

在宅医療推進事業の取り組み

滋賀県健康福祉部医務薬務課

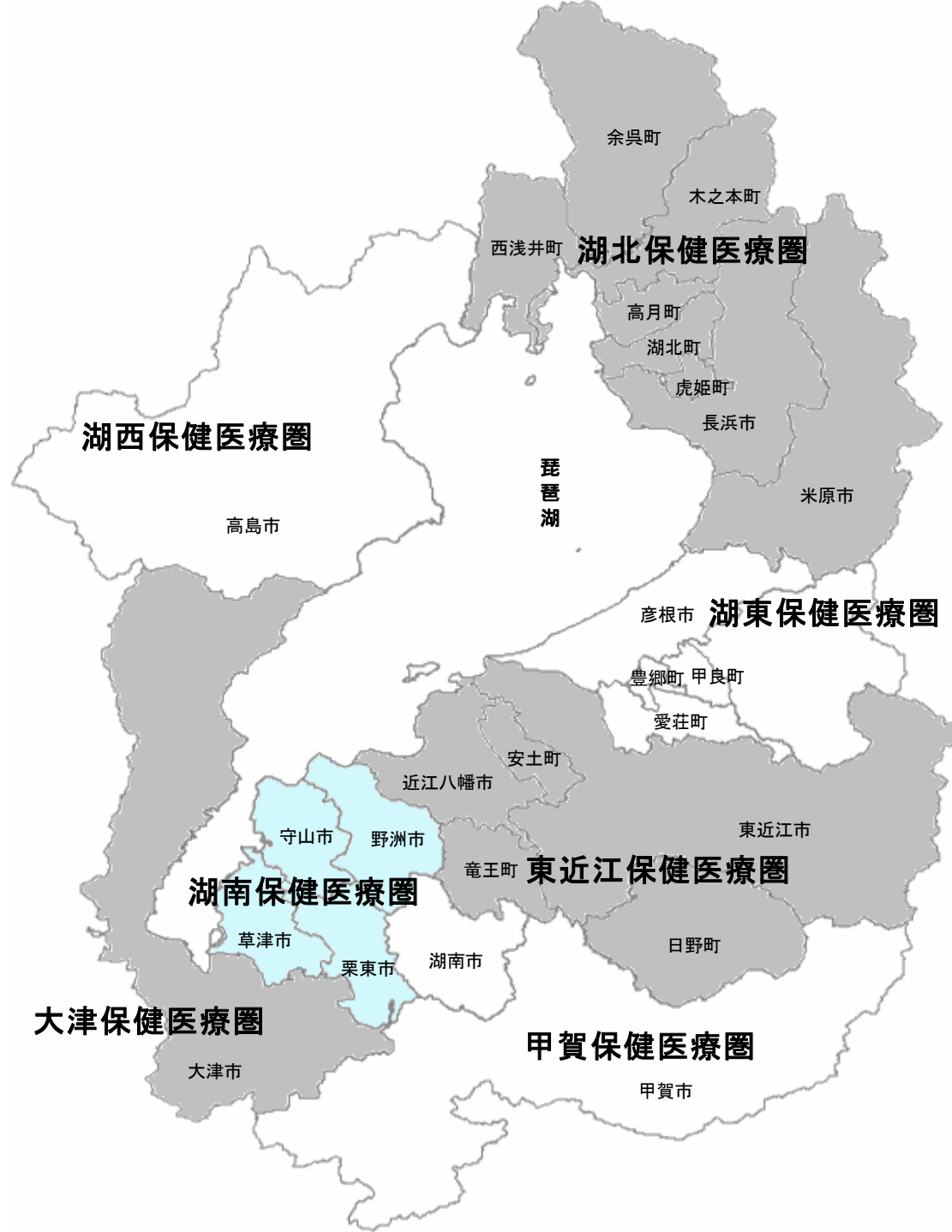
竹内 美知枝

滋賀県における在宅医療の取り組み

- (1) 滋賀県の概要
- (2) 在宅医療推進事業の位置づけ
- (3) 在宅医療推進事業の取り組み経過
- (4) 在宅医療推進事業の取り組みおよび結果
- (5) 平成19年度の主な事業について
- (6) 在宅医療推進事業の課題
- (7) 在宅医療推進事業の今後の展望

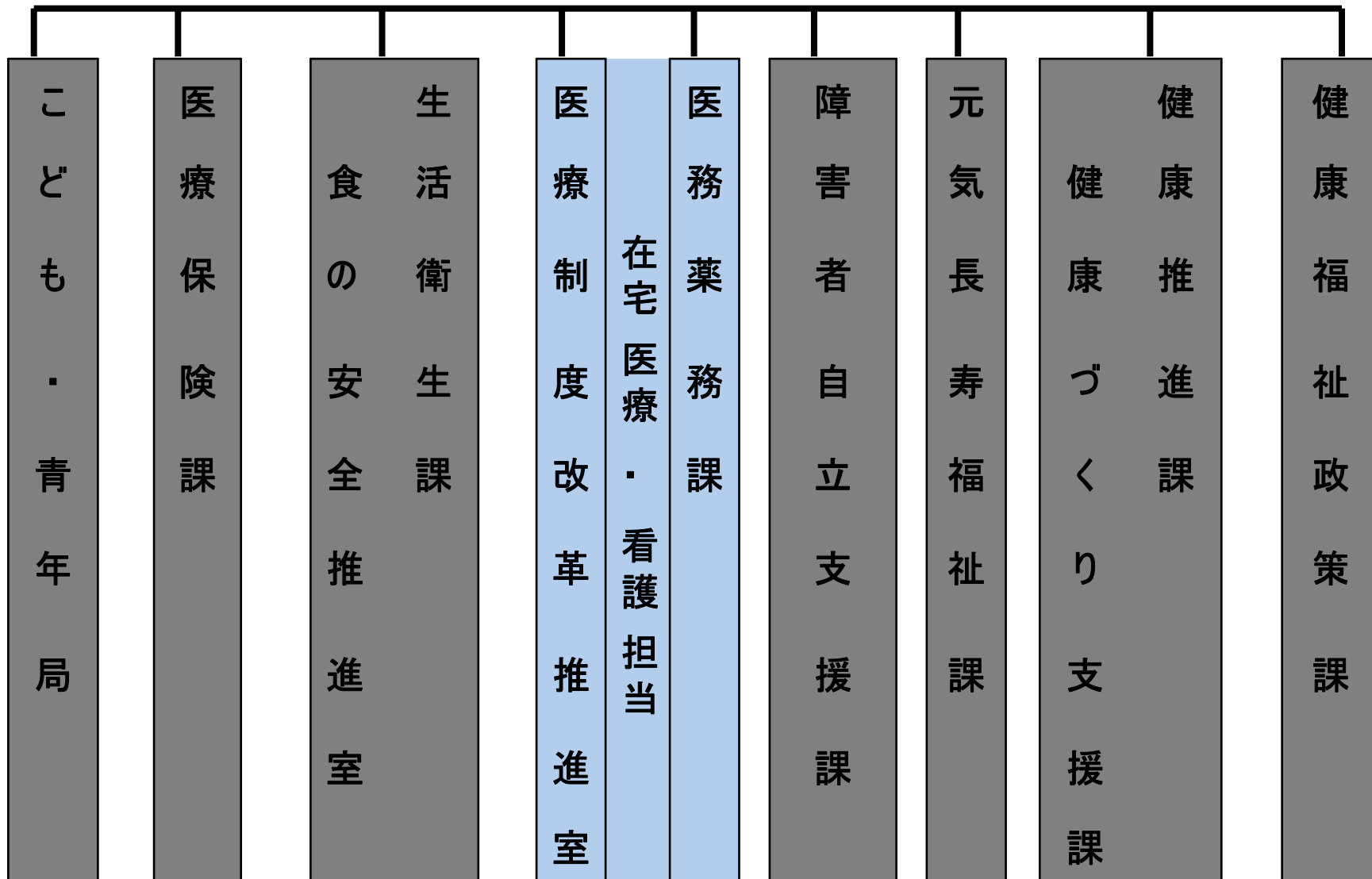
(1) 滋賀県の概要

- 面積 4,017平方キロメートル、1／6が琵琶湖
- 人口 139万人
- 高齢化率(H19.4.1) 全県18.9 湖北22.7
- 二次保健医療圏(7圏域)
- 医療資源
 - ・病院(61)・在宅療養支援診療所(55)
 - ・訪問看護ステーション(61)
 - ・地域医療支援病院(大津圏域2カ所)
- 在宅での死亡割合(H17)県14.2%全国12.2%
- 行政組織図



行政組織図

健康福祉部



(2) 在宅医療推進事業の位置づけ

■ 保健医療計画(平成15年)

地域医療体制の整備

■ 滋賀県重要施策大綱(平成19年度)

・県民が安心できる暮らし政策

・質の高い医療サービスの提供体制の整備

・在宅医療等推進事業

■ 予算・重要施策にのせる、国庫補助を取り込む

	予算要求額	当初予算額	一般財源
H16	44,350千円	2,400千円	1,200千円
H17	31,957千円	31,957千円	1,200千円
H18	38,000千円	38,000千円	4,200千円
H19	45,423千円	44,423千円	10,363千円

(3) 在宅医療推進事業の取り組み経過

- 事業に取り組んだ理由
 - 背景
 - 現状と課題
 - 目標
 - 施策

「在宅医療推進事業」

背景

- 患者のQOLの向上………住み慣れた家庭・地域での療養生活を希望
- 切れ目のない医療の提供……地域診療ネットワークの構築が必要
- 医療制度改革………平均在院日数の短縮化

現状と課題

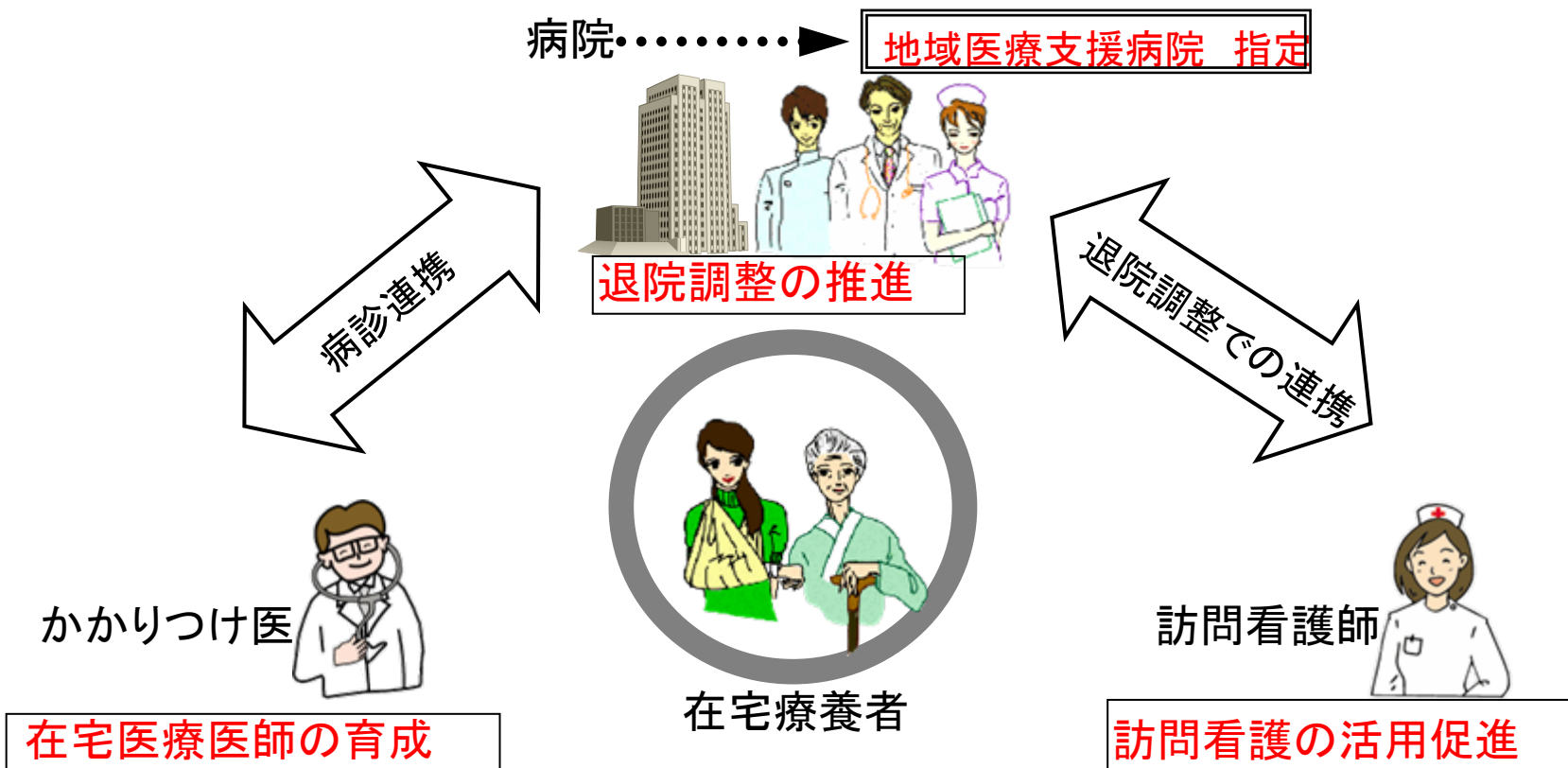
- ・**地域医療支援病院**が**大津医療圏**域以外は指定されていない。地域連携が弱い。
- ・地域の医療を担う「**かかりつけ医**」の中で、在宅医療が浸透していない。負担感が大きい。
- ・病院での**退院調整**が不十分である。切れ目のない医療の提供が困難である。
- ・在宅医療の中心となる**訪問看護**が十分に活用されていない。ケアプランに組み込まれない。

目標

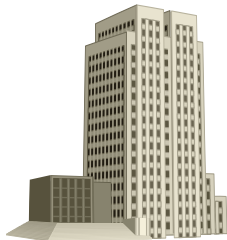
- ・病院と地域との連携、ネットワークにより切れ目のない医療の提供を行う。
- ・家族の負担軽減を目指した在宅医療を推進する。
- ・在宅看取りが可能となる選択肢を増やす。

施策の提示

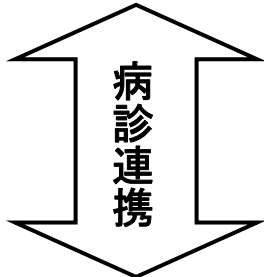
- ①在宅医療等推進協議会の開催
- ②退院調整の推進、地域医療支援病院の指定
- ③在宅医療にかかわる医師や看護師の育成、活用促進、ネットワーク形成



地域医療ネットワークのイメージ図



地域医療支援病院



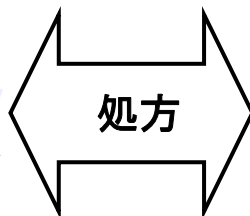
病診連携



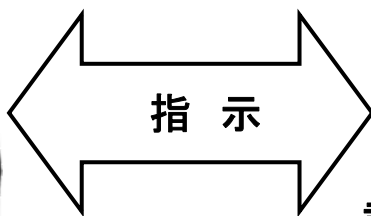
退院調整



ケアマネージャー



処方



指示



薬局



かかりつけ医



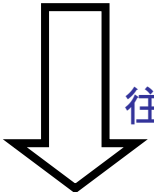
訪問看護ステーション

訪問看護の多機能化

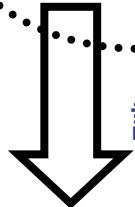
- ・通所看護
- ・かかりつけナース
- ・病院での退院調整



服薬指導



往診



訪問看護

在宅療養者

在宅医療推進事業の全体像

平成16年度	平成17年度	平成18年度
<全県>		
	在宅医療推進協議会（訪問看護推進協議会）	
	看護師相互研修事業（病院・訪問看護ステーション）・・・看護協会へ委託	
福祉施設の看護職員支援事業		訪問看護の推進 ＜訪問看護活用事例普及事業＞ 看護協会委託
		退院調整の推進 ＜退院調整アドバイス事業＞ 病院協会委託
		かかりつけ医の推進 ＜在宅医療医師育成プロジェクト＞ 医師会委託
<モデル地域>		
	在宅療養地域連携会議・在宅療養研修会・普及事業・・・長浜保健所で実施	
訪問看護ステーションの調査	在宅医療実態調査・・・長浜保健所で実施 開業医・薬局の調査	
退院調整研修会 地域医療研修会 退院調整・在宅療養の実践（5例）	退院調整等実践事業・・・長浜病院委託 地域医療実践公開講座 地域医療支援委員会の開催 退院調整・在宅療養の実践（5例） 報告書作成	地域医療支援委員会の開催 退院調整・在宅療養の実践（5例） 報告書作成
在宅医療実践報告会の開催	退院調整実践結果の取りまとめ・・・長浜保健所で実施 在宅医療実践報告会の開催 地域版プロトコルの作成	在宅医療実践報告会の開催 地域版プロトコルの作成

(4) 在宅医療推進事業の取り組みおよび 結果

平成16年度～平成18年度(3年間)

- 湖北地域モデル事業の取り組み
 - ① 長浜保健所における事業と結果
 - ② 市立長浜病院における事業と結果
- 全県の取り組み
 - ③ 医務薬務課における事業と結果
- 事業全体の成果

①長浜保健所事業

<共通認識の場>

- 在宅療養支援連携会議
- 研修会・・・在宅療養研修会（近森病院）
先進地視察（静岡市）

<実態把握>

- 在宅療養実態調査
 - ・訪問看護ステーション現況調査
 - ・在宅医療実態調査（湖北医師会）
 - ・在宅療養に必要な衛生材料の取扱店
（薬局・薬店）
 - ・在宅療養追跡調査（訪問看護の有効性）

②市立長浜病院事業

■ 退院調整等実践事業(委託事業)

<実態調査>

- ・市立長浜病院における在宅意向調査

<研修会>

- ・退院調整研修会
- ・地域医療実践公開講座

<実践>

- ・退院調整・在宅療養の実践
- ・退院後ケア調整会議

<地域医療支援病院への準備>

- ・地域医療支援委員会の開催

モデル事業の結果(その1)

- 実態調査により地域医療の実態が明らかになった。
- 会議や研修会等により圏域の関係者の共通認識ができた。
- 地域の医療機関名簿作成、病診連携が進んだ。
- 退院計画実践が進んだ。
 - ・退院調整看護師の設置
 - ・退院計画取り扱い基準を作成

(スクリーニング基準、スクリーニングチェック票、退院計画スケジュール管理、ケースシート兼退院計画アセスメント、ケースワーク依頼書)

(その2)

- 院内での地域を含めた退院調整カンファレンスが増加し、ネットワークが進んだ。
- 病院との看看連携が促進され訪問看護の件数が増加した。
- 在宅療養患者急変時対応システムができた。(You 優ながはまカード、Aiこほくカード)
- 市立長浜病院内クリニカルパス、地域連携クリニカルパスの開発が進んだ。
- 目標とした地域医療支援病院申請には至らなかった。

退院計画取り扱い基準

平成17年4月26日作成
平成18年2月6日改定

退院計画の意義と基本方針

1. 退院計画については「個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」として定義されている。これら意義を十分把握した上で実践することが重要である。
2. 退院計画を実行する上では、次の5点を原則し患者・家族が不安にならないような十分な配慮を行う。
 - ・ 早期の退院計画着手
 - ・ チームアプローチ
 - ・ 資源配分をめざしたケアプランの構築
 - ・ 患者・家族の参加と同意
 - ・ 家族をケアするという発想

退院計画スクリーニング基準

退計様式1号

退院計画スクリーニング基準

(受け持ち看護師)

疾病名 臨 疾病	患者氏名	男・女	年齢	才
	患者ID			

主疾患病名	
合併症病名	

スクリーニング項目	ハイリスク群	
(項目1) 退院希望度	<input type="checkbox"/> 自宅以外(当院養病棟・その他) <input type="checkbox"/> 未定(在宅希望であるが、必要な条件が整わない場合も含む)	<input type="checkbox"/> 自宅
(項目2) 疾病・治療の継続	<input type="checkbox"/> 意識障害・中重度から重度の障害がある <input type="checkbox"/> 医療器具・医療処置が継続後も必要 <input type="checkbox"/> 慢性疾患または、ターミナルにいたる疾患 <input type="checkbox"/> その他治療の継続が必要	<input type="checkbox"/> なし
(項目3) 日常生活自立度 (厚生労働省分類)	<input type="checkbox"/> C: ほとんど現状を要 <input type="checkbox"/> B: かなりの介助が必要 <input type="checkbox"/> A: 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> J: ほぼ自立 <input type="checkbox"/> JJ: 自立
(項目4) 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶独居	<input type="checkbox"/> 同居人あり
(項目5) 介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請できない(年齢・疾病内容)	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 認定申請中
(項目6) かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある
備考 ＊ハイリスク群のチェックの目安 <input type="checkbox"/> 1項目～3項目の3チェックがあり、さらに1項目～6項目の3項目以上にまたがっているもの → 退院計画開始(基準表を医療社会相談室に送付) <input type="checkbox"/> 上記以外→ 退院計画系該当 ＊ボリウム・肝生検・心カテ・その他検査入院は対象としない。		

項目1～項目3のうち
 チェックがあり、さらに項目1～項目6のうち3項目
 以上にまたがっているもの→退院計画開始(基準
 表を医療社会相談室に送付)

退院計画スケジュール

日付	事項	氏名 () 年齢 (才) 生年月日 (T・S・H 年 月 日) 住所 ()
H /	入院	主治医 (Dr) 科名 (科) 病棟 () 病名 ()
H /	調整看護師によるハイリスク・スクリーニング基準による検討	責任者 (N s) 注・調整看護師は病棟科長を当てる。 主な仕事 患者の特定 退院計画リーダーの決定
H /	退院計画リーダー	リーダー氏名 () 役職 () リーダーは病棟看護師を中心に、調整看護師が指名する。 主な仕事 退院までの調整の責任を負う。 カンファレンスを運営する。
H /	病棟カンファレンス	アセスメントを行う。(Dr・病棟看護師・相談室・薬剤科・リハビリ科・医事課等で構成) 問題の特定を行う。 拡大カンファレンスの参加者を決定する。
H /	拡大カンファレンス	在宅でのケアプランの立案 家族説明 診療情報提供
H /	退院計画の実施	患者家族に理解を得て、合意を得る。 必要によりプランの修正
H /	退院前カンファレンス	
H /	退院	

退計様式4号

市立長浜病院 ケースシート兼退院計画アセスメント

患者氏名		退院計画リーダー		主治医		入院日	
病歴	既往歴	高血圧	糖尿病	脂質異常症	慢性腎臓病	慢性閉塞性肺疾患	心房細動
	現在病	肺炎					
	手術歴						
	アレルギー						
	家族歴						
	社会生活						
	嗜好						
	家族関係						
	経済状況						
	その他						
同意と目標							
看護計画							
退院計画	再入院点						
	ケアプラン						
	実施と評価						

病期	入院日	退院日	主治医
病歴			
同意と目標			
看護計画			
退院計画	再入院点		
	ケアプラン		
	実施と評価		

在宅療養患者急変時対応システム (You優ながはまカード・Ai愛こほくカード) の概要

システムの概要について

(You優ながはまカード・様式1号)

当院より退院された患者で退院時に在宅主治医の参加する共同カンファレンスを開催し在宅療養支援診療所の医師が主治医となった在宅療養患者が急変し、病院で治療が必要となった場合使用するカードを言う。ただし在宅療養支援診療所以外の診療所の医師が主治医となった患者についても退院時共同カンファレンスを開催後、診療科責任部長の判断により発行できるものとする。申請については別紙様式にて申請を行い交付する。

(Ai愛こほくカード・様式2号)

在宅療養支援診療所で在宅看取りを希望され、在宅療養診療所より24時間往診可能な旨を文書にて提供されている患者で、交付希望日10日前に本人、家族の同意を得て、在宅療養支援診療所が別紙申請用紙にて申請し、当院が同意したとき発行するカードで、急変し、病院で治療が必要となった時、患者が使用するカードを言う。

事例1 (人工呼吸器を装着し在宅療養となる患者を支援した事例)

- ・ 91歳、女性、気管支狭窄、CO₂ナルコーシス
- ・ 息子(養子)、妻、孫3人

- ・ H18.2 呼吸困難入院、意識障害があり人工呼吸器装着
- ・ H18.5 在宅人工呼吸器導入を家族に説明、在宅への意向を打診
- ・ ★退院調整看護師の活動開始

- ・ 退院調整カンファレンス3回開催
参加者: 息子夫婦、主治医、かかりつけ医、病棟師長、受け持ち看護師
退院調整看護師、MSW、ケアマネジャー(業者、消防署)
内 容: 救急受診と入院バックアップを約束。病院医師のつなぎ往診
退院までの指導項目確認、技術指導の開始
在宅での問題の検討・・吸引の頻度、緊急SS、退院後の窓口
人工呼吸器トラブルの対応、回路交換
必要材料、経管栄養のカロリー、水分量
身体の高潔保持等

H18.7.6 退院

事例2 (家族の在宅看取りの希望を関係者の支援でかなえた事例)

- ・ 72歳、男性、胃癌、アルツハイマーで寝たきり
妻(71歳)、長男(42歳)、嫁(37歳)、孫2人

H18.4 誤嚥多発し胃ろう増設のため入院したところ胃癌が発見。
処置不可能なため家族は在宅を希望される。

★退院調整看護師活動開始

退院調整カンファレンス2回(在宅主治医など12人)

H18.6.27 IVHポット作製、家人に技術指導開始

H18.7.18 退院となる。

H18.9月頃 妻の介護疲れが見られる。デイサービスで入浴。

H18.10月頃 体力低下が見られる。

H18.11月頃 徐々に下降をたどっている。年内が心配。デイサービス中止。

H18.11月下旬訪問看護を医療保険に変更。

H18.12月末 終末期。緊急時の確認、訪問看護が毎日入る。

H19.1月4日 家族、主治医、訪問看護師に看取られ永眠。

○退院後の顔が入院時より穏やかであった。

○孫に人の死を迎えることの意味が伝えられた。

○医師(病院、在宅)をはじめとしたスタッフへの信頼で在宅を全うできた。

家族の声

- 退院された事例の関わりを振り返る。
→「退院後ケア調整会議」を開催

- 本人・家族
- 病院主治医
- かかりつけ医
- 退院調整看護師
- 病棟看護師
- 訪問看護師
- ケアマネジャー
- 訪問介護員

退院調整カンファレンス

- ★ 治療・ケア方針と各自役割の共有
- ★ 顔の見えるネットワーク形成

③ 医務薬務課が行った事業

< 共通認識の場 >

- 在宅医療等推進協議会

< 実態調査 >

- 滋賀県における在宅医療実態調査

(滋賀医大委託)

< 研修 >

- 看護職員相互研修事業(看護協会委託)
- 医師の在宅医療研修事業(病院協会委託)

＜訪問看護の充実＞

- 訪問看護ステーション多機能化モデル検討事業（県内訪問看護ステーション委託）
- 訪問看護活用事例普及事業（看護協会委託）
「訪問看護をうまく活用するために」を配布

＜連携＞

- 退院調整体制アドバイス事業（病院協会委託）
段階別研修および個別に9病院をアドバイス

(結果)

- 退院調整実態調査により不十分な実態が明らかとなった。9病院で個別アドバイスが実施できた。
- 地域医師会で在宅医療研修を行い在宅医療への意識を高めることができた。
- 訪問看護活用事例冊子を作成し、医師やケアマネジャーに対し普及啓発ができた。
- 在宅医療等推進協議会で各方面からの課題等について検討ができた。

在宅医療推進事業全体の成果、課題

- 3年間継続することで成果もみえてきたが、地域医療支援病院設置目標には届かなかった。
- 退院調整や退院調整カンファレンスにより事例を通じて、地域の関係者のネットワークができた。モデル病院以外の病院にも拡大することが必要である。
- 在宅療養支援診療所の届け出数が他地域より優位に高い。(医師の意識が高まった)
- 訪問看護の需要が見られたが、人員が確保できず十分な対応ができない。

(5) 平成19年度の主な事業について

■ 切れ目のない医療の推進

- ・退院調整体制アドバイス事業

新・地域連携クリティカルパス開発事業(5保健所)

■ 家族の負担軽減を目指した在宅医療の推進

- ・医師の在宅医療研修事業

新・24時間在宅ケアシステム研究事業(滋賀医大)

■ 在宅看取りの選択肢を増やす

新・在宅ホスピスケア推進モデル事業(2保健所)

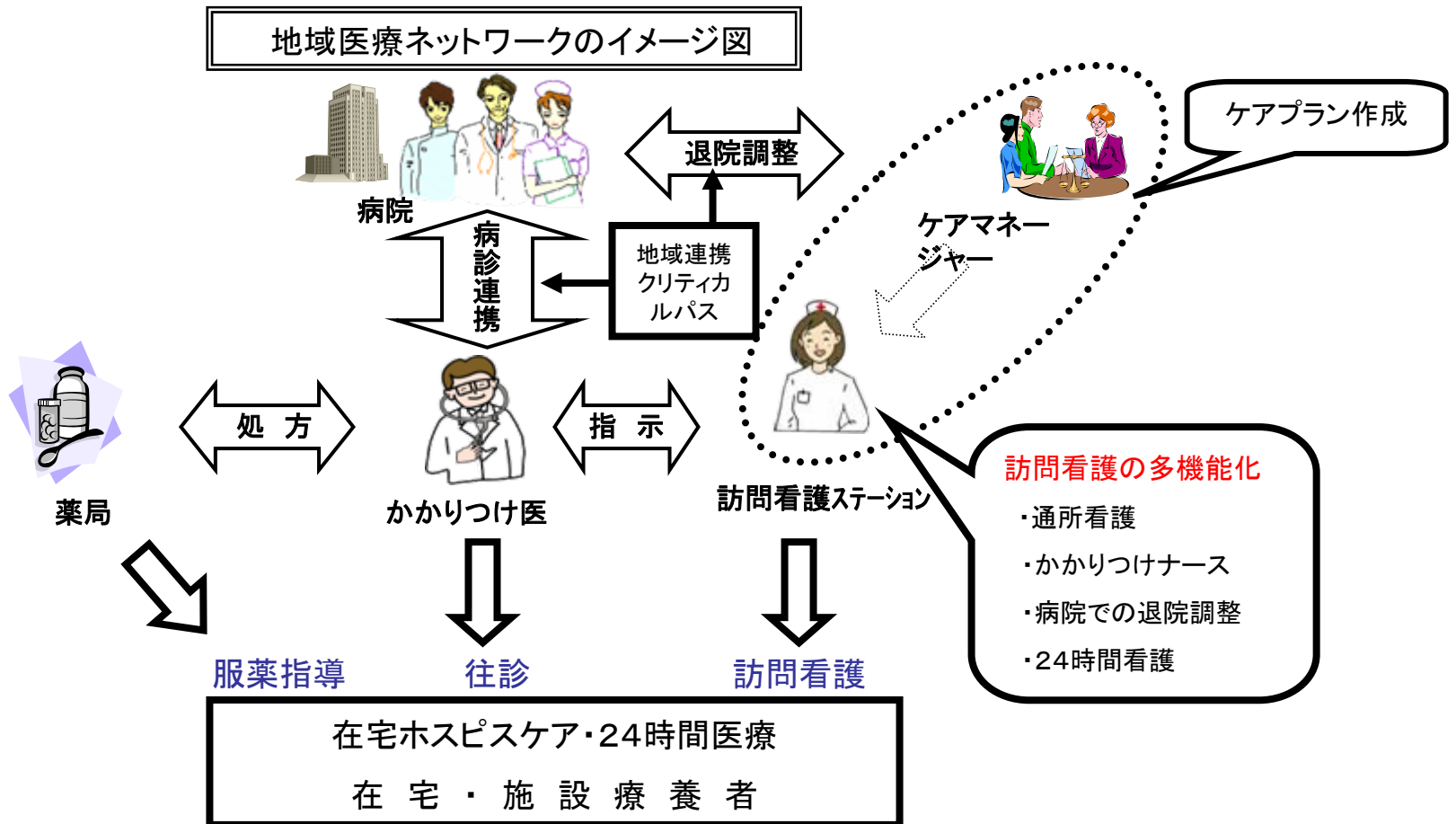
①在宅医療の推進(滋賀県在宅医療等推進協議会)

②切れ目のない医療の提供

③家族の負担軽減を目指した在宅医療の推進

④在宅ホスピスケアの推進

⑤施設・在宅における看護の充実・強化



(6) 在宅医療推進事業の課題

- 病院における退院調整のさらなる推進を図る。
- 在宅医療を担う人材の確保を図る。
 - ・在宅療養支援診療所
 - ・訪問看護ステーション
 - ・福祉の人材
- 医療、保健、福祉のネットワークの充実を図る。
 - ・システムが機能しているかチェックし、お互いの役割を理解し連携する。(退院調整、地域連携クリティカルパスを活用。)

- 新たな課題等について対応するため、在宅医療推進協議会を活用する。
- 県民へ広く情報提供し、理解を得る。
- 地域の保健医療推進の要として保健所の役割を発揮する。
- 保健医療計画、医療費適正化計画に具体策や目標数値を明記し、定期的に評価する。(在宅医療等推進協議会)

(7) 在宅医療推進事業の今後の展望

QOL(生活の質)の高い生活



- 誰でもが
- どんな状態であっても(身体的・社会的)
- 希望すれば在宅療養が可能となる



そのために地域ごとに体制を整える
(療養の選択肢を増やす)

■ 取り組み姿勢（嘉田知事訓話より）

× No. Because（できないよ、なぜならば）

○ Yes. Then（やってみよう、そのためには）