

(7)意見交換資料 (H30.2.7第3回協議会)

(事前アンケート)独自に実施されている「在宅医療・介護連携」の取り組み(来年度予定を含む)、
また現状抱えている課題

団体名	取り組み	課題
<p>鳥取県病院協会 東部支部</p>	<p>・H28年度：看護師の退院支援コース研修の一環として、コース研修受講看護師が、限定の訪問看護ステーション看護師と利用者宅へ訪問し、在宅での訪問看護の実際を体験。 ・H29年度：退院した患者宅へ病棟看護師が、限定の訪問看護ステーション看護師とともに訪問。 ・訪問看護師からの依頼を受け、当院退院患者宅へ当院主治医(緩和ケア医師)と認定看護師が訪問する(H29年度該当者なし)</p>	<p>・情報提供、情報共有の仕組みが不十分 ・当院病院職員の在宅医療現場、介護現場への認識、知識不足 →病院レベルでの顔の見える関係を作るための取り組み実施が不十分</p>
<p>鳥取県東部 歯科医師会</p>	<p>・地域支援口腔ケア・食支援研究会(年3回)の開催 ・食支援研修会(全5日間)の開催 ・介護施設・障がい者施設への口腔ケア指導(衛生士を派遣)</p>	<p>・訪問診療する歯科医の不足と口腔ケアを在宅で行う歯科衛生士の不足 ・口腔ケアは単なる口腔清掃ではなく口腔機能のリハビリも含まれるが、口腔機能のリハビリを行うにあたって、姿勢づくり、呼吸の安定、手足の筋力等も関係するため、口腔ケア単独で行うよりもリハ職(PT・OT・ST)と連携して全身のリハビリとともに行ったほうが効果が高いといわれているが連携がとれていない。 ・在宅の栄養指導を行う栄養士の不足と、活用ができていない。 ・気晴らしの外出をさせてあげたいが、普通食は食べられないため、外食するところがなく困っていると言われる。</p>
<p>鳥取県 老人保健施設協会 医療法人 賛幸会 老人保健施設はまゆう 社会福祉法人 賛幸会 特別養護老人ホーム はまゆう</p>	<p>* 法人独自の取り組み ・病院からの入所にあたり、主治医と相談し減薬する。 ・在宅(自宅)への退所または入所の際も減薬の相談を行うが、<u>主治医(家庭医)が各科にわたり複数の場合の減薬調整は、困難であることもある。</u> * 老健協会としての取り組み ・従来、病院より老健への紹介状の様式がバラバラ(東部で19様式)であったものを老健協会統一様式を作ることで、病院、開業医の業務を減じた。</p>	<p>(取り組み内容の下線部)</p>

団体名	取り組み	課題
<p>一般社団法人 鳥取県社会福祉士会</p>	<p>今年度は地域共生社会の実現に向けた、ソーシャルワーク実践研修会を企画・開催し、非会員からも参加を募りました。今後も多分野に跨るソーシャルワーカーの職能団体として、同様の多分野連携・地域づくりに関する研修会を企画・開催していく予定です。</p>	<p>在宅医療・介護連携に絞った取り組みは現在のところありません。 会員の2割以上が医療機関に勤務することや、診療報酬上の各種連携に係る加算要件において社会福祉士への評価が進んできている現状から、次年度に向けて保健医療分野委員会の新設と分野横断的な連携活動の更なる推進等を検討しているところです。</p>
<p>岩美町 社会福祉協議会</p>	<p>地域ケア会議への参加(月2回) 各関係機関と連携を図る。 ・地域課題の発見(ゴミ問題など) ・困難事例の検討 ・資源開発の提言 ・外部講師(医療従事者)による勉強会の開催</p>	<p>独居、高齢者世帯、子供との二人暮らしの方の受診。 ・自分の身体症状の訴えができない(認知のため) ・病院内の付き添いがないため、自分の病名も分からず理解もできない。 ・処方された薬が確実に服薬できない ・インフォーマルなサービスの取り込みができない</p>
<p>智頭町 地域包括支援センター</p>	<p>・これと言って独自の取り組みはありません。以前からお話している、在宅サービス連絡ノートを活用して、一人の対象者に関わる関係者が常日頃から連携をしていることと、在宅サービスを利用している人の情報共有の会を週1回開催していることです。 ・智頭病院に入院されている人は、常に連携室から包括支援センターと連携して、介護認定の相談や実際に利用するサービス等の調整をして在宅へ帰れるようにしています。</p>	<p>・入院した患者さまが退院に向けて調整する際、医療機関によってはその人の状態が重い軽いに関わらず、入院されるとすぐに必ず介護認定をしていただくようお話しされているケースが時々あります。そのまま家族がよくわからず窓口に相談に来所され、ゆっくりお話を聞かせていただき、必要に応じて介護申請等対応をさせていただいております。 ・入院＝介護申請といった風潮にならないように、今後も各医療機関と連携を密に取りながら、よりよい在宅医療・介護連携ができるように顔が見える関係を引き続き築いていく必要があるかと思っています。</p>
<p>若桜町 包括支援センター</p>	<p>・独自で町内事業所の資源マップを作成し地域の医療・介護の資源把握をしている。フォーマル、インフォーマルのサービスに関わらず掲載し、年度当初に毎年見直している。 ・町内事業者が2か月に1回集い、町内事業者連携会を実施。 ・平成27年度から、『わかさの保健医療を考える集い』において、町内の医療・介護の関係機関等で寸劇を実施。在宅でのサービスの利用、本人の意思決定、看取り、地域住民のサポート、連携などを盛り込みながら、住民への意識啓発を行っている。 ・地域ケア会議を実施し、多職種で事例検討会を実施。</p>	<p>・小さい町であり、事業所が少ないため、限られた事業所の中でサービスを検討することが多く、本人のニーズに添わないことも多い。 ・病院から支援会議(カンファレンス)への参加を依頼されることがあるが、必要性や目的などを、できる限り両者が共通認識し、ある程度方向性を見出したうえで会議にのぞみたいと感じている。</p>

団体名	取り組み	課題
<p>鳥取県看護協会 (ステーション4か所からの回答)</p>	<p>* 状態が悪くなって入院されることが多いので、介護・医療連携シートに入院前の経過・状況が書き込めるステーション用のシートを検討中。</p> <p>* 居宅介護支援事業支所をはじめとした営業活動、書類の受け渡し (顔の見える関係づくり)</p> <p>* 研修会等への積極的参加</p> <p>* 出張講座(無料)</p> <p>* 同法人病院と当ステーションの連携は、外来⇄訪問看護連携シートを作成し使用している。</p> <p>* 医療材料の必要な利用者へは、医療物品持ち帰り票を記入し、かかりつけ医に出してもらおうようにしている。</p> <p>* 急性期病院の病棟看護師への訪問看護同行訪問研修(病棟看護師が在宅のイメージをもてる。病院での退院支援が在宅で生かされているか、この退院指導で良かったのかなどの振り返る目的)</p> <p>* ケアマネジャーとの顔の見える関係をつくるために、事業所に挨拶に行き新規受け入れ可能の広報に行く。</p> <p>* 病棟でのカンファレンスの際には、在宅で帰ってからの不明な事があった場合は、直接病棟看護師に連絡を取りたい旨をあらかじめ伝えておく。</p> <p>* ヘルパーがサービスに入っているときの様子を知りたい時には、直接電話をして聞いたり、観察してもらいたい点やお願いしたい点は、直接会って伝えるようにしている。(できるだけ顔の見える関係づくり)</p> <p>【鳥取県訪問看護支援センターから】</p> <p>* 居宅介護支援事業所や訪問介護事業者から「訪問看護ステーションと、より良い連携をするために」等の題で出前講座の依頼を受け、行っています。</p>	<p>* 入退院時の情報提供が不明確</p> <p>* 在宅に向けて、自施設(訪問看護側)のリーダーシップをとる存在の不足と力不足</p> <p>* 退院後、なるべく早く訪問できるようにしている。初回訪問まで数日かかる方は電話での対応も必要かと思う。退院前指導の状況、家族の状況をケアマネにも把握してもらい、マネジメントへの働きかけ、協力をしたい。</p> <p>* 在院日数短縮、早期退院の病院側の状況もわかるが、退院指導を家族の理解力・許容状態を踏まえ実施して欲しい。例えば、こんなケースがありました。</p> <p>【ケース1】年末30日に退院した事を4日に聞き、指示確認のもと訪問。胃瘻注入のイルリゲーターを引っかける場所がなく、注入(滴下)が終わるまで奥様が手で持っておられた。</p> <p>【ケース2】退院前指導を受けず退院。便が出ている時の始末の仕方がわからないと家族から相談あり。</p> <p>* 開業医がかかりつけ医の場合はすぐに電話連絡がつくが、急性期病院の場合は時間がかかったり、訪問時間内に連絡がつかない事があり、指示をもらって処置ができず困る事がある。(二回目の訪問になる事があり、利用者の金銭的な負担が増える。事業所も次の訪問時間があり困る事がある)</p> <p>* デイサービスやショートステイ利用時、施設の看護師の処置が、病院からの指示と同じようにしてもらえず、直接その場で会って指導しても継続してもらえない事がある。(ストーマ装具の貼り方、観察しなければならないところ等)結果、スキントラブルが新たにできたり悪化する時もある。直接やりとりしても伝わらない時、なぜ伝わらないかを考えるが、どうしたらいいかわからない。</p> <p>* 訪問依頼が病院のMSWから入るが、MSWも病棟看護師も、家族や患者が退院後どんな生活がしたいか、帰ってからどんな生活になるかがイメージできていない。イメージできるような説明をいつ誰が、何処でするのが課題と思われる。(上記のケース1、2にも通じる結果である)</p>

【取り組みのみ】

<p>東部地域 医療連携協議会</p>	<p>①入院時の連携シート 【介護・医療連携シート(居宅介護支援事業所→病院・診療所・施設)】の書式をケアマネ(協)、在宅医療介護連携推進室、東部保健事務所、当協議会の4者で検討し、統一書式を作成した。これは、病院等での治療を円滑にするために、介護側が記入する。</p> <p>②転院時の連絡シート 【退院・退所情報記録書】も、同じく4者で協議し、統一した書式を作成した。この書式は、退院前カンファレンスやケアマネが退院前に来院し、医療者に状況を確認し記載する。</p> <p>③急性期から慢性期へ転院時に添付するシート 【連携連絡票】については以前から活用していたが、回復期病院からリハビリの項目について修正の意見があり、改正した。これは急性期側が記載している。慢性期へ転院申込時に添付したり、転院相談面談時に持参している。</p> <p>上記のシートを活用して、本人・家族とのやりとりだけでは情報の把握や共有が難しい部分を補充し、介護と医療の円滑な連携を図っている。</p>
<p>鳥取県小規模 多機能型居宅介護 事業所連絡会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医をお招きして、看護職員・介護職員の研修会を開催。 ・次年度、リハ職を招いての研修会を企画。
<p>智頭町 社会福祉協議会</p>	<p>町が策定している介護保険事業計画の住民への説明を、町・町社協・病院の連携で実施中。 また、その住民説明会では住民啓発WG作成のパンフを使ってACPIについても説明を行っている。</p>

【課題のみ】

<p>東部福祉保健事務所</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院調整率が上がらない。前回課題となっていることが解決していないと思われる →入退院について一定のルールが必要ではないか 医療機関とケアマネ等検討していく機会が必要 ・ファシリテーター登録後の活動に偏りがある 養成後のファシリテーターの活動場所の確保及びモチベーション維持が必要 フォローアップ研修の充実を図る必要がある
------------------	--