

長浜米原地域多職種連携研修会
北びわこホテル 2017.1.19

生活を分断しない医療を目指して ～ベクトルを共有した多職種連携～

四国医療産業研究所 所長
滋賀県医療福祉推進アドバイザー
日本医師会総合政策機構 客員研究員
櫃本真聿（ひつもとしんいち）

課題解決型→目的達成型

二〇？年 **死亡** 最期で最大のイベント

この間 何が起こるか予測できない？

二〇一六年 四国医療産業研究所設立
大学退職

二〇一三年 総合診療サポートセンター長

二〇〇七年 同センター長

副センター長

二〇〇二年 医療福祉支援センター

同年 愛媛県総合保健協会理事参与

二〇〇一年 えひめ丸沈没 県退職

一九九二年 愛媛県保健福祉部健康増進課長

一九九一年 伊予保健所長

一九八五年 御荘保健所長

一九八三年 宇和島保健所 技師

(北宇和病院・農村医学センター兼務)

一九七九年 愛媛大学医学部助手

一九七九年 愛媛大学医学部卒業(一期生)

自己紹介

人間の死亡率は100%



保健医療福祉が途切れる理由 ゴールが違う

医療の進歩が
“医療への依存” ↑

果てしない延命への期待

病気にならないため？ の健康づくりは止めよう！！

健康づくりとは

どんな最期を迎えたいか
自分の死に方をイメージ
して今の生き方を振り返り
見直すこと！！

糖尿病では
そう簡単に死
ねない事実

脳卒中予防とは

重篤な合併症を
選択しないために
自分の死に方を考
えること！！

満足できるその人らしい人生を実現するために

困ったことに・・・地域包括ケア体制の提案

- **高齢**・・・戦後から30歳も**寿命が延びたことを喜べない**
- 特に**社会保障問題** お金のことを考えるとさらに暗くなる
国民医療費の6割を 4分の一の人口の65歳以上で占める
医療費配分をどうすべきか真剣に考えないと
- **少子**・・・合計特殊出生率 1.3 若者が減り続ける (目指せ1.8)
60歳以上の割合 1980年までの2割程度から **2030年は6割へ**
- **多死**・・・2039年には年間166.9万人 (ピーク)
病院で80%がなくなっている現状 **死ぬ場所がない**
病床規制・減床 在宅で死ねる受け皿もない
病院にできることを病院で 病院は死ぬ場所ではない
- **人口減少**・・・2100年には **5000万人を切る** (明治初期に戻る)

世界一の長寿国 幸か不幸か？ 世界の高齢国リーダーになれるか否か？

- ▶ 前人未踏の高齢社会の現実
人口遷移 50才以上の割合 江戸時代からの2割→この50年で6割へ
少子・多死社会 2100年には人口は3分の1 4000万人へ
- ▶ 自分らしい生き方 死に方を **自ら選択する意志**が必要
一方 がん代表されるように 自分で選択できる時代の到来
- ▶ 欧米とは全く異なる高齢化進行
日本・アジアは **急速すぎて 対応が後追い・後手に回る傾向**
- ▶ 田舎はいい 大・中都市圏で凄い勢いで 高齢者率が増える
- ▶ このまま少子化が続けば 日本を誰が担う？
・・・ **日本を支えるのは高齢者しかいない！！**
- ▶ **住民の意思改革・覚悟こそが日本を救う**
行政や医療介護 社会保障制度に依存する国民性が落とし穴

日本国で1年間に費やされる時間 年齢別に2030人口で推計

女性労働等は現状で同等と仮定



社会生活時間調査2006を用い、将来人口年齢別掛け合わせて推計

地域包括ケア時代到来 医療・介護も変わらなければ・・・

広辞苑・・・医療とは 医術で病気を治すこと

病院で病気を治す (猪飼周平氏：病院の世紀の理論)

・・・ **今や 生活の中で病気とつきあって自分らしく生きる時代**

➤ 医療の需要の変化に 当たり前に対応できない事情

高齢化→人口構造の変化→疾病構造の変化→医療の需要の変化

1億2千8百万人に用意された社会が どうやって**ダウンサイジング**できるか？

➤ 住民・患者が **医療・介護に依存**しているために 提供側の都合で患者をコントロール

本来は **患者のために医療・介護がある** 現状は **医療・介護のために患者がいる**

医療の進化に患者が対応させられている状況

高齢者に最先端の医療を提供することを最重視する医療？！

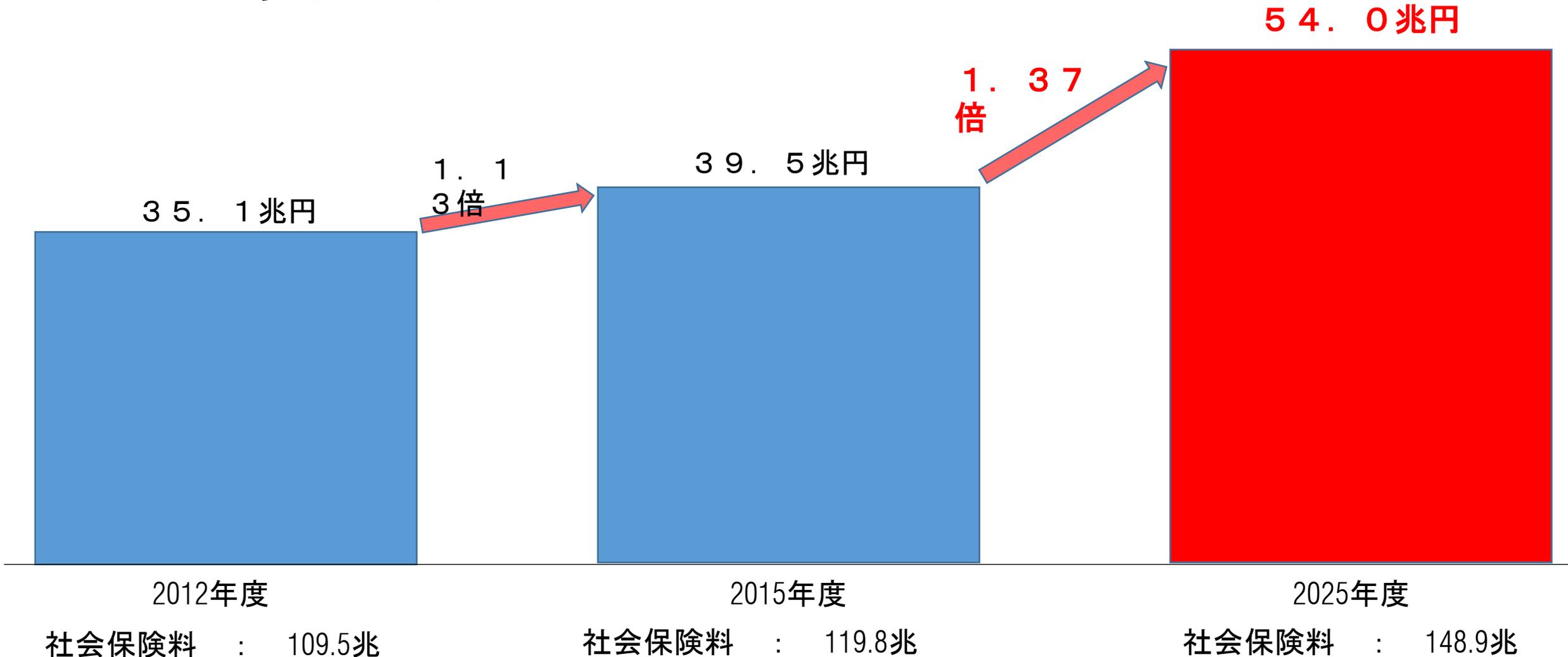
“してあげる”介護に引っ張り込む ⇒ **べったり医療・べったり介護**

➤ その人らしい生き方を考えずに 医療・介護の提供が先行している

医療・介護を生活資源に 生活の中での医療・介護の重視

高齢者の医療・介護がどうあるべきか 専門教育の切り替えが必要

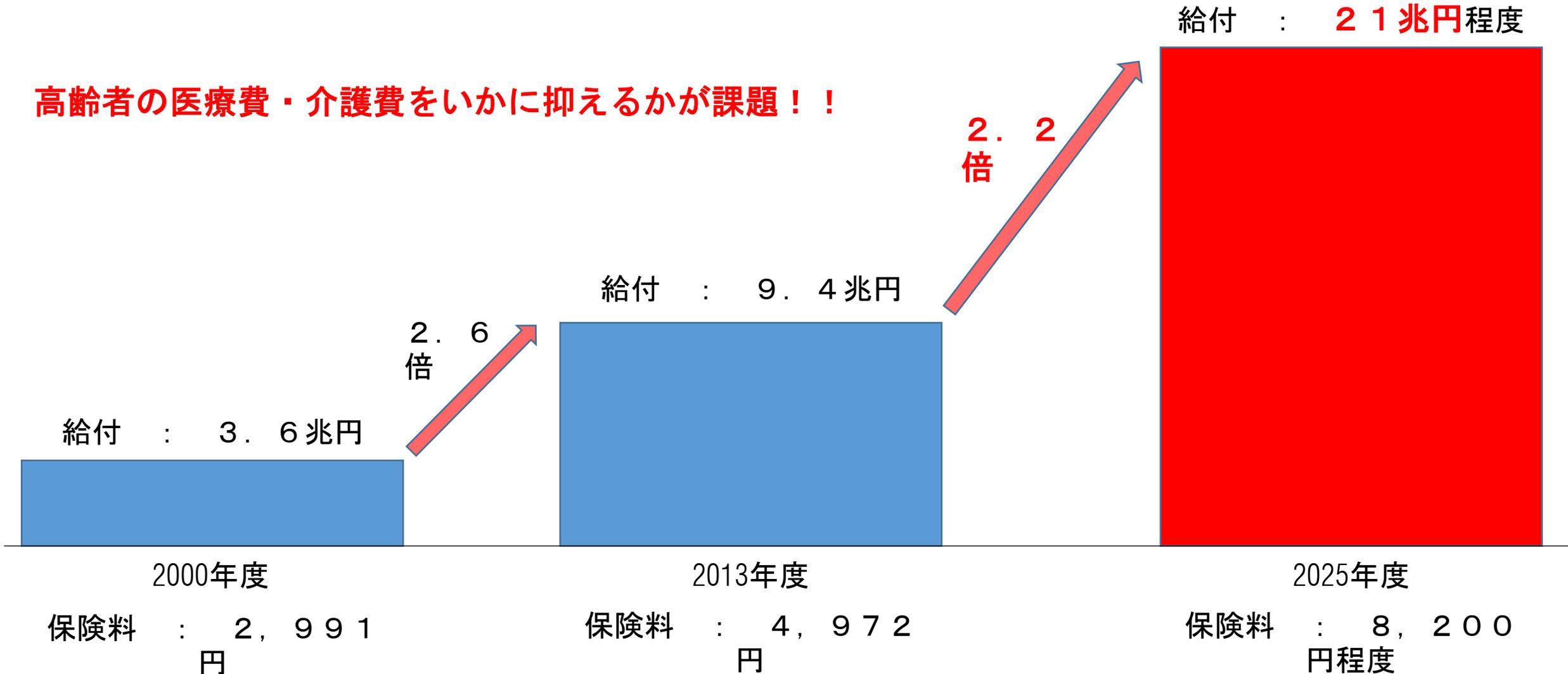
医療費の推移



厚労省資料より作成 (人口前提：日本の将来推計人口 (平成24年1月推計) 出生中位死亡中位、経済前提：内閣府「経済財政の中長期試算 (平成24年1月)」)

介護給付と保険料の推移

高齢者の医療費・介護費をいかに抑えるかが課題！！



厚労省資料より作成 (2000年度は実績、2013年度は当初予算 (案)、2025年度は社会保障に係る費用の将来推計について (平成24年3月))

医療崩壊の主因と解決策

医療費抑制策と 医療の充実策の**矛盾**

医療費を上げる主因は“医療の進歩”

早期発見・治療で医療費は下げられない

主因⇒医療依存度を低下させないまま 医療費抑制策断行

在院日数の短縮化 医療機能分化 在宅医療の推進

医療費抑制のため 強引に進めたことが問題

追い出されるムード 患者・医療者両者にとって受け入れがたい

互いの信頼関係の低下 依存と不信の連鎖 → 医療崩壊

急性期病院が頑張ると かえって依存度を上げる可能性大

解決策⇒医療への依存度を下げることを意識して

住民・家族の自立・覚悟を促しながら

地域へ戻す医療充実へ

WHOの健康定義 はいかがなものか？

【WHO憲章 1948年WHO（世界保健機関）設立に際して】

『**完全な肉体的、精神的、社会的に良好な状態であり、
単に疾病または病弱の存在しないことではない**』

疾患・貧乏はいけないもの ⇒ ネガティブシンキング

- ① 毎日の生活のための**資源**と見なされるものであって、人生の**目的**とはならない
- ② 健康とは身体的能力だけでなく、**社会的、個人的な面での資源**という点を重視

ヘルスプロモーションの概念では **ポジティブシンキング**

健康・・・『Quality Of Life : 生活の質』 を維持、向上を目指す

地域包括ケア時代到来 行政も変わらなければ・・・

今や 生活の中で病気や障害とつきあって自分らしく生きる時代

高齢者を社会的弱者として そのケアを行政目的としない時代

➤ 行政への需要の変化に 当たり前に対応できない現状

少子高齢化→人口構造の変化→地域社会の変化→**地域需要の変化**

1億2千8百万人に用意された社会が どうやって**ダウンサイジング**できるか？

➤ 住民・患者が 行政に依存しているために 行政側の都合で住民をコントロール

本来は **住民がいるから行政がある** 昨今の状況は **行政があるから住民がいる**

行政の都合に住民が対応させられている状況

➤ その人らしい生き方を考えずに 行政の課題解決が先行している

高齢者を社会的弱者として どうケアするか課題解決の終始？！

行政を生活資源に 生活重視 自助・互助（共助）を引き出す

高齢者を地域の担い手として育成支援する

サービス提供型ではなく 地域資源のマネジメントが重要

住民や地域を元気にする（エンパワメント）ために 地方行政の意識改革

公助・自助・共助（互助）バランスの再構築

公助は最後 自助共助をより引き出すために
医療も介護も 本来は共助

公的责任 と 自己責任 の区分が進む

↳ 「公（官）助」の縮小を 自助で対応していくか？

自己責任の強調
自己負担「自助」を増やす方向



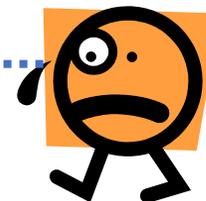
各制度の見直し



応益（能）者負担という考え方
選択できる？ 条件次第で選択できない

自助・共助の醸成 地域づくりへ

共助が見えてこない

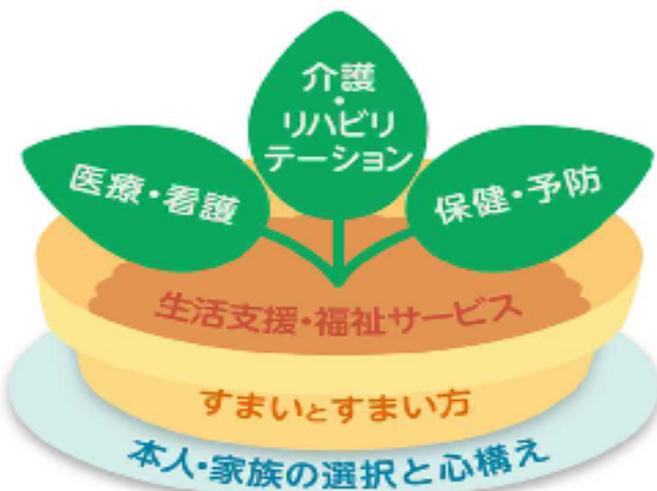


地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力に合った住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

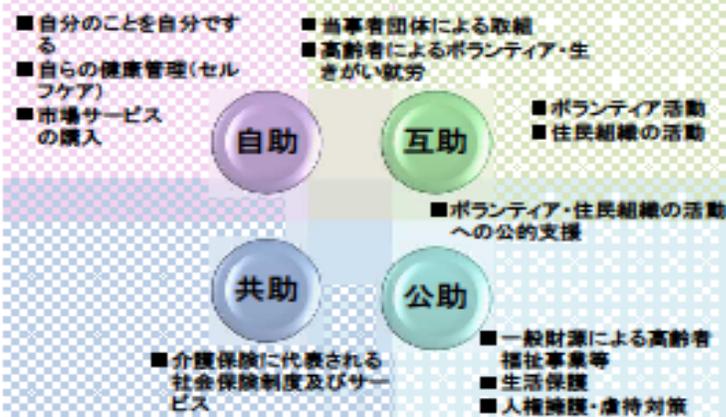
【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム



【費用負担による区分】

●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分自身による健康管理（セルフケア）」に加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

高齢者のモチベーション

- ▶ 自殺率が世界のトップレベル 何故だろう？
自殺を止めることが目的？
高齢者が生甲斐を持って暮らせる 社会環境の見直しが重要
- ▶ してもらおう ⇒ 自らを活かす
モチベーション向上 エンパワメント（内なる力の賦活化）
- ▶ 生き甲斐の基盤 働く場 社会参加する場 感謝される場づくり
将来への希望
自立的な生活
互いに必要とされる ⇒ **ありがとうと言われる場づくり**
元気高齢者の活躍の場 どう基盤を作るか
個々人も地域も 一緒に考える

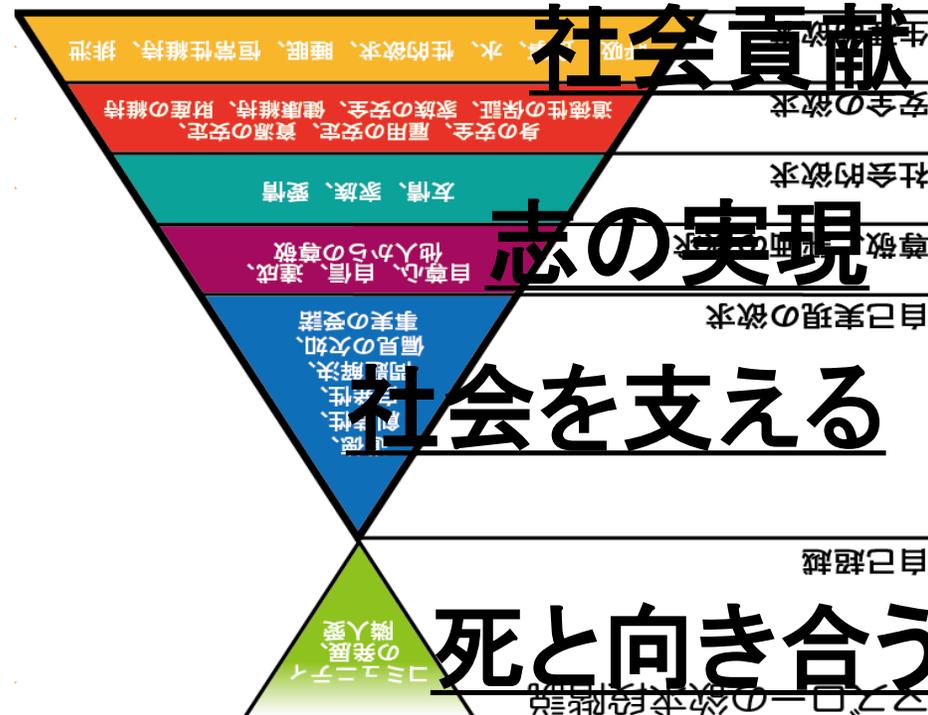
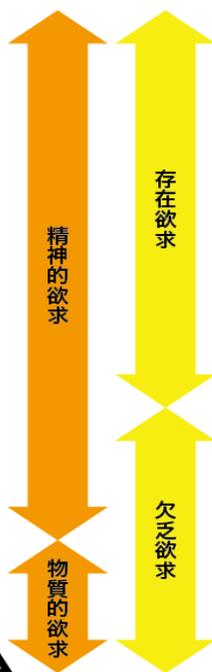
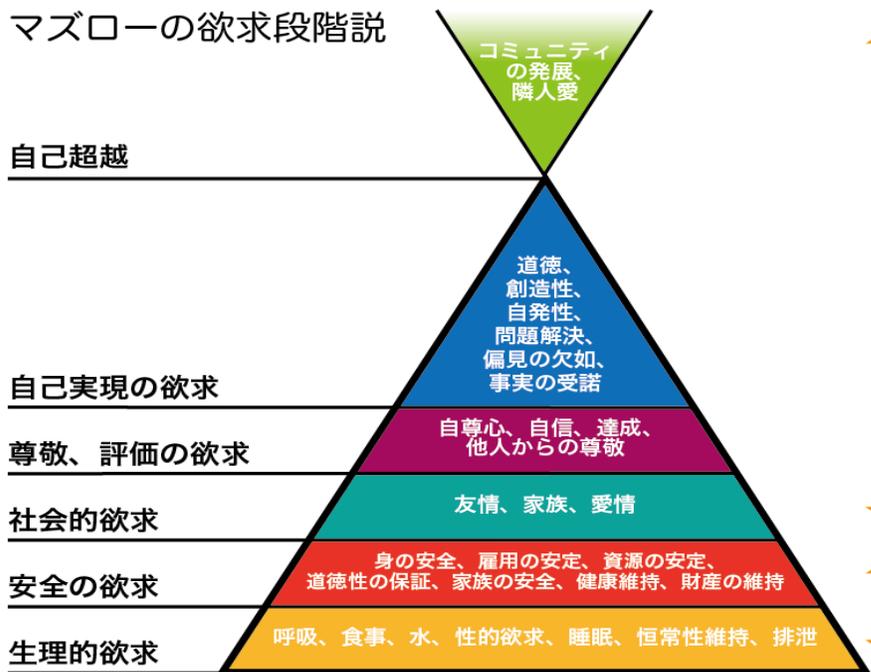
新しい自己実現

死と向き合うことから

第1トラック

第2トラック

マズローの欲求段階説



マズローの三角

逆三角

日本最大の社会資源！？

Aging
or
Accidents



【悪循環】
自助・互助の機能崩壊！！

医療・介護依存
寝たきり高齢者の生成
自律性の減退

自分らしさを見失った状態
！？

要支援・要介護状態
or
慢性疾患

社会的弱者

【自分らしい生き方支援】
自分のStrong Pointは？
知識・経験？
企画・相談？
子育て支援？

病気になってもその人の良
さはあるはず！！
問題は環境作り！？

改善すると・・・

元気高齢者の育成へ！！

高齢者は貴重な社会資源に成り得る？

超高齢社会の目指すべき方向

- ▶ ロングウェルネス ロングハピネス 高齢者が増えれば街は元気に長生きが迷惑にならない
長生きして良かったと思える地域づくりを目指す
- ▶ 喜ばしい「高齢者の社会」を築くことがねらいであるべき
高齢者は 他己的健康観を所有 社会貢献 地域づくりへの期待
「人に感謝されたい」「ありがとうと言われたい」
- ▶ **「高齢者を日本を支える社会資源に」**
最先端の日本がそのリーダーシップを図るべき
元気高齢者の働く 地域貢献する場づくりが重要
元気高齢者が増えることが 少子化に歯止めをかける
急速な高齢化を これまでを見直し チャンスに活かすことが
我が国の再起につながる可能性

高齢者の定義の見直し

- ▶ 日本人は1980年から現在まで 生理的に約11才若返った
 - ▶ 65才以上を改め → **75才以上を高齢期**と考えるべき
 - ▶ 60才～75才は現役世代 たとえ医療や介護を受けても
社会貢献を担う世代
 - ▶ 50才以上と以下で区分 50～75才 それ以上で考える
 - ▶ 会社を退職しても **地域に再就職**する
企業の社会貢献は 退職後も地域に役立つ人材育成
 - ▶ **元気高齢者を育成支援**することが 社会全体の役割に
- * 元気高齢者とは・・・ときどき医療 ときどき介護でも
ときどき就労 自分らしく生き社会貢献できる人**

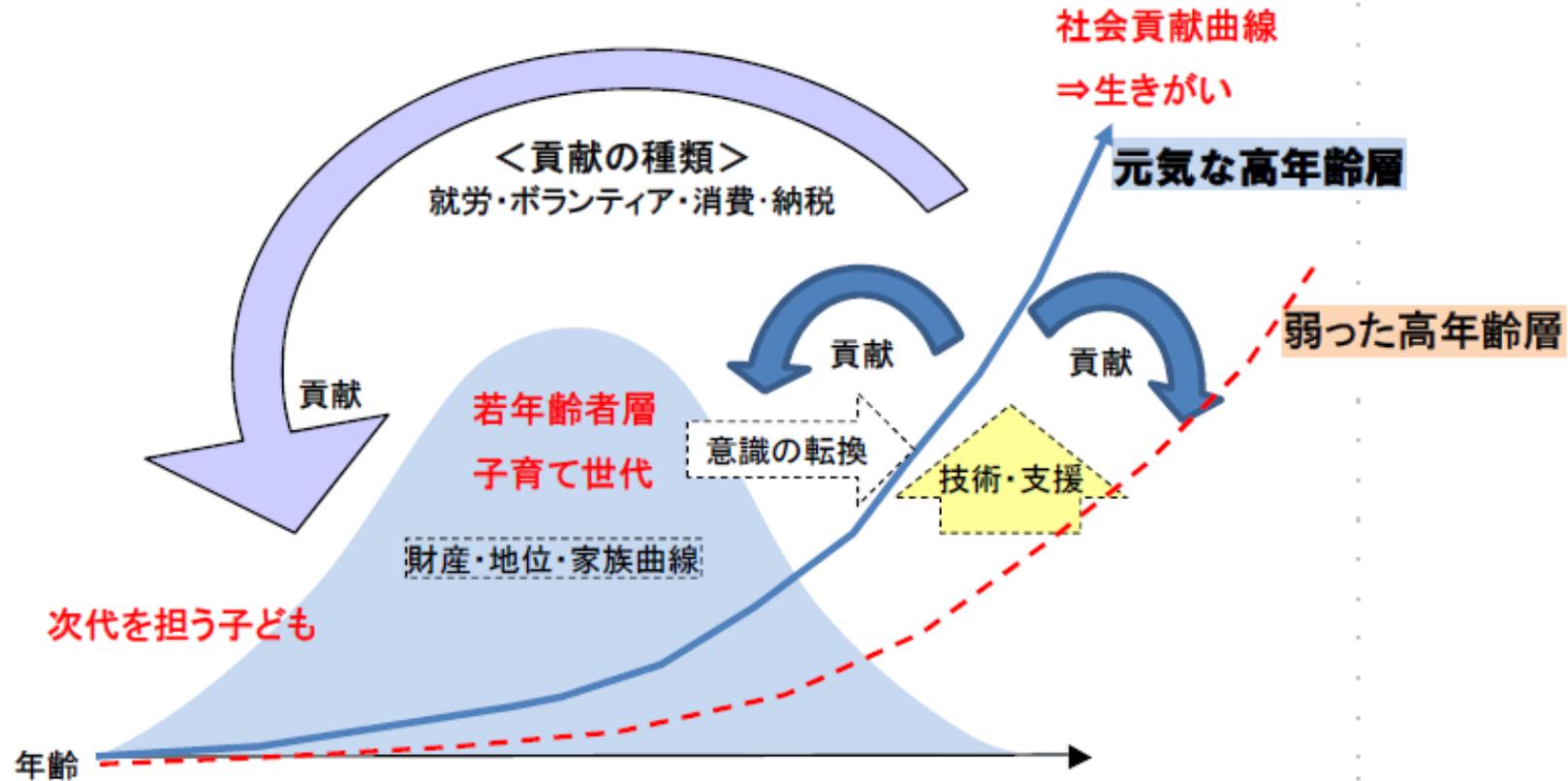
地域包括ケア体制の構築

- ▶ 元気高齢者だけとは限らない現状 一方でケアの必要性
- ▶ 笑顔があってこそ生きる価値
 - 多少障害のある高齢者が 地域に出かけ貢献する
- ▶ 24時間在宅ケア体制 **かかりつけネットワークの構築**
- ▶ 住宅地の再開発 過去の新興住宅地の新しい形
- ▶ **医療を生活資源に**
 - 急性期医療中心では医療がぶった切る可能性
 - 在宅に医療が届いていない
 - 生活者 に戻すため の医療であるべき
 - その人らしい生き方死に方を最重視
- ▶ **住民力 地域力を引き出す エンパワメントを目的に！**
- ▶ 互いに思いやる めくもりのある**地域づくり**につながる

人口構造の変化を見据えた社会の担い手

- 超高齢未来では、まだまだ元気で有能な高齢者(団塊世代)が老親世代、子育て世代をはじめ、他の世代を支えていく社会モデルが求められる。(社会的役割が健康長寿・介護予防につながる)

《社会を支える高齢者の活躍イメージ》



今後の方向性

- ▶ 治療から予防への投資へシフト セルフケア・セルフマネジメント
国民一人一人が自覚して **医療や介護に依存しない主体性が大切**
- ▶ 医療や介護を活用するために **日頃から“かかりつけ”を持つ**
住民が全て“かかりつけネットワーク”に支えられる仕組み作り
自分らしい生き方死に方を明確にして それを実現するために
健康づくりは医者いらずではない
誰もが医療や介護にかかることを前提
- ▶ 既存の限られた資源の効率よい活用 **高齢者こそが最大の資源**
元気高齢者の育成支援が これからの地域づくりの基盤に
- ▶ 終末期医療の国民全体としての合意を図る
べったり医療・介護からの脱却
「死ぬときぐらいは好きにさせてよ（樹木希林；オフィーリア）」
自分らしく生きて死ぬ 自己判断を重視した仕組みづくり 法制化する

目標・目的を確認し

実践することの重要性

- ▶ **課題解決型** → **目的達成型** に切り替えて

現実に戻って 目の前の山積した課題に闇雲に取り組むのではなく

- ▶ 目的を明確化して それを実現するための課題を抽出すれば
その一部の課題に取り組むだけで 確実に目的達成に近づく

- ▶ 「花燃ゆ」 あなたの『志』は何ですか？

吉田松陰の果たした役割

時代の先を読む = 向かうべき方向を読む

目的達成型思考 課題解決による現状打開型からの脱却

必ずしも報われない ⇒ 先の時代が評価する

- ▶ 「言うのは簡単 実現は大変」 確かにその通り

しかし 先は見えているか？ 目指すべき方向（ミッション）を確認すれば

手段に振り回されず **「何のために！」に立ち戻れるかが重要**

ケースメソッド的検討の勧め

みんな手段で悩んでいる
目的で悩んでいるのではない

マニュアルの徹底から **判断力養成**へ

- ▶ アイデア勝負の方法論の競争にならない
- ▶ 目的に戻る
「**何のために？**」の投げかけ
目的の明確化・共有化のプロセス重視
- ▶ 論点の整理からスタート 価値観の調整
- ▶ 方法に振り回されないファシリテーターの役割

- ▶ **ヘルスプロモーションを共通の物差しに**

ケースメソッドのコア

目的と手段の混同からの脱却

目的の明確化・共有化

- ▶ Plan Do See サイクル (PDCA)
- ▶ ブレークスルー
- ▶ グリーンモデル マーケティングなど
- ▶ カウンセリング
- ▶ 癒しの本

【情報の共有 < 目的の共有】

目的の把握や共有に手間をかければ
そのプロセス自体が判断力を養成し
適切な解決策を導くことができる

目的に戻る⇒何のため？に戻る姿勢の重視

ヘルスプロモーションにより健康実現

ブレスローによれば

- ▶ 疾病予防は「病気にならなくなればそれでよい」 ネガティブなゴール
- ▶ ヘルスプロモーションは 今より**健康**度を高めよりよく生き
生き甲斐を感じるという ポジティブなゴール

<WHOの健康定義とヘルスプロモーション>

- ▶ 「健康とは単に疾病がないという状態のみをいうのではない」は
健康は**疾病予防では達成しない**
- ▶ 「健康とは身体的、社会的、精神的に良好な状態である」は
ヘルスプロモーションの実践により **健康を実現**する

- ① **個人や集団が望みを明確にする**
- ② **それを実現してニーズを満たす**
- ③ **環境を変え、それらにうまく対処している**

ヘルスプロモーションと地域包括ケア

- ① 包括的なアプローチが最も効果的
- ② 活動・生活の場（かかりつけ医等医療機関や地域、職場など）での持続
- ③ ヘルスプロモーションの行動や意思決定プロセスの中心に生活者が存在
- ④ 健康学習・ヘルスリテラシー（健康認識面でのスキル、意欲、能力等

“してあげる” “してもらおう” からの脱却

住民・コミュニティのエンパワーメント

ヘルスプロモーションは 地域包括ケアの肝でもある

ヘルスプロモーションは さらにソーシャルキャピタルの醸成により
地域で実践される コミュニティーが再生される

ソーシャル・キャピタル(social capital)とは

この指とまれ！ 目標実現に資源を掘り起こしマネジメント

- ▶ 20世紀末に登場 社会・地域における**人々の信頼関係や結びつき**を表す概念
- ▶ コミュニティの問題解決にむけた政策手段の一つ
- ▶ **社会関係資本** インフラを意味する「社会資本」とは異なる
＜ソーシャル・キャピタルが蓄積された社会は＞
人々の**協調行動が活発化**することにより**社会の効率性**を高めることができる
- 上下関係の厳しい**垂直的**人間関係でなく 平等主義的な**水平的**人間関係を構築
- 個人の**信頼・ネットワーク・社会活動**の形成
- 社会組相互の**信頼や協力**が得られ **他人への警戒が少ない**
- 自分の住むコミュニティへの高い評価が**生活上の安心感**を高める
- 治安・経済・教育・健康・幸福感などに良い影響など
社会的効率性が高まる

地域包括ケアのミッションの明確化・共有化

課題解決型ではなく 目標達成型へ

目指し共有すべきイメージについて 十分議論されていない現状

生活者本位・重視のミッションが あいまいのままでは進まない

現場は手段・課題が先行 地域医療ビジョン・病床機能の見直しや

医療者の確保や医療費抑制etc. が本来の狙いではないはず

➤ ビッグデータに振り回されない

目的があいまいなままで 課題解決に進まない

➤ 地域包括ケア時代のゴールに向けたディスカッション

医療・介護の目指す方向を明確化・共有化

➤ 地域資源や特性を踏まえた 各々の地域での目標達成へ

現場発想で アプローチ・戦略を練る

ミッションを重視した戦略

- ▶ 診療所での患者対応にとどまっていたのでは ミッション実現には至らない
- ▶ 追い込まれた危機への対応ではなく **少子高齢化を前向きにとらえて**
開けた未来をイメージできる具体的なミッション設定

例えば **“1億総活躍”**

- ▶ **ミッション** 重要な社会資源 **「元気高齢者」** の育成支援
高齢者（障害者）を **社会的弱者（べったり医療・介護）** に追い込まず
地域を支える社会資源として活用する地域を作る

- ▶ **戦略** その人らしい生活を実現するための **多職種連携の基盤づくり**
多機関・多職種が目的達成に向けて協働する体制
人づくり チームづくり 環境づくり そして住民の意識改革
医療福祉関係者は 相談者として 地域にアウトリーチ
住民教育や多職種のマネジメントを通じて地域づくりへ
評価指標の一例 **かかりつけ医の普及率**の飛躍的な向上
国民全てが 生活に身近な かかりつけ医を持つ

医療ビジョン策定に伴う 地域保健医療計画の見直し 都道府主体 生活を重視した医療の展開

- “**5疾患**（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）
5事業（救急、災害、へき地、周産期、小児）” **在宅医療**において
地域医療計画を積極的かつ**具体的に推進**する方策を検討
- **病床機能報告制度・医療ビジョン**を契機に
「とことん」→「まあまあ」 **急性期病院病床削減** **在宅医療の推進**
- **データ分析による現状把握や将来予測**
- 医療機関が診療報酬に振り回さず、**連携による経営**を基本に
一時しのぎ・**医療費抑制策**として受け止めない

〔危機感共有〕 〔目的共有〕 して **地域で膝を詰めて話し合うこと**

今後の入院医療の方向性

医療費抑制策ではなく 医療依存度を下げる

- “医療を生活資源に”をミッションに **入院は退院のための**再認識
入院は**シェルター**として できるだけ短期間で退院できる計画
- 元の生活に戻すための入院 **病棟経営から 外来経営**の重視へ
- **つなぐ連携から 切らない継続へ**
病気と闘うことを目的とした入院は これまで生活を分断する
- その人らしい生き方の支援 **求められる医療を提供**できる体制

各職能が**役割分担の前に** **ゴールを共有**すること

“生活に戻すための 入院前からの**多職種連携**”

チーム医療の考え方を大きく見直すチャンス

看護師（保健師）の役割重視

- 看護師（保健師・助産師）の**アイデンティティ**の理解
生活に軸足を置いた医療の担い手として明確化
看護師の権限の拡大 退院は看護師がマネジメント
- 医師は診断・治療を軸足においた医療
看護師との両輪で 生活を支える医療をマネジメント
- 多職種・多部門連携は看護師が
患者・家族の**生活ニーズを掘り起こして**
それをベクトルに **連携プラットフォーム**を構築
- **地域生活志向型**のマネジメント力を備えた看護師の育成

急性期・亜急性期・回復期・慢性期・在宅を超えて
地域全体で看護師の地域（垂直）連携の充実強化

地域連携あるある

- ▶ 患者を他機関へ引き渡すことが連携
- ▶ 何かを一緒にする（手段や場を共有）ことが連携
- ▶ 同じ場所に集まること 飲み会すれば連携
- ▶ 病院間の力関係が左右する連携
- ▶ 相手を知らなくても 電話でお願いすれば何とかなる連携
- ▶ 患者・住民のためと言いながら 結局は自分達（医療側）の都合を優先した連携
- ▶ 連携方法は考えるけど その目的についてはあまり考えない連携
- ▶ 診療報酬(加算)のをとるための連携 加算自体は大したお金にもならないのに・・・
- ▶ 「顔の見える関係」顔が見えない人は仲間はずれになる「囲い込み」の連携
- ▶ 「地域連携パス」次に繋いで自院から放り出す
退院後のことは気にならない一方通行の連携
- ▶ 地域連携室のみの連携 外来や病棟が関与しない連携
- ▶ 医療・介護関連情報のみで 生活関連（患者ニーズ等）が重視されない連携
- ▶ 生活に戻すことを重視しない 医療・介護に限った連携

退院支援あるある

- ▶ 「キーマン」とは患者の代弁者ではなく病院にとって都合のいい人
- ▶ 求められることへの支援というより 一方的にしてあげる 傾聴より指導が優先
- ▶ 退院したくない人を 病院の都合で退院させるための 病院支援
- ▶ 目的は 患者のため 家族のため 遠くの親戚のため それとも病院のため？
- ▶ 退院が決まってからの退院支援 退院支援とはこの病院でのエンドの言い訳
- ▶ 患者のための退院支援と 病院のための退院支援 いつの間にか混同・混乱？！
- ▶ 医師の治療方針によりいきなりドタキャンする退院方針
- ▶ 退院を目的としていない入院が 退院支援を最も難しくしている
- ▶ 帰し先がなくても受け入れる病院は 最後まで見る気も無い
- ▶ 退院支援を担うのは地域連携室だと思い込んで その指示を待っている病棟スタッフ
- ▶ かかりつけ医の有無を気にしない入院・病棟
- ▶ 自宅退院にもかかわらず 退院までトイレには一人で行かせない医療安全管理体制
- ▶ 「若い者には迷惑はかけられない」と長男との面談を拒んで 他人に迷惑をかける患者

地域包括ケア時代の急性期病院

生活を分断しない 生活に戻すための医療

- 急性期医療（先進医療）は**主役ではなく 脇役**
生活の場での医療体制が主役 名脇役があっこそ主役が引き立つ
専門医師は生活に戻すために **速やかに診断・治療をマネジメント**
- 急性期病院は **かかりつけ医にならない**（なれない）
- 地域における生活支援のための**情報共有 ICTの導入・活用**
- 急性期医療の機能分化と在宅医療の推進 生活の場への**技術移転**
- **退院支援は入院前から 入院前から かかりつけ医（戻し先）を**
- **最大の合併症は 生活に戻れないこと 7：1看護体制の意味**
入院時総合調整（CGA7） 入院関連障害（HAD）
多職種連携を入院前から促進する **「連携プラットフォーム」**の必要性

急性期病院から始まる医療体制から 生活の場を主役とした医療の組み替え

亜急性・回復期・療養期・維持期は 急性期病院を軸とした流れ

「急性期が主役 亜急性・療養期等には成り下がりにたくない」

⇒ **地域医療体制の見直し・医療ビジョンの作成への大きな抵抗勢力**

(高度)急性期病院・慢性期病院・かかりつけネットワーク 3レベル区分

病院完結型 ⇒ 地域完結型 ⇒ 急性期集約と地域包括型へ

急性期医療で組み立てた2次医療圏の考え方を 地域包括で再構築

- (集約) 限られた特殊な専門機関 ⇒ (高度) 急性期病院
- 亜急性・回復期・療養期・維持期 ⇒ 慢性期病院 (地域包括病院)
- 在宅医療 (生活の場での医療ケア) ⇒ かかりつけネットワーク

多くの一般の医師は 慢性期 (地域包括) 病院に所属する
慢性期病院が 地域包括病床を設置して 地域医療マネジメント
亜急性・回復期・療養期・維持期の機能を地域の実情に合わせて担う

今後の地域医療の方向性

公衆衛生的観点が必要

- 訪れる患者の治療・ケアだけではなく
診察に訪れることのない地域の住民の健康へのアプローチ
- 地域の医療に対するニーズを知り 応えるプロセス
生活を支えるための資源としての医療
社会的弱者対応 ⇒ **元気高齢者（住民）支援**
病人・障害者等弱者への対応が 医療の最優先課題ではない
地域住民の元気を支援する 生活を支える医療を重視

アウトリーチの時代

コミュニティアプローチ

エンパワメント 住民・地域の力を引き出す医療

アウトリーチの時代

～多職種連携により 互いのエンパワメントを図る～

- ▶ 「一丁上がり」的な 技術の一方的な提供型の **その日暮し対応からの脱却**
 - ▶ 自分達でできることの**限界を知り** 住民ニーズを把握して **多職種による実現に向けた協働**をしない限り 成果は期待できないことを再確認
 - ▶ 3師会だけでなく **看護師**や**ケアマネ** **栄養士** **セラピスト**等との日常関係構築
 - ▶ とにかく**アウトリーチ** 多職種の集まる場 住民の生活の場に出よう
 - 自分達が地域でできることを **関係者へ理解促進**
 - 関係者が地域で関わっていることを理解 **自分達とのコラボレーションを促進**
 - ▶ **病院は** **地域（生活）へ戻すことの役割**を認識しているか
 - 「自分たちが患者の生活を分断している」という病院スタッフの**自覚・自省**
 - その変革がなければ 地域の活動は報われない
 - ▶ **かかりつけネットワークの一員**として 地域の資源とつながる
 - ▶ **住民教育が「要（かなめ）」** 多職種協働で実施 **単独では原則行わない**
 - ▶ ICTネットワークの活用 住民と共に**多職種を動かすツール**になる
- ヘルスプロモーションの展開 生活に戻すための地域づくり**

住民の心構え(覚悟) 誰が教育し促すのか？

多職種連携プラットフォームのチームプレー

住民力・地域力を引き出すことが 一番のねらい

- 患者・住民の医療や介護**依存度の軽減**
「24時間365日 いつでも 安心」・・・からの脱却
- 支援してもらおう医療 ⇒ 自ら**求める支援**へ
- **セルフケア・マネジメント力**の向上
- かかりつけネットワークの構築
- 「**医療・介護制度も共助**」であることへの理解促進
- 住民視点からの（医療の都合でなく）
医療を生活資源とした 生活に戻すための ICT（情報共有）の活用促進

- **ヘルスプロモーション**の推進 健康を軸足とした地域づくり
- **ソーシャルキャピタル**の醸成 目的達成・地域づくりネットワーク
- **エンパワメント** 自助・互助・共助
患者・住民力・地域力の向上

保健師の役割を確認する

- ▶ 「保健指導が保健師の役割」という呪縛からの解放
 - ▶ サービス提供は 公衆衛生を推進するための手段 その目的は？
 - ▶ 公衆衛生マインド ヘルスプロモーション推進のリーダー
 - ▶ 課題解決に振り回されず 目的を明確化 課題解決型⇒目的達成型
 - ▶ 地域実態や住民ニーズ(生活全般)を明らかにして ソーシャルキャピタルの醸成につなげる 生活に 予防も医療も福祉・介護も 区分はない
 - ▶ **リソースマネジメント** 既存の地域資源をつなげることで有効活用
事業の縦割りの弊害修復 地域資源を把握整理してからの活動
 - ▶ 個々の事例から普遍性を導き出し 地域に還元する
 - ▶ QOL・QODを重視した **医療**福祉(介護)地域資源の 一体化マネジメント
- 保健師の誇り！！**

MCCE推進のリーダーとして 住民力・地域力をエンパワメント

保健師の活躍無くして 地域包括ケアシステムは実現しない

地方自治体の意識改革

- ▶ 課題解決に振り回されない 医療費や介護費を下げることを目的としない
- ▶ 高齢化率が増えることを活かした ポジティブな未来を描く
- ▶ 社会的弱者ケアを重視した対策から 地域活性化に向けた地域づくりへ
- ▶ 今後の地域づくりは高齢者が担うという覚悟
- ▶ サービス提供型⇒マネジメント型 サービス機関からの脱却を図る
- ▶ 地域づくりとは 住民や地域資源のエンパワメント
 - ▶ 中央主導追従型⇒地域資源エンパワメント型
 - ▶ “してあげる”公助⇒“求められる”自助・互助（共助）引き出す公助へ
- ▶ 少子化対策は 高齢者が活躍できる地域づくりから

- ▶ 地域医師会との連携による 安心と信頼の基盤づくりが不可欠
- ▶ 多職種連携プラットフォームの構築
- ▶ かかりつけネットワークの構築と住民の参画
- ▶ 住民がかかりつけ医を持ちお薬手帳を携帯する
- ▶ 住民教育の重要性を認識 行政が・・・ではなく地域全体で取組む
- ▶ **保健師は公衆衛生マインドを持って地域をマネジメントする自治体における数少ない技術職 彼らを活かすかが問われる**

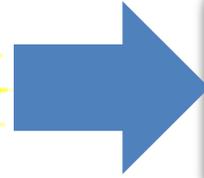
地域包括ケア時代の地方自治体への期待

- 地域の目指すべき目標の明確化・共有化 課題解決に振り回されない
- 住民への直接サービス提供重視の呪縛から脱却 マネジメント重視へ
- 保健・医療・福祉行政の縦割りを修復 生活の視点でゴールを共有
- 医師会と自治体の連携 安心と信頼の場づくりに不可欠
- 行政が依頼や誘導しない **「話し合いの場づくり」と「ささやかな介入」**
- **多職種連携のプラットフォームの構築 各レベルの構造化**
- 保健師の活用 地域資源マネジメント力の向上
- 保健所との連携 ヘルスプロモーション専門家との協働
- 生活の場で住民のQOL・QODを支える **「かかりつけネットワーク」の構築**
- 行政からの押しつけではない 住民の心構え・覚悟の醸成
- 中央主導依存ではない 地域の自立の覚悟をもって
- 住民力・地域力のエンパワメントをゴールに

マネジメント＝エンパワメント

内なる力の賦活化・回復するために

個々人に応える
指導的な対応では、
各ニーズを実現する
ことは不可能



地域・環境や生活者の
本来持つ力を賦活化



本当のEBM(科学的根拠)とは・・・

- ・ 地域特性や生活者ニーズに合致していること
- ・ 患者・家族等とFOR(目指す方向)を共有すること



共通のFORを
実現する
環境整備へ

- ・ 情報の収集・提供(公開)
- ・ ネットワークによる支援

マネジメント

生活者・患者自身が主体的に地域資源
を活用できるように エンパワメント

“MCCCEサイクル”を回す ベクトルの方向を見定めて

多職種・多機関をマネジメント ⇒ 組織・地域をエンパワメント

「アウトカム」は指標であり ゴールではない

生活者・患者・地域を
主役(中心)に置く



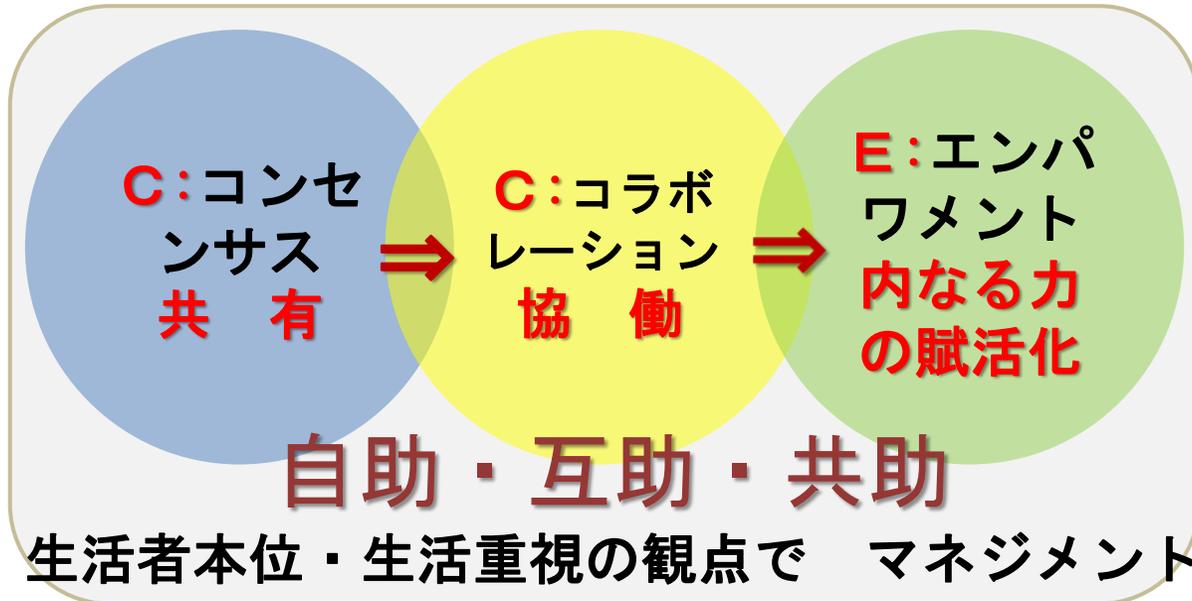
「生活者・患者・地域の真のニーズ」を
ミッションに
それを実現するために多職種が協働する

M: ミッションを共有してこそ



住民・地域 互いの信頼関係の構築

「プラットフォーム」を有効活用



その方向を共有して
実現を目指し
各々の力を結集すれば…
サービス提供⇒ネットワーク支援



生活者・患者・地域力
自らの力が引き出せる

『生活を分断しない医療』 (2013 ライフ出版)



**急性期病院を「資源」の視点でマネジメントし
超高齢社会の患者の人生を「途切れさせない」
医療保健福祉のあり方を紹介**

間もなくやって来る超高齢社会。それは、50歳以上人口が半数を超え、急性期病院の患者の8割が高齢者となる時代の到来であり、「絶対治療・絶対救命」が叶わなくなる現実と、年間死亡者が170万人を超える現実を、医療保健福祉の従事者に突きつける。

悪因を叩くだけの従来の医療から、患者等の「人生」を支える医療やケアへ転換を訴える著者は、医療を「生活資源」として、あるいは「シェルター」として活用する方向へ大胆に舵を切らなければ、「医療崩壊」脱却の道はないと断言する。

本書はそんな著者が送る、振り回されている患者、疲弊し元気を失っている医療保健福祉従事者、そして臨界点に達しつつある社会保障のすべてを救う日本型医療システム再生の処方せんである。

