

医療白書2012 年度版

地域包括ケア 時代に迫られる、
病院“大再編”と
地域“大変革”
医療

編集委員代表◎西村周三 国立社会保障・人口問題研究所所長
企画・編集・制作◎ヘルスケア総合政策研究所

高齢者人口3,000万人突破、少子超高齢社会の国民課題
「治す」医療から、「支える」医療へ
激変、医療・介護の
“パラダイムシフト”が始まる!!

◎尾道、鶴岡、別府、小鹿野……「地域包括ケア」先進モデル事例を紹介!

第4章 ①

鶴岡地区医師会の取り組み——

地域包括ケアシステム
実現へ向けての
6つのノウハウ山形県鶴岡地区医師会会長
三原一郎

山形県庄内南部地域では、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM) や在宅医療連携拠点事業の実践を通して、多職種協働を基盤とした在宅医療の充実へ向けた様々な取り組みを行っている。質の高い在宅医療を展開するには、組織化とそのマネジメントが必要であり、教育、市民啓発、連携、専門医の活用の4つの基本方針に沿った多面的な活動が有効である。

1 地域特性と医療資源

庄内南部地域は、鶴岡市と三川町の1市1町で構成され、人口は鶴岡市が13万7,453人、三川町が人口7,639人であり、うち65歳以上は合わせて4万1,188人である(2012(平成24)年3月21日現在)。鶴岡市は東北一の広い面積を持ち合わせた市ではあるが、市の中心部から人口減少が起り、いわゆる「ドーナツ化現象」が著しく現れている。

また、高齢化率は鶴岡地域全体で28.4%であり、対65歳人口割合から見た、寝たきり高齢者率は鶴岡市が4.3%で県内一高い割合となっている。そのせいか、介護保険の要介護認定率も19.7%で、こちらも県内一高い。圏域別でも庄内で19.3%と高く、着実に高齢化が進んでいる地域である。

地域の医療資源としては、中核を担う市立庄内病院(520床〔一般病床510床、人間ドック10床〕)のほか、回復期リハビリテーション病院2か所、一般病院3か所、精神科単科の県立病院が1か所、診療所が83か所、訪問看護ステーションが2か所である。

2 鶴岡地区医師会の沿革と活動の概要(表1)

鶴岡地区医師会は1947(昭和22)年に設立されているが、超高齢化社会を見据え、1998(平成10)年には、山形県でもかなり早い時期に医師会立の訪問看護ステーション

表1 鶴岡地区医師会の在宅医療への取り組み

1996年	訪問看護ステーション開設
1999年	在宅サービスセンター開設
2000年	訪問リハビリテーション、訪問入浴開始
2000年	地域電子カルテ「Net4U」運用開始
2001年	湯田川温泉リハビリテーション病院運営委託
2005年	介護老人保健施設「みずばしょう」開設 ケアプランセンター「ふきのとう」開設
2006年	鶴岡地区地域連携バス研究会設立
2007年	緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)受託
2008年	庄内南部地域連携バス推進協議会発足
2009年	ユビキタスタウン構想事業受託 新Net4Uの開発開始、Web会議システム導入
2010年	包括支援センターつくし開設
2011年	在宅医療連携拠点事業受託、拠点室「ほたる」を医師会内に開設
2012年	新Net4U運用開始

を開設し、2000(平成12)年の介護保険制度発足に合わせて訪問リハビリと訪問入浴事業も開始した。2001(平成13)年、国立療養所が鶴岡市に移譲され、市は回復期病棟中心の湯田川温泉リハビリテーション病院を設置し、医師会はその管理・運営を受託した。2005(平成17)年、介護老人保健施設を開所し、同年11月、居宅介護支援事業所を開設。2011(平成23)年、鶴岡市から地域包括支援センターを受託している。

また、2011年には狭隘化が長年の課題であった健康管理センターを隣地に新設。それまでの会館を改修して、分散していた訪問看護・訪問入浴、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを1か所に集約した。医師会の職員総数は418名(2011年3月31日現在)、平成23年度事業規模は約30億円である。

一方、前述のハード面のほか、当地区医師会は多くの事業を受託し、活動を行ってきた。その筆頭となるのは、2000年に受託した、経済産業省の「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業」である。本事業で、地域電子カルテの草分けとなるNet4Uを開発、その後、12年にわたり地域の医療連携、とくに在宅医療における多職種連携に不可欠なツールとして活用されている。なお、Net4Uは、2012(平成24)年5月に全面改訂し新システムへ移行した。

2006(平成18)年には、地域連携バス研究会を設立し、大腿骨近位部骨折地域連携バスの運用を開始した。その後、2008(平成20)年には研究会を発展させ庄内南部地域連携バス推進協議会を発足、同年には完全に電子化された脳卒中地域連携バス(脳バス)の運用を開始している。脳バスには3年間の運用で1,572名が登録され、その分析により30%に脳卒中の既往があり、70%に高血圧が併存していることが明らかになった。維持期での脳卒中再発をいかにして防ぐかを目標に、活動を継続しているところである。

2007(平成19)年には厚生労働省による「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)を受託し、3年間にわたり、在宅における緩和ケアの普及を目指した活動を行っ

た。OPTIMは、当地区における在宅医療の転機となる重大な事業となった。詳細は後述する。2009(平成21)年には総務省の「ユビキタスタウン構想事業」を受託し、新Net4Uの開発に着手するとともに、Web会議システムを地域に導入し、在宅医療における応用について実証実験を行った。2011年には、在宅医療連携拠点事業を受託し、在宅に関わる包括的なコーディネーター機能を目指して、2012年度も事業を継続し、活動しているところである。

3 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)での取り組み

当地区は、2008(平成20)年から3年間、国によるがん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM)を受託し、地域における緩和ケアの普及を目指し、多岐にわたる活動を行った。OPTIMは、全国から4か所が選定されたが、当地区は緩和ケアに関しては整備が進んでいない地域として選ばれ、国立がんセンター中央病院の支援を受け介入研究が進められた。

研究の目標として、1)緩和ケアの利用が増える、2)患者さんの苦痛が緩和される、3)希望する場所での看取りが増える、4)遺族の方の評価がよくなる、5)医療者の困難感が減る、の5項目を掲げ、その目標達成のためにプロジェクトでは教育、市民啓発、地域連携、専門緩和ケアの4つの基本方針が示された。

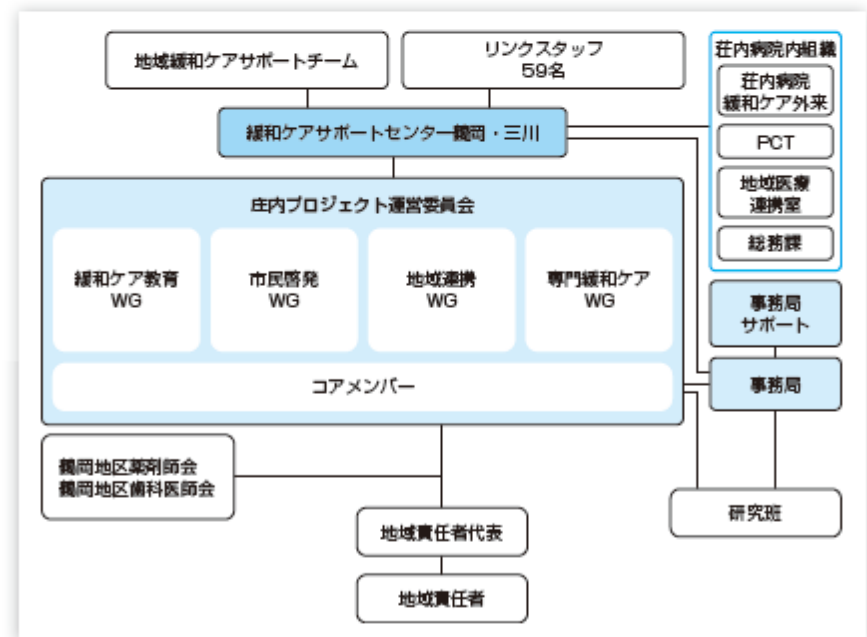
本プロジェクトは、2008年4月にスタートしたが、当初は手探りの状態で、4つの基本方針に沿って、例えば、医療者教育では、月例のスキルアップ研修会や講演会を実施し、市民啓発では、リーフレットやポスターの配布、緩和ケア関連書籍の設置や市民講座を開催した。地域連携では、関係者による全体会議や老人施設などを交えた地域カンファレンスなどを開催し、顔の見える関係構築への足掛かりとした。また、専門緩和ケアでは、地域緩和ケアチームを設置し、アウトリーチ(出張研修)を行い、中核病院である市立庄内病院に緩和ケア外来を新設した。

しかし、2年目を迎えるに当たり、プロジェクトの理念やあるべき姿が地域で共有されていない、具体的な計画に基づいた活動になっていない、緩和ケアサポートセンターが求められる役割を十分に果たせていない、会議の進め方が効率的でない、各委員会の機能が十分に果たせていないなどが課題として挙げられた。そこで、プロジェクトのコアとなるメンバーが集まり、課題を解決するための方策を徹して議論し、さらには職種ごとや多職種によるグループディスカッションを行った。その結果として、4本柱に沿った、教育、市民啓発、医療連携、専門緩和ケアという4つのワーキンググループ(WG)が設置された。それぞれのWGは10数名程度の多職種からなる人材で構成することとし、それ

ぞれのWGが責任をもって年間スケジュールを作成のうえ実行し、全体会議で進捗状況を確認することとした。また、プロジェクト全体を統括するコアメンバーWG、緩和ケアサポートセンターの役割も明確化した(図1)。

2年目以降、プロジェクトは各WGのスケジュールに沿って順調に運用され、緩和ケアのスキルの向上、退院前カンファレンスの実施、在宅看取り患者の増加、多職種連携による在宅緩和ケア体制の構築、在宅緩和ケア経験医師の増加、在宅緩和ケアにおけるNet4Uの活用など地域に多くの成果を残して終了した。事業終了後は、市、医師会、病院などからの資金援助を得ながら、庄内南部地区緩和ケア推進協議会を設立し事業を継続している。

目的を達成するためには、組織を構築した上で役割を明確にし、課題を抽出し、それを解決するための方法を検討し、それをアクションプランとして落とし込み、着実に実行し、成果を評価し、さらに次のステップにつなげていくというプロセスがきわめて重要だということプロジェクトを通して学んだ。なお、本プロジェクトは、地域だけでは到底成し遂げることはできなかった。遂行に当たっては、国立がんセンター中央病院や慶應義塾大学など地域外からの多くの方々に多大な指導、助言を頂いた。まさに、介入により成し得た



緩和ケア普及のための地域プロジェクト(当地区では庄内プロジェクトと呼んでいる)で構築された組織

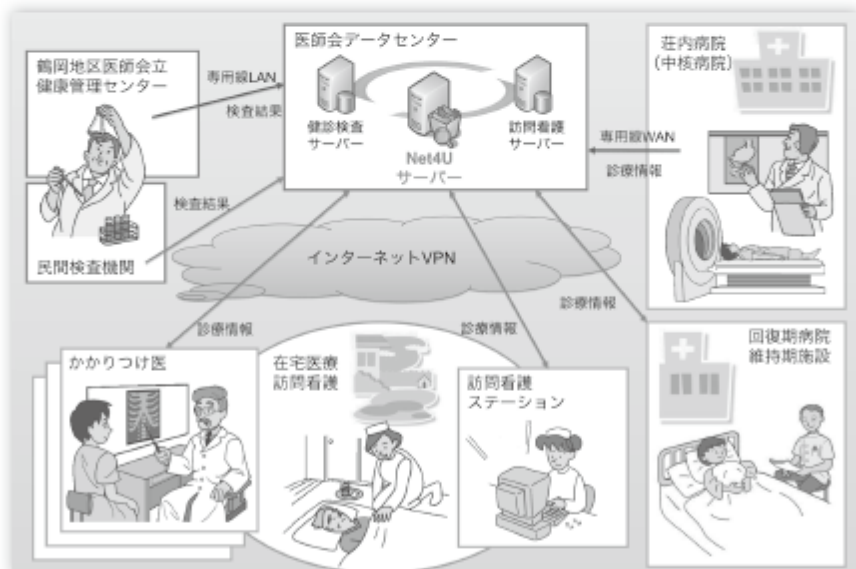
図1 庄内プロジェクト組織図

プロジェクトであったと考えている。

4 地域電子カルテ「Net4U」と在宅医療

Net4Uは、2000(平成12)年度の経済産業省の「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業」において開発された地域電子カルテシステムである。アプリケーション、患者データを医師会のサーバーで一括管理する、今で言うクラウド型の電子カルテシステムであり(図2)、地域電子カルテの先駆けとなった。Net4Uは12年間におよぶ運用実績があり、とくに在宅医療の分野で活用されている。

在宅医療においては、多職種協働によるチーム医療が欠かせないが、異なる施設に属する様々な職種が、どのようにして患者情報を共有するかということが課題となる。例えば、末期がん患者に質の高い在宅緩和ケアを提供するには、在宅主治医、訪問看護師、病院主治医、専門緩和ケアチーム(PCT)、訪問リハスタッフ、薬剤師、ケアマネジャーなど多くの職種間での迅速な情報共有が必要であるが、このような状況下でNet4Uは多職種連携をサポートする有用なツールとして活用されている。さらに、Net4Uは情報の共有ば



Net4Uは、アプリケーション、患者データなどを医師会館内に設置したサーバーで一括管理する、クラウド型の電子カルテシステムであり、参加施設は安全性を確保したインターネット回線を通じてシステムを利用する。すなわち、セキュリティの保たれたネットワーク上で地域の様々な医療者が患者情報を共有できるツールと位置づけられる。

図2 地域医療連携ツール「Net4U」の仕組み

かりでなく、多職種間でのバーチャルなディスカッションの場を提供することで、多職種がゆえにばらばらになりがちな治療方針を皆で共有することで、同じ方向で患者に向き合えるという成果も生みだしている(図3)。

また、在宅緩和ケア普及の阻害因子の1つに、在宅主治医が緩和ケアに対する十分な知識や経験がないため、引き受けることをためらうということが挙げられたが、病院のPCTがNet4Uを利用することで、専門の立場からの様々な助言が得られ、在宅主治医が安心してがん患者を引き受けることに寄与している。以下に、Net4U利用後の様々な職種からの感想を列記する。

- ・「医師の立場から、看護師の立場から、薬剤師の立場からそれぞれ患者の変化を評価し、画面上でディスカッションすることで(しかもディスカッションの内容も文章で残る!!)、より濃密な内容の(事例)検討が可能となり、患者家族にとっても濃厚なサポートの提供が可能になる」(PCT)
- ・「急ぎの対応が必要な時以外は、Net4Uに書き残しておくことで、気になったことを質問したり、自分の意見を伝えたりできた」(PCT)
- ・「Net4U上で様々な相談ができたことで、病院の主治医、PCTと離れない関係で診療



在宅緩和ケアを実施した実際の症例である。左下に、この患者に関わっている施設名が表示されている。中央がカレンダー表示で、ほぼ毎日、所見の記載があることがわかる。右が共有カルテ欄であるが、訪問看護師、病院PCT、在宅主治医、薬剤師が患者の病態、処方内容、コメントなど記載しバーチャルなディスカッションの場ともなっている。

図3 Net4Uのカルテ画面

ができた」(在宅主治医)

- ・「Net4U 使用後は、他職種と双方向性の情報共有が可能となり、使用薬剤に関する相談もしやすくなった。薬局から薬剤変更を提案し、処方変更し症状が改善した事例があった」(薬剤師)
- ・「Net4UのおかげでPCT医師や病院主治医、在宅主治医と直接連絡をとりながら、情報を共有してリハビリを提供することができ、非常に良かった。これまでは、病院の医師と直接話す機会はなかった」(訪問リハスタッフ)

5 在宅医療連携拠点事業での取り組み

OPTIMに引き続き、2011(平成23)年度には厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託した。本事業は在宅に関わる多職種の連携の充実を図るべく、そのコーディネート役としての拠点を置き、多職種協働による在宅医療の支援体制の構築や今後の政策立案や均てん化などに資することを目的とする。事業受託後、医師会内に在宅医療連携拠点室「ほたる」を設置し、看護師、相談員、事務員の3名を配置するとともに、在宅医療連携拠点事業運営委員会を設立し、活動を開始した。まずは、スタッフとわれわれの間で本事業の目的の共有が必要との認識のもと、毎週ミーティングを開催し、課題とその解決策を抽出し、年間アクションプランを作成した。この手法は、OPTIMでの経験を踏襲したもので、これによりスムーズに活動を開始することができた。以下に2012(平成24)年度の活動内容を概説する。

●多職種向け研修会、意見交換会

主催、共催を含め8回行った。在宅に関わる、異なる組織に所属する様々な職種が顔を見える関係をつくるためには、顔を合わせる場を設定することがまずは最初の一步である。当地区では、前述のOPTIMへの取り組みで、すでに職種ごとの研修会が数多く開催されているが、「ほたる」では、多職種、とくに医療と介護の連携に焦点をあて、多職種研修会を企画・開催した。研修会の目的はスキルアップが主ではあるが、講師に中核病院の認定看護師や医師をお願いしたことで、例えば「褥瘡で困った事例があればこの人に相談すればよい」という、地域の貴重なリソースの情報を地域全体に広めていくことにも役立ったと考えている。

●連携シート(ケアマネタイム)の作成

地域全体の医療と介護の円滑な連携を図るために、「ほたる」では行政との定期的なミーティングを行っている。その取り組みの1つがケアマネジャーと医師との接点を広げるための連携シートの作成である。連携シートは、「ほたる」が窓口となり、小児科を除く市内の全医療機関に対して、相談しやすい曜日や時間帯、電話やFAX、メール、面談など

の連絡・相談方法、サービス担当者会議の開催場所の指定など、ケアマネジャーとの連携の方法についての希望をアンケート調査し、作成したものである。1枚のシートに医療機関に所属する医師それぞれの要望がまとめられているので、例えば、希望する時間は、月火水の午後4時以降、連絡方法は電話、サービス担当者会議は利用者宅となっていれば、ケアマネはこれを確認しながら、火曜の午後4時に電話をするといったように、医師の希望に沿った時間、方法でアプローチすることでスムーズな連携を図ることができる。連携シートは市内の居宅介護支援事業所すべてに配布した。これまで医師の多くはケアマネジャーとコンタクトする機会が少なかったこともあり、ケアマネジャーの仕事の内容や役割、ニーズ、連携することの重要性について、十分理解していない部分があった。この連携シートが両者をつなげるきっかけになることを期待している。

●ショートステイ空きベッド情報の公開(図4)

鶴岡市の高齢化率は28.9%(2012年3月末現在)で、要介護認定率は20.2%。いずれも全国平均を大きく上回っている。一方で、高齢者のみ世帯と高齢者独居世帯を合わせても約15%と、多世代同居率が高いという特徴がある。加えて、同市では2000(平成12)年の介護保険制度のスタート以前からホームヘルプ事業やショートステイ事業に力を入れてきたこともあり、在宅で療養する環境の基盤は比較的整備されている。

それでも老老介護の家庭などでは、負担が大きいのも事実であり、在宅医療を継続する

サービス事業所名	電話番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
浅草園(多世帯)	25-2381	▲	X	▲	▲	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
浅草園(個室)	25-2381	X	X	X	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	X	▲	
浅草園	25-2111	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
あまやま	38-0350	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
しんがき	76-0765	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
遠東荘	43-2283	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
さくら花苑	64-5980	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
おみこ(多世帯)	62-2223	●	●	▲	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
おみこ(ユニット)	62-2223	▲	●	●	X	X	X	▲	X	●	●	X	▲	X	●	●	X	▲	X	●	●	X	▲	X	●	●	X	▲	X	●	●	X	
精華荘	57-2222	●	●	●	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
おみこ	53-2200	▲	▲	▲	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
おみこ	58-0235	▲	▲	▲	▲	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
なの花苑(個室)	66-4811	X	●	●	X	X	X	▲	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
なの花苑(二人室)	66-4811	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
おみこ	25-6225	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
サクラの森(個室)	25-6225	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
サクラの森(二人室)	25-6225	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
おみこ(個室)	25-6123	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ショートステイ(個室)	25-6123	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

地域のニーズとして最も要望が多かった「ショートステイの空き情報」を「ほたる」ホームページで公開。閲覧申請をされた施設にログインIDとパスワードを発行。ショートステイ事業所すべてに「ほたる」スタッフが訪問して情報提供を依頼した。「ほたる」で定期的に情報を集め、更新していくことにより、情報の鮮度を保ち、生きた情報として活用可能なものとしている。

図4 ショートステイ空き情報の提供

にはレスパイトを目的としたショートステイは欠かせない。「ほたる」では、ケアマネジャーがショートステイ先を探しやすいよう、市内すべての施設からショートステイ用空きベッド情報を取得し、ホームページに掲載している。

このような取り組み自体は珍しいことではないと思うが、実際に機能しているという事例をあまり聞かない。その理由として、情報の入力を施設任せにしていることや相互理解がないことにあるのではと想像する。「ほたる」では、情報提供を始めるにあたって、スタッフが市内の全施設を訪問し、趣旨を説明して歩いた。その結果、「空きベッドの情報をお互いに共有することが、ケアマネジャーの業務改善につながる」という共通認識が生まれ、現在、順調に運用されており、ケアマネジャーからは便利になったという評価をいただいている。情報の鮮度と信頼性を担保するため、「ほたる」が定期的に情報を収集し、更新することとし、現在、当地区にある25施設すべての情報を管理・更新している。なお、閲覧は関係者のみ可能としている。

●在宅歯科診療の普及を目指した医科歯科連携

在宅医療における歯科診療の重要性は論を待たないが、従来、当地区では、医師と歯科医との連携はそれほど進んでおらず、また在宅医においても、在宅歯科診療および口腔ケアに対する意識が低い状況にあった。まずは、在宅歯科診療を進めるにあたり、歯科医師会に、歯科医師8名、歯科衛生士4名からなる地域連携プロジェクトチームを立ち上げていただいた。次いで、「ほたる」が中心となり、医師会と歯科医師会と定期的な話し合いの場を設定し、議論を重ねた。その結果、「ほたる」に在宅歯科診療の相談窓口を設置する、当地区で稼働している脳卒中地域連携パス登録患者について歯科スクリーニング項目を追加する、また、講演会の開催やパンフレットなどを作成し、医療職、介護職を含めた啓発活動を進めることが決まり、現在運用に入っている。

●地域電子カルテNet4Uの介護系への普及

前述したように当地区では12年にわたり、地域電子カルテNet4Uを運用しており、とくに在宅医療における、在宅主治医、訪問看護師、薬剤師、病院PCTなどとの間での情報共有、コミュニケーションの場として活用してきた。一方で、在宅での療養全般を管理するケアマネジャーや、患者と最も接する機会の多いホームヘルパー（介護職員）など介護系の職種が参加していないという課題があった。そこで、「ほたる」の設置を期に、介護系への普及を目指す活動を開始した。

介護系の職種は、組織に属していることがほとんどであり、本人自身がNet4Uを使ってみたくとも、トップの理解が得られないとなかなか導入には至らないのが現実である。そこで、Net4Uの説明会や意見交換会を数回実施し、介護系参加施設が倍増するに至った。まだ一部ではあるが、ケアマネジャーからの介護の視点からの書き込みも見られるようになった。例えば、「往診した医師から、立ち上がりが困難になってきているとの情報をいただき、ケアマネジャーが訪問してベッドの使い方の説明をすることで、立ち

上がりがスムーズになって自分でトイレに行けるようになった。」という声も寄せられている。また、家族が経済的な負担を心配しているというような情報がNet4Uを介して在宅医に伝わり、訪問回数を調整したという事例もあった。Net4Uのような仕組みがあると、多職種間での垣根が下がり、お互いに意見が言いやすいという現象が生まれる。Net4Uは、医療・介護連携推進の一助になり得ると考えている。

●地域リソースの把握と総合相談窓口

在宅医療に関わる多職種のコーディネート機能を求められる「ほたる」では、様々な相談に応じて、「繋ぐ」ことが求められる。それには地域のリソースを熟知する必要があり、地域リソースのデータベース化を進めている。その調査の1つとして、医療依存度の高い方の施設受け入れ情報調査を行った。175施設からアンケート調査を回収し、内容をデータベース化し、拠点における相談業務に活用するとともに、冊子を120部づくり、ケアマネジャーを中心に、医師会、山形県、保健所、鶴岡市などに配布した。

相談に関しては、2011年度は、20件の相談に対応した。相談内容は、施設、往診医、歯科医、看取り対応施設などへの紹介が主なものであった。相談元は、地域外の急性期病院からが最も多く、ついで居宅介護支援センターからであった。2012年度は、市民向け窓口としても機能できるよう体制を整えている。

●宣伝広報活動「ほたる」の周知

拠点事業は、その存在を知ってもらうことが前提となるのでパンフレットやホームページを作成し、周知に努めた。ホームページでは、研修会の案内、アンケートの結果、活動報告などの情報も提供している。アクセス数は順調に伸びており、「ほたる」が地域に認識されつつあることがうかがえる。ショートステイの空き情報も、ID、パスワードが必要であるが、このホームページで公開されている。なお、ホームページは、「拠点」「ほたる」などのキーワードで検索できる。

6 まとめ——地域包括ケアシステムを成功に導くために

当地区医師会では、在宅医療の充実を目指し、訪問看護、訪問リハビリテーション、ケアプランセンター、老人介護施設など多くの施設を設置、運営してきたが、全体として見ると必ずしも在宅医療が進んでいる地域ではなかった。転機となったのは、OPTIMの受託と考えている。事業を実践するなかで、多職種連携を基盤とした在宅緩和ケアは確実に進歩した。さらに、当地域にとって大きな財産になったのは、目的を達成するために必要な組織・マネジメントの手法を学べたことではないかと筆者は考えている。今、各地で地域包括ケアシステムの構築が求められているが、その実現のためには、行政を含め地域のリソースをマネジメントする仕組みが必要である。われわれが、OPTIM、地域連携パス、

在宅医療連携拠点事業などで学んだ以下のノウハウが多少なりとも参考になればと思う。

①組織化とマネジメント

プロジェクトを進めるのに必要なのは組織化と役割の明確化である。OPTIMにおいては、医療者教育、市民啓発、多職種連携、専門医の活用という4つ基本方針が示されており、この4本柱に沿った多職種から構成される4つのワーキンググループ(WG)を運営委員会の中に配置し、それぞれのWGが責任をもってそれぞれの役割を果たした。また、組織のなかでもとくに重要なのは事務局機能だと考えている。予算や会計処理、会議の周知やセッティング、講演会など啓発活動の企画・運営、議事録の作成など、事務局がしっかり機能しないと事業自体がうまく回らないのは経験済みのことである。なお、OPTIMで示された教育、市民啓発、多職種連携、専門医という切り口は、どの事業、疾患においても利用できる普遍的なアプローチ法だと考えている。例えば、糖尿病の疾病管理を目指すのであれば、医療者(一般内科医や看護師)のスキルアップ、患者教育、栄養士や薬剤師などとの連携、また糖尿病専門医の育成・活用は、戦略的に不可欠な要素であろう。いずれにしろ、多面的な取り組みが必要である。

②PDCAサイクル

目標、目的を設定したうえで、課題を抽出し、その解決策を具体化し、スケジュールに落としこみ、確実に実行し、評価し、改善していくというプロセス(PDCAサイクル)は、行政や会社組織などにおいては、お馴染みの経営手法だが、様々な組織、職種から構成される地域医療、とくに在宅医療においても、有効な手法であることをわれわれも多くの事業の実践を通して確認している。それにしても、初期におけるコアなメンバーによる話し合いの場と徹底的な議論は不可欠であり、そこから醸成される理念なくしては、地域医療の真の発展は望めないとも感じている。

③信頼関係の醸成

理念、目的を共有し、お互いを理解し、信頼し、連携を深めていくためには、顔を合わせる機会を数多く設定する以外にない。当地区では、多くの研修会、意見交換会、症例検討会などが日々行われており、連携はかなり深まったと評価している。とくに、在宅医療の課題となっている医療と介護の連携には、お互いを知ることが前提となるので、今後とも顔を合わせる機会は継続していくつもりである。しかし、どの会においても、医師の参加が限られるのが課題である。

④介入

当地区がここまで至るには、地域外の専門家の支援、助言によるところが大きかった。表記のような課題解決のためのアプローチ法は、地域外の方々の支援があつてはじめて可能だった。今後、先進地区の成果を広く均てん化していくには、地域医療を熟知した専門家チーム(連携コーディネータ)による指導的介入が必要なのではないかと考えている。

⑤ITの活用

在宅医療においては、様々な組織に属する、異なる職種の人々が協働して治療やケアに当たる必要があるが、関連職種がどのようにして日々変わる患者の容態や治療内容などを共有しつつ、同じ目的意識を保てるかは大きな課題である。もちろん、関連職種が一堂に会したカンファレンスは必要ではあるが、頻繁には行えないのが現実である。ITは時間的、空間的制約がなく、情報を共有しつつ相互の意見交換ができる。今後は在宅医療を支える不可欠なツールになると考えている。当地区で12年におよぶ運用実績をもつ地域電子カルテNet4Uは、緩和ケアを含む在宅医療における多職種連携を支えるツールとして日常的に活用されており、在宅医療推進の一助になっている。セキュリティと運用コストが普及の阻害因子ではあるが、今後は、クラウド型システムが普及のカギになると思われる。

⑥人材の活用、育成

当地区では、医師、薬剤師、介護職、歯科など職種ごとに連携を目指した会が設立されそれぞれに活動しているが、職種ごとにリーダーとなる人材に恵まれている。とくに、連携をコーディネートする事務系職員は、会の立ち上げを支援したり、運営のためのノウハウを提供したり、イベントを企画するなど、専門職をつなぐ重要な役割を果たしてきた。人材を地域の中で発掘、あるいは育成し、自由に活動できるポジションを与え、評価することは地域リソースの活用という観点からも極めて重要だと考えている。