

公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団

「平成 23 年度在宅医療推進のための会」

報 告 書

年間テーマ：在宅医療の地域性

—地域コミュニティをどうつくるのか—

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）	1pg
■ 参加委員名簿	8pg
■ 第1回研究会（5/27）	11pg
・ 川島孝一郎氏「震災の中で在宅医療は何ができたのか」	
■ 第2回研究会（6/24）	17pg
・ 北澤彰浩氏「佐久地域の在宅医療と地域医療」	
■ 第3回研究会（7/22）	31pg
・ 猪飼周平氏「病院の世紀の理論」	
■ 第4回研究会（9/30）	37pg
・ 片山壽氏「尾道の現在」	
■ 第5回研究会（10/28）	39pg
・ 村上智彦氏「夕張市地域医療の変遷 —在宅医療を含めて—」	
■ 第6回研究会（12/16）	63pg
・ 石橋幸滋氏「東日本大震災における医療支援Ⅰ」	
・ 永井康德氏「東日本大震災における医療支援Ⅱ」	
■ 第7回研究会（1/27）	77pg
・ 市原美穂氏「市民活動としてできること」	
■ 第8回研究会（2/24）	83pg
・ 北村道彦氏「地域で推進するNST活動Ⅰ」	
・ 朴澤弘康氏「地域で推進するNST活動Ⅱ」	

報告書に寄せて

平成 23 年度座長 鈴木央（鈴木内科医院 副院長）

平成 23 年度の「在宅医療を推進のための会」は「在宅医療の地域性」-地域コミュニティをいかにつくるのか- というテーマにさせていただきました。今まで在宅医療について学んできた中で、各地の地域性が大きく異なることを痛切に思い知りました。つまり、病院の数や機能、在宅医療を行う医師の数、地域住民の在宅医療に対する思い、訪問看護の数や質、介護施設や訪問サービスの充足状況、市区町村レベルの行政の関わり方などが、それぞれの地域ごとに大きく異なるのです。それぞれの地域に最も適した方法で、在宅医療を推進する必要があります。都市部を前提にした在宅医療の普及・推進策を、全国にトップダウン方式で指示したとしても、おそらくうまくはいかないではないでしょうか。

そこで、今回は各地での在宅医療推進策を学ぶことをいたしました。それぞれの試みの中で、我々が参考にできることは吸収させていただくためです。北は北海道、南は宮崎まで、講師の先生方をお願いをいたしました。それぞれの地域で在宅医療を進めるリーダーの皆さんです。大変お忙しい日常にもかかわらず、当会のために講演していただきました。心より感謝しております。

また、平成 23 年度の本会を語るうえで、平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災を外すわけには行きませんでした。本震災が発生後、様々な地域医療上の問題点が明らかになり、在宅で療養を行っている患者が震災弱者であること、それをいかに支援するのか、地域医療そのものをどのように再構築するのかを問われた 1 年でもありました。この点については、11 月に行われた在宅医療推進フォーラムでもメインテーマとして取り上げられました。本年度の在宅医療推進のための会では、第 1 回、および第 6 回で取り上げさせていただきます。第 1 回では現状把握と問題点の整理、第 6 回では支援が一段落すると考え、中間段階での総括とさせていただきます。

以下に各会の要点と私の感想を記載させていただきます。

①第 1 回について

まず、最初に取り上げたことは震災の支援策でした。第 1 回、5 月には仙台往診クリニックの川嶋孝一郎先生にご講演をいただきました。震災発生後 2 か月、やっと新幹線も復旧し、アクセスが改善しつつあった時期でありました。当初は情報も少なく混乱していましたが、考えながら少しずつ進むことができるようになっていました。また、各地の在宅医が積極的に現地に赴き、模索しながら様々な支援の手を入れつつあった時期でもありました。

震災発生直後の仙台市内の状況、停電に対する人工呼吸器患者への支援、今後の支援の

在り方への提言があった。特にもっとも被害を受けた震災一次医療圏から比較的被害の軽かった地域、震災二次医療圏への患者の移動を考えると、この二次医療圏をいかに機能させるかが大切である。入院ベッドは、比較的被害の少なかった二次医療圏の病院が、重要な役割を果たす。しかし、この入院ベッドが軽傷者で満床となれば、その機能を失ってしまう。したがって、軽快した患者は退院後には在宅医がフォローを行い、医療と介護資源を集中させる療養拠点を作るべきである。このような一つの療養拠点は、ある意味後方病院の機能を担うことになる。

特に療養拠点という考え方は、病院や施設といった建物が一定の形態でなくとも、すなわち被災を免れた旅館や学校と行った建物であっても機能し得るものであると感じます。在宅医療の優れた点は、決まった建築物(基準を満たした病院や介護施設など)によらず、医療と介護サービスを提供できる点にあります。これは、被災地以外でも応用可能な考え方であると感じました。

②第2回について

佐久地域の在宅医療を含めた地域医療全体の形について、佐久総合病院地域ケア科北澤彰浩先生よりご講演をいただきました。在宅医療はあくまで地域医療における一つのツールです。当然、外来診療や入院医療とうまくバランスを取って初めて成立するものです。これをうまく行っている佐久地域の地域医療について聞いてみたいと考えたのです。

南佐久地域では佐久総合病院を中心に、救急医療、予防医療、高度医療、在宅医療が組み立てられている。特に地域の中に医療を届けるという発想は創立時から、若月俊一医師が「出張診療」という「出前医療」を行っており、当時の農村に健康管理の重要性、予防医学の重要性を理解できるように演劇などの手法を用いて説いた。現在も職員はその精神を意識している。このため、佐久総合病院に医療は常に地域を念頭に置いたものになった。地域ケア科による訪問診療の実施もその思想の一環であった。近年地域ケア科の訪問診療実績は増えているが、佐久地域の診療所は看取りを行う診療所が増えているという。

佐久総合病院という巨人がすべての在宅ニーズを吸い上げてしまうのではなく、地域全体に在宅療養が可能だというメッセージを発していると感じました。これは大変興味深いことと感じます。佐久地域でも在宅での療養は無理と考えていた方が多かったのかもしれませんが、しかし、在宅でも訪問診療や訪問看護を受けながら、地域にニーズが生まれれば、さらにそのニーズは深まっていくのではないかと感じました。

③第3回について

「病院の世紀の理論」として、社会学の立場から在宅医療、地域包括ケアを猪飼周平先生に語っていただきました。

20世紀は「病院の世紀」である。つまり病院医療を中心に考えられた時代であった。現代の日本はその過渡期にある。病院を中心に考えていた時代は、治癒することが最大の目

的であった。しかし、今後は生活中心のモデルが主流となり、治らない病気を抱えながらも、生活をするという視点が重要になる。今後は生活モデルを重要視した在宅医療、地域包括ケアが重要になる。

奇しくも、本会で今まで語られてきたことが、社会学者によっても裏付けられたように感じました。この在宅医療を推進するための会では、病院医療の在り方と在宅医療の在り方の方向性が異なること、治癒を目的にする医療より生活を重視し患者を支える医療を行うことが在宅医療の本質であることを幾度となく確認してきました。このような考え方が、社会学という分野の中でもきちんと評価され、同様の結論が導き出されていることに感慨を受けたことを憶えています。

④第4回について

在宅医療の最先進地域である尾道市について、改めて見直してみようと考え、片山壽先生にご講演をお願いいたしました。いわゆる尾道方式は、全国でも追従をしようとしても、なかなかうまくいかない。これは尾道だけで成立する話であり、ほかの地域では難しいのではないかと。これが、この数年の尾道方式在宅医療に対する評価のように思います。しかし、何かを見落としてはいないでしょうか。しかも、在宅医療に医師会として推進する力の強さは圧倒的なものがあります。まだまだ参考にできる部分が尾道にはあると考え、片山先生に講演をお願いいたしました。

尾道の在宅医療システムは、退院時ケアカンファレンスをほぼ全例に施行することが特徴とされていた。もちろんこの方向性は現在も堅持されているが、それだけが尾道方式ではない。特徴の一つは、訪問医がチーム化していることである。訪問するのは、在宅主治医のみならず、必要に応じて専門科開業医がチームとしてコンサルトを繰り返すことで自然と形成される。例えば、肺がん脳転移の症例では、呼吸器内科医、緩和ケア医、脳外科医、さらに必要であれば皮膚科医や耳鼻科医が参加し、必要なケアを行うとのことであった。さらに、医師会として老健を運営し介護力の低いケースに利用することや、民家を改造しより家庭的な雰囲気での療養の場を作ることも進めている。在宅ケアだけではなく、開業医が基幹病院の救急外来を担当するシステムもある。病院の当直医の負担を軽減すること、在宅医が自然に病院の中に入りこみ病棟担当医と情報共有をすることができることに可能になっている。

数年前に尾道が素晴らしいと話題になっていたころから、さらにブラッシュアップされた活動となっていることに感銘を受けました。地域で在宅医療が成功するカギの一つに、基幹病院との連携体制を確立することがあります。そのためには在宅医が病院の中に入り込み、病棟医と「顔が見える」関係以上の「腹の中が見える」関係を築くことにあると考えていました。病院の救急外来を開業医が担当することは、病院医にとっても、地域住民にとっても、在宅で療養する患者にとっても、メリットがある素晴らしい解決法の一つだと感じました。これも救急医療の勉強会からスタートしたという尾道市の在宅医療の原点の一

つであると考えます。さらに、在宅主治医のみならず専門科開業医が協力する体制には、大変感心させられました。自然と診診連携、情報共有ができています。尾道方式の本質とは、医師会の医師同士の結束力の強さであるのかもしれませんが。これを主導してきた医師会長の指導力も大きいのでしょう。逆に各地の地区医師会が在宅医療に主導力を発揮できないのは、医師会内の結束力、ひいては地域内の医師間のコミュニティが脆弱化していることが本質ではないかと考えさせられました。

⑤第5回について

本会は、夕張市立病院を引き継ぎ有床診療所として再生させている村上智彦先生にご講演をお願いしました。行政の財政破綻、その基礎には地域産業の崩壊や過疎、高齢化の問題があり、結果として地域コミュニティの弱体化している夕張というエリアで、在宅医療と地域医療の立て直しを行っている村上先生の活動を聞いてみたいと考えたのです。

夕張市は高齢化率 44.3%であり日本一の高齢化が進んだ地域である。全世帯の 6 割が高齢者世帯であり、そのうち半数が独居である。このような状況で、夕張市民病院は廃止され、有床診療所となった。病床数は 170 床から 19 床に激減した。当然市外への救急搬送が増えると考えられたが、実際は救急車出動回数が半減し入院患者数も減少した。その理由の一つに在宅医療の導入がある。また予防医療にも力を入れた。定期健診、がん検診の徹底、肺炎球菌ワクチン、ピロリ菌除菌、循環器内科専門医との連携などを行い成果も出している。今後は病気と「戦う医療」を行うことから「支える医療」へのシフトが重要であり、これを市民にきちんと説明し理解させる必要がある。すべての病気を治そうとコンビニのように救急受診をしていたら、医療は疲弊することも十分に地域住民に啓蒙する必要がある。

最初、夕張という地域は医療を行っていくことが大変難しい地域であると考えていました。高齢化の進行、独居率の高さ、行政の弱体化などがその理由です。しかし、それらの悪条件にもかかわらず、ここには良質な医療が存在していました。その理由として挙げている「戦う医療」から「支える医療」へのパラダイムシフトは、本会でもたびたび取り上げられるキーワードであると考えます。夕張では村上先生というリーダーがいて、これに共鳴する仲間が夕張に赴任、医療者間のパラダイムシフトを一気に進めました。これが一つの成功要因であると考えました。もうひとつ重要な課題は、住民への啓蒙と意識改革であると考えます。ある意味では、夕張では財政破綻という問題を突き付けられているため、住民も真剣に考えざるを得ない状況であると感じます。しかし、私たちの地域ではどうなのかとかがえていきました。病院医の意識改革が進まない、さらに住民の意識改革についてはまだまだ進んでいないという状況です。しかし、今後の高齢化社会は共助や公助というシステムだけでは乗り切れないことは明白です。地域づくりということが、在宅医療を推進するための真の課題であると改めて感じた会でありました。

⑥第6回について

本会では東日本大震災への支援を取り上げました。この震災では、救急医療というより地域医療が大きくクローズアップされました。慢性期医療をいかに支えるのかが問われた医療支援であったと思います。様々な医療支援が行われましたが、今回は日本プライマリ・ケア連合学会が行った医療支援を指揮した日本プライマリ・ケア連合学会副会長の石橋幸滋先生、気仙沼で巡回療養支援隊を指揮したたんぼぼクリニックの永井康徳先生にご講演をいただきました。

まずは永井先生にお話しをしていただきました。

現地で気仙沼在宅支援プロジェクトを立ち上げ、在宅で過ごしながらかつていることを拾い上げた。その中で、被災後に高齢者に褥瘡が多発したことが判明。支援する在宅医、が中心となり、多職種で構成される巡回療養支援隊が結成された。在宅にいる要介護者のピックアップ、在宅患者への訪問診療、訪問看護、避難所の看護、介護のコーディネートなどを行った。結果として、地域の医療体制を補完し、被災後に発生した褥瘡も全例治癒、地域連携のコーディネートが進んだ。問題点として浮かび上がったのは、これらのコーディネートする機能が非常に重要であり、これをいかに行うのかが最も問題になったことである。行政に期待してもそれは不可能と考えられる。やはり地域の中でコーディネーターを育成しておく必要がある。さらに長期的な支援をいかに継続するのが今後の課題である。

次に石橋先生に話していただきました。

日本プライマリ・ケア連合学会では、震災直後から医療支援を行ってきた。今回の震災では、救急医療というより慢性期医療のニーズが高かった。このため様々な支援を早期から、学会として行ってきた。まず被災しながらも現地で診療に当たる医師等を援助すること、避難所での生活を支援すること、現地の医療機関を支援すること、最終的には被災された方々の健康を守ることである。さらに支援は多職種が介入し、栄養士が、避難所間の食事内容が大きく異なることを指摘し改善したことや、歯科医師が口腔ケアの必要性を指摘することもあった。在宅で療養しているケースでも様々な問題点が指摘された。ライフラインが途絶したため家族の介護負担が急激に増加し状態になったケース、3週間ケアが滞り会話が困難になったもののケアが再開されADLが急速に回復したケースなどがあつた。今後の支援については長期的な支援が必要とされる。仮設住宅の健康管理、遠隔地避難の健康管理、現地の医療機関の支援についても長い目で行っていきたい。

二つの講演を聞いて、災害時に地域医療をよく知っているコーディネーターの存在が重要であると考えました。今後の災害対策の中で医療コーディネーターをいかに養成するのは大きな課題であると考えました。もちろん医療コーディネーターは介護のことにもある程度以上の知識が必要であると考えました。在宅医療への知識は必須であると考えます。また、被災地の中でも在宅医療というアプローチは有効であつたのだと再確認しました。つまり、自宅でも避難所でも、医療者が訪問して医療サービスを行うことが、このような

被災時でも有効であることが示唆されたと思います。しかし、被害の程度によっては、うまく機能できないこともあることも指摘されました。例えば陸前高田では在宅医療のニーズはほとんど生じなかったそうです。被害が甚大なため誰も住めなくなっていたためとの分析でした。被災をしても生活が続けることができれば、医療のニーズが生じます。この医療ニーズの一つとして在宅医療というデバイスの必要性が再確認されたと思います。今後は長期的な支援の中で、どのように地域社会、地域医療を復興していくのが課題だと考えます。今後、東京や長野から被災地の医療に身を投じた医療者からの意見を聞いてみたいと考えました。

⑦第7回について

我々医療者がいかに地域に介入しても、地域そのものが変わらなければ在宅医療というパラダイムシフトはうまく機能しないと考えます。市民活動から見た在宅医療ということで、宮崎の「かあさんの家」の中心人物である市原美穂さんに来ていただきました。

もともとは「宮崎にホスピスを」という運動から始まった。2001年に宮崎市群医師会病院に緩和ケア病棟が開設されたが、結局緩和ケア病棟はレスパイトあるいは短期間の看取りのための入院施設であることが徐々にはっきりしてきた。このため、在宅で緩和ケアを受ける環境の整備づくりが始まり、在宅での終末期緩和ケアが広まっていった。しかし、その中で、介護力不足のため在宅に戻れない方々がいることも明らかになってきた。このような中で「かあさんの家」というアイデアが浮かびあがってきた。「かあさんの家」では一人暮らしが困難になったケースや制度の枠から外れるケース(認知症にがんが発症したケースなど)を受け入れる場として、さらに「看取り」を生活の場に取り戻すこと考え設立された。30坪程度の民家で5名の入居者と共同生活を送る。昼間は2名のヘルパーが常駐し、夜間は1名のヘルパーが付き添う。もちろん医療は訪問診療や訪問看護が外部から提供される。看取り時でも体制は変わらない。ヘルパーたちは「気配」でわかるという。在宅での看取りとは、生活(暮らし)の中にあることが本質。看取るのは家族であり、その支援をするのが役割である。このようなホームホスピスが全国に少しずつ広がってきている。

本会は、私が今年度最も期待していた講演の一つでありました。在宅医療はいわゆる「ハコ：病院や施設などの基準を順守した建造物」を必要としません。生活する環境があり、医療ニーズがあれば在宅医療は成立しうるのだと考えます。改めて、このような自由な発想が、在宅医療にとっては重要であると考えました。さらに「暮らし」ということキーワードに介護や医療を組み立てていくことは、終末期の「物語」性を補完し、療養者や家族の満足(あるいは納得)度を向上させるのではないかと考えました。紹介されたスライドの中で、経口摂取を禁じられていた認知症の「おばあちゃん」が久しぶりに口から食べ物を食べたときの笑顔がありました。ただ感動し、涙腺がうるんだことを強烈に印象に残っています。

⑧第8回について

本年度最終の会では、歯科との連携を取り上げました。岩手県立中部病院では地域歯科医と院内のNSTチームを協働させて、大きな成果を挙げているとのことでした。中部病院長北村道彦先生と奥州市歯科医師会の朴澤弘康先生に御発表をいただきました。

北村先生は病院側を代表して、朴澤先生は歯科医師会側を代表してお話しをしていただきました。ここではお二人の話をまとめさせていただきます。

岩手県立中部病院は、平成21年に開院。急性期病院としての機能に加え、緩和ケア病棟も有し、北上市医師会と緩和ケア連携も徐々に充実しつつあった。そして栄養サポートチーム(NST)には地域歯科開業医が参加し、歯科的な援助を行っていた。これは平成17年に県立丹沢病院(岩手県奥州市)NST(言語聴覚士が不足しており摂食嚥下チームがマンパワー不足であった)に、地域歯科開業医である佐々木歯科医師が参加したことから始まる。佐々木氏は単身病院に赴き、院長とNST回診への参加、勉強会への参加を申し出たという。

歯科医師がNST回診に参加すると、歯科ニーズがほとんどの症例で存在することが判明し、重要なチームの一員となっていった。これが、新設された県立中部病院でも継続された。加わった地域歯科医師にとっては、当初病院との障壁を感じていたが、これは自らが作っていたものであると実感するようになった。この病院内でのNSTチーム連携から、さらに在宅歯科医療へ広がりを見せるようになった。しかし、まだ課題は多く、歯科医師の研修、地域住民の意識改革、関係機関との信頼関係、ネットワーク等に問題がある。

どの地域でも、地域医療が大きく変革するためには、キーとなる人物が存在します。単身病院に乗り込んで、NSTチームへの参加を申し出た佐々木医師、それを快諾した北村院長。彼らがいなかったら、その歩みは何年も遅れていたことと考えます。また、その情熱と柔軟性には頭が下がる思いです。確かに在宅に歯科医療が浸透すると、「食べる」ということが変わってきます。そして、それは高齢者のほとんどケースに存在するといっても過言ではありません。今回の診療報酬改定では「周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進」が謳われました。このような活動が評価されたことは言うまでもないことですが、全国に在宅歯科が浸透することは重要な意味を持つことであると考えます。また、病院との連携は医科の中でもしばしば問題となります。それを解決する最も効果的な方法は、在宅医が病院の中に入り込むことではないかと考えます。お互いが学びあい、認め合う関係になって、本当の信頼関係が生じるのではないかと考えます。尾道でも開業医は病院の中に深く入り込んでいます。長崎でも在宅医が大学病院の中に入り、ともに考えるようになってから在宅症例は一気に増えました。朴澤先生が指摘したように、病院と在宅の障壁は、お互いが自らが作り出していた「幻影」であるのかもしれませんが。これからの病院と在宅の関係は、「顔の見える関係」だけでは十分でなく、お互いが認め合う「腹の見える関係」としたいと考えました。

「平成23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	十和田市立中央病院	院長
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	特任准教授
3	いのくち ゆうじ 猪口 雄二	社団法人 全日本病院協会	副会長
4	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
5	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 認知症先進医療開発センター 在宅医療・自立支援開発部	長寿看護・介護研究室長
6	おおた ひでき 太田 秀樹	医療法人 アスムス	理事長
7	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
8	かわい まこと 川井 真	社団法人 農協共済総合研究所	主任研究員
9	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
10	きたざわ あきひろ 北澤 彰浩	JA長野厚生連 佐久総合病院 地域ケア科	医長
11	くろいわ たくお 黒岩 卓夫	医療法人社団 萌気会	理事長
12	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
13	☆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
14	しまざき けんじ 島崎 謙治	政策研究大学院大学	教授
15	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
16	★すずき ひろし ★鈴木 央	鈴木内科医院	副院長
17	たしろ たかお 田城 孝雄	順天堂大学 スポーツ健康科学部健康学科	教授
18	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
19	たにみず まさと 谷水 正人	四国がんセンター	外来部長
20	つじ てつお 辻 哲夫	東京大学 高齢社会総合研究機構	教授
21	つちはし まさひこ 土橋 正彦	土橋医院	院長
22	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
23	にしかわ みつのり 西川 満則	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部	呼吸機能診療科
24	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
25	はながた てつお 花形 哲夫	花形歯科医院	院長
26	はなぶさひろお 英 裕雄	医療法人社団 三育会 新宿ヒロクリニック	院長
27	ひらはら さとし 平原 佐斗司	東京ふれあい医療生活協同組合 梶原診療所	在宅サポートセンター長
28	ふかだ おさむ 深田 修	独立行政法人 国立長寿医療研究センター	企画戦略室長
29	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	准教授
30	みうら まさえつ 三浦 正悦	医療法人 心の郷	理事長
31	むとう しんすけ 武藤 真祐	祐ホームクリニック	院長
32	やまだ ようた 山田 洋太	慶應義塾大学大学院 経営管理研究科	研究員
33	わだ ただし 和田 忠志	医療法人財団 千葉健愛会	理事長
34	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

厚生労働省

氏名	所属	役職
1 たけうち よしまさ 竹内 義真	厚生労働省 医政局 歯科保健課	歯科医師臨床研修専門官
2 たけだ としひこ 武田 俊彦	厚生労働省 政策統括官	参事官室長
3 にしじま やすひろ 西嶋 康浩	厚生労働省 医政局 国立病院課	課長補佐
4 ふくはら やすゆき 福原 康之	厚生労働省 医政局 指導課	在宅医療推進室長
5 みやじま としひこ 宮島 俊彦	厚生労働省 老健局	老健局長
6 やまぎし あけみ 山岸 暁美	厚生労働省 医政局 指導課 在宅推進室	主査
7 やまくち みちこ 山口 道子	厚生労働省 保健局 国民健康保険課	在宅医療・健康管理技術推進官

(50音順・敬称略)

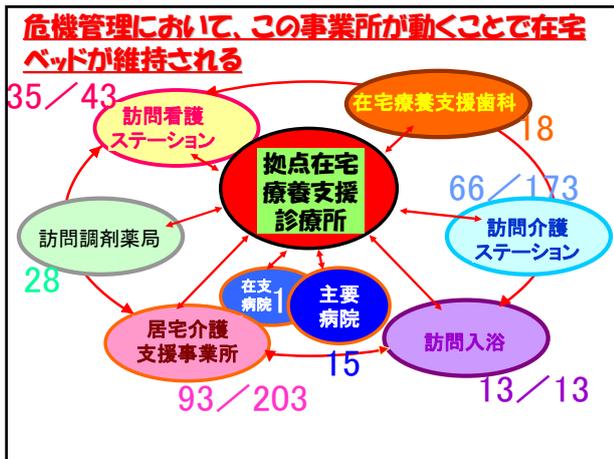
第 1 回「平成 23 年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「震災の中で在宅医療は何ができたのか」

話題提供： 川島 孝一郎 氏
仙台往診クリニック 院長

日時： 平成 23 年 5 月 27 日（金） 19：00～21：00

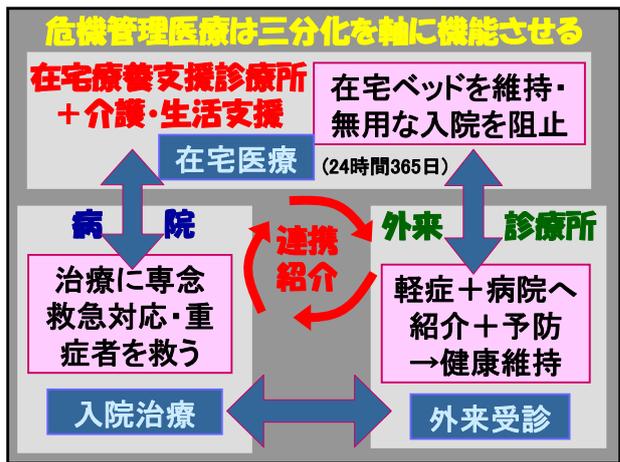
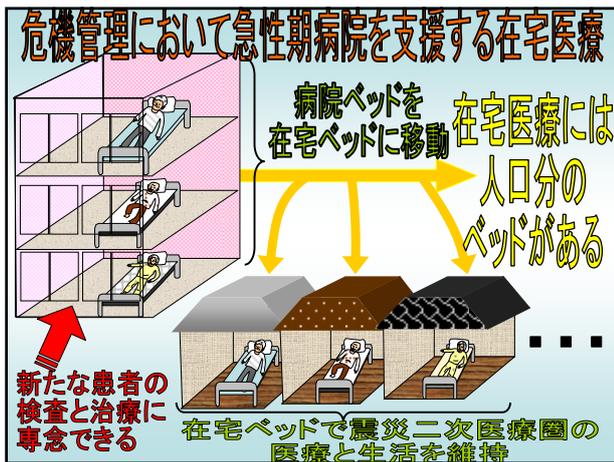
場所： 東京都中央区八重洲 1-3-7 八重洲ファーストフィナンシャルビル 3F
ベルサール八重洲 3 階 ROOM6 会議室



在宅ベッドは病院の新たな増加ベッド
 採血・検尿・血液ガス・X線撮影・内視鏡
 気管支鏡・超音波検査・呼吸機能測定
 在宅人工呼吸器・中心静脈栄養・酸素吸入
 胃瘻・輸血・緩和ケア・抗生剤等点滴

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
S市センター	698	10	62	64	20
東北KN病院	500	6	72	40	20
SK病院	383	17	35	27	5
仙台佳診クリニック	在宅420	43	80	15	100

がん患者数は40~50名です

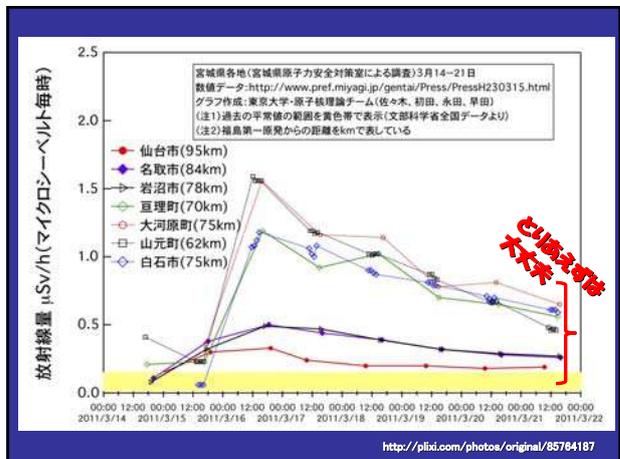


もう一つの問題がこれ！ 自助努力にも限界あり！

そこで、とりあえずいつでも退避に備えることを連絡
 ↓
 退避の自家用車が必要
 肉親・親戚に問い合わせ
 ↓
 電力が必要な機器
 人工呼吸器
 吸引器
 酸素濃縮器
 については、シガーソケット
 対応インバーターを配布中
 退避のときには車でしょう。
 できない人は救急車

クリニク情報提供
 福島第一原子力発電所について
 ©日本政府の避難地域は、
 30km 自宅待機
 90km 避難計画 避難第一圏
 避難計画 避難第二圏

◎一方、アメリカ政府、英国、韓国は、日本在住の自国民に対して「原発から30km圏内」を勧告しています。(これは暫定的な範囲です。)



宮城県原子力安全対策室ホームページ 環境モニタリング情報

測定装置：モニタリングカー（移動観測車）搭載 単位： μ Sv/h

測定地点	測定時間	測定値
仙台市 東北電力本店ビル駐車場	9:21 ~ 9:31	0.19
名取市 名取市役所付近	15:48 ~ 15:58	0.26
岩沼市 東北電力岩沼営業所	15:19 ~ 15:29	0.27
亶理町 亶理消防署付近	14:39 ~ 14:49	0.56
山元町 山元町役場付近	10:58 ~ 11:08	0.48
	11:56 ~ 12:06	0.46
	12:58 ~ 13:08	0.47
	13:57 ~ 14:07	0.46

<http://www.pref.miyagi.jp/gental/Press/H23.3.22.pdf>

毎日モニタリング中です



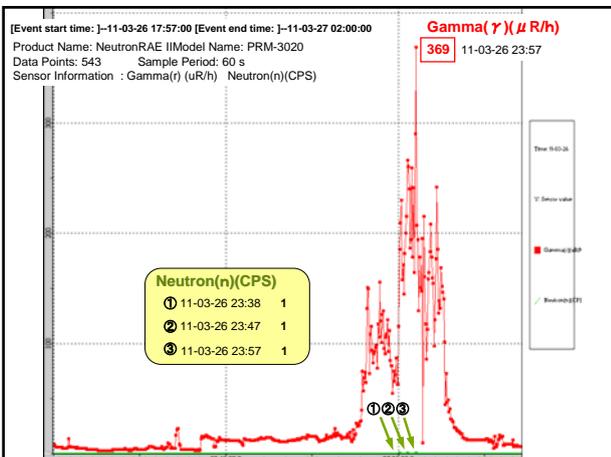
2011年3月20日

仙台往診クリニックをご利用になられている
患者様・ご家族様
施設長様 各位

仙台往診クリニック
院長 川島 孝一郎

震災から10日、皆様不自由な生活の中でも、精一杯がんばっておられること存じます。
余震も減ってまいりましたが、想定外の事態に備えるという意味で、皆々様にご自身の医療に関する情報をお持ちいただいた方が安心であると考えました。
もし仙台を移動して他の地域の医療機関を受診する際には、ご提示いただければと存じます。

往診クリニック420名(30名入院)中、在宅390名全員にこの文書+医療情報を送付し、万が一の県外退避に備える。



集団検診の胸部レントゲンに置き換えた放射線被曝

	mSv/年	μ Sv/年	胸部X _g 枚数 (枚/年)	胸部X _g 枚数 (枚/日)		
一般	23年4月21日以降の基準	1~20	20,000	400	1.1	約1日(22時間)に1枚のレントゲン
	ICRPの23年4月20日までの基準	1	1,000	20	0.1	18日8時間に1枚のレントゲン
作業員	引き上げ後	250	250,000	5,000	13.7	1時間45分に1枚のレントゲン
	今までの基準	100	100,000	2,000	5.5	4時間21分に1枚のレントゲン
全身被曝の場合、リンパ球減少	500	500,000	10,000	27.4	52分33秒ごとに1枚のレントゲン	
全身被曝の場合、心臓・嚔社	1,000	1,000,000	20,000	55	26分11秒ごとに1枚のレントゲン	
全身被曝の場合、死亡	7,000	7,000,000	140,000	384	3分45秒ごとに1枚のレントゲン	
胸腺XP 1回あたり被曝	0.05	50	を基準として計算			
XPを、1分1枚の照射だと						
1時間	60枚	3,000 μ Sv				
1日	1,440枚	72,000 μ Sv				
1年	525,600枚	26,280,000 μ Sv				

第2回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「緩和ケアの現状と問題点」

話題提供： 北澤 彰浩 氏
佐久総合病院地域ケア科 医長

日時： 平成23年6月24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 3階 ROOM6 会議室



佐久総合病院施設概況(1)

附属および関連施設	諸指定
<ul style="list-style-type: none"> 美里分院 (120床) 小海分院 (99床) 小海診療所 看護専門学校 長野県厚生連 健康管理センター 佐久東洋医学研究所 佐久老人保健施設 (95床) 老人保健施設 こうみ(54床) 在宅介護支援センター(3) 訪問看護ステーション(6) 宅老所 (1) 日本農村医学研究所 農村保健研修センター 特別養護老人ホームのべやま 	<ul style="list-style-type: none"> 臨床研修(医科)指定病院 臨床研修(歯科)指定病院 がん診療中核的病院 へき地中核病院 心臓疾患基幹病院 救命救急センター 地域災害医療センター 老人性痴呆疾患センター エイズ治療拠点病院 感染症指定医療機関 がん診療連携拠点病院 DPC対象病院 7:1看護体系

施設概況(2) 平成23年4月1日現在

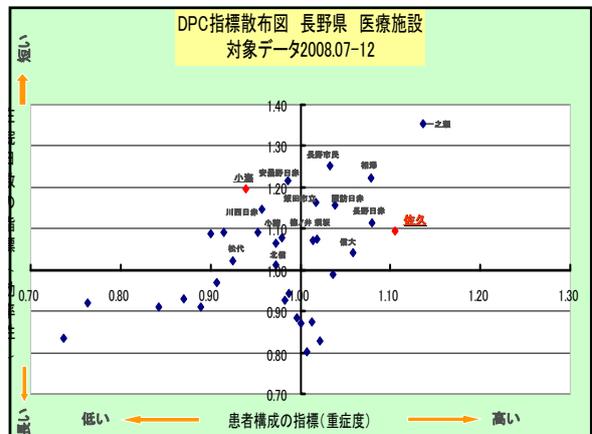
病床数		職員数	
一般・療養・ドック	705床	医師	209人
精神科病床	112床	薬剤師	36人
感染症病床	4床	看護系	880人
小計	821床	技術系	373人
小海分院	99床	事務系	167人
美里分院	120床	その他	285人
老健(佐久、こうみ)	153床	看護専門学校(学生/249人)	
小計	369床	専任職員	26人
合計	1193床	合計	1,976人

施設概況(3) (平成20年度)

- 患者利用状況:
 - 入院(延べ数) 339,997人 外来 523,263人
 - 人間ドック: 日帰り 8,626人 一泊二日: 5,116人
 - 老健: 53,862人 デイケア: 10,362人
 - 訪問看護ステーション: 33,730人
 - 集団健康スクリーニング: 105,716 (56,629)人
 - 救命救急センター: 1,320人 (救急外来 28,587人)
 - 救急車 3,486件 ドクターヘリ 330件
- 手術件数: 5,796 (日帰り手術 1,289)件
- 内視鏡検査件数: 26,743件

佐久総合病院の主な指数 (平成22年度)

平均在院日数 15.0日	病床稼働率(一般病床) 89.4%	新入院患者数(休診日も含む) 37.2人/日
紹介率(地域医療支援病院計算式) 24.1%	逆紹介率 24.9%	手術件数(手術室実施件数) 5777件/年
初診患者数 188.3人/日	1日平均入院患者数(精神・回復リハ含む) 654.7人	1日平均外来患者数 1672.4人
救急患者数 54.0人/日	救急車搬入数 9.7人/日	ドクターヘリ出動件数 292件/年



初期研修医の出身大学(356人)

弘前	19	鳥取	7	産業医大	4	旭川	2
信大	18	徳島	6	岐阜	4	東北	2
金沢	14	琉球	6	名古屋市立	4	和歌山	2
新潟	14	京都府立	5	滋賀	3	慶應義塾	2
群馬	14	東京	5	鳥根	4	大分	2
聖マリ	11	三重	5	九州	4	日本医大	1
医科歯科	11	鹿児島	5	岡山	3	獨協	1
北海道	10	山梨	5	愛媛	3	東邦	1
宮崎	9	東京医科	5	大阪	3	神戸	1
名古屋	9	秋田	4	東海	3	山口	1
京都	9	順天堂	4	杏林	3	北里	1
慈恵	9	広島	4	東京女子	2	日本大学	1
千葉	8	愛知医大	4	福井	2	金沢医大	1
富山	8	大阪市立	4	埼玉	2	久留米	1
関西	7	札幌医大	4	佐賀	2	岩手医大	1
山形	7	帝京	3	高知	2	昭和	1
福島県立	7	大阪医科	3	浜松	2	奈良医大	1
熊本	7	長崎	3	横浜市立	2	ミュンヘン	1
筑波	7						

全国の医療機関80(防衛、自治医大を除く)施設のうち、72(90%)施設より

初期研修医応募者の推移



佐久総合病院主要年譜

- 昭和19年(1944) 1月 病院開設
- 昭和20年(1945) 3月 若月俊一赴任
- 11月 劇団部結成
- 12月 出張診療活動開始
- 昭和21年(1946) 10月 若月俊一院長就任
- 12月 クリスマス会
- 昭和22年(1947) 5月 第1回病院祭開催
- 8月 第1回長野県農村医学研究会開催
- 9月 輸血協会を組織
- 10月 病院患者給食開始(戦後国内初)
- 昭和23年(1948) 4月 インターン指定病院となる
- 昭和27年(1952) 4月 カリエス患者会「白禪会」生まれる



創立当初の状況

- ❑ 臼田町内の開業医では入院、手術は不可能。
- ❑ 虫垂炎の手術でも、小諸市か長野市まで出かける必要があり、手術を受けると農業の米代金の半分がとんでしまったという。
- ❑ 「医者をあげる」

出張診療

- 昭和20年代は「潜在疾病」や手おくれが多く、病院から一歩外へ出て、診療する必要性があった。
- そこで出張診療班を編成し、日曜や祭日を利用して地域へ出た。
- 診療の後には、必ず衛生講話と演劇をセットにして、予防教育に力を入れた。

演説せずに劇をやれ

- 宮沢賢治の教え
 - 農村へ入ったら小作人たれ。
 - 演説をせずに劇をやれ。
- 農村ではむずかしい医療保健の演説をしてはいけない。劇で、笑ったり泣いたりしながら、その中で納得させるのがよい。
- 役者に早変わりした医師、看護婦が演じた。

佐久総合病院の病院運営の特徴

- 1.5 : 3 : 2方式：
保健予防活動の取り組み
2. 二足のわらじ：
**高度医療と第一線医療（地域医療）の
 実践**
3. 車の両輪：
医療活動（運動）と文化活動（運動）

佐久総合病院理念

佐久総合病院は「**農民とともに**」の精神で、医療および文化活動をつうじ住民のいのちと環境を守り、生きがいのある暮らしが実現できるような地域づくりと、国際保健医療への貢献を旨とします。

行動目標

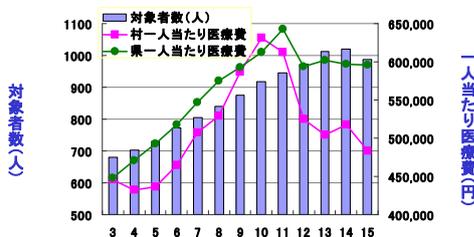
- 一、第一線医療の充実と高度専門医療の向上を図るとともに、保健・医療・福祉を一体化した地域の基幹病院としての役割を果たします。
- 二、農業と農村を守り地域文化活動を発展させ、地域と連携した「メデイコボリス」の実現に努めます。
- 三、研究・教育は病院の大きな任務であることを自覚し、医師の卒後研修や職員研修を通じ、地域医療の実践に役立つ人材の養成に努めます。
- 四、農村医学をさらに推進し、プライマリ・ヘルスケア医学を確立し、中国ならびに発展途上国の国際保健医療に貢献します。
- 五、患者第一主義に徹するとともに、患者さんの権利と責任を明確にし、情報公開とサービスの向上に努めます。

佐久総合病院の5:3:2方式 病院の持つ力を10としたとき

- 5 : 入院医療
 - 3 : 外来医療
 - 2 : 公衆衛生活動(地域医療)
 (今日では保健予防のみならず
 地域ケア・福祉の分野も含む)
- 《予防は治療に勝る！》

- 昭和34年(1959) 6月 八千穂村全村健康管理はじまる
- 昭和43年(1968) 7月 臨床研修病院に指定される
- 昭和44年(1968) 10月 第4回国際農村医学会開催(佐久)
- 昭和48年(1973) 10月 健康管理センター開設
- 昭和51年(1976) 8月 第1回アジア農村医学会開催(佐久)
- 昭和51年(1976) 8月 若月院長マグサイサイ賞受賞
- 昭和62年(1987) 7月 老人保健施設開設(モデル事業)
- 平成17年(2005) 7月 小海分院新築完成
- ドクターヘリ運航開始

八千穂村老人保健医療費の推移

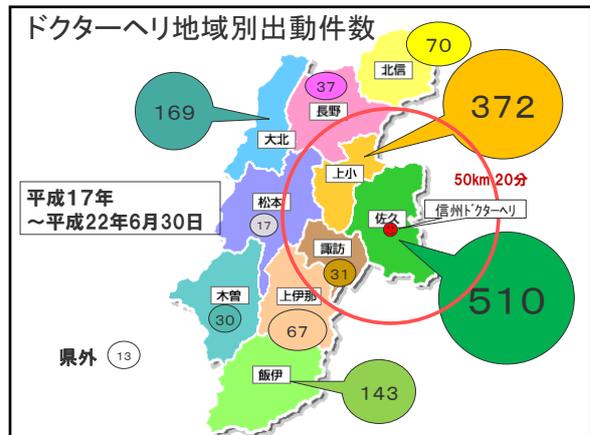


全国平均 : 75万6618円
 最高: 北海道: 92万9878円
 最低: 長野県: 60万2141円

(資料: 厚生労働省 2001年度)

文化活動を病院運営の柱にする理由

- 地域住民の医学・医療の知識を普及させるため
- 住民との交流と親睦を深めるため
- 職員の団結心を高め、職場の活性化を図るため
- 他職種間の交流を深め、良好な人間関係を構築するため
- 社会人として、健全な人格を涵養するため
- 職員確保の有力手段とするため
- 医療の民主化を図るため



地域ケア科設立

- 1945年(昭和20年) 出張診療活動開始
- 1988年(昭和63年) 在宅ケア実行委員会組織化
- 1992年(平成4年) 訪問看護開始
- 1994年(平成6年) 地域ケア科設立

地域ケア活動の基本理念

～障害をもっても住み慣れた地域で安心して暮らせるために～

1. モットー
「いつでも、どこでも、だれでも、必要な医療サービスが受けられる。」
2. 対象者
「介護を必要とする人とその介護者」
3. 地域ケア科の活動の柱
 - ・「生命(いのち)を守る援助」=在宅医療
 - ・「生活(くらし)を守る援助」=在宅福祉

佐久病院地域ケア科の活動

- 訪問診療
- 訪問看護
- 訪問リハビリ
- 訪問薬剤相談
- 訪問栄養相談
- 訪問レントゲン撮影
- 地域包括支援センター
- 居宅管理事業(ケアプラン作成)
- 宅老所運営
- JA福祉事業との連携
- 行政との連携

佐久総合病院 地域ケア科の在宅医療

その人が希望する場所でその人らしく最期まで生きる事を支える医療

佐久病院地域ケア科の活動

- 訪問診療
- 訪問看護
- 訪問リハビリ
- 訪問薬剤相談
- 訪問栄養相談
- 訪問レントゲン撮影
- 地域包括支援センター
- 居宅管理事業(ケアプラン作成)
- 宅老所運営
- JA福祉事業との連携
- 行政との連携

訪問診療に必要なこと

- もちろん身体診察・全身管理
- コミュニケーション能力・笑い
- 観察力
- その人らしい生き方を知ろうとする態度
- その人の生活を通した人生を振り返ること

関係者数の推移(S63とH23)

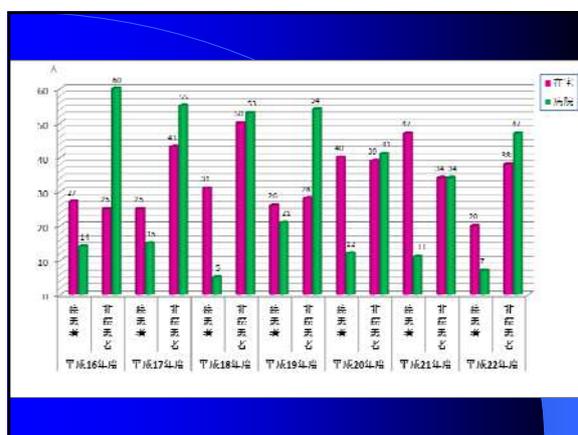
	S63	H23
医師	5	15+9
看護師	病棟看護師が兼務	65
介護支援専門員		23(Ns12)
PT・OT		29+8
MSW		3
ケアワーカー		2
事務		6
登録患者	31	265

S63年からH22年の訪問件数



平成16年～22年看取り場所動向

年度	看取り場所	看取り人数		看取り率	
		人数	率	人数	率
平成16年度	在宅	41	13.1%	36	12.2%
	病棟	27	86.9%	25	87.8%
	合計	68		61	
平成17年度	在宅	25	42.9%	25	43.9%
	病棟	33	57.1%	35	56.1%
	合計	58		60	
平成18年度	在宅	22	38.1%	30	46.5%
	病棟	37	61.9%	35	53.5%
	合計	59		65	
平成19年度	在宅	28	47.5%	28	43.5%
	病棟	31	52.5%	37	56.5%
	合計	59		65	
平成20年度	在宅	22	37.2%	27	41.5%
	病棟	37	62.8%	41	61.5%
	合計	59		68	
平成21年度	在宅	44	74.6%	31	48.5%
	病棟	15	25.4%	31	48.5%
	合計	59		62	
平成22年度	在宅	18	30.5%	31	48.5%
	病棟	41	69.5%	41	61.5%
	合計	59		72	



佐久総合病院 地域ケア科の在宅医療

- その人が希望する場所でその人らしく最期まで生きる事を支える医療
- その人のささやかな希望を叶えたい

佐久総合病院 地域ケア科の在宅医療

- その人が希望する場所でその人らしく最期まで生きる事を支える医療
- その人のささやかな希望を叶えたい
- 居心地の良い住みなれた場所で暮らしたい（可能であれば最期まで）という希望はわがままですか

満足死(ささやかな希望)をかなえる為に

- 自己決定権の尊重
本人の希望を最優先とする考え方。
- 死を「敗北」ではなく「集大成」と考えるように。
- 価値観の多様性を認める。
日本の中にある長寿こそが人間の求めるものであるという考え方以外の価値観を受け入れる。
- 療養環境の整備（一人暮らしの高齢者が最期を自宅で迎えたいという希望を叶えてあげられる地域）

エンゼルメイク・遺族訪問 故人を偲ぶ会(遺族会)の役割

1. ご遺族へのグリーフケア

エンゼルメイク・遺族訪問・ 故人を偲ぶ会(遺族会)の役割

1. ご遺族へのグリーフケア
2. 自分たちへのフィードバック・再評価

エンゼルメイク・遺族訪問・ 故人を偲ぶ会(遺族会)の役割

1. ご遺族へのグリーフケア
2. 自分たちへのフィードバック・再評価
3. Community Care
 - ーご家族、ご親族が感じる
 - ー地域を包むやわらかな連帯感
 - ーどこかで繋がっているという感覚

地域ケア科のこれから

- 「在宅医療科」から「地域ケア科」へ
要介護状態になっても、その人達が生き生きと生活できる地域づくりのお手伝いを。
患者様やその御家族の方が要介護状態になったことを負担・孤独に思わなくてすむようなお手伝いを。
住み慣れた家で暮らしたいというささやかな願いをかなえるお手伝いを
- 「生」や「老い」や「死」を特別なものでなく自然のものとして受け入れられる地域へ

『佐久医師会内の在宅医療調査』

佐久医師会内の在宅医療

佐久地域ケアネットワークのアンケート

第1回調査(平成4年9月)

病院 :対象人数153名 提出者71名(回収率46%)

診療所 :対象人数 36名 提出者24名(回収率66%)

第2回調査(平成18年7月)

総合病院:対象人数244名 提出者94名(回収率39%)

中小病院:対象人数 38名 提出者18名(回収率47%)

診療所 :対象人数 50名 提出者38名(回収率76%)

第3回調査(平成23年6月)

診療所 :対象人数 57名 提出者47名(回収率82%)

第1回調査結果

● 診療所

在宅診療について

1)急患・急変等の場合

往診する 12名

以前はしていたが現在はほとんどしない 8名

往診はしない 3名

2)訪問診療について

定期的な訪問診療をしている 8名

今はしていないが依頼があれば応じる 7名

訪問診療はしない 7名

第1回調査結果

3)在宅での看取り

している 11名

していない 10名

4)在宅医療で難しい点

時間的拘束が強い 10名

介護者がいない 10名

治療と処置が難しい 7名

病院との連携が難しい 3名

患者との対応が難しい 3名

第1回調査結果

● 病院

在宅ケアを必要とする患者を近医に紹介する場合の問題点

○専門的管理の技術・知識上の問題(専門的事項に不慣れ、高度な処置への対応を嫌がる、専門医がいない)

○在宅ケアについての理解

○マンパワー

○非積極性(快く受け入れられるか不安、往診を積極的に引き受けない傾向がある)

○点滴・注射等が必要ときにやってもらえない。

○その後の連絡が不十分

○24時間体制が取れないための不安

いずれにしても病診連携を密に行うべきとの意見が大多数

第2回調査結果

● 診療所 在宅診療について

- 1) 往診・訪問診療
している 22名 (1~50人, 月に80件)
していない 15名
- 2) 在宅での看取り
している 18名 (年間1~20人)

第2回調査結果

3) 問題点

- 一人でとても対応できない(人材不足)
- 自分がかかりつけ医であった患者さんは受ける
- 急変時の対応が十分できない
- 24時間365日体制が取れない
- 訪問看護ステーションとの連携が必要
- 家族が死まで介護する覚悟・医師が死まで医療する覚悟
- 診察または病診連携が今以上に必要
(紹介されて訪問を始める時・入院が必要な時・退院する時)
- 紹介される場合は、今までの治療歴・今後の方針(単に治療のみならず生きる場所、死の迎え方を含めた)の連絡がきちんと出来るかが問題
- 病院の先生には会を開いていただき、開業医に出来ること、やって欲しいことを教えていただきたい

第2回調査結果

● 中小病院 在宅診療について

- 1) 往診・訪問診療
している 15名 (1~50人, 月に2~10件)
していない 2名
- 2) 在宅での看取り
している 11名 (年間1~5人)

第2回調査結果

3) 問題点

- 家族の満足度を満たすことが難しい
- 夜間・休日・外来診療中の対応
(主に訪問看護師がやっているがよく見てくれないところがある。)

第2回調査結果

● 総合病院 在宅診療について

- 1) 往診・訪問診療
している 22名 (1~120人, 月に1~100件)
していない 50名
- 2) 在宅での看取り
している 16名 (年間1~30人)

第2回調査結果

3) 問題点

- 末期がんの在宅ケアを受け入れていただきたい
- どの程度応じていただけるかわからない
- 簡単に断られそう
- 断られる
- 紹介先を見つけるのが大変
- 往診を積極的にやっている先生かどうか不明
- 麻薬の使用が難しい
- 24時間体制が取れない
- 情報の共有の機会・手段がない

いずれにしても病診連携を密に行うべきとの意見が大多数

第3回調査結果

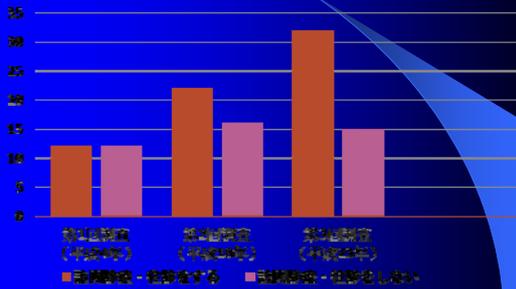
- 診療所
在宅診療について
- 1) 往診・訪問診療
している 32名 (1~150人, 月に80件)
していない 15名
- 2) 在宅での看取り
している 20名 (年間1~20人)
していない(または0名) 12名
- 3) 在宅療養支援診療所の届け
している 8名
していない 24名

第3回調査結果

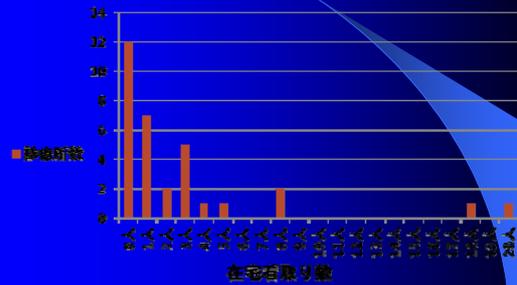
4) 届け出をしない理由

1. 24時間往診が可能な体制を確保できない。 19名
2. 24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置できない。 16名
3. 24時間訪問看護の提供が可能な体制を整備できない。 9名
4. 当院の機能上、あまり関係ない 3名
5. 終末期医療まで考えると責任が持てない 2名
6. 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保できない。 4名
7. 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携が難しい。 0名
8. その他(自由記載)
患者さんの自己負担が高くなりすぎる。
高齢のため。

訪問診療・往診対応診療所数変化



在宅看取り数分布



佐久地区における在宅患者の 予後調査

2017年1月15日
平成27年度長寿医療研究開発費(21指-2)
研究員会員
佐久総合病院地域ケア科
北澤彰浩・小松和裕

目的・背景

- 在宅医療が開始となった患者の自然経過を示す記述統計データの報告が少ない
- 在宅死亡率ばかりが話題になるが、それ以外の転帰についてのデータも少ない
- 入院医療との関連についてのデータも少ない

対象と方法

- 研究デザイン: コホート研究
- 対象者: 2006年4月1日～2007年3月31日に佐久総合病院地域ケア科から在宅医療が開始された患者
- 追跡期間: 2010年9月31日まで
- 基本データ: 登録時データ
- 入院データ: DPCデータ
- 外来データ: 医事データ

結果

- 在宅医療が開始された対象者: 166名
- 平均追跡期間: 533.8日

基本属性

- 性別: 男73(44.0%), 女93(56.0%)
- 在宅医療開始時平均年齢(SD): 82.3 (9.7)

※基本属性の収集が間に合わず、基礎疾病等の詳細について今回は示さない

在宅医療開始後の転帰

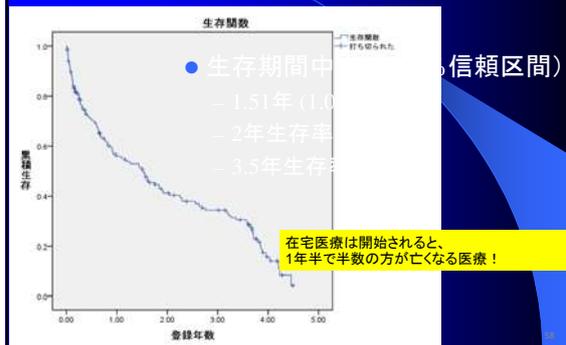
平均追跡期間533.8日, n=166

転帰	n	%
生存	25	14.9
死亡	115	68.5
在宅死亡	62	36.9
(自宅死亡)	(60)	(35.7)
(居住系施設死亡)	(2)	(1.2)
病院死亡	53	31.5
(救急外来死亡)	(6)	(3.6)
施設入所	11	6.5
転院	6	3.6
外来通院	9	5.4
在宅医療再開	0	0.0

入院医療の役割は大きい!

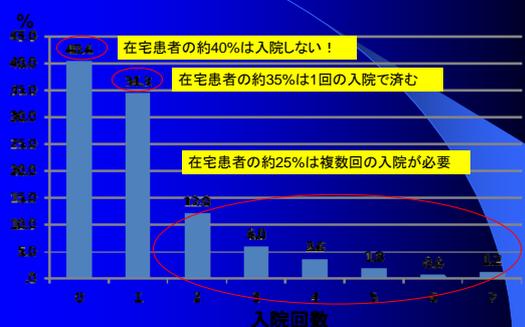
在宅医療患者の生存曲線

(悪性腫瘍末期も含む)



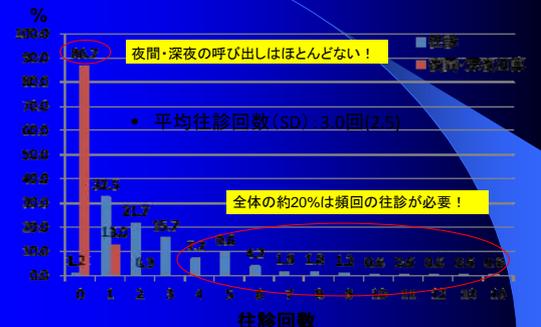
在宅医療開始後の入院回数

平均追跡期間533.8日, n=166



在宅医療開始後の往診回数

平均追跡期間533.8日, n=166



入院回数による医療費分析 平均追跡期間533.8日, n=166

入院回数	0回 n=67	1回 n=57	2-7回 n=42
総外来医療費(円) : 中央値	330,740	348,700	676,810
(IQR)	(191,650-693,960)	(153,830-709,520)	(319,350-1,123,260)
総入院医療費(円) : 中央値	0	660,200	1,784,274
(IQR)	0	(400,390-1,205,010)	(1,144,120-3,493,730)
総医療費(円) : 中央値	330,740	1,316,020	2,817,410
(IQR)	(191,650-693,960)	(782,280-1,928,290)	(1,727,600-4,924,628)
在宅登録日数 : 中央値(IQR)	97 (37-684)	245 (97-592)	780 (340-1309)
実在宅療養日数 : 中央値(IQR)	97 (37-684)	213 (54-583)	682 (306-1194)

在宅登録年数を用いて調整すると、
どのグループも総医療費が年間150万円程度

入院回数による転帰の違い 平均追跡期間533.8日, n=166

	0回 n=67	1回 n=57	2-7回 n=42
生存:n (%)	11 (16.4)	9 (15.8)	5 (11.9)
死亡:n (%)	43 (64.2)	43 (75.4)	29 (69.0)
在宅死亡:n	29 (43.3)	16 (28.1)	17 (40.5)
病院死亡:n	14 (20.9)	27 (47.4)	12 (28.6)
転診回数:平均値(SD)	3.0 (3.0)	2.0 (2.0)	2.0 (2.0)

- ## 考察
- 入院医療との関わりで在宅医療を考えることが重要
 - 経過が異なる患者群の存在
 - 在宅療養支援病棟が適切な患者群
 - 在宅専門クリニックが適する患者群
 - 開業医からの在宅医療で管理できる患者群
- ※基本属性を収集し、検討することが必要

- ## SCCNet(コミュニティーケアネット佐久)
- 平成21年8月に発足
 - 佐久地域の多職種が集まれる場
 - 勤務先ではなく業種で個人で参加可能
 - まずは顔がお互いに分かる関係に
 - 事例検討
 - その時に気になっている事・問題
 - この地域の皆で共有したいこと
 - 平成22年4月から医師会でも勉強会開始

医療の定義

● **医術で病気を治すこと**

広辞苑

- ## 医療の目的
- 臓器を治療すること、つまり急性期医療に特化してしまう可能性がある。
 - 死はやはり「敗北」になってしまう。
 - その場合医療従事者以外の職種の方が関われなくなる。

医療の目的

- 急性期医療
- 救命
- 治療
- 症状解消
- 根治・治癒
- その人らしい暮らし
- 慢性期医療
- 安定状態を保つ
- その人らしい暮らし
- 安らかな最期

医療の定義の見直し

- 現在
「医療とは医術で病気を治すこと」
- 今後
「医療とはその人にその人らしい人生を過ごしてもらうために医術で病気を治すこと、
ただし治らない病気の際は最期までその人らしく生きていただくために寄り添い支えること」

第3回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「病院の世紀の理論」

話題提供： 猪飼 周平 氏
一橋大学 大学院社会学研究科 准教授

日時： 平成23年7月22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 3階 ROOM6 会議室

2011.7.22
 勇美記念財団 平成23年度在宅医療推進のための会（第3回）
病院の世紀から地域包括ケアの時代へ

猪飼周平
 一橋大学大学院社会学研究科
 e-mail: s.ikai@r.hit-u.ac.jp
 url: http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/
 tel: 042-580-8527 (office)

Contents

1
何のための社会科学か
 歴史的観点の重要性

2
病院の世紀としての20世紀

3
過渡期としての現在
 地域包括ケアへ向けての課題

1

何のための社会科学が 歴史的観点の重要性について

病院の世紀の理論

基本的理解
 20世紀は可能な医療システムに強い制約がかけられた世紀であった

理論的含意
 20世紀の先進国において採用可能であった医療システムは、3タイプのみである

病院の世紀の3仮説
 1) 原理選択期…20世紀初頭
 2) 原理安定期…20世紀
 3) 原理解消期…現在

「病院の世紀」の定義
 医療システムの可能性に対して強い制約が課せられていた世紀

何のための社会科学か

<p>実践家 目の前の患者の困難に取り組むことの延長線上で医療を理解する存在</p> <p>行政家 具体的な政策を策定する活動の延長線上で医療を理解する存在</p> <p>社会学者 実践家や行政家による日々の活動がどのような社会的構図の中にあるかを説明する存在 =実践家や行政家にとっての「地図」としての社会理論を生成する存在 =臨床や個別の政策に必要な知識のメタレベルの知識体系を生成する存在</p>	<p>『病院の世紀の理論』 医療の歴史的必然に関する書物 =実践家や行政家の活動の可能性の限界について言及する書物 →かつてこのような社会理論としてマルクス経済学による歴史法則に関する理論が存在していた →これに対し本書は、20世紀の医療の可能性に決定的な影響を与えた要因が、治療医学への社会的期待であったと主張</p> <p>含意 1) 20世紀的条件 2) 歴史の到達点としての現在 3) 歴史の到達点としての未来 =長期的展望としての地域包括ケア</p>
---	--

地域包括ケアは当然か？

価値観が歴史的に変化することの意味

今日の常識としての「地域包括ケア」

Q1. 老後の暮らしの場として自宅と老人ホームとではどちらがよいか
 A1. 自宅の方が優れている → 地域ケア
 「小学生のときの『私の夢』という作文に『私は70歳くらいになったら、「要介護3」くらいの認定を受けて、特養に入ることが夢です』と書く人は人もいない」（高口光子2008, p. 108）

Q2. わたしたちの健康を支える方法として医学的治療だけでよいか
 A2. 保健（予防）・医療（治療）・介護（生活支援）の連携が必要 → 包括ケア

→この2つの常識を合わせると、わたしたちが作り上げるべきケアが、「地域包括ケア」という性質を帯びることはあきらかかということになる
 →あきらかな優位性があるのに、これまで承らなく地域包括ケアが構築されてこなかったのは政策的怠慢か？

地域包括ケアは当然か？

価値観が歴史的に変化することの意味

Q3. 治療が十分でないために人命が失われてもよいか
 A3. 救命に最善を尽くすべき

この考え方が突出すると、ヘルスケアは救命に最適化された形態をとることになる
 =病院を中核とした施設ケアによる医療システム
 =従来の医療システム

×かつての人々は愚かで怠慢だった
 ○歴史の流れの中で、健康に関する価値観が変化した
 →歴史的観点の重要性

2 病院の世紀としての20世紀

医療にとっての20世紀

治療医学の世紀としての20世紀

19-20世紀転換期以降治療医学に対する社会的期待が非常に大きくなった
 一医療の権威が高まる
 一大規模な医療への社会的・経済的資源の投入の開始

日本を含む当時の医療の先端地（欧州、北米）で共通にみられた

20世紀医療に課せられたシステム上の課題

3要素が調和するシステム

①機能：セカンダリケア／プライマリケア
 ②施設：病院の発達→病院／診療所二元構造
 ③医師：専門医の発達

→長期的に維持可能なシステムの選択肢は限られる
 →病院の世紀へ

日米英比較～診療構造

注1) 上記の図表は必ずしも対応する医療施設が存在しないことを意味し、各部分の施設が異なるケースに該当している。
 注2) 点線は、医師の就業/ターンオーバーを示している。
 注3) 実線は、患者の受療/ターンオーバーを示している。

医療システム分類の論理

イギリスにみられる機能・施設・医師の組み合わせから出発して、いかにしてそれとの差異化が可能かを考えると・・・

医師の身分分離なし三専門医による上位互換システム

↓

プライマリケアに従事する専門医のセカンダリケアへのアクセス確保

↓

非医師への依存 or 医師による確保

20世紀日本における医療システムの特徴

1. 専門医と一般医の身分差が形成されず、実質的な専門医一本でカバーする

対応する史実

1920年代までにすべての医師が医師免許取得後一定期間の病院勤務を経験するようになった（猪俣[2010]第3章）

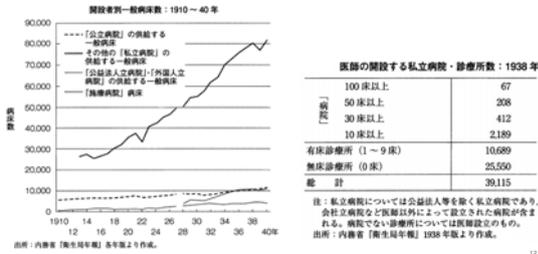
東京医学専門学校卒業生の就業形態：1938年

卒業生	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938
開業医	20	15	135	60	58	76	76	81	80	104	70	72	11	7	25	15	3	2	2	1	
勤務医	4	1	11	6	4	12	11	15	13	28	24	32	58	40	83	85	89	60	59	61	86
軍医/海軍				3	4	1	6	7	7	8	8	19	14	13	23	26	41	23	27	52	37
養本校勤務	2		4	1	1	5			4	2	1	2	4		4	6	3	5	4	10	16
生協大学勤務							1	2	2	1	4	4	9	7	4	11	12	9	19	9	3
全行医				3	1	2		2	1	2	3	1	3	1	2	1	1	1	1	2	4
その他																					
不明				1	10	8	13	7	12	26	37	36	66	103	33	38	43	21	25	32	
死亡	4	3	28	12	70	9	30	11	19	6	11	13	10	7	9	8	8	8	4	4	
合計	20	19	172	84	89	111	133	124	140	148	148	194	147	193	168	167	164	148	176	158	
稼働率	91	11	14	2	7	11	6	14	10	17	14	12	8	3	3						

2. 医師が自らの医療施設に病床を設置する

対応する史実

開業医による一般病床設置が普及（猪飼[2010]第2章、第5章）



20世紀日本の医療システムの特徴

20世紀日本における医療供給システムの特徴

	日本	英国	米国
医療の利用	① アクセスの自由度の高さ（いわゆる「フリーアクセス」） ② 診療時間の短さ（いわゆる「3時間待って3分間診療」） ③ 私立病院による高齢者受入れ（いわゆる「社会的入院」）	×	△ × ×
医療機関	④ 病院と診療所の競合関係 ⑤ 大きな病院外来部門の存在 ⑥ 病院による医師の直接雇用と外部者への閉鎖性 ⑦ 私立病院・病床ストックの比率の高さ ⑧ 病床の施設間における分散的分布 ⑨ 高額医療機器の分散的配置および保有台数合計の大きさ	×	×
医療職	⑩ 開業医の高い専門性 ⑪ かかりつけ医が未確立 ⑫ 看護職における正/准構造 ⑬ 医局制度における平等主義的人事（戦後）	×	○ × △ ×

3

病院の世紀の終焉 地域包括ケアへ向けての課題

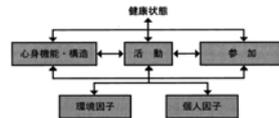
医学モデルから生活モデルへ

目標＝健康がQOLによって定義される

国際障害分類（ICIDH）における障害モデル



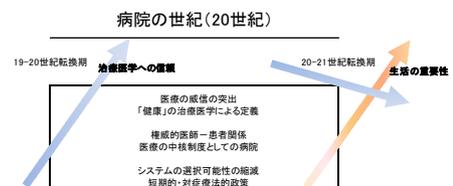
健康を巡るエコシステムの中に本人がいるという認識



病院の世紀が終わることの意味

- 政策の前提が変化する
従来の日本の医療システムの特徴を前提とした政策が無効化
ヘルスケア全体を再構築するグランドデザインを必要とする
- 地域包括ケア化
 - ヘルスケアシステムの包括化
保健・医療・福祉が、生活の質の向上という目標を共有する条件が初めて揃う
 - ヘルスケアシステムの地域化
 - 生活者の選択 → 事情なく病院に入院したり老人ホームに入所することを好む人は少ない
 - 生活ニーズの多様性 → クライアントの生活環境を引き継ぐことが有効
 - 生活ニーズの捕捉 → サービス主体も地域的に展開することが有利

病院の世紀 終焉の構図



課題1 在宅ケアと施設ケアのバランス

地域包括ケアシステムの両極性

- ①職種間分業をいかに構築するか
はるかに複雑な「連立方程式」を解く必要
- ②中間施設ケアの存在理由の欠如
→これらの施設が社会的排除を受ける人びとのたまり場になる危険
…自治体病院問題はこの一部
…特養ホームの待ち行列問題もこの一部
- ③治療と生活支援の混合化
人びとにニーズに合わせて治療と生活支援をいかに混合するか
…「社会的入院」対策は不適切
…現行の医療法、介護保険法は不適合

19

課題2 ソーシャルキャピタルをいかに構築するか

1. 人々の繋がりは傾向として弱まってきている
2. 地域社会は家族以上に無責任
→重荷を負わせると破綻する
→問題は、ヘルスケアが地域社会をいかに活用するのではなく、ヘルスケアが地域社会の構築にいかに貢献できるか

20

課題3 自己決定に過度に依存することを避けるために

自己決定へのシステムの依存
20世紀的医療システム
健康／不健康（病気）は医学によって定義されていたという意味において医療システムの内生変数であった。

地域包括ケアシステム
健康は生活の質によって決まる。生活の質に関する情報は基本的に医療システムの外にある＝ヘルスケアの内的論理によっては、各個人に対してヘルスケアが何をなすべきかが決定できない。
→自由権の領域
→自己決定をシステムが要請する
→自己決定過剰の可能性

21

参考文献

- 猪飼周平『病院の世紀の理論』有斐閣2010年
- 猪飼周平「海因なき医療政策の終焉」『現代思想』2010年3月号
- <http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/general/ikaino.pdf>
- 猪飼周平「病院の世紀の理論から地域包括ケアの社会理論へ」『書齋の窓』（有斐閣）2010年9月号
- http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/so/shosai_no_mado.pdf
- 猪飼周平「ヘルスケアの転換と助産師の役割」『保健雑誌』2010年10月号
- http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/so/hoken_zasshiyo.pdf
- 猪飼周平「地域包括ケアの社会理論への課題ー健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』第2巻第3号2011
- <http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/so/ikaina.pdf>
- 猪飼周平「歴史的必然としての地域包括ケア化」『JIM』2011年6月号
- <http://ikai.soc.hit-u.ac.jp/so/ikainub.pdf>

22

第4回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「尾道の現在」

話題提供： 片山 壽 氏
社団法人尾道市医師会 会長

日時： 平成23年9月30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 3階 ROOM6 会議室

第5回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「夕張市地域医療の変遷 ―在宅医療を含めて―」

話題提供： 村上 智彦 氏
医療法人財団 夕張希望の杜 理事長

日時： 平成23年10月28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 3階 ROOM6 会議室



自己紹介

氏名	村上 智彦 (むらかみ ともひこ)
生年月日	昭和36年3月13日生まれ、50歳
出身地	北海道枝幸郡歌登村出身 うお座 丑年
肩書き	プライマリケア医、夕張医療センター長 (医療法人財団 夕張希望の社 理事長)
資格	医師、薬剤師、臨床検査技師、介護支援専門員 認定産業医、プライマリケア学会認定医、健康・スポーツ医
所属学会	日本プライマリケア学会、北海道地域医療研究会(副委員長)、 心身医学会、風泉療法学会、日本内科学会、在宅医療を支える 全国診療所ネットワーク
趣味 専門	仕事、アウトドア、音楽、軍事情報、買い物、ドライブ等 地域医療、予防医療、地域包括ケア
座右の銘	「好きな事をやるのがプロではなく、自分のすべき事を好きになれる のが本当のプロである。」

2012/3/8 医療法人財団 夕張希望の社 2



北海道歌登町

消えてしまった自分の故郷

- 昭和30年人口約7000人
- 平成18年3月に市町村合併で枝幸町
- 2005年で人口2300人

最高気温 35.4℃
最低気温 氷点下38.5℃





北海道が日本一！

- 面積
- 食料自給率 200% (大豆、小麦、牛、牛乳、玉ねぎ等)
- インフルエンザ患者数
- ゴルフ場の数
- 温泉の数
- 植物園の数
- 道路と橋の長さ
- オリンピック獲得メダル数出身者数
- 実質公債費比率 20%
- 核家族化率

■ 自然環境や安全な食材に恵まれていて、本来は健康のためには有利な環境である！

医療法人財団 夕張希望の社 2008/12/6 8

今日のお話は……

- 北海道夕張市の話
- 夕張での取り組み
- 立える医線
- 健康と医療についての話
- になる予定です……

夕張夫妻

ここが噂の終着駅
そして愛の始発駅
夕張駅

鈴木市長 30歳！

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 9

北海道夕張市

以前の夕張駅

モーニングロール

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 10

石炭と石油の違いはなんでしょう？

正解は

石炭は植物の化石
石油は動物の化石

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 11

夕張メロン

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 12

北海道夕張

市 夕張市(ゆがはり)は、北海道空知支庁の市。北海道の中央部に位置し、かつて石狩炭田の中心都市として栄えた。夕張メロンの産地として有名。2006年深刻な財政難のありを受けて、2007年2月1日をもって財政再建団体に移行された。

- 人口 118,000人(1999年)
19,788人(2011年4月1日)
- 産地比率43%(全国1位)
- 面積は165.29km²、人口密度は155人/km²
- 札幌から函館まで新幹線で約1時間で特急が停まる鉄道が整備されており、交通の便がすしも悪くない。
- 年平均気温は約-1.2度、最高気温は19.6度、最低積雪307cm(平年値)の地。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 13

夕張破綻

(炭鉱から観光で赤字を減らす)

632億円の市の借金
→夕張市が財政再建団体
(18年をかけて借金を減していくこと)

39億円の病院の借金
→夕張市立総合病院も経営破綻
(一般病床131床、療養病床40床)

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 14

夕張は日本の縮図？

- 日本 人口 約1億2000万人
国債発行額約 600兆円
高齢化率 20.3%(平成18年)
- 夕張市 人口 1万2000人
負債総額約 600億円
高齢化率 43%
- ※ 2030年の日本の高齢化率は30%

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 15

報道されない夕張市の現実

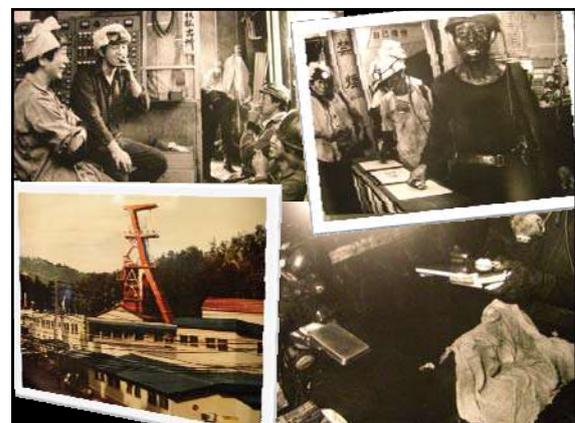
- 医療費の未納 2億円
- 市営住宅の滞納金 2億円(未納が43%)
- 学校給食費の滞納率 北海道1位
- 高齢と日本一なのに福祉は171床の総合病院にも授けで機能していなかった。
- 人口12000人で市役所の職員数は350人と他の自治体の3倍だった。
- 市は医療機関は7か所で殆どが町外の医療機関を借用していた。(総合病院は必要なかった)

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 16

夕張市の教訓

- 何でも他人のせいにして権利ばかり主張する住民の多い地域は破綻する。(くれくれ市民)
- 検診の受診率が低く、健康意識が低い住民の多い地域はいくら医療を充実させても病人は減らない。
- 高齢化社会で大切なのは医療よりも福祉であって、日本の医療は進んでいるが福祉は遅れている。
- 医療は目的ではなくて手段であり、医療を目的にすると病気は増えるが、健康にはなれない。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 17





突然の来客 鎌田先生と・・・ 石炭の歴史村

医療法人財団 夕張希望の杜 2012/3/8 31

平成22年7月7日

「極北クレイマー」のモチーフは夕張です！
文庫本になり、売上げは東日本大震災の義援金になります！
書評は私が書いています！

海堂 尊 さん

12/3/8 32

平成21年11月6日 鳥越俊太郎さんの夕張見学

昭和15年3月13日 生まれ

昭和36年3月13日 生まれ

医療法人財団 夕張希望の杜 2012/3/8 33

秋山正子さんの来院

在宅ケアの不思議な力
秋山正子

34

夕張医療センターの取り組み

夕張医療センター夏祭り

ソフトピア学園

総合会議

夕張高校ハンドベル

認知症サポートチーム会議開催

夕張大賞

35

夕張希望の杜 夕張医療センター概要

- 〒068-0402 北海道夕張市社光20番地
TEL (0123) 52-4339 FAX (0123) 52-2617
e-mail center@kibounomori.jp
- 19床の有床診療所、40床の介護老人保健施設
- 主要設備：ヘリカルCT X線撮影装置 X線透視診断装置 超音波診断装置、無散乱眼底カメラ、血液検査測定装置(生化学、採消血液、血ガス) その他
- 診療科目：内科 小児科 外科 整形外科 リハビリテーション科
歯科 眼科 (医師 常勤1名、非常勤5名、歯科医1名)
- 職員：看護師 看護助手 薬剤師 診療放射線技師 臨床検査技師
作業療法士 管理栄養士 総合事務 医療事務

小児科からターミナルケア、在宅医療まで幅広く対応していく。
支える医療に特化して運営していく。
在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所

医療法人財団 夕張希望の杜
36 2012/3/8



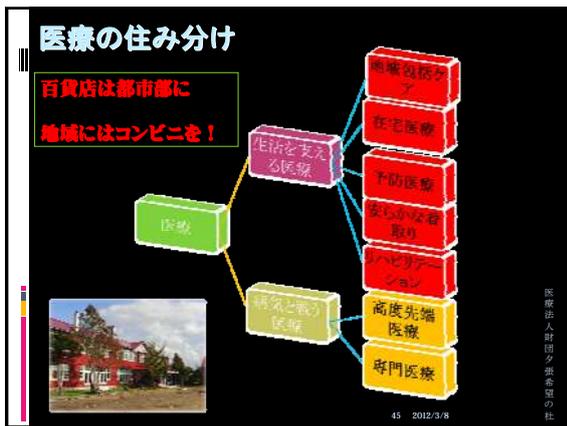
世界一の高齢化社会での考え方

- 医療 ⇒ 予防医療で医療費削減 (肺炎球菌ワクチン、口腔ケア、検診等)
- 福祉 ⇒ 介護予防、生きがい対策で削減 (リハビリテーション、社会活動への参加等)

↓

- 余った予算で福祉の人材、インフラの整備を進めて行く
- 既存施設の改築(断熱、バリアフリー化等)で雇用を作る
- 小規模多機能、グループホーム等高齢者産業の育成

従来の戦う医療の発想では、地域が破綻し、高齢者が皆病院に閉じ込められて亡くなっていく。



医療の住み分け

- 都市部 : 病気と戦う医療
 - 高度先端医療、専門医療
- 地域 : 支える医療
 - 「あれもこれも」ではなく「あれとこれ」
 - 地域包括ケア、リハビリテーション
 - 予防医療、在宅医療、安らかな看取り
 - 生活、地域の産業、高齢者、専門医療

戦う医療と支える医療

- 戦う医療
 - 患者さんを丸腰で戦場に放り出して、最新の武器を与えて家族や医療者は壁の向こうから「頑張れ！」と声援を送っている。
 - 高齢化して勝ち目はなくても頑張らせて、余計な犠牲を生んでいる。
- 支える医療
 - 厳しい戦場に高齢者は出さなくて、家族も一緒になって後方につれて行く。
 - 家族や医療者の都合ではなく、本人の意思を優先する。
 - モアよりシェア

鹿児島島のDr中野の持論。

医療は

- 1) 社会保障(安全保障)の部分
- 2) 個人の要求による医療(もっともとの医療)に分類して

1)は公金(保険、税金)で、
2)は自費で(市場経済に任ず)行えば、良い

: シェアとモア。

夕張での在宅医療

- 契約 0→100軒(5年間)
- 在療診 100軒 訪問看護 100軒
- 1か月間の実績
- 訪問診療 180件 訪問看護 200件
- 往診 20件 訪問リハビリ 25件
- 訪問歯科 26件 通所リハ 90件
- 訪問服薬指導 100件




49 2012/3/8 社

他の地域への支援活動(NPO支える医療研究所)

- 代診、当直、講演等の支援で北海道の他の地域の医師を支える。
- 医師だけではなく、歯科医師、看護師等も派遣する。
- 本別町、士幌町、紋別市、奥尻島、利尻島、由仁町、浜頓別町、雄武町、興部町、厚岸町、被災地等20か所以上に支援活動





医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 50

歯科の取り組み 連携と予防

訪問診療 講演+実習

口腔ケアの第一人者
歯科医 八田です!
講演依頼受付中!

口腔ケアにより、脳卒中、心筋梗塞、肺炎、認知症、糖尿病などの疾患を予防して、ご飯を美味しく食べる事で栄養状態が改善し、褥瘡も予防できます!

学会活動 終末期のかかわり




医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 51



98歳の誕生日です!



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 52

夕張PPKの会




97歳の誕生日




医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 53

99歳の笑顔

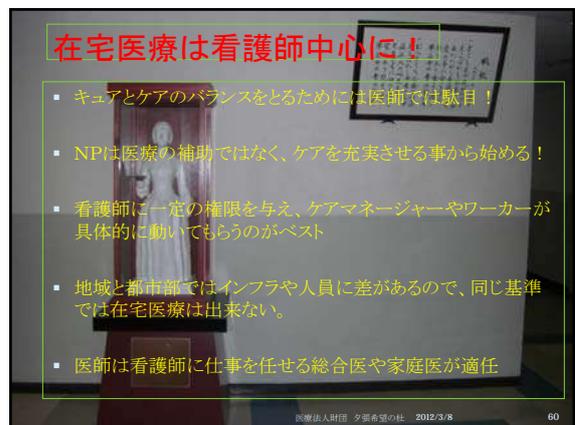




自宅から見える風景



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 54



カンファランス

研究会

研究会

チーム医療の基本は権限委譲
 医師だけでは地域医療は支えられない
 地元のコメディカルスタッフの活躍が
 地域医療やケアの質を決めていく。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 1

薬剤師の地元先生

薬剤師の在宅医療への参加

調剤や服薬指導をした結果を診るために電話、ペイタルチェックの研修開始!

介護士や看護師が聴診器を使い、血圧を測定するのに、何故薬剤師はしない? 救命処置のトレーニングを shouldn't? 患者さんに触れよう shouldn't? 6年制にしたのは何のため? いつまで薬局のなかに閉じこもるつもり?

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 2

訪問リハビリの取り組み

- ①訪問車両使用し、自宅近郊への買い物・お茶のみ・観光名所・昔慣れ親しんだ地区への散歩などを屋外活動として取り組んでいる(歩行活動といっても単に自宅周辺だけではなく、本人の行きたいところなど意思を尊重し、サービスの提供として実施)
- ②訪問リハ利用期間も、季節の応じた利用(冬期間利用し、春から家族の協力を得て自主活動や、冬期間はマンション内の自主活動をして、春から訪問利用し屋外活動の取り組み) 季節や期間を本人・ケアマネ、在宅医療スタッフとの検討しながら幅広く訪問サービスを提供できるように取り組んでいる

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 3

高齢者救急キット「命のボタン」

事例① 事例②

提案(夕張救急医療情報キット)

一人暮らしの高齢者の自宅の冷蔵庫に、連絡先(身内やかかりつけの医療機関の連絡先、病名などを記載した紙をケースに入れて、冷蔵庫にシールを貼る。

冷蔵庫は、ほぼ全ての世帯にあるため、発見者が連絡先を知る事が出来る。→ 市民再生会議と連携

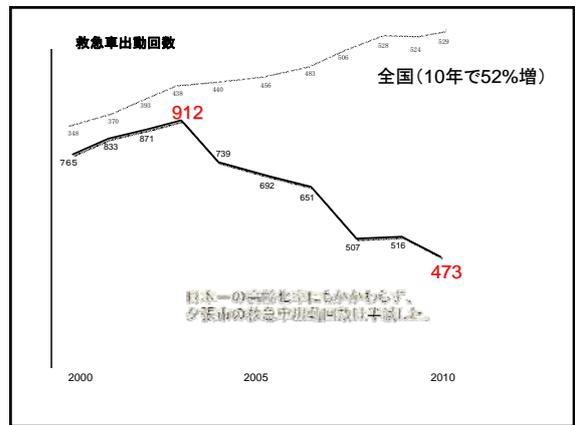
医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 4

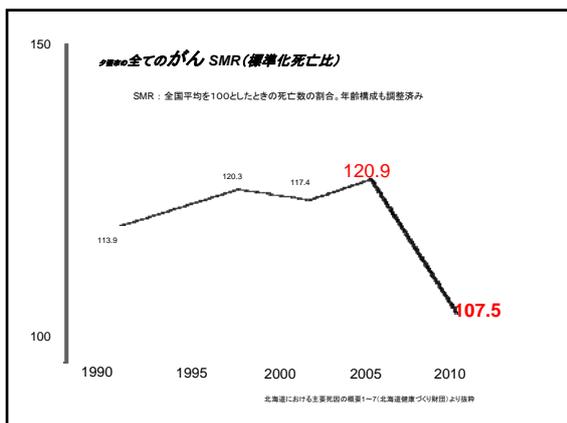
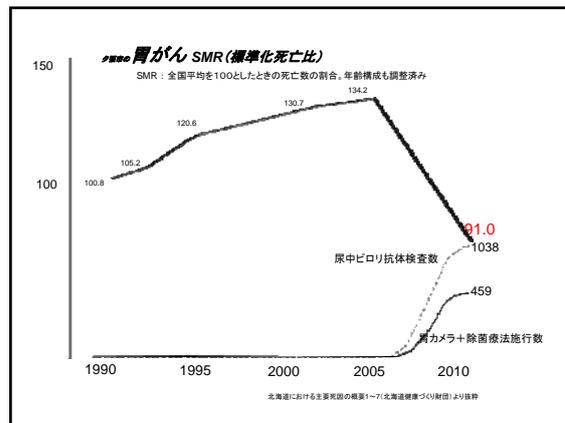
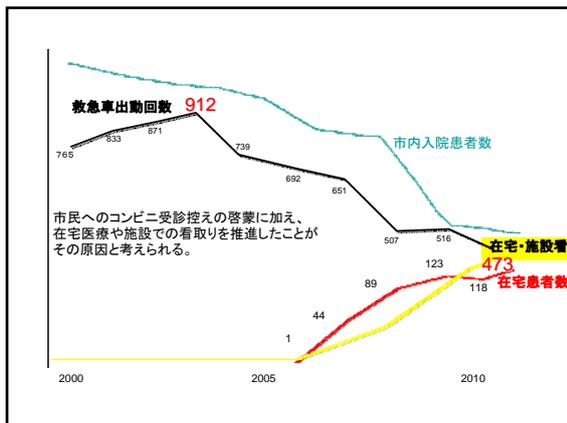
特別養護老人ホーム 清光園 110床

90%の入所者をここで看取る様になり、救急車の出動も蘇生措置も経管栄養も無くなり、毎日口腔ケアに取り組んでいる。稼働率が98%と経営的にも改善した。

インフルエンザ予防接種、肺炎球菌ワクチン接種率 100%!

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 5





高齢者が安心して暮らせる地域とは？

- 住民の健康意識が高く、地元の医療機関を大切に使う。
- 保健・福祉が充実し、医療がそれをサポートする。
- 住民としてそこへ住む魅力があり、健康に必要な環境がある。
- 教育が充実していて、高齢者と子供達の交流がある。
- 総合医がいてシステムとして医療を支え、地域で育てている。
- 生きがいがあり、その人らしく暮らしている。
- その地域で安心して生きて、死んでいける。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 10

支える医療のまとめ

- 高齢化社会で寿命と戦わないで生活を支える。
- キュア(治療)よりもケア(介護、生活)を充実させる。
- ケアを充実させると少ない医療資源であるキュアが機能する。
- 病院や施設より在宅を重視し、病気ではなく病人を診る。
- 町創り、死に場所づくり。
- 住民もお任せではなく、予防・検診で参加する。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 11

夕張からの提言

- 医療を大切に使いましょう。
- 健康を守るのは医療ではなく、自分自身です。
- 人は必ず死にます。大切に時間を使いましょう。
- 現状維持、先送りで破綻したら第2の夕張です。
- 地域医療は住民自身が守るものです。
- 次の世代や他の地域のことも考えて下さい。
- 医療を求める前に検診を受けましょう。
- 何でも人のせいにならず、自分でやってみよう。
- 医療は目的ではなくて手段である！

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 12



皆さんに質問です！

- 日本人の平均寿命は？
- 日本で一番長生きな地域は？
- 日本で一番医療費が安い地域は？
- 日本人の死亡原因の4位はどんな病気？
- 日本で一番医療費の高い地域は何処？

夕張医療センター 2012/3/8 14

健康とは何でしょうか？

- 病気を減らすこと
- 元気を増やすこと
- 一番大切なのは？

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 15

健康の定義

- 平成10年のWHO執行理事会(総会の下部機関)において、WHO憲章全体の見直し作業の中で、「健康」の定義を「完全な肉体的(**physical**)、精神的(**mental**)、**Spiritual**及び社会的(**social**)福祉の**Dynamic**な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」
- **"Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."**
- と改める(下線部追加)ことが議論された。最終的に投票となり、その結果、賛成22、反対0、棄権8で総会の議題とすることが採択された。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 16

リスクマネジメント(何かあったら)

- 交通事故を避けるためにはどうしたらいいか？
- ↓
- 車に乗らなければいい！交通事故は1万人に1人。
- ↓
- しかし、これでは不便だし豊かな生活が出来ない！
- ↓
- そこで、いざと言う時のために保険に入り安全運転に心がける……(ゼロにはならないがリスクは減る)
- ↓
- これがまさにリスクマネジメントで、どれ位の保険料を支払うかは個人の考え方。100%の安全はあり得ない。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 17

検診を受ける人は受けない人より長生き？

- 検診を受ける人は病気が早期発見・早期治療出来るから。
- ↓
- 実際には元々健康意識が高い人が検診を受けるから、平均寿命が長いというのが事実です！
- ↓
- 高度な医療、大きな病院、大学病院がある地域の住民が健康寿命も平均寿命も長いわけではありません！
- ↓
- たとえ過疎地でも住民の健康知識・意識が高ければ総合病院など必要ありません。

夕張医療センター 2012/3/8 18

糖尿病、動脈硬化や血栓、早産の原因にもなる「歯周病」

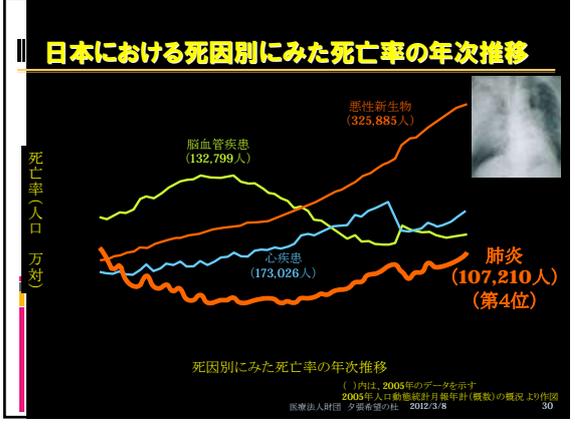
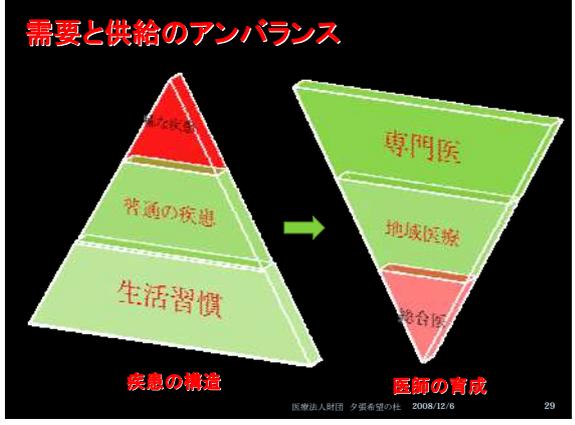
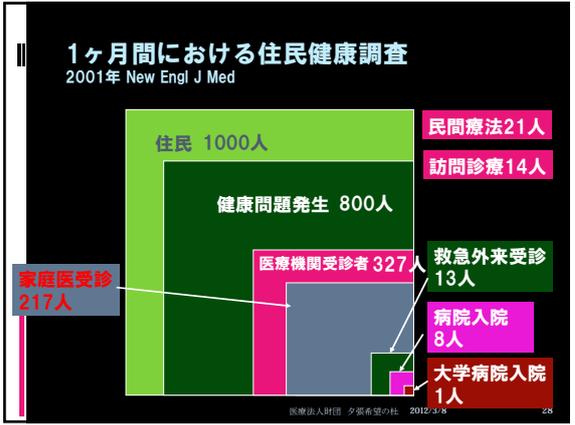
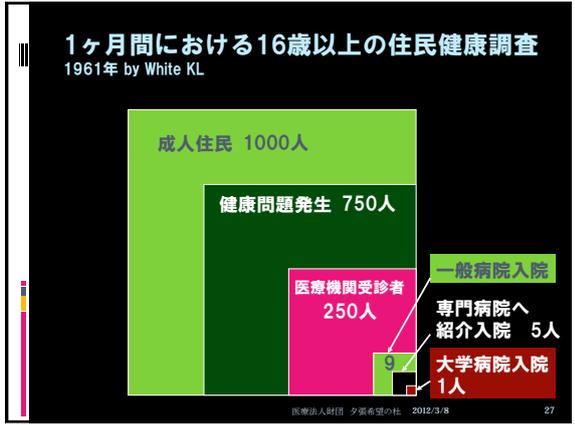
- 11月2日(水)発売 日経BP社「日経ヘルス12月号」
- 雑誌URL: <http://medwave.nikkeibp.co.jp/health/>
- ★**歯周病の人は喫煙でない人に比べて3~8倍、喫煙者は2.4倍、歯周病に罹りやすい**
 - 歯がグラグラする、口臭がある、歯茎が腫れている、糖尿病の人は歯周病に罹っている可能性が高い
- ★**歯周病は、糖尿病、動脈硬化や血栓を引き起こす**
 - 歯周病菌の「内毒素」が白血球を活性化して炎症成分を作る
 - 肝臓を脂肪細胞で包む炎症成分を作り、インスリン抵抗性を上げて糖尿病に、悪玉コレステロールを酸化させて動脈硬化を起こす
- ★**歯周病を治療すると糖尿病の状態が改善する**
 - 歯周病の48才の糖尿病患者に歯周病治療をすると治療の経過とともにHbA1cが改善した(岡山大学大学院)
- ★歯周病の炎症成分は子宮を収縮させる「プロスタグランジン」を増やす
 - 歯周病の妊婦は早産や低体重児の出産が多くなる
- ★テレビを観ながら、入浴しながら1日10~20分の「ながらブラッシング」で隅々まで歯垢の除去をするのが良い
- 一年に1回は歯科医院で歯垢や歯石を除去してもらい、歯周病のチェックを

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 25

認知症の予防

- 運動で**3倍**予防できる。(1日20分以上の歩行を週2回以上)
- 他人と**会話**すると**8倍**予防できる。
- 生活習慣病で**6倍**予防できる。(高血圧、高脂血症、肥満)
- ※ 専門医を増やしても認知症は減らない!

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 26





医療崩壊

- 実は全国の自治体病院(公的医療機関)では医師不足やその他の原因で病院が潰れています。
- 皆さんが病気になった時にかかれる病院が無くなり、交通事故にあっても受ける病院が無いかも知れません。
- どうしてそんな事が起きているのか?
- そもそも「医療崩壊」は存在しているのか?

38 医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8

社会保障

- **社会保険** : 医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険、介護保険
- 公的扶助 : 生活保護
- 社会福祉 : 老人福祉、障害者福祉、児童福祉、母子福祉
- 公衆衛生及び医療 : 感染症対策、食品衛生、水道、廃棄物
- 老人保健 : 高齢者医療制度へ
- **社会保障**(しゃかいほしょう, **social security**)とは、本来は個人的リスクである、**病気・けが・出産・障害・死亡・老齢・失業**などの生活上の問題について**貧困**を予防し、**貧困者を救い**、生活を安定させるために**国家**または**社会**が**所得**移転によって所得を保障し、**医療**や**介護**などの社会サービスを給付すること、またはその制度を指す。

39 医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8

相互扶助の原則

- いざという時のためにお金を出し合い、一定のルールに従って、お金を出して助け合う(保険)
- 義務と権利が存在し、義務を果たした人に権利が生じる。

↓

- 従って「自分さえよければいい」という権利ばかり主張する集団ではこの仕組みは成り立たない。
- 権利ばかり主張して使うと制度が破綻する。

40 医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8

日本医療は世界最高(WHOの評価)

- 平均寿命の長さ、乳児死亡率の低下
- 医療費が極めて安く、高度な医療
- 公平性、フリーアクセスが保たれている
- WHOは日本の医療を世界1位とし、アメリカの医療を世界36位とした。
- しかし国民の医療に対する満足度は世界最低!

41 医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8

こんな事知ってますか?

- 世界中のCTスキャンの半数以上が日本に存在する。
- MRIの台数も世界最高。
- 医師の自殺率は他の職業より3割高い。

▪ [盲腸の手術費用]ニューヨーク243.9万円、香港152.6万円、ソウル51.2万円、北京44.8万円、**日本37.8万円**(AIU保険会社2000年)

- 救急車が無料である国は日本、イギリス位で、1回の出動のための経費は3-4万円、アメリカの州によっては5-14万円払っている。

42 医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8

人口当たりの医師数 国際比較

日本の人口当たりの医師数は、2000年のOECD(経済開発協力機構)データで加盟30か国中27番目という低さです。人口1110万人当たりの医師数は、



イタリア	4.10
フランス	3.29
ドイツ	3.26
スペイン	3.13
スウェーデン	3.04
アメリカ	2.21
日本	1.93

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 43

厚生労働省の当直規定

- ・宿直の回数は、原則として、日直については月1回、宿直については週1回を限度とすること
- ・宿直については、相当の睡眠設備を設けること
- ・通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のものであること。すなわち通常の勤務態様が継続している場合は勤務から解放されたとはいえないから、その間は時間外労働として取り扱わなければならないこと
- ・夜間に従事する業務は、一般の宿直業務以外には、病室の定時巡回、異常患者の医師への報告、あるいは少数の要注意患者の定時検脈、検温等特殊の措置を必要としない軽度の、又は短時間の業務に限ること
- ・夜間に十分睡眠がとれること

決まりを守らないで、医師にそのつけを投げてきたから崩壊しているだけではないのでしょうか？

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 44

日本の医療現場と労働基準法

- 日本では安い単価で質の高い医療を受けている。
- ↓
- このしわ寄せは現場の人間に来ていて、医師の80-90%は当直後に普通に勤務していて労働基準法に違反している。
- 病院の当直は入院患者を守るもので、救急で外来を受けるのは当直規程違反である。
- 徹夜明けのパイロットに操縦してもらいたいと思いませんか？

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 45

WI海外

米国サリバン厚生長官平成4年10月
米国の医療問題解決のためクリントン大統領夫人の肝いりで国立がんセンターを1週間視察後の感想「米国は医療費にGNPの13.5%を使っているが、経済大国日本はその半分以下、しかも病室は雑魚寝、共同浴室でまるで50年代の米国の病院、米国人には耐えられない」と、AHA News Oct.28,1992

テリー・ロイド氏 (リンクメディア社長) 自
「いつでも」「安く」「高品質＝安全」は日本の常識世界の非常識

	日本	英国	米国
アクセス:公平性	●	▲	▲
コスト:効率	●	●	×
質:効果	▲	▲	●

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 46

日本病院職員数の比較 (低開発国並みの日本の病院)

病院名	ボストンS.E病院 1992	日本S国立病院 1992	済生会栗橋病院 2001
ベッド	350床	310床	310床
職員	2011人	200人	474 (44)人
職員/ベッド	5.7倍	0.6倍	1.5倍
医師	371 (296)人	39 (16)人	47 (4)人
看護師	620 (100)人	85人	239 (28)人
事務職員	64人	15人	70 (30)人
患者搬送係	4人	4人	4人
患者搬送係/ベッド	11人	1人	1人
患者搬送係/職員	34人	34人	34人
その他	541人	54人	198 (12) (20)人

米国の病院では患者の搬送は専門(救急救命士)資格を持つ担当者が一手に引き受けている。
日本のように研修医が患者搬送係りをする事は許されていない。
人手不足の医療機関はすぐにもマンパワーが必要

医療は雇用増進にも貢献可能

()非常勤数 「」外注委託

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 47

医療にまわす金はない？

医療費 2000年 10兆円

携帯電話・パソコン (2000年) 1兆円

葬儀代金 1兆円

パソコン売り上げ(92年) 1兆円

緊急電話: 250万円
8日入院の盲腸: 34万円
28日入院の胃がん: 120万円
お産: 30万円
人の命は地球より……?

医療費(日本消費者協会調べ)
全国平均: 287万円
首都圏: 405万円

外国(日本製生薬を比較)
米国: 45万円
英国: 12万円
ドイツ: 20万円
韓国: 37万円

高速道路の緊急電話 一台250万円!!!

旅行代金 (毎人1旅行 12.3万円)

建設投資

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 48



医療機関と死亡率との関係

- 昔は感染症が多かったので、医療機関の充実が死亡率に影響した。
- 生活習慣病が増えた現在では、死亡率との相関は10%程度で、検診受診率や喫煙率等が大きく影響する。
- ↓
- 北海道は1人あたりの医療費が常に上位で、喫煙率は1位で検診の受診率は低い！
- この責任は誰にあるのか？
- 本当に医療機関の統廃合が命に関わるのか？
- 民意であれば税金を使い、次の世代にそのつけをまわしてもいいのか？

医療法人財団 夕張希望の社 2008/12/6 50

北海道の地域医療の特徴

- 人口当たりの病床数が本州より多い(日本1位入院依存)
- 医療費が高い、検診の受診率が低い
- 健康意識が低い(喫煙率が高い) 医療費が高い
- 健康意識は日本一
- 喫煙率が高い
- 在宅率が日本一少ない
- 福祉が遅れていて、高齢者を病院に送り込む
- 医師の60%が札幌と旭川に集中する偏在
- 病院で亡くなる割合86%で日本一

医療法人財団 夕張希望の社 51 2012/3/8

人口10万人あたりの医療機関の数

- 病院数 : 全国 7.1 北海道 11.0
- 診療所 : 全国 76.3 北海道 59.8
- 明治22年の人口10万に当たりの病院数は14.5と全国の7-8倍の数があった。
- 国策として昔から北海道は病院が多かった。
- 北海道の地域医療の充実=100床の国保病院を各町に作る
- しかし平均寿命も健康寿命も短く、医療費は高い！

医療法人財団 夕張希望の社 52 2012/3/8

住民の医療ニーズとは何か？

- アンケートをとって決めるものではない。
- 安全保障は命と健康を守るためにあるので、安心や満足のために作るものではない。
- 「何かあったら」「命に関わる」という言葉で皆さん思考停止する。
- 「あれもこれも」「あったらいい」は自己負担すべきである。
- 医療保険は社会保障制度の一つで相互扶助の原則がある。
- 本当のニーズには井戸掘りが必要である。

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 53

日本の医療についてのまとめ

- 日本の医療は世界一！
- 日本人は世界一長生き
- 長生きできたので、後は「生きがい」や「生活の質」を考えるべきではないでしょうか？
- 日本は世界一長生きで高齢化した国

医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 54

死生観のパラダイムシフト

- ◆ 死を敗北ではなく必然と捉えて、生活を充実させる。
- ◆ 定年を止めて、死ぬまで働く地域づくり。
- ◆ 自分の人生の終末を「お任せ」ではなく自分で考える。

限られた時間を住みなれた地域や自宅での間に過ごす。
 外来や遠征の現場で普通に死を語り、他の国や地域と比較して考える。

55 2019/3/8

被災地支援活動

- 日常行っている他の医療機関を支援するスキーム
- 日常の在宅を中心とした支える医療
- 医療資源の乏しい地域での医療活動
- 支える医療で医師に余裕が出来たので実現できた
- 募金を募って、被災地に負担をかけない支援を継続的に。
- 現場の医療機関を支える事で間接的に支援をしていく。(押しつけではなく、支える事を主体に)
- 細く長く支援を継続するために、夕張だけではなく、北海道全体から賛同者を募っていく。

56 2019/3/8





NPO支える医療研究所からのお願い

財政再建団体になった夕張は、多くの皆さんの支援でここまで来ました。今度は恩返りする番です。

夕張だけでなく、北海道の志のある皆様の参加をお願いいたします。

一時の流行ではなく、支援を押し付けるのではなく、現場の皆さんを間接的に支援していくといった試みです。

細く、長く、無理なく、多くの職種が参加する形で支援を継続していきたいと思ます。

NPO支える医療研究所 0123-52-5777

北海信用金庫 本町出張所 普)0212364 村上智彦

募金くださった方は sasaeruiryou@gmail.com までメールしていただければ幸いです。



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 67

夕張医療センター11カ条

- 1、医療から障害へ 治すから支えるへ キュア(cure)からケア(care)へそしてシェア(share)へ
- 2、医療から生活へ (薬から食事へ)
- 3、長寿から天寿へ (いのちの量から質へ)
- 4、急性期医療から終末期医療へ (戦う医療から支える医療へ 死は医学の敗北ではない)
- 5、病院から地域へ (病院医療から在宅医療へ)
- 6、自宅から共生型住まいへ (厚生労働省から国土交通省へ)
- 7、専門医から総合医へ (臓器から人間へ)
- 8、専門職から他職種協働へ (コメディカルからパラメディカルへ)
- 9、EBM(Evidence Based Medicine)からNBM(Narrative Based Medicine)へ (集団の理論から個別の対応へ)
- 10、都市部から地域へ (観光から環境へ)
- 11、国家の誘導から国民の期待へ (要求から自立へ)



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 68

夕張応援メールマガジン!!!!

<http://www.mhg2.com/m/0000253983.htm>

- 夕張市立総合病院を引き継いだ「夕張希望の社」の毎日発行の「前佐宮市長 木下敏之」
- 関連サイト <http://www.kingshira.jp/iyuki.html> 代表リポーター 伊関友伸 (城西大学准教授、元夕張市病院経営アドバイザー)
- 登録するだけで夕張医療センターの毎日が解り、支援になります! ご登録をお願いします!!!!
- ホームページ <http://www.kibonomori.jp>
- Twitter [@iyk1014](https://twitter.com/iyk1014)



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 69

本が出ています!

エイチエス株式会社 1,500円
時事通信社 1800円

是非ご覧下さい!

川本敏郎 関村上智彦の
「助産者が「心」してあつめる地域医療とまちをつくる!」

川本さんのご賞値をお祈りいたします。



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 70

御静聴ありがとうございました!



医療法人財団 夕張希望の社 2012/3/8 71

第6回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「東日本大震災における医療支援」

話題提供： 石橋 幸滋 氏
日本プライマリ・ケア学会 副会長 P-CAT 責任者

永井 康德 氏
たんぽぽクリニック院長 気仙沼プロジェクト責任者

日時： 平成23年12月16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 3階 ROOM6 会議室

大震災救援活動の実態 と求められる支援

日本プライマリ・ケア連合学会
副理事長 石橋幸滋

一般的な災害サイクル

超急性期	急性期	亜急性期	慢性期
<ul style="list-style-type: none"> 緑/黄/赤黒 救え 医療・ニーズ・リアージ 救急救命外科 	<ul style="list-style-type: none"> どうにか避難所 衣食住 医療ニーズ最弱者に 救命救急内科 	<ul style="list-style-type: none"> 長引く避難所 生活 潜在的弱者の顕在化 公衆衛生 内科 精神科 	<ul style="list-style-type: none"> 復興再構築 社会 社会的弱者の顕在化 全ての分野

日本プライマリ・ケア連合学会東日本大震災支援プロジェクト (PCAT) の初期活動

- Plan A : 被災をされたにもかかわらず診療を続けている診療所の先生に必要な休養をとっていただけるよう代診医を派遣する
- Plan B : 現地の医療関係者と連携して、避難所や在宅の患者さん、仮設住宅の皆様の診療や健康支援を行うため、医師及び歯科医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士・作業療法士などの医療スタッフをチームで派遣する
- PCOT : 妊産婦および産褥後の支援、被災した産婦人科診療所の支援のために、マタニティケアのできる家庭医・産婦人科医・助産師を派遣する
- RHITE : 避難所や在宅の被災者の健康チェックを行い、その結果に基づいて生活環境の改善、学習技能の改善などを図る



気仙沼の被害





気仙沼K-WAVEでの活動

- ◆ インフルエンザ患者の発見！
 - ◆ 夜間当直中に症状訴える人多数あり！
 - ◆ 検査にて陽性・避難所内のMapping！
 - ◆ 隔離スペース、発熱外来の設置！
- ◆ 脱水児の発見！
 - ◆ 下痢患者を掘り起こしにより多数確認！
 - ◆ 原因が便所衛生状態であることを追求！
 - ◆ 便所掃除隊の結成！

気仙沼連合避難所（中学・小学・公民館）での活動

- ◆ 被災したM医師の迷い。移るか？残るか？
 - ◆ 代診により心の余裕が…
 - ◆ おれの在宅患者はどうなっている？
 - ◆ 在宅患者への訪問開始！
- ◆ 検死
 - ◆ それまで俺たち被災した医者がやらなきゃならないの

多職種による介入 栄養士編

- ◆ 食事の栄養価が避難所間で全く違う！
 - ◆ カロリーも！栄養素も！
 - ◆ 冷えたおにぎり・きゅうり・チョコ！（気仙沼中学校）
 - ◆ 貴闘力ちゃんこ・パキスタンカレー（気仙沼小学校）
- ◆ この形態では食べれない！
 - ◆ 流動食はどこ？
- ◆ 長い避難所生活での偏った食事が
 - ◆ 免疫力の低下・慢性疾患の増悪へ！

多職種による介入 歯科医師編

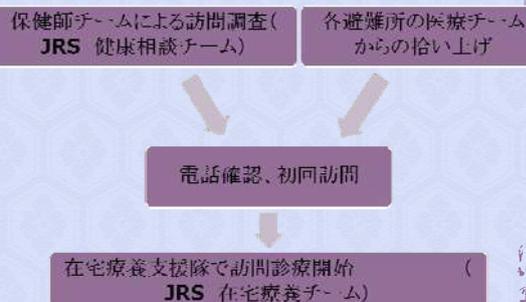
- ◆ 口 臭い！2週間も歯磨きしてないの？
 - ◆ 水も大切だし、歯磨き粉がないとね
- ◆ 入れ歯の調子が悪くて
 - ◆ 痩せてくると合わなくなるのか！
- ◆ ゴック ゲホゲホ！ン
 - ◆ 飲み込む時むせるんです

超急性期から亜急性期・慢性期に

- | | |
|------------|------------|
| ◆ 避難所 | ◆ 在宅 |
| ◆ 上気道炎、胃腸炎 | ◆ 患者の把握困難 |
| ◆ 定期内服薬切れ | ◆ 褥創の発生と悪化 |
| ◆ 肺炎発症 | ◆ 介護負担の悪化 |
| ◆ 廃用症候群の悪化 | |

在宅のニーズの掘り起こしとケアが必要

訪問診療までのフロー



気仙沼 巡回療養支援隊

- ◆ 被災後の訪問診療ニーズに対応しつつ、医療保険福祉の地域資源をサポート





気仙沼での活動経験

事例1 停電・断水の中の看取り体制

- ◆ 自宅 90代女性 脳梗塞 終末期
 - ◆ 震災前より在宅死の希望があり、家族もその覚悟はできていた。震災後、徐々に食欲低下。
 - ◆ 介護者は、停電と断水で介護に加え生活そのもの負担増加。内服も中断しており、降圧薬を配達
 - ◆ 清拭、持続皮下注射を継続。褥創マットを搬入
 - ◆ 夜間の看取りの可能性があり、連携体制を構築

これで、床ずれを予防できれば



事例2 関東への紹介入院

- ◆ 避難所 70代女性 脳出血後 重度の褥創
 - ◆ 避難所の床で重度褥創を発症、介護ベッド導入
 - ◆ 関東に子供がいるため転院希望
 - ◆ 担当ケアマネも被災しており自分の生活と各種連絡で手が回らない状況
 - ◆ 褥創の処置をしつつ、転院先・搬送手段を確保し転院

なんとか、東京へ



事例3 献身的だからこそその罪悪感

- ◆ 自宅 90代女性 脳梗塞
 - ◆ 3世代同居、お嫁さん主介護者(とても献身的)
 - ◆ お嫁さんが不眠、パニック発作あり、その訳は・・・
 - ◆ 停電でミキサーが使えず、毎食すり鉢を使用
 - ◆ 電動マットも止まり、夜中も頻繁に体位交換

電気来ないので、
これで食事をつくってるんです



事例4 ケアの力

- ◆ 親戚宅 80歳 男性 脳梗塞後 認知症
 - ◆ 自宅は火災で全焼、避難所も介護が困難
- ◆ この3週間、介護を受けていない状態
- ◆ 全く話さなくなってしまったと家族
- ◆ 全身清拭を施行、陰部洗浄や足浴、爪切りも施行
- ◆ 表情が戻り、会話も可能に、最後は座位で見送り

今だからこそ、丁寧なケアを



- ◆ 短期間の外部チームだけでは何もできない
 - ◆ そして、“現地は長距離走”なので、我々が短距離走をしてはいけない・・・
- ◆ 必要な“つながり”を少しずつ増やす
 - ◆ 個別の患者ケアを通じた地域ケア
- ◆ 必要なネットワークを構築し、ケアをコーディネートしつつ活動できたことが何より良かった

被災地の訪問診療

- ◆ 在宅ニーズの発掘と継続的なケア
- ◆ 震災関連の健康問題をチームでケア
- ◆ 介護家族の状態の把握の機会
- ◆ 当初から、ケアを地域に戻そう、と意識した支援





PCAT活動の目的

- ◆ 被災者の健康を守る
- ◆ 被災地の保健・医療・福祉・介護の復旧、復興を支援する
- ◆ 災害医療支援方法を確立する
- ◆ 災害医療を通して総合医、家庭医の必要性・重要性を世の中に訴える
- ◆ 災害医療データを蓄積、活用する
- ◆ 被災地支援ができる保健医療福祉介護従事者を育成する

被災者の健康を守る

- ◆ 避難所（介護型避難所、SSB型避難所）の健康管理を行う
- ◆ 在宅患者をケアする
- ◆ 仮設住宅の健康維持、増進活動を行う
- ◆ 遠隔地避難者への健康支援を行う
- ◆ 被災者及び支援者の心のケアを行う
- ◆ 被災地で働く保健医療福祉介護従事者の健康管理を行う





被災地の保健・医療・福祉・介護の復旧、復興を支援する

- ◆ 保健医療福祉介護ニーズの把握し、行政へフィードバックする
- ◆ 復旧・復興計画を立案し、達成を支援する
- ◆ 小病院・診療所の復旧、復興を支援する
- ◆ 保健医療福祉介護従事者へ直接支援(派遣、代診、業務一部代行等も含む)する
- ◆ 行政及び各種民間支援団体間の調整を行う



災害医療支援方法を確立する

- ◆ 被災者、被災地の状況やニーズを把握し、整理する
- ◆ PCAT活動を検証する
- ◆ 日本プライマリ・ケア連合学会が災害支援を行う目的、目標、意義を確立する
- ◆ 支援者教育方法を確立する
- ◆ 多職種協働による災害支援方法を確立する
- ◆ 超急性期から慢性期まで切れ目ない支援方法を確立する
- ◆ 日本そして世界へ災害支援に関する情報を発信する





災害医療を通して総合医、家庭医の 必要性・重要性を世の中に訴える

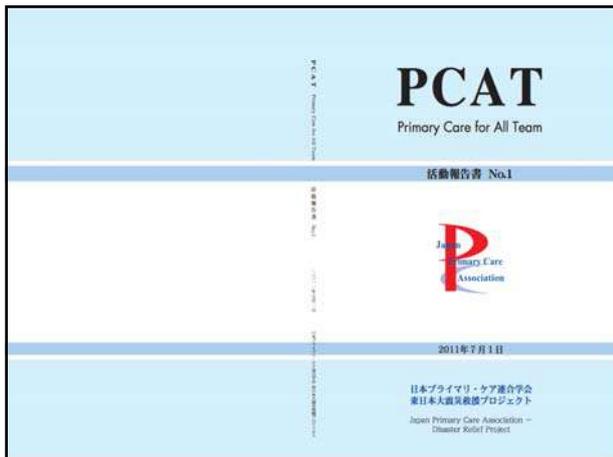
- ◆ PCAT活動を、様々な媒体(テレビ、ラジオ、新聞、雑誌、インターネットなどのマスコミ)を用いて、国内及び国外にアピールする
- ◆ PCAT活動と一緒に、学会の使命、学会の専門医(家庭医療専門医)の具体的活動及び必要性をアピールする
- ◆ 各支援団体、関連団体、会員の関連する団体、患者等にパンフレットや報告書を送る



災害医療データを蓄積、活用する

- ◆ RHITEプログラムのデータを活用する
- ◆ 支援者報告書をまとめ、それを活用する
- ◆ 支援地の被災者基礎データの収集とフォローアップデータをまとめて分析し、評価を行う
- ◆ 今後出てくるであろう、国、地方行政、支援団体、研究機関データを集約し、データベース化する
- ◆ 今後の災害支援方法を確立する
- ◆ 国内外へ医療データ情報を発信する





被災後6ヶ月後の変化と対応

- ◆ 避難所の閉鎖
- ◆ 仮設住宅への転居
- ◆ 地元医療機関の復旧(一部を除く)
- ◆ 県外からの医療支援はほぼ終了
- ◆ 原発処理と放射線障害への対応
- ◆ 被災者、住民健康チェック
- ◆ 被災地の地域復興
- ◆ 被災地の経済復興



PCATこれからの活動

- ◆ 宮城県気仙沼市本吉病院支援
- ◆ 仮設住宅の健康管理、健康カフェ支援
- ◆ 石巻市在宅医療支援
- ◆ PCOT活動(妊産婦、子育て支援)
- ◆ Ψプロジェクト(心のケア)
- ◆ 南相馬市仮設住宅支援
- ◆ 南相馬市立総合病院支援(検討中)
- ◆ RHITE研究(被災者の健康状態フォロー)

これから求められる支援

- ◆ 専門医療支援
- ◆ 生活習慣病患者の悪化予防
- ◆ 仮設住宅の健康管理、健康カフェ支援
- ◆ 被災者の心のケア
- ◆ 遠隔避難者の健康管理
- ◆ 放射線障害を防ぐ活動
- ◆ 地域ケアネットワークの復旧、復興
- ◆ 社会的弱者(障害者、子供、高齢者)に対する支援

気仙沼在宅支援プロジェクト

平成23年12月17日
在宅医療推進の会
たんぼぼクリニック 永井康徳

気仙沼在宅支援プロジェクトとは？

1. 被災地での在宅で困っている人たちのニーズを拾い出す
2. 被災後発生した褥瘡を治療する
3. 多職種連携で被災地の在宅医療レベルを上げる
4. 全国の在宅医や訪問看護師、訪問歯科医達がボランティアでつなぐ絆プロジェクト

巡回療養支援隊（JRS）の発足時の活動目的

1. 在宅にいる要介護者のピックアップ
2. 褥瘡患者を主体とする在宅患者の訪問診療と訪問看護
3. 避難所の看護職、介護職の支援ボランティアのコーディネート

その後のJRS在宅診療班の活動目的

1. 被災後に発生した褥瘡の治療
2. 地域の医療看護体制の補完と充実
3. 入院患者の退院支援
4. 地域の連携のコーディネート
5. 多職種連携の場
6. 在宅医療の基盤作り

ボランティアにおけるコーディネート機能の大切さ

1. 交代で派遣されるボランティア（点と点をつなぐ）
2. JRS全体の方向性を統一
3. JRSミーティングでの治療方針の統一と医療水準の維持
4. 多職種連携

地元への引き継ぎで問題になったこと

1. 災害医療から保険診療への切り替え（“島荒らし”）
2. 引き受け手がないこと
3. 身体障害者手帳をとっていない＝医療保険の訪問看護が活用されていない
4. 新規の訪問看護ステーション開設の問題
5. もともと医療過疎の地域をどうするかという命題

今回の医療支援で感じたこと

1. 救急医療や急性期医療の支援だけではなく、プライマリ・ケアや在宅医療のニーズが高かったこと
2. 医療ニーズ、介護ニーズの拾い出しが必要だったこと
3. 長期的視点に立った支援の必要性
4. コーディネート機能の大切さ
5. その地域に必要とされることを必要なだけ支援すること
6. その時だけの支援にとどまらず、地域のレベルを上げるような支援
7. 大切なことは支援者が自分の力を出し切るのではなく、被災地の為になること

気仙沼在宅支援プロジェクトで学んだこと

1. 在宅医療が災害医療で必要とされること
2. 災害時に在宅医療を継続して提供できるコーディネートシステムが必要であること
3. 被災地医療から学んだ全国の医療過疎地域の再生への手がかかり

第7回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「市民活動としてできること」

話題提供： 市原 美穂 氏
NPO 法人ホームホスピス宮崎 理事長

日時： 平成24年1月27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 2F
ベルサール八重洲 2階 ROOM F 会議室

2012・1・27 八重洲カンファランスセンター

「在宅医療推進のための会」研修会
全人的医療とコミュニティケアを目指して
安らかに逝くまちづくり
～ホームホスピス「かあさんの家」の実践から～

特定非営利活動法人ホームホスピス宮崎
理事長 市原 美穂

住み慣れた街で
最期まで安心して暮らせるまちづくり

- 生きてきた場所で、家族や馴染みの人に囲まれ家族や友人あるいは自分と**和解を遂げていく**。
- このかけがえのない時間を過ごす場所こそ、ホームがふさわしいと考えています。ホームとは、単に家を意味するものではなく、その人が**安らぎを感じる居場所**で、自宅でも、施設でも。
- 誰もが望む場所で望むように生を全うできるために、**在宅医療を支える様々な職種と連携して**支援していくことを目指します。

2000・8・1 ホームホスピス宮崎発足

誰でもみんな物語を生きている

- EBM(Evidence based medicine)から
 - NBM(Narative based medicine)へ
- どの人も一つ一つ物語がある**
柳田邦男氏・聞き書き学校校長
人生は、いくつもの物語からなる大きな物語
◎聞き書きをケアの現場に
・長崎Dr,ネット
・金沢大学看護科の聞き書きサークル
・緩和ケア病棟、デイケア回想法



ホスピスケアの人材養成教育プログラム

- ボランティア養成講座
- 聞き書き実践講座
- ケアする人のためのスキルアップ講座
- ホスピスケア市民講演会
- こころゆるゆるコンサート
- がん患者ファンリレーター養成講座
- 地区自治会・終末期ケア出前講座



地域の中でNPOの役割

- ◎患者と家族のよろず相談室
～こころゆるゆる患者サロン～
◎音の記録機能を持つ
～ケアサロン恒久～
- ◎「宮崎をホスピスに」プロジェクト
～病院から家に帰る時読む本～



【立ち上げの動機】

「宮崎にホスピスを」

ホスピスを作るのなら、
在宅ホスピスのバックアップペットが欲しい

◎1998年11月
宮崎市議会及び宮崎市郡医師会に、
「緩和ケア病棟及び在宅ホスピス支援センター設置についての要望書」提出

◎2001年12月
宮崎市郡医師会病院に緩和ケア病棟開設される
(開放型病院であるため、主治医が変わらずに入院治療を受けることができる)

緩和ケア病棟の実践を通しての実感

- 症状緩和のための入院、在宅ケアの準備のための入院、および、介護者の休息のための入院(レスパイトケア)では、
⇒2週間以内に退院が可能。
- 看取りのための入院では、多くの場合2週間以内に死亡退院。
- 在宅緩和ケアを支援する機関(診療所、訪問看護ステーションなど)と緩和ケア病棟との連携、及び緩和ケアの知識や技術が、
⇒患者の紹介・逆紹介を通してつぐられ、広がっていった。

望めば最期まで家で！が
100%可能になりました
* 黒岩ゆかり先生提供

緩和ケア病棟の実践を通して 在宅緩和ケアが広がる

◎在宅療養を実現するには、医療(在宅療養支援診療所、訪問看護ステーションなど)の充実だけではなく、生活支援の充実が必須。

◎長期入院(1ヶ月以上)となる患者の多くでは、病状安定期があり、この期間は在宅療養が可能。

◎がんで認知症の高齢者の患者の受け皿がない。

• 在宅での介護力の低下



• 在宅へ戻れない人をどこで

* 黒岩ゆかり先生スライドより

在宅へ戻れない人をどこで見るか

• 「かあさんの家」の
実践へ

• 施設介護から、

地域での相互扶助の
在宅介護の方向へ



なぜ「かあさんの家」を作ったのか

- ☆一人暮らしが困難になった
…核家族や地域力の不足
独居あるいは高齢者のみの世帯の増加
- ☆医療の依存度が高い(気管カニューレ・IVH等)
- ☆制度の枠から外れる⇒自由な裁量が必要
…認知症があり癌を発症した
- 終の棲家をどうするのか
…「看取り」を生活の場に取り戻す

「かあさんの家」の目標

- 一つは、最後まで、暮らしと「いのち」を支えること
・ 病人ではなく、生活をする人、朝目が覚め、顔を洗い、食事をし、排泄をし、眠る(当たり前の生活)を支える
- 二つは、見えなくなった死を、看取りを介し生活の場へ取り戻すこと
・ 家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する

住まいと環境

⇒空いている民家を活用

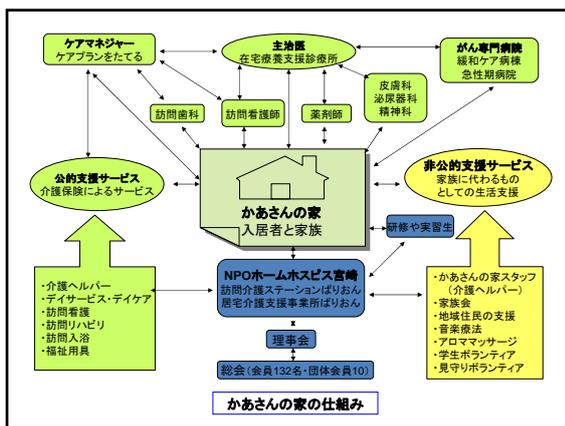
- 日当たりが良く、人が住んでいた住宅
150㎡くらい、30坪程度で気配のわかる空間
- ちょっとした庭があり、必ずしもバリアフリーでなくても良い…なるべく車椅子を使わない
- 食器も家電もそのまま利用し、最初の改装は最小限にして、実際にすみながら利用者さんの状態に合わせて整える
- 居室は必ずしも個室でなくても良い

入居者5人⇒ケアの黄金比

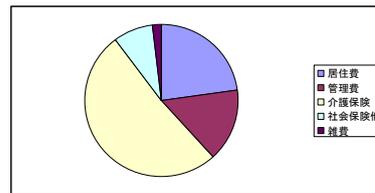
- 「家」に擬似家族として、ルームシェアして暮らす
⇒1人暮らしから、とも暮らしへ
- 看取りのできる人数
⇒気配で感じる人数
- 採算ベースでのラインが5人
…介護スタッフは1軒あたり5名
…人件費は82%
⇒1対1の介護体制を確保

医療と介護のチーム

- 在宅医療と介護サービスを
そと付けで持ってくる。
- 他の事業所と連携し、
一人に一つのチームを作る。
- フォーマルサービスを補完する
インフォーマルサービス。



費用はどのくらいかかるの



- 住居費・食費・水道光熱費など
85000円
- 管理費(インフォーマル)
自費分 40000円
～65000円
- 介護保険の自己負担金を含めて
約2000円
～36000円
- *個人負担金は
約150000円
～180000円

介護保険限度額の約6割をヘルパー派遣事業に

どのように支出しているの



がんと認知症のケア

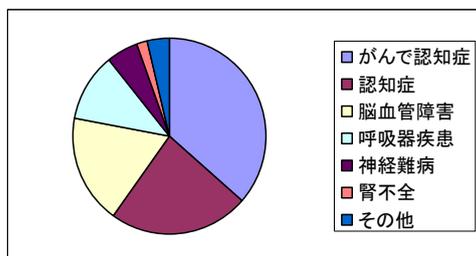
病院でも介護施設でも受け入れ困難の事例

- 入院治療は認知症にとっては、最大のストレスとなる。精神的な混乱や不安が大きい。
- 症状は穏やかで、痛みの訴えも少ない。
- 痛みのコントロールをし、QOLを最優先。

～これまでに看取ったがん疾患の方23名～
胃がん(5名)、肝臓がん(4名)、肺がん(4名)
脳腫瘍(2名)、ぼうこう癌、子宮がん、卵巣がん
前立腺がん、多発性骨髄腫、下顎がん
大腸がん(2名)

入居者の病名

これまでに退去された方と現入居者あわせて54名



暮らしの中にホスピスはある

エンドオブライフケア(終末期ケア)は、
医療の支援を受け中心は生活を支える介護

- 最後まで、生活者(五感)
- 朝起きて、着替えて、食卓に座って食べる、気持ちよく排泄をして、眠ることが、痛みなく過ごせる。そして、丁寧に1日1日を生きていくことが、

最期の1日に

普通に暮らすということ

テレビ朝日 報道ステーション
特集 3月10日放映

- ☆五感を感じて暮らす
- ☆気配を感じて暮らす
- ☆生活者として暮らす

看取りの主体は家族

- **病院での死と在宅での死**
- 病院の管理化におかれ、医療の専門家にしかできないという思い込み⇒モニターをみてしまう。
- 大切な人の死を通して初めて豊かになる人間関係、命の大切さ



- ◎家族が悔いのない看取りが出来るように支え、その時間と空間を提供する
⇒看取りの支援と補完

看取りの経験がない家族

- 最期まで“聴く力”はあるといわれています。聞きなれた声は最後まで届いていますよ。
- 手を握ったり、体をさすったり、語りかけたり・・・大切な時間です。
- 聞いておきたいことや伝えておきたいことがあれば、伝えてくださいね。

頑張れではなく、良く頑張ったよね。

ホームホスピスのひろがり

- 愛逢の家(兵庫県尼崎市)
- なごみの家(兵庫県神戸市)
- われもこう(熊本県熊本市)
- たんがくの家(福岡県久留米)
- オハナの家(長崎県上五島)
- ひなたの家(兵庫県姫路市)

・・・準備中・・・

- 広島県尾道市
- 広島県周防大島
- 石川県小松市
- 秋田県秋田市
- 東京都北区

《今後の課題》
制度の枠組みのなかで
運営の確立
理念の共有
ホームホスピス推進委員会

第8回「平成23年度在宅医療推進のための会」

テーマ： 「地域で推進するNST活動」

話題提供： 北村 道彦 氏
岩手県立中部病院 病院長

朴澤 弘康 氏
中田町歯科医院 院長

日時： 平成24年2月24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 3階 ROOM6 会議室

地域で推進するNST活動
 ～岩手県南の急性期病院における
 地域連携と医科歯科連携～
 岩手県立中部病院 院長 北村道彦



勇美記念財団 第8回「平成23年在宅医療推進のための会」 話題提供
 平成24年2月24日 ベルサール

本日の講演の内容

1. 岩手県・県立病院と中部病院の紹介
2. 北上市における在宅緩和ケア
3. NST活動
4. 医科歯科連携
5. シームレス連携、地域連携、チーム医療

岩手県立病院：
 昭和25年に厚生連と県有
 の病院をまとめて発足。
 平成22年現在の構成：
 21病院と4診療所
 総ベット 5,325床
 総医師数 622名
 総職員数 5,840名
 創業の精神：
 「県下にあまねく医療の均
 霑を」



平成21年4月
 花巻厚生病院と北
 上病院の2つの県
 立病院が統合

平成21年4月
 中部地区の広域基
 幹病院として
 県立中部病院誕生

病床数：434床
 (一般390、緩和24、結核20)

標榜：25科
 対象人口：24万
 (3市1町)



人口10万当たりの医師数(厚生労働省)

全国 218
 県全体 187

中部は盛岡
 の半分で、
 両磐、胆江、
 気仙よりも少
 ない



二戸	125	久慈	118
盛岡	277	宮古	121
中部	136	釜石	130
胆江	154	気仙	143
両磐	149		

中部病院の機能構想

- ・ 二次救急医療機能の充実・強化
- ・ 緩和ケア医療を含めたがん治療の充実
- ・ 麻酔科、病理診断科の設置
- ・ 臨床研修病院としての機能整備
- ・ 地域医療支援、連携機能の充実
- ・ 情報システム等の充実
- ・ 女性医師や育児支援の充実
- ・ 災害拠点病院

統合の目標：ハード、ソフト両面の集約による機能向上
 急性期、紹介患者、入院患者中心医療の展開
 働きがいのある職場環境の構築

中部病院の軌跡

平成21年
 4月1日: 開院式
 5月: 362床稼働(7:1看護体制)
 10月: 394床稼働(7:1看護体制)
 新型インフルエンザ蔓延

平成22年
 3月: 病院評価機構受審(約403項目中91%がa評価)
 6月: 地域周産期母子医療センター指定
 7月: DPC開始
 10月: 地域支援病院指定

平成23年
 3月11日 東日本大震災津波
 4月 434床フル稼働(7:1看護体制)

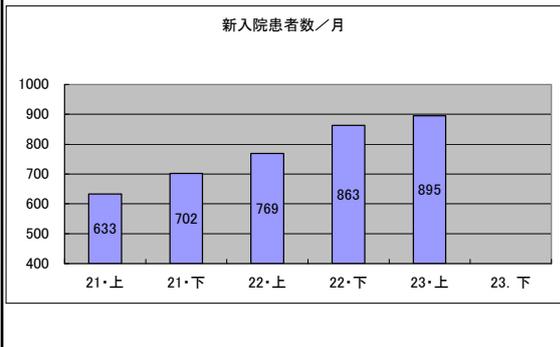
フルスロットで駆け抜けた3年でした。

旧2病院と中部病院の医事等の比較

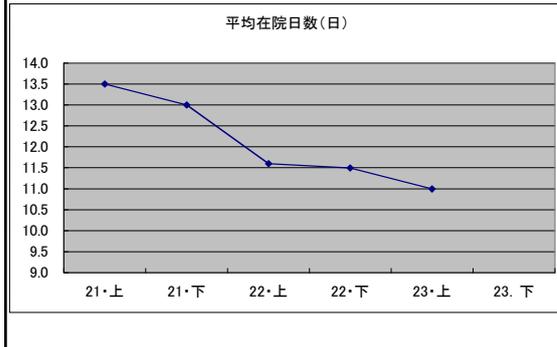
	花巻厚生／北上病院 H20年度 (192床／260床)	中部病院 H21年度 (362床⇒394床)	H22年度 (394床)
紹介率	31%／39%	70%	71%
1日平均外来数(日)	H16:1,067人、H20:766人	468人	508人
外来単価	7,906／10,152円	14,675円	15,840円
1日平均入院数(日)	333人	306人	335人
病床利用率	73%／73%	78%	85%
在院日数	20日／12日	13.4日	11.6日
入院単価	40,185円／39,925円	46,896円	51,267円
総退院数	7,872人:656/月	7,761人:647/月	9,849人:821/月
医師スタッフ	60名	61⇒66名	74⇒82名

中部病院は統合を契機に急性期、紹介型に特化した病院に変身

新入院患者数の推移



平均在院日数の推移



病院をめぐる状況の変化

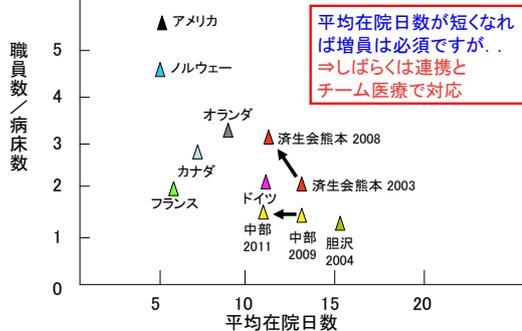
急性期施設:
 DPCの導入
 平均在院日数減少(ベット利用率低下)
 ⇒急性期ベット数の削減
 ⇒回復期施設・維持期施設との連携強化
 ⇒在宅医療の推進

↓

地域でのアウトカムの共有
 ・疾患単位;脳卒中、大腿骨頸部骨折、がん、糖尿病..
 ・病態単位;栄養、感染、じよく瘡、緩和、リハビリ..

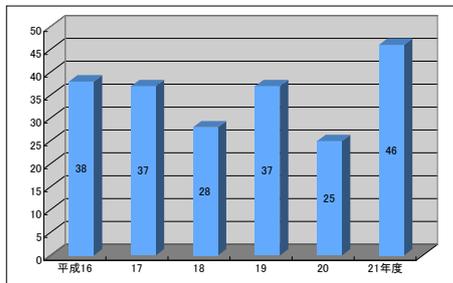
機能分化、連携へ:競争から協働

平均在院日数と職員数



副島秀久監修「決定版クリニカルパス」2004年 医学書院 より引用改変

岩手県立病院勤務医師退職者数



6年間で計211名、年平均35名が退職：歯止め傾向みえず

「地域でがん患者さんを支える」 ～平成20年までの岩手県北上市の取り組み～

・人口	8万人
・基幹病院	
県立北上病院	250床
(地域がん診療連携拠点病院)	
北上済生会病院	315床
・療養型病院	なし
・緩和ケア病棟	なし
・在宅療養支援診療所	8カ所
・がんで亡くなる方：	年間200～250人

「がんになっても安心して暮らしたい」を支援し実現！！

北上市の取り組み —緩和ケア事業の変遷—

- ・ 昭和56年、家族をがんで亡くされた方からの寄付をきっかけに「がん対策基金」の積み立て開始
- ・ 平成6年、国の補助制度を導入して、市役所と医師会が連携して、行政主導型の在宅緩和ケア事業開始
- ・ 平成15年度より緩和ケア支援事業を開始
 1. 65才未満がん患者さんを対象に、介護ベッド、ポータブルトイレなどの介護用品のリース料、購入料の9割を補助
 2. 緩和ケアボランティアの募集と育成
 3. 市民への緩和ケアに関する啓発活動
 4. 緩和ケア連絡会開催（医療、市民、福祉、行政）

キーワード：行政主導から市民支援へ、プレーヤーからサポーターへ

北上市民の取り組み

- ・ 市民団体が活発に活動
 - がん家族の会 「おでんせの会」
 - 乳がん患者の会 「ひまわりの会」
 - がん患者の会 「びわの会」
 - 緩和ケアボランティアの会
- ・ 平成15年、緩和ケアの充実を求める署名運動
⇒9,000人の署名を集めて市長、知事に面会
(県立中部病院に平屋型の緩和ケア病棟設置に結実)
(県立中部病院のボランティア活動へ展開)

市民の取り組みのポイント
「会員だけでなく、広く市民へ緩和ケアの普及」

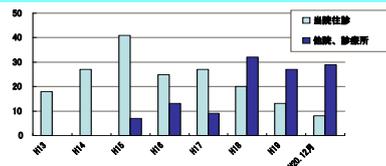
北上医師会と各診療所の取り組み

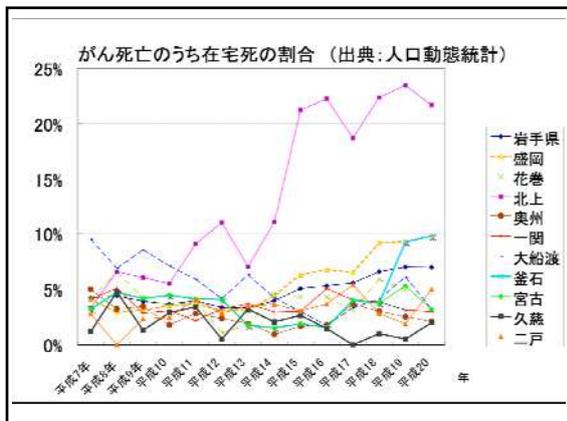
- ・ 医師会緩和ケア部会
 - 緩和ケアに関する定期的な研修会開催
 - 市民講演会の開催
- ・ 各診療所が在宅ケアの実践
 - 公的なネットワークは無い
 - ゆるい助け合い
 - 訪問診療を行う診療所が徐々に増加

医師会と診療所のポイント
「医師会は啓発教育、実践は診療所」

県立北上病院のがん患者の訪問診療

- ◆ 緩和ケアの質の確保
緩和ケアの充実、退院支援、技術指導などの在宅支援
- ◆ がん患者の訪問診療
 - 初めは病棟患者さんの外出外泊のサポート
 - 患者さんの喜ぶ顔がスタッフの自信に
- ・ 平成13年、在宅療養を希望された患者さんに往診開始
- ・ 平成15年より地域の医療機関へ訪問診療を徐々に依頼





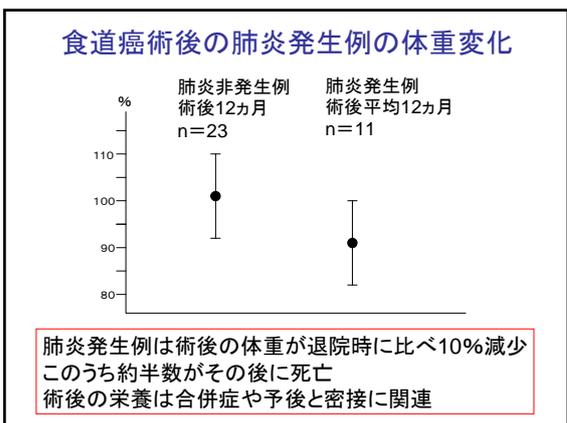
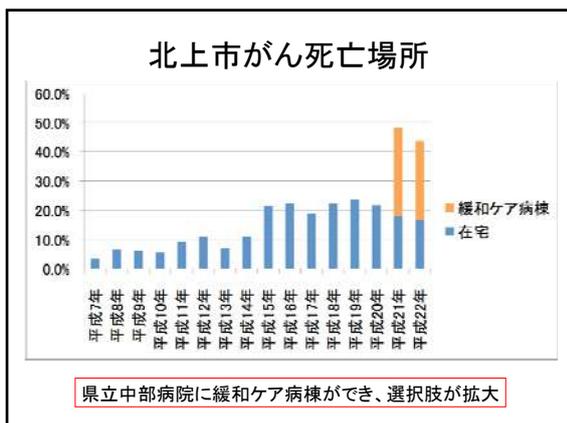
まとめ

北上には、特別なネットワークも、在宅に特化した診療所ありませんが、地域全体でがん患者さんを支える活動を続けてきました。

- 市民に緩和ケアが浸透し、
- 病院でも家でも緩和ケアの質を確保し、
- 連携をスムーズにしたら...
- がんになっても自宅で生活するかたが増え、

⇒その結果、家で最期を迎えるかたが増えました。

キーワード:
市民が望み、医療が応え、行政が支える



食事の重要性の認識

単に栄養の摂取ではなく
苦しみを和らげる
闘病意欲を支える
特にターミナルでは最後の楽しみ

↓

嚥下訓練、義歯調整、口腔ケアで
経口摂取を可能に！！

- 多くの領域において栄養状態と予後は密接に関連
- 摂食・嚥下はQOLのみならず命に関連

症例

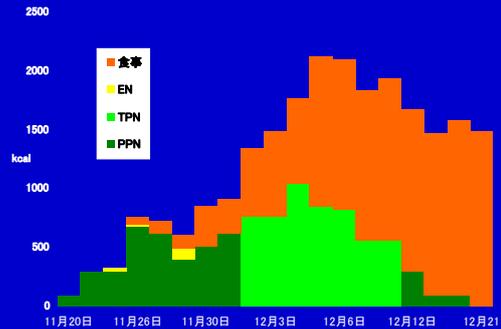
73歳 女性
 診断名： 関節リウマチ、慢性腎不全、腎性貧血、嘔吐症
 既往歴： H2年関節リウマチ
 H18年両側尿管結石症手術
 主訴： 嘔吐、食欲不振
 現病歴： H 2年 関節リウマチにて当院整形外科受診
 H16年 リウマチの症状悪化
 H18年11月20日
 嘔吐のため食欲不振、全身状態不良で入院

経過

11月20日 入院、PPNのみ
 11月25日 エンシュアリキッド 250ml×3缶処方(経口トライ)
 11月26日 食事開始
 塩分調整食(全粥150g)きざみトロミ、ハーフ食
 11月28日 プレドニゾン(食欲増進目的)10mg/日内服開始
 11月29日 S:吐気があり、吐くのが怖くて食べられない
 O:食事数口、エンシュアリキッド1/3缶摂取
 A&P:経口摂取量が非常に不足、Albも低く中等度の
 栄養不良と判断。
 これ以上の経口摂取量アップは難しいと思われる。
 TPNもしくは経管栄養での栄養管理を提案する。
 12月1日 NST回診



摂取エネルギーの推移



歯科の回診をスタートして

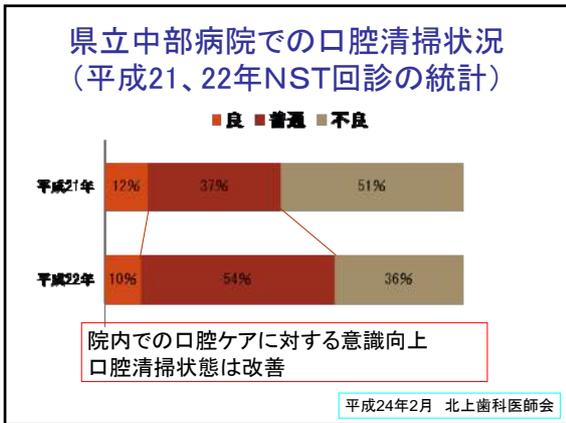
ほとんどの症例で歯科診察を施行
 歯科単独のNST回診患者増加
 ほとんどの症例で歯科コメントが必要
 カピカピ状態の患者が少なくなった
 口腔ケアのグッズの充実
 義歯の管理の改善
 かかりつけ歯科医の認知
 往診がスムーズ
 往診数が増加
 院内スタッフの意識向上
 看護スタッフの口腔ケア技術の向上

急性期病院の歯科(口腔ケア)ニーズ確認

岩手県立中部病院における歯科連携(平成21年度～)

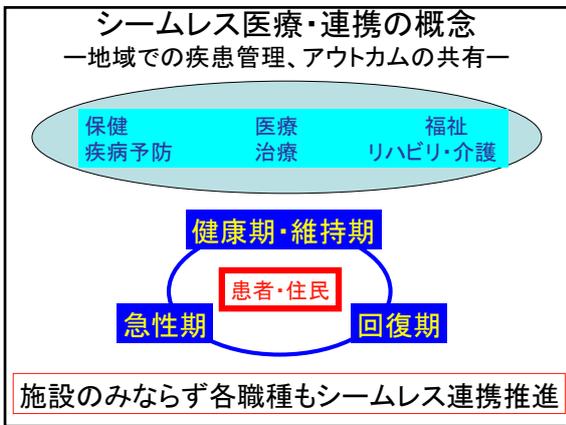
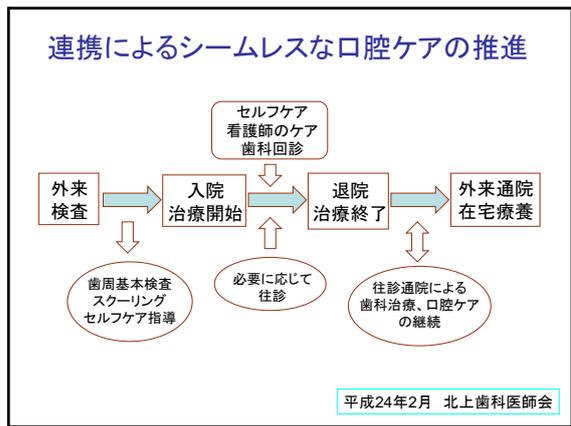
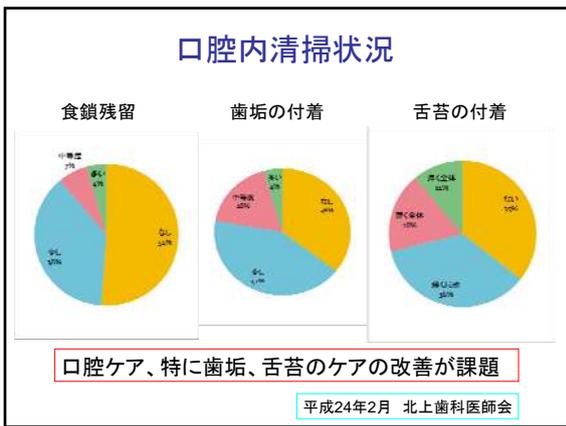
NSTへの参加
 回診参加
 歯科コンサルト対応
 入院患者一斉口腔内診査
 がん治療への参加
 がん治療前の歯科受診(来年度開始予定)
 緩和ケア病棟回診(本年度開始)
 血液内科病棟回診(本年度開始)

平成24年2月 北上歯科医師会



口腔内歯科診査

目的: 県立中部病院入院患者の口腔内状況の把握
対象: 中部病院の入院患者 45名 (男性23名、女性22名)
実施日: 平成23年1月29日(土)



岩手県二戸 歯科医師会 の取り組み

介護福祉施設での口腔ケアの取り組みで、地域の肺炎の発生率低下

福祉の試みが急性期医療に影響

肺炎発生件数(二戸管内施設)

年度	発生件数
11年度	102
12年度	80
13年度	74
14年度	61

北上・中部病院の褥瘡発生の内訳

		院内	持込	他施設	自宅	備考
北上	平成18年度	83	58			6月～
	平成19年度	138	85	11	51	10月～
	平成20年度	149	82	25	57	
中部	平成21年度	286	165	41	124	
	平成22年度	202	233	63	170	

平成22年度の褥瘡発生率低下に向けた取り組み

院内

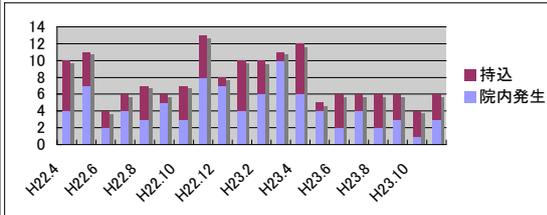
1. WOCNのリーダーシップ
2. 褥瘡リンクナース部会の設立と各看護単位での活動
3つのコアチームに分けた課題別活動
各看護単位での具体的な活動計画立案

院外

1. 院外を対象としたWOCN講習会の開催:本年度5回開催
「褥瘡防止・スキンケア」
「体位変換・ポジショニング」
「排泄ケア・オムツの選択」
「褥瘡評価とケア:軟膏と被覆材」
「PEG管理とケア」
2. WOCNの出張指導

地域のアウトカム向上を一緒に目指す

中部病院のMRSAの検出状況(平成22年度～)



検出数は減少
持込例が約40%を占める
⇒地域の感染防御力向上が必要

病病連携・病診連携から地域連携へ

地域連携クリニカルパスの診療報酬算定開始
大腿骨頸部骨折、脳卒中の地域連携パス
急性期⇒回復期⇒維持期
現在がん、心筋梗塞、糖尿病パスが導入

院内感染症⇒地域医療施設感染症
院内じょく瘡発生率⇒地域じょく瘡発生率

クリニカルパスとは一種の作業工程表:医療者用と患者用がある

中部病院地域医療研究会

- 第1回 平成23年11月10日 (参加者:院内45名、院外54名)
一般演題6題:
・中部病院総合診療科の紹介、老健施設の看取り、
・「こむら返り」のブロック治療、東日本大震災時の在宅酸素療法患者対応、
・開業医電カル停電対応
特別講演:一関市立藤沢病院 院長 佐藤元美 先生
『住民と対話する医療』
- 第2回 平成24年2月15日 (参加者:院内40名、院外38名)
一般演題3題:
・在宅患者の服薬率、中部病院の放射線治療・核医学分野の紹介、
・花巻地域緩和ケア有志の会の活動紹介
特別講演:
1. 坂の上野 田村太志クリニック 院長 田村太志 先生
『チームで支える禁煙外来 医師主導からコメディカル主導へ』
2. 北上歯科医師会 あや歯科医院 院長 高橋 綾 先生
『おいしく食べるために歯科ができること』

平成23年度中部病院退院支援研修会

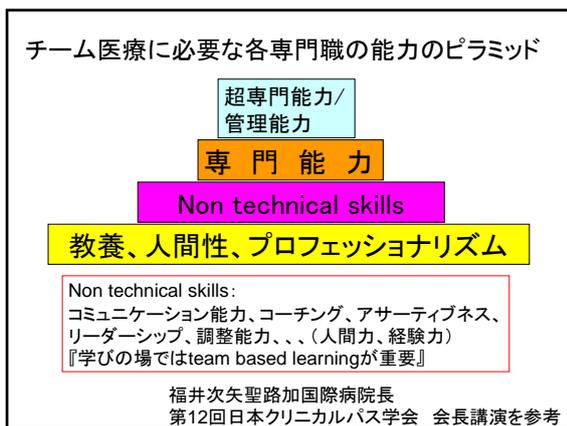
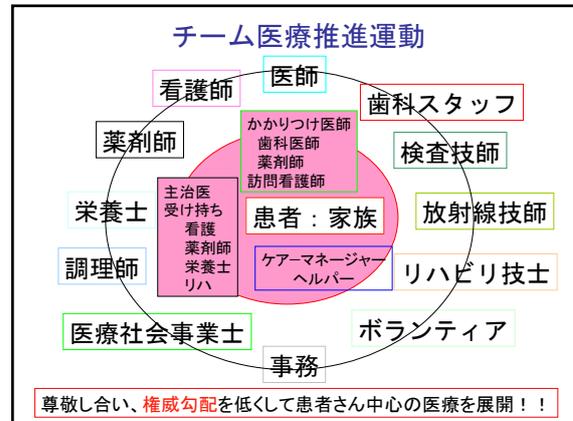
- 平成23年11月21日 中部病院講堂
- 目的:
1) 患者さん・ご家族に満足して頂くための関わりを学ぶ
2) 医療・介護・福祉関連職種との連携づくり・顔合わせ
- 内容:
・症例検討による意見交換
- 講師:
総合花巻病院訪問看護ステーション・こっぽら
訪問看護認定看護師 RHさん
訪問看護認定看護師 YKさん

地域医療福祉連携室の比較

	看護師	MSW	事務
北野病院* (707床)	3名	5名	7名
中部病院 2010年:394床	2名 退院支援 緩和支援(兼務)	2名 (兼務)	4名 (常勤1)
中部病院 2011年:434床	2名 退院支援 連携コーディネーター	3名 (兼務)	4名 (常勤2)

* 重田:2010年度日本クリニカルバス学会教育セミナー(大阪)

連携室機能強化
 統括機能: 連携コーディネーター(看護師、事務)
 個別機能: 前方支援、後方支援、側方支援、疾患管理ナース



第43回日本医学教育学会
 一平成23年7月、広島一

シンポジウム:
 Inter Professional Education *
 アウトカム基盤型医学教育
 プロフェッショナリズム
 地域医療教育
 教育研究開発
 医学教育専門家認定
 パネルディスカッション:
 基礎医学教育のあり方
 大学院と専門医
 卒後教育と生涯教育
 国家試験のあり方
 医学教育における利益相反

* IPE: 専門職連携教育

- ### 東北静脈経腸栄養研究会「聞いて良かった」演題
- 第22回東北静脈経腸栄養研究会、仙台、2007.12.8
2位 佐々木勝忠ほか:
 奥州市歯科医師会による急性期病院の口腔内診査
2位 船渡由美絵ほか:
 岩手県立胆沢病院と歯科医師会の連携の取り組み。

第23回東北静脈経腸栄養研究会、仙台、2008.12.6
1位 千葉実ほか: NSTにおける調理師の役割
 (岩手県立胆沢病院栄養管理室)
2位 清水潤ほか: 奥州市歯科医師会と岩手県立胆沢病院のNST連携 一歯科医師にとって未知の世界に飛び込んでみてー
- NST活動において、歯科連携、多職種連携は注目！！

清水歯科医師:2年間継続しての感想

歯科医が急性期病院で活動するには、医学知識的にも人間関係的にも未知の世界に飛び込んでいかなければならないような気持ちの障壁がある。

しかし、NST回診参加というきっかけで病院内に入ってみると、病院内のスタッフの心温まる歓迎と口腔内への関心度の高まりで、病院の一員としての自覚が生じ、さらに医学的知識の吸収の必要性に駆られた。

確かに医学的知識の不足はあり、走りながら勉強をするような感であったが、**医科・歯科の障壁は自分たちが作っている気持ちの障壁であったことに気づいた。**

医師も障壁を作っていました。
 これからは患者中心の医療の推進に向け共に頑張りましょう。

まとめ

1. 急性期病院の機能分担の推進や平均在院日数の短縮の流れの中で、予防、治療、福祉・介護の一体管理や病院、診療所、在宅の連携(シームレス連携)の推進が必要である。
2. 口腔機能管理を担当する歯科との医療連携は、病院、施設、在宅を問わず必須である。
3. シームレス連携や医科歯科はじめ多職種連携の展開のためには、個々の施設の連携機能強化と、それらを統合する機能の強化、そして根底で支えるチーム医療文化の醸成が必要である。

在宅医療の地域性

奥州市歯科医師会の地域歯科連携のあゆみ

朴澤 弘康
奥州市歯科医師会地域歯科保健理事
岩手県歯科医師会口腔保健センター運営委員

奥州市歯科医師会の地域



奥州市歯科医師会

地域 岩手県南部

市町村 奥州市、金ヶ崎町

人口 141000人

会員 64名

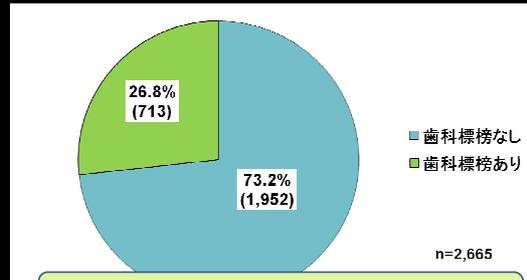


在宅医療の地域性

奥州市歯科医師会の地域歯科連携のあゆみ

- 1, 岩手県におけるNST連携の推進
奥州市歯科医師会のNST連携から
- 2, NST連携から
在宅歯科医療への広がりへのあゆみ

歯科標榜の有無

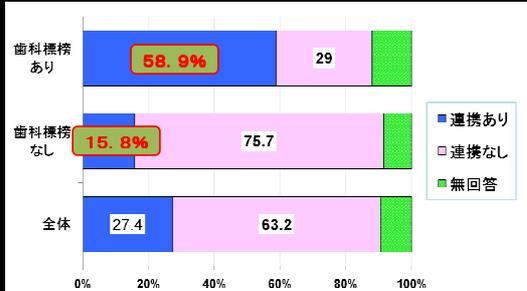


n=2,665

歯科の診療科を標榜している病院は少ない

【病院でのチーム医療における歯科】 日本歯科総合研究機構 病院アンケート結果 2017年、石井和男、日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構・日本歯科医師会雑誌 Vol.64 No.4 2017-7

地域歯科医師会との連携 (歯科標榜有無での比較)

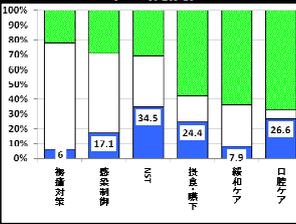


Category	連携あり (%)	連携なし (%)	無回答 (%)
歯科標榜あり	58.9%	29	
歯科標榜なし	15.8%	75.7	
全体	27.4	63.2	

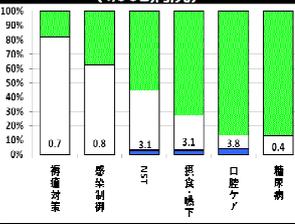
【病院でのチーム医療における歯科】 日本歯科総合研究機構 病院アンケート結果 2017年、石井和男、日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構・日本歯科医師会雑誌 Vol.64 No.4 2017-7

チーム設置割合と歯科医療職種関与割合

歯科標榜のある病院 (713病院)



歯科標榜のない病院 (1,952病院)



■ チームなし ■ チームあり・歯科職種関与なし ■ チームあり・歯科職種関与あり

【病院でのチーム医療における歯科】 日本歯科総合研究機構 病院アンケート結果から 石井和男、石井和男、日本歯科医師会・日本歯科総合研究機構・日本歯科医師会雑誌 Vol.64 No.4 2017-7

1. 岩手県におけるNST連携の推進

岩手県歯科医師会では、県立病院に関する行政組織に歯科との連携の必要性を訴えながら、NSTをキーワードに病診連携を進めてきた。

歯科医師が参加するNST連携の推進 —岩手県における事例からの検討—

2008.9
岩手県歯科医師会 口腔保健センター

奥州市歯科医師会のNST連携から

奥州市歯科医師会は、平成18年より地域急性期病院である岩手県立胆沢病院NSTに組織的に参加してきた。

県立胆沢病院
地域中核病院
急性期病院
351床

NST
栄養サポートチーム
H18～

回診患者数

Year	NST回診	歯科診療
2006	~10	~10
2007	~100	~10
2008	~140	~10
2009	~100	~10
2010	~100	~10

■ NST回診 ■ 歯科診療

胆沢病院NST回診歯科医師と情報共有

連絡係 森岡

朴澤 清水 千葉 吉田 佐々木

NST回診の様子

NST回診歯科医師の変化（回診日誌から）

平成18年12月8日（○先生）

I.K様 大腸癌術後に後腹膜膿瘍を形成して緊急オペとなった患者さんです。栄養ルートはPPNで、きょう4ヶ月ぶりに経口摂取したとのことです。ご飯を大きいスプーン4つぐらい、白菜少量食べたとのことです。診療録には「義歯、粘膜とも異常は見られないし、口腔ケアも良好。但し歯の摩耗が著しいことから食形態に配慮が必要」と記載しました。4か月もの間絶食なのに口腔内の廃用がみられなかったのは何故だったのだろうか。自分の見落としがあったなら今後ご指摘ください。本日の回診は前回同様澤田先生で、回診患者さんは2名でした。そして胆沢病院、初めてのNST回診見学・補佐として清水先生が同伴しました。「感想」一人では到底こなせなかったと思います。しばらく二人体制をとっては実感しました。ICレコーダーも持っていたのですが胸ポケットでの雑音が混入してうまく録音できなかったのだととても残念です。

NST回診に参加して2年 回診歯科医師の意識的変化

胆沢病院の窓口は俺がやる、データ分析は寿子と一緒にやってるんだ

歯科医師会でTNT-Cの勉強をしよう

口腔連携バスが必要だ

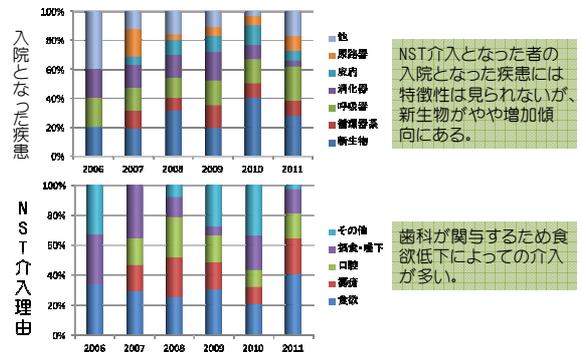
NST回診参加当初の“病院内に入り込む”ということへの抵抗感・障壁は、自分たちが作っていたものと感じる。

NST連携からの成果

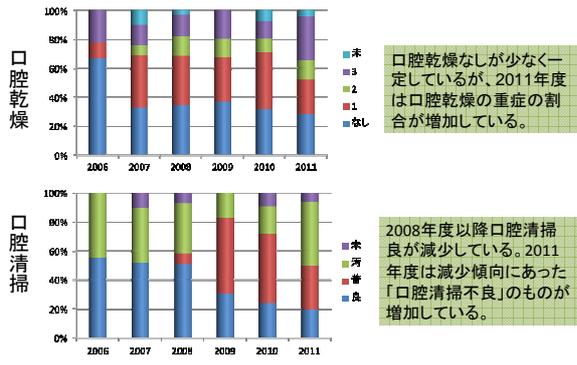
NST回診歯科介入による口腔状態の改善

- 看護師の口腔ケア技術の向上
- 病棟への歯科往診依頼の増加
- 歯科医師の意識改革につながった

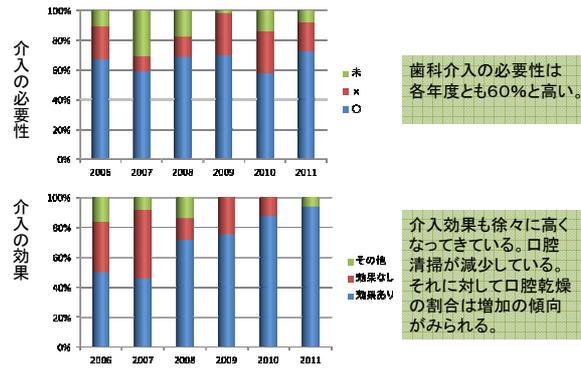
5年間の回診患者の状態 入院となった疾患とNST介入理由



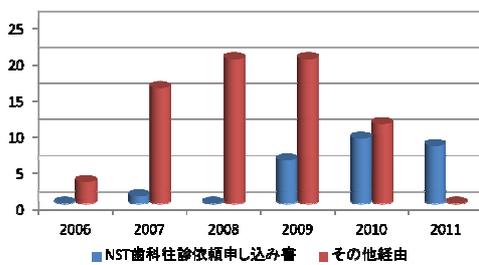
5年間の回診患者の状態 口腔乾燥と口腔清掃状態



5年間の回診患者の状態 歯科介入の必要性と介入効果



5年間の回診患者の状態 NST歯科往診申し込み書の推移



NST歯科往診依頼申し込み書による依頼が増加した。ほかにNSTを通さず直接近医を利用するケースもある。

NST回診での口腔ケア依頼事例

看護師の口腔ケアレベルが向上し、最近ではNST対象患者以外の入院患者の口腔ケアを依頼されるようになってきた。



NST回診での口腔ケア依頼事例

がん患者における口腔ケアの指導において、著明に口腔状態が改善された事例があった。

12/3 NST回診当日

TBI・PTC実施・指導
アズノール含嗽
アズノール・キシロカイン軟膏塗布

12/6

義歯修理
装着

12/8

12/11

胆沢病院口腔内診査（東北静脈経腸栄養研究会発表）

H19.7.28 回診歯科医＋歯科衛生士12名で44名の口腔内診査を行った

定期的なタッピングを評価基準とし、咀嚼運動可能者と不可能者の経口摂取状況を1ヶ月前、3ヶ月前にさかのぼって調査し、オッズ比を算出した

舌の突き出しを評価基準とし、舌運動機能良好者と不良者の経口摂取状況を1ヶ月前、3ヶ月前にさかのぼって調査し、オッズ比を算出した

経口摂取	オッズ比	経口摂取	オッズ比
1ヶ月前からなし	9.4	1ヶ月前からなし	3.1
3ヶ月前からなし	12.8	3ヶ月前からなし	3.6

口から食べないことで口腔の廃用萎縮がおきる。
急性期病院からターミナルにいたるまで切れ目のない口腔ケア（歯科治療、口腔清掃、口腔リハ）が必要である。

在宅医療の地域性

奥州市歯科医師会の地域歯科連携のあゆみ

- 1, 岩手県におけるNST連携の推進
奥州市歯科医師会のNST連携から
- 2, NST連携から
在宅歯科医療への広がりへのあゆみ

2, NST連携から在宅歯科医療への広がりへのあゆみ

回復期病院

誤嚥性肺炎

介護施設

在宅

しかし、口腔連携パスは運用実績上がらず

- ※ 選択症例であったため、周知しにくかった
- ※ 推進役の保健センター師長の退職
- ※ 院内での共感が得られなかった
- ※ ケアマネジャーとの連携がなかった

事例 声無き訴え

77歳女性

H19 脳梗塞発症、歩行可能で平常生活
発症後当院への通院
その後連絡途絶

H21. 9 腰痛にて歩行不能、寝たきり
H21.12 介護認定、訪問入浴開始
歯痛を訴え、主人が相談に来院
歯科往診開始

<問題点とその対応>

- ※ 寝たままの食事姿勢 ⇒ 介護ベッド導入で座位の確保
- ※ 不良な口腔ケア ⇒ 週1回の訪問口腔ケア
歯磨きの自立に向けたトレーニング
歯ブラシの工夫
- ※ 介護目標の設定 ⇒ ケアマネとの在宅カンファレンス
(車イスでの外出)



1ヵ月半後の変化

	12月10日 歯科往診1回目	1月21日 歯科往診5回目
口腔の汚れ	多い	中程度
食事量	半分	全量
食事の自立	寝たまま 全介助	座位で 箸を使い自立
会話	なし	多い
笑顔	なし	ある
意欲	なし	出てきた

本症例から歯科的問題を探る

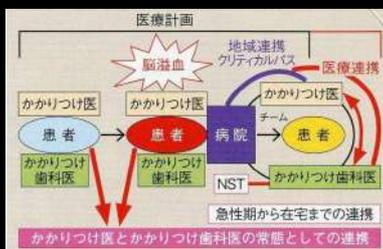
77歳女性

H19 脳梗塞発症、歩行可能で平常生活
発症後当院への通院・連絡途絶
H21.9 腰痛にて歩行不能、寝たきり
H21.12 介護認定、訪問入浴開始
歯痛を訴え、主人が相談に来院
歯科往診開始

問題点

脳卒中発症入院でかかりつけ歯科医と途絶する
歯痛がないと訪問歯科診療が発生しない

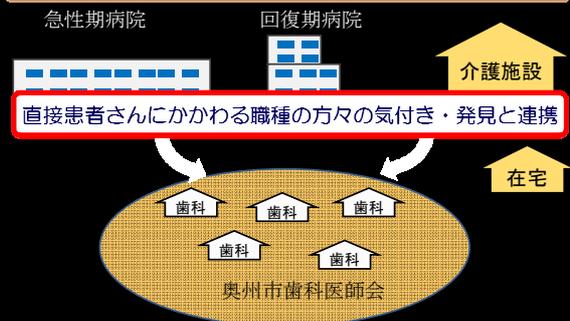
本症例から歯科的問題を探る



問題点

連携システムの問題ではあるが
歯科医師自身にも責任が・・・
声なき訴えに誰が気づき歯科につなげるか

歯科医院に来られた患者さん以外、歯科医師が主体的に脳卒中などの患者さんに関わるということがない。発症して急性期病院から回復期病院や介護施設・在宅に至る過程で歯科医師が関わるのは、どこかの時点で歯科への依頼が発生してからである。



シームレスな口腔ケアへの課題

1. 関係団体のスキルアップ
2. 地域住民の意識向上
3. 関係機関の信頼関係の構築
4. 関係機関との連絡網の整備

連携のための研修



医療連携

連携に乗れない要因
(日歯会誌23.1)

- ※健常者の歯科治療が主体、訪問診療に慣れていない
- ※生化学的検査がめんどい
- ※介護保険請求が分からない
- ※歯科関係者は連携するための人間関係作りが不得意

⇒自ら連携の障壁を作っている

※歯科が他職種の仕事・知識を吸収
⇒ 連携の障壁低める
※他職種の方々が歯科の重要性を認識

他職種
確たる連携の形成
住民

歯科医師の
研修

地域歯科連携構築の経過（歯科医師会員の研修）

地域歯科連携を受ける歯科医師が、他職種の仕事内容を理解することによって多職種連携の輪に入りやすくなる。



今、奥州市歯科医師会会員に地域から求められていること

1. 胆沢病院を退院した方のうち、脳卒中発症後口腔ケアが自立していない方、また低栄養で誤嚥性肺炎のリスクの高い方への在宅での口腔ケア
2. 急性期病院（胆沢病院）でのNST回診・歯科往診
3. 胆沢病院との地域連携で緩和ケアバス対象者における口腔ケア
4. 宮城県立がんセンター等と連携し、頭頸部腫瘍術前・術後の口腔ケア
5. 高齢者介護施設での口腔ケア指導（口腔機能維持管理加算算定の指導・助言）

介護施設での口腔ケア研修



実際の研修の前に担当者の研修を現場で行った

地域歯科連携構築の経過（行政・ケアマネ連携）

地域歯科連携を進めるにあたって、ケアマネジャーとの意思疎通、口腔内の問題発見が重要なポイントであり、研修会等を行った



行政・ケアマネ合同研修



ケアマネさん連どの懇親会

Q1、研修会の満足度は



Q2、業務に生かせそうか
A2、はい（100%）

Q3、感想は
A3、連携のアピールをもっと
またケアマネか・・・
相談する時点を理解できた
口腔ケアの大切さを家族に話せる
在宅治療を諦めている人は多い
積極的対応を望む
歯科・口腔ケアの大切さを再認識
(複数回答)

地域歯科連携構築の経過（地域住民の啓発）

出前健口講座（介護予防）の開催

年40箇所×5年（H22より）⇒200箇所実施予定
評判上り→地域住民の意識向上に寄与



H23より要介護者口腔実態調査を開始

歯科医師が介護現場に入り、状況を理解するチャンス

地域歯科連携構築のための4者協議

- ・奥州市保健センター、奥州保健所、ケアマネ協議会に対し呼びかけ開催
- ・連携のための作業部会設置を提案
- ・しかし、行政は乗らず
- ・ケアマネ協議会のみが同意

ケアマネとの作業部会

目的：連携強化、情報交換

構成：ケアマネ側 6名
歯科医師会側 4名

日程：年3回

内容：連携事例の検討
情報交換
研修会企画
連携ツールの改良
地域への周知活動企画



作業部会での協議から

- ・ケアマネの口腔ケアへの関心は高い
- ・ケアマネは歯科依頼を必要とするケースは多いと考えている
- ・家族から費用に関して聞かれ、答えられない
- ・連携事例の収集に関心が高い
- ・うまくいった連携事例に自信を深め、次例への意欲に燃えている
- ・FAX連携を知らないケアマネがまだいる

連携につなげるツール・訪問歯科診療依頼書

歯科住診依頼書
(宛先：奥州市歯科医師会 FAX0197-24-0861)

平成 年 月 日

ご依頼元ケアマネジャー 所属施設
氏名
〒
電話番号

患者様住所
氏名
性別
年齢

ご依頼内容
 歯が痛い 歯がぶついている
 歯が動揺している 歯が抜けた
 歯が痛い 歯がぶついている
 歯が動揺している 歯が抜けた
 歯が痛い 歯がぶついている
 歯が動揺している 歯が抜けた

訪問日： 希望する訪問日がございましたらご記入願います。
 訪問時間： ご依頼に際しては訪問希望の時間（本人またはご家族の都合、あるいはご都合が優先です。）

表面

要介護の方の口が
どうなっているのかを調べるツール

目的
 1. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 2. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 3. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 4. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 5. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。

写真
 1. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 2. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 3. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 4. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 5. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。

写真
 1. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 2. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 3. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 4. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。
 5. ケアマネが口腔ケアの重要性を、歯医者に伝える。

これは、訪問歯科診療依頼書、歯科医師会、ご依頼、歯科医師会が作成したものです。

裏面

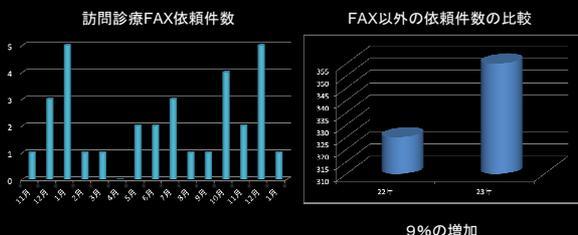
症例:FAX依頼書への往診



山深く、一人暮らし、
食事は週2食の刻み食、菓子中心、
低栄養、低体重
無歯顎も義歯は無い
地域包括からの訪問依頼
義歯新製作となる

現在までの依頼件数

- H22.11~H24, 1 (開始以来1年2カ月)
- ケアマネジャーから32件 (内、医師から2件)



FACE TO FACE の関係を旨して —作業部会での合意事項—

1. FAX歯科往診依頼書を受け取ったら、依頼元である介護支援専門員(ケアマネ)に電話し、概況を聞く
2. ケアマネが医院を訪問し、フェイスシート(患者の概況説明書)を手渡す。できればこの際に、1回目の訪問日程(可能な限りケアマネ同席)を決定する
3. 1回目訪問後、治療終了後など必要に応じて訪問報告書(様式2号)にて依頼元へFAXし、報告する

FAX依頼添付文書と情報提供書

FAX 歯科往診依頼書を受けた先生へ

貴科の歯科往診依頼書を受け取った後、以下の手順に準じてご対応をお願いします。

①依頼元へ電話する

②Face to faceで受け取る

③報告書を送る

情報提供書(歯科-ケアマネ)

この情報提供書は、歯科とケアマネの間で共有される重要な情報です。正確な情報提供をお願いします。

氏名: _____

性別: _____

年齢: _____

住所: _____

電話番号: _____

ケアマネ氏名: _____

ケアマネ氏住所: _____

ケアマネ氏電話番号: _____

ケアマネ氏所属機関: _____

ケアマネ氏担当領域: _____

ケアマネ氏担当内容: _____

ケアマネ氏担当期間: _____

ケアマネ氏担当理由: _____

ケアマネ氏担当開始日: _____

ケアマネ氏担当終了日: _____

ケアマネ氏担当継続予定: _____

ケアマネ氏担当終了理由: _____

ケアマネ氏担当終了予定日: _____

ケアマネ氏担当終了予定理由: _____

ケアマネ氏担当終了予定日: _____

ケアマネ氏担当終了予定理由: _____

ケアマネ氏担当終了予定日: _____

ケアマネ氏担当終了予定理由: _____

今後の関係構築

- ケアマネ側から
歯科訪問診療事例ワークショップをやりましょと提案あり。
即座にお受けし、6月に実施が決定している

更なる関係強化に
コミュニケーションも
一役買っている



最近の事例から

81歳男性
H23.9月頸椎損傷にて救急搬送、入院
11月在宅となるも僻地にてケアプラン立案困難



患者を下から望む



患者から下る

口腔ケアから着手

- 口腔ケアに理解があるケアマネは、先ずヘルパーによるブラッシング介助を実施、その後歯科往診依頼、口腔ケア介入



衛生士による口腔ケア



ヘルパーへの歯ブラシの手引き書

県立江刺病院でのNST歯科回診を始めた



回診に向けての勉強会

回診風景

様々な企画・事業を通じて歯科医師会会員が病棟、施設、在宅へ赴く機会が増大し、地域連携での栄養管理に関わる必要性を感じるようになった。

まとめ

- 地域急性期病院のNST回診参加を通じて歯科介入の必要性を再認識した
- 地域歯科連携に対応する歯科医師の資質・体制づくりに歯科医師会会員研修を行うことは必須である
- 地域住民への出前講座は好評で、口腔機能の重要性を知らしめることができ、口腔の問題の発見に期待したい
- ケアマネジャー等との研修会やFAX依頼書を介し連携を構築できつつあって、歯科を必要としている在宅患者の発見につながっているが、訪問歯科診療の金額的負担感の壁がある

今の歯科界

広い意味の口腔ケアの重要性が認識されつつあるが、その実践には、医科歯科連携の必要性がある。しかし、歯科医師の多くは自院の診療室での診療に終わっているために、歯科医師が病院等で活躍するには、広い医療知識の吸収や病院関係者との人間関係の構築を行わなければならない。医療連携を通して多くの歯科医師の意識改革がなされ、歯科界が変わるといふ歯科医師側のメリットと病院・介護関係に歯科が入ることで今まで抜けていた「口を診る」ことの問題が解決する。