

## 病診連携と診診連携の有機的統合

### ～地域デスカンファレンス開催へ発展～

2011年4月より、在宅医療の後方支援機能を担う松戸市立福祉医療センター東松戸病院や国立がん研究センター東病院と、定期的に診療所と病院両者の医師、医療ソーシャルワーカーが同席した「病診連携カンファレンス」を開催しています。

地域で患者さんの在宅療養を支えていくためには、こうした病院スタッフと診療所スタッフの連携体制が重要となります。その連携体制をより拡大し、強化していくために、2014年9月に、松戸市立病院、松戸市立福祉医療センター東松戸病院、国立がん研究センター東病院の医師、退院調整看護師、ソーシャルワーカーと、市内で在宅医療に携わる8診療所の医師、看護師、ソーシャルワーカーの交流の場を設けました。これを契機とし、患者さんが病院での入院治療から在宅療養へ移行するにあたり、病院と診療所がより連携しやすい関係を深めるきっかけとなりました。

特に、病院スタッフにとっては、診診連携体制をとっている診療所の体制や各医師の専門領域について知る機会となりました。さらに各診療所は一人医師体制、複数医体制のいずれなのか、外来診療と訪問診療の割合、各医師の個性といった、これまで直接知る機会がなかったような情報を共有できたことは、その後の連携において大きな意味をもつこととなりました。

診診連携体制をとっていることで、一人医師体制の診療所であっても、24時間体制で看取りも含めて十分な対応が可能であることが共通認識となりました。これは、在宅療養へ移行するにあたり、患者さんやご家族にとっても選択肢が増え、よりご自身の希望を叶えやすくなることも意味します。

交流会に参加した病院と診療所の間で顔の見える関係ができたことで、病院での入院治療から、患者さんの看取りを見据え自宅での療養生活までを、切れ目なくスムーズに支えることを目指します。その一つの成果として、新たな形のデスカンファレンスが行われるようになりました。具体的には、当院が連携体制をとっている診療所の医師6名で毎月行っているカンファレンスに、患者さんが入院していた病院の主治医、病棟看護師、ソーシャルワーカーや、在宅療養を支えた訪問看護師や薬局薬剤師が参加する形で行いました。患者さんの治療や療養生活に関わった多職種が会するいわば「地域デスカンファレンス」です。

2014年11月～12月に、病院から3名の患者が退院し、診診連携体制をとっている診療所の医師が主治医となり在宅療養を支える体制に移行しました。その後、患者さんをそれぞれのご自宅で看取りました。これらの患者さんについて、退院後の患者さんの様子も含めて一緒に振り返りをしたいとの要望が病院の医師から寄せられ、地域の診診連携体制をとっている医師のみならず、多職種の方々に呼びかけることで、このようなデスカンファレンスが実現する運びとなりました。