



社会医療法人祐愛会織田病院

佐賀県鹿島市の社会医療法人祐愛会織田病院では、退院直後の在宅患者を病院多職種が訪問して継続ケアする「メディカル・ベースキャンプ」が活躍している。在院日数短縮が求められるなかで、高齢者も在宅に戻る例が増えていく。病院と在宅をつなぐ織田病院の数々の取り組みを紹介する。(編集部)

地域包括ケアシステム構築に向けた織田病院の取り組み

## フラット型多職種協働チームが推進する退院支援 退院直後の在宅患者も病院スタッフがケアを継続

市内に公的病院がなく、地域の中核機能を担う逆紹介で外来数を減らし、紹介は断らない

超高齢社会に対応する医療提供体制は、地域に存在する医療資源や人口構成、疾病動態などに応じて整備されていく。介護や福祉に機能も一体的に整備される地域包括ケアシステムは、地域ごとの状況に応じて個別に構築されることが求められている。しかし、その本質は全国に共通しているはずだ。社会保障財源に余裕がなくなり、マンパワーの将来的な不足が明らかになるなか、限られた資源を効果的かつ効率的に「つなぐ」ことこそが、地域包括ケアシステムの重要な役割になる。

そして、地域住民の命と健康を守ることに医療の使命であるならば、急性期病院から在宅へと患者を安全に「つなぐ」手法の確立が地域包括ケアシステムの成否の鍵を握るといってもいい。地域の基幹病院は、そ

ここでしか提供できない高度な急性期機能を恒常的に確保するために在院日数を短縮せざるを得ない。これまでに以上に医療依存度が比較的高い患者でもポストアキユート施設を経て在宅へと移動されることになる。機能分化と連携に基づく医療体制への転換はこれまでも取り組まれてきたが、その流れのスピードが大きく変化する。

病院が増え、病院で死ぬことが当たり前になった時代に、在宅の医療は手薄になった。環境の急激な変化もあり、リスクの高い患者も診なければならぬ在宅医療を担うことに躊躇する開業医は今もまだ少なくない。そうした過渡期にあつて、あるいは今後十分な在宅のマンパワーが確保できないであろう地域において、医療をどのように「つなぐ」こ

とができるのか。今回紹介する社会医療法人祐愛会織田病院は、その一つの答えを提示している。

織田病院が立地するのは佐賀県鹿島市だ。日本三大稲荷とされる祐徳稲荷神社には海外からも観光客が訪れるが、観光に立脚した町というわけではない。博多から特急で約一時間半の鹿島駅周辺には高いビルもなく、ごく限られた市街地から離れると田園風景が広がる。

この鹿島市を含む佐賀県南部医療圏は、人口約一六万人、高齢化率は三〇%を超えている(図表1)。特に後期高齢者の比率が高まり続けているという。全日本病院協会の副会長も務める織田正道理事長は、地域の医療環境と自院の位置づけから解説してくれた。

「医療圏単位でみると病院は多数あり、長年『病床過剰地域』とされてきました。しかし、急性期を担う施設は限定され、特に鹿島市には公的



社会医療法人祐愛会・織田正道理事長

病院が存在しません。民間である当該院が地域の中核的機能を担っています」(織田理事長)

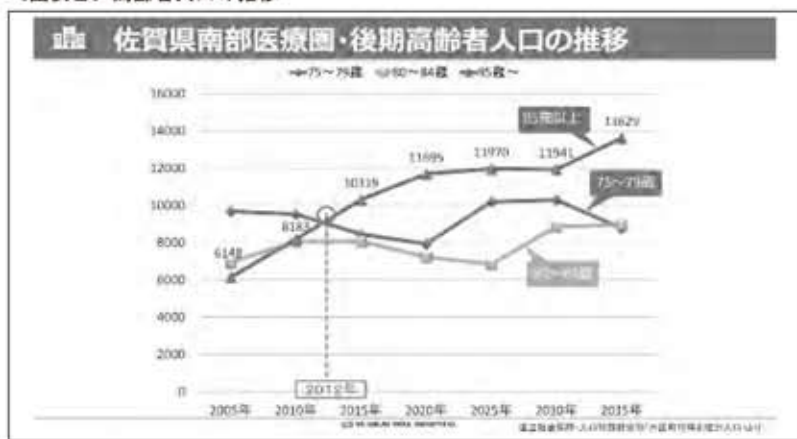
一般病床一一一床は、二〇〇六年当時、全国でもっとも小さい規模のDPC対象病院だった。しかし、職員数は三三四名、うち常勤医師二九名、看護師一一八名と人員は充実している。七対一の看護体制は、重症度・医療看護必要度も三〇%を超え、平均在院日数は一一・九日。年間約三二〇〇人の新規入院患者を九九・六%の病床稼働率で対応している。病床規模を考慮すれば、フル稼働といえる状態だ。

「以前は一日平均外来患者数も六〇〇名を超えていましたが、社会環境が変化するなかで、地域の先生方と相談し、逆紹介を進めることで約三〇〇名まで減らすことができました。

<図表1>医療圏



<図表2>高齢者人口の推移



その代わりに、紹介された患者は何があっても断らないことを約束したのです」(織田理事長)

二四時間三六五日体制で救急患者を受け入れる。紹介患者も月に三〇〇名以上に達する。また、二〇〇四年に導入した開放型病床には六〇名の医師が登録し、登録医には高度画像検査機器も開放している。CT・MRIの共同利用は年間一〇〇〇件を超え、撮影画像はVPNを通じて登録医の自施設で閲覧することが可

能だ。こうしたネットワークインフラも、登録医のかけつけ機能をサポートするために同病院が自前で整備した。

「さらに高度な医療が必要な患者は、基幹病院である佐賀大学病院や嬉野医療センターに紹介します。そうした患者が地域に帰ってきた時、当院で診ることもあります。基本的に

かかりつけ医に戻します。そして、当院の連携センターを通じてかかりつけ医の在宅医療をバックアップすることも当院の重要な役割です」(織田理事長)

急性期から在宅への患者の移行を自院の役割と位置づけた織田理事長は、そこにいくつかの仕掛けを組み込んだ。

**八五歳以上人口の急増で地域医療は大きく変化 退院が困難な高齢患者への対応が課題に**

「八五歳以上の人口が急激に増加していることが地域医療の大きな課題です」(織田理事長)

織田理事長は、自医療圏における高齢者人口の推移を示した(図表2)。二〇一二年には七五〜七九歳人口を八五歳以上人口が上回った。

「地方では団塊の世代の半分は都会に出て行きましたが、それでも緩やかに上昇していきます。近い将来、急激に増える東京周辺のほうが深刻な事態になるでしょう」(織田理事長)

この八五歳以上人口の増加がもたらしたものは、超高齢者の救急搬送件数、新規入院患者数の急増だ。二〇〇四年には六〇〇件を超える程度だった八五歳以上の救急搬送が、二

〇一六年には一四四〇件に達した。新規入院患者も二七八人から八一人へと三倍に増えている。

「年間三〇〇〇人の新規入院患者のなかで、以前は一割にも満たなかった八五歳以上患者が、三割近くを占めるようになりました。地域医療が大きく変化したのです」（織田理事長）

八五歳以上の患者は認知症や運動器障害を併せ持っている。つまり、同病院に入院する患者の要介護率が急速に高まったことを意味している。「加えて、八五歳以上高齢者は配偶者の年齢も高く、退院の困難も大きくなります。わずか一〇年で当地域の入院医療が急激に変化したことを全国の医療者に知ってもらいたいです」（織田理事長）

この状況は全国で同様に進行していると織田理事長は指摘する。二〇一六年度の入院医療等調査によれば、八五歳以上の入院患者が占める割合は、七対一病棟で一八・二％、一〇対一病棟で三〇・二％、地域包括ケア病棟で三七・八％、療養病棟では四六・五％だ。

「このほとんどが在宅への復帰が望ましいとされる患者です。この数字でも対応が難しいことは明らかです

が、八五歳以上が占める割合は今後ますます増えていくでしょう。退院に困難が伴う高齢患者にどのように対処するかということは、全国共通の課題です」（織田理事長）

そこで、織田理事長は「治す医療」から「治し支える医療」への転換を本格化させることに取り組んだ、三つの「仕組みづくり」を進めている。

1. 安心して在宅へ帰すための院内の仕組みづくり
2. 退院後もケアの継続を図る仕組みづくり
3. 「住み慣れた地域で自分らしく最後まで」を地域とともに支える仕組みづくり

ここで留意すべきは、病院に搬送される高齢者が増えている一方で、在宅の八五歳以上患者も増えていることだ。二〇〇八年に一三万人だった八五歳以上在宅患者は、二〇一五年には四二万人に増えた。病院や介護施設では受け入れられなくなっている。急性期からの退院においても、回復期や療養病棟への転院の条件も厳しさが増した。急性期退院後の在宅復帰を支援する仕組みが必要な理由だ。

「まず取り組んだのは、病院内部で

の意識と構造改革です」（織田理事長）

かつての急性期病院は、そこで求められる治療を行い、次の施設へと転院させるまでがその役割だった。

しかし、直接在宅へ復帰する患者が増えるなかで、「生活の場に帰す」という視点が求められる。

「病気の治療の質を高めることだけが急性期病院のスタッフに求められる役割ではないということです。安心して生活の場に帰れる状況を作ら

## 「生活の場に帰す」ことも大事な医療の質 フラット型多職種チームを病棟に専従配置

「以前の退院決定までのプロセスは、入院決定時、入院中、退院決定時と担当者が分断されてきました。医師の指示で退院が決定すると、その時点での担当スタッフと連携室が退院に向けて準備を進めるという流れです（図表3）。継続的に退院を支援する組織や機能が存在していませんでした」（織田理事長）

そこで、継続的な退院支援の専任としてリエゾンナース（退院支援ナース）を配置した。リエゾンナースは、入院決定時に外来から介入し、入院早期からスクリーニングを開始して、一週間以内に退院支援が必要

なければ、広義の医療の質を向上させたとはいえません」（織田理事長）

医療の質に対する根本的な意識転換。織田理事長は毎日の朝礼で、治療の質を高めることと生活の場に帰すための取り組みの質が、同じレベルで重要であることを繰り返し強調した。そして、「院内」「退院直後」

「長期的支援」という三つのフェイズに分けた取り組みを推進している。

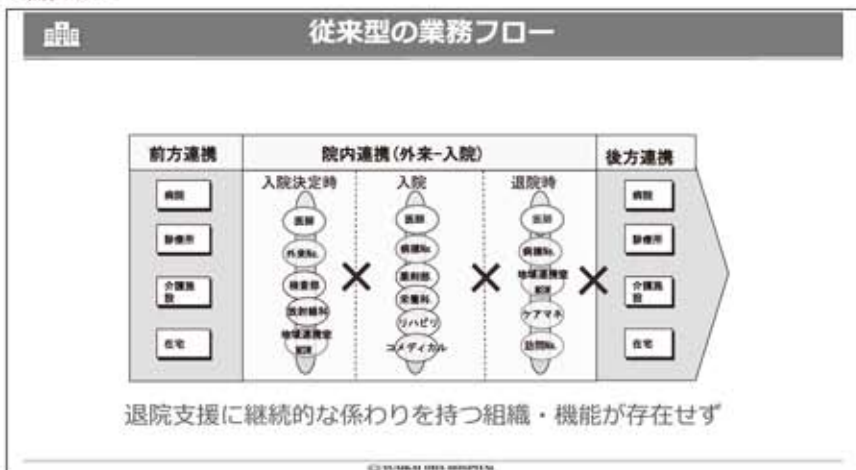
まずは、「院内」に構築した「フラット型多職種チーム」だ。

な患者を決定する。決定後はリエゾンナースが中心となり多職種のチームアプローチによって、計画通りの退院実現を目指すという流れだ（図表4）。

「この仕組みを導入した当初は、まだ七五歳前後の入院患者が多かったので上手く機能していませんでした。しかし、八五歳以上が増えてくると、リエゾンナースとソーシャルワーカーの負担が増大し、その退院支援機能が低下していったのです」（織田理事長）

そこで、次の一手として、多職種を病棟に専従配置した。薬剤師、管

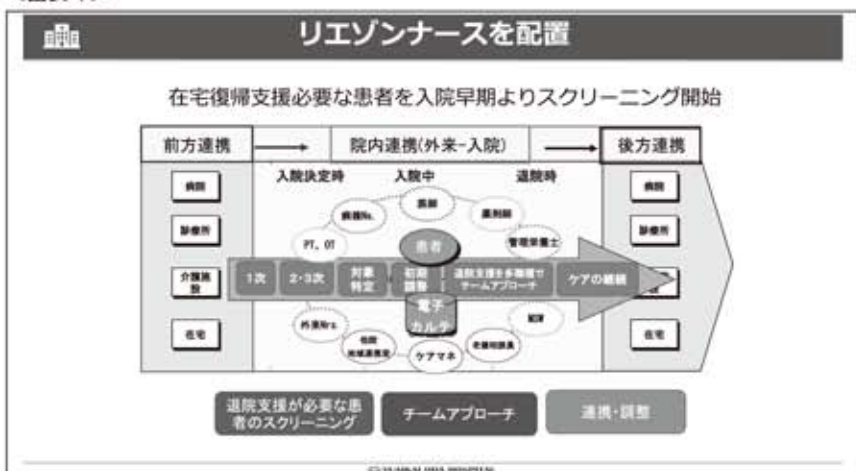
<図表3>



理栄養士、リハビリスタッフなどが自分の部署に戻ることなく、常に病棟で顔を合わせることで（図表5）、患者の情報や問題意識を共有し、いつでも意見交換ができる。長い時間をともに過ごすことで信頼関係も深まる。

また、職種ごとにユニフォームの色を分け、それぞれの役割をビジュアルに明確化した（図表6）。

<図表4>



「高知の近森病院が急性期に取り入れているフラット型多職種チームを退院支援に応用しようと考えました。スタッフ全員が聴診器を備え、誰もがフィジカルアセスメントを取れるようにしています。職種を色分けしたのは、患者さんや外部スタッフにとって職種を明確化するだけでなく、皆が自分の職種を意識し、その専門性を積極的に発揮しようという意識

<図表5>



を喚起することも意図しました」（織田理事長）

朝の申し送り前に、医師はじめ多職種チームが集まり、前日の入院患者の治療方針を共有する。その後、病棟を回診し、多職種が自らフィジカルアセスメントを取る。

「多職種が自らアセスメントすることで、それぞれの専門性から治療の経過を見つめ直すことができます。

<図表6> 職種ごとにユニフォームも色分け



「毎日多数の患者が退院する。週に一度、昼休みに開かれるこのミーティングには外部のケアマネージャーや訪問看護師も参加する」という。

たとえば、薬剤師は薬が期待通りに効いていないことを把握できれば、それを医師に伝えます。医師が常に患者のそばにいるわけではありませんが、貴重な情報連携になっています」（織田理事長）

退院が決定した患者については、在宅に向けての支援方針や支援内容に齟齬がないか多職種が集まり速やかに確認される（図表7）。

<図表7>多職種による退院支援ミーティング



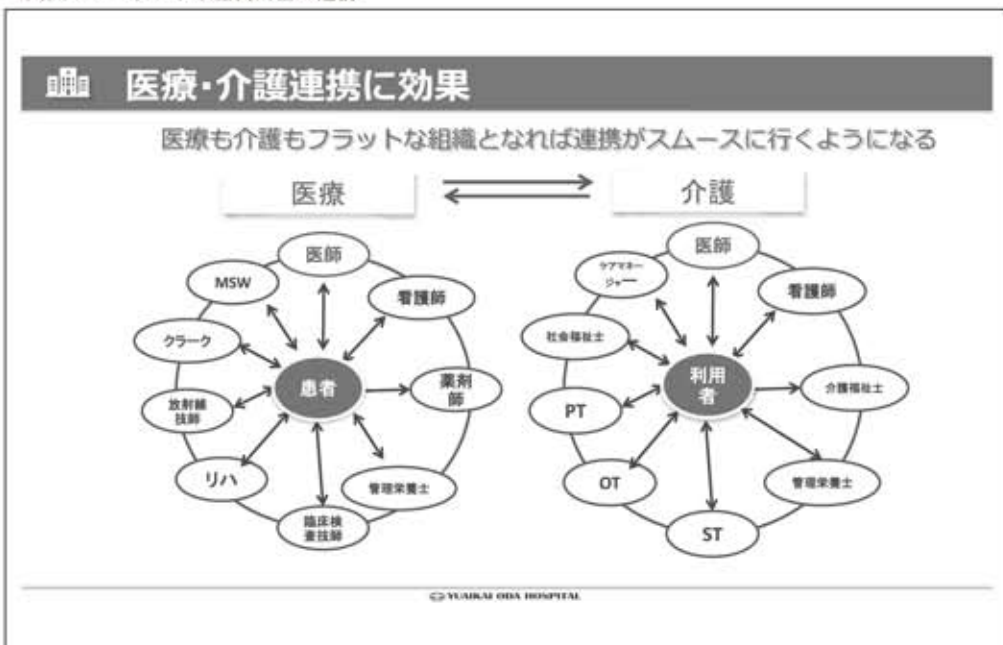
織田理事長は、以前の申し送りや退院支援会議と現在のあり方の違いを写真を並べて説明してくれた。カ

<図表8>ミーティングの景色も激変



ラフルな多職種の参加と話し合いのスピード感の違いが明白に表われている(図表8)。こうした変化を実現させたのは、間違いなく多職種の病棟配置だ。「顔の見える関係」が信頼関係を醸成した。織田理事長は、「顔の見える関係」にも段階があるという。「顔の見える関係」があり、「顔の向こうが見える関係」があり、そして、「顔を通り超えて信頼できる関係」がある。段階を踏むにはやはり時間がかかる。「まずはお互いの職種を理解するまでの時間ですね。そして、お互いの

<図表9>フラットな組織同士の連携



仕事をリスペクトできるようなるまでにも時間が必要でしょう」(織田理事長)  
特に介護領域も含めた連携では、介護職から医師に対するある種の「近寄りがたさ」が課題になる。それは旧来の医療機関にはびこっていた職

種のヒエラルキーとも似ている。「以前のチーム医療も医師の指示のもとに業務を行うピラミッド型でした。しかし、医師の業務は増え続けており、退院後のケアのことまで適切に指示する余裕が医師にはないのが実情です。また、医師は病棟にいる時間も短いのですから、ケアマネージャーにとってはますます連絡が取りづらい存在になります」(織田理事長)  
だからこそ、患者を中心として等距離で多職種が取り囲むフラット型のチーム医療が望ましい。  
「急性期の医療に「治す」ことだけが求められるのであれば、当然、医師の存在感は大きくなります。しかし、「生活の場に帰す」ことが同等に重要になった今、「生活の場に帰す」

<図表10>

### 総合管理システム①退院支援スクリーニング

項目	入院前	入院時	二次	三次	退院前	退院後
食事	自立	自立	一部介助	一部介助	自立	自立
排泄	自立	自立	自立	自立	自立	自立
歩行	自立	自立	一部介助	一部介助	自立	自立
服薬方法	自立	自立	自立	自立	自立	自立
認知機能	自立	自立	自立	自立	自立	自立
生活習慣	自立	自立	自立	自立	自立	自立
社会生活自立度	自立	一部介助程度	一部介助程度	一部介助程度	自立	自立
移動手段	自立	全介助	全介助	全介助	一人介助で可	自立
移動手段	つたえ歩き杖歩行	車椅子	車椅子	車椅子	16バー	16バー
入浴	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
移動状況	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
日常生活自立度	A1	B1	B2	B3	B4	B5
認知機能自立度	1	1	2a	2b	3a	3
生活習慣の低下	なし	なし	なし	なし	軽度	なし

ためのスキルはそれぞれの専門性を生かした多職種で行うことが重要になります。だから、職種の上下がない、フラットな関係で患者を取り囲むチーム医療が大事なのです」(織田理事長)

スタートからフラット型で構成されている。それだけに、医療における多職種連携もフラット型に構築されることで、医療と介護の連携もスムーズになると織田理事長は考えている(図表9)。

また、病棟への専従配置は、外部スタッフとの連携の取りやすさにもつながっている。病棟に来ればいつでも退院支援の状況を把握している各種専門職がいるからだ。「それは各職種のスキルアップにも効果がありましたね。他の職種からさまざまな質問を投げかけられるこ

<図表11>

### 総合管理システム②対象者一覧

NST	退院支援	感染症	褥瘡管理	転倒・転落	栄養指導	SSI	嚥下	クロス	評価日
400	401	402	403	404	405	406	407	408	409
410	411	412	413	414	415	416	417	418	419
420	421	422	423	424	425	426	427	428	429
430	431	432	433	434	435	436	437	438	439
440	441	442	443	444	445	446	447	448	449
450	451	452	453	454	455	456	457	458	459
460	461	462	463	464	465	466	467	468	469
470	471	472	473	474	475	476	477	478	479
480	481	482	483	484	485	486	487	488	489
490	491	492	493	494	495	496	497	498	499
500	501	502	503	504	505	506	507	508	509

とで、自ら学ぶ機会が増えてきているのだと思います。また、医師にとつては退院に関する業務に時間を取られることがなくなり、診療に集中できる環境も整いました」(織田理事長)

そして、この退院支援のチーム医療を支えている大きな要素としてITツールがある。

「退院支援のための患者情報を共有するためには、その情報が一元化されたシステムであることが必要です。電子カルテに含まれる情報が膨大すぎるので、電子カルテをそのまま利用するのはふさわしくありません。チーム医療に必要な情報は百数十項目ですから、電子カルテから必要な情報だけが抽出された退院支援データベースをオリジナルで作りました」(図表10)(織田理事長)

業務を煩雑化させないために、入力にはチェックとプルダウンで可能な仕様とし、時系列で表示することができるようにした。特に、ADLなどは入院前を参照すれば目標値を確認することができ、さらに、退院支援に関連する項目は横一列に並ぶパネルで画面に表示。たとえば「嚥下」をクリックすると、嚥下サポートが必要な患者が一覧表示される(図表11)。個別の患者をクリックすると

その患者の嚙下サポートに関する評価や目標などが把握できる仕様になっている。

「こうした情報を病棟に専従配置された多職種が毎日確認しています。だから、自分たちのやるべきことが明確になり、短い時間でチームの意思統一も図れるのです」（織田理事長）

外部のスタッフには紙にプリントアウトして提供し、同じ情報を共有している。また、このシステムはデスクトップの仮想化（クラウド化）も図られている。そのため、iPadなどのモバイル端末でも同じ画面をみることや操作することが可能だ。「在宅の現場でも同じ作業ができますし、クラウド化されていますから端末に情報が残りません。セキュリティ面にも優れたシステムです」（織田理事長）

こうしたフラット型多職種チームの構築とともに、院内における仕組みづくりとしては、「DCU (Demerita Care Unit: 認知症ケア専用病棟) の開設がある（図表12）。一般病床八床を完全ユニット化した。身体的疾患を併発した認知症患者への対応として、認知症認定看護師や臨床心理士を含む多職種チームが担う。

「通常の病棟に入院させては、他の患者に負担を強いることもあり、本人にも強いストレスがかかります。DCUの開設で多くの問題が解消しました。睡眠・覚醒のリズムが整いやすくなり、精神的にも穏や

## 病院多職種が退院直後の患者を継続的にケア MBCは地域が「病棟」のスタッフステーション

こうした退院支援のための院内の仕組みづくりと並行して取り組まれたのが、退院後もケアの継続を図る仕組みづくりだ。

「診療所が在宅医療を嫌がる一番の理由は緊急時の対応です。急性期の在院日数が短くなり、状態が安定していない患者を任されることの不安が大きいです。それは病院が退院後にあまりに関与していません。そこで、当院では退院後二週間、当院スタッフが在宅を訪問する「メデイカル・ベースキャンブ(MBC)」を立ち上げました」（織田理事長）

MBCのメンバーは医師、訪問看護師、ケアマネージャー、MSW、理学療法士、ヘルパーなどの多職種だ。同病院を退院した患者を二週間訪問し、落ち着いた段階で地域の医師にバトンタッチする（図表13）。

かになりました。また、認知症をもつ患者は入院中に精神状態を悪化させ、入院が長引くことも多かったのですが、DCU開設以降は退院もスムーズになり、退院後の精神も安定しています」（織田理事長）

「ただし、市内に訪問看護ステーションは当院にしかありませんから、訪問看護が必要な患者は引き続き当院のスタッフがケアする形にはなりません。しかし、基本的にかかりつけ医がいる患者は必ずかかりつけ医に返します」（織田理事長）

MBCのスタッフルームには三つの大型モニターが掲げられ、そちらに向かってパソコンを置いた机が整然と並ぶ。その様相はまさに「指令室」だ。大型モニターには全入院患者の情報が映し出され、退院が決まると日時が表示される。退院決定者は別のモニターに抽出される。

「病棟の動向がリアルタイムで把握できます。MBCのスタッフは、その動向を確認しながら準備を進めるのです」（織田理事長）

退院患者のうち、MBCが介入する患者については、その自宅がさら

に別のモニターの地図に表示される。これを確認して、MBCスタッフは自分たちの具体的な動線をイメージする。また、この地図上では、活動しているMBCチームの場所もリアルタイムに表示する。動態管理することによって、非常時に現場からアラートが発せられた時に迅速な対応を取ることができる（図表14）。

「消防署やタクシー会社では当たり前のように動態管理が取り入れられています。在宅医療にも有効な技術だと思ひ導入しました」（織田理事長）

現在、MBCの専従メンバーは三〇名。地域を病棟に見立て訪問できる体制だ。

このMBCスタッフルームには、二つの特徴がある。一つは壁面がガラス張りになっていること。つまり、室内が廊下からすべてみえている。

「医師との連携を円滑にするために廊下から内側がみえることよりも、室内のスタッフが廊下を見通せることが目的でした。MBCのオフィスは医師との円滑なコミュニケーションが取れるよう医局と隣接しており、廊下を通りかかった医師にすぐに声掛けができるようになっていました」（織田理事長）



活動中のMBCの動きはすべてモニターで把握されている



メディカル・ベースキャンプのスタッフルーム

<図表12>



<図表13>メディカル・ベースキャンプのイメージ



<図表14>動態管理イメージ



このシステムに搭載されるのは、「お声かけ機能」や「転倒検知機能」などだ。

- ・お声かけ機能：医療者がタブレット上の患者の一人を選択して画面をタッチすると、在宅患者がもつタブレット端末が強制的に起動し、遠隔からいつでも声をかけることができる。
- ・転倒検知機能：家族が事前にカメラの作動を許可した時だけカメラ撮影が作動し、AIによる人検知機能が時系列で人の動きを分析する。転

もう一つは、この部屋に同法人が併設する居宅介護支援事業所のスタッフが常駐していることだ。

「情報が一カ所に集まり、連携する者同士が顔の見える距離にいることが、より質の高い連携を生むのだと考えました」(織田理事長)

基本的な考え方は、院内のフラット型多職種チームの病棟配置と同じだ。MBCは、地域全体を病棟とし

た時のスタッフステーションという位置づけなのだろう。連携センターに所属するMSWの神代修課長も、MBCの創設に大きなメリットを感じている。

「入院と同時に退院調整がはじまり、その情報を退院にかかわるすべてのスタッフが共有できるようにしました。その後の調整においても、最新の情報に基づいてタイムリーに関連職種と話し合うことができます」(神代課長)

織田理事長の意図がしっかりとスタッフに浸透している。

**IoTとAIを活用した在宅見守りシステムを実証実験 認知症にはステージに応じたサービスを提供**

織田病院が取り組んだ三つ目の仕組みづくりでは、最新のITが活用されている。まずは「住み慣れた地域で自分らしく最後まで」を支える「二四時間見守り体制」の構築だ。

「IoTを利用して情報インフラを構築し、AIカメラやタブレット端末を活用して、在宅高齢者の生活を見守るシステムです。開発会社とともに実証実験を進めているところで」(織田理事長)



倒状態を検知するとアラートを発信し、家族に通知することも可能。

「一番期待できるのは「お声かけ機能」ですね。毎朝、声をかけることによって、その人の状態は意外とよくわかるものです。最近の画像は鮮明になっているのでバイタル情報などを取らなくても、ある程度は顔色で判断できます」（織田理事長）

他にも、熱中症対策としての室温検知、AIカメラを居室に掛けられた薬袋に向けて観察・分析する内服状況のチェックなど、見守りシステムに期待する機能は多岐に広がる。現在、一人を対象に実証実験を行っているが、一〇〇人規模にまで広げることが当面の課題となる。

そして、こうした在宅の見守りデータについてもMBCで管理されている。やはり、MBCは地域病棟のスタッフステーションだ（図表15）。「住み慣れた地域で自分らしく最後まで」という観点では、認知症になっても安心して在宅で暮らせる地域づくりも重要になる。

「院内にはDCUを作りましたが、退院後も認知症患者が安心して生活できるための機能が必要です。そこで、十数年前から鹿島市を七つのエリアに分け、その幹線道路沿いに認

知症デイサービス施設を作りました。認知症患者の家族には、退院後に何かあったらここに駆け込むようにしています。最近の認知症カフェのような機能ですね」（織田理事長）

高齢者の人間らしい生き方を支え、増え続ける認知症への対応を模索する織田理事長の基本姿勢は、一九九七年から整備を続けている「ゆうあいビレッジ」に凝縮されている。地域の十数名の住民から提供された八〇〇〇坪の広大な敷地に、介護老人保健施設やデイケア、デイサービス、グループホームなど介護サービスや介護予防・生活支援のための保健福祉サービスを少しずつ増設していった（図表16）。

「介護を必要とする高齢者が増える一方で、介護する人も高齢になり、また介護の期間も長くなっているため、介護する人の負担が重くなっています。また少子化も進み、家族だけで介護することは難しくなってきました。高齢者自らが地域社会のなかで役割と生きがいをもって暮らせる、明るく活力ある豊かな長寿社会づくりの一端を担えればと思ったのです」（織田理事長）

ゆうあいビレッジの機能を広げることなかで、織田理事長が意図したのは、

「さまざまなステージに対応したサービスのメニュー化」だという。

「認知症の患者でも、軽度であれば通所のデイサービスが適しており、少し重くなって訪問が必要となれば小規模多機能型居宅介護がよいでしょう。さらに重くなって、一度入所したほうがよいと思われる人は老人保健施設に入り、それ以上に重くなると在宅に戻ることが困難となればグループホームや特定施設。ゆうあいビレッジにはそのすべてがありま

す。状態に応じたサービスを用意することで、認知症高齢者が地域で暮らし続ける可能性を高められると思つたのです」（織田理事長）

ゆうあいビレッジの建物はすべて北欧風にデザインされている。日本風の家屋のほうが好まれるかと思つたが、意外にも利用者からは好評だ

「八五歳以上人口の増加と並行して、

という。「ちょっとした「異次元」を皆さん楽しんでいようです」（織田理事長）

ゆうあいビレッジでは、ニーズの増加に応じて許容量を増やしてきた。しかし、作っても作ってもすぐに定員に達してしまふ。敷地にもそろそろ余裕がなくなってきた。織田理事長は箱ものでの対処に限界を感じている。

「限られた地域ですのでニーズはいつかピークアウトしますし、建築コストも高騰しています。脱施設化に向かうべきであり、二〇一二年以降はゆうあいビレッジに新しい建物は作っていません。その代わりにMBCを立ち上げたのです。すべては一連の流れで取り組んできました」（織田理事長）

訪問のニーズが増えます。当然医療者は地域に出て行かなければなりません。そういう時代がもうすぐそこまで来ています」（織田理事長）

織田病院の取り組みに二つの疑問が沸いた。一つはコストだ。病棟への専従配置やMBCには、部分的に

## 住み慣れた地域で暮らし続けるための支援 医療者には地域社会づくりへの意識も重要

＜図表15＞地域在宅病棟



は何らかの点数が手当てされるにしても、その業務自体に直接点数が得られるわけではない。しかし、その答えは明快だった。

「多職種の病棟配置やMBCの活動によって退院がスムーズになり、病床の回転が速くなりました。新規の入院患者が増えれば、コスト的にも十分採算は取れます」（織田理事長）

人員の充足で医療の質を高め、それによって次の投資に見合う利益が生まれる。医療機関経営の理想的な循環だ。

では、それを支えるマンパワーの

＜図表16＞ゆうあいビレッジ



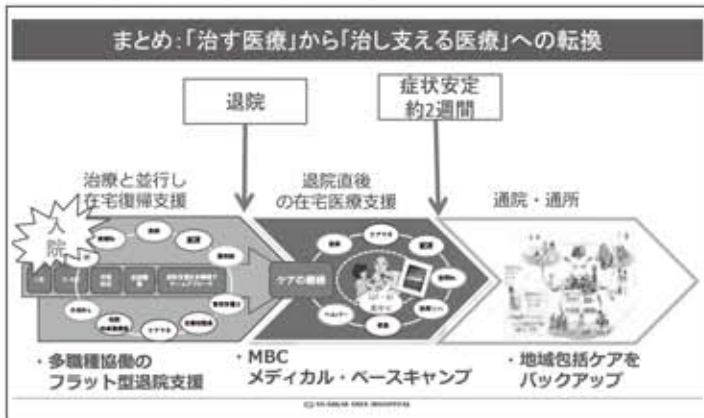
確保はどうか。現状の人員は十分にみえるが、地方の小都市にあって将来的な不安はないのだろうか。

「その不安はありませんね。当院ではEPAの外国人看護師受け入れ開始当初から参加しました。これまで30人以上を受け入れています。当面の人材確保ではなく、将来を見据えての判断でした」（織田理事長）

インドネシア人はよく働き、性格的にも何一つ問題はなかったという。しかし、長く日本で働こうという人材はいない。

「とても残念なのですが、やっと一

＜図表17＞織田病院の取り組みの全体像



人前になった頃に帰国してしまいました。若い女性ですから母国で結婚して子供を育てたいという思いもあるでしょう」（織田理事長）

将来のマンパワーの確保については、地域の中・高校生へ医療や介護職のやりがいを話し、体験することによって将来の職業として選んでいただけるようにインターンシップ等にも力を入れていくという。ワークライフバランスへの配慮や再雇用などによって、長く働ける職場を作っていきたいと織田理事長は語る。

地域包括ケアシステムの構築に向

けては、全国各地でさまざまな試行錯誤が続けられている。最後に、それを推進するために一番重要な考え方はどのようなものであるのかを、織田理事長に聞いた。

「私たちは地域の医療を守るために必要なことをやってきただけという思いがあります。ただ、その一方で私は鹿島市の体育協会会長を務めています。私の目標は生涯スポーツを通じ『エイジレス社会』を作ることです。そうした地域社会づくりに積極的にいかかわっていく姿勢というものも必要ではないでしょうか。特にこれからは住民の生活に深く入り込んでいくことが求められているのですから、狭い意味での医療に縛られていては大事なものがみえなくなってしまうかもしれません」（織田理事長）

佐賀県の織田病院が取り組む、「フラット型」の多職種チームによる退院支援「メディカル・ベースキャンプ」"ITを活用した見守りシステム"などを広範に紹介してきた。あらゆる試みが同じ一つの目的に向かっていることが印象的だった。明確なビジョンを見据え、それに向かって迷いなく進むことが、成功のポイントであるのかもしれない。