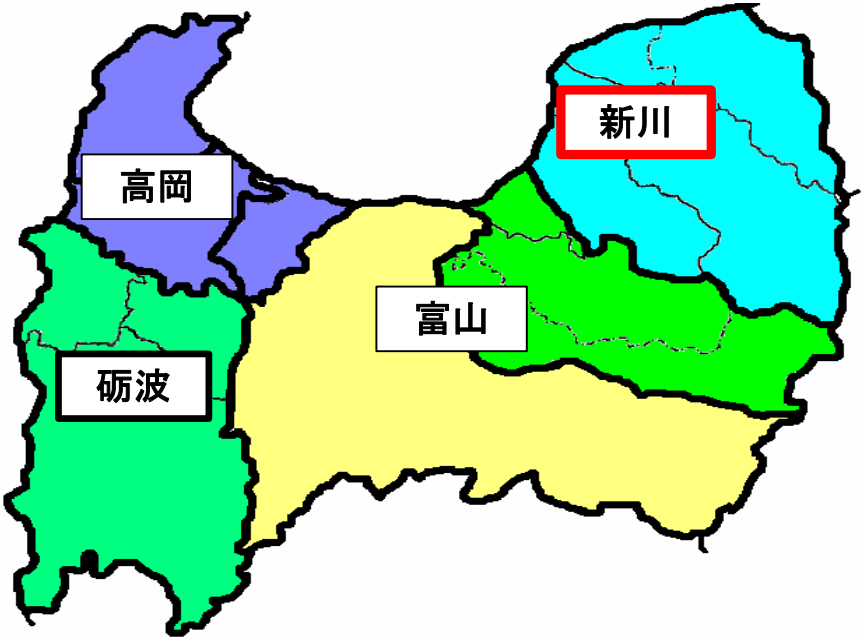


# 富山県新川地域における 在宅医療推進の取り組み

富山県新川厚生センター(保健所)

大江 浩

# 地域の紹介



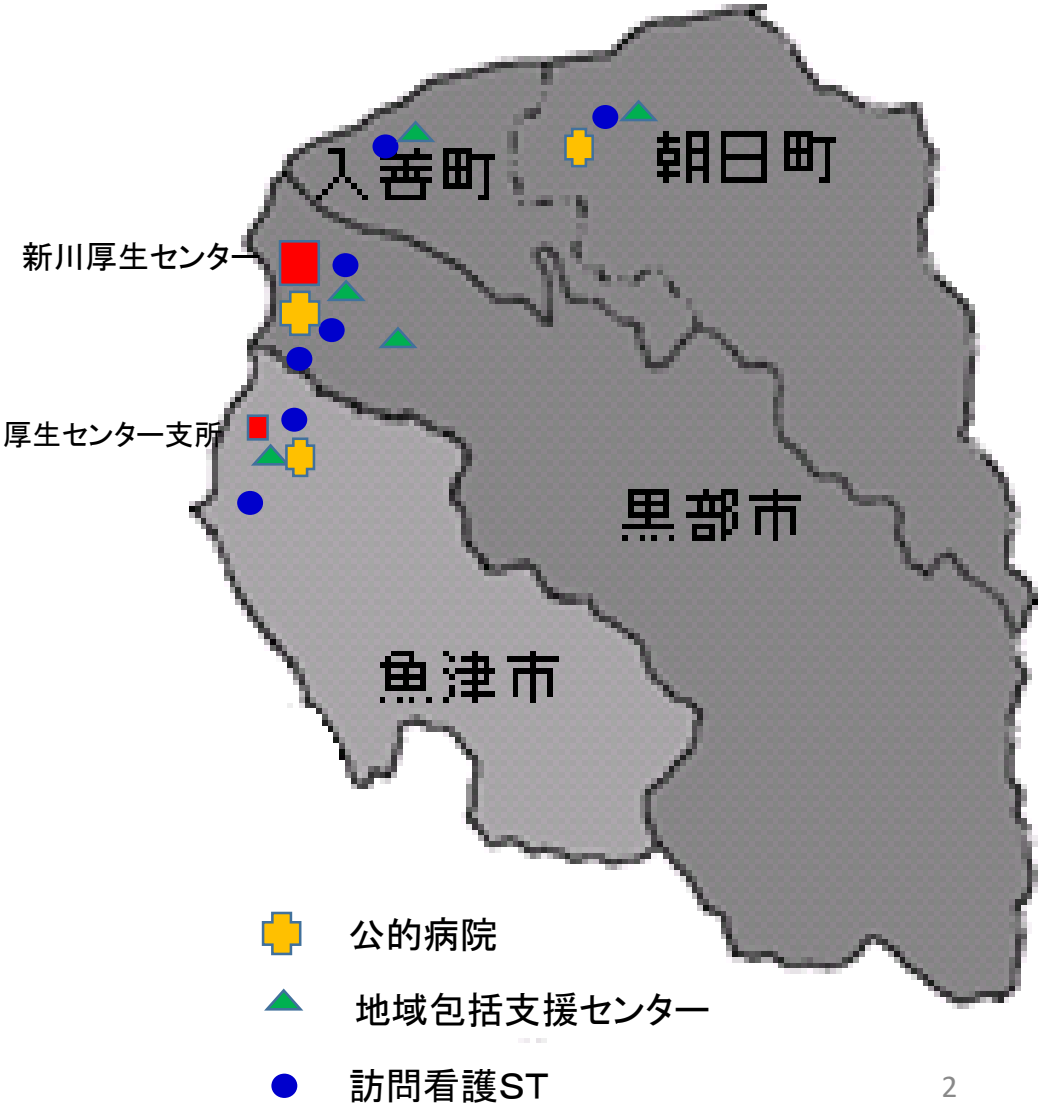
新川圏域人口約12万人  
(高齢者人口(割合)33.4%)

○二次医療圏＝老人保健福祉圏＝厚生センター(保健所)所管区域  
○新川圏域には、2つの郡市医師会、2つの介護保険者  
新川圏域の主な医療・介護資源

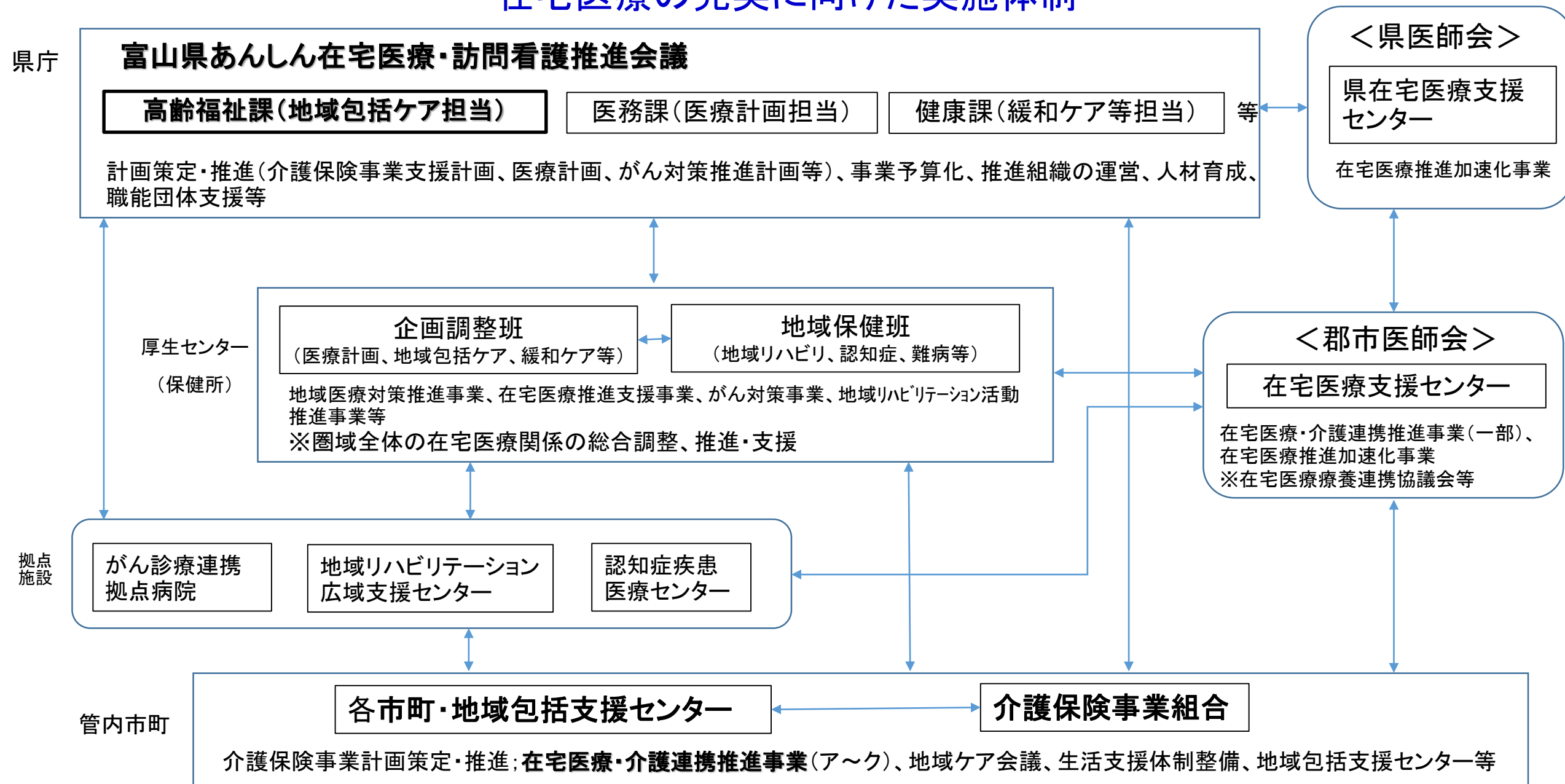
- ・病院14、一般診療所78、歯科診療所50
- ・一般病床1084床、療養病床792床
- ・公的病院(主に急性期医療)3カ所;414床、300床、194床
- ・がん診療連携拠点病院(公的病院)2カ所
- ・リハビリテーション広域支援センター(公的病院)1カ所
- ・認知症疾患医療センター(民間病院)1カ所
- ・地域包括支援センター(直営)5カ所
- ・訪問看護ステーション7カ所...

⇒資源的には比較的恵まれている

※地域医療構想では、在宅医療等509人／日必要、慢性期病床407床過剰



# 在宅医療の充実に向けた実施体制



※県・厚生センター・市町の組織横断による連携・協働、職能団体・拠点施設との連携・協働が重要

# 主な在宅医療の充実に向けた取り組み

## ○会議

- ・ **地域医療推進対策協議会（圏域連携会議）在宅医療部会**（年1回）

公的病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護支援専門員協議会、訪問看護ST、市町地域包括支援センター等の代表者

- ・ **在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会**（年2回）

在宅医療支援センター、介護支援専門員協議会、市町地域包括支援センター等の実務者

- ・ **看護管理者等連絡会**（年1回）

管内全病院の看護部長・連携室、市町地域包括支援センター、介護保険事業組合等

※他に、地域リハビリテーション連絡協議会、栄養管理体制整備WGなど；**在宅医療・介護資源ガイド**（介護施設の医療的ケア、生活支援サービス含む）の作成

※医師会在宅医療支援センターや市町等主催の関連会議に参加

## ○従事者研修

- ・ **在宅医療・介護連携推進研修会**（年2回） ※看護協会、在宅医療支援センター、公的病院と共催

入退院支援に関する研修・グループワーク；医療、看護、介護、行政関係者

- ・ **緩和ケア研修会**（年2回） ※がん診療連携拠点病院と共催

在宅がん緩和ケアに関する事例検討・グループワーク；医療、看護、介護、行政関係者

※他に、地域リハビリテーション、栄養管理体制研修会

※介護保険主治医研修会、公的病院総合評価加算の研修会、介護支援専門員協議会研修会、薬剤師会研修会、在宅医療支援センター研修会に支援・協力

## ○住民普及啓発

在宅医療療養連携協議会市民公開講座（年2～3回）、市町主催（地域支え合い推進員、女性団体、老人クラブ等）に支援・協力

※圏域・市町のデータ、資料に基づくことが重要

平成29年6月14日  
新川厚生センター

## 新川厚生センター管内看護管理者等連絡会議



※病院全体で入退院支援を働きかけ  
※地域の看護職ネットワークが不可欠  
⇒統括保健師の役割が大きい  
(厚生センター所長は病院長、医師会長、首長等に対する働きかけ)

病院における入退院支援に関する協議

## 新川地域在宅医療・介護連携推進研修会

入退院支援に関する多職種グループ  
ワーク

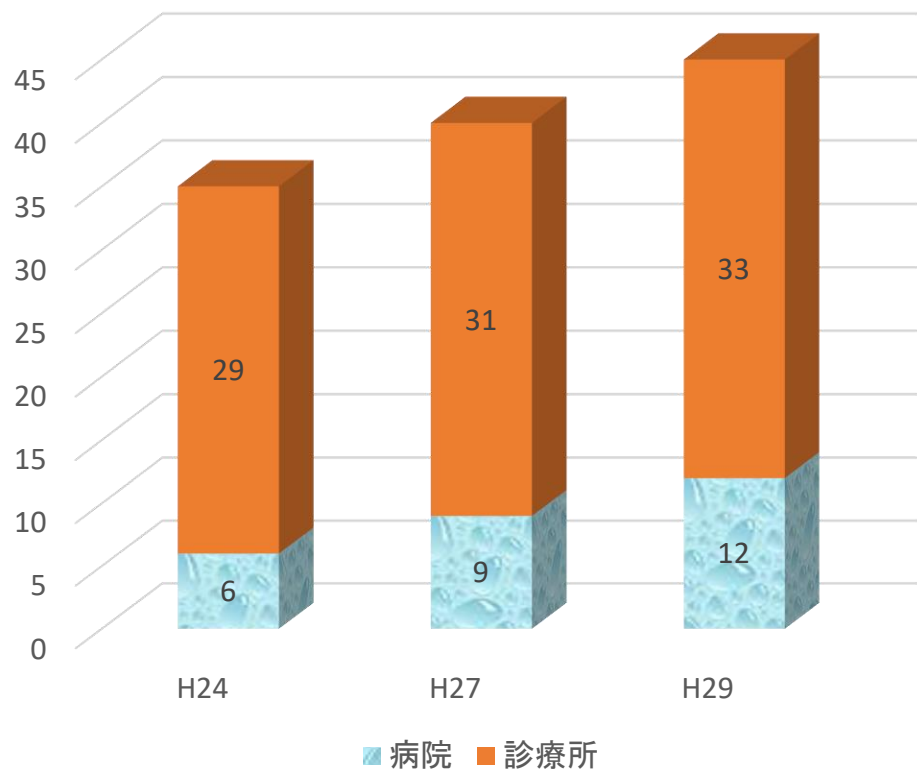
県看護協会、在宅医療支援センター  
(<http://niikawa-zaitaku.net/>)、公的  
病院と共催



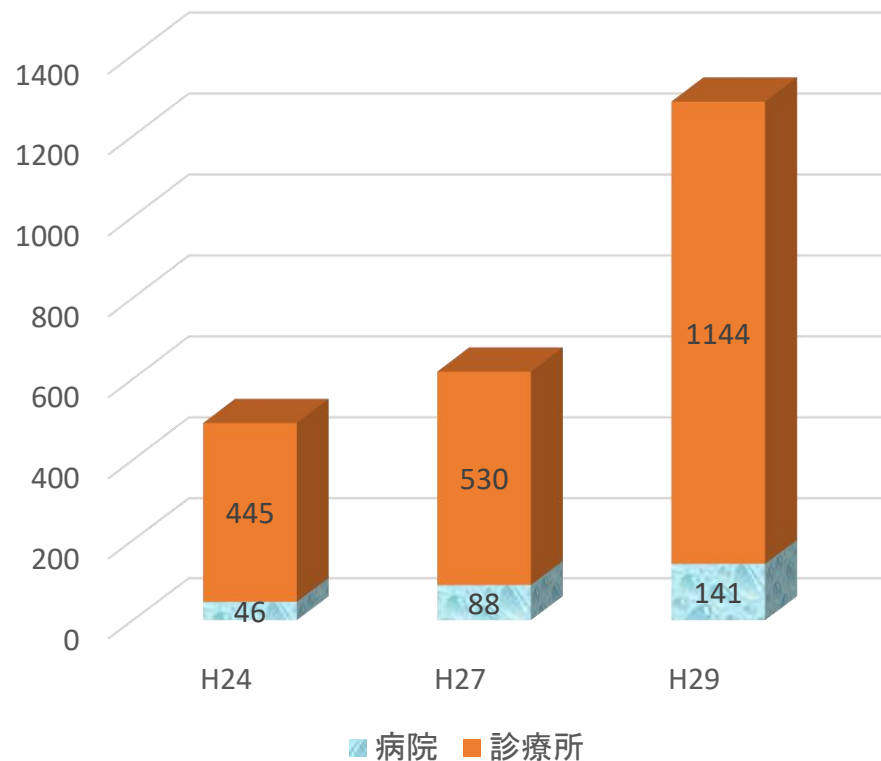
※平成30年度は相談支援事業所も参加

※入退院支援加算1の施設要件にも一部寄与

## 在宅医療の実施施設数



## 在宅医療を受けている患者数



## 医療施設調査（静態）

※3年ごとに保健所が調査実施  
⇒すべての病院、医科・歯科診療所に実施

(24) 在宅医療サービスの実施状況 併設施設によるサービスを除く  
実施の有無に○をつけ、9月中の件数を記入してください。

医療保険等による在宅サービス	① 実施している	② 実施していない
往診	01	3 件
在宅患者訪問診療	02	20 件
歯科訪問診療	03	件
救急搬送診療	04	1 件
在宅患者訪問看護・指導	05	件
精神科在宅患者訪問看護・指導	06	件
在宅患者訪問リハビリテーション指導管理	07	件
訪問看護ステーションへの指示書の交付	08	3 件
在宅看取り	09	件

介護保険による在宅サービス	① 実施している	② 実施していない
居宅療養管理指導(介護予防サービスを含む)	10	件
訪問看護(介護予防サービスを含む)	11	3 件
訪問リハビリテーション(介護予防サービスを含む)	12	件

在宅療養支援診療所の届出 いずれかに○ 施設数には自施設を含む。

① 有

↳ 連携保険医療機関等の数 ( 4 施設 )

↳ 受け持つ在宅療養患者の数 ( 2 人 )

② 無

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/index.html#00450021>

※訪問診療・往診を実施する医療機関数、患者数は増加傾向

※在宅医療支援センター(<http://niikawa-zaitaku.net/>)では診療材料共同購入、主治医・副主治医制を実施

一ヶ月時点)	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.9月間	26.10.1	26.10.1	26.10.1	6.1～26.1	6.1～26.1
	訪問診療				往診				看取り				訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーションの看護職員数 (常勤換算)	うち24時間 対応のST の看護職員数 (常勤換算)	自宅死の 割合	老人ホーム死の割合
	訪問診療を実施する 病院数		診療所		病院		診療所		病院		診療所						
	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数	施設数	実施件数					
市区町	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(件)	(施設)	(人)	(人)	(%)	(%)
魚津市	2	39	7	578	1	4	11	83	0	0	2	3	3	11	4	7.5	3.5
黒部市	3	22	7	125	2	4	7	52	0	0	2	3	2	3	0	8.6	5.3
入善町	1	2	6	84	0	0	6	40	0	0	2	3	1	4	0	11.4	6.9
朝日町	3	17	1	10	0	0	1	2	0	0	0	0	1	3	3	11.7	4.4
砺波市	0	0	10	272	1	1	12	74	0	0	3	5	2	14	14	14.7	2.9
南砺市	2	68	8	81	0	0	10	41	1	1	2	2	1	17	17	12.9	7.5

	厚労省「在宅医療地域別データ集」による	※訪問看護体制の強化が課題
	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html</a>	

▶	H28	H27年	H26年	(出典情報)	+	:	◀	
---	-----	------	------	--------	---	---	---	--

※県訪問看護ステーション連絡協議会実績報告では訪問看護STごとの詳細な実績が出ている

H28年度実績

圏域	高齢者人口	高齢化率	訪問看護ST看護職員常勤換算(人口10万対)	訪問看護利用者数(人口10万対)
新川圏域	39875	33.1%	15.7	291
砺波圏域	43421	33.4%	33.2	850

# 管内公的3病院の状況

平成28年度報告

病床機能報告 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>) による

※は一桁

	黒部市民病院	富山労災病院	あさひ総合病院
退院患者数(1ヵ月間)	729人	334人	205人
退院後1ヵ月以内に自院在宅医療提供	1人	0人	2人
退院後1ヵ月以内に他施設在宅医療提供	18人	0人	2人
退院支援加算1	95件		
退院支援加算2		106件	※
地域連携診療計画加算(退院支援加算1)	※		
介護支援連携指導料	※	※	12件
退院時リハビリテーション指導料	157件	116件	※

※平成30年度改定で、退院支援加算は入退院支援加算、介護支援連携指導料は介護支援等連携指導料

※病床機能報告では、病棟単位で「在宅復帰率」もわかる ⇒ 各病院の実績を提示

※医療計画では、「退院支援」「日常の療養支援」「緊急時の対応」「看取り」を推進

※新公立病院改革プランで、あさひ総合病院は、4病棟199床 ⇒ 2病棟109床(うち1病棟は地域包括ケア病棟)・在宅医療ST等併設

※各公的病院に入退院支援部門設置 ⇒ 入退院支援加算1を算定

# 主な在宅医療指標

医療機関所在地ベースの集計

平成27年5月～平成28年5月審査分(入院) **SCR**(年齢調整標準化レセプト出現比)

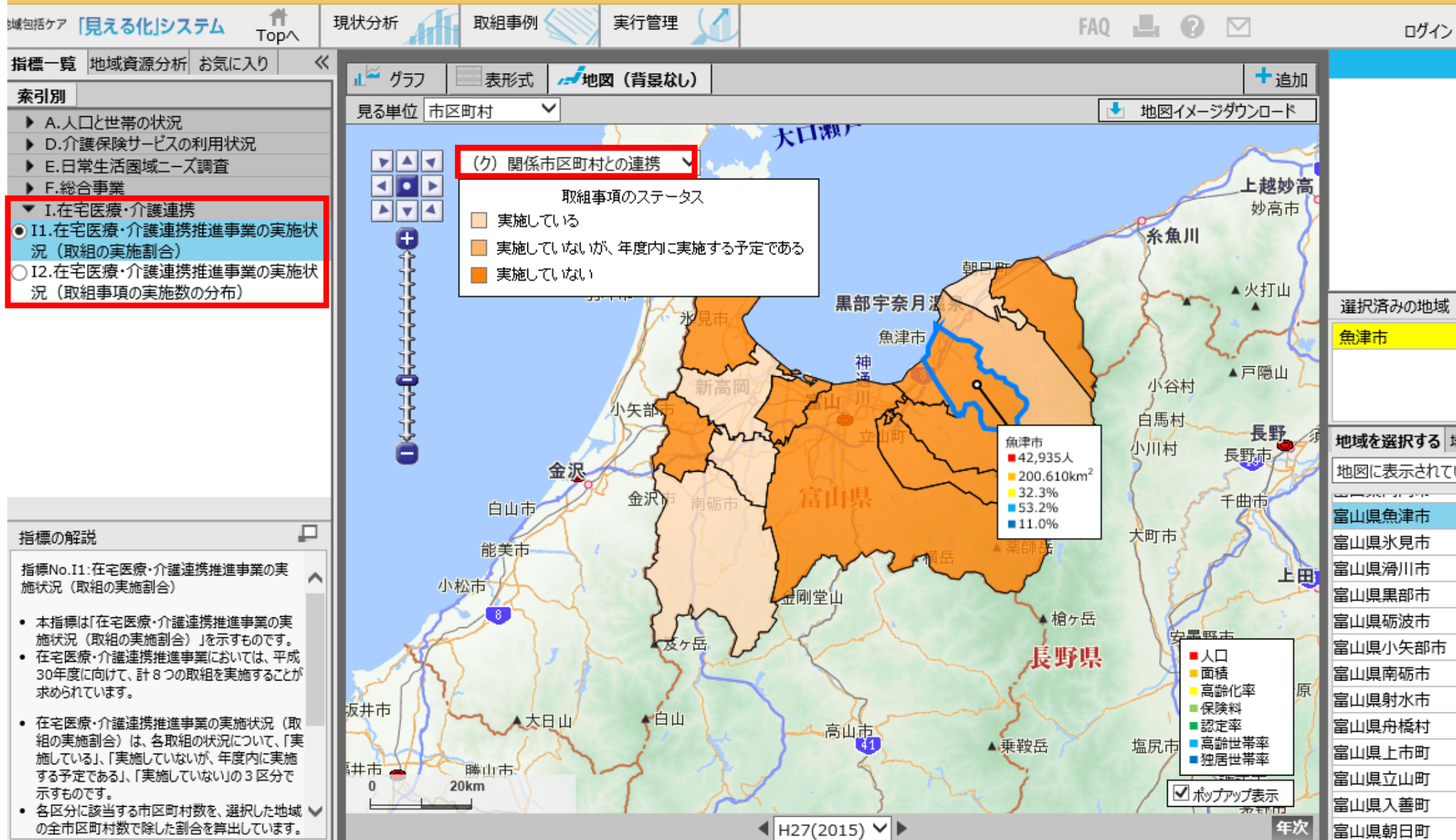
レセ電コード	レセプト	県	新川	富山	高岡	砺波
190147610	退院調整加算(一般病棟入院等)(～14日)	70.4	74.2	66.7	67.3	85.8
190147710	退院調整加算(一般病棟入院等)(15日～30日)	114.0	123.9	116.3	108.1	110.7
190147810	退院調整加算(一般病棟入院等)(31日～)	132.4	169.1	135.8	120.0	115.5
113008910	退院時共同指導料2	69.0	89.7	65.6	81.1	34.1
113011710	介護支援連携指導料	144.7	167.2	194.4	72.4	126.9
113009010	地域連携診療計画管理料	130.9	106.7	207.0	71.9	36.3
190056910	退院時リハビリテーション指導料	270.5	250.1	275.3	330.8	136.6
190030310	退院前訪問指導料	136.3	196.4	125.3	64.2	271.9
114018570	看取り加算(在宅患者訪問診療料)	58.2	32.3	54.9	57.3	92.8

内閣府の経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト

※100が全国並み

(<http://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/index.html>)による

※毎年、厚労省から都道府県に配布される「医療計画作成支援データブック」にNDBによるSCRが出ている



地域包括ケア「見える化」システム(<http://mieruka.mhlw.go.jp/>)で市町村の取り組み状況を公表

⇒平成29年度から管内各市町が厚生センター等との連携・協働により在宅医療・介護連携推進事業のA～**ク**をすべて実施に

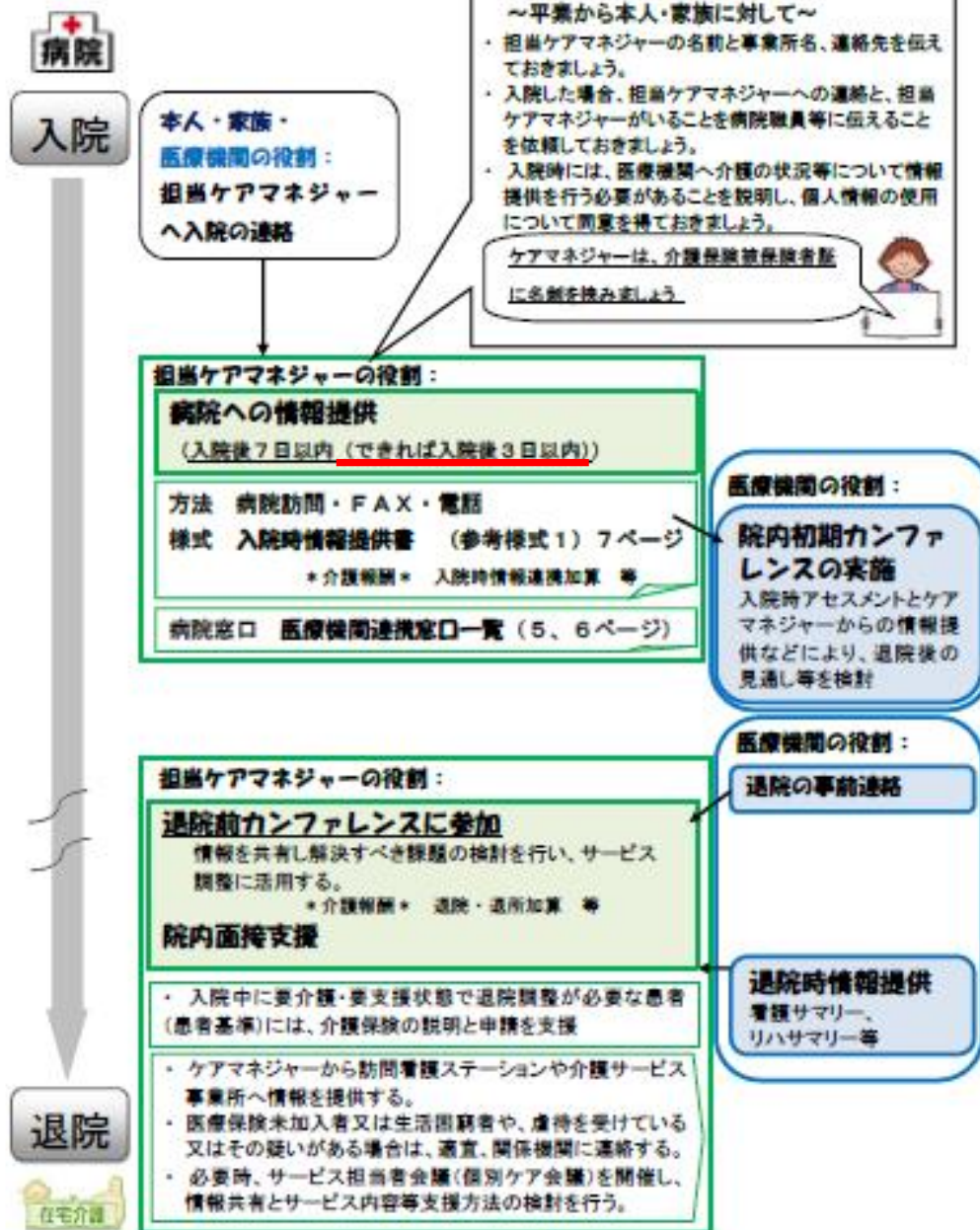
# 在宅医療・介護ネットワークの手引き

新川医療圏 入退院支援ルール



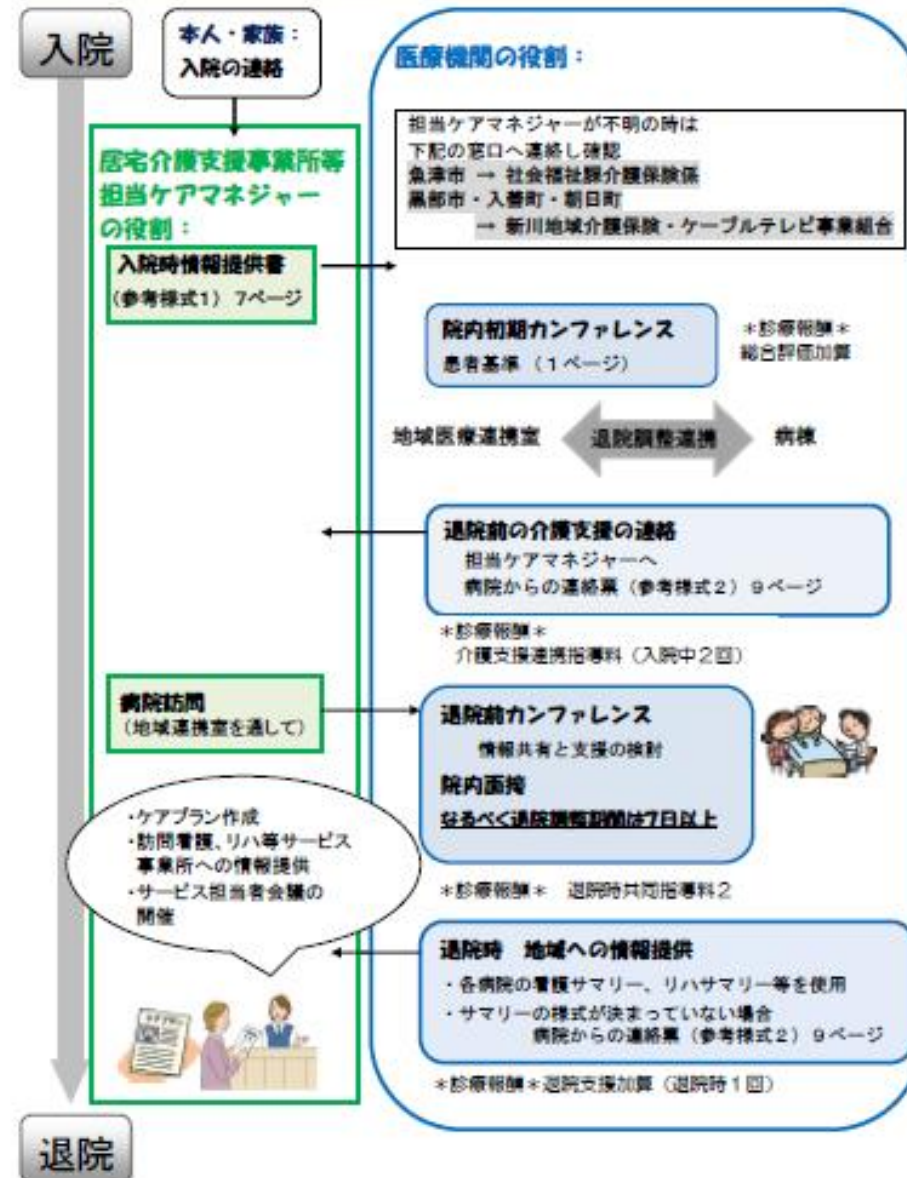
とやま地域包括  
ケアシステム

## 2 入院から退院までの地域から病院への連絡



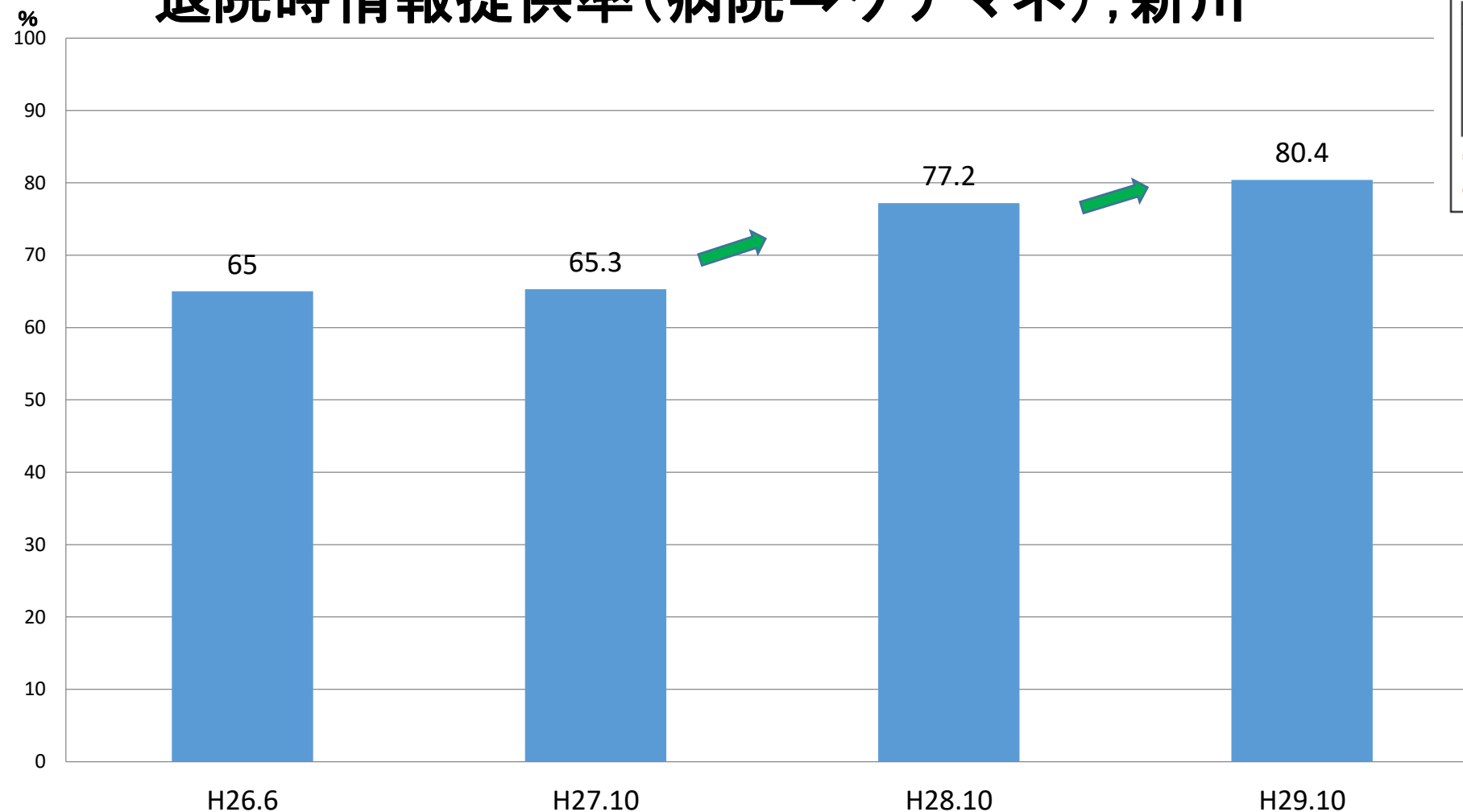
## 3 退院に向けて病院から地域への連絡

### 1) 担当ケアマネジャーがいる場合



※平成30年度診療報酬改定、介護報酬改定を踏まえて改訂

# 退院時情報提供率(病院⇒ケアマネ);新川



※ 今後の退院連携のため、上表の枠組(○)内中に病院から退院したケースの割合を記載してください。

利用費	退院された介護者(○)内中の割合	退院した介護者の割合	介護・多動
1	○	○	介護・多動
2	○	○	介護・多動
3	○	○	介護・多動
4	○	○	介護・多動
5	○	○	介護・多動
6	○	○	介護・多動
7	○	○	介護・多動
8	○	○	介護・多動
9	○	○	介護・多動
10	○	○	介護・多動

※ 現在該当している利用費のうち、○内中に介護に入院した人数

○内中に入院したケースのうち、介護に入院時情報提供率を占める割合

都道府県医療介護連携調整  
実証事業による様式

※県内全圏域でリハビリテーション広域支援センターが毎年調査 ⇒ 県内の他圏域と比較

# 在宅がん緩和ケア研修

がん診療連携拠点病院(黒部市民病院、富山労災病院)と共催

※県がん対策事業

開催日	テーマ	発表者	参加者数
2015.7.17	家族が描いた退院後の生活のイメージと実際とのずれ ～70歳代腭頭部がん患者と家族への退院支援を振り返る～	病院主治医、がん相談員、病院薬剤師、在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師	115名
2015.12.10	本人が在宅療養を希望し、自宅で看とりとなった老々介護	病院主治医、地域連携室看護師、在宅主治医、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、ホームヘルパー、調剤薬局薬剤師	73名
2016.7.28	看取りを支援する ～悪性リンパ腫の60歳代男性の終末期を振り返る～	病院主治医、がん相談員、ケアマネジャー、薬剤師、ショートステイ看護師・介護士、在宅主治医	99名
2016.12.15	若年の婦人科がん患者への支援を考える ～それぞれの職種ができること～	病院主治医、地域連携室看護師、通院治療室看護師	60名
2017.7.6	進行胃がん70歳代男性の <b>意思決定支援</b> を振り返る	病院緩和ケア認定看護師、病院主治医、がん相談員、訪問看護師・ケアマネジャー、病院薬剤師、在宅主治医	108名
2017.11.16	がん終末期の独居高齢者の住み慣れた <b>家に帰りたい思い</b> に対する関わり	病院主治医、病棟看護師、地域連携室看護師、緩和対策室看護師、ケアマネジャー、訪問看護ステーション看護師、在宅主治医	82名

※訪問看護利用者の主傷病名の一位が「がん」; 比較的短期間に状態変化 ⇒ タイムリーな連携・調整が必要

# 介護施設における医療的ケアの対応状況

## 1. 特別養護老人ホーム

◎:可能、○:条件付きで受入れ可、△:検討中、×:不可能

	施設名	所在地 (市)	定員		医療処置等の内容																
			入所	短期入所	① 認知症周辺症状の対応	② 末梢点滴の管理	③ 中心静脈栄養の管理 (CVC、CVP)	④ 酸素療法の管理	⑤ 褥瘡の管理	⑥ 鼻腔栄養の管理	⑦ 胃瘻の管理	⑧ 腸瘻の管理	⑨ 人工肛門の管理	⑩ 膀胱瘻の管理	⑪ 気管切開の管理 (吸痰を含む)	⑫ 人工呼吸器の管理	⑬ 尿カテーテル、留置カテーテルの管理	⑭ 腹膜透析の管理	⑮ 感染症の対応 (MRSAなど)	⑯ 血糖測定・インスリン注射	⑰ 終末期・看取りの対応
1	特別養護老人ホーム		80	20	○	×	×	○	○	×	○	×	○	○	×	×	○	×	○	○	○
2	特別養護老人ホーム		96	44	○	○	×	○	◎	◎	◎	◎	◎	○	×	×	○	×	○	×	○
3	特別養護老人ホーム		80	10	◎	◎	×	△	◎	×	○	×	△	×	×	×	◎	×	△	○	◎
4	特別養護老人ホーム		80	20	◎	○	×	○	◎	○	◎	×	◎	◎	×	×	◎	×	◎	○	◎
5	特別養護老人ホーム		80	30	◎	○	×	×	○	×	◎	×	◎	×	×	×	◎	×	◎	○	◎
6	特別養護老人ホーム		80	20	○	×	×	×	◎	×	◎	△	△	△	×	×	○	×	○	×	◎
7	特別養護老人ホーム		142	22	◎	○	×	△	◎	○	◎	×	◎	○	△	×	◎	×	◎	◎	◎
8	特別養護老人ホーム		100	20	○	×	×	×	◎	×	◎	×	◎	×	×	×	○	×	○	○	○

※地域リハビリテーション広域支援センター、市町、介護支援専門員協議会と協働で作成

⇒介護支援専門員協議会、地域包括支援センター、病院連携室で共有

# 年間スケジュール(平成30年度)

項目	在宅医療・介護連携	緩和ケア	地域リハビリテーション・食支援
会議	<ul style="list-style-type: none"> <li>・5月 在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会 ⇒入退院支援ルール改訂、今年度の取組</li> <li>・7月 看護管理者等連絡会 ⇒各病院の入退院支援の取組み状況</li> <li>・2月 地域医療推進対策協議会在宅医療部会</li> <li>・3月 在宅医療・介護ネットワーク関係者連絡会 ⇒圏域の在宅医療の状況・課題、取り組み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・10月 地域医療推進対策協議会がん部会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・4月 地域リハビリ連絡協議会部会①</li> <li>・11月 地域リハビリ連絡協議会部会② ⇒リハビリガイドの改訂</li> <li>・6月 栄養管理体制WG①</li> <li>・2月 栄養管理体制WG② ⇒食形態状況一覧、オーラルフレイル対策</li> <li>・3月 地域リハビリ連絡協議会 ⇒圏域の急性期～維持期のリハ連携</li> </ul>
従事者研修	<ul style="list-style-type: none"> <li>・8月 在宅医療・介護連携推進研修会①</li> <li>・10月 在宅医療・介護連携推進研修会② ⇒入退院支援研修・グループワーク ※各2回準備会合</li> <li>・8月 介護保険主治医研修会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・7月 がん緩和ケア研修会①</li> <li>・11月 がん緩和ケア研修会② ⇒事例検討・グループワーク ※各2回準備会合</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・9月 栄養管理体制整備研修会①</li> <li>・1月 栄養管理体制整備研修会② ⇒栄養士・ケアマネ等対象研修 食の連携、オーラルフレイル</li> </ul>
住民普及啓発	<ul style="list-style-type: none"> <li>・6月 在宅医療療養連携協議会市民公開講座①</li> <li>・11月 在宅医療療養連携協議会市民公開講座② ⇒ターミナルケア、意思決定支援</li> <li>・随時 市町主催(地域支え合い推進員、女性団体、老人クラブ等)に支援・協力</li> </ul>		

※関係機関・団体との連携・協働 ⇒ 平素からのコミュニケーションが重要

※会議は、代表者レベルと実務者レベル ⇒ 必要に応じて個別にも調整

※事例検討・グループワークには事前の準備会合 ⇒ テーマを明確に

# 今後の課題

## 在宅医療・介護ICT連携システムの更新

⇒現在のシステムは平成21年度導入(病院5、診療所22、薬局29、訪問看護ST6等参画)  
クラウド・モバイルに対応した標準システムに;平成30年度基金事業対応予定

## 独居・高齢者世帯の増加

⇒各種生活支援サービス(配食、買い物支援、外出支援等)の把握・開発・普及が必要

## 開業医の高齢化

⇒病院も在宅医療(訪問診療、訪問看護等)を実施する必要

## 病床重視からの転換

⇒「人生の最終段階における医療」「意思決定支援」の普及啓発が必要

※「在宅患者基本情報」をMC協議会で周知

介護施設の医療的ケアの推進

地域医療構想推進の一環として取り組み

## ※人材育成(特に保健師)が不可欠

在宅患者基本情報

在宅患者基本情報の使用法と同意についてのご案内

＜在宅患者基本情報＞

この基本情報は、万一患者さんが緊急で入院を要する際に、在宅主治医が他の業務や不在などの理由で対応が困難な場合に、救急隊や救急病院に渡していただくことで患者さんの診療情報提供を行うことを目的としています。いつでもご家族が取り出せるように保管してください。

・新川地域在宅医療支援センターでは在宅医療のよりよい支援方法を検討していくために、在宅患者基本情報を管理、集計して検討し、個人が特定されない範囲でその集計結果等を研究会などの場で発表することがあります。そのことに同意いただける場合は署名をお願いします。(署名をいだけない場合でも患者様の不利益になることはありません。)

署名欄 患者様氏名 \_\_\_\_\_ 代理人記載の場合 \_\_\_\_\_ 医師( ) \_\_\_\_\_

＜在宅主治医の先生へ＞

- この在宅患者基本情報は診療情報提供書の形式を踏襲していません。「詳細は別紙をご参照ください」と記載した診療情報提供書をいっしょにクリアファイルに入れて、患者さん宅のすぐに取り出せるように保管してもらって下さい。
- 基本情報内容は 6 か月～1 年くらいを目安に更新してください。(在宅患者さんの病状によると思いますので、期間とは主治医の判断をお願いします)
- 基本情報のうち、「気管挿管の希望」、「蘇生の希望」の項目について記載するかどうかは在宅主治医の判断にゆだねます。(記載しない場合は項目ごと横線で消してください)
- 連携病院の有無・病歴名、在宅医療指導管理科等の特定の有無の記載は、受入れ病院が在宅医療緊急入院診療加算(在籍)①別紙参照)を算定する際の算定要件になりますので、記載にご協力をお願いします。
- この基本情報は主治医が随時診療に救急搬送する場合も使用可能です。
- 上記の署名を求められた場合は表裏ともを新川地域在宅医療支援センターにFAXするか、コピーを郵送してください。

＜受入れ病院の先生へ＞

この基本情報は在宅患者さんの緊急時に救急隊、救急病院に情報提供することを目的として作成されたものです。項目によってはその様、変更の可能性がありますのでご留意ください。

この情報提供方法がどの程度利用され、有用であるか、継続してよいかを検討しております。この図のみを下記にFAXしていただくと幸いです。また可能であればアンケートに記載をお願いします。

1. 病歴名 ( ) 病歴 ( )

2. この情報提供方法は 1. 有用である 2. 有用でない 3. どちらともいえない ( )

4. その他 ( )

3. ご意見や改善した方がよい点がありましたら記載をお願いします。 ( )

新川地域在宅医療支援センター事務局 FAX 0765-57-0731

作成日: 平成 年 月 日(初回・更新)

医療機関名: \_\_\_\_\_ 作成者(在宅主治医): \_\_\_\_\_

主治医の緊急連絡先(携帯電話番号) \_\_\_\_\_

ふりがな: \_\_\_\_\_

患者様氏名: \_\_\_\_\_ 性別: 男/女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住所: 〒 \_\_\_\_\_ 富山県 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

主たる介護者と緊急連絡先①: \_\_\_\_\_

緊急連絡先②: \_\_\_\_\_

連携病院: 有/無(有の場合: \_\_\_\_\_ 病院)

診療名

	発症年月日	年	月	日
1				
2				
3				

医療の経過、投薬内容など

アレルギーの有無 なし/あり( ) 不明

感染症の有無 〇氏( )・HBsAg( )・HCV( )・MRSA( )・不明

要介護歴 あり/なし(要介護1・2 要介護3・4・5)

医療指導の希望 あり/なし(状況による・未定(質問に答えた方 本人/家族)

蘇生の希望 あり/なし(状況による・未定(質問に答えた方 本人/家族)

(※上記はこの基本情報作成時のものです。その後変更がある可能性があります。)

代の特記事項

在宅医療指導管理科(在宅自己注射指導管理科)の設置(有/無)

在宅診療医の所属(在宅診療医の所属)の設置(有/無)