

# 看護協会が取り組む在宅医療連携拠点事業 ～多職種連携推進のための基盤づくり～

---

平成25年3月23日



公益社団法人  
茨城県看護協会  
Ibaraki Nursing Association

# 茨城県及び水戸市の概要

## ●茨城県

- ・人口：約294万人
- ・高齢化率：24.0%
- ・市町村数：44市町村
- ・地域包括支援センター数：57箇所  
(直営54.4%、委託45.6%)
- ・医療圏数：9
- ・医師数：166.8人※<sup>1</sup> (46位※<sup>2</sup>)
- ・看護職員数：914.4人※<sup>1</sup> (42位※<sup>2</sup>)
- ・在宅療養支援診療所数：5.8箇所※<sup>1</sup> (39位※<sup>2</sup>)
- ・訪問看護事業者数：4.1箇所※<sup>1</sup> (43位※<sup>2</sup>)
- ・在宅死亡者数：137.7人※<sup>1</sup> (38位※<sup>2</sup>)

※<sup>1</sup>：人口10万に当たりの数

※<sup>2</sup>：全国順位(多い順)

※<sup>3</sup>：水戸医療圏の数



## ●水戸市

- ・人口 約27万人
- ・高齢化率 22.9%
- ・地域包括支援センター数：1箇所(直営)
- ・医師数※<sup>3</sup>：209.8人※<sup>1</sup>
- ・看護職員数※<sup>3</sup>：1,194.9人※<sup>1</sup>
- ・在宅支援診療所数※<sup>3</sup>：6.5箇所※<sup>1</sup>
- ・訪問看護事業者数：11箇所
- ・在宅死亡者数※<sup>3</sup>：135.4人※<sup>1</sup>



# 23年度までの取り組みで明らかとなった課題 ～訪問看護の推進事業を通して～

## 1. 相談対応（サポートセンター）の強化

- コーディネーターの質の向上（報酬、経営・運営支援等も含めた相談機能）
- 出向くサポートセンター

## 2. 多職種との連携強化

- 居宅支援事業所、医療機関との連携強化
- 歯科医師、薬剤師、理学療法士、作業療法士等との連携

## 3. 病院と訪問看護ステーションの連携強化

- 入院時から始まる切れ目のない支援のための連携システムの構築
- 専門看護師、認定看護師との連携ができる仕組みづくり

## 4. 訪問看護師確保の支援

- 多様な勤務形態導入推進を通しての就業支援
- 訪問看護師の臨床研修支援システムの構築

## 5. 行政の課題

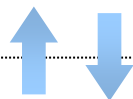
- 在宅医療の推進のための窓口の設置
- 訪問看護ステーションのない市町村におけるサービス提供体制の構築
- 訪問看護の推進（ステーション支援、人材確保支援）のための予算確保

# 事業実施体制

## 推進協議会

【委員】15名 ※**全県の在宅医療関係者**  
水戸保健所長（会長）、学識経験者（副会長）、  
県、水戸市、医師会（県・市）、職能団体  
（歯科医師会、看護協会、理学療法士会、  
訪問看護ステーション連絡協議会、  
ケアマネジャー協会、薬剤師会、介護福祉士会）  
医療機関（医師）

【実施時期】9月、3月



## 検討部会

【委員】13名 ※**市内の在宅医療関係者**  
学識経験者（部会長）、市医師会（副部会長）、  
水戸市、職能団体（歯科医師、理学療法士、  
作業療法士、ケアマネジャー、介護福祉士、  
薬剤師、訪問看護師）、医療機関（退院調整  
看護師）、サポートセンター相談員

【実施時期】9月、10月、11月、  
1月、2月

### 【役割】

事業概要の計画（事業目標・計画）、事業効果の評価

### 【協議事項】

- 事業目標・事業計画・スケジュールについて
- 在宅医療の現状と課題について
- 事業実施結果について
- 次年度以降の事業の方向性について

### 【役割】

計画された事業の実施に向け内容を具体化、  
実際の活動から現場の課題等を集約し協議会へ提言

### 【協議事項】

- 事業目標・事業計画・スケジュールについて
- 水戸市における在宅医療の現状と課題について
- 論点整理（案）について
- 事業実施内容について  
（在宅療養支援システム構築事業、在宅医療に関する意識調査、  
在宅医療関係機関リスト（マップ）の作成、訪問看護サポートセンター  
事業、地域住民への普及啓発事業、災害発生に備えた体制整備等）
- 推進協議会への報告について

# 課題抽出及び計画立案の過程

## 1. 情報収集（実態把握）

- 推進協議会（第1回）・検討部会（第1回）で情報収集

## 2. 原因の検討、課題の抽出

- 検討部会で原因の検討及び課題の整理
- ニーズ調査（意識調査）の実施

※2、3は同時並行

## 3. 計画立案、事業実施

- 検討部会で地域の中長期的方策を検討
  - 「退院調整機能の強化」、「サポートセンター機能の強化」、「人材確保支援」、「情報共有体制の整備」、「災害発生に備えた体制整備」の5つを基本方針とし、中長期方策を策定。
- 24年度事業目標の設定、計画の修正
  - 前述の中長期方策にあわせ、これまでの経緯や優先順位、他機関での取組状況等を踏まえ、事業計画を修正。
- 事業の実施（病院～在宅への移行支援、訪問看護サポートセンター、ガイドの作成、地域住民への普及・啓発、災害発生に備えた体制整備）

次年度以降の活動に反映

## 4. 事業活動の評価

- 推進協議会（第2回）・検討部会（第5回）で意見収集

# 現状・課題の整理「1. 退院調整機能の強化」

## 現状

- 入院期間中にADLが著しく低下してしまう。
- 退院時の患者・家族の不安が大きい。
- 退院調整を行う中で困難さを感じることが多い。  
例) 独居・日中独居、家族が在宅を拒否、複数の疾患を合併、入退院を繰り返す
- 退院時のアセスメント・支援が不十分なことが多い。

## 課題

- 入院中から退院を想定した関わりが必要。
- 患者や家族に対し、退院前に病気や在宅サービスについての十分な説明が必要。
- 退院時のアセスメントが重要。
- 退院調整看護師のみならず病院全体、病院のみならず地域も含めた関係者により、患者・家族（介護者）・環境等のアセスメントが必要。
- 在宅へスムーズに移行するための仕組みづくり（連携システム）が必要。

## 方策

- 1) 退院に向けたアセスメント体制整備  
例) 実態把握（ニーズ調査の実施）  
入院時からの退院支援体制の在り方検討  
多職種・多機関によるアセスメント体制の構築  
在宅関係者の入院時訪問の推進  
退院時カンファレンス開催の推進
- 2) 病院スタッフと在宅スタッフの同行訪問の推進
- 3) 事例検討会の開催

※朱書きは、今年度実施した事業（本事業に位置付けていない事業も含む）

# 現状・課題の整理「2. サポートセンター機能の強化」

(関係機関へのサポート)

現状	<ul style="list-style-type: none"><li>○専門職同士の顔合わせの機会が少なく、コミュニケーション不足。</li><li>○各専門職の役割や介入による効果が他の職種に十分理解されていない。</li><li>○医療機関・事業所の規模や取組意欲の格差が大きい。</li><li>○各職能団体において在宅の相談窓口を設置するも、他の職種への周知が不十分。</li><li>○ケアマネジャーにとって医師への連絡は敷居が高く、連絡調整がうまくいかない。</li><li>○有床診療所や訪問看護ステーション等在宅医療を支える資源が減少傾向にある。</li></ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"><li>○サービス関係者が顔をあわせ、コミュニケーションを図ることが必要。</li><li>○往診医が不足する中、関係機関の役割を明確にし、連携を強化することが必要。</li><li>○ケアマネジャー等から、医療的な相談を受ける体制の構築が必要。</li><li>○地域で患者を受け入れるための資源の整備が必要。</li></ul>
方策	<ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>連携会議、多職種合同研修等顔の見える関係構築の場の確保</b> 例) <b>連携会議の開催</b> カンファレンス・多職種合同研修会等の実施状況の把握及び開催</li><li>2) <b>在宅療養に関する総合相談機能の強化</b> 例) <b>在宅医療関係職種のニーズ調査(実態把握)</b> 関係団体相談窓口との連携による在宅医療についての総合相談体制の構築 困難事例に対する相談・支援体制の構築</li><li>3) <b>在宅医療資源の確保</b> 例) 在宅ケアチームの形成支援 <b>訪問看護ステーションの運営・設立支援</b></li></ol>

# 現状・課題の整理「2. サポートセンター機能の強化

（患者・家族・住民のサポート）」

現状	<p>○核家族化や独居の増加により、家族の介護力が低下している。</p> <p>○がん末期などの医療依存度の高いケースについてはレスパイト入院ができず、特に介護者の負担が大きい。</p> <p>○市で「一人暮らし高齢者実態調査」を実施したところ、独居高齢者は約6700名で、そのうち8割が「現在住んでいる地域に住み続けたい」と回答した。</p>
課題	<p>○介護者の負担の軽減が必要。</p> <p>○医療・介護のみならず、高齢者の生活基盤を支援する仕組みが必要。 →地域包括ケアの視点から、市民を巻き込んでの活動が必要。</p> <p>○今後特に増加が予想される認知症については、住民サポーターを積極的に増やすことが必要。</p>
方策	<ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>レスパイトケアの充実</b> 例) <b>複合型サービスの開設等新サービスの普及</b> 介護者の負担軽減支援の在り方検討</li><li>2) <b>地域住民への普及啓発</b> 例) <b>実態把握（ニーズ調査の実施）</b> 地域住民への啓発の在り方検討（住民が望む生活のための支援内容の検討） 在宅医療についての普及啓発（出前講座等） <b>高齢者の居場所づくり、身近な相談場所の提供</b></li><li>3) <b>地域住民参加による支えあいネットワークの構築・充実</b> 例) 本県独自の地域ケアシステム等既存システムとの役割整理 <b>認知症サポーター等住民ボランティアの養成支援</b> <b>住民ボランティア活動支援（例 シルバーリハビリ体操教室普及支援）</b></li></ol>



# 現状・課題の整理「3. 人材確保支援」

## 現状

- 訪問診療医が少なく、在宅での看取りが困難となっている。
- ここ5,6年の間に訪問看護が充実し、医師の負担が軽減したと感じている。
- 訪問看護師を募集しても応募が少ない。
- 在宅医療従事者の知識・技術・意欲は様々であり、格差が大きい。
- 基礎資格が福祉職のケアマネジャーが多い中、ケアプランに医療的な支援をどれだけ組み込んでいるのか、実態が把握できていない。
- 医療ニーズの利用者が増える一方で、介護職の医療に関する知識の不足が課題。
- 施設では20代の若い介護職も多く、看取り後の精神的ダメージが大きい。
- 医療依存度が高いケースは、小規模の訪問看護ステーションでは負担が大きい。

## 課題

- 在宅医療の人材確保が必要（往診医、訪問看護師等）。
- 病院全体のコミュニケーション力、看護の質の向上が必要。
- 在宅医療従事者の知識や技術の標準化が必要。
- ケアマネジャーが疾患も含めトータルでアセスメントができるよう教育や支援が必要。
- 各職種での研修に加え、多職種共催の研修が必要。
- 医療依存度の高いケース等、複数の訪問看護ステーションによる共同の支援が必要。

## 方策

- 1) **在宅医療に従事する人材確保**  
例) 在宅医療に従事する医師及び**訪問看護師の養成・確保**
- 2) **在宅従事者等の質の向上**  
例) **各職種の専門能力の向上（生活の視点を踏まえた専門知識・技術の習得）**  
**多職種協働研修会、ケースカンファレンスの開催**
- 3) **在宅医療従事者の負担軽減支援**  
例) **複数の訪問看護ステーションでのケア提供支援**

# 現状・課題の整理「4. 情報共有体制の整備」

現状	<ul style="list-style-type: none"><li>○専門職同士が顔合わせる機会が少ない。（再掲）</li><li>○各団体で在宅医療の取り組みを行っているが、その情報を共有できていない。 例）居宅介護支援事業所に、訪問診療を行っている医療機関のリストが無い。 訪問歯科診療協力歯科医師が約40名いるが、関係者に周知されていない。</li><li>○ケースの情報の共有が不十分な場合がある。 例）入院中の情報が在宅関係者に、在宅の情報が病院関係者に十分に伝わっていない</li></ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"><li>○土日・祝日、夜間にサービスを提供している事業者の情報が十分でない。</li><li>○各機関・団体の取り組みがより分かりやすくなるようなツール（マップ等）が必要。 また、その内容について、リアルタイムに共有できる仕組みが必要。</li><li>○個々のケースについてより情報共有がしやすくなる仕組みが必要。</li></ul>
方策	<ol style="list-style-type: none"><li>1) 多職種協働による在宅医療提供体制の構築（ネットワークの構築） 例）県及び市単位での意見交換、情報共有を目的とした連携会議の開催 （推進協議会、検討部会、拠点事業者情報交換会等の開催）</li><li>2) 在宅医療資源情報の共有・発信 例）在宅医療機関リスト・マップの作成 わかりやすい情報発信の仕組みづくりの検討</li><li>3) 個々のケースについての情報共有の在り方検討 例）情報共有の現状・課題整理 ITを活用した情報共有モデルの検討・実施</li></ol>

※朱書きは、今年度実施した事業（本事業に位置付けていない事業も含む）

# 事業内容と得られた効果（サポートセンター事業を除く）

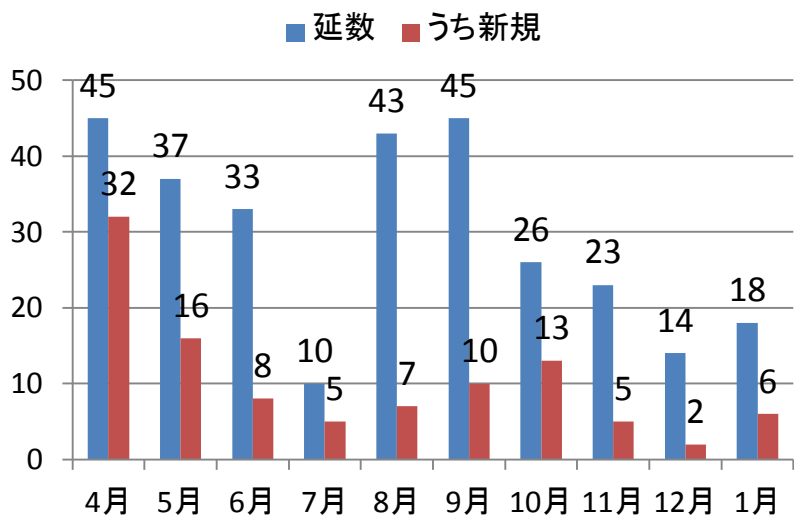
事業内容	取組内容	得られた効果
病院から在宅への移行支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病院看護師と訪問看護師の同行訪問</li> <li>2. 事例検討会の開催</li> <li>3. 在宅療養移行に向けたモデルシステムの検討</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○病院看護師と訪問看護師の同行訪問によるメリットを明らかにできた。</li> <li>○顔の見える関係を構築できた。</li> <li>○病院から在宅への移行の現状と課題を明らかにすることができた。</li> </ul>
ガイドの作成	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 在宅医療・介護のガイドの作成（マップ、サービス提供状況等）</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域の資源（分布状況を含む）を在宅医療・介護関係者が把握できる。</li> <li>○多職種連携をとる際の地域資源の選択、連携に活用できる。</li> </ul>
住民への普及・啓発	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 出前講座の実施</li> <li>2. まちの保健室の開設</li> <li>3. シルバーリハビリ体操教室の開催</li> <li>4. 市内イベント等での普及啓発活動</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域住民の交流の場、気軽に相談できる場を提供することができた。</li> <li>○在宅療養のイメージ及び介護保険について周知が図られた。</li> <li>○住民による住民のための健康づくりを広めることができた。</li> </ul>
災害発生に備えた体制整備	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 災害発生時に備えた必要備品</li> <li>2. 災害発生時に備えたネットワークの整備</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○災害発生時、職能団体及び訪問看護ステーションとしての機能を維持するための準備ができた（ライフライン等）。</li> <li>○災害発生時に備え、行政及び関係団体間のネットワークを構築することができた。</li> </ul>

# 具体的取組例：訪問看護サポートセンター事業

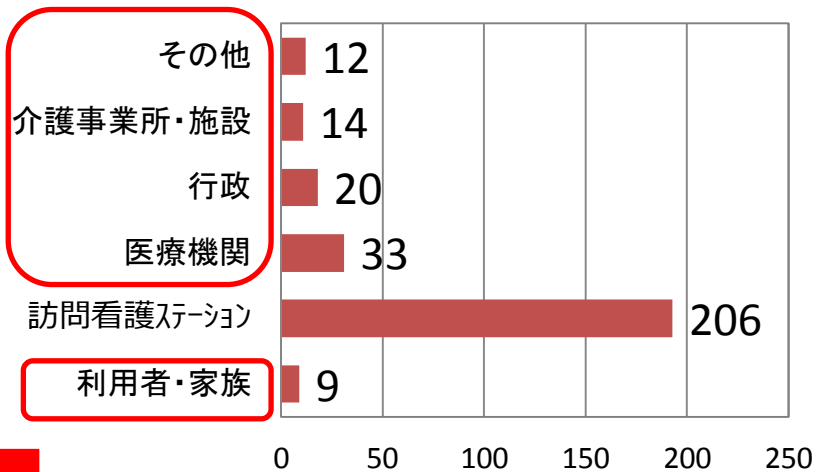
## 1) 在宅医療・訪問看護に関する相談対応

### 《相談実績》

→在宅医療・訪問看護についての相談機能を担っている



相談件数 経路別



### 《相談内容例 (相談経路別)》

相談経路	内容例
訪問看護ステーション	届出・算定関係、状況に応じた指示書の種類や要否、ヘルパーの痰の吸引、サービス内容の可否（法律・算定適応）、他機関との連携の困りごと
利用者・家族	新規利用の相談、病状のこと、サービス利用上で困ったこと（訪問看護ステーションを変更したいが医師から指示書がもらえない、訪問看護利用上の不安）
医療機関	届出・算定関係、研修について、訪問看護ステーション開設支援
行政	書類・請求関係、サービスの妥当性、アンケート内容
介護事業所・施設	届出・算定関係、運営に関すること、人間関係

## 《連携に関する具体的相談内容の例》

相談者	相談内容	サポートセンターの支援内容
病院	人工呼吸器装着の患者を退院させるにあたり、どのようなサービスが必要となるか。 ケアマネジャーは「介護保険の支給限度額に収まらないため、自立支援サービスと併用をしたい」と話している。	退院カンファレンスに参加。 訪問看護については、医療保険が適応（1日3回まで）となるため、介護保険と医療保険の併用が可能であること、近所に訪問看護ステーションがあること等を情報提供。
病院	現在、入院中の患者で、自宅近くで対応可能な往診医、訪看STが見つからずに困っている。	近隣の市に範囲を広げ、対応可能な診療所、訪看STを紹介。
利用者	週2回の訪問看護（PT）を利用していたが、訪看STとの関係がうまくいかないため、訪看STを変更したい。 しかし、PTによるリハビリはその訪看STで継続したい。	訪看ST管理者に状況確認を行い、その後、訪看STにアドバイスをを行い、調整を図る。 （本人は精神疾患あり） 最終的に、本人、家族、訪看、精神病院の看護師、PT等が集まり、カンファレンスを開催。（現在も支援は継続）

→利用調整機能、ケアマネジャー等からの医療に関する相談機能、連携で困った際の調整機能（ケースマネジメントの後方支援）等を担うことができた

## 2) 複数の訪問看護ステーションの連携によるケア提供支援

### 《実績》

2ケース（1ケースあたり、2訪問看護ステーション）

## 3) 訪問看護ステーションの開設支援

### 《支援実績》

3機関（医療機関2箇所、株式会社1箇所） → 市内の訪問看護ステーション数が、  
→うち、2箇所は開設済み（市内 9箇所から11箇所）に増加。

### 《支援内容例》

- 開設業務全般の相談  
例 開設準備のタスク、スケジュールの作成
- 開設に係る書類作成の相談  
例 申請書・契約書・運営規定・収支決算書・人件費算出基準等の作成
- 必要物品や運営等に関する相談  
例 システム、必要物品等の準備内容
- 職員の確保・研修に関する相談  
例 職員採用前後の作業、職員研修の内容
- 訪問看護ステーション管理者業務についての相談

→訪問看護ステーションの立ち上げから軌道にのるまでの様々な相談に対応。

## 25年度に向けた課題

- 在宅医療推進のための基盤（ネットワーク）の強化
- 協議会及び検討部会の委員の選定
- 市のビジョン（総合計画等）と在宅医療・介護の関係付け
- 市民と共に考え取り組む活動