

# 多職種協働・地域連携から始まる 「地域包括ケアシステム」構築

(株)メディサイト 代表取締役 松村 眞吾

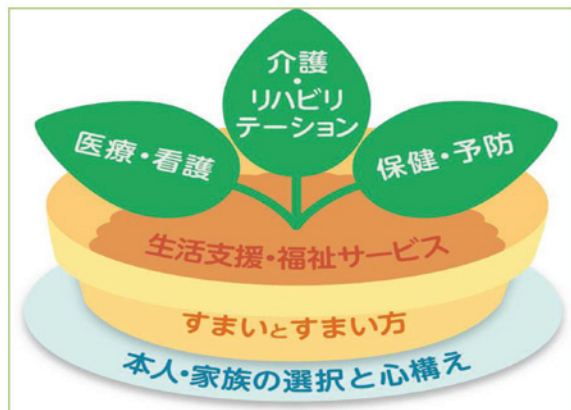
## そもそも「地域包括ケア」とは何か

「地域包括ケア」は、概ね中学校区の大きさの地域（人口1万人、大都市部は2万人も）を想定し、地域をベースとしたケアのこと、すなわち「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される」（厚生労働省ホームページ）ことで、その仕組みを「地域包括ケアシステム」と呼んでいる。その捉え方のイメージは図表1、図表2のとおりであり、「住まい」を真ん中に置いたケア（より正確にはキュアとケア）付きコミュニティといったものである。

「住み慣れた地域」とは何なのか。中学校区の大きさと書いたが、これとイコールなのだろうか。長屋的な地域コミュニティを考えると人口1万人や2万人の規模は大き過ぎると感じる。一方、入院機能を持つ

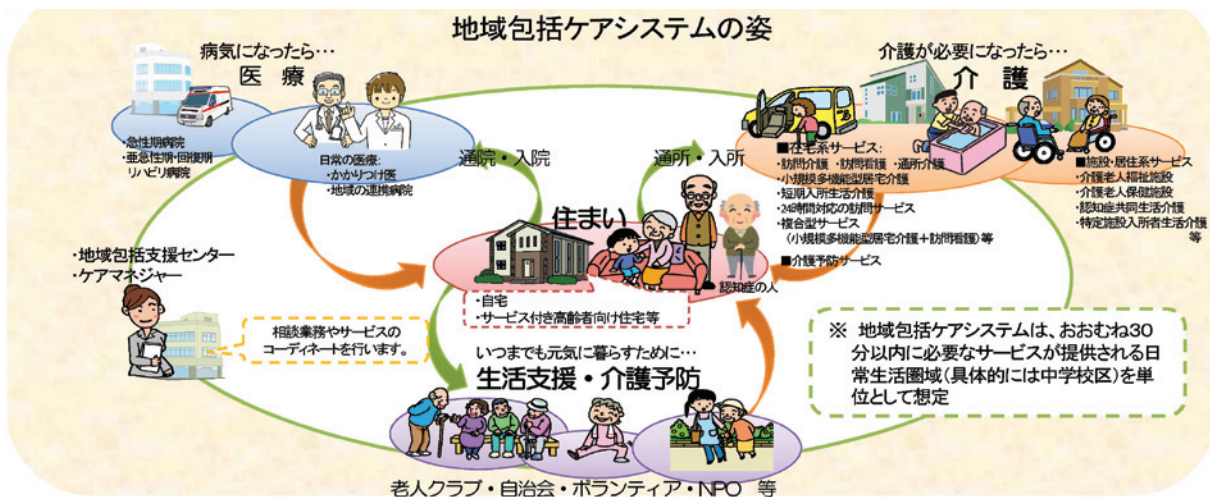
病院のこと、企業で働く人々の生活圏を考えれば、地域とはもっと大きな規模を考えなければならないだろう。「地域」を考えることが、地域包括ケアシステム構築の上で、かなり重要な要素であると理解した

●図表1 地域包括ケアシステムの捉え方



出所：地域包括ケア研究会報告書（三菱UFJリサーチ&コンサルティング）：「地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点」、2013年3月より

●図表2 地域包括ケアシステムの姿



出所：厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/)（URL 確認 2014.10.8）より

い。国土交通省の描く「コンパクトシティ」構想は歩いて生活できる範囲で生活のための諸機能を揃えようとするものであるが、これは地域包括ケアとセットのものであると知っておきたい。地域とは何か、を考えるヒントになるだろう。

地域（地域コミュニティ）をベースにしたケアの体制を作っていくとする、「包括」的にケアとケアを提供する仕組みである。厚生労働省は医療と介護を統合的に提供するという意味で「包括」という言葉を使っている。筆者を含む実務家や研究者の多くは医療と介護をコーディネートする仕組みという意味で「包括」を理解している。

いずれにしても、医療と介護がチームを作って、それだけでなく医療介護チームにプラスして地域が参加することが必要となってくるといえるだろう。住まいと地域が中心にあって、ケアとケアがシームレスに提供される仕組みが地域包括ケアシステムである。筆者の見解だが、高度急性期病院もいくつかの地域にまたがる存在であるものの、やはり地域の一員として地域包括ケアチームのメンバーであり、主治医＝かかりつけ医機能、在宅医療を担う医療機関、居宅介護など介護事業者や地域包括支援センター、もちろん行政や民生委員など地域コミュニティの担い手もチームメンバーである。もっと言えば地域住民こそが主役であると理解したい。

## 医療と介護の機能強化の視点から

2014年診療報酬改定で「機能強化・分化と連携」がさらに進んだ。消費税増税に伴い公にされた社会保障制度改革国民会議報告書に明記された「病院完結型」医療から「地域完結型」医療への移行は、制度改革の方向性を明確に打ち出している<sup>1)</sup>。

大病院へのアクセスは制限されつつあり、主治医＝かかりつけ医を中心とする地域医療が強化されていく。超高齢化による疾患の複雑化、医学の進歩もあっての急性期機能の強化、寝たきりにしないためのリハビリテーション強化、認知症ケアの重点化など専門性を生かした機能強化と分化、つまり分業の利益（＝質の向上と効率化）を図っていくとする動きは止まらない。分業の逆機能はサー

ビスの流れが滞りかねないことだが、それを連携でカバーしていこうとする方針が打ち出されている。これを地域で完結させようとしている。

しかし、現実には甘いものではない。協働・連携のニーズは高まっている。医療介護の業界は専門職から成る縦割りの強い世界であり、資格がなければ取り扱うことのできない業務も多い。医師における臓器別専門分化や看護師における認定・専門看護師など細分化も進んでいる。医師と薬剤師、看護師、管理栄養士など各職種の専門性が高まっていき、様々な職種間コンフリクトが発生する。

医療と介護の間の壁は高く、あるいはその溝はさらに深い。医療職は高齢患者の「生活」を知らず、介護職は医療を知らないために、医療と介護の情報非対称性もあって、両者の協働・連携は難しい。「ケアマネは福祉系が多いから困る」と言い放つ医療者は数多い。介護職は医療職の「上から目線」に悩んでいる。

職種間、部門間、施設間のコンフリクトを認識して、ケア・ケアの円滑な流れを妨げるボトルネックの解消を図っていかなければならない。これに貢献するのがマネジメントの役割でもある。

ボトルネックの解消には、ケア・ケアのサービスの流れを「見える化」すること、「顔の見える」関係を作っていくことなどがポイントとなってくるだろう。地域連携パスなどは流れの見える化に貢献するし、またパスを作る過程で関係各職種の協働が促進される。業務フローの見える化と顔の見える関係作りが同時並行で行われる。業務改善、いわゆるカイゼンを活用したトヨタ記念病院の見える化の取り組みなど、詳細は省くがICTなども活用しながら成果を上げていていると評価したい。

主治医から急性期入院、在宅復帰と適切なリハビリ実施、介護サービスの提供などの流れが見える化されて、職種や部門、施設を超えての協働と連携が医療と介護の効果を最大化する。

## 協働・連携を担保するもの

### ——コミュニティ

ここでは主に2つのコミュニティについて考え

る。医療介護チームのコミュニティと地域コミュニティについてである。

まず誰のための連携かを考えてほしい。医療職、介護職は仕事に熱心なあまり、仕事そのものが自己目的化する。連携パスを作るのが目的ではなく、患者にとってのベストを目指すための道具としてパスがある。患者と家族の価値創造を中心に据えて考えたい。「自分らしさ」が患者満足 (CS) の中心にあるという学会報告もある<sup>2)</sup>。

医療介護チームのコミュニティは、シームレスなサービスを提供する上で欠かせない。すでに論じたとおりである。前提条件として医療介護の各職種間の「顔の見える」関係構築が重要となる。マネジメントの立場から言えば、コミュニケーションの「場」を作っていくことが肝となる。お互いに学び合い忌憚なき議論を交わす。ただし、「場」があっても仕掛けは必要だ。通常、介護職は医師に対してものがいえない。医療側から勉強会を仕掛ける、多職種で役割交換するようなワークショップを企画するなどが有効だろう。後者については演劇の手法も使われ始めている。相互に役割を理解しリスペクトすることがポイントだ。

いま一つは横串を刺すマネジメントだろう。多職種が大部屋で仕事をする。最近は大学などでもオープンラボといわれる大部屋式の研究室が目目されている。そして事務職の役割、特に事務長などが重要な役割を担う。院内をラウンドし、地域に出かけて行く。コミュニティのマネジメントはコミュニケーションからである。

「住まい」を真ん中に置く地域包括ケアシステムでは、地域コミュニティこそが主役である。勘違いしてはいけない。医療と介護は脇役として地域コミュニティを支える存在と理解・認識して、初めて地域コミュニティは医療介護チームを受け入れてくれる。予防の段階から介入していこうと思えば、それは必然だろう。

医療介護チームのコミュニティで自己完結してはいけない。地域包括ケアは地域住民の主体的参加で可能となる。限られた医療介護資源でカバーできるものではない。需要側として高齢者を捉えるのではなく、地域コミュニティの仲間として考えたい。

退院した患者のフォローを行う。フィードバック

は重要なことだろう。ここでもコミュニケーションの「場」は重要である。地域へのアウトリーチ、地域で困難事例を話し合う地域ケア会議などを、地域住民と共に積極活用していきたい<sup>3)</sup>。

## 協働・連携を担保するもの

### ——情報共有

多職種協働・連携に情報共有が極めて重要であることは論をまたない。情報共有により、提供サービスの質は向上し効率化を図っていくこともできる。

注目したいのは ICT (情報通信技術) 活用による情報を強化することで、専門職の役割が明確化されエンパワメントする効果があることである。お互いに役割・機能を認め合うことがチームの機能を高める<sup>4)</sup>。

注目すべきは電子カルテデータ共有だけでは十分でないということである。地域で療養する高齢者は生活第一、療養第二である。生活背景を知る上で重要となるのは、いわゆる文脈情報であり、例えば家族の状況なども極めて重要な情報となる。文脈情報共有は臓器別疾患治療を目的とした医療ではなく、全人的医療と生活を支える介護が一体的に提供されるための必要条件であると言って過言でない。もちろん、電子カルテなど定量データを中心とする診療情報の共有も重要であることに変わりはない。

情報共有を可能にするもの、それはカンファレンスであり ICT であろう。重篤な患者などのケアに関しては多職種、関係者が集まったカンファレンスは大きな意味を持つ。デジタルの情報共有では限界があるだろう。多面的な議論が必要だからであり、困難事例を扱う地域ケア会議も同じ文脈上にあると言えるかもしれない。しかし空間的に分散された地域包括ケアにおいては ICT 活用による情報共有がむしろスタンダードと考えたい。

スマホとタブレットの普及、またクラウドの進化が、ICT による情報共有の可能性を一気に広げた。ICT の敷居は大幅に下がって、入力ボトルネックは解消に向かいつつある。どこでも容易に入力できるし、また蓄積された情報を簡単に取り出すことができる。すでに、情報共有システムはいくつか商品化され、医療職と介護職、さらに家族などの関係者



が情報を共有できる可能性が大きくなった。

ICTの発展によりコミュニケーションの形も変わってきた。顔を合わせてのコミュニケーションが最も効果的であることは間違いがないが、ラインやフェイスブックなどSNSに普及もあって、ネット(VPNなどインターネットに接続しない専用ネットワークを含めて)を通じてのコミュニケーションも、大きな機能を発揮するに至っている。

### 「協働・連携」を地域に広げていく

医療と介護が地域包括ケアにおいて重要な役割を果たしていることは疑いもなく、ケア付きコミュニティとされるように不可欠なものである。当たり前であるが、それでも医療介護は、地域包括ケアシステムにおいては脇役でしかない。主役は地域、単なる行政でもなく、地域コミュニティである。地域が真ん中にある。

医療と介護で完結してしまっていないか。保健・医療・福祉の連携と言いながら、保健は取り残されている。なぜなら保健は「生活」が重要な要素であり、地域コミュニティの中で展開される必要があるからだ。しかし、現在までのところ、医療介護チームのコミュニティ形成も道半ばであり、医療介護チームのコミュニティ形成が成ったところでも、そ

の中での「顔の見える」関係に満足してしまっている傾向がある。手段が目的化しているといつてよい。

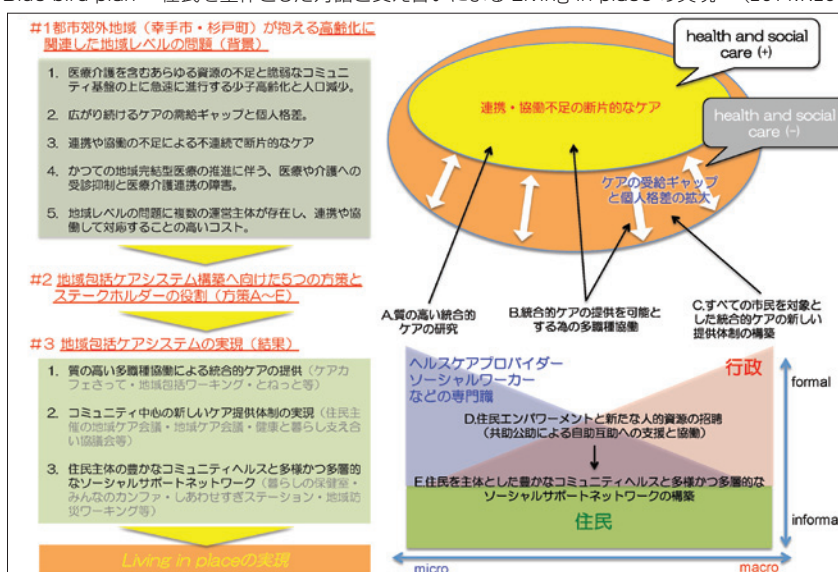
ならば医療介護チームのコミュニティを地域コミュニティにつなげていくにはどうすれば良いか。その前に地域コミュニティは崩壊したと、したり顔で評論することを考え直したい。地域コミュニティは「再生」するものではなく、新たに「創造」されるものではないか。担い手はいろいろ考えられる。医療介護と地域コミュニティをつなぐ存在、地域コミュニティを作っていく存在。行政そのものではないが、行政の役割も大きい。可能性があるのは、例えば社会福祉協議会=社協であろう。筆者は幾つかの地域社協を回ってみて、その可能性を感じている。団地再生などの絡みで言えばUR(都市再生機構)や街づくりを事業とする電鉄会社なども役割を期待し得る。

医療と介護、それと地域をつないでいく存在はいくつか考えられる。リーダーの存在、組織、何よりも「場」というものを考えていきたい。訪問看護師の秋山正子氏らが始めた「暮らしの保健室」に注目したい。地域に集い相談できる「場」がそこにできる<sup>5)</sup>。

地域が主体となり「暮らしの保健室」開設やICTの活用も行い、医療法人も積極的に地域をサポートしている事例として、埼玉県幸手市の動きに注目したい(図3、図4を参照)。さらに「地域包

●図表3 地域包括ケアシステム幸手モデル(都市郊外モデル)の概要

Blue bird plan ~住民を主体とした対話と支え合いによる Living in place の実現~ (2014.7.23 現在)



出所: 社会医療法人 JMA 東埼玉総合病院 中野智紀氏提供

「地域包括ケアシステム」には事業継続性を組み込んでいく必要がある。今まで論じてきた中に、地域コミュニティが主役になりつつ、その事業継続性を担う組織はあるか、などが少し見えてこないだろうか。

千葉県柏市のように地域医師会と行政、大学がモデルを作り上げているところもある。元々「寝たきり老人ゼロ」を掲げて地域包括ケアの原点となった広島県御調町（現尾道市御調町）は公立病院と行政（特に首長）が中心となった。地域は十人十色であり、地域包括ケアシステムにモデルはない。地域コミュニティが自ら考え築くものであり、その時、様々な担い手の可能性を探っていくたい。

## 「場」を作る、コーディネートする

地域包括ケア、そして地域包括ケアシステムの担い手はさまざまと述べた。地域医師会、医療法人（特に社会医療法人）や社会福祉法人でもとりわけ非営利経営に優れた法人、地域包括支援センター、社会福祉協議会、住民自治会、行政、もしかすると一般事業企業など、どの立場でも可能性がある。喫緊の課題としては超高齢化の厳しさを他人事と

●図表4 幸手モデルの在宅医療連携拠点「菜のはな」の活動概要

The infographic details the following activities:

- 菜のはな (Nabina):** Home medical cooperation base. Activities include providing support for home medical care, such as home visits and consultations.
- 暮らしの保健室 (Living Health Room):** Offers support for people with chronic diseases and those who are difficult to reach. Activities include health check-ups and consultations.
- 健康と暮らしのささあひ協議会 (Health and Living Support Association):** Aims to improve the health and living conditions of the community. Activities include health check-ups and consultations.
- みんなのカンファ (Everyone's Conference):** A community conference where residents and staff share their experiences and ideas. Activities include health check-ups and consultations.
- ケアカフェ (Care Cafe):** A place where residents and staff can meet and talk. Activities include health check-ups and consultations.
- しあわせずき (Happy Suki):** A community activity where residents and staff can enjoy themselves together. Activities include health check-ups and consultations.

出所：社会医療法人 JMA 東埼玉総合病院 中野智紀氏提供



松村 眞吾 (まつむら しんご)

## プロフィール

1955年 大阪生まれ。慶應義塾大学商学部卒業、神戸大学大学院経営学研究科修了(MBA)。1978年、近鉄に入社、近鉄不動産にて経営企画などの業務に従事。医療福祉を考えた街づくりにも注力。2002年近鉄を退社、(株)メディサイトを設立。2005年勝川ファミリークリニック事務長に就任。2009～2014年3月まで大阪市立大学大学院特任教授を務める。2010年大阪市立大学医学部附属病院プロジェクトアドバイザー就任。神戸大学MBA。都市住宅学会会員。日本医療・病院管理学会会員。日本医療バランス・スコアカード研究会会員。日本医学ジャーナリスト協会幹事。NPO法人プライマリ・ケア教育ネットワーク副理事長。著書、寄稿は多数。

思っている住民意識をどうするかだろう。

首長がリーダーとなって行政が地域を引っ張っていく例もないではないだろう。地域コミュニティが主役という観点からは、行政主体は少し違和感があるかもしれない。地域の中核病院長が言い続けて形が出来上がっていくかもしれない。社協のトップ、住民自治会長（特に連合自治会長）、民生委員のリーダーが担い手の中心になるかもしれない。地域によって異なるが、リーダーと担い手となるチームはきっと見いだせるだろう。

多職種チーム、地域連携のマネジメントは機能横断が鍵となる。そのためには多職種が共同する「場」、医療介護と地域が出会う「場」を作り、システムの事業継続を支援する存在が必要である。もしかすると病院に埋もれてしまっている事務長に適材がいるかもしれない。医療業界にいるが、医療・介護職ではなく、地域の視点も持てる、マネジメントを仕事とする存在が「地域包括ケアシステム」の構築とマネジメントに貢献するだろう。医業経営コンサルタントにも大きな可能性がある。

## 【参考文献】

- 1) 社会保障制度改革国民会議報告書 (2013年8月6日)
- 2) 高橋由利子 (医療法人鉄祐会)：在宅療養支援診療所の満足度調査報告、第50回日本医療・病院管理学会学術総会 (2012年10月19日)
- 3) 「機関誌 JAHMC」(2014年5月号)の筆者寄稿「地域にアウトリーチする医療者たち」他参照
- 4) 秋山美紀：地域医療におけるコミュニケーションと情報技術、慶應義塾大学出版会、2008年
- 5) 株式会社ケアーズ 白十字訪問看護ステーションのホームページ参照