

(県が講ずる具体的施策 ⑤医療)

- 医療が必要でない老後生活は、考えられません。高齢者は、個人差はあるものの、糖尿病・高血圧・認知症等の慢性疾患を抱えており、**日々の生活を送る上で、医療が不可欠**であり、高齢者の地域での生活を支えるためには、介護サービスの提供だけでは足りないのです。
- 病気を治すだけではなく、「**地域での生活を支える医療**」が今後ますます必要となってきます。これは、患者の日々の継続的な健康管理・療養指導から始まり、さらに、多職種が集まって協働で、病状が安定した患者を住み慣れた地域で支える医療のことです。
- 介護保険制度で「**ケアマネジメント**」が制度化され、**在宅生活支援機能を持つ主治医と介護支援専門員を中心に、協働で高齢者の地域生活を支えるという仕組みが導入**されましたが、これらの連携を軸とした「**地域での生活を支える**」医療が、今まさに求められています。
- また、療養病床の再編の方針が示されていますが、「**地域での生活を支える医療**」と裏腹の関係にあり、**在宅医療が進まないと、療養病床の再編も進みません**。
- 県としては、脳卒中対応を中心に、地域の医療・福祉連携を図る取組を進めてきましたが、今後とも、(1)回復期ケアの充実、(2)地域連携クリティカルパスの普及、(3)退院時のケアカンファレンスの普及、(4)在宅復帰支援と在宅生活支援を担う老人保健施設の充実、(5)在宅療養支援診療所の充実、(6)訪問看護を始めとする維持期ケアの充実、(7)地域包括支援センターによる主治医と介護支援専門員の連携支援、(8)認知症専門医療の充実・介護との連携強化、といった以下の各般の施策を総合的に展開していきます。

(1)回復期ケアの充実《継続改善》

- リハビリテーションを集中的に行う病棟である回復期リハビリテーションですが、県内の回復期リハビリテーションの病床数は、2006(平成18)年10月現在403床で、人口10万人当たり21.5床と、全国平均の人口10万人当たり30.8床と比べると、非常に少なくなっていました(図3-2-15)。
- このため、**療養病床の再編に当たって、回復期リハビリテーション病棟への転換を促進**する等により、回復期リハビリテーション病棟の充実を進めてきました。この結果、2008(平成20)年8月現在、652床、人口10万人当たり34.8床まで上昇しましたが、人口10万人当たり50床が適正水準という主張もあり、更なる量的充実を図るとともに、急性期病院等との連携(※)を促進していきます(※後述の(2)地域連携クリティカルパスの普及など)。

回復期リハビリテーション病棟の充実

- 県内の回復期リハビリテーションの病床数は、2006(平成18)年10月現在403床で、人口10万人当たり21.5床と、全国平均の人口10万人当たり30.8床と比べると、非常に少ない。
- 人口10万人あたり50床が適正水準という主張もある(全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会)
- このため、療養病床の再編に当たり、回復期リハビリテーション病棟への転換を促進するとともに、急性期病院等との連携を促進していくこと(地域連携クリティカルパスの普及)が必要。
- 2008(平成20)年8月現在では、652床、人口10万人当たり34.8床まで上昇。

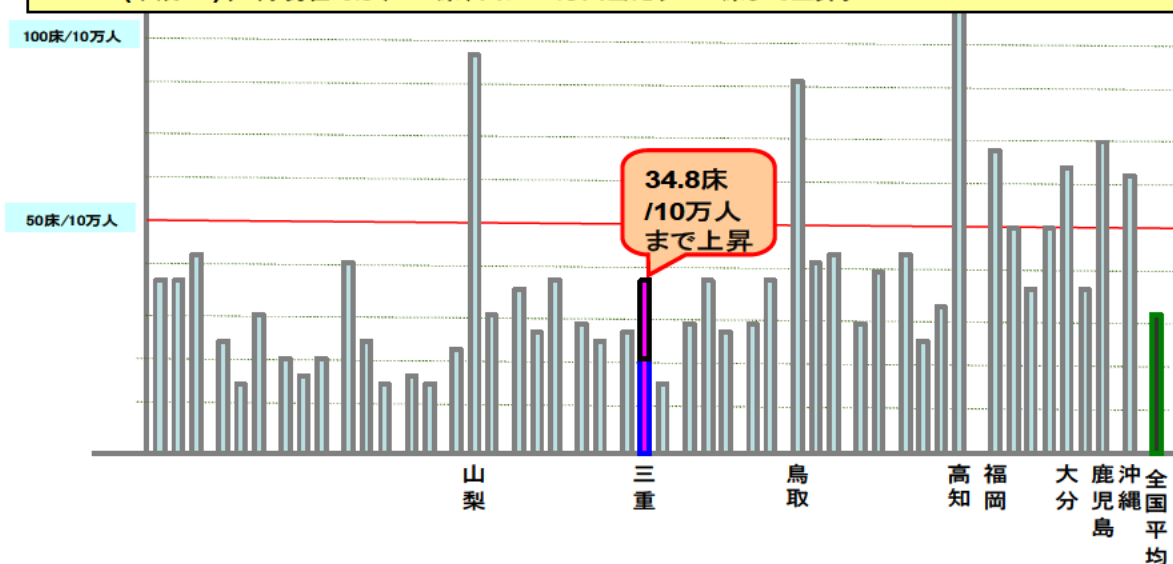


図 3-2-15 回復期リハビリテーション病棟の状況

(2) 地域連携クリティカルパスの普及《継続改善》

- 地域連携クリティカルパスとは、地域の医療機関をつなぐ治療計画書のことで、患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながるものです。現在、大腿骨頸部骨折と脳卒中の2つの疾患について、診療報酬上、評価されています。
- 脳卒中については、2007(平成19)年に三重県脳卒中医療福祉連携懇話会を立ち上げ、三重県統一の地域連携クリティカルパスを作成しました(図 3-2-16)。また、三重県保健医療計画において、県内に9つの脳卒中医療連携圏域を設定し、その全圏域での地域連携クリティカルパスの導入を目標として掲げています。
- 既に一部で地域連携クリティカルパスが導入されていますが、今後、多くの医療機関で連携が進み、全圏域で導入が進むよう、普及を図っていきます(図 3-2-17)。

三重県統一・脳卒中地域連携クリティカルパス

- 地域の医療機関をつなぐ治療計画書。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる。
- 現在、大腿骨頸部骨折と脳卒中の2つの疾患について、診療報酬上評価されている。

脳卒中地域連携診療計画書

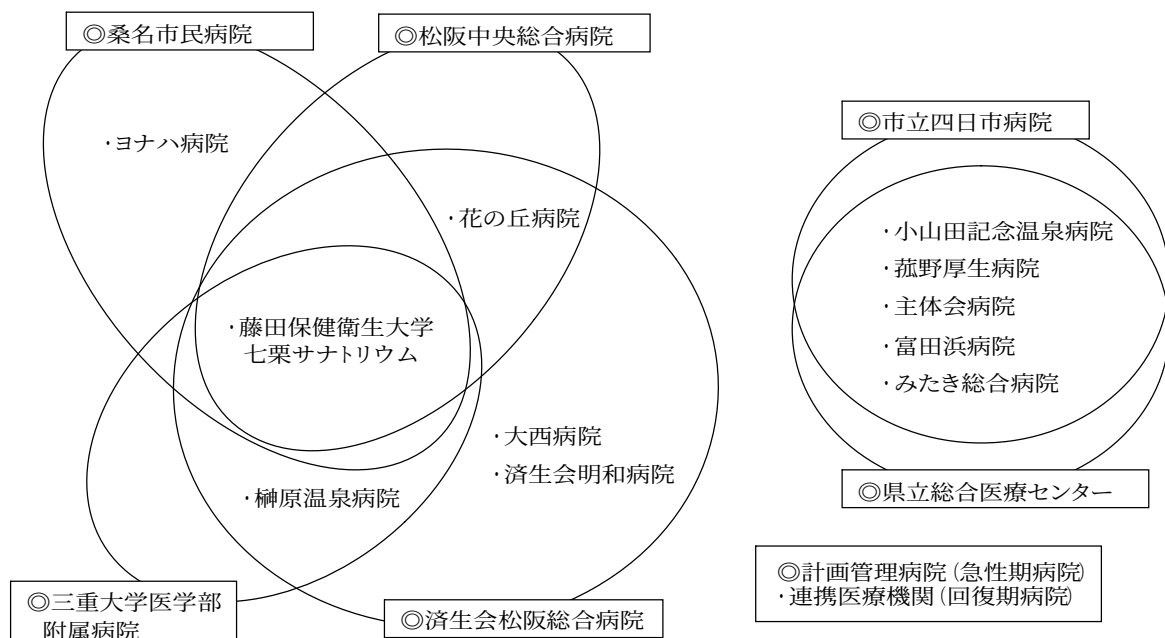
説明日: 年 月 日		主治医:	
説明者(主治医) 署名: 印		説明を受けた人(本人・続柄) 署名: 印	
患者氏名: 性別 生年月日: 年 月 日		病名: 発症日: 年 月 日	

急性期					⇒ 【転院先】 リハコース リハ期間 退院先	回復期					⇒ 【退院先】 リハ・ケア予定 退院先	維持期				
D番号	入院日 年 月 日	計画管理病院	退院日 年 月 日	日目		D番号	入院日 年 月 日	転院先	退院日 年 月 日	日目		D番号	入院・受診日 年 月 日	退院日 年 月 日	症状固定日 年 月 日	
経過	1日目	2-7日目	8-14日目	15日以降		経過	1日目	日目	日目	日目	経過					
日時						日時					日時					
達成目標						達成目標					達成目標					
診断(主病名)						診断					診断					
併存病2						治療					治療					
併存病3						処置					処置					
治療						検査					検査					
処置/状態						安静度					安静度					
検査						合併症					合併症					
安静度						リハ					リハ					
合併症						食事					食事					
リハ 計画目的						清潔					清潔					
食事						排泄					排泄					
清潔						その他					その他					
その他						患者様及び ご家族への説明					患者様及び ご家族への説明					
患者様及び ご家族への説明						退院時患者状態					退院時患者状態					
退院時 情報						退院時日常生活 機能評価表 合計得点 ()					退院時日常生活 機能評価表 合計得点 ()					
	平成 年 月 日		病院名 主治医				平成 年 月 日		病院名 主治医			平成 年 月 日		病院名 主治医		

※1 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくに当たって変わって得るものである。
※2 入院期間については退院時点で予想されるものである。
※3 転院先退院時に本計画書の写しと連絡シート等を紹介元病院へ送付する。
※4 退院時の日常生活機能評価の点数は、別紙の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。

図 3-2-16 三重県統一・脳卒中地域連携クリティカルパス

脳卒中地域連携クリティカルパスの導入状況



※三重社会保険事務局届出状況(H20.11.26現在)による。

図 3-2-17 脳卒中地域連携クリティカルパスの導入状況

(3) 退院時のケアカンファレンスの普及《継続改善》

- 退院に際して、入院医療機関と地域のスタッフの連携・情報共有を促進するため、院内で、病院側の担当医・看護師等と、患者・家族に加えて、在宅で対応する医師・看護師・介護支援専門員等が担当者会議（ケアカンファレンス）を行った場合に、診療報酬・介護報酬で評価されています。
- 地域に戻った後には、主治医と介護支援専門員との連携を軸にした「地域での生活を支える医療」が重要になってきますので、退院時ケアカンファレンスへの介護支援専門員の参加が広がるよう、介護支援専門員・地域包括支援センター、医療機関向けの研修会等において制度の周知を図っていきます(図 3-2-18)。

退院時における入院医療機関と地域のスタッフの連携推進(ケアカンファレンスの普及促進)

●退院に際して、入院医療機関と地域のスタッフの連携・情報共有を促進するため、院内で、病院側の担当医・看護師等と、患者・家族に加えて、在宅で対応する医師・看護師・介護支援専門員(ケアマネジャー)等が担当者会議(ケアカンファレンス)を行った場合に、診療報酬・介護報酬で評価。



図 3-2-18 退院時におけるケアカンファレンスの普及促進

鈴鹿中央総合病院における 退院時のケアカンファレンスの様子



写真 退院時のケアカンファレンスの様子
(鈴鹿中央総合病院・提供)

(4) 在宅復帰支援と在宅生活支援を担う老人保健施設の充実《新規》

- 老人保健施設は、在宅との架け橋であり、地域ケア推進の鍵の一つです(図 3-2-19)。
- 老人保健施設は、「終の棲家」である特別養護老人ホームとは異なります。適切なリハビリテーションを行い、在宅復帰につなげる機能と、在宅サービスを行い、在宅生活を支援する機能といった地域ケア推進に向けた重要な役割を担っています(図 3-2-20)。
- しかしながら、今の老人保健施設は、特養的運営がなされている、地域づくりができていないといった指摘があります。
- 県としては、老人保健施設におけるリハビリテーションに関するデータの集積と、退所後のケースカンファレンスを実施するモデルの老人保健施設を募集・設定し、老人保健施設を中核に、介護支援専門員、地域包括支援センターその他の地域の社会資源との連携を促進する事業を行っていきます(図 3-2-21)。

地域ケア推進の鍵の一つは、在宅との架け橋である「老人保健施設」にある

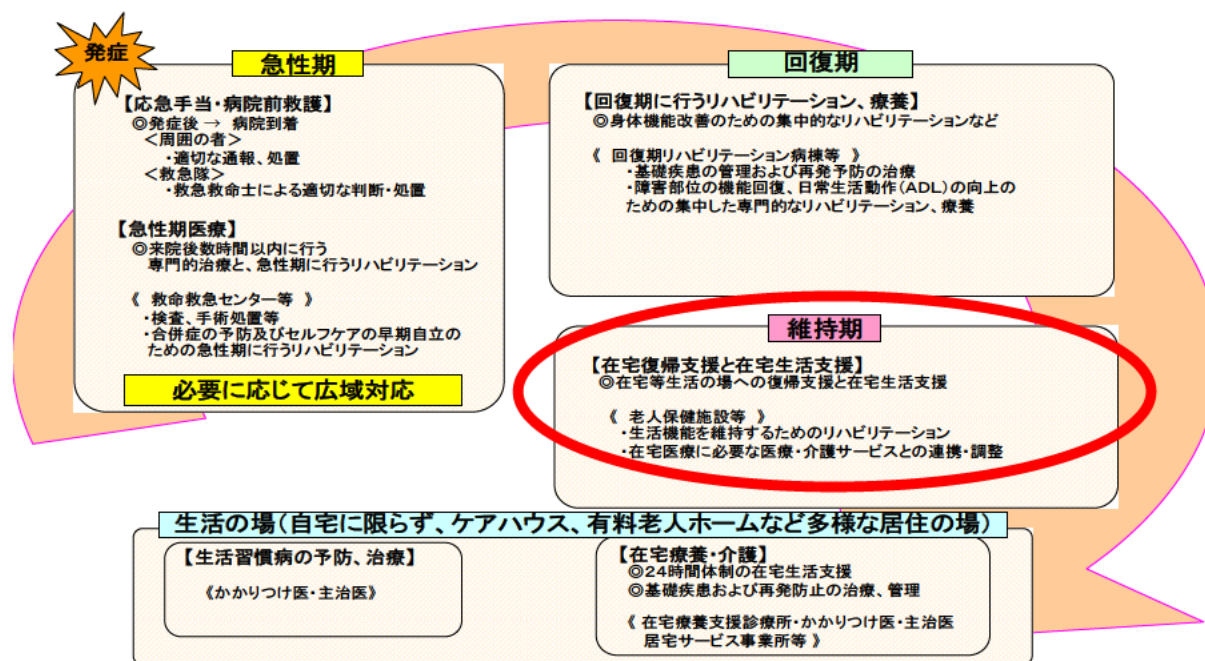


図 3-2-19 在宅との架け橋である老人保健施設

老人保健施設の2つの役割

- 老人保健施設は、「終の棲家」である特別養護老人ホームとは役割が異なる。
- 適切なリハビリテーションを行い、在宅復帰につなげる機能と、在宅サービスを行い、在宅生活を支援する機能といった地域ケア推進に向けた重要な役割を担う。



図 3-2-20 特に強化が求められる老人保健施設の役割

データ集積・退所後ケースカンファレンスを実施することにより、老健を地域ケアの中核へ

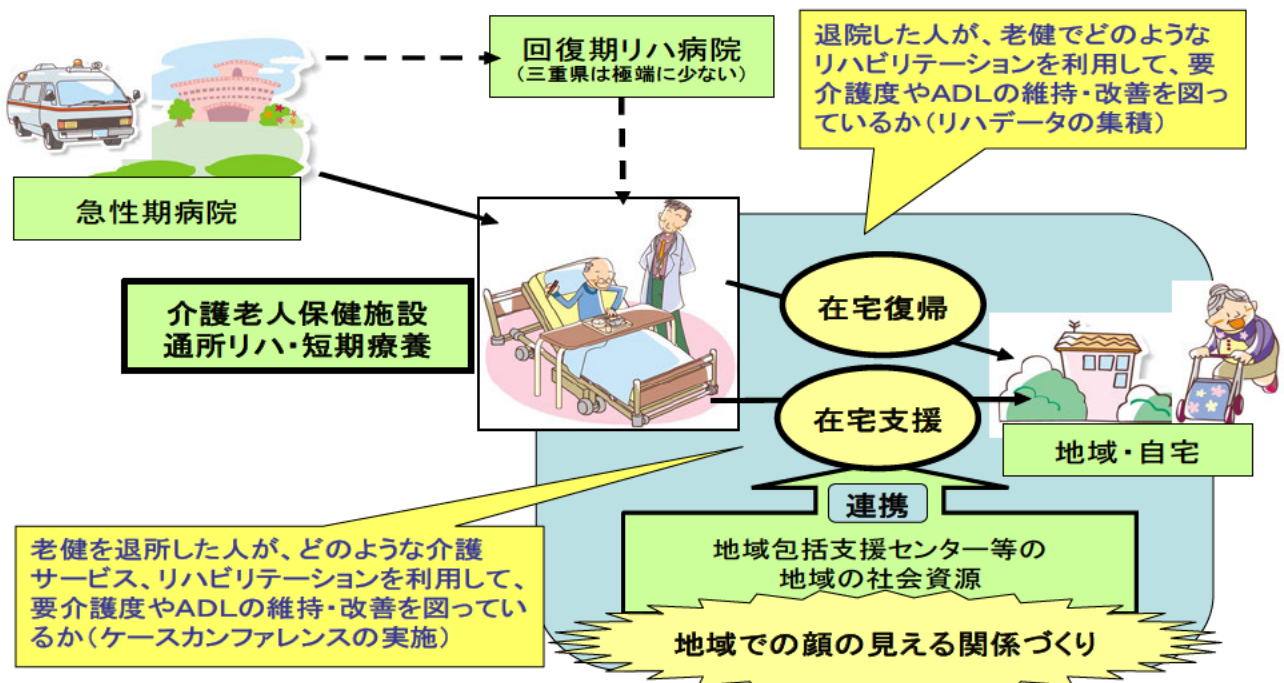


図 3-2-21 老人保健施設を地域ケアの中核に

(5)在宅療養支援診療所を始めとする地域での生活を支える医療の充実《継続改善》

- 在宅で安心して療養生活を送り続けるためには、24時間の医療・看護体制、急変時の緊急入院体制、介護支援専門員を始めとする介護との連携、終末期の看取りといった体制が必要であり、こうしたニーズに応えるものとして、2006(平成18)年度に導入された**在宅療養支援診療所の果たす役割はますます大きくなります。**
- 2008(平成20)年6月1日現在、県内では120箇所の在宅療養支援診療所が届けられていますが、地域における在宅療養患者への支援体制を確立するため、在宅療養支援診療所の一層の整備促進が必要です。在宅療養支援診療所の届出はしたものの、在宅での看取りや、訪問看護ステーション・介護支援専門員等との協働・連携がシステムとして確立されていない診療所も多いという指摘があります。
- 関係団体に一層の取組を求めていくとともに、**24時間体制を整えるためには複数の医師・診療所の連携も必要**であることから、医師・診療所間のコーディネートを進めていきます(図3-2-22、図3-2-23)。
- また、在宅療養支援診療所に限らず、訪問看護・在宅介護との連携を図りつつ、往診や訪問診療による在宅医療を軸に、「**地域での生活を支える医療**」に取り組む医師の**確保**が重要になってきます。関係団体と協働で、**地域医療・保健・福祉を担う幅広い能力を有する医師の養成を支援**していきます。

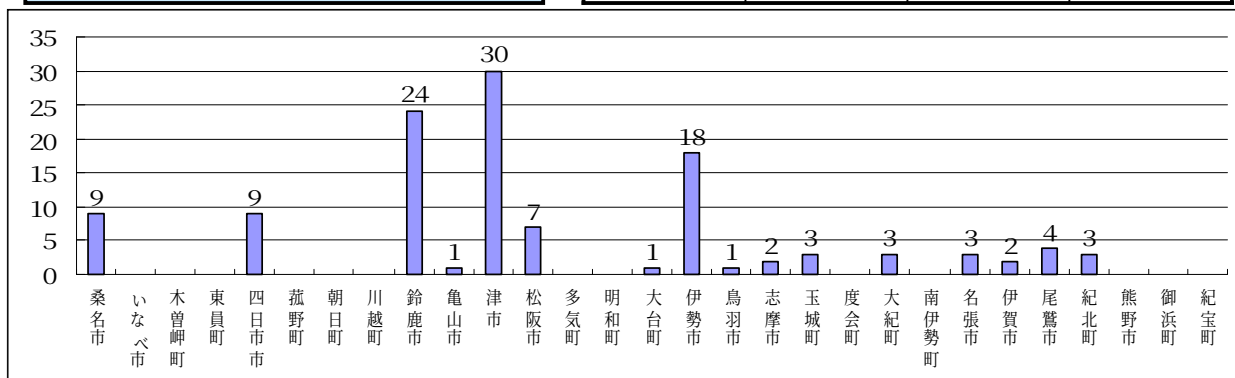
充実が求められる在宅療養支援診療所

- 平成18年度の診療報酬改定で導入されたもの。
- 在宅医療を提供している患者からの連絡を24時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所のこと。また、症状が急変した際の緊急入院体制・終末期の看取りの体制も整えておくことが求められる。
- 現在、県内で120か所の登録があるが、質量、共に充実が必要。

(在宅療養支援診療所の主な要件)

- ・24時間の連絡体制
- ・24時間の往診
- ・24時間の訪問看護
- ・緊急入院の体制確保
- ・介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携
- ・在宅看取り数の報告

	在宅支援診療所数	65歳以上人口10万人あたり	人口10万人当たり
三重県	120件	28.5件	6.4件
全国	10,519件	38.3件	8.2件

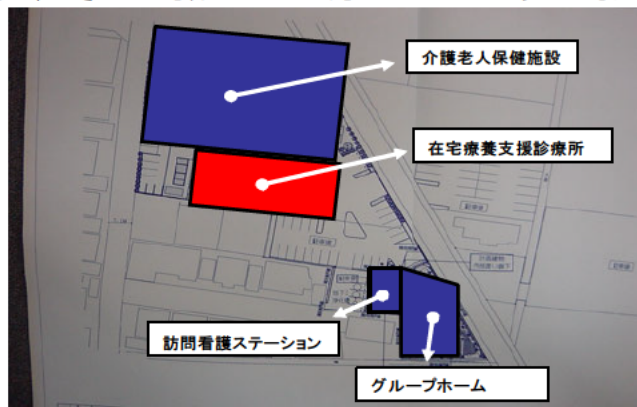


在宅療養支援診療所数は、WAMNET調べ(平成20年6月現在)
人口及び65歳以上人口は「年齢別人口(平成19年10月1日現在)」(三重県政策部統計室)による

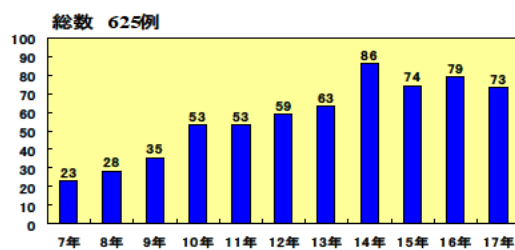
図3-2-22 在宅療養支援診療所の状況

ある在宅療養支援診療所の実績

複合的に在宅支援を行っている医療法人
(緑の風・津市)の例



H7年～H17年の11年間における看取り症例



H7年～H17年の11年間における看取り例の内訳

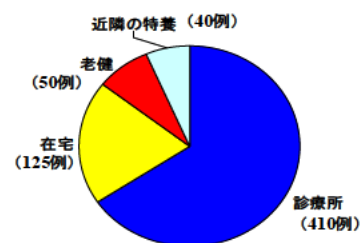


図 3-2-23 ある在宅療養支援診療所の実績

(6)訪問看護を始めとする維持期ケアの充実《一部新規》

- 在宅でのケアの中核を担う訪問看護ステーションですが、1事業所当たりの従事者数は少なく、経営規模も小さくなっています。このため、我が国は諸外国と比べ、訪問看護の供給量は不十分で、在宅における看取り件数が少ないことにもつながっていると指摘されています(図 3-2-24)。
- 三重県の訪問看護ステーションの従事者数及び事業者数は、人口当たりではほぼ全国平均水準であるものの、介護保険制度導入後、事業者数は伸び悩んでおり、サービス量も全国平均を下回る状況です。
- 請求事務や相談等の周辺業務に追われているという指摘もあり、**周辺業務の軽減を図り、看護の専門職としての能力を発揮できる環境を整備**することが必要です。
- このため、県としては、周辺業務の軽減等の役割を担う**広域対応訪問看護ネットワークセンターを設置**するなど、**訪問看護サービスの安定的な供給を確保するための取組を進めていきます。**
- 広域対応訪問看護ネットワークセンターでは、①請求事務の集約化、②利用者・家族からの相談等を受ける相談窓口の設置、③医療材料等の効率的供給システムの整備、等の事業を行っていきます(図 3-2-25)。
- また、三重県は訪問リハビリテーションの供給量が全国と比べて極端に少なくなっています。リハビリテーションの職員は、「病院であれば、チームで仕事ができる一方で、訪問サービスは通常一人で対応が求められることから、ケアに不安がつきまとう」という指摘があります。地域ごとのリハビリテーションのネットワークがこれらの不安解消に向かうとともに、地域の介護支援専門員との連携促進につながることから、**リハビリテーション職員のネットワーク構築を支援**していきます。

三重県は訪問看護・訪問リハの供給量拡大が必要

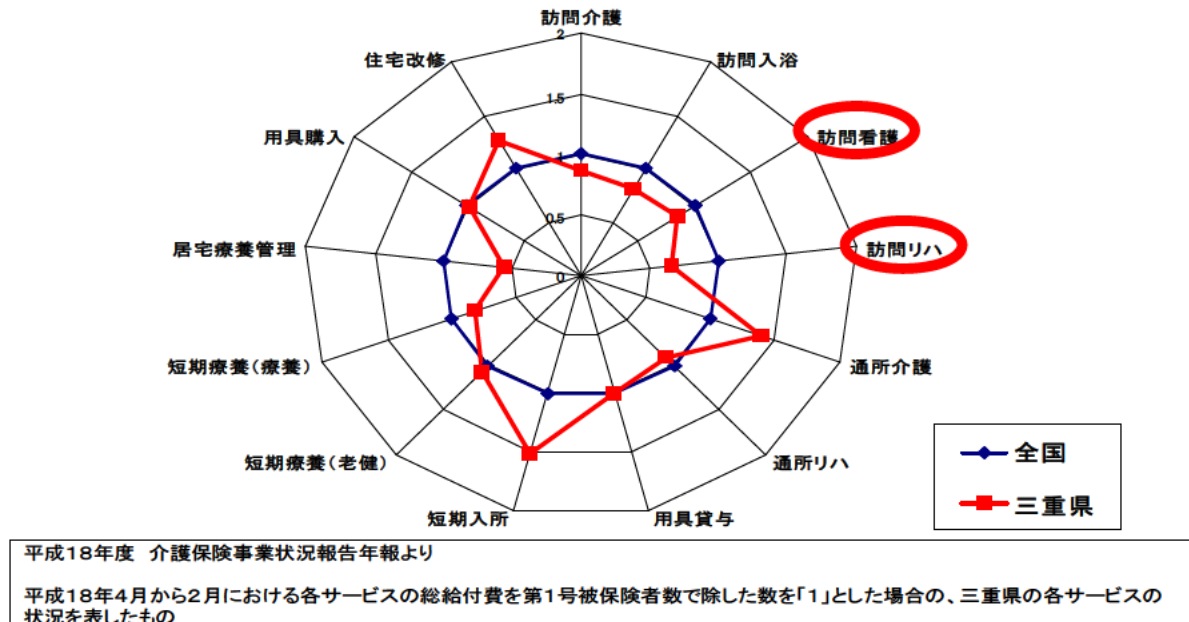


図 3-2-24 訪問看護・訪問リハの供給量（三重県と全国の比較）

在宅療養の中心的役割を果たす訪問看護を支援

【患者・家族等】…在宅療養に対する患者、家族の不安
【訪問看護ステーション】…人手不足、訪問看護サービス提供以外の業務により利用者・家族のニーズに応えることが困難

在宅への意向が
困難

1 三重県訪問看護推進協議会の設置

広域対応訪問看護ネットワークセンターの運営方法を含む、訪問看護サービスの安定的な供給を確保するための取組を検討

2 広域対応訪問看護ネットワークセンター事業

請求業務等支援事業

・訪問看護ステーションより送付された記録等を基にレセプト作成、利用者へ料金請求等
・看護記録を基にデータ処理を行い、実績等を資料化し、訪問看護ステーションへ提供

コールセンター支援事業

・利用者・家族からの相談受付、内容により適宜訪問看護ステーションへ連絡
・利用希望者、医療機関等からのサービス利用の相談対応や、訪問看護ステーションの情報の発信

医療材料等供給支援事業

・訪問看護ステーションからの依頼を受け、医療材料等を手配

訪問看護事業の推進

●利用者・家族のニーズに応える質の高い看護の提供
●安全・安心の療養環境



在宅へのスムーズな移行



国のモデル事業
で実施予定

図 3-2-25 訪問看護支援事業

【コラム 13】

リハビリテーション職員の連携～松阪・多気地区訪問リハビリテーション連絡協議会、通所リハビリテーション連絡協議会の取組から～

- 松阪・多気地区では、2006(平成 18)年 8 月から、「訪問リハビリテーション連絡協議会」(大西恵美子会長・松阪地区医師会訪問看護ステーション)が立ち上がっています。
- 当該地区にある急性期病院・回復期病院・訪問リハビリを行っている事業所及び施設間の連携の強化と、事業所・施設の実態の把握、さらには、訪問リハビリスタッフの知識・技術の向上を目的としています。
- これまで、年 2 回のペースで研修会を実行し、急性期病院・回復期病院・老人保健施設の職員の方々の参加も募っています。
- 研修会の内容は、「訪問リハビリテーションに望むこと」といった講演会のほか、「呼吸の基礎」「嚥下について」といったリハビリ技術の研修を行ってきました。
- 当該地区には、病院や事業所・施設の PT・OT・ST が一同に集まって何かをするということがなかったために、この協議会がそれを取りまとめた形になりました。
- その後、2007(平成 19)年度の後半からは、脳卒中の地域連携クリティカルパスの話が出てきて、維持期の充実が問われるようになってきました。
- このため、訪問リハビリの連絡協議会とは別に、「通所リハビリテーション連絡協議会」も立ち上げました。
- 「通所リハビリに従事する療法士に夢と希望を与える活動をしたい」(木村圭佑会長・医療法人松徳会 花の丘病院)ということであり、県としても、このようなリハビリテーション職員のネットワーク構築を支援していきます。

【コラム 14】

「療養通所介護」～なでしこ津の取組から～

- 通常の通所介護・通所リハビリテーションとは、違った「療養通所介護」といったサービスがあります。療養通所介護は、難病等を有する重度要介護者又はがん末期の者であって、サービスの提供に当たり常時看護師による観察が必要なものを対象としています。また、1日の利用定員の上限は従来までは5人までとされ、利用者に対する従業者の数も、利用者1.5人に対して1人とされています。
- 三重県においては、唯一、「社団法人 三重県看護協会」が開設する「療養通所介護 なでしこ津」があります。「療養通所介護 なでしこ津」では、2008(平成20)年8月現在で、要介護度4・5の利用者が8割程度を占めており、日々のサービスの提供にあたっては、概ね1対1を超える従業者により提供されています。



- また、「療養通所介護 なでしこ津」は、訪問看護ステーションを併設しており、サービスの提供にあたっては、訪問看護との組み合わせにより、在宅における利用者及び家族等の希望・課題を把握し、個別ケアが行われております。
- 医療ニーズが高くターミナル期を迎えている利用者が、在宅での生活を続けていくためには、家族等への支援も不可欠であり、訪問看護との連携により提供される療養通所介護がますます必要とされています。
- 療養通所介護は、その利用者像からして、事業所において、利用者と接するだけでなく、家族等の介護者や他のサービス提供者と協働して、一つ一つの課題をカンファレンスして、チームによる個別ケアをしていきます。そのため、スタッフには、看護・介護の技術力とともに、対話力など豊富な現場経験が求められます。
- 療養通所介護の事業所数が増えない理由は、多々挙げられますが、事業所数を増やし、必要な方に必要なサービスを提供するには、まず、現場がその必要性を自ら認知するところから始まります。より多くの看護師・潜在看護師に、療養通所介護の現場を体験していただき、現場から普及・啓発していく必要があります。

(7) 地域包括支援センターによる主治医と介護支援専門員の連携支援《継続改善》

- 高齢者の地域での生活を支えるためには、介護支援専門員の退院時ケアカンファレンスの参加と、主治医と介護支援専門員との日々の連携が重要となりますが、介護支援専門員には医療系が少ないといった課題があります(図 3-2-26)。
- このため、介護支援専門員ひとりひとりの個人の力に頼るのではなく、地域包括支援センターを中心に、組織立って、地域ごとに医療連携を構築することが必要となっています。
- 既に一部の地域包括支援センターで、介護支援専門員の医療連携を支援している取組が行われつつありますが、県としても、介護支援専門員・地域包括支援センターに対して、退院連携・医療連携のための研修会を開催するなど、支援を行っています。

地域での生活を支える医療 ～主治医と介護支援専門員の連携が鍵～

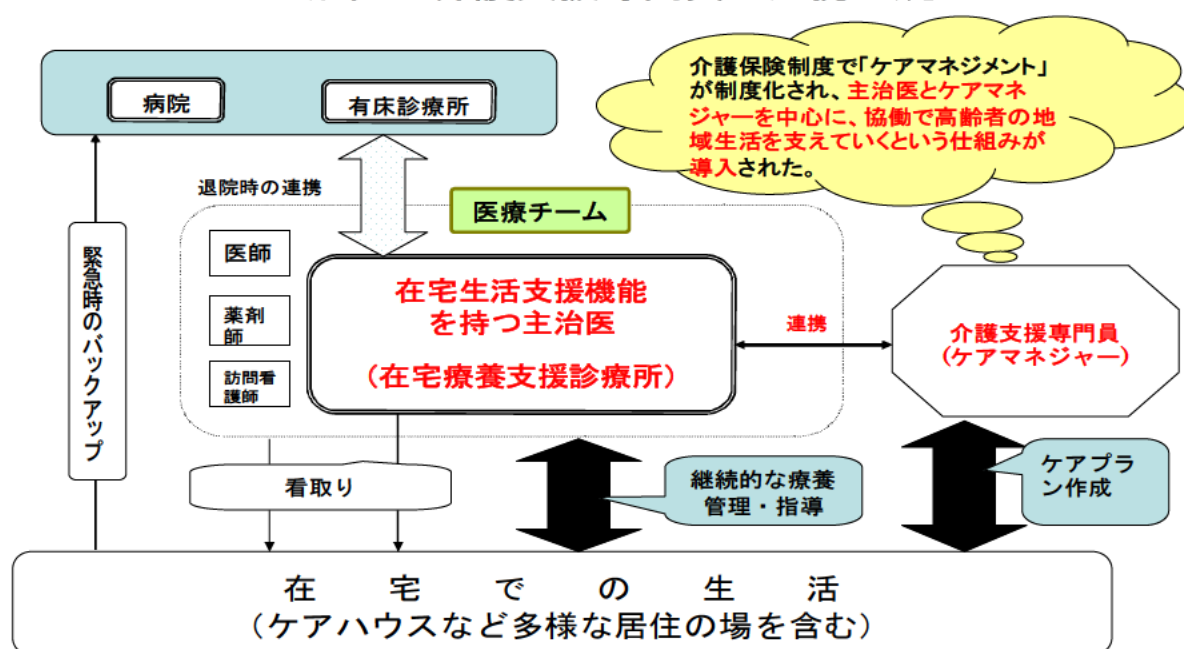


図 3-2-26 主治医と介護支援専門員の連携

(8) 認知症専門医療の充実・介護との連携強化《新規》

- 我が国の認知症対策は、専門医療を提供する医師の不足や、診断手法・治療法の未確立もあり、これまでは、介護サービスの提供を中心とする対応が行われてきました。しかし、近年、PET(Positron Emission Tomography; ポジトロン断層法)やSPECT(Single Photon Emission Computed Tomography ; 単一光子放射断層撮影)といったコンピューター診断システムの開発・改良が図られ、診断技術は格段に向上するとともに、アルツハイマーの進行を遅らせる薬の開発も進みました。
- こうした環境の変化を踏まえ、これからの認知症対策は、介護サービスのみならず、本人や家族、かかりつけ医等の気づきを早期の確定診断につなげることを出発点として、的確かつ包括的な療養方針を策定し、医療と介護の密接な連携の下に適切なサービスを提供することに転換を図ることが必要です。
- 県としては、現在、保健医療圏域ごとに指定している「老人性認知症センター」を「認知症疾患医療センター」に改組し、専門医療相談、鑑別診断、合併症・周辺症状への対応、地域包括支援センターとの連携等を行うものとして位置付け、認知症専門医療の充実と、介護との連携強化を図ります。
- また、認知症疾患医療センターの所在する市町の地域包括支援センターに「認知症連携担当者」を置き、認知症疾患医療センターと連携を図りつつ、医療から介護への切れ目のないサービスを提供します(図3-2-27)。

認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携

認知症疾患医療センターの「連携担当者」と地域包括支援センターの「認知症連携担当者」が連携し、切れ目のない医療と介護のサービスを提供するとともに、地域ケアに対する専門的な支援を実施

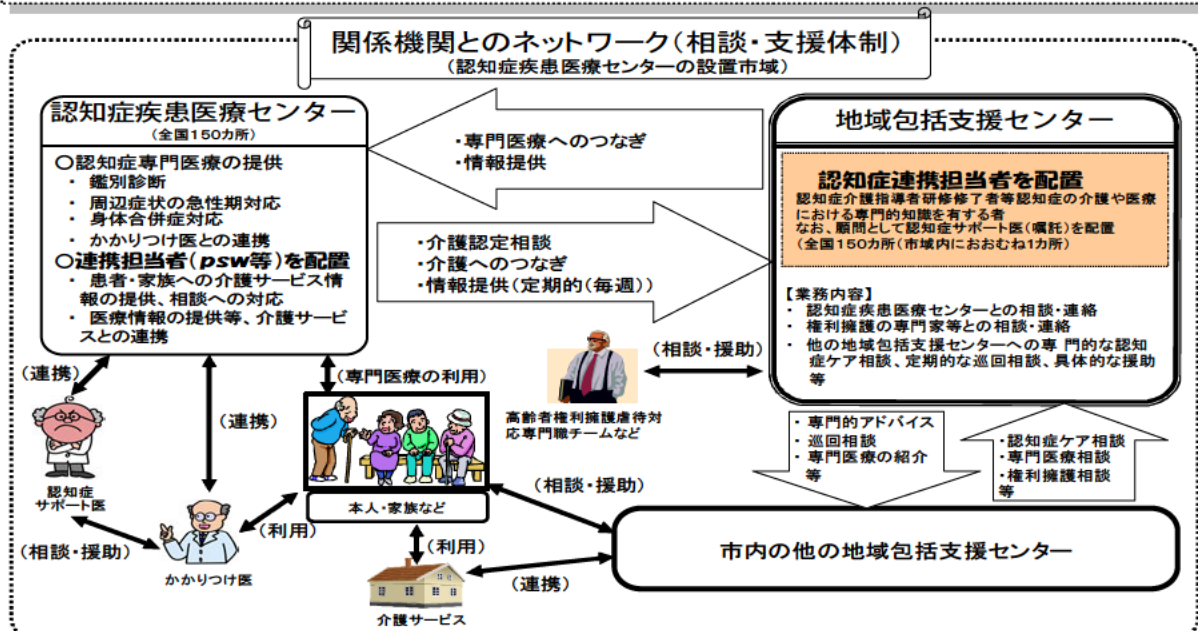


図3-2-27 認知症疾患医療センターと地域包括支援センターの連携