

⑧ 地域包括ケアの実現

現状と課題

高齢化の進展に伴う要介護認定者の増加、療養病床の再編成等を踏まえ、介護サービスを中核に保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動も含めた連携によって、地域のさまざまな資源を統合した地域包括ケアの提供が必要とされています。

介護療養型医療施設を廃止し、療養病床を医療療養病床と介護施設等に再編する療養病床の再編成が進められる一方で、急性期から回復期、維持期を経て在宅復帰まで医療と介護で連携した切れ目のないサービス提供が求められるなど、医療と介護における機能分化と連携、多職種協働の必要性が高まっています。³⁵

特別養護老人ホーム等の介護保険施設や認知症高齢者グループホーム等の居住系サービスにおいて、利用者の高齢化及び重度化が進む中、介護現場における医療及び看護の必要性が増加しており、重度者への看護や看取り等医療・看護サービスと連携した対応がこれまで以上に課題となっています。³⁶

また、できる限り自宅や住み慣れた地域での生活を維持することができるよう、在宅療養の体制整備が求められています。

このため、訪問看護等、在宅療養を支えるサービスの充実や積極的活用を促すような取り組みとともに、介護支援専門員と主治医等との間で課題を共有³⁷し、急変時には入院が可能な体制を事前に整備しておくことが重要となっています。

³⁵ 看取り加算や医療連携加算等介護施設等における医療提供や医療連携が介護報酬上の加算として評価され、また退院時カンファレンスへの介護支援専門員の参加が診療報酬上の加算として評価されています。ただし、医療機関から介護支援専門員に対する退院時カンファレンスへの出席依頼は5割程度に留まっています。

³⁶ 県内の特別養護老人ホーム116施設に対して行ったアンケートでは、平成19年度の死亡退所者数1,013人のうち施設内死亡が503人(49.7%)で医療機関等の365人(36.0%)を上回っています。死亡退所者のうち看取り加算算定は173件、重度化加算を算定している施設は98施設で調査施設の84%となっています。

³⁷ 介護支援専門員に対して行ったアンケート調査では、主治医や医療機関との連絡調整に最も負担を感じるという結果もあり、退院時カンファレンスの介護支援専門員の参加状況からも、関係者間での連携を進めていく必要があります。

目指すべき方向

● 関係計画を踏まえた取組み

本県は平成20年3月に「熊本県地域ケア体制整備構想」、「第5次熊本県保健医療計画」及び「熊本県における医療費の見通しに関する計画」を策定しており、これらを踏まえた体制整備を行い、地域包括ケアの実現に取り組めます。

< 熊本県地域ケア体制整備構想 P2 >

保健・福祉・医療の専門職やボランティアなど地域の様々な資源を統合した包括的なケアを提供するなど、医療と介護のサービスが相互に連携し、切れ目なく一体的、複合的に提供されることが必要です。

● 地域連携パスの構築

医療機関に入院した患者が、退院後に介護老人保健施設等の介護施設や在宅療養に到るまで、切れ目なく円滑に移行する道筋を「地域連携パス」と位置づけ、医療機関と介護施設の担当者、介護支援専門員、訪問看護事業所等の間で介護施設や在宅への移行後の課題が共有され、必要なサービスが退院後も継続して提供されるよう連携を進めます。

● 介護施設等における看取りを含めた医療・看護提供の充実

特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム、自宅に替わる「住まい」として位置付けられている有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅の利用者に対し、看取りへの対応も含めた医療・看護サービスが提供される体制を推進します。

● 在宅療養支援体制の整備

介護支援専門員、主治医、介護サービス事業所、医療機関の間で情報の共有や連携したサービスの提供を進めるとともに、地域包括支援センターと訪問診療等を実施する医療機関、訪問看護事業所等の連携による在宅療養支援体制の整備に取り組めます。³⁸

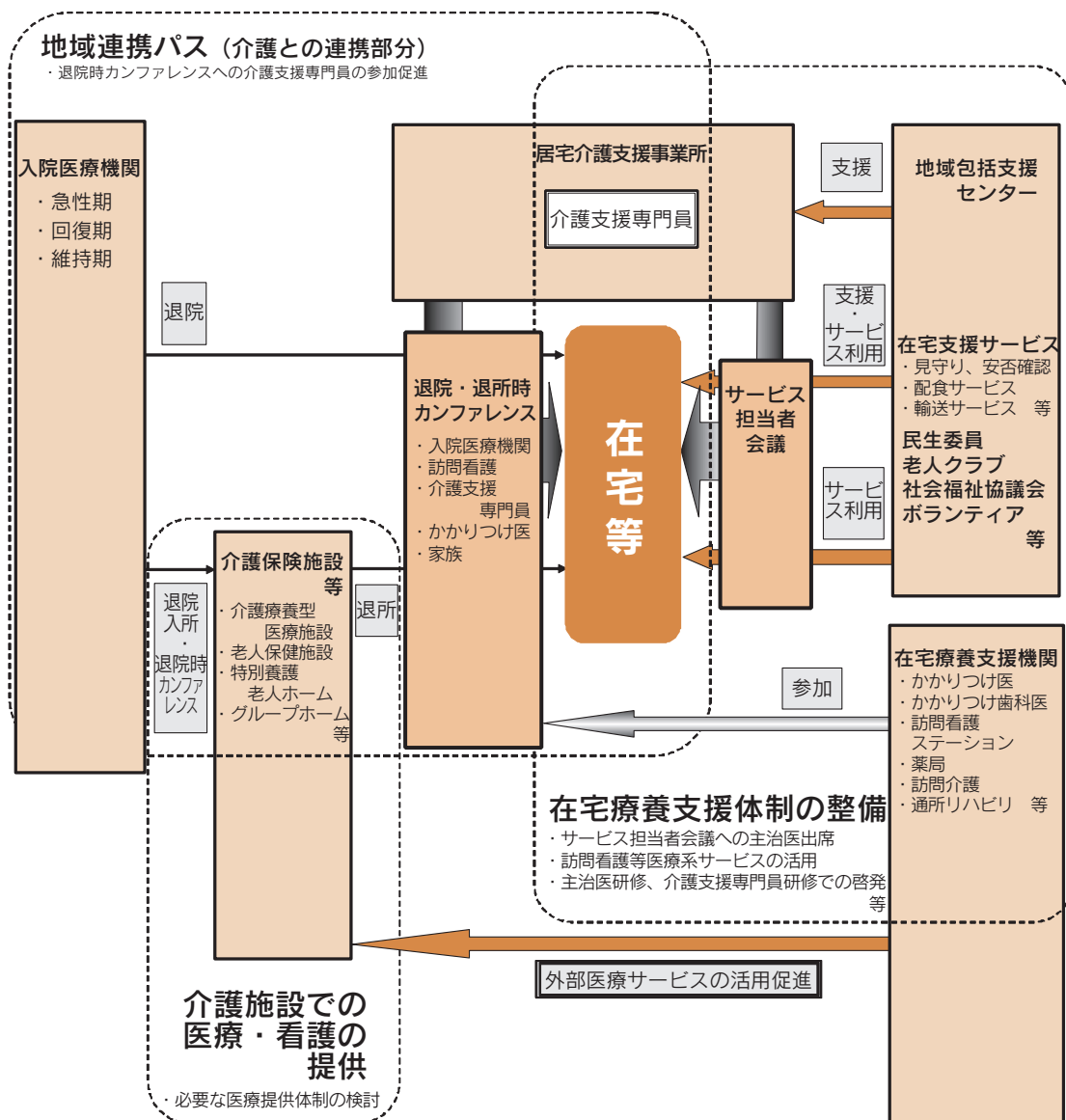
また、行政サービスに加え、民生委員や地域自治会等、在宅に身近な協力体制を重要視し、地域ケアの力（地域福祉力）を高めていきます。

³⁸ 第5次熊本県保健医療計画（平成20年度～24年度）において、往診や訪問診療等を実施する医療機関や訪問看護ステーションの増加を目指しています。

<熊本県地域ケア体制整備構想 P26 >

できる限り在宅医療や在宅サービス、加えて近隣や民生委員等による見守りやユニバーサルデザインに配慮した住居等の充実を図ることにより、地域での療養や生活を支える地域ケアの体制を整備することが必要になると考えます。

地域包括ケアの実現



主要な施策

●地域連携パスの構築

■退院時カンファレンスの推進

医療機関から介護老人保健施設等の介護施設や在宅療養への移行が円滑に進み、退院後も継続して必要なサービスが提供されるよう、退院する際に開催される退院時カンファレンスに、介護施設の担当者や地域の介護支援専門員、訪問看護事業所の担当者等の参加を促し、課題を共有する仕組みを推進していきます。³⁹

<数値目標>

在宅に復帰する場合の退院時カンファレンスの実施率

	平成 20 年度	目標（平成 23 年度末）
退院時カンファレンスの実施率	45.3%	55.3%
上記のうち、介護支援専門員の出席率	45.7%	55.7%

■退院前訪問における介護支援専門員の同行

住宅改修等退院までに在宅療養が可能な環境を整えるため、退院に先立って医療機関が入院患者宅を訪問する場合に、介護支援専門員が同行するようにしていきます。

●介護施設等における看取りを含めた医療・看護提供の充実（再掲）

平成 21 年度介護報酬改定において新たに評価された手厚い看護職員の配置（介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設）等の措置が事業所において積極的に活用されるよう努めます。

また、特別養護老人ホームや認知症高齢者グループホーム、有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅等の介護施設等において必要とされる医療・看護サービスが提供されるための体制を検討します。

そのうえで、医療機関や訪問看護の利用を促進するとともに、制度上の課題については整理のうえ、国に解決策を提案することによって体制の充実を図ります。

³⁹ 退院時の状態像によって、介護サービスの調整だけでなく、住宅改修が必要になる場合もあり、適切なカンファレンスの開催時期はケース毎に異なります。また、急変時の対応等も含めた退院後の在宅療養生活を支援するために必要な医療と介護の情報が共有されることが重要です。

● 在宅療養支援体制の整備

介護支援専門員、主治医、介護サービス事業所、医療機関の間での情報共有の必要性や連携の在り方について、各種の研修会等で示すとともに、地域包括支援センターや在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の連携による在宅療養支援体制の整備に取り組めます。

その際、介護サービス事業所や医療機関だけでなく、民生委員や地域自治会、老人クラブ等、地域毎の社会資源⁴⁰も考慮しながら、連携を推進していきます。

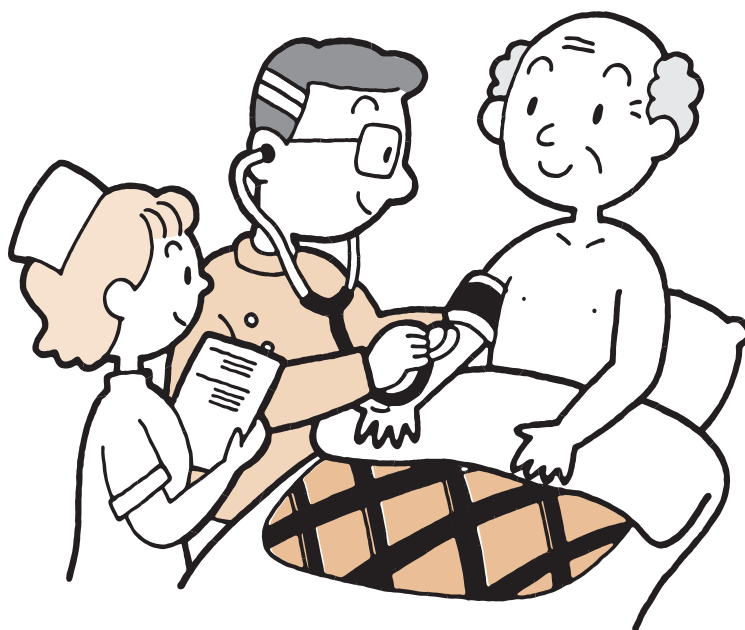
医療や介護の専門サービスだけでなく、見守りや傾聴ボランティア等、地域住民による支援体制の構築にも取り組めます。

また、市町村職員に対する研修等の支援も行います。

<第5次熊本県保健医療計画 P57 >

広く県民及び関係者を対象に、在宅医療（医科・歯科）を行う医療機関や訪問看護ステーションの活動内容を紹介し、普及啓発に努めます。

訪問看護に関する研修会や在宅緩和ケアについてのフォーラムなどを各地で開催することで、訪問看護を広く周知し、医療ニーズの高い患者も含めた在宅療養者の増加を目指します。



⁴⁰ 市町村によっては、通院サービスや緊急通報装置の設置等の行政サービスのほか、民生委員や自治会、老人クラブ、社会福祉協議会等が実施する見守りサービス等を通じて安否確認がなされている地域があります。