

三重県における 在宅医療・介護連携事例集 (第1版)

三重県医療保健部長寿介護課

医療・介護のスムーズな連携体制の確立に向けた取組

(紀南地域在宅医療介護連携支援センター あいくる)

【取組の背景・経緯】

広域を対象とすることもあり、医療・介護の専門職の連携や地域が一体となった相談体制の充実を図る必要を感じたため、**連携チームを構成して対応**していくこととした。

【連携機関】

紀南病院（あいくるも同病院内に所在）、市町の地域包括支援センター

【取組内容】

定期的なチーム員会議を開催し、「あいくる」への相談内容の共有や、課題解決方法などを話し合う機会を設けている。（2週間に1回程度の開催）

つなぐということを目的に、医療・介護現場の人が**お互いの仕事内容や医療・介護に関する課題について直接顔を合わせて話し合える機会を設定**。

<事例検討会>

介護職の仕事や課題を病院のスタッフに知ってもらうためのケース検討会を実施。

<あいくるメイト>

連携チームのメンバーで地域や施設へ出向き、カフェ形式による話し合いを実施。



<連携チーム>

コーディネーター、サポート医、看護副師長、地域連携室長、市町の地域包括支援センター職員

【感じている効果】

地域連携室は個別ケースの相談、あいくるは地域全体の課題を相談する場という**役割分担ができた**。

地域の現状・課題とその対策について**知恵の蓄積ができる場**となっている。

基幹病院での**入院支援に向けて一定のルールを設けることができた**。

【取組推進のポイント】

紀南地域を思う人たちが、あいくるを設置するための土壌づくりをしたことが大きな変化につながった。

病院全体の課題として取り組めるよう、各種会議には**院長や事務部長などにも参加を依頼**した。

多くの現場職員の声を聴くため、**あいくる側から地域や施設に直接出向くという形**をとり、カフェのように気楽に話せる場づくりを設定した。その中で徐々に相談事が出てくるようになり、そこから事例検討会に参加する人が増えて、顔の見える関係が築かれていった。

「資源がない」現状で思考停止にならず、「皆が同じ方向を向く」ための拠点を目指す。

【今後の方向性】

医療・介護の職員にも地域の医療介護連携の目的を共有していくことが必要である。

資源の少ない地域であるため、地域の基幹病院である**紀南病院を核に医療と介護のスムーズな連携とネットワークを強化**していく。

0歳から亡くなるまでの在宅生活を支える看護師を核とした連携支援 (ナーシングホームもも)

【取組の背景・経緯】

医療的ケアが必要な人を含めた「0歳から亡くなるまで」の全世代を対象とし、看護を中心として24時間365日、安心な在宅生活を支援したいという理念のもと、菰野から四日市のエリアで包括的なサービスを提供している。

【連携機関】

病院、診療所、
訪問看護ステーション、薬局等

【取組内容・感じている効果】

<ナーシングホームもも 鳥取（看護小規模多機能型居宅介護・訪問看護）>

【LINEアプリを活用した体調管理】

病院・薬局とともにLINEアプリを活用し、診察の結果、訪問時の様子、服薬時の様子について等について情報共有。

➡ 伝達漏れが解消。食事指導の統一により入院回数が減少。

<ナーシングホームもも いなべ（訪問看護）>

【ITを活用した複数の訪問看護ステーションの連携】

複数の訪問看護ステーションを利用する患者について、診療所が導入している「モバカル」の掲示板機能を活用し、訪問時の様子や医師からの指示変更等について情報共有。

➡ 報告等を一度に複数の人に伝えることが可能に。



お話を伺った人

ナーシングホームもも

取締役社長 福本美津子さん
鳥取 施設長 前葉かおりさん



ナーシングホームもも鳥取
(看護小規模多機能)

【取組推進のポイント】

昼間のケアやご家族との連携がしっかりできていれば夜間対応は減少させることが可能。

働きやすい職場を各事業所リーダーと共に目指しており、立ち上げの時のスタッフがそのまま継続して勤務している。

看多機については、多くの機能がある中でスタッフが各機能を理解して動けるよう指導している。また、介護職員の医療的視点を持ったケア意識と喀痰吸引等の技術等の向上を図るため、看護師には介護職員を教育するスキルを養ってもらっている。厨房では「最期まで食べられる」支援を目指し食事の提供形態や種類を考えている。

【今後の方向性】

多職種による情報共有の更なる推進を図る。

鳥取に加え、令和2年度からは新たに四日市でも看多機の事業所を立ち上げる予定。

介護職種を通じた地域におけるリハビリテーションマインドの普及

(藤田医科大学七栗記念病院、久居一志地区医師会)

【取組の背景・経緯】

地域の高齢者・障害者等が安心かつ充実した在宅生活を過ごすためには、**リハビリ資源が不足しており、専門職だけに頼るのではなく介護等の日常の中でリハビリマインドを醸成していく必要がある。**2007年度に志摩地区で介護職に事例検討と実習を実施し、リハビリマインドを強化する取組を実施したところ、介護負担が減るといったデータが抽出された。そこで、**介護職を対象とした「リハビリ的介護動作の評価・相談システム」**を2018年度から検討・試行している。

【連携機関】

三重県看護協会ナースングヒルなでしこ、介護老人保健施設いこの森、三重県介護支援専門員協会津支部(ケアプランセンター楓)、津市医療保健部地域包括ケア推進班、津市在宅療養支援センター

【取組内容】

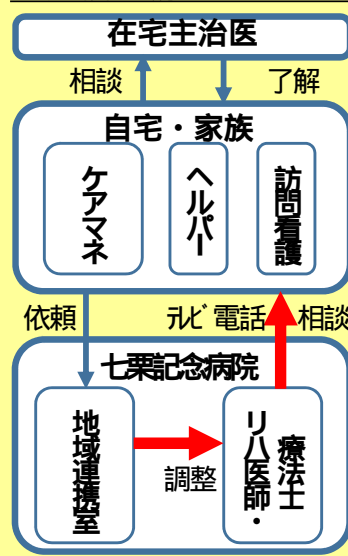
地域のリハビリに関わる関係機関の連携強化、事業実施にむけた相談・調整のための**連絡会議を実施**(2回)

地域の関係職種へ**生活期リハビリ相談の普及・啓発活動を実施。**

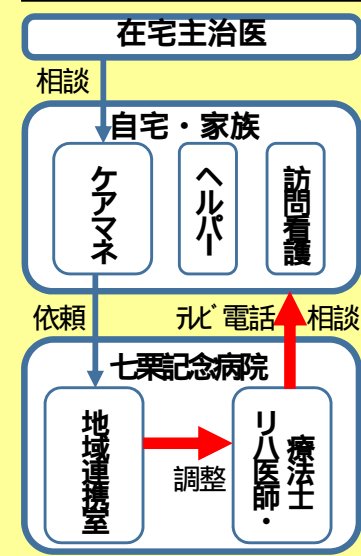
- ・医師会向けのリーフレットの作成、配布、集会に参加して相談手順の説明
- ・介護支援専門員協会津支部でリハビリ関連研修
- ・地域包括支援センター長会議で本システムの情報提供

生活期の介護動作に関する相談により、自宅からスマートフォン(LINE動画、iPadで受信)で本人の状態や自宅環境を七栗記念病院リハビリ科医師ライブで伝えながら行い、リハビリ的な視点を含めた介護動作への助言を実施(介護支援専門員から2件) **本人への助言は除く**

<連携の流れその1>

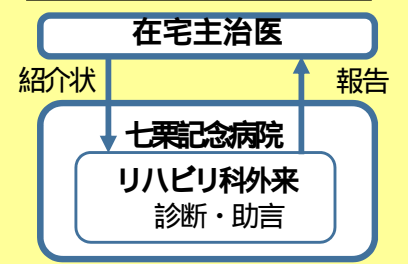


<連携の流れその2>



お話を伺った人
藤田医科大学七栗記念病院
病院長 園田 茂先生
地域連携室 医療福祉相談室
係長 下村 康氏さん

<連携の流れその3>



【感じている効果】

- ・**手軽にリハビリ的な視点から介護動作の評価を受けられる**ことで介護の安心が得られた。
- ・**介護に関わる職種がリハビリ関連のことを相談しようと発想できれば本システムのニーズは高い**と思われる。

【取組推進のポイント】

生活期のリハビリ相談に至るまでに**多数の関係者の了承を得るのが大変であり、手軽に感じられる運用システムが必要**となる。また、**利用者の安全確保者と動画撮影者の2名が必要**となる。
主治医との連携が重要であり、**地区の医師会やかかりつけ医の理解のもとで普及展開**できるよう説明をした。
学ぶ場への参加が難しい介護職員のため、**リハビリ的な視点を持つこと**によるメリットを示し、**既存の集まる場**に行って本システムの説明をした。

【今後の方向性】

介護にかかわる職種を巻き込んだ**生活期リハビリ体制を考案・確立**。
実稼働のための工夫や支援体制構築が必要である。
次の段階として、**広範囲への普及展開**を図りたい。

伊勢地区入退院連携マニュアルの活用

(マニュアル作成：伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター、活用事例：伊勢地区医師会居宅介護支援事業所)

【取組の背景・経緯】

病院から在宅へ継続した支援を行う為に、病院の入退院支援スタッフとケアマネジャー等が密に連携することが求められている。一方、入院時には、ケアマネジャーに連絡が入らない、病院に在宅の情報が伝わらないなどの課題があり、退院時には、病院によって退院サマリーが異なる、病院と在宅関係者間の認識のすり合わせが必要、といった課題があることが分かってきた。

【連携機関】

伊勢市・玉城町・度会町・南伊勢町内の各入院医療機関

【取組内容】

伊勢地区在宅医療・介護連携支援センター「つながり」が主となり、入退院連携マニュアルの作成し、以下の内容を掲載。

- ・入退院、ケアマネジメントの流れ
- ・情報提供書の統一
- ・各病院の窓口、書類の受け渡し方法、入退院関係者との連絡方法 等



お話を伺った人
伊勢地区医師会
居宅介護支援事業所
所長 大松真由美さん



伊勢地区
入退院連携マニュアル

【感じている効果】

病院とケアマネジャーの双方が、経験年数に関わらず必要な情報を過不足なく収集できるようになった。

入院時に利用者の在宅での生活や環境、介護サービスの利用状況等を知ってもらい、退院時の生活指導やサービスの変更の必要性について確認しやすくなった。

在宅生活に活かすための医療情報も記載しており、ケアプランに落とし込めるようになった。

病院の関係者との連携方法について明記されたことで、連絡が取りやすくなった。

入院時のケアマネジャーへの連絡、情報提供書の受け渡しは増えた。

【取組推進のポイント】

勉強会を開催し、様式についての活用状況を共有し、連携がスムーズにできなかったケースについて発信方法などの改善策を話し合った。

医療機関によって連携の方法が異なるため、入退院関係者を窓口として知りたい情報を伝え記載してもらうこともある。

主治医にケアプランを送付し、返信欄を設けてケアプラン内容についてのご意見を得ている。

退院前カンファレンスで効率的に情報収集できるよう、事前に利用者との面談を行い退院後に必要なサービス等の情報収集を行っている。

【今後の方向性】

引き続きマニュアルの浸透、普及を図る。

マニュアルにより基本的な連携の流れを理解しつつ、それを基盤としてより細やかな情報交換ができるように個々の関係性や工夫を重ねていく。

志摩地域病診連携登録システム

(三重県立志摩病院、志摩医師会)

【取組の背景・経緯】

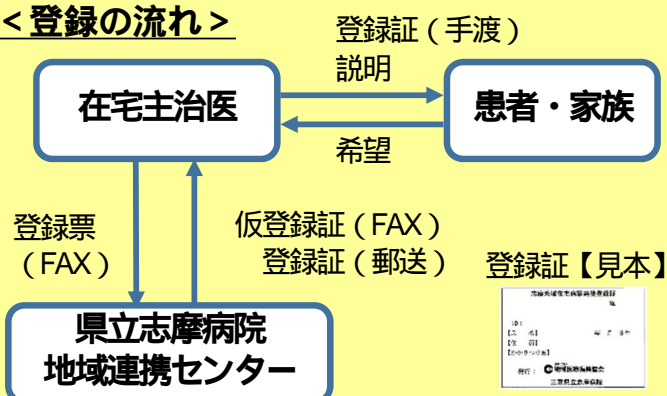
医師の高齢化により休日・夜間の往診が厳しくなり、病院から在宅での看取りへの流れができにくい状況があった。そこで志摩医師会の提案により、在宅での看取りを望む患者には病診連携登録証を所持してもらい、状態が急変した場合で在宅主治医が駆けつけ困難な時には、志摩病院が受け入れる仕組みを作った。

【連携機関】

志摩広域消防組合、
地域の医療機関
(志摩市、鳥羽市)

【取組内容】

<登録の流れ>



お話を伺った人
三重県立志摩病院
地域連携センター長
前田小百合さん

<看取り時連携>

患者が急変した場合、在宅主治医が駆けつけ困難な時は、家族の車、施設の車、救急車(鳥羽市在住者の場合は救急車を除く)のいずれかで県立志摩病院へ搬送する。救急車の場合は、救急隊に『志摩地域在宅病診連携登録証』を見せる。

志摩病院の救急担当医は、『志摩地域在宅病診連携登録証』所持者については救命治療を行わず、看取り目的で入院決定する。死亡診断書作成のみになる場合もある。

【感じている効果】

平成25年度から開始し、令和2年1月時点で119名の登録があり連携医療機関も増えてきた。登録者の半数以上は自宅又は施設で看取りができている。

登録することで、医療ニーズの高い人や家族介護力の低い人も最期を在宅で過ごすための退院ができるようになっている。

本人や家族からは「カードがあれば安心して帰れる」との声もあり、在宅生活を支えるかかりつけ医や施設に対する支援になっている。

【取組推進のポイント】

- 志摩医師会主催で関係者への説明会を実施し、その後も研修会や交流会で情報共有する機会を設けた。参加のない機関へは個別のケースを通して説明を実施した。
- 医療機関からの依頼を待つだけでなく、病院側から退院時に本人・家族の意向を確認し、在宅主治医と相談の上で登録証の所持を勧めている。
- 本システムだけでなく、専門職の研修会や住民学習会を通じた看取りやACPIに関する意識醸成などの総合的な取組の中で、本システムがうまく機能するようになったと考える。

【今後の方向性】

地域の事業所やケアマネジャー等、関係者への周知をさらに進めていく。

最期まで自分らしく過ごす在宅医療とそれを支えるスペシャリストの育成 (いしが在宅ケアクリニック)

【取組の背景・経緯】

長年住み慣れた家での療養生活を支えるための質の高い在宅医療の普及は進んでおらず、日本では限られた地域でしか受けることができない。このため、平成21年7月に四日市市で初めてとなる在宅緩和ケアを中心とした訪問診療専門のクリニックを開設した。以後、在宅医療を担う人材育成に力を入れ、多数の在宅医を輩出している。

【連携機関】

周辺の訪問看護ステーション
(58か所)

【取組内容】

四日市モデルの確立・推進

地域の病院・かかりつけ医・訪問看護ステーションと連携した看取りを含めた在宅診療の実施

勤務スタッフが疲弊しない 仕組み作り

効率的なタイムマネジメントを実施



お話を伺った人
いしが在宅ケア
クリニック
院長 石賀丈士先生

中部・関西圏における在宅医療拠点の確立

新社屋を建築中(3月オープン)

- ・より多くの在宅医療を希望する医師を受け入れ、良質な在宅医療の研修ができるよう「在宅医師育成拠点」を整備する。
- ・四日市モデルの多職種連携を更に進めるため、意見交換・勉強会ができる教室・カフェを整備する。
- ・遺族会、医療的ケア児、介護者が気軽に集える場所を作る。

【感じている効果】

開院からの看取り率：87%

在宅看取り件数：317件(全国3位)

四日市の病院で亡くなる患者数が80%から67%に減っている。在宅看取りを強化することは、患者の望みをかなえるだけでなく、病院の救急・手術部署の負担軽減にもつながっている。

10年で7名の卒業生が育ち、各地で開業している。

【取組推進のポイント】

当院では重度(がん・難病)患者・介護難民、困難事例を主として受けるというスタンスで、開業医との役割分担・支えあいの関係が作れていることが実績につながっている。

600名程度の患者を受け持っているが、訪問看護は外部のステーションに依頼し、連携して在宅生活を支えている。

診療医のキャパシティを60人/1人、8~10件/日と決めており、1人の診察に30分程度とって質を維持している。また、移動の2時間を利用してカルテ記載・他部署への連絡・車内会議を行う他、朝夕のミーティング1時間で情報共有している。

【今後の方向性】

トップレベルの在宅医の育成機関として、県内外で50名の育成を目指す。

在宅医療を先進的に行っている施設として、医師を呼び込むための一つの資源になればと考える。

過疎地の状況分析とニーズの類型化による指標作成の取組

(皇學館大學 現代日本社会学部)

【取組の背景・経緯】

「**限界集落**」とされている地域に「**住み続けたい**」というニーズの背景に、**過疎地域の住民が「土地や人との歴史的なつながり」を大切にしていることに気づいた。**今の高齢者は、次世代へのつながりが絶たれるかもしれないという状況の中での不安定で不安な選択を迫られている。また、**地域のつながりや暮らし方を尊重せずに、人口流出率などの外部からの数値によって「限界集落」と定義されることに疑問を持った。**さらに、効率至上主義に基づいた集約型都市化が進められているが、**集落が消滅することによる自然災害や野生動物との共生など、人間だけでなく社会全体を維持していくための「エコロジカルソーシャルワーク」の考え方を取り入れていくことが必要と感じた。**

【取組内容】

住民の「住み続けたい」という思いを叶えることを目指し、過疎地で暮らし続けるための実態把握の手法や働き方について研究を進めている。

<研究目的>

過疎地における高齢者の生活継続を可能にするための地域福祉の専門職による地域支援の方法の開発。

<手法>

過疎地におけるヒアリング調査に基づいて質問紙を設計。住民を対象とした質問紙調査と聞き取りによりデータ収集し、分析を行った。

【研究分担者】

- ・小松理佐子氏
(日本福祉大学社会福祉学部教授・社会福祉学部学部長)
- ・高野和良氏
(九州大学大学院人間環境学研究院人間科学部門教授)
- ・永井裕子氏
(福井県立大学看護福祉学部助教)



お話を伺った人
皇學館大學
現代日本社会学部
准教授 大井智香子先生

【研究から見出された視点】

時間経過に応じて地域住民をとりまく状況がどのように継続・変化していくのかを評価する観点から、変化のどの段階にあるのかを明らかにする指標を作成することで、それに応じた又は予測した地域住民の行動に対する専門職支援を組み立てることが可能になるのではないかと考えており、現在仮説検証の段階である。

過疎地における働き方の可能性として、既存の資源と充足すべき要因を組み合わせることにより地域資源の維持と活用ができたモデル(紀宝町における社会福祉法人の強みを活かした事例など)がある。**各セクターの「本来業務を核とした広がり」と融合による支援活動の重要性が見えてきた。**

研究成果をまとめた書籍「地域生活継続の可能性 - 過疎地域生活保障論の確立に向けて -」を出版予定。

【取組推進のポイント】

それぞれの「暮らし」を営む主体である一人ひとりの思いや願いと**共にある形で模索を続けていくことが重要**となる。

- 若い世代の地域に関わりたい層を巻き込む取組が必要になる。

【今後の方向性】

各地域社会に存在する社会資源を見直し、貨幣経済至上主義・効率至上主義に対応しうる**過疎型地域福祉モデルの構築のための研究にとりか**かっている。