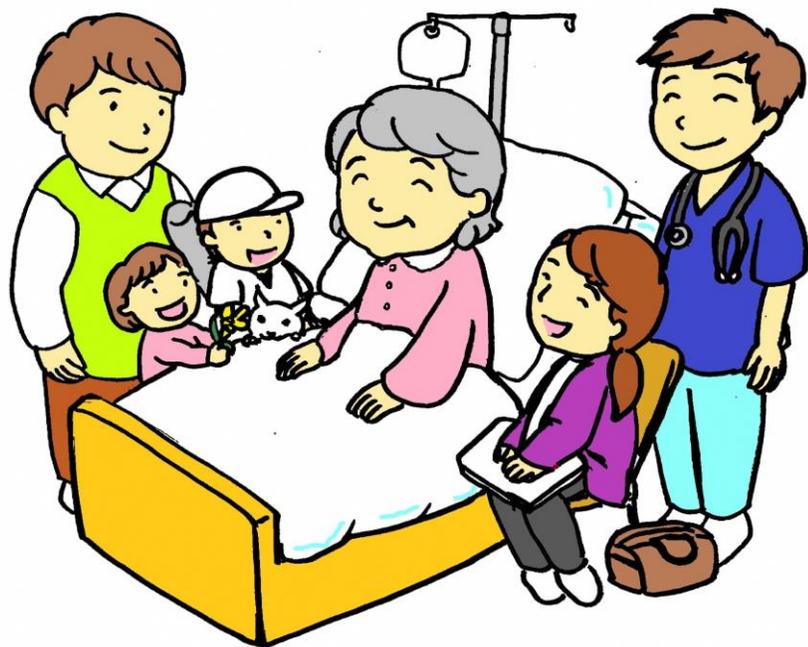


松江市在宅医療・介護連携支援センターの 取組について

令和3年2月10日 地域包括ケアシステム関係機関連絡会議



松江市在宅医療・介護連携支援センター
角 知子

島根県

松江市

事業委託

医療連携推進コーディネーター配置事業

在宅医療・介護連携事業
(在宅医療・介護連携支援センターの設置)

在宅医療・介護連携に関する

- ・課題の抽出と対応策の検討
- ・切れ目のない提供体制の構築
- ・関係市町村との連携



一部事業委託

松江市医師会



事業委託

松江市在宅医療・介護連携支援センター

医療連携推進コーディネーター

- ・医療資源の把握
- ・訪問看護ステーションの活用促進
- ・在宅医療提供体制の構築
- ・病床の機能分化の周知 等



在宅医療・介護連携支援センター職員

【関係者向け】

- ・地域の医療・介護資源の把握
- ・情報共有の支援
- ・連携に関する相談受付
- ・研修の周知、支援

【地域住民向け】

- ・在宅医療や介護の普及啓発



在宅医療・介護連携推進事業（松江市）

医療・介護の両方を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、
在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援体制の構築に取り組む

医療連携推進コーディネーター配置事業（島根県）

郡市医師会等に在宅医療の供給についての検討や病院・行政等との各種調整を行う人材を配置し、地域の病床機能分化の促進及び質の高い在宅医療提供体制の確保を図る。



隠岐島

益田市
高島

隠岐郡

隠岐の島町

西ノ島町

海士町

知夫村

西島

東島

竹島

濟生会
江津総合病院

大田市

江津市

川本町

美郷町

色智郡
色智町

色南町

浜田市

益田市

津和野町

鹿足郡

吉賀町

津和野
共存病院

松江市

出雲市

雲南市

安来市

仁多郡

奥出雲町

鳥取県

岡山県

山口県

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制構築に当たっては、「①退院支援」「②日常の療養支援」「③急変時の対応」「④看取り」といった場面に応じた4つの医療機能を確認していくことが必要である。
- また、在宅療養支援診療所・病院等の積極的な役割を担う医療機関や、医師会・市町村等の在宅医療に必要な連携を担う拠点等の働きにより、多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供できる体制の確保が重要となる。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所（歯科含む）・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

①入退院支援

松江市病病連携推進会議(H30.1月～年4回)



- ・病院機能別の連携上の問題
- ・各病院での地域連携活動情報
- ・病院の活動上の困難事例の検討
- ・病院(院内・院外)の情報共有
等

医介センターが事務局

医療連携コーディネーターが担当

①入退院支援 松江市入退院連携ガイドライン 令和元年11月作成

要介護・要支援者及び退院支援が必要な方の入退院時における病院等と居宅介護支援事業所・地域包括支援センター、訪問看護ステーション、施設等との情報共有ルールを定める際のガイドライン
(県のガイドラインをもとに作成)

令和2年11月 評価アンケートと
県実施「入退院連携フォローアップ調査」
をもとに、改訂予定



①入退院支援

病院機能の市民向け説明用リーフレットの作成 令和3年1月作成

「医療機関の役割を知っていますか」

- ・ 転院の際、病院職員が説明用として
- ・ 市民向けの啓発として
- ・ 関係者が自分の地域の病院機能を知る

医療機能について (令和2年10月現在)

高度急性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

救命救急、集中治療室、ハイケアユニットなど急性期の患者に対して特に、診療密度が高い
平均在院日数 18日以内
看護師配置(患者7人に対し看護師1人) 7:1以上
在宅復帰・病棟機能連携率 8割以上
(入院患者の在宅復帰及び病棟の連携を定す数字)

急性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

軽症から重症むけ、状態の安定化に向け、診療密度が高い
平均在院日数 21日以内
看護師配置(患者10人に対し看護師1人) 10:1以上

回復期

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを行う

回復期リハビリテーション病棟
在宅復帰率 7割以上
地域包括ケア病棟
かかりつけ医などからの紹介により、自宅からの受け入れ1割以上
・1日40分以上のリハビリ実施
・60日以内の在宅復帰
・在宅復帰率7割以上

慢性期

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

長期にわたり療養が必要
○療養病棟 医療的治療を必要とする患者の長期療養を担う
○療養介護病棟 重症の障がい者の患者の治療・看護・リハビリの継続

緩和ケア病棟

松江市立病院 がん患者さんやご家族の気持ちや症状のつらさに対する治療(つらさをやわらげる治療=緩和ケア)を専門とする病棟

精神科医療機関

病院名	特徴
松江青葉病院	精神科急性期から慢性期まで対応、高次脳機能障害拠点病院、ギャンブル等依存症専門医療機関
こなんホスピタル	アルコール障がい拠点病院、認知症のBPSDの対応
八雲病院	精神科急性期から慢性期まで対応
安来第一病院	急性期から慢性期まで対応、認知症治療病棟あり

在宅医療

○在宅医療とは、自宅やサービス付き高齢者住宅などに 医師が定期的に訪問し、医学管理(訪問診療)を行うことをいいます。
○普段から、かかりつけ医を持ち、入院治療が必要な場合には、病院と連携が取れるようにしておけば安心して療養生活を送ることが出来ます。

松江市立病院、松江赤十字病院、玉置病院、松江生協病院、安来第一病院、安来市立病院、松江市立病院、松江医療センター、障がい・療養介護病棟、障がい・療養介護病棟(米子市)、障がい・療養介護病棟、障がい・療養介護病棟

医療機関が、協力・連携して、退院までをサポートします。

退院後に住み慣れた地域での生活を支援するために、市内の病院同士や診療所(かかりつけ医)、介護保険施設・事業所、地域包括支援センターなどの多機関が連携しています。市内の急性期病院、回復期・慢性期病棟の医療相談員も定期的に集まり、情報交換をしています。

松江市病院連携推進会議 開催の様子

医療・介護資源の把握: ホームページで集約

- ・行政や各専門職団体に情報公開されている情報を集約
(診療所、歯科、薬局)
- ・訪問看護ステーション一覧(アピールポイント、リハ職の配置等)
- ・医療対応等一覧(居住系施設、特養・短期入所)
- ・医療機関と地域の連携方法一覧(市内病院の窓口周知)
- ・松江市内病院の紙おむつ・CS(入院日常生活セット)使用状況
一覧表 **NEW**

ホームページをご覧ください

松江市在宅医療・介護連携支援センター > **地域の医療・介護の資料集**

情報共有の支援

松江市で使用されている連携のための書式

- ・ 基本情報提供書（ケアマネジャー）
- ・ 医師とケアマネ連絡票
- ・ 歯科医師とケアマネの連絡票
- ・ 介護保険主治医意見書作成依頼書（ケアマネ→主治医）
- ・ 訪問看護ステーション情報提供用紙（訪問看護→病院）
- ・ 訪問看護ステーションと多職種連絡票 **NEW**

ホームページをご覧ください

松江市在宅医療・介護連携支援センター > **松江市内医療介護共通書式**

「松江の食と栄養に関する連携を考える会」への参加



① 情報共有：ホームページに特設ページ

- ・ 松江市のホームページ コロナ関連情報へのリンク
- ・ 松江市内病院面会について
- ・ 広報誌「RENKEI」新型コロナウイルス関連情報 臨時号
- ・ 感染予防のための資料・動画等の紹介

② 課題把握

訪問看護ステーション、病院（入退院連携）、ケアマネ協会、施設

③ 研修機会・会議開催の支援

YouTube、Zoom等を使用しての研修や会議の開催、開催支援

③急変時の対応

救急時の対応についての取り組み

令和2年1月

市消防本部、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、包括支援センターで情報交換

- ・救急搬送の実態報告
- ・発見時、亡くなっている場合、連絡は消防、警察どちらにするのか
- ・発見時、明らかに死亡していた場合の心肺蘇生について
- ・市作成「救急医療情報」の活用について



現在

救急外来での困りごとは何？についてアンケート実施中

- ・搬送されてきた方の情報がない(既往歴、緊急連絡先)ため急を要する治療の開始ができない
- ・伝達する情報提供の内容が施設ごとにちがう

④看取り

まつえアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発推進協議会

- ・平成30年から医師会と病院を中心に「ACP意見交換会」が立ち上がる
- ・令和元年10月1日 「まつえアドバンス・ケア・プランニング普及・啓発推進協議会」発足
 - ①ACP普及・啓発の推進にかかる協議・検討
 - ②市民を対象とした講座の開催
 - ③医療職及び介護職向けの研修会の開催支援
 - ④市民向け啓発媒体の作成
 - ⑤その他前条の目的に資する活動

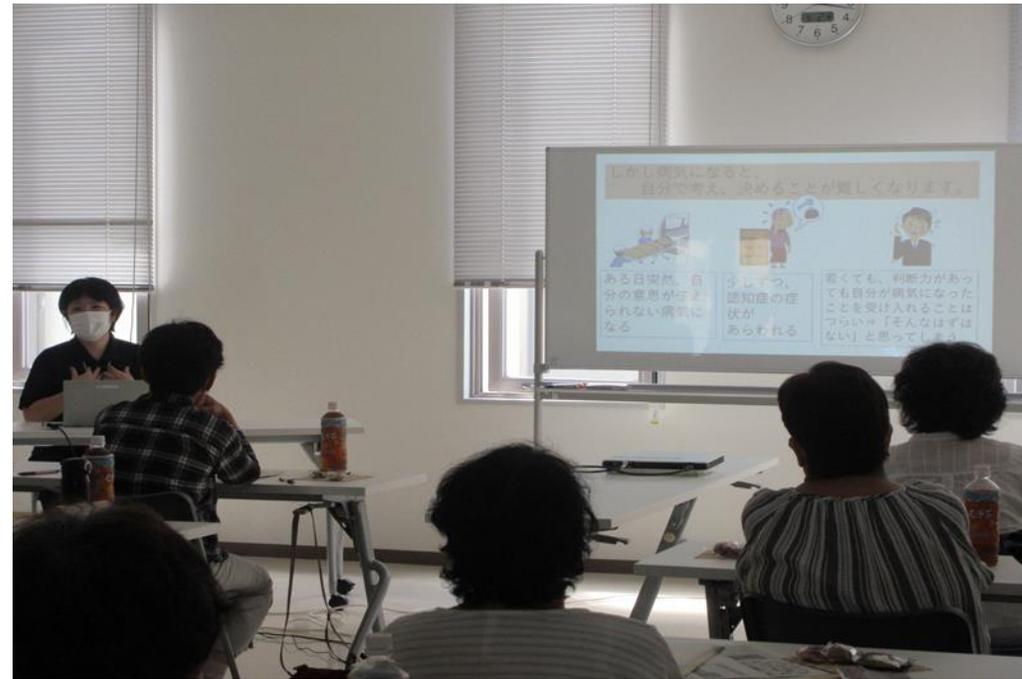
今年度は市民向けの啓発動画を作成予定



寸劇「家で暮らそう」

④看取り

私の想いを伝え身近な人と話し合うために 『もしもの時に役立つ終活支援ノート』



出前講座に出かけます