

在宅医療・介護における多職種共働の必要性 「船橋市南部在宅療養研究会」

平成29年7月10日(月) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



講師

梶原 優

(かじわら ゆたか)

(公社)日本医業経営コンサルタント協会 副会長

(一社)日本病院会 監事

医療法人弘仁会 板倉病院 理事長

講師略歴

■ 略歴

昭和47年3月 日本大学医学部卒業、
昭和47年6月 日本大学医学部付属板橋病院第三外科入局、
昭和49年1月 国保旭中央病院外科勤務、
昭和52年7月 医療法人弘仁会板倉病院院長就任、
昭和58年4月 大東製薬工業株式会社代表取締役就任、
昭和62年3月 医療法人弘仁会板倉病院理事長兼務、
などを経て、
平成10年8月 医療法人弘仁会理事長就任。
(他役員 大東製薬工業株式会社最高顧問・社主、株式会社
日本病院共済会監事)

- ・日本大学医学部同窓会 会長
- ・一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合
実務委員会委員
- ・一般社団法人外科系学会社会保険委員会連合
検査委員会委員

【千葉県】

- ・千葉県認知症対策推進協議会 委員
- ・千葉県医療審議会 委員
- ・一般社団法人千葉県老人保健施設協会 副会長
- ・千葉県医業健康保険組合 理事

■ 主な活動等(2017年7月現在)

【全国】

- ・一般社団法人日本病院会 監事
- ・一般社団法人日本病院会 政治連盟幹事長
- ・一般社団法人地域再生医福食農連携推進支援機構 理事
- ・一般財団法人日本地域医療推進機構 理事
- ・公益社団法人日本医業経営コンサルタント協会 副会長
- ・公益社団法人全国老人保健施設協会 代議員
- ・NPO 法人日本・中東医学協会 理事
- ・NPO 法人病院地域医療推進協議会 理事

【船橋市】

- ・公益社団法人船橋地域福祉・介護・医療推進機構 監事
- ・船橋市高齢者虐待防止等ネットワーク運営委員会 委員
- ・船橋市老人保健施設協議会 会長
- ・船橋市介護認定審査会 委員

【学会】

- ・日本病院学会 評議員
- ・日本臨床外科学会 評議員

医療法人弘仁会について

弘仁会の理念

皆さん、こんにちは。本日は、この医療介護サービス振興会月例セミナーにお招きいただき、ありがとうございます。これからの社会保障制度改革の中で、地域医療構想、地域包括ケアシステム、そしてマイナンバーに伴う応能負担のいろいろなあり方とか、来年からは国保が都道府県になるという保険者の整理だとか、そういうさまざまな社会保障改革の真っ最中です。

今日、私がここに招かれましたのは、野崎理事長から電話をいただき、「お前が今までやってきたことをちょっとしゃべれ」と言われたので、今日はこういうテーマにさせていただきました。

やはり現場で具体的にどういうふうにするかがすごく重要です。地域包括ケアシステムというのは、皆さんはご存じだと思いますが、これは来年の介護保険法の第7次の改正になりますが、第2の地域包括を介護保険にする、在宅や何かをやるということになります。この地域包括ケアシステムというのは町づくりです。

ご存じのとおり、要支援1、2は、今度は全部市町村が責任を負うことになります。それから要介護3以上でないと、特別養護老人ホームには入れなくなります。老人保健施設は何かというと、要介護1、2、3のところの前後のところを見て、それも在宅に復帰させます。今度は老人保健施設においても、要綱が変わりました。介護保険の在宅施設においても、それから入所施設においても、医療においても、全て機能分化、そして無駄を省いて、効率性を高めて、医療費のこれからの伸びを抑えるということが、基本的なこの国の目標です。それは皆さんも、今までいろんな先生から講義を聞いたと思います。2013年に社会保障制度改革国民会議の答申が出されました。それを受け、2014年から、来年2018年の改正までに一通りのフレームワークは完成させます。そして2025年までPDCAサイクルを回して、全く新しい医療介護提供体制を作ります。

この改革は、2035年まではずっと継続されます。2035年に何が問題になるかということ、今までは全部要するに7対1の看護だとか、医者が何人とか、全部既定、ルールの中でやっていました。2035年は全てアウトカム評価です。要するにその診療科で、どこからどれだけの評価、病院もどれだけの救急者を診て、どれだけの評価という感じで、どういう質のものをやってきたかということによって、報酬も変われば、逆に将来起きる公的混合医療もそういうところに組み込まれることになりますので、皆さん、病院をやられている方、それから医療関連サービス事業所の先生方、皆さん、各種医療関連サービスもいらっしゃるだろうし、さまざまいらっしゃるのですが、絶えず自分たち自身もその状況を見て変化し、イノベーションをしていかないと、医療現場だけでなく、あらゆるところがもたないと思います。それはもうダーウィンの進化論でよく分かるように、最も強い種が残るのではなく、環境の変化に柔軟に対応して、自らを変化させたところの種だけが生き残ります。それを考えると、医療現場とか、介護現場だけでなく、それに関連するサービスの各業者の方々にもものすごく大きなインパクトをこれから与えます。

弘仁会の理念 ～安心して暮らせる町に～

地域の方のセーフティネットとして、時代の変化に対応し、各施設と連携し、患者様、利用者様を中心とした健康増進・保健・医療・看護・介護・福祉の施設から在宅までのトータルヘルスケアを行なうこと

資料1

特に地域連携推進法人というものがあり、これは山形のほうでも始まりますが、あれは病院全部がくっ付いて、お互いに病院の機能を分けて相談し合ったのではなく、1つの事業だけでもできる。それは例えば相澤先生(相澤病院(長野県))のところの病院にありますが、要するにITだけを全部、ベンダーが違って、診療所から何から全部1つに統一するための連携水準を作ろうとしています。

今、船橋市で考えているのは、給食です。船橋市に2つぐらい、大きな給食センターを造って、病院、老健、特養から全部の施設にITを使って、給食を一斉にそこで作るのです。全日空の機内食を作る場所も、今、一緒に見に行き準備をしています。何が言いたいかというと、どこの病院も多分給食部門を損益計算書で部門別にやってみてください。多分材料費と全体の給料、材料費、そこだけではペイするかもしれませんが、給食設備の減価償却、光熱費だとか全部やっていると、ほとんどの病院が委託をしても赤字のはずです。船橋市は、今、どこの病院もみんなそうなのです。設立母体が違う病院がすごく多いのですが、そこに共通の利益があるので、連携推進法人を作ってそれをやろうとか、今、そういう準備も水面下でしています。

そうすると、例えばワタキューさんでもどこでも、給食活動をやっている会社においても、日本でもそれが始まるとインパクトが大きいです。調理師の方は半分で済みます。地産地消で、その地域の農業とも組めます。材料費は安くなり、かつ選択メニューにもできます。そういうことで、各病院にとっては経営上、ものすごくメリットが出てきます。このようなことも今、考えています。

今日はとにかく、テーマが「在宅医療・介護における多職種共働の必要性」ということなので、ちょっと説明します。これは私たちの医療法人弘仁会の理念です。「安心して暮らせる町に」、「地域の方のセーフティネットとして」というのは、どこでも書いてあります、「時代の変化に対応し、各施設と連携し」、診療所、いろんな福祉施設、介護施設も連携しということです。「患者様、利用者様を中心とした健康増進・保健・医療・介護・看護・福祉の施設から在宅までのトータルヘルスケアを行うこと」ということを私たちの理念に掲げて、各いろんな医療機関ともネットワークを組んで走っています。

八王子でやっている安藤先生も同じような理念で、急性期病院、療養型、施設、特養と全部八王子で展開しています。やはりこれから病院でも医療法人とは何かといったら、地域の社会的共通資本です。そうするとその地域の住民の方々に選ばれて、なおかつ何かの時にあそこがあれば自分たちは幸せだというような安心感を与えるような事業展開をどれだけ世の中の時代の変化とともに展開していくかということがすごく大事ですので、こういうことを掲げています。(資料1)

私は千葉県医療審議会の委員もやっています。これは千葉県のものですが、ちょっと見せます。千葉県の高齢者福祉圏域です。千葉県は9圏域に分かれています。ここが船橋市です。船橋市は東葛南部圏域といい、浦安、市川、鎌ヶ谷、船橋、習志野、八千代の市全部です。東葛北部圏域というのは、野田、流山、柏、松戸がみんな入っています。実はこの北部と南部を東葛地域というのですが、この地域と千葉市だけで約410万ぐらいの人がいます。要するにここに住んでいる人たちは、ほとんど昼は東京に



行っています。千葉県というのは、ここに成田市がありますが、成田からこちら、千葉市から北のところと、東葛南部、千葉圏域は政令市で、あとは印旛ですが、この辺の地域と全く違うコントラストを持っています。ある意味、日本の縮図みたいなところがあります。これで200何十万人しか住んでおらず、高齢化が進んでいます。こちらはもう若い人たちが入って住んでいるというところ

です。
 今、千葉県の人口は650万人です。410万人が大体こちら側に住んでいて、あとの240万ぐらいがこちらに住んでいます。ですから地域医療構想においても、地域包括ケアシステムにおいても、全然地域の実情においてやり方が違います。ですから船橋は船橋のやり方で今までこれを進めてきました。今日、私が言ったことがどこの地域でもそれだけのマンパワーがそろったりしたらできるとは思わないでください。私自身は、何でも日本で1番、最初にやるのが好きなのです。船橋は、ドクターカーというのを日本で最初に走らせました。それによって、今、心肺停止の社会復帰率、心肺停止しても、船橋市民の4人に3人がCPRの研修を受けております。ドクターカー以外に救急隊全部、17隊あるのですが、その隊長は全員救命救急士の資格を持っています。ドクターカーと、直近の救急隊とがペア出動をするのですが、心肺停止して、社会復帰する率が、今、5.2%です。シアトルが4.8%ですから、もう抜きました。

それは何かというと、日本で、最高の救急体制を作ろうということをやったのですが、この最初がドクターカーです。それから夜間救急診療所というがありますが、船橋市は朝6時までやっています。2次小児救急医療ネットワークも作っています。日本で最初というのが大好きなのです。

これが千葉圏域全体です。この辺には鴨川市、亀田総合病院、ここには旭中央病院があります。ここには成田日赤があります。今度ここに国際医療福祉大学の高木先生のところが病院を建てます。許可をもらって特区でやります。大体千葉には千葉大、県立君津があつてとにかく医療圏としてはこちらとこちらは全然違います。(資料2)

では船橋市はどうでしょうか。船橋市は今、人口が63万人です。実を言うと、その中にまた5つのサブ医療圏があります。東、西、南、北、中と5つに分かれています。私どもの板倉病院がこの船橋の南部地域の市役所がある本町というところにあります。ここは船橋の一番昔からある商業区域です。坪百何十万のところで病院をやっています。ここに今、人口が12万人います。かつてここには病院が4つぐらいあったのですが、全部なくなりました。他の土地の安いところに引っ越したのです。船橋総合病院という中央病院グループも新船橋のところに移りました。それでとうとうこの12万部には、私共の病院1つになりました。逆に言うと1つだからやりやすいのです。船橋市は、皆さんにもお知らせしますが、人口63万で、千葉県全体は今、人口が減っているのですが、船橋市は人口が増えています。皆さん、今、日本一住みたい町というのを知っていますか。船橋市です。船橋市が日本一住みたい町ということ選ばれました。



新船橋のところに新しく町がつくられました。野村不動産が駅のところから、中心になってやっ

たのですが、そこが今、町づくり世界グランプリといい、うちの市長がフランスのパリまで表彰式を受けに行きました。

なぜかと言うと、船橋は、昔、私が住んだころは、ストリップとギャンブルの町と言われ、とにかくろくなイメージがありませんでした。戦争中、燃えなかったから、昔の馬車道が残っていて、インフラが悪かったのです。千葉市などというのは城下町です。大体江戸時代から城下町というのは、インフラが整備されていました。

そういうひどかったところが、今は住みたい町1番です。何が言いたいかと言うと、家を建てるのにコストが安い、家賃が安い、それから新鮮なものが安いのです。そして大手町まで30分で行ってしまいます。電車そのものは25分です。快速でばっと東京駅まで行ってしまいます。そうすると阿佐ヶ谷に河北病院ありますが、河北くんなどと帝国ホテルで待ち合わせすると、彼は杉並から新宿まで出てくるのです。「お前は田舎者だ」と私は言うのです。大手町のところを中心にばっと円を描いてみてください。20キロで船橋、松戸も入るのです。

ですからそういう意味では、通勤が楽、物価が安い、家賃が安い、また1つさっき言った救急医療の先進都市です。ぐるぐる救急車が回って扱えないということなど一切ないです。2次救急のネットワークも全部できていますし、3次救命センターもあります。それから子どもに対する小児の2次救急もあります。そういう意味では、親御さんにとっても、非常に子どもの健康面で安心ということで、今、船橋が1番になっています。

船橋の特徴の1つは、皆さんは知らないかもしれませんが、船橋市内にはどれだけ鉄道が入っているでしょうか。鉄道の駅の数が日本でナンバー1です。それから船橋競馬と中山競馬で競馬場が2つあります。さすがギャンブルの町です。船橋競馬場は、千葉県が7割出資しているのですが、船橋競馬場はこの辺にあって、中山競馬場はこちら側にあります。非常に住みやすい町になっているということをちょっと自慢します。

人口63万と、どんどん人口が増えています。船橋市は政令市ではなく、中核市です。でも日本全国の中核市で、一番大きな町です。鎌ヶ谷とくっつけば、実は人口が80万を超えて政令市になるのですが、鎌ヶ谷市は貧乏ですから、くっつくとも船橋市の財政が取られてしまうので、船橋市は拒否しています。鎌ヶ谷市はくっ付きたいと言っています。医師会も元は鎌ヶ谷市の医師会も船橋市の医師会も一緒だったのです。(資料3)

これは私どもの弘仁会グループのプラットフォーム構想です。先ほど理念が、施設からサービス、福祉、在宅と、施設から在宅までということで、これだけのものを立ち上げています。私自身が先ほども言ったように、日本で最初が好きなので、ここに昭和60年にできました有料老人ホーム申孝園ロータスヴィラというものがあります。これは実は江戸川区にあります。日本で最初有料老人ホームです。私がアメリカにちょっと行っていたころに、日系人の1世、2世の人たちがいました。ちょうど1世の人たちが高齢化してしまっていて、その人たちがみんないっぺんにお金を出し合っていて、老人保健施設や有料老人ホームを作ったのです。それでこれから日本もそれがやってくるだろうということで、これを江戸川区にやりました。このときはまだ規制があり、医療法人ではできなかったのです。仕方がなく、知り合いの宗教法人にこれを建てさせ、そしてそこに診療所のクリニックを作りました。

これが昭和60年です。だから有料老人ホーム協会の初代理事長の三田さんというのは、有料老人ホーム申孝園ロータスヴィラの施設長です。

うちの病院そのものは76年の歴史があって、ベッド数は少ないのですが、急性期で平均在院日数が大体14日以内、病床稼働率92%ぐらいで運営されています。これがメディカルスポーツプラ

ザです。メディカルというのは、医療の裏付けがあるスポーツプラザです。これも実は昭和54年に造っています。要するに、今よくある市民の健康活動によって、地域住民たちがみんな健康でいて、そしていろいろできるようにということで、テニスや、スイミング、フィットネスとか、健康増進事業だとかをやっています。これは、2,600人ぐらいの会員がいますが、これもやっています。

それからこちらは社会福祉法人です。これは特養、ケアハウス、在宅介護支援センターです。これは要するに特定指定の介護施設、シルバーホームです。これは高専賃みたいなものです。あとは、うちの病院の訪問クリニックです。今は訪問診療にも取り組みましたが、最初は、クリニックとしてスタートしています。これが今日話す船橋市の南部在宅での取り組みを立ち上げたということです。

こちらが保育園とデイサービスです。これは複合施設です。ここには万が一災害があったときには、100名ぐらいの地域住民を1週間から2週間、ちゃんと避難させて食料から何から災害対策を配置しています。そういう形で先ほど言った訪問看護もそうですが、全て在宅、施設、老健、お金がある人は有料老人ホームに入ってもらったりと、そういうことで、大体そういうものを展開してきました。

在宅療養について

今回は在宅療養についてです。在宅療養というのは、理念に基づく行動として、私どもの医療法人弘仁会の理念に先ほどありましたように、「安心して暮らせる町に」、訪問クリニックを立ち上げたときに、それは患者さんや家族の願いをかなえるということを理念にしました。

在宅療養では、「人々が住み慣れた地域で家族や地域の方々と安心して生活できるよう」、これには医師だけでは駄目なので、「関連多職種が連携して支援すること」ということで、関連多職種が、顔の見える関係でやりましょうと、南部でできる研究会を立ち上げました。

在宅医療は、「単に医療を提供することではない。特に医師は医療を通し全人的なかかわりの中で生活支援を行う」ということが医師の役割としています。これから地域包括でいろんなチーム医療とかをやりますが、大体、医師が何もかも仕切ってやるような組織というのは、ほとんど職員のモチベーションが落ちて駄目です。例えば看護師が全部引っ張っても駄目です。そうすると介護職員が、要するに看護師の下でこき使われているような感じになります。介護は介護のプロ、看護は看護のプロ、医師は医療のプロ、歯科医師は歯科のプロ、そういう意味で歯科衛生士は口腔ケアのプロ、薬剤師も栄養士も、みんなプロとしてのプライドを持っています。みんなが輪になって、1つのチームを作っていくということがすごく重要なので、こういうことを理念に掲げています。

(資料4)

在宅療養について

- 理念に基づく行動
医療法人弘仁会：安心して暮らせる町に
板倉訪問クリニック：願いに応える
- 在宅療養
人々が住み慣れた地域で家族や地域の方々と安心して生活できるよう、関連多職種が連携し支援すること。
- 在宅医療
単に医療を提供することではない。医師は医療を通し全人的なかかわりの中で生活支援を行なうこと。

資料4

在宅療養支援診療所開設の経緯

在宅療養支援診療所を開設しました。私どもにも多くの医師がいますが、うちの病院にかかっていた患者さんもなかなか高齢で障害をもち通えない場合があります、特に今は核家族化して、夫婦で老々だったり、独居だったり、さまざまなことがあります。今までも往診とかもやっていたのですが、そういう患者さんの状態とともに、うちの病院を長年支えてくださった患者さんたちですから、在宅診療という視点から病院外に、在宅療養支援診療所を平成19年、10年前に開設しました。

このときに先ほど冒頭に言ったように、地域連携、多職種連携なくして、在宅療養というのは病院単独ではできないということで、地域の在宅関連多職種と連携するために、船橋南部在宅療養研究会を10年前に設立しました。(資料5)

在宅療養支援診療所開設の経緯

- 1.患者さんの高齢化に伴い、平成16年より往診を行っていたが、患者さんの増加と在宅診療という視点から病院外に在宅療養支援診療所を開院した。(H19.10.1)
- 2.地域連携なくして在宅療養は成立しないので、地域の在宅関連多職種と連携し、船橋南部在宅療養研究会を同時に設立した。

5

資料5

在宅療養支援病院・診療所の構築

在宅療養支援病院と診療所というのは何が違うかという、訪問診療というのは往診ではありません。これはケアマネジャーを中心に、生活援助の計画を立て、その中に医療やさまざまな介護やそういう支援があります。例えばアルツハイマーの人などは、家に閉じこもっていたら、必ず進行し、どんどん介護度が悪くなります。

これは皆さん覚えておいてください。だからアルツハイマーが見つかって、要介護1ぐらいの人だったら、ケアマネジャーは必ずデイケアやデイサービスの通所型というところに行って、たくさんの人とコミュニケーションを保つ、楽しい日常を送るようにさせます。家族はその間、レスパイトできますからいいのですが、そうすることによって、アルツハイマーは進行しないのです。

私は、介護認定審査会で、千葉県で最初のケアマネジャーの資格を取りましたから、介護審査会の委員長もやっていますが、アルツハイマーは家に引きこもって、とにかくヘルパーだけ入れて、家の身の回りだけやっている、昔の家政婦会のようなことをやってもらっている人はどんどん進んで、妄想が起きたり、さまざま起きます。だからそういうときにケアマネジャーはどういうケアプランを作るか、そういうものの勉強会ができるわけですが、訪問診療は往診ではありません。

多職種連携の重要性というのは、今日、私が話す顔の見える連携です。ホームページをいくら開

在宅療養支援病院・診療所の構築

- 訪問診療で往診ではない
ケアマネを中心に生活援助の計画を立てる
- 多職種連携の重要性
顔の見える連携：組織の構築
地域生活圏域
地域発
行政を巻き込む
- 組織の維持
ワーキンググループで責任分担
定期勉強会
実地行動・セミナー
学会発表
懇親会

6

資料6

いたり、ネットワークでやったり、ウェブで顔の見える関係といっても、やはり多職種の人たちが定期的集まるのです。それはうちの病院職員だけではありません。いろんなところの事業所の職員も集まります。そしてそこでお話をし、勉強をし、そして何がここで大事なのかという問題を提起して、それを1つ1つみんなで解決していくということ、顔の見える連携というのがすごく重要です。それで組織を構築していきます。

それをどこでやるかというのは、地域生活圏域、地域、行政も一緒に巻き込みます。少し言いますと、船橋のすごくいい特徴は、船橋市医師会と行政と船橋にある病院部会が、まったく合体して、一緒になって事業をやっています。例えばドクターカーなど、どこの町でやろうと思ってもとてもできません。消防局の中の組織まで変えないとどうにもなりません。昔は救急車というのは、救急警邏係といって、赤い車に乗っていた人が体力が落ちて年寄りになったから救急車に乗るといって、搬送業務だけだったのです。それを船橋の場合は、救急課と別に課を分け、救命救急士などをどんどん増やし、メディカルコントロールなどさまざまやりながら、人を養成していきました。市民も、4人に3人がCPRが出来、教育委員会に行って、中学2年生の保健体育には、必ずCPRの授業を取り入れています。だから毎年6,000人以上がCPRの卒業生になります。それによってバイスタンダーをどれだけ育てるかです。心肺停止でも4分以内に心臓が動き、また酸素が頭にいかないと、いくら心臓を動かしても植物人間を作るだけです。

ちょっと話はそれますが、中山競馬場でいつも有馬記念をやります。有馬記念のとき、20何万人といます。必ず興奮して、2～3人が心肺停止になります。船橋ではこの10年間、そういう場合、全部社会復帰して、1人も死んでいません。ちなみに府中の競馬場でダービーがあるとき、やはり2～3人が倒れます。ほとんど脳死状態で、社会復帰ができません。それぐらいバイスタンダーがいて、ドクターカーがいて、救急の専門のトップがいて、時間との勝負ですから、それだけ早いのです。脳卒中でもそうです。脳梗塞でも、発症して、もう1時間以内に、だっと医療センターなり、東船橋病院に連れていけば、ちゃんとPTAの薬を使う施設がありますから、すぐに処理をして社会復帰ができます。これは何かといたら、そういうネットワークをどれだけきちんと役割分担しているかです。それも顔の見える関係で、ドクター同士、病院同士が作るということです。

ですから船橋は、地域医療構想と、地域包括ケアシステムは、ほとんど全部もう終わっています。コツをちょっと言いますと、63万人の人口がいるところに、船橋は実は大学病院がないのです。私は歴代の市長に、「絶対大学病院は持ってくるな」と言ったのです。柏には、慈恵医大があり、浦安には順天堂があり、八千代には東京女子医大があり、市原には帝京大学があり、成田には今度、国際福祉大学が来ます。そして日本医大の北総病院もあります。結局そこで何をやるのでしょうか。例えば浦安で地域医療構想で調整会議をやります。私は野崎先生にメールをいただいているのですが、大学の本院というのは、みんな赤字です。順天堂がどうか黒字を出していますが、そんなに楽ではありません。

何が言いたいかというと、大学は分院をどんどん作るのです。順天堂も埼玉に作ります。そうすると、調整会議をやるときに、本院から分院に「稼げ」と言うわけです。稼がないと大学の経営が大変だからです。そうすると例えば、順天堂の浦安の400床の病院が全部急性期で回らなくなって、平均在院日数14日ぐらいで、当然、今、医療密度が全部DPCでやれますから、そうするとベッドが結局250しか埋まらなければ、あと150床をどうするかということになります。

回復期病棟、地域包括病棟、療養病棟で50ずつに分けて、要するに大学病院の分院の中でケアミクスをやるわけです。特定機能病院の本院は別ですが、それをやるわけです。

そうすると、例えば浦安だったら、行徳病院というのが、療養型のベッド200床ぐらいでやっています。そうするとそういうものを全部大学の病院の中で分院で、全部自分たちで自己完結してしまうと、ネットワークができないのです。だから大学病院があるところは、柏も慈恵があつてそう

ですが、どこも分院があるところは、地域調整会議が本当にうまくいっていません。私はもうその信念があって、船橋には大学病院分院は一切作らせませんでした。その代わり、船橋の3次救命医療センターもDPC2群の高度医療センターとして立ち上げて、2次輪番制の救急告示病院にします。それが今6つあります。皆さんにお教えしますが、船橋の特徴は、セコムの第1号病院、セコメディックというのがあります。それから徳洲会病院の千葉徳洲会があります。それからあとは中央病院グループの総合病院もあります。それからもう1つは共産党系の病院もあります。二和病院は民生系です。うちのように一番古い昔からの地元の病院もあります。

そういうところがみんな成立母体が別なのに、なぜ1つになってドクターカーまで回せるのでしょうか。ドクターカーに乗っているドクターたちは、ほとんど病院の勤務医です。開業医など、平均年齢が50いくつでおじいさんばかりで、そのような先生方をドクターカーに乗せて在宅まで走らせたなら心臓が止まりますから駄目です。病院の勤務医は平均37～38歳ですから、それに救急のトレーニングをさせて、ちゃんと日本救急学会での資格を与えて、そういう人を乗せるのです。

なぜそういうことができるかといったら、これは船橋に大学病院がなく、各病院が全部毎年この10年、病院長の事務長会を毎月医師会を中心にやっているのです。だから今度の地域医療構想などが始まる前から、船橋地域医療センタートップのDPC高度医療センターを中心にして、われわれは全部2次輪番制で、救急告示で、さっき言ったように、ちゃんと5つのサブ医療圏をきっちりやるのです。

ドクターカーが入る前、船橋の医師会がひどいので、医師会と徳洲会の病院とがもう大げんかしたのです。徳田虎雄のところなど、もう絶対に医師会に入れないと、訳が分かりません。それで私は「ふざけるな」と言って、医師会に乗り込んで行って、役員になって、全部の病院長に言いました。「設立母体がどうであれ、そこに病院がある限りは、その病院はその地域の社会的共通資本であり、その地域の住民の命と健康を守ることがその病院の使命でしょう」と言いました。すると、各病院長がみんな「そのとおりです」と言ったのです。それだったら、全部船橋の医師会に入って、診療所も病院も一枚岩になって、ネットワークを組んで、みんなで船橋の市民のためにやろうと一つになったのです。そこからドクターカーだとか、さまざまなものができたわけです。

当然それをやる限りは、病院部会で、病院長事務長会議をやって、自分のところは何をやるかと、今、経営が大変だからこうだとか話し合いをします。あるところが赤字を出して、それで私のところに相談に来たのです。私は日本医業経営コンサルタント協会の副会長ですから、全部中を見て、「こういうふうに改善しなさい」と言いました。それを全部改善したら、黒字になりました。だから船橋市の共産党の市議員は、私の出した提案は一切議会で反対しません。何が言いたいかというと、どこの設立母体であれ、徳洲会であれ、どこであれ、船橋で病院を開業している限りは、民間病院は経営が赤字では駄目です。経営をやはりある程度黒字にしないと駄目です。私は金を稼ぐことは悪だとは思っていません。金を稼がない経営者は無能です。その稼いだお金をどう処分するかが問われるのです。それが何かと言ったら地域の住民のために、病院の職員のために新しいことを絶えず変化するのだから、その設備投資ができなければ仕方がないでしょう。

ですからみんながネットワークを組んで、地域医療構想がぱっとまとまるのは、どこもちゃんと経営が黒字で健全にやれるからです。徳洲会病院でも本部に戻ってもうちは黒字だと、中央病院グループも、板橋グループとかに行くと、毎月1回、事務長と病院長が呼ばれるのです。それで病院の経営の成績の悪い順から前に座らせるのです。船橋では、どこの病院も設立母体がどこであれ、経営がちゃんと黒字になります。だからさっき言った例えば給食なども地域連携推進法人を作って、病院、特養、老健、施設も入って、出資してそういうものをやろうかと言えば、すぐまとまるのです。それはやはり行政と医師会、それから医療を提供している病院や診療所の信頼関係が非常に強いからです。それがないと何もできません。(資料6)

船橋南部在宅療養研究会

概要

話を戻します。船橋南部在宅療養研究会を19年10月に設立しました。今、関連の85施設から少し数は減りましたが、そこに入っている全会員は、ドクター、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、ホームヘルパー、介護、用具・食品・製薬メーカー、まさに船橋の医療関連メーカーみんなです。ただ、毎月会って、数字を話したり、テーマを持ってやっても、全然こういうものは進化しません。そこで考えたのは、人、もの、金です。皆さん、事業をやるときに、どこの会社もそうだと思いますので、覚えて

おいてください。人、もの、金です。私は製薬会社を持っています。関連で20社ぐらいの役員をしていますが、医療は私にとって3分の1位です。しかし私が言いたいのは、どんな事業をやっても、これは順番があります。まず人材です。どれだけ素晴らしい人材を育てるかによって、製造業であり、サービス業であり、病院であり、そこに医療の質や、製造物の質や、さまざまなものが決まってくる。それを提供して、お客さまや利用者さんが喜んでくれて、そこで初めて、後にお金が付いてきます。これがビジネス、全ての仕事の基本です。

南部在宅療養研究会を立ち上げるに当たって、ではここに参加した人たちのキャリアアップができて、自分たちが現場でいろんなことを学べて、自分たち一人一人が成長できるという実感がなければ、とてもでないがこういうものは長続きしません。

例えば地域連携カルテ班というものがあります。これは電子カルテなど、ベンダーが違って、プラットフォームでやれるような病診連携はどういうふうにしたら効率的なカルテができるだろうかということを考えてます。

褥瘡(じょくそう)班というものもあります。高齢者はたくさん褥瘡を作ります。とにかく褥瘡の治療のためには、看護師、医師、それからケアマネジャー、介護、みんながチームを組んで、褥瘡に対してどうしたらいいかを考えます。そのときに例えばアルブミンの値がいくつだとか、貧血だとかを調べ、これだと全然肉がふさがってこないとか、さまざまなデータなどを勉強します。

また動作介助班というものです。要するにベッドから起こす、移動させる、トイレに行かせる、さまざまな介助があるのですが、そういうものの勉強会です。

ケイヨウケアインテリジェントという介護サービスの事業所が社員研修会をやっています。あとはサービス提供責任者研修会、第1回福祉従事者フォローアップ研修というのも始めました。平成24年ホームヘルパーリフレッシュ研修、平成24年度からはサービス提供責任者現任者研修など、さまざま介護支援専門員の協議会の中でやっています。

また動作介助班で、家族のための介護教室をやっています。栄養・緩和班で、緩和ケアをどうするかということをやっています。今は、ウェルネットといますが、認知症ネットワーク班で、認知症の専門員や、認知症のサポーターとかさまざまあります。これを考えて会員がいずれかに関わって活動するという条件にしました。(資料7)

船橋南部在宅療養研究会

平成19年10月設立
在宅関連85施設参加：医・歯・薬・看・CM・HP・用具・食品・製薬
作業班：地域連携カルテ班 ⇒ 病診連携
褥瘡班 ⇒ 連携ノート（褥瘡編）
動作介助班 ⇒

- 動作介助班勉強会 毎月1回以上
- ケイヨウケアインテリジェント社員研修会
- サービス提供責任者研修会
- 第1回福祉従事者フォローアップ研修
- H24年度ホームヘルパーリフレッシュ研修
- H24年度サービス提供責任者現任者研修
- 千葉県介護支援専門員協議会 第61回研修会演題発表
- 家族のための介護教室
- ホームヘルパースキルアップ研修

栄養・緩和班 ⇒ 連携ノート（緩和編）
認知症ネットワーク班

※ 会員がいずれかに関わり活動する

資料7

業績

それで南部在宅療養研究会は19年10月にスタートし、今年の3月までで勉強会は58回、公開セミナー、学術集会、共催勉強会を重ねています。またこれだけの学会発表もやっています。特に日本在宅ホスピス協会全国大会in船橋では、私どもの法人が全部支援してやりました。このような学会にも発表をしています。

(資料8)

船橋南部在宅療養研究会

業績 (H19.10～H28.3)

勉強会：58回

公開セミナー：8回

学術集会：8回

共催勉強会：4回

学会発表：日本褥瘡学会関東甲信越地方会

日本プライマリ・ケア学会

日本褥瘡学会千葉県支部褥瘡セミナー

日本在宅ホスピス協会全国大会in船橋 (後援)

●大会参加者 300名

●市民公開講座 250名

日本褥瘡学会学術集会

日本在宅医学会大会

8

資料8

雑誌掲載

あとは雑誌にもたくさん取り上げられ、『在宅療養ネットワーク』、『Credentials』、『Together』とさまざまなところにもこういう活動が掲載されてきました。(資料9)

船橋南部在宅療養研究会

【雑誌掲載】

●千葉県高齢者保健福祉計画 在宅療養ネットワーク
～船橋南部在宅療養研究会の取り組み～

インタビュー：永谷 計 (板倉訪問クリニック)

●Credentials (クレデンシャル) MAY2009 No.8

～在宅緩和ケアまで対応する薬剤師～

インタビュー：高橋 眞生 (カネマタ薬局)

永谷 計 (板倉訪問クリニック)

●Together 2009.6 Vol.3

～地域ネットワーク 成功のヒント～

インタビュー：永谷 計 (板倉訪問クリニック)

●JAHMC 2010 Vol.21 No.3

～地域連携の在り方を船橋南部在宅療養研究会で考える～

インタビュー：永谷 計 (板倉訪問クリニック)

9

資料9

時事通信社、『月刊ケアマネジメント』、『Japan Medicine』とかにも今までの活動が取り上げられてきました。これは基本的に厚労省が、将来、地域包括ケアをやるときに、これが本来の地域包括ケアシステムの原点だということで、私どもがやってきたことがモデルになって、さまざまなことが今、老健局でもやられています。ちなみに、老健課長は、野崎先生と私の後輩で、鈴木というドクターです。今、一生懸命、命がけで、寝袋の中に入って仕事をしています。

「あまり削るな」と言ってありますが、どのぐらいの介護財源になるかは分かりません。(資料10)

調査の実施とネットワーク設立

船橋南部在宅療養研究会は、在宅高齢者の栄養調査もしました。Zarit介護負担尺度を使用した在宅介護のさまざまな負担の調査も実施しました。強化型在宅療養支援病院、診療所のネットワークも設立しました。

ちなみに私どもの板倉病院そのものは、連携強化型の在宅療養支援病院として届け出をしています。これはもう国が作る制度の前から、そういう要件を全部作ってやっています。さっき言ったように診療所の先生方も、電子カルテを組んでいるので、PACSも全部うちで画像でやったやつは全部診療所に流れるし、病院の検査結果も全部流れます。このように共通カルテを作っています。今、全国に1,020の在宅療養支援病院の届け出をしています。四病院団体で在宅療養支援病院の委員会を設立し、私はずっとその委員長を務めてきました。ですから厚労省として、在宅療養支援病院の要件をどういうふうにするか、年間どれだけ看取るかとか、何人のドクターがいるとか、24時間巡回型の訪問看護があるとか、さまざまな要件を作っていますが、それも私どもの病院が今までやってきたことが要件に少し入っています。

認知症地域ネットワークです。平成25年からは、勇美記念財団の助成金を受けて、今、いろんな活動もしています。(資料11)

船橋南部在宅療養研究会

【雑誌掲載】

- Medical Tribune Vol.43 No.40
～第12回日本褥瘡学会・褥瘡実態調査～
永谷 計 (板倉訪問クリニック)
小林 千夏 (アースサポート船橋)
- Japan Medicine No.1643
～在宅医療の現場から～
永谷 計 (板倉訪問クリニック)
- Cape Case Study Journal Vol.5
～携帯型接触圧力測定器 (パームQ) の在宅での利用～
永谷 計 (板倉訪問クリニック)
- 時事通信社「厚生福祉」2012年6月15日号
～顔の見える連携へ～
高木 恒雄 (高木医院)
- 月刊ケアマネジメント6月号
～在宅癌終末期の褥瘡～
永谷 計 (板倉訪問クリニック)

10
資料 10

船橋南部在宅療養研究会

- 在宅高齢者栄養調査実施
(対象：255名)
- Zarit介護負担尺度を使用した在宅介護負担度調査実施
(対象：424名)
- 強化型在宅療養支援病院、診療所のネットワーク設立
- 認知症地域ネットワーク設立

H25年度より
公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団の助成を受ける

11
資料 11

勉強会・セミナーということもやっています。(資料12)



在宅療養支援病院

では先ほど言いました在宅療養支援病院というのはどういうものでしょうか。私も日本医師会のメンバーになって、在宅医療の先生方の総合診療所、かかりつけ医の指導の仕事をやっています。日医でやっていますが、私もそこに関わっています。在宅療養支援病院と在宅療養支援診療所がやることは全く別です。

何が言いたいかというと、支援診療所というのはベッドを持たずに、何人かのドクターがグループを組んで又は1人の先生が、日常診療をしながら、在宅医療、自分のかかりつけの

患者さんに対して、訪問診療をするということです。当然小さなクリニックや先生方にとっては、それは大きな負担が掛かります。時間的にも、体力的にも、またそれ以外に、いろんな設備、夜中の対応とかそういうものを全部支えるのが在宅療養支援病院です。

ですからそこにはそれだけの在宅医療ができるスタッフを確保することが必要です。これは医師会はやりません。医師、看護師、それこそリハビリ、栄養士も、歯科などは歯科衛生士、歯科の先生方とも一緒に協力します。それから救急、重症、難病というのも、24時間、当然救急告示としてやっていますから、在宅療養支援病院は、必ず2から3ベッドは確保しておき、絶対断ってはいけないというのがあります。在宅対応の変化、24時間対応です。私どもは在宅療養支援病院で連携をやっているのですが、救急部門のところに大体10ベッドぐらいオーバーナイトベッドを確保し、夜中に救急隊が来て、入院ができないというのを、夜のうちに病棟の中にみんな運び込みますと、ナースなどが混乱するのです。ですから救急医と救急のナースがそこに10ベッドぐらいあって、そこで全部処置をしたり、点滴をしたり、検査をやって明るくなったら病室に上げるのですが、そこで全部面倒を見るということになっています。ですからそれは職員の働き方改革で、一番負担が掛か

在宅療養支援病院

在宅療養支援診療所と同じことを行なうのか？

スタッフの確保：地域貢献の理念

救急・重症・難病等の対応から
在宅対応への変換

24時間対応

地域連携構築：行政が主導

病院が主導

事業所が主導

在宅医が主導

13

資料 13

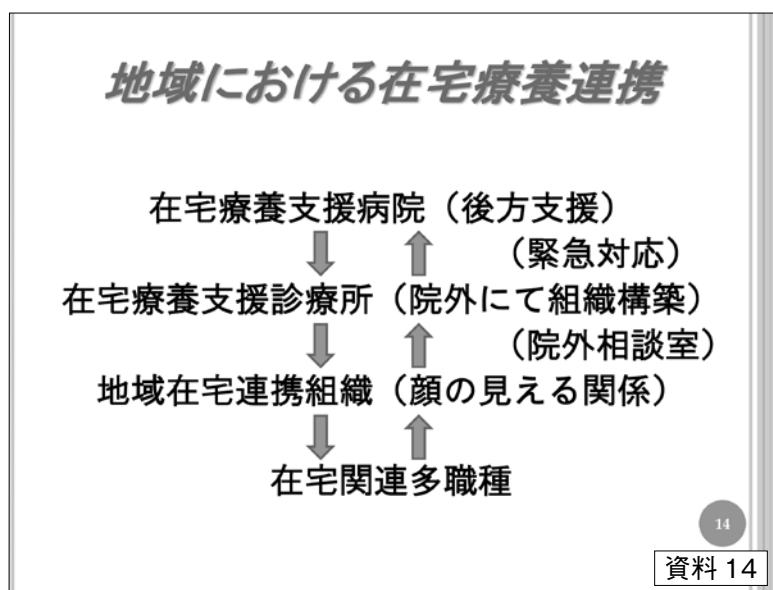
らないようにするためにどうしたらいいか、それはもう救急専門医のドクターがそこで判断してやるわけです。もちろんうちで診きれないような、さっき言った脳梗塞で1時間以内にやらなければいけないとか、大動脈解離を起こして緊急オペをしなければいけないとか、そういうさまざまあります。それはもうすぐに3次救命センターの船橋地域医療連携ネットワークが組んでいますから、即運びます。大体そういう患者さんが発症すると、ドクターカーが最初に行って、ドクターがもうそこで判断して運びますので、患者さんのそのところの選別は、現場でしっかりやってくれます。

地域医療連携は誰が構築するのかといたら、行政でもなければ、私どもの病院が主導するわけでもなく、船橋医師会を中心として事業所1つ1つが連携して構築されています。みんな医師会会員です。ちなみに船橋の医師会は、病院の勤務医も全員医師会会員です。ですから船橋の医師会に入らない人は地域医療から排除します。そのの院長に言って、「医師会に入れないのだったら、お前はその人をどこかに転勤させろ」と私は言います。何が言いたいかというと、船橋の医師会は35%がA会員で、65%がB会員です。そういうぐらい先生方が本当に真剣にどうしたらいいかということ地域の在宅の中心になってやります。

ではこの先生方が、多職種共働の上から何もかも仕切るのかといたらそうではありません。先ほど言った専門職の人たちがみんなそこで顔を合わせて、皆さんプロとしてのプライドを持って参加してもらいます。ただ全体のフレームワークというのは、在宅医がみんな調整をしたりします。現場をやっている人は分かると思いますが、実はケアマネジャーの85%が社会福祉系から来ていて、医療のことを知らないのです。ケアマネジャーがケアプランを組むときに、非常に大変なのです。病院や診療所の先生も敷居が高くて行けないのです。ですからそれは逆にわれわれの医師会だとかは、先ほど言ったように、ケアマネジャーの人たちと顔の見える関係で、医療の教育をしたり、現場を教えなければならぬのです。アルツハイマーなどは、当然認知症専門医も入るし、サポートも入るし、当然デイサービスやデイケアの在宅の人と交わる、コミュニケーションを取り、そういうことによってメンタルケアをしなければなりません。そのためには、ケアマネジャーがそれだけの知識がないとできないので、そういう教育もしています。それはとても大事なことです。多分、皆さん、地域包括をやって、在宅医療のことをやるときに、いろんなところに地域包括支援センターができてきて、そこにケアマネジャーがいますが、社会福祉系から来ているので、意外と医学的な知識を知らないのです。しかし看護師さんとか、私も含めてドクターでも、ケアマネジャーの資格を持っていますが、そういうのは圧倒的に少ないのです。だからもう85%ぐらいが全部福祉系からですから、それをどうやって地域包括ケアをやるときに教育をしていくかということも、医師会や地域の問題だと思います。(資料13)

地域における在宅療養連携

地域における在宅療養連携というのは、ここにありますように、在宅療養支援病院はあくまでも後方支援で、在宅療養支援診療所の先生方を支援し、連携のネットワーク、在宅療養関連多職種はみんな顔の見える関係になってということぐるぐる回しながら、実際は患者さん、サービスを受ける地域の住民の人たち、家族の不安を取り除いて、船橋に住んでよかったと思われるようなサービスを、医療から介護全部通して展開するということがこれからのネットワークであると思います。それを10年前から、そうでなければならぬとずっと展開してきたわけです。(資料14)



かかりつけ医と後方支援

かかりつけ医と後方支援というテーマでちょっとお話しします。

在宅療養を行うために

在宅療養とは、人々が住み慣れた地域で、家族や地域の方々と安心して暮らせるよう、関連多職種が連携し支援することです。在宅医療とは、単に医療を提供することではなく、医療職は医療を通して、全人的な関わりの中で生活支援を行うということです。

ちょっと話は変わりますが、例えば看護師さんが、訪問看護をやるときに、病院の中にいるときは、病院のスキームで決まったルールを全部やります。医者も医学部に入ったのだから、多少はIQが高いでしょう。ところが在宅に行くために一番大事なのは、エモーショナル看護と、ソーシャル看護です。社会的な常識をわきまえているか、患者やその家族だとか多職種の人たちに寄りそうような気持ちがあるかです。訪問看護で何が難しいかというと、どこのうちにもプライベートなところに入るからです。貧しい家もあれば、大金持ちもあり、さまざまなうちがあります。そのことをぱっと理解して、そして経済力だとか、家族の思いだとかを理解しながら、そこに訪問看護して入るのです。そのため

には、相当看護師としての経験、看護の技術だけではなく、エモーショナル看護、さまざまなこと、教養、我慢強さが必要です。家族にも中にはクレイマーもいます。そういうものにも応えながら、

どうやったらこのおじいちゃん、おばあちゃんを幸せにできるかということを考えて接することが必要です。そのためには、全人的な関わりの中で生活支援を行うことというのはすごく重要なことです。

皆さんも、全国で地域包括をやるときなどは、医療を通して関わる時、これを多職種の人たちに理解してもらうことが必要です。そのためにはやはり基本に戻って、理念に基づく行動、安心して暮らせる町、本人、家族の願いに応えるということです。

安心して暮らせる町ということでいいますと、今日はスライドを出しませんが、例えば私が2年半前に産経新聞で書いたものがあります。前期高齢者は75歳未満、後期高齢者は75歳以上なのですが、73歳は昔、1960年代の55歳、定年退職の年齢と、肉体的な健康度が全部変わらないというのを出しました。そうしたら昨年、老年学会で、私が出した説をものすごく膨大なビッグデータを出して、私のその案が証明されました。それで内閣府は「一億総活躍社会」と言い出したのです。1億2,300万のうち、75歳以上が、2千何百万ですから、要するに75歳までは社会を支える側に回ってくださいということで、内閣府が社会保障構造改革の中で、そういう提言を今、しています。

私が5年前から船橋の自治会とか、老人会に行って、地域包括ケアシステムの話をしたら、そのときには、みんな地域の住民の老人会も婦人会もぼかんとして、「地域包括ケアシステムとは何ですか」と何にも分かっていないのです。しかし冒頭に言ったように、地域包括ケアシステムというのは、町づくりです。要するに今度の要支援1、要支援2は市町村がやるわけですから、介護保険の中にフォーマルな介護保険で見る制度と、インフォーマルな自分たち自身がお互いに助け合う制度があります。国民会議の答申では、共助・互助が出ています。自立・自助、共助・互助、そして応能負担です。扶助というのは、ほんの小さい部分です。ということは、これからは自分たちが自立して、自分自身を自分がしっかり健康も守って、自己責任でやるのです。今度はお互い共助・互助で、ある意味では互助というのは、フォーマルな介護保険かもしれませんが、共助というのは自分たちがやるものです。お互いで地域の中で支え合うインフォーマルなサービスです。それは何かというと、自治会でも、商店街でも、みんな町づくりです。だから自分たち自らが立ち上がって、江戸時代からのお上と民は捨てて、国が1,045～1,050兆円も赤字国債を出しているのだから、自分たちで立ち上がって、自分たちの町を守らないといけません。そうしないと、1,018の自治体が消滅すると言われてしています。

ということで、私は5年前からずっと、自治会、老人会やさまざまところで講演しています。だから今では全部高齢者の人たちも、一億総活躍社会で頑張らなければなりません。なぜ今それを国が言い出したかということ、安心して暮らせる町です。よく子どもが登下校するときに、誘拐されたり、訳の分からないいやらしい男に襲われたりということがあります。船橋ではまずないはずですが。なぜかと言ったら、船橋はさっき言ったもう65歳で定年して、社会復帰。必ず私は、「どんなところでもいいから地域で、自分の仕事を、誇りを失わないために活躍してください」と言っています。シルバー活躍センターもあり、老人大学もあり、みんな入っています。船橋は今、6,000人の高齢者のおじいちゃん、おばあちゃんが、子どもたちの登下校に旗を持ち、全部横断歩道からさまざまところでやっています。ですからそんな連れ去りなどとてもない話で、子どもたちを守っています。

ですからさっき言った安心して暮らせる町にというのは、ドクターカーが走っているとか、教育がすごくいいとか、保育園などがたくさんそろっているとか、そういうことだけではなく、親御さんにとって、通学だとか、さまざまところで安心できると、そういうところもきちり管理されています。それには何かといったら、高齢になっても必ず地域の中で役立つ、何か仕事がある、ボランティアもあるからです。今、有料ボランティアもありますから、そこでしっかりやると、月に8～10万は稼げます。年金と合わせたら結構な手取りになります。だからそういう動きを見れば、

自分たちが自立して生きていくという上では、こういうことの活動も大事だということです。船橋市としてもそんなに大きなお金はかかりません。(資料15)

在宅療養とは…

在宅療養とは、先ほど言ったように、介護サービスの提供とよくケアマネジャーが言いますが、基本的には、ホスピタリティの提供です。それには何かというと、寄り添うということです。多職種がそういう思いでなければ駄目です。終末とは何かというと、笑顔の中で納得できる生活と、死を向かい入れる環境の整備、これを在宅医や多職種、それから在宅医療支援病院が共働して、こういう環境を作るということです。これが在宅療養です。

そうはいっても、話は聞いて納得していても、目の前でお父さんやお母さんが急変しておかしくなると、みんなパニックになって、すぐ救急車で病院ということになったりします。それは説明をしてあっても、対応できない家族もいますから、そういうときにはちゃんとうちの病院で引き受けます。(資料16)

在宅療養とは…

- サービス提供ではなく
ホスピタリティの提供
- 笑顔の中で納得できる生活と
死を受け入れ迎える環境整備

17
資料 16

後方支援：訪問・外来機能

後方支援・訪問・外来とは何かというと、専門医の精神科、皮膚科、眼科、耳鼻科、その他歯科、歯科衛生士、薬剤師、栄養士という専門家がみんな入りますが、これらの連携です。地域包括支援センターというのはどこの地域も作りますが、国が言っているのは、定員がこういう職種がいればいいという5～6人なのです。あのようなものではできません。本当に地域の中で包括支援をやって、全部それを受けてそこに周りのケアマネジャーたちと連携しようと思ったら、少なくとも14～15人は要ります。

とりあえず、2018年までに、介護保険法と医療法が改正されて、2025年までにPDCAサイクルを回して、実態がどうかということをやりながら改革をしていきますから、最終的にはどこも10人前後の職員がいて、ちゃんと周り連携を組むと思います。2025年、要するに団塊世代の2,200万人が75歳以上を超えるときには、そういうものを完成させようというのが今の国の方針です。来年は医療法、介護保険法の同時改定ですから、相当現場にはショックをもたらすと思います。そんなことはもう2008年から、診療報酬で病院経営は担保しないと国が公に公言しています。です

後方支援：訪問・外来機能

1. 専門医
精神科・皮膚科・眼科・耳鼻科・その他専門医
2. 包括支援センター・民生委員
虐待・生活支援
3. 保健所
精神疾患・感染症
4. その他
弁護士・ボランティアなど

18
資料 17

からこそ、民間の医療法人には規制をどんどん緩和して、有料老人ホームやサ高住もいいと言っています。レストランやスポーツクラブをやってもいいとなっています。私たちのところは、そのときは許可にならなかったで、会社だったり、宗教法人にやらせたりしていますが、今はもう医療法人で何でも展開できます。それは診療報酬を担保しないので、全体の地域の中で、医療、介護、福祉というものを全部ネットワークでパッケージで法人の経営を担保してくださいというのが国の方針です。

そこには要するにその地域のマーケットや実情を全部勘案して、自分のところは何が展開できるのかというのを、もう5年、10年先を見て展開しておかないととても病院はもちません。ちなみに、今、8,440ぐらいの病院があるのですが、かつては野崎先生が厚労省にいたころは、日本全国には1万200件の病院がありました。今は8,440です。何が言いたいかというと、アメリカでは、3億2,000万の人口に5,600の病院しかありません。財務省は必ず言います。1億2,000万の日本にそんなに病院が要るのでしょうか。それをスライドしてやったら、せいぜい3,000～4,000ではないのでしょうか。そんなことをやったら大パニックになりますから、それはとんでもないという話になっていますが、厚労省としても、病院は大体7,200ぐらいまでに減るだろうということになっています。それは何かといたら、2つの病院が1つになって、地域によっては人口が減ったりすることによって変化していくということです。

アメリカなどがいうのは、日本は人が足りない、医師が足りないなどというけれども、そんなに病院があるからなので、それを一気に3,000～4,000にして、全部その職員を一緒にしたら医者も看護師もちゃんと濃厚にいるのではないかとということです。ましてや、IT技術は進化したし、それから道路も交通もよくなったので、もう昔とは違うのではないかとすることは、アメリカだけでなく、厚労省も財務省も言います。確かにそうです。

例えば東金に千葉東病院という県立の病院ができました。これは絶対に必要だと、医療審議会で20年前に計画されたのです。ところがもうこの4～5年で、さっきの地図を見たら分かりますが、東金と千葉市は道路網がすごくできてしまって、20分で千葉市に行ってしまうのです。本当にその県立病院は必要だったのでしょうか。亀田総合病院だって30分で行きます。ドクターヘリもあります。本当に必要だったのでしょうか。でも必要ないのに、県は着々と病院をついに建てました。相変わらず病床利用率はたった4割で、3次救命をやるというのに千葉大から来た医者はたった50人です。千葉県は埼玉県の次に医者が少ないですが、結局オープンしました。

県立病院全部の赤字は年間140億円です。これは全部県の税金で埋めているわけです。となるとこんなことがいつまでも許されませんから、県立病院を2つに1つにするとか、民間に譲渡するとか、事業管理者の募集とか、さまざまな形で大きくその変化が起きてきます。特に公的病院は公的な介入がしやすいのです。民間の財産というのはなかなか口出ししづらいのですが、日本が世界と違うのは、医療の8割が民間の資本になっています。それがちょっと特殊です。そういう事情があります。話がそれました。

虐待とか、保健所とか、精神疾患、認知症、さまざまあります。弁護士・ボランティアなどみんな一緒に参加してやらなければなりません。(資料17)

後方支援：入院機能

後方支援の入院機能も、われわれ、在宅医療支援病院というのは、この急性期対応病院と地域医療支援病院です。地域医療支援病院は、船橋市立医療センターです。緩和ケア病棟、地域癌拠点病院、ホスピスは終末ケアというものを全部展開しています。うちの法人では、船橋南部の12万人の住民に対しては、全て緩和ケア病棟もありますし、がんの外来の化学療法室もありますし、全てをやっています。あとは老健から特養とみんな持っていますから、全部ちゃんとやります。

一番大事なことですが、例えば在宅酸素機器とか、それからさまざまなモニターだとか、そういうことをするのに、診療所の先生が1軒ずつ在宅にそんな設備はできません。だからそういうものは全部うちの板倉病院のほうで用意をしておいて、その患者さんに必要なモニターとかさまざまなものは全部うちのドクターなり看護師が行ってセッティングして、夜も24時間循環でナースが来ますから、何かあったときには、連携している診療所の先生には連絡して指示をあおぎます。ターミナルケア、看取ったときは朝の5時ごろにナースが呼ばれたら、もう亡くなっていた、「先生、5時何分です。診療が明けたら来て、診て、死亡証明書を書いてください」と、それは全然国でも許しています。

そういうふうにならば何が在宅医療の基点かというのと、連携している診療所、先生方にとにかく負担を掛けさせない、そしてそれを支援するということです。今、診療所もこの10年間で外来患者が2割減っています。診療所の経営も大変なのです。だとしたら、病院に紹介したときに、絶対患者を取らない、必ず返します。同時にその先生方の近くから来ている患者は半年に1回ぐらいの検査でいいとかという程度だったら、もうその先生のところへ全部お手紙を付けて、日頃からその先生に診てくださいますと、逆に診療所の外来患者を増やすような支援もしています。そういう信頼関係がないと、診療所と病院のネットワークは組めません。だから病院の経営もそうですが、連携している診療所の先生方にもやりがいと、そして当然この南部在宅医療研究会に参加してもらっていますが、そういう経済的なものも担保するということが、在宅療養支援病院などというときにはすごく肝になります。(資料18)

後方支援：入院機能

1.病院

急性期対応病院（在宅療養支援病院など）
地域医療支援病院

2.緩和ケア病棟

地域癌拠点病院

3.ホスピス

終末期ケア

4.施設

介護療養・保健・福祉施設

19

資料18

後方支援病院に求められること

後方支援病院に求められるのは、緊急時対応、専門職による支援、レスパイト入院などです。今、うちの在宅は精神科のドクターと、脳外のドクターと一般の内科のドクターで総合診療科、3人で在宅を全部持っています。あとは訪問看護です。だから在宅にも3人のドクターを配置して、年間50人は看取っています。レスパイト入院、緩和コントロール、資材提供、検査などです。あとは先生方とかで、多職種が勉強会をやります。船橋には、横に栄養士会、看護師会、介護福祉士会があります。そういうところで勉強会をやるときには、こちらから講師を派遣してあげます。そういう会というのは財務的に弱いので、お礼も出していません。それは全部ボランティアで行きます。(資料19)

後方支援病院に求められること

- 1.緊急時対応
- 2.専門職による支援
- 3.レスパイト入院
- 4.緩和コントロール
- 5.資材提供
- 6.検査
- 7.講師派遣
- 8.その他

20

資料 19

看取りの説明

看取りの説明です。家族・親族・友人・ボランティア・関連多職種ということで、みんなでサポートを確認します。これもなぜみんなでできるかということ、こういうサポート体制をやる関連多職種がみんな顔の見える関係なので、相談しやすいのです。もうお互い気心が知れて、しょっちゅうお茶を飲んだり、パーティーをやったり、勉強会をやったり、学会も一緒に行ったりしますから、みんな人間関係がよく分かっています。そういう人たちがぱっと集まったときに、サポート体制が確認しやすいのです。家族に、終末期の病状、不安時・急変時の対応、後方待機病院があるなどの説明、親族との情報共有、死亡時の対応の説明をします。

今、年間平均50名を看取っていますが、各診療所も年間5人以上、先生方が看取っています。それが要件ですから。こういうふうに対応とかみんな説明してあっても、さっき言ったように、急に亡くなられたり、急変すると、子どもさんはパニックを起こします。するとすぐに救急車で救急に入ってみたりします。その間に少し家に戻ったりしながら、最期は家で看取るか、病院で看取るかです。年間50人は看取れています。(資料20)

看取りの説明

- ※サポート体制の確認
家族・親族・友人・ボランティア
関連多職種
- ※説明
 - 1.終末期の病状
 - 2.不安時、急変時の対応
 - 3.後方待機病院の説明
 - 4.親族との情報共有
 - 5.死亡時の対応
- ※年間平均50名の看取り

21

資料 20

在宅療養連携、在宅医療連携拠点

在宅療養連携、医療連携拠点ですが、これは先ほど言った、多職種共働が地域連携です。何度も言いますが、生活圏は大体4万から5万ぐらいの人口単位でやるわけです。だから地域医療構想の2次医療圏でやるのとは全然違います。だからそういう意味では、生活圏が単位になります。先ほど言った勉強会、その他、とにかく人を育てるということです。問題点の抽出が、このワーキンググループで絶えずいろんな問題が出ます。それから事例によっても出ます。こういうときにどうしようと、それはみんなやって、それを解決したときには、必ずどこかの学会で発表しましょうとやっています。これは成果です。

それをやることによって、メンバーは満足感があるのです。ですからこういうことをしっかり、それは組織の方向性とPDCAサイクルによって、持続されていきます。私どもの船橋南部在宅医療研究会というのは、ここにホームページがありますが、こういうホームページで、今もうすでに今年6月9日には、7時から船橋治療支援センターで疥癬(かいせん)の治療薬だとか、疥癬について皮膚科の先生がやったり、うちの皮膚科の大久保先生というのが講師になってやったりします。さまざまなテーマでこういう勉強会を今でもずっと続けています。ですから、1回立ち上げたら、それをどうやって持続させるかだけではなく、参加した人たちが、本当に満足感を得るような形にしていくのです。結果としては、地域住民が本当に喜んでくれる、満足してくれるものを作り上げるというのが、われわれ、医療、介護、福祉に携わる人間にとってはそれがミッションですから、これをちゃんと実践しなければ駄目ですという話です。(資料21)

本当にご清聴ありがとうございました。

在宅療養連携 在宅医療連携拠点

- 1.地域連携
多職種の参集
生活圏＝療養圏単位
- 2.資質の向上(質の担保)
勉強会・セミナー・講演会
- 3.問題点の抽出と解決
ワーキンググループ・効果、検証(学会発表)
- 4.組織構築
方向性・PDCAサイクルによる持続性
(船橋南部在宅療養研究会の活動より)

22

資料21