

急性期病院が推進する在宅医療連携

宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院



淀川キリスト教病院

病床数：急性期病床630床

平均在院日数：13.8日

地域医療支援病院

大阪府がん診療拠点病院

グループ施設

ホスピス・こどもホスピス病院

健康管理増進センター(人間ドック)

レディースクリニック(周産期医療)

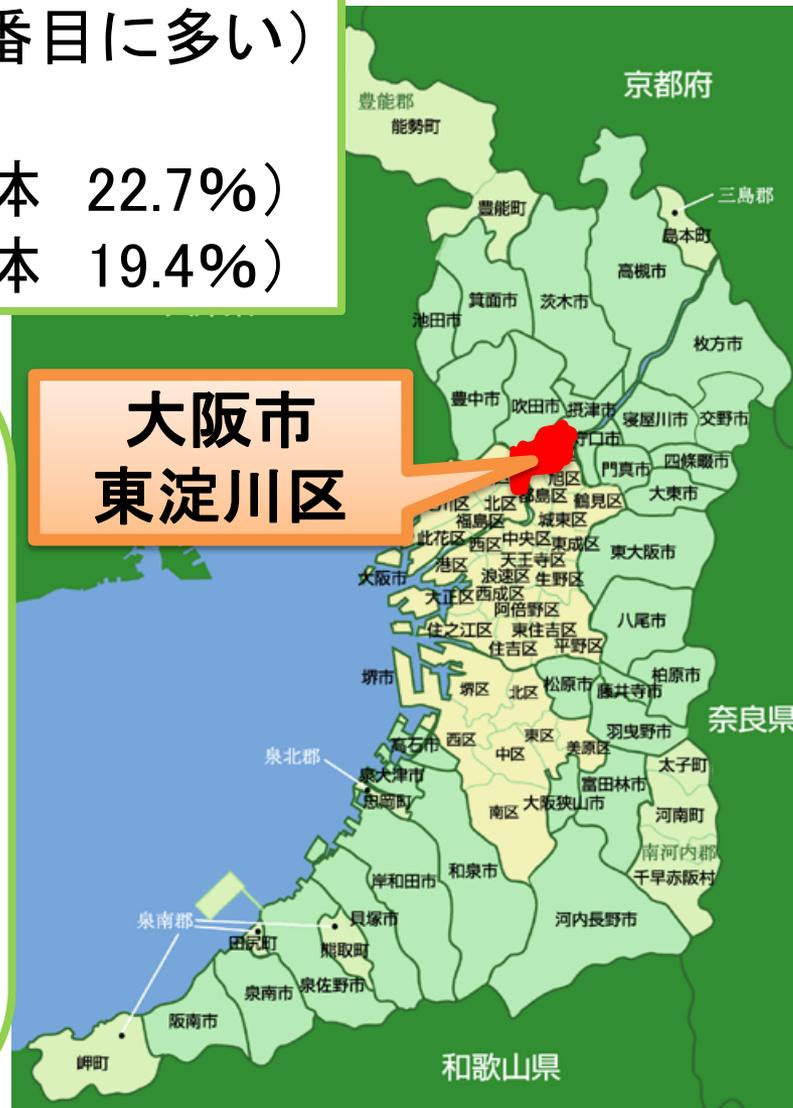
老人保健施設

訪問看護ステーション

大阪市東淀川区

人口 176,585人（大阪市内で2番目に多い）
高齢者人口 35,775人
高齢化率 20.5%（大阪市全体 22.7%）
高齢世帯率 18.5%（大阪市全体 19.4%）

療養型病床(病床) 1(52)
診療所(内在支診) 133(14)
在宅訪問薬剤管理薬局 56
歯科診療所(内在歯診) 81(9)
訪問看護 9
訪問介護 64
通所介護 29
通所リハビリ 4
居宅介護支援 52



2011年度までの取り組み

- 2008年～東淀川区医師会との意見交換会を開始
- 2010年～「東淀川区の在宅医療連携を考える会」
⇒ **病院として、在宅医療をサポート**

- ・在宅医療サポートチームの立ち上げ
- ・診診連携の調整
- ・衛生材料の小分け販売の調整
- ・バックベッドの確保
- ・メーリングリストでの在宅医募集

(2011年～「淀川区の在宅医療連携を考える会」)

退院支援の流れ

入院時（入院前）面談
患者支援センター

退院支援ハイリスク患者を
スクリーニング

方向性カンファレンス
病棟看護師 MSW 退院調整看護師

全病棟で週1回開催

治療方針や退院支援の
方向性・進捗状況を共有

訪問看護とのカンファレンス

病棟で週1回開催

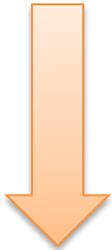
退院前カンファレンス

各担当者の顔合わせ
在宅サービスの調整
役割を確認

多職種連携の課題に対する解決策の抽出

- 医師会と連携は取れているが、多職種協働には至っていない
- 病院スタッフは、在宅生活をイメージするのが難しい

急性期病院として
在宅医療連携の推進を
目指す！



1. 在宅医療連携に関するアンケート調査
2. 「東淀川区の在宅医療連携を考える会」でのグループワーク

東淀川区の在宅医療を考える会

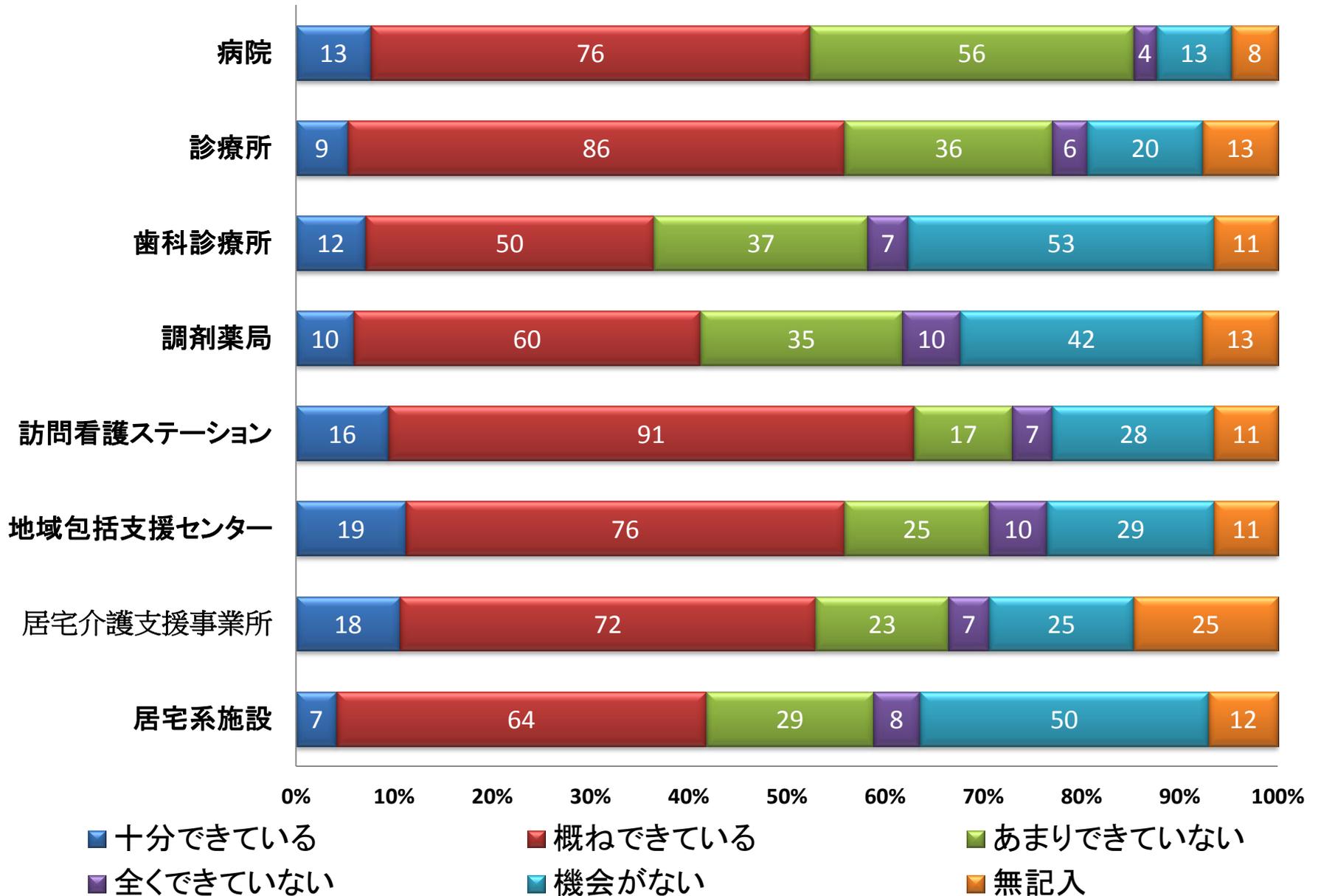
ネーミングは『こぶしネット』に決定



東淀川区長の
金谷です。
区役所を活用
してください！

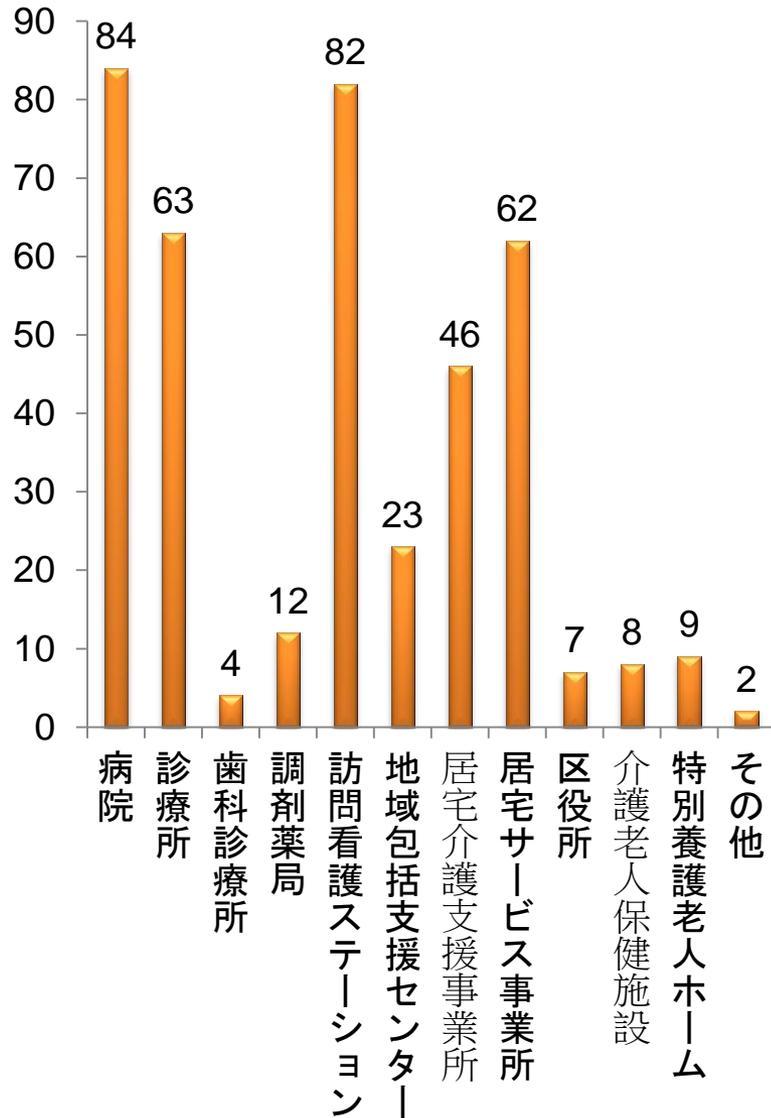


連携・協働ができているか？

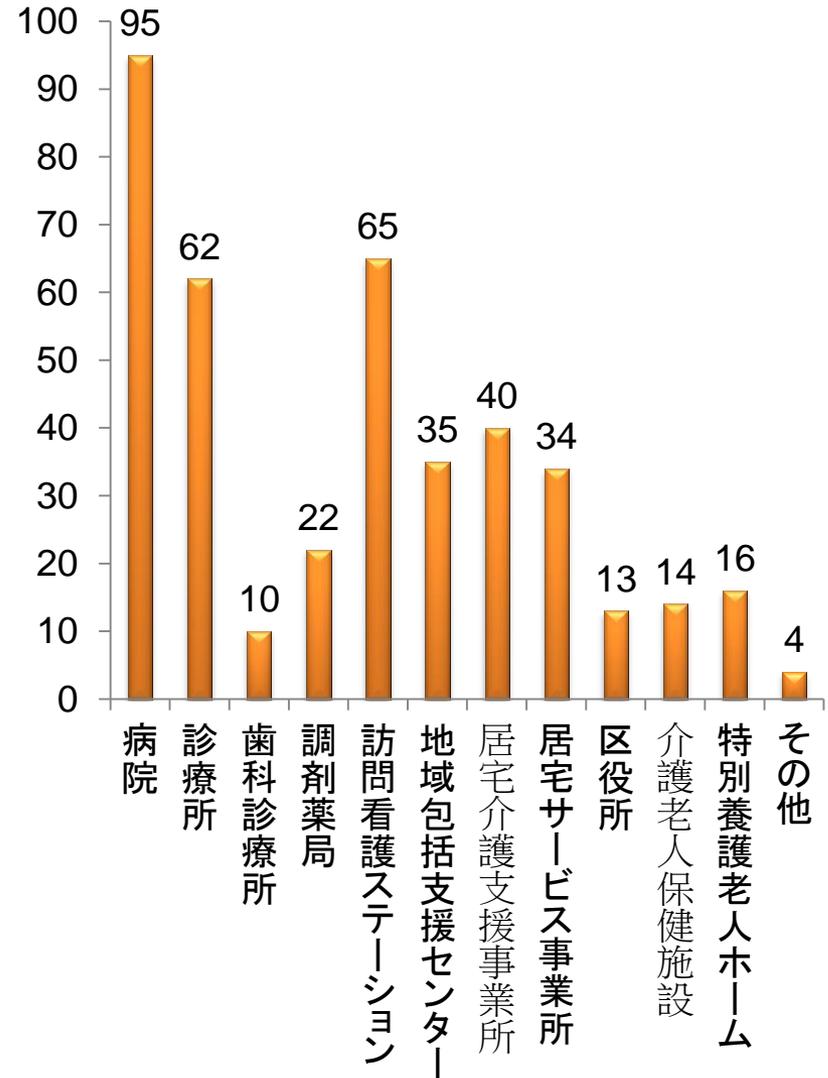


各機関との連携は？

現在、最も連携している機関



今後、連携を充実させたい機関



病院への地域からの声



在宅医

「在宅医療」「高齢者医療」についてお互いの理解を深めないと…

病院スタッフの在宅への連携の意識、制度の理解が低いのかな…



訪問看護

- ・大きな病院は連携が取りにくい
- ・退院の連絡が遅い
- ・入院時のサマリーが活用されているのかな？



ケアマネジャー



調剤薬局

積極的に関わっていきたいので、退院前カンファレンスには声をかけてください

事業展開

めざすのは
“こころの通じ合う”関係づくり

- ①情報共有のシステムづくり
- ②在宅移行パスの作成
- ③地域住民への普及啓発
- ④社会資源マップの作成

みんなで
一緒に
考えよう！

地域の関係職種でワーキンググループをつくる！

ワーキンググループの活動内容

情報共有 システムづくり

- ケアマネからの入院時情報シートの統一
- 救急カプセルの運用を提案

在宅移行パス の作成

- 心不全の日常生活チェックリストを作成
- 今後、心不全パスを作成予定

地域住民への 普及啓発

- 市民公開講座での啓発
- 在宅医療に関するパンフレット作成

社会資源マップ の作成

- 医療・介護の担当者がネットで検索
- 関係機関の既存のHPへもリンク

ワーキンググループメンバー

| | ①情報共有システム | ②在宅移行パス | ③地域住民への啓発 | ④社会資源マップ |
|------------|---------------------|---|---------------------|---------------------|
| 地域包括支援センター | 1 | 1 | 1 | 1 |
| ケアマネジャー | 3 | 1 | 1 | 3 |
| 訪問看護ステーション | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 医師会 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| 薬剤師会 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 歯科医師会 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 区役所 | | | | 1 |
| 施設 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| 淀川キリスト教病院 | 3 MSW 退院調整看護師 | 9 MSW 退院調整看護師 医師 病棟看護師 薬剤師 栄養士 PT トレーナー | 3 MSW 退院調整看護師 | 5 MSW 退院調整看護師 |

9月～
10月

定期的なコアメンバー会議を開催(月1回)
ワーキンググループを結成

ワーキンググループの活動内容

①情報共有のシステムづくり

- ・入退院時の情報共有は、病院の敷居が高い
- ・在宅医や病院医師との連携が取りにくい
- ・搬送時の患者情報の把握が難しい



- ◆ケアマネジャーからの情報提供の書式を統一
- ◆既存のFAX書式(医師会所定)の活用促進
- ◆「医師との連携では、訪問看護を利用して！」
- ◆救急搬送時に役立つ「救急カプセル」の運用を
行政と相談

ワーキンググループの活動内容

②在宅移行パスの作成

- ・慢性心不全の患者に、在宅での不十分な生活管理が原因で入退院を繰り返すケースが多い
- ・退院時の地域との多職種連携が不十分



- ◆心不全の“日常生活チェックリスト”を作成し、病院と地域で生活情報の共有をめざす
- ◆今後、循環型心不全パスの作成へ向けて取り組む

ワーキンググループの活動内容

③地域住民への普及啓発

- ・在宅医療について知らない住民が多く、医療処置がある場合の在宅療養生活がイメージできない
- ・在宅医療の導入時、“病院に見捨てられた”と感じることが多い
- ・最期は病院で、と考えている人が多い



◆市民公開講座での啓発

- ・10/24 「訪問看護師って何する人？」
- ・1/23 「今、生きかたについて考えてみませんか？」
- ・3/2 「あなたの家に帰ろう～ご存知ですか？在宅医療」

◆在宅医療に関するパンフレット作成

ワーキンググループの活動内容

④社会資源マップの作成

- ・医療・介護の担当者向けの情報（PRポイント）など、事業所選択の参考となる情報がほしい
- ・インターネットで検索・更新したい
- ・インフォーマルサービスの情報がほしい



- ◆介護サービス事業所を中心に、掲載内容の確認作業中
- ◆三師会や区役所など、関係機関の既存のホームページの活用を検討
- ◆今後のホームページの管理方法が課題

その他の活動

電子カルテでの 情報共有化

- 在宅医が当院のカルテを閲覧できる
- Human Bridge(富士通)を利用

患者支援センターでの 在宅医療支援

- 看護師・MSWを配置
関係機関や住民からの相談窓口
- アウトリーチ

在宅医療に従事 する人材育成

- 東淀川区の在宅医療連携を考える
会での研修

成果

| | 2010年度 | 2011年度 | 2012年度 (～2月まで) |
|---------------------------|--------------|-------------|-------------------|
| 東淀川区の在宅医療連携を 考える会 参加者数 | 105 (年3回) | 80 (年3回) | 211 (年4回) |
| メーリングリストの在宅医募集件数 | 0 | 15 | 24 |
| 在宅医療サポートチーム介入件数 | 0 | 7 | 14 |
| 退院調整加算 算定数(年間) | 1193 | 1413 | 2073 |
| 退院時共同指導料 ² 算定数 | 174 | 148 | 143 |
| 介護支援連携指導料 算定数 | 292 | 286 | 245 |

➤ 地域での初めての取り組み

- ・これまでHPN管理をしていなかった薬局が、新たに開始
- ・初めての訪問診療を開始
- ・複数の在宅医が、初めて在宅での看取りを経験

院内スタッフの声

地域の人たちの声を聞いて、
合意のもとに進めていかないと
いけないことがわかった。



YCH医師



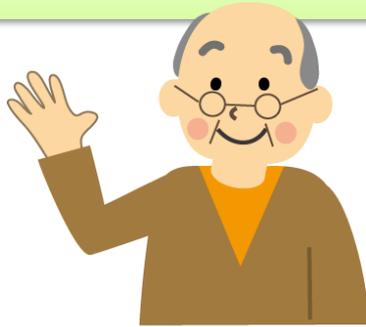
YCH看護師

退院がゴールじゃないとわかった。

退院後の生き生きとした表情を見て、
「入院」の影響の大きさを感じた。

自宅での患者さんの姿を、家族やケアマ
ネさんから情報を共有して関わりたい。

地域の声



地域住民

自分の老後、終末、生きかたを
しっかりと考えたいと思った。

かかりつけ医と病院のバックアップがあると、
在宅でも安心して対応できる。

病院のスタッフが、在宅生活のために
介護との連携を考えてくれていることを知り、
心強く思った。

在宅に戻ってこられると、生きる力が湧いて
元気になれるんですね。

身近に感じて、相談しやすくなった。



ケアマネジャー

地域の声

患者・家族・支援者の退院への不安は大きい。
病院のバックアップがあると心強い。
在宅医療連携の良い骨格ができた。
これからの継続が大切。



在宅医



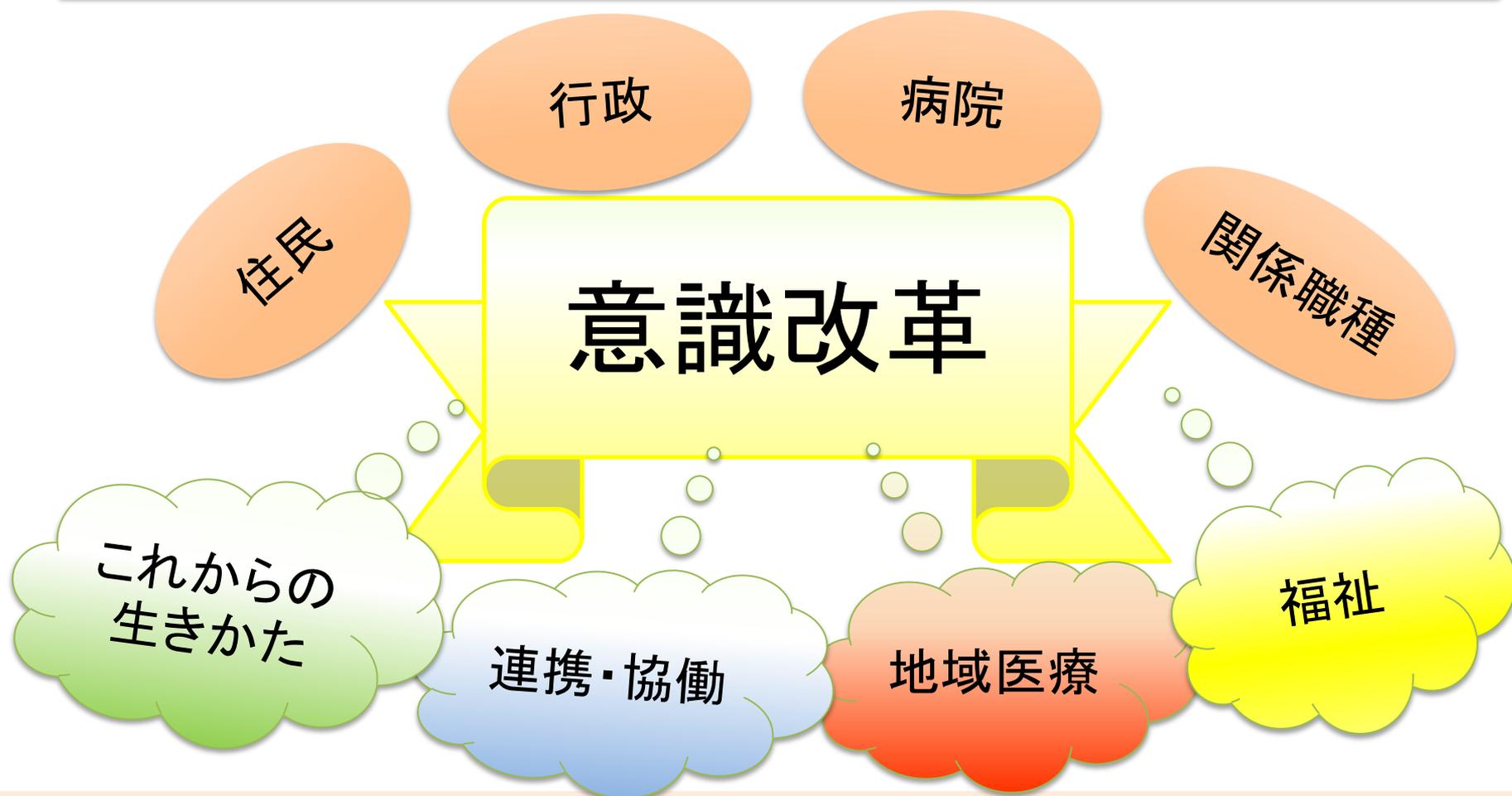
調剤薬局 薬剤師

薬剤師も在宅でしっかりと関わって
いきたいので、退院カンファレンス
にも声をかけてほしい。

まとめ

- 医師会との関係は、成長から成熟段階へ在宅医との親密度も増した
- 行政も巻き込んだ多職種連携が芽吹いた 
- ケアマネジャーや地域包括支援センター、介護施設や介護福祉職との関係が深まった

今後の課題



まずは・・・実行委員会を立ち上げ、地域全体で継続展開
⇒包括的なネットワークづくりへ