

在宅医療連携拠点事業成果報告書

拠点事業者名: ベルピアノ病院

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

平成24年4月、堺市西区においてベルアンサンプルを開設し、医療療養病棟と回復期リハ病棟を有する「ベルピアノ病院」、介護老人福祉施設「ベルアルプ」、サービス付き高齢者向け住宅「ベルヴィオロン」、医療・介護の在宅サービスを集約した地域連携・在宅療養支援センターによる、利用者のニーズに対応する医療・介護・住宅・在宅支援サービスの提供を開始した。

当院が位置する堺市南部では、医療施設、介護施設、各在宅事業所の整備が進められてきた。しかし、医療ニーズの高い重度障害者を支える365日24時間体制の在宅支援システムが不完全なため、自宅生活を希望する重度障害者が療養型病院での長期入院を余儀なくされる状況や特別養護老人ホームの待機者数の増加が指摘されていた。また、サービス提供側においても医療系と介護系の間に微妙な壁を認め、急性期から回復期や介護施設を経て自宅に退院するまでの有機的な連携体制の構築が課題となっていた。更に、在宅医療に従事する医師・看護師等の人材不足や在宅従事者への支援体制及び在宅事業の普及・啓発等への対策も今後の課題として挙げられていた。

かかる状況下、ベルアンサンプルは、訪問診療や訪問看護の強化により在宅療養支援機能を向上させ、当法人が堺市内で運営するベルランド総合病院との連携により、地域における在宅医療支援の取組みとして、緊急時及びレスパイト入院等の機能の充実を事業計画に掲げた。

住民が安心して住み慣れた地域で生活を続けるには、各職種や各事業所が協働で参画する地域連携機能が不可欠となる。地域住民を中心に、医療と介護の多職種連携における地域の中核的な役割を事業方針とするベルアンサンプルの構想と多角的な地域展開を求める本事業の活動指針が同質であったことから在宅医療連携拠点事業の応募に至った。

2 拠点事業の立ち上げについて

本年6月、拠点事業の開始に先立ち、大阪府、堺市、堺市医師会への趣旨説明と協力要請を目的に、合同会議を開催した。その後、堺市歯科医師会、堺市薬剤師会、各関係団体に対して協力を要請し快諾された。

7月25日、医師会、歯科医師会、薬剤師会、堺市、社会福祉協議会、訪問看護ステーション連絡会、介護支援専門員協会、介護老人保健施設部会、いいともネット、CCコネット、大阪府立大学、地域住民代表(民生委員)等で構成された地域在宅事業推進会議(全体会議)を開催した。同会議において本事業の趣旨を説明の上、活動内容に関する活発な意見交換を経て年間事業計画が承認された。その後、タスク毎に分科会を組織構成し、各団体から推薦された外部委員を中心に各専門職が参加する4分科会に分かれてタスクに対応した取り組みを開始した。

表1 在宅医療連携拠点事業 会議構成表

	拠点事業担当者	堺市医師会	堺市歯科医師会	堺市薬剤師会	訪問看護ステーション連絡会	介護支援専門員連絡会	地域型包括支援センター	高齢型包括支援センター	堺市老人保健施設部会	堺市介護老人保健施設部会	堺市社会福祉協議会	大阪府立大学	いいともネット	CCコネット	地域住民代表
地域在宅事業推進会議	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
分科会1 多職種連携の課題に対する 解決策の抽出	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
分科会2 在宅医療従事者の負担軽減	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
分科会3 効率的な医療連携	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
分科会4 地域住民への普及啓発	○				○	○	○				○	○		○	○
在宅医療に従事する人材の育成	○														

各専門職団体は、本事業に対して非常に協力的であり、分科会委員の推薦も比較的容易に得られた。また、委員が多職種で構成されたことで、各専門職の立場に基づく多様な意見が出された。一方で多忙な業務の中で、全委員が出席可能な会議や活動の日程調整には困難があった。

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

大阪府堺市は人口約 85 万人の政令指定都市である。65歳以上の人口が約 20 万人で高齢化率 23.8% であり、堺市は堺区、東区、西区、中区、南区、北区、美原区の7区で構成されている。

在宅医療連携拠点事業の活動エリアは、ベルピアノ病院が所在する西区と新設移転前に開業していた中区を対象とした。人口特性として、西区、中区の合計人口約26万人、65歳以上人口約5万8千人、高齢化率 22.2%で堺市の平均より僅かに低い。

さて、堺市並びに医師会、歯科医師会、薬剤師会より提供された情報を参考として、堺市西区・中区における医療、福祉の「社会資源マップ」と「在宅医療連携ガイド」を作成した。

堺市各区と西区・中区の各事業所数を比較すると療養型病院の病床数と診療所の比率が下回っていた。逆に、その他の事業所数サービスは上回っている事がわかった。(表 2 参照)

表 2 地域の現状

	西区	中区	合計	堺市
人口	138,335	125,149	263,484	850,363
65歳以上	31,432	27,020	58,452	202,266
高齢化率(%)	22.7	21.6	22.2	23.8
療養型病院(病床数)	2 (246)	2 (276)	4 (522)	23 (4163)
診療所(内在支診)	93 (24)	56 (14)	149 (38)	585 (135)
歯科診療所	69 (5)	49 (4)	118 (9)	412 (49)
保険薬局	47 (47)	36 (32)	83 (79)	264 (268)
施設数				
訪問看護ST	12	14	26	73
通所介護	42	35	77	238
通所リハビリ	5	2	7	25
ケアプランセンター	57	47	104	348
訪問介護ST	78	77	155	441

「在宅医療連携ガイド」は地域の全事業所を対象に調査を行い掲載する予定であったが、掲載を了承した事業所は 51.8%であった。一部の事業所において協力が得られなかった原因として、在宅医療の未実施、もしくは、現状以上に在宅医療を拡大することが困難などの理由が挙げられた。また、ガイドブック作成に当たり、医療機関、介護施設及び各事業所が有する機能についても調査を実施した。介護施設、在宅サービス事業所において、各医療行為や難病、認知症、精神疾患等の 19 項目について受け入れの可否や応相談に区分して分析した結果、人工呼吸器装着、気管切開、IVH、経鼻カテーテル、腎ろうは、介護施設での受け入れが厳しいことが判明した。この結果は、

医療ニーズの高いケースの介護施設での受け入れや、在宅での生活を支援するには、医療機関の後方支援機能の強化が不可欠であることを示している。

一方、介護保険施設においても「不可」の要因を分析し、医療行為が必要なケースの受け入れができるような人的、物的な環境整備に対する取り組みが必要だと言える。また「応相談」の項目では、どのような状況であれば「可」となるかを明示し、できる限り「可」に改善する対策が必要と考えた。(添付資料 1)

なお、「在宅医療連携ガイド」は、作成に協力を頂いた医療機関、施設、事業所に配布した。また、地域包括支援センター、行政の窓口、地域の民生委員にも配布し、地域の医療、福祉資源の把握に活用できる情報提供を実施した。

さて、堺市では、既に、医療と介護の連携を目的として、堺市医師会、堺市薬剤師会、歯科医師会、行政、介護支援専門員協会、訪問看護ステーション連絡会等による「いいともネット」と、その下部組織として病院を中心とする「CC コネット」が活動しており、医師と介護支援専門員の連絡票、入院時連携シートを作成の上で運用する等の実績を残している。

また、本年 4 月より、地域包括支援センターは、従来までの堺市福祉サービス公社から社会福祉協議会の管理下での運営体制に組織改組され、社会福祉協議会が直営する市内各区7か所の基幹型と民間に委託した 21 か所の地域型地域包括支援センターが活動を開始した変革の時期と重なり、本事業への高い関心につながった。

(2) 会議の開催

タスクごとに 4 つの分科会を立ち上げ合計 18 回、外部委員 42 名、ベルアンサンブル内部委員 25 名の参加で取り組みを行った。

委員は、各職能団体より推薦されたメンバーで構成した。分科会 1 では、多職種連携の課題に対する解決策を抽出した。分科会 2 では在宅医療従事者の負担軽減に対応した。分科会 3 では効率的な医療提供のための多職種連携に取り組んだ。分科会 4 では在宅医療に関する地域住民への普及啓発を目的に活発な議論を展開した。開催日は、診療に多忙な医師

が参加できる日程を優先した。

三師会の会員に対するアンケート調査の結果（添付資料2）を踏まえて、分科会 1 では、在宅医療における問題点を抽出し focus group discussion で解決策の検討を実施した。その結果、医師からは、緊急時の対応や情報共有が問題点として抽出され、解決策として、自然な流れによる病状変化と急変の違いを明確にすることや、医師会のホームページで在宅医療情報システムを整備することが示された。歯科医師からは、訪問歯科の認知度が低いこと、他科の医師との情報共有が不十分であることが挙げられ、歯科医の訪問診療に対する意識の向上への取り組みの必要性や、他科との相互理解を深めることが解決策として示された。薬剤師は、訪問薬剤指導体制の未整備や、訪問薬剤指導制度の認知不足、残薬管理や内服状況に関する情報の共有が不十分であることがあげられ、解決策としては、会営薬局の機能強化（調剤薬局のサポートなど）、訪問看護や介護支援専門員との連携強化、お薬手帳の活用方法の見直しなどが示された。

介護系の職種に関する検討では、情報共有及び他職種とのコミュニケーション不足が挙げられ、利用者を中心に見据えた援助意識の向上と顔の見える関係作りの重要性が示された。

(3) 研修の実施

分科会 3 の取り組みとして、多職種協働による事例検討会を実施した。多職種、多機関の専門職 160 名の参加で 15 グループに分かれて事例検討を行った。

参加者の内訳は図 1 の通りである。「入退院を繰り返している独居高齢者」を想定した事例に対して、各専門職からみた生活上の課題のアセスメントと各専門職がどのような支援ができるかを多職種で検討した。

参加者の意見として 97% の人が満足、大変満足と回答し、99% の人が今後の業務に役立つ内容であったと回答した。また、アンケートの自由記載の項目では、定期的で開催して欲しい。医師の参加も期待する。専門的な研修会も開いてほしい。連携の意識が同じ方向に向いてきていると感じた。薬剤師や歯科医師の意見が聞けて良かった。病棟看護師の意見が聞けて良かったとの意見があった。

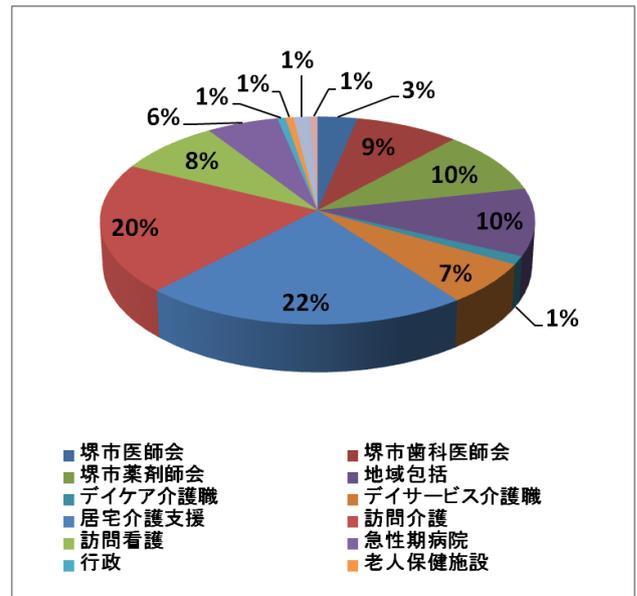


図 3 事例検討会の参加者

前述のとおり、堺市においては医療と介護の連携に対して「いいともネット」を中心に活動が実施されてきたが、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関の看護師を交えた研修会を開催する機会は極めて少なかった。特に、訪問介護事業所は、医療従事者を交えた研修に参加する機会がほとんどないのが現状である。今回のように多職種が同じテーブルで、事例を通して各専門職の役割を認識したり、意見交換を行う事で顔の見える関係を作る機会となり、有意義な時間を共有できたと評価された。今後、継続的に多職種協働による事例検討会を行い、医師、歯科医師、薬剤師、ホームヘルパー等の多職種連携会議への参加機会が少ない職種の参加を促すことが必要であると考えた。

次に、「連携」という言葉は広く普及しているが、所属している機関や職種により、連携に対する認識にずれがあるのではないかと、との意見が地域で調整の窓口となっている地域包括支援センターや介護支援専門員、訪問看護師、医療機関の MSW から出されていた。このため、地域の多職種連携に関する現状の課題を抽出するにあたり、所属機関別、各職種別に連携に関する意識調査を実施した。調査結果の中で、連携に対する職種毎の認識の差異や連携が取りやすい職種、取りにくい職種とその理由を分析し、連携の課題に対する解決策として、大阪府立大学 山中

教授の指導により「コラボレーション演習」を開催した。社会福祉援助技術をベースとした講義とグループワークを中心とした演習であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員の専門職総勢24名を対象に3回シリーズで行った。

研修の成果として、「多職種連携、協働」に関する概念と意義について整理ができ、連携に伴うメリット・デメリットが見え、葛藤へのマネジメントを学問的に理解することができた。また、参加者からも、自分の専門性を他者にわかってもらい、また他の専門性を理解する事の必要性に気づいたとの意見や、「葛藤」に対する考え方、葛藤がある時のマネジメントの方法を多職種と一緒に学習することができたことが有意義であった等の意見が出された。本研修は、地域で多職種連携・協働に取り組む上で、実践に活用できる示唆に富む学習の機会となった。今後とも、継続的に実施する必要性を認識した。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築 ・現状の分析と課題

①24時間訪問診療体制をとる診療所の多くが、医師ひとりでの24時間待機を余儀なくされている。

医師が診療圏から遠く離れる外出(国外を含む)をする際には、常に携帯電話を持参し、いつでも連絡を受ける緊張状態が続いている。しかし、遠方では、すぐの往診は困難であり、なるべく遠出を控える傾向にある。また、長期の休暇も取りにくく、24時間待機による時間的かつ精神的な負担が大きい。

②一部の診療所では、医師の個人的なつながりで構成する複数の診療所間でタイアップし、遠出や休暇時の代診協力体制を構築していた。しかし、この代診協力体制は、あくまで医師同士の個人的なつながりに依拠しており、小グループの診療所の構成で、代診依頼も包括的な電話連絡程度によるもので、詳細な患者の情報共有に基づく診療体制の確保に至っていない。

③レスパイト入院や病状の急変時の入院が必要になった場合、受け入れ先の病院を探す必要がある。しかし、現状では、地域内の病院の入院受け入れの可否

や空床に関する情報も一元化されておらず、個々の病院に問い合わせるための時間と手間は大きい。その調整にあたる診療所医師、訪問看護師、介護支援専門員の大きな負担となっている。

④病院による支援の状況は、高齢患者や、寝たきりの患者、高度認知症の患者、末期の癌患者が、急性期病院での入院医療の適用が明確でない場合や患者本人や家族の意思が明瞭ではない場合は、急性期病院への入院が困難である。

慢性期の病院においては、急性期医療の必要がない場合の療養的な入院は可能であるが、日祝日や夜間における緊急対応の観点からは、緊急検査機能や緊急処置の対応に限界があり、緊急時の入院受け入れは難しい。

末期の癌患者などで、自宅での看取りを希望する患者であっても、急な状態の悪化や状況の変化により、病院への入院を希望することがある。しかし、急性期病院も慢性期病院も、ニーズに対応したタイミングでの入院が困難である。365日24時間で病状を診断し、適応する病院において入院治療を受けることができる体制が未整備である。

・抽出された課題に対する解決策

①診療圏の重なる比較的少数の診療所を含む診療連携グループの構築

複数の医療従事者が協力して診療をする上で、医療者同士の「お互いの顔が見える関係」は重要である。したがって、訪問診療24時間体制をグループで構築する場合には、日常から関係のある医療機関間で構成することが望ましい。地域内における診療連携グループの構築には、地域医師会を主体とした調整が必要であり、信頼関係に基づく医療機関間での夜間や休日対応の輪番制が実用的であると考えられる。担当日の設定や当該日の医療機関の明示により、事前に診療情報が把握できると、患者への適切な対応が可能になる。また、緊急時の診療や入院に対応できるよう、診療連携グループに、急性期病院と慢性期病院を含めて構成するのが理想である。

なお、診療連携グループに関する情報は、患者を担当する訪問看護ステーションや介護支援専門員への情報共有が必要である。

② 診療連携グループによる情報の共有

情報管理や更新に要する労力や費用、個人情報管理のリスクなど実用化への課題は多いが、患者の診療情報を共有するウェブの活用をすすめる必要がある。

複数医師によるグループ診療の場合、急変時には普段のかかりつけ医ではない医師が診療することとなる。初対面の医師による診療や看取り、死亡診断に対して患者やその家人が不安や驚きを感じる可能性がある。事前に、患者やその家族にたいする代診医に関する情報を十分提供し、了承を得ておくことが必要である。

③ 24 時間対応の在宅医療提供体制における急性期病院と慢性期病院の役割

患者状態が急変した場合、鑑別診断には、速やかに適切な検査が不可欠であるが、慢性期病院では、機能上に限界がある。一方、急性期病院の診断機能は高いが、医学適応のない患者の状況に対応した入院や医療ニーズ以外の事情による長期入院への適応がなく、自宅で療養する患者の全てのニーズへの対応には限界がある。在宅療養支援診療所が担当する患者の病状が急変した場合は、連携する急性期病院に診療を依頼し、入院加療が必要な場合には、その急性期病院への入院から病状の安定に応じた慢性期病院への円滑な転院が可能となる連携システムを構築する。

④ レスパイト入院体制の確保

医療機関間の協働でレスパイト入院の受け入れ体制を確保すると共に、情報一元化システムを整備することで介護家族への支援にもつながり、在宅診療による時間的・心理的拘束に悩む診療所の医師に対する負担軽減を図ることができる。更に、介護保険法に基づく在宅サービスとして普及しているショートステイを活用するには、介護保険施設の医療ニーズへの受け入れ機能の強化が必要であり、医療機関との診療連携をすすめることが重要である。

(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

活動エリアには2か所の基幹型包括支援センター、

6か所の地域型包括支援センター、104か所の居宅介護支援事業所がある。当院は平成24年4月に開業したばかりで地域との繋がりはほとんどない状態でのスタートであった。

各分科会に介護支援専門員協会、地域包括支援センターから参加して頂き、医療従事者との意見交換を行った。医療と介護、病院と在宅の繋ぎ役である介護支援専門員、地域包括支援センターの役割は大きい反面、その資質にばらつきがあるのは現状の課題である。対策として、医療知識や予測される状況を総合的に考慮したマネジメントができる人材育成が必要となる。そこで、介護支援専門員の資格を有する看護師が基幹型、地域型包括支援センターと介護支援専門員連絡会の研修会において在宅医療連携に関する情報提供を行い、介護支援専門員の役割や資質向上に向けての意見交換を行った。また、多職種協働による事例検討会を地域包括支援センターと共催し、いつでも相談ができる関係性を構築した。

期間内に、介護支援専門員を対象に医療に関する基礎知識を強化するための研修会を企画する予定であったが期間中に実施できなかったため、25 年度に取り組む予定である。

(6) 効率的な情報共有のための取組

前述との重複となるが、堺市では医療と介護の連携を進める関係者会議「いいともネット」、医療と介護の連携強化病院連絡協議会「CC コネット」を中心に医療と介護の連携に向けた取り組みを行っており、その中で、医師と介護支援専門員の連絡票、入院時連携シートが作成され定着している。

分科会2では、緊急時の受け入れ医療機関を探すのが大変であり、急変のとりえ方が統一されておらず、急性期、慢性期、介護施設、在宅における機能や制度の狭間にいる利用者の対応に苦慮している現状が明らかになった。対策としては、コールセンターを設置し、医療及び介護施設の機能や空き情報を集約しトリアージできるような機関が必要ではないかとの意見が挙がった。

また、今後、在宅医療をより推進するには、効率的な情報共有を目的としたITの活用が必要との意見が

あったが、時間の関係もあり、具体的な実施には至らなかった。しかし、当法人では、法人本部に設置された情報開発室を中心にクラウド型の法人内共有データサーバーを開発し、法人内各事業所の医療、福祉データを閲覧できるシステムを構築中である。訪問診療で運用を開始した後、各事業所で活用できるよう準備をすすめている。将来、地域でも活用できるシステム構築を図りたいと考えている。

(7) 地域住民への普及・啓発

地域住民代表者の声として、医療機関は病気の治療が終わればすぐに退院となるが、地域では、独居、老老介護が増大しており、困った時の相談のありかたや急変時の対応がわからず、退院後の生活に不安が大きいことを医療機関は理解するよう提言された。更に、病院から在宅への流れが強いが、全ての地域住民が必ずしも在宅で過ごす事を望んでいない等の意見も出された。

在宅医療に関する制度や、在宅でも医療行為が継続できる在宅医療サービス、多様な専門職での支援体制を地域住民が理解できていないのが現状である。そこで、地域住民に一番近い民生委員に、在宅医療連携について理解を求めることが必要と考え、西区、中区の民生委員長の会合に参加し、在宅医療連携に関する普及啓発を行った。その結果、民生委員と顔の見える関係を構成できたことは、相互にとって大きな収穫であった。その成果の一つとして、民生委員の協力により、地域に出向き地域住民向けの健康講話、血管年齢の測定、意識調査を実施することができた。(添付資料3)

さて、地域住民に対する普及啓発事業の中で大きな反響があったのは、市民向けの講演会であった。地域住民、医療、介護従事者合計約500名の参加があった。

白十字訪問看護ステーション 秋山正子氏による「在宅ケアの不思議な力〜どんな時でもいのち輝く」と女優の小山明子氏による「二人三脚で歩いた介護の日々」をテーマに講演会を開催した。以下、参加者からの主な意見を列挙する。

・在宅介護は考えていなかったが、在宅ケアの可能性

を知り、今後は在宅の事も考えていきたい。

- ・在宅でも最期を迎えることができるという事例を聞き、いろんな面で希望が持てた。
 - ・家で生涯を終えたいという人や家族を社会が認めていく風潮が必要と感じた。
 - ・多職種との協働でお互いを認め合う事が地域と医療と介護のネットワークと思う。
 - ・元気をもらった。勇気づけられた。
- 等の感想があった。

在宅医療の推進には、地域住民への普及啓発が重要な課題と考えられる。市民向け講演会後に行った意識調査の結果からも、本人や家族が要介護状態になった時にどこで介護をしたいか、されたいかの質問に対して、56%が最後まで自宅で介護したい。49%の人が最後まで自宅で介護されたいと回答した。自宅以外を希望しているのはいずれも10%であった。また、わからないとの回答が33%、41%であり、将来の状況を想定しての決定が難しいのが真意であり、あらためて情報提供の必要性と日常での支援体制の重要性を認識した。現実的には、本人は在宅で最期まで過ごしたいと思っても、家族や周囲が限界と判断し入院や入居に動く事が多い。逆に、最期は入院になると諦めていたケースが在宅従事者の支援で最期まで自宅で過ごせたというケースもある。全ての人が在宅で最期を迎えることを目指すことが私たちの使命ではないが、多死社会に向けて自分がどのような死に方や生き方をしたいか、最期をどこで誰と過ごしたいかの思いに沿った、多様な生き方を社会が支える仕組みを構築する必要がある。

今後、より一層、地域住民を対象とした在宅医療の普及啓発活動を継続すると共に、重要な役割を担う行政の立場にある堺市と連携したいと考えた。

4 特に独創的だと思う取り組み

1つ目は推進会議の構成メンバーに医師会、歯科医師会、薬剤師会等から全面的な協力を得て、各分科会メンバーを人選していただくと共に、行政や大学教授、各職能団体の代表、地域事業所代表者、地域住民代表として民生委員にも参加いただいたことである。以上により、地域住民や各職種の多様な意見を取

り入れながら、職種や職域の壁を越えて対等の関係で事業を推進することができた。

2 つ目は、地域における多職種連携の実践が不十分な中で、現場レベルの意見として、職種により、連携がとりやすい職種と取りにくい職種があることや、医療職と介護職、職域により、「多職種連携」に関する認識や意識が異なることが明確になった。更に、「連携」がうまくいかず、葛藤を持ちながら地域で業務にあたっている専門職が多いことも明らかになったこともあり、各専門職に対して在宅医療の現場における連携についての意識調査を行った。

連携に関する意識調査では、活動エリア内の医療機関、診療所、歯科診療所、保険薬局、介護施設、在宅サービス事業所に勤務する専門職を対象に調査票を郵送し調査を行った。回収枚数 1081 通、有効回答率 92%となった。調査項目は基本属性、筒井らによる連携活動評価尺度、多職種連携に対する考え、連携の取りやすい職種、取りにくい職種とその理由などとした。(添付資料 4)

解決策として、円滑な連携を図るには「連携」に関する概念を学問的に整理することが必要と考え、大阪府立大学 山中教授の指導による「コラボレーション演習」を開催した。(詳細は前述のとおり)その結果、「連携、協働」に関する概念と意義についての整理ができ、メリット、デメリット、葛藤のマネジメントを学問として吸収できたことは大きな成果であった。また、医療系の職種が、「連携」「協働」とそれに関連して発生する心理メカニズムを経験値ではなく、学問として学習する機会をめぐらし、社会福祉士実習病院として大阪府立大学と教育実習で連携している当院独自の取り組みができたと考えている。

多職種連携や協働に関する実践学として、参加者からの反響も高いことから、今後とも、継続する意向である。

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

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員、訪問看護、訪問介護、栄養士等の専門職が多数の機関から参加し、グループワークによる事例検

討会を実施した。

特色として、日常の医療や介護実践において連携の機会が乏しい歯科医師から口腔ケア、嚥下機能の評価の必要性、食に対する視点の重要性が指摘された。また、薬剤師からは薬剤指導の必要性について意見が出された。多職種の専門性や役割をお互いに理解するという視点からは、職種間の相互理解が促進され、連携のメリットが確認できた。事例検討会を経て、顔の見える関係が構築され、早速、実践にも反映されており、目に見える形での効果が認められた。更に、介護系からは、医師や医療職との接点が高まり、心理的距離が縮まったとのことであった。今後、医療従事者を交えた研修会や事例検討会を継続する予定である。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

拠点事業所に求められるタスクに対する結果を導く上で、本事業としての活動期間が制限されていたので、全てのタスクを深く議論をする時間的な余裕がなく、解決策を十分に見出すことができなかった。特に、IT化による情報共有のツールの活用、24時間365日の医療・介護の提供体制の構築による在宅支援に関しては、地域関係機関間での合意が必要となり、議論としての重要性を共有するにとどまった。在宅医療従事者の負担軽減への取り組みとして、情報共有のIT化による効果が高いと判断したが、システム構築の前提として地域関係機関間での相互理解と信頼関係の醸成が必要となり、システムを絵に描いた餅にせず機能的に運用させるには、単年度での完結は困難であった。

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

(1)地域の中核となる医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政機関から全面的な支援を得ることが必須となる。そのためには、事前・事後での丁寧な報告と調整が必要である。当院の取り組みにおいては、中核的な機関から大きな支援をいただき円滑に事業を推進することができた。

(2)地域包括支援センターとの協働で地域の現状と

課題に対応する必要がある。介護を主体とする地域包括ケアと医療を主体とする在宅医療拠点事業の連動により、医療・介護のシームレスな関係が構成できると考える。

(3)地域住民代表として住民に一番近い存在である民生委員を構成メンバーに入れ、地域住民のニーズを反映した普及啓発事業に取り組む必要がある。

(4)連携活動に関する実績を残している先行グループとの調整が重要である。常に、情報の共有化を図り、連携の成果を競うことなく、同じ目線で連携関係を深める活動が必要である。やはり、フットワークを軽くして顔の見える関係への地道な活動が大切である。

(5)連携活動や会議においては、職種間で公平かつ対等な関係の構成が求められる。調整能力に長けた主導的な役割を担う人材の育成が大切である。

8 最後に

都市型の医療療養型病院モデルとして地域の課題に対する解決策に取り組んだ結果、医療系と介護系の間が存在していた壁が低くなったとの意見をいただいた。本院が取り組んだ在宅医療連携拠点事業活動を通して、医療従事者の在宅に対する視点や多職種連携に関する認識に変化を認めたことも大きな収穫であった。特に、在宅医療や多職種連携への関心が高くなかった医師、歯科医師、薬剤師から、本事業への参画により在宅医療を推進する上で大きな動機づけになったのとの評価を受けた。

介護従事者でも、医師、歯科医師、薬剤師を含めて医療専門職との会議の積み重ねにより、介護の専門性の理解が深まると共に、敬遠しがちだった医療専門職との心理的距離感がなくなる等のプラス効果がみられた。コラボレーション演習での学習機会や事例検討を多職種で共有した経験は、今後の実践に役に立つ取り組みとなった。

一方、在宅医療の推進には、医師会を中心に在宅医療従事する人材の育成が必要である。医師の在宅医療への関心を高めるための取り組みは今後の課題である。更に、医師が安心して在宅医療に従事できる環境の整備も重要な課題である。今後、当院においては、地域を構成する関係機関との協働で相互支援が可能となるネットワーク体制の構築を目指したい。同時に、連携の要となる介護支援専門員、地域包括支援センター、医療ソーシャルワーカーの資質向上への取り組みとして、教育研修を推進したいと考えている。

地域住民の在宅医療に対する認識が国の目指す方向と乖離していた点については、行政機関等との協力で普及啓発活動への取り組みを継続したい。地域住民を主体として、地域で支えあう共助の仕組み作りに取り組む行政に対しても協力したいと考えている。

本事業の活動経験を基盤として在宅医療の後方支援機能を高め、地域住民の健康と安心を支える病院として、今後とも、地域包括ケアの実現に向けた中核的な役割を果たしたい。