



平成24年度在宅医療連携拠点事業成果報告

(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション
暮らしの保健室

本日の発表内容

H24年度在宅医療連携拠点が行う事業について

- 1: 地域特性
- 2: 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
- 3: 在宅医療従事者の負担軽減の支援
- 4: 効率的な医療提供のための多職種連携
- 5: 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
- 6: 在宅医療に従事する人材育成
- その他:

新宿区と牛込地区、戸山ハイツの概況

新宿区 人口 (65歳以上) 高齢化率
32万0,663人(62,430人) 19.4% H25.2.1

牛込地区 人口 (65歳以上) 高齢化率
9万7,704人(1万9,742人) 20.2%

 { 笹笥地区 3万5,913人(6,091人) 17.0% H25.2.1

 { 若松地区 3万0,240人(7,565人) 25.0% H25.2.1

 { 榎町地区 3万1,551人(6,086人) 19.3% H23.4.1

都営戸山ハイツ(若松地区内)

平成25年2月1日現在 3,364世帯
人口6,020人(65歳以上 2,909人)

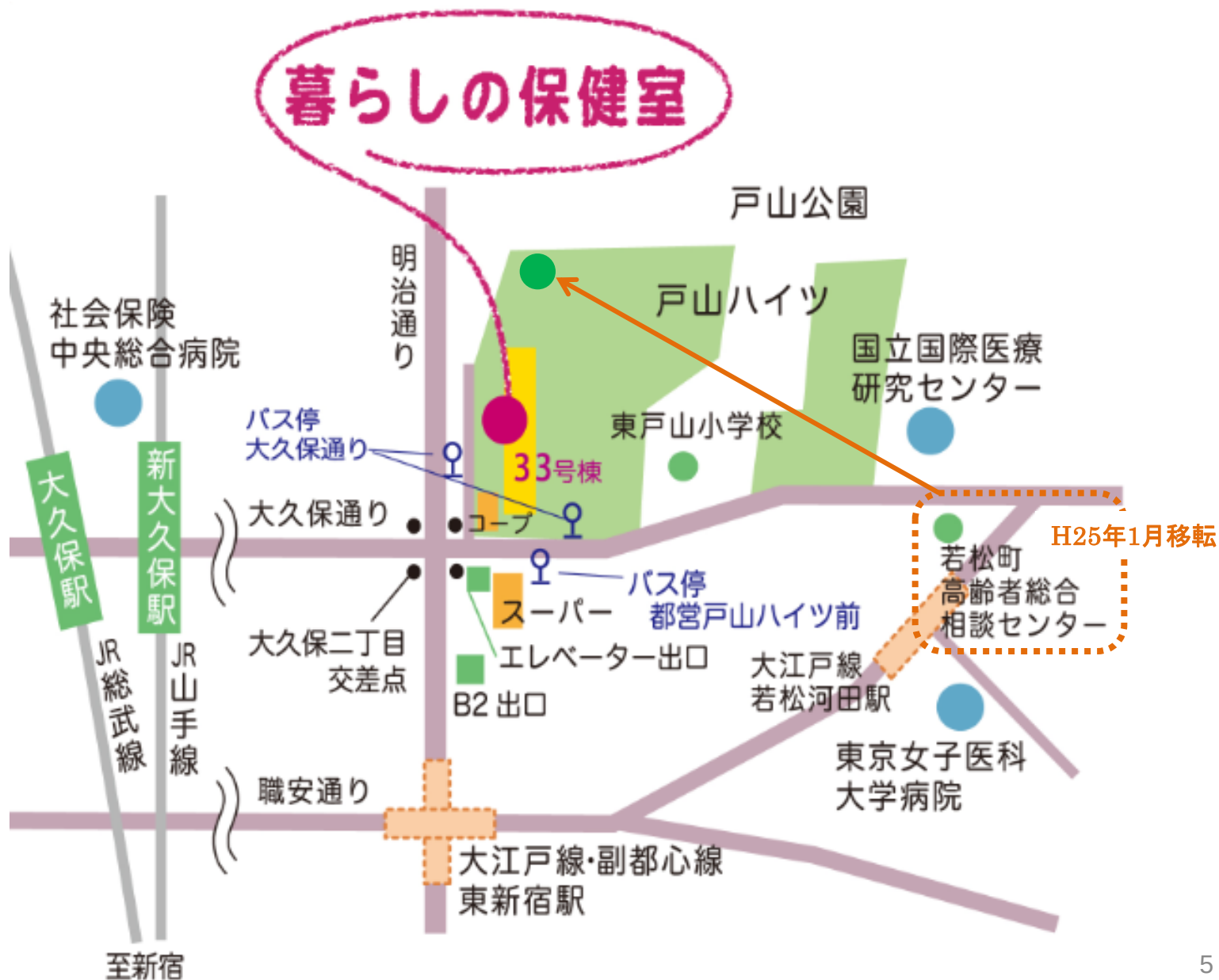
高齢化率 48.3% H25.2.1

46.3% H23.7.1

45.6% H23.3.1



2011年7月1日 相談・連携支援窓口 オープン



多職種連携のための6つの連携会議を昨年より継続開催

※看護職が地域のハブとなってすすめている

①牛込地区在宅患者を考える会 (地区医師会等とタイアップ)

2012年

9月25日(32名)

11月15日(110名)

2013年

1月19日(160名)

(新宿食支援研究会と合同開催)

今後も継続



②在宅療養シンポジウム (新宿区や地域病院との連携)

10月 24日

新宿文化センター



③在宅療養学習会 (新宿区との連携・区民公開講座)

10月4日 がんミニ講座(15名)

1月30日 がんミニ講座(17名)

病院医師と区民が身近に語り合う会

④先進事例から学ぶ勉強会 (海外の多職種連携から)

10月23日

在宅ケアの
ルネッサンス



多職種連携のための6つの連携会議を昨年より継続開催

※看護職が地域のハブとなってすすめている

⑤多職種連携のためのケース勉強会

月1回、「暮らしの保健室」に寄せられた相談等から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例を取り上げ意見交換。
毎回30～40名が参加。



2012年度

○5月「戸山ハイツの住民に 暮らしの保健室はどう受け止められたか？ アンケート結果報告」

○6月「遠回りしてきた相談事例から学ぶ
～がん相談の中からみえてくること～」

○7月「医療ニーズの高いケアニーズを
どう拾い上げつなげるか？」

○8月「地域の中でエンドオブライフを支える
～牛込地区24時間医療連携システム～」

○9月「地域ケアにおけるスピリチュアルケア」

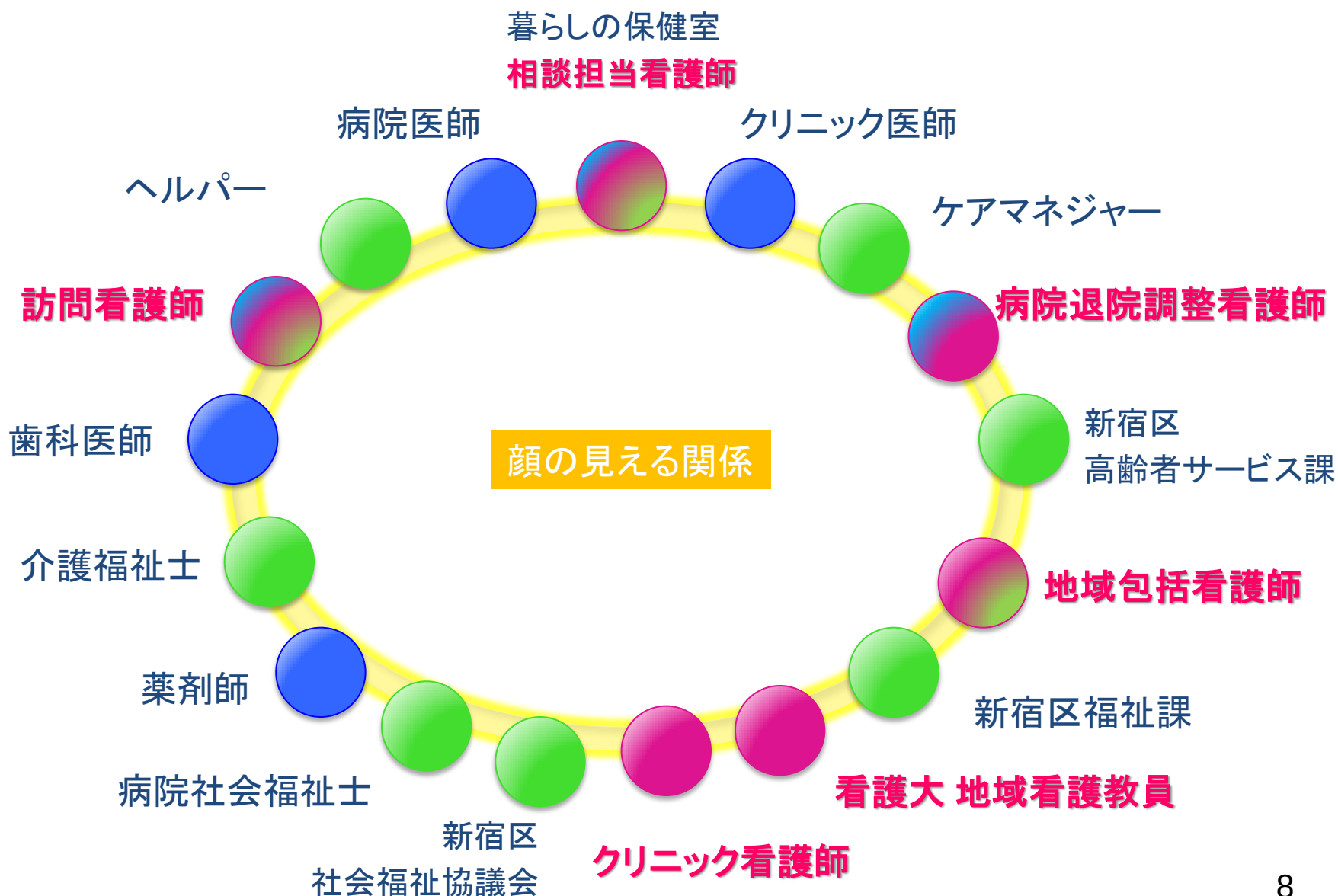
○10月「重装備にならない見送り方
～認知症・一人暮らしで最期を迎えた方の事例から～」

⑥個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

参加者○新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、
地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー 等

ケース勉強会の主な参加者＝多彩な立場の医療・介護関連多職種



病院医療者との連携の困難さ

■ 解決策として行っていること ■

何度も勉強会を重ねて相互に理解を深める
在宅からの積極的な発信・情報共有の工夫
在宅医療を体験できる場づくり(相互研修)

■ 上記解決策を継続実施するなかで連携を阻む要因として考えられていること

- 医師を交えてのグループワークを地域で行おうとしても、医師に参加してもらうのは至難のわざである。地域ケアのネットワークに薬剤師、栄養士、歯科医師などが次々と参画して、在宅そのものに関する関心も高まり、変化への気運は高まっているなかで、最後まで残ってしまふところが、病院とくに急性期病院の医師である。都市部では、そのため病-診連携の問題を、多職種連携における根本課題として引きずってしまうことになる。医師をどう巻き込むかが課題。(訪問看護師)
- 介護保険サービスに対する医師の理解が進んできたが、どのようなタイミングでケアマネが医師にアプローチすればよいのか難しい。(ケアマネジャー)
- 大きい病院の場合、医師が介護について理解していない場合があり、困る。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)

多職種連携を阻む要因

～ケース勉強会参加者の声より～

- 自分自身(ケアマネ)の意識が、医療に対する敷居が高くて困難。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)
- 介護から医療への連絡をしたい場合、「サービス責任者→CM→看護」となっており、直接連絡できないこと。(訪問介護)
- 医療の側からは詳しい治療内容の説明を、介護の側からはお年寄りの詳しい現状をどのようにしたら上手に伝えられるのか。(通所介護)
- 医療関係者とヘルパーは直接かかわることはほとんどなく、基本的にすべてケアマネ経由なので何かあった時どうしても対応が遅くなってしまう。(訪問介護)
- 人手不足。医療関係者が高飛車(にみえてしまう)。(看護師・ケアマネジャー)
- 地域自体がつながりが薄い。(栄養士)

- 服薬に関して、薬の情報がなかなか手に入らない。医師との連絡が直接とりにくい。処置に関しての指示がもらいにくい。ケアマネに医療処置について聞いてもらいたいけど返事が来ないことがある。(訪問看護師)
- 複数の病院に診てもらっているケースの場合、内服薬がダブっており、本人もわからずに内服を続けている。(居宅介護支援事業所ケアマネジャー)
- 一包化の指示が処方欄と備考欄で異なった際に医師に連絡が取れず、認知症の患者にも確認が取れなかったため困った。(薬局薬剤師)
- 認知症の患者から電話で話を聞いた場合、どこまで医師にフィードバックしたらよいかかわからない。(薬局薬剤師)

多職種連携を阻む要因 ～ケース勉強会参加者の声より～

- 病院で働く現場スタッフに連携の重要性が浸透していない。(MSW)
- 情報を共有する時間がない。FAXも有効だが書面では微妙なニュアンスが伝わりにくい。(MSW)
- 相互無知。(クリニック医師)
- 情報の共有ができていない。お互いの立場がわかっていない。(病院医師)
- 他職種の内容の理解不足、ヒューマンリソースの偏在。(歯科医師)
- 病院の忙しさ。。。 (病院看護師)
- 介護スタッフへ医療知識をどこまで伝えたらいいのか、伝える方法について困っている。(病院看護師)

■解決策を継続実施するなかで得られた成果

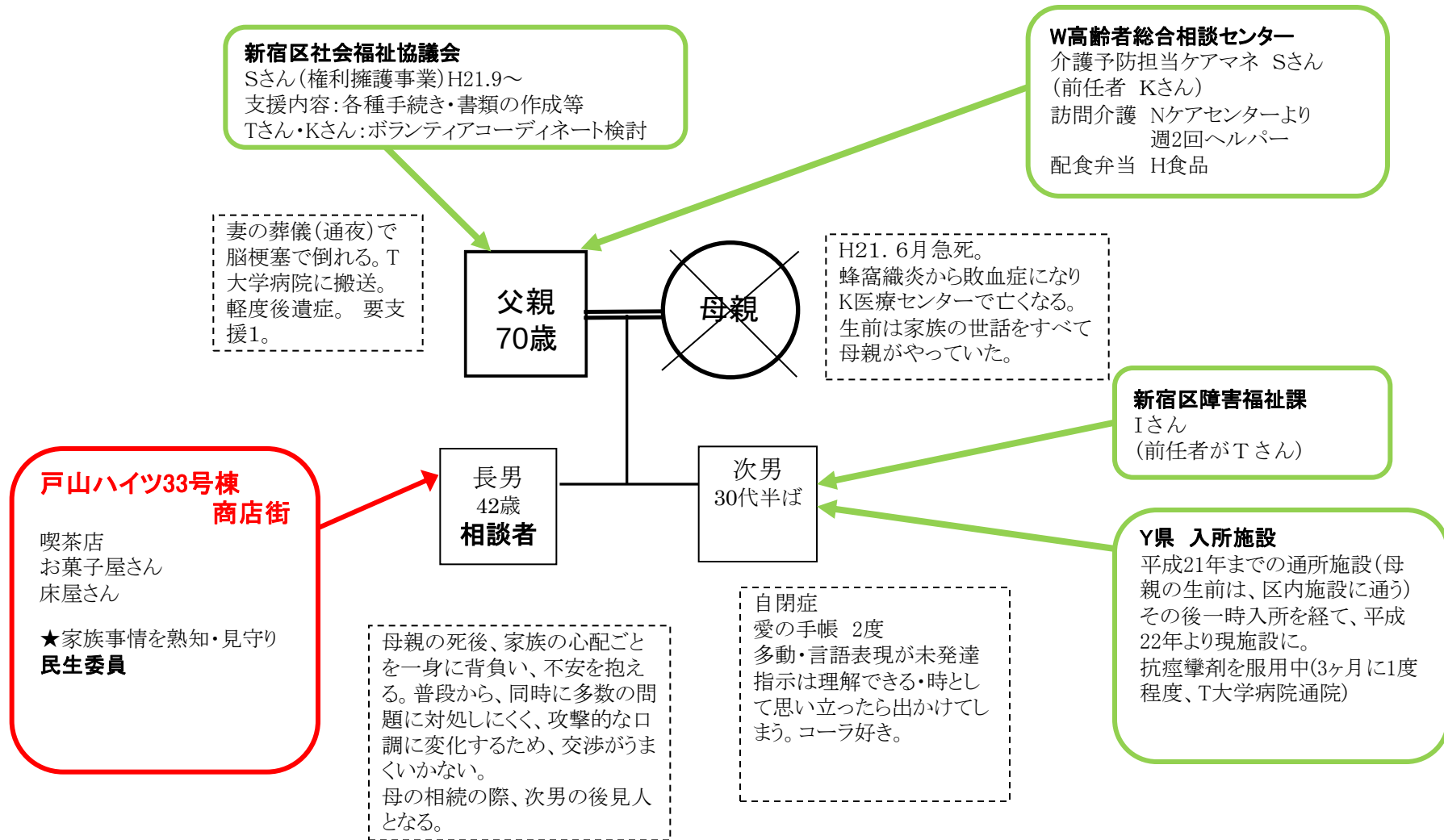
- 以前、大学病院の循環器医師だった時には、専門医として患者さんの死は“敗北”であり、力及ばずお詫びをするという感覚であった。しかし地域医療にたずさわるようになり、在宅での看取りを経験するなかで、戦う医療から支える医療の力を知り、お詫びするのではなく「よかったですね」と言えるようになった。(クリニック医師)

■今後の課題

- 多職種による顔の見える会を重ね、在宅からの情報発信・情報共有を積極的に行い、成功体験を積み重ねることで、新たな人材を育成することが課題である。

連携のための地域ケア会議

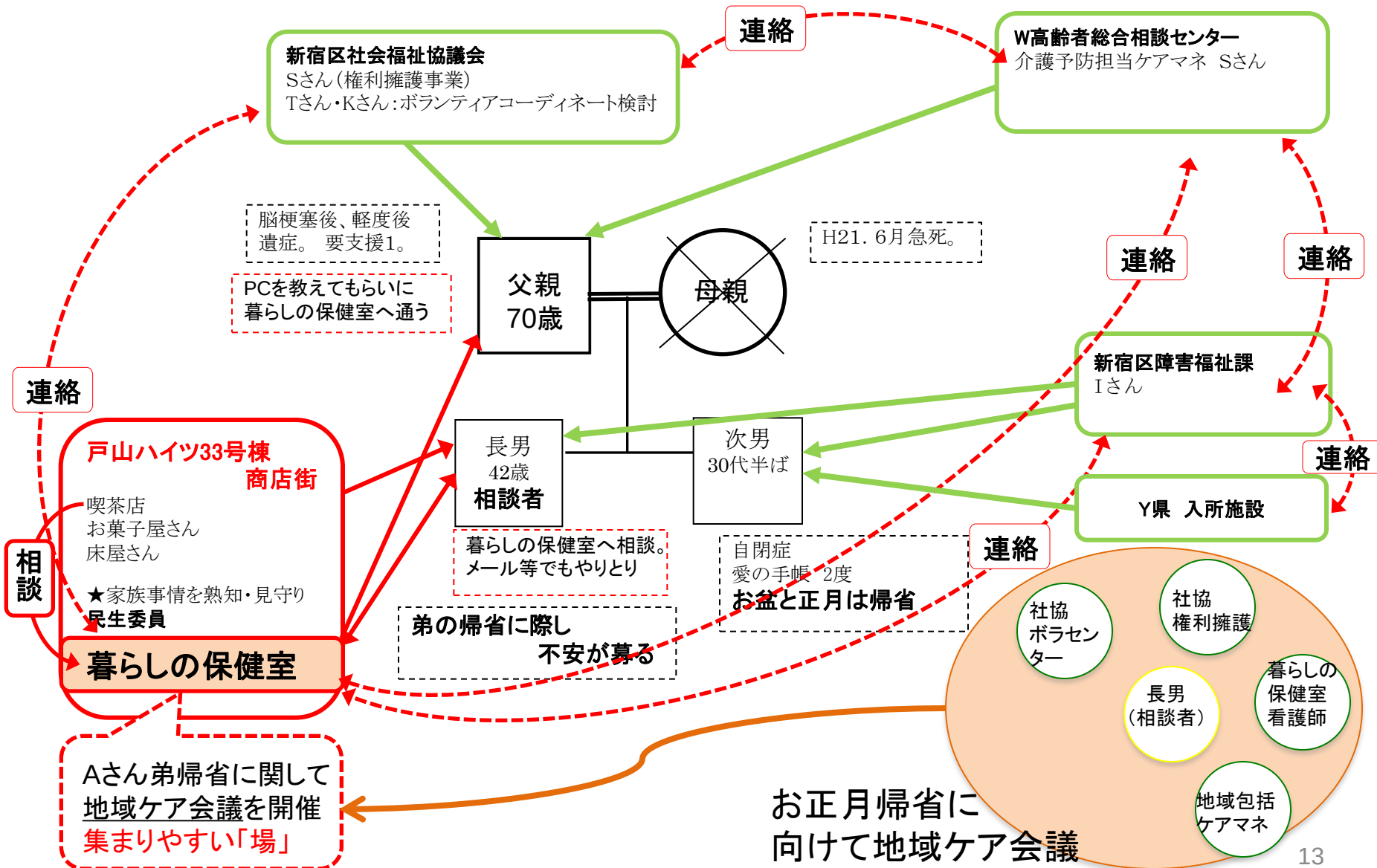
事例 (①平成23年8月時点の様子)



連携のための地域ケア会議

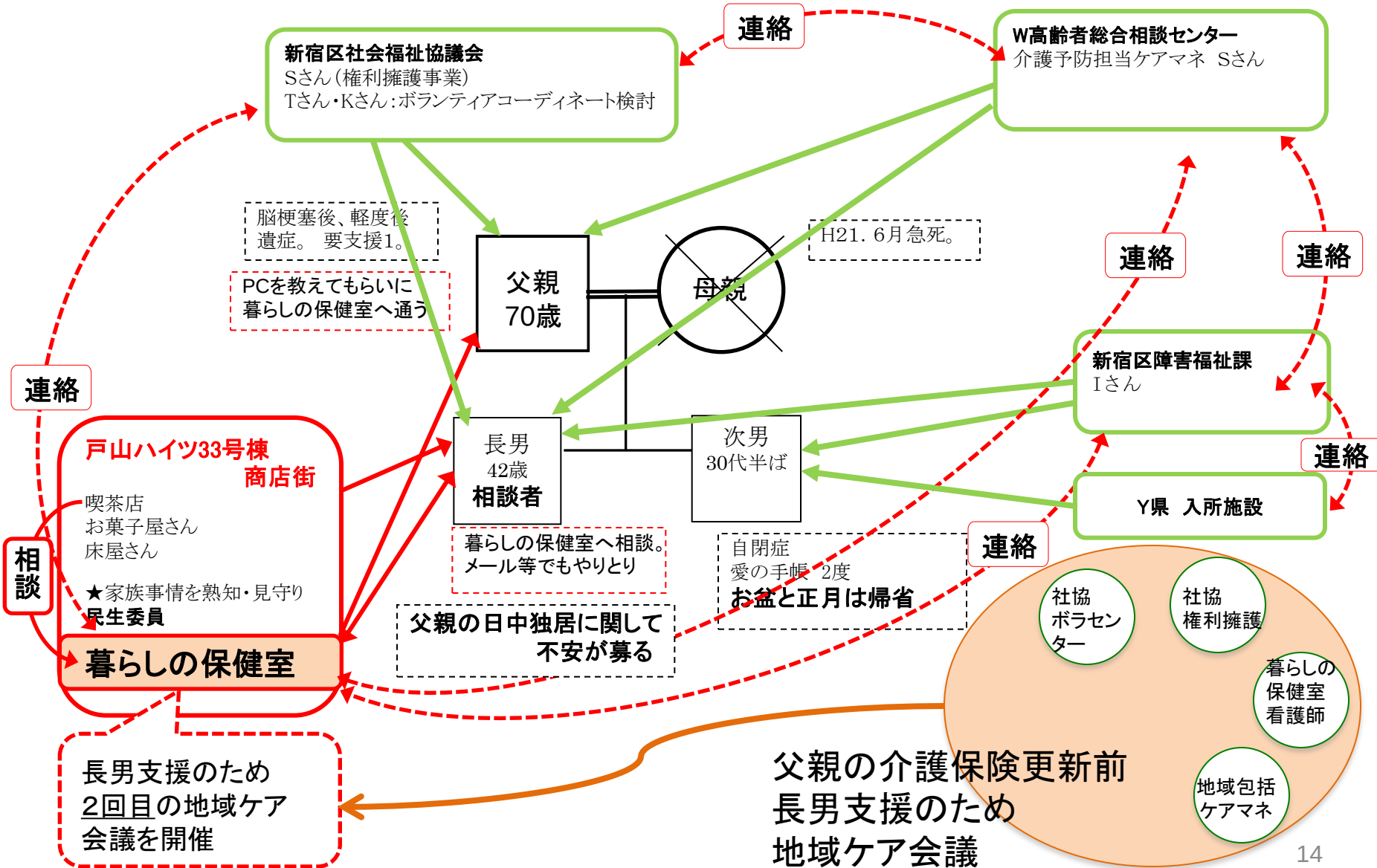
⇒お互いの役割を理解し協働できる関係に

事例 (②平成23年8月～、次男の夏休み帰省～フォロー体制の構築)



⇒お互いの役割を理解し協働できる関係に

(③平成25年1月、父親の日中独居の不安を持つ長男支援体制)



⇒お互いの役割を理解し協働できる関係に

大学病院

新宿区社会福祉協議会
Sさん(権利擁護事業)
Tさん・Kさん:ボランティアコーディネート検討

W高齢者総合相談センター
介護予防担当ケアマネ Sさん

**脳出血
救急入院**

H21. 6月急死。

父親 70歳

母親

**長男 42歳
相談者**

次男 30代半ば

**戸山ハイツ33号棟
商店街**
喫茶店
お菓子屋さん
床屋さん
★家族事情を熟知・見守り
民生委員

暮らしの保健室

**暮らしの保健室へ相談。
メール等でもやりとり**

**自閉症
愛の手帳 2度
お盆と正月は帰省**

父親の入院後、暮らしの不安。どうしていいかわからない。

新宿区障害福祉課 Iさん

Y県 入所施設

連絡

連絡

連絡

連絡

連絡

連絡

相談

**長男支援のため
3回目の地域ケア会議を開催**

**長男への医療介入のため
地域ケア会議**

区障害者福祉課

社協 権利擁護

暮らしの保健室 看護師

長男 (相談者)

居宅介護ヘルパー

地域包括ケアマネ

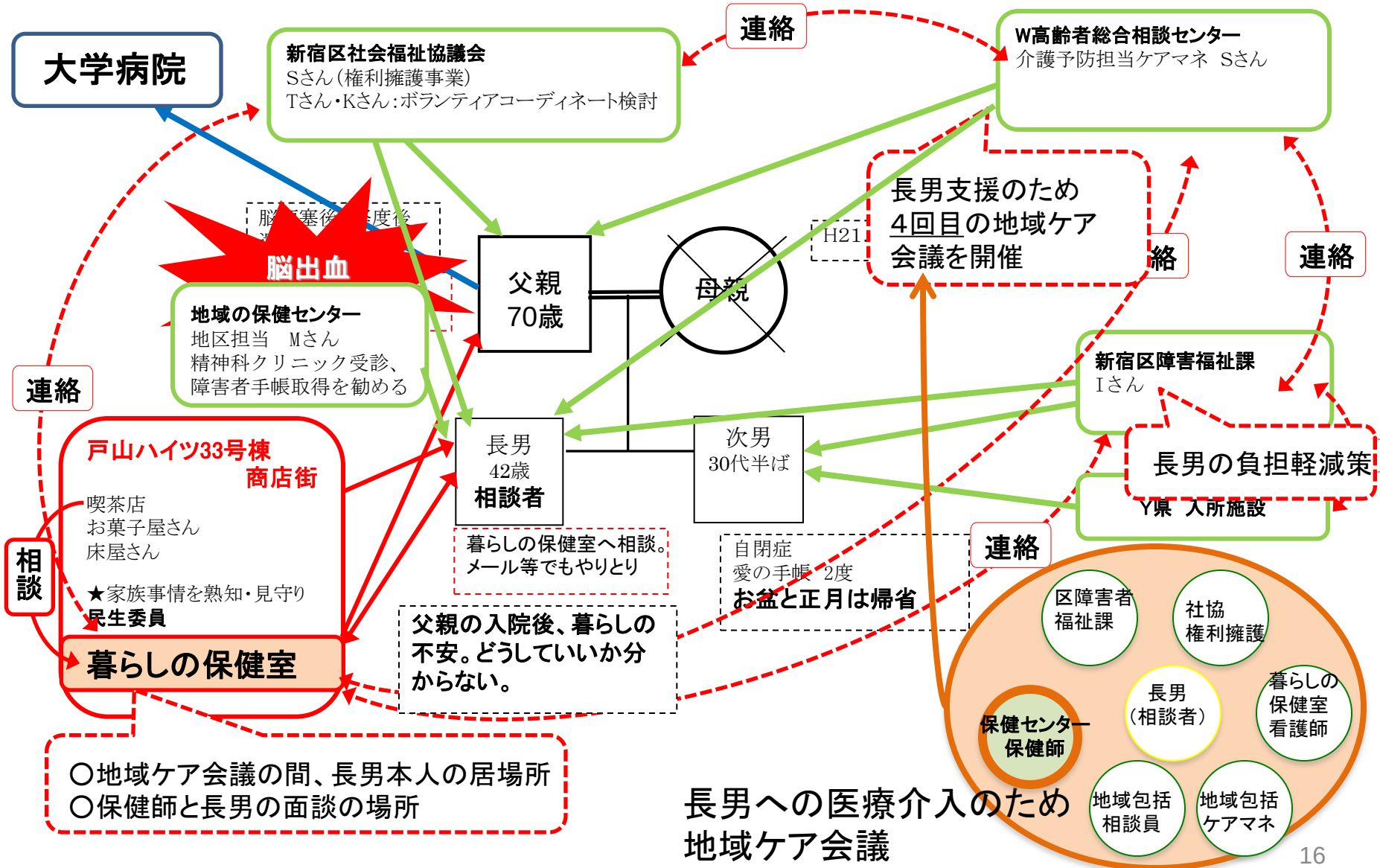
暮らしの保健室 カウンセラー

15

連携のための地域ケア会議

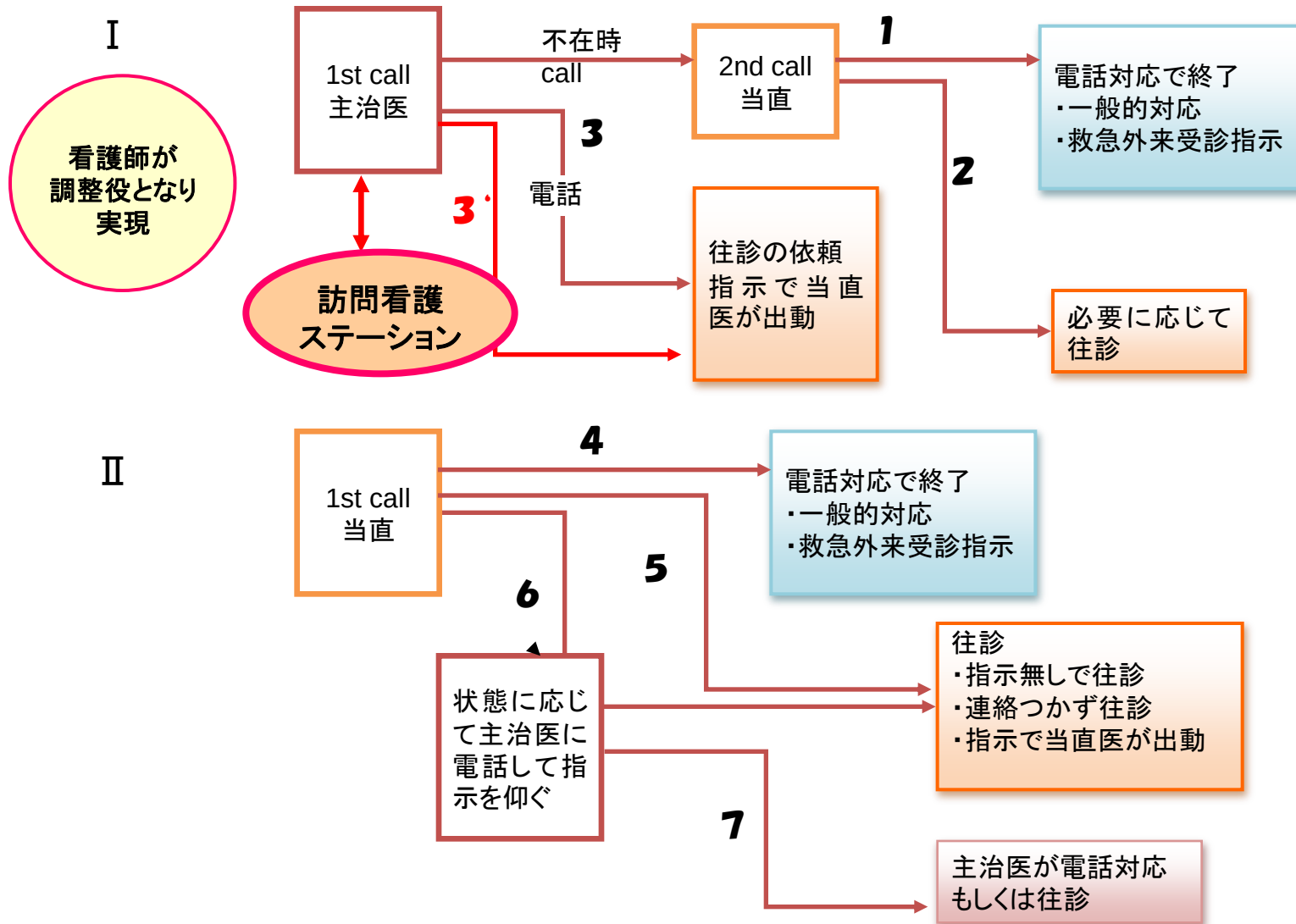
⇒お互いの役割を理解し協働できる関係に

事例 (⑤平成25年1月、医療依存度増加に伴う長男支援体制)



在宅医療従事者の負担軽減の支援

主治医を支える24時間体制のネットワークづくり



在宅医療従事者の負担軽減の支援

主治医を支える24時間体制の事例①

- 週1回A医院に通院
- 咳が続くため看護師がA医師に相談。
A医院でX-ray
- A医師がB病院へ働きかけ
- B病院呼吸器外来へ(肺がん診断)
- 症状コントロール難しくなりPCUへ

地域連携B病院

呼吸器外来 → 緩和ケア病棟 B医師
在宅緩和ケア支援センター

外来中心のA医院

主治医 A

看護師

X氏
80歳代
肺癌末期
認知症

妻
70歳代
要介護
状態

本人の家に帰りたい
意向をあらかじめ
PCUに伝える

Nケアステーション

ヘルパー ケアマネ 福祉用具

連携によりB病院に
受け入れてもらえて
よかった

H訪問看護ステーション
(24時間対応)

訪問看護

ヘルパー

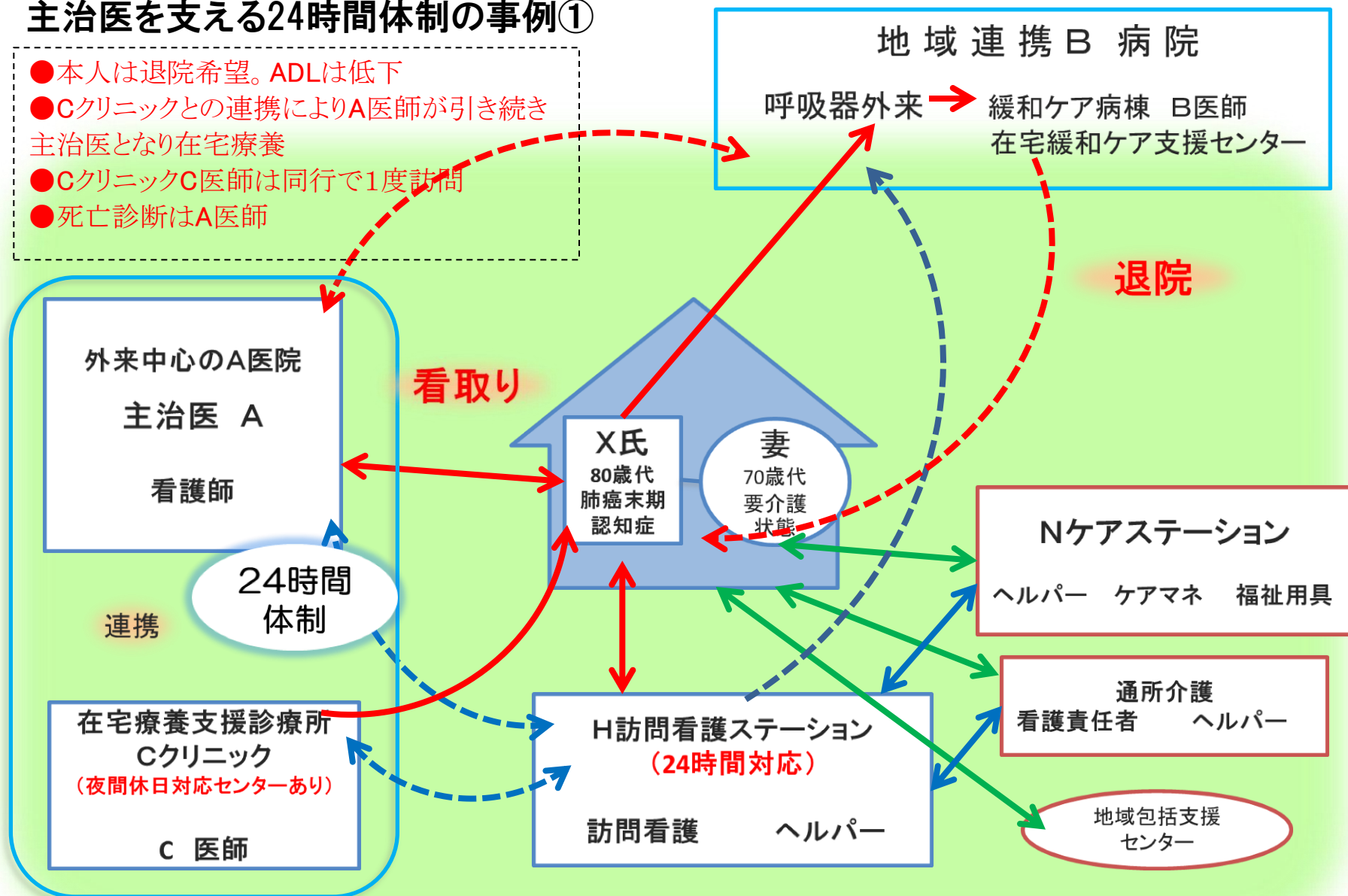
通所介護
看護責任者 ヘルパー

地域包括支援
センター

在宅医療従事者の負担軽減の支援

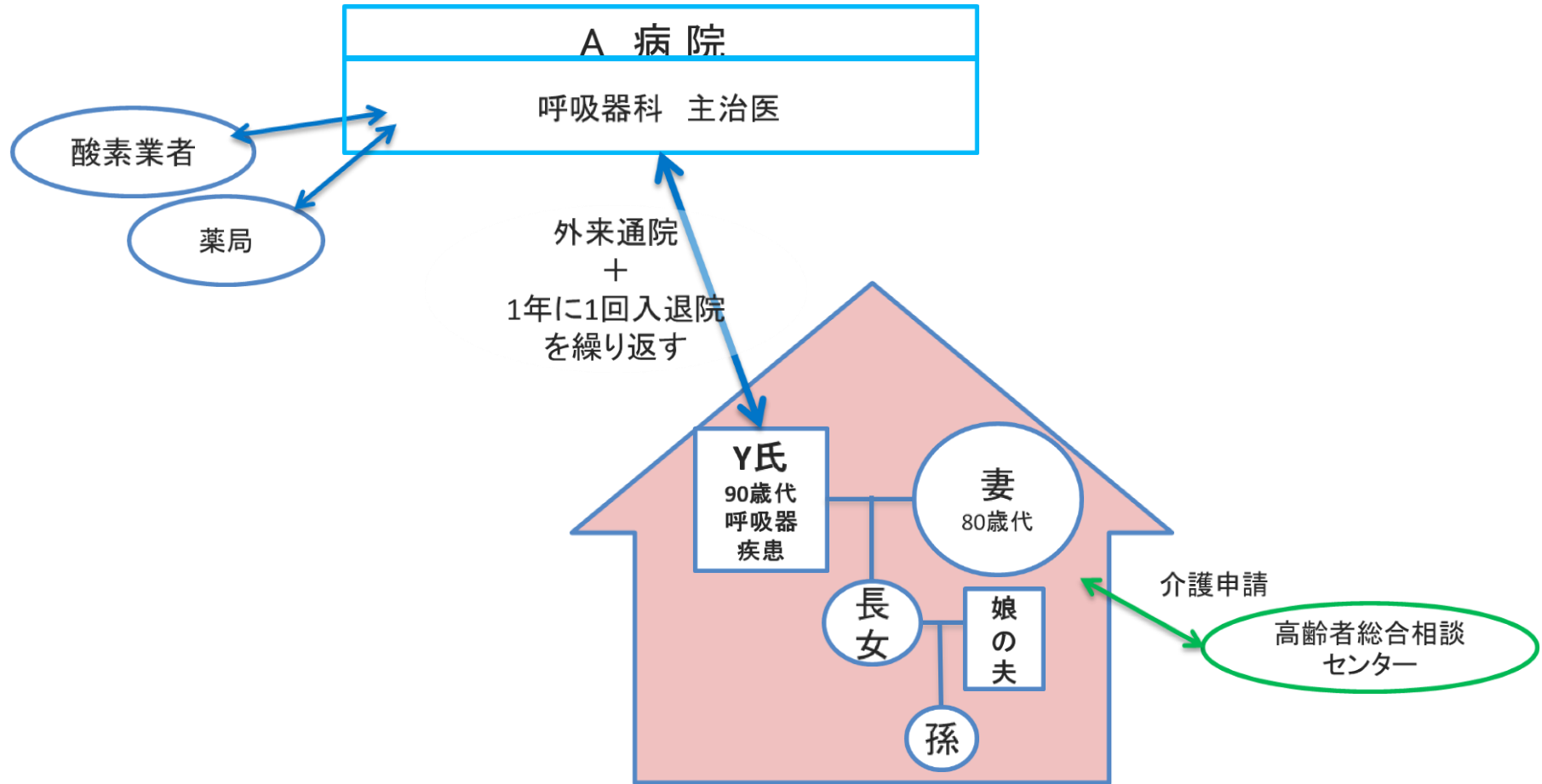
主治医を支える24時間体制の事例①

- 本人は退院希望。ADLは低下
- Cクリニックとの連携によりA医師が引き続き主治医となり在宅療養
- CクリニックC医師は同行で1度訪問
- 死亡診断はA医師



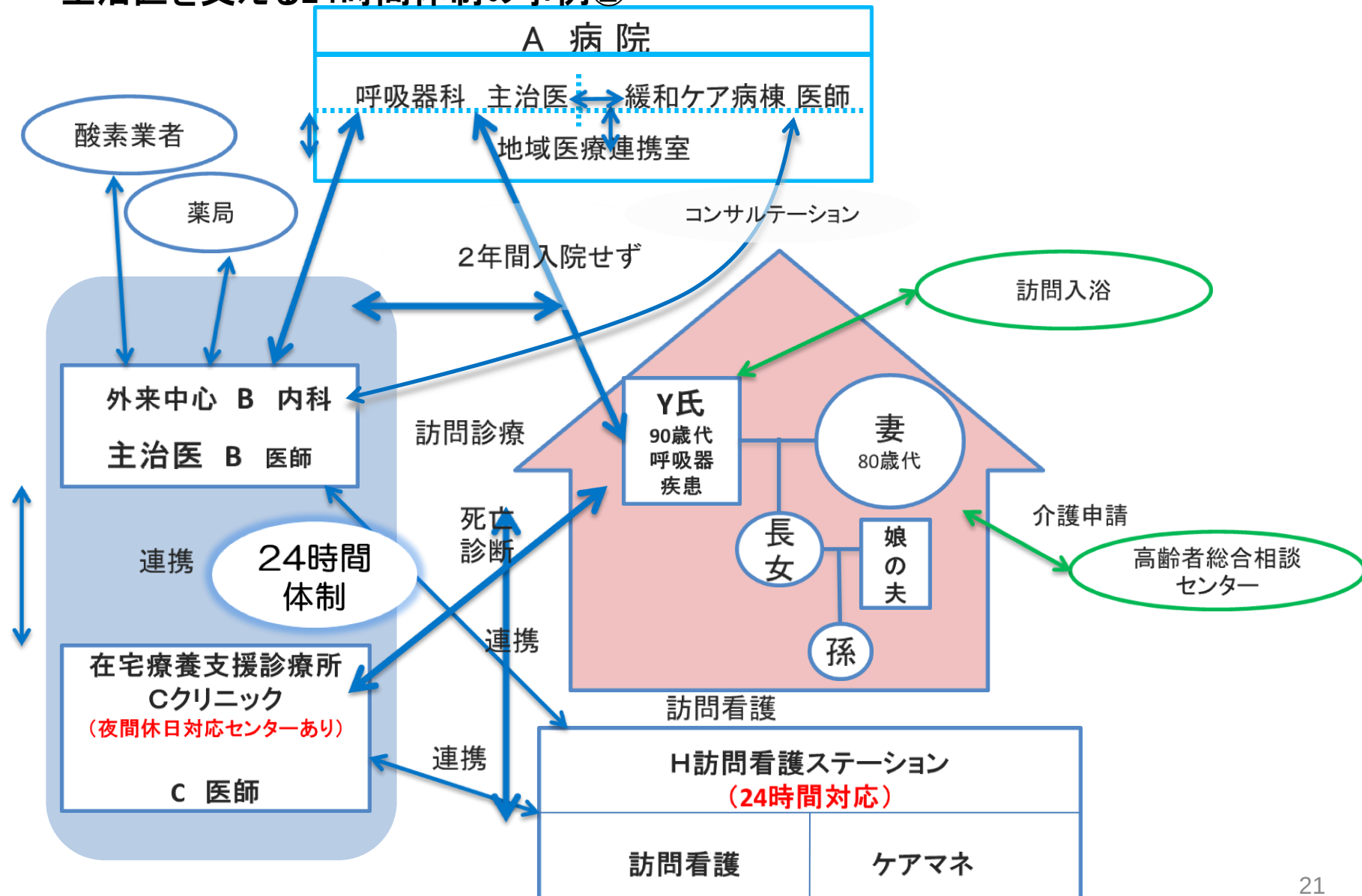
在宅医療従事者の負担軽減の支援

主治医を支える24時間体制の事例②



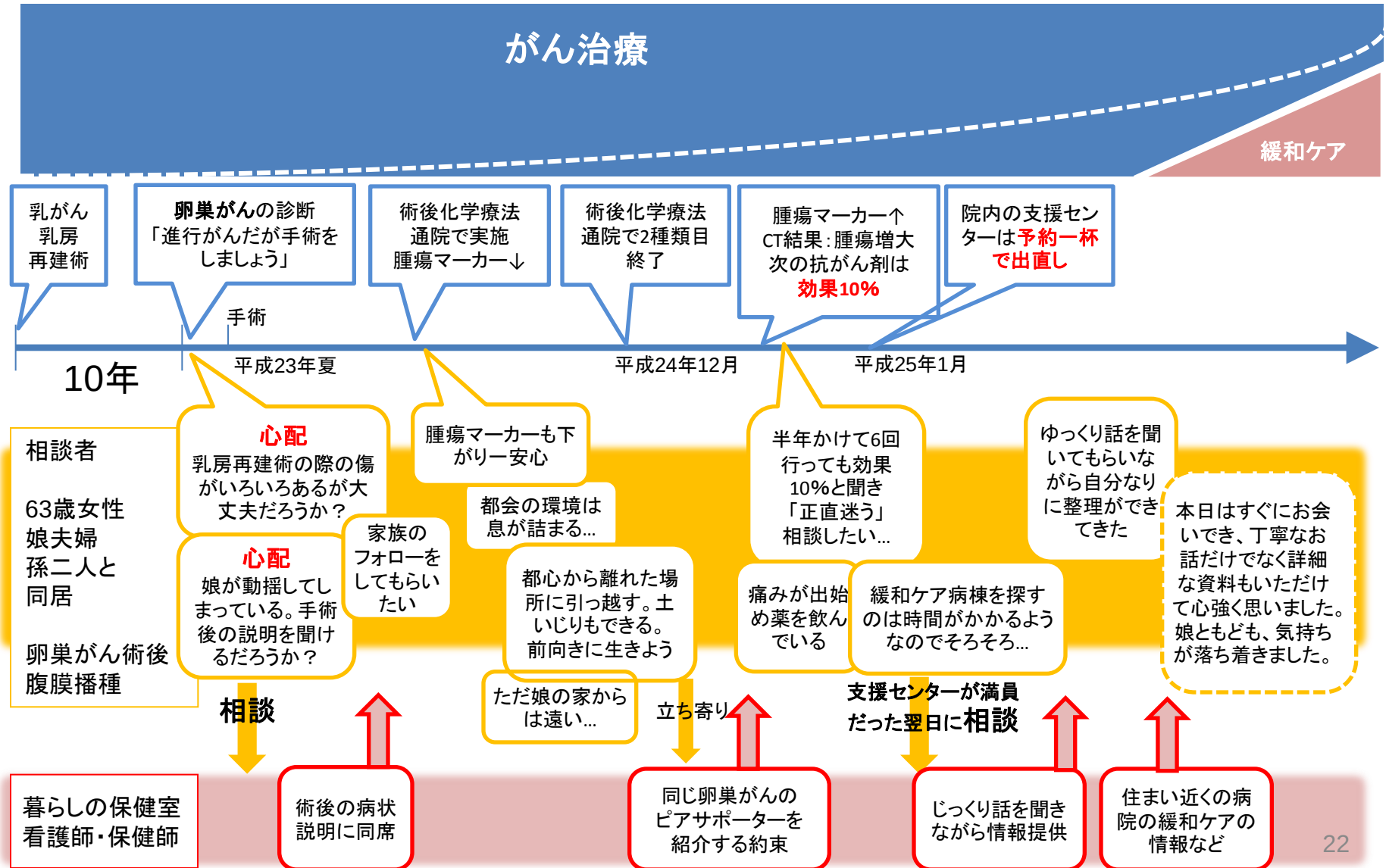
在宅医療従事者の負担軽減の支援

主治医を支える24時間体制の事例②



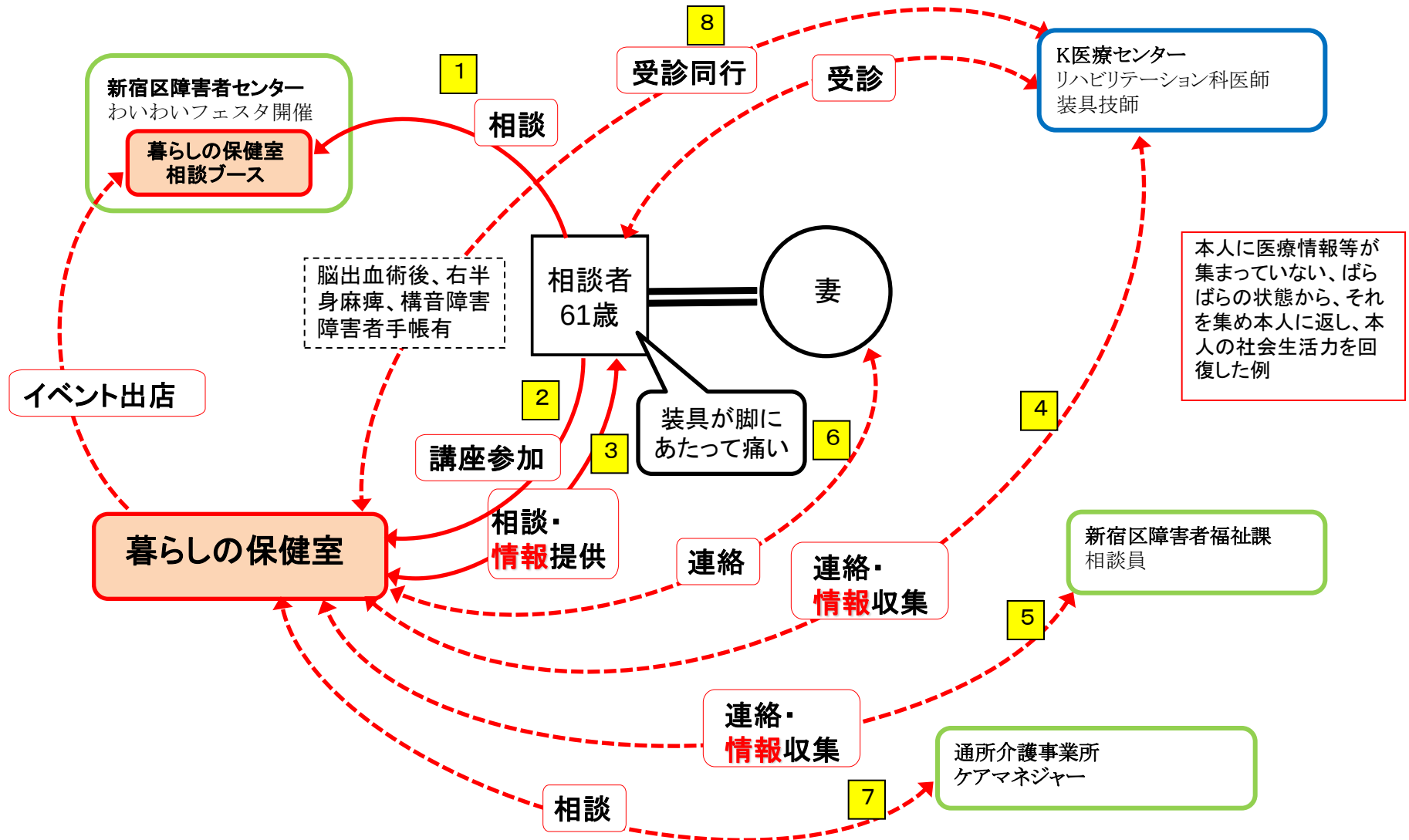
相談支援の場→自己決定能力の回復

事例X (がん“治療”から「緩和ケア」への自己決定支援)

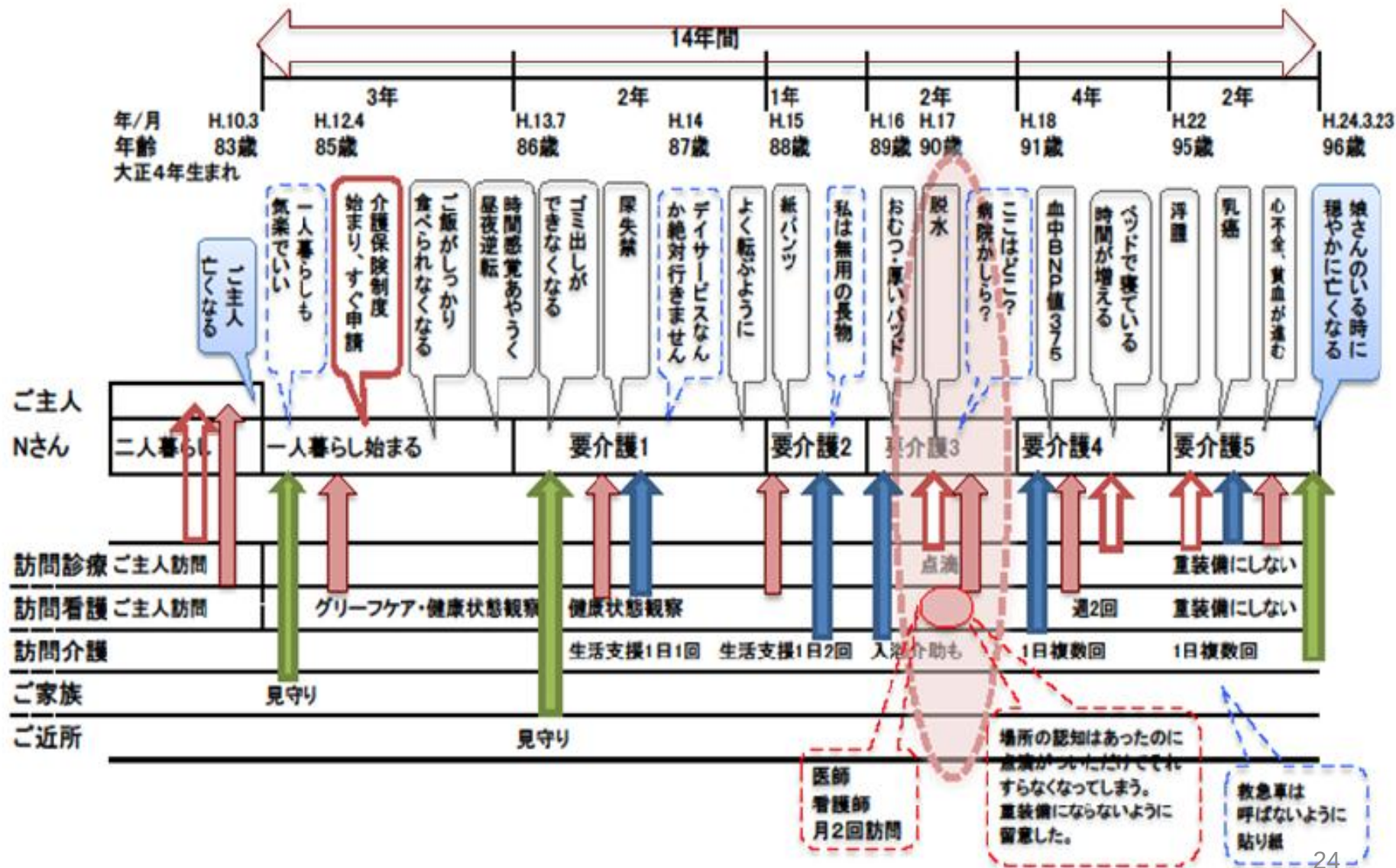


相談支援の場→適切な医療介入支援・各窓口との連携

事例X （受診同行による適切な医療介入支援＋各窓口との連携）



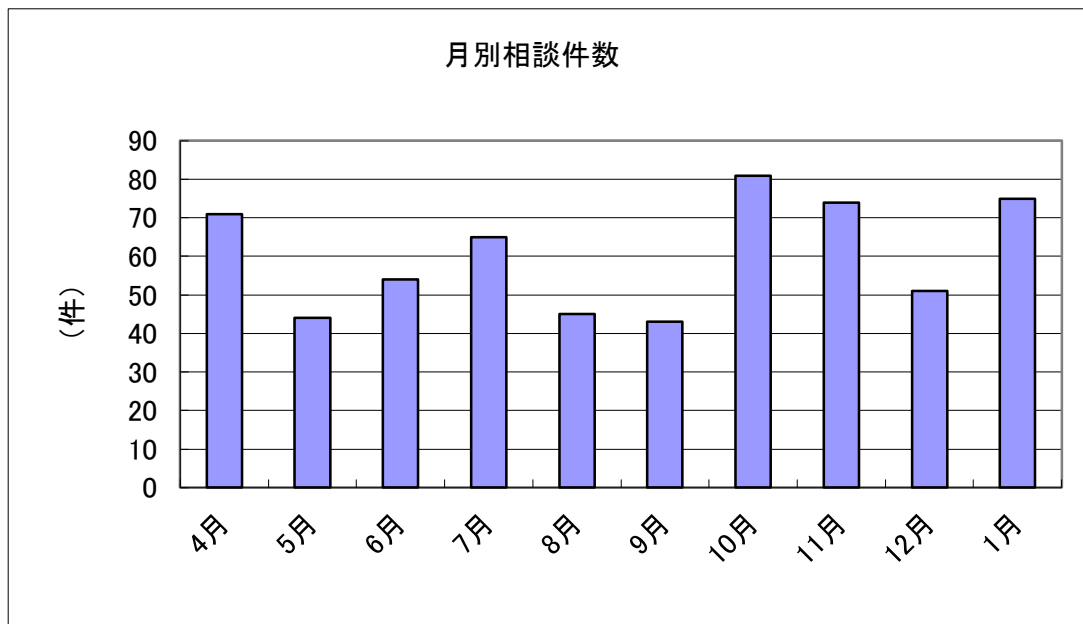
重装備にせずに終末期を支援



暮らしの保健室 活動実績（平成24年4月～25年1月 10か月）

・相談件数：603 件

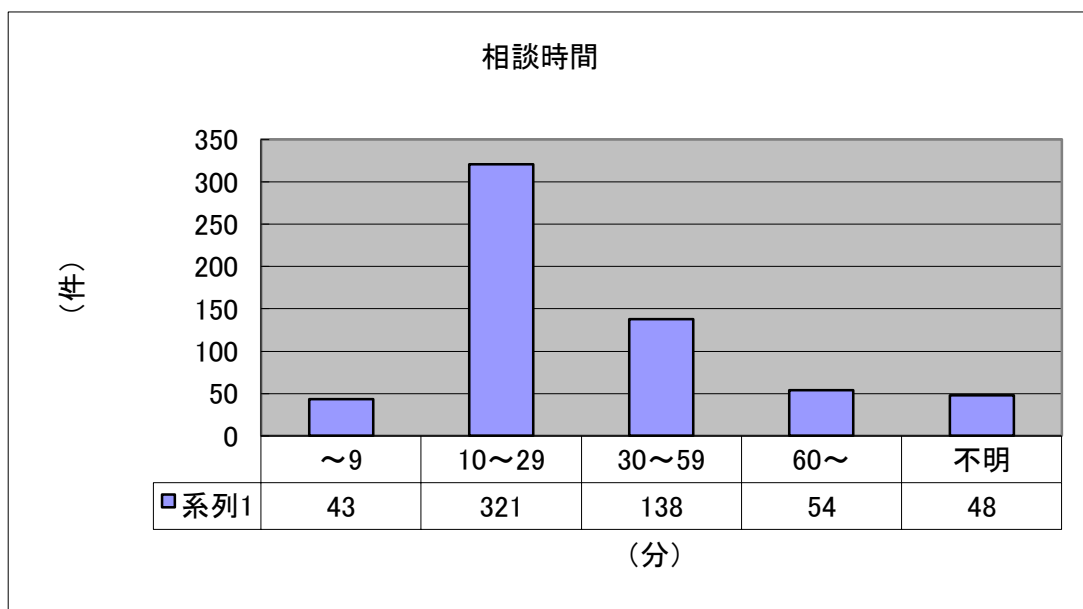
4月	71
5月	44
6月	54
7月	65
8月	45
9月	43
10月	81
11月	74
12月	51
1月	75



・相談時間

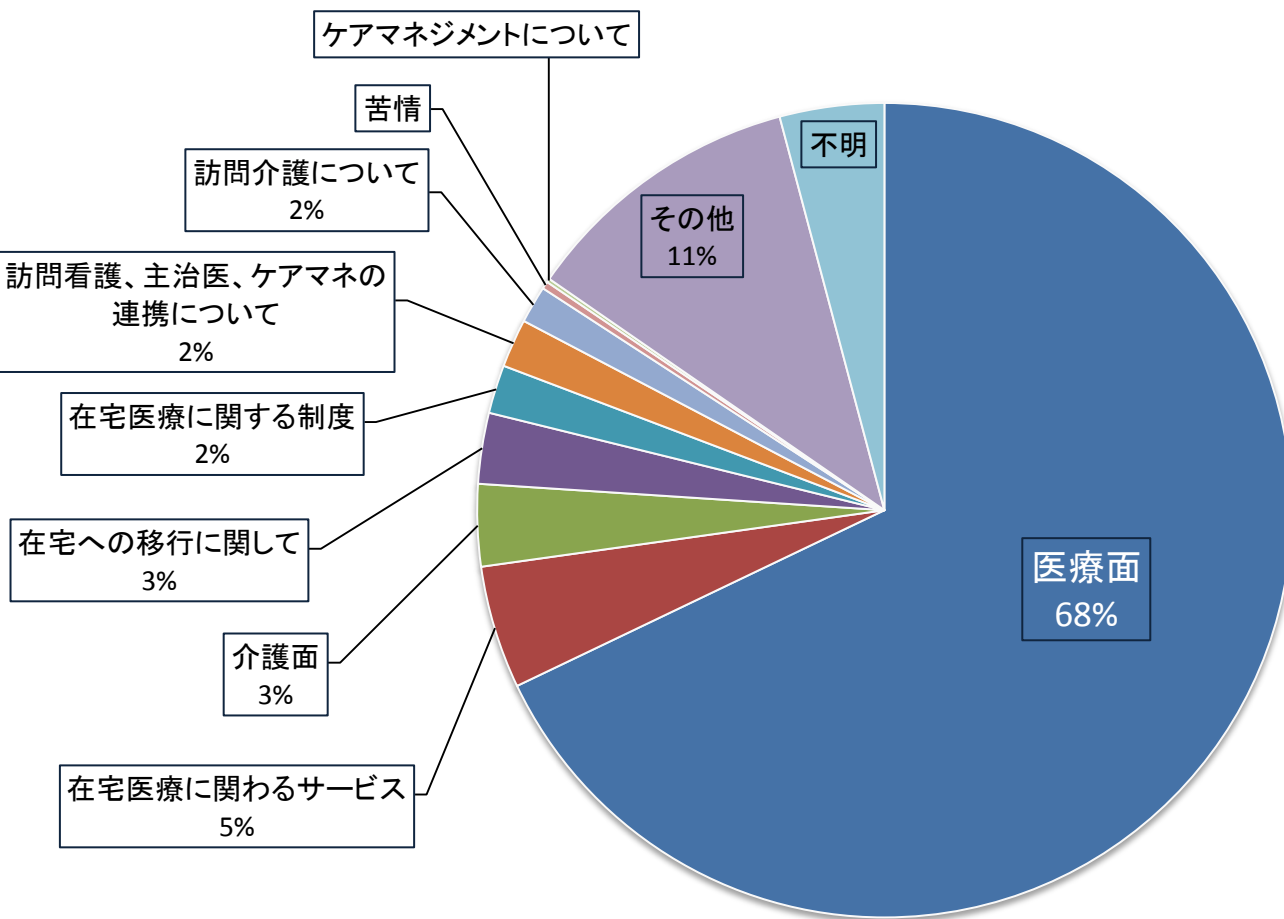
・相談方法

来所	415
電話	169
文書（郵送・FAX・メール）	6
訪問	5
不明	9



暮らしの保健室 活動実績（平成24年4月～25年1月 10か月）

・相談内容：全相談件数 603 件 678 の内容を分類

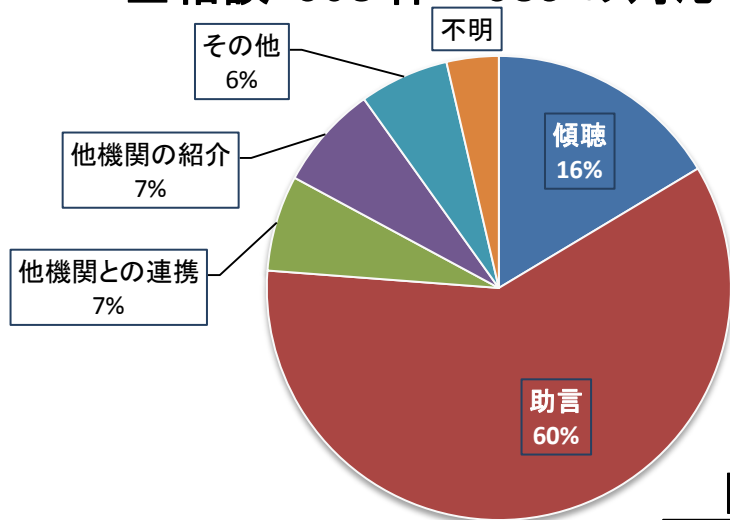


医療面	459
在宅医療に関わるサービス	33
介護面	22
在宅への移行に関して	19
在宅医療に関する制度	13
訪問看護、主治医、ケアマネの連携について	13
訪問介護について	10
苦情	2
ケアマネジメントについて	1
その他	76
不明	28

暮らしの保健室 活動実績（平成24年4月～25年1月 10か月）

・ 具体的な対応

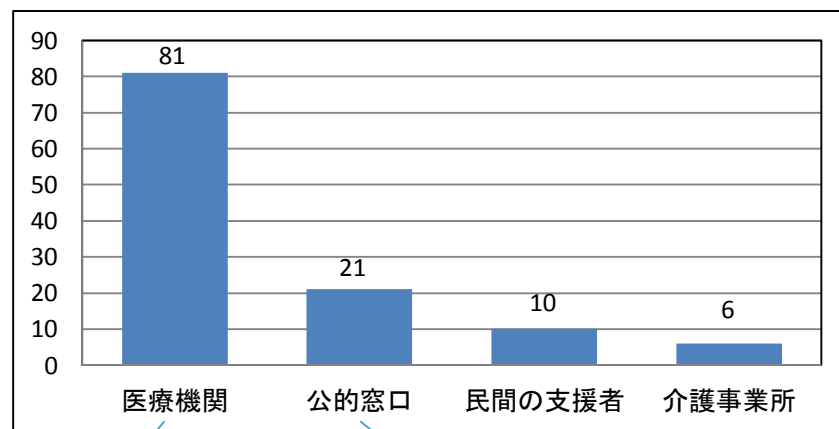
全相談 603 件 689 の対応を分類



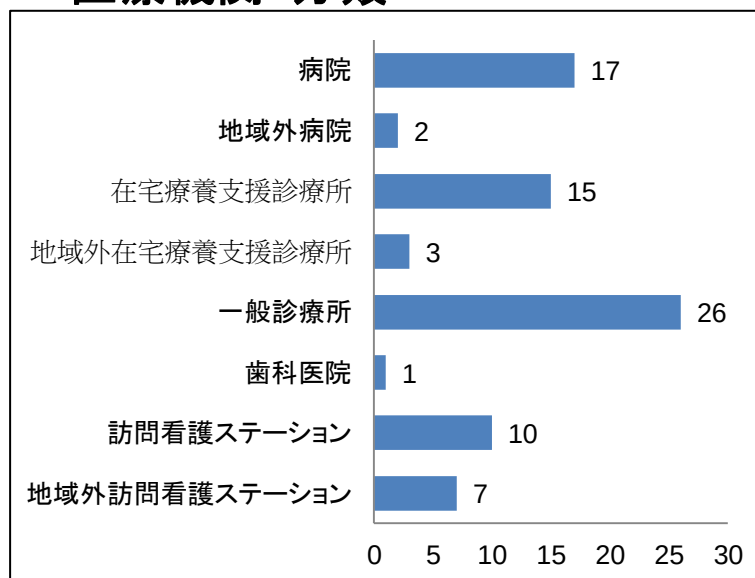
傾聴	113
助言	412
他機関との連携	46
他機関の紹介	50
その他	43
不明	25

・ 連携先機関

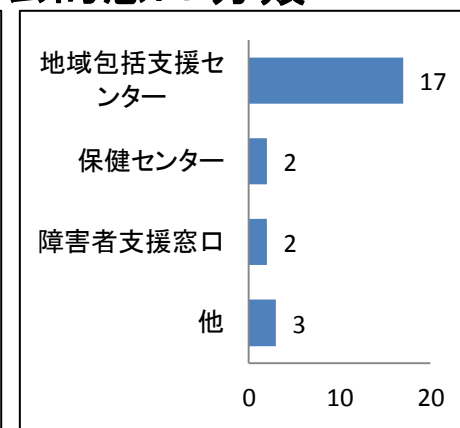
全相談 603 件 98の連携を分類



医療機関 分類



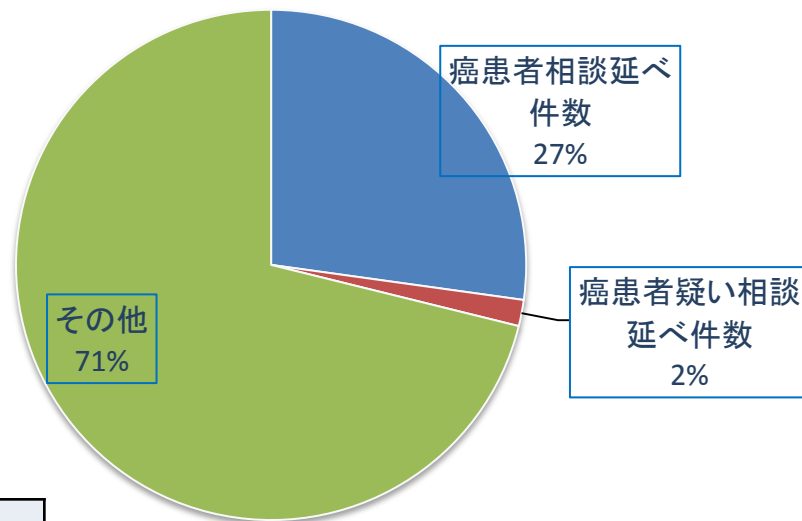
公的窓口 分類



暮らしの保健室 活動実績（平成24年4月～25年1月 10か月）

・がん相談 全相談 603件のうち

癌患者相談延べ件数	164
癌患者疑い相談延べ件数	10
癌以外の疾患	429



・がん疾患名

乳癌	69	悪性リンパ腫	1
胃癌	29	急性骨髄性白血病	1
肺癌	23	肛門癌	1
膵臓癌	7	骨髄異型性症候群	1
下咽頭癌	5	骨肉腫	1
大腸癌	5	腎癌	1
胆管癌	5	前立腺癌	1
卵巣癌	3	中皮腫	1
咽頭癌	2	直腸癌	1
食道癌	2	転移性脳腫瘍	1
尿管癌	2	肉腫	1
		膀胱癌	1
		不明	2

暮らしの保健室 活動実績（平成24年4月～25年1月 10か月）

・疾患別相談件数 がん以外の相談 429件のうち（複数疾患あり）

