

表紙写真:(公財)高知県観光コンベンション協会提供

第6期保健医療計画 幡多地域アクションプラン

(平成25年度～平成29年度)



平成25年12月策定 高知県幡多福祉保健所

目 次

1. 策定の趣旨	.....	1 ページ
2. 地域の状況	.....	1 ページ
3. 医療の現状	.....	1 ページ
4. 地域の課題	.....	1 ページ
5. 計画の進行管理	.....	1 ページ
6. 脳卒中対策	.....	2 ページ
7. 認知症対策	.....	3 ページ
8. 在宅医療	.....	4 ページ
9. 参考データ	.....	5. 6. 7 ページ
10. 用語集・数値目標説明	.....	8 ページ
11. 策定経過等	.....	9 ページ

1. 策定の趣旨

(1) 趣旨

高知県では、平成25年3月に「第6期保健医療計画」を策定し、県民が地域で安心して暮らすことができる医療提供体制を維持、充実させるために、医療従事者の確保や在宅医療の推進に向けた多職種間の連携強化など、保健と医療、福祉のそれぞれの分野での取組を強化するとともに、切れ目のない医療提供を目指すため、今後の対策と具体的な施策を明確に示しています。

幡多圏地域地域アクションプランは、県の保健医療計画に基づき、管内の特性や実情を踏まえ、地域の保健・医療・介護資源を明らかにし、医療課題に応じた対策と実行に向けて、関係機関や団体の役割分担と連携に基づく、医療連携体制を構築するために策定したものです。

(2) 計画の期間

平成25年4月1日から平成30年3月31日までの5か年

2. 地域の状況

(1) 地勢

幡多福祉保健所は県西部に位置し、所管する市町村は、3市2町1村からなり、面積は県全体の22%を占めています。

(2) 人口

6市町村の合計は94,402人で、県全体の12.3%を占め、高齢者(65歳以上)の人口割合は32.7%となっています。

市町村名	面積(km ²)	人口(人)	高齢者数(人)	高齢者率(%)
宿毛市	286.15	22,610	6,661	29.5
土佐清水市	266.56	16,029	6,284	39.2
四万十市	632.42	35,933	10,686	29.8
大月町	103.02	5,783	2,273	39.3
三原村	85.35	1,681	693	41.2
黒潮町	188.47	12,366	4,353	35.2
幡多合計	1,561.97	94,402	30,950	32.7
高知県	7,105.16	764,456	218,148	28.5
全国	377,950.1	128,057,352	29,245,685	22.8

出典：平成22年国勢調査(総務省統計局)

3. 医療の現状

幡多福祉保健所管内の病院数は19施設、診療所数は65施設、歯科診療所は51施設となっています。

人口10万人あたりでは、管内の病院数は20.1と全国の数値6.7を3倍上回っていますが、医師数では管内183.3人に対して全国219.0人となっており、全国平均を下回っています。

市町村名	病院	診療所	歯科診療所	薬局※	病床	医師	看護師
宿毛市	5	18	14	15	769	77	459
土佐清水市	4	5	7	5	282	16	85
四万十市	9	29	21	18	907	65	391
大月町	1	3	2	2	25	7	14
三原村	—	2	1	—	—	1	2
黒潮町	—	8	6	1	—	7	22
幡多合計	19 (20.1)	65 (68.9)	51 (54.0)	41 (43.4)	1,983 (2,100.6)	173 (183.3)	973 (1,030.7)
高知県	133 (17.4)	574 (75.1)	366 (47.9)	391 (51.1)	18,621 (2,435.8)	2,095 (274.1)	9,196 (1,202.9)
全国	8,565 (6.7)	100,152 (78.2)	68,474 (53.5)	55,797 (43.6)	1,703,950 (1,330.6)	280,431 (219.0)	1,015,744 (793.2)

出典：平成24年医療施設(動態)調査・病院報告(厚生労働省)
平成24年度衛生行政報告例(厚生労働省)
平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

4. 地域の課題

幡多地域の救急医療や急性期医療の分野においては、幡多けんみん病院が中核病院及び脳卒中センターとして、地域完結型医療を提供しています。幡多管内の脳卒中死亡率は第3位と高く、介護が必要となる原因の1位ともなっています。発症予防に努めるとともに、急性期から維持期までの関係機関との連携した取組が必要です。また、高齢化と共に、認知症の方が増加しており重症化もみられ、早期診断や初期対応、専門医療機関とかけつけ医との連携体制の強化が求められています。併せて、平成23年の県民世論調査で、在宅療養を望む声も、県平均より多くなっており、限られた資源の中で管内をカバーできるしくみを作っていくことが必要です。

このような理由から、下記の3点について重点的に取組を行います。

脳卒中

精神疾患(認知症)

在宅医療

5. 計画の進行管理

年度ごとの事業計画を立て、日本一の健康長寿県構想幡多地域推進会議において、計画(Plan)－実施(Do)－評価(Check)－改善(Action)のPDCAサイクルで進行管理を行います。また、国の動向や他の計画等の見直しに合わせ、適宜内容の見直しを行います。

6. 脳卒中对策

☆生活習慣病予防対策の推進を図るとともに発症後の急性期から維持期までの患者情報を共有し、病期に応じた医療や介護が受けられる体制づくりを目指します。

項目	現 状	課 題
発症の予防	<ul style="list-style-type: none"> 特定健診は、40代・50代の受診率が低い。 服薬治療中にもかかわらず収縮期血圧が160mmHg以上の人が、特定健診受診者のうち40～59歳で8.5%、60～74歳で7.9%存在している。 禁煙希望者のうち禁煙外来を受診する人が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> 多くの人が受診できる仕組みづくりと、健診受診の周知啓発が必要である。 高血圧治療ガイドラインに沿った治療や服薬指導、保健指導等の一貫した指導体制の構築が必要である。 禁煙希望者と禁煙治療をつなぐ仕組みづくりが必要である。
病院前救護	<ul style="list-style-type: none"> 発症から医療機関受診までに要した時間は、福祉保健所・保健所別では、幡多が最も多く、県平均と比べ18.1分多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 我慢して受診が遅れていることも考えられるため、脳卒中の知識の普及が必要である。 発症から受診までに要する時間の短縮が必要である。
急性期・回復期維持期	<ul style="list-style-type: none"> T-PA製剤による脳血栓溶解療法が常時実施可能な医療機関は、1医療機関で、脳外科手術が常時実施可能な医療機関は、2医療機関となっている。 	<ul style="list-style-type: none"> 発症時に直ちに急性期病院を受診できる必要がある。 再発防止のために家族の協力による体調管理が必要である。
医療連携体制	<ul style="list-style-type: none"> 「しまんとネット」を活用した脳卒中地域連携パスの運用は44施設となっている。 後遺症で手足が不自由な人が多く、歯みがき不足等のため、虫歯や歯周病が発症することが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 「しまんとネット」を活用した脳卒中地域連携パスを医療機関の他、介護事業所等に拡大する必要がある。 ケアマネジャー及び施設の連携、ネットワークの確立が必要である。 自宅や施設で口腔ケアに取り組める体制を構築する必要がある。

	対 策					実施主体	数値目標
	H 2 5	H 2 6	H 2 7	H 2 8	H 2 9		
発症予防 (高血圧対策、 禁煙・分煙対策、 予防啓発)	受診勧奨：先進地活動のノウハウの取りこみ・既存団体の再編による活動拡大と推進員間の交流の促進					市町村、健康づくり婦人会、 健康づくり推進員 県、市町村、医療機関 県、市町村、医療機関 県、市町村、医療機関 県、禁煙サポーター	(特定健診受診率) 33.5%→60% (収縮期血圧) 130mmHg以上の割合 男性49.8%→39% 女性44.8%→34% (禁煙外来受診者数) 229名→458名 (認定店)21店→100店 (応援施設)0件→1,000件 (公共施設での分煙) 学校:95%→100% (喫煙率) 男性:24.7%→15% 女性:4.7%→3%
	さまざまな機会を活用した生活習慣病予防・改善の普及啓発						
	禁煙支援・治療の指導者養成						
	医療機関との連携：家庭血圧の普及啓発・健診での指導の強化と服薬による降圧治療の強化、禁煙治療の推進、とき禁煙サポーター養成						
	空気もおいしい認定事業認定店・ノンスモーカー応援施設の拡充						
病院前救護	脳卒中発症時の受診行動に関する普及啓発、救急隊員の病院前救護研修の支援					県、市町村、消防 医療機関、介護施設等	時間制限のため、T-PA製剤が使用できなかった割合 65.4%→50% 発症から医療機関受診までに要した時間 177.7分→157分 「しまんとネット」接続施設数 44件→60件
急性期・回復期維持期	脳卒中地域連携パス「しまんとネット」の接続・運用拡大、入院・入退所連絡票の普及						
多職種連携による在宅療養	口腔ケアの取組み(施設内実技研修、居宅療養管理の取組み)					県、介護施設等、歯科医師会、訪問看護ステーション、介護事業所 県、栄養士、介護施設等	口腔ケア取組施設 19.2%→100%
	栄養士ネットワークと連携した嚥下食の推進						

7. 認知症対策

☆身近な地域で認知症の早期診断と日常診療が継続できるよう医療と介護の連携体制を構築して、認知症の人と家族が安心して生活できる地域づくりを目指します。

項目	現 状	課 題
予防・アクセス	<ul style="list-style-type: none"> •おかしいと思ってから医療につながるまでに時間がかかる。 •認知症に対する偏見がある。 •地域住民に対して、認知症の発症予防や悪化予防に関する情報の発信が少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> •研修会を開催しても参加が少なく、認知症に関する正しい理解が必要である。 •予防の情報発信について、行政・介護・医療・保健・福祉の関係者の連携が必要である。
医療提供体制	<ul style="list-style-type: none"> •地域の各医療機関で治療が行われているが、特にBPSDがあって介護が困難な人の治療が、精神科医療と結びついていない。 •認知症患者は身体症状が重症化している人が多く、ADLの回復が充分でない場合、長期入院になってしまう。 	<ul style="list-style-type: none"> •今まで以上に、かかりつけ医と精神科医療機関との連携を図る必要がある。 •医療スタッフ(医師も含めた)の認知症に対する知識の平準化が必要である。 •各医療機関の連携体制構築のため、地域連携パスの導入が必要である。 •身体合併症をもった認知症患者を専門医療につなぐ仕組みづくりが必要である。
地域での見守り・介護家族の支援	<ul style="list-style-type: none"> •介護家族の介護負担や精神的負担・不安が大きい。 •介護家族の悩み相談や負担軽減のための交流の場づくりへの参加者が、一部にとどまっている。 	<ul style="list-style-type: none"> •介護家族の認知症に対する理解が不十分であり、相談窓口や交流の場に繋げていくことが必要である。 •介護家族への支援を継続的に行うため、関係者が定期的に話し合う場が必要である。

	対 策					実施主体	数値目標
	H25	H26	H27	H28	H29		
(予防・アクセス)知識の普及と医療・介護に繋げる人材育成	キャラバン・メイト養成研修・フォローアップ研修の開催					県、市町村・地域包括支援センター、幡多家族の会	(キャラバン・メイト) 133人→200人
	認知症サポーター養成講座・認知症啓発研修の開催						(認知症サポーター) 1,892人→5,000人
(医療提供体制)認知症疾患医療の充実	地域型認知症疾患医療センターの充実 (専門医療相談・鑑別診断と初期対応・介護分野との連携・関係者等への研修会)					県、市町村・地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、オレンジドクター、訪問看護ステーション、介護事業所	相談件数 40人/月
	こうちオレンジドクター登録制度の普及と連携の強化						かかりつけ医からの紹介件数 20件/月
医療と介護の連携のしくみづくり	(H25年度～H26年度試行)認知症地域連携クリティカルパスの活用						こうちオレンジドクター登録数 23人→50人
(地域での見守り・介護家族の支援)介護家族の負担軽減の支援	幡多家族の会の活動支援					県、市町村・地域包括支援センター、認知症疾患医療センター、認知症幡多家族の会、各市町村家族の会	家族会の活動機会を増やし、取組を強化する
	管内市町村での家族会交流会の支援						
地域での支え合いや見守り活動の活性化	地域の見守りネットワークの構築					県、市町村、社会福祉協議会、民生・児童委員協議会	市町村、社会福祉協議会の地域福祉(活動)計画の目標

8. 在宅医療

☆患者や家族が在宅生活を希望する場合に、在宅での療養を選択できるしくみをつくります。

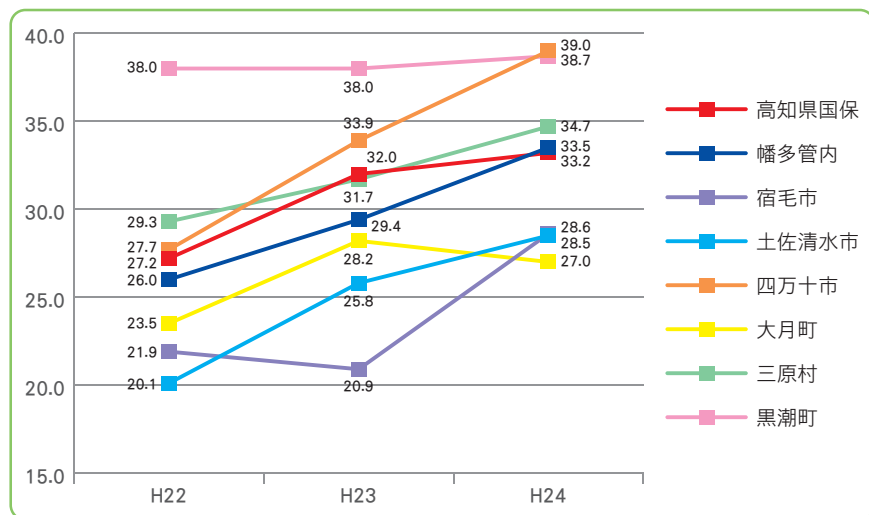
項目	現 状	課 題
退 院 支 援	<ul style="list-style-type: none"> 入退院・入退所連絡票の活用が十分でない。特に、在宅での患者の生活を支援するための連絡票を、病院職員が見ていない。(アンケート調査で、半数が知らなかったと回答) 居宅介護支援事業所の中には、医療機関との情報共有やカンファレンスの機会に恵まれないケースがある。 	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関内で、患者の在宅生活に向けての目標を共有するための情報共有のツールの活用が必要である。 退院時の多職種カンファレンスに時間がかかり、継続が難しく、効率的に進める等の工夫や医療と介護等の現場を密接に繋ぐ関係づくりの場が必要である。 在宅医療について、住民や関係職種、医療機関の理解・認識を深める必要がある。
日 常 の 療 養 支 援	<ul style="list-style-type: none"> 郡部では、アクセスが悪いのでヘルパーも多くは訪問できない。介護保険以外の資源の洗い出しが必要である。 医師の高齢化、スタッフ不足により、訪問診療や訪問看護ができる医療機関が限られている。 	<ul style="list-style-type: none"> フォーマルな資源の不足を補うための地域の支え合い、サロン、ボランティア活動等拠り所となる場所の整備と機能の強化が求められている。 医療・看護・介護等が連携し、夜間も対応できる体制づくりが必要(グループ化)である。資源の少ない地域では、市町村間でカバーできるしくみを作り、地域格差をなくすことが必要である。
急変時の対応・看とり	<ul style="list-style-type: none"> 診療所から往診している在宅療養患者の介護者から、夜間や土日は医師が不在のため、容態が急変した時のことを考えると不安になると言われる。 在宅療養が可能かどうかは、患者を看護するキーパーソンの覚悟次第である。 	<ul style="list-style-type: none"> 診療所では、患者が急変した場合に入院させることができない。バックアップしてくれる病院があれば在宅療養は可能となるため、普段から病院と診療所の顔の見える関係(情報共有)が必要である。 本人・家族の在宅療養への意識を高めるためには、キーパーソン(家族)の参加したカンファレンスが求められている。(多職種によるチーム支援)

	対 策					実施主体	数値目標
	H 2 5	H 2 6	H 2 7	H 2 8	H 2 9		
在宅での療養を選択できるしくみづくり(退院支援、日常の療養支援、急変時の対応含む)		土佐清水市在宅医療連携体制整備事業	24時間の在宅医療の体制づくり、退院支援の強化、地域包括ケアシステムの構築			<ul style="list-style-type: none"> 土佐清水市、土佐清水市在宅医療多職種連携協議会、渭南病院、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問看護連絡協議会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、県 宿毛市医療機関・居宅介護支援事業所等連携協議会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、訪問看護連絡協議会、宿毛市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、県 医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、介護支援専門員連絡協議会、四万十市、黒潮町、県 	<ul style="list-style-type: none"> 医療圏域(3ブロック)ごとのしくみができる フローチャートの作成・活用 24時間対応できる訪問介護事業所の体制を強化する
多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成		地域リーダー研修会	多職種協働による患者・家族のサポート、地域包括ケアの推進			<ul style="list-style-type: none"> 県医師会、訪問看護連絡協議会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、県 	<ul style="list-style-type: none"> 24時間訪問看護ステーションの体制強化・効率化のしくみができる 訪問診療を受けている患者数 564人→増やす
在宅医療に対する啓発			出前講座、フォーラム、広報資料等によるPR			<ul style="list-style-type: none"> 市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護連絡協議会、訪問看護ステーション、訪問介護事業所、介護支援専門員連絡協議会、地域包括支援センター、県 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を実施している医療機関 27ヶ所→対応力を強化する

9. 参考データ

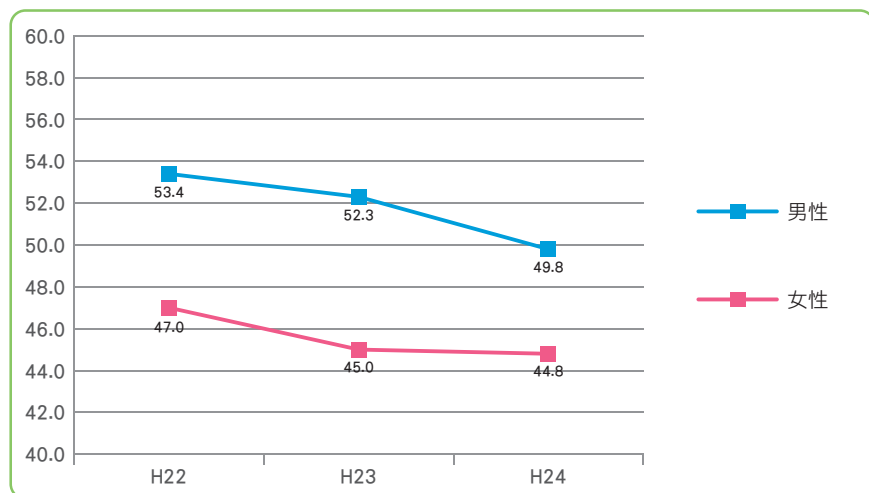
(1) 脳卒中に関するデータ

① 特定健診受診率の推移

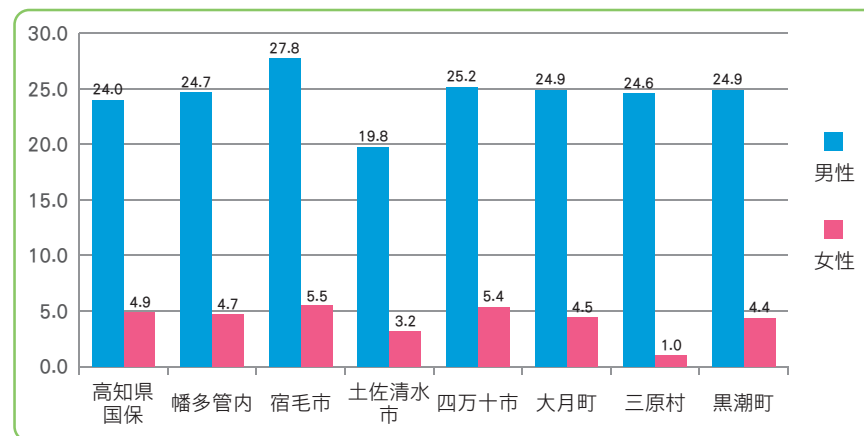


平成24年度の特定健診受診率は、県(33.2%)と幡多管内(33.5%)が、ほぼ同じ。宿毛市(28.6%)、土佐清水市(28.5%)、大月町(27.0%)が県平均以下。

② 幡多管内特定健診受診者のうち、収縮期血圧が130mmHg以上の人の割合の推移



③ 平成24年度 特定健診受診者の喫煙率



平成24年度の特定健診受診者の喫煙率が県平均より高い市町村は、男性は宿毛市、四万十市、大月町、黒潮町、三原村で、女性は宿毛市、四万十市。

④ 脳卒中発症から医療機関受診までに要した時間(分)

高知県	高知市	安芸	中央東	中央西	須崎	幡多
159.6	148.0	171.1	171.3	146.7	175.6	177.7

(出典：平成23年11月～平成24年9月高知県脳卒中調査)
※幡多圏域が一番時間を要しているが、我慢して受診が遅れていることも考えられる。

⑤ T-PA製剤の適応があったが時間制限のため使用できなかった件数とその割合

	高知県	高知市	安芸	中央東	中央西	須崎	幡多
件数	85	35	6	8	10	9	17
割合	61.6	61.4	60.0	61.5	58.8	60.0	65.4

(出典：平成23年11月～平成24年9月高知県脳卒中患者調査)

9. 参考データ

(2) 認知症に関するデータ

① 高齢者の一人暮らしや高齢者世帯の割合が幡多は県の平均より多い

市町村別世帯数と世帯人員(各項目共通データ)

(出典:平成22年国勢調査)

	総世帯数	一般世帯			施設等の世帯		65歳以上世帯員がいる世帯					
		世帯数	世帯人員	一世帯 当たり人員	世帯数	世帯人員	一般世帯		高齢夫婦		高齢単身世帯	
							世帯	割合	世帯	割合	世帯	割合
県計	321,909	321,004	737,568	2.3	905	26,888	142,421	44.37%	38,704	12.06%	44,773	13.95%
幡多合計	39,673	39,530	90,990	2.3	143	3,412	20,213	51.13%	5,743	14.53%	6,337	16.03%
宿毛市	9,213	9,171	21,700	2.4	42	910	4,294	46.02%	1,204	13.13%	1,291	14.00%
土佐清水市	7,216	7,201	15,583	2.2	15	446	4,223	58.64%	1,250	17.36%	1,503	20.87%
四万十市	14,874	14,814	34,405	2.3	60	1,528	6,777	45.75%	1,836	12.39%	2,008	13.55%
大月町	2,573	2,569	5,706	2.2	4	77	1,574	61.27%	449	17.48%	548	21.33%
三原村	745	743	1,624	2.2	2	57	446	60.03%	148	19.92%	144	19.38%
黒潮町	5,052	5,032	11,972	2.4	20	394	2,899	57.61%	856	17.01%	843	16.75%

② 認知症高齢者の推計人数

◆平成22年度認知症高齢者自立度Ⅱ以上※の推計(要介護認定申請している人数)

	Ⅱ以上割合(%)	要介護認定者(人)	認知症推計(人)
宿毛市	56.2	1,071	602
土佐清水市	62.6	1,097	687
四万十市	56.2	1,864	1,048
大月町	56.4	453	255
三原村	56.4	106	60
黒潮町	70.4	878	618
幡多管内	59.8	5,469	3,270
高知県	58	40,535	23,492
全 国	52		

※「日常生活自立度Ⅱ以上」とは、日常生活に支障をきたすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立できる状態。

③ 認知症対応型共同生活介護施設(グループホーム)は幡多管内、県全体とも増加している

	平成18年10月	平成23年10月
幡多管内	17	26
県全体	111	140

④ 認知症高齢者を支援する医師(平成25年10月現在)

	こうちオレンジ ドクター	サポート医	
		サポート医	かかりつけ医 研修受講者
幡多管内	23	3	20
県全体	202	20	182

⑤ 認知症キャラバン・メイト、認知症サポーター養成人数 (平成25年3月31日現在:人)

	宿毛市	土佐清水市	四万十市	大月町	三原村	黒潮町	合計
キャラバン・メイト数	22	17	52	10	4	28	133
認知症サポーター数	37	230	925	367	37	296	1,892

9. 参考データ

(3) 在宅医療に関するデータ

① 訪問診療受診患者数 (医療機関所在地別)

(出典:平成24年高知県在宅医療実態調査)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計(割合)
自宅	180	168	528	162	81	254	1,373 (46%)
施設等	177	259	410	298	172	310	1,626 (54%)
計	357	427	938	460	253	564	2,999 (100%)

② 24時間対応可能加算届出訪問看護ステーション数

(出典:平成24年高知県訪問看護ステーション連絡協議会調査、平成24年11月高知県介護保険サービス提供者事業者一覧)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問看護ステーション	3	5	22	4	2	8	44
24時間対応訪問看護ステーション	0	3	17	4	2	6	32

③ 訪問診療実施医療機関数

(出典:平成24年高知県在宅医療実態調査)

保健医療圏	病院	診療所	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
訪問診療	44	107	18	22	48	24	12	27	151

- ・訪問診療実施医療機関数は、幡多地域は全体の17.9%で高知市(31.8%)に次いで多い。

④ ショートステイ整備状況(平成25年5月現在、幡多圏域):101床(県計:645床)

⑤ 緊急ショートステイ利用状況(幡多圏域)

- ・平成24年度:2床(千寿園、四万十の郷)、延べ33日(県:12床、延べ148日)
- ・平成22年8月~25年3月:利用状況は62人(320日)。介護者の急病・事故等により利用するケースが過半数を占めている。

⑥ 平成23年度県民世論調査結果

- ・県民の意識が療養が必要になっても居宅において生活していきたいというニーズが、県平均より高い(県24.4%、幡多31.9%)。
- ・安心して暮らしていくために、家族や親類以外に周りで頼りに思う人は、近隣住民(友人、親友を含む)の69.5%となっている。
- ・在宅療養を選択する条件(2項目選択)として、経済的負担が少ない36.7%、家族の介護負担が少ない32.4%、病状悪化時入院できる26.7%、病状悪化時、医師や看護師が往診してくれる26.7%となっている。



10. 用語集・数値目標説明

用語集

(脳卒中)

- ・**特定健診**とは、40歳以上75歳未満の医療保険の被保険者および被扶養者を対象として、メタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいた、生活習慣病予防のための健康診査。
- ・**空気もおいしい認定事業**とは、受動喫煙防止の周知と環境整備を進めることを目的に、受動喫煙防止対策を実施している飲食店を認定し公表する事業。
- ・**ノンスモーカー応援施設事業**とは、受動喫煙防止に取り組む施設又は店舗(飲食店、学校、公共施設を除く)を、「ノンスモーカー応援施設」として登録し、最も身近である地域や職場において、禁煙・受動喫煙防止への関心を高める事業。
- ・**T-PA製剤**とは、脳梗塞の発症3時間以内の使用で、後遺症の程度を大幅に軽減することが可能な血栓溶解薬の名称。
- ・**しまんとネット**とは、幡多けんみん病院が、幡多圏域で地域完結型医療の提供を目的に運用を開始したネットワークシステムで、地域連携施設と地域連携パスの情報のやりとりやカルテの公開ができる。

(認知症)

- ・**認知症サポーター**とは、認知症の人とその家族が地域で安心して暮らしていくために、認知症に対する偏見や誤解を無くし、地域の中で見守り支援をしていく「応援者」。
- ・**キャラバンメイト**とは、全国キャラバン・メイト連絡協議会の支援を受けて、県や市町村が実施する養成研修(研修時間:6時間)を受講し、認知症サポーター養成講座の講師となる人。
- ・**地域型認知症疾患医療センター**とは、保健医療、介護機関等と連携しながら認知症に対する専門医療相談や初期診断、鑑別診断を実施するとともに地域保健医療、介護関係者への研修等を行うことにより、地域の認知症疾患に関する保健医療の向上を図る目的で指定された病院。
- ・**こうちオレンジドクター登録制度**とは、「認知症対応力向上研修」を修了した医師等を「こうちオレンジドクター」として登録し、認知症について相談しやすい体制をつくるもの。
- ・**認知症地域連携クリティカルパス**とは、医療と介護の関係機関が連携し切れ目なく支援を行うために連携パスを作成し、認知症のご本人及び家族への関係者の連携支援体制を広げていくためのバインダー式手帳。
- ・**ADL**とは、日常生活動作の事で、食事や排泄、移動や入浴等の基本的な動作で、高齢者や障害者の身体能力や障害の程度をはかる重要な指標。
- ・**BPSD**とは、認知症の記憶障害・見当識障害・理解の低下等の「中核症状」から二次的に起こる徘徊、妄想、不潔行為等の症状。

(在宅医療)

- ・**地域包括ケアシステム**とは、医療・看護、介護・リハビリ、保健・予防、生活支援、住まいの5つの要素が互いに関係、連携しながら在宅の生活を支えるシステム。
- ・**地域ケア会議**とは、個別ケースの支援検討を通して、多職種連携、地域のニーズや社会資源を把握、地域課題への取組みを推進し、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法。
- ・**在宅医療連携体制整備事業**とは、在宅医療を地域全体で支えていく仕組みづくりや、医療と介護の連携を強化する事業。(協働の場の開催、24時間対応の構築 等)

- ・**訪問看護ステーション**とは、自宅で療養する高齢者等に訪問看護サービスを提供する機関。高齢者の在宅ケアを支えるために、1992年老人保健法を改正して、制度化された看護師や保健師の開業制度。
- ・**訪問介護事業所**とは、身体上又は精神上的の障害のため、日常生活を営むのに支障がある方に対して、介護福祉士やホームヘルパーが入浴や排せつ、食事などのサービスを提供(介護保険を利用されている方が対象)する事業所。
- ・**医療・介護・福祉ネットワークづくり事業**とは、認知症高齢者の医療、介護に関わる専門職による現状、課題について協議や研修会を実施する事業。
- ・**在宅チームを担う人材育成事業**とは、医療福祉従事者が、お互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築する研修事業。

数値目標説明

(脳卒中)

- ・**特定健診受診率**は、管内の国保加入者のうち、平成24年度に特定健診を受診した者の割合。
- ・**収縮期血圧130mmHg以上の割合**は、平成24年度の特定健診受診者のうち、収縮期血圧が130mmHg以上であった者の割合。
- ・**禁煙外来受診者数**は、平成23年度に管内の医療機関の禁煙外来を受診した者の数。
- ・**空気もおいしい認定事業認定店**(平成25年9月末現在)
- ・**ノンスモーカー応援施設**(平成25年9月から実施)
- ・**分煙を実施している学校の割合**は、管内の小・中・高等学校等(特殊学校を含む)のうち分煙又は禁煙を実施している学校の割合(平成23年12月調査)
- ・**喫煙率**は、平成24年度の特定健診受診者のうち現在喫煙している者の割合。
- ・**時間制限のため、T-PA製剤が使用できなかった割合**(出典:平成23年11月～平成24年9月高知県脳卒中患者調査)
- ・**発症から医療機関受診までに要した時間**(出典:平成23年11月～平成24年9月高知県脳卒中患者調査)
- ・**口腔ケア取組施設**は、「介護保険三施設」26施設のうち、「口腔機能維持管理体制加算」を算定している施設数(5施設)(高知県介護サービス情報公共システムの割合)

(認知症)

- ・**キャラバン・メイト**(平成25年3月31日現在)
- ・**認知症サポーター**(平成25年3月31日現在)
- ・**相談件数**は平成25年10月に指定した高知県認知症疾患医療センター 渡川病院に設置する専門医療相談窓口で、ご本人、家族等からの認知症に関する様々な相談に応じた件数。
- ・**かかりつけ医からの紹介件数**は、認知症疾患医療センターが事業内容のうち「鑑別診断とそれに基づく初期対応」を行うために、かかりつけ医からの紹介のあった件数。
- ・**こうちオレンジドクター登録数**(平成25年10月現在)

(在宅医療)

- ・**訪問診療受診患者**は、1ヶ月間で訪問診療を受けている実患者数(出典:平成24年高知県在宅医療実態調査)
- ・**訪問診療実施医療機関**(出典:平成24年高知県在宅医療実態調査)

11. 策定経過等

(1) 策定委員

区分	所属	役職(職種)	氏名
保健・医療 関係者	医療法人慈恵会 中村病院	院長(医師)	陣内 陽介
	医療法人一条会 渡川病院	院長(医師)	吉本 啓一郎
	幡多けんみん病院	脳神経外科部長 (医師)	西村 裕之
	黒潮町国保 拳ノ川診療所	所長(医師)	小野 歩
	医療法人真仁会 和泉歯科 医院(幡多歯科医師会)	理事長(歯科医師)	山本 泉
	ときわ薬局 (薬剤師会幡多支部)	(管理薬剤師)	西本 節子
	医療法人聖真会 渭南病院 在宅医療連携室	(看護師)	中野 知美
	医療法人互生会 筒井病院 (看護協会幡多支部)	(看護師)	三浦 節
四万十市保健介護課	保健衛生係長 (保健師)	竹本 美佳	
住 民	認知症の人と家族の会 (幡多家族の会)	(事務局 世話人)	松岡 時規子
福祉・介護 関係者	社会福祉法人樺の木福祉会 居宅介護支援事業所虹の丘	(介護支援専門員)	池本 幸子
	黒潮町 地域包括支援センター	係長 (主任介護支援専門員保健師)	野村 敬子

(2) 策定経過

開催回数 (開催日)	検 討 会 内 容
第 1 回 (平成 2 5 年) (8 月 7 日)	○アクションプラン策定趣旨説明と現状・課題の抽出 <ul style="list-style-type: none"> 県計画の方針、幡多圏域の現状・取組み状況 各項目の現状、課題の洗い出し 策定検討委員会の今後のスケジュールについて
第 2 回 (9 月 6 日)	○各項目の現状、課題、取組みの整理 <ul style="list-style-type: none"> 各項目毎の現状、課題、目指すべき姿の整理 対策、数値目標の項目出し
第 3 回 (1 0 月 2 日)	○アクションプラン(線表 案)策定 <ul style="list-style-type: none"> 個別対策の検討 数値目標の検討
第 4 回 (1 1 月 6 日)	○アクションプラン報告(案)策定(推進会議への報告案) <ul style="list-style-type: none"> 対策、数値目標の整理 全体レイアウトの整理
第 1 回 日本一の健康長寿県 構想幡多地域推進会議 (1 1 月 1 4 日)	○アクションプラン最終報告(案)の検討・承認 <ul style="list-style-type: none"> 策定検討委員会での検討概要の説明 対策、数値目標の承認



高知家の健康