

地域包括ケアシステムにおける 病院の機能と役割について

ほくと・ななえ 医療・介護連携支援センター

令和5年1月23日(月)～2月26日(日)

研修資料

簡単な自己紹介

○ 廣瀬 量平

- 社会福祉法人ゆうあい会 第2種自閉症児施設(現ねお・はろう)
- 国立病院機構 函館病院 相談支援室 医療ソーシャルワーカー
- 取得資格: 社会福祉士・精神保健福祉士・介護支援専門員
- 職能団体: 社会福祉士会・医療ソーシャルワーカー協会
- ぱあとなあ北海道登録(成年後見制度専門職後見)
- 相談支援室にて退院支援・退院調整を担当

北海道 南渡島医療圏

関連地域

北海道 | 函館市 | 北斗市 | 松前町 | 福島町 | 知内町 | 木古内町 | 七飯町 | 鹿部町 | 森町
(クリックすると、その地域の画面に移動します)

面積 2,670.63km²

国勢調査人口 (2015年) 381,620人

(2020年) 359,223人

人口増減率 (2015~2020年) -5.87%
(※) -0.75%

高齢化率 (65歳以上・2020年) 35.60%
(※) 28.00%

人口密度 (2020年) 134.50人/km²
(※) 338.20人/km²

(※) 比較地域：全国平均

(→比較する地域を変更できます)



Shoreline data is derived from: United States. National Imagery and Mapping Agency. "Vector Map Level 0 (VMAPO)."

2025年問題 超高齢化社会の課題

- 高齢者の独居、高齢者世帯、認知症高齢者の増加
- 医療と介護の両方のニーズを持つ慢性疾患の増加（がん、心筋梗塞、脳血管疾患、認知症）
- 高齢者の孤立、地域の互助力の低下
- 介護と仕事の両立 介護離職の問題
- 認知症高齢者を支える家族の不安 虐待という課題
- 介護者の孤立
- 少子高齢化により地域社会の担い手の減少
- 介護職員の人材確保の課題

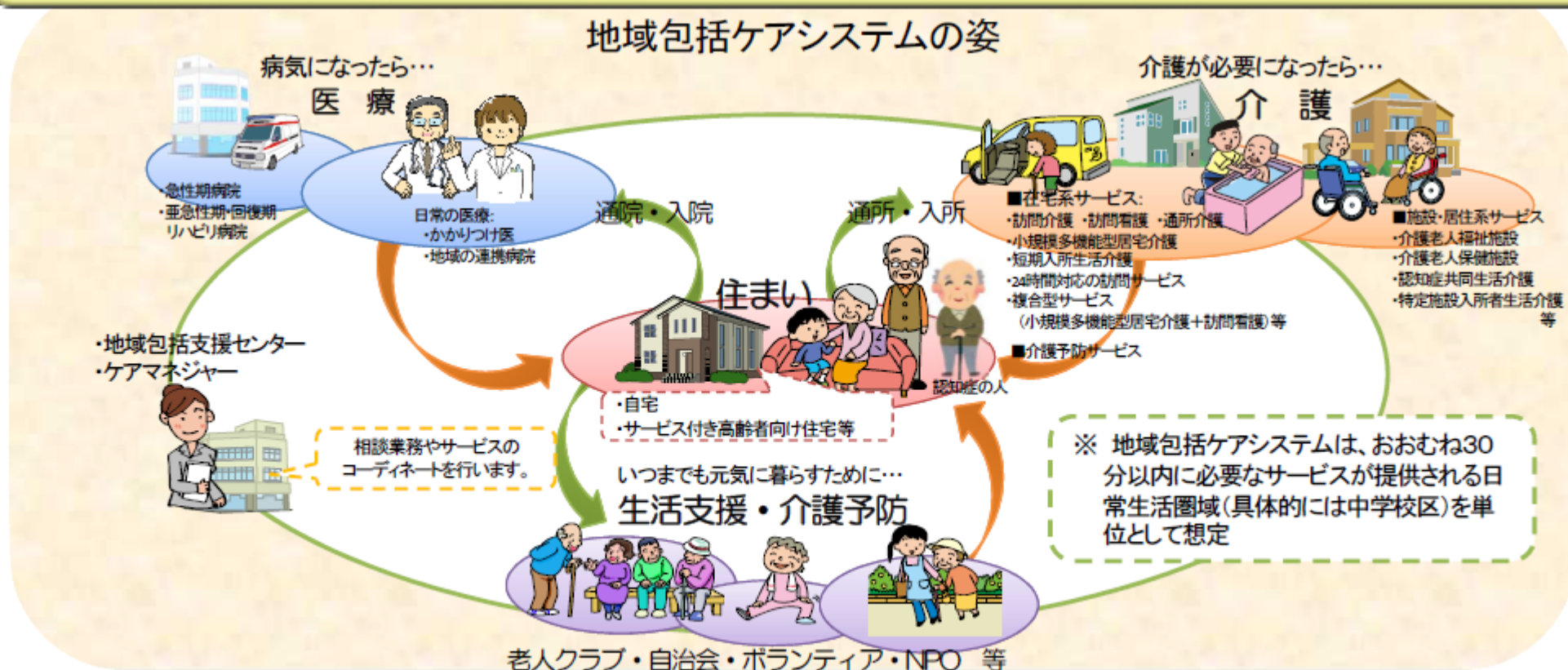
地域包括ケアシステムの構築

- 「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを**人生の最期まで**続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進」
- 「地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、**地域の特性に応じて**作り上げていくことが必要」
- 「関係機関が連携し、**多職種協働により**在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するための取組を推進」

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。



○病床機能の理解と役割分担

「役割分担」とは病病連携のこと
病院と病院が連携する連携を中心に

医療の役割分担とは

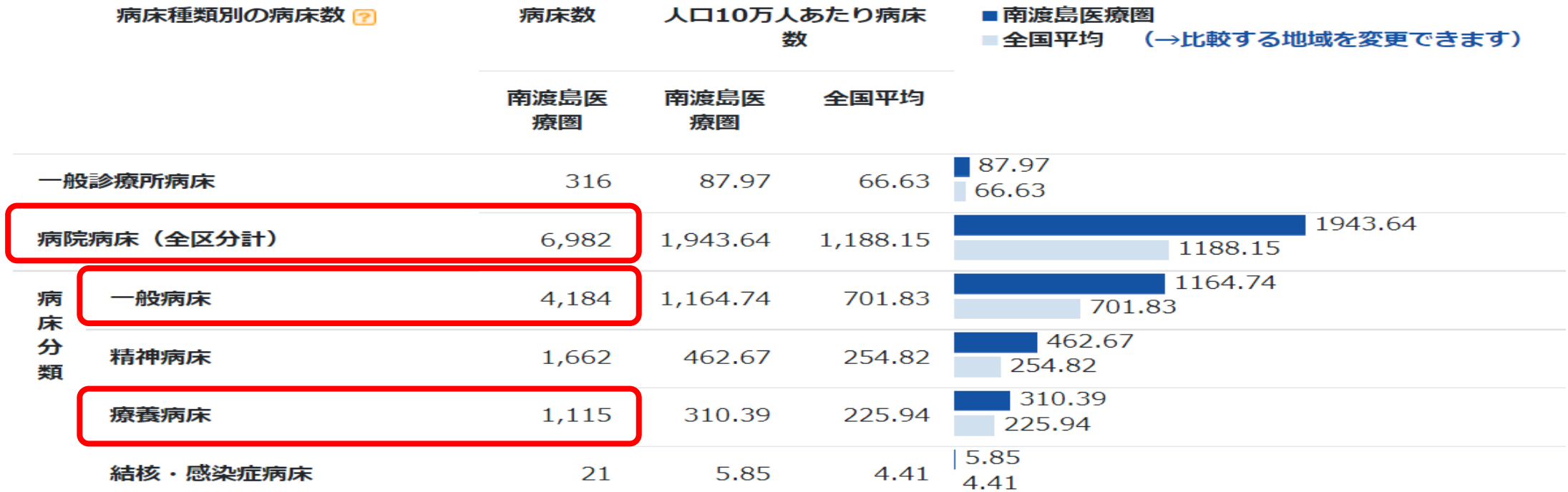
01 医療の役割分担

質の高い医療を行うことを目的に、厚生労働省は医療機関の役割分担を進めています。それぞれの医療機関が特徴に応じた機能を生かして、近隣の医療機関と連携・協力しあって患者さんの医療にあたっています。



南渡島医療圏

・ 病院数 33



○回復期 322床

○地域包括ケア 361床(H30. 3. 1現在)

一般病床には看護師の配置数によって4つのタイプ

	急性期一般入院基本料		地域一般入院基本料	
	7対1	10対1	13対1	15対1
平均在院日数	18日以内	21日以内	24日以内	60日以内
重症度 医療看護必要度	基準を満たす患者の割合が2割5分以上	継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っていること		
在宅復帰率	8割以上			
医師の員数	常勤の医師の員数が、当該病棟の入院患者数の10分の1以上			

国立函館病院の病床機能「手厚い看護基準で、重症度の高い患者の治療を行ない、平均在院日数18日以内で8割以上を在宅に帰す」

国立函館病院の特徴は？ (役割分担病病連携の視点から)

- 2次救急医療機関である。
- 一般急性期の病院で、がん診療と循環器診療を強化している。
- 一般病棟、地域包括ケア病棟、(重心病棟)がある。
- 地域包括ケア病棟では、最大60日間の療養が可能である。
- 退院を調整する部門(入退院支援加算1)に社会福祉士と入退院支援の看護師がいる。
- 緩和ケアチームがある。
- 認定看護師が在籍している。

医療の役割分担とは

01 医療の役割分担

質の高い医療を行うことを目的に、厚生労働省は医療機関の役割分担を進めています。それぞれの医療機関が特徴に応じた機能を生かして、近隣の医療機関と連携・協力しあって患者さんの医療にあたっています。



病床機能別の分類

病床機能	医療機関
急性期病院 看護配置 7:1、10:1	市立函館病院、函館五稜郭病院、函館中央病院、函館市医師会病院、 函館脳神経外科病院、函館新都市病院、国立函館病院
亜急性期・回復期病院 看護配置 13:1、15:1	高橋病院、西堀病院、稜北病院、亀田病院、協会病院、ななえ新病院
慢性期病院 看護配置 20:1、25:1	ななえ新病院、協会病院、共愛会病院、亀田花園病院、函館記念病院 森病院

ケアミックス



回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟、介護療養病棟等、病床を分けて**一般病棟とのケアミックスを選択している**。その目的は、介護老人保健施設を含めて、療養およびリハ・生活介護である。

ケアミックス

病床の組み合わせ	医療機関名
一般病棟のみ	市立函館病院、函館五稜郭病院、函館中央病院
一般病棟+地域包括	函館赤十字病院、函館脳神経外科病院、国立函館病院
一般病棟+回復期	新都市病院
一般病棟+地域包括+回復期	稜北病院
一般病棟+地域包括+障害	函館市医師会病院
一般病棟+地域包括+回復期+障害+医療療養	協会病院
一般病棟+地域包括+障害+医療療養	共愛会病院
一般病棟+地域包括+回復期+障害	亀田病院、西堀病院
一般病棟+地域包括+回復期+介護医療院	高橋病院
一般病棟+医療療養	亀田花園病院、市立函館南茅部病院
介護医療院	竹田病院
緩和ケア病棟	おしま病院
緩和ケア病棟+医療療養+介護療養	森病院
医療療養	市立函館恵山病院
地域包括+回復期+医療療養	ななえ新病院

地域包括ケア病棟の役割とは？

- 稜北病院、亀田病院、高橋病院、函館赤十字病院、函館市医師会病院、国立函館病院、協会病院

地域包括ケア病棟のイメージと要件

注：介護施設等、自宅・在宅医療から直接、急性期・高度急性期の病院へ入院することも可能。





地域包括ケア病棟入院料に係る施設基準



	入院料1	管理料1	入院料2	管理料2	入院料3	管理料3	入院料4	管理料4
看護職員	13対1以上（7割以上が看護師）							
リハビリ専門職	病棟又は病室を有する病棟に常勤の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を1名以上配置							
リハビリテーション実施	リハビリテーションを提供する患者については1日平均2単位以上提供していること							
意思決定支援の指針	適切な意思決定支援に係る指針を定めていること							
救急の実施	一般病床において届け出る場合には、第二次救急医療機関又は救急病院等を定める省令に基づく認定された救急病院であること (ただし、200床未満の場合は救急外来を設置していること又は24時間の救急医療提供を行っていることで要件を満たす。)							
届出単位	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室	病棟	病室
許可病床数200床未満	○		-	○	○		-	○
室面積	6.4平方メートル以上				-			
重症患者割合	重症度、医療・看護必要度Ⅰ 12% 以上 又は 重症度、医療・看護必要度Ⅱ 8% 以上							
自院の一般病棟から転棟した患者割合	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-	-		6割未満 (許可病床数200床以上の場合) (満たさない場合85/100に減算)	-
自宅等から入棟した患者割合	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)	2割以上 (管理料の場合、10床未満は3月で 8人 以上)		いずれか1つ以上 (満たさない場合90/100に減算) (「在宅医療等の実績」については6つのうち1つ以上を満たせばよい)		
自宅等からの緊急患者の受入	3月で 9人 以上			3月で 9人 以上				
在宅医療等の実績	○(2つ以上)			○(2つ以上)				
在宅復帰率	7割2分5厘 以上				7割以上 (満たさない場合90/100に減算)			
入退院支援部門等	入退院支援及び地域連携業務を担う部門が設置されていること 入院料及び管理料の1・2については入退院支援加算1を届け出ていること(許可病床数100床以上の場合) (満たさない場合90/100に減算)							
点数(生活療養)	2,809点(2,794点)		2,620点(2,605点)		2,285点(2,270点)		2,076点(2,060点)	

回復期リハビリテーション病棟の対象とは？

- 西堀病院、稜北病院、亀田病院、高橋病院、協会病院

資料出典：厚生労働省 告示 第58号

回復期リハビリテーションを要する状態及び算定上限日数（2020年度改定・別表9）

疾 患	病棟に入院 できる期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準等について

➤ 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準について、以下のとおり見直す。

- 入院料1及び入院料3におけるリハビリテーション実績指数の見直し
- 管理栄養士の配置に係る要件の見直し 等

	入院料1	入院料2	入院料3	入院料4	入院料5	入院料6
医師	専任常勤1名以上					
看護職員	13対1以上(7割以上が看護師)		15対1以上(4割以上が看護師)			
看護補助者	30対1以上					
リハビリ専門職	専従常勤のPT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上		専従常勤の PT2名以上、OT1名以上			
社会福祉士	専任常勤1名以上		-			
管理栄養士	専任常勤1名	専任常勤1名の配置が望ましい				
リハビリ計画書の栄養項目記載	必須	管理栄養士が配置されている場合:実施することが望ましい				
リハビリテーション実績指数等の 院内掲示等による公開	○					
データ提出加算の届出	○				○(※経過措置あり)	
休日リハビリテーション	○		- ※休日リハビリテーション提供体制加算あり			
「重症者」(*1)の割合	3割以上		2割以上		-	
重症者における 退院時の日常生活機能評価 ※()内はFIM総得点	3割以上が4点(16点)以上改善		3割以上が3点(12点)以上改善		-	
自宅等に退院する割合	7割以上				-	
リハビリテーション実績指数	40以上	-	35以上	-	30以上	-
点数	2,129点	2,066点	1,899点	1,841点	1,736点	1,678点
※()内は生活療養を受ける場合	(2,115点)	(2,051点)	(1,884点)	(1,827点)	(1,721点)	(1,664点)

*1 日常生活機能評価10点以上又はFIM総得点55点以下

医療療養病棟の対象

- 協会病院、共愛会病院、亀田花園病院、森病院、ななえ新病院、市立恵山病院、市立函館南茅部病院

	療養病棟入院料1	療養病棟入院料2	経過措置 (療養病棟入院基本料「注11」に 規定される点数)
看護職員	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
看護補助者	20対1以上 (医療法上の4:1)		25対1以上
医療区分2・3 該当患者割合	8割以上	5割以上	
データ提出	必須 (経過措置あり)		
点数(*)	医療区分1 815点～968点 医療区分2 1,232点～1,414点 医療区分3 1,471点～1,813点	医療区分1 751点～903点 医療区分2 1,167点～1,349点 医療区分3 1,406点～1,748点	療養病棟入院料2の 85/100を算定

*:生活療養を受ける場合の点数は除く。

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態 <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間持続点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄 ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理 ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患 ・その他の難病(スモンを除く) ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD) ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症 ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態 ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創 ・せん妄 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討) <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引(1日8回以上) ・気管切開・気管内挿管のケア ・頻回の血糖検査 ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)
医療区分1	医療区分2・3に該当しない者

緩和ケア病棟とは？

- おしま病院、森病院

(どのような方が入院できるのか？)

- **がんに伴う苦痛**があり、自宅での療養が困難な方で、原則として**告知**がされていること
 - 抗がん剤や放射線、手術などの**積極的な治療は行なわない**ことが了承されていること
 - 本人や家族が緩和ケア病棟の**目的を理解**し入院を希望していること
- (入院期間の目安は3か月間)
- **最期の時間を過ごす場所**であると同時に、痛みが緩和されている場合は地域に退院する。

病床機能と役割分担 まとめ

- 病院の機能は見えづらく、分かりづらい
- 基本は一般急性期の病院への入院が入口
- 急性期の病棟では長く入院できないルールとなっている
- 急性期の状態が落ち着いたら、地域包括ケア(亜急性期)、回復期、慢性期、終末期と役割分担していく必要がある
- 地域包括ケア病棟や回復期病棟は病棟数が少ない傾向
- 看護配置別に見た一般病棟の機能、亜急性期の療養を担う地域包括ケア病棟、急性期後の回復をサポートする回復期病棟、長期療養を担う療養病棟を理解していれば見えやすくなるかもしれない

病床機能分化がなぜ必要か

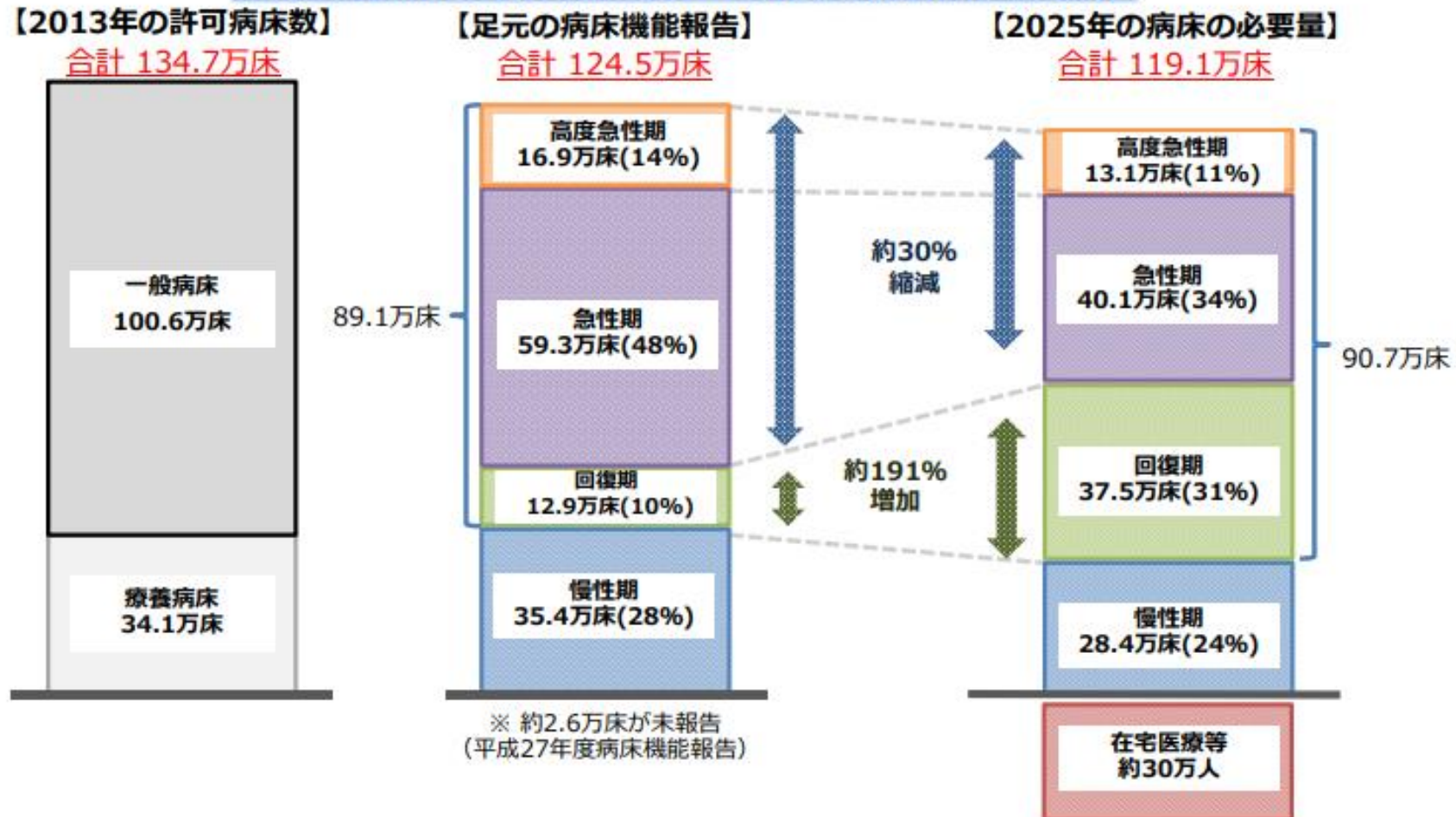
○「病床機能分化」が必要な理由についてまとめます。

- **1. 高齢化に伴う疾病構造の変化**：高齢化に伴い、「治らない病気」が増加しており、「患者が病気と共存しながら生活の質を上げる医療」が求められている。
- **2. 医療供給システムがニーズの変化に対応できていない**：上述した「治らない病気」という「需要」に対して、「治らない病気へのケア」という「供給」のギャップが存在している。
- **3. 医療現場は人員不足で、働き手の過労が常態化**：例えば急性期病床に慢性期の患者がいるなど、日本は病床が多いにも関わらず機能分担が不明確で非効率な側面がある。

地域医療構想の策定状況について

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
- こうした観点から「地域医療構想ガイドライン」を踏まえ、28年度末までに、全都道府県において、将来必要となる病床数の目標に係る地域医療構想を策定を行った。この地域医療構想の中で、病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の別に、都道府県が二次医療圏等ごとに必要病床数の推計を行っている。

【47都道府県の病床機能報告・地域医療構想の病床比較】



病床機能分化の注意点！

- 「病床機能分化」には、注意点があります。

**「機能分化」だけでは患者の「稼動」が多くなり、大きな負担になる。
医療機関内外の連携、医療・介護の
連携、多職種連携が欠かせない。**

→入退院支援へ

○病床機能と入退院支援

地域のかかりつけ医の紹介で大きな病院を受診、治療し、
入退院を繰り返しながら在宅療養へ移行していくイメージ

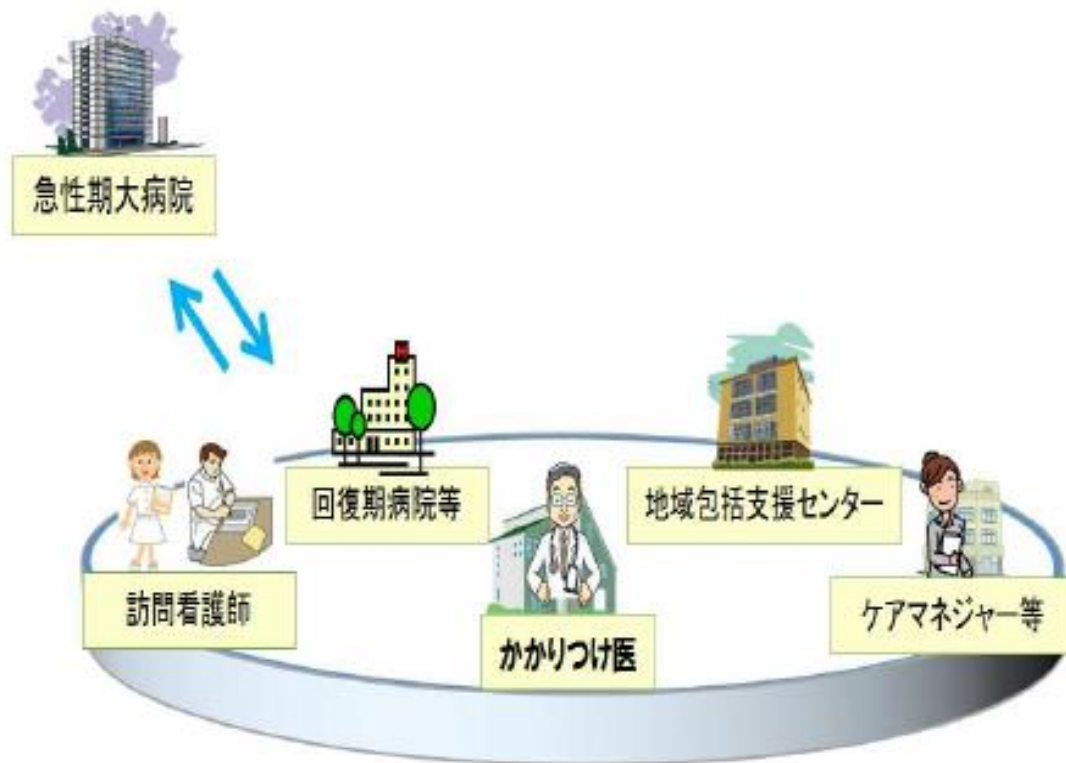
外来通院編

垂直連携中心から水平連携中心へ

【垂直の連携】



【水平の連携】

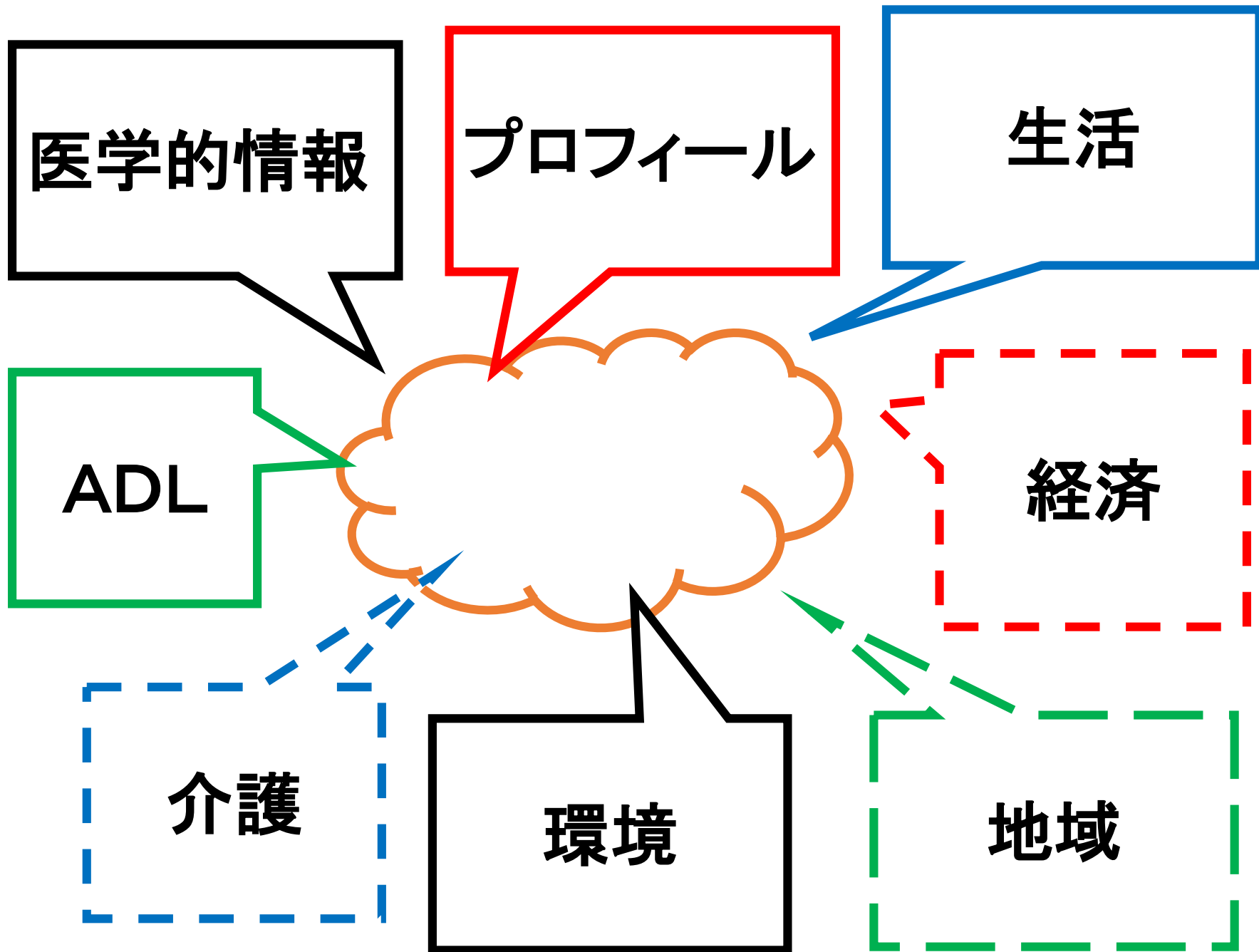




見える事例検討会は、多くの障がい者が参加し、全国に広がってきています。現状、地域包括ケアシステムの構築が叫ばれていますが、実際に「地域に住む人が安心して暮らせるまちづくり」にするには、まだこれからという地域も多いようです。「本当に役立つ地域包括ケア」をつくるためには、具体的なイメージが必要です。本書では、見える事例検討会を各地で活用していくために、これまでの取り組みの中で、ポイントになった内容をまとめ、今後の見える事例検討会の方向性を示していきたいと思っております。

これで課題が見える
解決する

定価＝本体 2,000円＋税 メディア・ケアプラス



医学的情報

プロフィール

生活

ADL

経済

介護

環境

地域

かかりつけ医に
受診し相談する

医学的情報
脳梗塞既往あり
高血圧(かかりつけ医・薬局)
最近物忘れあり
最近微熱が続いている

プロフィール
・75歳 女性
・要支援2
・縫製の仕事

生活
食事:自立(最近食欲がない)
家事:自立
整容:自立
金銭管理:自立

ADL
軽度の麻痺あり
自立

最近熱が下がら
ない・・・食欲もない

経済
収入:老齢基礎年金月6万円
遺族厚生年金月7万円
非課税世帯
預貯金250万円

介護
地域包括支援センター
ケアマネ
デイサービス週2回

環境
住居:戸建て、持ち家
独居 夫は他界
親族なし
子どもは遠方

地域
近所との付き合いは最近減ってきた
民生委員が定期的に訪問

自宅に訪問すると
病院に受診せず寝
ている

デイサービスを2回
連続休みケアマネ
に連絡

病診連携 外来からはじまる入退院支援

- かかりつけ医の先生の紹介で国立函館病院の消化器科を受診
- 病院の外来では、いくつか検査を行ない、A子さんは1週間後入院してさらに検査を受けることとなる
- A子さんは初めての入院で不安を感じている
- 外来にて病院職員と面談を行なう

入退院支援センターの役割

退院支援スクリーニングシートの活用

入退院支援センターの役割

平成30年度診療報酬改定 I-3. 入退院支援の推進③

入院前からの支援を行った場合の評価の新設

- 入院を予定している患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を、入院前の外来において実施し、支援を行った場合の評価を新設する。

1) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 → 退院支援スクリーニングシートの活用

2) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施 → 地域包括支援センターやケアマネとの連携

3) 褥瘡に関する危険因子の評価

4) 栄養状態の評価 → 栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる

5) 服薬中の薬剤の確認 → かかりつけ薬局との連携

6) 退院困難な要因の有無の評価 → 退院支援スクリーニングシートの活用

7) 入院中に行われる治療・検査の説明

8) 入院生活の説明

退院支援スクリーニングシートの活用

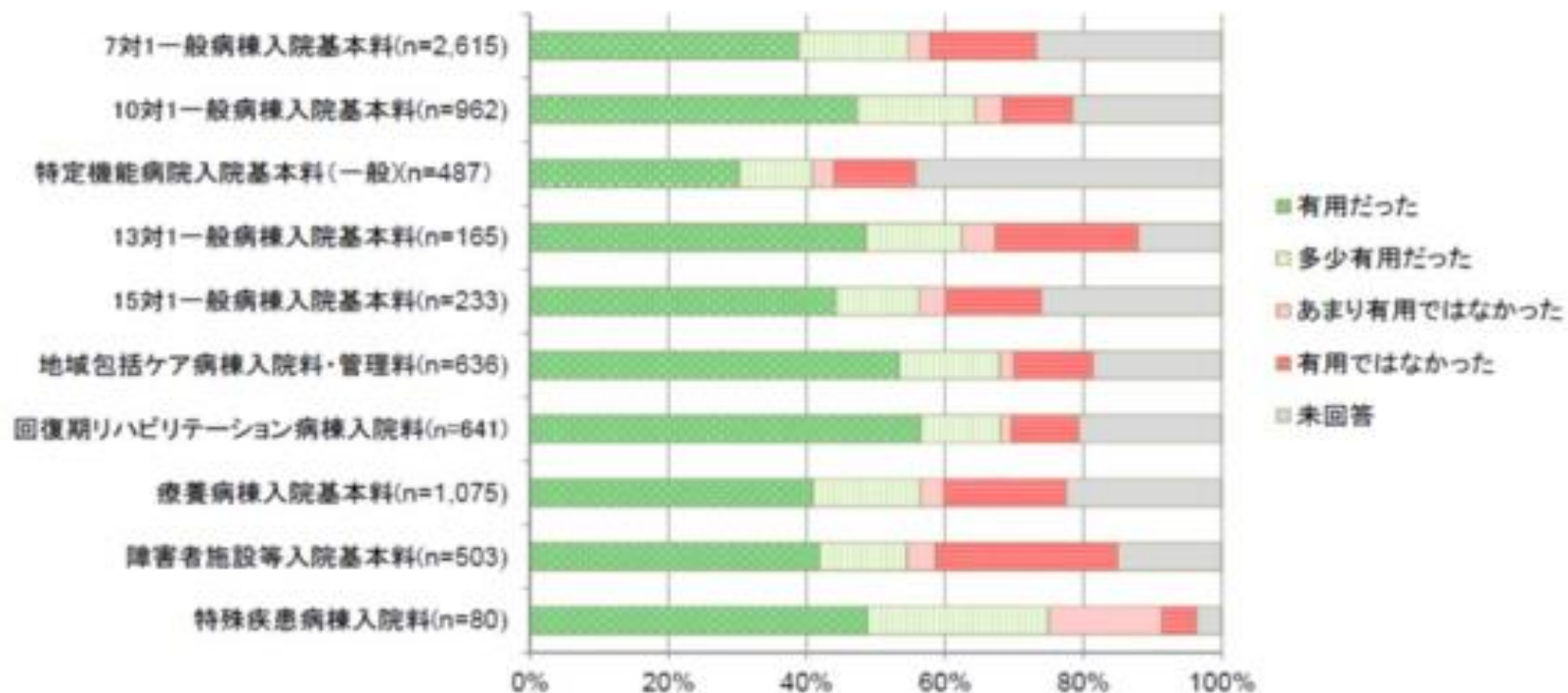
入院退院支援加算～退院困難な要因

- | | |
|---|--|
| ○ | ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること |
| | イ 緊急入院であること |
| | ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること |
| ○ | エ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式に再編が必要であること
(必要と推計されること。) |
| | オ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること |
| | カ 生活困窮者であること |
| | キ 排泄に介助を要すること |
| ○ | ク 同居者の有無にかかわらず、必要な療養又は介護を十分に提供できる状況にないこと |
| | ケ 退院後に医療処置(胃ろう等の経管栄養法を含む。)が必要なこと |
| | コ 入退院を繰り返していること |
| | サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になると見込まれるもの |
| | シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童であること |
| | ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること |
| | ソ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合 |

介護支援専門員との連携③

- 介護支援専門員からの情報提供について、約半数が「有用だった」あるいは「多少有用だった」であった。

<介護支援専門員からの情報提供の有用性>



出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

入院前のケアマネとの情報連携について、半数超の病院は「有用」と捉えている

入院編

入退院支援の実際

- 検査の結果は胃がん
- 遠方の家族も参加し病院で病状説明が行われる
- A子さんは手術を行い、胃の半分を切除する
- 術前は検査と薬の調整で10日間ほど掛かる
- 術後はなかなか食事が食べれない時期が2週間続き、A子さんの体重は3～4kg近く減ってしまう。
- 術後の化学療法はS-1を1年間内服にて行うこととなる。
- リハビリや栄養の指導も受ける
- 医師からは退院の許可が出るがまだ退院には自信が持てない
- 国立函館病院のリハビリ病棟(地域包括ケア病棟)に移りリハビリを続けることを希望した

多職種による支援
医師
病棟師長
病棟看護師
退院調整看護師
MSW
薬剤師
リハビリセラピスト
栄養士
認定看護師

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑦

退院支援に関する評価の充実①

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

退院支援加算1の算定要件・施設基準

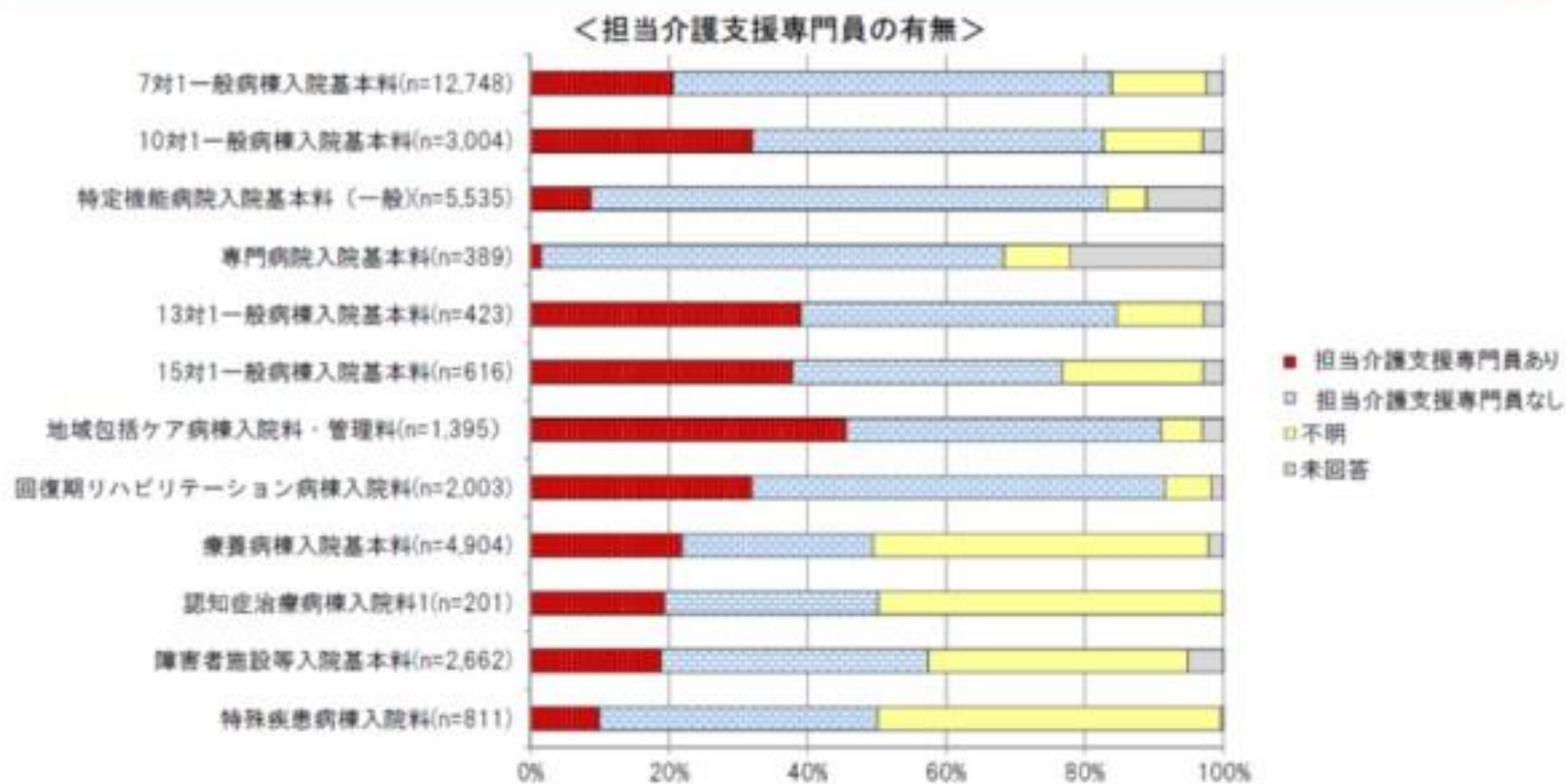
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	7日以内に患者・家族との面談
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等(25か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績

道南地域の算定状況

	加算1	加算2	加算3(小児)
一般病棟(入院基本料等の場合)	函館五稜郭病院 函館中央病院 函館渡辺病院 西堀病院 市立函館病院 函館協会病院 ななえ新病院 木古内町国保病院 国立函館病院 函館市医師会病院	函館赤十字病院 共愛会病院 函館稜北病院 函館脳神経外科病院 函館新都市病院 八雲総合病院 せたな町立国保病院 道南ロイヤル病院	函館中央病院
療養病棟(入院基本料等の場合)	市立函館病院 西堀病院 函館協会病院 ななえ新病院	せたな町立国保病院	

介護支援専門員との連携①

- 入院前に担当の介護支援専門員がいる割合は、地域包括ケア病棟入院料・管理料、13対1一般病棟、15対1一般病棟で約4割を占める。



出典:平成28年度入院医療等の調査(患者票)

入院前にケアマネジャーとの連携を行っている病院があるが、病棟の種別によって連携状況はまちまちである

医学的情報
脳梗塞既往あり
高血圧(かかりつけ医・薬局)
最近物忘れあり
胃がん術後
薬の飲み忘れがある

プロフィール
・75歳 女性
・要介護2
・縫製の仕事

生活
食事:一部介助(高血圧、塩分注意)
家事:一部介助
整容:一部介助
金銭管理:自立

退院前のカンファレンスを2回実施する

内服指導と服薬管理の目的で訪問看護と訪問薬剤指導を導入
通院は国立函館病院へ

食事の準備、買い物、洗濯、掃除などの目的でヘルパー導入と配食サービスの導入

ADL
軽度の麻痺あり
歩行器や杖歩行

家に帰りたい...

経済
収入:老齢基礎年金月6万円
遺族厚生年金月7万円
非課税世帯
預貯金250万円

サービスを整えれば退院も可能ではないか

福祉用具をレンタルする

環境
住居:戸建て、持ち家
独居
親族なし
子どもは遠方

地域
近所との付き合いは最近減ってきた
民生委員が定期的に訪問

本人は住みなれた自宅に帰りたいと強く希望

介護
地域包括支援センター
ケアマネ
デイサービス週2回

デイサービスの回数を増やす

退院前訪問の実施

退院前カンファレンスの実施

○退院前カンファレンスの実施（共同指導料） 退院14日前

- 参加者：本人、息子、ケアマネ、デイサービス、ヘルパー、訪問看護、福祉用具、病棟看護師、退院調整看護師、MSW
- 内容：本人の意向の確認、病院での経過や様子についての共有、サービスの内容や頻度の確認など、今後の受診は国立函館病院へ、訪問看護指示書は主治医が記載

（今後の課題は）

- 認知症に対して認知症疾患医療センターの受診をするか？
- 成年後見制度の申請はどうするか？

病床機能と入退院支援 まとめ

- 病院・病床の機能分化を進めるためには「入退院支援の充実」が鍵の1つである。
- 入退院支援加算を算定している医療機関とは、退院支援部門を窓口として連携を行うことが有効ではないか。
- 高齢者世帯の増加に伴い、自分が介護認定を受けているのか、サービスを利用しているのかどうか、担当ケアマネが誰なのか分からない方も増えてきている。
- 病院の退院支援部門では、現状の病状を踏まえ患者の今後の生活についてどのように考えているのか院内院外と共有することが大切である。
- 入院患者だけでなく、外来通院患者についても相談が可能である。

救急編

医学的情報
脳梗塞既往あり
高血圧(国立函館病院・薬局)
最近物忘れあり
胃がん術後
薬の飲み忘れがある

プロフィール
・75歳 女性
・要介護2
・縫製の仕事

生活
食事:一部介助(高血圧、塩分注意)
家事:一部介助
整容:一部介助
金銭管理:自立

救急車で病院を受診することとした

ADL
軽度の麻痺あり
歩行器や杖歩行

退院後1か月食欲なく元気がない
夜間に腹痛が...

経済
収入:老齢基礎年金月6万円
遺族厚生年金月7万円
非課税世帯
預貯金250万円

訪問看護と国立函館病院の看護師で相談する

介護
ケアマネ
デイサービス週3回
ヘルパー週3回
訪問看護週1回
福祉用具の利用
配食サービスの利用

環境
住居:戸建て、持ち家
独居
親族なし
子どもは遠方

地域
近所との付き合いは最近減ってきた
民生委員が定期的に訪問

夜間に訪問看護に本人から連絡が来る

1年後

- 訪問看護師の要請で救急搬送
- 病状が思わしくなく入院となる
- 検査の結果、残胃にがんの再発と肝臓への転移が見つかる
- 遠方から息子も参加し病状説明が行われる
- 今後の治療の提案は化学療法のみである
- 検討の結果積極的な治療は行なわないこととなった
- BSC、緩和ケア中心の治療となる 予後は2～3ヶ月
- 本人の希望は「自宅で最期まで過ごしたい」

緩和ケアチームの介入
抗がん剤治療の止め時

在宅での看取りや点滴の継続、痛みのコントロールのため訪問診療を導入する

医学的情報
脳梗塞既往あり
高血圧(国立函館病院・薬局)
最近物忘れあり
胃がん術後再発転移(終末期)
薬の飲み忘れがある

プロフィール
・77歳 女性
・要介護3
・縫製の仕事

生活
食事:一部介助(高血圧、塩分注意)
点滴も必要
家事:全介助
整容:全介助
金銭管理:全介助

点滴の実施、体調のチェック、24時間体制の対応、在宅での生活指導などの目的で訪問看護の継続(医療保険)

ADL
軽度の麻痺あり
ほとんどベッド上

特殊寝台の導入

なんとか自宅で最期まで過ごしたい...

点滴の継続、訪問入浴の利用

経済
収入:老齢基礎年金月6万円
遺族厚生年金月7万円
非課税世帯
預貯金250万円

DSの終了
ヘルパーは毎日利用
訪問看護も毎日利用
配食サービスの終了

介護
ケアマネ
デイサービス週3回
ヘルパー週3回
訪問看護週1回
福祉用具の利用
配食サービスの利用

環境
住居:戸建て、持ち家
独居
親族なし
子どもは遠方

息子は3ヶ月間の介護休暇を取得する

地域
近所との付き合いは最近減ってきた
民生委員が定期的に訪問

病院に再入院も可能

在宅療養編

痛みが出たり、熱が出たり、呼吸が苦しくなった。訪問診療医が痛みのコントロール、抗生剤の使用、在宅酸素の手配など対応してくれる。

医学的情報
脳梗塞既往あり
高血圧(訪問診療・薬局)
最近物忘れあり
胃がん術後再発転移(終末期)
薬の飲み忘れがある

プロフィール
・77歳 女性
・要介護3
・縫製の仕事

生活
食事:全介助(点滴)
家事:全介助
整容:全介助
金銭管理:全介助

点滴の継続をしながらもお楽しみで好みのものを食べる

ADL
軽度の麻痺あり
ほとんどベッド上
自分では動けない

なんとか自宅で最期まで過ごしたい...

経済

収入:老齢基礎年金月6万円
遺族厚生年金月7万円
非課税世帯
預貯金250万円

自宅療養から40日後夜10時頃意識レベルが低下し呼吸が苦しうになり、訪問看護に連絡をする。訪問診療医からはあと1日くらいだと告げられる。翌日夜11時頃家族と訪問看護師の見守る中、静かに息を引き取る。その1時間後に訪問診療が自宅に到着し、死亡を確認する。

介護
ケアマネ
ヘルパー毎日
訪問看護毎日
福祉用具の利用
訪問入浴週1回

環境
住居:戸建て、持ち家
独居
親族なし
息子が介護休暇

地域

近所との付き合いは最近減ってきた
民生委員が定期的に訪問

息子は気持ちの揺らぎを感じながらも母親との最期の濃密な時間を過ごす。一度、介護タクシーを使い桜を見に行くこともできた。時折、妻や子どもも手伝いに来てくれた。

在宅での看取り 何をつなぐのか

- 在宅療養や在宅死が可能であること(施設も含めて)
- これからの多死時代「在宅死」もひとつの選択肢
- 一般病院、療養型病院、緩和ケア病棟での死だけではない
- 本人が最期の時間をどのように過ごしたいと考えているかが重要
- 介護を抱え込みすぎない環境の設定や配慮やサポートが必要、虐待だってないとは限らない
- 介護保険を利用すれば独居の方でも在宅療養や在宅死も可能
- 重要なことは本人を中心として、関わる多くの人々(家族、専門職、専門職ではない一般の方)の支えあい

まとめ

- 今後高齢化がどんどん進んでいく
- 施設も病院も箱物をどんどん増やしていくのはマンパワーの問題もあり難しい面がある
- 可能な限り住み慣れた地域で生活ができる環境作りが必要
- 病院も時代の流れにそってどの役割を担うのかきちんと決めていかなければ生き残っていけない　そして役割分担をする
- 大切にしたいことは、高齢者自身やその家族がどんな生活をしたいと考えているか、人を中心に考えること、その実現のために「繋げていくこと」が大切

医療ソーシャルワーカーの配置

一般急性期	亜急性回復期	医療・介護療養	精神科
市立函館病院 函館中央病院 五稜郭病院 赤十字病院 国立函館病院 函館脳神経外科病院 新都市病院 八雲総合病院	高橋病院 協会病院 西掘病院 医師会病院 亀田病院 稜北病院 大村整形 道南ロイヤル病院	共愛会病院 協会病院 森病院 ななえ新病院	なるかわ病院 亀田北病院 富田病院 渡辺病院 五稜郭メンタル
介護老人保健施設	緩和ケア病棟		
響の杜 ゆとりろ ロイヤルヒルズ日吉	おしま病院 森病院		

MSWの役割とは何か？

- MSWは、患者・家族のQOLの維持・向上に寄与できるよう、多職種（医療組織・チームシステムや地域資源・行政システム、政策システムに介入あるいはそのなかの資源）と協働しながら、**患者さんや家族の自己決定に至るプロセスを支援する。**
- MSWは医療の現場での患者・家族の**意思決定支援**を核としている。
→患者さんや家族に対して、病院の医師、看護師、コメディカル、MSWのメンバーによるチームでサポートしていく体制づくりをしていく。MSWは病院で唯一の福祉職である。そういう意味では、医療と介護の中間にいる必要がある。

地域のケアマネは、 実は医療ソーシャルワーカーも苦手？

- 「退院後の生活を考えていない！」
- 「医療と地域での暮らし両方を考えていない！」
- →MSWが利用者の退院後の地域での暮らしを考慮せずに支援を行っているケースがあるという問題点
- 「病院間の格差が大きい」「不親切な人がいる」「積極的ではない」
- →属人的な問題点も・・・

医療ソーシャルワーカーへの期待

○医療機関との連携の窓口として

→MSW59% 看護師34.4% 医師2.6% の順で期待が向けられている

○MSWは役立っているか

→8割以上のケアマネが役立っていると回答 「アクセスのよさ」「情報量の豊富さ」

○求められるMSW像

→「分かりやすい説明ができること」「上から物を言わないこと」「ケアマネの話聞く度量や視野の広さ」「在宅・生活状況などを実際に見てくれること」「一緒になって親身に考えてくれること」

多職種チームアプローチにおける 協働の阻害要因

- 多職種チームによる利用者の生活課題の解決は、それぞれに分担された役割を果たせればうまくいくというものではない。チームワークを促進していくための原則として、**第一にチームの共通目標を設定することが必要。**

→つまり役割分担を明確にすることよりも、共通の目標に対し、**専門職同士で足りない部分や考え方が対立する部分について、補い合ったり、意見を交わしあったりする機会の方が重要である。**