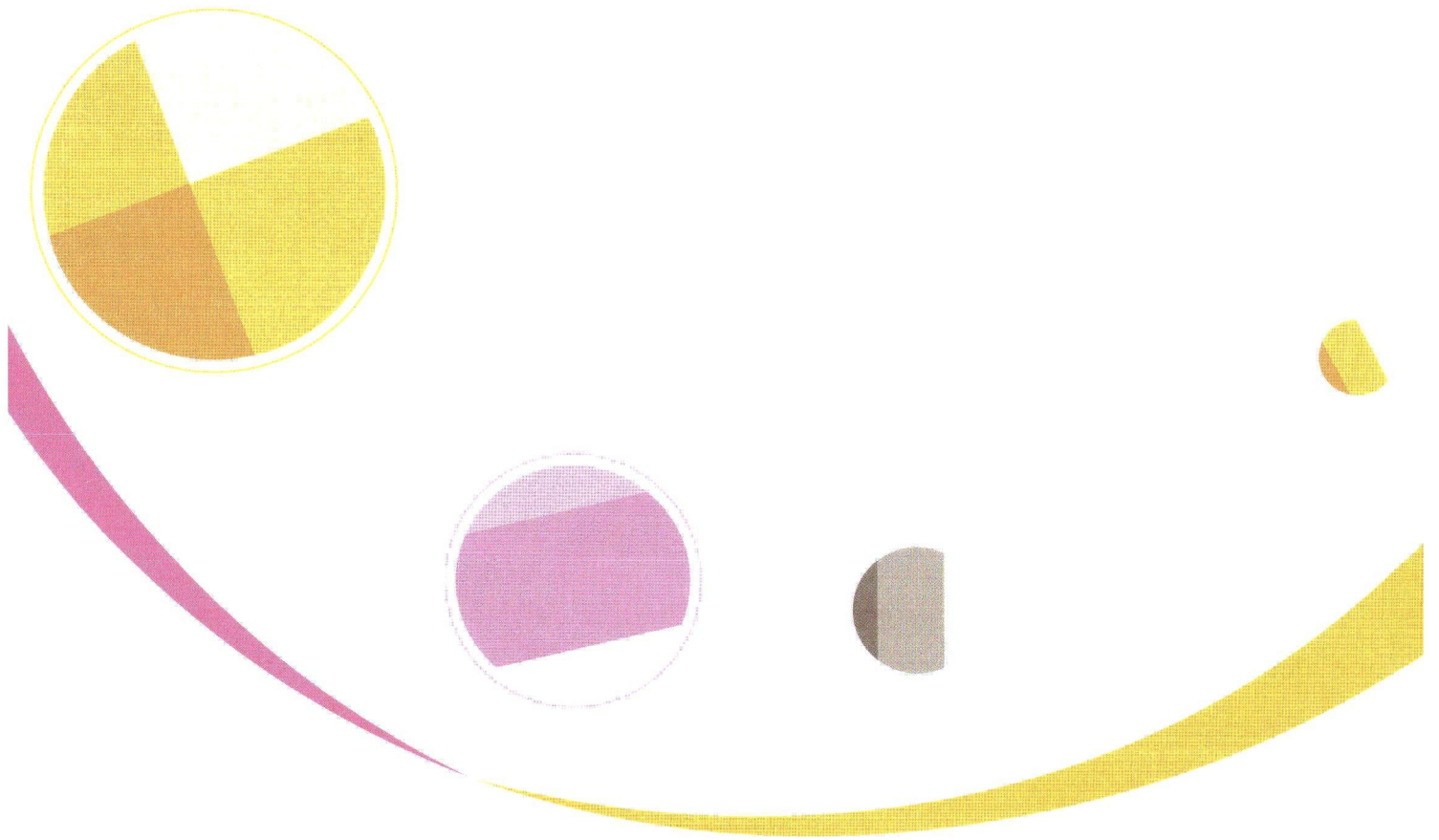


平成19年度 厚生労働省
老人保健健康増進等事業

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



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.....	3
(1) 事業の問題意識.....	3
(2) 目的.....	4
2. 調査研究の全体像.....	5
(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】.....	5
(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.....	5
(3) 先進地域ヒアリング調査.....	6
3. 実施体制.....	7

第 2 章 国保直診の地域連携体制の構築に関する調査..... 9

1. 施設の概要.....	11
(1) 訪問看護ステーションの併設状況.....	11
(2) 地域の介護保険サービス事業所との関係.....	12
2. 施設が果たしている役割について.....	14
(1) 地域連携への取組状況.....	14
(2) 地域連携の担当者の状況.....	14
(3) 連携に関して有している機能.....	15
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.....	18
(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.....	18
(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.....	23
4. 地域包括医療・ケアの推進について.....	27
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.....	28

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 31

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 33
 - (1) 訪問看護ステーションの併設状況.....33
 - (2) 現在受けているサービスの満足度.....34
 - (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.....35
 - (4) 在宅療養する上で困った時の相談相手.....35
 - (5) 退院前後の不安.....37
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 38
 - (1) 在宅で介護するに当って必要とする情報.....38
 - (2) 退院を間近に控えた不安39

第4章 先進地域ヒアリング調査結果 41

1. 先進地域ヒアリング調査の概要 43
 - (1) ヒアリングのねらい43
 - (2) ヒアリング内容.....43
 - (3) 訪問先.....43
2. 国保直営総合病院君津中央病院 44
3. 南砺市民病院 45
4. 公立甲賀病院 46
5. 那珂町国保日野谷診療所・相生診療所 47
6. 平戸市民病院 48
7. 先進地域ヒアリング調査から得られた示唆 49
 - (1) 地域連携を効果的にするためには院内連携が不可欠.....49
 - (2) 退院時カンファレンス開催の困難さ49
 - (3) 住民との関係構築の難しさ.....49

第5章 考察.....	51
1. 患者や家族に対する適切な情報提供の必要性.....	53
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.....	54
3. 地域住民とのネットワーク構築による取組の必要性.....	55
資料編.....	57

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
- ②①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
- ④③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

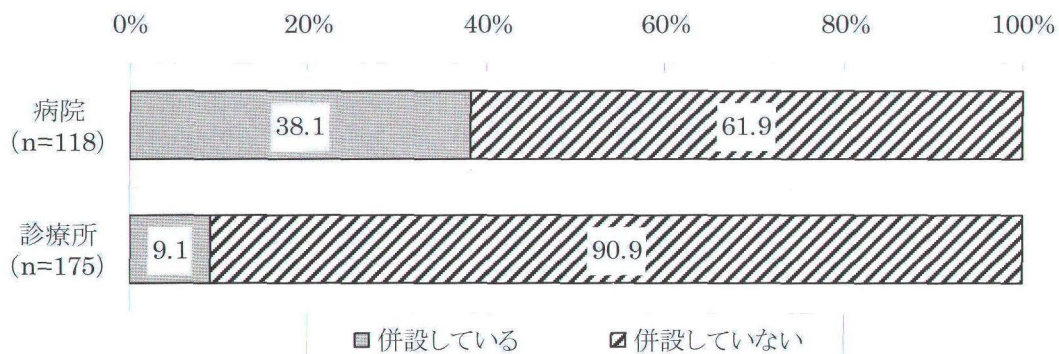
国保直診の地域連携体制の 構築に関する調査

1. 施設の概要

(1) 訪問看護ステーションの併設状況

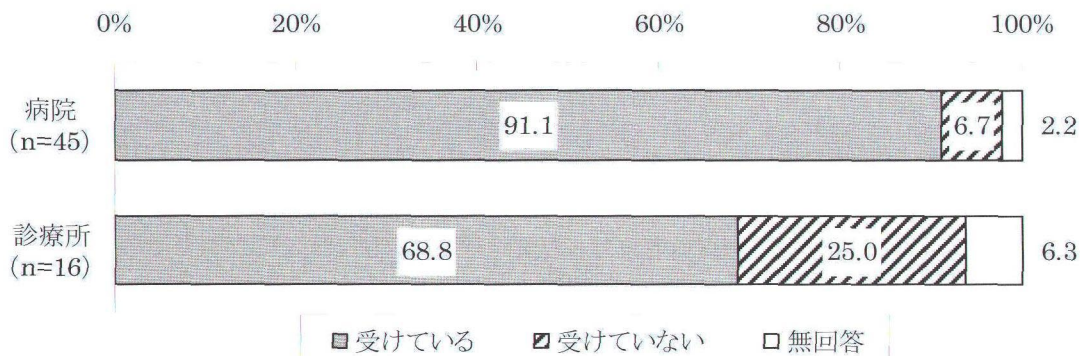
■訪問看護ステーションの併設している国保直診は、病院では 4 割弱、診療所では 1 割弱となっている。

図表 2-1 訪問看護ステーションの併設状況



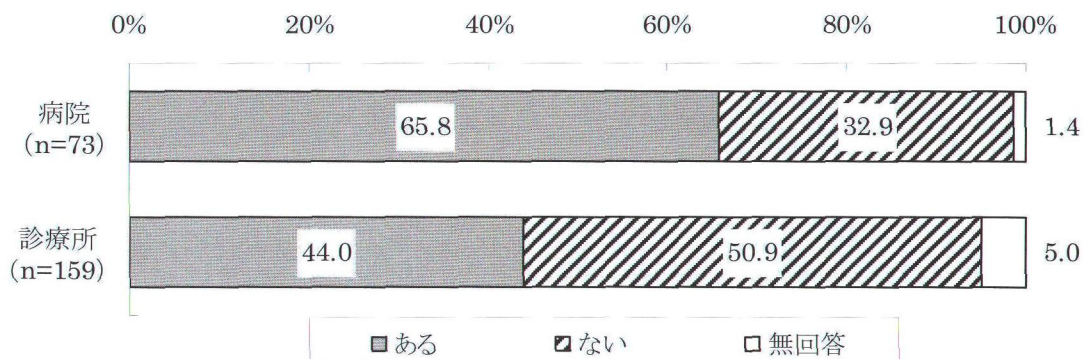
■次に、訪問看護ステーションを併設している施設について、他の医療機関からの依頼を受けているか否かを聞いたところ、病院では 9 割が、診療所でも 7 割弱が、他の医療機関からの依頼を受けていた。

図表 2-2 他の医療機関からの依頼受諾状況



■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 2-3 連携している訪問看護ステーションの有無

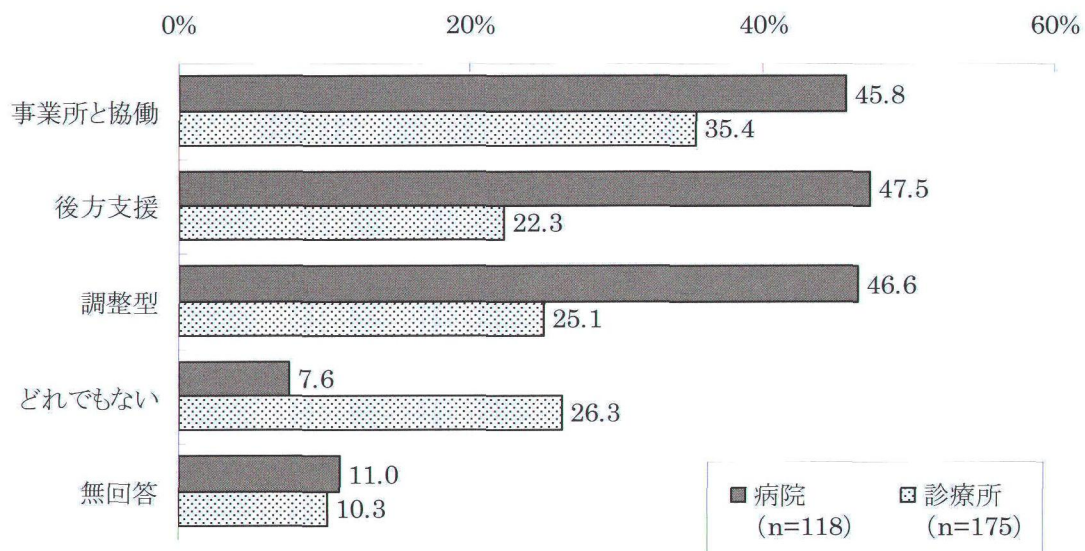


(2) 地域の介護保険サービス事業所との関係

■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うかがえる。

図表 2-4 地域の介護保険サービス事業所との関係

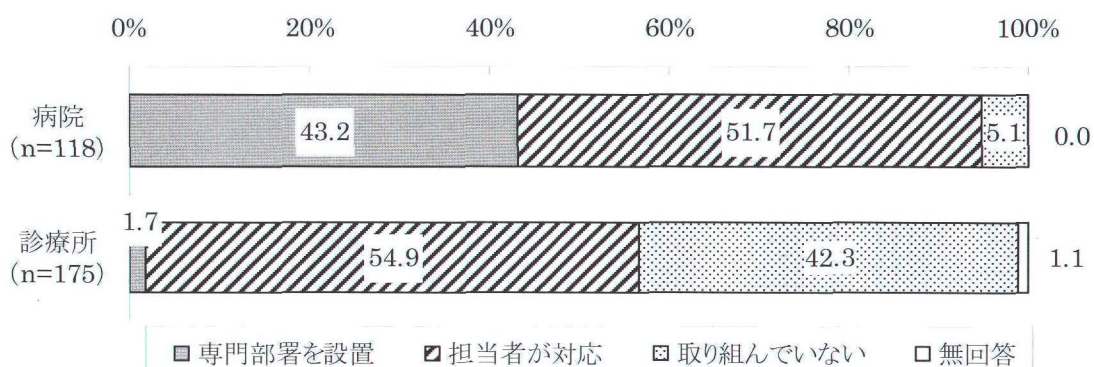


2. 施設が果たしている役割について

(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あまり進んでいない様子が見えてくる。

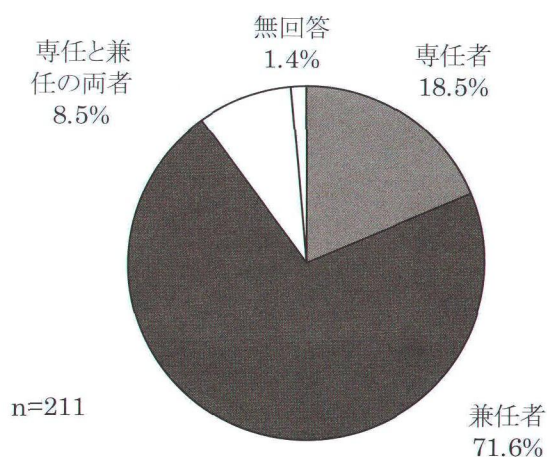
図表 2-5 地域連携への取組状況



(2) 地域連携の担当者の状況

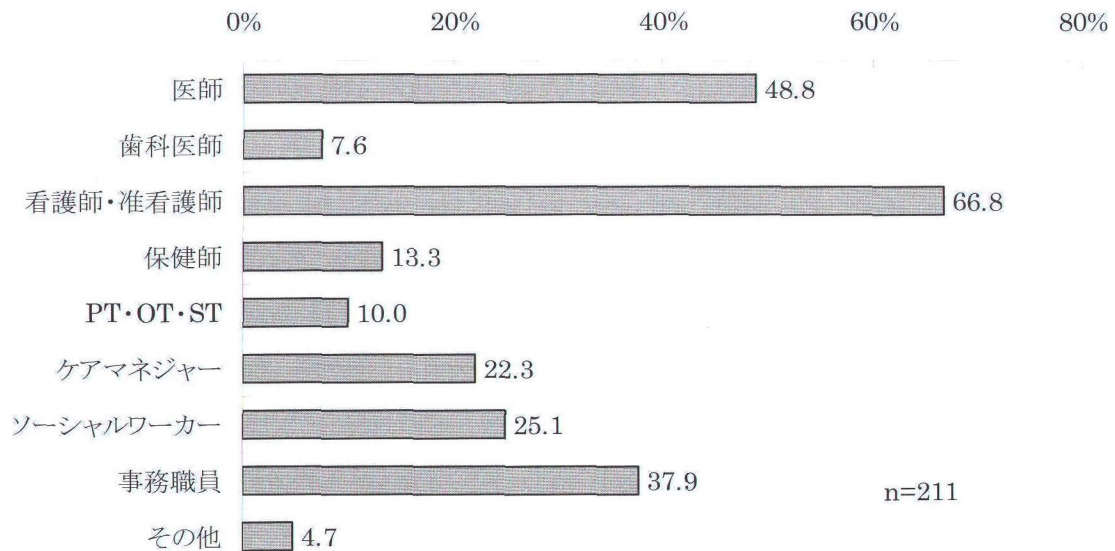
■地域連携の担当者の専任・兼任の状況をみると、担当者が他の職務との「兼任者」である施設が71.6%と最も多く、次いで「専任者」(18.5%)となっている。

図表 2-6 地域連携の担当者の状況



■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 2-7 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

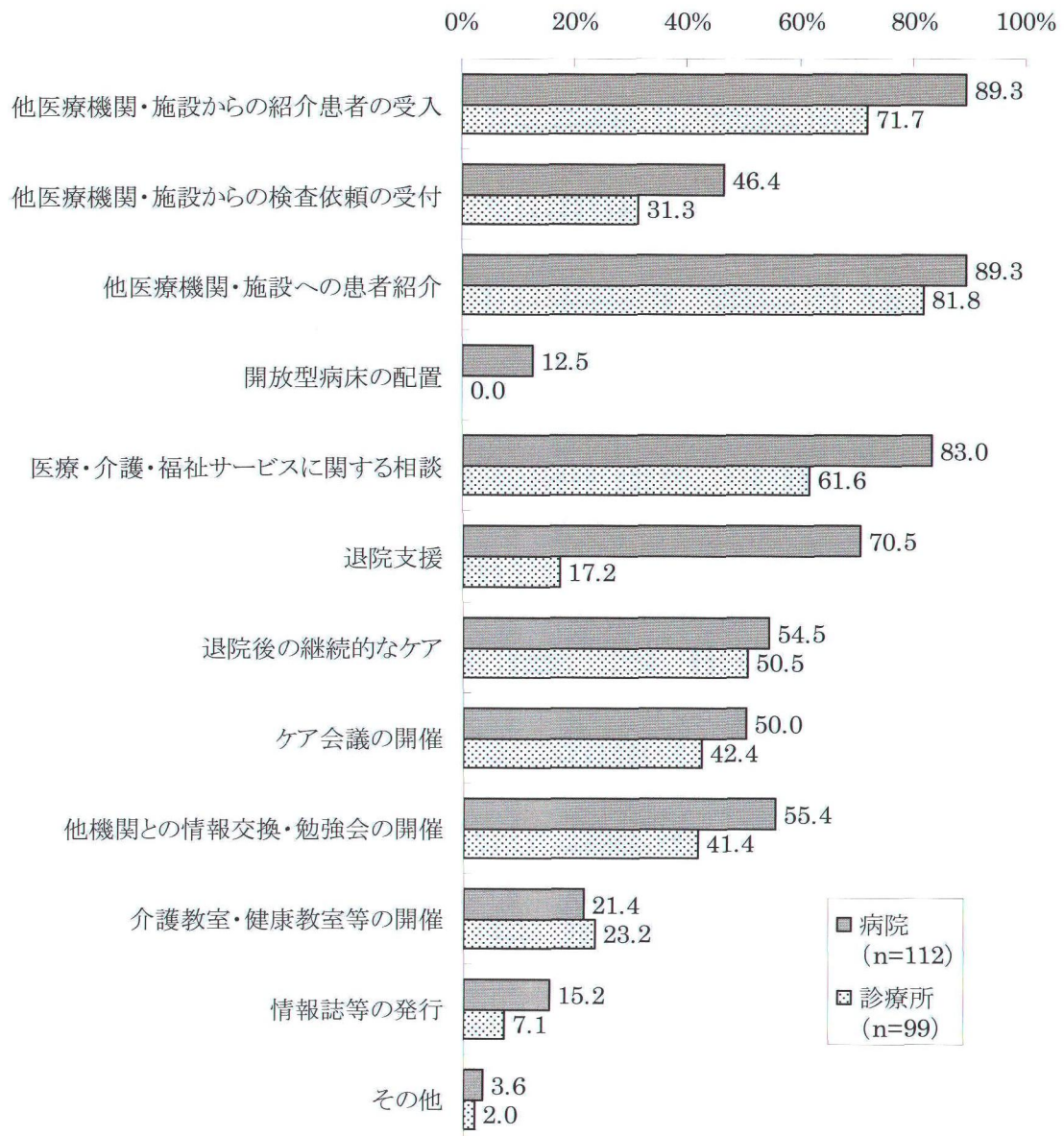
■地域連携に関して有している機能をみると、「他医療機関・施設への患者の紹介」(病院：89.3%、診療所：71.7%)、「他医療機関・施設からの紹介患者の受入」(病院：89.3%、診療所：81.8%)、「医療・介護・福祉サービスに関する相談」(病院：83.0%、診療所：61.6%)が高い割合を示している。また、「退院後の継続的なケア」についても、病院、診療所ともに半数を超えており、退院させた病院も継続的な支援をしていると同時に、退院した患者を地域で受け入れた診療所も継続的な支援をしている様子が見えてくる。

■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)

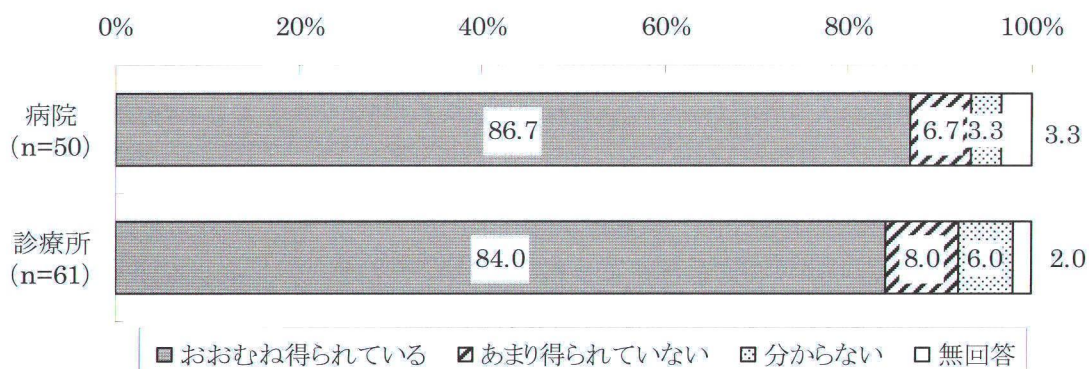
「医療・介護・福祉サービスに関する相談」 病院：52.6%、診療所 42.6%
「退院後の継続的なケア」 病院：27.4%、診療所 33.5%

図表 2-8 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 2-9 地域内の他の機関や事業所との間の共通の理解の有無

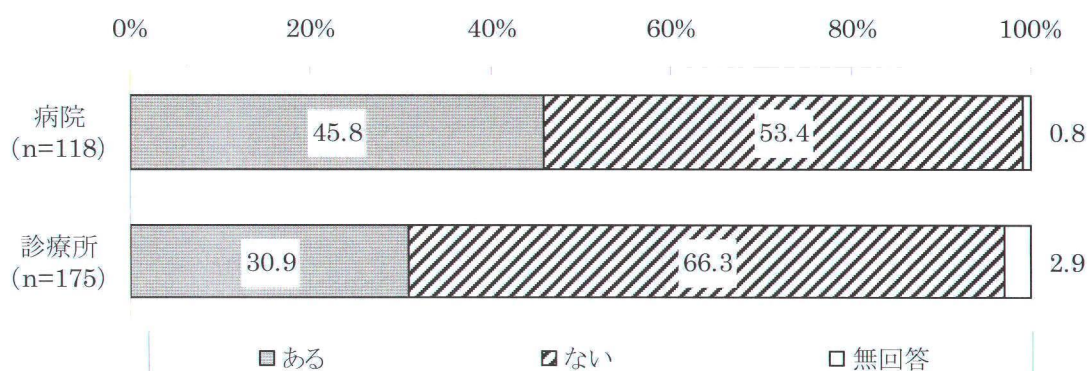


3. 住民組織と連携した在宅の高齢者等へのケアの取組状況について

(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。

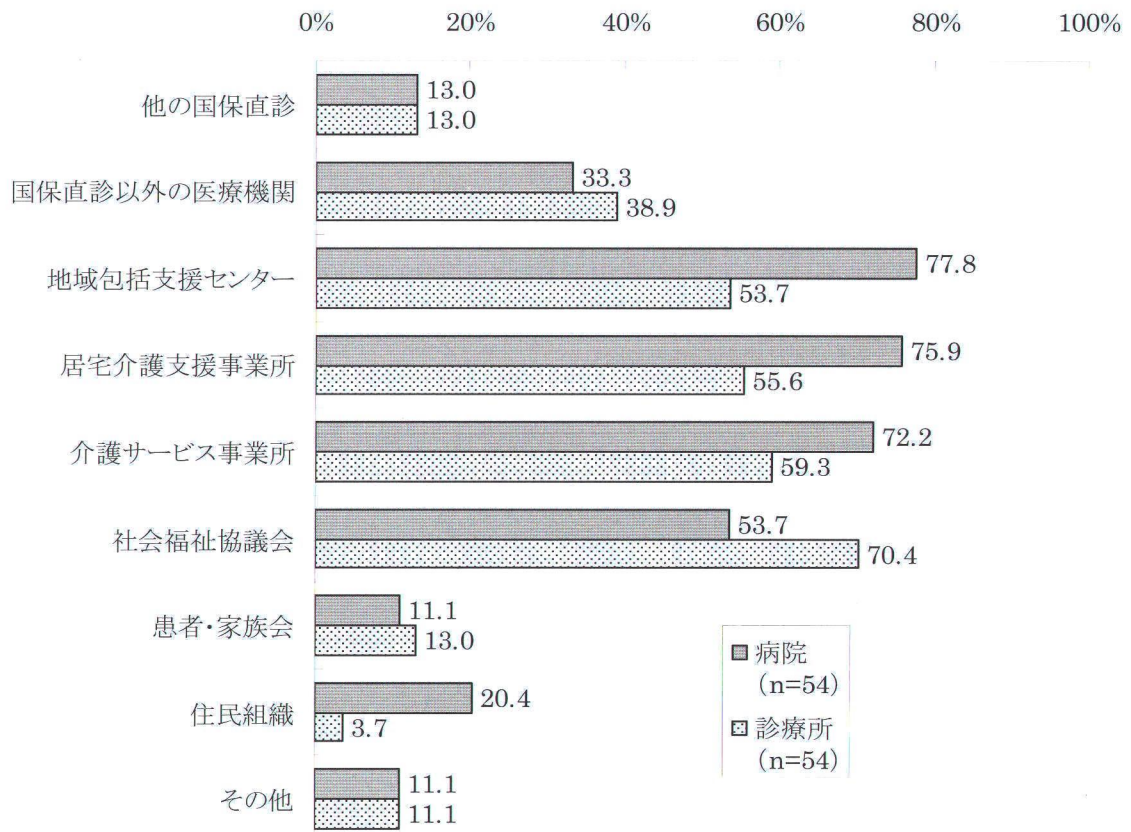
図表 2-10 認知高齢者に関する他の機関と連携した取り組みの有無



■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 2-11 取り組み事例のある施設における連携先



図表 2-12 認知症高齢者に関する他の機関と連携した取組の具体的事例

取組の経緯	中心的機関やそれぞれの役割等
癌末期で寝たきり。家族により在宅での看取り希望あり。一時入院（地域中核病院に）したが、最後に診療所からの往診により在宅で最期を迎えた。	国保診療所は往診や電話によるアドバイスを行い、地域中核病院は緊急時の入院に対応した。
二次病院の専門医（精神科医）に紹介して薬物療法の選択等について指導を請う	行政（町役場や保健所）の呼びかけで集まったら対策を打ち出す
認知症に対する啓発や予防について講演会を行う。年間8回開催し、1回当りの対象人数は20～30人。	国保直診の医師と国保保健福祉総合施設が実施。
退院時に関係機関へ連絡票を送付。	関係機関のスタッフと国保直診の医師やケアマネジャー、訪問看護ステーションなどと事例検討会を開催。
在宅でのケアでは、診療所(医療機関)と社会福祉協議会、診療所の訪問看護ステーション(部)が協力して支援している。他医療機関からの問い合わせは、各組織にあるが、互いに連絡でき、情報を共有できる様努めている。	ケアマネジャーが中心となり、各組織をまとめている。社会福祉協議会ではデイサービスはホームヘルパー派遣の他、グループホームも管理しており、適宜調整している。診療所も要請あれば往診もしくは受診指示をしている。訪問看護ステーションは診療所併設であり、より密接に連携している。
週末に在宅にて発熱されていた方について、ひとり暮らしであるため病状管理や内服管理が必要と判断された。地域包括支援センターより入院依頼あり診察後入院となった。	役場健康福祉課：地域住民より連絡 ↓ 地域包括支援センター：健康福祉課より連絡があり訪問 ↓ 病院：診察・病状管理・内服管理
認知症患者がおられる場合、地域包括支援センターに連絡。そこで、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、地域の方々の協力でそれぞれの症例に対応している。	地域包括支援センターが中心となって調整。
ひとり暮らしの認知症高齢者で、家族のサポートが十分に得られない事例について、本人が自宅での生活を希望していたことから、短期間であっても在宅生活が実現できないだろうかということで取り組んだ。	院内の地域医療室が中心となって、病棟看護師（生活、病状のアセスメント）、医師（病状管理）、院内ケアマネジャー（サービスのコーディネート）、PSW（家族調整、施設などの情報提供、ケア会議日時調整）、地域医療室看護師（行政との連絡・調整、支援のコンサルテーション）、保健師（地域関係機関への協力要請・調整）がそれぞれの役割を担って取り組んだ。
病院への受診が困難な方へのケア。	訪問看護、医師の往診だけでなく、ホームヘルパーに内服確認を依頼。
ヘルパーが訪問している独居老人1人で生活管理が不能となり受診親族への説明等を行い施設入所を勧めた	社協、ヘルパーが実情を報告診療所、本人受診時に認知症の程度を確認
認知症（家族会）の開催 認知症についての講演会	直診、行政 → 一体的に開催

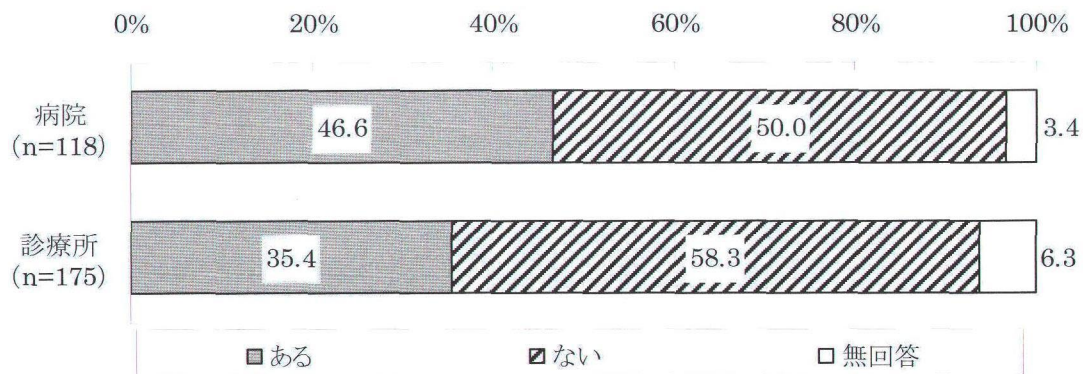
取組の経緯	中心的機関やそれぞれの役割等
低栄養にて入院、認知症あり、高齢2人暮らし、介護の申請を行い、居宅事業所、家族（子供等）、サービス事業所等の協力を得て、在宅生活を再開され、より状態が保っている。	入院時に病院にて問題を発見。退院後はケアマネジャーが家族（子供ら）との連絡調整、サービス事業所（訪問看護）にて定期的な状態観察。なお、受診が困難なため、病院からの訪問診療が行われている。
地域全体での取り組みを実施。診断治療にとどまらず、周辺症状への対応、家族支援のための専門職の育成とネットワーク作りから始め、「もの忘れ外来」を内科に設置し在宅支援の入口とするとともに、周辺症状悪化時のため近くの精神科病院とも連携。地域での専門職の研修会と市民への啓発として「認知症市民フォーラム」も実施。	病院は「もの忘れ外来」において、早期発見と治療及び在宅支援体制作りを行い、地域リハビリテーション支援センターが広域圏の各専門職への研修や認知症治療のネットワーク作りの課題解決への取組を実施。その他、訪問看護ステーションは24時間365日の訪問を行い、地域包括支援センターは認知症キャラバンメイトやサポーター作りを実施。
徘徊があり、見守りが必要な高齢者のケア。	介護サービス（デイサービス、ヘルパー等）の利用の他、民生委員や近隣の住民の方の協力による見守り。
認知症予防のための教室を自治会単位で実施。認知症のテストを行うとともに、その地区の住民を先生にして、いろいろなことを学ぶ教室を開催。	最初は、国保保健福祉総合施設の保健師が関わる。半年くらいして、体制ができると住民主体の運営とし、社会福祉協議会に支援してもらう体制に移行している。これまで15カ所程度で行っている。
往診活動を通じて介護事業所、民生委員へのアドバイスを実施。	中心的機関は国保直診であるが、往診活動を通じて介護事業所や民生委員へのアドバイスを実施している。
在宅で認知症の方を介護してみえる方があれば、地域の居宅介護支援事業所と連携をとり、家族の相談窓口となれるようにしている	診療所は高齢者のケアの窓口となり、居宅介護支援事業所と連携を図るようにする。地域のグループホームへ往診を行っている。
毎月、関係機関や担当地区の民生委員が参加し、担当地域ケア会議を開催。認知症高齢者のサービス利用や対応について検討し、サービスを提供している。 「認知症の人と家族の会」に介護者と一緒に参加したり、同会の作成したパンフレットをもとに介護者に認知症の症状や対応方法について指導を行っている。	在宅介護支援センターが主催し、関係機関へ参加を呼びかける。事例提供は在宅介護支援センター、居宅介護支援事業所が行う。
独居でも生活出来る様に支援体制を検討。介護者への支援	各機関との情報の共有をこころがけた。
<ul style="list-style-type: none"> ・医師会や保健福祉行政等と一緒に被対象者の在宅ケアフォーラムの開催・糖尿病患者会の支援・がん患者会の支援 ・老人クラブ等主催の介護教室で講義や技術指導・他機関の介護職へ専門分野（医療）における講演指導 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターの各介護支援事業所、サービス提供機関が抱える課題を抽出し、当地域においての対応のあり方をコーディネートする役割は大きい ・市の中核病院である当院は、地域住民の生活を支援するという視点に立ち、多種のサービス職種と協力し合っていく姿勢を率先してもっていかねばならない

取組の経緯	中心的機関やそれぞれの役割等
認知症と癌の末期の患者さんが終末期を在宅で過ごしたいという希望をあらゆるサービス機関、NPO、家族、国保直診で連携して実施した	当診療所が中心となりサービス担当者会議を重ねて支援していくことができた
認知症の疑いのある方について、正確な判断、治療、介護のアドバイス、を積極的に行っている。また相談もうけている。	当診療所が中心となり、訪問看護ST、デイサービス、ショートステイ、特別養護老人ホームと連携している
要介護度1の利用者宅を訪問するも不在が多い。家族（妻）も認知症であり、確認できないケースが多い。	本院介護支援事業所、訪問看護ステーションが主となり、市福祉課、訪問看護事業所と連携し探し出すことが多々ある。今後は地域ぐるみ（ボランティアを含め）での体制作りが急務。
認知症の勉強会、講演会を実施	国保直診が中心
入退院時の関わりの中で本人の状態を考慮したうえで、本人家族の意向を聞きながら今後についての対応を多職種で検討している	本人、家族を含め、医師、看護師、介護サービス事業者、ケアマネジャー、相談員、PT等の多職種で今後について検討している。
訪問診療していた患者の妻が認知症となり、夫の死後、認知症が進行、徘徊や妄想が見られる様になった。独居だったが、公的介護サービスに加え、近隣住民による見守り等で支援した。	公的介護サービスは、居宅介護支援事業者がコーディネートし、インフォーマルサービスは社協職員が中心となってコーディネートした。
家族の在宅での生活の希望があったため、家族、各種介護、医療サービスの連携で、在宅での体制がとれるようにする。	担当のケアマネジャーの所属する機関を中心に必要な介護、医療サービスの連携で体制をとっている。

(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。

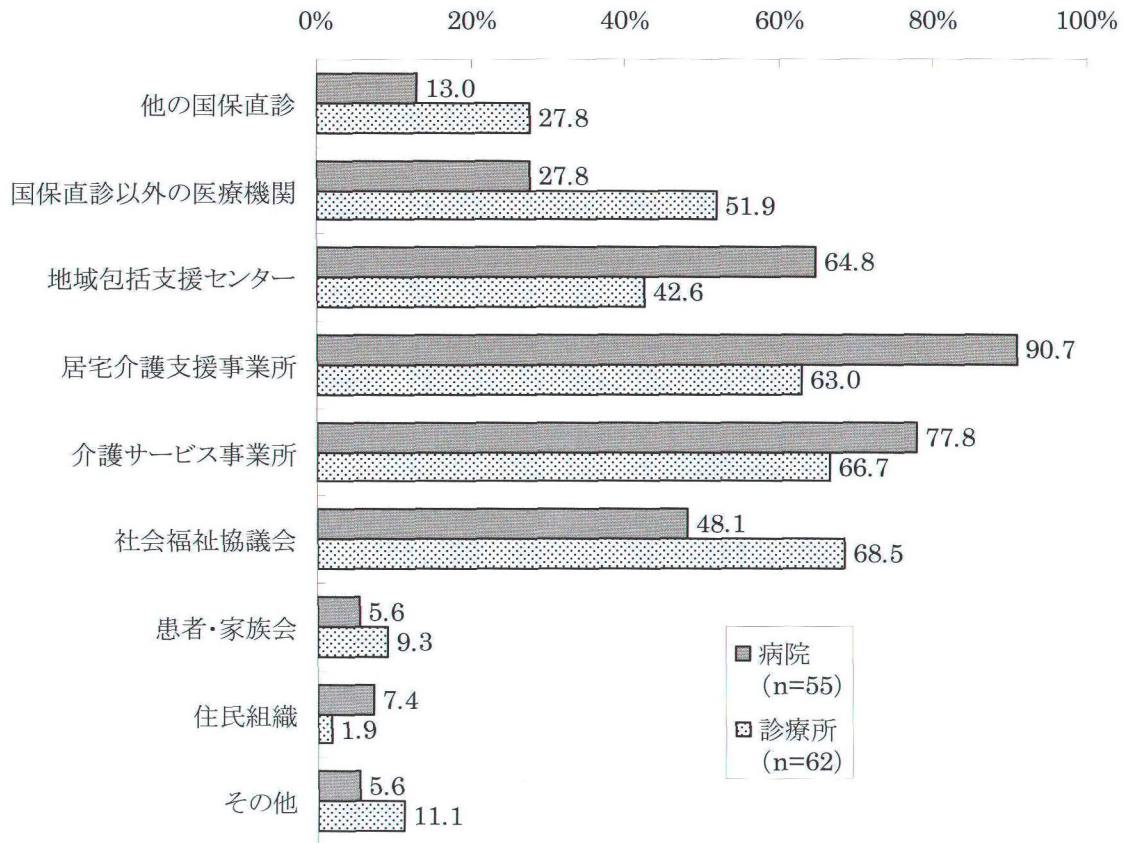
図表 2-13 脳卒中患者のケアに関するほかの機関と連携した取組の有無



■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 2-14 取組事例のある施設における連携先



図表 2-15 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具体的事例

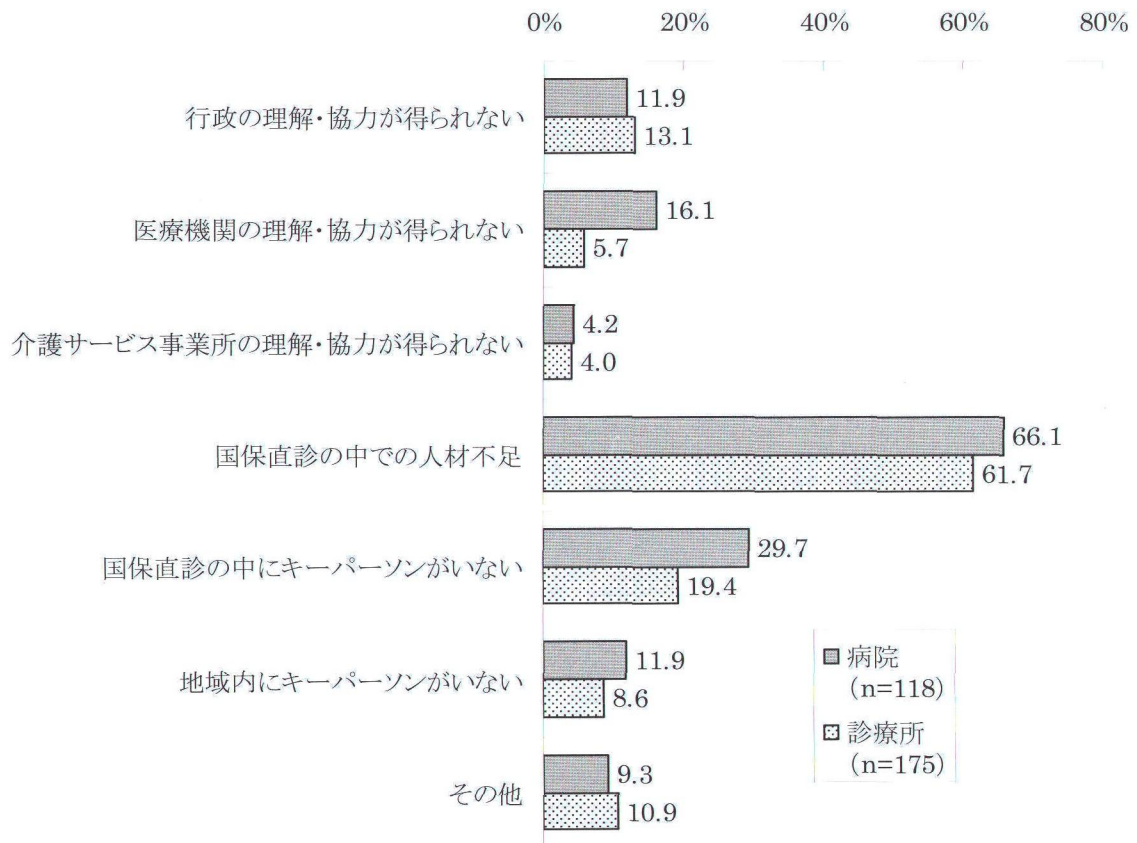
取組の経緯	中心的機関とその役割
入院して病状が安定し退院の方向が決まると地域包括支援センターに連絡をとり介護申請する。病棟の看護師が退院後必要な支援を本人、家族と相談して担当者に連絡調整する。	訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所など退院後、安心して在宅療養を継続するために必要な社会資源を検討、決定する。
脳卒中により退院後の生活がこれまでの生活とは違い何らかのサービスが必要な状態になった場合	地域医療室が中心となって、MSWが家族調整、サービスの情報提供、調整、コーディネート、自宅訪問を行い、ケアマネジャーがサービス調整を行う。
在宅療養への移行がスムーズに行われるように関わっている。在宅療養中の介護相談、ケアマネジマントについて、主治医や介護サービス事業所、行政、福祉等との連携を図っている。	医療機関は治療の継続と健康管理を行い、居宅介護支援事業所は介護相談、ケアマネジメントを行っている。
他院に入院中の方であったが、在宅へ復帰する際に当院へ連絡あり、当院ケアマネジャーと合同で自宅訪問、退院後の通院リハビリなどの調整、介護による住環境整備を行う。	退院後は当院に通院し、ケアマネジャーも関わり、経過観察している。
訪問診療や訪問看護ステーションによる在宅支援に加え、脳卒中患者会を立ち上げ、研修会や旅行などで支援している。どんな重度でも本人、家族が在宅を希望されれば支援している。	病院は外来、訪問診療、患者会の支援、デイケアでの在宅支援を行い、併設の訪問看護ステーションが訪問看護、訪問リハビリテーションを、同じく併設の居宅介護支援事業所がケアマネジメントを行っている。
脳卒中患者のケアについては、当院のみでは十分対応することは難しく、安定すれば在宅や他の介護施設と連携をとっている。	在宅支援チームの会で方向性を決定している。
脳梗塞患者の在宅介護	退院後、ケアマネジャーを中心に介護サービス、当院の訪問看護、訪問リハビリをケアプランに取り入れて、在宅介護を行っている。
病院より退院後、ケアマネ・病院医師（往診）・社協ヘルパー等と連携し、医療的チェックの他、サービスを展開。家族への介護指導を行い徐々に安定した生活を送れるようになった。	訪問看護ステーションが中心となり医師への情報提供、家族への介護指導、ケアマネと連携しヘルパー等の介護サービスも検討。
医療機関からの紹介により、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携をしサービスの検討と計画の立案をし介護サービス事業所にサービスを依頼する。	地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が中心となり、介護サービス事業所がサービスの提供を実施。
往診活動を通じて介護事業所、民生委員へのアドバイスを実施。	往診活動を通じて介護事業所、民生委員へのアドバイスを実施、民生委員の各々の活動に繋がっている。
退院前からケアカンファレンスを開催し、担当者の顔合わせ、役割分担などを決め、退院後も頻回に情報交換を行っている。	当診療所が居宅療養管理指導、訪問診療を行い、併設の総合施設内で週1回の担当者会議の際に情報提供を行っている。
家族の承諾のもと、情報提供を行い退院後の自宅生活がスムーズに移行できるように援助している。	各居宅介護支援事業、患者の状況にあったサービス提供、計画の実施。

取組の経緯	中心的機関とその役割
<p>医療依存度の高い患者が在宅療養へ移行する際の阻害要因として大きかった医療器具の管理を当院から行うということで、1986年から地元開業医と連携訪問診療を行っている。その後、医科のみでなく、歯科、訪問看護ステーションが上記の機関と連携をとり、在宅ケアを行っている。</p>	<p>当院の医科と歯科、そして訪問看護ステーションが専門的な医療やケアを担当。開業医が療養上の管理、投薬、点滴を担当。</p>
<p>近隣医療機関が発起した地域連携パスの協力機関として位置づけられる予定である。</p>	<p>当院は急性期の医療機関としての役割を求められている。</p>
<p>以前、自立した生活を送っていたが、脳卒中になったことにより、片麻痺となる。後遺症を残したまま退院。ADL低下した中で在宅の生活が可能となるように介護保険を申請、ケアマネジャー、家族と話し合いの中、サービスを検討。</p>	<p>居宅介護支援事業所が中心となりサービスを調整。介護サービス事業所（通所サービス）やレンタル等により生活しやすい環境を提供。当院はかかりつけ病院として病状を把握。</p>
<p>患者さんの自宅で生活したいという希望をかなえさせるため、家族、各種介護、医療サービスが連携。</p>	<p>担当のケアマネジャーの所属する機関を中心として、必要（在宅に）な介護、医療サービスと連携。</p>

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、「国保直診の中の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 2-16 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か次の表である。
- 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 2-17 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		
		あった	なかった	ある	ない	変化の度合
(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	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	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	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	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	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	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」＝合併後の「ある（十分、いる）」－合併前の「あった（十分、いた）」

図表 2-18 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（自由回答）

<p>合併前は村に一つの医療機関であったが、現在は新市の機関の一つとなっており、様々な面で新たな取組みが難しい状況がある。</p>
<p>首長の施政方針により差は出ると考えられるが、町村としての規模と合併後の新市の規模が大きく変化したことから、きめ細やかな対応が無理となり、何かに付けて新市全体での均衡確保を優先、何事も従来感覚では動かないようになってきている。従って、国保直診でありながら、医療福祉の行政施策が見えにくくなっている。</p>
<p>10年以上も地域を巡回指導していた保健師がすべて他地域に異動、患者の状態や家族構成を把握するまで時間がかかる。</p>
<p>合併により、当施設は“新町”の辺縁に位置することとなり、それまで保健、医療、福祉の総合施設として稼働していた当施設からは事務職が多く去り、専門職が事務処置に忙殺される状況を据えている。また、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所の事務も撤退、縮小となるなど、これまでのサービス提供し難い状況となっている。</p>
<p>合併前の医療機関（国保直診）のトップには、「口腔機能回復・維持や包括口腔ケアの重要性・不可欠性」は理解されておらずいざこざもあったが、村として「歯科・口腔機能政策」は任されていたのである程度思い通りに出来ていたが、合併後は、まずは本庁自身に理解・やる気等が無い上に、組織・人事上、先述の理解のない医科関係者が「保健福祉局長」に任命されたので、当然歯科政策への理解がなく、保健師等関係者への要望もしにくくなり全くの後退である。</p>
<p>現在、当診療所は市からの委託により社団法人が運営しています。在宅医療や保健活動を含め、当診療所で行ってきたことは、市内の包括ケアセンターにひきつがれています。合併と移設がほぼ同時期であったので、はっきりとは言えませんが、旧町時代にくらべてトップの理解を得るのに困難であり、声が届かなくなっていることは事実であると言えます。</p>
<p>全体によい方のサービスにあわせてゆく方向にあり、好ましいことととらえている。</p>
<p>合併後、同じ町の中に総合施設を併設した国保病院があるので、包括ケアはそちらが中心になって進めるものというのが町の理解のようです。診療所は医療だけをやっていけばよいというのが、町の考え方です。町全体の考えが包括ケアに向いていないのではないと思いますが、当診療所としては非常に残念な立場となっています。</p>
<p>財政が苦しいので、ここ数年行政の職員を減らして対応している。その結果、保健分野でのキーパーソンであった保健師や栄養士の事務の業務が増え、あまり活動できなくなっている。保健活動に使える財源も少なくなっている。医療介護関係も財源がないため、人を雇えず、業務が忙しくなり、情報交換のための会議をする時間はとれない、という状況があります。</p>
<p>行政が地域包括ケアに対する理解をしていない。予算も縦割りで国保の事業と施設の連絡がとれているとはいえない</p>
<p>地域包括医療・ケアのハードは立ち上がったが、ソフト面では全く充実していない。医療との連携をできるようにしなければうまく動いてゆかないので、努力したいと思っています。</p>
<p>市町村合併により行政の縦割体制が以前と比べて小回りが効かなくなったのは言うまでもありません。しかし、最近になって地域全体で考えようと云う動きが出て来ています。</p>
<p>広域化されたことにより、きめ細やかさ、即応性が低下していると感じられる。地域包括医療、ケアの構築に対する旧市町村間の認識のズレを感じる。（住民健診の取組方法についてなど）</p>
<p>合併後中心になる本庁にとって、末端の支所の事情は優先順位として下位になった。地域包括医療は末端の事情であって、冷淡な扱いをうけることになった。</p>
<p>市町村合併後に、在宅介護支援センターの再編と地域包括支援センターの設置があったが、このことにより当院が委託をうけた地域包括支援センターの受け持ち担当地域が広域化した。さらに更に当院が新市の要請を受け、市内の他の地域包括支援センターにもスタッフ2名を外向させ別の地域のカバーもしている。この広域化により従来の在宅介護支援センターが果たした地域拠点の機能がやや後退したと感じている。</p>

第3章

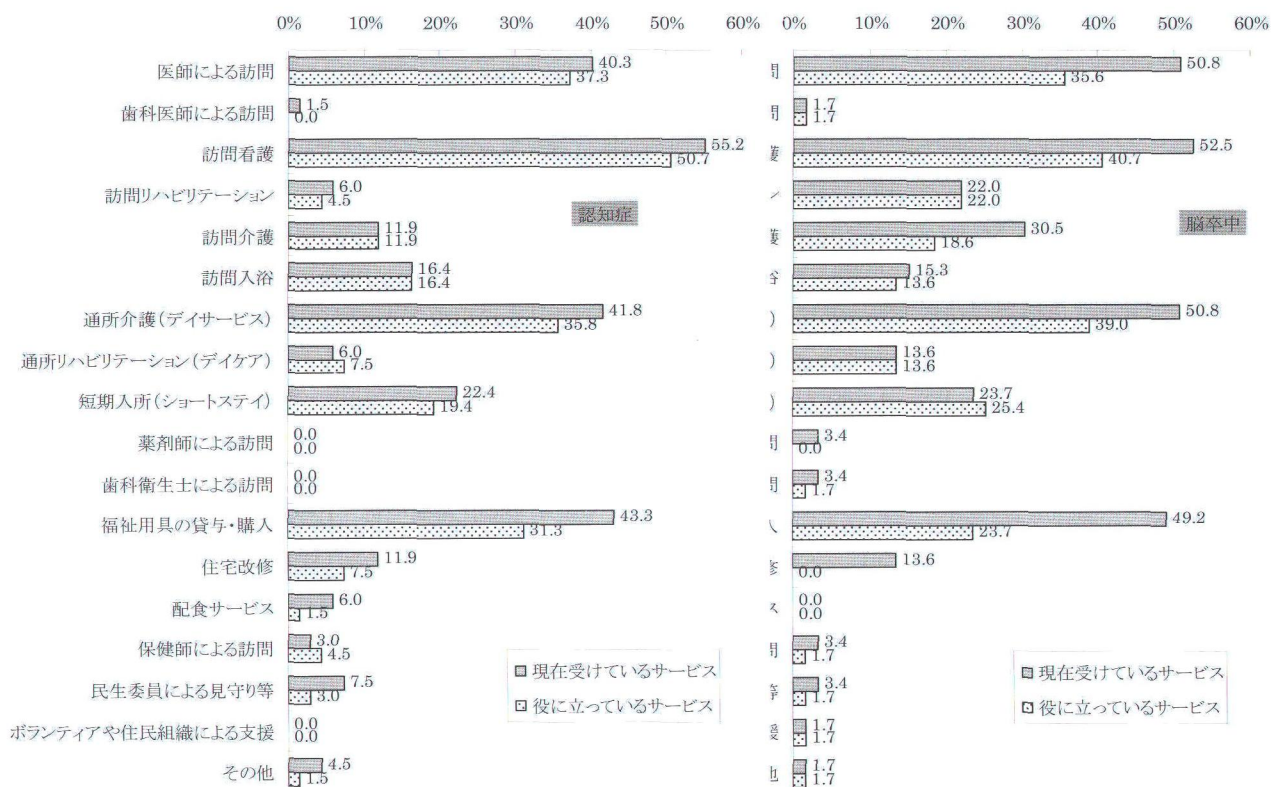
在宅療養されている方から 望まれる地域連携体制に 関する調査

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。

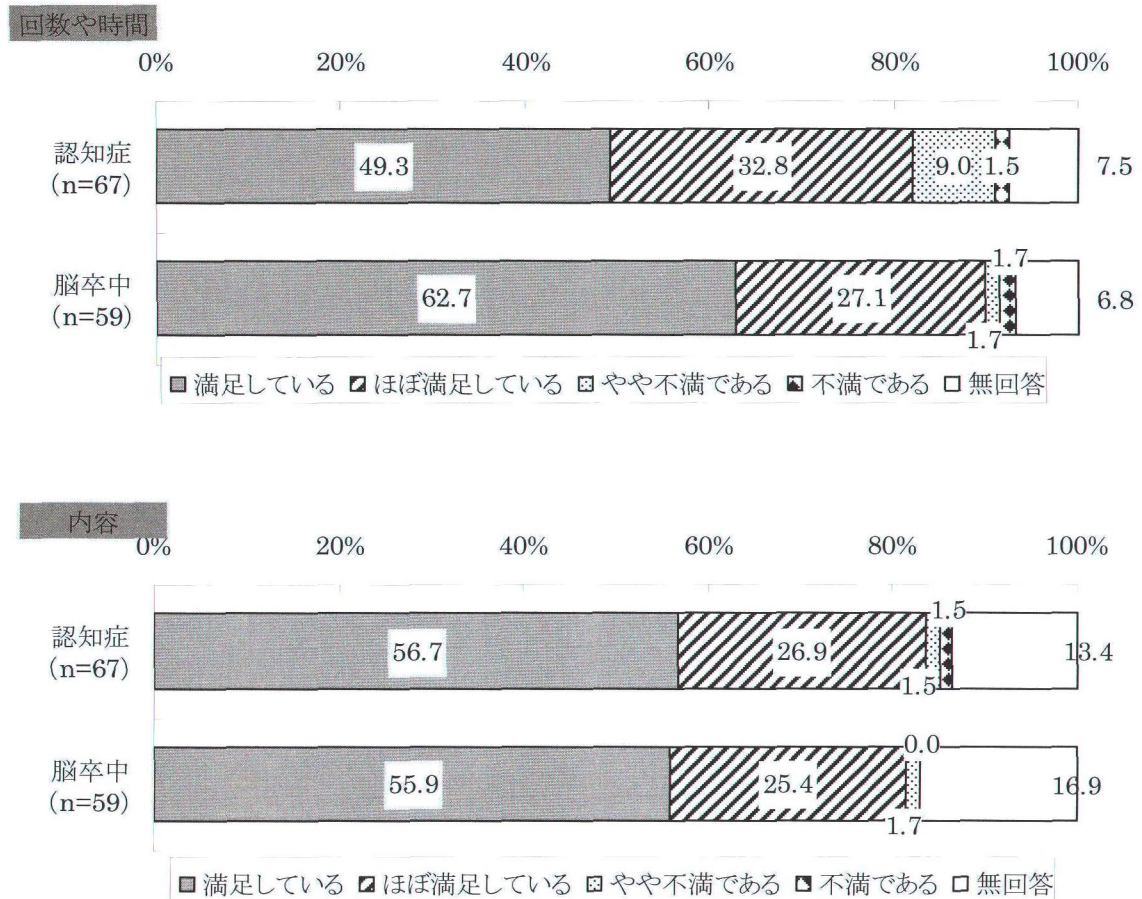
図表 3-1 訪問看護ステーションの併設状況



(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。

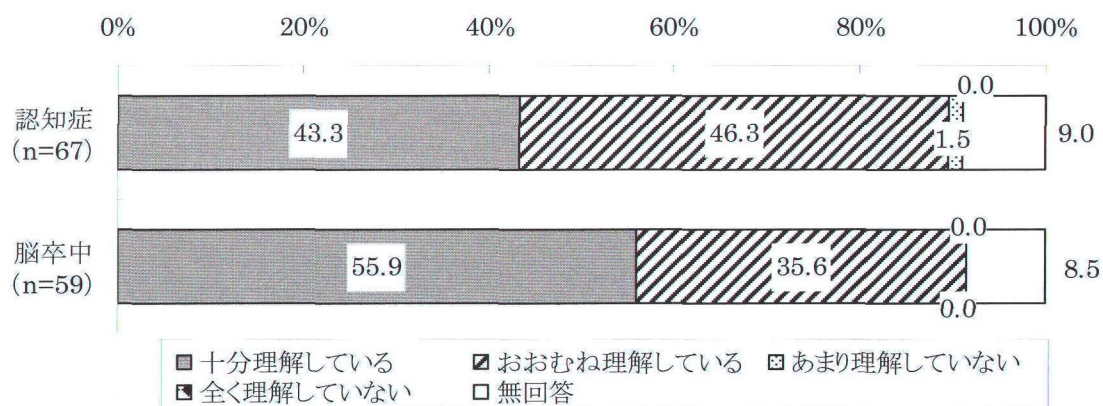
図表 3-2 現在受けているサービスの満足度



(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。

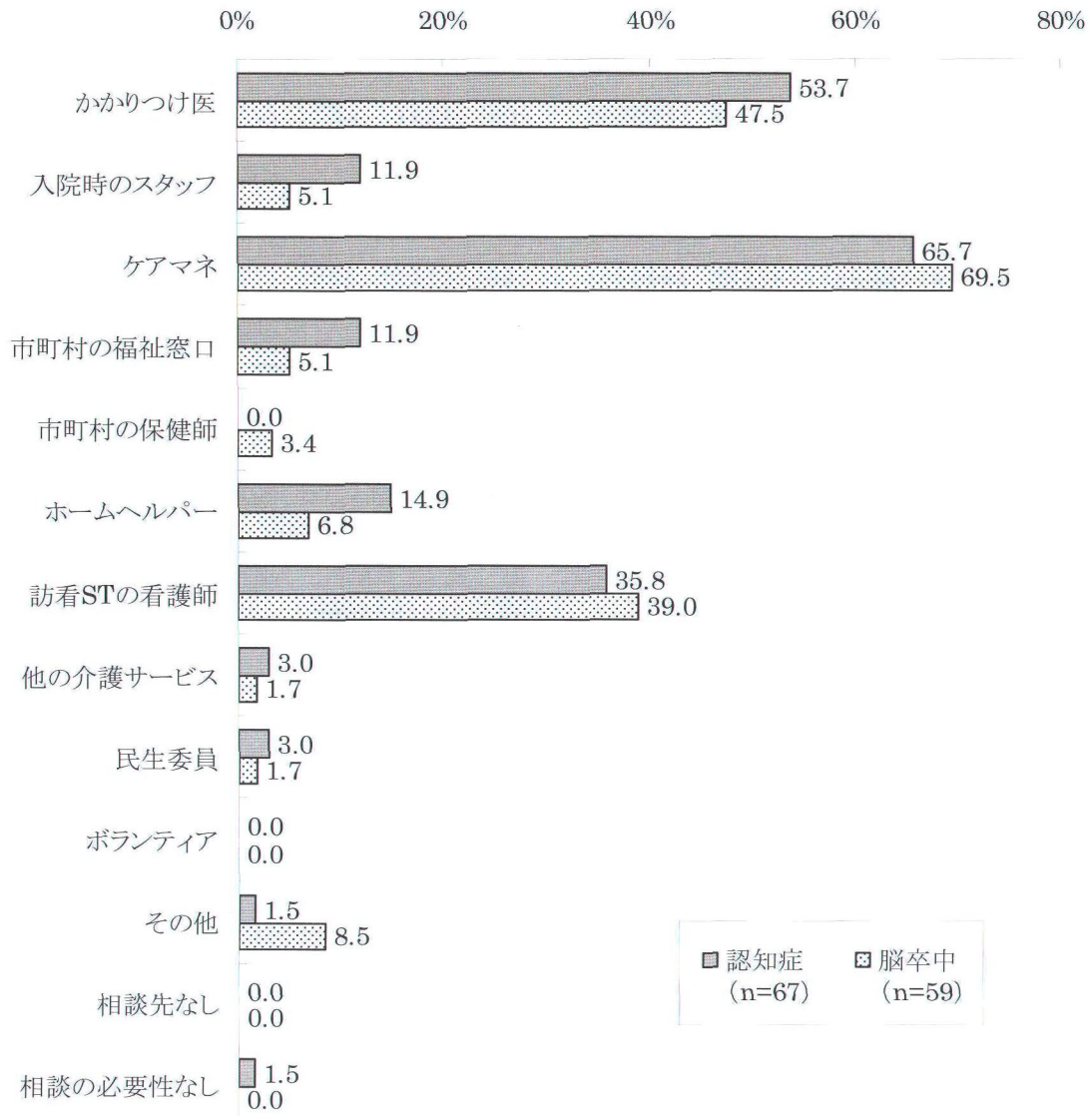
図表 3-3 サービス担当者間での本人・家族の情報の理解の状況



(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 3-4 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 3-5 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が利用できない	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 ボランティア等を活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 3-6 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

	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
n=29				
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

	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
n=26				
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 3-7 退院を間近に控えた不安の状況

	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が利用できない	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 ボランティア等を活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 特にない	13.8	15.4

第4章

先進地域ヒアリング調査

1. 先進地域ヒアリング調査の概要

(1) ヒアリングのねらい

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施設を中心に 5 施設を選定し、連携の状況や具体的内容等を伺い、今後地域連携を進めていくための参考とする。

(2) ヒアリング内容

- 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・介護サービスとの連携に当たっての阻害要因
- 今後の方向性 等

(3) 訪問先

	施設名	ヒアリング 実施日
千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	2月18日(月)
富山県	南砺市民病院	3月19日(水)
滋賀県	公立甲賀病院	3月11日(月)
徳島県	那珂町国保日野谷診療所・相生診療所	3月12日(火)
長崎県	平戸市民病院	3月21日(金)

2. 国保直営総合病院君津中央病院

■地域連携の窓口は、地域医療センターが担っている。この地域医療センターは、紹介患者の受入を担当する地域連携室と、訪問看護を担当する訪問看護室、そして地域資源との連絡・調整を担当する医療福祉相談室の3つのセクションに分かれている。

■退院を間近に控えた患者がいる場合、医療福祉相談室のソーシャルワーカーが病棟に行き、病棟師長等から情報を収集し、訪問看護室等をはじめ、病院の他のセクションや介護保険サービス事業所等との調整を行う。対応が難しいケースも多いが、退院に向けた連絡・調整を短期間で行うに当たっては、

- ①患者や家族の中には「退院させられる」という気持ちを抱いてしまう方もいるので、退院後も安心して生活できるよう、連絡・調整を行う必要がある。
- ②病院内で訪問看護の必要性について、病棟の看護師と訪問看護師とで判断基準が異なるケースもあり、実際は“漏れている”可能性も感じている。
- ③ケアマネジャーとの連携も非常に重要であるが、介護職出身のケアマネジャーと医療職出身のケアマネジャーとでは状態変化への対応能力が異なるケースが多い。

等が最近の課題である。

■退院を控えた患者や家族は、困った時に誰に相談すればいいか分からない、という不安を抱いている。そのような不安も含めて、本人や家族の意向を確認するためのカンファレンスを開催しているが、多い時には20名を超えることもある。ただ、各人、多忙な中での出席なので、全てのケースで必要な機関・人材を集めることは困難である。

■また、あるきっかけから、病院周辺の民生委員との関わりをもつことができたことから、近年は、民生委員との連携も進めている。民生委員とソーシャルワーカーは、人と環境との調和を図る、という大きな目標においては同じ立場にいると考えている。民生委員の集まりに呼ばれた際に、退院後の患者の見守り等への支援をお願いしたり、自治会が中心となっている地域住民の勉強会に呼ばれ認知症に関する講習会を行ったりしている。ただし、現状では病院周辺の地域に限られており、市内全域、さらには病院の担当地域である4市全域にまで同様の取組を広げるのは、マンパワー的にも、行政のスタンスも異なるため困難である。

3. 南砺市民病院

- 市町村合併前、南砺市民病院（当時は公立井波総合病院）が行っていた在宅医療への取組により、井波地域の要介護者者の在宅率は他地域より高かった。地域に入所施設がなかったことも要因の一つでもあるが、訪問看護への積極的な取組もその要因と考えられた。
- 平成6年に在宅介護支援センターを、そして平成11年に訪問看護ステーションを病院内に設置した。介護保険制度導入後は、訪問看護ステーションを院外からの依頼も受けられる組織とした。
- 現在、在宅医療に関しては地域医療連携科が行っている。そこでは総合相談から始まり、病病連携や病診連携、訪問看護、退院支援等を行っている。
- また地域においては、砥波地域リハビリテーション支援センターの指定を受け、地域リハビリテーションの普及や、在宅医療の推進発展に努めている。ここでは定期的に研修会を行い、平成14年12月に開催した第1回から平成20年3月に開催した第62回まで、毎回平均85人程度の参加者がいる。この活動を通じて、地域の社会資源との連携が図られている。ただし、全ての資源が参加しているわけではないので、参加機関・施設を増やしていくことが課題となっている。
- 病院内に地域医療連携科を有し、同時に市の介護福祉支援センター内に、在宅介護支援センター、訪問看護ステーション、ホームヘルプステーションを併設しているので、それらの連携は濃密に行われている。
- ただし、病院から“出す”側と、“受け止める”側とでは、同じ患者・利用者をみる視点が異なっている。これは、病棟の看護師には、在宅移行がイメージしにくいことが影響していると考えている。そこで、機関間の連携のみならず、“人の中での連携”が図れるよう、看護師については病棟と訪問看護ステーション等との間での人事異動を行い、さまざまな視点をもてるようにしている。また、病棟の看護師が退院患者宅を訪問し、そこで訪問看護師と一緒に退院患者や家族の話を聞くことにより、退院患者とその家族に安心感を与えると同時に、“在宅をみることのできる眼”を養えるようにもしている。
- 地域住民との関係においては、まず、住民向けのフォーラムを開催する等して、住民の啓発に努めている。さらに病院のある井波地域では、ホームヘルパー2級の講習受講者が立ち上げた有償在宅サービスとの連携を図っている。また井波地域には地区社協が存在しているので、様々な活動が行われている。

4. 公立甲賀病院

- 地域連携の窓口は、医療連携情報室の地域医療連携係が担っている。同係は現在、事務職1名、看護師2名、MSW1名で構成され、事務職は他医療機関との連携一般、看護師は在宅への退院にあたっての調整、MSWは施設への退院にあたっての調整を担当している。在宅への退院調整の業務が増加しているため、今年度より看護師を2名に増強した。
- 地域連携の先進地とされるが、認知症での連携は進んでいない。最大の阻害要因は、認知症に対する住民の偏見・先入観である。そうした偏見に加え、圏内に専門的治療を行える施設が少ないこともあって、あえて圏外で受療する患者も多い。圏内には精神病院もあるのだが、そこ自体が偏見の象徴的存在となってしまうている。認知症の患者会・家族会も存在しているが、このような状況のため連携は進んでいない。当病院の地域連携担当で主催している住民対象の健康講座（3か月毎）でも認知症をテーマに採り上げたことはあるが、今後も引き続き住民意識の啓発に努める必要があると認識している。
- 行政、特に甲賀市との連携が、あまり密接ではない。当病院の他に市立病院が圏内に2つ存在するというところもあろう。行政と協力して地域連携を一層強化していくことが課題である。

5. 那珂町国保日野谷診療所・相生診療所

- 当診療所がある「相生包括ケアセンター」には、訪問看護ステーション、保健センター、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、デイケア、ホームヘルプデスク、フィットネス施設なども集結させており、地域の医療・保健・福祉に関わるマンパワーを一所に集めているので、連携は極めてスムーズに行える環境となっている。
- 退院患者の在宅ケア、特に独居者や認知症患者の在宅ケアは、訪問ケア／サービス、通所ケア／サービスの投入に加え、地域住民による支援も得て行っている。地域住民の支援は、保健師、ヘルパー、ボランティア、民生委員などが呼びかけている。
- 那賀町の公的医療機関（病院1、有床診1、無床診4）における常勤医師が来年度から1名減の7名となるので、当診療所の19病床を廃止し、圏内の入院機能を上那賀病院に集約する（上那賀病院は35床から40床へ増床）。これを機に、上那賀病院を中心とした医療体制を再構築することになり、地域連携も一層強化する方針である。従来、「医療政策協議会」や勉強会等で域内交流を進めてきた医師や事務職と比べ、看護師の間では交流が比較的薄かったが、今回、無床化される当診療所から上那賀病院へ看護師3名が異動し、人事交流が進むことになる。また、入院機能が集約される上那賀病院に対し、退院後の在宅ケアでは中心を担うことになる当診療所から定期的な回診を行い、将来の在宅移行に備えるという構想もある。
- 相生包括ケアセンターに2006年に開設されたフィットネスゾーンは、月会費500円を納めた通称「筋トレクラブ」の会員によって利用されている。会員は23歳から85歳までの約300人、現在まで入会者は途切れることが無く、予防事業として非常に成功している。

6. 平戸市民病院

- 当病院は、地域で唯一の病院であり、最後の受け入れ機関である。急性期、慢性期、ターミナル期等あらゆる患者を受け入れている。
- 地域には高齢者の独居世帯や夫婦二世帯が多く、在宅療養への移行が困難なケースも多い。一方、高齢者施設は不足しており（特に老人保険施設は地域内にない）、デイケアもない。その結果、社会的入院が多くなっており、療養病床の半数は施設入所待ちの患者で占められている（ちなみに療養病床の転換は、まだ様子見の状態の方針は決まっていない）。
- 退院調整のためのカンファレンスは、当病院の師長を主催者として、担当ケアマネ、PT・OT、介護ヘルパー、患者家族等が参加して行われる。主治医の参加は多忙により困難なことが多い。
- 在宅療養にあたっての住民との連携は、患者本人の従前の近所づきあい、社交性、人柄等の状況に左右される。医療機関、介護サービス事業者、住民との距離が近い土地柄であるので、地域に溶け込んでいた患者については、近所住民による見守り等は比較的容易に確保できる。
- 一方、そうでない患者の在宅移行にあたって如何に住民連携を図るかは課題であり、今のところ特別な対策・仕組みはない。民生委員を通じて地域に働きかけるケースもあるが単発的であり、恒常的な仕組みとはなっていない。逆に言えば、特に仕組みを作らなくても地域住民との連携は比較的スムーズに行く地域環境なのである。
- 現在は当病院を中心とした連携体制だが、今後は介護サービス事業者や地域住民も含めた地域を挙げての連携体制としていかなければならない。住民については「健康づくり推進委員」等の既存制度もあるので、それを活用していきたい。また、認知症家族の会も休止状態にあるので再開させたい。
- 予防のため、集団と個別を併用して健診を推進している。基本健診の受診率は、県平均が23%であるのに対して当地域（旧平戸市）は40%である。そのお陰か、当地域は県平均より高齢化率は高いが要介護認定率は低く、認定者の中でも要支援が最も多い（他地域は要介護1が最も多い）。

7. 先進地域ヒアリング調査から得られた示唆

(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いうる存在であれば、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。

図表 5-1 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
(平成 17 年度調査との比較)

		市町村合併前		市町村合併後		変化の度合	(参考)
		あった	なかった	ある	ない		
(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	病院	64.5	22.6	56.5	33.9	-8.1	H17調査 -20.2
	診療所	63.0	23.5	44.5	42.0	-18.5	-15.1
(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	病院	50.0	37.1	56.5	33.9	6.5	H17調査 -7.1
	診療所	54.6	30.3	50.4	37.8	-4.2	-2.6
(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	病院	69.4	17.7	74.2	16.1	4.8	H17調査 -10.7
	診療所	69.7	16.8	62.2	25.2	-7.6	-6.5
(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	病院	12.9	77.4	11.3	80.6	-1.6	H17調査 -2.4
	診療所	16.8	71.4	8.4	80.7	-8.4	-3.9
(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	病院	37.1	51.6	40.3	48.4	3.2	H17調査 -2.4
	診療所	35.3	52.9	26.1	63.0	-9.2	-3.9
(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	病院	41.9	43.5	45.2	41.9	3.2	H17調査 -2.4
	診療所	42.0	43.7	32.8	52.1	-9.2	-2.6

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

資料編

国保直診の地域連携体制の構築に関する調査

貴 施 設 名			
ご回答者のお名前		役職	

※病院の場合：一般病床の入院基本料の届出状況

1 7対1入院基本料	3 13対1入院基本料	5 特別入院基本料
2 10対1入院基本料	4 15対1入院基本料	6 一般病床はない

※診療所の場合：在宅療養支援診療所の届出状況

1 届出している	2 届出していない
----------	-----------

貴施設の概要等についてお伺いします。

問1 貴施設が所在する市町村の概況についてご記入下さい（平成 19 年 10 月 1 日時点）。

総人口	65 歳以上人口	要支援・要介護 認定者数	診療圏域人口*
人	人	人	人

問2 貴施設の平成 19 年 9 月の実績についてご記入下さい。なお、提供実績がない項目につきましては、お手数ですが、「なし」をご記入下さい。

平均在院日数	外来患者の レセプト件数	訪問診療対象者数	訪問看護対象者数
日	医科： _____ 件 歯科： _____ 件	医科： _____ 人 歯科： _____ 人	人

問3 貴施設では訪問看護ステーションを併設していますか。（○は1つ）。

1 併設している	2 併設していない
----------	-----------

(1) 【「1 併設している」と答えた方】貴施設に併設している訪問看護ステーションでは、他の医療機関や介護サービス事業所からの依頼を受けていますか（○は1つ）。

1 受けている	2 受けていない
---------	----------

(2) 【「2 併設していない」と答えた方】地域内に、貴施設と連携している訪問看護ステーションはありますか（○は1つ）。

1 ある → ア. 指示書を出している イ. 情報交換やアドバイスを行っている ウ. 指示書も出しているし情報交換やアドバイスも行っている	2 ない
---	------

*診療圏域人口については、市町村合併を経ている自治体の場合は、旧市町村ベースでお答え下さい。

問4 貴施設と地域の介護保険サービス事業所等との関係についてお答え下さい（当てはまるもの全てに○。主として当てはまるものに◎）。

- | |
|----------------------------------|
| 1 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 |
| 2 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 |
| 3 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 |
| 4 上記のどれにも当てはまらない |

貴施設が地域で果たしている役割についてお伺いします。

問5 貴施設では、地域連携に関してどのような体制で取り組んでいますか（○は1つ）。

- | | | |
|-----------|----------|----------------|
| 1 専門部署を設置 | 2 担当者が対応 | 3 特に何も取り組んでいない |
|-----------|----------|----------------|

(1) 【「1 専門部署を設置」もしくは「2 担当者が対応」と答えた方】ご担当なさっている方は専任者ですか、兼任者ですか（○は1つ）。

- | | | |
|-------|-------|------------|
| 1 専任者 | 2 兼任者 | 3 専任と兼任の両者 |
|-------|-------|------------|

(2) 【「1 専門部署を設置」もしくは「2 担当者が対応」と答えた方】ご担当なさっている方はどのような職種の方が（当てはまるもの全てに○）。

- | | | |
|------------|------------|-------------|
| 1 医師 | 4 保健師 | 7 ソーシャルワーカー |
| 2 歯科医師 | 5 PT・OT・ST | 8 事務職員 |
| 3 看護師・准看護師 | 6 ケアマネジャー | 9 その他（ ） |

(3) 【「1 専門部署を設置」もしくは「2 担当者が対応」と答えた方】貴施設は、地域連携に関してどのような機能を有していますか（当てはまるもの全てに○）。

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1 他医療機関・施設からの紹介患者の受入 | 7 退院後の継続的なケア |
| 2 他医療機関・施設からの検査依頼の受付 | 8 ケア会議の開催 |
| 3 他医療機関・施設への患者紹介 | 9 他機関との情報交換・勉強会の開催 |
| 4 開放型病床の配置 | 10 介護教室・健康教室等の開催 |
| 5 医療・介護・福祉サービスに関する相談 | 11 情報誌等の発行 |
| 6 退院支援 | 12 その他（ ） |

貴施設の地域連携室もしくは貴施設の地域連携への取組等に関する特徴について、ご自由にご記入下さい。

--

(4) 【(3)で「7 退院後の継続的なケア」と答えた方】退院後の継続的なケアの仕組みについては、地域内の保健・医療・福祉サービスを提供する機関・事業所等で共通の理解が得られていますか（○は1つ）。

- | | | |
|--------------|--------------|---------|
| 1 おおむね得られている | 2 あまり得られていない | 3 分からない |
|--------------|--------------|---------|

(5) 【(3)で「7 退院後の継続的なケア」と答えた方】具体的にはどのような方法を取っていらっしゃいますか(当てはまるもの全てに○)。

- | | |
|---|--|
| 1 | 貴施設が中心となっているケア会議の開催 |
| 2 | 他機関が中心となっているケア会議への出席
↳ア医療機関 イ 介護サービス事業所 ウ 行政 エ その他 () |
| 3 | 電話やファックス等による状況把握 |
| 4 | 貴施設職員による訪問(併設施設の職員による場合も含む) |
| 5 | 外部の訪問看護ステーションを利用した看護師の派遣 |
| 6 | その他 () |

住民組織等と連携した高齢者等のケアへの取組状況についてお伺いします。

問6 貴施設における在宅の認知症の高齢者のケアについてお伺いします。

(1) これまで他の機関と連携した取組の事例はございますか(○は1つ)。

- | | |
|------|------|
| 1 ある | 2 ない |
|------|------|

(2) 【(1)で「1 ある」と答えた方】その取組に参加している機関・団体等についてお答え下さい(当てはまるもの全てに○)。

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| 1 他の国保直診 → 医科・歯科 | 6 社会福祉協議会 |
| 2 国保直診以外の医療機関 → 医科・歯科 | 7 患者や家族会による組織(家族会等) |
| 3 地域包括支援センター | 8 住民組織(ボランティア団体等も含む) |
| 4 居宅介護支援事業所 | 9 その他 () |
| 5 介護サービス事業所 | |

(3) 【(1)で「1 ある」と答えた方】具体的な内容についてご記入ください。

※取組の経緯、中心的機関、それぞれの役割等

問7 貴施設における在宅の脳卒中患者のケアについてお伺いします。

(1) これまで他の機関と連携した取組の事例はございますか (○は1つ)。

1 ある

2 ない

(2) 【(1)で「1 ある」と答えた方】その取組に参加している機関・団体等についてお答え下さい (当てはまるもの全てに○)。

1 他の国保直診→ 医科・歯科

6 社会福祉協議会

2 国保直診以外の医療機関→ 医科・歯科

7 患者や家族会による組織 (家族会等)

3 地域包括支援センター

8 住民組織 (ボランティア団体等も含む)

4 居宅介護支援事業所

9 その他 ()

5 介護サービス事業所

(3) 【(1)で「1 ある」と答えた方】具体的な内容についてご記入ください。

※取組の経緯、中心的機関、それぞれの役割等

問8 貴施設では、上記の例の他に、住民組織やボランティア団体、NPO 法人等と連携した、在宅の高齢者のケア (見守り等も含む) に取り組んでいますか (○は1つ)。

1 取り組んでいる

2 取り組んでいない

【「1 取り組んでいる」と答えた方】具体的な内容についてご記入下さい。

※関与している団体、中心的機関、それぞれの役割等

問9 問8でご紹介いただいた事例の他に、貴施設の所在市町村、所在地域において、国保直診が関与していない、住民が参加した在宅高齢者ケアへの取組事例がありましたらご記入下さい。

※関与している団体、中心的機関、それぞれの役割等

地域包括医療・ケアの推進についてお伺いします。

問10 貴施設が中心となって地域包括医療・ケアを推進するご予定・ご意向はございますか（○は1つ）。

- 1 現在すでに行っている
- 2 推進に当たって調整中である
- 3 予定がある／検討中である
- 4 意向はあるが検討にまでは至っていない
- 5 意向はあるが様々な条件から困難である
- 6 予定も意向もない

問11 貴施設が中心となって地域包括医療・ケアを推進する際の阻害要因としてどのようなことが想定されますか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力が得られない
- 2 地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療機関の理解・協力が得られない
- 3 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・協力が得られない
- 4 地域包括医療・ケアの推進に当たって施設内の既存の人材では人数が足りない
- 5 施設内に中心となるべきキーパーソンがいない
- 6 地域内に中心となるべき機関・キーパーソンがいない
- 7 その他（ ）

問12 貴施設が中心となって地域包括医療・ケアを推進する際に、先行事例等における情報としてどのようなものが必要ですか（当てはまるもの全てに○）。

- 1 地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力の得方
- 2 地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療の理解・協力の得方
- 3 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・協力の得方
- 4 人材確保の方策
- 5 必要となる機能（ソフト面）
- 6 必要となる機能（ハード面）
- 7 ケア会議等の開催方法（頻度、連携対象機関）
- 8 個別ケースに関する情報提供の方法
- 9 活用可能な財源
- 10 その他（ ）

問13 地域包括医療・ケアの推進に当たって、国保直診が果たすべき役割等について、ご自由にご記入下さい。

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お伺いします。

問14 貴施設の所在市町村では市町村合併が行われましたか（○は1つ）。

1 市町村合併した（平成____年__ 月）	2 市町村合併しない
------------------------	------------

問15 市町村合併が地域包括医療・ケアの構築に及ぼした影響についてお伺いします。下記の項目それぞれについてお答え下さい（○はそれぞれ1つ）。なお、市町村合併していない市町村に所在する施設については、「市町村合併後」の欄に現在の状況をお答え下さい。

	市町村合併前		市町村合併後（市町村合併していない場合も含む）	
	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
①地域包括医療・ケアの必要性に関する行政の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
②地域包括医療・ケアの必要性に関する他の医療機関の理解・協力	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
③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	1 あった	2 なかった	1 ある	2 ない
(4)地域包括医療・ケアの推進に必要な施設内の人材の数	1 十分	2 不足	1 十分	2 不足
(5)地域包括医療・ケアの推進の中心となる施設内の人材	1 いた	2 いなかった	1 いる	2 いない
(6)地域包括医療・ケアの推進の中心となる地域内の機関・人材	1 あった/ いた	2 なかった/ いなかった	1 ある/ない	2 ない/ いない

上記項目について、もしくはそれ以外の事柄について、市町村合併が地域包括医療・ケアの構築に及ぼした影響として特筆すべきことがございましたら、ご自由にご記入下さい。

--

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

在宅療養されている方から望まれる 地域連携体制の構築に関する調査 〈在宅療養されている方〉

このアンケートにご回答下さっている方はどなたですか。ご家族の場合は、ご本人からみた続柄にもお答え下さい。(○は1つ)

- | | | | | | |
|--------------|--------|------|--------|---------|--------|
| 1 ご本人 | | | | | |
| 2 ご家族 → | ア. 配偶者 | イ. 親 | ウ. 子ども | エ. 兄弟姉妹 | オ. その他 |
| 3 その他 (具体的に: |) | | | | |

在宅療養されている方ご自身のことについてお伺いします。

問1 ご本人の性別と年齢は。(性別については○は1つ。)

1 男	2 女
-----	-----

年齢:() 歳

問2 ご本人の最近の入院についてお伺いします。

(1) 入院期間は。 (2) 初めての入院でしたか。

() か月

1 初めて	2 初めてではない:() 回目
-------	------------------

問3 ご本人は要介護認定を受けていますか。(○は1つ)

- | | | | | | |
|----------|---|---------|---------|---------|---------|
| 1 受けている | → | ア. 要支援1 | イ. 要支援2 | ウ. 要介護1 | エ. 要介護2 |
| | | オ. 要介護3 | カ. 要介護4 | キ. 要介護5 | |
| 2 受けていない | | | | | |

問4 ご本人はどなたとお住まいですか。(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|------------|-----------|
| 1 ひとり暮らし | 5 子ども |
| 2 親 | 6 子どもの配偶者 |
| 3 配偶者(妻・夫) | 7 その他() |
| 4 兄弟姉妹 | |

現在、在宅でうけているサービスにお伺いします。

問5 現在受けている各種のサービスについてお伺いします。

(1) 現在、どのような医療・介護サービスを受けていますか。(当てはまるもの全てに○)

1 医師による訪問	11 歯科衛生士による訪問
2 歯科医師による訪問	12 福祉用具の貸与・購入
3 訪問看護	13 住宅改修
4 訪問リハビリテーション	14 配食サービス
5 訪問介護	15 保健師による訪問
6 訪問入浴	16 民生委員による見守り等
7 通所介護 (デイサービス)	17 ボランティアや住民組織による支援
8 通所リハビリテーション (デイケア)	18 その他 ()
9 短期入所 (ショートステイ)	19 何も受けていない
10 薬剤師による訪問	

(2) 現在受けている医療・介護サービスのうち、在宅療養を続ける上で最も役に立っているサービスはどれですか。3つまでお答え下さい。(○は3つまで)

1 医師による訪問	11 歯科衛生士による訪問
2 歯科医師による訪問	12 福祉用具の貸与・購入
3 訪問看護	13 住宅改修
4 訪問リハビリテーション	14 配食サービス
5 訪問介護	15 市町村の保健師による訪問
6 訪問入浴	16 民生委員による見守り
7 通所介護 (デイサービス)	17 ボランティアや住民組織による支援
8 通所リハビリテーション (デイケア)	18 その他 ()
9 短期入所 (ショートステイ)	19 役にたっているサービスはない
10 薬剤師による訪問	

(3) 現在受けているサービスの回数・時間、内容には総じて満足していますか。(それぞれ○は1つ)

回数や時間 について	1 満足している	3 やや不満である
	2 ほぼ満足している	4 不満である
内容について	1 満足している	3 やや不満である
	2 ほぼ満足している	4 不満である

(4) 特に不満であるサービスや、在宅生活を続けるに当って必要(もっと充実させて欲しい)と感じているサービス等について、ご自由にご記入下さい。

(5) 在宅療養するに当って、困ったときには誰に相談しますか。(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1 かかりつけ医 | 8 6、7以外の介護保険サービスの担当者 |
| 2 入院していた医療機関のスタッフ | 9 民生委員 |
| 3 担当のケアマネジャー | 10 ボランティア |
| 4 市町村の福祉窓口 | 11 その他 () |
| 5 市町村の保健師 | 12 相談したいが相談先がない |
| 6 ホームヘルパー | 13 相談の必要性を感じたことがない |
| 7 訪問看護ステーションの看護師 | |

(6) 現在受けているサービスの担当者は、本人・家族の希望や本人に関する情報等を理解しているとお感じですか。(○は1つ)

- | |
|-----------------------|
| 1 十分に理解していると感じる |
| 2 おおむね理解していると感じる |
| 3 あまり理解しているようには感じられない |
| 4 全く理解していない |

問6 退院した際の状況についてお伺いします。

(1) 退院の際、在宅療養生活に関する希望(受けたいサービス等)を伝える機会がありましたか。(○は1つ)

- | | |
|-------|--------|
| 1 あった | 2 なかった |
|-------|--------|

(2) 【(1)で「1 はい」と答えた方】誰に伝えましたか。(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|---------|--------------------|
| 1 医師 | 7 メディカル・ソーシャル・ワーカー |
| 2 歯科医師 | 8 保健師 |
| 3 看護師 | 9 訪問看護ステーション |
| 4 理学療法士 | 10 ケアマネジャー |
| 5 作業療法士 | 11 その他 () |
| 6 言語聴覚士 | |

主な介護者の状況についてお伺いします。

問7 日ごろ、ご本人を主に介護されている方は、ご本人からみてどなたにあたりますか。(○は1つ)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1 配偶者 | 4 兄弟姉妹 |
| 2 子またはその配偶者 | 5 その他 |
| 3 孫またはその配偶者 | 6 介護者はいない |

問8 主に介護をなさる方の健康状態はいかがですか。(○は1つ)

- | | |
|------------|-------------|
| 1 健康である | 3 病気で治療中である |
| 2 あまり健康でない | 4 障害がある |

問 9 退院前、在宅で療養するに当り、どのようなことが不安でしたか。また退院後の現在は、どのようなことが不安ですか。(それぞれ当てはまるもの全てに○)

	退院前 の不安	退院後 の不安
1 看護・介護の方法が分からない		
2 容態が急変した際の対応に不安がある		
3 夜間の対応に不安がある		
4 日中は本人が独りになってしまうので不安がある		
5 利用できる医療サービスが分からない		
6 利用できる介護サービスが分からない		
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		
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		
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		
10 介護サービスを利用したいが希望通りの回数が利用できない		
11 かかりつけ医との連絡・調整が十分に取れない		
12 在宅生活全般に関して相談できる先がない		
13 介護に関する悩みを相談できる先がない		
14 ボランティア等を活用したいが相談先が分からない		
15 悩みなどを話しあえる仲間がない		
16 身体的・精神的な負担が大きい		
17 その他 ()		
18 特にない		

問 10 在宅生活を続けるに当って必要と感じていること(必要とするサービス、住民組織等による支え合いの必要性、コーディネーター役による連絡・調整等)について、ご自由にご記入下さい。

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

在宅療養されている方から望まれる 地域連携体制の構築に関する調査 ＜退院を間近に控えた患者の方＞

このアンケートにご回答下さっている方はどなたですか。ご家族の場合は、ご本人からみた続柄にもお答え下さい。(〇は1つ)

- | | |
|---|---|
| 1 | ご本人 |
| 2 | ご家族 → ア. 配偶者 イ. 親 ウ. 子ども エ. 兄弟姉妹 オ. その他 |
| 3 | その他 (具体的に: _____) |

退院を間近に控えている方ご自身のことについてお伺いします。

問1 ご本人の性別と年齢は。(性別については〇は1つ。)

1 男

2 女

年齢: () 歳

問2 ご本人の現在の入院についてお伺いします。

(1) 入院期間は。 (2) 初めての入院でしたか。

() か月

1 初めて

2 初めてではない: () 回目

問3 ご本人は要介護認定を受けていますか。(〇は1つ)

- | | |
|---|--|
| 1 | 受けている → ア. 要支援1 イ. 要支援2 ウ. 要介護1 エ. 要介護2 |
| | オ. 要介護3 カ. 要介護4 キ. 要介護5 |
| 2 | 受けていない |

問4 ご本人はご自宅ではどなたとお住まいですか。(当てはまるもの全てに〇)

1 ひとり暮らし

5 子ども

2 親

6 子どもの配偶者

3 配偶者(妻・夫)

7 その他 ()

4 兄弟姉妹

退院を間近に控えている方の主たる介護者の方にお伺いします。

問5 退院を控えている現在の状況についてお伺いします。

(1) 退院後の在宅療養生活に関する希望(受けたいサービス等)を伝える機会がありましたか。(〇は1つ)

1 あった

2 なかった

(2) 【(1)で「1 はい」と答えた方】誰に伝えましたか。(当てはまるもの全てに○)

1 医師	7 メディカル・ソーシャル・ワーカー
2 歯科医師	8 保健師
3 入院先の看護師	9 訪問看護ステーションの看護師
4 理学療法士	10 ケアマネジャー
5 作業療法士	11 その他 ()
6 言語聴覚士	

主な介護者の状況についてお伺いします。

問 6 日ごろ、ご本人を主に介護なさる方は、ご本人からみてどなたにあたりますか。(○は1つ)

1 配偶者	4 兄弟姉妹
2 子またはその配偶者	5 その他
3 孫またはその配偶者	6 介護者はいない

問 7 主に介護をなさる方の健康状態はいかがですか。(○は1つ)

1 健康である	3 病気で治療中である
2 あまり健康でない	4 障害がある

問 8 在宅で介護するに当り、どのような情報を必要としていますか。またそれらの情報は、現時点で十分に得られていますか。(それぞれ○は1つ)

	必要であり十分に得られている	必要であるがまだ不十分である	必要であるが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	1	2	3	4
②介護保険サービスに関する情報	1	2	3	4
③介護保険以外の福祉サービスに関する情報	1	2	3	4
④医療サービスに関する情報	1	2	3	4
⑤利用可能な制度に関する情報	1	2	3	4
⑥ボランティアに関する情報	1	2	3	4
⑦各種の相談窓口に関する情報	1	2	3	4
⑧その他 ()	1	2	3	4

問 9 在宅で介護するに当り、どのようなことを不安に感じていますか。(当てはまるもの全てに○)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1 看護・介護の方法が分からない | |
| 2 容態が急変した際の対応に不安がある | |
| 3 夜間の対応に不安がある | |
| 4 日中は本人が独りになってしまうので不安がある | |
| 5 利用できる医療サービスが分からない | |
| 6 利用できる介護サービスが分からない | |
| 7 医療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 | |
| 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 | |
| 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 | |
| 10 介護サービスを利用したいが希望通りの回数が利用できない | |
| 11 かかりつけ医との連絡・調整が十分に取れない | |
| 12 在宅生活全般に関して相談できる先がない | |
| 13 介護に関する悩みを相談できる先がない | |
| 14 ボランティア等を活用したいが相談先が分からない | |
| 15 悩みなどを話しあえる仲間がいない | |
| 16 身体的・精神的な負担が大きい | |
| 17 その他 () | |
| 18 特にない | |

問 10 在宅生活に当って必要と感じていること(必要とするサービス、住民組織等による支え合いの必要性、コーディネーター役による連絡・調整等)について、ご自由にご記入下さい。

--

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

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

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

