

# 医療・介護連携から見た地域連携拠点(ハブ)の必要性



総合メディカル株式会社  
西日本営業統括部 コンサルティング営業グループ 主任

**山田 格**

(社団法人 日本医療経営コンサルタント協会  
認定登録 医療経営コンサルタント)

## はじめに

昨年末に中央社会保険協議会は地域全体のコーディネートを行う「地域連携拠点(ハブ)」の設置の重要性を提言しています。

2025年までに在宅医療を必要とする人は29万人と現在より12万人増える見込みであり、社会保障改革「2025年モデル」がすでに出ている中で、なぜそのような提言書が出たのでしょうか。

現行のシステムでは介護療養病床が6年延期となったように、「2025年モデル」の整備に不安を感じたのでしょうか。今回は、これまでの地域連携の弊害だった多くの問題解決になるであろう地域連携拠点(以下、ハブ)の可能性について考えてみたいと思います。

## これまでの地域医療

「何故在宅を行うのか。それは儲かるからです」。以前に私が参加したセミナーで若い在宅医療専門のクリニックを開業する医師が言われた言葉です。

ドイツの医学者であったフーフェランド(1762年—1836年)の残した言葉を江戸時代の蘭学者であった緒方洪庵は、「扶氏医戒乃略」として翻訳し教を残し、その一節に「病者に対しては唯病者を視るべし。貴賤貧富を顧ることなかれ。一握の黄金を以て貧士双眼の感涙に比するに何ものぞ。深く之を思ふべし」——【患者を診るときはただ患者を診るのであって、決して身分や金持、貧乏を診るのであってはならない。貧しい患者の感涙と高価な金品とは比較できないだろう。

表1 連携に関する主な問題点

項目	課題
専門職種間の連携	
1. 地域の中の連携(多職種連携)	多職種間で患者についての情報交換や話し合う機会が不足している
2. 地域の中の連携(同職種連携)	病棟医師と在宅医、看護師同士など、地域の同職種間での情報共有や交流が不十分である
3. 医師との連携	多忙な医師とは連絡がとりづらく、気後れることもあるため連携が難しい
医療と介護の連携	
4. 医療と介護の連携	医療側の生活への理解不足、介護側の医療に関する知識不足のため、お互いの理解や連携が不十分である
方針決定や相互理解	
5. 方針決定プロセス	在宅療養は異なる機関に所属する多職種が関わるため、治療ケアの方針決定プロセスが不明確である
6. 臨床倫理	終末期における抗がん剤や胃瘻増設の適応等についての考え方が医療者間で統一されていない
7. 相互理解	多職種間での役割分担が不明確で、自分以外の職種の専門性やその限界を理解していない
病院と在宅の連携	
8. 病院から在宅への移行	病院の医療者が在宅医療でどんなことができるかを把握していないため、スムーズに在宅へ移行できない
9. 退院調整	入院早期からの退院調整や退院前カンファレンスの開催等が不十分である
顔の見える関係	
10. 顔の見える関係	連携の基盤となる顔の見える関係ができていない

出典:厚生労働省ホームページ/多職種の視点を反映した「在宅医療に関する課題」の抽出と概念化

医師として深くこのことを考えるべきである」とあります。

200年以上前の江戸時代と平成の外部環境は大幅に変化したにせよ、前出の若い医師の言葉が空虚に感じられたのを今でも鮮明に覚えています。

現代の在宅医療・介護の構成においては、医師の仕事は患者に期日を予告し「定期往診」と「24時間対応」を行うことであり、昔から行われていた急病に対する「往診」とは大きく異なります。

ダブル改定では「在宅医療」「医療と介護の連携」に重点が置かれたことは今更言うまでもなく、患者のために事前に継ぎ目のない医療体制を整え、患者を色濃く診るという点において、今回の改定は温故知新型の改定という気がします。しかし、逆の言い方をすれば医療制度と介護制度がそれぞれ提供するサービスが複雑化し、在宅医療という視点においてはその二点が充実していないためにそこへ重点的に点数・単位配分を行い誘導した改正とも言えます。そうしなければなら

かった要因は、表1に挙げられます。

やはり表1の7と10の弊害は大きく、自院と他の関連機関の関係がうまくできないために、自院のユートピアで終始している医療機関が多いのではないのでしょうか。そのような医療機関が一つの地域に多く点在していることから地域間でのシームレスな流れが難しく、過当競争となり力尽きる医療機関も多くあります。

在宅療養支援診療所(以下、在支診)に限ってですが、在宅医療提供上の課題として挙げている内容が表2であり、逆に在支診の届出をしていない理由が表3です。

表2・表3のそれぞれ上位3位まで見た場合、表2の1位を除いては「24時間」対応の不安が顕著に出ていることがわかります。逆に表2の1位においては表1の連携の課題についての不安が如実に出ています。今回改定された在支診・病の強化型がハブ機能構築のきっかけの一端となり、今後「24時間」の不安解消はされるのでしょうか。

表2 在宅医療提供上の課題(複数回答)

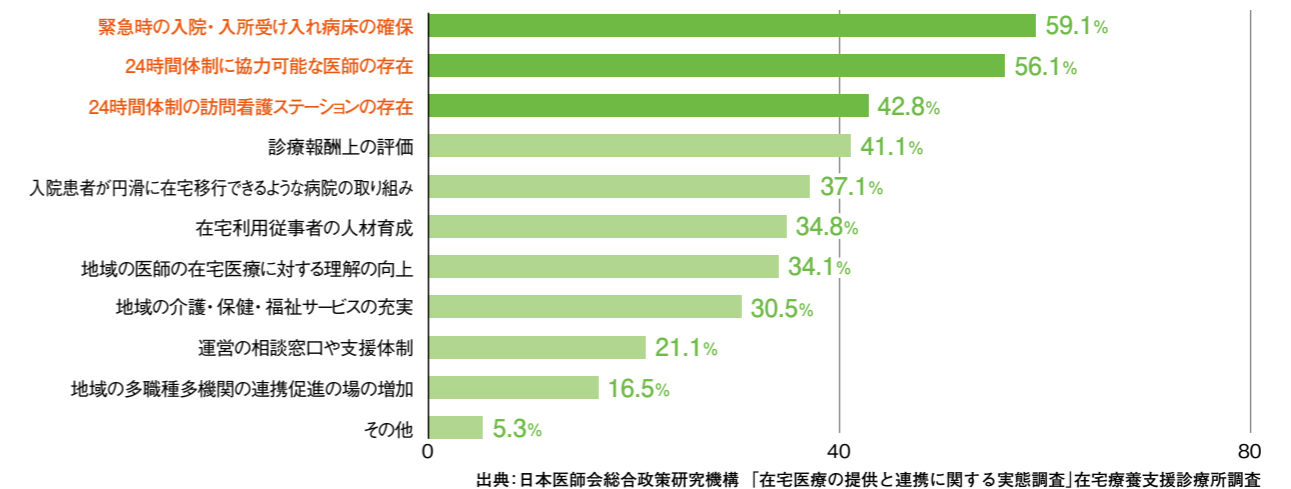
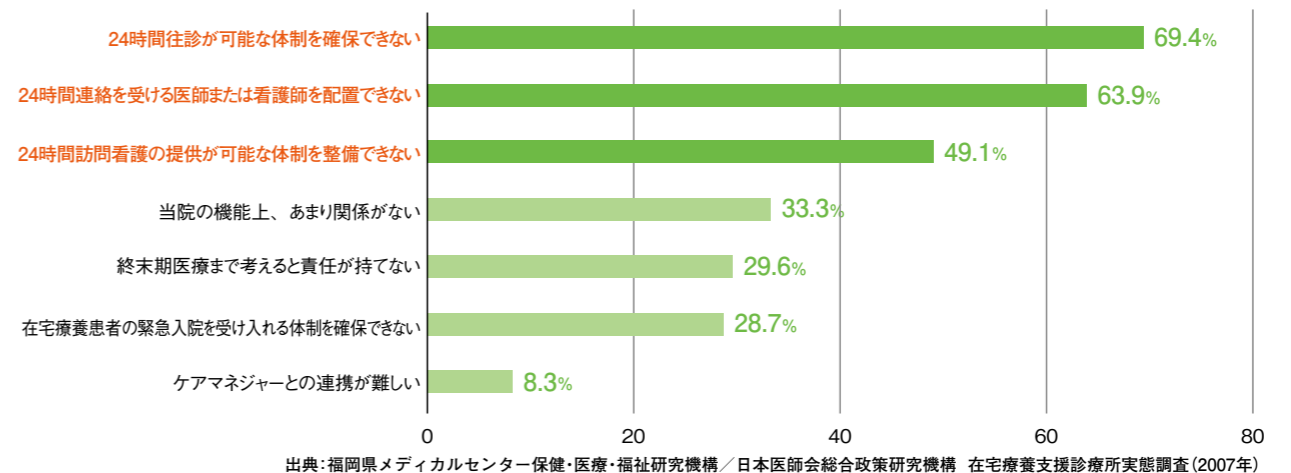


表3 在宅療養支援診療所の届出をしていない理由 —在宅療養支援診療所以外—(複数回答)



■ 地域連携拠点（ハブ）の課題

少し前から「地域」という言葉をよく耳にします。実際に、今後この「地域」が大きなキーワードになってくると思います。

年々増加する高齢者の孤独死や12年連続で3万人を超す自殺者。全般的にはアウトリーチの動きが今後活発となり、医療のみならず、我が国の社会問題も含めた形で「地域」での支援を目指しています。そのためにはやはり先述したハブの整備が急務であると考えられ、こうしたハブ機能は自治体や地区医師会、病院、診療所のいずれかが地域の事情に応じて担い、ネットワーク構築を進めるように提案しています。

どこまでを圏域とするかは今後ハブ機能を担う拠点が中心となり熟考しなければなりません、その拠点は過疎地域等を含む場合も当然あり、地域の実情を踏まえた総合的ハブ機能を考えなければなりません。

そういった事情を踏まえるのであればハブは自治体、地区医師会であるのがベストなのですが、現状の問題意識、改善の打開策のヒントを見出すのは、やはり現場の第一線である病院・診療所であり、ここに大きな乖離があり課題となります。

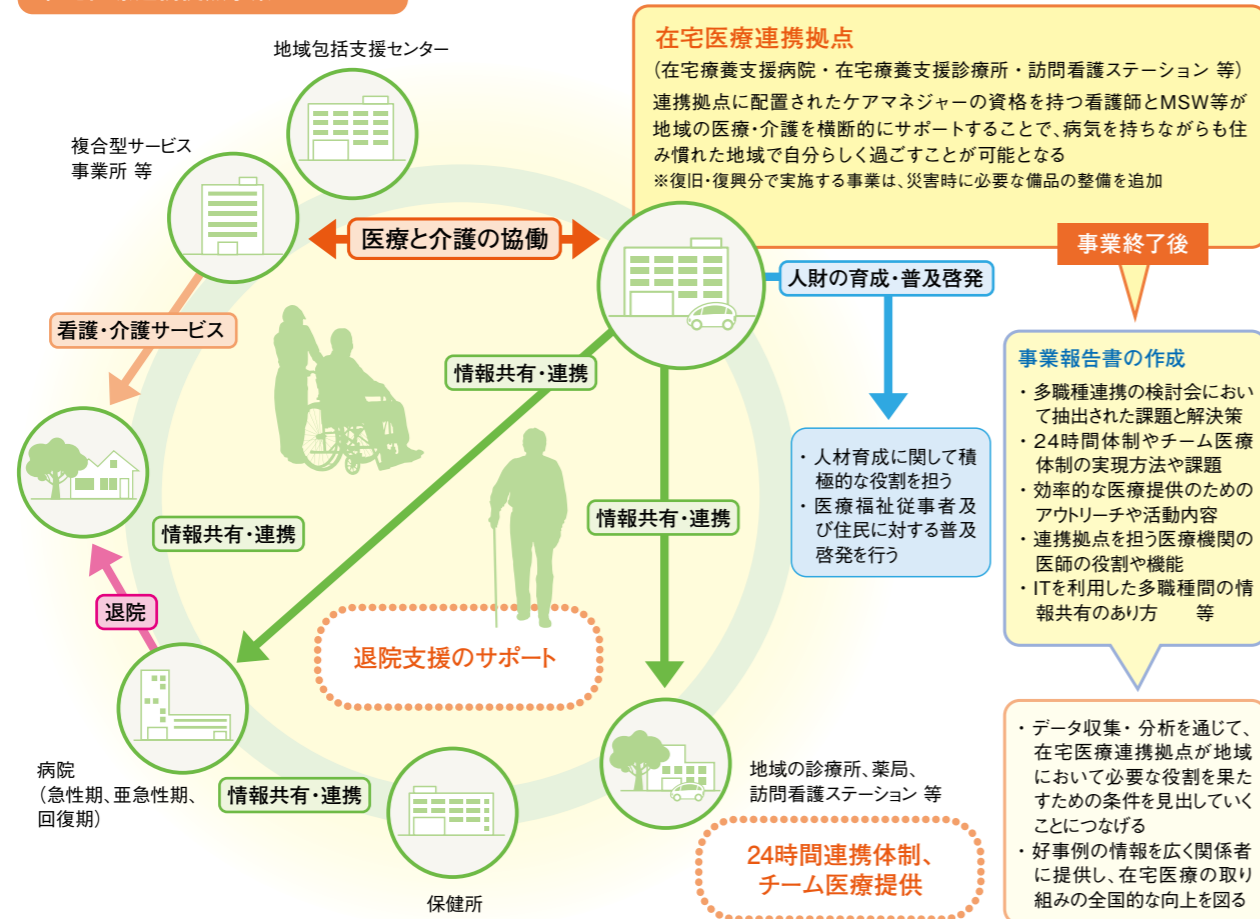
一概には言えませんが、やはり現場の医療機関が大きく介入しなければハブの成功は成し得られないのではないのでしょうか。

表4 在宅医療連携拠点事業

本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療連携拠点事業のイメージ



出典：厚生労働省「在宅医療・介護あんしん2012」

■ 地域での取り組み

これまで地域で医療・介護のコーディネート機能がなかったわけではありません。介護保険法によって設置された地域包括支援センターが介護サービス中心ではありますが、介護の地域コーディネートを担っており多職種協働を行っています。

医療においては2011年からモデル事業として始まったばかりですが、「在宅医療連携拠点事業」においてここでも多職種協働を行い、その機能を検証することになっており、地域における医療と介護のネットワークの拠点として今後期待されています。(表4)

表5は、ある地域で多職種協働が行われ、その感想が記載されています。一つの例ではありますが、下記内容から得られるヒントは多いと思います。まずは多職種協働を行っていない地域は「行うこと」を考えてみてはいかがでしょうか。

表5 多職種連携のための会議で課題が明らかに —ケース勉強会参加者の声より—

病院	介護、地域
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 高齢者や障害者の不安には、想像していた以上の課題があることがわかった。[看護師]</li> <li>● 病院がいかに自己完結的な意味狭い環境(施設)であるかを実感した。[医師]</li> <li>● 生活を支援することの大変さ、複雑さが非常によくわかった。[MSW]</li> <li>● 病院の中にいると暮らしの中の問題はやはり見えてこない。病院で関わる立場の者が何が出来るのか、考えていきたい。[連携推進室看護師]</li> <li>● 「病棟ナース→地域、在宅」がどうなっているのか、十分に見えていない。MSW や訪問看護師(病棟所属)と話す程度でわかったつもりになっていた。[看護師]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 実際の在宅の現場で医師がどのように苦勞しているか勉強になった。[ケアマネジャー]</li> <li>● 医療的な知識の不足を感じている。[ケアマネジャー]</li> <li>● 地域包括支援センター職員は担当ケース対応に追われすぎて世帯支援等幅広く考え対応する余裕がつかれていない。[地域包括支援センター所長]</li> <li>● 公的な支援だけでは支えられない人の支援はとても大切であると同時に難しい。[区保健師]</li> </ul>

出典：厚生労働省「平成23年度 在宅医療連携拠点事業成果報告」