

第7回オホーツク脳卒中研究会学術講演会報告

病院と介護支援専門員との連携を考える

パネルディスカッション

急性期病院の退院時調整の現状と介護支援専門員への期待

第7回オホーツク脳卒中研究会学術講演会を平成22年9月25日(土)北見市端野町公民館にて開催しました

今回の学術講演会は「病院と介護支援専門員との連携を考える」をテーマにパネルディスカッションとグループワークの二本立てで行い医療・介護関係者150名の方にお集まりいただきました。

開催にあたりご協力頂いた北見地域タウンミーティング運営委員会、及び北見市介護福祉課の皆様へ感謝申し上げます。

今号では学術講演会の報告を中心にお届けいたします。

医療制度改革による病院の機能分化により、急性期病院の在院日数が短縮しています。その傍ら地域の高齢化率は増加しています。今後は急性期治療を終了した高齢者は、治療を終えすぐに地域や在宅で多く生活することになるでしょう。

在宅での介護サービスの担い手である介護支援専門員(ケアマネジャー)は高齢者の生活支援と健康維持という大きな課題を担い日々孤軍奮闘しています。これからはスムーズな退院を期待している病院と事前の退院調整を望む介護支援専門員が協力し合い地域の医療・介護問題に取り組むことが必要です。そこで今回は、病院から地域・自宅等への退院時における共通のルールづくりなど、互いの望ましい連携のあり方についてパネルディスカッション・グループワークを行い皆様と共に考えました。



医療・介護関係者150名の方にお集まりいただきました

北見赤十字病院における退院調整

北見赤十字病院 退院調整看護師 谷口 幸子氏

当院は第3次保健医療福祉圏における地方センター病院と、第2次保健医療福祉圏における地域センター病院の役割を担っている。管内における当院の病床が占める割合はオホーツク管内では20.4%北網圏域では27.4% 北見市内では47.5%を受け持っている。

また平成17年4月より、地域の医療機関からの紹介患者に高度医療や救急医療を提供する事を役割とする「地域医療支援病院」の承認を受けた。これにより、日常診療・救急医療を当院が担い、毎月延べ200件の救急車による搬送があり、毎月の800名を超す入退院患者様の受け入れを行っている。

多くの退院患者様の調整のため、平成22年3月より退院調整看護師として業務を開始した、具体的には、

- 退院調整書・アセスメントシートの受付
- 当院に入院または通院中の患者様に対する在宅に関わる相談
- 退院指導等への協力
- ケアマネジャーとの連絡窓口(患者様の入院・退院時の情報提供等)
- 看護職との連携窓口(病院・ステーション・介護保険施設等)



谷口 幸子氏の報告

- 関係職種と連携し、患者様の退院支援の活動を実施、である。

平成22年4月よりケアマネジャーとの連携を目的に「介護支援連携指導」を月に10件、退院時共同指導を3件をこれまで実施した。

利点としては、ご家族と一緒に医師、看護師等の関係者が情報交換でき、意思統一が図れ、ご家族が安心できる。また退院前に治療や処置等の検討を行うことにより、入院中と同じ内容を継続することができる。

しかし、日程調整が大変だったり、ターミナル期の患者様の場合は開催が間に合わない場合もある。今後も地域のケアマネジャーの皆さんと退院時の連携を推進していきたい。

Contents

パネルディスカッション 急性期病院の退院時調整の現状と 介護支援専門員への期待	1
北見赤十字病院 谷口 幸子氏	1
道東脳神経外科病院 山崎 章氏 北星脳神経・心血管内科病院 大島 奈央子氏	2
オホーツク海病院 新保 公宏氏 こもれびの里 島田 剛氏	3
グループワーク 「介護支援連携指導料を活用した病院と 介護支援専門員の連携方法を考える」 北見地域タウンミーティング運営委員会 代表 武田 学氏 北見市東部端野地区地域包括支援センター	4
第3回 オホーツク脳卒中市民公開講座 紋別市保健センター 保健師 大平朱美氏	5
第10回オホーツク脳卒中研究会幹事会報告	5
平成22年度 第2回 オホーツク脳卒中地域 連携パス合同委員会報告	6
第8回オホーツク脳卒中研究会 学術講演会のご案内	

病院とケアマネジャーの連携を考える

道東脳神経外科病院 ソーシャルワーク課 係長 山崎 章 氏

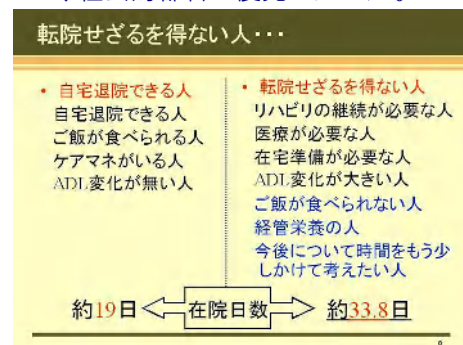
当院は2006年19床で開院し、現在は36床、脳卒中専用病室であるSCUが6床という脳卒中の急性期治療に特化した病院である。救急搬送は月約30台。手術は月約25件。オホーツク脳卒中地域連携パスの事務局病院を務めている。

当院の平均在院日数は約17日、疾患別だと脳梗塞14日、脳出血22日、クモ膜下出血33日となっている。

脳卒中地域連携パスの規定により、当院は入院後7日以内に治療の計画、予後説明を行い、退院や転院援助を開始する。月に7人程度はリハビリテーションのために転院している。今年4月から6月までの3ヶ月間に入院した脳卒中患者65名の調査では、自宅退院33名で52%（平均入院日数19日）、転院は31名で48%（同33.8日）となっている。同じ脳卒中疾患でも転院の場合は入院日数が1.5倍と増加する。これは転院先の受け入れ事情（空床調整）に大きく影響される。転院先の種類と傾向は以下の通りである。（右図）

当院からの退院・転院がスムーズに進まない、救急の患者さんが入院できない

ため、治療終了日が病院が希望する「退院日」となる。つまり在院日数が限られるため、社会的都合は優先されにくい。



しかし、一番問題と感じている事は、施設、在宅における経管栄養の方の受け入れ先が極めて少ないということだ。「嚥下障害（経口摂取できない方）は北見で暮らせない」ということは隠れた大問題である。

超高齢社会、在院日数の短縮化により、嚥下障害患者さんの増加が今後も予想される。回復期リハビリテーション病床の増加と経管栄養の方の在宅サービスの受け入れ拡大への取り組みが不可避である。



山崎 章 氏の報告

北星脳神経・心血管内科病院の退院調整の現状と事情

北星脳神経・心血管内科病院 医療ソーシャルワーカー 大島 奈央子 氏

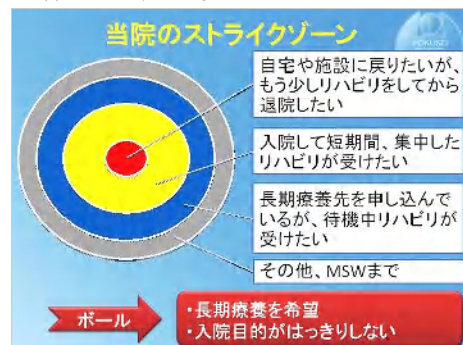
当院は脳神経外科・神経内科及び循環器（心カテ治療等）を特徴とする一般病床と回復期のリハビリテーションを中心とした療養病棟という2つの機能を持っている。

今年3月～8月の半年間にリハビリテーションを実施した患者140人（脳血管疾患79名、廃用症候群44名等）の転帰先は在宅94名（67.1%）、他院転院23名（16.4%）、施設入所23名（16.4%）であった。しかしこのうちの73%を占める102名は一般病床からの転帰であり、20日から30日で転帰先へ移動している。

以上から当院の退院調整の課題は「療養病棟の医療区分2・3の入院期間の短縮」である。療養病棟では病状安定後も自宅や施設に戻れず、長期療養施設への入所待ちの方が増加している。

つまり当院の実質的な回復期リハビリテーション稼働ベッドは5床程度であり、多くの患者さんの回復期リハビリテーションが提供できていない。入院は増やしたいが、出口（自宅退院）が詰まっています。また、当院のリハビリテーションをもっと活用して頂きたいが、行き先が決

まっていない方の受け入れは難しい。医療資源としての当院のリハビリテーションをより多くの方に活用していただくため以下の図のように当院の回復期リハビリテーションを活用して欲しい。



ケアマネジャーの皆さんへの要望は、早めに在宅生活中の情報を教えて欲しいことだ。これがあるとリハビリ計画等がスムーズに開始できる。また強調したいのは退院時にはケアマネさんの力強い後押しである。患者・家族は退院にとっても不安を持っている。そんな時に病院とケアマネジャーのみなさんと協力して安心して退院できる仕組みを作って行きたいと思う。



大島 奈央子 氏の報告

オホーツク海病院の退院調整の現状と事情

オホーツク海病院 医療ソーシャルワーカー 新保 公宏 氏

当院は医療療養病床を中心とし、脳血管障害、運動器疾患、廃用症候群などに対するリハビリテーションや糖尿病の専門治療を主な入院対象としている。

今年4月から9月までの半年間の入院患者の構成は脳血管障害が36%、運動器疾患21%、廃用症候群8%、糖尿病治療8%となっている。

入院の期間については相談される際によく話題となる。当院の場合、原則は脳血管6ヶ月、運動器5ヶ月(発症から)、回復見込みがあれば継続もあるが、原則その期間内にリハビリがゴールを迎えたら退院と考えていただきたい。

次に出口である転帰先のデータを紹介する。上記と同様の今年の上半期の転帰先内訳は、自宅41%、施設35%、転院15%、死亡9%となり、5分の2の方が自宅退院している。

また、データでは現れにくい患者様からの相談で悩むのは「ひとりで留守番ができてトイレが自立するまでリハビリをお願いしたい。」という家族の希望があっても、これ

以上の回復が見込めないと評価される方に対し、どういった方向性を家族と一緒に見出すか…というものである。

最も多い患者様からの相談

- ・リハビリはゴール、急激な回復はなく落ち着いている
- ・期限の5ヶ月～6ヶ月は目前
- ・自宅に帰りたくても常時見守りが必要で……家族は家を空けられない
- ・施設申請と言われても待たされる、経済的な負担も大きい、本人は家に帰りたと言っている…

当院の自宅退院支援にケアマネさんは重要な存在である。ケアマネさんが気軽に来院できるよう医療相談室が窓口となるようにしたい。ケアマネジャーの皆さんと協働して、役割を分担したい。

入院中の家族の支えはソーシャルワーカー、自宅生活中の支えはケアマネジャー。ひとりの利用者、患者様を院内・院外それぞれの役割でサポートする連携を実現したい。



新保 公宏 氏の報告

退院時における病院との連携課題と介護支援専門員からの期待

指定居宅介護支援事業所 こもれびの里 主任介護支援専門員 島田 剛 氏

退院調整でケアマネジャーが医療機関に期待すること(困っていること)は、ずばり以下である。

- 早めに退院連絡がほしい
- 退院時に有意義な情報提供がほしい
- 在宅生活への視点を持ってほしい
- 退院時に丸投げしないでほしい
- 連絡自体がない
- アポとして訪問したのに「今忙しい」って言わないでほしい である。

しかし、ケアマネジャーが、必要な連絡を怠らないことやお互いの立場、思いを知り、歩みよること、解決できそうなことも多いと感じる。

昨年度実施した退院時連絡に関する調査では、187件の入院連絡のうち72件、38%しか医療連携加算を取得していないことが判明した。これは連携を後押しする制度で、利用者が病院又は診療所に入院するに当たり、①当該病院又は診療所の職員に対して、②心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合、③利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する、というものが算定単位数は少ない。この改善策としては、介護支援専門員が一時的に情報を流すだけでなく「医療機関が必要とする」情報を提供する必要はあるだろう。



島田 剛 氏の報告

タウンミーティングアンケート調査より

医療機関に求める連携について	入院連絡(666)年度21年1月～9月 連絡した件数/全件数	割合
電話	156/3	26.3%
面談	167/186	89.8%
施設(GH含む)	176/242	72.7%

187件の入院連絡のうち
72件、38%しか医療連携加算を取得していないことが判明!

まとめ

- 連携の課題
 - お互いの思いや都合、言い分、ストライクゾーンをすりあわせる機会が必要であるのにそれが行われていない
- 期待
 - それらお互いの思いをすりあわせる機会ができて一つでも多く有意義な連携が生まれること

グループワーク

「介護支援連携指導料を活用した
病院と介護支援専門の連携方法を考える」

司会：北見地域タウンミーティング運営委員会 代表 武田 学 氏
所属：北見市東部端野地区地域包括支援センター 社会福祉士



司会を務めた武田学さん



グループワークの様子

それぞれの立場からの報告を聞いた。医療と介護の連携についてはまだまだ課題がある。今回のグループワークでは、課題の話し合いはせず、入院時及び退院前に医療機関として必要な情報の内容、そのタイミング、方法を検討した。

医療機関側として、在宅側として「こうだったらいいよね」、「こうしたらうまくいよ」、「今までないけど、こんなこと開発したら」というように問題点ではなく、「どうすればスムーズにいか」というポジティブな意見を出すグループワークを行った。

スムーズな退院を期待している病院と事前の退院調整を望む介護支援専門員が協力し合い、地域の医療・介護問題に

取り組むことが必要だ。

医療と介護の連携は、「できるかどうか」の可能性の問題ではなく、「やらなければならない」という決断の問題である。問題はもう目前に迫っている。

では具体的に何をやるの？

- ◆ 入院時の情報提供のルール
- ◆ ケアマネジャーの介入のタイミング
- ◆ 退院時の情報に必要な事(ケアプランに有効)
- ◆ 退院後の主治医等との連絡方法
などを決める事ができれば、スムーズに入退院調整が行えるかもしれない。

「病院側の現状を知ることができた…」 参加者の声から

終了後のアンケート結果からは、

- そもそも退院時に病院から連絡がない。
- 連絡があってもギリギリ、調整が間に合わない。
- 病院毎に対応や手順、窓口が異なる。
- 医療機関ごとの退院の連絡調整の仕組みが異なり調整が大変、

という意見が寄せられた。その一方で医療機関側からは、

- 続々患者が入院する、余裕を持った退院調整をしたいが、業務量・時間が圧倒的に不足
- ケアマネジャーや事業所によって対応が違うな、どの問題を抱えていた。

お互いに問題点・悩みを持っているからこそ話し合いが必要だということで、今回のパネルディスカッションの実施となった。

各病院の退院調整に関する事情・内情を「本音」で語っていただき、居宅ケアマネジャー、包括センターからは、病院に対する不満・期待を本音で語られたように思う。

- 開催後のアンケートでは、入院・退院時の連絡調整を行なう上で、伝える事の必要な内容とは何なのかを改めて考え、気付く事ができた。
- 病院との連携について、病院側の欲しい情報を知った。



グループワークでの発表

- 地元の病院の考えも聞いていこうと考える事ができた。
- 地域の医療機関のMSWともっと情報交換してスムーズな退院に向けて対応していこうと思えた。
- 病院側の現状を知ることができた。病院とケアマネの連携の必要性と歩み寄りの必要性を考える機会となった。
- 入院中の病院へ顔を出すようにし、ナースステーションに寄って担当看護師に挨拶しようと思えます。

など、医療機関に対する苦手意識が低減し、積極的な連絡調整を進めるきっかけとなった。



北見地域タウンミーティング運営委員会

北見地域のケアマネジャー、ソーシャルワーカー、医師、保健師、社会福祉士、リハビリ療法士らや保健所や行政の有志で組織化され、北網地域リハビリテーション推進会議、オホーツク脳卒中研究会、行政と協力し「地域の医療と介護を良くするまちづくり活動」を平成20年12月より実施しています。

代表は北見市東部端野地区地域包括支援センターに勤務する武田学氏(社会福祉士)が務める

第3回オホーツク脳卒中市民公開講座

紋別市における脳卒中の危険因子「生活習慣病」の

実態と予防策

紋別市保健センター 保健指導係長 保健師 大平 朱美氏

当研究会は脳卒中予防に関する取り組みも実施しています。

年一回脳卒中予防を目的とした市民公開講座を実施しています。

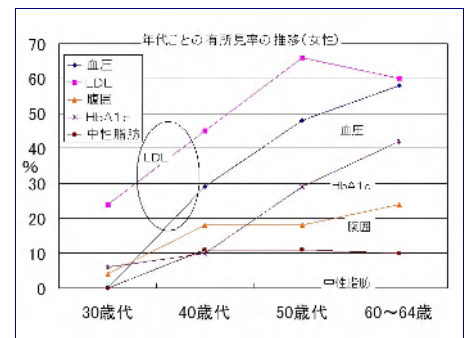
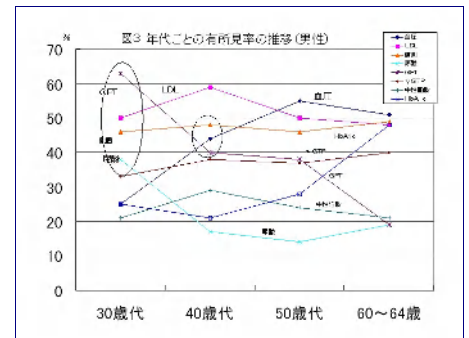
今年は9月18日(土)に紋別市文化会館にて紋別の関係者の皆様の協力を経て開催し、250名の市民の方にご参加いただきました。今号では講演の中で、紋別市保健センター保健師の大平保健師より講演内容をご報告いただきました。

紋別市の医療状況や救急搬送体制の現状を市民や医療関係者等と共に考える機会として、また疾病予防の重要性を伝える機会となりました。

当市の現状として、脳神経外科科・循環器科の医師不在などで、市民は、命に関わる疾病発症に不安を感じ、「病気になる助からない地域になってしまった」との声が残念ながら聞かれるようになりました。市民の命を預かる消防署や医療機関、保健福祉関係者の連携が必須であることを実感しています。

また、特定健診やがん検診の受診率が低く、医療費の増加、要介護者増になっています。

健康診断の結果では、血圧、HbA1c、LDLコレステロールで異常値を示す割合が5～6割を占めており、生活習慣改善の必要な方が受診者の半数と捉えています。



このような現状から、重症化予防のため医療との連携でデータ改善を図るとともに、健診受診率向上に取り組み、住民と共に疾病予防・健康増進を目標にして、できる限り住民自身が健康管理を行えるような保健活動を展開したいと考えます。

医療との連携に関しては、今後の大きな課題と捉え、意思疎通を図り相談できる関係となり、住民が老後も安心して暮らせるような地域を旨とし、地道に努力したいと考えます。

脳卒中のサイン・地域医療連携・予防を学ぶ

第3回 Speech

Face

Arm

Metabo

Time

2010年9月18日(土)

14:00-15:30(開場13:30)

会場 紋別市文化会館ホール

参加無料 (定員200名)

講演内容

- 脳卒中の予防と地域医療連携
- 脳卒中のサインと予防
- 脳卒中のリスクと予防
- 脳卒中の診断と治療
- 脳卒中の回復とリハビリテーション
- 脳卒中の予防と地域医療連携

紋別市の概況

- 人口構成
 - 24,900人(H22.4月末) 毎年減少
 - 高齢化率は、28.6% 毎年1%ずつ増加
 - 出生数 142人(平成21年度) 毎年減少
- 死亡状況
 - 平均寿命男性75.9歳、女性83.6歳全国全道平均より低い
 - 死亡原因1位悪性新生物、2位心疾患、3位脳血管疾患
 - 早世死亡者(65歳未満)の占める割合は、全国全道平均より低い(病気別)みると「心疾患」が高い。
- 介護保険
 - 要介護認定者数1,070人(H22.1月末) 認定率15.1% 毎年増加
 - 原因疾患1位 脳血管疾患 2位 認知症 3位 変形性関節症

紋別市の国民健康保険加入者の予防可能な疾患の医療費を分析すると、月額200万円以上の高額に該当する者の基礎疾患は、高血圧症・糖尿病・高脂血症を併せてもっており、虚血性心疾患、脳血管疾患、動脈硬化による大動脈疾患・動脈閉塞などでした。また、高額医療費に該当する透析治療についても、同様の疾患に罹患しており、近年では増加傾向が続いています。



市民公開講座の様子

第10回 オホーツク脳卒中研究会 幹事会の報告

平成22年12月13日(月) 18:00～より、第10回 オホーツク脳卒中研究会幹事会を開催しました。議題はと今年度の事業実施経過の報告と次回学術講演会、次年度の代表幹事について検討しました。

◆第8回オホーツク脳卒中研究会学術講演会について承認(詳細は6頁)

◆平成23年度代表幹事を木村輝雄氏(道東脳神経外科病院)とすることに承認





平成22年度第2回合同委員会の様子

【北網脳卒中患者数集計データ】＜退院月集計＞ 市町村別脳卒中患者数の内訳 2010.7～2010.10（4ヶ月間）				
N=283				
	脳梗塞	脳出血	SAH	合計
北見市	80	11	5	96
網走市	36	7	4	47
美幌町	24	4	2	30
紋別市	9	4	1	14
遠軽町	12	2	2	16
その他	58	18	4	80
合計	219	46	18	283

オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会報告

オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会 事務局 山崎 章氏
所属：道東脳神経外科病院 ソーシャルワーカー

2010年12月13日(月)平成22年度第2回オホーツク脳卒中地域連携パス合同委員会を北見赤十字病院にて開催した。

第1回に引き続き、グループワークを中心に、医師、看護師、保健師、リハビリテーションスタッフ、医事担当者、ソーシャルワーカー、保健所職員など幅広い職種37名が参加した。

2010年7月から10月の4ヶ月の実績は、連携パス発行が83件、退院時指導料算定が29件。急性期からの連携パス発行の自宅転帰率は49%、回復期転帰率は36%であった。

オホーツク脳卒中地域連携パス発行分の実績 2010.7～2010.10（4ヶ月間）				
連携パス発行数	83件			
病名ごとの患者数	脳梗塞 65件	脳出血 16件	SAH 2件	合計83件
転帰先	自宅 40件	回復期 30件	療養・施設 6件	その他・死亡 7件
退院時の患者の状況 (ステップ分類)	全介助 12件	ベッド上 4件	車いす 12件	歩行可能 22件
計画管理料算定数	29件			
退院時指導料算定数	件			

連携パス発行を含む脳卒中すべての患者データである「北網脳卒中患者数集計データ」では、2010年7月から10月で脳卒中患者の総数は283件。地区別の内訳は、北見市96件、網走市47件、美幌町30件の順になった。紋別市は14件、遠軽町は16件と広域に渡る。(左表)

また、連携病院(回復期病院)からの転帰先では、自宅が69%、福祉系施設が13%、療養型が3%と回復期から療養型病床への転院が進んでいないことが明らかとなった。

その後、回復期からの急性期、維持期との連携の課題・問題や希望を出し合い検討した。

- 急性期でどのような回復の見込みを説明をしたのかをパスに盛り込んでほしい
 - 経管栄養の患者の受け入れ先がない
 - 病院毎にFIMに差異がある
 - 家族が機能回復に過度の期待をしている場合があり、回復期で説明に困る
 - 後遺症の話をしっかりして欲しい
 - 介護保険の申請後に転院して欲しい
 - 急性期からの受け入れを進めたいが回復期も満床が続いている
- などであった。急性期での予後説明や家族の考え方を曖昧にしたままの転院は回復期病院では大変苦勞をしている実態が明らかとなった。

このような課題や希望を解決し、円滑な連携を進めたいと考えている。

今後も他職種が参加しての協議を進めていく予定であり、是非参加の上連携パスの質・連携の向上のためにご意見いただくと幸いである。次回は平成23年4月を予定している。

第8回オホーツク脳卒中研究会学術講演会のお知らせ

日時：平成23年3月18日(金曜日) 18:00より20:00まで 会場：ホテルベルクラシック北見

対象：北網圏域等の医療・介護関係者

主催：オホーツク脳卒中研究会 アストラゼネカ(株) 塩野義製薬(株)

後援：北網地域リハビリテーション推進会議

【一般講演】

- ◆ 脳卒中地域連携パスと脳卒中地域医療連携の現状と課題 道東脳神経外科病院 院長 木村 輝雄 先生
- ◆ 北海道における脳卒中地域連携(仮題) 北海道保健福祉部 健康安全局 健康づくりグループ主査 深津 恵美 様

【特別講演】

- ◆ 地域における脳卒中对策 — 行政と病院の連携と地域リハビリテーション —

兵庫県 淡路県民局 洲本健康福祉事務所(洲本保健所) 所長 柳 尚夫 先生

精神科医師 専門：公衆衛生、精神保健、地域リハビリテーション

所属学会：日本公衆衛生学会 全国地域リハビリテーション研究会監事

オホーツク脳卒中研究会 幹事 (○は代表幹事)

北見赤十字病院 脳神経外科	鈴木 望	愛し野内科クリニック	岡本 卓
北見赤十字病院 地域医療連携室	林 浩幸	小林病院脳神経外科	○桐山 健司
北星脳神経・心血管内科病院	松岡 高博	北見中央病院	森本 典雄
北星脳神経・心血管内科病院	本間 巧	道東脳神経外科病院	木村 輝雄
オホーツク海病院	伊藤 博史	道東脳神経外科病院	関 建久
オホーツク海病院	伊藤 悟	事務局：山崎 章・高橋ひとみ	

お問い合わせ先

オホーツク脳卒中研究会

事務局：道東脳神経外科病院 医局

北見市美山町68-9

電話(0157)69-0300

本誌への意見を事務局へお寄せ下さい
次号は平成23年5月発行の予定です