

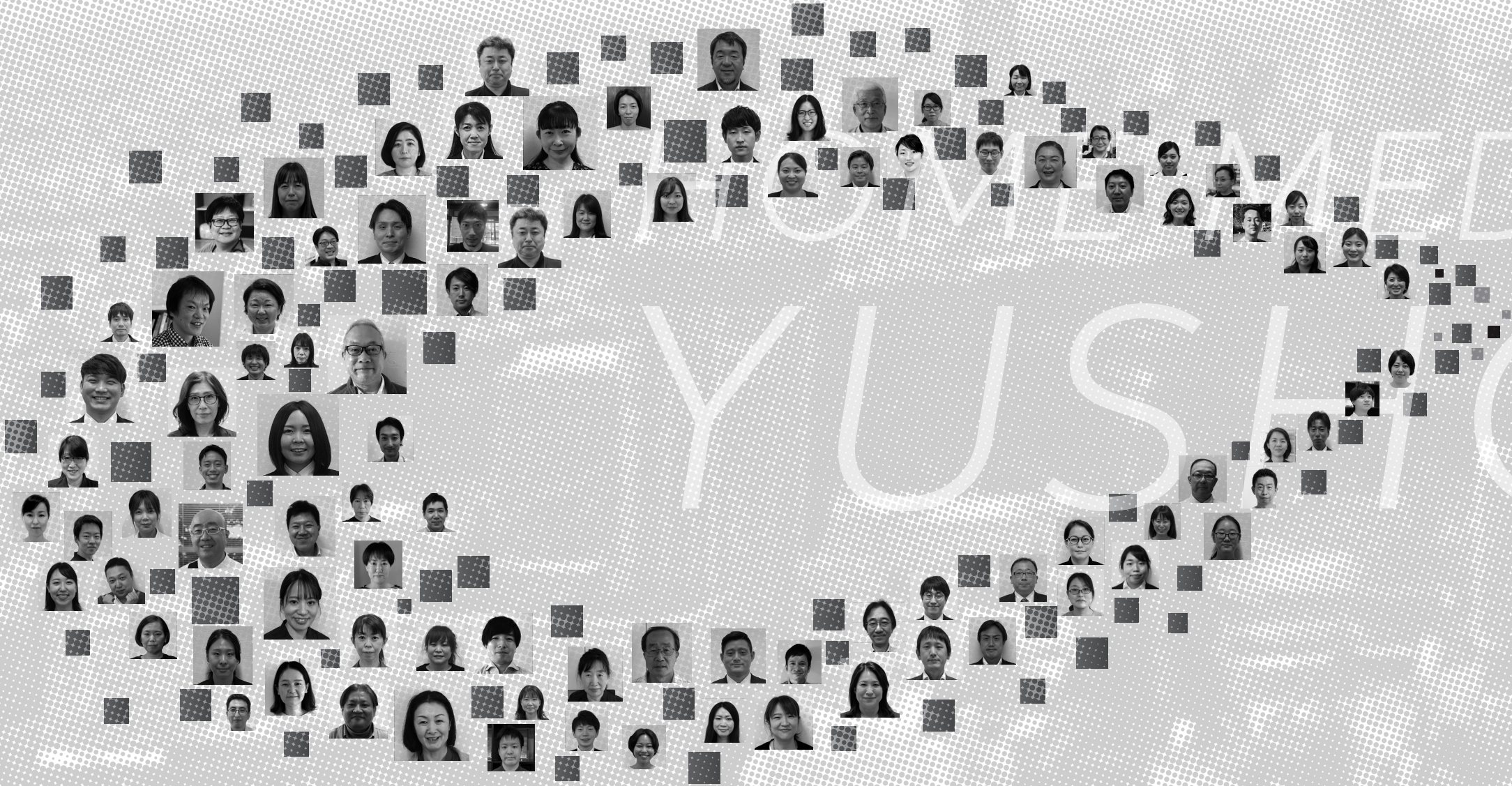
HOME MEDICAL CARE

YUSHOUKAI

医療法人社団 悠翔会

ANNUAL REPORT 2021

幸せな人生を生き切る、
ネクスト・ソサエティへ





悠翔会は、日々現実と向き合う知見とテクノロジーで、すべての人が質の高い生活を送る地域共生社会を実現します。

私たち悠翔会には、在宅医療グループのパイオニアとして、「すべての人を幸せにする」という理念のもと、社会課題の解決へ純粋に取り組んできたDNAがあります。それは、つねに10年先・20年先の社会を想像し、人の声に耳を傾け、日々の現場を実践してきた歴史。その行動力で、次世代の地域共生社会も、より良いものにしていきます。一人ひとりの人生を、最期まで見守る。地域に深く入り込み、課題解決の視点をもつ。そこにあるのは「ひとりの人生を、チームで愛するプラットフォーム」です。命の大切さ、家族の想い、働く人のモチベーションをお互いに感じながら、みんなで力を合わせ、より良く、楽しく生きる暮らしをデザインし、一人ひとりの想いを「人生を生き切る感動」へと導いていきます。テクノロジーを使って、歴史と経験の「暗黙知」を、みんなで使える「形式知」に。在宅医療というフィールドを、すべての人が気軽に使える普遍のツールに。すべての人と幸せをシェアする、次の悠翔会へ。幸せな人生を生き切る社会を目指し、暮らしを、あしたを変えていきます。



写真：榊智朗

佐々木 淳

医療法人社団 悠翔会　理事長・診療部長

はじめに

最期まで自宅で過ごしたいと願うすべての人の想いに応えるために。2006年、私たちは東京都心・千代田区に最初の在宅医療クリニックを開設しました。
在宅総合診療、確実な24時間対応、そして患者さんの人生観を大切にする医療。地域の方々にこの3つの価値を約束し、それを忠実に守ってきました。
現在、志を同じくする96名の医師たちが、首都圏と沖縄の18の診療拠点から、常時6,500名の患者さんの生活を365日24時間途切れることなくサポートしています。
精神科や皮膚科など専門医による訪問診療、そして訪問リハビリ、在宅食支援（訪問歯科診療・口腔衛生指導・管理栄養指導）なども順次スタートし、在宅でのあらゆる医療ニーズに応えるべく「チーム力」を磨いてきました。

私たちを動かすもの。
それはよりよい未来への強い願いです。

みなさんは「超高齢社会」という言葉にどんなイメージをお持ちですか？　それは明るい未来だ、と自信を持って言い切れる人はどれくらいいるでしょうか。日本はすでに超高齢社会です。現在、29%の日本の高齢化率（65歳以上人口割合）は、将来的に40%まで増加するとともに、総人口も急速に減少し、生産年齢人口は50%を下回ります。障害とともに生きる人は13%、認知症とともに生きる人も13%に達すると予想されています。世代間支援を前提とした社会保障制度は持続可能性が懸念されるようになってきました。増え続ける高齢者を支える介護のリソースも慢性的に不足し、支えられる高齢者の側も、自らの意思で人生を選択できる人は残念ながら少数です。

また、人口構造の変化に伴い、医療ニーズも急速に変化しています。命を守るための急性期医療が、高齢者の身体機能・認知機能を低下させること、そして人生の最終段階のQOLを低下させる可能性があることが明らかになってきました。

その一方で、後期高齢者の救急搬送は増加の一途、急性期医療への依存度を高めています。

医療費が増大する一方で、国民の医療に対する満足感は先進国の中では最下位とされる日本。コロナ禍でもさまざまな課題が浮き彫りになった日本の医療、これからどうあるべきなのでしょうか。

本来、「長生き」は私たちの共通の願いだったはずです。超高齢社会は、多くの人がそれを実現できるようになったという喜ばしい成果であるはずです。これを豊かなものにする責任が私たちにはあります。

答えはこれまでの延長線上にはないかもしれません。

「人生の豊かさ」の本質を追求する。加齢や病気に伴い心身の機能が低下しても、最期の瞬間まで安心・納得して生き切れるコミュニティをつくる。

そして、長生きを心から喜べる社会をつくりたい。

私たちは、高品質な在宅医療の提供を通じて、新しい社会に最適化した仕組みづくりに、積極的に取り組みます。

Index

HOME MEDICAL CARE | YUSHOUKAI
ANNUAL REPORT 2021

Structure

診療拠点 …… 6
診療能力 …… 10
診療チーム …… 12
夜間・休日の診療体制 …… 14
組織運営 …… 16

Process

患者数 …… 18
医科診療件数 …… 20
歯科診療件数 …… 22
地域連携 …… 24

Outcome

すべての人に、「安心できる生活」と「納得できる人生」を …… 26
急変を防ぐ …… 28
入院を減らす …… 30
望む場所で最期まで過ごせる …… 32
自ら選択した人生を、尊厳を持って生き切れるように …… 34
診療外の主な活動実績 …… 36

Challenge

- COVID-19

私たちが目指すのはNEXT SOCIETY …… 38
新型コロナと向き合った22カ月 …… 39
在宅医療は、命を守るための最前線 …… 40
感染拡大により、防波堤が破られた …… 42
感染した在宅患者への療養支援の継続と看取り援助 …… 44
首都圏で医療崩壊、新型コロナ感染者が地域に溢れる …… 46
新型コロナ肺炎を在宅で治療・管理する …… 48
新型コロナ患者への在宅医療は機能した …… 50
対談　新型コロナ対応を通してみえてきた地域医療の課題と可能性 …… 52
横倉 義武 × 佐々木 淳
新型コロナ患者への療養支援を通じて …… 54
新型コロナ第五波を乗り切るための活動資金のご寄付をありがとうございました …… 56

- Social Inclusion

認知症と地域共生社会 …… 58

- Global Collaboration

新興国における医療提供 …… 60

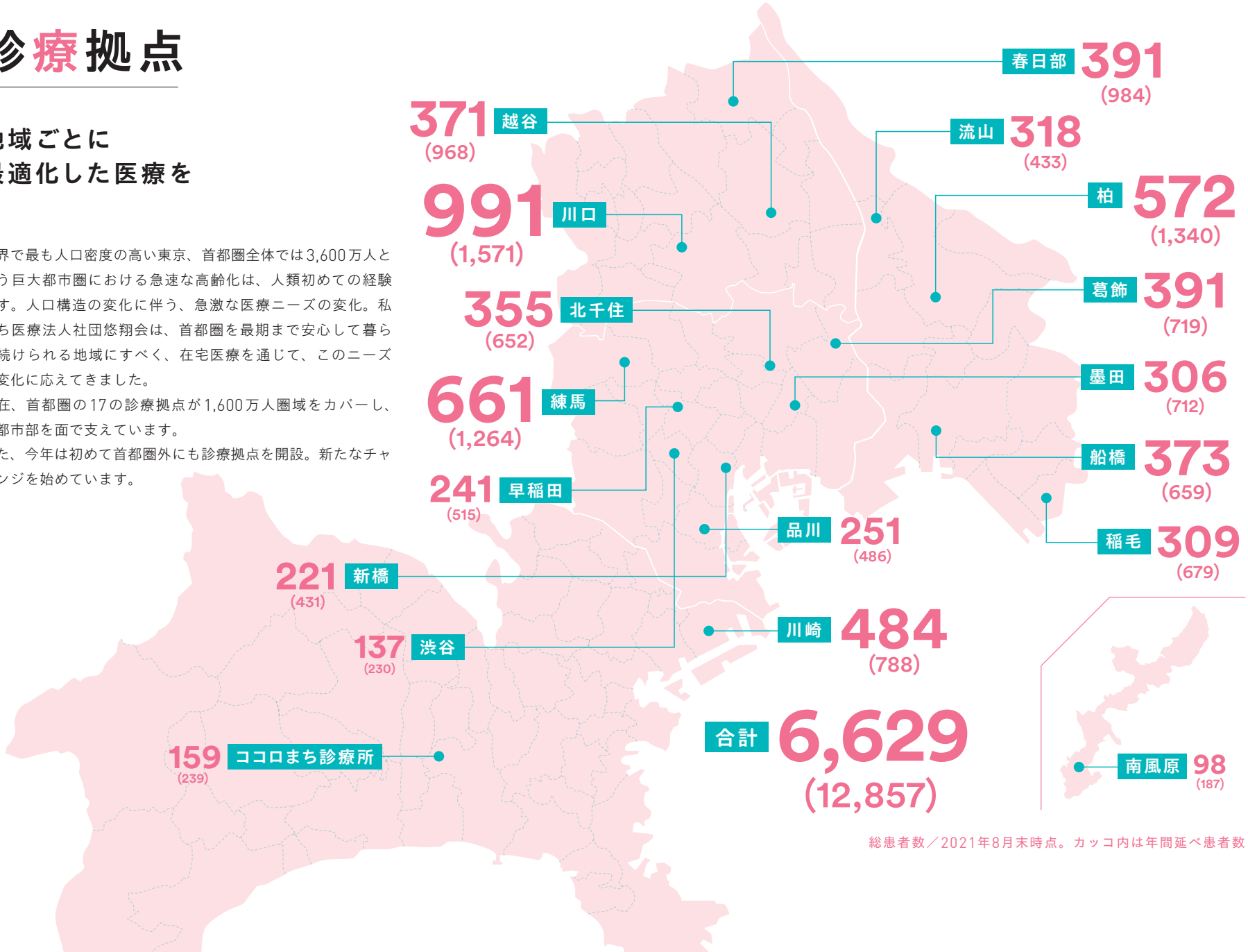
Structure

多様なニーズに24時間応え続けられる在宅医療提供体制を構築する

診療拠点

地域ごとに
最適化した医療を

世界で最も人口密度の高い東京、首都圏全体では3,600万人という巨大都市圏における急速な高齢化は、人類初めての経験です。人口構造の変化に伴う、急激な医療ニーズの変化。私たち医療法人社団悠翔会は、首都圏を最期まで安心して暮らし続けられる地域にすべく、在宅医療を通じて、このニーズの変化に応えてきました。
現在、首都圏の17の診療拠点が1,600万人圏域をカバーし、大都市部を面で支えています。
また、今年は初めて首都圏外にも診療拠点を開設。新たなチャレンジを始めています。



総患者数／2021年8月末時点。カッコ内は年間延べ患者数

2021年に開設した3クリニック

●流山／承継

悠翔会在宅クリニック流山

悠翔会在宅クリニック流山は、協栄年金ホーム（ビラ・ナチュラ）の1階にあった協栄年金ホーム診療所を承継し、2021年5月に開設されました。千葉県流山市・柏市・野田市および周辺の一部地域を診療エリアとしています。元々の診療所は、当該施設の入居者や職員を対象としておりましたが、承継後は、以前の機能を果たしつつ、悠翔会在宅クリニック柏と密に連携し、東葛地域のさらなる診療の充実を図り、東葛地域の皆様の頼れる医療機関として成長していきます。



院長
白石 貴久





●藤沢／参加

ココロまち診療所

現代人はさまざまな「生きづらさ」を抱えています。心や身体の苦痛、人間関係、経済的な事情、挙げ始めるとキリがありません。これらを解決するには医療や介護だけでなく多様なつながりが必要です。自然とつながり、生きづらさが軽くなり、いつの間にか健康になっている。そんな空間をつくりたいと考えています。それは地域に住む人たち、老若男女問わず、もちろん働く側の我々も含みます。法人の一員となることで可能性、選択肢が広がると思い悠翔会に参加させていただきました。



院長
片岡 侑史





●沖縄／新設

くくるホームケアクリニック南風原

くくるホームケアクリニック南風原は、沖縄県南部を訪問対象地域として2021年5月より診療を開始しました。開院後、順調に患者さんをご紹介いただき、10月には管理患者数が100人を超えました。終末期の患者さんが最期の時間を自宅で過ごしたいという依頼も多く、地域の訪問看護師や介護事業所と協力し、患者さんとご家族が安心できる緩和ケアを実践しています。スタッフもHCA※5名、医師3名と充実してまいりました。今後も地域に求められるクリニックを目指したいと思います。



院長
東 賢志





※HCA：ホームケアアシスタント（13ページを参照）

診療拠点

地域社会の付加価値を高める医療を

私たちは首都圏における15年間の在宅医療の運営実績、18の診療拠点の開設経験から、大都市部における在宅医療の１つの成功モデルとされています。しかし、私たちの目標は事業規模を大きくすることではありません。「かかわったすべての人を幸せに」、これが私たちの基本理念です。では、私たちがかかわるべきは「誰」なのでしょうか。そして、どのように幸せを広げていくことができるのでしょうか。首都圏ではここ数年、多くの在宅医療クリニックが開設されました。しかし、既に30の在宅療養支援診療所がある地域に、31個目を開設することにどれほどの意味があるのでしょうか。人口を考えれば十分な成長の余地はあります。しかし、そこにどれほどの社会的インパクトがあるのでしょうか。

多くの在宅医療専門職を擁する広域医療法人にしかできないことがあるのではないか。
そんな思いの中で、首都圏を一歩踏み出した今年、私たちは今後の診療拠点の開設にあたり、４つの大きな要件を言語化しました。
今後、首都圏のみならず、離島や山間地などの医療過疎地、在宅医療の絶対的不足地域を中心に、地域の課題解決と医療の持続可能性の両立にチャレンジしていきます。

診療拠点 新規開設における ４つの要件

- 潜在患者数ではなく、地域へのインパクトを優先する。
- 保険診療だけに依存しない、新しい地域医療の形を具現化する。
- 家庭医療・在宅医療の教育研修拠点として機能する。
- 首都圏におけるより付加価値の高い在宅医療を提供する。

東京都新宿区

悠翔会在宅クリニック新宿



神奈川県藤沢市

ノビシロクリニック藤沢



愛知県知多郡武豊町

悠翔会ホームクリニック知多武豊



鹿児島県大島郡与論町

パナウル診療所



（すべて2022年内開設予定）

進行中の開設計画

新宿／都心クリニックの統合移転・法人全体のBCPの確保へ

悠翔会在宅クリニック早稲田は、当法人最初のサテライトクリニックとして2008年12月に開設しました。新宿区を中心に訪問してきましたが、このたび法人内の渋谷クリニックと統合し、マンパワーと専門性を兼ね備えた新しいクリニックとして新宿に新規開設することになりました。多くの多職種の皆様と共に学び支え合える、地域の交流の場を目指したいと思います。



悠翔会在宅クリニック早稲田
院長　田鎖 志瑞

一人ひとり考え方の異なる患者さんに寄り添った医療を行うためには、チームが協力し合い、一体となることが必要です。また、組織が大きくなることで、それぞれが不得意な部分を補完し合えるようになり、患者さんのニーズにお応えできる範囲も広がると考えます。他医療機関、また多職種で協力し合いながら、より地域に貢献できるように精進してまいります。



悠翔会在宅クリニック渋谷
院長　風間 敏男

藤沢／新しい街づくりへ、ゼロからの参加

「悠翔会×ノビシロハウス」、それによって生まれる安心安全な地域社会の未来図！…それは何の目標にもなり得ず、互いに手を携えて仕掛けていく取り組みも、共有する目的のための戦術に過ぎません。悠翔会がとか、あおいけあがとか、医療とか介護とか、そんな枠組みからはみ出して、市民が勝手にソーシャルワークしていくようなプラットフォーム構築のために、世界にも20年後にも残せるような協業をしていきたいと考えています。



株式会社あおいけあ
代表取締役
加藤 忠相

知多／地域医療へのチャレンジと家庭医療・在宅医療の教育研修研究拠点として

私たちは「教育の力で医師を育て、地域そして世界を変革する」を理念に総合診療医の育成を行っています。その育成の場としては、400床以上の大規模病院、200床未満のコミュニティホスピタルと並び、診療所が重要だと考えます。今回、その立ち上げに関われることは大変意義深く、総合診療医育成において重要な第一歩と考えております。知多半島南部において、地域にとって不可欠な教育診療所をつくっていけたらと思います。



藤田医科大学
総合診療プログラム
プログラム責任者、
豊田地域医療センター
副院長
大杉 泰弘

与論／離島医療の持続可能性の確保へ

与論島で30年余り地域医療に携わりましたが、2021年3月に閉院いたしました。住民の健康と生活を守ることができなくなり、心を痛めておりましたが、幸いこのたび悠翔会のご厚意により、診療所を再開していただくことになりました。四方を海に囲まれた離島は、住民の“運命共同体”という意識が強い社会だと思います。地域の生活、人々の行動様式や健康状態等の情報を共有でき、自分の仕事の結果がみえるという点では魅力的であり、また責任という意味では、ある程度緊張感が持続します。現在、医療は専門分化が進み、救急搬送システムも整備されました。離島医療の形も変化し、地域簡潔型か、専門医療との連携型の医療にするかの判断がより重要になっています。伝統的に神道の文化を基本とした死生観に立ち、魂の存在を信じる与論島では、自分の家で最期を迎える慣習が守られています。医療従事者として、地域の暮らしと文化を尊重することが一番大切であるため、スタッフの方々には、まず地域に溶け込んで、自分自身の人生を充実させていただきたいと思います。



与論島
「幸福の島づくり健康大使」、
パナウル診療所 開設者
古川 誠二

診療能力

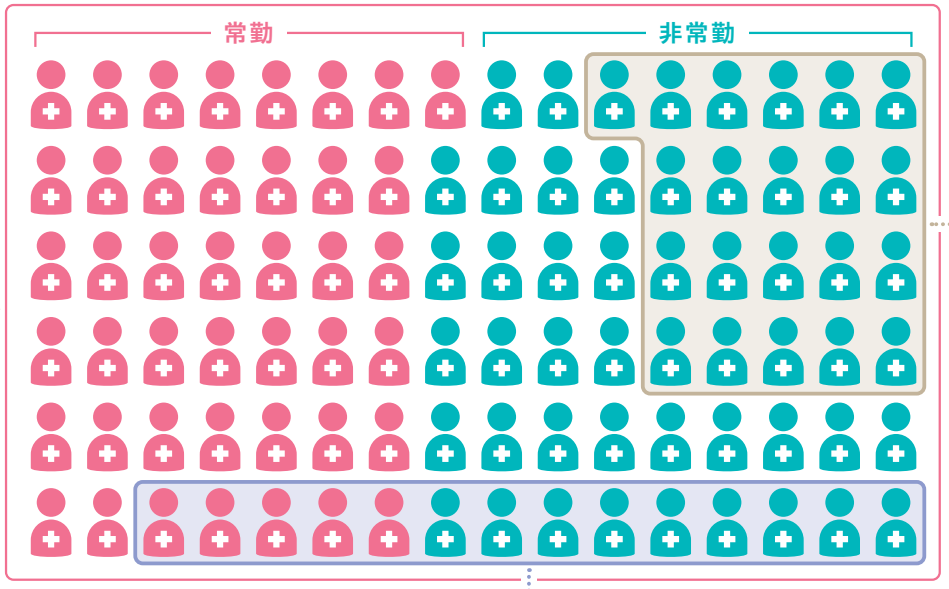
その人の「生きることの全体」を支える医療を

悠翔会では、患者さんごとに固定された主治医が、患者さん・ご家族との信頼関係に基づき、継続的かつ計画的な医療を提供しています。主治医はプライマリ・ケア全般に対応しますが、主治医の能力を超えるものは、チーム全体が副主治医として主治医の診療を支援します。
医師は自らの診療能力を磨き続けるとともに、法人としてもチーム全体での対応能力を高める努力を続けています。今年は複数の診療拠点の新規開設、既存拠点の機能強化等のため、10名の医師を新規採用し、診療能力を大幅に増強しました。

医師数・歯科医師数

96人

常勤43人
非常勤53人
［ 前年比+10人 ］



総合診療（主治医）を担当する医師

61人

常勤38人
非常勤23人

- 家庭医療専門医 …… 4人
- 家庭医療指導医 …… 4人
- プライマリ・ケア認定医 …… 5人
- プライマリ・ケア指導医 …… 4人

専門診療を担当する医師・歯科医師

14人

- 歯科 …… 10人
- 精神科 …… 2人
- 皮膚科・形成外科 …… 2人

夜間・休日の当直を担当する医師

21人

サブスペシャリティにより対応可能な診療科目

- 脳神経内科／脳神経外科
- 循環器内科／心臓血管外科
- 呼吸器内科／呼吸器外科
- 消化器内科／腹部外科
- 腎臓内科／泌尿器科
- 代謝内分泌内科
- リウマチ・アレルギー内科／膠原病科
- 血液内科／感染症内科
- 腫瘍内科／緩和ケア内科

診療能力を高め続けるために

在宅医療は、家庭医療・総合診療の一部です。よりよい在宅医療を提供するためには、「在宅特化」ではなく、この基礎にある家庭医療の概念を理解し、そのスキルを習得する必要があります。また、成長のためには、自らの課題を認識し、目標を設定する必要があります。そのために悠翔会では、個々の医師の診療能力をアウトカムとして可視化しています。

現在、月1回のカンファレンス、在宅医療専門医取得に向けた勉強会をWebで行っています。カンファレンスでは各クリニックの医師や看護師が持ち回りで事例の発表を行い、法人内外の多職種によるディスカッションを行います。また、法人として専門医の積極的な取得を推奨しています。悠翔会にはポートフォリオ作成指導歴が豊富な家庭医療専門医、在宅医療専門医が複数在籍しており、希望者への家庭医療理論のレクチャーや、ポートフォリオ作成のための個別の支援を行っています。



悠翔会在宅クリニック北千住
副院長　松本 真一

外来・病棟・救急に加えて在宅医療にも対応する家庭医の、背景学問となっているのは家庭医療学です。その代表的なアプローチに、身体面だけでなく、心理面・社会面も分析し、患者さんやご家族の背景や考えにも注目する、「患者中心の医療の方法」があります。このアプローチが、住み慣れたご自宅で、ご家族と過ごす在宅療養における、身体面だけにとどまらない困りごとへの対応に適しているという観点からも、家庭医療学を学ぶことは、在宅医療の質の向上に役立つと考えます。



悠翔会在宅クリニック墨田
医師　田中 顕道

主治医による総合診療＋専門医によるチーム医療

在宅医療における精神科の役割としてとても重要な点は、精神科医を、“必要時、在宅医が気軽に相談できる専門家”としていることです。法人内の優秀な在宅医であったとしても、ときには判断に迷う患者さんがいらっしゃるでしょう。そうした際に気軽に診断や投薬等について相談できる、ということが非常に重要だと思っています。ですので、各クリニックの主治医及びスタッフと、可能な限りスムーズな連携がとれることを日々心掛けています。「精神科医がいるから悠翔会を選んだ」というお声にも、真摯に応えていきたいと思っております。



医療法人社団悠翔会精神科
医師　中野 輝基

診療チーム

合理的なタスクシェアと専門性の発揮

悠翔会では、患者さんにより高密度に、より付加価値の高い診療を提供すべく、医師・歯科医師のみではなく、多様な専門職が連携して診療しています。
また、悠翔会の各診療拠点は、それぞれの地域でのセイフティネットとしての役割を期待されていることが多く、医療面・社会面で複雑な課題を抱えておられる患者さんのご紹介が少なくありません。多職種でチーム力を発揮し、患者さんやご家族の問題解決にしっかりと貢献していきたいと考えています。

看護師

62人

［ 前年比+7人 ］

医療ソーシャルワーカー

22人

［ 前年比+5人 ］

診療アシスタント

75人

［ 前年比+11人 ］



専門性と総合性の両方が発揮できる組織へ

基本的に医師の診療には看護師、または医師の診療をフレキシブルに支援できるHCA（ホームケアアシスタント）が同行、医学モデルのみならず生活モデルの視点から診療に参加します。また、バイタル測定や採血等の医療処置、カルテ記載や書類作成等、それぞれの資格で許容される範囲で医師の業務をタスクシフトし、医師が医師でなければできない仕事に専念できる環境をつくっています。

各診療拠点には、医療ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）を配置しています。在宅医療の導入や入退院の支援、事業者間連携のみならず、保険診療以外の包括的な対人援助を担っています。

近年はHCAの養成に積極的に取り組んでいます。職種を超えて職能で仕事ができる集団へと脱皮していきたいと考えています。

悠翔会のクリニックは、18拠点すべてが在宅療養支援診療所です。地域の方々の暮らしを医療の立場からお手伝いする医療機関として、いろいろな役割を担っています。外来では、個人やご家族の健康を守る役割。在宅の場では、訪問診療を通して、住み慣れた場所で安心して療養でき、望む生き方ができるよう支援する役割。そして、今回の新型コロナ感染症のような、地域の健康問題に対処する役割、災害支援等があります。看護師は、訪問診療に同行し、診療の直接的な補助を行うほか、これら診療所の役割のどの側面でも、生活過程を整える専門職として、看護・介護の視点からいのちや障害、病気をとらえ、生活・暮らしを健康的に整えることを看護実践の軸足としています。お1人おひとりが、望む地域での暮らしができるように、院内はもとより、地域の多職種の方々と、その方やご家族の思いを共有し、広い視野と全人的なとらえ方を大切に日々活動しています。

医療法人社団悠翔会
本部看護部
部長　渡辺 美恵子



医療ソーシャルワーカー（MSW）は、福祉の専門家として、制度利用や生活上の課題解決、関係調整等、医療だけでは難しい部分を支援する職種です。訪問診療の導入や、退院調整、療養中の課題解決、制度利用の支援等、多くの場面で直接的・間接的に患者さんをサポートしています。在宅療養中の方の環境は、ご家族や住まい、関係機関、多職種、地域等、いくつもの要素が複雑に絡みあって形づくられています。MSWによって行われるていねいな支援や細やかな連携は、診療だけでなく、生活において患者さんやご家族のご希望を叶えるために、大切な役割を果たしています。地域の医療や福祉の関連機関との関係性を構築し、在宅で療養しやすい地域をつくるための活動も行っています。生活の場で行われる在宅医療は、患者さんの人生の一部となります。MSWのもつ多角的で全人的な視点で環境を捉え、患者さんに寄り添いながらの支援に努めてまいります。

医療法人社団悠翔会
城東エリア
マネジメントチーム／MSW
マネージャー 小林めぐみ



HCAは、①診療の効率化、②診療の質の向上、③多職種連携推進の3点で重要な役割を果たしています。

①医師の業務をタスクシフトすることで診療の効率化を図り、限られた医療資源を多くの方に届けます。②在宅療養者は、医療面以外にも、経済面や介護面等さまざまな問題を抱えていますが、HCAの統合的な知識や調整力により、多様なニーズにワンストップで応えられます。③医師の治療方針を生活者の視点で言語化することで、患者さん・ご家族はもちろん、地域の多職種とより密な連携が可能になります。また、いつでもHCAへ相談しやすい環境をつくることで、情報を集約できます。くくるホームケアクリニック南風原には、救急救命士、医師事務、医療事務、看護師がHCAとして勤務しています。各自がSpecialistとして縦割りで働くのではなく、Generalistとして全般的な業務を行いつつ、それぞれの専門性を発揮し補完し合う環境をつくっています。

くくるホームケア
クリニック南風原／HCA
リーダー 髙橋 敬太



夜間・休日の診療体制

確実な24時間対応と持続可能性の確保

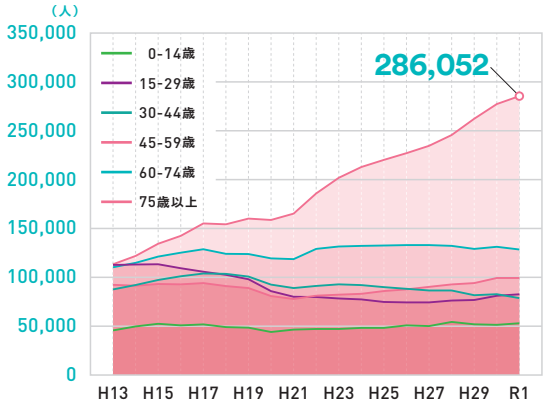
在宅医療の主たる仕事は、定期的な訪問診療による在宅患者さんに対する継続的・計画的な医学管理ですが、もう１つ重要なミッションがあります。それは、24時間の緊急対応です。
悠翔会の主たる診療圏である東京都では、救急搬送件数は右肩上がりで伸びています。年代別にここ20年の搬送者数をみてみると、実は増えているのは後期高齢者の救急搬送のみ。そしてその約半数が救急受診の必要のない軽症者です。
軽症の高齢者がなぜ救急要請するのか。それは夜間・休日に相談できるかかりつけ医がいないからかもしれません。
老老世帯、高齢独居世帯で全体の３分の１を占める現代の日本。特に１人で通院できない高齢者は、救急車を呼ぶしかありません。休日夜間を含め、途切れなく生活を見守りつづける医療者が必要です。

しかし、この24時間対応を１人の医師が担い続けるのは困難です。困った時に、いつでも確実につながる。電話で問題が解消できない時は、医師が直接往診する。私たち悠翔会は、そんな24時間の診療体制をチームで構築しています。

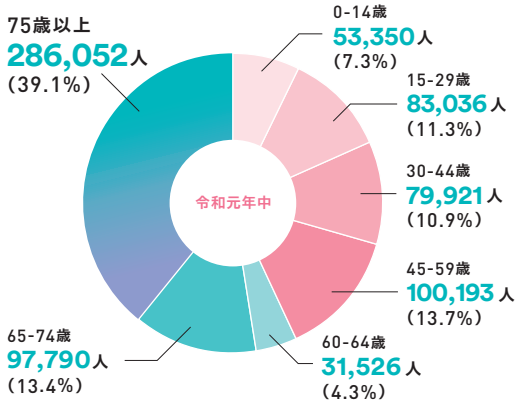
また、緊急コールをよりスムースかつミスなく受け入れるために、休日夜間はコンタクトセンターで一元的にコールを受け、カルテの受付をしてから医師につなぐというフローの運営を始めました。患者さんにより安心いただける対応体制の構築に向けて、これからも試行錯誤を重ねていきたいと思います。

● 増え続ける後期高齢者の救急搬送

年代別搬送人員の推移



救急搬送人員年代別内訳



出典：東京消防庁ウェブサイト

● 夜間救急対応の3拠点





ホスピスカー（2020年より運用を開始）

24時間対応の持続可能性と診療品質の両立

悠翔会では、夜間・週末は地域ごとに当番医師を配置し、24時間途切れない診療提供体制を確保しています。夜間は3人の当番医が、土曜日・日曜日の日中は4人の当番医が地域ごとに院内待機、患者さんからのコールに即応できる体制となっています。
なお、祝祭日は通常診療しています。

2021年10月末時点で夜間帯のみで1,229件往診、うち409名の方のお看取りをさせていただきました。そのほとんどの患者さんは、お電話をいただいてから40分前後で診察を開始できています。また、本年度より電話品質向上を目的とし、在宅医療の経験が豊富な電話対応専門の医師を配置したことで、緊急性の高い患者さんへの迅速な対応が可能となっています。これからも患者さん・ご家族に安心して自宅療養していただけるよう日勤帯と密に連携し、よりよい体制を築いてまいります。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
総務チーム／
救急診療サポートチーム
マネージャー　竹森 康夫

私が悠翔会での勤務を始めた2015年、クリニック数は8つほどで、当直がカバーする範囲は都内の一部のみでしたが、今では首都圏最大級の訪問診療に特化したクリニックとなりました。そこで勤務できることに、誇りとやり甲斐を感じています。規模の拡大の一方で、コンタクトセンターの配置、行き届いた通常診療の管理やフォローアップ、電子カルテの充実などにより、勤務のストレスは年々軽減しているように思えます。これからも満足度の高い夜間往診を心がけ、患者さんの元へ猪突猛進します！



当直医師　入江 利幸

コンタクトセンター（Okitell365）による診療支援の仕組み

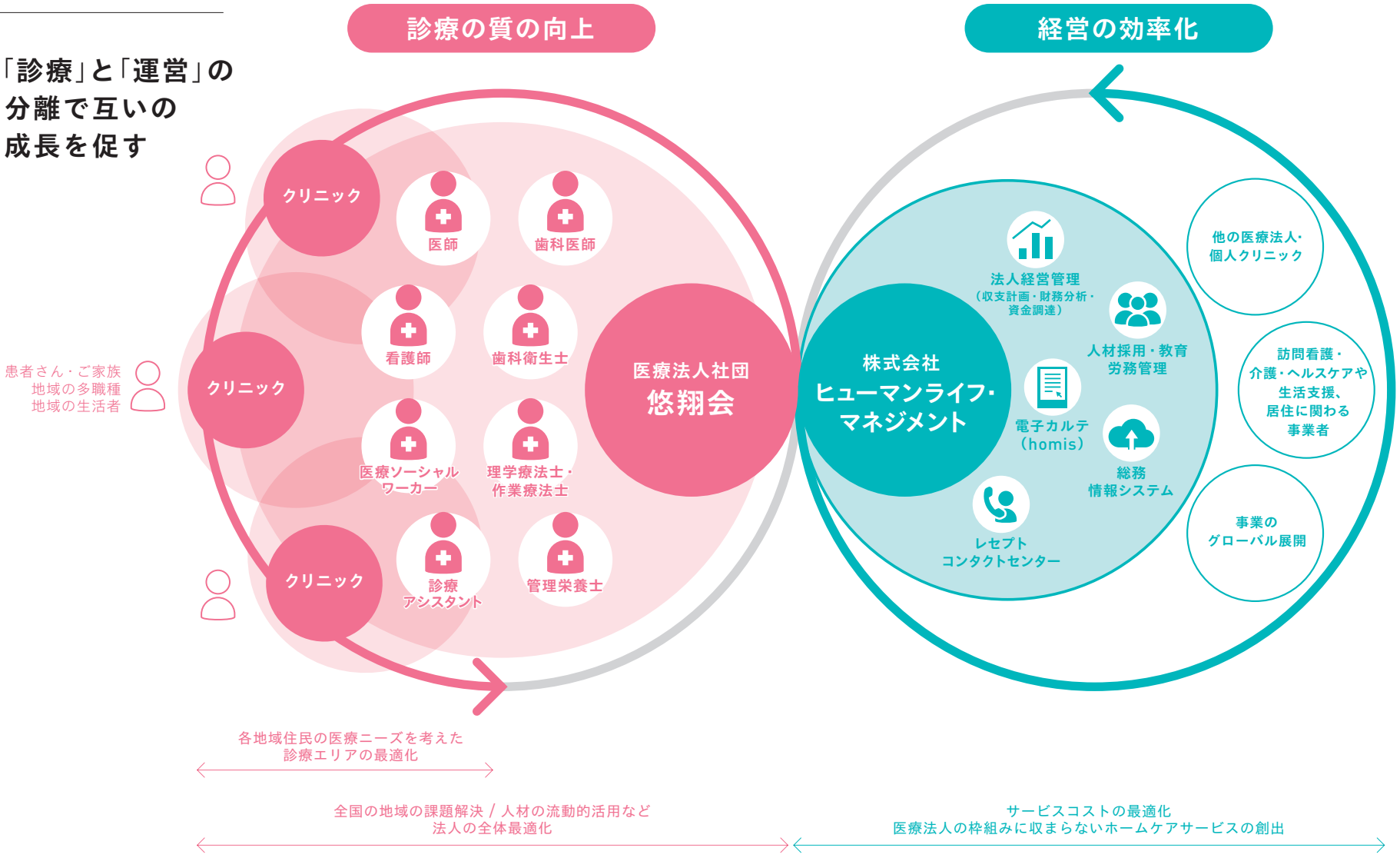
株式会社Okitell365は24時間、365日稼働している「いつでもつながる・いつでもオキテル」コンタクトセンターです。2013年より、在宅医療に特化したコンタクトセンターとして、「患者さんの安心した療養生活を支えるクリニックやステーション」をサポートしています。在宅医療クリニック及び訪問看護ステーションのお電話一次対応、診療情報提供書・請求書等の書類発送代行業務、診療報酬算定レセプト代行業務を行っております。ご自宅や施設等で療養されている患者さんにとって、夜間・休日の急な体調変化はとても不安なものです。その中で私たちは患者さんの気持ちに寄り添い、ていねいに傾聴すること、そして迅速に正確に医師へ取り次ぐことを常に心掛けています。沖縄という遠隔の地からではございますが、「かかわるすべての方に安心と納得」を提案・提供させていただきたいと思います。今後ともよろしくお願いいたします。



(株)Okitell365　事業マネージャー　下地 円

組織運営

「診療」と「運営」の
分離で互いの
成長を促す



車の両輪としての悠翔会と株式会社ヒューマンライフ・マネジメント

理事長・院長は本来の責務である「診療」に集中「経営」をアウトソーシングして経営効率を最大化

収益の大部分が公的保険料や税金で賄われている医療経営には、効率性や透明性が求められます。診療報酬改定に伴う減収等、将来的な環境の変化が予測されるなか、地域住民の医療ニーズに応え、診療を安定して継続していくには、「診療の質の向上」とともに「経営の効率化」が欠かせません。しかし、院長自らが「経営」にも目配りするのは、負担が重いのが実情です。

そこで、悠翔会では「経営」についてはMS法人（株式会社ヒューマンライフ・マネジメント、以下HLM）の力を活用し、理事長・院長が本来の責務である「診療」に集中できる環境を整えています。

悠翔会は「診療の質の向上」の視点で、院長が診療エリアの最適化を考え、理事長は各院長と対話しながら法人としての全体最適化を考えます。一方、HLMは「経営の効率化」の視点で、収支計画、財務分析、資金調達、会計管理、人材採用・教育、労務管理、総務、情報システム運用、広報、電子カルテの提供、診療報酬算定・チェック、コンタクトセンターといった業務をアウトソーシングサービスとして悠翔会に提供することで、その効率化やクオリティ向上を図ります。

もちろん診療方針と経営方針の意見のぶつかり合いは生じますが、診療方針に迎合したコスト意識なき経営の常態化や、患者さんのニーズを置き去りにした経営の合理化よりは、むしろ双方がプロフェッショナルな立場から責任をもって発言し、意見交換を繰り返すことができる関係性が、お互いの成長につながると信じています。

より広い視野・より高い視座をもった次の時代を切り開く人材を育てる

今後、悠翔会は、より多くの地域の課題解決と医療の持続可能性の両立にチャレンジしていきます。

そのために、院長が地域住民の医療ニーズを考えた診療エリアの最適化にリーダーシップを発揮することは、引き続き重要です。それと同時に、法人が今後、より多くの困難な課題にチャレンジするためには、弾力的で柔軟な組織運営が鍵となるため、人材の流動的活用等、法人の全体最適化を考えられる視野・視座をもった人材を育てる必要があると考えています。また、HLMには、スケーラビリティによるサービスコストの最適化と、医療法人の枠組みに収まらないホームケアサービスの創出のために、悠翔会以外の医療法人・個人クリニックへのサービス提供や、訪問看護など周辺分野への事業展開、事業のグローバル化等に積極的にチャレンジしていくことを期待します。

私たちは「診療」と「経営」の分離により、それぞれの分野で専門性の高い人材の採用を効果的に進め、お互いのノウハウを効率的に蓄積できる組織運営をしています。特に悠翔会で働く人々にとって、“患者さん・ご家族・地域に寄り添いたい”という熱意を維持できる環境は「診療の質の向上」の原動力になると考えています。一方で、HLMは悠翔会への経営支援で得た知見・ノウハウを全国の医療法人に提供することで、日本各地における医療の持続可能性を高められるよう挑戦を続けます。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
執行役員　宮武 晋治
（経営企画・事業開発グループシニアマネージャー兼務）

HLMは在宅医療用クラウド型電子カルテ「homis」を、開発・提供しています。在宅医療をサポートするあらゆる機能を備え、悠翔会の成長の一翼を担ってきました。最初のリリースから9年が経った現在、私たちはPRM（Patient Relationship Management）という視点で、患者さんへの適切な対応と良好な関係の構築・維持を可能にする新たな「homis」の開発に着手しています。医療現場の“ものがたり”をつなぐ、次世代の電子カルテにご期待ください。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業開発グループITチーム
マネージャー　嶺井 泰輝

Process

1人ひとりの人生に真摯に向き合う／1つひとつの診療をていねいに積み重ねる

患者数

2020年

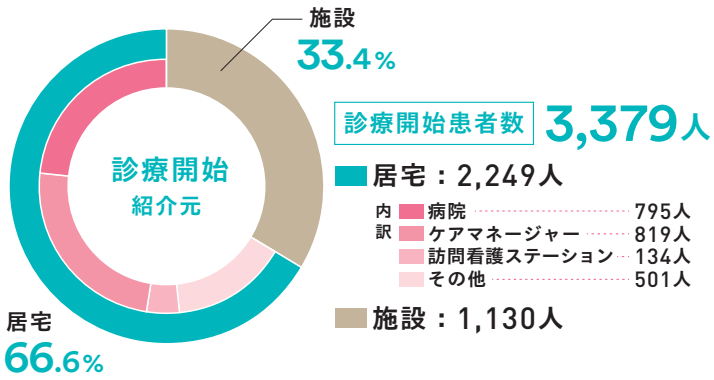
総患者数 5,218人

管理患者数 4,068人（居宅1,611人・施設2,457人）

2021年

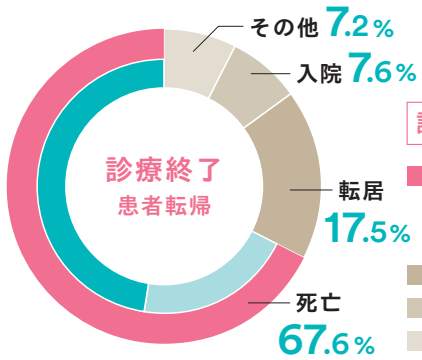
総患者数 6,629人

管理患者数 4,934人（居宅2,120人・施設2,814人）



診療開始患者数 3,379人

- 居宅：2,249人
  - 内訳 病院 795人
  - 内訳 ケアマネージャー 819人
  - 内訳 訪問看護ステーション 134人
  - 内訳 その他 501人
- 施設：1,130人



診療終了患者数 2,513人

- 死亡：1,699人
  - 内訳 看取り 1,194人
  - 内訳 病院・その他 505人
- 転居：440人
- 入院：192人
- その他：182人

在宅コロナ患者数 10月末迄 451人（遠隔診療262件、往診189件）

延べ支援日数 1,515日（軽症741日、中等症以上774日）

※延べ支援日数は、診療開始から入院または軽快するまで、当法人がご自宅療養でフォローアップを行った日数です。

地域のニーズにしっかりと応えていくこと

今年はコロナ禍にあり、対面での十分な地域連携活動ができなかったにも関わらず、紹介患者数は大きく増えました。厳しい状況にあっても自宅に帰りたいと、家族との面会が許されない病院から、切実な思いで退院されてくる方も多くおられました。大好きな場所で、大切な人たちと最期まで暮らし続ける。この当たり前のことを、当たり前にできる社会を目指して、地域の多職種のパートナーの方々とともに、これからも地域のニーズにしっかりと応えていきたいと思います。

悠翔会在宅クリニック春日部は2020年7月の開院後、居宅の患者さんを中心に約500名の紹介をいただきました。がん患者さんが約半数を占め、残された期間を大切に過ごしていただけるよう、できる限り迅速に診療にうかがいました。訪問日以外でもご連絡したり、事業所等と密に情報共有を行ったりと、患者さん・ご家族が安心して過ごせるように努めてきました。個々の価値観の尊重を職員全員で意識しながら取り組んでいます。今後も安心できる在宅医療の提供のため一丸となってがんばります。

悠翔会在宅クリニック
春日部
院長　池邉 太一



2020年7月、コロナ禍中で2カ月遅れの開院。基盤が全くない中で、約15病院の皆様にご挨拶させていただき、病院・介護事業所を中心に多くの方から患者さんをご紹介いただく機会を得ました。小児や医療依存度の高い方の紹介が多く、土曜日も主治医が対応する安心できる体制づくりを行っています。また、通常診療の合間に、新型コロナウイルス感染症患者さんの在宅療養も支援させていただいています。診療所内スタッフとの連携、地域スタッフとの連携の大切さを痛切に感じております。

悠翔会在宅クリニック
船橋
院長　稲次 忠介



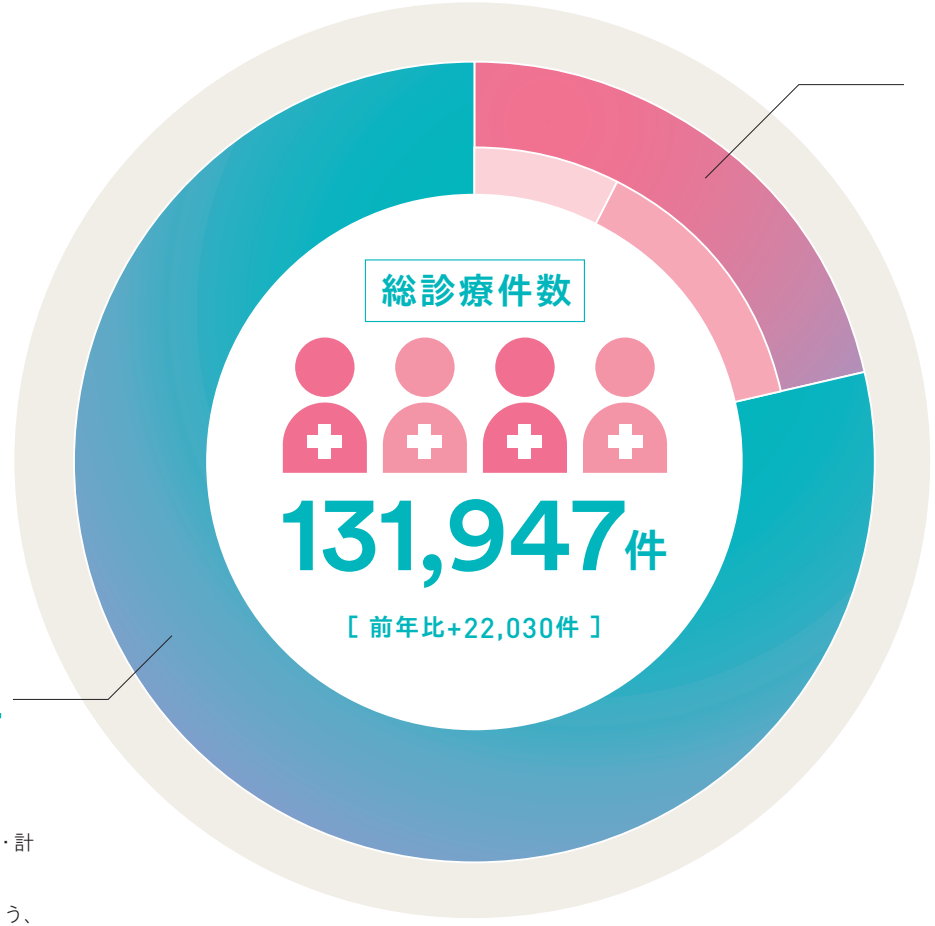
さまざまな理由で施設入居を選ばれる方がいらっしゃいます。かつてはマイナスイメージをもたれることもありましたが、どの施設も、第二の我が家として患者さんの「大好きな場所」となれるよう取り組んでいらっしゃいます。その、終の棲家ともいえる施設へと訪問し、医療を提供するのが施設訪問診療です。「大好きな場所」で患者さんがご自分らしく過ごし、最期を迎えられる環境を、地域の介護スタッフや施設スタッフの方々と共につくっていけるよう、今後もお役に立ちたいと思っています。

悠翔会在宅クリニック
川口
院長　伊野部 容子



医科診療件数

積み重ねてきた「患者と主治医の対話」の総和



定期訪問
103,987件
[前年比+15,072件]

主治医による定期訪問を通じて、継続的・計画的な医学管理を行います。
患者さんがよりよい生活・人生を送れるよう、病気を治療するというよりは、病気や障害とどのように付き合っていくのがよいか、ここから先の人生をどのように過ごしていくのがよいのか、一緒に考えていきます。
また、予防医学的な支援により、急変や入院のリスクを減らし、より安心できる生活が送れるようサポートします。

緊急対応
27,960件
[前年比+6,958件]

東京消防庁・後期高齢者の年間搬送件数の9.8%に相当

在宅医療には、高齢者救急医療としての側面があります。
私たちは年間約3万件の緊急コールに対応、約1万件の臨時往診を行っています。これは、救急医療システムや救急病院の負担軽減につながっています。また、この実績が評価され、2020年から都内では初となるホスピスカーの運用が始まりました。これにより医師がより迅速に患者宅に往診に赴くことができるようになりました。現在、救急要請に比べて、遜色のない迅速性を担保できています。

緊急往診
9,673件
[前年比+3,022件]

東京都立広尾病院の年間救急車受け入れ台数の172%に相当

電話再診
18,287件
[前年比+3,936件]

緊急往診までの所要時間
53.6分
[前年45.8分]

救急要請から診察までの所要時間39分(2019年・全国平均)

患者さんを医療に依存させない在宅医療のあり方を

患者数の増加を受け、診療件数も大幅に増加しました。今年の7月以降は、在宅隔離中の新型コロナ感染者に対する往診等も加わり、臨時往診としての対応件数も増加しました。

悠翔会は法人としては、患者さんへの訪問頻度を少なくする方向で少しずつ調整を進めてきました。これには2つの理由があります。1つは、1人の医師がより多くの患者支援に関われるようにすること。もう1つは、病状に応じた診療頻度を設定することで患者の自己負担を減らすとともに公的財源を保全すること。特に高齢世帯に対する自己負担割合の引き上げもあり、経済的理由で在宅医療が使えないという状況を避けるためにも、少ない頻度でも、十分に安心してもらえる在宅医療を目指さなければならないと考えています。

特別養護老人ホームでは、制度面の限界から、定期診療頻度としては月1回が一般的ですが、連携がスムースな施設では、ほとんど緊急入院が発生せず、多くの人が施設で最期まで過ごされています。患者さんの安心・納得のために大切なのは、診療頻度よりも、支援の質なのだと改めて感じます。

少なからず、慢性のご病気や根治的に治療することができがたい病気を抱えている患者さんに対し、慢性疾患の増悪、原疾患進行による苦痛、余病の併発を感じさせない支援を、関わるすべての他職種・ご家族と十分連携・情報共有し、そのうえでテンポとリズムをもってスピーディーに対応する、その結果が、診療件数の増加に表れているのではないかと思われます。システムや決まりごとにこだわることなく、患者さん、そのご家族に対するオーダーメイドでの診療対応・計画が今後とも望まれます。



悠翔会在宅クリニック越谷　院長　**岡田 大輔**

現在私が配置医を務める特別養護老人ホームへの定期訪問は週1回。臨時対応を除くと1人月1度の診療です。我々の介入後に年間の延べ入院日数は8割減少し、施設での看取り支援により現在は旅立たれる方の9割がホームで最期を迎えられます。ホームの理念を共有し、医療の介入によりスタッフができること・やりたいことを実践できる環境づくりに寄与することが、入居者の皆様への支援につながると考えています。そのために必要な連携を、風通しよく行える関係の構築に注力しています。



悠翔会在宅クリニック北千住　院長　**高橋 徹**

歯科診療件数

リハビリ／栄養

最期まで
「動ける」「食べられる」を
守るために

歯科訪問件数

訪問歯科診療 6,839件
居宅：3,078件　施設：3,761件

訪問口腔衛生指導 549件
居宅：247件　施設：302件

理学療法士・作業療法士訪問件数

2,248件
居宅：1,978件
施設：270件

管理栄養士訪問件数

413件
居宅：372件
施設：41件





「食べる力」は「生きる力」

加齢に伴い身体機能は低下します。しかし、食事がきちんと摂れないことにより、低栄養、サルコペニア、フレイル、廃用症候群と悪循環に陥り、老化や衰弱が加速し、肺炎や骨折を繰り返す人が少なくありません。また、ほとんどの人が、人生の最終段階において、食べることを制限・禁止されています。この状況は、高齢者の生活の質を低下させるのみならず、死亡のリスクを高めます。

おいしく食べて、生活を楽しむ。そして人生をよりよく生きる。1人でも多くの高齢者に最期のその日まで自分の口からしっかり食べてほしい。そんな思いで、悠翔会では2007年から訪問リハビリ、2009年から訪問歯科診療、2013年から訪問管理栄養指導を開始しました。数少ない訪問歯科診療の研修フィールドとして、大学とも連携しながら積極的な研究・教育活動も行っています。

大学病院在籍時に、急性期、回復期、療養型の病棟、訪問診療、外来などで高齢者を診察していました。誤嚥性肺炎で入院した方の嚥下機能評価を行う機会が多く、「このような状態になる前に誰か気づけなかったのだろうか。食べる楽しみを失っている患者さんの回復や予防に携わりたい」と思ったことが、訪問歯科を専門にしようと思ったきっかけでした。現在は臨床研究も行っています。第一弾として、横断研究と歯科のアセスメントの中で入院や死亡に影響を及ぼす因子を検討しました。その結果、食形態が常食の人より、非常食の人のほうが栄養状態やADLは低く、歯科初診時で半数以上がなんらかの嚥下障害を抱えていました。また、食形態の低下は入院と死亡のリスク因子にもなっていました。歯科は予防的に関われる分野であり、訪問歯科でできることをエビデンスとして示していきたいと考えています。そして、最期まで家で楽しく過ごせるお手伝いをさせていただきたいと思っています。



医療法人社団悠翔会訪問歯科診療部
歯科医師　**若杉 葉子**

「早く死なせて」と懇願する、終末期で寝たきりだった母。見逃されていた口腔ケアを行うことで、汚れて乾いた粘膜に潤いと柔軟性が蘇り、声を取り戻しました。「食べてみたい」と言い、訓練を重ねて経口摂取を進めた結果、リハビリも効果を上げ、今は歩行器につかまり自分の足で歩いています。口腔ケアの可能性を体現した、これは母からのきっと最後の贈り物。「よりよく生きる」につなぐ、それが私たちの仕事です。



医療法人社団悠翔会訪問歯科診療部／歯科衛生士　**山本 佳世**

食べたいものをご家族や大切な人と一緒に楽しむ。私たちにとっては何気ないことが、身体状況や生活環境の制限によって容易にできない高齢者が多くいらっしゃいます。食は生活を豊かにしてくれます。栄養指導では個々に応じた栄養を摂るためのサポートと同時に、さまざまな制限がある中でも食に対する意欲や楽しみを最期までもち続け、生きる活力にしてほしいという想いで、多職種と連携しながら食支援を行っています。



医療法人社団悠翔会在宅栄養部／管理栄養士　**名塚 愛**

リハビリではご本人が大切にする生き方をサポートするよう心がけています。そのためには、これまでの生き方や、今の生活についてじっくりお聴きしたうえで、リハビリの専門家としてできることを提示し、実際の生活での目標やプログラムを決めていきます。心身機能や考えの変化に合わせた柔軟なプログラム変更も大切です。常に会話をしながら、料理、詩吟、卓球等、納得できるリハビリの提供を心がけています。



医療法人社団悠翔会リハビリテーション部／理学療法士　**伊藤 匠**

地域連携

規範的統合に基づく「地域」という大きなチームへ

病院 81 医療機関

緊急入院の受け入れ：年間2,238件
在宅患者の新規紹介：年間795件

訪問看護ステーション 688 事業所

訪問看護の依頼割合：80%
在宅患者の新規紹介：年間134件

※各書類の発行枚数
訪問看護指示書：21,466枚
特別訪問看護指示書：2,248枚
精神科訪問看護指示書：153枚
訪問リハビリ指示書：315枚

居宅介護支援事業所および地域包括支援センター 1,204 事業所

居宅介護支援の依頼割合：約90%
在宅患者の新規紹介：年間1,320件
居宅療養管理指導の算定回数：年間合計95,803回

施設系事業所 160 事業所

（特定施設、介護付き有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等）

施設患者の新規紹介：年間1,130件
施設患者の看取り患者数：年間518人
施設看取り率：71.5%

調剤薬局 587 事業所

訪問服薬指導の依頼割合：約65%
年間総処方箋枚数：122,251枚
訪問服薬指導の指示回数（処方箋内記載）：63,143回

在宅療養支援診療所 18 医療機関

診診連携によるバックアップの実績

2013年 5 クリニック …… 596 人

2021年 18 クリニック …… 1,735 人

● 診診連携による24時間対応

悠翔会では、2011年より地域の在宅医の先生方に対する休日・夜間の時間外対応のバックアップを行っています。在宅医療機関の多くは、常勤医師が1人の診療所。365日×24時間、休まずに対応し続けるのは物理的に困難です。そしてこの24時間対応が、在宅医療の最大の参入障壁にもなっています。私たちは、時間外対応のサポートを通じて、在宅医療に参加してくれる医師を増やし、地域全体の在宅医療力をアップしたいと考えています。

地域包括ケアシステムが機能するために

みよの台薬局では、2000年の介護保険開始当初から、すべての薬剤師が訪問服薬指導を行えるようにしたいと考えておりました。一方で、情報共有の重要性を認識しつつも、相互理解を難しく感じていました。そのような折、開設当初から情報提供を活発に行っていた悠翔会と出会いました。在宅ケアメンバーとの連携に参加させていただくことにより、どれだけ患者さん自身の生活を支えるお手伝いができるのかを知ることができ、大変ありがたく思っております。



みよの台薬局株式会社
在宅事業本部長／薬剤師　髙木 和江

日頃から東京都城東地区、沖縄県本島南部を中心に協働いただきお世話になっております。貴法人の先進的・本質的な活動には普段から注目していますが、真に尊敬すべき点は現場にあると私は思っています。現場で関わる医師、看護師、MSWや事務の皆様は、いつも患者さんやご家族の価値観やこれからの人生、戸惑いや揺らぎにていねいに向き合ってくださりありがたいなあ、とじんわり温まる気持ちで、その姿に勇気をもらっています。今後とも現場主義で末長いご発展を祈念しています。



WyL株式会社
代表取締役／看護師・保健師　岩本 大希

地域連携の成果がみえるのは、新型コロナ感染拡大のような“災害”時だと改めて感じます。神奈川県川崎市では、自宅療養者の支援フローを構築するうえで、当院を含む在宅関連の事業所との協議を重ねました。コロナ禍以前より定期的に地域の課題を話し合っていたので、スピーディに仕組みができあがりました。ソーシャルワーカーとしては、上記のような場の創出のほか、地域課題の解決に至る知識と経験を地域全体で積めるよう意識しており、その過程が正に「連携」だと考えています。



悠翔会在宅クリニック川崎／MSW　木戸 昂明

「連携型」機能強化型 在宅療養支援診療所として

悠翔会の3つのクリニックと当院を含め9つの診療所で、連携による機能強化型の在宅療養支援診療所の施設基準を取得しています。介護認定審査会、医師会の会議等出席が必須の用件や、慶事弔事の際に、必要があれば代理往診をお願いできることも機能強化型連携のありがたみの1つです。先般は父の告別式も無事とり行うことができました。また、毎月開催される連携カンファレンスの際には勉強会もあり、ソロプラクティスの開業医にとってはかけがえのない学習の機会になっています。



柏木クリニック
院長　柏木 潤一

在宅医療にとって、24時間の対応は大きな課題です。悠翔会では地域の医療機関との連携により、24時間×365日対応できる体制を整えています。夜間・休日を悠翔会の救急診療サポートチームが担うことで、地域の医療機関の負担が減少します。主治医の精神的な負担が軽減されるとともに、日中のケアに集中でき、患者さんからの電話や往診の件数が減るという好循環も生まれます。実際に、悠翔会が連携して診ている2,000名近くの患者さんでは、連携医療機関からの往診依頼は月に数件です。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業推進グループ 事業推進チーム
マネージャー　西邑 卓也

Outcome

病気や障害があっても安心できる生活と納得できる人生を取り戻せる

すべての人に、「安心できる生活」と「納得できる人生」を

日本の高齢者が置かれた現状は、かなり厳しいものがあります。高齢単独世帯の増加に伴い、世帯の支える力は急速に低下しています。救急搬送される高齢者は年々増加し、多くの方が人生の最終段階で入退院を繰り返しながら、身体機能・認知機能を低下させ（入院関連機能障害）、最期は病院で亡くなっています。６割もの方ができれば最期は自宅で、と希望しているにも関わらず、日本の在宅死率は２割に届きません。そしてそのわずかな在宅死の約半数が、在宅での看取りではなく、警察による検案死（孤独死）であるという悲しい現実があります。

私たちは、支援が必要な人に、確実に支援を届けていかなければなりません。
そして、治らない病気や障害があっても、たとえ人生の最終段階が近くても、最後まで安心して生活ができる、納得して生き切れること、そんな支援を実現する必要があります。

在宅医療がしっかりと機能することで、急変・救急搬送が減る、入院が必要な状況が少なくなる、そして最後まで自宅で生活が継続できるはずです。私たちは、よりよい在宅療養支援を実現するために、自らの診療の質を意識し続けるとともに、患者さんやご家族と対話を重ね、地域の病院や生活を支える専門職の方々との連携を深めていきたいと思います。

これまで	救急搬送を繰り返す	入退院を繰り返す	病院で亡くなる
在宅医療	急変を防ぐ	入院を防ぐ	自宅で最期まで生活できる
	継続的・計画的な健康管理 ●潜在的リスクへの事前対応 ●予測される変化への備え ●早期発見・早期治療	迅速な往診と在宅治療 ●入院が必要な状況の予防 ●急変時の迅速な対応 ●在宅での治療継続	多職種連携とACP ●変化していく心身の機能に対応 ●家族支援を含めた後方支援 ●納得のできる選択・意思決定の支援



写真：幡野広志

急変・入院を減らすためのキーとなるのは多職種連携とACP

現在の日本では、高齢化が加速し、救急搬送される人のうち高齢者の割合は6割を超えています。一方で、その搬送内容は重症度や緊急度が高くないことも報告されています。
また、高齢者は入院により日常生活動作（Activities of Daily Living；ADL）の低下や褥瘡、うつ、せん妄、転倒・骨折、感染の発生リスクが高くなることも判明しています。そこで私たち悠翔会では、不必要な救急搬送を減らすこと、また在宅医療で入院を回避することを重要な社会的使命と考え、取り組んでいます。
適切なタイミングで効果的なケアをすることで、入院のリスクを減らせるような状態を、Ambulatory Care-Sensitive Conditions（ACSCs）といいます。2013年にドイツで家庭医を対象に行われた先行研究では、入院の41%が回避可能であったという結果が出ています。また、他にもさまざまな同様の報告が行われています。
そこで私は、悠翔会在宅クリニック品川において、在宅療養中に発生した救急搬送の各事例において、入院が回避し得たかどうかについて臨床研究を行いました。その結果、在宅患者の入院の44%が回避可能であり、回避可能なケースにおける入院の要因としては、患者側・社会的要因が大きいことがわかりました。在宅医療の質を高めることは必要ですが、それ以上に在宅療養環境の整備、ご家族や介護専門職へのエンパワメント、そして地域全体の在宅療養支援力の強化等が重要であることが示唆されました。
また、在宅療養患者の不必要な救急搬送を防ぐ因子として、統計解析の結果Advance Care Planning（ACP）が重要であることがわかりました。ACPは日本での愛称として、厚生労働省が「人生会議」を選定し、市民への啓発を図っています。一般的には、人生の最終段階に向けた治療やケアの方法について、患者本人と家族と医療従事者が話し合いで決めるプロセスと定義されています。
患者さんご本人の意思を、ご家族や生活を支える介護スタッフ、また療養を支える医療スタッフが尊重することで、ご本人が最期まで納得できる人生を生き抜くことができると私たちは考えています。私たち悠翔会でも、患者さんの人生に伴走させていただくためにACPは重要と考え、実施しております。
病状悪化時、入院加療が望ましい場合はもちろん入院を勧めますが、老化に伴う内因性の変化から徐々に人生の終末期に差し掛かっていった場合は、これまで行ってきたACPを参考に、療養環境を整えていくことも行っています。
最期をどこでどのように過ごすか、病院でも在宅でも患者さんのご意向に沿って納得できる人生を支えていくことが、私たち悠翔会に求められていることだと考えています。
患者さんと当院だけでは、急変を減らすことや、在宅医療の継続は困難です。地域のケアマネージャーさんや訪問看護師さんをはじめ、各種介護・医療サービスとの多職種連携は欠かせません。ここに示された取り組みは、地域の皆様のご協力あってこその結果です。この場をお借りして地域の皆様に厚く御礼申し上げます。引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

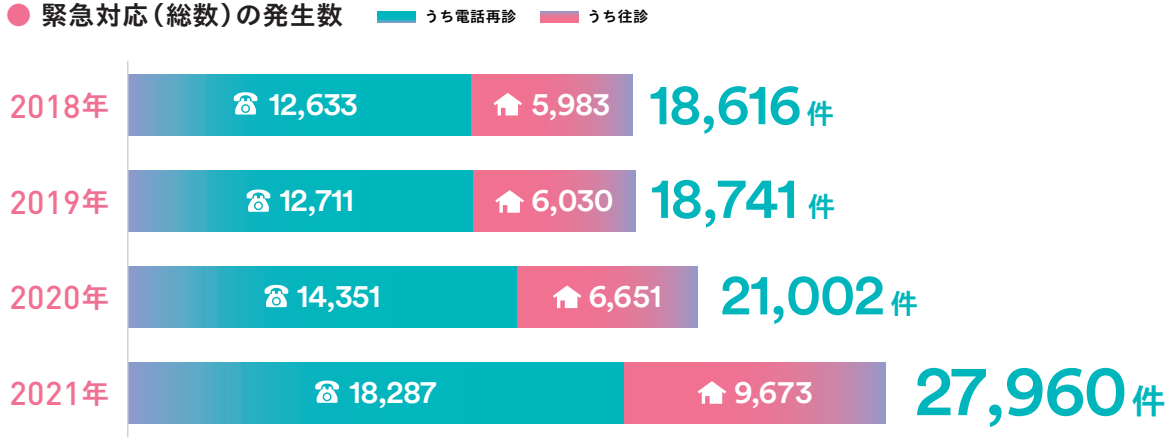
悠翔会在宅クリニック品川、藤沢市民病院 救命救急センター
医師　井上 淑恵



急変を防ぐ

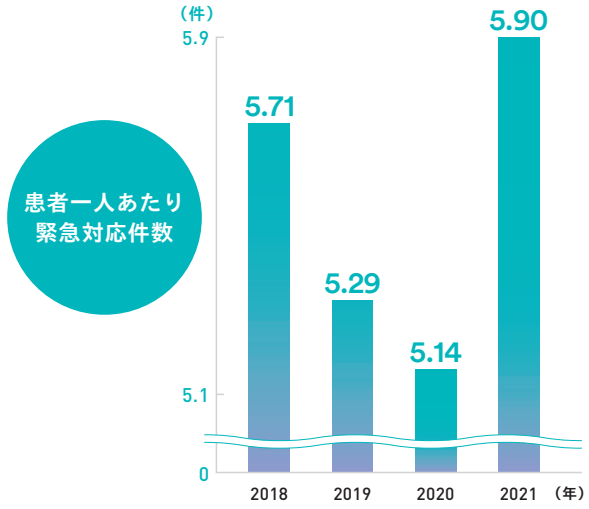
老衰や治らない病気の進行を止めることはできません。
しかし、病状経過から、今後の体調変化や症状の出現を予測し、それに備えることは可能です。休日・深夜でも確実に電話がつながり、迅速に往診できることはもちろん重要ですし、これは在宅医療としての絶対必要条件の一つです。しかし、それよりも大切なのは、夜中に電話をしなければいけない事態をできるだけ起こさないことだと私たちは考えます。
在宅医療における医学管理とは、継続的・計画的な健康管理を通じて、急変のリスクを最小限に抑えるとともに、予期されるリスクに十分な備えをしておくこと。よりよい医学管理を通じて、急変に怯える患者さんやご家族を１人でも少なくしたい。私たちの目指す在宅医療の１つの方向性です。

緊急対応（総数）の発生数



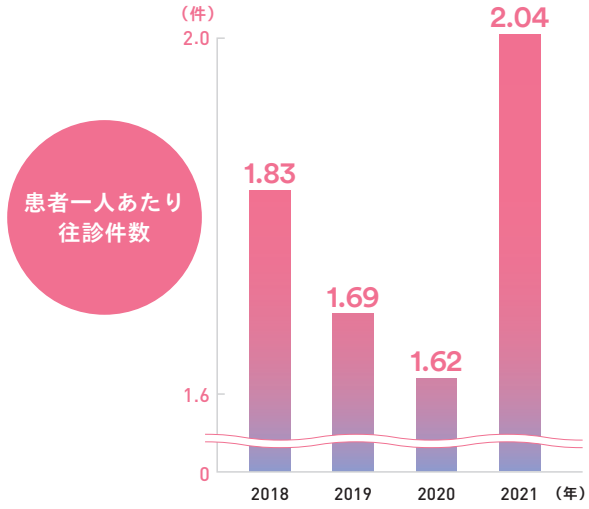
緊急対応（総数）の発生率

※電話再診＋往診／年間平均管理患者数



往診の発生率

※往診／年間平均管理患者数



● 緊急対応件数

緊急対応の総件数は2020年の21,002件から27,960件と大幅に増加しました。患者1人あたりの平均緊急対応件数も、5.14件から5.90件と14.9%増加しています。

これはコロナ禍において、在宅看取りを目的とした短期間の在宅療養支援の依頼が大幅に増えたことと関連しているものと考えています。一般に、在宅療養支援は、導入期・安定期・終末期の3つのフェイズに分かれます。導入期は精神的な不安から、また終末期は身体面の変動から臨時対応が増加しますが、経過の短い患者さんは導入期からそのまま終末期に入ってしまうため、支援期間単位での介入頻度は自ずと高くなります。

今後、この3つのフェイズに分けた緊急対応の解析を行うことを検討したいと考えています。

● 往診件数

往診件数は、2020年の6,651件から9,673件と、こちらも大幅に増加しました。患者一人あたりの平均年間往診件数も1.62件から2.04件と25.1%増加しています。これも、上記と同様の理由によるものと思われます。

なお、緊急対応に占める往診の割合は、2020年の31.7%から35.0%と3.3%上昇しています。これは往診でなければ対応できないもの（侵襲の高い医療的処置や看取り等）が増加したことを反映しているものと考えます。

プライマリ・ケアとしての在宅医療の実践を

終末期医療に関する調査では、約6割の国民が自宅で療養したいと回答したものの、最期までは困難と考えているようです。その理由の一つに、急変時の不安が挙げられています。いかにして、急変のリスクを抑えるか、その鍵は、プライマリ・ケアにあります。

Starfieldら[1]によると、プライマリ・ケアが公衆衛生にもたらす有益な影響として、①必要な公共医療サービスへのアクセスを容易にすることで、救急受診の頻度を減少させる、②救急受診を要するほど深刻になる前に、健康問題を管理する、③患者中心の医療やケアの継続性が、救急受診の頻度を減少させる、が挙げられており、救急受診の頻度を減少させる可能性が示唆されています。

また、日本における研究[2]は、救急車の不適切な利用は、プライマリ・ケア資源の不足に関連すると結論付けており、逆の形でプライマリ・ケアの有益性を示唆しています。在宅という場で、患者さんを中心に、ご家族、医療、介護、福祉チームが一丸となってプライマリ・ケアを実践することで、十分に急変のリスクを抑えることができると考えられます。

〈参考文献〉

1) Starfield B, Shi L and Machinko J: Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Quarterly, 83(3): 457-502, 2005.

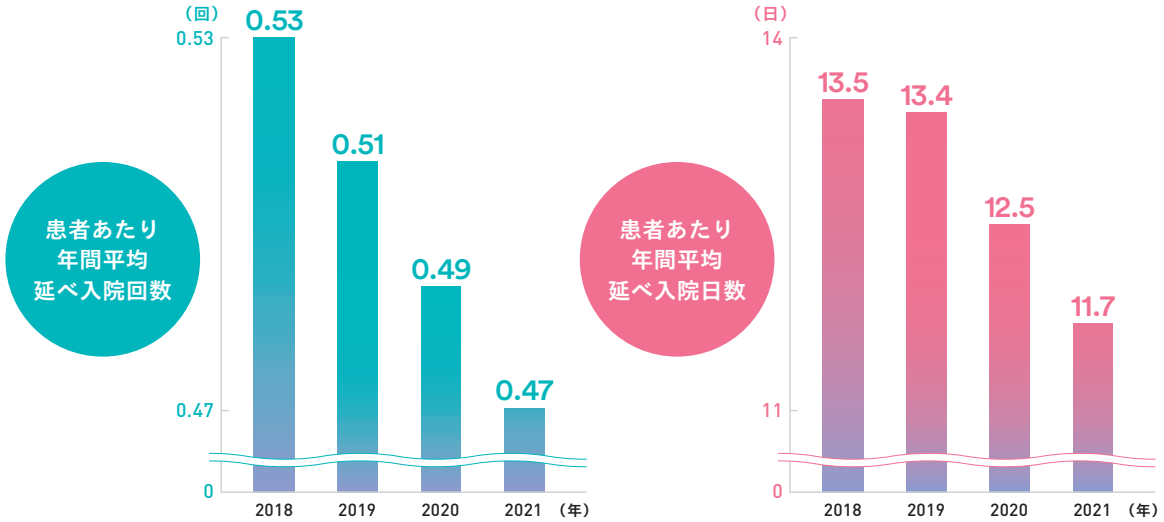
2) Tanaka A, Takano T and Nakamura K: Inappropriate use of emergency ambulance services and the implications for primary health care in Japan. Health Promot Int, 9(4): 259-268, 1994.

悠翔会在宅クリニック新橋
院長　齋木 啓子



入院を減らす

入院治療は命を守るための最後の砦です。
非常に重要な医療ですが、脆弱な高齢者にとっては、入院治療そのものがリスクでもあります。入院治療の侵襲や入院による環境変化のストレスは、在宅患者の身体機能・認知機能を低下させる危険もあります（入院関連機能障害）。
予防的な医学管理（発症予防／早期発見・早期治療）を通じて、入院が必要な事態を最小限に抑えること、そして入院になったら1日も早く退院できるように支援すること。これは在宅医療の主たる使命の1つだと考えます。
在宅医療を選択する患者さんたちは年々重度の人が増えてきていますが、それでも、住み慣れた自宅で過ごせる時間が長くなるよう、入院回数、入院期間をできるだけ少なくできるよう、努力していきます。



● 在宅医療導入前と比較すると、大幅な入院減に？

上記の検討は、あくまで在宅医療導入後の入院回数・入院日数の年次変化を検討したものです。在宅医療導入前と比較した場合には、おそらく相応の入院リスクの軽減ができているものと推測されます。私たちが在宅療養支援を担当している患者さんは、在宅医療導入前に1人あたり年間平均延べ41.2日入院されていますが、在宅医療導入後は、年間平均11.5日と大幅に減少しています。
導入前よりも加齢も病気も進行し、再入院のリスクが高い状態になっているはずですが、在宅医療が機能することで、入院を大幅に減らせていると考えてもよいかもしれません。これにより、入院関連機能障害から患者さんの身体機能・認知機能を守り、患者さんがご自宅や施設で穏やかに過ごせる時間を確保できていたということになります。
また、6,500人の患者が年間30日入院依存を減らしたと仮定すると、延べ195,000日分の入院を削減したことになります。これは、入院医療費にして約60億円分。医療資源や社会保障費の適正利用化にもつながっている可能性があります。

在宅医療導入前 **41.2日** 》 在宅医療導入後 **11.5日**

● 入院回数

年間延べ入院回数は2020年の2,003件に対し、2021年は2,238件と11.7%増加しました。管理患者数も増加していますので、患者1人あたりで計算してみますと、2020年の年間平均入院回数0.49回に対し、2021年は0.47回と減少していました。急変（電話再診・往診）が増加しているにも関わらず、入院が減少しているということは、コロナ禍の面会制限などの要因により、入院という選択に対し、患者さんやご家族が慎重になったことも影響していると考えられます。

● 入院日数

年間延べ入院日数は2020年の50,927日に対し、2021年は55,668日と9.31%増加しました。患者1人あたり年間平均入院日数は12.5日から11.7日と、患者数の増加を加味しても、6.3%減少していました。
これも、面会制限などの影響により早期に退院したい、あるいは、ギリギリまで在宅（施設）で過ごしたい、という患者さんやご家族の意思が反映されているのかもしれません。

入院すべきか、そうでないのか。納得のできる選択を支援する

私たち訪問診療医は、患者さんの生活の場にうかがい、人生を支えます。ご本人が住み慣れた場所で穏やかに過ごすこと、そして納得した形で最期を迎えること、これこそが私たちの介入する目標であることも多く、急激な状態の変化を防ぐことは常に必要とされています。また、残念ながら病院は生活の場とはいえず、入院中は治療に専念するためにさまざまな制限を強いられることもあり、入院により認知機能や日常生活動作の障害が大きくなることも明らかになってきています。さらに、在宅医療で必要となる費用は入院より抑えられることもあり、できる限り自宅で過ごすサポートをしていくことは国策にも一致する方針です。中には入院でしか行えない治療を継続していたり、さまざまな理由で入院する方もおられますが、ご本人が望まない急激な状態の変化や入院を防ぐことは私たちの極めて重要なミッションであり、そのために必要なことを模索して診療を続けています。

悠翔会
くらしケアクリニック練馬
院長　谷口 晶俊



在宅での診断力・治療対応力を高める

在宅における医療において入院が必要となる場面を減らすことは、患者さんにとって大きな恩恵があると思われます。そのためには、在宅でも行える血算・生化学などの血液検査を定期的に行うことが重要であり、在宅医療で発生頻度の高い、肺炎や尿路感染症の指標となる白血球数、CRP等の炎症反応を検査することが大切です。またそれは同時に、糖尿病や臓器機能検査などの指標としても、有用となります。我々は診察の際に、小型の経皮的酸素飽和度測定装置を用いていますが、血中の酸素飽和度を測定することは、呼吸不全や心不全の指標として有用です。最近では、超小型の超音波検査装置が開発され、発熱された患者さんに用いることで、尿路感染症、胆道感染症などの診断に役立っています。以上の検査を行うことで、入院となる前に患者さんの状態を診断できていることが、入院を減らすことにつながり、患者さんにとって大きな利益をもたらしていると思います。

悠翔会在宅クリニック川崎
院長　山路 仁

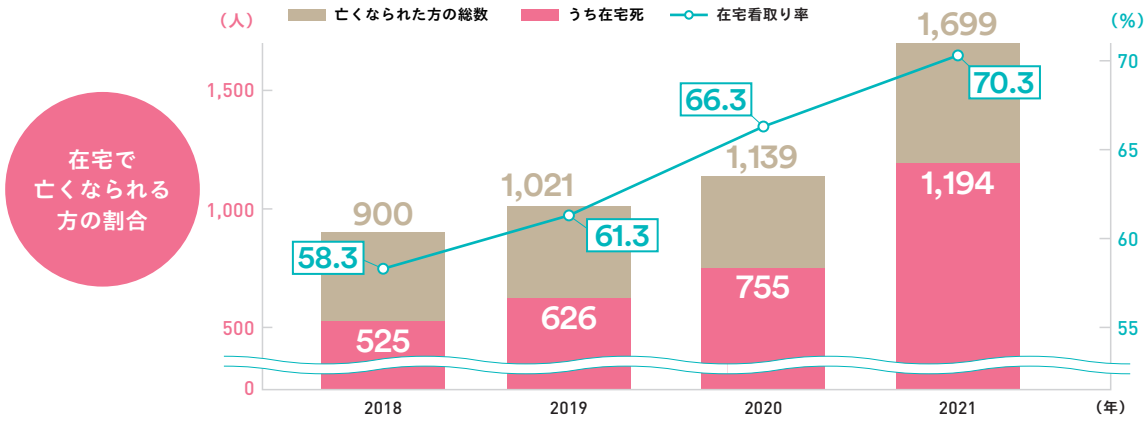


望む場所で最期まで過ごせる

「看取る」とは、自宅で死亡診断をすることではありません。
それは、穏やかな生活を最期まで継続した結果、自宅で最期を迎えること。地域や施設での多職種連携、そしてご本人・ご家族が衰弱していく身体と上手に向き合えるよう、ご家族や地域・施設の多職種の方々と包括的な支援ができることが重要であると考えます。

もちろん、患者さんの中には、最期はお世話になった先生のいる病院で看取られたい、あるいは、緩和ケア病棟で安心して過ごしたい、そう考える方もおられます。また、人生の途中で高齢者住宅などに住み替えを行い、そこで最期まで過ごすことを望む方も増えています。

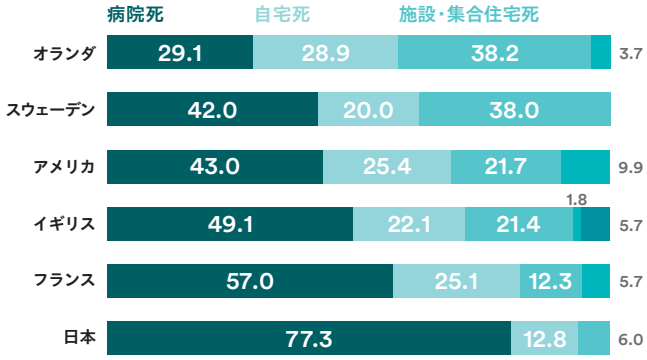
だから、私たちは必ずしも「自宅」で看取ることだけにこだわっていません。
大切なのは、それが患者さんやご家族にとって納得のできる選択であること。その選択を尊重できることこそが重要であると考えます。



施設における「人生の最終段階の支援」の重要性

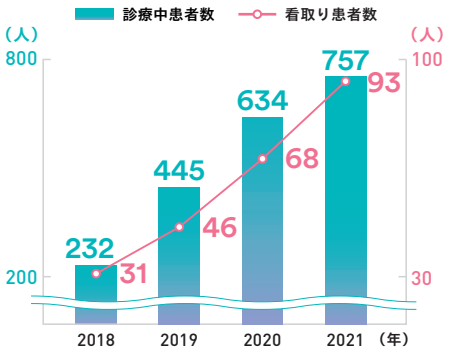
日本の在宅看取り率の低さの要因の１つは、下の図をご覧いただければわかる通り、施設や集合住宅の看取り率の低さです。
私たちの連携先施設は平均で80%近い看取り率が確保されていますが、一般的には施設看取り率は（施設類型にもよりますが）20～30%といわれています。
私たちは、先進国の中でもとびぬけて多い病院死を少しでも減らすべく、施設での看取り援助、特に医療提供体制が脆弱な（訪問診療が限られた条件でなければ利用できない）特別養護老人ホームへの医療支援にも力を入れています。

主要国別の死亡場所



資料提供：浅川澄一氏

特別養護老人ホームにおける看取り



● 在宅看取り率

亡くなられた方の総数は、2020年の1,139人に対し、2021年は1,669人と46.5%も増加しました。年間平均管理患者数の増加が16.1%であることを考えると、この1年は、重症度の高い方をより多く受け入れていたことがわかります。
うち、自宅や施設でお看取りをさせていただいた方は、2020年の755人に対し、2021年は1,194人と58.1%増加しました。看取り率は、66.3%から70.3%と4.0%増加しました。
予後の見通しが日の単位の方からの診療依頼が増えたのが今年の特徴でした。人生の最後をどこで過ごすかという意思決定において、コロナ禍とそれに伴う病院の面会制限が大きく影響したと考えています。私たちの関わらせていただいた患者さんの病院死率は29.7%、在宅死（自宅+施設）は70.3%ということになりますが、これは世界でもっとも病院死率の低いオランダとほぼ同じプロポーションとなっています。
日本には、在宅での生活の継続を支える仕組みは存在しています。これがきちんと機能すれば、北欧の福祉先進国と同じような豊かな人生の最終段階を送ることができるはずです。より多くの人に、この恩恵が届くよう、私たちはこれからも地域の多職種の方々と連携しながら、努力を重ねていきたいと思います。

患者さんの「本当の気持ち」を大切にしたい

病院では吐き出せなかった思いや希望を、ご自宅では、ご自身の言葉で伝えていただきたい。訪問診療の場では病院と反対に、訪問する私たちが“アウェイ”、患者さん・ご家族が“ホーム”となります。ご自宅へ帰られ、安堵の表情を見せる患者さんに対し、私は病気の治療という概念で接することより、その希望や訴えに細かく対応することのほうが、より大切だと考えます。何よりも、その方に寄り添い、その方の希望を最優先にして生活を支えようとすると、支える側も自ずと相手に伝わりやすい話し方や、話しかけやすい態度になるものです。患者さんが安心して最期までご自宅で過ごせるようにするためには、患者さんご本人はもとより、地域の訪問看護ステーションや介護事業所などと垣根なく連携し、地域の多職種の方たちとのコミュニケーションを大切にすることが基本となります。今後も、地域の方々とのフラットな関係性、密な連携を保ちたいと考えています。

悠翔会在宅クリニック葛飾
院長　村林 亮



地域の多職種とともに、患者さんの選択に寄り添う

これまで多くの看取りを経験し私が感じたことは、人生の幕引きをどうするかという問いに正解はないということです。医学的なことで言えば、どの治療を選択し、または選択しなかったかということは、科学的根拠よりも、これまでどのような人生を誰と歩いて来たかというストーリーによって導き出されると感じています。お看取りに関わる私たちは、患者さんのこれまでの人生に何の関わりもなかった人たちとして、突然その舞台に登場することになります。そんな私たちが舞台を引っ掻き回すことにならないように、そのストーリーや思いを静かに共有することが大事で、普段から地域の訪問看護や介護事業所と顔の見えるつながりをもつことが重要です。時には第三者の立場から患者さんと家族の橋渡しをし、時には患者さんの漠然とした思いを具現化するお手伝いをし、それぞれ専門家として必要なサポートを行い患者さんの選択に寄り添うことが、私が思う多職種連携です。

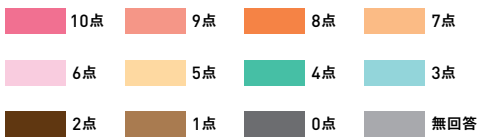
悠翔会
くらしケアクリニック練馬
医師　上田 ゆき子

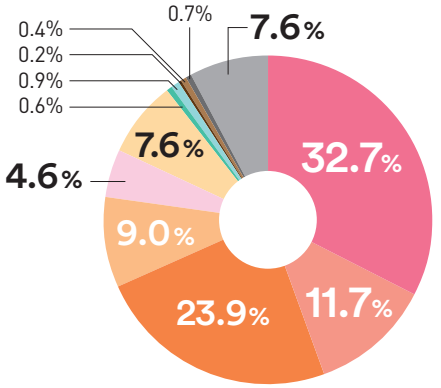


自ら選択した人生を、尊厳をもって生き切れるように

残存機能を活用しながら、自分が選択した生活・人生が、納得できる形で最期まで継続できること。これは在宅医療を含む高齢者福祉の原則であり、目的でもあります。在宅療養している方々の多くは治らない病気や障害とともに、人生の最終段階を生きています。医学的な模範解答を押し付けるのではなく、本人・家族がその状態をどのように受け止めているのか、真のニーズは何なのか、しっかりキャッチしなければなりません。もっとも大切なのは、ご本人の意思です。もちろん、残されるご家族の気持ちも大切です。それ以外の関わる人たちにも、それぞれの支援に対する思いがあります。どうすればみんなが「納得」できるのか。常に優先順位を意識する必要があります。自分たちの都合、自分たちのリスクの回避を優先していないか。患者さんとご家族の思いが蔑ろにされることがないようにしなければなりません。人生は最期に近づけば近づくほど、選択のやり直しは難しくなっていきます。後悔しない選択のために、本人・家族のゆらぐ気持ちに寄り添いながら、専門職としてだけでなく、時に1人の人間として「一緒に考える」姿勢が大切だと思います。そして、不安定な病状においても安心して療養生活が継続できるよう、確実な24時間対応を約束するとともに、経過の見通しの共有と、予測可能な事態への十分な備えをしておくことも重要です。すべての患者さんとご家族の「納得できる人生」「安心できる生活」を支えるために。私たちは、一人ひとりの患者さんに真摯に向き合うとともに、自らの能力や取り組みを客観的に評価し、医療専門職として、そして人として成長するための努力を続けていきたいと思います。

総合満足度（NPSスコア）

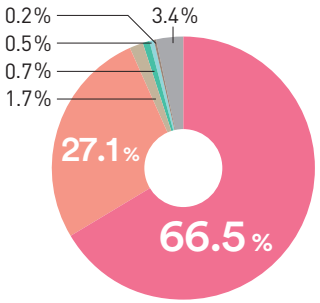




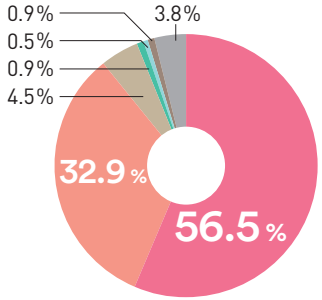
その他アンケート結果



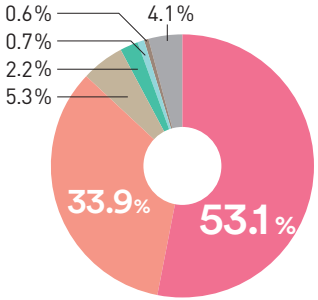
1 話しやすい雰囲気だと感じますか？



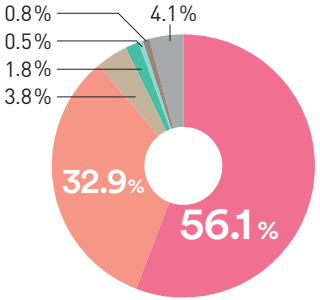
2 あなたの希望・要望を踏まえた療養方針を提案し、詳しい説明をしてくれますか？



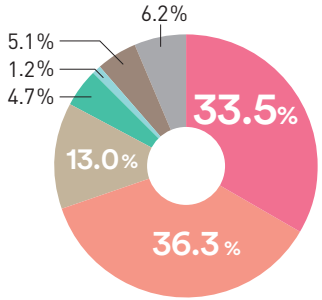
3 あなたが心配していることについて、話す時間を十分にとっていますか？



4 あなたの症状に対して、適切に対処してくれていると感じますか？



5 あなたの家族を交えて、療養方針や人生のあり方を考える時間を作っていますか？



避けられない「死」について、ともに考えられる存在でありたい

「ACP（アドバンス・ケア・プランニング）」という言葉を聞いたことがあるでしょうか。直訳すると「あらかじめ立てる今後のケアの計画」となります。その計画の中には、すべての人がいつか迎える「死」が含まれることもあります。生きている間に「死」について考えることは、不謹慎と思われる方もいらっしゃるかもしれません。しかしながら、避けては通れない「死」について、私たち専門家の意見も交えながら一緒になって考えていくことで、より充実した尊厳のある生活が送れるようになる場合もあります。ご自宅や施設での在宅医療を始める際に、「本当に家で過ごせるのでしょうか？」といった不安を口にされる方は大勢いらっしゃいます。けれども、実際に在宅医療を始めてみると、多くの患者さんやご家族が「在宅で過ごせてよかった」とお話ししてくれます。少しでも皆さんのお力になれれば幸いです。一緒に笑って泣いて、悩んで考えていきましょう。



悠翔会在宅クリニック柏
院長　小林 真介

多職種のチームの力で、期待を超える最善の提案を行う

人生というロードを駆け抜けていく患者さんに寄り添って伴走し、支えること、これが在宅医療を担う我々の本分です。個々の患者さんで社会的経済的背景も異なるため、最善な療養が何かを問うのは難しいことです。例えば、患者さんの病状進行とご家族の介護負担増大が懸念される終末期は、最期を迎える場が問題となります。個々の患者さんで自宅、病院、施設など、希望される最期の場はさまざまであり、その具現化に腐心することもしばしばです。ただ、患者さんの周りには、ご家族をはじめ、訪問看護、訪問介護、デイサービス等の事業所の方々も寄り添っています。我々が患者さんを診る機会は限られますが、周囲の皆様と連携し協働することで、離れていても患者さんを想い、必要に応じて療養方針を再考できるようになります。我々は多くの方々とチームを組んでいます。チームの力で、期待を超える最善の提案を行う。それこそ、我々が向き合うべきテーゼだと思っています。



悠翔会在宅クリニック墨田
院長　鳥越 桂

十分な信頼関係が築けていることが必須

在宅医療は、根治できない病気、障害をもちながら療養されている患者さんに対する医療です。病気の治療だけでなく、患者さん、ご家族の思いや、価値観を理解し、最善の療養をお互いに話し合っていく必要があります。そのためには、患者さんがどんなことでも相談しやすい環境を提供できていること、十分な信頼関係が築けていることが必須です。
特に在宅療養患者さんの未来についての話し合いは、「残された人生を納得したものとするためにどのように過ごしていくか」という時に、お互いに精神的に負担がかかる分野だと思います。現在の項目で半数以上の患者さんから最高評価をいただけているのは、話しやすい雰囲気を各医師が提供できているからだろうと考えます。逆に未来の項目で少し評価が落ちるのは、今後のことを気兼ねなく話せるほどの十分な信頼関係の構築が、まだできていないのかもしれません。
悠翔会では、「すべての患者さんとご家族に『安心できる生活』と、『納得できる人生』を」をミッションに掲げております。“話しやすい先生”というだけでなく、“本当に信頼でき何事も話し合える先生”になれるよう、今後も精進したいと思います。



悠翔会在宅クリニック品川
院長　西 和男

診療外の主な活動実績

（2020年9月～2021年8月）

研究

訪問歯科の視点からみた要介護高齢者の入院と死亡に影響を及ぼす因子の検討（自主研究）／**若杉葉子**

学会発表・座長等

2020年9月　第4回日本在宅救急医学会シンポジウム「在宅救急はCOVID-19といかに立ち向かうのか！」（演題名：在宅医療でCOVID-19患者をいかにお看取りするか〈ケーススタディーをとおして〉）（web）／**佐々木淳**

2020年10月　第53回日本薬剤師会学術大会分科会7（演題名：高齢化に伴う医療ニーズの変化と薬物療法の位置づけ）／**佐々木淳**

2020年10月　第58回日本癌治療学会学術集会セッション「緩和医療のdecision making」（演題名：患者が自宅療養を選択するとき―在宅医療からみたがん治療医への期待）／**佐々木淳**

2020年11月　第25回日本難病看護学会 第8回日本難病医療ネットワーク学会 合同学術集会 シンポジウム4「いきいき暮らすための難病の緩和ケア」（演題名：在宅医としての緩和ケア 難病患者の「生きる」の限界点を上げるために）（web）／**佐々木淳**

2020年12月　第33回日本総合病院精神医学会総会（演題名：在宅診療における精神科医療）／**中野輝基**

2021年3月　第2回台湾日本高齢者口腔医学サミット Factors Affecting Hospitalization and Death in Elderly Patients Who Need Care -From the Perspective of Home Care of Dentistry（web）／**若杉葉子**

2021年5月　第32回日本老年歯科医学会学術大会（演題名：新型コロナ禍の在宅医療の現場から～医科と歯科のよりよい連携のために）（収録）／**佐々木淳**

2021年5月　日本プライマリ・ケア連合学会第12回学術大会　インタレストグループ8「多職種による誤嚥性肺炎包括的介入　JAPEPプロジェクトへの誘い」（web）／**松本真一**

2021年6月　第14回日本在宅薬学会学術大会 特別講演2セッション「あるべき姿の地域医療」（演題名：高齢化に伴う医療ニーズの変化と薬物療法の位置づけ）（収録）／**佐々木淳**

2021年6月　第32回日本老年歯科医学会学術大会 スタディグループ「TUNAGERD会」の活動（web）／**若杉葉子**

2021年7月　第36回日本臨床栄養代謝学会学術集会 ワークショップ02「GLIM criteriaの意義を考える」／**佐々木淳**

2021年8月　第25回日本看護管理学会学術集会ランチョンセミナー（テーマ：在宅医療・訪問看護におけるエンゲージメントの向上と組織の持続的成長）／**佐々木淳**

2021年8月　World Dysphagia Summit Yoko Wakasugi, Haruka Tohara: The case report involved in end-of-life care（web）／**若杉葉子**

2021年8月　第23回日本臨床救急医学会総会・学術集会 パネルディスカッション「高齢者の意向にそった救急対応」（演題名：救急科専門医が行う訪問診療の現場からの報告）（web）／**井上淑恵**

行政研究活動等

2021年8月　令和3年度厚労省老健事業「高齢者向け住まいにおける運営形態の多様化に関する調査研究」委員／**佐々木淳**

2021年8月　内閣府規制改革推進会議専門委員／**佐々木淳**

2021年8月　令和3年度厚労省老健事業「サービス付き高齢者向け住宅等における適正なケアプラン作成に向けた調査研究」委員／**佐々木淳**

2021年8月　令和3年度厚労省老健事業「特別養護老人ホームにおける医療ニーズに関する調査研究事業」委員／**佐々木淳**

2021年8月　令和3年度厚労省委託事業「人生の最終段階における医療体制整備事業 本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」講師／**佐々木淳**

寄稿

2020年9月～2021年8月　『高齢者住宅新聞』（高齢者住宅新聞社発行）連載「在宅医からみた10年後、20年後のニッポン」／**佐々木淳**

2020年10月　『Medical Practice』（文光堂発行）10月号（37巻10号）若杉葉子、戸原玄：施設・在宅での摂食嚥下リハビリテーション／**若杉葉子**

2020年11月　『治療』11月号（南山堂発行）特集：コロナにまつわるエトセトラ「ポストコロナ時代の高齢者介護施設の感染対策のありかた」／**佐々木淳**

2020年11月　『訪問看護と介護』11月号（医学書院発行）「新型コロナウイルス感染症―インフルエンザ流行期前に準備しておきたいこと」／**佐々木淳**

2020年11月　『デンタルハイジーン』別冊（医歯薬出版発行）「どうして？ どうする？　診療室からはじまる高齢者歯科」Part3管理・対応編、全身疾患パーキンソン病、Q.すり足で歩くようになったJさん、どうして？どうする？／**若杉葉子**

2020年11月　『看護技術』（メジカルフレンド社発行）11月号「歯科医の教える！ プロフェッショナル口腔ケア」多職種での連携／**若杉葉子**

2021年2月　『レジデントノート』増刊（羊土社発行）「マルチモビディティ診療の考え方と動き方」中小病院における診療の強み（病院総合医が主力となる診療の特徴や強み・魅力）／**松本真一**

2021年2月　『日本内科学会雑誌』（日本内科学会発行）110巻2号 中西雄紀，松本真一ら，シリーズ「一目瞭然！目で診る症例」／**松本真一**

2021年4月　『調剤と情報』（じほう発行）4月号（Vol.27No.5）「特集 漫然投与や有害事象を防ぐ！ トレーシングレポート術」企画責任者兼執筆／**齋木啓子**

2021年6月　『訪問看護と介護』6月号（医学書院発行）「新型コロナ感染症患者の在宅看取り～陽性判明から看取りまでのプロセスと課題」／**村山智紀**

2021年7月　『病院』7月号（医学書院発行）特集：地域包括ケア時代における病院の在宅への関わり方「在宅医療側から病院に期待したい在宅支援のあり方」／**佐々木淳**

2021年7月　『訪問看護と介護』7月号（医学書院発行）特集：退院直後の「2週間」に欠かせない在宅ケア　総論「介入効果が最も高い時期を逃さない―退院直後の『2週間』で私たちがすべきこと」／**佐々木淳**

2021年8月　『栄養経営エキスパート』No.33（日本医療企画発行）The 症例～病態を読み解くエッセンス～「慢性呼吸不全」／**佐々木淳**

講演

2020年9月　第4回共に生きる～認知症を考えるセミナー～「認知症の方々が在宅で暮らし続けるために」／**佐々木淳**

2020年10月　Care Show Japan2020「在宅療養支援診療所・15年目のミッション」／**佐々木淳**

2020年11月　Aging Asia Innovation Forum

「Forward trends for the future of home and community care in a post covid world (Clinical and Technology Innovations) ー Japan Experience」(web) ／**佐々木淳**
2020年11月　東京藝術大学「東京芸術大学DOORプロジェクト：ケア原論」(講演タイトル：超高齢社会における医療と介護の考え方) ／**佐々木淳**
2020年11月　豊島区医師会多職種連携全体会 (講演タイトル：在宅医療におけるCOVID-19について) ／**佐々木淳**
2020年11月　鹿児島緩和ケア・ネットワーク特別講座「超高齢社会における栄養ケアのあり方」／**佐々木淳**
2020年11月　全国市議会議長会・岩手県市議会議長会 2040未来ビジョンセミナー in盛岡「超高齢社会に求められる地域医療のかたち」／**佐々木淳**
2020年11月　第7回生活困窮者自立支援全国研究交流大会 (web) (講演タイトル：生活困窮者 (在宅) の現実と課題) ／**佐々木淳**
2020年11月　The Japan Sweden Sociaty (講演タイトル：At the Covid-19 Frontline in Japan and Sweden, Fight against the pandemic - and misinformation. What happened in 2020 and what is the forecast for 2021？) ／**佐々木淳**
2020年11月　東京都医師会 東京在宅医療塾 新型コロナウイルス感染症対策特別講演会「在宅医療の現場における取組」／**佐々木淳**
2020年12月　沖縄歯科医師会 令和2年度在宅歯科人材育成研修会「在宅高齢者における栄養ケアの重要性」／**佐々木淳**
2020年12月　Hospital Management Japan Summit「安心を提供する地域医療の在り方と総合診療医への期待」／**佐々木淳**
2021年3月　「不眠症診療セミナー in柏」パネリスト (主催：エーザイ株式会社) ／**小林真介**
2021年3月　在宅医療の現状と栄養管理 (主催：大塚製薬) ／**片岡侑史**
2021年4月　エンドオブライフ・ケア協会6周年シンポジウム／**佐々木淳**
2021年4月～5月　鶴見大学短期大学部・歯科衛生士科「チーム歯科医療論」／**鳥越桂、山本佳世、渡辺美恵子、森田千雅子**
2021年5月　船井総研セミナー「リーディングカンパニーになるための経営計画と現場推進モデル」／**佐々木淳**
2021年5月　第167回ホスピスケア研究会「コロナ禍における在宅医療の現状と課題」(web) ／**佐々木淳**
2021年5月　全日本病院協会　病院総合医育成プログラム　診療実践　呼吸器領域 (web) ／**松本真一**
2021年6月　「在宅医療における心不全終末期のマネージメント」講演 (後援：柏市医師会、野田市医師会　共催：ノバルティスファーマ株式会社、大塚製薬株式会社) ／**小林真介**

教育研修

2020年11月　千葉県立東葛飾高等学校「いのちの授業」／**佐々木淳**
2021年1月～6月　横浜市立大学医学部地域保健医療学実習受け入れ／**片岡侑史**
2021年4月　東京医科歯科大学摂食嚥下リハビリテーション学講座臨床教授拝命／**若杉葉子**
2021年5月～8月　藤沢湘南台病院地域医療研修受け入れ／**片岡侑史**
2021年8月　帝京大学医学部公衆衛生学実習受け入れ／**佐々木淳、鳥越桂、風間敏男、西和男、齋木啓子、岡田大輔、村山智紀**
日本医科大学総合診療学非常勤講師 (月2回オンライン講義を担当) ／**井上淑恵**

その他の地域活動・学会活動等

2021年6月　柏市医師会在宅・プライマリケア委員会 副委員長／**小林真介**
2021年8月　柏市新型コロナウイルス感染症在宅療養者支援チーム／**小林真介**
新宿区介護認定審査会委員／**田鎖志瑞**
日本救急医学会 高齢者救急特別委員会委員／**井上淑恵**
日本在宅救急医学会 評議員／**井上淑恵**
柏市介護認定審査会委員／**小林真介**
日本老年歯科医学会指導医取得／**若杉葉子**
歯科診療部を日本老年歯科医学会認定研修機関とした／**若杉葉子**
日本老年歯科医学会 多職種連携委員会幹事／**若杉葉子**
船橋市介護認定審査会委員／**稲次忠介**
2021年度第1回「医療安全管理者養成研修」受講・修了／**池邉太一**
墨田区医師会 地域福祉委員会、訪問看護ステーション運営委員等／**鳥越桂**
墨田区介護認定審査会委員／**鳥越桂**
日本プライマリ・ケア連合学会 代議員／**松本真一**
日本プライマリ・ケア連合学会 地域包括ケア委員会／**松本真一**
日本プライマリ・ケア連合学会　2019年度Glaxo-SmithKline医学教育助成事業　誤嚥性肺炎の多職種連携スキルアッププログラム：Japan Aspiration Pneumonia Education Program (JAPEP)　副プロジェクトリーダー／**松本真一**
日本在宅医療連合学会専門医 実践者コース 受験・合格／**松本真一**
家庭医療学開発センター (CFMD) リーダーシップフェロー運営／**齋木啓子**
日本在宅医療連合学会 在宅医療の質評価・向上委員会委員／**齋木啓子**
日本プライマリ・ケア連合学会 認定薬剤師講習会講師／**齋木啓子**

報道

「ママの一歩を支える『ママリ』」(web) 医療監修／**齋木啓子**
2020年9月　BS11「タカラベnews＆talk」患者の人生観に寄り添う在宅医療／**佐々木淳**
2020年10月　『週刊医学界新聞』(医学書院発行) 千葉市長 (当時) 熊谷俊人氏との対談／**佐々木淳**
2020年11月　NHKワールド「Medical Frontiers」／**佐々木淳**
2020年11月　「東洋経済オンライン」(web) COVID-19: Preventing Infection Through Visualization ／**佐々木淳**
2020年12月　『日経ヘルスケア』12月号 (日経BP発行)「在宅医療 今後の対策『待つ医療』から『出向く医療』のニーズ高まる」／**佐々木淳**
2021年1月　『総合診療』1月号 (医学書院発行) COVID-19対応の“最前線”における“防衛線”／**佐々木淳**
2021年2月　『中日新聞』「安全な飲食 工夫次第」／**佐々木淳**
2021年3月　『Newsweek日本版』(CCCメディアハウス発行) ルポ 新型コロナ 医療非崩壊～こうして彼らは医療崩壊を防いだ／**佐々木淳**
2021年4月　『The Japan Times』Few options for COVID-19 home care ／**佐々木淳**
2021年4月　『読売新聞』「最期 家族と一緒に」／**佐々木淳**
2021年4月　レディオ湘南「福祉医療のまちかど保健室」／**片岡侑史**
2021年4月　ハートFMなんじょう「にかちゃんの島らっきょう畑」／**片岡侑史**
2021年6月　BS TBS「ヒポクラテスの誓い」「最期まで人生の主人公として生きる」／**佐々木淳、若杉葉子**
2021年7月　『Wedge』8月号 (ウェッジ発行)「増加する高齢者と医療需要 地域一帯在宅ケアで解決を」／**佐々木淳**
2021年8月　NHK「日曜討論」止まらぬ感染拡大 コロナ危機 命を守るには／**佐々木淳**
2021年8月　NHK「あさイチ」どう備える？「自宅療養」／**佐々木淳**
2021年8月　TBSテレビ「NEWS 23」／**鳥越桂**
2021年8月　日本テレビ「NEWS ZERO」／**鳥越桂**
2021年8月　『Better Care』92号 (芳林社発行) ／**片岡侑史**
2021年8月　「人語りて」(web) ／**片岡侑史**
2021年8月　m3.com (web) ／**片岡侑史**

Challenge

私たちが目指すのは

NEXT SOCIETY

医療法人社団悠翔会は、創立以来15年間、在宅医療に特化したクリニックとして、
超高齢化していく地域において急速に変化する医療ニーズに応えてきました。
同時に、保険診療だけでは応えきれない医療ニーズがあること、
そしてそれらの多くが、実は社会ニーズであることを学んできました。

超高齢化・少子化・高齢世帯の増加・人口減少……。
一見ネガティブなこれらの要素を、豊かな未来を創造するためのチャンスに変えていきたい。
私たちは、保険医療機関として在宅医療を中心とした地域医療に引き続き全力で取り組むとともに、
社会課題の解決にも正面から向き合っていきたいと考えています。

COVID-19

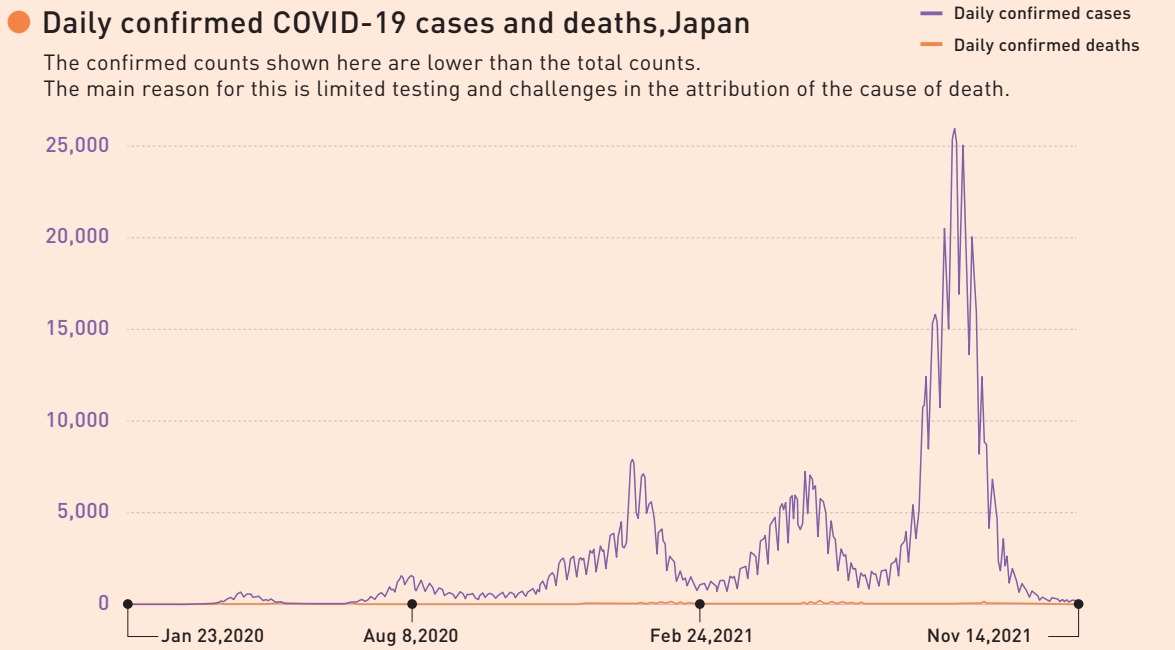
新型コロナと向き合った22カ月

2019年2月 クルーズ船・ダイヤモンドプリンセス号が横浜港に入港、私たちにとって新型コロナは対岸の火事ではなくなりました。
未知のウイルス、わかっていたのは感染性が強いこと、そして基礎疾患のある高齢者の死亡率が極めて高いということだけでした。
最もハイリスクな在宅患者さんたちの命をいかに守るのか。
私たちの長い戦いが始まります。



Daily confirmed COVID-19 cases and deaths,Japan

The confirmed counts shown here are lower than the total counts.
The main reason for this is limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source:John Hopkins University CSSE COVID-19 Data-Last updated 15 November,20:05 (London time) OurWorldInData.org/coronavirus・CC BY

第一波～第二波	第三波～第四波	第四波～第五波
●「未知のウイルス」 ●治療法未確立・ワクチンなし ●高齢者の重症化・死亡リスク高	●感染者数増加・関西で医療崩壊 ●治療法探索中・ワクチン開発 ●高齢者の重症化・死亡リスク高	●感染爆発・首都圏で医療崩壊 ●治療法確立・ワクチン接種進む ●医療職・高齢者は相対的に安全
●緊急事態宣言で速やかな収束 ●病院クラスター多発 ●在宅・施設での厳格な接触制限	●緊急事態宣言はまだ有効 ●介護施設クラスター多発 ●在宅・施設での厳格な接触制限	●緊急事態宣言の効果減弱 ●介護施設クラスター著減 ●在宅コロナ患者への往診ニーズ
感染リスクと接触制限リスクのバランス	介護施設クラスターにおける保健所と在宅医療の役割分担	医療介護職ワクチン非接種リスク 地域医療と在宅医療の役割分担

COVID-19

第一波・第二波

在宅医療は、命を守るための最前線

諸外国では、新型コロナウイルス感染症による死者の大部分が高齢者施設の入居者でした。そして、病院機能の限界から、感染した高齢者に対する治療の中断や差し控えが行われていました。
特に基礎疾患のある人や高齢者においては重症化・死亡のリスクが高く、しかも治療法が確立されていないこのウイルス感染症に対し、私たちは４つの視点で臨みました。結果として、第一波では、職員・患者さんともに１人の感染者（確定診断）を出すこともなく経過することができました。

1

●患者の生命を守る

まずは患者さんを感染から守ることを最優先しました。そのために、患者さん・ご家族に対し感染予防教育を行うとともに、自らが感染を持ち込むことがないよう、スタッフ全員が細心の注意を払って日常生活を送りました。

2

●患者の生活を守る

ケアの現場では濃厚接触が避けられません。しかし、ケアがなければ生活の継続は成り立ちません。安全なケアの提供のため、協働する介護事業所等とも情報を共有し、時に感染防御資材の提供等を行いました。

3

●患者の尊厳を守る

どんな状況においても、患者さんの意思が尊重されること。在宅療養支援の基本です。たとえ感染しても、自宅で最期まで過ごしたい。そう患者さんが望むのであれば、その選択を支援することを法人内で確認しました。

4

●地域医療を守る

地域住民の命を守る最後の砦である「病院」を守ることが、地域医療機関としての責務であると考えました。当時は多くの基幹病院がクラスターの発生によりその機能を停止させていました。私たちは感染予防教育、発熱者への臨床診断、そして入院を希望しない患者さんへの在宅療養支援の継続を通じて、病院の機能を守ることを意識しました。

新型コロナ感染症対応ガイドラインの作成

すべてのスタッフが新型コロナに確実に対応できるよう、法人内の感染制御部門・精神科・看護部等を中心に対応ガイドラインを作成、随時更新していきました。2019年4月の初版の時点で、在宅での死亡診断・葬儀、職員のメンタルケア等まで網羅していました。その後、このガイドラインの更新作業は日本在宅医療連合学会の新型コロナ対応ワーキンググループでの活動に移行していきます。



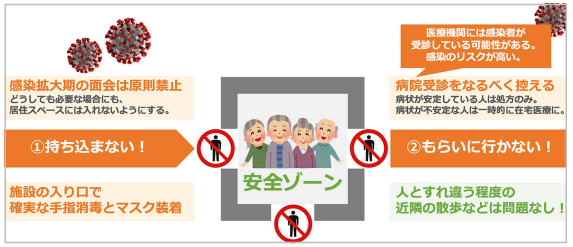
在宅勤務体制・診療体制

スタッフ間の総接触量を5割まで減らすことを目的に、特に運営スタッフを中心に在宅勤務を推進しました。また、診療スタッフも、直行直帰や時差通勤等を組み合わせながら、職員間の接触を減らしました。業務基幹システムをGoogle Workspaceに統合、クラウド型電子カルテシステムhomisを患者情報共有プラットフォームとして活用し、遠隔運営体制にスムースに移行しました。



インフォデミックへの対応

感染症専門医や公衆衛生専門家との連携を通じて、新型コロナに関する最新情報に法人としてキャッチアップ、患者さん・ご家族や介護事業者向けにわかりやすいインフォグラフィックや文書等を作成し、啓発活動等に無償で提供しました。これらの説明資料はSNSやメディア等を通じて広く共有いただきました。この情報提供活動は、その後、学会や医師会等と連携した地域啓発活動等に移行していきます。



発熱患者への積極的対応

在宅患者はしばしば発熱します。そのすべてを発熱外来に回すわけにはいきません。地域医療機関による発熱者への診療拒否が目立つ中、私たちは保健所と連携し、発熱者の臨床診断に積極的に取り組みました。また、研究段階であった抗体診断薬等を米国から輸入し、活用しました。第二波までの発熱相談712件のうち、コロナが強く疑われたケースはわずか12例、いずれもPCR検査は陰性でした。



感染防護具の確保

サージカルマスクやグローブ等、基本的な資材も不足するという非常に厳しい状況にありましたが、私たちは途上国支援等で培ったパイプを活用し、インド等当時まだパンデミックが拡がっていなかった海外から独自のルートで感染防御資材を確保。また、国内外の個人や支援組織からも多くの資材をご提供いただきました。これらは法人内での診療に加え、連携する医療機関等にも配布しました。



啓発や提言などの社会活動

新型コロナ感染拡大防止活動基金の創設に理事長の佐々木が発起人の1人として関わり、市民の方々から10億円近い資金をお預かりすることになりました。これらの資金は日本在宅医療連合学会を通じたマスクの配布をはじめ、多数の医療機関・介護施設・そして地域活動の活動資金として活用されました。また、日本在宅救急医学会を通じて、日本医師会・新型コロナ感染症有識者会議の提言書の作成に加わりました。



COVID-19

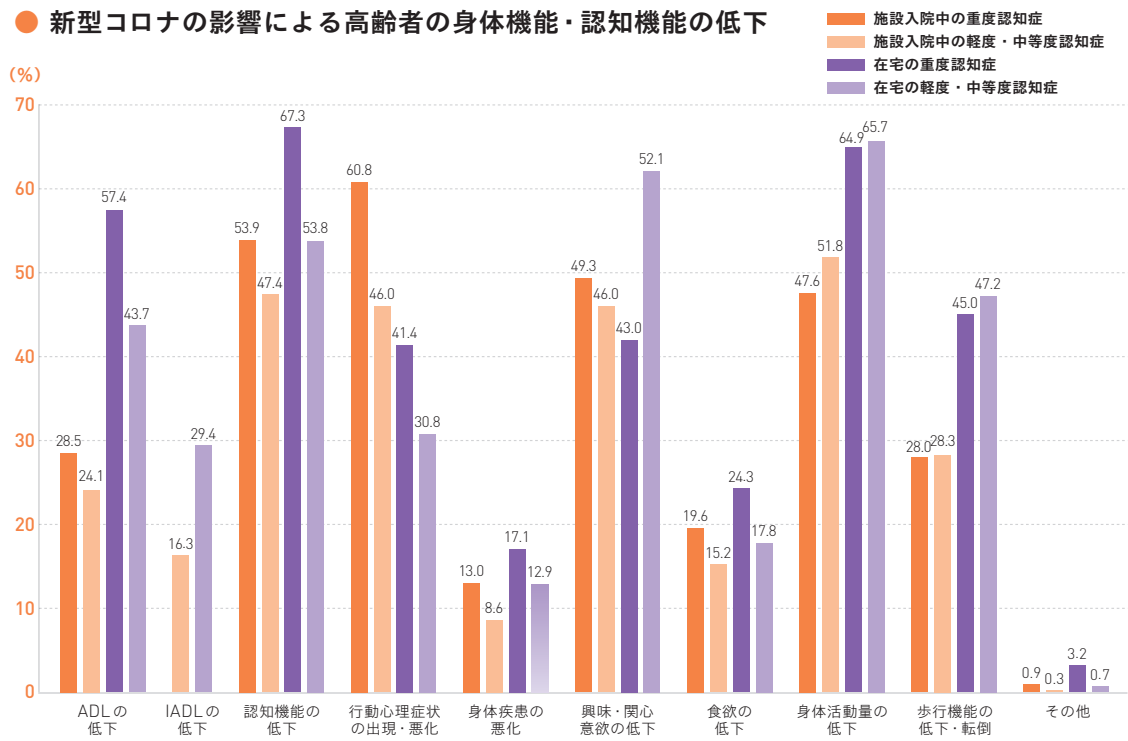
第三波・第四波❶

感染拡大により、防波堤が破られた

第一波・第二波では在宅患者さんを守り切ることができましたが、第三波はこれまでよりもかなり大きく、多くの介護施設でクラスターが発生しました。当時は、新型コロナ感染者は原則入院とされていましたが、介護施設での多数の感染者を全員入院させるのが難しい地域も出てきました。また、患者さんによっては、入院を希望しないケースも増えてきました。私たちには、介護施設における感染拡大の評価やゾーニングやコホーティング、そして新型コロナ感染者の在宅療養支援の継続が求められるようになりました。

一方で、接触制限（面会制限、外出制限、活動制限など）の長期化により、在宅や施設の高齢者の身体機能・認知機能への影響などが顕在化してきました。感染から身を守ることができても、ADLが低下すれば、QOLの低下、生命予後の悪化にもつながりかねません。感染リスクと衰弱リスク、このバランス感覚が求められるようになりました。ご家族や介護事業者と納得点を探る作業が続きます。

● 新型コロナの影響による高齢者の身体機能・認知機能の低下



出典：https://www.hiroshima-u.ac.jp/bhs/research/lab/other/Medicine_for_Integrated_Approach_to_Social_Inclusion

同時にワクチンの開発が進み、治療法も徐々に確立され、入院した感染者の治療成績も向上してきました。
しかし、一方で高齢者の治療経過はやはり厳しく、また第四波の関西地方では、コロナ病床が満床となり、重症化しても救急搬送ができず、コロナの在宅死も報告されるようになりました。私たちは、首都圏における本格的なオーバーシュートに備え、法人内でのシミュレーションを繰り返すとともに、積極的な講演活動や業界紙への執筆等により、介護関係者への呼びかけを行いました。

週刊高齢者住宅新聞 第613号（高齢者住宅新聞社発行）


高齢者住宅新聞　2021.1.20（毎週水曜日発行）（4）

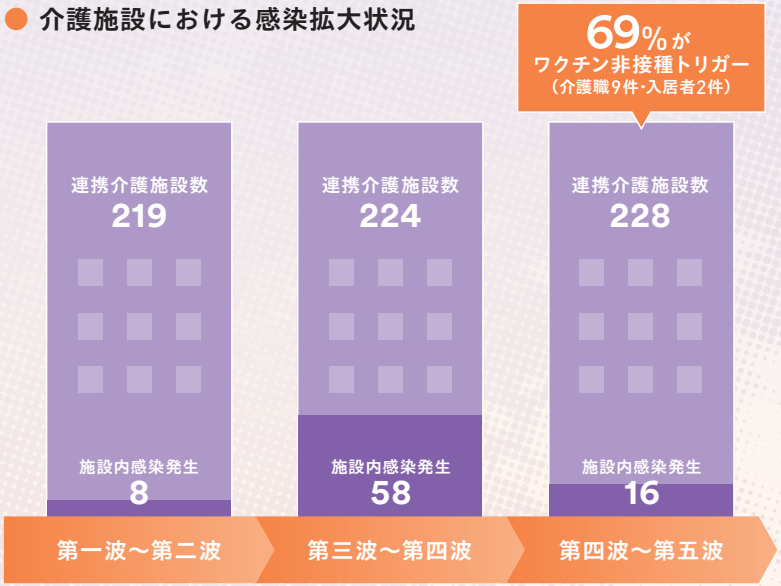
在宅医からみた 地域社会

「搬送不可」前提にコロナ対策を

介護Biz

介護施設クラスターへの支援

● 介護施設における感染拡大状況



延べクラスター対応件数
22件

延べPCR検査実施件数
1,106件

第一波では稀であった介護施設におけるクラスターですが、第三波においては約25%の施設において経験することになりました。感染拡大により保健所の業務も逼迫し、接触追跡等に数日の待機を要する状況となったため、連携施設のクラスターにおいては、当法人にて施設内の全数ＰＣＲ検査や濃厚接触者の抽出等を支援しました。また、全感染者の入院による隔離が困難な施設においては、施設内のゾーニングやコホーティングを指示し、継続的な支援を行いました。

ワクチン接種

延べワクチン接種件数 **22,225件**（11月11日現在）

職域接種6,778件
地域接種15,447件

医療専門職に対するワクチン接種が優先的に行われましたが、在宅医療機関において接種が始まったのは5月からでした。私たちはその後、通院困難な在宅患者さんやそのご家族に自宅や施設でのワクチン接種を行うとともに、協働する介護・看護専門職の方々にもワクチン接種を行いました。また、上記には含まれていませんが、クリニックがそれぞれの地域（医師会）の枠組みの中で、大規模接種センターの運営等に関わっています。加えて、週末や夜間を活用し、職域接種にも積極的に取り組みました。

港区内の企業約3,500名の社員の方を対象に、職域接種を実施しました。限られた時間の中、多くの方の接種を安全に行うため、受付・問診・接種がスムーズに進み、かつ接種後の副反応に素早く対応できる人員配置、手順、会場レイアウトを作成し、企業の皆様にご協力いただきながら事故なく無事終了いたしました。また、今回のワクチン接種は副反応への不安を感じておられる方も多かったため、事前にワクチンや副反応についての説明資料をお渡しし、接種前の不安軽減にも努めました。

(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業開発グループ 事業企画チーム
看護師　小林 未央



職域接種は、政府により、地域の負担を軽減し、接種の加速化を図ることを目的に開始された、これまでに前例のない取り組みでした。医療機関として安全にワクチン接種体制を整えることはもちろんのこと、安心して接種が受けられるよう、企業と連携しながら、一体となり進めていきました。感染力の強いデルタ株の影響で新規感染者数が増え、日に日に医療機関や自治体が逼迫している状況であり、職域接種に取り組むことで、少しでも早く接種が行き渡るようにとの一心で取り組みました。

(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業開発グループ 事業企画チーム
看護師　下川 敦子



COVID-19

第三波・第四波❷

感染した在宅患者への療養支援の継続と看取り援助

第三波以降においては、ハイリスクな感染者が原則入院とされました。在宅患者さんの多くは複数の基礎疾患をもつ高齢者です。最もハイリスクなグループですが、中には人生の最終段階を生きている方も少なくありません。入院すれば死ぬまで家族と会えないかもしれない。病院の厳しい面会制限もあり、多くの在宅高齢者が、感染してもできれば入院はしたくない、という意思表示をされています。

本人の選択を尊重すること、本人の尊厳を守ること。私たちは、ご家族やその他の支援者ともていねいにコンセンサスを取りながら、感染した在宅患者さんへの在宅療養の継続を支援しました。また、訪問看護ステーションとの連携の中で、在宅看取りも経験しました。

コロナであったとしても、その人の人生に真摯に向き合う。そんな仲間とともに地域で在宅医療に取り組めることを本当に心強く思います。





『訪問看護と介護』2021年6月号
（医学書院発行）



新型コロナに感染した患者・家族への意思決定支援と臨床倫理

意思決定支援において重要なのは、次の4つの要素とされます（Jonsenの臨床倫理4分割法）。
新型コロナの場合には、倫理的判断においても難しさを伴います。

❶医学的適応 入院したからといって命が助かる保証はありません。一方、8割の方は軽症で経過し、入院しなくても命を奪われることはありません。

❷QOL 入院治療によって重症化しても救命できる可能性はありますが、おそらく、入院関連機能障害で身体機能・認知機能は低下します。また、入院すると家族と面会することはできません。病院で死亡すると看取りをすることもできません。

❸患者の意向 通常は本人の意向が最優先ですが、新型コロナは指定感染症であり、法律の定めが優先されます。本人が自宅で、と希望しても、地域によってはそれが許可されないかもしれません。

❹周囲の状況 本人・家族が入院を希望しても、コロナ病床が満床であれば入院はできません。逆に、自宅で看てほしいと希望しても、感染防御資材が不足していたり、対応できる支援者がいなければ、入院を選択しなければならないかもしれません。

このように厳しい状況においても、できるだけ本人の選択が尊重されるよう、保健所や地域の看護・介護事業所と連携し合い、感染防御資材を共有し、意思決定支援を重ねてきました。

臨床倫理4分割法

医学的適応（Medical Indications）

善行と無危害の原則

1. 患者の医学的問題は何か？　病歴は？　診断は？　予後は？
2. 急性か、慢性か、重体か、救急か？　可逆的か？
3. 治療の目標は何か？
4. 治療が成功する確率は？
5. 治療が奏功しない場合の計画は何か？
6. 要約すると、この患者が医学的および看護的ケアからどのくらいの利益を得られるか？　また、どのように害を避けることができるか？

患者の意向（Patient Preferences）

自立性尊重の原則

1. 患者には精神的判断能力と法的対応能力があるか？　能力がないという証拠はあるか？
2. 対応能力がある場合、患者は治療への移行についてどう言っているか？
3. 患者は利益とリスクについて知らされ、それを理解し、同意しているか？
4. 対応能力がない場合、適切な代理人は誰か？　その代理人は意思決定に関して適切な基準を用いているか？
5. 患者の事前指示はあるか？
6. 患者は治療に非協力的か、または協力出来ない状態か？　その場合、なぜか？
7. 要約すると、患者の選択権は倫理・法律上最大限に尊重されているか？

QOL（Quality of Life）

善行と無危害と自立性尊重の原則

1. 治療した場合、あるいはしなかった場合に、通常の生活に復帰できる見込みはどの程度か？
2. 治療が成功した場合、患者にとって身体的、精神的、社会的に失うものは何か？
3. 医療者による患者のQOL評価に偏見を抱かせる要因はあるか？
4. 患者の現在の状態と予測される将来像は延命が望ましくないと判断されるかもしれない状態か？
5. 治療をやめる計画やその理論的根拠はあるか？
6. 緩和ケアの計画はあるか？

周囲の状況（Contextual Features）

忠実義務と公正の原則

1. 治療に関する決定に影響する家族の要因はあるか？
2. 治療に関する決定に影響する医療者側（医師・看護師）の要因はあるか？
3. 財政的・経済的要因はあるか？
4. 宗教的・文化的要因はあるか？
5. 守秘義務を制限する要因はあるか？
6. 資源配分の問題はあるか？
7. 治療に関する決定に法律はどのように影響するか？
8. 臨床研究や教育は関係しているか？
9. 医療者や施設側で利害対立はあるか？

出典：Jonsen ARほか著．赤林朗ほか監訳.臨床倫理学 第5版．新興医学出版社．2006；p13より転載

第三波の新型コロナ感染症が東京で拡大していた2021年1月、在宅で診療中のほぼ寝たきり状態の高齢患者の、新型コロナ感染症の診断から看取りまでを経験しました。この方は認知症を背景にADL低下がみられ、意思表出できる時点で生前指示書にて延命処置を望まず、ご家族とすべての療養関係者間でアドバンス・ケア・プラニングを行っていました。発熱を認める数日前にデイサービス等を利用されていたものの、確定的な感染経路は判明しませんでしたが、数日間継続する発熱を契機に新型コロナ肺炎と診断されました。当時、新型コロナウイルスは指定感染症に分類されていたため、全例原則入院治療が求められていましたが、著名人のコロナ感染の報道から、入院後一度も面会できず、荼毘に付された後に故人と対面する悲しいニュースが知られていたこともあり、ご家族に「例外的な対応になるが自宅での治療の選択肢も可能かもしれない」との説明を行いました。幸い娘さんが介護職につかれており、非感染区画を設けることができる住環境であったため、保健所との相談の結果、看取りも念頭に在宅治療を行う方針となりました。訪問看護と協力し、連日、補液、ステロイド注射、抗生剤の投与を行いましたが、14日間の闘病の末、ご家族に見守られる形で静かに息を引き取られました。ご本人及びご家族にとって最適な医療を模索し、積み上げていくことの重要性を改めて認識し、在宅医療の可能性を感じることができた経験でした。



悠翔会在宅クリニック新橋
医師　村山 智紀

COVID-19

第五波

首都圏で医療崩壊、新型コロナ感染者が地域に溢れる

在宅患者や介護専門職へのワクチン接種は7月までで概ね一巡、新型コロナへの抗体を備えた在宅医療の世界は、第四波までのクラスターの多発が嘘のように、完全な凪の状態となりました。一方で首都圏や沖縄では、8月に入り、ワクチンの接種が完了していない若年～中年層を中心に感染が急速に拡大、最大で約5万人が自宅隔離を強いられることになりました。東京では入院待機者だけで1万人、自宅で重症化し救急要請しても搬送先がみつからず、数時間にわたり立ち往生する救急車内で酸素吸入し命をつなぐ、というケースも増えてきました。コロナの在宅死に関するニュース報道も散見されるようになりました。私たち在宅医療機関は、地域から、これらの在宅コロナ患者への対応を求められるようになります。

8月に入り、最初に千葉県内（悠翔会在宅クリニック船橋）で新型コロナ対応を開始しました。担当した船橋の診療チームからの報告は、想像以上の現場の厳しさを伝えるものでした。

私たちは法人として新型コロナの在宅療養支援に全力で取り組む方向を確認しました。

8月11日の正午から、**東京都医師会との連携**が始まりました。23区内において、地域の枠組みで対応しきれない往診依頼を、医療法人社団悠翔会が受けるというものです。

当初は都内8クリニックの常勤医師が中心となって、通常の訪問診療と並走する形で対応する予定でした。しかし、往診依頼の地域偏在に加えて、1日の診療依頼件数が30件を超える日も少なくありませんでした。また、依頼されるケースの中には、複雑な社会背景を持つケースも少なくなく、診療対応にも時間を要し、通常診療の継続が困難な状況となってきました。

そこで8月24日から**「コロナ専門往診ルート」**を開設しました。全国から、感染症／血液内科・総合診療・海外医療支援などの専門医が集結、看護師・診療アシスタントとともに1日3チームが稼働する体制を確保しました。





写真（左）本部から往診に向かうコロナ専門往診ルートの医師たち。（上）医師・看護師も、患者宅まで酸素濃縮器を運んだ

東京都の面積85%、人口800万人をカバーする「最終セイフティネット」という責任。

東京都医師会との連携のスタートにあたり、すべての依頼に迅速かつ確実に対応できる体制をつくるために、まず「新型コロナ対応本部」を設立。4名のスタッフを常駐させ、都内の各保健所・フォローアップセンターからの連絡を一元的に受け付けるとともに、患者情報を整理し、最適な診療チームにスムースに引き継げるようにしました。診療チームは、患者さんと直接連絡を取りながらトリアージを行い、遠隔診療／往診を行います。入院が必要と判断したケースにおいても、入院ができるわけではありませんでした。待機の数日間、自宅で酸素吸入や投薬等をしながら生命維持をする必要があります。在宅で医学管理できると判断したケースについても、肺炎の状況によっては在宅酸素を導入し、投薬を行いました。患者さんには、24時間つながるホットラインを伝え、フォローアップチームの看護師たちが、患者さんが入院できる・または自宅で回復できるまでの間、毎日複数回の電話で状態確認を行いました。

在宅コロナ診療を支えたバックアップチーム

新型コロナ対応本部

8月初旬、東京の感染者数が連日4,000人を超え、自宅療養者数が急増する中、沖縄のコンタクトセンター機能を活用しての「コロナ自宅療養者対応窓口」が開設されました。オペレーションも決まっていない中、保健所からの電話や依頼書からは罹患している方を何とか救いたいという思いが感じられ、私たちが担う「最初の窓口」の重要性を痛感しました。大変な業務でしたが、先生方やスタッフの方々の「〇〇チーム行きます！」という心強いチャットに、TEAM沖縄では手を叩き喜び、バックオフィスの方々の迅速な連携に、仲間のすばらしさや法人の底力を感じました。これからの未来、どんな状況になってもこの底力を発揮できればと思っています。そして何より、保健所の皆さまの献身ぶりは想像をはるかに超えていました。心より感謝申し上げます。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
悠翔会マネジメントグループ
シニアマネージャー **荒木 理**

フォローアップチーム

コロナ専門往診ルートの後方支援を行うチームとして、外部医師・外部看護師・多職種で連携し、支援態勢を0からつくり上げました。前線の医師・看護師・ドライバーなどのフォローとして、院外処方の対応、HOT使用での書類整理と連携、訪問看護依頼と指示書などの送付に加えて、患者さんの自宅療養解除まで状態確認を行い、必要時には医師に訪問・処方を依頼しました。また、使用物品の補充や採血の提出を、ルート全体をみながら行い、共有の患者台帳に記入しました。後方からチームをみたうえでのマニュアル作成やプロトコール等のブラッシュアップを、次の感染拡大の際に生かせればと思います。多職種連携で患者さん・ご家族とつながることを大切にし、入院や隔離解除まで安心して過ごせることを第一に考えていました。



医療法人社団悠翔会
本部看護部
前川 公代

酸素濃縮器回収チーム

感染者が増加の一途を辿る中、都内医師から「酸素濃縮機（HOT）を回収できないか?!」と要請を受け、新橋本部有志により「HOT回収チーム」が組形されました。チームを率いる際に意識したことは、「メンバーを不安にさせない」「メンバーを感染させない」「患家のプライバシーを守る」の3点でした。気持ちのon/offを切り替えて短時間で的確な作業を徹底し、空き地や駐車場など換気がよく、患家が特定されない場所での作業を心掛けました。医療従事者ではないメンバーのみのチームでしたが、よく着いてきてくれたと感謝しています。都内感染者も減少傾向に転じ、チームは解散となりましたが、患者さんの命を救うお手伝いができたという、何ものにも変え難い喜びを得ることができました。



(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業推進グループ・
悠翔会マネジメントグループ
シニアマネージャー **江口 勇人**

チームのモチベーションと役割分担

在宅コロナ患者への支援を開始するにあたり、不安を感じるスタッフも少なくありませんでした。私たちはオンラインで新型コロナに関する勉強会を繰り返し開催するとともに、第四波において率先して新型コロナ患者の訪問看護にあたった藤田愛さんに講演してもらいました。これにより、多くのスタッフが新型コロナ対応に前向きな姿勢に変わりました。また、新型コロナ診療にあたっては、個々の事情（ワクチン接種できない家族との同居等）に応じた役割分担も進めました。



COVID-19

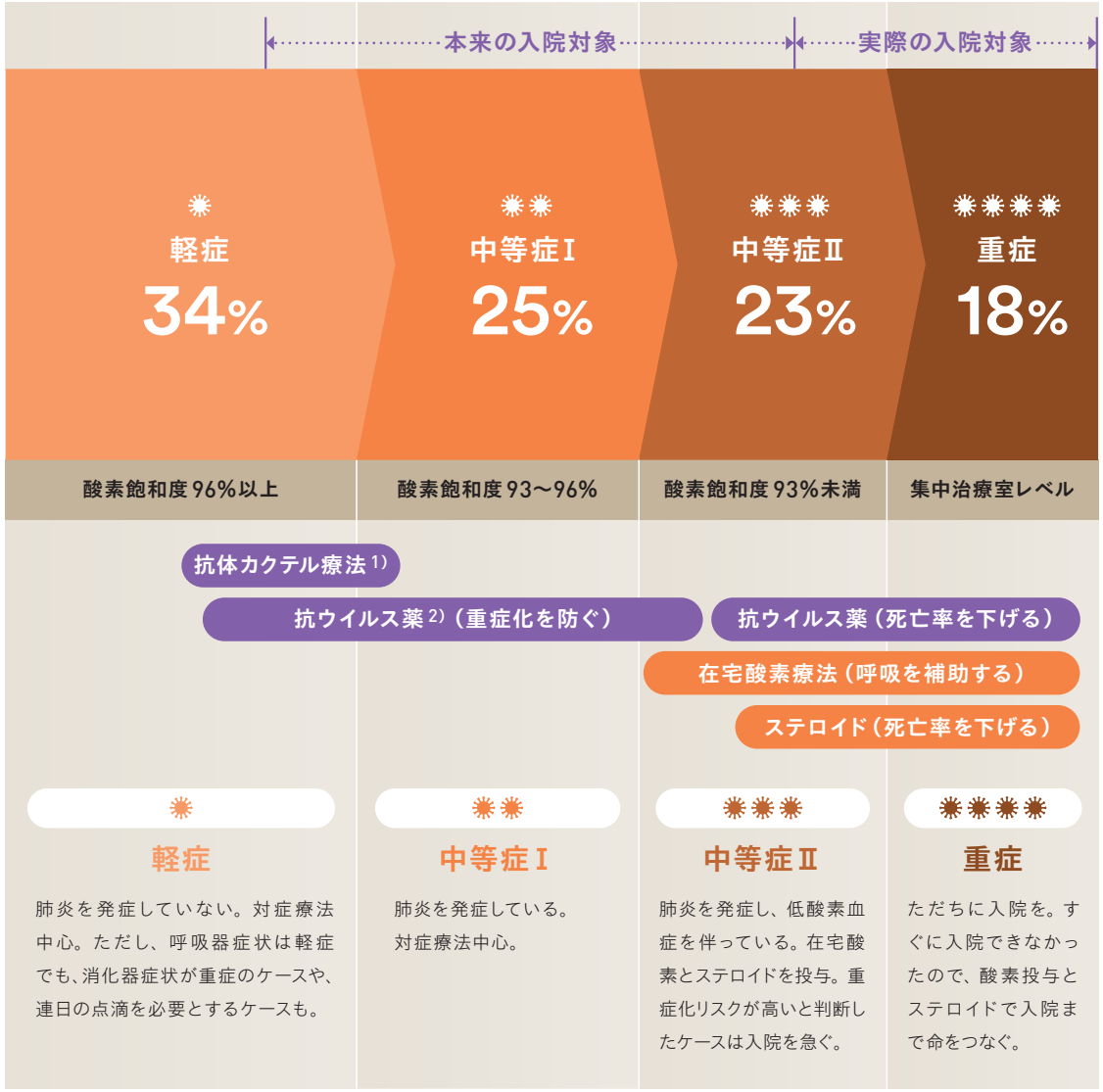
新型コロナ肺炎を在宅で治療・管理する

新型コロナ感染者について、原則自宅隔離とされながらも、中等症以上は原則入院、軽症でもハイリスクは入院という方針が示されていました。しかし、第五波の東京においては、実際に入院ができたのは重症、そして中等症Ⅱの中でもハイリスクの人たちだけでした。

新型コロナの対応依頼のあったケースの約7割が中等症以上、酸素吸入が必要なレベルの重症肺炎の人たちが41%を占めていました。通常であれば全員を入院させるべきところですが、病床の逼迫状況を鑑みながら、特に重症度の高い人、在宅管理の難しい人を中心に入院の優先順位を上げるよう、保健所に依頼しました。

私たちは対応を依頼された患者さんが入院できるまで、あるいは自宅で回復するまでの間の在宅医学管理を行いました。

● 402人の在宅コロナ患者の重症度



1) 2) 抗体カクテル療法・抗ウイルス薬は重症化や死亡のリスクを下げることはわかっていたが、当時は在宅で使用することは許可されていなかった。

医療機能強化型療養施設への医療提供





お台場・船の科学館
37室を医療機能強化
（医師の定期巡回＋往診）

病院と在宅の中間施設に

役割❶

とりあえず入院待ちができる

救急車の拘束時間を減らせる
待機中に改善するケースも

役割❷

早期退院を支援できる

コロナ病床の回転をあげられる

私たちは東京都からの委託を受け、都がお台場・船の科学館に開設した医療機能強化型療養施設に対する医療提供を担いました。医師が連日・1日複数回の訪問を行い、入居者の健康管理をサポートしました。

たとえコロナ病床が満床になったとしても、このような中間施設が機能し、必要なコロナ患者を迅速に受け入れることができれば、救急車が搬送先を探すために数時間患者宅前で拘束されるのを回避することができます。患者さんも入院ができなくても、酸素吸入や点滴が行えて、看護師が24時間配置された施設であれば、自宅で待機するよりも安心感が大きくなります。また、入院待機中に回復し、在宅復帰できるケースもあるはずです。コロナ病院で峠を越え、回復を待つ患者さんの早期退院を支援することで病床の回転を改善することもできます。第六波に向けて、このような中間施設の整備を進めていくべきだと思います。

コロナ専門往診ルートの担当医師として、医療機能強化型療養施設の診療を担当しました。施設では、経過表（LAVITA）を見ながら、24時間待機の施設看護師から情報を聞きます。入所までの詳細は、「入所にあたっての確認事項」という用紙を参照し、各居室に設置された電話で患者さんに問診してからPPEを着て訪室します。患者さんの状態は「注意カテゴリー基準表」で管理され、A（増悪）からB（不変）に変更するか、いつ退所か、入院が必要かなどを判断します。また、夜間帯に肺炎が増悪し、酸素化が悪化した場合などの指示を出します。施設では、酸素投与、生食点滴、血液検査などの検体検査が可能でした。点滴、採血等の処置は施設看護師が行います。検体は当院に持ち帰って提出していました。当院から持参する薬剤（カロナール、デカドロン等）以外は院外処方で、訪問調剤薬局（この施設の場合にはみよの台薬局）が対応してくれました。現時点では、抗体カクテル療法（ロナプリーブ投与）は行っていません。入所の判断は、当初施設看護師が行っていましたが、精神疾患・アルコール依存症を合併し自主退所に至ったケースがあったため、その後、判断が難しい症例は事前に当院に相談のうえ、入所可能か決定することとなりました。

悠翔会・新型コロナ診療担当医師
Mae Tao Clinic（タイ）ボランティア医師
有高 奈々絵



COVID-19

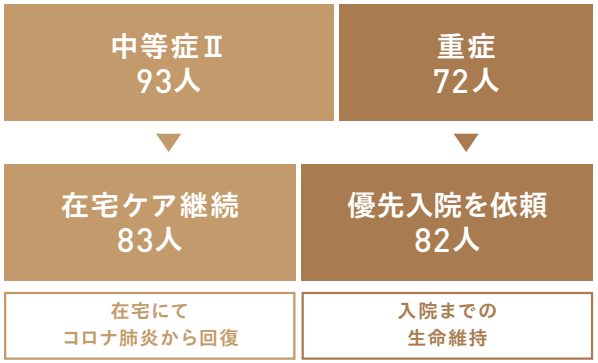
新型コロナ患者への在宅医療は機能した

新型コロナ患者の命を守ることができた

私たちが関わらせていただいた新型コロナ患者さんにおいては、都内での死亡者をゼロに抑えることができました。
原則入院とされる中等症Ⅱ以上（酸素吸入が必要なレベルの新型コロナ肺炎）のケースにおいて、その約半数の治療を自宅で継続しましたが、全員が回復しました。特に重症度が高いと判断したケース（動脈血酸素飽和度が90%以下）においては、入院の優先順位を上げるように依頼。結果、入院までに平均1.3日を要しましたが、その間、酸素吸入とステロイド投与を行いながら、無事、全員を入院につなぐことができました。この結果から、トリアージ（優先入院対象の選別）と在宅時の医学管理をともに適切に行うことができたと判断しました。

「在宅医療においても、新型コロナ患者のケアは十分に可能である」といえます。

● 165人の中等症II以上の在宅コロナ患者の転帰



病院と救急医療システムの負担を軽減できた

8～10月の3カ月間の在宅コロナ患者の療養支援に対し、外部からの医師の招聘、法人内での業務シフトを含め、新型コロナ患者の療養支援には約3,230万円のコストがかかりました。10月以降は診療報酬もかなり手厚くなりましたが、それまでは限られた時限的加算と自治体からの補助金で運営しており、同期間中の診療収入としては1,190万円でした。
なお、上記期間中の新型コロナ患者に対する延べ支援日数は1,515日。軽症が741日、中等症以上が774日となっています。これを入院で管理したと想定すると、入院医療費としては約1億円程度と試算されます。また、コロナ病床を確保するための社会コストを考慮すると、さらに高額になります。

実費用を考慮しても、「在宅医療は入院医療よりも非常に低コストである」ことがわかります。

しかし、患者宅を1件ずつ訪問するのは診療効率が悪く、医療的ケアが必要な人を中間施設等に集住させることは、限られた医療資源でより効果的な支援を提供するためにも重要であると考えます。
また、現状の診療報酬体系では、単発の往診のコストを担うことは十分にできても、その後のフォローアップ等にかかるコストを吸収することができません。相応の評価を求めたいと思います。

在宅医療だからこそ できたことがあった

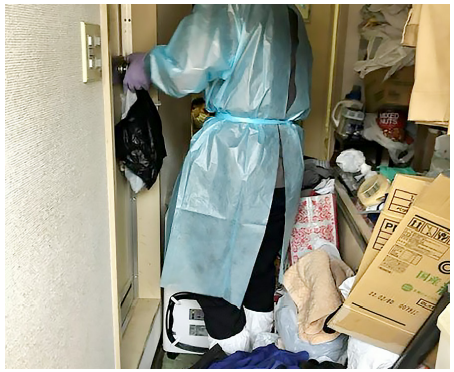
在宅コロナ患者の往診を依頼されたケースの25%が外国人世帯で、その多くは患者本人が日本語を話すことができませんでした。また英語を話せない人も少なくありませんでした。このような外国人世帯への予防的支援を含むケアが十分にできていない状況があるのではないかと感じました。このような社会資源につながりにくい社会的弱者へのアウトリーチとして、在宅医療は効果的に機能できたと考えます。

また、入院治療が適さない（入院拒否される）精神疾患・発達障害の人たちへの療養支援を依頼されることもありました。病院を強制退院となったものの、低酸素血症が遷延し、自宅で治療を継続したケースも複数経験しました。要介護高齢者や末期がん患者など、入院治療を希望しない人もおられました。

地域の多様なニーズの中で、
「新型コロナ患者に対して、在宅医療という選択肢はあってよい」と思います。

しかし、このような社会的ニーズに対しては、医療以外の支援の充実も必要であると考えます。このコロナ禍でさまざまな社会的弱者の存在がクローズアップされました。在宅医療にはもともと社会的ニーズの受け皿としての側面がありますが、今後は、より適切な支援を構築することが望ましいと考えます。

● 社会格差／社会的弱者ほど支援を求めている





地域包括ケアシステムの 真価が試された

新型コロナの在宅療養支援を通じて、私たちは改めて多職種連携の重要性を認識しました。多くの対応依頼を受ける中で、往診で対応しきれない、だけど遠隔診療だけでは心もとない。そんな時、日頃から連携している訪問看護師や薬剤師の皆さんが、報酬の仕組みが追い付かない中、昼夜を問わず対応してくれました。酸素濃縮器の搬入と使用法の指導、採血や点滴の実施、解熱剤やステロイドの配薬……。中には、入院中のコロナ患者さんの飼い犬の世話までしてくれた看護師さんもいます。

どんな状況においても、地域での暮らしを支え続ける。そんな規範的統合のもとに協働できる頼もしいパートナーの存在を再確認するとともに、これらの専門職が、それぞれの善意と使命感だけで働き続ける状況は1日も早く改善してほしいと強く願います。

第六波に向けて、優秀な専門職が経営上の不安なく
在宅でのコロナ対応にあたれるよう、
少なくとも「持ち出しにならない報酬体系の構築」を
お願いしたいと思います。

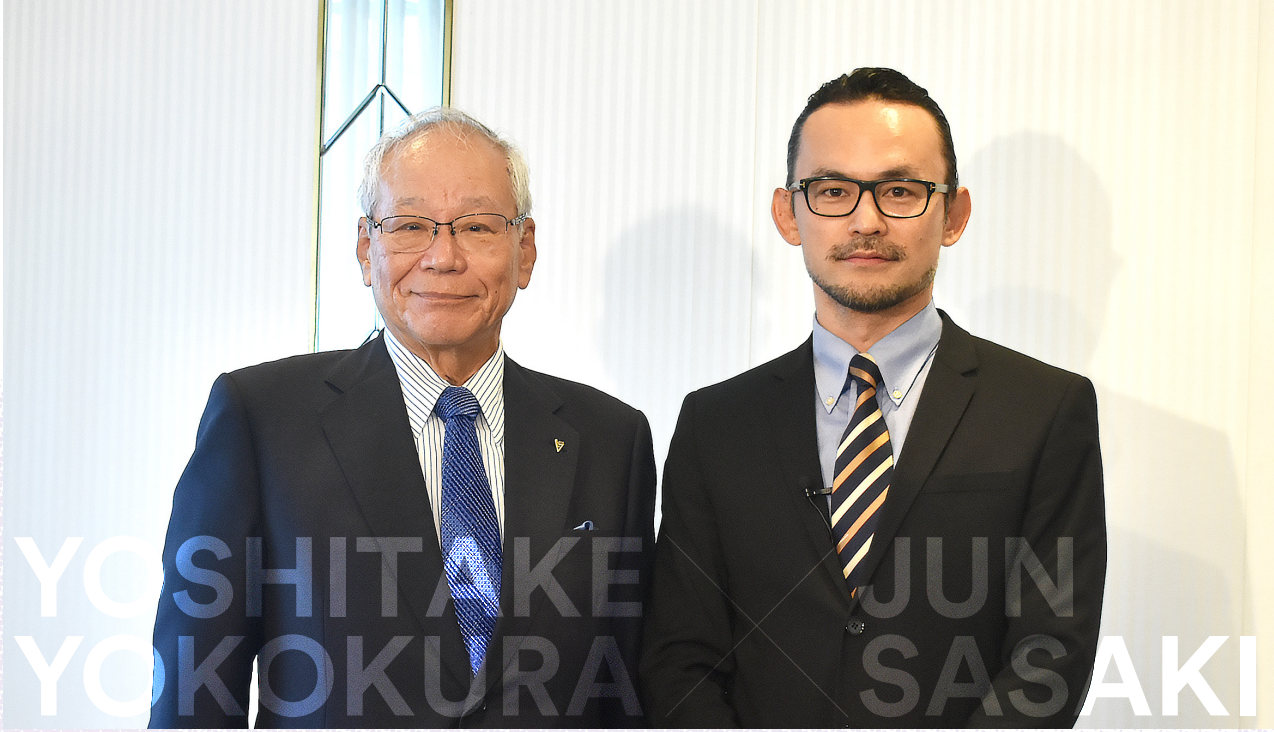
対談

新型コロナ対応を通してみえてきた地域医療の課題と可能性

日本医師会名誉会長、
社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院理事長
横倉 義武

医療法人社団悠翔会理事長・診療部長
佐々木 淳

悠翔会では今年度、コロナ患者さんへの往診事業など、新型コロナへの対応にも取り組んできました。さらに浮き彫りになった課題を踏まえた新たな事業展開にも乗り出しつつあります。ここでは第19代日本医師会会長として初動対応の指揮を執られた横倉義武先生と、新型コロナ対応を振り返りながら現状の課題と、これからの地域医療を支えるかかりつけ医のあり方等について議論させていただきました。



医療と経済はバランスが大事だ 安全に交流できる仕組みづくりが必要

佐々木　横倉義武先生のご活動で本当にすばらしいと思うのは、社会格差の問題や社会的共通資本としての医療のあり方など、常に「社会全体を良くしよう」という視点から医療の最適化に取り組まれていることです。本日は目下の最大の課題である新型コロナ対応と、今後の地域医療のあり方について議論させていただきたいと思います。

横倉　日本医師会会長として新型コロナ対応の陣頭指揮を執ったのは2020年1月から6月までですが、中国武漢で原因不明の肺炎患者が急増中との一報を受けて最初に行ったのは正確な情報発信でした。感染拡大期は誤った情報が錯綜しやすく、それが患者さんや医療現場の混乱を招く恐れがあるからです。1月7日に都道府県および郡市区医師会を通じて地域医療の現場への情報発信を始めました。併せて現場の声を政府に届けるための情報収集にも努め、感染防護具の不足解消を厚生労働省に依頼しました。

次に挙がったのが検査の問題でした。本来、検査は医師の判断でできますが、新型コロナに関しては「帰国者・接触者相談センター」を通さないとPCR検査を行えないという仕組みになっていました。その結果、医師が患者さんを診て、PCR検査が必要との判断をしても受け付けてもらえないケースが続発しました。

もっとも第一波のときは未知の部分が多かったため、感染症法に基づいて行政の管理下に置くという考えもわかります。ただ、第二波の時点で、医師の判断で検査や入院させられるようにすべきでした。これができなかったことが、その後の病床ひっ迫等の問題を引き起こすことになったと考えています。

佐々木　政府に先駆けて日医内に「新型コロナ感染症対策本部」を設置し、4月1日には「医療危機的状況宣言」を出すなど、日本医師会がイニシアチブをとったことで、手探り状態ながら現場の医師はもちろん、国民も安心感を得ることができました。

とはいえ第二波以降、「医療を守るのか、経済を守るのか」といった議論がでてきたこともあり、日本医師会が後手に回らざるを得なくなってきた感はありましたね。

横倉　医療と経済はバランスが大事です。国民皆保険制度を維持していくには国の経済力も欠かせません。日本医師会には、感染拡大の恐れがあるため、「人的交流をすべてシャットダウンする」ではなく、「安全に交流できるようにするために医療者は何がで

きるか」という視点で考えてもらいたいと願っています。

社会的に困っている人を支える それもかかりつけ医の重要な仕事

佐々木　今年7月、東京都医師会からコロナの在宅患者の往診事業の依頼を受けました。1カ月で約400人の往診をした結果、日本語のできない外国人世帯やセルフネグレクト、発達障害、自閉症等の方が大勢おられました。コロナに関係なく支援の必要な方々が大勢いるにもかかわらず、公的サービスにつなげられていないケースが多いという現実を再認識させられました。

横倉　佐々木先生のような地域の医療機関は、社会的に困っている方々を支えられる存在だと考えています。農村部で長年医療を行ってきたので、そうした現場にはよく遭遇しましたよ。

佐々木　横倉先生の近著『新型コロナと向き合う―「かかりつけ医」からの提言』を読ませていただきましたが、そのなかにあったお父様の医療者としての仕事に心を揺さぶられました。お金がなくても患者を診る。通院できない人のもとに行く。トイレの清潔活動を先頭を切って行う。子ども会を組織し食育などに取り組む。コロナ患者さんへの往診を経験したこともあり、かかりつけ医として何をすべきかを非常に考えさせられました。

在宅医療は、行政機関やその他の社会資源と交流しながら患者さんの生活を支える仕事なので、同様の方向に活動を広げられると思います。仮定の話をしますが、横倉先生が現在、20～30代の若手医師で、地域医療に臨むとなるとどのようなアプローチをされますか。

横倉　その年齢だとまず総合診療的な能力を身に付けるための努力をします。そのうえで、患者さんに寄り添う医療に乗り出すと思います。実際、高齢社会においてかかりつけ医機能の重要性は以前から考えており、日本医師会長時代には当時常務理事だった鈴木邦彦先生と研修プログラムも作成しました。そのなかには当然、在宅医療も入っています。

これからかかりつけ医の制度化に向けた議論が出てきます。国民のための医療をどうつくるかという議論になりますし、次代を担う佐々木先生の世代の方々にも積極的に加わってもらいたい。もちろん、すべての医師がかかりつけ医になる必要はありません。心臓外科や脳外科等の専門診療科も重要です。ただし、医師には全員、患者さんに寄り添うかかりつけ医の精神はもってほしいと思っています。



横倉 義武（よこくら・よしたけ）

1969年久留米大学医学部卒業。医学博士。2006～2010年福岡県医師会会長、2012～2020年第19代日本医師会会長、2017～2018年世界医師会会長（第68代）等を経て、社会医療法人弘恵会ヨコクラ病院理事長。医師になって50年来、患者さんに寄り添う安心できる医療を目指して、患者さんに最も身近な「かかりつけ医」の立場から地域医療を支える活動を続けている。近著に『新型コロナと向き合う―「かかりつけ医」からの提言』（岩波書店）。

在宅専門診療所とかかりつけ医 地域を支えるのは両者の連携が不可欠

横倉　感染症対応の病棟の準備や医療提供体制の見直し、デジタル化の推進等、今後医療の在り方は相当変わります。国民へのメッセージの伝え方もその1つで、かかりつけ医にはさまざまな情報をわかりやすく患者さんに伝える、医療通訳的な役割も求められます。

佐々木　確かに今の保険診療の仕組みだけではカバーできないニーズがあることを改めて実感しました。そこで新年度からは与論島や知多半島などでの在宅医療の展開、神奈川県藤沢市で地域の自治会や介護事業所の方々と連携しながら、高齢の方々が安心して暮らし続けられるコミュニティづくりにも挑戦していく予定です。事業を通じて勉強しながら、よりよいプライマリ・ヘルスケアを追求していこうと思っています。

ただ、大規模な在宅医療を行っていると、地域の医師会からは少し複雑な目線で見られることもあります。



佐々木 淳（ささき・じゅん）

1998年筑波大学医学専門学群卒業。社会福祉法人三井記念病院内科/消化器内科、東京大学医学部附属病院消化器内科等を経て、2006年に最初の在宅療養支援診療所（MRCビルクリニック）を開設。2008年医療法人社団悠翔会に法人化、理事長就任。現在、首都圏ならびに沖縄県（南風原町）に全18クリニックを展開。約6,000名の在宅患者さんへ24時間対応の在宅総合診療を行っている。内閣府規制改革推進会議専門委員。

横倉　訪問に出るだけの余裕がない先生方もいるので、その部分を佐々木先生たちが埋めていくスタイルが求められると考えます。私も大学病院を経て1983年に自院に戻ってきたとき、地域の先生方からは「若い息子が何をするのか」と構えられました。幸いなことに毎月夜食事をしながら話す会があり、最初は厳しい指導を受けましたが、だんだんと理解していただけるようになりました。泥臭いことかもしれませんが、こうした人間関係が信頼関係につながります。また、在宅医療をしていると、専門診療科の助けがいるでしょう。その先生方に指導を受ける形で、一緒になって活動するという方法もあります。

佐々木　ありがとうございます。最後に私どもへのメッセージをいただけますか。

横倉　地域住民、国民の生命と健康を守るために我々は仕事をさせていただいています。悠翔会の皆さんにはこの気持ちを忘れずに、現在展開されているすばらしい活動を続けていっていただきたいと思います。

COVID-19

新型コロナ患者への療養支援を通じて

総括

1 新型コロナ患者への在宅医療は有効でありコストパフォーマンスが高い。

2 しかし最適な選択肢ではない。
地域医療のバッファ、予備的機能として位置付けるべきである。

3 保健所→在宅医ではなく、
かかりつけ医＋訪問看護→病院／中間施設による対応体制が望ましい。

4 第六波への備えを固めたい。
私たちは引き続き地域のセイフティネットとしてバックアップに取り組む。

5 災害時の在宅医療の地域間相互支援体制の構築を進めるべきである。

● 新型コロナパンデミックは、2040年の地域医療シミュレーション

今回、私たちが提供したのは「コロナ往診」ではなく「在宅入院」です。自宅に往診するにとどまらず、回復するまで24時間見守り、必要に応じて治療介入する。これは入院関連機能障害など、入院治療によって不利益を被る可能性のある高齢者の急性期治療においても有意義であると思います。すでに先進諸国では在宅入院を制度としてもっている国が少なくありません。術前術後の管理、周産期の管理、化学療法、感染症や外傷の治療、本当に入院ですべきことと在宅医療でもできることをしっかり役割分担しながら、患者さんのQOLの改善と公的医療の疲弊を回避する。このコロナ禍を機に、そんな仕組みづくりに一歩踏み出すべきではないかと考えます。

また、コロナ禍で経験した病床の不足、救急車の逼迫、入院したくてもできないのが当たり前の世界。これは2040年、超高齢化がさらに進んだ日本の未来の姿に重なります。かかりつけ医（在宅医を含む）による日々の健康管理の最適化に加え、急性期の病院依存を減らす必要があります。私たちは、これまで通り、プレホスピタルケアの強化に加え、在宅医療での急性期対応能力を高めていきたいと思います。

政策提言
コロナ災害時の地域間協力について

「強い消化器症状で5日間食事ができないままに赤ちゃんに授乳を続けていた母」。8月15日、佐々木淳先生のFBで紹介された患者さんの話をうかがい、岐阜から東京に行き、在宅コロナ専従者勤務を3週間行いました。9月12日、活動が終了した週の日曜日の菅首相からのヒアリングでは、「災害時の地域間在宅医療協力“HoMAT”(Home medical assistant team)(仮)」を提案させていただきました。

今回のような、在宅医の外部からの支援活動には、①蓄積疲労のない、フレッシュな人的資源が純増するので、現地の疲弊を緩和可能、②1カ月程度の専従活動では、診療以外にもマニュアル作成や短期ヘルプに来た医師・看護師へのオリエンテーションの役割も担うことができ、現地の「受援力(援助を受ける力)」を増すことができる、③自らの家族が被災していないので、仕事に集中できる、というメリットがあります。

これまでも東日本大震災をはじめ、さまざまな災害で、在宅関連多職種による支援は行われてきました。これまでの活動は、想いのある医療従事者による、小規模・善意による活動でしたが、これからはさまざまな災害に対する公式的な支援の枠組み(例えばDMATに準じたような)の検討が必要ではないかと考えます。

悠翔会・新型コロナ診療担当医師
医療法人かがやき総合在宅医療クリニック
理事長　市橋 亮一



隔離を要する多発重症患者に対する「在宅入院」という経験

新型コロナウイルス感染症による未曾有の災害の中で、病床逼迫という通常診療の限界に対して急性期在宅医療によって多くの命が救われました。近年、在宅医療にも慢性期管理のみならず、急性期管理も実施するHospital at Home(HaH)の対応が増えています。しかしながら、隔離を要する多発重症患者治療という医療提供は想定されていませんでした。

コロナ対応における在宅医療は、単発の往診で終わるものではなく、その後の24時間体制での連絡や連日の状態確認といったフォローアップが必要でした。加えて、必要に応じた連日の訪問診療、地域ごとの訪問看護ステーションや保健所との連携、そして酸素濃縮器の回収と、多職種での総力戦であると思います。

そのような中で、通常診療の質を落とさず急性期在宅医療が適切に提供できたのは、悠翔会の平時からの土台が整っていたからだと考えます。第六波を含めたCOVID-19への対応に加え、今後予想されている気候変動による災害等の有事に対して、急性期在宅医療が期待されています。この機会を活かして未来に向かっていきたいと考えています。

悠翔会・新型コロナ診療担当医師
練馬光が丘病院総合救急診療科
科長　小坂 鎮太郎



新型コロナ第五波を乗り切るための活動資金のご寄付をありがとうございました

小日向政彦 ／ (株)当直連携基盤 社員一同 ／ 黒田賢 ／ (医)社団健育会 ／ サンクトガーレン【アマビエIPA】
(医)成和会 ／ (株)ガイアメディケア ／ 石神等 ／ つばさクリニック ／ SAKAMOTO MIKA ／ (福)真光会 ／ 松木怜
宇杉英子 ／ 野口美佳 ／ 辺見芳弘 ／ 山下紀美子 ／ 友部秀文 友部ますみ ／ 星忠成 ／ (株)シルバーウッド 下河原
上田歯科医院 ／ 上妻謙 ／ 工藤洋 ／ 井上由起子 ／ (有)ケアサポートモモ 川口有美子 ／ 古井郁恵 ／ 北美原クリニック
村山澄江(司法書士) ／ 朝戸末男 ／ 古屋聡 ／ 高橋麻衣子 ／ (医)自由会 ／ 地域生活支援(株)代表取締役 藤本一磨
(医)ナカノ会ナカノ在宅医療クリニック ／ (株)グランド技研 ／ (医)久野会 久野内科医院 ／ 岡元奈央 ／ 清水武志
ハッピーライフ ／ Orange ／ 藤通り大和田内科クリニック ／ 山岸暁美 ／ 橋之口真 ／ 後藤裕子
(一社)やさしいコミュニケーション協会 ／ (株)大古曾 ／ 山本明日香 ／ 本田美和子 ／ 西久保雅司
(医)絆かがやきクリニック院長 清水雄三 ／ 椎名美貴 ／ 佐野公司 ／ 丸山弘子 ／ moka ／ 薬剤師
あおいけあ 加藤忠相／NPO法人となりのかいご／錦織なぎ／佐々木裕子／沖中敬二／満岡内科クリニック 満岡聰
宮原友美／高橋和人／デイサービスおたがいさん／(株)心陽／山本耕司／長田佳世／お姐／大塚恵／吉田俊介
立石実／曲田勝紀／村山良／青木共子／浅井文和／車寅壱郎／平塚知真子／黒木春郎／中嶋知仙／永野修
中村橋 日本そば 辰巳庵／福内敦恵子／(株)船井総合研究所 地域包括ケア支援部 医療グループ／川村啓子
米良はるか／遠藤レディースクリニック／杉江康一／中村恵子／サトシ／松村有香／栗田総代／吉岡正俊
ちょこファミリー／小川美也子／五井淳子／うえの整形外科 上野秀一郎／横尾光輔／天ぷら はまや
斉藤順子／岩野耕祐／みゆき／(医)Chiron芝浦アイランド内科クリニック／遠藤聡／宇野雅樹
渡辺清英・恵美子／後藤泰昭／長坂／田中宏信／内藤雅之／上原暢子／西山美香子／岸あさこ／大石和子
佐々木悟／吉村研／寅三郎／川本徹／高梨信／出沢秀子／小西／竹之内盛志／平田淳／佐藤京子
寒河江弥生／(株)石橋地域振興総合研究所／樋口毅／中島博／勝山晋亮／井上富子／長谷川滋子／黒澤泰子
永井友梨／クロスログ(株) 宮原 智新／(株)クローバーコミュニケーションズ 代表取締役 島津貴恵
桑原香苗／宮下公美子／ちゃんぴん／伊藤葉子／猪原健／鈴木知佐子／北海道紋別郡遠軽町丸瀬布ひらやま医院
Sachiko Ishigami／(医)たくま医院／池田重之／(一社) 日本医療デザインセンター／冨田修造
益井基(鍼灸師)／RAN労務管理事務所 代表 図師蘭／(医)武井医院 武井内科循環器科
丸瀬布ひらやま医院 平山知香子／簸本亜里／上田博／有田クリニック 有田由美子／大島民旗
(株)ARCOMEDICAL 斎藤亜希／(株)Tobe-Ru　戸澤良親／松本めぐみ／(株)クレドメディカル／(株)リンクス
青木晃／相原有希子／谷本有香／井上和子、勝喜、陽子／犬塚毅／ともさぽ 稲生迅人／(医)櫻澤医院／細谷光弘
市原美穂／佐藤静／杉本早希／(医)双寿 福田員茂／(医)誠医会／三浦靖彦／濵田俊之／山根由起子
宗像善樹／深瀬洋子／小柳直樹／市川衛／よつばの森／山本美香／宮地寿延／五十嵐晶子／高木敦史
新島次郎／杉浦竜太／岩壁義光／ましゅーてぃー／アングル江美／夏野　伸一／三浦知行／稲葉友美
高橋俊晃／菊池千恵／飯島悠紀／haruhisky／青山博江／楽っ子堂はり灸治療室／池田／小池道夫／篠塚真一
竹内稔子／笠井玲子／村上 薫／コイケ薬局 上手友香子／若槻三千代／米澤綱一郎／アジアート／土崎弘子
どらご★2.0／(株)Three nine／HIRAI MASAHARU／大谷衣美／緒方栄子／大原正嗣／村上江里／西澤明美
倉田佳子／村松正子／平野秀隆／(医)贊永会 統括マネージャー 水上直人／橋浦由記子／大友美由利／米倉志穂
田中公子／椚瀬高志／宮田尚子／樋浦直樹／船津十志広／さとうさとこ／(株)Kaeマネジメント 駒形公大
奈良医大 西尾健治 ／ 立山則子 ／ 藤井聖子 ／ 柳川彩夏 ／ 永井大志 ／ 犬竹麻由子 ／ 中武禎典 ／ えつこ ／ ikko
高田 昇 ／ 山本伸 ／ 小坂鎮太郎 ／ (一社)ダイアローグ・ラーニング 井上真祈子 ／ Yoko Ejiri ／ 黒田美耶子
川良健二 ／ 青木大祐 ／ 北村直美 ／ (株)Grace 西村直之 ／ 増本眞美 ／ 一色郁子
(一社)カウンセラーカレッジ石川 ／ 仲井裕介 ／ 小川順子 ／ (医)清藤クリニック 清藤千景 ／ うえだ まき ／ 磯喜世
こはる@心春 ／ 芝山敦子 ／ 前山文栄 ／ 中村三郎 ／ 馬渕磨理子 ／ 久保田樹佳 ／ Kumiko Shimotsuya ／ 初鹿野晴惠
伊藤夕里亜 ／ 竹山 ／ 谷口史子 ／ tuku ／ みみ ／ 出崎将宏 ／ 長野康明 ／ 小寺典子 ／ 辻義一・吏世 ／ 大坂絹江
そら ／ 堀内克弥 ／ 長浜宏一郎 ／ 川島淳美 ／ 内田奈美子 ／ 山岸敏明 ／ 猪熊純 ／ ミッキーに会える ／ 堀内裕子
キャサリンローズ ／ 草刈学 ／ まみ ／ ササゲマユコ ／ 齋藤恵子 ／ 安相友博 ／ 九重寿 ／ 蛭田美紀 ／ 紅井良人
大竹雄二 ／ セルモ松陰神社駅前教室 ／ 中山真斗 ／ 東家恭一 ／ 加地和子 ／ 杉山明美 ／ 野田智成 ／ 高野満美恵
田中諭 ／ (一社)がんサポートナース代表理事 片岡幸子 ／ 菅ヶ谷純一 ／ 山田桐絵 ／ 鈴木早苗 ／ 藤波聖佳
のじり内科クリニック ／ 森弘史 ／ 田上祥子 ／ 荒川正子 ／ 田中裕子 ／ 特定非営利活動法人白馬の風 ／ 井上綾子
今池子ども食堂 ゴリゴリ ／ 佐藤麗生 ／ 長英一郎 ／ 吉田尚子 ／ 木村功二 ／ 平田敦子 ／ 小野幸三 ／ 野北まどか
Kako ／ 佐藤由紀 ／ アネスティ法律事務所 ／ 中澤桂一郎 ／ 横川岳春 ／ 山内良治 ／ 岩橋径子 ／ 玉置千賀子
堀越晴美 ／ 川口篤也 ／ 堀田聰子 ／ 池松禎人 ／ 神田真理恵 ／ 高瀬比左子 ／ あずき豆 ／ 原田和徳 ／ とも ／ 鈴木良
飯野舞子 ／ 小林明子 ／ 南澤かおり ／ 坂東歯科クリニック ／ くろさきみなこ ／ 小出寛子 ／ 水越英通 ／ bibi
三輪泉 ／ 塩野崎淳子 ／ 葉山幸治 ／ (株)39ダイニング 高山洋平 ／ 橋本健二 ／ 近藤節子 ／ 鈴木元基
栗田和夫 ／ 岩本幸恵 ／ 根本陽介 ／ 井上基 ／ 中島隆昇 ／ 伊瀬雅比古 ／ (株)リンクモア 代表取締役社長 船橋素幸
土屋英俊 ／ 重野康江 ／ 二瓶陽子 ／ たたたーた ／ 森本純子 ／ 岩井規子 ／ 北七子 ／ 辻純一 ／ 長尾亜紀 ／ 岡田涼子
絹笠友則 ／ Kazuo Nishimura ／ 森川裕美 ／ むとうまさこ ／ 高本眞左子 ／ 下沢寛美 ／ 金木義人 ／ 鈴木將玄
森川暢(市立奈良病院 総合診療科) ／ (株)ワーク＆ケアバランス研究所 ／ (医)花楓会笠井医院 ／ 宮川多津代
NPO法人ピュア藤田敦子 ／ 渡邉真喜子 ／ 内田まゆみ ／ 松本典子 ／ 大嶋寧子 ／ しん ／ M&Y.NAKAJIMA
Yokokura Yoshitake／堂山真一 ／ 高橋佐和子 ／ 江東・自由を守る会 ／ 小川陽子 ／ yoshi ／ 大門陽子 ／ 竹田美貴子
大磯治療院 ／ 光城元博 ／ 髙井あおい ／ ヤックスドラッグ 井上修士 ／ 進藤美也子 ／ 坂本守 ／ 岡田孟典 ／ 緒方淳
柴田容子 ／ 中尾真理 ／ Hiromi Sato ／ 佐野史明 ／ 有山伸子 ／ 坪内利江子 ／ 駒井陽水
(一社)QOLアカデミー協会 矢野憲彦 ／ 石井麗子 ／ 横山孝子 ／ 矢島敬士 ／ ストックウェル 尚子 ／ ひととせ
杉本晴美 ／ 松村佳代 ／ Tomoyuki Ishida ／ 津久井 昇 ／ 株主会社メディアネットワークス ／ 矢田哲也 ／ 岩本美保
松元智恵子 ／ 荒川千代美 ／@shopcard_holic ／ 松山なつむ ／ 北條エミ ／ 円谷将平 ／ 小平新 ／ 林憲器
H M Saito ／ 森川 ／ 渡邊美知子 ／ まねぴ ／ 山田潤一 ／ 廣田有紀 ／ 小柳東子 ／ 松尾賢 ／ 田中志保 ／ 伊藤啓司
丹野智文 ／ 松澤朋子 ／ 上山敦 ／ 佐藤洋子 ／ 北川郁子 ／ 羽根川真喜 ／ インドの数学者 ／ なべちゃん ／ 加地義太郎
リクシス大隅 ／ 奥谷和隆 ／ 吉澤央隆 ／ 西出真悟 ／ 茶谷妙子 ／ 飯田多重子 ／ 伊藤きよみ ／ 本田牧子 ／ 笹井冠奈
後藤伸子 ／ みちゃ ／ 伊達数馬 ／ 原田良子 ／ 浅井清隆 ／ 伊藤棕平 ／ かさまつケアオフィス(同) 笠松信幸
あさみ順子 ／ STEPえどがわ 市川裕美 ／ akkoo ／ 倉田敬子 ／ 原祐美子 ／ 久保田亨 ／ 望月実 ／ 坂口香里 ／ 村上浩之
山本恵 ／ コムラード(株) 茨木あづさ ／ 佐野幸子 ／ 北野千代美 ／ 吉岡聖子 ／ 呉龍 ／ 徳久 ／ 木場猛 ／ 五百蔵洋一
白井孝文 ／ 中西佐織 ／ 植木泰生 ／ 酒井美惠子 ／ 泣き虫 ／ 清水誠太 ／ (医)好縁会 ／ 瀬田宏哉 ／ yukari

医療法人社団悠翔会では、新型コロナ患者への在宅医療提供体制を維持するため、診療報酬や行政からの補助金で賄いきれない診療運営コストについて、クラウドファンディングおよび直接寄附の受付による資金調達を行いました。2021年9月3日～10月29日のプロジェクト期間に、延べ2,328名の方から、総額33,976,000円のご寄附を頂戴しました。いただいた資金については、当法人の新型コロナ対応体制の維持のための費用、診療報酬制度が未整備な中、在宅コロナ対応にご協力いただいたパートナー（訪問看護ステーション・薬局等）の方々への活動資金の補填、第六波に向けての体制整備に使用させていただきます。皆様のご支援に心より御礼申し上げます。

矢田俊量／石川淳哉／清水晴美／川名紀義／榊原輝忠／箱崎薫／田村寿浩／博田彩奈／(同)AUK村島淳／長位鈴子
日本医療デザインセンター 西村佳隆／三村卓司／ナラビットホールディングス(株) 代表取締役 北村充／室伏佑香
藤井寿和／安部幸／モリナレイ／山田由紀子／タマモリタダシ／花田佳文／上野誉子／半澤利一／Yumico Sato
醗酵BARひだりうま／車伸一／(医)いちご会 ウエル歯科診療室 木村也寸志／カサブランカ／茶谷賢一／吉田竜大
西田誠也／吉田晋介／長井歯科診療所 長井博昭／JHHCS 田口淳一／宮下勉／戸原玄／大西弘高／odendeka
佐伯志津子／中澤恭子／「Better Care」野田真智子／小澤エリサ／Misako Sato／吉田雄彦／rie／坂井美千子
安東則子／中嶋順子／竹下文章／上原真琴／戸村ひかり／堀内真一／藤原貴子／鈴木千代子／佐賀唯衣子
鈴木理人／小林志保／小野洋子／(株)健工総合研究所 代表取締役社長 宮本勵／訪問看護リハビリステーション白樺
佐藤絵梨／大和屋博／加藤木桜子／クゴリハ鍼灸院／桑野惠子／片岡みどり／(福)北ひろしま福祉会 髙橋信重
松川基宏／古田島直美／関口美栄／坂井雄介／齊木卓也／丸山美智子／伊藤由未子／東井泰子／ミコ猫
伊藤英幸／末岡妙子／杉浦直美／岡野恵／はまろ／後藤芳枝／kamako／杉浦万正／服部志乃／横川淳子
森康記／武田以知郎／田畑可奈子／丸山美智子／首藤秀一／中島珠子／宮本幸枝／米林香華／柏田真紀
浦木史子／サン興産(株)／野池輝匡／kubota／内藤雅之／安元敬亮／野村理江／三辻暁美／片山紀子／杉山夏子
Terumi／坂間玲子／富岡里江／松本安彦／小堀知子／川島実／天坊吉彦／かなえるナース／Ichiro Baba
ケアセンター黒木訪問看護ステーション／小島あゆみ／武種悦子／林森太郎／しろは／大村えい子
PEN FOR TWO 鈴木聡史／松本紫野／戸塚浩和／熊岡路矢／志田米子／仲里とし子／小林博志／奥田七峰子
博美／向尾寿雄／横山哲也／浦山純子／いち／峰岸和弘／小林康浩／臼田覚子／水田美奈／長澤珠貴／渡邉真美
鈴木健太／ひろみ子／増田正博／田村　直美／齋藤達郎／那須年明／ここなつ／高橋恵子／福田晃子／吉橋昭夫
岡田朋記／吉田文／芳賀一幸／美多朋美／中坊壮介／清水香月／近藤浩志／ゆか／坂田香織／高国正／ゆき
中敦生／小原正裕／お多福／奥津仁美／力石です。／峯ひとみ／片山澄英／なほ／G.R.I.／カレールー／Rococo
安永康枝／シャーメゾン／明生鍼灸院／シブヤナオミ／michikuma／卜部桂子／石川理枝子／鈴木玲紀
Lapis Lazuli／sasamu／長澤邦子／梶川純子／斉藤祥子／中川啓太／kimi／小林吉隆／浜上俊行／渥美友香
TAKAMAYU／鈴木若葉／菊野宏江／佐々木淳子／石橋稚大／岡野優佳／山嵜美幸／アメア／りゅうせん
岩田亜矢子／中口　恵美／みい／藤澤詩織／岩見／佐々木未央／荻原肇／おまぬけ倶楽部／ヤスイヒトシ
竹田邦彦／武田郁子／小山潤一郎／臼井京子／平松基子／さくら／岡元淳／福林奈緒子／おたま／齋藤薫
OPEN12345679／冨名腰泰子／村田一則／H.Gotoh／塩川直子／山田(岡田)千尋／田中雅人／佐合千子／KFukui
ゆうり／muon／あい／西岡龍一／田辺美代子／古賀菜美子／小林友輝／岩井昭典／小丸真美／山口久美
小笠原京子／コビトのくつ／田中透／稲村祥江／大根田和義／森田和彦／荘子万能／三田延枝／S.Kurihara
西村壮／関口由紀／長谷山／山口詩織／濱田俊弥／はやた_rev2／石井孝朗／藤桃子／西村亜里沙／岡田美幸
くり／中川智恵／宮原佑実／福島真理子／波多家一同／シンデレラ／ぐりん／愛川功樹／シラト
朗読小屋浅野川倶楽部 高輪眞知子・表川なおき／細田来夢／ハギワラ／ぶらっくぴっぐまむ／田宮誠／奥森清喜
yoshi／藤原陸／米山奈央／田中秀一／木下ななか／清水裕子／近藤恵文／明光義塾 新さっぽろ教室／麻貴
内田裕美／井上智香子／安嶋知美／romaryns kobe／船本喜與隆／石川由枝／齋藤愛／Ttwice／山口竜輝
大木亜利紗／Misako Itoi／akykr／永田まり／57naorin／迫えりな／高橋優衣／YUY／ツボイヨシ／曽我俊之
chain of smile 小原日出美／七緒りか／石原智則／まめのり／mastersGoGo／藤森慶一／吉田春菜
ナカニシワタル／佐藤瞳／伊藤健一／杉澤マキ／Makimichi Saito／GuRuGuRu うずまき／藍澤玄太／高藤
兒玉涼／しんぼみつよし／向井美香／梅垣真紀子／小林真美子／菊地啓子／本木浩喜／早川竜也／四方愛子
飯田宏美／奥迫桜子／青木勝稔／鶴田真維子／荒木陽子／ばしねえ／川島佑介／立崎直樹／いな／大内田博司
Ichihashi／大澤寛明／小田瞳(オリヒメ母さん)／小西晴子／井上尚子／中尾渉吾／筒井康浩／山口雅子
YOSHIHIRO IIDA／榎本淳子／渡邉貴美／權田与志道・薫／タケツナケイコ／キノシタカズアキ／森本雄一朗
magnolia／柴田敦巨／ホームケアクリニックえん 高橋美保／土門真琴／小笠原優子／永嶌渚紗／安保奈緒
須藤夏樹／海老名文子／森恵介／宮崎俊太／大杉直美／鈴木志津子／(同)浩然社　飯田育浩／千葉雅代／Zoey
土居康明／(合)重度訪問介護サービスつむぎ 代表社員鹿内真寿美／加藤美佳／渋谷美香／床井紀子／内田淳
加藤幸子／青木俊之／羽生真也／A.E／田中ファミリー／瀬川護／八木大志／ふよう／渡邉純一／大泉えり
西島和孝／kei／みのむしころころ／ATSUKO KATO／富永英麻／増岡京子／江畑美由紀／仁藤明子／藤井大輔
渋谷理恵／安齋優／青木勇気／中村富美子／松井瑛太郎／安里明子／ずん／取手の人／中澤望／柿崎真沙子
木村由紀／坪根恭子／若杉賢一／行武法子／広沢祐介／大江綾子／結城秀規／見坊行雄／Ayako Yoshinaga
加藤夕子／村上和巳／戸上恵理子／吉田夫妻／松木信治／中西章／ピース／三橋由佳／藤原雅博／高尾優一
中村寛子／郷春紀／蓮沼葉子／松本美希／のむらようこ／本庄典子／ゆうた／鹿間久美子／峰川　好美／清風
竹田雅子／一色映里／織笠農園／山本円香／平田純子／藤原晃平／加藤綾馬／看護師・選択理論心理士 上戸綾
横浜市多業種交流会『浜CHAN』会長 志摩宙人／Gardenia Voice／祐三子／久田ヒロコ／宮本徹太郎／下猶好恵
片山悦子／亀澤理映／芝尾浩子／ニシムラヒトシ／田島里菜／竹内優人／阿邊里恵／望月洋子／渡部綾歌
植田美紀／松本裕子／下沢しのぶ／Qちゃん／カズサツ／楢田三枝／市田幸子／小林悦子／高田芳枝／丹野秀子
河相ありみ／大西章浩／星野光彦／矢島千恵子／渡邊和雄／伊藤幸次郎／いはらほつみ／井手宏樹／原田志保
ひろえ／荒波典子／辻 武志／中田理恵／Naoko／Mariko／巖誠／鈴木真由美／岡本峰子／m.suda／ほぴ
上杉亜紀／(株)リンクス 當間弘和／machiko ino／sumire999／坪田恵子／金元信子／松尾則行／武田英敬
濱野将行／今井理恵／橋口泉／持丸／後藤誠／はりこな／地脇すみ江／ハラダケンジ／何薫君／泰樂正
坂田惟之／のりち／越川　章子／ありか／吉田浩／高もも／EXION MUSIC／今井櫻子／okay
こどものみらい／高橋諒／宇佐美千明／内海光雄／大塚三恵／近藤浩紀／noa／米山万里子／ゆたんぽ
望月祥平／田辺美枝子／W. Shimada／寺村信子／國枝加誉／松尾良子／加藤洋周／神山充／斉藤伸子／原修一
佐渡美佐子／藤澤寿子／大川多恵／中山登貴／鈴木望／西村千香／山口由里子／神山晃男
ペット葬儀うたたねグループ 代表城野／野嶋由美子／神山敏／倉林京児ふ／北村智美／曽根公子・夕紀／腰塚みかこ
長野真之／関口航／福田真枝／前田洋子／近藤／みゆき／田中純子／庄司道郎／佐藤絢香／川内咲江／もも
五味素子／水八寿裕／本城升美／後藤晴紀／富樫尚代／山口りょう／宗像康博／浅倉有子／矢代修平／冨田
高橋智子／佐保美奈子／門司貞晴／mather2／山本義夫／石橋由美／三浦哲／鬼頭陽子／田辺瀬良美
モンブチエ／木方元治／加藤えいこ／斉藤均貴／長谷川ゆき／島村育子／Nagai Mayumi／篠原弓月
宮原信・美香／大賀千恵／國枝絢子／山田知佳／山本悠滋／渡邉誉也／牧野ひとみ／木原裕子(Life 事務局)
寺村信子／板橋亜紀／川田亮介／向井恒年／森田直美

Social Inclusion

認知症と地域共生社会

トヨタ財団
国際共同研究プロジェクト



世界的な高齢化の進行に伴い、認知症とともに生きる人々が急激に増加しています。
それは認知症という病気の増加というよりは、認知症になるまで長生きできる人が増えていると考えたほうがよいかもしれません。加齢に伴い認知症の有症率は上昇していきます。日本では85～94歳の2人に1人は認知症、95歳以上になると80%以上が認知症です。認知症は、長寿社会を生きる私たちにとっては、人生の一部であると言ってもよいかもしれません。
その原因疾患の予防と治療に対する取り組みはもちろん重要ですが、生理的な老化現象としての認知症は予防・治療することは困難です。また、そもそも認知症とは病名ではありません。不可逆な知的機能の低下に伴い、日常生活に支障をきたすようになった「状態」を指す言葉です。逆に、加齢に伴って認知機能が低下しても、日常生活に困っていなければ、認知症ではないと言ってもいいのかもしれません。
認知症になっても、人生を諦めることなく、最後までよく生きられる、そんな社会やコミュニティづくりを急がなければなりません。
そのために重要なのが、「いきがい」であると考えられています。認知症になってもすべてが失われるわけではありません。これまでの人生の中で培われてきた「その人の強み」が発揮できる環境を整えることができれば、認知機能の低下という弱点を補完しながら、地域・コミュニティの中に居場所や役割をもつことができます。これにより、その人は、単にコミュニティから一方的に支えられる存在ではなく、コミュニティから必要とされる、コミュニティの支え手の1人になりえます。人々を「支える側」「支えられる側」に分断するのでなく、お互いに支え合い、お互いの存在を認め、尊重し合う。そのような状況において、生きる目的・いきがいが生まれるのではないかと仮定しました。また、これは地域共生社会の概念そのものでもあります。

私たちはトヨタ財団の助成を受け、台湾の専門家たちとともに国際研究プロジェクトに取り組みました。
このプロジェクトでは、認知症の人を単なる「ケアが必要な存在」「支えられる存在」ではなく、1人の住民として地域に居場所と役割をもち続けられる、そんなコミュニティづくりの事例を、日本から164事例、台湾から22事例、収集しました。収集した情報については、日本・台湾両国の研究員によってサーベイし、特に学びが多いと思われる4事例（日本3事例・台湾1事例）について、日台合同シンポジウムにて共有するとともに、各事例の運営者及び両国の研究員による公開討論を行いました。
また、それらの事例を通じて、今後、日台（および世界各地）でこのような事業を展開していくにあたり、法制面や行政運営において検討すべき課題について、政策提言を取りまとめました。

● 政策提言

1. まずは認知症の人が主体者として選択できる環境や権利の確保を。そのために社会（住民・専門職・そして当事者自身）の認識を変えていくためのより強力な取り組みを。
2. 年代や対象で異なる縦割り制度の壁を低く。その制度改訂に専門職／当事者が関われるように。
3. 事業者は公的資金・補助金だけに依存せず、事業としての自立性に対する責任感を持つ。そのために持続可能な福祉事業モデルの構築・情報発信・参入促進と、資金調達の具体的方法の確保を。
4. ハードを新設する議論にとどまらず、既存のプラットフォームの活用・人と人との関係性を基盤に。
5. 短期的にアウトカムが可視化できないことを前提とした政策目標・支援目標の設定を。

● 研究報告書

今回の研究事業の背景（日本における認知症ケアのこれまでの歩み等）、研究事業を通じて収集した日台の先進事例、また認知症と地域共生社会をテーマに、認知症当事者でこの研究事業の研究員でもある丹野智文氏と東京慈恵会医科大学精神医学講座教授繁田雅弘氏の対談について、ウェブサイトおよび書籍（2022年発行予定）にて掲載しています。

WEBサイト：https://www.dementia-friendly.net/

書籍：
認知症白書
2021（仮）



※イメージ

トヨタ財団 国際助成プログラム「認知症に着目し、地域共生社会を再定義する」

研究員リスト

日本

加藤 忠相
（株）あおいけあ代表取締役

佐々木 淳
医療法人社団悠翔会理事長・診療部長

市川 衛
READYFOR（株）基金開発室長

下河原 忠道
（株）シルバーウッド代表取締役

丹野 智文
おれんじドア実行委員会代表

前田 隆行
NPO法人町田市つながりの開理事長

台湾

余 尚儒
台湾在宅医療学会理事長

涂 心寧
社團法人台灣居家服務策略聯盟名譽理事長

蔡 岡廷
永康奇美醫院老年内科医長





これからますます高齢化社会になっていく中で認知症の人の数は必ず増えていきます。近年、診断の技術や環境が変わってきて診断が以前よりも早くなってきました。今までは認知症の人は守られるべき存在だったと思いますが、最近では活躍する認知症の当事者が増えてきました。当事者は「認知症だから守られるべき」ではなく、地域で皆さんと一緒に活動し、活躍できると私は思っています。そして、認知症の当事者が声を上げることで、地域のいろいろな困りごとが解決されれば、お年寄りにも子どもたちにも、そして他の障害のある人たちにも住みやすい地域になると思っています。認知症は進行していく病気ですが、進行していっても地域でみなさんのサポートを受けながらより良く生きられると私は信じています。認知症の人も1人の地域の仲間として、そして誰もが困った時に「助けて」と言える社会をつくっていくことが大切だと感じています。



認知症当事者、おれんじドア実行委員会代表
丹野 智文

新型コロナにより、分散と隔離が進みました。しかし、これはあくまで緊急時の対応です。ごちゃまぜで、多様な人と密に縁を結びあいながら生きていくのが人間の本来の姿であることが忘れられてはいけません。この報告書に整理された取り組みを読んでいくうちに、これは「旗印」だと思えてきました。「ごちゃまぜ」という理想形を私たちが忘れないように打ち立てられた、何本もの旗印です。悩んだ時、迷った時、この旗印を仰ぎ見て勇気と進むべき場所を再確認したい。そう思います。



READYFOR（株）基金開発室長、
メディカルジャーナリズム勉強会代表、
広島大学医学部客員准教授
市川 衛

認知症と地域共生社会・国際シンポジウムに参加させていただき、私たちにとって非常に意義のある交流となりました。日本の高齢化は台湾よりも早く始まりましたが、そのとても貴重な経験を、同じく高齢化の荒波にもまれている台湾へ継承してくださり、非常にありがたく思っています。本交流を通じて、私たちは多種多様な人たちやグループから多くの啓発を授かりました。

悠翔会との交流のなかで、私たちは高齢社会における在宅医療の役割について学びました。地域コミュニティの高齢者に対して、私たちはどのように医療ケアと社会資源をつなぐのか、また彼らの生活の質を改善するために、私たちにはどんな支援ができるのか、さまざまな気づきがありました。また昨今のCOVID-19の災難において、在宅医療における自宅療養患者さんへの急性期支援の重要性を改めて実感しました。

「あおいけあ」のお話から、私たちはどのように認知症患者さんの地域コミュニティの生活と関わるのか、その共生社会の理念について以前よりも理解が深まりました。

「銀木犀」からは、高齢者住宅の理念とデザイン、そしてそのバックグラウンドである自立支援の精神を学ばせていただきました。高齢者が一般住宅で暮らすのがあたり前な台湾と比較して、目から鱗が落ちるようでした。

「未来をつくるkaigoカフェ」への参加を通じ、私たちは多職種連携チームの共通認識が、効率と向上心の確立にとても重要であると気付かされました。また「Studio-L」との交流で、私たちはどのようにコミュニティデザインに参画し、人間関係の交流を改善させ、包括ケアの関係性を深め、地域共生の理想にいかに前進するかを勉強させていただきました。

今後私たちにもこのような機会があれば、日本の経験を学ばせていただく以外に、台湾の取り組みのメリットを親しき良き隣国である日本の皆様へお伝えし、超高齢社会に一緒に向き合う一助となれば幸いです。



永康奇美醫院 老年内科　医長　**蔡 岡廷**

Global Collaboration

新興国における医療提供

日本の課題解決のキーは、北欧ではなくアジア・アフリカに

新興国の多くは高齢化率が10%未満の「若者の国」ですが、その総人口の多さから、高齢者人口の絶対数では日本を大きく超える国も少なくありません。そこでは、急速な経済成長の一方で、少子化と核家族化が進行し、都市部には高齢単独世帯も増えてきています。
介護保険はおろか、健康保険も十分に整備されていない国々で、高齢化に伴う社会課題にどう対応していけるのでしょうか。そして、そこには制度は整っているものの、財源や人材の確保に苦悩している日本と、共通する課題があるのではないでしょうか。

私たちはこれまでグループ企業を通じて途上国支援に関わってきました。そのような中で、日本で培った高齢者医療・ケアの経験が、これらの国々に貢献ができる可能性があると考え、2年前からアジア・アフリカの新興国における取り組みを開始しています。また、そこでの成果を、日本へのリバース・イノベーションにつなげていければと考えています。







Global Collaboration

INDIA

インドでは、ムンバイ・デリーの2大都市圏においてパートナー企業Care24とともに訪問介護・看護・リハビリの普及に取り組んでいます。現在、4,000人を超える在宅高齢者に対し、24時間体制の包括的な在宅ケアを提供しています。人工呼吸器や在宅酸素、経管栄養など、高度な医療機器の在宅管理も行っており、そのケアの内容は、日本における在宅医療と遜色ないものとなっています。
昨年秋からは経済産業省・MEJからの支援を受けつつ、訪問診療の提供も開始しています。インドで活躍する家庭医たちと連携し、新型コロナ患者への往診等も行っています。



Care24は、ムンバイ・デリーで展開している先進的な在宅医療プラットフォーム。毎日1,000人以上の患者に、日常生活のサポートから高度な医療的ケアまで幅広いニーズに応えて提供しています。悠翔会とCare24はインドにおける在宅医療サービスの提供を進めるために、強力な協力関係を築いています。さらに両社はそれぞれの強み、悠翔会の医療に関する深い専門性とCare24のソフトウェア開発に関する専門性を組み合わせ、タイ、ベトナム、インドネシアなど他の東南アジア諸国への事業展開を検討しています。
悠翔会は、家庭医（かかりつけ医）による訪問診療、緊急往診、ケアプランの実装、医師に対するトレーニング等、インドにおけるCare24の新しい医療サービスの立ち上げに重要な役割を果たしています。新型コロナの感染拡大により、悠翔会の医療チームによる直接的トレーニングは延期となってしまいましたが、2022年の日印交流の本格的な開始に合わせて実施する予定です。
このコラボレーションによる過去1年間の主な成果は以下の通りです。

❶ インドの在宅ケアに関する詳細な市場調査と、10以上の病院、200人以上の顧客に対するインタビューを行い、フィージビリティレポートを作成、経済産業省に提供しました。
❷ www.yushoukai.in/を立ち上げ、インドの通院困難な慢性疾患患者に対し、医師の定期的な訪問診療を開始しました。過去数カ月の間に100人以上の患者に在宅医療を提供しています。
❸ 悠翔会の診療チームとそこで作成された教育教材により、インド人医師へのトレーニングを行いました。

悠翔会はCare24と（HLMを通じて）資本業務提携をしており、今後、両社はより緊密に連携していきます。また共同で設立したCare24 Internationalを通じて、インド国外において現地の医療サービス会社とのJVを通じて医療サービス事業を開始します。
悠翔会は高齢者ケアにおける医療専門知識、特に人生の最終段階におけるライフサイクルへの理解とサービスの提供、そしてCare24のテクノロジープラットフォームは、いわば医療業界のUberのように、医療サービス提供者と医療ケアを必要とする人たちをリアルタイムにアルゴリズムでマッチングすることにより、必要とされる質の高いケアを世界規模で提供します。



Care24 共同創立者・CEO　**Vipin Pathak**

前職では、JICA青年海外協力隊としてエチオピアで活動していました。帰国後は民間の立場で雇用創出や産業発展に関わりたいとの思いから当グループに入社し、インドでの在宅医療サービス立ち上げに携わっています。現地でのサービス設計や医師の面接、毎週のオンライン報告会議の開催など、現地パートナーと頭を悩ませながら事業に取り組んできた結果、月に数十件の訪問診療を提供できるまでになってきました。コロナ禍が落ち着き、インドの患者さんに会いに行くのが今から楽しみです。



（株）アレナビオ（グループ会社）営業開発部　**岡田 真治**

Global Collaboration

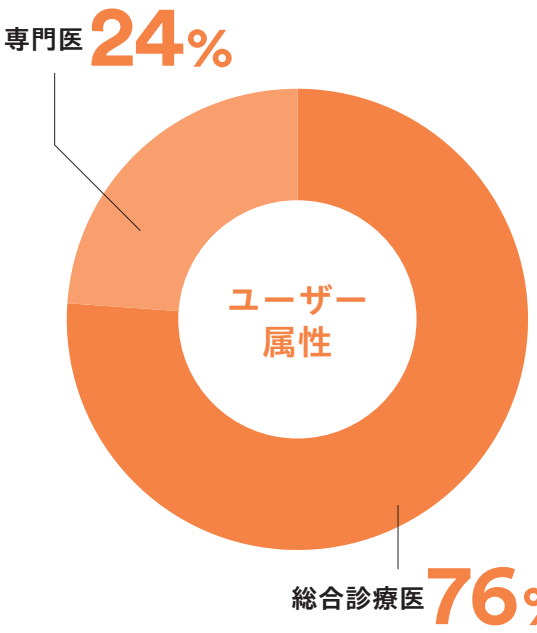
INDONESIA

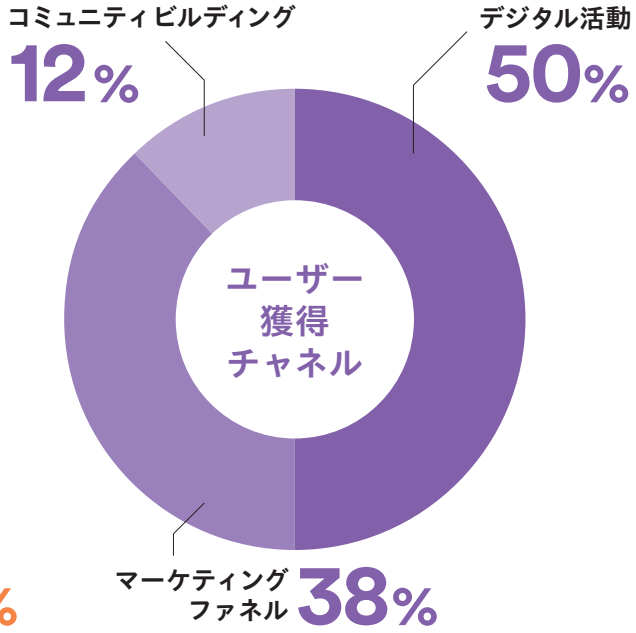
インドネシアでは、関連企業のSIPS EDUTECH INDONESIAが医師向けのオンライン教育研修事業を展開しています。すでに7,000人を超える医師に対してコンテンツの提供を行っていますが、今後は、高齢者医療・ケアに関する教育プログラムの提供や、地域医療の提供も検討しています。
また、タイ、ベトナム、ナイジェリアなどでも高齢者ケア・在宅医療・医療ICTに関連したプロジェクトが進行中です。

PT. SIPS EDUTECH INDONESIA

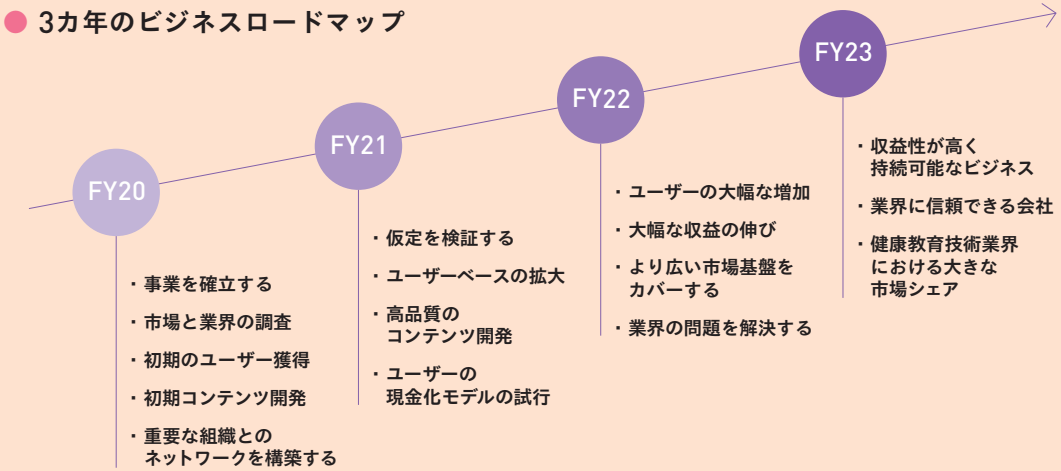








3カ年のビジネスロードマップ



インドネシア国内でヘルスケア業界のキープレイヤーを目指す

SIPS EDUTECH INDONESIA（SIPSEI）は、インドネシアはスラウェシ島のマカッサルという都市にある会社で、2020年10月に（株）ヒューマンライフ・マネジメントの子会社となりました。オンライン教育サービスを通じてヘルスケア業界のキープレイヤーとなることを目指し、2021年11月現在、スタッフ14名、インターン2名の16名で運営しています。現地に出向くことができない状況の中、日々現地スタッフと連携を取りながら、オンラインで事業を推進しています。

現在の主要事業は医師向けe-learningシステムであるSejawatの運営です。インドネシアでは医師免許が更新制となっており、研修の受講などにより規定のポイントを獲得しなければ更新することができません。多数の島から構成されているインドネシアでは、研修のために都市部に出てくることも時間がかかるうえ、コロナ禍でオフラインでの研修が困難となっているという状況を解決するため、研修の一部をオンラインで受講できるようにしたサービスが、Sejawatです。

現在のサービス登録者は7,000人超（市場シェア6.6%）で、2021年度中にシェア10%達成を目指し、ユーザー数の増加と事業拡大を進めていきます。

また、Sejawatは医師だけではなく医学生にも利用されているため、コンテンツの内容や提供方法を医学生向けに構築したe-learningシステム、Kampus Sejawatがまもなく公開予定であり、若年層ユーザーへの拡大を目指しています。今後は看護師向けの教育事業も展開していく計画です。将来的には訪問看護関連事業の計画も進め、homis Nurseeとの連携を図りたいと考えています。

現在は主に、SIPSEIの事業進捗管理や月次送金内容確認、HLMとSIPSEI間の契約書類作成等を担当しています。新規事業企画立案にはサポートという立場で携わっており、メインで担当できるようになるよう勉強中です。入社以来、コロナ禍で現地に行けない状態が続き、リモートのみの業務になっていますが、このような状況下でも現地スタッフと気軽に相談ができる関係性を築くため、可能な限りこまめに具体的に、日本側の状況をアップデートするように心がけています。

(株)ヒューマンライフ・マネジメント
事業開発グループ 事業企画チーム
大門 志織



SIPSEI事業のベトナムでの展開を検討するために、2021年4月よりデスクリサーチを始めました。ベトナムでは別の業界で働いていたため、自分の国の医療事情についてはあまりよく知りませんでした。ただ、調査を通して医療事情や課題がいろいろとわかるようになりました。海外事業業務は初めてで、何事も勉強という状況です。しかし、展開できる事業が提案できれば、自分の国の医療課題解決にもつながり、HLMの事業にも貢献できるかと思いますので、一生懸命努めてまいります。

(株)ヒューマンライフ・マネジメント
管理グループ 総務チーム
マネージャー　ダン ティ タイ



医療法人社団 悠翔会

医療法人社団悠翔会　法人本部
〒105-0004 東京都港区新橋5-14-10 7F

www.yushoukai.jp

代表
03-3289-0606
Fax
03-3289-0607
医療連携室
03-3289-0608
救急診療部
03-3289-0609