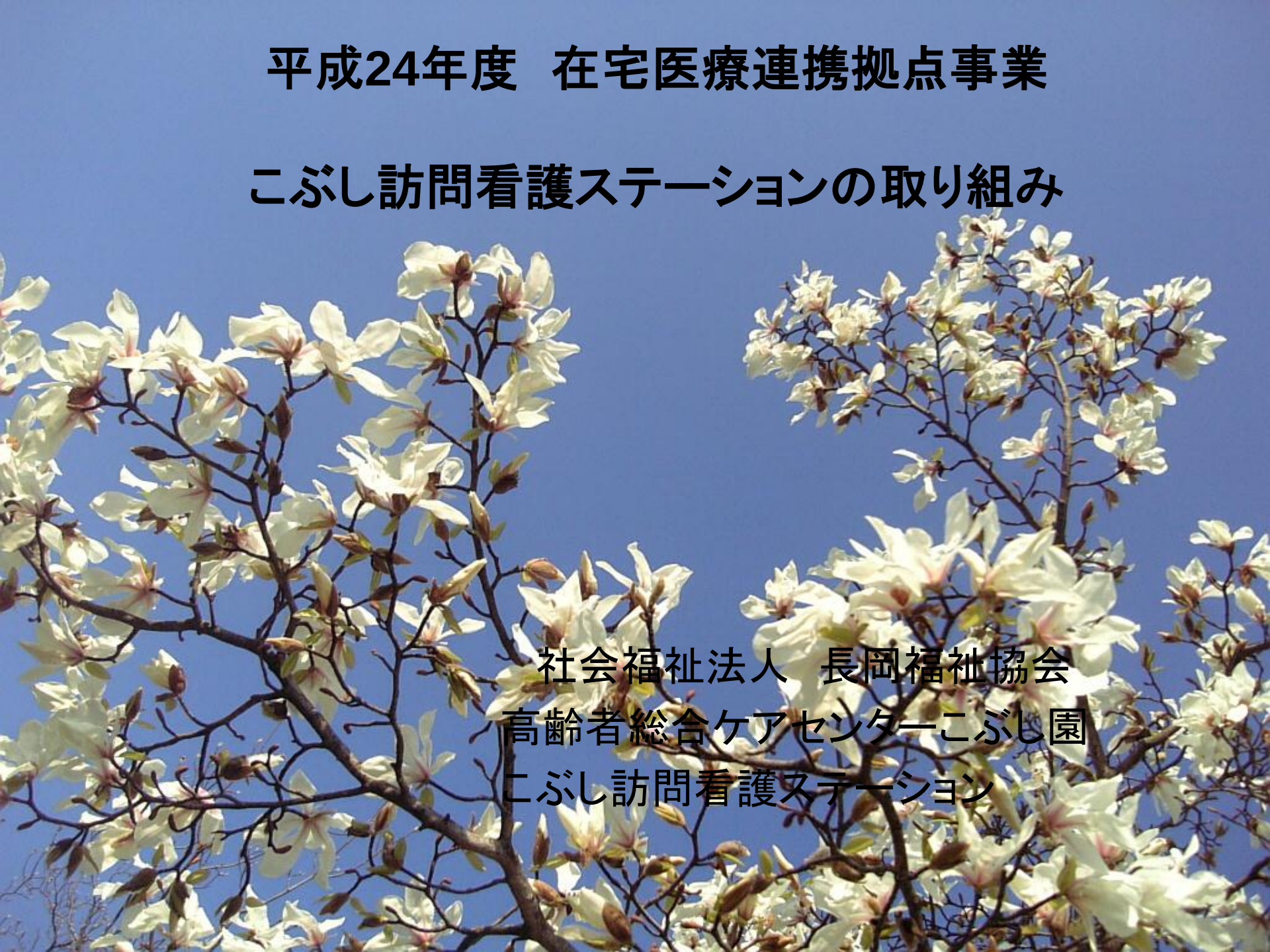
平成24年度　在宅医療連携拠点事業

こぶし訪問看護ステーションの取り組み



社会福祉法人　長岡福祉協会
高齢者総合ケアセンターこぶし園
こぶし訪問看護ステーション

こぶし訪問看護ステーションにおける対象エリアの状況について

対象区域：長岡市は信濃川を中央に配置し、川西、川東とエリアが区分されており、本事業対象エリアは川西エリアを対象としている

人　　口：61，201人（長岡市全体　280，740人）

面　　積：91．45平方キロメートル（長岡市全体　890．91平方キロメートル）

高齢化率：20．2%

訪問看護ステーションの概要

1997年4月1日に訪問看護ステーションを開設。

併設施設として特別養護老人ホーム・短期入所生活介護・24時間365日訪問介護・3食365日配食サービス・通所介護・居宅介護事業所など複合サービス内に独立事業所として運営し、現在市内を二分化した形で本体ステーションとサテライト事業所で運営をしている

↓

開設時より24時間連絡・対応体制で療養者の生活支援や在宅ターミナルの支援にも当たっている。

訪問看護ステーションの状況と特色

職員状況

　　看護師11名（常勤換算：9.1名）

利用者の保険別状況

　　介護保険対象者が約9割を占める

＊サテライト事業所を1ケ所を持つ

＊グループホーム3ケ所と事業所契約を交わし健康管理

＊短期入所生活介護事業所と契約し在宅中重度者受入加算の体制対応

＊定期巡回・随時対応型訪問介護看護と連携型を契約予定

＊複合型サービスを予定

医療と介護の橋渡し的な役割が特色

平成24年度　こぶし訪問看護ステーションにおける在宅医療連携拠点事業経過

5月	・在宅医療連携拠点事業（復興枠）採択	11月	・第4回拠点委員会開催（災害対応について）
6月	・医師会をはじめ他職種団体機関等へ説明・挨拶・検討委員依頼	12月	・第5回拠点委員会開催（タブレット端末）について
7月	・第1回拠点委員会開催 ・他事業者セミナー参加	1月	・第2回拠点事業セミナーの開催 ・第６回拠点委員会開催（タブレット実装に向けた検討）
8月	・第2回拠点委員会開催	2月	・情報共有システム実装（予定） ・他職種研修会への参加（地域包括・地区ケアマネ協議会）
9月	・アンケート調査（タブレット、連携の現状と課題調査） ・第3回拠点委員会開催	3月	・災害セミナー（予定） ・地域リーダー研修 ・「在宅医療推進マニュアル」の作成
10月	・都道府県リーダー研修の参加 ・第1回拠点事業セミナーの開催		

具体的な取り組み1

1、他職種連携の課題に対する解決策の抽出

・定期的な検討会議の開催(計6回実施)

多職種間が定期的に顔を合わせることで、顔なじみとなり関係性や連携が図られるようになった。

・対象地域内各事業所へ連携の現状把握と課題の抽出のためのアンケート調査を実施

在宅医療連携拠点事業における各事業所へのアンケート調査の実施

目的：医療・福祉関係機関に対しての、連携の状況把握と課題の抽出
：本事業対象エリア内の福祉・医療関係者
：124事業所に送付し、137名より回答

調査対象機関

介護サービス

- 介護老人福祉施設
- 介護療養型医療施設
- 地域密着型介護老人福祉施設
- 特定施設入居者生活介護
- 短期入所生活介護
- 通所介護
- 通所リハビリテーション
- 認知症対応型通所介護
- 訪問介護
- 居宅介護支援事業所
- 訪問入浴介護
- 地域包括支援センター
- 認知症対応型共同生活介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 夜間対応型訪問介護
- 福祉用具貸与

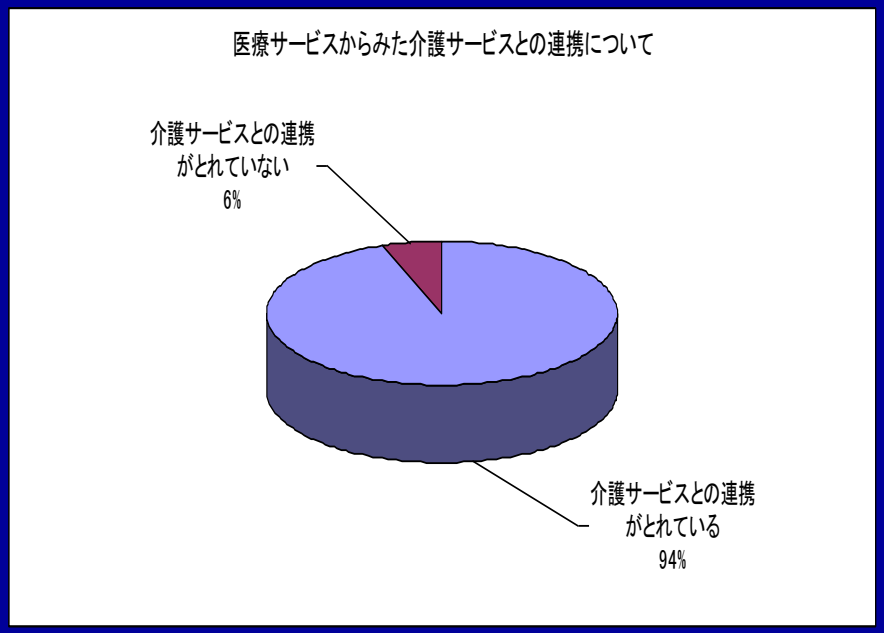
医療サービス

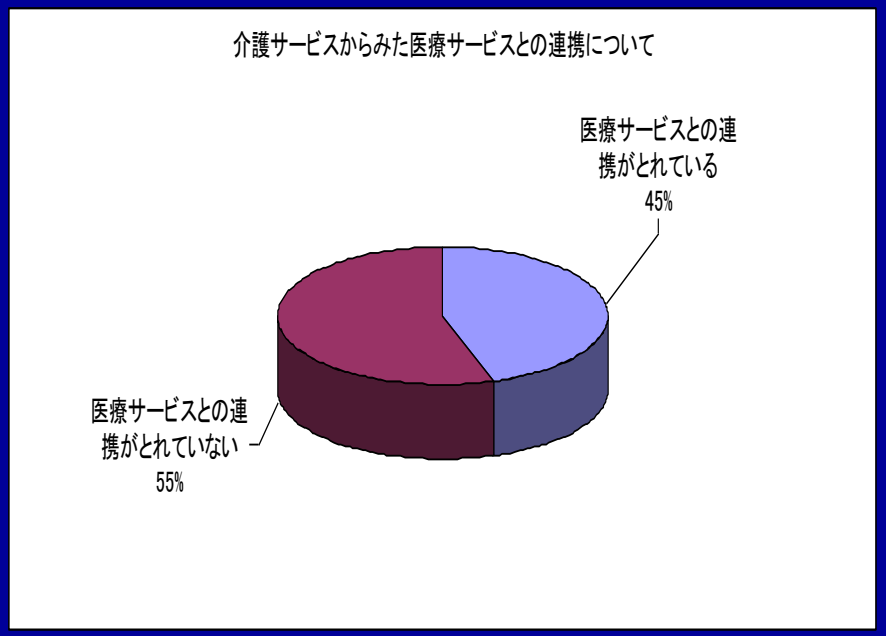
- 病院
- 医院（内科）
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション

調査対象職種

- 医師
- 看護師
- ケアマネージャー
- ケアワーカー
- ソーシャルワーカー
- PT/OT
- その他

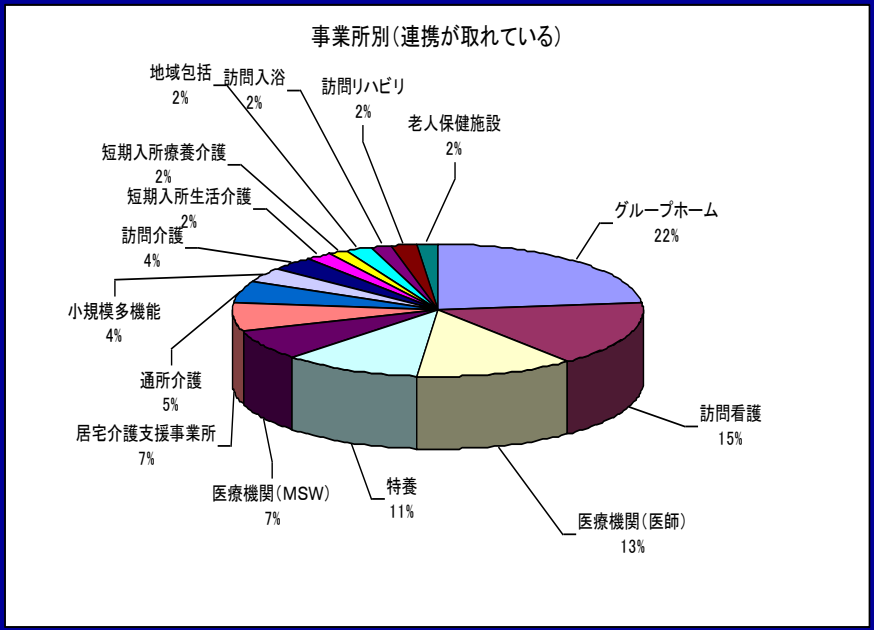
医療・介護サービス間の連携状況について

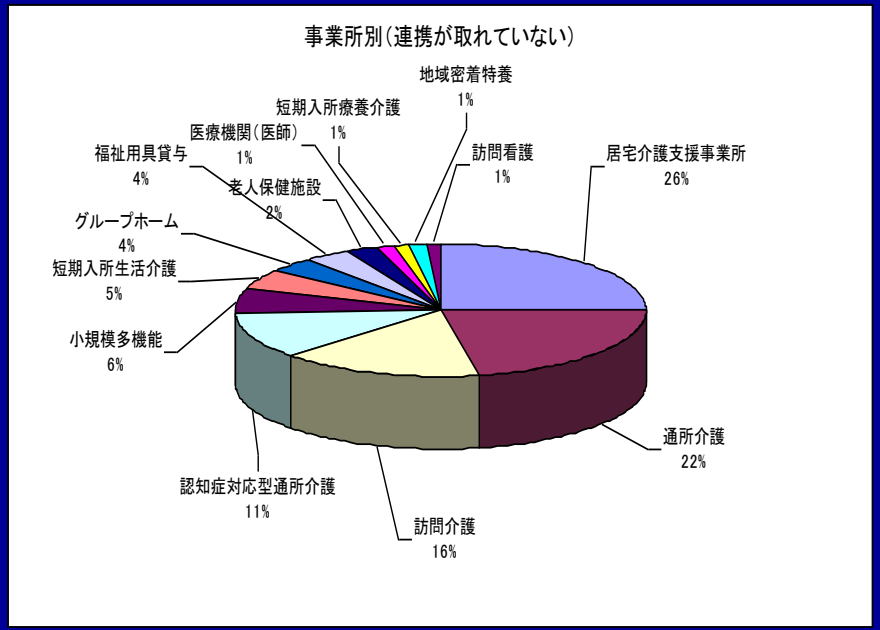


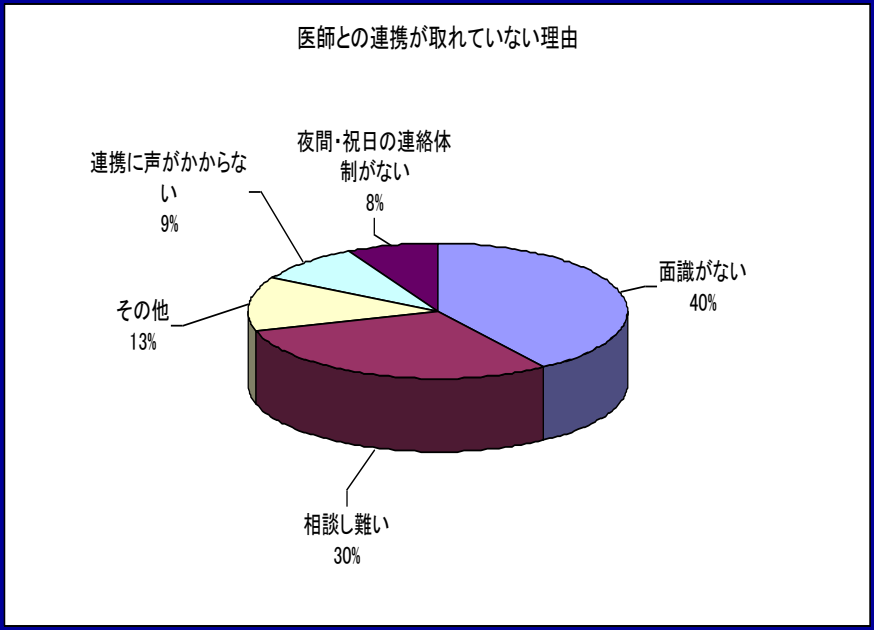


全体的に連携はできているが、介護側からみた医療との連携が（特に医師）との連携少しとられていない結果であった。

医師に対する連携状況について







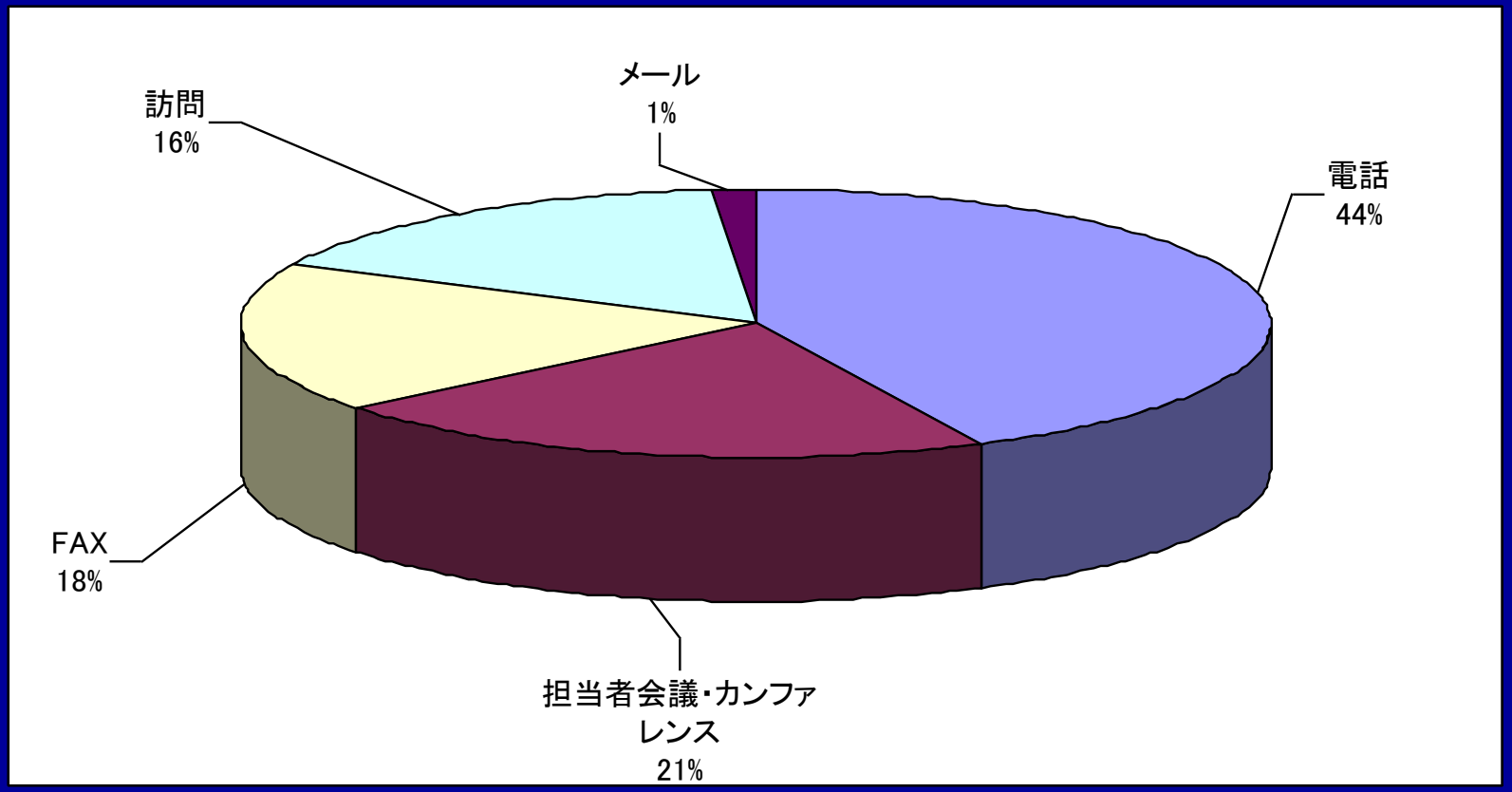
医師との連携が取れている事業所は医療系や福祉系でもGH・特養など入所系が半数以上を占めている。入所系に関しては、かかり付け医の往診や嘱託医との関係で連携ができているものといえる。反面、連携が取れていないと感じている事業所は居宅介護支援事業所(ケアマネージャー)を筆頭に介護サービスが大多数を占めている。

医師との連携が取れていない理由にとしては、面識がない、相談し難い等医師への敷居の高さからくる理由があげられている。

その他であがった項目としては、

- 忙しさを考えて遠慮してしまう
- (医療の)知識が乏しく躊躇してしまう
- (医師側に)関わろうという姿勢を感じない
- 開業医とは連携ができるが、総合病院の医師とは難しい

情報共有の方法



電話・FAX及び会議や訪問しての直接的な情報のやり取りが主となっている。
リアルタイム性や効率性の面からの課題が抽出。

具体的な取り組み2

2、在宅医療従事者の負担軽減の支援

情報共有ツールの(タブレット末端)の検討と試行。

運用：多職種間の情報共有

災害時危機管理

その他

*先行で訪問介護と訪問看護で実施

ケアマネージャー等
福祉関係者

①

ケアプラン作成

提供表作成

③

ヘルパー

経過確認

⑦

連携システム

利用者情報管理

情報共有（報告・相談）

災害時備品管理・情報／社会資源マップ

経過情報・画像情報

経過・報告書確認

⑧

医師・医療機関等
医療関係者および
院内看護士

指示書作成

②

④

⑤

⑥

定期巡回・随時対応型
訪問介護看護

請求システム連動

日報閲覧・出力

実施内容印刷

実施内容登録

シフト作成

提供表管理

訪問介護用タブレット
システム

報告書作成

日報閲覧・出力

実施内容印刷

実施内容登録

シフト作成

提供表管理

訪問看護用タブレット
システム

看護師

タブレット端末

star
FEED

Google
接続できません。しばらくしてからもう一度お試しください。
今すぐ再試行
介護サービ
設定
ApkInstaller
タスク マネ
電話
spモードメ
マップ
マーケット
ブラウザ
アプリ
Eメール

烏龍茶

具体的な取り組み3

3、効率的な医療提供のための他職種連携

・市内全域を対象とした他職種連携を進展させるためのセミナーの開催（対象は関係福祉・医療機関）

1回目

テーマ「在宅医療連携拠点事業について」

参加者57名

2回目

テーマ「在宅で暮らすということ」

参加者55名

上記2回のセミナーの結果、医療と介護の連携により、療養が必要になっても自宅で暮らし続ける事が可能となっていく事を理解いただいた。

第1回セミナー

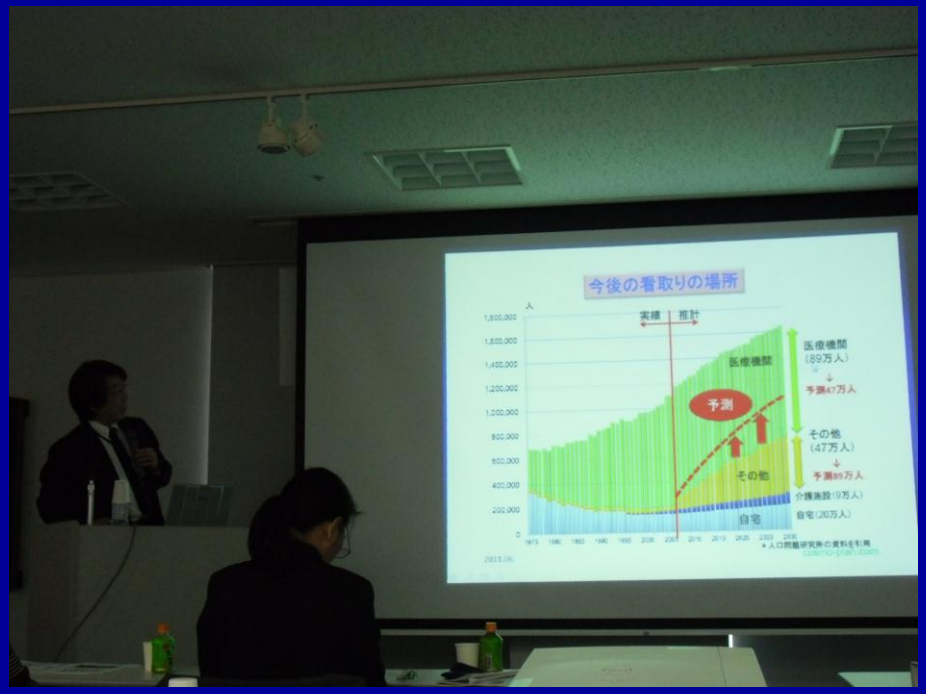
2012在宅医療連携拠点事業講演会
－ 在宅医療連携拠点事業とは －

在宅医療連携拠点事業
厚生労働省　医政局
在宅医療推進室

開設するが、看護師の一元管理化を目指し、一事
業所に集約し市内を二分化した形でサテライト事業
所も開設して運営している。
開設時より24時間連絡・対応体制で療養者の生活
支援や在宅ターミナルの支援にも当たっている。

第2回セミナー

在宅医療連携拠点事業講演会
在宅で暮らすということ
～在宅医療連携が可能にする自宅での生活～


今後の看取りの場所
実績
推計
医療機関
予測
その他
自宅
医療機関
(89万人)
予測47万人
その他
(47万人)
予測69万人
介護施設(9万人)
自宅(20.7万人)

定期巡回・随時対応型訪問介護看護
～定額制の介護・看護で在宅生活～

具体的な取り組み4

４、在宅医療に関する地域住民への普及啓発
説明会の開催(計4回実施)

医療側・・・「病院死から在宅死」
介護側・・・「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」
参加者数　1回目・・40名　　2回目・・43名
3回目・・45名　　4回目・・50名

在宅も施設や病院と同じように介護と看護が必要時夜間も訪問して、医師も病室へ回診をすると同じように自宅の部屋へ往診をすることで住み慣れた自宅などで療養生活が継続でき、また看取ることもできる。（定額制の介護・看護で在宅生活を可能）

地域住民等への普及啓発セミナー

具体的な取り組み5

5、在宅医療に従事する人材育成

・定期的な検討委員会時において連携を図ると共に学習の場や人材育成の場にも活用

・平成24年10月都道府県リーダー研修に参加
新潟県：3月10日　地域リーダー研修を実施。

・2月　他職種研修会への参加（地域包括・地区ケアマネ協議会）

具体的な取り組み6

6、災害時における対応

・災害に備えた備品の購入
（衛星電話・発電機・アシスト付き自転車・蘇生用品など)

・平常時の連携マップの作成と災害時マップの作成

・支援資源の把握の一元化（ITの活用）

・災害セミナーの開催予定(3月)

まとめ

当事業所対象エリアには、既に小規模多機能型事業や定時巡回・随時対応型訪問介護のようなフルタイムの「在宅生活」を支える「地域包括ケア」が提供されている。
ここに、「在宅医療」との連携を強化することで地域で安心して療養を受け、そこでの生活を継続した中で亡くなって行くことも可能になる。
又、災害においても在宅医療を必要とする人が安心して在宅生活が送れるよう、震災経験を活かし災害時の連絡拠点として情報収集をはじめ医療関連用品などの備品の整備や他職種連携の支援体制を構築する。

結　論

連携には、メンバーの意識共有と利用できる各種サービスの双方が原点にあり、これを効果的、効率的に動かすために連携が不可欠。そしてこのためのツールが必要であった。今後この医療と介護の連携、つまり「こうすると住み慣れた地域や在宅等で最期まで生活を送ることができる」と言う**仕組み**を、**マニュアル**にまとめ、**他の地域においても活用**できるものにする。

＊在宅生活の基盤を支える住宅とケアのシステム
＊在宅医療を支える医師間や訪問看護との連携
＊連携の為の情報共有とそのツールの活用
＊地域住民や関係機関へのセミナー等での在宅医療の普及