

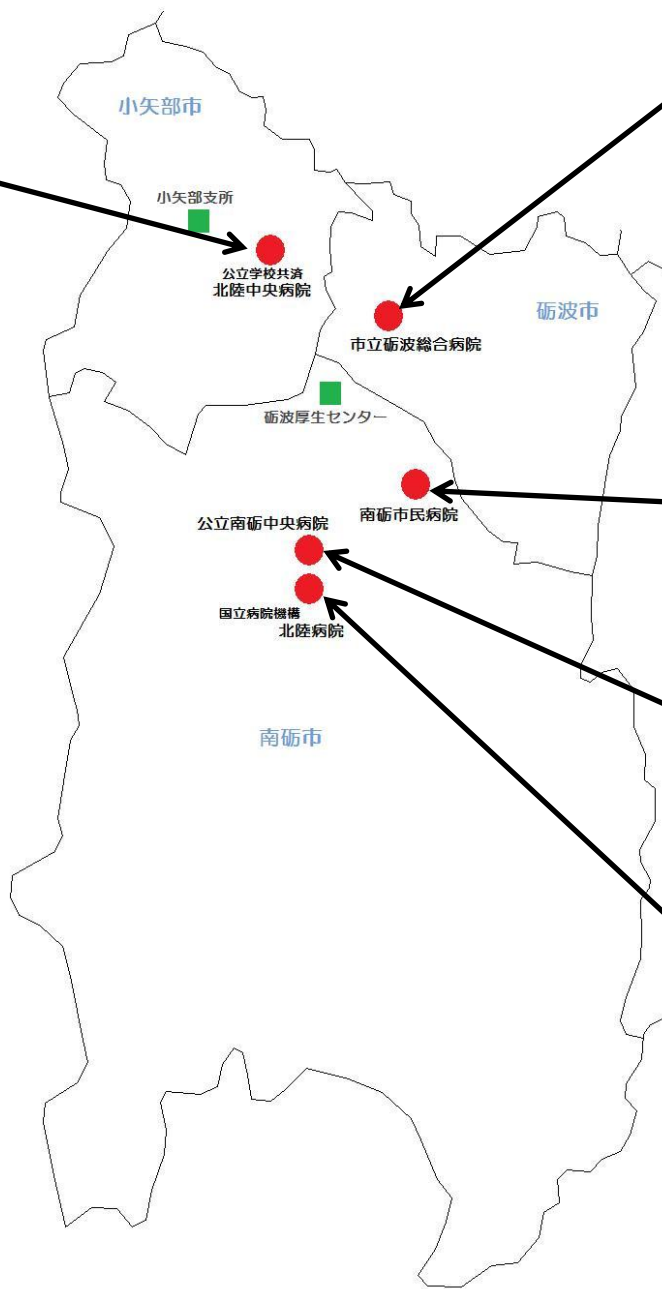
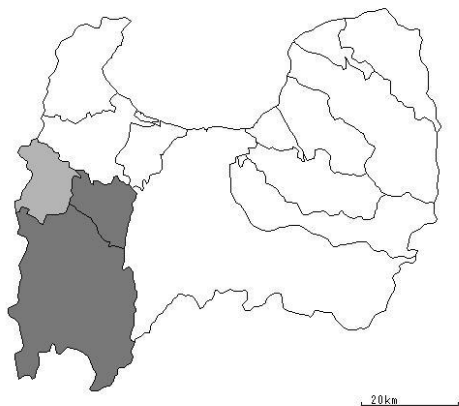
県型保健所の連携調整による 二次医療圏レベルでの在宅医 療・介護連携推進の取り組み

富山県砺波厚生センター(保健所) 所長
大江 浩

<北陸中央病院>
193床

富山県砺波医療圏

- ・3市、930km²
- ・人口約13万4千人
- ・高齢化率29.4%
- ・介護保険は3市共同
- ・3つの市医師会
- ・一般病床有する病院5カ所
- ・療養病床のみ病院8カ所



<市立砺波総合病院>
514床、7対1
がん診療連携拠点病院
地域救命センター
広域リハビリテーション支援センター
肝疾患連携拠点病院
第二種感染症指定医療機関
地域周産期母子医療センター
災害医療拠点病院

<南砺市民病院>
175床、7対1
広域リハビリテーション支援センター

<公立南砺中央病院>
190床

<北陸病院>
254床
認知症疾患医療センター

※3つの市医師会事務局員

砺波市3(常勤2、非常勤1;看護学校保有)、南砺市1(非常勤)、小矢部市1(非常勤)

二次医療圏単位の調整が必要な主な理由

- 市町村内で完結しない場合の**広域的連携**(退院前調整、緊急時バックアップ含む)
- 地域連携パスにおける**中核的病院同士の調整**
- **薬事**(在宅麻薬管理、医療機器等)との連携
- **医療計画**と連動した取り組み 等

保健所の強み

- 各種専門職の配置(医師、薬剤師、保健師等)と職能団体との意思疎通
- 医事・薬事関連業務(立入検査、免許、届出、統計等)
- 圏域における保健・医療・福祉の幅広い業務 ※県庁各課と関連
- 感染症・食品衛生対策等を通じた介護・福祉施設との関わり
- 患者・家族団体との関わり 等

保健所が在宅医療・介護連携 の推進に取り組む根拠を論じる 必要はない。

※参考資料1、2参照

○地域保健法第四条に基づく地域保健対策の推進に関する基本的な指針
(平成24年7月31日)

○医政局通知「医療計画について」(平成24年3月30日) など

市町村と保健所との連携・協働による在宅医療・介護連携の推進の実際

○厚労省が示す在宅医療・介護連携の市町村**事業内容**(例)イメージ(参考資料3)

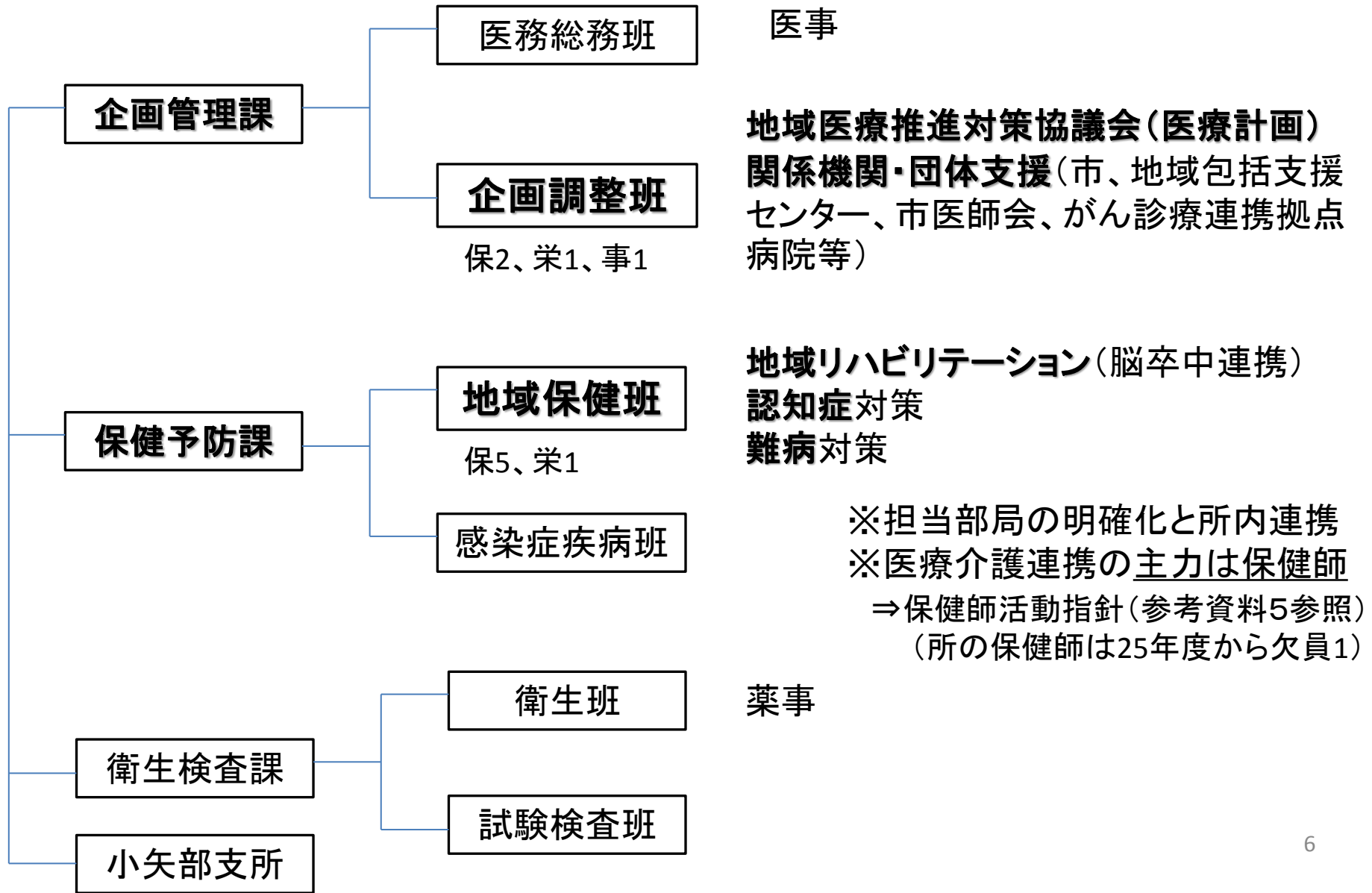
- ①地域の医療・福祉**資源の把握**及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する**会議**への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する**研修**の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護**提供体制**の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への**支援**
- ⑥**退院支援**に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への**普及啓発**

○砺波厚生センター(保健所)が在宅医療・介護連携で取り組んでいる主な**分野**

1. 二次医療圏**医療計画**;在宅医療、脳卒中(生活期)、精神疾患(認知症)、がん(緩和ケア)
2. 市、医師会等**関係機関・団体支援**
3. **地域リハビリテーション**対策(※広域リハビリ支援センターと協働)
4. **認知症**対策(※認知症疾患医療センターと協働)
5. **がん緩和ケア**対策(※がん診療連携拠点病院と協働)
6. **難病患者支援**ネットワーク
7. **退院調整支援** において上記①～⑦に取り組み “市町村支援と圏域連携”

※厚生センター(保健所)では分野別に担当制(参考資料4参照)

富山県砺波厚生センターの組織と担当



1. 砺波医療圏医療計画の推進

在宅医療・介護連携に関する会議
医療・福祉資源の把握と評価
在宅医療・介護提供体制の構築

※平成2年度以降、二次医療圏医療計画の事務局は各厚生センター(保健所)
※二次医療圏医療計画では、在宅医療、5疾病(がん、脳卒中、精神疾患、糖尿病、急性心筋梗塞)、災害医療を推進

砺波地域医療推進対策協議会

(二次医療圏医療計画の推進事務局：圏域連携会議)

※平成24年度策定の医療計画では、在宅医療、脳卒中(急性期～生活期)、精神疾患(認知症含む)、がん(緩和ケア含む)もテーマに

※各市、関係機関・団体とともに、PDCAによる医療計画の推進 (下線は24年度から)

平成26年2月21日 砺波厚生センター(保健所)講堂

<協議会委員>

- ・各副市长
 - ・各医師会長
 - ・各公的病院長
 - ・歯科医師会長、県歯科医師会理事
 - ・圏域薬剤師会長
 - ・訪問看護ステーション所長
 - ・公的病院看護部長
 - ・老人保健施設長
 - ・社会福祉協議会長
 - ・連合婦人会長
 - ・消防組合消防長
- など24名

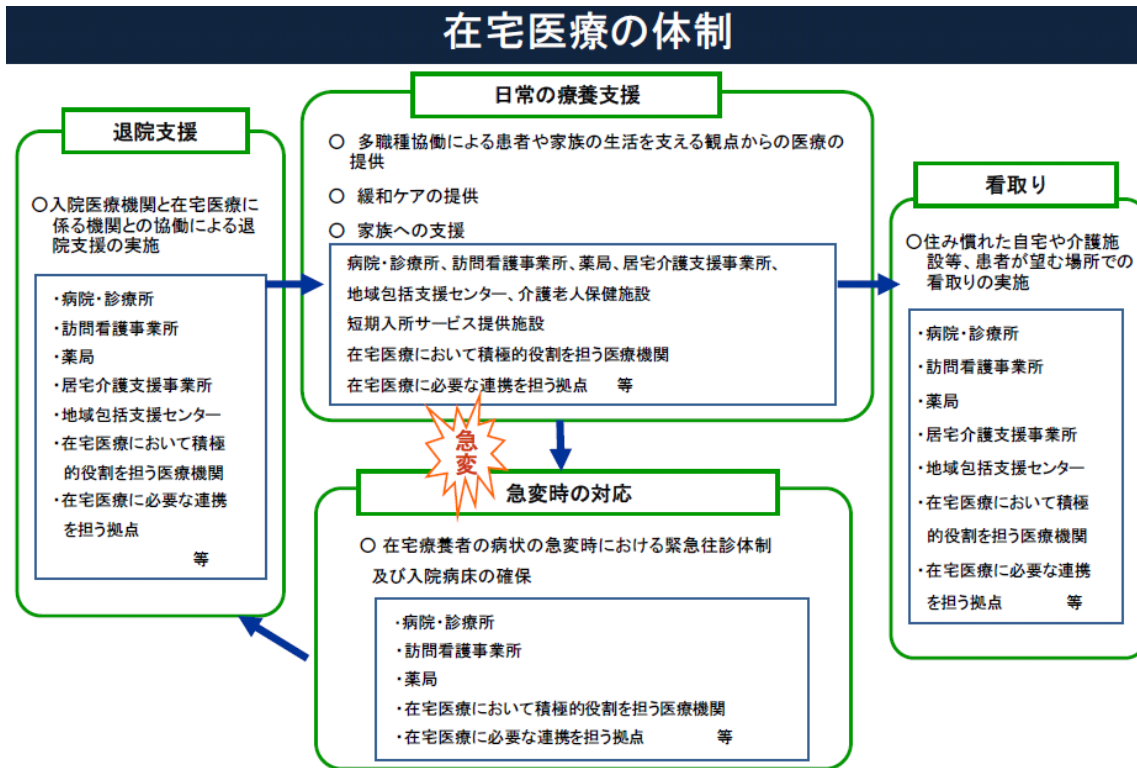


実働メンバーによる部会を順次開催 ⇒ 計画策定後も部会継続

従来は策定時のみ

在宅医療・介護関連の部会等

- 在宅作業部会 ※平成24年度から新たに設置
 - がん作業部会；緩和ケア含む
 - 地域リハビリテーション連絡協議会；脳卒中の急性期～生活期リハビリ
 - 精神機関長会議；認知症含む
- 他に、急性心筋梗塞、糖尿病、災害医療、周産期医療の部会等を開催



厚労省が示す
在宅医療体制図

↓
退院支援
急変時対応も

<ワーキングメンバー(実働メンバー)による協議>

・管内在宅医療・介護関連指標の評価

・24時間365日の在宅医療・介護提供体制構築には何が必要か ⇒協議会に報告

主な在宅医療関連指標(抜粋)

人口10万対
(平成22年)






指標名	全国	富山県	砺波医療圏		
			砺波市	小矢部市	南砺市
在宅療養支援診療所	10.2	4.0	4.0		3.7
在宅療養支援歯科診療所	3.2	1.0		3.1	1.8
24時間体制訪問看護S従事者		9.9	10.1		25.6
訪問薬剤管理指導届出施設	32.4	29.4	26.3	24.9	25.6
訪問指導実績のある薬局		3.3	2.0		3.7
短期入所療養介護施設		8.9	16.2	12.5	9.1
看取り介護体制加算の特養		5.4	4.1	6.4	7.5
在宅患者訪問診療料算定	2234.1	1945.9	1568.3		
在宅患者訪問看護指導料算定	285.3	430.9	138.8		
往診料算定	604.5	666.3	709.2		
在宅末期医療総合診療料届出施設	9.0	2.9	2.2		
脳卒中地域連携診療計画料算定	15.5	19.4	0.7		
かかりつけ医認知症研修累積修了		22.0	15.6		

※数値指標は本庁担当課等から入手、在宅医療は各市ごとの比較評価(可能なもの)

部会等での在宅医療介護に関する主な意見

- 開業医による往診は比較的实施されているが、看取りを含めて、緊急時対応のためには主治医・副主治医制が必要。
- 在宅緩和ケアを推進するには、訪問看護ステーションの充実が必要。
- 多職種間のタイムリーな情報連携が必要。
- 急性期～生活期の脳卒中連携パスの運用が必要。
- 圏域内での退院調整ルール化が必要。
- かかりつけ医の認知症研修の受講推進が必要。
- 訪問実績のある薬局が少ないが、在宅の服薬管理、特に麻薬管理には薬局の参画が必要。
- 患者死亡時に救急車が呼ばれると警察による検視が実施される場合があり、急変時連絡先の徹底が必要。

緊急時連絡先

	氏名		
かかりつけ医 (主治医)			
			
訪問看護師			
救急車			119
ケアマネジャー			

※厚生センター(保健所)は医師会地域医療連携部会世話人会(隔月)に参画

※消防署とも協議

※基本スタンス

在宅医療・介護連携は管内各市において取り組む

厚生センター(保健所)は各市における 在宅医療・介護連携の取り組みを支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・市、地域包括支援センター
- ・市医師会
- ・公的病院... などによる取り組み

※厚生センター(保健所)から関係機関への働きかけが必要

※厚生センター(保健所)が介護保険事業計画委員会に参加

※本庁担当課との協議(担当者会議)が重要

砺波市在宅医療・ケアリーダー研修会

平成25年2月10日 砺波市文化会館多目的ホール

主催 医療法人社団ナラティブホーム(在宅療養支援診療所、平成24年度在宅医療連携拠点事業受託事業所)

共催 砺波市、砺波医師会、砺波厚生センター

※当初は厚生センター(保健所)に対する厳しい意見 “保健所はあてにしない”
⇒“保健所といっしょにやって良かった”

ワールドカフェ「顔も見えない関係をつくろう」



※厚生センター(保健所)は、研修会実行委員会に参画

※厚生センター(保健所)から、医師会長、歯科医師会長、薬剤師会長に協力要請

砺波市在宅医療・介護連携推進研修会

主催；砺波市、砺波医師会

共催；砺波厚生センター、市立砺波総合病院、医療法人社団ナラティブホーム

平成26年2月16日 砺波市体育館会議室

1 講演「つなげるための具体的なツール TN-ICTネットワークについて」

医療法人社団ナラティブホーム理事長

2 パネルディスカッション

座長 砺波厚生センター所長

パネラー

・砺波医師会

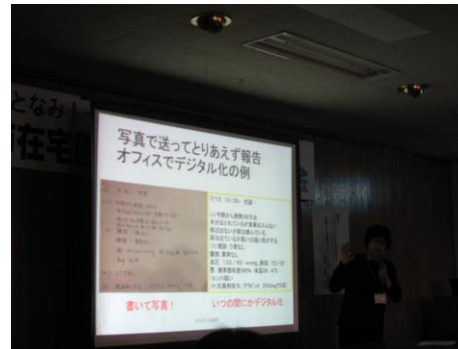
・全砺薬剤師会

・砺波市歯科医師会

・市立砺波総合病院看護部

・砺波地方居宅介護事業者連絡協議会長

3 グループワーク



※開業医一人の往診ではキツイ面がある

⇒主治医・副主治医、多職種チームが必要

※インフラ整備すれば医療介護連携が進むわけではない

⇒信頼関係に基づく顔のみえるヒューマンネットワークが不可欠

※砺波総合病院には、砺波市だけではなく、南砺市や小矢部市からの患者も多い

⇒圏域全体での退院調整が必要

※医科歯科連携、医薬連携の強化が必要 など

在宅医療のシステム化が必要

① 複数医師・グループ化（主治医・副主治医）

⇒主治医・副主治医制は砺波医師会（平成21年5月～）、南砺市医師会（平成21年5月～）、小矢部市医師会（平成23年4月～）にあるが活動停滞

② 多職種によるチーム（医師、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、調剤薬局、訪問歯科医、歯科衛生士、訪問リハビリ等）

⇒訪問薬剤管理指導や訪問歯科診療等の実績が少ない

③ バックアップする病院（退院前からの連携、急変時の対応）

⇒広域的な連携が必要、連携室経由しないケースの医療介護連携が不十分

④ 対応方針とタイムリーな情報の共有（連携ノート、ICT連携等）

⇒ICTのノウハウが不十分

⑤ 住民への普及啓発 など

⇒取り組みの情報共有が必要

※経営母体の異なる施設間の連携が不可欠 ⇒中立・公正な行政が関与

※市の担当部局の明確化が必要 ⇒市の主体的認識が必要

※郡市医師会事務局に対する支援が必要...

2. 地域リハビリテーション対策の推進

在宅医療・介護連携に関する会議
在宅医療・介護提供体制の構築
退院支援(地域連携パス)
医療・福祉資源の把握
地域住民への普及啓発
医療・介護連携に関する研修
地域包括支援センター・ケアマネへの支援

※地域リハビリテーション推進事業は平成14年度から実施
⇒三位一体改革により平成18年度から一般財源化されているが、県単事業として継続

※厚生労働省医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」
(医政指発第0720001号 平成19年7月20日);医療と介護・福祉の緊密な連携が求められる典型的な疾病という観点から、脳卒中の医療体制に関しては優先的な取組が必要
⇒平成20年度からの医療計画で脳卒中連携を推進

※広域リハビリテーション支援センターがケアマネからの相談対応(FAX、メール等)、研修会開催;厚生センター(保健所)が支援

砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会

砺波厚生センター(保健所)が事務局
2カ所の地域リハビリテーション広域支援センターと連携して運営
圏域医療計画の脳卒中作業部会としても活動

平成26年2月5日 福野体育館研修室

<構成メンバー>

- 各市医師会長
- 各公的病院長
- 訪問看護ステーション連絡協議会代表
- 民間病院リハビリ課長
- 老人福祉施設協議会代表
- 居宅介護支援事業者連絡協議会長
- ホームヘルパー連絡協議会長
- 建築士会代表
- 各市保健センター所長
- 各市リハビリ友の会長

計20名

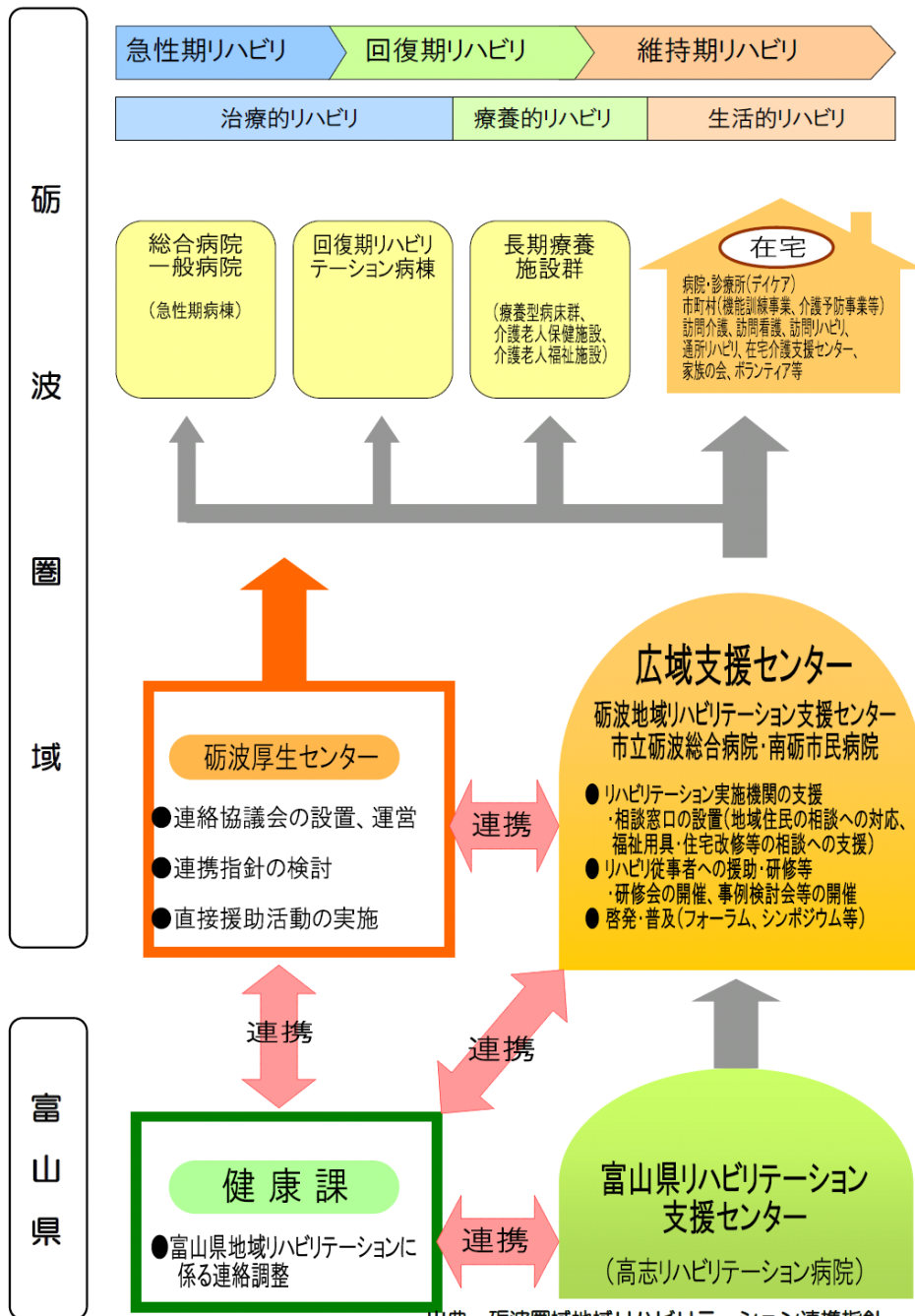


<協議会での主な意見>

- 急性期のt-PAの推進には住民へ脳卒中の普及啓発が重要
- 急性期～回復期だけではなく、維持期(生活期)施設との連携が必要
- 回復期リハビリ病床数の増加を図る必要
- 生活期ではリハビリ専門職のアドバイスが必要

※脳卒中の詳細な指標評価は平成24年度の計画策定作業から

砺波圏地域リハビリテーション推進体制概念図



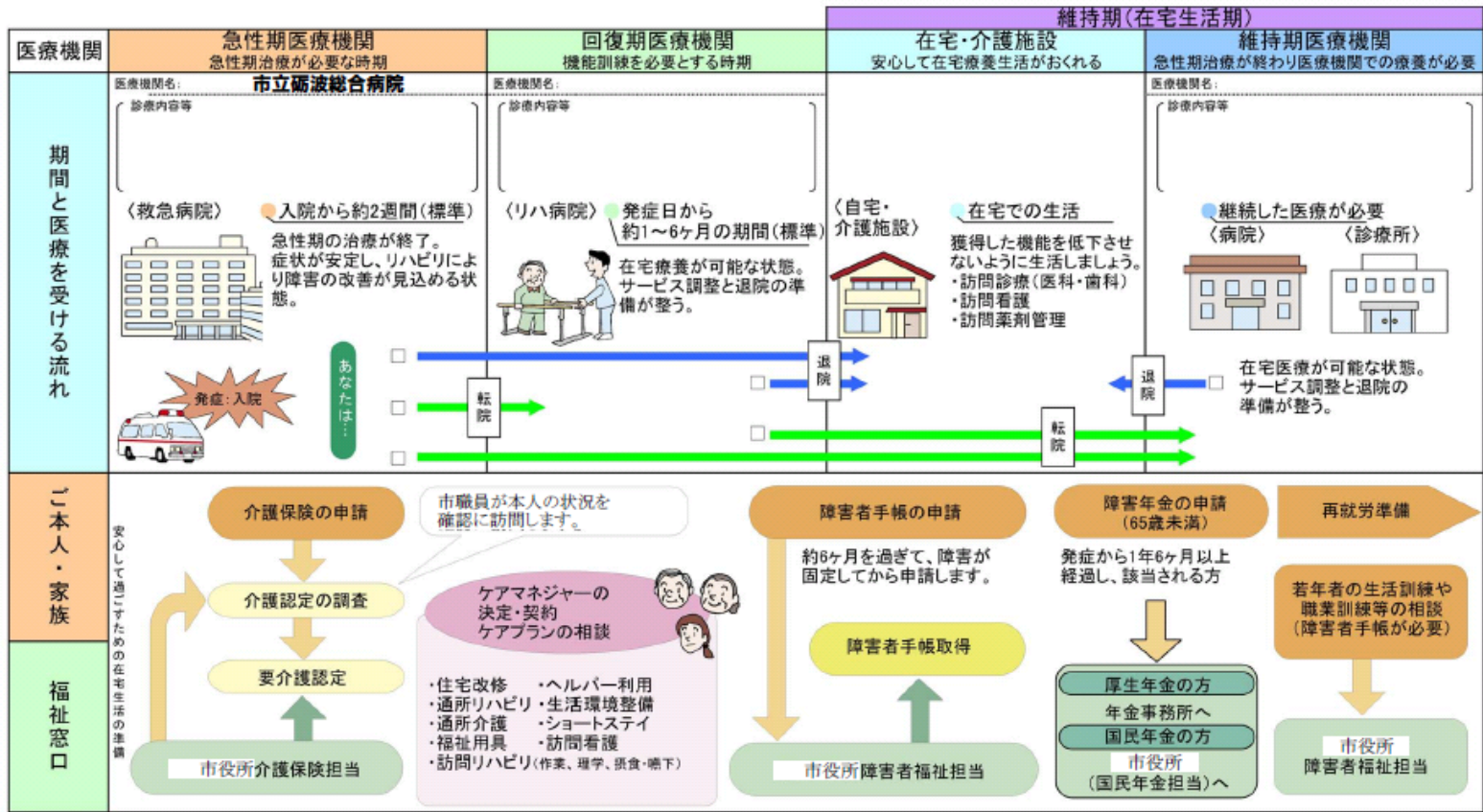
※病院同士の意思疎通
⇒連携パスは平成24年度から取り組み

※圏域内のリハビリメーリング
リストを開設(平成24年度から)

※県全体の推進体制は平成14年
度から

■ 砺波医療圏 脳卒中地域連携診療計画書 (患者説明用パス) 基本は『在宅生活に戻れること!』。在宅サービスを利用し、『安心して過ごせる』を支援させていただきます。

フリガナ 氏名	性別 男 女	生年月日 (年齢)	診断名	既往症他	発症日	入院日
		() 歳	<input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> くも膜下出血 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他()	
					手術日	



<input type="checkbox"/> 説明者 医療機関名: 市立砺波総合病院 TEL: 0763-32-3320	氏名: _____ 説明日: ____年 ____月 ____日	患者・ご家族サイン この計画書は、標準的な経過を説明したものです。あなたの状態により、異なる経過になることもあります。ご質問がありましたら、遠慮なくスタッフにお尋ねください。
--	-------------------------------------	--

※ 砺波地域連携パスは平成24年度から取り組み(県下で最も遅い)

⇒ 準備期間半年で試行; 所内担当者の理解が重要

※ 「地域連携パスは医療連携・医療介護連携の重要な連携ツール」

⇒ 広域的な病院間の連携が不可欠; 病院長に働きかけ

※ 維持期(生活期)に係るスタッフ、地域住民への普及啓発が重要; 地域全体で連携

地域連携パス研修会



※維持期(生活期)スタッフ、ケアマネに対する基本的な研修が必要
⇒医療連携から医療介護連携へ

地域連携診療計画管理料900点、地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅰ)600点及び(Ⅱ)300点に関する施設基準

- (1) **あらかじめ**計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、**連携保険医療機関と共有**されていること。
- (2) **計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年3回程度定期的**に開催され、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。
- (3) **複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。**
- (4) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第30条の4の規定に基づき各都道府県が作成する**医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関**であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

※都市部では**複数の計画管理病院**がある場合が多いことに留意

⇒調整されなければ、連携会議が乱立 ⇒砺波圏域は砺波総合病院が計画管理病院

※**計画管理病院が連携医療機関の分も併せて平均総治療期間、平均在院日数、在宅復帰率等を毎年報告(急性期病院が退院後を認識)**

⇒医療計画の脳卒中評価指標としても活用

※**回復期と維持期(生活期)との連携が課題**

(連携パスは介護報酬でも評価;地域連携診療計画情報提供加算)

地域リハビリテーション支援ガイド・実施機関紹介ガイド

砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会
砺波地域リハビリテーション広域支援センター
（市立砺波総合病院・南砺市民病院）
富山県砺波厚生センター

平成25年6月現在

※砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会で作成、改訂；2カ所のセンターと共同
※砺波厚生センターホームページに掲載（地域連携パス手引きとともに）

<http://www.pref.toyama.jp/branches/1273/1273.htm>

NO	名 称	スタッフ				連絡先 電話番号 (FAX番号)	営業日・営業時間			リハビリテーションに関する体制(加算)等状況(※)									所在地
		理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護師		営業日	営業時間	定休日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
38	南砺市井口デイサービスセンター				○	0763-64-8801 (0763-64-8804)	月曜～土曜	9:00～17:00	日曜、祝祭日										南、蛇喰1010
39	デイサービスセンターにこやかな里				○	0763-23-3811 (0763-23-3811)	月曜～土曜	8:00～18:00	日曜、8/15～ 8/16、 12/30～1/4									南、福野1466-1	
40	福野デイサービスセンター				○	0763-22-1050 (0763-22-1051)	月曜～土曜	9:00～16:45	日曜、祝祭日		○					○		南、松原500-1	
41	デイサービス和みの里福野				○	0763-22-8800 (0763-22-8801)	月曜～土曜	9:15～16:30	日曜		○							南、二日町2077-1	
42	デイサービスいちご				○	0763-52-7715 (0763-52-7714)	月曜～土曜	9:00～18:00	日曜 お盆、年末年始									南、荒木1333-1	
43	ふく満デイサービスセンター				○	0763-53-0055 (0763-53-1131)	月曜～土曜	8:00～16:45	日曜、祝祭日		○					○		南、福光1045	
44	やすらぎ荘デイサービスセンター				○	0763-52-7206 (0763-52-7207)	月曜～土曜 祝祭日	8:00～17:00	日曜 12/29～1/3		○					○		南、天池1570	
45	牛田接骨院 デイサービス結				○	0763-52-4686 (0763-52-4686)	月曜～土曜	8:20～15:50	日曜、祝祭日 お盆、正月		○					○		南、中ノ江106-3	
46	JA福光デイサービス日向ぼっこ				○	0763-52-3939 (0763-52-8760)	月曜～土曜	8:30～17:30	日曜、祝祭日 8/15～8/16、 12/31～1/3							○		南、福光1192	
47	なんとデイサービスセンター				○	0763-52-0050 (0763-52-6710)	月曜～土曜	8:00～17:00	日曜、8/15 1/1～1/3		○	○				○	○	南、天池宇二番野島1555-3	
48	富山型デイサービス モモのところにいってごらん				○	0763-82-3431 (0763-82-3431)	月曜～金曜 祝祭日	9:00～16:30 (18:00まで延長 予約可)	土曜、日曜 5月連休、お盆、正 月									南、山斐150	
49	デイサービス母笑夢				○	0763-52-7555 (0763-52-7550)	月曜～土曜	8:00～17:00	日曜									南、遊部川原53	
50	ローカルセンター城端				○	0763-62-8128 (0763-62-8085)	月曜～土曜	8:00～17:00	日曜 1/1～1/2									南、野田213-1	
51	旅川デイサービスセンター				○	0763-22-6542 (0763-22-6545)	月曜～金曜	9:15～15:15	土曜、日曜		○						○	南、院林92-1	

※リハビリテーションに関する体制(加算)等状況

【通所介護】

- | | |
|--------------|---------------|
| 1 個別訓練加算 (I) | 2 個別訓練加算 (II) |
| 3 栄養改善加算 | 4 口腔機能向上加算 |

【介護予防通所介護】

- | | |
|------------------|-------------|
| 5 生活機能向上グループ活動加算 | 6 運動器機能向上加算 |
| 7 栄養改善加算 | 8 口腔機能向上加算 |
| 9 事業者評価加算 | |

※どの施設でどんなリハビリを実施しているか

砺波圏域脳卒中連携パス研修会

※圏域全体の連携パス研修会
は平成24年度から開催

平成26年3月24日 市立砺波総合病院3F講堂

○ミニ講義

「医療法、介護保険法の改正と急性期から維持期(生活期)の医療連携」

砺波厚生センター 所長 ※病床機能報告・地域医療ビジョン、地域包括ケア計画、診療報酬改定等

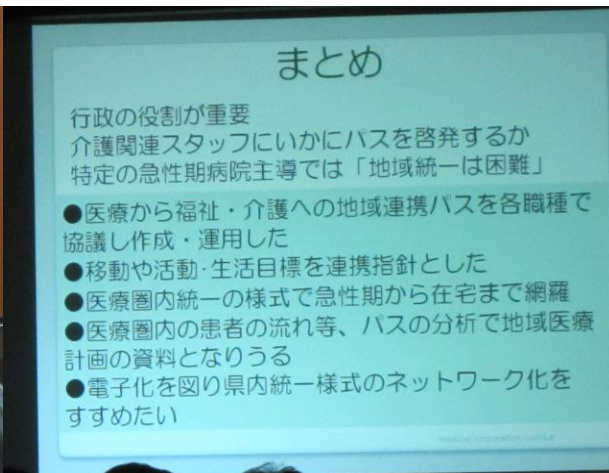
○講演

「地域連携パスの稼働までの道のりと現状・今後の展望」

“療養病床は回復期リハも選択肢”

池田リハビリテーション病院 院長

※富山県黒部市で回復期リハビリテーションに取り組んでいる民間病院(療養病床)



※平成26年度診療報酬改定で、7対1入院基本料の施設基準に自宅等退院患者割合75%要件、地域包括ケア病棟1に在宅復帰率7割要件、療養病棟に在宅復帰機能強化加算(参考資料6参照)、紹介率・逆紹介率の低い500床以上病院の初診料等の適正化など

⇒介護施設も含めて、地域全体で急性期～生活期の医療連携、医療介護連携を推進する必要
※研修会には医療機関の事務長等も参加

3. 認知症対策の推進

在宅医療・介護連携に関する会議

地域住民への普及啓発

医療・介護連携に関する研修

退院支援(地域連携パス)

地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

※平成25年度からの医療計画での精神疾患は、認知症に関して、①認知症の進行予防、②専門医療機関へのアクセス、③地域生活維持、④BPSDや身体疾患等が悪化した場合に分け、それぞれの目標、医療機関に求められる事項等を示す

※北陸病院(認知症疾患医療センター;平成24年4月開設)、各市地域包括支援センターとともに、平成25年9月「高齢者のあしたを考える会」を組織;事務局は砺波厚生センター(保健所) ⇒認知症パンフレットを共同作成

※北陸病院(認知症疾患医療センター)の認知症疾患医療連携協議会に参画

⇒地域包括、ケアマネが認知症疾患医療センター(専門スタッフ)に相談できる体制を要請

やっぱり 我が家がいいよね!!

～家族みんなが笑顔で暮らすために～



知っていますか?

- ・ 65歳以上の4人に1人が、認知症とその予備軍
- ・ 85歳の約半数、95歳以上の約8割は認知症と推定

厚生労働省研究班調査(2012年)

認知症は早期に対応すれば、良い状態のまま自宅で長く過ごせる時代です。

高齢者のあしたを考える会

富山県砺波厚生センター、北陸病院認知症疾患医療センター
砺波市・小矢部市・南砺市地域包括支援センター

- 早めに相談することが、何より大切です。
「認知症かもしれない」「どうしよう。困ったな」と思ったら、
- * まずは「**かかりつけ医**」にご相談ください。
 - * 他にも相談できる場所があります。お気軽にご相談ください。



—地域の相談窓口—

〈かかりつけ医〉ご自分のかかりつけ医についてご記入ください

医療機関名	電話番号	住 所

〈地域包括支援センター〉高齢者の健康・医療・福祉・介護についての相談をお受けしています

名 称	電話番号	住 所
砺波市地域包括支援センター	(0763)33-1111	砺波市栄町7-3 (砺波市役所高齢介護課併設)
小矢部市地域包括支援センター	(0766)67-8605	小矢部市鷺島15 (小矢部市総合保健福祉センター健康福祉課内)
南砺市地域包括支援センター	(0763)23-2034	南砺市蛇喰1009 (井口行政センター内)

〈認知症疾患医療センター〉認知症に関する専門的な相談・診断・治療を行っています

医療機関名	電話番号	住 所
独立行政法人国立病院機構 北陸病院	(0763)62-1340	南砺市信末5963

〈専門医療機関〉

医療機関名	電話番号	住 所
市立 砺波 総合 病院	(0763)32-3320	砺波市新富町1-61
砺波 サナトリウム 福井 病院	(0763)33-1322	砺波市太田570
松 岡 病 院	(0766)67-0025	小矢部市島中町4-18
小 矢 部 大 家 病 院	(0766)67-2002	小矢部市島321
南 砺 市 民 病 院	(0763)82-1475	南砺市井波938
公 立 南 砺 中 央 病 院	(0763)53-0001	南砺市梅野2007-5

〈厚生センター(保健所)〉心の相談をお受けしています

名 称	電話番号	住 所
富山県砺波厚生センター	(0763)22-3512	南砺市高儀147
富山県砺波厚生センター小矢部支所	(0766)67-1070	小矢部市綾子260-1

— 認知症介護情報ネットワーク — : <http://www.dcnnet.gr.jp/>

①認知症について ②相談先リンク ③研修情報 ④お役立ちリンク集等が掲載されています。



*この内容は 富山県砺波厚生センターのホームページからも見ることができます。

いつまでも自分らしく過ごすために

脳の老化等を防ぐためには生活習慣が大事です

認知症の発症は、生活習慣や高血圧・高脂血症・糖尿病などの病気と深く関係しています。自らの生活習慣を見直してみましょう

認知症は予防できます

- 意識して脳を使いましょう
(計算、歌、読書、趣味 など)
- 介護予防教室に参加しましょう
(物忘れ、運動、口腔、栄養の教室)
- 地区の公民館やサロン活動に足を運びましょう



介護保険サービスの利用 (要支援・要介護認定者の方)

デイサービスやショートステイなどの介護保険のサービスが利用できます

暮らしを支える お手伝いがあります

配食、見守り支援、ボランティア活動などの市・社会福祉協議会によるサービスがあります

早めの受診も大切です

認知症の専門医療機関を受診しましょう。かかりつけ医がいる場合は、かかりつけ医に相談し、認知症の専門医療機関を紹介してもらいましょう

家族や地域の 見守りが大切です

早めの気づきが大事です
認知症についての勉強会
(認知症サポーター養成講座など) もあります

ちょっと困ったな… と思ったらご相談を

1人で抱え込まず、誰かに打ち明けてみましょう
地域の方からのご相談もお待ちしております
—地域の相談窓口参照—

お気軽に各相談窓口にお問い合わせください

砺波地域認知症ケア研修会

※平成25年度から認知症
ケアパスの普及推進

平成25年12月4日 市立砺波総合病院3F講堂

1 講義 「認知症のケアについて」

北陸病院 認知症疾患医療センター医療社会事業専門員

2 事例紹介 事例提供者 南砺市井波在宅介護支援センター

3 グループワーク(ワールド・カフェ方式)

「地域で認知症患者・家族を支えるために ～私たちができる事、しなければいけない事～」

4 情報提供 「認知症の情報共有ツールの普及について」

砺波厚生センター地域保健班



※県が作成した認知症情報共有ツール(ケアパス)を研修会を通じて普及
※厚生センター(保健所)は医師会に対して、認知症情報共有ツールの普及に
協力要請、かかりつけ医認知症研修に参加要請

南砺市地域リハビリテーションフォーラム

※各市において普及啓発
に取り組まれている

平成26年3月8日 福野体育館研修室

南砺市民病院地域リハビリテーション広域支援センターが開催

砺波厚生センター(保健所)、北陸病院(認知症疾患医療センター)が後援

○開会挨拶

南砺市医師会 会長

○講演「認知症ケアから始まるまちづくり」

福井県若狭町地域包括支援センター看護師

※地域の認知症ケアがしっかりとすると病床
利用が減少した取り組みを紹介

○パネルディスカッション

※テーマ「認知症になっても安心して暮らせる街を目指して」

座長;南砺市民病院 院長、砺波厚生センター保健師

※パネリスト

①南砺市地域包括支援センター保健師

②南砺市社会福祉協議会ケアネット活動
コーディネーター

③南砺市民病院地域リハビリテーション科

④居宅介護事業所

○閉会挨拶 砺波厚生センター 所長

※認知症は初期対応が重要、BPSDでも長期
入院は不要 ⇒住民への普及啓発

※認知症啓発寸劇も活動



4. がん緩和ケア対策の推進

在宅医療・介護連携に関する会議

在宅医療・介護提供体制の構築

退院支援（地域連携パス）

医療・介護連携に関する研修

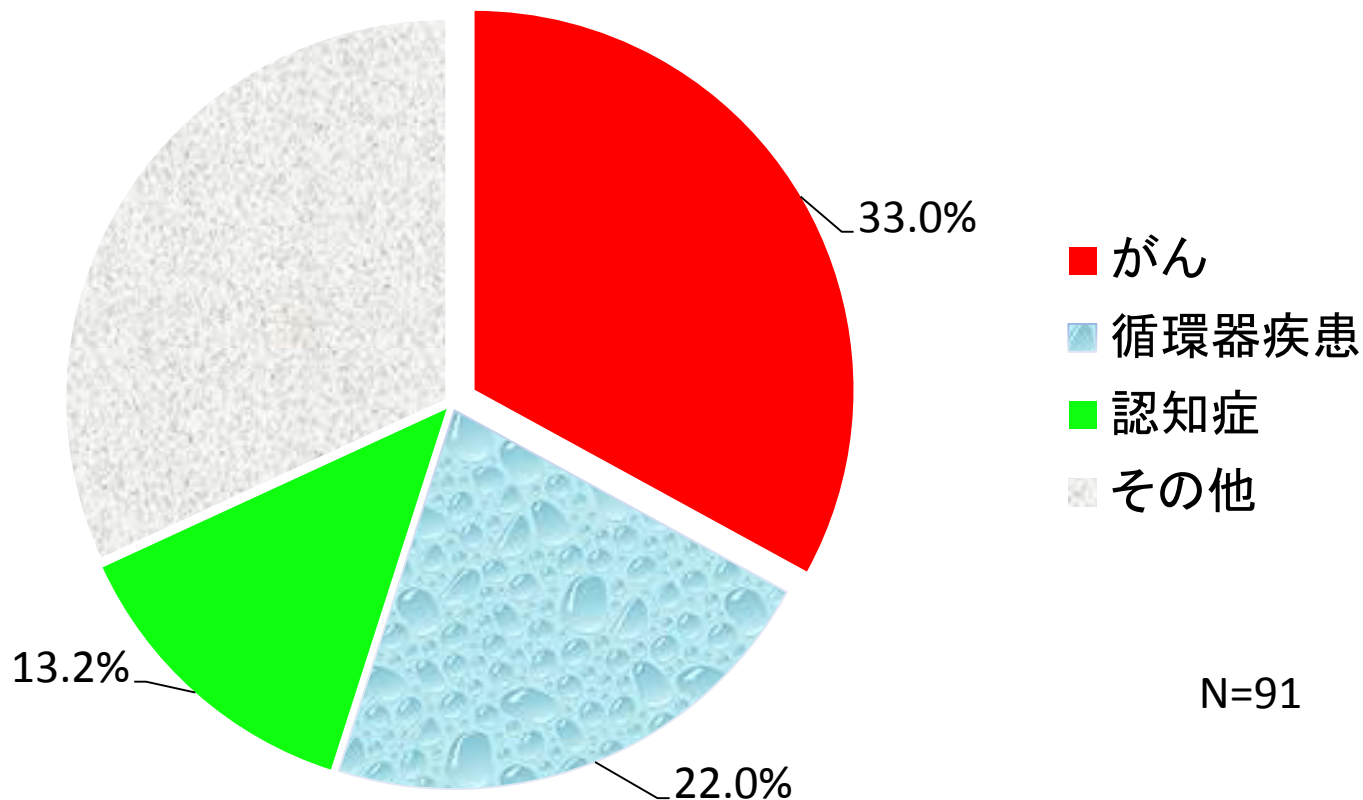
※平成20年度からの医療計画でがん対策、25年度からの医療計画で詳細な指標評価

※平成20年度から、がんの地域連携パス（診療報酬評価、拠点病院要件）

※平成19年1月に、管内の市立砺波総合病院が、地域がん診療連携拠点病院に指定

在宅がん緩和ケアのニーズが高まっている

管内砺波市訪問看護ステーションの新規利用者 (平成24年度事業報告から)



※厚生センター(保健所)は訪問看護ステーション運営協議会、介護支援専門員協議会に参画

圏域連携会議(がん作業部会)において、がんの医療連携・医療介護連携について協議

各がん診療連携拠点病院の医療連携状況(国立がん研究センターホームページ)

<http://hospdb.ganjoho.jp/kyotendb.nsf/fTopKyoten?OpenForm>

地域の医療機関へのがんの診療支援や病病連携・病診連携の体制

病院名

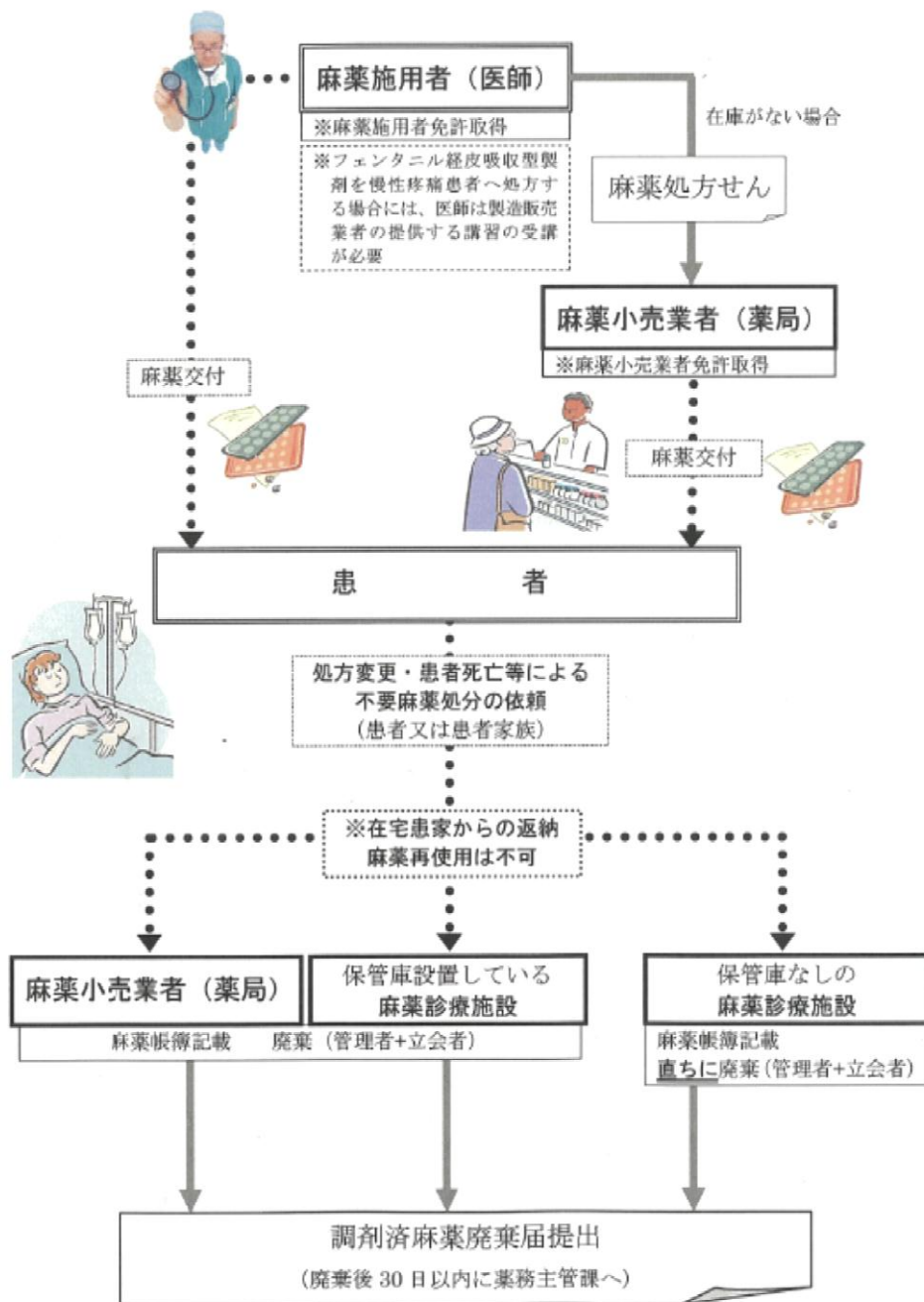
※平成24年6月1日から7月31日までの病病連携・病診連携の患者数及び医療機関数、さらに、以下の表に具体的な内容を記載して
 ※23施設以降別紙25-2のシートに記載してください。(必要に応じ、シートをコピーしてください)

紹介され受入れたがんの患者数	84	がんの患者の紹介患者数	75
がんの患者の紹介を受けた医療機関数	39	がんの患者を紹介した医療機関数	39

	診療所/病院	医療機関の名称	主な連携協力体制の内容 ※「紹介」や「連携」のみと記載するのではなく、その具体的内容を記載	地域連携パスの登録医療機関である	パスの対象となっている疾患名	受け入れ患者数	紹介患者数
例	診療所	〇〇〇診療所	連携パスによる治療後フォローアップ	はい	胃がん、大腸がん	3	2
例	診療所	〇〇〇クリニック	在宅緩和ケア依頼	はい	各種がん	0	2
1	診療所	金井医院	診療依頼、治療後のフォローアップなど	はい	肺、胃、大腸、肝、乳	7	8
2	診療所	ものがたり診療所	診療依頼、治療後のフォローアップなど	はい	肺、胃、大腸、肝、乳	5	7
3	病院	南砺中央病院	診療依頼、治療後のフォローアップなど	いいえ		10	1

- ※がんの地域連携パス、がん緩和ケア(訪問看護・薬局含む、看取り含む)の推進が必要
- ⇒届出機関の割に実績が少ない
- ⇒がん作業部会で働きかけ、医師会に拠点病院の緩和ケア研修に参加要請など
- ※拠点病院院内がん登録、地域がん登録データも資料として活用

＜在宅患家での施用麻薬の流れ＞



平成24年度地域保健総合推進事業「在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアの推進における保健所の役割に関する研究」報告書p146

在宅緩和ケアには薬事との連携が重要

1. 平成24年度診療報酬改定で医療用麻薬処方日数が14日から30日に緩和
2. PCAポンプによる持続皮下注(無菌調剤)等に対応が必要 など

- ※診療所、薬局、訪問看護ステーションに麻薬管理や医療機器・衛生材料の取扱いを周知
- ※患者死亡時の残薬回収徹底
⇒薬事監視での確認
- ※**医薬連携、薬薬連携**を推進
⇒多職種研修に薬局参加要請
薬薬連携会議・研修会など

砺波地域在宅がん緩和ケア研修会

県事業として拠点
病院との共催実施

平成25年11月5日 市立砺波総合病院3F講堂

市立砺波総合病院(がん診療連携拠点病院)と砺波厚生センター(保健所)が共催

○講義「在宅での人工肛門のケアと支援について」

市立砺波総合病院皮膚排泄ケア認定看護師

○事例紹介

事例提供;居宅介護支援事業所

○グループワーク(ワールドカフェ方式)

※テーマ「介護力の弱い、医療処置が必要なケースの支援について」

～私たちができること、しなければいけないこと～

○情報提供

「がん相談支援センターについて」

市立砺波総合病院がん相談支援セ

ンター看護師



※研修医の保健所研修で医療政策に関する研修

※医師臨床研修委員会でグループワークの機会活用を要請

5. 難病患者支援ネットワークの推進

在宅医療・介護連携に関する会議

在宅医療・介護提供体制の構築

医療・介護連携に関する研修

地域住民に対する普及啓発

厚生センター(保健所)が実施している主な 難病対策事業(医療費助成以外)

- **地域難病ケア連絡会** ※ネットワーク会議
公的病院、訪問看護ステーション、薬剤師会、居宅介護支援連絡協議会、ホームヘルパー連絡協議会、地域包括支援センター、市福祉課・保健センター等
- **在宅療養支援検討会** ※事例検討会
- **訪問相談**
- **療養相談会** ※相談、座談会、レクリエーションなど
- **難病ボランティア講座**
- **難病患者支援者研修会**

砺波地域難病患者支援者研修会・シンポジウム

平成25年12月19日 砺波市文化会館

1 講義「難病患者の生活期リハビリテーション」

講師 金沢医科大学リハビリテーション科教授

2 シンポジウム

テーマ「難病患者の生活期のリハビリ支援について考える」

砺波誠友病院リハビリ課長

南砺市訪問看護ステーション看護師

砺波厚生センター地域保健班主任

在宅療養者（音声録音での参加）



<難病リハビリ>

- ・最後まで人間らしさを保証
- ・介護困難の予防・解除

- ①清潔の保持
- ②不動による苦痛の解除
- ③不作為による佩用症候群の予防
- ④著しい関節の変形・拘縮の予防
- ⑤呼吸の安楽
- ⑥経口摂取の確保
- ⑦尊厳ある排泄手技の確保
- ⑧家族へのケア

※難病患者支援ネットワークは医療介護連携推進モデルの一つ; 終末期だけではない

※26年度診療報酬改定で在宅療養後方支援病院新設(神経難病等例示)

※今後、圏域ごとの難病医療地域拠点病院

現在、砺波厚生センターでは準備段階

6. 退院調整支援 (医療介護連携調整実証事業)

※県内の他圏域(新川医療圏(参考資料7)、富山医療圏)での取り組みを参考に進める。

※これまでの砺波厚生センター(保健所)の取り組みの延長として実施。

退院支援の充実に向けた体制づくり

○趣 旨

新川地域における地域包括ケアを推進するため、退院支援に必要な知識・スキルを継続的に習得する仕組みを構築する。

○推進体制

富山県新川厚生センターが管内公的病院(黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院)とともに推進する。推進にあたっては、公的病院の地域医療連携室と密接に連携するとともに、関係者から組織する「新川地域退院支援研修企画会議」において、研修の企画・実施・評価等を行う。

○スーパーバイザー

在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 代表 宇都宮 宏子 氏

○事業計画

(1) 計画期間 平成24年度から平成26年度まで(3年間)

(2) 事業内容

1) 「新川地域退院支援研修企画会議」の開催

年数回、研修の企画・実施・評価等を行う会議を開催する。

2) 「新川地域退院支援研修会」の開催

厚生センターが行う全体研修と、管内公的病院が行う院内研修等を連動させながら、新川地域における関係者の退院支援・退院調整スキルの向上を目指す。

看々連携の実際

在宅医療の推進に関して、看護関係者とのコミュニケーションを重視

【ヒアリング】

- ・相手が困っていること
- ・ // 課題に感じていること
- ・ // 実現したいこと



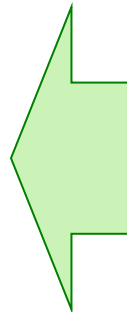
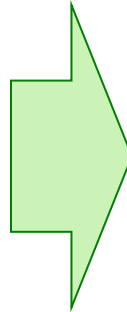
【課題と目的の共有】

- ・次頁参照



【提案・交渉】

- ・共同事業の提案



○ 公的病院(3施設)

- ・看護部……部長、副部長(研修担当)
- ・地域医療連携室……看護師長

○ 民間病院(11施設)

- ・看護責任者

○ 訪問看護ステーション(6施設)

- ・管理者

○ 居宅介護支援事業者連絡協議会(2団体)

- ・会長

○ 市町村保健・福祉部門

- ・保健師長

各所属の意見

○病院 地域医療連携室

- ・退院支援が必要なケースは連携室に“丸投げ”状態。各病棟にリンクナースを配置し、連携室職員を交えた定例カンファレンス等が必要であると感じている。

○病棟

- ・入院日数の短縮により、退院準備が十分整わないうちに自宅退院となるケースが多い。

○外来

- ・自宅での療養継続には外来での支援や早期介入が必要であると感じているが、マンパワー不足により困難。

○訪問看護ステーション

- ・病棟で実施されていたケアの引継ぎが円滑にできていないケースが多い。
- ・在宅での必要な準備がされないまま、退院となるケースがある。

○居宅介護支援事業者

- ・医療依存度の高いケースのマネジメントが苦手・・・という人が多い。
- ・医師への連絡が、高いハードルとなっている。

○市町

- ・在宅医療に関する体制整備は、「県の役割・・・」という認識。

在宅医療の提供体制における課題

○ 退院支援

- ・入院初期から退院後の生活を見据えた**質の高い退院支援**が必要

○ 日常の療養支援

- ・在宅での療養継続には**外来での支援**(病態予測)が重要
- ・入院となった場合は、**外来と病棟との連携**が重要
- ・看護職員の資質とモチベーションをUPする働き掛けが必要

○ 急変時の対応

- ・急変時の対応を、関係者で十分協議しておくことが重要

○ 看取り

- ・質の高い End of Life Care を目指すことが必要
- ・看取りができるまちづくりを行っていく必要がある



目標 「ケアの継続を支援する看護の視点で、外来・病棟・地域をつなぐ」

砺波厚生センターでの取り組み状況

(平成26年3月末現在)

- 砺波地域医療推進対策協議会(平成26年2月21日)、砺波圏域脳卒中連携パス研修会(平成26年3月24日)において、圏域全体での退院調整支援ルールについての説明
- 管内公的病院連携室連絡会(管内居宅介護支援事業者連絡協議会長も参加)において、圏域全体での退院調整支援ルールの取り組みについて協議(平成26年2月25日)
 - ⇒ ・管内公的病院連携室連絡会＋居宅介護支援事業者連絡協議会＋脳卒中連絡会を中心に進めることを確認 ※病棟看護師も連絡会や研修会に参加
 - ・各病院における退院支援ルールの把握様式を協議
- ⇒ ・所内担当保健師を中心に、各病院(連携室、病棟、外来の師長)、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所にヒアリング予定(困っていること、課題、実現したいこと等)
 - ・退院調整ルールに係る研修会を開催予定
 - ・砺波地域医療推進対策協議会・作業部会や地域リハビリテーション連絡協議会において進捗状況を報告しながら進める

※これまでのフリートーキングでは病院によって退院調整の対応が異なること、病院はそれぞれのケアマネに対して様々な思いがあることを実感

保健所のアクション(Action)

- **アプローチ(Approach)**
カギとなる人物への接触・面会、意見交換
- **アピール(Appeal)**
関係機関に保健所の役割をアピール
- **アシスト(Assist)**
関係機関・団体に対する支援、研修や会合の共催など
- **アレンジ(Arrange)**
既存の関連事業の工夫、関連機関・団体の事業との調整
- **アナリシス(Analysis) & アセスメント(Assessment)**
指標分析、地域課題の評価、事業評価

※「所管部局の明確化と企画調整部門の強化」「組織横断的取組み」「本庁関係部局との連携・協働」「市町村と保健所の連携・協働」「関係機関・団体ネットワーク」による7つのAの実践

在宅医療・地域包括ケアアシ システムの推進に関する見解

全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する
委員会（平成26年3月10日）

全国保健所長会ホームページに掲載

http://www.phcd.jp/02/soukai/html/iinkai_chihokenjyu.html#H25

※新たな財政支援制度においても保健所の役割が期待（参考資料8参照）
⇒本庁担当課にソフト事業を提案

參考資料

地域保健対策の推進に関する基本的な指針（平成24年7月31日）

第一 地域保健対策の推進の基本的な方向

3. 医療、介護、福祉等の関連施策との連携強化

- (2) 都道府県及び保健所（都道府県が設置する保健所に限る。）は、広域的な観点から都道府県管内の現状を踏まえた急性期、回復期及び維持期における医療機関間の連携、医療サービスと介護サービス及び福祉サービス間の連携による地域包括ケアシステムの強化に努めることが必要であること。
- (3) 医療機関間の連携体制の構築においては、多くの医療機関等が関係するため、保健所が積極的に関与し、地域の医師会等との連携や協力の下、公平・公正な立場からの調整機能を発揮することが望まれること。なお、保健所は、所管区域内の健康課題等の把握、評価、分析及び公表を行い、都道府県が設置する保健所にあっては所管区域内の市町村と情報の共有化を図るとともに、当該市町村と重層的な連携の下、地域保健対策を推進するほか、介護及び福祉等の施策との調整についても積極的な役割を果たす必要があること。

第二 保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項

2 保健所の運営

(1) 健康なまちづくりの推進

イ 地域の健康課題を把握し、医療機関間の連携に係る調整、都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより、地域において保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること。

(2) 情報の収集、整理及び活用の推進

ア 所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理、分析及び評価するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関及び地域住民に対して、これらを積極的に提供すること。

医政局長通知「医療計画について」

(医政発0330第28号 平成24年3月30日)

圏域連携会議は、各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施するものである。その際**保健所**は、地域医師会等と連携して当会議を主催し、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_keikaku.pdf

※医療計画の推進に係る都道府県調査結果速報(平成25年7月31日発表)によると、32道府県において圏域連携会議が開催

<http://www.mhlw.go.jp/file.jsp?id=148716&name=0000014431.pdf>

○事業の概要

医療と介護の両方を必要とする状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、住民に身近な市町村が中心となって、国と都道府県の支援の下、地域の医師会等と連携しつつ在宅医療・介護連携の推進に取り組む

○事業の主な内容(案)

- ①地域の医療・福祉資源の把握及び活用
- ②在宅医療・介護連携に関する会議への参加又は関係者の出席の仲介
- ③在宅医療・介護連携に関する研修の実施
- ④24時間365日の在宅医療・介護提供体制の構築
- ⑤地域包括支援センター・介護支援専門員等への支援
- ⑥退院支援に資する医療・介護サービス提供施設間の連携体制を構築するための支援
- ⑦在宅医療・介護サービスに関する地域住民への普及啓発

可能な市町村は平成27年4月から取組を開始
すべての市町村で平成30年4月から取組を開始
複数市町村による共同実施も可能

① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、地図又はリスト化
- ◆ さらに連携に有用な項目(在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等)を調査した結果を、関係者間で共有、公



② 多施設連携のための協議会

- ◆ 在宅医療・介護サービス提供施設の関係者が集まる会議を開催し、情報共有のための様式の統一、ケアマネタイム等を検討し、合意形成を図る 等



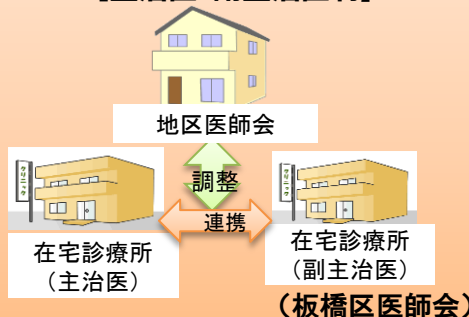
③ 多職種連携のための研修

- ◆ グループワーク等の多職種参加型研修
- ◆ 訪問診療同行研修
- ◆ 介護職種を対象とした医療教育に関する研修 等

④ 24時間365日の提供体制の構築

- ◆ 主治医・副主治医制のコーディネート等

【主治医・副主治医制】



⑤ 地域包括支援センター・ケアマネ等への支援

- ◆ 地域包括支援センターやケアマネ等からの在宅医療・介護に係る総合的な問い合わせへの対応 等

⑥ 退院支援ルールの方策

- ◆ 病院・居宅介護支援事業所・地域包括支援センターなどの関係者が集まる会議を開催し、円滑な退院に資する情報共有のための様式・方法の統一等を検討し、合意形成を図る
- ◆ 地域連携クリティカルパスの作成 等

⑦ 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウムの開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用し、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発等



平成24年度在宅医療連携拠点事業 総括報告書 p60

平成25年10月発行

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/seika/dl/h24soukatsu.pdf

保健所は、これまでに医療計画を通じた在宅医療の推進に留まらず、難病対策、地域リハビリテーション対策、がん緩和ケア対策、認知症対策、介護予防対策等の実績があり、地域の関係機関・団体に働きかけやすく、これらの技術的なノウハウがある等の強みがある。これまで取り組みの経験がない市町村に対して市町村どうしの情報交換を促し、市町村を越えた広域での調整を行うなど、積極的な支援が期待される。

地域における保健師の保健活動に関する指針

(平成25年4月19日)

- **保健師の保健活動の実施に当たっては、訪問指導、健康相談、健康教育、その他の直接的な保健サービス等の提供、住民の主体的活動の支援、災害時支援、健康危機管理、関係機関とのネットワークづくり、包括的な保健、医療、福祉、介護等のシステムの構築等を実施できるような体制を整備すること。**
- **各種保健医療福祉に係る計画（健康増進計画、がん対策推進計画、医療費適正化計画、特定健康診査等実施計画、母子保健計画、障害福祉計画、介護保険事業支援計画又は介護保険事業計画、医療計画等）の策定等に保健師が十分に関わることができるような体制を整備すること。**
- **都道府県及び市町村は、保健師が、住民に対する保健サービス等の総合的な提供や、地域における保健、医療、福祉、介護等の包括的なシステムやネットワークの構築とその具体的な運用において主要な役割を果たすものであることに鑑み、保健、医療、福祉、介護等の関係部門に保健師を適切に配置すること。加えて、保健師の保健活動を組織横断的に総合調整及び推進し、技術的及び専門的側面から指導する役割を担う部署を保健衛生部門等に明確に位置付け、保健師を配置するよう努めること。**

※**看護職同士の連携のコーディネート** ⇒ 病院連携室、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等
※保健師助産師看護師法第36条の「**保健所長による管内保健師に対する指示**」の一環として、地域包括ケアシステム推進を期待

新川地域在宅医療支援センターのホームページへようこそ！

在宅医療を受けられる患者さまとご家族さまに
より穏やかにストレスや苦痛の少ない
安心して過ごせる医療体制・福祉サービスの提供を
サポートしています！

移転のお知らせ

メニュー

- ▶ ホーム
- ▶ お知らせ掲示板 11/14 UP
- ▶ 事業実績
- ▶ 講演活動等 12/7 UP

新川地域在宅医療支援センター

- ▶ ごあいさつ
- ▶ 事業内容・沿革
- ▶ 活動報告 8/8 UP
- ▶ 市民公開講座 8/22 UP
- ▶ 連絡先・所在地

新川地域在宅医療療養連携協議会

- ▶ 事業内容・沿革
- ▶ 活動報告 12/11 UP

※在宅医療連携拠点のモデル
⇒全国各地から視察

<http://www.niikawa-zaitaku.net/>

新たな財政支援制度における対象事業(案)

平成26年3月20日 新たな財政支援制度にかかる都道府県担当者会議資料

- **9「在宅医療推進協議会の設置・運営」**
保健所における圏域連携会議の開催を促進 等
- **10「在宅医療の人材育成基盤を整備するための研修の実施」**
地域包括ケア体制の構築・推進を担う保健師(市町村主管部門、保健所等)に対する研修の実施 等
- **17「在宅歯科医療連携室と在宅医療連携拠点や地域包括支援センター等との連携の推進」**
在宅歯科医療連携室を都道府県単位だけでなく、二次医療圏単位や市町村単位へ拡充して設置 等
- **24「終末期医療に必要な医療用麻薬の円滑供給の支援」**
地域の関係者間(地域医師会、地域薬剤師会、訪問看護ステーション等)で品目・規格統一等に関する協議 等