



地域連携のこれからを探る

Region

アット リージョン

2019
Spring
Vol.

02

特集 | Special
Feature

「柏プロジェクト」の現在

～ 地域包括ケアシステム構築で“未知の社会”に挑む

🔍 連携ウォッチ

地域全体が1つの糖尿病チームとして機能する

医療法人社団シマダ 嶋田病院

糖尿病治療における医科歯科連携の
新たな可能性

一般社団法人 佐久医師会 / 一般社団法人 佐久歯科医師会

🗨️ 地域医療構想アドバイザーに聞く

静岡県 地域医療構想アドバイザー

小林利彦 氏



世界が熱い視線を注ぐ

「柏プロジェクト」の現在

～ 地域包括ケアシステム構築で“未知の社会”に挑む

千葉県柏市。ここで進められている在宅医療・介護連携推進事業「柏プロジェクト」は、長寿社会のまちづくりのモデルとして、日本だけでなく世界が注目する取り組みだ。

プロジェクトの象徴の一つである定例会議「顔の見える関係会議」では、150名に及ぶ多職種が一堂に会し、熱い議論を交わす。視察者は全国から後を絶たず、その光景を目にした人は雰囲気に圧倒されて会場を後にする。

超高齢社会という“未知”の時代の到来に備え、数々の課題と向き合い、実態に即した解決策を続々と見出す柏市。その実態に迫った。[取材日：2019年1月28日、2月7日] *記事内容、所属等は取材当時のものです。



高齢化の最前線に立つ 団地の建て替えが契機となった

東京都心から約30km。人口42万を超える千葉県柏市は、高度経済成長をきっかけに、人口が増加し発展したベッドタウンである。昭和39年に建設されたUR豊四季台団地は、現在、高齢化率が40%を超え、十数年後の大都市近郊の姿を表すといわれる。

「柏プロジェクト」は、この豊四季台団地の建て替えを機に発足した。背後にあるのは、超高齢社会の到来だ。団地の世代が後期高齢者となる2025年、さらに75歳以上人口が高齢人口の3割近くとなる



柏地域医療連携センター。UR豊四季台団地（現：豊四季台ニュータウン）の一角に構える。

2040年。とりわけ都市部での医療・介護問題の深刻化が叫ばれる中、辻哲夫氏ら東京大学高齢社会研究機構が、「高齢者が安心して元気に暮らすことができるまちづくり」を目指した社会システムを発起し、そのモデル地域として、柏市とURとの三者協定が結ばれた。

本プロジェクトは、①在宅医療を含む多職種連携、②地域包括ケアシステムのモデル的拠点整備、③いきがい就労と早期からの介護予防を柱としている。特に医療・介護領域においては在宅医療を核に据え、柏市医師会が推進役、柏市が事務局となって進めている。その“本気度”は、柏市が縦割りを廃し、地域包括ケアシステム全体を展望する福祉政策課と、在宅医療を含めた多職種連携を推進する地域医療推進課を作り、職員を重点配置したことにも見てとれる。

最初の5年間で在宅医療・在宅介護の連携モデルを構築

プロジェクトは、平成22年から26年までの5年間で第1フェーズ、平成27年以降を第2フェーズと位置付けている(図)。

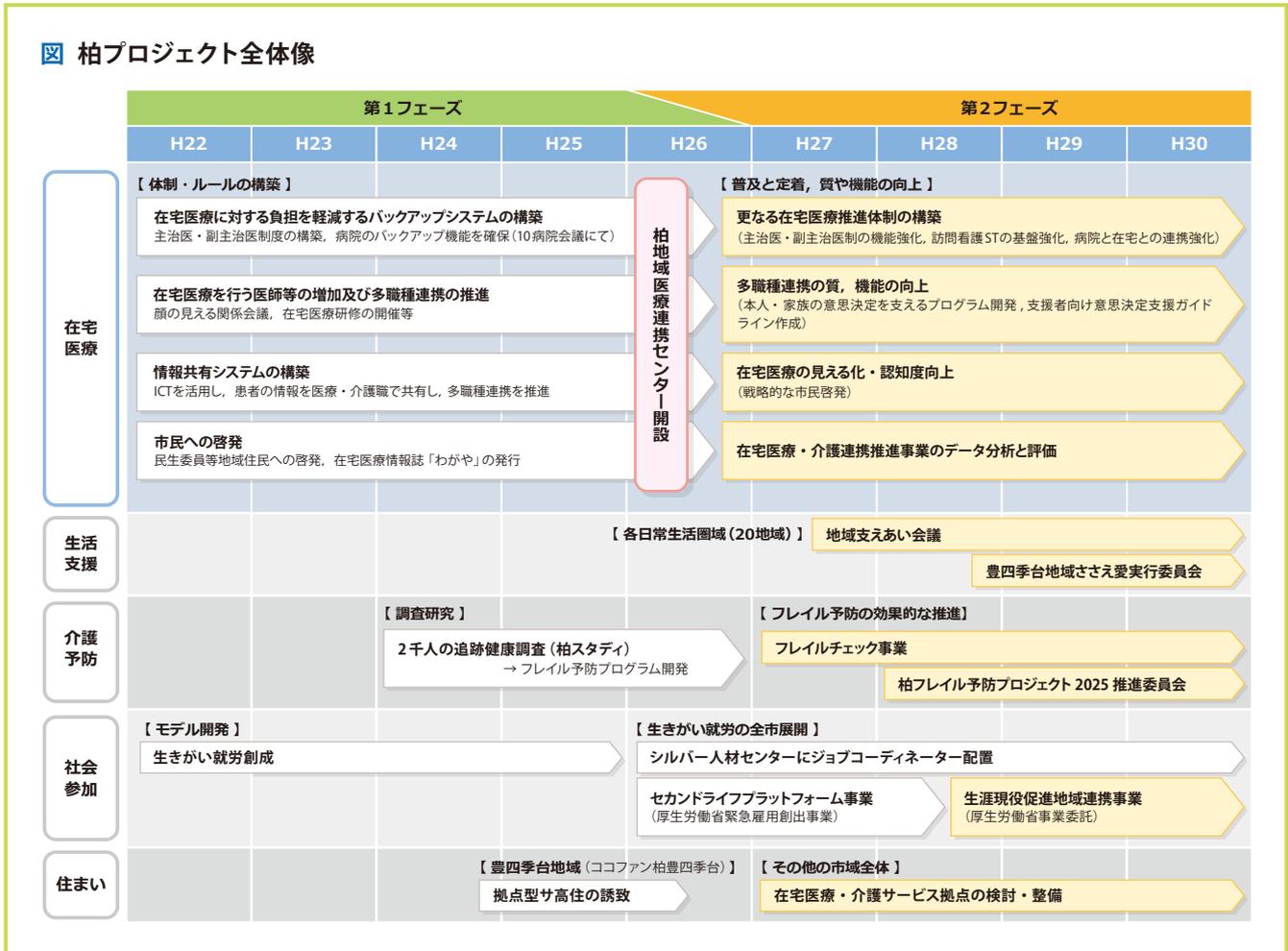
第1フェーズでは、まず体制・ルールの構築を主眼に置いた。特に在宅医療システムの構築と、医療・介護の連携強化が進められた。

在宅医療に対する医師の負担軽減策としては、かかりつけ医のグループ形成による主治医・副主治医制度を設け、病院のバックアップ機能を充実させた。また、在宅医師を増やし、多職種連携を推進すべく、「多職種連携研修会」と「顔の見える関係会議(通称：顔会議、3ページ囲み記事)」をスタート。研修会では、医師の意識改革を狙い、医師の訪問診療への同行などもプログラムに盛り込んだ。顔会議では、ワークショップを通して、多職種の「顔の見える関係」が形成され続けている。

情報共有においてはICTの活用も進められた。医療職と介護職のリアルタイムな情報共有の手段としてシステム「カシワニネット」を活用、シームレスなサービス提供を実現している。その他、市民啓発事業としては、在宅医療情報紙「わがや」を発刊。在宅医療に対する市民のリテラシー向上に努めている。

平成26年には柏市医師会、柏歯科医師会、柏市薬剤師会と柏市役所の共同

図 柏プロジェクト全体像



©Region | Special Feature

で「柏地域医療連携センター」を開設。市民の相談はもとより地域医療機関との調整や多職種連携の中核拠点として機能している。

これだけの数の事業がわずか5年の間に行われたというのは、まさに驚異的なことといえよう。

第2フェーズでは質・機能の向上と普及に向けた取り組みが続く

平成27年以降の第2フェーズでは、前フェーズで構築した体制・ルールの更なる質・機能の向上と、普及・定着を目的としている。主なものとして、主治医・副主治医制の機能強化、在宅医師と病院医師との連携強化、訪問看護ステーションの基盤強化などが挙げられる。

中でもここ数年の大きなテーマは「意

思決定支援」だ。高齢者の救急需要の増大という課題に向き合い、救急搬送対応や看取り、介護の関わり方など、在宅医療と救急医療の連携を模索している。

他にも、介護予防や、見守りなどの生活支援の分野にも着手。フレイル予防プロジェクトを本格的に始動するなど、より広範囲なケアシステムを構築している。

課題解決の過程の中で生まれた組織体制が、数々のプランを実行に導く

提起された課題は、在宅医療・介護多職種連携協議会にかけられ、その後、多職種連携・情報共有システム部会、研修部会、啓発・広報部会の3つの部会によって具体化される。この組織体制の骨格は、柏市医師会会長の金江清氏の指揮のもと、課題解決の過程の

中で形作られたものだ。

地域包括ケアシステムと一口にいても具体策は多岐に渡る。先に述べた事業も、プロジェクトのごく一部だ。それら膨大な数のプランが実施まで落とし込まれるのも、現場感覚に合致した組織体制が存在し、それが機能しているからに他ならない。

超高齢・長寿社会に対応したまちづくりを目指す社会システムが、実践を伴って成熟・発展し、柏独自のものへと進化している。そこには、推進役である柏市医師会とそれを下支えする市役所の強固な関係、システム化された組織体制、そして在宅医療のあるべき姿を模索する、医療者と介護者の情熱がある。

日本中、そして世界中が注目する地域包括ケアシステムの可視化への取り組み。それは必ずや、将来の不安を抱えるこの国の光明となることだろう。

インタビュー

東京大学 × 柏市医師会 × 柏市

柏プロジェクトの根幹を司る4人のキーパーソンに、多職種連携の鍵や進行中の取り組み、今後の展望を伺いました。

東京大学高齢社会総合研究機構 特任教授

辻 哲夫 先生

柏市医師会 副会長

松倉 聡 先生

柏市医師会 会長

金江 清 先生

柏市長

秋山 浩保 氏



左から松倉 聡 先生、秋山 浩保 柏市長、金江 清 先生、辻 哲夫 先生

多職種連携研修会と顔会議。2つのスキームにより全員のベクトルが一致する

—— 顔会議を拝見し、広い会場が議論の声で埋め尽くされる様子が印象的でした。

松倉 ご覧になった方は皆、驚かれるようですね。

市長 顔会議はある意味、在宅医療の属人的な部分をシステム化しようとする試みです。これは単に人を集めて実現できるものではありません。医師会の先生方や市のスタッフによる綿密な設計や準備などの「土台」のもとで成立しているんです。

—— その準備の一つがファシリテーター会議ですね。

松倉 この会議は、質問事項やディスカッションの時間、議論の切り口を話し合う、ファシリテーター主体によるグループワークです。ただ、顔会議における進行方針は各々に任せます。それにより、ファシリテーター会議自体もそれによって作られる顔会議も生き生きしたものになるのです。

発足当初は、医師が話すその他の職種の方が発言を控えるシーンもありました。相互不理解で、相手を批判する言葉が出ることもあった。それがこの4、5年で空気が変わり、他の職種も医師に「先生、黙ってて」と平気で言える環境が作られましたね。全職種が、市民の方を向く同じベクトルになったのです。

—— ファシリテーターはどのように育てられるのですか。

松倉 やはり、多職種連携研修会の存在は大きいです。顔会議のファシリテーターは、実は多職種連携研修会の参加者なのです。

辻 多職種連携研修会は、在宅医療の勘所が体感できる、2日間のワークショップ形式のプログラムです。医師は同行訪問で在宅医療の現場感覚も学びます。リーダーは在宅医療に精通した医師で、他のメンバーも多職種のベテラン揃いですが、そのあらかじめ用意されたプログラム

の下でのワークショップの中に1人、在宅医療の経験のない医師を入れる。すると、その医師に在宅医療に取り組む気持ちが芽生えます。

金江 在宅医療は特殊な技術が必要と思われがちですが、実は特別なことはないのです。聴診器と血圧計ひとつで8～9割のことは済む。問題なのは、医師に根付いた在宅医療に対する見えないハードルで、その意識を変えることが重要なのです。

—— 研修会は在宅医療の本質を学び、キーパーソンを育成する場なのですね。

松倉 そうして、在宅医療の根本や柏プロジェクトの本質を理解した人を顔会議の各グループに入れることで、テーブルの空気が作られるのです。

辻 多職種連携研修会は東京大学が柏市の皆様とともに開発しましたが、顔会議は柏の医師会の先生方をはじめ、皆さんが独自に作り上げたものです。これは本当に素晴らしいことです。

CHECK

顔の見える関係会議

柏プロジェクトの果実であり象徴といえるのが「顔の見える関係会議（通称：顔会議）」だ（写真）。

顔会議は、年2～3回の全体会議と、年1回のエリア別会議で構成される。2019年3月までに26回実施され、のべ5,525人が参加した。

全体会議では、およそ150名の参加者が15～20のグループに分かれ、ワークショップを行う。顔ぶれは医師や歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、管理栄養士、理学療法

士、介護サービス事業者、市役所職員、民生委員など様々。毎回、「認知症への関わり方」や「高齢者の救急搬送の現状と課題」など、在宅医療に関わる様々なテーマに沿って意見を述べ合う。多職種が、互いの立場や役割、視点、考え方の違いに気づき、理解を深めることで「顔の見える関係」が作られる格好だ。

各テーブルには模造紙と付箋が配布される。それらを用いてグループごとにプレゼンテーション用の資料を作成、代表者が皆の前で発表する。

各グループのファシリテーター（進行役）は医師に限らず、看護師、介護福祉士など様々だ。議

論が活発に進むよう、事前にファシリテーター会議が開催され、綿密にプランが練られる。



写真「顔の見える関係会議（顔会議）」の様子。時には市長も参加し、ともに議論を交わす。

第2フェーズでは、ACPをサポートする仕組みづくりに着手

— 近年、終末期医療と関連してアドバンス・ケア・プランニング(ACP)が注目されています。柏プロジェクトでも「意思決定支援」に取り組んでいますね。

松倉 背景には高齢者の緊急搬送の急増がありました。救命センターの東京慈恵会医科大学附属柏病院に90歳以上の方が一晩に6~7人搬送される事態が続きました。施設の嘱託医が看取るという選択肢もある中、介護者がとりあえず119番するんですね。すると、プロトコルがある以上、本人やご家族が望まなくても救急搬送され、肋骨が折れるほどの心肺蘇生が施される。人生の最終段階を、尊厳を持って迎えら

れていない現状を何とかできないかという提案が、病院会議の中で救急現場から出たのです。

— 具体的には、どのような施策を進めているのですか。

松倉 平成28年から顔会議のテーマに掲げるほか、救急や介護の現場担当者による意見交換会を重ねています。平成30年にはワーキンググループを設置し、議論を深めています。当面の目的は支援者向けのガイドラインの作成ですが、むしろ重要なのは、その先の活かし方です。例えば、介護施設職員向けの研修会を実施したり、システムに盛り込んだり、意思決定の当事者である市民

への啓発を進めたりする予定です。

— 多職種連携協議会の3つの部会(多職種連携・情報システム部会、研修部会、啓発・広報部会)が生かされるわけですね。

松倉 先日、在宅医や多職種のスタッフが病院を訪問する「出前」顔会議が開催されました。テーマは在宅医療です。普段、顔会議に参加する病院の医師は少ないのですが、こうした取り組みは大変ありがたく、大きな意味があります。これを機に、病院側の意識づけや、在宅と病院の連携強化ができればと考えています。

それぞれの役割において「当たり前」の事を当たり前に行う」という尊さ

— 柏プロジェクトがこれほどまでに成功した理由は何だと思えますか。

辻 医師会と行政の双方が「市民ファースト」という理念をしっかりと持っていたこと、そして互いの関係が強固に築かれたことだと思います。

市長 我々行政が市民の皆さんのために動くのは当然ですが、医師会の先生

方は日常診療で忙しい中、組織として強く結束し、市民に目を向けてくださっている。本当にありがたいです。

金江 でも、医師会として市民のために尽くすのは、別に特別なことではありません。実はどこの医師会の定款にも記述がある。我々のしていることも、ごく当たり前のことなのです。

辻 その、「当たり前」という考え方が重要なのだと思います。市民ファーストを本来の医師会の機能として捉え、実際に発揮する。こうした取り組みが全国で実現できれば、日本が変わるに違いありません。

新たな課題に取り組むと同時に、記録に残し可視化する

— 柏プロジェクトのさらなる発展に向けて抱負をお願いします。

市長 我々行政は、実は現場を知らないことも多いのですが、こうした活動を通して現場の空気を感じることで、自治体として成長していると感じます。柏プロジェクトは視察も多く、職員のモチベーション向上にも繋がっています。これからも関わる人全てが互いに試行錯誤し、重層的に展開できればと思います。

金江 第1フェーズを経て、在宅医療・在宅介護連携の基礎はある程度完成しました。次はその上の部分です。市民啓

発もまだまだ不十分だと感じています。さらなる課題に対して、これからも当たり前に取り組み、解決策を見つけていきたいですね。

辻 柏プロジェクトが誇れるのは、人やコツに依らない「どこでも出来るモデル性」です。発足から現在までを見届けてきた者として、このスキームを説明することが自分の役割だと思っています。それが今後の制度改正へつながり、他の地域にも少しずつ拡大していくことを願っています。

松倉 発足当時、辻先生から言われた

「(超高齢化社会は)待ったなしなんだよ」との言葉が今も心に残っています。日本が直面する大きな課題への答えを出すと同時に、仕組みづくりも重要だと考えています。我々の取り組みをわざわざ見に来ていただかなくても済むよう、首都圏モデルの構築や各種会議の作り込み方などを論文や学会発表などの文字に残し、他の市町村に利用していただくことが、これからの大きな使命だと思います。



地域全体が1つの糖尿病チームとして機能する

— コーディネーターを活かしたパス連携の現在



<福岡県小郡市>

医療法人社団シマダ 嶋田病院

薬物療法だけでなく、食事・運動も含めた総合的な指導が求められる糖尿病治療。実効性を果たすには、高い専門性と多職種によるチーム医療が不可欠である。疾患の中では比較的連携が進んでいる領域であり、全国各地で「連携パス」や「糖尿病連携手帳」を利用した連携が実施されている。

福岡県にある嶋田病院は、いち早く「糖尿病連携コーディネーター」を導入し、地域全体としての質の高いリエゾンサービスを実現した先駆的存在として知られる。導入から12年を経た現在、連携の輪がどのように醸成され、治療効果に結びついているのかを探った。〔取材日：2019年1月11日〕*記事内容、所属等は取材当時のものです。

糖尿病専門医不足を 地域の診療水準の底上げで解決

よく、糖尿病は治療の難しい疾患といわれる。その大きな理由の1つが、治療における個性の高さだ。患者さんの生活背景や環境、嗜好性、性格など、糖尿病治療には様々な要因が影響する。とりわけ、高齢化が進む近年は、腎機能低下に関わる薬剤選択の難しさや、認知症に伴う服薬アドヒアランス低下も問題視されている。治療戦略に高い専門性と多角的な視点が求められるにも関わらず、わが国の糖尿病専門医の数は4,760人(2013年8月時点)であり、1,000万人の糖尿病有病者をカバーするには余りにも少ない。

福岡県中央部に位置する人口74,000人の小郡・太刀洗地区(小郡市および太刀洗町)も、かつては糖尿病専門医不在の地だった。地域の医師が望ましい治療法を模索する中、状況が一変したのは、嶋田病院に赤司朋之氏が赴任した2006年のこと。早くから病院として地域連携に取り組んでいたこともあり、赴任後間もなく、かかりつけ医からの紹介が増加した。

しかし、医師1人ができる治療には限界がある。赤司先生は、絶対的なリソース不足を補うには地域全体の糖尿病の診療水準の向上が不可欠と考え、医療関係者一人一人の知識を深め、適切な連携に繋げるしくみ作りに取り掛かった。それが、翌2007年に誕生した、「糖尿病連携コーディネーター」を活かした連携パスである。

循環型糖尿病連携パスの機能を 強化するコーディネーター

糖尿病連携コーディネーターは、循環型糖尿病連携パスの機能を強化するための「連携専従の看護師」だ。一般に、連携パスシートや診療情報提供書はパスの開始・更新時に郵便で送られるが、嶋田病院では、コーディネーターが診療所に直接持参し、医師または看護師に申し送りを行う。診療所に渡ったパスシートにはその後の診療経過が記載され、6カ月～1年後の受診時に患者さんが病院へ持参することで循環が生まれる(図1)。

赤司先生は、患者さんの状況や治療内容を伝えるだけでなく、「疾患の知

識や治療法、療養指導方法を伝えること」こそが、連携パスのあるべき姿と考えている。それを効果的に実現する手段がコーディネーターというわけだ。

取り組みにあたり、赤司先生が白羽の矢を当てたのは、前勤務地で共に糖尿病治療に携わっていた看護師の坂本則子さんと西岡恵子さんだった。2人を選んだ最大の要因は「人付き合いの上手さ」。診療所と顔の見える関係をゼロから築くには、コミュニケーション能力は不可欠と考えたのだ。その読みは的中し、彼女たちは、医師と看護師という立場の違いを感じさせないほどに、診療所1つ1つと関係を築いていった。



左から
西岡恵子さん、小島惠美さん、
赤司朋之先生、坂本則子さん

図1 小郡・太刀洗地区のコーディネートパスを活用した糖尿病診療連携

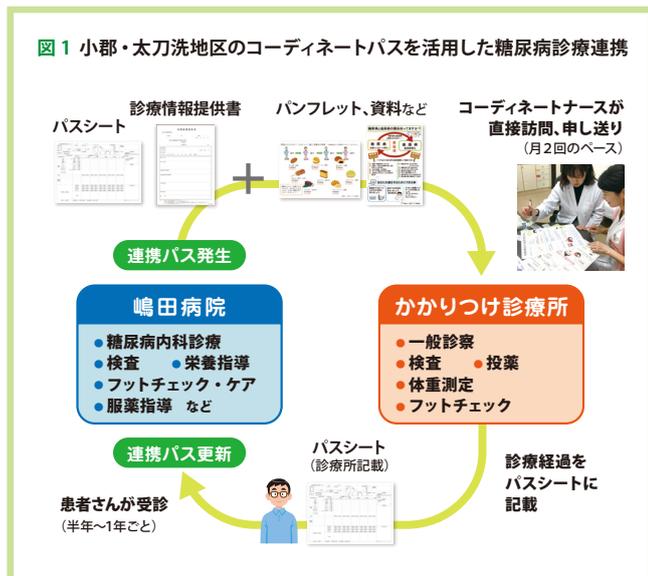


図2 後期高齢者医療保険の平成27年度最大医療資源疾病名での医療費分析の結果

福岡県の65以上の被保険者1,000人に対する透析患者数(国保+後期高齢)

	福岡県	小郡市	大刀洗町
被保険者数(人)	1,103,122	13,316	3,533
透析患者数(人)	8,136	70	20
被保険者1,000人に対する透析患者数(人)	7.38	5.26	5.66

平成28年5月末のデータ：国保データベースより抽出

小郡市の医療費分析：後期高齢(生活習慣病に占める割合)

	福岡県(%)	小郡市(%)
がん	15.0	17.4
糖尿病	6.2	5.7
高血圧症	8.9	9.5
精神	10.2	12.7
筋・骨格	25.5	25.7
慢性腎不全(透析あり)	13.2	7.6

平成27年度最大医療費資源病名での分析。
KDBシステム_No.3 健診・医療・介護データからみる地域の健康課題(最大医療資源病名による：調剤含む)から作成

提供：嶋田病院

もっとも、当初はパスがうまく回らず、「患者さんだけが来てパスシートが来ない」こともしばしばだったという。しかし彼らは諦めず、ひたすら丁寧な返事を書き、診療所に渡し続けた。また、パスシート自体の使い勝手にもこだわり、記入項目から紙のサイズに至るまで幾度も改良を重ねた。そうした細かい努力を経て、少しずつ循環するようになった。

2人の主治医の間で、糖尿病治療の理想と現実の落とし所を探る

糖尿病専門医と診療所医師の間を仲立ちするコーディネーターにとって、申し送り時の立ち回りは特に重要なポイントだ。診療情報提供書から赤司先生の処方意図を的確に把握し、診療所の医師および看護師に投薬理由や検査の意味を伝える。一方で、診療所側の処方理由や事情にも配慮し、「2人の主治医」の思いの落とし所を探る。時には、診療方針として新しい薬の処方をお願いすることもある。そうした議論が行えるのも、長い年月をかけて地道に築いた信頼関係があってこそといえよう。

彼女達は、1度の訪問機会を決して無駄にしない。2カ月ごとに作成する自作の糖尿病療養指導用リーフレットは、患者指導のためだけではなく、診療所の看護師の関心を誘い、患者指導や治療管理への積極的な参加を促すためのツールとしても活用している。

また、キャンペーンと称して他科受診を促すポスターを配布したり、医療関係者向けセミナーを開催したりと、地域全体の知識の底上げと積極的な啓発にも余念がない。

連携強化の取り組みが治療効果にも現れ始めた

訪問先は薬局や歯科、眼科にも及び、今では地域の135施設との関係が築かれている。連携パス登録患者数は2017年8月時点で569名を数え、診療所での患者情報申し送り回数は合計3,865回。連携パスの再診率は90%以上という高さだ。

また、他科受診への取り組みも進んでおり、眼科受診率は開始1年目は44%であったが、3年目には80~85%へ上昇した。診療所での体重測定実施率は66%からほぼ100%に上昇、フットチェック実施率も44%から96%に上昇している。この数字からも、診療所の糖尿病治療に対する意識の変化は明らかであろう。

加えて注目したいのが、臨床面での効果だ。小郡・大刀洗地区の後期高齢者医療保険の被保険者1,000人に対する透析患者数は、福岡県の平均を大きく下回っているほか、医療費全体のうち慢性腎不全(透析あり)治療が占める割合も、小郡市は福岡県全体に比べて低い(図2)。地域全体の診療の質の向上が、糖尿病性腎症重症化の抑制に結実したことが推察される。

データが示すコーディネーターの価値。今後の目標は診療報酬化

「医療経済という側面で見れば、新規透析導入数が減り、患者さんのQOL向上はもちろん、地域全体での医療費が削減されます。一方、経営という側面で見ると、病院にとっては検査や紹介患者が増えることは収入増につながります」と語る赤司先生。この仕組みが全国に横展開されるにはコーディネーターの診療報酬化が最善と考え、目下、講演会などを通して「Win-Winの関係」を積極的に発信し、啓発を進めている。

「目指せ、日本一の糖尿病診療モデル地区」のスローガンのもと、1人の医師と2人の看護師の熱意から始まった取り組み。2013年には3人目のコーディネーターとして小島恵美さんも加わり、「システム」としても成熟期に入っている。日本の糖尿病診療のレベル向上も視野に入れた先駆者の動向に、ますます注目が集まるところだ。☑



医療法人社団シマダ 嶋田病院

福岡県小郡市小郡217-1 TEL 0942-72-2236(代表)



糖尿病治療における医科歯科連携の新たな可能性

— 見えない壁が取り払われ、スピード連携が実現できた理由

<長野県佐久市>

一般社団法人 佐久医師会／一般社団法人 佐久歯科医師会

国内外の様々な報告で指摘されている、糖尿病と歯周病の深い関連と医科歯科連携の重要性。にも関わらず、連携が具体的な形として広がらないのは、歯科と医科の間にある「見えない壁」が原因である可能性は否めない。

長野県佐久市では、あるタイミングをきっかけにその壁が取り払われ、糖尿病の医科歯科連携が一気に実現した。

地域の糖尿病治療と歯科診療のキーパーソンによって撒かれた連携の種。その経緯と現在の活動状況、そして今後の展望を取材した。〔取材日：2019年2月1日〕*記事内容、所属等は取材当時のものです。

頭では理解していても・・・ 糖尿病と歯周病の連携の難しさ

糖尿病と歯周病に密接な関係があることは、専門家にとっては周知の事実だ。国内外の様々な研究でも、糖尿病と歯周病は病因として双方向の関係があることが示されている。また、歯周病は網膜症や腎症、神経症、足病変、動脈硬化性疾患に続く「6番目の合併症」ともいわれ、日本糖尿病協会が発行する診療記録ノート「糖尿病連携手帳」(2016年改訂3版)においても、合併症の扱いで歯周病関連の記入欄が大幅に増えている。

しかし一方で、治療の受け皿である医療機関同士を考えると、お世辞にも密接な関係が築かれているとはいえない。地域の一般病院や診療所においては、医科と歯科の関わりはほぼ皆無なのが実情だろう。

医科歯科連携の必要性を感じていた 2人が同じ場に居合わせた

そのよう中、長野県佐久市は、糖尿病治療における医科歯科連携が進む、全国でも数少ない地域だ。

きっかけは3年前にさかのぼる。佐久

市で行われた地域包括協議会の場に、佐久医師会 佐久平糖尿病ネットワーク (SDNet) 代表(佐久市立国保浅間総合病院 糖尿病センター長)の仲元司先生と、佐久歯科医師会 会長の甘利光治先生が、偶然居合わせた。

当時はちょうど、糖尿病学会で医科歯科連携が話題に上り始めた頃である。糖尿病治療における歯科の重要性を感じた仲先生は、ショッピングモールで市民向けの啓発事業として歯周病をテーマとした健診イベントを開催、他方で、医療機関による連携策を探っていた。

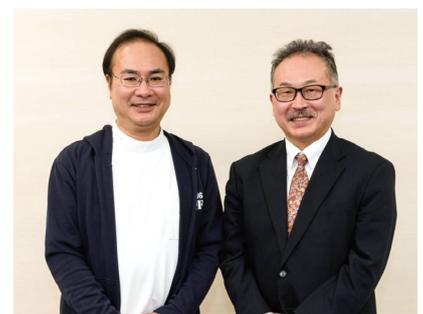
一方、甘利先生も、日常診療で糖尿病患者さんの歯周病の罹患率の高さを実感していた。糖尿病患者さんに触れる機会が増える中で、歯科医師は正しい疾患理解を得、医師との連携を進めべきとの考えを持っていた。しかしその一方で、「医科に対する敷居の高さ」を感じ、糖尿病治療における医科歯科連携の接点が持てずにいた。

「機が熟した」とはまさにこのことだ。協議会の場で仲先生が甘利先生に声をかけたのを機に、2人は医科歯科連携の話題で盛り上がり、事が一気に進んだ。当時のことを、甘利先生が「仲先生のおかげ」と話したのが印象的だ。

既存の糖尿病診療のネットワークを 活かして連携をスピード実現

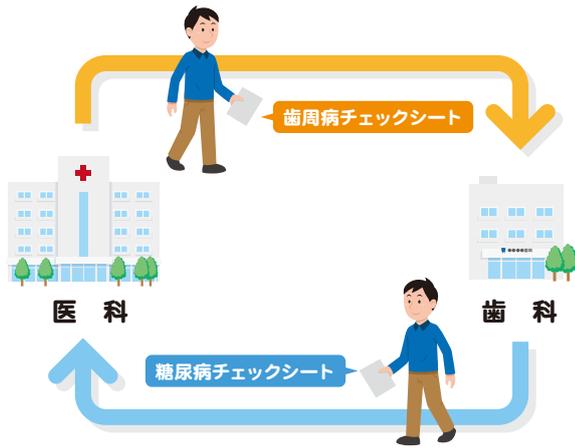
連携実現の要因として忘れてはならないのが「佐久平糖尿病ネットワーク (SDNet)」の存在だ。SDNetは、2004年に佐久医師会内の正式な委員会として組織された病診連携のネットワークで、行政とも関わりながら疾患治療や一次予防などの活動を行っていた。

組織を一から築くのは手間も時間もかかる。かといって、所属医師の専門領域の異なる医師会が動くのは非効率一。そう考えた仲先生は、既に存在していたSDNetの活用を考えた。結果、歯科医師会との協力体制のスピード実現が果たせたのだ。



左から
仲元司先生、甘利光治先生

図 糖尿病外来で使用する「歯周病チェックシート」および歯科外来で使用する「糖尿病チェックシート」



糖尿病外来の方へ
あなたの3年間の糖尿病発症を予測するリスクスコア

項目	カテゴリ	点数
あなたの性別は？	男性	0
あなたの年齢は？	20歳以下	0
	21歳～29歳	2
	30歳以上	4
BMIを計算しましょう (BMI=kg/m ² 、体重(kg)÷身長(m) ²)	21以下	0
	21.1～24.9	2
	25.0～29.9	4
	30.0以上	6
糖尿病家族歴(近親者)？	なし	0
糖尿病家族歴(近親者)あり(糖尿病)	あり	2
糖尿病家族歴(近親者)あり(糖尿病)	なし	0
多汗はありますか？	はい	2
	いいえ	0
夜尿はありますか？	はい	2
	いいえ	0
視力低下(10m以上)はありますか？	はい	2
	いいえ	0
合計		0～8

3年以内に糖尿病を発症する確率

合計点数	発症する確率
0～4点	2～4%
5～6点	5%
7～8点	7～9%
9～10点	11～15%
11～12点	22～25%

糖尿病の測定方法

あなたの現在の血糖値は？

※本表は、糖尿病外来センターが提供する「糖尿病リスクスコア」の一部です。詳しくは、糖尿病外来センターにお問い合わせください。

糖尿病チェックシート

2年以内に歯科受診あり、なし、かかりつけ歯科長

糖尿病外来の方へ
あなたの歯周病リスクチェックリスト

項目	カテゴリ	点数
あなたの年齢は？	20歳以下	0
	21歳～29歳	1
	30歳以上	2
BMIを計算しましょう (BMI=kg/m ² 、体重(kg)÷身長(m) ²)	21以下	0
	21.1～24.9	1
	25.0～29.9	2
	30.0以上	3
多汗はありますか？	はい	1
	いいえ	0
口の中が赤くなりますか？	はい	1
	いいえ	0
口臭が気になるますか？	はい	1
	いいえ	0
よく歯でから歯肉は赤くなりますか？	はい	1
	いいえ	0
合計		0～8

点数の評価

0点 青信号 歯周病の心配ありません。

1～4点 黄色信号 歯周病の心配があります。歯科を受診をお勧めします。

5点以上 赤信号 歯科を受診してください。

歯科医師のコメント

※本表は、糖尿病外来センターが提供する「糖尿病リスクスコア」の一部です。詳しくは、糖尿病外来センターにお問い合わせください。

歯周病チェックシート

歯科医の疾患理解が進み、
医科から歯科への流れが作られた

SDNetに歯科が加わるという新体制が築かれてから2カ月後には、合同研修会「ミニ・レクチャーシリーズ」が開催された。歯科医師が糖尿病を学ぶ勉強会はその後も継続しており、今年で3年目を迎える。「歯科医にとって糖尿病は用語や数値も分からないほどの分野でしたが、勉強会を重ねるごとに理解が深まっているのを感じます」と甘利先生は成果を語る。

さらに2017年には、糖尿病と歯周病の早期発見を目的とした加点式のチェックシートを作成、運用を開始した(図)。糖尿病外来で使用する「歯周病チェックシート」と、歯科外来で使用する「糖尿病チェックシート」の2種類を用意し、リスク点数が高い患者さんに医科から歯科、あるいは歯科から医科への受診を促すのだ。

システム開始から1年余り、医科から歯科への流れはでき始めた。浅間総合病院に通院する554名の糖尿病患者さんを対象とした調査では、全体の32%が3年以内に歯科を受診していないこと、また、ほぼ全員が歯周病あるいは歯周病になりやすい状態であることが確認された。そして、チェックシート高得点者のおよそ20%が、医師の受診勧奨により実際に歯科を受診していた。

一方で、歯科から医科の流れを作るの

は困難であることも分かった。「“軽い気持ち”で虫歯や歯周病の治療に来られた患者さんに、あなたは糖尿病かもしれません、受診した方がいいですよ、と伝えるのは、やはり歯科医にとってハードルが高かった」(甘利先生)との言葉にあるように、歯科での糖尿病のスクリーニングには課題も多く、別の方策も検討しているという。

立ち上げには旗振り役の情熱と人脈、
その後の継続にはシステムが必要

医科歯科連携の成功には、「まず医科の側が連携の必要性を認識し、歯科へ紹介する意識を持つことが重要」と仲先生は話す。

「組織の立ち上げには“旗振り役”が必要。それが誰であるかは地域の事情や特性によって異なると思いますが、“旗振り役”の情熱と人脈は欠かせない要素です。でも組織は立ち上げるだけではダメで、その後も継続させなければいけない。すると今度はシステムが必要となります。それが佐久市の場合、SDNetであり、チェックシートでした」(仲先生)。

連携とは有機的なもの。さらに
連鎖を生み、輪が広がっていく

地域のキーパーソンである2人の情熱と人脈によって蒔かれた連携の種。

「連携とは有機的なもの」(仲先生)との言葉通り、SDNetは今後の連携拡大の始まりに過ぎないのかもしれない。

確かに佐久市には、SDNet以外にも、医療スタッフによる「東信地区糖尿病スタッフ研究会」や、在宅領域の「地域ケアネットワーク佐久(SCCNet)」など様々な組織が存在する。医療、介護関係者にも連携の意識が根付いており、土壌としては整っているといえる。

折しも、歯科医師会では、1988年から実施している市の在宅要介護者訪問歯科健診事業へのテコ入れを、2019年4月から開始するという。要介護度2または3で外来受診が困難なおよそ600名の住民から糖尿病患者さんをリストアップし、優先的に訪問歯科健診を勧める予定だ。さらに甘利先生は、糖尿病からさらに発展し、循環器領域との連携も視野に入れていきたいと考えている。

今後、SDNetを軸に、どのような連鎖が生まれ、糖尿病における地域連携が発展していくのか、期待は尽きない。

一般社団法人 佐久医師会
長野県佐久市原 569-7 TEL 0267-62-0442

一般社団法人 佐久歯科医師会
長野県佐久市瀬戸 1209-1 TEL 0267-62-8815



静岡県 地域医療構想アドバイザー

小林利彦氏

(浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター センター長)

政府が地域医療構想実現の積極策として、都道府県に要請した「地域医療構想調整会議」。

その事務局機能を補完する存在として「地域医療構想アドバイザー」を選出、

2018年10月時点で全国に77名が名を連ねている。

当連載では、全国の地域医療構想アドバイザーにインタビュー。

各都道府県の現状と課題、将来展望や今後の抱負を伺い、構想実現のヒントを探る。

[取材日：2018年12月25日] *記事内容、所属等は取材当時のものです。



交通インフラが人口分布に影響。 自治体病院も多い

—— まずは静岡県の状況と特徴を教えてください。

静岡県の人口は370万人で近年は減少傾向にあり、一方で高齢化率は28%と増加がみられます。地形的には東西に長く、交通インフラが未発達なエリアでは、南北の移動に時間がかかります。人口分布も交通のアクセスに比例し、都市部と地方で大きな差があります。医療環境としては、西部に浜松医科大学病院と聖隷浜松病院、中部に静岡県立総合病院、東部に県立静岡がんセンターと順天堂大学静岡病院などの基幹病院を擁しています。また、自治体病院が多いのも特徴です。

患者さんの流れに関して、県全体で見れば、わずかに「流入県」となっており、東部の県立静岡がんセンターには神奈川県から、西部には愛知県豊橋市や豊川市から患者さんが訪れます。県内では、西部医療圏、静岡医療圏、駿東田方医療圏に他医療圏からの流入が見られます。

構想区域は二次医療圏と同様、8つに分かれています(図1)、駿東田方医療圏では、南北2カ所に分かれて実施しているため、調整会議は合計9カ所で開催されています。

—— 2016年に小林先生が作成された冊子『地域医療構想について知っておくべきこと』(図2)には、静岡県の医療需要・供給の未来像、さらに在宅医療や地域包括ケアシステムにも触れていますね。

地域医療構想のガイドライン策定の議論が行われていた当時、私は日本医師会の地域医療対策委員会のメンバーとして議論に加わっていました。受療率などの推計データで日本の医療需要のシビアな将来像を目の当たりにし、地域医療構想が不可欠である現実を、まずは医療関係者に理解していただきたいの思いがあったからです。

疾患ごとの医療需要にも配慮した 柔軟な医療提供体制を目指す

—— 静岡県が目指す医療環境(地域医療構想)とはどのようなものでしょうか。

目指すのは、住む場所によって命の危険性に差がつかない体制の整備です。二次医療圏を超えた患者移動も当たり前の昨今、医療環境も医療需要に応じた形が望まれます。例えば高度急性期をとってみても、「がん」などの緊急性が乏しい疾患であれば、ある程度は患者さんの移動を前提とした医療提供体制を許容できるでしょうし、逆に脳心血管疾患であれば、車で30分～1時間以内に搬送

可能な医療機関を二次医療圏に設ける必要があります。一方、急性期・回復期・慢性期であれば、市民の生活圏内に医療機関を構えるのが理想的です。

連携のあり方や形は、地域によって異なります。基幹病院が多数ある地域では、機能分化や役割分担もよいと思います。地域に基幹病院・中規模病院が一つしかなければ、高度急性期から慢性期、在宅医療等まで担う必要があるかもしれません。地域に中規模の病院がなく、小規模の一般病院や療養型病棟しかない地域では、病床の使い方や地域の医療資源(医療人材)の共同をどう考えるかが重要です。

幸い静岡県は医療関係者の交流が盛んで、医療機関同士が連携しやすい体制にあるように感じます。小規模の病院が多い東部でも、今後、地域医療連携推進法人のような「傘」のもとで、医師の協力体制を強化し医療資源(器材・薬剤など)の共有化・標準化を図ることができれば、医療提供体制の強化とコストの削減が実現できるかもしれません。

—— 構想区域単位で見ると、具体的にはどんな課題が見えますか。

西部医療圏および静岡医療圏は急性期病床の調整が必要です。ただ、病床数に関しては人口動態に応じ自然と整理されていくのではないのでしょうか。また、

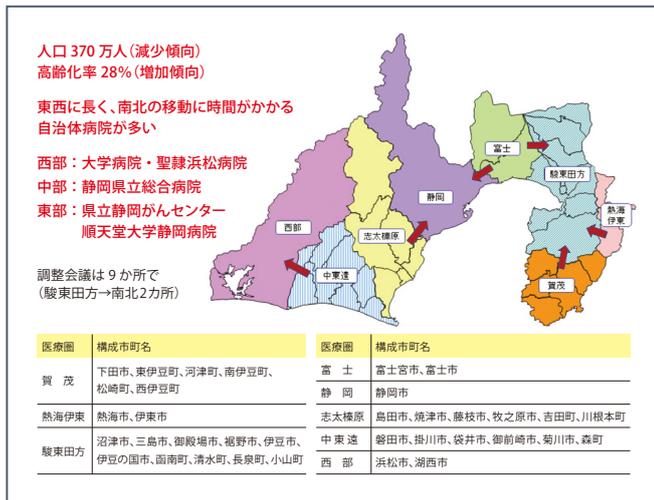


図1 静岡県の二次医療圏(構想区域)



図2 小林先生著書『地域医療構想について知っておくべきこと』

東部の駿東田方医療圏、賀茂医療圏、熱海伊東医療圏では、医療療養と介護療養の棲み分けをはじめとする慢性期の対策が求められます。伊豆地方では特に医師と看護師の確保問題があり、訪問看護や遠隔診療の拡充なども必要です。

人が住んでいる限り 医療機関は潰してはならない

——病床数の調整においては医療機関の統合・集約化という考え方もありますか。

確かにそうした考え方もありますが、個人的には、医療機関は潰してはならないと思っています。経済学者の宇沢弘文氏が、医療を自然や水道と同じように「地域の資産＝社会的共通資本」と捉えているように、人がいるところには医療が必要です。統合・集約化は、患者さんへの不利益はもちろん、再編成に伴う労力や軋轢という面で医療機関や医療関係者にとってもよいとはいえないでしょう。人口減少に対しては、医療機関の存続を前提に、機能に応じて病床数を減少する「ダウンサイジング」が望ましいのではないのでしょうか。

自治体病院の場合には、抵抗はあるかもしれませんが、現実として人口が減少し対応が迫られています。住民にも、地域の実情と連携も含めた医療提供体制のイメージをきちんと説明することで、理解を得ることは可能だと思います。

ベッド、人材、働き方。 3つのバランスを取ることが重要

——地域がそれぞれの事情を抱える中で、県全体と構想区域、双方の視点から医療機関の適正配置と機能分化が求められるということですね。構想実現に向け、現在ほどの程度進展していますか。静岡県全体の構想計画は進んでいますが、二次医療圏を個々に見ると進展に差があり、医療資源に余裕がある地域とそうでない地域の温度差が大きいですね。

ただ、注意していただきたいのは、医療提供体制を考えるにあたっては、病床数の議論だけでは不十分だということです。今、わが国では医師の地域偏在・診療科偏在が大きな問題となっており、医療提供体制を揺るがしています。静岡県でも、若手医師の研修先が大学病院と基幹病院に集中していますし、女性医師の多くが東海道沿線に偏っているのが実情です。そうした課題を少しでも解決できるよう、今後、医療機関の適正配置・機能分化と並行し、県医師会として、医師バンクなどの設置や働き方支援、勤務環境の整備に注力したいと考えています。

ベッド、人材、働き方——これら全てのバランスをとりながら、県全体の医療提供体制の妥当性を模索していきたいですね。

——全国的にみると、地域医療構想アドバイザーが増え、調整会議が本格的に動き出すという感じですね。

地域医療構想を進める上では、大学、医師会、行政の連携が不可欠です。地域医療構想アドバイザーには、関連知識やデータ分析力・統計力、ファシリテートする能力が必要ですが、それ以上に、地域を愛して、県、医師会、大学、病院協会などを含めた「地域の信頼」を得ることが重要です。また国から出されるデータやメッセージを「翻訳」し、中立的な立場から地域に伝えていくこと、そして次世代の地域医療構想アドバイザーを育成していくことも大切です。

私自身、学識経験者としてのスキルと知識、大学や医師会、病院に顔が利くという強みを今後も活かしていきたいと考えています。

元々は名古屋生まれですが、静岡に移り住んで41年になります。静岡県は気候も良く、食材も豊富で、都心部への交通の便もよい場所です。この先も、医師や一般市民にとって住みやすい街となるよう、貢献したいと思います。

——静岡県の構想計画が順調に進んでいる理由は、「ハブ」となっている小林先生の存在が大きいように感じます。ありがとうございました。

小林利彦(こばやしとしひこ)

昭和58年浜松医科大学卒業。静岡県内の基幹病院および浜松医科大学医学部附属病院での勤務を経て、平成16年浜松医科大学医学部附属病院外科講師。平成20年浜松医科大学医学部附属病院副院長。平成22年より浜松医科大学医学部附属病院医療福祉支援センター特任教授。日本医療情報学会評議員、国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会幹事、日本医療連携研究会理事長など数々の要職を務める。

ノバルティス ファーマ株式会社