

地域医療連携 チーム医療と連携の実際



尾道市立市民病院
地域医療連携室 社会福祉士
後藤 由佳

本日の内容

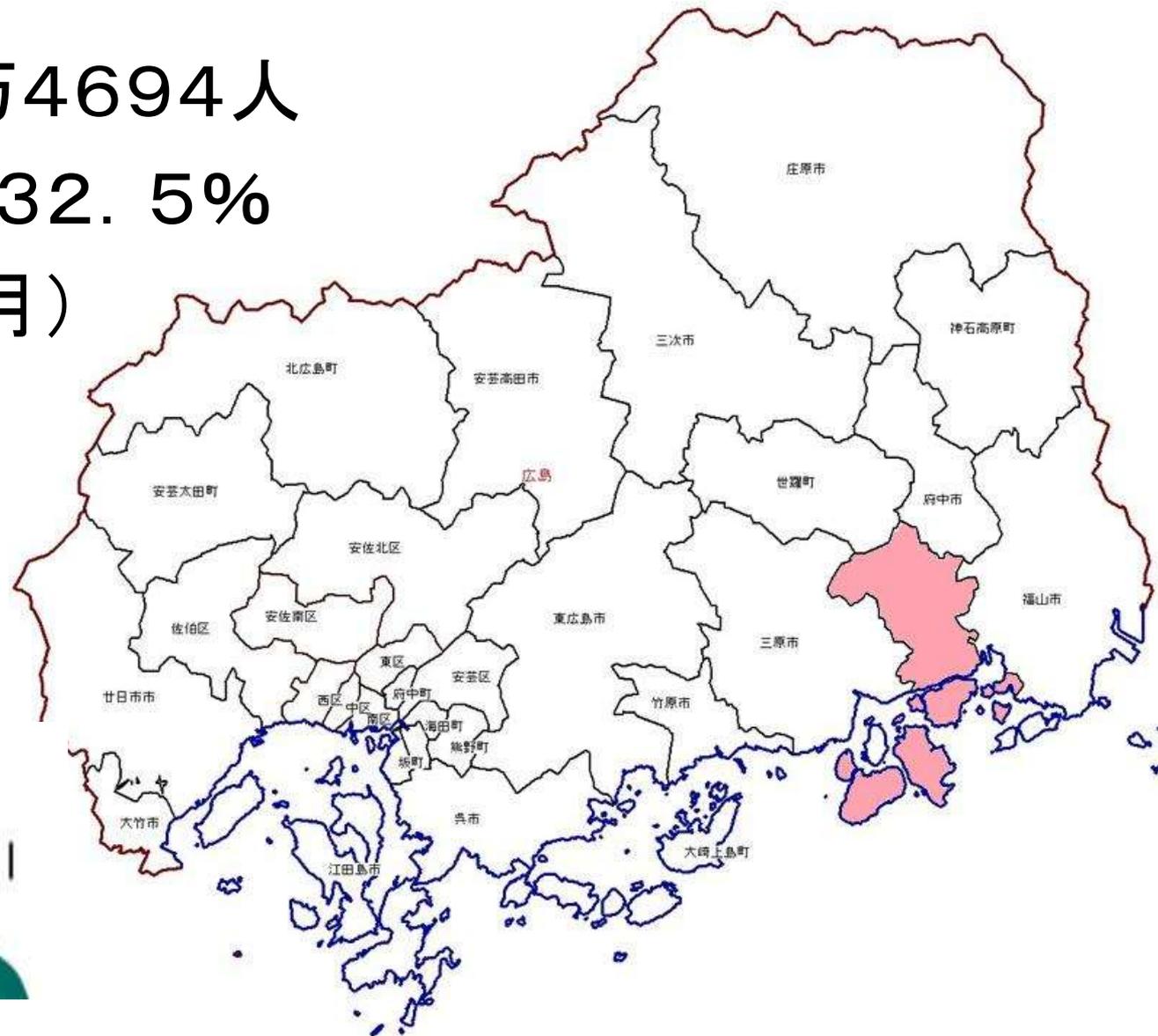
- 尾道市の現状
- 地域医療連携と院内連携
- 当院の取り組み(在宅支援看護師)
- 退院前ケアカンファレンス
- 事例紹介



尾道市の現状

尾道市の特徴

- 人口 14万4694人
- 高齢化率 32.5%
(平成26年2月)



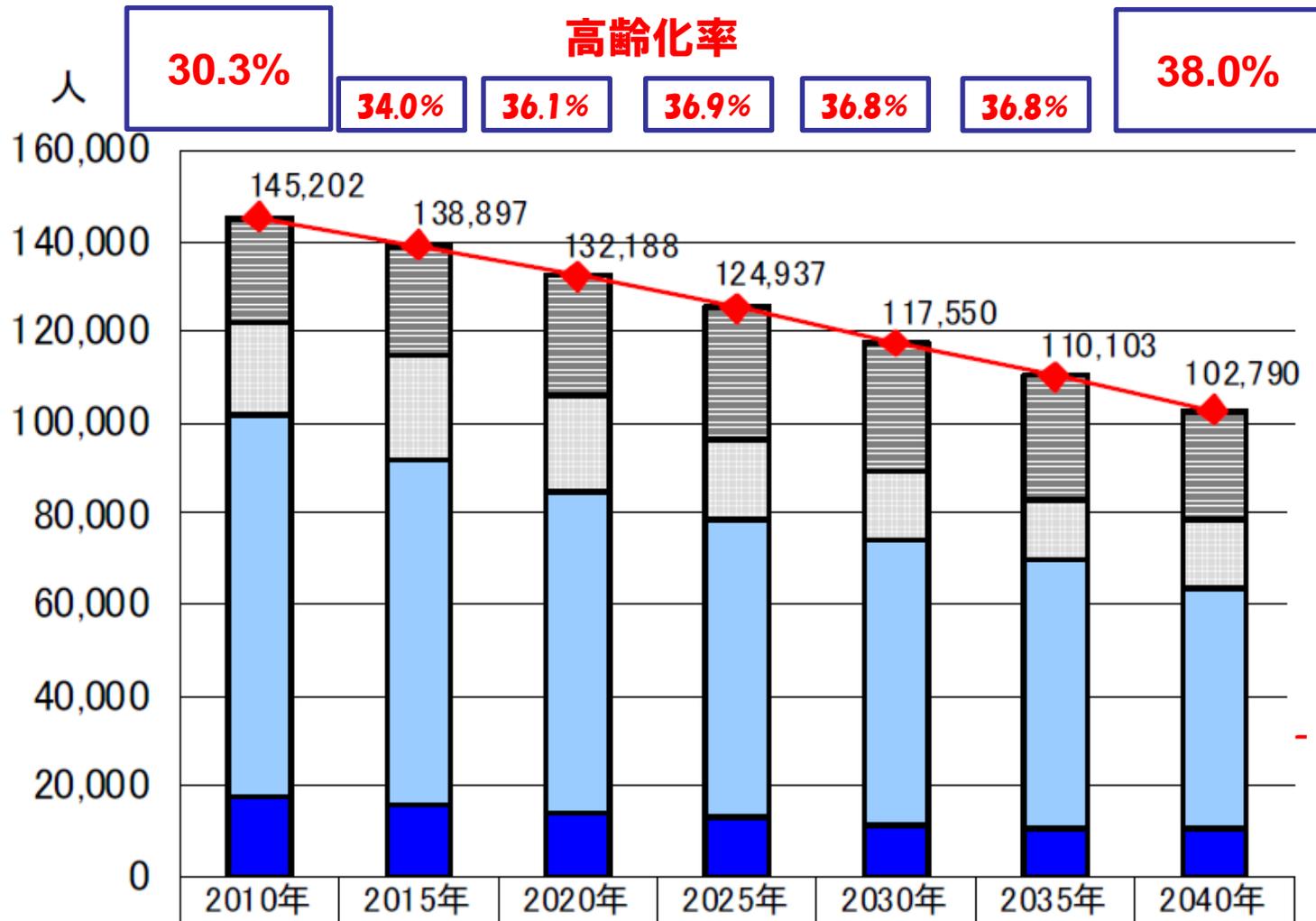
心こころ尾道

COCORONOMICHI



尾道市の 将来人口 推計

2040年には
総人口は約3割、
生産人口は約4割
減少する見込み



	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
■ (後期高齢人口) 75歳以上	23,425	24,427	26,140	28,543	28,448	26,750	24,274
■ (前期高齢人口) 65～74歳	20,641	22,864	21,586	17,585	14,883	13,834	14,821
■ (生産年齢人口) 15～64歳	83,852	75,750	70,185	66,084	62,756	58,851	53,611
■ (年少人口) 0～14歳	17,284	15,856	14,277	12,725	11,463	10,668	10,084
◆ 総人口	145,202	138,897	132,188	124,937	117,550	110,103	102,790

尾道市の医療環境

- 急性期病院

 - ☆尾道市立市民病院(330床)

 - 地域医療支援病院、県指定がん拠点病院

 - ☆公立みつぎ総合病院(240床)

 - ☆JA尾道総合病院(393床)

 - 地域医療支援病院、地域がん診療拠点病院
災害拠点病院

- 回復期リハビリ病院 (2)

- 療養型病院・有床診療所 (12)

- 開業医医療機関数(尾道医師会) (123)

尾道市の介護環境

- 老人保健施設 (8)
- 特別養護老人ホーム (10)
- 地域密着型介護老人福祉施設 (4)
- 特定施設入居者生活介護 (5)
- グループホーム (21)
- 小規模多機能型居宅介護施設 (11)
- 訪問看護ステーション (8)
- 地域包括支援センター (6)
- 居宅介護支援事業所 (52)

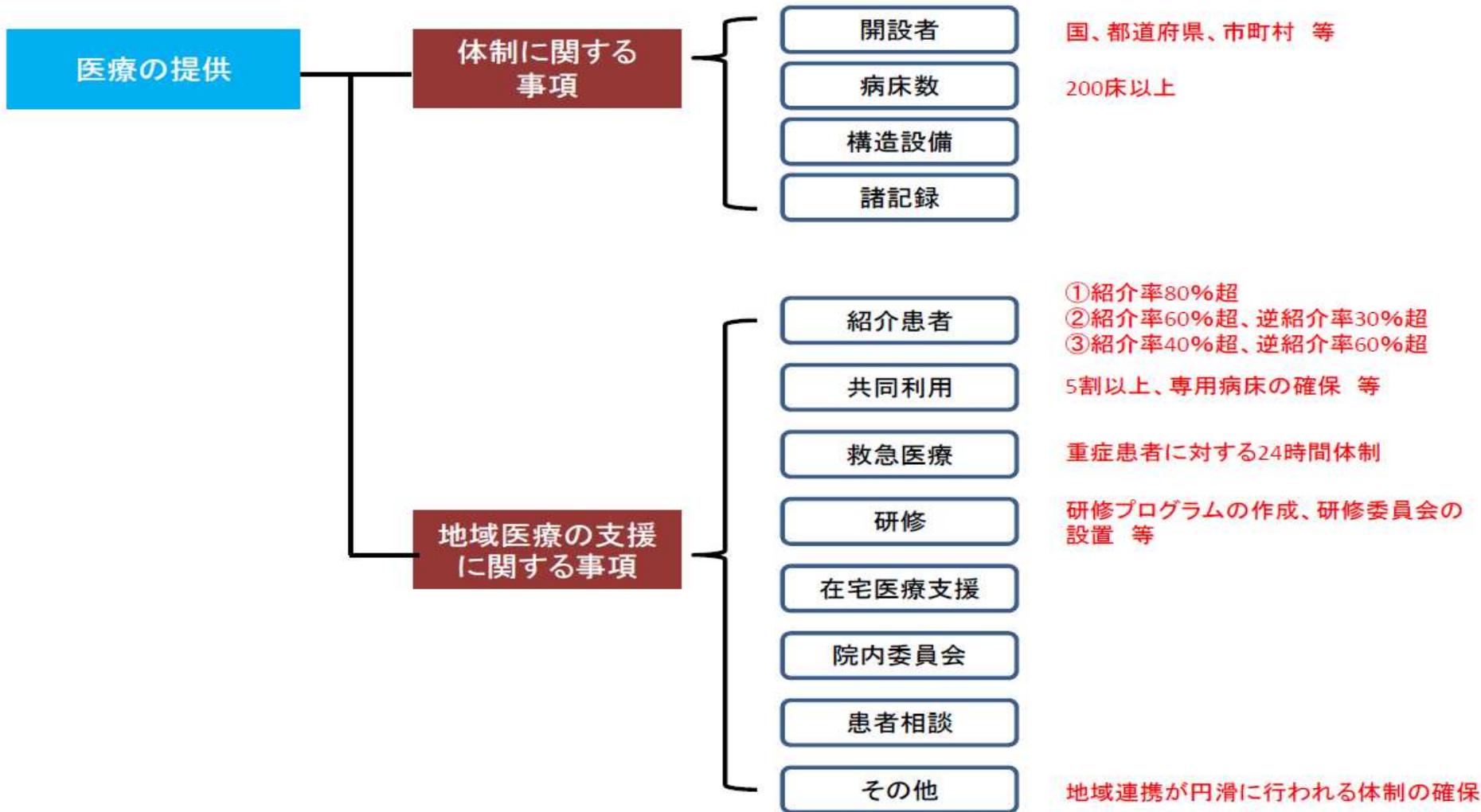
地域医療連携と院内連携

地域医療支援病院の役割

- 紹介患者に対する医療の提供
(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域医療従事者に対する研修の実施



地域医療支援病院の承認要件（概要）



当院の地域医療連携室

- 平成14年10月 看護師1名、事務員2名開設
- 平成18年4月 社会福祉士1名 配属
- 平成25年4月 連携室長兼副看護部長を含む看護師3名、社会福祉士2名、事務員2名計7人体制となった
- 平成26年4月 入院支援センターが新設されともに、新たに開設された地域医療連携部の所属となる

それぞれ所属する課が違
う複数職種がいる部署

地域医療連携部

地域医療連携室

入院支援センター

前方連携

データベース

後方連携

限度額認定書の説明

患者サポート体制

入院の案内
リストバンド

入院支援センターメンバー（事務1名 看護師2名）

入院時の業務のスリム化
患者家族への十分な説明

入院予定の患者さんのデータベースを、外来で前もって情報を得ることで退院困難な状況を共有し退院支援につなげることができる。

地域医療連携室の業務

- 1) 紹介患者の受付業務（紹介患者の予約）
 - 2) 院外の医療機関への紹介・受診予約
 - 3) 地域医療支援病院としての活動
 - 4) 広報活動（視察・講演・講師対応等）
 - 5) 地域医療連携パスの開発, 推進, 評価, 運用に関する事務（大腿骨・脳卒中・がん・急性心筋梗塞・糖尿病）
 - 6) IDリンク(天かける)登録
 - 7) 退院支援
 - 8) 外来・入院患者の医療・福祉相談
 - 9) 地域の関係機関との連絡調整(カンファレンス等)
- 24年度から患者サポート体制(相談窓口)
- 25年度からがん相談センターを標榜

開業医の先生との前方連携の強化

- 広報の配布や地域連携パスの説明のために
開業医の先生を訪問
(院長、医師、看護部長、事務部長とともに)
- 病診連携・病病連携の強化・促進のため
顔が見える連携を図っている

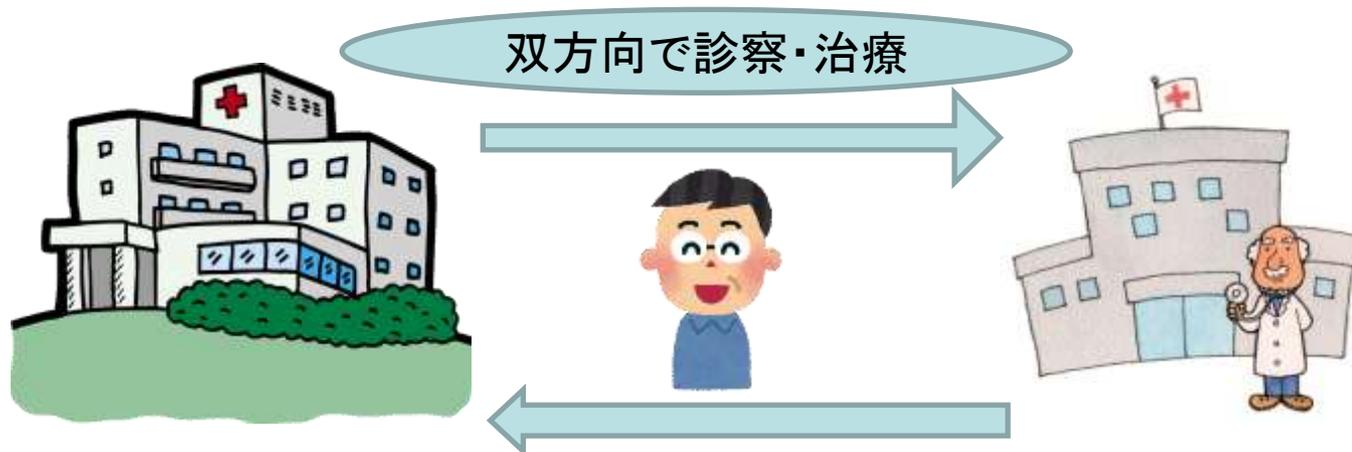


地域連携パスとは

- 地域連携パスとは、「疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリテーションまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画」

地域連携入退院支援2012年3・4月号 P2より引用

「診療報酬改定と地域連携クリティカルパスその電子化最前線」 武藤 正樹氏



地域連携パス(大腸がん)

大腸癌 地域連携パス(医療機関用)

患者名 _____

病名 _____

尾道市立市民病院 主治医 _____

進行度 T M N ステージ _____

在宅かかりつけ医 _____

入院年月日 _____ 退院年月日 _____

サポート医 _____

《入院中の治療内容》

手術	_____
病理	_____
化学療法	_____
放射線療法	_____
緩和ケア	_____

《ICの概要》 退院時指導・ケアカンファレンス等を含む

達成目標	日常生活が問題なく送れる
教育、指導	患者用パスどおり

連携医療機関での日常診療		術後経過年月																			
		1年				2年				3年				4年				5年			
病院受診日 (月/日)		3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	12	3	6	12	3	6	12	3	6	12
定期検査	CBC	<input type="checkbox"/>																			
	生化学	<input type="checkbox"/>																			
	CEA, CA19-9	<input type="checkbox"/>																			
	胸部X線検査	<input type="checkbox"/>																			
	腹部エコー	<input type="checkbox"/>																			
	CT	<input type="checkbox"/>																			
	大腸内視鏡	<input type="checkbox"/>																			
		<input type="checkbox"/>																			
		<input type="checkbox"/>																			
	パリアンス	<input type="checkbox"/>																			

*上記以外にも必要に応じて諸検査を行なってください(必要があれば当院にご依頼ください)
 *当院受診日には検査結果を持参(もしくは郵送)していただくようお願いいたします

地域連携パス(大腿骨頸部転子部骨折)

記載者氏名	医師	看護師	療法士	地域医療連携室
-------	----	-----	-----	---------

A 基本 情報	フリガナ	性別	生年月日	年齢	骨折の分類	既往	高血圧	心疾患
	氏名	手術名	受傷日	手術日	禁忌肢位	脱臼のリスク	糖尿病	脳血管疾患
	診断名	受傷日	手術日				パーキンソン	

B 経過	全介助	ベッド上動作	起立・歩行	補助具歩行	応用歩行
	ギヤッチ座位	寝返り	車いす移乗	歩行器歩行	階段
	車椅子座位	起き上がり	起立	杖歩行	屋外歩行
	チルト起立	端座位	平行棒歩行	シルバーカー	独歩

C. 受傷前の情報	
日常生活自立度	
認知症老人自立度	

D. 生活形態	
場所	
家屋構造	
人数	人暮らし
キーパーソン	

E. 受傷前ADL	
食事	
排泄	
更衣	
清潔	
移動	

F. 社会的情報	
かかりつけ医	
紹介元担当医	
かかりつけ薬局	
介護認定	
居宅介護支援事業所	
ケアマネージャー	
障害者手帳	

K. 療法士 コメント	
①	最高歩行能力＝
②	プログラム＝
③	訓練時間・問題行動＝
④	既往歴・合併症＝
⑤	説明内容＝
⑥	その他(荷重制限等)＝

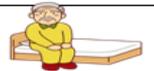
L. 看護師 要約	
<入院中の経過> 年 月 日入院 月 日:パルン抜去、月 日:全抜糸	
<問題行動に対する対処>	
<その他>	

G. 転院時の状態(平成 年 月 日 退院)	
日常生活自立度	
認知症老人自立度	
日常生活機能評価	/19

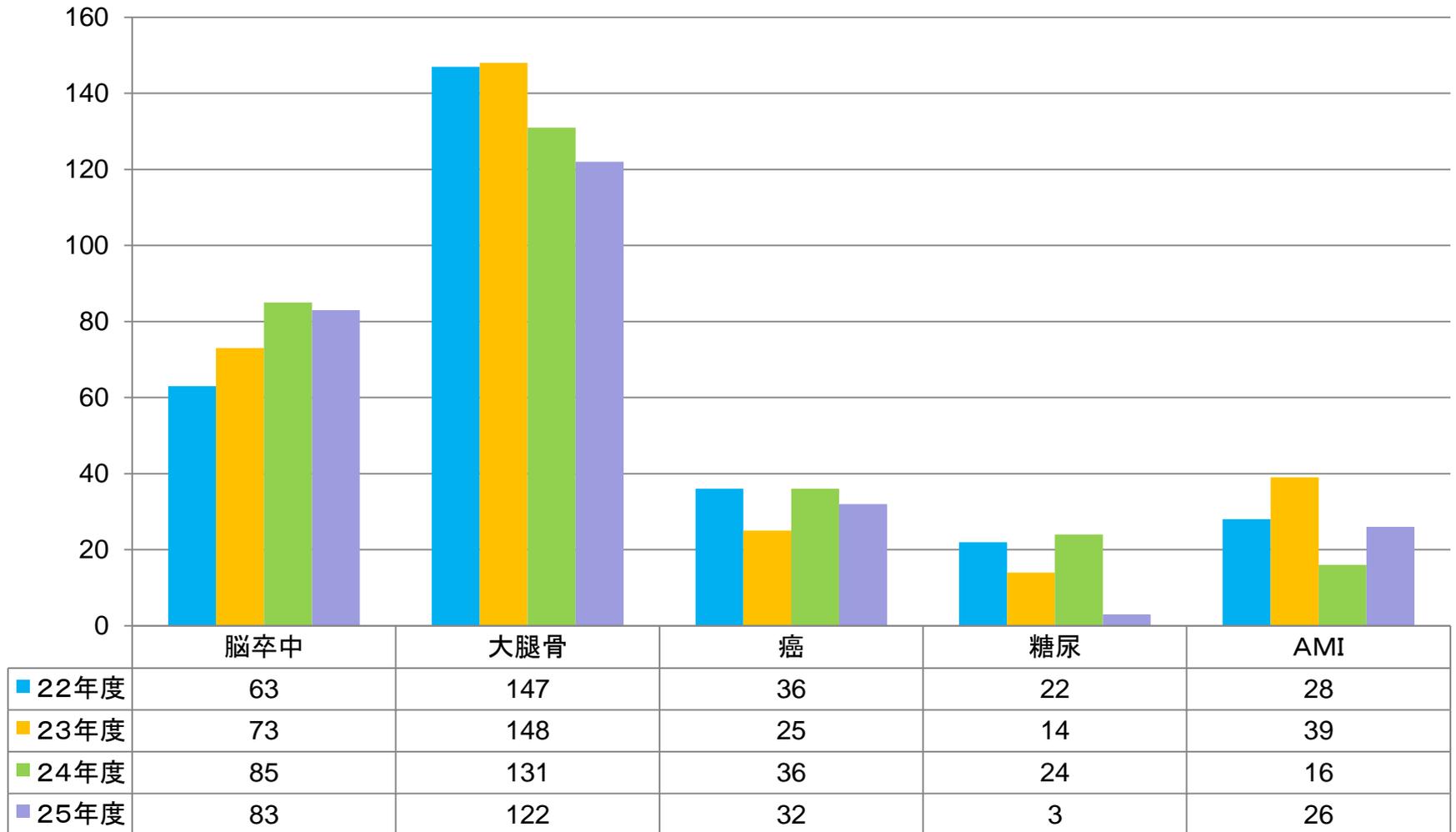
H. 退院時ADL			
食事			
排泄			最終排便日
更衣			
清潔			
眠剤			
問題行動			
	I. しているADL	J. できるADL	
起居動作			
移乗動作			
移動			
本人・家族の意向			

M. 次回受診日 年 月 日

尾道市立市民病院

現状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
目標	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ステップ: 当てはまるものにそれぞれ印をして下さい						
	ベッド上	座位	車椅子	歩行器	杖歩行	独歩

地域連携パスの件数



尾道地区システム連携(IDリンク)

- ICTネットワークで急性期病院と開業医とがカルテの一部の情報を共有(検査データ・画像等)
- 総務省医療介護連携支援のための健康情報活用基盤構築の実証実験(通称天かける)に参加
- 尾道地域医療連携推進特区に平成24年3月9日付で認定

ログオフ

カレンダー表示

文書一覧

画像一覧

ファイル一覧

期間一

退院時サマリー

患者 () 女性 歳 ヶ月

内服薬

注射

採血

今日へ移動

2007	01/08 (月)	01/15(月)	01/22(月)	01/29(月)	02/05(月)	02/12(月)	02/19(月)	02/26(月)	03/05(月)	03/12(月)	03/19(月)
期 間	[Timeline bar]										
処 方											
注 射											
検 査											
画 像											
レポ-ト											
健 診											
ノ-ト											

レントゲン

院外薬局・訪問看護 等

総務省 「健康情報活用基盤構築事業」医療介護連携支援事業



天かける医療介護連携(広島県尾道市他)

～ 地域で家族友人とともに、笑顔で過ごしたい 高齢化社会のサポートシステム ～

協力: 尾道市医師会、NPO法人 天かける、NEC

※特定非営利活動法人 天かける <http://amakakeru.jp/>より引用

退院支援における地域医療連携

- 急性期病院から、切れ目のない適切な医療・看護・福祉サービスを提供されるようにすること。
- **急性期病院多職種**や地域の医療機関また在宅での介護サービスの多職種が同じ目標に向かって、それぞれの役割を果たす。

訪問看護ステーション管理者会議

- 2ヶ月に1回 医師会館で開催
- 現状の問題点
- 情報共有・意見交換
- 事例検討
- 研修報告
- 勉強会の予定
- 在宅で使用する吸引器の指導の統一
パンフレットの作成と活用

退院後一ヶ月の情報提供用紙

- 患者の基本情報（介護保険など）
- 現在の生活場所
- 退院後の生活状況（ADL・医療処置など）
- 退院指導について
（良かったこと・不足したこと）
- 退院後の問題点
- 入院・施設への希望や連携上の改善や課題

院内連携



退院支援患者の選択

- 医療管理・医療処置が継続する場合
- ADLが低下し在宅ケアに援助を要する場合
- 癌の終末期や難病等、病状が進行する場合
- 経済的な問題・家族背景・認知症がある場合
- 在宅での療養管理が不十分で入退院を繰り返す場合

退院支援のプロセス

- 病棟Ns ⇒ 退院支援計画書を作成
- 地域医療連携室へ支援依頼(外部・医師・コ・メディカルからの依頼もあり)
 - 病棟・電子カルテから情報収集
- 患者・家族と面談、方向性の確認
 - ⇒在宅支援への計画・調整
 - 院内の多職種との情報共有
 - 院外の関係機関とコンサルテーション
 - 必要時**退院前ケアカンファレンス**開催
 - ⇒転院支援(地域の医療機関へ転院調整)

連携室のカンファレンスの予定

	月	火	水	木	金
午前				毎週7:30～整形外科カンファレンス	
午前		毎週火曜日 11:00～脳神経外科カンファレンス			
正午					
午後			奇数週13:00～脳神経外科リハビリカンファレンス	毎週14:00～循環器内科カンファレンス	
午後				毎週14:30～緩和ケアアラウンド	
午後	第2, 4月曜日 17:00～整形外科カンファレンス				

CCUでの循環器内科カンファレンス

循環器内科医師・病棟看護師・心不全認定看護師
リハビリ・薬剤師・地域医療連携室・管理栄養士

当院の取り組み

在宅支援看護師の目的

- 入院前から入院期間にかけて在宅を見据えた看護ケアに取り組み、スムーズな在宅支援につなげる。
- 連携室とともに、院内における看護連携を更に強化。在宅支援への意識が高まり、院内全体が在宅に向けて満足される良質な退院支援ができるシステムを構築する。
- 結果的に在院日数の短縮ができる。

在宅支援看護師の活動

- 各部署(外来・病棟)に配置
- 月に1回ミーティング
事例検討、各部署の問題点の話し合い、
勉強会(介護保険、施設入所基準について等)
- 患者のQOLを低下させないアセスメント
- セルフケア能力を高める工夫を検討
- 必要時在宅へ訪問
- 退院患者全員に電話連絡

「尾道方式」

退院前ケアカンファレンス

カンファレンスに参加する職種

- 医療職（病院・診療所・訪問看護ステーション
調剤薬局など）
- 介護職（ケアマネ・老人保健施設・介護サービス
事業所・特養など）
- その他（障害者サポートセンター・民生委員
行政職員・保健師・宗教関係者）

退院前カンファレンスの目的

- 患者・家族が安心して在宅へ退院できるようにする

- 急性期病院から「切れ目のない」

医療・看護・福祉・介護サービスを提供する

(具体的な内容)

15分間

○予測される問題についての確認

○多職種の情報交換・情報共有の場

○方向性の理解と納得

再確認の場

ケアカンファレンスの在り方

- 退院前カンファレンスは多職種協働カンファレンスである。
- 院内での治療・ケアを総括し、『患者』から『日常生活者』へ移行していくための情報共有と治療・ケアの連続性の保証の場である。
- 患者側からみれば『依存』から『自立』への移行である。

（自立の本来の意味：支え合って生きること）

重要な視点

ケアカンファレンスの流れ

～事前準備～

- ケアマネジャーにサービス調整を依頼
 - 患者さん・ご家族の希望、活動能力、退院後に必要なケアについて確認を行う
- ケアマネジャーが病棟訪問
 - プラン作成に必要な情報収集
 - 退院前に確認しておくべき事項

ケアカンファレンスの流れ

～開催連絡～

- **院内**⇒多職種関係者に開催連絡
(医師・病棟Ns・薬剤師・栄養士・リハビリ
臨床心理士・透析Nsなど)
⇒資料準備
- **院外**⇒ケアマネから事業所等へ開催連絡
(訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハ
福祉用具・施設関係者・民生委員など)
⇒サービス計画書(前もって提供)

ケアカンファレンスの流れ

～開 催～

1. ケアカンファレンスの目的紹介
2. 参加者自己紹介
3. 病院スタッフより、入院中の経過やケアについて説明
4. 在宅主治医から疑問点等の確認
5. ケアマネジャーからサービス計画を説明
6. 在宅介護サービス事業者等からの質問
7. 患者さん・ご家族からの疑問点、希望等

ケアカンファレンスの効果

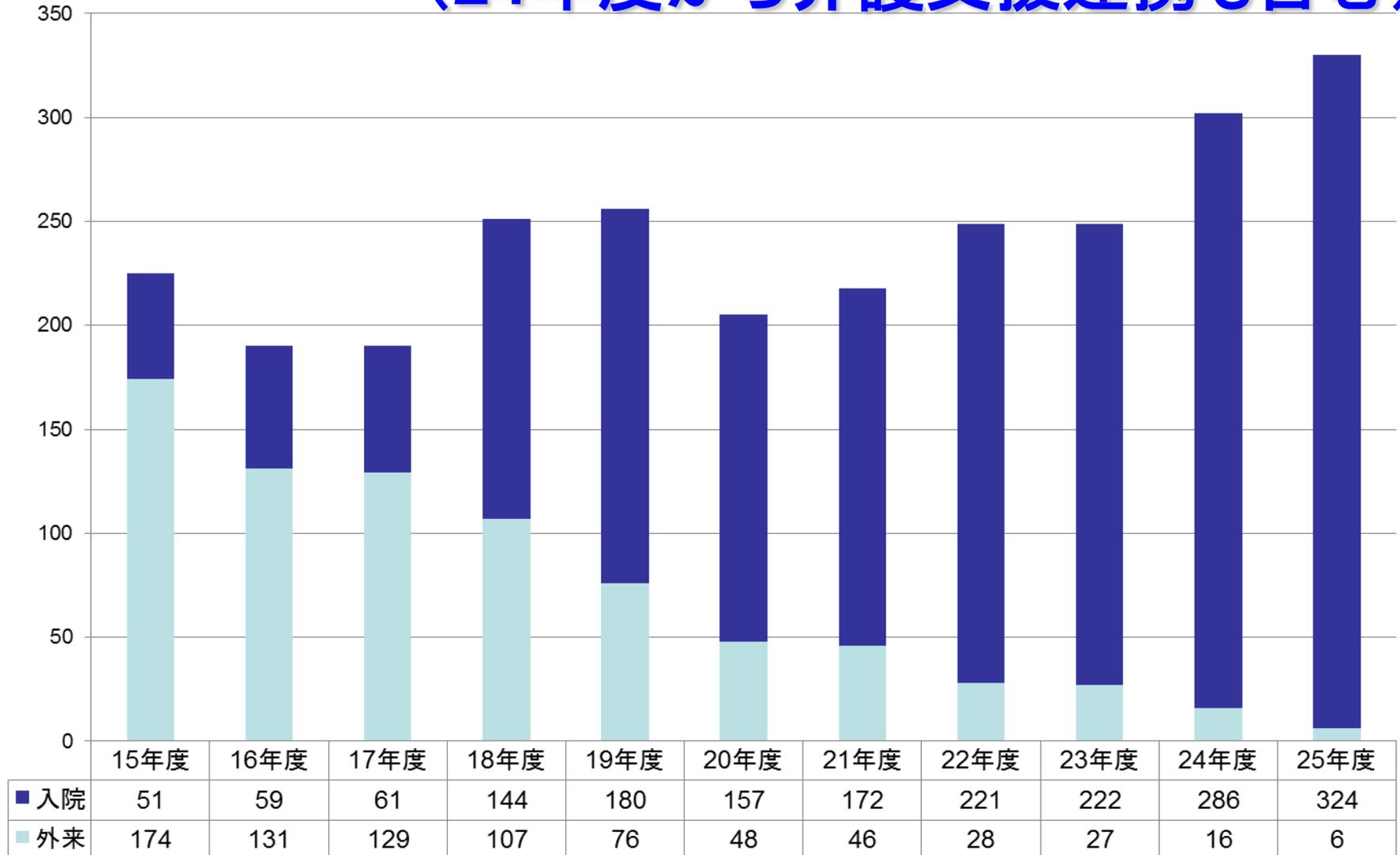
- 関係者が一堂に会する
 - 患者さん・ご家族の思い、ケアのポイント、緊急時の対応等について共通認識を持つことができる。
- 「顔の見える」連携
 - 患者さん・ご家族にとって在宅生活を支えるチームを知ること、退院後の生活に安心感を得ることができる。
 - チームのメンバー同士、また病院スタッフと在宅チームとのコミュニケーションを促進することができる。

ケアカンファレンスの 過程で得られるもの

- 「顔の見える」連携
 - 各スタッフ間のコミュニケーションが促進され、今後の連携をスムーズに行うことができるようになる
 - 医療スタッフ・介護スタッフ相互のレベルアップにつながる
- 患者さん・ご家族の安心できる在宅生活
 - 在院日数が短縮化に伴い、退院時の医療依存度は高くなっている
 - 必要な医療ケアは何か、誰がそのケアを行うのかを明確にし、確実に在宅生活につなげていく。

ケアカンファレンスの件数

(24年度から介護支援連携も含む)



開放病床

- 地域医療連携の一環として、入院ベッドの無い在宅主治医が、当院のベッドを利用することを開放病床という。それにより、在宅主治医も当院で主治医とともに患者を診察、加療することができる。
- 退院後に、在宅主治医は入院経過を熟知した状況で診察できる。

事例紹介

事例① 60歳 女性

病名：筋萎縮性側索硬化症(ALS)

経過：1995年 診断

2009年 気管切開、胃瘻造設

2010年 人工呼吸器装着

現在 在宅療養中

寝たきり(四肢は動かない)
呼吸障害あり

- かかりつけ医の往診(連携)
- 毎月1回 人工呼吸器の回路交換・往診

事例① 退院前ケアカンファレンス

- 2009年(気管切開後)と2010年(人工呼吸器装着後)の退院前にカンファレンスを実施
- 参加者は約20名

院内

主治医(2名)・病棟師長・看護師・薬剤師
理学療法士・管理栄養士・MSW・連携室看護師

院外

在宅主治医・ケアマネ・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・通所介護・福祉用具・在宅酸素・介護タクシー

事例① 退院前ケアカンファレンス (2009年)

- 主治医：現在の状態と今後の状態変化について
- 病棟看護師：入院中の状態やケア内容・注意点・気管のチューブ交換の今後の予定など
- 栄養師：食事の形態や在宅での方法、補助食品
- 薬剤師：内服の説明と注意点・吸入液について
- 理学療法士：現状と在宅でのリハビリの程度
- 在宅主治医：胃瘻や呼吸器に対する本人の希望の確認
- ケアマネ：サービス計画について
- 訪問看護：排泄・吸痰・呼吸状態等の質問(医療保険で)
- 訪問入浴：週に2回を計画
- 福祉用具：吸引器・吸入器・パルスオキシメーター購入
- 短期入所やレスパイトケアについて
- 緊急時の対応について 等

少し動く足先を使って入力された文章

こんにちは
いつも、お世話になります。

体の調子も良く、食事も少しずつ
しています。

ラコール、1, 2, 2です。おや
に、豆乳や乳酸飲料を100注入
す。

呼吸器、医療器さんが来られ、親

事例② 89歳 男性

(緩和ケア終末期の在宅支援)

病名: 前立腺がん(本人告知済み)

経過: 2002年 前立腺摘出術後化学療法
再発

2010年 がん疼痛あり

放射線治療・薬物療法実施

余命6ヶ月と医師から告知され・・・

- 患者の思い: 痛みの不安・在宅へ帰りたい
- 家族の思い: 在宅介護の不安から入院希望

事例② 支援内容

- 患者・家族への身体的・精神的アプローチ
緩和ケア（院内多職種・地域の多職種）
- 在宅主治医への情報提供と連携
- ケアマネとの連絡・連携
- 理学療法士とケアマネの退院前在宅訪問



退院後 在宅訪問（多職種）

事例②ケアカンファレンス参加者

- 当事者 本人・家族

- 院内

主治医・看護師長・看護師・理学療法士・薬剤師・栄養士・緩和ケア認定看護師・臨床心理士・連携室看護師

- 院外

在宅主治医・在宅医院看護師・ケアマネ・訪問看護・福祉用具

事例②ケアカンファレンスの内容

- 主治医 : 病状の経過
- 看護師 : 疼痛の管理
- 理学療法士 : 在宅での療養状況
- 薬剤師 : 薬剤内服の管理
- 緩和認定看護師 : 疼痛コントロール
- 栄養師 : 食事
- ケアマネ・訪問看護・福祉用具から計画など
- 患者・家族の希望や思いなど
- 緊急時の対応について

事例② 在宅での看取り

- 10:00 在宅主治医から連絡(緩和看護師へ)
下血あり・血圧低下・意識はある
- 15:50 在宅へケアマネと一緒に訪問
(連携室・緩和認定看護師・臨床心理士)
本人と面会
(会話にはならないが意識はあった)
- 15:55 眼球上転・呼吸不規則⇒呼吸停止
- 16:08 死亡確認(在宅主治医)

終末期患者の在宅支援

- 退院調整に無駄な時間をかけない
＝在宅で過ごせる貴重な時間を奪わない
- 病院でサービス調整をすべて完結する必要はない(在宅主治医でカンファレンスをするともある)
- 担当ケアマネジャーと連携する

これまでの連携・信頼があってこそ実現する在宅支援

ご清聴ありがとうございました

参考文献・ホームページ等

- 尾道市(2014年)、『平成26年度 尾道市主要事業の概要』
- 尾道市(2014年)、『わたしたちのまちの介護保険』
- おいしい！こだわりのヘルシーグルメin Onomichi、
〈<http://www.ononavi.jp/information/healthy-gourmet/>〉 (2014/5/8アクセス)
- 特定非営利活動法人 天かける、
〈<http://amakakeru.jp/>〉 (2014/5/8アクセス)