

地域包括ケア時代を支える“救急医療とリハビリテーション”

栗原 正紀

一般社団法人是真会長崎リハビリテーション病院

(平成 28 年 4 月 6 日受付)

要旨：2025 年、団塊の世代が 75 歳以上となる。そして高齢者の救急搬送や入院が増加し、多死時代を迎えると共に、大量の認知症や要介護者が推計される。このため国は、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、ほぼ中学校単位で「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を目指している。またこのシステムが着実に構築されていくためには地域医療が効率的・効果的に質の高いものとして再整備されることが必須であり、各都道府県は地域医療構想の策定が危急の課題となっている。

地域医療において重要なことは高齢者の特性を踏まえた高齢者医療の体系化である。高齢者は入院により容易に合併症を併発して廃用となり、入院が長期化して、ついには寝たきりになることが知られている。また高齢者は慢性疾患を多く持ち(多病性)、潜在的な低栄養状態にあって免疫力の低下をきたしやすく、易感染性で、難治性である。つまり、高齢者は高度に進歩した急性期の臓器別専門治療のみでは生活に繋がる(戻る)ことが難しく、超高齢社会では従来の医師や看護師のみの医療では対処できなくなっていることを示している。

故に地域医療の再整備においては医療機能の分化・連携により、生活に繋がっていくような地域完結型医療提供体制の構築が重要であり、多職種協働が基盤となる。つまり従来の生活から隔絶された状況下で救命・救急あるいは臓器別専門治療に終始していた地域医療のあり方から、それぞれの病期において生活を視野に入れたあり方へ転換していくことが求められる。地域医療が地域包括ケアシステムを着実に支え、真に住み慣れた所でいつまでも安心・安全な地域生活が継続していくためには救急医療とリハビリテーションが地域のインフラストラクチャーとして包括的に展開されることが重要となる。

(日職災医誌, 64:197-202, 2016)

—キーワード—

地域包括ケア, 救急医療, リハビリテーション

1 はじめに

団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年、今までに経験したことのないような大量の要介護者が誕生する。当然ながら救急搬送や入院患者に占める高齢者の割合は著明に増加すると共に多死時代を迎える。そして地域生活では独居や高齢世帯(老々介護者等)の増加も見込まれる。また一方では、超高齢・少子化を反映して支える世代の人口は著明に減少するために、このまま放置すれば税収面でも財政難をきたしてくることは明らかで、このままでは我が国の社会保障制度そのものが破綻することが危惧されている。

これらの状況を鑑み、国は①社会保障財源を目的とし

た消費税増税、②医療・介護費用の抑制、③自己負担割合の増加、④社会保障の部分的産業化の推進などの方策を打ち出している他、⑤医療・介護サービスの効率的・効果的提供を目指した地域医療の再整備(医療費適正化計画、医療介護総合確保推進法、地域医療構想の策定等)および⑥自助・互助・共助を基本とした新たな支え合う地域づくり(地域包括ケアシステムの構築)を目指している。

この地域包括ケアは“重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、ほぼ中学校単位で「住まい・医療・介護・予防・生活支援」が一体的に提供される”ことを目指したシステムである¹⁾。その前提には地域医療の

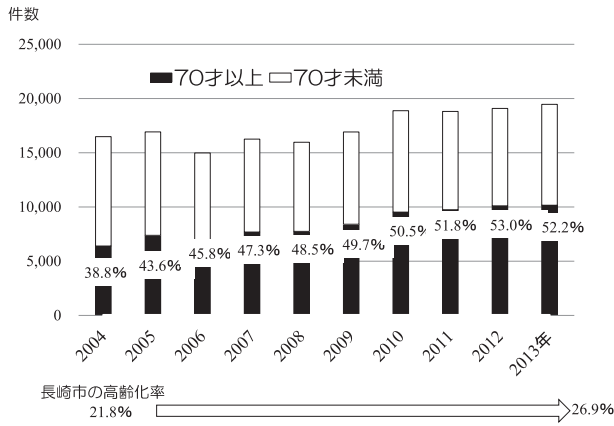


図1a 救急搬送患者の推移

あり方が問われている。単に救命救急や臓器別専門治療のみに留まらず、安心・安全な地域生活にしっかりと繋ぐ医療のあり方が大きな命題である。

そこで本稿では地域包括ケア時代を目指して地域医療のあり方、特に安心した地域生活を支える医療の基盤としての“救急医療とリハビリテーション（以下、リハビリ）”の包括的実現について考察を加える。

2 高齢化に伴う救急医療の変遷～長崎救急医療白書²⁾により～

(1) 救急搬送患者の推移（図1a）

高齢化率（人口に65歳以上の占める割合）が高くなるに従い（長崎市内の高齢化率の変化は2004年21.8%、そして2013年には26.9%と増加）、救急搬送件数が増加すると共に、搬送患者に占める70歳以上の割合は50%を超えるようになった。超高齢社会を迎え、地域の救急医療は高齢者医療が中心的課題となっている。

(2) 疾病構造の変化（図1b）

主たる救急搬送疾患の経年変化を見ると従来は脳卒中（特に脳梗塞）が最も多い原因疾患であったが、高齢化率の更なる上昇に伴い、肺炎件数が脳卒中とほぼ同じか、それを上回るようになってきた。また大腿骨頸部等骨折で搬送される高齢者も年々増加の一途をたどっている。しかも、これら疾患に占める70歳以上の割合（2013年白書より）は脳卒中68%、肺炎88%、大腿骨頸部等骨折90%であった。

人口の超高齢化に伴い、地域の救急医療は疾病構造が大きく変化し、高齢者医療の側面を強く持つようになった（因みに、我が国の救急医療体制が整備された当時（1978年頃）は交通事故などによる若者の外傷が主たる対象であった）。

3 超高齢社会と地域医療

超高齢社会に伴い、入院患者の約60%以上が65歳以上の高齢者となる。そして、高齢者は入院治療によって

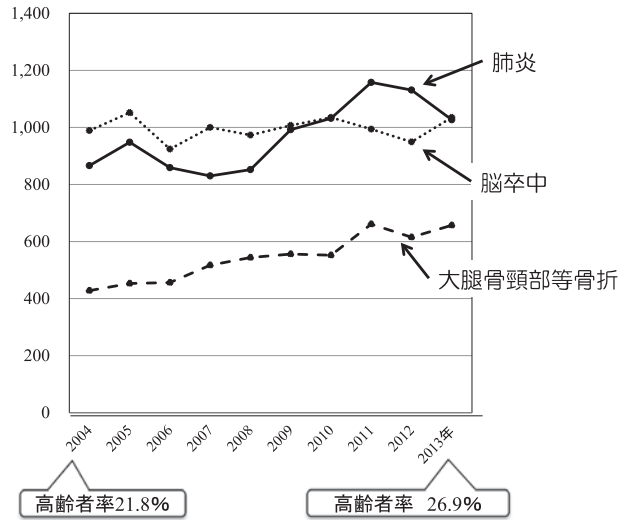


図1b 高齢化に伴う救急搬送疾患の変化（長崎救急医療白書より）

容易に合併症を起こしやすく、また廃用をきたし、入院が長期化して、ついには寝たきりになってしまうことが知られている。つまり“地域医療が生活に繋がらない”という事である。故に超高齢社会における地域医療（高齢者医療）では“如何に生活に繋ぐか”が大きな課題となる。

つまり寝たきりを作らず、生活を支える医療が求められる。

(1) 寝たきり問題と入院医療の変遷

1) 従来の医療観～遠い関係の救急医療とリハビリテーション～

従来（20世紀後半まで）、医療とは救命救急や臓器別疾患の専門的治療を行うことであった。そして入院は生活から隔絶された特別の世界で、安静を前提として治療する（故に治療中は絶食が常識であった）ことであり、医師（ほとんどが臓器別専門医）は全責任と権限を持ち、医師の直接的指示の下で看護が実践されるような環境であった。

そして患者・家族もまた入院したら寝まきに着替え、安静にして治療を受けることが当然として捉えていた。更に、一度入院すると治るまで同じ病院で治療を続けるといった「病院完結型」医療のあり方が当たり前であり、長期入院の患者を見かけることも珍しくなかった。

しかし、急速な高齢化に伴い、入院治療によって「命は助かった・病気は治ったが、寝たきりになってしまった」高齢者や社会的入院の増加が大きな社会問題となった。当時、救急医療とリハビリテーション医療はあまりにも遠い関係にあった。

2) 変貌する地域医療のあり方～近くなった救急医療とリハビリテーション～

2000年、介護保険法の成立および回復期リハビリ病棟の誕生は急性期病院の平均在院日数短縮化も相まって、地域医療のあり方に急激な変革をもたらすようになっ

地域完結型医療提供体制を目指して

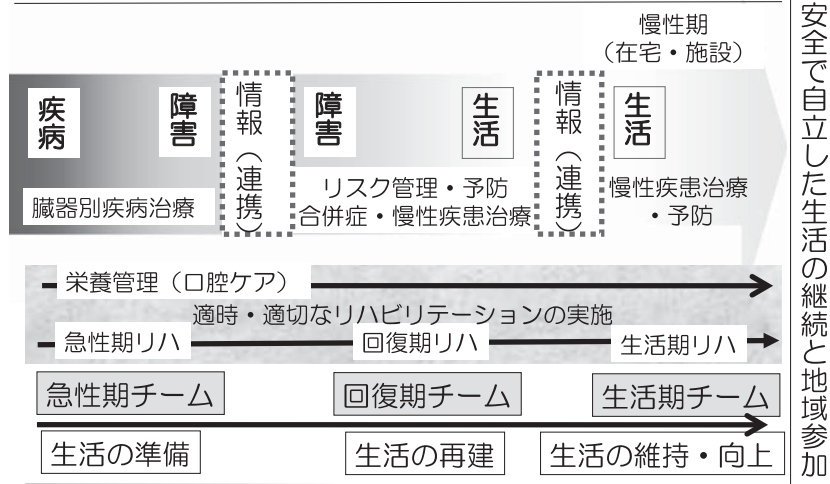


図2 医療機能の分化・連携

た。

著明な変化は、それまでリハビリは主に発症からおよそ3カ月経過してから開始されていたものが、特に高齢者の救急疾患であり、寝たきりになりやすいとされる脳血管疾患（頭部外傷や脊髄損傷なども含め）や整形疾患（主に大腿骨頸部骨折など）に対しては発症から1~2カ月以内に回復期リハビリ病棟に移り、集中的なリハビリが開始されるようになった。この結果、救急医療とリハビリが非常に近い関係となり、回復期リハビリ病棟が救急後の障害の改善や生活の再建の役割を担うことで救急医療を支え、且つ地域生活へ繋ぐ役割を担うようになった。

(2) 作られる“寝たきり”

1) 原因は廃用症候群

人は加齢に伴い種々の生理機能が低下する。このため高齢者は①潜在的低栄養状態、②多病性、易感染性、難治性であり、③行動・活動範囲が狭小化してくると共に転倒しやすく、精神的には④抑うつ、自信喪失、孤独で、⑤活躍の場を喪失していくなどの問題を抱える。故に、日常生活等においては腰・膝関節の痛みや風邪、軽度の打撲などによって容易に生活が不活発となり、閉じこもりがちで徐々に、或は、何らかの原因で入院すると急激な環境の変化、治療に伴う安静で長期臥床となり急速に、廃用症候群をきたす。そして肺炎などの合併症を併発し、ついには寝たきりになってしまう。

2) そして低栄養

加齢に伴う嗜好・味覚および口腔機能や消化器機能の変化によって食事摂取量が減少したり、食べ物に偏りが起こって来ることによって高齢者は容易に潜在的な蛋白・エネルギー低栄養状態になる。そして何らかの疾病が起こると低栄養によって、免疫能も低下し、難治性で且つ易感

性となる。また低栄養によって筋量の減少が起こることから、リハビリ効果を期待することは困難であり、結局は寝たきりになってしまう。

4 地域医療改革の本質（図2）

地域医療に課せられた命題は“寝たきりを作らず、効率的・効果的な質の高い医療サービスを短期間に提供し、安全・安心な地域生活に繋ぐ”ことである。

つまり医療が単なる臓器別疾患の治療に終始するのみならず、地域生活を視野に入れた高齢者医療を総合的且つ包括的に展開することに他ならない。

以下、そのための対策を整理する。

(1) 医療機能の分化・連携と地域完結型医療提供体制の構築

地域において生活を支える・生活に繋がる医療サービスが提供されるためには、それぞれの医療機関が急性期（国は高度急性期、一般急性期に分類）、回復期そして慢性期という、担う医療機能を明確にして、それぞれが生活の視点を取り入れながら連携し、地域完結型医療提供体制の構築を目指すことが重要である。因みに、リハビリ医療には従来より、生活の視点に基づき、急性期・回復期・生活期リハビリという流れに沿ったリハビリサービスを提供するという考え方があり、医療機能の分化・連携の基盤としてリハビリ医療が位置づけられることが望まれる。

つまり、急性期においては救命・救急又は臓器別専門治療と並行して早期からリハビリ（急性期リハビリ）³⁾および栄養管理を開始する。そのことで廃用を予防し、“生活の準備”や退院支援を行う。また急性期後に何らかの障害が残存して直接在宅復帰が困難な場合には連携によって回復期に移り、リスクおよび栄養管理の継続の下

安心・安全で自立した生活の継続と地域参加

で再発・合併症の予防や慢性疾患の治療を行うと共に、集中的リハビリを適切に実施して“障害の改善”と“生活の再建”を図っていく（回復期リハビリ）。そして再建された生活機能・能力の維持・向上によって地域生活が継続できるように慢性期医療（在宅医療を含む）や介護サービスなどが支援していく（生活期リハビリ）。

なお、これら機能分化は多職種協働（多職種によるチーム医療の実現）が前提となって安全・安心そして質の高い医療サービスの提供が担保されていく。

医療機能の分化・連携に基づく地域完結型医療提供体制の構築こそが、医療が生活に出会うための重要な方策である（“地域医療構想”策定時の重要な課題）。

(2) 急性期の臓器別専門治療を確実に生活に繋ぐための支援

1) 急性期における退院支援

急性期（救急）において入院早期から治療後の生活を視野にいたした退院支援が重要となる。担当の看護師や社会福祉士（地域連携室などに所属）は日頃から在宅支援に係るかかりつけ医（歯科医師・薬剤師なども含）や介護支援専門員（ケアマネジャー）を始めとして介護保険サービス提供者との“顔の見える関係づくり”を心がけることが大切である。また直接在宅復帰が困難な状態であれば、転院・転棟支援を行い、適切な生活の再建が行われるように情報提供等を行う。

2) 回復期における退院支援⁴⁾

回復期では生活の再建を図り、地域生活にしっかりと繋げていくことが大切な役割となる。この際、回復期に従事する専門職と在宅支援に関わる専門職との連携は言うまでもなく重要である。また、入院中からの担当リハビリ専門職による住環境調整・改修や福祉機器の導入あるいは社会福祉士による社会資源活用に関する提案、更に、生活の場となる自宅などを訪問して、生活をイメージした患者・家族へのきめ細かな助言・指導などが求められる。これらは安心・安全な地域生活の継続をもたらす重要な支援である。

3) 生活期（慢性期）における地域生活支援

生活期では、かかりつけ医、ケアマネジャーをはじめとして種々の介護保険サービスに係る専門職が回復期で獲得された生活機能・能力の維持・向上を図り、地域社会の一員として社会参加が達成されるように支援する。

また在宅医療においても全身管理、合併症の予防・治療そして慢性疾患の継続的治療のみならず、どのような重度障害が残存していても生活を視野に入れた支援を大切にしていくことが望まれる。

(3) 機能分化・連携を支える多職種協働（チーム医療）のあり方

チーム医療は目標と情報を共有した多くの専門職によって実現する。その主たる目的は①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上であ

り、豊かなコミュニケーション、情報の共有化の努力・工夫、目標達成のためのマネジメントとその教育が重要となる。またチームの一員として参画する専門職はそれぞれの分野における知識・技術の研鑽に努めることが前提である。

チーム医療の形（構成する専門職の種類など含め）や運営方法は機能分化された各病期（ステージ）における目的・視点が異なることから、それぞれのステージにおいて特異的となる。

以下、理想とするチームのあり方について整理する。

1) 急性期チーム

急性期の主たる目的は救命救急或いは臓器別疾患の専門的治療にある。このため臓器別専門医・特定看護師（または認定看護師）また治療の補完的補助役としての専門薬剤師・管理栄養士・心肺機能の改善・向上に関わるリハビリ専門職・専門放射線技師などが治療プログラム（クリニカルパス等）にそって専門家治療チーム（ユニット）として関わる（multidisciplinary team）。

そして一方で、効率よく、廃用や合併症を予防して、生活の準備、退院支援を担う看護師（理想的には介護福祉士も）、リハビリ専門職、社会福祉士などが取り囲むチーム（これを筆者はリハビリ・ケアチーム interdisciplinary team という）として速やかに自立生活に戻れるように支援することが理想的あり方であろう（現状は課題ごとのチーム：栄養管理サポートチーム、感染防御チームなどが側面から支援するようになっている）。

2) 回復期チーム（interdisciplinary team）

回復期においては集中的なりハビリが必要な場合には回復期リハビリ病棟が、そして継続的入院治療が主になる状態であれば地域包括ケア病棟が担う事になるであろう。いづれにしても、このステージでは急性期での臓器別専門家治療チームは不要であり、リハビリ・ケアチームが主たる役割を担う。但し、医師には総合診療医およびリハビリ医としての知識・能力が求められる。

3) 生活期（慢性期）チームまたは在宅支援チーム（transdisciplinary team）

本チームは再建された生活機能の維持・向上そして社会参加を支援することが主たる任務となる。かかりつけ医師・歯科医師・薬剤師および訪問看護師、訪問リハビリ専門職などには全身管理や慢性疾患の管理等のリスク管理に関する知識そして場合によっては緩和ケアなどの視点が求められると同時に、自立支援・社会参加をも視野に入れた関わりが求められる。関わる専門職がそれぞれ相乗り入れを行うことで、相乗効果をもたらすような成熟したチームワークが必要となる。

5 最後に（図3）

地域包括ケア時代、効率的・効果的な地域の救急医療が実現するためには、

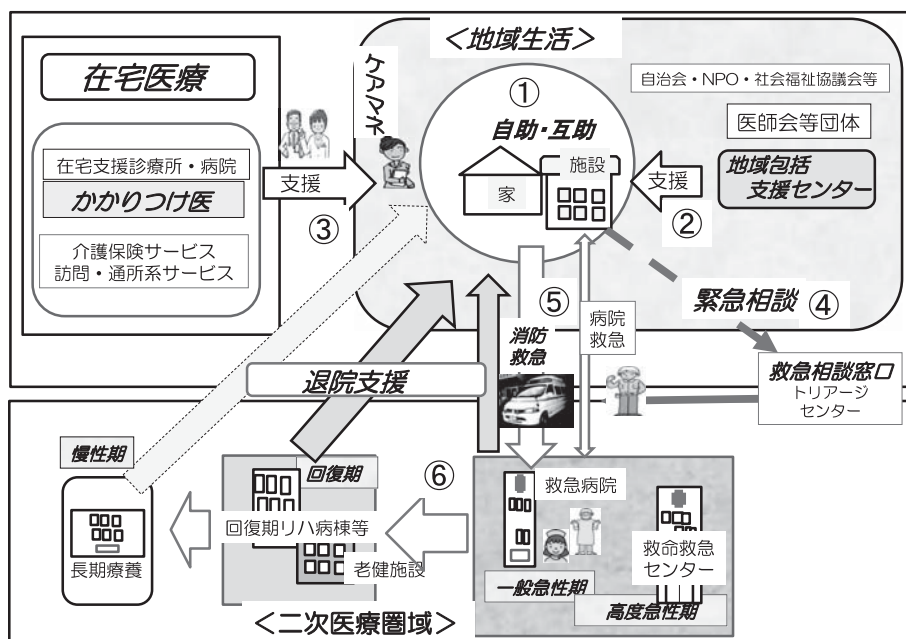


図3 地域包括ケアシステムと地域救急医療

(1) まず住民自らが健康な時に意思・意向を明確にしておくことが望まれる。「何かあった時にどうしてもらいたいのか? どのような医療を求めるのか? 求めないのか? そしてどこで、どのような最期を迎えたいのか?」など(自助)。

(2) また地域の日常生活においては、どのような状態でも「出番・役割」や「集い・支え合う」場が存在することで孤立化が予防される仕組み(互助)が必要であろう(図3①)。

(3) そして、かかりつけ医やケアマネジャーをはじめとした介護保険サービス提供者、或いは地域包括支援センターが必要に応じて身近なところで適切に支援するといった地域のあり様が前提となる(身近な共助)(図3②, ③)。

このような地域において体調が悪くなった(救急)時には救急相談窓口(緊急通報システム含め)に連絡(図3④)して助言を受けるか又はかかりつけ医やケアマネジャーへの連絡で往診を受ける。また必要に応じては病院救急車³⁾によってかかりつけ病院(例:かかりつけ医を通して事前に登録をしておくなどの工夫が望まれる)に搬送されたり、119によって消防救急車で救急病院に搬送される(図3⑤)。そして入院後は速やかに専門の治療に並行してリハビリを開始して生活の準備、更には退院支援が実施される(図3⑥)。また必要に応じて回復期に移り、適時・適切なりハビリを継続して、生活の再建が行われ、地域生活に戻る。

このように地域包括ケア時代には

1) 地域では

①障害や年齢、人種、病などに関わらず、尊厳が遵守

され、どのような人でも出番・役割の機会・場を自らの興味や生きがいに基づいて選択でき、地域社会の一員として存在感を持ちながら生活することができる

②更に、住民同士が互いに支え合い、見守り、助け合う仕組みが存在する。

そして

2) 救急医療とリハビリテーション医療が地域のインフラストラクチャーとして存在し、医療や介護サービス等が必要に応じて適切且つ包括的に提供されることで、安心・安全な地域生活が支えられている。

このようなシステムが地域住民と共に構築されていくことが望まれる。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文献

- 1) 唐澤 剛：地域包括ケアを考える視点. 救急医学 38：995—999, 2014.
- 2) 長崎市・長崎実地救急医療連絡会編：長崎救急医療白書 2012, 2013
- 3) 中村俊介：チームアプローチとしての早期リハビリテーション, ICUから始める早期リハビリテーション. 中村俊介編. 東京, 羊土社, 2016, Surviving ICU シリーズ, pp 35—40.
- 4) 栗原正紀, 門脇亜矢：回復期リハビリテーション病棟での退院支援のあり方. リハビリナース 40：8—12, 2013.
- 5) 有賀 徹：地域包括ケアシステムにおける救急医の役割. 救急医学 38：1006—1011, 2014.

別刷請求先 〒850-0854 長崎市銀屋町4-11
長崎リハビリテーション病院内
栗原 正紀

Reprint request:

Masaki Kurihara
Nagasaki Rehabilitation Hospital, 4-11, Ginya-machi, Nagasaki
city, 850-0854, Japan

**The Essential Role of Rehabilitation and Emergency Medicine in Supporting Japan's
Community-based Integrated Care System**

Masaki Kurihara
Nagasaki Rehabilitation Hospital

Japan will face its peak in the number of old people when the baby boomers will turn 75 years of age and the decline in birthrate in 2025. The number of elderly patient with emergency transport will increase and there will also be a huge number of elderly people with dementia and/or long-term care. In preparation for this situation, the government decided to establish the community-based integrated care system by 2025.

On the other hand, the "Nagasaki emergency medical data-base" of the patients transferred to the emergency hospitals by ambulance cars has shown the increasing number of elderly patients with stroke, pneumonia, or hip bone fracture along the ageing of the population. The older people especially over 65 are known to have physiological characteristic compared with younger people, such as having several chronic diseases, undernutrition, consequent susceptibility to infection, and intractable disease. They also tend to be bedridden not only by long-term hospitalization but also during acute treatment under long term bed-rest.

Thus, the community-based integrated care system requires the implementation of the rehabilitation and emergency medicine in the community where people can live long and safely.

(JJOMT, 64: 197—202, 2016)

—Key words—

community-based integrated care, emergency medicine, rehabilitation medicine