

# 急性期医療と連携した

## 新たな複合型医療・療養支援事業への挑戦



東海大学医学部専門診療学系救命救急医学 准教授  
東海大学医学部付属病院高度救命救急センター 次長  
医療法人救友会 理事長  
山本五十年

### はじめに

わが国の高齢者の医療・福祉のあり方を巡って、混沌とした状況が続いている。長らく続いた社会保障費の抑制策は、医療と福祉の制度疲労を顕在化させる結果を招いたとの指摘がある。医療と福祉・介護を巡って様々に生起する事象は、高齢化社会に対応できなくなった制度上の矛盾に起因するとの報告もある。

公衆衛生の発展と、病気の治癒を目的とした質の高い医療供給システムにより、世界一の長寿社会を達成した日本の医療は、高齢化社会の進行にともない、枠組み（パラダイム）の変更が求められている。高齢化社会が進行すると、慢性の疾患や障害をもった高齢者が増大する。これらの高齢者に必要なことは、疾患の治癒と機能の正常化を目的とした従来の治療医学の範疇を越え、慢性の疾患や障害をかかえながらも ADL (*Activities of Daily Living*、日常生活活

動)を維持し、人間的尊厳を保った QOL (*Quality of Life*、生活の質)を確保することである。そのためには、人々の暮らしに密着した医療と介護の展開が必要であり、それが可能となる新たな社会システムに移行することが必要である。

湘南メディケア (SMC) グループは、高齢者の暮らしに密着した医療と介護を展開するための試行的プロジェクトに挑戦し、2009年2月に、従来にない複合型の医療・療養支援施設を開設した。我々は、この施設の運用をとおして、介護保険制度や事業所の運営上の問題を検討してきた。

本稿では、日本臨床救急医学会、日本在宅医学会、日本救急医学会の学術集会および「在宅医療と介護に関するシンポジウム」での発表内容をまとめ、本プロジェクトの意義と問題、今後の展望について述べる。

### I. 在宅医療および療養支援の必要性～地域医療の再構築

今日、人口の高齢化が急速に進行しており、1985年に10.3%であった高齢者の人口構成割合は、団塊の世代の高齢化にともない2014年に25.3%、2025年に28.7%に達

するだけでなく、後期高齢者が急速に増加し、在宅療養生活者が大量に生みだされることは必至の状況である。これらの高齢者は、老老介護を余儀なくされるだけでなく、

一人暮らしの高齢者が増加することから、急速に医療介護需要が拡大すると予測される。

このような人口の急速な高齢化は急性期医療に大きな影響を与えると推定されている。2008年のデータでは、高齢者の人口構成割合は20.1%で、消防救急車の救急出場件数は500万件を超え、しかも、救急搬送患者に占める高齢者の搬送割合は48.3%にのぼっている。

今後、団塊の世代が高齢者に移行するに伴い救急需要が急速に増大すると見込まれており、在宅医療を軸とする高齢者の地域医療システムが整備されなければ、救急搬送の対象となる高齢者が急増することは必至である。救急医療を確保する観点からも、慢性期の医療と療養支援を地域で整備することが不可欠な課題になっている。

近年、日本救急医学会や日本臨床救急医学会等の救急関連学会では、慢性期医療との連携を救急医療における「出口問題」として位置づけ、「出口問題」の解決が救急医療確保に不可欠な課題であると認識するに至っている。救急医療の再生の観点からは、地域医療を再構築する必要性が強調されている。

厚生労働省は、病床数の大幅削減を伴う病院機能の分化を進め、急性期医療体制の強化と慢性期医療の在宅医療への移行を医療行政の機軸としてきた。慢性期医療については、2006年時点で介護型療養病床の13万床全廃（2011年度末）、医療型療養病床の10万床削減（その後、都道府県行政の調査から削減を撤廃）の方針を打ち出し、療養病床の老人保健施設等への移行が推奨されてきた。また、在宅療養支援診療所を拠点とする在宅医療の整備が進められている。在宅医療を含む高齢者の慢性期医療は、救

急医療整備計画の一環としても位置づけられるようになっている。

しかしながら、療養病床数の地域格差が大きく、療養病床の削減にともなう高齢者の受け皿の整備が遅れている。人口10万人当たりの療養病床数は、高知県956人、山口県654人、徳島県595人、熊本県577人、鹿児島県574人に対し、千葉県166人、東京都164人、山形県163人、神奈川144人、宮城県140人と非常に大きな差がある。慢性期医療の病床の少ない都道府県では、回復期リハビリテーション病棟や医療療養病床は常時満床のため、医療依存度の高い患者は急性期病院から転院までに1ヶ月以上を要する状況であり、慢性の高度な臓器障害がある患者では半年～1年を超えても転院が困難な場合がある。

介護老人保健施設は、医療保険の適用が「療養病床から転換した介護老人保健施設」で併設医療機関の医師が緊急時に往診した場合に限られており、介護保険による定額払いを基本とするため医療ニーズの高い高齢者を受け入れることは容易ではない。特別養護老人ホームもまた医療保険の適用が薬剤と緊急時の対応に限られており、医療依存度の高い高齢者の受け入れが困難な状況である。

老夫婦や一人暮らしの高齢者が増加している現在、どうすれば医療依存度や要介護度の高い高齢者にやすらぎのある暮らしを持続的に提供できるか、という新たな課題に直面している。

わが国は、地域医療・療養支援システムの再構築の観点から、高齢者の在宅医療および療養支援を、地域の急性期医療と提携し、療養病床・回復期リハビリテーション病棟による慢性期医療と連携しながら、確立することが急務であると考えられる。

## II. 救急医療施設における高齢者の動態に関する調査

2007年12月に東海大学医学部附属病院(804床)に入院した患者1405人を対象として、年齢別の患者数、平均在院日数および在院日数が30日を越える症例数を調査した。当月の平均在院日数は13.1日、病床稼働率は99.0%、高度救命救急センター(57床)の病床稼働率は90.0%であった。

調査の結果、次のことが判明した。

- ①総入院患者の年齢別の平均在院日数は80歳以降に延長した。

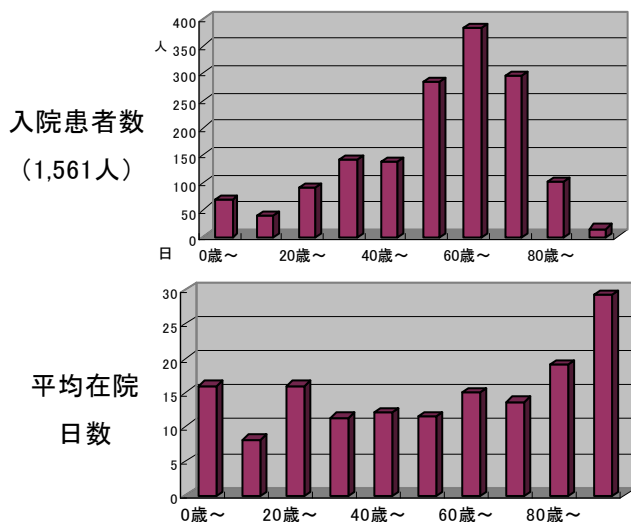


図1. 年齢別の平均在院日数

- ②在院日数が30日を越える症例の年齢別の割合はとくに80歳以降に高い。

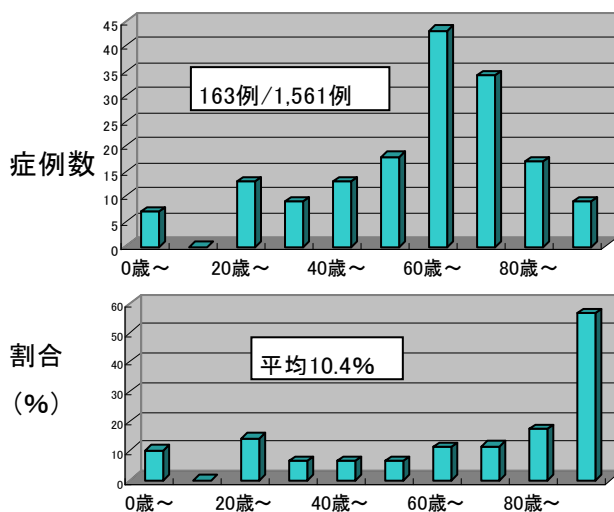


図2. 年齢別の在院日数延長症例 (≥30日)

2007年10月に東海大学医学部附属病院高度救命救急センターに救急搬送された入院患者449人中、重症患者251人(救急ICU、HCUおよび院内ICU・CCU)を対象として、高齢者の割合、平均在院日数および転帰を調査した。

その結果、次のことが判明した。

- ①重症入院患者に占める高齢者の割合は46.2%(75歳以上27.1%)であった。  
 ②病院の平均在院日数は12.8日、重症入院患者は23.2日、前期高齢者34.6日、後期高齢者20.3日であった。  
 ③平均在院日数は前期高齢者で延長し、後期高齢者では死亡が平均在院日数に影響した。  
 ④高齢者の転帰は、非高齢者に比べ自宅退院が少なく、転院・転所の症例が33.6%を占めた。  
 ⑤転院・転所の受け皿となる慢性期病床や諸施設との連携が、在院日数に関係することが示唆された。

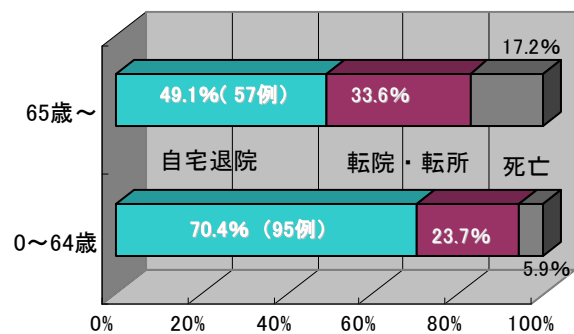


図3. 重症救急患者の転帰

以上から、現状認識として次の諸点が重要であると考えられた。

- ①人口の高齢化にともない、入院患者における高齢者の割合が増加する。

②急性期病院での治療後、速やかに回復期リハビリ病棟、療養病床へ転院できなければ、在院日数が延長し、救急病床の確保が困難になる。

③救急医療を将来にわたって確保するには、回復期リハビリ病棟および医療療養病床の確保、在宅医療/療養支援システムの慢性期医療総体の整備が不可欠である。

### Ⅲ. 複合型の高齢者医療・療養支援事業への挑戦

2006年7月、諸個人の熱意による小研究会「湘南の老人医療と福祉を考える会」を発足させ、保健・福祉施設を視察し、現状分析を行った。そして、急性期医療と連携した在宅医療・療養支援を実現する近未来型のスキームを確立するための検討を多職種（医師、保健師・看護師：ケアマネージャー、介護福祉士、社会福祉士、事務、医療機器企業、建築士事務所、行政書士）の間で重ねてきた。

小研究会は、やがて、「医療を機軸に介護と住宅を包括した複合型施設をロールモデ

ルとして創設し、高齢者にやすらぎのある暮らしを提供すること」を目的とするプロジェクトグループ（湘南メディケアグループ：SMC）へと発展した。

SMCグループは、県・市行政・医師会のサポートを得て、在宅医療・療養支援を主体とする高齢者医療福祉事業を推進することを目的として、地域の熱意と善意による基金拠出型の医療法人救友会を設立し、2009年2月1日、医療と介護の複合施設（湘南真田メディケアセンター）を開設する運びになった。

#### 1. メディケアセンターのコンセプト

メディケアセンターは、地域の医療機関や介護施設等と提携しながら、在宅療養者に必要な医療と療養支援サービスを、様々な暮らしの場で提供できるシステムの創設を目指す（図4）

老老介護の悲劇を繰り返さないために、医療と療養支援を提供できる療養型の高齢者専用住宅（メディカルホーム）を併設したメディケアセンターを創設する。

メディケアセンターは、次の事業所および居宅から構成する。

- ・診療所（在宅療養支援診療所）
- ・訪問看護ステーション
- ・訪問介護ステーション

- ・デイサービスセンター
- ・居宅介護支援事業所
- ・メディカルホーム（療養型住宅）
- \*別事業所の調剤薬局を隣接して設置

メディケアセンターは、各々の事業所および居宅が有機的に連携して、在宅療養者に必要な医療・療養支援サービスを提供する（図5）。

医療と介護が一体となったメディケアセンターが、地域の医療施設、高齢者保健施設や介護施設、介護事業所、高齢者専用住宅等と連携し、地域ネットワークの形成に参画する（図6）。

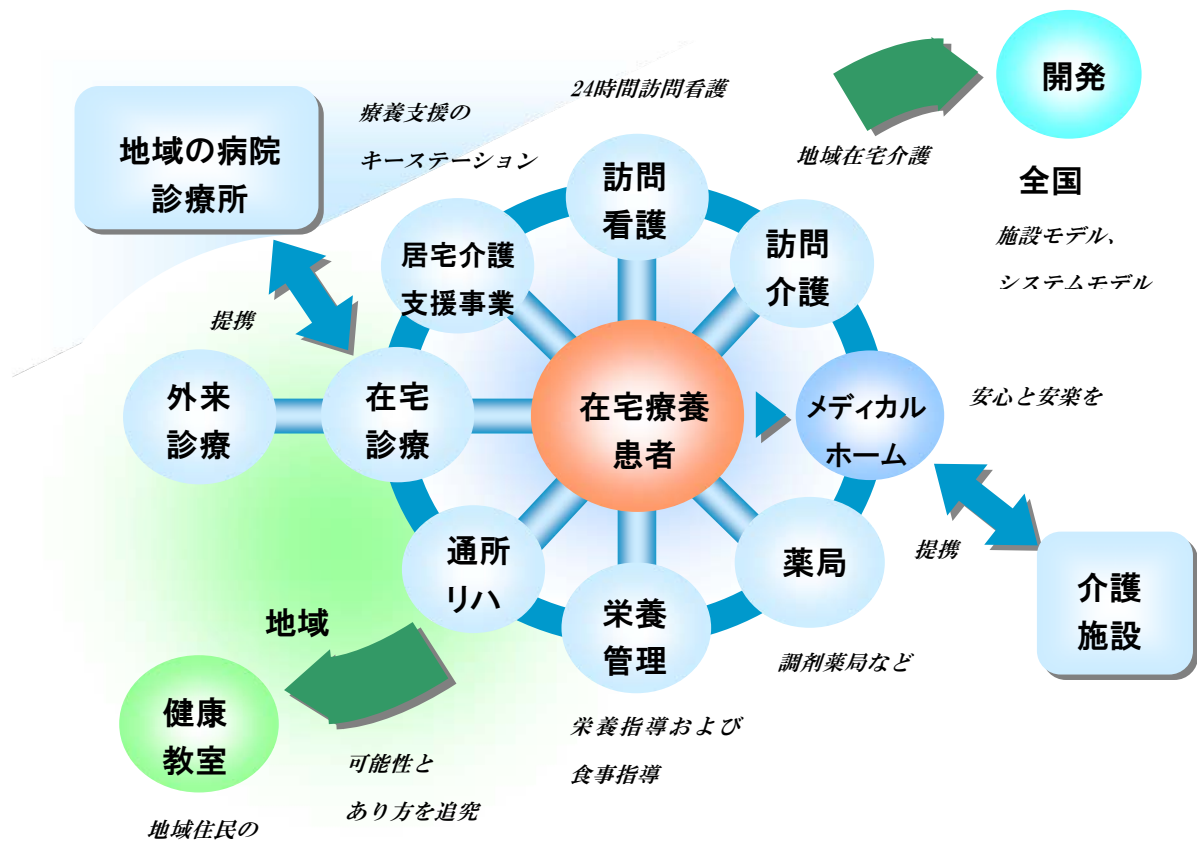


図4. 在宅療養者への医療・療養支援サービスのコンセプト

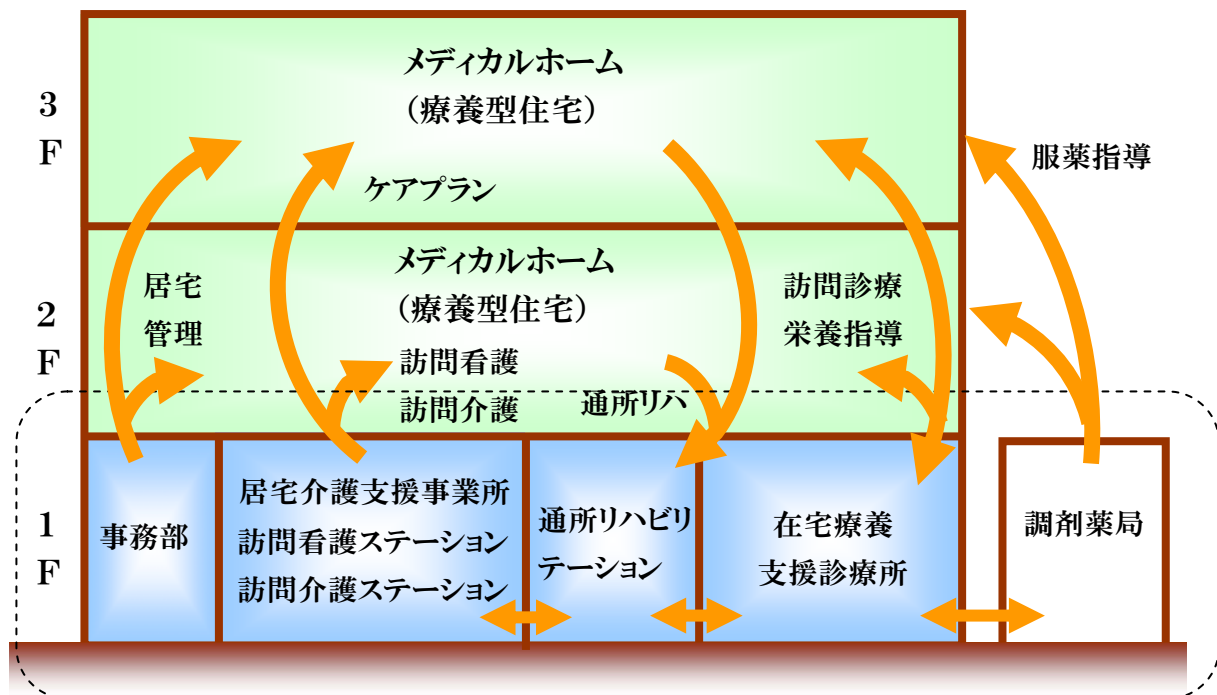


図5. メディケアセンターの構想図

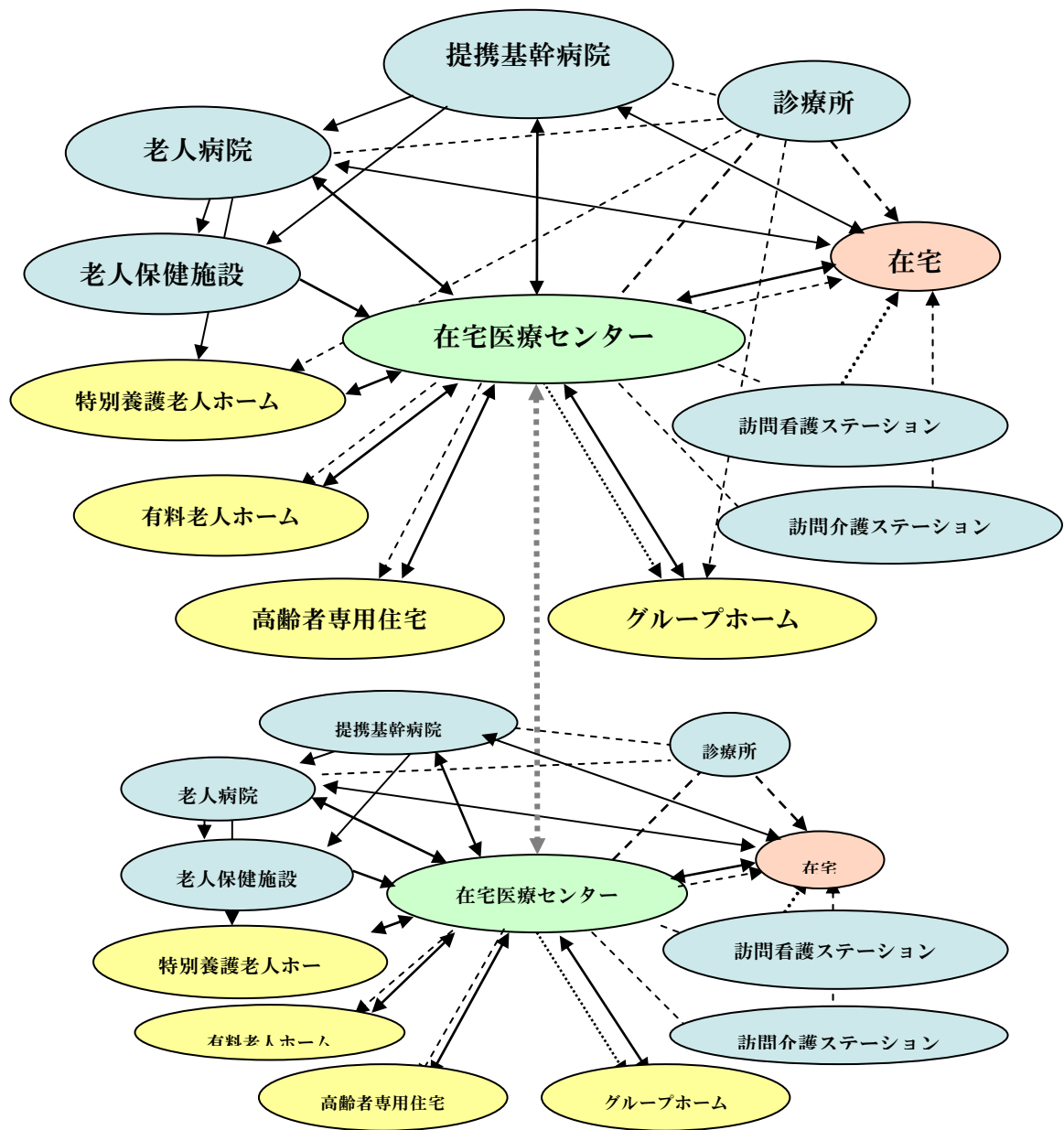


図6. 高齢者をサポートする地域ネットワーク構想

## 2. 事業運用

### A. 事業体と事業所

(2010年9月1日現在)

#### 1) 医療法人救友会

##### 【役員】

理事長 山本 五十年

(東海大学医学部救命救急医学准教授)

理事 鈴木 紳一郎

(藤沢湘南台病院院長、藤沢医師会副会長)

理事 加藤 洋隆

(湘南真田クリニック院長)

監事 猪口 貞樹

(東海大学医学部附属病院 病院長)

##### 【職員】

職員 28名 (常勤 14名、非常勤 14名)

- ・医師 6名 (常勤 1名、非常勤 5名)
- ・看護師 11名 (常勤 5名、非常勤 6名)
- ・介護福祉士・介護士 11名  
(常勤 8名、非常勤 3名)

##### 【事業所】

- ・湘南真田クリニック
- ・SMC 訪問看護ステーション
- ・SMC ケアステーション

#### 2) 株式会社メディトピア湘南

##### 【職員】

職員 17名 (常勤 11名、非常勤 6名)

- ・介護福祉士・介護士 9名
- ・保健師 1名
- ・ケアマネージャー 2名
- ・事務職 5名

##### 【事業所】

- ・SMC 居宅介護支援事業所
  - ・デイサービスセンター  
「湘南メディケアガーデン」
  - ・メディカルホーム「メディトピア真田」
- \*その他事業
- ・事務業務の受託

- ・看護療養支援の指導コンサルタント
- ・教育・研修/在宅セミナーの開催
- ・お絵かき教室、書道教室等の提供
- ・市民健康講座

### B. 事業内容

#### 1) 外来診療および健診業務

##### ○外来診療

- ・地域に根ざした家庭医療の展開
- ・専門外来を開設 (脳神経内科・呼吸器内科・循環器内科・糖尿病内科)

##### ○健康診断

- ・特定健診、職場健診

#### 2) 在宅診療 (在宅療養支援診療所)

- ・メディカルホームへの在宅診療
- ・他の高齢者施設・居宅への在宅診療
- ・常勤医および非常勤医師が輪番制に24時間待機し、要請により往診する。
- ・地域医師会に参画し、中核医療施設・地域医療施設、介護老人保健施設・老人福祉施設・居宅施設および各種療養支援部門と連携する。

#### 3) 訪問看護

- ・ケアステーションおよび地域の在宅部門と協働し、メディカルホームの居住者および地域の利用者を対象に、質の高い訪問看護、訪問リハを提供する。

#### 4) 訪問介護

- ・訪問看護ステーションと協働し、メディカルホームの居住者および地域の利用者を対象に、質の高い介護ケアを提供する。

#### 5) デイサービス事業

- ・介護度の高い利用者を対象に機能回復訓練を行う。
- ・利用者の個別ニーズに応じたサービス

を提供し、リハビリテーションに特化した通所介護のあり方を追究する。

## 6) 居宅介護支援事業

- ・メディケアホームの入居者、訪問看護・訪問介護および通所介護の利用者を対象に適正なケアマネージメントを実施する。
- ・地域の利用者および家族の相談に応じ、適切なケアマネージメントを実施する。

## 7) メディカルホーム(32戸)

- ・メディカルホーム「メディトピア真田」(2階：住宅型有料老人ホーム、3階：適合高齢者専用賃貸住宅)を管理し、居住者に安心と安楽を提供する。
- ・従来の高齢者住宅と異なり、医療依存度・要介護度の高い高齢者に、個別ニ

ーズに応じた医療と療養支援の提供を支援し、もって安心と安楽を保障する療養型住宅として運用する。

## 8) 地域に根ざした諸活動

- ・地域住民に開かれた地域活動を展開。
- ・医療法人救友会の基金拠出者を中心にして、湘南メディケア友の会を開設し、市民啓発活動を開催する。
- ・関係団体と協働して開講し、地域住民の啓発を推進し、コミュニティの健康意識の向上に寄与する。
- ・地域における有為の人材の協力を得て、書道、茶道、お花、お絵かき教室、園芸等の楽しみを提供するとともに、地域興しの拠点として住民に活用いただく。

## 3. 事業実績

### 【療養住宅の受け入れ基準】(2010年度時点)

項目	内容	受入
脳神経系	麻痺・言語障害・寝たきり・嚥下障害	○
循環器系	ペースメーカー使用者	○
呼吸器系	酸素(在宅酸素)使用者・	○
	気管切開・カニューレ使用者	×
	器械的人工呼吸	×
消化器系	人工肛門・経管栄養(胃ろう・経鼻)	○
内分泌系	インスリン注射	○
腎尿路系	留置カテーテル使用者・血液透析	○
感覚器系	難聴・全盲	○
感染症	B型肝炎・C型肝炎・梅毒・MRSA	○
その他	末期癌・癌痛・褥創・入退院を繰り返される方・認知症・事故などによる障害・常時点滴を必要とされる方(IVH含む)・HIV	○
	認知症	△

\*気管切開・カニューレ使用者、器械的人工呼吸は、夜間、常駐看護師を確保できないため、当面、対応が困難である。

## 【2009年度（12ヶ月間）の事業実績】

- 湘南真田クリニック 外来診療 6,203名、訪問診療 791件
- SMC 訪問看護ステーションさなだ 訪問看護件数 3,867件
- SMC ケアステーションさなだ 訪問介護件数 12,711件
- SMC 居宅介護支援事業所さなだ 延べ利用者 54人
- メディカルホーム（メディトピア真田）
  - ・入居者総数 51名、うち看取り 13名（2009年2月～2010年3月）

## 【メディカルホームの入居事例】

- 1) 他施設で受け入れが困難な入院中の高齢者
  - \*アルコール性肝不全、骨折後・認知症、胃ろう、褥瘡
  - \*悪性腫瘍末期（脳、胃、肺、盲腸、大腸、肛門、肝、乳房、骨）
- 2) 自宅介護が困難な高齢者
  - \*血糖検査・インシュリン注射、パーキンソン病、血液透析
- 3) 病院から自宅への回復支援が必要な高齢者
  - \*認知症・歩行困難、心不全
- 4) 老人保健施設で支援困難な高齢者
  - \*慢性硬膜下血腫、気管支喘息、骨折後後遺症
- 5) 有料老人ホームで支援困難な高齢者
  - \*短腸症候群、脊髄小脳変性症、認知症・排便障害

## IV. メディカルホームの社会的ニーズに関する検討

2009年1月～9月の9ヶ月間にメディカルホーム（メディケア真田）への入居照会につき検討し、社会的ニーズの把握を試みた。検討項目は、入居照会件数、入居希望者の年齢、入居照会元の内訳、入居希望者の疾患および治療内容とした。

検討の結果、次のことが明らかになった。

- ①入居照会は167件で、照会入居者の年齢は中央値84歳（57歳-100歳）であった。
- ②入居紹介元は、医療機関（19機関）31.1%、居宅介護支援事業所 23.4%、ホームページ等の広告 12.6%、紹介業者 9.6%、老人保健施設・行政機関、その他 22.8%であった。
- ③入居紹介元の医療機関は、急性期の基幹

病院 13機関（大学病院 3、市立病院 2、国立病院機構 1、国家公務員共済病院 1、済生会病院 1、農協厚生連病院 1、民間病院 4）、慢性期医療機関 5機関、診療所 1機関であった。

- ④入居希望者の疾患・治療内容の内訳は、悪性腫瘍 18.6%、脳血管障害・脳障害 17.4%、呼吸不全・在宅酸素療法 7.1%、骨折後後遺症・要リハビリテーション 7.1%、胃瘻 6.6%、糖尿病治療（インシュリン療法） 6.6%、認知症 4.8%、心疾患 3.6%、腎不全・血液透析 3.0%、気管切開 2.4%、肝不全・肝硬変 1.8%、視力障害 1.2%、その他 16.2%であった。
- ⑤これら167件の入居照会のうち41名が入

居し、うち看取りは9名にのぼった。

以上の結果から、医療依存度・要介護度の高い在宅療養者の受け皿としての社会的

ニーズは極めて高いことが判明した。

## V. 運用上の問題点とリスクファクター

### 1) 要介護区分に応じた支給限度額

現在の介護保険では、支給限度額（表1）を超えた金額は自己負担となる。自己負担分を支払えない利用者は、入居が困難になるか、事業所が無報酬のサービスを提供することを余儀なくされる。

現在の支給限度額では、医療依存度の高い利用者に適切な看護介護の療養支援サービスを提供することに限界があることが明らかになっている。

### 2) ケアマネジメントの困難性

介護保険報酬が限定されるため、必要な在宅サービスを提供できず、しかも、各事業者間で介護報酬を食い合う状況が生まれる。介護報酬の3%プラスの改訂にともない報酬単価が上昇したが、その分、重症な利用者への訪問回数を減らさざるを得ない状況が生まれており、結果として訪問サービスの低下を招いている可能性がある。

### 3) 訪問看護の困難性

施設住宅における医療依存度・要介護度の高い不安定な高齢者は、定期的な訪問看護だけではサポートが困難であり、頻回な訪問看護を余儀なくされる。この場合、支給限度内では保険報酬が得られず、無報酬のサービスを余儀なくされるとともに、訪問看護の特徴を生かすことが難しい。

また、医療保険では、医師による在宅診療と同じ日は実施された訪問看護は、保険報酬を得ることが出来ないため、無報酬のサービスを余儀なくされている。

### 4) 入居率による影響

高齢者住宅を併設した複合施設では、在宅療養支援診療所の訪問診療、訪問看護、訪問介護の住宅内での報酬額は入居率および入居者の医療依存度・要介護度により決定される。事業経営において、入居率が最大のリスクファクターになる。双方向性の在宅療養支援情報システム（情報ネットワーク）の整備が不可欠である。

### 5) 在宅療養支援情報システムの必要性

療養者側（需要）とサービス提供側（供給）のマッチングが可能な在宅療養支援情報システムが整備されていないため、事業所における利用者の確保が容易でない。とくに、制度の谷間にある受け皿の場合、医療依存度・要介護度の高い入居希望・サービス希望者の掘り起こしに多大な労力が必要となる。

表1. 訪問通所サービスの支給限度額

要介護状態区分	訪問通所サービスの支給限度額(月額)
要支援1	49,700円
要支援2	104,000円
要介護1	165,800円
要介護2	194,800円
要介護3	267,500円
要介護4	306,000円
要介護5	358,300円

最近、民間の紹介業者を活用して退院先を確保する医療機関が増加しつつある。入居した場合は、施設側が成功報酬として高額の紹介料金を負担せざるを得ないことも、リスクファクターの一つとなっている。

## 6) 民間プロジェクトの限界

高齢者住宅での療養には、入居費用（一

時入居金、賃貸料・管理料）、食費等、医療・介護費用の保険負担分および支給限度額を超える自己負担分の経費が必要になる。入居費用を低減したとしても、住宅での療養にはある程度の資金が必要である。資金のない高齢者の場合は、民間の自助努力では限界があり、何らかの公助が必要である。

## VI. 湘南メディケアセンター開設の意義

- ①新しい複合型医療・療養支援施設の運用を通して、問題点を抽出することが出来た。医療依存度が高く自宅で療養不能な高齢者（制度の谷間にある高齢者）に対し、住宅系施設でどこまで対応できるか、を明らかにすることが、今後の在宅医療・療養支援の整備に不可欠である。
- ②建築のプロセスと結果を通して、医療依存度・要介護度の高い高齢者に適合した住宅のあり方を検討できた。
- ③急性期・慢性期病院、居宅介護支援事業所、包括支援センター等との関係の現状を見直し、連携を促進する契機となった。
- ④医療依存度・要介護度の高い高齢者に対する看護療養支援の OJT (on the job training) の場として適切な環境を提供することができた。
- ⑤地域の熱意と善意に基づく基金拠出による療養支援事業を創設した。地域関係者が参画した療養支援事業のモデルを提供できた。
- ⑥医療法人とMS法人による協働事業のあり方について、俎上に乗せた。
- ⑦今後、運営の安定の上で、多くの諸団体・諸施設とネットワークを形成できる可能性が広がっている。

## VII. 展望

### 1) 超高齢化社会におけるパラダイムシフト

地域医療システムは、次の要素から構成される。

- ①プレホスピタル・ケア  
発生現場～医療機関
- ②インホスピタル・ケア  
病院医療（急性期 → 亜急性期・慢性期）
- ③ポストホスピタル・ケア  
外来医療、在宅医療・療養支援（老人保健施設、老人福祉施設等を含む）  
ポストホスピタル・ケアの場が看取りの

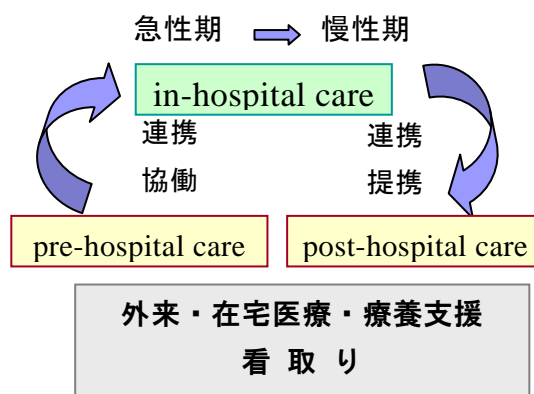


図8. 地域医療システムのシェーマ

場となることによりプレホスピタル・ケア～インホスピタル・ケアの負荷軽減に繋がるが、急性期疾患の急性発症や慢性疾患の急性増悪の場合はプレホスピタル・ケアの起点となる。

在宅医療・療養支援は在院日数の短縮を図る病院医療からの受け皿となるため、在宅医療・療養支援の整備が遅れると病院医療の稼働が滞り、病院医療（急性期病院から慢性期病院）の流れが遅滞し、遂にはプレホスピタル・ケアに多大な影響が及び、受入れ困難事例が多発することが予想され

## 2) 在宅医療・療養支援における複合施設の位置

核家族化が進み共働き世帯が増えていく中で老夫婦や一人暮らしの高齢者が増加している現在、家族介護を前提とする自宅での在宅医療・療養支援は困難になりつつある。こうした高齢者は本来、老人保健施設や老人福祉施設が受け皿となるが、急性期医療後の医療依存度の高い高齢者や療養病床で慢性期医療を受けている高齢者、あるいは、医療依存度・要介護度が高いために自宅での在宅医療・療養支援が困難になった高齢者の場合は、行き場がないのが現状である。

そこで、住宅型有料老人ホームや高齢者専用住宅を療養型住宅として活用し、在宅

る。即ち、超高齢化社会は、急性期医療と慢性期の高齢者医療を不可分とする包括的な地域医療へと医療構造を再構築することが必要となり、高齢者医療の主たる場は生活の場、即ち、在宅へとシフトすることが必然となる。

このようにして、疾病構造が急性期疾患から慢性期疾患へシフトする超高齢化社会では、保健医療・福祉全体の枠組みの変更（パラダイムシフト）が求められることになる。

医療・療養支援を提供することが、「制度の谷間」を解決する方略として浮かび上がってきた。

我々は、在宅医療・療養支援整備の一環として、全国に先駆けて複合施設のプロジェクトを立ち上げた。当初の計画のとおり、我々の複合事業体は自己完結するものではなく、地域に開かれ、地域と結んでこそ真価を発揮することが明らかになっている。

我々は、本プロジェクトがわが国の在宅医療を開拓するロールモデルとして位置づけられるものであり、問題点と課題を抽出し発信する作業を遂行していきたい。

## 3) 地域医療の再構築を目指して

わが国は、地域医療システムの再構築（医療再生）のプロセスに入りつつある。

昨年、傷病者の搬送・受入れの実施基準の策定等の施策を推進するために、消防法が改正され、都道府県ごとに救急医療対策協議会等が設置された。ここでは、医療機関と消防機関が協働し、プレホスピタル・ケア～インホスピタル・ケアの適正化が目

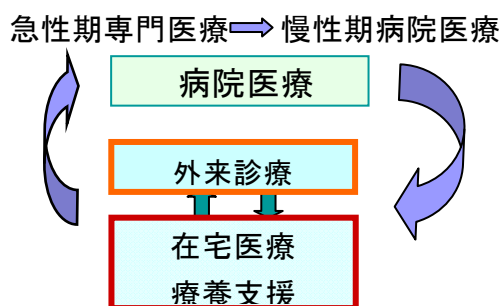


図9. 病院医療と外来・在宅医療

指されている。しかし、こうした入口問題の解決の前提は、出口問題の解決による救急病床の稼働を確保することである。

そのため、インホスピタル・ケア～ポストホスピタル・ケアの連携と協働の強化が目指されなければならない。高齢化社会では病院医療と外来・在宅医療・療養支援との連携と協働が機軸となる(図9)。高齢者の在宅医療・療養支援を、地域の急性期医療と提携し、療養病床・回復期リハビリテーション病棟による慢性期医療と連携しながら、整備することが急務である。

このためには、在宅医療・療養支援を担う医師を養成することが不可欠である。病院医療を担う医師の多くは専門医の教育を受けている。これらの医師が在宅医療・療養支援を担うには、家庭医/在宅医教育プログラムが必要である。また、専門科目の外来診療を行う開業医が効率的に在宅医療を担うには、ケア理論に基く家庭医療教育プ

ログラム、コールシステムを含む在宅診療システムおよび在宅医グループのネットワークの整備の3施策が不可欠である。

また、何より重要な課題は、わが国の医学教育に、縦割り専門医制度の枠を超えた横糸の医学として家庭医療学を導入するとともに、家庭医養成プログラムを普及し、全国的に家庭医の養成を開始することである。その家庭医が、場の医学である在宅医療に大きな役割を果たすべきである。

## おわりに

今後、救急医療を将来にわたって安定的に確保するとともに、医療依存度の高い高齢者に安心安楽な暮らしを保障するには、介護保険制度を見直すとともに、在宅医療・療養支援の整備および地域ネットワークの形成を通して、在宅医療の輪を拡げる必要がある。