

日本在宅 医学 会誌

Vol.14 No.2

The Japanese Academy of Home Care Physicians

○巻頭言

地域包括ケアを見据えた在宅医療の役割 前田 憲志 1

○「特集」在宅医療連携拠点事業 (責任編集 坂本 仁)

在宅医療と社会保障と税の一体改革 坂本 仁 7

在宅医療推進における在宅医療連携拠点事業 大島 浩子 11

在宅医療連携拠点事業における国立長寿医療研究センターの役割について 三浦 久幸 25

札幌市豊平区西岡・福住地区在宅医療連携拠点事業推進協議会「とよひら・りんく」の立ち上げと平成23年度の活動
..... 五十嵐知文, 岡村 紀宏, 川村 爲美, 寺本 信, 中島 茂夫, 西澤 寛俊 31

在宅医療連携拠点事業—モデル事業の結果・抽出された課題および解決策について— 山中 亮二 39

在宅医療連携拠点事業の取り組みについて 渡邊 房枝 49

チームもりおかが目指すもの—迷える在宅医療連携拠点事業所— 木村 幸博, 下地 直紀, 板垣 園子, 井川 斉 57

あおぞら診療所 平成23年度在宅医療連携拠点事業報告 川越 正平, 友松 郁子 65

医師会と訪問看護ステーションが中心を担う取り組み 安東いつ子 77

在宅医療連携拠点事業を受託して—鶴岡地区医師会の取り組み— 三原 一郎 83

行政主導による「在宅医療連携拠点事業」について 井川 鋭子, 尾嶋 里子, 松森 浩之, 玉木 晴美, 亀井 宗子 93

○短報

糖尿病患者を受け持つ介護支援専門員と医療者の地域連携の実際 住吉 和子, 畑 吉節未, 中西代志子 99

日本在宅医学会雑誌投稿規定..... 105

投稿承諾書..... 106

連絡票..... 107

査読者一覧..... 108

編集後記..... 109

一般社団法人日本在宅医学会

在宅医療連携拠点事業を受託して —鶴岡地区医師会の取り組み—

山形県鶴岡地区医師会会長
三原 一郎

1. はじめに

山形県鶴岡地区医師会は、超高齢化社会を見据え、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問入浴、回復期病棟中心の湯田川温泉リハビリテーション病院、介護老人保健施設、地域包括支援センターなど多くの施設を運営してきた。また、一方で、地域電子カルテNet4Uの導入、電子化した地域連携バスの運用、緩和ケア普及のため地域プロジェクト(OPTIM)の実践、そして、今回の在宅医療連携拠点事業受託など、地域医療の質向上を目指した多くの活動を行ってきた。とくに、OPTIMから在宅医療連携拠点事業へと続く、地域が多職種を巻き込んだ在宅医療への取り組みは、Net4Uの活用と相まって、当地区の在宅医療の転機となったと考えている。ここでは、昨年度の在宅医療連携拠点事業の成果について報告するが、Net4U、OPTIMについてもその概略をコラムとして解説する。なお、23年度の在宅医療連携拠点事業においては、当地区は医師会モデルとして唯一選定されている。

2. 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137,453人、三川町が人口7,639人であり、うち65歳以上は合わせて41,188人である。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あり、いわゆる「ドーナツ化現象」が著しく表れている。また、高齢化率は鶴岡地域全体で28.4%であり、対65歳人口割合からみた、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、地域の中核を担う市立庄内病院のほか、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。

3. 鶴岡地区医師会の沿革と活動の概要(図1)

鶴岡地区医師会は1947年に設立されているが、超高齢化社会を見据え、1998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を開設し、2000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一箇所に集約した。医師会の職員総数418名(平成23年3月31日現在)、平成23年度事業規模約30億円である。

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」開始
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「はたる」を医師会内に開設
2012年	新Net4U運用開始

図1：鶴岡地区医師会の在宅医療への取り組み

一方、前述のハード面のほか、当地区医師会は多

著者連絡先：三原一郎(社団法人鶴岡地区医師会会長)
〒997-0031 山形県鶴岡市錦町17-3
TEL：0235-22-8131
E-mail: icchy@abelia.ocn.ne.jp

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、経産省の「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年5月に全面改訂し、新システムへ移行した（コラム1参照）。

2006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年には研究会を発展させて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1572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年には厚労省による「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（コ

ラム2参照）。2009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。

4. 在宅医療連携拠点事業における活動

事業受託後、医師会内に在宅医療連携拠点室（後に愛称を「ほたる」とする）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、運営委員会で本事業の目的を共有した上で、当地区の在宅医療に関する課題を抽出し、その解決策を年間アクションプランとして作成し、実行した。以下に平成23年度の活動を拠点事業で求められた内容に沿って記述する。なお、当地区の医療・介護における、ほたるの位置づけを図2で示す。

(1) 多職種連携の課題とその解決策

- 在宅を担う職種間、多職種間での連携が不十分

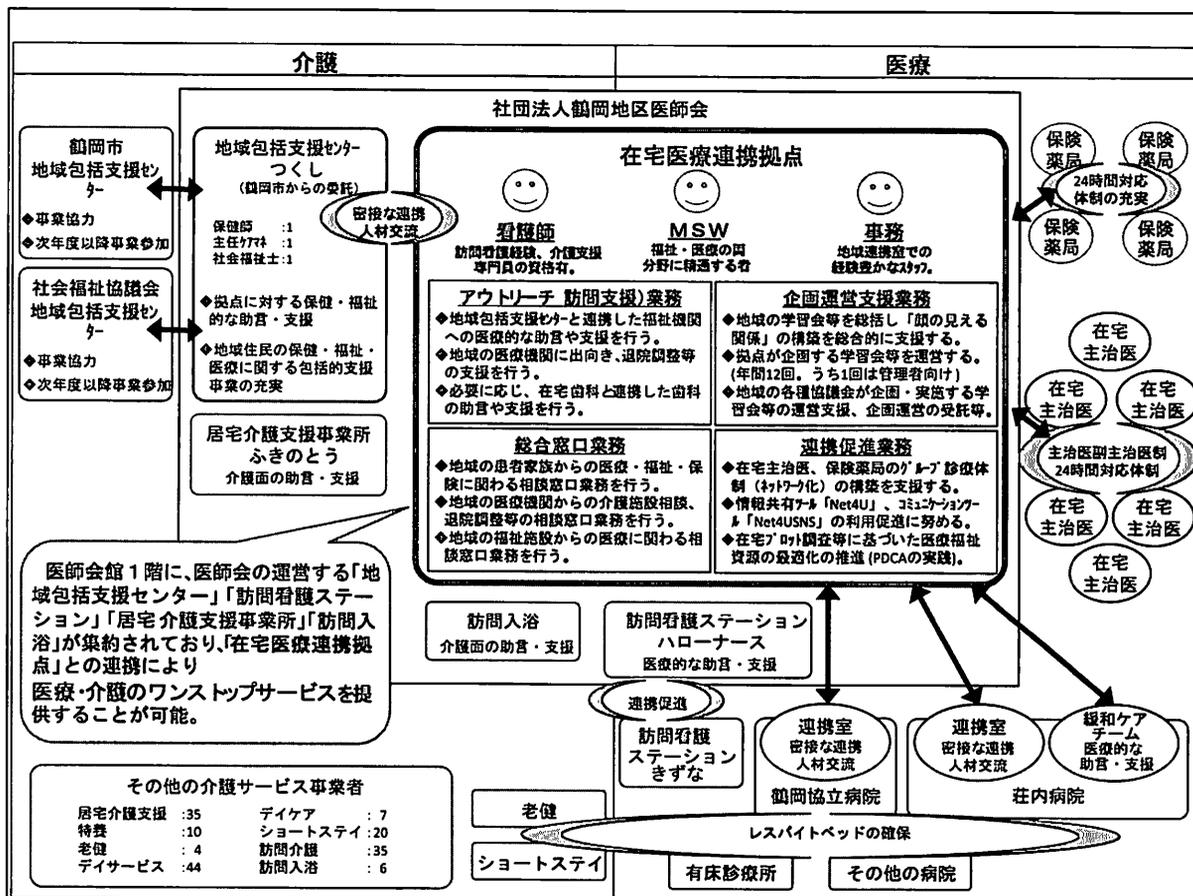


図2：当地区の医療・介護連携における、地域医療連携拠点室「ほたる」の位置づけ

•多職種向け研修会，意見交換会の開催

主催，共催を含めて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で顔がみ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，緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIM）への取り組みで，すでに職種毎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や医師をお願いしたことで，例えば褥創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。

•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程進んでおらず，また在宅医においても，在宅歯科診療～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頂いた。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バ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，配布することで，市民を含め，医療職や介護職に啓発活動を進めることが決り，現在運用に入っている。

•行政との連携

包括的な医療・介護の提供を行うための地域インフラを構築するためには，行政との連動が不可欠である。「ほたる」では，鶴岡市長寿介護課直轄の基幹型地域包括支援センターとの定期的な話し合いの場を作り，多職種連携に関する調査や会合等を合同で企画・実施した。

○地域のフォーマル・インフォーマルサービスの情報不足

退院時カンファレンスなどに参加し，地域リソースなどの情報提供を行った。

○在宅医療介護従事者の医療的スキルの不足

主に介護系職種を対象とした「ほたる」主催の研修会を2回開催した。在宅医療の日常業務

に活かせるテーマを選択し，現場での疑問を解決できるよう事前質問を受け，講演に活かした。

○地域包括支援センターとの連携不足

地域包括支援センター主催の地域ケア推進担当者会議や地域ケアネットワーク会議に積極的に関与し，医療的助言を行った。

○在宅療養に関する総合相談窓口がない

在宅医療に関わる様々な相談に応える総合相談窓口を設置し，29件の相談に対応した。

○在宅医療に関するワンストップ窓口がない

医師会館内の地域包括支援センター，居宅介護支援事業所，訪問看護ステーションと同一フロアに拠点事業室を設置することで，ワンストップサービスが提供できる体制を構築した。

○地域の研修会，学習会等の全体把握，コーディネートの必要性

既存の会や組織がそれぞれに企画を立案するため，連日学習会が開催される週があったり，学習会の開催やテーマが重複したりすることがあり，コーディネートの必要性が感じられた。「ほたる」では，平成24年度から地域における医療・介護に関する研修会，学習会を全体把握し，各会や組織への情報提供等を行い，それぞれの企画立案をサポートすることで，地域全体のイベントコーディネーター役を担っている。

(2) 在宅医療従事者の負担軽減の支援

①24時間体制を構築するためのネットワーク化

•「南庄内在宅医療を考える会」の支援

在宅医が中心となり組織されている「南庄内在宅医療を考える会」では，年4回程度意見交換会や研修会を開催し，グループ化による24時間体制の確立，在宅医療のスキルアップなどを目的に活動している。「ほたる」は「南庄内在宅医療を考える会」の事務局機能を担い，会の企画や，周知，議事録の作成などを通して積極的な支援を行っている。

②チーム医療の提供のためのインフラの整備

•地域電子カルテ「Net4U」の普及推進

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，病院の緩和ケア専門チーム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（Net4Uの詳細はコラムを参照）。一方で，在宅での療養全般を管理するケアマネージャーや，患者と最も接する機会の多いヘルパーなど介護

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、ケアマネージャーからの介護の視点からの書き込みもみ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頂き、ケアマネー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のようなしくみがあると、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。

(3) 効率的な医療提供のための多職種連携

①アウトリーチ（訪問支援）

- 地域ケアネットワーク会議への参加

地域包括支援センター主催の地域ケアネットワーク会議には5回参加、地域ケア推進担当者会議には毎月参加し、医療的助言を行った。

- 退院時カンファレンスへの参加

地域の病院が開催する退院時カンファレンスに計5回参加した。現時点では、参加の中で「学ぶ」側面が大きく、患者・家族の参加するカンファレンスにおいて、アウトリーチとして十分に機能するには至っていない。退院時カンファレンスは直接患者家族の声を聞くことが出来る貴重な機会であり、平成24年度も継続して参加し、「ほたる」としての自力をつけるとともに、信頼関係の構築、医療的助言を行っていく。

②地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動

在宅療養者支援のための連携シート（電子版）

No.	施設名	医師名	住所	相談しやすい方法	サービス担当者会議の出席/連絡
	診療科		電話 FAX	相談しやすい曜日	出席しやすい曜日
4	内科		0235-	面談,電話,FAX,往診時に同席 月火水木金	出席できる 月火水木金
8	内科,消化器科		0235-	FAX 水木	
9	内科,胃腸科		0235-	面談,FAX,Net4U 月火水木金土日	出席できる 7日前 月火水木金土
12	耳鼻咽喉科		0235-	FAX 月火水木金	
13	耳鼻咽喉科		0235-	電話 月火水木金	
14	内科		0235-	FAX,Net4U,メール 月火水木金土日	
15	整形外科		0235-	FAX,メール 月火水木金	
17	内科,外科,整形外科		0235-	面談,電話,FAX,往診時に同席 月火水木金土	出席できる 7日前 月火水木金土
20	内科,胃腸科		0235-	面談,電話,FAX,往診時に同席 月火水木金	
30	診療所		0235-	面談,FAX,往診時に同席,Net4U,メール 月火水木金	出席できる 10日前

図3：在宅療養者支援のための連携シート

ケアマネージャーから医療サイドへ積極的にアプローチしていこうという趣旨の取り組み。当地区の医師178名からアンケートを回収し、面談できる時間、担当者会議への参加の可否などをデータベース化し、冊子やCDで配布した。

4)

「庄内地域医療連携の会」と連携して施設における医療依存度の高い方の受け入れに関する調査を実施し、175施設からアンケートを回収した。開示項目は、施設の基本情報のほか、吸引、酸素療法、人工透析、麻薬、経鼻栄養、感染症など医療ニーズに対しての施設の対応状況であり、それらをデータベース化した。「ほたる」における相談業務に活用するとともに、冊子化、電子化を行い、ケアマネージャー、連携室等に配布した。

- 短期入所（ショートステイ）空き情報の提供（図5）

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

事業に力をい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ト情報を取得し、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、「空きベットの情報をお互いに共有することが、ケアマネ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、ケアマネからは便利になったという評価を頂いてい

ショートステイ空き情報の提供(毎週水曜日更新)

23事業所より情報提供を受け、ほたるが入力

【表の説明】●…十分に利用できる(3名以上) ▲…多少の空きがある(1~2名) ×…短期入所サービスの空きなし

サービス事業所名	電話番号	8/6(月)	8/7(火)	8/8(水)	8/9(木)	8/10(金)	8/11(土)	8/12(日)	8/13(月)	8/14(火)	8/15(水)	8/16(木)	8/17(金)	8/18(土)	8/19(日)	8/20(月)	8/21(火)	8/22(水)	8/23(木)	8/24(金)	8/25(土)	8/26(日)	8/27(月)	8/28(火)	8/29(水)	8/30(木)
園(多床室)		△	x	△	△	○	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	△	△	○	○	△	△	○	○	○
園(個室)		x	x	x	x	△	x	△	x	△	x	△	△	x	x	x	△	△	△	△	x	x	x	x	△	△
荘		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
荘		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
荘		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
荘(多床室)		○	○	○	△	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	○	○	△	△	x	x	x	△	○	○
荘(ユニット)		△	○	○	○	○	x	x	△	x	○	○	○	x	△	○	○	○	○	○	x	△	○	○	○	○
荘		○	○	○	○	x	x	x	x	x	x	x	△	x	x	x	x	△	△	△	x	x	x	△	△	△
荘		△	△	△	△	△	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
荘(個室)		x	○	○	○	△	x	△	x	△	x	x	x	x	x	x	x	△	△	x	△	x	x	x	△	○
荘(二人室)		x	x	x	x	x	x	x	x	△	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	○	△
園		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
老健		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
老健		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
(療養介護)		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(生活介護)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	○	○	○

図5：ショートステイ空き情報の提供
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全てに「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6：「ほたる」のホームページ

ほたるの業務紹介のほか、活動報告、学習会のスケジュール、地域資源マップ、ショートステイ空き情報などが公開されている。

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、関係者のみ閲覧可能としている。

(4) 独自の活動

- ホームページの作成と更新 (図6)

「ほたる」の周知と活動報告を掲載。活動報告、研修会、学習会の予定、ショートステイ空き情報等を随時更新している。アクセス数は順調に伸びており、ショートステイ空き情報を公開してからは800アクセス/月の来訪者がある。

- パンフレットの作成と配布

新しい組織である「ほたる」の周知が最大の目的。1000部作成。

- メディア掲載・テレビ取材

- ・『Visionと戦略2012年1月号』に特集記事が掲載。
- ・『クローズアップ東北』(NHK)の取材を受ける。5分程度のダイジェスト版が、10

月27日18時30分頃から『やまがたニュースアイ』にて放映。

- 市民健康のつどいへの参加

展示内容：「ほたる」の業務紹介や、在宅療養の中の自宅にいながら受けられる一部サービスの紹介(対象職種：訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問入浴、訪問介護)などを手作りポスター形式にして展示した。当日は、拠点事業室「ほたる」のリーフレットを配布し、市民の方々に事業の説明やアンケートを行った。また、拠点ブースの一角に相談窓口用の場所を設け、市民から医療や介護その他の相談(例：これから病気になった時どうして欲しいか、今まで医療を受けて、何か困ったことがあったか…等)を受け付けた。

5. おわりに

超高齢化社会が加速するわが国では、今後さらに増え続ける高齢者を地域でどう支えていくのが喫緊の課題となっている。そのためには、医療と介護のシームレスな連携を基軸にした在宅医療がその受

け皿として期待されている。一方で、在宅医療において不可欠な医療、介護、福祉、行政、地域コミュニティなどとの連携は必ずしも十分ではないという課題がある。在宅医療連携拠点室は、在宅医療における多職種協働を支援することで、在宅医療を軸とした地域包括ケアシステムの一翼を担う“拠点”になることを期待したい。

当地区では、鶴岡地区医師会が在宅医療連携拠点事業を受託し、医師会内に連携拠点事業室「ほたる」を設置するとともに、看護師、ソーシャルワーカー、事務員を配置し、活動を開始した。昨年度は、当地区の在宅医療の課題を抽出した上で、本文で述べたような多岐にわたる活動を行った。比較的円滑に事業を遂行することができたのは、国の緩和ケア普及のための地域プロジェクトを受託し、地域ぐるみで在宅緩和ケア普及のための活動を行ってきたこと、すでに職種毎に在宅医療推進のための多くの活動が行われていたこと、医師会が主導的立場で事業に取り組んできたこと、Net4Uという地域電子カルテを在宅医療のなかで日常的に活用してきたことなどの土台があつたことだと考えている。おかげで、「ほ

たる」の認知度もあがり、とりわけ介護系職種から頼りになる存在として認知されつつある。本年度も引き続き、在宅医療が抱える様々な課題を解決すべく多岐にわたる活動を続けていくつもりである。

コラム1

地域電子カルテ「Net4U」と在宅医療(図7,8)

Net4Uは、2000年度の経産省の「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、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¹⁾。

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が大きな課題である。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

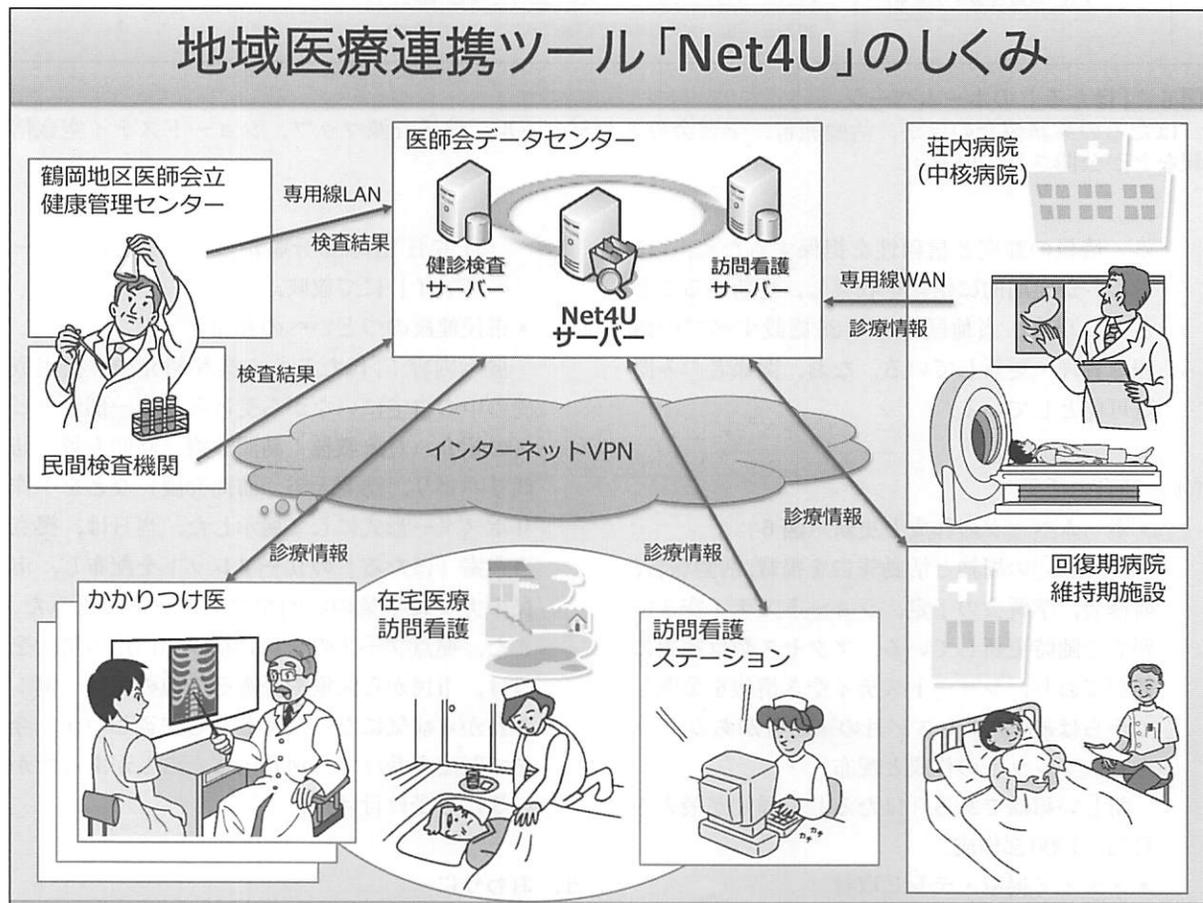


図7：地域電子カルテ「Net4U」の仕組み

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介してシステムを利用する。



図 8 : Net4U のカルテ画面

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分かる。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。

ハスタフ、薬剤師、ケアマネー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。また、Net4Uは情報の共有ばかりでなく、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。また、在宅緩和ケア普及の阻害因子のひとつに、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、専門的立場からさまざまな助言を得られる、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²⁾。以下に、Net4U利用後のさまざま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ができた（在宅主治医）。
- Net4U使用後では、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やすくなった。薬局から薬剤変更を相談し、処方変更し、症状改善の事例があった（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）。

コラム 2

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」

(OPTIM)

当地区は、2008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)を受諾し、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には、全国から4か所が参画したが、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定され、国立がんセンター中央病院の支援を受けて介入研究が進められた。研究の目標として、1) 緩和ケアの利用がふえる、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、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。

当地区では、プロジェクト遂行に当たり、多職種から構成される教育、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)を設置し、それぞれのWG毎に多面的な活動を行った。3年間の活動は、緩和ケアの地域全体としてのスキルの向上、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³⁾。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。なお、プロジェクト遂行に当たっては、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プロジェクトであったと評価している⁴⁾。

文献

- 1) 三原一郎：在宅医療における医療連携ネットワーク「Net4U」の活用 クリニカルプラクティス 24:121-124, 2005
- 2) 三原一郎：多職種施設対応型電子カルテシステムNet4Uの相対的有用性と地域への貢献 新医療 9月号：66-70, 2012
- 3) 鈴木 聡：庄内プロジェクトの3年間を振り返って 山形県医師会報 717:6-8, 2012
- 4) 秋山美紀, 的場元弘, 竹林 亨, 他：地域診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査 Palliative Research 2:112-122, 2009