

<シンポジスト4>

地域包括ケアシステムにおける連携室 ソーシャルワーカーの役割

済生会新潟第二病院 地域医療連携室 室長
齋川 克之



当院は、新潟市西部に位置する病床数425床の地域医療支援病院である。地域医療支援病院は、地域の診療所・機能の違う病院との医療連携や施設を含めた在宅における関係機関との連携を通じ、地域連携体制の構築と強化を推進する使命

がある。そのような状況下、地域医療支援病院における地域医療連携室（以下連携室）は、その中枢として機能を発揮しなければならない。自院の役割を明確にし、連携機関との信頼に基づいた体制を構築し維持すること、また地域全体を見据えた連携コーディネーターの役割を担っていくことが重要となる。一方2000年の診療報酬改定以降、医療連携の流れは大きく変化してきた。病院への予約システムを構築し、地域から紹介患者を獲得することに注力してきた前方連携重視の第一フェーズから、ソーシャルワーカーや看護師が職種間の連携を強め入退院調整を深化させてきた療養環境重視の第二フェーズへ、そして現在、多職種が協働して地域包括ケアを強化する第三フェーズへと大きく変化を遂げた。

このような大きな変化の中、連携室業務は複雑多岐に及び、医療連携のみならず地域連携における中心的役割を担うことを期待されることとなった。連携室の主だった職種としては、看護師、事務、そしてソーシャルワーカーが担い、また体制としてもそれら複数職種が配置されるところも多い。各職種はそれぞれの専門性を生か

し、かつ地域連携における最大限のパフォーマンス実現のために共働する。その中でも、地域の保健ヘルスケア事業におけるソーシャルワーカーの果たすべき役割は大きく、地域の連携体制構築を通じ、積極的な関わりが望まれる。ソーシャルワーカーの近年のコーディネータへの動きは、「社会福祉士・介護福祉士法改正」や「日本医療マネジメント学会が推奨する医療福祉連携士」にも見ることができる。当院連携室のソーシャルワーカーは、在宅における地域連携体制の基盤整備のため行政と医師会と積極的に関わり、在宅におけるコーディネート機能を発揮する。新潟市は近年、地域包括ケアシステム構築を見据え、在宅における多職種連携ネットワークの整備に力を注いできた経緯があり、当院もその流れに乗り共に構築に力を注いだ。当院が事務局を務める「しもまち地域連携ネットワーク」と「にいがた西区地域連携ネットワーク」はその一例である。また、地域医療再生基金による在宅医療連携モデル事業の県内5エリアに新潟市が選出され、その在宅医療連携拠点事業の2事業所のうちの一つにも選出された。これからも行政とともに、患者さんが住み慣れた地域で必要な時に適切なサービスが受けられるように、共に支えあう体制構築が重要である。

先に国が示した、2025年への「病院・病床機能の分化と連携強化、在宅医療の充実」においては、まさに連携が最重要課題と位置づけられた。2014年度診療報酬改定でもそれが色濃く反映、また昨秋には病床機能報告制度、そして地域医療構想と2025年へのロードマップが開始となり、地域包括ケアシステム構築は、各自治体の最重要課題に。その中でのコーディネータの役割は特に大きく、地域での課題抽出と解決へのアプローチ、更には社会資源の結びつけなどまだまだ地域内での役割は拡大する。いかに地域における自らの立ち位置を理解し、「地域と連携し、的確かつ自由な発想のもとコーディネート能力を発揮していけるか」が、病院連携室とりわけソーシャルワーカーの役割と使命である。