

## 第 8 回九州在宅医療推進フォーラム in 長崎報告

管理者代表 訪問看護ステーション清雅苑 木村浩美

日 時 平成 29 年 11 月 18 日(土)～11 月 19 日(日)

場 所 長崎ブリックホール国際会議場

参加者数: 述べ 700 人

### < 特別講演 >

「病院と地域を“看護”でつなぐ」 茨城県立中央病院看護局長 角田直枝 氏

地域包括や在宅支援というのが病院の看護師を含めて職員はピンときていない

「生活を繋ぐ看護」看護がつながると患者の生活が安心する

病院から CN・CNS を派遣するが、限ら患者になる～訪問看護に繋がりたいが断られることもあり

病院の看護師がまず動く(訪問)ことで、訪問看護へ移行できたケースもある

“費用対効果”何を評価する・・・顧客満足度(患者・連携期間・看護師等)安心と信頼

地域との人事交流の場を持つ～CN の研修、CM の救急外来見学(病院は敷居が高い、仕組みが分からない)お互いの重要性や必要性を実感する

\* お薬手帳にケアマネの名刺を入れてもらう

訪問看護体験をした看護師は退院調整の認識が高くなるという調査結果がある

救急外来で統一したスクリーニング用紙を使うようにしたら、入院に至らなくても生活問題で退院支援調整部門に繋ぐことが出来た

### < 特別企画フォーラム 長崎の在宅医療の現状 >

(医師の悩み)平成 25 年以降在宅復帰率が年間 200 件位減少、癌の患者が半分位占めるが外来治療がその後継続される、在宅医へ移行するタイミング? 納得してくれない!

(連携室)入院期間が 13 日、場所や人だけの紹介になっていないのか? ベッドコントロールになっていないか? ガンの方など生死の選択の時期に退院か転院かの選択を迫っているのではないかと悩む

(薬剤師)病院の薬剤師はカンファレンスに呼ばれるが在宅は声掛けが少ない、薬の配達者と思っている方もいるがそうではなく薬による日常生活への影響をアセスメントし助言する

(訪問看護師)在宅アレンジを退院前より在宅チームと取り組み在宅支援のノウハウを覚えてもらう。退院後は外来との連携も多いので、カンファレンスに外来看護師も参加してほしい

(ケアマネ)医師との連携の不安をどうクリアするか? 利用者に寄り添うことを第一に行動する  
専門職同士の能力を最大限に発揮する

### < シンポジウム 九州各地の取り組み >

1. 沖縄 回復期病棟等退院後のリハビリサービスの利用の減少について調査  
通院支援施設が少ないために自宅外の転院に至るケースが多い
2. 宮崎 ALS 等難病患者の支援を包括やケアマネ、サービス事業者、医師などでワーク会をしている
3. 福岡 クリニックの入院・外来・訪問の利用者にレスパイト機関として 10 か所の医療機関と連携し利用している。ほとんどは包括ケア病棟で日数も調整している
4. 佐賀 在宅医の連携は出来ているが、病院医師との意識の差は大きい。他の職種の連携は

進んでいるが、医師間の連携が乏しい現実、在宅関連の研修に病院医師の参加が少ない

- 5.大分 退院調整より退院支援を強化し、顔の見える連携を図るためのケアマネ協会と連携した研修会等に取り組んでいる
- 6.鹿児島 肝属郡医師会は在宅医療連携拠点事業を活用し、次の取り組みを行っている。  
①課題と抽出の対応協議②相談の受付③切れ目のない連携体制の構築
- 7.熊本 訪問看護の管理者が併設病院の医療連携部の新生に介入し、病院の他部署と連携・分担・協働を図り動き出した