

在宅医療・介護連携推進の取り組み

目指す姿: 住み慣れた地域の中で、療養場所の不安がなく、最期まで安心して過ごせる江津市

連携の段階	目指す姿	現状	R3～R4年度の取り組み
<p>療養の場が変わる際の連携 (入退院支援)</p>	<p>1. 医療と介護の両方を必要とする高齢者が希望する場所で生活できる</p> <p>(退院支援に関わる病院関係者が退院後の生活がイメージでき、多職種が関わることで在宅で過ごすための支援について提案できる)</p>	<p>○浜田圏域入退院支援マニュアル、江津市版別冊を活用しながら連携の推進を図っている。コロナ禍で面談の機会が少ない、退院前の在宅訪問が出来ないなどの課題があり、電話連絡や書面での情報共有が重要になっている。</p> <p>○済生会江津病院においては、退院時に圏域外の施設に退院するケースは減少している。</p> <p>○在宅生活が困難となり、圏域外(川本町は除く)の施設に照会した(R3年度)ケースがある居宅介護支援事業所は約4割だった</p>	<p><b>【取り組み】</b></p> <p>①地域医療連携室と個別のケースの振り返りや関係者の協議の場を持って課題の整理や必要な対策を考える</p> <p>ア)地域医療連携室との連絡会で圏域外への施設調整となったケースについて振り返りを実施(2回/年)</p> <p>(結果)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)本人は在宅を希望していたケースもあり、小規模多機能等他のサービスの提案や在宅に向けた検討がしっかりできていたかを連携室内で振り返る</li> <li>2)高砂ケアセンターが受け入れが出来なかったケースについては、経鼻栄養、センサーマットの使用等があった。圏域外の介護医療院へ退院となったケースが多く、医療依存度の高い人の療養場所について検討が必要</li> <li>3)認知症の人の療養場所にケアマネジャーが困っており、圏域外の施設入所となっているケースがある</li> </ol> <p>イ)訪問看護と連携室の情報交換会(6月)</p> <p>(結果)点滴などの受け渡し、施行サインの流れのシステムが改善された</p> <p>ウ)骨折で入院した超高齢者の在宅復帰に向けた支援(参加:済生会リハ、高砂リハ、連携室相談員、包括、ケアマネ)</p> <p>(結果)老健、包括ケア病棟等お互いの機能やリハの特徴を知ること、入院前の生活や住環境等リハ職との情報共有の必要性を確認。</p> <p><b>【方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ ①の継続</li> <li>▶ 在宅での生活が難しくなってきたケースについて、ケアマネジャーが相談できる体制の強化(包括支援センター、医療介護連携支援センターが相談窓口、つなぎ役となる)</li> <li>▶ 老人保健施設のヒアリングの実施(浜田地区広域行政組合)</li> </ul>
<p>在宅療養を支えるための連携 (日常の療養支援) (急変時の対応)</p>	<p>2. 効果的な医療・介護サービスの提供により、悪化を予防して安定した在宅生活を送ることができる</p> <p>(肺炎・心不全・脱水の予防、必要時に専門職が関われる体制、支援者のアセスメント力の向上)</p> <p>3. 施設がもつ機能を有効的に活用することで、介護者の負担を軽減し在宅療養を支えることができる</p> <p>(老人保健施設、ショートステイ、レスパイト入院など)</p>	<p>○ケアマネを感じる介護度の重度化の原因としては、認知症の悪化、骨折等が多かった</p> <p>○医療介護連携シート等の活用を進め、医療と介護が連携をとって病気の重症化を予防することに取り組んでいる。</p> <p>⇒活用状況のアンケートより、以前よりも連携がとりやすくなったと回答しているケアマネジャーが約4割だった</p> <p>○心不全の悪化による再入院は減少している(済生会江津病院病棟看護師より聞き取り)</p>	<p><b>【取り組み】</b></p> <p>①各部会や研修会で専門職のスキルアップをおこなう</p> <p>【ケアマネジャー部会】…R3.8月「認知症の人の理解」※ R3.11月「心不全の理解」※ R4.8月「急変予兆を見極める」※ R4.10月「認知症の治療について学ぶ」講師:地域型認知症疾患センター(西川病院) 松本 医師</p> <p>【通所・訪問部会】…R3.8月「地域でつなぐ食支援」※ R4.8月「急変予兆を考える」※ ※講師は済生会病院の認定看護師</p> <p>【多職種連携のための勉強会】…R3.11月 講演「江津市での心不全多職種・地域連携に向けて」講師 済生会江津病院 田邊淳也 医師</p> <p>②心不全ポイント等を使った心疾患の管理</p> <p>③セルフマネジメント推進のため、心不全手帳、血圧手帳、生きいき手帳の活用を進める</p> <p>④リハビリテーション専門職の関与により(地域リハビリテーション活動支援事業の活用推進)転倒予防、機能維持のための助言を進める</p> <p>④通いの場でフレイル予防(歯科・口腔機能・栄養を中心)についての啓発を実施(保健事業と介護予防との一体的実施)</p> <p>⑤認知症の重度化予防、家族支援の強化⇒認知症地域支援推進員の配置(東部・桜江)、サポート医、初期集中支援チームの活動</p> <p><b>【方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ スキルアップのための研修会の開催継続</li> <li>▶ 体調の管理ができるように、介護予防手帳等を活用しながら食事や病気の管理を意識した支援をおこなう</li> <li>▶ 通いの場を使って、介護が必要になる前から歯科・口腔、薬の正しい服用などの啓発をおこなう(保健事業と介護予防との一体的実施)</li> <li>▶ 総合事業の通所型サービスにおいて、複合実施プログラム(運動器の機能向上・栄養改善・口腔機能向上)の導入(R4.1月～) 重度化を予防するために、老健の活用等を進めていく</li> <li>▶ 急変時の対応について、現状、課題の把握していく</li> </ul>
<p>人生の最終段階に係る連携 (終末期の支援)</p>	<p>4. 住民が在宅療養生活や看取りについて十分に認識・理解した上で、人生の最終段階における意思決定ができる</p> <p>(医療や介護サービスの選択、人生の最期を過ごす場所など)</p>	<p>○コロナ禍で地域住民への啓発活動は進んでいない。一方で、入院中の面会制限があり、在宅での療養、看取りを希望されるケースは増えている</p> <p>○最期をどこでどのように迎えたいかを確認したことがあるケアマネジャーは約7割だった</p>	<p><b>【取り組み】</b></p> <p>①地域住民への普及啓発</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・出前講座を活用した啓発「わたしの未来ノートのはなし」「自分らしい最期を迎えるために」※講師は済生会江津病院認定看護師</li> <li>・健康づくり活動のリーダーを対象に研修の開催</li> </ul> <p>②専門職のスキルアップのための研修</p> <p>ア)多職種連携事例検討会 R4.7月「心不全終末期を自宅で看取った事例」</p> <p>イ)「高齢者住まい看取り研修会」島根県高齢者福祉課主催(江津市53名の参加)</p> <p><b>【方向性】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 地域住民に向け江津市の在宅医療・療養についての周知をはかる…講演会、ホームページの活用等</li> <li>▶ 専門職のスキルアップに向けた研修会の継続</li> <li>▶ ケアマネによる本人、家族への意思確認の推進のために、タイミングやツール等についての検討</li> </ul>