

平成19年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

医療・介護資源の有効活用のための 医療、ケア施設、住民参加による地域連携体制の 構築に関する調査研究事業報告書 概要版



平成20年3月
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目 次

第1章 調査研究の概要.....	1
1. 調査研究の背景と目的.....	1
(1) 事業の問題意識.....	1
(2) 目的.....	2
2. 調査研究の全体像.....	3
(1) 国保直診の地域連携体制の構築に関する調査【一次調査】.....	3
(2) 在宅療養されている方から望まれる地域連携体制に関する調査.....	3
(3) 先進地域ヒアリング調査.....	4
3. 実施体制.....	5
第2章 国保直診の地域連携体制の構築に関する調査.....	6
1. 施設の概要.....	6
(1) 訪問看護ステーションの併設状況.....	6
(2) 地域の介護保険サービス事業所との関係.....	7
2. 施設が果たしている役割について.....	8
(1) 地域連携への取組状況.....	8
(2) 地域連携の担当者の状況.....	8
(3) 連携に関して有している機能.....	9
3. 住民組織と連携した在宅の高齢者等へのケアの取組状況について.....	11
(1) 認知症高齢者に関する他の機関と連携した取組の有無.....	11
(2) 脳卒中患者のケアに関するほかの機関と連携した取組の有無.....	12
4. 地域包括医療・ケアの推進について.....	13
5. 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響について.....	14

第3章 在宅療養されている方から望まれる地域連携体制に関する調査	15
1. 在宅療養されている方とその介護者を対象とした調査.....	15
(1) 訪問看護ステーションの併設状況.....	15
(2) 現在受けているサービスの満足度.....	16
(3) サービスの担当者間で本人・家族の情報が理解されているか.....	16
(4) 在宅療養する上で困った時の相談相手.....	17
(5) 退院前後の不安.....	18
2. 退院を間近に控えた方とその介護者を対象とした調査.....	19
(1) 在宅で介護するに当って必要とする情報.....	19
(2) 退院を間近に控えた不安.....	20
第4章 先進地域ヒアリング調査結果	21
1. 地域連携を効果的にするためには院内連携が不可欠.....	21
2. 退院時カンファレンス開催の困難さ.....	21
3. 住民との関係構築の難しさ.....	21
第5章 考察	22
1. 患者や家族に対する適切な情報提供の必要性.....	22
2. 在宅療養を支えるキーパーソンである訪問看護師への適切な情報提供の必要性.....	22
3. 地域住民とのネットワーク構築による取組の必要性.....	23

第1章 調査研究の概要

1. 調査研究の背景と目的

(1) 事業の問題意識

在宅医療・介護への方向性

■高齢化の進展と共に、急性期の医療は病院で、そして長期に渡る療養は在宅で対応しようとする方向が明らかになりつつある。多くの高齢者は、住み慣れた地域で生活し続けることを望んでいることから、在宅で生活しながら必要な医療・介護サービスを十分に受けることができれば、高齢者自身にとってもこの方向性は望ましいと言える。

地域によって差がある保健・医療・福祉(介護)サービス基盤

■しかしながら、高齢者が在宅生活を継続する上での基盤整備の状況をみると、地域による差が生じている。保健・医療・福祉(介護)サービスの整備が進んでいる都市部に対して、中山間部においては、サービスの選択肢も決して多くはなく、利用者が求めるサービスに対するスムーズな提供に支障をきたしているケースもある。

高齢者の在宅生活を継続する上で不可欠な地域内での連携体制

■同時に、在宅医療が可能な重度者等についても、依然として医療機関への入院等が多く、その要因の一つとして在宅医療・介護が普及しておらず、高齢者が安心して在宅での生活を送ることができる基盤が整っていないこと等が挙げられる。したがって、在宅医療・介護サービスの普及・促進を図ることは、特に中山間地域においては、高齢者の在宅生活を継続する上でも重要であり、そのためには、相互の連携体制の構築が必要である。

■さらに、高齢者の在宅生活を継続する上では、保健・医療・福祉(介護)の専門的なサービス基盤の整備のみならず、住民組織も含めた相互の連携体制を構築することが不可欠である。

地域連携の推進に医療機関が期待されている役割

■近年の医療制度改革や介護保険制度改革において目指されている、早期のスクリーニングによる介護予防から、生活機能の維持・改善のためのリハビリテーション、そしてターミナルケアの支援までを含んだ形での地域ケアを実現するためには、医療機関が重要な役割を果たす。特に、退院時のケアカンファレンス等においては、病院内でだけ行うのではなく、かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護師などの在宅介護サービスの関係者を含めて行うことは、患者や患者家族の安心感や、退院後の在宅介護・在宅医療への円滑な移行にもつながる。

先駆的に地域包括ケアに取り組んできた国保直診

- 介護予防から始まり、高齢者の状態に応じて、介護サービスや医療サービス(急性期・回復期・維持期)が一体的に提供され、在宅医療・介護支援の立場から多職種が包括的・継続的に参加することは、国保直診が、先駆的に取り組んできた。
- そこで、従来から地域包括ケアシステムを推進し、様々なノウハウを蓄積してきた国保直診における地域内での連携状況を、連携の類型別・業務内容別に、その連携内容や効果・課題等を把握することは、医療と介護の連携を踏まえた地域包括支援ネットワークの構築に向けて非常に重要なことと考えられる。

(2)目的

- そこで本事業では、保健・医療・福祉(介護)サービスを有効に活用するために、相互が連携してサービス提供ができるよう、地域連携体制の構築、それも住民組織の参加・有効活用も含めた地域連携体制を構築することを目指す。
- その際、国保直診所在地域における在宅医療・介護の普及要因及び普及の阻害要因を、在宅医療・介護サービスの提供側、受給者側の両面から多面的に把握し、望まれる在宅医療・介護の姿を明らかにすることにより普及のためのモデルを探る。

2. 調査研究の全体像

(1) 国保直診の地域連携体制の構築に関する調査【一次調査】

- 【調査方法】 アンケート調査(郵送発送・郵送回収)
- 【調査期間】 平成19年10～11月
- 【調査対象】 全国の国保直診910施設
- 【調査内容】
- 地域で果たしている役割
 - 住民組織と連携した高齢者等へのケアの取組状況
 - 地域包括医療・ケアの推進について
 - 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響について
- 【回収状況】 290件(回収率:31.9%)

(2) 在宅療養されている方から望まれる地域連携体制に関する調査

- 【調査方法】 アンケート調査(郵送発送・郵送回収)
- 【調査期間】 平成20年1月
- 【調査対象】 一次調査において、
- ①. 問6で地域資源との協働で認知症高齢者のケアを行っている施設
 - ②. ①のうち協働している地域資源の中に「社会福祉協議会」「患者・家族会等」「住民組織」のいずれかが含まれている施設
 - ③. 問7で地域資源との協働で認知症高齢者のケアを行っている施設
 - ④. ③のうち協働している地域資源の中に「社会福祉協議会」「患者・家族会等」「住民組織」のいずれかが含まれている施設
- の4つの条件全てに該当する施設を抽出したところ、下記の38施設(病院19、診療所19)であった。そこで、これら38施設を患者・家族(在宅療養されている方、退院を間近に控えた方)を対象とする二次調査の対象施設とした
- 【調査内容】
- 現在在宅で受けているサービスについて(種類、満足度等)
 - 在宅療養する上で困った時の相談相手
 - 介護者の不安(退院前と退院後の変化)
 - 退院を間近に控えて必要とする情報とその収集度合い
- 【回収状況】 在宅療養者：126件(認知症67件、脳卒中59件)
退院間近者：55件(認知症29件、脳卒中26件)

(3) 先進地域ヒアリング調査

- 【調査方法】 現地訪問ヒアリング調査
- 【調査期間】 平成20年2～3月
- 【調査目的】 二次調査対象施設のうち、特に住民組織や患者・家族会との連携を図っている5施設を対象に、ヒアリング調査を実施。
- 【調査内容】
- 施設における地域連携の概要
 - 在宅医療・介護サービスの連携状況
 - 在宅医療・介護サービスの連携に当たっての阻害要因
 - 今後の方向性 等
- 【調査対象】
- 千葉県 国保直営総合病院君津中央病院
 - 富山県 南砺市民病院
 - 滋賀県 公立甲賀病院
 - 徳島県 那珂町国保日野谷診療所・相生診療所
 - 長崎県 国民健康保険平戸市民病院

3. 実施体制

■「地域における子どもの生活習慣病対策ネットワークの在り方検討委員会」ならびに「同 作業部会」の委員構成は以下の通りであった。

医療・介護資源の有効活用のための地域連携体制構築に関する調査検討委員会・同作業部会委員一覧

◎印:委員長

*印:作業部会委員兼任

◇委員会

◎和田 敏明	ルーテル学院大学教授
*井伊 久美子	社団法人日本看護協会常任理事
*青沼 孝徳	国診協副会長／宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
齋藤 セツ子	千葉県・国保直営総合病院君津中央病院看護局次長
*南 眞司	富山県・南砺市民病院院長
*松本 文枝	岐阜県・国保坂下病院訪問看護ステーション所長
山脇 みつ子	滋賀県・公立甲賀病院訪問看護ステーション所長
*奥田 聖介	京都府・京丹後市立久美浜病院院長
*三上 隆浩	島根県・飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長
林 拓男	広島県・公立みつぎ総合病院副院長

◇作業部会

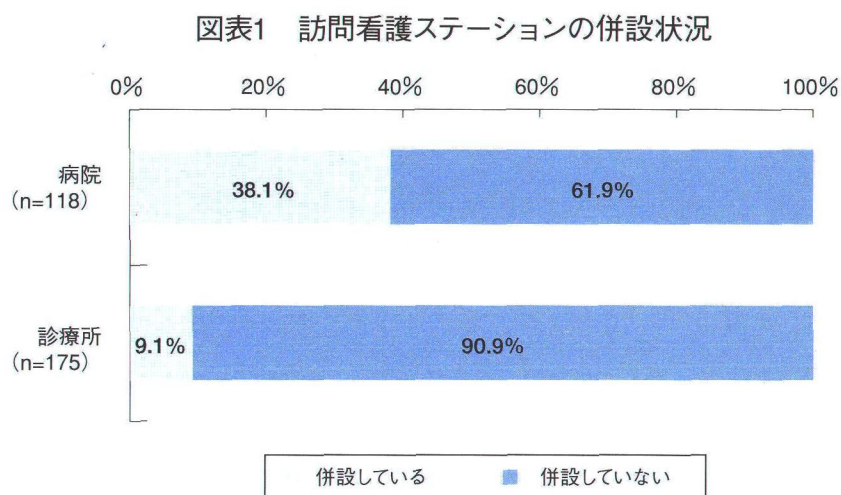
和田 敏明	ルーテル学院大学教授
井伊 久美子	社団法人日本看護協会常任理事
青沼 孝徳	国診協副会長／宮城県・涌谷町町民医療福祉センター長
南 眞司	富山県・南砺市民病院院長
松本 文枝	岐阜県・国保坂下病院訪問看護ステーション所長
奥田 聖介	京都府・京丹後市立久美浜病院院長
三上 隆浩	島根県・飯南町立飯南病院歯科口腔外科部長

第2章 国保直診の地域連携体制の構築に関する調査

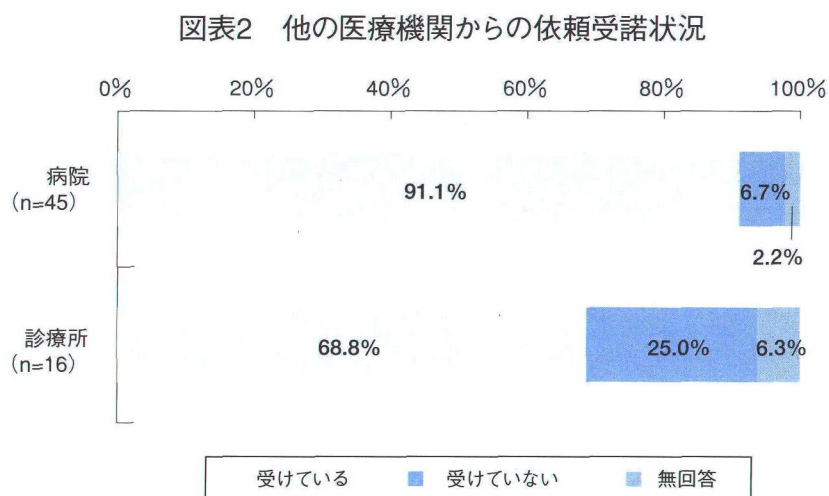
1. 施設の概要

(1) 訪問看護ステーションの併設状況

■訪問看護ステーションの併設している国保直診は、病院では4割弱、診療所では1割弱となっている。

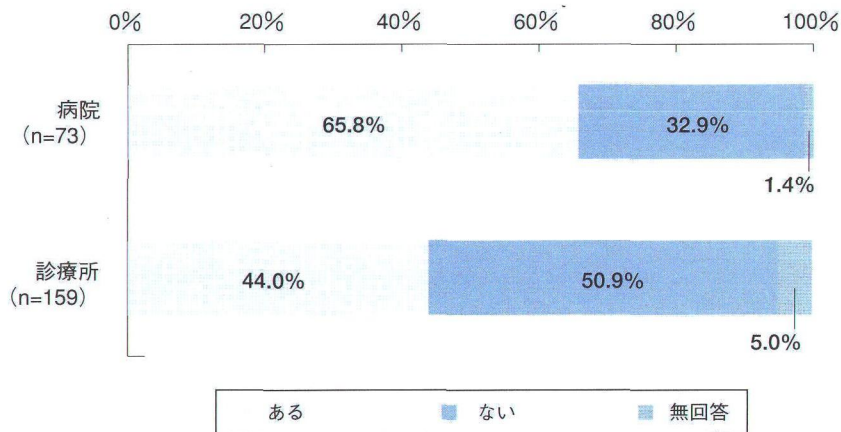


■次に、訪問看護ステーションを併設している施設について、他の医療機関からの依頼を受けているか否かを聞いたところ、病院では9割が、診療所でも7割弱が、他の医療機関からの依頼を受けていた。



■逆に訪問看護ステーションを併設していない施設について、連携している訪問看護ステーションの有無をみると、「ある」とする割合が病院では65.8%であるのに対して、診療所では44.0%と、半数以上の診療所が連携する訪問看護ステーションが無い状況がうかがえる。

図表3 連携している訪問看護ステーションの有無

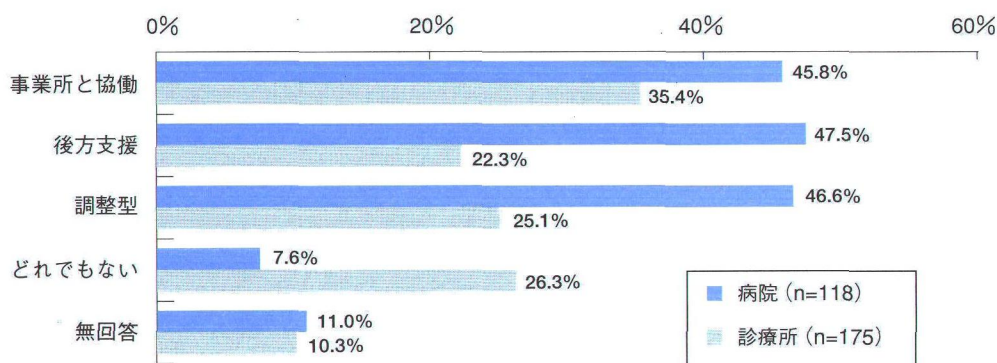


(2) 地域の介護保険サービス事業所との関係

■また、地域の介護保険サービス事業との関係をみると、病院においては「事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる医療機関」(事業所協働)、「利用者に関わる事業所・機関を緊急時に備え後方支援する医療機関」(後方支援)、「利用者・事業所・医療機関等の地域資源を相互につなぐ医療機関」(調整型)、の割合がほぼ同程度であった。

■しかし診療所においては、「事業所と協働して機動的に利用者に直接関わる医療機関」(事業所協働)が最も多いが(35.4%)、次いで「どれでもない」となっており(26.3%)、4分の1強の診療所では、連携よりも診療に力点がおかれている様子が見られる。

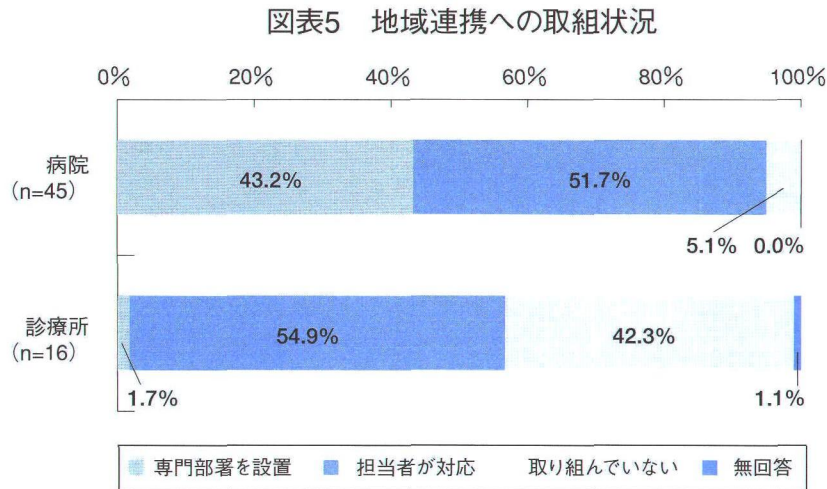
図表4 地域の介護保険サービス事業所との関係



2. 施設が果たしている役割について

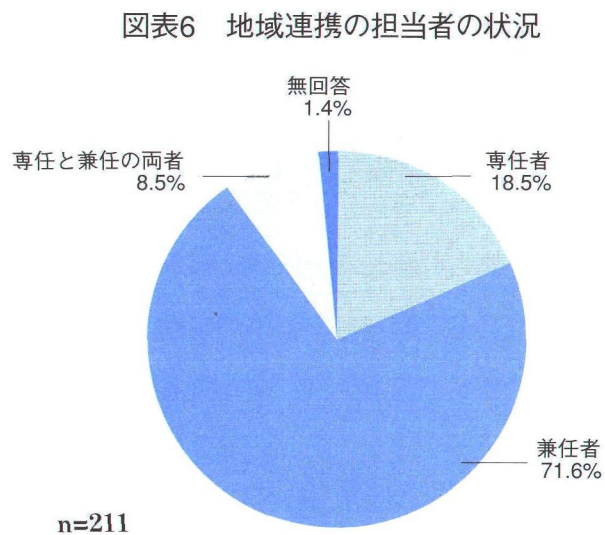
(1) 地域連携への取組状況

■地域連携への取組状況をみると、病院では9割以上の施設が何らかの対応をしているが、診療所では4割以上が「特に何も取り組んでいない」としており、病院と比べて診療所では地域連携が進んでいない様子が見えてくる。



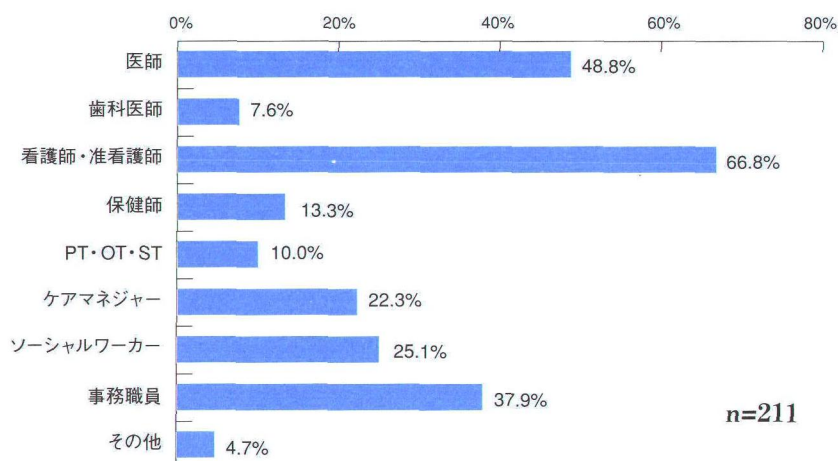
(2) 地域連携の担当者の状況

■地域連携の担当者の専任・兼任の状況をみると、担当者が他の職務との「兼任者」である施設が71.6%と最も多く、次いで「専任者」(18.5%)となっている。



■また職種については、「看護師・准看護師」が最も多く(66.8%)、次いで「医師」(48.8%)、「事務職員」(37.9%)、「ソーシャルワーカー」(25.1%)、「ケアマネジャー」(22.3%)となっている。

図表7 地域連携の担当者の職種



(3)連携に関して有している機能

■地域連携に関して有している機能を見ると、「他医療機関・施設への患者の紹介」(病院: 89.3%、診療所:71.7%)、「他医療機関・施設からの紹介患者の受入」(病院:89.3%、診療所: 81.8%)、「医療・介護・福祉サービスに関する相談」(病院:83.0%、診療所:61.6%)が高い割合を示している。また、「退院後の継続的なケア」についても、病院、診療所ともに半数を超えており、退院させた病院も継続的な支援をしていると同時に、退院した患者を地域で受け入れた診療所も継続的な支援をしている様子が見える。

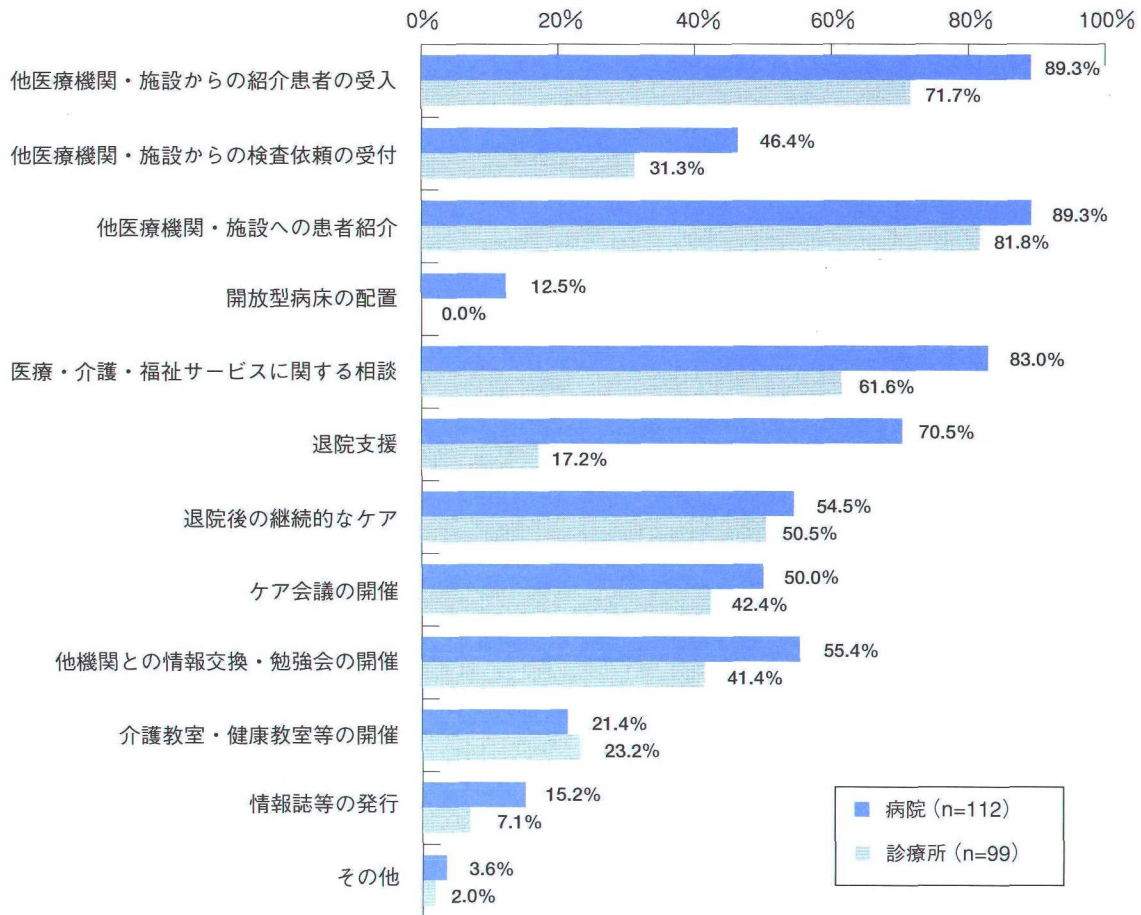
■なお、これらの項目について平成17年度に行った国診協調査の結果と比べると、「医療・介護・福祉サービスに関する相談」や「退院後の継続的なケア」については、病院、診療所ともに大幅に取り組んでいる割合が高くなっている*。

* 国診協「地域密着型のケアサービス推進のための地域ケア施設連携システムの構築事業」(平成18年3月)

「医療・介護・福祉サービスに関する相談」 病院：52.6%、診療所42.6%

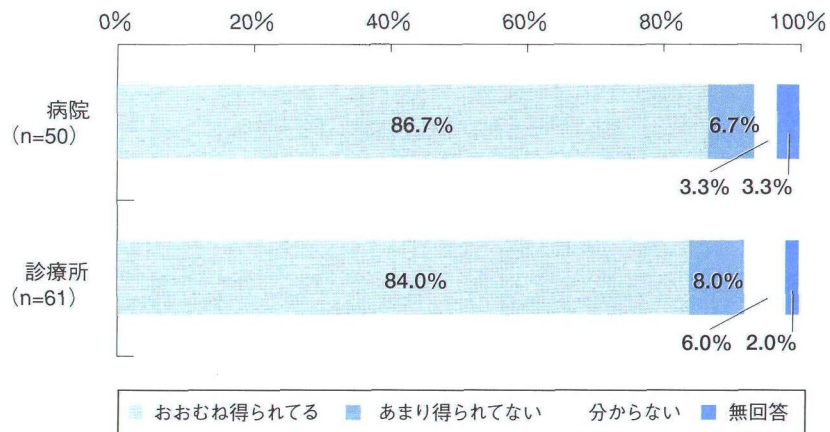
「退院後の継続的なケア」 病院：27.4%、診療所33.5%

図表8 地域連携に関して有している機能



■特に、退院後の継続的なケアを実施している施設に対して、地域内の保健・医療・福祉サービスを提供する機関や事業所との間で、共通の理解が得られているか否かをたずねたところ、病院、診療所ともに8割以上が「おおむね得られている」という回答であった。

図表9 地域内の他の機関や事業所との間の共通の理解の有無

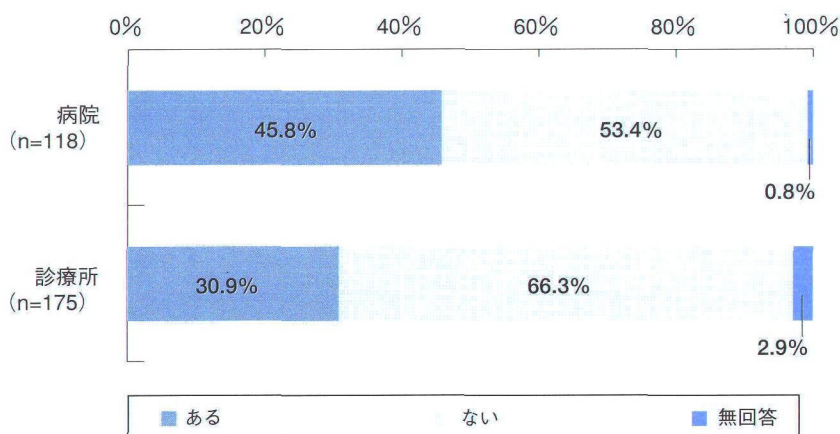


3. 住民組織と連携した在宅の高齢者等へのケアの取組状況について

(1) 認知症高齢者に関する他の機関と連携した取組の有無

■これまで、在宅の認知症高齢者のケアに関して他の機関と連携した取組がある施設は、病院では45.8%、診療所では30.9%であった。

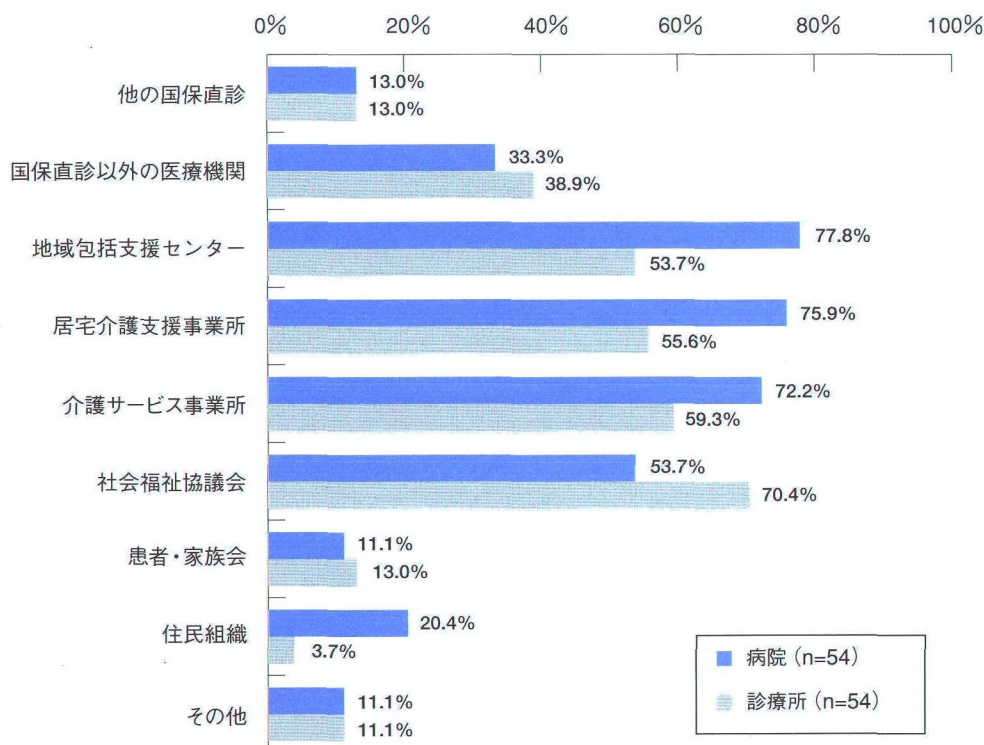
図表10 認知高齢者に関する他の機関と連携した取り組みの有無



■取組事例のある施設における連携先としては、病院では「地域包括支援センター」や「居宅介護支援事業所」「介護サービス事業所」が多く、診療所ではこれら以上に「社会福祉協議会」が多くなっている。

■病院においては「住民組織」との取組事例がある施設が20.4%となっているが、「患者・家族会」や「住民組織」については現時点では取組事例は多くない。

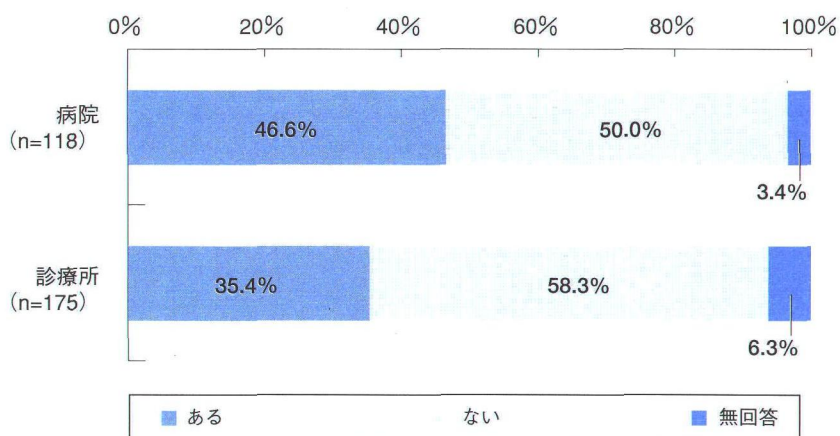
図表11 取り組み事例のある施設における連携先



(2)脳卒中患者のケアに関するほかの機関と連携した取組の有無

■これまで、在宅の脳卒中患者のケアに関して他の機関と連携した取組がある施設は、病院では46.6%、診療所では35.4%と、在宅の認知症高齢者のケアの場合と同程度であった。

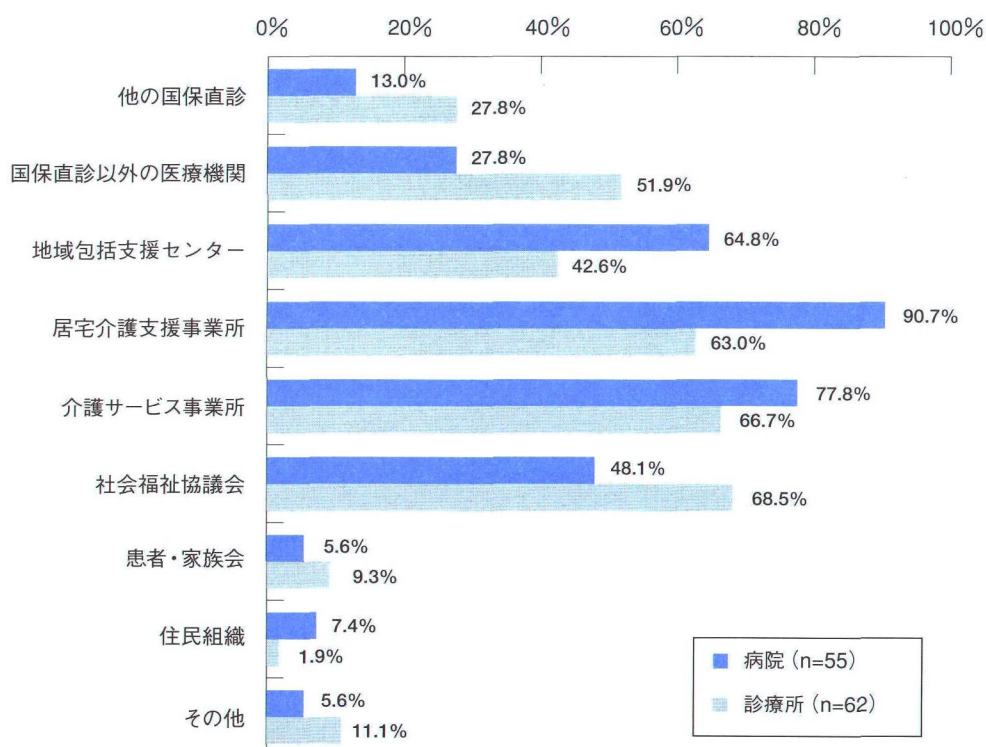
図表12 脳卒中患者のケアに関するほかの機関と連携した取組の有無



■取組事例のある施設における連携先としては、認知症高齢者の場合と同様、病院では「地域包括支援センター」や「居宅介護支援事業所」「介護サービス事業所」が多く、診療所ではこれら以上に「社会福祉協議会」が多くなっている。

■また「患者・家族会」や「住民組織」については現時点では取組事例は少ない。

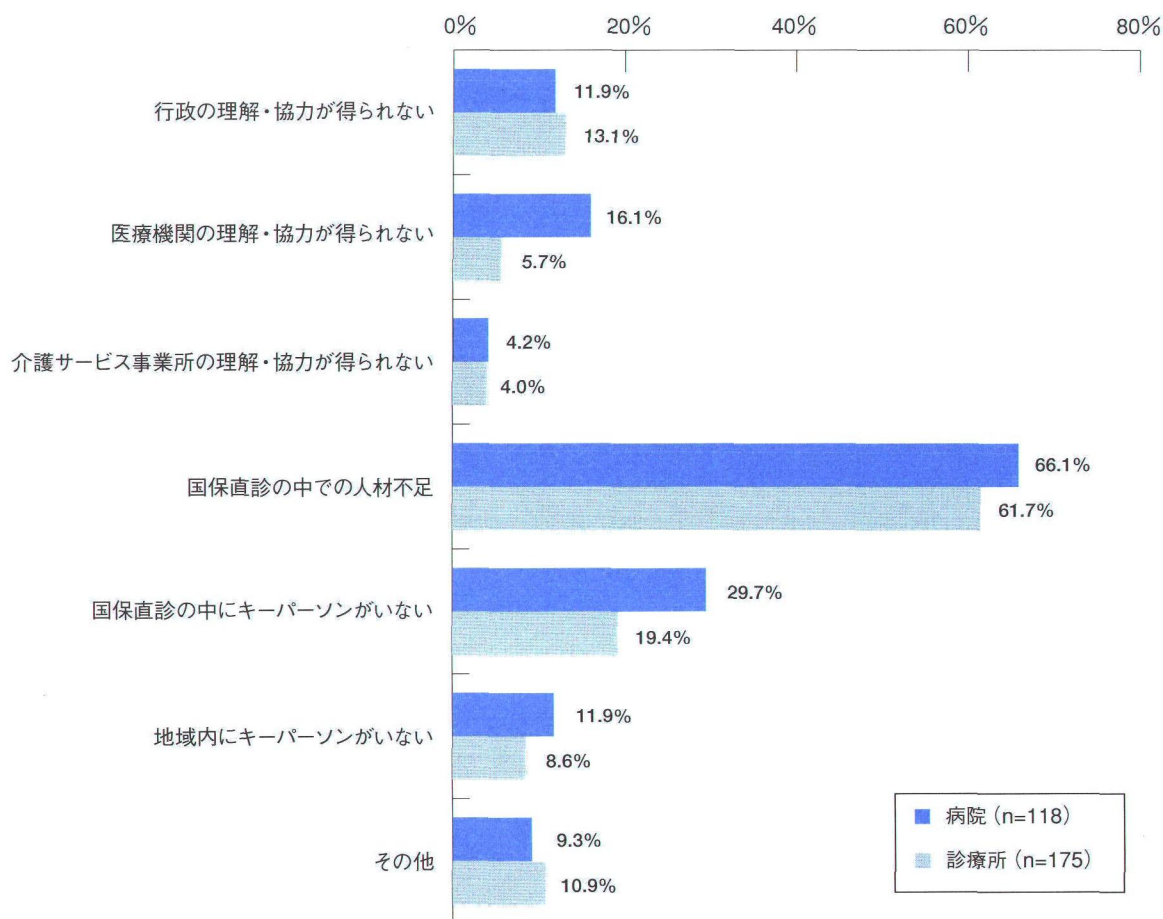
図表13 取組事例のある施設における連携先



4. 地域包括医療・ケアの推進について

■ 各国保直診が地域包括医療・ケアを推進する際の阻害要因としては、「国保直診の中に既存の人材では人数が足りない」が圧倒的に多く、病院では66.1%、診療所では61.7%となっている。人材不足は短期的に解決可能な課題ではないため、より一層、地域資源との連携が必要となると考えられる。

図表14 地域包括医療・ケアを推進する際の阻害要因



5. 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響について

- 市町村合併のあった市町村に所在する国保直診は、病院が52.5%、診療所が68.0%であったが、これらのうち、市町村合併にどのような影響を及ぼしたのかを示したのが次の表である。
- 診療所においては、全ての項目が合併前と比べて悪化しているが、中でも「地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力」については、合併後大幅に悪化している。
- 一方病院においては、「地域包括医療・ケアに関する他の医療機関の理解・協力」「地域包括医療・ケアの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力」、そして地域包括医療・ケアを推進する際の「国保直診内での中心人物」「地域内で中心となる機関・人材」の4つの項目で、合併後の方が高くなっている。

図表15 市町村合併が地域包括医療・ケアに及ぼした影響について

		市町村合併前		市町村合併後		
(1) 地域包括ケアシステムの必要性に関する行政の理解・協力		あった	なかった	ある	ない	変化の度合い
	病院	64.5	22.6	56.5	33.9	-8.1
	診療所	63.0	23.5	44.5	42.0	-18.5
(2) 地域包括ケアシステムの必要性に関する他の医療機関の理解・協力		あった	なかった	ある	ない	変化の度合い
	病院	50.0	37.1	56.5	33.9	6.5
	診療所	54.6	30.3	50.4	37.8	-4.2
(3) 地域包括ケアシステムの必要性に関する介護サービス事業所等の理解・協力		あった	なかった	ある	ない	変化の度合い
	病院	69.4	17.7	74.2	16.1	4.8
	診療所	69.7	16.8	62.2	25.2	-7.6
(4) 地域包括ケアシステムの推進に必要な施設内の人材の数		十分	不足	十分	不足	変化の度合い
	病院	12.9	77.4	11.3	80.6	-1.6
	診療所	16.8	71.4	8.4	80.7	-8.4
(5) 地域包括ケアシステムの推進の中心となる施設内の人材		いた	いなかった	いる	いない	変化の度合い
	病院	37.1	51.6	40.3	48.4	3.2
	診療所	35.3	52.9	26.1	63.0	-9.2
(6) 地域包括ケアシステムの推進の中心となる地域内の機関・人材		あった/いた	なかった/いなかった	ある/ない	ない/いない	変化の度合い
	病院	41.9	43.5	45.2	41.9	3.2
	診療所	42.0	43.7	32.8	52.1	-9.2

※「変化の度合い」＝合併後の「ある(十分、いる)」－合併前の「あった(十分、いた)」

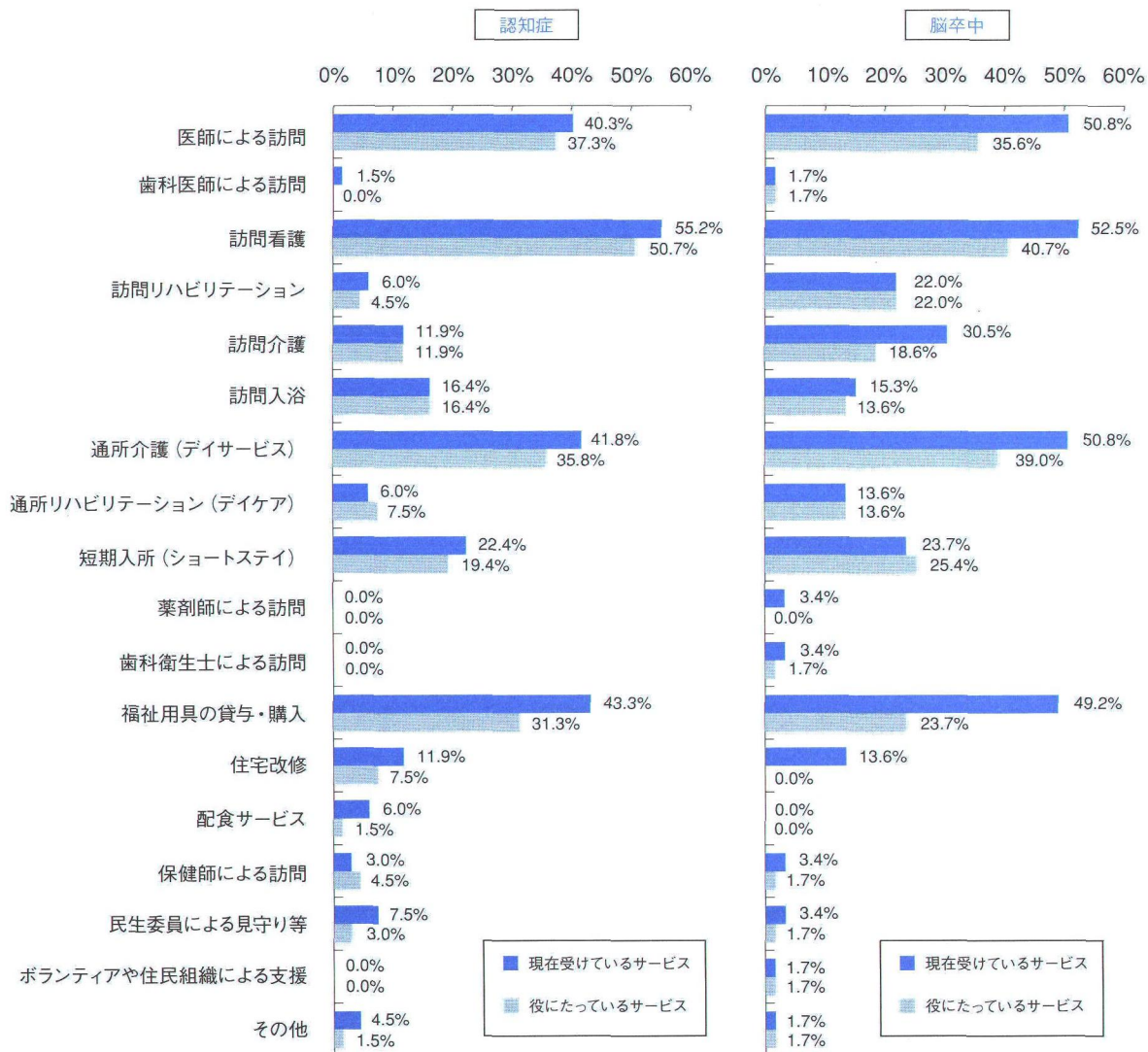
第3章 在宅療養されている方から望まれる地域連携体制に関する調査

1. 在宅療養されている方とその介護者を対象とした調査

(1) 訪問看護ステーションの併設状況

■現在、在宅で療養されている認知症高齢者が現在受けているサービスと、その中でも特に役に立っているサービスをみると一部のサービスを除いて、それ程大きな差はみられない。

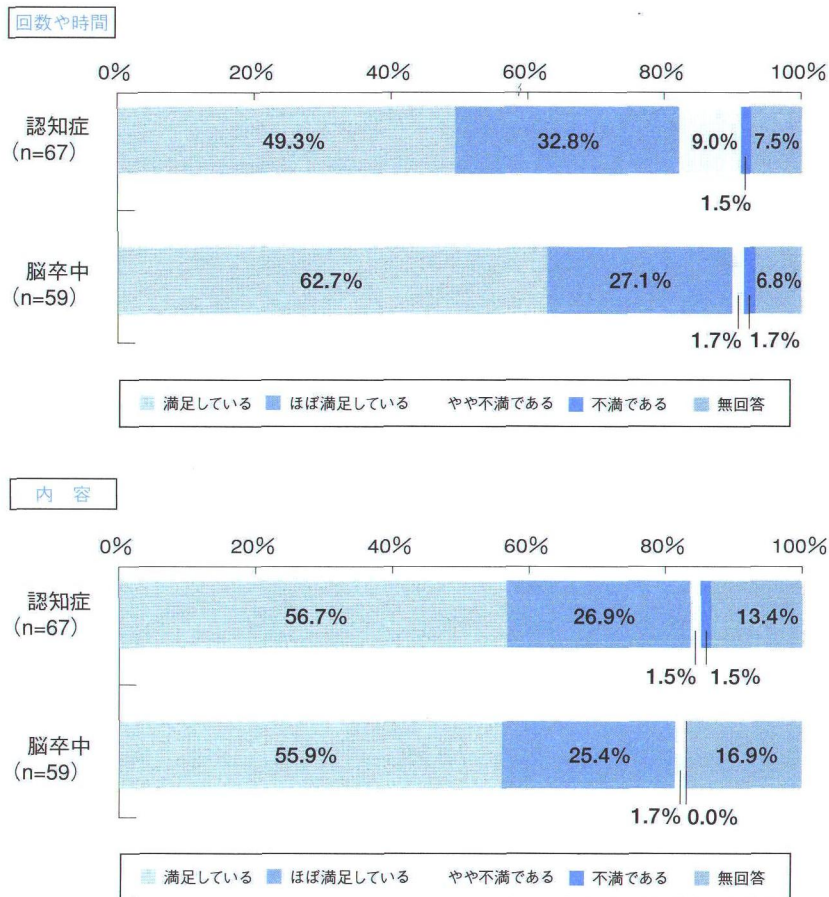
図表16 訪問看護ステーションの併設状況



(2) 現在受けているサービスの満足度

■ 現在受けているサービスの満足度をみると、認知症高齢者の場合も脳卒中患者の場合も、回数や時間、内容ともに概ね満足している。

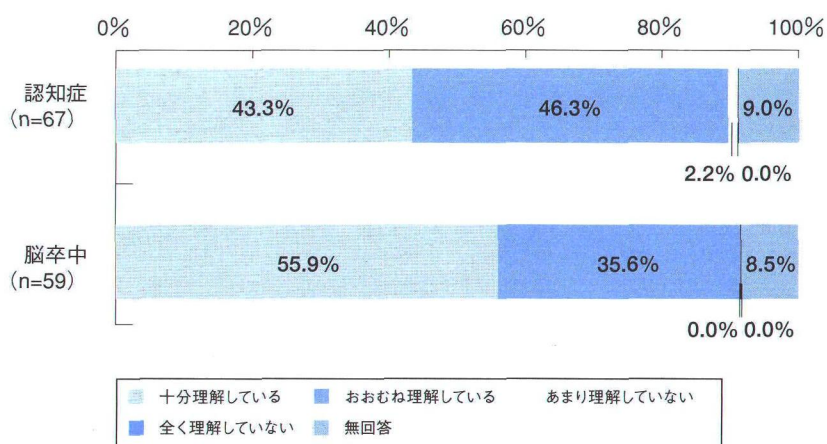
図表17 現在受けているサービスの満足度



(3) サービスの担当者間で本人・家族の情報が理解されているか

■ サービス担当者間での本人・家族の情報の理解については、ほぼ理解されていると感じている。

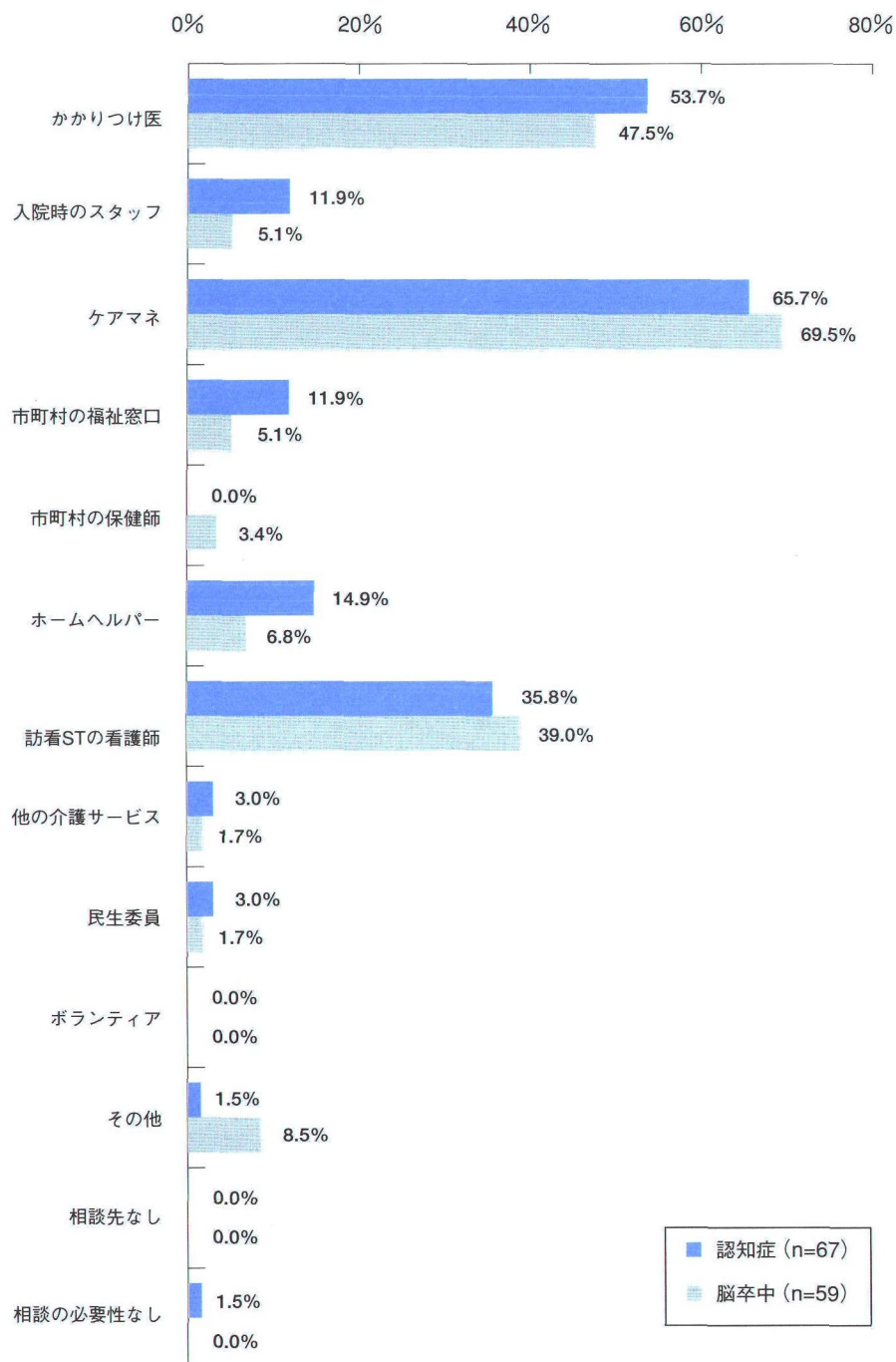
図表18 サービス担当者間での本人・家族の情報の理解の状況



(4) 在宅療養する上で困った時の相談相手

■在宅療養する上で困った時の相談相手は、認知症高齢者、脳卒中患者ともに「ケアマネジャー」が最も多く、次いで「かかりつけ医」「訪問看護ステーションの看護師」となっている。

図表19 在宅療養する上で困った時の相談相手



(5) 退院前後の不安

■退院前後の不安の変化をみると、認知症高齢者については、退院後、「容態が急変した際の対応」や「夜間の対応」「日中独居」そして「身体的・精神的不安」に関する不安が大きくなっている。

■脳卒中患者については、認知症高齢者ほどではないが、退院後、「身体的・精神的不安」が大きくなっているが、その他については、大きくなっている不安はない。

図表20 退院前後の不安の変化の状況

	認知症		脳卒中	
	退院前	退院後	退院前	退院後
1 看護・介護の方法が分からない	10.4	7.5	28.8	8.5
2 容態が急変した際の対応に不安がある	11.9	29.9	30.5	32.2
3 夜間の対応に不安がある	10.4	28.4	18.6	18.6
4 日中は本人が独りになってしまうので不安がある	6.0	16.4	5.1	10.2
5 利用できる医療サービスが分からない	3.0	6.0	5.1	3.4
6 利用できる介護サービスが分からない	3.0	6.0	11.9	3.4
7 医療サービスを利用したいが費用負担が重く利用しにくい	3.0	3.0	5.1	5.1
8 医療サービスを利用したいが希望通りの回数の利用ができない	0.0	3.0	1.7	1.7
9 介護サービスを利用したいが利用料が高くなるため利用しにくい	1.5	6.0	8.5	10.2
10 介護サービスを利用したいが希望通りの回数を利用できない	6.0	9.0	5.1	8.5
11 かかりつけ医との連絡・調整が十分に取れない	3.0	0.0	1.7	1.7
12 在宅生活全般に関して相談できる先がない	0.0	3.0	5.1	5.1
13 介護に関する悩みを相談できる先がない	0.0	3.0	5.1	5.1
14 ボランティア等を利用したいが相談先が分からない	0.0	0.0	0.0	0.0
15 悩みなどを話しあえる仲間がない	4.5	3.0	5.1	8.5
16 身体的・精神的な負担が大きい	9.0	23.9	27.1	33.9
17 その他	4.5	3.0	6.8	5.1
18 特になし	7.5	16.4	11.9	20.3

2. 退院を間近に控えた方とその介護者を対象とした調査

(1) 在宅で介護するに当って必要とする情報

■退院を間近に控えて、どのような情報を必要としているのか、またそれは十分に得られているのかをたずねたところ、認知症高齢者については、必要であり十分に得られている情報よりも、必要であるが十分に得られていない(不十分もしくは全く得られていない)ものの方が多い。特に「介護保険サービスに関する情報」と「介護保険サービス以外の福祉サービスに関する情報」が「必要だが全く得られていない」とする割合が、他の項目よりも高くなっている。

■また脳卒中患者についてもほぼ同様の傾向であるが、認知症高齢者と比べて、「必要であるが全く得られていない」とする割合が高くなっている。

図表21 在宅で介護するに当って必要とする情報の獲得状況

認知症

	n=29	必要・十分に 得られている	必要・不十分	必要・全く得 られていない	必要ない
① 家族による介護・看護技術に関する情報		24.1	65.5	3.4	3.4
② 介護保険サービスに関する情報		41.4	31.0	17.2	0.0
③ 介護保険以外の福祉サービスに関する情報		34.5	41.4	10.3	6.9
④ 医療サービスに関する情報		41.4	44.8	3.4	3.4
⑤ 利用可能な制度に関する情報		24.1	55.2	3.4	6.9
⑥ ボランティアに関する情報		37.9	37.9	3.4	10.3
⑦ 各種の相談窓口に関する情報		34.5	44.8	0.0	6.9

脳卒中

	n=26	必要・十分に 得られている	必要・不十分	必要・全く得 られていない	必要ない
① 家族による介護・看護技術に関する情報		15.4	65.4	15.4	0.0
② 介護保険サービスに関する情報		46.2	15.4	19.2	3.8
③ 介護保険以外の福祉サービスに関する情報		42.3	26.9	11.5	7.7
④ 医療サービスに関する情報		34.6	46.2	11.5	0.0
⑤ 利用可能な制度に関する情報		19.2	50.0	15.4	7.7
⑥ ボランティアに関する情報		34.6	34.6	15.4	7.7
⑦ 各種の相談窓口に関する情報		23.1	46.2	15.4	3.8

(2)退院を間近に控えた不安

■退院を間近に控えた不安としては、認知症高齢者では「日中独居の不安」「利用できる医療サービスが分からない」「利用できる介護サービスが分からない」「介護サービスの利用料が高くなり利用しにくい」「かかりつけ医との連絡・調整が十分に取れない」等が多くなっている。

■脳卒中患者も「日中独居の不安」「利用できる医療サービスが分からない」「利用できる介護サービスが分からない」は同様であるが、認知症高齢者とは異なり、「容態が急変した際の対応」「身体的・精神的な負担」も挙げられている。

図表22 在宅で介護するに当って必要とする情報の獲得状況

	認知症 (n=29)	脳卒中 (n=26)
1 看護・介護の方法が分からない	3.4	7.7
2 容態が急変した際の対応に不安がある	6.9	26.9
3 夜間の対応に不安がある	17.2	34.6
4 日中は本人が独りになってしまうので不安がある	58.6	34.6
5 利用できる医療サービスが分からない	44.8	26.9
6 利用できる介護サービスが分からない	31.0	23.1
7 医療サービスを利用したいが費用負担が重く利用しにくい	10.3	3.8
8 医療サービスを利用したいが希望通りの回数の利用ができない	3.4	3.8
9 介護サービスを利用したいが利用料が高くなるため利用しにくい	27.6	15.4
10 介護サービスを利用したいが希望通りの回数を利用できない	3.4	3.8
11 かかりつけ医との連絡・調整が十分に取れない	24.1	15.4
12 在宅生活全般に関して相談できる先がない	6.9	11.5
13 介護に関する悩みを相談できる先がない	3.4	3.8
14 ボランティア等を利用したいが相談先が分からない	3.4	3.8
15 悩みなどを話しあえる仲間がいない	3.4	7.7
16 身体的・精神的な負担が大きい	6.9	23.1
17 その他	3.4	11.5
18 特になし	13.8	15.4

第4章 先進地域ヒアリング調査結果

1. 地域連携を効果的にするためには院内連携が不可欠

■訪問看護ステーションを併設している施設においては、当該病院から退院した患者のフォローをケースが多いが、退院後の訪問看護サービスの必要性に関する、病棟に勤務する看護師の判断基準と、訪問看護ステーションに勤務する看護師の判断基準とが異なることがあるという声が聞かれた。多くの場合、病棟では「訪問看護は不要」と判断された退院患者の中にも、訪問看護が必要な患者がいるケースもあるという。

■ソーシャルワーカーが病棟で情報を集め、判断の役割を担うこともあるようだが、少ない人数で多くの患者のケアをしなければならないため、十分な対応ができないことも多い。

2. 退院時カンファレンス開催の困難さ

■退院時に、患者のその後の在宅での生活について検討するための集まりを設けようとしても、院内関係者まではどうにか集まれたとしても、院外の機関・事業者に参加を呼びかけても、なかなか集まれることは少ない。その必要性は感じながらも、時間の調整がつかないことが多いようである。

■その一方で、例えばソーシャルワーカーのような調整役の多大な努力で、多くの関係者を集めたカンファレンスを開くことができた、というケースもある。ただしそれも、個人の努力の成果であることは否めず、関係者間での“仕組み”にまではなっていないのが現状である。

3. 住民との関係構築の難しさ

■多くの住民が受診に訪れる医療機関であっても、相互に“協働”ということになると、関係構築は難しいようである。特に認知症に関しては、まだ住民の理解が十分とは言えず、住民意識の啓発が必要だと言う声も聞かれた。

■その一方で、民生委員との関係構築に努め、日々の見守り等の役目を担ってもらっているケースもあった。そのようなところでは、逆に病院の職員が地域住民に対して認知症に関する講習会を開催したりと、住民意識の啓発に取り組んでいた。

第5章 考察

1. 患者や家族に対する適切な情報提供の必要性

- 在宅療養に移行する患者やその家族は様々な不安を抱えている。既に在宅療養に移行した方に対するアンケート結果からも、退院前から不安であったことはもちろんのこと、退院前はそれ程不安ではなかったが、退院後に不安感が増大したものも明らかになった。
- また、退院を間近に控えた方を対象としたアンケート調査からは、必要とする情報が十分に得られていない、ということも把握できた。
- 在宅療養に移行する患者や家族が、なるべく不安を抱かずに退院できるよう、必要としている情報、必要と思われる情報を十分に提供していくことがより一層求められる。ただしその際、「病院を出される」という意識を持たせないような工夫も必要であろう。

2. 在宅療養を支えるキーパーソンである訪問看護師への適切な情報提供の必要性

- 今回取り上げた認知症高齢者や脳卒中患者は、訪問看護を利用している割合が高く、また在宅療養する上で困ったときの相談相手としても、かかりつけ医やケアマネジャーの次に挙げられている。このように、訪問看護師は患者や家族にとって身近でかつ頼りになる存在と認識されているようである。
- しかし、ヒアリングでは、病棟の看護師と訪問看護師とで、訪問看護サービスの必要性に関する視点が異なっているケースがあり、本来であれば訪問看護サービスが必要であるにも関わらず、病棟からはそのような情報がこないため、サービス提供に結びついていない、という声も聞かれた。
- このようなギャップを埋めるための方策は様々であり、人事ローテーションで改善可能な施設においては、病棟看護師にも“在宅移行の眼”を養ってもらえるよう、人事異動を行っているケースもあった。また、病棟看護師が退院直後に退院患者宅を訪問することで、同様の効果を得るような取組もみられた。
- 訪問看護師が在宅療養者のケアにおけるキーパーソンの一人となっている現状を踏まえると、各医療機関において何らかの取組が必要と言えよう。

3. 地域住民とのネットワーク構築による取組の必要性

- 地域により住民組織の状況が異なることから、どのような取組が適切であるかは一概には言えない。しかし、在宅療養に移行した患者やその家族が安心して住み慣れた地域で暮らしていくためには、周囲の支えが必要である。
- もちろん必要なサービスについてはケアマネジャー等が逐一把握することが多いかもしれないが、医療サービスや介護保険サービス、さらには一般施策としての福祉サービスのいずれからも漏れてしまう取組もあるはずである。そのような部分を担ってくれる住民組織を発掘し、積極的に協働していくことが必要だろう。
- もっとも、市町村合併が地域包括医療・ケアに大きな影響を及ぼしているのも事実である。しかし、平成17年度に国診協が実施した調査結果と比べると、病院においては全ての項目において悪化の度合いは“改善”している。特に「行政の理解・協力」「他の医療機関の理解・協力」「介護サービス事業所等の理解・協力」については大幅に改善している。一方、診療所においては、全ての項目において“悪化”しており、市町村合併後、病院については年数が経つにしたがって他の資源との関係が構築されてきているが、診療所については逆に、他の資源との関係が希薄になりつつある様子が伺える。
- このような地域こそ、地域内での連携関係を構築するためには、住民からの支持が必要不可欠ではないか。行政からの理解・協力を得るためにも、また他の機関との連携を図っていくためにも、国保直診が住民から信頼されるような取組をしていく必要がある。
- 特に、在宅療養に移行した患者に対する退院後のサポートについては、一般的には十分に行われているとは言い難い。しかし国保直診のように、地域資源との調整役を担う存在であれば、例え医療的サポートの必要性よりも介護・福祉的サポートの必要性が増した方へのサポートの調整において、重要な役割を果たしていくことが可能であろう。さらには災害時要援護者支援のような、“万が一”の際のサポート体制の構築等、地域におけるきめ細かな対応も可能ではないか。
- そのためには、上記のように医療サービスや介護保険サービス、さらには一般施策としての福祉サービスのいずれもカバーしきれない部分を担う地域資源の発掘とそれらとの協働が求められる。そしてその際は、社会福祉協議会やボランティア団体等の既存の組織はもちろんのこと、新たな住民組織の発掘・協働までも視野に入れた取組が求められる。

この事業は、平成19年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により行ったものです。

**医療・介護資源の有効活用のための医療、ケア施設、
住民参加による地域連携体制の構築に関する
調査研究事業報告書 概要版**

平成20年3月

発行 社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒100-0014 東京都千代田区永田町一丁目11番35号
TEL: 03-3597-9980 FAX: 03-3597-9986
ホームページURL: <http://www.kokushinkyo.or.jp>
E-mail: office@kokushinkyo.or.jp

印刷 株式会社 プラクシス

