

むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会活動報告

～橋渡し窓口ネットワーク作りに焦点をあてて～

甲田 久美子¹⁾

要旨：国は、2025年に向けて在宅療養を推進している。2003年から「むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会」を発足し、顔と顔の見えるネットワーク窓口が66箇所構築された。この活動を通じて、医療機関から地域への移行時にシームレスな対応が出来るように問題解決や専門的知識の提供を実施した。

今後も当院の看護職がリーダーとなり地域へ積極的に情報発信していくことが必要。

キーワード：シームレス、ネットワーク、顔と顔の見える関係

NOTE

Activity Report of the Committee for Collaboration between Nursing and Caring in Mutsu, Shimokita Area: Focusing on Creating a Network of Bridging Windows.

Kumiko KOUDA¹⁾

Abstract: The Japanese government has been promoting home care for 2025. The Committee for Collaboration between Nursing and Caring in Mutsu, Shimokita Area was established in 2003, and installed 66 windows in its network where face-to-face contacts are available. Through this activity, we have provided people with problem solutions and professional expertise in order to achieve a seamless process in transferring a patient from a medical institution to a community. We believe it is necessary that nurses in our hospital continue being leaders of transmitting information actively to the community.

Key words: seamless, network, face to face

¹⁾ Regional alliances section, Mutsu General Hospital, 1-2-8 Kogawa-machi, Mutsu, Aomori 035-8601, Japan

Corresponding Author: K. Kouda
(chiiki-ren@hospital-mutsu.or.jp)

Received for publication, August 5, 2016

Accepted for publication, October 5, 2016

¹⁾ むつ総合病院地域連携部

責任著者：甲田久美子

(chiiki-ren@hospital-mutsu.or.jp)

〒035-8601 青森県むつ市小川町一丁目2番8号

TEL: 0175-22-2111 FAX: 0175-22-4439

平成28年8月5日受付

平成28年10月5日受理

はじめに

2015年の介護報酬改定は、さらなる在宅療養の推進、特に医療ニーズのある要介護者が住み慣れた地域での生活を継続するための施策や報酬が示唆されている。

青森県下北圏域（以下、当圏域）には、むつ総合病院（以下、当院とする）の他、2つの病院と5つの診療所でベッド総数が608床であり民間医療機関はほとんど無床である。また、特養や老健、有料老人施設などのベッド数は1050床だがこの先の人口減少や介護保険料の増額も懸念され、新たな増設予定は立っていない。国は2025年に向けて医療費の削減にと在宅療養を推進しているが、24時間365時間看護ケアが出来る体制の医療機関から、在宅療養への退院支援は様々な課題があり、困難となること

が多い。

実際の活動内容

2003年に、当圏域の行政担当者や各拠点病院地域介護サービスの代表者などのメンバーで構成される「むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会」が発足された。

この委員会では、地域連携上の問題提起や解決に向けての話し合い、橋渡し窓口ネットワーク作り、地域への広報、橋渡し研修会の開催などの活動を行っている。この橋渡し窓口は開始当初は33ヶ所だったが、現在、保健所、市町村、病院診療所、介護保険関係施設、居宅介護支援事業所など66ヶ所へネットワークが拡大している。（図1）

橋渡し窓口ネットワークの存在

「ワンストップサービス」：一つの窓口・一度の手続きで各種のサービスを

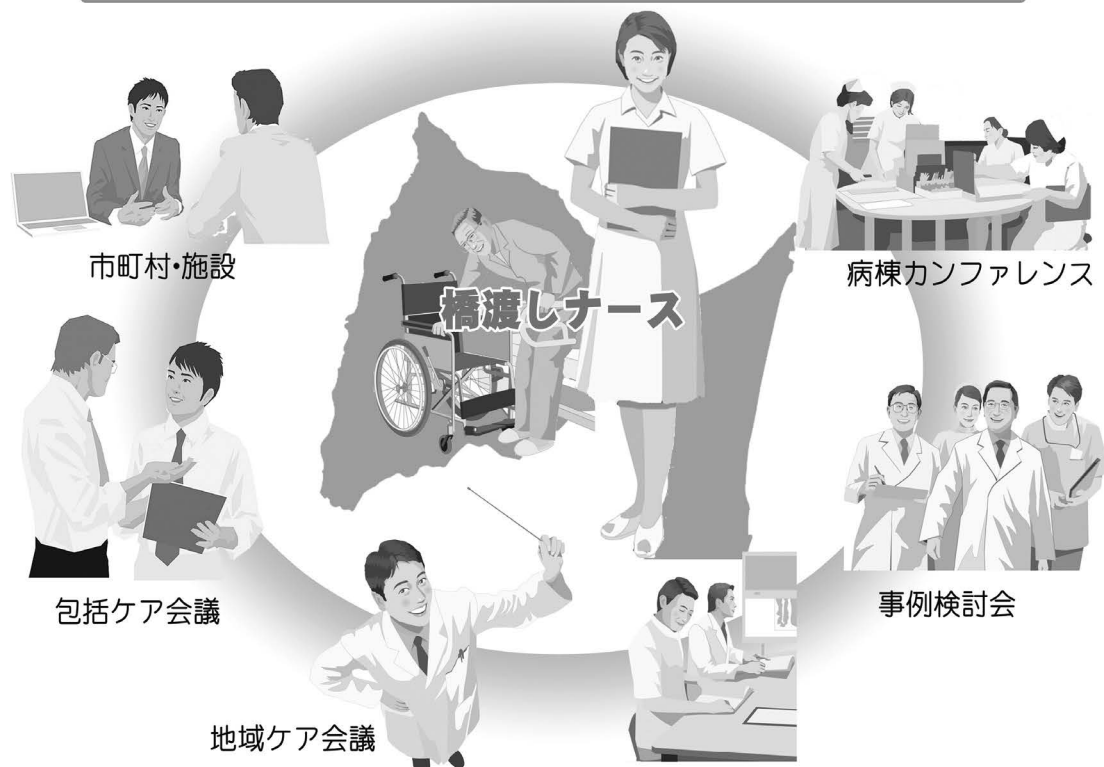


図1：橋渡し窓口ネットワークの存在

橋渡しネットワーク連絡会

回	年度	テーマ
1	2005(H17)	「橋渡し看護職員養成からネットワーク作りまでの経過」
2		「橋渡し看護」の実施状況
3		「地域連携バスの具体的な流れ」・実践報告
4		「地域連携バス活用状況報告」スムーズな地域連携
5	2009(H21)	下北圏域統一「看護情報提供書」
6		がん患者在宅看取りの現状と課題
7		「困難ケースの解決の糸口」
8	2012(H24)	「摂食と嚥下」「褥瘡について」
9		「医療と介護現場での感染予防」
10		「認知症への対応について」
11	2015(H27)	「意思決定支援について」エンディングノート

図2：橋渡しネットワーク連絡会テーマ

(1) 顔の見える関係作り

2005年から毎年開催されているネットワーク連絡会では、摂食嚥下や皮膚・排泄ケア、感染症及び認知症に関する研修会を開催し下北圏域の看護・介護スタッフの専門的知識の向上と情報提供の場としネットワーク作りを継続している。その年々でトピックスをテーマに研修会を開催してきた。(図2)

2015年は、がん看護専門看護師を講師に迎え、「意思決定支援について」をテーマに開催された。がん患者さんのみならず、今後の療養先など、どのような生き方をしたいのかまで、話題になることもあり、ある包括支援センターでは高齢者が集う保健センターなどで、エンディングノートを用いて保健師やケアマネ達がサポートしながら、今後の生き方を自分自身が考える機会を作っているという報告もあった。また、2012年は摂食・嚥下看護認定看護師を講師に、誤嚥性肺炎を繰り返し発症しがちな高

齢者への水の飲ませ方やとろみの付け方、食事介助の方法などの実技を参加者同士で行うなどといった研修を開催した。

(2) 情報共有のツール

委員会活動の1つとして、橋渡し看護基準や医療側の看護師と地域施設の介護者やケアマネジャー、両者ともに必要な情報を盛り込んだ「看護情報提供書」を作成した。この情報提供書は、患者（利用者）が、生活する上で必要な項目（食事・排泄・着替え・睡眠状況など）を盛り込み、看護・介護側の双方向で使用できるように、委員会で検討した。

看護サマリーはとかく、病状の経過や治療内容の記載になりがちであるが、病院から施設や在宅で、継続した看護や介護に繋げる為利用者さんの生活状況すなわちADLの詳細を記載するよう病棟看護師に働きかけた。

その結果、療養場所が違う自宅等での社会資源サービスの選択やヘルパー利用など、具体的

な介護へと繋がっている。ケアマネジャーや介護サービス担当者へ、情報が共有されることで、継続した看護・介護につなげられるようにしている。

一方、施設や自宅から入院となった場合は、担当ケアマネジャーや施設担当者が利用者の情報を窓口へ持参し、入院病棟看護師へ介護や生活情報を提供することで、家族や本人からの問診の短縮とより早く患者情報を把握することによって、継続した看護に繋がっている。

(3) 精神疾患におけるネットワーク連絡網

精神疾患や認知症が原因と思われる「自傷行為」また、家族への暴力行為に及ぶなど主に町村の保健師から、問題提起され作成に至った。メンタルヘルス科の受診方法も、統一性がなく混乱する意見もあったことから、事象発生時の連絡方法や相談先を統一する必要があった。これについては、保健所保健師委員が中心となり市町村や警察への連絡も含め、フロー図の作成に至った。(図3)

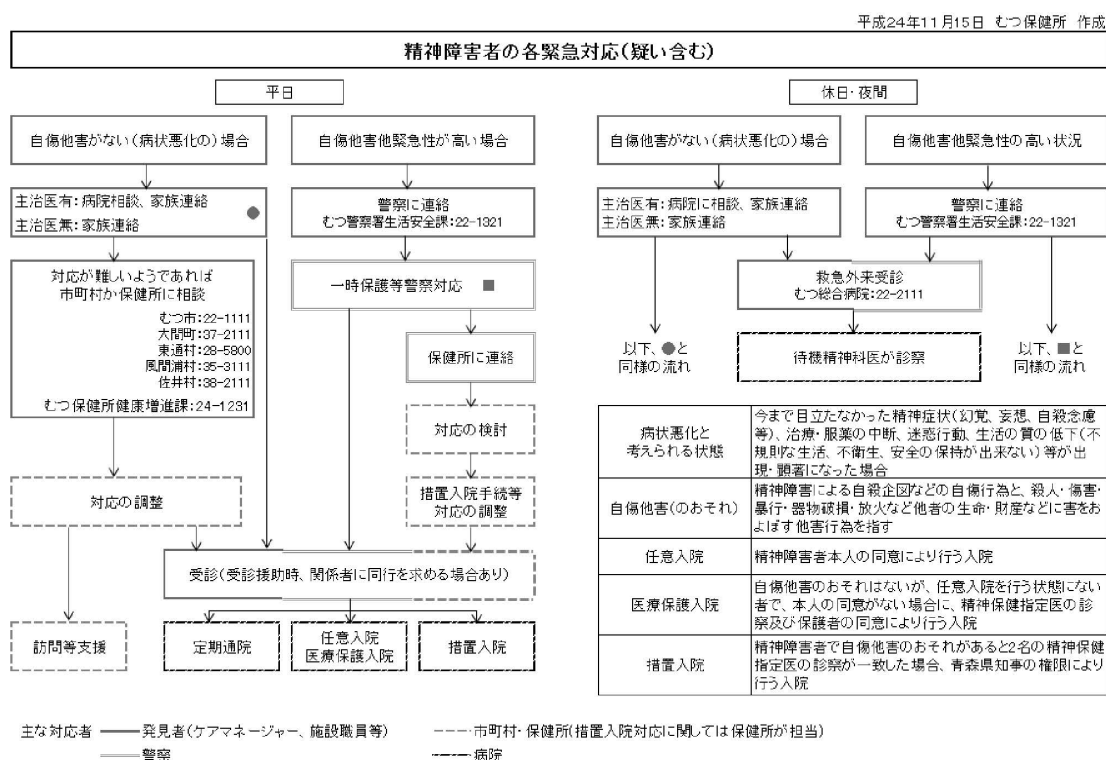


図3：精神障害者の各緊急対応フロー図

(4) 事務局としての地域連携部

当院の地域連携部は、県内外からの連携窓口であり、院内からの相談窓口ともなっている。退院調整する際は、担当者達も事業所の特徴を把握した上で、病院側もサービス担当者側にもウィンウインの関係を保つように努力している。

急性期側からは、退院支援で困ったケース、ケアマネジャーからは、医師の説明不足や退院許可の連絡が遅く、介護サービスのプラン作成が間に合わない等の問題点があがり、双方向の事情などの説明をしている。また地域包括支援センターからは、市民からの問い合わせや困っている事項等、貴重な意見や地域住民の声を知る機会ともなっている。

下北圏域の限られたベッド数、サービス資源の中で、住み慣れた地域で最期まで生活できるようなシステム作りを目標として、今後も保健・医療・福祉関係者が、専門性を活かし患者利用者さんのために協力していかなければならない。今後も途切れることなく次世代の看護、介護者へと受け繋いでいくことが、この委員会事務局の役割ともなっている。

今後の展望と課題

この10年余りの委員会活動によって、看護職は職場を越えての連携となり、保健所や市町村の保健師、介護施設のケアマネジャーとは、顔と顔の見える関係が構築されている。医師数、ベッド数、介護サービス事業所など医療資源の少ない地域だからこそ、下北圏域内の看護職がリーダーシップをとり、地域完結型ケアをしていく必要がある。併せて、住み慣れた下北地域で最期までその人らしく生活していくためには、病院、施設、在宅で関わる人達の連携協力が不可欠であり、在宅療養推進も図られるのではないかと考える。

近年当院の緩和ケアや訪問看護、感染管理などの認定資格を持つ看護師が、圏域内の施設等に出向き、専門的知識などの提供をし、地域からのコンサルテーションにも応じている。今後ますます、地域での役割が増えていくと思われ、その圏域の中心的存在である自治体病院の看護職がリーダー的存在となり地域へ積極的に関わっていくことが必要である

おわりに

今後も、「むつ・下北地域看護と介護の連携作り委員会」の理念である「シームレス・セクトレス・エンドレス」なケアを目指して、下北地域で暮らす人々を支えるために委員会活動の継続とネットワークの拡大をしていきたい。