

全ての高齢者を対象にした地域包括ケアシステム 『茨木市モデル』

高齢者対策・在宅医療委員会 藍野病院 院長 杉野 正一

今、全国の自治体から『茨木市モデル』が注目されています。昨年4月には、厚生労働省（霞ヶ関）において、岐阜県大垣市とともに先進的地域連携システムとしてプレス・リリースを行いました（茨木市医師会報 10月号、2016）。昨年12月にはWHO in Western Pacific region において、伊藤弘人先生（国立精神・神経医療研究センター）により『Ibaraki Model』として紹介されています（図1）。さらに今年7月には、平成29年度医療連携の統合を目指す医療政策研究フォーラム（軽井沢フォーラム2017）でのInnovative Community Session において、『茨木市モデル』をテーマにした発表とディスカッションが予定されています。

の対象はがん末期、身体および精神障害、難病など多岐にわたりますが、最も大きなウエイトを占めるのは絶対数の多さや療養生活が長期間にわたる点で認知症といえます。

この視点から、茨木市医師会高齢者対策・在宅医療委員会は平成20年4月に『認知症早期診断・早期治療地域ネットワーク事業』を立ち上げました。最初に認知症診療についての会員の先生方へのアンケート調査を実施し、自ら積極的に認知症診療に携わる意志のある先生が多くを占めた結果を基に、認知症の早期診断・早期治療に重点を置くこと、かかりつけ医が認知症地域連携の中核となり診断・治療に携わること、但し、専門医でなくても対応できるように認知症診断・治療支援ソフト『Dementia Management Support System: DMSS』を導入することなどの方針が立てられました。

『DMSS』はスウェーデンのUmeo大学Helena先生らが開発したソフトであり、介護者からの問診や患者の診察所見、神経心理検査、画像所見などを入力することにより、診断基準に基づく認知症診断やその治療・ケアのアドバイスが提示されるソフトです。

茨木市医師会では、日本の医療・福祉制度を踏まえた日本語版DMSSをUmeo大学と共同研究で作成する形で導入を進めることが出来ました。その後、筆者が専門医の立場で参加したパイロット・スタディが実施され、ソフトの問題点の抽出とその改善を経て実用化のめどを立て、DMSS-Web版として平成27年6月より協力の手を挙げて頂いた27診療所にて活用されています（図2）。入力データは医師会

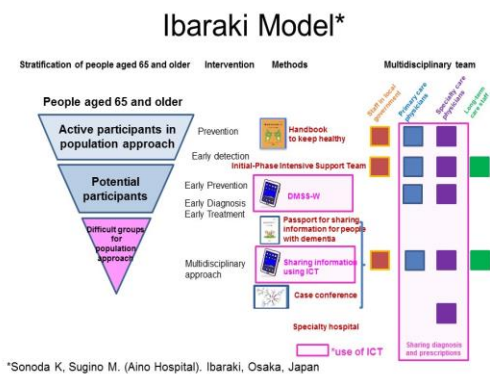


図1 WHO会議で報告された『Ibaraki Model』

『茨木市モデル』とは、医師会が主導し三師会、茨木市、介護系スタッフが協働して展開している認知症を中心に据え全ての高齢者を対象にした医療・介護・行政による地域連携システムです。

75歳以上高齢者が急増する『2025年問題』を迎えて、国は地域包括ケアシステムを推進しています。このシステムのキーワードは『在宅療養』です。そ



図2 認知症診断・治療支援システム (DMSS-W)

サーバーに蓄積されており、診療の振り返りに役立
 てることも可能です。

平成24年4月からは茨木市認知症高齢者地域支援
 連絡会が発足し、三師会、茨木市、介護系のサービ
 ス事業所連絡会、後方支援としての藍野病院が参加
 し地域連携システムは一層推進されていきました。

かねてより、先輩の役員の方々により歯科医師会、
 薬剤師会、茨木市などとの垣根の低いコミュニケー
 ションが構築されていたからこそ成り立った事業と
 言えると思います。

『DMSS』と並んで、『茨木市モデル』の特色となっ
 ているのが地域連携手帳『はつらつパスポート』で
 す(図3)。その特色とは、全ての高齢者住民を対象
 とした高齢者の健康手帳と位置付けたことです。



図3 全ての高齢者を対象とした『はつらつパスポート』

要介護状態の方には、医療・介護の連携や多職種に
 よる情報の共有化により在宅療養を支援する『地域
 連携編』、そして、自立されている高齢者には、健康
 促進のための情報や要介護リスクへの気づきをはか
 る『予防編』を用意しており、全国でも希少な地域
 連携パスとなっています。

とりわけ、多職種が関わる『地域連携編』におい
 ては、その医療・ケアの視点として老年医学で最も
 推奨されている高齢者総合的機能評価(CGA)を採用
 しました。単に疾患のみならず、認知機能、気分、
 手段的ADL、居住・介護環境などにまで配慮した医
 療・ケアは地域包括ケアに最も求められる大切な視
 点だと考えています。

さらに、平成28年からはこの連携システムに ICT
 を導入致しました。茨木市医師会が導入した ICT プ
 ラットホームであるメディカル・ケア・ステーショ
 ン(MCS)は、多職種が迅速に情報や画像を共有できる
 セキュリティに留意した SNS であり、病態や状況の
 変化が速い事例に対し迅速な対応が可能となります。

現在、一部の事例を対象にパイロット・スタディ
 を実施中です。ICTの導入により『茨木市モデル』で
 は、予防から困難な介護事例まで対象高齢者の方の
 状況に応じて地域連携ツールの使い分けが可能とな
 り、先のWHOでの報告で使用されたスライド(図1)
 はその使い分けを説明したものです。

『茨木市モデル』の概略を図4に示しました。現
 在も on going で進化しており、この1年の間にも、
 認知症の方やそのご家族が気軽に寄れる『認知症カ
 フェ』の開設や徘徊対策としてのQRコードを載せた
 『茨木童子シール』の配布など、認知症の方や介護
 家族の立場に寄り添ったサービスが出来てきていま
 す。

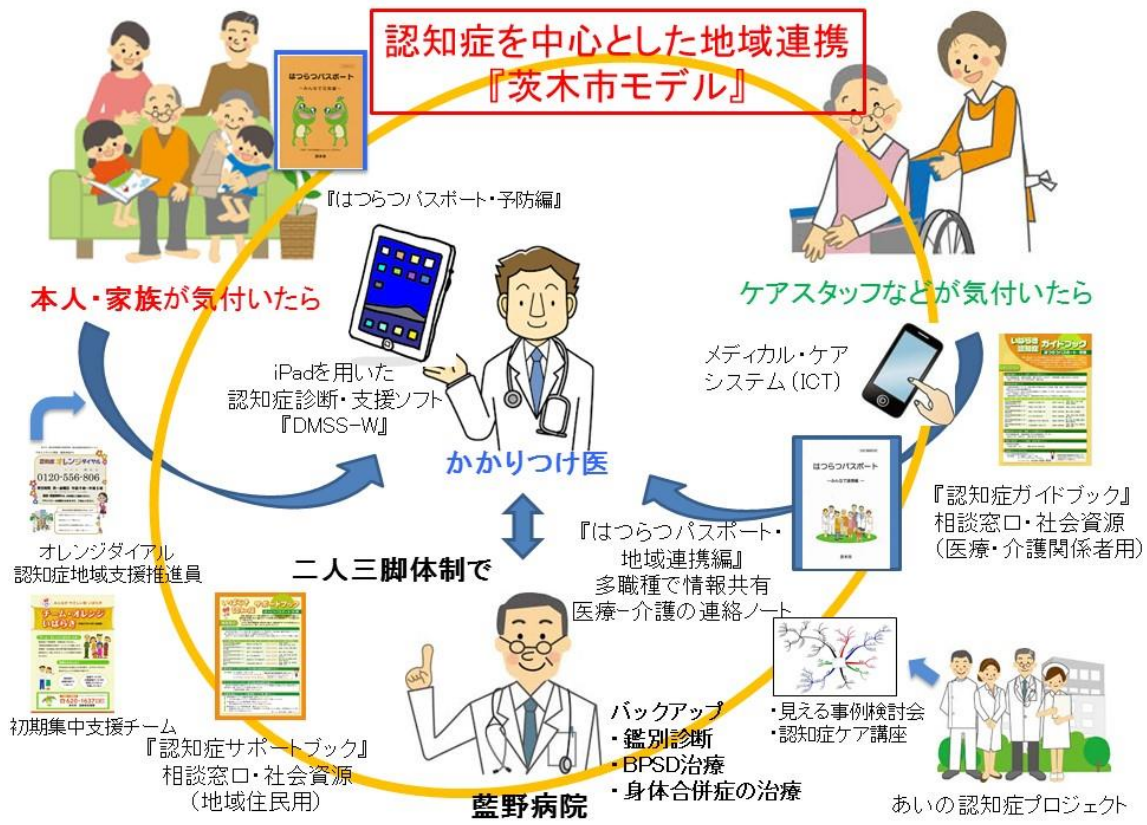


図4 『茨木市モデル』の概略

今後も、ご本人や家族の意志が反映できる地域包括ケアシステムを目指して改良を続ける所存です。

本年4月からは『はつらつパスポート・地域連携編』を改訂し、より携帯性を高めました。さらなる普及に向けて、先生方のご理解とご協力をよろしくお願い申し上げます。