

平成24年度 在宅医療連携拠点事業
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
地域医療連携センター

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



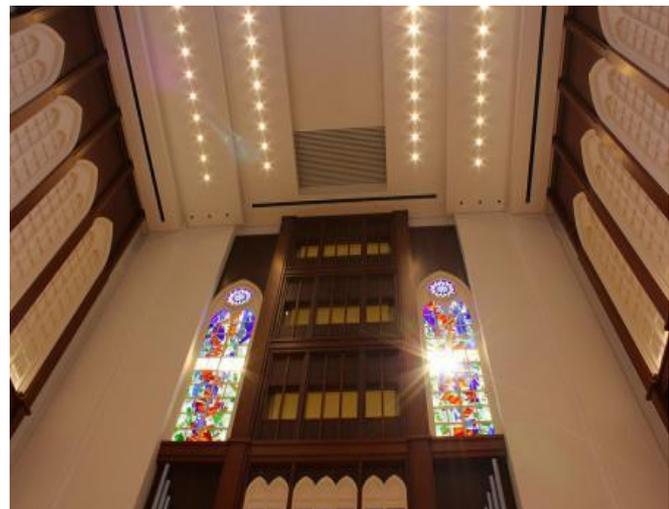
所在地: 大阪市東淀川区
病床数: 急性期病床 630床
平均在院日数: 13.8日
地域医療支援病院
大阪府がん診療拠点病院

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

全人医療

～チャーチを中心にした癒しの病院



アジアで初めてのこどもホス피스



おうち



おそと



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 (高齢夫婦世帯+高齢単身世帯) 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

➤『東淀川区の在宅医療連携を考える会』

2010年より、東淀川区医師会と共催

在宅医療の質向上と連携促進に向けて、意見交換

➤在宅医療サポートチームの立ち上げ

在宅医の負担軽減に向けて活動

- ①在宅医からの依頼にて、病院医師が同行訪問
 - ・治療方法や薬剤調整などの相談
 - ・入院の判断や調整
 - ・在宅緩和ケアへの支援
- ②24時間体制が困難な場合の診診連携の調整

2011年度までの取り組み

➤ バックベットの確保

緊急時の受け入れ態勢の構築

➤ 当院のSPD業者による衛生材料等の小分け販売

在宅医が医療器材や衛生材料をスムーズに調達でき、
デッドストックを解消するために、SPD業者による小分け
販売をシステム化

➤ メーリングリストでの在宅医募集

東淀川区医師会員の有志20名と病院スタッフによる
メーリングリストを立ち上げ、在宅医を募集

連携上の課題

- 医師会との連携は促進されつつあったが、行政や地域・福祉介護職を含めた多職種連携には至っていなかった
- 病院スタッフは、在宅医療・介護に関する知識不足から在宅生活のイメージができない
- 個々のケースにおいては、多職種連携も実施されていたが単発的なものであった

急性期病院として
在宅医療連携の推進を
目指す！

急性期病院の退院時、患者は・・・

- 患者自身が「完治した！」と実感する前に退院！
- 医療処置を継続している場合がある
- がんなどの終末期でも、入院継続は難しい
- 神経難病、骨折、脳卒中などは、生活変容を余儀なくされる
- 高齢者世帯では、福祉サービスの導入が必要となる

病院スタッフと在宅担当者が、
在宅での生活イメージを共有しながら、
入院後早期からの調整が大切

入院時より在宅担当者との連携は始まる



入院

単身者や老老世帯の場合、
連絡先やキーパーソンを
確認することさえ困難

ケアマネジャーからの
情報が必要！

入院早期より
在宅移行への
問題点をキャッチ



方向性の決定

退院時の生活
イメージを共有

退院へ向けた調整

在宅担当者との
共同作業

退院

退院時サマリーで
在宅担当者へ申し送り



退院前カンファレンス

在宅担当者との共有
役割分担などの確認



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

各担当者の顔合わせ
在宅サービスの調整
役割を確認

退院前カンファレンス

事業内容

多職種連携の課題に対する解決策の抽出

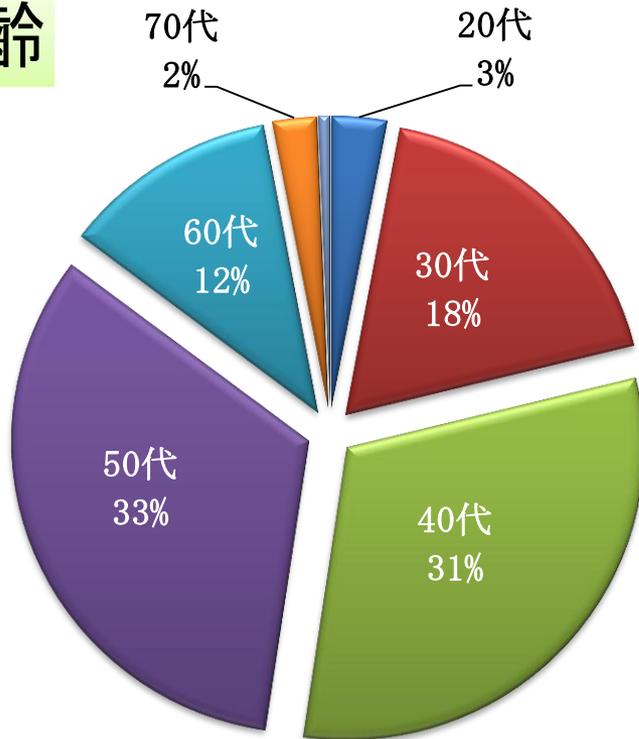
1. 「東淀川区の在宅医療連携を考える会」

	日程	研修内容
第7回	2012年6月16日	事業内容の説明
第8回	2012年9月15日	グループワークで課題の共有
第9回	2012年12月15日	クループワークで各職種の役割を理解
第10回	2013年2月16日	病院から在宅への移行事例の紹介と共有

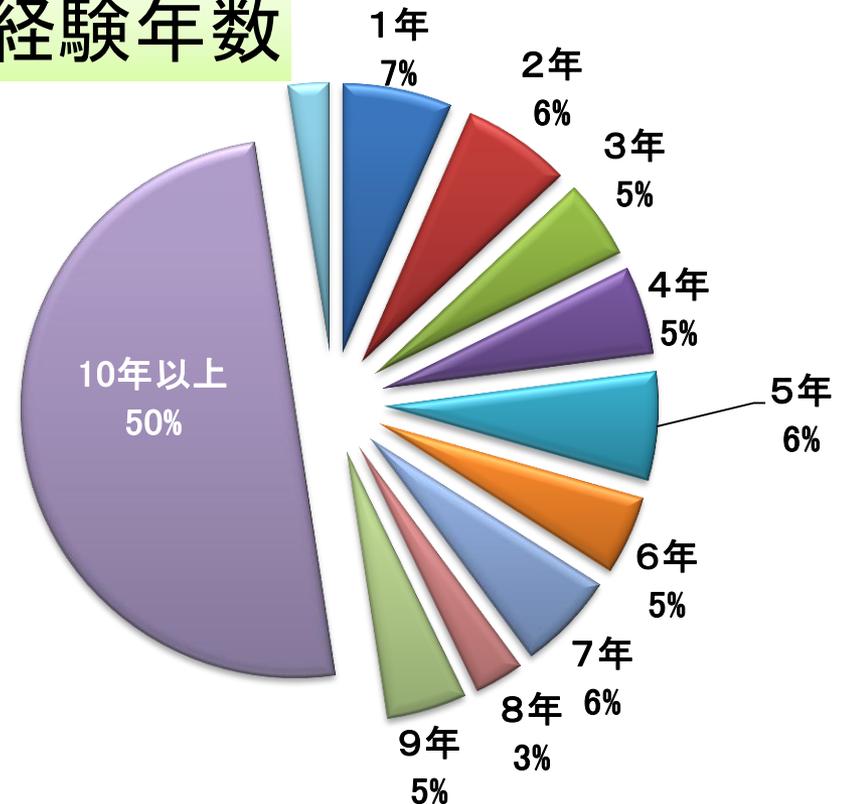
2. 在宅医療連携に関するアンケート調査

対象： 病院 診療所 歯科診療所 調剤薬局 訪問看護ステーション
区役所 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所
老人保健施設 特別養護老人ホーム ほか (n=170)

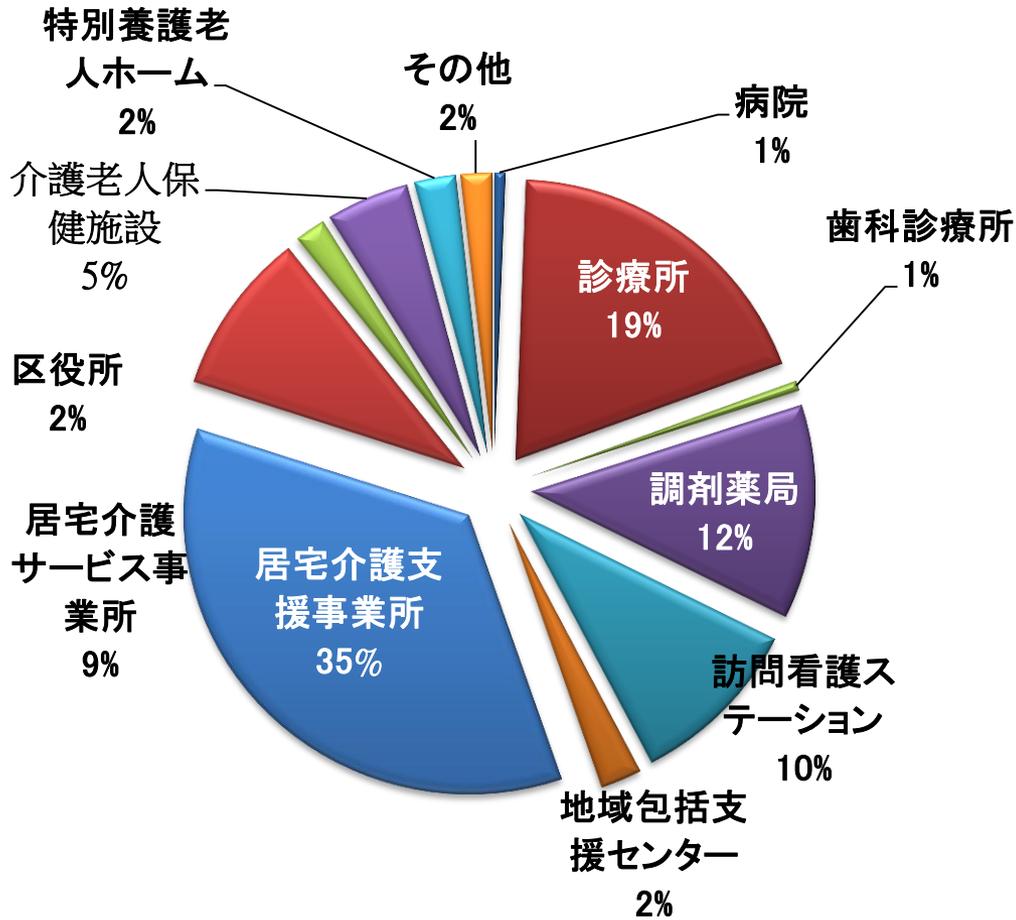
年齢



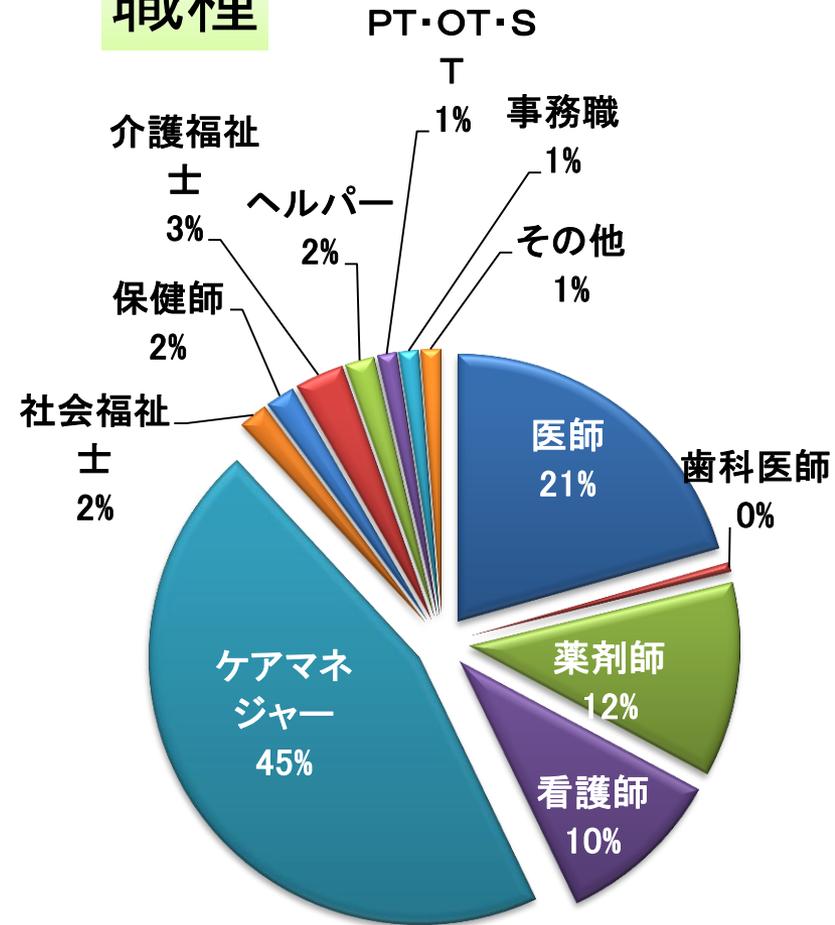
経験年数



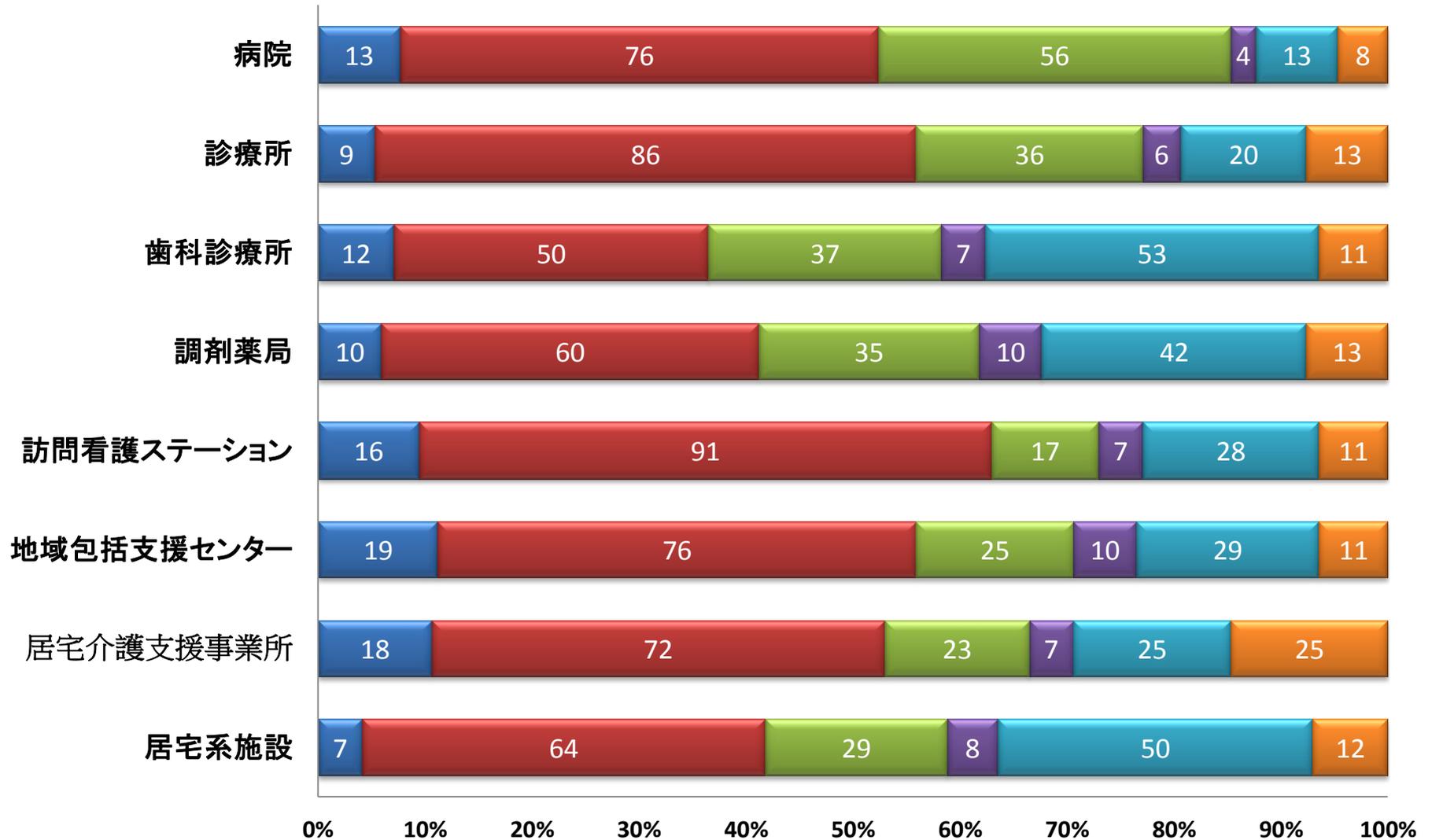
所属施設



職種



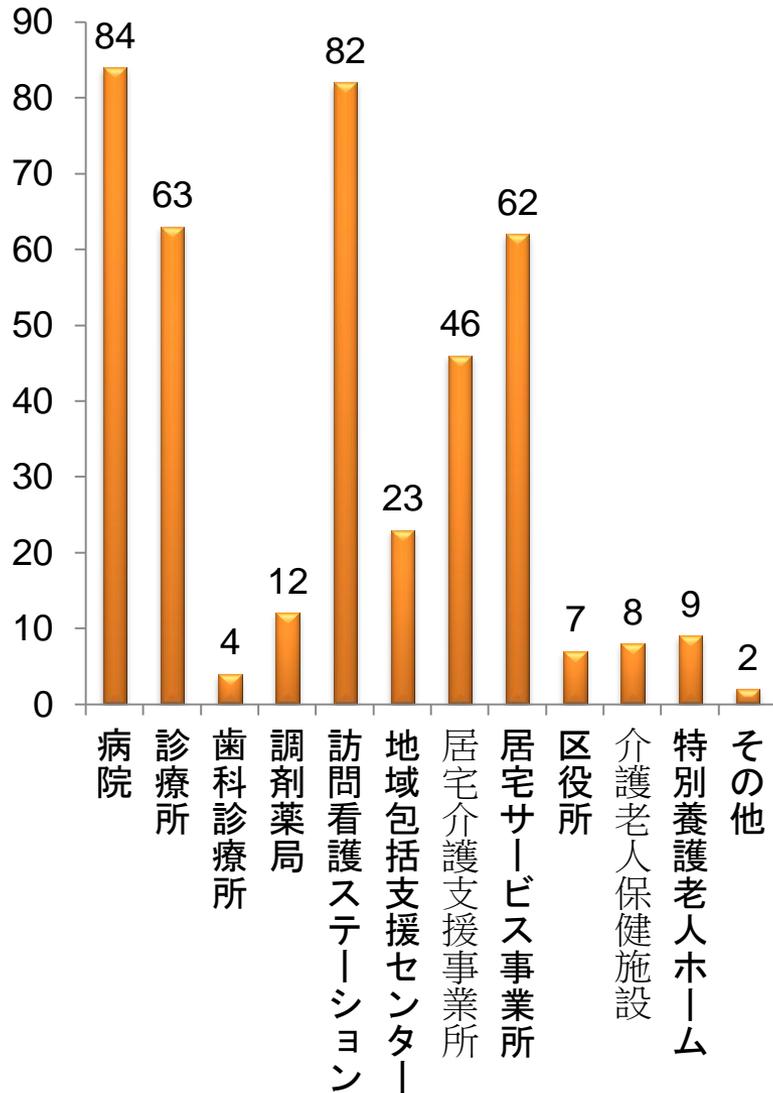
連携・協働ができているか？



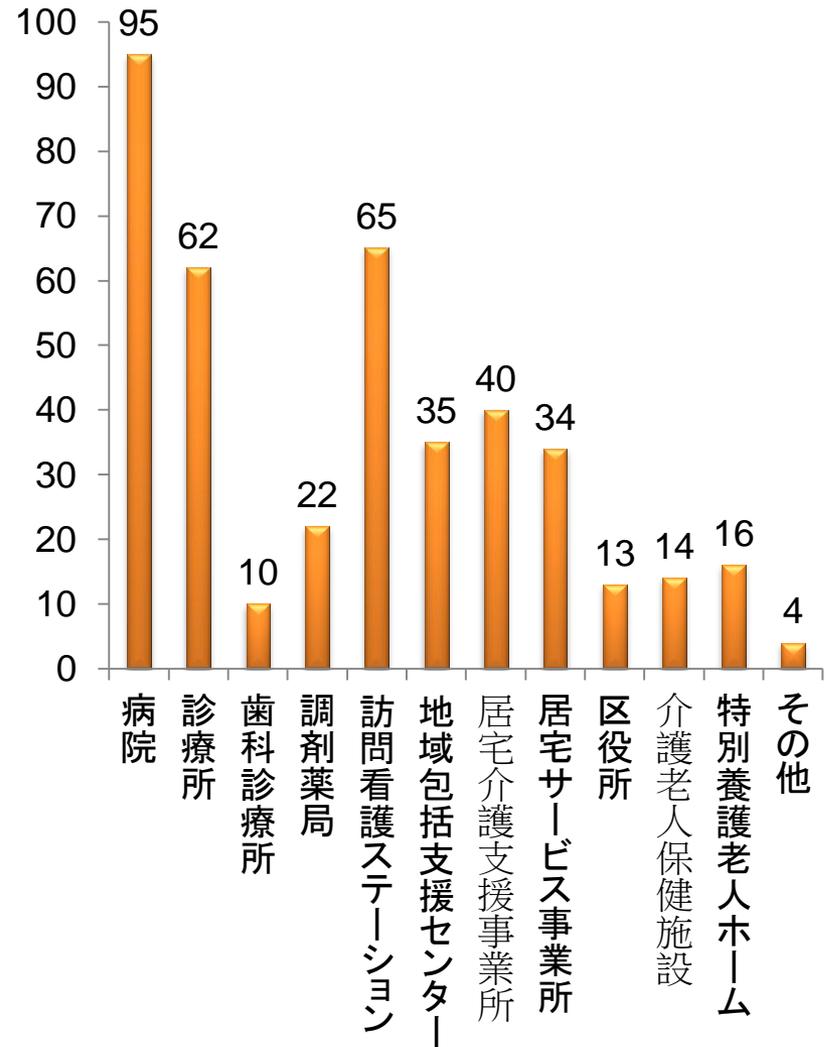
■ 十分できている ■ 概ねできている ■ あまりできていない ■ 全くできていない ■ 機会がない ■ 無記入

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



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

救急カプセル



〈救急医療情報キット〉とは…

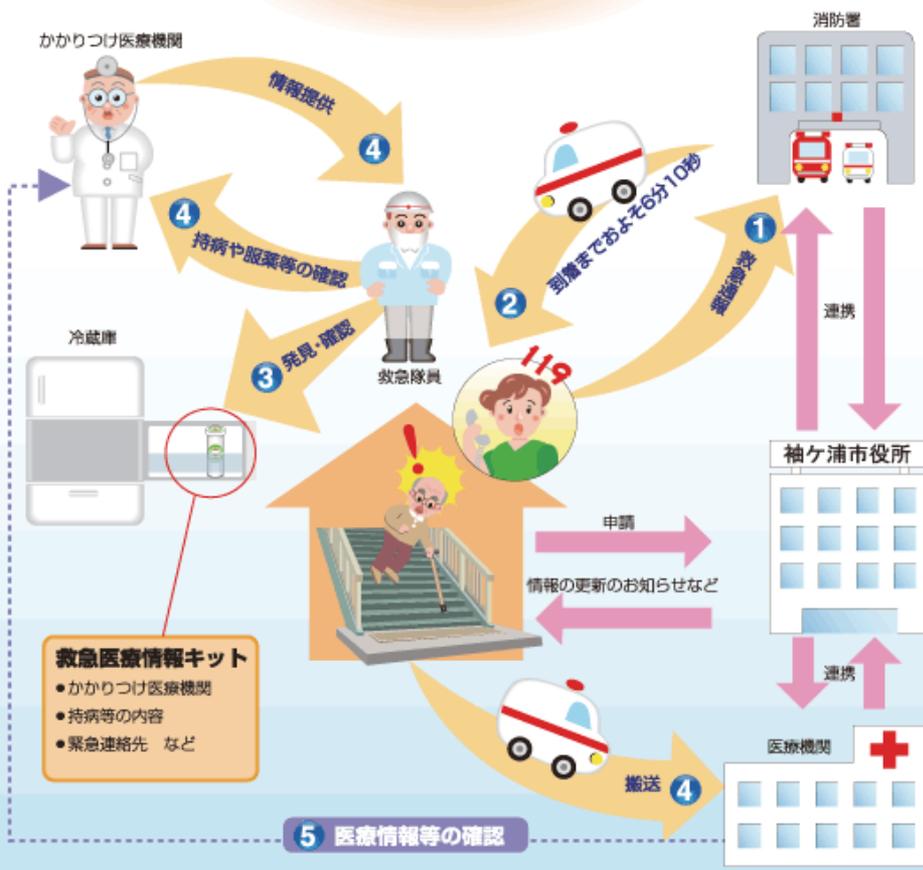
高齢者や障害者などの安全・安心を確保することを目的に「かかりつけ医」「薬剤情報提供書(写)」「持病」などの医療情報や、「診察券(写)」「健康保険証(写)」などの情報を専用の容器に入れ、自宅に保管しておくことで、万一の救急時に備えるものです。

また、救急時には下記のような仕組みにより迅速な救命活動を行うシステムです。



救急情報の活用イメージ図

〈救急情報の活用支援事業〉



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

1. 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システムを導入
⇒Human Bridge(富士通)を利用

2. 患者支援センターでの在宅医療支援

- ・看護師・MSWを配置し、関係機関や住民からの相談・調整窓口として機能
- ・地域包括支援センターへのアウトリーチ

その他の活動

3. 在宅医療に従事する人材育成

	日程	研修内容
第7回	2012年6月16日	創傷治癒を考慮した褥瘡の管理
第8回	2012年9月15日	<ul style="list-style-type: none">・医療と介護の連携について～いけ！ネットの現状と今後の課題～・地域包括支援センターの立場から～ 現場発 多職種ネットワーク“いけ！ネット”の実践
第9回	2012年12月15日	<ul style="list-style-type: none">・ケアマネジャーの多職種連携 ～居宅療養管理指導に関わった症例・薬剤師による在宅訪問の実例
第10回	2013年2月16日	在宅医療連携の実際 ～病院から在宅への移行事例を各職種より報告

苦勞したこと

- 事業に対する地域の関係職種の受け止めはさまざま
で、事業の目的を共有し、協力体制を組むのに時間
がかかった
- 地域のなかで、『認知症高齢者支援ネットワーク連絡
会』など、同じようなメンバーでの会議がしばしばあ
り、参加者の負担が大きかった

成果

➤ 東淀川区の在宅医療連携を考える会の参加者

2011年度 80名 ⇒ 2012年度 211名

➤ メーリングリストでの在宅医募集

2011年度 15件 ⇒ 2012年度 22件(～1月)

➤ 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
- ・在宅医が初めて在宅での看取りを経験

成果

➤ 病院スタッフの声

医師：「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」

看護師：「退院がゴールじゃないことがわかった」

➤ 地域からの声

在宅医：「これから、もっと在宅に力を入れていきたい！」
「わからないので、勉強しながら一緒にしたい」

薬剤師：「今後も“連携”を大事にしていきたい」

ケアマネジャー：「病気のことがわからないけど、気軽に相談
できるようになった！」

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」

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