

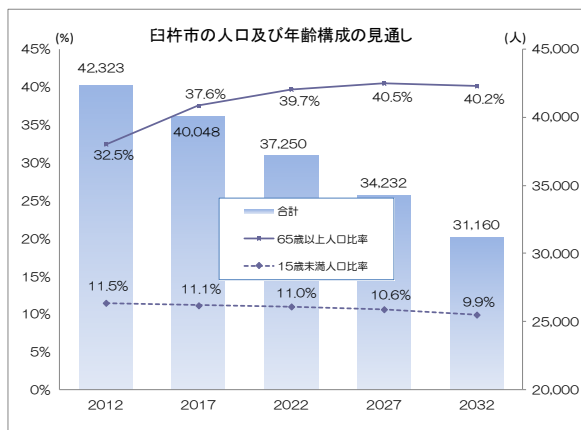
在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名：臼杵市医師会立コスモス病院

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人口動態における課題

臼杵市は人口4万人、一次医療を行う診療所と二次救急を担う医師会立のコスモス病院のみである。高齢化率はすでに32%を超え、10年後には40%に達すると予測されている。10年後をみこした在宅医療の体制づくりが必要である。そのためには、臼杵市と医師会が中心となって取り組む必要がある。



②医療資源における課題

医療資源は1次救急を担う療養型病院(3)と診療所(28)の31カ所で、二次救急を担うのは当院のみである。三次救急は救急車でおおむね30分という距離ではあるが、大分大学附属病院などの他市に搬送することとなる。

臼杵市は極めて少ない資源の中で、医師会の努力により地域医療に取り組んできた。医師・看護師の不足と開業医の高齢化は臼杵市にとっても深刻な課題であり、コスモス病院の医師・看護師不足もまた、病棟閉鎖の危機をかわらうじて回避しながらの状態、現場の医師看護師は疲弊している。

開業医においては、高齢化に伴い往診を担う医師が減少している。在宅医療推進のためには、開業医への啓発を行うとともに、負担軽減のためのIT化など

による医療従事者の業務の効率化の進展に期待がかかっている。

③地域連携における課題

以前より臼杵市医師会は「臼杵市の認知症を考える会」や「糖尿病ネットワーク」「うすき石仏ねっと」などの事業を行政と協働することにより信頼関係を作り上げてきた。また臨床現場では、福祉・介護との連携については、地域医療福祉連携室の取り組みや大分県地域リハビリテーション広域支援センターの事業を通して、良好な関係が築き上げられている。

それぞれの取り組みは、真摯に行われ成果を上げているが、それらの取り組みに一貫性があるとは考えにくいものであった。それぞれの事業の効果をより有効にするためには、セルフ的立ち位置と視野を持つことによって、多面的に事業の統合が図れると考えた。

④臨床現場における課題

さらに、医療福祉の現場では、増え続ける多様で深刻化した課題に対する支援のニーズが高まっている。その中でも近年、認知症の患者・がん患者への在宅支援・生活習慣病などの慢性疾患の管理といった医療的知識・技術を必要とする支援に特徴がみられている。認知症になっても最後まで家で暮らせるための支援や市外の高次機能病院へ通えなくなったがん患者へのターミナルにおける支援、慢性疾患を管理しながら家で暮らすための支援には、医療の専門分化した知識と技術を持った支援が求められる。いずれも医療・福祉のスタッフがチームとなって情報の共有を行い、それぞれの専門性を発揮することか必須である。在宅医療に携わるスタッフの実践力の強化が重要となる。

⑤市民の意識改革とコミュニティの課題

家族形態の変化に伴う家族の脆弱さは言うに及ばず、補完する機能として地域の住民をも巻き込んだ支援体制の構築が必要である。

介護保険導入は介護の社会化・外在化を目的とし、家族への介護負担軽減に寄与した。しかしその反面、家族の施設や療養型病院への依存を生み出したとも言える。患者が家へ帰りたくても家族が了解しないという社会現象を生んでいる。臼杵市が目指す「いつまでも住み慣れた地域で自分らしく自立して暮らしたい」(臼杵市総合計画・後期基本計画)という市民の願いを叶えるためには、市民への啓発が課題となる。家族や地域が在宅医療を当たり前として受け入れる意識改革と、地域で支えあうコミュニティの再生が望まれる。

④復興枠の課題

臼杵市は防災に対する取り組みを積極的に行っている。医療機関としての役割を果たすべきところがあると考える。行政との連携の中で課題抽出を行う。

2 拠点事業の立ち上げについて

当事業が医療と福祉の連携にとどまらず、行政と医師会の協働による地域を巻き込んだ事業推進は、「いつまでも住み慣れた地域で自分らしく自立して暮らしたい」という市民の願いに寄与できると考え、プロジェクトチームを結成することを考えた。コスモス病院内に事業推進のコアチームを結成した。舩友副院長(医師会・行政担当)・安東師長(病院内調整担当)・ケアマネージャー)・野上MSW(地域担当)が中心となり、毎週木曜日事業推進会議を行った。

まず、行政担当者(大分県・中部保健所/臼杵市・福祉保健部)と、事業推進にあたっての合意形成を行った。

次に中部保健所(大分県)・臼杵市の関係各課より課長級の方々と専門職団体からの推薦をいただき、代表者35名をプロジェクトZ(Zaitaku)のメンバーとして参集いただいた。臼杵市内で活躍されている専門職の方々に注目し、それぞれの大分県協会からの推薦としたこと、大きな施設の施設長には事業説明してご理解いただいた上で参加いただいたこと、国や県・市が抱えている事業の担当者には事業の共有という点で参加いただいた。

6つのタスクについて、コスモス病院事業推進コアチームより、臼杵市における在宅医療推進の課題と成し遂げたい目標について提案を行った。課題ごと

の作業班に分かれて班長を決め、事業計画をそれぞれがたて、一斉に事業を開始した。

(別紙資料1:組織図/資料2:名簿)

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

医療資源については、臼杵市医師会であることからすでに把握されている。また、臼杵市の委託を受けて臼杵市医師会が地域包括支援センターを運営しているため、我々は福祉資源の情報をすでに持っていた。

当事業の開始と同時期に、臼杵市における介護福祉資源の見直しと、情報冊子の作成が予定されていたため、別府市医師会の作成した「在宅医療ガイド」を参考とするよう、厚生労働省説明会へ参加した舩友副院長がアドバイスをを行った。

また1年前に、臼杵市による「認知症お助けまっぷ」が市民に配布されていたため当事業では、在宅医療従事者に対する活用ではなく、市民を対象とした医療福祉資源の把握・活用を目的とし、啓発活動の取り組みとした。「在宅医療資源まっぷ」班が「在宅医療資源まっぷ」(別紙資料参照)を作成して、臼杵市の全戸に配布をし、かかりつけ医・訪問看護ステーション・歯科医・薬局の医療資源を紹介した。

この際、調剤薬局と歯科医の医療資源が得られたことは大きな成果となった。

(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。)

①コア会議 毎週木曜日 8:00~9:00

②プロジェクトZの会議 年4回

第1回 8月2日(木曜日) 18:00~20:00

- 議事 1.在宅医療提供連携拠点事業について
2.在宅医療の課題について
3.プロジェクトチームについて
4.タイムスケジュールについて

第2回 9月29日 13:00~14:00

- 議事 1.各班の進行状況の報告
14:00~17:00 講演会スタッフとして協働
18:00~21:00 懇親会

第3回 12月17日 19:00~21:00

- 議事 1.各班の進捗状況

2.年度末に向けての仕上げについて

第4回 3月11日 月曜日 19:00～21:00

議事 1.各班の成果について

2.残された課題について

3.事業全体の報告と評価について

4.今後のプロジェクトの継続について

③作業班会議は各班ごとであったが平均4-5回
議事録の提出と出席簿を提出

④地域ケア連絡会議ー地域包括支援センター主催
毎月第3火曜日 13:30～15:00

・在宅医療連携拠点事業担当者として毎月出席
・特に事業開始においては協力をお願い、事業終了
においては事業報告をコスモス病院 コアチームが
出席して行った。

⑤7月25日 臼杵市地域防災会議及び国民保護協
議会 MSW出席

⑥平成24年度大分県南部地区総合防災訓練11/11
「避難所開設・運営」スタッフ研修会 計5回

⑦2月24日 9:40～17:40

在宅医療地域リーダー研修会ー大分県 MSW

(3) 研修の実施ー目的

1.臼杵市内で行われている医療・福祉に関する研修
の調査を行い、ばらばらに行われている研修を効果
的に行う。当院・地域リハビリ・保健所・地域包括・福
祉施設で行われる研修を協働で計画して、研修による
在宅医療・福祉従事者の疲弊をなくす。

2.グループワークによる課題抽出に基づき、今年度は
がん患者の支援に特化することによって、医療に強い
在宅医療・福祉従事者の育成を行う。

3.ホームページに臼杵市内で行われる研修を公開し
て、誰でも機関の垣根を越えて参加できる研修をめざ
す。

4.病院で行う研修について、地域の在宅医療従事者
に必要な研修のあり方を考えて企画する。

研修実績

①8.12 (地域リハと協働)医療福祉従事者の研修
課題抽出「がん患者の事例を通して」参加者数 75名
医師2・開業医3・看護師17・PT15・OT8・ST3・SW5

CM17・介護士3・ヘルパー5・保健師3・薬剤師3・栄養
士1

②10.29「医療ドキュメンタリー～在宅の風」の視聴
(都道府県リーダー研修資料)地域包括支援センター
コスモス:13名・コスモス介護支援センター:9名

③10.30(地域リハと協働)「栄養士ならこうするちょっと
したカロリーアップダウンの方法」管理栄養士 高田
千夏氏 コスモス病院50名 院外32名 計82名

④11.15 コスモス病院第24回部門交流会・テーマ
「地域連携」155名「臼杵市の認知症連携・大分大
学医学部 木村成志氏」「在宅医療連携拠点事業・安
東直美氏」「糖尿病ネットワーク・近藤聖也氏」「地域と
の連携強化・地域包括支援センター・原聖志氏」

⑤11.26(NSTチームと協働)「褥瘡予防の基礎知識
とケアのポイント」皮膚排泄ケア認定看護師 多田章
子氏 多職種77名

⑥1.24(保健所と協働)「緩和ケアって特別ですか」
大分大学医学部 麻酔学講座 奥田健太郎氏
多職種80名

⑦1.29(地域リハと協働)「がん患者とのコミュニケー
ション」山岡在宅クリニック 認定訪問看護師 安土
美保氏 木野村悦子氏 73名

⑧1.29(地域リハと協働)「地域がん在宅医療研修会」
・「在宅医療連携拠点事業の紹介及びがん患者・家
族の聞き取り調査結果について」臼杵市医師会立コ
スモス病院 地域医療福祉連携室 MSW 吉野詠
実氏

・「緩和ケアチームの活動について」臼杵市医師会立
コスモス病院 緩和ケアチーム看護師 牧美幸氏
・講演『終末期のがん患者・家族を支える上で、支援
者に期待すること』大分ゆふみ病院 一万田正彦氏
多職種88名

⑨3.6(保健所)医科歯科連携講演会「医科歯科連携
の推進にむけて～口腔を取り巻く現状と今後の在宅
医療のあり方～」鶴岡クリニック 副院長 森崎重規
氏 他職種 約80名

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
少ない医師で24時間急変に対応するために、臼杵
市医師会では、市内唯一の急性期病院(2次医療機
関)である臼杵市医師会立コスモス病院を中心とした

体制をとっている(図参照)。平日昼間は紹介制を採用し、意識がない・反応がない・高度な外傷など命に関わる状態の方は24時間365日コスモス病院が直接対応している。コスモス病院で対応が困難な状態であれば、大分市の救急救命センターなど高次医療機関を紹介する。臼杵市内の医療機関と救急隊は密接な連携体制を構築している。かかりつけ医・コスモス病院・救急隊が連携することによって、在宅での急変に対しても24時間365日対応可能な体制を臼杵市医師会では構築している。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日・祝日
	内科	外科	内科	外科	内科	外科	内科
8時30分							
14時							
18時	■	■	■	■	■	■	■
22時	■	■	■	■	■	■	■
8時30分	■	■	■	■	■	■	■

■ 平日夜間当番 (18時～22時) : 医師会にて、ご確認ください
 ■ 土日・祝日当番 (土曜日は14時～22時、日・祝日は9時～22時) : コスモス病院
 ■ 夜間救急 (22時～翌8時30分) : コスモス病院が救急車を受け入れます

意識がない・反応がない・高度な外傷など命に関わる状態の方は
 24時間365日 コスモス病院が対応しています

また、当院は二次救急病院だが、神経難病や呼吸器疾患などの急変時に急を要する患者は、退院時に「特別対応患者」とし、平成14年より消防署と連携し一次救急で受け入れるシステムをつくっている。さらに今回、計画停電の対策として、特別支援学校の児童を「特別対応」とした。

訪問看護ステーションは2事業所で、24時間体制で稼働している。

(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

在宅医療連携拠点であるコスモス病院の地域医療福祉連携室が地域包括支援センター・ケアマネジャーに対する情報共有のための窓口となっている。患者の入退院についての連絡や退院時医療福祉連携シートを各居宅介護支援事業所に提供する役割を担っている。また、退院時カンファレンスの実施について、患者・家族、ケアマネジャーと病棟看護師・訪問看護師の調整をMSWが行なっている。ケアマネジャーがかかりつけの医師との連携がうまくいかないときな

などの相談を受けて、調整する場合もある。

今年度は地域包括支援センターなどの依頼によりMSWによる講義も行った。

- ①7.18 「自立支援のためのインテーク」臼杵市
- ②9.19 「自立支援のためのアセスメント」臼杵市
- ③2.14 「ケアマネージャーの実力・ケアマネージメントのあり方と質の向上について」JA大分



1.28 地域包括支援センターによる「認知症を考える会」にMSWが事例提供を行い、医師をはじめとする他職種によるライブカンファレンスが行われた。

(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)

平成22年より取り運用開始した在宅スタッフとの情報共有のための医療福祉連携シート(後記)を電子カルテ化した。

このシートは患者が退院するときにケアマネジャーへ情報提供される。退院時ADLや考えられるリスクについて、情報共有のツールとなる。心不全シートやリハビリのシートが添付される場合もある。

ケアマネジャーはフィードバックとして、患者が在宅で受けるケア計画のうち第3表を連携室へ届ける。連携室では電子カルテに文管理される。地域医療福祉連携室がこのシステムを管理している。現在65%の達成度である。

開業医への連絡は、電話の場合もあるが診療にさしつかえのない方法としてFAXやメールを利用している。今後、「うすき石仏ねっと」のMSW報告システムに期待がかかっている。

課長補佐 西岡 隆氏

「豊かな在宅医療のために」臼杵市における専門職の取り組み

各専門職より報告

「在宅医療連携拠点事業のめざすもの」

1. 事業内容概要 コスモス病院

地域医療福祉連携室 野上美智子

2. うすき石仏ねっこの目指すところ

コスモス病院 副院長 舛友一洋

「みんなで支える在宅医療のために」

臼杵市長 中野五郎氏

2. 広報誌「コスモスの風」(資料添付)

→事業開始のお知らせ 回覧板にて市民へ周知

3. 在宅医療資源マップ 全戸配布 17,000 枚+3,000 枚
→かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局のすすめ(資料添付)

3. 啓発用ちらし 17,000 枚

→行政などの窓口・病院・診療所へ配置 講演会での配布

4. ケーブルテレビの活用「お家で暮らそう」

→15 分枠の番組 1 日 5 回 1 週間のクール

目的: 病院で困っている在宅での「低栄養」「口腔ケア」「服薬管理」「ロコモティブシンドローム」などについて、地域の方に知ってもらうために、専門職団体がそれぞれの番組を企画し、臼杵市の理解と協力を得て、公共性の高いものであるという判断で無料で番組を作成していただき、放映開始した。

① 事業説明・2025 年への展望 拠点看護師・MSW

② 「実践！ 栄養バランス生活～いつまでも若々しく」 栄養士協会・安部絵理氏 管理栄養士

③ 「お口の健康について」大分県歯科医師会・小名川良氏 大分県歯科衛生士会・海士野ミサコ氏

④ 現在、訪問リハビリテーションを収録中

5. 小さな講演会 - MSW が担当

→専門職や地域の研修会で啓発 計 7 回実施

1. 10.24 げんき教室 大分県看護協会 事業説明とちらし配布 70 名(一般市民)

2. 11.5 臼杵市民生児童委員理事会にて事業説明とちらしの配布 15 名(児童民生委員)

3. 11.6 平成 24 年度訪問看護認定看護師 8 名講師 1 名 事業説明とちらし配布(看護大学)

医療福祉連携シート

臼杵市医師会立コスモス病院

フリガナ, 氏名, 入院日, 性別, 年齢, 生年月日, 退院日

作成日, 退院時の状況, 情報提供, 記入者, 看護師, 病棟, 訪問看護, 特定疾患, 医療情報, 病名, 主治医, 居宅介護支援事業所, リハビリ, PT, OT, 介護度, 栄養・褥瘡, 服薬管理, 食事, 口腔ケア, 寝返り, 座位保持, 立位, 移動, 排泄, 入浴, 衣服着脱, 認知症, 意思伝達, 行動障害, 睡眠障害, カンパレンス情報

＜ケアマネジャー様へ＞ 第3表 週間サービス計画表が出来ましたら地域医療福祉連携室へお届け下さい。右記入欄は再入院時の情報提供の際にご利用下さい。

(7) 地域住民への普及・啓発

啓発の対象年齢を 65 歳に設定した。その理由として、

- ①2025 年の在宅医療を利用する当事者と考えられること
②年金受給による生活の安定により地域コミュニティの担い手となること
③易しすぎず難しすぎない啓発文を書くための知的レベルの設定のためである。

また、当事業の発信であることを市民にわかりやすくするため、キャッチコピーとイメージキャラクターを決めた。『みんなで支える在宅医療～自分らしい生き方を選択しましょう』(添付の資料参照)とした。

啓発の方法は 5 つであり、それぞれを広報班が手分けして担当した。

1. 講演会 →行政・在宅医療・福祉専門職への啓発
「10 年後のより豊かな高齢期の暮らしを目指して～臼杵市の高齢化の実状と在宅医療の推進～」臼杵市保健福祉推進アドバイザー

厚生労働省 年金局数理課

4.12.4 北海添ふれあい交流会 事業説明とちらし配布 57名(地域住民)

5. 12.13 大分県薬剤師会研修会 講演(地域連携)とちらし配布 80名(薬剤師)

6.12.19 大分県理学療法士会 講演(地域連携)とちらし配布 80名(理学療法士)

7.12.19 下ノ江地区人権講座プラス 事業説明とちらし配布 45名(地域住民)

6.がん患者さんのためのリーフレット

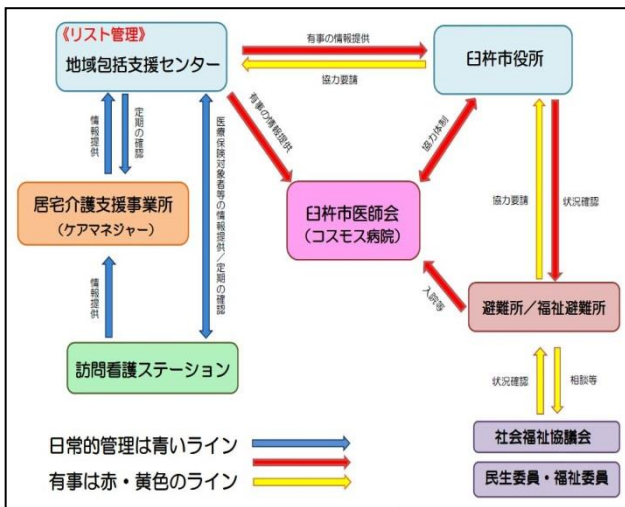
目的:がん診療拠点病院とコスモス病院・かかりつけ医・訪問看護・ケアマネージャーを結ぶためのツールとして作成した。(資料添付)

(8) 災害発生時の対応策

有事の際の医療が必要なかた、災害時要援護者の把握システムを構築した。地域包括支援センターがケアマネージャーの協力のもと毎月更新し管理する。有事の際に医療機関や避難所で必要な情報となる。

緊急時連携シート		(平成24年12月18日訂正)	
住所		電話番号	
氏名	〒 番 町 丁目 (番)	電話番号	
生年月日	性別	連絡先(住所・電話)	
連絡先	氏名	住所	電話番号
緊急連絡先(家族以外)	氏名	住所	電話番号
緊急に連絡がとれない場合は、 <input type="checkbox"/> 連絡する <input type="checkbox"/> 連絡しない <input type="checkbox"/> 分からない			
かかりつけ医		公営診療機関	
氏名		氏名	
科		科	
現住所	〒 番 町 丁目	〒 番 町 丁目	〒 番 町 丁目
近所(通院可能な医療機関) 氏名 電話番号 診療(時間等)			
療養介護大原事業所			
訪問看護ステーション			
ヘルパーステーション			
デイサービスセンター			
障害者福祉サービス提供施設		認知症高齢者福祉サービス提供施設	
施設名	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	施設名	I Ia Ib Is Ib F H
備考		備考	
備考	備付 電卓 一泊用 全介助 口聴アプ	備考	備付 電卓 全介助 全介助
備考	ICカード(車庫・エレベーター・駐車場)	備考	入浴 備付 電卓 全介助 全介助
備考	備付 電卓 全介助 全介助	備考	障害 備付 電卓 全介助 全介助
備考(その他)		備考(その他)	

災害時要援護者(医療)の把握と有事の情報提供の流れ



また、白杵市には「安心生活お守りキット」があるが、この中に医療情報の入った緊急時連携シートを入れることが決定した。延命の意志についての記載やアレルギーなど、救急外来で必要な情報であり、本人の希望により、ケアマネージャーによって記入されて「安心生活お守りキット」の情報に追加される。地域包括支援センターにより発信される。

また我々は、防災会議や防災訓練など、白杵市の防災政策への協力を行った。当院には 26 名の防災士が誕生した。さらに防災訓練や災害時に役立つ物品の整備などを行った。

1. レスキューボード キャリーリーフ 30 台を配置
2. 足踏み式吸引器 20 台

4 特に独創的だと思う取り組み

1. 組織づくりに特徴があった。広く事業展開するためには、各専門職が専門分野で力量を發揮して欲しいと考え、作業班に対して課題として提示したものの、事業推進は班の自立性に任せた。そのことによって、我々コアチームの予想を遥かに超える、面白い事業を企画し展開した。
2. IT班により「うすき石仏ねっ」とにおいて市内 2 事業所の訪問看護ステーションとのアクセスが可能となった。訪問看護ステーションはコスモス病院をはじめ、市内の開業医との連携が効率よく行うことができるようになった。今後は調剤薬局との連携が視野に入っている。
3. 市民のための情報提供として、ホームページ・プロジェクトZを立ち上げた。

4. 前述したケーブルテレビの活用は、番組が進むにつれ往診や訪問看護といった、在宅医療の課題に取り組む予定である。「住み慣れた地域で最後まで暮らす」という、市民意識の改革を目指したい。

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

プロジェクトZを結成することにより、医師会と行政・各専門職の顔の見える関係がより強化されたことにあると考える。我々は、臼杵市における在宅医療・介護の中心的役割を担う専門職と顔の見える関係ではあったが、在宅医療という1つの目的に向かって事業推進したことによって、臼杵市におけるおのおのの役割を再確認し、協働すべき課題を共有できた。そのことによって、1年間の在宅医療連携拠点事業であったが、臼杵市はプロジェクトZを10年間のプロジェクトとすることを決定した。2025年へ向けたまちづくりへと歩みだした。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

啓発活動については、様々な方法を試みたが、市民の意識改革には程遠いと思われる。

臼杵市はこれまで、医師会と協力し「糖尿病ネットワーク」や「認知症考える会」で予防事業に力を入れてきた。市民公開講座などでは、たくさんの市民が参加し、認識の高まったところである。ここで急に「宅看取り」を重点的に啓発するにはギャップが大きかったことから、医療資源・医療政策・2025年の課題などについて、情報提供するなどから開始した。そのため、在宅医療の究極である「在宅での看取り」という課題にまで及ばなかった。

また、開業医に対する在宅医療への参加については、医師が高齢化している当地域においては、一部の医師のほか、積極的参加は望めなかった。

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

臼杵市はすでに、行政と医師会の連携が基盤としてあった。また、福祉・介護との連携もすでに構築されているとあってよい状態であった。これは介護保険施行以前からの、さまざまな専門職の地道な努力の結果であり、その実績が日の目を見たと言える。決して

特別なことではなく、「何をよしとするか」を他職種で考えれば、到達することであると考え。

この基盤があってこそ、在宅医療は可能となる。さらには、地域コミュニティ＝住みよい地域づくりを視野に入れた事業展開が必要となる。そのためには我々は他職種の専門性を尊重し理解しあうことが、視野を広げる要素となる。

8 最後に

様々な活動を医師会と行政の連携が我々の特徴である。ともすれば拠点事業所にとって、ステイクホルダーとなる医師会と行政が、がっちり手を組んで事業推進したことである。臼杵市長のマニフェストの中に今年、地域医療連携の強化が上がった。そしてプロジェクトZは2025年へ向けて10年のプロジェクトとなることが決定した。

調査の最終結果が年度末に出たこと、一年間の事業推進を通して、これからのプロジェクトZのタスクがさらに明確になった。3点である。

1. 在宅医療を受ける「自己決定ができる」 そのための市民への啓発
2. 医療と介護の連携と実践力の強化
3. 予防事業から看取りに至るまでの一貫した概念の共有

我々の地域で往診専門医が現れるとは思えない。現在、開業医は長年診てきた患者が在宅医療が必要となった時、往診を行い、訪問看護ステーションや介護保険・ケアマネージャーと一緒に支援している。市民が「最後まで家で暮らしたい」と言い出せば受け入れは可能である。市民の意識改革のほうが最重要と考える。

次に、医療と介護の連携は取れているものの、医療ニーズの高い方に対する支援の覚悟が双方に必要である。患者がどんな状態・状況でも、在宅で過ごすことができるよう、実践力を強化し、看取りの環境を整えることが重要と考える。

我々は、医師会という立場から行政を巻き込んだ展開をしてきた。医療は生活の上に成り立つことを考えると、行政が提唱する「いつまでも住み慣れた地域で

自分らしく自立して暮らしたい」という、市民の願いを叶えるための地域づくりに寄与する必要がある。それはまさしく地域包括ケアに繋がる。

地域での、予防から看取りに至るまで一貫した概念を支援する専門職のみならず、市民とともに共有できるような活動を続けていくことが重要である。1年のプロジェクトであった在宅医療連携拠点事業は、地域包括ケアの契機となったと言える。

