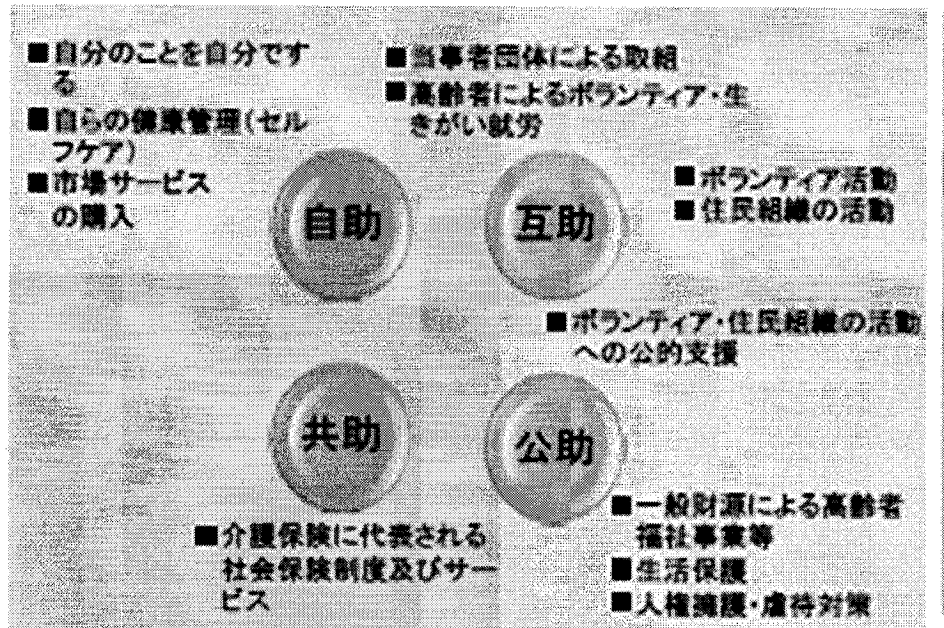


地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より



3

目指す姿

できる限り元気に活動し、最期まで安心して住むことができる「地産」「地育」「地療(老)」「地死」の東近江

東近江圏域医療福祉ビジョン

在宅医療需用の現状と推計

・平成37年には在宅医療等は1.5倍の医療需要がある見込み。うち訪問診療等は1.3倍の医療需要がある見込み

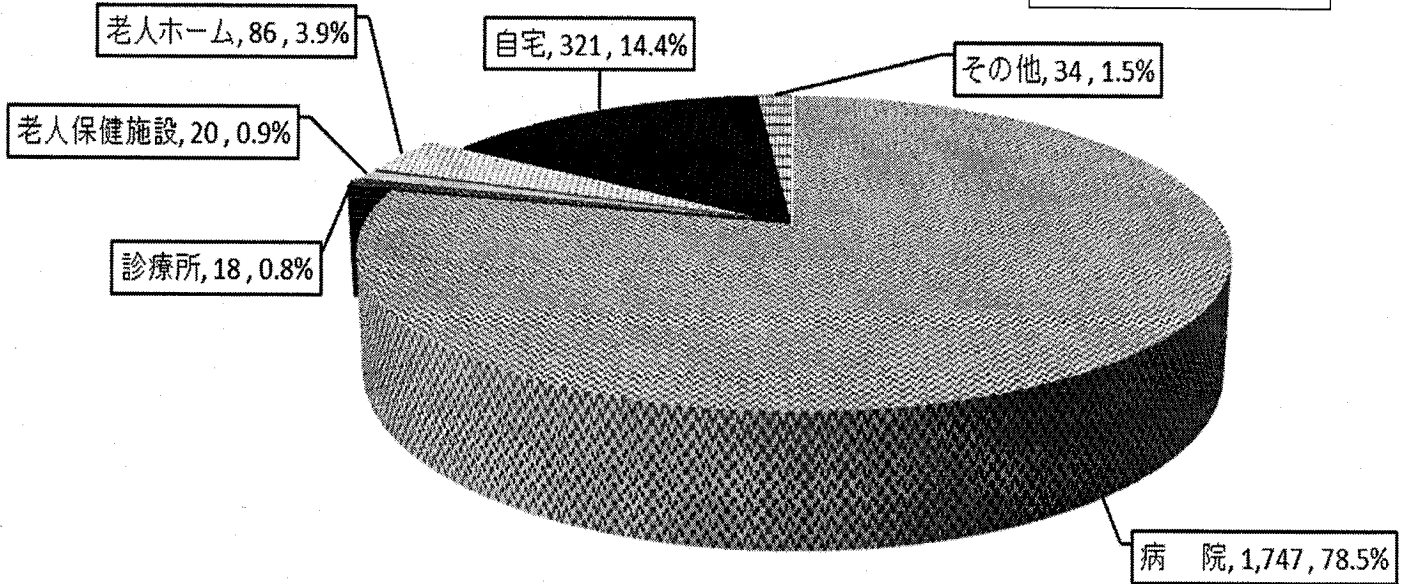
表 在宅医療等の医療需要

		2013年度 医療需要① 〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要(人)					
			〔医療機関〕 ②	差引②-①	増加率	〔患者住所〕 ③	差引③-①	増加率
東近江	在宅医療等	1,616	2,419	803	150%	2,363	747	146%
	(再掲)うち訪問診療分	826	1,071	244	130%	1,106	279	134%

※在宅医療等の需要には、訪問診療や老健施設で対応する需要のほか、医療資源投入量175点未満、慢性期機能から移行する分の需要も含まれています。

H27年 東近江圏域総死亡数（死亡場所別）

総死亡数 2,226人



厚生労働省 平成27年人口動態統計

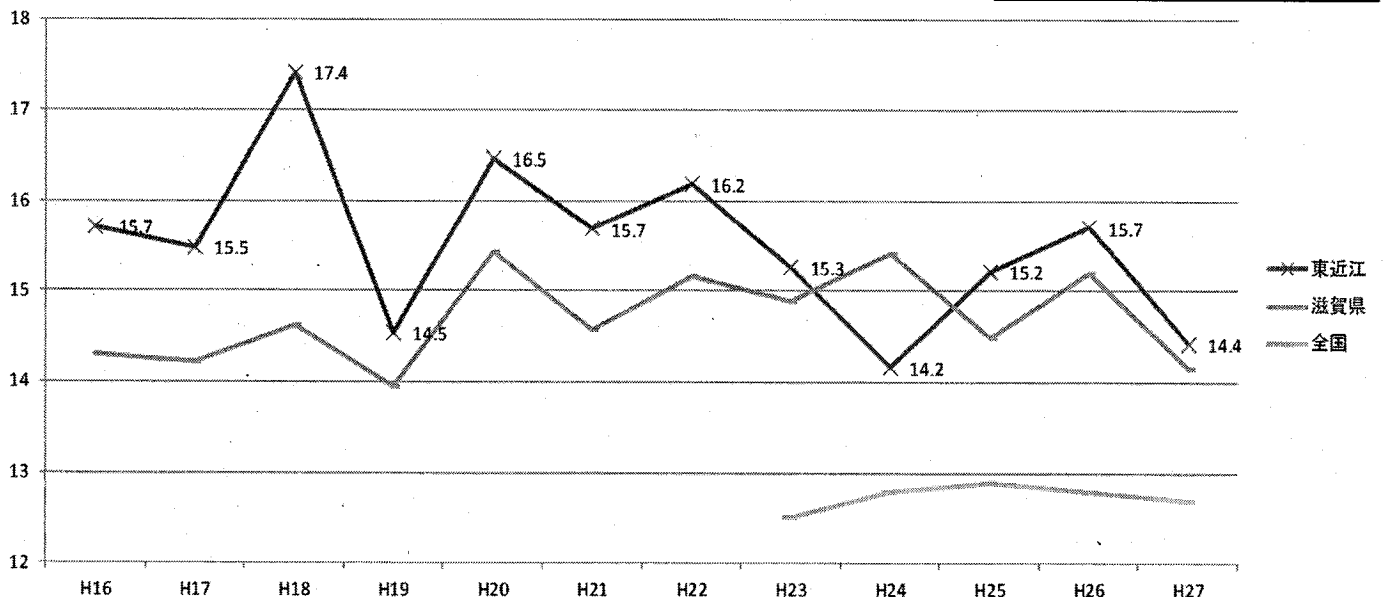
自宅死亡の年次推移

□自宅死亡率の推移

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
東近江	15.7	15.5	17.4	14.5	16.5	15.7	16.2	15.3	14.2	15.2	15.7	14.4
滋賀県	14.3	14.2	14.6	13.9	15.4	14.6	15.2	14.9	15.4	14.5	15.2	14.2
全国								12.5	12.8	12.9	12.8	12.7

自宅死亡率の推移

厚生労働省 人口動態統計



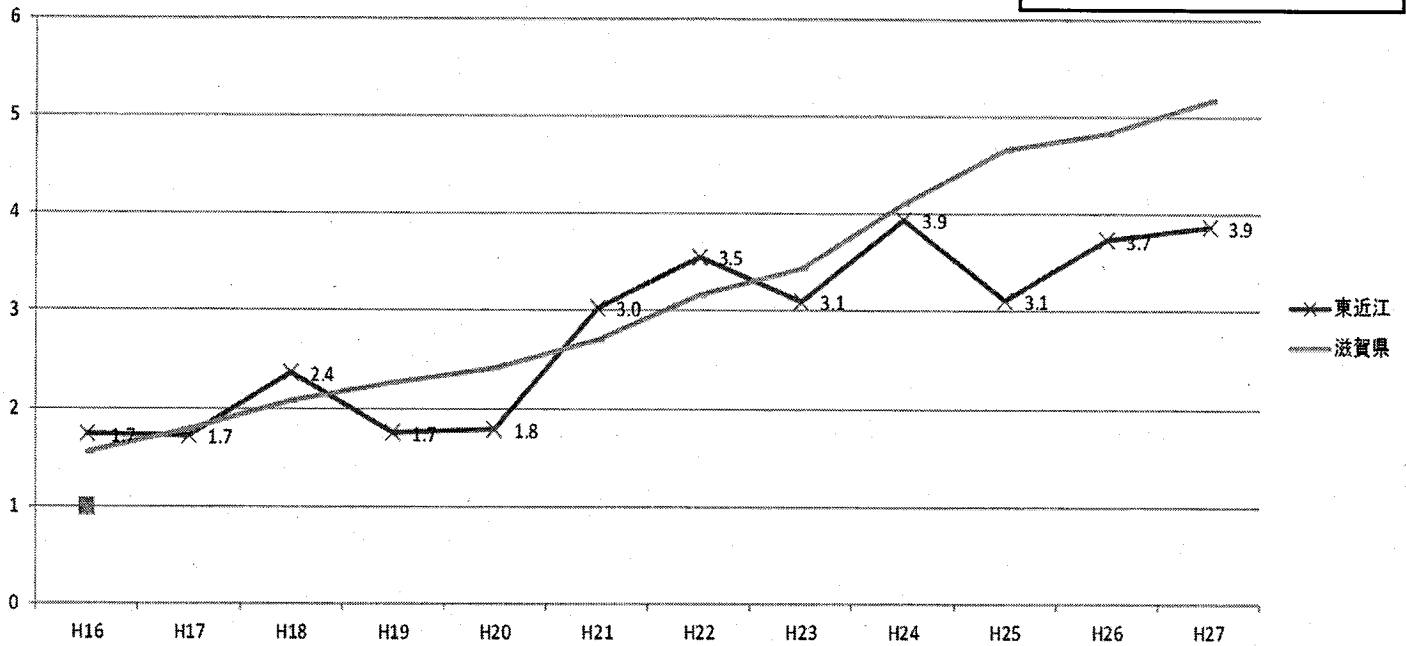
施設(老人ホーム)の年次推移

□施設(老人ホーム)死亡率の推移

	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27
東近江	1.7	1.7	2.4	1.7	1.8	3.0	3.5	3.1	3.9	3.1	3.7	3.9
滋賀県	1.6	1.8	2.1	2.3	2.4	2.7	3.2	3.4	4.1	4.7	4.8	5.2

施設(老人ホーム)死亡率の推移

厚生労働省 人口動態統計



在宅医療介護に関する住民のニーズ

- ①人生の最期を迎えたい場所は、自宅が、43.8%、病院が26.4%、介護老人保健施設が1.4%、特別養護老人ホームが3.5%であった。
- ②自宅で最期まで療養できるかについては、「実現可能である」が8.5%、「実現困難である」が55.7%と大きく上回っていた。(「わからない」34.0%)
- ③「実現困難である」と回答した困難な理由は、「介護してくれる家族に負担がかかる」が78.6%、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」の60.7%が多かった。

(①②③平成24年7月滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(N=576)より)

在宅医療資源の現状

①平成27年(2015年)6月現在で、東近江区域の人口あたりの在宅療養支援診療所数は、18か所(人口10万対0.7)。訪問看護ステーション数は11カ所(人口10万対0.4)。人口10万人あたりで県平均を下回っている。

②退院支援

・退院支援難航事例

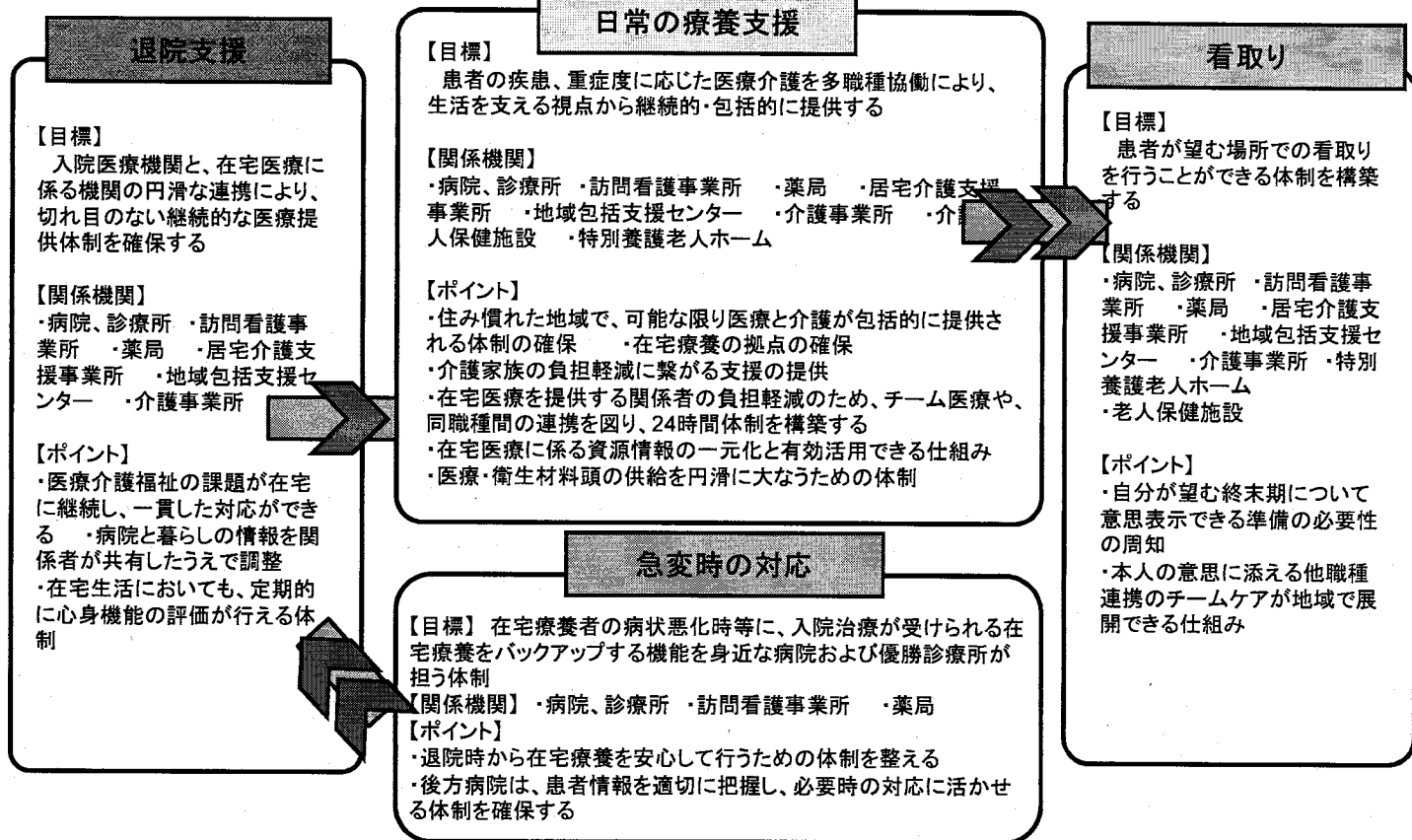
「医療ケアが必要」「入院によるADL低下」「ターミナル期」「老々介護等による介護力脆弱」

・88%の介護支援専門員が医療ケアが必要な患者のマネジメントに困難を感じている。

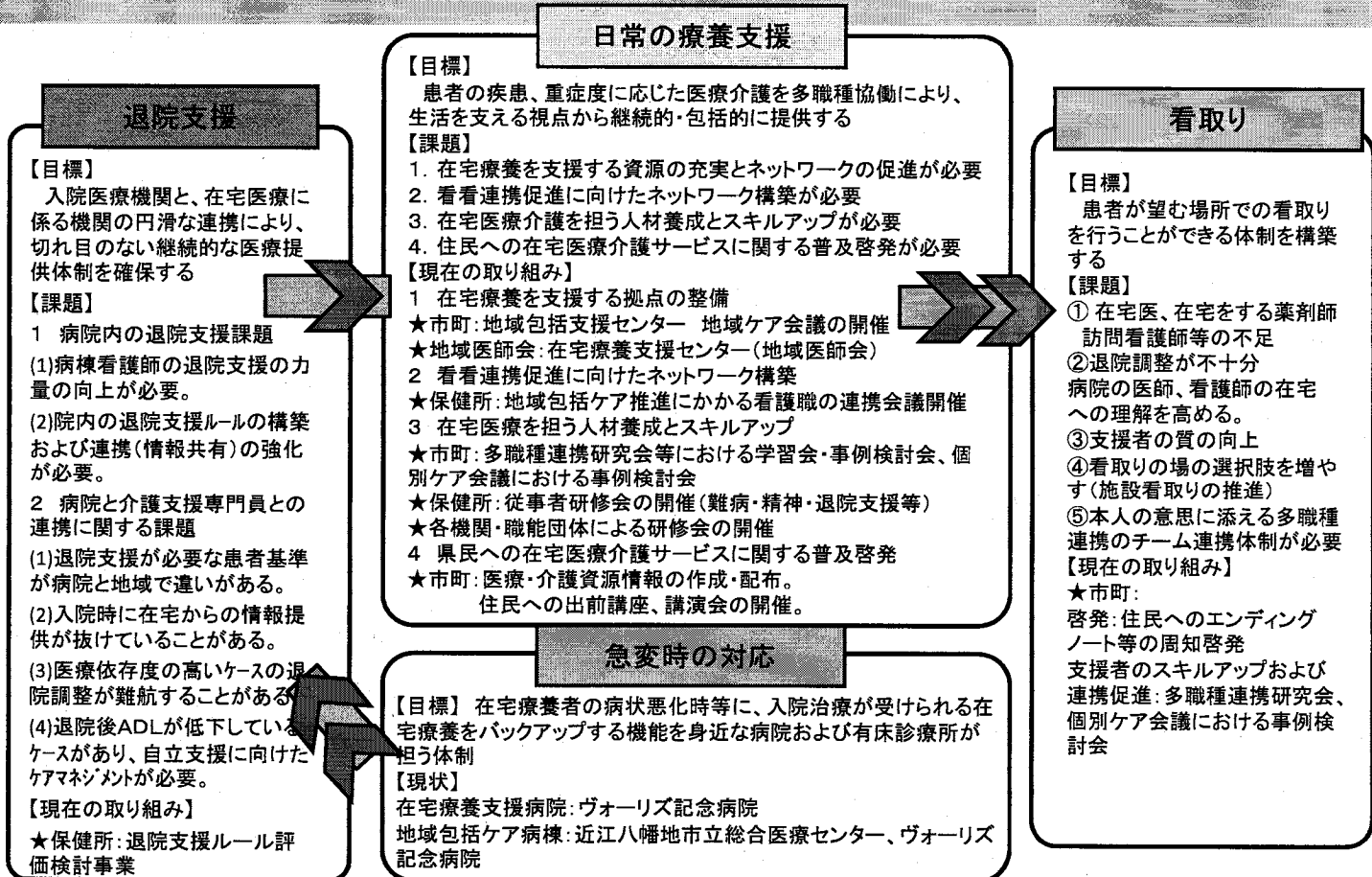
	ある(%)	ない(%)
病院看護師	14(58.3%)	10(41.7%)
介護支援専門員	22(88.0%)	3(12.0%)

・その要因は、①医療的知識の不足②往診医をつなげる方法③訪問看護の導入のタイミング④緊急時の対応⑤家族の介護力の問題⑥医療ケアにかかる材料費の経済的負担が大きいことがある。(①滋賀県調べ②③平成28年度東近江退院支援ルール評価検討事業実態調査およびワーキング結果より)

在宅医療の提供体制サイクル



東近江圏域医療介護提供体制の推進に向けた課題



課題まとめ

県の目指す姿 医療依存度が高くても、住み慣れた場所で生活したいという希望や、在宅で最期を迎えたいという選択肢を実現するために、医療福祉サービスを総合的に受けられる地域を住民とともに目指す。

東近江管内の目指す姿 できる限り元気に活動し、最期まで安心して住むことができる「地産」「地育」「地療(老)」「地死」の東近江を目指す

東近江管内の目標

①切れ目のない医療・介護が提供ができる。	②家族の負担軽減を目指した在宅医療・在宅療養の推進体制が図れる。	③医療福祉関係者がネットワークを構築できる。
----------------------	----------------------------------	------------------------

課題

①在宅医、在宅をする薬剤師
訪問看護師・介護職員の不足

②退院調整の充実
病院の医師、看護師の在宅
への理解を高める。

③疾患に応じた患者の意思決定を
支える多職種連携の推進

①退院調整の充実
家族が在宅のイメージのない
まま退院

②支援者の質の向上

③医療ケアが必要な方のレスパ
イト支援の充実が必要

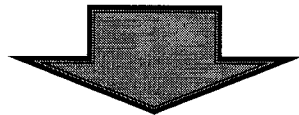
④看取りの場の選択肢を増やす
施設看取りの推進

⑤住民の死生観の醸成が必要
病院執着思考が根強い

住民の身近なところで
医療と介護の連携体制
が必要

東近江管内の看護職連携 なぜ連携が必要か

- ▶ 滋賀県地域医療構想策定
- ▶ 平成27年度東近江圏域在宅福祉施設・医療機関の看護職員相互研修(滋賀県看護協会主催)開催結果から
- ▶ 東近江退院支援ルール評価・検討事業から



- ▶ 東近江圏域地域包括ケア推進にかかる看護職連携打合せ会開催(H28.11.4 H29.2.21)

「平成27年度東近江圏域在宅福祉施設・医療機関の看護職員相互研修」受講者の声 「研修での学び」

(講義から)

- ・みなさんと繋がることができて良かった。
- ・また別の形で集合的できたら良いと思った。
- ・地域医療、包括ケアシステム等知らなかった。学ぶことができた。

(実習から)

- ・在宅での生活のイメージがつきやすくなり指導方法を考えないといけないと思った。
- ・在宅生活を実際に知り、病棟からでも在宅を見据えたかかわりができるように努力したい。
- ・病院での地域への繋がりを知れたので、今後在宅へも繋がられると思った。

(今後の連携のあり方)

- ・退院後の在宅の情報をもって退院調整したい。
- ・病棟看護師、退院調整看護師、地域の看護師が同じ方向を動く必要がある。
- ・FAX, サマリーだけではなく互いの連携をする。
- ・退院かファレンスの場で、在宅のイメージを持って、積極的に参加する。
- ・小さなネットワークを広げる。
- ・看護職間の連携を進めたい。
- ・もっと簡単に繋がり、気軽に聞けるようになりたい。

東近江圏地域包括ケア推進にかかる看護職連携打合せ 意見まとめ(1回目議事録より)

- 情報をやり取りするためには看護職間で顔がつながる連携が必要
- 連携の方法
 - ・相互研修の継続
 - ・事例検討会の実施
 - ・退院支援ルールの継続実施
 - ・既存事業の活用
- 病棟看護師が在宅のイメージが持てていない
 - ・現任教育が必要
 - ・病院としても在宅を重視した方向に転換していく必要がある
- 病棟看護師と訪問看護師が顔を合わせて連携すべき
- 病棟看護師から訪問看護の必要性をケアマネに伝えてほしい
- 訪問看護師が在宅の情報共有の要になる
- 連携ツールを検討することも必要
- 患者・家族の在宅療養の意思決定支援のためにも看護職間の連携が必要

▶ 平成28年度

打合せ会議を2回目を開催 (①H28.11.4 ②H29.2.21)
(訪問看護ステーション、病院看護師、看護協会地区支部等、市町)

目指す方向

★在宅医療介護に看護の視点が必要。訪問看護が必要な事例に適切に介入できる。

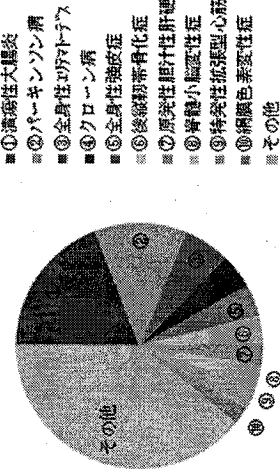
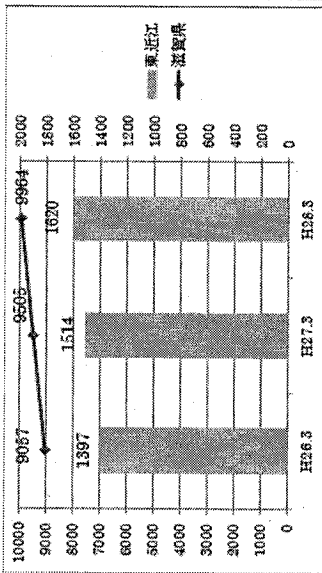
そのため、看護職間の連携を進め、看護職能自らが主体的に連携を進める。

▶ 平成29年度以降(案)

- 目標①:看護職間の顔の見える関係づくり
看護職連携研修等(事例検討等)
- 目標②:看護職員の現任教育(地域包括ケアシステムを意識した育成)
- 目標③:在宅医療介護において訪問看護が適切に介入できるしくみづくり
退院支援の充実
- 目標④:看護職間の情報伝達ツールの検討

東近江管内の難病対策の現状と課題(難病地域協議会)

1. 特定疾病医療受給者証所持者数の推移(27年度未現在) 2. 東近江圏域における受給者証所持者数の多い疾患



多職種による支援ネットワーク構築を目指した事例検討

事例報告 ALS 60代女性「東近江圏域重症神経難病 在宅療養支援マニュアル」に基づく支援のプロセス

【基本情報】
 ・夫と二人暮らしで主介護者は夫。長女は結婚をして隣市に居住。日中は訪問し、介護を手伝っている。
 ・本人と娘との関係は良好だが、本人と夫とはほとんどあまり仲が良くない。

年月	H25.10	H26.12	H27.2	H27.10	
発症より	8か月	1年2か月	1年9か月	2年	
年齢	60歳	61歳	62歳		
支援内容	発症 確定診断 保進所新規申請 保健所初回面談後、管内拠点病院 相談先一覽、患者会の紹介。	ケアマネを中心に、サービスの調整、必要性の説明、訪問看護2回、訪問リハ利用開始、患者会参加。	訪問看護開始、訪問介護開始、9/10支援者のみ、9/16家族を交えて今後の支援方針についてケース会議実施。	ラジカッター入院治療、レッグチャットレンタル、訪問看護開始、訪問リハ開始、訪問介護開始、9/10支援者のみ、9/16家族を交えて今後の支援方針についてケース会議実施。	胃瘻増設 10月16日～11月17日胃瘻増設 2/1緊急時の対応について家族訪問看護開始、4月の心購入、喉冷特設吸引購入。

事例支援を通じた振り返り(介護支援専門員)

・症状の進行に合わせたサービス調整が十分でなかった。(具体的な介助方法の統一なども)

・呼吸器の装着等、医療的処置について常に気持ちが悪く、本人の思い(意思決定)に寄り添った支援が必要であった。

・本人と家族が異なる思いを持った時、すり合わせが必要であった。

事例支援を通じた振り返り(訪問看護師)

【本人の状況】
 咳や唾液の貯留が進み、吸引回数増加。
 酸素飽和度80%代に低下することもあり、気管切開を受けるか迷いあり。
 【家族の思い】
 主治医からはまだ早いと言われていたが、本人にまだ深い意識があるように感じた。本人にまだ深い意識があるように感じた。本人にまだ深い意識があるように感じた。

・症状の重しい進行に、本人だけでなく家族にも大きな不安や本人への関わりで介護をもちたれていた。

事例支援を通じた振り返り(保健所保健師)

・チームによる支援により、家族からは信頼があった。
 ・しかし、家族の介護負担は最終まで大きかった。
 ・ALSの終末期において、本人の揺れる思い、呼吸器をつけるかどうかの意思決定をどのようにチームとして支えるか迷いがあった。

3. 医療機器別使用状況

機器	計	内訳			
		通院中	入院中	入居中	在宅の割合(%)
人工呼吸器	9	0	5	1	33.3
夜間のみ	6	4	1	0	83.3
在宅酸素療法	21	19	1	0	95.2
たん吸引器	20	3	11	3	30
人工透析	12	8	4	0	66.6

4. 日常生活自立度の状況

項目	全体		神経難病	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
① 介助を必要とせず、生活は自立している。	1026	70	94	26
② 介助必要、日中は起きて活動	227	16	108	32
③ 介助必要、座位可動で日中はベッド上	121	8	76	22
④ 介助必要、一日中ベッド上	72	5	60	18
⑤ 不明	14	1	1	0
計	1480	100	340	100

難病患者の在宅支援の課題

- 入院から退院、在宅療養に向けた切れ目のない支援が必要
- 疾患特性を理解し、療養の時期に応じた支援が必要
- 在宅支援チーム内において支援内容を常に共有する
- 人工呼吸器の選択等、患者の意思決定の支援が必要
- 医療的ケアの必要な場合は災害時等緊急体制を整える必要がある。

地域包括ケア推進に向けた今後必要な取り組み

退院支援

【目標】入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保する

【今後必要な取り組み】

日常の療養支援

【目標】患者の疾患、重症度に応じた医療介護を多職種協働により、生活を支える視点から継続的・包括的に提供する

【今後必要な取り組み】

急変時の対応

【目標】在宅療養者の病状悪化時等に、入院治療が受けられる在宅療養をバックアップする機能を身近な病院および有床診療所が担う体制

【今後必要な取り組み】

看取り

【目標】患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築する

【今後必要な取り組み】

生活支援・介護予防

【目標】心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
【今後必要な取り組み】

東近江保健医療圏域における
病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き

(抜粋)

平成28年3月

東近江圏域退院支援ルール評価検討会

1 はじめに

超高齢化社会の到来に向け、国は今後急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病床機能再編や診療報酬の改定が図られるなど、「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への移行推進が図られています。

東近江圏域においても全国同様高齢者が増加し、脳血管疾患の後遺症、骨折後のADLの低下、慢性疾患の療養など、身体機能が低下し、医療・介護の支援を受けながら病院と在宅を行き来して生活する方が増えていきます。また、世帯構成の変化（高齢独居世帯、高齢者単独世帯の増加）に伴い、今後介護力の低下に伴う介護ニーズの増加も予測されます。

今後、在宅医療・介護を必要とする方が東近江圏域で安心して療養できる体制を整えるための第1歩として、病院スタッフや在宅生活を支えるケアマネジャーによる適切で円滑な退院支援が重要となってきます。

東近江圏域においては、平成26年度管内退院調整担当者会議において「入院から退院時における医療機関と介護支援専門員との連携の流れ」および「連携窓口一覧」を作成し入退院支援時における連携をすすめてきました。これらの取り組みにより入院時からの連携でスムーズに退院支援ができつつある一方で、「急な退院となりサービス調整されずに退院となり患者さん家族さんが困られた。」という事例があるという現状がみえてきました。

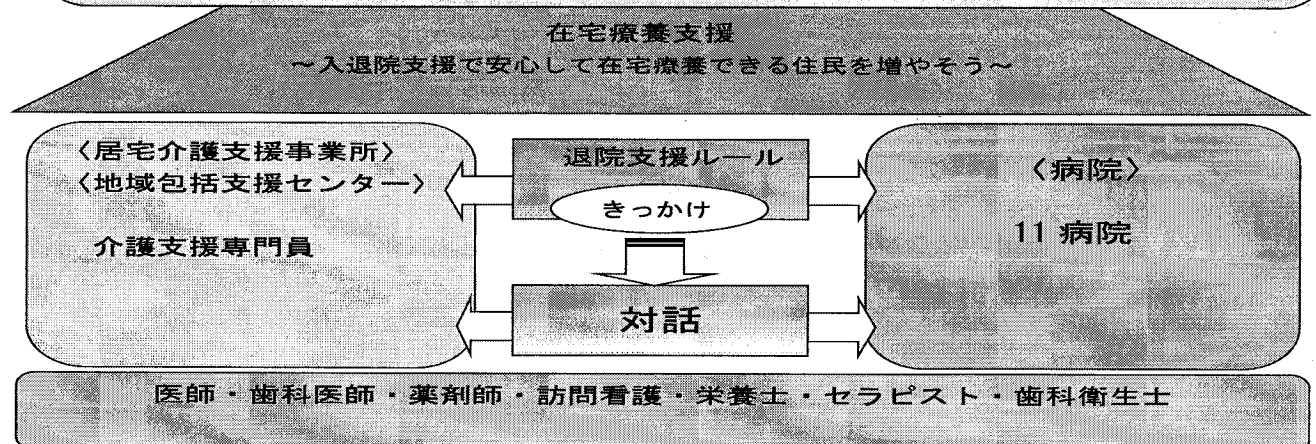
「入退院支援ルールはできたが。。。なぜ、退院調整漏れが起こるのか？」

連携の現状を評価し改善策の検討を行うため、平成27年度 東近江退院支援ルール評価・検討事業を実施し、新たに必要なルール、院内連携・地域連携を充実するために必要な取り組みの検討を行い、「東近江保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き」を作成いたしました。

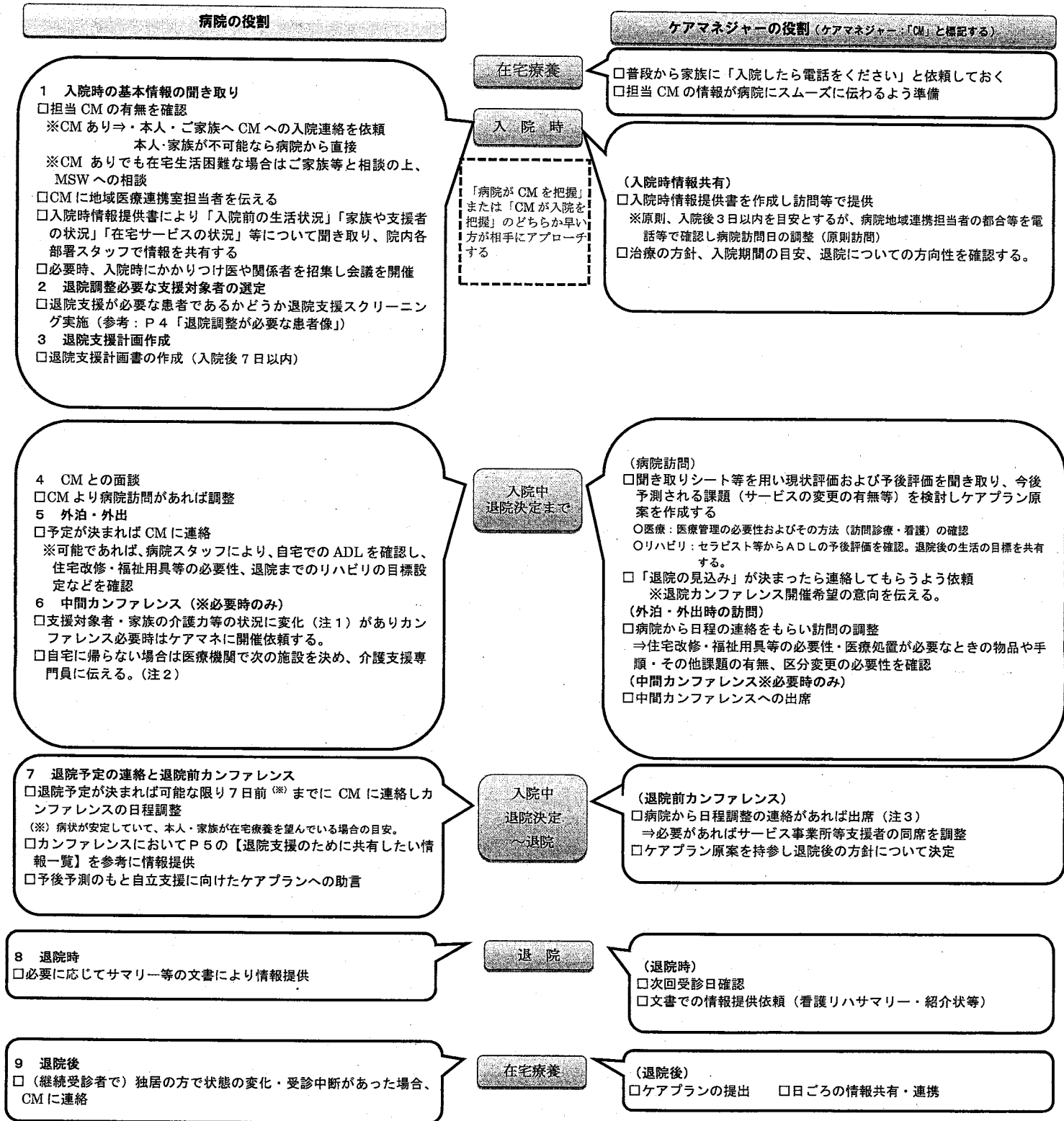
この「手引き」をきっかけに在宅療養をされるご本人・ご家族を中心に病院とケアマネジャーが対話し、ご本人・ご家族と医療介護関係者が同じ方向を向いて在宅療養の支援ができることを目指しています。

一人でも多くの方が安心して在宅療養をできるよう、病院担当者、ケアマネジャーの皆様がこの手引きを活用して円滑に入退院支援をしていただきますようお願いいたします。

東近江圏域	65歳以上の住民：54,894人	75歳以上の住民：26,968人
	65歳以上の認定者数：8,828人	75歳以上の認定者数：7,884人
注：	65歳以上人口は第1号被保険者数 認定者数は、介護保険事業状況報告（平成26年3月）	



2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合～



(注1) 状況が大きく変わっているときは区分変更申請を検討する。
 (注2) 回復期・維持期への転科、転院する場合は、CMに病院から連絡を行う。
 (注3) 退院カンファレンスとサービス担当者会議同日に開催されることがあるその場合は、CMは必ず病院側にも同時に行うことを伝え関係者の参加・場所の手配を依頼する。

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ~② 新たに介護保険サービスを受ける場合~

病院の役割

ケアマネジャーの役割 (ケアマネジャー「CM」と表記する)

自宅に退院予定で「連携の基準」(*)に該当する方

ご本人・ご家族に退院にの時期を伝え介護保険申請方法を伝える。病棟または地域連携室より各市町地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議。
 ○要支援と予測される・対応に悩む場合⇒各市町地域包括支援センター
 ○明らかに要介護と予測される場合⇒居宅介護支援事業所へ連絡。

(*)連携の基準

- 立ち上がりや歩行に介助・補助具(手すりを含む)が必要
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 認知症の周辺症状や全体的な理解の低下
- 在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- (ADLは自立でも)がん末期の方(注1)、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方
- 退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要
- 肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し
- その他、退院後の生活に不安を感じるとき

入院中

病院から連絡を受けた、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、概要を確認したうえで、病院への訪問等対応方法について検討し返答する。

(担当依頼の連絡後)

- 本人家族面談・病院担当者との面談
 - ・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り
 - ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明
 ※病院担当者との面談においては【ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有のお願い】を活用
- サービス利用の合意が出来れば契約(申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約)
- ケアプラン原案作成
- サービス調整
- サービス担当者会議
- ※契約(仮契約)からサービス決定までの期間はサービスの種類、量により変わるが1~2週間必要
- ※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。
- 介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。
- ※ケアマネ決定が早ければ、次の外泊・外出時の訪問から順次調整が進められる

(CMとの面談)

○CMより病院訪問があれば情報提供
 「これまでの経過と、入院の理由」「在宅療養に向けてどの様なことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」等

CM 病院訪問

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

退院決定まで

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

退院決定
~退院

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

退院

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

在宅療養

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

(平成27年度 東近江圏域退院支援ルール評価検討会 作成)

(※注1) がん末期の方等の訪問看護の利用について

介護保険の給付は医療保険の給付に優先されますが、「厚生労働大臣が定める疾病等(表1)」で主治医の指示があった場合に限り、医療保険の給付により訪問看護が行われます。

(表1) ○指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者(告示第2の1)

※特掲診療料施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者(平22.3.厚労省告示第74号改正)

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンテントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頭髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者