

在宅医療連携拠点事業成果報告

拠点事業者名:別府市医師会訪問看護ステーション

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

別府市は人口約 12 万人、高齢化率 28.4%、市街地から市外までは車で片道 20 分程度で移動できる。

表 1-1 医療機関

	医療機関数	病床数
・病院	26	3851
・有床診療所	45	741
・無床診療所	61	-
合 計	132	4592

表 1-2 介護保険事業所等

事業所	別府	全国
・居宅介護支援事業所	46	32.665
・地域包括支援センター	7	4.065
・訪問看護ステーション	12	5.903
・ヘルパーステーション	48	26.889
・通所リハビリ	14	6.599
・通所介護	32	26.028
・訪問入浴サービス	3	2.431
・短期入所療養・介護	16	11.511
・ケアハウス	8	1.718
・福祉用具	4	7.136

表のように、人口、高齢化率、移動時間等全国平均と比較し医療社会資源は充足していると評価できる。また、調査では、近隣の基幹病院の平均在院日数は13日～17日であり医療処置の必要な患者が在宅へ帰る際、スムーズな在宅移行構築が必要である。しかし、充足している他事業所、多職種を統括する拠点機関がない。また医療・介護間の垣根が高いと感じている等が課題であった。そこで拠点の方針を『地域を一つの単位とした在宅医療の推進』とし、①地域医療資源のネットワーク化(チーム医療体制の構築)、②チーム医療提供するための情報共有システムの構築、③地域医療介護の質の向上、担保のための活動、

④在宅医療従事者の負担軽減、⑤地域の介護力の強化を目標とした。

2 拠点事業の立ち上げについて

拠点事業の立ち上げにあたり、県医師会、郡市医師会、行政(大分県、別府市)の協力が必須と考えた。働きかけとして拠点事業推進委員会を設置し、県医会長、別府市医師会、県医療政策課、市の健康づくり推進課と介護保険課から委員の推薦を依頼した。推進委員会では地域資源の充足状況、拠点の目的、課題抽出、事業についてのアドバイスを頂くことや医師会員へ拠点事業の協力を依頼した。医師会の働きかけにより、多忙な医師の出席率の高さにつながった。行政からの参加は地域の多職種のやる気となり会議や研修会の参加及び連携強化となった。

表 2 在宅医療拠点事業推進委員会

大分県医師会	医師 2 名
別府市医師会	医師 2 名
大分県医療政策課	担当 2 名
東部保健所	担当 2 名
別府市高齢者福祉課	担当 2 名
計 (事務局 8 名)	18 名

拠点では、地域ケア連携システム会議を、平成 20 年から定期的に開催し多職種連携を図ってきた。今回この会議を継続し、ワーキンググループとして拠点事業を展開した。

表 3-1 地域ケア連携システム会議の職種構成

別府市医師会	医師
別府市歯科医師会	歯科医師・衛生士
別府市薬剤師会	薬剤師
訪問看護 ST 連絡協議会	訪問看護師
ヘルパーST 連絡会	介護福祉士
居宅介護支援事業所連絡会	介護支援専門員
地域包括支援センター	三職種
広域地域リハビリ支援センター	PT.OT.ST
医療機関	看護師・MSW

保健所	保健師
市役所	保健師
その他関係者	施設等相談員

表 3-1 地域ケア連携システム会議 出席者

	人数		人数
医師会	18	歯科医師会	2
薬剤師会	2	保健所	3
地域リハ広域	2	市役所	3
訪問看護	2	訪問介護	2
居宅介護	2	地域包括	3
医療連携	7	オブザーバー	2

事務局 7 名

拠点事業の取り組みについて情報提供し、それぞれの事業(会議、研修会等)を共同で行うために、事業、行事を共有した。「がん在宅医療サポートネットワーク」を保健所から。「NICU からの在宅移行と母子支援」を健康づくり推進課から。「地域包括ケア等について」を高齢者福祉課から。「地域包括支援センターの取り組み」を地域包括から。「在宅医療連携拠点事業について」を拠点事務局から説明し・がん在宅フォーラム In 別府の合同開催・拠点事業所からケア会議の参加・NICU から在宅移行と母子支援等を共催で行う事が決定した。この事により、同じ内容の研修会に重複して参加せず済むことや多職種との顔合せの場になった。また医師会、行政からの働きかけは参加者数の増加になった。地域ケア連携システム会議の代表者は各専門分野へ伝達講習し、必要な研修を開催している。

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・福祉資源は充足している。医療系サービスを導入し介護予防する認識不足。医師・病院看護師の在宅医療に対する理解不足。協働の機会が多いケアマネ、訪問看護師、訪問介護職員の合同研修会が少ない。現場に必要な親任・現任・所内研修等が事業所により差があり、スキルに差が生じやすい。定期的な研修会開催し質の均一化と担保を図る必要がある。対策として、地域包括支援センターとの勉強会、地区会議へ参加。医療機関へのアウトリーチや実

習受け入れ。多職種合同研修会開催、相互の「顔の見える関係づくり」シンポジウム、講演会の企画をした。医療・福祉資源は「在宅医療連携ガイド」を活用の実際を研修会アンケートで調査した。新規開設事業所や前回に掲載否の事業所等から再発刊の要望がある。また医療依存度の受け皿を拡げるために、繰り返し研修会を企画する必要がある。

(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。)

表 4 各種会議の開催

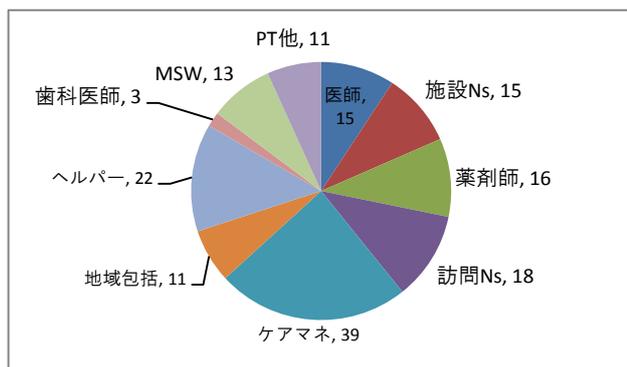
会議名		人数
拠点事業推進委員会	多職種・行政	16
訪問介護管理者会議 4 回	介護福祉士	98
居宅介護事業所連絡会 3 回	介護支援専門員	103
拠点事業者交流会	県 3 拠点・行政	21
Dr ネットワーク検討会 2 回	医師	41
訪問看護管理者会議 9 回	看護師	80
連携交流会・名刺交換会	多職種	163
地域ケア連携システム会議	多職種	53
計		575

訪問介護事業所管理者会議は 4 回開催。介護保険改定後の具体的な対応について協議している。時間が短くなり利用者から苦情もあったが、45 分で終了し満足頂けるように質を高める必要があるとの意見も出た。これは処遇改善加算にもいえる内容であった。又痰の吸引、ストーマの装具交換の研修は定期的に開催し交替ですべての職員が参加できるように要望が多かった。事業所間の質の向上、担保、均一化のために、引き続き企画する必要がある。また巨大地震を想定した「災害時の連携マニュアル・マップ」を作成中である。**居宅介護支援事業所連絡会**では研修会としてアセスメント、記録等の研修会開催の要望が多かった。虐待事例の対応の助言などコンサルテーションが行われた。大分県内 3 つの**拠点事業所の交流会**を実施(9/20)。行政、保健所からの参加もあり・年間事業計画について・地域資源マップの作成について・その他連携拠点事業について 3 拠点が事業計画を発表後、意見交換をした。地域の資源や課題に差があるものの共通する部分もあり、それぞれの地域へ馴染む

方法へと変換して事業展開する必要がある。定期的に情報交換を行う事とした。県高齢者福祉課から「地域包括支援センター機能強化事業について」説明があり、キーワード「自立支援」に向けて現存する社会資源や地域の介護力を強化し、インフォーマル資源の活用が求められている。拠点事業の1つとして地域住民への広報周知や介護力の強化を図る事とする。

訪問看護ステーション連絡協議会会議は毎月開催。
 ・各事業所の現況と課題・関係機関との連携について
 ・困難事例について
 ・研修会等について協議している。効果として管理者1人が課題を抱え込むことなく共有し、相互にコンサルテーションが行われる。この会議は平成7年から継続しており、競合する事はなく、難病患者や緩和ケアもチームで関わり補完体制の構築ができています。この会は、訪問看護についての総合相談窓口の役割も果たしている。

図1 医療連携交流会・名刺交換会（職種）



医療連携交流会・名刺交換会は、対象を東部医療圏域に拡大し、163名の参加者があった。1年間の拠点事業をスライドショーで紹介、参加していない他の職種の研修会や会議の様子もみる事で他職種の活動状況が把握出来たとアンケートにあり顔合わせの必要性がさらに深まったとの事。その後、グループワークで在宅医療連携の課題及び解決策についてディスカッションをした。グループは職種が重複しないように配慮し発言しやすいように7~8人の小グループとした。各テーブルにファシリテーターを置いた。討議内容は**1)2年間の会議、研修会、シンポジウムその他に参加して、その効果や評価、連携につながったケース、感想など。**職種により異なるが一般的に、情報交換ができ連携がとり易くなった。参加者の増加は必要性を感じているからだ。交流の機会がある事がすばらしい。

医師との距離が近くなった。研修会が増え勉強の機会が多くなって嬉しい。

2)在宅医療連携における継続課題として。

主治医の立場から患者が受けているサービス情報がまだまだ充分届かない(ケアマネの質の問題)薬の管理など相談が多くなった。対応できる調剤薬局を増やしたい(在宅対応調剤薬局グループづくり中)。MSWとして、退院の予測がつかない事があり調整で在宅関係者に迷惑をかける事がある。制度で対応できないケースの相談窓口が不明。

3)継続課題に対する対策の提案、その他連携に対する企画提案。

何でも良いので調剤薬局に声をかけて欲しい。病院病棟との連携(事前に連絡があると対応ができる)。患者個人に処置が違うので、退院が決まったら病棟で処置を学び在宅へ役立てて欲しい(病棟Nsと訪問Ns相互の実習が効果的では?)。Drネットワークの在宅での活動を期待している。その人らしい生活を支えるためにしっかり準備をしておきたい。自身が会議、研修会に参加し、色々な職種の方と触れる事で成長している。参加しない施設に参加を促して欲しい。もっとMSWや外来Nsに参加して欲しい。総合相談窓口として拠点があること知らないでいる。広報活動を行うとともに拠点事業を継続して欲しいなど多くの発言があった。

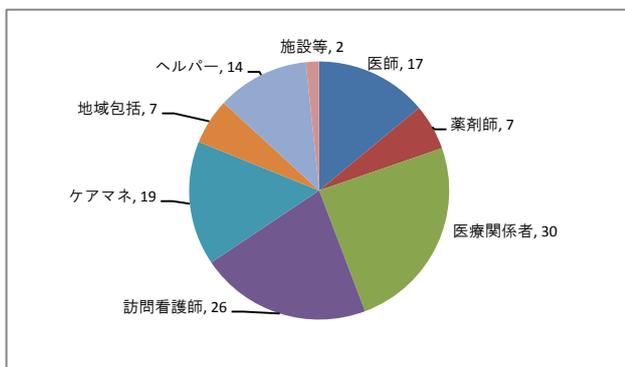
(3) 研修の実施 表5

研修会名	回数	職種	人数
在宅看護研修会	2回	訪問看護師	125
多職種合同研修会(褥瘡)		多職種	78
がん在宅医療推進フォーラム in 別府		多職種 (東部医療圏域)	120
計			323

在宅看護研修会は各訪問看護STが選出した研修会委員が計画等を企画・運営をする。今年度は褥瘡をテーマに皮膚排泄ケア認定看護師の講義と事例発表会を開催した。多職種合同研修会も褥瘡をテーマに~これで褥瘡まるわかり~で開催した。ケアマネから“褥瘡は、特にケアプランに導入時期がわからず悪化してから訪問看護を導入し治療に時間がかかる。ヘルパーからは“発赤等訪問看護に相談した方がよいのか経過観察でよいのか迷う”訪問看護から“真皮

に達してからの依頼で予防から関われば1ヶ月もかからず治癒し、また生活等のアドバイスもできる”などの話があった。また実践に即した研修が少ないため、皮膚科医師の講義、皮膚排泄ケア認定看護師の講義、多職種で事例検討会の3回シリーズで企画した。協働の機会が多い、地域包括センター、訪問看護事業所、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所を対象とした。がん在宅医療推進フォーラムin別府では、近隣から基幹病院へ入院ケースも多く、また逆ケースもあるため、東部医療圏に拡大して案内を送付した(保健所と共催)

図2 がん在宅医療推進フォーラムin別府(職種)



★基調講演「在宅緩和ケアの実際～切れ目のない緩和ケアを提供するために～」大分市医師会立アルメイダ病院緩和ケア内科部長 首藤真理子氏 ★「緩和ケア病棟の未来」大分県厚生連鶴見病院院長 藤富豊氏の後、シンポジスト4名による「がん在宅医療推進にむけての現状と課題」をテーマにそれぞれの立場から発表があった。質疑応答では、緩和ケア病棟の未来の講演で“揺れ動く患者や家族の思いに対応し、レスパイトとして緩和ケア病棟の活用や、痛みのコントロールが出来ない時などにも活用して欲しい。”との講演内容にフロアーやシンポジストの医師会“在宅緩和ケアを積極的にやってみようか。今までは外来診療の延長線上のみに在宅緩和ケアがあった。”の発言があり、緩和ケアに関わるかかりつけ医が増える可能性が期待できる内容であった。

(4) 24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
職種別会議で24時間365日の在宅医療・介護提供体制の課題について協議した。訪問看護や訪問介護では2ヶ所の事業所で協働するなどの補完体制ができていた。困難な職種として1人で診療している

クリニックの医師があげられる。診療所の医師は外来診療と在宅診療を1人でしており、医療・介護の連携のための時間確保もできないでいた。そこで拠点コーディネーター役を担う必要を感じ、アンケート調査を実施。(平成24年3月)【チームで在宅医療をしませんか?・参加する。・参加しない。】40名近い医師から参加の回答を得た。医師会や連携拠点事業推委員会に働きかけ、第1回、在宅医療(Dr)ヒューマンネットワーク検討会を開催。参加目的として、[学会で携帯電話を気にせず安心して出席した][後継者で帰ってきた。仲間づくりに参加したい][最近の在宅医療は1人では負担が大きい。専門医師や多職種とチームを組む事で在宅医療をしたい][後方支援病院としての役割があるのではと思い参加][この検討会に興味があり、今後の方向性も知りたくて参加した]等の意見があった。

チーム医療に関する国の施策について、別府市医師会常任理事がプレゼン、チーム医療について在宅支援や在宅看取りのケースを紹介、ファーストコールを訪問看護にする事でかかりつけ医の負担軽減をアピールし、事例紹介のプレゼンを拠点担当者が行った。第2回検討会を2月28日に実施。拠点のコーディネーターの役割とコーディネーターしたケースの紹介をプレゼン。拠点事業推進委員(県医師会常任理事)から在宅医療についてプレゼンがあった。3回目は7月にOFF会を予定している。(気遣いない)チームづくりのために、ざっくばらんな会話ができる会を設定。“最近どう?”の会話から次第に仕事の話となる。この事が発散性を高めチームづくりに有用と考える。今後、アンケートを実施し、かかりつけ医を登録し拠点スタッフが連携調整を行うことが決定した。

表3 在宅医療(Dr)ヒューマンネットワーク検討会

	日程	参加者数
第1回	平成24年6月30日	23名
第2回	平成25年2月28日	18名
1回目検討会後のコーディネーターケース(下記)		
※県外のがんセンターからの紹介・在宅看取り		
※高齢者住宅から在宅移行ケース・在宅看取り		

※市内の病院から紹介。在宅療養後再入院
※医大から在宅移行(施設)ケース・支援継続中
※市外の包括支援センターから・支援継続中
※市外の基幹病院からの在宅療養・支援継続中

(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と中学校区内の居宅介護支援事業所の地区会議への参加
- ・市の担当課へ働きかけ、ケア会議の参加要望をする。オブザーバーとして3名が参加。平成25年度から定期開催の地域ケア会議に医療連携アドバイザーとして参加が決定。ケアマネージャを対象とした会議は、別府市の場合、現在、介護支援専門員協議会が休止のため、居宅介護支援事業所管理者会議を開催した。今後は事業所連絡会とし、医師でケアマネのDrに会長になって頂くなど調整をした。3ヶ月ごと定期開催をしている。また23年度作成した在宅医療連携ガイドをケアマネ全員が持ち、主治医へのアポイントが以前より容易になった。ケアプラン作成時に利用者と一緒みで事業所選択に活用している。医療的なケアプランアセスメントのための支援として、合同研修会(褥瘡)を開催した。(研修会の項目を参照) その他、総合相談窓口で相談対応した。

(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)

- ・保健所、市、包括支援センターと協働で情報共有ツール(入退院時のスムーズな連携を目的に)を検討した。包括支援センターとMSWが主となり多職種合同研修会で素案を作成。保健所担当者が関係機関を対象に入退院時に使用してアンケートを実施。実証期間が2ヶ月間と短期間であった事で入退院ゼロの事業所もあり、分母が少なく評価に至らなかった。継続作成中である。IT活用しての情報共有として「ゆけむり医療ネット」では、基幹病院の医師とかかりつけ医の情報共有、診療所の医師が外来診察時に基幹病院で撮影したCT画像等を患者に説明、入院時の情報提供を行っている。退院時には入院中の検査や治療経過の情報が診療所のパソコンを開くことで得られる。市外の病院を退院のケースでは、拠点がコ

ーディネートをして情報をチーム内に掲示、関係者のチームメンバー)のみが閲覧でき、スムーズで確実に情報共有が可能である。また訪問看護、訪問介護、ケアマネ等がiPadの使用で、訪問時の様子がリアルタイムに診療所とステーションへ届き、情報が一挙に図られることで、迅速な指示と処置が可能になった。特に小児やパーキンソン病、認知症等、動画で撮影する事で薬効の確認ができる等スムーズな連携ツールとしての効果大きい。

(7) 地域住民への普及・啓発
市内、南部地区の医師から依頼を受け、地域住民を対象にした勉強会を開催した。テーマは「いまでも、これからも住み慣れた地域で過ごすために」とし、別府市の元気な高齢者向け事業の紹介や活用方法、介護予防教室の紹介、また介護が必要となった場合の相談窓口を情報提供した。また、拠点事業のリーフレットを作成し別府市と相談、市報と一緒に全世帯に配布した。配布により退院に向けての相談、がん末期で未受診の近隣者の相談、妻の認知症について専門医の相談、在宅療養中の家族からの相談等が寄せられた。また、老人会や民生委員、クリニックの職員を対象に出前講座の依頼など予約が入った。地域の介護力強化の足掛かりができた。地域ケア連携システム会議で提案し、活動を継続する。苦勞した点として、市報での広報には拠点事業所(訪問看護ステーションの名称)が使用できず、また、相談窓口も拠点事業所としていた事から、名称記載で、修正を余儀なくされ発行が遅れた。

写真 1 リーフレット



(8) 災害発生時の対応策

写真 1.2 災害時連携マニュアル作成風景



写真 2



別府市は大分県のほぼ中央に位置し、北部及び南部には断層活動により東西を横切るように短い断層が多数分布している。市街地はそれら断層に挟まれ、窪んだ平地にある。災害時連携マニュアルマップでは、別府市を数か所に分け、それぞれの地区に担当の事業所を明記する作業をした。また、日頃からお薬手帳の記載を忘れないこと、避難袋と一緒に持ち避難することなど会話に入れるようにした。社会福祉協議会がボランティアの対応予定である。医師会の協力や消防署との協力を得て、マップ上での連携訓練や屋外での訓練の予定である。災害時拠点(予定)となる医師会館に交代で訪問看護STの管理者が待機し、避難場所からの連絡を主治医へ連絡するなど明記している。1ヶ所の避難場所に数か所の事業所を割り当て滞在時間が1時間程度と必ずどこかの事業所が滞在する計画である。医師の巡回も医師会の協力が得られている。事業所は、医師会薬剤師会、社会福祉協議会、訪問看護連絡協議会、訪問介護連絡会、居宅介護連絡会等に協力を依頼した。

4 特に独創的だと思う取り組み

① 在宅医療(Dr)ヒューマンネットワークづくり

在宅医療従事者の負担軽減では、診療所医師の24時間365日の対応が困難である。しかし、連携相

談の時間も確保できない。また訪問診療、チーム医療が拡大しない理由の1つに患者のかかりつけ医を替えるのではとの懸念もある。拠点がコーディネートをする事で解決できないか提案した。コーディネーターは拠点の担当者が行う。チームづくりには二通りあり、一つは基幹病院からホームDrの依頼があった場合に主治医、副主治医を中心に結成され、訪問看護、訪問介護、ケアマネ等の在宅医療連携チームづくり。もう一つは、診察をした事はないが、訪問診療している患者が主治医の学会中等で市外に出ている場合に状態が悪くなり、往診の依頼に応じる仲間チームである。

② NICUからの在宅移行と母子支援

小児に関する研修会でNICUが満床だが在宅移行が困難の事例があった。入院できず7ヶ所の病院を回った結果、母親が死亡するケースがニュースになった。拠点ではNICUのある基幹病院へアウトリーチし情報交換、連携強化を図った。事前訪問、医師の処置に合わせて訪問。試験外出、試験外泊時に自宅訪問し、退院に向けて環境整備やアドバイスをを行った。この一連の関わりが母親に安心感を与え、退院後の見通しや自信になった。退院後は近隣の小児科受診に同行し、緊急時の対応を依頼。現在、人工呼吸器を装着したケース、双生児で気管切開カニューレ挿入のケース、IVHと経管栄養のケース等5児の在宅療養支援をしている。レスパイト入院の調整や、通所リハビリ等と連携し、母親と共に児の成長を喜び、悩み一緒に育児をしている。初産でうつ病となっていた母親も現在は不妊治療に通院を開始した。児の育児放棄、虐待防止になっていると感じる。地域の受け皿を広げるために訪問看護連絡協議会に情報提供すると共に研修会を予定している。

③ 訪問看護ステーション立ち上げの支援

在宅医療介護推進プロジェクトの2に実施拠点となる基盤整備がある。在宅サービス拠点の充実の1つとして訪問看護ステーションの普及があげられている。今年度、連携拠点事業の先進モデルとして多くの視察があった。その中に訪問看護ステーション過疎地の看護師達から、共同で訪問看護ステーション設立するとの相談があった。再度、来所してもらい

申請手続き、必要物品や記録物の整備、などの相談に応じている。また開設までの間に、臨地実習の施設として提供している。訪問看護ステーションの数が伸び悩んでいる中、開設後も引き続き見守り支援を継続する事が、在宅医療推進の一助と考える。設立の申請、法規等については、大分県担当課から説明を受けた。法令遵守管理体制については、当拠点事業所のマニュアルで説明した。多職種合同研修会等に参加してもらい地域の在宅医療の推進に努めて頂きたい。

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

① 在宅医療連携拠点事業推進委員会の設置

県医師会、郡市医師会、行政(県・市)を巻き込み拠点事業を展開した事は効果的であった。医療連携で医師の参加は不可欠であるが、参加して頂けない。医師会からの働きかけで医師の出席率が高かった。行政の立場では、地域全体の把握が出来ており情報が得られる。拠点事業所は、直接現場の詳細状況の把握ができ、現場サイドの情報提供をすることができる。双方の情報をもとに協議し、対応策を検討、現場におろす事ができるとともに、結果のフィードバックすることができる。

② 在宅医療連携交流会、名刺交換会

医療介護の垣根があると感じており、たとえ患者の事でも主治医に連携を取りにくい。また看護師にも同様であった。交流会では医師や看護師、薬剤師等多職種が一堂に会し、討議や交流を図ることができた。今まで経験する事がなく、視野が拡大した。顔を合わせるだけでも良い。垣根が低くなった感じがするなどの意見が多くあった。会を重ねる度に参加者が増える事も必要性があり、効果があると評価できる。医師に相談するケースが増えたとアンケートにあった。今後は数値として調査したい。

② Dr ヒューマンネットワークづくり

市内の基幹病院、市外、県外の病院から退院の際、ホーム Dr 依頼があり、拠点でネットワーク検討会議に参加の医師と連携をとり、コーディネートの役割を果たしている。また合同カンファレンスを開催している。

1人で在宅医療に頑張る医師や地域の在宅療養者、

多職種をコーディネートすることは画期的だと自己評価している。

③ 多職種合同研修会

協働する機会の多い多職種合同研修会や訪問看護師と介護職員の研修会開催は、医療・介護の垣根を低くし、顔の見える関係づくりにも有効であった。介護職員からは、相談しやすい関係ができた。報告の視点がわかったなどの意見があった。また講師役の訪問看護師、生徒の介護職員の相互のスキルアップとなった。

6 苦労した点、うまくいかなかった点

行政、特に市の協力を得るのが大変だった。健康づくり推進課と高齢者福祉課がお互いに譲り合う事が困った点である。拠点事業推進委員会の委員になって頂き、少しは協力体制ができた。また平成25年度から定期開催される“地域ケア会議”の医療連携アドバイザーとして参加依頼があり、委員となる事が決定した。

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点を線、線を面として在宅医療連携拠点事業を展開するには、行政、医師会の協力が不可欠である。

②公的中立的な立場で事業を展開すること

③地域を1つの単位してとらえて、事業を展開する

④多職種が一堂に会する場の設定は不可欠である。

しかし、会議だけでは本音トークがなかなか出てこない事が多い。交流会・名刺交換会は顔の見える関係づくり、医療介護の垣根を低くし、専門職同士の顔の見える関係づくりに効果があった

⑤ ④と同時進行の形で職種別連絡会や研修会の開催をする。その経過の中で次第に、拠点が音頭をとらなくても、それぞれの職種にリーダーが生まれ自立していくように支援する。現場の事は実務者が一番理解しており、相互のコンサルテーションが行われる。また、補完体制が出来てくる。しかし、同職種間では競合の可能性もあるので、中立の立場で専門職を拠点が繋げる、コーディネートする役割があると考えられる。

⑥県医師会、行政を巻き込んだ取り組み、顔のみえる関係づくり、職種別研修会の企画運営、多職種合同研修会等拠点事業を展開しながら、看護師の資

格を持つ介護支援専門員が配置された意義を考えながら活動してきた。医療的立場と在宅療養者の生活支援者の立場の両方をみる事が出来、医師と介護職者、医師と在宅療養者、医師と看護職者等の連携調整役には訪問看護師が適していると感じた。病棟看護師と訪問看護師の看看連携にも力を入れ、病棟に患者の代弁者をつくる、在宅医療介護を知ってもらう事が在宅医療連携には重要。

⑦一般に医療依存度の高い患者が在宅療養をする事に慣れてない。家族の介護力、地域の介護力が低下している。ターミナル期でも医療介護の連携で看取る事ができる事を広く地域住民へ広報する活動が必要。現存する地域資源、インフォーマルな資源として地域住民の介護力を高める。介護教室の開催や、元気な高齢者が手助けできるシステムの構築が重要と考える。医療介護職としては、在宅療養支援や看取りのケースを地域住民に紹介し、地域で在宅療養が出来ることを周知することが必要である。

8 最後に

拠点事業は、とても大変で、きつかった。拠点に採択される以前から行っていた事に予算がついた事は認められたことであり、喜ばしいことであるが・・・。
多職種の方々の笑顔や“顔を合わせる事に意義がある”“このような集まりがなかったので嬉しい”“医療機関以外で医師と会い話ができるなんて・・・”
“仕事に対する考えが変わった、視野が広がった”
“医療技術的な研修がなかったので続けて欲しい”
(介護職対象の痰の吸引、ストーマ装具の交換他)
等々の言葉はやりがいとなった。そして、非常に楽しく事業展開ができた。

地域における包括的かつ継続的な在宅医療介護の提供体制の構築には

- 交流会・名刺交換会、シンポジウム、合同研修会等で「顔のみえる関係づくり」を日頃からしておく
- チーム医療提供のため「ゆけむり医療ネット」のような情報共有体制(ツールの作成)整備が必要
- サービスの質の向上と担保、事業所の質の均一化のために、各種研修会を定期的を開催する。

- 医療依存度の高い患者が在宅に移行する時、必要応じた医療介護チームが出来る体制の構築
- 地域や家族の介護力強化の働きかけや、元気な高齢者に協力を依頼し活動の場を提供する。地域のインフォーマルな介護力は沢山存在する。