

【症例2】
91歳女性 認知症、胆管がん

座長：飯島 勝矢

1 病歴

20XX年1月（90歳）：
 ・アルツハイマー型認知症の疑い、骨粗鬆症、変形性膝関節症で近医にて加療
 ・黄疸のため近隣の病院にて入院加療。胆管ステントを留置し退院
 ⇒ 加療が奏功し、全身状態は比較的安定
 ・サービス付き高齢者向け住宅に入所し療養
 ・廃用により体幹・下肢筋力低下。ほぼベッド上での生活。移動はストレッチャ型車いす
 ・排泄 下痢・軟便を繰り返す。バルーンカテーテル留置
 ・認知機能：簡単な会話は可能。行動障害は認めない
 ・食事：食形態の工夫で摂取可（実娘による食事管理においては薄味傾向）
 20XX年8月（91歳）：徐々に衰弱が進んできていた
 1) 栄養状態不良 ……アルブミン値2.9mg/dL、総コレステロール値138mg/dL
 2) 電解質異常 ……ナトリウム値 129mg/dL、カリウム値 2.9mg/dL
 3) 下腿浮腫著明

2 看取りの対応

<家族の意向>
 ・病院での積極的な加療の希望はない ⇒サ高住での看取り医療を希望している
 ・老衰の進行の認識あり、看取りも視野にいた緩和ケアの方針を理解
 ・介護疲れあり

<施設の意向>
 ・開設して間もない施設で、施設内での看取りの経験がないため消極的

<施設スタッフを交えたケアカンファレンス>
**食思不振等 衰弱が進行、かかりつけ医が臨終期が近いと判断
 ⇒ 担当者会議を開催し検討したい**

i) 連携拠点事業から見えてきたもの
～かかりつけ医への期待～

三浦 久幸

1

平成28年度 在宅医療関連講師人材養成事業
（日本在宅ケアアライアンスJHHCA）

【各論2】在宅医療・介護連携推進事業～地域づくりの実践～

連携拠点事業から見えてきたもの
～かかりつけ医への期待～

平成 29年 1月 29日
 国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター
 在宅連携医療部 三浦久幸

在宅医療連携拠点事業では、地域で蓄積されてきた健康増進活動や、介護予防、生活支援、生きがいづくりなどの活動と同じ方向性をもって【医療と介護の連携】を組み込まなければならないということが明らかになった。同時に、地域づくりに関わる関係者が一同に集まり、地域の方向性についてディスカッションをして、分業化された地域活動の方向性を一つにまとめ上げるということは、行政だけの力では非常に難しい、ということなども明らかになっている。ここでは、在宅医療連携拠点事業から得られた知見をもとに、これからのかかりつけ医に期待する内容をまとめた。

2 本日の骨子

1. 住民の暮らしを支える
「かかりつけ医」への期待
2. かかりつけ医（医師会）に支えられる
地域包括ケアシステム構築（地域づくり）
事例紹介

4 日本社会の大きな変化

日本社会の大きな変化：

【少子高齢化】と【価値観の多様化】

多様な患者/住民が、それぞれの人生ストーリーを続けられる
地域のしくみ（地域包括ケアシステム）が求められている



地域住民の健康ニーズや療養ニーズ、受療行動を情報収集した上で、実現可能な支援を創出する。
地域で療養するメリット・デメリットの情報を含めて、
複数の選択肢を患者/住民に情報発信し、
住民自らが選択・決定できる地域環境へ発展させる

地域包括ケアシステムとは、自治体や医師会だけが目指すものではなく、住民も参画してまちづくりを進める必要がある。地域の実情を、地域をつくる関係者が情報共有し、持続可能で実現可能な活動を行うことに合意し、実施する、そのことで、地域の限界も当然生じてくると思われる。住民、患者の価値観と多様性、地域の多様性に応じた、暮らし続けられるまちづくりに、医療提供者も参加していくことが、これからの日本では求められる。

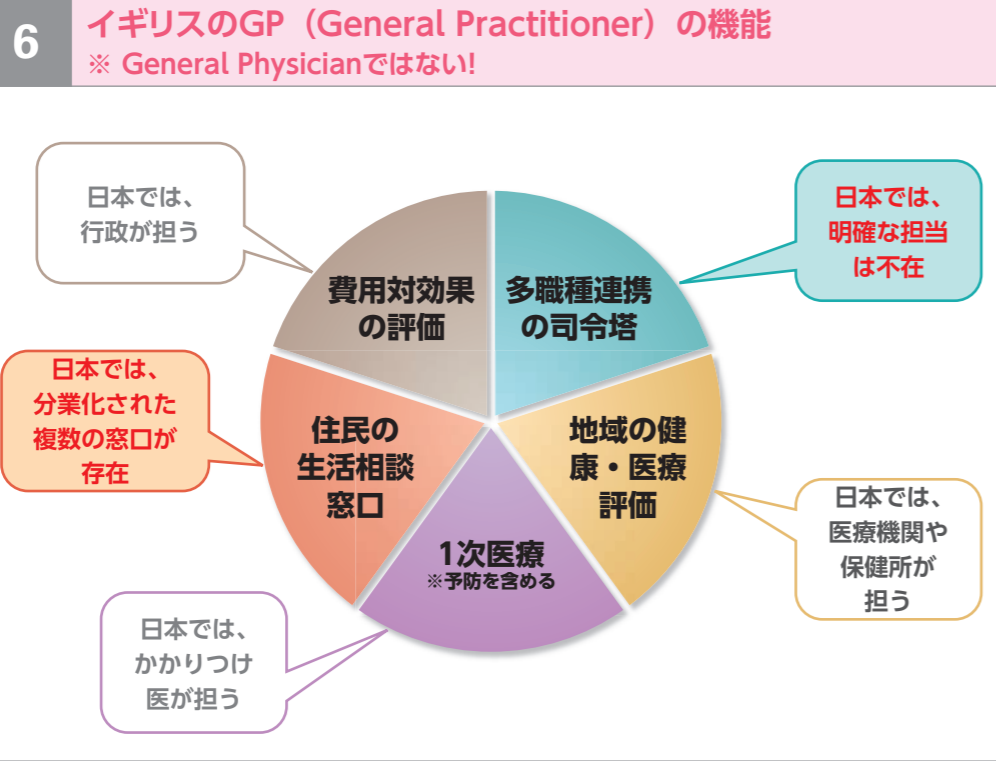
3

1. 住民の暮らしを支える
「かかりつけ医」への期待

5 医療と介護の違い

	医療	介護
対象	全ての年齢層	主に高齢者
視点	患者中心の視点	現場は利用者中心のケア 仕組みは人々（住民）視点
	ニーズ重視	デマンド重視
考え方	『異常な変化』の反応が 敏感 『日常』の反応が鈍感	『異常な変化』の反応が鈍感 『日常』への反応が 敏感
	異常の早期発見と対応(2次 予防) 悪化の予防(3次 予防)	健康増進(1次 予防) 虚弱予防
時間の流れ	急激な変化：早い	慢性的な経過：ゆっくり
管理	都道府県（保健所）	市町村
制度	医療保険制度	介護保険制度

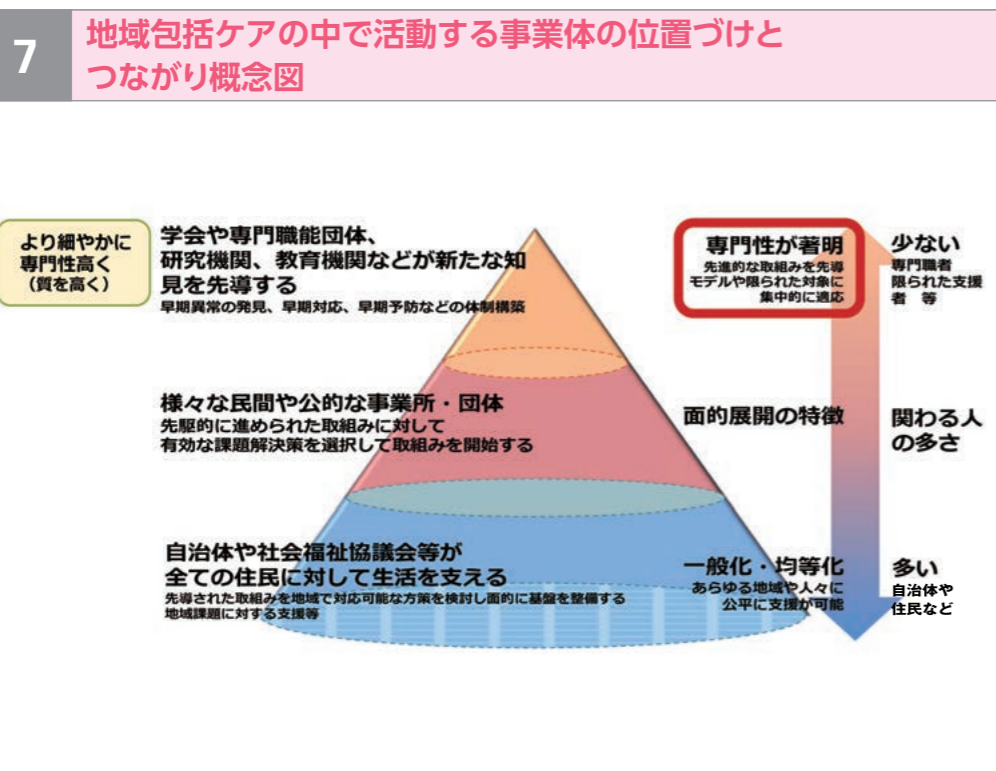
暮らしを支えることを中心に考えるには、高齢者の生活を支える大きな仕組みである【介護】について確認する必要がある。介護は、その人の生活が継続できるように支援することが最も重要である。医療は、異常の早期発見と対処である。この視点の違いが、連携する上で不具合を生じやすいといえる。つまり、医師は変化の少ない日常について支援や助言が難しいといえる。もっとこうしたらその人の生活が良くなるのではないかと、という視点は介護職や生活を支える職種の方が得意としている。その人らしい生活を支えるためには、異常時の早期対応と、日常生活の質の向上（健康増進）の両方が必要である。



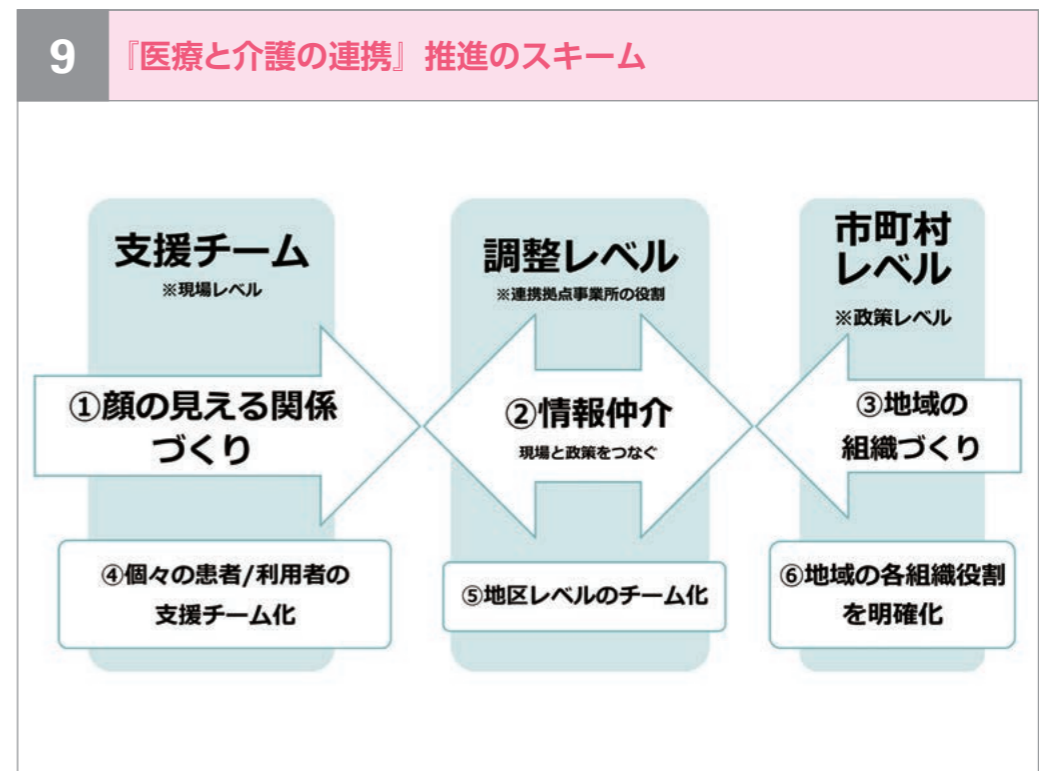
イギリスにおけるGP (General Practitioner) の役割から、国内でのかかりつけ医の役割を確認する。イギリスでは、健康増進から異常時の対応まで全てかかりつけ医 (GP: General Practitioner) が対応している。人間関係の悩みから、老後の不安、生活の支援まで全ての相談に対応しているが、一方、この病気以外の場面では対処そのものを自らは行わず、専門性が高い他職種へつなぐ。一方、日本では専門特化・細分化された複数の窓口が存在するために、住民の相談情報が分散されている。住民が支援を求める際の窓口が散在していることが地域を正確に把握できない大きな阻害要因になっている。

8

2. かかりつけ医 (医師会) に支えられる地域包括ケアシステム構築 (地域づくり) 事例紹介

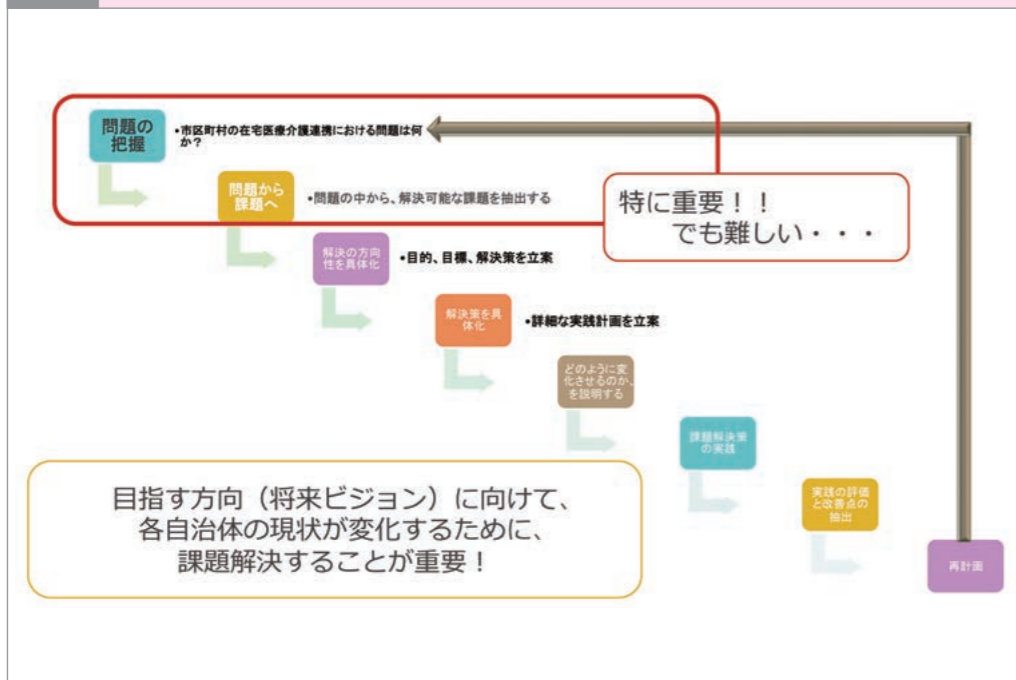


上部のオレンジ層が患者など、専門的な支援を必要とする人口層を示している。基盤部分は、特定の継続的な支援を必要としない住民であり、網目になった底面が主に行政が行うセーフティーネットである。また、地域包括ケアの構築においては、専門職と基盤の層をつなぐ機能 (組織) が必要である。医師会の中にはすでにこの連携を行う活動を積極的に行っている地域もみられる。また、保健所など他の機関が組織的にこのピンクの層の連携活動を行っている地域もある。



「多職種連携の司令塔役割」だが、3段階の連携推進活動が必要である。現場レベルでは、在宅医療においてはチームの調整は介護支援専門員が担うので、助言など、その役割のサポートが求められる。市町村レベルでは、各専門職能団体が地域医療ビジョンに向けて専門性を活かして関わるための組織化をするが、市町村が全体の調整役を担うので、医師会は医療や健康づくり、医療と介護の連携推進に向けた領域の多職種の司令塔や市町村の助言役として関わるのが期待される。調整レベルでは、連携拠点事業所のように、地域の組織化された役割と、現場レベルの多職種チーム活動がつながるように、情報の調整や課題の抽出と解決を行う。

10 地域の実情から課題解決方法立案へ 系統的な思考



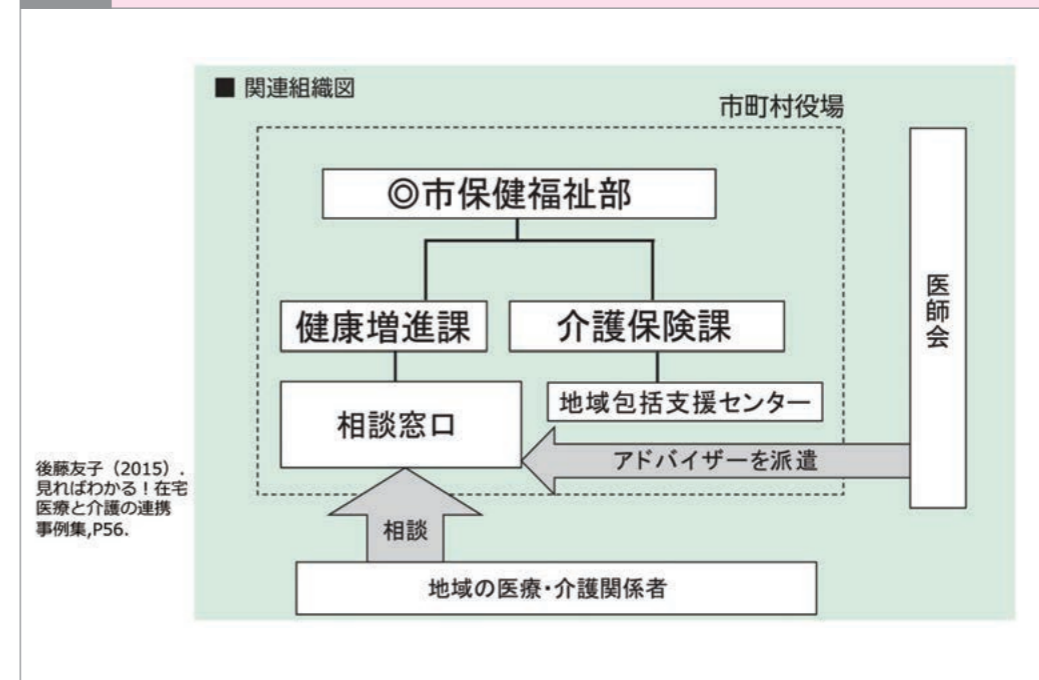
継続的に地域づくりを進めるために、必ず課題の把握によって活動を設計（目的、目標、実施計画）し、評価に関する情報を把握しながら展開し続ける必要がある。タスクを実施するように規定されているから、という受け身で実施しては、地域の関係者に活動意義が認識されたり、地域を変えたりする活動につなげることは難しくなる。地域の情報を集約・分析や、課題抽出を単独で行うことが難しい市町村が多く、情報処理能力の高い医師らに助言役として関わってもらうことで市町村の地域づくり活動が大変円滑に進む。

11 地域の強み・弱みを分析して、実現可能・持続可能な課題解決策を



この図では地域の実情を可視化する作業の必要性を示した。病院や限られた人材に負担が集中し続けるような仕組みであれば、持続することは難しい。在宅医療拠点事業において、他地域から有能な人材を集め健康教室など大きな企画を展開したが、継続的な人件費の捻出できないなどで、取組みが継続できなくなった地域が存在した（右下）。在宅医療拠点事業では、医療資源の豊富な地域において、医療機関同士の連携を発展させ続けている地域が複数確認されている（左上）。一方、このような地域の多くでは、地域の生活支援者や住民、患者は受け身であった。持続可能なまちづくりにつなげるためには住民の主体性、患者の多様な希望がまちづくりに生かされる試みが必要である。

12 1つ目の事例地域



医療と介護の連携を推進するための実践の一例を示す。1自治体に1医師会のみでの事例である。「市町村レベル」での組織づくりにおいては、市町村が担う地域の組織化において、医師会から市役所の健康推進課へアドバイザーを派遣し、地域包括ケアシステム構築に向けた助言活動を行っている。つまり、地域の1組織（地域包括ケア対策の介護在宅診療部会など）として医師会が関わり、医療や介護の連携のための役割を担っている。また、「支援チーム(現場) レベル」でのチームづくりにおいては、医師会医師は、一人の医師（プレイヤー）として関わっている。

13 事例1：地域分析と成功のポイント

地域分析

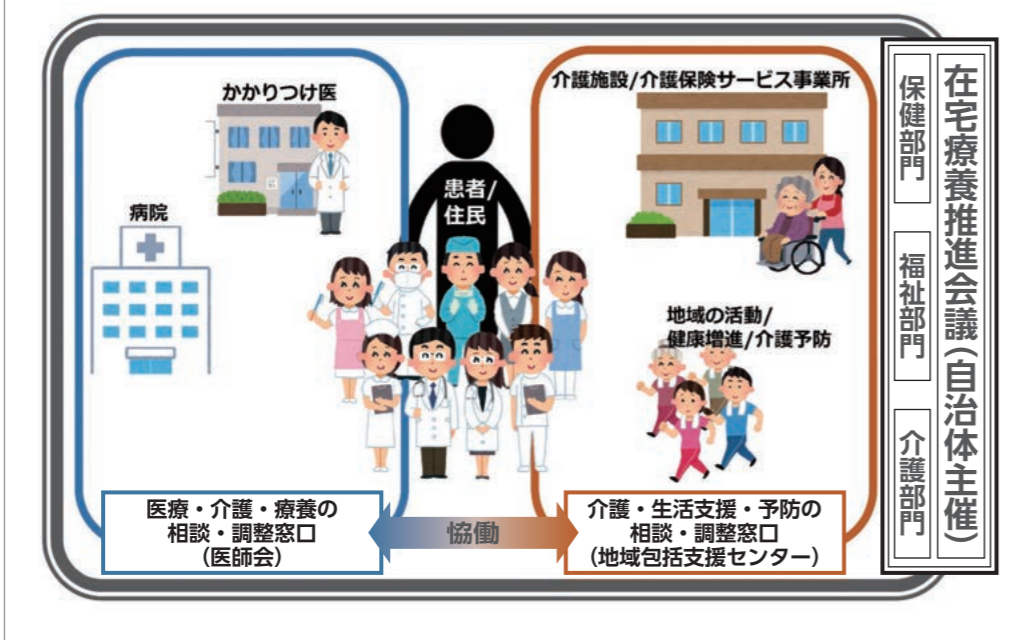
- 強みは1自治体1医師会という、一体感のある医師会と行政の関係性が醸成されている地域である
 - 弱みは、適度の資源力、人口、地域力が確保されているために、地域の課題が顕在化しにくいことである
- ※地域課題を抽出したとしても、関係者や住民が課題の共有がしにくい（課題認識に温度差が生じる）

成功のポイント

- 医師会が地域医療の存続を「持続可能な地域づくり」の重要な項目の一つと定義し、自治体主体のまちづくりの1組織として参画することを公に表明し活動を開始した
- 一元化された行政主導の窓口で地域のあらゆる情報が集約される体制を整備し、情報分析などアドバイザーの役割として医師会の能力を提供した

〈成功のポイント〉①地域の課題が明確になりにくい、という地域の弱みに対して、情報集約の窓口を一元化して、地域のあらゆる情報が行政に集約されるようにした=課題の解決策。②行政が一元化された窓口を作ることが、住民をはじめ、多様な地域の関係者にとってもアクセスしやすい環境となる=住民ニーズ。③専門性の高い内容や、複数の専門領域にまたがる状況などに対しては、医師会がアドバイザーとして関わる体制を構築した=行政の専門的な課題や情報の解釈が難しいという弱みを解決する対策。④地域づくりにおいて、医師会がどのような立ち位置で関わるか、ということを公に明らかにした=医師会に対する見えない壁を打開する一つの解決策。

14 2つ目の事例地域



医療・介護資源の豊富な大規模な地域での事例である。「市町村レベル」での組織づくりにおいては、資源数、関係者数が多すぎるために、医療と介護を別々の枠組みにまとめ、各まとめ役同士を連携させるという設計をした。行政規模も大きく、町内連携のための協議体を設置し、さらに行政、医療、介護の3者が連結できる地域組織を形成した。「調整レベル」での情報仲介においては、医療系の相談窓口を医師会に設置し、調整部署を明確にし、介護系や行政組織がかかわりやすい環境を調えた。「支援チームレベル」では、医療系の相談窓口担当者が、訪問看護師としても機能し、他職種とともにケアを提供することができるようにした。

15 事例2：地域分析と成功のポイント

地域分析

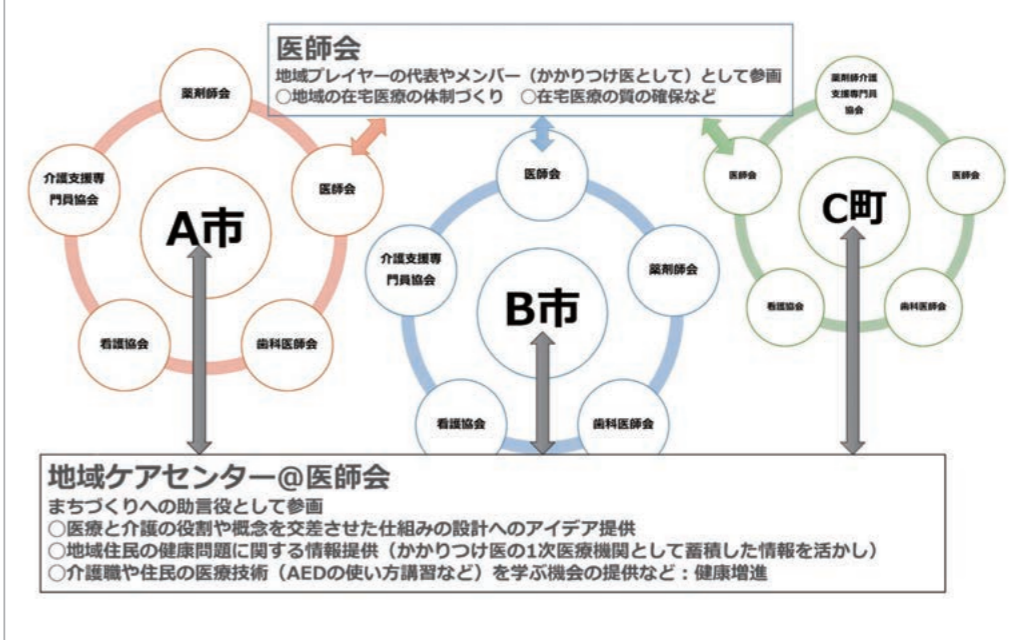
- 膨大な資源や人口を保有し、高齢者が爆発的に増加する
- 強みは、都市型地域の潤沢な資源力があり、既存のしくみが活用できる
- 弱みは、住民間、地域組織同士の関係性が希薄である。※都市型地域の共通点
急激に都市化した地域では、地域文化が成熟していないために一枚岩になれないことが多い傾向がみられる。

成功のポイント

- 既存の資源やしくみを最大限に生かす。
- 医師会の情報処理能力と情報発信力を活かして、現状の足りていない機能のみを医師会が提案し、先導する。
- 行政が全体に対して主導的に動けるように、行政が関わりにくい組織（主に病院や3師会）を取りまとめる役割を担う。

〈成功のポイント〉①医療機関が多いという地域の強みを生かすことで、医療者だから感じられる地域の変化などの地域課題に取り組みやすい＝地域の強みを生かした地域づくり。②医師会の訪問看護ステーションが、医療側の調整拠点を担ったことで、調整が苦手な行政や介護職が、医療者との連携ができる体制となった＝医療と介護の壁を打開する解決策。③医療と介護の調整機能（医師会）と介護や生活支援調整の機能（地域包括支援センター）を2つ確保し、調整窓口を一元化することにこだわらない、自らの地域で実現可能な体制を作った＝地域の強みを活かした持続可能性の高い活動になった要因。

16 3つ目の事例地域



複数の自治体を管轄する医師会の事例である。「市町村レベル」の組織づくりには、医師会に対して期待する役割を、個々の自治体と調整して、地域の組織化を計画。医師会は、地域の医師の団体（医療プレイヤーの役割）として、地域の組織の一部に位置すると同時に、各自治体へのブレイン機能（情報の提供や分析、データの解釈を支援するアドバイザーの役割）として、自治体へ関わっている。「調整レベル」においては、社会福祉士や看護師、保健師など介護と医療の両方の知識を有したスタッフが、活動する、地域ケアセンターを医師会内につくり、医療職や介護職への相談対応、研修会の実施などを実施している。

17 事例3：地域分析と成功のポイント

地域分析

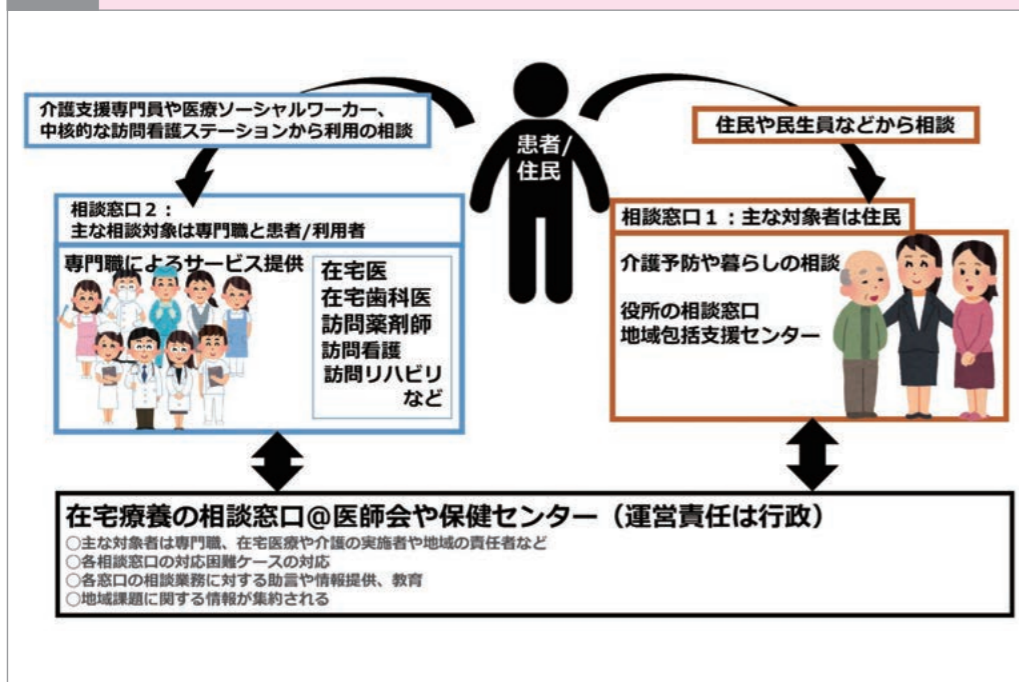
- 複数の自治体を管轄する医師会（他の専門職団体も複数自治体にまたがる）
- 強みは、介護保険開始前から、医療のみならず、行政主体で行う福祉や保健部門とのコネクション部門を構築していたこと
- 弱みは、複数の自治体同士は連携しないため、医師会として複数の自治体と一体的な取組みが進めにくい
※行政との連携が弱みである

成功のポイント

- 地域医療を「持続可能な地域づくり」の一つと定義し、自治体主体のまちづくりに参画する1組織（プレイヤー）として医師会が参画を公に表明し活動を始めた
- 一元化された行政主導の窓口地域にあらゆる情報が集約される体制を整備し、情報分析などアドバイザーの役割として医師会の能力を提供した

〈成功のポイント〉①医師会として、地域への対応窓口を2つに分け、自治体へのアドバイザー部門には医師以外を配置＝介護職や行政は医師会へのアプローチがしにくい、という連携の問題に対する解決方法。②過疎化する地域においては、複数自治体の専門職種が医師会を中心にまとまって活動することも効率的な方法＝自治体同士で活動することができない場合が多く、医師会が自治体の圏域を超えた活動が実施できる。③各自治体が求める機能を提供する＝自治体のニーズに応じることで、より密な連携が取りやすくなる。自治体の弱みを補う医師会の役割が明確化することで、この重要性をさまざまな機関が認識できる。

18 4つ目の事例地域



保健組織をもつ自治体にある医師会の事例である。「市町村レベル」では、医師会は専門職団体の医療的サポートを主な役割とする。すなわち、かかりつけ医の調整や在宅医の紹介などが主な相談対応業務である。「調整レベル」では、介護側の研修の内容や、その課題としてあがっている情報、在宅医療側の研修内容や、その課題としてあがっている情報を、在宅療養の相談窓口機能で共有して、医療と介護の一体的な研修の企画や、課題の整理を行う。そして、医師会の相談窓口2、地域包括支援センターの相談窓口1へ情報を発信して、そこから在宅医療、介護や生活支援へ情報がフィードバックされる。

20 まとめ

- かかりつけ医には、地域づくりのために情報分析やデータ解釈などブレインとしての役割が期待されている。
- 地域の情報を丁寧に可視化する。
→思い込みバイアスをできるだけコントロールして、地域の実情をさまざまな関係者で共有認識する。
- 持続可能な地域づくりにむけて、地域の強み・弱み、住民ニーズ、地域課題を整理する過程から地域の関係者を巻き込みながら進める。

19 事例4：地域分析と成功のポイント

地域分析

- 都市型地域ではあるが、昔からその地域で暮らす住民が多く、住民や専門職など人間関係が深い地域特性がある。
- 強みは資源、人材が豊富であり、子育て世代や労働世代へのアプローチが積極的な地域性である。
- 弱みは、個々の住民へのアプローチが弱い。
給付などの支援は手厚いが、地区単位の人間関係を活かした活動展開には手が回っていない。

成功のポイント

- 資源の多い地域ならではの、自治体内の縦割り部署の活動を医師会が一緒になって活動情報の集約を行った。
- 「在宅医療と介護の連携」を推進するための、行政の担当組織の在り方を医師会から自治体へアドバイスし、行政の縦割り対応を整理した。

〈成功のポイント〉①子育て世代が多い地域ということは、保健部門との連携が必要不可欠である=強み。②子育て世代への支援と高齢者支援を連動させることで、実現可能な活動の多様性が高まる=解決策。③各相談窓口と役割を明確化し、重複業務を整理して、地区単位の情報収集や、顔の見える関係づくりにも行政を巻き込むことができた。縦割りのままで保健や医療、介護、生活支援の組織が取り組んでいたのでは、労力に無駄が生じやすく、各担当部署の役割を整理して、地区担当を明確にし、丁寧に住民や地区の情報収集することで、住民を支える取り組みを行うことができるようになった。