

気仙沼管内地域リハビリテーションネットワーク構築事業 実施報告と今後の展開

気仙沼保健福祉事務所

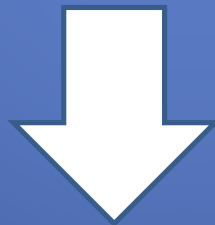
成人・高齢班

理学療法士 後藤 博音



地域リハビリテーション支援体制 整備事業(宮城県)

- ・地域リハビリテーション検討会
- ・圏域体制整備事業
- ・地域リハビリテーション連携システム構築事業
- ・地域包括ケア体制のサポート事業
- ・従事者基礎研修事業



気仙沼
管内では…

気仙沼管内地域リハビリテーション
ネットワーク構築事業



現状と課題



気仙沼管内の 高齢者数と高齢化率

| 市町名 | 総人口 [人] | 65歳以上の人口 [人] | 高齢化率 [%] | 介護保険認定者数 [人] |
|-------|-----------|--------------|----------|--------------|
| 気仙沼市 | 65,225 | 18,604 | 28.5 | 2,670 |
| 本吉町 | 11,456 | 3,342 | 29.2 | 543 |
| 南三陸町 | 18,285 | 5,223 | 28.6 | 734 |
| 管内合計 | 94,966 | 27,169 | 28.6 | 3,947 |
| 宮城県総計 | 2,334,874 | 495,463 | 21.1 | 69,389 |



総人口, 65歳以上の人口, 高齢化率:平成20年3月末現在
(宮城県高齢者人口調査より)
介護保険認定者数:平成20年12月末現在
(気仙沼保健福祉事務所調べ)

気仙沼管内の公的医療機関

| 病院名 (所在地) | 病床数 | 医療 相談室 | 退院調整役 |
|-----------------------|------|-----------|-------------------|
| 気仙沼市立病院 (気仙沼市) | 451床 | 有 | ・事務職員2名 ・病棟看護師 |
| 本吉町国民健康保 険病院 (本吉町) | 38床 | 無 | 主に看護師長 |
| 公立志津川病院 (南三陸町) | 140床 | 有 | 医療介護調整 看護師1名 |

退院後のケース(支援)の現状

公立志津川病院調べ

平成19年1月～3月に退院したケース

(75歳以上,退院調整会議未実施。)

(死亡,療養病棟転棟,施設入所,検査入院を除く。)



・ 平均年齢: 84.8歳

・ 再入院率(退院後3ヶ月以内): 40.9%

退院後のケース(支援)の課題

- ・ 退院後3ヶ月以内に課題が出現している。
- ・ 在宅支援までの医療情報の伝達、共有などの医療と介護の連携がスムーズにいかず、在宅で必要なケアやリハビリを受けられない。



関係者の連携に対する期待

医療機関(病院退院調整者)

介護保険関係者へ**退院調整**の周知

病院スタッフの患者・家族への関わりの変化

再入院の減少

地域関係機関(市町, 地域包括支援センター)

連携の効率化

介護度の重度化予防



实施目的



大目的:

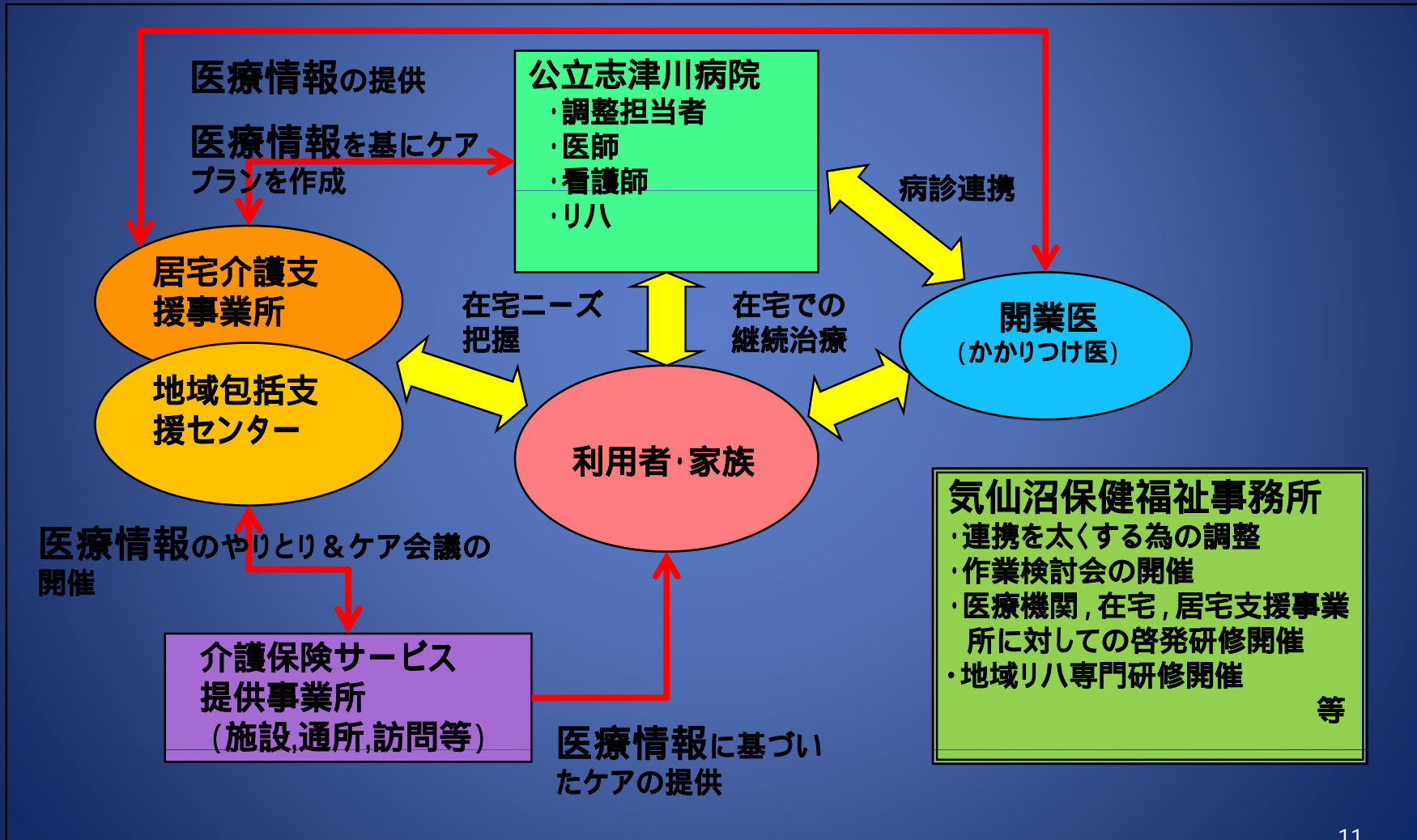
管内に住む高齢者や障がいを持つ方が医療機関を退院した後も必要なケアを受けられ、在宅で必要な支援が受けられるように、医療保健福祉関係者の連携体制を構築する。

中目的:

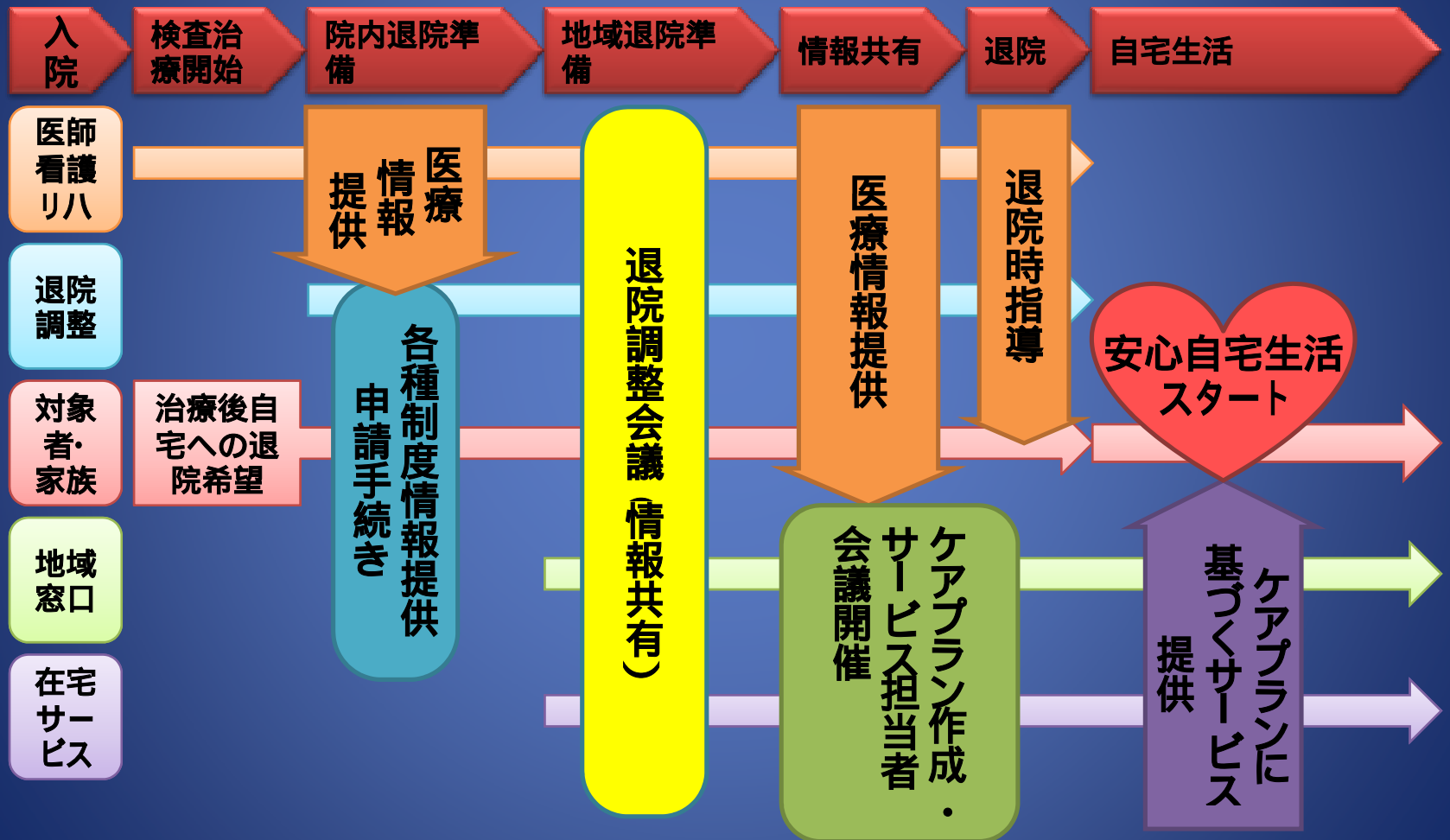
南三陸町をモデル地区とし、退院時における医療機関と保健福祉等地域関係機関との連携システムについてその課題や効果を検証し、再構築を行う。



南三陸町連携イメージ



南三陸町連携イメージ



实施内容



実施期間

平成19年4月から平成21年3月まで(2年間)

事業終了後も、管内全市町での連携ネットワークの構築を目指し、継続的に各市町を支援していく。(地域リハビリテーション連携システム構築事業として管内全域へと取組を拡げていく)



実施機関と協力機関

実施機関:

公立志津川病院

南三陸町(地域包括支援センター)

気仙沼保健福祉事務所

協力機関:

気仙沼市医師会

宮城県ケアマネージャー協会気仙沼支部

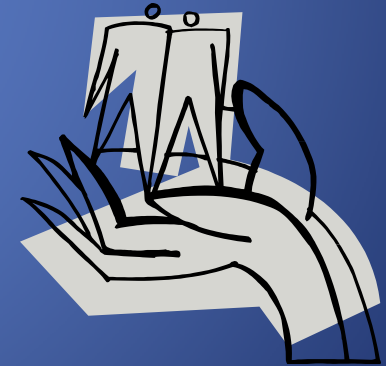
南三陸町内居宅介護支援事業所

南三陸町内介護保険サービス提供事業所



実施内容

- (1) 退院に向けての準備から退院後(3ヶ月程度)のケースへの継続的支援・評価(通年)
- (2) **ケース支援**を通しての関係者間連携の見直し(通年)
→ 作業検討会の開催(年3回)
- (3) 関わるスタッフへの支援(通年)
→ 従事者研修会, 医療と介護の連携に関するシンポジウムの開催
- (4) **連携ネットワーク**の分析・評価



標準的なケース支援の流れ

退院調整会議の開催

退院前の準備(介護保険申請支援,
ケアプランの作成,住宅改修等)

退院前カンファレンスの開催

サービス担当者会議の開催

退院後1ヶ月における評価・モニタリングの実施

退院後3ヶ月における評価・モニタリングの実施



役割分担

| 機 関 名 | 内 容 |
|------------------------------|--|
| 公立志津川病院 | (1)退院調整係 院内における退院に関する患者情報の集約 退院準備の支援(介護保険制度利用支援, ケアマネとの連絡調整, 退院前カンファレンスの開催等) |
| | 退院支援を行った患者情報のまとめ・評価 (2)医師・看護職・リハ職 退院調整係への支援要請 病院内での連携, 情報共有 退院時カンファレンス等への参加 在宅を意識した本人家族への退院時指導 地域の医療機関, リハビリテーション機関, 保健福祉関係機関への患者情報提供, 共有 |
| 南三陸町 (地域包括支援センター) | (1)介護保険を利用している高齢者を中心とした医療機関, 介護保険事業所との連携システムの見直し, 強化のための取り組み (2)ケアマネジャー, 介護保険事業所の支援 (相談, 勉強会や情報交換会等の開催) (3)ケアマネジメント業務(要介護者, 要支援者, 特定高齢者等) (4)退院支援を行った住民情報のまとめ・評価 |
| 気仙沼保健福祉事務所 | (1)事業全体の進行管理・評価に関すること(作業検討会の運営を含む) (2)ケースへの支援実績の分析・評価に関すること(作業検討会の運営を含む) (3)医療機関と保健福祉関係者間の連携を強化するための支援(情報の流れの整理, 効率的な情報共有方法の提案等) |
| | (4)関わるスタッフへの支援(相談, 研修会の開催等) |

結果



ケース支援について

- ・ 支援したケース数：20ケース
- ・ 平均年齢：82.1歳
- ・ 平均在院日数：102.3日
- ・ 退院調整会議実施率：95%
- ・ 在宅復帰率：100%
- ・ 再入院率(退院後3ヶ月以内)：
- ・ リハビリテーションの継続
 - ：訪問5ケース，通院1ケース，通所3ケース
- ・ ケースのQOL，家族の介護負担，介護度の変化



再入院率(退院3ヶ月以内)

< 退院調整会議実施 >

0 %

< 退院調整会議未実施 >

40.9 %

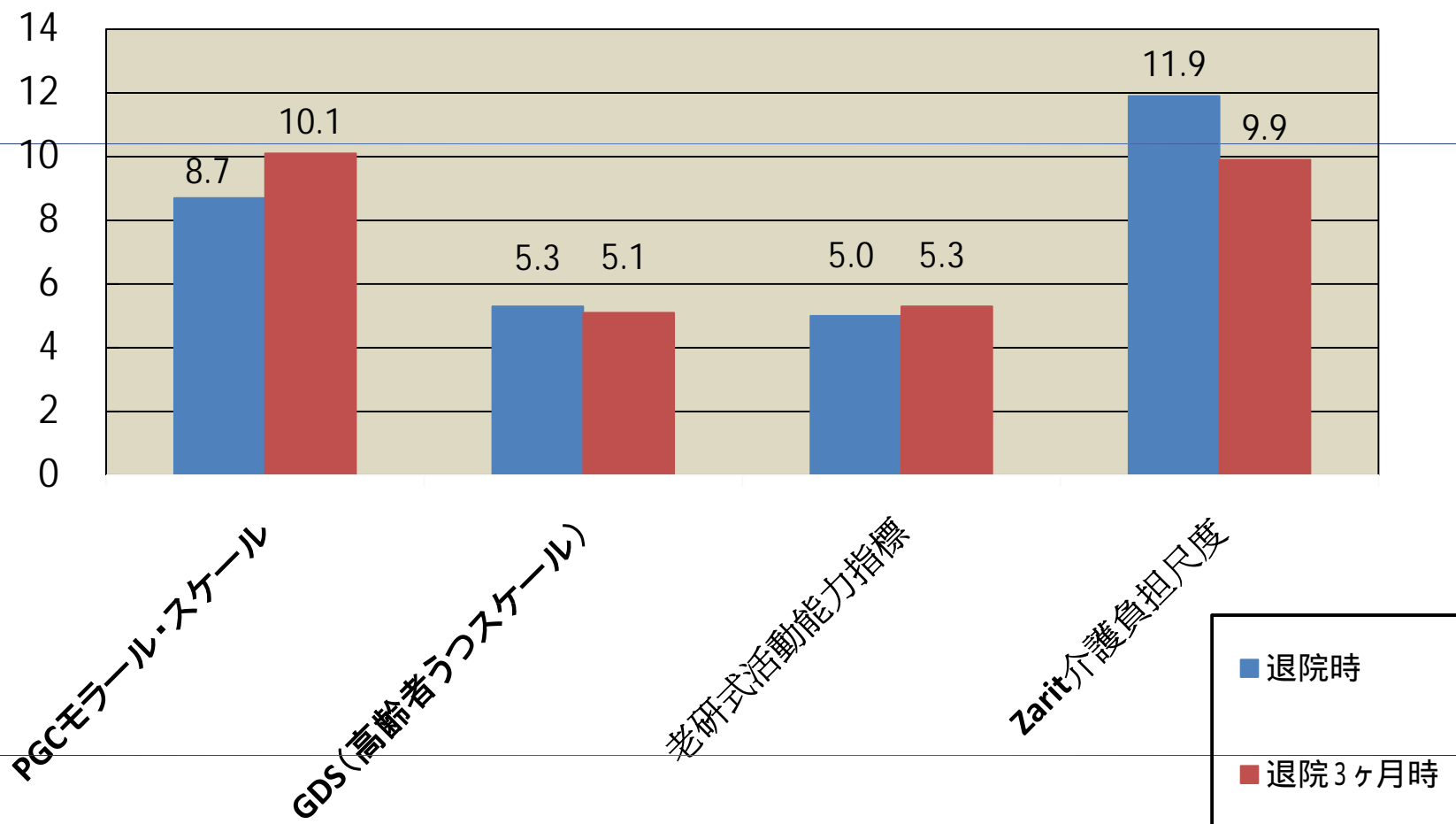
ケースのQOLと家族の介護負担 の評価方法

- ・ PGCモラル・スケール(17点満点)
 幸福的な老いの程度または「主観的QOL」の指標。
- ・ GDS(高齢者うつスケール)(15点中)
 5点以上がうつ傾向, 10点以上がうつ状態とされる。
- ・ 老研式活動能力指標(13点満点)
 高次の生活能力を評価するための検査法。
 「社会的役割」の水準を含む尺度。
- ・ Zarit介護負担尺度(48点中)
 介護者の介護負担感の測定をするための検査法。
 17点以上の場合, フォローアップが必要とされる。

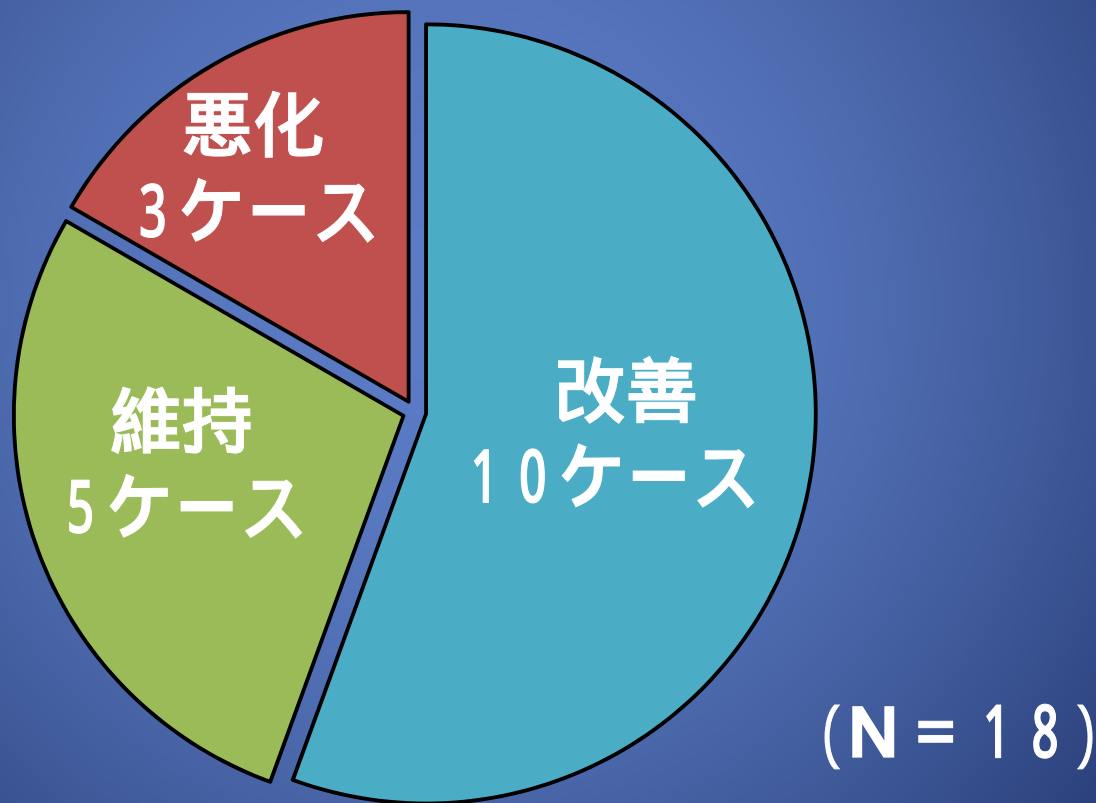


各評価結果の平均値

[点]



介護認定における 要介護(要支援)度の変化



更新申請中：2ケース

結果：連携ネットワークについて

- ・ 連携した医療機関数：1 機関
- ・ 関与した病院スタッフ数（退院調整会議出席数）
：延べ57人（看護師，理学療法士）
- ・ 連携した介護保険事業所数：14 事業所
- ・ 関与した介護スタッフ数（退院調整会議出席者数）
：延べ35人（ケアマネジャー，相談員，ヘルパー，ほか）



結果：連携ネットワークについて

- ・ 『ネットワーク構築事業認知度アンケート』結果
対象：南三陸町内介護保険事業所11事業所
(アンケート回収率：91.7%)
- ・ 『連携システム構築におけるアンケート』結果
対象：ケース支援に関わったケアマネジャー11人
(アンケート回収率：100%)
- ・ 作業検討会での意見交換
(ヒアリング)



～ 構築する過程で良かった点・苦勞した点 ～

- ・ 入院中から在宅生活での課題をスタッフ間で共有し、ケアプランに活かすことができた。
- ・ 在宅生活へとつなげていくイメージが付きやすくなり、入院中の看護に良い影響が出た。
- ・ 連携する医療機関と保健福祉等地域関係機関の間のスケジュールの調整が難しかった。

(連携システム構築におけるアンケート結果, 作業検討会意見交換より)

～ 関係機関の連携システムの認知度 と 関係者の意識の変化～

「気仙沼管内地域リハビリテーションネットワーク構築事業を知っていますか？」（回答を得た11事業所中）

- ・ 知っている：9事業所
- ・ 知らない：2事業所



「事業実施前後で連携に対する意識は変わりましたか？」（回答を得たケアマネジャー11人中）

- ・ はい：8人
- ・ いいえ：3人

（ネットワーク構築事業認知度アンケート結果より）

結果：連携ネットワークについて

連携の効率化を図るため、簡易型ADL動作能力評価スケール「S - スコア」を作成(公立志津川病院作成)。

<Sスコア>

- ・ 主なADL動作5項目を0～3点の4段階に分け合計点数で評価。
- ・ 医療のみならず保健、福祉領域や地域連携の観点から高い有用性が期待できる。
- ・ 各職種間で簡便かつ容易に判断、統一評価が可能。



参考資料：公立志津川病院 「『S - スコア』ADL評価スケールの有用性」
(全国国保地域医療学会発表資料)

< S - スコア >

| ADL | | 評価日 | 点数 | 退院時 / | 退院後3ヶ月 / |
|--------------|------------|-----|----|----------|-------------|
| 食事 | 経口自力 | | 3 | | |
| | 経口部分介助 | | 2 | | |
| | 経口全介助・経管栄養 | | 1 | | |
| | 摂食不能 | | 0 | | |
| 更衣 | 毎日自力で可能 | | 3 | | |
| | 部分介助が必要 | | 2 | | |
| | 全介助 | | 1 | | |
| | 数日毎に全介助 | | 0 | | |
| 入浴 | 自立して入浴が可能 | | 3 | | |
| | 部分介助が必要 | | 2 | | |
| | 全介助 | | 1 | | |
| | 入浴不能 | | 0 | | |
| 排泄 | 自立している | | 3 | | |
| | 部分介助が必要 | | 2 | | |
| | 全介助 | | 1 | | |
| | オムツ・フォーレ使用 | | 0 | | |
| 歩行 | 屋外歩行が可能 | | 3 | | |
| | 屋内歩行のみ可能 | | 2 | | |
| | 車椅子利用である | | 1 | | |
| | 歩行不能である | | 0 | | |
| 合計点数 (満点15点) | | | | | |

まとめ (分析・評価)



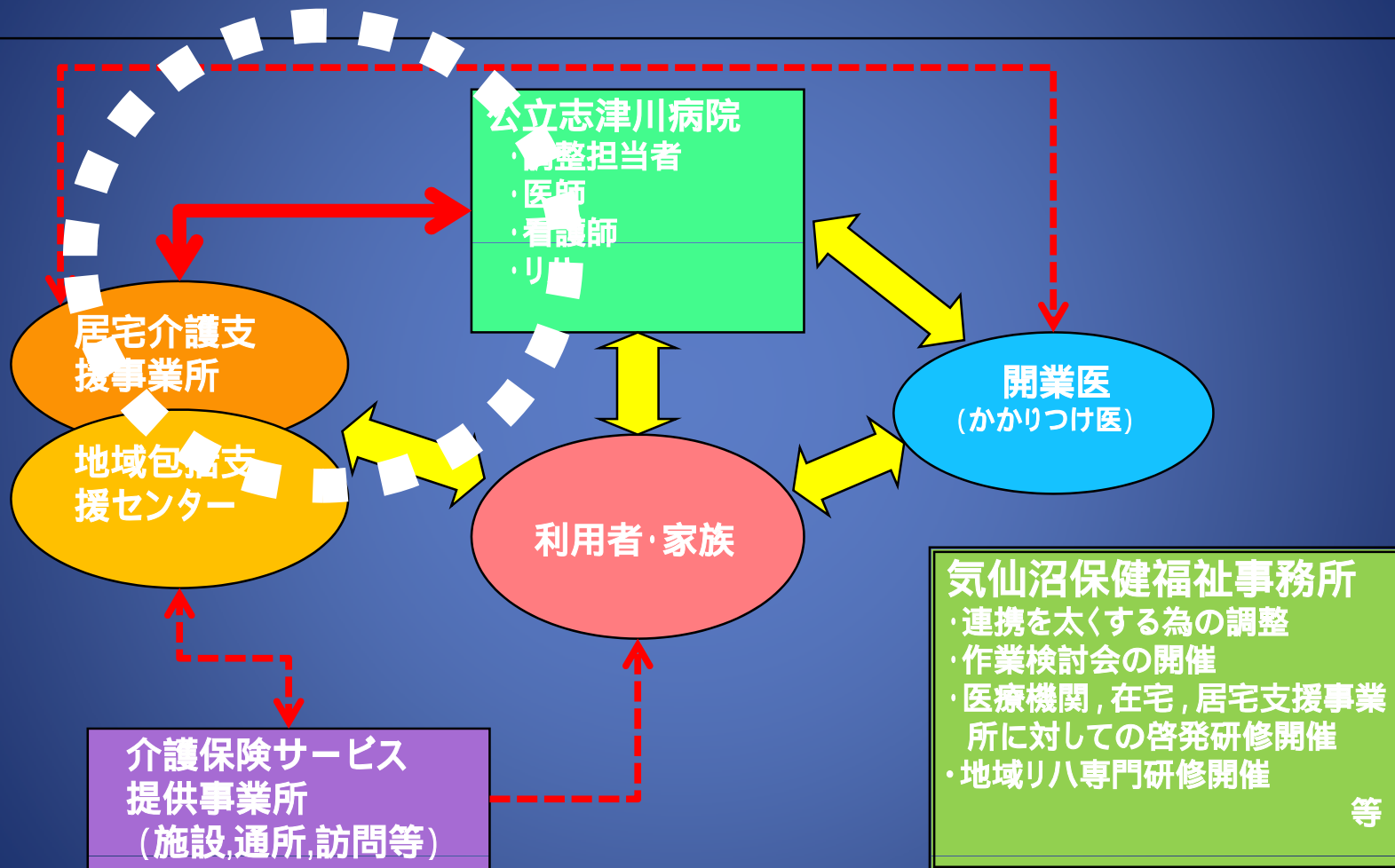
- ・ 医療機関と保健福祉等地域関係機関との**連携**がスムーズにいくと、ケースのQOL、介護度、家族の介護負担、関係スタッフの意識の変化などに好影響が出る。
- ・ 医療情報の伝達、共有の場のひとつとして、**退院調整会議**の開催は、再入院の減少に有効である。
- ・ 本事業により、医療機関と居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとの連携の強化を図ることができた。

今後の展開

(平成21年4月以降)



南三陸町連携イメージ(現在まで)

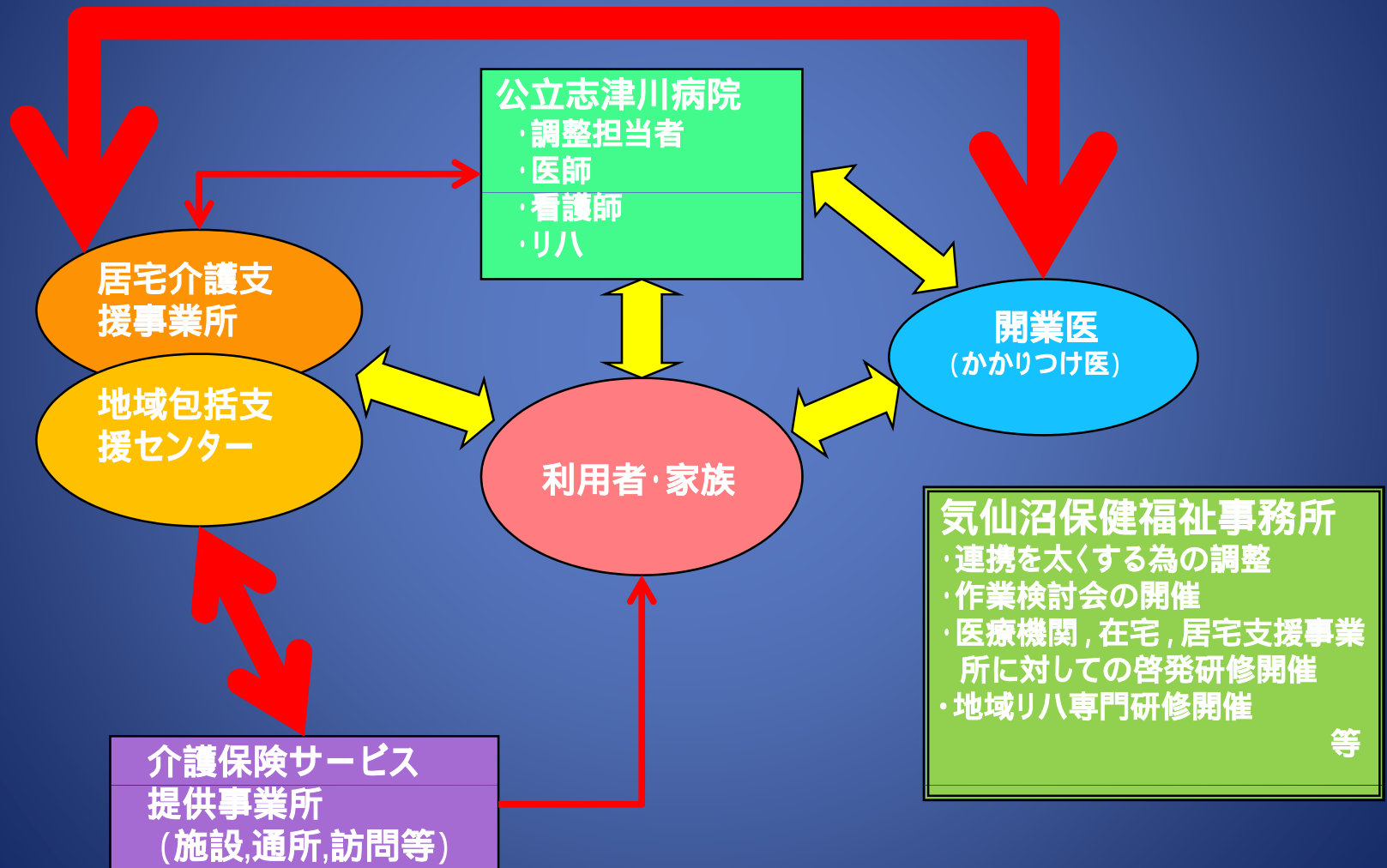


モデル地区(南三陸町)

介護保険サービス提供事業所や診療所
(かかりつけ医)との連携を支援していく。



南三陸町連携イメージ(今後)



管内全域

南三陸町での取組をモデルに，本吉町や
気仙沼市でも連携システムが構築される
よう支援していく。



謝辞



御清聴ありがとうございました！

