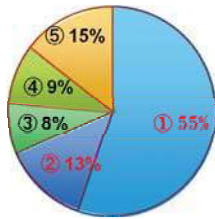
看取りを経験した



①行っていると回答した方にお聞きします。

「24時間対応をするうえで課題となっていることはなんですか？」

① 急変時の病院との連携	42
② 診療所間の連携	10
③ 薬剤、物品の確保	6
④ 訪問看護ステーションとの連携	7
⑤ その他	11



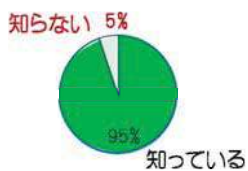
☆さらに、一般市民の在宅療養の認知度は？
アンケート集計結果より

かもめ広場「街角出前在宅医療講座」より
回答数116名

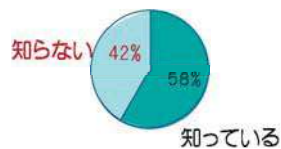
『在宅医療』について知っていますか？

	全体	民生委員	一般市民
知っている	74	38	21
知らない	36	2	15

【民生委員】



【一般市民】



地域密着型の相談窓口
『地域包括支援センター』を知っていますか？

	全体	民生委員	一般市民
知っている	67	39	14
知らない	46	1	23

【民生委員】



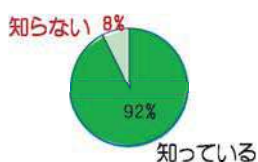
【一般市民】



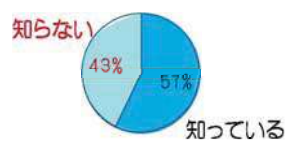
在宅医療を支える仕組みのひとつ
『訪問看護のサービス』を知っていますか？

	全体	民生委員	一般市民
知っている	75	37	20
知らない	38	3	15

【民生委員】



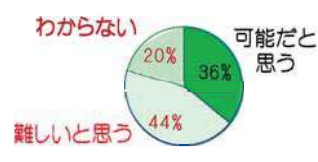
【一般市民】



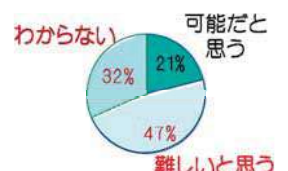
長期療養が必要になった時、自宅での療養が
実現可能だと思いますか？

	全体	民生委員	一般市民
可能だと思う	24	14	8
難しいと思う	56	17	18
わからない	33	8	12

【民生委員】



【一般市民】



どこで最期を迎えたいと思いますか？

自宅(60)
病院(14)
介護施設(2)
その他(2)
わからない(31)

つまり、



* 肝心の病診・
診診連携部分に
大きな課題があ
る！

* 主役である一般
市民の認知度が
まだまだ不足して
いる！！

26

まとめ(1)

- ◎ 付属する関連施設/組織を持たない当医師会が、
国から与えられた5つのタスクに取り組んで、
ある程度出来たこと・・・
- 1) 行政・「チーム衣笠」との連携
 - 2) 広域の多職種連携の推進(コーディネイト)役
 - 3) 医療機関を俯瞰する立場でのアンケート調査と啓発活動
 - 4) 在宅医療に関する窓口機能(在宅医・出前講座講師斡旋)
 - 5) [街角出前在宅医療講座]を介しての市民啓発活動
 - 6) ある程度のITソリューションへの対応
 - 7) 在宅医療現場での看取りに関する主導的役割と
24時間対応の[病院の後方支援]への取り組み

まとめ(2)

- * ● 困難または不足していたこと・・・
- * 1) 迅速な介護・福祉スタッフとの連携
- * 2) 処遇困難事例やカンファランスへのアウトリーチ機能
 - * 関連職能職員が不在であり、新規雇用は
あまりに不採算で、会員の同意が得られない！?
- * 3) 病院・施設組織または職員への内部的なアプローチ
- * 4) 医師会員以外へのアプローチ、
- * ...そして...

28

まとめ(3) [私感]

超高齢化社会と在宅医療・・・
遠くて近い「死」の世界、
近くて遠い「看取り」の医療・・・
「死」を知らないから？
知らされても理解[実感]できないから？
何のために？誰のために？
看取り、看取られるのか？



死を恐れない人はいない、
死を認めない人はいない、
しかし、だれもが死、そのものを体験していない！
「死」とは何かを知らずに看取り、
そしてまた看取られることのむずかしさがある限り、
いくら在宅医療連携拠点や在宅診療医が増えても、
本当の意味での(魂の)看取り医療は叫われないのかも？
...

第3回2013年度 在宅医療推進のための会
民間の行う在宅医療連携拠点

2013年7月26日

社会福祉法人 日本医療伝道会
湘南国際村クリニック 所長
衣笠病院 内科医長
平成24年度在宅医療連携拠点事業 担当者
大友宣

今日の内容

- 1. 在宅医療連携拠点事業と民間
- 2. 横須賀でのできごと
- 3. ミクロな在宅医療連携とマクロな在宅医療連携
- 4. 在宅医療連携における民間の役割
- 5. 在宅医療連携モデルの一般化

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

2

平成23年度在宅医療連携拠点事業

- 10事業所
 - 社会医療法人恵和会 西岡病院
 - 医療法人葵会 もりおか往診クリニック
 - 医療法人博仁会 志村大宮病院
 - 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
 - 社会医療法人 長崎記念病院
 - (株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
 - 社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所
 - 社団法人 鶴岡地区医師会
 - 別府市医師会訪問看護ステーション
 - 福井県大野市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

3

平成23年度在宅医療連携拠点事業

- 10事業所(民間)
 - **社会医療法人恵和会 西岡病院**
 - **医療法人葵会 もりおか往診クリニック**
 - **医療法人博仁会 志村大宮病院**
 - **医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所**
 - **社会医療法人 長崎記念病院**
 - **(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション**
 - **社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所**
 - 社団法人 鶴岡地区医師会
 - 別府市医師会訪問看護ステーション
 - 福井県大野市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

4

平成23年度在宅医療連携拠点事業

- 10事業所(医師会関連)
 - 社会医療法人恵和会 西岡病院
 - 医療法人葵会 もりおか往診クリニック
 - 医療法人博仁会 志村大宮病院
 - 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
 - 社会医療法人 長崎記念病院
 - (株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
 - 社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所
 - **社団法人 鶴岡地区医師会**
 - **別府市医師会訪問看護ステーション**
 - 福井県大野市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

5

平成23年度在宅医療連携拠点事業

- 10事業所(行政)
 - 社会医療法人恵和会 西岡病院
 - 医療法人葵会 もりおか往診クリニック
 - 医療法人博仁会 志村大宮病院
 - 医療法人財団千葉健愛会 あおぞら診療所
 - 社会医療法人 長崎記念病院
 - (株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
 - 社会福祉法人天竜厚生会 天竜厚生会診療所
 - 社団法人 鶴岡地区医師会
 - 別府市医師会訪問看護ステーション
 - **福井県大野市**

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

6

民間機関

- 民間を活用しないのは **MOTTAINAI!**
- でも、民間を位置づけてどういうもの?
- どうやったら、うまく在宅医療連携に組み込めるの?



2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

13

今日の内容

- 1. 在宅医療連携拠点事業と民間
- 2. 横須賀でのできごと
- 3. ミクロな在宅医療連携とマクロな在宅医療連携
- 4. 在宅医療連携における民間の役割
- 5. 在宅医療連携モデルの一般化

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

14

チーム衣笠のアイデア満点

MENU

お喜び下さい。ご説明致します。

1. 横須賀市+医師会+チーム衣笠 コラボレーション
2. 病院管理栄養士による在宅栄養指導開始
3. 介護パッド
4. キヌピーちゃん
5. フォーカスグループディスカッションから始まる調査
6. 市民のための在宅医療・介護の見本市

15

横須賀市在宅療養連携会議と ふたつの在宅医療連携拠点事業との関わり

横須賀市在宅療養連携会議

各ステークホルダー(三師会・ケアマネ・訪問看護・訪問介護・病院・施設・包括など)



平成23年度から横須賀市は在宅療養連携会議を立ち上げて医療と福祉の連携事業を行なっていた。会議では3つのワーキンググループに分かれ事業を企画し、全体会議で承認した。平成24年度日本医療伝道会も横須賀市医師会も在宅医療連携拠点事業に採択された。三者で集まり打ち合わせ開始し月一回ミーティングをもった。横須賀市の在宅療養連携会議を核にして事業を行う、三者共同で事業を行なっていくことを確認した。市役所、市医師会、民間社会福祉法人のコラボレーション

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

16

- ・横須賀市+医師会+チーム衣笠 コラボレーション
- ・病院管理栄養士による在宅栄養指導開始
- ・介護パッド
- ・キヌピーちゃん
- ・フォーカスグループディスカッションから始まる調査
- ・市民のための在宅医療・介護の見本市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

17

病院が行う管理栄養士による 居宅療養管理指導

- 横須賀市では平成23年度「管理栄養士による居宅療養管理指導」の給付は6件
- 地域に不足する医療資源として『管理栄養士による居宅療養管理指導』を行うことを計画
- 県内の管理栄養士が居宅療養管理指導行っている病院を見学
- 法人内でタスクを設置し3回の打ち合わせ
- 1ヶ月後指導開始
- 最初は病院でもよくある糖尿病や慢性腎臓病などの指導

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

18

- ・横須賀市+医師会+チーム衣笠 コラボレーション
- ・病院管理栄養士による在宅栄養指導開始
- ・介護パッド
- ・キヌピーちゃん
- ・フォーカスグループディスカッションから始まる調査
- ・市民のための在宅医療・介護の見本市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

19

介護パッド 作成経緯

<背景>

- 市内の在宅医療に関わる調査を行った
- 退院指導に関する連携の課題が挙げられた
- 病院では家族などへ介護指導を行うが、在宅では実行困難

<目的>

- 病院と在宅で統一した介護指導を行うことを目的に、患者や家族向けの介護指導パンフレット作りを病院看護部と訪問看護ステーションの共同で行った

<方法>

- 1) 介護指導パンフレットの原案は訪問看護ステーションで作成
- 2) 病院看護部と複数回すり合わせ
- 3) コンセプトは
 - 写真を多く使用、説明は最小限
 - コツとポイントを提示
 - A4用紙2枚程度まで
 - 病院看護師が介護指導時に使用

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

20

介護パッド 地域への普及

衣笠病院で試行

地域への普及

写真の枚数・字の大きさは妥当
看護師は説明しやすい
患者・家族は後で見直すことができる

横須賀市内の病院で活用することで、病院と在宅ケアの統一を図ることを目的に訪問看護ステーション連絡協議会と協同し改定

改良点

- ・吸引の手順の置き換えかえ
- ・指導内容の個別性は余白に書き込む

横須賀市内の総合病院 8病院で試行
地域の27訪問看護ステーションに配布

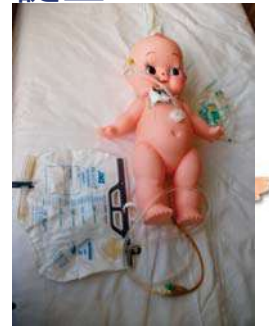
2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

21

キヌピーちゃんの誕生

- 「病院を退院するとき、介護指導を患者や家族が習得できないうちに退院となる」ことが多い
- 「介護パッド」の普及と同時に介護技術の習得をスムーズにできるようにしたい
- そこで「キヌピーちゃん」誕生！



2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

22

退院調整チェックリスト

使用する場合

- 自宅で医療や介護が必要な患者が退院する時
- 退院前カンファレンスが行われていない時

チェックリスト

- 必要な医療器具・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか
- 自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか。また、入手するルートを確認しているか
- 介護方法・介助方法は習得できているか
- 退院後に利用する医療・介護の事業所は退院日を知っているか
- 患者や家族は気が付かなそうな事柄を病院の医師や看護師と相談したか
- 必要な頼り金は処方されているか
- 患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか
- 診療情報提供書と看護リマラーを用意したか

2013/7/26

※チェックリストは作成後半年以内にも改定を行う

23

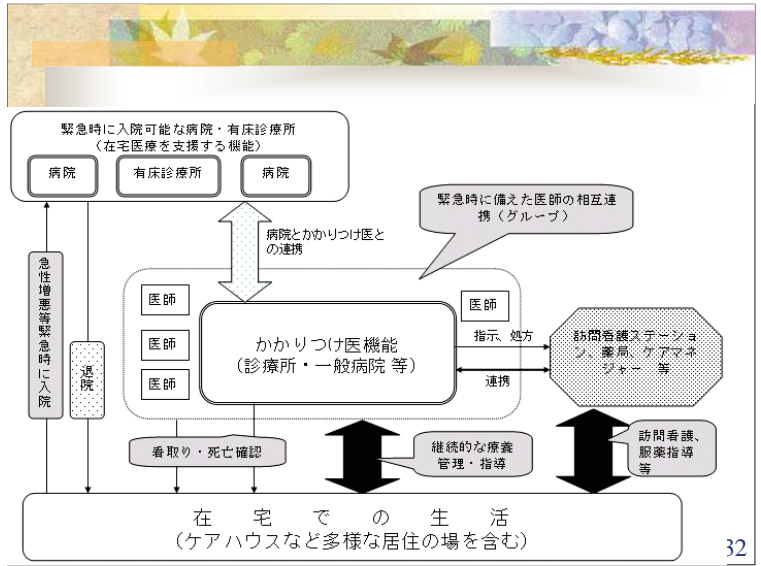
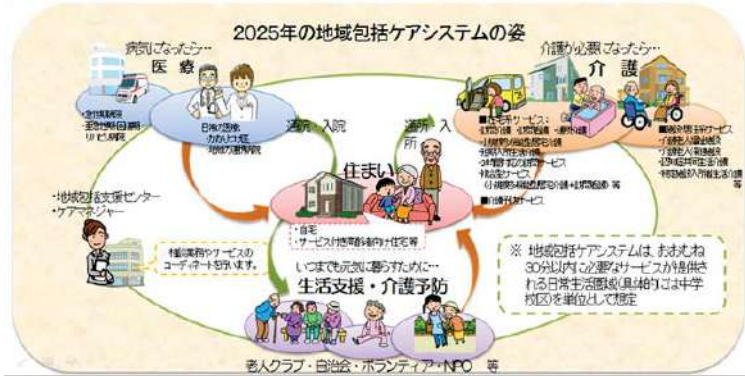
- ・横須賀市+医師会+チーム衣笠 コラボレーション
- ・病院管理栄養士による在宅栄養指導開始
- ・介護パッド
- ・キヌピーちゃん
- ・フォーカスグループディスカッションから始まる調査
- ・市民のための在宅医療・介護の見本市

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

24

- 住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになります。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差を生じています。
地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や、都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく必要があります。



正しい道はどっち？

- マクロ⇒ミクロ
 - 市町村中心から？
 - ルールづくりや調整から？
- ミクロ⇒マクロ
 - 現場中心から？
 - 実行やアイデアから？



■ 一番いいのは、「どっちも」でしょう

今日の内容

1. 在宅医療連携拠点事業と民間
2. 横須賀でのできごと
3. ミクロな在宅医療連携とマクロな在宅医療連携
4. 在宅医療連携における民間の役割
5. 在宅医療連携モデルの一般化

再び平成23年度在宅医療連携拠点事業総括から

行政は市民への普及啓発には取り組みやすいが、在宅関連職種への具体的な医療的アドバイスは行いにくい
職能団体による働きかけは、職種内の意識向上等に貢献するとともに他職種にも働きかけが容易であるものの、実践的な内容までは踏み込みづらい
個々の医療機関による取り組みは職能団体全体、市民全体への取り組みに広げづらい

平成23年度在宅医療連携拠点事業総括 平成24年7月31日 国立長寿医療研究センター-p7

まとめると・・・

- 行政＝市町村など
 - 市民への普及啓発
- 職能団体＝医師会など
 - 職種内の意識向上等に貢献
 - 他職種にも働きかけが容易
- 個々の医療機関＝民間
 - 具体的な医療的アドバイス
 - 実践的な内容

民間の役割

- 具体的な医療的アドバイス
＝アウトリーチ・窓口機能
 - 地域に足りない医療資源の開拓
 - 現場のアイデアを全体に共有する
 - 学習会の講師
＝実践機能
- このような役割は民間が良いことが多い
 - なぜなら現場のノウハウは現場にある！
 - いちばん現場のノウハウを持っているのは民間

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

37

今日の内容

- 1. 在宅医療連携拠点事業と民間
- 2. 横須賀でのできごと
- 3. ミクロな在宅医療連携とマクロな在宅医療連携
- 4. 在宅医療連携における民間の役割
- 5. 在宅医療連携モデルの一般化

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

38

平成23年度

在宅医療連携拠点事業総括 ふたたび

○ どの拠点も有意義な取り組みを行ったが、今後、在宅医療を地域全体に普及させていくためには、地域全体を見渡せ、中立的な立場で関係者間の調整を行うことができる市町村が中心となって、医師会等の関係団体と協力しながら、積極的に取り組む主体を支援し、医療・介護関係者の緊密な連携を図ることが適切と考えられた。

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

39

- 在宅医療を地域全体に普及させていくため

⇒

- 在宅医療を地域の実情に合わせ効果的に、地域全体に普及させていくため

- 積極的に取り組む主体を支援

⇒

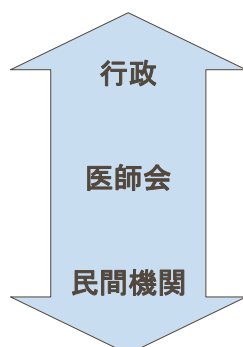
- **積極的に取り組む主体が参加**

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

40

- 住民啓蒙
- 在宅療養連携会議
- 多職種合同研修会
- 調整機能
- 24時間体制の強化
- 情報共有システム
- アウトリーチ・窓口機能
- 実行機能



2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

41

THE YOKOSUKA MODEL

- 在宅医療を地域の実情に合わせ効果的に、地域全体に普及させていくため
- 市町村が中心
- 医師会等の関係団体と協力
- **積極的に取り組む主体が参加**



ウチのカミさんがね、これならいいんじゃないかなって言うているんですよ。ブラウンさん。

2013/7/26

チーム衣笠 大友宣

42

在宅医療推進のために、自治体は何ができるか

平成25年7月26日
横須賀市健康部
地域医療推進課



1

こんな所で働いてます① (事務室の窓から)



2

こんな所で働いてます② (事務室の窓から)



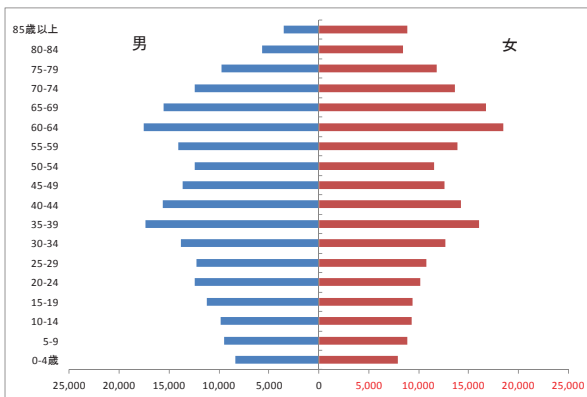
3

こんな所で働いてます③ (・・・)



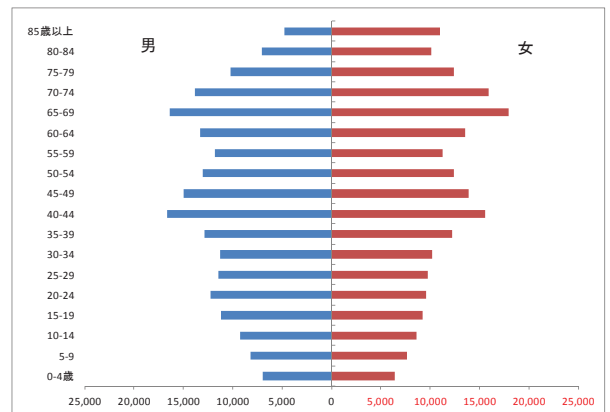
4

横須賀市の人口ピラミッド(2010年)



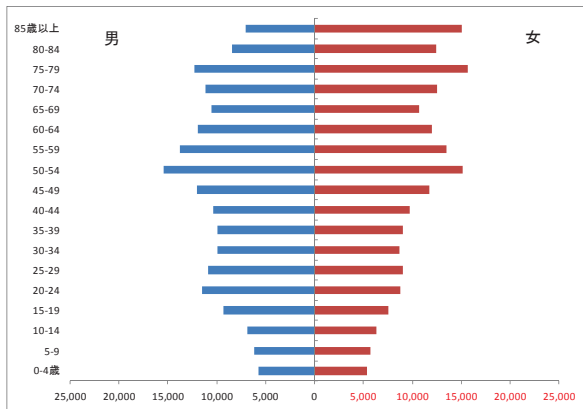
5

横須賀市の人口ピラミッド(2015年)



6

横須賀市の人口ピラミッド(2025年)



7

横須賀市の死亡数の推計



8

横須賀市の死亡場所の構成比 (平成23年)



以上から予測されること

- 高齢化が進む。
- 死亡数が増加する。
- 7割の市民が病院で亡くなっている。
(病床数は増えない)

↓
これまでどおり、病院で死亡することはいずれ困難になる。(横須賀市では、すでに困難?)

↓
自宅や、施設での療養・看取りが増える。

↓
自治体は何ができるか?

10

在宅医療推進のために、自治体ができること

=自治体でなければできないこと

自治体に取り組む意味
=公平・中立な立場であること

- ① 医療職、介護職の連携促進
- ② 市民啓発
- ③ 人材育成
- ④ ネットワークづくり

など

11

① 医療職、介護職の連携促進

在宅療養連携会議の開催

構成メンバー (16名) の内訳

- 医療関係者 (9)
 - 医師会 (2)、歯科医師会、薬剤師会、病院 (3)
 - 病院MSW、訪問看護
- 福祉関係者 (4)
 - 介護老人保健施設、ケアマネ、ヘルパー、地域包括支援センター
- 市職員 (3)
 - 福祉部 高齢福祉課・介護保険課、健康部 地域医療推進課

12

② 市民啓発

・みんなで支える在宅療養シンポジウム

メイン講師

- 平成23年度 アルフォンス・デーケン氏
- 平成24年度 中村仁一氏
- 平成25年度 (内緒)

・まちづくり市民出前トーク

人生の最期の迎え方（在宅療養、在宅看取りについて）
上手な医者のかかり方（「かかりつけ医を持とう」）

13

③ 人材育成

・ケアマネジャーのための在宅療養セミナー

※平成24年度実施内容、()内は講師。

- 第1回 ケアマネジャーが医療で困ったら（医師）
- 第2回 高齢者と薬剤管理（薬剤師）
- 第3回 退院前カンファレンスのための基礎知識（医師他）
- 第4回 在宅歯科診療と口腔ケア（歯科医師）
- 第5回 がんの種類と進行（医師）
- 第6回 高齢者に多い疾患と日常生活・ケアの留意点（医師）

・医師のための在宅医療セミナー

※平成24年度実施内容

テーマ：患者に寄り添う在宅医療の将来性
—患者が外来に来られなくなる日—

講演：「かかりつけ医と在宅医療の推進」

講師： 東京大学特任教授 辻 哲夫 氏

14

④ ネットワークづくり

・多職種合同研修会

※平成24年度実施テーマ

- 第1回 「在宅療養、何が課題？」
- 第2回 「退院時の在宅療養連携」
- 第3回 「横須賀市における在宅療養の将来」
- 第4回 「市民のための在宅医療・介護の見本市」

- ・第1回～第3回は、テーマに沿った講演と、多職種のグループ討議＋**名刺交換会**。
- ・第4回は、関係職種による、一般市民を対象としたブース展示＋ミニレクチャー。

15

在宅医療連携拠点事業との関係

※在宅医療連携拠点事業は、平成23年度から厚生労働省（医政局）が開始した委託事業

※横須賀市の24年度採択事業者

- ① 一般社団法人 横須賀市医師会
- ② 社会福祉法人 日本医療伝道会
(全国105、県内3)

- ・在宅医療連携拠点が行う事業（タスク）は、横須賀市が取り組んできた内容とほぼ同じ。
- ・具体的には、・・・

16

在宅医療連携拠点事業のタスク

- ①多職種連携の課題に対する解決策の抽出
- ②在宅医療従事者の負担軽減の支援
- ③効率的な医療提供のための多職種連携
- ④在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- ⑤在宅医療に従事する人材育成

↓
・3者がバラバラに行動すると、関係者や市民に混乱を招きかねない。

↓
平成24年度は、本市と拠点事業者が連携し、協働して事業を進めてきた。

17

これからの取り組み

- ・医師へのアプローチ
※在宅医増加プロジェクト
※病院勤務医を対象とした研修
- ・在宅療養連携拠点の設置
- ・退院前カンファレンスの標準化
- ・在宅療養患者の情報共有（ICTの活用）
- ・市民向け啓発冊子の発行

18

今後の課題 ①

横須賀市の地域特性

- 高齢化の進展（県内他都市より進行が早い）
- 高齢独居世帯の増加
- 独特の地形（谷戸）
→こんな所で働いています②

19

今後の課題 ②

事業の継続性（財源の確保）

- これまでは、市の単独財源。
- 25年度は、地域医療再生基金の手あげ中。
- 採択されたとしても、26年度まで。
- 27年度以降は？



国による恒久的な制度構築が必要

20

平成25年6月30日施行 横須賀市長選挙 選挙広報（抜粋）

21

平成25年6月30日施行 横須賀市長選挙 選挙公報（抜粋）

- 私はおばあちゃん子でした。おばあちゃんは自分の体が不自由になっても、孫の私をいつも笑顔でかわいがってくれました。そんなおばあちゃんが、私は大好きでした。
- そのおばあちゃんが、今年の5月に他界しました。施設に入所していたため、別れ際に会うことができませんでした。最後の時間を一緒に過ごすことが出来なかったことが一番心残りです。手を握りしめながら最期を看取りたかった、という想いがわき上がってきました。

（中略）

- けれども、施設や病院で亡くなることだけが「答え」ではない、と思いはじめました。
- 横須賀で、自宅でも最期を迎えることができる環境づくりを行い、誰にでも必ずおとずれる「死」を、「悲しいもの」ではなく、「意味あるもの」にしていきたいと思います。



- **在宅での看取りを可能とする医療・介護・地域の連携をはかります。**

22



これからも、
よろしくお祈りします

23

第4回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅療養あんしん病院など京都府での取り組み」

話題提供： 北川 靖 氏
一般社団法人 京都府医師会 副会長

日時： 平成25年9月27日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

在宅療養あんしん病院など京都府での取り組み

京都府医師会
北川 靖

在宅医療の必要性

- 世界に類のない速度での高齢社会。長期療養者の増加、通院困難な高齢者の増加による訪問診療の必要性
- 価値観の多様化により、療養また最期を迎える場所として在宅を選択する人への支援の必要性
- 高齢者の身体的特性による往診の必要性
- 療養病床の削減、入院期間の短縮の方針

在宅医療への逆風

- 社会構造の変化：核家族化、都市化、個人主義
 - 介護力・地域力の低下
 - 自宅限界力の低下
- 医療の発展
 - 国民の価値観
 - 病院志向、病院死が当たり前
 - みじかな死を経験する機会の減少
 - 医師の価値観
 - 専門分化、治療優先
 - 病院医療と在宅医療のギャップ
- 経済成長の鈍化
 - 社会保障制度への影響

在宅医療への追い風

- 医療の発展
 - 在宅で実施可能な医療技術の拡大
 - 難病、がん、臓器不全などへの対応力向上
- 医療計画、診療報酬等による在宅医療の評価、推進
- 介護保険による在宅支援サービスの拡大
- 自宅以外の住まいの整備「広義の在宅」

逆風 > 追い風

在宅を選択することは、受ける側、支える側双方にとって、不安感、負担が大きい

在宅療養を支えているもの

- 介護保険、医療保険、福祉制度（公助、共助）
- 家族の献身的な介護（肉体的、精神的負担）→疲弊
- 自己負担（経済的負担）
- 支援する側の努力（ボランティア的要素）→疲弊

病院・施設



自宅・在宅



在宅療養は「諸刃の剣」

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 条件・環境が整う <ul style="list-style-type: none"> - QOLの向上が期待できる(病人→家人) • その人らしい生き方 • 機能回復を促す力 <ul style="list-style-type: none"> - 意識・意欲の向上、栄養状態の改善 • 家族の充実感 - 支援する側もやりがいを持つ | <ul style="list-style-type: none"> • 条件・環境が整わない <ul style="list-style-type: none"> - QOLを低下させる危険性がある • 悲しい最期 • 寝かせきり、病状悪化、機能低下 • 介護しぼり、虐待、心中 • 他者被害 - 支援する側も疲弊する |
|---|--|



在宅医療推進の条件

1. 在宅医療の意義、目的を明確にする
2. 在宅医療に必要な考え方、知識・医療技術を学ぶ
3. 在宅医療に必要な環境を整備する

2.在宅医療に必要な考え方、知識・技術を学ぶ

	急性期医療（病院）	在宅医療
目的	生命を救う、病気を治す、病気を防ぐ 障害を回復する、機能低下を防ぐ 「その人らしい生き方を支える」	
主な機能	救命 疾病の治癒 機能回復	プライマリケア ロングタームケア エンドオブライフケア
提供する医療	予防、診断・治療 医学的管理・指導 リハビリテーション、医療的ケア 緩和医療 死亡確認、グリーフケア	
医師に求められる役割	治療者 医療マネジメント 対人援助者	治療者 医療マネジメント 対人援助者

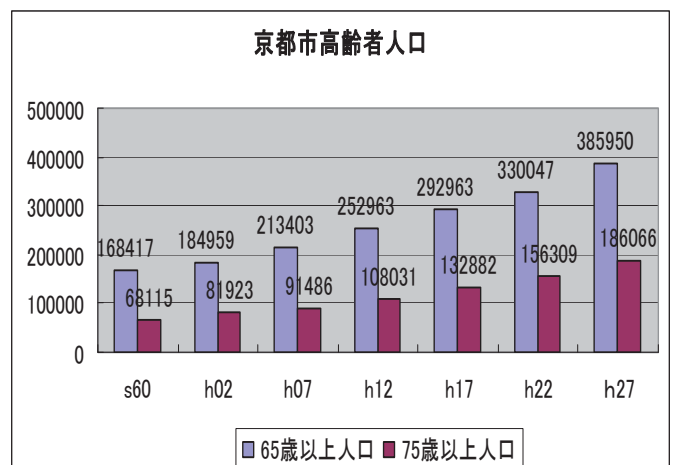
内容・性格が異なる

在宅医療で医師が求められる役割 (かかりつけ医の役割)

- 医療の**専門家**としての役割
- 医療の**責任者**としての役割
 - 医療のマネジメント
 - 指示、連携、協働
- 対人**援助者**としての役割
 - 痛みや苦しみを理解し、和らげる役割
 - よく生きるための伴走者の役割
 - 生活を支えるチームの一員として役割

etc.

京都市高齢者人口

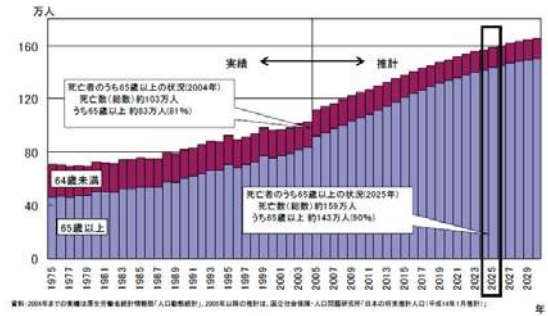


要介護者

	要介護認定率		
高齢者全体 (65歳以上)	18.1%	要介護4,5に 占める75歳以上 の割合	83.5%
前期高齢者 (65歳以上 75歳未満)	4.6%		
後期高齢者 (75歳以上)	32.5%		

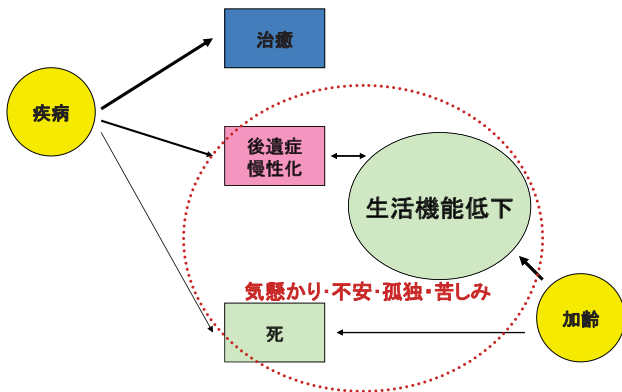
平成22年度 介護保険制度
の実施状況(京都府)

死亡者数の推移



社会保障国民会議資料より

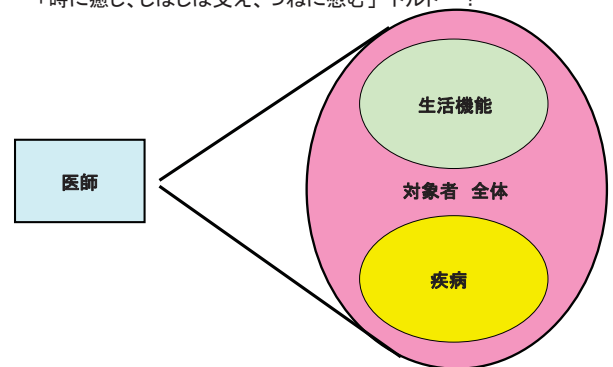
超高齢社会



「どんな病気をもった人間であるよりも、
どんな人間が病気になったかを考える方が重要だ」 オスラー

「リハビリテーションはすべての医師の務めである」 ラスク

「時に癒し、しばしば支え、つねに慰む」 トルドー?



医師の悩み

- 治療の限界
- 「できない」
- 死への責任
- 「しない」

どうしたらいいのか?

必要な考え方、知識、技術

- 老年医学
- リハビリテーション医学
- 精神医学
- 医療的ケア、在宅医療機器
- 緩和医療
- ICF、CGA
EBM&NBM
- マネジメント、ケースワーク
- 対人援助のための知識・技術
- コミュニケーション
- 生命倫理学、臨床倫理学
- 死生学
- 医療哲学

etc.

「京都在宅医療塾」

✓形式：ミニ講演、症例検討、
ディスカッション

✓対象：医師のみ（毎回30～50名程度）

✓内容：

- 在宅医療を実践に必要な知識、技術、考え方を学ぶ。（生活を支える医療、苦痛や不安を緩和する医療）
- 情報交換、情報共有

19

2012年度 京都在宅医療塾日程

	開催日	内容
第1回	10月11日	患者が在宅で過ごすということ
第2回	11月08日	在宅緩和ケアでの薬剤の使い方
第3回	12月13日	認知症ケアの倫理－終末期の“看取り”を考える
第4回	01月10日	緩和ケアに必要な精神科の知識
第5回	02月14日	難病患者の在宅医療、災害対策
第6回	03月14日	語りに基づく緩和医療

【講師（敬称略）】

第1回：神野君夫 先生（神野医院院長）

第2回：土井正樹 先生（土井医院院長）

第3回：箕岡真子 先生（箕岡医院院長、

東大大学院医学系研究科医療倫理学分野客員研究員）

第4回：林 晶子 先生（京大大学院医学研究科集学的がん診療学特定准教授）

第5回：川島孝一郎 先生（仙台往診クリニック院長）

第6回：岸本 寛史 先生（高槻赤十字病院緩和ケア診療科部長）

20

2013年度 京都在宅医療塾日程

【緩和ケアコース】

日程	内容
7月3日・12月19日	①緩和ケアの定義と現状、近未来 ②緩和ケアにおける保険診療の実態
8月7日・11月21日	①がん疼痛の評価 ②がん疼痛の基本的薬剤治療
9月4日・1月16日	精神症状に対する緩和ケア（不安、抑うつ、せん妄のケア）
10月2日・2月20日	呼吸困難（感）と消化器症状に対する緩和ケア

【講師（敬称略）】

7月3日・12月19日 京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座 細川 豊史先生

8月7日・11月21日 京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座 深澤 圭太先生

9月19日・1月16日 京都府立医科大学精神科・心療内科 羽多野 裕先生

10月2日・2月20日 京都府立医科大学疼痛緩和医療学講座 上野 博司先生

【在宅医療に必要な医療処置・管理コース】

日程	内容
7月18日・11月6日	在宅高齢者の排尿管理の実態
8月7日・11月21日	胃ろうのすべてをお教えします ～最新の胃ろうモデルを用いて交換などの手技を体験して頂きます～
9月19日・1月8日	在宅医療に必要な皮膚科の知識・処置について
10月17日・2月5日	摂食嚥下について

【講師（敬称略）】

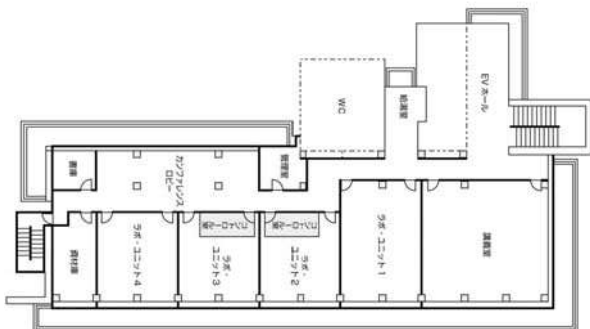
7月18日・11月6日 NPO法人 快適な排尿をめざす全国ネットの会
泌尿器科上田クリニック 上田 朋宏先生

8月7日・11月21日 PDN、岡野医院 岡野 均先生
京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学教室
小西 英幸先生

9月19日・1月16日 京都皮膚科医会、しんや医院 新屋 明美先生

10月17日・2月5日 京滋 摂食・嚥下を考える会
愛生会山科病院消化器外科 荒金 英樹先生
介護老人保健施設茶山の星 言語聴覚士 志藤 良子先生
京都府立医科大学附属病院摂食・嚥下障害認定看護師
安江 友世先生

京都府医療トレーニングセンター



平成25年度家族介護者向け 医療的ケア・口腔ケア実践講習会

回数	日程	内容	講師
第1回	6月26日	腰痛予防の介護方法	京都整形外科医会
第2回	7月24日	床ずれ予防とケア	京都府看護協会
第3回	8月28日	お口のお手入れ	京都府歯科衛生士会
第4回	9月5日	胃ろうの管理	京都府看護協会
第5回	10月9日	お口のリハビリ	京都府歯科医師会
第6回	10月23日	効果的なたんの吸引	京都府看護協会
第7回	11月20日	お口のお手入れ	京都府歯科衛生士会
第8回	11月27日	あきらめていませんか？尿のトラブル	京都府医師会
第9回	12月4日	糖尿病とフットケア	京都糖尿病医会
第10回	1月22日	お口のリハビリ	京都府歯科医師会

生活を支える医療「虎の巻」



25

3.在宅医療に必要な環境を整備する

京都府における動き

- 平成18年 6月 医療制度改革関連法案成立
- 平成20年 3月 京都府地域ケア確保推進指針
- 平成20年 3月 京都府医師会地域ケア委員会答申「在宅医療サポートセンター」
- 平成20年 4月 京都府医師会在宅医療サポートセンター開設
- 平成22年 3月 京都府医師会地域ケア委員会答申「在宅医療を支援する病院」
- 平成22年 3月 老後も安心して暮らせる地域包括ケアシステム推進プラン「地域包括ケア推進機構の創設」「在宅医療支援病院(仮称)」
- 平成23年 6月 京都地域包括ケア推進機構創設
- 平成24年 1月 「在宅療養あんしん病院システム」開始
- 平成24年10月 「京都在宅医療塾」開始
- 平成25年 6月 京都府医師会地域ケア委員会答申「超高齢社会における医療、医師の役割」

京都地域包括ケア推進機構

設立の目的：高齢者の方が介護や療養が必要になって、地域で関わりを持ちながら、自分の意思で生活の場を選択できるような環境整備を進め、個人の尊厳が尊重される社会を実現し、住み慣れた地域で安心して暮らしていける社会を築くために、医療、介護、福祉のサービスを切れ目なく一体的に提供する、地域包括ケアシステムの実現を目指す。そのために行政や医療、介護、福祉関係のあらゆる機関・団体が集結し、オール京都体制で進めることを目的とする。

設立：平成23年 6月 1日

京都地域包括ケア推進機構

- 社団法人京都府医師会
- 京都府
- 京都市
- 社会福祉法人京都府社会福祉協議会
- 京都府立医科大学
- 公益社団法人 京都府栄養士会
- 社団法人 京都府介護支援専門員会
- 一般社団法人 京都府介護福祉士会
- 社団法人 京都府看護協会
- 京都大学
- 京都府行政書士会
- 京都府言語聴覚士会
- 京都府後期高齢者医療広域連合
- 京都府国民健康保険団体連合会
- 京都府作業療法士会
- 社団法人 京都府歯科医師会
- 社団法人 京都府歯科衛生士会
- 京都市市長会
- 京都司法書士会
- 社会福祉法人 京都市社会福祉協議会
- 社団法人 京都社会福祉士会
- 社団法人 京都私立病院協会
- 社団法人 京都精神病院協会
- 京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会
- 京都市地域包括支援センター・在宅介護支援センター連絡協議会
- 京都府町村会
- 京都府病院協会
- 京都府立大学
- 京都弁護士会
- 京都府訪問看護ステーション協議会
- 京都府民生児童委員協議会
- 京都市民生児童委員連盟
- 社団法人 京都府薬剤師会
- 一般社団法人 京都府理学療法士会
- 京都療養病床協会
- 京都府リハビリテーション連絡協議会
- 一般社団法人 京都府老人福祉施設協議会
- 一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会
- 京都府老人保健施設協議会

39団体 (50音順)

地域包括ケア

- キーワードとしての「地域包括ケア」
- 共通認識、推進力
- 超高齢社会に向けた「地域の土台作り、構造改革」
- 環境整備&人生観、死生観の再考
- 「絆」:信頼関係の再構築
- その人らしさの支援、最適な医療、介護等の提供
- 地域が主体、多様な支援

「地域包括ケア推進機構」の意義

- 地域包括ケアの推進、また、超高齢社会の課題である在宅医療、認知症、緩和医療、終末期医療(看取り)、リハビリテーションには、行政と関連団体の一対一の関係では対応できない。「機構」という舞台を設けることにより、関係者が共通認識を持ち協働できる。
- 実効的、有機的な計画の立案。実効には、地域の状況、現場の課題を踏まえることがポイントとなる。課題ごとに行政と関連団体によるプロジェクトチームを設け、十分に協議を行うことができる。
- 京都府が事務局機能に徹している。行政の担当課が個々に行うよりも、融通性、機動性に富む。
- 予算化に柔軟性がある。
- 京都府からの要請と機構からの要請では受け取る側の意識が異なる。

「京都市」地域包括ケア

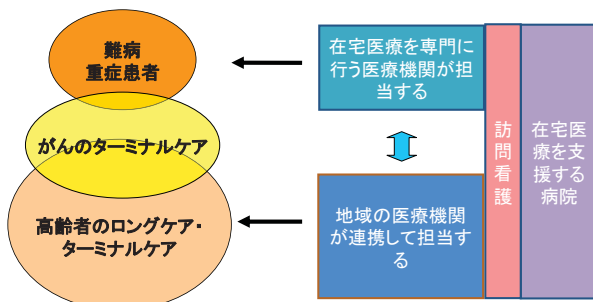
- 京都地域包括ケア推進機構 平成23年6月1日設立
 - オール京都体制で運営(39団体)
 - プロジェクト
 - 在宅療養あんしん推進プロジェクト
 - 在宅療養あんしん病院登録システム
 - 認知症総合対策推進プロジェクト
 - 京都市オレンジプラン
 - 地域におけるリハビリ支援プロジェクト
 - 京都府リハビリテーション教育センター
 - 介護予防プログラム構築プロジェクト
 - 地域で支える生活支援プロジェクト
 - 看取り対策プロジェクト
 - 看取りに関する大規模調査
 - 北部地域医療・介護連携プロジェクト

在宅療養あんしんプロジェクト 「在宅療養あんしん病院登録システム」

京都府医師会の考え方

- 在宅療養は、負担・不安感が強く、敬遠されがちだが、条件や環境が整えば最適な医療の提供が可能でありQOLの向上が期待できる
- 在宅医療のニーズは増加するが、現状では受け皿は不十分である。在宅医療を望みながらも受けられない人をなくすことは医師会の責務
- 受け皿を拡大し、持続性を確保するには、地域の医療機関が連携して、分かち合い、在宅医療を担当するシステムが理想
- 在宅医療、療養の基盤整備には労力、時間を要し、個別対応では困難であり、医師会による推進と支援が必要
- 在宅医療推進の過程で生ずる諸課題について、厚労省、日医、地方自治体等に提言する

在宅医療における役割分担



在宅療養支援の実態把握と機能分化に関する研究
(平成22年度 厚生労働省科学研究補助金特別研究事業)

自由意見

- 開業医が24時間対応の在宅医療をするのは酷です。一生しなければならぬのだから。
- 医師一人の診療で24時間対応は制度としてしっかりとサポート体制がなくては大変困難です。
- 地方の医師不足が続き、在宅医療の理想とは程遠い状態が続くと考えられる。

在宅医療推進を考える時のポイント

- 1人医師の一般医療機関が、可能な範囲で在宅医療を実施することを基本に考える
 - 在宅医療を実施する医療機関を増やす(負担の分散)
 - 医療提供が可能な範囲を広げる(質の向上)
- DRネットなど診療所同士の互助システムは重要だが、限界がある
- 在宅医療を主に行う医療機関と一般医療機関の連携と役割分担を図る
- 訪問看護師との協働は不可欠だが、訪問看護STが不足している
- 病院との連携と病院による在宅支援が、大きな鍵となる
- 地域差を考慮する必要がある



京都府医師会 平成19年会員調査

在宅医療の制約

	急性期医療	在宅医療
医療内容	高度	限界あり
緊急時の対応	速い	時間がかかる(廊下が長い)
情報の伝達	迅速	伝わりにくい
チーム医療	容易	努力を要する
医療処置	看護師等医療職が実施	本人・家族への依存が大きい
医療の提供場所	ホーム提供者のペース治療の場	アウェイ患者・家族のペース生活の場

在宅療養中の高齢者が発熱した

- 診断
 - 原因診断の困難さ
XP撮影困難など在宅における検査の制約
 - 重症度判断の困難さ
高齢者の症状は非定型的
- 経過観察
 - 病状の変化などの情報が伝わりにくい(独居、高齢世帯)
 - 急速に悪化する場合がある
- 発熱の影響
 - 失禁、せんもう、脱水、起立困難など発熱に伴う症状、病態が、生活機能低下、介護負担増加に直結する。在宅限界を超える
 - 不安感の増強
- 判断
 - 入院のタイミング判断の困難さ
 - 末期状態と急性期の鑑別の困難さ
 - 意志表明の不明確さ、倫理的な判断の困難さ

在宅で医師が感じる不安

- 在宅で行う診断や治療への不安がある
- 病状の変化をしっかりと把握できるかの不安がある
- このまま在宅で診ていてもよいかの悩みがある
- こんな状態で病院に紹介してもよいのかとのためらいがある
- こんなになってしまったからの病院への紹介へのためらいがある

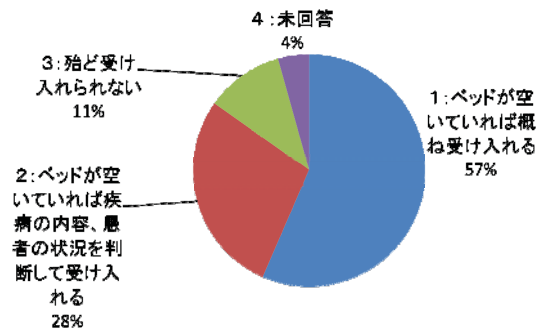
在宅で患者・家族が感じる不安

- 往診してくれる医師はいるのか
- 在宅でどのような医療を受けられるのか
- 家族に負担がかかるのではないのか
- 病状の悪化や死に直面した時に、受け止められるのか
- 状態が変化した時に受け入れてくれる病院があるのか
- 在宅が限界となった時に、入れる施設があるのか
- どのくらい費用がかかるのか

在宅で実施可能な医療の拡大、質の向上は重要だが、在宅医療の目的、限界を踏まえて、必要な時には病院と連携して医療を展開すべき。

在宅で頑張りすぎる、在宅に固執することは、本人、家族の不安、負担、不利益になることがある。また、医師及び支援する関係者の疲弊を招く危険性がある。

急性疾患発症時(認知症以外)



平成21年京都府医師会病院アンケート「中間報告」

在宅療養あんしん病院登録システム

- 在宅できることは、在宅で対応することを前提として
- 病院の理解を得て、在宅医療の特性により生じる困りごとについて、事前登録などにより、病院にアクセスしやすい環境を整備し
- 高齢者にとって致命的でもあり、在宅復帰を困難にする、重症化を可能な限り防ぐ、「在宅療養の継続」のためのシステム
 - 例) 肺炎の重症化による、入院の長期化を防ぐ
 - 脱水による合併症、心身機能の低下を防ぐ
- 在宅側と病院の協働による退院支援、退院後の受け皿の確保などにより、入院しやすさだけでなく、退院しやすさにも力点を置く

緊急性の高い病態	緊急性の低い病態
○個別のネットワークで対応可 通院中の病院、入院歴のある病院、在宅担当医が連携している病院などに受診、入院	○個別のネットワークで対応不可 (セフティーネット)
救急システム	在宅療養あんしん病院登録システム

救急医療

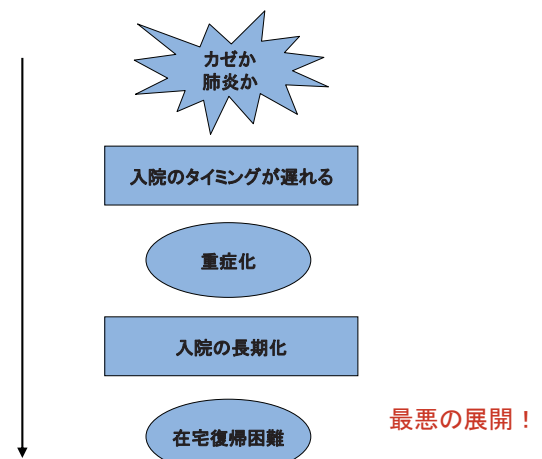
急性心筋梗塞
脳梗塞・脳出血
骨折

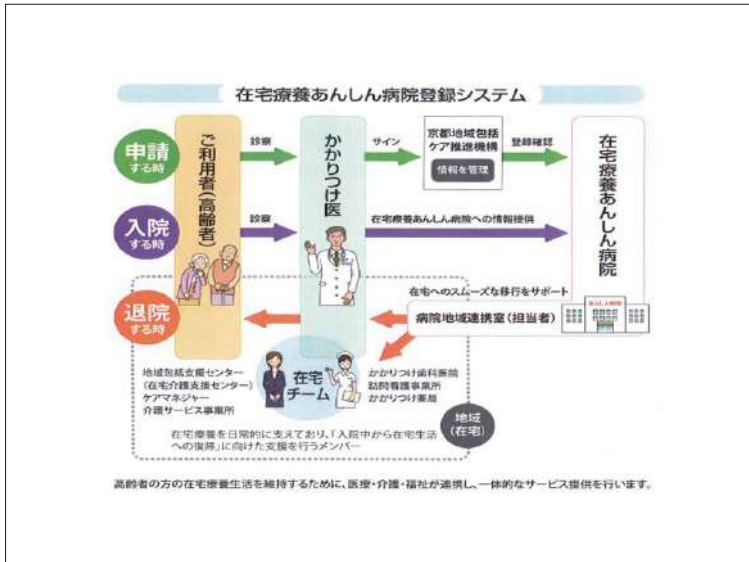
あんしん病院登録システム

原疾患の急性増悪
肺炎(?)
脱水(?)
原因不明の体調不良、機能低下

介護保険

ショートステイ
介護者のレスパイト





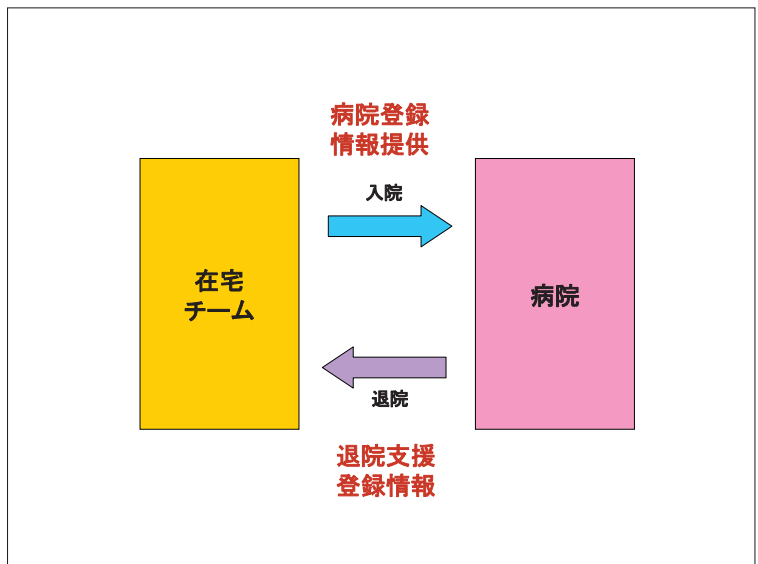
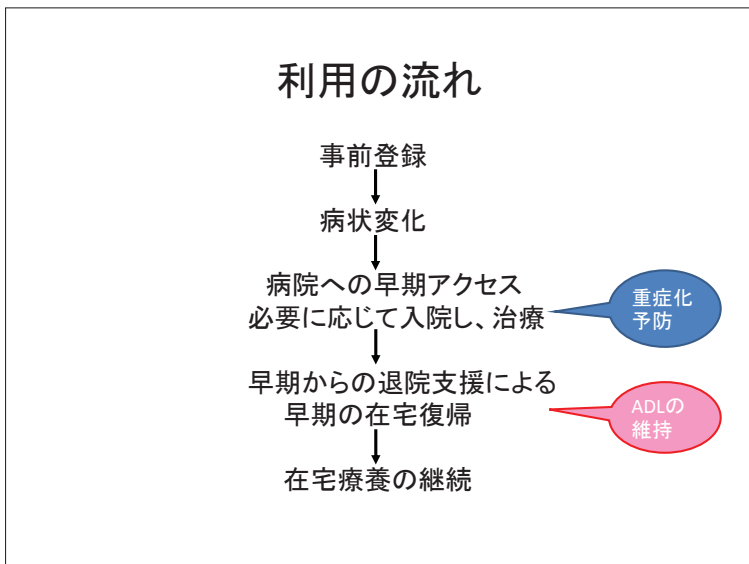
登録申請書

見本

- 氏名・住所等

氏名	性別	年齢	生年月日	住所
氏名	性別	年齢	生年月日	住所
- 登録希望病院名
- 介護保険
- 介護等関係機関

かかりつけ医記入欄



Q.短期の入院(一週間以内)が設定されているが、入院が長引くこともあるのではないかと？

A.

- 本システムの利用は、かかりつけ医が比較的短期間の入院加療で在宅復帰が可能となると判断した場合が対象となります。しかしながら、在宅において明確に入院期間を判断することは困難であり、また入院後の経過により病状が変化する場合もあり、本システムによって入院した患者であっても入院期間が長引くケースが生じることが予想されます。
- そのような場合でも、登録情報を活用し、病院と在宅関係者とが協力して退院支援を行うことで、可能な限り早期の在宅復帰を図ることを基本とします。

- ### 本システムの現況
- 登録開始 平成23年12月1日
 - 登録患者数: 6257人(平成25年8月31日時点)
 - 協力病院数: 134病院
(対象病院数 135病院)
 - 対象外病院: 大学病院、三次救命センター、産科等単科病院
(京都府病院総数 168病院)

本システムの課題

- 京都府独自の取り組みであり、入院を担保するには至っておらず、十分な「あんしん」を提供できない
- 地域によっては、病院がすでに同様の機能を果たしており、本システムの意義が少ない
- 本システムの対象となる病状と救急対応との区別が不明確。高齢者救急との一体的なシステムの構築が望ましい
- 診療報酬の評価、病院機能分化の流れと必ずしも一致しておらず、病院の理解に依存している部分が多い
- 認知症への対応は困難
- 早期入院の有効性についてのエビデンスは？
- 退院調整をいかに効率的に行うか？
- かかりつけ医が役割を果たせるか？
- 患者・家族に本システムをただしく理解してもらえるか

etc.

「在宅療養あんしん病院システム」の狙い

- 在宅医療の継続・在宅医療の推進
 - 重症化の予防
 - 負担軽減
 - 安心感(事前登録、多職種による支援)
- 病診連携・役割分担の推進
 - 病院機能(在宅療養支援機能、退院支援・調整機能)
 - かかりつけ医機能(情報提供、退院支援、在宅医療)
- 病院と在宅チームの連携、多職種協働の推進
- 病床の有効利用
 - 早期アクセスにより、入院の長期化を防ぐ
 - 退院支援のための連携・退院後の受け皿の確保
 - 高度救急病院の負担軽減

医療法
診療報酬等
で支援を！

ケアマネタイムリスト



57

病院連携窓口一覧



1.在宅医療の意義、目的を明確にする

	急性期医療 (病院)	在宅医療
医療内容	高度	限界あり
緊急時の対応	速い	時間がかかる(廊下が長い)
情報の伝達	迅速	伝わりにくい
チーム医療	容易	努力を要する
医療処置	看護師等医療職が実施	本人・家族への依存が大きい
医療の提供場所	ホーム 提供者のペース 治療の場	アウェイ 患者・家族のペース 生活の場

医師の不安・負担

- 病院医療を基準とした価値観
在宅で提供できる医療の質への不安
医師と患者・家族の在宅医療のイメージギャップ
- 果たすべき役割の多様性への負担感
- チーム医療、多職種協働の負担感
- 体力的負担
- 在宅療養を支える環境の不安定さ

医師の不安・負担感が在宅医療への積極的関与を阻害している！！

在宅医療の意義
在宅医療の目的
を明確にすることが重要

	急性期医療（病院）	在宅医療
目的	生命を救う、病気を治す、病気を防ぐ 障害を回復する、機能低下を防ぐ 「その人らしい生き方を支える」	
主な機能	救命 疾病の治癒 機能回復	プライマリケア ロングタームケア エンドオブライフケア
提供する医療	予防、診断・治療 医学的管理・指導 リハビリテーション、医療的ケア、 緩和医療 死亡確認、グリーフケア	
医師に求められる役割	治療者 医療マネジメント 対人援助者	治療者 医療マネジメント 対人援助者

内容・性格が異なる

在宅医療の意義を明確にする （一体、何のための在宅医療なのか？）

- 本人・家族の在宅への願いを叶えるために
- 在宅医療の利点
在宅には心身機能を回復させる力(自宅力)がある
在宅には痛みを緩和する力がある
- 自宅、介護施設、多様な住まい、どこであれ、生活・療養の場で、尊厳を守り、生活を支えるための「**支持医療**」が必要(超高齢社会に必要な医療)
「この時代に遭遇した医師の使命」
- 医師にとっての新たな活躍の場
- 医療者のやりがい

自宅(在宅)力

	病院	在宅医療
医療の提供場所 (医療者の視点)	ホーム 医療側のペース	アウェイ 患者・家族のペース
医療を受ける場所 (患者の視点)	ビジター 治療の場 病人	ホーム 生活の場 家人

「自宅力」～こころが動く、動かす

- 自分ですること、自分で決めること
 - お酒が飲みたい
 - 好きなものを食べたい
 - 家にいたい
 - 居心地がいい
 - 楽しい
 - 落ち着く
 - 泣ける
 - 怒る

最期までその人らしさを支える

- 方針、共有
 - 物語
 - 本人
 - 家族
 - 援助者
 - 社会
 - 根拠
 - 現実
- 役割分担、協働
 - 医療、看護、介護、生活支援
- 支持、緩和、ケア

京都府での取り組み

- 医学教育、研修
- かかりつけ医、生涯教育
- 地域包括ケア推進機構
 - 在宅医療
 - 看取り
 - 認知症
 - リハビリテーション
- 在宅医療サポートセンター（療養拠点）
- 府民との共同作業

雑感

- 在宅医療、療養の推進は途上
 - 国、都道府県、市町村からの継続的な支援が必要
- 包括、適合のための受け皿（機構）が必要
- 在宅医療の推進拠点は郡市区医師会又は都道府県医師会が担うべき（市町村、都道府県との共同作業）
- 病院依存からの脱却は必要だが、そのためにも在宅医療を支援する病院機能（多様）を充実すべき
- 在宅復帰のための仕掛け（退院調整、在宅・病院協働、多職種協働、かかりつけ医機能等）を充実すべき
- 在宅医療、地域包括ケアの意味
 - 学生教育、研修、生涯学習
 - 国民との共同作業
- 看取り 最も大切なものは？

第5回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅医療を担う後進を育成する」現状と課題

話題提供： 小嶋 一 氏
医療法人溪仁会 手稲家庭医療クリニック 院長

日時： 平成25年10月25日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 605A 会議室

「在宅医療を担う後進を育成する」 現状と課題

勇美記念財団 第5回 「2013年度在宅医療推進のための会」

2013年10月25日

医療法人 湊仁会 手稲家庭医療クリニック 小嶋 一

kojimah@gmail.com

本日の内容

- 自己紹介をかねて日本の初期研修の問題点など+アメリカの家庭医療研修について
- Faculty Developmentについて
- 当院での家庭医療研修医育成について
- 今後の課題

自己紹介

- 東京生まれ 40歳
- 九州大学医学部卒
- 沖縄中部病院で研修
- 離島医療に従事
- アメリカで家庭医に
- 2008年から手稲へ



自己紹介

- 米国家庭医療専門医
- 米国ピッツバーグ大学家庭医療科Faculty Developmentフェロースhipを2年間
- 公衆衛生修士（米国ピッツバーグ大学公衆衛生大学院）
- 日本プライマリケア連合学会認定医・指導医・学会誌編集出版委員・北海道支部幹事
- 日本医師会将来ビジョン委員
- 札幌市医師会在宅療養支援委員・介護保険審査委員
- 厚生労働省認知症サポート医
- 日本医師会健康スポーツ医
- 保育園・中学校嘱託医

自己紹介

- 親は商売人：居酒屋
- 剣道、バレーボール、水泳、ラグビー、自転車、そしてトライアスロン
- 3浪・・・
- 3児の父



これまでの道のり

医師生活の始まり：沖縄

私が受けた日本の初期研修：沖縄県立中部病院

- ・年間担当患者数（2年次） 約350名
- ・救急外来年間（1年次） 約900名
- ・スーパーローテート研修 2年間
 - ・内科9ヶ月、外科3ヶ月、小児科4ヶ月
 - ・産婦人科4ヶ月、救急3ヶ月、麻酔科1ヶ月
- ・外来研修
 - ・救急外来（当直）内科週半日（フォロー外来）
 - ・小児科週半日（フォロー外来、乳児健診）

卒後3年目 離島の経験

- ・沖縄県伊平屋島 人口1500人
- ・医者1人、看護師1人
- ・毎日当直！
- ・年間患者8420人（新患1500時間外650）
- ・救急ヘリコプター要請年20件
- ・風邪から心肺停止まで
- ・外傷、精神錯乱なんでもあり



離島診療所時代

- ・あまりにも違う診療環境
- ・患者層が違う、疾患が違う、できることが違う、緊急度が違う、利用できるリソースが違う、何もかも中部病院で学んだこととは違う……
- ・それでもやりがいがある毎日
- ・家庭医としての自覚が芽生えた

島医者としての自信と不安

- ・中部病院で学んだことのすごさ
- ・離島で活躍できることの喜び
- ・地域の人に大切にされた・愛された
- ・目の前に日本の縮図が見える。「地域」を初めて見た

- ・圧倒的に感じた足腰の弱さ
- ・経験か？知識か？それとも……？

地域医療／在宅医療に関する 現在の日本の卒後臨床研修の課題

- ・大学病院～総合病院のような急性期病院／高機能病院での専門科研修ローテーションによる研修が全体の9割以上を占める
- ・病棟研修が主
- ・外来教育を系統的に行っているプログラムはほぼ皆無
- ・地域医療研修＝僻地医療研修という勘違い
- ・研修を受けている地域の現状を指導医／勤務医でさえ良く理解できていないこともある！
- ・在宅医療に触れる機会は……明文化／標準化なし

医師としての飛躍：アメリカ

Family Medicine Residency in U.S.

3年間の研修 4週間 x 13期 x 3年 = 39期

- 病棟/ICU (10期)
- FHCチーフレジデント (1期)
- 小児科病棟/ER (3期)
- 外科 (外来) (2期)
- 産婦人科 (4期)
- 専門科 (外来) : 循環器、神経内科、整形外科、老年科、精神科、耳鼻科、眼科、泌尿器科、リハビリなど
- 選択科目 4.5期
- Community Medicine, Practice Management 2期

Family Medicine Residency in U.S.

- 3年間の研修
- Practice (開業) を前提とした教育
 - 無理なく開業できる段階的なプログラム
- 外来研修中心
 - 継続外来専門施設 : **Family Health Center**
 - 外来診療数 : 150人 (1年目) + 1500人 (2-3年目)

Family Health Center

- 指導医と研修医がグループ診療を行う
- 研修医にはプリセプターという指導医が最低でも研修医4名に1名が専属
- プリセプターは自分の外来をせず指導のみに専念しなければならない
- 研修医1年目、前半の6ヶ月は全例指導医も診察する
- 研修医2年目までは自分だけの判断で外来から患者を帰してはならない
- どんな些細なこともプリセプターに聞ける
- 外来には家庭医のロールモデルがゾロゾロいる
- 診療の幅の広さ、将来開業するときの原点、経営などを実地で学ぶ

FHCでよく遭遇する問題：小嶋3年間担当症例より

- 小児健診 11%
- 妊婦健診、産褥期健診 7%
- 成人健診 (運転免許、スポーツ、就業前、薬物中毒) 6.5%
- 婦人科検診 2%
- DM、HTN 2.5%
- 風邪 11%
- 皮膚科 9%
- 婦人科 (性器出血・帯下) 5%
- 腰痛 4%
- 腹痛 3.5%
- 尿路感染症 3%
- 眼科 2.5%

FHCで家庭医の幅を思い知る

- 各種書類
- 術前健診
- うつ病、不安神経症などの精神科
- ストレスコントロール
- 外傷 (縫合、ギプス)
- 勃起不全
- 麻薬中毒
- 避妊相談 (避妊薬、ペッサリー、パイプカット)
- 不妊症
- 肥満
- 禁煙指導
- 往診、老人ホーム、ボランティアクリニック、学校健診

アメリカの在宅医療：Home visit/Home care

- アメリカでは医師の訪問は一般的ではない。訪問看護師は看護の範囲も人材も豊富（例：CABG術後10日でステープラついたまま退院し看護師訪問）
- 家庭医や内科医が行うことが多い。専門医と認定されているのは全米でも100名以下（American Academy of Home Care Physicians）
- 現在の再診料は1回\$110
- 論文もあまりない
 - 2006 Ann of Fam Med: 供覧「Home Careは家庭医療の未来の鍵となる」
 - 1999 Am Fam Physician：Home visitの概要の紹介のみ

アメリカの研修で納得

• 開業（独立診療）を前提とした教育

- 目の前に**ロールモデル**
- 入院診療と**外来診療の研修バランス**
- **研修終了後90%以上が開業する**
- ひとり立ちするための**移行システム**：ステップアップ
- 開業医と同じセッティングで研修を受け一緒に患者さんを診る
- 開業医と指導医による外来指導

家庭医療専門医になって気づいたこと

- 何でも屋としての家庭医の必要性和効率性
- 離島医療でみえた継続性の重要さ
- 僻地医療に携わる医師のキャリアプラン支援
- 家庭医養成の重要性

→地域にあたりまえに家庭医がいる社会を作ろう！

帰国前に武器を身につける

武器① Faculty Development

- Faculty Development Fellowshipとは
- 2年間管理者・教育者・研究者として入り口に立つためのコース
- 教育理論から実践／実習を指導医の指導医から教わる
- 管理者として生き抜くための技術、心構えなどを学ぶ
- 研究のためのリソースを有効に活用しながら実際に様々なプロジェクトに加わる
- 一番の学びは"Juggling"を覚えたこと



Faculty Development

- Facultyとは「指導医」「学部／指導者群」の2つの意
- 医学におけるFDの主な項目
 - 医学教育：教育理論／技法、カリキュラム開発、評価
 - 管理能力：リーダーシップ、文書作成能力、交渉術など
 - 研究：研究費獲得から実際の研究手法まで

武器② 公衆衛生修士

- 地域の健康という視点
- 公衆衛生の方法論
- 家庭医療の位置づけ
- 医療・福祉・介護の連携



医師として根を張るために：日本



手稲家庭医療クリニックスタッフと
家庭医療研修プログラム研修医

スタッフ医師 6名
後期研修医 7名
初期研修医 4名

手稲家庭医療クリニックの役割

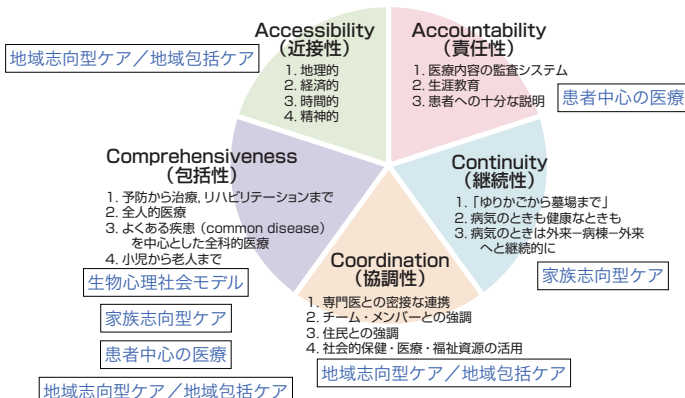
- ・ 外来診療：内科・小児科・産婦人科 他院から精査目的の紹介も少なくない
- ・ 在宅診療：認知症、若年者、癌終末期も（～100名） 専属看護師2名+MSW
- ・ 入院診療：癌終末期の方の症状緩和と家族との大切な時間を（年間看取り130名）
- ・ 様々な医療機関や職種との連携
- ・ 健康な地域づくり：地域での講演会、患者グループ会、学校や職場へ
- ・ 家庭医養成と地域支援
 - ・ 後期研修医7名、初期研修医4名、指導医6名、実習見学医学生／研修医多数
 - ・ 余市協会病院、江別市立病院、倶知安厚生病院、喜茂別町立クリニック+α

ある日の小嶋の外來

- ・ 72歳男性 膵臓がん末期
- ・ 56歳女性 不安障害
- ・ 28歳女性 妊婦健診 妊娠32週
- ・ 4ヶ月男児 予防接種
- ・ 11歳男子 発熱 咳
- ・ 71歳女性 ろうあ 喘息・Grievingあり

プライマリケアと家庭医療のコアプリンシプル

図2 米国国立科学アカデミーによるプライマリ・ケアの定義 (ACCCA)



手稲ってどんなところ？



手稲の人口・世帯情報(2013)

- 人口 14,0929 高齢化率 23.5%
- 世帯数 65,977 (1世帯あたり平均2.13人)
- 独居 11,125世帯
- 高齢単身世帯 3,150 (75歳以上 1,582世帯)
- 高齢夫婦世帯 5,084 (一般世帯数の約10%)
- 65歳以上親族のいる世帯は一般世帯数の約30%
- 核家族世帯割合 70%



手稲の医療機関 (15病院+62医院)

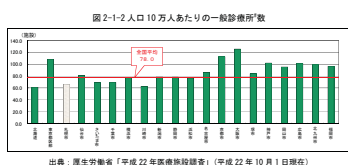
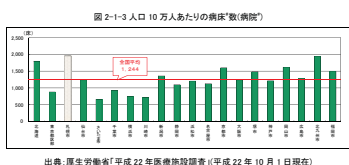
- 手稲済仁会病院(562)
- 北海道立子ども総合医療・療育センター(215)
- 秀友会病院(141)：脳外科
- 西成病院(103)：急性期～亜急性期
- 手稲いなづみ病院(80)：亜急性期、呼吸器、透析
- イムス札幌内科リハビリテーション病院(150)：亜急性期
- 立花病院(240)：療養型
- 田中病院(310)：療養型
- 緑誠病院(342)：療養型
- 宮の沢病院(355)：療養型
- 北都病院(116)：療養型
- 手稲病院(精232)
- 中垣病院(288うち精246)
- 札幌グリーン病院(精180)
- 前田心臓血管内科リハビリテーション病院(32)

手稲における総合診療の現状

- 地域基幹病院／総合病院／救急病院として手稲済仁会病院 (562床) に依存した医療圏
 →救急外来 (walk-in & 救急車) 総合内科外来 手稲家庭医療クリニック
- 脳外科、精神科、亜急性期～療養型病床は豊富
- 62カ所の医院 (眼科4、皮膚科3、産婦人科3、耳鼻科5、小児科13、整形3)
- グループホーム21カ所、老人介護保健施設4カ所、特別養護老人ホーム6カ所と箱もの介護施設も豊富
- 総合診療／家庭医は当院のみ？ (手稲区内に「○○ファミリークリニック」は2件あるが・・・診療内容は・・・)

手稲における総合診療の現状

- 札幌市は人口あたりの病院数／病床数は全国平均よりもかなり上だが、一般診療所数は少ない→診療所の負担は他の都市よりも大きい (東京の逆パターン)
- 手稲区内に62カ所の医院 (眼科4、皮膚科3、産婦人科3、耳鼻科5、小児科13、整形3) →一般内科診療所31カ所→1診療所あたり人口約4500人 (おそらく全国平均は約2500人)



日本プライマリケア連合学会の現状

- 学会員数 8,945名 (2013年8月末現在) *内科学会員数 104,497名
- 研修プログラム数 180プログラム (2013年4月現在)
- 登録研修医数 291名 (中断中は除く、2013年4月現在)
- 専門医として認定した医師数 385名 (2013年7月試験後総数)
- 認定医 2,519名 (2013年7月試験後総数)
- 指導医 682名 (2013年8月末現在)

*日本在宅医学会認定専門医**195名** (2013/10HPにて確認)

地域に良質な家庭医療を提供するには

- 家庭医が活躍できる現場を確保すること
- 家庭医を育て地域を支えること
- 継続性のある診療システムを確立すること
- ビジョンを示すこと

当院の家庭医育成のビジョン

- **都市で育て地域を支える**：都市部で研修を効率的に。都市部という地域での実践と、僻地を含む様々な地域での研修を実力にかえる。都市部での豊富な医療資源と、確立されたネットワーク（例えば札幌市在宅ケア連絡会、札幌市医師会など）を研修中に熟知する。僻地など資源とネットワークに恵まれない地域での活動でも戸惑わないように。
- **優れたロールモデル**のもと、現代的な教育方法で本物の家庭医療／総合診療を学ぶ：米国家庭医療専門医2名、離島診療経験者2名など。指導医は臓器専門医との兼務／転向も。指導医養成コース修了者。
- **グループ診療としての研修プログラム**：研修医も指導医もグループで診療することで単独診療とは異なる厚みを実現。24時間対応、生涯教育、地域支援や教育活動をサポート。
- 民間医療機関ならではの**経営管理能力**開発：経営管理学修士在籍。民間医療機関として様々な取り組み。自立／継続可能な医療の組み立てを研修中に学ぶ。
- **屋根瓦方式**：初期研修から既に医学生の指導を担当。指導方法を实地で学ぶ。様々なスタイルの教育機会に恵まれた環境。

当院の家庭医育成：現場中心の研修

- アメリカのFHCをモデルにした総合病院に近い立地で家庭医療を実践する研修施設（手稲家庭医療クリニック）を現場として確立。
- 手稲家庭医療クリニックでの自分の外来や在宅で足りない点を専門科ローテーション研修で強化
- 日々の症例を指導医や研修医とレビューする。問題点はその場で解決する方法を提示し、身につけさせる。
- 外来プリセプト専従の指導医を確保する（大変！）
- 外来レビュー（輪番受診、定期外来予習、症例相談）を毎日
- ビデオレビュー、ポートフォリオ、レクチャー、ワークショップ、Quality Improvement
→腕試しとしての僻地研修

当院の家庭医育成：ロールモデル

- 教えることと実践の乖離がないロールモデルとしての指導医
- 同じ現場で同じようにやってみせることの意義
- 同じ現場で仕事をするからこそ分かるPractice Based Learning and Improvement (ACGME 6 competencies)
- 指導医間で指導内容が変わらない標準的医療
- 教え方の標準化（＝教わり方の標準化）

当院の家庭医育成：グループ診療と屋根瓦方式

- 研修プログラムを活用した屋根瓦方式とグループ診療の確立：医学生→初期研修医→後期研修医→フェロー→指導医
- 継続性を担保するためのグループ診療（忙しさとプライベートの両立）→生涯教育機会も担保できる
- 教えることが日常に→Teaching is Learning twice
- 研修医が研修医を呼ぶ好循環

ロールモデルのこと

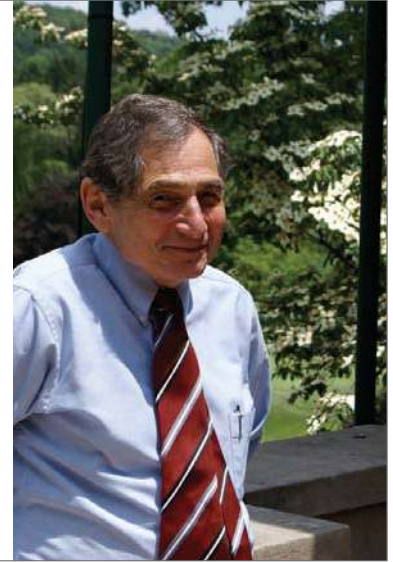
ロールモデル

- 1969年に設立された米国家庭医療専門医制度
- すでにアメリカには5万5千人の家庭医療専門医がいる。家庭医療研修プログラムは全米で480あまり、家庭医療研修医は約7000人。
- 目の前のロールモデルがないのに学べとは・・・

私のロールモデル

Joel H. Merenstein, MD.

家庭医、指導医、リーダー、FDディレクター、一人の人間として、全ての面で私のロールモデル



メンター

- 自分の職種、ポジション、人生観などを理解・共感
- 様々な面で自分の先を進んでいる
- 自分の成長を助けてくれる
- 尊敬に値する
- 複数のメンターがいてもいい

今後の課題

- 在宅医療の担い手として家庭医／総合診療医を増やすためには、指導医を確保するための予算が必要：医師養成に対する費用は研修医にしか確保されていない！
- 当院の取り組みを広く全国に伝える取り組みが必要
- 研修医育成と地域の医師の生涯教育は両方とも重要
- 研修医指導の標準化：FDの普及（FDフェローシップ）

Reference／参考文献

- 小嶋一 熊熊通信特集 北海道の医療崩壊を立て直す 「北海道の地域医療のために～医師不足と医師偏在を解消するための当院の戦略～」 北海道医報 2013 第1132号P20
- FDの定義・内容について（文部科学省）http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/003/gijiroku/06102415/006/003.htm
- 小嶋一 日経メディカルオンライン 家庭医の作法「日本の家庭医はどうやって生き延びればいいのか？」 2011/10

ご清聴ありがとうございました

第6回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「口から食べること」を地域でいかに支えるか？
～東京都大田区での訪問歯科の取り組み～

話題提供： 細野 純 氏
細野歯科クリニック 院長

新谷 浩和 氏
新谷歯科医院 院長

伊東 由香 氏
大田保健所 大森地域健康課

日時： 平成25年12月20日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 602A 会議室

「口から食べることを地域でいかに支えるか？」

・・東京都大田区での訪問歯科の取り組み・・



細野歯科クリニック
新谷歯科医院
大田区保健所大森地域健康課

細野 純
新谷浩和
伊東由香



東京都大田区

- 人口約70万1千人
高齢化率 約21,6%
- 東京都区南部医療圏
- 基幹病院
東邦大学医療センター大森病院
荏原病院
大森赤十字病院
池上総合病院
蒲田総合病院
東京労災病院
昭和大学歯科病院など



- 大田区保健所
- 大森地域庁舎
- 圃布地域庁舎
- 蒲田地域庁舎
- 糞谷・羽田地域庁舎

- 大森医師会・蒲田医師会・田圃調布医師会
- 大森歯科医師会・蒲田歯科医師会
- 大田区薬剤師会

- さわやかサポート
地域包括支援センター 20ヶ所



摂食・嚥下障害を有する推計患者数はどのくらいあるのだろうか？



北海道における摂食・嚥下障害を有する患者推計数
(平成17年度要介護高齢者に対する摂食嚥下障害対策
実態調査報告書:北海道保健福祉部)
北海道内の病院・施設・在宅での患者数:約35,000人を対象

要介護認定者数に占める割合 =18.1%

全国推計 959.863人
(2012年3月、要介護(要支援)認定者数 5,303,111人)

東京都推計 84.859人
(2012年3月、要介護(要支援)認定者数 468,835人)

東京都福祉保健局 平成21年 介護保険施設等における口腔ケア等実態状況調査

- 介護保険施設等(有料老人ホーム、認知症グループホームなどを含む)
:調査対象数 1,211 回答数 441 回答率 36.4%
- 訪問看護ステーション :調査対象数 534 回答数 218 回答率 40.8%

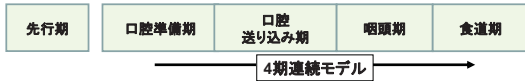
Q:利用者の食事中の誤嚥、窒息について心配なことはありましたか？



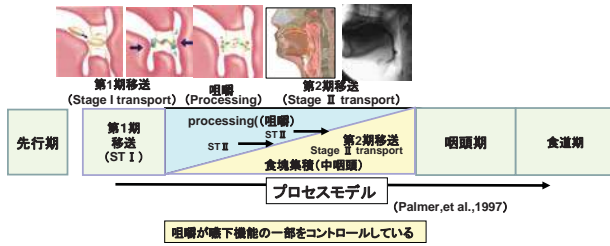
食べる機能はプロセスモデルで考えることも必要である

- 従来は、「飲み込む」機能単体として、液体もしくはそれに準じた食物を飲み込んだときの4期連続モデルの動態を考えていた
- 1992年にPalmerらは、咀嚼を必要とする固体を食べる時は、液体嚥下とは動態の異なるプロセスモデル「咀嚼嚥下複合体(chew-swallow complex)」を提唱後、研究が進められている
- プロセスモデル(咀嚼嚥下複合体)は、咀嚼と嚥下を分離した概念では理解されない「食べる」機能に注目した視点といえる

咀嚼を必要としない液体の嚥下



固形物など咀嚼を伴う嚥下



上下義歯の装着による咀嚼機能の改善と食形態のアップ

- 低下した嚥下機能に負担をかけないために咀嚼機能の改善と食形態の調整が必要
- 特に2相性食物(液体と固体が混在する食物)のとりみ調整は重要である

大田区立特別養護老人ホーム 大森

管理栄養士と連携した、摂食・嚥下機能に適した食形態



通販、スーパーでもユニバーサルデザインフードやとりみ調整剤が数多く販売されている

とりみ調整方法は重要である

調理の工夫と食形態調整

服薬の工夫も重要である

日本摂食・嚥下リハビリテーション学会 嚥下調整食分類 2013

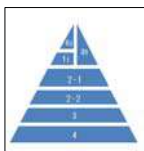
- 日本においては従来、統一された嚥下調整食の段階が存在せず、地域や施設毎に多くの名称や段階が混在しているのが現状。
- 急性期病院から回復期病院、あるいは病院から施設・在宅およびその逆などの連携が普及してきているが、統一基準、統一名称がないことは、摂食・嚥下障害者及び関係者の不利益となっている

学会として統一

マニュアル(16P)

学会分類2013(食事)早見表

学会分類2013(とろみ)早見表

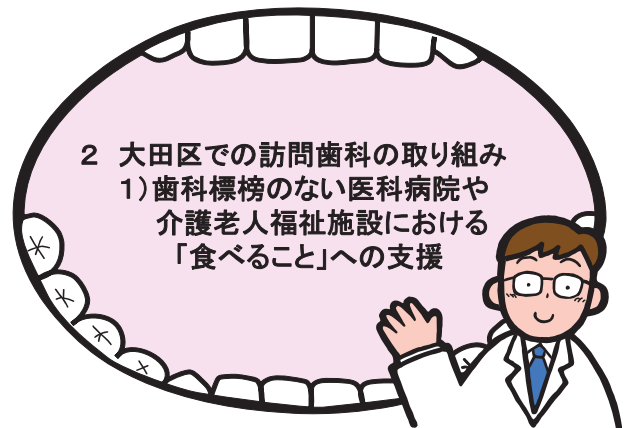


調整食の種類	特徴	適した食品
1
2
3
4

調整食の種類	特徴	適した食品
1
2
3
4

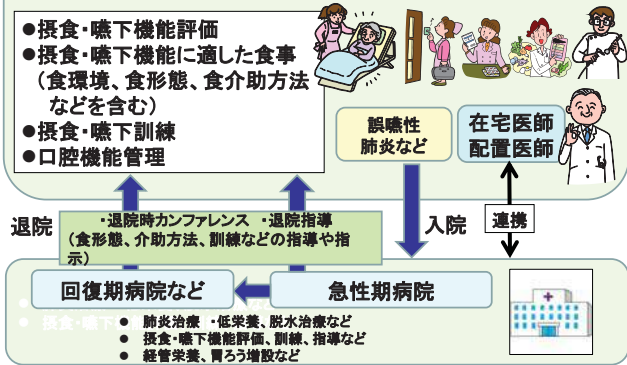
http://www.jsdr.or.jp/doc/doc_manual1.html

2 大田区での訪問歯科の取り組み
1) 歯科標榜のない医科病院や介護老人福祉施設における「食べること」への支援



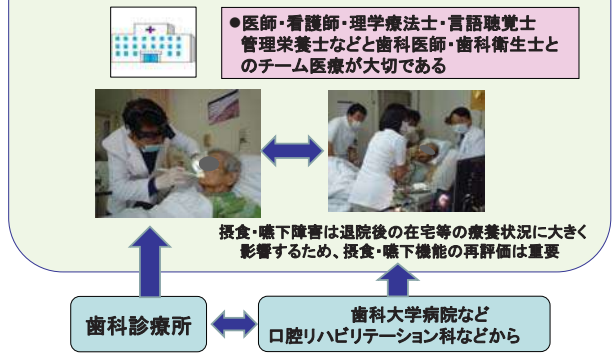
地域での摂食・嚥下障害への対応

居宅や介護施設で療養中の高齢者(摂食・嚥下障害)



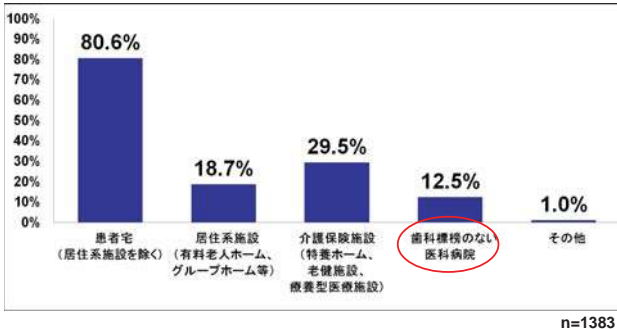
歯科標榜のない医科病院における医療連携

歯科治療や摂食・嚥下機能評価

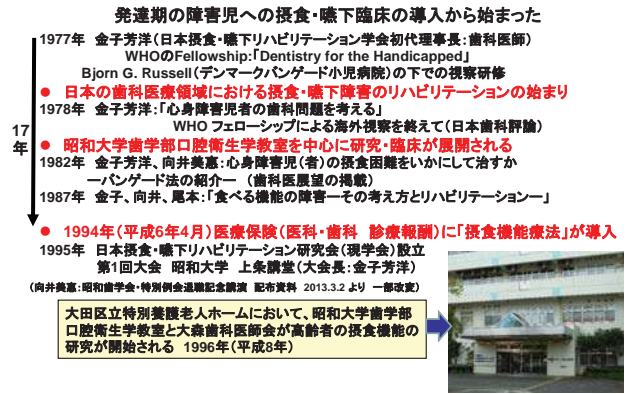


平成23年度東京都8020運動推進特別事業
かかりつけ歯科医と歯と口の健康づくりに関する調査 (社)東京都歯科医師会

歯科訪問診療を行った訪問先 (複数回答)



日本の歯科医療における 摂食・嚥下リハビリテーション



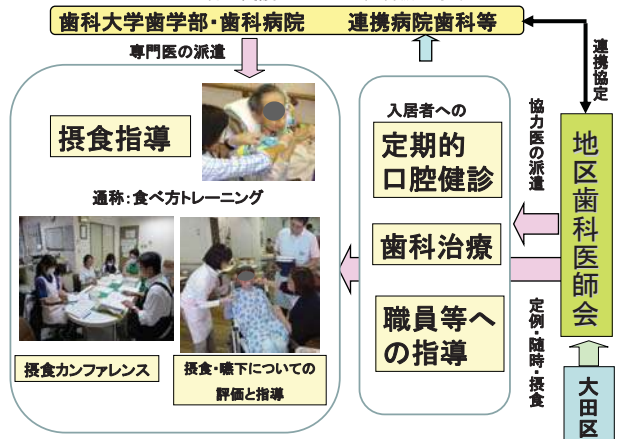
(公社)大田区大森歯科医師会管内の 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)



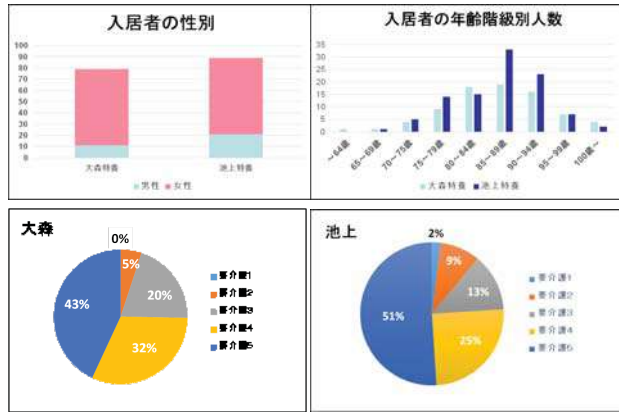
大田区立特別養護老人ホーム大森 大田区立特別養護老人ホーム池上

平成3年から歯科医師会と大田区
特別養護老人ホーム歯科協力事業

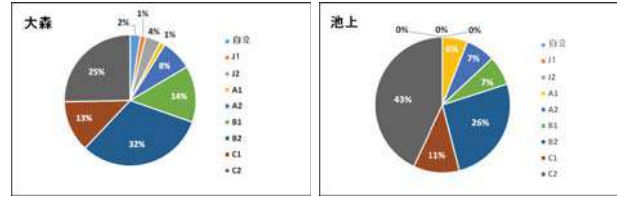
大田区立特別養護老人ホーム歯科協力事業



大田区立特別養護老人ホーム(大森・池上) 平成25年11月



障害高齢者の日常生活分類



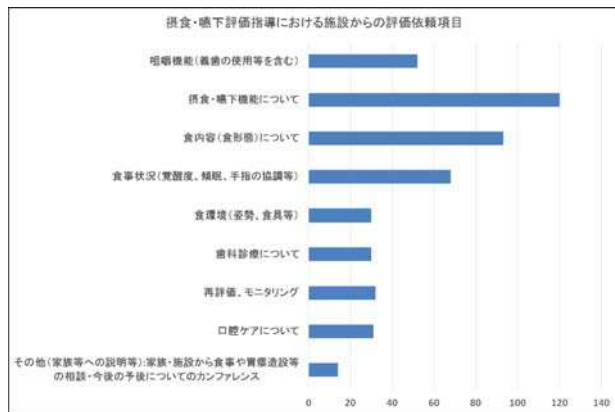
歯科医師の食事介助、機能評価施設の介護職への義歯の清掃指導

歯科衛生士による食事介助と口腔のケア

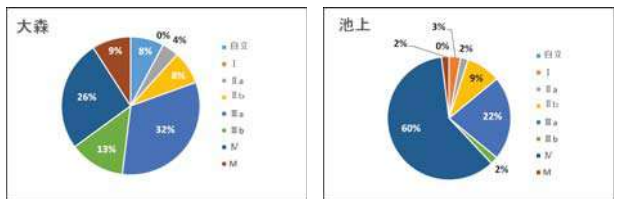


施設からの評価依頼項目

大森特養 平成24年度



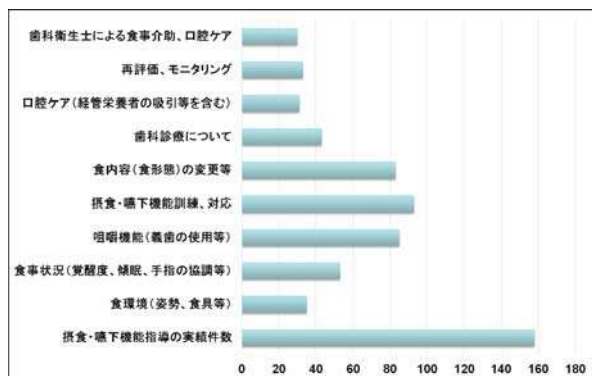
認知症高齢者の日常生活分類



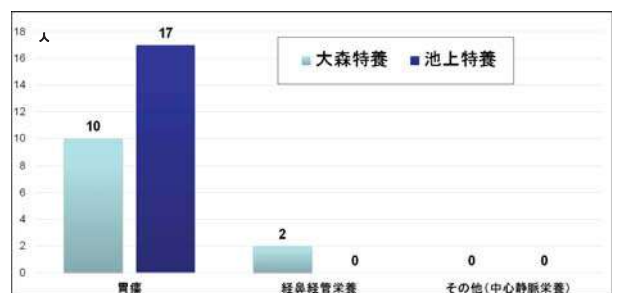
認知症の方の食支援は特に重要である



摂食・嚥下機能評価後の指導項目(歯科医師、歯科衛生士) 大森特養 平成24年度



胃瘻・経鼻経管栄養など



胃ろう造設及び造設後の転帰等に関する調査研究事業 報告書

- 3種類のアンケート調査を実施
- 調査種類と対象施設（配布枚数） A 病院調査：胃ろう造設病院（3,000施設） B 退院後調査：介護保険施設・訪問看護ステーション（4,650施設）
- 配布枚数A,B,C(はBに含めて送付)：7,650 有効回答数：2,160 有効回答率：28.2%

● 胃ろう造設病院：退院時の将来の経口移行の可能性と、造設後の訓練の実施状況

	度数	%		度数	%
計	1,467	100.0	計	357	100.0
経口摂取に異なる可能性があった	357	24.3	訓練を実施	260	72.8
経口摂取に異なる可能性はなかった	867	59.1	退院後に実施予定	5	1.4
可能性を検討しなかった	98	6.7	実施しない・予定がない	85	23.8
不明	77	5.2	無回答	7	2.0
無回答	68	4.6			

経口摂取に戻る可能性は、24.3%の者であった。その中で、造設後、訓練を実施していたが、72.8%、実施しない・予定がないが23.8%であった。

● 胃ろう造設病院と退院先の連携

造設患者の80%について情報提供がされ、情報提供の内訳をみると、胃ろうの管理に関する情報は多くの事例で提供されていたが、摂食・嚥下機能の評価、今後の訓練の必要性等を提供している割合は低かった。

介護保険施設、在宅での摂食・嚥下障害に対するケアの体制

● 経口摂取が難しくなった場合と摂食・嚥下訓練の実施状況

- 経口摂取が難しくなった利用者への対応方針としては、「施設としての方針は特になし」「なるべく経口摂取を維持するように努める」が大半を占めた。
- また、現在70%~90%程度の施設・事業所で摂食・嚥下訓練を実施していた。

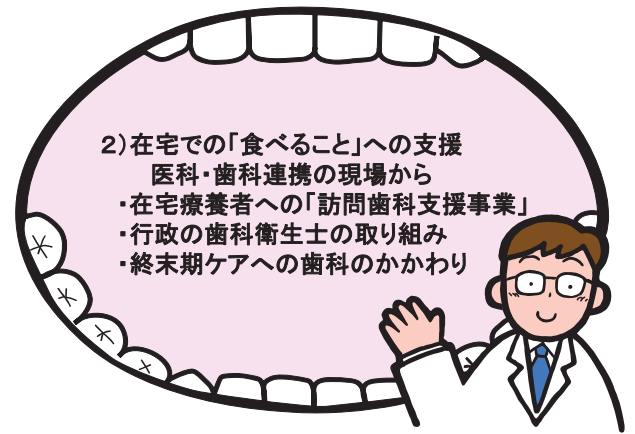
● 介護保険施設、訪問STが摂食・嚥下訓練の実施にあたって困難を感じていること

- 特養や訪問看護STにおいて摂食嚥下の訓練方法が分からない
・・・回答率が高かった
- 外部の歯科医師・歯科衛生士・言語聴覚士等の協力を得ることが難しいと回答した割合も高かった

施設職員（看護師、管理栄養士、ケアワーカーなど）と協働して協力歯科医師が摂食・嚥下機能評価と指導を行う

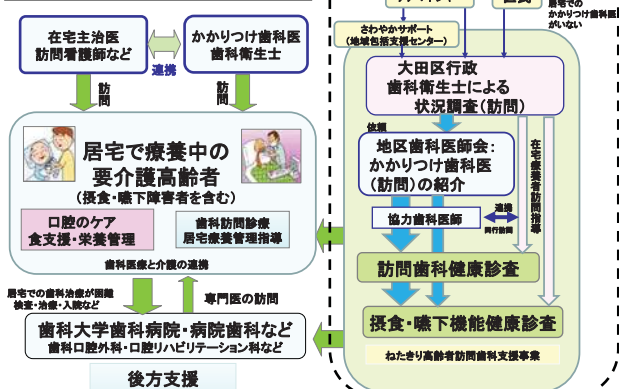


- 今後、介護保険施設において増加する摂食・嚥下障害のある入所者のQOLの向上には、「口から食べること」の支援が不可欠である。そのためには、定期的に口腔保健管理を行う歯科医師・歯科衛生士が必要である。
- 大田区行政と地区歯科医師会と施設側、さらに専門医との連携・協働が重要である。

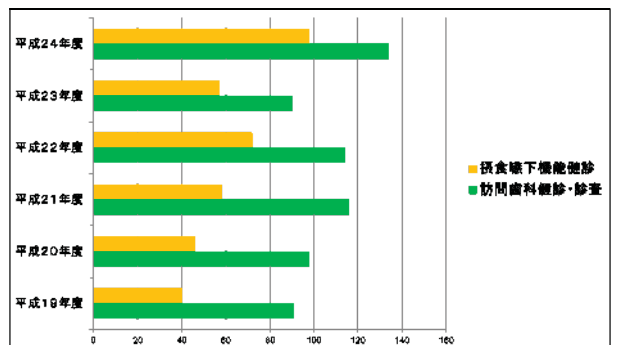


2) 在宅での「食べること」への支援
医科・歯科連携の現場から
・在宅療養者への「訪問歯科支援事業」
・行政の歯科衛生士の取り組み
・終末期ケアへの歯科のかかわり

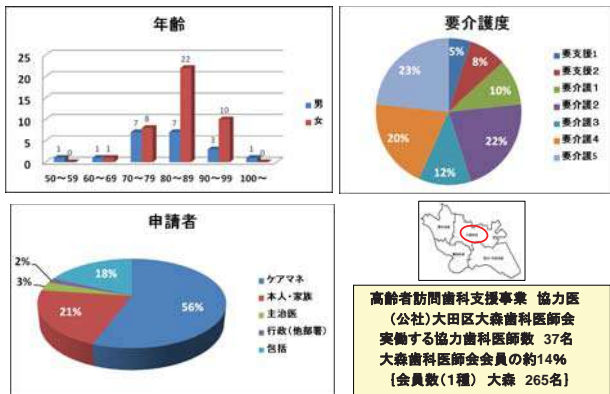
東京都大田区における
居宅への訪問歯科の取り組み



高齢者訪問歯科支援事業
近年の件数の推移（大田区各地区合計）



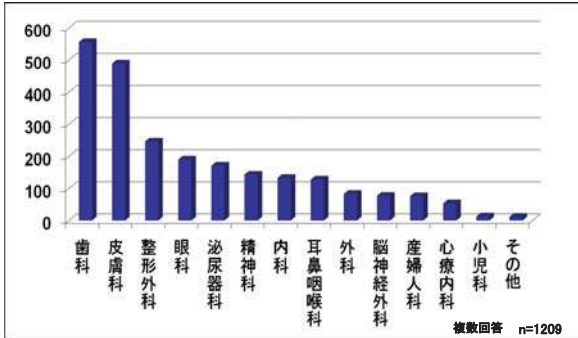
平成24年度 高齢者訪問歯科支援事業（大森地域庁舎管内）
対象者（申請者）61人（内 摂食嚥下機能健診 25人）



生活の場での医療における医科・歯科連携

東京の在宅医療の現在

東京都福祉保健局：東京都在宅医療実態調査 H21
在宅医療の主治医（医師）が連携した診療科は「歯科」が多い



大田区 訪問歯科支援事業



●大田区在住の通院困難な在宅療養者で口腔の疾病や摂食・嚥下障害などがあるにもかかわらず、訪問でのかかりつけ歯科医がいないため、必要な歯科治療や指導を受けられない区民へのセーフティネットの役割を果たしている。

2009.10 CLINIC BAMBOO より

大田区行政歯科衛生士の訪問相談事業における役割

大田区地域健康課 歯科衛生士数 8名
内4名が地域福祉課兼務

大田区在宅高齢者訪問相談事業

区内に居住地を有する心身虚弱な65歳以上の者のうち、医療保険や介護保険に基づく療養や介護等を必要としているが、現に該当する制度を利用していない又は利用できない状況等にある在宅療養者及びその家族を対象とする。制度利用等の相談、心身機能の低下の防止及び健康の保持増進を図るため指導を行うことを目的とした事業である。

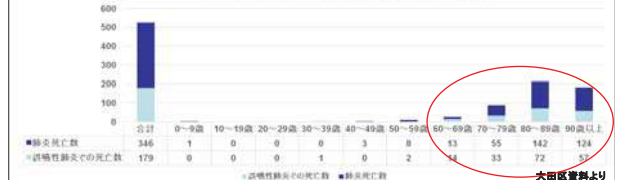


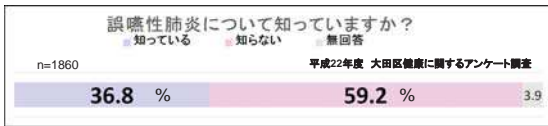
事業の従事者は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、医師

大田区：主要死因分類別死亡者数（男・女別）平成23年



大田区（平成23年）死因：肺炎 死亡者数





おおた健康プラン 平成23年度～平成25年度

めざす姿：
7 歯の健康 自分の歯で食事を楽しみ、健康でイキイキと暮らしていくための健全な口腔機能を維持できる健康習慣を身につけます

口腔機能の維持、安全性に配慮した食べ方の支援

地域との連携を図りながら、誤嚥による窒息予防と肺炎予防のための知識や、自己管理の方法をより多くの高齢者に広める

指標項目	現状値			目標値	
	数値	調査年度	現状値の出所	数値	調査年度
誤嚥性肺炎の認知度	36.8%	H22年度	健康に関するアンケート	50.0%	H25年度

行政の歯科衛生士の役割は大きいと考えられる

End of Life Care(終末期ケア)における
口腔のケアの充実は大切である

- ・87歳 女性 要介護5 ・脳梗塞、心不全、大腿骨頸部骨折
- * 積極的な延命処置は希望されず、在宅での看取りを希望



家族や在宅医(在宅療養支援診療所)、訪問看護師との連携強化

- 無理なく安楽で苦痛のない口腔ケアをめざす
- 口腔乾燥への対応や口腔内の清潔保持は重要である
- 最後まで少しでも口から食べることができるような支援と連携をめざす
- 終末期ケアに歯科専門職による口腔のケアも含まれると考える

がん連携に係わる研修の現状 (公社)日本歯科医師会

- 日本歯科医師会は平成22年8月から国立がん研究センターと連携して、がん患者の口腔衛生状態の向上によってがん治療口腔合併症などの予防・軽減、更にはすべてのがん患者が安心して歯科治療を受けられることができる社会基盤を構築することを目的として連携のための研修会を全国規模で展開している。
 - 研修内容
 - 講習1 手術前患者を対象として口腔ケア
 - 講習2 がん化学療法頭頸部放射線療法における歯科治療と口腔ケア
 - 講習3 がん緩和医療における口腔ケア
- 連携講習会受講者数は平成25年5月末現在で、日歯会員64,835人中、講習1が9,185名、講習2が5,923名、講習3が1,409名となっている。

終末期高齢者に対する歯科医療 日本老年歯科医学会
およびマネジメントニーズに関する調査研究 2013.3

- 終末期高齢者の歯科治療や口腔衛生管理関連
 - ・「歯科の関わりが必要」: 歯科職種では約9割、医師側は約4割が必要
- 終末期に必要な歯科医療はどのようなものが多いか？
 - ・医師→義歯 ・看護師→義歯 ・歯科職種→口腔衛生、粘膜疾患等
- 終末期の歯科の関わりやすさは高いにもかかわらず、職種間連携が十分に機能していないことが示唆された。職種間で、「終末期高齢者の口腔関連ケアニーズ」の認識の相違が認められた。

口腔機能の維持・向上をめざすことは
人として「口から食べること」の
復権をめざすことである。

誤嚥しない、美味しく、味わいのある食事

↓

低栄養・脱水予防、誤嚥性肺炎予防
+
生きる喜びであり、自己実現と希望である

地域で「口から食べること」を支えるためには

- 口腔機能の維持・向上のためには、本人・家族と共に、在宅、病院、施設等で、多職種連携・協働により、さらなる地域包括ケアを推進することが必要である。
- 「口から食べること」を支える「地域力」を高めることが課題であり、行政との連携や地区歯科医師会の役割も重要である

第7回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「在宅医療をきっかけとしたまちづくり」
～ふくいまちケアプロジェクト～

話題提供： 紅谷 浩之 氏
オレンジホームケアクリニック 代表

日時： 平成26年1月26日（金）19：00～21：00

場所： 東京都千代田区丸の内1-7-12 サピアタワー 6F
ステーションコンファレンス東京 605B 会議室

在宅医療をきっかけにしたまちづくり ～ふくいまちケアプロジェクト～



2014.1.24

第7回 2013年度在宅医療推進のための会

こんな^{オレンジ}紅谷に誰がした？

高浜町和田診療所での気づき

自分のできることに嘘をつかず、
住民が求めることをゆっくりじっくり聞いて、
自分にできることより少し大きめのことを提案して、
共感してもらえたらやってみて、
共感し続けてもらうことを意識して、
定着したらラッキー。定着しなげりやまた新しいことを考える。
すぐにお金になりそうでないことや、
その時のやり方で成り立たないようにみえても、
本当に地域が求めているモノは
残るし、やがてお金も人も回り出す



医療者が^{まち}地域に出て行くこと

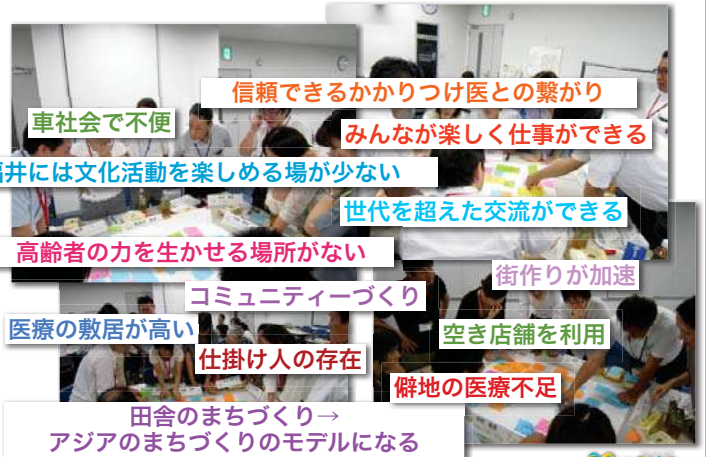


タウンミーティング ～100年後も愛せるまちを目指して～

「100年後も愛せるまちを目指して」をテーマに、
様々な分野の34名がグループに分かれて地域の課題を話し合った



タウンミーティング ～100年後も愛せるまちを目指して～



医療者が^{まち}地域に出て行くこと

みんなの保健室（福井駅前の商店街の一角）
イベント型認知症カフェ「トマリギ」



みんなの保健室
命の日々

医療者が^{まち}地域に出て行くこと

オレンジキッズケアラボ

（医療ケアが必要な子の通所サポート）

「医療」に支配されず生活と成長を楽しむべき
子どもたちには「生活医療」が必要です！



医療者が地域^{まち}に出て行くこと

地域看護師の活躍

「医療」と「生活」を結びつけられる専門職として



オレンジホームケア
クリニック
Orange Home-Care Clinic

わかりやすく！楽しく！

医師だけでなく、
多職種(多人種)に理解してもらうためには…
さらに、一般市民にまで届けようと思うと…

「わかりやすさ」「楽しさ」が重要！



オレンジ式劇団型 IPE

- Inter Professional Education
- IPW(IP-Work, 専門職連携)
- 在宅医療に必要な多職種連携を実践教育

楽しく！



わかりやすく！楽しく！

在宅医療を知らない
病院多職種に
退院した後の
生活をお知らせする
↓
在宅療養移行報告

プロデューサーの存在



第3世代の宿命と責任

きちんと、取り組む。地域医療活動に。
きちんと、つなげる。地域に、人に、次世代に。

在宅医療に求められる、
2025~2040年を支えられるチームづくり
→多世代連携！



医療が生活の中にやってきた

在宅医療は新しい医療

病院で行われてる医療がそのまま
生活にやってきたら、生活しにくい

生活をベースに「医療」を柔軟に使う
→生活を楽しむためのツール
楽しみを増やすアプローチ



第8回「2013年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「地域包括ケアの新しいかたちとは」
～「暮らしの保健室」の取り組み～

話題提供： 秋山 正子 氏
白十字訪問看護ステーション 統括所長

日時： 平成26年2月21日（金）19：00～21：00

場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F
ベルサール八重洲 ROOM6



明らかに変わり始めた市民意識

- 在宅医療の推進を担いながら、全国各地に講演に出かけ、また全国各地からの見学・視察を受け入れてきた
- その中でいま確信できることは、人々の意識が、受け身的な患者意識から、より自立・自律した医療消費者へと、確実に変化していることである



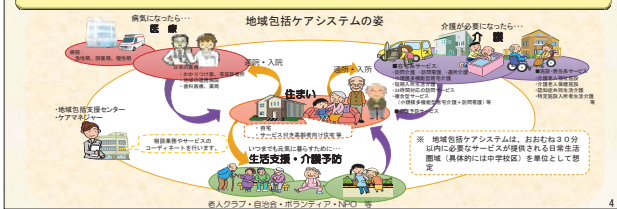
明らかに変わり始めた市民意識

- こうした医療の変化は、病院中心の医療からの脱却なしには得られない
- 支える医療の進展は、それが言われ始めた頃にくらべ、思わぬ加速をし始めている
- 次の展開はどうしていくべきかは、制度や施策から考察するのではなく、現場からの発想が何よりも大事
- 医療に関して専門的な知識がないというだけで、教え諭さなければならない対象と考えられてきた市民は、すでに知識を持ち始め、自分の頭で考え、自分の足で歩きだそうとしている。人々がどう生きてどう死んでいくかを、自ら考えようとした時、医療にはいったいどんな役割があるのだろうか
- 患者を置き去りにしたかたちでの医療連携やパスが、市民側の変化に適切していけなくなる時がもうそこまできている



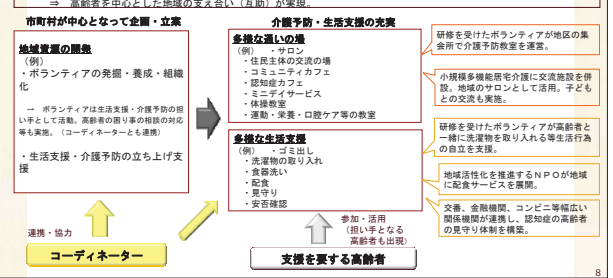
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目標に、重度な要介護状態ともな住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が減少して75歳以上人口が増える大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況は大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



市町村による新しい地域づくりの推進（生活支援・介護予防の充実）

- 市町村が中心となってコーディネーターと連携しつつ、生活支援サービスの充実、介護予防の推進を図ることにより、高齢者が利用可能な多様なサービスが地域で提供される。
- 高齢者の中には事業の担い手となる若も出現。これは介護予防にもつながる。



在宅医療・介護の推進について —在宅医療・介護あんしん2012—

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

- 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳(世界1位)、男性80歳(同2位)を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
- しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
- 国民の60%以上が自宅で最老を望んでいる。
- 死亡者数は、2040年にかけて今より約40万人増加。

- 国民の希望に応える産業の場および着取りの場の確保は、喫緊の問題。
- 「社会保険・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

■ 24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

- 予算での対応
 - ・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進
- 制度的対応
 - ・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示(24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画)
 - ・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中
- 診療報酬・介護報酬
 - ・24年度同時改正において、在宅医療・介護を重点的に評価

在宅医療の体制



在宅生活に向けての流れと支援ネットワーク



訪問看護実践から見てきたこと

- 訪問看護に繋がっている人々の様子から、もっと早くに相談支援が受けられていたらと思う状況が多かった。
 - がん治療の様相が変わり、外来中心となったが、相談支援が十分に行なわれていない状況である。
- 患者・家族の悩みの解消には、十分に傾聴しつつ、しっかりと選択肢がえられる情報の提供と、共に考え、支えて貰っている実感が得られる空間と人的サポートがある。それは医療のみならず生活や介護・福祉も分かった人材が対応（訪問看護の体験が活きる）することが効果的である。

病院の中だけでは 見えてこないものがある

- 「生活する場」においてのがん患者の療養は、できるだけ安心して過ごし、症状を全人的に緩和できる保証が得られれば、実現可能
- 在宅緩和ケアへのスムーズな移行は病院からの退院時のみでなく、外来から、診断をした時点から始まって遅くは無い。
- 医療者への教育、のみならず、市民への在宅緩和ケアへの啓発・教育を、市民と共に行なっていく必要がある
- 病院以外の場所での相談支援のあり方もこれからは必要とされるのではないかと？

暮らしの保健室の意義

これまでの地域活動の中から生まれた場所であり人の繋がりである事
予防の視点・在宅医療連携の拠点

新宿区と牛込地区の概況



新宿区と牛込地区、戸山ハイツの概況

	人口	高齢化率
新宿区	32万5,663人	29.4%
牛込地区	9万7,704人	20.2%
- 聖地地区	3万5,913人	17.0%
- 若松地区	3万5,240人	25.0%
- 榎木町地区	3万1,551人	19.3%

都営戸山ハイツ(若松地区内)
 平成25年2月1日現在 3,364世帯
 人口6,020人(65歳以上 2,909人)
高齢化率 49.9% H25.7.1
 46.3% H23.7.1
 45.6% H23.3.1



2011年7月1日 暮らしの保健室 OPEN !



リーフレットを戸山ハイツ全戸に配布



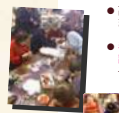
暮らしの保健室って？

- 地域のみなさんからの健康に関するご質問、暮らしにかかわるさまざまな相談に応じます
- 地域の医療・介護状況を熟知した相談員（医療者・介護従事者）が当番で担当し、医療や行政サービスを利用していても問題解決にいたらない方の話を丁寧に聞き解決への糸口を一緒に考えます
- 医療コーディネーターとしての機能を果たします。病院での医療も在宅医療も理解した看護師が相談を受け、病院と地域のお医者さんの橋渡しをします
- がん患者さんとそのご家族の相談に乗ります
- 地域包括支援センターとも連携し、地域の高齢のみなさんを支援する窓口となります
- 介護、福祉にかんする幅広い情報を、地域の診療所のお医者さんに提供します
- お医者さんからの相談、看護師さん、ソーシャルワーカーさんからの相談にもその時々々の状況を適切に把握しながら対応します



それから、暮らしの保健室って？

- お茶を飲みながら、ゆったりすごせる、地域のみなさんに開かれた場所です。ボランティアスタッフが、いつもおにたかく迎えます
- 医療や行政サービスを受けていない人、必要でない人も利用できます
- 困難な相談ごとはないけれど、不安なのでちょっと話を聞いてもらいたい、誰かとちょっとおしゃべりしたい、そんな時にふらっと立ち寄って時間をすごせます
- 繋がっている安心感、情報が得られる安心感、いつも相談できる安心感が自然とわいてくる、安全な場所です
- 高齢の方だけでなく、子どもたちや、若い世代、子育て中のお母さん、お父さん、さまざまな人が自由に訪れられます
- 手芸を楽しんだり、お料理を一緒についたり、歌を歌ったり、映画を観たり、その日その日のメンバーで楽しいことをします



さらに、暮らしの保健室って？

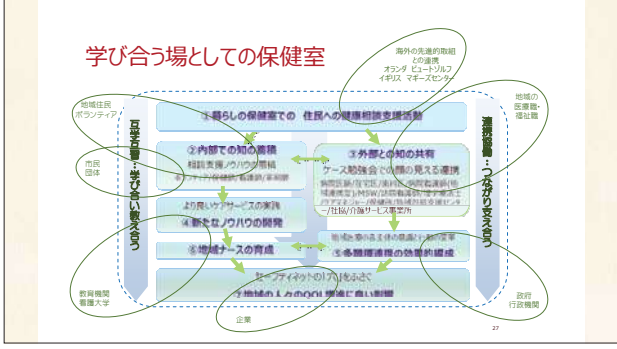
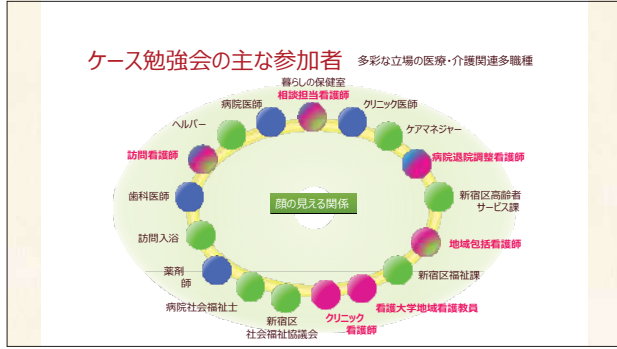
- 地域のみなさんにむけて、予防のためのミニ講座を開いています
 - 毎年夏には「熱中症・脱水予防講座」
 - がん専門医による「がんを知るミニ講座」
 - 循環器専門医による「心疾患のミニ講座」
 - 地域のみなさんからの要望で始まった「骨を知るミニ講座」
 - 薬剤師さんによる「薬の話Q&A」
 - 管理栄養士さんによる「がん患者さんのためのお食事ミニ講座」
 - 若い社員のための「健康管理 & 食生活に関するミニ講座」 などなど
- 医学生、看護学生さんの研修、ほか
 - 経済学、社会学、建築学、家政学、経営学、哲学、……
 - さまざまな分野の研究に協力しています

さらにさらに、暮らしの保健室って？

- 地域の多職種連携のハブ（看護職が中心となって）として
 - 勉強会や連携会議をおこなっています
 - 暮らしの保健室ケース勉強会（毎月開催）
 - 個別ケースにおける地域ケア会議
 - 市民公開：在宅療養シンポジウム
 - 海外の先進事例から学ぶ勉強会・セッション などなど
- 見学者、取材者が全国から多数来訪
 - 医療従事者、病院経営者、建築家、政府、自治体関係者、国会議員、地方議員
 - ヘルスケア関連企業、コミュニティデザイン関係者、……

そして暮らしの保健室は？

- 保健室を飛び出して、地域のさまざまなところへ出かけに行き、人々との対話を重ねています
 - 夏休み、地元小学校の校庭でのラジオ体操に参加、出張ミニ講座を開いて参加者のみなさんに熱中症・脱水予防を呼びかける
 - 地域の障害者センター主催のフェスティバルに参加、出張・暮らしの保健室を開設して来場者の相談に応じる
 - 地元小学校校庭での給食の教護期として
 - 地域の高齢者の集まりに寄らせてもらう
 - 地域の民生委員・児童委員の会合に出席させてもらう
 - 地元商店会の婦人會に参加、そこでも心配事の相談に乗る
 - 自治会主催のバザーに参加 などなど



暮らしの保健室はどうして生まれたのか？ ①

〇地域をくわしく知る・感じる

20年以上にわたる、地域での訪問看護の実績と経験の積み重ね

その活動を通して、地域の特性、医療資源、社会資源のあり方、住民のライフスタイルや志向性を熟知

度重なる制度の改変や、時代の変化にも柔軟に対応

その中で直面するさまざまな問題、課題。聞こえてくる患者の不安な訴え、迷いや苦しみ

医療も含んだ相談支援の場所が町の中にあつたら……

暮らしの保健室はどうして生まれたのか？②

問題の背景・理由を知る

治すことに専念し、死を敢て捉える医療から、病氣や障害を持っても活き活きと暮らし、穏やかに人生を終えることまで送る医療へ、パラダイムシフトが必要

医療資源が豊富な地域だからこそ、連携がしつかり行なわれないと、患者・家族は路頭に迷い困難を抱えるある癌患者の言葉：「連携・連携という我々患者は物や、ボールじゃないんだ。丁寧に手を添えて、確実に送りつけて欲しい」情報共有していないから、患者不在になっている現状や、バスにのみ頼った今の状況への批判



暮らしの保健室はどうして生まれたのか？③

仲間を増やしフラットな関係を築く

地域で活動するさまざまな人や組織とのつながりを丁寧に紡いで、在宅医療・訪問看護を利用してご家族を看取った経験のある方々とのつながりを大切に育てる

その方々がボランティアとして大きな力を発揮

自分も何かできる、他人事にはしないという、地域の中の『地域力』の活用につながる

権限や義務に縛られないフラットな関係の仲間と、「思い」を共有する



暮らしの保健室はどうして生まれたのか？④

ロアイデアを究明し、温め・磨く

英国のマギーズ・キャンサー・ケアリングセンターに、これからの日本に必要な相談支援のモデルを見たいです

マギーズは、がん専門の相談支援の場。乳がんを患ったマギーズさんが自らの体験から「死の恐怖の中で自分を取り戻し生かされる喜びを再発見できる場所が必要」との思いから、小さく家庭的で開放された空間を創設

NHSのすぐそばに設置、病院とは別の建物、明るく、静かで快適で、人をやさしく受け入れる場所

日本にもマギーズ・センターを！



暮らしの保健室はどうして生まれたのか？⑤

実行する・アクションを起こす

自分たちでできることは何か、構想を描いていたところ、戸山ハイイツ（新宿区の中でも突出して高齢化率の高い地域）の商店街の空き店舗を、安価な賃料で提供してくれる支援者の出現

高齢化の進む団地の中の一角に、突如立ち寄れる相談支援の場を創設、医療職のいる「暮らしの保健室」として、地域の人々とともに育てる

そこで日々積み重ねられるさまざまな体験が、新たな価値を生み、次のアクションへとつながっていく



どのように利用されているのか？

●平成25年4月～26年1月（10か月の実績）

利用者数：2167人（相談、お話し、整備）うち相談件数は約650件

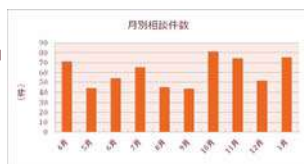
来訪者数：956人（見学、取材、実習、研修）

合わせて 3123人

●平成24年4月～25年1月（10か月の実績）

相談件数：603件

相談内容は次へ



どのような相談が寄せられているか？

(平成24年4月～25年1月 10か月)

●相談内容：全相談件数 603 件 678 の内容を分類

