

# 特集4 地域で支える在宅医療



高齢化率が35%を超える滋賀県東近江市永源寺地域は、山間農村地域にあり医療介護資源の乏しい地域であるが、この地域に適した地域包括ケアを進めている。本稿では、高齢化率が全国平均よりも10年以上先を行くこの地域での、疾患中心で考える医療・介護の連携Integrated care（統合型ケア）と、地域コミュニティの中で支え合うCommunity-based care（コミュニティ基盤型ケア）による「地域まるごとケア」の取り組みを紹介する。

## キーワード

地域包括ケア, 地域コミュニティ, 社会的処方, 多職種連携会議, 地域まるごとケア



はなと たかし  
**花戸 貴司**

東近江市永源寺診療所 所長

語句解説

特集1  
対談

特集2

特集3

特集4

特集5

World News  
ホット・

トピックス  
最新

ままたまに  
自然なる

## はじめに

東近江市永源寺地域は、滋賀県南東部に位置する山間農村地域である。地域の人口は約5,000人、高齢化率は35%を超え、集落によっては50~80%と高齢化率の高い地区もある。ここ永源寺地域にある数少ない医療機関の一つが、東近江市永源寺診療所である。

この地域の医療資源は限られており、入院できる施設はなく、デイサービスやショートステイを提供する介護施設はあるものの、訪問看護ステーションやリハビリ施設はない。そのような医療介護資源の乏しい地域であるが、我々はこの地域に適した地域包括ケアを進めるため、さまざまな取り組みを行ってきた。

高齢化率が全国平均よりも10年以上先を行くこの地域での取り組み、そしてそれを支える多職種と地域のつながりを紹介し、今後の地域包括ケアの可能性について考察する。

## 目の当たりにする健康問題

「健康」に影響する要因が、感染症などの急性疾患や周産期管理が中心だった時代、抗生物質などの医療の介入や公衆衛生活動が大きな役割を果たした。それらの課題が解決されると、医療の役割は高血圧や糖尿病、あるいは肺気腫といった慢性疾患の管理へと変化した。慢

性疾患の管理では、薬物療法以外にも食事、運動、禁煙などの重要性が明らかになり、医療は生活習慣指導という役割も担うようになった。

そして介護保険制度 [P38参照] の始まりとともに、かつては医療の対象ではなかった障がい、老い、認知症、あるいは貧困などの「状態」においても幅広く対応することを求められるようになっていく。

そのような人々に対応するためには何が必要だろうか。2008年に世界保健機関 (WHO) は、プライマリヘルスケア改革 [P38参照] を提唱した<sup>1)</sup>。この中の「サービス提供体制のあり方」には、疾患や臓器ではなく「人」を中心に据え、包括的で統合されたケアを提供し、継続的な人間関係を重視すること、そして、医療サービスの入り口として、総合診療の能力をもつ医師を含むプライマリ・ケアチームが地域コミュニティの健康に関するハブ (中継装置) として機能すべきである<sup>2)</sup>、としている。

他の診療科や医療機関へ紹介することもハブ機能の一つであるが、地域包括支援センターを紹介したり、地域の民生委員、あるいはカフェやサロン、ボランティアサークルなど、公的・非公的機関を含めて社会的な居場所や役割を紹介したりすることも、ハブ機能の大きな役割である。

分かりやすい例としては、一人暮らしの高齢女性が、市外に住む娘さんと「もの忘れ」を主訴に受診されたとき、認知症外来へ紹介するだけではかかりつけ医として不



十分であることは容易に想像がつく。地域包括支援センターに連絡を取り介護保険の利用開始が適切かどうかの判断をしたり、民生委員やご近所さん、地域のボランティアに見守りやサロンへの参加の声をかけを依頼したりすることもある。場合によっては、買い物支援サービスのある商店の情報提供や、金銭トラブルに巻き込まれないよう駐在所にも連絡を取るなどの対応が望まれることもある。

このように我々専門職がハブとしての機能を果たすためには、専門性だけではなく、行政を含めた多機関との連携と地域コミュニティの中におけるつながりを理解する必要がある。これらは診療所や病院の中にいるだけでは限界があり、時には診察室から出て地域コミュニティのさまざまな人とのつながりを求めていくことも必要である。

健康に影響する要因の時代変化は前述したが、これらは医療提供環境、あるいは個人の遺伝的要因や生活習慣のみで規定されるのではなく、その個人を取り巻く社会経済的な環境にも大きく影響されることがいわれている。これは健康の社会的決定要因 (social determinants of health; SDH) [P38参照] と呼ばれ、中でも重要視されているのが孤立・孤独である。

「人は一人では生きることができない」といわれるが、これは単に社会通念上の戒めではなく、実際に社会とつながっていないことにより、日常生活動作 (ADL) の低下、ならびに死亡リスクが高まることが報告されている<sup>3)</sup>。

そこで提唱されているのが「社会的処方」[P38参照] である。社会的処方の効果に関しては多くの報告があり、例えば、英国国民保健サービス (NHS) Rotherham Clinical Commissioning Groupは、メンタルヘルスなどの問題を抱えた1,607人の患者に社会的処方を実施した結果、入院21%減少、救急部門利用20%減少、外来受診21%減少といった医療資源の利用の変化の他、83%の患者で主観的健康観が向上したと報告している<sup>4)</sup>。

その一方で、Bickerdikeら<sup>5)</sup>が行った系統的レビューでは、社会的処方を評価した研究はバイアスのリスクが高く、その有効性についての根拠は乏しいとしており、現時点ではエビデンスが乏しい発展途上の考えであることも認識しなければならない。

しかし、筆者は、我が国においても社会的処方に近いものが実際の現場で有効に活用されていると考えている。筒井<sup>6)</sup>は、医療・介護の専門職が行う疾患中心のケアをIntegrated care (統合型ケア) [P38参照] と呼び、専門職だけではなく地域コミュニティの中にあるイン

フォーマルな関係によって地域で互いに支え合うケアをCommunity-based care (コミュニティ基盤型ケア) [P38参照] と呼んだ。おのおのは独立している概念であるが、医療・介護の専門職や介護支援専門員、あるいは自治体職員が互いをつなぎ、統合することにより我が国独自の地域包括ケアシステムが成り立っていると述べている。

もちろん永源寺地域のような山間農村地域にあるコミュニティと、都市部のコミュニティには違いがあることは間違いない。しかし、都市部においても暮らしの保健室やがん患者サロン、あるいはボランティアサークル、SNSコミュニティなど、地縁型コミュニティとは違う興味型コミュニティがあり、それぞれが患者と地域の専門職、そしておのおののコミュニティをつなぐハブ機能を持つ拠点として存在する。それらは生活者あるいは当事者の視点に立ちながら医療者と非医療者がつながるという点では、社会的処方と何ら変わりはないと考える。

我々専門職は狭い領域で専門性を高めるばかりでなく、地域のさまざまな人々をつなぐ役割を担うことにこそ、これからの専門職としての存在意義があるのではないだろうか。医療だけでは解決できない認知症や障がい、貧困といった社会的に生活しづらい状態を抱えた人たちと関わる上で重要な考え方であるのは間違いない。

## 「三方よし研究会」と「チーム永源寺」

東近江医療圏では、2007年度より毎月第3木曜日の夜に「三方よし研究会」を開催している(写真1)。「患者よし、機関よし、地域よし」を目指す「三方よし研究会」は、時間厳守で、全員が車座になることが基本的なルールである。テーマは脳卒中連携バスが中心であったが、糖

写真1 「三方よし研究会」の様子



写真2 「チーム永源寺」の会議の様子



尿病, 慢性腎臓病 (CKD), がん, 難病, 在宅支援, 認知症, そして防災, 地域ボランティア活動など, 地域の多様な話題を扱っている。

参加する職種も医療・介護職のみならず, 栄養士, 行政, ジャーナリスト, NPOスタッフ, 患者会, 民生委員, 大学生, 漫画家などさまざまであり, 圏域内のみならず, 滋賀県内外からも含め参加者は毎回100人を超えている。

当初は保健所の主導で運営されていたものの, 次第に予算が限られてきた。その後, 自分たちで運営しようという機運が高まり, 2016年4月より非営利組織 (NPO) として運営している。参加者各人が, 時には裏方のボランティアとなり, そして発表者となり, 主体的に参加する組織であり, 多くの人がこの研究会に参加することを楽しみにしている。

研究会のつながりによって, 地域の専門職だけではなく, さまざまな人々がまさに顔の見える関係になっている。また, 月に一度の研究会以外にも日々メールリストを通して会員間で情報交換を行っている。

そして, 広域の多職種連携だけではなく, 地域の現場での顔の見える関係づくりのため, 永源寺地域で多職種が集まる会議「チーム永源寺」を毎月開催している。こちらの会議には, 医師, 看護師, 薬剤師, ケアマネジャー, ヘルパー, 介護施設職員, 社会福祉協議会, 行政などの専門職, それ以外にも, 商工会, 地域おこし協力隊, 警察, 宗教者, 障がい者福祉作業所, 働き・暮らし応援センター, 民生委員・児童委員, まちづくり協議会, 認知症キャラバンメイト, 生活支援サポーター「絆」などが参加し, 地域の多くの人々が参加している (写真2, 図1)。

図1 「チーム永源寺」のイメージ図





このように2つの多職種連携会議を継続的に開催しているが、「三方よし研究会」はより広域に、「チーム永源寺」はより地域コミュニティに近いレベルに存在し、役割を分けた形になっている。いずれも新型コロナウイルス感染症が流行してからはオンラインで開催している。

### 地域まるごとケア

地域包括ケアシステムが語られるとき、例えば、脳卒中発症後の治療、リハビリ、摂食・嚥下、再発予防など、医療と介護の連携については、よくいわれることである。しかし、それらは言い換えると、病気になった臓器あるいは疾患 (disease) を連続的に見る仕組みづくりでしかなく、病 (illness) を支える心理社会的なサポートにまで

図2 地域包括ケアシステム

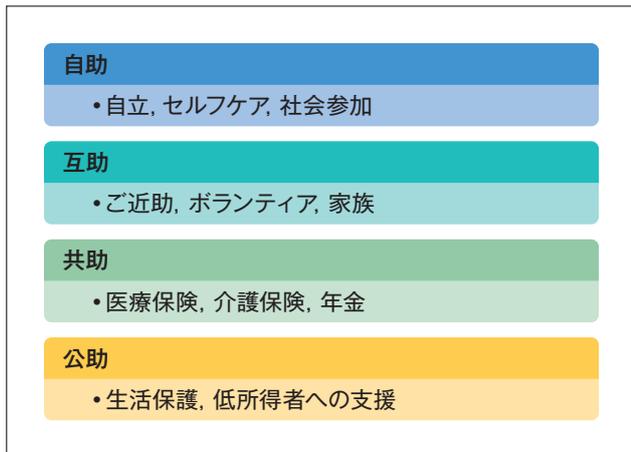
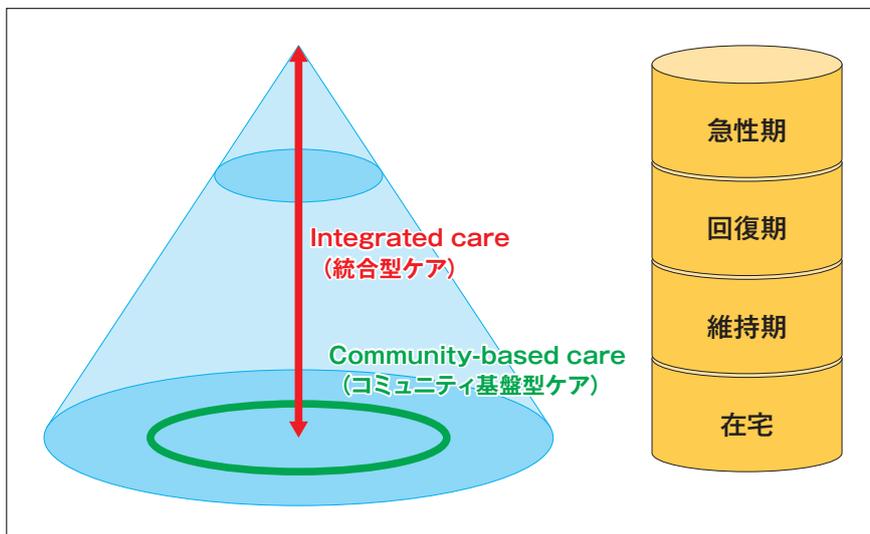


図3 地域まるごとケア



至っていない現実がある。しかしその一方で、地域社会に目を向けると、さまざまな支え手、つまり制度だけでは目に見えないサービスや資源も数多くある。

それは、自立やセルフケアといった「自助」、ご近所さんやボランティアなどお金の発生しないインフォーマルサービスである「互助」、そして我々専門職が活動している医療保険や介護保険サービスとしての「共助」、行政などが行うインフラ整備や低所得者への支援、地域福祉計画などの「公助」といったものである (図2)。

正直なところ、病院の中だけで仕事をしていた時は、「共助」の中でも医療しか経験することがなく、退院後に医学的な管理以外にどのようなサポートを受けて患者さんが生活しておられるのか全く想像がつかなかった。しかし、地域に出てみると、我々医療・介護の専門職以外にも数多くの支える人たちがいたのである。高齢・認知症の一人暮らし、あるいは障がいを抱えたとしても、地域の人たちがコミュニティの中で支え合って生活していたのである。

実はここに、超高齢社会で目指すべき地域包括ケアの姿があるように思う。つまり、疾患中心で考える医療・介護の連携であるIntegrated care (統合型ケア) と、地域コミュニティの中で支え合うCommunity-based care (コミュニティ基盤型ケア) がうまくつながり合うことなのである (図3)。

筆者はこのようなつながりを、地域包括ケアよりもさらに広くつながることを意味する「地域まるごとケア」と呼んでいる<sup>7)</sup>。実は、「三方よし研究会」も「チーム永源寺」もスタート当初から現在のような形を目指して活動を始めたわけではない。目の前の課題を地域の中でどのようにすれば解決できるか、専門職と地域の人々が共に走りながら考えてきた結果、現在のこのような形ができあがった。

同様に地域コミュニティも、地域あるいは患者属性によりさまざまである。読者の皆さんも地域コミュニティを意識しながら活動を続けることで、その地域にあった「地域まるごとケア」の形を構築できるはずである。

また筆者は、外来診療の場面で

人生の最終章を「どこで」「どのような療養を受けながら」過ごしたいかを、元気なうちから患者本人に尋ねてカルテに記載している。カルテは毎回プリントアウトし、おくり手帳に貼り付けて患者に渡し、家族や介護支援専門員などの介護スタッフも目にしている。

一方、東近江医師会では2018年度より、介護保険新規申請ならびに更新時に患者本人あるいは家族が記入する「主治医意見書作成のための問診票」を作成した<sup>8)</sup>。この中に人生の最終章に関する本人の希望を話し合うように勧める項目を設けている。この判断が決して最終決定ではないことを付記し、家族や専門職が本人と対話を繰り返すよう促している。

このように医学的な課題よりも生活上の問題点に目を向けよう、人生の最終章についての対話をしようと、声をかけるだけではなく、家族や専門職が具体的に行動できるシステムとしての地域の仕組みづくりに努めている。

## おわりに

超高齢社会の到来とともに医療の役割は変化し、疾患の管理だけではなく、生活の支援、そして本人との対話へと広がりつつある。我が国では現在、男性で約9年、女性で約12年の健康寿命と平均寿命の差があるが、これは患者にとって何らかの支援が必要な期間であり、我々専門職にとっても医療課題だけではなくさまざまな状態への対応を求められることが多くなる。それらの課題解決のためには専門職の提供するサービスだけではなく、コミュニティとの連携が大きな力になることを認識すべきである。

そして人生の最終章について本人と語り合うことを

「縁起でもない」と目を背ける家族もいるかもしれない。しかし、いくら多職種連携を密にしたとしても、本人の言葉抜きで人生の方針を決めることはできない。本人と家族が何度も対話を行えるよう促し、その場に専門職も参加できるよう意識すべきである。

それは決して、早期に積極的な治療を諦める約束を取り付けるものではなく、病や老いを抱えていても、本人がどのような場所で、どのような生き方を望むかという、希望を語り合う場なのである。一人一人違う、そして答えのない問いだからこそ、本人との対話を繰り返すことが大切なのである。

“Nothing about us without us”  
(私たち抜きで私たちのことを決めないで)

当事者からの声は、これからの時代の「健康」を考える上でのキーワードになるはずである。

新型コロナウイルス感染症の拡大で世の中の状況は一変した。長時間の会話や食事だけではなく、気軽に家族や友人を訪ねたり、一緒に泣いたり笑ったり、感情を表出することなどが避けられるようになった。その結果、家族や友人同士との触れ合いだけではなく、さまざまなコミュニティのつながりまでおろそかになった。

あらためて我々が目指していた本人、家族、専門職、そして地域コミュニティとのつながりの大切さ、本人を含めた対話の重要性を実感している。今後もオンラインなど今までとは違う方法で活動を継続しなければならないが、我々専門職がやらなければならないことは変わらないはずである。

### 略歴 花戸 貴司 (はなと たかし)

1995年 自治医科大学医学部 卒業  
1997年 湖北総合病院 小児科  
2000年 永源寺町国保診療所（現・東近江市永源寺診療所）所長  
現在に至る

### 参考文献

- 1) World Health Organization (WHO): The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. 2008.
- 2) 草場鉄周(編): 家庭医療のエッセンス. カイ書林, p. 239-40, 2012.
- 3) Holt-Lunstad J, et al.: PLoS Med. 2010; 7: e1000316.
- 4) Dayson C, Bashir N: The social and economic impact of the Rotherham Social Prescribing Pilot. Sheffield Hallam University, p. ii, 2014.  
(<https://shura.shu.ac.uk/18961/1/Dayson-SocialAndEconomicImpact-Rotherham%28VoR%29.pdf>)
- 5) Bickerdike L, et al.: BMJ Open. 2017; 7: e013384.
- 6) 筒井孝子: 地域包括ケアシステムの深化 integrated care理論を用いたチェンジマネジメント. 中央法規, 2019.
- 7) 花戸貴司: ご飯が食べられなくなったらどうしますか?—永源寺の地域まるごとケア. 農山漁村文化協会, 2015.
- 8) 東近江医師会: 主治医意見書作成のための問診票 Ver.6.  
(<https://eigenji-clinic.jp/files/ishikai/files20200118074426.pdf>)  
(webへのアクセスはいずれも2022年4月15日)