

高齢者や障害者の地域ケア体制の構築について

平成20年8月19日

奈良県地域医療等対策協議会
健康長寿部会

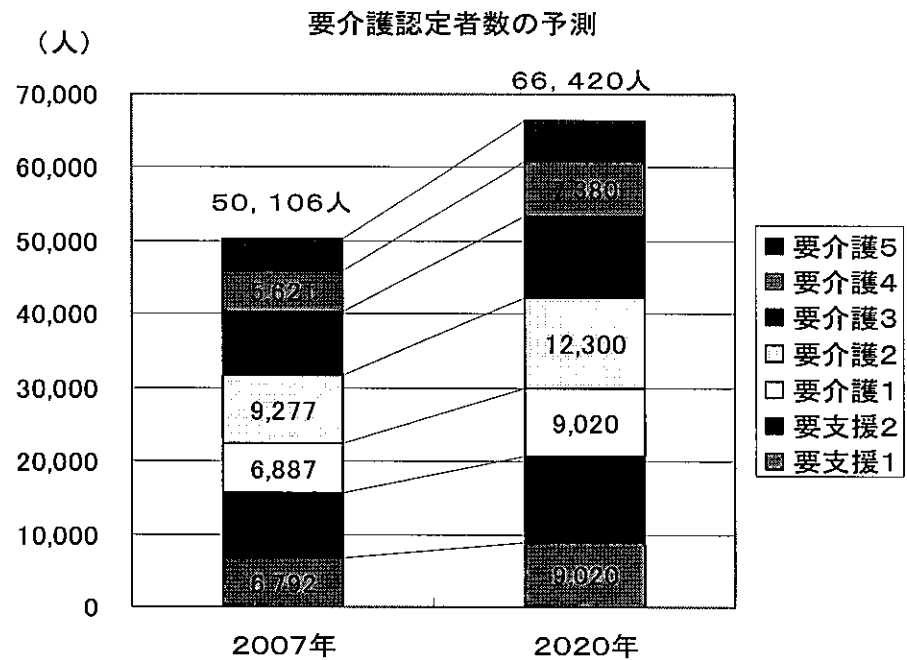
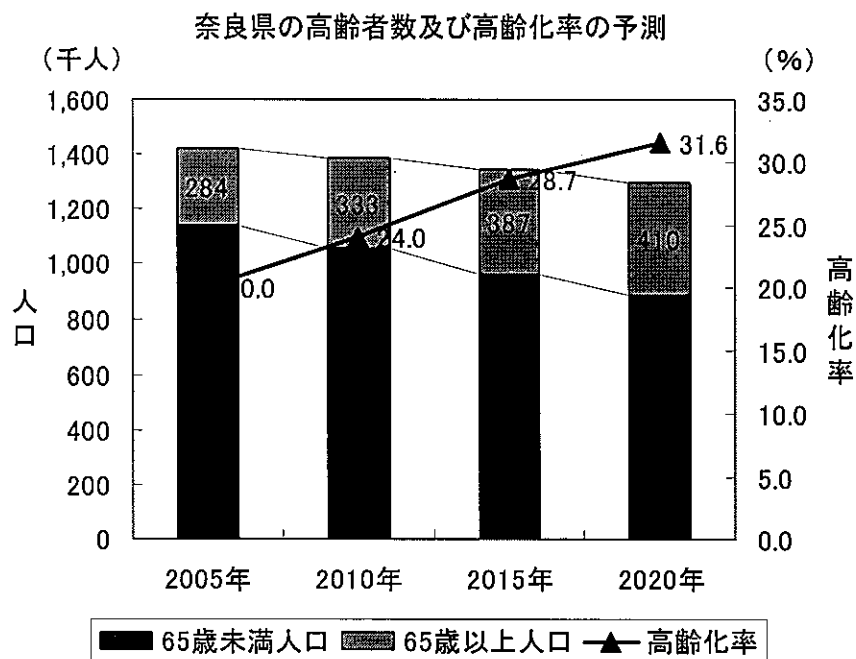
高齢者の地域ケア体制の構築について

介護サービス基盤の整備の方向	1
地域ケアに関する先進地の状況	3
大和郡山市で実施している『高齢者包括ケア体制モデル事業』の概要	10
大和郡山市居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象としたケアマネジメント実態調査結果	13
介護保険における医師とケアマネジャーの連携状況について ～医師を対象としたアンケート調査結果～	19
地域ケアの必要性	31
地域ケア（高齢者包括ケア）の実現に向けた課題と論点整理	35

介護サービス基盤の整備の方向

◆高齢者数、要介護認定者数の予測

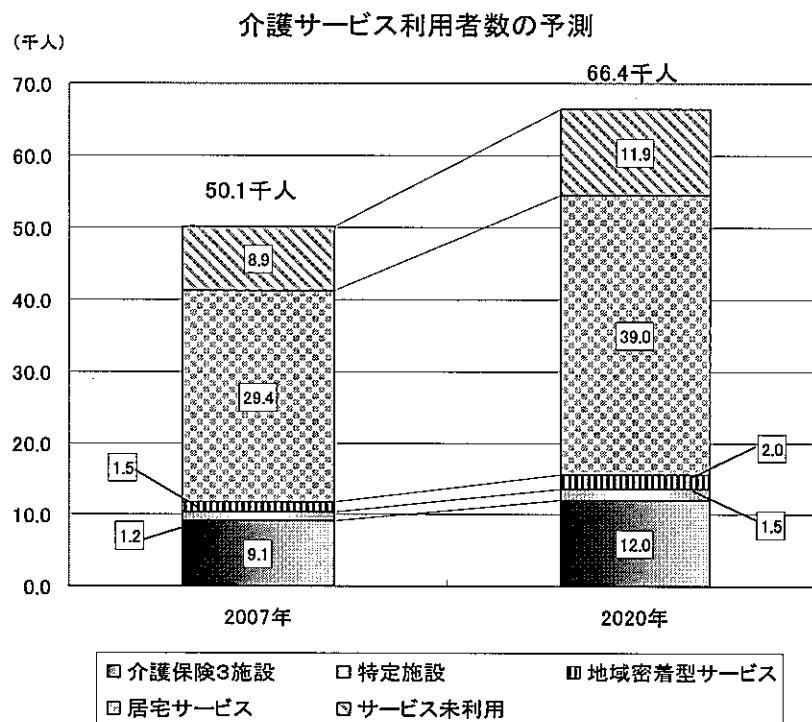
- ・2020年(平成32年)の奈良県の65歳以上の高齢者人口は**41万人**と予測
- ・要介護認定者は、**66,420人**となり、32.6%の増と予測



出典:国立社会保障・人口問題研究所
「日本の将来推計人口(平成19年5月推計)」

認定率(高齢者のうち要介護認定者の割合)及び要介護度の割合を
2007年と同程度と見込んだ場合の認定者数

◆介護サービス利用者数の予測



介護サービス利用者の割合を2007年と同程度と見込んだ場合の利用者数

○施設及び居住系サービス利用者数

2007年 10,254人……①

↓ +3,299人

2020年 13,553人……②

○要介護度2～5の要介護認定者数

2007年 27,563人……③

↓

2020年 36,490人……④

2007年 ①/③=37.2%

2020年 ②/④=37.1%

介護サービス基盤の整備の方向

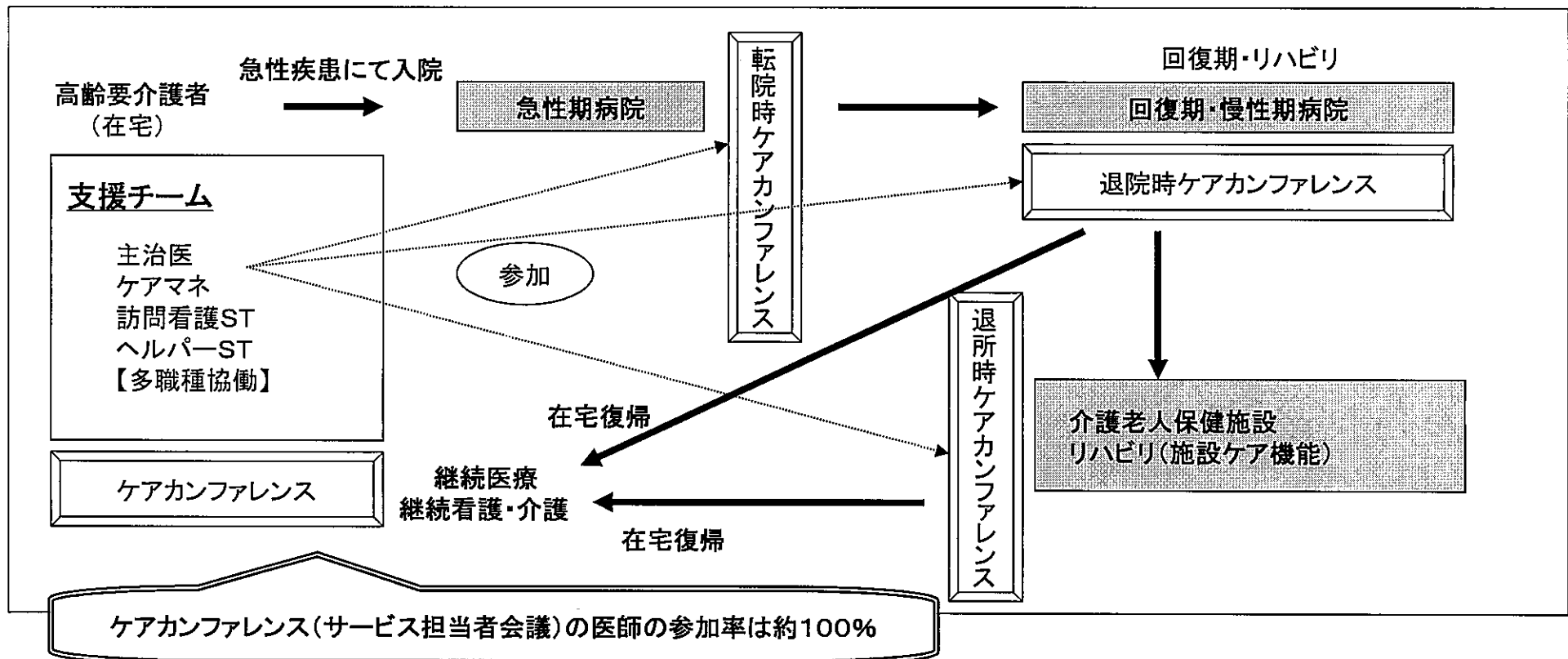
・施設及び居住系サービス利用者は、2020年には約3,300人増加すると予測され、将来的にも県民ニーズを充足するよう**施設・居住系サービスの整備が引き続き必要**である。

・一方、増嵩する保険料及び県、市町村の財政負担を勘案し、また、在宅で介護を受けたいと希望する多くの高齢者のニーズを充足するため、**介護予防のための健康の保持増進**の取組、**地域ケア体制の充実**を進めることが必要である。

地域ケアに関する先進地の状況

『多職種協働による医療・看護・介護を一体的に提供する ケアマネジメントについて』(広島県尾道市)

人口	150,488人
高齢者数	43,444人
高齢化率	28.9%
要介護認定者数	8,482人
認定率	19.5%



- 主治医機能を核とした在宅医療の地域医療連携、多職種協働をシステム化した、地域の一体化したケアマネジメントを構築。
- 特に、主治医とケアマネジャーを中心に多くの専門職が協働しながらケアカンファレンスを行い、チームによる一体的な地域医療・ケアを進める「尾道方式」を構築。
- ケアカンファレンスには、本人や家族、医師・看護師、保健や福祉の専門職、サービス提供事業者などが参加し、民生委員・児童委員や住民ボランティアも参加することもある。
- 医師会主導で、ケアマネジャーなどを対象に系統的な研修を実施。

『多職種協働による医療・看護・介護を一体的に提供する ケアマネジメントについて』(広島県尾道市)

その1 ケアカンファレンスが当然になったのは

前提として、介護保険施行前から

- 主治医機能の強化
 - ・ 急性期病院と密接に連携しながら主治医機能強化 → 在宅医療を推進
- 転・退院時の対応
 - ・ 本人や家族、主治医、ケアマネ、看護師、ヘルパー等の参加によるカンファレンス → 高齢者が安心して自宅療養できるなどが行われていた。

その2 どうやって定着していったか

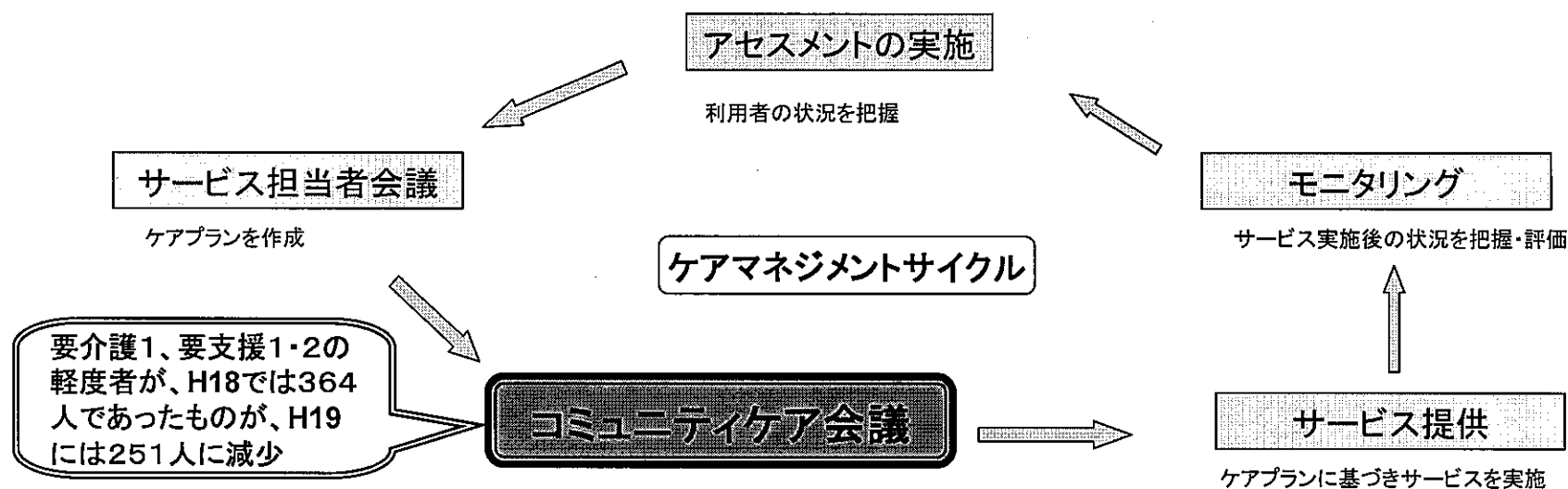
- 特別なことはしていなく、様々なケアカンファレンスの繰り返し → 多職種協働が実現
- ケアマネにとって医者の敷居は高いが、医師からケアプランを叩かれる → コツがわかる
- 介護保険サービスだけでは限界あり、独居高齢者のカンファレンスには民生委員の参加が必要 → 福祉と医療のマネジメントが強まる
- ケアカンファレンスに参加することにより、各参加者がメリットを感じた
 - ・ 本人家族・・・十分な説明で不安感払拭
 - ・ 医師・・・プランを通じた病状把握が容易
 - ・ ケアマネ・・・困難ケースのプラン作成に自信

その3 定着に向け取り組まれたこと

- 共通認識の調整
 - ・ 医師、ケアマネ等多職種参加の系統的な研修・講演会を医師会が主導
- 医師の積極参加
 - ・ 介護予防の段階から積極的に参加
- ケアマネの工夫
 - ・ 医師への日程調整など診察終了後や往診時にあわせるなど工夫
- 情報共有
 - ・ ケアプラン原案を事前配布するなど会議時間の短縮化

『コミュニティケア会議による的確な住民ニーズの把握 と行政主導の地域包括ケア体制の確立』(埼玉県和光市)

人口	74,358人
高齢者数	9,924人
高齢化率	13.3%
要介護認定者数	1,005人
認定率	10.1%



<メンバー>

市職員、地域包括支援センター、専門委員(歯科衛生士、管理栄養士)介護サービス事業者、地域社会資源提供者等

<目的>

自立支援、ケアマネ・事業者の支援、保険給付の適正化、OJT

<役割>

保険者の主導のもと、様々な分野の担当者により各ケアプランに対し、内容確認、指摘、指導等を行い、今後の方向性の確認など最終的な合意形成を図り、ケアプランに会議内容を反映させるなど、サービス担当者会議を支援する。

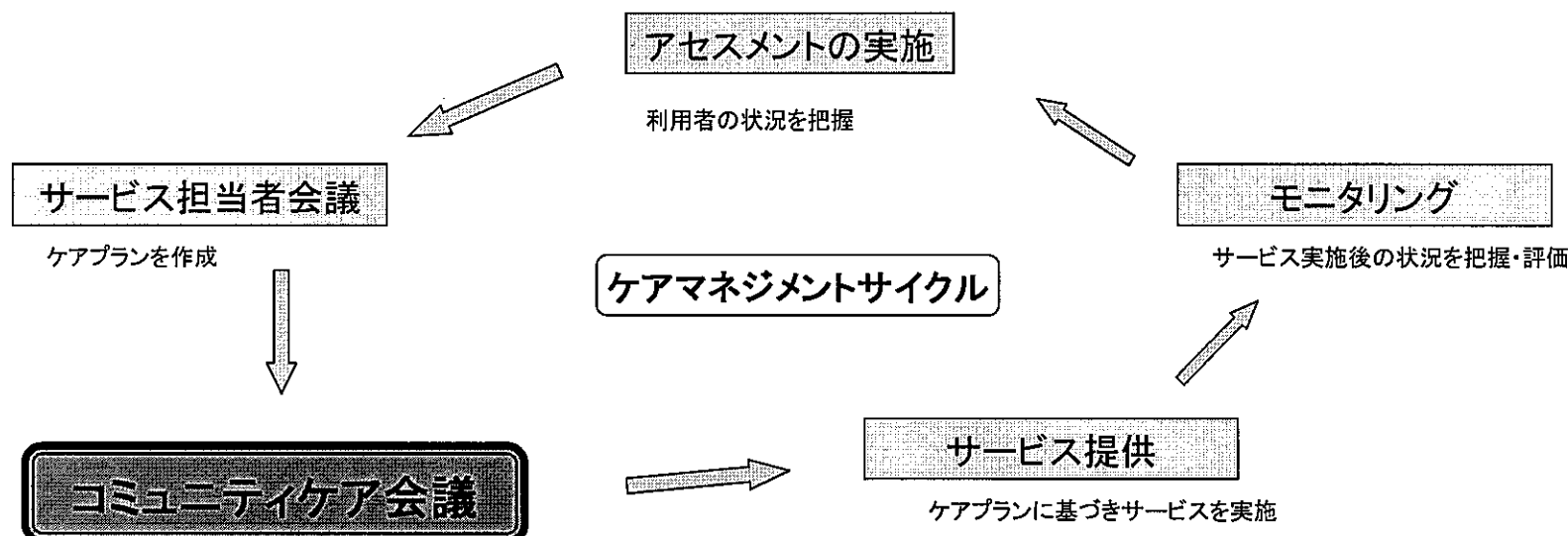
<開催状況>

平成13年度から実施し、現在毎週木曜日に開催。

- 法令等に基づく権限を持つものではないが、市独自の制度として介護保険事業計画に位置付ける。
- 介護保険料を市民から預かる保険者として、ケアマネジメントサイクルに行政主導のシステムを組み込む。
- サービス担当者会議により作成されたケアプランに対して、各方面からの検討を加え、最終的な合意形成を図る。
- サービス利用者の自立支援だけでなく、ケアマネや事業者への支援、保険給付の適正化、OJTなどを行う場でもある。

『コミュニティケア会議による的確な住民ニーズの把握 と行政主導の地域包括ケア体制の確立』(埼玉県和光市)

人口	74,358人
高齢者数	9,924人
高齢化率	13.3%
要介護認定者数	1,005人
認定率	10.1%



<メンバー>

市職員、地域包括支援センター、専門委員(歯科衛生士、管理栄養士)介護サービス事業者、地域社会資源提供者等

<目的>

自立支援、ケアマネ・事業者の支援、保険給付の適正化、OJT

<役割>

保険者の主導のもと、様々な分野の担当者により各ケアプランに対し、内容確認、指摘、指導等を行い、今後の方向性の確認など最終的な合意形成を図り、ケアプランに会議内容を反映させるなど、サービス担当者会議を支援する。

- 法令等に基づく権限を持つものではないが、市独自の制度として介護保険事業計画に位置付ける。
- 介護保険料を市民から預かる保険者として、ケアマネジメントサイクルに行政主導のシステムを組み込む。
- サービス担当者会議により作成されたケアプランに対して、各方面からの検討を加え、最終的な合意形成を図る。
- サービス利用者の自立支援だけでなく、ケアマネや事業者への支援、保険給付の適正化、OJTなどを行う場でもある。

『コミュニティケア会議による的確な住民ニーズの把握 と行政主導の地域包括ケア体制の確立』(埼玉県和光市)

その1 コミュニティケア会議の設置

- 自立支援に向けたサービスの提供へ
 - ・ 介護保険制度導入時から、真に自立に向けた取組であるかどうかという視点が必要と感じた。
- 保険者としての役割
 - ・ 介護保険料を市民から預かる立場として以下の目的のため、ケアマネジメントに行政主導のシステムを組み込む。
 - ① 利用者の自立を支援・・・利用者の生き方モデルを提案し、必要となる介護保険サービス、公的サービス、社会資源等を提供し、自立に向けた生活を支える。
 - ② ケアマネ・事業者の支援・・・困難ケースの相談、サービス担当者会議で検討された個別のケアプランについて、評価検討を行い、ケアプラン作成等へのアドバイスを与える。
 - ③ 給付の適正化・・・自立に繋がらないサービスの見直し等を通じて給付費の適正化を図る。
 - ④ OJT（研修）・・・ケアプランの検討を通じ、会議のシステムを継続させるための市職員の人材育成やケアマネや事業者のレベルアップを図る。

その2 コミュニティケア会議の運営

- コミュニティケア会議の性質
 - ・ 法令に基づく組織ではないが、独自の制度として介護保険事業計画に位置付け、コンセンサスを得ながら定着化。
- コミュニティケア会議の組織
 - ・ 保険者サイド：市職員、地域包括支援センター職員、管理栄養士、歯科衛生士
 - ・ 事業者サイド：個別案件を担当するケアマネジャー、サービス事業者、時には医師、民生委員なども参加
- コミュニティケア会議の役割
 - ・ 保険者の主導のもと、様々な分野の担当者が、各ケアプランに対して、内容確認、意見交換、指摘、指導等を行い、今後の支援の方向性の確認など、最終的な合意形成を図り、ケアプランに会議内容を反映させるなど、サービス担当者会議を支援する。

その3 定着にしたことによって

- 自立に向けたプラン作成へ
 - ・ 保険者の立場として主宰し、ケアプランの内容を当事者間で確認することにより、自立に向けた合意形成を図る。
- ケアマネージャーの資質向上
 - ・ コミュニティ会議を続けていくうちに、ケアプランの質が向上。
- 説明責任
 - ・ 利用者の理解が得られない場合は、ケアマネジャーだけでなく、市職員も同行して説明を行うなど、行政主導の体制が確立
- 介護認定更新時に活用
 - ・ 介護給付プランチェックは、問題と思われるケースを検討

在宅復帰という視点から保険者の機能強化(富山市)

人口	417,282人
高齢者数	95,906人
高齢化率	23.0%
要介護認定者数	16,500人
認定率	17.2%

高齢者の本音は、介護が必要になっても住み慣れた家での生活を望んでいる

在宅復帰を阻害している要因

- 関係者が在宅に戻そうとしない
- 自立支援、自立向上に取り組まない
- 家族へのアプローチを行わない

在宅復帰を実現するには

- 本人自身が元気であること
- 家族の理解が得られること
- 地域の支援体制があること

★在宅復帰支援会議の開催

- ・ 月1回、老健、特養、GH等施設関係者、ケアマネ、ソーシャルワーカー等の参加による会議を実施。
- ・ 入所者の意向や状態を考慮しながら検討。
- ・ 会議により、在宅復帰率は約42%。
- ・ 在宅復帰のための研修会も実施

★地域ケア支援コーディネーターの配置

- ・ 地域ケア推進を担うことを目的として、地域包括支援センターに配置。
- ・ 在宅復帰の支援役

大和郡山市で実施している『高齢者包括ケア体制モデル事業』の概要

高齢者包括ケア体制の整備
～住み慣れた地域で安心して暮らせる社会の実現を目指して～

人口	91,154人
高齢者数	19,956人
高齢化率	21.9%
要介護認定者数	2,961人
認定率	14.8%

- 高齢者一人ひとりのニーズや状態の変化に応じて、地域包括支援センターを中心に、保健・医療・介護・福祉の連携に加え、民生委員やボランティアなどによる見守りも含め、さまざまなサービスを提供するシステムを構築する

1. 課題の分析(実態把握)

- ① ケアマネジメント実態調査(ケアマネジャーを対象に調査を実施)
- ② 医師とケアマネジャーの連携状況の実態調査
(医師を対象としたアンケート調査の実施)
- ③ 介護サービス事業者の実態調査(事業者を対象とした調査を実施)
- ④ 介護サービス利用者の実態調査(利用者などを対象とした調査を実施)
- ⑤ 社会資源の実態把握
(市内で提供されている社会資源(フォーマル・インフォーマル)を調査・整理し、活用方法等について検討)

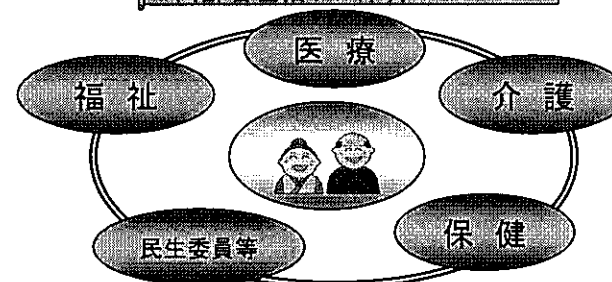
2. ケアカンファレンスの実践とケアプラン検討会の実施

- ① 病院からの在宅復帰を目標に、医師や多職種参加によるケアカンファレンスを、意識的に実践
- ② 地域包括支援センター等が作成したケアプランを、様々な「目」で評価・検討し、ケアプランを「叩く」ことを実践

3. 高齢者包括ケア支援体制の構築

- ① ケアカンファレンス(サービス担当者会議)開催を支援する組織の設置
(高齢者包括ケアカンファレンスの設置)
- ② 地域ケアの推進役を配置(地域ケア推進コーディネーター)
- ③ 研修会等の実施(医師とケアマネジャーが共通認識を持てるような研修、地域ケアに関して意識改革を促すような研修等の実施)

高齢者包括ケア体制のイメージ



コーディネートされたサービスの提供

4. モデル事業の他市町村への展開

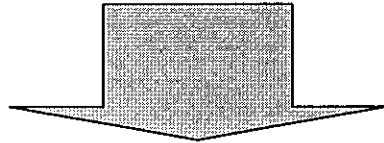
- ① 今年度からの展開
 - ・ 市町村行財政検討会高齢者作業部会に参加している市町村(30市町村)については、モデル事業と平行して事業を展開。
- ② 来年度からの展開
 - ・ 作業部会に参加していない市町村に対しては、モデル事業の取組を参考に来年度から展開(9市町村)。

※ 地域医療等対策協議会健康長寿部会での議論も参考に、今後事業を展開。

医療との連携のもと、
多職種協働によるケアカンファレンスを実施し、
病院から在宅復帰した例（その1）

ガン終末期で入院中の利用者に対する在宅療養に向けての支援

- 男性 66歳 要介護2
- 前立腺癌原発、肺移転による呼吸困難、痰喀出困難、脳移転による記憶障害等
- 独居（息子は県内に居住しているが、同居できない）
- 癌告知は受けているものの、脳移転までは知らされておられない。
- ホスピスなどは拒否し、在宅療養を強く希望。

- 
- ・ 主治医は当初、独居であるため孤立死の可能性が高く、在宅療養は許可できないと言っていた。
 - ・ ケアマネジャーは、本人が自宅での療養が非常に強いため、出来るだけ希望を叶えたいとの思いから、カンファレンスを実施。

本人が強く希望する在宅療養を実施する

- カンファレンス参加者
 - ・ 病院の医師、看護師、相談職
 - ・ 訪問看護事業所
 - ・ 地域包括支援センター
 - ・ 介護支援専門員

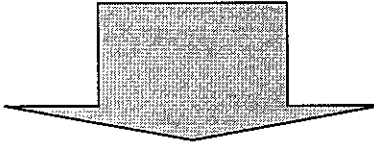
- ◎ カンファレンスの結果
主治医の病状説明より、急変の可能性が高いことを確認したうえで、
 - ・ 介護サービスを利用
 - ・ 緊急通報装置の利用
 - ・ 夜間は息子が泊まる
 - ・ 民生委員、地域包括が見守り

※カンファレンスにより、在宅療養に向けた医師の理解と協力が得られ、本人の希望が叶えられた。

医療との連携のもと、
多職種協働によるケアカンファレンスを実施し、
病院から在宅復帰した例 (その2)

介護者が認知症であるものの、胃ろう創設術後在宅療養を希望する利用者の支援

- 女性 85歳 要介護4
- 胃ろう術後退院予定、過去2回誤嚥、呼吸困難で緊急入院歴あり
- 妹(79歳 軽度認知症で要介護1)と同居で、主たる介護者であるが、元看護師で介護に自信を持っているものの、日常生活では複数回詐欺にあっているなどの問題がある。
- 姉妹とも要介護者で困難事例として把握しているが、姉妹は在宅療養を強く希望。

- 
- ・ 地域包括支援センターから病院の相談員に対し、在宅療養を希望されているなら、関係者で検討したいので早期に連絡するよう依頼していた。
 - ・ かかりつけ医は、胃ろうの経験が無いので、カンファレンスに是非参加したいと希望。

姉妹が希望する在宅療養を実施する

- カンファレンス参加者
 - ・ 病院の医師、看護師、相談職
 - ・ かかりつけ医
 - ・ 訪問看護事業所、訪問介護事業所
 - ・ 地域包括支援センター職員
 - ・ 介護支援専門員
 - ・ 家族

- ◎ カンファレンスの結果
 - 主治医から胃ろうについての基本的事項等の説明後、在宅療養に向けた具体的な検討を実施。
 - ・ 病院医師とかかりつけ医が参加
 - ・ 妹に対する胃ろう技術の訓練の実施
 - ・ 胃ろう注入後、座位保持のためベッドレンタルを利用

※病院の医師や在宅の医師をはじめ、多職種参加によるカンファレンスを開催し、在宅復帰ができた。

大和郡山市居宅介護支援事業所のケアマネジャーを 対象としたケアマネジメント実態調査結果

高齢者包括ケア体制の構築を図るため、大和郡山市をモデル市町村として選定し、市内にある居宅介護支援事業所のケアマネジャーを対象に、サービス担当者会議における医師の参加状況などの医療との連携状況の実態調査を実施。

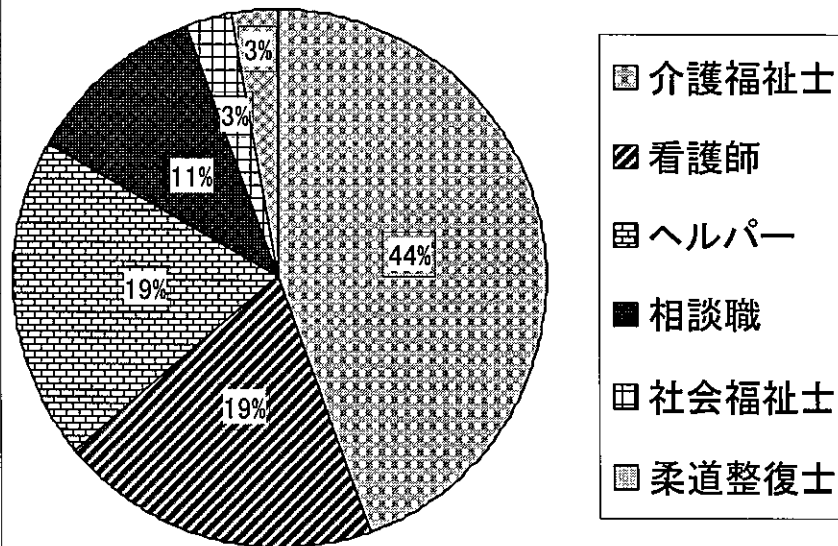
調査の概要

- 実施期間 平成20年6月10(火)～12日(木)
- 対象事業所 21居宅介護支援事業所
- 対象者数 36名のケアマネジャー
- 調査方法 事前に調査表を送付し、ヒアリングによる回収
(悉皆調査)
- 実施主体 奈良県・大和郡山市地域包括支援センター

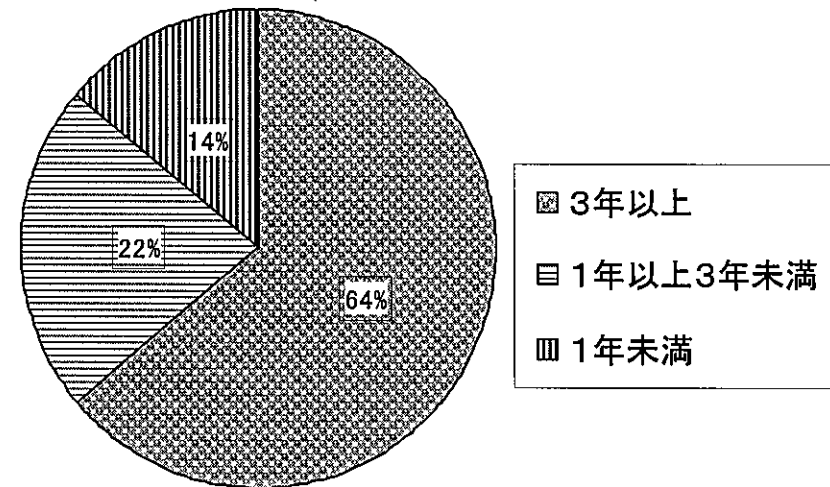
ケアマネジャーの基礎資格と経験年数

- ケアマネジャーの基礎資格は、「介護福祉士」が約半数を占め、「看護師、ヘルパー、相談職」が続く。
- 経験年数については、「3年以上」が6割強であり、「1年以上3年未満」が約2割、「1年未満」が1割強である。

ケアマネジャーの基礎資格

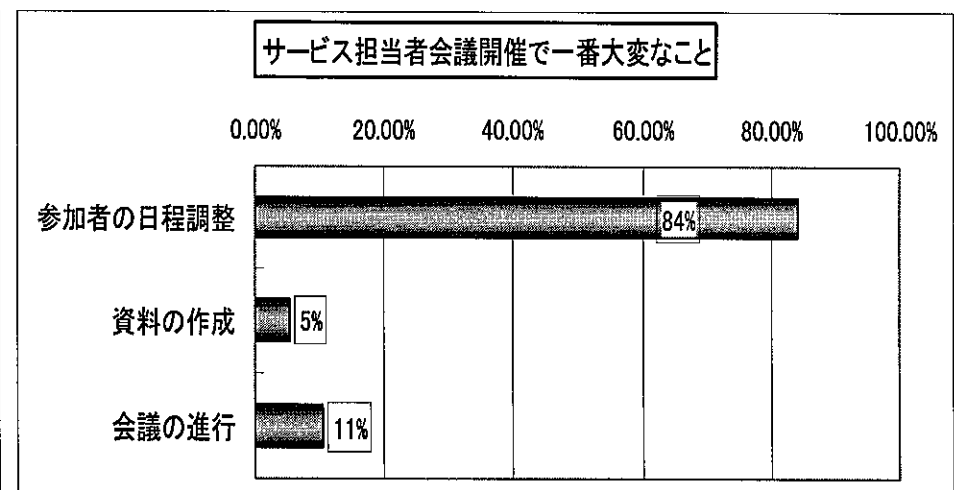
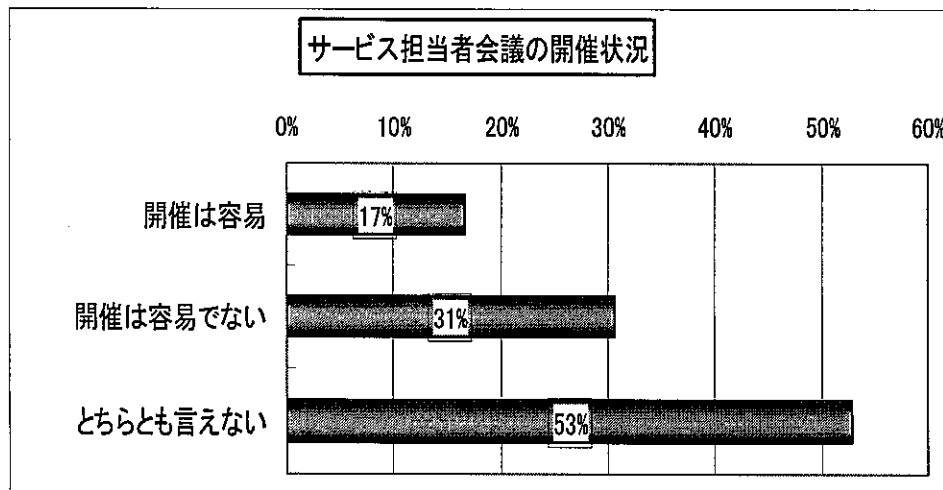


ケアマネジャーの経験年数



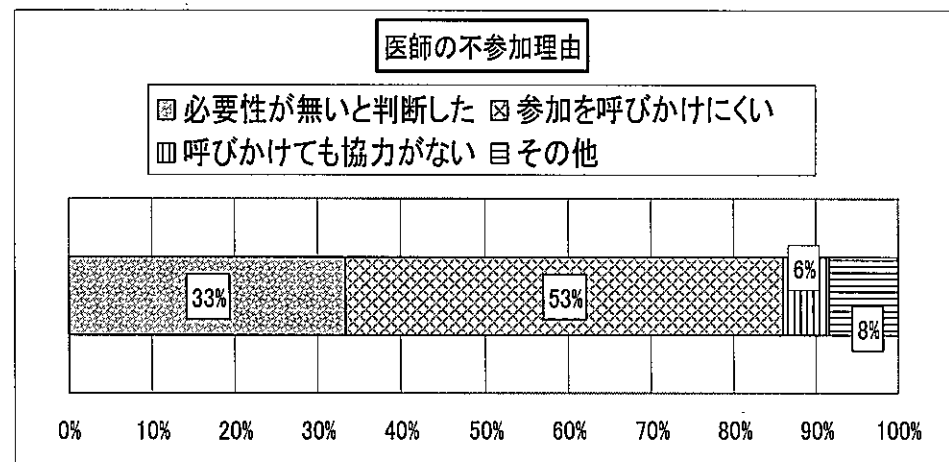
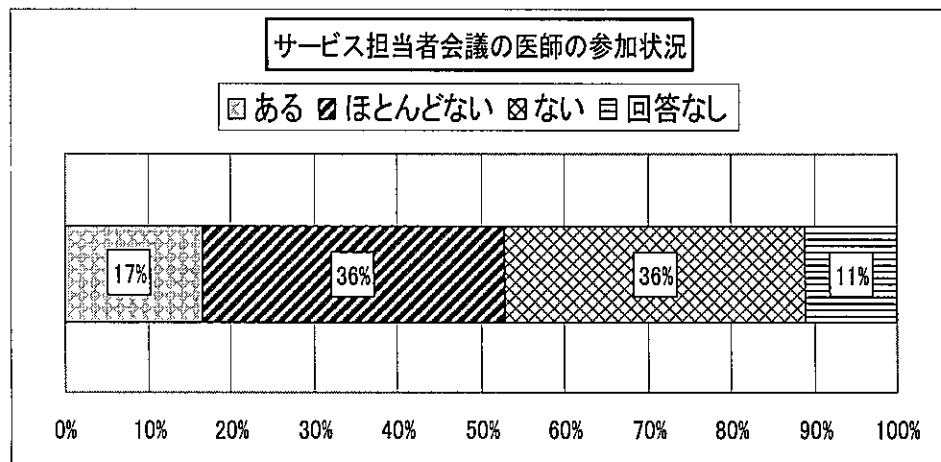
ケアカンファレンスの実施状況

- 介護サービスを提供するうえで、最も重要なケアカンファレンス(サービス担当者会議)の開催状況については、「開催が容易である」と回答があったのは17%であり、「開催が容易でない」が31%、「どちらとも言えない」が約53%であった。
- また、カンファレンス(サービス担当者会議)を開催するうえで、最も大変であったことは、「参加者の日程調整」であると回答があったのは84%であった。また、「資料の作成が大変」、「会議の進行が大変」という回答もあった。



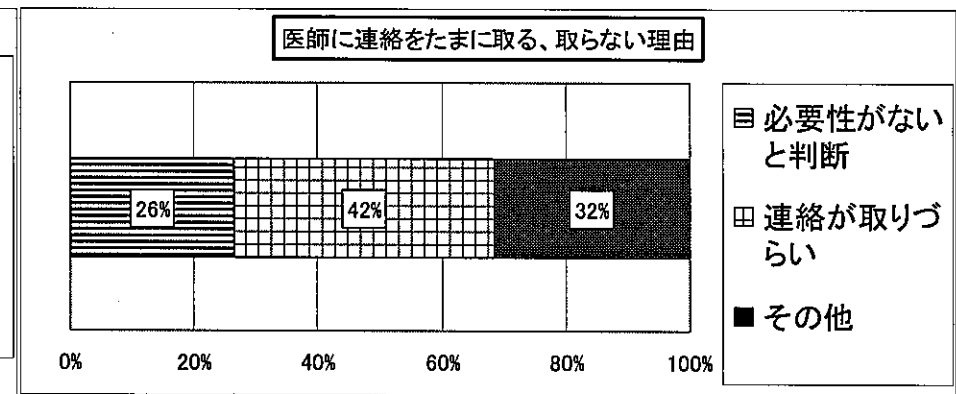
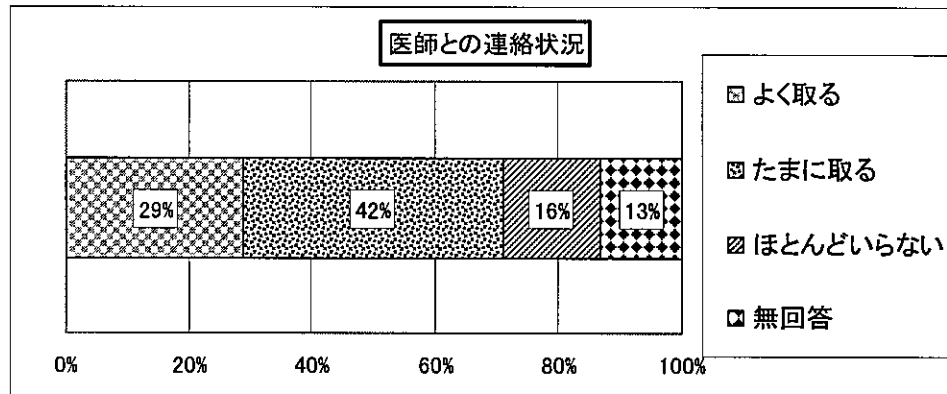
ケアカンファレンス(サービス担当者会議)への 医師の参加状況

- 医療と連携した介護サービスを提供するためには、ケアカンファレンス(サービス担当者会議)に医師の参加が必要である。
- ケアマネジャーが医師に参加要請したところ、「参加がある」と回答したのは17%であり、参加が「ほとんどない」または「ない」が全体の72%を占めている。
- なお、医師の不参加の理由についてケアマネジャーに聞いたところ、「必要性がない」と回答があったのが33%、「参加が呼びにくい」が53%、「呼びかけても協力ががない」との回答が6%あった。
- ケアカンファレンス際して、医師との連携が不十分である。

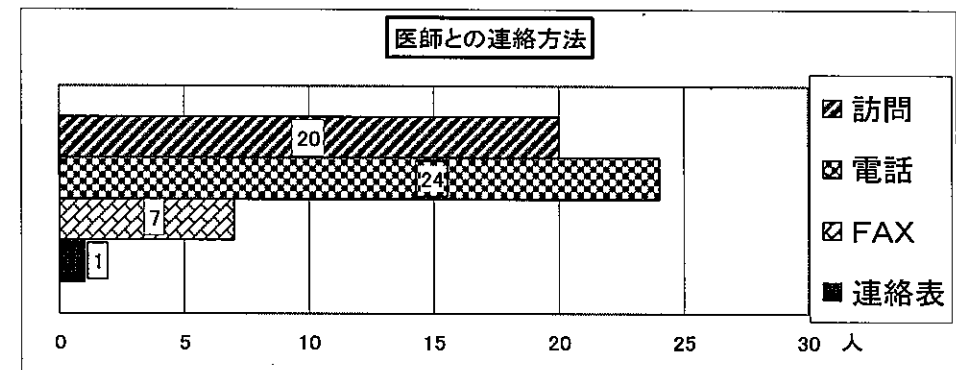


医師との連絡状況など

- ケアマネジャーと医師との連絡状況に関して、「よく取る」と回答があったのが29%、「たまに取る」というのが42%、「ほとんど取らない」が16%。
- 医師に連絡を「たまに取る」、「ほとんど取らない」の理由については、「必要性がないと判断」が26%、「連絡が取りづらい」が42%。

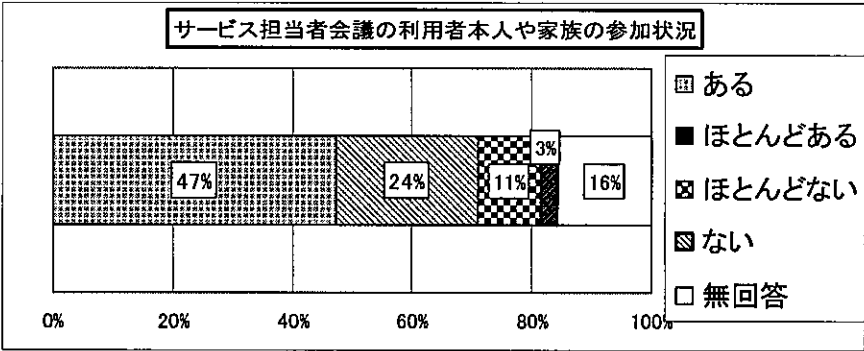


- 医師との連絡方法については、「訪問」、「電話」が多い。

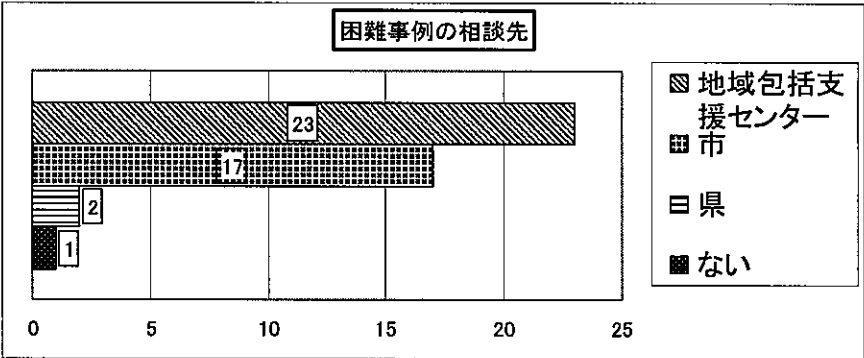


そ の 他

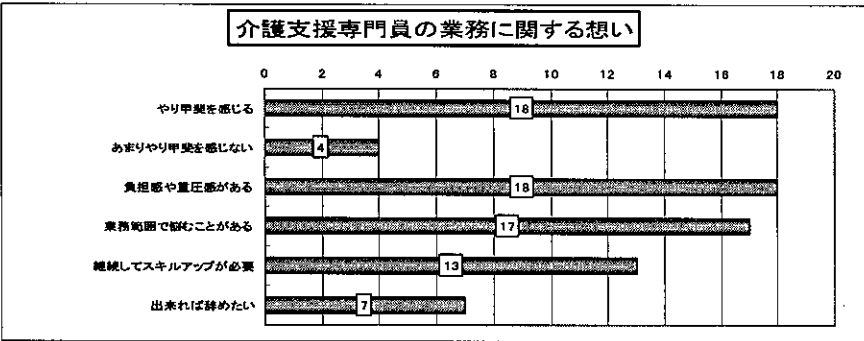
○ ケアカンファレンス(サービス担当者会議)における利用者や家族の参加状況については、「ある」、「ほとんどある」が全体の7割。



○ ケアマネジャーが困難事例等を抱えた場合の相談先は、地域包括支援センターが一番多い。



○ ケアマネジャーの業務に関して、「やり甲斐を感じる」との回答が多い一方、「負担感や重圧感がある」、「業務範囲で悩むことがある」という回答も多い。



介護保険における医師とケアマネジャーの連携状況について ～医師を対象としたアンケート調査結果～

高齢者包括ケア体制の構築を図るため、大和郡山市医師会の協力を得て、医師を対象としたアンケート調査を実施。

調査の概要

- 実施期間 平成20年7月23(水)～8月6日(水)
- 対象者数 大和郡山市医師会 125会員(A会員72 B会員53)
- 調査方法 郵送によるアンケート調査(悉皆調査)
- 回収率 44会員(35.2%)
A会員35会員(49%) B会員9会員(17%)
- 実施主体 奈良県・大和郡山市地域包括支援センター

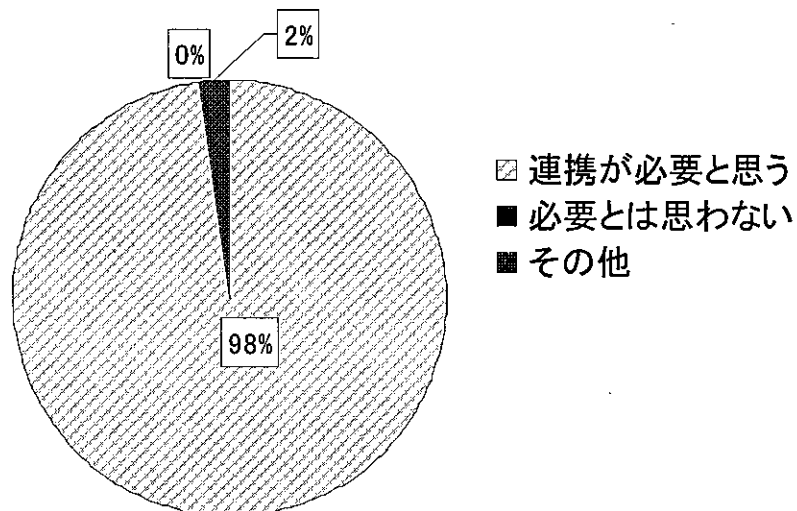
保健・医療・介護・福祉の連携について

○ 高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療だけでなく介護保険によるサービスや、地域による見守り活動も含めた包括的・継続的なサービスを提供するための保健・医療・介護・福祉の連携の必要性について質問したところ、ほぼすべての医師が「介護などとの連携が必要」と回答。連携の必要がないとの回答はなし。

■ その他意見

- ・ 社会的資源を含め、総合的な活動を行うことで相乗効果を期待
- ・ 個人一人では詳細な対診に限界あり
- ・ 尾道の様な連携とは言わないが、会議形式の情報交換の場が必要
- ・ 医療、リハビリ、介護の統一が必要
- ・ 以前は病院に入院させておけば病院が全て入院を何年も受け入れてきた。今は病院が短期間で退院させる。退院させられた患者は医師だけで診ていくのは困難な時代になっている。

保健・医療・介護・福祉の連携の必要性について

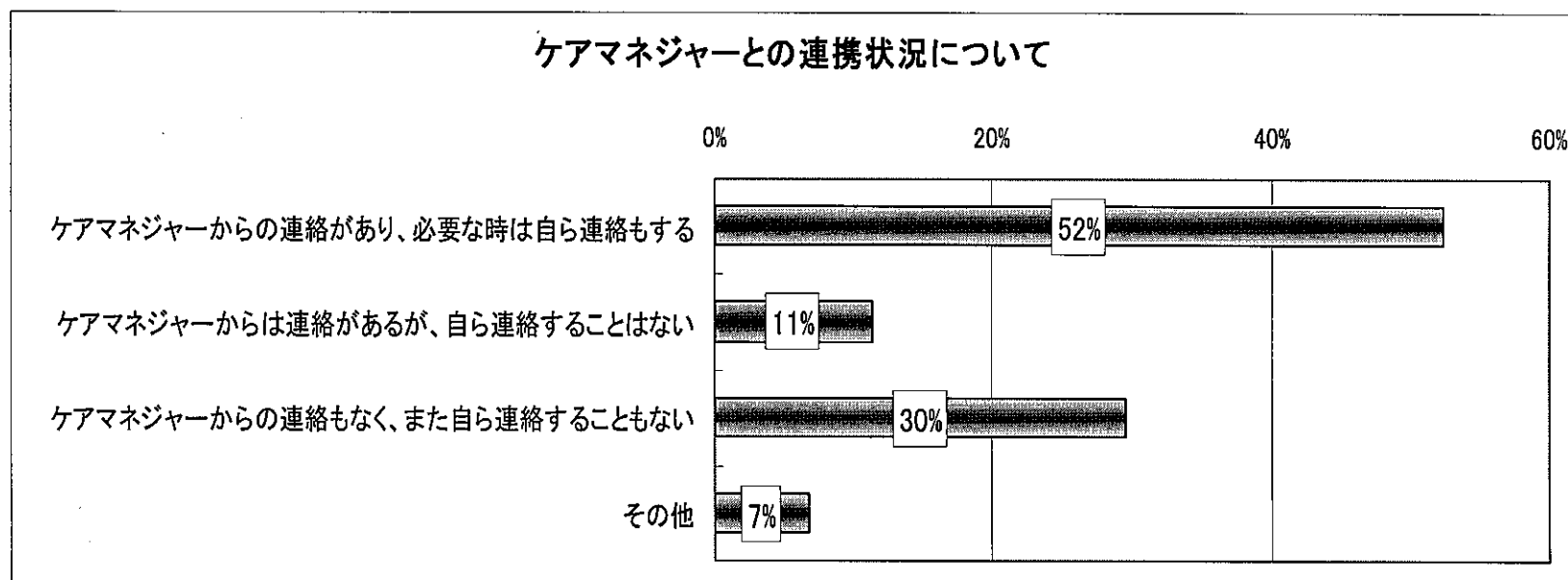


ケアマネジャーとの連携状況について

- 日頃のケアマネジャーとの情報交換など連携の状況についての質問に対して、約半数が「ケアマネジャーからの連絡があり、必要な時は自ら連絡する」という回答がある一方、「ケアマネジャーから連絡はあるが、自ら連絡することはない」あるいは「ケアマネジャーからの連絡もなく、また自ら連絡することもない」という回答もあわせて約4割あった。

■ その他意見

- ・ 独居等で家族、ヘルパー、本人から情報が得られないケースでは、ケアマネジャーから情報を得るように依頼している。

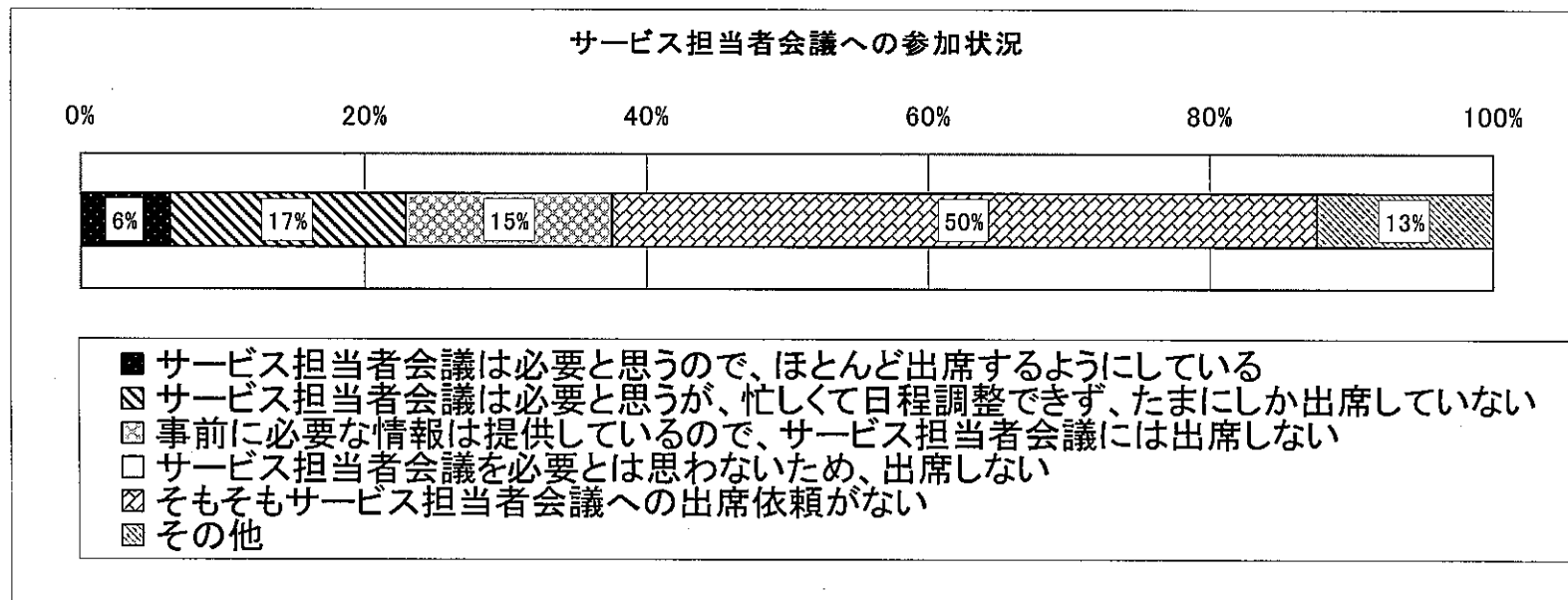


サービス担当者会議の参加状況について

- ケアマネジャーからサービス担当者会議への出席依頼があった場合の対応について質問したところ、「サービス担当者会議は必要と思うので、ほとんど出席するようにしている」という回答は全体の6%しかなく、「そもそもサービス担当者会議への出席依頼がない」という回答が約半数もあった。
- ただし、「サービス担当者会議を必要と思わないため、出席しない」という回答はなかった。

■ その他意見

- ・ 出席依頼を何回か受けたが、多忙のため出席出来ない。
- ・ 医師には会議出席の連絡もなければ、結果もなかなか伝わらない。
- ・ 会議は必要と考えるが、会議開催の連絡がほとんど無い。
- ・ サービス担当者会議が無償である理由がわからない。ボランティアにも限度がある。
- ・ 症例の内容によって、サービス担当者会議に出席することもあると思う。



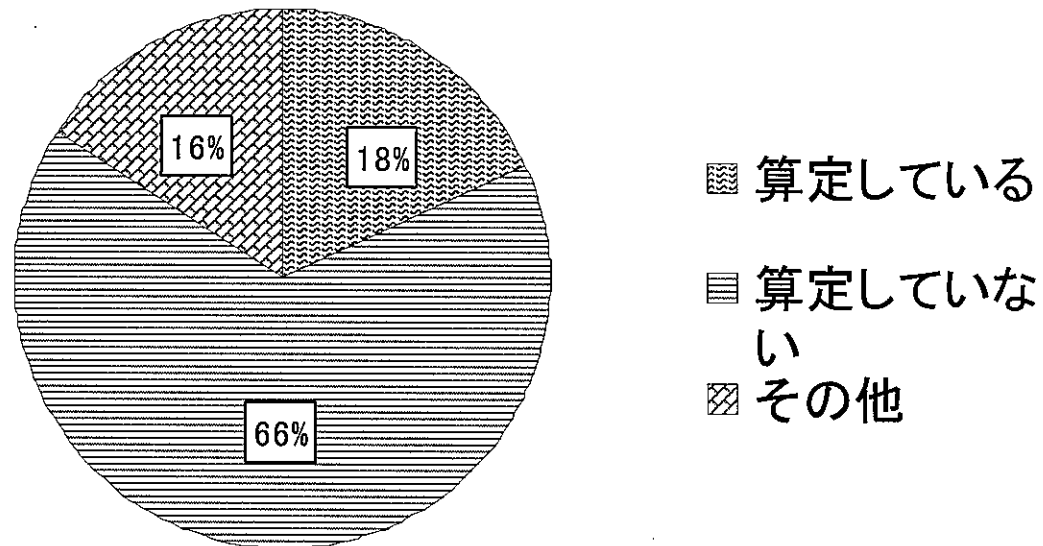
居宅療養管理指導について

- 介護保険の居宅管理指導の算定条件を質問したところ、「算定している」と回答があったのは全体の18%で、「算定していない」と回答があったのは66%であった。

※ 居宅療養管理指導

できるだけ居宅で能力に応じ自立した日常生活を営めるように、医師などが通院困難な利用者に対し、心身の状況と環境等を把握し、療養上の管理指導を行い療養生活の質の向上を図るもの。医師は、要介護者の居宅を訪問して行う計画的・継続的な医学的管理に基づき、居宅介護支援事業者等に居宅サービス計画策定に必要な情報提供(サービス担当者会議への参加等)、要介護者・家族にサービス利用の留意点や介護方法等について指導・助言を行う。

居宅療養管理指導の算定状況

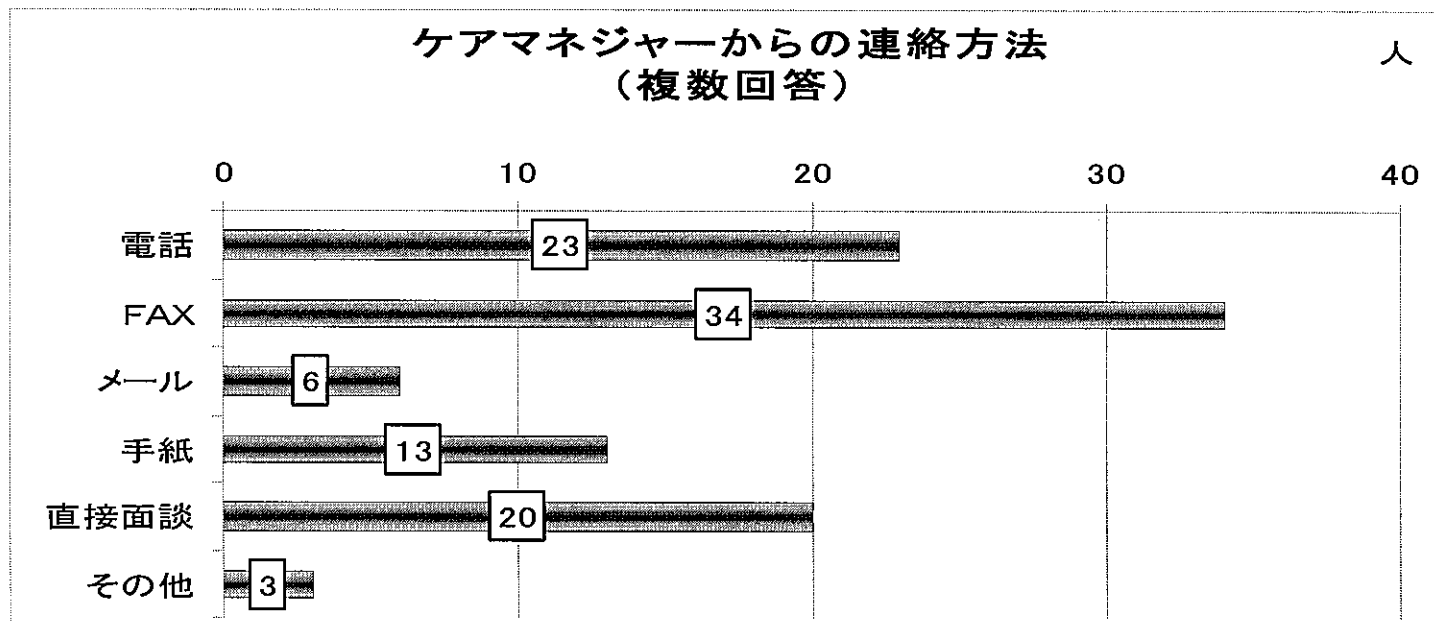


ケアマネジャーからの連絡方法について

- ケアマネジャーからの連絡で、どのような方法を希望するかという質問に対しては、「電話」、「FAX」という回答が多かった。
- また、直接面談を希望するという回答もあった。

■ その他意見

- ・ 直接やり取りの方が、意思疎通が計れる。

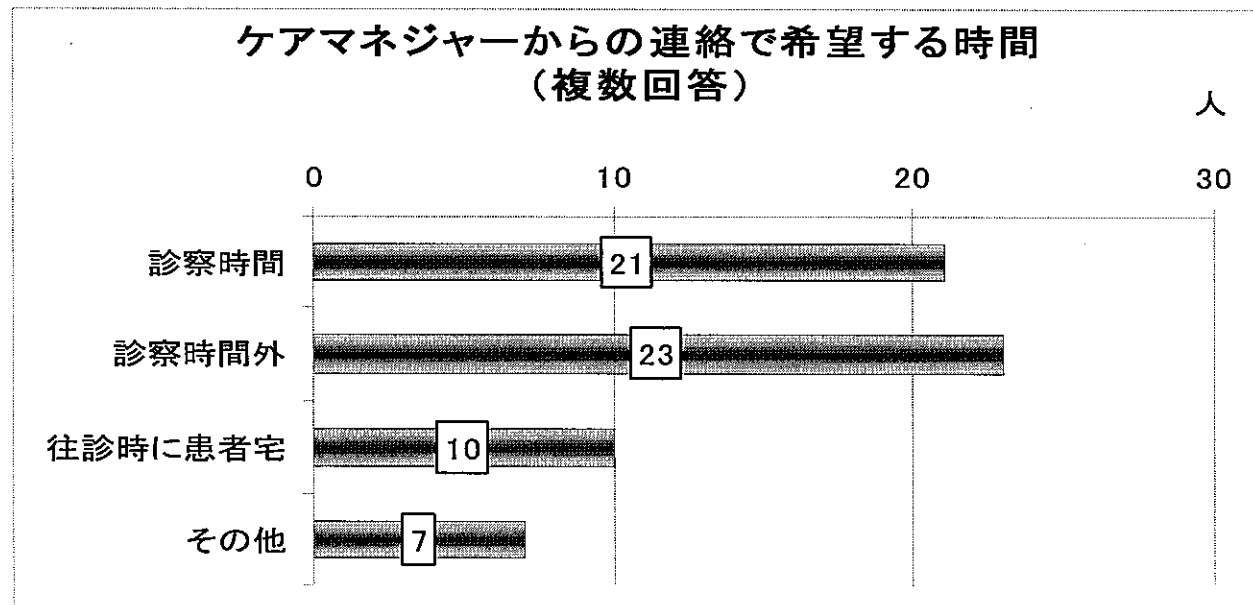


ケアマネジャーからの連絡で希望する時間

○ ケアマネジャーから医師に連絡する場合、何時を希望するかという質問に対して、「診察時間内」、「診察時間外」は、ほぼ同数であった。

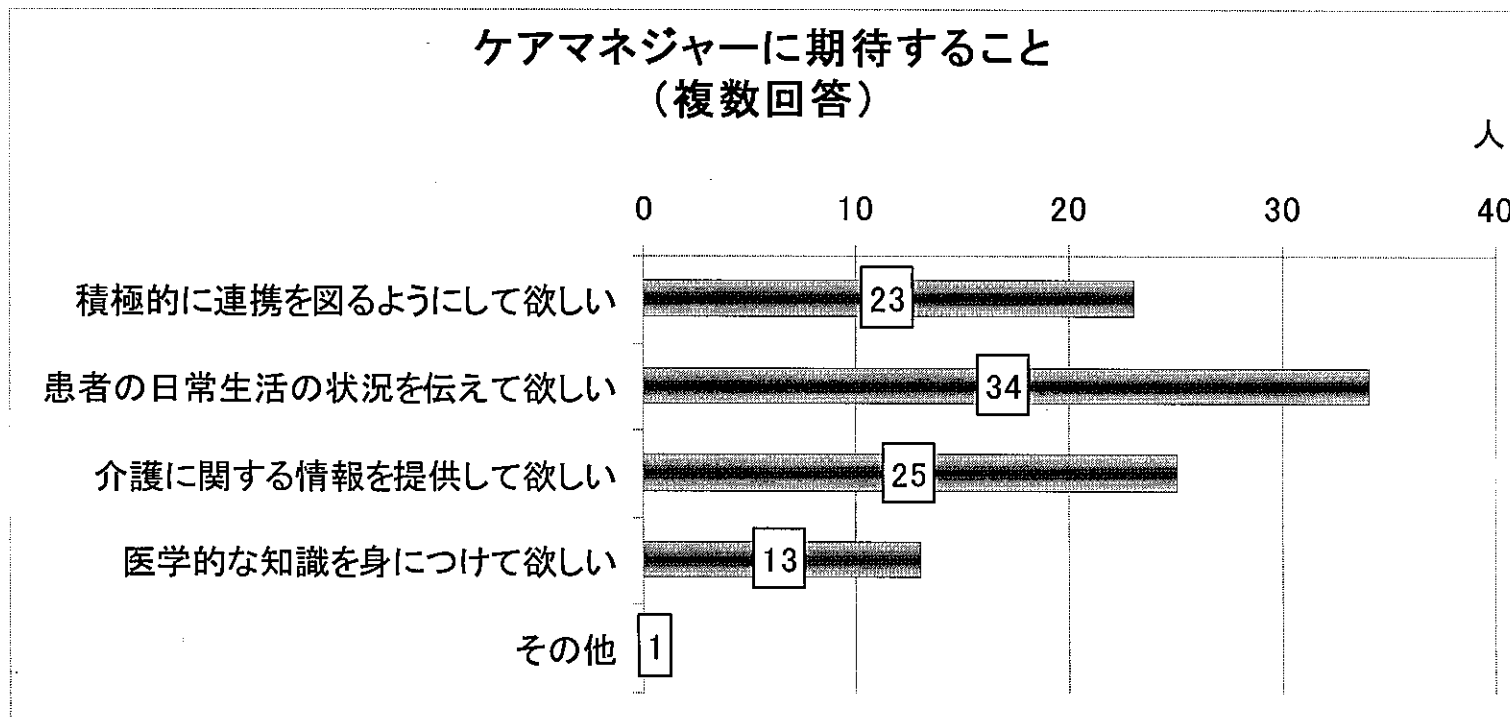
■ その他意見

- ・ 電話があっても診察が混んでいる場合は、当方より再度連絡したり、時間調整している。また看護師を通じて連絡している。
- ・ 事前に時刻の打ち合わせの電話をいただいて時間をとる。
- ・ 必要ならいつでもかまわない。



ケアマネジャーに期待すること

- ケアマネジャーに期待する項目については、「患者の日常生活の状況」が一番多く、「介護に関する情報」、「積極的な連携」も期待が大きい。また、「医学的な知識」についても希望がある。



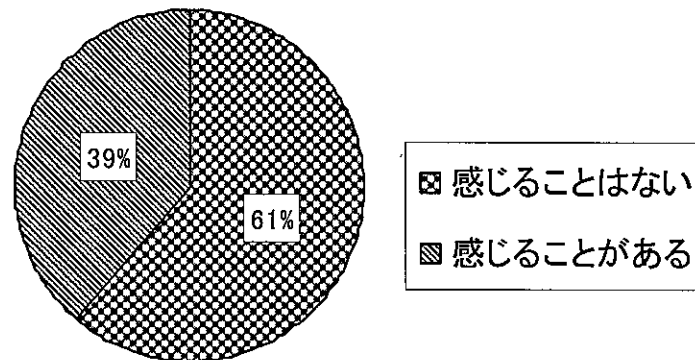
主治医意見書の作成にあたって

- 主治医意見書作成にあたって、日頃感じていることがあるかどうかと質問したところ、「ない」と回答したのは約6割で、約4割の医師が「感じることはある」と回答している。

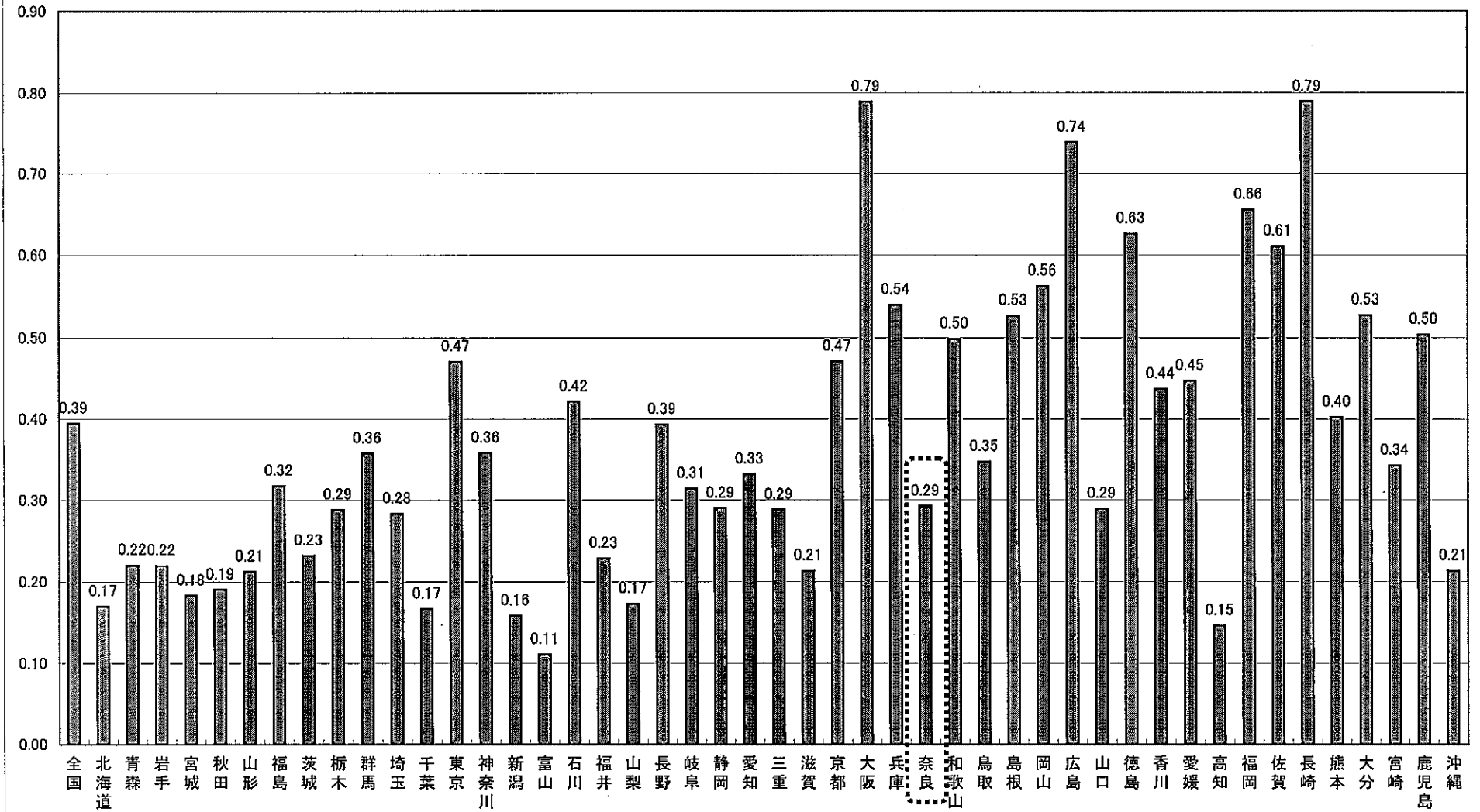
■ その他意見

- ・ 身体能力中心でなく、心肺機能、認知症のレベルについても考慮いただきたい。
- ・ 病気がなくても明らかに機能低下や障害で困っておられたり、介護が必要と考えられても意見書では十分に通じない場合がある。
- ・ 通院されていない方の意見書を書く時に困ることがある。
- ・ せめて要介護度等の結果について一報いただきたい。自身の記載内容が反映されているのかも分からない。
- ・ 在宅介護する症例の「人物像」「ADL」がよく把握できる記述内容になっているのか評価の上で通知してもらえたと思う。
- ・ 家庭での生活状況に不明な点が多い。
- ・ 数年前に診察して、その後診察していないのに突然主治医意見書が送られてきて、作成期日まで連絡が無く、こちらから連絡しなければならない事が時々ある。介護保険をタクシー利用や家の改築に利用する方がいる。
(本当に必要な方が大部分であるが)
- ・ ほとんど診察していない患者さんに主治医と指名され困ることがある。

主治医意見作成にあたって感じること



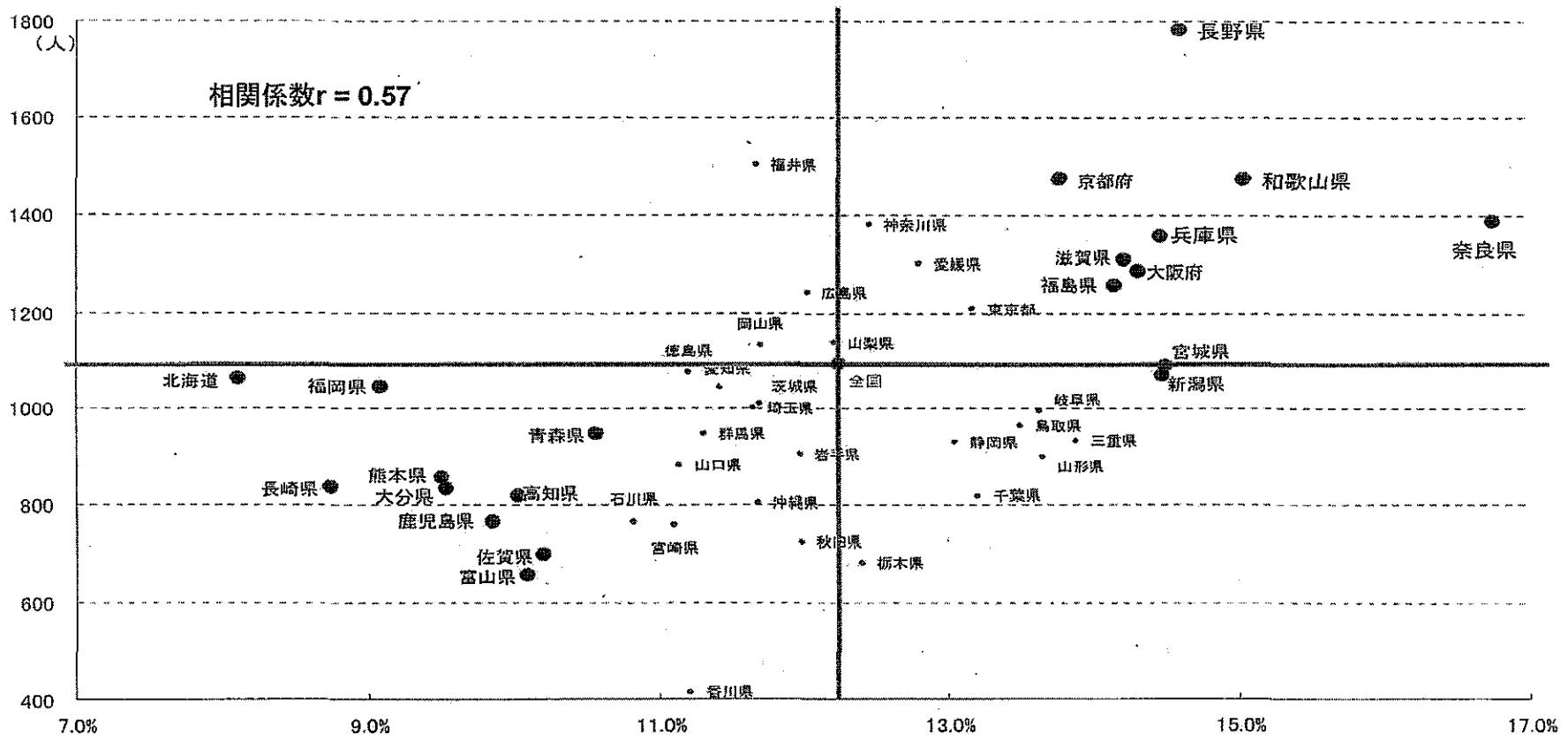
65歳以上の人口千人あたりの在宅療養支援診療所の数



訪問看護の利用人数と自宅死亡の割合

- 都道府県別にみた高齢者人口10万人当たりの訪問看護利用者数には4倍以上の開きがある(最多は長野県、最小は香川県)。
- 訪問看護利用が高い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い。

高齢者人口10万人当たりの訪問看護の利用実人数・総死亡者数に対する自宅死亡の割合(都道府県別)

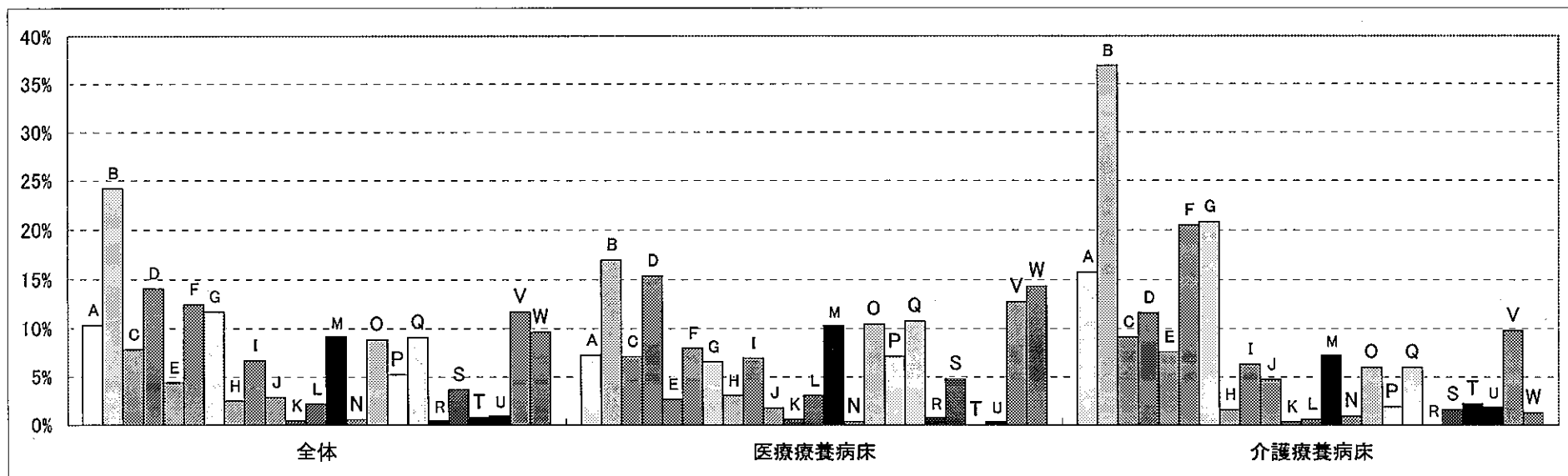


出典：介護サービス施設・事業所調査(平成17年)
 人口動態調査(平成17年)
 高齢者人口については総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計」による。

◎ 退院するために何が必要か

※自由筆記内容の要素の単純な集計。

《療養病床の転換意向等に関するアンケート（平成20年6月） 療養病床入院患者の状態等について》



合計	介護に関する事項							医療に関する事項											その他					
	家族の理解	介護力不足の解消	在宅支援	介護施設の受け入れ	自宅の改修、福祉用具の購入等	訪問介護	24時間見守り・全介助	リハビリ	訪問看護	訪問診療（往診など）	各種測定	医療処置（褥瘡、皮膚の潰瘍、うづ等）	医療処置（喀痰吸引、経管栄養）	医療処置（透析）	医療処置（その他、医療処置）	ADLの向上	病状の安定、改善	痛などのターミナルケア	退院予定	急変時の受け入れ先の確保	介護支給限度額が少ないなどの問題の解決	退院不可・介護困難のみ回答	未回答	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
全体	882人	91人	213人	69人	124人	39人	110人	103人	22人	59人	25人	4人	19人	81人	5人	78人	46人	80人	4人	32人	7人	8人	103人	85人
	100.0%	10.3%	24.1%	7.8%	14.1%	4.4%	12.5%	11.7%	2.5%	6.7%	2.8%	0.5%	2.2%	9.2%	0.6%	8.8%	5.2%	9.1%	0.5%	3.6%	0.8%	0.9%	11.7%	9.6%
医療療養病床	565人	41人	96人	40人	87人	15人	45人	37人	17人	39人	10人	3人	17人	58人	2人	59人	40人	61人	4人	27人	0人	2人	72人	81人
	100.0%	7.3%	17.0%	7.1%	15.4%	2.7%	8.0%	6.5%	3.0%	6.9%	1.8%	0.5%	3.0%	10.3%	0.4%	10.4%	7.1%	10.8%	0.7%	4.8%	0.0%	0.4%	12.7%	14.3%
介護療養病床	317人	50人	117人	29人	37人	24人	65人	66人	5人	20人	15人	1人	2人	23人	3人	19人	6人	19人	0人	5人	7人	6人	31人	4人
	100.0%	15.8%	36.9%	9.1%	11.7%	7.6%	20.5%	20.8%	1.6%	6.3%	4.7%	0.3%	0.6%	7.3%	0.9%	6.0%	1.9%	6.0%	0.0%	1.6%	2.2%	1.9%	9.8%	1.3%

※誕生日による1/3抽出調査

地域ケアの必要性

■高齢者を取り巻く環境

- 急速な高齢化の進展
- 要介護者、認知症高齢者の増加
- ひとり暮らし高齢者世帯の増加

長期トレンドとしては介護サービス需要の増大は不可避！

現在の介護サービス基盤は人的・物的両面で必ずしも十分ではない

今後は、

- 要介護者(特に中重度者の介護者)の増大に対応した一定量の施設整備を実施するとともに、
- 在宅サービスの拡充にも重点的に力を入れることが必要

⇒ **地域ケアが必要**

地域ケアの実現のためには

地域における医療・介護・福祉の一体的な提供が必要

住み慣れた地域や自宅で安心して生活したい！

地域で暮らすために必要な様々な生活支援サービスが、その人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることが必要

- 医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた生活支援サービスが、日常生活の場(日常生活圏域)で用意されていることが必要。
- 同時に、バラバラにサービスを提供するのではなく、包括的・継続的に提供できる地域の体制『地域ケア』づくりが必要

地域ケア体制の整備

ケアマネジャーと医師との緊密な連携が大前提

これを核として

- サービス提供にかかわる様々な関係職種が協働する
- 地域の見守りなどの「社会資源」も活用する

☆ ケアマネジャーと医師の密接な連携のもと、様々な関係職種（多職種）の参加による、ケアカンファレンス（サービス担当者会議）を開催する。

一人ひとりの要介護者のニーズに合わせたサービスを計画的に提供

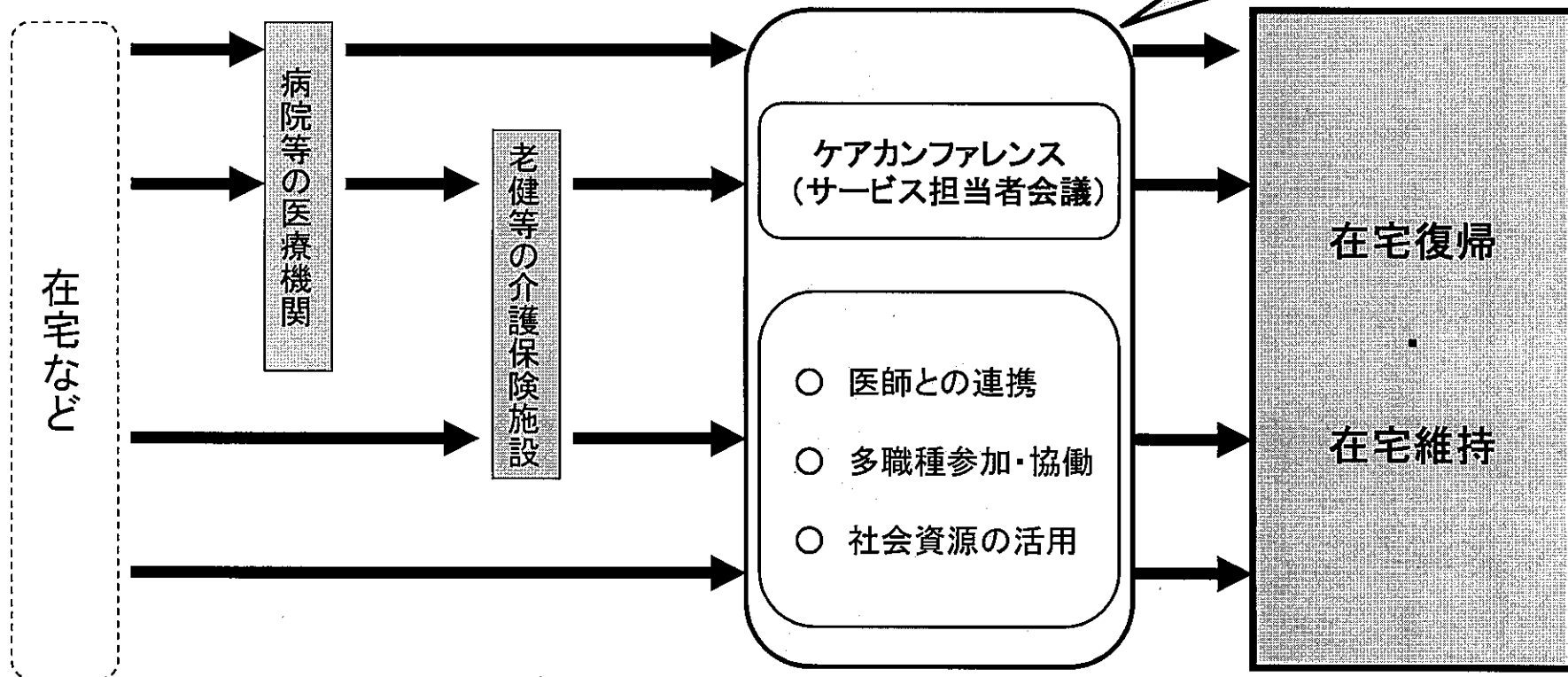
★ケアマネジャーの機能強化 ★地域における医療・介護・福祉などのサービスの量的整備

限られた医療・介護サービス資源を効果的に活用し、
利用者の満足度の高い医療、介護サービスを実現する観点からも、
地域ケアの実現は極めて重要

地域ケアの実現に向けて
地域における医療・介護・福祉の一体的な提供

目指すべき姿と対象とする状態

地域ケアの実現には、
ケアカンファレンスが重要



ケアマネジャーがケアカンファレンスを主催し、医師との連携のもと、サービス事業者などの多職種協働により、利用者本人や家族を含めて一同に会し、介護・医療の情報と、今後起こりうる生活上・医療上の問題点の対処方針を確認・共有し、在宅復帰(維持)を目指す。

地域ケア（高齢者包括ケア）の実現に向けた課題と論点整理

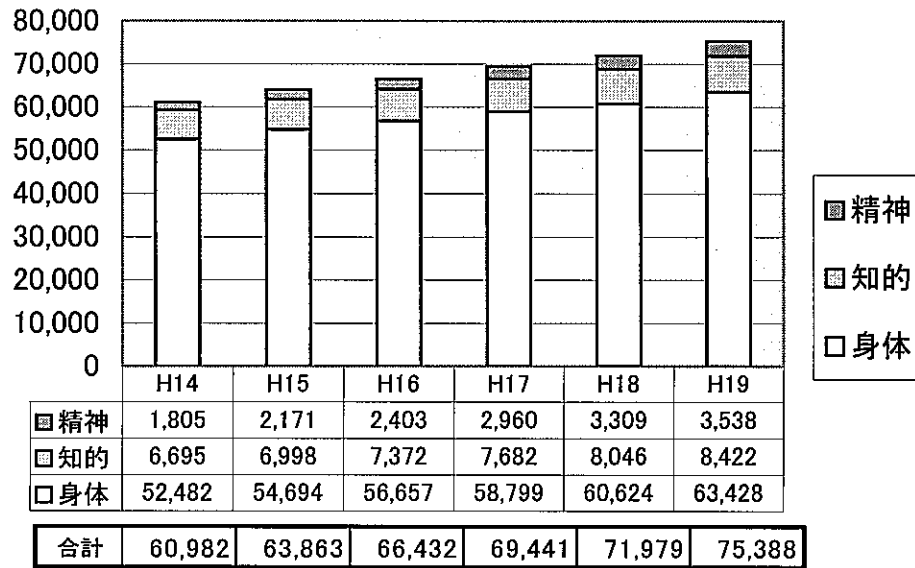
現 状	課 題	論 点 整 理
<p>◆前提</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急速な高齢化の進展 ・要介護者、認知症高齢者の増加 ・ひとり暮らし高齢者世帯の増加 		<ul style="list-style-type: none"> ●地域ケアの整備、実現が必要 ●成功事例の積み重ねが必要 ●意識改革が必要
<p>1. 医療等との連携</p> <p>① 医師とケアマネジャーとの連携に関して、お互いに必要性は認識しているものの、現状は十分でない。</p>	<p>ア) ケアカンファレンス（サービス担当者会議）の開催の充実が必要</p> <p>イ) ケアマネジャーから医師への積極的なアプローチが必要</p> <p>ウ) 医師の積極的なかわりが必要</p>	<p>I 推進体制等の構築</p> <p>(1) 地域ケアを進めるうえで重要なケアカンファレンスを支援する体制の整備</p> <p>※ スーパーバイザー（医師）や地域ケア推進コーディネーター（カリスマ的なケアマネ）などによる高齢者包括ケアカンファレンス支援チームを設置し、個々のカンファレンスや困難事例等に対して指導・助言・支援する。</p> <p>(2) 地域ケアの重要性を医師及びケアマネジャーに促すなど意識改革を促す。</p>
<p>② 医師とケアマネジャーは、お互いの情報等に関して不足している。</p>	<p>エ) 福祉系のケアマネジャーは医療的知識に乏しく研修等が必要。</p> <p>オ) 医師は、介護に関する情報や患者の日常生活に関する情報を求めている。</p>	<p>(3) 地域ケアに関して、医師とケアマネジャーの合同研修の実施。</p> <p>※ 医師とケアマネジャー等による合同での事例検討会の実施など</p>
<p>③ 多職種協働によるカンファレンスが不十分である。</p>	<p>カ) チームによる対応が必要</p>	<p>(4) 医療との連携はもとより、様々な職種によるチームケアの実施と必要性の啓発。</p>
<p>2. 在宅復帰に向けた基盤整備</p> <p>① 在宅での医療体制等が不十分である。</p>	<p>ア) 主治医機能の充実が必要</p> <p>イ) 在宅療養支援診療所の充実が必要</p> <p>ウ) 訪問看護サービスの充実が必要</p>	<p>II 基盤整備の充実</p> <p>(1) 在宅療養支援診療所をはじめとする診療体制の充実と主治医機能の強化。</p> <p>(2) 訪問看護サービスの参入啓発。</p>
<p>② 家族介護力の低下、世帯構成の変化により、独居高齢者等に対する見守り体制が不足している。</p>	<p>エ) 地域密着型サービスの整備が必要</p> <p>オ) 地域での見守り体制等の整備が必要</p>	<p>(3) 地域密着型サービスの充実確保と利用者に対する啓発。</p> <p>(4) 社会資源の整理と利用しやすい環境整備と新規参入の促進が必要。</p> <p>※社会資源活用検索システム構築など</p>
<p>③ 見守り等の社会資源（インフォーマル）の発掘・整理が不十分である。</p>	<p>カ) 医療や介護等の制度以外の社会資源の活用も地域ケアにとっては必要</p>	
<p>3. 行政の取組</p> <p>① 地域包括支援センターでは、包括的・継続的ケアマネジメントなどの本来の業務が必ずしも十分でない。</p> <p>② 地域ケアに関して、保険者である市町村の関わりが不十分である。</p>	<p>ア) 全市町村に地域包括支援センターが設置されたものの、小規模な組織が多く、また介護予防プランづくりに追われている。</p> <p>イ) 地域ケアの必要性は認識しているものの、積極的・具体的な取組が不十分である。</p>	<p>III 具体的な事業展開</p> <p>(1) 地域包括支援センターの組織体制等の充実を図る。</p> <p>(2) 保険者の責務として積極的な取組を求めるとともに、県も目に見えるようなかたちで事業を実施する。</p> <p>※モデル事業、市町村行財政検討会など</p> <p>(3) 市町村の規模や地域の実情にあった取組が必要。</p>

障害者の地域ケア体制の構築について

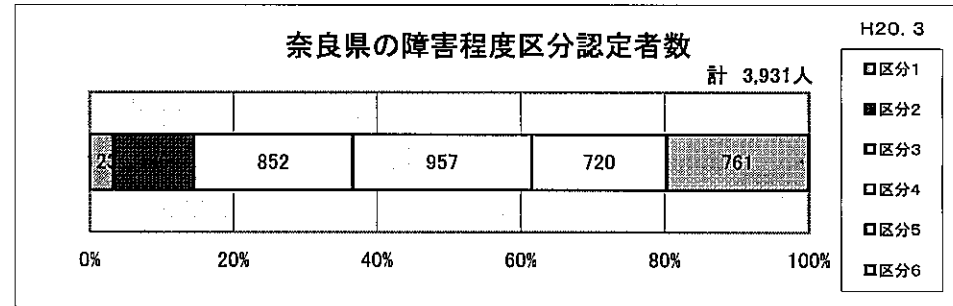
奈良県の障害者の状況について	36
障害者自立支援法の目指すもの	37
地域自立支援協議会について	38
長野県の障害者相談支援事業（地域ケアに関する先進県の状況）	41
奈良市地域自立支援協議会の概要（県内市町村例）	42
相談支援事業・地域自立支援協議会 実施状況について	43
「地域で安心して暮らせる社会の実現」（障害者地域ケアシステム）	44
障害者『ほっと』支援戦略プラン	45
奈良県障害福祉計画 サービス見込量の進捗状況	46
奈良県障害者長期計画2005 数値目標の進捗状況	48
障害者総合相談圏域支援事業について（圏域マネージャーの配置）	49

奈良県の障害者の状況について

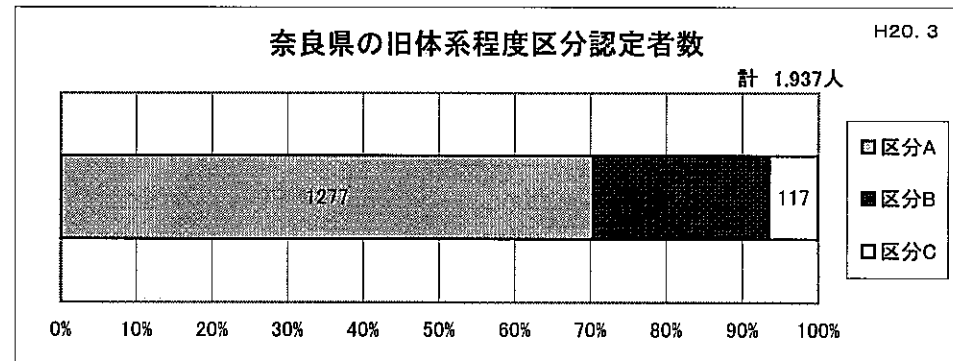
奈良県の障害者数(手帳所持者数)の推移



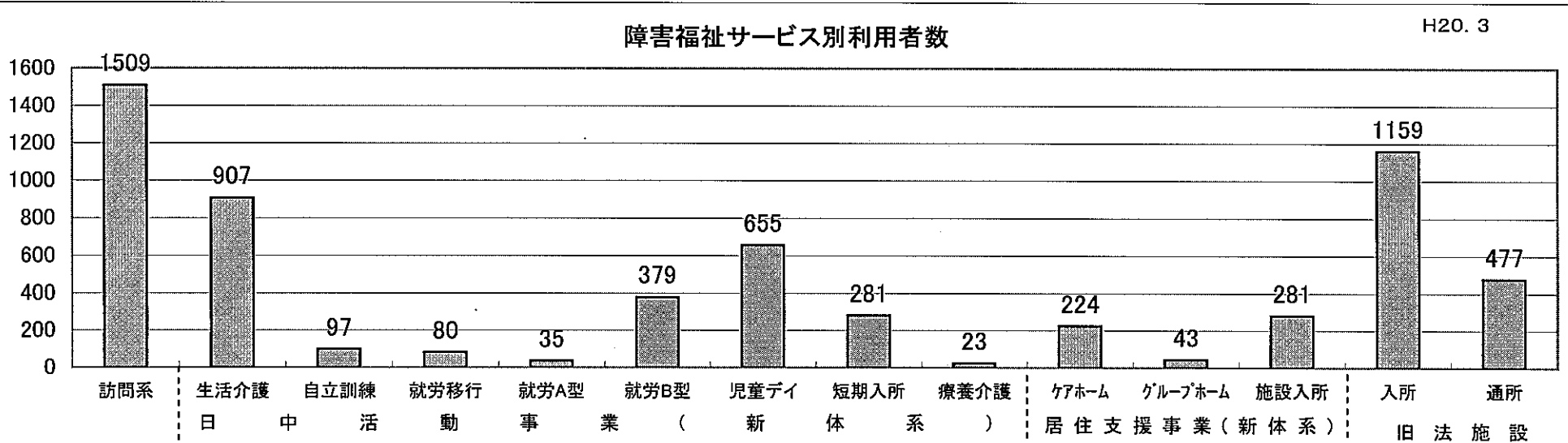
奈良県の障害程度区分認定者数



奈良県の旧体系程度区分認定者数



障害福祉サービス別利用者数



障害者自立支援法の目指すもの

(障害者自立支援法(平成17年法律第123号)(抄))

(目的)

第一条 この法律は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、児童福祉法その他障害者及び障害児の福祉に関する法律と相まって、障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。

- 障害者自立支援法は、ノーマライゼーションの理念に基づき、障害のある人が普通に暮らせる地域づくりを目指し、平成18年4月に施行された。
- 共生社会の実現をより確かなものとするためには、子どもの頃から、障害の有無にかかわらず、共に遊び・学び・暮らす環境を整備していくことが重要。

障害者の地域生活を支援するため、複数のサービスを適切に結びつけて調整するとともに、社会資源の改善及び開発を行う相談支援事業の充実が不可欠であり、その中核的役割をなす自立支援協議会を強化する必要がある。

地域自立支援協議会について

【概要】

市町村が、相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステムづくりに関し、中核的役割を果たす協議の場として設置する。[交付税]

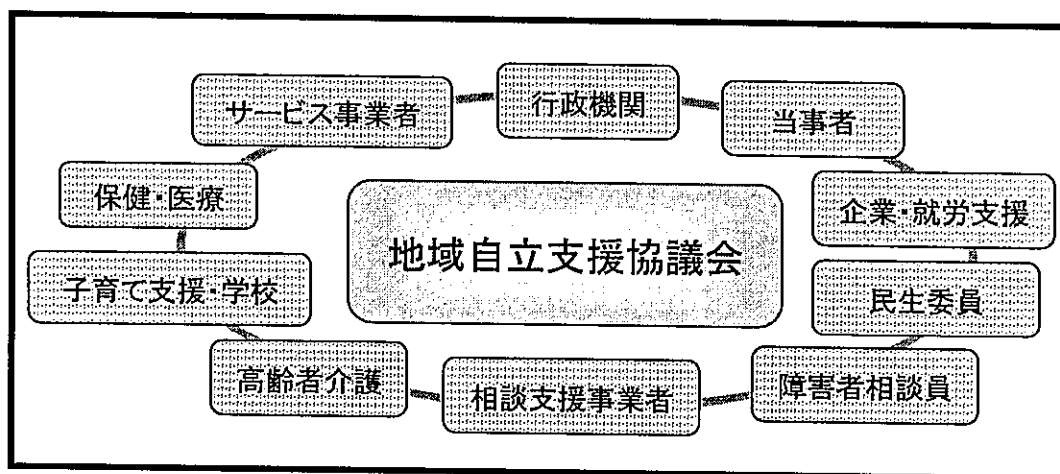
【実施主体】

市町村（①複数市町村による共同実施可 ②運営を指定相談支援事業者に委託可）

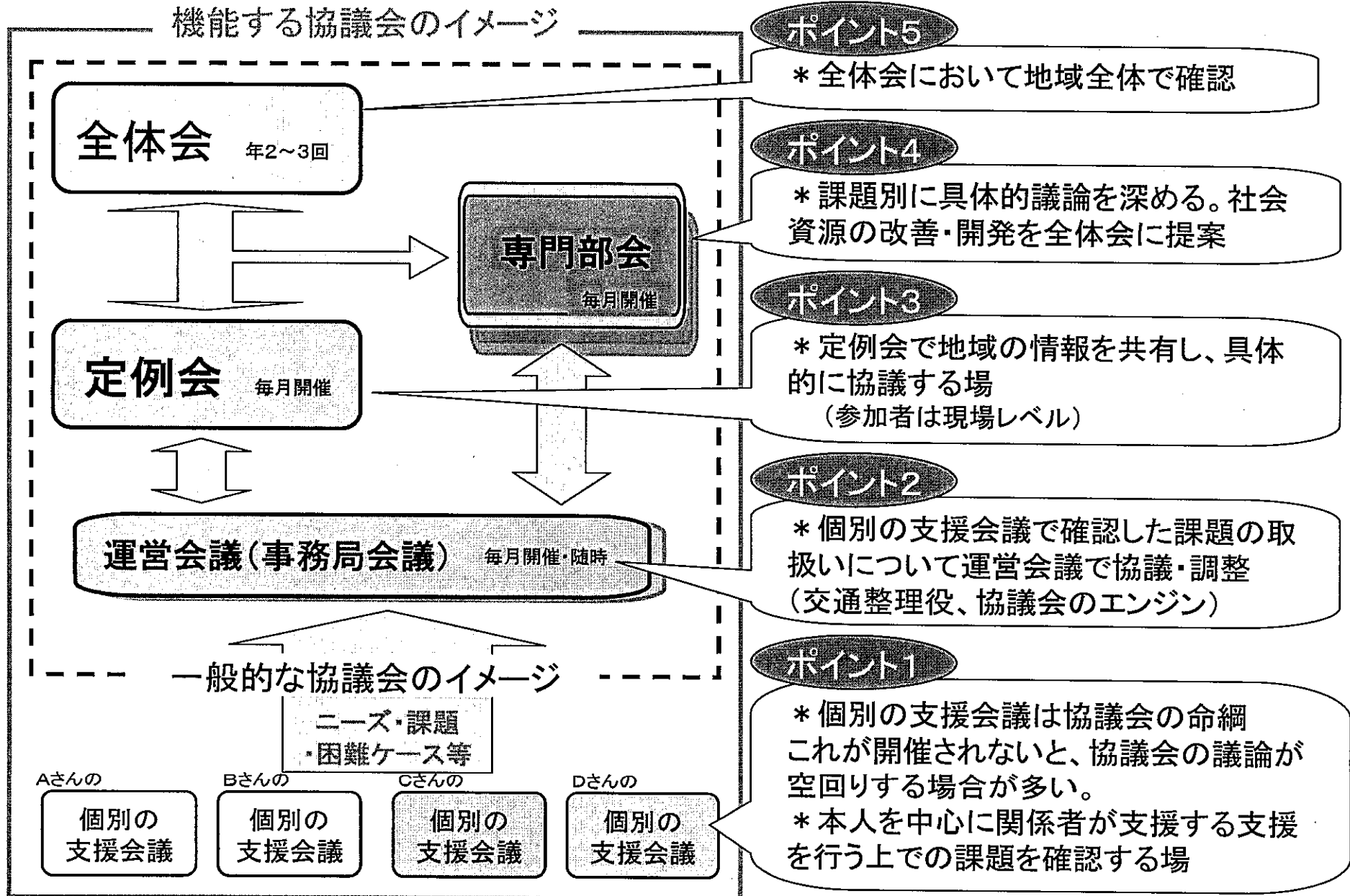
【主な機能】

- ① 地域の関係機関によるネットワーク構築等に向けた協議
- ② 困難事例への対応のあり方に関する協議、調整
- ③ 地域の社会資源の開発、改善

※ 都道府県においても、都道府県全体のシステムづくり等のため、自立支援協議会を設置。

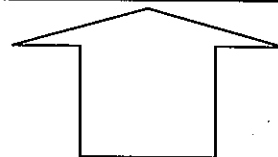


地域自立支援協議会はプロセス(個別課題の普遍化)

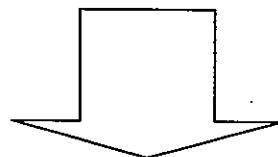


地域自立支援協議会は地域づくりの中核

- 自己完結に陥らない(ネットワークで取り組む基盤をつくる)
- 他人事にとらえない(地域の課題を的確に把握する)
- 出来ることから進める(成功体験を積み重ねる)
- 取り組みの成果を確認する(相互に評価する)

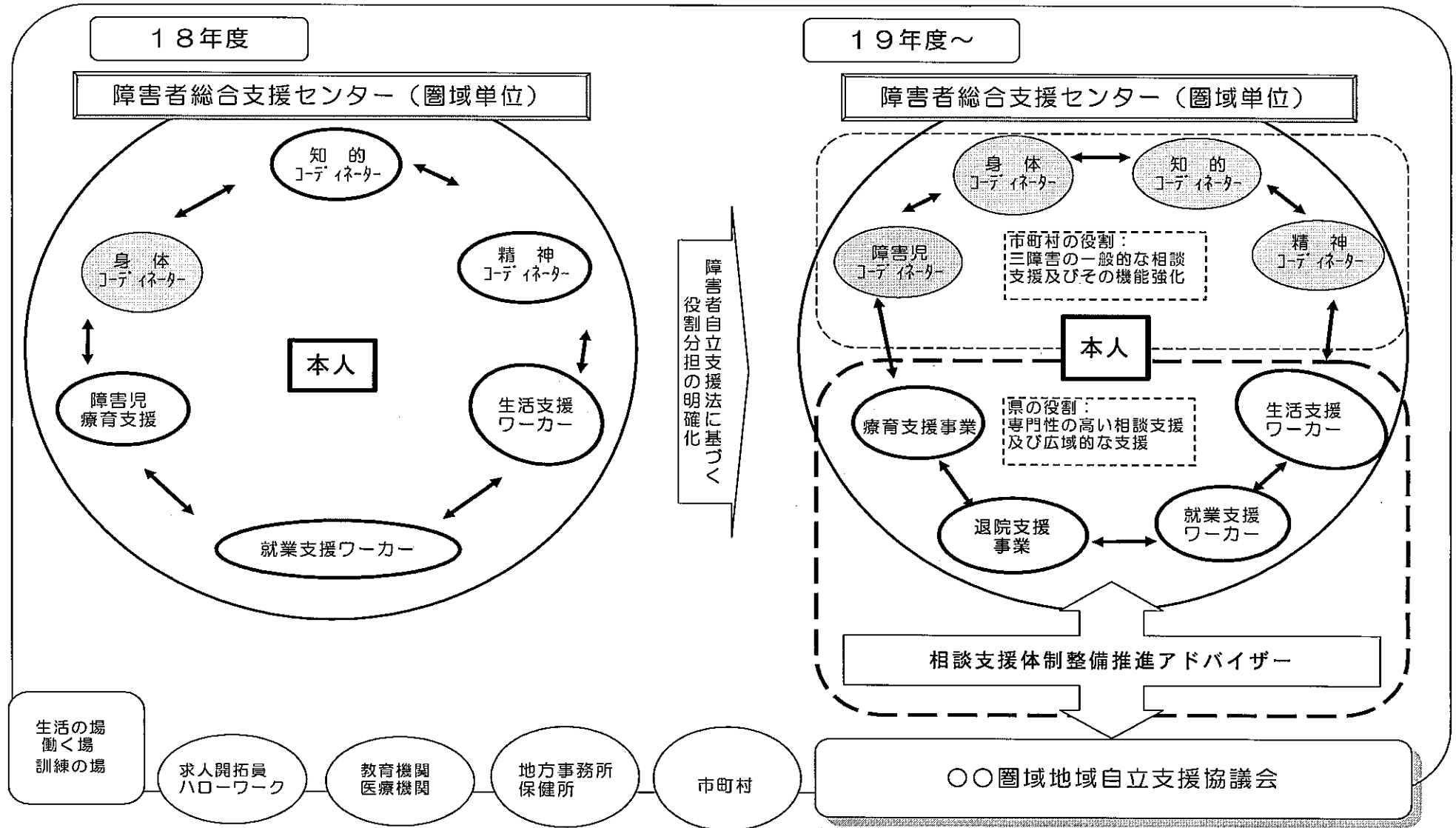


地域自立支援協議会は地域が協働する場



地域で障害者を支える

長野県の障害者相談支援事業



スタッフは10圏域にH15・34人→H17・68人→H19・128人へ

奈良市地域自立支援協議会

(事務局:奈良市社会福祉協議会)

奈良市が開催
自立支援協議会の活動等
の報告
市民も含めて公開で実施

全体会

必要に応じて開催
開催及び構成メン
バー(有識者含む)
は運営委員会で決
定する

報告

専門的な
検討を依頼

政策委員会

自立支援協議会の運営、方針の決定を行う。各部会の調整及び奈良市・県等への提案内容を協議する
開催は毎月
構成メンバー:奈良市、各部会長(副部会長も可)、圏域代表、事務局

運営委員会

報告・調整

専門部会

精神障害、就労支援、居住支援、療育、特別支援教育、権利擁護

部会間の調整・
検討事項の依頼

困難ケースの検討、地域資源の開発、相談支援事業の啓発、人材育成
月2回開催(平成20年度から市役所において週1日総合相談支援を実施する)
構成メンバー:市職員、委託相談支援事業所、必要に応じて事務局

報告・調整

相談支援部会

各部会に部会長、副部会長を置き、地域の課題分析、新たなサービスの検討
構成メンバー:奈良市、関係者、圏域代表、事務局など

個別の支援会議

個別の支援会議

個別の支援会議

～ 相談支援事業・地域自立支援協議会 実施状況について ～

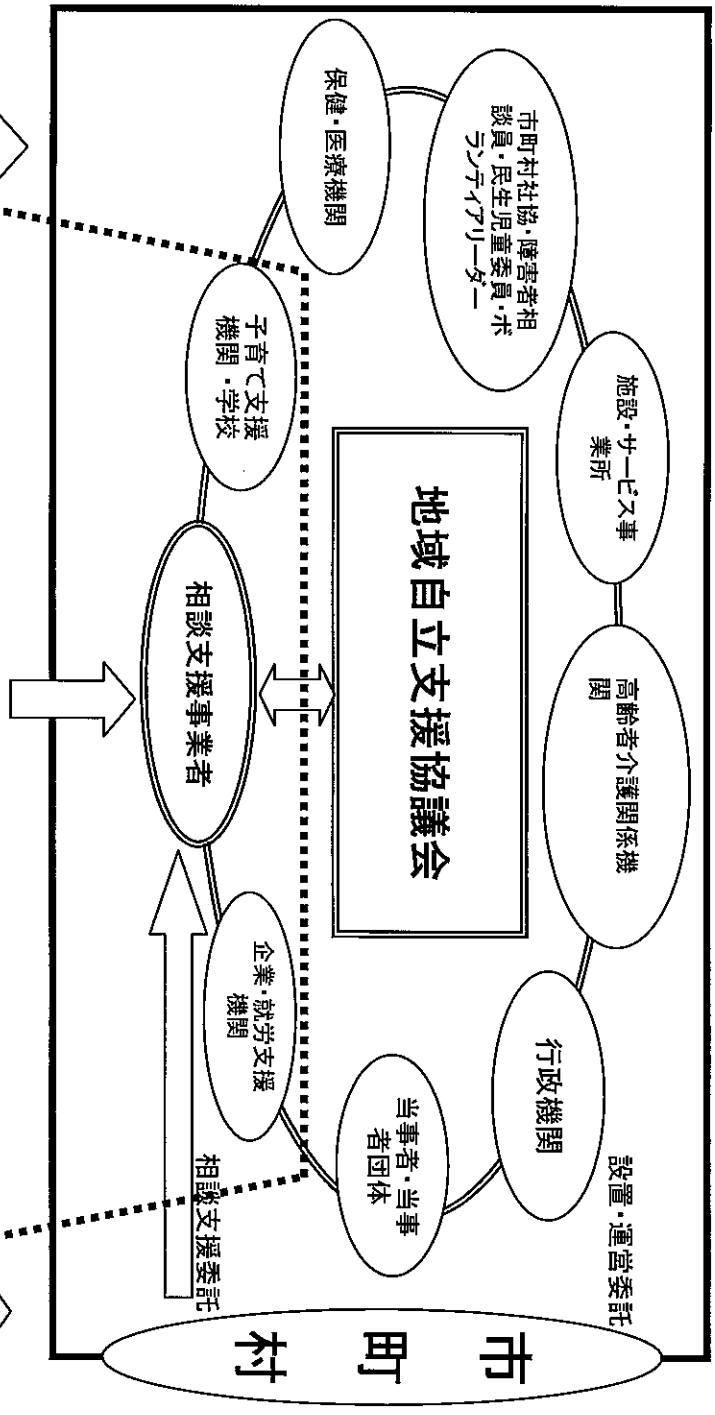
平成20年7月1日現在

圏域名	市町村名	相談支援事業		地域自立支援協議会	
		身体	知的		精神
奈良市	奈良市	重大者要援種別 総合福祉センター 障がい者生活支援センター 障がい者生活支援センター 障がい者生活支援センター	仔細相談支援センター	相談支援事業所(カトリック) 相談支援事業所(あつち) 相談支援事業所(ま)	
		平成18年9月より委託 (生活支援センター)かざぐるま(ま)とも支援センター(あつち)なら、(ま)なら、(あつち)なら			平成18年9月組織立ち上げ
		平成18年6月より委託 (はあど、にこにこ、さくら)			平成19年度組織立ち上げ 就労支援部会・精神障害部会等に分割して取り組み
		西和7町(カトリック)8月より委託 (あつち、ま)			西和7町で共同設置 平成19年度部会構成 就労支援部会・精神障害部会・日中活動未部会等に分割して取り組み
		平成18年10月より委託 (地域生活支援センター)			大和高田市・香芝市・東城市・広陵町で共同設置 平成19年10月26日第1回開催
		平成19年6月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)			
		平成19年7月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)			
		平成19年6月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)			
		平成19年6月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)			
		平成19年6月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)			
中和	葛城市	平成19年6月より委託(ま)・(あつち)・(さくら)の里)		18年10月より委託 (ま)・(あつち)・(さくら)の里) 精神障害者生活支援センター(あつち)	
		平成18年10月より委託 (精神障害者生活支援センター)			大和高田市・高取町・明日香村で共同設置 平成19年7月27日第1回開催
		平成18年10月より委託 (ま)・(あつち)・(さくら)の里)			橿原市・高取町・明日香村で共同設置 平成19年7月27日第1回開催
		橿原市障害者生活支援センター(ま)			
		高取町 町職員で対応			
		明日香村 村職員で対応			
		御所市 平成19年4月より委託 (橿原市社会福祉協議会)			市単独での立ち上げを検討中
		天理市 市職員で対応			市単独での立ち上げを検討中
		桜井市 平成18年10月より委託 (桜井市社会福祉協議会)			平成20年2月28日第1回開催
		宇陀市 平成18年10月より委託 (ま)			宇陀市・豊郷村・御杖村で共同設置 平成20年5月第1回開催
東和	御杖村	平成19年6月より御杖村社会福祉協議会へ委託			
		村職員で対応			村単独での立ち上げを検討中
		山添村 村職員で対応			
		川西町 町職員で対応			平成19年度中検討
		三宅町 町職員で対応			検討中
		田原本町 町職員で対応			検討中
		五條市 平成18年10月より委託 (地域生活支援センター)			五條市・吉野町・大淀町・下市町で共同設置 平成18年4月26日第1回開催、平成19年7月23日第2回開催
		吉野町 平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら			
		大淀町 平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら			
		下市町 平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら			
南和	野上村	平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら		平成19年度組織立ち上げ(委員については検討中)	
		平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら			18年10月より下北山村障害者生活支援協議会での役割を兼ねている
		平成18年10月より委託(ま)なら、(あつち)なら、(さくら)なら			18年10月より上北山村障害者生活支援協議会での役割を兼ねている
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			平成20年3月28日第1回開催
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			平成19年6月6日第1回開催
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			
		平成19年4月より委託 (地域生活支援センター)			

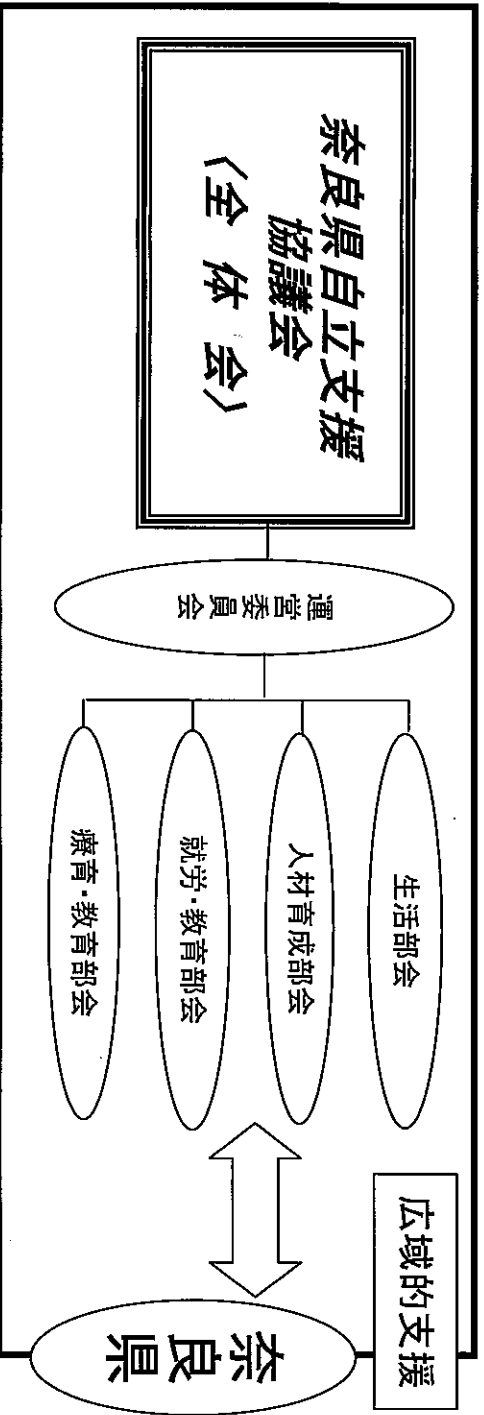
地域で安心して暮らせる社会の実現

地域づくり ↔ 地域ケアシステムをつくる

市町村地域自立支援協議会



奈良県自立支援協議会



障害者『ほっと』支援戦略プラン

(平成20～23年度 4力年戦略)

戦略プラン 3つのテーマ

- I ～障害のある子どもと保護者に『ほっと』な安心をサポート～
- II ～障害のある人の自己決定・選択による本人主体の『ほっと』な生活をサポート～
- III ～障害のある人もない人もともに生きる・ともに支えあう『ほっと』な地域をサポート～

支援戦略

相談支援体制整備

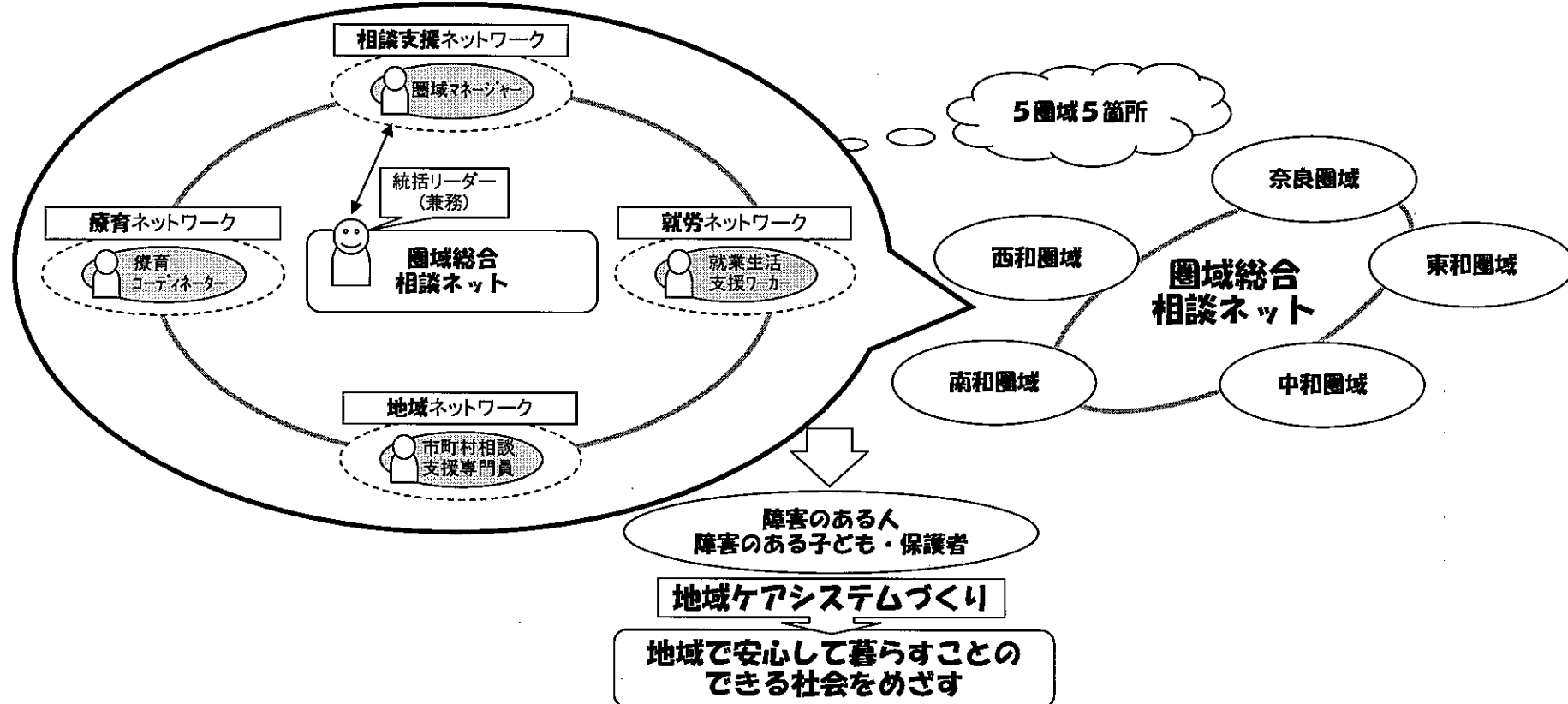
専門性・広域性を発揮するため、未整備の分野に早急に対応

- ① 療育コーディネーターの配置 23年度までに全ての圏域に設置
- ② 高次脳機能障害支援センターの設置
- ③ 就労支援の拡充 23年度までに全ての圏域に設置

圏域総合相談ネット

単独では実施できない市町村等に対し、「圏域総合相談ネット」への参加を提案し、相談支援の拠点を整備

- ① 圏域毎に「圏域総合相談ネット」を配置 市町村に対し公募
- ② 委託実施市町村は委託事業所の相談支援専門員を常時又は定期的に配置
- ③ 「圏域総合相談ネット」の「圏域マネージャー」(統括リーダー)、「療育コーディネーター」、「就労・生活支援ワーカー」、「市町村相談支援専門員」を常時又は定期的に配置
- ④ メンバー連携会議、困難ケース会議等を企画実施し、圏域の相談支援体制を構築



奈良県障害福祉計画 サービス見込量の進捗状況

・身体、知的、精神の障害種別にかかわらず必要なサービスが利用できるよう訪問系サービス、日中活動系サービス、居住系サービス、施設入所支援、地域生活支援事業の充実を図る

(1) 訪問系サービス

達成目標項目	単位	平成18年度末		平成19年度末	平成23年度末
		見込量	実績 (進捗率)	見込量	
居宅介護 重度訪問介護 行動援護 重度障害者等包括支援	時間分	見込量	32,306	37,062	50,938
		実績 (進捗率)	30,145 (93.1%)	42,488 (120.9%)	
		居宅介護 重度訪問介護 行動援護 重度障害者等包括支援	19,302 7,852 2,991 0	居宅介護 重度訪問介護 行動援護 重度障害者等包括支援	29,420 9,297 3,771 0

(2) 日中活動系サービス

(時間分：月間の総利用時間数)

達成目標項目	単位	平成18年度末		平成19年度末	平成23年度末
		見込量 (進捗率)	実績 (進捗率)	見込量	
生活介護	人日分	見込量	5,532	17,844	38,060
		実績 (進捗率)	2,154 (38.9%)	15,698 (92.4%)	
自立訓練(機能訓練)	人日分	見込量	342	799	1,883
		実績 (進捗率)	66 (19.3%)	87 (10.9%)	
自立訓練(生活訓練)	人日分	見込量	596	2,880	6,160
		実績 (進捗率)	79 (13.3%)	1,241 (44.4%)	
就労移行支援	人日分	見込量	742	2,482	5,823
		実績 (進捗率)	242 (32.6%)	1,335 (55.4%)	
就労継続支援(A型)	人日分	見込量	866	1,309	3,563
		実績 (進捗率)	186 (21.5%)	736 (59.0%)	
就労継続支援(B型)	人日分	見込量	2,000	8,201	19,143
		実績 (進捗率)	607 (30.4%)	5,781 (71.2%)	

(人日分：「月間の利用人数」×「1人1か月あたりの平均利用日数」)

達成目標項目	単位		平成18年度末	平成19年度末	平成23年度末
療養介護	人分	見込量	23	25	140
		実値 (進捗率)	16 (69.5%)	23 (104%)	
児童デイサービス	人日分	見込量	2,121	2,409	3,099
		実値 (進捗率)	1,651 (77.8%)	3,013 (134.7%)	
短期入所 (ショートステイ)	人日分	見込量	2,052	2,251	2,980
		実値 (進捗率)	1,470 (71.6%)	1,736 (80.0%)	

(3) 居宅系サービス

(人分：月間の利用人数)

達成目標項目	単位		平成18年度末	平成19年度末	平成23年度末
共同生活援助 (グループホーム) 共同生活介護 (ケアホーム)	人分	見込量	320	397	641
		実値 (進捗率)	218 (68.1%)	267 (70.8%)	

(4) 施設入所支援

共同生活援助	44	共同生活援助	43
共同生活介護	174	共同生活介護	224

達成目標項目	単位		平成18年度末	平成19年度末	平成23年度末
施設入所支援	人分	見込量	9	439	1,290
		実値 (進捗率)	9 (100%)	281 (66.7%)	

(5) 地域生活支援事業

達成目標項目	単位		平成18年度末	平成19年度末	平成23年度末
相談支援 (※サービス利用計画作成費)	人分	見込量	831	1,087	1,485
		実値 (進捗率)	2 (0.2%)	22 (2.0%)	

※参考

【市町村】 相談支援事業委託	市町村数 (進捗率)	29 (74.4%)	29 (74.4%)	39
【市町村】 地域自立支援協議会設置	市町村数 (進捗率)	29 (74.4%)	32 (82.0%)	39

※別紙「～相談支援事業・地域自立支援協議会 実施状況について～」参照

奈良県障害者長期計画2005 数値目標の進捗状況

1 相談支援体制整備

- ・市町村＝身近なところで3障害を一体的に支援。相談支援事業は市町村の必須事業として位置づけし委託又は直営により事業を実施
- ・県＝広域的・専門的な相談支援事業を実施し市町村を支援
(参考)
- ・広域的支援＝総合相談支援体制整備事業(4か所)
- ・専門的支援＝発達障害者支援センター(1か所)

達成目標項目	単位	平成18年度末	平成19年度末	平成23年度末
		か所	3	3
専門相談体制整備事業(療育支援)	か所	3	3	3
障害者就業・生活支援センター	か所	2	2	5
地域活動支援センター1型 (精神障害者の日中活動支援)	か所	9	9	10

2 人材育成

- ・障害者ケアマネジメントによる相談支援を制度化し、相談支援事業者に相談支援専門員を、生活介護等の事業者にサービス管理責任者をそれぞれ配置するために養成研修を実施

達成目標項目	単位	平成18年度末	平成19年度末	平成21年度末
		人	743	931
相談支援従事者研修修了者	人	743	931	950

3 サービスの基盤整備

※奈良県障害福祉計画 サービス見込量の進捗状況 参照

4 施策の充実

達成目標項目	単位	現状値(実績)				目標値
		平成18年度末	平成17年度末	平成18年度末	平成19年度末	
特別支援教育コーディネーター及びコーディネーター指導者	人	90	196	500	696	780
障害者雇用率達成企業割合	%	57	54	55	55	60
障害者スポーツボランティア登録者	人	431	433	417	460	456
バリアフリー化された県営住宅	戸	1,184	1,223	1,223	1,348	1,433
市街地におけるバリアフリー歩道の整備率	%	59	62	65	66	69
バリアフリー化された鉄道駅 (5メートル以上の高低差及び1日当たり平均利用者数5000人以上ある駅)	か所	17	17	18	19	20
ノンストップバスの導入	台	37	49	55	64	80
バリアフリー対応型信号機	か所	199	207	215	222	226
点訳・音訳ボランティア登録者	人	330	339	326	321	355
登録手話通訳者	人	78	92	103	97	98
パソコンボランティア指導員	人	2	4	4	1	12

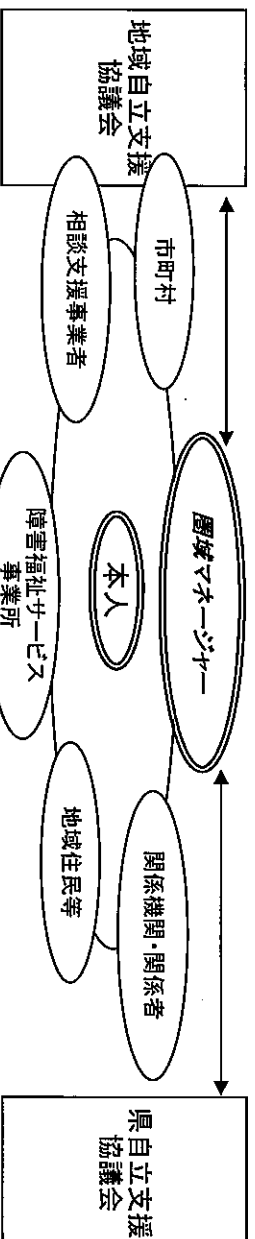
障害者総合相談圏域支援事業について (圏域ワネージャーの配置)

1 経緯

- 平成18年度から障害者自立支援法が施行され、市町村は3障害に対応する身近な相談支援について、県は広域のかつ専門的な相談支援及び人材育成等について、それぞれ果たすべき役割が明確化された。
- そこで、従前の「知的障害者生活支援事業」を廃止し、地域生活支援事業に位置づけられた都道府県相談支援体制整備事業として、新たに「障害者総合相談圏域支援事業」を立ち上げ、相談支援に関するアドバイザーを配置して地域のネットワーク構築に向けた指導・調整等の広域的支援を行うこととした。

2 概念図

＜圏域における相談支援体制整備のネットワーク＞



3 目的

- 障害者自立支援法の福祉圏域に圏域ワネージャーを配置して、市町村及び相談支援事業者等への助言支援、地域自立支援協議会への助言支援、相談ネットワークづくりの支援及び相談支援の担い手である人材育成等を図り、障害者の地域生活に関する総合的な支援を行う。

4 根拠

- 障害者自立支援法 第2条第2項
- 地域生活支援事業実施要綱

5 委託先

- 西和圏域: 前、中和圏域: 奈良県手をつなぐ育成会、東和圏域: ひまわり、南和圏域: 綜合施設美吉野園 (18年度にプロポーザル方式により選定)
- なお、奈良圏域は奈良市のみで、市町村間のネットワークづくりへの支援が不要であるため実施しない。

6 事業内容

- 障害福祉圏域に圏域ワネージャーを配置して、市町村及び相談支援事業者等への助言支援、地域自立支援協議会への助言支援、相談ネットワークづくりの支援及び相談支援の担い手である人材育成等を図り、障害者の地域生活に関する総合的な支援を行う。

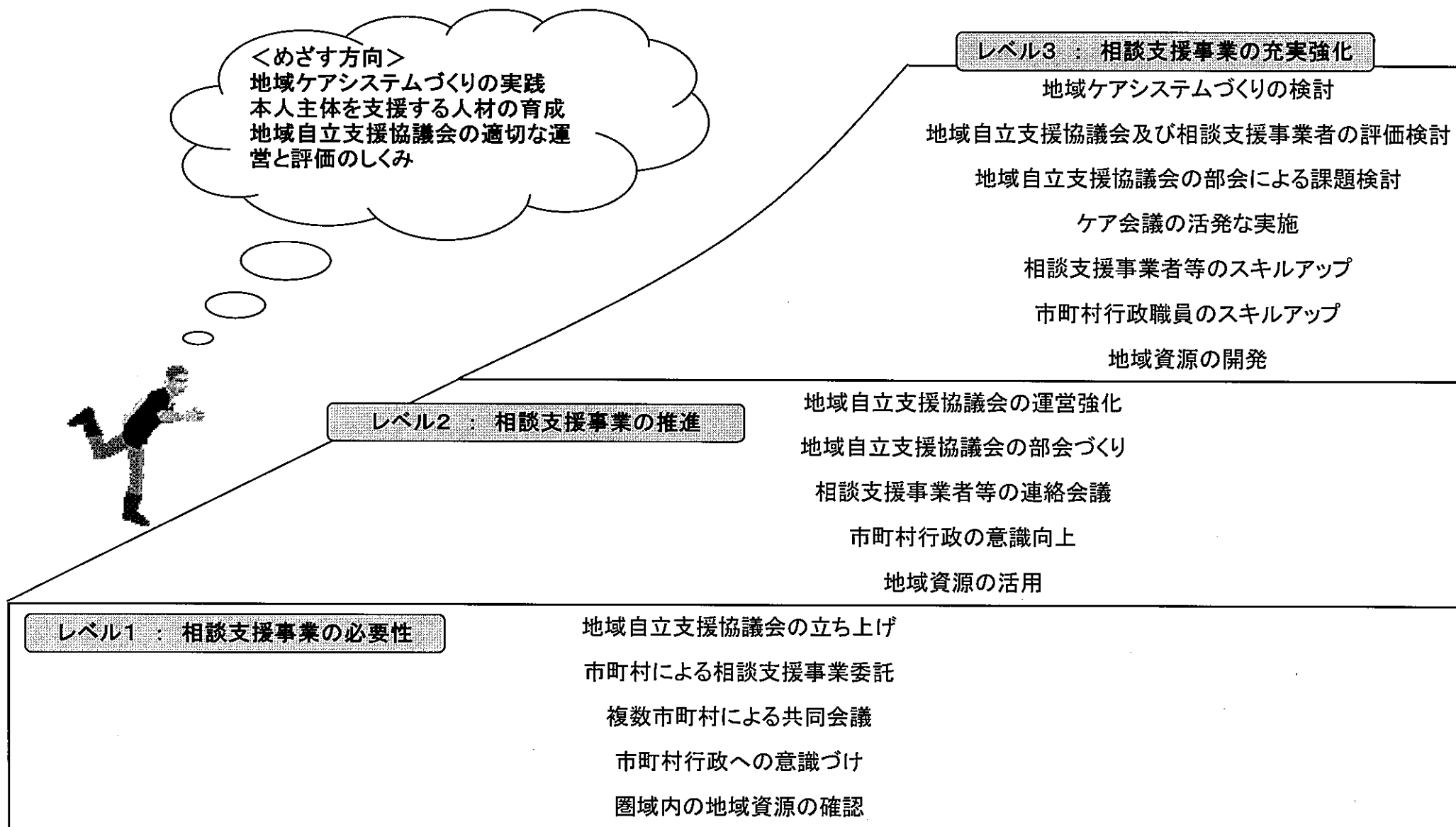
＜具体的な内容＞

- 市町村及び相談支援事業者等の連絡会議を開催して助言支援を行う。
- 困難ケースに関する助言支援を行う。
- 地域自立支援協議会の設置運営に関する助言支援を行う。
- 地域の課題を検討し、解決に向けた協議を行う。
- 地域の社会資源の点検、開発を支援する。
- 複数市町村、圏域全体の課題検討や体制整備を支援する。
- 市町村及び相談支援事業者等のスキルアップに向けた助言支援を行う。
- 県自立支援協議会及び専門部会での活動報告や圏域課題の協議等を行う。

7 予算要求額

@5,000,000円×4圏域 = 20,000千円

総合相談支援体制整備事業における圏域マネージャー活動



療養病床アンケート調査結果 平成20年6月実施(速報値)

平成20年8月19日

奈良県地域医療等対策協議会
健康長寿部会資料
奈良県福祉部保険福祉課

療養病床アンケート調査 患者票（平成20年6月実施）について

調査対象

奈良県内の療養病床（回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病床を除く、以下同じ。）を有する34医療機関に対して、平成20年6月10日午前0時現在に当該医療機関の療養病床に入院している患者のうち、誕生日が3月、6月、9月、12月の全患者を対象とした。

実施状況

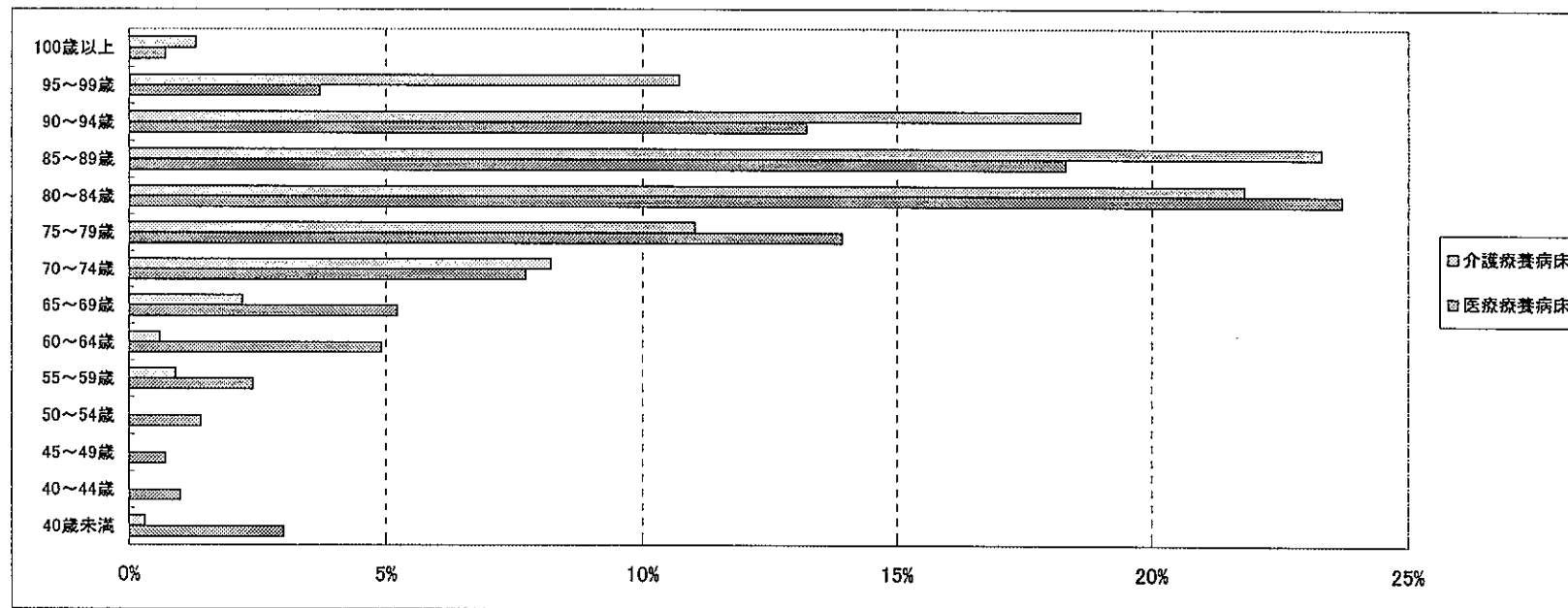
療養病床を有する34全医療機関から回答があり、対象となった892人分全員から回答を得た。（回収率100%）
892人の内訳としては、医療保険適用の療養病床は575人、介護保険適用の療養病床は317人であった。
なお、調査時点の入院患者数は医療療養病床1,686人、介護療養病床925人であった。

調査項目

医療処置の必要性、認知症の有無、意識障害の有無、世帯の状況、入院患者の延命治療の意向等について調査を行った。

1 年齢

入院患者全体の平均年齢は80.7歳であった。医療療養病床の入院患者の平均年齢は78.5歳、介護療養病床の入院患者の平均年齢は84.8歳であり、介護療養病床が6.3歳高くなっていた。

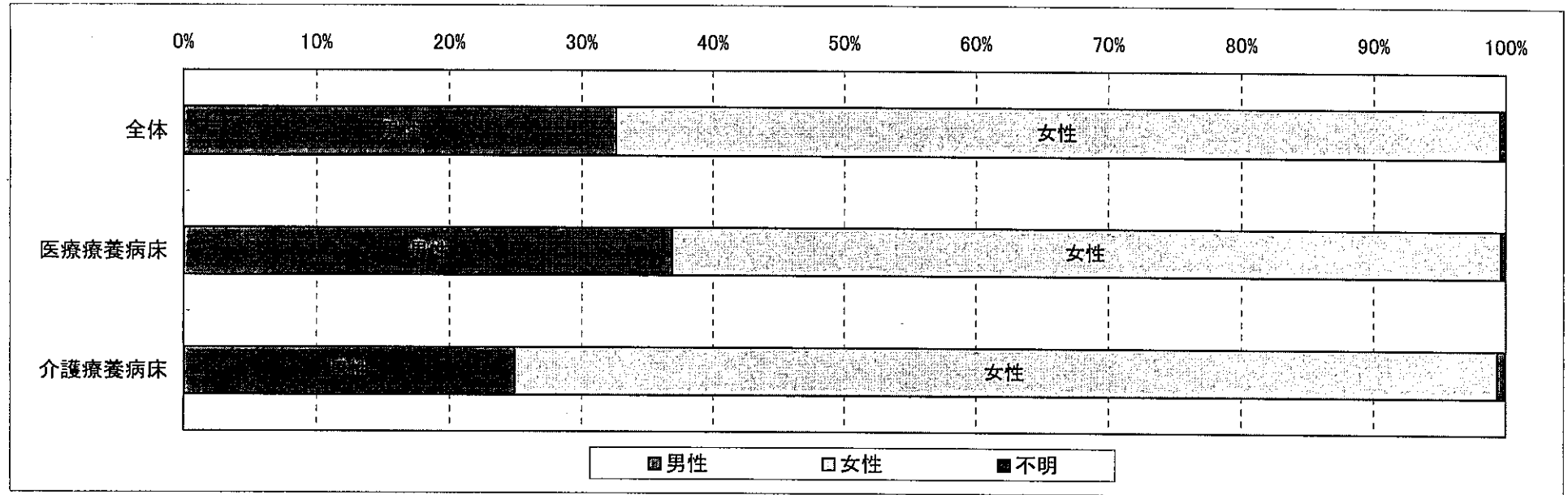


	合計	40歳未満	40~44歳	45~49歳	50~54歳	55~59歳	60~64歳	65~69歳	70~74歳	75~79歳	80~84歳	85~89歳	90~94歳	95~99歳	100歳以上	不明	平均年齢
全体	892人	18人	6人	4人	8人	17人	30人	37人	70人	115人	205人	179人	135人	55人	8人	5人	80.7歳
	100.0%	2.0%	0.7%	0.4%	0.9%	1.9%	3.4%	4.1%	7.8%	12.9%	23.0%	20.1%	15.1%	6.2%	0.9%	0.6%	
医療療養病床	575人	17人	6人	4人	8人	14人	28人	30人	44人	80人	136人	105人	76人	21人	4人	2人	78.5歳
	100.0%	3.0%	1.0%	0.7%	1.4%	2.4%	4.9%	5.2%	7.7%	13.9%	23.7%	18.3%	13.2%	3.7%	0.7%	0.3%	
介護療養病床	317人	1人	0人	0人	0人	3人	2人	7人	26人	35人	69人	74人	59人	34人	4人	3人	84.8歳
	100.0%	0.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	0.6%	2.2%	8.2%	11.0%	21.8%	23.3%	18.6%	10.7%	1.3%	0.9%	

※誕生日による1/3抽出調査

2 性別

全体では女性が66.9%、男性が32.6%であった。医療療養病床では女性が62.8%、男性が36.9%、介護療養病床では女性が74.4%、男性が24.9%であり、介護療養病床では女性割合が比較的高かった。



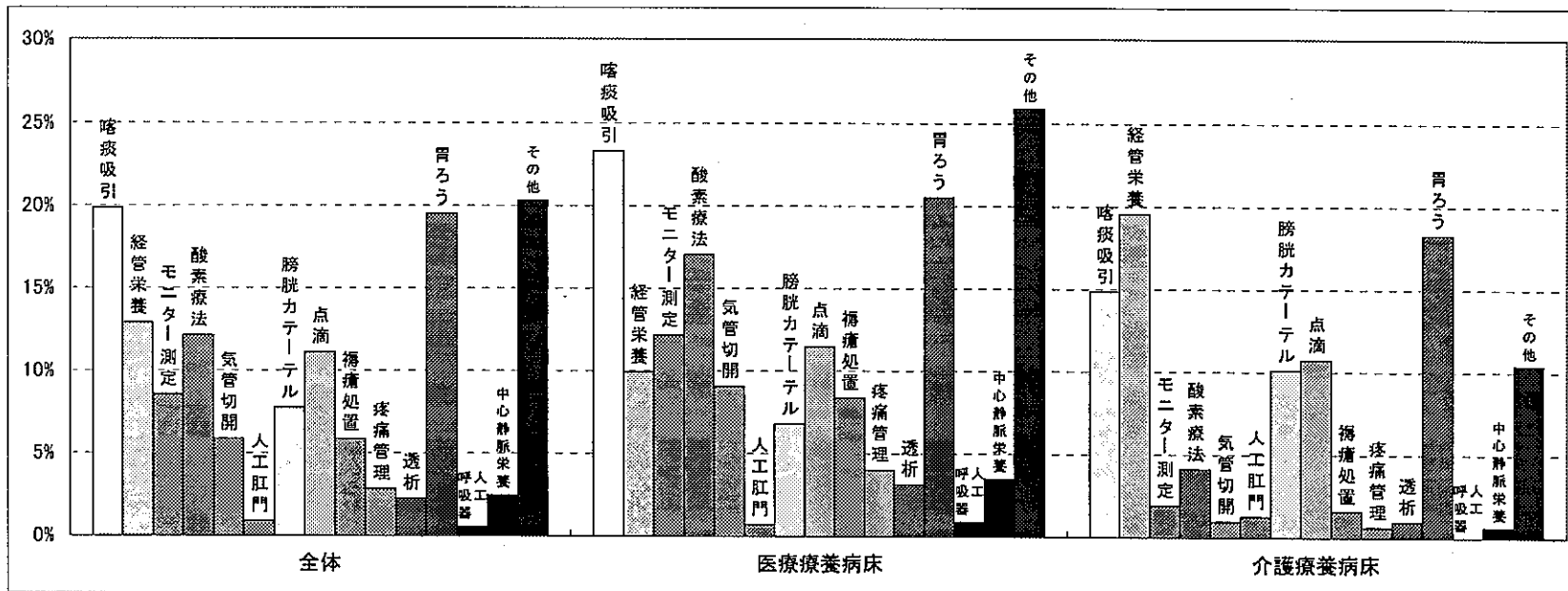
	合計	男性	女性	不明
全体	892人	291人	597人	4人
	100.0%	32.6%	66.9%	0.4%
医療療養病床	575人	212人	361人	2人
	100.0%	36.9%	62.8%	0.3%
介護療養病床	317人	79人	236人	2人
	100.0%	24.9%	74.4%	0.6%

※誕生日による1/3抽出調査

3 医療処置

【医療処置の有無】何らかの医療処置が行われているのは医療療養病床では79.1%であるのに対し、介護療養病床では53.9%であり、医療療養病床で多くなっている。

【医療処置の種類】全体では喀痰吸引(19.8%)・胃ろう(19.5%)、医療療養病床では喀痰吸引(23.3%)・胃ろう(20.5%)・酸素療法(17%)、介護療養病床では経管栄養(19.6%)・胃ろう(18.3%)・喀痰吸引(14.8%)・点滴(10.7%)・膀胱カテーテル(10.1%)であった。1人あたりの平均処置数は、全体では1.3、医療療養病床では1.6、介護療養病床では1.0であった。



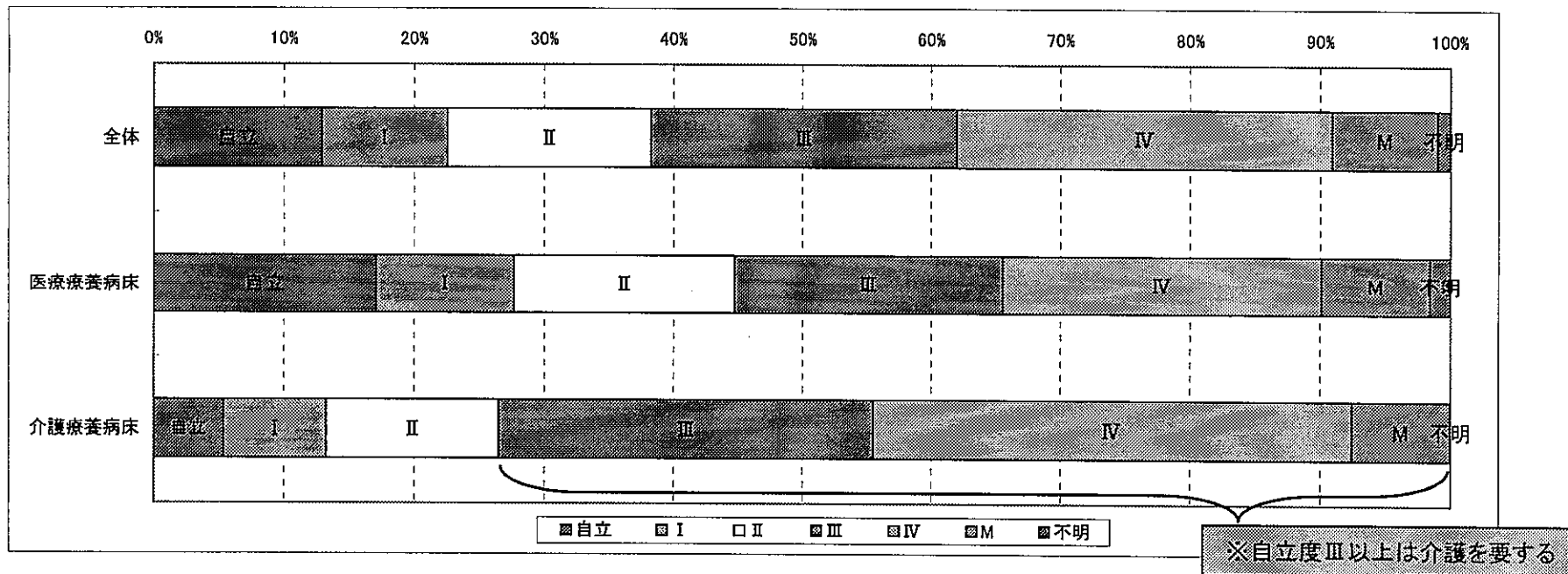
	合計	(複数回答)															※平均処置数	何らかの医療処置あり	医療処置なし
		喀痰吸引	経管栄養	モニター測定 (心拍、血圧、酸素飽和度)	酸素療法	気管切開	人工肛門	膀胱カテーテル	点滴	褥瘡処置(Ⅲ度以上)	疼痛管理	透析	胃ろう	人工呼吸器	中心静脈栄養	その他			
全体	892人	177人	115人	76人	108人	52人	8人	69人	99人	52人	25人	20人	174人	5人	22人	181人	1.3	626人	266人
	100.0%	19.8%	12.9%	8.5%	12.1%	5.8%	0.9%	7.7%	11.1%	5.8%	2.8%	2.2%	19.5%	0.6%	2.5%	20.3%		70.2%	29.8%
医療療養病床	575人	134人	57人	70人	98人	52人	4人	39人	66人	48人	23人	18人	118人	5人	20人	149人	1.6	455人	120人
	100.0%	23.3%	9.9%	12.2%	17.0%	9.0%	0.7%	6.8%	11.5%	8.3%	4.0%	3.1%	20.5%	0.9%	3.5%	25.9%		79.1%	20.9%
介護療養病床	317人	47人	62人	6人	13人	3人	4人	32人	34人	5人	2人	3人	58人	0人	2人	33人	1.0	171人	146人
	100.0%	14.8%	19.6%	1.9%	4.1%	0.9%	1.3%	10.1%	10.7%	1.6%	0.6%	0.9%	18.3%	0.0%	0.6%	10.4%		53.9%	46.1%

※その他の医療処置とは、主に、リハビリ、内服、頻回の血糖検査実施・コントロール、鬱症状に対する治療、難病・特定疾患、せん妄に対する治療、尿路感染症治療、パーキンソン病関連疾患 等であった。

※誕生日による1/3抽出調査

4 認知症の有無

介護を要するとされる日常生活自立度Ⅲ以上は全体では60.8%、医療療養病床では53.7%、介護療養病床では73.5%を占め、介護療養病床で多くなっている。

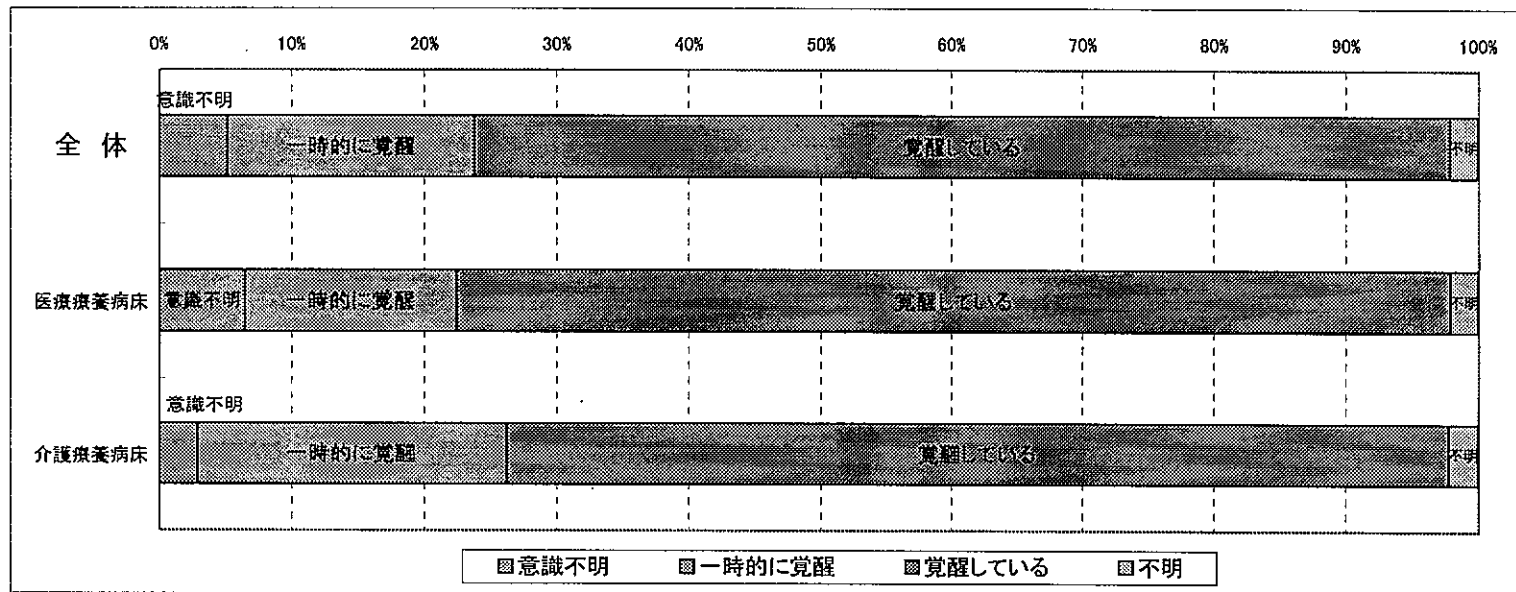


	合計	自立	I	II	小計 (II以下)	III	IV	M	小計 (III以上)	不明
全体	892人	115人	86人	140人	341人	212人	258人	72人	542人	9人
	199.0%	12.9%	9.6%	15.7%	38.2%	23.8%	28.9%	8.1%	60.8%	1.0%
医療療養病床	575人	98人	61人	98人	257人	120人	141人	48人	309人	9人
	198.4%	17.0%	10.6%	17.0%	44.7%	20.9%	24.5%	8.3%	53.7%	1.6%
介護療養病床	317人	17人	25人	42人	84人	92人	117人	24人	233人	0人
	200.0%	5.4%	7.9%	13.2%	26.5%	29.0%	36.9%	7.6%	73.5%	0.0%

※誕生月による1/3抽出調査

5 意識障害の有無

意識障害の有無をみてみると、「意識不明」又は「一時的に覚醒」の者は、全体では23.8%、医療療養病床では22.4%、介護療養病床では26.1%であった。

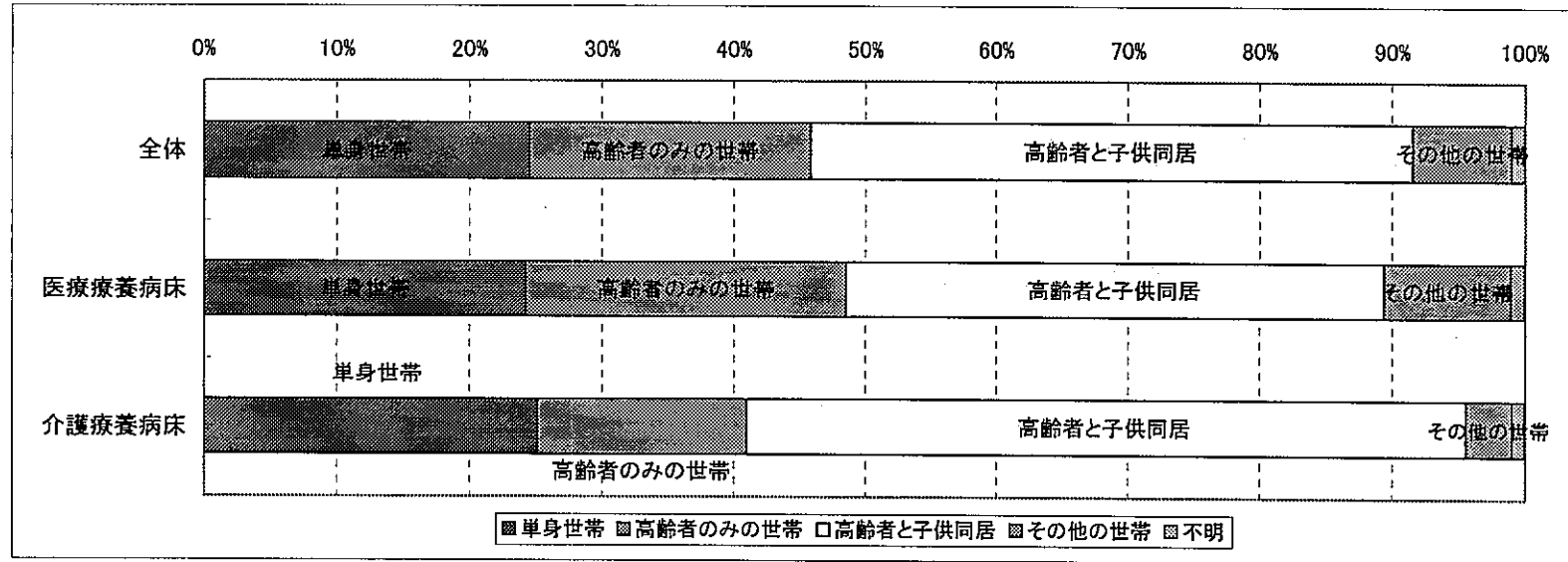


	合計	意識不明	一時的に覚醒	覚醒している	不明
全体	892人	46人	166人	661人	19人
	100.0%	5.2%	18.6%	74.1%	2.1%
医療療養病床	575人	37人	92人	434人	12人
	100.0%	6.4%	16.0%	75.5%	2.1%
介護療養病床	317人	9人	74人	227人	7人
	100.0%	2.8%	23.3%	71.6%	2.2%

※誕生日による1/3抽出調査

6 世帯の状況

単身世帯・高齢者のみの世帯を合わせると全体では45.7%、医療療養病床では48.5%、介護療養病床では40.7%であった。

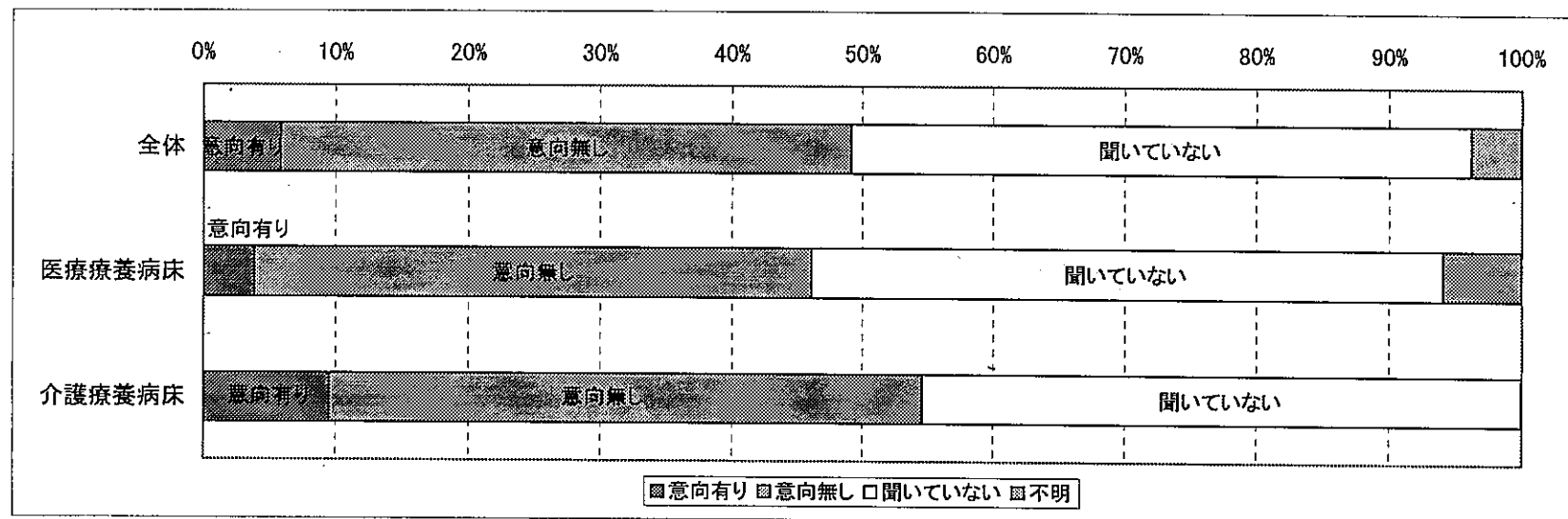


	合計	単身世帯	高齢者のみの世帯	高齢者と子供同居	その他の世帯	不明	無回答
全体	892人	218人	190人	407人	66人	9人	2人
	100.0%	24.4%	21.3%	45.6%	7.4%	1.0%	0.2%
医療療養病床	575人	139人	140人	235人	55人	6人	0人
	100.0%	24.2%	24.3%	40.9%	9.6%	1.0%	0.0%
介護療養病床	317人	79人	50人	172人	11人	3人	2人
	100.0%	24.9%	15.8%	54.3%	3.5%	0.9%	0.6%

※誕生月による1/3抽出調査

7 患者の延命治療の意向の有無

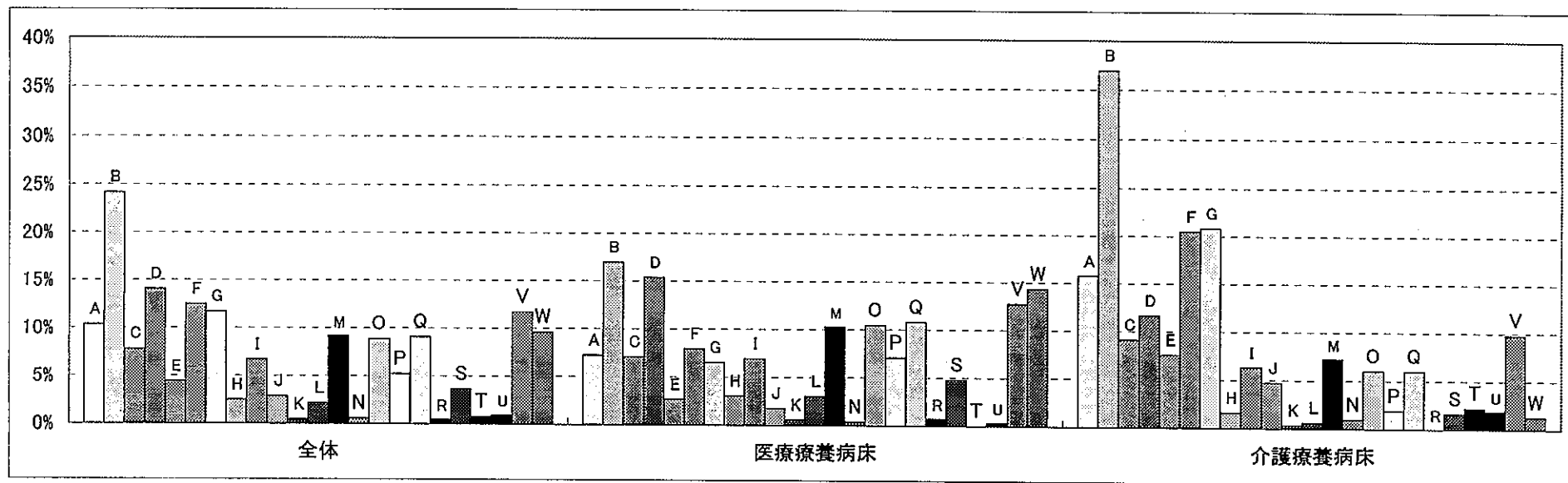
延命治療の意向をみると「意向有り」は5.8%（医療療養病床3.8%、介護療養病床9.5%）、
「意向無し」は43.3%（医療療養病床42.3%、介護療養病床45.1%）であり、「患者に聞いていない」は47.1%（医療療養病床48.0%、介護療養病床45.4%）であった。



	合計	意向有り	意向無し	聞いていない	不明
全体	892人	52人	386人	420人	34人
	100.0%	5.8%	43.3%	47.1%	3.8%
医療療養病床	575人	22人	243人	276人	34人
	100.0%	3.8%	42.3%	48.0%	5.9%
介護療養病床	317人	30人	143人	144人	0人
	100.0%	9.5%	45.1%	45.4%	0.0%

※誕生日による1/3抽出調査

8 退院するために何がなか（自由記載を事項により整理）



合計	介護に関する事項								医療に関する事項										その他					
	家族の理解	介護力不足の解消	在宅支援	介護施設への受け入れ	自宅の改修、福祉用具の購入等	訪問介護	24時間見守り・全介助	リハビリ	訪問看護	訪問診療（往診など）	各種測定	医療処置（褥瘡、皮膚の潰瘍、うつ等）	医療処置（呼吸吸引、経管栄養）	医療処置（透析）	医療処置（その他、医療処置）	ADLの向上	病状の安定、改善	高などのターミナルケア	退院予定	急変時の受け入れ先の確保	介護支給限度額が少ないなどの問題の解決	退院不可・介護困難のみ回答	未回答	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	
全体	882人	91人	213人	69人	124人	39人	110人	103人	22人	59人	25人	4人	19人	81人	5人	78人	46人	80人	4人	32人	7人	8人	103人	85人
	100.0%	10.3%	24.1%	7.8%	14.1%	4.4%	12.5%	11.7%	2.5%	6.7%	2.8%	0.5%	2.2%	9.2%	0.6%	8.8%	5.2%	9.1%	0.5%	3.6%	0.8%	0.9%	11.7%	9.6%
医療療養病床	565人	41人	96人	40人	87人	15人	45人	37人	17人	39人	10人	3人	17人	58人	2人	59人	40人	61人	4人	27人	0人	2人	72人	81人
	100.0%	7.3%	17.0%	7.1%	15.4%	2.7%	8.0%	6.5%	3.0%	6.9%	1.8%	0.5%	3.0%	10.3%	0.4%	10.4%	7.1%	10.8%	0.7%	4.8%	0.0%	0.4%	12.7%	14.3%
介護療養病床	317人	50人	117人	29人	37人	24人	65人	66人	5人	20人	15人	1人	2人	23人	3人	19人	6人	19人	0人	5人	7人	6人	31人	4人
	100.0%	15.8%	36.9%	9.1%	11.7%	7.6%	20.5%	20.8%	1.6%	6.3%	4.7%	0.3%	0.6%	7.3%	0.9%	6.0%	1.9%	6.0%	0.0%	1.6%	2.2%	1.9%	9.8%	1.3%

※誕生日による1/3抽出調査