

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名:白山石川医療企業団 公立つるぎ病院

1 地域の在宅医療・介護が抱える課題と拠点の取り組み方針について

白山市は、平成17年2月に松任市、美川町、鶴来町、河内村、鳥越村、吉野谷村、尾口村、白峰村の1市2町5村が合併して誕生した市であり、石川県内で最大の面積(755.17k㎡)を誇る。県都金沢市の西南部に位置しており、人口約11万人の地域である。そのうち、公立つるぎ病院(以下「当病院」という)は、白山市の南部にある鶴来地区に位置する。当病院は、鶴来地区と白山ろくを主な診療圏としており、この2つ(以下「当地域」という)を在宅医療連携拠点事業(以下「当事業」という)の主な活動範囲とした。

白山ろく地域は、白山市の南側に位置し、空気が澄んだ空の青さと木々の緑豊かな大自然に囲まれた地域である。その中でも、この地域の在宅医療・介護が抱える課題として、①面積が650.48k㎡と広大な地域であり、かつ無医地区が2か所、準無医地区が1か所存在する、②白山市内で唯一、人口が減少しており、若い世代を中心に人口の流出が見られることから高齢化や過疎化が進行し、高齢化率は33.7%と白山市内でも特に高齢化が顕著である、③多疾患を併せ持つ高齢者も少なくない、④一人暮らし高齢者の「在宅看取り」、⑤夜間、休日、遠方への出張時等において、一人医師体制では24時間対応に限界がある、⑥限られた医療・介護資源の中では専門職との連携が必須であるが、人材も十分とは言えない中で在宅医療・介護従事者の負担も少なくないことなどがあった。

一方、平野部に属する鶴来地区は、面積35.64k㎡で、金沢市のベッドタウン化となっており、高齢化率は20.7%である。この地域における課題として、①訪問看護師と病院医師との連携が図りづらく、診療内容が分かりづらい、②医療依存度の高い患者の

継続的な在宅療養支援の体制づくり、③多様化する医療ニーズへの対応と専門性の発揮するための知識・技術の向上、④多職種が一堂に会する場がない、⑤24時間診療体制を構築している診療所が少ないなどの課題があった。

取り組み方針は、可視化できるよう表に表した(別紙「活動実績」p.6参照)。

2 拠点事業の立ち上げについて

当事業に関する活動を有益に遂行するために、当病院に事務局を設置し、常勤職員(看護師1名、介護支援専門員1名、医療ソーシャルワーカー2名、事務職4名)を配置した。事務局は全ての活動において整合性が図れるように、各種会議等へ出席することとし、積極的な参画をおこなった。

当地域において、在宅医療・介護を必要とする人が安心して療養・生活ができるよう、地域の実情に応じた的確な在宅医療・介護提供体制の構築を目指すことなどを目的として、「白山ろく・鶴来在宅医療連携協議会(以下「協議会」という)」を平成24年7月23日に設立した。当病院関係以外の構成メンバーは、以下のように選出した。

- ① チーム医療として多職種連携は欠かせないものであるが、医療の要となるのは医師であることから医師会の協力は必須であるため、白山ののいち医師会(地域医療担当理事)に参加を求めた。
- ② 白山ろく・鶴来地区の診療所・病院の医師に各地域の代表として参加を求めた。
- ③ 医療ニーズが多様化する中、在宅療養支援診療所の要件として、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保しなければならないとされているように、在宅医療では訪問看護の必要性が非常に高いことから訪問看護ステーションの協力が不可欠であるため、訪問看護だ

けでなく居宅介護支援事業も併設している石川県医療在宅ケア事業団の白山鶴来訪問看護ステーションの管理者に参加を依頼した。

- ④ 地域において公的な医療・介護保険サービスや地域のインフォーマルなサービス等を有機的に連結させた包括的なサービス提供をコーディネートする白山市高齢者支援センター（地域包括支援センター）は、当事業を推進するにあたり大変重要な役割を担うことから、管理者に参加を求めた。

また、在宅医療に造詣の深い有識者 3 人にアドバイザーとして参画を依頼し、必要に応じて会合への出席を求めた。

白山ののいち医師会には、毎月開催される理事会において理事の一員である当病院の病院長より必要に応じて当事業に関する報告等をおこなった。また、当事業に関する説明会や活動発表会への参加を依頼し、企画した講演会では後援として協力を得た。その他、白山ろく・鶴来地区医師会のコミュニケーションの“場”作りにも精力的に携わり、医師間の連携を深める重要な契機となった。

白山市高齢者支援センターとは、月 1 回程度のミーティングをおこなう機会を設け、密接な関係づくりに取り組んだ。その中でも、地域では専門性を活かし、在宅医療・介護に関する様々な取り組みがおこなわれているが、具体的な取り組み内容を把握するために、薬剤師会との意見交換会を協働で開催した。薬剤師による在宅での服薬管理の現状と課題や、薬剤師会として今後計画している取り組みなどについて知ることができ、とても有意義な機会となった。後に、鶴来地区サービス連携会議での発表につながり、同会議に出席したケアマネジャーからは、“今までプランに入れたことがなかったが、薬剤師介入の必要性を感じた”という好評を博した。

3 拠点事業での取り組みについて

(1) 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

地域の医療・福祉資源を把握し当事業において有益な活動に取り組むために、『白山ろく・鶴来地区 医療・福祉関係機関 資源マップ（以下「資

源マップ」という）』を作成した。資源マップを作成するにあたり、各事業所の基本情報（住所、電話番号、FAX、メールアドレス、ホームページアドレス、アクセス等）や相談窓口担当者を調査した。その他、医療機関においては、診療科目・時間、在宅への取り組み状況、医師との連絡・連携方法を調査し、福祉関係事業所（特に入居施設）については、医療行為等の受け入れ基準等を調査した。上記の項目を集約した調査シートを作成し、各事業所を訪問して当事業の要旨を説明し協力依頼したところ、全事業所より賛同を得ることができ、後日回収をおこなった。ここで得られた情報を地域で有効活用してもらえるように小冊子として製本し、各事業所に配布することとした。

(2) 会議の開催（地域ケア会議等への医療関係者の参加の仲介を含む。）

主な活動対象としている 2 つの地域では特性が異なるため、それぞれの地域毎で在宅医療・介護に係わる多職種が一堂に会する場を 2 か月に 1 回開催することとし、地域におけるあらゆる課題の抽出や対応策の検討に努めた。地域の実情を踏まえ、事務局では白山ろくを過疎化モデル、鶴来地区を市街地モデルとした。

① 白山ろくサービス連携会議

平成 8 年より、異なる機関に所属する多職種が定期的に会していた「高齢者サービス調整会議」の取り組みで、特別養護老人ホームや地元業者との協力のもと、要介護者への配食サービスの導入が現実のものとなった。また、一人暮らしの高齢者の安否確認にも寄与しており、白山ろくの高齢者の在宅療養・生活のサポートをしてきた。これらの実績を継承し、平成 24 年度より「白山ろくサービス連携会議」に改称し、更なる展開と充実に向けてきた。

白山ろくサービス連携会議では毎回 20 名ほどの多職種が集い事例検討や各事業所での取り組みなどをプレゼンテーションしながら、現状と課題を取りまとめてきた。その一つには、

厳格な食事療法が必要な患者に対する栄養士の関与についての課題があげられた。白山ろくは広大な地域であり、訪問による栄養指導を実施している事業所からは距離も遠く介入が困難な状況であったが、検討を重ね、行政の協力により白山市の職員(栄養士)が対応することとなった。また当病院では、栄養士より訪問看護師への助言を行なうなど、地域と連携した間口の広い医療体制が構築された。

今後の課題として、白峰地区で唯一の医療機関である白峰診療所では常勤の医師1人、看護師1人、事務1人の体制であり、夜間や休日は医師、看護師が不在となっている。白峰地区は、人口972人に対し65歳以上の高齢者数は362人で、高齢化率が37.2%と極めて高い地域であり、地域住民の意識も他地域と比べて異なる(平成24年4月1日現在)。今後、この地区の在宅医療をどのように支援していくか大きな課題の一つである。また、人員が十分とは言えない体制の中、日中に開催される会議には参加しづらい状況にあるため、会議の運営についても検討が必要である。さらに、介護関係事業所(グループホーム、ケアハウス、訪問介護等)の参画についても積極的に呼びかけていきたい。

② 鶴来地区サービス連携会議

白山ろく地域での取り組みを参考に、まずは顔の見える関係づくりを目指し、白山ろくサービス連携会議と同様、多職種が一堂に会する「鶴来地区サービス連携会議」を設立した。会議終了後には当会議に関するアンケートを実施し、参加者の意見を反映しながら会議の運営を工夫した。

鶴来地区サービス連携会議を設立し、顔の見える関係づくりに努めてきたことで、徐々にではあるが鶴来地区の医療・介護従事者間の一体感が高まってきた。また、診療所医師や病院勤務医の在宅医療に対する意識が向上し、積極的に会合へ出席するようになった。

第1回の会議終了後に実施したアンケート

では、“漠然としすぎて分からないことが多かった”、“皆さん中心にと言われましたが、もっと具体的な活動内容を示さないと皆戸惑うだけだと思います”などの意見があり、運営面では多くの課題が残ったが、“継続的な連携の場づくりになることを期待しています”などの前向きな意見もあり、第2回の会議では第1回を上回るほどの参加があった。また、回を重ねるごとにグループワークでは活発に意見が飛び交うようになった。引き続き、多職種での連携意識を高め、地域での課題の抽出と解決に努めていきたい。

(3) 研修の実施

人と人のつながりにおいて、コミュニケーションは欠かせないものであり、包括的なチーム医療・ケアの実現のために地域で大変重要な役割を担う在宅医療・介護従事者のコミュニケーションスキルに注目した。

平成24年4月28日(土)には、医療・健康分野へのコーチングの応用を提唱され、医療コミュニケーションのための「メディカルサポートコーチング法」等の体系付けにも寄与されているメディカル&ライフサポートコーチング研究会代表の奥田弘美氏を講師として招き、研修会を開催した。

また、より実践的にコミュニケーションスキルを向上させることを目的として、石川県立看護大学より彦聖美氏を講師として招き、白山ろく・鶴来地区の在宅医療・介護従事者を対象としたセミナーを4回シリーズで講義とグループワークを交えておこなった。参加された方を職種別に見ると、医師、看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、介護士、理学療法士、作業療法士、保健師の方々に、毎回30名程度の参加があった。できる限り多くの方々とコミュニケーションを図り、顔の見える関係づくりができるように、多職種が入り混じるようグループ構成に配慮した。

上記のセミナーを受講し培ったコミュニケーションスキルを次のステップへと活かし、充実した多職種連携のために重要なのはネットワークの構築で

あると考えた。そこで、石川県内で当病院と同じく当事業を受託し、地域で活発な取り組みをされている金沢赤十字病院の西村 元一氏を講師として招き、特別講演をおこなった。医師、看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、介護士、事務職等を含め 60 名の参加があった。

また、在宅医療・介護に従事する専門職等が、地域住民の思いに寄り添い、専門性を発揮して地域の包括的医療・ケアの実現について追及することや、患者・家族の意志決定を尊重し、終末期の医療を支えるために地域住民の“死生観”に向き合う機会を持つことを目的とし、石川県立看護大学より浅見 洋氏を講師として招き、「地域住民の死生観と終末期療養ニーズについて」という演題で平成 25 年 2 月 20 日に講演会をおこなった。医療・介護従事者だけでなく民生委員の方々を含め、総勢 133 名の参加があった。

(4) 24 時間 365 日の在宅医療・介護提供体制の構築

白山ろく、鶴来地区における 24 時間対応の在宅医療提供体制の構築に向けて、平成 24 年 4 月より毎月 1 回、「在宅連携医療機関カンファレンス」をおこなってきた。同カンファレンスに参加する 4 つの医療機関のうち 3 つの医療機関が、平成 24 年 8 月に機能強化型(連携型)による在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出を行い、24 時間対応の在宅医療提供体制のために相互補完的な連携体制を構築した。これまで、一人医師体制の診療所では 24 時間対応に限界があることが課題とされていたが、連携体制を構築したことで医師の不在時には、連携医療機関内の医師が往診に行くという体制を確立した。また、連携医療機関内での共通様式として「診療情報サマリー(別添『活動実績』p.59 参照)」を作成し、患者情報の共有をおこなった。さらに、当病院では緊急時のバックアップ体制のため、入院ベッドの確保や円滑な受け入れ体制の確立など病院内の連携体制の強化にも努めた。そして、平成 25 年 1 月には 5 つの

医療機関が届出に加わり、連携体制が拡充した。

しかし、いつ掛かってくるか分からない電話の対応にあたる医師や看護師は、24 時間拘束されている負担感は依然として変わらない状況であり、今後の検討課題である。

(5) 地域包括支援センター・ケアマネジャーを対象にした支援の実施

地域包括支援センター

平成 24 年 4 月より白山市高齢者支援センターに出向き、月 1 回程度のミーティングをおこなってきたことで、より緊密な連携が図れるようになった。そのほか、地域における行政の役割や業務内容を知る機会ともなった。その中でも、ケアマネジャーへの支援として日常的な個別指導や支援困難事例への指導や助言等がおこなわれているが、今回は認知症の方への支援として、今後は「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指すために、早期に対応できるシステムづくりが必要と考え、当地域において、まずは問題行動の発生を防ぎ早期診断へと円滑につなげられるような体制の整備に努めた。当病院で作成した情報収集用シート(別添『活動実績』p.69 参照)を基に、認知症の疑いがあった支援の必要がありそうなケースが発生した場合には、相談を受けた白山市高齢者支援センターより当病院が連絡を受け、受診までの調整をおこなった。

ケアマネジャー

在宅で療養生活をしている患者において、入退院時では特にケアマネジャーとの連携が重要である。そこで、①医療面でどのような問題を抱えているか、②どのような研修会があればよいか、③不足しているサービスはあるか、④担当利用者数、⑤その他という内容で、10 事業所(17 人)のケアマネジャーに対しヒアリングし、課題の抽出と課題の解決に努めた。

ヒアリングで得た課題より、普段からの連携についてそれぞれの職種や立場からどのような思いを

抱えているのかなどについて知ることで、今後の充実した連携に発展するのではないかと考え、意見交換会を企画した。白山ろく・鶴来地区のケアマネジャー、訪問看護師、地域包括支援センターと病院職員(看護師、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー)を対象に、第1回目(平成24年9月12日開催)は「入院時から入院中の連携」、第2回目(同年11月9日開催)は「退院時の連携」をテーマとし、ワールドカフェ方式でグループワークをおこなった。いずれも活発な意見が飛び交い、アンケートでは、“このような意見交換会などもあり連携の取りやすい環境になっている”との意見があった。

(6) 効率的な情報共有のための取組(地域連携パスの作成の取組、地域の在宅医療・介護関係者の連絡様式・方法の統一など)

患者の急変時等に連携医療機関内で円滑な対応ができるよう、情報共有シート(「診療情報サマリー」)を事務局が作成した。それを1冊のファイルに集約し、各医療機関にて保管し、患者の情報を共有している。情報共有が可能となった要因として、自らが自己開示することで、相手からも自己開示が返ってくるという返報性の効果を得られたことが考えられる。紙媒体であるためリアルタイムな情報を得ることは難しいが、情報を見直し更新を1度おこなった。さらに、情報共有が可能になったことで、連携医療機関内での連帯感が高まった。また、患者宅には訪問診療録等を集約したファイルを置き、サービス担当者間で情報を共有している。

しかし、紙媒体ではリアルタイムの情報でない、情報更新の負担が大きい、各在宅サービス事業所の情報が存在するため情報収集が煩雑などの問題があり、今後は統一ファイルの作成やIT化の検討が必要である。

石川県では、平成25年度に地域医療連携システム整備事業(以下「システム整備事業」という)が展開される方向であり、当病院もシステム整備事業に係るITシステムを導入する予定である。システム整備事業では、電子カルテシステムと連動したITシステムを導入し、複数の医療機関で診療情

報の共有を図り、地域における医療連携を促進することを目的としている。このシステムを活用すると共に、今後は医療分野だけでなく介護分野も含めた地域一体での情報共有体制の構築に努めていきたい。

(7) 地域住民への普及・啓発

地元の婦人部より、「地域では家族内で認知症の方を介護しながら生活している人もいるが、婦人部も徐々に高齢化しており、認知症に関する知識を得たい」との意見があり、平成24年11月16日に鶴来本町二丁目の婦人部と意見交換会をおこなった。婦人部からは10名が参加し、当病院からは医師、認知症看護認定看護師、看護師、作業療法士の4名が出席し、認知症に関する講義と意見交換をおこなった。膝を交えながら、認知症に対する不安や疑問、接し方など具体的な話し合いをする機会となり、有意義な交流ができた。

また、地域住民により身近なところで重要な役割を担っている民生委員の方々の思いを知ることにも必要ではないかと考え、平成24年12月4日に鶴来地区民生委員理事会で時間をもらい、6名の理事と3名の関係者として意見交換の場を設けた。当病院は在宅医療に関する取り組みを説明し、民生委員からは地域でどのような活動をおこなっているのかなどを説明してもらった。この意見交換会では、相互理解を深める場として有益な機会となり、住民ができる限り住み慣れた地域で暮らしていくためには民生委員のサポートは欠かせないものであると改めて認識した。後に、当病院の在宅医療に関する取り組みを広く知ってもらいたいと民生委員から意見があり、平成25年2月21日に鶴来地区民生委員総会で約50名の鶴来地区民生委員を対象に当病院の病院長が講演をおこなった。

(8) 災害発生時の対応策

当病院はへき地医療拠点病院として指定されており、日頃より①無医地区への巡回診療、②医師(代診医も含む)の派遣、③入院を要する患者の受け入れ、④研修事業などに取り組んでいるが、災害が起きた際にも、へき地医療を支える中核的な機能

を担う必要がある。

白山市防災会議が作成する『白山市地域防災計画』において、当病院は県からの派遣要請があったときは、医療救護班を派遣し、医療救護活動をおこなうこととなっている。また、当病院では震度 5 以上の場合には職員が登院し、地域の在宅医療患者の安否確認をおこなうとともに、必要に応じて入院の受け入れ体制を整備することとしている。

① 情報収集(医療依存度調査)

在宅人工呼吸療法、在宅酸素療法、痰の吸引などが必要な医療依存度の高い患者の情報収集をおこなった。

② 備品整備

医療依存度調査をおこなったところ、人工呼吸器、酸素吸入器、吸引器等の電力の確保を必要とする医療機器の維持への対策が必要であると考えた。災害が起きた場合でも、病院(診療所)機能を確立するために、電力の確保は欠かせない。そこで、発電機を購入し災害時に備えることとした。特に白山ろくは広大な地域であるため、2か所の診療所と訪問看護ステーションに発電機の設置を依頼し、在宅患者にいち早く電力を提供できるよう災害時の協力体制を検討した。鶴来地区においては、中核的な診療は当病院が担うことになるため、在宅患者の情報を最も迅速に把握できるであろう訪問看護ステーションに発電機の設置を依頼した。また、発電機を選定するにあたり、女性でも持ち運びがしやすく、取り扱いが簡便なタイプのものや、燃料が手に入りやすいものなどを考慮し、災害時に備えることとした。

③ 大規模災害訓練

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は、今もなお震災の爪痕が残っており、以前のまちの姿への復興にはまだまだ時間が要する状態である。日本だけでなく世界中をも脅かすほどの大震災であったが、今後当地域において災害が発生した場合を想定し、日頃より対応策の検討をしておく必要がある。そこで当病

院では、休日に震度 6 の地震が発生し、電力が切断されたという設定で大規模災害訓練を実施し、病院職員が丸となり訓練に励んだ。地域住民には、災害時地域住民が協力して傷病者を病院まで搬送するテクニックを習得してもらうことを目的として参加を求めた。事前に搬送テクニックの練習をする機会を設け、地域一体となった訓練をおこなうことができた。

また、在宅酸素を取り扱う業者にも協力を求め、2社が協働して在宅酸素療法が必要な患者を受け入れるためのホットルームを設置し、対応策の検討を図った。

④ 防災訓練への参加

行政が主催する白山ろく地域防災訓練に積極的に参加し、地域の防災活動を垣間見ることができた。

4 特に独創的だと思う取り組み

住民の中には、医療や介護が必要な状態になったとき、病院や施設だけでなく、地域にある社会資源を活用して自宅で生活できることについて知らない人もいる。また、家族は病気を抱えた患者に対してどのような関わりをしたら良いか不安を抱えている人もいる。当病院が活動範囲としている地域には、少子高齢化が進み人口減少が顕著な地域もあり、その中には多疾患を併せ持つ高齢者も少なくない。医療・介護資源が豊富とは言い難い地域でも、住民が住みなれた地域でできる限り自宅で過ごすためには、地域住民のエンパワメントに注目し、地域力の創造を図る必要があると考えた。

そこで、地域の住民に対して在宅医療のことをより分かりやすく伝えるため、吉野谷診療所 橋本 宏樹氏による講演と、吉野谷診療所スタッフ並びに白山ろくの介護従事者との協働で認知症をテーマにした寸劇による普及啓発活動をおこなった。

中宮地区でおこなった第 1 回目は 33 名の住民より参加があり、その活動は新聞にも取り上げられ、地域力の創造への一助となった。その後、尾口地区からの依頼もあり、2 回目の開催もおこなうことができ、43 名の参加を得た。さらにこの活動は地域でのつな

がりと呼び、次年度も講演と寸劇の依頼を受けており、約 200 名の住民を対象に開催する予定である。これらの活動を筆頭に地域力の創造・展開に向けて日々取り組んでいる。

5 地域の在宅医療・介護連携に最も効果があった取り組み

24 時間対応の在宅医療提供体制の構築に向けて、白山ろく地域にある 2 つの診療所と当病院とが連携し、機能強化型(連携型)在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出をおこない、在宅支援連携体制を構築したことで連携医療機関内での補完体制が構築され、情報共有も可能になった。ここでの取り組みは松任地区にも波及を呼び、5 つの医療機関が届出に加わり、在宅支援連携体制が拡充した。また、24 時間体制で直接連絡が取れる電話番号を一元化した上で連絡先及び担当者を患者・家族に文書で提供しており、そこに後方支援の病院名を記載することで、患者・家族は安心して在宅療養ができるようになった。また、後方支援の役割を担う当病院では、緊急時の受け入れを円滑におこなえるよう専用電話(ホットライン)を設けた。ホットラインは平成 24 年 7 月から開設し、平成 25 年 3 月末までにおいて延べ 94 件の連絡があった。以前は、受け手側は診察中の外来に電話がつながり診療が中断されたり、掛け手側は順番に回線を回されたりと、受け入れまでの過程には難渋していたが、ホットラインを設けたことで、連携が図りやすくなったと地域の開業医やケアマネジャーから意見があった。これらの取り組みは、当病院の地域での役割分担、機能分担の明確化につながり、在宅医療支援病床の設置という考えに結びついた。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

生活を支える医療への調整

チーム医療をおこなう上で、医師の治療方針はとも重要なものである。当病院では医師不足という課題を抱えながらも、これまで在宅医療の推進に向けてあらゆる取り組みをしてきたが、病院に勤務する医師(以下「勤務医」という)と在宅医療を担う医師

(以下「在宅医」という)とで治療方針の違いや視点の違いがある。入院患者の場合では、勤務医は専門医として疾患に対する治療を施し、状態が落ち着くと退院の許可を出す。そして、退院への調整は退院調整部門に依頼するというケースがみられる。そのため、病院での高度な医療を在宅での医療へそのまま引き継ごうとすることがある。一方、地域の診療所では、病院での高度な医療をそのまま引き継げるような完備された医療材料や人員体制等が必ずしも整っているとは言えず、その治療形態が必ずしも在宅での治療形態に適しているとも言えない。これは医師の治療方針だけの問題でなく、病院でのチーム医療と在宅でのチーム医療の体制や視点に違いがあるのではないかと。

患者にとっての「病気」は、患者の人生における一部にしかすぎないが、その一部が今後の人生をどう生きるかを左右する要因にもなり得るのである。当然のことだが、医療・介護従事者は「患者がどう生きたいか」を主軸に持った支援が大前提であり、特に病院でのチーム医療において必要になってくるのが、退院支援と退院調整である。患者が自分の病気や病態を理解し受け止め、生活の場に帰ろうとするための退院支援と、患者の“したい”を“できる”に変えるために調整する退院調整は、各職種の専門性を発揮する場でもある。

当病院では、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー等の関係者間で連携しながら、退院支援と退院調整の強化に努めてきた。しかし、各々の知識や経験にも差があり、在宅医療に向けた**生活を支える医療への調整**についてはまだ不十分なところもある。今後の課題として、退院後の生活をイメージし、それに応じた必要な退院調整ができるように人材の育成にも尽力していきたい。これに対する方策として、OJTとOJTとが補完し合うような教育体制が必要と考える。

平成 24 年 4 月より白山鶴来訪問看護ステーションとは定期的にミーティングをおこなう機会を設け、これまでに 6 回のミーティングをおこなってきた。このミーティングを機会に、これまで連携上の課題として

いた事柄に対してあらゆる方策を打ち出し、より円滑かつ充実した連携を図れるよう努めてきた。しかし、在宅医療に対する意識の違いは依然として残っている。そこで、当病院ではOJTとして看護師を対象に、①訪問看護師を講師として招き勉強会を開催、②訪問看護に同行させてもらい、実践的に知識や技術を習得することを目的とした相互実習などを検討している。平成24年度には、研修カリキュラムに組み込めなかったため、今後調整していきたい。

鶴来地区サービス連携会議

当事業を契機に設立した**鶴来地区サービス連携会議**では、鶴来地区の医療介護従事者である多職種が一堂に会するのは初めての取り組みであった。ここでは、地域で充実したネットワークの構築に向けて顔の見える関係づくりが必要であり、医療介護従事者の交流の機会を確保し、各種の情報が職種や機関を超えて共有できるような場を設定することが課題であった。しかし、実体がない初めての取り組みに対して関係者から理解を得るのは容易ではなかった。もちろん、医療介護従事者自身も顔の見える関係づくりは必要であると思っけていても、どのように関わったらよいか、どのような立場で何を話したらよいかなど疑問を抱えていた。1回目は、当方の説明不足という反省を踏まえ、後日同一職種で集まる会合で時間をもらい当事業の説明に伺った。2回目以降の会議ではできるだけ参加者の意見を反映するために、席の配置にも工夫し話しやすい雰囲気づくりに努めた。3回目からはグループワークを取り入れ、グループ分けは可能な限り多くの方と顔の見える関係づくりができるよう多職種が入り混じるよう配慮した。

平成24年度は同会議を延べ5回開催し、平均35名程度の参加があった。グループワークでは回を重ねる毎に活発な討議をできるようになってきたが、会議を開催するにあたり、事務局でテーマを決め、テーマに沿ったプレゼンテーションや症例の発表者を選定して依頼しており、事務局が会議の運営主体となっている傾向が強い。それに従事する人員も十分ではないため、会議の準備等に対する事務局の

負担は大きく、限度がある。今後は、司会やプレゼンテーションや事例発表を順番制でおこない、参加者の当事者意識を高める必要がある。そのためにも、中立的な立場で介入できる行政の役割は大きいと考えられるため、より密接な連携を図っていきたい。

7 これから在宅医療・介護連携に取り組む拠点に対するアドバイス

在宅医療・介護連携に取り組むには、人材の確保が必要である。総合的にコーディネートできる人材、コーチング力のある人材、先導者となるような責任感のあるリーダーが必要。また、多職種が集まる場では、瞬時的に的確な情報整理や状況判断ができるファシリテーターの存在が重要である。このような人材を確保・育成し、充実した在宅医療・介護連携を進め、個々の状況や地域生活の可能性等に配慮した支援を展開する必要がある。

また、在宅医と勤務医の一体的な在宅医療への理解と協力が不可欠であると考えます。

8 最後に

当事業を通し、在宅医療・介護の提供体制や医療と介護の連携については、画一化された対応ではなく、地域の医療・介護従事者自らが課題を抽出し、その解決策を検討しながら作り上げていくことが重要であり、その過程をファシリテートし、関係者間の調整をおこなう拠点が重要であると感じた。

また、中立的な立場で調整ができる市町村の存在が重要であり、地域での在宅医療の拡充・展開については郡市医師会の関与も不可欠である。医療や介護は多職種の連携がないと成り立たないものであるため、郡市医師会だけでなく、各職能団体の協力も必要と考える。

したがって、在宅医療・介護の提供体制や医療と介護の連携において、市町村が中心となり郡市医師会等の関係機関と協力しながら中立的な立場で関係者間を調整していく必要があると考える。

当事業に取り組むにあたり、多大なるご理解とご協力をいただきました行政、医師会、各関係機関の皆さま方には、心より感謝申し上げます。