

地域住民が安心して暮らせる
街づくりに向けた
在宅医療の活性化のための
拠点事業所の活動



JA長野厚生連佐久総合病院

佐久地域の医療と介護の現状

佐久市地域

医療機関・介護事業所の分布

- 医療機関、介護事業所が多い

佐久市地域

- 医療機関、介護事業所も少ない

南佐久地域

南佐久地域

佐久総合病院

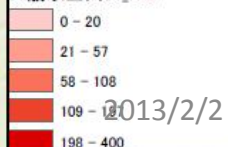
小海分院

小海診療所

佐久病院関連

- 訪問看護ステーション
- 地域包括支援センター
- 訪問介護
- 調剤薬局
- 佐久病院以外の病院
- 佐久病院関連以外の診療所
- 居宅介護支援事業所

南佐久500mメッシュ
65歳以上人口_H17

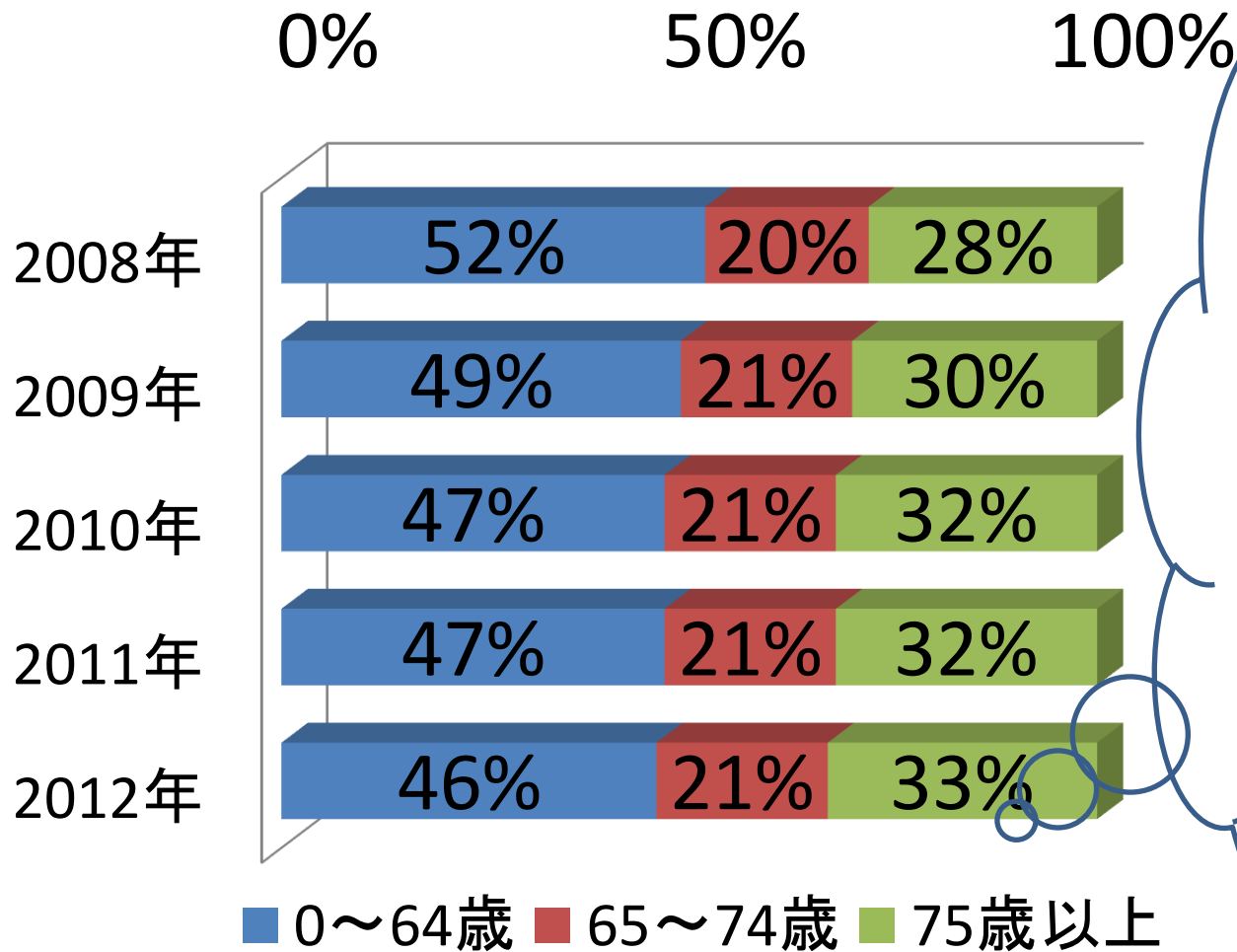


佐久地域の老人人口(65歳以上)
34,399人 H24年12月調べ

佐久市の高齢化率: 26.1%

南佐久地域2町4村の高齢化率:
27.7%(川上村) ~ 40.7%(北相木村)

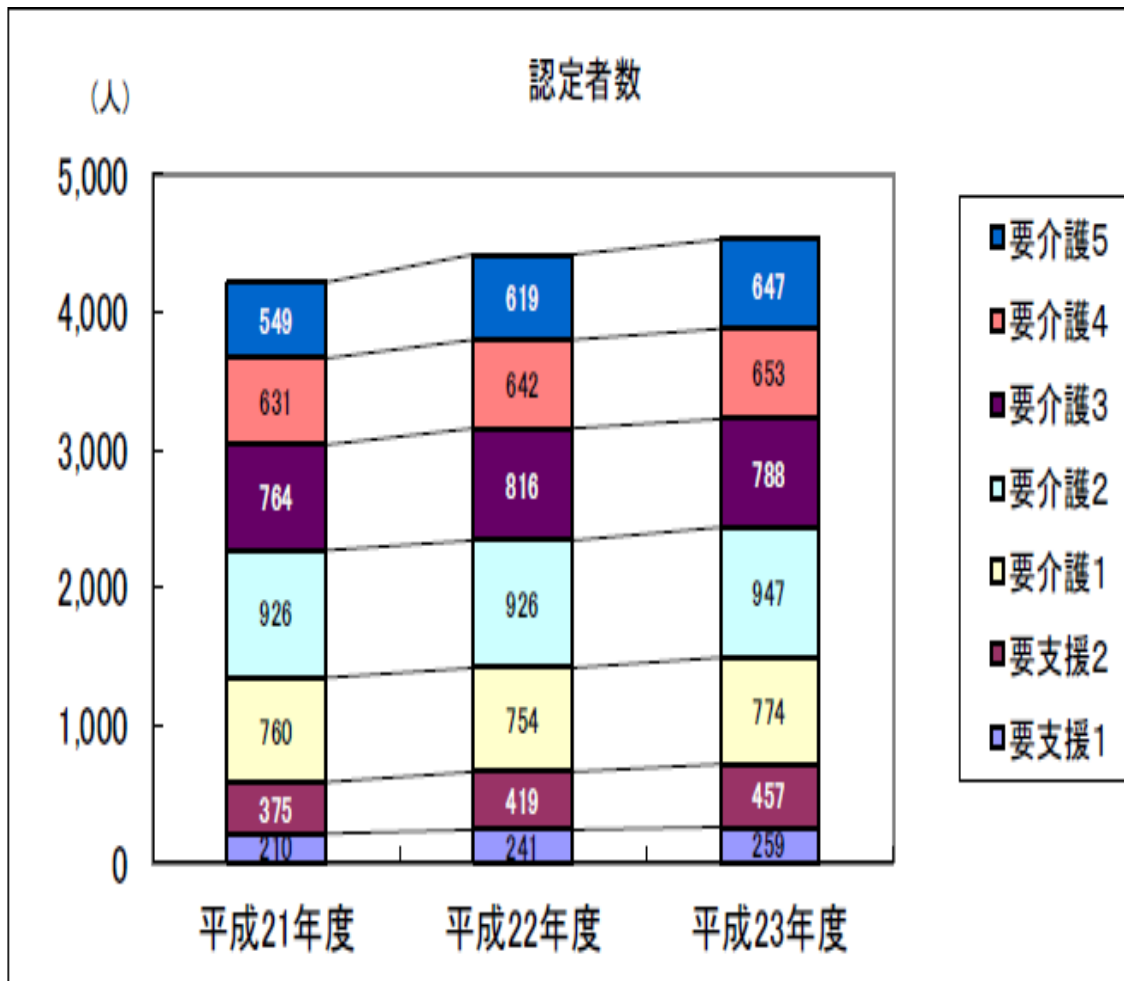
佐久総合病院における過去5年間の 前期高齢者・後期高齢者の入院患者割合



65歳以上の入院数は全体の50%以上を占め、後期高齢者は年々増えている。

佐久市の介護保険の現状

- 要支援・要介護認定者：4、525名（H23年10月）



- 要支援認定者：726名
（前年比8.5%増加）
- 要介護認定者：3,809名
（前年比1.4%増加）

今後も増えていく！！

佐久地域の医療と介護の 課題抽出

医療と介護の連携 に関する懇談会 開催

《目的》基幹病院と介護の
連携に関する課題の抽出

《参加者》基幹病院と介護事
業者・三師会・各専門職団体
等22団体52名

2013/2/2

- 基幹病院と介護の連携に
関する課題：86項目



佐久地域の 医療と介護の連携に関する課題



(+_+) 基幹病院と介護の連絡・情報共有の不足！！

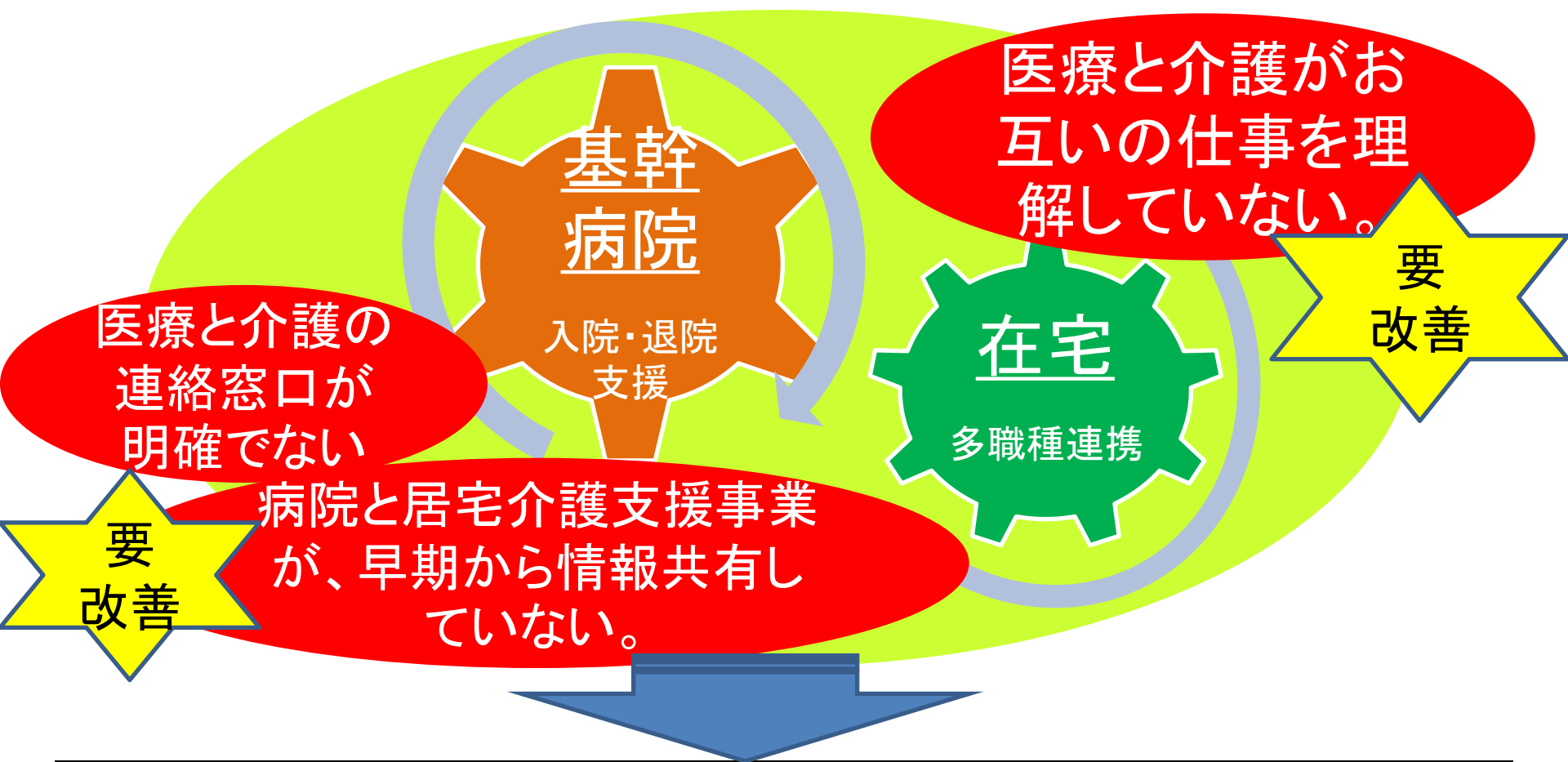
- ・ 入院早期から連絡、情報共有する意識・体制がない。
- ・ どこに連絡をすればよいのか分からない。

(**医療・介護の窓口の問題**)

- ・ 医療・介護が、お互いに欲しい情報内容が分からない。

(**お互いの仕事を知らない**)

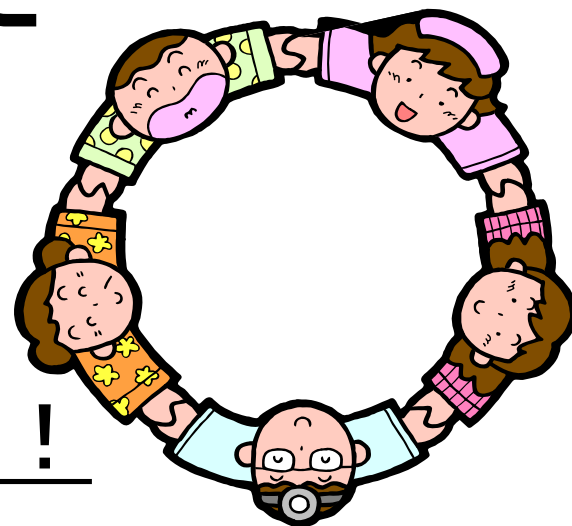
医療と介護の連絡・情報共有の不足の問題



基幹病院と介護支援事業者など、医療と介護の顔の見える関係ができていない。→地域住民が、医療と介護を安心して受けられない。

医療と介護の連携に 必要なこと

☆医療と介護の間で
顔の見える関係をつくること！！

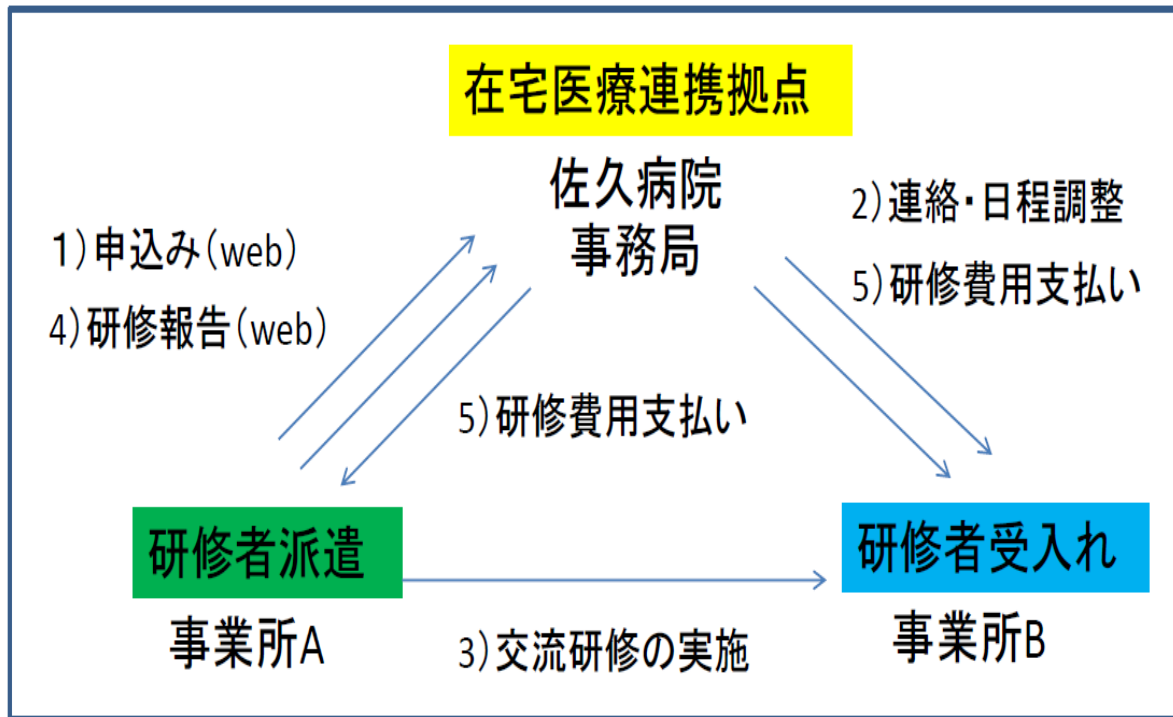


佐久地域の拠点事業プロジェクト

I. 佐久地域の多職種間での**事業所間
交流研修**

II. 病院と居宅介護支援事業者の**連絡・
情報共有体制の構築**

I. 事業所間の交流研修



平成24年度厚生労働省モデル事業

在宅医療連携拠点事業通信 Vol.2

2012年12月7日発行

佐久総合病院ホームページに在宅医療連携拠点事業のページができました！！

佐久総合病院ホームページ www.sakuhp.or.jp

トップページの<お知らせ>をご覧ください

2012/12/05【厚生労働省モデル事業】

在宅医療連携拠点事業について

ホームページには以下の内容を掲載しています。

- ・在宅医療連携拠点事業の概要
- ・佐久地域での在宅医療連携事業の詳細内容
- ・事業所間の交流研修プロジェクト
- 交流研修事業パンフレット
- 交流研修受け入れ事業所一覧(随時更新！)
- 交流研修申し込み用紙・フォーム
- 交流研修終了後の報告書
- ・基幹病院における医療と介護の連携推進プロジェクト
- ・協力・協賛団体一覧
- ・在宅医療連携拠点事業通信



住み慣れた地域で連携の輪を広げよう！

ホームページから申し込み・印刷できるようになりました

2012年11月～2013年3月まで「事業所間の交流研修プロジェクト」実施中、研修者募集中！！

2012年12月は佐久地域の84か所の事業所のみなさまのご協力を得て、事業所間の交流研修プロジェクトを実施しています。

2012年11月は18名(診療所医師1名、病院看護師3名、ケアマネジャー8名、薬剤師1名、生活相談員1名、介護職4名)の方に研修にご参加いただき、事務局一同感激しております。ご参加いただいた皆様からは以下のような感想もいただいております。

「実際にサービスを提供して下さっているスタッフさんの顔を見て、交流することができ、今後事業所を紹介する安心感につながった」(ケアマネジャー)
「がんのターミナルの方が痛みが出てきているということで初回が緊急訪問になった症例に同行させて頂き、初回訪問での視点、説明、ケアマネとのやり取り、勉強になりました」(病院看護師)
「協力、連携をとる上で相手の仕事をしっかり理解することの重要性を認識しました」(薬剤師)

年末となり大変忙しい時期ではありますが、大勢の方に研修に参加して頂きたいと願っております。研修の申し込みは随時受付中です。

問い合わせ先 在宅医療連携拠点事業事務局
担当: 上原、塚田
Tel.82-3131(内線324) Fax82-7846
e-mail zaitaku@sakuhp.or.jp

発行責任者: 佐久総合病院 在宅医療連携拠点事業事務局

- － 1日もしくは半日研修を佐久地域内で実施（職種は問わない）
- － 実地研修を通してお互いの役割の理解を深める。
- － 現場での顔の見える関係を構築する。
- － 「研修受け入れ事業所」と「研修者派遣事業所」の双方に手当を支給
- － 研修派遣は各事業所の勤務扱いで行う。

事業所間の交流研修 中間報告

H24年11月からH25年
1月までの交流研修
後の報告書から、顔
の見える関係構築の
有用性を分析

平成24年度厚生労働省モデル事業
在宅医療連携拠点事業

顔の見える多職種連携構築のための
事業所間の交流研修プロジェクト
開始のお知らせ



問い合わせ先
在宅医療連携拠点事業事務局
担当: 武重・上原
TEL 82-3131 (内線324) Fax 82-7846
e-mail zaitaku@sakuhp.or.jp

交流研修受け入れ施設

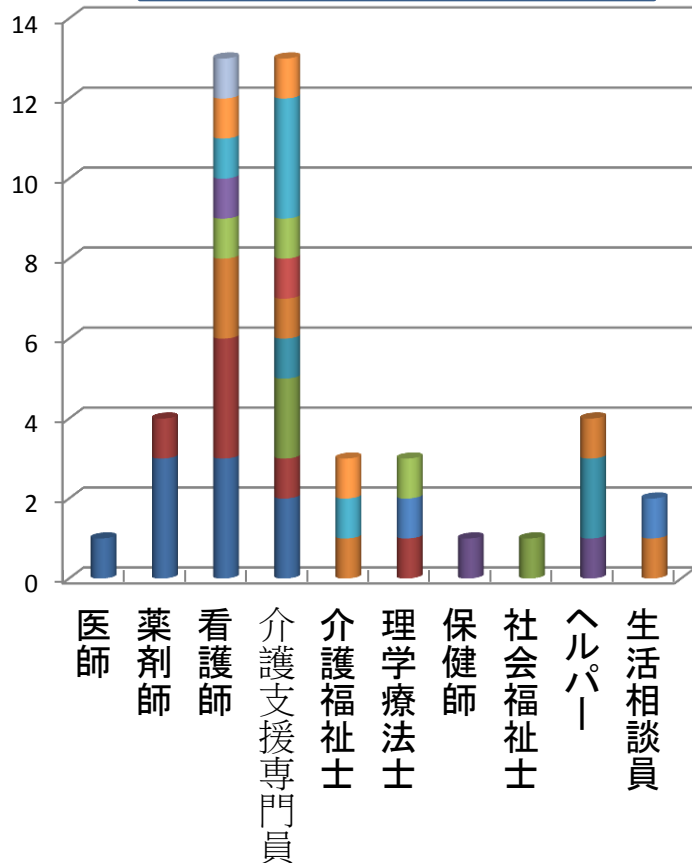
- 佐久地域医療介護事業者390か所中
90か所が受け入れ可能と挙手していただいた。

医療機関（病院・診療所）	8か所	訪問看護ステーション	9か所
口腔歯科	2か所	訪問介護事業所	8か所
居宅介護支援事業所	13か所	訪問入浴事業所	2か所
調剤薬局	4か所	老人保健施設	6か所
通所介護施設	10か所	有料老人ホーム	3か所
地域包括支援センター	4か所	生活介護施設	3か所
宅老所	6か所	グループホーム	4か所
福祉用具	3か所	特別養護老人ホーム	2か所

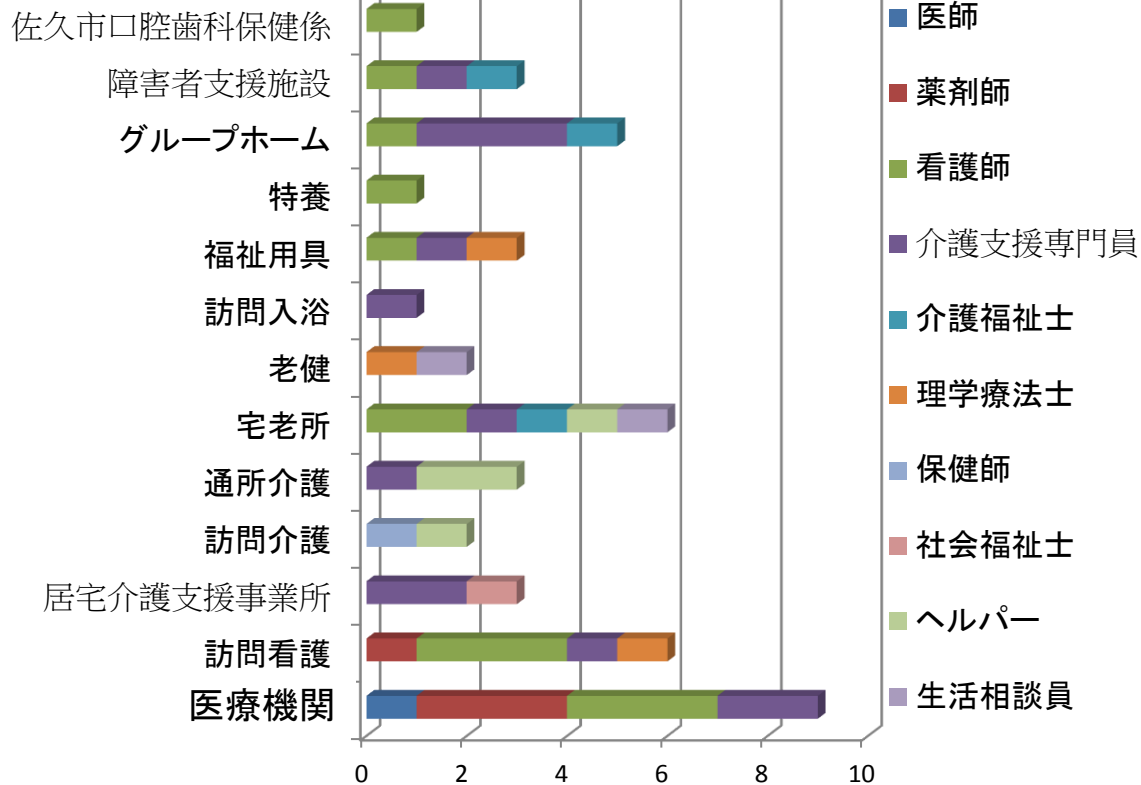
交流研修参加者割合

- 11月から1月までの参加者 47名

研修参加職種

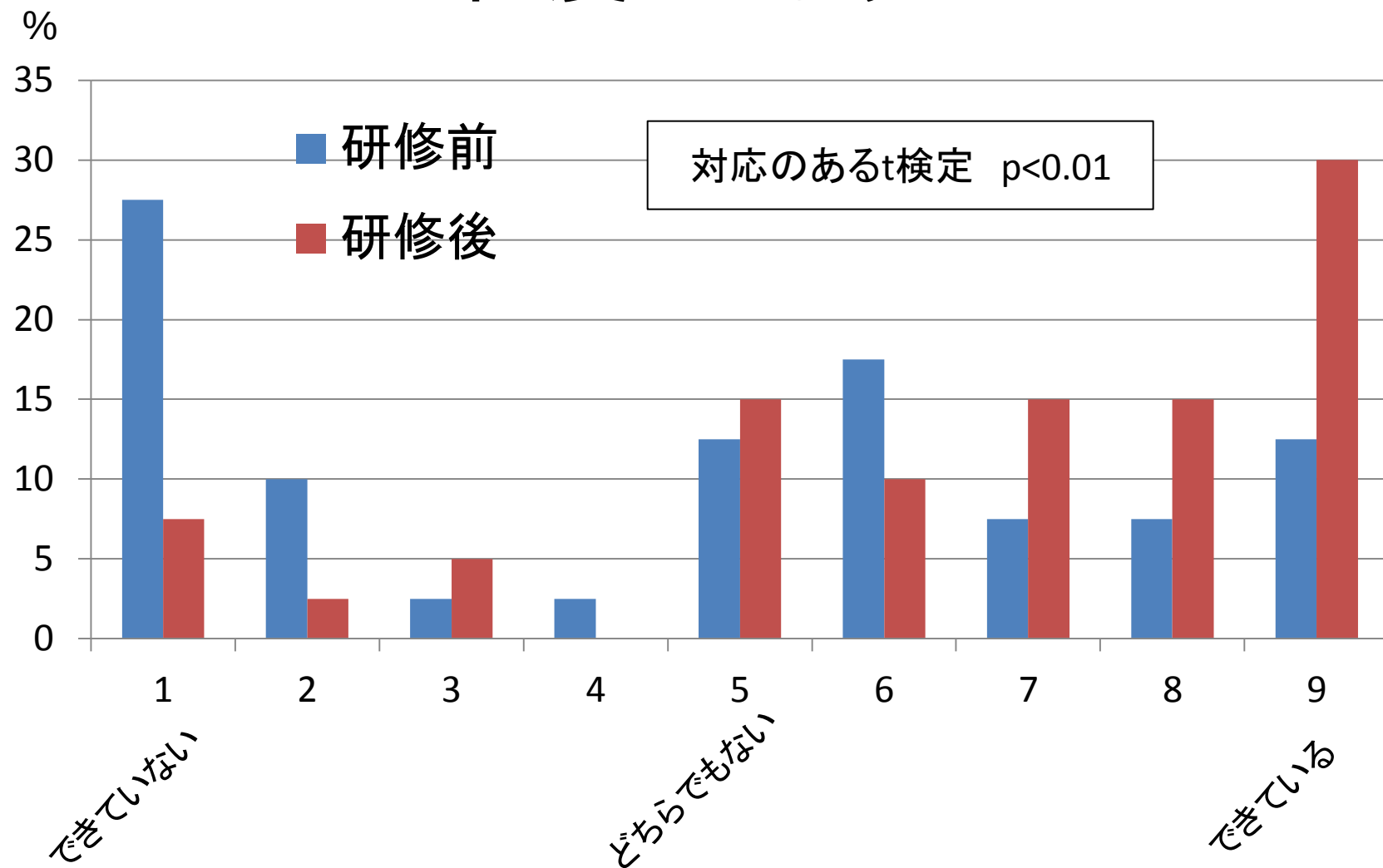


研修場所

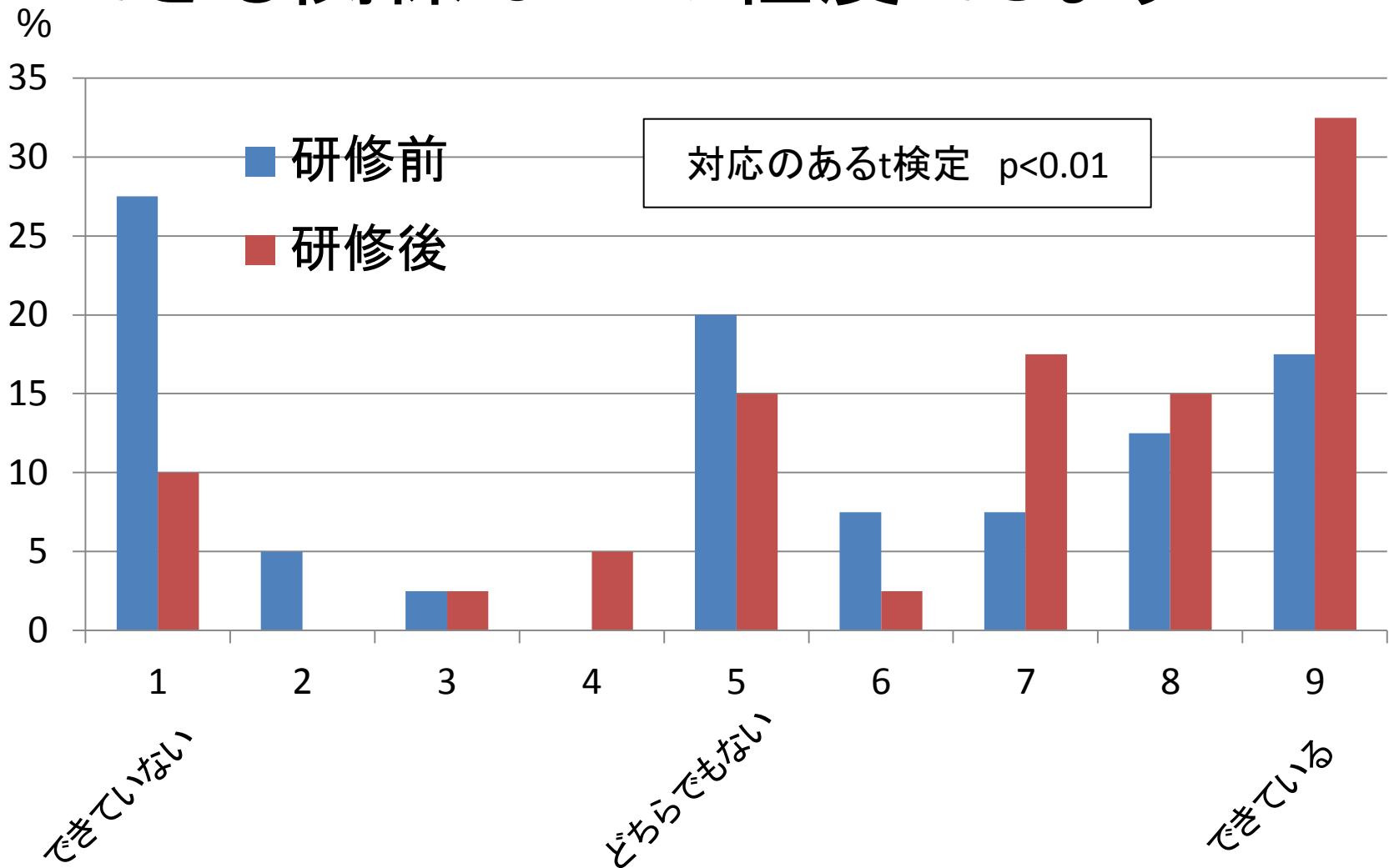


*** 参加者の約30%は基幹病院スタッフ！**

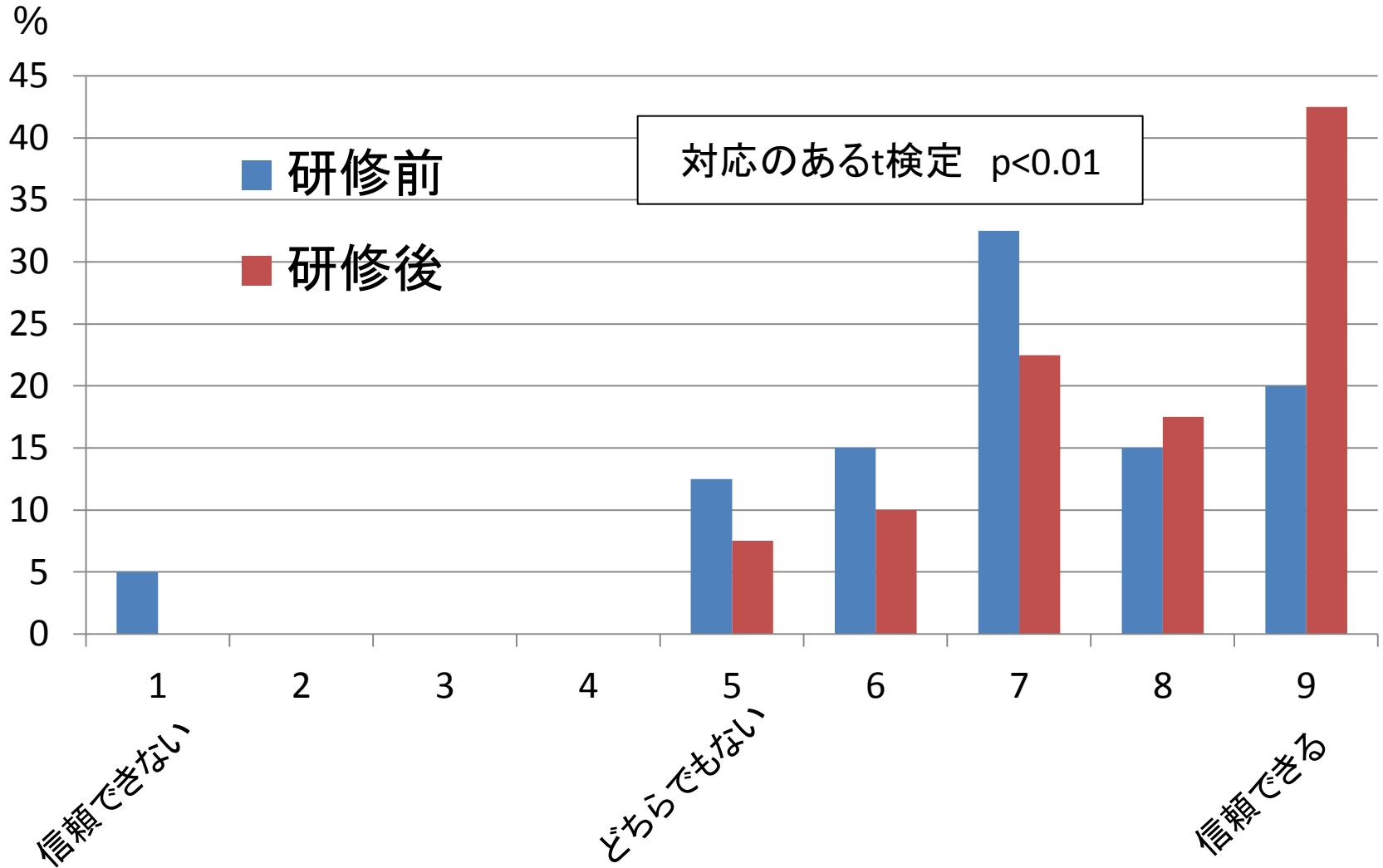
研修先事業所と、顔の見える関係はどの程度でしょうか？



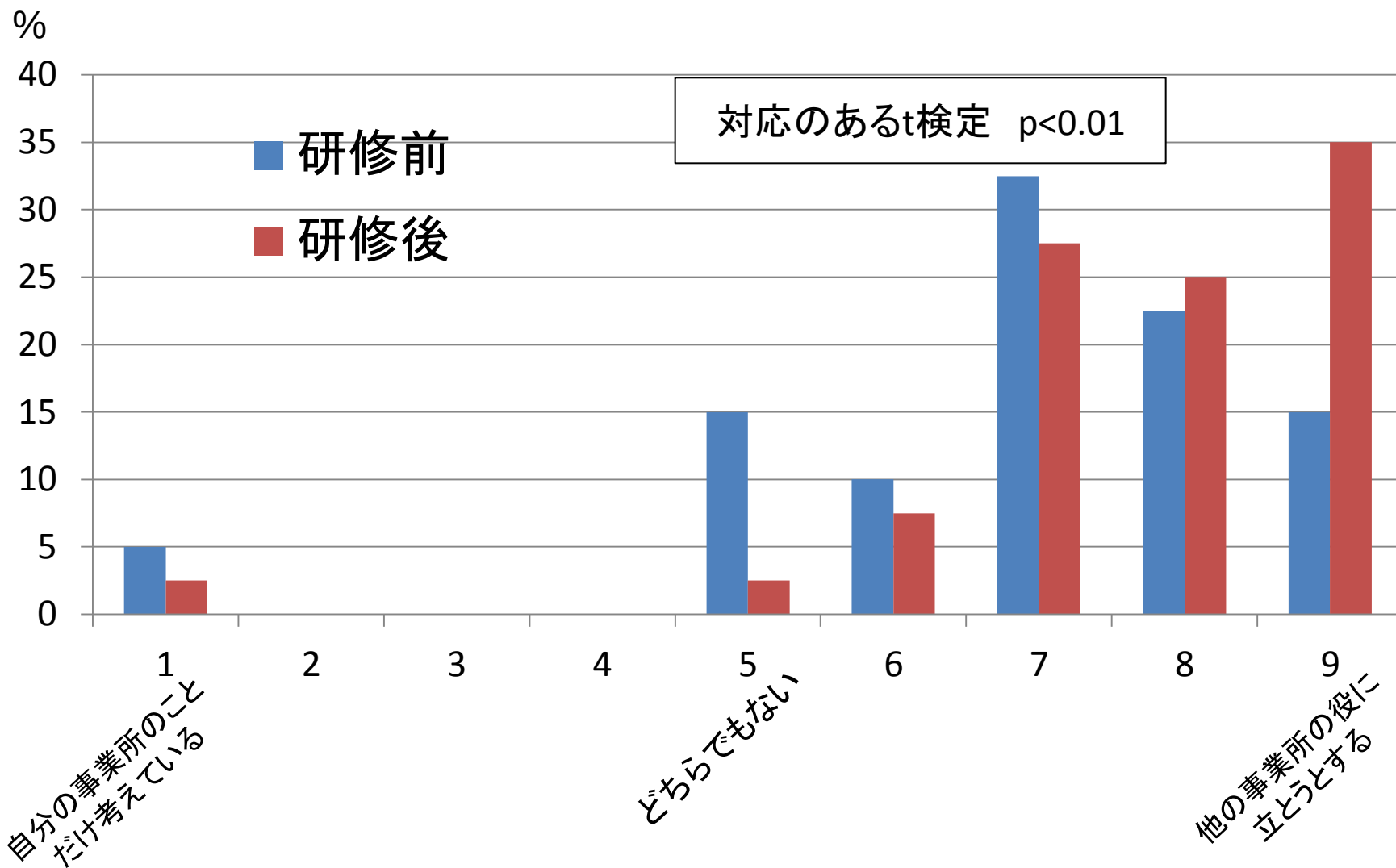
研修先事業所と、困ったときに相談 できる関係はどの程度でしょうか？



一般的に地域の事業所は 信頼できますか？



多くの場合、地域の事業所は他の事業所の役にたとうと行動してくれますか？



交流研修に参加した意見

介護支援専門員→宅老所・訪問介護・ケアホーム・訪問看護
病院（訪問診療）

- ・各事業所にはそれぞれ自分達の目指す理想があり、各事業所の特色になっている事が分かった。

薬剤師→訪問看護・診療所

- ・協力・連携をとるうえで、相手の仕事をしっかり理解することの重要性を意識できた。

看護師→診療所・宅老所・訪問看護・有料老人ホーム

- ・しっかりと関われる人がいれば、入所者は穏やかに安心して生活できることが分かった。

社会福祉士→居宅介護支援事業所

- ・ケアマネ業務の大変さを知った。

交流研修の有用性

- 事業所間の交流研修は、地域の社会資源を知り、相談出来る関係作りが出来ることから、顔が見える関係構築に有用性がある。

〔H25年2月までに70名以上が参加希望している。H24年度事業として3月まで実施する。〕

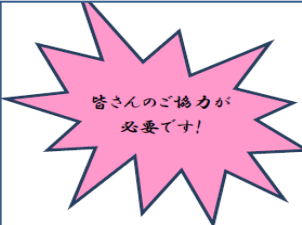


Ⅱ．基幹病院と居宅介護支援事業者との 連絡・情報共有体制の構築

- 病院は、「入院時」から居宅介護支援事業者が介入できるための体制構築。
- 居宅介護支援事業者は、病院に情報提供書提出、「入院時」から情報収集を行う。

☆連絡方法や意識付けの内容を記載したマニュアル作成し双方に配布。

佐久総合病院 地域ケア科
在宅医療連携拠点事業係
上原晴美 塚田恵輝子



皆さんの協力が
必要です！

今後双方で努力し取り組むべきこと

～退院調整は入院前の ADL から～

まず、平成 24 年 10 月 30 日に行いました医療と介護の連携懇談会で、病院に対する 86 項目の様々な意見を頂きました。その中で集中して改善すべき部分を院内外共通の問題である「医療と介護の連携・情報共有」に的を絞り、院内からの意見と佐久市における居宅介護支援事業者・各地域包括支援センターより頂いた様々な意見から課題抽出しました。……すると現在の課題と、今後お互いが努力すべき点が見えてきました！

【課題…入院前 ADL 共有が十分でない為、生活を想定した支援が出来ないまま退院している！】

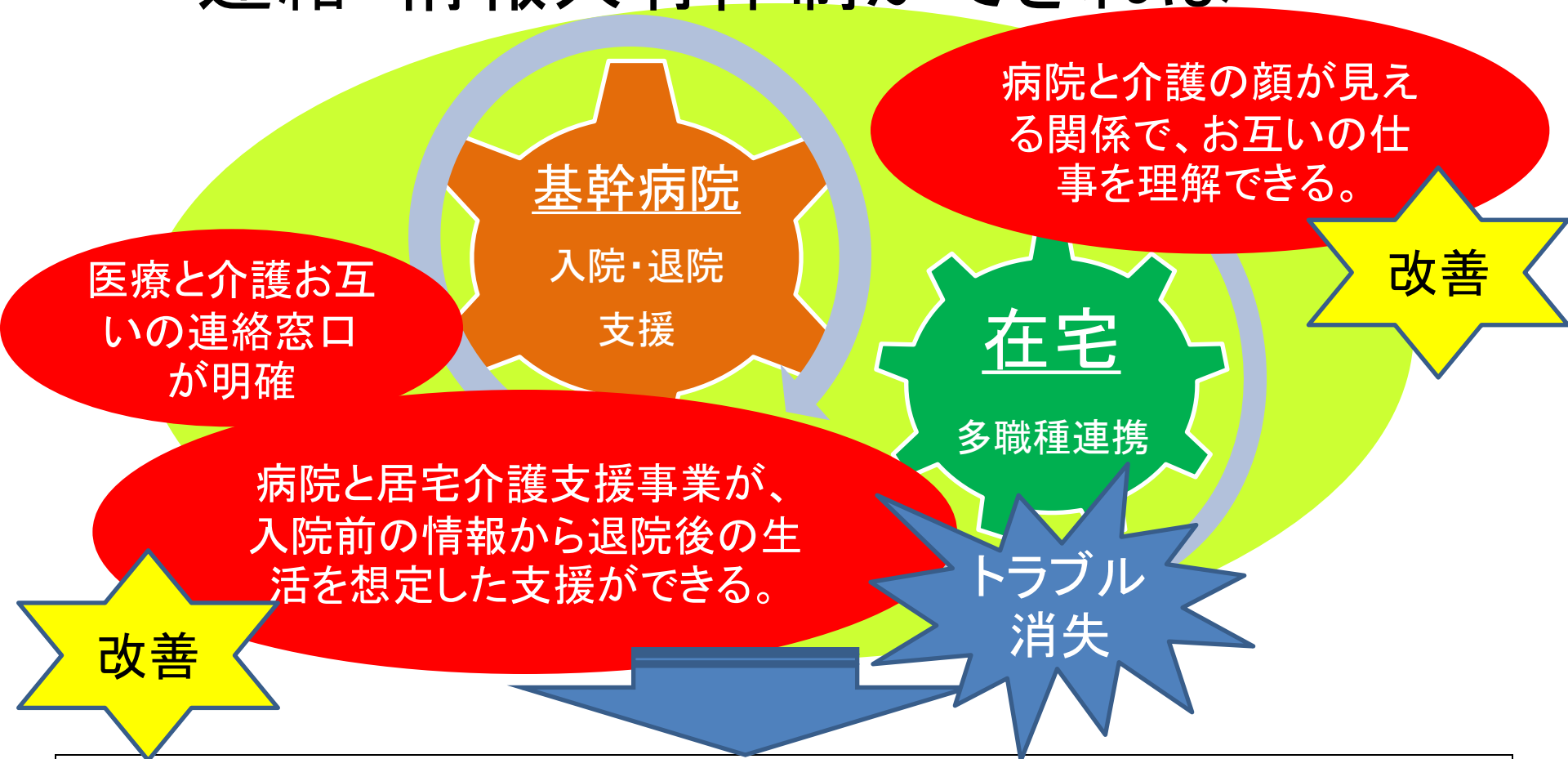
そこで、課題解決に必要な双方で取り組むべき点を下記にあげました！

※これまでも取り組んできた部分は改めて再確認、今まで意識していなかった部分は意識的に行う双方での努力が今後必要です。
※病棟でも退院後の生活を意識した視点での支援が今後更に必要です。
※評価期間をもって事後アンケートを行う予定です。ご協力お願い致します。

病棟担当者側 	ケアマネジャー側 
①介護保険証又は名刺で担当連絡先を必ず確認!!(入院時:介護保険を意識する) (これからは電子カルテで誰もが正確な介護保険の情報把握可能な状態へしていく) ●入院の病歴(アナムネーゼ)聴取時に介護保険証又は名刺で担当事業所の確認を行う。(保険証・高齢受給者証と共に保管している事が多い) ●「入院の連絡をケアマネジャーにして下さい」とご家族へ伝える。(独居・高齢等、ケアマネ連絡が難しいとの判断した場合⇒担当 MSW へ繋ぐ) ②入院情報提供書の受取り・病棟担当の表明・MSW への連絡!! ケアマネジャーが病棟に来ているようだが顔が分からない・ADL が入院前と比較しどの程度低下したのか分からない⇒ ●ケアマネジャーが入院時情報提供書をもって病棟に見えた際 ・自分が病棟の担当者であることを伝え、連携相手のケアマネジャーの顔を知る ・MSW に一報連絡・介護連携指導の算定へ ③入院前 ADL を確認し退院までの目標設定を! 「治療が終わったので明日退院します」⇒ ●必ず、入院前の ADL をケアマネジャーより聞き取りをし、医療的な視点に加え、「生活の視点」から入院中どこをゴールと定めるのか、ケアマネジャーとよく相談し共有する。	①介護保険証又は名刺で担当連絡先を明確に!! ご本人・ご家族が担当ケアマネジャーの名前・事業所の名称の認識が曖昧である場合があり、病棟で退院準備の際どこへ連絡していいか分からない⇒ ●病棟へ介護保険証の提示のお願いを契約時や訪問時に本人・家族へ「病院に入院したら、介護保険証かケアマネ名刺を保険証とセットでもって行き担当のケアマネジャーの所在を知らせる」旨を日頃から伝える。 ②入院情報提供書の提出・担当ケアマネの表明!! 入院前 ADL が分かる入院情報提供書は退院までの生活面等のゴールを定める重要な材料となる・病棟に居てもケアマネの顔が分からない⇒ ●入院の一報がきたら、ご本人・ご家族の同意を得て、速やかに病棟へ入院時情報提供書の提出をし、担当ケアマネジャーであることを伝える。(お互いの担当の顔を知る) ③入院前の ADL からゴールの設定を病棟と共有! 「いきなり明日退院と言われても困る」⇒ ●介護者の有無・サービスの利用や入院中に必要性のある指導、ADL のゴール設定について生活の視点から必要なものについて病棟担当者とよく情報交換し、退院までの目標を共有する。

連絡相手の顔を知る

「入院早期」からの医療と介護の 連絡・情報共有体制ができれば・・



地域で在宅医療・介護を受けながら生活する人が安心して暮らせる街になる！！

地域住民が安心して暮らせる 街づくりのための 拠点事業所の活動



- 事業所間の交流研修の継続検討。

各医療・介護事業所や専門職団体の研修等で
取り入れられないか提案。

- 「入院早期」から医療と介護が連携できるシス
テムづくりの検討。

☆ 活動決定事項: 佐久市で行政が事務局となり
、H26年4月、医療・介護・専門職団体代表者
が集まる専門会議(仮名)を開始。

目的: 佐久市の医療と介護の連携推進を図る