

6. 令和2年度の施策について

(2) 医療と介護の連携事業について



加賀市健康福祉部長寿課

令和2年2月27日

第7期計画の取り組み

	項目	方向性
1	重症化予防の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認定時の主要疾患（認知症、脳卒中、骨折、がん、筋骨格系疾患）の予防 ・生活習慣病の予防（特に脳卒中や認知症にも関係のある糖尿病や高血圧の予防） ⇒健康課との連携や介護予防事業の充実
2	支えあいのまちづくりの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・地域でつながることも予防と言われ、社会とのつながりがあることが予防の1つであることから、 ・元気高齢者の活躍の場づくりや担い手育成 ・地域ケア会議を活かした地域づくりへの展開
3	認知症の人とその家族を支える仕組みの推進	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症予防の取り組み（もの忘れ健診の実施、認知症予防体操の実施など） ・キャラバン・メイトや認知症サポーターと、認知症の正しい理解の普及などの実施 ・認知症ケアパスの啓発普及
4	医療と介護の連携強化	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療コーディネーターによる医療と介護の連携強化 ・在宅医療や人生最期をどう迎えたいか等、住民への周知啓発
5	ケアの質の向上や人材の育成	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症対応力向上研修（中堅研修）の継続実施 ・生活視点（本人の～したい）に立った自立支援のケアマネジメントの強化及び推進（軒下マップの活用）

平成30年度第1回高齢者分科会資料より

在宅医療コーディネーターによる医療と介護の連携強化

在宅医療・介護連携の課題の把握

実施時期

□ 平成28年11月～平成29年1月 ※平成28年度実施

対象

- 居宅介護支援事業所 [管理者・主任ケアマネジャー]：15事業所
- 小規模多機能型居宅介護 [管理者・主任ケアマネジャー・看護師]：12事業所

実施方法

- 依頼文書と併せ、聴取したい事項のワークシートを送付し、事前に記入していただく。
 - 在宅医療コーディネーター及び包括サブセンター・地域医療推進室の職員がペアで訪問し、面談により、助言や問題・課題の聴き取りを行った。
- ⇒ 把握した課題から対応を検討（例：病気や薬の知識がない→介護職向けの勉強会を実施）

ヒアリングから出た課題

- ①看護サマリーの視点が医療側と介護側では異なる。退院後のリスクや問題点、予後の見通し、医師の意見もあると健康管理しやすい。
- ②リハビリ職による家屋調査の中には、生活動線にあっていない改修、必要性の低い福祉用具もある。
- ③事前に患者さんの情報がなく状況が踏まえた退院前カンファレンスができない。前もって看護サマリー等の提供があれば、支援の想定、提案も可能。
- ④夜間や休日に主治医に電話をしてよいか悩む。
- ⑤総合病院の担当医と話すことは難しい。
- ⑥本人、家族は医師の言葉に左右されやすい。
- ⑦総合病院では、退院調整、外来通院患者の相談、文書の依頼などの窓口が分かりにくい。→文書取り扱い窓口を統一した
- ⑧病院の職員にも地域の社会資源や在宅での生活を理解してほしい。
- ⑨病気について、注意する点や異常の判断、受診すべきタイミングを教えてほしい。
- ⑩医療と介護がお互いに各職種の役割などの知識を持つことで理解、連携が図りやすくなる。
- ⑪看取りについて、事例で学ぶなどの学習の機会があるとよい。

※加賀市地域医療審議会（平成29年度第1回）資料5 地域連携の取組について ケアマネジャーへのヒアリングの結果より

在宅医療コーディネーターを中心とした取組

1.相談対応(令和元年度4～10月)

- 相談件数……7件
- 相談者……ケアマネジャー、社会福祉士、保健師、看護師、訪問看護師
- 相談理由……介護だけでは、課題解決が難しいため
- 主な相談内容…医療・介護サービスに関すること、訪問看護に関すること、受診相談治療継続に関すること
在宅療養生活の継続について、医療依存度が高くなったため、家族の介護負担を必要とした など

2.院内職員へ暮らしの視点を持った研修・実習 ②⑧

- 患者さんの満足する生活を考え支える会(医療センター職員の多職種を対象とした隔月開催の勉強会)
・患者がなるべく早く“本人が満足する生活”へ戻ることができるよう、また在宅での療養生活を続けられるよう支援する病院となるため、在宅への生活に目を向けることができる職員を育成し、自らが行き届くことができることをねらいとして開催
・本人の暮らしの理解に繋げるため、連携先(小規模多機能居宅介護等)の役割や実情等を理解することを実施

3.医療・介護関係者の研修会企画・運営 ⑩⑪

- ACPの研修会や事例検討会の企画・運営

4.看護サマリーの改善 ①③⑥⑨

- 介護側が求めている内容を踏まえた看護サマリーを改善し、その評価を実施

5.ケアマネジャーとの情報連携 ③

- 医療とケアマネジャーが入院時の情報交換が図れるよう、本人・家族の了解のもと、入院早期にケアマネジャーに連絡し状況説明する仕組みを医療センターで実施

6. 病院間の連携体制の構築

- 市内の病院の地域連携業務にかかわる実務者が、連携を強化し、業務の円滑化と質の向上のため連絡会を発足

在宅医療介護連携のアンケートについて

実施時期 9月27日～10月15日

対象 居宅介護支援事業所:15事業所
小規模多機能居宅介護:12事業所

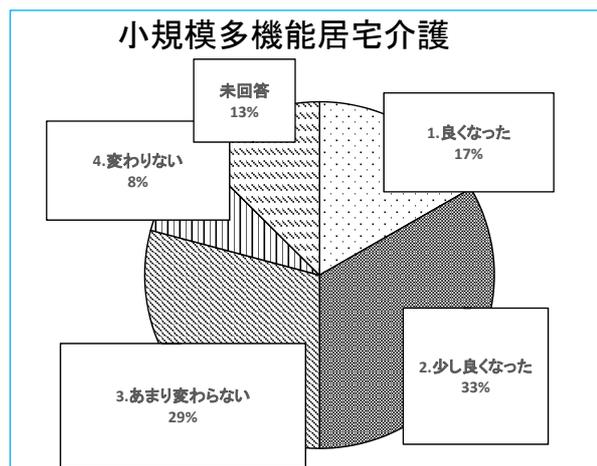
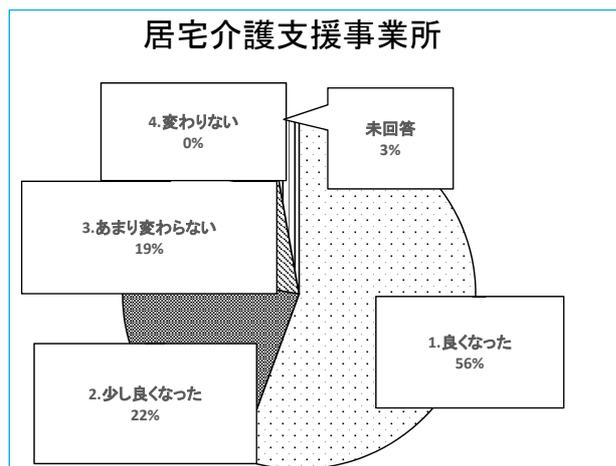
実施方法

- ①方法 依頼文書と併せ、質問票を郵送、訪問して回収した。
- ②内容 ・医療センターとの連携状況について
・在宅支援において、医療センターの改善した看護サマリーについて

*看護サマリーとは
継続的な看護やケアを受けることができるように、看護師がまとめ、
連携先と情報共有するシート

アンケート結果

1. 医療センターとの連携について、以前と比較してどう思うか



【よくなった・少しよくなった理由】

- ・医療センターから、**入院時の連絡や状況説明の連絡**があるようになり、本人の状態がわかるようになった。
- ・退院時に向けての話し合い等で、**本人・家族等の意向を確認、共有**でき、退院時の状況、**退院後の医療に関する留意事項**の確認ができた。
- ・連携センターの医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師に**相談がしやすくなった**。
- ・**在宅医療コーディネーターに相談**できる。

【あまりかわらない・かわらない理由】

- ・退院時の話し合いの開催基準がわからない。・以前からあまり不満を感じていない。

【その他の意見等】

- ・入院にかかわった多職種、退院後にフォローする外来とも情報を共有し、**在宅生活の健康管理に対するアドバイス**があると助かる。
- ・本人の状況を把握するため、病棟看護師と連絡が取れるといい。
- ・入院による歩行能力等の活動力低下に対しての評価など、退院に向けてのリハビリとの情報共有がもっとできるといい。
- ・医療センター以外の病院のアンケートの実施も希望。

2. 改善した看護サマリーは役に立ったか

看護サマリーの主な改善点

- ・病状説明について(医師の本人及び家族への説明内容とその反応と理解)、・在宅でのリスクや必要な処置、処方内容、次回受診日、・日常生活動作と援助方法、バイタルサイン、食事の種類や形態、ケアの注意すべき点、受診が必要な目安・だれが見てもわかる記載になっているか

- ・病気の医師の説明に対する**本人、家族の思いや、理解**の内容が分かり、退院後の支援を決めるのに役立った。
- ・**予測されるリスクがわかる**ことで、注意しながら介護できる。
- ・**生活の中での注意点**や、**継続するケア**などが書かれており役に立った。
- ・退院後の生活の課題を抽出しやすい。
- ・次回受診の経過を注意深く観察することができ、**必要時の受診につながる**。
- ・専門用語や略語が書いてあることもあり、わかりづらいこともある。

医療と介護の連携推進の今後

目標

本人がどのように生きたいかを尊重して実現できるように、支援できるよう医療チームと介護チームが情報を共有する。

取り組み1

加賀市医療センターが、医療と介護の連携の拠点となれるよう取り組む。

- ①入院早期に医療チームから介護チームに病状等の情報提供。
- ②本人の望む暮らしの実現に向けて、医療スタッフ(医師・看護師・栄養士・薬剤師・リハビリ職等)とケアマネジャーと情報を共有する機会をふやす。
- ③退院後の在宅療養の継続が図れるように、外来看護師と連携する仕組みを作る。

取り組み2

加賀市医療センターの医療と介護の連携の取り組みを、加賀市実務者連絡会で報告し、連携を市内病院に広げていく。

在宅医療や人生最期をどう迎えたいか等、住民への周知啓発

取り組み① 医療・介護専門職の質の向上

【ねらい】

医療・介護従事者が、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関して、本人や家族の意思を尊重するプロセスを理解し、意思を尊重した支援ができることを目的とする。

【実績】

	実施日	内容	形式	参加者数	振り返り及びアンケートから
①	R1.10.30	【ACP視察】 先進地でのACPの取組みを学び、実際の場面で考える 【視察先】 春日井市民病院(愛知県春日井市鷹来町1丁目1)	講義	25	○どこまでも患者を主体とした支援が大切であることを学んだ ○病院内の職員がACPの必要性を理解し、ケアに活かすにはチームで取り組まなければならない。 ○ACP相談員を養成し仲間を増やしていく過程を通じて病院全体での取組みとなっていく。
②	R1.12.12	【ACP研修会】 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドラインを学びましょう	講義 グループワーク	109	○本人の家族も本人の家族もその時によって気持ちが変わることがあるので、その都度意思を確認していくことが大切。 ○本人の意思をどのように考えるかについて、いろんな側面から考えることができた。

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)とは個人の価値観、人生の目標、医療・ケアに関する選好を理解し共有するプロセス



※講師:国立長寿医療研究センター
三浦 久幸 先生

【課題】

- ・ACP実践に向けて、組織・チーム構成をどのように進めていくか。
- ・加賀市全域で、どのように情報をつなげ共有をしていくのか。
- ・本人の思いや家族の思いを、情報に携わる医療・介護関係者等が共有するためにはどのようにすればよいか。

取り組み② 市民への周知啓発

加賀地区在宅医療県民公開講座・かが健幸長寿講座

「人生会議してみませんか？」
～最期まであなたらしく生きるためにできること～



- 講師** にして **しんご**
西出 真悟 先生(医療法人社団オレンジ
オレンジホームケアクリニック 副院長)
- 日時** 令和2年1月25日(土) 午後1時30分～
- 会場** アビオシティ加賀 2階 アビオシティホール

参加者アンケートから

- 話し合うこと、伝えていくことの大切さを実感しました。
- 人生会議というと堅苦しいけど、何かで集まったりしたときに皆の希望、子供のことも含めて話し合えばいいのだと思いました。
- 家族で話し合ったことがないので、早速やってみたいです。



今年度の取組結果

- ・医療と介護の専門職が、本人の意思決定について研修し、本人の思いを確認し続け、つないでいくことの重要性を学んだ。
- ・視察等で、実践者の声もきき、取り組めるところから、各機関が取り組んでいる。
例) 視察の報告、組織としてどのようにしていったらいいか話し合いをした。
- ・市民にも、自分事として、どのように生きたいか、そのためにどのような医療やケアを受けたいかを考えるきっかけの機会を設けた。

今後に向けて

本人の意思を尊重した地域連携をするために、病状や身体能力に関する情報共有だけでなく、本人が大切にしているものや、価値観等を尊重した連携の検討が必要



1. 医療・介護の専門職の取り組み

- 1) 医療スタッフが、ACPの必要性を理解する研修
- 2) 医療機関や介護事業所で、本人の意思尊重・表明支援の研修の継続
- 3) ACPの実践的取り組みの検討
- 4) 医療チームと介護チームとが連携し、支援した事例の共有

2. 市民への周知啓発

- 1) わたしの暮らし手帳の普及とともに継続して実施
- 2) 講演会での啓発

参考

令和元年度 加賀市の在宅医療・介護連携推進事業

