

「介護と医療の連携～連携力UPのすすめ～」 明日からでも取り組める在宅支援の連携について考える

- 1 当院概要
- 2 地域医療連携室の活動
- 3 退院支援・医療連携
- 4 介護と医療の連携
- 5 グループワーク
- 6 まとめ



2012年10月10日(水)
地方独立行政法人 大牟田市立病院
地域医療連携室 主査 MSW 北嶋晴彦

本日の目的

介護と医療の役割分担と地域連携強化の必要性を知る

連携強化のために明日からでも取り組める事を考える

事業所間の顔の見える連携のきっかけづくりをする

時 間 (120分)	内 容
18:30～19:15	講 義
19:15～20:00	グループワーク
20:00～20:15	発 表
20:15～20:30	まとめ・質問

みなさんに「地域医療連携」に関する質問です。

①「地域」とはどこまでのエリア？

→ 当院を中心におよそ半径20*。有明医療圏。事実上の生活エリア。
大牟田市、荒尾市、長洲町、みやま市、柳川市（大和町）、南関町、など

②「連携」と「連係」の意味の違いは何？

→ 「連係」・・・駅伝型
つながって次に及ぶこと
「連携」・・・サッカー型
同じ目的を持つ者が互いに連絡をとり協力しあって物事を行う



③「医療連携」と「地域連携」の意味する概念のちがいは何？

→ 「医療連携」は医療機関同士の連携。
「地域連携」は保健・医療・福祉を含めた連携を示す。

病院概要

病 床 : 一般350床

診療科目: 29診療科

看護基準: 7対1

開設年 : 昭和12年6月(大牟田市診療所/昭和25年病院開設)

理 念 : 良質で高度な医療を提供し、市民に愛される病院をめざします
経営形態: 地方独立行政法人(平成22年4月～)

職員数 : 410人(平成23年4月現在)

各種指定・届出等(一部)

地域がん診療連携拠点病院
厚労省臨床研修指定病院
災害拠点病院
日本医療機能評価機構認定病院
久留米大学医学部教育関連病院
地域医療支援病院の承認

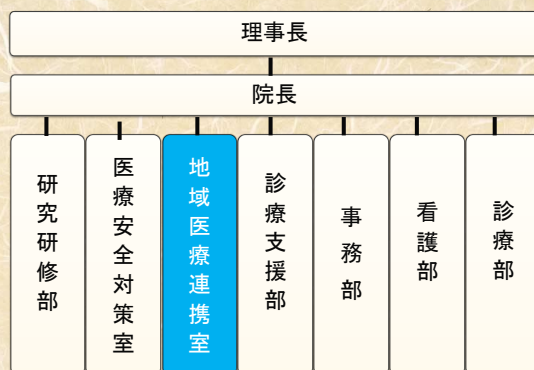


※7年連続単年度黒字経営！！

大牟田市立病院の患者実績(平均)

項 目	平成22年度実績	平成23年度実績
外来患者(日)	604.0人	585.0人
入院患者(日)	296.9人	293.0人
新規入院患者(月)	614人	611人
平均在院日数	12.7日	12.7日
救急車搬送患者(月)	153人	150人
紹介率	53.2%	55.9%
逆紹介率	61.4%	68.9%

<機構図(略図)>



地域医療連携室の業務

平成18年10月発足

70%

退院支援
医療福祉相談

20%

紹介件数
データ管理開放病床
サポート

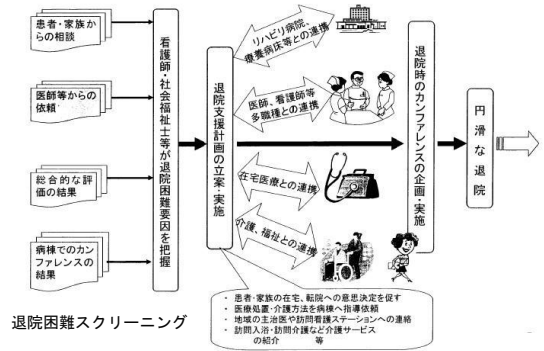
広報業務

がん相談
支援センター

その他

- スタッフは6人
室長（院長）・看護師1名
MSW2名・事務職員2名
- 退院支援（医療福祉相談）
- がん相談支援センターは
平成19年4月からスタート
- 院長直轄部署
- 地域連携パスの運用支援
（地域の事務局）
脳卒中 大腿骨骨折 がん
- 院外の会議
- 地域連携懇親会（年1回）

看護師・社会福祉士等による退院支援のイメージ



がん相談支援センターの業務



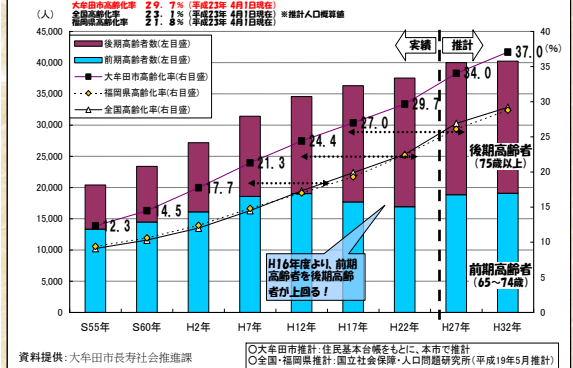
- 1 がん診療に関わる一般的な医療情報の提供
- 2 地域の医療機関や医療従事者に関する情報収集、紹介
- 3 セカンドオピニオンの紹介
- 4 患者の療養上の相談
- 5 患者、地域の医療機関などへの意識調査
- 6 各医療機関等との連携事例に関する情報収集・紹介
- 7 アスベストなどの相談
- 8 その他、相談支援に関すること

※相談支援センターの業務については、積極的に広報すること

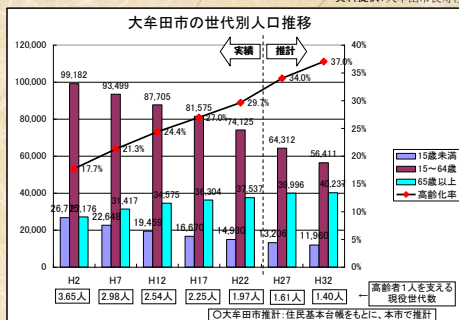
地域がん診療連携拠点病院（当院は2003年12月指定）
相談員は厚労省の行う研修が必須（基礎研修1～3）

厚生労働省健康局長「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針（平成20年4月1日）」より抜粋

大牟田市高齢者の推移



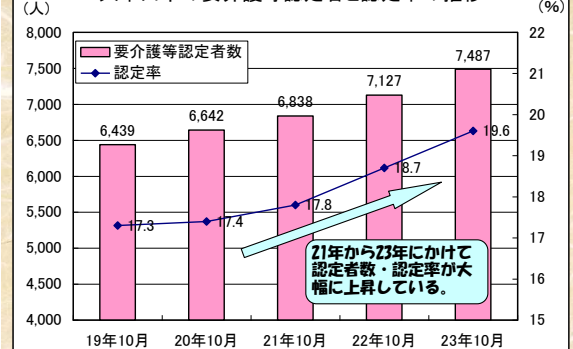
資料提供：大牟田市長寿社会推進課



○本市では、近年高齢者数の増加そのものは鈍化しているものの、現役世代（15～64歳の生産年齢人口）は今後減少が見込まれます。

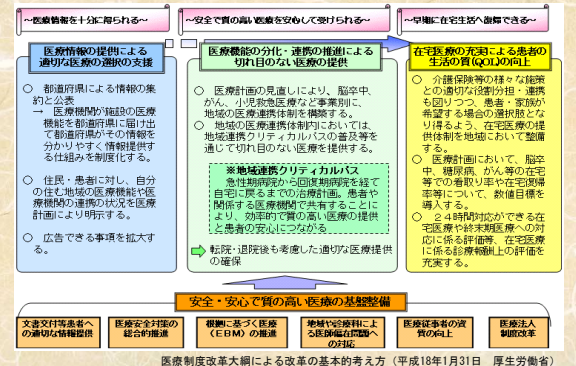
○そのため、高齢者1人を支える現役世代の数も大幅に減少し、平成22年で高齢者1人あたり1.97人となり我が国の20年先の状況です。

大牟田市の要介護等認定者と認定率の推移



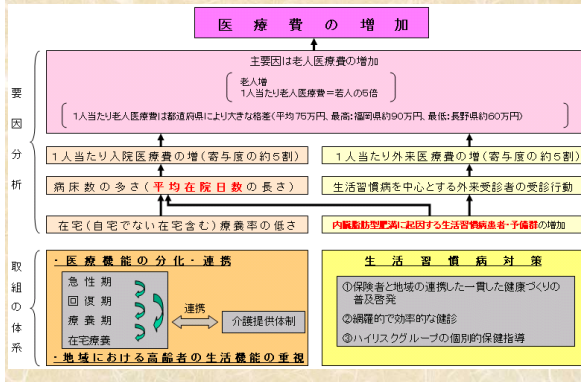
医療制度改革大綱による改革の基本的考え方（平成18年）

患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

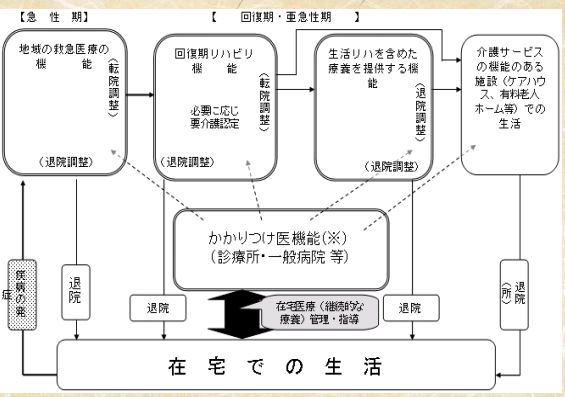


医療費増加の構図

医療制度改革大綱による改革の基本的考え方（平成18年1月31日 厚生労働省）



脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ（厚労省：平成18年度医療制度改革関連資料）



地域連携パスの運用状況

- ✓ 大牟田骨折医療連携会（大牟田大腿骨近位部地域連携パス）
大腿骨頭部骨折を中心とした疾患のパス。
大牟田地域の8病院と連携。2008年6月より開始。
- ✓ 有明地区脳卒中連携協議会
脳卒中对応パス。回復期を担うリハビリ病院8病院と連携。
パス運用は2010年4月から開始。
- ✓ がんパス（私のカルテ）
5大がん（胃がん 肝がん 肺がん 乳がん 大腸がん）
各疾患ステージⅠの運用中（肺がん以外）

脳卒中地域連携パス（患者本人及び家族用）

■ 脳卒中地域診療計画【患者本人及び家族用】

有明地区脳卒中連携協議会

氏名 @PATIENTNAME 年齢 @PATIENT ID @PATIENTID 発症日・平成 年 月 日

病名 ☐ 脳梗塞 ☐ 脳出血 ☐ 脳脊髄液出血

症状 ☐ 意識障害 ☐ 運動障害 ☐ 感覚障害 ☐ 構音障害 ☐ 構音障害 ☐ 構音障害

分類 急性期病院 → 回復期病院 → かかりつけ医 自宅 介護療養施設

目標 病状の安定化 日常生活動作の向上 日常生活動作の維持／再発予防

内容

- 脳を詳しく調べます
- 治療計画を立てます
- 再発予防の対策をします
- 合併症の対策を行います
- 手帳をいただきます
- 急性期リハビリ
- 病状に応じ、治療と併行してリハビリテーションを行います
- 回復期リハビリ
- 後遺症の軽減、日常生活動作の訓練を行います
- 機能回復の見込みについて説明します
- 治療方針について説明します

説明 病状や予後について説明します

期間 10～28日 1～3ヵ月 それ以降

説明日 年 月 日 説明者 @USERNAME 本人家族

脳卒中地域連携パス（医療者用）

入院時と退院時の状態比較

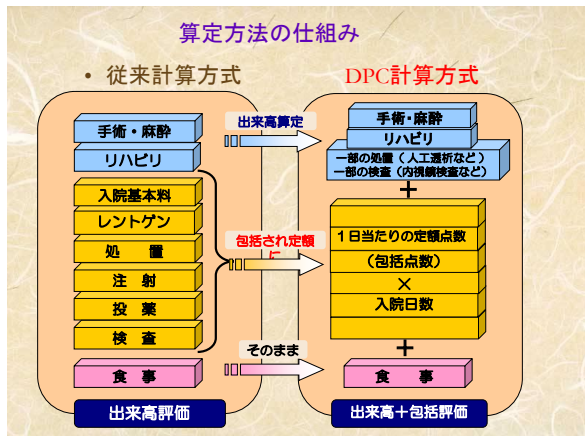
神経学所見

リハビリ（FIM）

日常生活機能評価

回復期後の療養先

ほか



なぜDPCが必要な？

- ✓ 疾患別に医療資源投入量の**医療機関の格差**を客観的に評価できる
- ✓ DPCという共通のモノサシによって、各医療機関の**情報を透明化し、医療の質の向上、効率化**を図ることができる
- ✓ 国の医療費の予算の把握に役立ち、包括支払い制度により過剰な医療資源の投入を防ぐ。
(医療費の延び抑制)

DPCにおける傷病名の選択

「1疾患1入院」が原則

- ✓ DPCはひとつの病气（診断群分類）に対して入院加療を行う制度
- ✓ 傷病名にごとに、包括（定額）の点数がまっている

DPCでの傷病名の決定は、
**1入院当たり人的・物的に
医療資源を最も投入した傷病名**

主治医が**二つだけ**選択する

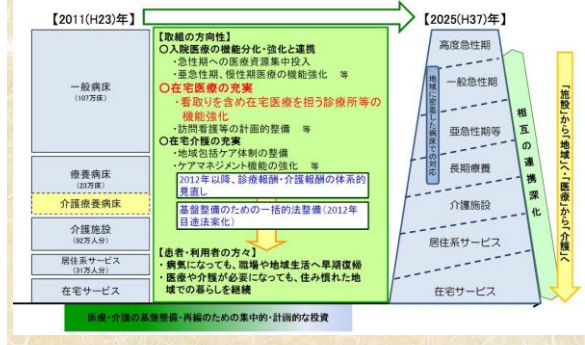


DPCの留意点

- ✓ 同一傷病での再入院(3日以内)は「**前回入院と一連**」扱い
→ **4日目以降は再入院扱い(中3日)**
- ✓ 退院時処方
在宅は**出来高算定**
転院は**包括評価**・・・当院は7日を基本に処方
- ✓ 入院患者の対診・他医療機関受診は**出来高算定不可**。
医療機関同士の合議により清算。
対診は初診・再診のみ算定可。
- ✓ 外泊は入院基本料の15%計算
例) 7対1看護「1566点×15%」

	包括の費用	包括外の費用
DPC対象病院	算定可	算定不可
他の医療機関	別当出典算定不可	算定不可 (対診の場合、 時 再診料、初診 料計算可)

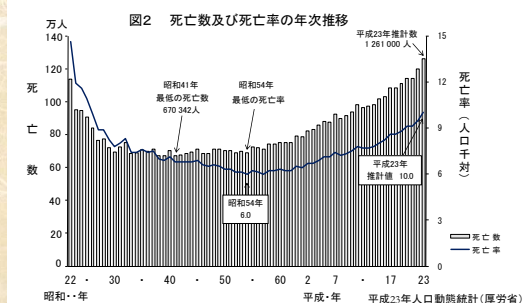
将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ (社会保障・税の一体改革)

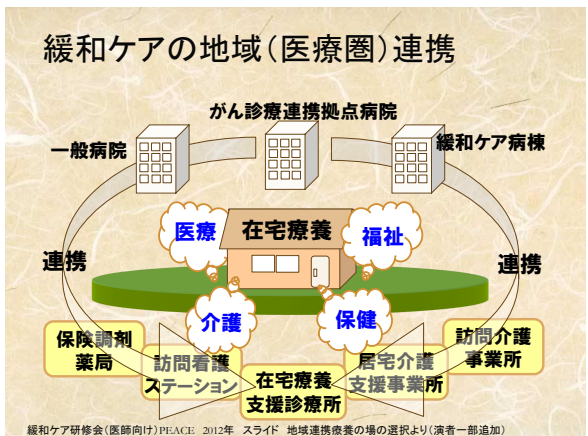
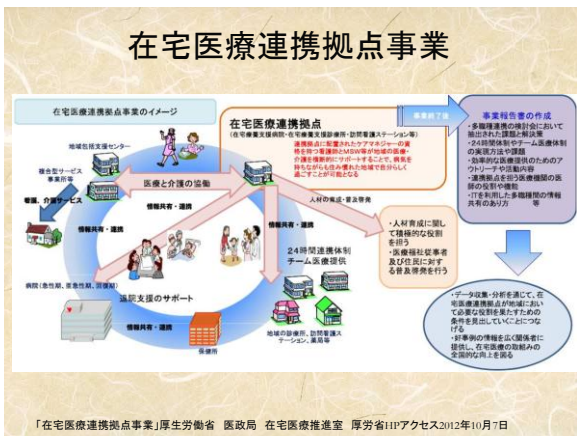
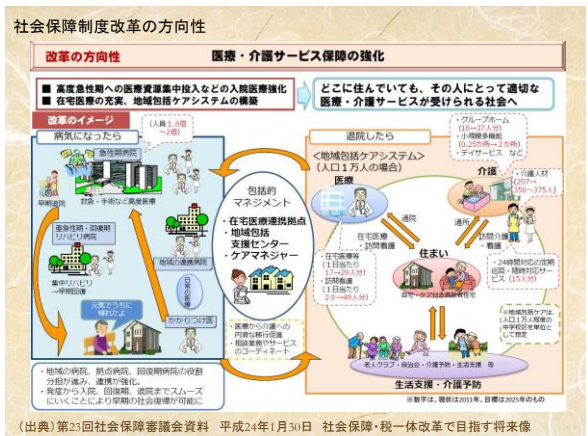
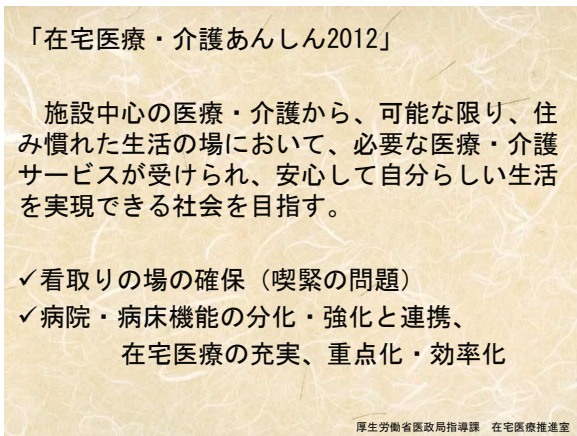
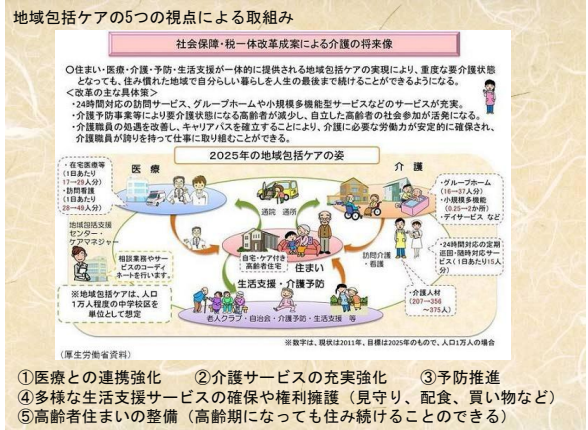
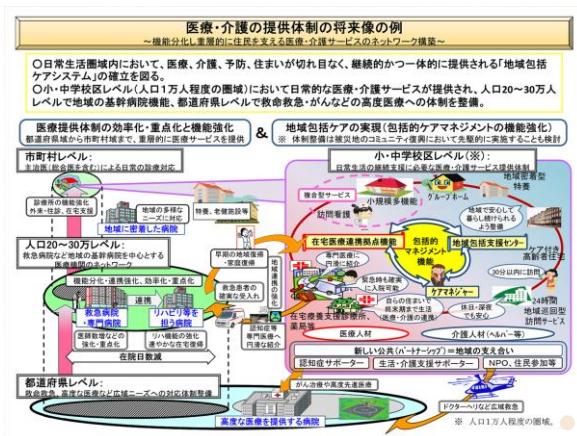


日本人の死亡者数(平成22年)

死亡者総数 119万4000人

がん死亡者 35万3500人(男:21万1千/女14万2千)



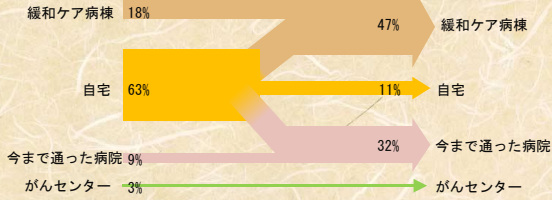


希望する療養場所は変化する

死期が迫っている（余命が半年以下）と告げられた場合一般集団2,527人（2008年）

厚生労働省、平成20年終末期医療に関する調査

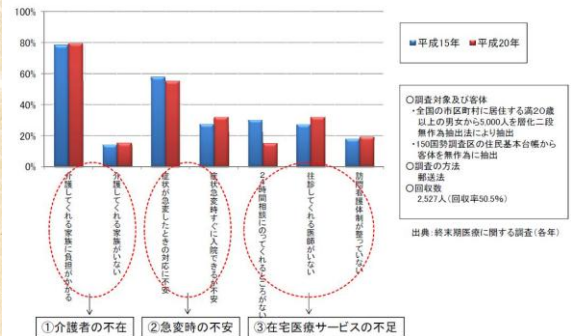
＜療養生活は最期までどこで送りたいですか＞



⇒ いつでも、どこでも、切れ目のない緩和ケアが提供できる体制を整備する必要がある

緩和ケア研修会（医師向け）PEACE：2012年 スライド 地域連携療養の場の選択より（讀者一部追加）

■在宅療養移行や継続の阻害要因



「在宅医療の最近の動向」厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室 p12 厚労省HPアクセス2012年10月7日

在宅移行におけるさまざまなバリア（一部）

病院側の抱えるバリア

- ✓在宅医療に対する知識不足
- ✓在宅移行の適当な基準・条件が不明確
- ✓退院支援システムが未確立
- ✓時間が無い（忙しい）

地域医療機関のバリア

- ✓職員のマンパワー不足
- ✓患者の情報共有が不十分
- ✓緩和医療の知識・技術不足
- ✓緊急入院先が確保できない

患者・家族側のバリア

- ✓病院に対する依存意識
- ✓在宅医療への関心の低さ
- ✓介護力（独居、高齢者世帯）
- ✓安心・安全の保証がない
- ✓経済力（自己負担）

制度のバリア

診療報酬・介護保険制度の限界

林 昇南（2009）「本道に求められている地域医療連携とは」p105 緩和ケアVOL19 No2 3月 ※左記文獻に讀者補足

ケアマネジャーから医療側への意見（一部）

医療・介護の連携推進のための意見交換会より

- ✓患者の高齢化に伴い、在宅に困難を要する患者も増え、連携の強化が必要であると思っています。
- ✓往診できる医療機関を知っておくとターミナル時も対応ができる。
- ✓今後在宅支援が増えてくると、医師のCMの関係づくりが必要。
- ✓医師との面談は敷居が高く感じる…永遠の課題と思うが…
- ✓ある病院では、医師へ介護認定結果やケアの留意点をお聞きしようと思っても、患者の受診時間席でない場合は、受付の看護師から断られる。
- ✓直接医師に面会を依頼しても時間が無いといわれることが有。
- ✓患者の退院に合わせてカンファレンスをしたいが時間が無いので困難。
- ✓ケアマネタイム（医師とケアマネの情報交換の時間）を設けてほしい。1回／週でもよいので。

第1回～4回 1回／年 約120名（参加者） 主催：大牟田市介護支援専門員連絡協議会

解決方法

- ✓患者・家族の意向を聴く
- ✓地域の医療資源（リソース）を知る
相談窓口を知っている
- ✓地域で顔の見える関係をつくる
緩和ケアのネットワーク作り

緩和ケア研修会（医師向け）PEACE：2012年 スライド 地域連携療養の場の選択より（讀者一部追加）

「介護と医療の連携」の問題点

在宅支援（ターミナルケア・看取り）における、あなたの施設での問題・課題点を挙げてください。

その後、グループで問題点を共有し、今後短期間（約1年間）で少しでも解決に向かうための具体案を考えてみてください。

- （1）各施設（個人）レベル
- （2）地域レベル（施設間連携）

グループワーク

- 司会（1名）
グループ内の全員が参加できるように配慮する
- 書記（2名～）
模造紙やポストイットなどを使って
討議内容をまとめながら書く
- 発表（1名）
話し合った内容を報告・発表する
- その他・・・タイムキーパー、司会サポート他

お願い

- ネームプレートの位置を調節しましょう。
- 発言の前に所属と名前を言いましょう。
- 積極的にワークや議論に参加しましょう。
- 職種や経験にとらわれずに議論しましょう。
- 人の話をよく聴き、相手の意見を尊重しましょう。
- 時間を守りましょう。

アイスブレイキング

- テーマ：自己紹介
- 時間：1人1分
- 順番は・・・

グループワークを効果的に 進めるためのルール

- 積極的にワークや議論に参加する。
- 思ったことは言葉にする。
- 人の話をよく聴き、相手の意見を尊重する。
- メンバー全員が発言できるように配慮する。
- 職種や経験、肩書きや立場にとらわれずに議論する。
- 思い込みを捨てる。
- 楽しく議論する。

グループワークグッズ活用のすすめ

- 考えの整理・共有には模造紙・付箋が有効です。
- メンバー全員が意見を出しやすく、またメンバー全員が内容を確認できます。

☆効果的に使うコツ☆

- 模造紙をホワイトボード代わりにする。
- キーワードを付箋に書いて貼る。
- 一つの付箋に一つの「こと」を書く。
- マジックを使って大きな文字で書く。

「介護と医療の連携」の問題点

在宅支援（ターミナルケア・看取り）における、あなたの施設での問題・課題点を挙げてください。

その後、グループで問題点を共有し、今後短期間（約1年間）で少しでも解決に向かうための具体案を考えてみてください。

- （1） 各施設（個人）レベル
- （2） 地域レベル（施設間連携）

（入院から）在宅に移行する際のポイント

1. 患者・家族の希望を明らかにする
2. 介護力の有無、家の構造・患者や家族の生活パターンなどの情報をえる
3. 入院中から在宅でも可能な医療を行う
4. 家族を交えて必要な介護方法を指導する
5. ケアマネジャー・MSW・訪問看護師らと
6. 早期に連絡をとり合い情報を共有する
7. 退院前カンファレンスを実施する

緩和ケア研修会（医師向け）PEACE 2012年 スライド 地域連携療養の場の選択より（讀者一部追加）

「顔の見える関係」とは何か？

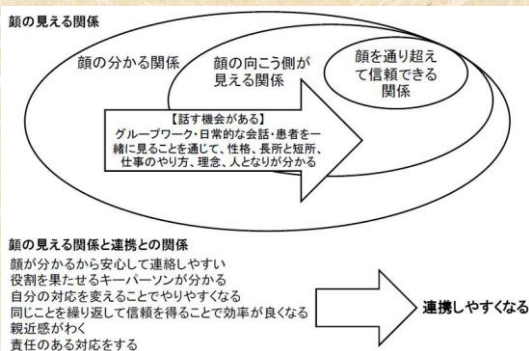
対象・方法 地域の医療福祉従事者207名の質問紙調査、5名のインタビュー調査
因子分析・相関分析、Consistent comparison analyses
結果 量的研究 「顔の見える関係がある」との相関

地域でがん患者に関わっている人たちについて・・・

具体的に誰がどのような仕事をしているかだいたい分かる
顔を思い浮かべられる
性格、つきあい方が分かる
名前と顔、考え方が分かる
施設の理念や事情が分かる
自分以外の職種の動き方が実感を持って分かる

森田達也、他 Palliat Care Research 2011

「顔の見える関係」とは何か？



『緩和ケア普及のための地域プロジェクト（厚生労働科学研究 がん対策のための戦略研究）』報告書 2012

他職種連携カンファレンスの効果

お互いに、より理解し合える
ケアに対する考え方や実践が変化する
新しい知識や生きた情報を得ることができる
患者・家族をより理解できる

＜まとめ＞

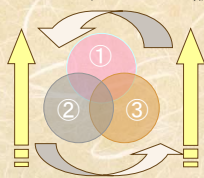
地域での多職種のカンファレンスは、お互いの役割などのみならず感情レベルでの理解を深め、実践を変化させることに役に立つことが示唆された。

和泉典子、他 Palliat Care Research 2012 井村千鶴、他 緩和ケア 21(3): 335-342, 2011

まとめ

＜地域連携に必要な3つの視点＞

- ① 保健・医療・福祉の有機的ネットワーク構築
- ② ネットワークの可視化（言語化）・システム化
- ③ カンファレンス（顔の見える連携作り）



正のスパイラル

介護と医療の連携力アップ
地域連携の質向上
個人のスキルアップ

本日は、ありがとうございました。

何かありましたら、遠慮なく当院の地域医療連携室や看護スタッフなどにご連絡下さい。

これからも、地域の保健・医療・福祉に関する方々と連携を図り、地域の方の健康と生活を守るように、皆様と一緒に頑張っていききたいと思います。

