

特集：地域における医療介護連携の展望

<報告>

地域における医療・介護の統合にむけたネットワークの構築  
—多主体連動によるまちづくりに向けた松戸市における実践から—

川越正平

医療法人財団千葉健愛会

**Building Community-Based Integrated Care Networks: Lessons from  
Matsudo-city's practice for community building by multi-actors  
cooperation networks**

Shohei KAWAGOE

Healthcare Corporation Foundation of Chiba-Kenai-Kai

抄録

急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で、在宅生活を支える医療・介護サービスを提供する専門職は、地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じて柔軟なネットワークを構築していく必要がある。それは、昨今国で進められる住まいをベースに医療、介護、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（地域包括ケアシステム）の構築という言葉でも語られている。

本稿では、松戸市医師会に所属する筆者の取り組みから、地域における医療・介護の統合にむけたネットワークの構築の実際を報告した。

このネットワーク構築には、臨床的視点からの今日における医療と介護の重要性、とりわけ水平統合が求められること、さらにこの基本となるのは、その地域の専門職種や住民の規範をそろえる「規範的統合」が重要となる。

今後は、こうした取り組みを基盤として、行政、医療従事者、市民を土台とし、地域と家族と本人を支える多主体の連動によるまちづくりが期待される。

キーワード：医療・介護の統合、在宅医療、多主体連動、まちづくり

**Abstract**

In the era of rapid aging and the following changes in the social structure in Japan, health and social services professionals need to develop networks that flexibly reflect particular situations of each locality including the number of elderly people and the health care delivery arrangements. In other words, this is the system that is currently encouraged at the national level, enabling various services including health, social, and welfare to be provided appropriately in order to support the daily life of elderly individuals in their home/community settings (community-based care system).

連絡先：川越正平

〒271-0074 千葉県松戸市緑ヶ丘2-357

2-357 Midorigaoka, Matsudo, Chiba, 271-0074, Japan.

Tel: 047-369-1248

E-mail: kawagoe@aozora-clinic.org

[平成28年3月1日受理]

In this report, I will illustrate the actual process of the network building towards integration of health and social care at the local level by explaining the experiences from my initiatives in the city of Matsudo, where I belong to the medical association.

Regarding the network building, I emphasized the importance of health and social care in today's clinical practices, especially in the form of horizontal integration. Furthermore, sharing and uniting norms among various professionals and residents in the locality is essential for the integration ("normative integration").

Based on the experiences and findings from the initiatives, including that mentioned above, it is expected that communities will be built using multi-actor cooperation networks to support individuals, their families, and the locality on the basis of a local government, health professionals, and the residents.

**keywords:** integration of health and social care, primary care, multi-actors cooperation networks, community building

(accepted for publication, 1st March 2016)

## I. はじめに

わが国の医療・介護サービスの提供体制を考える場合、これらサービスを受ける対象の大多数を示す高齢者増加を見逃すことはできない。

臨床医学的な視点から、これら高齢者のサービスを想定した場合、End of life careが重要になってくるが、治療ケア方針を医学的判断だけで決定することはできない。たとえば、転移巣を有する進行がんの患者に対して姑息的手術療法、化学療法、放射線療法、best supportive careのいずれかを選択するという際に、5年生存率の高低や合併症など全身状態だけに基づいて決定するわけではないことは自明である。

このような状況において、当然、患者や家族の希望、今後の生活の質についての予測、経済事情等を含む家庭背景などを総合的に勘案して、患者家族の意思決定を支援する必要がある。この際、Lynnが提唱した「終末期の3つの軌道」を念頭に置いたアプローチが役立つ [1]。

図1の縦軸は、身体の機能を現し、横軸は時間軸を示している。内部臓器障害や認知症・老衰などが徐々に増悪・進行する臨床経過を、図の曲線の軌道における「負の傾き」が現しているということができる。

一方、急性期合併症の併発や急性増悪を現しているのが図の曲線の「くぼみ」である。感染症や脱水などの急性合併症、転倒・骨折等の事故、脳梗塞など原疾患の再発、心不全の急性増悪などがこの「くぼみ」に該当する。この「負の傾き」を決定づける要因や予見可能な「くぼみ」をもたらす事態を医学的に把握し、その臨床経過や改善の可能性、リハビリテーションのゴール、生命予後などを予測することが医療の役割として重要である。

そして、その内容を患者家族にわかりやすく伝え、どのように対処するのが最も患者にとって望ましいかを共に考えるというスタンスが医療サービスを担う関係者には期待される。在宅生活を支える医療・介護サービスを提供する専門職は様々いるが、今後起こるであろう様々な「くぼみ」をできるだけ未然に防ぐために、ネットワークを組んで関わっていくことがポイントになる。

こうした急激な高齢化による社会構造の変化の中で、このネットワークは、地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じて柔軟に構築していく必要がある。それは、昨今、国で進められる住まいをベースに医療、介護、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（地域包括ケアシステム）の構築という言葉でも語られている。

本報告では、松戸市医師会に所属する筆者の取り組みから、地域における医療・介護の統合にむけたネットワークの構築を通じた多主体連動によるまちづくりに向けた展開の意義を報告する。

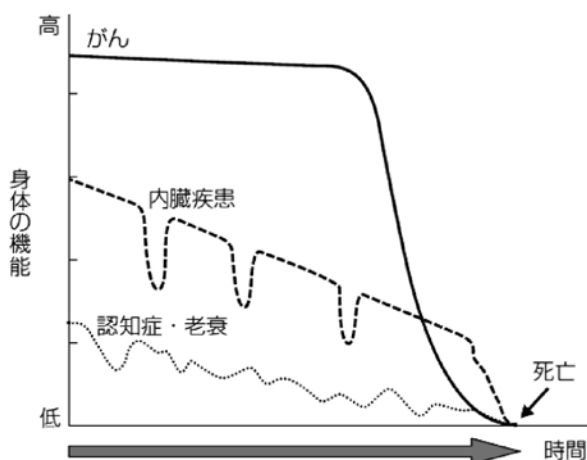


図1 終末期の3つの軌道 [1]

## II. 臨床的視点からの医療・介護の統合の必要性

疾病をその患部の状況だけから見ると、骨折は骨が不連続になった状態、褥瘡は皮膚に欠損が生じた状態と見る立場もあるだろう。しかし、これらの疾病は、様々な複合的な要素が絡み合っただけで起きた生活機能障害であり、老年症候群であると捉える必要がある。すなわち、「生活不活発」、「口腔ケア不足」、「低栄養」、「高次脳機能への刺激の不足」、「環境や背景が有する課題」など、様々な生活上の課題が複合して現れた症候群であることと捉えることができる。こうした様々な障害に対して適切な医療ケアを提供するためには、医療・介護の両面から総合的に関わる必要がある。

この医療・介護の両面からの関わりについて、誤嚥性肺炎を事例に考えてみたい。誤嚥性肺炎に対し、治療という側面から見ると、「肺炎に対する抗生剤治療」があげられるが、患者が抱える誤嚥性肺炎を生じた生活上の課題から捉えると、以下の表1にまとめたような集学的なケアが必要になる。つまり、患者の視点に立った場合、生活と医療を切り離して考えることはできないため、表のごとく、介護と医療が一体的に提供される必要があると言える。例えば、食事ひとつを取っても様々な違いがある。具体的には、介護職の方やご家族の方であれば、先月ぐらいからだんだんむせが始まってきたからとろみをつけるようになったというような変化について、毎日ケアをしている立場なら当然把握しているが、医師が少々診察したからと言って、そのような変化を的確に把握出来るとは限らない。つまり、医療職は、生活上の変化がみられたら、介護側から生活に関する情報の提供を期待している。ただし、このような生活にまつわる情報は量が膨大であることから、介護する側はどれが医療においては大切な情報なのか、医学的知識に基づかない限り判断することは難しいという課題がある。

これを解決するために、医療職と介護職が上手に情報を共有することが重要になってくる。いずれにしても、たくさんの生活情報を医療に上手く伝えられて、医療介入に何が大事なのかということがわかれば、有用な点が

多い。例えば、最近むせが始まってきたのは、医師が出した向精神薬の副作用だと想起できれば、処方を変更することで副作用が回避され、事なきを得ることが可能になる。

一方、介護の側は、生命予後やリハビリテーションの適応可能性といった医学的な知見に基づく今後の臨床経過の予測によって治療やケアの方針が決まるはずであり、そのような方針を示すのが医師の役目である。それが定まれば、どのような介護を提供すべきかといった方針もおのずと明らかになる。

こうした医療と介護の統合で重要となるのは、介護支援専門員（ケアマネジャー）の働きである。各専門職種からの情報を収集し、各専門職に伝達するハブ機能を果たし、とりわけ医師との連携が今後求められる。その際、薬剤師と医師はもちろん、薬剤師と看護師、理学療法士、作業療法士といったセラピスト、そして、介護サービス事業者間など、いずれの専門職との係わりも求められることになる。この介護支援専門員の各専門職とのかかわりをいかにスムーズにするかが地域の専門職間の連携を促進できるかの鍵と言っても過言ではない。

ここで紹介したい活動にいわゆる「ケアマネタイム」がある。医師に連絡をとることは、介護支援専門員にとって心理的なハードルが高いということが常々指摘されている。そこで、医師に面会をしやすいようになるために、各地で取り組まれている活動があるが、松戸市では、1週間のタイムスケジュールで、何曜日の何時ごろだったら介護支援専門員と面会ができるか、医師に対してアンケートを事前にとり、公表することにしている。これも、多職種協働を進めるため連携促進買う同の一例といえるだろう。

## III. 水平・垂直的統合による医療介護連携

在宅医療は、医療と介護が上手く連動していないと機能しない。この医療と介護の連動を考える上で重要になるのが、統合の考え方である。在宅医療と介護が統合されるのが水平統合とすれば、病院と地域医療が統合されるのが垂直統合と考えることができる [2] (図2)。

表1 誤嚥性肺炎を生じた要介護者に必要となる治療や集学的ケア

分類	介入の内容
治療	肺炎に対する抗生剤治療
集学的ケア	適切な食形態の吟味
	食事摂取時の姿勢（シーティング）の調整
	食事介助方法の評価や指導
	歯科・口腔ケア介入
	摂食嚥下リハビリテーション
	栄養介入
	下肢を含む全身の筋力維持強化

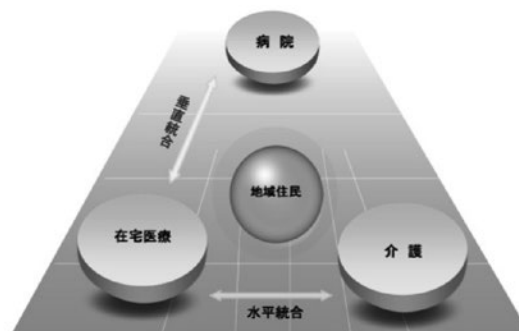


図2 水平・垂直統合のイメージ

ここで水平統合と呼ぶ地域の中における連携は、多職種協働そのものであり、ここでは、その一例として訪問看護に関する取り組みを紹介する。また垂直的統合の事例として、病院との連携による癌診療の取り組みを紹介する。

水平統合（地域における多職種協働）については、特に活動するエリアが重要となる。松戸市では、医師会が呼びかけて市内の全ての訪問看護ステーションにアンケート調査を実施し、人員配置、専門認定看護師の有無、機能強化型加算の取得状況といったストラクチャーの情報や、臨床上の得意分野（癌・難病・小児・精神領域など）、現在の管理患者数、昨年1年間の看取り実績、活動エリアについての情報を収集したところ、それぞれのステーションの特徴やそのパフォーマンスが明瞭に把握された。

また、市内に訪問看護応需体制の弱い地域が存在することがわかり、訪問看護連絡協議会を立ち上げて、それらの地域の応需体制を強化するための討議を始めているところである。

一方、垂直的統合の取り組み例として、がん診療にかかる地域連携体制を取り上げたい。

がん治療と緩和ケアは車の両輪だとしばしば協調されるが、実際にはその「車」の運転を行うハンドルがきちんと機能しなければ、地域連携がスムーズに運ばない恐れがある。具体的には、癌患者には、治療において、診断、手術、化学療法、放射線、外来化学療法、再入院、

症状緩和、転院、在宅緩和ケアなど様々なプロセスを経る必要を生じうる。このプロセスの中で様々な専門性を持つ医師の間を渡り歩かざるを得ない状況が現在の医療システム上存在する。このため、誰かが治療全体の経過を見渡したうえでその調整を行うのか、現状においては不明瞭なことが多い。

この課題を解決するために、松戸市においては、2人主治医制とホスピストライアングルという取り組みを行っている。2人主治医制とは、がん患者に対し、外来化学療法を担当するがん治療医と地域のかかりつけ医の二人の医師が並行して診療を担当するしくみのことである。文字通り役割分担による2人の主治医を付けるという試みである（具体的な内容は表2を参照）。これが、病院と在宅医療の患者のステージに応じた継続的治療を可能にする統合の一つの実践例としてあげられるだろう。

もう一つのホスピストライアングルは、松戸市に隣接する柏市にがん診療の機関病院として国立がん研究センター東病院があり、地域の在宅医療の後方支援機能を担っている市立の東松戸病院と、在宅医療を担う当院で、患者の対応においてどこの医療機関にアクセスしてもよく、なおかつその内容が3機関で共有されるようにネットワークを組んでいる（図3）。また必要に応じて、2ヶ所の医療機関と緊密に連携し、最適な医療機関で切れ目のない医療の提供が出来るように対応するというリーフレットを作っている。

がん患者や家族はいろいろな悩み事を抱えている。し

表2 フォローアップ2人主治医制における役割分担の内容

フォローアップ採血の分担
発熱など合併症の初期対応やトリアージ
鉄欠乏性貧血に対する鉄剤点滴投与
化学療法後の食欲不振への輸液対応
好中球減少時のG-CSF投与



図3 患者の悩みとそれを支えるホスピストライアングル

かし、こんな質問を医師に聞いていいのかと相談場所や相手を迷う患者家族は多い。そのような場合に、MSW、看護師、医師などの医療機関のスタッフが答えたり、相談内容に応じて柔軟に3者の間でお互いに受け渡すという申し合わせのもと、滞りなく対応している。

#### IV. 会議体を中心としたネットワーク化による規範的統合

これまで臨床的視点からの医療・介護の統合の重要性について、また水平統合・垂直統合の始点から松戸市での取り組み例について述べてきた。

これらの統合を促進するためには、会議体を構築することで定期的な情報交換を行うことが有効である。

会議体を構築しそれぞれの職能から代表者を会議に出していただく、研修者を推薦していただくというようなことをやるときに、例えば、医師、歯科医師、薬剤師に関しては三師会という職能団体が、ほぼ全ての地域でできている。しかし、それ以外の職能、例えば、リハビリ、管理栄養士、歯科衛生士について専門職能団体ができているところは、全国的にみてもまだ少ない。例えば、介護領域においても、介護支援専門員の組織ができているところも多いかもしれないが、その他職種については、組織立てができていない場合が多い。

このような状況下において、まずは、医療専門職種間が一つのチームになって機能すること、介護の専門職種間もネットワークを形成してお互いのノウハウを共有すること、そして、医療専門職種と各種介護事業種という2つの「輪」が融合されることにより、医療介護連携と呼ぶべきネットワークを形作っていくことが期待される。

そのためには、さまざまな会議、例えば臨床レベルにおいてはサービス担当者会議、日常生活圏域レベルでは、地域ケア会議、多職種が一堂に会する多職種合同カンファレンスは市区町村が主催するといった具合に、図4のように会議体を重層的に整備していく必要がある。

この会議体を活用した地域の課題解決の実践例について述べていきたい。松戸市では、在宅医療連携拠点事業の活動として、多職種が一堂に会する会議を定期的に開

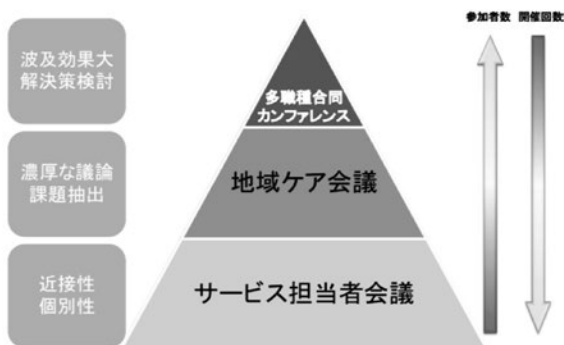


図4 医療介護連携の課題を討議する重層的な場

催している。この会議体の重要な機能の一つに課題の抽出を行うことが挙げられる。そこで、一例として、高齢者の救急医療と在宅医療をめぐる問題について検討した取り組みについて紹介する。

高齢者の救急医療と在宅医療をテーマに、シンポジウムを開催した。市内の主だった救急医療を行っている病院から、実際にどんな課題を感じているかという論点を示してもらったのが第1部である。後半には、消防局、介護現場、ケアマネジャー、後方支援機能を担う病院の医師、地区医師会長というメンバーによるシンポジウムを行い、これら多職種で構成された登壇者によるディスカッションする形をとりつつ、解決策を検討する場とした。

結果として、図5に示す6つの論点が議題候補として挙げられたが、時間の制約もあったことから、そのうち3つについて絞って議論が進められた。そして、今後はこの高齢者の救急医療と在宅医療に関する課題解決の活動については、地区医師会として取り組んでいくことが合意された。例えば、「3意思決定」については、救急搬送の時点でかかりつけ医によるリビングウィルを含む患者に関する情報の提供を遅滞なく行う必要があることが話し合われた。こうした会議体による地域の専門職間での課題の共有は、規範的統合 [3] と呼びうるものであり、その解決のために申し合わせられた地域における取り決めは、ローカルルールと呼ぶことができるだろう。これらローカルルールは、地域の専門職や住民自らが話し合っ、これを大事にしようとする地域で決めたことをみんなで守っていくと言うことでもある。

ローカルルールの具体例としてもう一つ、松戸市における要介護認定に関する取り組みについて紹介する。がん患者の場合、亡くなる1~2か月前まで比較的身体機能が保たれることが多い。そのため、要介護度が軽く判定されたのち、短期間のうちに著しく身体機能が低下し、その後まもなく死亡してしまうというようなことがしばしば生じうる。こうした状況を解決すべく、松戸市においては、末期がん申請のあった方の訪問調査から死亡す



図5 救急シンポジウムにおける6つの論点

るまでの期間を調査したところ、わずか平均25.7日で亡くなっていることがわかった。そこで認定審査正副委員長会議で討議を行った。その結果、窓口申請のときに末期がんという申し出があった場合には、できるだけ迅速審査とし結果を早く出すこと、訪問調査や主治医意見書から今後急激に状態が悪化する恐れがあると読み取れる場合には、要介護3を目安に要介護認定するよう申し合わせ事項を決定した。これもローカルルールの一例と言えるだろう。

また、柏市の取り組みであるが、多職種連携ルールを話し合う会議体というのがあり、そこで定められたルールをまとめたものとして「在宅医療・介護多職種連携柏モデルガイドブック」がある[4]。その中には、退院に関して最終排便がいつあったか情報提供すること、医療処置物品は自宅に預けておく、病院で医療処置の指導を行う場合には自宅で実際に使用する医療材料等を用いて指導するなどの事項が書かれている。さらに、日曜日の退院は避けるなど、柏市の従事者間で守るべきルールを話し合いのもと決めて、それらをお互いに守ろうということが合意されている。

これまで述べてきた会議体を中心としたネットワーク化による規範的統合、そしてローカルルールの設定は、医療・介護の統合を進める一つの方法論といえることができるだろう。

## V. 終わりに—医療・介護の統合からまちづくりへ—

地域包括ケアの実現には、市民への働きかけも非常に重要となる。その取り組みとして、市民公開講座などがあげられる。松戸市においては、こうした通常の医師会による市民公開講座の他に、まちっこプロジェクトと呼ばれる取り組みがある。

これは、医師会内に、市民啓発に取り組む健康啓発委員会を新設し、2015年度より生命の誕生や禁煙教育、救急車の適正利用、認知症啓発、看取りなど、健康や地域包括ケアに関わるテーマについて、医師会員が市内の小中学校を分担する形で数多くの講義を提供するという活動に取り組んでいる。市内の中学校で医師会医師が分担して講義を行う。

この内容としては、主に児童の健康への関心を高めるための講義を行っているが、講義内容やその反響を子のみならず家庭の構成員に伝えるために、両親、祖父母のリビングウィルを聞き取るという宿題を課したり、この授業を授業参観としたりするなどのすなご工夫を行っている。さらに、この成果を市民公開講座で市民に報告することで、市民に広くリビングウィルを普及させることをねらった活動としている。

この活動のもう一つのねらいは、地域社会における地縁を深め、かかりつけ医を持つことを推奨するというコンセプトがある。現在は、医師会の医師を中心として活

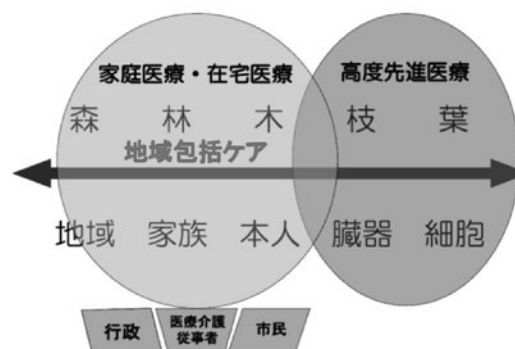


図6 多主体連動によるまちづくりのイメージ

動しているが、訪問看護師、助産師、歯科医師、薬剤師、病院医師、研修医なども巻き込みながら、協力者を今後増やしつつ、複数学年で行う方向で検討を進めている。

地域包括ケアを、概念ではなく現実のものとして推進して行くために、行政や地区医師会、そして市民が連動する形で進めていく必要があり、今後これらの活動を通じたまちづくりに継続的に取り組んでいきたいと考えている。

本報告では、松戸市の実践を中心に、臨床的視点からの今日における医療と介護の重要性とりわけ水平統合が求められること、さらにこの基本となるのは、その地域の専門職種や住民の規範をそるえる「規範的統合」が重要となることを示してきた。

平成26年度までは、医師会を中心とした在宅医療介護連携推進事業[5]の枠組みの中で多くの活動を実施してきたが、平成27年度以降、介護保険制度の地域支援事業の枠組みの中で実施されることになっている。

こうした制度的な仕組みを活用しつつ、今後は、図6のように、行政、医療従事者、市民を土台とし、地域と家族と本人を支える多主体が連動することによるまちづくりを進めていくことが、医療・介護の統合にむけたネットワークの構築においても重要となるだろう。

## 引用文献

- [1] Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA. 2001;285(7):925-932.
- [2] 筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略. 東京;中央法規:2014. p.50.
- [3] 筒井孝子. 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略. 東京;中央法規:2014. p.45.
- [4] 柏市. 在宅医療・介護多職種連携柏モデルガイドブック. [http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/061510/p019231\\_d/fil/guide\\_book.pdf](http://www.city.kashiwa.lg.jp/soshiki/061510/p019231_d/fil/guide_book.pdf) (accessed 2016-2-27)
- [5] 厚生労働省. 在宅医療・介護連携推進事業について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000077428.pdf> (accessed 2016-2-27)