患者・利用者の視点からみた地域におけるヘルスケアの質について

埼玉学園大学大学院 経営学研究科
ヘルスケアサービス・マネジメント教授　**一戸　真子**

～要旨～

本論文は、地域包括ケアシステムの構築においては、これまでの施設中心から在宅中心へと地域におけるヘルスケアのあり方が大きく転換することに伴い、今後充実させるべき視点について論じたものである。在宅中心となることにより、患者・利用者の視点がより重要となること、セルフケア能力の向上が求められること、高齢者や認知症患者の増加に具体的に対応するためには、予防の視点のみならず、終末期ケアの質の保証がより重要となってくること、在宅中心のケアの構築には、救急医療の質の保証が強く求められてくることについて考察した。

1　はじめに

様々なところで議論されているように、現在の日本の医療や介護を中心とするヘルスケアを取り巻く諸環境は、大変厳しくなっており、先を見越した法整備や政策が次々と展開されている最中である。本論では、現在進行中の医療・介護を中心とする制度改革の現状について確認しながら、各サービスを受ける側である患者・サービス利用者の視点から検証を試みることとしたい。特に、今後の中心的な考え方とされる地域包括ケアシステムをベースに、地域におけるヘルスケアの質について今後の課題の抽出を行いたい。

2　患者、利用者中心の視点の重要性

WHO のプライマリ・ヘルスケアに関するレポートによると[1)]、プライマリ・ヘルスケア改革は、すべての人々の健康のためヘルスシステムに注目しなければならないとしている。さらにレポートでは、改革の際には以下の４つの切り口があるとしている。

① 健康の公平性を改善するためのユニバーサルカバレッジ改革
② 健康に関する専門家組織や権威をより信頼できるようにするためのリーダーシップ改革
③ 人々中心のヘルスシステムにするためのサービス提供システム改革
④ 地域における健康を保持し、促進するための公共政策改革

特に③と④に注目していただきたい。医療を中心とするプライマリ・ケアもプライマリ・ヘルスケアに含まれるが、具体的なサービス提供のためのシステムは、あくまで人々中心、すなわち患者やサービス利用者中心のシステムとなっ

ていなければならないということは大変重要な視点である。近年の制度改革はどちらかと言うと、病院や診療所、介護施設などの主にサービス提供する施設中心のシステムや連携となりがちであるが、質の視点からは、サービス利用者中心のシステムであることを確認することがとても大切である。また人々の生活圏である地域を中心とした実質的な政策改革がなされることが重要な点として指摘されているが、Dionne[2]らは、プライマリ・ケアにおける包括的ケアは、地域における頻繁に起こる症状（common problems）に対し、適切なサービスを提供することが重要であるとしている。つまり、医療も含め、人々が直面する軽度のものから重症なことまで様々な課題（problems）に対し、適切なケアが地域において提供されるシステムのあることが求められていることが理解できる。

3　地域包括ケアシステムについて

地域包括ケアシステムは、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進行し、すでに国民の約4人に1人が65歳以上の人口となっている我が国において、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービスを提供する体制のことである[3]。すでに2025年まで残り10年を切っている中で、具体的なシステムの構築が急がれている。地域包括ケアシステムは、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制であり、具体的には、高齢者の日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、見守り・配食・買い物などの生活支援、という5つの視点での取組が、包括的（利用者のニーズに応じた適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必要であるとされている。

地域包括ケアシステムを構成する要素としては、先に述べたように「医療」、「介護」、「予防」、「住まい」、「生活支援サービス」という5つの構成要素が掲げられてきたが、専門家による検討を重ね、図1のような、より具現化した枠組みが提示された。検討会報告書では、「介護・リハビリテーション」、「医療・看護」、「保健・予防」、「福祉・生活支援」、「住まいと住まい方」の各要素がばらばらに提供されるのではなく、それぞれの役割に基づき、互いに関係しながら、また連携しながら在宅の生活を支えている関係であるとされた[4]。具体的なシステムの構築に関しては、「自助」、「互助」、「共助」、「公助」の4つの視点から、各地域の特性に応じてシステムが

図1　地域包括ケアの考え方

出典：三菱UFJリサーチ＆コンサルティング「＜地域包括ケア研究会＞地域包括ケアシステムと地域マネジメント」
（地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業）、平成27年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2016年 より

構築されていくこととしており、従来の並列関係であった5要素については、「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスの前提として「住まい」と「生活支援・福祉サービス」の整備があることへの理解が必要であるとされた。また、地域包括ケアシステムは、元来高齢者に限定されるものではなく、障害者や子供を含め、地域のすべての住民にとっての仕組みであり、専門職、介護事業者、行政だけでなく、様々な地域の諸主体であるすべての住民が関わることが重要であることが示された。

4　利用者の視点からみた地域における保健・医療・福祉・介護

地域包括ケアシステムの構築により、次第に地域におけるケアの質が高まっていくことと思われるが、現状において利用者の視点からみた地域における保健・医療・福祉・介護が抱える諸課題について、以下検討してみたい。

(1) セルフケア能力が求められることについて

今後中心となる地域包括ケアシステムは、人々が実際に長年生活をしてきた住み慣れた地域が中心であり、さらに場の拠点を「在宅」ととらえている。従来の医療を中心とした施設、特に病院や有床診療所中心のモデルとは異なっており、大きな変化である。これまでは、病院や有床診療所には各専門の従事者が大勢おり、患者にとっては安心してお任せすることができ、自身の病気のことにのみ集中していればよかった。もう少し具体的に言えば、チーム医療の下、食事もベッドも提供され、治療のコントロールも、身体の清潔管理も専門家が行ってくれて、さらに、心配ごとや悩みごとなどの相談もいつもプロが側にいてくれて、助言や安心を与えてくれていたと言える。しかしながら、今後は在宅すなわち「住まい」が拠点となるということは、どんなに各専門の機関や職種が連携していたとしても、通常は家族が同居していれば家族単位、ケア付きなどの住宅でなく長年住み慣れた戸建ての古い住宅に独居でかつ比較的元気で自立できる場合には、自分自身単独で自らの生活や心身の状態の把握、清潔管理、食事や洗濯などの家事、そして医療や介護ニーズなどについて色々と考え、決定し、行動しなければならないということになる。かなり高いセルフケア能力が求められるということは明らかである。

また、地域包括ケアシステムにおいては、おおむね30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）を単位として想定している。地域包括ケアシステムの姿としては、自宅やサービス付き高齢者向け住宅等の住まいが中心となり、病気になったら医療（日常医療と専門医療）、介護が必要になったら介護（在宅系サービスと施設・居住系サービス）、いつまでも元気に暮らすために生活支援および介護予防があり、これらすべてに関する相談業務やサービスのコーディネートを行う役割を果たすのが地域包括支援センターであり、ケアマネージャーの仕事ということになる。さらに、具体的なシステムの構築においては、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要であるとしており、日常生活圏域ニーズ調査や、地域ケア会議の実施、医療・介護情報の「見える化」などを進めながら、課題を明らかにし、介護保健事業計画の策定を行い、様々な支援を行っていくこととしている。

しかしながら、一般的に、高齢者が日常生活圏域に保健・医療・福祉・介護に関するどのような専門的な施設やセンター、専門家やボランティアがいるかということを理解しているだろ

うか。我が国においては、専門職に進むキャリアコースをとらなければ、保健・医療・福祉・介護に関して体系的に学ぶ機会がほとんどないのがこれまでの日本の現状と思われる。

また、毎日の生活の大半が仕事一色で、思考も仕事中心で、仕事に関する知識が脳のほとんどを占領してきた男性高齢者等は少なくないはずである。このような男性高齢者の方々の大半は、セルフケア能力は高くはないが、これまでの日本の高度経済成長を支えてきた功労者であることは間違いない。家の中のことはすべて妻に任せていた男性高齢者の一人暮らしにおいては、一言で家事といっても大変であることが容易に想像できる。今日何を着るか？献立を考える？どの食材でどのような料理ができる？どの食品にどのような栄養素が含まれている？洗剤や衛生用品の種類と購入先、値段は？浴室の清掃やシーツの洗濯は？などについては馴染みがないと思われる。日常生活の質を保証するための様々な知識や情報を持ち合わせていない高齢者も少なくない。地域包括ケアシステムにおいては、生活支援サービス提供のイメージとして、外出支援、食材配達、安否確認、権利擁護、移動販売、配食＋見守り、コミュニティカフェ、家事援助、交流サロン、声かけなどがあげられているが、限られた時間と人的資源の中で、果たしてどれだけ支援を充実させることができるだろうか。やはり、比較的自立度の高い高齢者等については、ある程度のセルフケア能力を高めるための啓蒙や教育、情報提供などは緊急性の高い課題かと思われる。

さらに、Cockerham は、人々が健康なライフスタイル（health lifestyle）を構築するためには社会構造や働きかけの相互作用が重要であるとしている[5)]。健康なライフスタイルを繰り返し実施する習慣を身に付けるには、生活を変化させることができるための社会構造が必要であり、健康的な選択を行えるよう社会化された働きかけが重要でもあるとしている。しかしながら現実的には、健康なライフスタイルを繰り返し習慣化できるか否かには、年齢やジェンダー、人種やその他社会階層などが影響を及ぼすとしている。このことは大変重要なことと思われる。アルコールやたばこ、ドラックなどの依存症など、好ましくない習慣を変容させることは大変難しいことであるということを十分に認識し、地域包括ケアを進めていくことが必要であると思われる。

（2）認知症の増加について

健康的な行動を選択でき、病気になっても患者役割をしっかり果たせる人々が増加することの重要性については先に述べた通りであるが、今後の重要な課題として、認知症高齢患者の増加についても考えなければならない。認知症高齢者の地域での生活を支えるための地域包括ケアシステムを中心とした新しいシステムを、厚生労働省が中心となり、内閣官房、内閣府、法務省、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省等と共同で、「認知症施策総合戦略（新オレンジプラン）－認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて」が策定されている[6)]。わが国の認知症高齢者の数は、2025 年には約 700 万人で、65 歳以上の高齢者の約 5 人に 1 人に達することが見込まれていることから、認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指し、新オレンジプランが 2015 年 1 月に策定されている。認知症高齢者の方々は、多くの場合、次第に合理的、理性的な意思決定が大変難しくなっていく。従ってセルフケア能力の向上は見込めない。ではどのよう

なシステムの構築が必要であり、どうすれば患者、利用者中心のケアの質を保証することができるのであろうか。

新オレンジプランでは、認知症高齢者等にやさしい地域づくりの推進として、①普及・啓発、②医療･介護等、③若年性認知症、④介護者支援、⑤認知症など高齢者にやさしい地域づくり、⑥研究開発、⑦認知症の人やご家族の視点の重視、の７つの柱を提示している。具体的には、認知症について正しく理解し認知症の人や家族を温かく見守り、支援する応援者である認知症サポーターの養成や、認知症地域支援推進員の市町村ごとの配置、認知症ケアパスの活用などによる医療・介護等の有機的な連携による発症予防から発症初期、急性憎悪時、中期、人生の最終段階それぞれの認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護の提供ができる循環型の仕組みの構築、認知症サポート医の養成、認知症疾患医療センターの計画的な整備、すべての市町村での認知症初期集中支援チームの設置など、決め細かな支援体制が順次整備されていくこととなっている。

また、７つの柱の一つである「認知症の人やその家族の視点の重視」については、他の６つの柱のすべてに共通するプラン全体の理念でもあるとしており、これまでの認知症施策は、認知症の人を支える側の視点に偏りがちであったという観点から、初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援、認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など、認知症の人やその家族の視点を重視した取り組みを進めていくとしている。できるだけ予防を強化し、初期段階からの様々な積極的なアプローチを進めることは大変希望がもてる施策であり、ケアの質が高まることが大いに期待される。

しかしながら、認知症の高齢者の方々の終末期におけるサポートのあり方に関する検討については、やや懸念されるところである。わが国においては、一般的にこれまで認知症の患者さんの多くは、精神科の病棟や介護施設などで長期の療養生活の延長で終末期を迎えてこられたケースが多いと思われる。残念ながら、拘束や抑制の実態も少なくなく、尊厳ある終末期が十分に実践されていなかった場合も想定される。今後は地域包括ケアシステムの中で、在宅を中心とする終末期のあり方を検討することになるかと思われるが、家族による介護殺人などのケースも後を絶たず、問題は深刻であると思われる。

(3) 終末期におけるケアの質について

「死の質（Quality of Death）」に関する国際比較についての報告書[7]が出されているので参考にしてみたい。『The 2015 Quality of Death Index ―Ranking Palliative Care Across the World』は、Trisha Sureshらが率いるEconomic Intelligence Unit（EIU）チームによる世界80か国の緩和ケアの質に関する比較調査結果がまとめられたものである。2010年に行われた40か国を対象とした1回目に引き続き、調査内容などの改定を加え、2015年版が公表されている。

全部で20 の指標（indicators）によって評価され、それらは5つのカテゴリー（①緩和ケアを含むヘルスケアの環境（Palliative and healthcare environment）、②人的資源（Human resources）、③ケアの入手可能性（Affordability of care）、④ケアの質（Quality of care）、⑤地域連携（Community engagement））に分類されている。トータルスコアの第1位はイギリスで、2010年時も第1位で連続して世界トップ水準と言える。続く第10位までは、オーストラリア（第2位）、ニュージーランド（第3位）、アイルラン

ド（第4位）、ベルギー（第5位）、台湾（第6位）、ドイツ（第7位）、オランダ（第7位）アメリカ（第9位）、フランス（第10位）の順になっている。日本は第14位であり、前回は40か国中第23位であったのが、順位を上げた結果となっている。アジアでは、台湾、日本の他、第12位にシンガポール、第18位に韓国が入っている。残念ながら下位の各国は、第80位イラク、第79位バングラディッシュ、第78位フィリピン、第77位ナイジェリア、第76位ミャンマー、第75位ドミニカ共和国の順となっている。

日本に関する分析としては、レベルの高い病院などの施設と十分にスキルのある専門家が、高いレベルのヘルスケアシステムを支えている一方、緩和ケアに関しては、地域ベースのネットワークの構築は十分できているが、残念ながらがん患者が中心であり、その他の疾患患者についてはまだ不十分であると指摘されている。今後は益々様々な疾患を抱える患者が在宅で終末期を迎えることが多くなることが予測されるとすると、疾患の特徴に応じたそれぞれの患者ニーズに沿ったケアの質が求められることになると思われる。

（4）救急医療体制の充実について

医療機関内においては、患者の急変時にも対応できるだけのスタッフが十分いるが、残念ながら在宅においてはきちんとした救急医療体制が整備されていなければ、ケアの質を保つことは難しい。地域包括ケアシステムにおいては、在宅を拠点とし、病気になったら急性期を中心とする地域における機能ごとの病院との連携を充実させることとしているが、残念ながらすべての病院においては、1年365日救急医療体制に応じることが現実的に困難であることの前提で連携を強化しなければならないと思われる。

2014年、有賀らによって取りまとめられた『救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書』[8)]では、日本における様々な救急医療の現状分析と課題の抽出が行われているので、以下内容を検討してみたい。

救急医療体制の課題の中に、高齢者搬送の増加が取り上げられている。報告書では、救急搬送人員数は年々増加しており、その中でも特に高齢者の救急搬送患者は2000年の約148.8万人から2011年には約265万人と1.8倍に増加していることが課題となっていると指摘している。高齢者は複数の疾病を罹患している可能性が高く、病歴の把握に時間を要すること等の理由から救急隊による医療機関の照会回数の増加や現場滞在時間の延長につながりやすいことが課題として挙げられており、このため、緊急度の高い患者を迅速、適切に医療機関に搬送する体制を維持するには、高齢者の増加に対応した病院前医療体制の改革が求められるとしている。ここから言えることは、地域包括ケアシステム構築の目的は、2025年の団塊の世代が後期高齢者となることを想定していることを考慮すると、今以上に高齢者の救急搬送数が増加することはほぼ間違いない。とすると、すでに救急医療の現状において高齢者の搬送数が増加していることから、今後はどの地域においても、救急医療機能の整備と迅速な搬送、的確で質の高い治療に辿りつけるよう、連携の強化や種々の改革は不可欠と思われる。

さらに報告書では、救命救急センター、高度救命救急センター、二次救急医療機関、初期救急医療機関それぞれの現状分析がなされている。救命救急センターについては、当初の目標である概ね人口100万人に一か所の約2倍である265か所の施設が都道府県において指定されており、現在も増加傾向にあり、数的には充実が図られ

ているが、専従医師数、年間受入れ重篤患者数など施設間に大きな差がみられ、「すべての重篤な救急患者を 24 時間体制で必ず受け入れる体制」といった本来の機能を果たせていない施設も見受けられるとしている。今後は、量的には充実してきているので、質的な充実が図られ、地域間格差のないよう改善されていくことが重要であると思われる。

また、二次救急医療機関については、二次救急医療機関の救急車受入れ実績や診療体制には医療機関間で大きな差が見られることが指摘されている。更に、二次救急医療機関が「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療を行う」といった本来の機能や、地域の高齢化・疾病構造の変化などによる救急需要の増加・変化に対応するためには、新たな対策が求められているとしている。前述の救命救急センターと同様、二次医療機関においても、施設が存在していても、実際に十分な機能や役割を果たせているかといった質の問題が指摘されていることに注目する必要があると思われる。今後地域包括ケアシステムにおいて、連携と役割が強化されていく中で、それぞれの施設が実際に機能しなければケアの質が保証されないことについては、十分に検討していく必要があると思われる。

さらに、初期救急医療機関については、一定の役割を果たしているとした上で、地域によって、休日のみや準夜帯のみの診療であったり、診療科が限られたりするなど、体制の違いがみられることが指摘されている。地域包括ケアシステムの構築については、それぞれの地域に見合った工夫が求められているが、救急医療体制の整備については、患者の視点からは一定の質が保証され、標準化された機能がどの地域においても果たせるよう強化されることが強く求められると思われる。

(5) 救急医療機能評価について

先ほど述べたように、今後は救急医療の質の保証がより重要となってくると思われる。我が国における第三者による評価を実施している日本医療機能評価機構[9]において救急医療機能評価スタンダードが作成されている。表 1 は救急医療機能に関する評価項目である。本評価項目は、救急機能をもつ病院を対象としたスタンダードとなっている。すでに病院機能評価後の受審病院に該当する付加機能評価項目となっているが、我が国の救急機能を有するすべての病院に該当する内容かと思われる。地域における高次救急機能を有する多くの病院がスタンダードを参考に標準化され、質的な保証がなされることは患者にとって大変重要なことであると思われる。

具体的には、「Em.1.2 救急部門の地域における役割と連携体制が適切に定められている」項目では、地域の協議会や連絡会議への参加による地域の救急医療体制の把握や、救急患者の受け入れと他施設への搬送の安全性などについて、4 項目のスタンダードによる評価が行われている。また救急部門の体制の確立（Em.2）については、必要な人員の配置について日勤帯と時間外・休日それぞれにおける充実が求められている。患者中心のケアにとっては大変重要な視点であると思われる。さらに、診療各部門との連携（Em.3.2）については、救急部門からの継続的な診療の質確保のための各診療科や ICU 部門との連携に関する評価項目となっている。「Em.5 救急患者への適切な対応」については、消防・救急隊からの受け入れ依頼への対応から救急救命士への指示、適切な緊急的処置の実施や、病院内外への円滑なコンサルテーションが求めら

表 1　救急医療機能（付加機能）評価項目　Ver.2.0

Em.1　救急部門の地域における役割と基本方針
Em.1.1　救急部門設置の趣旨・理念と基本方針が明確に定められている
Em.1.1.1 救急部門の理念・基本方針が明文化されている
Em.1.1.2 救急部門の理念・基本方針を院内に周知・徹底している
Em.1.2　救急部門の地域における役割と連携体制が適切に定められている
Em.1.2.1 地域の協議会や連絡会議に参加し、地域の救急医療体制を把握している
Em.1.2.2 救急部門の地域における役割・機能が適切に定められている
Em.1.2.3 救急患者の受け入れと他施設への搬送を安全・円滑に行うことができる
Em.1.2.4 救急部門の役割・機能について、地域からの評価を受けている
Em.2　救急部門の体制の確立
Em.2.1　救急部門の組織が確立し人員が適切に配置されている
Em.2.1.1 救急部門の組織図があり管理責任者が明確になっている
Em.2.1.2 救急部門に必要な人員が確保されている（日勤帯）
Em.2.1.3 救急部門に必要な人員が確保されている（時間外・休日）
Em.2.2　救急処置室・検査室・手術室の施設・設備・器機が適切に整備されている
Em.2.2.1 救急処置室の施設・設備が適切に整備されている
Em.2.2.2 緊急対応が可能な検査・画像診断設備が適切に整備されている
Em.2.2.3 緊急手術のための設備が適切に整備されている
Em.2.2.4 救急部門の設備・機器の保守・点検を適切に行っている
Em.2.3　救急患者を受け入れる病床が確保されている
Em.2.3.1 輸液治療や経過観察、入院判断のために用いる観察用ベッドが整備されている
Em.2.3.2 救急患者が入院するための専用の病床が整備されている
Em.3　救急部門の機能の発揮
Em.3.1　救急部門の運営委員会が設置され、適切に開催している
Em.3.1.1 運営員会が適切に開催され、救急部門の円滑な運用に努めている
Em.3.1.2 運営委員会の検討経過・内容を適切に記録している
Em.3.2　診療各部門との連携が取られている
Em.3.2.1 院内の診療各科より迅速な支援を受けることができる
Em.3.2.2 重症な救急患者を ICU 部門で受け入れることができる
Em.3.2.3 入院が必要な救急患者を診療各科で受け入れることができる
Em.3.2.4 早期リハビリテーションに取り組んでいる
Em.3.3　救急部門の業務実績を把握している
Em.3.3.1 救急患者の受診記録があり、それに基づいて受入れ患者件数、救急車搬送件数、外来転帰などの基本統計を把握している
Em.3.3.2 傷病別・重症度別の救急患者受け入れ件数を把握している
Em.3.3.3 主要な検査・診断件数、処置・手術件数などの診療業務量を把握している
Em.4　救急部門における質改善に向けた取り組み
Em.4.1　救急医療に関する教育・研修を行っている
Em.4.1.1 救急部門の職員に救命処置に関する教育・研修や訓練への参加を奨励している
Em.4.1.2 救急医療に関する研究活動に参加している
Em.4.1.3 救急部門の職員の専門性を育成する仕組みがある
Em.4.1.4 地域および他施設の医療従事者・救急救命士などの教育に関与している
Em.4.2　救急医療に関する症例検討会を開催している
Em.4.2.1 症例検討会を定期的に開催している
Em.4.2.2 死亡症例に関する検討会を開催している
Em.4.2.3 受け入れ患者の院内死亡率など医療のアウトカム指標を把握している
Em.4.2.4 アウトカム指標などに基づいて救急医療の質向上に取り組んでいる
Em.4.2.5 多施設間の疾病登録活動に参加し、その結果についての検討を行っている

Em.5　救急患者への適切な対応
Em.5.1　救急患者を適切に受け入れている
Em.5.1.1 消防・救急隊からの受け入れ依頼に適切に対応している
Em.5.1.2 救急部門の医師が救急救命士へ指示または指導を行っている
Em.5.1.3 受け入れ不能の場合の対応が適切に行われている
Em.5.2　救急患者受け入れ時の対応が適切に行われている
Em.5.2.1 医師・看護師により重症度、緊急度に応じて診療順の振り分けなどを行っている
Em.5.2.2 緊急的処置が適切に実施されている
Em.5.2.3 病院内外へのコンサルテーションが円滑に実施されている
Em.5.3　緊急時の検査・診断に迅速に対応している
Em.5.3.1 救急部門内での検査・診断を適切に行っている
Em.5.3.2 必要な検体検査を適切に行い、その結果を迅速に報告している
Em.5.3.3 必要な画像診断を適切に行い、その結果を迅速に報告している
Em.5.4　救急患者の手術を適切に実施している
Em.5.4.1 各科専門医に迅速に連絡し、外科的治療に関し適切な判断を行っている
Em.5.4.2 緊急手術に適切に対応している
Em.5.4.3 術後の管理を適切に行っている
Em.5.5　救急部門において感染管理を適切に行っている
Em.5.5.1 救急患者の受け入れ時に標準的な感染防護対策を実施している
Em.5.5.2 感染性廃棄物を適切に処理している
Em.5.5.3 感染症患者の隔離に関するルールが定められている
Em.5.6　救急医療の記録を適切に記載している
Em.5.6.1 救急患者の診療記録を適切に記載している
Em.5.6.2 ICU 記録などその他必要な記録を適切に記載している
Em.5.6.3 救急部門から転棟する際に救急部門における診療のサマリーを遅滞なく作成している
Em.5.7　患者・家族への配慮がなされている
Em.5.7.1 救急処置室において患者のプライバシーに配慮している
Em.5.7.2 心理面に配慮して待機中の家族に対応している
Em.5.7.3 患者・家族の待合室、説明室に配慮している
Em.5.7.4 救急外来の患者が帰宅する際に患者・家族へ健康管理指導や手当て・処置の方法を説明している
Em.6　災害時の対応
Em.6.1　災害時の対応体制が適切である
Em.6.1.1 病院が地震や火事などに被災した場合に用いる救急部門におけるマニュアルが整備されている
Em.6.1.2 病院外で災害が起こった場合に対応するマニュアルが整備されている
Em.6.1.3 近隣で多数傷病者が発生した場合や、大規模災害が発生したときに、院外に職員を遅滞なく派遣する仕組みがある
Em.6.2　特殊災害への対応体制が適切である
Em.6.2.1 特殊災害への対応マニュアルが検討・整備され、必要に応じて見直している

出典：日本医療機能評価機構　救急医療機能 Ver.2.0（2010.7 版）より

れている。特に「Em.5.2.3　病院内外へのコンサルテーションが円滑に実施されている」については、社会的な背景がある場合（虐待を疑った時など）には、病院内外の福祉関係部門などへ連絡し、適切に対応することが求められている。まさに地域包括ケアシステムにおける連携において重要な点かと思われる。今後はよりきめの細かい連携が必要になってくることは明らかである。「Em.5.7 患者・家族への配慮がなされている」については、救急外来の患者が帰宅する際に患者・家族へ健康管理指導や手当・処置の方法を説明していることが求められている。在宅を中心とする地域包括ケアシステムにおいては、今後益々重要となる内容かと思われる。こ

れらのすべての項目を満たした救急医療体制の整っている医療機関が地域において存在することは、今後の在宅を中心とするケアシステムには必要不可欠である。

5　まとめ

医療と福祉の連携をはじめとした在宅を中心とする地域包括ケアシステムの構築には、患者・利用者中心の視点からの検証が必要であり、様々な連携によって提供されるケアの質保証においては、今後、患者や利用者自らのセルフケア能力の向上が求められ、増加する認知症対応における現実的な問題への対応や終末期ケアのあり方の検討、地域包括ケアシステムには救急医療体制の整備と救急医療の質保証が不可欠であることなど、種々の重要な課題について論じてきた。これらの諸課題も含め、今後世界に誇る地域包括ケアシステムが構築され、人々が最期まで地域において幸福に過ごせることを期待したい。

【注】

1）WHO, 2008,『The World Health Report 2008 Primary Health Care- Now More Than Ever 2008』.

2）Dionne S. W. Kringos, Wienke G. W. Boerma, Allen Hutchinson, Richard B. Saltman eds. 2015,『Building Primary Care in a Changing Europe』,WHO

3）厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi-kaigo-koureisha/chiiki-houkatsu（2017年3月20日）

4）地域包括ケア研究会、2013、『持続可能な介護保健制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書―地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』三菱UFJリサーチ＆コンサルティング

5）William C.Cockerham,2016『Medical Sociology thirteenth edition』,Pearson

6）厚生労働省、2015、『認知症施策推進総合戦略（オレンジプラン）－認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて』

7）The Economist Intelligence Unit, 2016, 『The 2015 Quality of Death Index − Ranking Palliative Care Across the World』, LIEN Foundation

8）有賀徹　他、2014、『救急医療体制等のあり方に関する検討会報告書』、厚生労働省

9）日本医療機能評価機構　http：//jcqhc.or.jp/（2017年3月20日）

いちのへ　しんこ
埼玉学園大学大学院経営学研究科ヘルスケアサービス・マネジメント教授。
東京大学大学院医学系研究科博士課程修了、博士（保健学）。
北海道医療大学看護福祉学部専任講師、高崎健康福祉大学医療福祉学部助教授、上武大学看護学部医療管理学教授、同大学教育研究センター長を経て現職。

【主な著書】
『国際看護』（編者）学研、2016年
『ヘルスケアサービスの質とマネジメント』（単著）社会評論社、2012年
『生き方としての健康科学』（共著）有信堂、2013年
『健康と社会』（共著）NHK出版、2011年
『福祉国家の医療改革』（共著）東信堂、2003年
『保健・医療・福祉の総合化を目指して』（共著）光生館、1997年