

「区の在宅医療・介護連携推進事業に対する  
課題分析と対応策の検討」  
についてのディスカッション資料

作成 株式会社メディヴァ

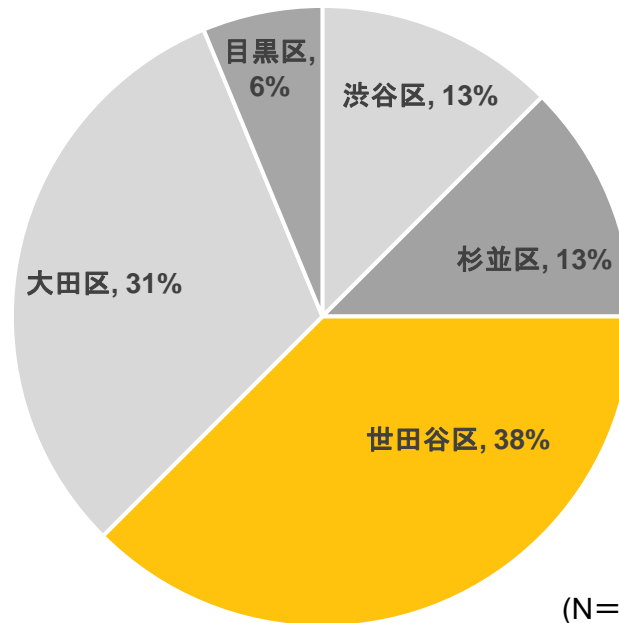
- 
1. 回復期病院への在宅療養移行支援実態調査
  2. 居宅介護支援事業所 実態調査
  3. 訪問看護ステーション 実態調査
  4. まとめ、今後の進め方

# 回復期病院への在宅療養移行支援実態調査 (調査実施 2021年8月)

# アンケートの実施概要と対象

- 対象 世田谷区と隣接区(大田区、渋谷区、杉並区、目黒区)に所在する回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟のいずれか若しくはその両方を有する44病院
- 期間 2021年8月6日～31日
- 方法 アンケート用紙を郵便にて送付し、FAX又はオンラインにて回答を受け付けた。
- 回答率 37%(16/43病院)

### 回答病院の区別分布



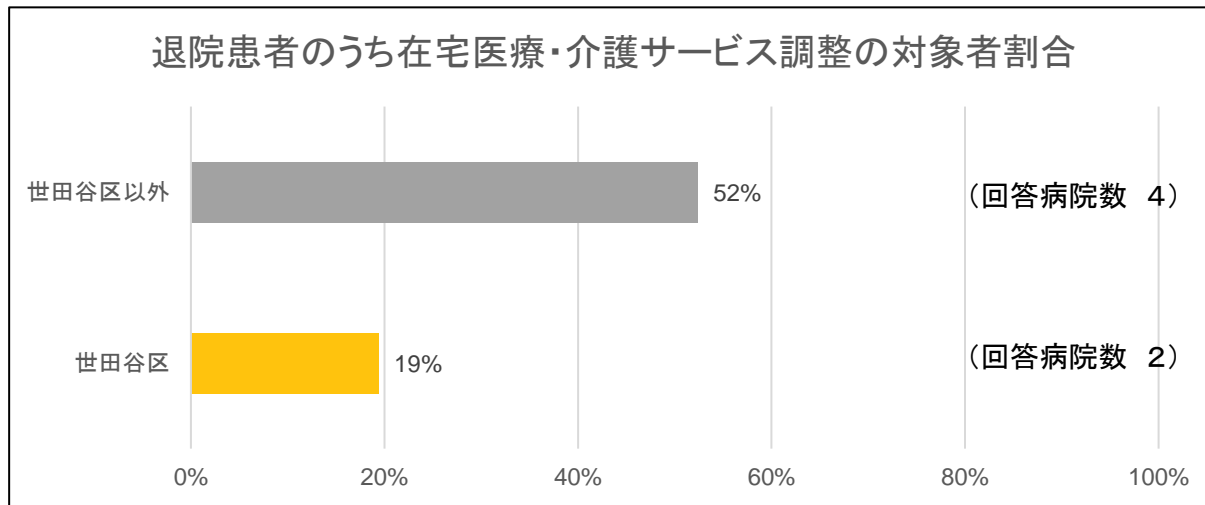
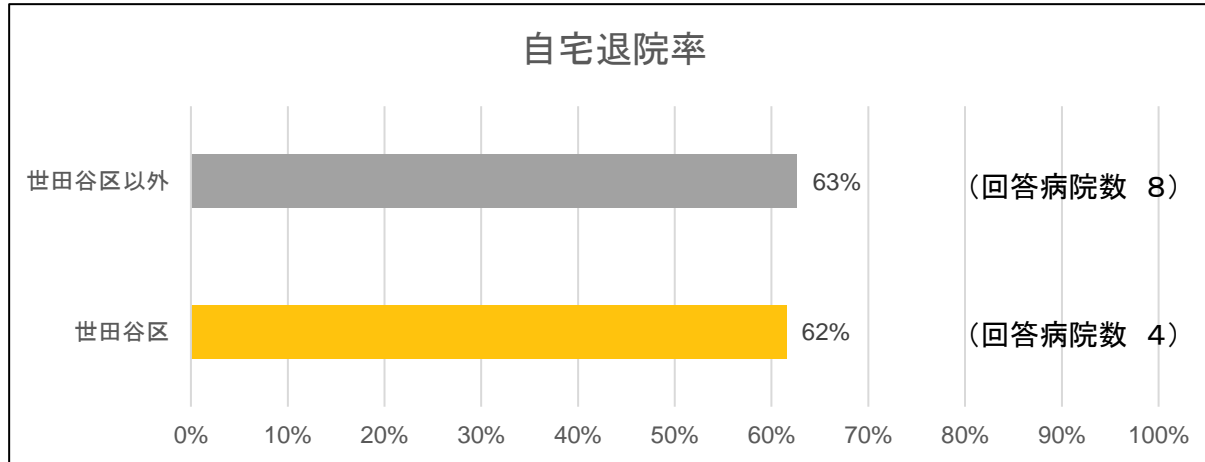
(N=16)

※小数点以下四捨五入のため合計が100%とならないことに留意

# 自宅退院率と在宅医療・介護サービス調整対象者の割合

昨年度(2020年4月~2021年3月)の退院患者のうち、家庭での退院患者数は、世田谷区では62%であった。

昨年度(2020年4月~2021年3月)の退院患者のうち、在宅医療・介護サービス調整者は、世田谷区では19%であった。他区に比べて30%以上の差がある。



## 退院支援の取組①情報共有

- 初回の多職種カンファレンスは入院から2週間以内と回答した病院が69%を占めた。一方、患者・家族への治療方針の説明は「患者家族から相談があった時」「退院時期の目途が立った時」の回答が56%を占め、「入院後1ヶ月以内」は2件のみだった。

初回の多職種カンファレンス実施タイミング(N=16)	
入院後1週間以内	6
入院後2週間以内	5
特に開催時期の決まりはない	4
その他	1
総計	16

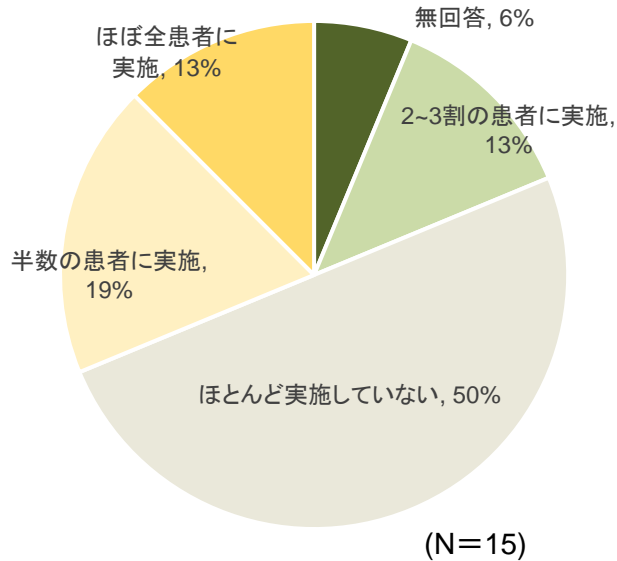
患者・家族へ治療方針を説明する機会【複数回答】(N=16)	
定期的に開催	6
入院後1ヶ月以内	2
患者家族から相談があった時	4
退院時期の目途が立った時	5
その他	3
総計	20

その他:主治医が必要と判断したとき、治療の目途が立った時、入院後2週間以内

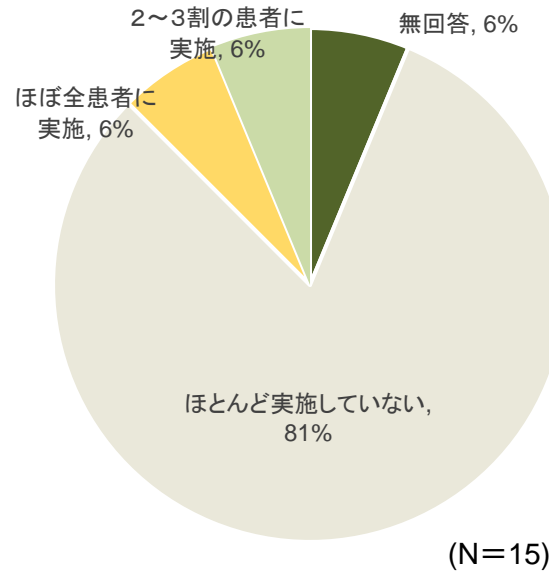
## 退院支援の取組②家屋調査・外出練習・試験外泊

- 「外出練習」「試験外泊」は新型コロナウイルス感染のリスクを鑑みて、実施していない病院が8割以上を占めた。

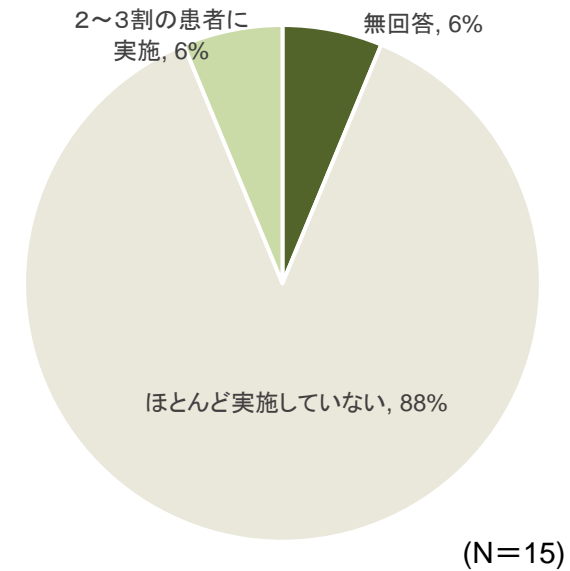
### 家屋調査



### 外出練習



### 試験外泊



# 自宅退院が難しいと感じる患者の特性

- ・【1:非常にそう思う、2:そう思う、3:どちらでもない、4:あまり思わない、5:全くそう思わない】で16病院が回答。
- ・ 困難の上位は「家族」カテゴリが多く、「本人の状態」カテゴリの多くは下位。
- ・ また、世田谷区では「家族に対する暴言・暴力が懸念される」「家族関係が不良」「生活保護は受給していないが経済的に困窮」「介護サービス以外で実際に介護にあたる人数が1人以下」の4項目が世田谷区以外よりも0.7Pt以上スコアが低かった。

2pt未満の項目

区外と0.7pt以上の差がある項目

(困難順に列記)	カテゴリ	世田谷区	世田谷区以外	区外-世田谷区
身寄りなし	家族	1.20	1.75	0.55
家族に対する暴言・暴力が懸念される	認知症・精神	1.40	2.25	0.85
家族関係が不良	家族	1.50	2.38	0.88
家族が介護サービスの利用に否定的	家族	1.60	2.13	0.53
生活保護は受給していないが、経済的に困窮	金銭面	1.67	2.38	0.71
介護サービス以外で、実際に介護にあたる人数が1人以下	家族	1.80	2.88	1.08
同居家族が精神疾患を抱えている	家族	1.83	2.13	0.29
頻回な吸引が必要な状態	処置・治療	1.83	1.78	-0.06
中心静脈栄養が必要な状態	処置・治療	2.00	2.56	0.56
同居家族に認知症がある	家族	2.00	2.38	0.38
独居	家族	2.00	2.25	0.25
本人に認知症がある	認知症・精神	2.17	2.88	0.71
服薬管理が困難な状態	本人の状態	2.17	2.63	0.46
病状が不安定	本人の状態	2.17	2.33	0.17
経管栄養が必要な状態	処置・治療	2.33	2.63	0.29
自宅の構造に問題がある	その他	2.33	2.00	-0.33
自力での通院が困難	本人の状態	2.60	3.38	0.78
がん末期	本人の状態	2.67	3.13	0.46
生活保護受給世帯	金銭面	2.80	3.38	0.58
MRSAなどの感染症がある	本人の状態	3.33	3.38	0.04



## 患者が望む退院後の療養生活を実現させるための取り組み(自由記述)

- 家屋調査、外泊訓練、家族指導退院後訪問(区内)
- 家屋評価の提案を行っている。オンライン面会を今後検討したい。(区外)
- 今のコロナ禍で面会ができない状態で家族で介護を担う方たちとの実際のADLや食事摂取状況、精神状態の認識に差が生じている。口頭や紙面だけでは共有できないので、必要時に定期的に動画で情報共有するようにしている。(区外)
- 多職種連携の強化に取り組んでいる。(区外)
- 入院時よりすべての患者にMSWがつき、早期介入、情報共有して課題解決に努めている。退院後の生活に向けて定期面談(月1回・電話やオンライン)、家屋調査(感染対策のため写真等で情報提供依頼)、家族指導(必要医療行為の主義指導、移乗訓練、栄養指導)等を行っている。(区外)
- 意思決定支援の充実。(区外)
- 入院前よりソーシャルワーカーが介入し、患者家族のアセスメントやそれぞれの想いを聴き療養に活かせるかわりを実施している(区外)
- 地域における医療・介護資源情報収集。(区外)

## 区や行政へのご意見・ご要望（自由記述）

- 障害支援でのサービス利用までの流れをシンプルにしてほしい、生保や身寄りなし、独居者のフォローを強化してほしい。（区内）
- 独居、身寄りなし、判断能力が不十分な方への対応の一層の充実をお願いしたい。特に入院中の金銭管理や後見人制度の利用開始について難渋する場合があります、柔軟かつスピーディーにご対応いただけると有難い。（区外）
- 家族の支える力が弱いため、地域の支援を巻き込むことが多くなっている。コロナ禍ではあるが是非病院から要請があった場合には来て欲しい。上記質問のあった家屋評価や外出訓練、試験外泊は、実施希望については検討しているが実際された件数はとっていない。（区外）
- コロナ禍で行政の職員（福祉事務所等）の患者宅訪問や同行ができないと言われることが多く、生保単身の方の入退院や転院時の課題が多いことが困っている。（区外）
- 病院は生活の場ではないので、入院したからと言って地域関係機関（行政）は手を引かないで欲しい。地域で暮らす生活者であるといった視点を持ってほしい。（区外）

居宅介護支援事業所 実態調査  
(調査期間2021年5-7月)

# 居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションの実態調査概要

## 1. 調査目的

世田谷区での訪問看護ステーションに関する体制やサービス状況と、患者・利用者が入院・入所等によって居宅での在宅療養が継続できなくなる原因について把握・分析すること

## 2. 調査対象

世田谷区内の居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション

## 3. 調査方法

調査用紙を郵送し、FAXにて回収

## 4. 発送数・回収数・有効回答数

- ・ 居宅介護支援事業所(発送241事業所、回収118事業所、有効回答117事業所(49%)・利用者345名)
- ・ 訪問看護ステーション(発送78事業所、回収40事業所、有効回答39事業所(50%)・利用者218名)

## 5. 調査内容

- ① 事業所調査 職員数、施設基準、利用者数等
- ② 利用者調査 2021年5～7月に終了した利用者の転帰・状態・環境等

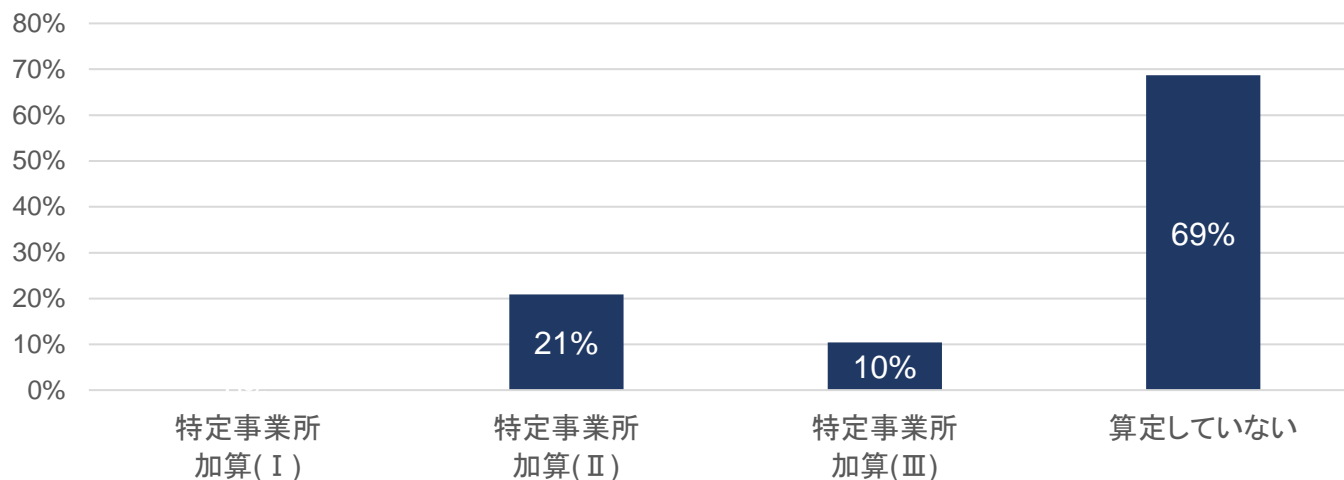
## 6. 調査期間

2021年8月中旬～8月31日

# 1. 施設基準

- ◆回答した居宅介護支援事業所の「特定事業所加算の届出」状況は、“算定していない”が69%、“特定事業所加算(Ⅱ)”が21%、次いで“特定事業所加算(Ⅲ)”が10%であり、“特定事業所加算(Ⅰ)”の届出は0件であった。

特定事業所加算の届出(割合)

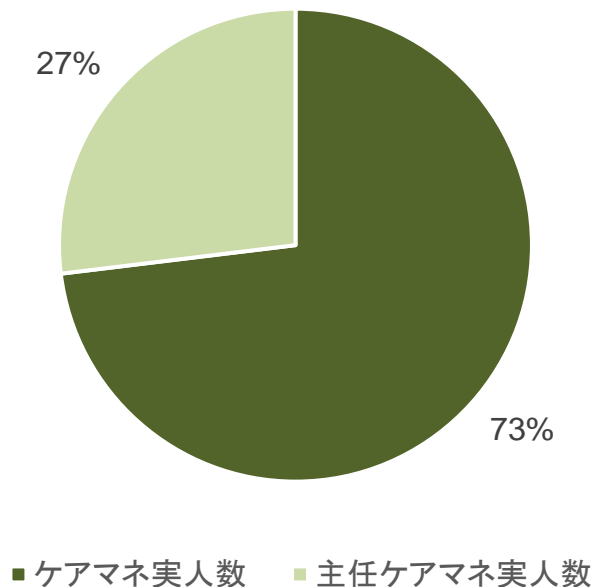


算定要件	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)
(1)常勤専従の主任介護支援専門員	2名以上	1名以上	1名以上
(2)常勤専従の介護支援専門員	3名以上	3名以上	2名以上
(3)利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議の定期的な開催	○	○	○
(4)24時間連絡体制、必要に応じた利用者等の相談に対応する体制の確保	○	○	○
(5)算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～5である者の占める割合が100分の40以上	○	×	×

## 2. 人員体制

回答した居宅介護支援事業所のケアマネジャー総人数内訳をみると、27%が主任ケアマネである。  
 ケアマネ常勤換算人数は1~3人の事業所が大半を、主任ケアマネについては0~2人の事業所が大半を占めていた。

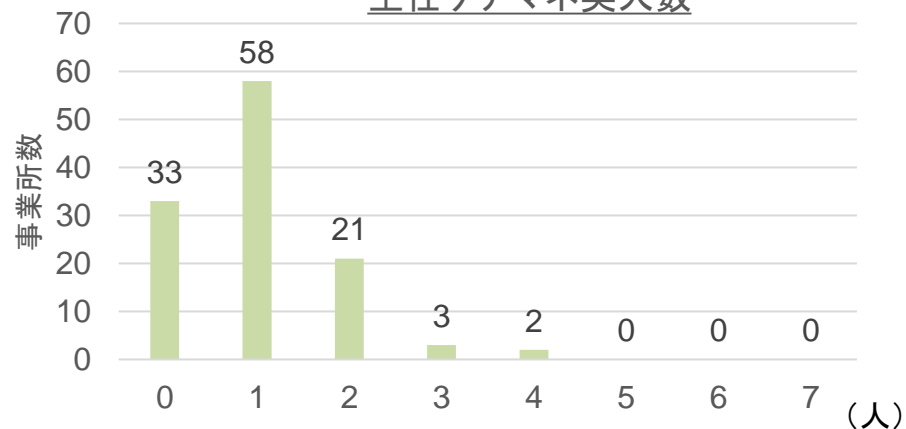
ケアマネ総人数内訳



ケアマネ常勤換算人数



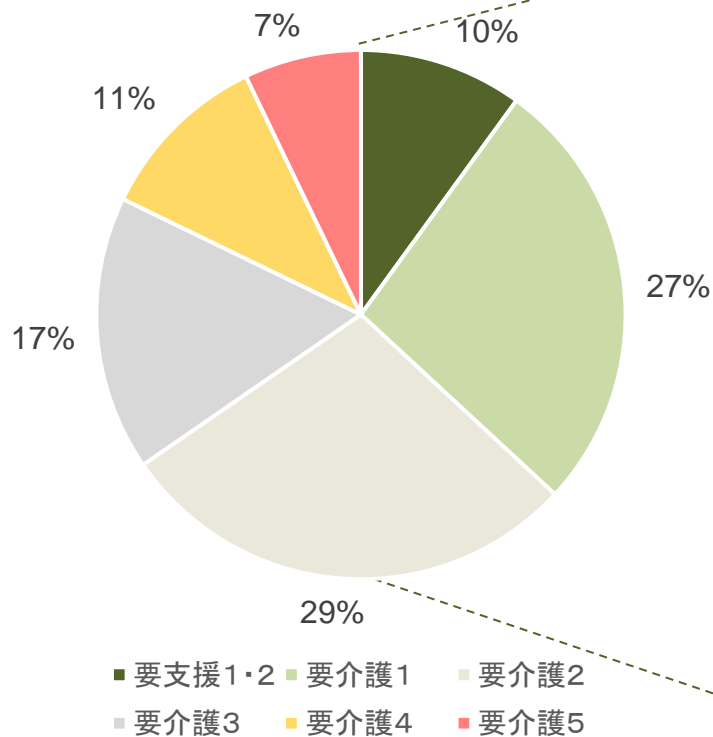
主任ケアマネ実人数



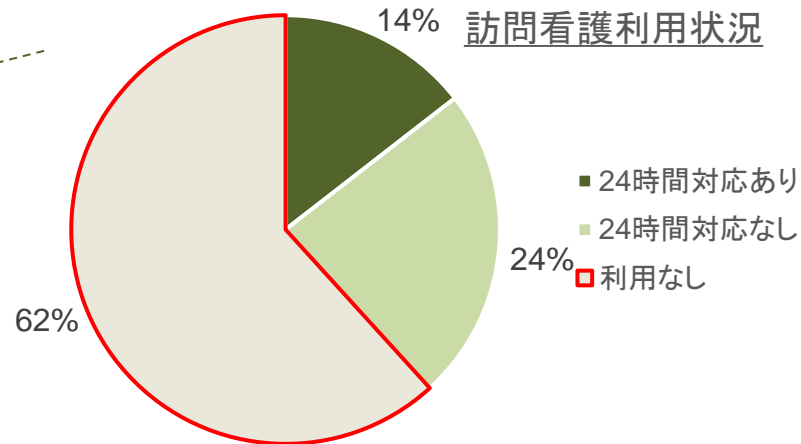
### 3. 利用者へのサービス提供

訪問看護を利用していない患者が62%、在宅医療を利用していない外来通院の患者が73%と大半を占めている。

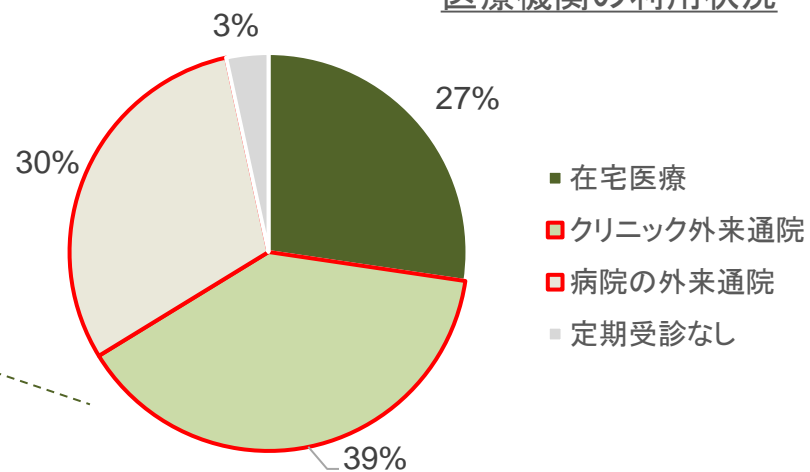
給付管理を行った人数の内訳



訪問看護利用状況



医療機関の利用状況

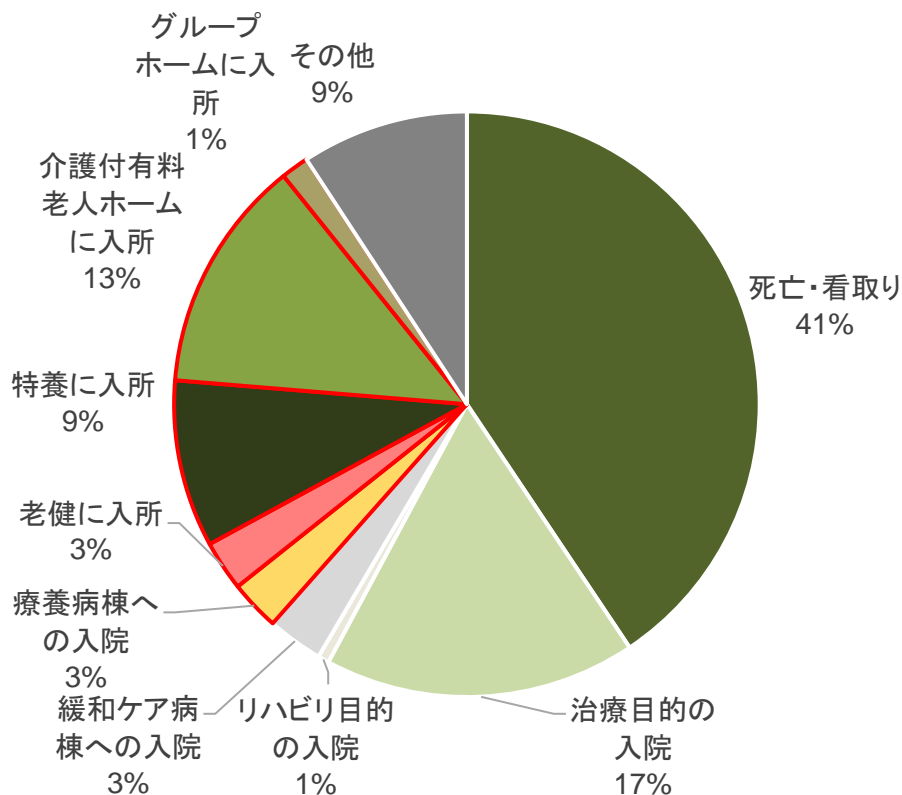


# 在宅療養終了者の終了時の状況(①転帰、②主病名)

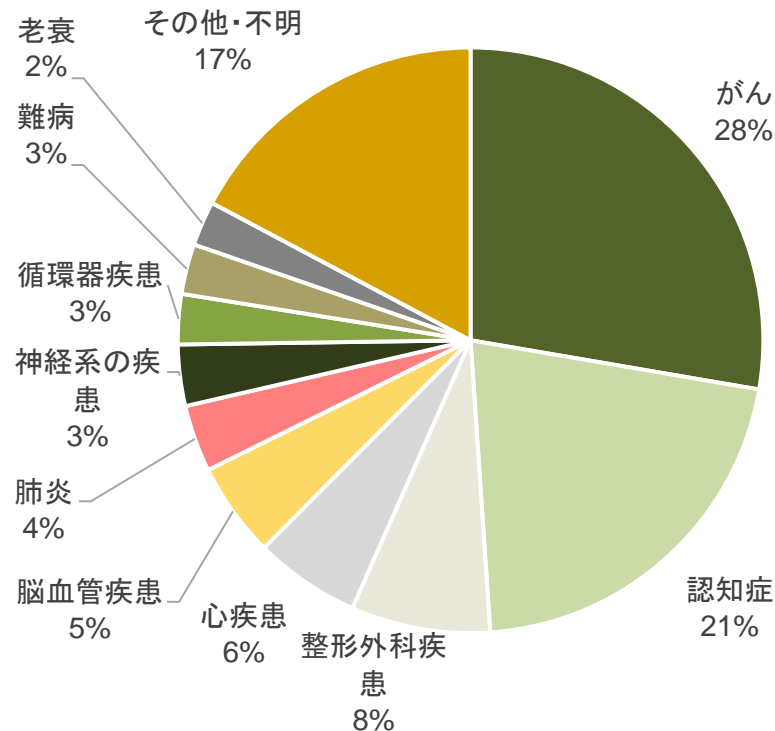
①療養先・転帰は、自宅での死亡・看取り41%、治療入院17%(病院死亡含む)、療養入院・入所(赤線)は合計30%。

②主病名は、がん28%、認知症21%、次いで整形外科疾患(骨折等)、心疾患(心不全等)。神経系疾患は主にパーキンソン病。

①終了後の療養先・転帰 (n=325)



②主病名 (n=325)



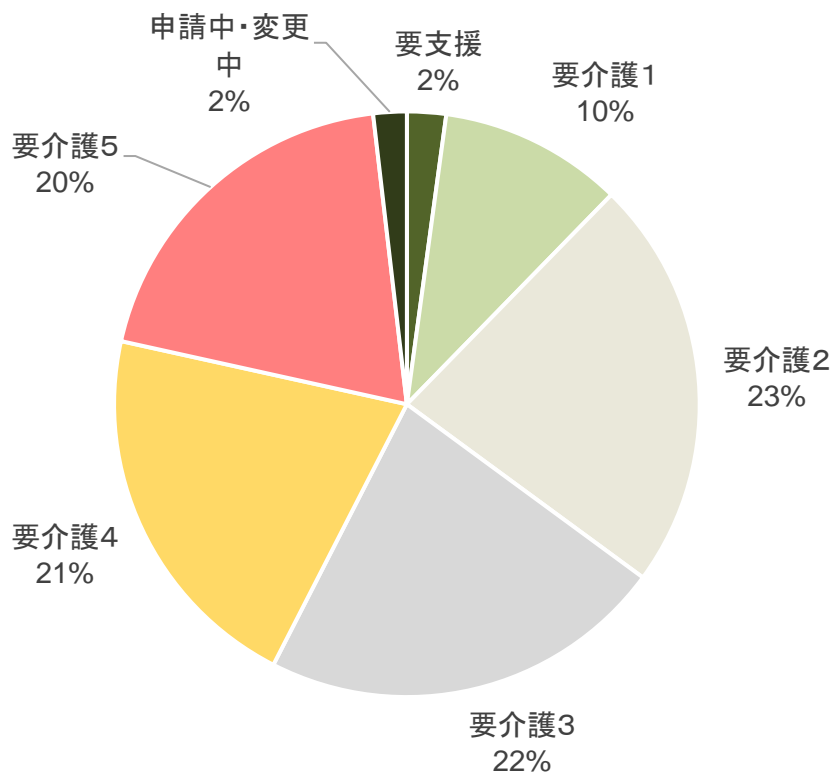


## 在宅療養終了者の終了時の状況(③要介護度、④世帯構成)

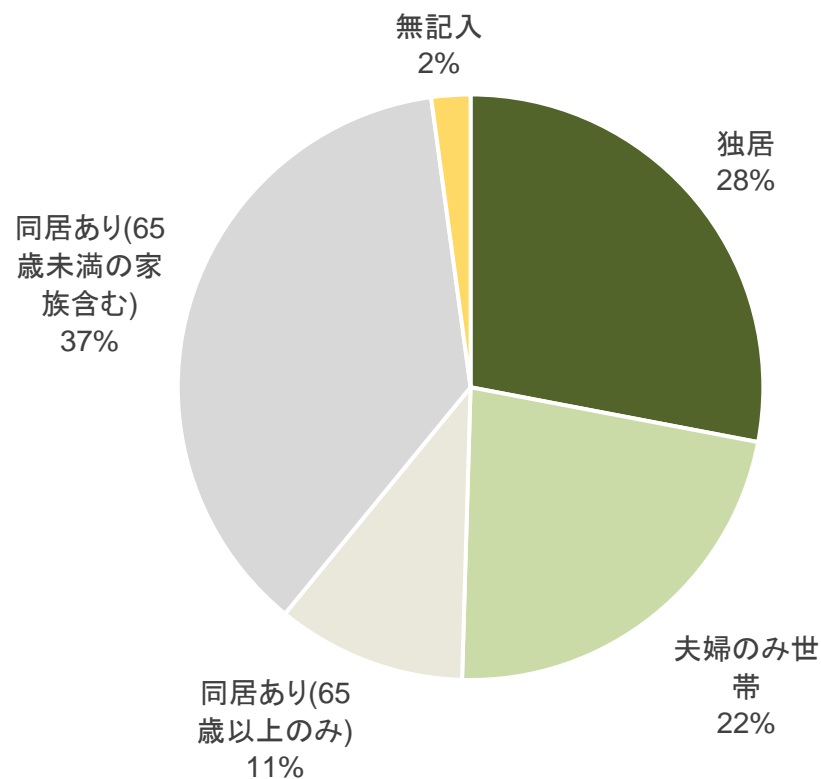
③終了時の要介護度は、要介護度2以上でほど同割合。要介護度1,2は「がん」が多い。

④世帯構成は、独居28%、夫婦のみ(=老老)22%、同居あり(65歳以上のみ)11%、同居あり(65歳未満含む)37%。

③終了時の要介護度 (n=325)



④世帯構成(n=325)

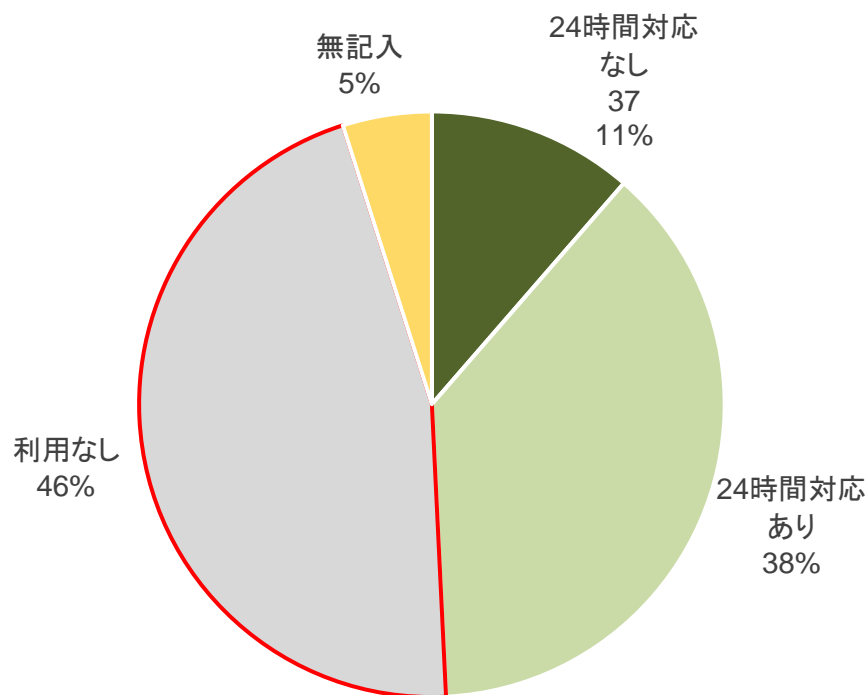


## 在宅療養終了者の終了時の状況(⑤訪問看護の利用、⑥医療機関の利用)

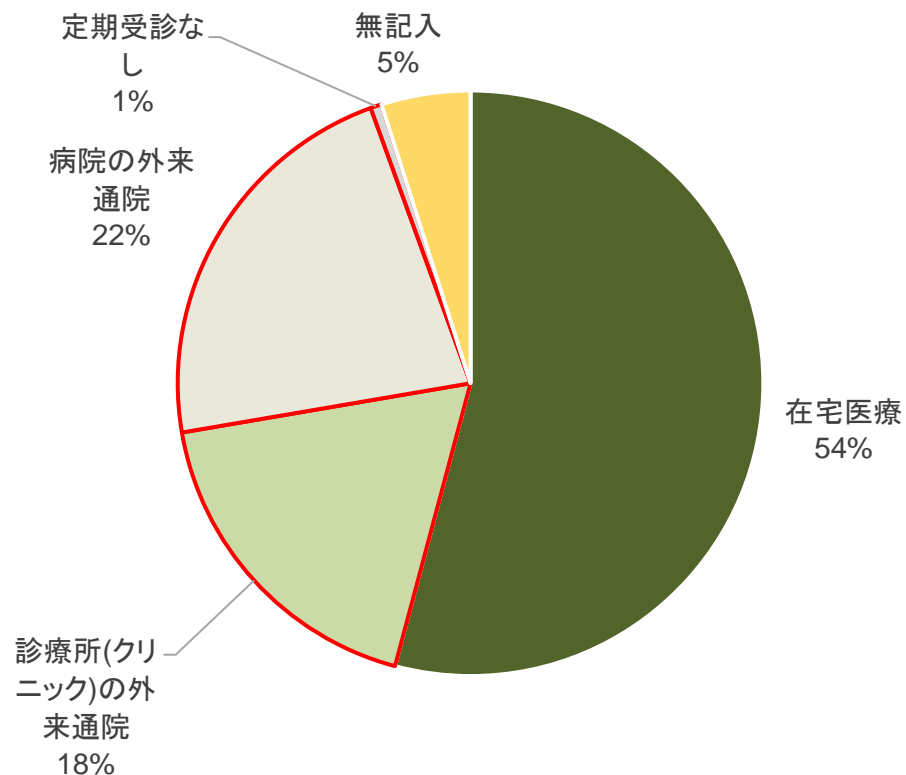
⑤訪問看護の利用は、利用なし(赤線)＞24時間対応あり＞24時間対応なし。訪問看護の利用の中にはリハビリ・精神科訪問看護も含まれる。

⑥医療機関の利用は、在宅医療＞病院外来(赤線)＞クリニック外来(赤線)。

⑤終了時の訪問看護の利用(n=325)

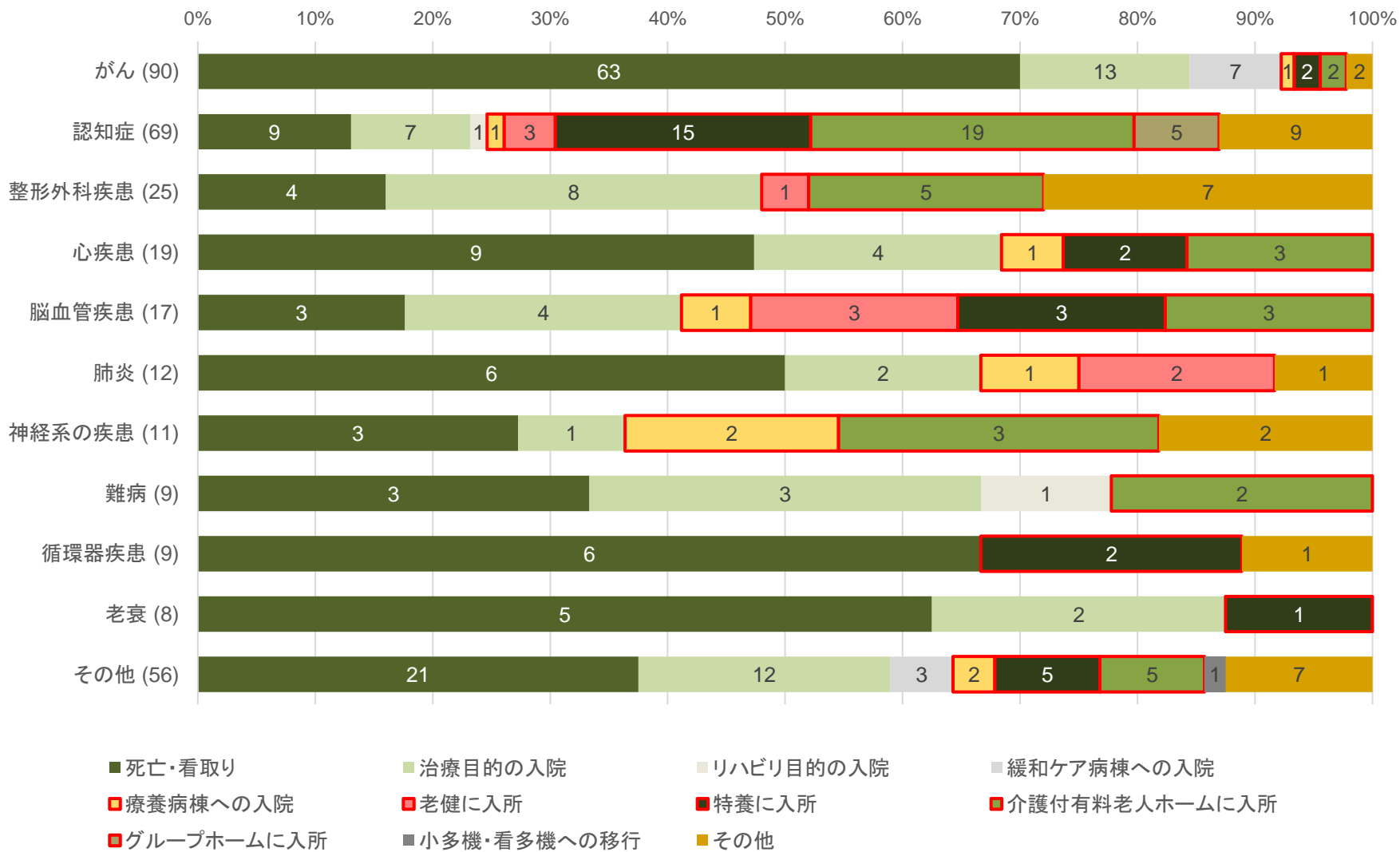


⑥終了時の医療機関の利用(n=325)



# 主病名別の終了時の療養先・転帰

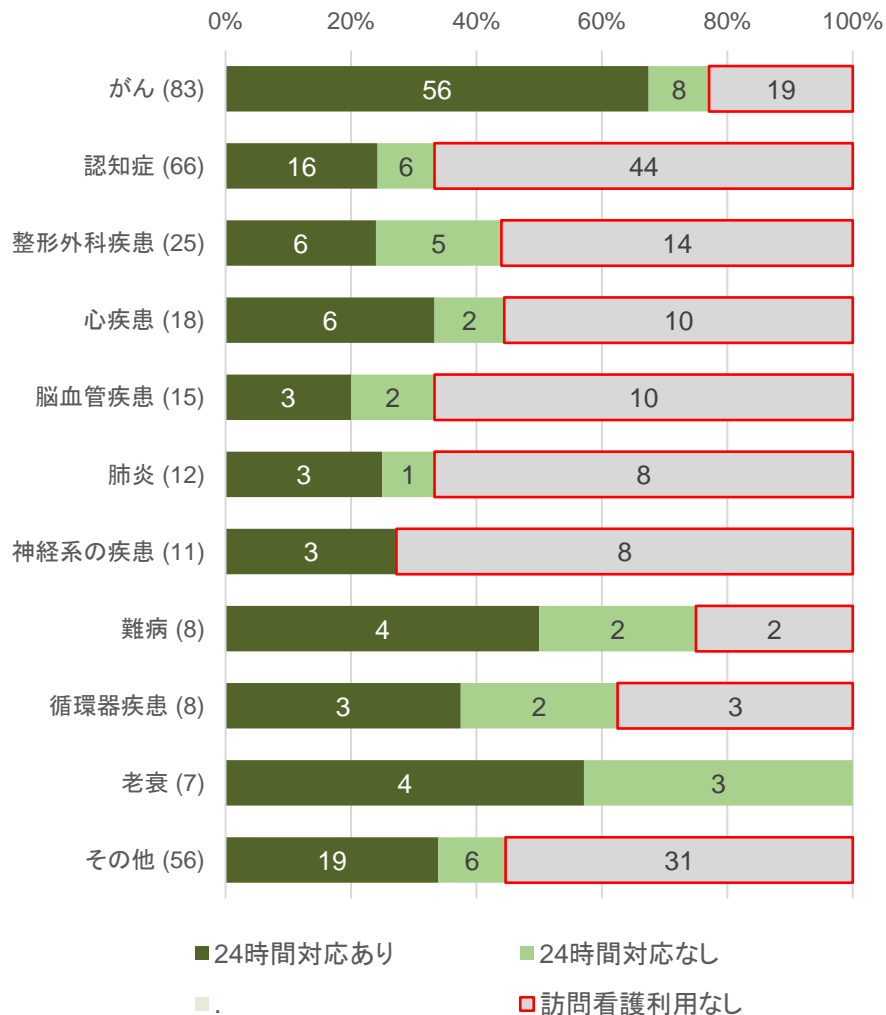
疾患によって終了後の療養先・転帰は大きく異なる。がんは在宅看取り率が高い。認知症は入所になるケースが多い(赤線)。



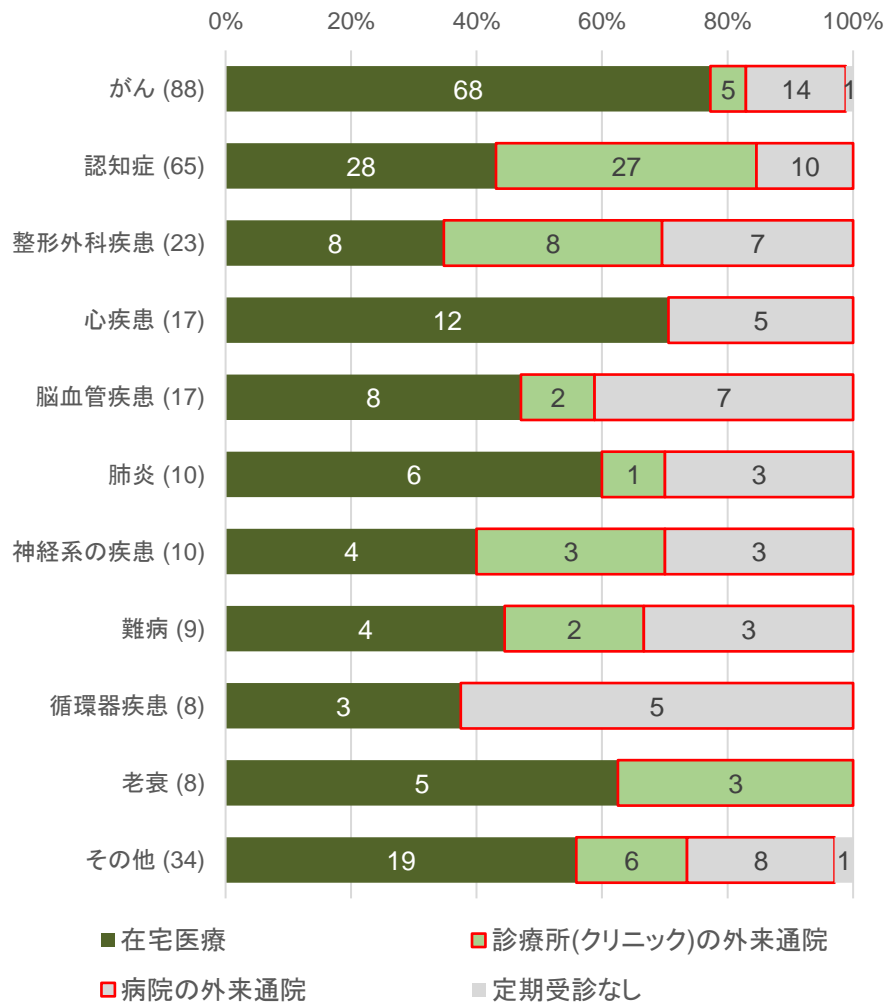
# 主病名別の終了時の訪問看護・医療機関の利用状況

疾患によって利用状況は異なる。訪問看護の利用がないケース(赤線)は多い。疾患によっては外来通院(赤線)が多い。

### 終了時の訪問看護の利用

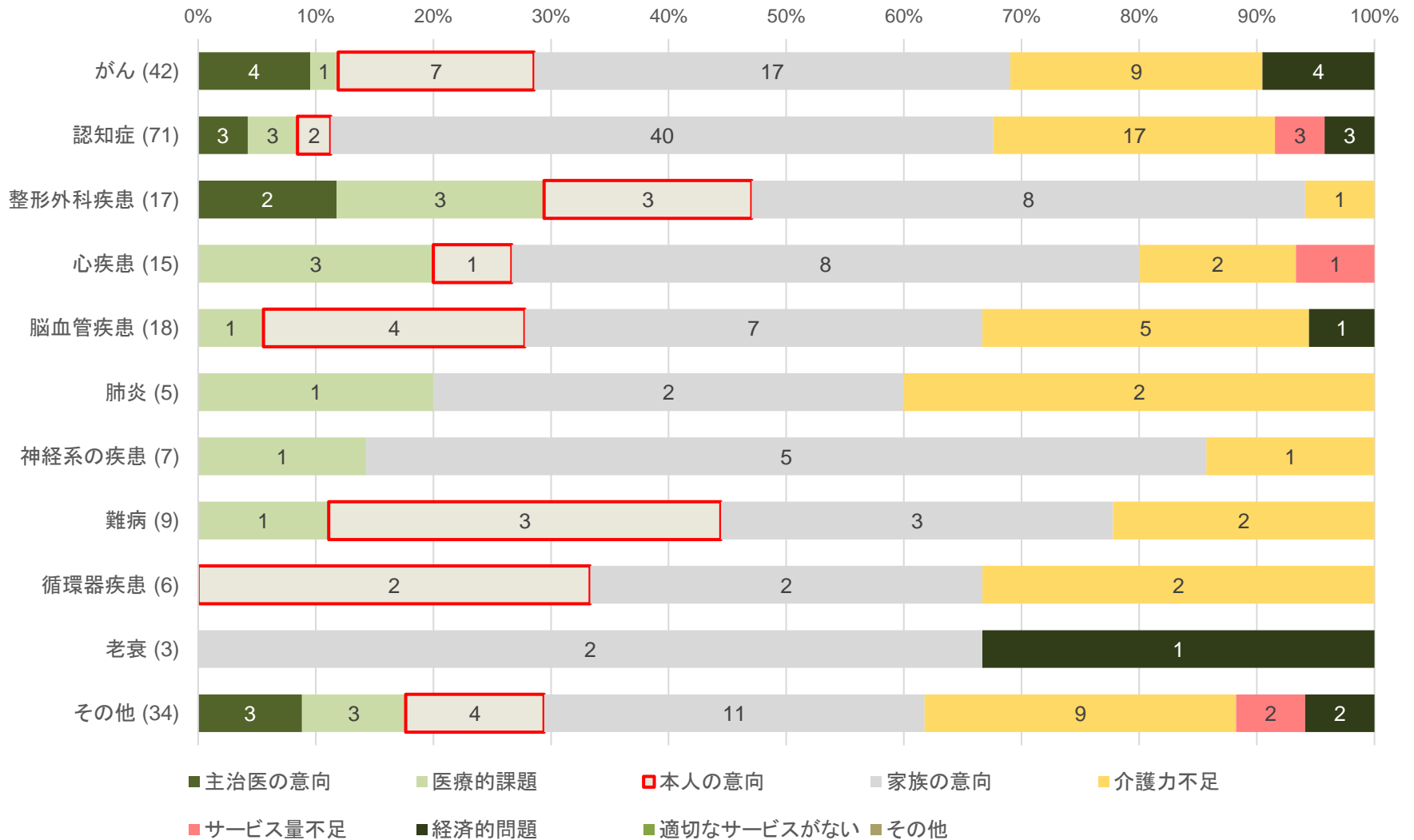


### 終了時の医療機関の利用



# 自宅療養が終了になった経緯・理由(入院・入所の場合のみ、複数回答可)

「本人の意向」は少ない(赤線)。「家族の意向」「介護力不足」が多い。





# どんなことがあれば在宅療養を続けられたと思うか（認知症）

（療養入院・入所を抜粋） 介護力不足、病状悪化、本人希望、適切なサービス不足

介護力不足や介護者の負担増大という原因が多い、あるいはBPSD。要介護度2-3が多い。訪看未導入、クリニック外来通院が多い。

転帰	介護度	訪看	医療	コメント
療養入院・入所	要介護1	24hあり	CL外来	認知症ケア(BPSD対応)の細やかな対応が必要
	要介護1	×	在宅	滞在型ヘルパーの活用
	要介護2	24h無	CL外来	24時間見守り(認知症症状の進行により)があれば在宅で過ごせたかと思う
	要介護2	×	CL外来	認知症で不安要素が大きく一人暮らしは無理であった。
	要介護2	×	CL外来	妻が肝ガンのため介護力がなかった
	要介護2	×	CL外来	寂しさを解決できるか
	要介護2	×	CL外来	認知症が進んでいたことによる本人の意志決定について、家族や本人に対して、強く、日常生活内での危険について、理解してもらえるよう説得が必要であった。
	要介護2	×	在宅	同居主介護者が長期入院した為、認知症ありの本人独居生活断続困難
	要介護2	×	病院外来	24時間誰かに見守って頂けたら(徘徊があり)家族が対応できない為)
	要介護3	×	CL外来	BPSDの対応(家族理解も含めて)、介護負担軽減支援
	要介護3	×	CL外来	介護者の追加
	要介護3	×	CL外来	近所に住む長男の嫁が主介護者だった。嫁の負担が徐々に増えていった。嫁だけに偏っていた負担を分散し、サービスを整えていけば続けられた。
	要介護3	24h無	在宅	無理です。BPSDがひどく常に見守りが必要な状態であったため。
	要介護3	×	在宅	主介護者の妻が心不全となり、介護することが困難となった。急に介助が必要になったときに直ぐに対応が出来る体制があると良い。
	要介護3	24hあり	病院外来	1人での時間帯の見守り
	要介護3	×	病院外来	居室が2階で、階段昇降も無理になってきた所に、階下に住む息子夫婦に2人目の孫ができ、世話を頼まれる事が増え、加齢に伴う介護力増加に対応できなくなったのが理由です。
	要介護3	×	病院外来	独居続けていた。認知症の進行でサービスの量が増えていった。自宅での転倒が続き、入院。家族、医師より在宅での生活が難しいと判断。老健→都外娘の自宅近くの特養に入所
	要介護3	—	—	認知症の進行により在宅継続が困難となった
	要介護3	—	—	介護負担軽減支援
	要介護4	24hあり	CL外来	同居家族がいたら違っていた可能性あり。
	要介護4	×	CL外来	長女と二人暮らしで認知症もひどく、長女さん就労中の為認知症がなければ、ヘルパーや通所利用で自宅療養が可能かと思われる
	要介護4	×	在宅	認知症が進み、攻撃的態度が悪化し、介護が困難になったため
	要介護4	×	在宅	認知症独居で、在宅生活は限界の限まで踏ん張った印象、家族もいないので
	要介護4	24hあり	在宅	老々介護のため在宅は困難となった
	要介護4	24h無	在宅	夫が他界後、一人暮らしとなる。息子も遠方であり、自宅での生活が困難

# どんなことがあれば在宅療養を続けられたと思うか（その他の疾患）

（療養入院・入所を抜粋） 介護力不足、病状悪化、本人希望、適切なサービス不足

介護力不足や介護者の負担増大という原因が多い。訪看未導入も多い。病院外来通院が少し多い。

主病名	介護度	訪看	医療	
整形外科疾患	要介護1	×	病院外来	毎日の見守り体制の追加
心疾患	要介護1	×	病院外来	本人の意向なので特にない。息子様と折り合いがよくない
精神疾患	要介護1	×	CL外来	介護する意欲ある家族が存在する。
神経系の疾患	要介護1	×	CL外来	家族の理解、協力
神経系の疾患	要介護1	×	CL外来	家族の理解、協力
整形外科疾患	要介護1	24h無	在宅	主介護者である夫の理解
脳血管疾患	要介護2	×	在宅	車イス生活となり、有料へ移行
肺炎	要介護3	24h無	病院外来	誤嚥性肺炎で入院し、肺炎の数値が良好でなく、経ロリハビリも困難となり、老衰という形となった。
脳血管疾患	要介護3	24h無	病院外来	家族と本人が入所を希望していたので、自宅療養は難しいと思われる
脳血管疾患	要介護3	24h無	病院外来	認知症と徘徊があり長男が保護しきれなかった。24h見守りサービス
難病	要介護3	24hあり	CL外来	もともと精神的に不安定になり、自宅療養が困難だった
心疾患	要介護3	24hあり	在宅	家族の病気(主介護者)が発覚した為に入居となりましたので他の家族の協力(家族のマンパワー)が必要でした。
心疾患	要介護3	×	在宅	ご本人のサービス導入への拒否が強くなかなか新しいサービスを利用して頂くことができなかった。一人暮らしで家族が入れ替わりケアしていたが大変になってきた。
神経系の疾患	要介護4	×	病院外来	家族の医療介護に於ける理解力につなげるのに時間がかかった。(拒否の時間が続いた)
心疾患	要介護4	×	病院外来	家族の同居
呼吸器疾患	要介護4	×	在宅	24時間見守りができるヘルパー
脳血管疾患	要介護4	×	在宅	老健からシェアハウスに転居されたが、適切なサービスがや環境ではなかったことから、特養入所が妥当であった。
整形外科疾患	要介護4	24hあり	在宅	家族の協力(二世帯住宅の二階に長男家族が住んでいた)。ご夫妻共就労であった。在宅での生活は難しいと思われる。
内分泌、栄養および代謝疾患	要介護5	×	病院外来	夜間の為の吸引、主介護者の負担軽減ができれば。
脳血管疾患	変更中	×	在宅	デイで転倒して骨折。入院中にADLが低下して肺炎になり、嚥下障害が出て、痰の吸引も必要になった。家族が吸引等を日常的にできれば可能性はあったかもしれない



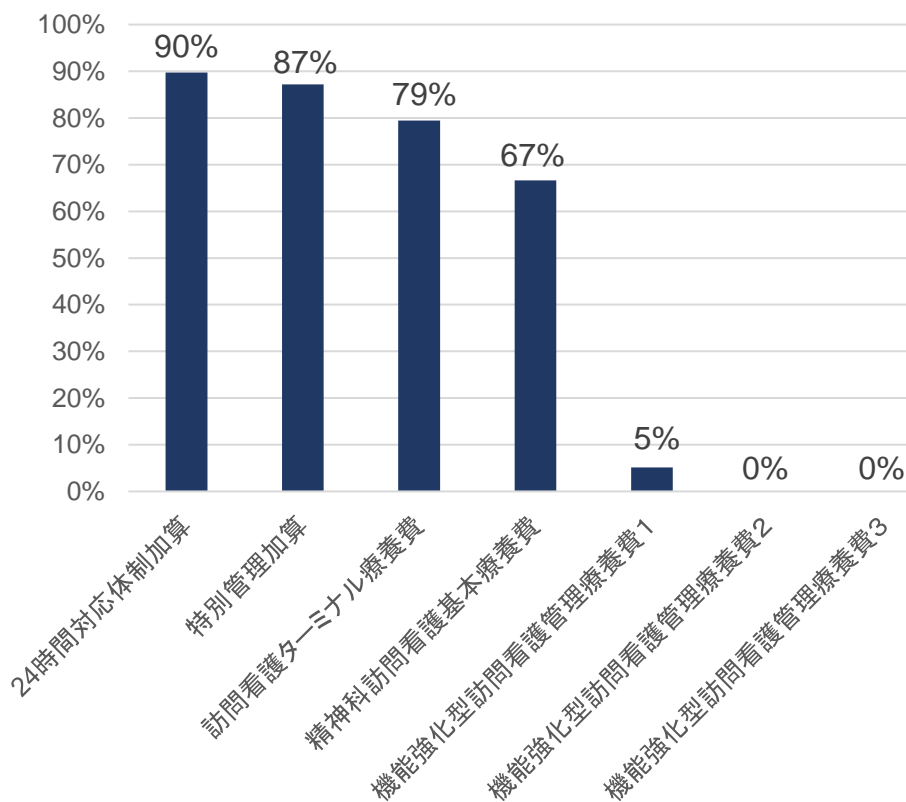
訪問看護ステーション 実態調査  
(調査実施2021年8月)

# 1. 施設基準

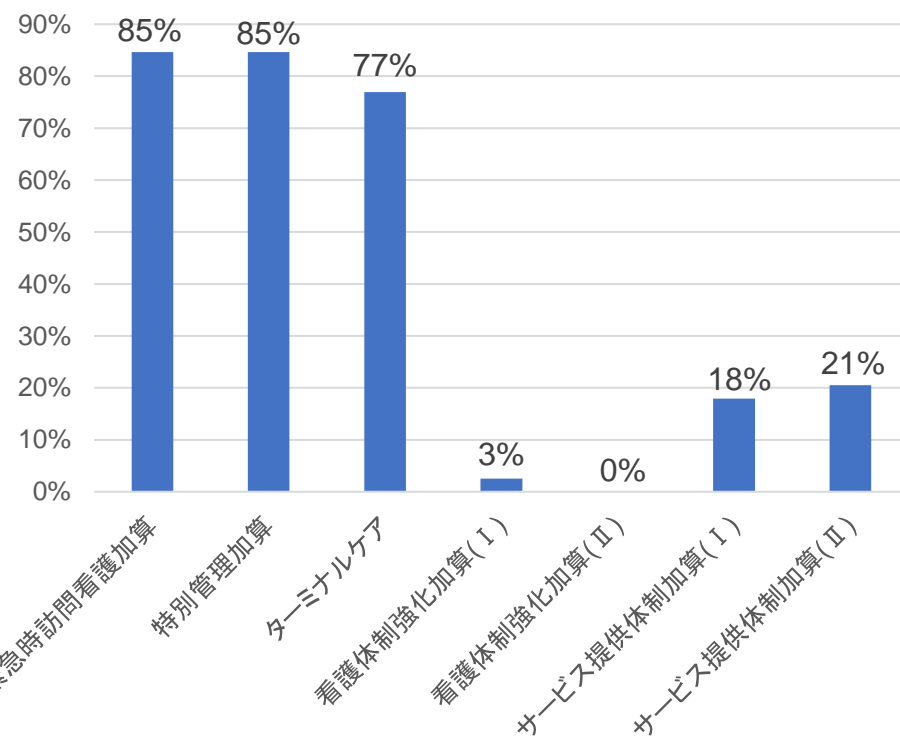
医療保険の施設基準のうち、「24時間対応体制加算」「特別管理加算」「訪問看護ターミナル療養費」「精神科訪問看護基本療養費」については、90-65%の事業所が基準を満たしている。実績が求められる機能強化型の届出は少ない。

介護保険の施設基準のうち、「緊急時訪問看護加算」「特別管理加算」「ターミナルケア」については、85-75%の事業所が基準を満たしている。実績が求められるそれ以外の届出は少ない。

医療保険に基づく施設基準の届出(割合)

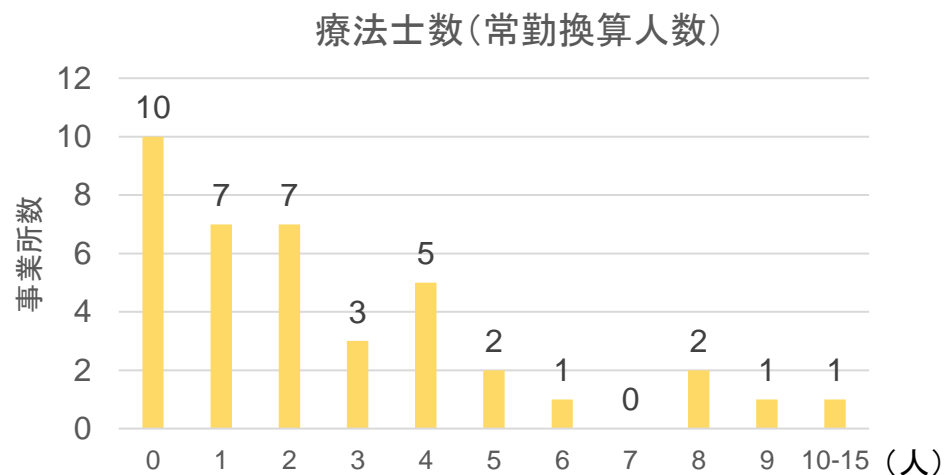
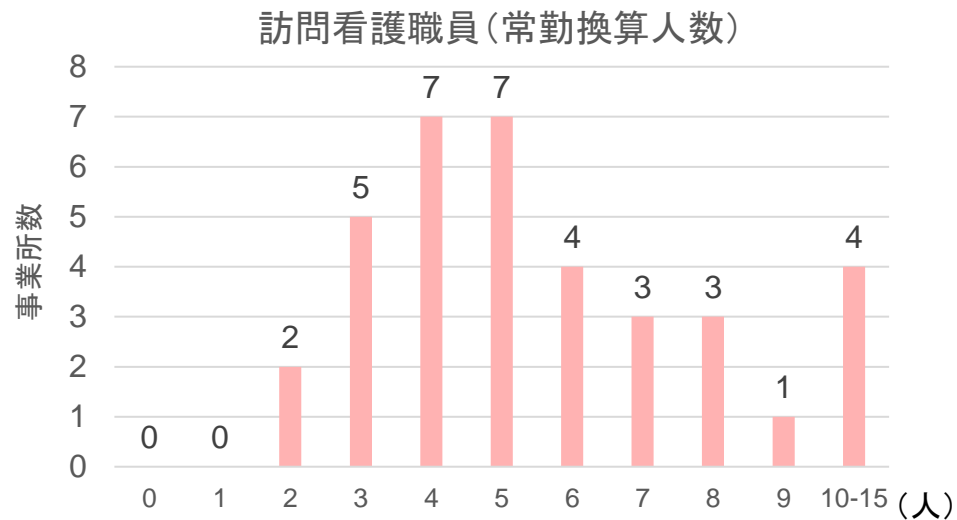
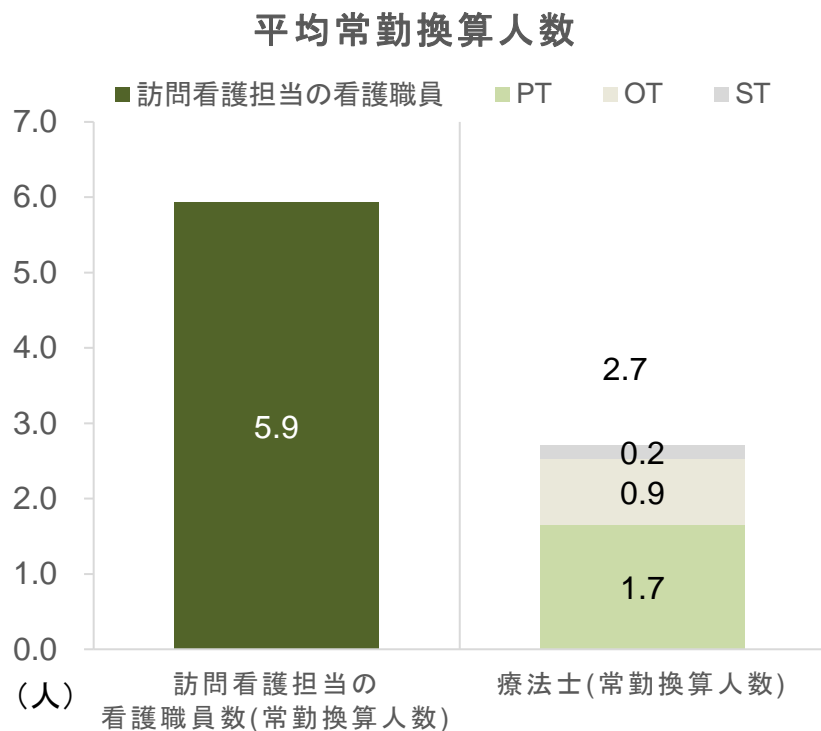


介護保険に基づく施設基準の届出(割合)



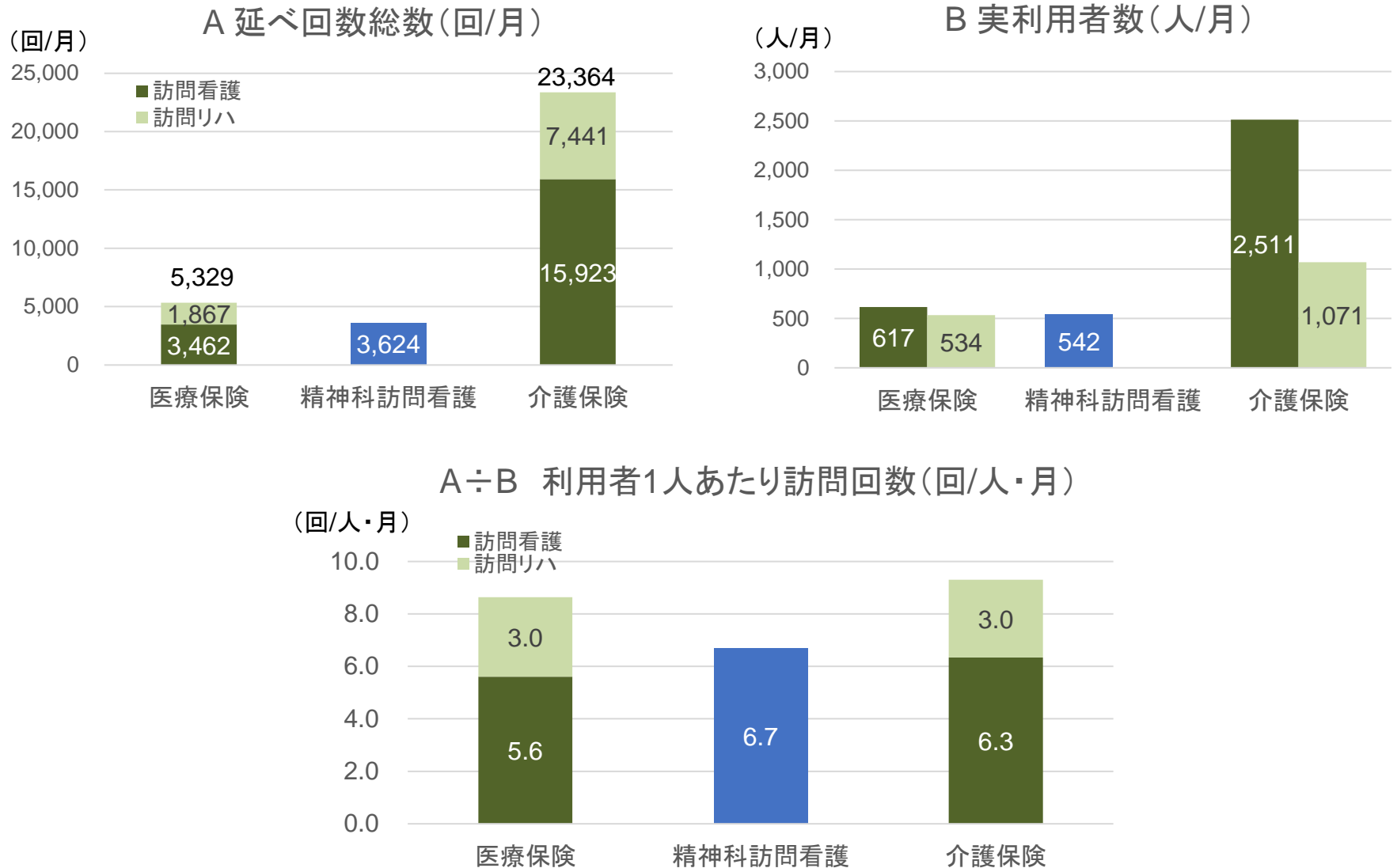
## 2. 人員体制

訪問看護職員の平均常勤換算人数は5.9人、療法士は2.7人。療法士の内訳人数はPT>OT>STであった。訪問看護職員が4-5人在籍している事業所が最も多く、療法士については0-2人在籍している事業所が多い。



## 3-1. 訪問看護実施状況

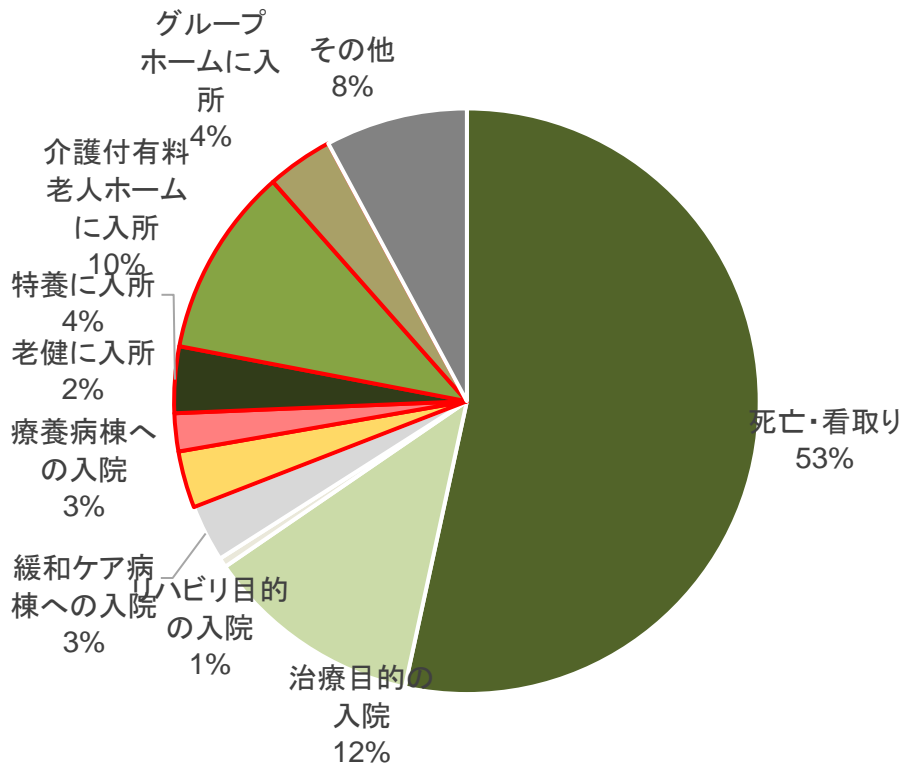
訪問看護の種別ごとの(A)訪問回数、(B)実利用者数は以下の通り。(A÷B)で利用者1人あたりの訪問回数も算出した。



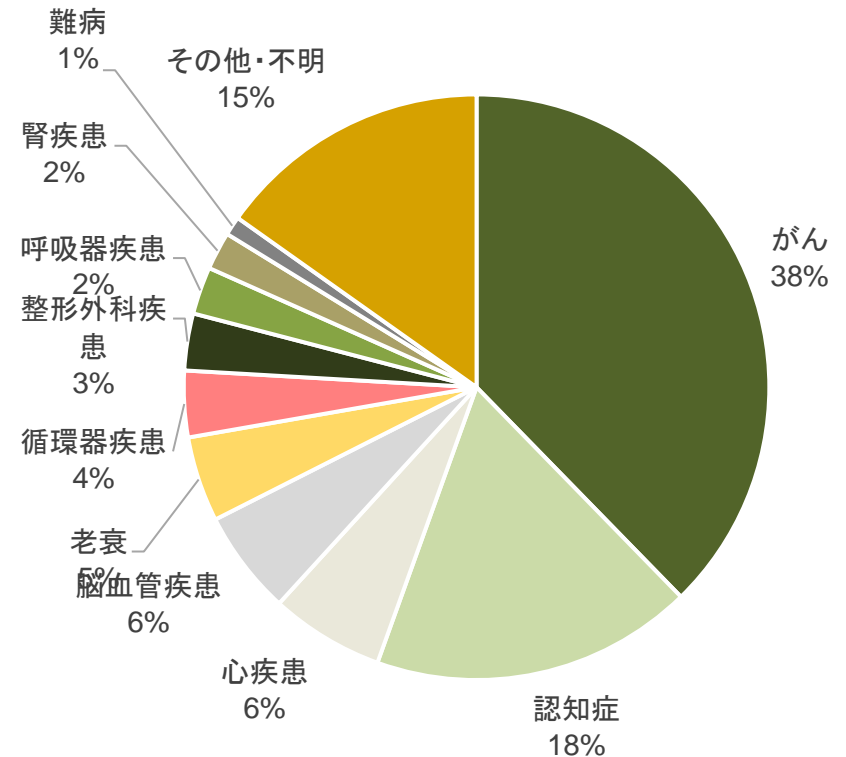
## 在宅療養終了者の終了時の状況(①転帰、②主病名)

- ①療養先・転帰は、ケアマネ調査より死亡・看取り41%が多く、療養入院と入所は少ない。  
 ②主病名は、ケアマネ調査と同じく、①がん、②認知症。ケアマネ調査の3位整形外科疾患(骨折等)は低順位。

①終了後の療養先・転帰 (n=191)



②主病名 (n=191)

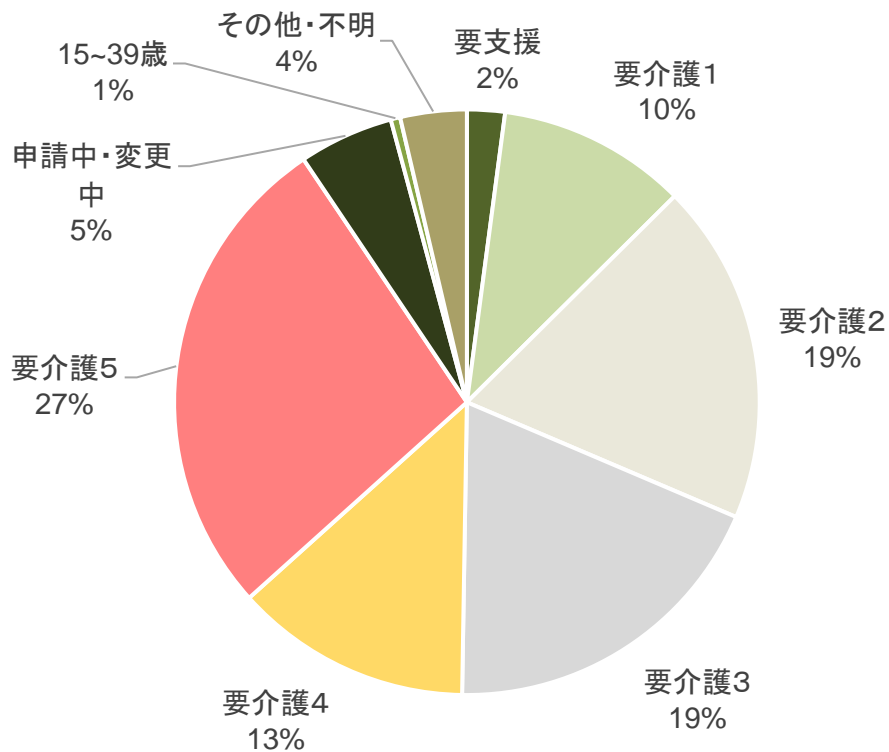


## 在宅療養終了者の終了時の状況(③要介護度、④世帯構成)

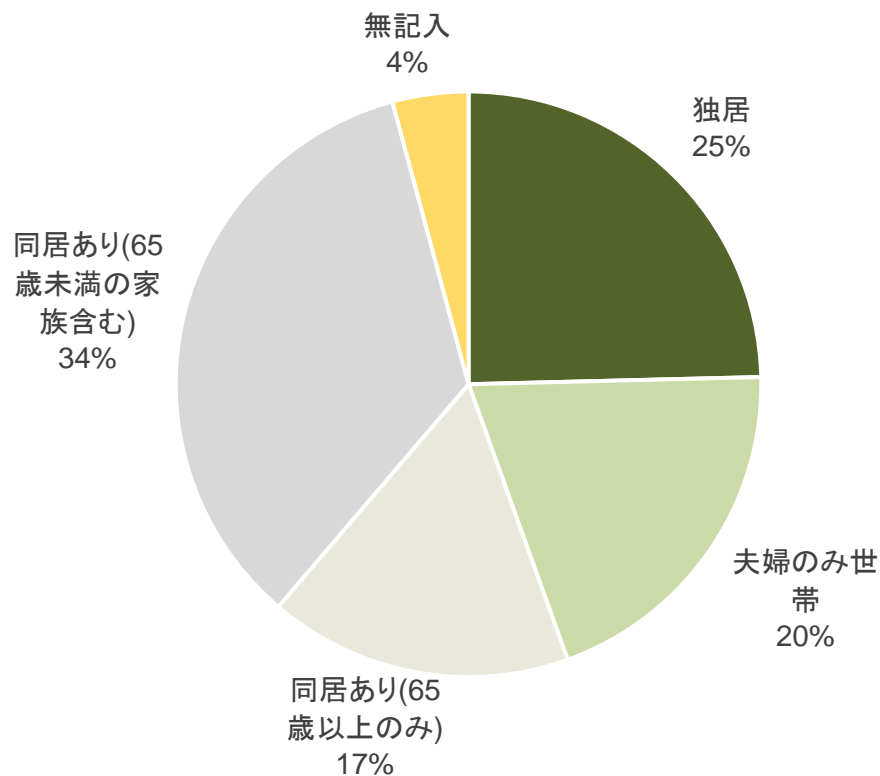
③終了時の要介護度は、ケアマネ調査に比べて高い。

④世帯構成は、ケアマネ調査とほぼ同じ。

③終了時の要介護度 (n=191)



④世帯構成 (n=325)

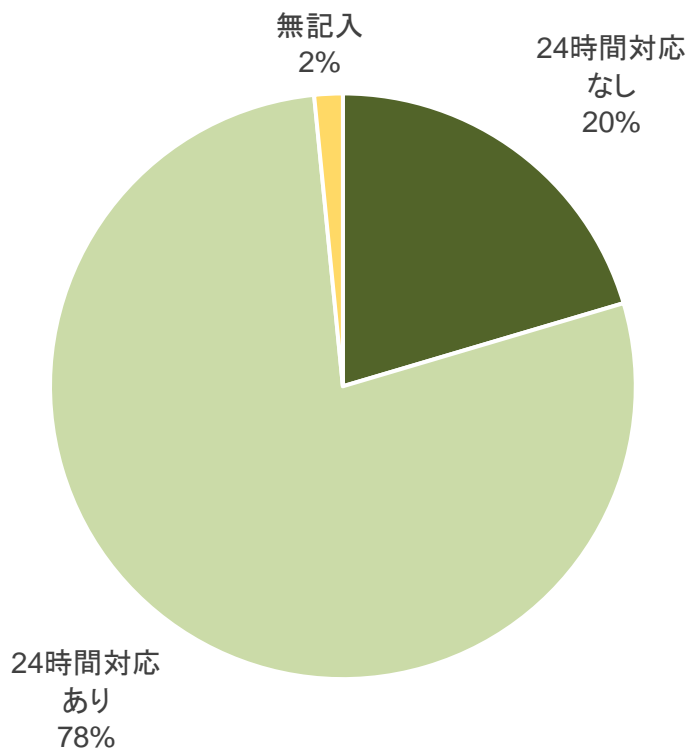


# 在宅療養終了者の終了時の状況(⑤訪問看護の利用、⑥医療機関の利用)

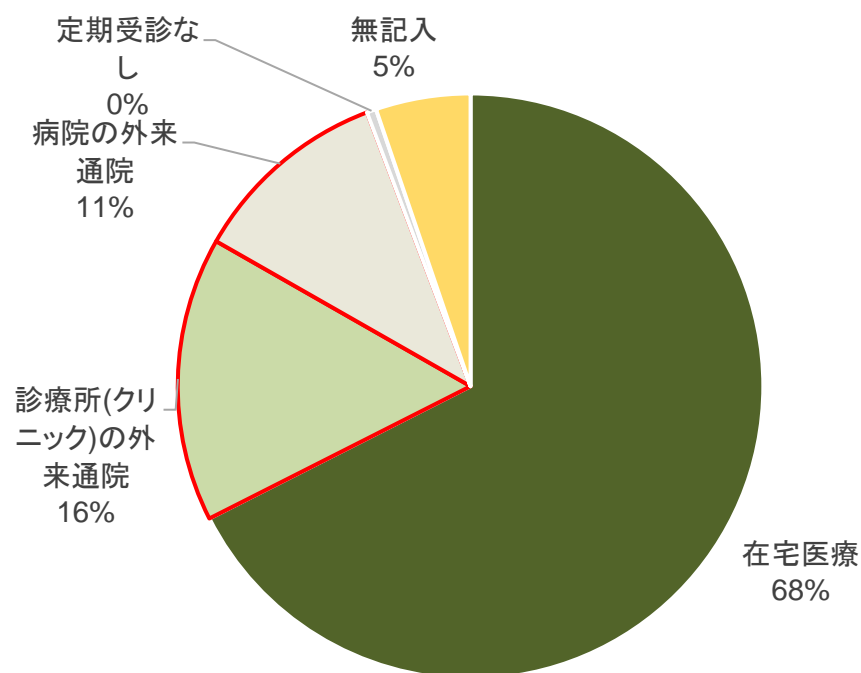
⑤訪問看護の利用は、24時間対応あり(78%)>24時間対応なし(20%)。訪問看護の利用の中にはリハビリ・精神科訪問看護も含まれる。

⑥医療機関の利用は、ケアマネ調査に比べて在宅医療多く、外来通院少ない。

⑤終了時の訪問看護の利用(n=191)

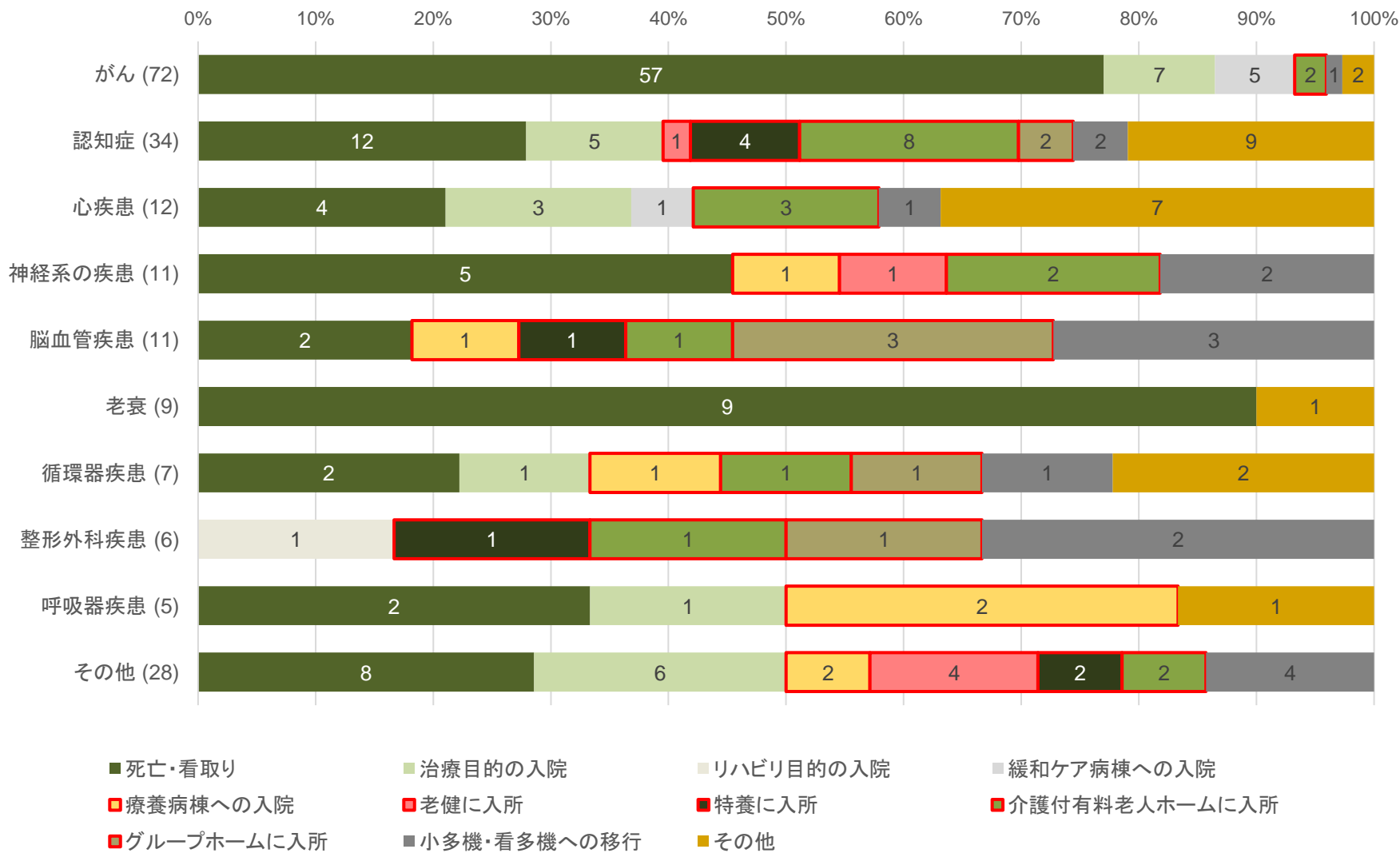


⑥終了時の医療機関の利用(n=191)



# 主病名別の終了時の療養先・転帰

疾患によって終了後の療養先・転帰は大きく異なる。ケアマネ調査に比べて、入所(赤線)の割合は少ない。老衰の自宅看取り多い。

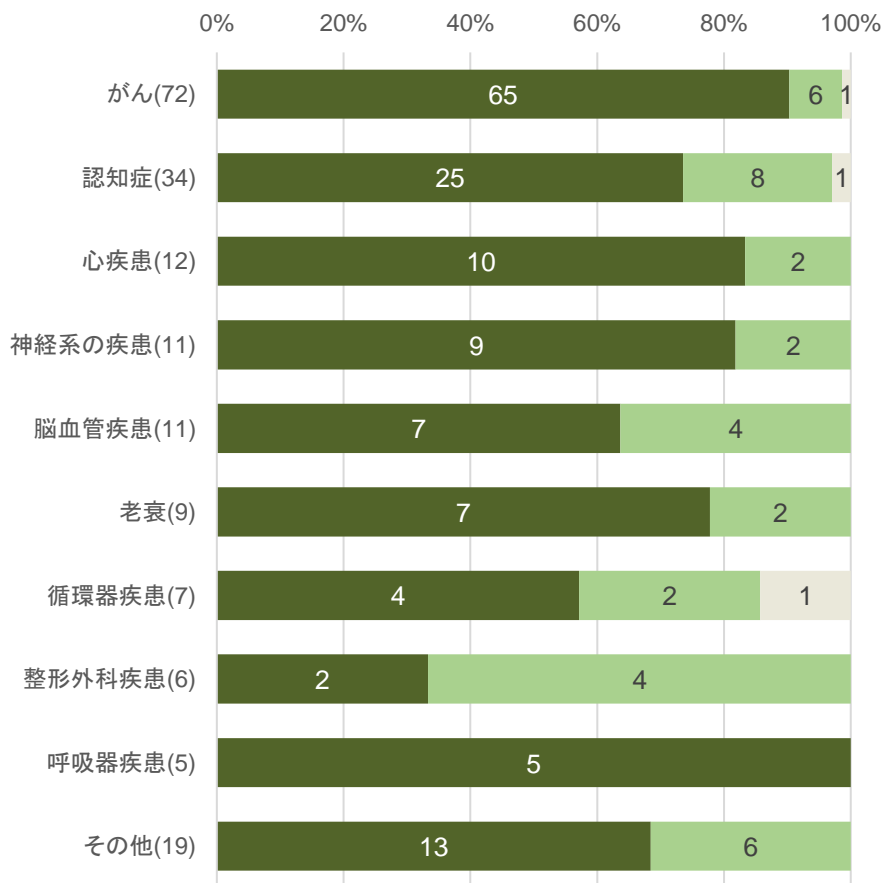




# 主病名別の終了時の訪問看護・医療機関の利用状況

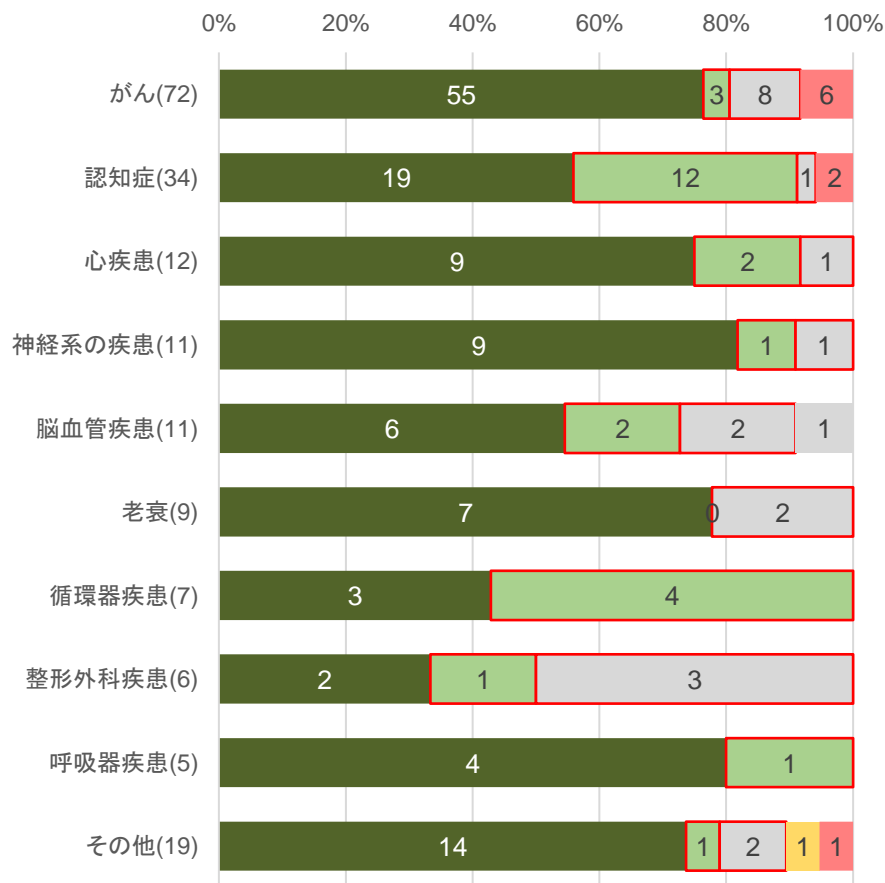
疾患によって訪問看護・医療機関の利用状況は異なる。訪問看護の利用がないケースは多い。疾患によっては外来通院が多い。

### 終了時の訪問看護の利用



■ 24時間対応あり    ■ 24時間対応なし    ■ 無記入

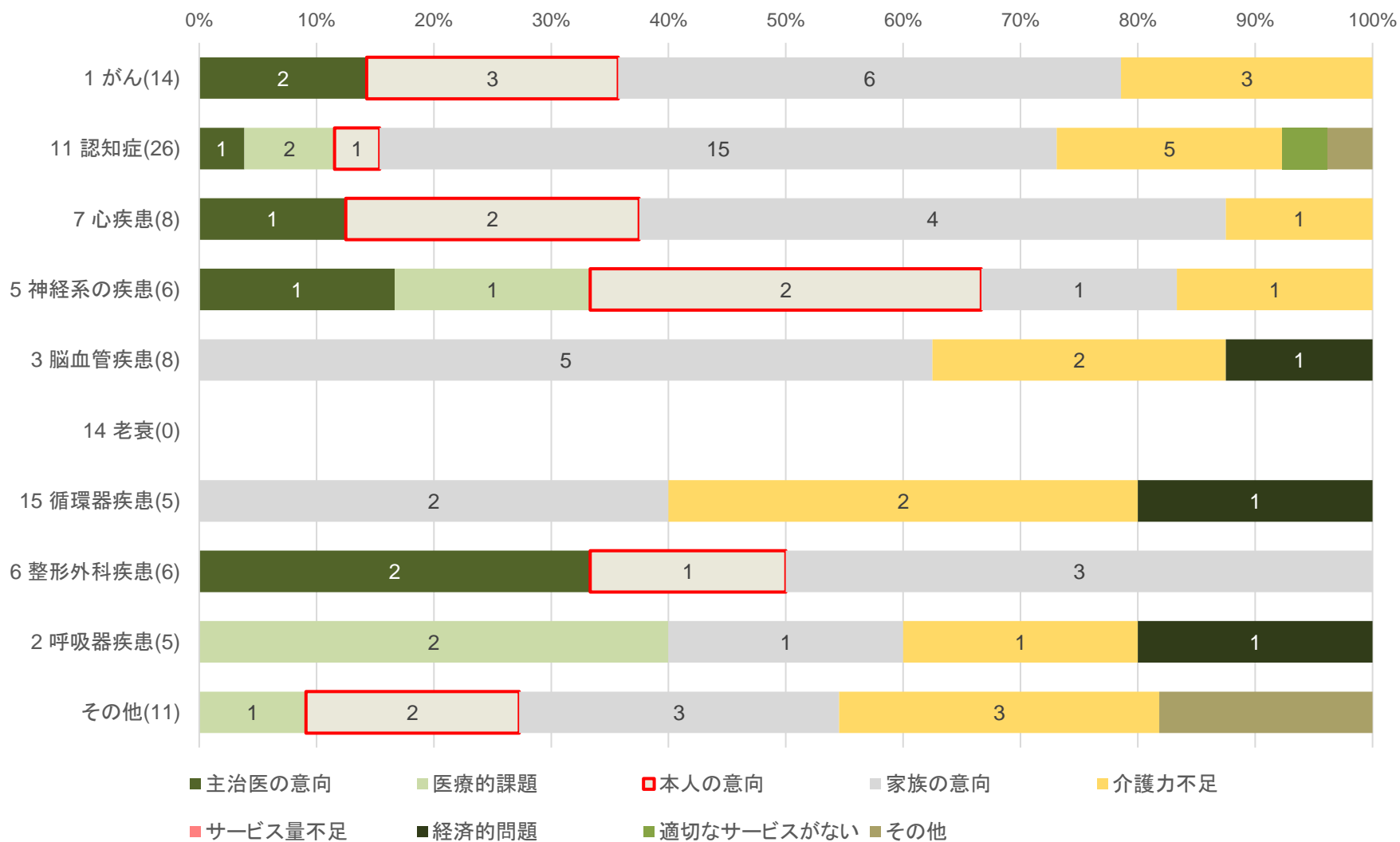
### 終了時の医療機関の利用



■ 在宅医療  
 ■ 診療所(クリニック)の外来通院  
 ■ 病院の外来通院  
 ■ 定期受診なし

# 自宅療養が終了になった経緯・理由(入院・入所の場合のみ、複数回答可)

「本人の意向」は少ない。「家族の意向」「介護力不足」が多い。



# どんなことがあれば在宅療養を続けられたと思うか（認知症）

（療養入院・入所を抜粋） 介護力不足、病状悪化、本人希望、適切なサービス不足

介護力不足や介護者の負担増大という原因が多いが、病状悪化も多い。ケアマネ調査に比べて、「介護力不足」の回答は少ない。

転帰	介護度	訪看	医療	コメント
療養入院・入所	要介護1	24hあり	在宅	昼夜介護者がいる
	要介護1	24h無	在宅	元々長年独居であったが、認知症のため子と同居し、しかし家族へ迷惑をかけたくないという思いも強かった。主介護者の子も癌の治療中であり、他に介護を担う家族がいれば続けられたらう。
	要介護2	24hあり	CL外来	独居であり下着で深夜徘徊するようになってしまい、常に見守れる環境がないと難しい。
	要介護2	24hあり	在宅	24h見守る方がいれば101歳・93歳の老夫婦でも自宅で暮らせたと思います。
	要介護2	24hあり	病院外来	認知症の進行が早く家族の気持ちが追い付いてなかった。看護の介入がもう少し早いと家族のサポートを事前に予測してできたのかもしれない
	要介護2	24h無	在宅	同居の息子様との折り合いが悪く、奥様の入院にて認知症の進行があり、身の回りのことができなくなっていた。サービスの介入への抵抗が強く、多職種でのサポートが困難だった。
	要介護3	24hあり	CL外来	介護者の同居などマンパワー
	要介護3	24hあり	在宅	介護者が安心して休める時間が定期的に行えること
	要介護3	24hあり	CL外来	独居で転倒を繰り返し、介護力不足。家族はそれぞれの生活・仕事があり、対応が不十分であった。
	要介護5	24hあり	在宅	24h見守る方がいれば101歳・93歳の老夫婦でも自宅で暮らせたと思います。

# どんなことがあれば在宅療養を続けられたと思うか（その他の疾患）

（療養入院・入所を抜粋） 介護力不足、病状悪化、本人希望、適切なサービス不足

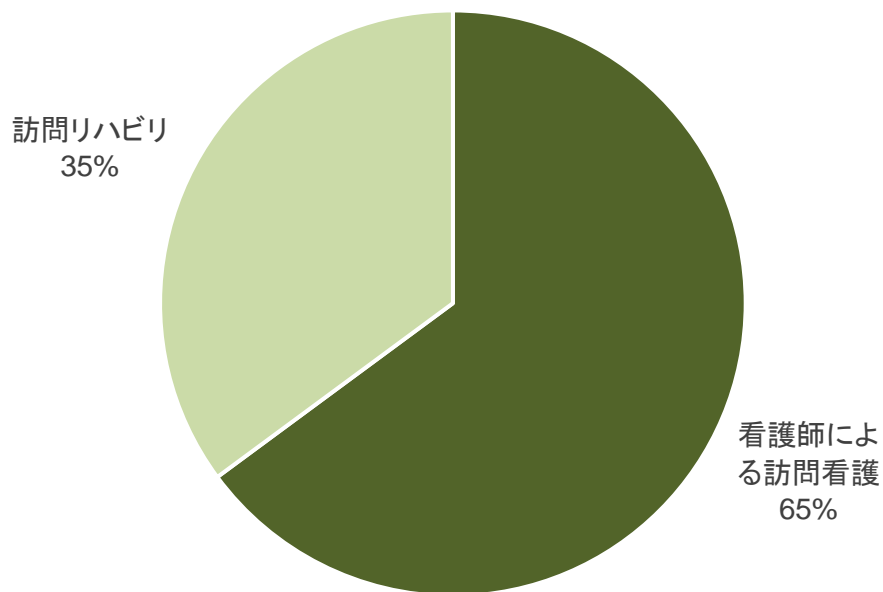
介護力不足や介護者の負担増大という原因が多いが、病状悪化も多い。ケアマネ調査に比べて、「介護力不足」の回答は少ない。

転帰	介護度	訪看	医療	コメント
精神疾患	変更中	24hあり	在宅	家族がもう少し力を抜いて介護ができればよかった。(眠らず対応していたため)
循環器疾患	要介護3	24h無	CL外来	転倒して骨折入院となり、自宅での介護は困難と家族が判断した。
循環器疾患	要介護3	24hあり	CL外来	介護していた息子様に発達障害があり、夜間の不穏時の対応ができない状況により、息子様の混乱が見られるようになった。夜間巡回型サービスを利用も案には出たが経済的な問題もあった。
循環器疾患	要介護3	24hあり	在宅	家族への24hサポート
呼吸器疾患	要介護1	24hあり	在宅	気管挿管となり、介護者がいない為、在宅困難にて終了。介護力または経済力どちらかがあればよかった
呼吸器疾患	要介護1	24hあり	在宅	状態の安定
脳血管疾患	要介護2	24hあり	在宅	独居によりデイやヘルパー介入するも家族の関わりが少なく、庭に出て転倒。腰椎圧迫骨折入院→施設となっている。同居家族があれば、在宅での生活は可能だったと思える。
脳血管疾患	要介護4	24h無	病院外来	主介護者が1人で負担が大きい。家族の中で時々協力してくれる方がいると良かった。
神経系の疾患	要介護2	24hあり	在宅	夜間の咳が多く、独居のため不安が強かった。前月は往診が11回、不安の軽減ができず、訪問診療にも限界があった。入院は本人が強く希望された。
神経系の疾患	要介護4	24hあり	在宅	妻が認知症周辺症状が強くなったため、自宅生活は難しいと判断。妻へのサポートがうまくつながれば自宅に戻る予定
神経系の疾患	要介護5	24hあり	在宅	看多機、療養通所介護が地域にあり、ご家族も週に1~2日自宅で介護し見ていく覚悟があれば可能だったと思う
神経系の疾患	要介護5	24hあり	在宅	24h体制のサポート
消化器疾患	要介護5	24hあり	在宅	同居する家族がいれば良かった

# 訪問リハビリ(療法士による訪問看護)の算定状況

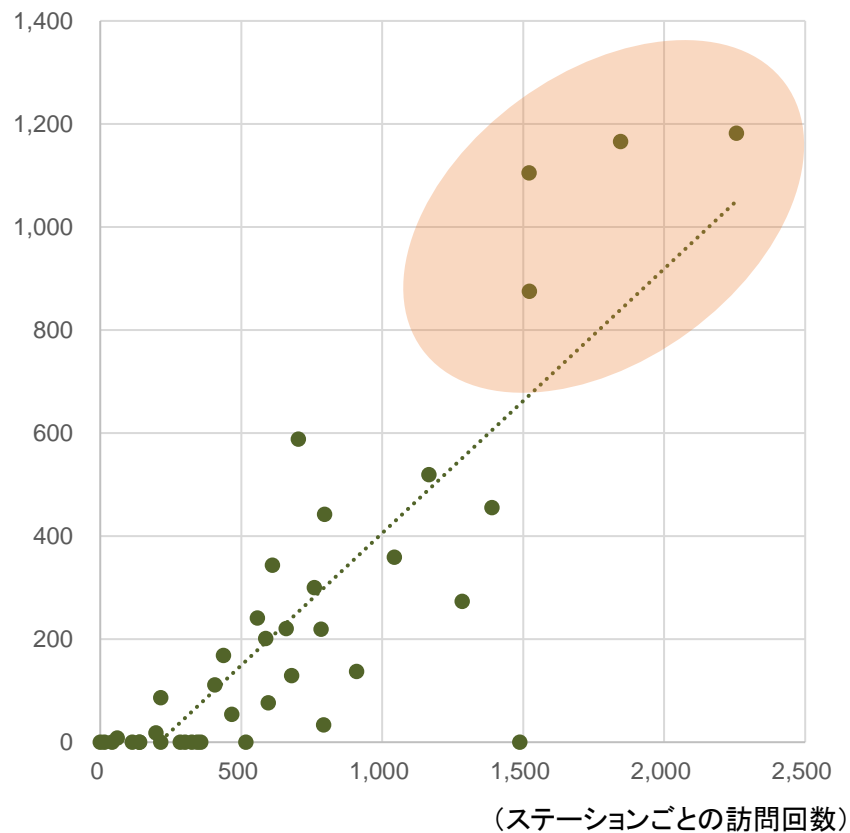
回答のあった39事業所(合計訪問回数26,507回)のうち、訪問リハビリ(療法士による訪問看護)は35%。  
世田谷区では、ステーションの訪問回数が多い(規模が大きい)事業所で訪問リハビリが多い。

## 療法士による訪問看護の割合



(療法士による  
訪問看護回数)

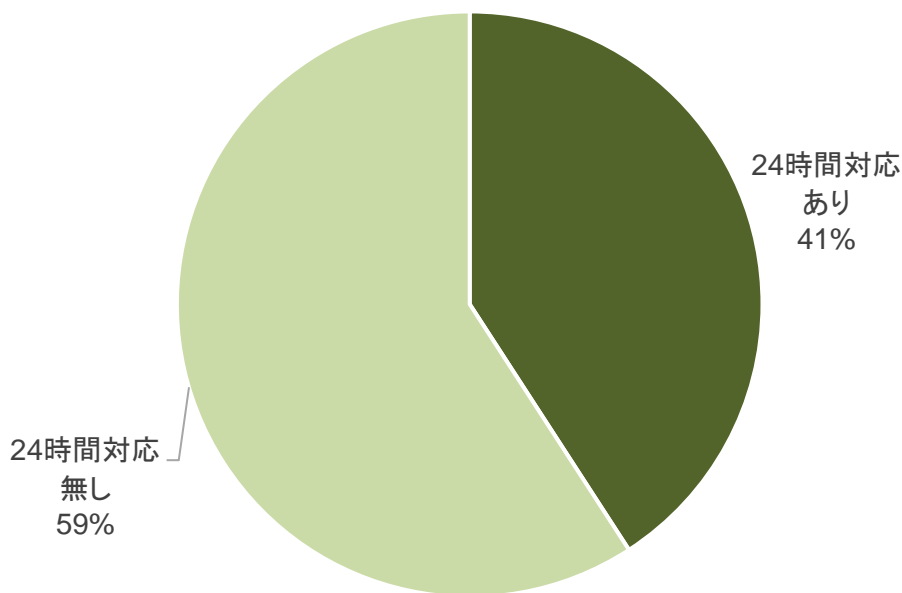
## ステーションごとの訪問回数(規模)と 療法士による訪問看護回数の関係



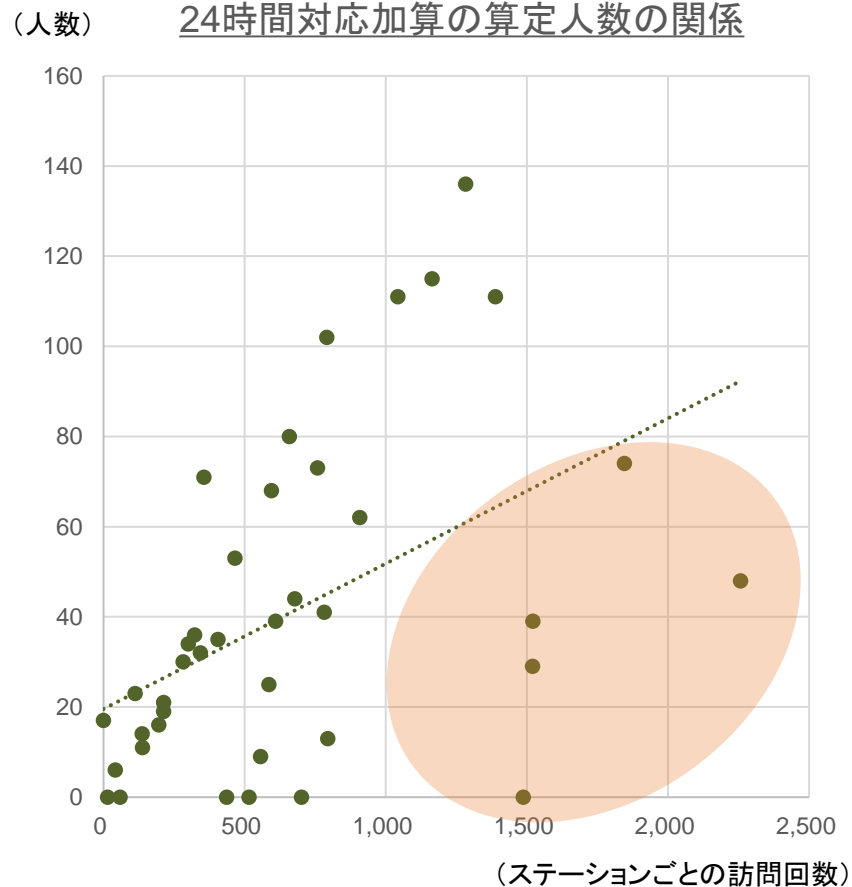
## 24時間対応加算※の算定状況

回答のあった39事業所(利用者数合計4,008人)のうち、24時間対応加算の算定人数は41%。59%は24時間対応なし。  
世田谷区では、ステーションの訪問回数が多い(規模が大きい)事業所で24時間対応がかなり少ない。中規模事業所の24時間対応が多い。

24時間対応加算の算定割合



ステーションごとの訪問回数(規模)と  
24時間対応加算の算定人数の関係



# 分析による考察(重要な視点)

## <疾患別の分析>

1. がんは「死亡・看取り(71%)」の割合が非常に高い。→がんの在宅緩和ケアは進んでいる
  - ① 「訪問看護あり(78%)」<「在宅医療あり(78%)」<「訪問看護24hあり(80%)」で死亡・看取りの割合は増える。
  - ② 「外来通院」は、治療入院(15%→41%)の割合が高くなる。→がんの外来から在宅移行は課題
2. 認知症は「療養入院・入所(68%)」の割合が非常に高い。「死亡・看取り(13%)」が少ない。→認知症の在宅療養支援は大きな課題
  - ① 要介護度2~3では「療養入院・入所」が多く、在宅療養を継続の分岐点となっている。要介護度4~5では「死亡・看取り」の割合が高くなる。要介護度2~3の分岐点を越えることができれば、あるいは症状が悪くならなければ自宅療養を継続できている。
  - ② 「独居」は療養入院・入所に至る可能性が高い。
3. それ以外の疾患でも死亡・看取りの割合(41%)は、「在宅医療あり(56%)」<「訪問看護あり(58%)」<「訪問看護24hあり(70%)」で更に増える傾向がある。→死亡・看取りには24時間対応(在宅医療・訪問看護)が必要

## <訪問看護・在宅医療の利用>

1. 訪問看護利用の割合(52%)は、「病院外来(28%)」「クリニック外来(30%)」では非常に低くなる。
2. 終了患者の約30%は、訪問看護・在宅医療共に利用が無い。つまり、外来医師とケアマネジャーだけで入院・入所が決まってしまう。→外来から訪問看護導入は課題、外来から在宅医療への移行も課題
3. 訪問看護は「家族の負担軽減」に効果が見られる。→「家族の負担軽減」のための訪問看護の活用

## <本人の意向によるものか>

1. 入院・入所に至った経緯・理由では、「家族の意向(46%)」が最も多く、次いで「介護力不足(22%)」。「本人の意向(11%)」は非常に低い。→ACP視点での支援の必要性
2. 「本人の意向」が選ばれているケースは、「独居」、「がん」「脳血管疾患」「難病」、「要介護2」、「特養への入所」「介護付き有料老人ホームへの入所」が比較的有意。

## <訪問看護ステーション・24時間対応>

1. 訪問看護の「24時間対応」は約40%。24時間対応の割合は事業所によって異なる。世田谷区では大規模な事業所では、24時間対応が少なく、訪問リハが多い。→24時間対応可能なステーションを増やす

## 4つの場面を起点とした取り組みの方向性(案)

### 大目標

- 区民が希望する「自宅での最期」を実現するために、質の高い在宅療養生活を提供する体制をつくる
- 在宅医療を強化し、在宅患者増加に対応できる体制をつくる
- 在宅看取りを強化し、死亡者数増加に対応できる体制をつくる

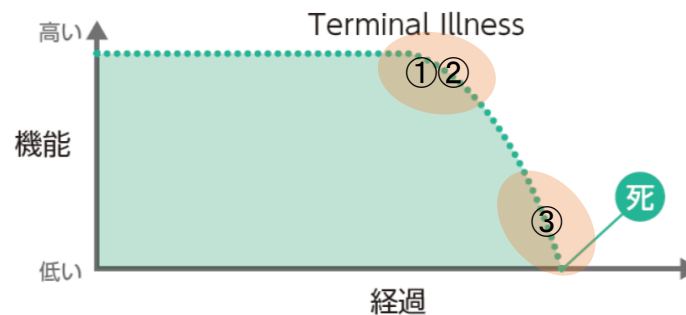
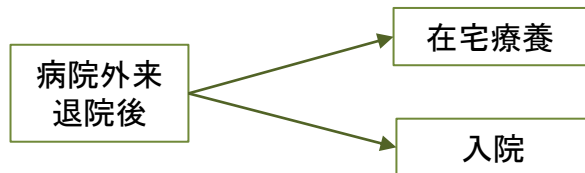
	日常の療養	(入)退院時	急変時	看取り期
病院 (入院・外来)				
在宅医療				
在宅歯科診療				
薬局				
訪問看護				
ケアマネジャー (居宅介護サービス)				
施設介護				
地域住民				



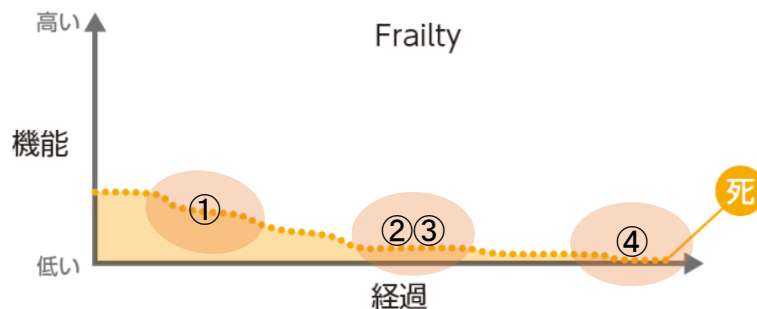
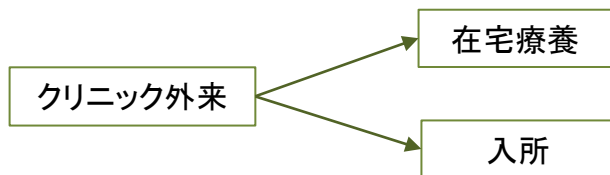
# (まとめ) 主疾患別の「連携の形」と「発生している課題」

疾患ごとに、連携の形(かかる医療機関や療養場所)と、発生している課題には傾向が見られる。  
専門職のヒアリングをもとにその対策アイデアをまとめた。

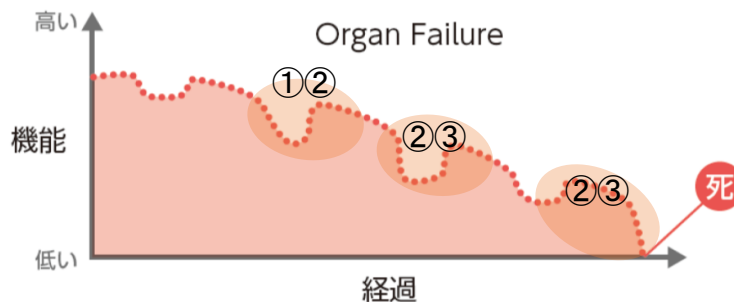
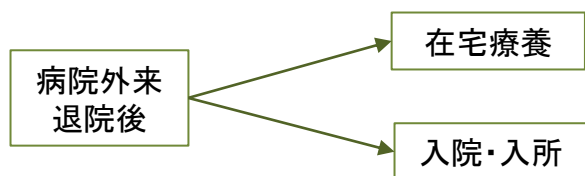
## 1. がん



## 2. 認知症・老衰・整形外科疾患など



## 3. 心不全・呼吸器・循環器疾患など

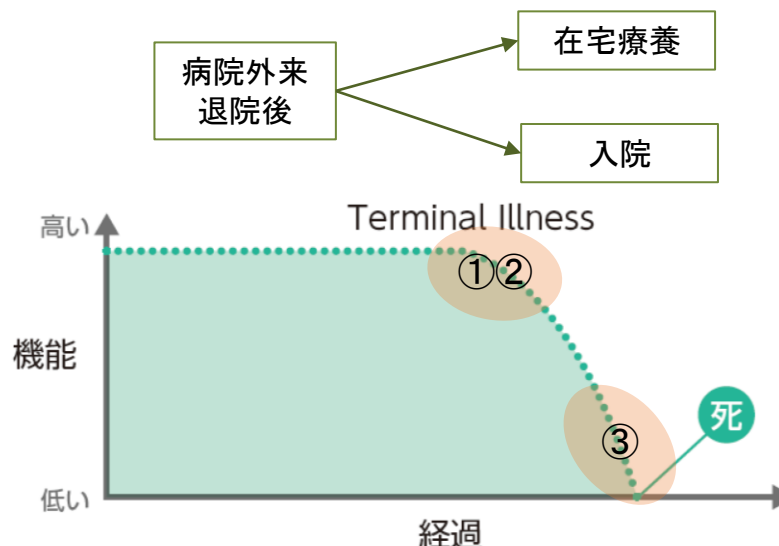


# 1. 「がん」の課題と対策案

多くの「がん」患者については、うまく病診連携することで、最期まで在宅療養ができています。

①②でスムーズに在宅移行できること、看取りに向けて在宅緩和ケアできる在支診・訪問看護ステーションを選定することが一部で課題になっている。

③看取り時に、本人の意向とは別に入院に至るケースがある。ACP的なアプローチも重要である。



	発生している課題	対策案（専門職ヒアリングによるアイデア）
①	<ul style="list-style-type: none"> <li>・外来通院から緩和ケア移行のタイミングが遅い</li> <li>・本人の病識不足などから拒否されるなどの理由で在宅移行のタイミングが遅れる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 外来医師・地域連携室に在宅医療の啓発を →ex. 病院連携室を招いた研修会の開催</li> </ul>
②	「在宅緩和ケアができない」「24h対応できない」在支診・訪問看護ステーションが選定されている	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 在宅緩和ケアのための在支診・訪問看護ステーションの選定を →ex. 病院連携室に緩和ケア充実診療所、24h対応可能な訪問看護ステーションの周知</li> </ul>
③	本人・家族の方針が決まっていないため病状悪化で入院になっているケースがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人意向の重視(ACP視点でのケア) →ex. ケアマネジャー・在支診・訪問看護は早期に本人の意向を確認</li> </ul>

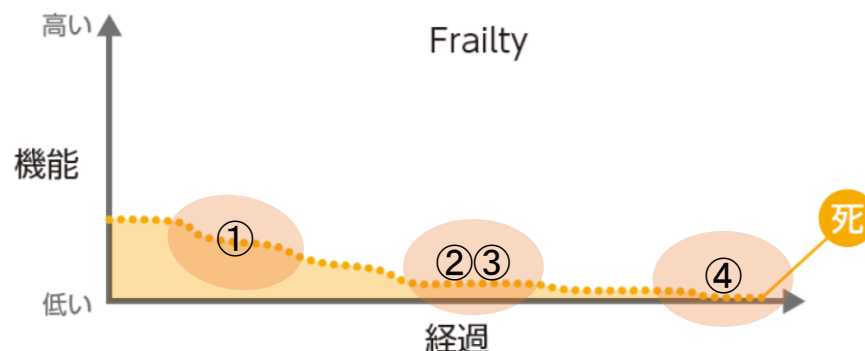
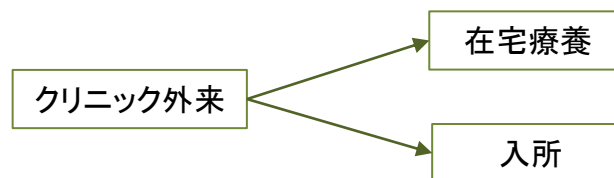
## 2. 「認知症・老衰・整形外科疾患」の課題と対策案

「認知症」は現状うまく在宅療養支援が行えていない。

①地域のクリニックに外来通院しているケースが多く、そこから介護・在宅医療サービスにいかにつなげるかが課題。

②③のように、家族の介護負担等で入所に至るケースが多い。ACP的なアプローチと、在宅療養をうまく続けるための知見の収集と周知が必要である。

④かかりつけ医がそのまま訪問診療していて、24時間対応が十分でケースがある。

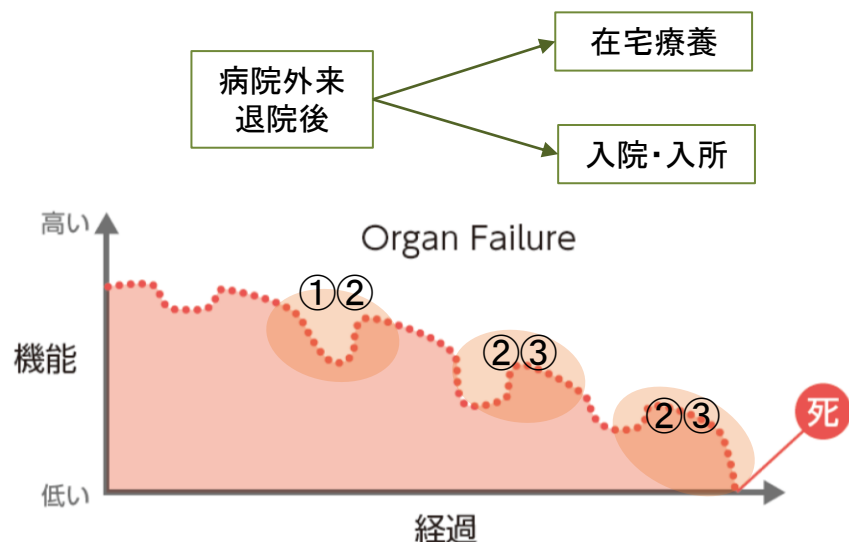


	発生している課題	対策案（専門職ヒアリングによるアイデア）
①	外来医師が患者の生活が見えておらず、適切な介入ができていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 外来医師への啓発とケアマネジャーとの連携               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ex. 地域の診療所 = 主治医意見書発行元の医療機関への啓発</li> <li>→ ex. 病識がない患者に地域の診療所とケアマネジャーが協働してうまくサービス導入の提案を</li> </ul> </li> </ul>
②	自宅で暮らしていくための認知症ケアができていない。病状進行時に介護負担が増大している。	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ケアマネジャーへの認知症ケアプラン教育               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ex. 早めに介護サービスを使うと在宅生活が長く続けられる</li> </ul> </li> <li>■ 早期の多職種介入により、課題の早期対応               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ex. ケアマネジャー・医療機関は認知症になったら訪問口腔ケアを、薬局と連携して生活状況を把握</li> </ul> </li> </ul>
③	家族の介護負担増大時に、入院・入所になっている	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人意向の重視(ACP視点でのケア)               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ex. ケアマネジャーは早期に本人の意向を確認</li> </ul> </li> <li>■ 介護負担軽減のための訪問看護の導入               <ul style="list-style-type: none"> <li>→ ex. ケアマネジャーに介護負担軽減に訪問看護が有効であることを啓発</li> </ul> </li> </ul>
④	かかりつけ医の24h対応が十分でないケースがある	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 24h対応できない訪問診療医をどうカバーするか？</li> </ul>

### 3. 「心不全、呼吸器・循環器疾患など」の課題と対策案

病院に外来通院しているケースが多く、そこから介護・在宅医療サービスにいかにつなげるかが課題。

また、在宅医療を導入しても、在支診・訪問看護ステーションの医療対応、24時間対応ができないため入院してしまっているケースが多い。適切な在宅医療サービスにつなげること、ACP的なアプローチが必要である。



	発生している課題	対策案（専門職ヒアリングによるアイデア）
①	退院時に在宅療養が検討されていない 退院時にサービスが導入されていない	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 外来医師・地域連携室に在宅医療の啓発を →ex. 病院連携室を招いた研修会の開催</li> </ul>
②	「医療処置ができない」「24h対応できない」 在支診・訪問看護ステーションが選定されている	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 24h対応できない訪問診療医をどうカバーするか？</li> <li>■ 適切な在支診・訪問看護ステーションの選定を →ex. ケアマネジャー・病院連携室に強化型在支診など、24h対応可能な訪問看護ステーションの周知</li> </ul>
③	家族の介護負担増大時に、入院・入所になっている	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 本人意向の重視(ACP視点でのケア) →ex. ケアマネジャー・在支診・訪問看護は早期に本人の意向を確認</li> <li>■ 介護負担・家族の不安軽減のための訪問看護の導入 →ex. ケアマネジャー・医療機関は介護負担軽減に訪問看護が有効であることを啓発</li> </ul>

# 今後の進め方

