

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名: 医療生協健文会 宇部協立病院

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

1) **拠点事業の対象地域と医療状況**; 宇部協立病院の行なう拠点事業の対象地域である宇部市(全域)は、総人口 174,674 人で、高齢化率 25.5%は全国平均と山口県平均の中間にあたる。人口 1 万あたり病床数 224(山口県 209、全国 142)、人口 10 万あたり在宅療養支援診療所届出数 14.9(山口県 9.4、全国 10.1)と、一見、入院医療、在宅医療の“充足地域”にみえるが、むしろ、人口 10 万あたり訪問看護事業所 4.6(山口県 8.5、全国 6.8)という数字が、在宅医療普及の実態(資源不足あるいは偏在)をあらわしていると思われる。

2) **宇部市の在宅医療・介護が抱える課題**; 在宅療養支援病院として訪問診療など在宅医療活動を行う当院での経験から、①医科・歯科診療所や保険薬局、それぞれの事業所のあいだに、在宅医療への取り組みに“**温度差**”があり、在宅医療に積極的な医療機関・事業所が点在している、②病院スタッフと在宅医療スタッフ間に“**温度差**”があり、多くの病院スタッフは、紹介した患者の在宅での様子や“在宅医療で何が可能か”を知らない、③医療職と介護職の間に“**バリア**”が存在し、在宅療養支援にあたって十分な情報共有や意見交換が行われていない、といった課題が予想された。このことは、多職種代表者会議での討議や各職種代表者との面談、各職種協議会をつうじて(後述)浮き彫りになった。もちろん、在宅職種それぞれの抱える重要な課題もあるが(例; 訪問看護師、ヘルパー不足による現場スタッフへの休日夜間体制の負担)、今年度は、連携に直接関連した課題である、**医療のなかに存在する“温度差”・医療と介護の間の“バリア”の解消**に最優先で取り組んだ。

3) **取り組み方針**; 一医療機関が単年度事業でな

んらかの成果をあげるには、①大きなシステムの変更などではなく、できるだけ現行のシステムを利用して、②継続性のある具体的なテーマを設定することが重要であった。また、③これまでも実施されてきた宇部市医師会の地域活動や職種間の連携の活動と重複せず、むしろ、その機会を捉えて拠点として積極的に参加し歩調を合わせるよう努力した。

①に関して、宇部市では、保健・医療・福祉サービス提供に関わる諸問題を多職種代表者と行政担当者とで検討する会議を月例で開催している。これには、全市を5つのブロックに分けて各ブロックレベルで開催する「ブロック会議」と全市レベルで開催する「保健・福祉・医療サービス調整推進会議」があり、前者での討議内容は後者において報告される。今年度、当院は「**南部ブロック会議**」(南部=当院が所属する地域)と「**保健・福祉・医療サービス調整推進会議**」のメンバーとして登録された。これらの会議システムを利用し、会議での討議、各代表者・各職種協議会・行政担当者への働きかけをとおして、課題の抽出、その課題への従来からの取り組みについての情報収集、拠点事業推進への協力関係形成を行なう方針とした。

②に関して、拠点事業開始時に、継続性のある具体的なテーマとして特に取り組むべきと考えていたものに、在宅医療を行う診療所・病院のグループ化と継続性のある災害対策があげられる。

③に関して、宇部市医師会では、2年前から、当院もそのメンバーである「地域連携推進懇談会」分科会において「緩和ケア地域連携パス」を開発、推進している。また、今年度から「地域医療連携情報システム」の導入(IT化)を進めており、その一部に「医療・介護施設情報参照システム」の推進があり、拠点事業とも関連が深い。

2 拠点事業の立ち上げについて

まず、当院が平成 24 年度在宅医療連携拠点事業者として採用されたことを、宇部市、宇部市医師会、

市内の病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、その他の介護事業所に書面で通知した。これに対して、宇部市医師会長から当事業への協力者として**在宅医療担当理事**を紹介された。宇部市からは、**地域医療対策室室長補佐**(室長は宇部市長)が当事業の協力部署となる旨の提案があり応諾した。これら2者が当事業展開のキーパーソンであり、取り組み方針で述べた“現行(会議)システムの利用”、“医師会の地域活動への拠点としての参加”などは、これら2者の協力で達成できたと言える。

拠点事業を推進する院内体制は、**地域連携在宅医療科**スタッフを中心に構築した。地域連携在宅医療科長でもある副院長(立石)をリーダー(事業担当者)として、これを師長(下瀬)、在宅専任看護師(三隅)、当事業担当職員(吉村)が支えた。三隅、吉村はケアマネジャー資格を持つ看護師である。事務課からは在宅事務を担当している主任(三浦)が協力した。これらに当事業会計を担当する事務長(深谷)、看護部長(三藤)を加えた7名が**2週間ごとに院内会議**を持ち、それぞれの分担作業の進行状況を報告し、その後の取り組みについて協議した。病院・診療所や医療職対象の業務はおもに下瀬、三隅、三浦が、介護事業所や介護・福祉職種対象の業務はおもに吉村が担当した。地域訪問は吉村が担当したが、在宅医療を行う診療所・病院のグループ化のため地域の診療所を訪問する際、当科前師長(来嶋)がボランティアで吉村を補佐した。

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

関係者が利用しやすい形での地域の医療・福祉資源の**情報公開**にむけて、立石と吉村が**在宅各職種代表者面談**を行った。同時に拠点事業の説明と各職種の抱える個別の課題、多職種連携上の課題について意見を聴取した。面談は8月から10月の計10回におよび、基本的に情報公開の承諾をえた(各職種の課題とともに**図表1**に示す)。

各医療機関・事業所の在宅活動の内容の公開についてであるが、宇部市医師会では2年前に「**医療・福祉情報ネットワーク誌**」(病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設の個別の在宅活動について掲載、

CD-ROM 同封;**資料1**)を更新し、今年度から2年計画で「**医療・介護施設情報参照システム**」を推進している(前述)。当院もこの両者と積極的に関わっており、医師会と歩調を合わせることにした。今年度は、①現時点での**在宅医療機関・介護事業所の分布(マップ)**を当院ホームページに公開し、②**個別の在宅活動の内容**は、**資料1**でカバーできていない職種、最近急速に普及している、あるいはサービス内容が変化している業種について今回調査し公開することとした(**図表2**)。このため吉村が市内全域(訪問入浴については近隣市郡も)対象事業所を戸別訪問した。情報公開の成果を詳細には検討していないが、当院ホームページへのアクセス数は2012年6~12月の月平均6511件からと2013年1~3月の月平均7444件に増加している。

(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。)

まず、**保健・医療・福祉サービス調整推進会議**の記録を**図表3**に示す。拠点事業所は所属する南部ブロック会議(10月、11月度)において「在宅人工呼吸患者の災害時対策」の必要性と方策について提案し全市レベルでの会議(10月、11月度)においても司会として議論を進めた。事前に、宇部市関連部署や健康福祉センターとも協議し、継続性のある災害対策を講じることができた。また、2月度には拠点事業報告を行なった。

医療機関管理者までも含む“顔の見える”多職種連携会議の定期開催は実施できなかった。これに代わるものとして、地域基幹病院において、管理者・管理部にも呼びかけた「**在宅医療報告会**」を実施した。この会議は、紹介をうけた患者の在宅での経過をとおりして在宅医療の実際を知ってもらったうえで、病院と在宅の連携の推進について意見交換するものである。なるべく多職種、病棟からも外来から、そして管理者・管理者の参加を要請した。10/22、12/19に2箇所の基幹病院で開催し、病院側は62名の参加(院長・副院長など管理部11名、医師13名、看護師22名、連携室・MSW8名、その他8名)、在宅側は10名の参加(在宅医2名、訪問看護ステーション協議会3名、拠点5名)があった。在宅で可能ながんの治療(例;ゾメ

タ、リユープリンなど)に関して病院医の認識を深めるよい機会となったと同時に、外来化学療法中からの病院医と在宅医の併診や訪問看護を受け通院している患者での外来主治医・看護師と訪問看護師の連携の提案があり検討を継続している。

また、拠点として**訪問看護ステーション**所長会議(9/19開催、18事業所参加)、**訪問介護事業所連絡会**(9/21開催、19事業所参加)に参加し、アンケート調査もまじえて、職種個別の課題、連携上の課題について意見交換した。結果を**図表4**に示す。個別の課題として、①複数訪問看護ステーションで関わる利用者数の増加と、その場合のメイン・サブステーションの役割分担についての課題、②通所サービス時間延長やサービス付高齢者住宅の増加で訪問介護、とくに身体介護の依頼の減少、③ヘルパーの定着率の低さ、などが抽出された。一方、連携の課題としては、①訪問看護師が情報交換を必要と考えている職種として、ケアマネジャー、病院外来看護師(連絡窓口じたいが不明)があること、②訪問看護師はケアマネジャーやヘルパーには、もっと医療のことを知ってほしいと考えていること、③逆に、ヘルパー(そして**図表1**によればケアマネジャーも)も、わかりやすい形で医療知識を得たいと考えていること、④日常介護の現場での医療職との情報共有のあり方に悩んでいること、などが抽出された。

(3) 研修の実施

図表1と**図表4**に示された各職種の意見を多職種研修のニーズとして捉え、研修を企画・実施した。

①まず、**薬剤師会**から出された“訪問服薬指導をもっと利用してもらい、より積極的に在宅医療に関わりたい”という意見を起点に、ケアマネジャーや連携室看護師・MSWが中心となって一昨年から地域で実施されている「**顔の見える連携交流会**」事務局に多職種研修を申し入れた。その結果、11/10に開催された交流会において、薬剤師会在宅委員と拠点担当者(立石)から、「保険薬局の薬剤師の関わりで、家族・在宅スタッフへの医薬品情報提供や服薬状況把握(オピオイドのレスキューなど)がうまくいき、がんの病期に応じた薬物療法が可能となった在宅患者」を事例報告した。参加者は67名(MSW15名、連携室Ns12名、ケアマ

ネ12名、訪問看護師10名、保健師4名、薬剤師2名、医師2名)であった。事例紹介の後、KJ法を用いたグループ討議を行い、終了時アンケートを実施した(**図表5、6**参照)。

②次に、拠点が訪問看護ステーション協議会宇部支部に講師派遣を依頼し、訪問介護事業所連絡会のヘルパーを対象に、「**介護にやくだつ医療のはなし**」というタイトルの勉強会を企画し12/10実施した。ヘルパー23名、ケアマネジャー23名が参加した。内容は、①「緩和ケアってどういうケア?」(拠点内科医でPEACE指導者担当)、②「つらい気持ちのある方への対応」(拠点精神科医担当)、③「訪問看護師が選んだ“連絡してほしい状態”ザ・ベストテン」(訪問看護ステーション協議会からの講師担当)であり、PEACEプロジェクトのDVDなどを用いて、できるだけ双方向性の講義をこころがけた。実施後のアンケートからは、“医療職からの視点がわかる貴重な機会であった”、“医療の専門用語を使わない研修でよかった”、“緩和ケアのとらえ方(暗いイメージ)が変わった”、“〈無力感を共有〉、〈辛さをみんなで見守る〉など、ターミナルの方との接し方について助言があり、気持ちが楽になった”などの意見が聞かれた。

③さらに、宇部市介護支援専門員協議会理事から、**ターミナル期にある患者さんのケアマネジメントについての講習会**への協力依頼があり、企画を請け負う形となった。拠点からはすでに柏市での多職種連携研修の見学に4名を派遣していたので、計3回の企画会議を経て、この講習会も**多職種による退院前カンファレンス(ロールプレイ)**の形で行うこととした。そのため、拠点スタッフ4名、当院病棟看護師2名、医師会医師1名、山口大学病院医師1名、訪問看護ステーション職員2名のボランティアでの協力を得た。ケアマネジャー32名を3グループに分け、各グループに、連携室看護師役、主治医役、病棟看護師役、訪問看護師役、家族役を配置し、これに研修を受けるケアマネが加わる形をとり、ケアプランをプロダクトとしグループ討議→全体討議→講義“緩和ケアってどういうケア”を実施した(3/16)。その際のシナリオ、講義資料を**図表7、8**に示す。研修後のアンケートでは、他職種のみならず他のケアマネの対応方法がわかり、非常に

参考となったという意見が多かった。

④当院は、昨年度から、宇部市と山口大学の依頼を受け、**社会医学課題実習『宇部市におけるがんの在宅緩和ケアの現状調査』**に協力しているが、今年度は拠点担当者がこれを実施した。1/17、山口大学医学部学生8名を対象に、まず、患者宅に同行訪問し、続いて、緩和ケア概論(PEACEプロジェクトDVDを活用)講義形式で実習課題に関する助言指導を実施した。

⑤拠点事業としての講習ではないが、拠点事業担当者が世話人(立石)、事務局(下瀬)を担当している研究会活動に「**宇部市地域緩和ケア研究会**」(年2回の講演会、月例の勉強会)がある。7/7開催の講演会は、「緩和ケアチーム」、「在宅緩和ケアチーム」、「がん緩和リハビリテーション」(千葉県立保健医療大学 安部能成 先生)をテーマに、12/1開催の講演会では、「**在宅医療連携拠点事業**」(拠点が発表)、「リンパ浮腫」、「どんな私たちであれば良い援助者になれるのか?」(めぐみ在宅クリニック 小澤竹俊 先生)をテーマに行われ、のべ325名の参加(病院看護師136名、訪問看護師55名、医師24名、ケアマネ・介護職44名など)があった。月例勉強会は、「在宅医療と緩和ケア病棟の連携」、「緩和ケアで出会うせん妄」、「施設、居住系でのがん療養支援」などをテーマに開催され、のべ376名(病院看護師189名、訪問看護師41名、医師51名、ケアマネ・介護職40名など)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

在宅療養支援病院である当院が行う拠点事業において、**在宅医療を担う診療所・病院のグループ形成**は、中心的な課題の一つと考えられた。例えば、宇部市退院情報連絡システムに、在宅緩和ケアを希望して依頼のあった55件中(H24年4~10月)、在宅へ移行できたのは、38件(69.0%)に留まっており、しかも、うち24件は病院主治医のまま、残る14件を6つの在宅医療機関で分担していた。宇部市作成の「がん情報ハンドブック」で、在宅緩和ケアに18医療機関が登録しているにもかかわらず、である。医療のなかの「**在宅への温度差**」を暗示するデータである。

そこで、拠点は、宇部市医師会在宅医療委員会の協力で、「在宅の連携」と名付けた「**機能強化した在宅療養支援診療所/病院(連携型)についての説明会**」を、9/11宇部市医師会館で開催した。説明会には、拠点からスタッフ6名、医師会員から5病院、18診療所の医師・MSW・事務方など30名が参加した。そこでは、①学会出張などの際にも往診代行でお互いに補完しあうなど、グループ形成するによって24時間365日体制がとりやすいこと、②在宅医療の診療や事務のノウハウを共有できること、③診療報酬上のメリットもあることを紹介した。一方、①連絡先の一元化、②月一回のカンファレンス開催などの要件が課されていることも紹介した(当院の場合、医師数、緊急往診回数、在宅看取り数とも単独で要件を満たす)。

限られた時間での説明会では十分な理解はえられないと考え、補足説明を希望する診療所には、拠点スタッフ(吉村、来嶋)が戸別訪問した(12/25~1/16の間に7診療所を訪問)。拠点は市内各地域において、診療所どおしのグループ形成もサポートするつもりであったが、実際には、病院を含むグループ形成を希望する診療所が多かった。そのなかで、連携先医療機関を従来の病院から当院に変更することができた**在宅療養支援診療所が、当院を含むグループでの機能強化した在宅療養支援診療所/病院(連携型)**を届け出る運びとなった。2/14と3/13に準備会議を開催し、最終的に、4診療所と当院で1つのグループを3/31に届け出た。連絡先の一元化はすでに実施しており、説明と同意のための文書や往診代行についてのルール作りを討議中である。

訪問看護ステーションの24時間365日体制確保や24時間巡回型訪問サービスも重要な課題である。とくに前者のための複数ステーションでの関わりのあり方については協議会においても議論になっているところであるが(図表4参照)、今年度は取り組むことができなかった。

(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

宇部市では、本年3月まで、地域包括支援センターとして、民営(市北部西、北部東対象)と市直営(北部以外対象)の2箇所が運営されてきた(本年3月以

降は、南部地域以外を民営化)。今年度、各センターに出向き直接ケアマネジャーを支援することはできなかったが、保健・医療・福祉サービス調整推進会議での議論や、退院情報連絡システム(退院後の療養に不安のある市民が市や健康福祉センターに相談できるシステム)の月間報告を受けての議論の中で、在宅医療の実際の紹介や退院調整における医療面の助言を行なう機会があった。

拠点は、これまでも山口大学病院や地域基幹病院から訪問診療の新規依頼があった場合、退院前カンファレンスの開催を積極的に病院側に提案している。また、とくに在宅緩和ケアの場合、通常1~2ヶ月の在宅期間で死亡した後、デスカンファレンスを開催するよう関係者に呼びかけている。今年度は、他院での退院前カンファレンス13件、デスカンファレンス7件を実施している。これらのカンファレンスは、介護職出身のケアマネジャーが、医療依存度の高い利用者で退院時や在宅での病状変化時にいかにサービス調整を行なうべきか、格好の学びの場となっていると考えている。

(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)

在宅多職種の情報共有のツールとして、従来Eメールを利用しているが、今回、クラウド型情報共有システムを試用した。採用したのは、**在宅医療連携システム“ゆい”**(チームもりおか開発)で、採用の理由は、開発者と直接連絡可能で過去の使用経験がわかり、費用負担がない点にある。拠点事業担当者を地域リーダーとして事務局に登録してもらい、拠点が在宅療養支援病院として新規の患者に関わるたびに、連携者(在宅職種の事業所)と在宅者(患者)を登録していた。連携者と患者・家族の両者から事前に同意書を見た。**情報アクセスの制限**は、地域リーダーが在宅者と連携者を関係付けることで行なった。

現在まで、在宅患者12名に関わった訪問看護ステーション6、居宅支援事業所6、デイサービス1、訪問入浴1、保険薬局1での経験を積んでいる。在宅職種間の連絡に関しては、①緊急連絡(例;訪問看護から主治医への病状変化の報告と指示受け)は電話で、

②月単位の情報提供書は郵送やFAXで、そして、③ある職種がその日患者に関わるなかで生じた他職種に伝えたい情報や2,3日内に対応してほしい依頼については“ゆい”のような情報共有システムが適していると考えられる。試用体験の結果、リアルタイムで情報が通知される(iPhone)、発信者が自らメーリングリストのような手間をかけずに関係者全員に発信可能、これまで情報共有から漏れることの多かったケアマネジャーや保険薬局薬剤師にも伝達される、など好評であった。一方、発信の機会が最も多い訪問看護のなかには、事業所の記録作成と作業が重複するという意見もあった。また、連携者と在宅者の関係付けの錯綜について開発者に対応を依頼し改善したことがある。前述したように、宇部市医師会では「地域医療連携情報システム」の導入(IT化)を進めており、その一部に「**医療・介護施設情報参照システム**」が含まれる。拠点も検討委員会のメンバーとなっており、このシステムが地域で統一された連絡様式になるよう、“ゆい”の試用経験を生かしていきたい(それまでの間“ゆい”を継続する予定)。

拠点は、宇部市医師会地域連携推進懇談会のメンバーとして3年前から「**緩和ケアの地域連携パス**」に取り組んできた(図表9)。これは、がん診療拠点病院などから在宅や緩和ケア病棟に移る場合の情報共有ツールとして開発したもので、医師の診療情報提供書や看護サマリーでカバーできていない情報(がん進行期に特有の身体精神症状や生活の困難さ、臨床的予後予測を含む説明内容、患者の希望、家族の意向など)に注意して作成された。2010年12月から2012年6月の間に123件で利用されており、在宅多職種からも評価が高い(10/14山口県緩和ケア研究会で報告、6月日本緩和医療学会で報告予定)。

(7) 地域住民への普及・啓発

徳永進氏(鳥取市野の花診療所院長)による市民講演会“家は包む、いのちを包む”を2/24(日曜日)に開催した。事前に市内各所にポスター貼付、中学校にちらし配布など、広報活動した効果もあって参加者は264名にのぼった。その40%余りは一般市民・患者・患者家族であり、医療関係者以外がこれだけ大勢在宅医療について講演を聞く機会は宇部市で始めて

であったといってもよい。年齢層は50歳台、60歳台、40歳台が多く、70%の方が在宅医療を知るのに“とても役立った”と回答している。これには、徳永氏に先立って行なわれた**宇部市民である介護家族の方の体験談**(介護者であるご自分の時間・生活も大事にしながら、神経難病の夫を長年介護され、前立腺がんを併発後も、夫の最期を子供・孫たちと自宅で看取られた)もおおいに役立ったと思われる。市民講演会の広報の一つとして、地域FM局で放送する時間をえた(立石と三隅が出演)ことは、在宅医療についてアピールする絶好の機会ともなった。

また、地域生活情報紙“サンデーうべ”に10/24、26、27の3回にわたって**連載記事“教えて、在宅医療”**を掲載した(図表10)。第一回は“なぜ在宅医療が注目されている?”、“どのような準備が必要?”など、第二回は訪問診療と訪問看護、第三回はケアマネジャーとヘルパーの役割についてわかりやすく解説した。この記事の内容は、当院のホームページにアップして閲覧できるようになっている。

拠点は事業期間中の本年3月に宇部市の“がん患者にやさしいまち作り”の一環としての“**がん・なんでも相談窓口**”(市内4病院目)に登録され相談業務を開始している。宇部市発行の“がん情報ハンドブック”(市民向け)(資料2)に記載されている。

(8) 災害発生時の対応策

宇部市では、防災マップやハザードマップ(洪水、高潮、土砂災害、ゆれやすさ、ため池)を整備し、各地域が災害時対策に取り組むときの指針としている。また、「**災害時要援護者支援システム**」が策定されており、要援護者と支援者がペアで登録し、災害情報・避難指示が両者にメール配信されるようになっている。また、障害者のための福祉避難所のための施設も募っており、複数の介護事業所がこれに名乗りをあげている。また、災害時や急変時に住民の医療情報が参照しやすいよう、処方箋や通院情報を格納する救急キットを無料配布している。一方、山口県は市町村を指導し、“**人工呼吸器など医療機器を使用する難病患者の災害対策マニュアル**”づくりを促進している。

在宅医療のための継続性のある災害対策を目標にしている拠点として、今年度事業における課題とし

て「**在宅人工呼吸患者の災害時対策**」をかかげた。

①訪問看護ステーション協議会をとおして、対象となる在宅人工呼吸患者(気管切開の有無、使用時間を問わない)を特定し、②10月、11月2度の南部ブロック会議および保健・医療・福祉サービス調整推進会議の場で「**災害時対策チェックリスト**」(図表11)を提案し、③患者・家族の同意をえて訪問看護の協力で、調査(チェックリストにそって記入・点検作業)を行い、④チェックリストそのものについての意見交換、記入・作業ができなかった項目の検討を同会議の場で実施した。

調査の対象は14名(5名は調査中)、A 気管切開・24時間人工呼吸=2名、B 非侵襲・24時間使用=1名、C 非侵襲・夜間のみ使用=6名であった。支援者との連絡の1st Callは訪問看護師が多く、連絡手段として、防災無線設置はなくその希望1名。災害時受入れ病院が決まっていなかった1例で、今回の調査をとおして決めることができた。停電対策では、B:1/1名、C:4/6名の人工呼吸器に充電機能がなく発電機ももっていなかった。停電対策のなかった5名について、訪問看護ステーション協議会へ情報提供し、また、医療機器業者との懇談会を開き、注意を促した。サービス調整推進会議において、在宅多職種の合意として、今後、新規人工呼吸患者の退院時を始め、在宅で継続的に日常点検することを確認した。

4 特に独創的だと思う取り組み

すでに宇部市で行なわれていた、在宅多職種代表者が月例で介し保健・医療・福祉サービスについて検討する会議システムを利用したこと、これを補足する意味で地域基幹病院において在宅医療報告会を開催したこと

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

在宅医療を行なう診療所・病院のグループ形成(強化された在宅療養支援診療所/病院(連携型)の届出)

医療職(医師、訪問看護、薬剤師)が、介護福祉職(訪問介護、ケアマネジャー)の側に出向き、出前講座の形で、医療側の見方の解説や連携の呼びかけを行なったこと

6 苦労した点、うまくいかなかった点

つねに、「単年度事業の活動のなかから、今後も継続される取り組みやしぐみを地域にいかに残していくか」を意識して実施した。

医師会、市との協力関係の中で拠点事業を展開するために、それぞれのキーパーソンと常に連絡をとり、進め方についての助言を仰ぎながら行動したが、それでも準備不足のため、多職種での連携研修の場に、医師会からの医師派遣を依頼するまでには至らなかった。

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

市群医師会が市の協力のもとに実施し、そのなかで当院のような在宅療養支援病院をおおいに利用する形が最も効果的な動きが出来ると考える。一医療機関が拠点事業を展開するには、市や市群医師会でのキーパーソンを見極め、緊密な連携の下で実施するのがよい。周辺の医療機関から、自らの利害のために実施しているのではないことを理解してもらうことも重要。

8 最後に

課題として抽出されながらまったく対策を講じられなかった項目として、**訪問看護における複数ステーションの連携のあり方検討、歯科医師の在宅医療への積極的な関わりの促進**、がある。

着手したばかりでは是非今後の展開を見守る必要がある項目として、**在宅医療を行う診療所・病院のグループの質的充実・量的拡大、「在宅人工呼吸患者の災害時対策チェックリスト」の運用、基幹病院での「在宅医療報告会」の定期開催**がある。

今年度当院からの働きかけや事業費により実施できたが、継続性が保証されていないものとして、**在宅職種間の学びあい(とくに、医師・訪問看護・薬剤師など医療側からの積極的関わり)、市民への在宅医療の普及・啓発**、がある。前者は、県単位での「**多職種連携研修**」の動きを見守る必要がある。

在宅職種間の情報共有システムは、宇部市医師会の「**医療・介護施設情報参照システム**」推進事業のなかで確立されるよう努力したい。

地域医療の要にもなっている山口大学病院、ごく

最近民営化された各ブロック**地域包括支援センター**とは今後の拠点は関わりを深める必要がある。

引き続き、宇部市、宇部市医師会との協力のもとに当院も在宅医療の推進に向けて地域での役割を果たしていきたい。