

輝く！地域包括ケア

すべての人々のためにつながる看護職

第2回 北見市（北海道）

2006年に1市3町の合併でできた、北海道の北見市。高齢化率が3割を超える中、保健福祉部で地域包括ケアの推進を担当する長尾智美主幹（保健師）は、独居や認知症の高齢者でも安心して暮らせるまちづくりに取り組んでいる。

医療機関と地域の橋渡し役を担う

06年は、前年の介護保険法の改正により、市町村が高齢者に対して総合的・継続的なサービスを提供する地域支援事業が位置付けられた年でもあった。11年の法改正では医療と介護の連携が打ち出され、市や保健所の会議でも、高齢者が病院から退院する際の切れ目のない支援が課題に挙がっていた。

長尾主幹は、ケアマネジャーを対象に入退院に関する調査を実施。病院から地域に移行する際の課題をまとめ、「医療機関側のキーパーソンは看護師」と、看護部長に現状を説明して回った。

16年1月には、病院側と在宅側担当者との顔の見える関係づくりの第一歩として「医療機関・在宅ケアマネジャー連携会議」を開催。病院の看護部長や退院調整を担当する看護師、ケアマネジャー



長尾主幹

16年に行ったケアマネジャー連携会議



などが出席した。長尾主幹は「連携がうまくいかない、困るのは高齢者です。この共通認識の下、話し合いの場をつくり、課題の根拠をデータで示しながら解決することを目指しました」と経緯を語る。

連携会議を受け、市では「入退院連絡の手引き」を作成した。連絡の手順や退院調整に向けて共有すべき情報などを整理して公表すると、その後の調査で、入退院時に病院側と在宅側で連絡し合う割合が大きく上昇。ケアマネジャーからは「病院側で家族の同席を調整してもらい、制度の説明や申請が円滑にできた」「退院時カンファレンスで看護師からの助言があり、訪問看護や福祉用具がスムーズに導入できた」などの反響があった。

まちぐるみのネットワーク構築へ

北海道オホーツク総合振興局保健環境部北見地域保健室（北見保健所）の本多裕子主査は、北見市など管内の市町と協力して「入退院連絡窓口一覧」を作成している。医療機関や地域包括支援センターの窓口、各医療機関の入退院時のルールなどを掲載し、スムーズな連絡・調整に役立てている。

本多主査は、これまで看護職向けの研修や会



本多主査

議を企画する中で「訪問看護との連携をどうしたらよいか」「介護施設の看護職が孤立しがちだ」という声も聞いてきた。「今後、さらに看護の連携を進めていく必要があります。看護職が集まる会議で長尾主幹に地域の健康課題を話してもらったところ、こうした会議に保健師がもっと参加してほ

しいとの声もありました」と話す。長尾主幹も病院の看護師から相談を受け、慢性心不全の患者の退院後に備えて、外来と訪問看護事業所、介護事業所との連携に関する研修会を開催し、医療機関と訪問看護事業所などとの連携の推進を図っている。

長尾主幹らは、地域包括ケアシステム推進に向けた柱の1つとして、認知症施策にも取り組む。病院の認知症看護認定看護師と地域包括支援センターが協働し、認知症の人へのサポートを行うほか、初期集中支援のためのマニュアルを、管内の市町の保健師と協力して作成した。市の認知症サポーターは1万人を数え、協力店舗も100店を超えるなど、住民にも理解の輪が広がっている。また、要介護認定を受ける人の年代や原因疾患を分析し、医療機関や住民にも情報提供している。昨年10月には「医療・介護に関わる多職種研修会」を開き、200人の関係者が集まった。「高齢者が地元で生き生きと暮らせるようなシステムをつくりたい」。看護職に加え、多職種や住民全体を巻き込んだネットワークで、地域を支え続ける。