

地域包括ケアシステムと 在宅退院支援の現状

東海中央病院

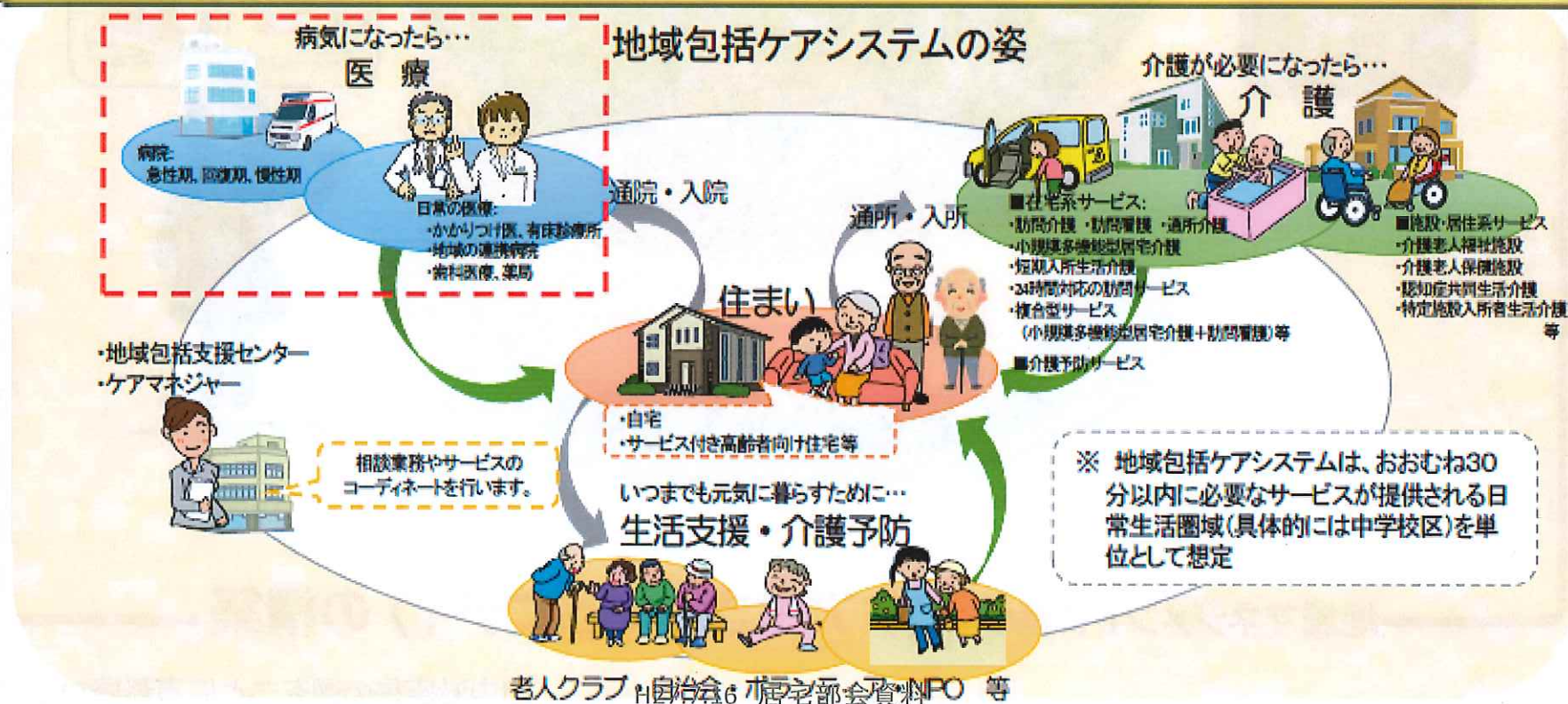
メディカルサポートセンター

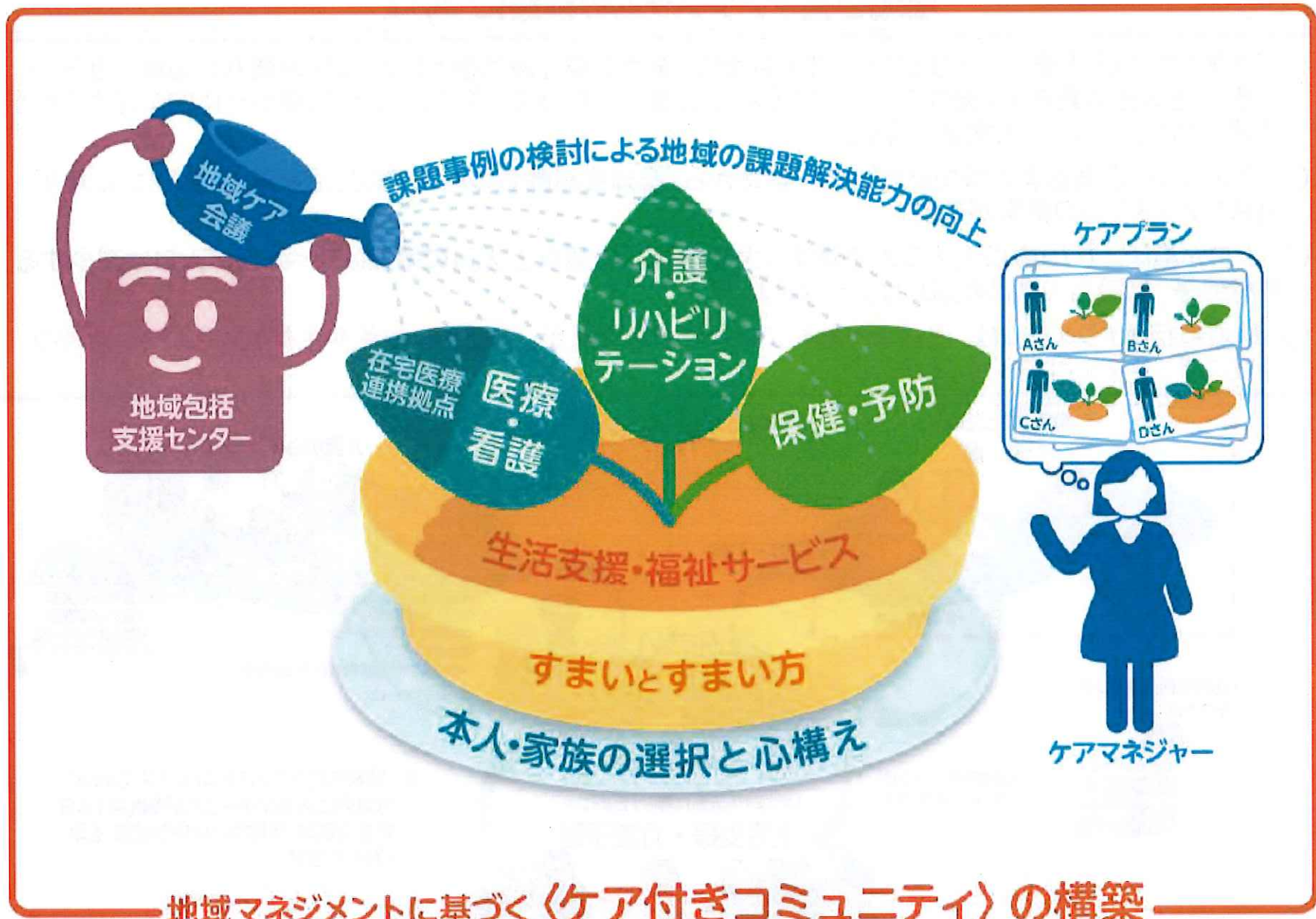
社会福祉士 山田 泉

地域包括ケアシステム

地域包括ケアシステムの構築について

- 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、医療・介護・予防・住まい・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。
- 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。
- 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。
- 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。





地域マネジメントに基づく〈ケア付きコミュニティ〉の構築

田中滋座長の図をもとに事務局が作成

医療・介護サービスの提供体制の改革の趣旨

- 2025年には団塊の世代が75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が進むと医療や介護を必要とする方がますます増加しますが、現在の我が国の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。
- 例えば、医療については、入院患者が増えると、救急患者の受入れを断る事例が増えるのではないかと、退院して在宅に帰りたいが往診してくれる医師が見つからないのではないかなどといった不安があります。
- また、介護については、介護度が重度になったり、一人暮らしや老夫婦だけになっても、安心して暮らすことができるか、在宅で暮らすことができなくなった時の施設が十分にあるか、認知症になっても地域で生活を続けていくことができるかなどといった不安があります。
- このため、高度な急性期医療が必要な患者は、質の高い医療や手厚い看護が受けられ、リハビリが必要な患者は身近な地域でリハビリが受けられるようにする必要があります。同時に、退院後の生活を支える在宅医療や介護サービスを充実し、早期に在宅復帰や社会復帰ができるようにするとともに、生活支援や介護予防を充実させ、住み慣れた地域で長く暮らすことができるようにする必要があります。
2025年を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを確保していくため、こうした改革を早急に実施することが不可欠です。

今後の高齢化の見込み

	2012年8月	2015年	2025年	2055年
65歳以上人口 (割合)	3,058万人 (24.0%)	3,395万人 (26.8%)	3,657万人 (30.3%)	3,626万人 (39.4%)
75歳以上人口 (割合)	1,511万人 (11.8%)	1,646万人 (13.0%)	2,179万人 (18.1%)	2,401万人 (26.1%)

認知症高齢者数の推計

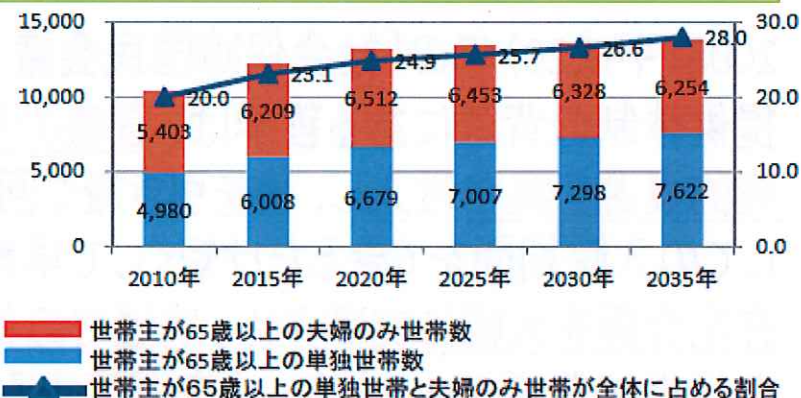
(日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数の推計)

2010年:280万人



2025年:470万人

世帯主が65歳以上の単独世帯及び夫婦のみ世帯数の推計



第1部 社会保障制度改革の全体像

3 社会保障制度改革の方向性

(6)地域づくりとしての医療・介護・福祉・子育て

(略)

- 高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を強力に進めていくことが必須であるが、その改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠である。

第2部 社会保障4分野の改革 II 医療・介護分野の改革

1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

(1)改革が求められる背景

(略)

- 2008(平成20)年の「社会保障国民会議 最終報告」で示された「あるべき医療・介護サービス」提供体制の背景にある哲学は、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、後を引き継ぐ回復期等の医療や介護サービスの充実によって総体としての入院期間をできるだけ短くして早期の家庭復帰・社会復帰を実現し、同時に在宅医療・在宅介護を大幅に充実させ、地域での包括的なケアシステムを構築して、医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、利用者・患者のQOLの向上を目指すというものであった。

2025年に向けた医療提供体制の改革

2025年:団塊の世代が75歳以上《国民の3人に1人が65歳以上・5人に1人が75歳以上》

〔高齢化の進展に伴う変化〕

- ・ 慢性疾患、複数の疾病を抱える患者が増える
- ・ 手術だけでなく、その後のリハビリも必要となる患者が増える
- ・ 自宅で暮らしながら医療を受ける患者が増える



医療介護総合確保推進法による改革の主な内容

〔地域における質の高い医療の確保、質の高い医療を確保するための基盤の整備〕

- ・ 医療機関の医療機能の分化・連携、在宅医療の充実
- ・ 医師・看護師等の確保対策、医療機関の勤務環境改善、チーム医療の推進
- ・ 医療事故調査の仕組みの創設 等

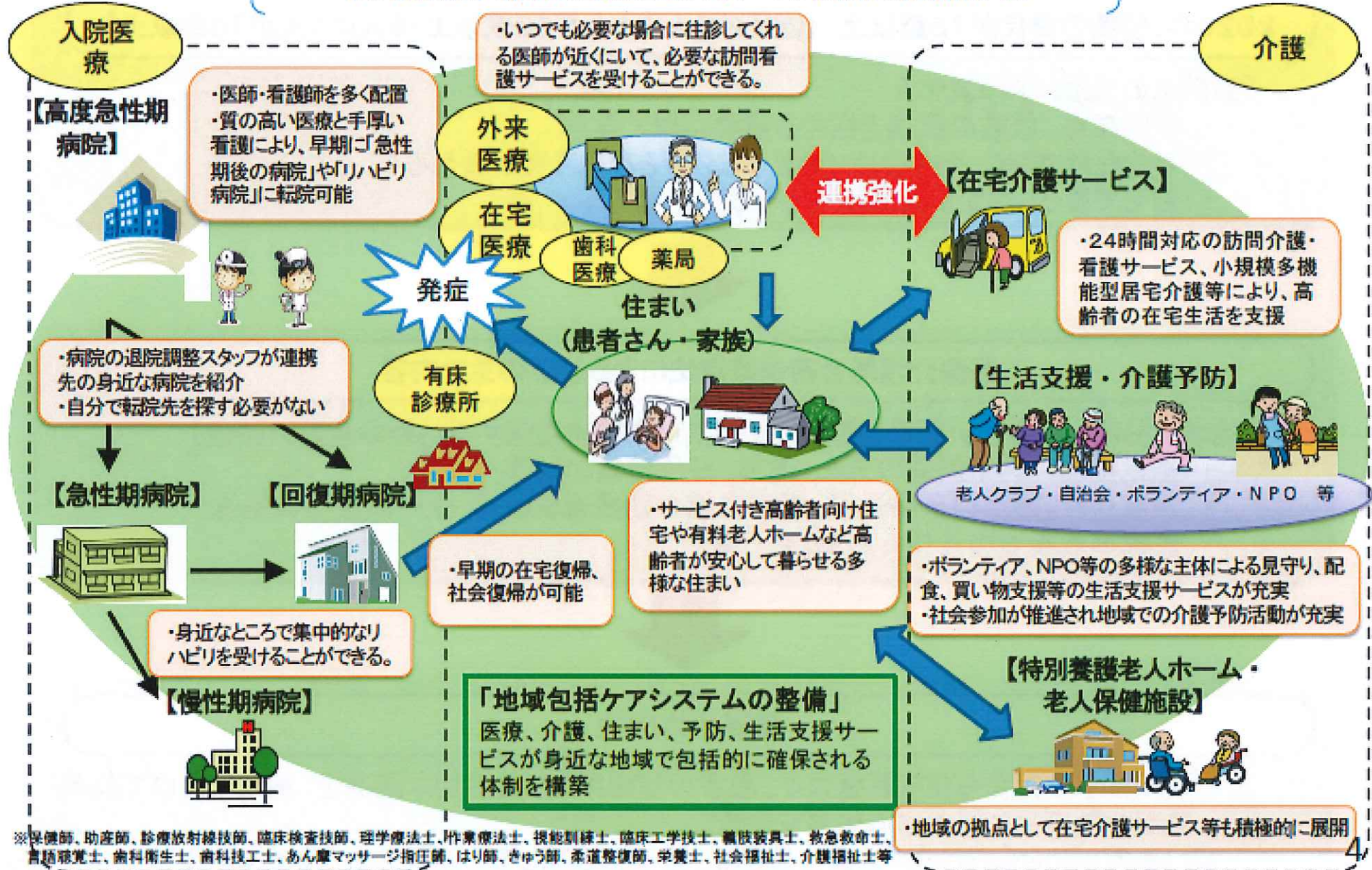


改革の方向性

- ① 高度急性期から在宅医療まで、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を整備し、
- ② 患者ができるだけ早く社会に復帰し、地域で継続して生活を送れるようにする

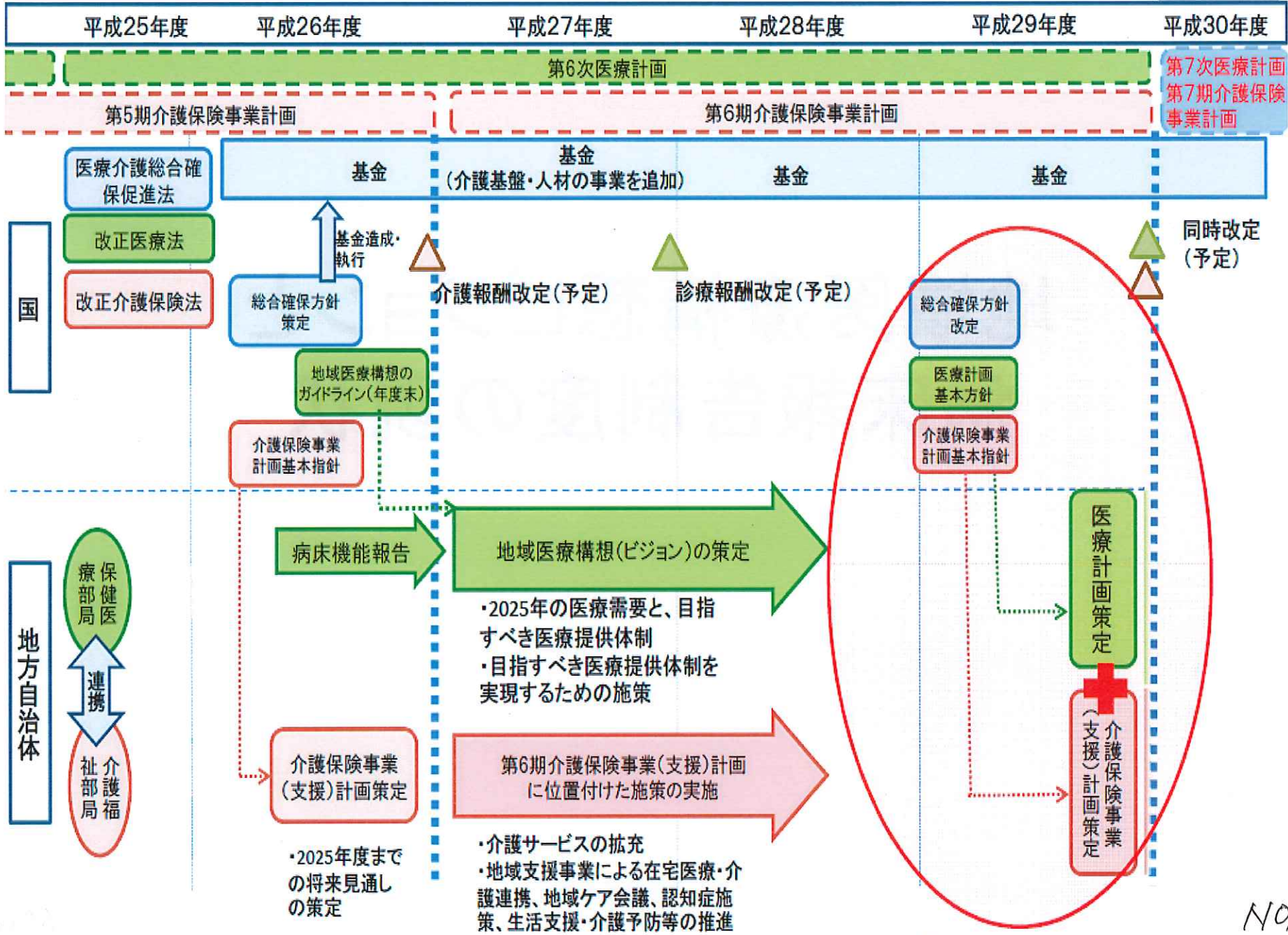
改革後の姿

医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員その他の専門職^(※)の積極的な関与のもと、患者・利用者の視点に立って、サービス提供体制を構築する。



医療・介護提供体制の見直しに係る今後のスケジュール

資料3-2



地域医療構想ビジョンと 病床報告制度の現状

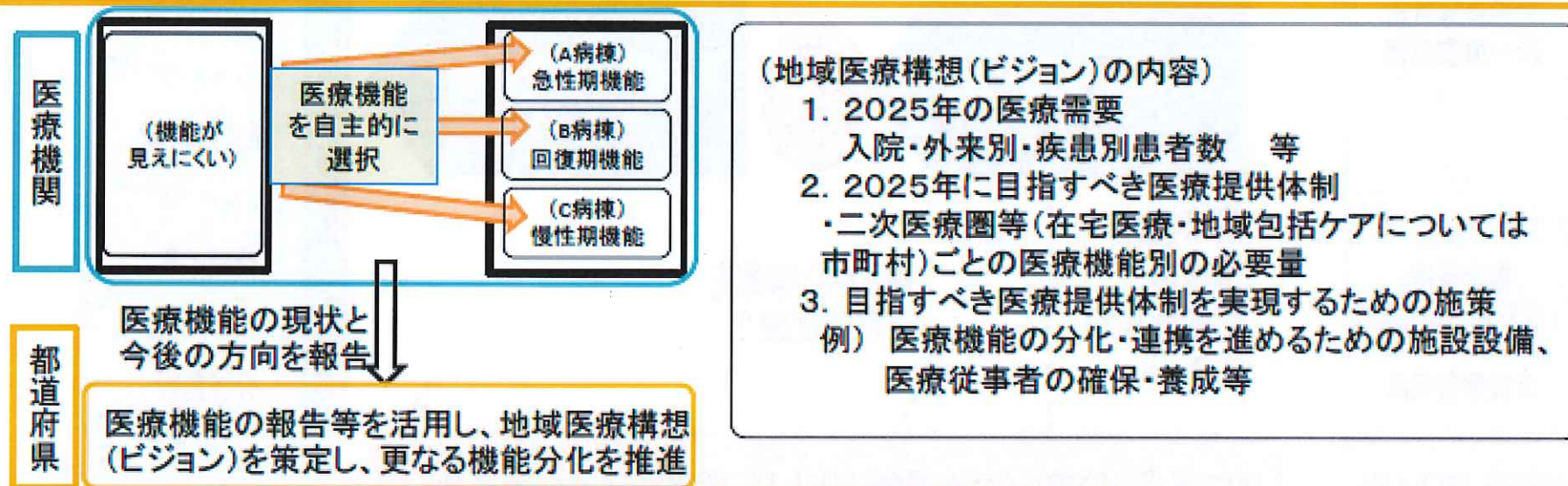
地域医療構想（ビジョン）の策定について

○ 地域医療構想とは（医療法第30条の4第2項）

二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進することを目的とするもの。

○ 地域医療構想（ビジョン）の策定について

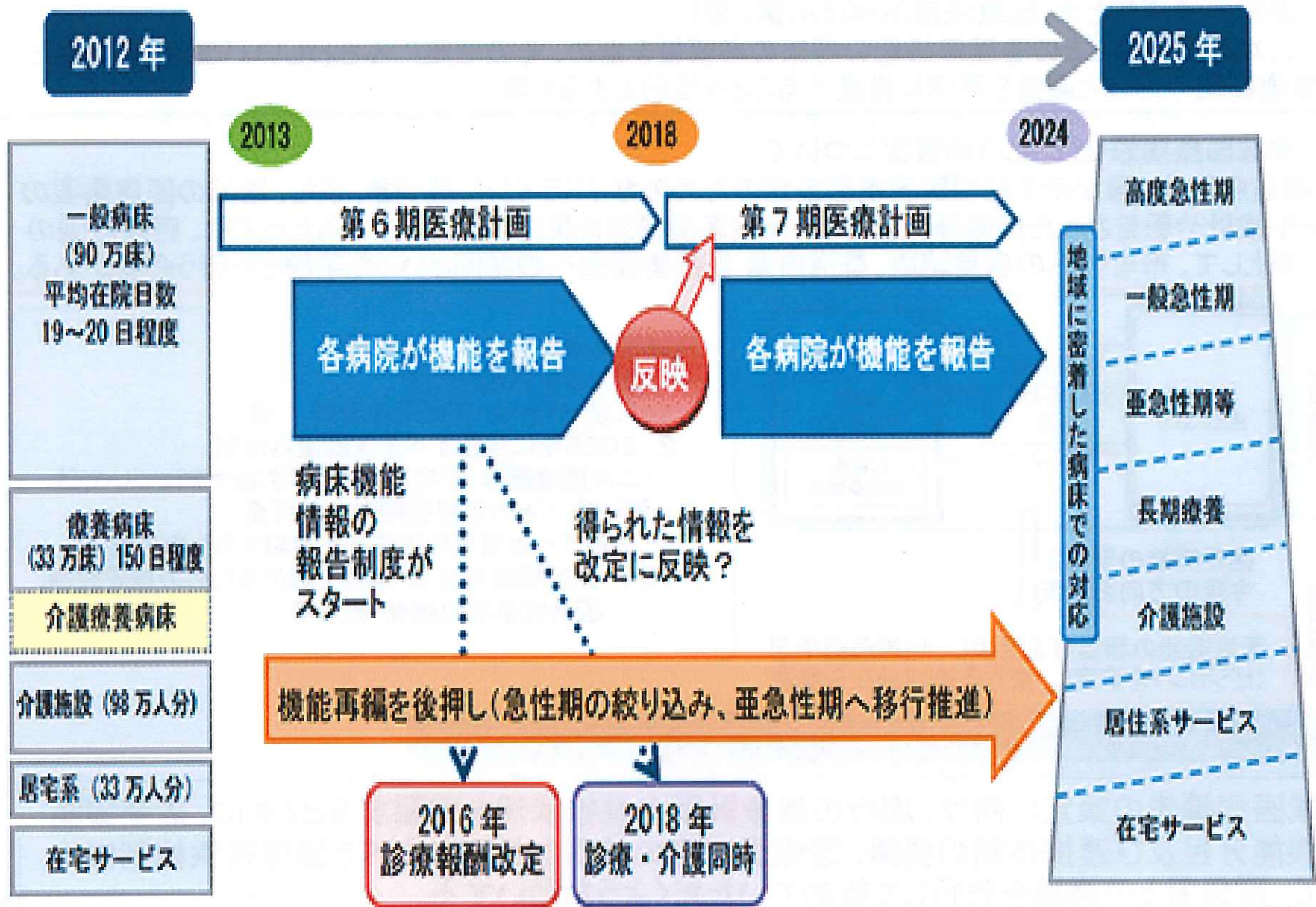
都道府県は、国が示す地域医療構想策定のためのガイドラインに基づき、また、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して地域医療構想を策定する。策定にあたっては、医療計画の一部として、市町村への意見聴取、都道府県 医療審議会への諮問といった手続きを行う必要がある。



地域医療構想策定に向けた都道府県での準備について

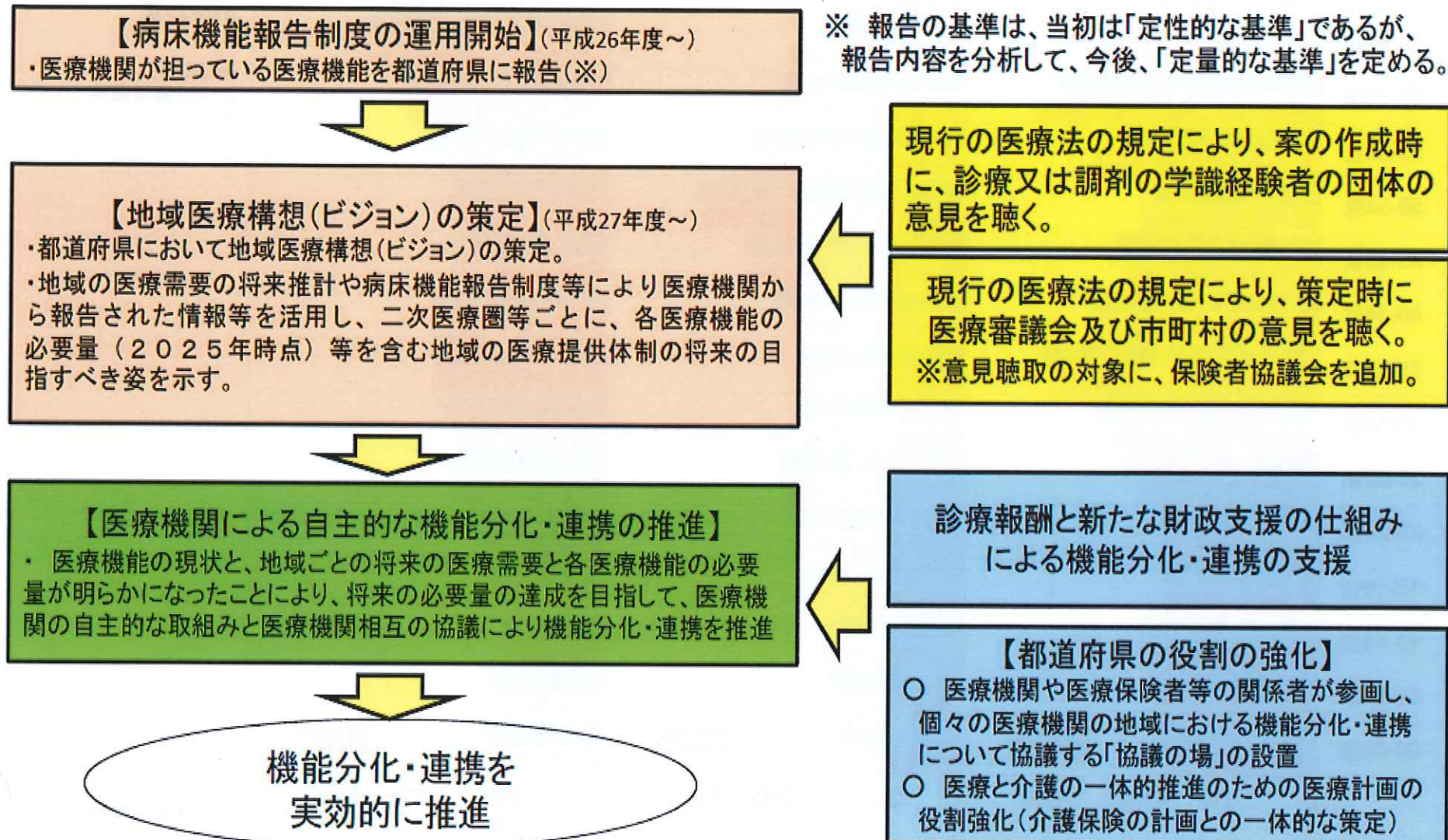
地域医療構想の策定に向け、現行の医療計画の進捗状況を確認するとともに、医療機関の機能分担及び連携体制の構築、医療従事者の確保など目指すべき医療提供体制について、関係者との議論を先行して始めていただくようお願いする。

◆2025年(平成37年)モデルと病床機能再編に関するスケジュール



医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想(ビジョン)の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。





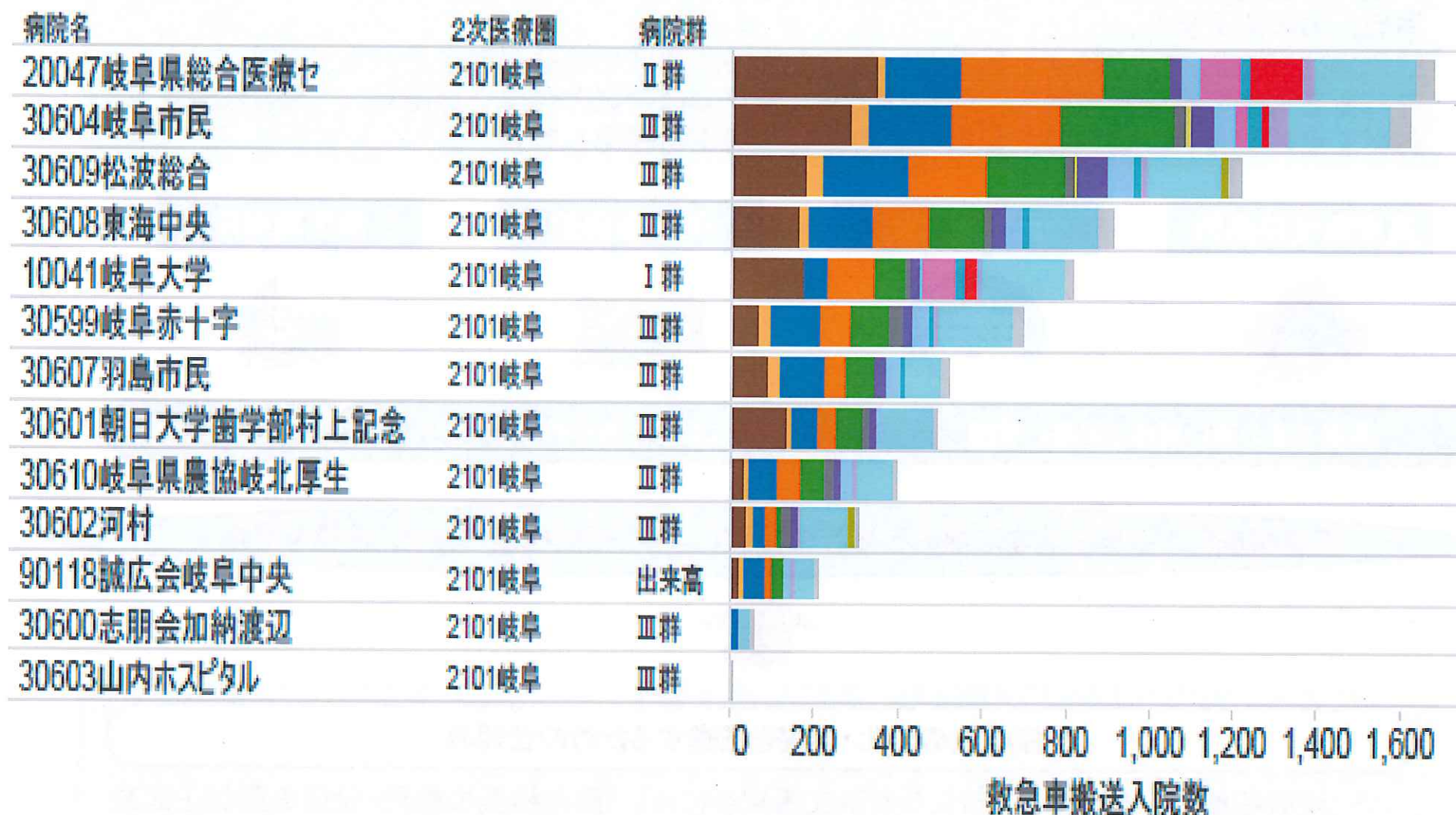
人口推計
市区町村別(2014年版)
封鎖人口を仮定しない
場合

都道府県
21岐阜県

2次医療圏
2101岐阜

市区町村
21213各務原市

救急車搬送入院数(MDC別) / 厚労省DPC調査 / 2013(H25)年



医療機関の医療機能の分化・連携の推進

「病床機能報告制度」によって医療機関から報告される情報と、都道府県による「地域医療構想」の策定を通じ、地域の医療提供体制の現状と医療機能ごとの将来の病床数の必要量を明らかにします。これらを地域の医療機関等で共有した上で、将来の必要量の達成を目指し、「協議の場」において協議を行い、自主的に医療機関の分化・連携を推進します。

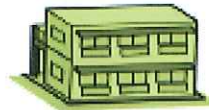
高度急性期病院



急性期病院



回復期病院



慢性期病院



高度で質の高い医療と手厚い看護

病状に応じた集中的なりハビリ

長期の療養

医療機関による自主的な取組みと相互の協議により、医療機能の分化・連携を推進

医療機能の分化・連携を推進するための仕組み

- ・ 消費税増収分を活用した新たな財政支援制度により、医療機関の施設・設備の整備を推進
- ・ 医療機関相互の協議だけで医療機能の分化・連携が進まない場合には、都道府県知事が、一定の措置を講ずることができる

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2025年の平均在院日数の目標値（厚労省における方針）

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

パターン1	平成23年度 (2011)	平成37(2025)年度		
		現状投影シナリオ	改革シナリオ	
			各ニーズの単純な病床換算	地域一般病床を創設
高度急性期	【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度	【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度	【高度急性期】 22万床 30万人/月 70%程度 15~16日程度	【高度急性期】 18万床 25万人/月 70%程度 15~16日程度
一般急性期	※入院患者数 125万人/月	(参考) 急性 15日程度 重症急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 慢性急性等 75日程度 慢性急性等5/7~58日程度 長期ケア 190日程度 ※推計値	【一般急性期】 46万床 109万人/月 70%程度 9日程度	【一般急性期】 35万床 82万人/月 70%程度 9日程度
亜急性期・回復期リハ等		152万人/月	【亜急性期等】 35万床 16万人/月 90%程度 60日程度	【亜急性期等】 26万床 22万人/月 90%程度 60日程度
長期療養（慢性期）	23万床、91%程度 150日程度	34万床、91%程度 150日程度	28万床、91%程度 135日程度	
精神病床	35万床、90%程度 300日程度	37万床、90%程度 300日程度	27万床、90%程度 270日程度	
(入院小計)	166万床、80%程度 30~31日程度	202万床、80%程度 30~31日程度	159万床、81%程度 24日程度	159万床、81%程度 25日程度
介護施設	92万人分	161万人分	131万人分	
特養	48万人分	86万人分	72万人分	
老健（老健+介護療養）	44万人分	75万人分	59万人分	
居住系	31万人分	52万人分	61万人分	
特定施設	15万人分	25万人分	24万人分	
グループホーム	16万人分	27万人分	37万人分	

(注1) 医療については「万床」はベッド数、「%」は平均稼働率、「日」は平均在院日数、「人/月」は月当たりの退院患者数。介護については、利用者数を表示。

(注2) 「地域一般病床」は、高度急性期の1/6と一般急性期及び亜急性期等の1/4で構成し、新規入退院が若干減少し平均在院日数が若干長めとなるものと、仮定。

ここでは、地域一般病床は、概ね人口1万人未満の自治体に暮らす者（今後250~300万人程度で推移）100人当たり1床程度の整備量を仮定。

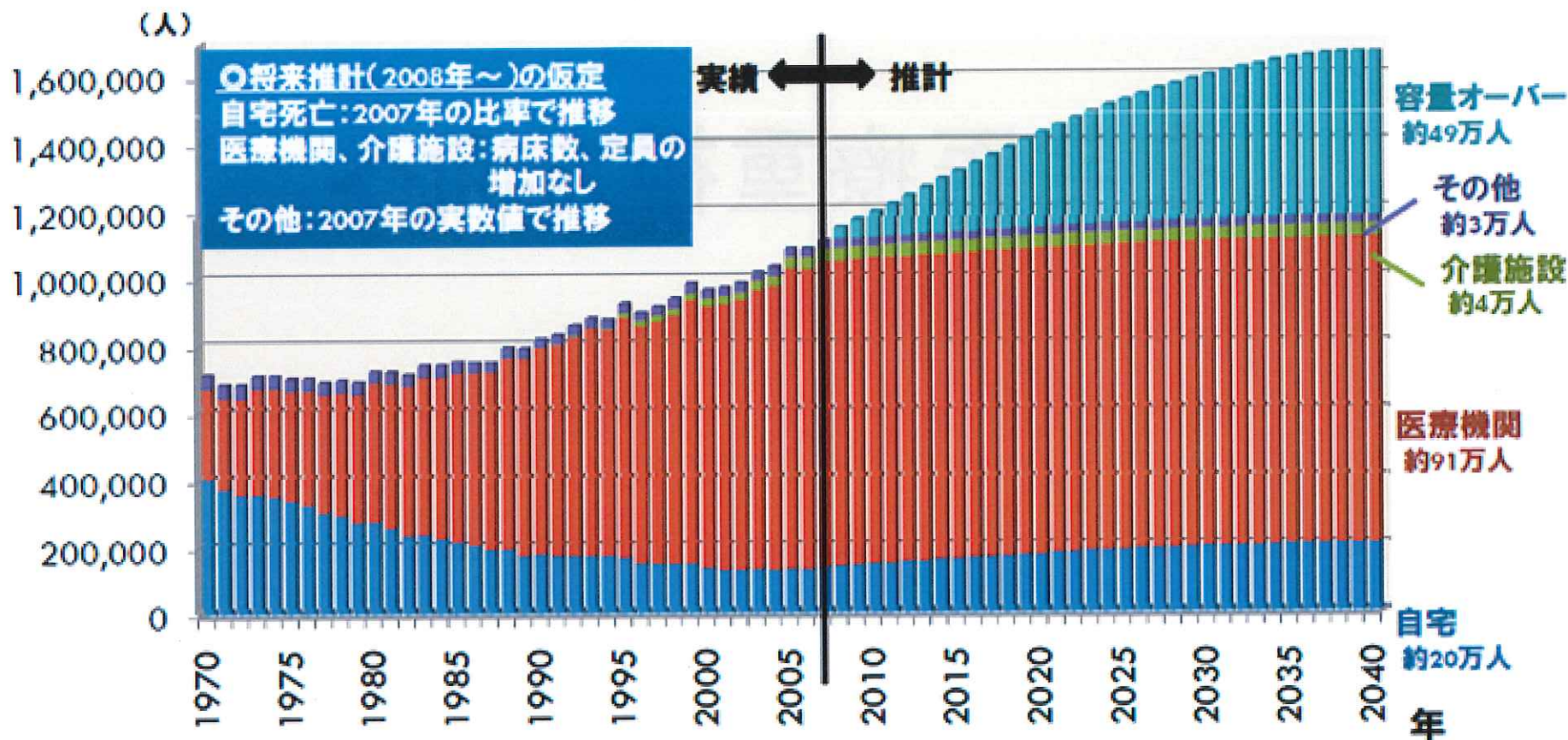
出典：中医協「医療提供体制について」（平成23年11月25日）

No.18

在宅医療重視方向へ

看取りの場所の確保が今後、必要

1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

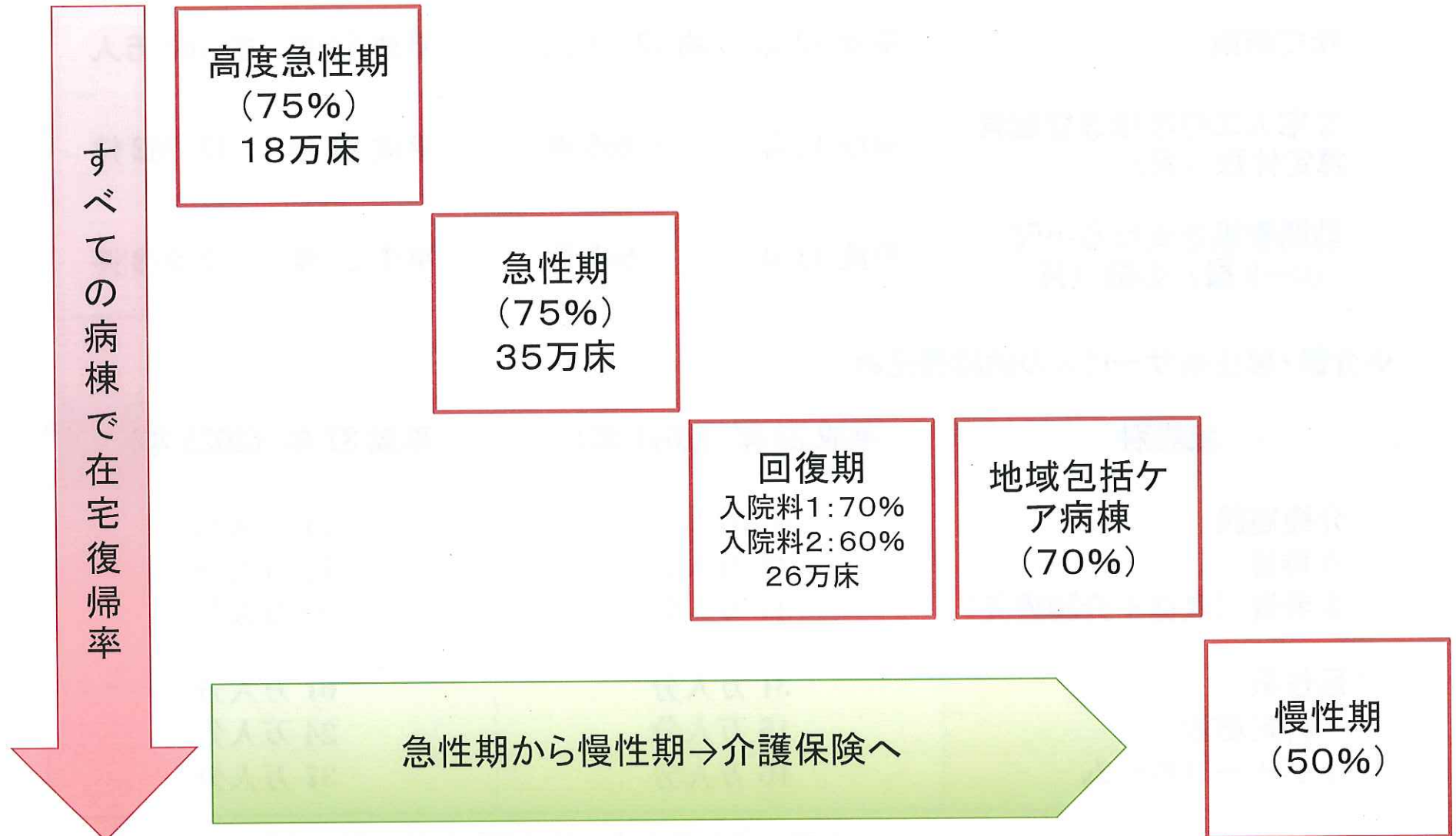
①65歳以上の高齢者人口	平成22年	2,937万人	⇒	平成54年	3,878万人
②75歳以上の人口割合	平成22年	11%	⇒	平成54年	21%
③死亡総数	平成22年	約120万人	⇒	平成54年	約166万人
④在宅人工呼吸指導管理料算定件数(月)	平成13年	2,455件	⇒	平成21年	12,783件
⑤訪問看護を受ける小児(0~9歳)の数(月)	平成13年	842件	⇒	平成21年	2,928件

◆介護・居住系サービスの供給見込み

施設別	平成23年(2011年)	平成37年(2025年)
①介護施設	92万人分	131万人分
●特養	48万人分	72万人分
●老健(老健+介護療養)	44万人分	59万人分
②居住系	31万人分	61万人分
●特定施設	15万人分	24万人分
●グループホーム	16万人分	37万人分

(出典：厚生労働省 社会保障改革に関する集中検討会資料)

医療から介護へ



“在宅”復帰率 対象施設

● 自宅

● 居住系介護施設

- | | |
|---------------|-----------------|
| ① 養護老人ホーム | ② 軽費老人ホーム |
| ③ ケアハウス | ④ 有料老人ホーム |
| ⑤ グループホーム | ⑥ サービス付き高齢者向け住宅 |
| ⑦ 特別養護老人ホーム | ⑧ 短期入所生活介護事業所 |
| ⑨ 小規模多機能型居宅介護 | |

● 在宅復帰機能強化加算の届け出を行っている療養病棟

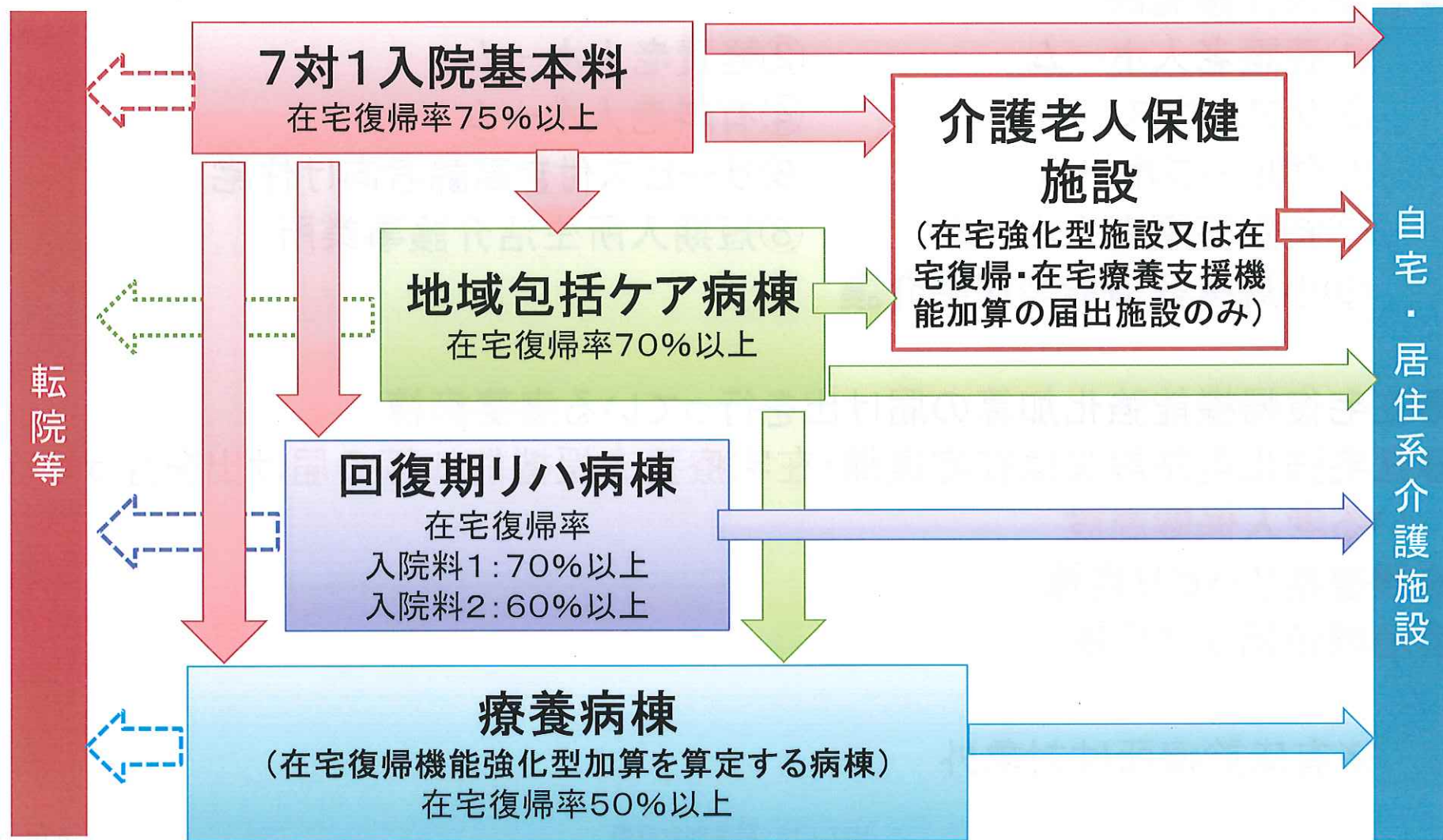
● 在宅強化型施設又は在宅復帰・在宅療養支援機能加算の届け出を行っている老人保健施設

● 回復期リハビリ病棟

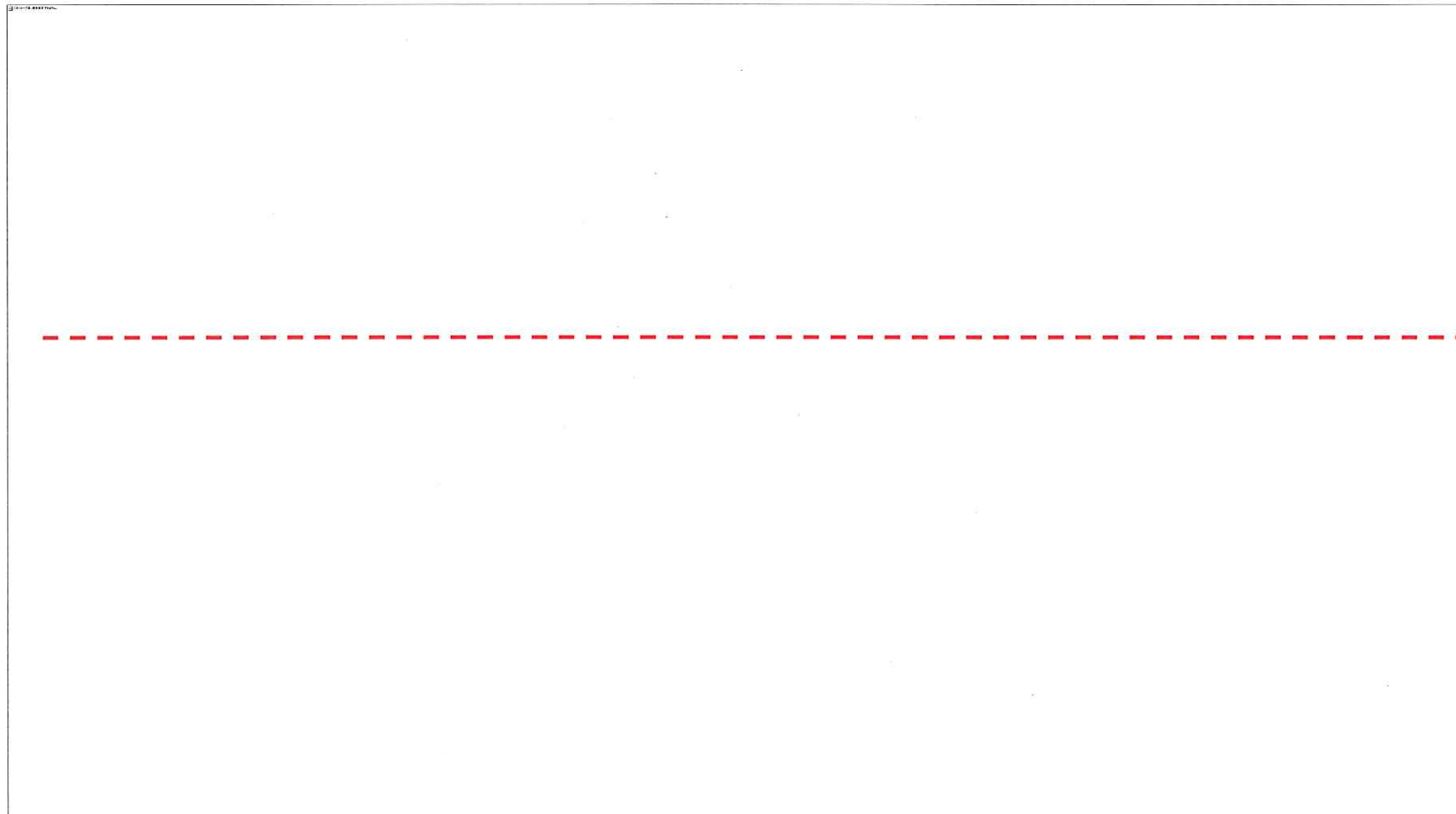
● 地域包括ケア病棟

※有床診療所は対象外

在宅復帰率からみる在宅復帰の流れ



東海中央病院 在宅復帰率



在宅復帰率関係患者の転帰先

H27.7.16 居宅部会資料

NO.26

東海中央病院の役割

= (地域) 急性期病院 “患者さんを在宅へ返す役割”

- 高度急性期病院から転院受入
- 在宅療養患者の緊急時受入 (在宅療養後方支援病院)
- 救急搬送の受入



高度急性期病院



診療所



薬局



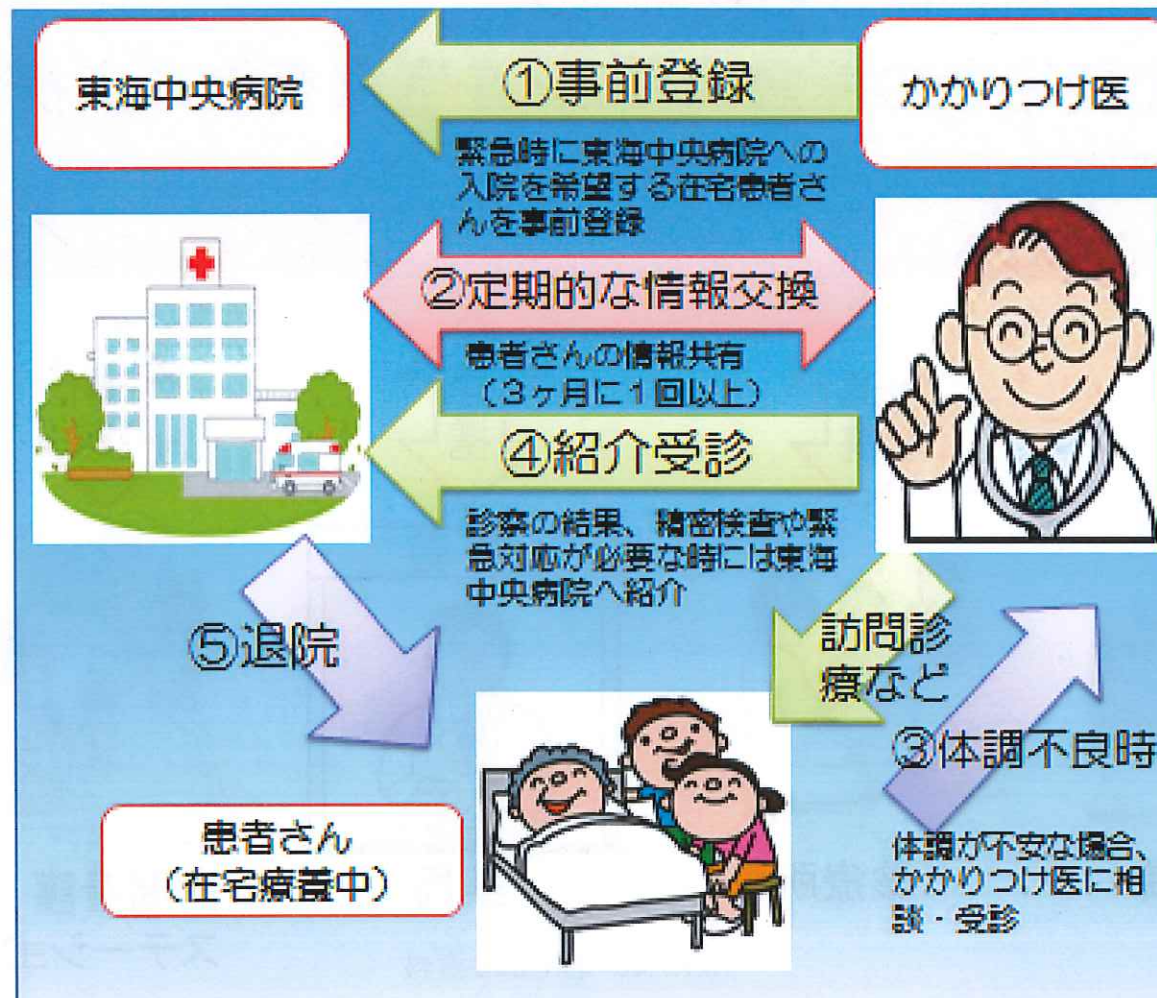
訪問看護
ステーション



ケアマネ
ジャー

在宅療養後方支援病院の概要

- 在宅療養患者様の緊急時の受入確保
- 24時間体制の後方支援

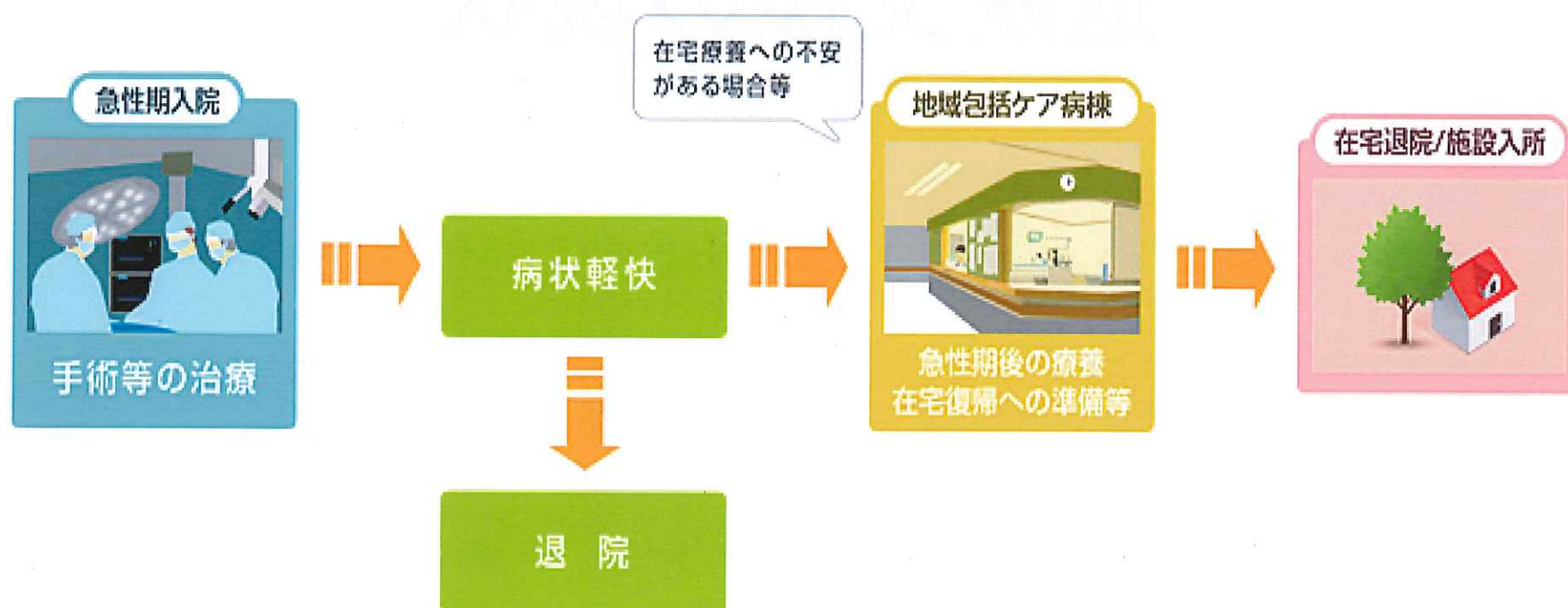


◎ 地域包括ケア病棟とは

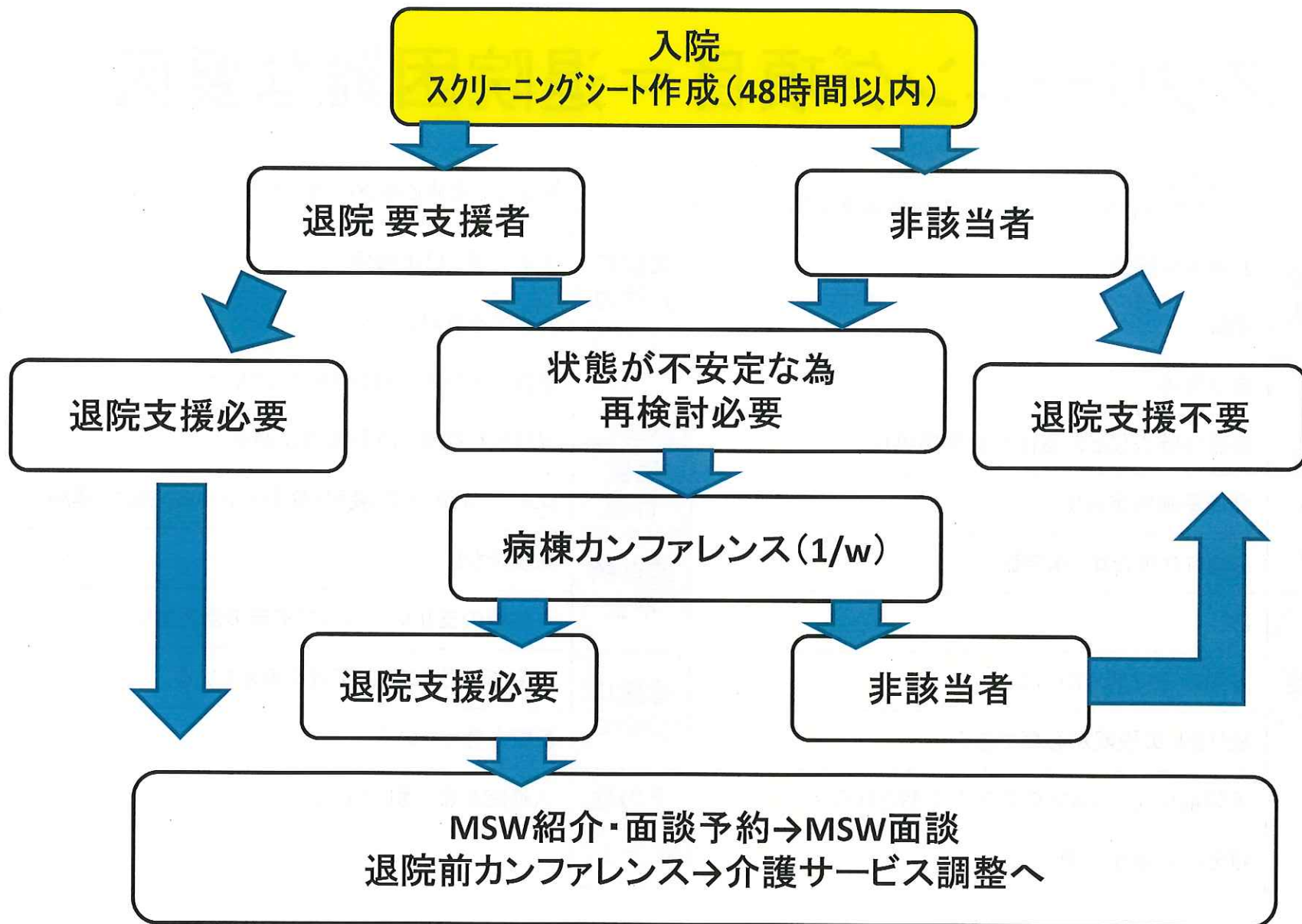
地域包括ケア病棟とは、手術や検査が終了した後、すぐに在宅や施設へ移行するには不安のある患者さんに対してしばらくの間入院療養を継続し、在宅復帰に向けての『準備を整える』ための病棟です。

ご自宅等への退院準備をしっかりと整え、安心して地域へお戻りいただけるようお手伝いすることを目的としています。

在宅復帰支援計画に基づき、主治医をはじめ看護師、専従のリハビリテーションスタッフ、MSW(医療ソーシャルワーカー)等が協力し、効率的に患者さんの在宅復帰に向けた準備、相談を行っていきます。



退院支援の現状



スクリーニング項目＝退院困難な要因

入院方法	緊急入院 (救急車、時間外・休日・夜間の救急外来受診)		独居者、家族と疎遠の方(介護者なし)
入院前の場所	介護保険施設	家族の介護力	老老介護、日中独居
	病院		介護する意思がない
病名	悪性腫瘍		家族などが病気・障害を患っている
	誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症	必要な医療行為	退院後に往診、訪問看護が必要 レスピ・気管切開・吸引・酸素・HD・PEG・補液・褥創
介護保険	介護保険認定あり	経済的不安	保険症なし
	必要な状態だが、未申請		あり
認知症	あり	退院について	在宅で過ごすことに不安を訴えている。
	意思疎通に支障がある		繰り返しの説明が必要である
	繰り返しの説明が必要である	その他	入退院を繰り返している
ADL	入院前に比べてADLの低下が予想される		
	排泄に介助が必要		

→退院調整加算で設定されている退院困難な要因

退院調整看護師としての当院での役割

東海中央病院 メディカルサポートセンター

看護師 佐藤 紀子

1

退院調整看護師としての当院での役割

医療依存度の高い患者

(点滴管理・胃瘻・吸引などの医療処置が必要な患者の
在宅調整を中心に介入している)

必要に応じて、ソーシャルワーカーと協働し

退院調整をすすめている

- 訪問診療・訪問看護の利用調整(外来・入院ともに)
- かかりつけ医・訪問看護ステーションとの連携
- ケアマネージャーとの連携

事例1 70歳・男性 <肺癌・脳転移・骨転移>

- 寝たきりの状態、全介助でリクライニング車椅子座位可能
- 介護保険 要介護4 身体障害者手帳あり
- 妻と二人暮らし。入院中は妻がいつも付き添っている
- 痛みのコントロールはなし
- 点滴等の医療管理はなし
- かかりつけ医なし

<妻の思い>

- ・入院していると安心ではあるが、
本人がそばにいることを希望するため家のことができない
- ・安定している時は家で過ごせると
介護をしながら家のこともできる
- ・退院しても状態変化時はすぐに入院対応してもらえ安心。



安定されている時は自宅療養ができるよう、

ケアマネージャーや訪問看護ステーションと連携



状態により退院前カンファレンスを行い

サービス調整後退院日を決定



退院日もしくは翌日に訪問看護師の訪問を予定

<在宅療養中のサービス利用>

- ・訪問看護 2回/週
- ・訪問リハビリ 1回/週
- ・訪問入浴 2回/週
- ・福祉用具 電動ベット・エアーマット・車椅子など

<外来通院>

状態に合わせて2～4週で予約され、

介護タクシー(ストレッチャー車)を利用。

事例2 72歳・男性 <胃癌>

- 腹水貯留あり、なんとか支えることで立位保持ができる状態
- 病状的には厳しい状態と説明を受けられており、在宅での看取りを希望されている
- 介護保険 要介護2
- ポートからの点滴管理あり
- かかりつけ医あり(訪問診療可能)

ソーシャルワーカーより在宅看取りでの協働調整依頼あり



ソーシャルワーカーとともに妻と面談
看取り方向での在宅退院の意志を確認する



かかりつけ医に訪問診療を依頼
訪問看護についての相談や退院前カンファレンスの相談をする



関係者の方々との退院前カンファレンスの調整



退院前カンファレンス

<参加者>

妻・かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネージャー

訪問入浴業者・福祉用具業者

主治医・病棟看護師・ソーシャルワーカー・退院調整看護師 No.39

<退院前カンファレンスにてサービス調整>

- ・退院後の訪問診療・訪問看護での対応を確認
 - 妻の「できるだけそばにいてあげたい・楽に過ごさせてあげたい」との希望に添って対応
 - 訪問の回数は状態に合わせて決め、必要に応じて毎日訪問
- ・福祉用具：電動ベット・エアーマット・点滴棒などをレンタル
- ・訪問入浴：2回/週の利用ができるよう調整

退院日時を決め、

退院当日にかかりつけ医・訪問看護師の自宅訪問を予定



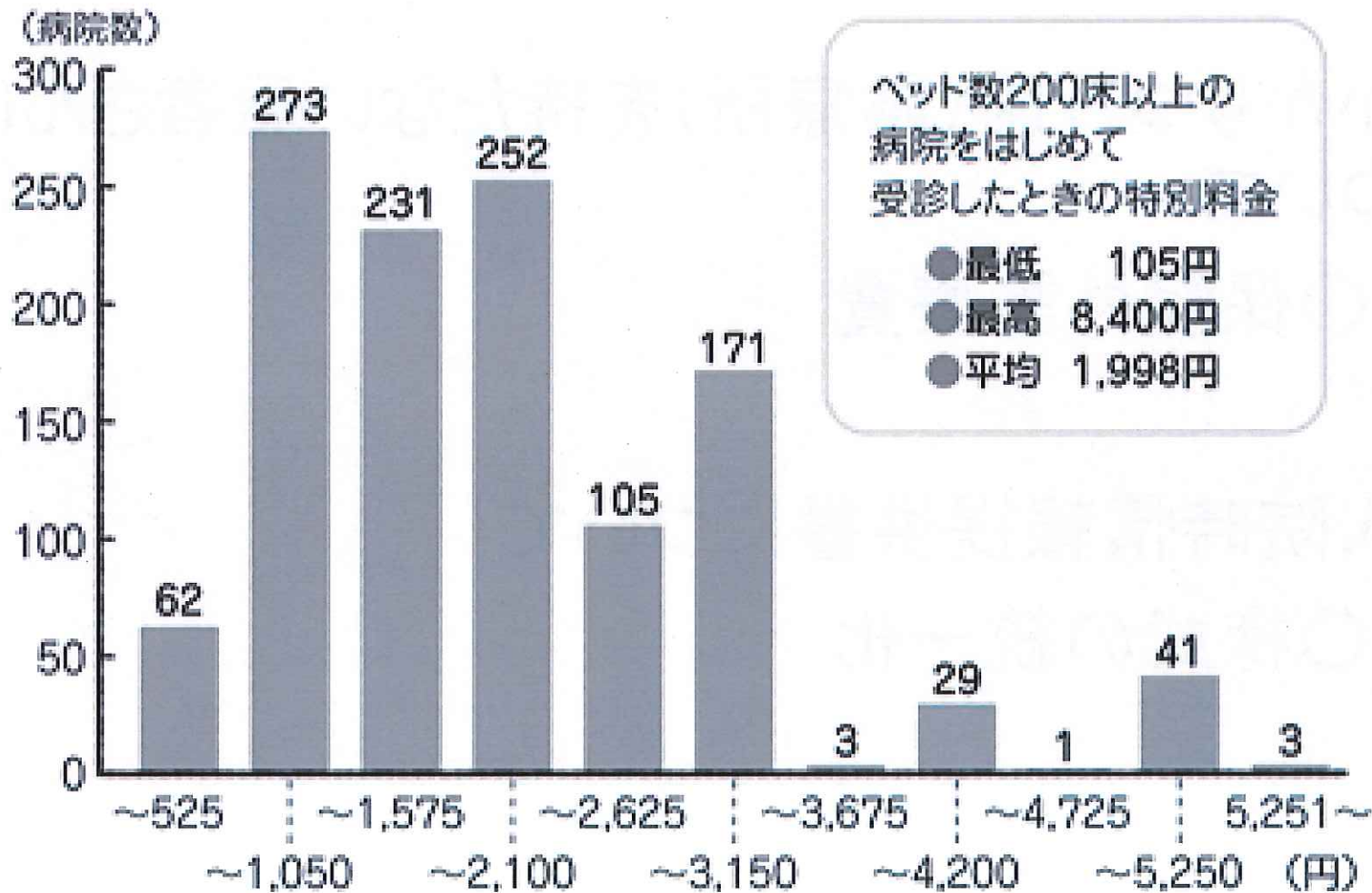
退院10日後、家族に見守られながら自宅にて永眠される

課題

- かかりつけ医（診療所）を持たない患者さんについて
 - 保険外診療費
- 入院時情報提供書について
 - 様式の統一化

図12

ベッド数200床以上の病院に紹介状なしで
かかったときの初診料



厚生労働省「主な選定療養に係る報告状況」(2011年7月1日現在)



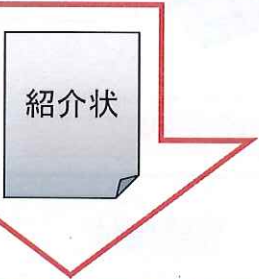
患者さん



かかりつけ医

医療費
(自己負担分)
+
保険外併用費

医療費
(自己負担分)



東海中央病院

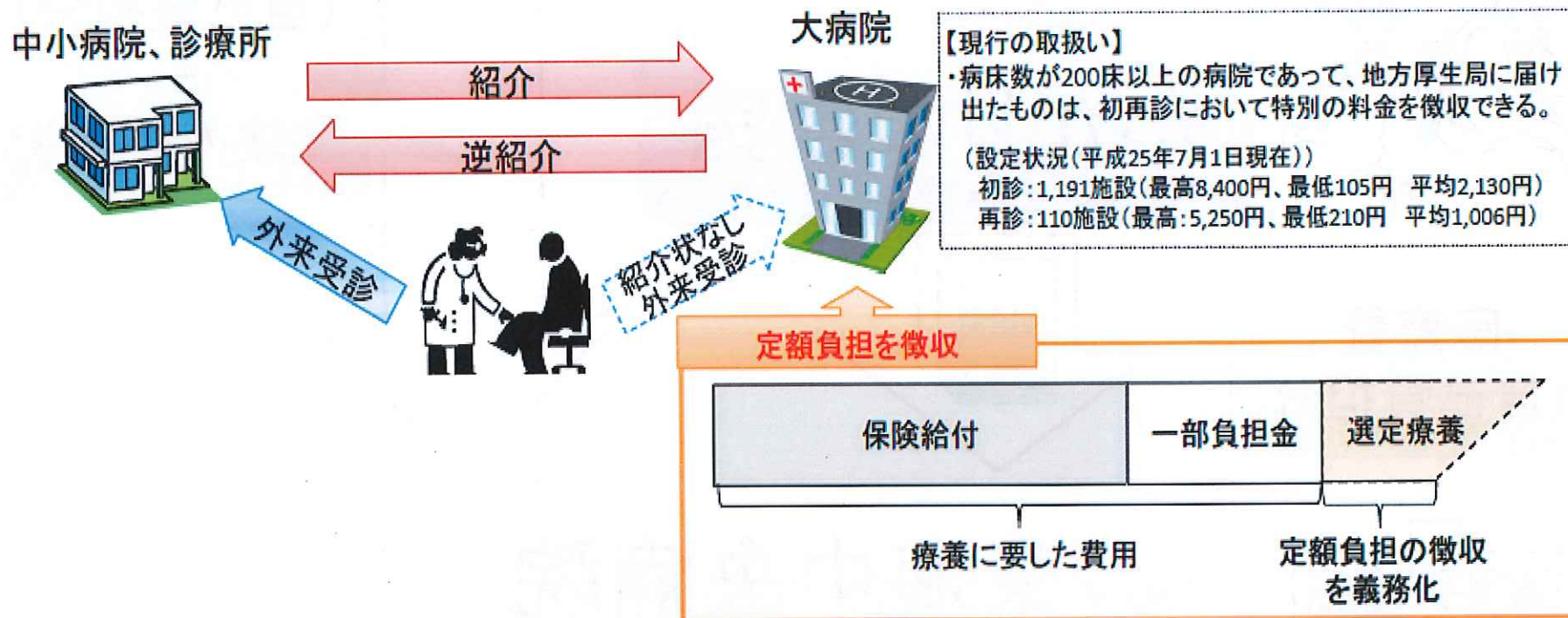


紹介状なしで大病院を受診する場合等の定額負担の導入

○外来の機能分化を進める観点から、平成28年度から紹介状なしで特定機能病院等を受診する場合等には、原則として、定額負担を患者に求めることとする(選定療養の義務化)。

○定額負担の額は、例えば5000円～1万円などが考えられるが、今後検討。

- ・初診は、紹介状なしで大病院を受診する場合に、救急等の場合を除き、定額負担を求める。
- ・再診は、他の医療機関に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、大病院を再度受診する場合に、定額負担を求める。




※ 特定機能病院等の病院について、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するために必要な措置を講ずる旨の責務規定を設け、厚生労働省令において、選定療養として定額負担を徴収することを義務化する。

※ 定額負担の額は、例えば5000円～10,000円などが考えられるが、今後、審議会等で検討する。

NO. 44

病院における入院時情報提供書

<病院での活用方法>

- 看護師の情報収集
 - リハビリ訓練内容の参考
 - 退院後の方向性の参考
 - 専門職からの情報提供
- 
- 患者本人・家族間の問題把握
 - 退院までの日数短縮化

<対象者像>

- ケアマネが必要と認めた方
 - # 医療行為を行っている方
 - # がん末期の方
 - # 往診医がある方
 - # 虐待ケースの方
 - # 身寄りのない方
 - # 生活困窮の方
- など