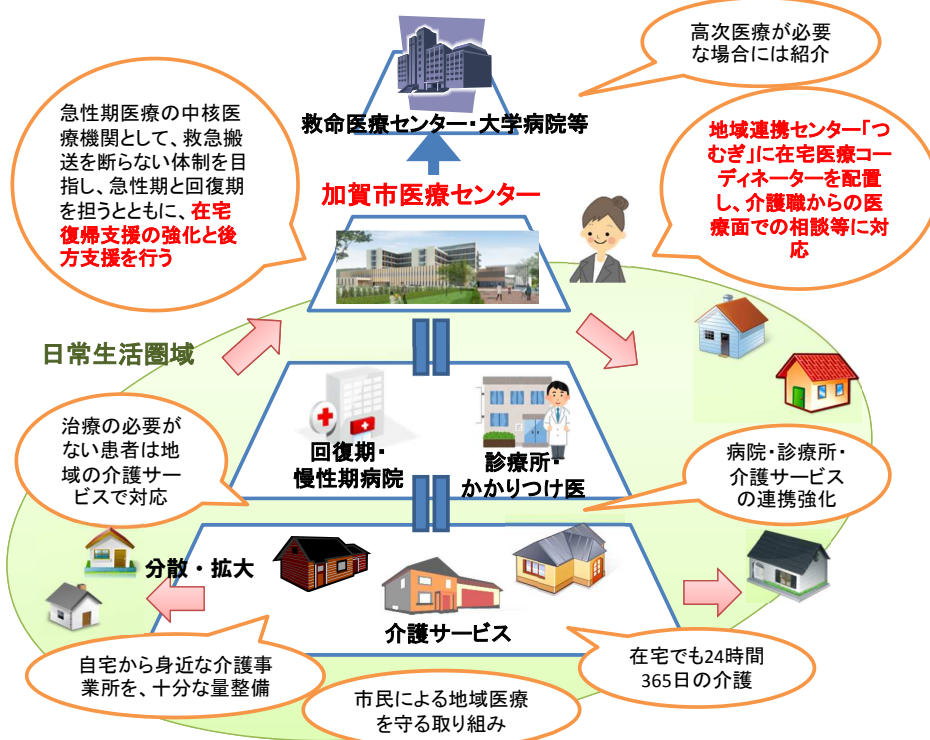


地域連携の取組について

(「地域連携センターつむぎ」の役割と歩み)

加賀市医療センターのミッション

加賀市医療センターを拠点とした地域の連携体制



- 急性期・救急医療の中心的役割
- 早期の在宅復帰を支援
- 在宅療養の後方支援
- 地域連携の拠点として、医療連携、医療・介護連携を推進

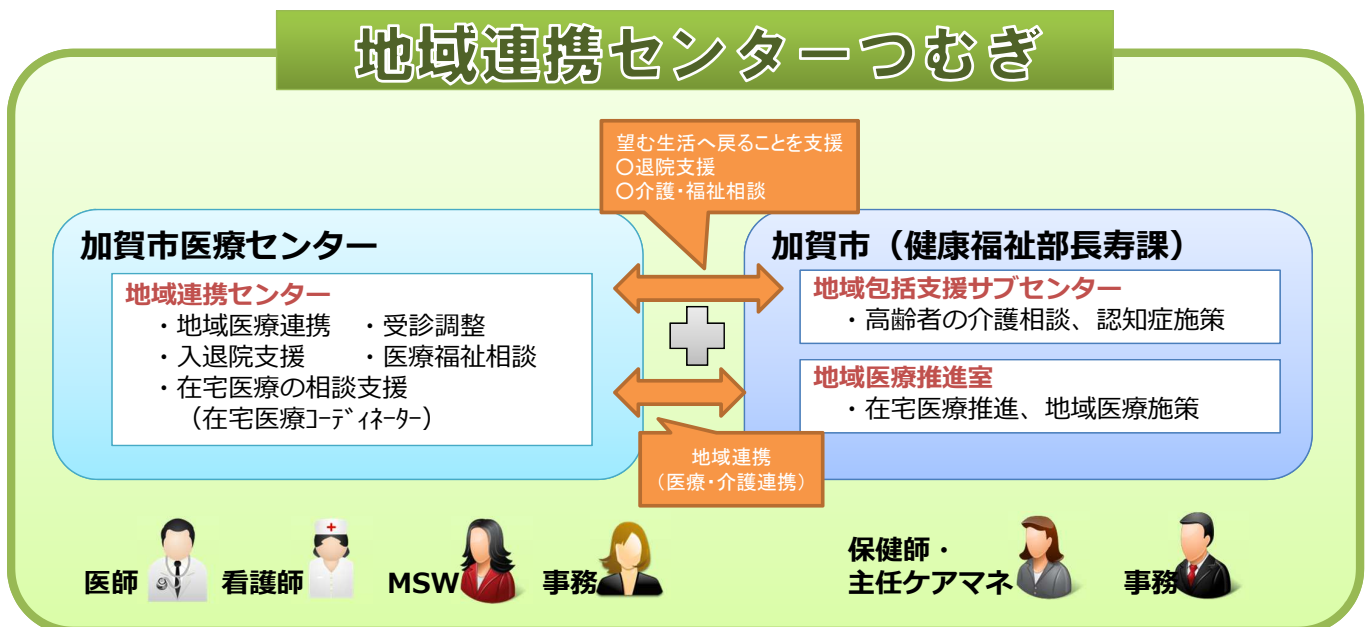
地域包括ケアシステムの構築に取り組む

「地域連携センターつむぎ」のねらい

患者さん（市民）が生活の場へなるべく早く戻ることができる（できる限り在宅での生活を継続できる）ためには、医療や介護がバラバラに提供されるのではなく、役割を分担しながら連携することが不可欠であり、「つむぎ」を拠点に地域の連携を進める。

さまざまな職種の職員が専門性を発揮しながら、早期の退院・在宅復帰、介護への切れ目のない移行、在宅療養生活の継続を支援する。（地域でのQOLの維持・向上を目指す）

地域連携センターつむぎ



生活の場に早く戻れるような支援

〔退院支援・相談機能の強化〕

患者さんの退院に向けて、地域連携センターと地域包括支援サブセンターの職員とが早期の情報共有を図り、患者さんが安心・納得して退院できるよう取り組んでいる。

【体制強化】

- H28年8月より地域連携センターに退院支援専従看護師 1 名配置
- H29年3月より連携センター職員（看護師）1 名増員
2 病棟ごとに 1 名の退院支援専任看護師を配置（急性期病棟6病棟）

【取組】

- 地域連携センター看護師・MSWと地域包括支援サブセンター保健師間で、必要時は随時相談、患者情報を共有
それぞれの専門性を発揮しながら、早期の退院・在宅復帰、介護サービスへの切れ目のない移行を支援（QOLの向上を目指す）
- 退院支援IC（インフォームドコンセント）の推進〔病院全体〕
3 回実施（入院時・退院準備・退院確認）
- 在宅後方支援
医療ニーズの高い在宅療養患者の後方支援として、増悪時の入院
介護者の休息のためのレスパイト入院

〔病診連携・病病連携等の推進〕

地域の中核病院として担うべき役割として、診療所等からの紹介患者の受入のほか、症状の安定した患者はかかりつけ医に引き継ぎ、加賀市医療センターと診療所等との機能分化を促進する。そのためには、医師・職員同士が互いを知り、顔の見える関係により、市民が安心して医療を受けることができるよう、連携体制の構築を図ることが重要。

【取組】

- 地域連携セミナー
常勤医や病院の機能紹介、講演
- 地域連携交流会
診療部門の紹介、交流会
- 地域連携症例検討会
連携の質の向上のため、診療所と加賀市医療センターで事例検討
- 逆紹介の推進
かかりつけ医の推進と外来の待ち時間の短縮、勤務医の負担軽減
- 連携先の医療機関訪問（地域連携センター長ほか）
機能等の紹介と連携先機関からの意見、要望などの聴取
 - ・病院で複数科を受診している患者について、一つの科だけ逆紹介されても、患者は困る。
→ 投薬を一つの科にまとめてかかりつけ医へ引き継ぐこともすすめている
 - ・開業医のスキルアップのためにも、診療科ごとのカンファレンスなどに参加したい。
 - ・病院と診療所の機能分担を進めるためには、初診時選定療養費の増額も必要
 - ・急を要する患者を紹介した場合も、救急センターでスムーズに受け入れてもらっている。 など
- 各種協議会・会議等の開催（主に加賀市医療センターを使って行うもの）
 - ・加賀市在宅医療連携協議会
 - ・加賀市救急医療懇話会
 - ・認知症初期集中支援チーム員会議 など

〔在宅医療・介護連携の推進〕

H27年度から介護保険の事業として自治体ごとに「在宅医療・介護連携推進事業」を実施。この事業項目の一つとして、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療、介護サービスに関する相談の受付を行うこととなっている。

加賀市では、H28年4月から加賀市医療センターの「地域連携センターつむぎ」を相談窓口と位置づけ、在宅医療コーディネーターを配置した。



◎在宅医療コーディネーター

加賀市医療センター 地域連携センター
副センター長 (看護師長) 下野 典子



在宅での医療に関するさまざまな悩みを一緒に考えます！

【在宅医療コーディネーターの主な活動】

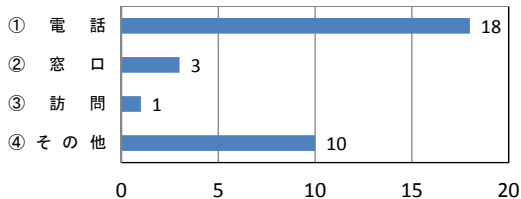
- ① 医療・介護職からの相談対応
- ② 介護事業所訪問 (ケアマネジャー等からのヒアリング)
- ③ 医療・介護連携推進の会議等への参画

主な活動① 医療・介護職からの相談対応

平成28年度実績

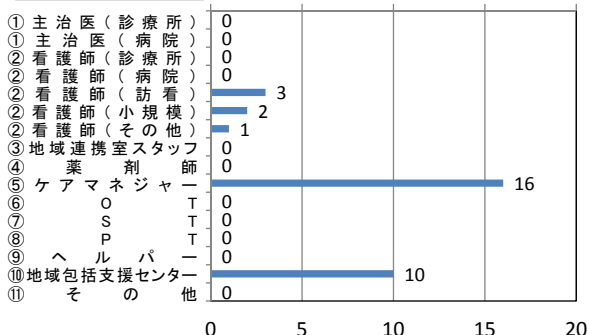
相談件数: 32件

1. 対応方法



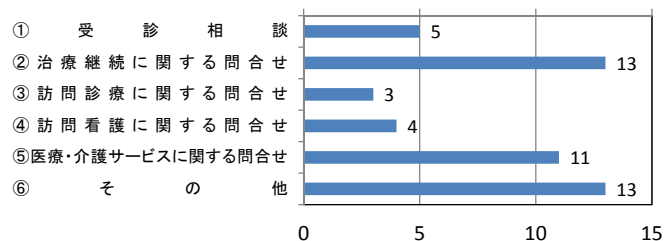
2. 相談者職種

※主な職種一つ



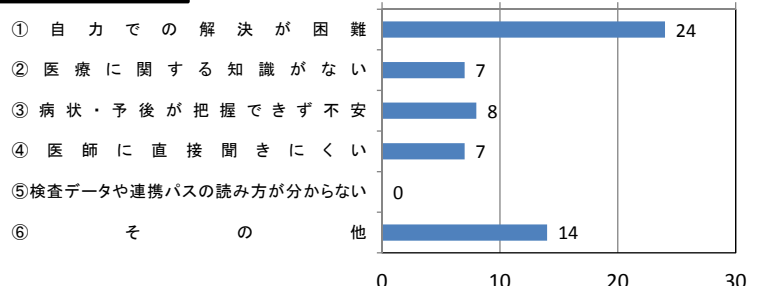
3. 相談概要

※複数該当があり総数を超える



4. 相談した理由

※複数該当があり総数を超える



○相談支援の例

《事例1》

(相談者) 小規模多機能型居宅介護 ケアマネジャー

(相談内容)

1人暮らしの高齢者。徐々に体調悪化しているようだが、以前より病院嫌いで促しても受診行動に移せない。このままでよいのか不安。どうしたらよいか。

(相談対応)

・助言

①なぜ受診を嫌がるのか理由を探るってみる。

②病名、予後の説明を受けたとしても受診を拒むのか、聞くことも拒み、そのままの生活を続けたいのか等の本人の思いを受け止めて、対応で悩むなら再度相談してほしい。

《事例2》

(相談者) 地域包括支援センター 社会福祉士

(相談内容)

肺炎の診断により入院した患者。病状改善傾向にあるも、帰宅願望強く入院継続が困難となり、急遽退院した。ADLほぼ自立しているが同居人は不在のため、内服が確実にできるか、増悪時に受診できるか等の不安が残り、地域包括支援センターの担当者より服薬管理、健康状態について相談。

(相談対応)

・地域包括支援センター 担当者と同行し自宅を訪問

・本人の状態観察(体温、血圧)、薬の仕分け、服薬できるか確認

・翌日、電話により状態を聴き取り、担当者へ報告

※相談の中には、加賀市医療センターにかかっている患者の受診調整や苦情対応に関するケースが含まれる。在宅医療コーディネーターの役割や機能について共通理解が不十分なことから、まずはコーディネーターに相談してはどうかとなったものと思われる。地域連携センター内での業務分担、コーディネーターの役割や機能を明確にし、周知していく必要がある。

主な活動② 介護事業所訪問：その1 (ケアマネジャー等へのヒアリング)

目的

- ❑ 医療依存度の高い在宅療養患者のケアマネジメントにおける悩みや医療と介護の連携における課題等を把握し、今後の取組に生かすこと
- ❑ 相談支援窓口・在宅医療コーディネーターの周知を図ること
- ❑ 併せて、利用者の病気に関する相談等があれば助言等を行うことで、介護職種のサポートを行うこと
〔併せて病院の立場として〕
- ❑ 市医療センターを退院した患者のその後の状況や病院としての退院支援のあり方がどうであったか評価を把握する。(退院支援担当者、病棟担当者へのフィードバック)

実施方法

- ❑ 依頼文書と併せ、聴取したい事項のシートを送付し、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。

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

実施時期

- ❑ 平成28年11月～平成29年1月

○ケアマネジャーへのヒアリングの結果（一部を抜粋）

連携がうまくいっていること

- 病院から介護事業所に提供される看護サマリーでは、病歴や退院までの経過、動作の状況、薬の内容、観察のポイント、注意点などが分かり、生活支援に役立つ。
- 病院のリハビリ職による退院前の家屋調査により、専門職の視点で住宅改修・福祉用具等の的確な提案、アドバイスがあるほか、家屋状況に応じたリハビリがされている。
- 退院前カンファレンスでは、各専門職種間で具体的な情報交換があり、同じ方向で取り組むことができる。退院後の生活をどのように支えていくかが具体的に伝えられ、本人・家族が安心できる。
- かかりつけ医とは直接話すことができている
- 事業所に看護師の配置がある（訪問看護ステーションなどが併設されている）と医療について相談しやすい。
- 相談窓口が一歩化している病院は相談がしやすい。
- 相談員が医師との連絡調整をしてくれる。

課題、アイデア

- 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。
- 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。
- 事前に患者さんの情報がないと状況を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。
- 夜間や休日に主治医に電話をしてよいか悩む
- 総合病院の担当医と話すことは難しい。
- 本人、家族は医師の言葉に左右されやすい。
- 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わかりにくい。
- 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。
- 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
- 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
- 看取りについて事例で学ぶなどの学習の機会があると良い

主な活動② 介護事業所訪問：その2（訪問看護師へのヒアリング）

実施中

背景・目的

- 病気により入院となると、元の暮らしに戻ることを望みながらも、現実には医療依存度が高い人はなかなか早期に在宅等に戻ることができない場合や希望に反し、施設に入所となる場合がある。
- 高齢化の進展により医療が必要となる人が増える一方、入院ベッドの減少、入院期間の短縮傾向がさらに進み、医療依存度の高い人であっても在宅等で支えていく体制構築が求められている。
- このような中、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療依存度の高い患者であってもできる限り早期に生活の場に戻り、在宅等での生活を継続できるよう、地域の体制を整えていくことが重要
- 在宅医療においては、往診・訪問診療を行う医師のみならず、24時間対応する訪問看護の役割が重要である旨、地域医療審議会等において指摘されている。
- 高齢者に限らず、医療が必要な障がい児・者や精神疾患の患者の在宅生活を支えるうえでも訪問看護は重要な役割を担う
- これらを踏まえ、市内の訪問看護の提供体制の現状や医療機関、他の介護サービス等との連携上の課題等を把握し、今後の取組に生かすことを目的とする。
〔併せて病院の立場として〕
- 市医療センターから訪問看護につないだケースについて、問題等を把握する。
(退院支援担当者、病棟担当者へのフィードバック)

実施方法

- 依頼文書と併せ、聴取したい事項を示したシートを送付し、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地域医療推進室の職員の2名で訪問し、面談により、現状や問題・課題を聴き取る。

対象

- 訪問看護ステーション、訪問看護を行っている診療所 [管理者・担当看護師]
(「高齢者の健康と介護 お役立ちガイドブック」に掲載のある訪問看護提供機関)

現状、課題など

- 夜間・休日の体制や負担感
 - 医療依存度が高い患者を受け持つと、24時間対応（電話等）があり、外出等が制限されることが多い。拘束感が強い。
 - 職員が少なく夜勤対応できる者が限られるため、特定の者に夜間・休日の当番が偏ったり、休日の出勤率が高くなったり、職員に負担がかかる。
 - 家庭との両立が大変。
- サービス提供上の難しさ
 - 医療依存度が高い患者の受入は単独の事業所では困難な場合がある（他事業所と協力する）
 - 家族の受入、介護力、本人・家族の認識不足、精神的な不安定さなど（本人は在宅を望んでいても、家族の不安が強く入院となるケースなどがある）
 - 看取りにおいて、本人と家族の間で病状説明の認識にズレがある。受け止め方がどのようなものであるか申し送られていないことがあり、対応が難しい。
 - 小児、障がい児の看護の経験者が少ない。親との関係性、メンタルのケア。
 - 血管確保が困難な方の点滴ルート確保、カテーテルの自然な抜去（特に夜間の対応）、人工呼吸器を装着している患者の急変など
 - 訪問看護を利用して在宅生活を継続できるかどうかは、経済的な条件にも影響される。
- 病院・診療所との連携
 - 褥創の保護フィルム、ガーゼ、テープなど、衛生材料の確保に苦慮することある。（診療所・病院によって衛生材料の処方にバラつきがある。）
 - 医師が休みのときに、連絡が難しく対応が困難な場合がある
 - 急に退院が決まり、サービス調整やカンファレンスの日程調整が困難な場合がある。

主な活動③ 医療・介護連携推進の会議等への参画

加賀市在宅医療連携推進協議会

医療と介護の連携ワーキング

【概要・内容】

医療・介護の連携を進めるための具体的な取組について検討する

【ねらい】

- ① 医療と介護の連携の目指す方向の共有をすることができる
（住民がのぞむ暮らしを実現できるための地域包括ケアシステムの構築のためであること）
- ② ①のために自分たち専門職ができることを考え、取り組むことができる

【構成】

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、ケアマネジャー、ヘルパー
在宅医療コーディネーター、地域医療推進室・地域包括支援サブセンター職員

ケアマネジャーへのヒアリング等で把握した現状や課題、連携を推進するためのアイデアなどをワーキングで共有

- 連携推進のための取組について協議
- 研修会・勉強会等の取組に反映していく



生活視点での医療提供に向けた取組

ケアマネジャーへのヒアリングの結果などを踏まえ、患者さんの生活に目を向けケアを行うための院内での取組などを展開

【取組】

- 患者さんの満足する生活を考え・支える会
 - ・患者さんの生活に目を向けた医療の提供への院内の取組として全職種の任意参加
 - ・“つむぎ”として企画・立ち上げスタート
 - 院内全体でコアメンバーによる企画運営へ移行
- 在宅現場の見学実習（8月から実施予定）
 - ・訪問看護、訪問リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護など
 - ・病院職員が在宅療養の現場を知り、在宅生活に向けた病院でのケアのあり方などを考える

【その他（市民への周知啓発等）】

- ①かが健幸長寿講座
 - ・加賀市医療センターを、市民に向けた保健・予防・医療・介護の情報発信の場に
- ②健康のまちづくり座談会
 - ・健康・医療・介護をテーマに、まちづくり推進協議会単位で住民との意見交換
- ③かもまる講座
 - ・加賀市医療センターの機能、地域医療（条例・かかりつけ医）、在宅医療等の周知啓発
- ④まちあい室講座
 - ・病院の機能、健康の知識など

今後の取組方針・予定

- 医療側から見る介護との連携の現状や課題等の把握
 - ・介護側の課題把握に続いて、在宅医療コーディネーターを中心に
- 医療・介護の多職種連携の研修等の実施
 - ・ヒアリング等で把握した課題を研修会や勉強会などの企画に反映
- 加賀市医療センター職員の介護事業所での見学実習の実施
 - ・訪問看護、訪問リハビリテーション、小規模多機能型居宅介護などの事業所での同行訪問等により病院職員が在宅療養生活の現場を体験し、在宅生活を知る
- 住民との協働
 - ・住民が主体的に地域の医療について考え、“住民による地域医療を守る活動”に
つなげられる場を設ける等