

---

福岡県訪問看護ステーション連絡協議会 令和4年度ブロック別研修会  
**訪問看護における多職種との連携について**

---

佐々木 淳

Jun Sasaki M.D.

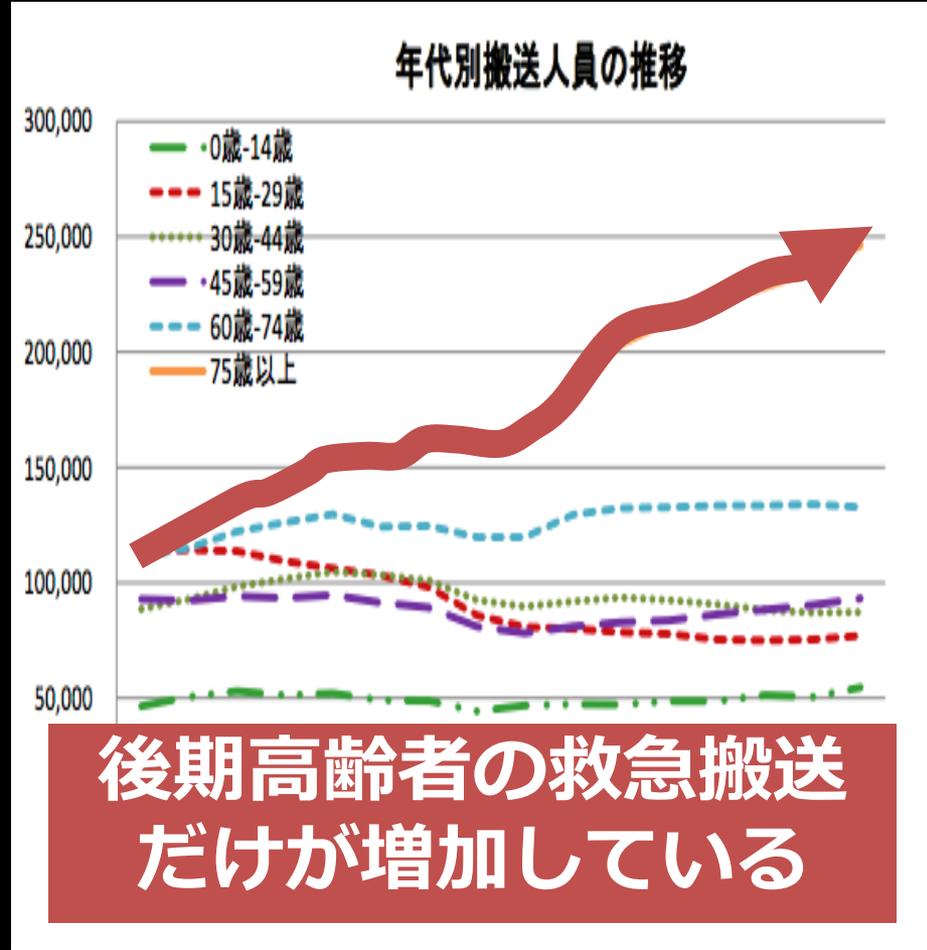
**医療法人社団悠翔会 理事長・診療部長**

Director/Chairman Yushoukai Medical Corp



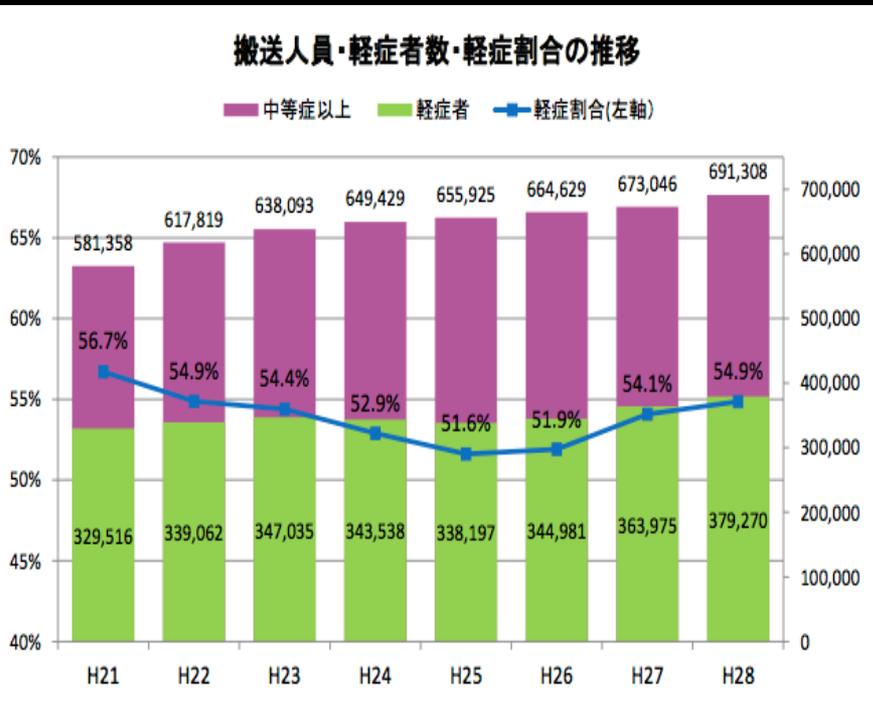
# ▶ 救急搬送は増加の一途

## ▶ 平成 27 年の救急出動件数等



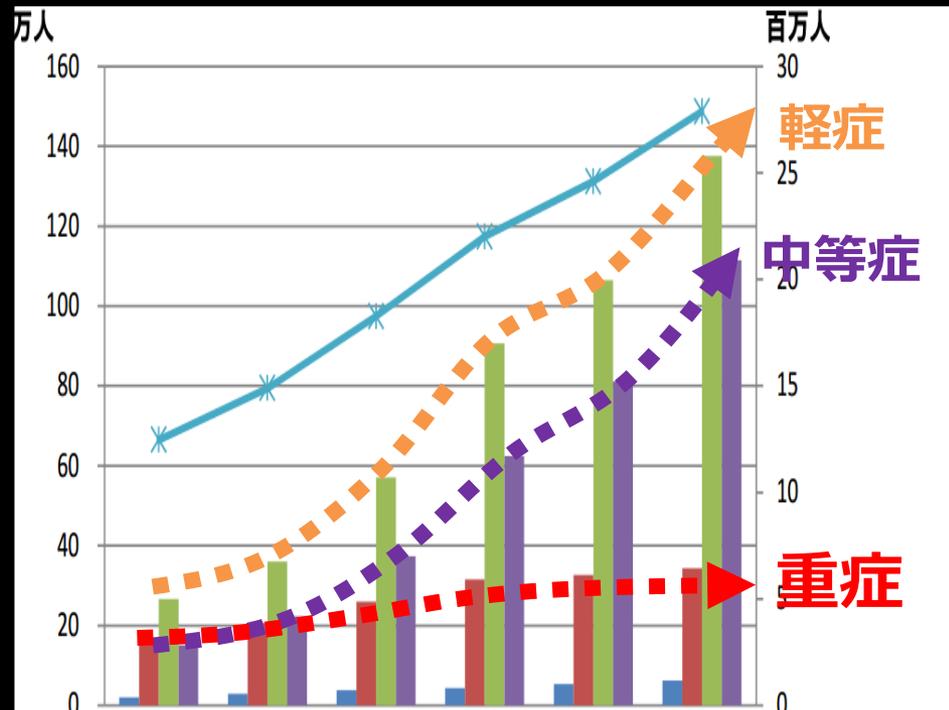
# ▶ 高齢者の搬送は軽症が多い

▶ 搬送人員・軽症者数・軽症割合の推移



救急要請は  
「軽症」が過半数

▶ 全国における高齢者の傷病別程度搬送人数の推移



救搬増加分のほとんど  
「軽症」～「中等症」

# ▶それは医療ニーズ？

図表 各年における日本の主な世帯構成と総世帯数に占めるシェア

	1位	2位	3位		9位
1974年 (昭和49年)	4人世帯・有業者数1人	3人世帯・有業者数1人	有業の1人世帯		
	14.56%	10.95%	9.42%		
1988年 (昭和63年)	有業の1人世帯	4人世帯・有業者数1人	2人世帯・有業者数1人		
	15.78%	9.67%	9.00%		
2017年 (平成29年)	無業の1人世帯	有業の1人世帯	2人世帯・有業者数0人	...	4人世帯・有業者数1人
	16.95%	15.65%	13.67%		4.60%

世帯構成は、世帯人員とその世帯の有業者数の組み合わせによって分類した。

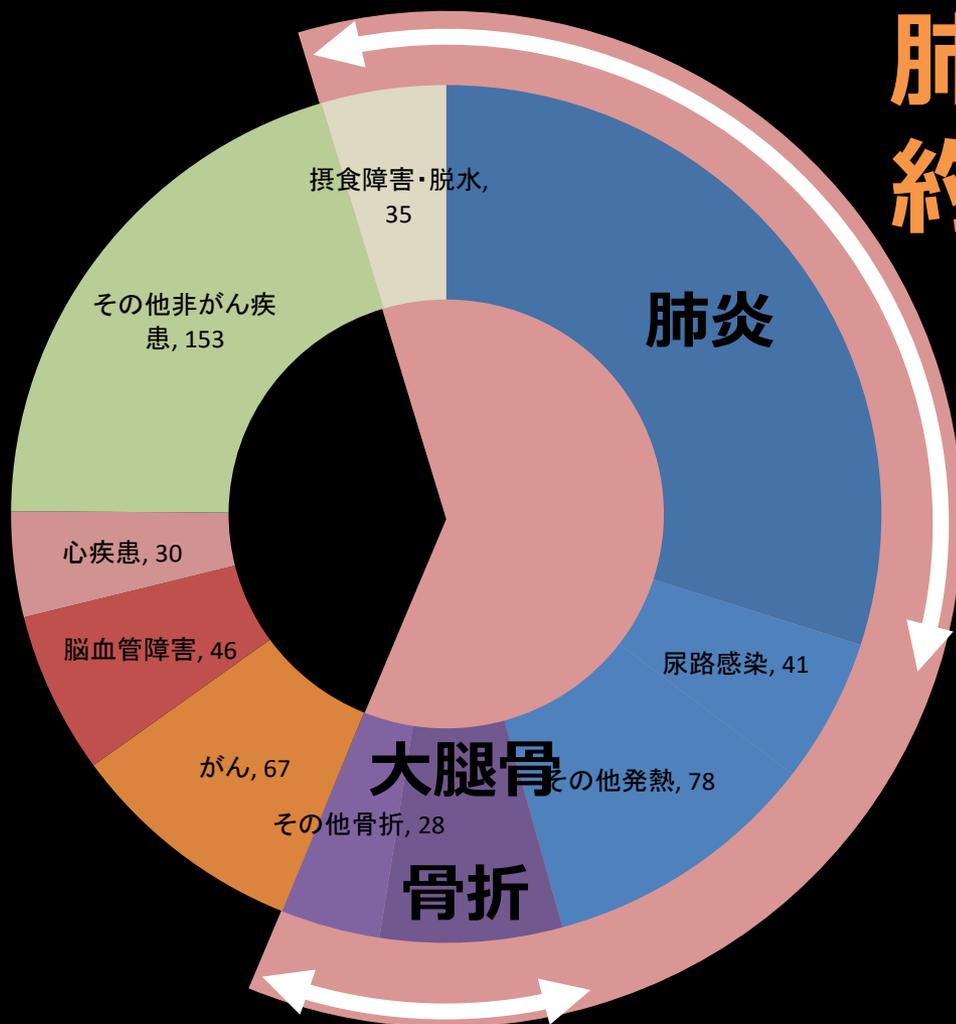
(出所) 総務省(旧・総理府)「国勢調査」および総務省(旧・総理府)「家計調査」をもとに大和総研推計

「高齢単独」世帯が  
約3割

ケアの現場からの  
搬送も増加

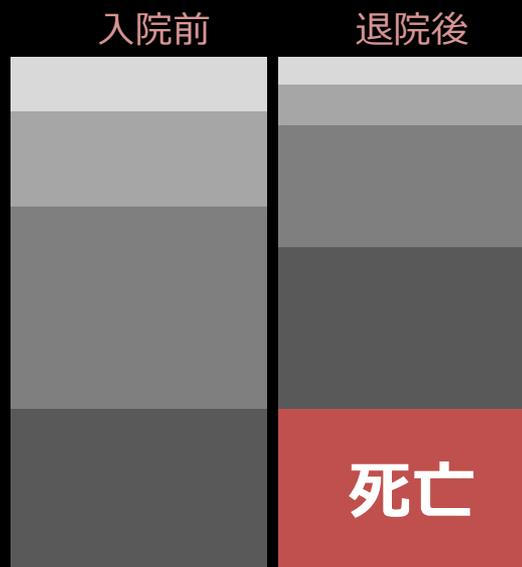
# ▶在宅高齢者の緊急入院

肺炎と骨折で  
約50%

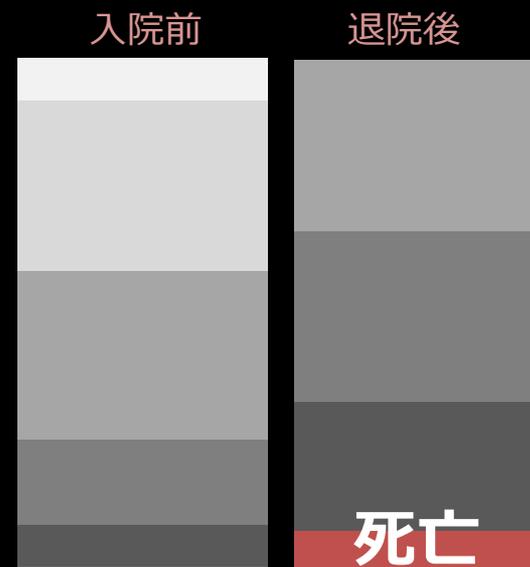


# ▶ 入院による要介護度の悪化

## 肺炎



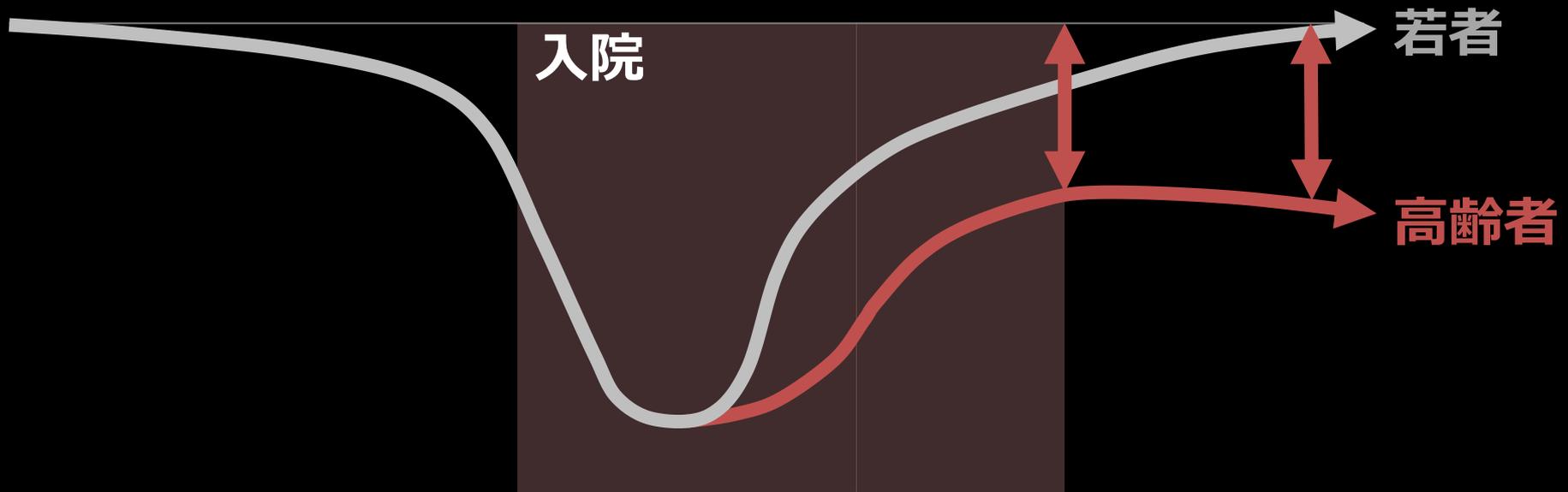
## 骨折



平均要介護度 + 1.72

平均要介護度 + 1.54

# ▶ 高齢者は入院がリスク



**入院関連機能障害**  
**10日間の入院で7年老化**

# ▶ 階段状に衰弱が進み . . .

入退院を繰り返しながら  
要介護 ▶ 寝たきりに



脳梗塞

転倒・骨折

誤嚥性肺炎

「何かあれば病院へ」  
は最適な選択か？

# ▶ 最期は病院で亡くなる

病院死

できれば自宅で

H20 厚生労働省 終末期医療に関する調査

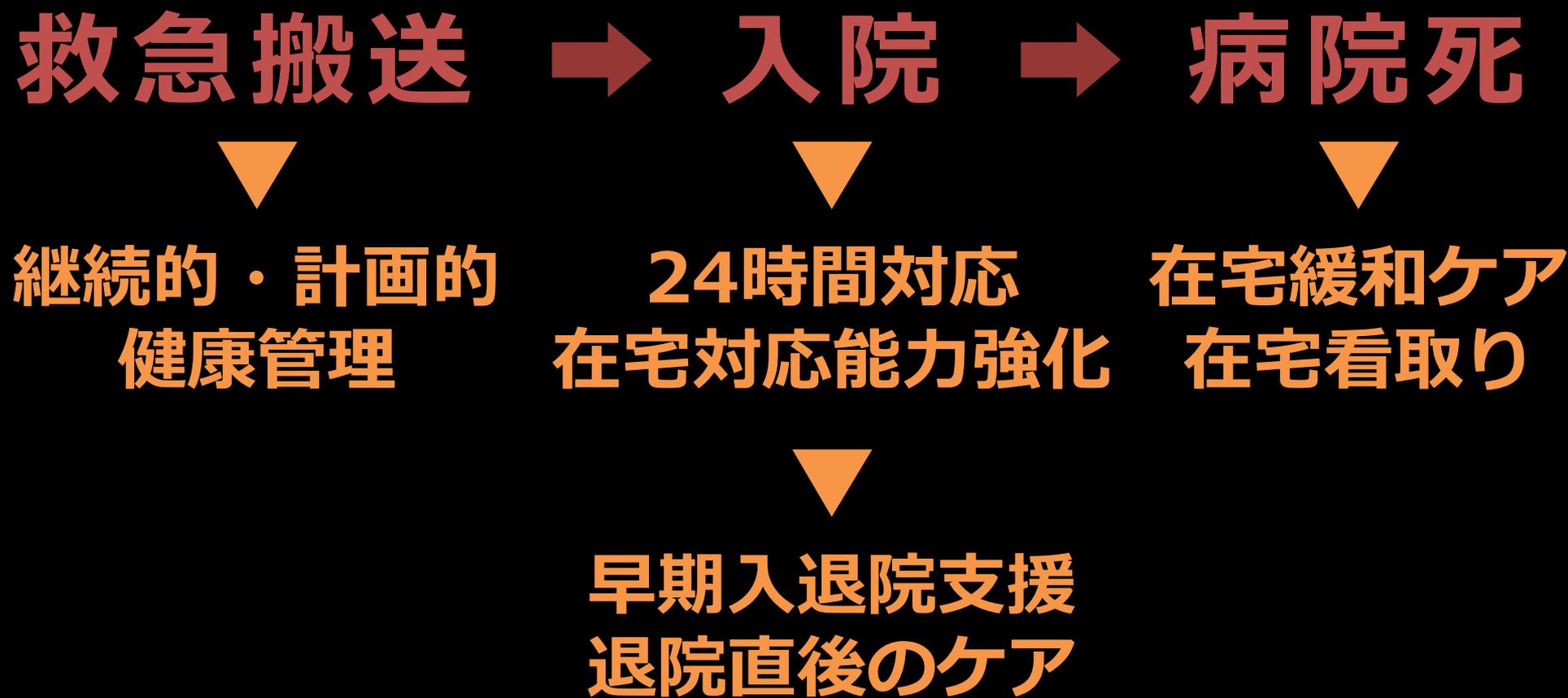


病院死

在宅死

少ない在宅死  
半部分が警察による検案死

# 在宅医療・看護・介護



コール▶診療開始まで  
平均41.1分

119番▶診療開始まで  
全国平均40.6分

緊急コール対応  
34797件

緊急往診  
10899件

東京消防庁  
後期高齢者救急搬送件数の  
12.1%相当

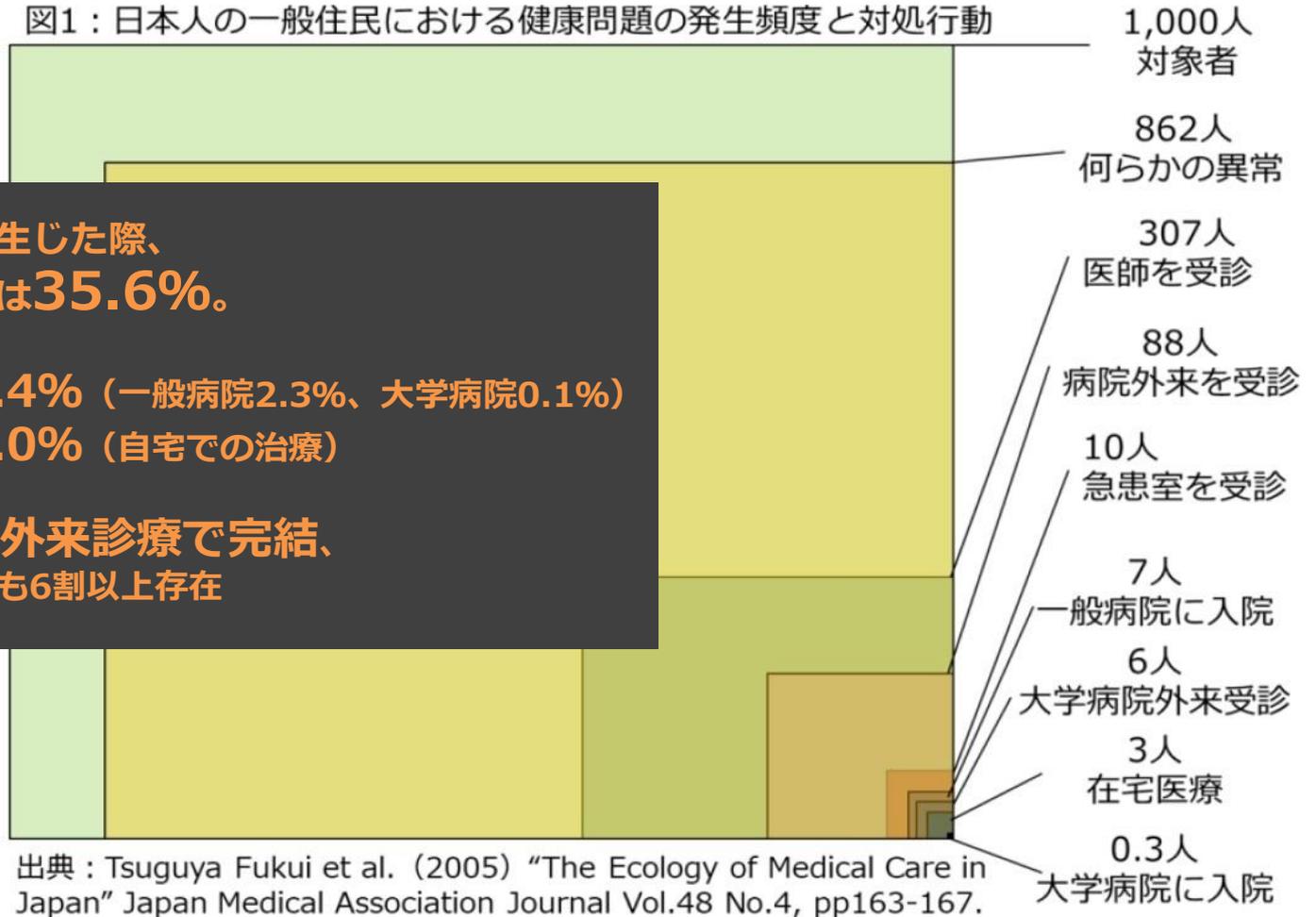
東京都立6病院  
救急車受け入れ件数の  
37%相当





「急変」の90%以上は  
自宅で診断できる

図1：日本人の一般住民における健康問題の発生頻度と対処行動



健康状態に異常が生じた際、  
医師を受診するのは**35.6%**。

- ・うち入院 **2.4%** (一般病院2.3%、大学病院0.1%)
- ・うち在宅医療 **1.0%** (自宅での治療)

大部分 **96.6%**が外来診療で完結、  
外来を受診しない人も6割以上存在

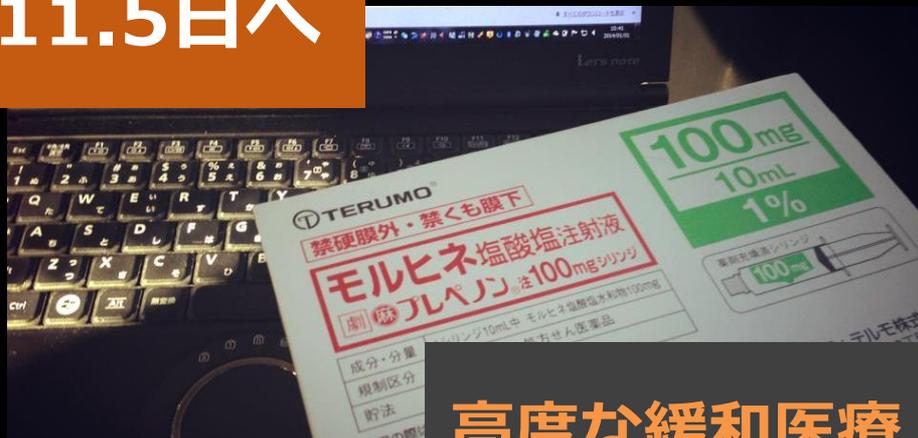
出典：Tsuguya Fukui et al. (2005) "The Ecology of Medical Care in Japan" Japan Medical Association Journal Vol.48 No.4, pp163-167.

侵襲の高い処置

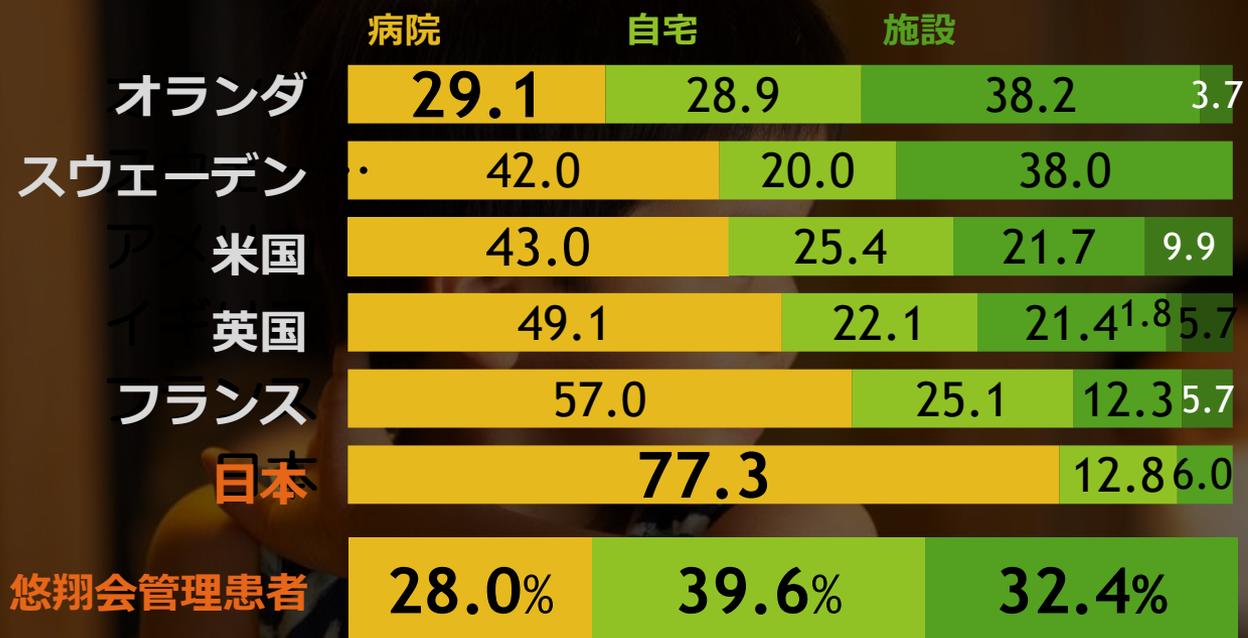


年間延べ入院日数／人  
41.2日▶11.5日へ

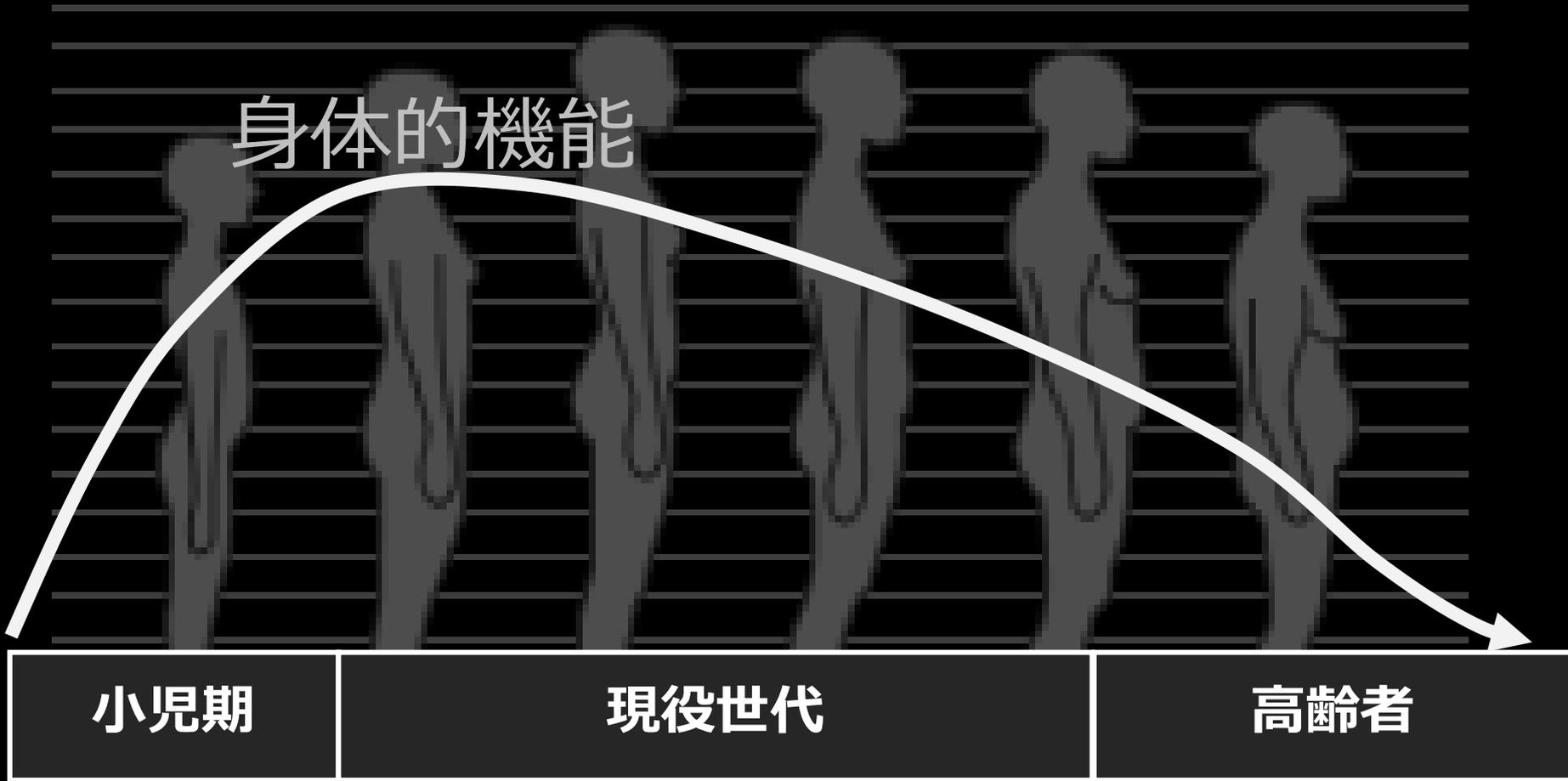
感染症など  
急性疾患の治療



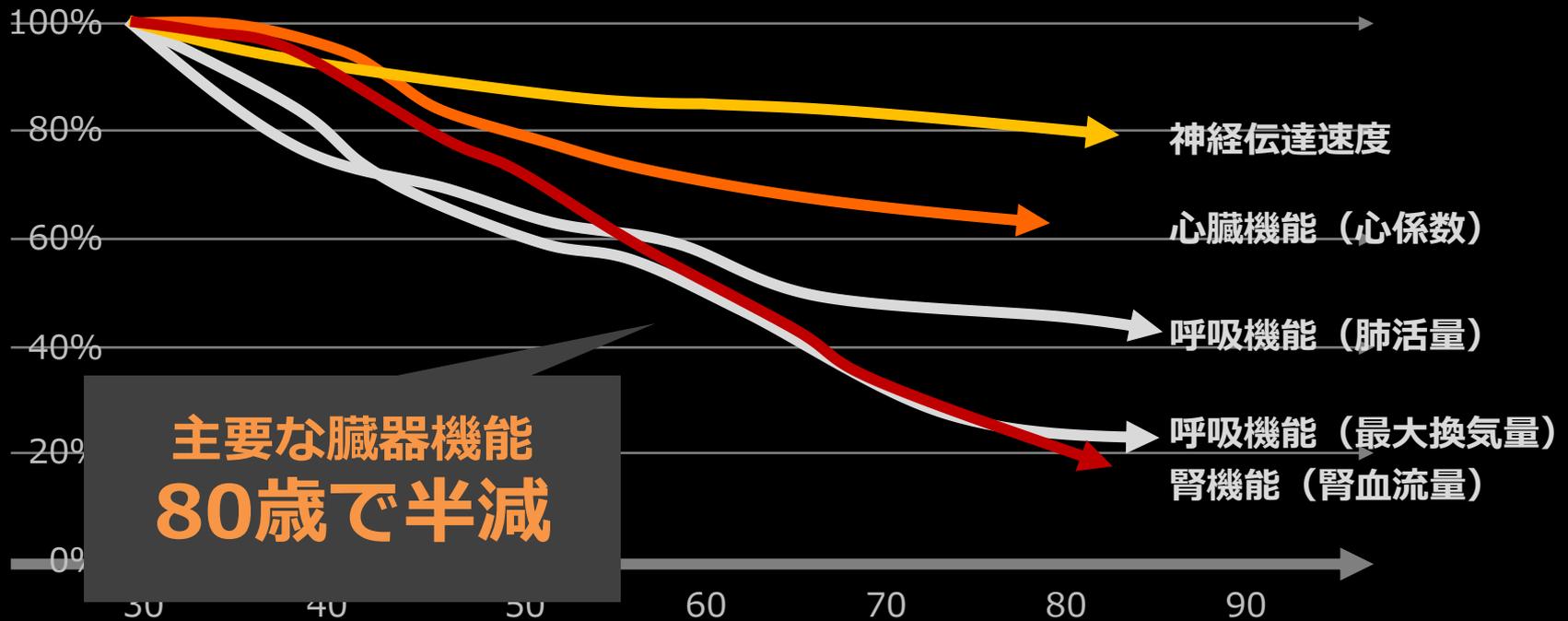
高度な緩和医療



# ▶ 人間はだれもが歳をとる。



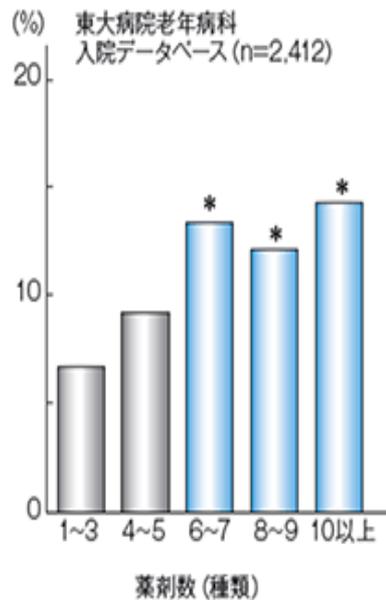
# ▶ 「治療」はどこまで？



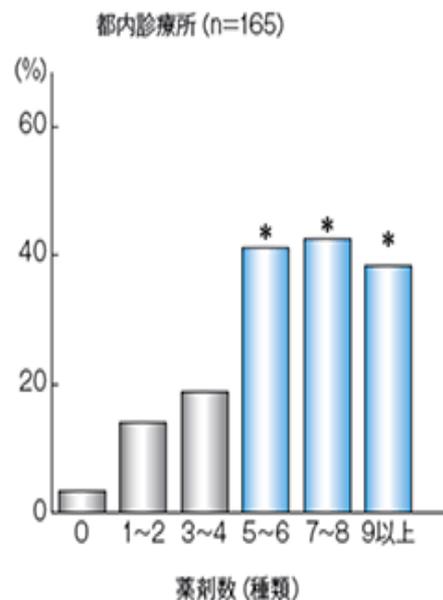
どこまでが病気？ どこからが老化？

# ▶ 多剤併用

1) 薬物有害事象の頻度

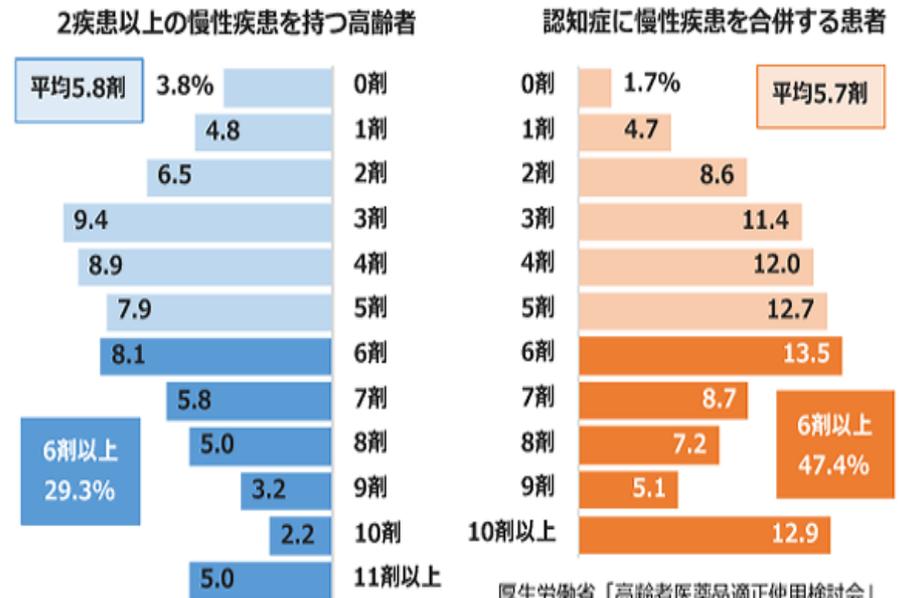


2) 転倒の発生頻度



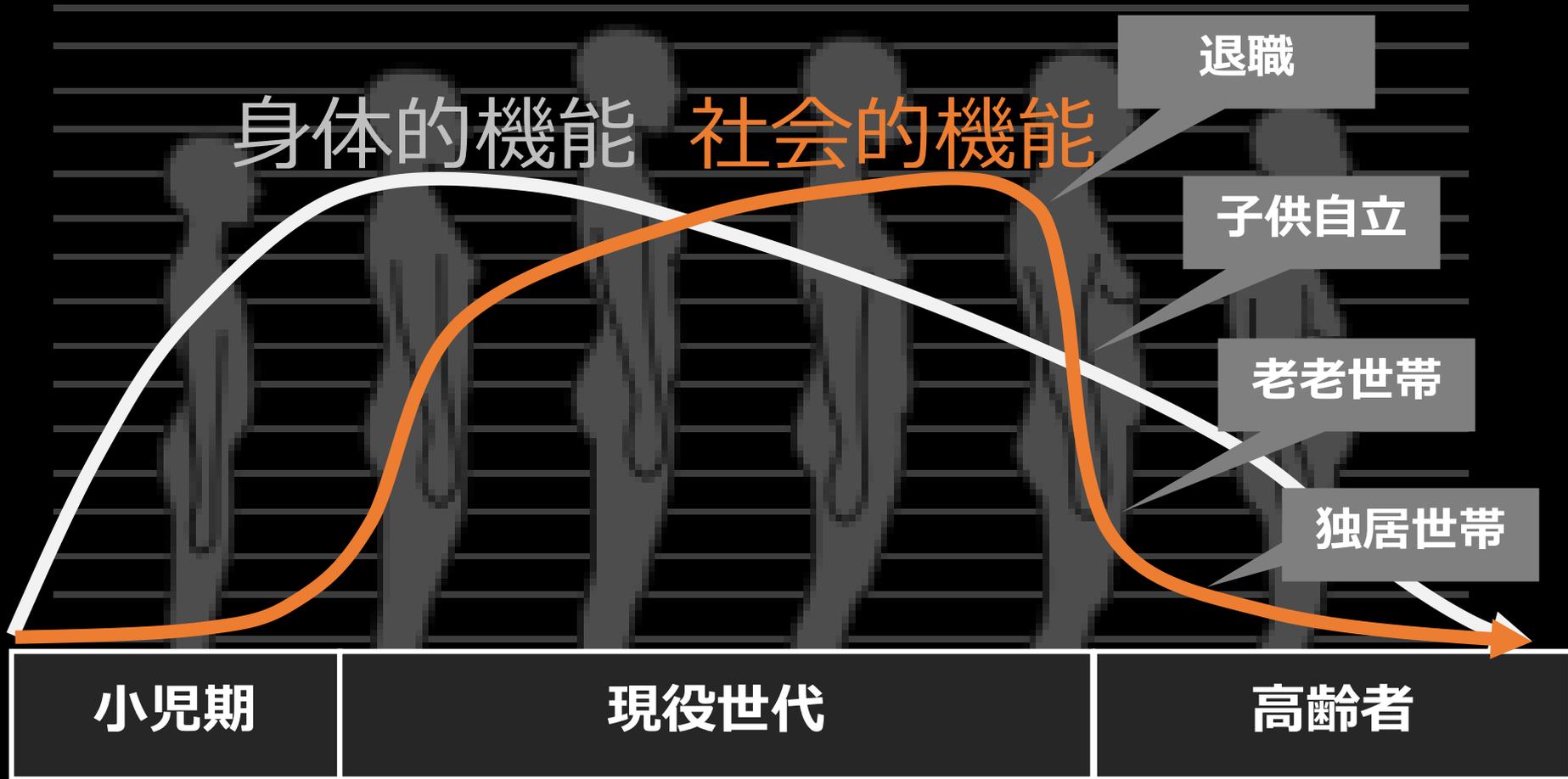
(實証誌ほか: 日本公衆衛生雑誌2001; 48: 551-9, Kojima T, et al: Geriatr Gerontol Int 2012; 12: 761-2. より引用)

高齢者の内服薬数



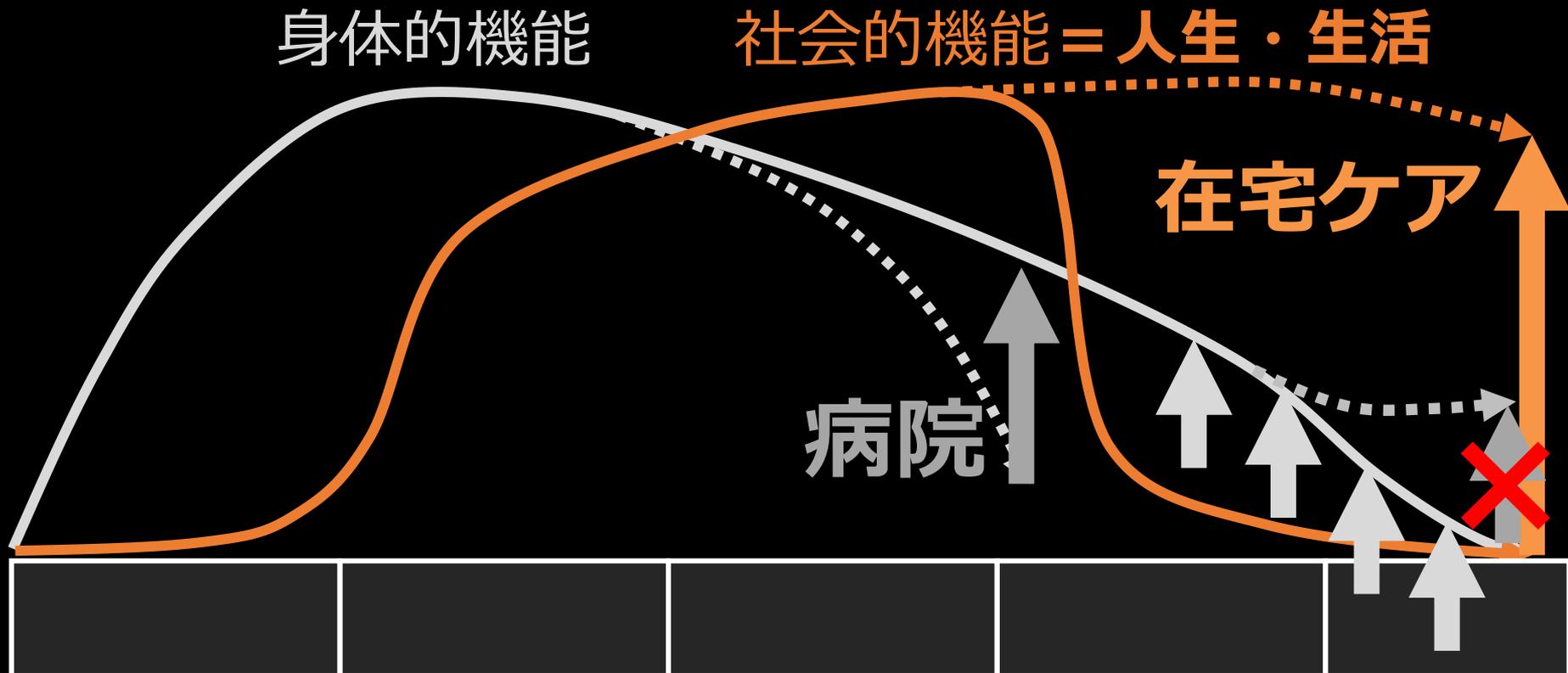
厚生労働省「高齢者医薬品適正使用検討会」  
(2017年4月17日) の資料をもとに作成

# ▶ 老化するのは身体だけ？



# 生活モデル (ICF)

最期まで納得できる人生を生き切れる。



# 医学モデル (ICD, ICIDH)

していく心身の機能を最適にケアできる。

# ▶ 「連携」とは何か？

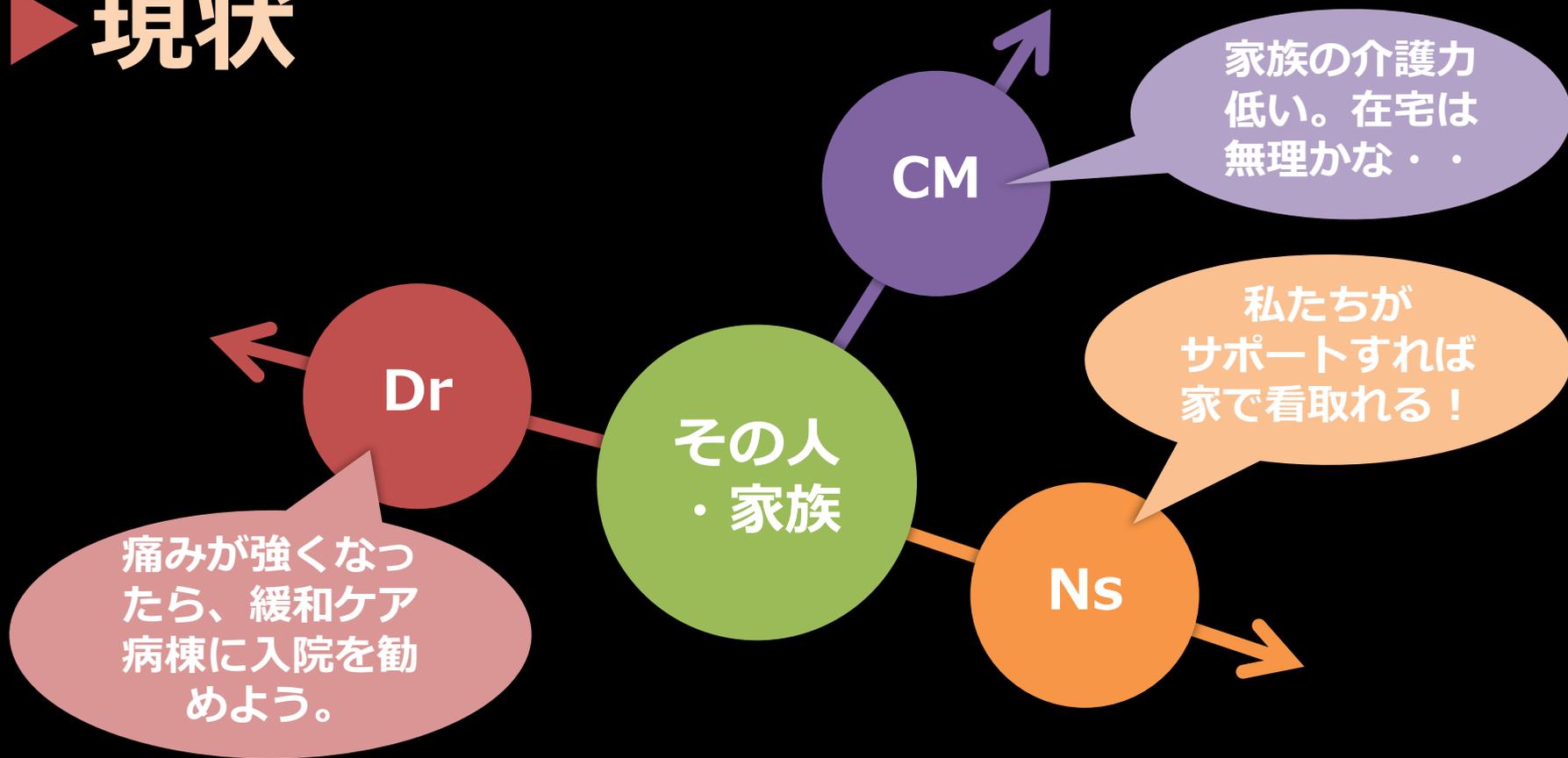
同じ目的で

何事かをしようとするものが、

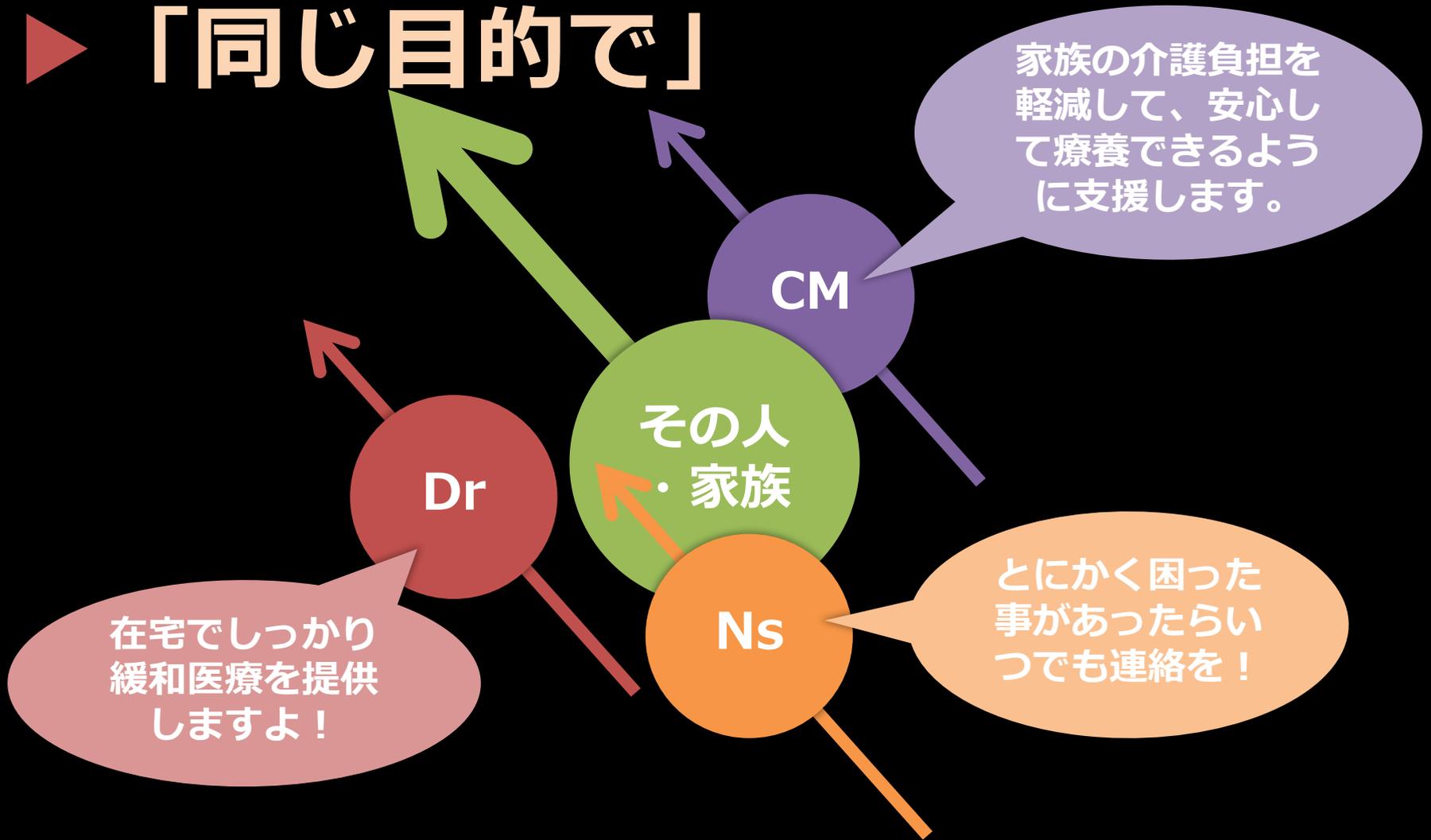
連絡をとり合って

それを行うこと。

# ▶ 現状



# ▶ 「同じ目的で」



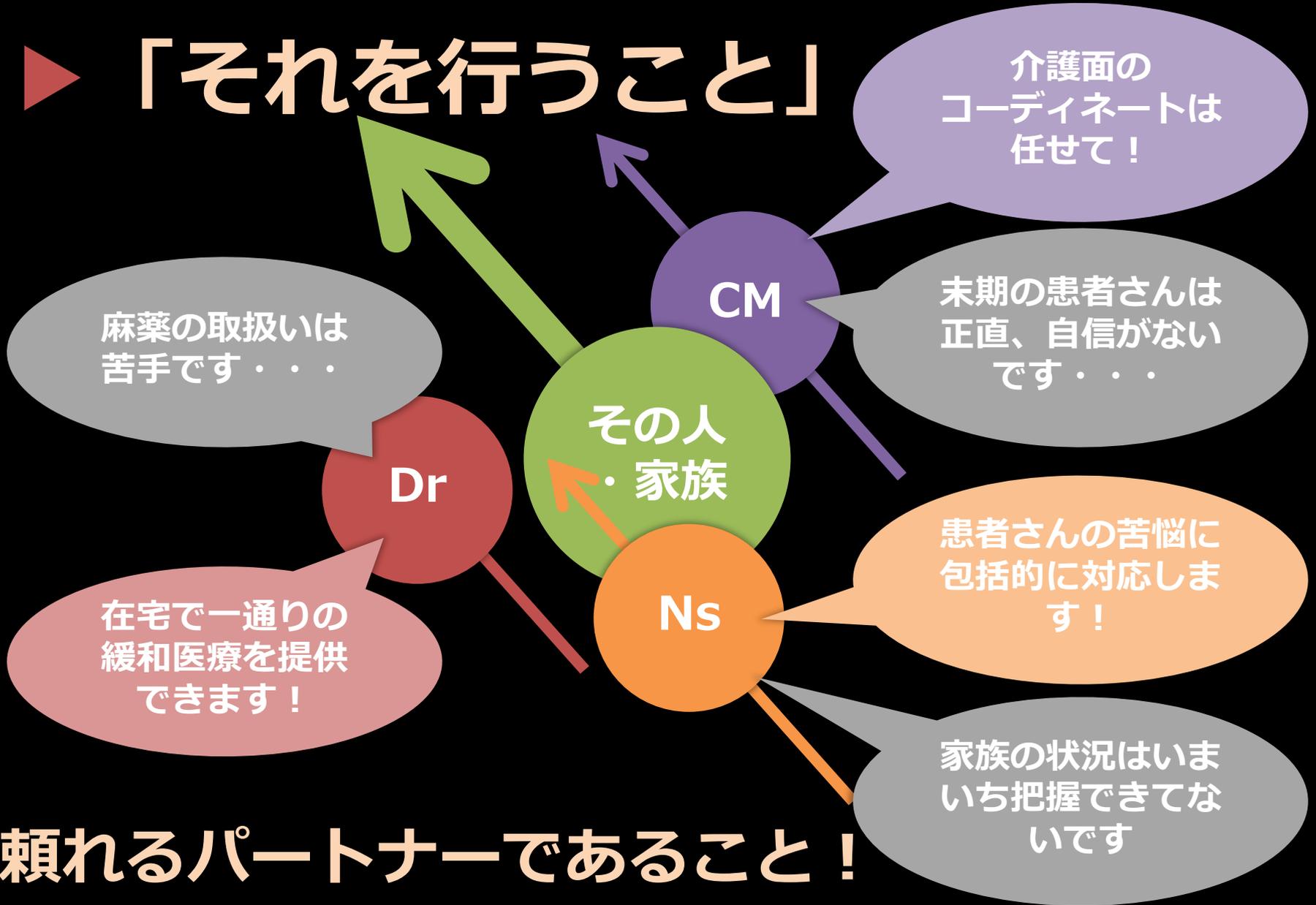
目的の共有が、連携の大前提。

# 「連絡を取り合っ



連絡⇒迅速かつ柔軟なアクション

# ▶ 「それを行うこと」



頼れるパートナーであること！

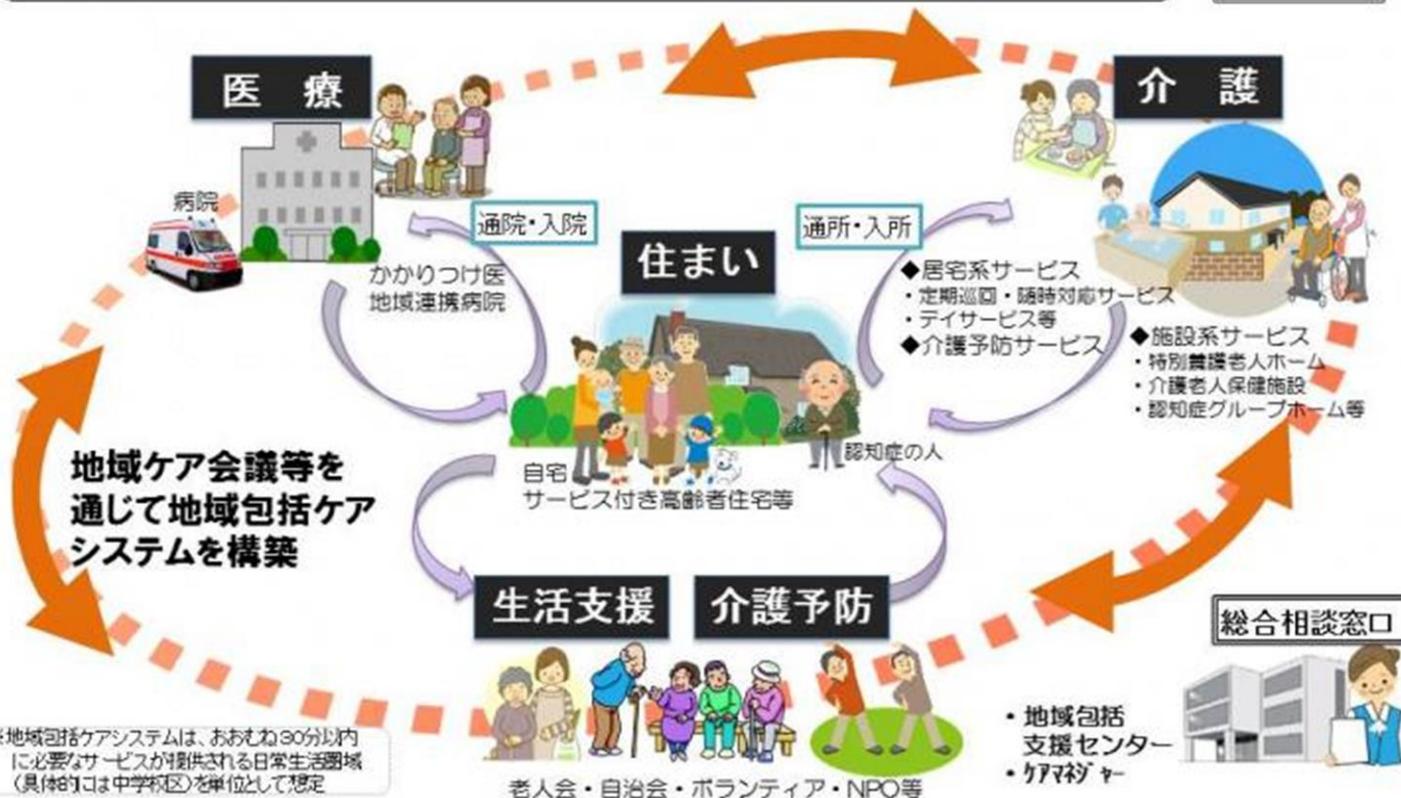
# ▶ 「地域包括ケアシステム」

## 地域包括ケアシステムの全体像

### 地域包括ケアシステムとは

地域住民に対する医療・介護・福祉などのサービスを、関係者が連携・協力して一体的・体系的に提供する体制のこと。※固定的な制度・仕組みではなく常に改善・改良を加えながら動かし続けていくもの。

構築主体は  
**市町村**



※地域包括ケアシステムは、おおむね90分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域(具体的には中学校区)を単位として想定

老人会・自治会・ボランティア・NPO等

・地域包括支援センター  
・ケアマネジャー

# ▶ 「地域包括ケアシステム」

## Community-Based Integrated Care System

### ① 地域を基盤としたケア Community-Based Care

- ▶ 「地域の」多職種連携

### ② 統合型のケア Integrated Care

- ▶ システム的統合 Systemic Integration
- ▶ 規範的統合 Normative Integration
- ▶ 組織的統合 Organizational Integration
- ▶ 管理的統合 Administrative Integration
- ▶ 臨床的統合 Clinical Integration

## ▶ 目的共有・規範的統合

- ✗ 回復の見通しのない患者に  
経管栄養は勧めるべきではない
- ◎ 患者と家族にとって  
最善の選択をみんなで考えよう



大きな理念を共有できること  
具体的目標は患者ごとに

# ▶ アセスメント力

その人の人生を「時間軸」「断面像」で把握する。

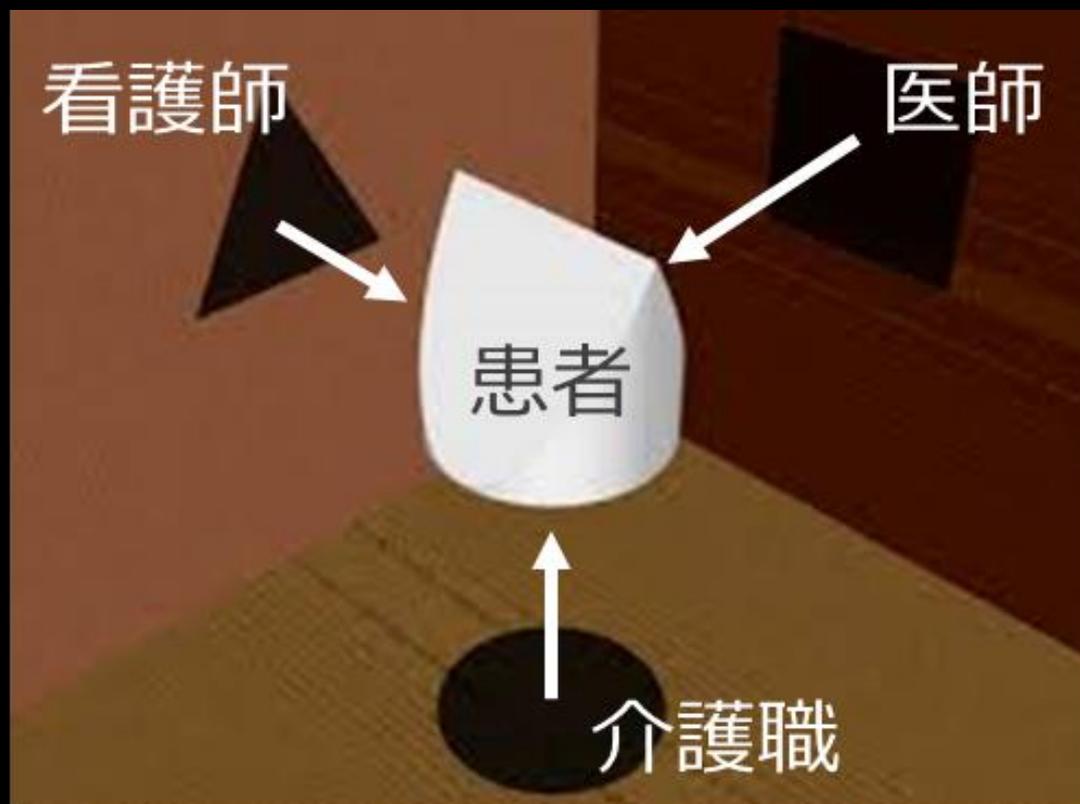
時間軸

●これまでの人生 → ●現在 → ●将来

断面像

その人の真のニーズを見つけ出し、  
目標（支援の目的）を設定する。

# ▶ コーディネート力



見え方の違いに  
価値がある！

# チーム＝地域づくり

- ▶ 果実の収穫だけではダメ
- ▶ 「畑づくり」のプロセスが重要
  - ▶ みんなで学ぶ
  - ▶ 他の職種の特長を知り、専門性を知る
  - ▶ 求められている役割を知る

“We”で括れるコミュニティを

×本業以外のことには消極的

▶よりよいチームワークが  
業務環境改善・生産性向上に。

×「顔の見える関係」が大切？

▶本音で話せる「腹の見える関係」＋  
責任を果たせる「腕の見える関係」

×チームワークはあくまで手段

▶全員が明確に目標を共有し、  
チーム内で共有できることが重要！

## ▶ 高齢者福祉の三原則

- 人生（生活）の継続性
- 自己決定の尊重
- 残存機能（できること）の活用
  
- 残存機能（できないこと）の確認
- ケアプランを作成・提供
- ケアプランに基づく生活援助



医療・介護

社会関係資本

家族の根

友人の根

地域の根

# ▶ 友人がいないと死亡率が2.5倍

## 急性心筋梗塞で入院した後期高齢者

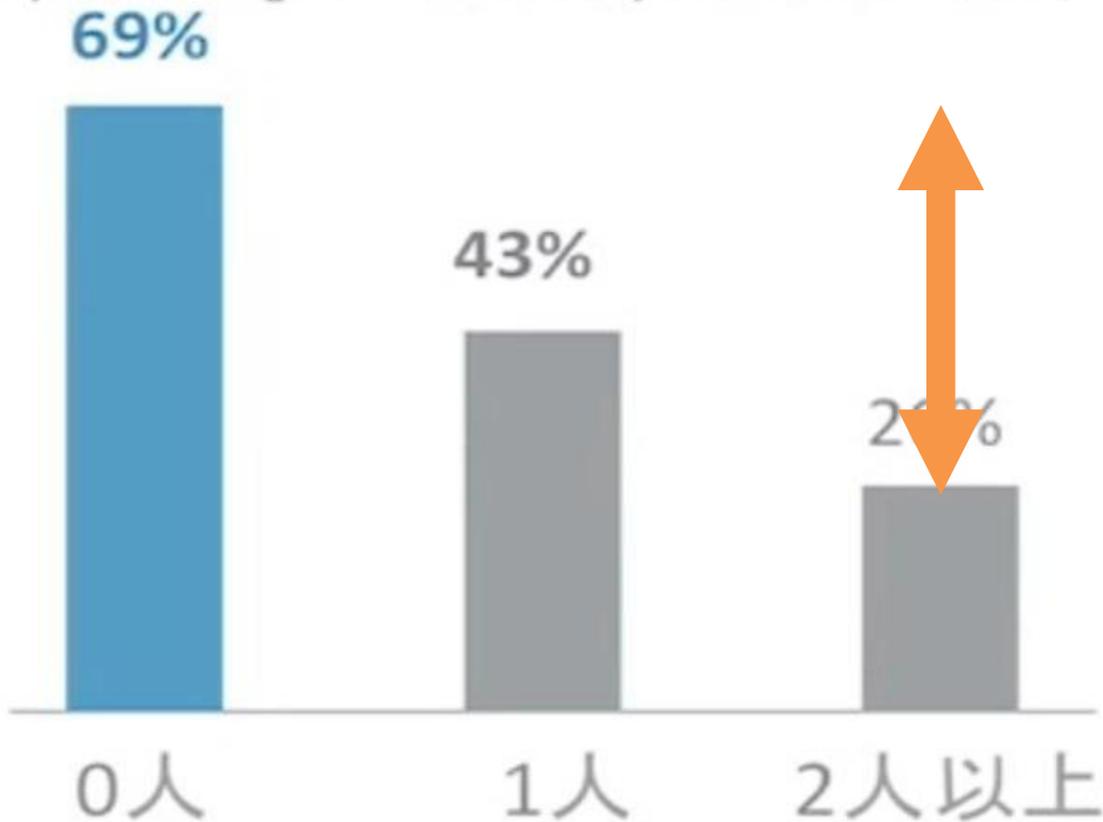
117 individuals 75 years of age or more hospitalized for acute

### 6か月以内の 死亡率

% Died within 6 months

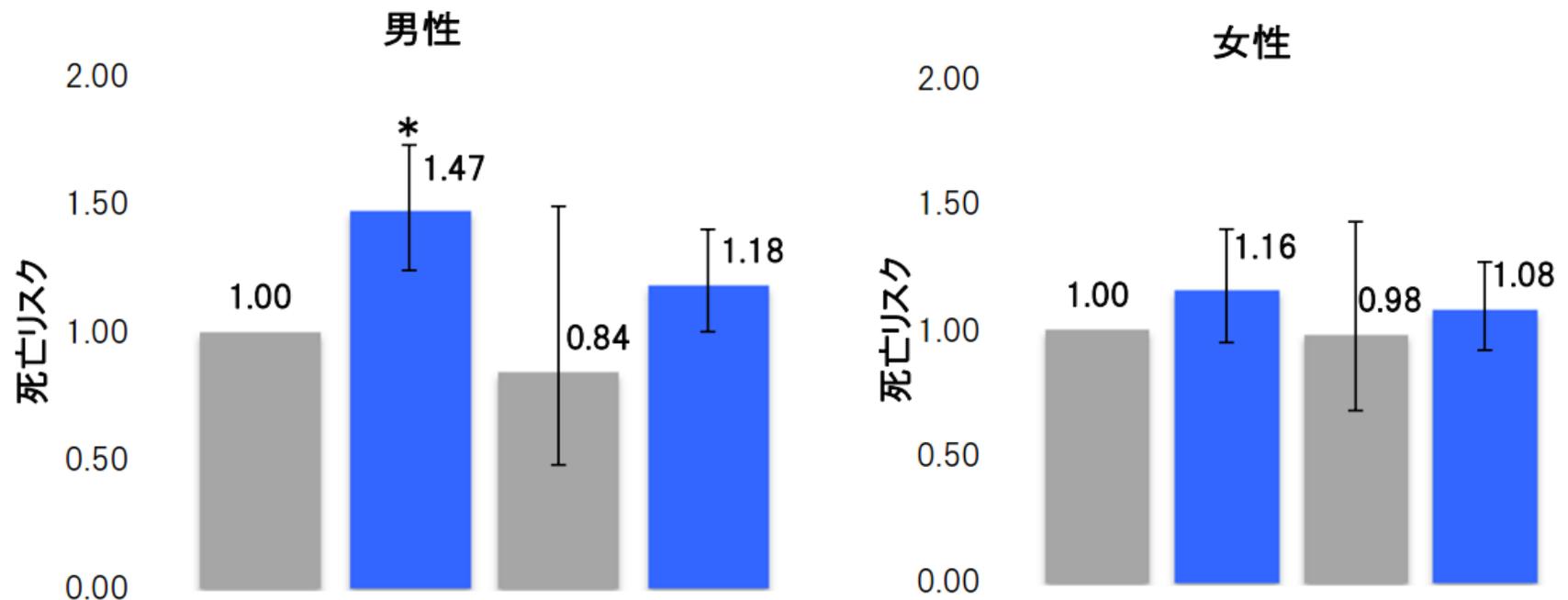
サポートして  
くれる人数

# Sources of  
emotional support



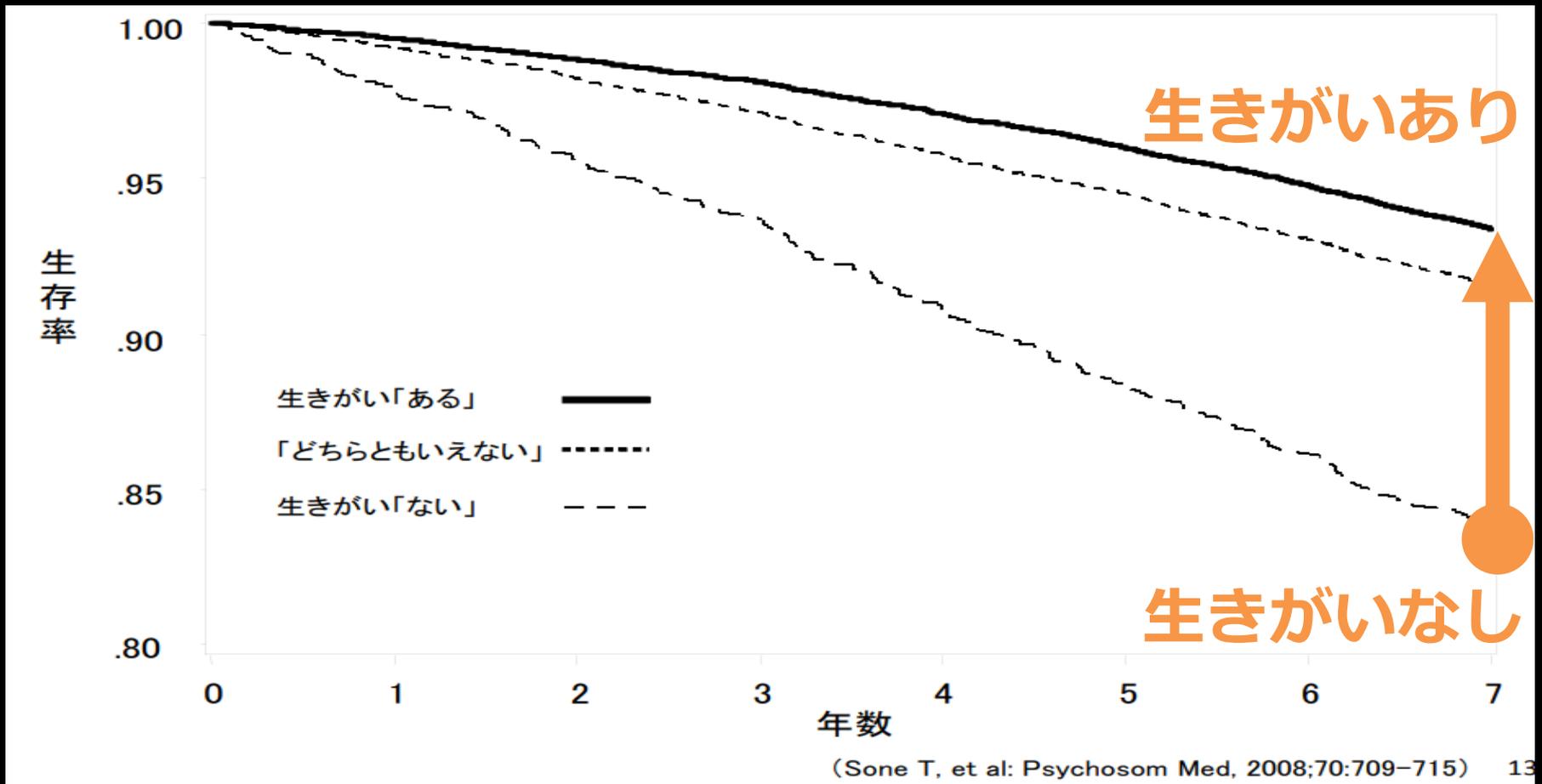
# ▶ 孤独は孤立とは違う

## 同居 vs 独居 / 共食 vs 孤食

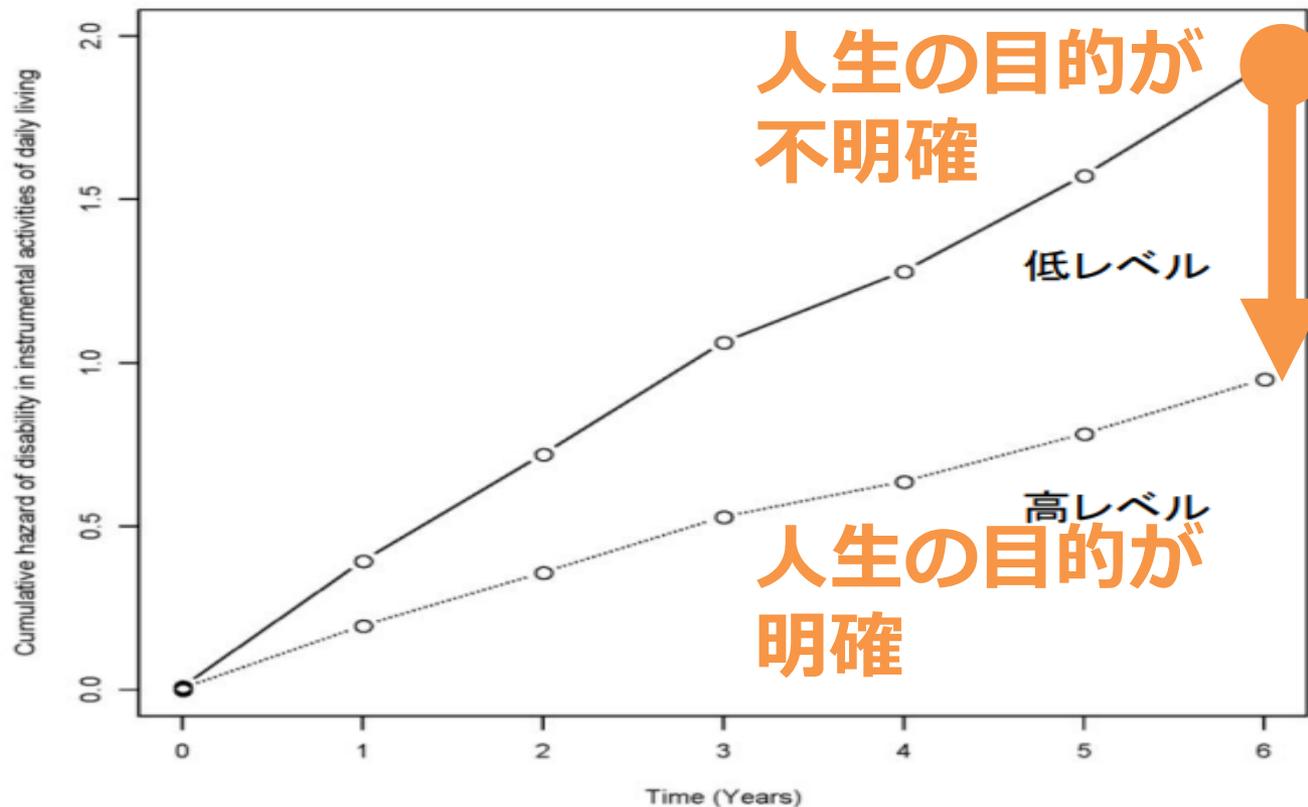


独居でも死亡率は上がらない。  
同居でも孤食だと死亡率が上がる。

# ▶ 「生きがい」がある人は長生き

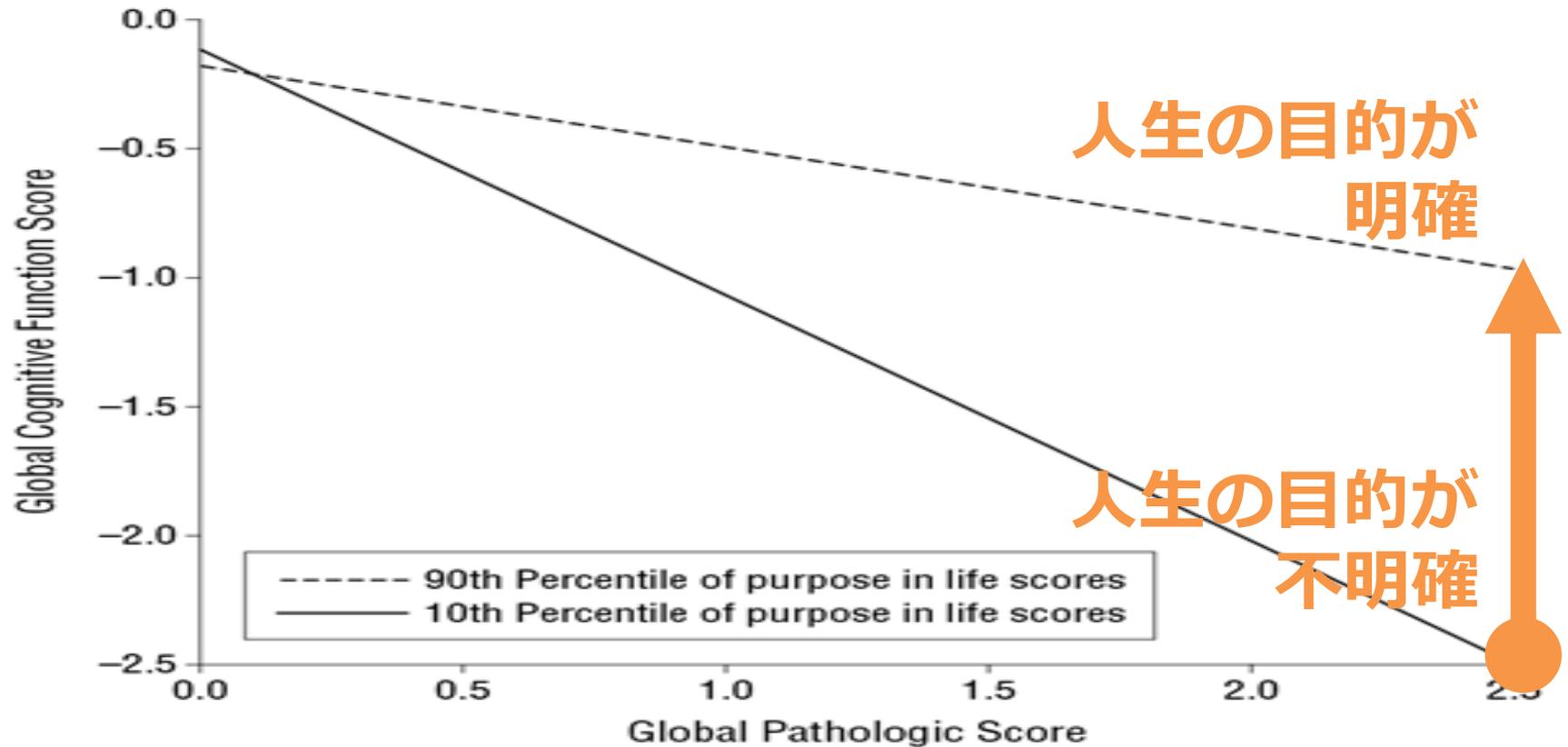


# ▶ 「人生の目的」があると 要介護になりにくい



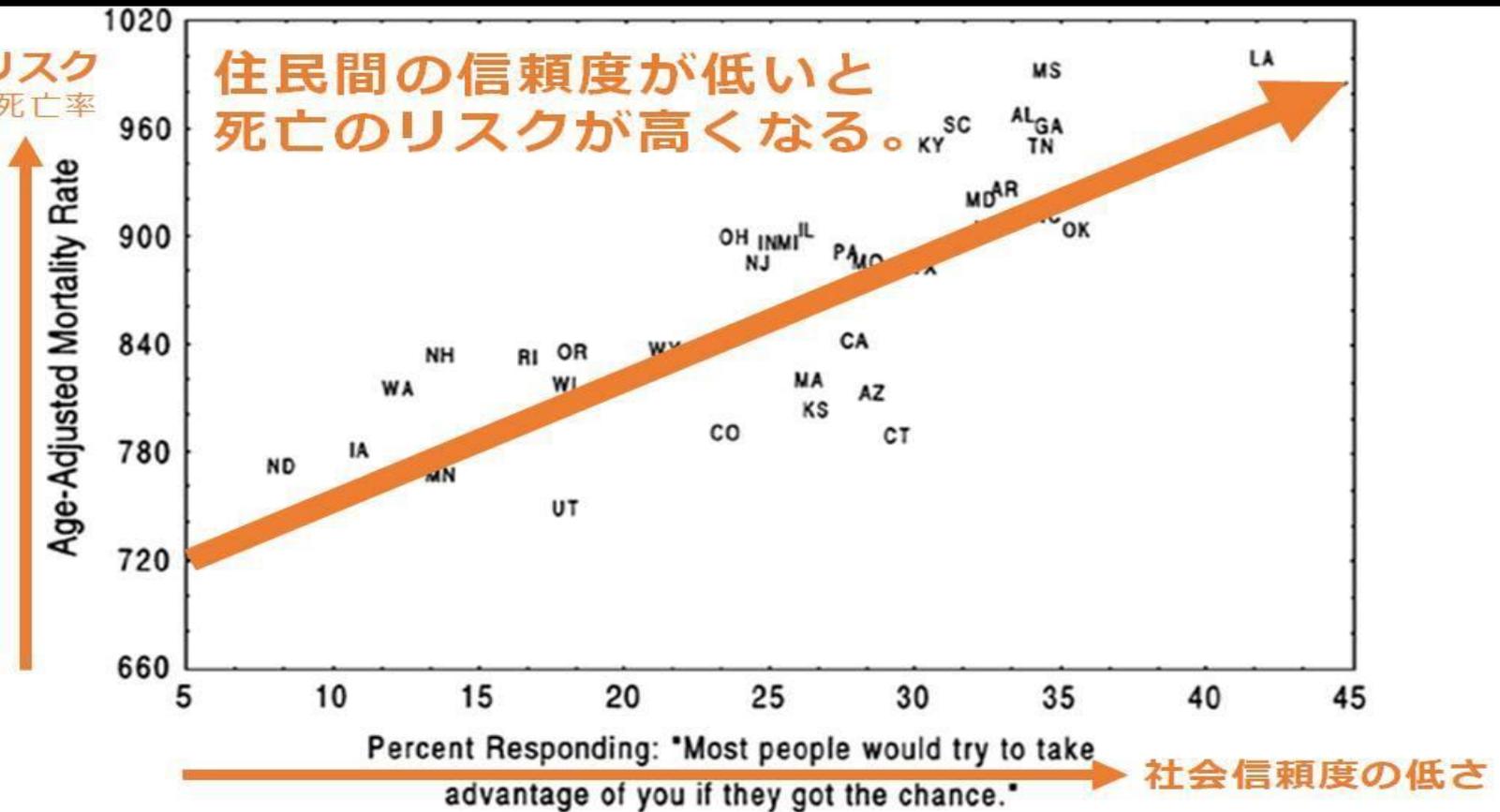
(Boyle PA, et al: Am J Geriatr Psychiatry, 2010;18:1093-1102)

# ▶ 「人生の目的」があると 認知症は進行しない



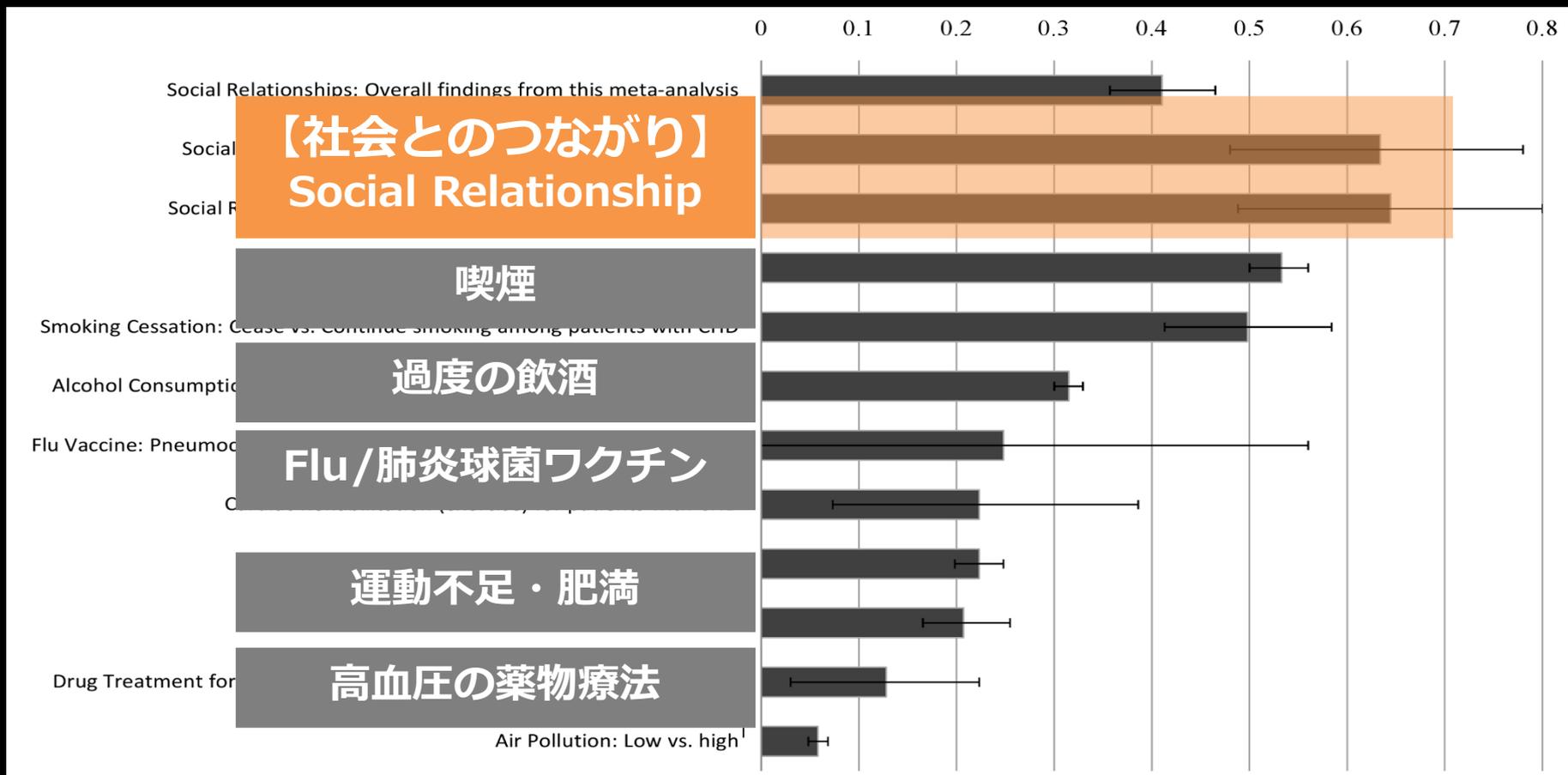
# ▶ 近隣との信頼関係で長生き

死亡のリスク  
年齢調整死亡率

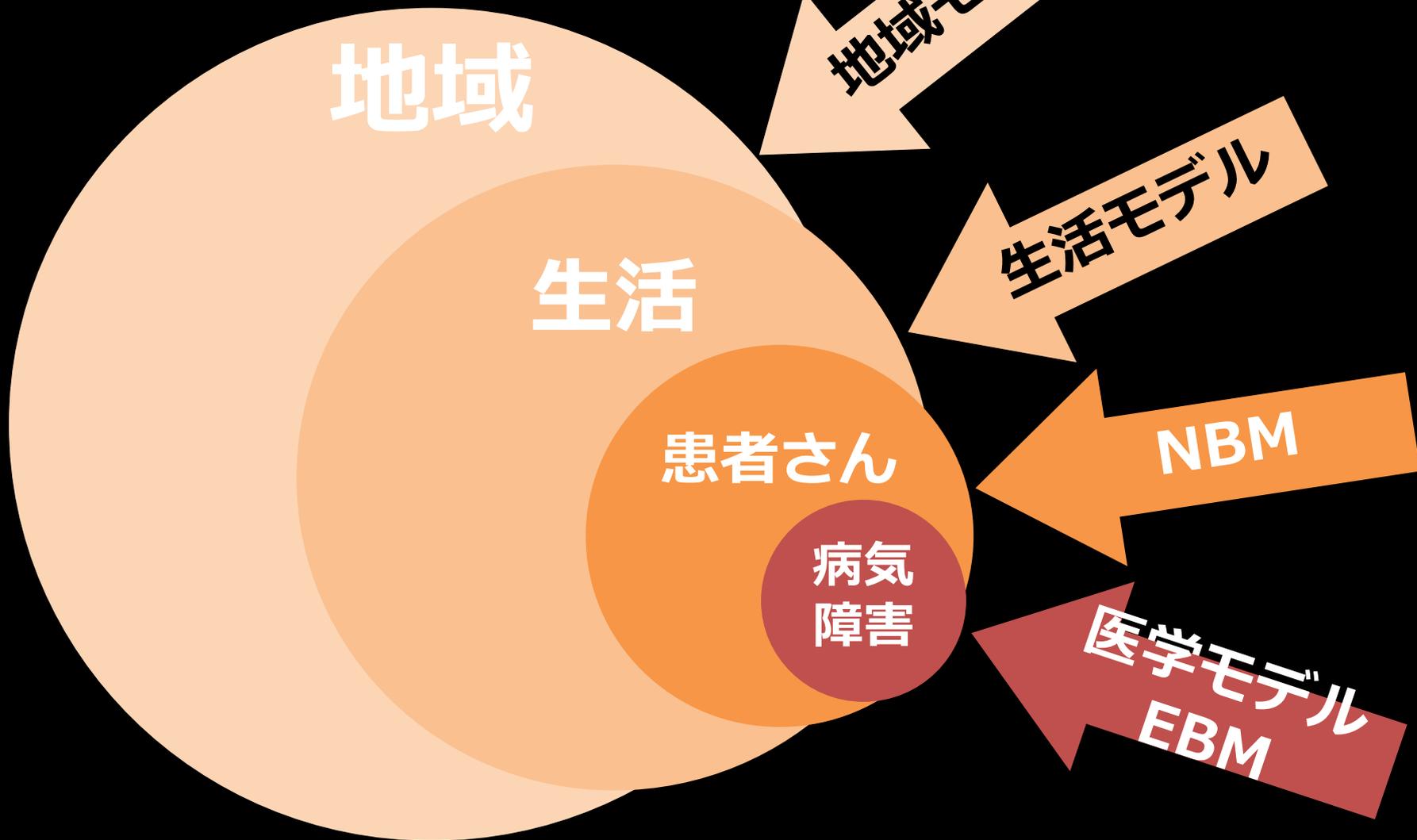


Social capital, income inequality, and mortality. Am J Public Health. 1997 September; 87(9): 1491-1498.  
I Kawachi, B P Kennedy, K Lochner, and D Prothrow-Stith

# ▶ 社会とのつながりが 寿命を決める



# ▶在宅医療から地域ケア！



意思決定の尊重

身体的機能 社会的機能 = 生活の継続

人生会議

アドバンス「ケア」プランニング?



アドバンス「ライフ」プランニング

小児期

現役世代

高齢者

「地域のカ」



# 根の再生！

病気になっても高齢になっても  
最期まで安心して暮らし続けられる地域

新しい家族関係

多世代交流

新しい役割