

第7回千葉県脳卒中連携の会  
「地域連携の中の入退院支援」

2016.2.14 13:00～  
至 東京ベイ幕張ホール

## 『地域包括ケア時代』

# 生活に戻すためのチーム医療

～生活を分断しない医療連携へ～

四国医療産業研究所 所長

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員

(元) 愛媛大学病院総合診療サポートセンター長 (TMSC)

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

# 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**

# ヘルスプロモーションとは

## 【オタワ憲章(カナダ) 1986年】

『人々が自らの**健康**をコントロールし改善できるようにするプロセス』  
自らの**健康**を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと

### <公衆衛生革命> by ブレスロー

第0世代・・・悪い水・土・空気 感染症前夜

第1世代・・・感染症対策、プロテクションおよびサーベイランス

第2世代・・・感染症に加えて、慢性疾患の予防対策

第3世代・・・ヘルスプロモーション

サーベイランス、予防に加え、**プロモーション(住民主体の地域づくり)**

**ヘルスプロモーション**は、公衆衛生の中心的な機能を果たしており

保健医療機関に求められる責務というよりは 自分らしく生きるための

**健康**的なライフスタイルをさらに超えて **幸福(well-being) に及ぶもの**

\* **ブレスロー**・・・慢性疾患予防のためのアラメダ研究をカリフォルニアで実施

# ヘルスプロモーションの戦略と優先課題

オタワ憲章 1986年

## 【3つの戦略】

- **ADOVOCATE**: 唱道・支援する
- **ENABLE**: 能力を与え 支援する
- **MEDIATE**: 調整・調停する

## 【5つの優先課題】

- 健康公共政策の確立
- 健康のための**地域活動**の強化
- 保健医療サービスの**方向転換**
- 健康に関する**支援的環境**の創造
- 個人技術(スキル)の向上

ジャカルタ宣言 1997年

## 【21世紀に向けたヘルスプロモーションのための5つの優先課題】

- 健康に対する社会的責任の促進
- 健康改善に向けた**投資を増やす**
- 健康のための**パートナーシップ**の強化・拡大
- コミュニティーの能力を高め **個人の力を引き出す**
- ヘルスプロモーションのための**基盤を確保**する

# 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  
コミュニティのエンパワーメント（選択する権利）を得るのに不可欠  
“してあげる” “してもらおう” からの脱却

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

- 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 社会の効率性が高まる

# ソーシャルキャピタル(SC)とコミュニティ再生

コミュニティ再生につながったと思える成功要因

- 1) **Plan→Do→See**という活動プロセス 目的・評価
- 2) **様々な主体の参加 目的の共有 協働 エンパワメント (MCCE)**  
活動が**マネジメント**されていることが主たる特徴

コミュニティ再生に**成功した地域には共通点**がある

- 1) **危機意識の発露と共有**
- 2) それに対して具体的な**活動を起こそうとする人の存在**

コミュニティ再生の成功要因の多くが 地域のSCに由来している  
特に**橋渡しのSC**が 重要な役割を果たしている可能性が示唆

**地域包括ケア時代の 危機感と目的共有  
地域総動員によるコミュニティ再生**

# 地域包括ケアは 公衆衛生活動の一環

- 地域包括ケア(時代)は 少子高齢社会の社会保障制度の破綻を救済する 公衆衛生の**第4の革命**と捉える。
- ヘルスプロモーション理念を基盤にソーシャルキャピタルの醸成を図り コミュニティを再生することで **住民力・地域力はエンパワメント**される
- そのプロセスを通じて 地域包括ケアは地域に普及定着し 医療や介護に依存しない **生活重視の地域づくり**が推進される

# 地域包括ケアのコアは「生活」

## 〔目的の共有〕

- 少子高齢社会 2025年を目途に 医療・介護と生活の一体化
- 5の要素 「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の一元化
- 住民の“心構え(覚悟) 自助・互助・共助の強化 依存からの脱却  
「自分らしい生き方・死に方」の実現が基盤に  
“医療を生活資源”とした「生活の場での医療重視」が根底  
急性期医療自身も その推進の担い手である 役割認識が重要
- 診断・治療重視から 生活支援重視へ  
QOL QODを重視した医療・介護他 地域支援体制の再構築  
  
急性期医療からのパス連携 ⇒ 生活の中に戻す地域統合
- 地域資源が 共通のベクトル(方向性) ゴール(目標)を共有 協働  
医療連携ではなく 生活者支援重視の地域づくりを目指して

# 地域包括ケアの「理解」と「覚悟」 〔危機感の共有〕

地域包括ケアから 地域包括ケア時代へ

地域に委ねられる ⇒ かなりの覚悟が必要 しかし・・・

- 解釈の誤解・・・狭義の解釈のまま（医療と介護の連携 在宅医療＝看取り）
- 地方行政・現場の認識不足 「地域づくり」が浸透しにくい 介護福祉課等の単課丸抱え
- 医療機関の覚悟・・・「自分の病院さえ 生き残れば」は通じない

もはや診療報酬など中央主導には頼れない

地域ネットワーク構築プロセスの中で 自院の役割を明確にして協働する

- このままの（急性期医療中心）継続では 社会保障制度は崩壊してしまう

2025年以降 国民皆保険を維持？ できるかどうかの大変革

医療・福祉のみならず地域総動員による地域づくりが不可欠

社会保障制度の**危機**であり 見直しの**最大チャンス**でもある

# 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  
見失った状態に！？

要支援・要介護状態  
or  
慢性疾患

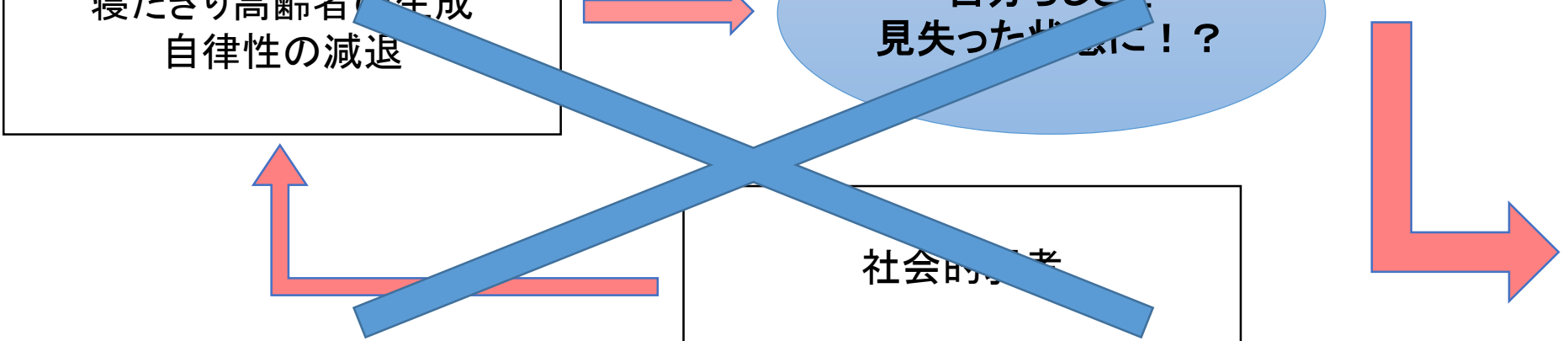
社会的弱者

【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！？

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？

改善すると…



# 日本を支えていくための地域包括ケア これから日本の社会資源は？

このままで行くと 今後100年で人口が**3分の1に激減**  
**50歳以上が2割**の時代から **6割**の時代に**人口遷移**  
人や地域のために役立ちたい“健康観”を抱く **高齢者が増えることを財産に**  
**感謝する人ではなく 感謝される人を育成支援 エンパワメント**

## ➤ 少子高齢社会を**支えるのは一体誰**なのか？

社会的弱者をケアの対象者と決めつけて 地域資源と位置づけないこれまで  
ときどき医療・ときどき介護でも自分らしく生き 地域のために活躍する住民の活用  
**“社会的弱者”との関わり方 元気高齢者こそが地域を支える**

## ➤ 地域包括ケア時代の**ミッション**とは？

社会的弱者と決めつけず 地域の資源として **元気高齢者の育成支援**  
**生活に戻すための医療・介護重視した 地域づくり**

# 地域包括ケアシステムの方向性

**〔危機感共有〕〔目的共有〕**を前提に

地域住民の **自分らしい生き方・死に方の実現**へ  
急性期医療も例外ではない **元気高齢者を地域ぐるみで育成支援**

**〔生活の場重視〕** 地域コミュニティー主体の地域づくり

**元気高齢者の活躍の場づくり**

- **元気高齢者の健康観(自分らしく・人のために)**の実現への支援
- **医療・介護システムは公助ではなく共助** **各依存の軽減化**
- **地域資源を総動員**するための協議や実践の**話し合い場**づくり
- 地域包括ケアシステムの**マネジメント**機能強化

**生活の場での医療重視**

**かかりつけネットワーク**の構築・強化へ



# 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**

# 第6次地域保健医療計画

＜基本理念＞ 「地域づくり」は見えてこない

➤ 必要な地域医療の確保

➤ 医療機能の分化・連携の推進

限られた資源を有効活用 効率的・効果的な医療供給体制

➤ 患者本位の医療の実現

生活者としての患者・住民が積極的・主体的に医療に参画

➤ 健康で安全な地域社会の確立

生活習慣病予防に代表されるセルフケア意識の醸成

健康危機管理体制の整備

➤ 地域包括ケアシステムの構築体制の整備

地域包括ケアが見えにくく 急性期・専門・救急医療、医療者確保の重視

具体的な戦略や 「危機感共有」「目的共有」に乏しい

# 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**

# 何故入院前からの対応が必要か

- 入院前から **退院というゴール**を目指す意識が重要
- 患者の**真のニーズ**は生活から **生活に戻るモチベーション**
- 医療者側の都合に合わせない **生活ニーズの把握**

**ナラティブな(人生の物語)ものである**

**“してあげる” → “求められる”**

入院してからは 医療目的に移行して把握が難しい。

**生活に戻すための支援**が重要であれば

**生活におけるニーズ**を入院前に把握・共有する

**生活に戻るイメージの一番強い時 それは 入院前**

# 看護師の役割重視

- 看護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
- 地域生活指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

# 愛媛大学医学部附属病院

## 病院の理念

「患者に学び患者に還元する病院」



H27年4月現在

## 病院の概要

病床数	626床
診療科	21診療科
1日平均 外来患者数	約1300人
平均在院日数	約15日
病床稼働率	約90%
紹介率	約90%
ボランティア数	約 <b>200</b> 名

# 愛媛大学病院を地域生活資源に “生活に戻すためのチーム医療”の実践

地域包括ケアシステム推進への積極的な参画

総合診療サポートセンター(TMSC)の設置 2013.10

- 患者・家族の入院・入院後の不安軽減
- 入院前から退院支援 入院前から退院を目標においた体制の充実
- 生活ニーズの把握とその実現に向けたベクトル提示
- 生活に戻すための「多職種連携のプラットフォーム」の設置
- 医療経営の適正化目標 生活ニーズ実現のための医療

医療費抑制でなく 無駄な(生活に戻せない)医療を見直す



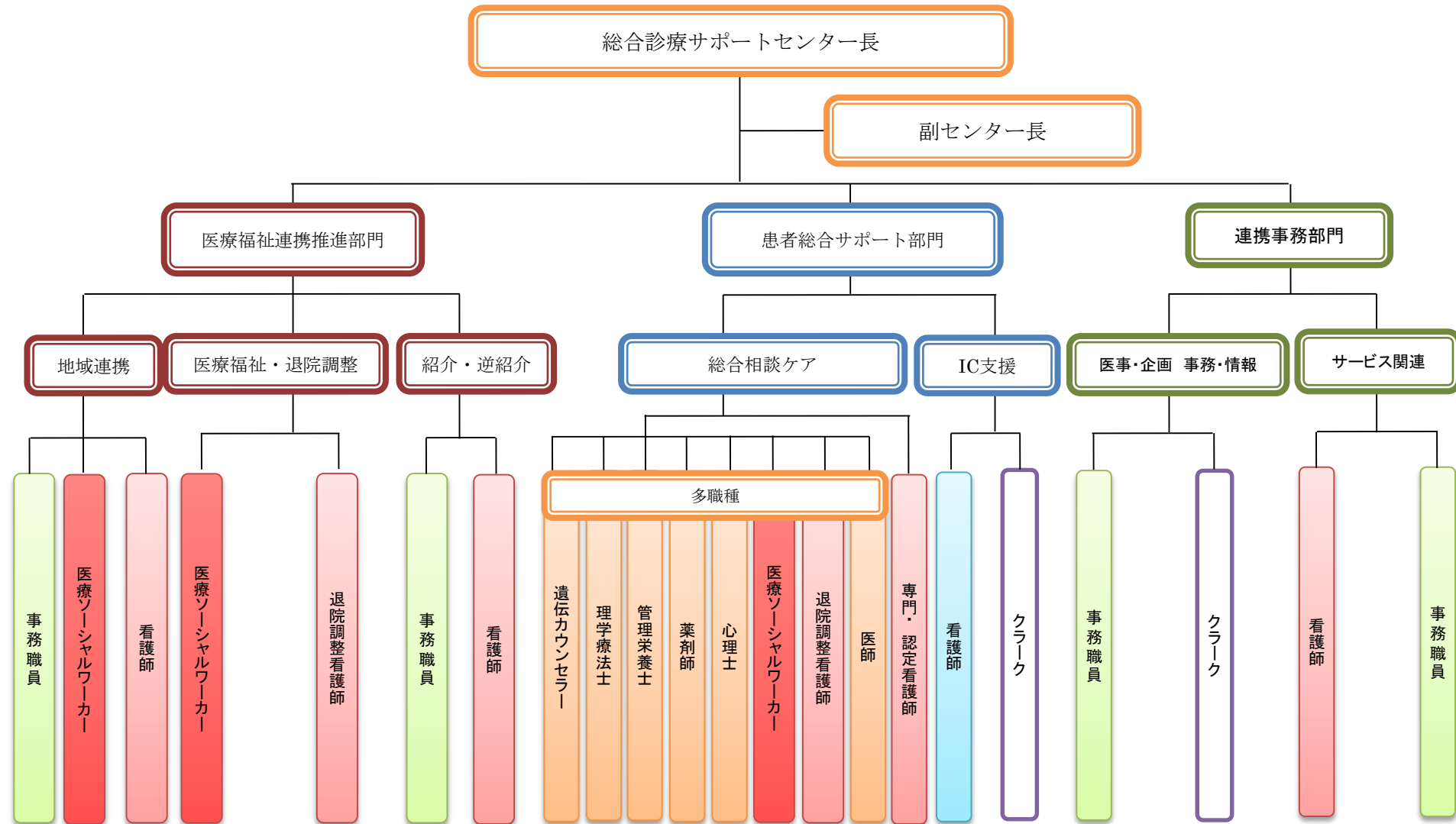
# 愛媛大学病院のチャレンジ 総合診療サポートセンター(TMSC)

## 基本方針

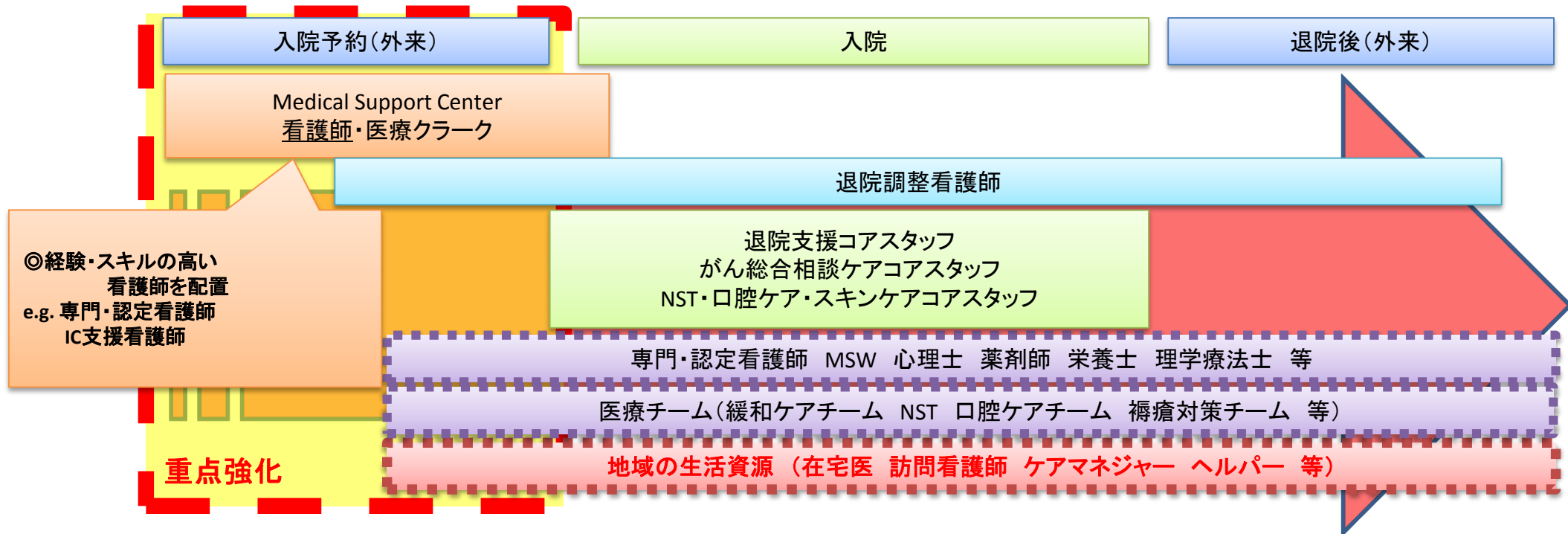
### 生活を分断しない入院(医療)を目指す 退院支援は入院前から

- 生活者である患者・家族に対し、**入院前から入院中、退院後の生活を見据えて、それぞれの多職種が組織の一員として協働し、効果・効率的に総合的な生活に戻す支援**を行う。
- 特に**看護師が生活に軸足を置いた医療**に取り組み、病院・地域継続して、**看護師がマネジメント機能を発揮**し、チーム医療を充実させ、入院前から入院後まで **地域連携(統合化)の推進役**を担う
- MSWと看護師の協働と役割整理**      **患者相談支援の両輪**として

# 総合診療サポートセンター(TMSC)の組織図



# 総合診療サポートセンター機能 TOTAL MEDICAL SUPPORT CENTER (TMSC)



入院前から 患者家族の真のニーズを明確化し  
入院計画の作成 かかりつけ医の確保・連携に着手 退院後を意識して

従来の医療福祉支援センター、がん総合相談ケアセンターに、  
看護部のMSC,IC支援部門、医事課、医療サービス課等事務部門、その他多職種協働  
総合診療サポートセンターへ統合化

# 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 名脇役があつて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**

**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

## 公衆衛生的観点重要

- 診察室を訪れる患者の治療・ケアだけではなく  
むしろ**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

**コミュニティーアプローチ**  
**エンパワメント 住民・地域力を引き出す医療**

# 住民の心構え(覚悟) 誰が教育し促すのか？

## セルフケア・マネジメント力の向上

- 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
- 支援してもらった医療 ⇒ 自ら**求める支援へ**
- 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) **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

# “公衆衛生”の重視

ハイリスクアプローチ ⇒ コミュニティアプローチ  
社会的弱者へのケア ⇒ 社会的弱者が社会参加

- ① 疾病治療・介護予防 ⇒ ときどき医療・介護の**健康づくり支援**へ
- ② 治療・介護重視 ⇒ 生活重視 **地域生活ネットワーク**の構築
- ③ **リソースマネジメント**…今地域にある資源を掘り起こし活用
- ④ **ヘルスプロモーション**…自助・共助⇕ 住民主体の地域づくり
- ⑤ **ソーシャルキャピタル**…ベクトルの共有 顔の見える関係を超え
- ⑥ **ノーマライゼーション**…障害者へ ⇒ 障害の有無に関係なく共に
- ⑦ **エンパワメント**…住民力 地域力 自分自身の力を引き出す

**<MCCEプロセス>**



# みんな手段で悩んでいる 目的と手段の混同からの脱却



## 目的の明確化・共有化

カウンセリング  
カウンセリング

癒しの本  
癒し



計画・評価

PDCA

Etc.

手段に振り回され目的を見失うことが問題  
全て手段から開放し、目的に戻すため

そもそもの目的は…？



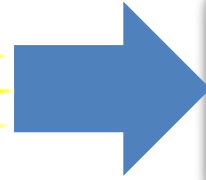
原点に戻って考えてみよう！

まずは目的（ミッション）を明確に

# 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



地域や住民の本来  
持つ力を賦活化



EBM (科学的根拠) とは . . . .

- 地域特性や住民ニーズに合致していること
- 住民と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)
- 受け皿のネットワーク化

住民自身が主体的に地域資源を活用  
できるために エンパワメント

# “MCCCEサイクル”を回す

多職種・多機関をマネジメント ⇒

「アウトカム」は指標であり

ベクトルの方向を見定めて

地域をエンパワメント

ゴールではない

住民・患者・地域を  
主役(中心)に置く



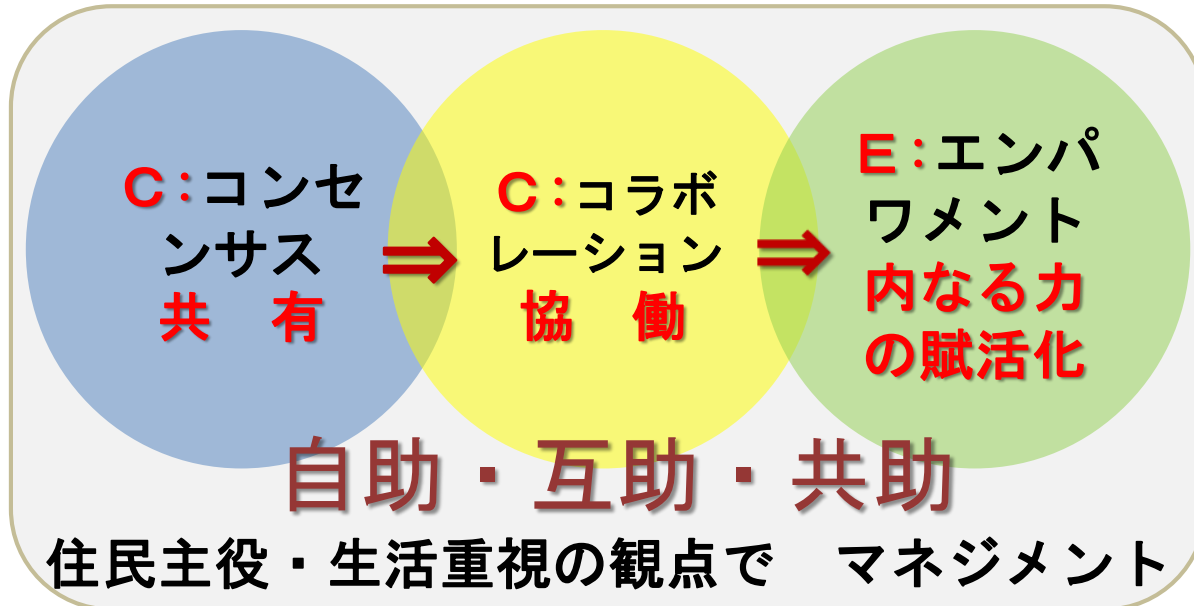
「住民・患者・地域の真のニーズを  
実現するために多職種が協働する」  
を**ミッション**に

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⇒ 支援



住民・患者・地域力  
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。

