

東京都社会福祉審議会検討分科会

武蔵野市における地域包括ケアの 現状と課題

1. 武蔵野市の高齢者人口と介護保険給付等について
2. 武蔵野市における地域包括ケアシステムの現状
3. 地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題

平成25年(2013年)6月18日

武蔵野市健康福祉部長 笹井 肇



1. 武蔵野市の高齢者人口と 介護保険給付等について

武蔵野市の高齢者人口(各4月1日)

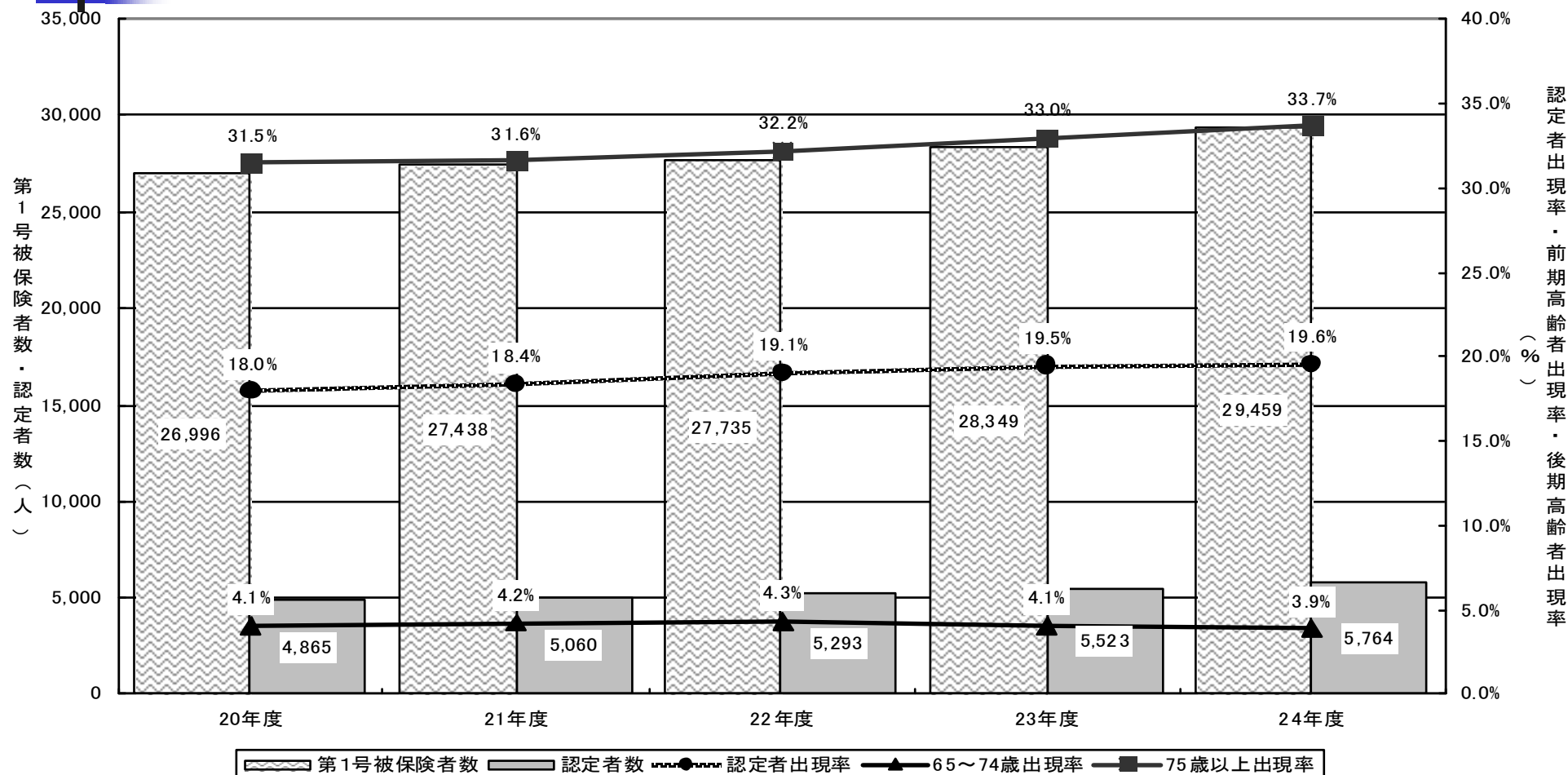
75歳以上の高齢者が65歳以上高齢者の52.5%を占める

	人口	65歳以上	75歳以上(再掲)	高齢化率
平成19年	134,123	25,380	12,482	18.9%
平成20年	134,290	25,983	12,980	19.3%
平成21年	134,686	26,656	13,464	19.8%
平成22年	135,065	27,098	13,937	20.1%
平成23年	136,003	27,405	14,428	20.2%
平成24年	136,043	28,010	14,840	20.6%
平成25年	139,535	29,459	15,452	21.1%

要介護認定者数の推移

65歳以上の5人に1人、75歳以上の3人に1人が要介護認定者

要介護(要支援)認定者数の推移(平成20~24年度:各年度3月31日現在)



武蔵野市の介護保険給付の特徴

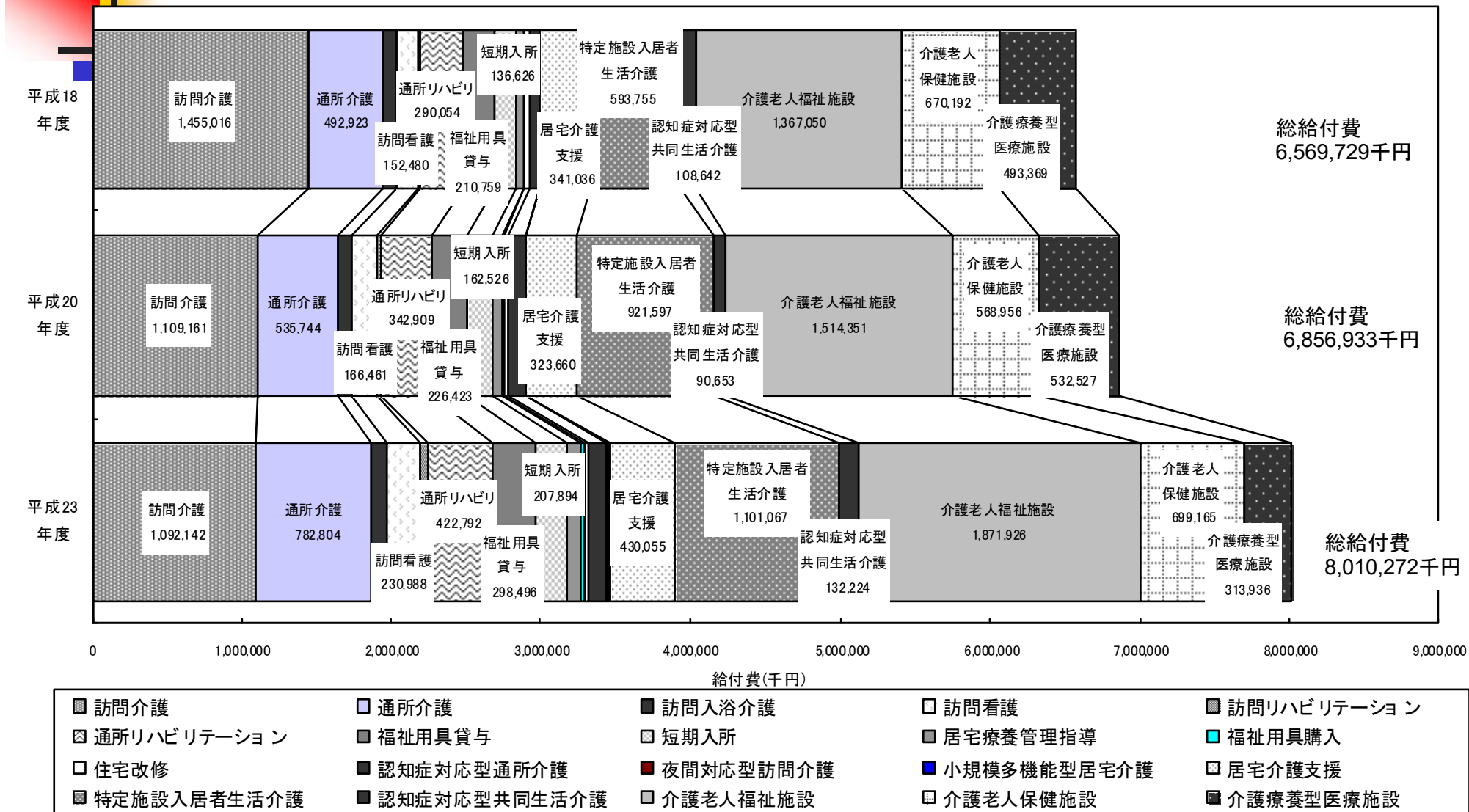
重度(要介護4~5)の居宅利用割合が全国平均を上回る

- 要介護度別区分支給限度額に対する居宅サービス利用割合(平成25年3月審査分)

	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
武蔵野市	42.4%	31.6%	29.3%	41.2%	49.7%	60.1%	64.2%
全国	45.4%	39.6%	40.8%	48.1%	52.6%	52.8%	54.1%

サービス種類別介護給付費推移

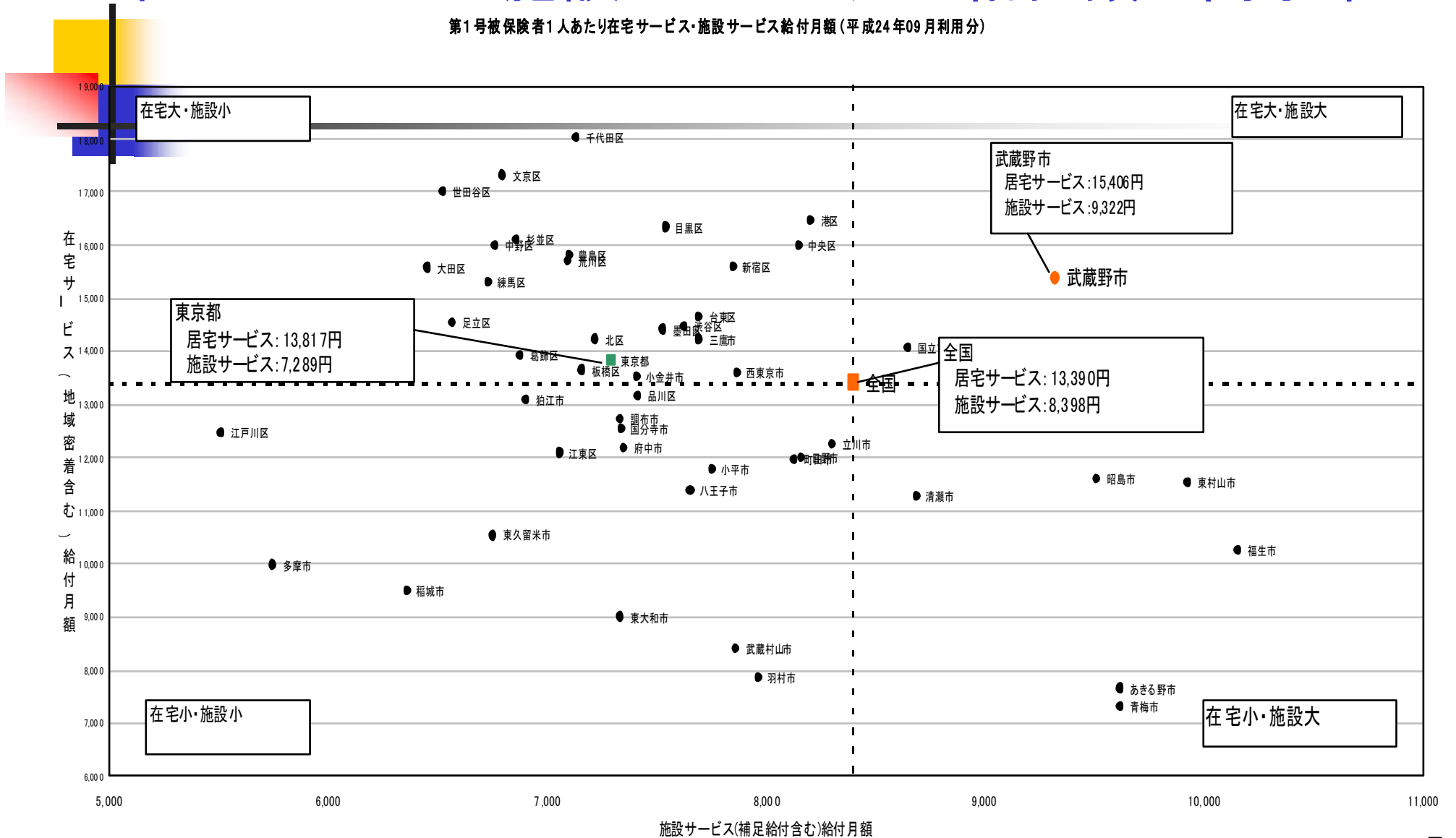
サービス種類別介護給付費推移(平成18・20・23年度)

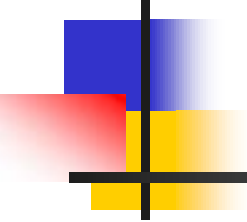


- 訪問介護
- 通所介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護
- 訪問リハビリテーション
- 通所リハビリテーション
- 福祉用具貸与
- 短期入所
- 居宅療養管理指導
- 福祉用具購入
- 住宅改修
- 認知症対応型通所介護
- 夜間対応型訪問介護
- 小規模多機能型居宅介護
- 居宅介護支援
- 特定施設入居者生活介護
- 認知症対応型共同生活介護
- 介護老人福祉施設
- 介護老人保健施設
- 介護療養型医療施設

在宅サービス・施設サービス共に給付額が高水準

第1号被保険者1人あたり在宅サービス・施設サービス給付月額(平成24年09月利用分)





2. 武蔵野市における地域包括ケア システムの現状

武蔵野市の地域包括ケアシステムは 高齢者福祉総合条例による総合的な施策体系を基礎としている

住宅

雇用

保健・医療

【居住継続支援事業】

- リバースモーゲージ
- シルバーピア
- 高齢者サービスハウス

【介護関連施設】

- テンミリオンハウス事業（7ヶ所）
- 日常生活支援事業
（自立生活支援のためのホームヘルプ
ショートステイ、食事サービス）
- 認知症高齢者支援事業
（相談・啓発・見守り支援事業等）

武蔵野市高齢者福祉総合条例（平成12年4月施行）

【健康増進・社会参加促進施策】

- 健康づくりや介護予防施策
（地域健康クラブ・不老体操）
- 社会参加促進・生きがい実現の
ための施策
（老人クラブ・社会活動センター）

福祉サービス利用料条例

日常生活支援事業（ホームヘルプ・デイ・ショート）などの利用料を規定

【移送サービス事業】

- レモンキャブ事業

武蔵野市介護保険条例

【法定給付】

- 通所介護（デイサービス）
- 訪問介護（ホームヘルプ）
- 短期入所（ショートステイ）
- 介護老人福祉施設
（特別養護老人ホーム）など

【サービス相談調整 専門員の設置】

- 苦情対応への
市独自の仕組み

【福祉の施設】

- 桜堤ケアハウス
- 軽費老人ホーム

【利用者保護】

- 権利擁護センター

【介護保険施設整備】

- 吉祥寺ナーシングホーム
- ゆとりえ
- ケアコート武蔵野
- さくらえん 等

介護予防・生涯学習

交通体系

平成12年3月に介護保険条例とともに 高齢者福祉総合条例を同時に制定

- ①介護保険制度は高齢者介護の一部分しか担えない
- ②高齢者の生活を総合的に支える「まちづくり」の目標

<基本理念>

(高齢者福祉総合条例第2条)

- (1)高齢者の尊厳の尊重
- (2)高齢者が住み慣れた地域で安心していきいきと暮らせるまちづくりの推進
- (3)自助・共助・公助に基づく役割分担と社会資源の活用、保健・医療・福祉の連携の推進
- (4)市民自ら健康で豊かな高齢期を迎えるための努力

高齢者福祉総合条例で規定する 主要な施策 (高齢者福祉総合条例第3条～8条)

(1) 介護に関する施策

- ① テンミリオンハウス事業
- ② 日常生活支援事業
- ③ 補助器具貸与・住宅改善事業
- ④ 移送サービス事業
- ⑤ 居住継続支援事業
- ⑥ 地域リハビリテーション事業

(2) 健康及び自立支援に関する施策

- ① 健康増進事業
- ② 食生活向上事業
- ③ 介護予防事業

(3) 社会参加促進に関する施策

(4) サービス利用者の保護に関する施策

(5) サービス基盤整備の推進に関する施策

テンミリオンハウス

リバースモーゲージによる遺贈物件などを活用し、NPOや住民組織等が運営。市が1000万円を限度として補助。

地域での見守りや社会とのつながりが必要な方の生活を支援する「近・小・軽」の施設。



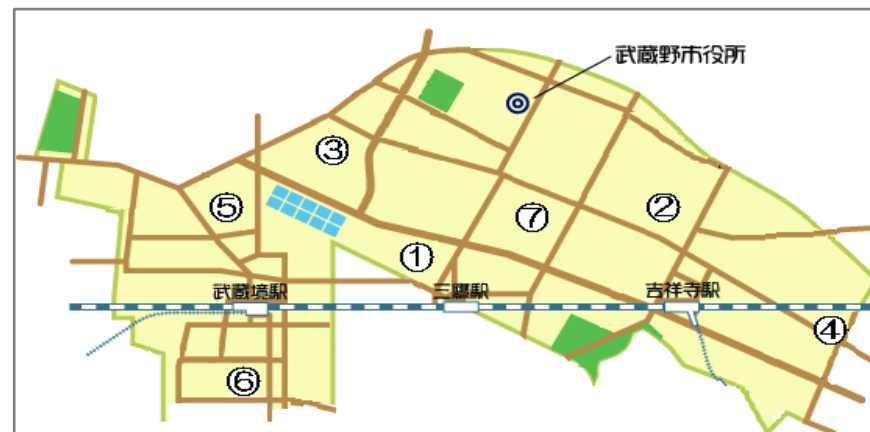
体操プログラム

＜サービス内容＞
 手芸・書道・体操・健康麻雀など
 各種プログラムのほか、
 子育て世代交流・喫茶・緊急ショートステイ
 などを実施している施設もあります。
 地域住民向けのイベントも
 実施しています。



テンミリオンハウスくるみの木

No.	施設名	住所	電話番号
①	川路さんち	西久保1-34-2	55-6239
②	月見路	吉祥寺北町1-11-7	20-8398
③	関三倶楽部	関前3-37-24	56-9047
④	そ~らの家	吉祥寺南町5-6-16	71-3336
⑤	きんもくせい	境4-10-4	50-2611
⑥	花時計	境南町2-25-3	32-8323
⑦	くるみの木	中町3-25-17	38-7552



レモンキャブ(移送サービス)

誰もが気軽に外出できるまちを目指して、
外出が困難な方のためにできた移送サービス

～ 運転手は同じまちに住んでいる人～
運転手をつとめるのは、商店主を中心とした
地域の有償ボランティア。
共助による地域を支えるサービスを提供。



～ ご利用について～

◆ ご利用できる方

高齢者や身体に障害を持つ方で
バスやタクシーなどの利用が
困難な市民の方

◆ 料金

30分ごとに800円
利用会員登録（年会費1,000円）
が必要です。
登録手続きは武蔵野市民社会福祉
協議会でできます。

～ 福祉型軽自動車を使用～

使用している車両は、身体の自由の利かない
人にも使いやすいように配慮された
福祉型車両です。



《お問い合わせ先》武蔵野市民社会福祉協議会
吉祥寺北町1-9-1（1階）TEL 23-0701



地域包括支援センターと在宅介護支援センター (地域包括ブランチ)による重層的な地域相談体制

- **地域6ヶ所すべての在宅介護支援センターに地域包括支援センター機能(ブランチ)を付加。**

⇒地域包括支援センターは、要支援1・2の予防プラン作成に限定。要介護1以上の中重度の要介護者のケアプラン作成や市独自福祉サービスの提供、権利擁護事業などを円滑に進めるため、介護保険法に基づく地域包括支援センター機能と老人福祉法に基づく在宅介護支援センター機能を統合。

⇒在宅介護支援センター職員は、新規の要介護認定申請者宅を調査員と同行訪問し、担当エリアの要支援・要介護高齢者を全件把握。

- **平成21年7月より、地域包括支援センターを市役所に統合・直営化。**

⇒「基幹型」地域包括支援センターとして、保健・医療・福祉の連携強化、介護予防支援業務の効率化、虐待防止や権利擁護機能を充実。

小地域完結型地域相談ケア体制

高齢者総合センター在宅介護支援センター
(地域包括支援センターブランチ)

桜堤ケアハウス

在宅介護支援センター (地域包括支援センターブランチ)

武蔵野市地域包括支援センター (市役所)

吉祥寺ナースिंग 在宅介護支援センター (地域包括支援センターブランチ)



武蔵野赤十字

在宅介護支援センター (地域包括支援センターブランチ)

吉祥寺本町

在宅介護支援センター (地域包括支援センターブランチ)

ゆとりえ 在宅介護支援センター (地域包括支援センターブランチ)

武蔵野市第五期長期計画の重点施策「地域 リハビリテーションの推進」に基づく地域連携

「すべての市民が生涯を通して住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、地域生活にかかわる人や組織が、保健・医療・福祉・教育などの分野を超えて連携し、継続的で体系的な支援を行う」

●地域リハビリテーション推進協議会（＝高齢者・障害者等の分野を超えた総合調整機能）

武蔵野市、地域包括支援センター運営協議会、地域自立支援協議会、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市民社会福祉協議会の代表者

●在宅支援連絡会（＝全市的地域ケア会議機能）

武蔵野市、福祉公社、赤十字病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、保健所、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、ホームヘルパー etc.の実務担当者。多職種連携。

●地区別ケース検討会（＝エリア別地域ケア会議機能）

在宅介護支援センターが主催し、地域のケアマネージャーを中心に、医師や在宅サービス関係者が集まり個別ケース検討や情報交換、施設視察（社会資源把握）などを行う。地域の課題を把握・解決に向けた新しいサービス（認知症見守り支援・緊急ショート等）の検討など。

重点的取り組み(1)

健康づくりと介護予防・孤立予防の推進 <全19事業>

お風呂で「不老体操」
公衆浴場で健康体操と入浴



「男性のための料理教室」



重点的取り組み(2)

認知症高齢者施策の推進



認知症になっても、安心して住みつづられるまちをめざして～認知症を知る月間～

認知症サポーターの養成講座



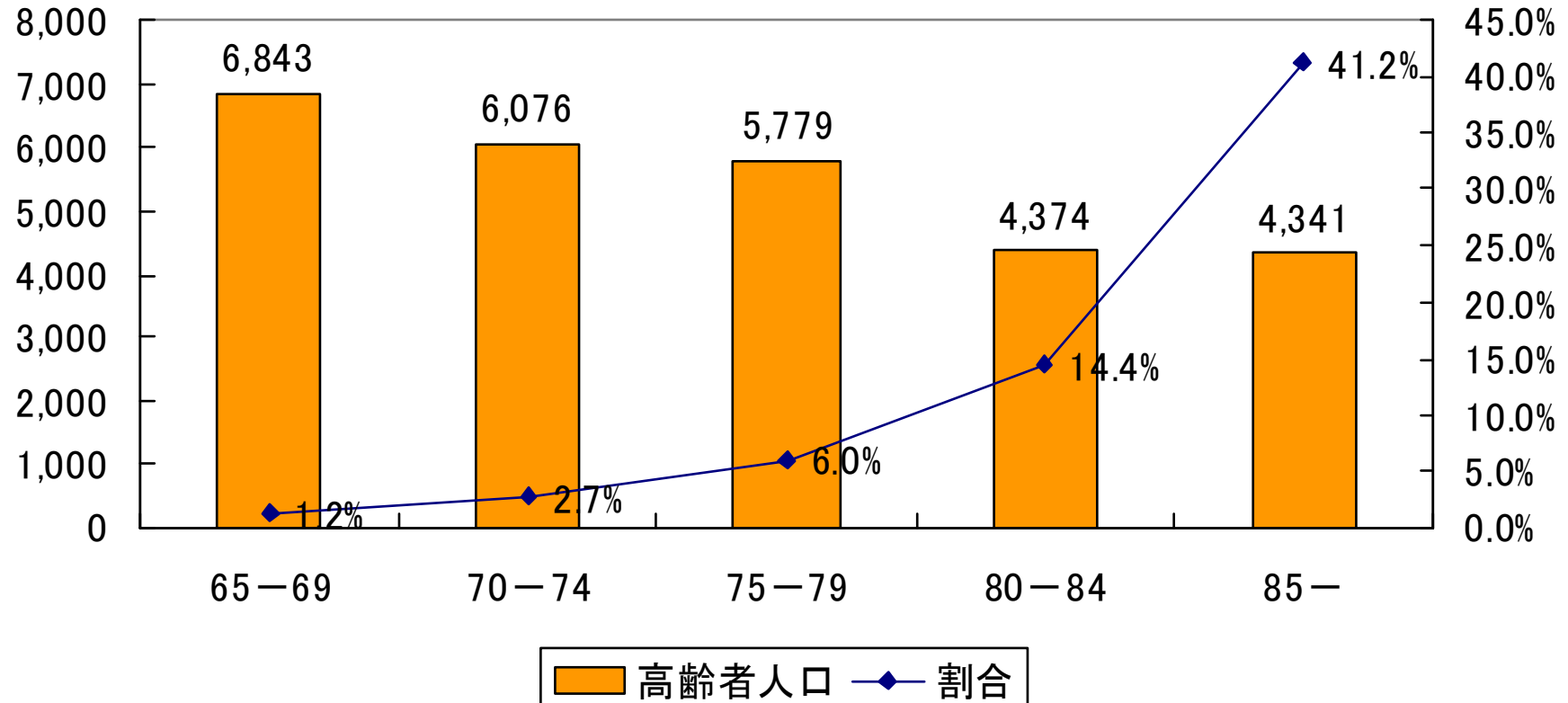
武蔵野市では65歳以上の10人に1人以上が認知症高齢者です(平成23年7月調査)

年齢	人口	要介護認定者数	認知症高齢者の日常生活自立度			
			Ⅰ以上		Ⅱ以上	
			人数	割合	人数	割合
65-69	6,843	180	118	1.7%	80	1.2%
70-74	6,076	382	250	4.1%	162	2.7%
75-79	5,779	754	517	8.9%	344	6.0%
80-84	4,374	1,284	922	21.1%	632	14.4%
85-	4,341	2,763	2,364	54.5%	1,788	41.2%
合計	27,413	5,363	4,171	15.2%	3,006	11.0%

平成23年7月1日現在

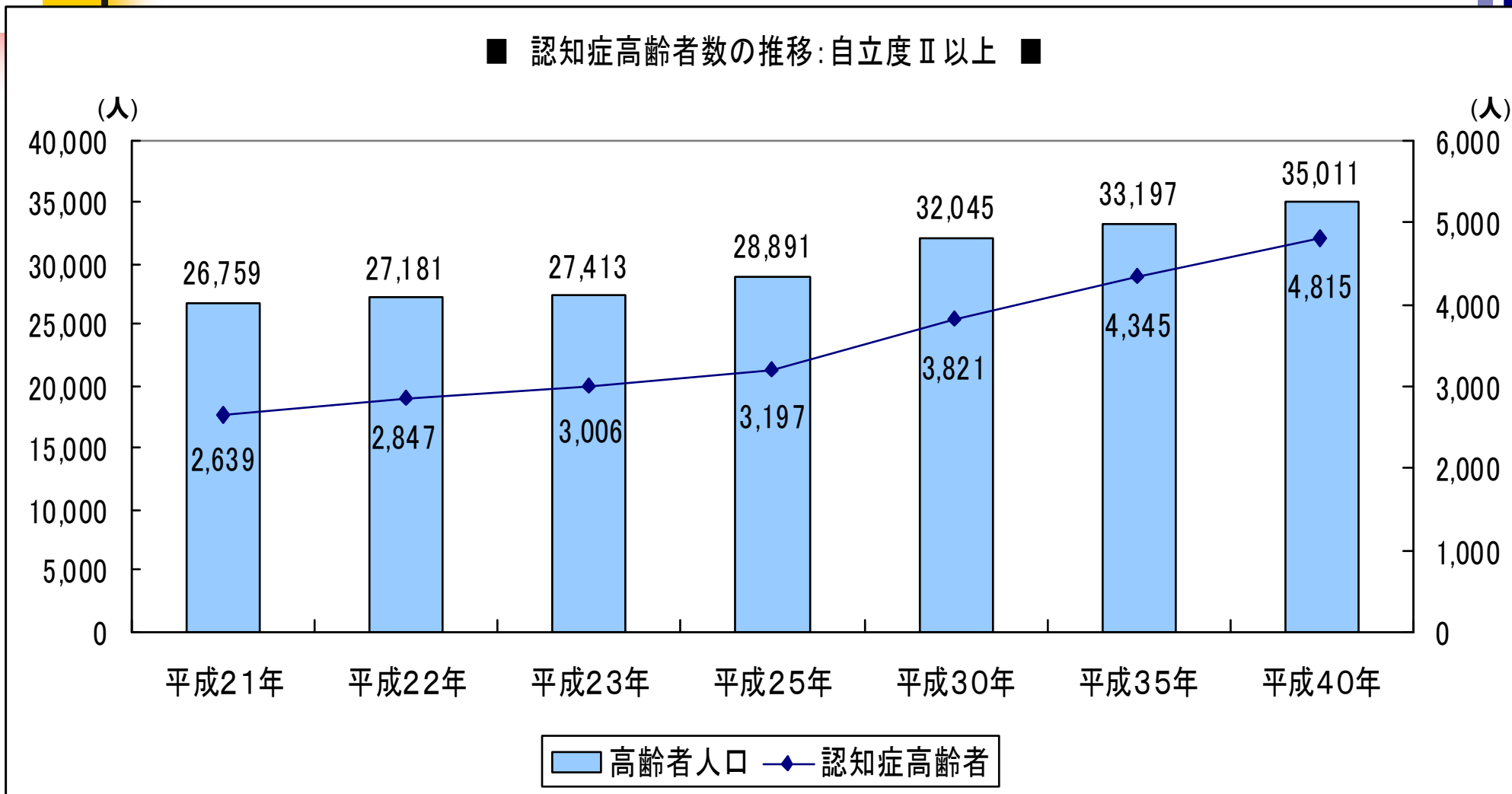
年齢が高くなるほど認知症高齢者の割合が増えています

年齢別高齢者数と認知症高齢者の割合
(認知症高齢者日常生活自立度Ⅱ以上)



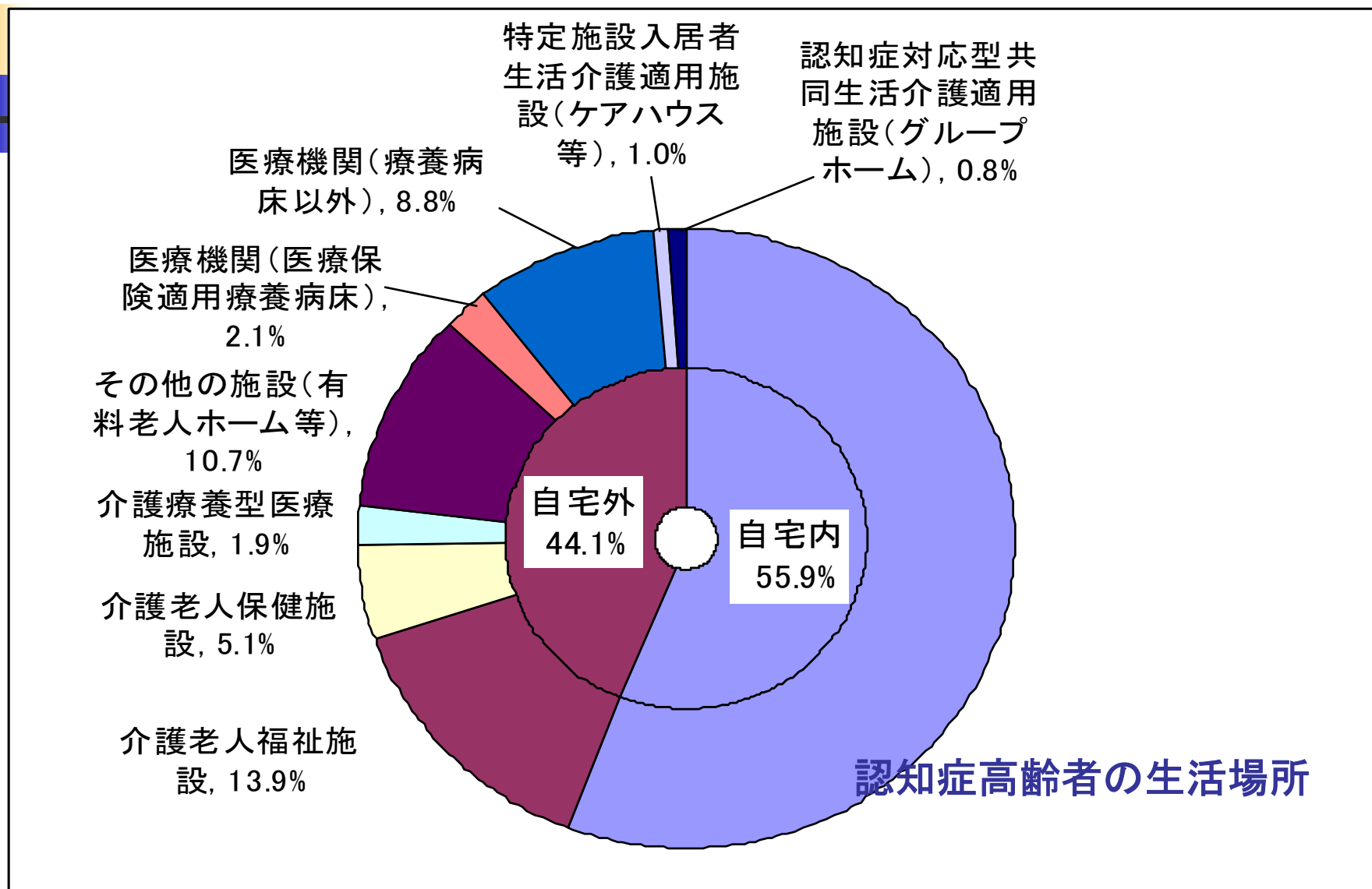
平成23年7月1日現在

武蔵野市における認知症高齢者の推計値



平成23年7月1日現在

認知症の人は私たちの身近に生活しています



認知症高齢者ケア体系図

相談事業の充実

在宅介護支援センター 地域包括支援センター

総合相談・訪問
介護保険、各種制度の申請
各関係機関との連携・調整
介護予防講座 等

認知症面談相談（在宅介護支援センター）
毎月第1・第3水曜日
10時～12時、13時～15時
認知症面談相談（市役所）
毎月第2木曜日
10時～12時、13時～15時
認知症を知る月間
（認知症を知るキャンペーン）
医療機関との連携

権利擁護事業

権利擁護事業（福祉公社）
地域福祉権利擁護事業
成年後見制度の利用支援

普及啓発の推進

認知症サポーター等養成講座
キャラバンメイト養成講座
認知症を知る月間
（認知症を知るキャンペーン）
講演会
啓発用リーフレット配布
啓発用グッズ配布 等

地域住民

家族

本人

介護予防事業

介護保険 サービス

通所サービス
夜間対応型訪問介護
認知症グループホーム 等

在宅生活の支援

認知症高齢者見守り支援ヘルパー
はいかい高齢者等探索サービス
緊急ショートステイ
食事サービス
家族介護用品支給
火災安全システムの貸与
在宅高齢者訪問歯科健診
テンミリオンハウス 等

介護保険外の武蔵野市独自の認知症高齢者・家族への主なサービス

事業	内容
認知症相談	面談相談(毎月第1・第3水曜日、第2木曜日)
認知症見守り支援ヘルパー派遣事業	専門的研修を受けた訪問介護員による介護保険給付対象外の見守り・話し相手・散歩付き添いなどの支援(週4時間以内)
はいかい高齢者探索システム	徘徊行動のある高齢者等にGPS専用端末機を携帯してもらい、徘徊時の位置を家族等に知らせるシステム
火災安全システムの貸与	ひとり暮らし・高齢者だけの世帯に、火災による緊急事態を防止・対応するために電磁調理器や警報機を貸与
家族介護用品支給事業	介護用品(おむつ等)の支給により家族介護者の負担を軽減(要介護3以上の市民税非課税世帯対象)
家族介護者の集い	「認知症の理解と介護の実践」「語ろう、話そう、介護体験」「共感！！介護の体験」など
緊急ショートステイ	特別養護老人ホーム等のショートステイ用ベッドを年間確保

重点的取り組み(3)

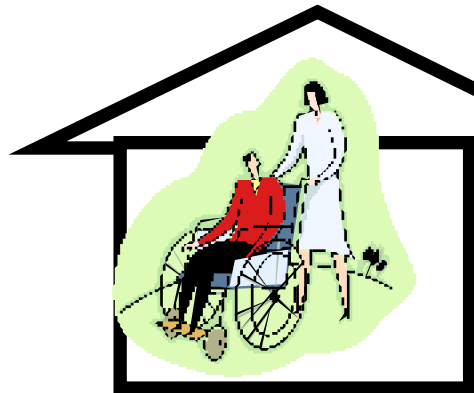
保健・医療・福祉の連携強化

- 医師会とケアマネジャーの連携に関する懇談会
- 歯科医師会・ケアマネジャー・保険者連携懇談会
- 武蔵野市独自の連携様式(介護情報提供書等)
- 地区別ケース検討会(エリア別地域ケア会議)における医師会の先生を講師とする研修会と事例検討
- 「脳卒中ネットワーク」の「脳卒中地域連携パス」(地域連携診療計画書)による急性期・回復期から在宅介護に至るまでの医療と介護の連携
- 「認知症連携シート」による在宅相談機関・もの忘れ相談医・専門病院・かかりつけ医の連携 など

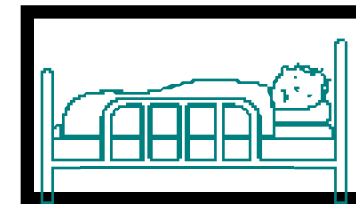
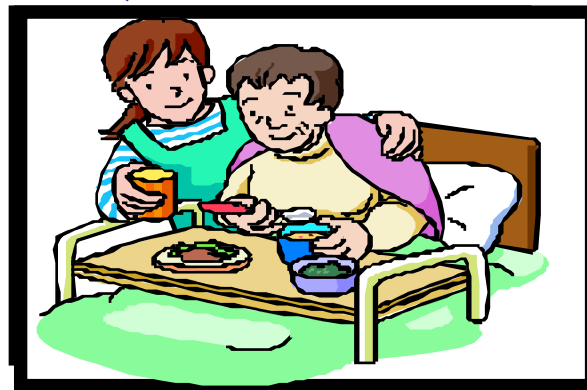
医療と介護の地域連携

武蔵野赤十字病院を中心とする脳卒中ネットワーク(脳血管疾患は要介護の原因のトップ)

在宅



維持期施設
(療養・介護)



(治療・リハビリ)

急性期病院

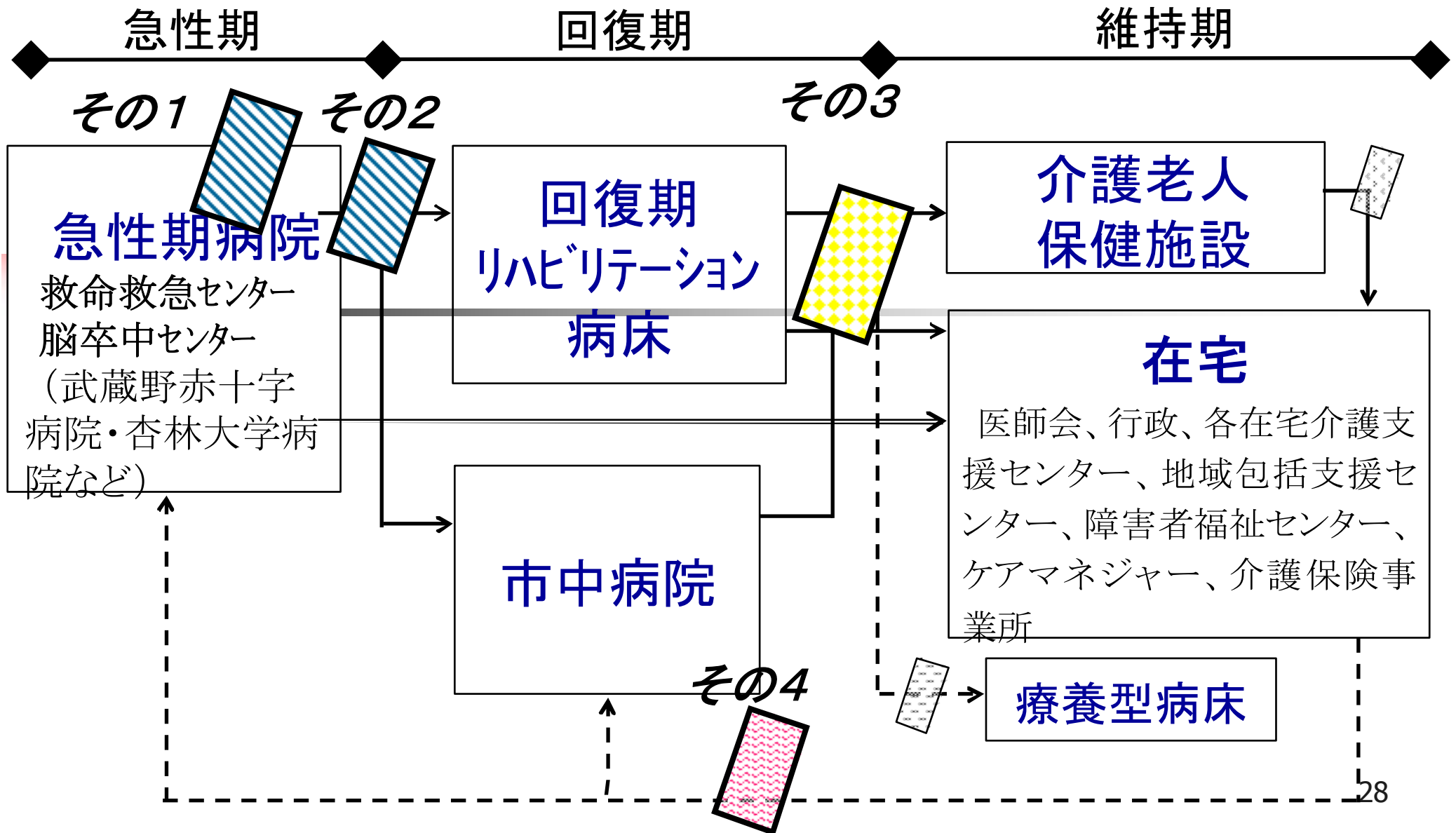


回復期病院(リハビリ)

武蔵野市を中心とする北多摩南部脳卒中ネットワーク 地域連携診療計画書(連携パス)の構成と特徴 急性期から在宅まで4種類のパスで連携

- パスその1「これからの生活プラン案」⇒急性期治療の段階で今後の長期に及ぶ治療の将来像を提示(オーバービュー)
- パスその2「リハビリにより機能が回復する」⇒急性期病院から回復期病棟への情報
- パスその3「安心して在宅療養を送ることができる」⇒回復期病棟退院時に在宅診療医師・介護保険ケアマネジャー・在宅サービス事業者への情報提供(退院時カンファレンスの概要も記載)
- パスその4 ⇒在宅生活を支える関係者と急性期治療をつなぐ(フィードバック機能により急性期→回復期→在宅・維持期→急性期と診療情報の循環が可能となる)
- 医療機関と自治体と介護サービス関係者が協働して地域で患者を支えるシステム

脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)の流れ

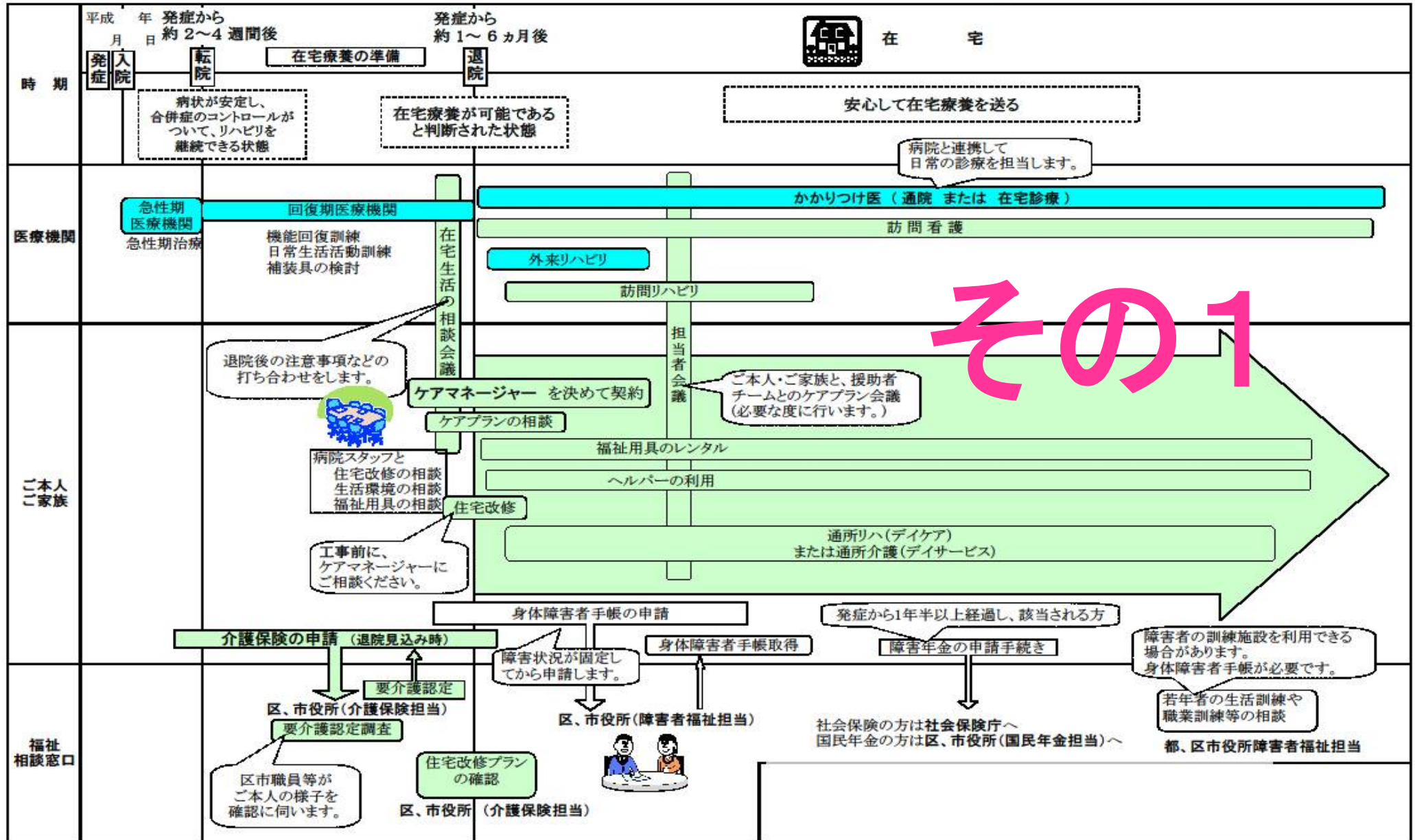


地域連携診療計画書 (その1)

地域連携診療計画書(その1)

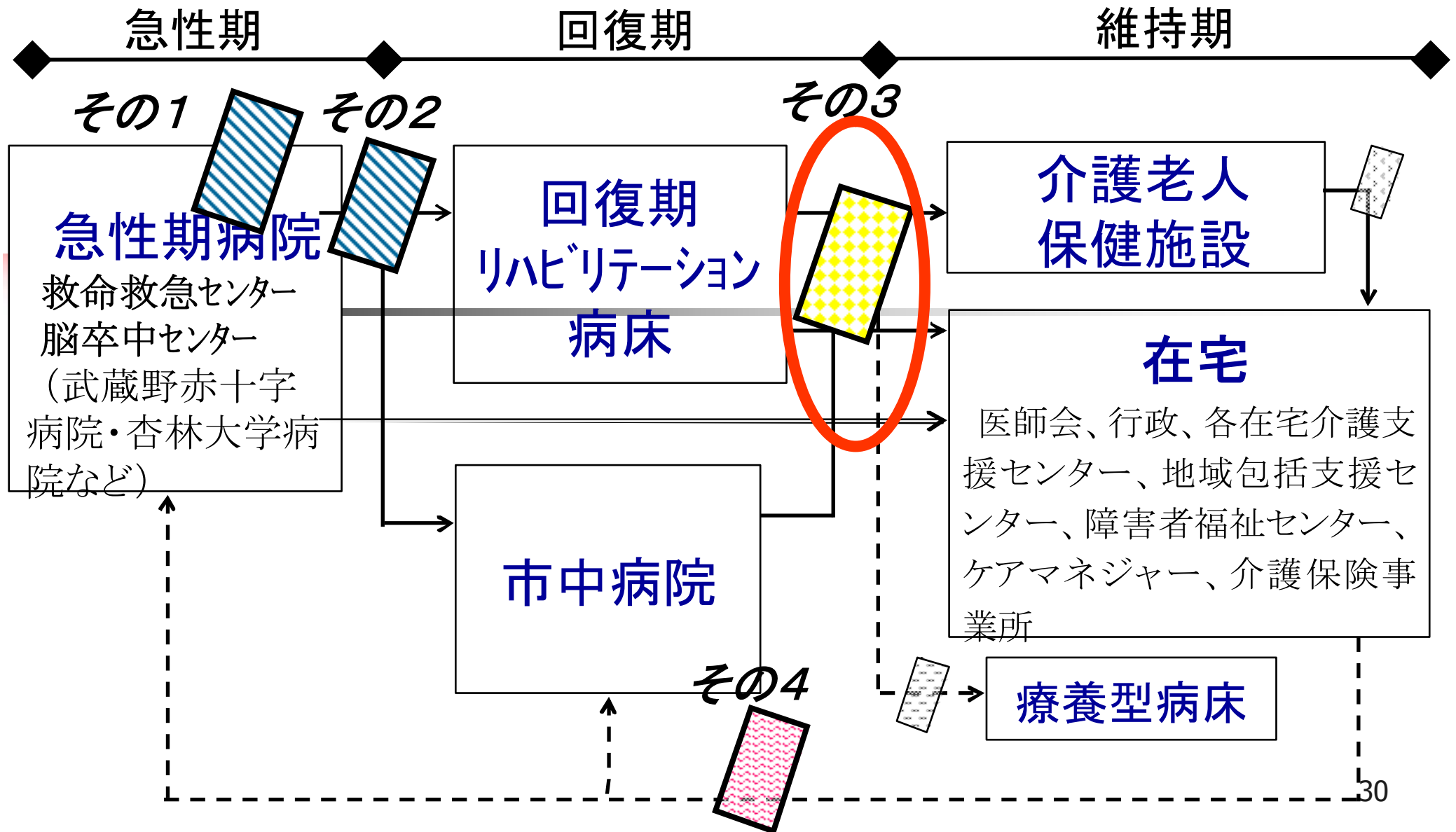
様 これからの生活プラン案 ご相談

※経過や在宅プランは、障害状況や生活環境によって一人ずつ違います。市区町村により相談窓口等が違います。



その1

脳卒中地域連携診療計画書(連携パス)の流れ



地域連携診療計画書(その3) 目標: 安心して在宅療養を送ることができる

氏名 (男/女) 様 生年月日 西暦 19 年 月 日 () 歳 退院時のご本人のご希望	入院日 月 日 記入者 退院日 月 日 記入者 退院時のご家族のご希望
ご家族・キーパーソン (同僚別, お名前, 続柄, 職業) 国内に①②③をつける キーパーソン① お名前 氏名 () 氏 () キーパーソン② お名前 氏名 () 氏 () キーパーソン③ お名前 氏名 () 氏 ()	保険種別 <input type="checkbox"/> 社本 <input type="checkbox"/> 社家 <input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 老 () <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 福 身障手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 将来申請 () 項 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 (新規 変更) 申請日 (/ /) 居宅介護支援事業所 ケアマネジャー 氏名 () 住居 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 集合住宅: エレベーター (有/無) □ハリア: 経済状況

診断名 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> ラナク <input type="checkbox"/> アテローム <input type="checkbox"/> 心原性塞栓 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 視床 <input type="checkbox"/> 被殻 <input type="checkbox"/> 皮質下 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> その他 () 発症日 年 月 日 発症部位 治療経過 (/): (/): (/):	入院日 月 日 記入者 退院日 月 日 記入者 退院時カンファレンス (月日) 出席者(病院・施設名): 短期目標: 長期目標: 入院中のケア 在宅ケア 今後予測される問題と対策 ※必要なサービスを番号で記入する。 ①居宅療養管理指導 ②訪問看護 ③訪問介護 ④訪問リハビリ ⑤通所リハビリ ⑥訪問入浴 ⑦施設入浴 ⑧配食 サイバース 午前 午後 ご家族 急変時の病院連絡先 (緊急入院ができない場合もあります) 氏名 () 在宅かかりつけ医 氏名 ()
既往歴 アレルギー () 感染症 (検査日 月 日) <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他 () 併存・合併症の今後の注意点 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 虚寒発作 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> その他 ()	失見当識 <input type="checkbox"/> 目付がわからない <input type="checkbox"/> 家族の名前がわからない <input type="checkbox"/> 自分の居場所がわからない 運動麻痺 <input type="checkbox"/> (右/左) (上肢/下肢) の力が入らない <input type="checkbox"/> 麻痺側の介助が必要 失調 <input type="checkbox"/> 歩行時にふらつく <input type="checkbox"/> 立ってられない 感覚障害 <input type="checkbox"/> (右/左) 側の感覚が鈍い 半側空間無視 <input type="checkbox"/> (右/左) 側の刺激に関心・注意が向かない 半盲 <input type="checkbox"/> (右/左) 半分が見えない 視力 <input type="checkbox"/> (右/左) 眼が見えにくい 難聴 <input type="checkbox"/> (右/左) 耳が聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用 失語 <input type="checkbox"/> 言いたいことを言葉にできない <input type="checkbox"/> 言葉を理解できない 構音障害 <input type="checkbox"/> 呂律が回らない <input type="checkbox"/> 他人に聞き取れない 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 食事むせる 記憶力障害 <input type="checkbox"/> 直近のことを忘れる コミュニケーション <input type="checkbox"/> 言葉 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 家族とのみ <input type="checkbox"/> 不可能 問題行動 <input type="checkbox"/> セン妄 (昼夜問わず) 夜間 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 拒薬 <input type="checkbox"/> 拗うつ <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 不眠 在宅療養・生活習慣のリスクと注意点 <input type="checkbox"/> 癖められること <input type="checkbox"/> 控えるべきこと <input type="checkbox"/> 昼間の注意点 <input type="checkbox"/> 夜間の注意点 悪化・再発予防策 <input type="checkbox"/> 受療すべき時期 <input type="checkbox"/> 内服薬の調整 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 嗜好品 <input type="checkbox"/> 運動

看護サマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 障害自立度(寝たきり度)(J A B C-1 2) 認知高齢者生活度 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M) 身長 () cm 体重 () kg: 増減 () kg/直近3か月 栄養状態(良/不良) 利き手(右/左) 義歯 <input type="checkbox"/> 有(上/下) 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経口: 主食(米飯/粥) 副食(常食/さきみ) <input type="checkbox"/> 経管(経鼻/経胃) () Fr 交換 () 週ごと 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 常時見守り <input type="checkbox"/> 介助 排便回数 () 回/日 夜間排便 () 回 排便回数 () 回/日 最終排便日 (/ /) オムツ 尿器 トイレ ボンパツ/トイレ (24h 夜のみ) スマ 膀胱ろう 尿道カテーテル () Fr 交換 () 週ごと 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (軽/中/重) 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (軽/中/重) 衣類 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (軽/中/重) 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 (軽/中/重) 歩行 自立 伝い歩き 見守り 介助 自立 補助具使用 介助 車いす 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 歩行器 自操 見守り 介助 自操 見守り 介助 杖 ロフトラント杖 四脚杖 杖 ロフトラント杖 四脚杖 投薬 自立 手すり使用 介助 外出介助必要 吸痰 <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 別紙参照
--

リハビリサマリ添付あり 記入日 月 日 記入者 FIM これまでの訓練目標と見込み 合計: 点 運動: 在宅で継続すべきこと 認知: 回避すべきこと(過介助等) 補助具と器具(今後の修正, 更新) 必要なリハサービス 機能低下時のリハビリ相談先:	日常生活機能評価表 0点, 1点, 2点 床上安静の指示 なし, あり どちらかの手を胸元まで持ち上げる できる, できない, できない 寝返り できる, 肩こらなければ, できない 起き上がり できる, できない, できない 座位保持 できる, 支えがあれば, できない 移乗 できる, 見守りか一助介, できない 移動方法 介助不要, 要介助が難し, できない 口嚥清潔 できる, できない, 全介助 食事摂取 介助なし, 一助介, 全介助 衣服の着脱 介助なし, 一助介, 全介助 他者への意思の伝達 できる, できる程度で, できない 診療・療養上の指示を通じる はい, いいえ 危険行動への対応 なし, ある 合計点(0~19) 点
--	--

その3



- (特集) 平成20年度武蔵野市 財政状況のあらまし(上半期)・・・⑧
 - シンポジウム・分権時代の 自治体運営の基本ルールを考える・・・②
 - 下水道総合計画(案)への意見を募集・・・②
 - 住宅用地の申告および 未分筆道路の非課税について・・・③
- 紙面から

脳卒中診療の連携システムが稼動しました 安心して住み続けられるまちー保健・医療・福祉のつながり

医療機関および医師会、介護・福祉サービス、行政が力を合わせ、脳卒中治療において患者の医療情報を引き継ぎ有効活用する患者本位のシステムを構築しました。

北多摩南部医療圏*1において、急性期病院*2、回復期病

院*3、介護老人保健施設から在宅まで、患者の情報を記載した《地域連携パス(脳卒中地域連携診療計画書)》をつなぎ、これにより急性期治療、回復期リハビリ、さらに在宅での治療とケアを継続することができるようになります。

☎ 高齢者支援課
60-1941

都会における脳卒中診療ー地域連携パスの運用ー

武蔵野赤十字病院院長 富田 博樹

数年前から北多摩南部医療圏の病院・医師会・行政の関係者で北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会を発足し、病院や診療所・行政が協力して患者を診る「連携医療」体制の構築に取り組んできました。



《地域連携パス》は、患者が病院・診療所を移るとき、患者の情報を正しく伝える情報用紙です。患者が読んでわかる内容で、患者の手元に残り、いつでも患者自身が利用できることを目指しています。この連携パスにより、十分な情報が伝わった連携医療を受けることができます。

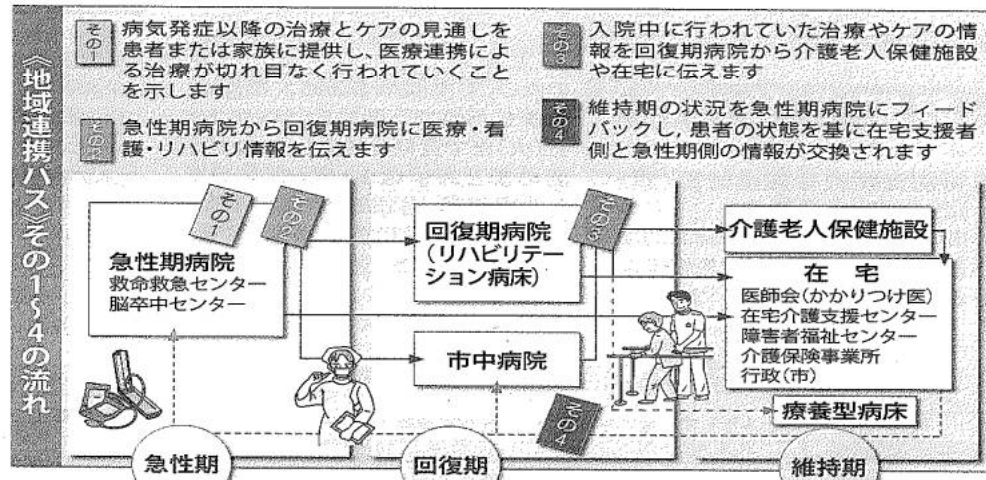
脳卒中診療体制構築の第一歩

武蔵野市医師会会長 瀧澤 一樹

武蔵野市を中心とした北多摩南部医療圏で、脳卒中の診療体制が一步、大きく踏み出しました。脳卒中診療は、突然の発症から予後経過、在宅療養にまでおよぶ疾病経過の「流れ」に沿った連携システムが整っていない限りなりません。



武蔵野市医師会は、医療機能連携を基盤に《地域連携パス》を活用し、市中病院、診療所(在宅)、ケア(福祉、介護など)が協力して取り組み、脳卒中患者(市民)を支えていくまちづくりを目指しています。



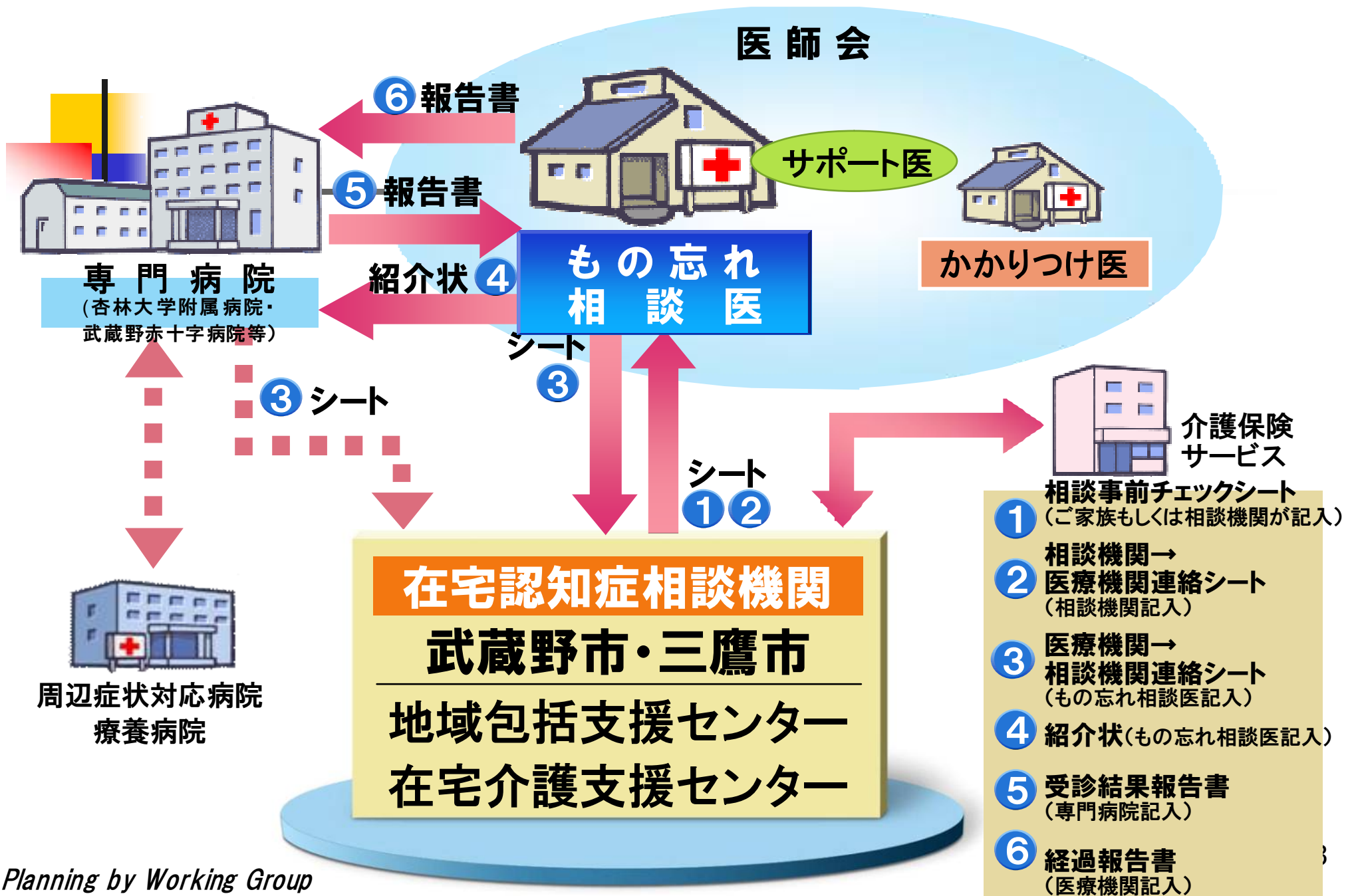
発症時は、病状が安定し、合併症が落ち着くまでの治療を急性期病院で受けます。治療期間は平均2～4週間です。

自宅に帰るためのリハビリを回復期病院で受け、機能回復や日常生活がスムーズに行えるようになるための訓練を行います。期間は平均3カ月程度です。

介護老人保健施設や自宅でのかかりつけ医と連携をとり、介護保険サービスなどを利用して機能の維持に努めます。安心して在宅生活が送れるようになる時期です。《地域連携パス》を活用し、本人本位のケアプランの作成や健康管理に役立てます。

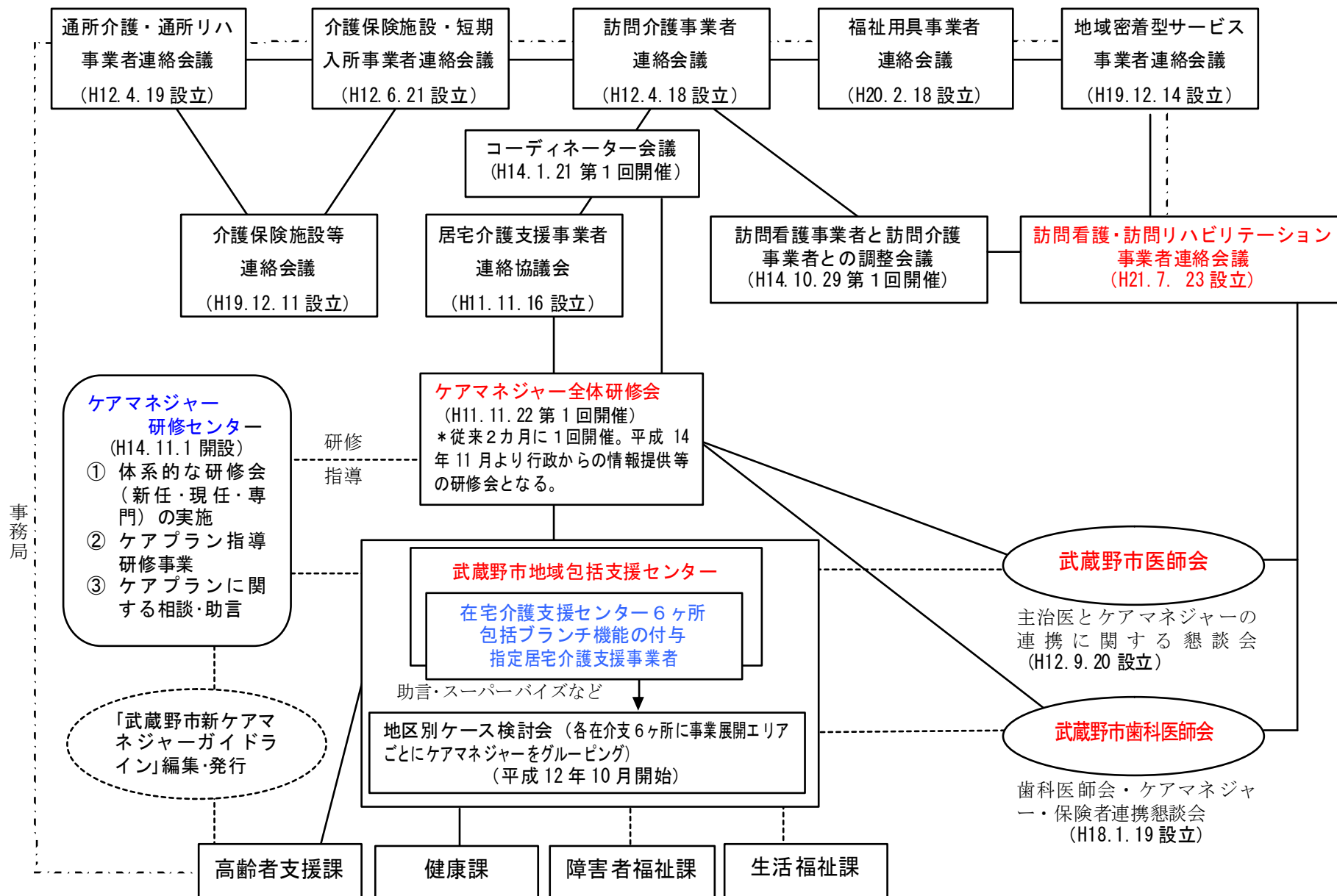
- 脳卒中とは、脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血など、脳血管が詰まったり、破れたりする病気です。片まひや言語障害をのこし、生活の質が低下することが多いため、急性期や回復期、維持期まで医療とケア(長期リハビリ)を途切れることなく行う必要があります。
- *1 北多摩南部医療圏: 武蔵野市・三鷹市・小金井市・調布市・府中市・狛江市
- *2 急性期病院: 武蔵野赤十字病院・杏林大学病院など救命救急の機能を有する病院
- *3 回復期病院: 武蔵野陽和会病院・吉祥寺南病院・松井外科病院・武蔵境病院など回復期リハビリを施す病院

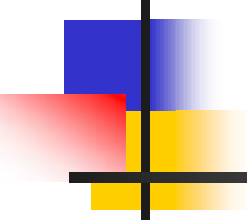
三鷹武蔵野地区 認知症連携 イメージ



武蔵野市におけるサービスの質向上へ向けた介護保険事業者支援と医療・介護の連携

平成21年7月23日 武蔵野市高齢者支援課

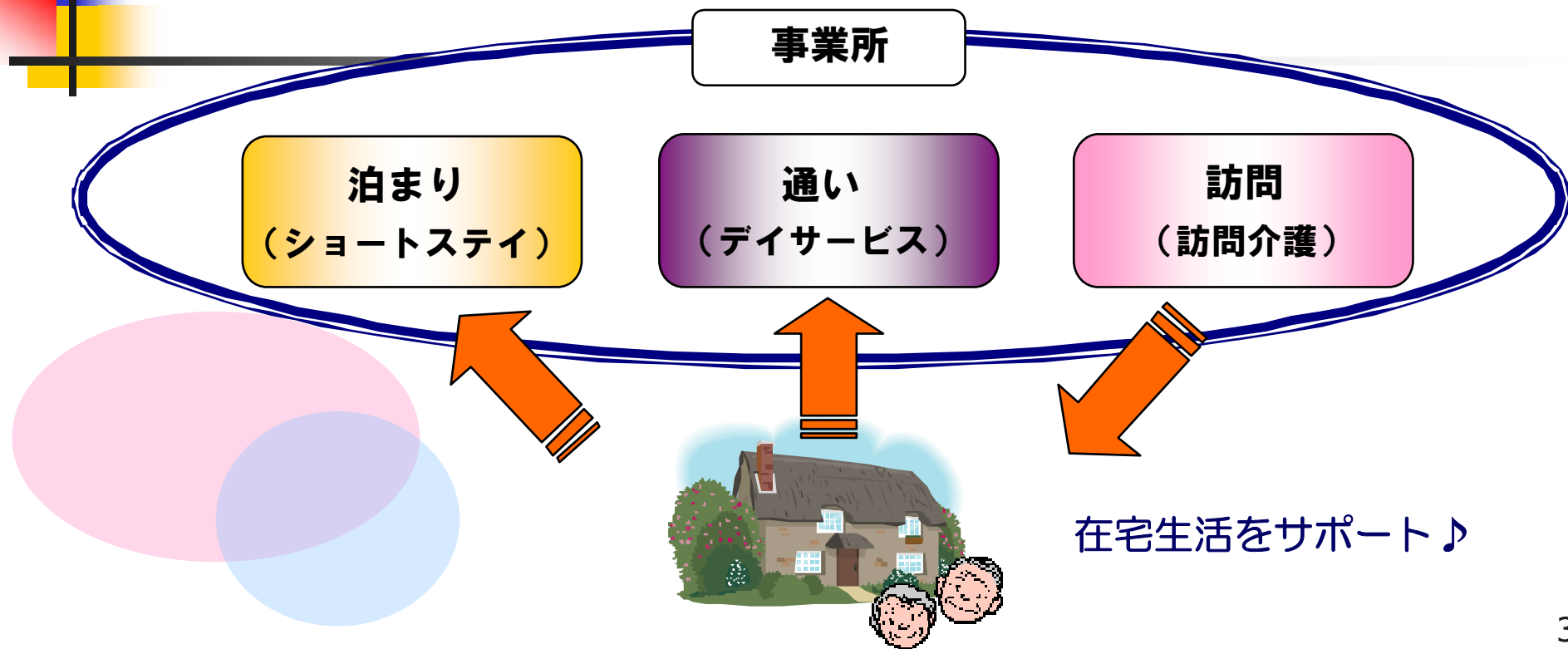




3. 地域包括ケアの推進へ向けた 都市自治体としての課題

小規模多機能型居宅介護

「通い」を中心として、要介護者の様態や希望に応じ、
随時「訪問」や「泊まり」を組み合わせることで、
中重度となっても在宅の生活を継続できるよう支援します。



地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題(1)

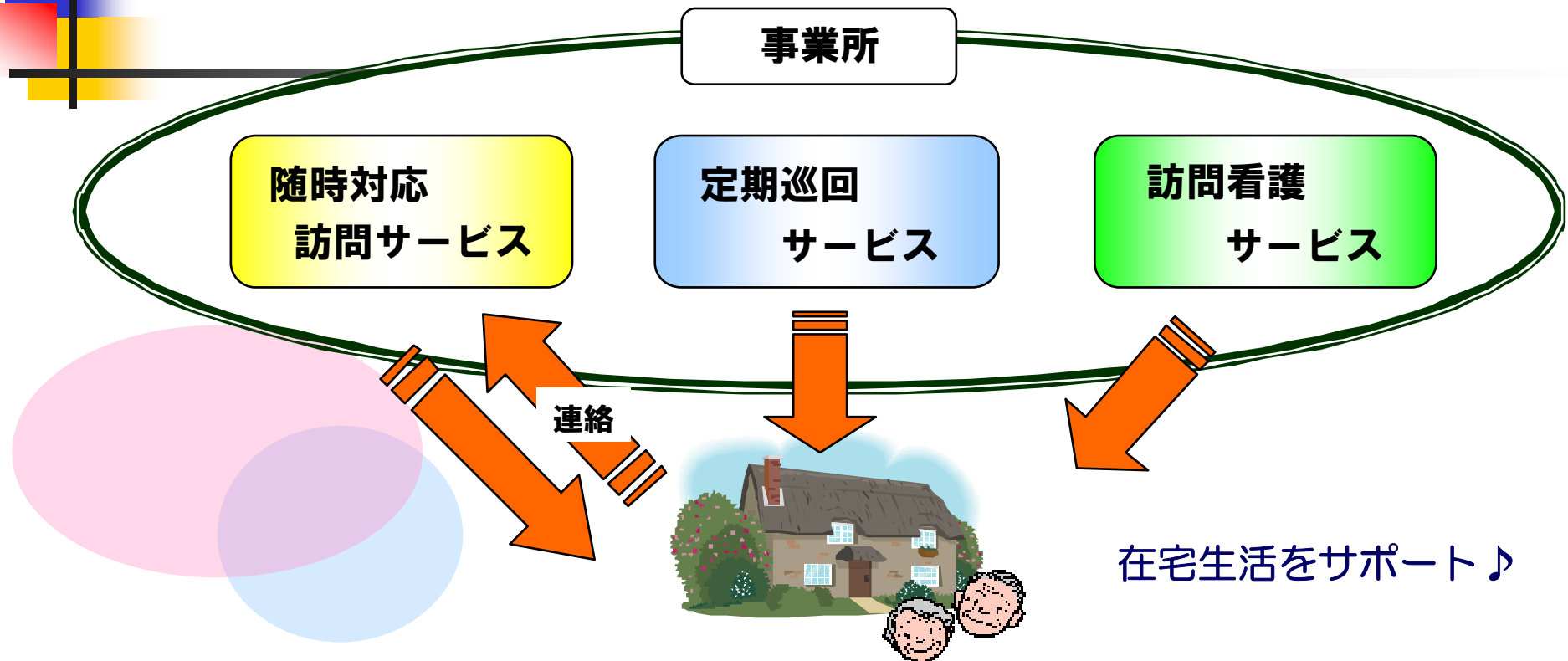
小規模多機能型居宅介護の課題

—施設サービスでも居宅サービスでもない第3の категорияとして地域密着型サービスのエース的存在—

- 「登録定員」25名以下で「通い」の利用者は定員の1/2～15名程度
 - 「通い利用者15名」を前提とした施設スペースと人員配置をしなければならない
 - 「通いを中心としたサービス」
 - 都市部は身近なところに飽和状態的に通所系サービスが存在（武蔵野市の場合、10.73km²の市域内に32カ所総定員811名）
 - 日中介護保険・夜間自費契約でのいわゆる「お泊りデイ」の増加
 - 東京都内では土地の確保・民家改修型が難しい
 - 建築基準法・東京都建築安全条例・まちづくり条例などの規制
- ⇒ ①「通い」利用者数の自由度を高め「訪問」「宿泊」も重視する柔軟な運営の保証。②認知症GH併設型の促進。③「お泊りデイ」に対しては質向上と安全確保に向け届出制か旅館法等の適用検討等。

24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護

要介護者の在宅生活を24時間365日支えるため、
日中・夜間を通して、訪問介護と訪問看護が密接に連携しながら、
短時間の定期巡回型訪問と随時対応を行います。



地域包括ケア推進へ向けた都市自治体としての課題(2)

24時間対応定期巡回・随時対応型訪問介護看護の課題

— 要介護者の在宅生活を24時間365日支え「在宅生活の限界点を高める」地域包括ケアの象徴的サービス—

- 実施保険者は全国で120保険者、利用者2,083人/日(平成24年度末実績)
 - 武蔵野市は訪問看護連携型1事業者・利用者15～20名/月、夜間対応型訪問介護(利用者数約180名)を併設
 - 夜間対応型訪問介護との役割分担
 - 退院直後は定期巡回・随時対応型訪問介護看護→安定したら夜間対応型訪問介護と日中サービス、末期がんケアなど、効果的サービスモデルの普及促進
 - 訪問看護との連携の難しさ
 - 直営の場合：看護師確保が課題・連携型の場合：2,920単位の壁
- ⇒ ①医療と介護の連携による退院支援の仕組みづくり。②ケアマネジャーや利用者だけでなく病院医療連携室MSWへの利用提案。

都市部ならではの新しいサービスの開発の検討

- 独り暮らし高齢者の増加への対応
 - ・安否確認のための毎日定時の”安心見守りコール”(オプションで緊急時対応可能とすることで遠方に住む家族も安心)
 - 「すまい」の選択の多様性
 - ・高齢者の既存一戸建てや空き家を利用した「異世代シェアハウス」(「集合住宅」・「寄宿舍」ではなく「住宅」として取り扱う)
 - ・高齢者住宅を子育て世代に貸し出す「住み替え支援事業」
 - 軽度者の介護保険給付からの対象外化への対応
 - ・力のある住民互助組織やNPOは介護保険施行後、介護保険事業者化→地域互助活動の再生復活を図るか、地域支援事業・市単独事業・社協・シルバー人材センター等の活用か、民間自費サービス等に委ねるかの選択
- ⇒軽度者への医療サービス(訪問看護・訪問リハ等)が課題

ご清聴ありがとうございました