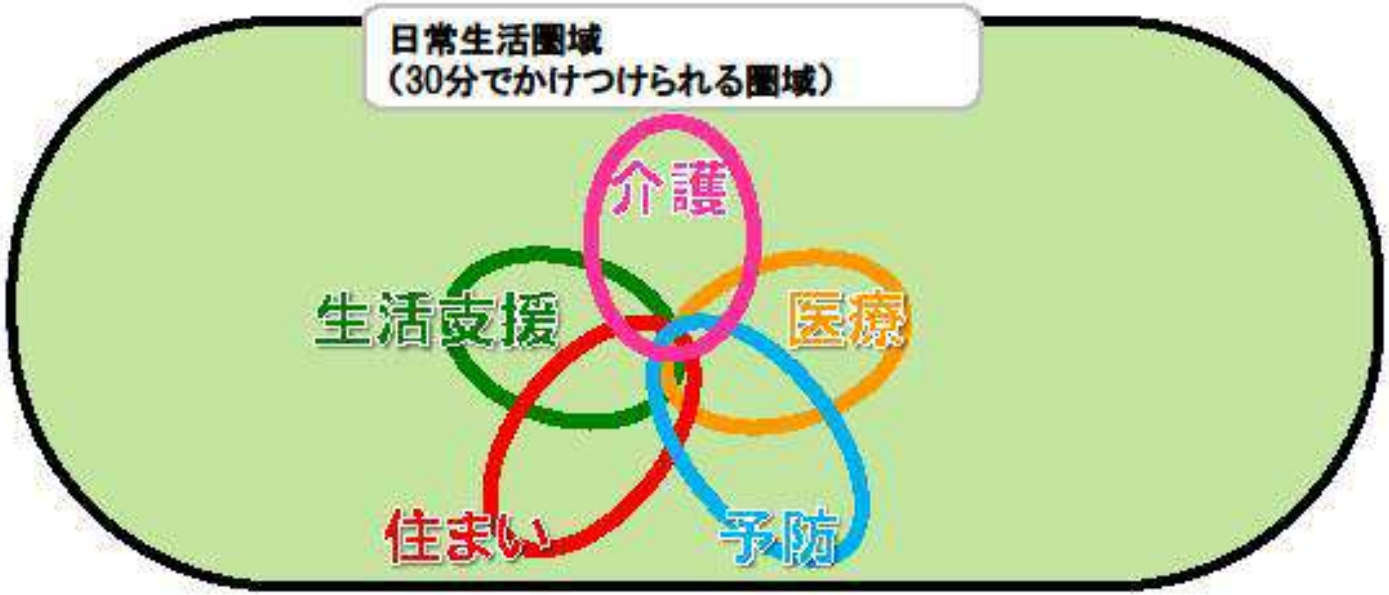
資料７

在宅ケアのつながる力

～訪問看護･介護から見た医療との連携～

（株）ケアーズ
白十字訪問看護ステーション･ヘルパーステーション
統括所長
暮らしの保健室室長　　秋山　正子

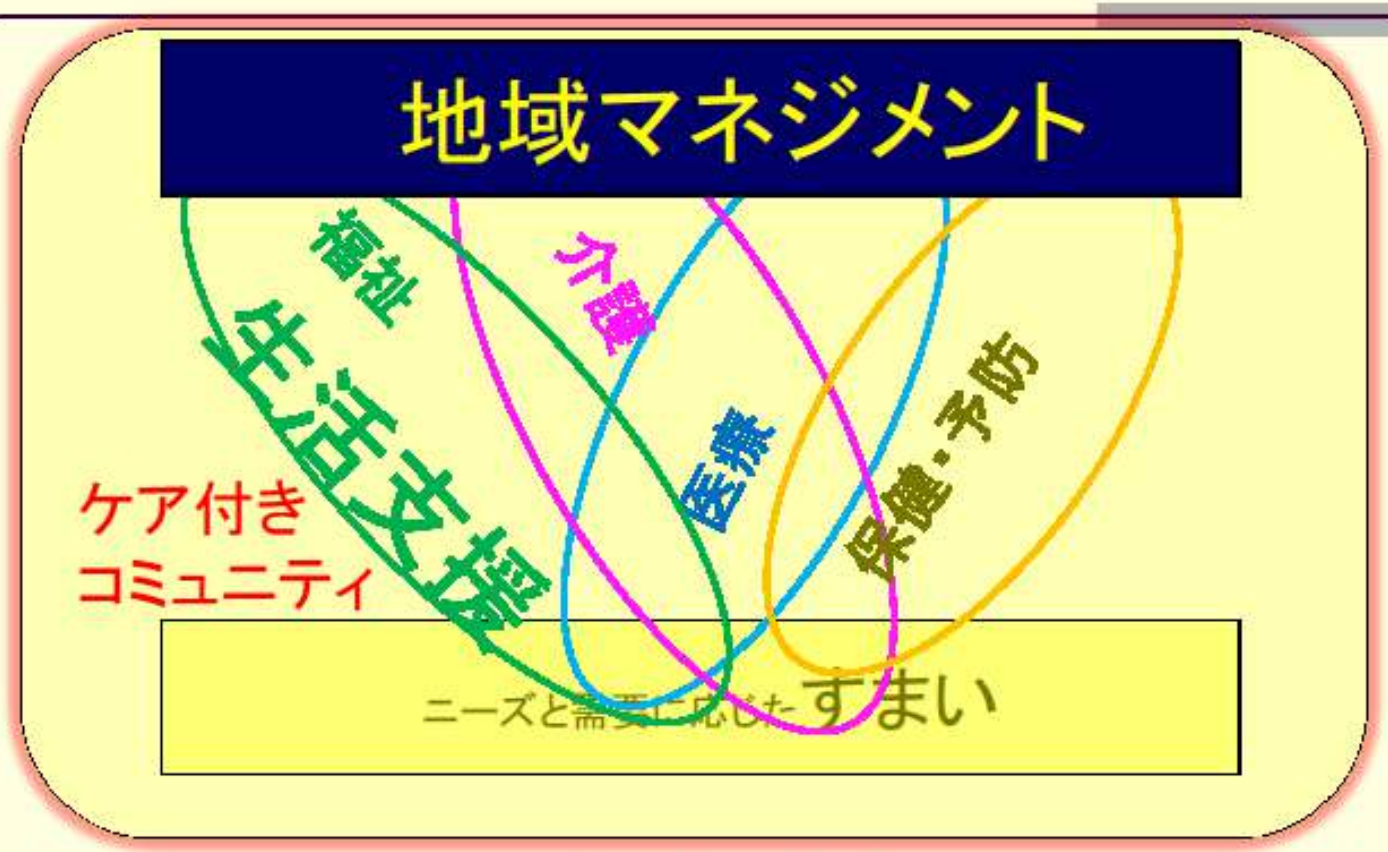
地域包括ケアシステム



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】
地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的（利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供）、継続的（入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供）に行われることが必須。

①医療との連携強化
・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化。
②介護サービスの充実強化
・特養などの介護拠点の緊急整備（平成21年度補正予算：3年間で16万人分確保）
・24時間対応の在宅サービスの強化
③予防の推進
・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進
④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など
・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援（見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス）サービスを推進。
⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備（国交省）
・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、・持ち家のバリアフリー化の推進

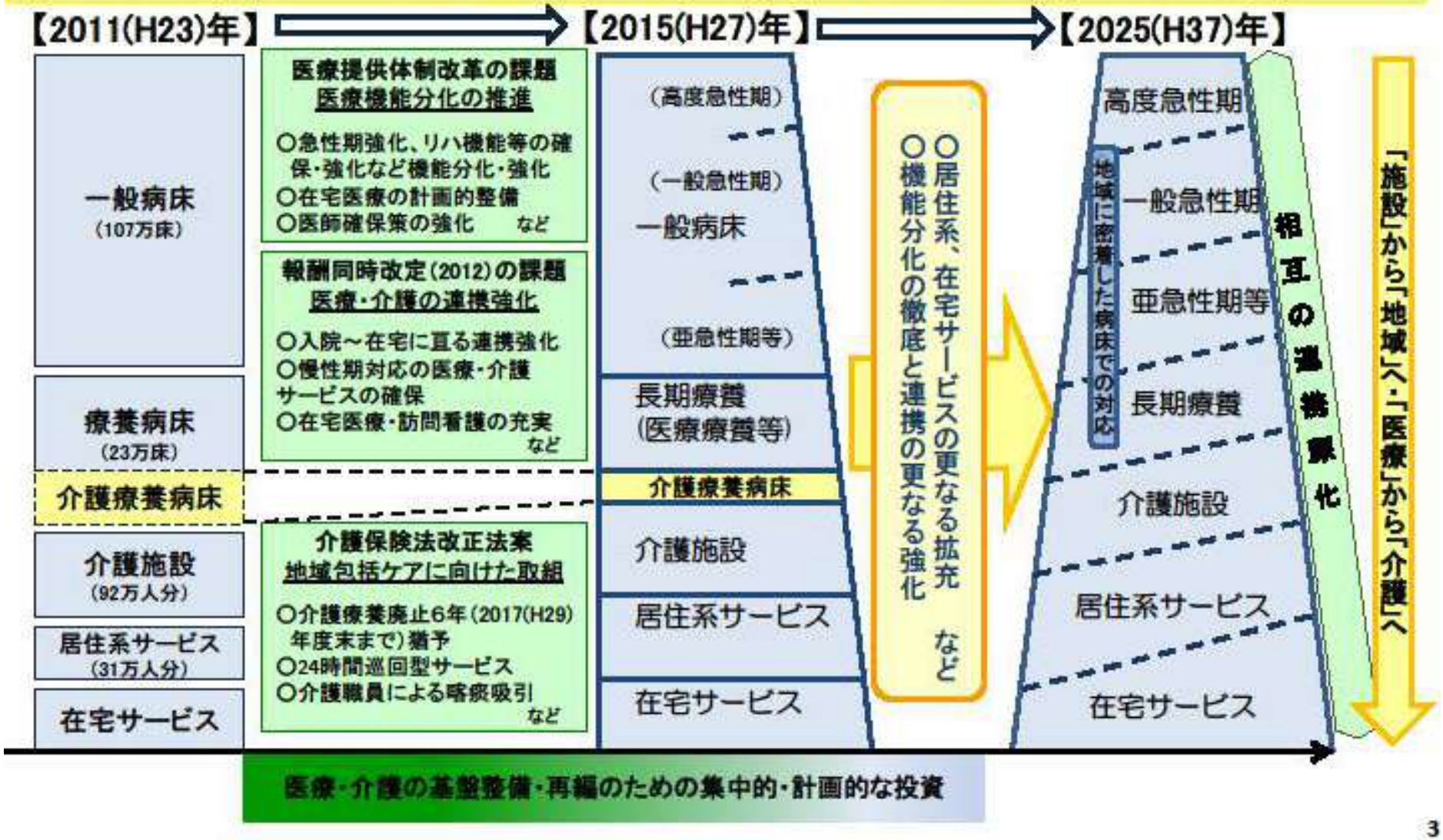
地域包括ケアシステム図



原案作成 慶應義塾大学 田中 滋

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

○ 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の実情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
○ 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。



在宅医療・介護の推進について
― 在宅医療・介護あんしん2012 ―

施設中心の医療・介護から、可能な限り、住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す。

○ 我が国は国民皆保険のもと、女性の平均寿命86歳（世界1位）、男性80歳（同2位）を実現するなど、世界でも類を見ない高水準の医療・介護制度を確立。
○ しかし、入院医療・施設介護が中心であり、平均入院期間はアメリカの5倍、ドイツの3倍。また自宅で死亡する人の割合は、1950年の80%から2010年は12%にまで低下。
○ 国民の60%以上が自宅での療養を望んでいる。
○ 死亡者数は、2040年にかけて今よりも約40万人増加。

○ 国民の希望に応える療養の場および看取りの場の確保は、喫緊の問題。
○ 「社会保障・税一体改革大綱」に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、あるべき医療・介護の実現に向けた策が必要。

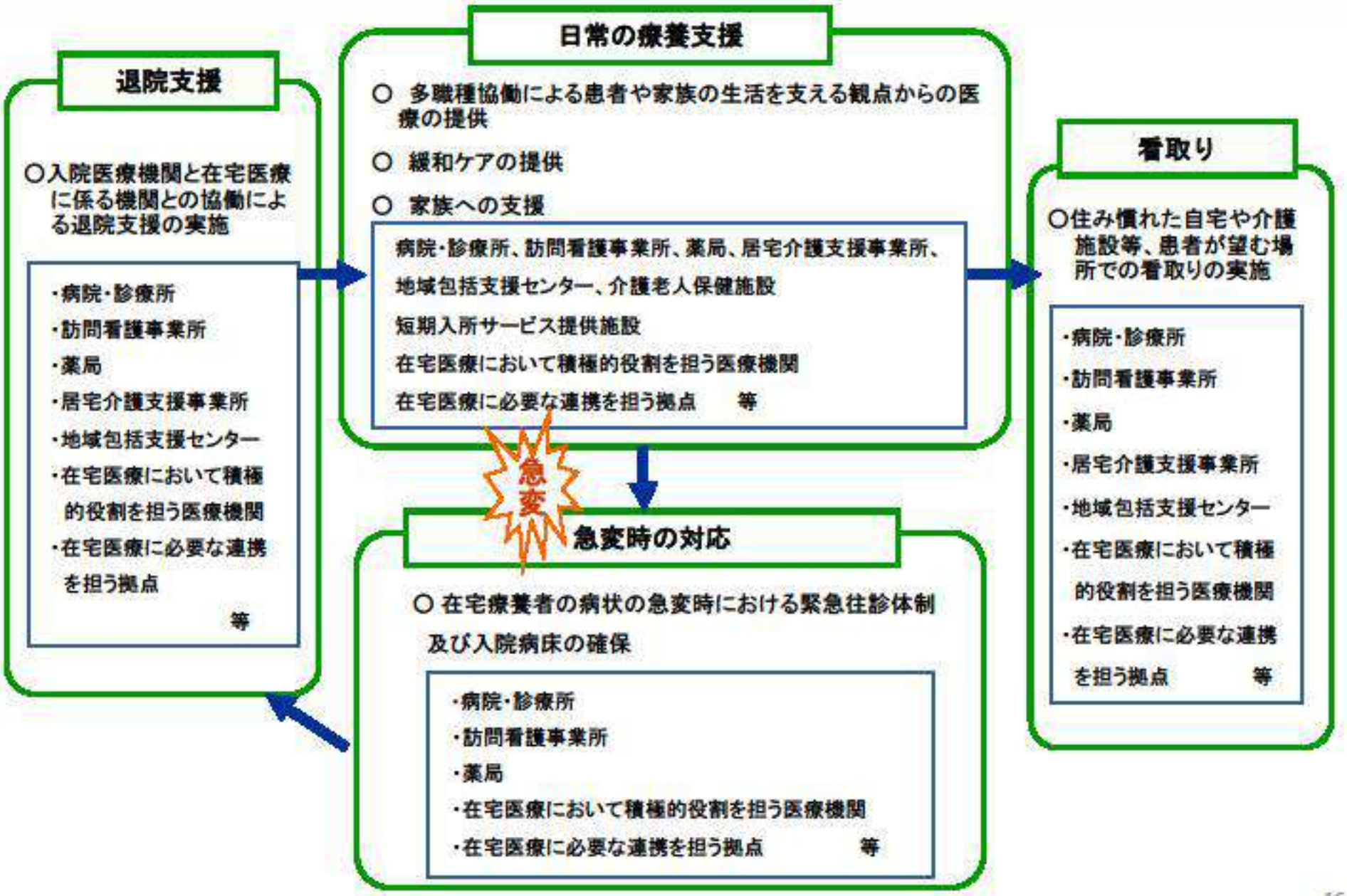
■24年度は「在宅医療・介護」の推進に向け施策を総動員【在宅医療・介護あんしん2012】

○予算での対応
・日本再生重点化枠の活用等により、省横断的に在宅医療・介護を推進

○制度的対応
・在宅医療に関する達成すべき目標や医療連携体制等を医療計画に盛り込むこととし、介護保険事業計画との連動の重要性等を記載した「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示（24年度中に各都道府県で策定作業→25年度から5年間の新計画）
・在宅医療の法的位置づけを含め、医療法改正について検討中

○診療報酬・介護報酬
・24年度同時改定において、在宅医療・介護を重点的に評価

在宅医療の体制


退院支援
○入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施
・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点
等
日常の療養支援
○ 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
○ 緩和ケアの提供
○ 家族への支援
病院・診療所、訪問看護事業所、薬局、居宅介護支援事業所、
地域包括支援センター、介護老人保健施設
短期入所サービス提供施設
在宅医療において積極的役割を担う医療機関
在宅医療に必要な連携を担う拠点　等
急変
急変時の対応
○ 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保
・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点　等
看取り
○住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施
・病院・診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・在宅医療において積極的役割を担う医療機関
・在宅医療に必要な連携を担う拠点　等

在宅生活に向けての流 れと支援ネットワーク

入院している病院



病院の医療連携室（ソーシャルワーカー）・主治医など

転院
施設入所など

退院準備・調整

連携

退院



- かかりつけ医
- かかりつけ歯科医
- 訪問看護ステーション
- ケアマネジャー
- 在宅療養相談窓口
- 保健センター
- 高齢者総合相談センター



自宅

- かかりつけ医
- かかりつけ歯科医
- 訪問看護ステーション
- 保険薬局
- 保健センター
- 消防署
- 在宅療養相談窓口
- 民生委員

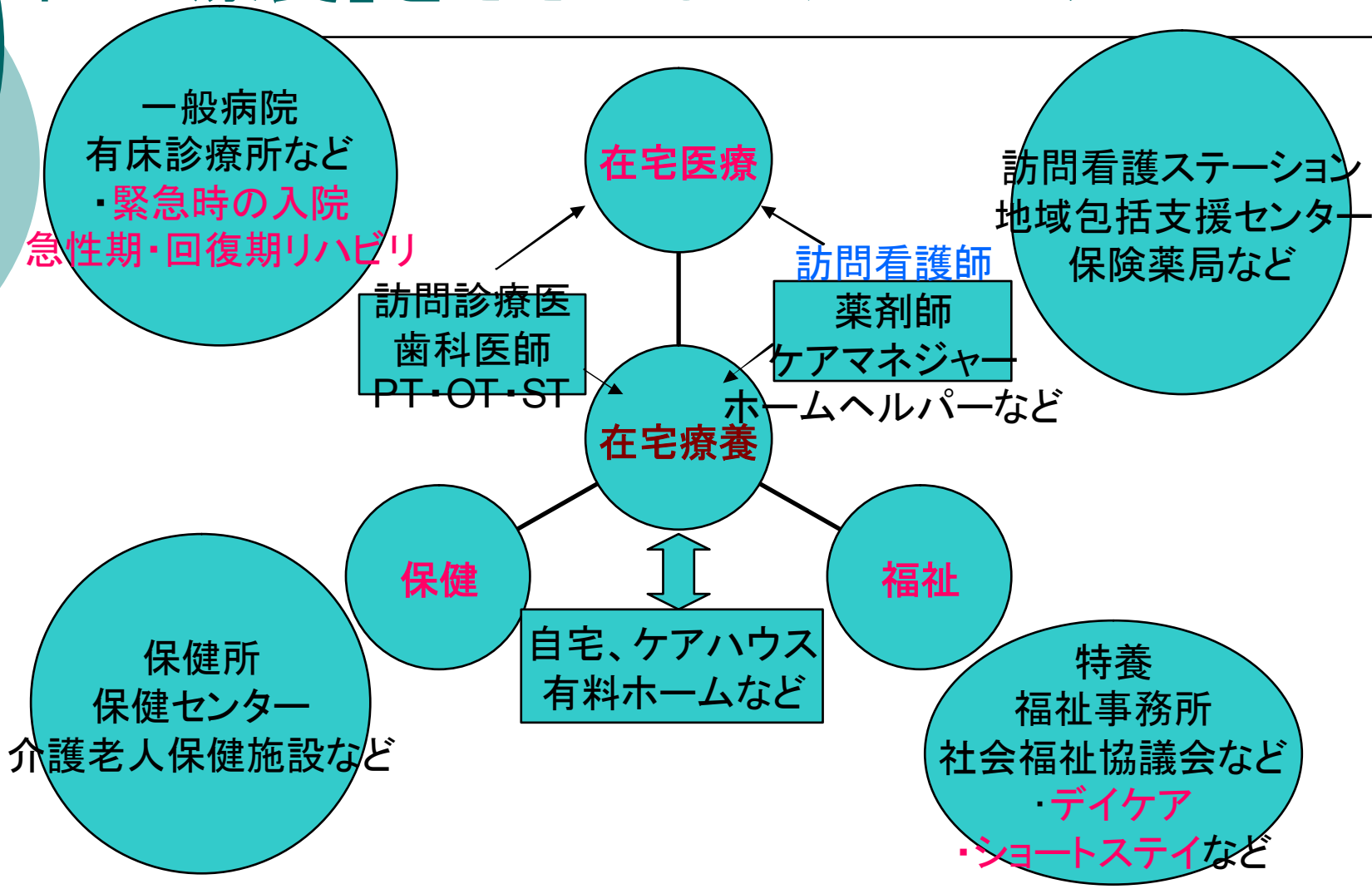


- 近隣住民
- ケアマネジャー
- がん療養相談窓口
- 高齢者総合相談センター
- 介護サービス事業者等
  （訪問介護・通所介護・訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・訪問入浴等）

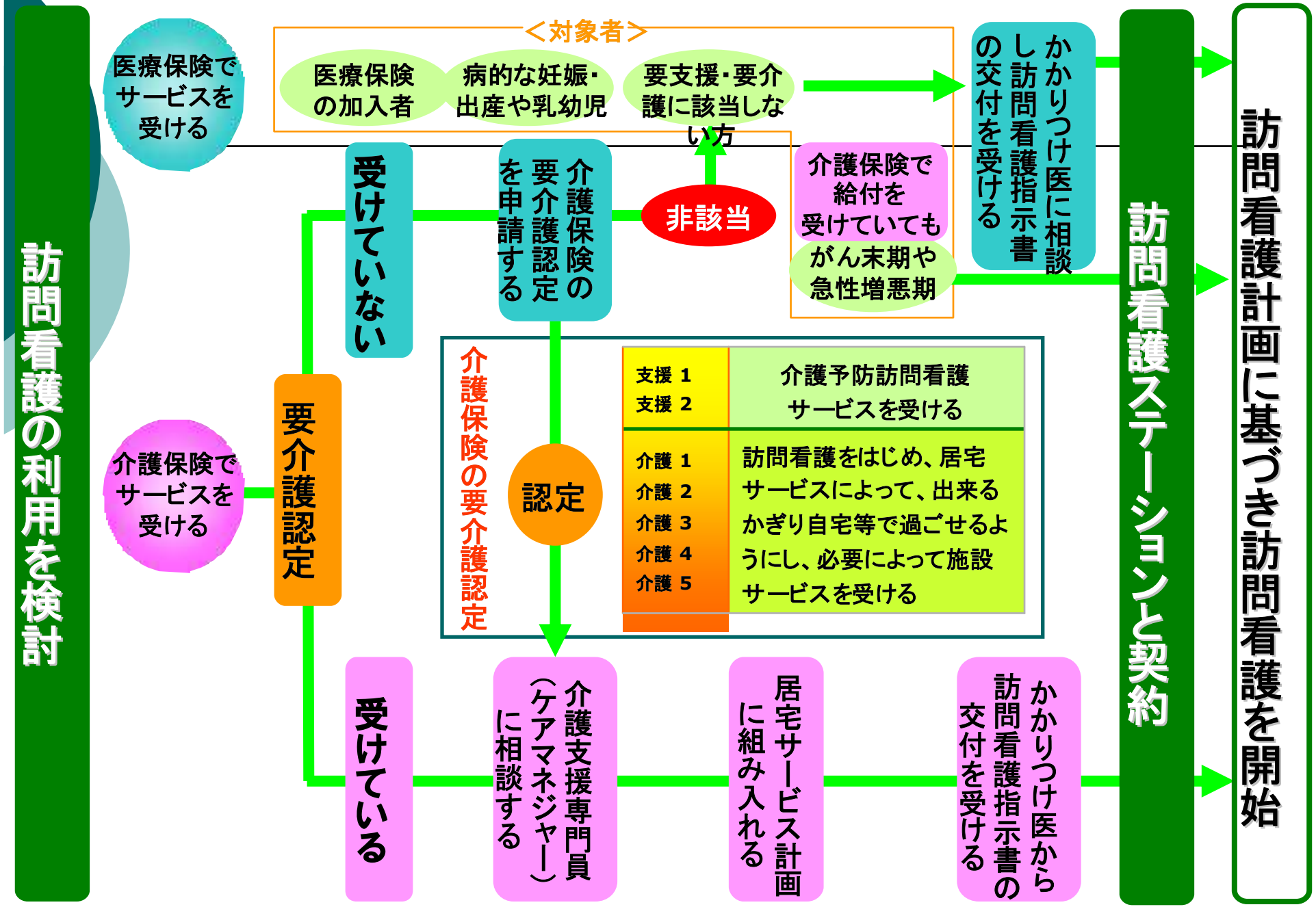
◆在宅生活に向けての主な相談窓口としては、病院の医療連携室や主治医・ケアマネジャー・高齢者総合相談センターとなりますが、必要に応じてその他の相談窓口とも連携して退院に向けた準備・調整を行います。

※小児や難病等で在宅療養をされている方は、保健センターにご相談ください。

「在宅療養」をささえるネットワーク



訪問看護サービスを受けるまでの流れ





ハートページ(介護情報誌)に各訪問看護ステーションの位置を書いて広告

この情報誌は介護保険関係の施設にしか配布されず、病院の連携室には意識的にもっていくようにしないと届かない。

白十字訪問看護ステーションの訪問看護事業の概要

新宿区　市ヶ谷

- 1ヶ月平均の利用者数　　160～170名
- 1ヶ月平均の延べ訪問件数　900～970件

- スタッフ数

常勤　9名　非常勤7名（常勤換算5名）＝16名

このうち　保健師資格保有者　　9名

ケアマネジャー資格保有　　9名

ケアマネ専従2名(介護福祉士・社会福祉士)

非常勤　PT　1名　　常勤事務　2名

＊ヘルパーステーション　14名

医療･介護度別利用者の割合

H21.7 ～ H22.6の延べ人数

○ 要支援1	77	(5.7%)	
○ 要支援2	69	(5.1%)	
○ 要介護1	192	(14.2%)	
○ 要介護2	271	(20.1%)	
○ 要介護3	209	(15.5%)	
○ 要介護4	225	(16.7%)	
○ 要介護5	306	(22.7%)	75.6%
○ 医療保険	434		24.4%

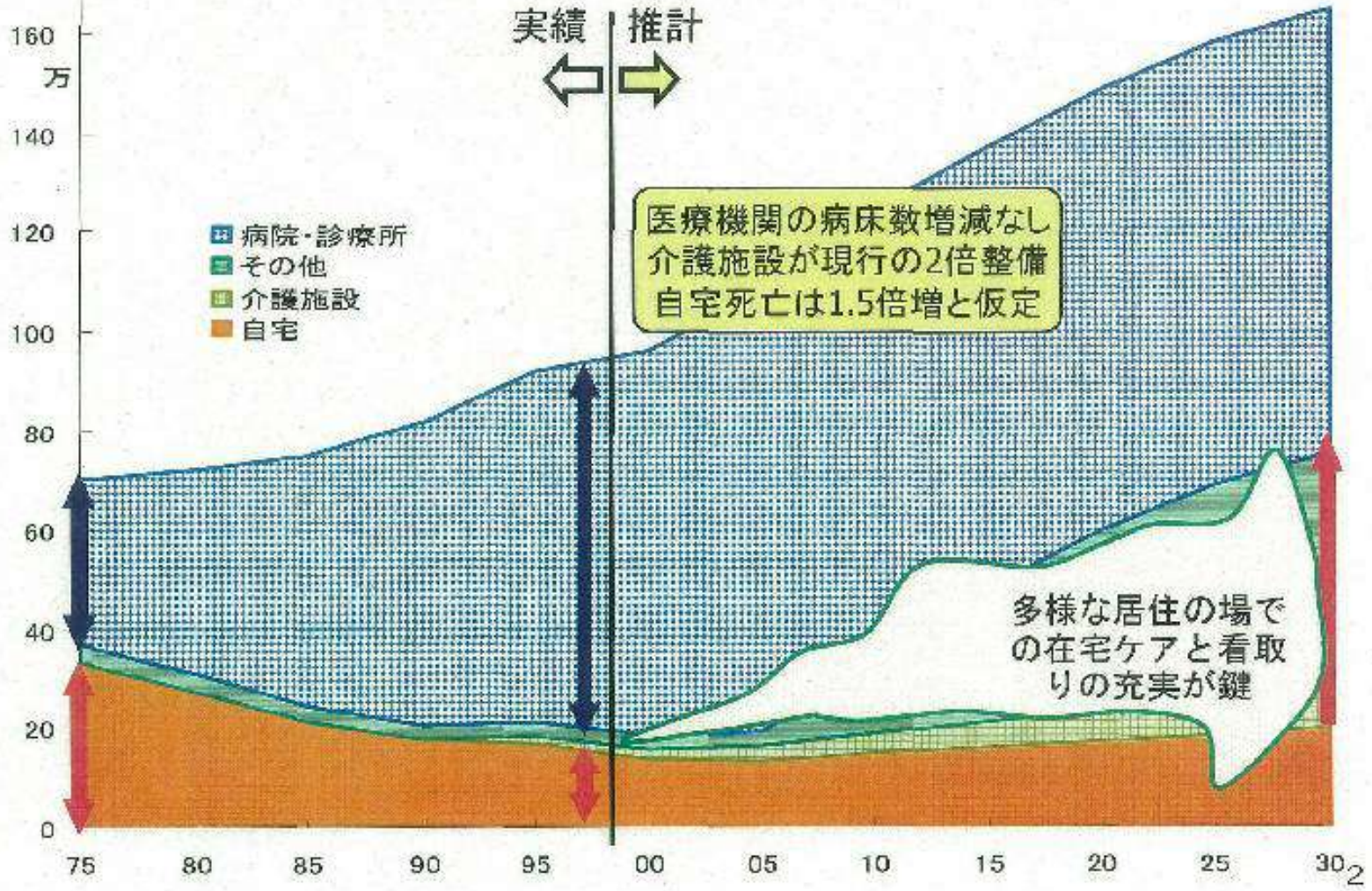
白十字訪問看護ステーション　市ヶ谷　2010

病気･死の病院化

- 超高齢化社会で亡くなる人が当然増える
- 病院死が一般化して病院でなければ死ねないと思っている⇒一般人のみならず、急性期医療の医療者も････
- 高齢者の救急医療の現状にも問題を生じている（救急搬送で死亡確認など）

★End of life careをどうするかを急性期病院も含めて早急に検討すべき時がきている

2. 総死亡数の変化と主な死亡場所の将来推計

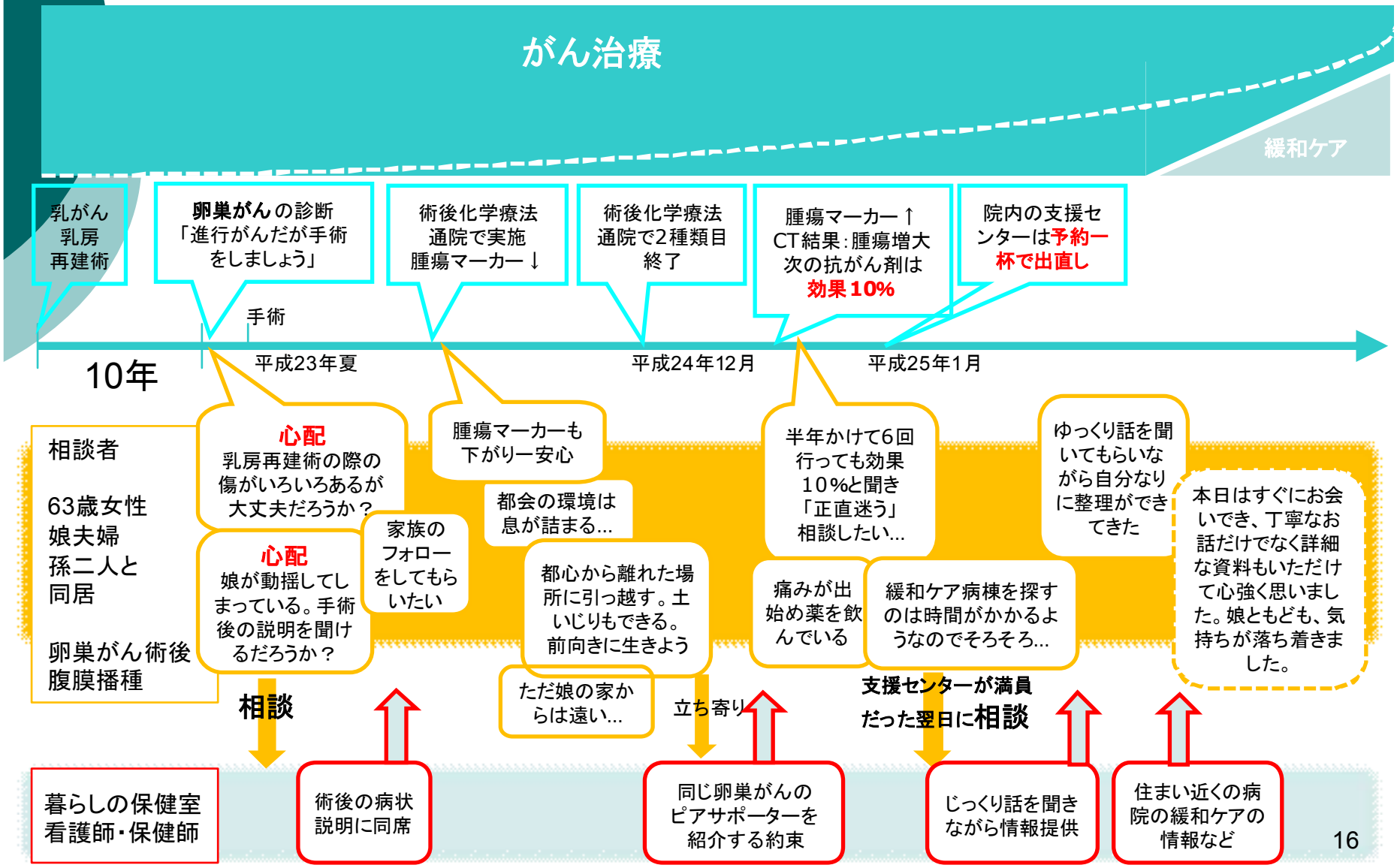


がん患者の療養経過に必要なものは？

- 癌は早期発見・早期治療すれば治る病気となり入院ではなく外来での治療が主流となった
- この間、慢性的な経過をたどる事もあり、治療途中から十分な緩和医療が行われる事が望ましいといわれながら、まだ十分とはいえない。
- ターミナルステージに陥っているのに認識できず、十分な相談に応じられていない現状がある。
- 外来通院中から、場合によっては、早めに在宅チームへの繋ぎも必要になってきた。

相談支援の場→自己決定能力の回復

事例X　（がん“治療”から「緩和ケア」への自己決定支援）



見放された思いを抱く患者

- 治療が効果的ではない、「緩和に切り替えましょう」「なので、在宅へ」＝退院
- 「お迎えが近いのよね」
- 「病院から見放される」

↓

- 「在宅でいったい何をしてくれるの？」
- 情報が十分に届いていない為に、在宅での療養や、ターミナルステージのイメージがつかない

急性期医療が重介護状態を作り出している？

- 高齢者の入院による廃用症行群の発症
- 救急（在宅で遭遇する高齢者の救急）

発熱　脱水　誤嚥　急性腹症
転倒　骨折　便秘　意識障害

運ばれたあとの状態はどうなっているか？

数日をしのぐ為には何が必要か？

出来るだけ緊急入院しない地域を作るには？

≪医療へ適切にアクセスできる人を育てる≫

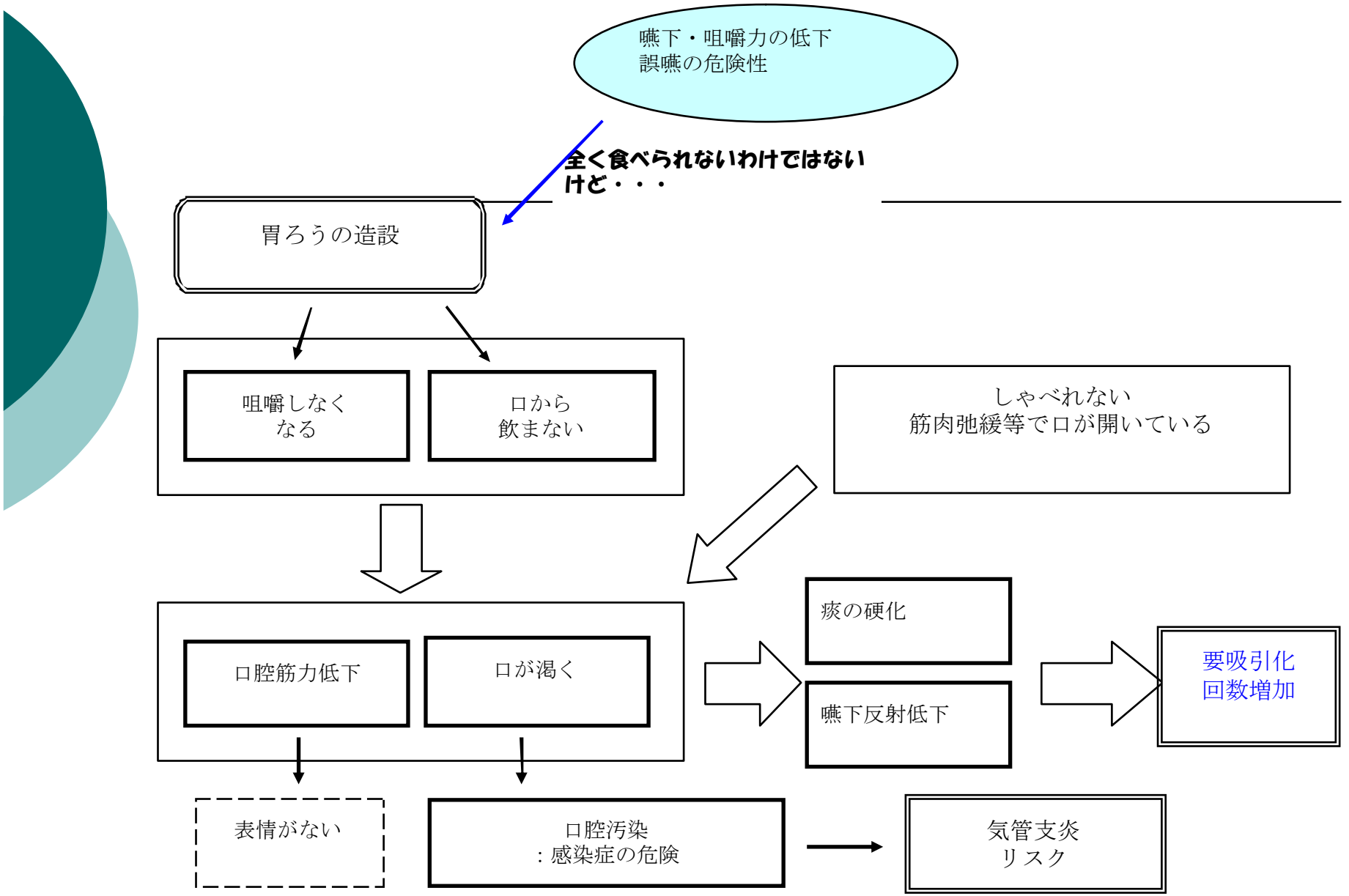
最後の1ヶ月にかかる医療費は？

高齢者が入院すると・・・

- 医療安全の立場から、転倒・転落の防止が第一に目標に上げられる
- 経口摂取「止め」の指示中、口腔ケアが十分に行なわれない→かなり改善されてきた
- 炎症反応が治まり、経口摂取開始時の数日間の食事介助にゆっくりとそばで見守りできない→再び誤嚥が繰り返される
- 結局、嚥下能力が落ちているからと説明され胃瘻にと勧められる

胃瘻にしないと次へ送れない？

- 急性期病院から次ぎの病院・施設への転院・入所にあたり、胃瘻でなければその選択肢がないと説明される
- 点滴だけでは栄養が不十分ですからと説明され選ばざるをえない
- 胃瘻・腸瘻になると在宅は無理でしょうと始めから施設を紹介される
- 胃瘻・腸瘻だと、在宅でのサービスの選択肢が狭められている現状(ST＝・言語聴覚士や看護師が足りないので、ディサービス、ショートステイの引き受けを渋られる）



■経管栄養注入前後の介護の手間　■注入後1～2時間後の痰の吸引回数増加



自宅で療養生活を送っていると、急に具合が悪くなることもあります。そんな時に救急車を利用する方法について説明します。



非常に具合が悪い場合は、救急車を利用してください。かかりつけ医がいる方は、まずかかりつけ医へ相談しましょう。迷ったら#7119へ電話してください。

＃7119は東京消防庁救急相談センターです。つながらない場合は、03−3212−2323へかけましょう。

ためらわず救急車を呼んでほしい症状

顔
- 顔半分が動きにくい、あるいはしびれる
- にっこり笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくい
- 視野がかける
- ものが突然二重に見える
- 顔色が明らかに悪い



頭
- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 支えなしで立てないぐらいにふらつく

手足
- 突然のしびれ
- 突然片方の腕や足に力が入らなくなる

腹
- 突然の激しい腹痛
- 持続する激しい腹痛
- 吐血や下血がある

胸や背中
- 突然の激痛
- 急な息切れ
- 胸の中央が締め付けられるような、または圧迫されるような痛みが2〜3分続く
- 痛む場所が移動する

消防庁:「救急車を上手に使いましょう〜救急車 必要なのはどんなとき？〜」より抜粋

119番に電話する前は必ずチェックしましょう（以下

①「火事ですか、救急ですか？」
- ➔ 救急であることを伝える。

②「どうしましたか？」
- ➔「89歳の母が頭が痛いと苦しんでいる」「嘔吐している」など誰（年齢も）が、どのようにしてどうなったかを簡潔に伝える。また、わかる範囲で意識・呼吸の有無を伝える。

③「住所を教えてください。何か目標（目印）となるものはありますか？」
- ➔「○○小学校の正門のそば」、近くの大きな建物や交差点などなるべく具体的に伝える。

④「あなたのお名前と連絡先は？」
- ➔「私の名前は○○です。電話番号は△△です。」

＊その他、持病やかかりつけ医等を尋ねられることがあります。

～持っていくもの～

① 保険証
② ある程度のお金
③ 印鑑
④ 靴







⑤ 普段飲んでいる薬（おくすり手帳）

＊持病やかかりつけ医、普段飲んでいる薬などは日頃からメモにまとめておくといざという時に役立ちます。

急性期病院の看護師の研修を地域で受ける仕組み

新宿区での実践例

高齢者保健福祉計画への提案

病院スタッフが、移行期支援時に
在宅がイメージしやすい為に

新宿区高齢者保健福祉計画
第4期見直し(H20年内に検討）

- 高齢者保健福祉推進協議会委員で参加
- 高齢者保健福祉計画見直しに意見を述べる
- 元気な高齢者を作る計画ばかり目立ち高齢化の先にある要介護状態・看取りの視点が少ないのではないかと在宅ケアの実践者として発言

- 在宅療養可能な地域の実現を目指し、高齢者が地域で「暮らし続けられる」仕組みの具体化を計るための施策に！

重点策の一つとして「在宅療養体制の整備」

○ 平成21年度の高齢者保健福祉計画の重点策3つが挙げられた（平成22年度にも継続）

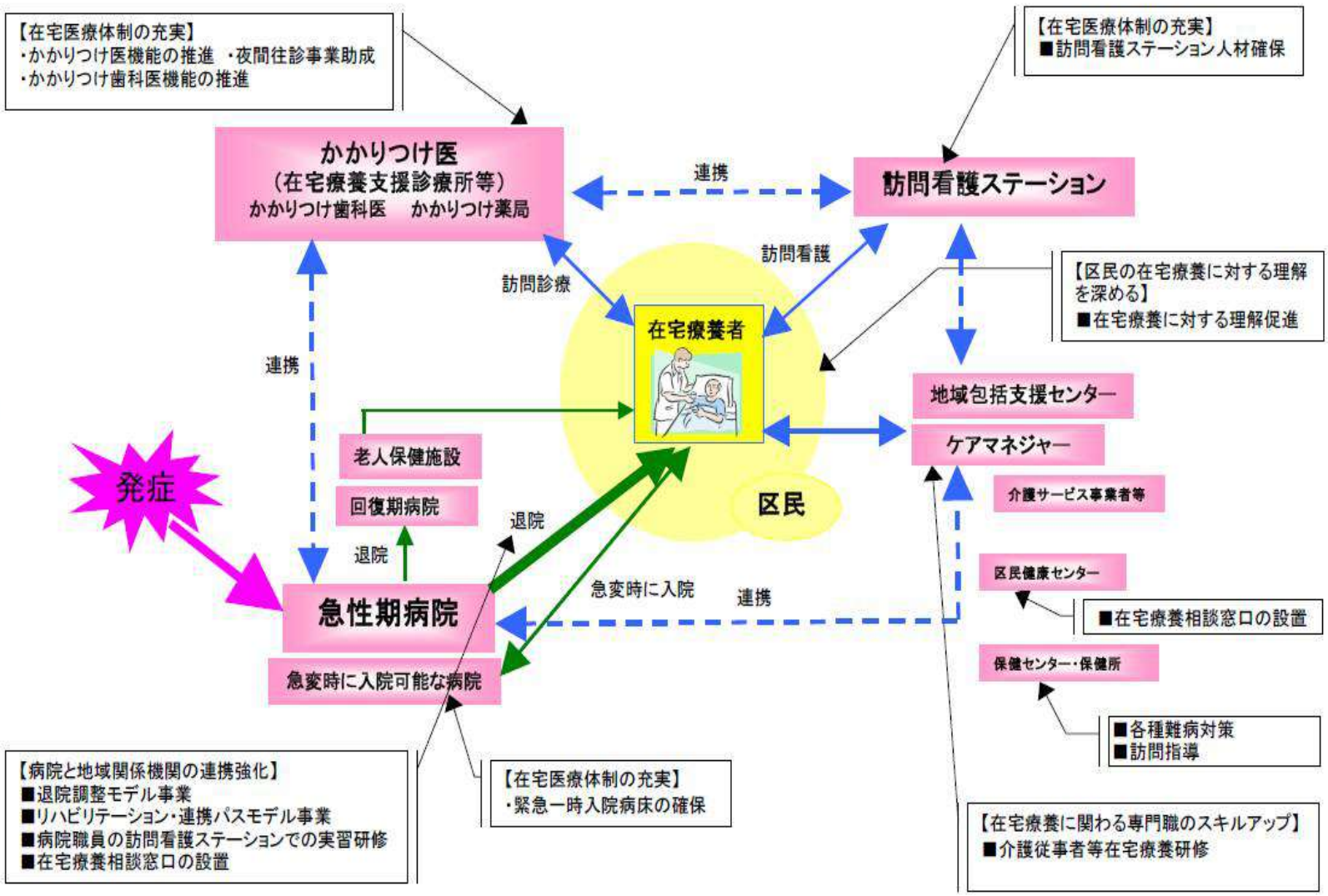
1. 認知症対策
2. ケアマネジメントの質の向上
3. 在宅療養体制の整備

↓

第5期に継続し「在宅療養体制の充実」となった

行政との協働による地域医療連携システムへの提案

在宅療養を支えるしくみ



新宿区高齢者保健福祉計画・第4期介護保険事業計画平成21(2009)年2月

在宅のイメージをもってもらう為に

- 在宅の経験をした急性期病院の看護師達が、患者の退院調整に積極的になってきた。
- 在宅死もあるということが、認識してもらえるようになった。

- 受けての側にも啓発が必要
- 区民へ向けてのシンポジウムの開催
- 当事者に経験談を話してもらうことが効果的



市民公開講座・・・

- シンポジウム：「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために～在宅ホスピスが実現できる地域づくりをめざして～」を主催（上記シンポジウムは、日本財団の助成金事業）
- 新宿区内、3カ所で開催しました。今年も2回ほど予定をしています。



在宅ホスピスのシンポジウム、「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために」では、会場からもさまざまな意見が出た



「この町で健やかに暮らし、安心して逝くために」
～在宅ホスピスが実現できる地域づくりをめざして～

■ 日時：2008年9月20日（土）
開場 13：30　開演 14：00（16：30終了予定）
会場：角筈区民ホール（新宿区西新宿4-33-7）

□基調講演
・松本　誠哉（在宅ホスピス医・元国立がんセンター東病院）

□座　長
・木下　由雄（コンフォガーデンクリニック　院長）
・塩野　寿子（白十字訪問看護ステーション　看護師）
・西山　隆（和光市北地域包括支援センター　ケアマネジャー）
・在宅で看取りをされたご家族

□パネルディスカッション【講演者・座長者とフロアの討論】
・コーディネーター　秋山　正子
（白十字訪問看護ステーション所長・白十字在宅ボランティアの会理事長）

■ 参加費：500円

■ 会場までのアクセス
（京王バス）新宿駅西口から
新宿の森循環バス
「パークハイアット東京前」下車
中野駅行または中野車庫行き
「十二社通り」下車
（京王線）「初台駅」より徒歩10分
（地下鉄）大江戸線「都庁前」
A5出口より徒歩10分

■ 主催：NPO法人白十字在宅ボランティアの会

■ 後援：新宿区、ケアーズ白十字訪問看護ステーション

申込み・問合せ先　NPO法人白十字在宅ボランティアの会
TEL：03-5935-7708／FAX：03-3268-1629

在宅療養推進シンポジウムを継続

- 2007年からの取り組み
  NPOの活動が評価
  され区主催となる
- 区民のみでなく
  区内で働くケアマネや
  病院関係者なども
  聴衆として参加

★聴衆の一人が空き店舗のオーナーで協力を申し出てくださる



新宿区と牛込地区、戸山ハイツの概況

	人口	（65歳以上）	高齢化率	
新宿区	32万0,663人	（　62,430人）	19.4%	H25.2.1
牛込地区	9万7,704人	（1万9,742人）	20.2%	
箪笥地区	3万5,913人	（　6,091人）	17.0%	H25.2.1
若松地区	3万0,240人	（　7,565人）	25.0%	H25.2.1
榎町地区	3万1,551人	（　6,086人）	19.3%	H23.4.1



都営戸山ハイツ（若松地区内）

平成25年2月1日現在　3,364世帯
人口6,020人（65歳以上　2,909人）

高齢化率	**48.3%**	**H25.2.1**
	46.3%	H23.7.1
	45.6%	H23.3.1

新宿区と牛込地区の概況



新宿区内
一般病院16＋精神科病院1

新宿区内 300以上の診療所

新宿区内
在宅療養支援診療所　46（2011年）



牛込地区内
在宅療養支援診療所
1[illegible]

牛込地区内
訪問看護ステーション　4

暮らしの保健室

くらしのほけんしつ

2011年7月1日(金) オープン

暮らしの保健室では

●地域にお住まいの方々の、**暮らしや健康、医療、介護などの相談**をお受けします。
地域の医療・介護状況を熟知した相談員（医療・介護従事者が当番で担当いたします）が、対応します。

●**がん患者さんとご家族からの相談**にのります。
専門家（看護師）が、がんと共に生きる方、そのご家族など周りの方々の相談に応じます。

●**病院と地域のお医者さんの橋渡し**をします。
医療コーディネーターとしての機能を持ち、在宅医療も理解した看護師が相談にのり、
退院調整にあたります。

●**医療機関の検索**ができます。
相談員が医療機関を検索し、ご紹介します。暮らしの保健室でご自分で調べることもできます。

●健康や暮らしに関する**勉強会**をひらきます。
7月4日～14日までは、毎日「戸山ハイツ 脱水・熱中症予防ミニ講演会」を開催します（参加費無料）。
そのほか定期的に勉強会をひらきます。

●**介護・福祉の情報を提供**します。
住民の方々はもちろん、地域の診療所のお医者さんにも、介護・福祉の最新情報を提供します。
お医者さんからのさまざまなご相談にも適切に対応できる窓口をめざします。

お茶をのみながらくつろげる
地域のみなさまに開かれた場所です

暮らしの保健室 所在地 ▶ 東京都新宿区戸山 2-33 戸山ハイツ 33 号棟 1F 商店街
※地図と交通は裏面をご覧ください
月～金 9時～5時（土日祝日はイベント時のみオープン）

お問い合わせ ▶▶▶ 電話／03-3268-1815　e-mail／hakujujk@musa.ocn.ne.jp

暮らしの保健室7月1日オープン





メインルームにはテーブルを配置予定

誰に聞けばいいか分からない
困りごとはありませんか？

暮らしの保健室 は、地域にお住まいの方々の暮らしや健康、医療、介護のご相談をお受けします。



お医者さんには
こう言われたけれど、
意味がよく分からない…



主人が退院するのだけれど
往診してくれるお医者さんは
どこにいるのかしら？



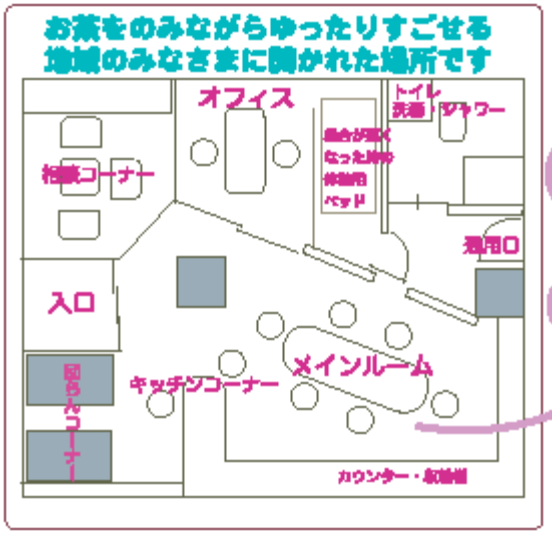
こういうことは
お医者さんに
どうやって聞けば
いいのかな？



地域の医療機関について
知りたい

- 地域の医療・介護状況を熟知した相談員（医療・介護従事者が当番で担当いたします）が、団地にお住まいのみなさまほか、地域の方々からの**健康や生活の相談**に応じます。
- 医療コーディネーターとしての機能を持ち、在宅医療も理解した看護師が相談にのり、**退院調整**にあたります。
- **がん患者さんとご家族の相談**にのります。
- 地域包括支援センターとも連携し、**地域のみなさまを支援する窓口**となります。
- 地域の診療所のお医者さんにも、**介護、福祉の情報を提供**いたします。お医者さんからのさまざまなご相談に適切に対応できる窓口を目指します。

お茶をのみながらゆったりすごせる
地域のみなさまに開かれた場所です



ボランティア
スタッフが
お迎えします！

薬剤師がお薬の
飲み合わせの
相談に応じます

地域の医療機関の
検索コーナーも
あります

健康に関する
勉強会を開催します



暮らしの保健室
東京都新宿区戸山 2-33
戸山ハイツ 33 号棟 1F 商店街
月～金　9 時～5 時

暮らしの保健室内部


オフィススペース




相談風景


柱を利用した情報コーナー



暮らしの保健室内部







時には子ども
もたちも・・・

多くのボランティアが協力

- 「暮らしの保健室」を始めるにあたって、地域のボランティアを募った
- 多くは,これまで在宅医療・訪問看護を利用してご家族を看取った経験のある方々。
- ボランティアが、迎え入れる暖かい雰囲気の中で、病院とは違った空間、地域の中にある場所として、相談支援体制をつくる
- 地域の中の『地域力』の活用にもつながる
- 専門職が働きやすい環境づくりにも繋がる

多職種連携のための5つの連携会議を開催

※看護職が地域のハブとなってすすめている

④多職種連携のためのケース勉強会

月１回、「暮らしの保健室」に寄せられた相談から、地域の医療・介護関係者と情報共有が必要な事例を取り上げ意見交換。

毎回30～40名が参加。



〇7月「相談事例から見える連携の課題」

〇8月「相談事例に見る地域ネットワークの姿」

〇9月「繰り返し相談の事例から見える問題」

〇10月「相談事例に見る地域ネットワークの姿2」

〇11月「急性期から在宅へのつなぎの重要性」

〇12月「在宅移行支援におけるネットワークの作り方」

〇1月「身寄りのない独居高齢者の在宅を支えるには」

〇2月「障害を持ちながらのがん闘病者への支援」

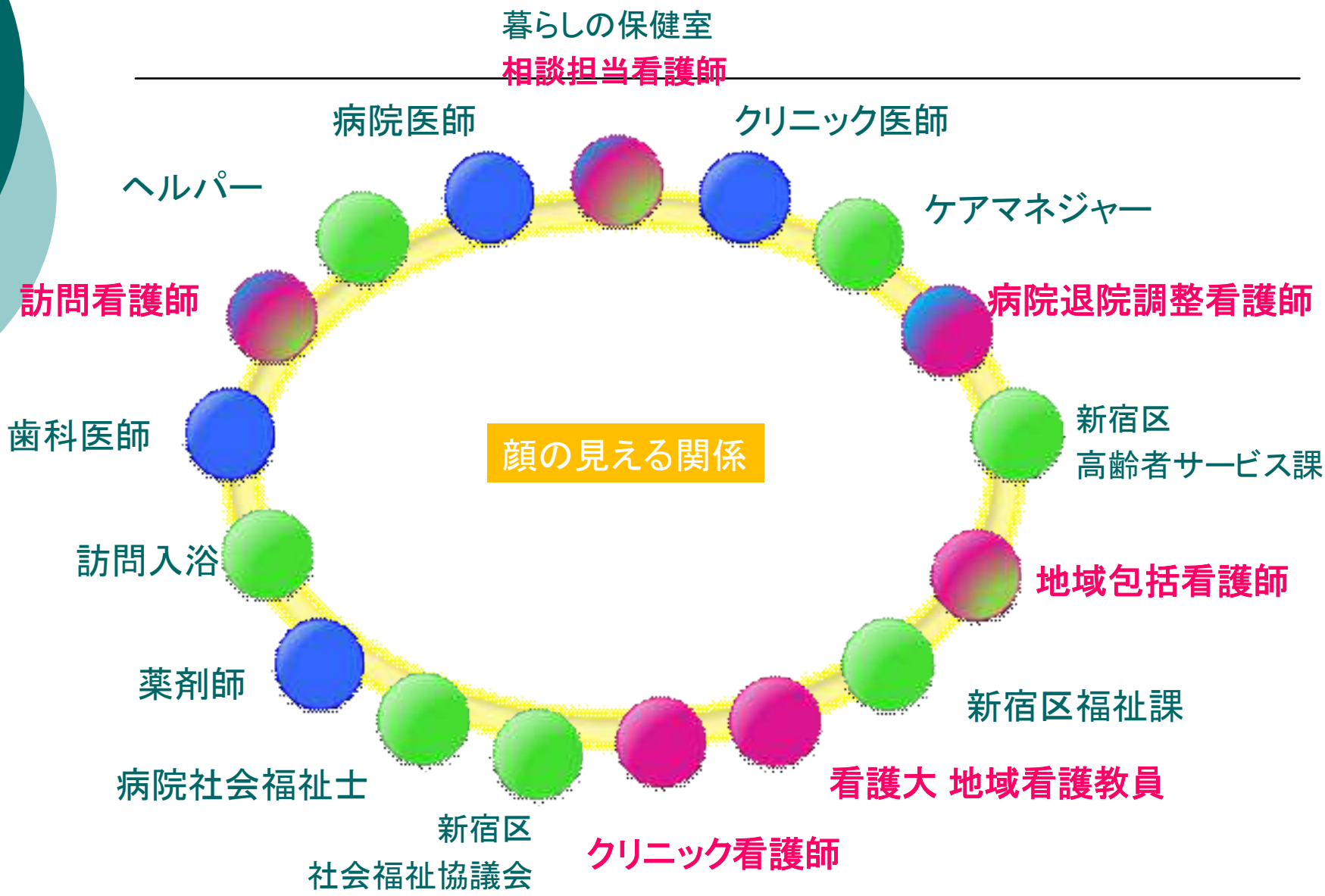
〇3月「回復期リハビリテーションへの効果的な連携」

⑤個別ケースにおける地域ケア会議

地域の医療と介護にまたがるケアの問題について必要に応じ、関係者によるケア会議を「暮らしの保健室」で開催。

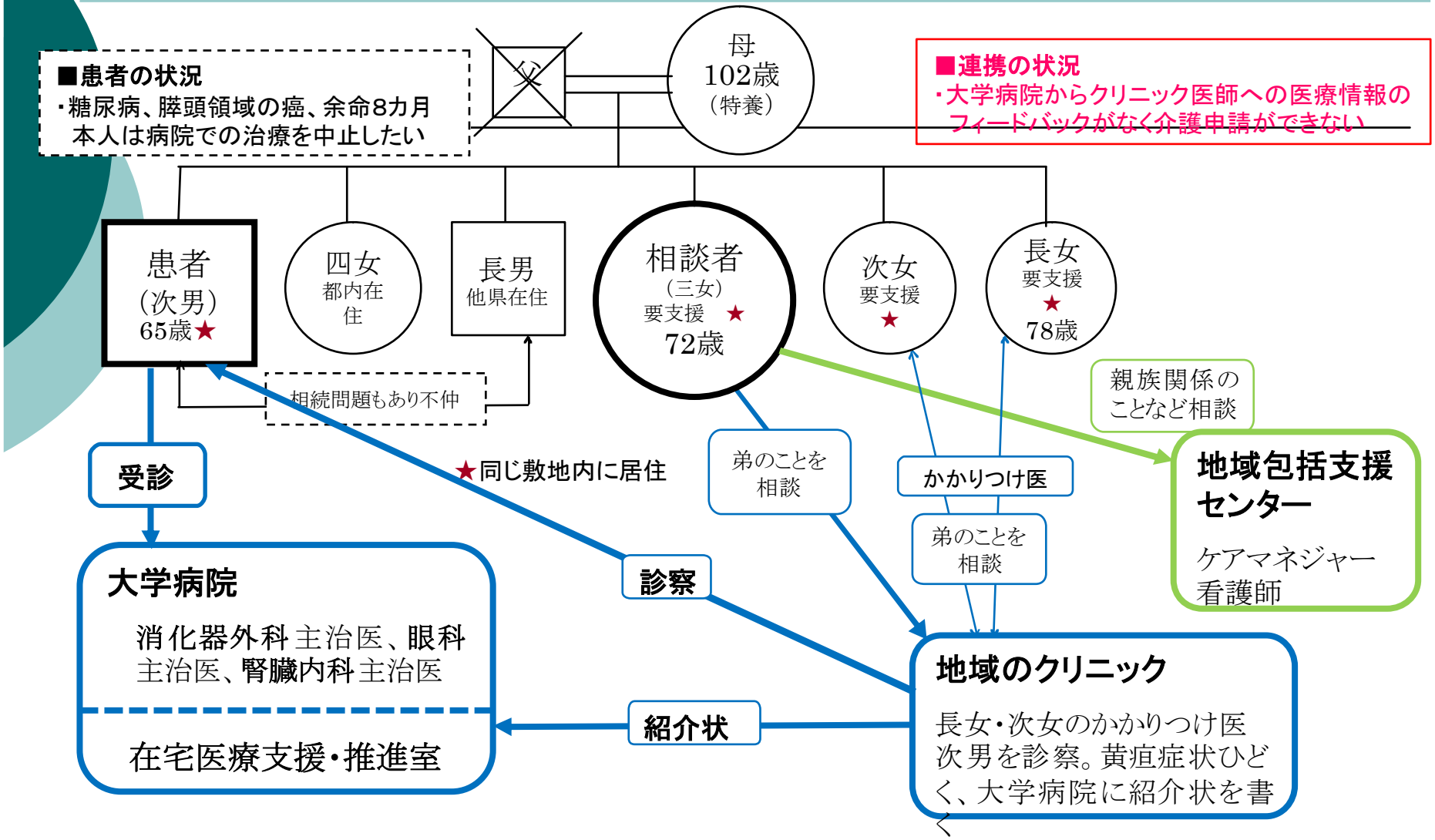
参加者〇新宿区障害福祉課、新宿区社会福祉協議会職員、牛込保健センター保健師、
地域包括支援センターケアマネ、暮らしの保健室看護師、カウンセラー　等

ケース勉強会の主な参加者＝多彩な立場の医療・介護関連多職種



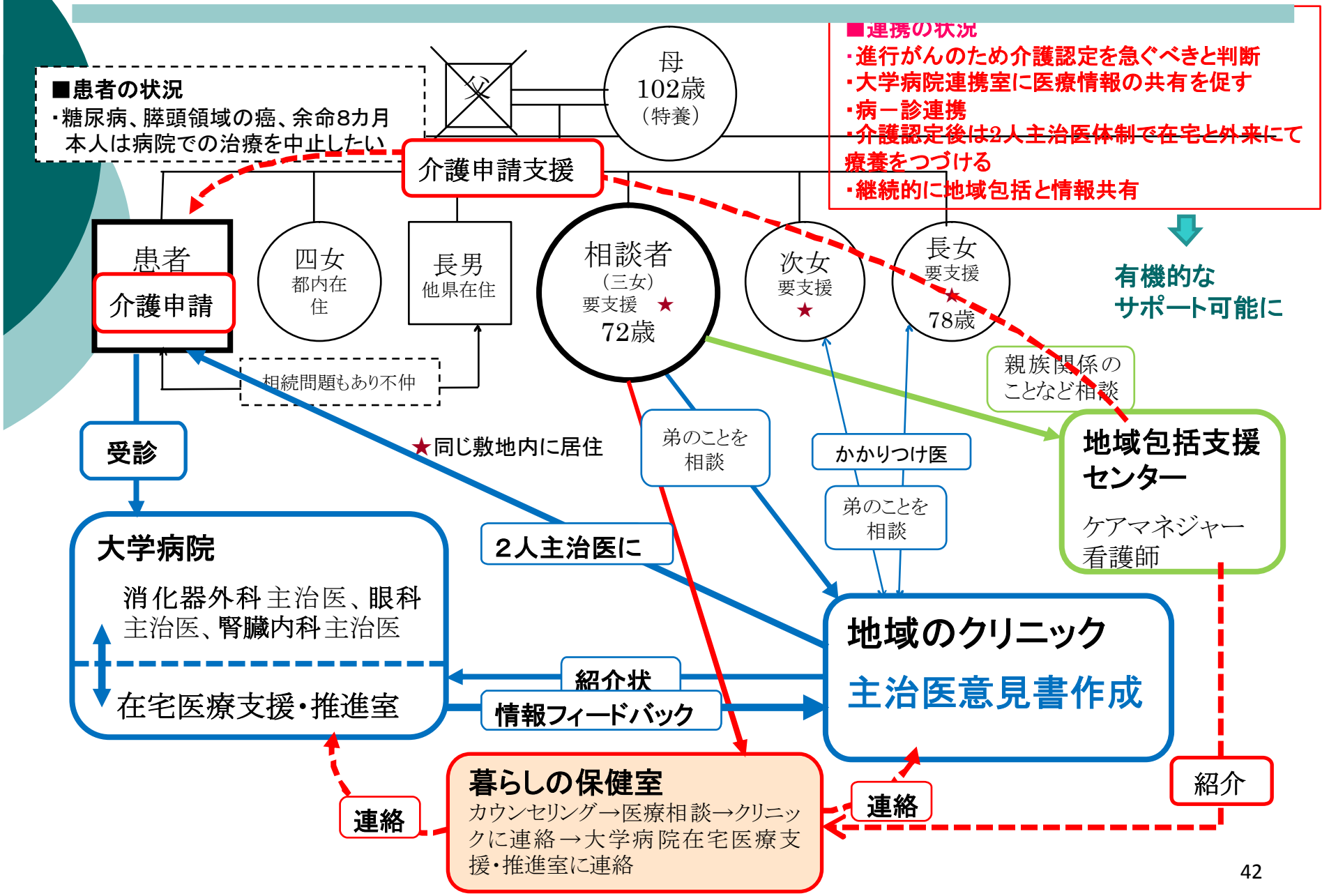
在宅医療従事者の負担軽減の支援

事例①　医療情報の共有を促し「病-診-介護連携」をすみやかに進め、在宅療養を支援



在宅医療従事者の負担軽減の支援

事例①　医療情報の共有を促し「病-診 連携」をすみやかに進め、在宅療養を支援



在宅医療従事者の負担軽減の支援

②　望ましい情報共有の流れを促進し、在宅療養におけるＱＯＬ向上

■相談者の状況＋病院の対応

●説明がよく聞こえないが何度も聞き返せない→病院：医師としては説明したつもり

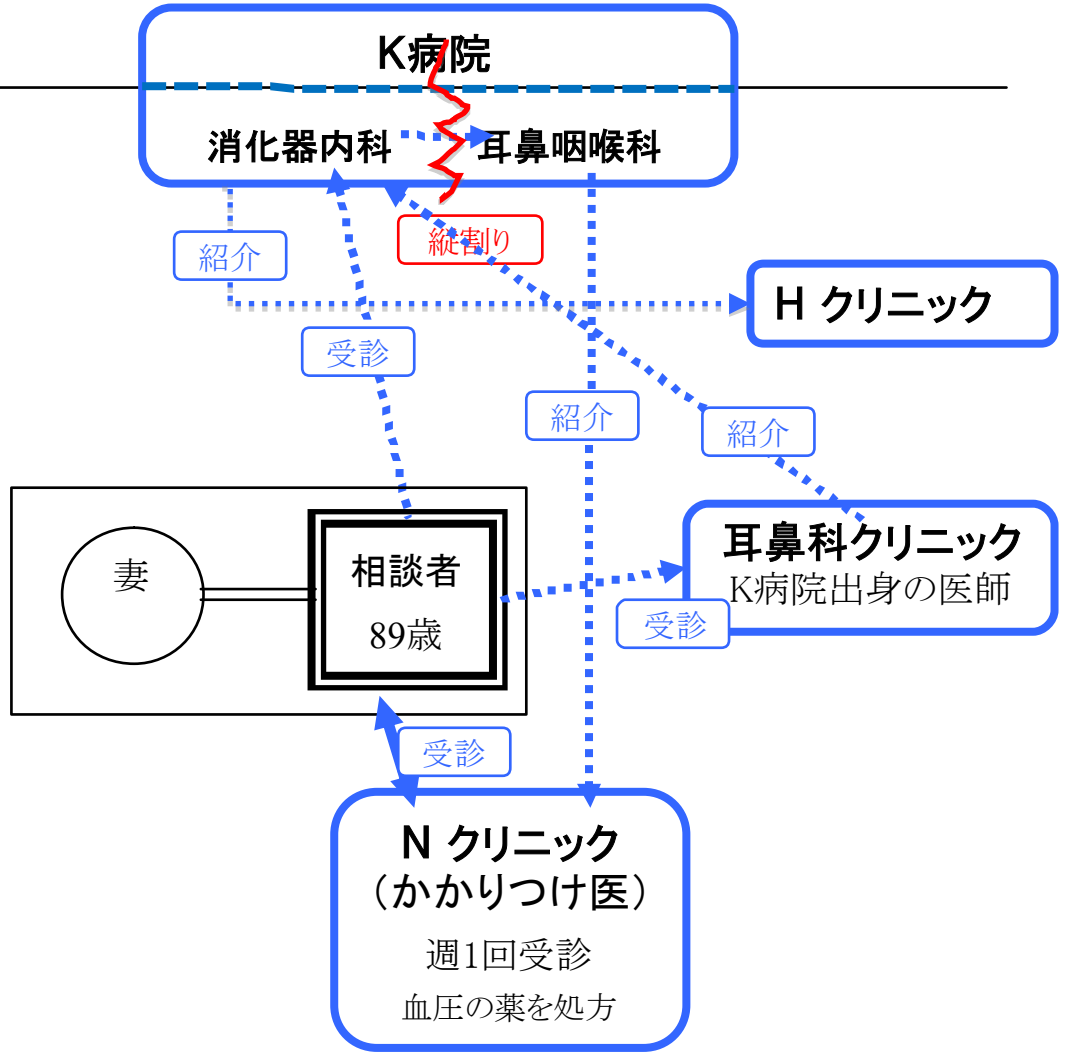
●食道がん治療はせずに家で最期を迎えたい→病院：患者が納得したものと捉え、放射線治療の準備＋並行して地域のクリニックを紹介

●了解していないうちに放射線治療の台へ。直前で拒否。

●相談者は病院が勝手に地域のかかりつけ医を決めて紹介したと捉える。

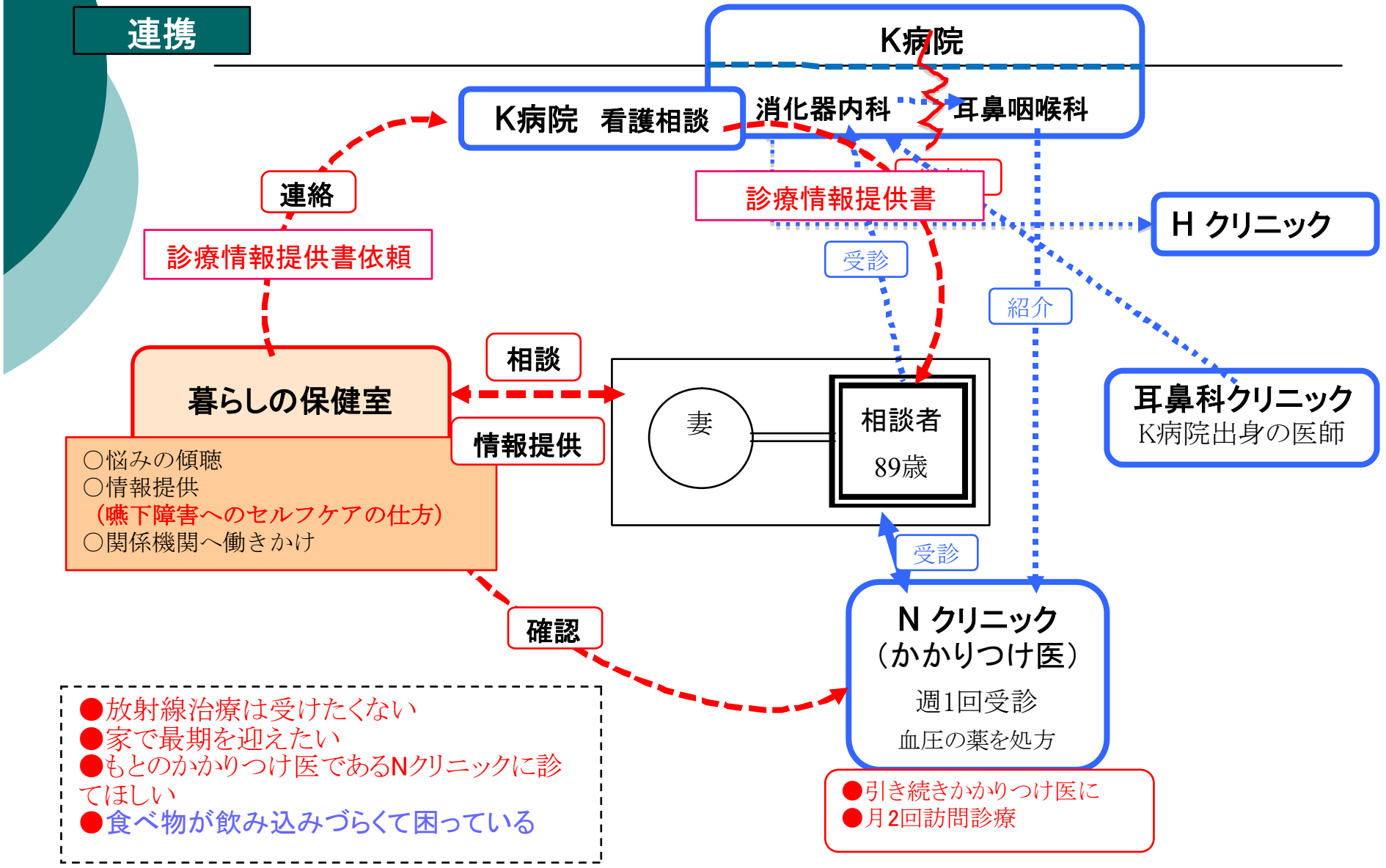
●嚥下障害がつらいのに対応してもらえない

●放射線治療は受けたくない
●家で最期を迎えたい
●もとのかかりつけ医であるNクリニックに診てほしい
●食べ物が飲み込みづらくて困っている



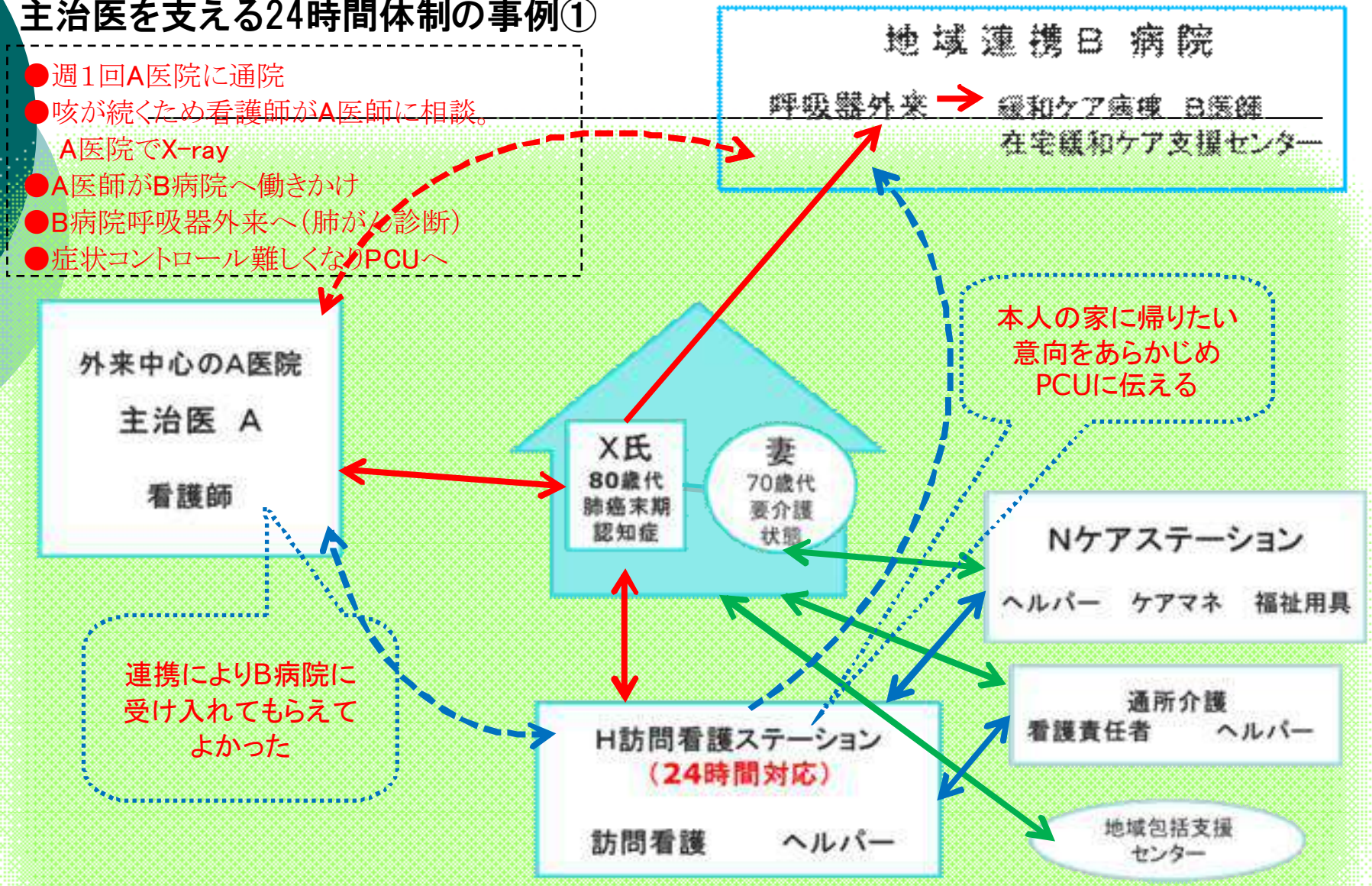
在宅医療従事者の負担軽減の支援

②　望ましい情報共有の流れを促進し、在宅療養におけるＱＯＬ向上



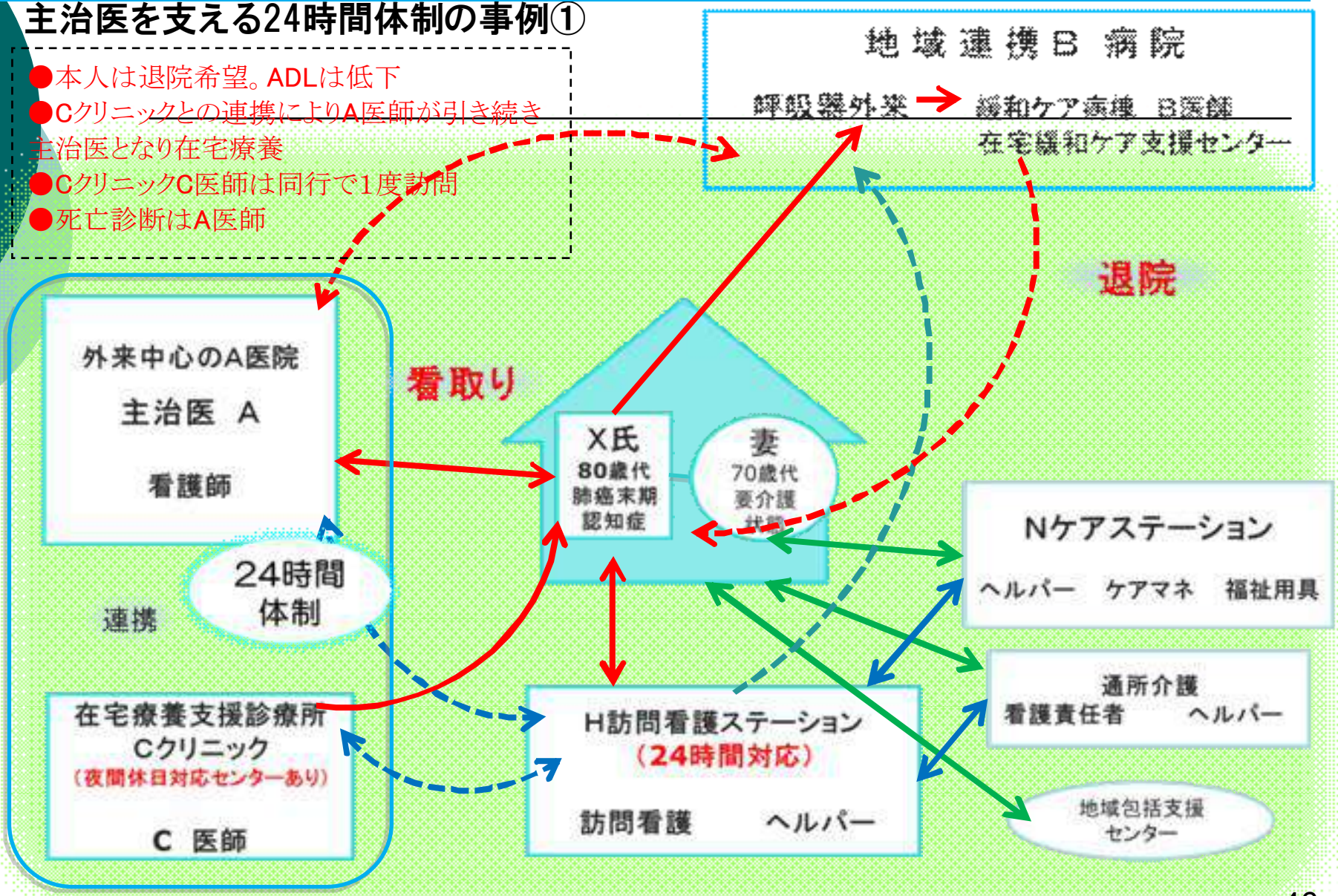
在宅医療従事者の負担軽減の支援

主治医を支える24時間体制の事例①

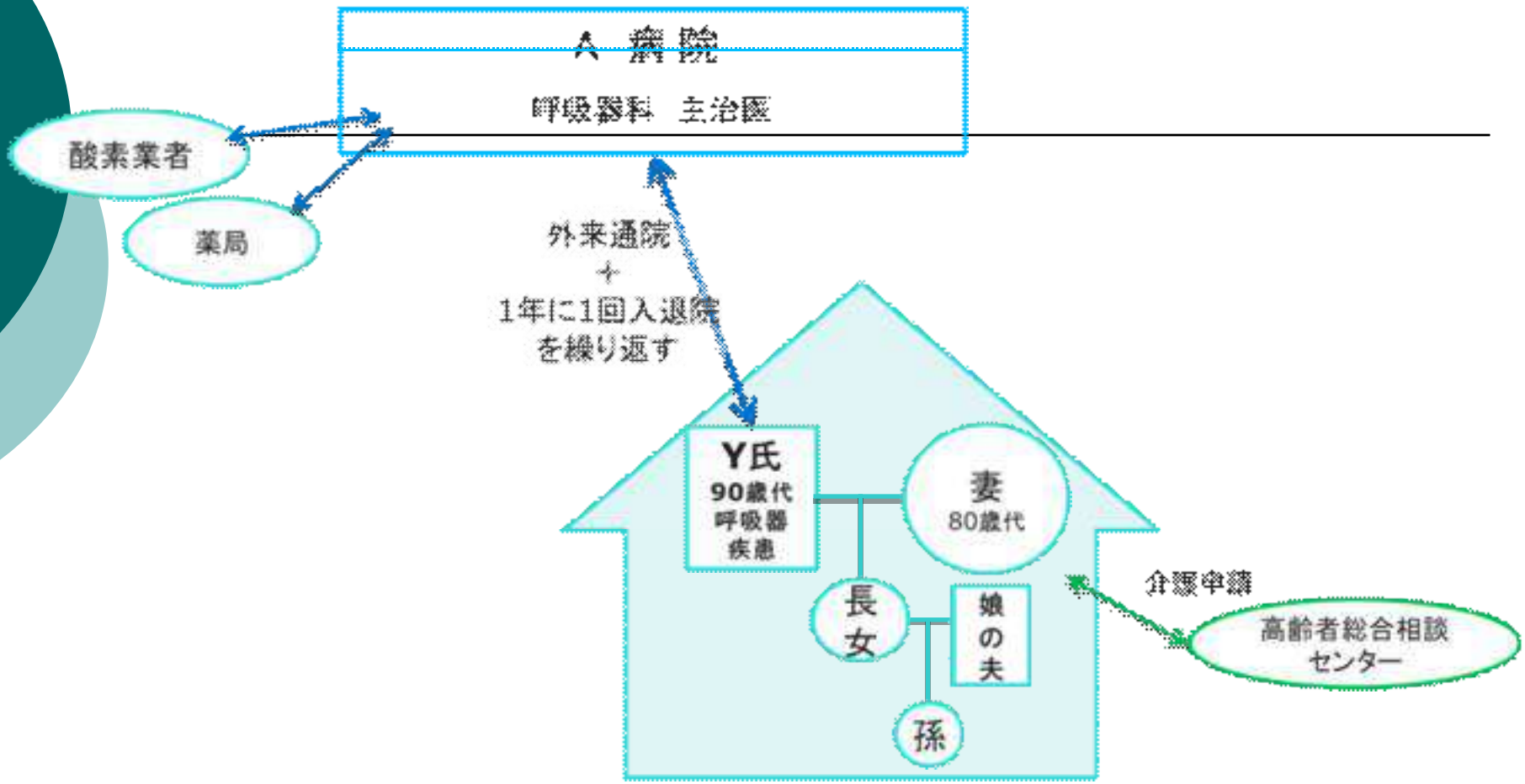


在宅医療従事者の負担軽減の支援

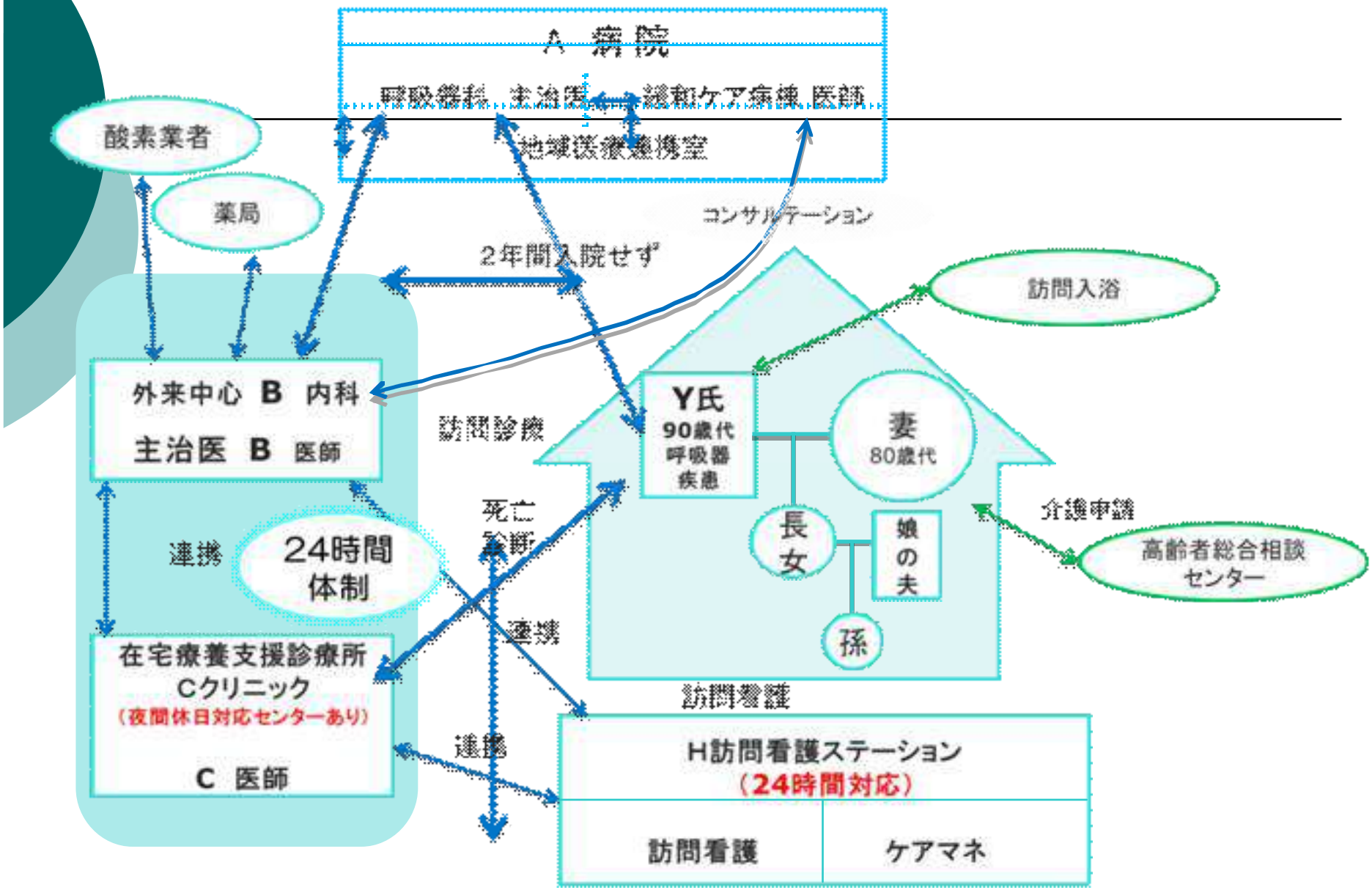
主治医を支える24時間体制の事例①



非がん患者のターミナルを地域の協働で支える―慢性呼吸不全の一例

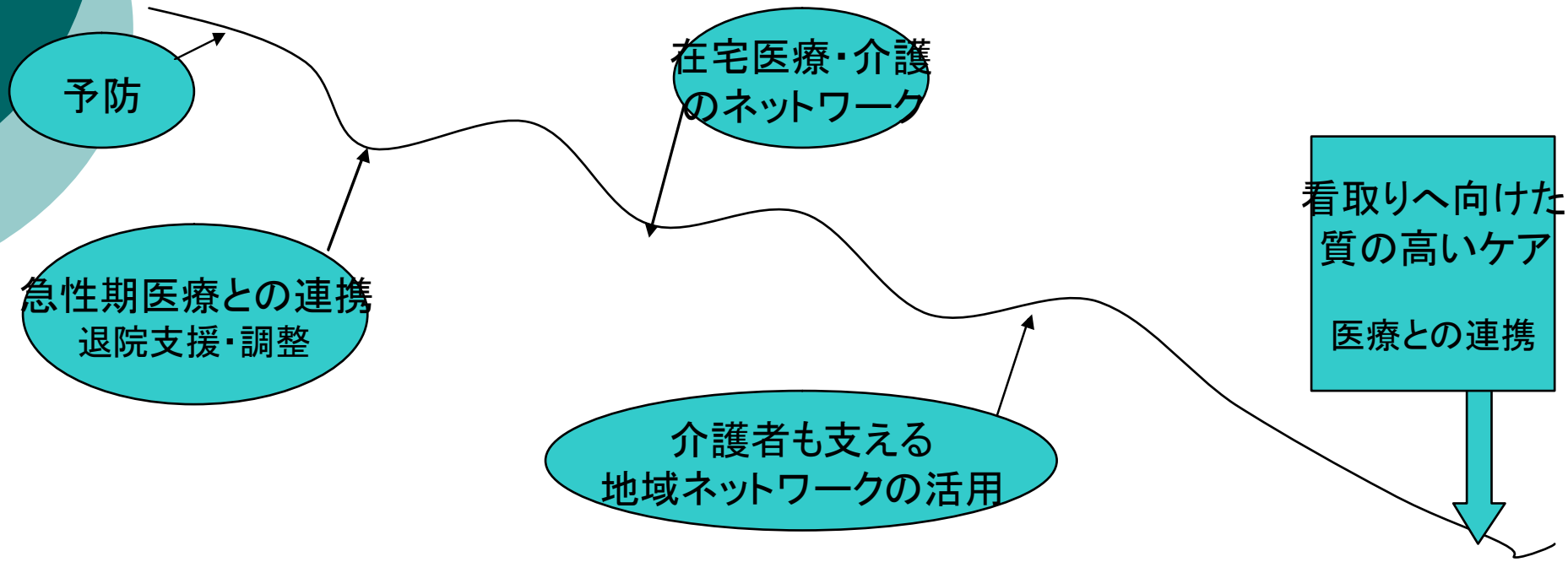


暮らしの保健室勉強会　地域の中でエンドオブライフを支える･･･家にいたいと言う患者の思いを貫く



質の高いEnd of Life Careを

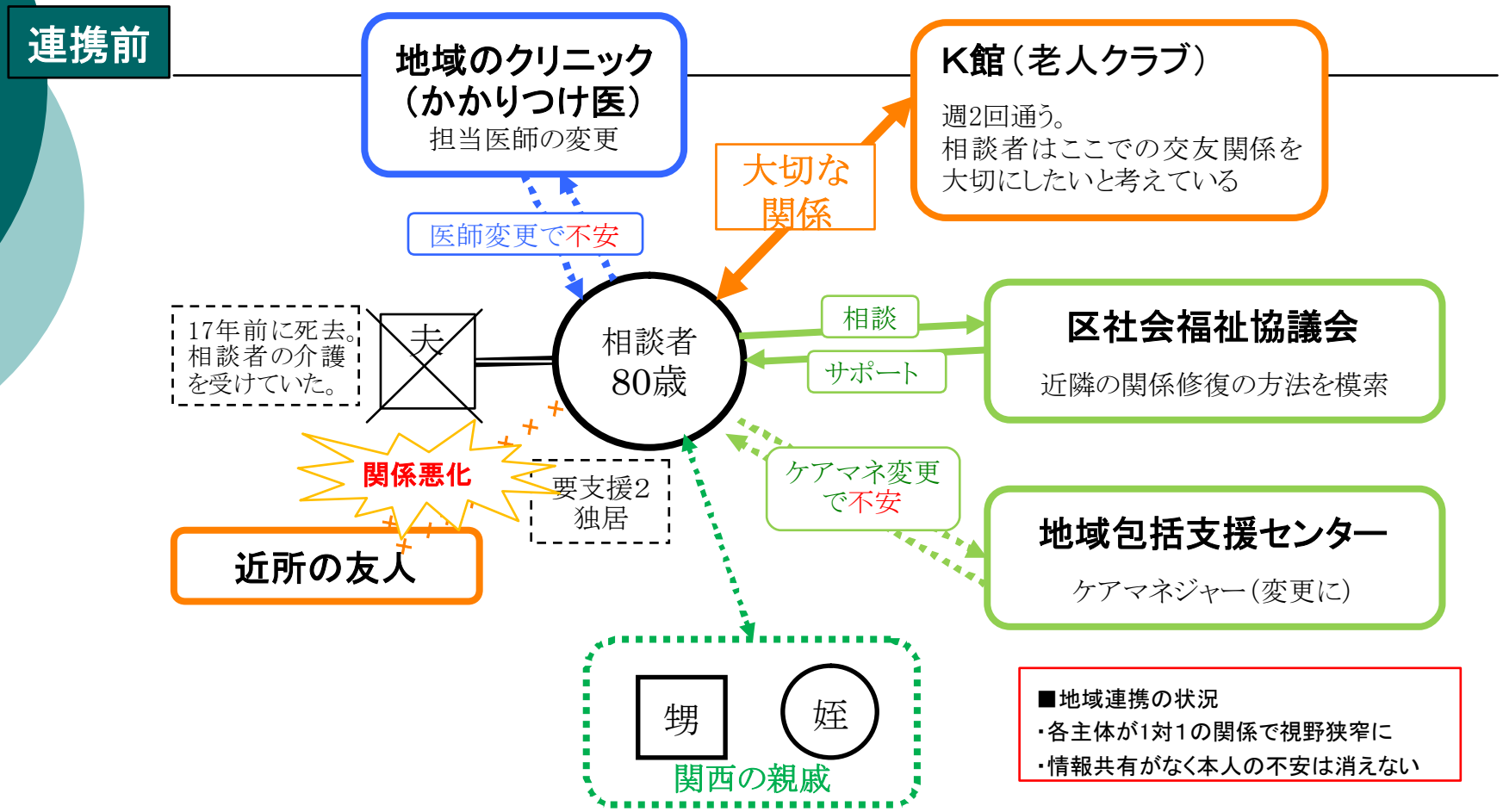
- 高齢化社会のEnd of Lifeを支えるには？



医療・介護の一体的な提供の必要性

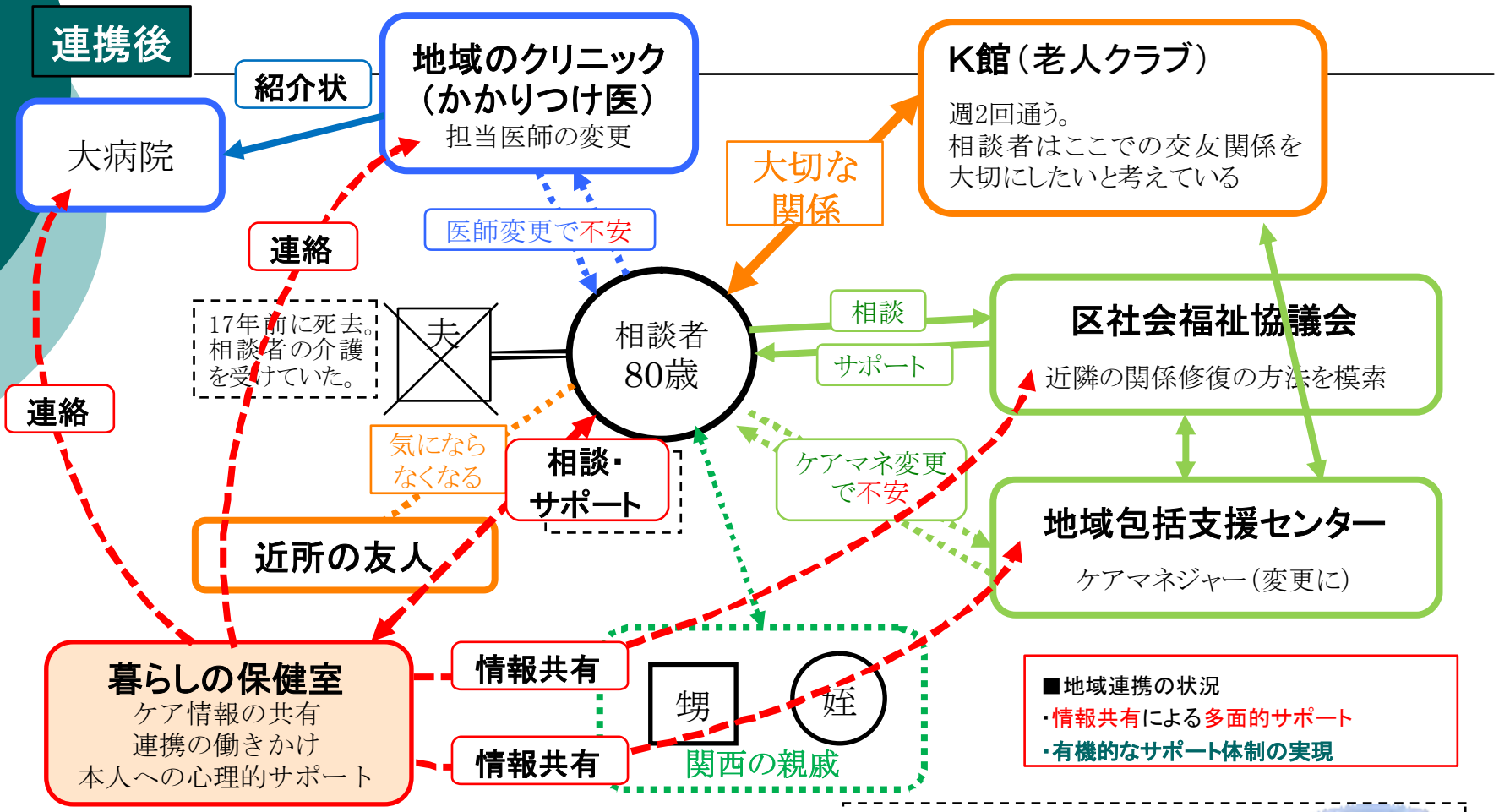
効果的な連携のための多職種連携

事例②　介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える



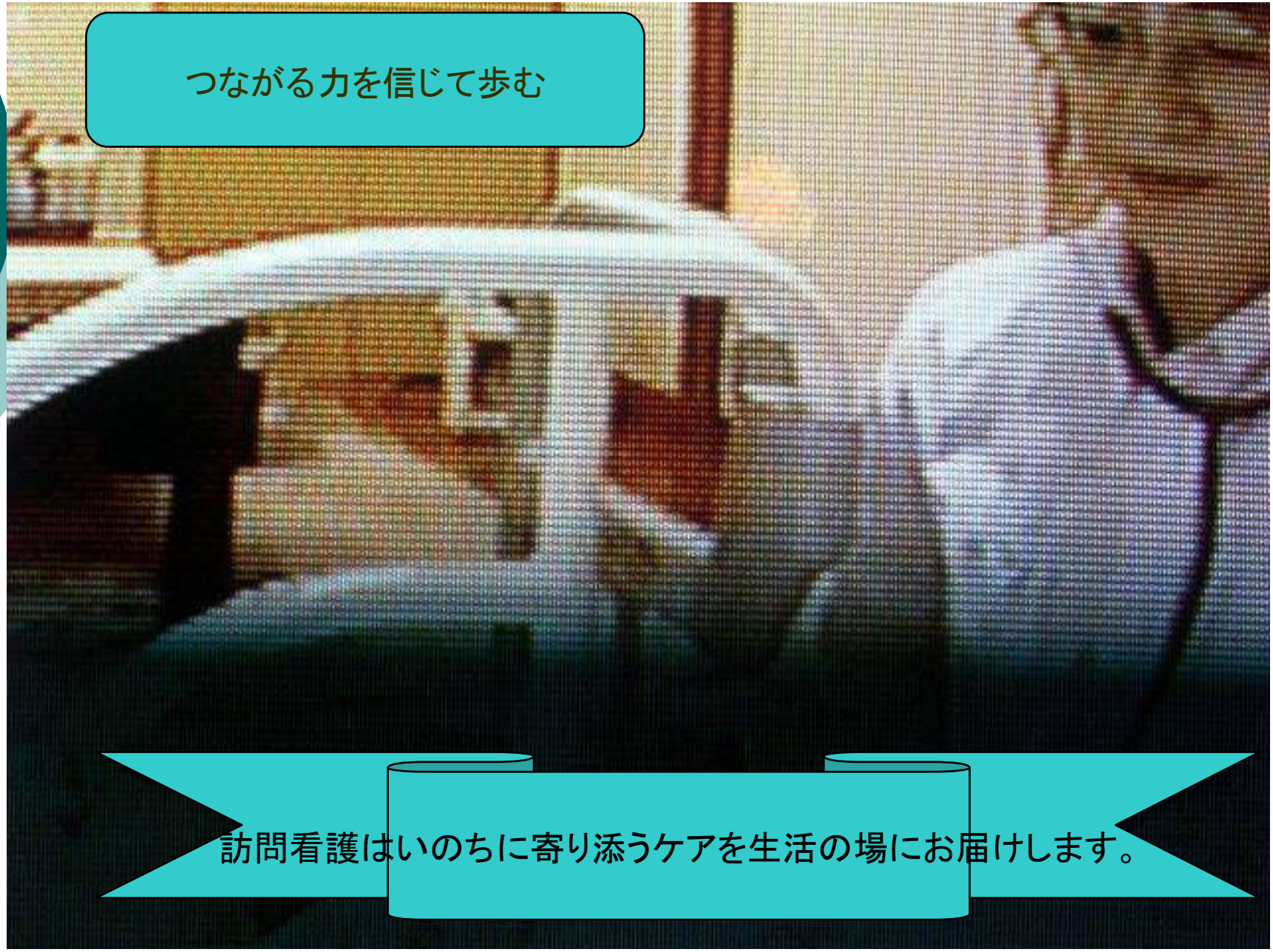
効果的な連携のための多職種連携

事例②　介護保険適用の境目にある独居高齢者を地域ネットワークの中で支える



「暮らしの保健室」を開設して

- 「暮らしの保健室」は医療や行政サービスが必要ではない人、受けていない人も利用できる
  - ➡ 住民が地域で安心して暮らすことができる
- 医療やいろんな行政サービスを利用していても問題解決に至らない人も利用している
  - ➡ 利用者中心の連携がなされ、問題解決へ向けて「暮らしの保健室」がコーディネート


つながる力を信じて歩む
訪問看護はいのちに寄り添うケアを生活の場にお届けします。