

# 在宅医療事例報告会

日時：平成26年1月19日（日）

場所：高知市総合あんしんセンター3階 大会議室

時刻	内 容	講師等	時間（分）
13:30	開会・挨拶	高知県健康政策部長 山本 治	10
13:40	管内の在宅医療の現状・課題	安芸福祉保健所 地域支援室	30
	安芸圏域の在宅医療推進事業について		
14:10	管内の在宅医療の現状・課題	中央東福祉保健所 地域支援室	30
	中央東圏域における地区医師会を中心とした多職種協働、在宅復帰に向けた取り組みについて	土佐長岡郡医師会 会長 中澤 宏之	
14:40	管内の在宅医療の現状・課題	高知市保健所 所長 堀川 俊一	30
	高知市医師会における在宅医療の取り組みについて	高知市医師会 理事 伊与木 増喜	
15:10	休 憩		15
15:25	管内の在宅医療の現状・課題	中央西福祉保健所 地域支援室	30
	病病連携・医療と介護の連携促進	いの町国民健康保険仁淀病院 外来看護師長・地域医療連携室長 松岡 真弓	
15:55	管内の在宅医療の現状・課題	須崎福祉保健所 地域支援室	30
	中山間地域での取組について	梶原町保健福祉支援センター 参事 久保 八栄美	
16:25	管内の在宅医療の現状・課題	幡多福祉保健所 地域支援室	30
	土佐清水市での取組について	渭南病院在宅医療連携室 中野 知美	
16:55	閉会・挨拶	高知県医師会 副会長 寺田 茂雄	5

# 安芸圏域の在宅医療の現状・課題

～安芸福祉保健所地域支援室～

# 安芸圏域アクションプラン策定

- 安芸圏域医療と介護の連携検討会において、第6期高知県保健医療計画に基づき、地域のアクションプランの検討を行った。

## 日本一の健康長寿県構想安芸地域推進協議会

医師会・公立病院・歯科医師会・薬剤師会・看護協会・介護支援専門員連絡協議会・社会福祉協議会・民生委員児童委員協議会・食生活改善推進協議会・健康づくり婦人会連合会・商工会議所・行政

### 安芸圏域医療と介護の連携検討会

医師・歯科医師・薬剤師・看護師・医療相談員・介護支援専門員・地域包括支援センター

在宅医療ワーキング

脳卒中ワーキング

在宅医療

専門委員

脳外科医・リハ職・介護支援専門員

脳卒中

地域リーダー  
研修受講者

### 糖尿病専門部会

医師・栄養士・看護師・薬剤師・行政

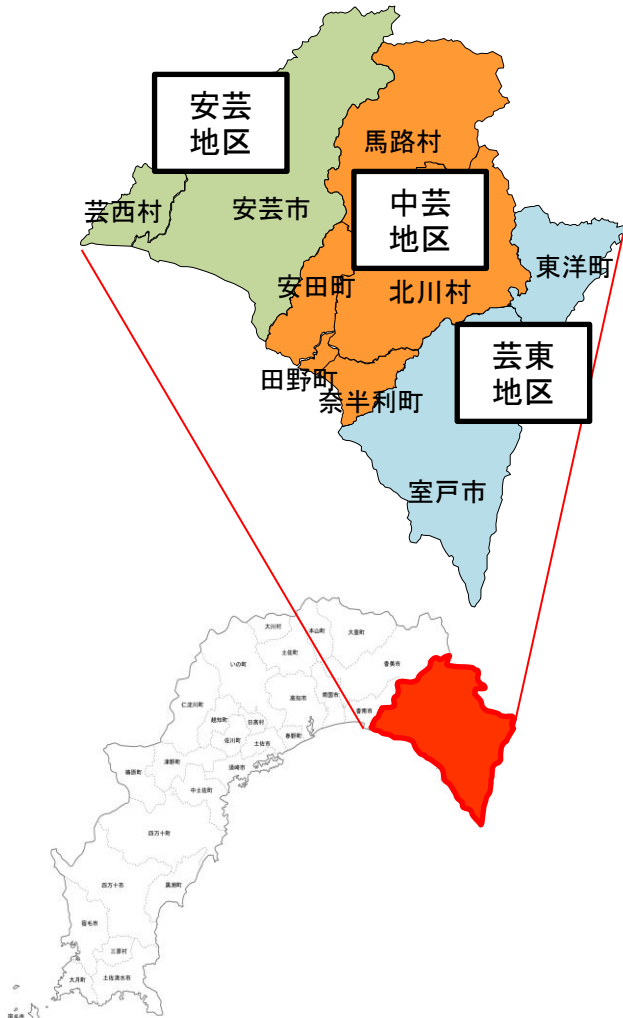
糖尿病

在宅医療アクションプランの検討状況

開催日	会議名	備考
H25.5.28	第1回安芸圏域医療と介護の連携検討会	
H25.8.13	第2回安芸圏域医療と介護の連携検討会	地域リーダー参加
H25.10.8	第1回在宅医療ワーキング	
H25.11.18	第3回安芸圏域医療と介護の連携検討会	
H25.12.10	第4回安芸圏域医療と介護の連携検討会	
(H25.12.27)	日本一の健康長寿県構想安芸地域推進協議会	書面承認

# 地域の状況

- 2市4町3村で構成され、圏域の人口は約5万3千人、高齢化率35.6%と県平均より約7%高い。



	市町村名	面積(km <sup>2</sup> )	人口(人)	高齢者数(人)	高齢化率(%)
安芸	安 芸 市	317.34	19,547	6,237	31.9
	芸 西 村	39.63	4,048	1,389	34.3
中芸	奈 半 利 町	28.32	3,542	1,355	38.3
	田 野 町	6.56	2,932	1,066	36.4
	安 田 町	52.30	2,970	1,141	38.4
	北 川 村	196.91	1,367	549	40.2
	馬 路 村	165.52	1,013	355	35.0
	室 戸 市	248.30	15,210	5,810	38.2
芸東	東 洋 町	74.10	2,947	1,195	40.5
	<b>安芸圏域</b>	<b>1,128.98</b>	<b>53,576</b>	<b>19,097</b>	<b>35.6</b>
	高 知 県	7,105.16	764,456	218,418	28.5
	全 国	377,950.10	128,057,352	29,245,685	22.8

出典：平成22年度国勢調査

# 医療の状況

( ) 内の数値は人口10万人当たりの数値

地区	市町村名	病院	診療所	歯科診療所	薬局※1	病床	医師	看護師	訪問診療実施医療機関※2	訪問看護ステーション※2
安芸	安芸市	2 (10)	16 (82)	10 (51)	15 (77)	420 (2,149)	44 (225)	247 (1,264)	4	2
	芸西村	1 (25)	3 (74)	1 (25)	2 (49)	219 (5,410)	8 (198)	59 (1,458)	1	1
中芸	奈半利町	-	5 (141)	3 (85)	5 (141)	-	7 (198)	18 (508)	3	-
	田野町	1 (34)	2 (68)	2 (68)	2 (68)	84 (2,865)	7 (239)	46 (1,569)	2	-
	安田町	-	2 (67)	1 (34)	2 (67)	-	2 (67)	3 (101)	1	-
	北川村	-	-	-	-	-	-	1 (73)	-	-
	馬路村	-	2 (197)	-	-	-	1 (99)	3 (296)	2	-
芸東	室戸市	3 (20)	9 (59)	6 (39)	5 (33)	296 (1,946)	17 (112)	57 (375)	5	-
	東洋町	-	2 (68)	1 (34)	2 (68)	-	2 (68)	5 (170)	2	-
安芸圏域		7 (13)	41 (77)	24 (45)	33 (62)	1,019 (1,902)	88 (164)	439 (819)	20	3
高知県		133 (17)	574 (75)	366 (48)	391 (51)	18,621 (2,436)	2,095 (274)	9,196 (1,203)		
全国		8,565 (7)	100,152 (78)	68,474 (54)	55,797 (44)	1,703,950 (1,331)	280,431 (219)	1,015,744 (793)		

出典：平成24年医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省）

※1 薬局数については平成25年3月末現在（医事業務課）

※2 訪問診療実施医療機関数・訪問看護ステーション数は平成24年度安芸圏域在宅医療の供給体制の実態調査

# 安芸圏域のこれまでの取組

- 平成20年度から3地区ごとに具体の取組を進めた。
  - ※安芸地区は安芸市・芸西村、中芸地区は奈半利町・田野町・安田町・北川村・馬路村、芸東地区は室戸市・東洋町
- ・安芸地区では、平成21～22年度に安芸市で、医療機関と介護支援専門員の情報共有のために事例検討等を実施。
- ・中芸地区では、平成21～22年度に安芸郡医師会と地域ケア推進検討会と協働で、地域リハビリテーション連絡票の活用検討と地域ケアリーダー研修を実施。
- ・芸東地区では、平成23～24年度に医療機関・介護事業所の看護師等を対象に、地域ケア連携研修会や意見交換会を開催。
- 平成23年度からの医療と介護の連携検討会で圏域全体の課題として捉え直した。
  - ・在宅療養を支えるために取り組むべき課題の検討や在宅医療の供給体制の実態調査及び訪問看護のニーズ調査等を行った。

# 安芸圏域のめざす姿

- 自宅や施設などの住み慣れた生活の場で、最後まで自分らしく生きることができる地域をめざす。

## 在宅医療アクションプランの目標

- 住民は、最後まで希望する場所で療養ができることを選択できる。
- 地域では、在宅医療を提供できる医療介護サービス等の資源が増え、関係機関のネットワークを構築できる。

- 3地区で地域特性や地域資源の状況が異なるため、地区ごと及び圏域全体の在宅医療の現状についてアセスメントを行い、今までの取組や地域の強みに着目して対策を検討した。

## 安芸地区の強みと弱み

関係機関の強み	関係機関の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期や一部訪問診療を行う公立の中核病院がある（平成26年4月新病院全体オープン予定）。</li> <li>• 訪問看護ステーション3つが全て安芸地区にある。</li> <li>• 薬局が多い。</li> <li>• 県立あき総合病院と安芸地区医師会、訪問看護ステーションが連携して、自宅や特養での看取りを実施。県立あき総合病院では看取りの研修会を開催。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 訪問診療を行う医師や訪問診療受診者数が少ない。</li> <li>• 退院調整のために病院スタッフが自宅へ訪問している医療機関が少ない。</li> </ul>
地域（住民・環境）の強み	地域（住民・環境）の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 世帯員数は県平均よりも高く、2.4人である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 在宅死（死亡場所が自宅、老人ホーム）の割合が少ない。</li> </ul>



## 中芸地区の強みと弱み

関係機関の強み	関係機関の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・急性期、回復期リハビリテーション、在宅支援を担う中核病院がある。</li> <li>・診療所や訪問診療を行う医師が多く、芸東地区の在宅支援診療所との連携もあり、希望すれば自宅看取りを実施。</li> <li>・薬局が多く、訪問薬剤居宅管理指導を積極的に実施している薬局もあり、相談できる関係づくりが進んでいる。</li> <li>・リハビリテーションスタッフが多い。主任ケアマネジャーが多い。</li> <li>・介護公社が民間では採算がとれない遠隔地にもホームヘルパーを派遣。</li> <li>・少ない資源だからこそ関係機関が連携できている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療所医師の高齢化や後継者不足。</li> <li>・訪問看護ステーションがない。</li> </ul>
地域（住民・環境）の強み	地域（住民・環境）の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・沿岸3町の国道周辺に医療機関が集中している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・交通の便が悪い遠隔地が多く、診療報酬請求可能な16kmを超えるため、薬局や歯科診療所が訪問できない場合がある。</li> </ul>

## 芸東地区の強みと弱み

関係機関の強み	関係機関の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問診療を行う医師や訪問診療受診者数が多く、中芸地区の在宅支援診療所との連携もあり、希望すれば自宅看取りを実施。</li> <li>・ 徳島県公立病院には退院支援部門があり、連携できている。</li> <li>・ 地区別にみると、通所介護事業所が多い。</li> <li>・ 研修会等の機会をとおして、病院・診療所の看護師同士の顔がつながり、ネットワークができ始めた。</li> <li>・ 室戸市と東洋町に行政歯科衛生士（非正規）がいる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所が少ない。</li> <li>・ 診療所医師の高齢化や後継者不足。</li> <li>・ 医療機関に退院支援担当部門がない。</li> <li>・ 歯科診療所が少ない。</li> <li>・ 薬局が少ない。</li> <li>・ 訪問看護ステーションがない。</li> <li>・ 介護職員の離職や事業所間での異動が多い。</li> </ul>
地域（住民・環境）の強み	地域（住民・環境）の弱み
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢単身者・高齢夫婦世帯の割合が高い（国勢調査）。</li> <li>・ 訪問看護が必要であるが利用のない人が、東洋町で最も多く、次に室戸市に多い。</li> </ul>

# 安芸圏域の強みと弱み

関係機関の強み	関係機関の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県平均と比べ、訪問診療を行う医師や訪問診療受診者数が多い(県調査)。</li> <li>・ 訪問看護が必要だが未利用の方は、訪問看護の担う役割を、熱意のある医師や病院看護師、訪問リハビリがカバーし合っている(圏域調査)。</li> <li>・ 安芸郡医師会がネットワークシステムを導入し、病院と診療所の連携体制が整う予定。</li> <li>・ 安芸室戸歯科医師会が圏域内の3地区ごとに在宅歯科医療の相談窓口を設置し、訪問歯科診療ができる医師がいる。</li> <li>・ 各市町村地域包括支援センターが、医療介護関係機関と連携して連絡会や意見交換会、研修会を開催し、顔の見える関係づくりに積極的に取り組んでいる。</li> <li>・ 多職種が自主的に集まる勉強会がある(結いの会、東部地区リハビリスタッフ合同勉強会(KEAKOM)、東部成年後見・日常生活自立支援事業調査研究会(東部四者会))。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 中央医療圏への入院が全診療科で43%と最も高いが、訪問診療を他院から依頼された患者が高知市を除く他圏域と比べると低い(県調査)。</li> <li>・ 病院関係者に在宅医療に関する情報が少なく、訪問診療や訪問看護の制度が十分理解されていない(圏域調査)。</li> <li>・ 3か所の訪問看護ステーションの規模が小さく、4市町村が訪問対象でない。24時間体制が未整備で看取り実績なし。訪問看護事業所との連携や24時間対応には医師との連携や看護師確保自体が難しく、訪問看護体制が困難(圏域調査)。</li> <li>・ 経験年数の少ない保健・医療・福祉職員が多い。職員が少ない事業所が多く、日常的に相談できる関係機関が少ない。難病患者の支援にやりがいを感じながら、負担や困難を感じている(難病圏域調査)。</li> <li>・ 管内5か所すべての特別養護老人ホームで看取り加算をとっていない。</li> <li>・ 保健・医療・福祉・介護・薬局全ての人材確保が難しい。</li> <li>・ 特別養護老人ホームで吸痰等の特定行為を実践できるスタッフが少ない。</li> </ul>
地域(住民・環境)の強み	地域(住民・環境)の弱み
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 持家率が78%と高い。</li> <li>・ 世帯員数は2.3人で県平均と同じである。</li> <li>・ かかりつけ医・かかりつけ歯科医師がいる、かかりつけ薬局がある、お薬手帳を持つ割合が高い。</li> <li>・ 介護が必要になったら、自分も家族も自宅、次に施設で介護を受けたいと考えている人が多いが、施設の割合が他圏域より高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 2025年には2012年と比べ、圏域総人口は約1万人減少し、約4万人となる。65歳以上は約1千人減少し、1万8千人になるが、75歳以上人口は8百人増加し、1万1千人となる。高齢化率、後期高齢者率とも県平均より高く、2025年には44.3%、27.7%と予想。2010年国勢調査では一般世帯のうち高齢単身者18.3%、高齢夫婦世帯15.1%と高い。</li> <li>・ 平均寿命は県平均よりも男性は1.1歳、女性は1.7歳低く、78.04歳、84.81歳である(2010年)。肺炎による死亡が、悪性新生物、心疾患に次いで第3位である。第4位の脳血管疾患による死亡は男女とも他圏域別よりも高い。死亡場所は自宅、老人ホームとも県平均より低い。特に老人ホームは県平均の1割である(2008～2012年平均)。</li> <li>・ 現在の利用者の7.3倍の訪問看護必要者が存在する。全国調査の1.8倍に比べ、訪問看護の潜在ニーズが高い(圏域調査)。</li> <li>・ 長期療養は入院志向が強く、中央医療圏への入院が全診療科で43%と最も高い。</li> <li>・ 自宅での介護を選ぶ人が他圏域より少なく、自宅介護の条件を、「家族が介護できなくなった時にすぐに代わりに介護する施設がある」、「夜間対応の訪問介護や訪問看護の整備」と考える人が他広域圏より高い。</li> <li>・ 生活保護率が高い。安芸郡29.7%県平均28.4%(平成25年3月)</li> </ul>

# 安芸圏域の課題

## 課題1 訪問看護ニーズへの対策

圏域全体(特に芸東地区)で、訪問看護が必要だが利用が少ないことが明らかで、訪問看護事業所が不足している！

## 課題2 在宅医療・訪問看護の拠点づくり

中芸・芸東地区の訪問看護のコーディネート機能を持つ機関を明確にすることが必要であるとともに、回復期リハビリテーション病棟をもつ在宅支援病院を中核とした多職種連携の更なる強化が必要！

## 課題3 在宅看取りまで行える療養体制づくり

安芸地区の訪問診療を行う医療機関が少ないことや医師の後継者不足から、診療所医師の新規参入等の日常の療養体制強化とともに、在宅看取りが可能な多職種の連携の取組が必要！

## 課題4 住民啓発

住民が在宅での医療や看取りも選択できるよう住民啓発が必要！

# 課題1 訪問看護ニーズへの対策 ～ 潜在ニーズ ～

- 訪問看護利用者30人の7.3倍の必要者218人が存在し、全国調査の1.8倍と比べ、潜在ニーズが高い地域であることが分かった。

訪問看護の「必要者数」と「利用者数」の有無

n=1,643

		訪問看護の必要性	
		あり	なし
訪問看護の利用	あり	① 28 (1.7%)	③ 2 (0.1%)
	なし	② 189 (11.5%)	④ 1,424 (86.7%)

下記のように群分けする

- ①「必要有・利用有」 ③「必要無・利用有」  
②「必要有・利用無」 ④「必要無・利用無」



**潜在ニーズ**

# 課題1 訪問看護ニーズへの対策

## ～ 地域格差 ～

■ 特に芸東地区（最も東洋町で、次に室戸市）で潜在ニーズが高かった。

市町村別の訪問看護の必要者数と利用者数

		n=1,643							
		必要有・利用有		必要有・利用無		必要無・利用無		必要無・利用有	
		n	%	n	%	n	%	N	%
合計		28	1.7%	189	11.5%	1424	86.7%	2	0.1%
安芸地域	安芸市	17	3.7%	54	11.9%	384	84.4%	0	0.0%
	芸西村	4	3.8%	5	4.7%	97	91.5%	0	0.0%
芸東地域	室戸市	3	0.5%	74	12.7%	503	86.4%	2	0.3%
	東洋町	1	0.9%	28	25.0%	83	74.1%	0	0.0%
中芸地域	奈半利町	0	0.0%	9	7.8%	107	92.2%	0	0.0%
	田野町	0	0.0%	8	9.6%	75	90.4%	0	0.0%
	安田町	1	1.1%	6	6.4%	87	92.6%	0	0.0%
	北川村	0	0.0%	1	2.0%	50	98.0%	0	0.0%
	馬路村	0	0.0%	2	9.1%	20	90.9%	0	0.0%
その他		1	6.7%	2	13.3%	12	80.0%	0	0.0%
無回答		1	14.3%	0	0.0%	6	85.7%	0	0.0%

パーセントは、各市町村の要支援・要介護認定者を100%にした割合を示す。

# 課題1 訪問看護ニーズへの対策

## ～ 訪問看護ステーションの偏在 ～

- 圏域には訪問看護ステーションが安芸地区に3事業所開設されているが、小規模で24時間対応体制が未整備であり、4市町村が訪問対象となっていない。
- 中芸・芸東地区では訪問看護を医療機関が担っているが、訪問看護専任の看護職の確保が困難であるため、ニーズに充分対応できていない。

24時間対応可能加算届出訪問看護ステーション数

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	0	3	17	4	2	6	32

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べ

訪問看護ステーション数の訪問看護対象範囲

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
対象でない旧市町村	4	0	0	0	2	0	6

出典:高知県訪問看護ステーションアンケート調査(平成24年10月1日)

訪問看護を実施している医療機関

	安芸圏域	芸西村	安芸市	安田町	馬路村	田野町	奈半利町	北川村	室戸市	東洋町
医療機関数	6		3			1			1	1

出典:平成24年度 在宅医療の供給体制の実態調査

# 課題1 訪問看護ニーズへの対策 ～ 未利用理由 ～

- 訪問看護が必要であるが未利用の方には、訪問看護が担う役割を熱意のある医師や病院看護師が行ったり、訪問リハビリテーションでカバーしている。

## 訪問看護が必要と判断されたが、利用に至らなかった理由

(複数回答)	n=133 <sup>a)</sup>	
	n	%
合計	205	100.0
本人の希望（利用したくない）	30	14.6
家族の希望（家族で対応できる）	30	14.6
単価が高いことを理由に本人・家族が希望しなかったため	17	8.3
訪問看護の利用により介護保険の限度額を超過するため（介護支援専門員の判断）	7	3.4
訪問可能な訪問看護事業所がなかったため	57	27.8
他のサービスで代替しているため	47	22.9
その他	17	8.3

a) :訪問看護が必要だが、利用に至らなかった189人中、その理由に回答のあった133人を分析  
平成24年度 安芸保健医療圏域における訪問看護のニーズ調査



## 課題2 在宅医療・訪問看護の拠点づくり

- 在宅医療を行う医療機関や在宅支援病院と在宅支援診療所のグループ化が、他圏域と比べ進んでいる。
- 圏域調査では、訪問診療や訪問看護の制度がまだ十分に理解されていない。将来は芸東地区の医師の後継者不足など、訪問診療体制にも課題がある。

在宅医療(訪問診療・緊急時受入・看取り)の実施医療機関数

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
合計	36	76	280	50	31	63	536
実施している	20	26	67	26	17	29	185
割合	55.6	34.2	23.9	52.0	54.8	46.0	34.5

出典:平成24年高知県在宅医療実態調査

在宅療養支援病院数及び在宅療養支援診療所

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	県計
在宅療養支援病院	1 (1)	1 (1)	3 (2)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	7 (4)
在宅療養支援診療所	6 (4)	9 (1)	17 (10)	3 (0)	3 (2)	7 (0)	45 (17)

括弧内はグループ化により機能強化した在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所

出典:診療報酬施設基準(平成24年11月1日現在)

## 課題3 在宅看取りまで行える療養体制づくり

- 安芸地区は中芸・芸東地区に比べ、訪問看護ステーションや訪問可能な薬局等の資源が多いが、訪問診療を行う医師は少ない。  
圏域では訪問診療受診者数は人口千人当たり6.9人と、県全体4.0人と比べ多いが、安芸地区は県平均よりも少ない。

### 訪問診療受診者数

	芸西村	安芸市	安田町	馬路村	田野町	奈半利町	北川村	室戸市	東洋町	安芸圏域	高知県
受診者数	0	73	23	1	6	43	2	183	28	359	2,999
推計人口 (H24.3)	4,016	19,189	2,895	961	2,841	3,474	1,322	14,721	2,847	52,266	756,210
千人当たり 受診者数	-	3.8	7.9	1.0	2.1	12.4	1.5	12.4	9.8	6.9	4.0

出典：平成24年度在宅医療実態調査

## 課題3 在宅看取りまで行える療養体制づくり

- 圏域では在宅死（死亡場所が自宅や老人ホーム）が県平均よりも低い。特に老人ホームでの死亡割合が0.4%と全国の1割である。安芸地区が、中芸・芸東地区よりも低い。

※ 「老人ホーム」とは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

死亡場所別割合

単位：%

	安芸	中芸	芸東	安芸圏域	高知県	全国
病院	87.5	86.2	83.0	85.5	82.7	77.4
診療所	1.7	2.8	2.7	2.3	1.9	2.4
老人保健施設	0.5	0.9	1.0	0.8	0.9	1.3
老人ホーム	0.3	0.4	0.6	0.4	1.7	3.7
自宅	7.9	8.2	10.1	8.8	10.4	12.6
その他	2.0	1.5	2.6	2.1	2.5	2.6

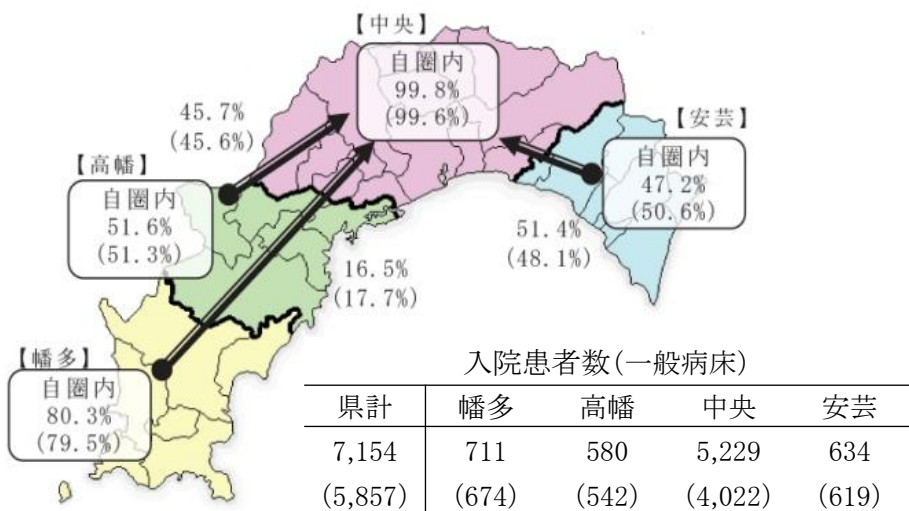
出典：人口動態統計（2008-2012）

- 特別養護老人ホームでの胃ろうや吸痰などの特定行為の実践には課題が多く、特定行為の必要な方のショートステイの受け入れが難しい。
- 看取りを開始した施設もあるが、5か所全ての施設で看取り加算はない。

# 課題4 住民啓発

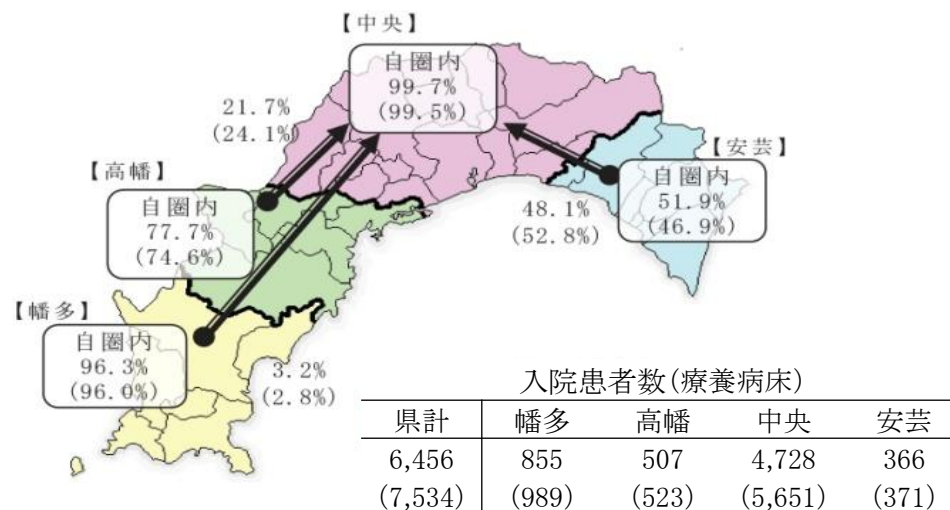
- 一般病床の入院患者の51.4%が中央圏域で受療、他圏域と比べ高い。
- 療養病床の入院患者の48.1%が中央医療圏で受療、高幡圏域の約2倍である。

一般病床の受療動向



括弧内は平成17年調査  
出典:平成23年度高知県患者調査

療養病床の受療動向



括弧内は平成17年調査  
出典:平成23年度患者調査

## 課題4 住民啓発

- 介護は自宅を選ぶ人が多いが、他圏域よりは少ない。
- 自宅介護の条件は「家族が介護できなくなった時にすぐ代わりに介護できる施設がある」「夜間対応の訪問介護や訪問看護の整備」が他圏域より多い。

あなたが介護が必要になった場合、どこで介護を受けたいか。

	サンプル	今住んでいる自宅	自宅ではないが、高齢者向け集合住宅のような住まい	特別養護老人ホームや老人保健施設などの介護施設	住み慣れた地域にある認知症グループホームや小規模な特別養護老人ホームなどの介護施設	その他	わからない	無回答
総数	1674	41.5	14.3	14.9	12.4	1.2	14.6	1.2
高知市	721	39.7	16.1	13.9	12.5	1.4	15.3	1.2
安芸広域圏	109	35.8	14.7	25.7	11.9	0.0	11.0	0.9
南国・香美広域圏	240	45.4	15.4	15.0	8.8	0.8	13.8	0.8
嶺北広域圏	38	31.6	18.4	10.5	18.4	5.3	15.8	0.0
仁淀川広域圏	136	44.9	11.8	19.1	9.6	0.7	13.2	0.7
高吾北広域圏	57	52.6	8.8	15.8	12.3	0.0	10.5	0.0
高幡広域圏	137	42.3	10.9	14.6	15.3	0.0	15.3	1.5
幡多広域圏	202	44.1	11.9	10.4	14.4	2.5	15.3	1.5

平成22年度県民世論調査

# アクションプランの柱

## 1 在宅医療に関するネットワークの推進

- ・病病連携や病診連携の推進
- ・地域の在宅医療拠点の構築
- ・多職種連携の推進

## 2 必要なサービスの提供体制の整備

- ・地域特性に応じた訪問看護の提供体制の検討
- ・在宅医療従事者の確保と資質向上

## 3 住民や療養者との対話と啓発

- ・在宅医療の知識の向上
- ・若い世代への看取りや死生観の継承

## ＜対策の実施主体・連携機関の考え方＞

- 全ての対策は、行政機関や保健医療福祉関係団体が多職種協働で実践する。
- 取りまとめや検討会等での報告を行う機関や団体を「実施主体」、実施主体と主に連携して対策を進める機関や団体を「連携機関」と位置づける。

# 安芸圏域の在宅医療推進事業について

～安芸福祉保健所地域支援室～

# 安芸地域訪問看護提供体制強化事業

## 今までの取り組みと現状

- 平成23年度から「安芸圏域医療と介護との連携検討会」を開催し、在宅医療の推進に向けて関係者での協議を行った。平成24年度に訪問診療や訪問看護の実態を明らかにするため、実態調査を実施した。
- 中芸・芸東地区では訪問診療を行う医師や訪問診療患者数は多く、在宅支援病院と在宅支援診療所のグループ化も他圏域と比べ多いが、芸東地区では医師の後継者が不足している。病院関係者に在宅医療に関する情報が少なく、訪問診療や訪問看護の制度が十分理解されていない。
- 訪問看護ステーションは安芸地区に3か所あるが小規模なため24時間体制が未整備で、中芸・芸東地区の4市町村が訪問対象となっていない。中芸・芸東地区では訪問看護を行う医療機関もあるが、ニーズに対応できていない。
- 訪問看護ニーズ調査では利用者の7.3倍の必要者がおり、全国調査の1.8倍に比べ、訪問看護の潜在ニーズが高く、特に芸東地区(東洋町・室戸市)で多い。
- 訪問看護が必要だが未利用の方は、訪問看護の担う役割を訪問診療や訪問リハビリ、訪問介護でカバーしているため、訪問看護の重要性は地域住民に十分周知されていない。

## 課題

- 訪問看護ニーズ調査で、安芸圏域の特に芸東地区で訪問看護が必要であるが利用が少ないことが明らかになったため、不足している訪問看護提供体制の強化が不可欠である。
- 訪問看護を活用した多職種連携による在宅医療提供体制の構築が必要である。
- 在宅療養における訪問看護の重要性が理解されるように地域の住民への啓発が必要である。

## 今後の取り組み

	H25	H26	H27
訪問看護提供体制の強化	訪問看護派遣相談・調整	訪問看護派遣相談 訪問看護派遣調整	
	訪問看護に従事する看護師の人材育成	訪問看護体験研修 スキルアップ研修 担当者検討会での検討	
訪問看護を含む多職種による在宅医療連携体制の構築		推進委員会での協議 多職種連携研修会 コンサルテーション	
住民や療養者との対話と啓発		本人・家族への啓発	

## 平成26年度の取り組み

### 安芸圏域アクションプランのめざす姿

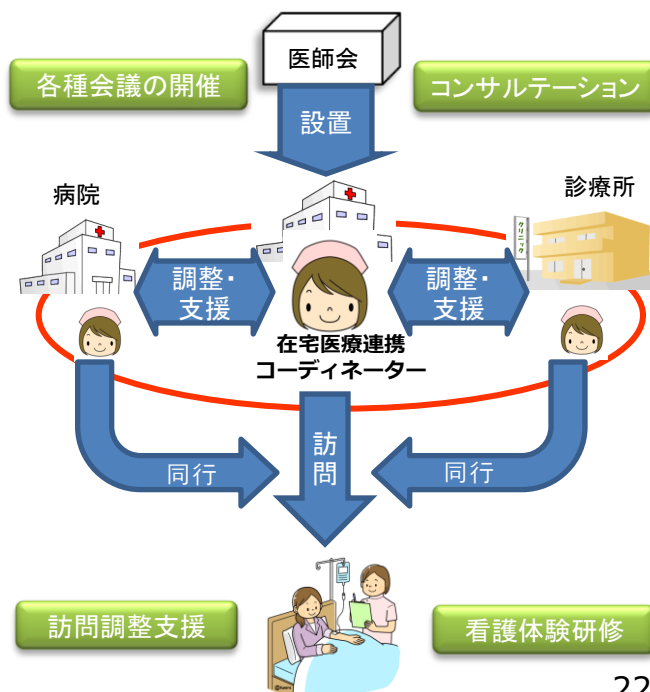
自宅や施設などの住み慣れた生活の場で、自分らしく最後まで生きることが出来る地域を目指す。そのために、住民は最後まで希望する場所で療養ができることを選択でき、地域には在宅医療を提供できる医療資源が増え、多職種の関係者のネットワークが構築されている。

### 新 在宅医療・訪問看護のサービス提供体制の構築

〈訪問看護提供体制強化事業〉(安芸郡医師会)  
訪問看護の提供体制が脆弱な安芸圏域の特性に応じた在宅医療・訪問看護のサービス提供体制を構築する。

- 1 訪問看護派遣相談・調整
  - ・ 訪問看護派遣に係る相談及び調整
- 2 訪問看護に従事する看護師の人材育成
  - ・ 体験研修・スキルアップ研修等
  - ・ 担当者検討会
- 3 多職種による在宅医療連携体制の構築
  - ・ 推進委員会
  - ・ 多職種研修
  - ・ コンサルテーション
- 4 住民や療養者との対話と啓発
  - ・ 在宅療養を希望する人や家族への支援、啓発

## 在宅医療連携コーディネーターを中心とした連携





# 在宅医療連携体制整備事業費補助金（安芸市）

## 今までの取り組みと現状

- 安芸地区（安芸市、芸西村）には、訪問看護ステーションや訪問可能な薬局等の資源が比較的多いが、訪問診療を行う医師が他地区より少ないため、訪問診療患者数は県平均と比べ少ない。
- 安芸圏内では自宅介護の条件に「夜間対応の訪問介護や訪問看護」の整備と考える割合が他圏域より多い（平成22年度 県民世論調査）。
- 圏域では死亡場所が自宅、特別養護老人ホームや老人保健施設とも県平均よりも低い。特に死亡場所に占める自宅や特別養護老人ホーム等の割合が全国平均の1割しかない。地区別では安芸地区が最も低い。
- 平成23年度から開催されている「安芸圏域医療と介護との連携検討会」では、入院治療が終了した患者の退院先が見つからない、施設に帰れない等看取りの課題が指摘されてきた。
- 平成25年度から県立あき総合病院では地域の医療機関との連携強化のために、がんターミナル以外でも一部訪問診療を開始し、家族が自宅や特別養護老人ホームでの看取りを希望する場合に、県立あき総合病院と安芸地区医師会、訪問看護ステーションが連携して、自宅や特別養護老人ホームでの看取りが開始されたが、まだ一部の取り組みに留まっている。

## 課題

- 安芸地区での在宅看取り等の際の急変時の対応まで可能な在宅医療提供体制の構築のため、多職種及び医療機関間連携が必要である。
- 地域の医療機関の在宅医療への新規参入により、日常の療養支援体制を強化する必要がある。
- 在宅医療や看取り・死生観について住民啓発を行い、最後まで療養する場所を住民が選択することへの意識づけが必要である。

## 今後の取り組み

		H25	H26	H27
在宅医療に関するネットワークの推進	多職種及び医療機関間連携の推進		在宅看取り支援ネットワーク推進委員会の開催	
			担当者会議の開催	
			関係機関や団体との意見交換会の開催	
在宅医療サービス提供体制の整備	在宅医療従事者確保と質の向上		スキルアップ研修の開催	
			事例集・指針の検討・作成	
住民や療養者との対話と啓発	在宅医療の知識の向上		講演会・シンポジウムの開催	
	看取りや死生観の意識づけ		手引の検討・作成	

## 平成26年度の取り組み

### 安芸圏域アクションプランのめざす姿

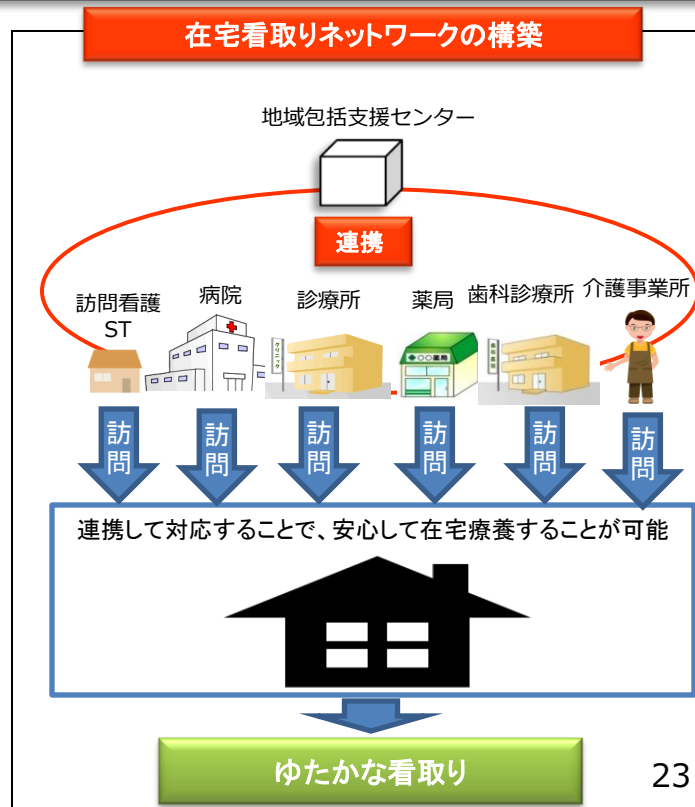
自宅や施設などの住み慣れた生活の中で、自分らしく最後まで生きることができる地域を目指す。そのため、住民は最後まで希望する場所で療養ができることを選択でき、地域には在宅医療を提供できる医療資源が増え、多職種の関係者のネットワークが構築されている。

### 新 在宅看取りまでできる在宅医療体制の整備

＜ゆたかな看取り総合支援事業＞（安芸市）  
安芸市を中心に、退院支援から在宅療養・急変時対応・看取りまでの在宅医療を提供するために多職種の関係者が連携したサービス体系の構築を目指す。

- 1 在宅医療に関するネットワークの推進
  - ・推進委員会や担当者会議の開催
  - ・関係機関や団体との意見交換会等の開催
- 2 在宅医療サービス提供体制の整備
  - ・スキルアップ研修の開催
  - ・看取り連携指針等の検討・作成
- 3 住民や療養者との対話と啓発
  - ・講演会やシンポジウムの開催
  - ・手引の作成

## 在宅看取りネットワークの構築





## 地域の概要

- \* 面積/香川県の約80%(1,546平方キロ)
- \* 人口/125,659人(2010年国勢調査)
- \* 高齢化率/約30%(→2030年の予測:35%)
- \* 医療資源/18病院、93診療所、39歯科診療所、  
訪問診療実施医療機関数:22  
訪問看護ステーション:5

### <地域の特色>

#### ◇南国・香南・香美地域

人口/112,068人、平野部に人口が集中

#### ◇嶺北地域

人口/13,591人、中山間地域、高齢化率/46%

# 中央東地域保健医療福祉アクションプランの概要

＜平成25年度～平成29年度＞

～認知症に重点を置いた地域包括ケアの推進～

## 南国・香南・香美地域



## 嶺北地域



## 南国・香南・香美地域のこれまでの取り組み

### その1:在宅への退院・退所をスムーズにするための仕組みづくり

#### 現 状

- 退院前カンファレンスに主治医をはじめ患者にかかわる全職種  
の参加が難しい。
- 在宅側から施設側に対して、在宅復帰の患者の状況のフィード  
バックが十分でないため、施設側は患者と家族が安心して在  
宅生活を送れているか分からない。

#### これまでの の成果

- 退院前カンファレンスの実態把握と課題を整理した。
- 在宅スタッフの参加が進んだ。

#### 課 題

- 在宅側と施設側の双方向の情報交換をスムーズにする。
- 患者と家族の安心につながる退院前カンファレンスが必要

# 南国・香南・香美地域のこれまでの取り組み

## その2:在宅を支えるための仕組みづくり

### 現 状

- 在宅ケアを支える多職種・多機関に互いの役割や機能が周知されつつあるが、その機能が在宅サービスに活かされてない。
- 在宅ケアを支える多職種・多機関が、互いに連絡を取りやすい仕組みづくりが十分でない。

### これまでの成果

- 多職種・多機関の連携に向けた組織づくりや勉強会等が始まり、顔の見える関係づくりが進んだ。
- 医療・介護事業所の機能情報を情報共有し、互いに連携が取りやすくなった。

### 課 題

- 多職種・多機関が互いの役割・機能を理解し、患者と家族を継続的、包括的に支える体制づくりが必要

## 南国・香南・香美地域のこれまでの取り組み

### その3:関係者の資質向上の仕組みづくり

#### 現 状

- 在宅ケアを支える多職種・多機関に互いの役割や機能が周知されつつあるが、その機能が在宅サービスに活かされていらない。

#### これまでの成果

- 多職種・多機関の合同研修会や事例検討会により、相互理解が進み、連携の取組が広がった。

#### 課 題

- 患者・家族が在宅でのQOLの向上を実感する取り組みへのステップアップが必要

# 嶺北地域のこれまでの取り組み

## その1: 医療・介護・福祉の連携の推進

### 現 状

- 退院支援の仕組みは定着してきたものの、退院支援の仕組みは病院ごとに異なり、在宅側・病院側の双方において、カンファレンスの持ち方及び双方の情報の遅れや不足等の課題を抱えている。
- 医療ニーズの高い高齢者を在宅で支える基盤が弱く、帰れそうで帰れない事例が多い。
- 高齢化率の上昇、一人暮らし高齢者や老老介護の増加を見据えた地域包括ケアの仕組みづくりが必要となっている。

### これまでの成果

- 多職種・多機関の情報交換会等を通して、顔の見える関係が進んだ。
- 退院支援の仕組みが広がった。
- 多職種間で地域課題を共有し、連携して取り組む機運が高まった。

### 課 題

- 患者と家族が安心して在宅生活を送るための退院支援の仕組みづくり
- 認知症の早期発見・早期対応につながる多職種連携の仕組みづくり
- 多職種・多機関による地域包括ケアの仕組みづくり



# 嶺北地域のこれまでの取り組み

## その2: 高齢者が安心して生活できる場所の確保

### 現 状

- 現在の住まいに住み続けられるのが一番良いが、体の具合が悪くなり、アクセス面の不便さ等の理由で住み続けるのが難しくなった時の住民の選択肢は入院・入所が多い。
- 「家に住み続けるのは難しいが、入院・入所するほどではない」時の居場所として、高齢者住宅の必要性を強く感じている医療・介護関係者と住民との間に大きなギャップがある。

### これまでの成果

- 高齢者の住まいに関する心配ごとや将来の意向を把握し、地域で課題を共有した。
- 各町村において、高齢者住宅の整備や通院時の移動手段の確保につながった。

### 課 題

- 医療・介護関係者と住民が、地域に相応しい高齢者住宅について検討する場をもつ。

# 嶺北地域のこれまでの取り組み

## その3: 看護・介護職員の確保対策

### 現 状

- 医療・介護の人材不足が常態化している。
- 多機関による人材確保育成検討会において、人材確保策の検討を継続してきたが、医療・介護施設の個々の取り組みに留まっており、実効性のある取り組みに至っていない。

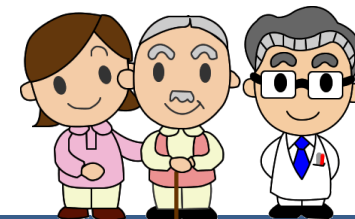
### これまでの成果

- 医療・介護施設間で、研修の参加を呼び掛ける(研修のオープン化)等、協働で取り組む機運が高まった。

### 課 題

- 行政及び医療・介護施設の主体的な確保策の推進
- 移住促進策との連携等、地域が一体となった確保策の推進

# 連携に関する調査 その1



## ◆かかりつけ医へのアンケート調査結果

「H24年度 認知症にかかる医療と介護のための連携に関する調査」

### 【目的】

かかりつけ医による認知症患者の診療及び介護との連携上の課題を明らかにすることにより認知症の早期診断・早期対応につなげる。

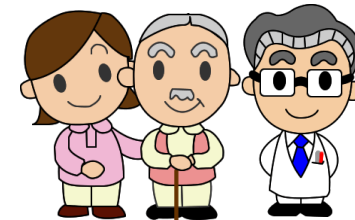
### 【対象】

南国・香南・香美地域の66医療機関の医師 ＊回収率：84%

### 【結果】

- ・過去1年間にアルツハイマー型認知症治療薬を処方：73%
- ・専門医療機関への紹介経験あり：77%（南国市65%、香美市58%、高知市49%）
- ・専門医療機関への紹介のきっかけ：家族からの相談が72%と最も多い。  
一方、ケアマネジャーからの相談は7%と低い。
- ・認知症患者への対応で協力できる家族がいなくて困った経験あり：67%  
そのうち62%がケアマネジャー、58%が地域包括支援センターに相談することで服薬管理の改善や生活情報の把握につながったと評価
- ・家族から介護や生活面の相談を受けている：93%  
そのうち43%がケアマネジャー、21%が地域包括支援センターにつないでいる。

# 連携に関する調査 その2



## ◆ケアマネジャーへのアンケート調査結果

「H25年11月 ケアマネジャーとかかりつけ医の連携に関する調査」

### 【目的】

- ・かかりつけ医とケアマネジャーが互いに連絡・相談しやすい仕組みをつくり、利用者さんとそのご家族の安心につながる在宅ケアを進める。
- ・認知症の早期診断・早期対応及び利用者さんとそのご家族への支援につなげる。

### 【対象】

南国・香南・香美地域の29居宅介護支援事業所 ＊回収率：100%

### 【結果】

- ①担当する利用者のうち認知症又はその疑いがある方が5割以上：57%
- ②直接連絡や相談ができるかかりつけ医が2割未満：53%
- ③かかりつけ医が多忙で連絡や相談がしづらい：62%
- ④医療機関に自分が患者さんの担当ケアマネであることを伝えているか？
  - ・自分が必要と思った時に伝えている：48%・伝えたことがない：10%
- ⑤医療機関に患者さんのケアプランを提供しているか？
  - ・依頼があれば提供している：43%・提供したことがない：30%
- ⑥かかりつけ医に認知症のことで相談しづらいと思ったことがある：59%  
＊最も多い理由：専門医に紹介してほしいと言いつらい65%

# 中央東地域の地域包括ケアの推進

## 目指す姿

病気や障害があっても住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らす

## 目 標

◎医療・介護・福祉の連携の推進

◎地域の見守りや支えあいの推進

### 南国・香南・香美地域

認知症の早期発見・早期対応に向けた  
在宅ケアの推進の仕組みづくり

在宅ケアを支えるため入院・入所施設と  
の連携の仕組みづくり

### 嶺北地域

認知症の早期発見・早期対応に向けた  
在宅ケアの推進の仕組みづくり

在宅ケアを支えるため入院・入所施設と  
の連携の仕組みづくり

地域が一体となった看護・介護職員の確  
保対策の推進

# 中央東地域の医療・介護・福祉の連携の推進

## 南国・香南・香美地域

### 目標

認知症の早期発見・早期対応に向けた在宅ケアの推進の仕組みづくり

在宅ケアを支えるため入院・入所施設との連携の仕組みづくり

- 取り組み
- 多職種協働による患者・家族のQOLの向上につながる退院前カンファレンスの実施
- 医師のグループによる在宅医療の試みの推進
- 多職種チームによる在宅医療を進めるための事例検討会・地域ケア会議等の実施
- かかりつけ医と介護支援専門員の双方向のやり取りがスムーズになる仕組みづくり
- 歯科医による多職種と連携した口腔ケアの推進
- 認知症地域連携パスの普及 等

## 嶺北地域

### 目標

認知症の早期発見・早期対応に向けた在宅ケアの推進の仕組みづくり

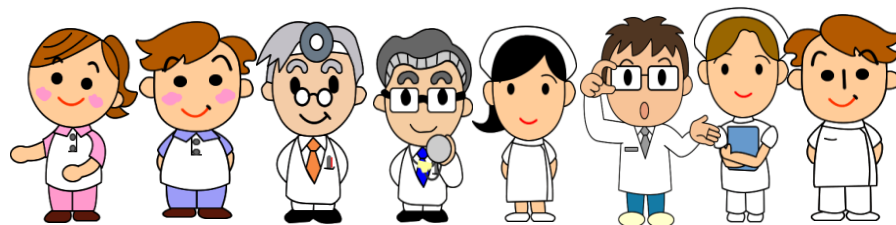
在宅ケアを支えるため入院・入所施設との連携の仕組みづくり

地域が一体となった看護・介護職員の確保対策の推進

- 取り組み
- 多職種協働による患者・家族の安心につながる退院前カンファレンスの実施
- 医師のグループによる在宅医療の試みの推進
- 多職種チームによる在宅医療を進めるための事例検討会・地域ケア会議等の実施
- 在宅・病院・施設間で互いに連絡を取りやすい仕組みづくり
- 医療・介護施設と行政が一体となった人材確保・育成策の検討 等

# 多職種協働の在宅チーム医療の取り組み

- 地区医師会を中心とした多職種協働・在宅復帰に向けた取り組みの推進(事例検討会・勉強会等の実施)
- 多職種協働による患者・家族のQOLの向上につながる退院前カンファレンスの実施
- 在宅・病院・施設間で互いに連絡を取りやすい仕組みづくり
- かかりつけ医と介護支援専門員の双方向のやり取りがスムーズになる仕組みづくり 等



—目指す姿—  
病気や障害があっても住み慣れた地域で  
その人らしく安心して暮らす

中央東福祉保健所では地  
域の医療・介護の関係機  
関の皆さんと共に地域包  
括ケアを推進します。



～ご清聴ありがとうございます。～



# 中央東圏域における地区医師会を中心とした多職種協働、在宅復帰に向けた取り組みについて

土佐長岡郡医師会

中澤 宏之

# これまでの在宅医療の取り組み

## 在宅復帰支援システム検討事業

- 高知県地域ケア体制整備推進費補助金を受け平成20年度より発足
- 平成22年度より土佐長岡郡医師会の事業として継続
- 目的
  - 南国市、嶺北地区の医療・介護・行政の各関係機関が参加する研修会や事例検討会を通じ、在宅復帰支援のシステム構築を目指す
- 内容
  - 医療・介護・行政の各関係機関、多職種が参加する事例検討会
  - 地域連携に関する勉強会・退院前カンファレンスに関する勉強会
  - 地域の医師による多職種連携をめざした講習会
  - 各専門職の在宅での役割紹介
  - 在宅療養で課題となるテーマについての講演会
  - 地域の基幹病院との連携強化
  - 在宅医療担当医の把握と確保
- 対象地域の拡大
  - 香美郡医師会の参加

# 平成24年度年間スケジュール

	4/9 (月)	5/22 (火)	6/24 (火)	7/26 (火)	8月	9/25 (火)	10/2 (火)	11/27 (火)	12/20 (木)	1/15 (火)	2/25 (月)	3/28 (木)
計 画		事例検 討会		事例検 討会				事例検 討会				事例検 討会
	打合せ 会	DC 勉強会		DC 勉強会		講演会						
			介護職 LU講習				介護職 LU講習			介護職 LU講習		
		医大との 打合せ										
実 施 状 況	4/9打 合せ会	5/22 事例検 討会		7/26 事例検 討会			10/2 事例検 討会			1/15 事例検 討会	2/25 医師 講習会	3/28 地域連携 勉強会
		5/22 DC 勉強会		7/26 DC 勉強会						1/15 地域連携 勉強会		
			6/24 医師 講習会						12/20 講演会			

# 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業（中央東圏域）

## 地域リーダー研修検討会（平成25年3月3日）

参加者（職種）	所属
中澤宏之、古賀真紀子（Dr）	土佐長岡郡医師会
大島仁（Dt）	高知県歯科医師会香美・香南支部
岡田多美、小松香代子（Ns）	高知県看護協会南国・本山・山田地区支部
小松真由美（CM）	中央東ブロック介護支援専門員連絡協議会
吉良健司（PT）	訪問看護ステーションドリームチーム
森田恵子（PT）	南国中央病院
公文理賀（MSW）	嶺北中央病院MSW
川崎瑞女（行政）	中央東福祉保健所地域支援室

# 多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業(中央東圏域)

## 地域リーダー研修会(平成25年3月17日)

参加者(職種)	所属
中澤宏之、古賀真紀子 山本博憲、高橋雄彦(Dr)	土佐長岡郡医師会
岩河基行、中山富美(Dr)	香美郡医師会
前田好正(Dt)	高知県歯科医師会土長南国支部
岡田多美、小松香代子(Ns)	高知県看護協会南国・本山・山田地区支部
小松君子(Ns)	訪問看護ステーション希望
吉良健司(PT)	訪問看護ステーションドリームチーム
森田恵子(PT)	南国中央病院
小松真由美(CM)	中央東ブロック介護支援専門員連絡協議会
山崎敦憲(CM)	土佐町地域包括支援センター
中越香、公文理賀(MSW)	嶺北中央病院
岩城江里子(MSW)	JA高知病院MSW
中井弘子、川崎瑞女(行政)	中央東福祉保健所地域支援室

# 平成25年度年間スケジュール

	4/11 (木)	5/24(金)	6/13 (木)	7/18 (木)	8月	9/19 (木)	10月	11月	12月	1月	2月	3月
計 画	事例検討会			退院前C 事例検 討		退院前C 事例検 討				退院前C 事例検討		
	地域連携勉強会	在宅医療推 進勉強会 1回目	在宅医療推 進勉強会 2回目			地域医療 懇談会	小規模多機能型居宅介護事業所 の紹介(10~12月の内1回)			在宅医療推 進勉強会 3回目	今年度 の総括	
	各種講習・講演	年間計 画決定					地元医師による多職種連携の講 習会(10~12月のうち1回)		講演会 (10~12月のうち1回)			
実 施 状 況	4/11 年間計 画決定	5/24 在宅医療推 進勉強会 1回目	6/13 在宅医療推 進勉強会 2回目	7/18 退院前C 事例検討		9/19 退院前C 事例検 討	10/17 事業所 紹介	11/21 医師 講習会		1/16 退院前C 事例検討		

# 第1回地域連携に関する勉強会

- 日時：平成25年5月24日（金）
- 場所：南国市保健福祉センター
- 内容：**地域の在宅医療を考える：第1回目**
  - － 地域リーダー研修会の資料配布と伝達
  - － DVD視聴「かかりつけ医と在宅医療の推進について～国が進める在宅医療の方向性～」
  - － グループワーク：テーマ「地域における在宅医療の現状と課題」
- 参加者
  - － 医師、歯科医師、薬剤師、看護師（保健師）、理学療法士、MSW、病院事務職員、ケアマネージャー、ホームヘルパー、地域包括支援センター職員、福祉保健所職員など（44名）

# 討論内容(課題)

- 主治医・副主治医システムの必要性
  - － 特定の医師に負担が集中する
- 在宅医療に関わる医師・看護師等の人材不足
  - － ケアカンファレンスに医師の参加が少ない
  - － 地域ケア会議への医師の参加を望む
- 家族形態の変化
  - － 高齢者の独り暮らしが多い
  - － キーパーソンの不足
  - － 認知症の介護に対して協力が得られにくい
- 在宅医療に関する住民への啓発不足
- 地域により地理性や医療・介護資源の差が大きい
  - － 訪問・往診医や訪問看護の体制が地域により異なる
  - － 夜間対応や中山間部での対応が困難
- 嶺北地区の厳しい現状
  - － 既に2025年問題が現在ピークを迎えている
  - － 絶対的な介護サービスの不足、24時間対応サービスが少ない、時間外の安否確認が困難
  - － 経済的問題
  - － 訪問先の一軒、一軒が遠く離れている、病院から離れた地域はサービス提供が困難
  - － 施設入所のニーズが高い
  - － 嫁いだ娘が実母を介護せざるを得ない



# 第2回地域連携に関する勉強会

- 日時：平成25年6月13日（木）
- 場所：南国市保健福祉センター
- 内容：**地域の在宅医療を考える：第2回目**
  - － DVD視聴「ほほえみを絶やさない生活を支えるために～多職種協働と連携が拓く在宅医療・ケアの未来、かかりつけ医と在宅医療の推進～」
  - － グループワーク：テーマ「地域における退院前カンファレンスの課題・目標」
- 参加者
  - － 医師、薬剤師、看護師（保健師）、理学療法士、栄養士、MSW、ケアマネージャー、地域包括支援センター職員、南国市職員、福祉保健所職員など（43名）

# 討論内容

- 退院前カンファレンスでは多職種間で課題の共有ができていた
- 在宅療養の初期評価の重要性
- 在宅でのケアカンファレンス開催のタイミング、頻度、意義
  - － ケアマネージャーの提案で開催できたのは良かった
  - － ケアマネージャーの役割としてコーディネート機能の重要性
  - － いきなり多くの職種を集める必要があったのか
  - － 実際は少ない参加者で開催する事が多い
  - － 何を目標にして集まるか
- 家族の介護負担や不安軽減に向けてのアプローチ
  - － 主介護者(娘)の精神状態の把握
  - － 家族への分かりやすい説明が必要
  - － 多職種で支えられているという実感
- 嚥下機能に関する課題をもっと重視すべき
  - － 言語聴覚士など専門職の積極的関与
- 介護老人保健施設への入所を経た方が良かったのではないか

# 講演会

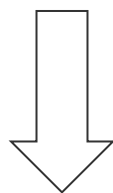
■ 日時：平成25年12月6日（金）18:30～20:00

■ 場所：JA高知病院コミュニティーホール

■ 講演内容

「長崎市における在宅医療の取り組みについて」  
～在宅Dr.ネット、診療所ネットワーク及びへき地  
における問題点・解決策等～

■ 講師：長崎県医師会理事 白髭 豊 先生



講師の都合により中止（延期）



<高知県中央東地域 医療・介護・福祉の多職種・多機関の皆様へ>

## ともに考えよう！地域にふさわしい在宅医療

### 講演会のご案内

香美郡医師会及び土佐長岡郡医師会が所管する地域の医療・介護・福祉の多職種の皆さんを対象に、地域にふさわしい在宅医療の在り方や多職種連携の仕組みをともに考え、地域包括ケアシステムの構築につなげるための講演会を開催します。

◆日時：平成25年12月6日（金） 18：30～20：00

◆場所：JA高知病院 コミュニティーホール（南国市明見字中野526番地1）

◆講演内容

### 「長崎市における在宅医療の取り組みについて」

～在宅Dr. ネット、診療所ネットワーク及びへき地における問題点・解決策等～

◎講師：長崎県医師会理事

医療法人 白髭内科医院 院長

NPO法人 長崎在宅Dr. ネット事務局長

白髭 豊（しらひげ ゆたか） 先生

#### \*講師の紹介

腫瘍学、腫瘍内分泌学、内分泌学を専門とし、特に緩和ケアに力を入れている。

2003年に長崎Dr. ネットを立ち上げ、複数の医師が連携することで365日24時間の在宅訪問診療への対応を可能にした。

2008年から3年間緩和ケア普及のための地域プロジェクトのリーダーを務め、現在は長崎Dr. ネット事務局長として、多職種間の地域連携による質の高い在宅医療を提供している。

白髭医師が推進する診診連携、病診連携で在宅患者を支える取り組みは、全国の地域医療連携のモデルとなっている。

◆対象者：医療機関、介護事業所他のご関係者 \*参加費無料

\*対象地域：香南市、香美市、南国市、本山町、大豊町、土佐町、大川村

◆主催：高知県医師会

【問合せ先】 高知県中央東福祉保健所地域支援室 川崎 電話：0887-53-0298

# 在宅医療に関する事例検討会

- 日時：平成26年2月20日（木）
- 場所：南国市保健福祉センター
- 内容：在宅医療に関する事例検討会
  - － 事例1：吉川診療所 清水 祐二 先生
  - － 事例2：鈴木内科 中山 富美 先生
- 対象者
  - － 南国市、香美市、香南市、本山町、大豊町、土佐町、大川村の医療機関、介護事業所他の関係者

(案)

＜高知県中央東地域 医療・介護・福祉の多職種・多機関の皆さんへ＞

## ともに考えよう！地域にふさわしい在宅医療

### 事例検討会のご案内

香美郡医師会及び土佐長岡郡医師会が所管する地域の医療・介護・福祉の多職種の皆さんを対象に、地域にふさわしい在宅医療の在り方や多職種連携の仕組みをともに考え、地域包括ケアシステムの構築につなげるための事例検討会を開催します。

地域の在宅医療と介護を支える多職種・多機関が集まり、それぞれの視点で自由に意見を交換し、連携が深まる場にしたいと考えておりますので、初めての方も積極的にご参加ください。

◆日時：平成26年2月20日（木） 19:00～21:00

◆場所：南国市保健福祉センター（南国市大塚甲320）

◆内容

#### 「在宅医療に関する事例検討会」

<事例1>

◎事例提供者

吉川診療所 院長 清水 祐司 先生

<事例2>

◎事例提供者

鈴木内科 院長 中山 富美 先生

※事例検討は多職種によるグループワーク形式で進めます。

◆対象者：医療機関、介護事業所他のご関係者

\*対象地域：香南市、香美市、南国市、本山町、大豊町、土佐町、大川村

◆主催：高知県医師会

◆参加申込み：裏面の受講申込書により、2月13日（木）までにFAX送信してください。

◆その他：参加者名簿（所属・職種・氏名）を出席者に配布しますので予めご了承ください。

【問合せ先】 高知県中央東福祉保健所地域支援室 川崎 電話：0887-53-0298



# 在宅医療に関する現状と課題

- スムーズな在宅復帰に向けて
  - 地域での多職種連携は必須
  - 退院前カンファレンスが連携の場となる
  - 連携のポイントは医師とケアマネの顔の見える関係
- 退院前カンファレンス・事例検討会
  - 南国市では既に各医療機関において適宜実施されている  
固定化された1つの形式に統一する必要はない
  - 医師の参加が少ない → 参加しやすい環境づくり(医師会)、開催時間の調整
  - 介護関係職員のレベルアップ → 定期的な勉強会の実施
- 地区医師会主導の多職種連携を進める
  - 各関係機関との連携体制づくり・役割分担を強化する  
これを検討していく体制が「在宅復帰支援システム」と言える
  - 医師会の組織・事務局体制の強化
- 訪問診療・往診医の確保
  - 主治医・副主治医システムの構築を模索する
  - 特定の医師に負担が集中しないシステム作りが必要

# 高知市の在宅医療の現状と課題

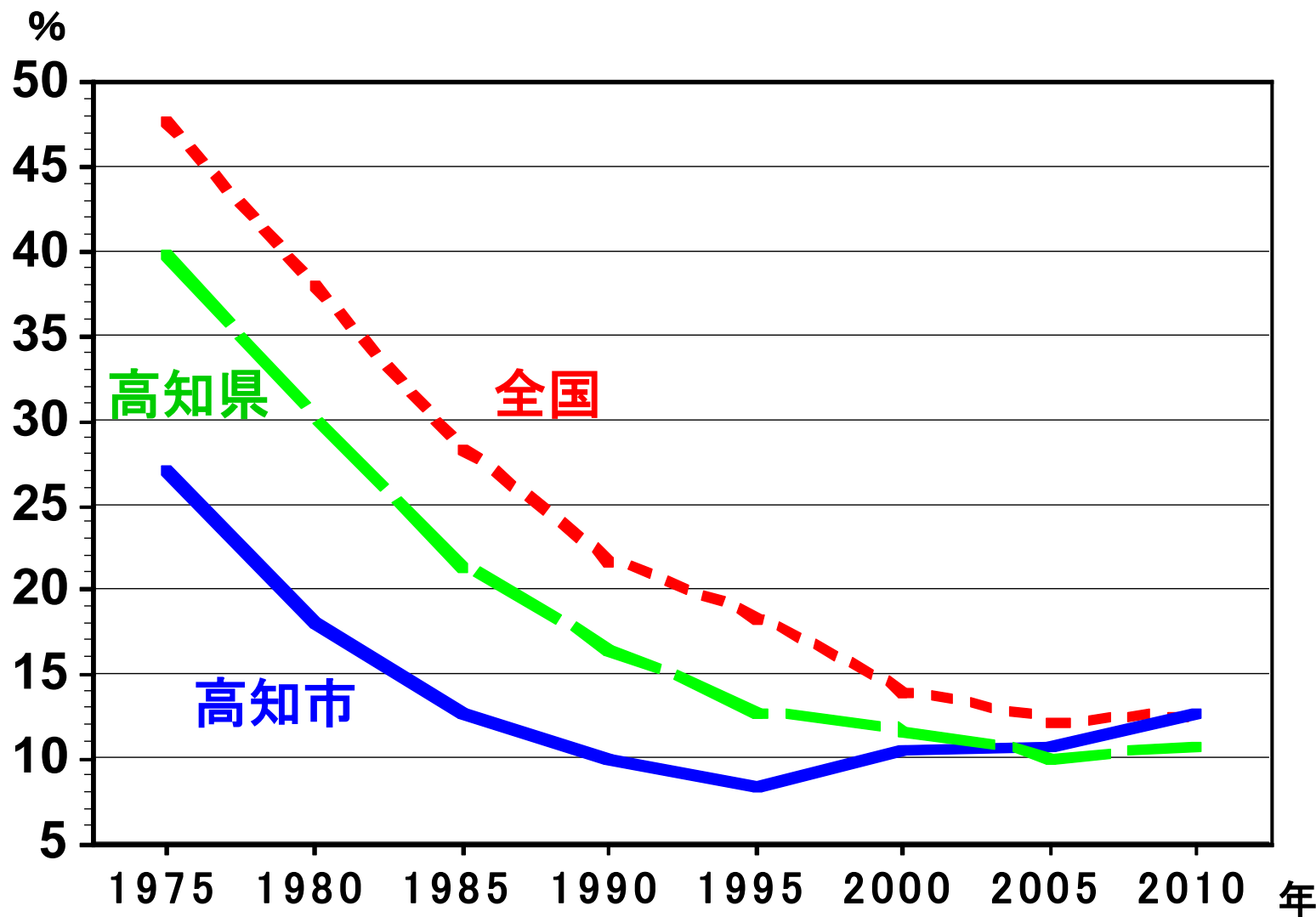
平成26年1月19日

在宅医療事例報告会

高知市保健所 堀川俊一

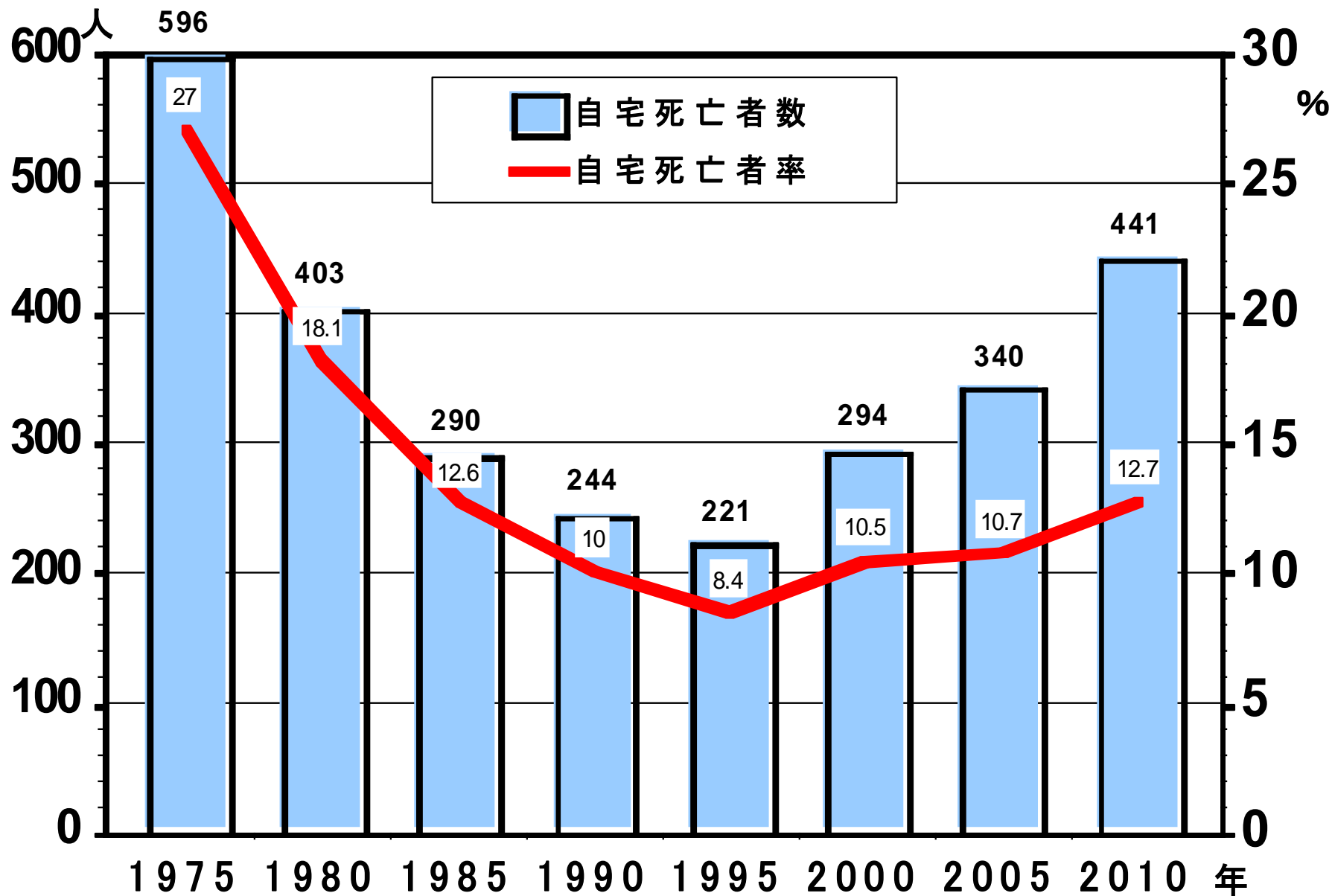


# 死亡者中自宅死亡者の割合



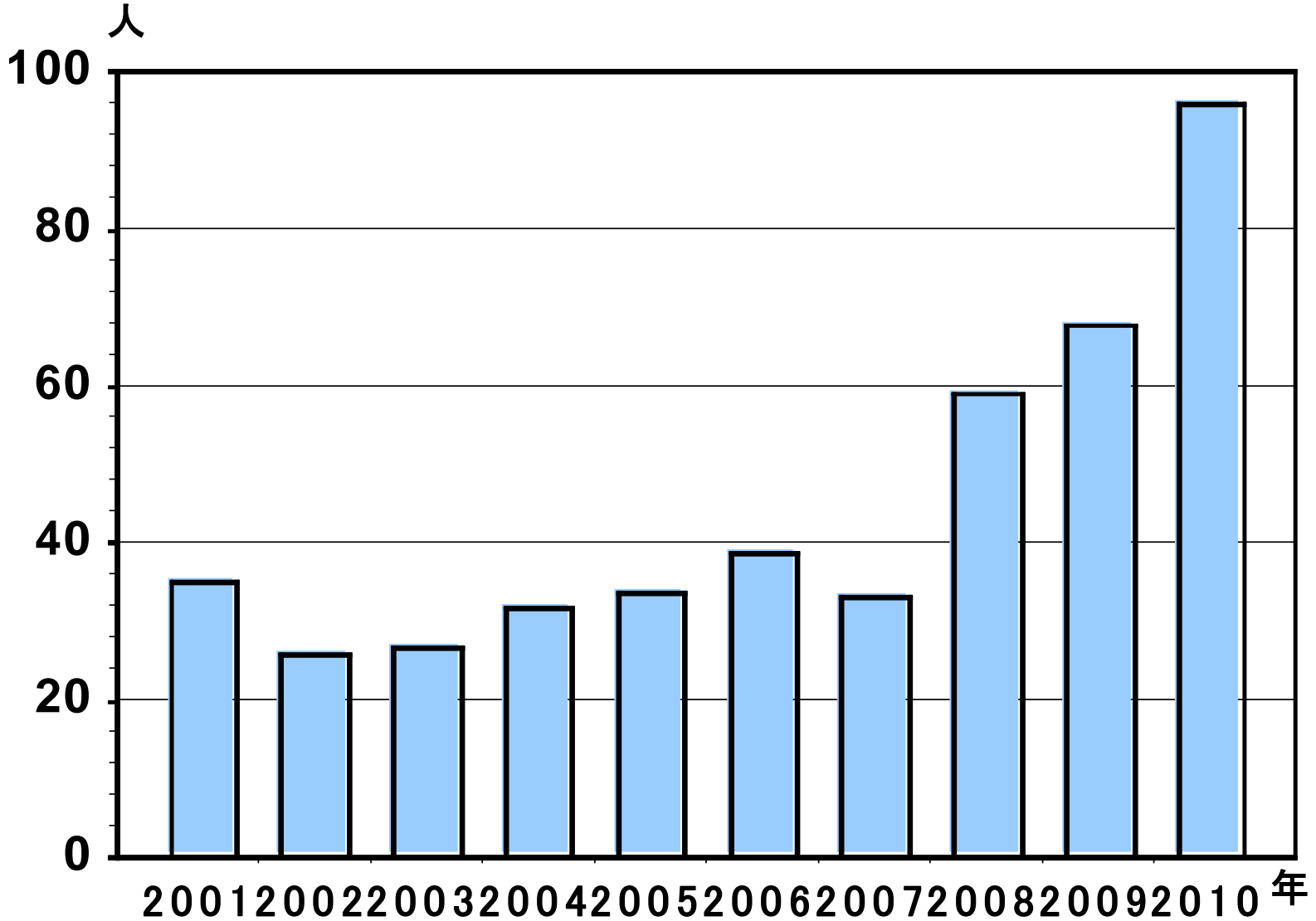
人口動態統計より

# 高知市の自宅死亡者数と自宅死亡者率



人口動態統計より

# 死因が悪性新生物(がん)の自宅死亡者数(高知市)



人口動態統計より

# 平成24年高知県在宅医療アンケート調査

■ 調査対象 県内の診療所477

回答415、回答率87.0%

■ 分析対象 高知市内で平成24年3月に訪問診療を実施したと答えた29診療所の患者608人及び平成23度中の自宅看取り者83人

■ 四国厚生支局への届出状況

在宅療養支援診療所 10

在宅時医学総合管理料 6

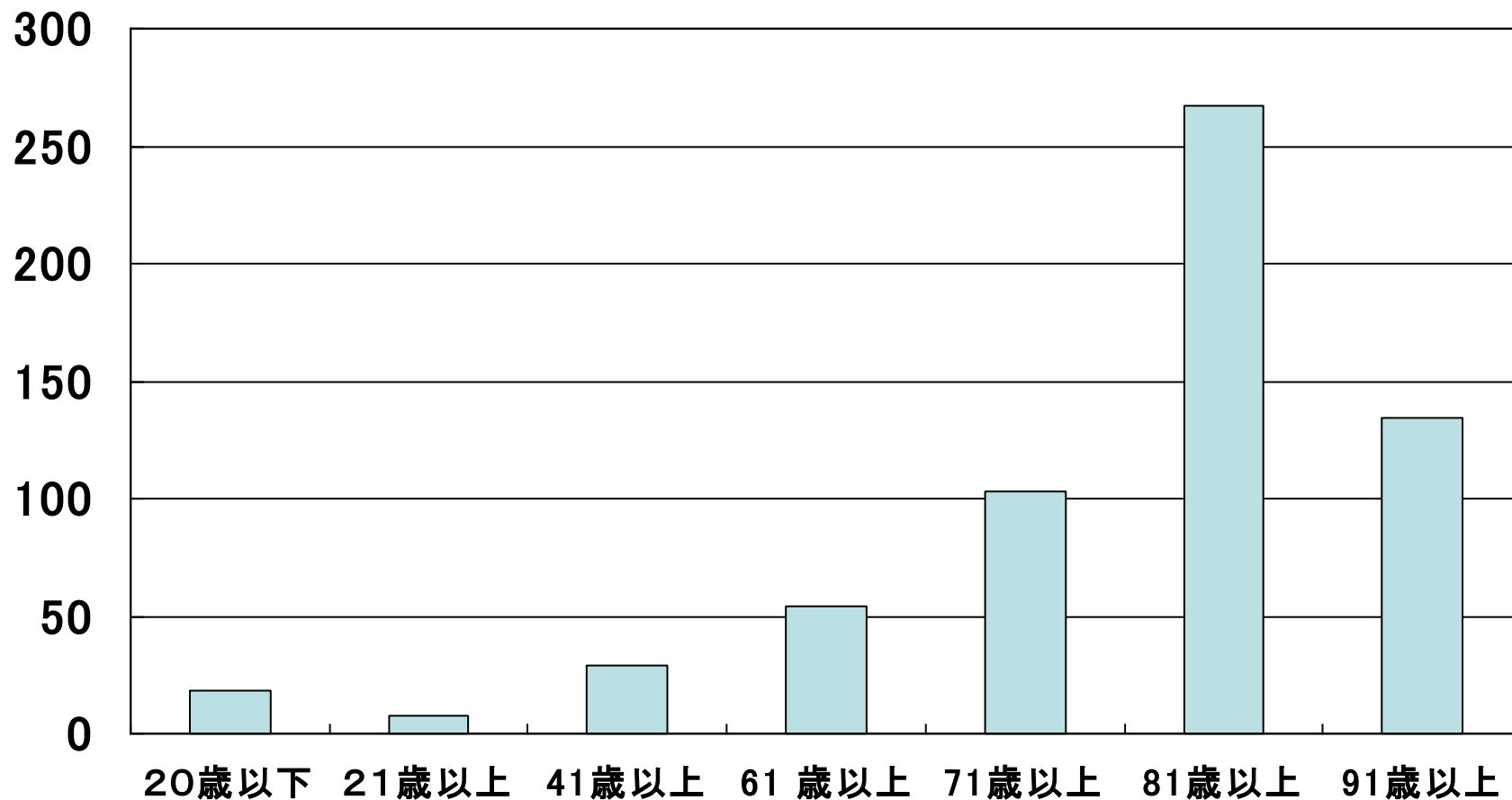
その他 13

# 病態別対応可能の診療所数

	在宅療養支援診療所	在宅時医学総合管理料	その他
診療所数	10	6	13
神経疾患	8	4	3
がんターミナル	6	3	2
人工呼吸器	5	3	2
精神疾患	3	1	0
小児難病	2	0	0

集計対象：平成24年3月に訪問診療を行った高知市内診療所  
(高知県在宅医療アンケート調査より)

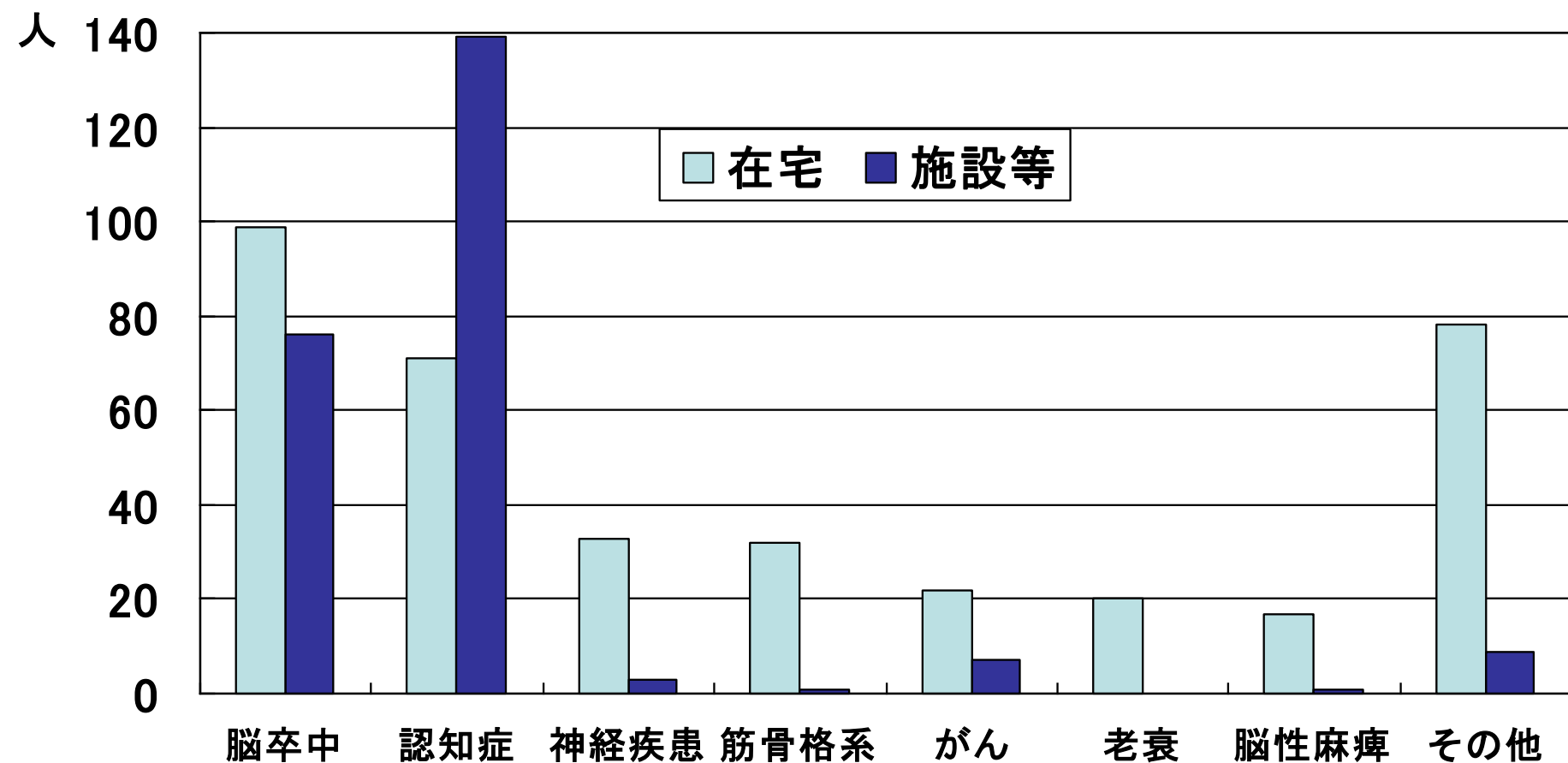
# 年齢階級別訪問診療受療者数



訪問診療受療者の3分の2が80歳以上

集計対象：平成24年3月に訪問診療を行った高知市内診療所  
(高知県在宅医療アンケート調査より)

# 居住場所別疾患別訪問診療数



施設等(同一建物居住者)では6割が認知症

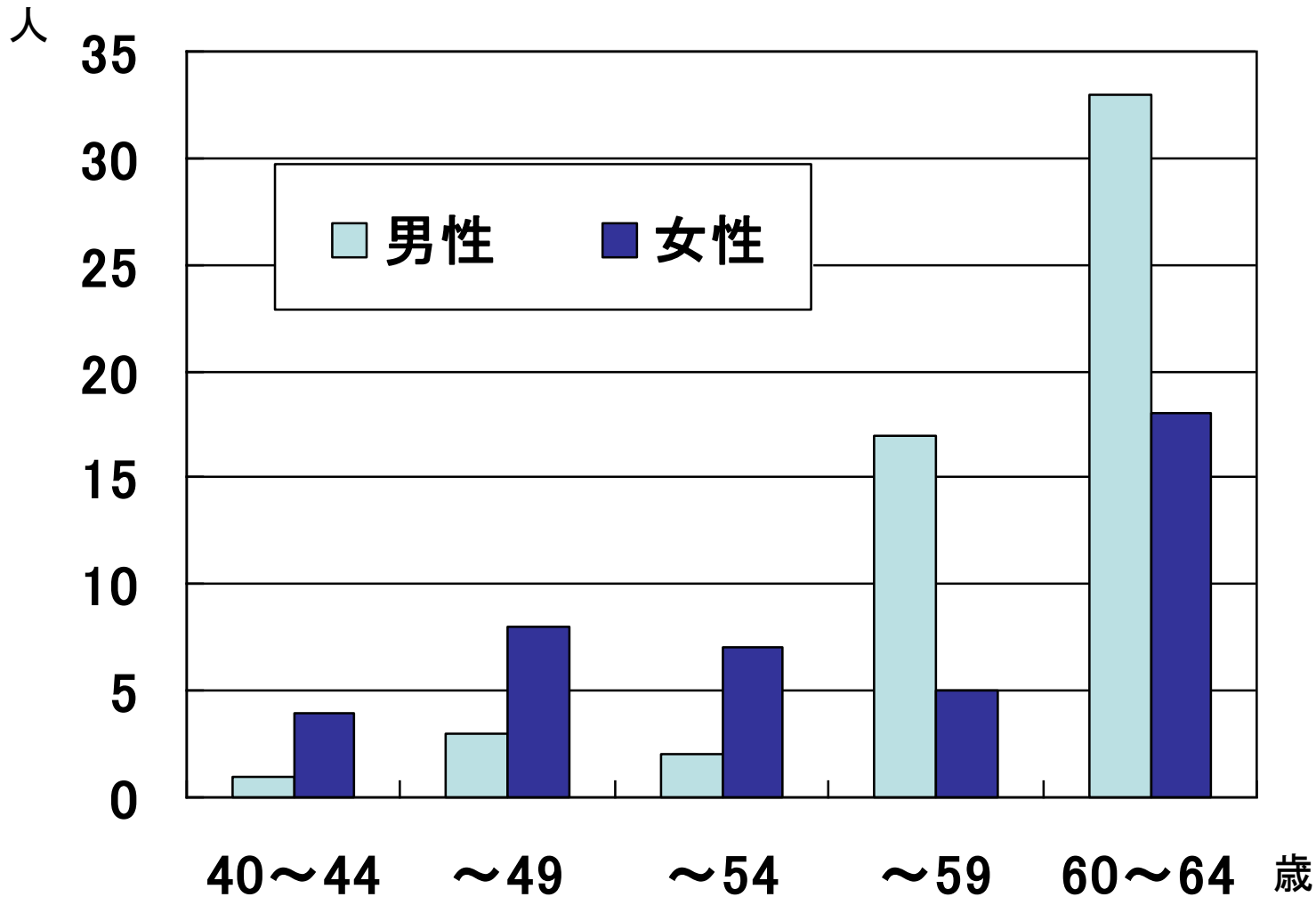
集計対象:平成24年3月に訪問診療を行った高知市内診療所  
(高知県在宅医療アンケート調査より)

# 2号被保険者(がん末期)調査

- 対象 平成23年4月以降に末期がんで介護保険の認定申請をし、平成25年12月までに認定された、または認定以前に申請を取り下げた2号被保険者(40歳から64歳)98名(男性56名、女性42名)
- 申請を取り下げた者 11名
  - 内申請後14日以内の死亡者7名

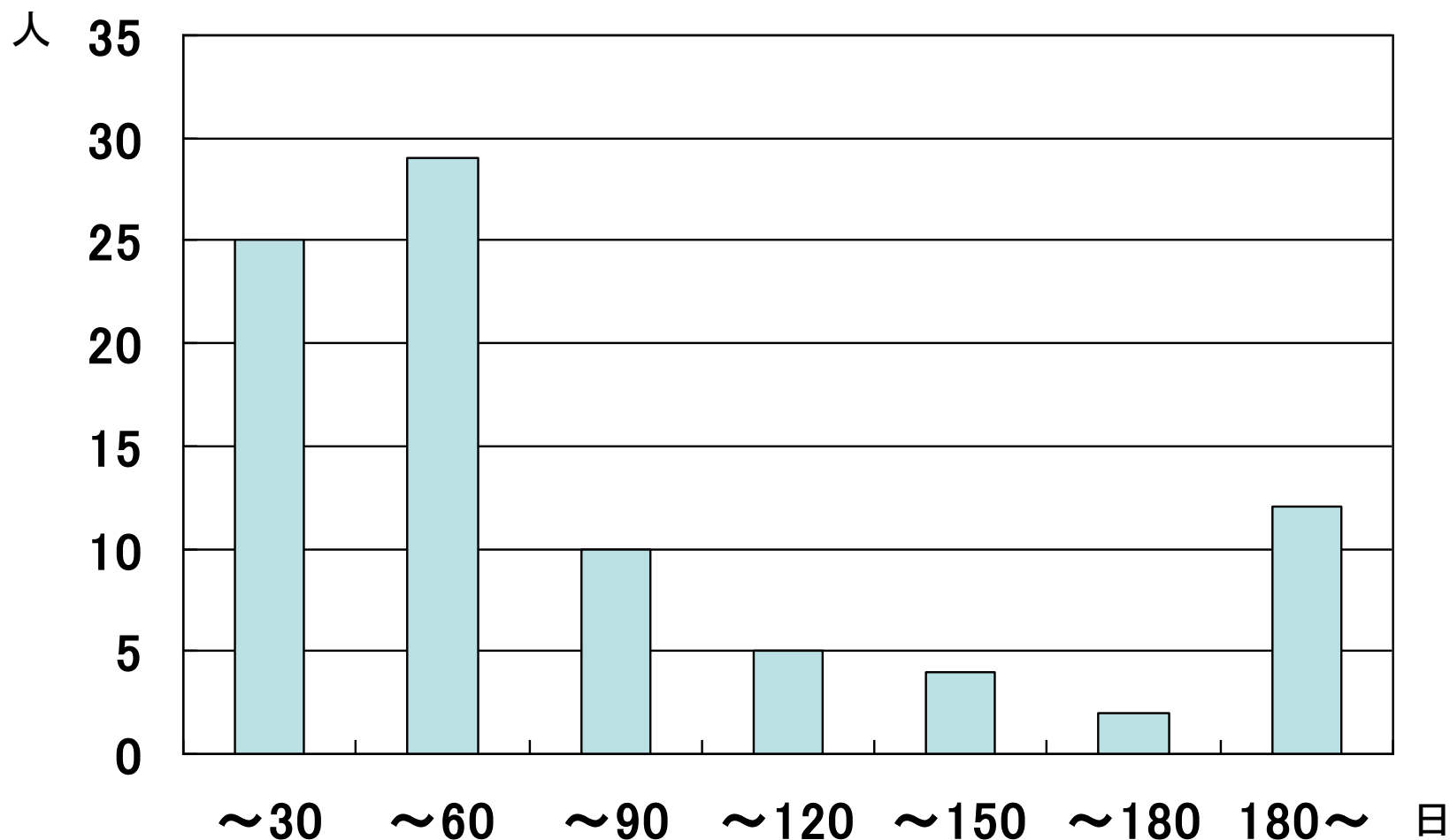


# 性年齢階級別申請者数



申請者の5割が60歳以上  
54歳までは女性が多い  
55歳以上は男性が多い

# 申請から死亡までの日数

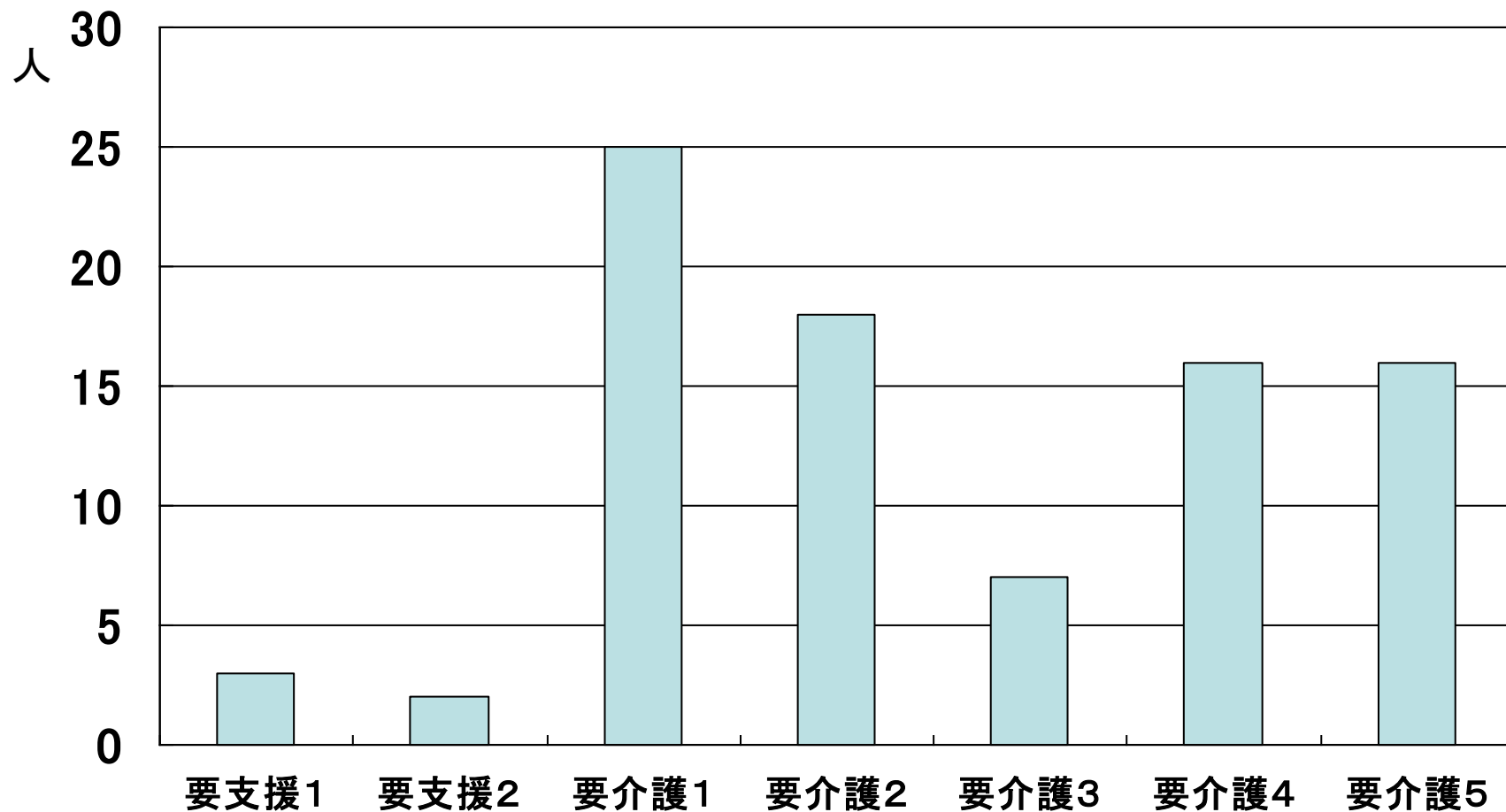


申請から死亡までの中央値50日

申請者の3分の2が申請後3ヶ月以内に死亡

調査時生存していた11名中6ヶ月以上生存者は6名

# 介護度別認定者数



# まとめ

- 高知市の自宅死亡者率はほぼ全国並で増加傾向にある。
- 訪問診療を行う診療所は30カ所以上あるが、多くは少数の診療所が行っている。
- 病態(小児難病、精神疾患等)によっては対応できる診療所が少ない。
- 今後在宅医療をすすめていくためには、医療(入院、在宅)・介護・福祉の連携の強化が必要。

平成26年1月19日（日）

# 高知市医師会における在宅医療の取り組み

在宅医療推進委員会 委員長 伊与木 増喜

# 要 旨

高知市医師会では、地域医療連携の再編と介護を包含した包括的なシステム構築を行い、在宅医療が円滑に遂行できるよう、また医療者・介護者のボトムアップを図るよう活動している。

# 在宅医療に対する取り組み

1. 地域医療カンファレンスの開催
2. 在宅医療推進のための支援策（ネットワーク事業）
3. 訪問看護ステーションの運営  
（在宅医療の実践と推進）

\*

# 地域医療カンファレンスの開催

医療・介護・保健福祉の連携推進、知識と質の向上を目的とする。

- ・ 高知市医師会地区内を5分割、5地区にて、年2~3回それぞれ開催している（実行委員会の設置）  
（東・西・南・北に配置されている高知市高齢者支援センター、土佐市地域包括支援センターを中心に開催）
- ・ 出席者：医師、歯科医師、看護師、保健師、ケアマネ、SW、MSW、CW、介護職、PT、OT、栄養士、薬剤師、行政、事務職、民生委員、警察、消防署等関係者 平均参加者：約100名/1回
- ・ 平成25年12月迄 合計59回開催、延4,260名参加



# ①地域医療カンファレンス参加者数一覧

地区名	開始年	回数	延べ参加者数	平均参加者数	
北部地区	H17	23	2,646	115	年3回（9年目）
西部地区	H23	9	1,380	153	〃（3年目）
南部地区	H21	10	761	76	年2回（5年目）
東部地区	H23	3	258	86	年1回（3年目）
土佐市地区	H20	14	1,139	81	年2.5回（6年目）
計		59	6,184	105	

## ②地域医療カンファレンスで取り上げたテーマ一覧

NO	テーマ	回数	NO	テーマ	回数
1	多職種連携	10	20	緩和ケア・ホスピス	2
2	介護保険制度と在宅医療制度	8	21	摂食・嚥下障害	2
3	認知症	6	22	成年後見制度	2
4	退院時カンファレンス（模擬カンファレンス）・退院調整・退院時支援	6	23	地域包括ケア	3
5	リハビリテーション、訪問リハビリ	5	24	災害医療対策	2
6	高齢者支援センター・地域包括支援センター	6	25	病院と介護施設との連携	1
7	服薬管理・薬剤師	5	26	急性期・回復期・維持期の症例	1
8	ターミナル・看取り	4	27	パーキンソン	1
9	デイサービス	4	28	高位頸髄損傷	1
10	口腔ケア・歯科医師	4	29	在宅での胃ろう	1
11	地域での拠点病院との連携	4	30	時間外緊急対応	1
12	地域の取り組み	4	31	東日本大地震での支援活動	1
13	在宅医療（介護）ネットワーク	3	32	転倒予防	2
14	機能強化型在宅療養支援診療所・診療連携	3	33	排尿障害、オムツ	1
15	高齢者虐待	3	34	介助法	1
16	障害者自立支援	3	35	脱水	2
17	身体拘束	2	36	孤独死	1
18	特養、ユニットケア	2	37	廃用症候群	1
19	脳内出血	2	38	栄養管理	1

### ③地域医療カンファレンスでの演者内訳一覧

NO	職種	回数	備考
1	医師	45	
2	行政	21	保健所、健康づくり課、高齢者支援センター、高知県、土佐市（医師・事務職・保健師5名）
3	ケアマネ	19	
4	看護師	17	病院・施設・事業所
5	訪問看護	15	
6	P T	11	
7	S W	11	MSW・CW含む
8	施設管理者	11	特養、デイ、通所介護、有料老人ホーム、小規模多機能、GH、障害者支援施設
9	ヘルパー	9	
10	その他	7	大学、エレパ、事務、いのちの電話、アテラーノ旭、市社協
11	O T	6	

NO	職種	回数	備考
12	歯科医師	5	
13	薬剤師	5	
14	民生委員	5	
15	歯科衛生士	4	
16	福祉用具事業所	4	アイコ、フクダ、石本産業
17	言語聴覚士	2	
18	司法書士	2	
19	介護・社会福祉士	1	
20	管理栄養士	1	
21	警察	1	
	計	172	

# 在宅医療推進のための支援策

- 居宅での療養を希望する患者さんと家族が安心して在宅療養出来るように地域で一体となり、365日24時間、在宅医療介護を提供できる支援体制づくり。
- 主治医の在宅医療を支援  
(不在時の対応や協力専門医による助言、緊急時の病床確保→一人の医師を多数の医師が支える→負担軽減)
- 在宅医療にかかわる多職種間の円滑な連携を推進。
- 地区内での診診・病診・病病連携を推進。
- 在宅医療に関する研修会等を開催し、質の確保と向上
- モデル事業として一部地区（高知市北部地区）にて「高知北在宅医療介護ネットワーク」を運用

## ②高知北在宅医療介護ネットワーク事務局の役割

### 在宅主治医・在宅副主治医の斡旋

- 病院からの依頼（在宅療養希望患者さんの退院時）
- ケアマネジャーからの依頼
- 行政（高齢者支援センター）からの依頼

### 在宅主治医への協力

- 在宅副主治医の斡旋
- 協力専門医の紹介
- 後方支援病院・有床診療所の紹介（バックベットの契約）  
（主に在宅移行前の病院、地区内の病院、有床診療所）
- 在宅サービス事業所の紹介（居宅・訪看・訪リハ・ヘルパー等）
- 訪問薬剤師の紹介
- 訪問歯科医師の紹介
- 在宅診療一般についてアドバイス

### メーリングリストの作成と活用

- クローズなリストと情報交換

# \*強化型在宅支援診療所

- \* 高知市西部地区を中心とした在宅支援診療所と在宅支援病院のネットワーク構築
- \* その他の在宅支援診療所も独自にネットワーク構築

# 在宅医療介護サービスの課題

- 高齢者が住み慣れた地域で生活を維持できるように地域全体で総合的に支えられる環境整備
- 在宅医療介護サービスの一貫性・連続性のあるサービス提供と予防への取り組み
- 地域包括ケアシステムの体制づくりと確立
  - 在宅医療・介護の充実と連携強化**
- 24時間、365日対応出来る各種事業所の確保
- 在宅医療・介護・福祉の人材確保と養成、資質向上。
- 在宅主治医と介護者の負担軽減

# 超高齢社会に適した日本型医療システム

① 中小病院  
有床診療所 } が多い



身近な所で気軽に安く入院もできる  
高齢者の在宅支援システムの構築  
が可能

② 診療所の質が高く  
充実している



高齢者に便利なワンストップサービス  
が可能  
【検査・診断・治療・(投薬)・健診】



## 日本型在宅の主役は郡市区医師会



在宅医療だけでなく、医療と介護の連携や  
在宅における多職種協働のリーダーは医師が最適



医学部教育の見直しによる一般臨床能力の向上と  
日医生涯教育の充実による新かかりつけ医  
＝日本型総合医の育成が必要

# 地域包括ケアにおける かかりつけ医の在宅医療

- 1 在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携
- 2 病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携
- 3 医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割
- 4 超高齢者に応じた医療対応
- 5 高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える
- 6 生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす
- 7 治す医療から支える医療へ
- 8 連携から統合へ

# 高知市医師会の今後の取り組み

高知市の特性からみても、高齢者は一人暮らしや夫婦のみの世帯が多い。また介護者となる家族は共稼ぎが多く、家庭介護力が弱い。

高齢者や家族が安住できるように、地域で支える支援体制の早急な整備が望まれる。

現在実施している在宅医療推進事業が今後も継続発展するように取り組んでいく。

# 健やかに老いる

平成24年2月25日

第4回高知市医師会市民フォーラム  
高知市保健所 堀川俊一



# 医師でも慌てる介護の現実

## 所感雑感



高知市医師会・在宅医療推進委員長 伊与木 増喜

「どうとう自分の身に起こつてしまった」と友人の医師が困った様子で話し始めた。高知市内の田舎屋で高校時代の同級生が暮らした所だ。

田舎で独居生活をしている80代の母親が肺炎と脱水で倒れ、その拍子に頭に大けが。約1カ月間入院したという。次第に腰が曲がり動作も鈍くなり、寝たきりとなる可能性が高くなったため、一人暮らしは無理かと思っていた矢先のこと。たまたま妻が近々に嫁いでいたので、これまではある程度サポートできていたが、嫁が先にも身体の不自由な両親があり、今後、田舎での生活は断念せざるを得なくなったであろう。

友人はすぐに対応に動いたが、医療従事者であるにもかかわらず介護保険手続きに時間がかかり、母親は退院してもすぐに施設に入る事ができなかった。しばらく娘の所で世話になり、医師としての面目がなかったという。その後、母親は施設に入所できた。

彼は、別に介護保険について疎いとは思わず、情報としても十分理解していると思っていたという。しかし、現実が起こってしまったこの事態にがく然。「もし自分が医療関係者でなかったらもっと対応が選んでいただろう。そう思う」と、現実に高齢化社会

の抱えている問題はもっと複雑ではないのか。今後、団塊の世代が高齢化を迎えた状況は想像し難いが、さらに施設不足が深刻化し介護難民がふれる恐れがある」とも言っていた。

この話を私は、ふとではないと思っただけだ。親戚の70代の男性が2年ほど前からパーキンソン病を患い、手足が思うように動けなくなっている。周囲には医療関係者が多く、また本人、家族とも自宅生活を望んでいるので在宅療養を継続しようと努力しているが、現実はそのに甘くないだろう。経過を辿るごとに家族は疲弊し、施設入所などの必要性を考へることも迫られている。

私自身、在宅医療に15年以上関わってきて、自宅介護の現場での苦勞の数を目の当たりにしてきた。友人と同様に、困では分かっていても実際一人の病人を抱えることは時間、忍耐、体力が思った以上に必要だ。厚生労働省が掲げる2025年問題は「団塊世代の高齢化社会への対応」だが、高知県の場合、高齢化のピークが早いため、ここ数年以内にほんのりと深刻となる懸念される。

在宅療養生活は、家族に問わる人、時間、お金がそろってないと実現困難と言われている。また、友人と私の二つ

の事例で思うのは、医療に關する情報と心構えの大切だ。「情報」に関しては行政、医療、介護などの関係機関に問い合わせると簡単にパンフレットなどは入手できるが、実際の業務、サービスなどはなかなかイメージが湧かないだろう。「心構え」はもっと分かりづらく、実際に介護のお世話になった人々に聞くことで身近に感じられると思う。知識ばかりが先行し、分かったこと勘違いをする足もとをすくわれ、友人のようになってしまいかねない。

サービス提供者側と利用者側の意識にはまだまだ隔たりがある。大げさかもしれないが、高齢化社会の問題は、南海トラフ巨大地震とそれに伴う大津波より現実的だ」という意識が必要だろう。ただ、医師でも在宅医療への関わりが少ない現状では、一般の方々に周知することはかなり難しいと思う。こうやって私たち当事者が体験談を紹介し、「医者でもそうなのか」と皆さんが多少でも危機感を高めてもらえたら幸いだ。今回の体験を機に、医師会としても今以上に「さままま取り組みを行い、在宅療養生活が身近になるような環境整備のサポートをしなればいけない」と強く思う。

(十佐市 蓮池)

不在文字情報 (0)  
不在画像情報 (0)  
あふれ記事情報 (0)  
注意文字情報 (0)

平成26年2月13日（木）

# 「在宅医療シンポジウム」

高知市医師会

## 第6期高知県保健医療計画 中央西地域アクションプラン 《在宅医療》

### 現 状

#### 住民の状況

- ◆ 自宅で医療や介護を受けながら最後まで過ごしたいという住民のニーズが高い。仁淀川広域44.9% / 高吾北広域52.9% / 県平均41.5% 【H22年県民世論調査】
- ◆ 自宅で訪問診療を受診した人は35.2%と県平均の45.8%より低い。
- ◆ 自宅で死亡した人の割合は8.2%と県平均の12.4%より大幅に低く、6つの保健医療圏の中で最も低い。

	県		中央西地域	
	人数	割合	人数	割合
自宅で訪問診療を受診した人 *1	1,373人	45.7%	162人	35.2%
自宅で死亡した人 *2	1,213人	12.4%	100人	8.2%

\*1:H24年高知県在宅医療実態調査

\*2:H22年人口動態調査

#### 病院からの在宅復帰支援の状況

- ◆ 退院支援が必要な患者の抽出・評価のため、専従職員の配置等を行う「退院調整加算」を届出している医療機関は7ヶ所。人口10万人当たりでは県平均より多い。
- ◆ 退院後の在宅生活を安心して送るため、具体的な医療ケアや介護サービスを患者・家族に説明する「退院前カンファレンス」を開催している病院は7ヶ所。

	県	中央西地域
退院調整加算の届出を行う医療機関の数 / 人口10万人当たり *1	51ヶ所/6.7ヶ所	7ヶ所/8.1ヶ所
退院前カンファレンスを行う病院の数 *2	50ヶ所	7ヶ所

\*1:H24年11月1日 診療報酬施設基準

\*2:H23年度高知県在宅看護に関する実態調査

#### 在宅医療を支える医療等の状況

- ◆ 24時間対応を実施する在宅療養支援診療所は3ヶ所のみと少ないが、訪問診療を実施する病院・診療所は24ヶ所と他の保健医療圏より比較的多い。
- ◆ 急変時の受入れを行っている医療機関は9ヶ所。人口10万人当たりでは10.5ヶ所と県平均の5.4ヶ所より大幅に多い。
- ◆ 訪問看護は、ステーション4ヶ所、医療機関5ヶ所。65歳以上人口1万人当たりでは県平均並み。
- ◆ 訪問歯科診療が可能な歯科診療所は17ヶ所。65歳以上人口1万人当たりでは県平均より少ない。
- ◆ 訪問薬剤管理指導が可能な薬局は26ヶ所。65歳以上人口1万人当たりでは県平均より多い。

	県	中央西地域
在宅療養支援診療所の数 *1	28ヶ所	3ヶ所
訪問診療を行う病院の数 *2	44ヶ所	9ヶ所
訪問診療を行う診療所の数 *2	107ヶ所	15ヶ所
急変時の受入れを行っている医療機関の数/人口10万人当たり *2	41ヶ所/5.4ヶ所	9ヶ所/10.5ヶ所
訪問看護ステーションの数/65歳人口1万人当たり *3	44ヶ所/2.0ヶ所	4ヶ所/1.4ヶ所
訪問看護が可能な医療機関の数/65歳人口1万人当たり *4	39ヶ所/1.8ヶ所	5ヶ所/1.8ヶ所
訪問歯科診療が可能な歯科診療所の数/65歳人口1万人当たり *5	179ヶ所/8.2ヶ所	17ヶ所/6.0ヶ所
訪問薬剤管理指導を行う薬局の数/65歳人口1万人当たり *6	177ヶ所/8.1ヶ所	26ヶ所/9.1ヶ所

\*1:H24年11月1日 診療報酬施設基準

\*2:H24年県在宅医療実態調査

\*3:H24年11月高知県介護保険サービス提供事業者一覧

\*4:H23年度高知県在宅看護に関する実態調査

\*5:H23年度高知県歯科医師会アンケート調査

\*6:H24年9月高知県薬剤師会調査



在宅療養への住民ニーズが高く、必要なサービスもほぼ県平均並みであるにもかかわらず、訪問診療の受診率、在宅死亡率が低い。

## 課題

### 在宅復帰支援を実施する病院の拡大と支援の質の向上

- ◆病院から自宅へ安心して退院できるような家族への精神面の支援や在宅ケアの実技指導、医療・介護サービスの調整、環境整備などの「退院支援・退院調整」を実施する病院の拡大と支援の質の向上が必要。
- ◆各病院での医師、看護師、リハビリスタッフ、薬剤師、管理栄養士等の「多職種連携」「チームケア」の実施、入院当初から地域と連携した退院支援・退院調整の手順書の整備を進めることが必要。
- ◆急性期、回復期といった機能の異なる病院間の「病病連携」や在宅主治医となる診療所との「病診連携」、介護サービスをプランニングする居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等との「医療と介護の連携」を進めることが必要。

### 住民の理解促進

- ◆住民が、在宅療養に必要な介護サービスや訪問診療・訪問看護などの訪問系医療サービスをあまり知らない可能性がある。
- ◆家族の介護力や医療・介護のサービスの整備状況によっては、ある程度医療依存度や介護レベルが高くて、十分に在宅療養は可能であることを住民に周知し、理解を促すことが必要。



## 目標

項目	直近値	目標値	出典(直近値)
3公立病院で退院支援・調整を行った人の在宅復帰率	44.0%	60.0%	H22年7～9月の平均 /福祉保健所聞き取り
入院時から地域と連携した退院支援手順書を作成している病院数	0ヶ所	6ヶ所	H22年度 /福祉保健所聞き取り

## 取組

取組	H25	H26	H27	H28	H29
在宅復帰支援の取組を通じた病病連携・医療介護の連携促進	中央西地域包括ケアシステム構築事業	3つの公立病院の退院支援・退院調整の質の向上に向けた取組			
		民間病院での退院支援・退院調整手順書の整備・拡大への取組			
		医療と介護の連携促進に向けた取組			
住民への啓発	福祉保健所による出前講座	多職種連携、病病連携のための福祉保健所による研修会・連絡会の開催等			
		医療機関や介護関係事業所が主体となった出前講座等			

### 在宅復帰支援の取組を通じた病病連携・医療介護の連携促進

- 平成22～25年度に取り組んだ3公立病院(土佐市民病院・仁淀病院・高北病院)を中心とした在宅復帰支援の質の向上、土佐・いの・上流域ブロックごとの病病連携、多職種連携、医療介護の連携を強化・拡充し、在宅復帰支援を実施する病院の拡大と支援の質の向上を図る。
  - ◆3つの公立病院
    - \*退院支援・退院調整の質の向上に向けたシステムの強化
    - \*土佐・いの・上流域各ブロックにおける病病連携・介護との連携促進の定例会等の開催
  - ◆民間病院
    - \*院内の多職種連携・チームケアの促進
    - \*入院当初から地域と連携した退院支援手順書の整備
  - ◆介護関係事業所
    - \*病院への入院時情報提供の早期化
    - \*入院中から病院と連携した退院後介護サービスの作成
  - ◆福祉保健所
    - \*多職種連携、病病連携のための研修会・連絡会の開催
    - \*在宅復帰支援・病病連携・医療介護の連携の取組への支援



### 住民への啓発

- 在宅での療養を選択肢の一つとしてもらうよう、医療機関、介護関係事業所等と共に、住民への出前講座等による啓発を行う。



# 病病連携・医療と介護の連携促進の 取り組み



平成26年1月19日 在宅医療事例報告会

いの町立国民健康保険仁淀病院

外来看護師長・地域医療連携室室長 松岡 真弓

# 仁淀病院の概要

一般病床:52床      亜急性期病床:8床

介護療養病床:40床

入院基本料:10対1      救急告示病院

平成24年度

平均在院日数:19日

入退院実人数1773人

入院患者数一日平均(一般病床):52.7人

外来患者数1日平均:197.1人

延べ相談件数:総数3300うち退院援助1576件

在宅復帰率(在宅退院GH・老健含む)84.1%

転帰先:自宅からの入院で自宅に帰った人85.2%

# 仁淀病院退院支援システムの構築

- \* 平均在院日数の短縮
- \* 退院支援の実際は経験的な対応で実施されている
- \* 地域との連携も不十分
- \* 住み慣れた家・地域に安心して退院出来るように院内の退院支援の標準化に取り組む

## 平均在院日数の推移

H20年3月 15:1 30日

H21年6月 15:1 30.33日

(退院調整加算開始)

H21年10月 13:1 21.52日

(亜急性期病床稼働)

H21年12月 13:1 21.66日

(連携室MSW2名体制)

H22年10月 10:1 17.84日

(10:1看護体制へ

中央西地域包括ケア構築事業開始)

# いの町立機関施設

地域包括支援センター

介護老人保健施設

仁淀清流苑

特別養護老人ホーム

偕楽荘

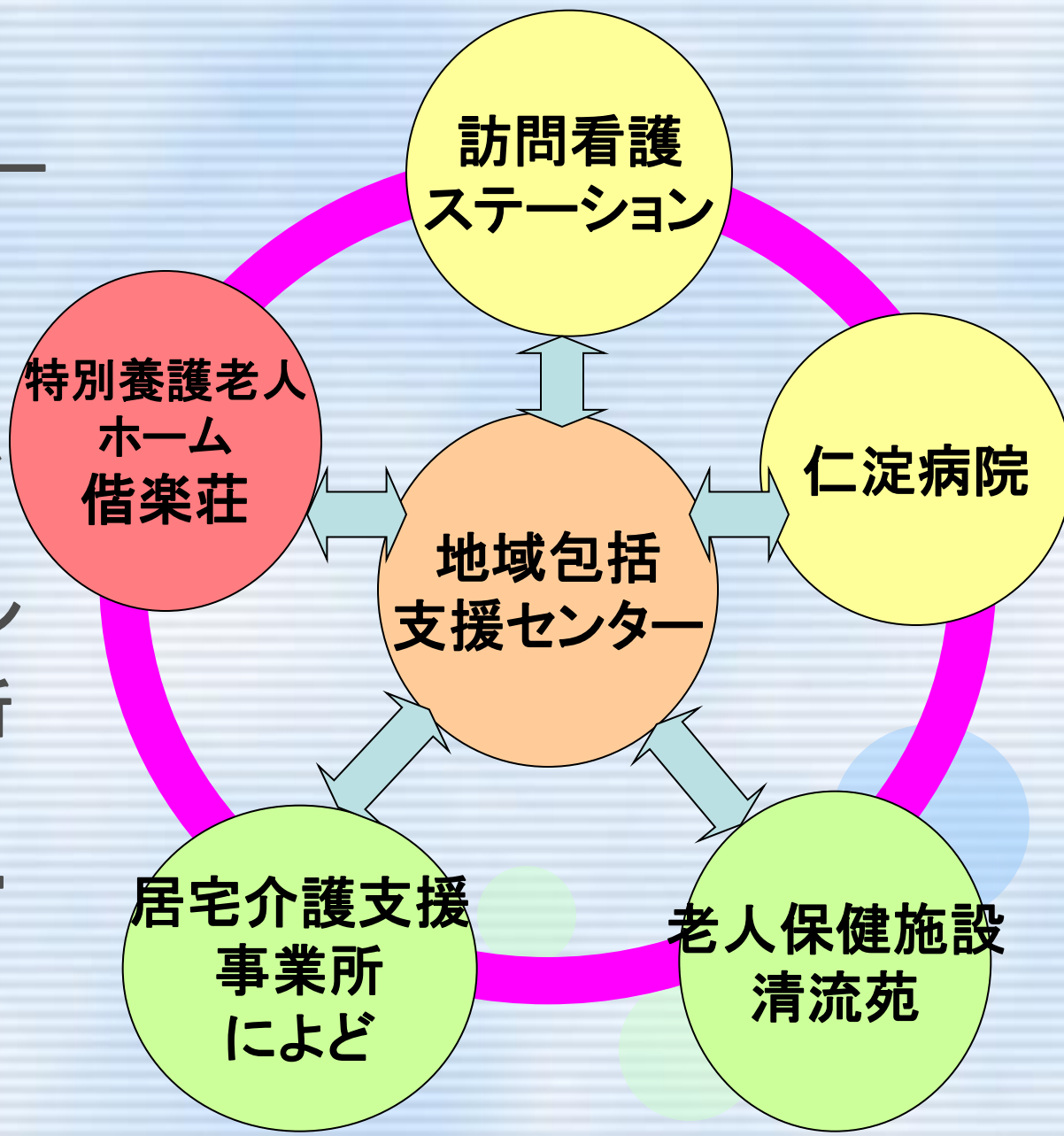
訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

によど

仁淀病院：一般病床・

介護療養病床



# 仁淀病院の取り組みの実際

H23年9月～ いの町包括支援センターとの  
連携会

H24年1月～ 病院事業内連携会（病床運営会  
へ清流苑も参加）

H24年3月～ 町立機関連絡会

H24年3月・6月 さくら病院連絡表検討会

# 病床運営会

(H24年1月から病院事業内病床運営会となる)

平成21年6月から週1回30分開催

## 検討内容

平均在院日数の確認

診療報酬の検討

転院相談の報告又は検討

中央西地域包括ケアシステム構築事業の報告

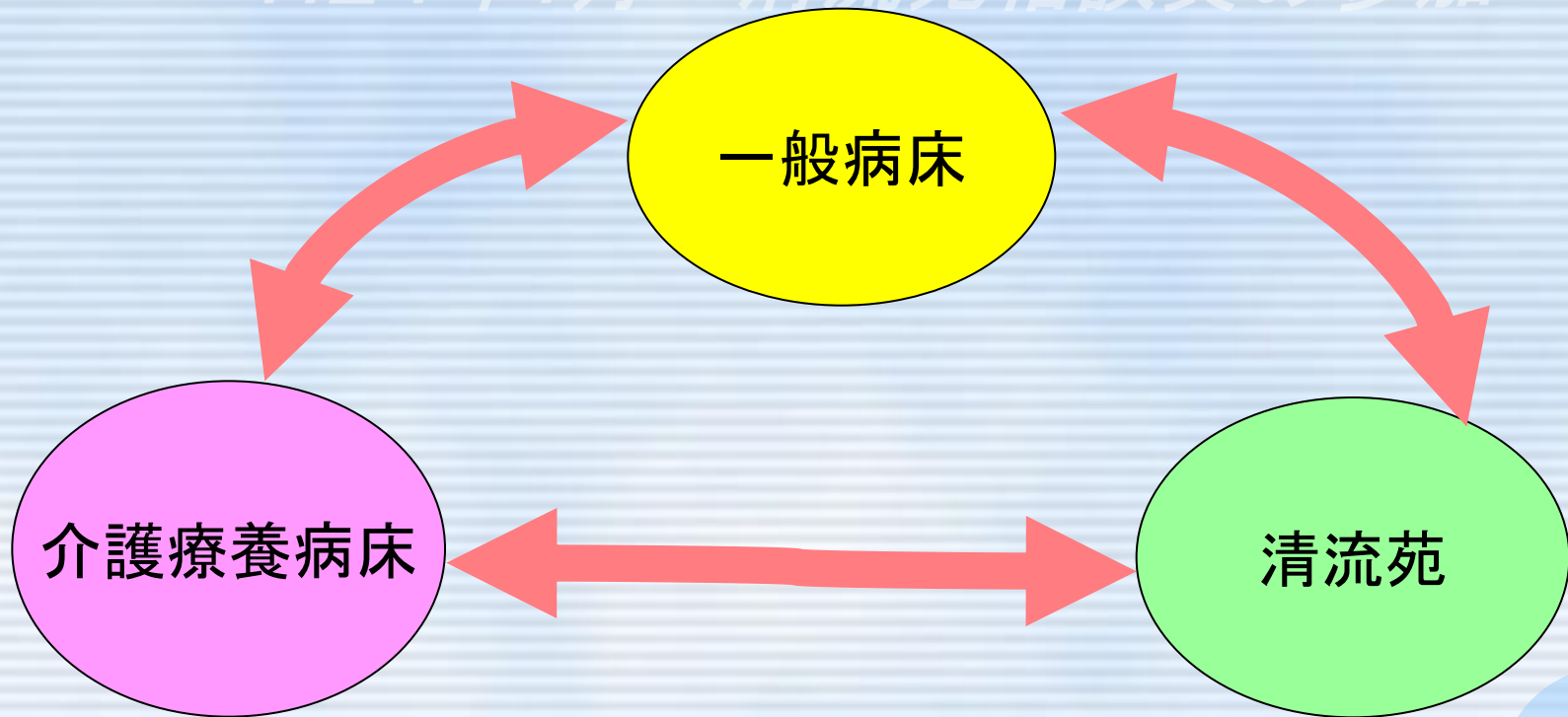
## 参加者

病院長・事務長・総看護師長・医事課事務員

看護師長・MSW

# 病院事業内連携会

## H24年1月～清流苑相談員の参加



- ◆ 入所者や患者の状態に応じた場所で過ごせるために、情報共有の必要性。スムーズな入退院や移動
- ◆ 療養病床平均在院日数の短縮
- ◆ 療養病床での看取りの促進



# いの町包括支援センターとの連携会

## H23年9月～

### 目的

1. 仁淀病院といの町包括支援センターがお互いの役割を理解し合う
2. 退院調整時にスムーズな連携が取れるようにする
3. 事例を取り上げることで、退院支援について双方の役割と立場から適切な時期、調整の内容を一緒に考えることができる

# 事例検討:院内退院調整クリティカルパスに沿って事例を展開し振り返りを2カ月に1回 6事例検討

- \* 患者の退院時の状態:病院側の退院可能の状態と地域側から見て地域で生活できる状態とに差がある
- \* 適切な入院期間で退院するためにはどうしたら良いのか……

# 事例検討の中から見えてきたもの

## 入院当初より包括支援センターに連絡を取る場合

- \* 患者や家族に包括支援センターが関わっていたケース
- \* 介護申請が初めてのケース

## 要支援・要介護のはさまのケース

- \* 入院後2週間の時期に包括との情報交換を十分に行う

## 入院前より包括がかかっていたケース

- \* 入院時より包括から情報が入り、病院も受け入れしやすい
- \* ADLが変化していれば、自宅訪問も一緒に行う

## 在宅サービスを拒否しているケース

- \* ケアマネが決まってもサービスが入らなければ、無償の訪問となる。ケアマネだけでなく包括に入ってもらう。必要であれば民生委員なども交えて調整する

# 課題として見えてきたもの

- ◇ 介護保険新規申請が必要な骨折患者  
入院後2週間の時期の初期カンファレンスに地域包括 も参加する。
- ◇ 初期カンファレンスまでに、入院前の家庭状況、生活 状況の情報収集をしておく。
- ◇ 地域側が持っている情報を持ち、初期カンファレンス に参加する。
- ◇ カンファレンスで、治療方針、介護申請の必要の有無、具体的なゴールを検討し共有する。  
必要な場合、栄養面の指導、家庭での継続事項を伝達する。
- ◇ 病院から清流苑に移る時に、清流苑もカンファレンスに参加し方向性を共有していく。

# 事例検討の中から出た 介護保険新規申請の時期への疑問

介護保険が本当に必要？

術後すぐの時期に必要？

ターミナル期 急ぐ必要がある？

必要かどうかアセスメントが十分できている？

## 現状の中からいえること

- ◇病院からの介護保険の新規申請は月に1~2件
- ◇予防リハビリの方がよいと思われるケースもある
- ◇申請が本当に必要かどうか、包括との情報交換の中でアセスメントを行う
- ◇独居、圧迫骨折などADLの低下が予想される場合、住所、住居環境、キーパーソン、経済状況等について（事前に、患者、家族に対して情報提供の承諾を得る）
- ◇早期より情報を病院と包括で共有することで、方向性を早期に定めることができる
- ◇自立支援にもっていくためには、医療と介護の連携が必要
- ◇何のためにサービスを使い、ゴールを見極めるかが重要

# 介護保険申請連絡票

◆介護保険の新規申請が必要と思われるケースの時には  
病院から包括へ連絡票の項目  
に沿って連絡をする

◆情報のやり取りは、紙でも電  
話でもよい

連絡日時	発信元	コメント	サイン
月 日	<input type="checkbox"/> 仁淀病院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 急な申請が必要 <input type="checkbox"/> 申請について検討が必要 <input type="checkbox"/> 手術終了後申請について検討が必要 <input type="checkbox"/> その他( )	
氏名		明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来通院 様 (男・女)		住所	
*入院の原因となった疾患名		同居の家族 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし(妻の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 子供と同居( )	
*治療中の病気			
介護保険の申請状況	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請		
緊急連絡先	①氏名: 本人との続柄: 電話番号: ( ) <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者(備考)		
	②氏名: 本人との続柄: 電話番号: ( ) <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者(備考)		
治療予定	入院見込み: 手術予定: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 月 日頃)		
家族の介護力		経済状況	
介護への体力(あり なし : )		<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> それ以外の年金( ) <input type="checkbox"/> 家族に収入あり <input type="checkbox"/> 生活保護 特記事項:	
介護への意欲(あり なし : )			
介護の技術力(あり なし : )		家屋状況	
主介護者へのサポート(あり なし : )			
◆今後の対応について	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターが中心となり早急に対応 <input type="checkbox"/> 仁淀病院にて申請対応 <input type="checkbox"/> 仁淀病院にて経過観察 <input type="checkbox"/> その他( )		月 ころ 再度連絡へ コメント:
備考			

# 介護保険新規申請者4事例を振り返る

- ◇ 4事例ともよい時期に調整が行えスムーズな支援に繋がっている。
- ◇ 連携の時期は早いほどよい。
- ◇ 包括への連絡時には、入院時の疾患だけでなく、基礎疾患の有無などの身体的な情報、病状について、入院・治療の目途などの情報が必要。
- ◇ 在宅への調整でいけるのか、ケースの地域での状態の情報を持つ包括と共に今後の支援を一緒に考えていく。
- ◇ 包括に対しての負担も大きいですが、包括内での学びや情報の共有に繋がっている。



# いの町立機関施設

地域包括支援センター

介護老人保健施設

仁淀清流苑

特別養護老人ホーム

偕楽荘

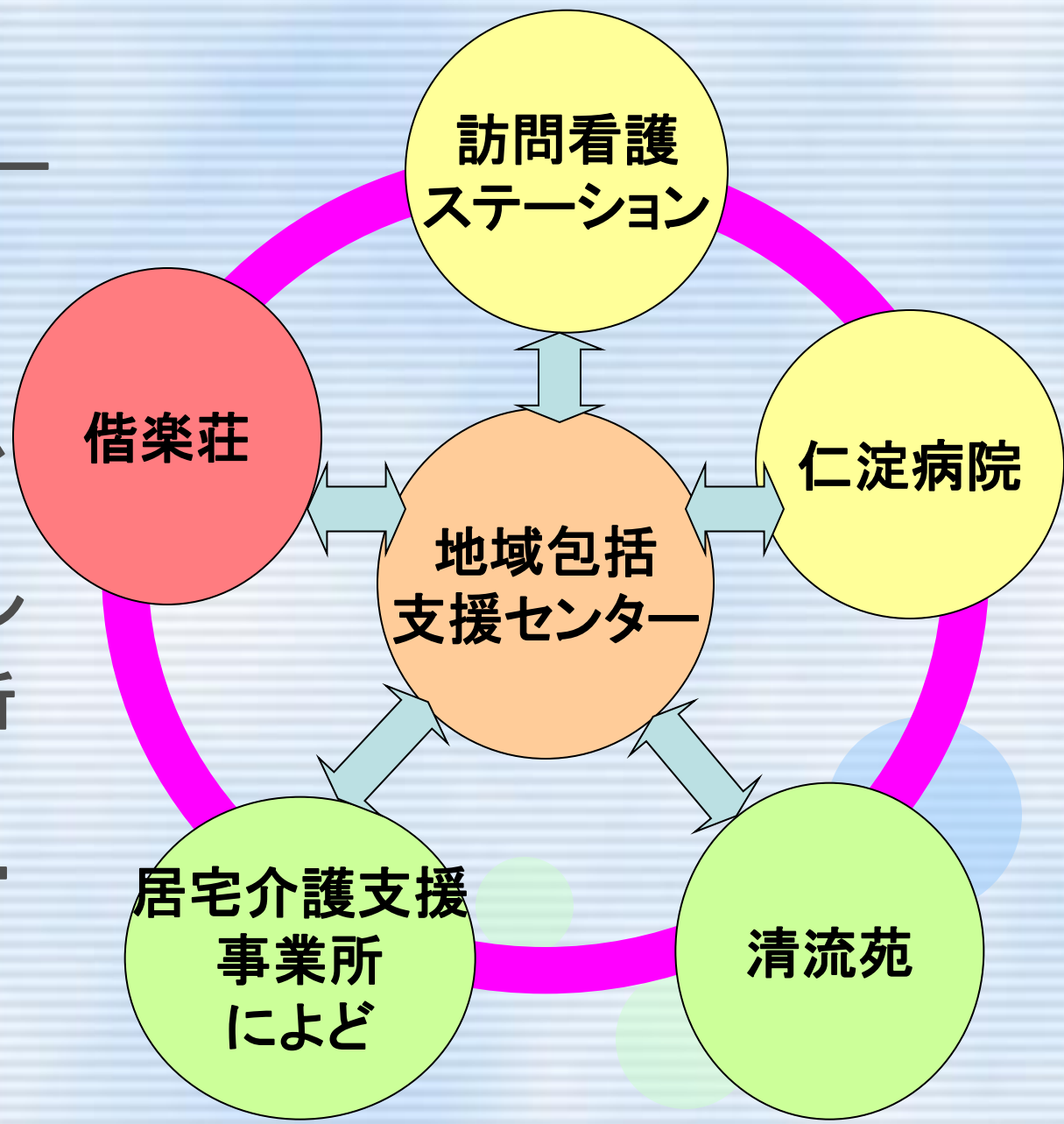
訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

によど

仁淀病院：一般病床・

介護療養病床



## いの町の現状として

- \* 病院から清流苑に入所したケースで方向性の決まらないケースの相談が包括にある
- \* 病院と偕楽荘とで短期間に入退院を繰り返す患者
- \* 頻回の吸引など医療依存度の高い偕楽荘の入所者の増加

# いの町立機関連絡会

- ◇ 平成23年3月～3ヶ月に1回開催、現在1～2ヶ月に1回
- ◇ 参加者
  - 地域包括支援センター 偕楽荘
  - 仁淀清流苑 仁淀病院
  - \* 地域包括支援センターの声かけで開始
  - \* 運営も地域包括が中心となっている
- ◇ 目的:各施設間での情報共有および各施設  
の役割の明確化、共通認識

## ◇ 内容：偕楽荘待機者について

各施設の機能にあった場所で対象者が生活ができるために情報を共有する

\* 偕楽荘からの入退院を繰り返す患者

退院時、ケア継続のためのカンファレンスを偕楽荘とおこなう

\* 偕楽荘での入所継続が難しくなってきたとき、どこで過ごすのがよいか

\* 町内困難事例の検討

\* 町内のグループホームや病床の空き状況など情報の共有

## さくら病院との連携

いの町鹿敷にあり、吾北にかけての地域で、3カ所の診療所での診療や往診をしている。

いの町北部の住民のよりどころとなっている。

介護療養病床と医療療養病床。

系列に介護老人福祉施設、グループホーム、診療所、居宅介護支援事業所、小規模多機能施設等を持ち、医療と介護を担っている。

仁淀病院との合同地域出前講座をおこなっている。

## さくら病院からの紹介件数(外来、入院含む)

H20年:43件      H21年:34件      H22年:26件

H23年:18件      H24年:19件

H25年10月まで:15件

## ・仁淀病院からさくら病院への紹介

H20年:19件      H21年:15件      H22年:19件

H23年:23件      H24年:13件

H25年10月まで:9件

さくら病院入院中、通院中、系列介護施設等からの紹介で、  
当院で治療後さくら病院へ戻るケースが多い。

- \* 病院と施設、病院間の入退院時に欲しい情報が違う
- \* 病院側：入院時にはここだけは……
- \* 施設側：退院時にはここが知りたい……
- \* それぞれの立場で欲しい情報に違いがあった
- \* 双方が必要な情報って何だろう？

# 連絡表(入院用・退院用)検討会

\* H24年6月

\* さくら病院(NS・PT・管理栄養士・ケアマネージャー・介護員)各グループホーム・居宅支援事業所等のケアマネージャー、仁淀病院地域連携室、高知県立大学 森下教授・小原助教  
中央西福祉保健所

\* 意見を出し合い、小原先生が作成した連絡表をもとに再検討し作成



## 入院用連絡用紙

### 入院に至った理由

- \* いつからどのような症状・状態だったか。それがどんなふうに変化したか、行った対応は何か
- \* 日常生活動作の状況
- \* 普段、現在どちらも記入できる様式

## 退院用連絡用紙

- \* 送る病院側は、施設、地域にわかりやすい表現で記載する
- \* 「退院後に予測される身体的な問題点」(生活するに当たって周りが気にかけること)は必要
- \* 主治医の病状説明は本人・家族がどう受け止めているかがわかるように
- \* 転倒リスクと排泄状況は詳しく

入院用連絡表（施設または地域・病院⇒病院へ入院・転院）

氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
主となる疾患名		既往歴*罹患した年、その時行われた治療内容（手術・安静・リハビリなど）現在の治療の状況（服薬中か通院中か）記載すること
主治医（ 病院 医師）		
介護度 非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		認知の状況 非該当・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
現在の服薬内容		日常生活に支障をきたしている症状・行動
管理方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 配薬のみ介助 <input type="checkbox"/> 配薬・服薬ともに全介助		睡眠の状況
家族構成	家族の状況 (知っておいたほうがよいこと、家族のこだわり、経済状況など)	
連絡先		
①氏名： <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）	本人との続柄： 電話番号：	
②氏名： <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）	本人との続柄： 電話番号：	
③氏名： <input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）	本人との続柄： 電話番号：	
入院に至った理由 いつからどのような症状・状態だったか：		
それがどんなふうに変化したか：		
行った対応は何か：		

日常生活動作の状況		
寝返り	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
起き上がり	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
座位保持	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
歩行	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
車いす移動	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
食事	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） 内容： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
排泄	普段	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> PTイレ（ ） <input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分：） <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ（ ） <input type="checkbox"/> 夜間のみ（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
	現在	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> PTイレ（ ） <input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分：） <input type="checkbox"/> 終日 <input type="checkbox"/> 日中のみ（ ） <input type="checkbox"/> 夜間のみ（ ） <input type="checkbox"/> 全介助 最終排便 月 日 コントロール方法：
清潔	普段	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分：） <input type="checkbox"/> 全介助
	現在	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分：） <input type="checkbox"/> 全介助 最終 月 日
整容	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
更衣	普段 現在	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：） <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況：）
栄養評価	身長 体重 ( 年 月 日)	感染症 HBV HCV MRSA その他：
備考：		アレルギー薬： 食べ物：
病院に継続をお願いしたい事柄（かかわり方・ケアなど何でも） 本人に関して：		
家族に関して：		
記載日	年 月 日	記載者名
所属施設名	電話番号	

退院用連絡表（病院→病院・施設または地域）

氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）
入院期間		様（男・女） 平成 年 月 日 ～ 年 月 日
入院の原因となった疾患名		既往歴 *罹患した年、その施行われた治療内容（手術・安静・リハビリなど）現在の治療の状況（服薬中か通院中か）記載すること
介護度 非該当 申請中（申請日 月 日） 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		認知の状況 非該当・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
現在の服薬内容*量・飲み方も記載すること		日常生活に支障をきたしている症状・行動
管理方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 配薬のみ介助 <input type="checkbox"/> 配薬・服薬ともに全介助		睡眠の状況
家族構成		家族の状況 (知っておいたほうがよいこと、家族のこだわり、経済状況など)
連絡先		
①氏名： 本人との続柄： 電話番号：		)
<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）		
②氏名： 本人との続柄： 電話番号：		
<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）		)
③氏名： 本人との続柄： 電話番号：		
<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 金銭管理者（備考）		
治療の経過と変化*いつ、何を、どんな変化があったか、こんな身体状態となったから退院となった、必要時間連する血液データなども記載する		
患者への病状説明の内容*医師が家族に説明している通りの語句で		患者が理解している内容・病気に対する思い
家族への病状説明の内容*医師が家族に説明している通りの語句で		家族が理解している内容・患者に対する思い

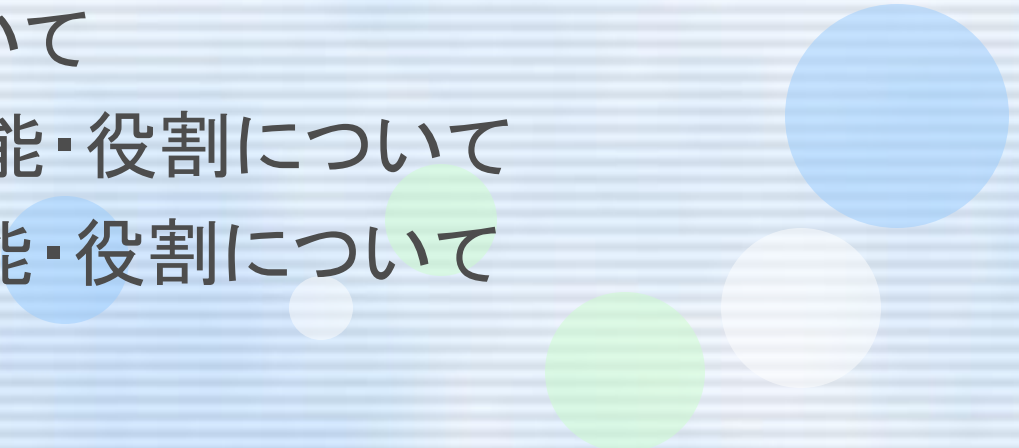
退院後生活する上で注意すること：		
退院に向けて実施した患者・家族への指導・ケア・リハビリ：		
継続・お願いしたいケア・リハビリ・家族への介護指導：		
日常生活動作の状況		
寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
座位保持	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
歩行	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
車いす移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： ) 内容： <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( )	
排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ ( )	<input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分： ) <input type="checkbox"/> 終日日中のみ ( ) <input type="checkbox"/> 夜間のみ ( ) 最終排便 月 日 コントロール方法：
清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> すべて自分で <input type="checkbox"/> 一部介助（どの部分： ) 最終 月 日
整容	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない（具体的な状況： )	
栄養評価 身長 体重 ( 年 月 日)	感染症 HBV HCV MRSA その他：	アレルギー薬： 食べ物：
退院後の主治医：		次回受診日：
その他・特記事項など		
記載日 年 月 日		記載者名 責任者名
所属施設名 いの町立国民健康保険仁淀病院		電話番号 088-893-1551

# 地域出前講座

## 目的

在宅療養の住民への啓発

## 内容

- 1、松浦院長の話
  - 2、「在宅療養のしおり」を用いての説明
  - 3、訪問看護の実際
  - 4、介護保険について
  - 5、さくら病院の機能・役割について
  - 6、仁淀病院の機能・役割について
  - 7、質疑応答
- 

- ◆ H24年11月29日(木)10:30~12:00  
鹿敷生活改善センター 18名参加
- ◆ H25年11月22日(金)13:30~15:00  
勝賀瀬公民館 15名参加



# まとめ

- ◆ 医療・介護・地域が、それぞれの役割を理解する
- ◆ 早い時期から情報を共有し共に考え、話し合いができる場が必要
- ◆ 役割に応じて、住民が一番よい場所・状況で、安心して生活できるようにスムーズな支援をおこなう



風力発電の風車（津野町）



雪割桜（須崎市）

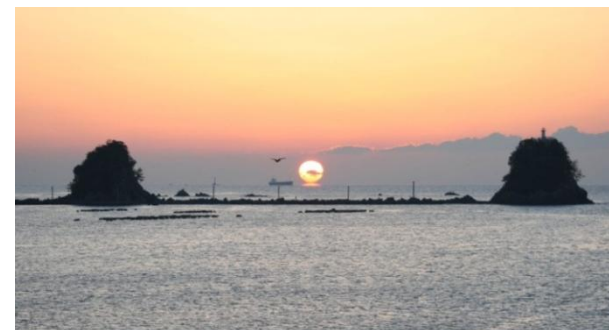
# 高幡地域の在宅医療の現状・課題と取組



一斗俵沈下橋（四万十町）



セラピーロード（梶原町）



双名島（中土佐町）

須崎福祉保健所地域支援室

# ■現状 ①在宅医療及び在宅介護の提供体制

## 1)高幡地域の医療資源等の状況

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	高知県	
面積(km2)	1,128.98	1,546.62	309.22	1,152.93	1,405.44	1,561.97	7,105.16	①
人口(人)	53,576	125,659	343,393	86,020	61,406	94,402	764,456	①
65歳以上(人)	19,097	37,624	79,935	28,569	21,973	30,950	218,148	①
高齢者率(%)	35.6	29.9	23.3	33.2	35.8	32.8	28.5	
病院数	7	18	66	15	8	19	133	②
(人口10万人当たり)	13.1	14.3	19.2	17.4	13.0	20.1	17.4	
病床数	1,019	2,866	10,161	1,587	1,005	1,983	18,621	②
(人口10万人当たり)	1,902.0	2,280.8	2,959.0	1,844.9	1,636.6	2,100.6	2,435.8	
医師数	88	511	1,102	136	85	173	2,095	③
(人口10万人当たり)	164.3	406.7	320.9	158.1	138.4	183.3	274.1	
正看護師数	439	1,383	5,303	692	406	973	9,196	④
(人口10万人当たり)	819.4	1,100.6	1544.3	804.5	661.2	1,030.7	1,202.9	

出典:①平成22年度国勢調査(総務省統計局) ②平成24年度医療施設【動態】調査・病院報告(厚生労働省)

③平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省) ④平成24年度衛生行政報告例(厚生労働省)



# ■現状 ①在宅医療及び在宅介護の提供体制

## 2)高幡地域の在宅医療・介護資源等の状況

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	高知県	
在宅療養支援診療所数	6	9	17	3	3	7	45	①
訪問診療を実施する医療機関数	18	22	48	24	12	27	151	②
訪問看護ステーション数	3	5	22	4	2	8	44	③

出典:①診療報酬施設基準(平成24年11月1日現在) ②平成24年高知県在宅医療実態調査  
③平成24年11月高知県介護保険サービス提供事業者一覧

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	高知県
a) 訪問診療実施患者数	357	427	938	460	253	564	2,999
b) 対応可能な訪問患者数	532	575	1,002	525	282	776	3,692
b-a)さらに訪問診療可能な患者数	175	148	64	65	29	212	693

出典:平成24年高知県在宅医療実態調査

- \* 在宅医療の資源が各圏域で最も少ない。
- \* 現在訪問診療を実施している医療機関には、現状以上に訪問診療を実施する余裕があまりない。

## ■現状 ①在宅医療及び在宅介護の提供体制

3)在宅医療検討会(H24年度)、地域ケア・リハ・在宅医療部会(H24・25年度)で出された在宅医療・介護提供体制の現状

\* 中山間地域では、サービス提供の効率が悪く採算がとれないため、在宅医療や在宅介護の事業者の参入が難しい。

\* 事業所の偏在から、サービスの提供ができない地域がある。

(特に訪問看護・リハなど訪問系のサービスが不足)

\* ケアマネジャーや、医療依存度の高い在宅患者に対応できるヘルパーなどの介護人材が不足している。

\* 在宅と医療機関には温度差がある。地域と医療をつなぐ人材育成が必要。

## ■課題(①在宅医療及び在宅介護の提供体制)

- \* 地域の医療・福祉・介護の多職種とかかりつけ医の連携による、効率的な在宅医療・介護の提供
- \* 病院の医師とかかりつけ医の連携の推進
- \* 在宅医療に必要な介護人材の育成とスキルアップ



多職種による連携の推進

- \* 訪問看護ステーション等訪問系サービスの確保策、サービス提供地域の拡大策の検討
- \* 中山間地域等サービス効率の悪い地域での、在宅サービス提供方策の検討



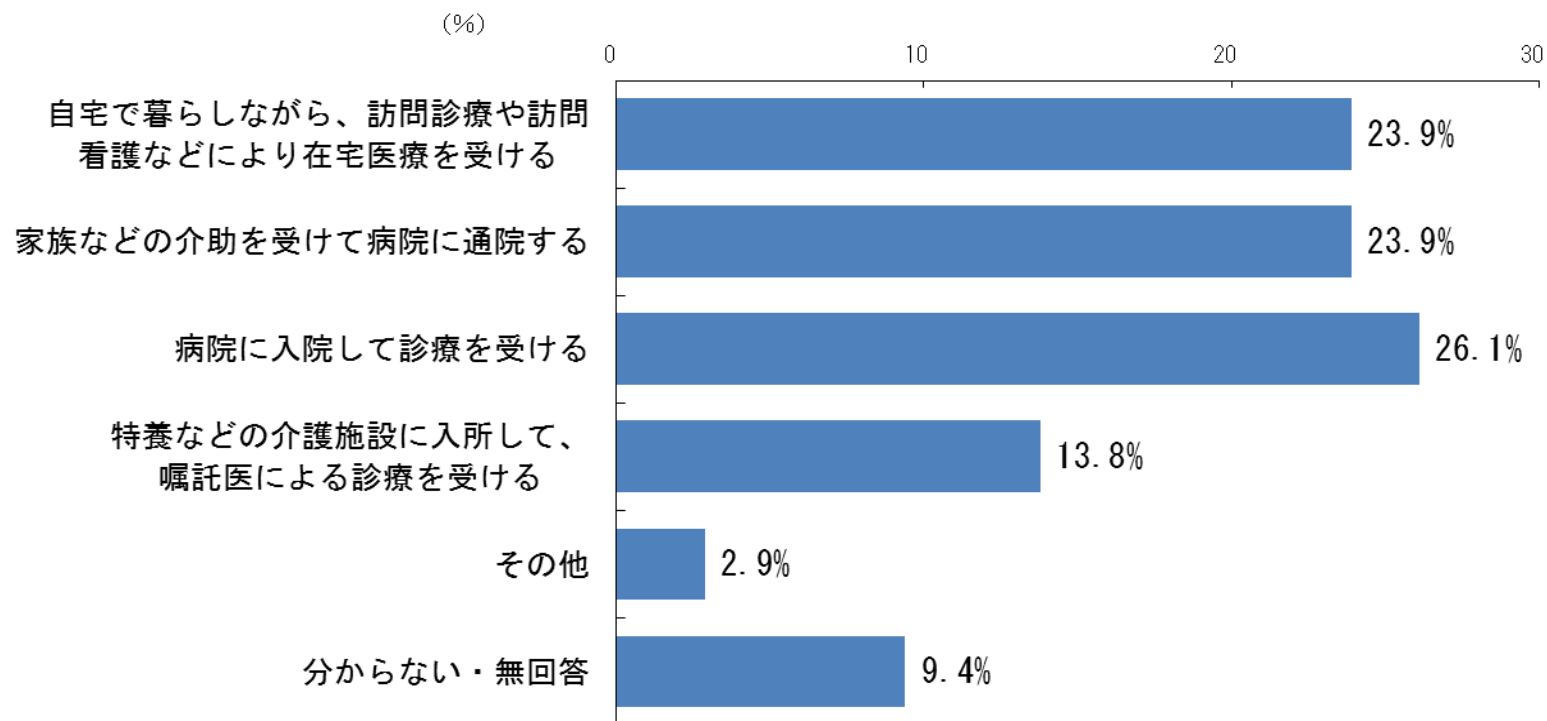
サービス確保策の検討

◎在宅医療・介護資源の確保と人材育成

## ■現状 ②住民の意識とニーズ

### 1) H23 県民世論調査

Q 仮にあなたが病気の急性期を過ぎて、その後遺症などで長期の療養が必要になった場合、どのような医療を選択しますか。

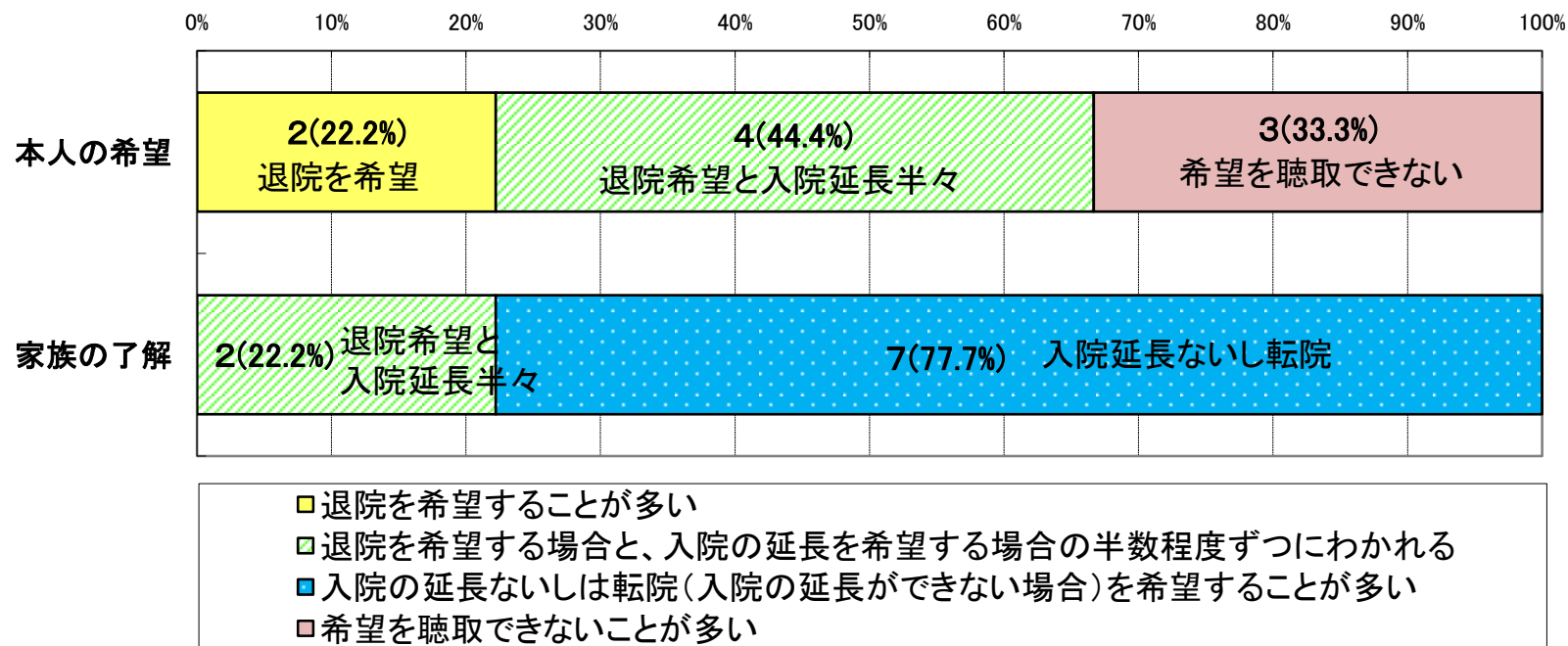


**\* 住民の半数近くは、在宅での療養を望んでいる。**

## ■現状 ②住民の意識とニーズ

### 2)H23 須崎福祉保健所医療機関実態調査より

Q 医学的に退院可能となった患者の退院に関する本人の希望と家族の了解(医療機関の印象)



**\* 患者本人は退院を希望しても、家族は入院延長や転院を希望することが多い。**

## ■現状 ②住民の意識とニーズ

3)在宅医療検討会(H24年度)、地域ケア・リハ・在宅医療部会(H24・25年度)で出された住民の意識とニーズの現状

\* 帰れるのに帰らない人をどうしていくかが課題。

病院から在宅へ帰らない多くの理由は、家族の理解(の不足)。



\* 在宅復帰には、本人の意思と、家族の理解(介護への不安の解消、意識の変容)が必要。

\* 一般の人には、医療や介護に関する知識が十分にはなく、在宅での療養生活や在宅介護に不安がある。

\* 高齢になったら、誰でも施設や病院に入れられている人がいる。(医療機関の機能と役割を住民に理解してもらう必要がある。)

## ■課題（②住民の意識とニーズ）

- \* 在宅サービスの内容や活用方法等、在宅医療に関する住民への情報提供
- \* 退院支援時の適切な情報提供による、本人・家族の在宅生活への不安の軽減
- \* 病院や施設の機能と特性、役割等についての住民への周知、適切な利用方法等の啓発

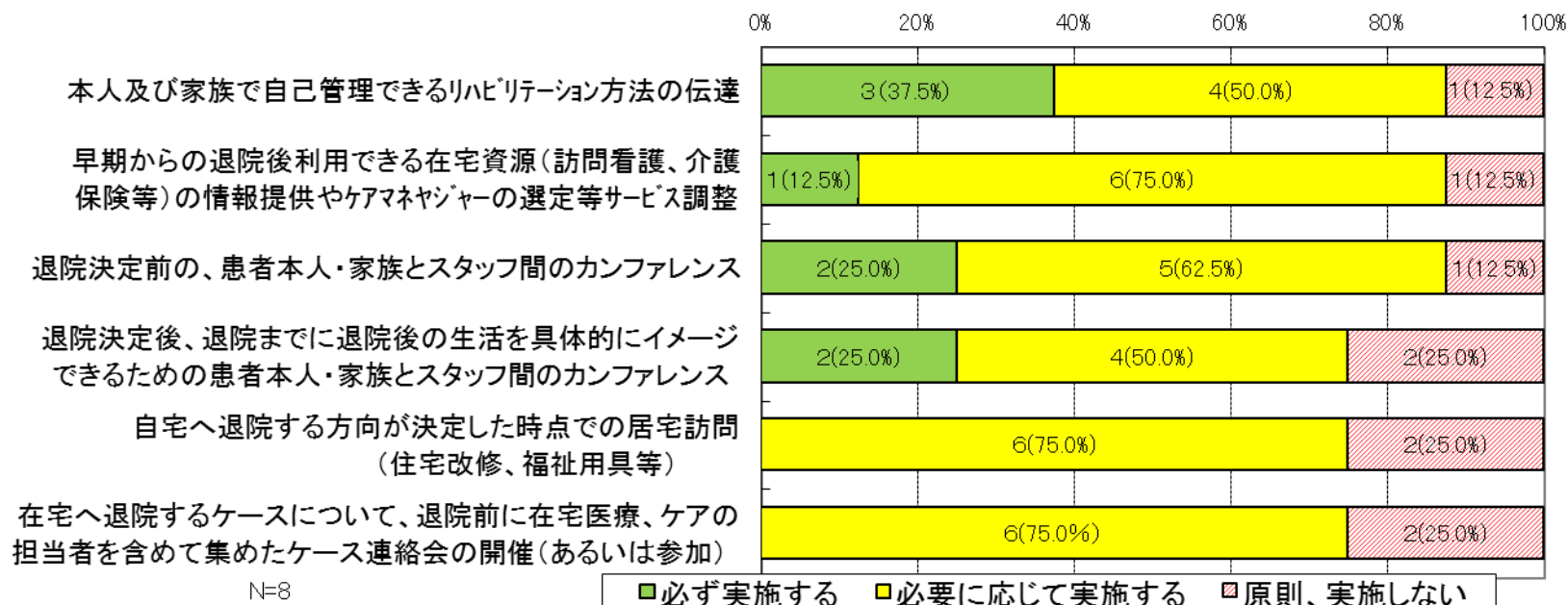
### ◎在宅医療に関する住民理解の促進

## ■現状 ③退院支援と在宅生活の支援

### 1) H24 高知県在宅医療実態調査より(退院前カンファレンスを実施している病院数)

保健医療圏	安芸	中央東	高知市	中央西	高幡	幡多	高知県
病院数	3	6	21	7	5	8	50

### 2) H23 須崎福祉保健所医療機関実態調査より(退院に向けての原則対応の有無等)



※回答のあった8医療機関のうち6機関は退院支援部門を設けており、部門がない機関も他職種で連携して退院支援に関わると回答



## ■現状 ③退院支援と在宅生活の支援

### 3)在宅医療検討会(H24年度)、地域ケア・リハ・在宅医療部会(H24・25年度)で出された退院支援と在宅生活支援の現状

- \* 急性期病院では、退院支援等に必要な患者の入院前の生活歴等の情報の把握が、難しい場合がある。
- \* 自宅でできるリハビリや介護の訓練が十分にできておらず、本人の能力低下や家族の介護疲れで入退院を繰り返す場合がある。
- \* 退院前カンファレンスに、介護関係者や行政の福祉関係者など、在宅生活の支援者の参加がない場合がある。
- \* 中央医療圏等の専門医療機関の入院患者は、地域の医療機関を経由せず直接在宅へ退院することが多く(特に小児)、訪問看護師等在宅での支援者の負担が大きい。
- \* 在宅生活の支援には、介護保険だけでなく、福祉サービスや地域資源を組み合わせ活用していくことが必要だが、ボランティアに介護度の高い人の支援が任されるなど、マネジメントが十分できていない場合がある。

## ■課題 (③退院支援と在宅生活の支援)

- \* 退院支援に関わる関係者のスキルアップ(入院前の患者情報の把握、在宅生活をイメージした生活訓練や介護指導、多職種によるカンファレンスなど退院支援の質の向上)と地域との連携

 退院支援の充実

- \* 地域と中央の医療機関との調整や、地域での適切な医療・介護その他のサービスの利用につなぐための(各市町の)相談窓口の整備
- \* 医療・介護・福祉及び地域が連携し、切れ目のないサービスを提供する地域包括ケアシステムの構築

 市町の地域ケア会議等の充実

◎医療・介護・福祉及び地域との連携による退院支援と在宅生活支援の充実

## ■平成25年度の取組

### ①在宅医療・介護資源の確保と人材育成

- ・多職種による在宅チーム医療を担う人材育成研修

### ②在宅医療に関する住民理解の促進

- ・住民啓発のための資料(在宅医療・介護の事例集)の作成
- ・民生児童委員の定例会での在宅医療・介護の情報提供

### ③医療・介護・福祉及び地域との連携による退院支援と在宅生活の支援

- ・在宅医療検討会での退院支援事例の検証と支援技術等の共有
- ・中土佐町の地域ケア会議開催に向けた取組の支援及び管内地域包括支援センター等を対象とした自立支援型ケアプラン作成研修の実施

## ■ 今後の取組

	H25	H26	H27	H28	H29
①在宅医療・介護 資源の確保と 人材育成	多職種による在宅チーム医療を担う人材育成研修		地域の多職種間の連携の推進及び病院、かかりつけ医との連携の推進		
	訪問看護ステーションの確保や中山間地域での在宅サービス提供策の検討及び中山間地域の実情や施策についての国への提言				
②在宅医療に関する住民理解の促進	啓発資料の作成	民生委員の会での情報提供／地域の健康づくり関係団体等への情報提供／一般住民への啓発			
③医療・介護・福祉及び地域との連携による、退院支援と在宅生活支援の充実	在宅医療検討会での退院支援事例の検証	参加機関の拡大	事例等の検証結果の共有等による、圏域医療機関の退院支援の充実強化		
	現状の地域ケア会議の機能拡充、市町のケアマネジメント力向上のための取組	改正介護保険法の施行	市町での医療・介護連携事業の実施準備、地域ケア会議の確実な実施、充実への支援		

# 中山間地域の在宅医療 ～人と人が支え合って暮らす町～



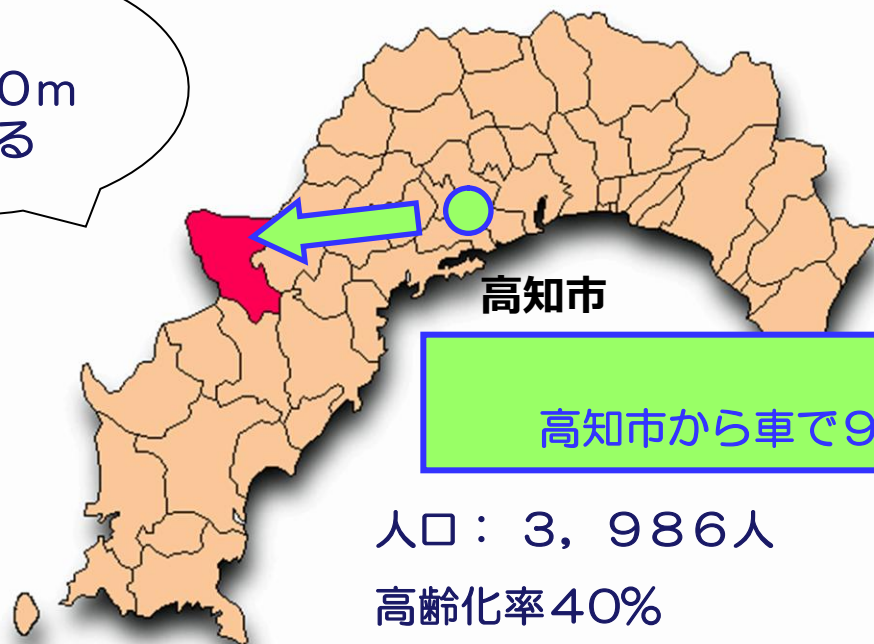
# 梲原町の概要



面積：23,651ha  
(うち 91%が森林)



町中心  
標高410m  
降雪もある



高知市から車で90分

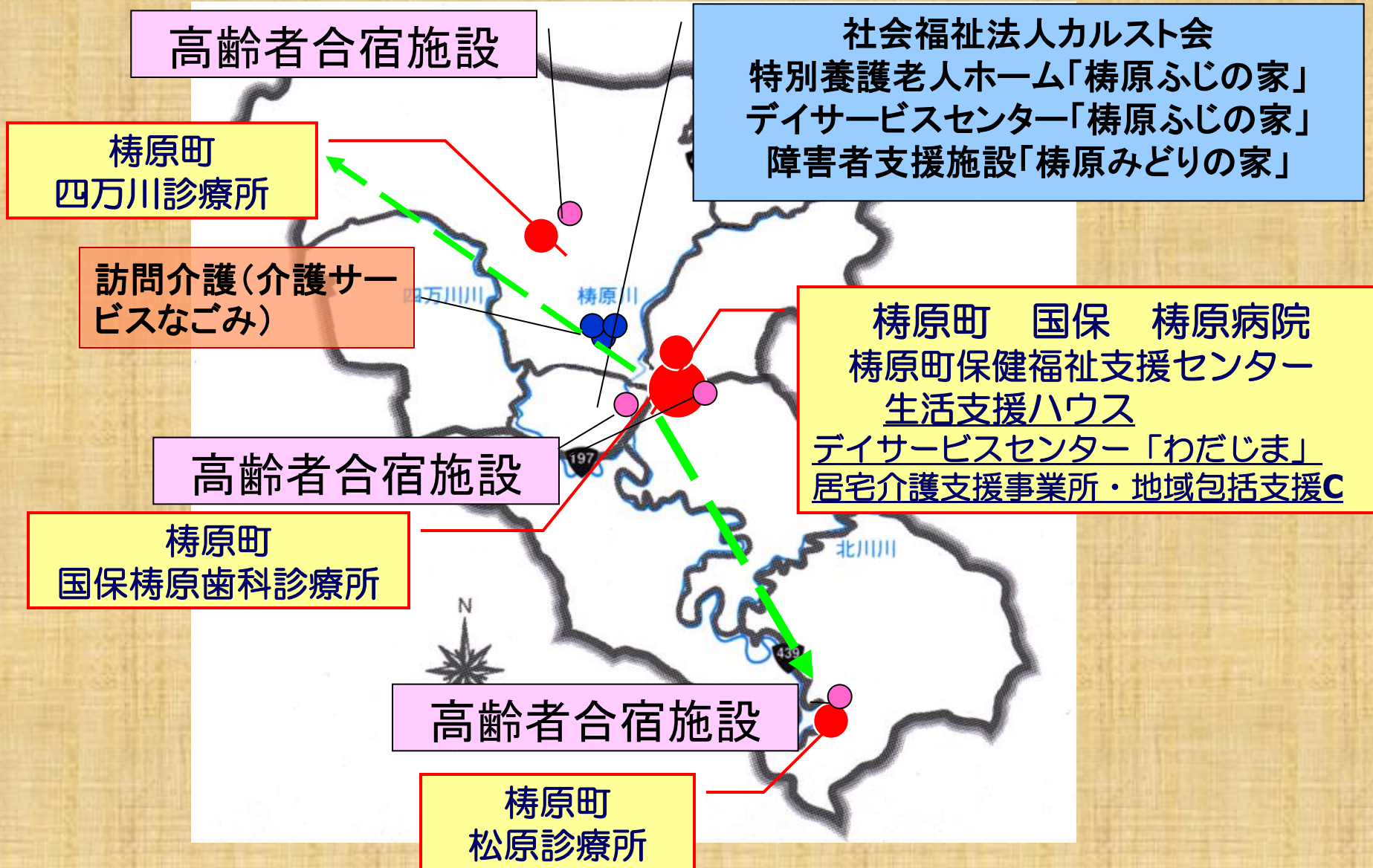
高知県の西北部、愛媛県との県境の町。雄大な四国カルスト高原を有する四国山地の山間地帯に属し、四万十川の渓谷と急峻な山々に囲まれた町。

人口：3,986人

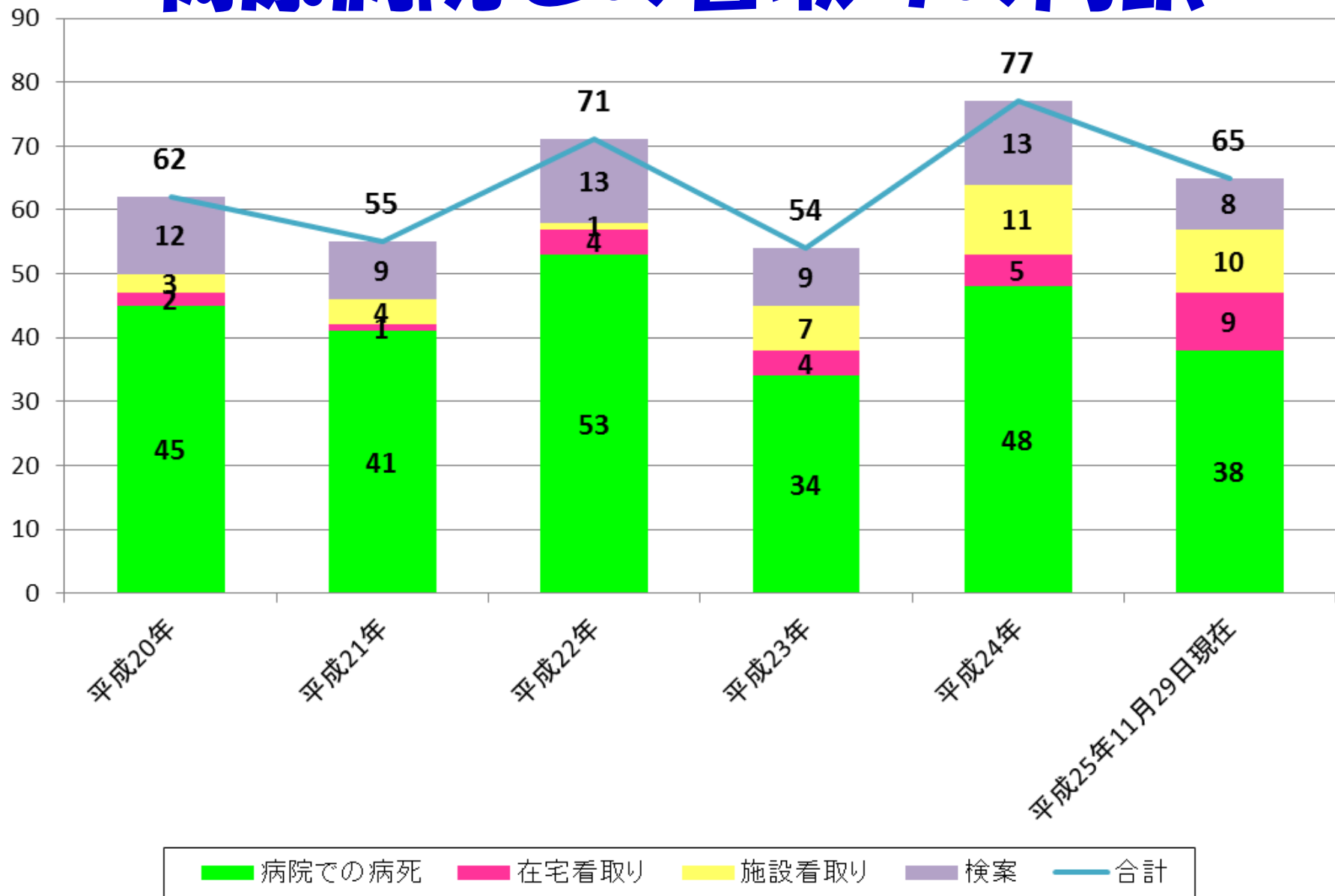
高齢化率40%

(H22.国勢調査速報値)

# 栲原町の保健医療福祉介護サービス

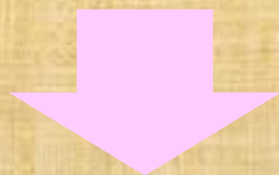


# 栲原病院での看取りの内訳





梶原で暮らし続けたいと強く  
願う町民が多くいる



病気や障害があっても安心して、町内  
（自宅や施設、病院）で最期を迎える  
仕組み

# 中山間の小規模自治体で行っている在宅医療

①関係者の顔が見えることにより、目的を共有し、お互いに補完しながら隙間のない支援

②住民との顔が見える関係づくりと町民自身による暮らしを支える活動への支援

③暮らしを支える生活支援や住まい、予防の取り組み

# 住民を守る絆の体制

保健福祉支援センター

栲原病院



内線1本で診察室や  
病棟へ

1 F 保健福祉支援センター  
2 F 高齢者生活支援ハウス  
3 F デイサービスわだじま

玄関は共通

右半分が 病院 30床



# 栲原保健福祉センター 組織機構図

保健医療福祉サービスを総合的・一体的に提供

推進体制や方向付けを総括

ゼネラルマネージャー  
(兼) 病院長



私がGMです。

センター長

保健福祉支援センター

栲原病院

保健福祉支援センター参事  
(兼) 地域包括支援センター所長

事務長



カルスト会居宅介護  
支援事業所

健康増進係

福祉係

介護医療係

地域包括支援C

栲原ならではの法人  
会社協準備室

四万川診療所

松原診療所

歯科診療所

# 栲原病院の概要

病床数 30床（一般病床）

診療科 5科

内科・整形外科

眼科・小児科・精神科

（休診）

内科以外は、他院からの派遣

指定 救急告示病院

へき地医療拠点病院

職員数 43人

常勤医師 5人（自治医科大学卒 3人

高知県医療再生機構 1人・高知県 1人）

看護師 21人（産休除く）看護師15人・准看護師4人）

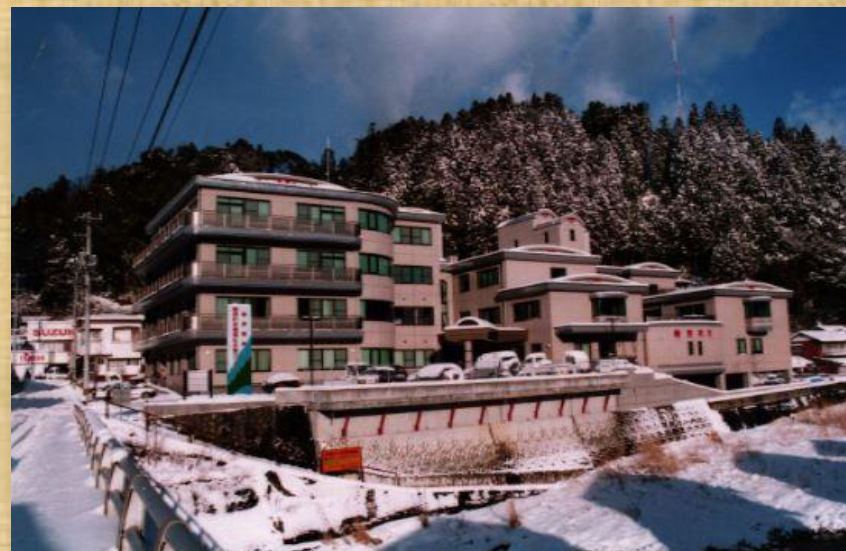
技師 6人（うち1人 保健福祉支援センター兼務）

事務 2人 医療事務は委託

看護補助者4名・臨時職員 5人（看護師・看護補助者）

介護事業所 訪問看護

訪問リハ



町民ひとり一人の安心した暮らしにつなげるために

## 目的を共有する（目的を達成する要素）

### 三位一体の目配り



### 保健・医療・福祉の緊密な連携

◆地域ケア会議（1回/月～）

◆ケアプラン会議（1回/週）

入院患者の方針の確認

退院後の支援

在宅支援の必要なケースの共有

医師・看護師・理学療法士・保健師・ケアマネジャー・介護事業所・福祉担当などが定期的に会を持ち、さまざまな立場から患者の様子や退院後のサービスについて話し合い、それぞれの分野でなすべき事がスムーズに決定される。

保健・医療・福祉・介護サービス間の隙間を少なくし、きめ細かな支援が可能となった

# ◆地域ケア会議（1回／月～）

平成12年4月1日～

介護保険や障害者支援制度外の  
町単独事業等の申請ケースの検討  
（条例に規定）



町長へ報告

養護老人ホーム入所判定・生活  
支援ハウスの入居・在宅介護家  
庭支援金支給に係る申請など

町民のニーズに沿った地域ケア  
体制を構築しているため、地域  
の課題や施策の検討



町長へ報告

## 本日のタイムテーブル

- 17:50 構原の今後を考える会  
趣旨説明、今後の動向
- 18:00 問題点の提示、KJ法説明
- 18:05 グループディスカッション
- 18:40 グループ発表
- 18:50 まとめ





# テーマ(問題点)

(栲原での)自宅生活が困難な、  
要支援1～要介護2レベルの人た  
ちの問題点はなにか



他職種でkj法を使ったグループワーク

# ◆ケアプラン会議（1回／）

参加メンバーにとって、参加してよかったと思える会にする

## 支援の方向性の共有化

- ・ 入院患者の方針
- ・ 担当者の確認
- ・ 退院後の支援
- ・ 在宅支援の必要なケースの共有

## 各職種が役割を果たす

**医師**－本人の意向、家族の意向を掴む、病状や予後、治療方針などの情報提供・他のメンバーの情報から在宅療養プラン化（マネジメント）

**看護師**－入院中のADLや本人の思いなどの本人家族の情報提供

**保健師**－入院前の生活、家族関係、キーパーソン等の情報提供や在宅者の療養上の課題の情報提供・活用できる地域資源や制度紹介

**ケアマネ**－療養上の課題や退院後のサービスプラン提案

**理学療法士**－リハのゴールを提示・自宅訪問による、環境面の課題の提示

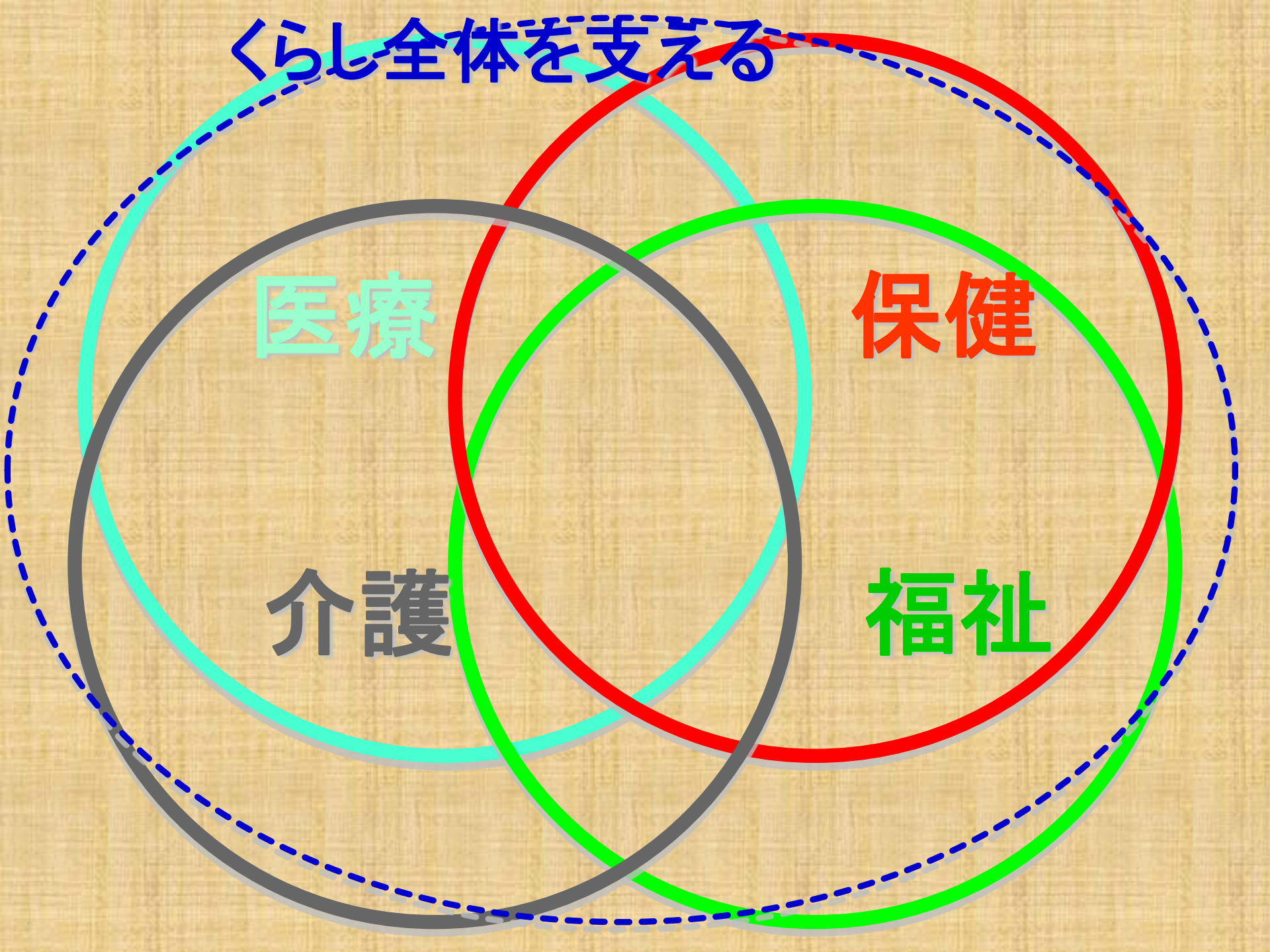
くらし全体を支える

医療

保健

介護

福祉



町民ひとり一人の安心した暮らしにつなげるために

## くらしを支える地域の仕組み

◆地域支え合い座談会

◆ 地区別自主防災座談会

◆ 栲原病院座談会（病院に対する住民の意向をしっかりと聞く・病院の現状や取組みを理解してもらう⇒地域医療を共に創り上げていくという住民意識⇒「かかりつけ医」として信頼され、活用される



「太郎さんの選択」  
～自宅で死ぬことも選択できる町～



栲原町でよかったと言われるまちにする

# 安心して集う、泊まる！

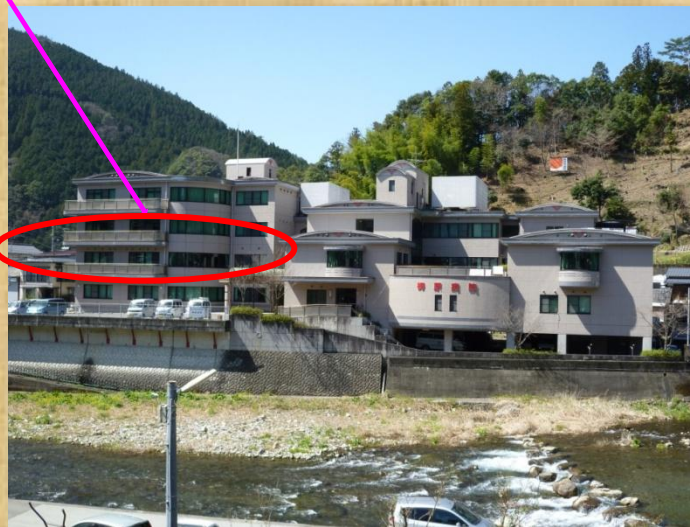
## 福祉の館

お互いが助け合い、支え合う事を基本に、生活に不安を持つ**高齢者や障害者**が住み慣れた地域に住み続けたいという望みを実現する「**生活の場**」、世代を超え誰もが「**集う場**」として利用できる。

指定管理：福祉の館運営協議会 H22.7.1～



## 高齢者生活福祉センター



101	地まさくら 13.12m <sup>2</sup>	しゃくなげ 13.12m <sup>2</sup>	ささゆり 13.12m <sup>2</sup>
102	箱子 13.12m <sup>2</sup>	箱子 13.12m <sup>2</sup>	箱子 13.12m <sup>2</sup>
廊下	廊下	廊下	廊下
103	かわつし 13.12m <sup>2</sup>	とさみずき 13.12m <sup>2</sup>	とさしもつけ 13.12m <sup>2</sup>

(概二たつ)

# 予防活動の為の移動手段を確保

◆月に1度は、病院受診を・・・

タクシーチケットの事業化

「雲の上のいきいきチケット」

◆住民による過疎地有償運送開始

「NPO法人 絆」

健康の自己管理と閉じこもり予防



# 地域通貨を使った支え合い活動

## 地域通貨【つむぎあい】

高齢者の「住み慣れた地域の中で最後まで暮らし続けたい」という願いを実現していくために、**介護保険制度などサービスのみで解決できない小さな困りごとを地域力で解決していこうと**、平成19年度に「いきいきふれあい地域活動運営協議会」が主体となり取り組んでいる。

服薬の声かけ・ごみ出し  
買い物・布団ほし など

H25 利用会員 8人  
協力会員 112人

メンバー：区長・各区のいきいきふれあい広場運営委員会・民生児童委員協議会・老人クラブ・婦人会・よつば会・エプロン会・シルバー介護士・衛生組織連合会・健康文化の里づくり推進員・シルバー人材センター・商工会・カルスト会各代表



地域支えあい活動の地域通貨 『つむぎあい』  
梶原町の自治活動母体の6区が協力し合ってすすめているまちづくりを6色の虹で表しました。  
1本1本の糸を紡ぎあうように、町民同士が支えあって暮らししていくまちづくりへの思いをこめています。





# 将来に繋がる人づくり（梶原を支える人材確保）

## 介護職員初任者研修

従事者の高齢化や担い手不足により、安定したサービスの提供が難しくなっている。

「待っていても人材は来ない、だったら自ら人材を創る」

梶原ならではの仕組み

- ①資格者を増やす為に、町内での受講体制を整える  
介護員養成研修事業者の指定（四国部品（株））
- ②受講料を無料化
- ③豊富な地域資源を使う（人・施設）
- ④行政、病院、介護サービス事業所、  
梶原高校の協働事業



高校生をターゲット

（夏休みを利用、130時間 集中講義）

高齢者の願い「住み慣れた地域で暮らし続けたい」の実現

# 在宅生活を支援する独自の事業

## 在宅生活おうえん事業

介護保険の隙間を埋める事業

### (2) 在宅生活おうえんチケット

#### 【補助目的】

在宅で介護をされているご家族をサポートし、介護を必要とする高齢者が少しでも長く在宅生活を続けることができるようにする。

#### 【在宅生活の継続のための訪問介護事業】

#### 【補助対象者】

下記の状態にある高齢者を介護する家族。

1. 要介護3以上の者
2. 要介護2の者（認定情報の認知Ⅲ以上に限る）

#### 【補助の内容】

対象世帯には、在宅生活おうえんチケットを交付し、月5日分までのサービス（デイサービス・ショートステイ）利用分を助成する。



# 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"> <li>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)</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
日常の療養支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ul>
急変時の対応・看とり	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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(家族)の覚悟次第である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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)</li> </ul>

## 対 策

	H25	H26	H27	H28	H29	実施主体	数値目標	
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"> <li>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</li> <li>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</li> <li>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</li> </ul>	<p>医療圏域(3ブロック)ごとのしくみができる</p> <p>フローチャートの作成・活用</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>24時間対応できる訪問介護事業所の体制を強化する</li> <li>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</li> <li>訪問診療を受けている患者数 564人→増やす</li> <li>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</li> </ul>	
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	医療・介護・福祉ネットワークの強化、地域包括ケアシステムの構築					<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
在宅医療に対する啓発			四万十市、黒潮町でのしくみづくりを検討する場を設定する(地域ケア会議、フローチャート作成)					<ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> </ul>
			出前講座、フォーラム、広報資材等によるPR					

### (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%)

#### ②24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

・訪問診療は、幡多地域は17.9%で高知市(31.8%)に次いで多く実施されている。

#### 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。

# 地域リーダー研修事業の実績(幡多福祉保健所)

	地域リーダー研修会(幡多会場)	多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成研修会
日時・会場	平成25年3月17日(日) 10時～16時 幡多けんみん病院	平成25年12月14日(土) 14時～17時 四万十市立中央公民館
参加者数	37名 (医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員 他)	77名 (医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護支援専門員、介護士、包括 他)
講義内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医と在宅医療の推進(DVD)</li> <li>・高知県における在宅医療の推進(GW①)</li> <li>・事例発表(四万十、宿毛、土佐清水)</li> <li>・多職種ケアカンファレンス(GW②)</li> <li>・振り返り、次年度に向けて(GW③)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高知県の施策説明(講義)</li> <li>・在宅医療で出来ること(講義)</li> <li>・地域の課題を考える(GW①)</li> <li>・地域包括ケアシステム構築への取組み(講義)</li> <li>・事例発表(土佐清水市)</li> <li>・地域の課題解決に向けて出来ること(GW②)</li> </ul>
グループワークの声・アンケート結果	<ol style="list-style-type: none"> <li>①家族のマンパワー不足で支援が少なく在宅生活が成り立ちにくい。</li> <li>②山間部では交通手段がなく、診察を受けるの苦勞する。</li> <li>③一人医師の負担が大きく、高齢の医師が多い。</li> <li>④独居高齢者や認知症の方の退院時の受け皿として、フォーマルな資源だけでは、在宅生活が継続できない。インフォーマルな資源の活用が必要である。</li> <li>⑤連携したい気持ちはあるが、医療と介護の連携はまだ敷居が高い。医師への連絡も「忙しいだろう」と思い、連絡を取りづらい。</li> <li>⑥在宅医療をどうするかだけを目的化せず、多職種で集まる機会を続けていくことが大事ではないか。これまでは専門職だけの集まりで専門外の事は知らずに流れてしまっていた。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①多職種の方との意見交換や「顔が見える関係」は、連携していく上でとても大切である。「顔が見える」と「連携」が進む。</li> <li>②多職種の方が参加できる研修会やワークショップの頻度を増やす事で、気づきが増えていく。</li> <li>③医師、歯科医師、薬剤師などの方と話をすることが少なく、身近で意見を聞く事ができ、仕事面での関わりを持てるようになれば良い。</li> <li>④今は、施設も在宅と同じだと考えている。今後施設の職員にも声をかけてスキルアップをしていくことが必要である</li> <li>⑤地元には専門機関やサービス提供事業所が少なく、多職種連携に限度がある。幡多圏域での研修会を増やしてほしい。</li> <li>⑥多職種連携の必要性は理解できているが、実際にどの様に関っていくのか、勤務する事業所が何をどのようにしていくのかが明確に理解できていないと感じている。</li> <li>⑦土佐市民病院での取組み、フローチャート、情報共有シート等素晴らしい思った。自分が勤務する医療機関と在宅でもできていない部分であり必要と感じた。</li> </ol>

# 研修会場の状況 平成25年12月14日 於:四万十市立中央公民館

(研修会の開会)



(土佐市地域包括ケア体制の取組み発表)



(グループワークの様様)



(グループワークの発表)



# 在宅医療連携拠点事業の取り組み

在宅医療事例発表会

H26.1.19

高知市総合あんしんセンター

3階大会議室

医療法人聖真会 渭南病院

在宅医療連携室 中野知美

# 土佐清水市概要



## 救急搬送時の所要時間(H20年度)

①下川口	:	43分
②清水市街地	:	53.2分
③足摺岬	:	65分



## 幡多の人口の推移

人口総数	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2010年/2040年
土佐清水市	16,029	14,738	13,460	12,180	10,941	<b>9,770</b>	<b>8,674</b>	<b>54.1%</b>
四万十市	35,933	33,927	31,888	29,781	27,682	25,577	23,434	65.2%
宿毛市	22,610	21,014	19,546	18,041	16,549	15,104	13,671	60.5%
高知市	343,393	334,982	324,804	312,525	298,926	284,140	268,602	78.2%

## 幡多の高齢化率の推移

高齢化率	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
土佐清水市	39.2%	45.0%	48.8%	<b>50.6%</b>	<b>51.2%</b>	<b>51.7%</b>	<b>53.4%</b>
四万十市	29.8%	34.9%	38.3%	40.7%	42.0%	42.9%	45.6%
宿毛市	29.6%	35.0%	39.0%	41.5%	43.3%	44.3%	46.5%
高知市	23.8%	28.1%	30.5%	32.0%	33.6%	35.2%	38.2%

# 土佐清水の医療関係機関

機関名	施設数	ベット数	訪問の有無
病院 <u>※公的病院はない</u>	3	30(一般)⇒50※ 112(療養)⇒127※ 77(介護)⇒42※ 計:219 ※改修 H26. 6~ 予定	対応している 夜間対応は不可
診療所	3	19(一般)	対応 24時間体制は 1診療所
歯科	7		施設往診
薬局	4		対応可能

# 土佐清水市の介護施設

種別	種類	施設数	定員
訪問系	訪問入浴	1	
	訪問介護	7	
	訪問リハビリテーション	3	
	訪問看護	(1)	
施設系	特別養護老人ホーム（広域型）	1	120床
	介護療養型医療施設	3（再掲）	77床
	短期入所療養介護	4	空床利用型
	介護老人保健施設	1	70床
	グループホーム	6	54床
	地域密着型ケアハウス	2	58床
	通所型+施設系	小規模多機能型居宅介護	1
通所系	通所リハビリテーション	3	
	通所介護	1	15人
	認知症対応型通所介護	1	
その他	包括支援センター	1	
	居宅支援	4	

# 土佐清水市の医療の在り方 (あるべき姿)

急性期医療の継続

入口～出口  
(キュアからケア)  
まで

多職種協働  
<地域全体で>

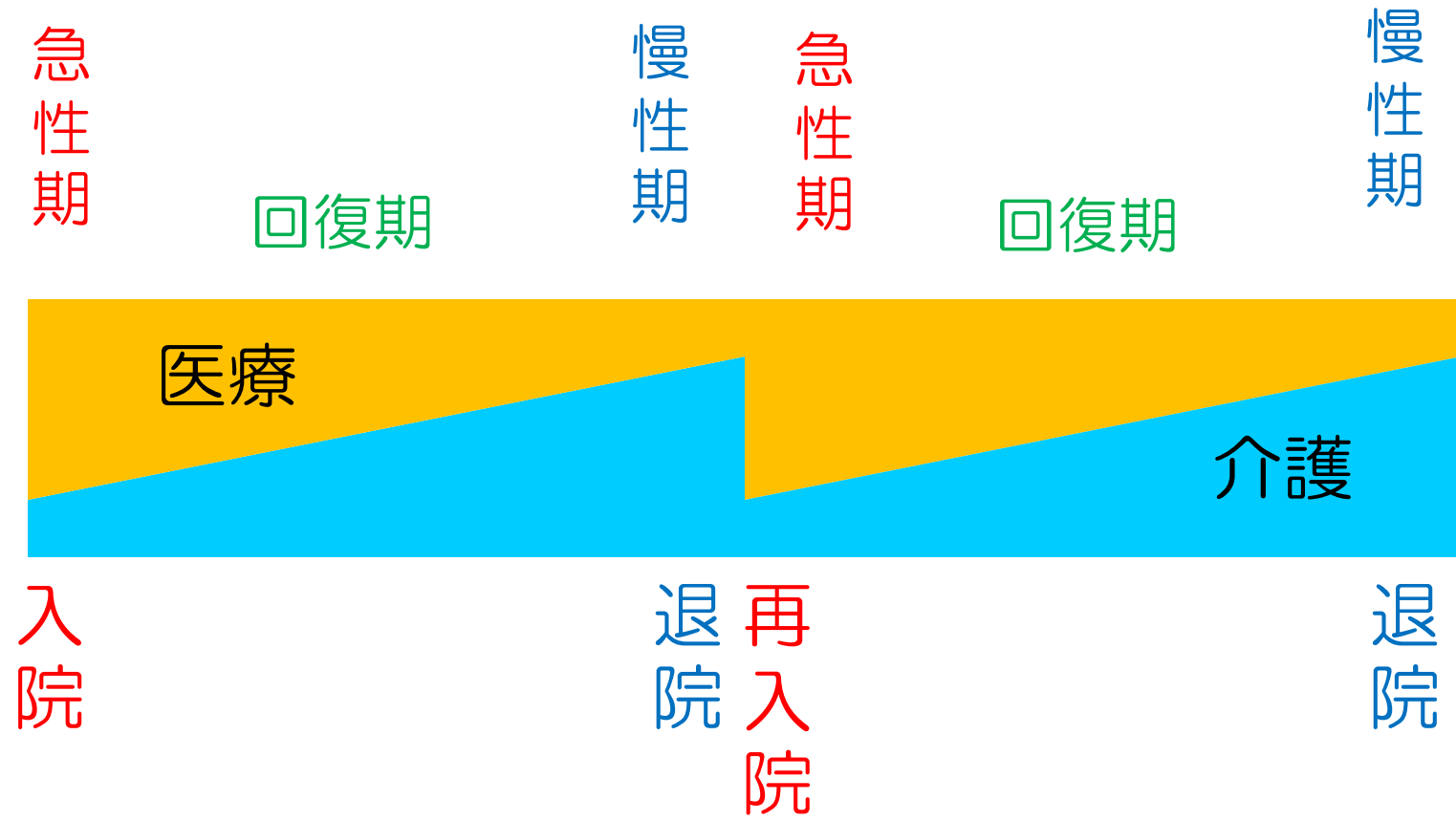
保健・福祉・介護の充実

- ・ 疾病予防、介護予防
- ・ 施設、住まい、配食などの整備
- ・ 介護教育など

# ＜高齢者の医療＞

治す治療⇒生活を支える療養

高齢者：医療と介護の必要度



医療法人 聖真会

# 渭南病院

病床数：105床 【一般30(7:1) 医療40 介護35】

入院 102人/日、外来 196人/日

平均在院日数 13.8日、病床稼働率 96.7%

救急受け入れ 446件 H24.1-9月

(全搬送の65.3% 管内搬送の87%)

医師数 : 常勤5名 非常勤42名(延べ人数)

薬剤師 : 1

看護師数 : 52 (正 36 准 15)

療法士 : 14 (理16 作6 言語1)

技師数 : 9 (放3 臨工3 検3)

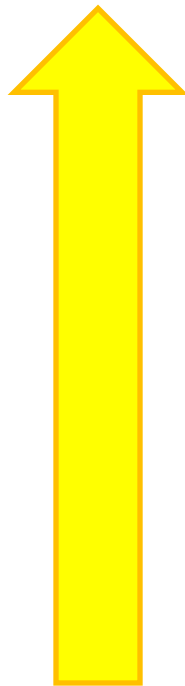
栄養士 : 4 (管理栄養士3, 栄養士1)

介護福祉士 : 27

# 渭南病院の取り組み

## <これまでの取り組み> 急性期医療の継続

2013年 5月  
**2012年 5月**  
 2010年12月  
 2009年10月  
 2009年 7月  
 2008年 3月  
 2008年11月  
 2007年 7月  
 2007年 4月  
 2006年  
 1966年  
 1923年



DMA T 指定病院  
平成24年度在宅医療連携拠点事業採択  
 7：1 入院基本料取得  
 二次救急告示病院  
 D P C 対象病院  
 当院専用救急車導入  
 1.5テスラMRI 導入  
 病棟電子カルテ導入  
 外来電子カルテ導入  
 P E G からミキサー食注入開始  
 渭南病院と名称を変更開設  
 医院として開業

## <在宅医療の取り組み> 医療と介護の連携強化

### 事業

平成24年度	在宅医療連携拠点事業<厚生労働省>
平成25年度	在宅医療連携体制整備事業<高知県地域医療再生基金>
平成26年度(予定)	在宅医療連携体制整備事業<高知県地域医療再生基金>

# 抽出された地域の状況、問題点

医療機関	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医師の高齢化,人材確保の難しさ</li><li>・ 社会的入院が多い。</li><li>・ 医療ニーズの高い患者様の受け入れ先が限られている。</li><li>・ 病院間連携がない。病病連携の際の相談室の機能が弱い。</li><li>・ 在宅医療のニーズはあるが、医師、看護師が少なく進まない。</li></ul>
医療-介護	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 担当者会議に、医師の参加が得られない。</li><li>・ 医療系ケアマネが少ない（10分の1）</li><li>・ <b>病院で、在宅を見据えたケア（リハビリ、栄養を含む）が提供できていない。</b></li></ul>
介護事業所	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 人材確保の難しさ</li><li>・ 介護職の専門性が乏しい。（自立支援のための介護）</li><li>・ <b>専門的な研修を受ける機会が少ない。</b>（四万十市、高知市まで出かける必要がある）</li></ul>
介護系施設	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 誤嚥性肺炎での繰り返し入院が多い。</li><li>・ 病院での治療（治療食の提供など）・療養継続が困難</li><li>・ 利用者の廃用が進行する。</li></ul>
行政（市町村）	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 公的医療機関がない。</li><li>・ 第6期における特定（介護）施設計画は難しいと予想される。</li></ul>



# 当院での問題点

地域に急性期病床を持つ病院が当院のみであるため、**緊急入院のためのベット調整**に追われる。

①ベットを空けるための**急な退院**がある。

⇒退院調整ができないままの退院

⇒ケアマネに退院の連絡が行かない

②病棟看護師は、緊急入院や退院の処理、それに伴うベッド移動に追われ、**看護計画、継続した看護ケア**がおろそかになる



## 必要な取り組み

- ・ 緊急入院を予測したベットコントロール
- ・ 入院早期からの在宅を見据えた関わり

# 土佐清水在宅医療多職種連携協議会

平成24年度6月 第一回合同会議で設立

会長 渭南病院 院長 溝渕敏水

副会長 松谷内科 院長 松谷拓郎

協議会内には、3つの部会（タスクフォース）を設置



24時間在宅医療体制の構築の部会

足摺岬診療所 院長 奥宮一矢



情報共有・連携体制の構築部会

土佐清水包括支援センター長 森川厚子



人材育成・普及啓発部会

土佐清水市社会福祉協議会事務局長 西本久美香

※敬称略

# 合同会議



# 各部会目的と目標

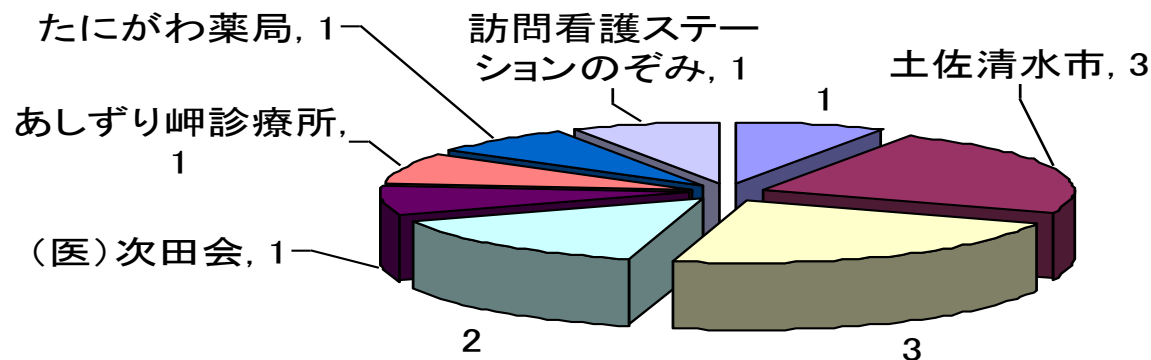
部会	目的・目標
24時間在宅 医療体制の整備	<目的>連携による在宅24時間体制
	・市内での訪問看護の提供（検討中）
	・往診24時間体制（調整中）
	・休日・夜間の相談窓口の設置（検討中）
	・夜間の介護サービス（調整窓口の設置）
情報共有・ 連携体制の整備	<目的>医療機関における退院支援の強化
	・急性期病棟での退院支援の強化
	・入院時、退院前情報共有カンファレンスの実施
	・相談窓口の整備（施設、ケアマネジャー）
人材育成・ 普及啓発	<目的>多職種連携による在宅支援体制の強化 （介護の専門性,多職種ネットワークの構築）
	・多職種の代表によるワーキング委員会の設置 （来年度計画）
	・多職種合同研修会・事例検討会の実施（継続）

# 24時間在宅医療体制部会

部会長	奥宮一矢（あしずり岬診療所）		
副部会長	二宮真弓（土佐清水市福祉事務所）		
開催日	H25. 11. 20(水)		
会場	公民館		
ねらい	土佐清水市の現状から在宅医療連携拠点の役割を考える		
内容	在宅医療連携拠点の役割について		
	先進事例の紹介、土佐清水市の現状と限界点	から	拠点の役割を考える

## 24時間在宅医療体制構築部会

{(医)⇒医療法人 (社)⇒社会福祉法人} 単位:人



- 高知県幡多福祉保健所
- 土佐清水市
- (医)聖真会
- (医)清悠会
- (医)次田会
- あしずり岬診療所
- たにがわ薬局
- 訪問看護ステーションのぞみ

# 情報共有・連携部会

部会長	森川厚子（土佐清水市地域包括支援センター長）
副部会長	山岡鈴代（渭南病院 外来師長）
開催日	H25. 11. 12(火)18:00～
会場	市役所第1会議室
ねらい	医療機関における退院支援の強化
内容	退院支援の事例報告
	グループワーク
	・ 退院支援における課題や事例に関する多職種意見交換

## <発表>

1)足摺病院 相談員 柿内 麻里

テーマ)脳卒中後の嚥下障害による誤嚥性肺炎を繰り返す症例

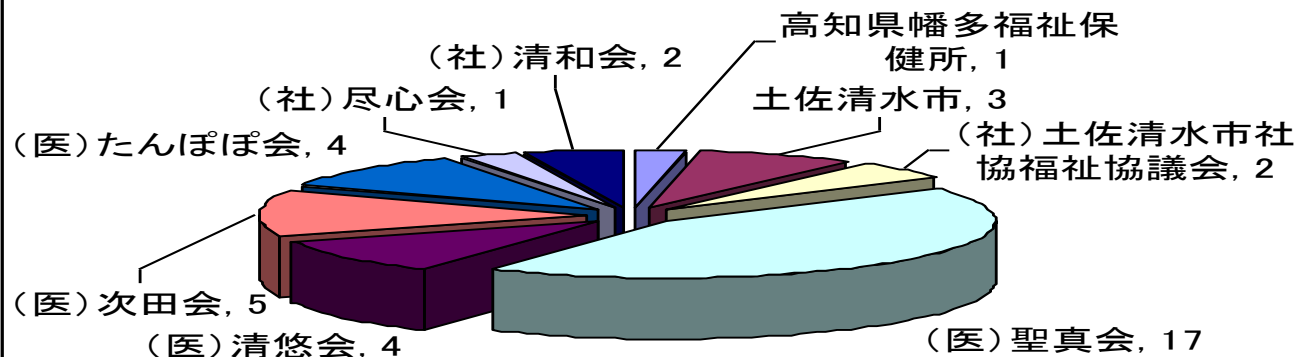
2)渭南病院 医療棟師長 福富 由香

テーマ)介護不足が予想されるが、介護サービスの受け入れに否定的な症例

重度介護を要する老々介護での在宅生活  
(介護度4 介護者 70～80歳代)

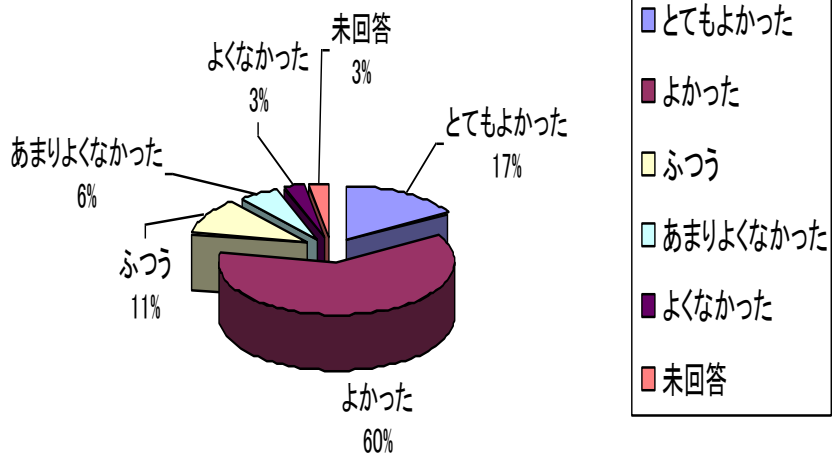
情報共有・連携体制の構築部会

注) 医療法人⇒(医) 社会福祉法人⇒(社) 単位:人

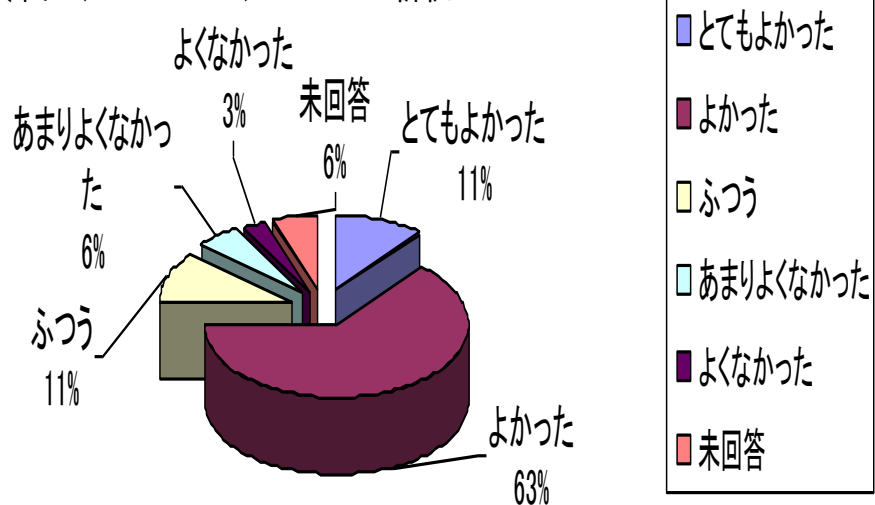


- 高知県幡多福祉保健所
- 土佐清水市
- (社)土佐清水市社協福祉協議会
- (医)聖真会
- (医)清悠会
- (医)次田会
- (医)たんぽぽ会
- (社)尽心会
- (社)清和会

2. 今回の退院支援の事例報告についての評価



3. 今回のグループワークについての評価

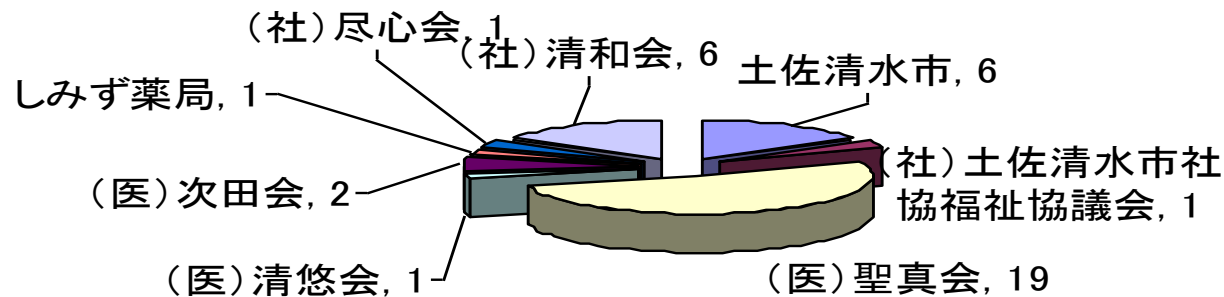


# 人材育成・普及啓発部会

部会長	西本 久美香 (土佐清水市 社会福祉協議会事務局長)
副部会長	芝 伸悟 (サンケアしみず 副施設長)
開催日	H25. 9. 24(火) 18:00-19:30
会場	市役所第1会議室
ねらい	普及啓発のリーダーとしての意識を高める
内容	パネルディスカッション 「リーダーと人材育成」について

## 人材育成・普及啓発部会

注) 医療法人⇒(医) 社会福祉法人⇒(社) 単位: 人



- 土佐清水市
- (社) 土佐清水市社協  
福祉協議会
- (医) 聖真会
- (医) 清悠会
- (医) 次田会
- しみず薬局
- (社) 尽心会
- (社) 清和会



# 各部会



# 合同研修会プログラム

＜口腔ケア・栄養研修会＞ 会場：渭南病院 デイケア室 他

日時	講師	内容
25/11/27	渭南病院 佐藤あずさ (歯科衛生士)	口腔ケア
12/10	渭南病院 中澤 麻耶 (言語聴覚士) 渭南病院 井上 美由紀 (管理栄養士)	嚥下の基礎・食形態
26/ 1/21	渭南病院 中澤 麻耶 (言語聴覚士) 小松 出 (作業療法士)	嚥下体操・姿勢・介助方法
2/27	渭南病院 井上 美由紀 (管理栄養士)	高齢者と食事

＜自立支援・尊厳ある介護研修会＞ 会場：松谷病院 リハビリ室 他

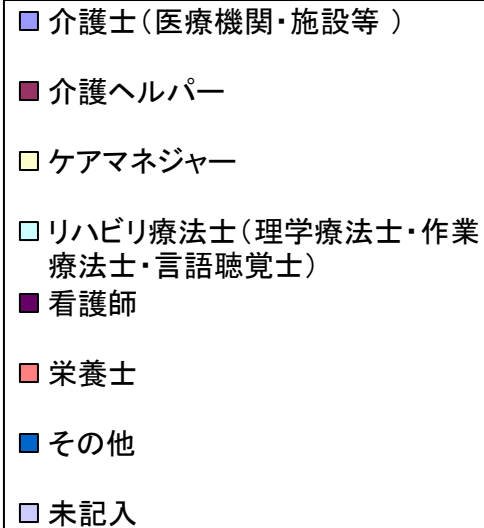
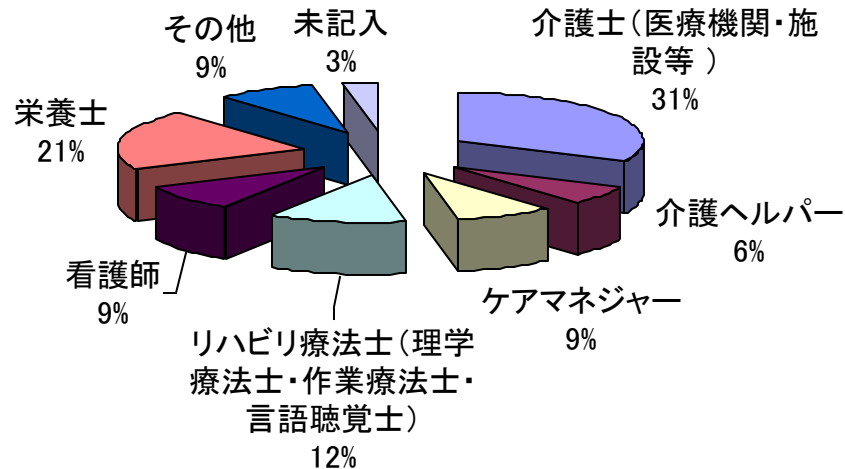
日時	講師	内容
25/10/18	サンケアしみず 松谷将人 (理学療法士)	自立支援の介護技術
11/15	松谷病院 酒井尚子 (看護師) 他	高齢者の尊厳とケア
12/ 4	松谷病院 井上真由美 (総師長)	身体拘束
26/ 1/17	サンケアしみず 松谷将人 (理学療法士)	片麻痺患者の生活動作
2/21	松谷病院 酒井尚子 (看護師) 他	姿勢管理

# 合同介護研修会

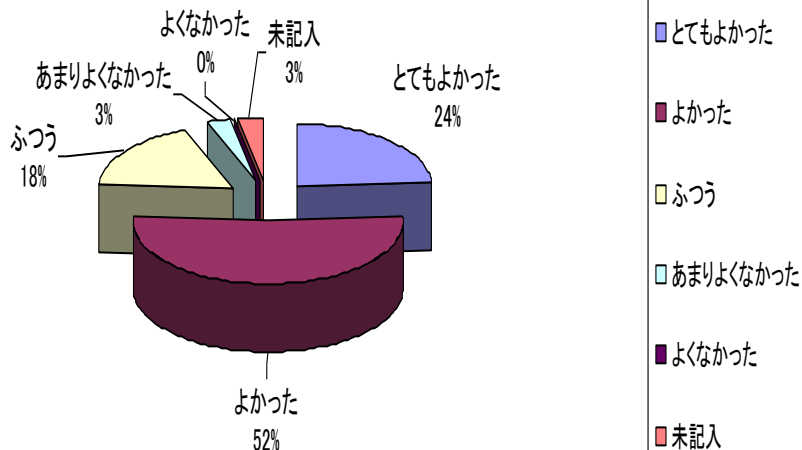


# 第1回 口腔ケア・栄養研修会

## 1.参加者の職種内訳



## 2.今回の内容についての評価

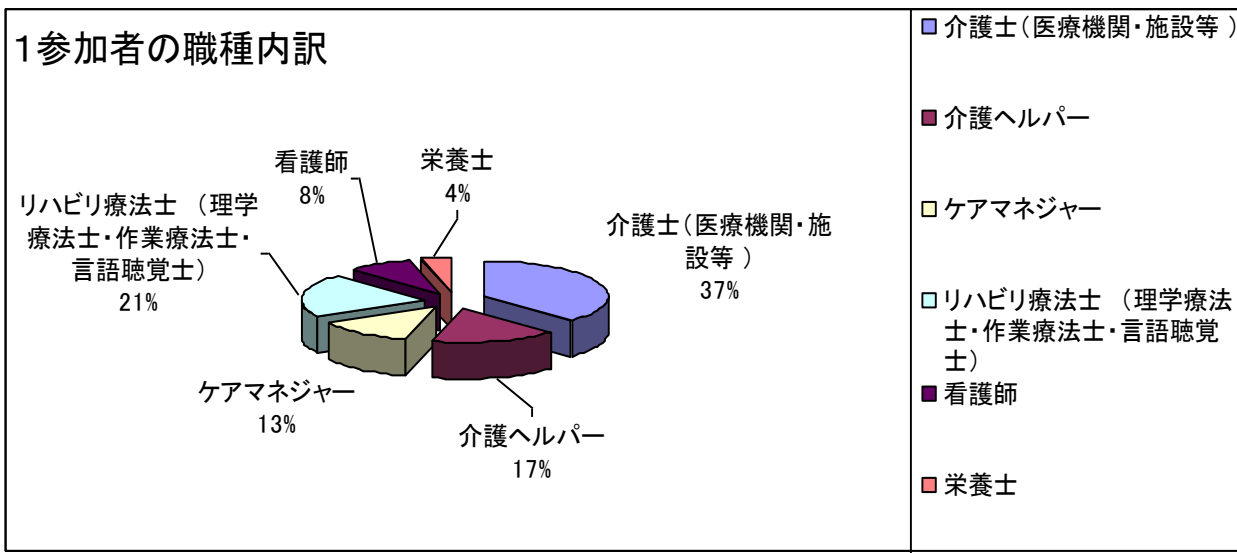


- ・唾液腺マーサー効果がすぐに分かった
- ・それぞれの歯の機能がわかった
- ・歯の模型を用いた口腔清掃の方法などがわかった。

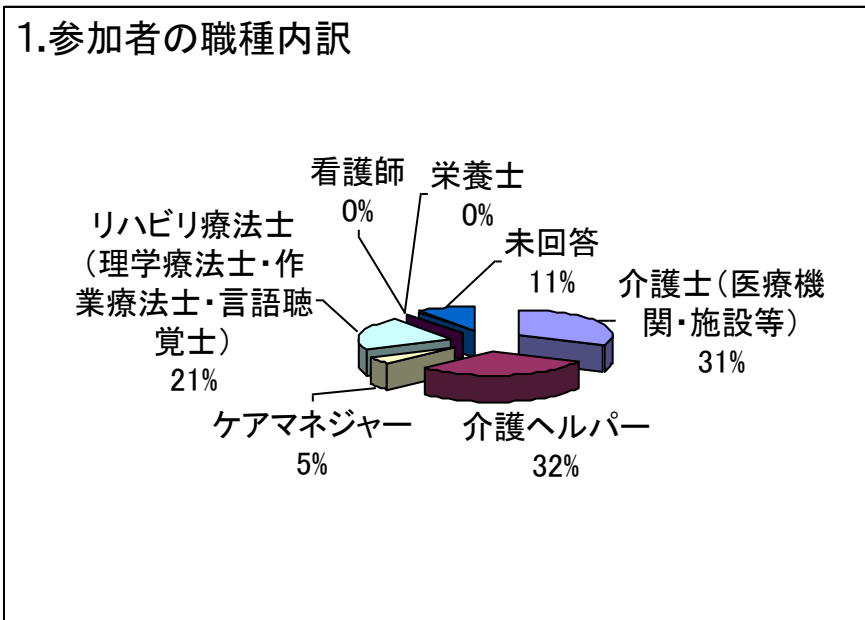
# 自立支援・尊厳ある介護研修会

## 1) 参加者

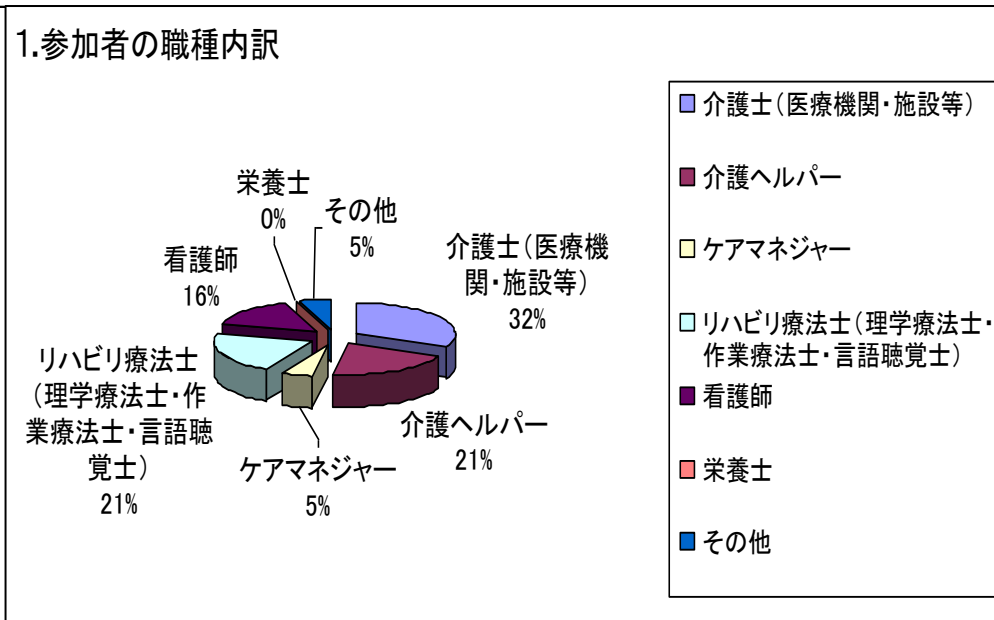
### 第1回



### 第2回



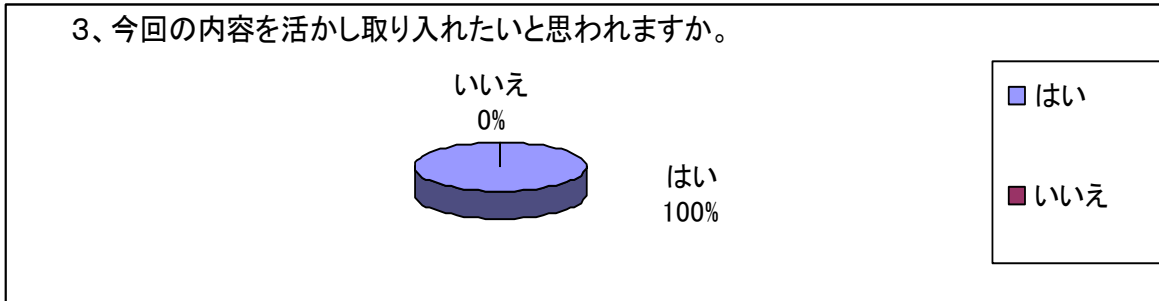
### 第3回



# 自立支援・尊厳ある介護研修会

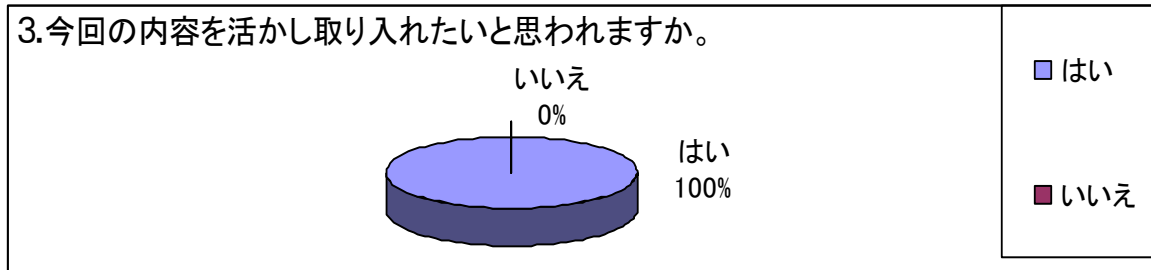
## 3) 活用について

### 第1回



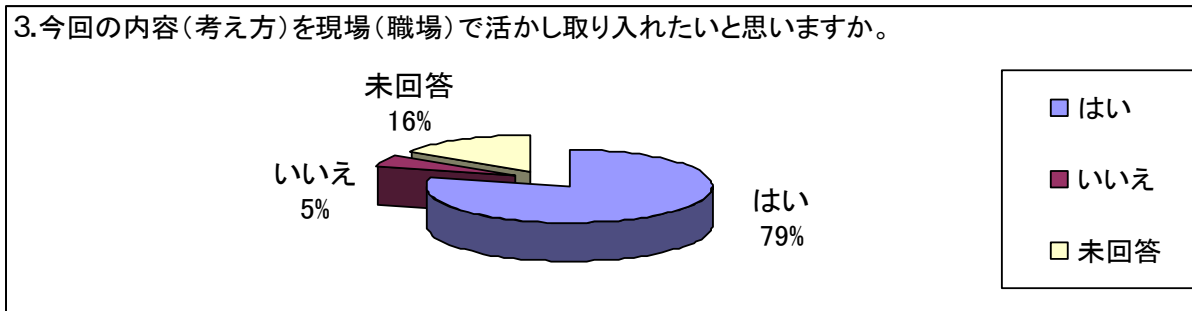
- ・利用者の力・動きを活かした移乗方法を活かしたい
- ・心づかいを忘れずに現場で活かしたい
- ・もっと技術を習得し、利用者様に良いケアが出来るようになりたい。

### 第2回



- ・動きを制限しないおむつの当て方

### 第3回



- ・利用者の行動を、どう捉えるか介護職員の意識改革がとても重要だとわかった。

急性期～在宅医療まで  
地域医療機関～地域住民で連携を!!

～在宅医療推進は、地域づくり～

地域全体で、高齢者を支える「地域づくり」  
行政、医療、介護、地域が一丸となって取り組みます。

ご清聴有難うございました。