

厚労省看護介護WG

資料4

2012年2月24日

難病在宅看護・介護WG

独立行政法人国立病院機構南九州病院
鹿児島県難病・相談支援センター

福永秀敏

私の生きた時代、そして今後

国民皆保険

老人医療費無料化

介護保険 →

昭和36年

昭和48年

- ・敗戦
- ・価値観の交換
- ・貧しい時代
- ・それでも希望が

- ・学生運動
- ・社会医学研究会

- ・高度経済成長の時代
- ・豊かな時代

- ・バブル崩壊
- ・医療費負担増

- ・財政赤字
- ・高齢社会
- ・閉塞感の漂う時代

大震災

昭和22年
誕生

40年代
医学生

50年代
研究者

60年代
臨床医

平成10年
病院長

連絡から連携, そして統合へ (前田信雄・改))

「連絡」

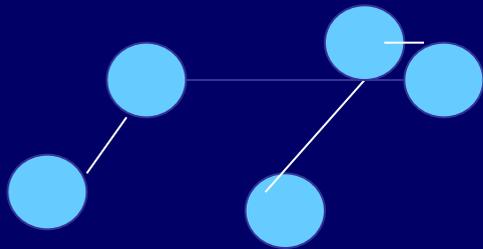
別個の組織

(病院)

随時の情報交換

点へのサービス

コミュニケーション



「連携」

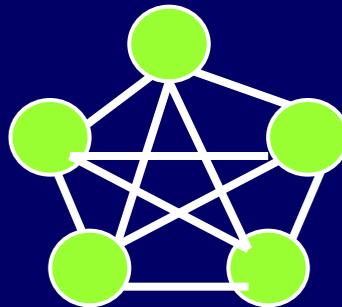
異なる組織

(地域)

定期的な

業務提携、線
で結ばれる

コーディネーション



「統合」

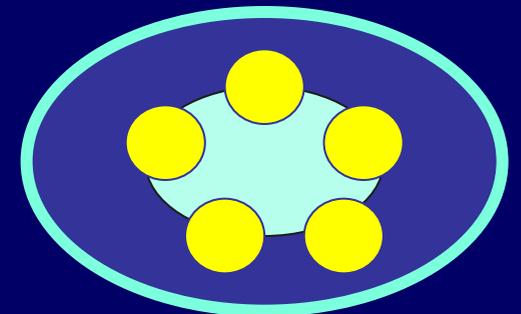
一つの組織

(例えば県)

恒常的なつながり

面として
システム化

インテグレーション



1984年4月

日本で、おそらく初めての「体外式陰圧人工呼吸器」を在宅で、Sさんに使ってもらった。

2年余り24時間の胸押し補助呼吸から開放されて、喜ばれた。

でも、6ヶ月ほど経ったある朝、眠るように亡くなられた。

私が在宅ケアと取り組む「きっかけ」を作ってくれた患者さんである。





お母さんに指示するSさん、在宅だからできる
「この頃が一番充実していたかも・・・」とお母さん

在宅医療の歴史（南九州病院）

- 1 昭和50年頃からALS患者訪問をボランティアで実施.
- 2 平成3年, 南九州医療福祉研究会設立.
- 3 平成5年, 「国立療養所における在宅医療推進に関する研究班」が発足. 当院が事務局.
- 4 **平成6年より**, 病院の事業として**計画的で継続的な**在宅医療の実施. (規約・交通手段・緊急時の体制整備)
- 5 平成8年, 鹿児島ALS医療福祉ネットワーク発足.
- 6 平成9年, 難病支援検討会 & 学習会 (調整会議).
- 7 平成12年、鹿児島県重症難病医療ネットワーク協議会

吸引問題を考える機会 になった患者さん

ご主人が一人で奥さんの看病にあたっていた。夜間も吸引の度に起きていた。眠れる時間は訪問看護の2時間だけ、という日が続いた。せめてヘルパーの来る夜間の吸引をお願いできないものか…



当院の在宅ケア

1) 在宅医療・訪問看護の 実践・

やってみないとわからない

2) 看護・介護実務者への 教育

やってくれる人を教育

3) 研究

やったことをまとめる

ヘルパー養成研修

1) 平成7年より平成20年まで
1級課程1884人、2級課程
1627人、合わせて3511人の
ヘルパー養成。

2) 難病患者等ヘルパー養成
研修では、2027人が受講。

訪問介護員養成研修

(名)

1 級 課 程			2 級 課 程		
	申込者数	受講者数		申込者数	受講者数
オリジナル	310	140	オリジナル	1,983	912
県委託	328	120	県委託	552	350
看護師等免除交付	H13年度	41	1,221		
	H14年度	452			
	H15年度	728			
計	638	1,481	計	2,535	1,262

難病患者等ホームヘルパー養成研修

(名)

	難病基礎課程 II	難病基礎課程 I		
H12年度	51	73		
H13年度	68	前期	98	217
		後期	119	
H14年度	101	前期	175	324
		後期	149	
H15年度	109	前期	175	288
		後期	113	
	329	902		

在宅への移行は難しく

頭を抱える事例

1)80歳のALS男性。家庭での介護力は妻と長男夫婦とそろっているが、家族の病気への理解が進まず、また社会サービスは利用したくない。

2)80歳のALS女性。3人の娘とも母をいつくしみ、替わりで毎日仕事のあと病院に見える。ただ一人は県外、二人は仕事あり。

3)62歳のALS女性。息子は他県に居住し、ほとんど病院に来ることなく預けっぱなし。

4)81歳のALS男性。妻はほぼ毎日病院に来られるが、在宅で一人で看ていくことは難しい。

レスパイト入院

- 1) 当初は介護者の病気、冠婚葬祭、災害時の一時入院を目的にしていたが、最近では介護者の休養
- 2) 利用者の高齢化と共に主介護者も高齢となっているため、身体的負担が大きい。
人工呼吸器や吸引など医療依存度が高いこと、いのちの責任を担っていること等から持続的な緊張状態を強いられ、精神的ストレスが大きい。
- 3) 利用者の多くはALS(全て人工呼吸器装着)で、患者・家族の交流、日ごろの悩みや不安を病院スタッフと共有の機会にも。
- 4) 拠点病院などをその受け皿に

当院4病棟（7対1看護）の状況

50床のうち

①パーキンソン病と類縁疾患：21人

②ALS：11人

③SCD：5人

④多発性硬化症：2人

⑤ギランバレーなど：3人

⑥脳梗塞など：6人

このうち、胃ろうが12人、呼吸管理が9人

病棟看護師が入院早期から関われ、地域の在宅支援担当者と情報共有のできる退院調整システム

入院時スクリーニングで、地域の在宅支援担当者へつなぐ退院調整ケース
(病棟看護師と地域医療連携室との連携)



病棟看護師が主体となり、初期情報（在宅支援担当者との連絡）を元に、初期カンファレンスの実施



病棟看護師は初期カンファレンスの情報をもとに、退院に向けた看護計画の立案



看護計画実施経過について、在宅支援担当者との連携・情報交換



地域医療連携室と連携し、患者・家族・関係機関との連絡と、療養の場の確認と提示

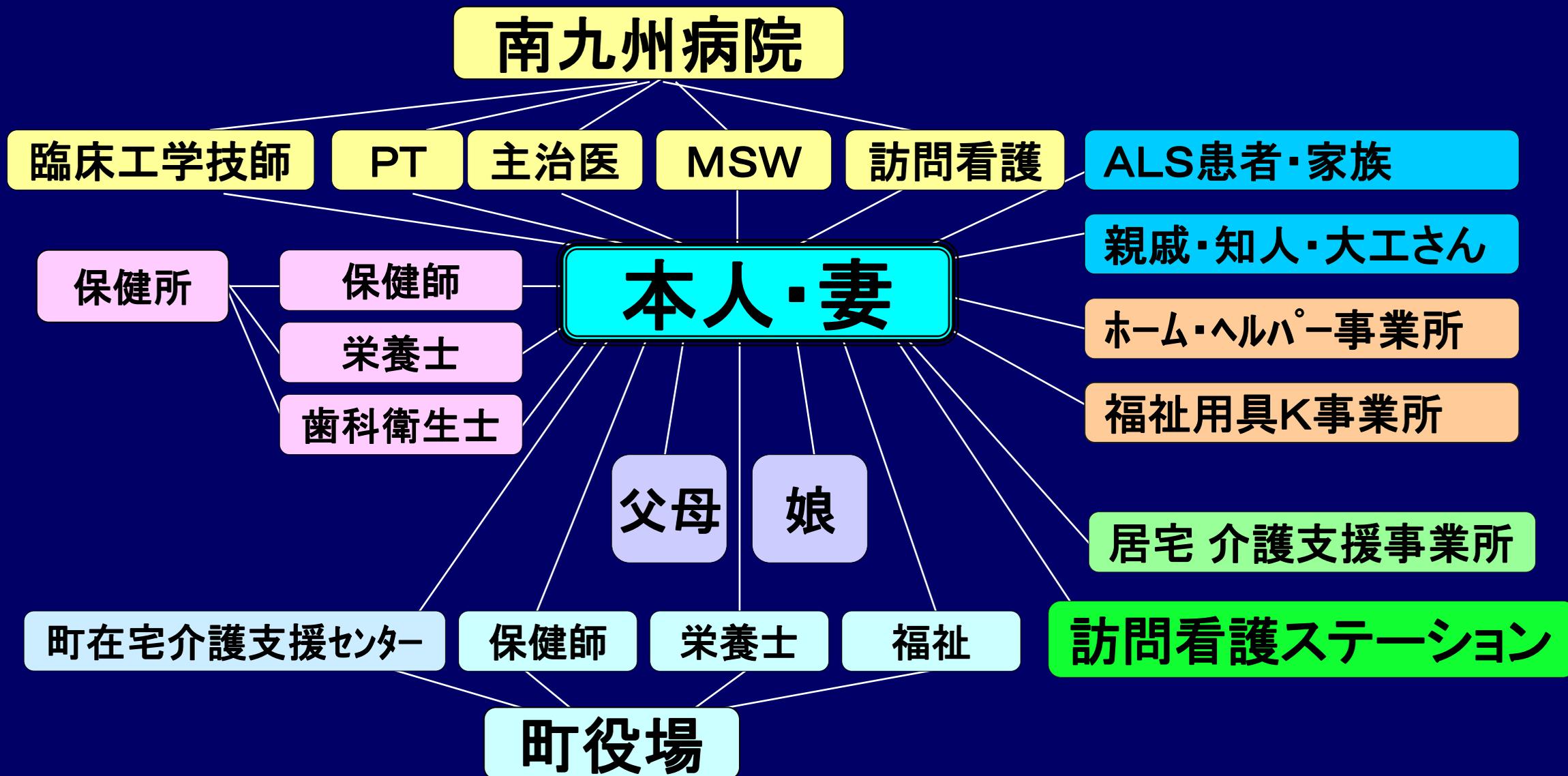


退院時カンファレンス(患者・家族、主治医、看護師長、病棟(受け持ち)看護師、PT・OT、栄養部門、薬剤師、地域医療連携室(看護師、MSW)、在宅支援担当者、地域関係機関)による退院先の確認・共有



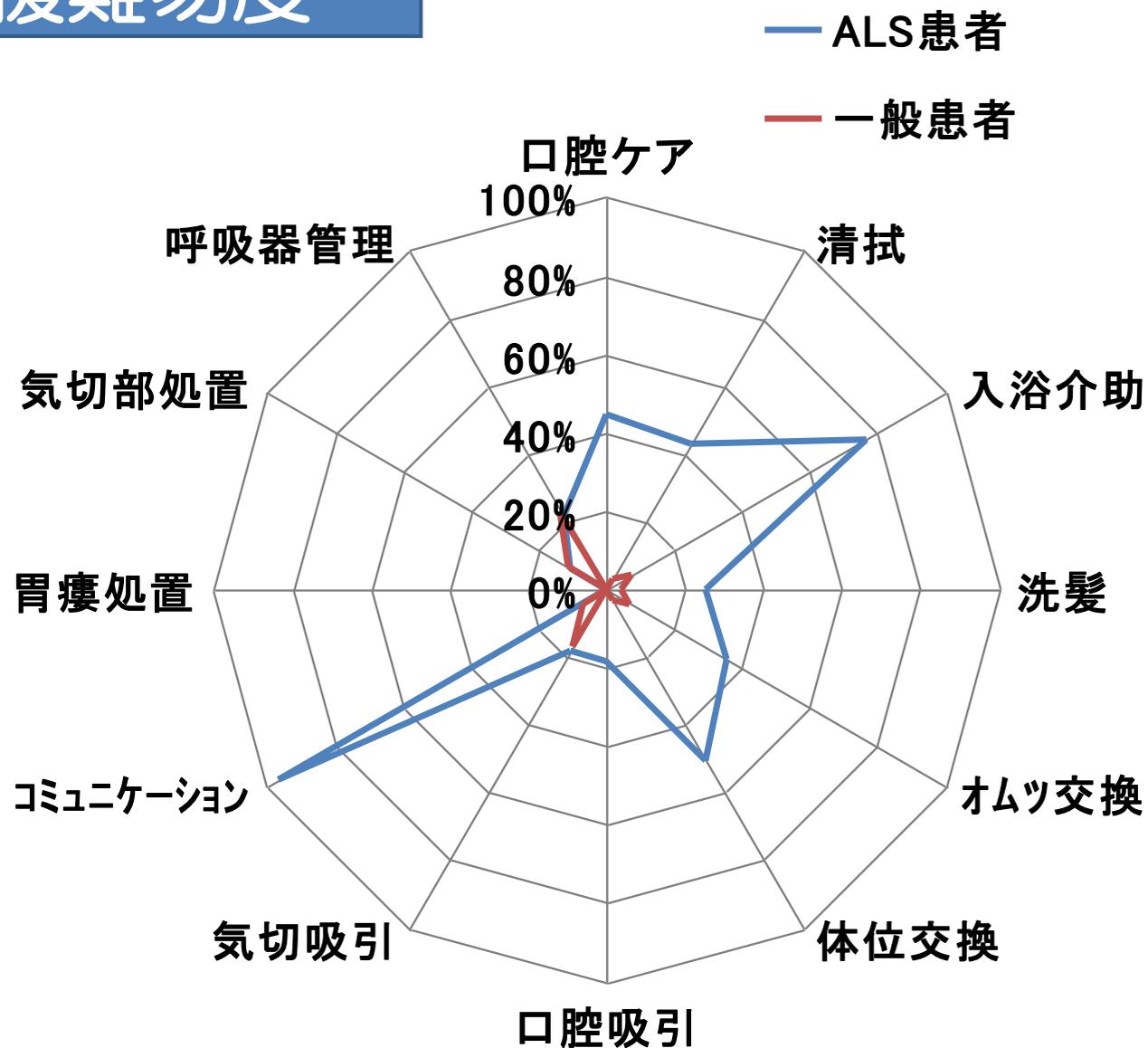
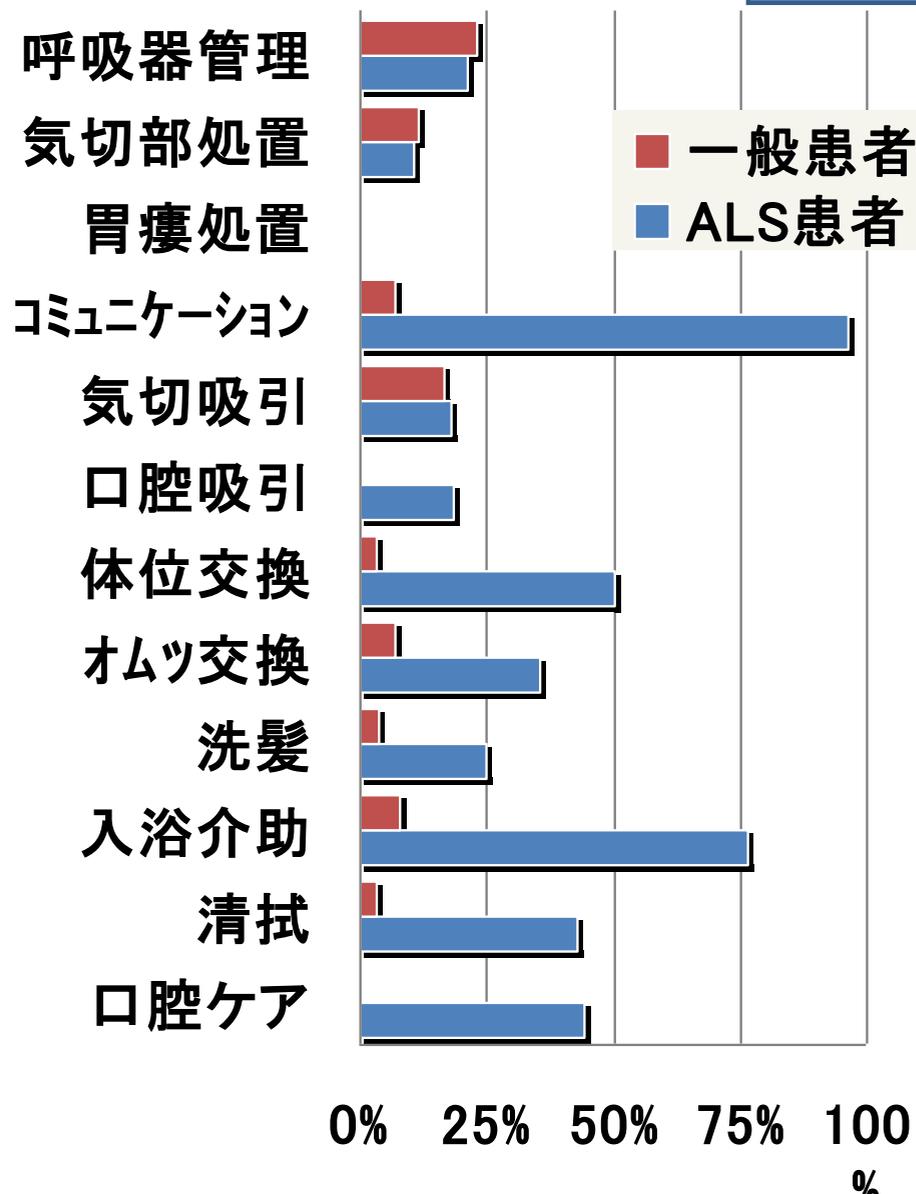
退院後、地域医療連携室、病棟看護師のサービス調整会議への参加。在宅情報のフィードバック

ネットワークチャート



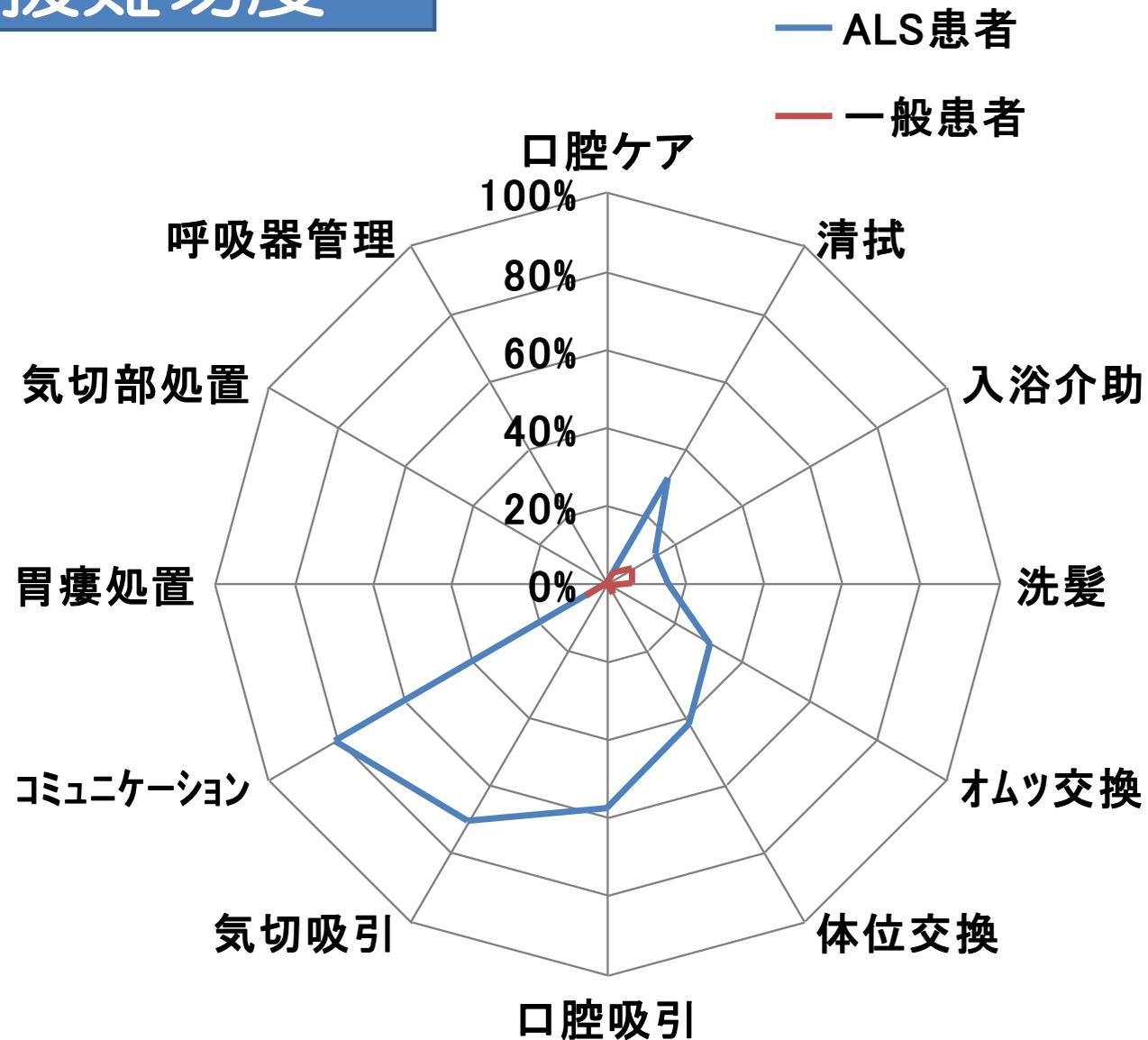
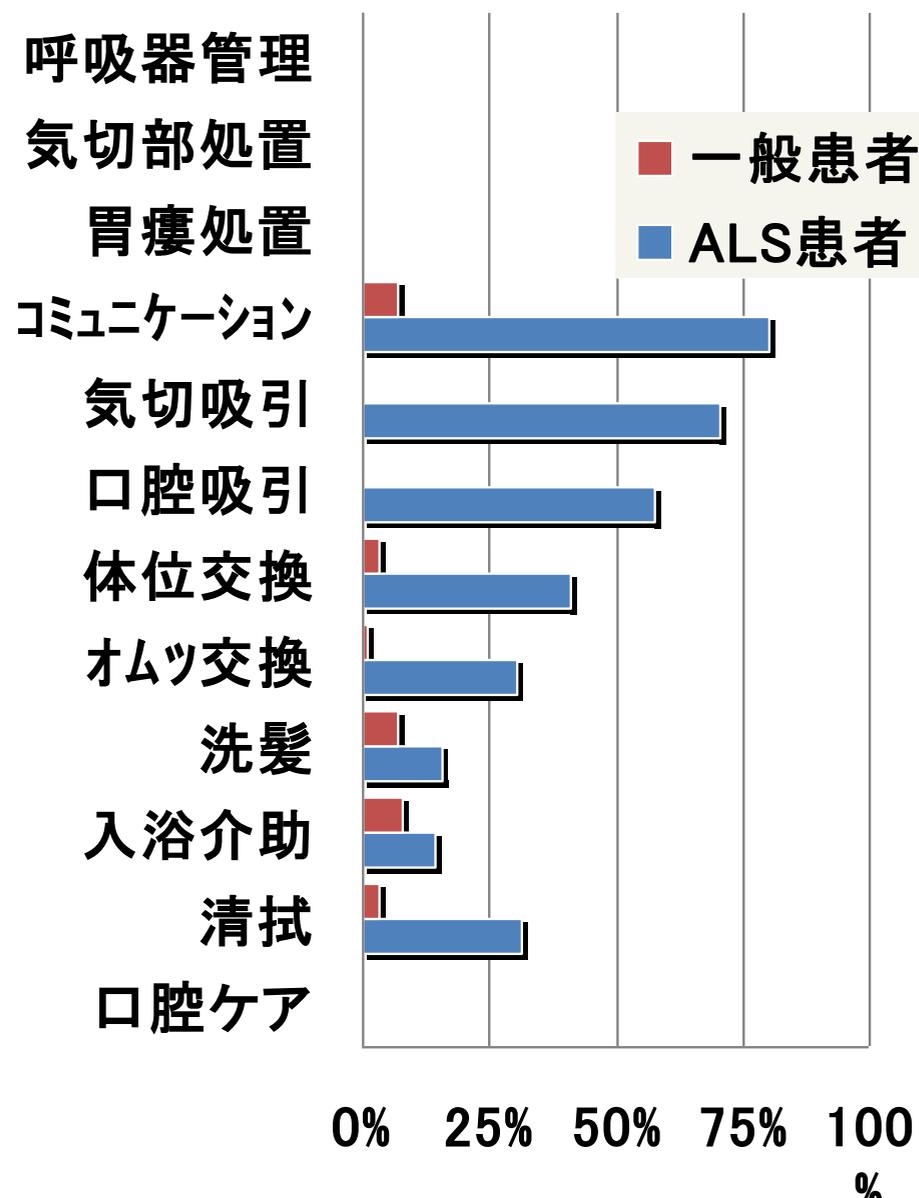
(1) 訪問看護師のアンケート結果

支援難易度



(2) 訪問介護員のアンケート結果

支援難易度



■鹿児島県難病相談・支援センターの特徴

- ・充実した人員体制（医師、保健師、臨床心理士、社会福祉士、事務職など10人）
- ・相談機能の多様化、就労、災害時支援、特疾医療費事務も
- ・相談内容、特疾患者プロフィールをデータベースし、県内保健所とネットワーク化
- ・患者団体事務局を併置し、運営委員会に県行政も参加

■今後の事業展開（ICT分野に着目してたインフラ整備と運用による地域ケア体制の構築）

- ・相談内容の集積のための相談支援システムの開発
- ・災害時支援のため、地域包括C.、消防、警察とのNW化
- ・日常的な看護介護の際の、医療機関との連携
- ・他業種との連携で、コミュニケーションボードの立ち上げ

医療・福祉・保健の連携

- 1) 高齢者の激増、箱もの（病院、老健、特養など）は増やせない、家族の介護力は低下
- 2) 病院という社会資源をいかに有効に活用するか
- 3) 退院調整（地域の病院、福祉施設、在宅サービスとの連携）。
- 4) 家族介護