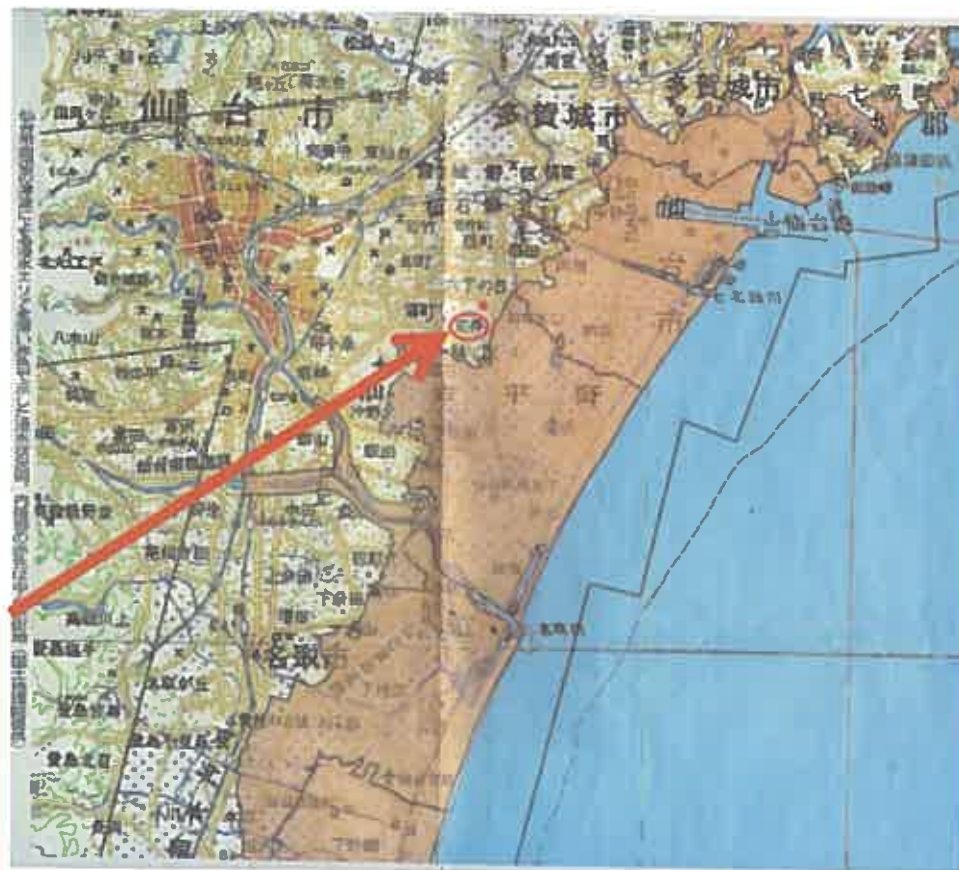


弊社の紹介

- 弊社は宮城県仙台市と富谷町で訪問看護ステーションを運営する営利法人である。平成16年2月にパス検討委員会を設置し、クリティカルパス(以下、「パス」という)を用いての質向上、業務効率向上などを目的に活動している。
- 現在、2つのステーション合わせて、訪問看護師数12名、利用者数126名、訪問件数約965件と平均的な規模で、20種類のケア別訪問看護計画表(以下、「ケア別パス」という)を使用し、多様な在宅療養者への訪問看護サービス提供を行っている。

右の地図は、仙台市周辺の津波による浸水エリアを示しています。幸いにも仙台の弊社ステーション(◆マーク)はギリギリ津波の被害を逃れることが出来ましたが、多くの利用者が家を失い、現在も避難所生活の方がいます。



仙台市周辺の津波による浸水エリア

報告の要旨

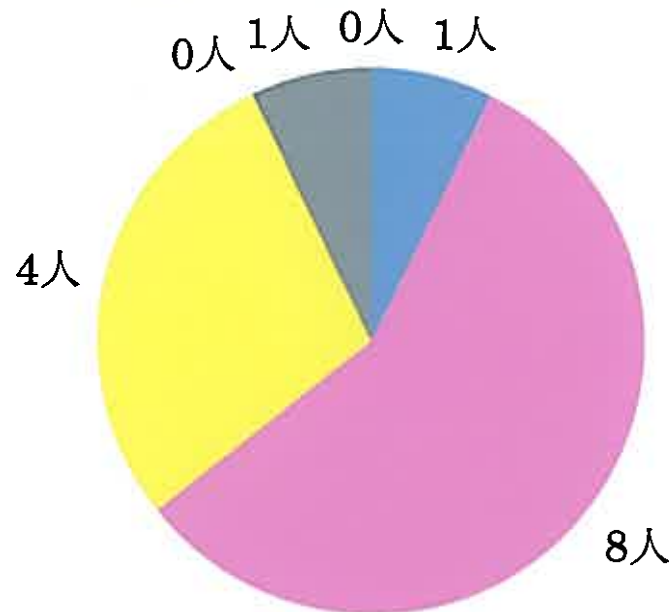
- 介護連携パスの作成に向けた活動の一環で行った『介護連携に関するスタッフアンケート』の結果、介護連携のキーワードとして、「情報共有」「相互理解」という共通性が見られた。
- ただし、介護連携の方向性については一致していないことが明らかになった。そこで、医療依存度が高く、多職種が関わる利用者を対象に、実際に行われている関係職種の活動を整理し、**現在の課題と今後の方向性を見出すこと**にした。



介護連携に関するスタッフアンケートの結果

現状の介護連携への
スタッフ満足度

■ 100% ■ 75% ■ 50%
■ 25% ■ 0% ■ 無回答



ほとんどのスタッフが現状に満足していないことが明らかになった

理想とする介護連携は？

- 情報共有、目的共有
- ケアの統一、統一した関わり

理想に近づくには？

- お互いに一方的にならない
- 各サービス事業者の対応や特色を把握する(相互理解)
- 関係づくり



現状の介護連携を整理する

- 医療依存度が高く、多くの職種が関わっている利用者を対象に選択した。

<事例>

- ◆ 62才、女性
- ◆ 病名:ALS(人工呼吸器装着)
- ◆ 関係職種
 - ・ 訪問看護(2か所/当STと主治医が勤務する医療機関のST)
 - ・ 居宅介護支援事業所(他STから当ST引き継ぎ)
 - ・ 主治医
 - ・ 訪問リハビリ(主治医が勤務する医療機関)
 - ・ 訪問介護
 - ・ 訪問入浴
 - ・ 福祉用具貸与
 - ・ 医療機器メーカー
 - ・ 区役所保健師



整理した連携・活動相関図

【ケアプラン方針】在宅生活継続

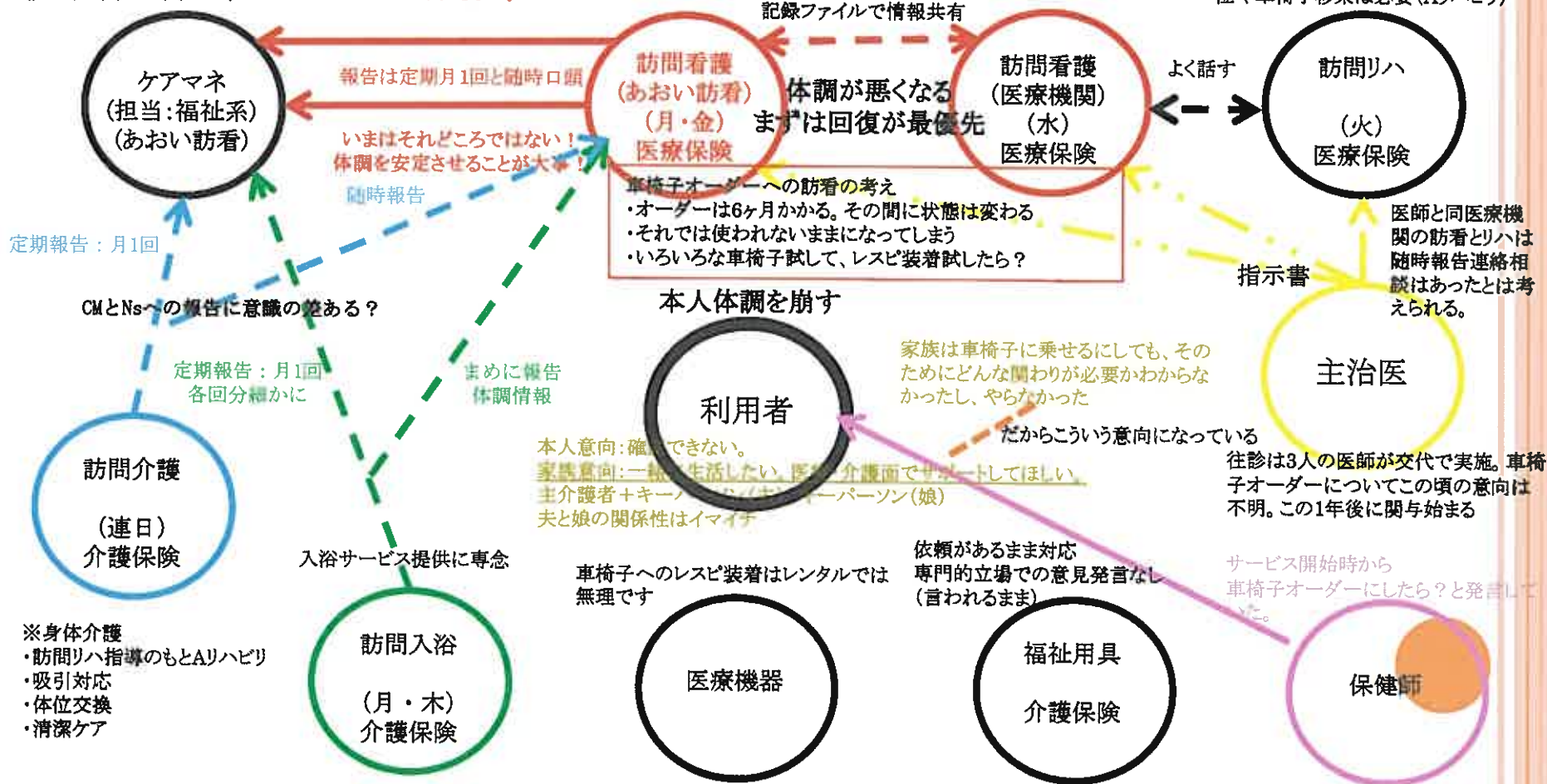
【直近の状況】約1ヶ月前に体調を崩し入院、退院間もないころの状況

※車椅子オーダー一直線!!!
 ・保健師の話に家族(夫)も乗り気で(夫:外に出してあげたい)

車椅子オーダーにするにしても、プロセスがよくみえない。

訪問目的
 ・体調を整える
 ・医療機器管理
 ・排泄ケア
 ・拘縮予防リハ

離床、肺機能維持のため、ベッド端座位や車椅子移乗は必要(Aリハビリ)



相関図から見えてきたもの

< positive >

- 全員(各サービス事業者)が、ケアプラン方針に沿って、それぞれが出来ることを精一杯行っていた。
- トラブルはなく、家族から不満は出なかった。

< negative >

- 訪看と福祉系ケアマネの間に、優先・重要課題の認識に差があった。
- それぞれの役割はこなせていたが、それを発展的に連携へ結びつけられなかった(?)
- 多職種となると、テーマが自サービスに関係ないと、関わりが薄くなる(他人事?)。
- 主治医が全サービス事業者に分かるように、発言・指示してほしい。
- サービス担当者会議の取り組み方に工夫が必要である。

課題整理

情報共有がキーワード(アンケート結果同様)

- 司令塔(汗をかく人)がない
 - 看護師が担うことを期待されているが、100%できるかは困難
 - どうしたら汗を少なく効率的にできるか
- ケアマネに最も情報が集まるが、発信がほとんどない
 - サービス事業者がほしい情報を予め整理しておいて伝え、発信してもらう必要がある
- サービス担当者会議を効果的にする取り組みが必要
 - 議題を事前に周知し、事前準備が十分に行える仕組みとツールを整える必要がある



課題分析

- 看護師に求められる在宅医療福祉連携のコーディネーターとしての役割とは？
 - ケアマネの代わりではない
 - ケアマネの役割以外のことで多職種連携(医療管理)の円滑化に必要なこと
 - ケアマネの役割とは？
- ケアプランの方針(長期目標)が抽象的だと各職種の捉え方や課題把握・解決にズレが生じるのではないか？
 - 本来ケアプランは、ケアマネがアセスメント、本人家族の要望、各職種の専門的意見を基に作成するもので、そのためにサービス担当者会議が開催し各専門職の意見を確認し、かつ目標を共有する。つまり、方針(長期目標)の捉え方にズレが生じることはおかしい。
 - 実際、現状としてサービス担当者会議が、ケアマネが事前に作成したケアプランの確認の場になっていることは多い
 - 当STのケースに限らず、現状として原則的な流れで行われていないことが多いと推測できる



今後の方向性

- ケースを限定してコーディネーターの関わりを開始する
＜次の3つの条件に該当する場合＞
 - 福祉系ケアマネ
 - 超重度医療管理が必要
 - ・ 人工呼吸器装着
 - ・ 人工呼吸器、認知症以外のケア別計画表3種類以上適用するケース
 - 多職種が関わる
 - ・ 訪問看護、ケアマネ、主治医を含めて6職種以上
- 訪問依頼時にコーディネーターとして医療管理の円滑化に必要なことをケアマネに伝え（初回担当者会議時にそのように紹介してもらう）、理解と同意を得る。
- ケアマネや各職種の役割・制度上の流れを改めて確認する
 - 各職種に定義づけられている役割などをきちんと把握しなければ、それぞれが役割を発揮できるよう支援できないし、重複したことを行えばチームの和が乱れる可能性がある。また、訪問看護師のオーバーワークにつながる。

まとめ(介護連携パス作成に向けて)

- 既存の連携パスは双方の情報共有のためのシートという面が強いが、当委員会が今回の取り組みでイメージしたものは、訪問看護師の連携コーディネートにおける看護活動パスというものになった。
- コーディネーターとして関わるケースでは、参加者の同意を得たうえで、サービス担当者会議でコーディネートの効果検証の機会を設ける。
- ケースを限定して取り組みを開始するが、少しずつ対応できるケースを増やし、積み重ね、その活動の標準化を図りクリティカルパスを作成する。

将来的には幅広く多くの利用者に

医療福祉をコーディネートできることを目指す。

