平成26年度全国保健師長会　東海北陸ブロック　研修会

地域包括ケアシステム構築と保健師の役割

～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）
福井　貴実子

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。

地域包括ケアシステム

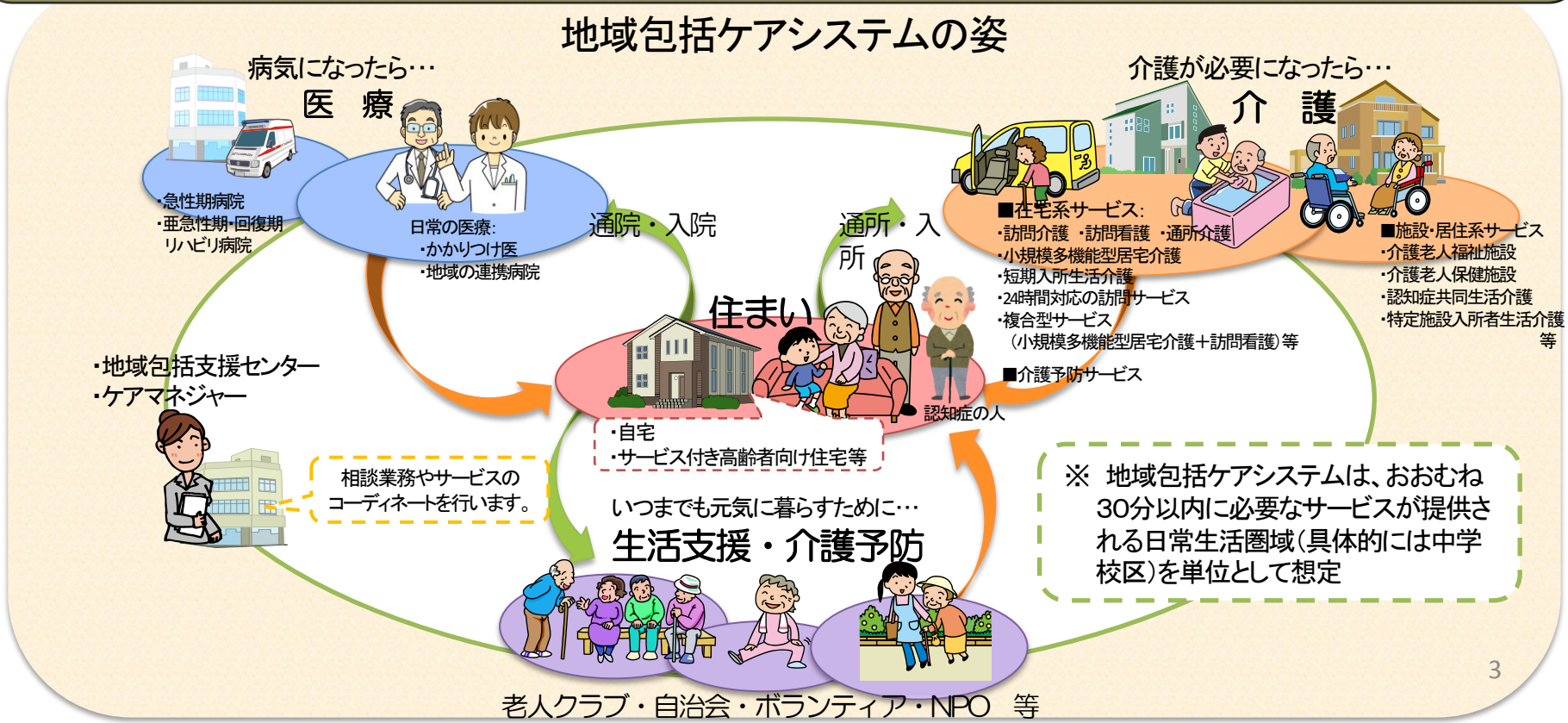
○　団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。

○　今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

○　人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。

地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

地域包括ケアシステムの姿



地域包括ケアシステム構築へ向けた5つの視点＋4つの支援

従　来

介護　医療　予防　生活支援　住居

医療、介護、予防、生活支援サービス、住居の5つの視点をより詳しく現しそれらが連携・重層化し要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進

新ためて再整理

介護＋リハ　医療＋看護　予防＋保健　生活支援＋福祉サービス　住居＋住まい方

各層ごとに整理すると

①介護サービスの充実強化
②医療との連携強化
③予防の推進
④見守り、配食、など多様な生活支援サービスの確保
⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備

地域包括ケア研究会報告書より

「自助」
「互助」
「共助」
「公助」

※在宅医療・介護連携は介護保険地域支援事業の包括的支援事業でメニュー化
⇒市町村が第6期介護保険事業計画で打ち出すことに

厚労省資料

新しい地域支援事業の全体像

介護保険制度

＜現行＞

【財源構成】
国 25%
都道府県 12.5%
市町村 12.5%
1号保険料 21%
2号保険料 29%

介護給付（要介護1～5）

介護予防給付（要支援1～2）
- 訪問看護、福祉用具等
- 訪問介護、通所介護

介護予防事業
又は**介護予防・日常生活支援総合事業**
- ○ 二次予防事業
- ○ 一次予防事業

（介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。）

【財源構成】
国 39.5%
都道府県 19.75%
市町村 19.75%
1号保険料 21%

包括的支援事業
- ○地域包括支援センターの運営
  - ・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

任意事業
- ○ 介護給付費適正化事業
- ○ 家族介護支援事業
- ○ その他の事業

地域支援事業

＜見直し後＞

介護給付（要介護1～5）

現行と同様 →

介護予防給付（要支援1～2）

事業に移行 →

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
（要支援1～2、それ以外の者）

全市町村で実施 →

多様化
- ○ 介護予防・生活支援サービス事業
  - ・訪問型サービス
  - ・通所型サービス
  - ・生活支援サービス（配食等）
  - ・介護予防支援事業（ケアマネジメント）
- ○ 一般介護予防事業

包括的支援事業
- ○ 地域包括支援センターの運営
  （左記に加え、地域ケア会議の充実）

充実
- ○ 在宅医療・介護連携の推進 ★
- ○ 認知症施策の推進
  （認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員 等）
- ○ 生活支援サービスの体制整備
  （コーディネーターの配置、協議体の設置等）

任意事業
- ○ 介護給付費適正化事業
- ○ 家族介護支援事業
- ○ その他の事業

地域支援事業

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成２７年度～）

○　介護保険法の地域支援事業の包括的支援事業に位置づけ。
○　可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
○　各市町村が、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
○　一部を郡市医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することができる。
○　都道府県・保健所が、市町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施の手引き書や事例集の作成等により支援。都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目

（ア）　地域の医療・介護サービス資源の把握

（イ）　在宅医療･介護連携の課題と抽出の対応の協議

（ウ）　在宅医療・介護連携に関する相談の受付等

（エ）　在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援

（オ）　在宅医療・介護関係者の研修

（カ）　24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築

（キ）　地域住民への普及啓発

★（ク）　二次医療圏内・関係市町村の連携

※医療介護連携は市町村内で完結しないことが少なくない

富山県砺波医療圏

・3市、930km²
・人口13万2878人（H25.10.1）
　高齢化率30.7%
・介護保険は3市共同（医療圏と一致）
・3つの市医師会
・一般病床有する病院5ヵ所
　療養病床のみ病院8ヵ所
・地域包括支援センター、訪問看護ステーションは各市1ヵ所

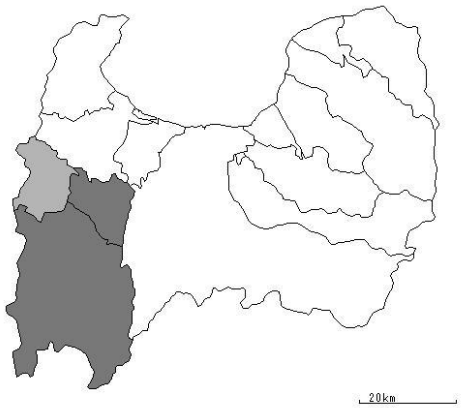
＜北陸中央病院＞
193床

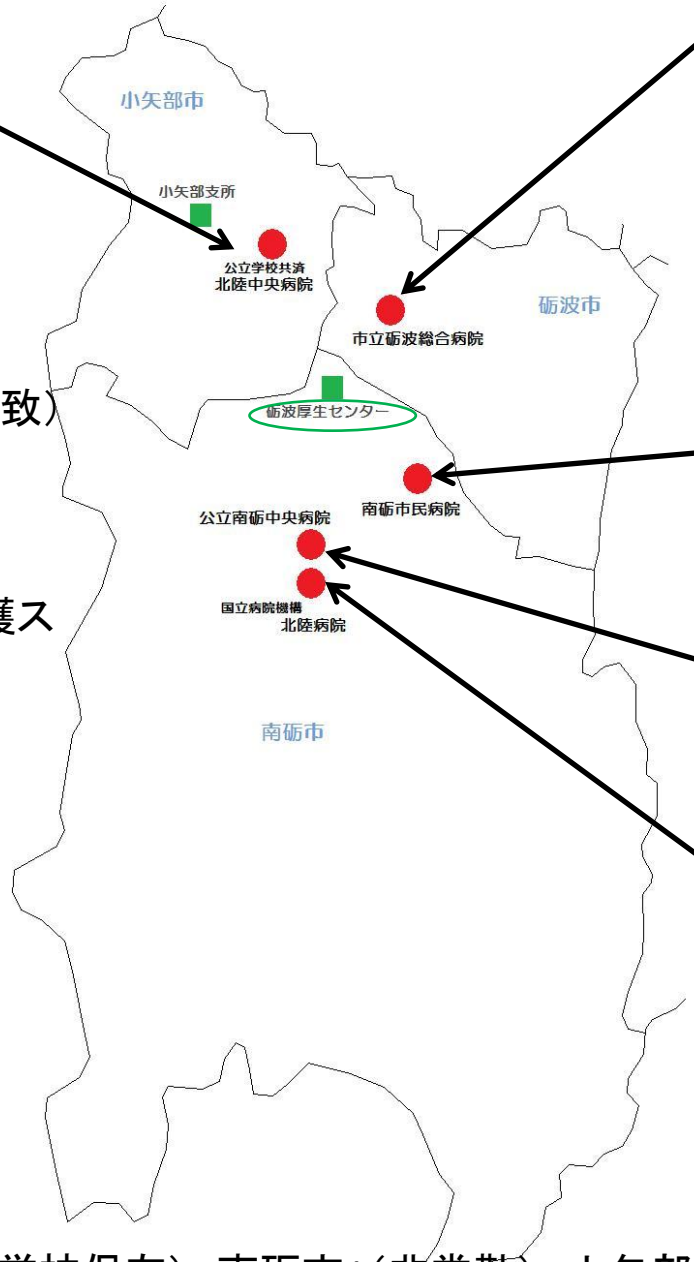
＜市立砺波総合病院＞
514床、**7対1看護**
がん診療連携拠点病院
地域救命センター
広域リハビリテーション支援センター
肝疾患連携拠点病院
第二種感染症指定医療機関
地域周産期母子医療センター
災害医療拠点病院

＜南砺市民病院＞
175床、**7対1看護**
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



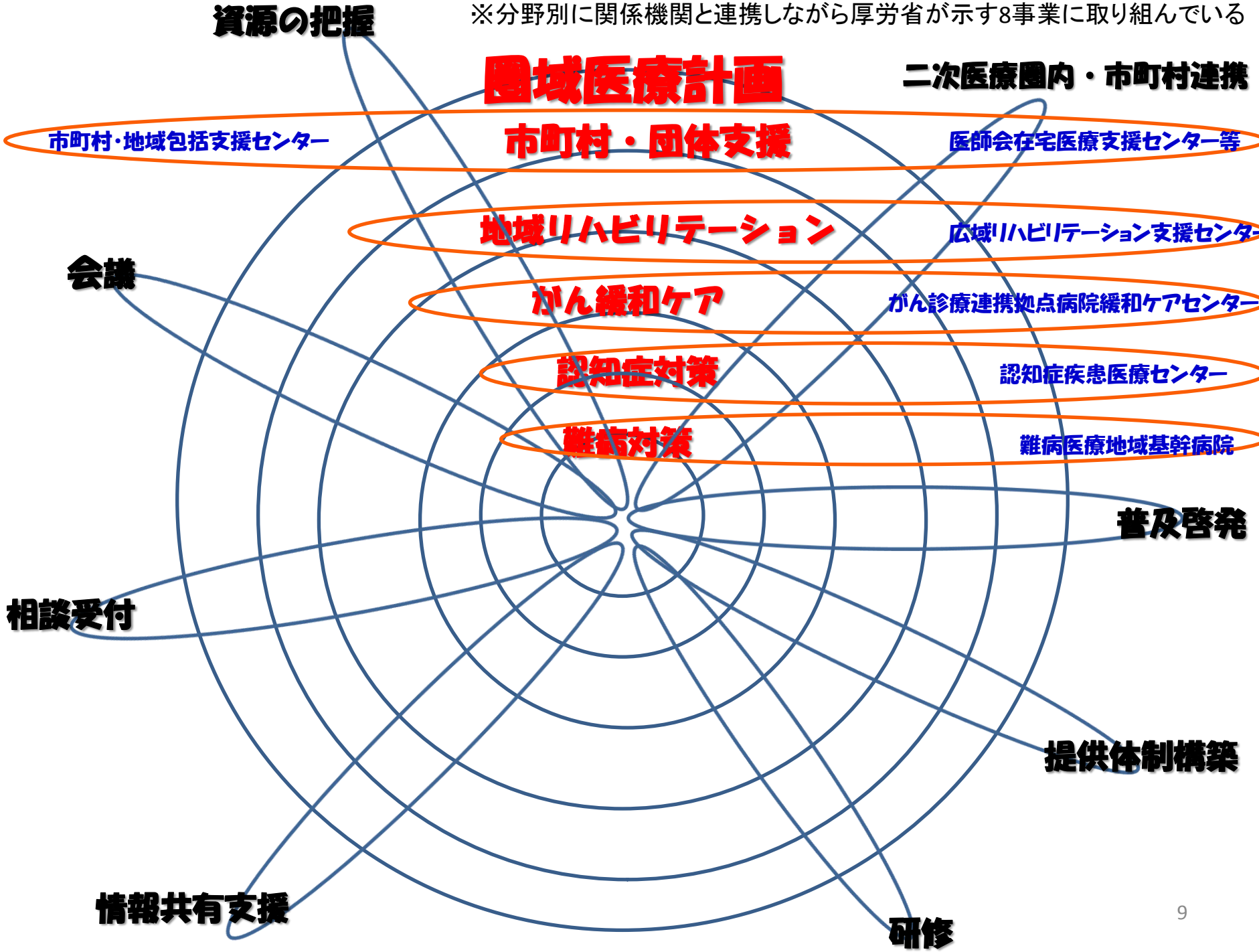


※3つの市医師会の事務局員
　砺波市3（常勤2、非常勤1；看護学校保有）、南砺市1（非常勤）、小矢部市1（非常勤）

砺波厚生センター（保健所）の組織と担当

- 企画管理課
  - 医務総務班　医事
  - **企画調整班**　**地域医療推進対策協議会（医療計画）**
    関係機関・団体支援（市、地域包括支援センター、市医師会、がん診療連携拠点病院等）；研修、会議等
    ※班長は保健師
    保2　栄1　事1
- **保健予防課**
  ※課長は保健師
  - **地域保健班**　**地域リハビリテーション（脳卒中連携）**
    退院調整支援
    認知症対策
    難病対策
    保5　栄1
  - 感染症疾病班
    ※平成25年度から保健師欠員1
- 衛生検査課
  - 衛生班　薬事
  - 試験検査班
- 小矢部支所
  - 衛生予防課　薬事
  - **地域健康課**　小矢部市内の関係機関・団体支援、地域リハビリテーション、難病対策等
    保4

※分野別に関係機関と連携しながら厚労省が示す8事業に取り組んでいる



二次医療圏医療計画の推進

砺波地域医療推進対策協議会

医療・保健・福祉・行政等の委員で構成

〇砺波医療圏における地域医療計画の策定及び計画の推進、保健・医療・福祉の連携の確保充実を図る。

- **がん**
  - がん部会
- **急性心筋梗塞**
  - 急性心筋梗塞部会
- **在宅**
  - 在宅医療部会
- **災害医療**
  - 地域災害医療連携会議
- **糖尿病**
  - 糖尿病対策推進強化事業連絡会
- **脳卒中**
  - 砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会
- **精神**
  - ・精神機関長会議
  - ・かかりつけ医・精神科医連携強化連絡会

精神保健福祉対策

項目		事業	回数
ア	地域の医療介護サービス資源の把握	・認知症高齢者実態調査	–
		・精神保健福祉関係資料	1
		・困った時にはまずここへ～相談窓口一覧表～	1
		・医療機能情報	1
		・医療機関リスト	1
イ	在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議	・管内精神医療保健福祉機関長等連絡会議	1
		・精神保健福祉推進協議会（推進協）	11
		・かかりつけ医・精神科医連携強化連絡会	1
		・退院支援連絡会議	3
ウ	在宅医療・介護連携に関する相談受付	・ケア会議	5
		・退院支援実務者会議	2
		・地域包括支援センター	–
		・精神保健福祉相談	24
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・認知症情報共有ツール・手引書	1
		・かかりつけ医と精神科医の紹介システム	1
		・入院診療計画書	–
		・認知症初期集中支援チーム	1
オ	在宅医療・介護関係者の研修	・事例検討会	54
		・コンサルテーション	6
		・ケアプラン研修会	3
		・地域連携支援研修会	6
		・ケア会議	27
		・同行訪問（チーム訪問）	11
		・市主体の精神保健福祉事業への支援	5
		・管内精神障害者社会復帰施設への支援	34

項目		事業	回数
カ	24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	・精神科救急医療体制	–
		・精神科救急情報センター	–
		・訪問看護	–
キ	地域住民への普及・啓発	・認知症啓発普及リーフレット	1
		・精神障害者のための生活支援ガイド	1
		・精神保健福祉ボランティア養成事業	10
		・地域住民対象の講演会等	5
		・地域研修会・出前講座	14
		・精神保健福祉研修会(推進協)	5
ク	二次医療圏内関係市町村の連携	・認知症疾患医療センター	1
		・高齢者のあしたを考える会	7
		・砺波地域精神保健福祉推進協議会	3
		・砺波地域障害者自立支援協議会	17
		・管内精神保健福祉担当者連絡会	4
		・砺波地域医療推進対策協議会・精神部会 （管内精神保健福祉機関長等連絡会・かかりつけ医・精神科医連携強化連絡会）	2
		・管内市町村保健衛生福祉主管部課長会議（保健衛生福祉主管課長）	1
		・管内保健・福祉保健師リーダー等連絡会（保健福祉等リーダー保健師）	4
		・在宅医療支援センター支援（主治医・副主治医制、多職種連携研修等）	24
		・小規模施設看護管理者連絡会 （民間病院・有床診療所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設）	1

課題	
	・認知症疾患医療センターとの連携体制の構築
	・在宅医療のシステム化
	・在宅医療介護のICT連携
	・連携パスの推進

厚生センター（保健所）が行う認知症対策

①医療計画の精神疾患（認知症）対策

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、4）BPSDや身体疾患等が悪化した場合

- 各種指標に基づく評価（医療計画作成支援データブック含む）；連携会議
- かかりつけ医研修の受講要請
- 見える化システムの評価による介護予防の指導・支援　など

②精神医療対策

医療保護入院（認知症）にかかる指導・支援 など

③認知症支援ガイドの作成

地域包括支援センター、認知症疾患医療センターと協働でガイド作成
認知症の普及啓発の協力・支援

④認知症研修

地域包括支援センター、認知症疾患医療センターと協働で研修

- 認知症初期集中 支援チームにかかる基礎知識・アセスメント・具体的取り組みにかかる研修、ニーズ調査・実態調査等を踏まえた試行
- 情報共有ツールにかかる研修（事例検討等）

①市町村域を超えた広域的連携、②精神医療改革との連動、③医療計画（精神疾患）との連動の観点から、認知症対策は市町村と保健所の連携・協働が不可欠

認知症パンフレット

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。
＊ 他にも相談できるところがあります。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	小矢部市鷲島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	小矢部市畠中町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.dcnet.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。

※北陸病院(**認知症疾患医療センター**)、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

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

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

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

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

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

※砺波厚生センターホームページに掲載
http://www.pref.toyama.jp/branches/1273/1273.htm

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

※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

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

〇開会挨拶
　南砺市医師会 会長
〇講演「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
〇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**

※地域の認知症ケアがしっかりすると病床利用が減少した取り組みを紹介

※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
〇閉会挨拶　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　⇒<u>住民への普及啓発</u>
※認知症啓発寸劇も活動

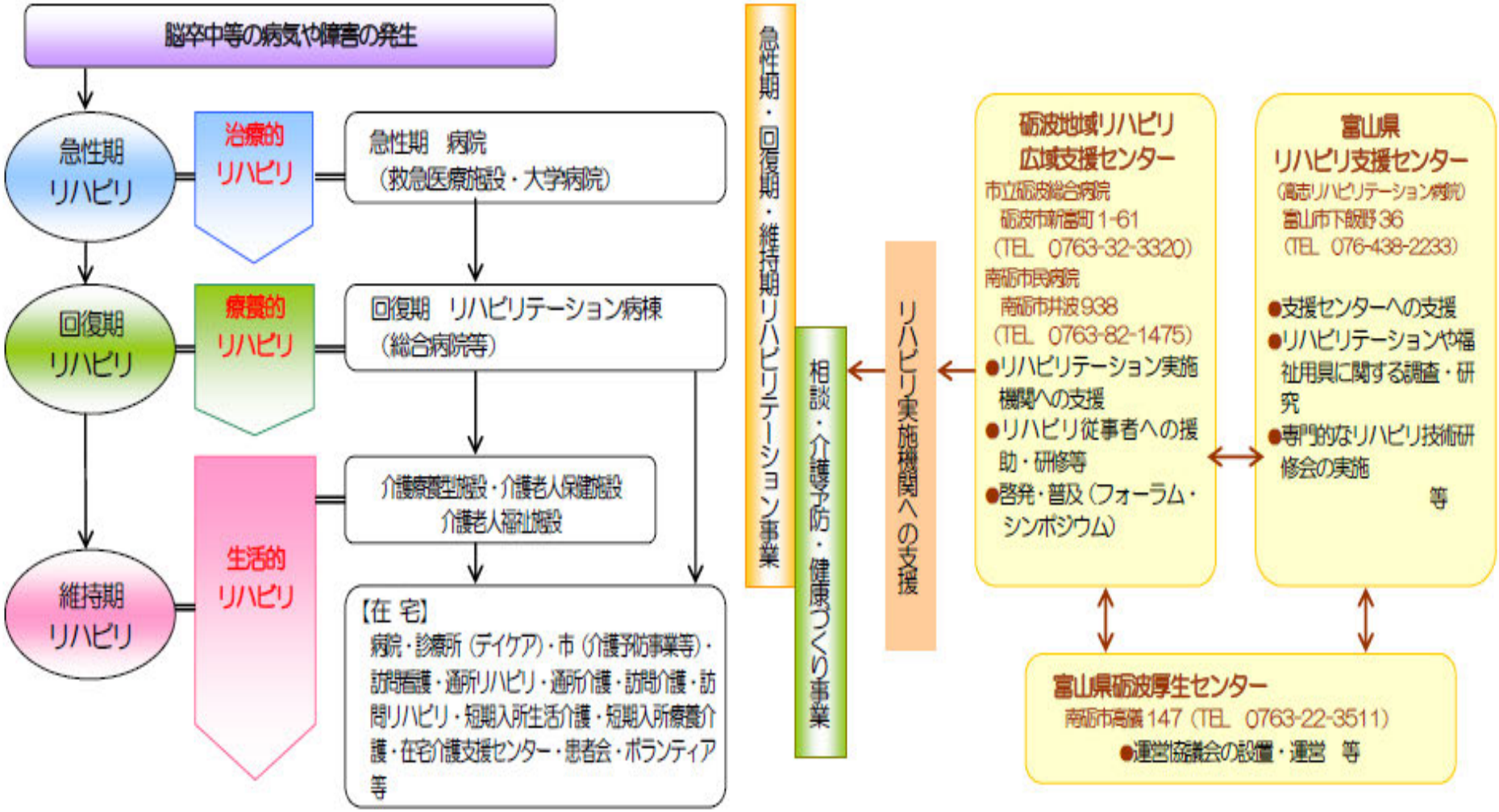
地域リハビリテーション対策(脳卒中含む)

項目		事業	回数
ア	地域の医療介護サービス資源の把握	・脳卒中登録情報システム	517
		・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	1
		・困った時にはまずここへ～相談窓口一覧表～	1
		・医療機能情報	1
		・医療機関リスト	1
イ	在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議	・砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会	1
		・脳卒中地域連携パス連絡会	8
		・公的病院地域医療連携室連絡会	6
ウ	在宅医療・介護連携に関する相談受付	・地域リハビリテーション広域支援センター	—
		・地域リハビリテーション連絡会専門部会	1
		・地域包括支援センター	—
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・脳卒中地域連携パス・手引書	1
		・脳卒中地域連携パス連絡会メーリングリスト	1
		・ケース相談シート(支援センター)	—
オ	在宅医療・介護関係者の研修	・事例検討会	13
		・脳卒中地域連携パス研修会	1
		・リハ実施事業所の支援(支援センター)	15
		・従事者研修会(支援センター)	20
		・実技・技術支援(支援センター)	145
		・介護予防ケアマネジメント研修	1

項目		事業	回数
カ	24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	・訪問看護ステーション支援	—
キ	地域住民への普及・啓発	・地域リハビリフォーラム(支援センター)	1
		・研修会(支援センター)	1
		・機関紙発行(支援センター)	1
		・地域住民対象の講演会等	3
ク	二次医療圏内関係市町村の連携	・砺波地域リハビリテーション広域支援センター運営会議	2
		・関係者連絡会議	7
		・砺波地域医療推進対策協議会・在宅部会(砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会)	2
		・管内市町村保健衛生福祉主管部課長会議 (保健衛生福祉主管課長)	1
		・管内保健・福祉保健師リーダー等連絡会 (保健福祉等リーダー保健師)	4
		・在宅医療支援センター支援(主治医・副主治医制、多職種連携研修等)	24
		・小規模施設看護管理者連絡会 (民間病院・有床診療所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設)	1

課題	
	・脳卒中連携パスの推進
	・在宅医療のシステム化
	・在宅医療介護のICT連携
	・連携パスの推進

地域リハビリテーション支援体制



※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ヵ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

（4）通所リハビリテーション

NO	名称	スタッフ				連絡先	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	電話番号(FAX番号)	営業日	営業時間	定休日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	老人保健施設あかり苑	○	○		○	0763-33-0808 (0763-33-0250)	月曜～土曜	9:00～17:00 ※但し延長可	日曜、8/15～8/16、 12/31～1/3	○	○	○	○	○	○	○	○	○		砺. 寿町2-38
2	砺波誠友病院	○	○		○	0763-33-7766 (0763-33-6767)	月曜～土曜	9:00～17:00	日曜、祝祭日、7/1、 12/31～1/4、お盆2日間	○	○	○		○	○	○	○	○		砺. 大窪17-1
3	となみ三輪病院デイケアセンター		○		○	0763-37-1000 (0763-37-0800)	月曜～土曜	9:00～17:00	日曜、祝祭日	○	○	○		○		○	○		○	砺. 頼成605
4	介護老人保健施設ケアポート庄川		○		○	0763-82-6870 (0763-82-4192)	月曜～土曜	8:00～17:00	日曜	○	○	○								砺. 庄川町金屋字岩黒39-1
5	にしの老人保健施設	○	○	○	○	0766-67-4430 (0766-67-5333)	月曜～土曜 祝祭日	8:00～17:30	日曜 お盆、年末年始	○	○	○	○	○	○	○	○	○		小. 本町3-38
6	介護老人保健施設ゆうゆうハウス	○	○		○	0766-67-8008 (0766-67-8002)	月曜～金曜	8:30～17:30	土曜、日曜	○	○	○	○			○				小. 島322
7	南砺市民病院デイケアセンター	○	○	○	○	0763-82-1475 (0763-82-1853)	月曜～金曜	8:30～17:15	土曜、日曜、祝祭日	○	○	○			○	○		○	○	南. 井波939
8	介護老人保健施設城端うらら	○	○		○	0763-62-8555 (0763-62-8556)	月曜～金曜	9:00～17:00	土曜、日曜、祝祭日	○	○	○								南. 理休270
9	ふくの若葉病院	○	○		○	0763-23-1011 (0763-23-1020)	火曜～土曜	9:00～16:30	月曜、日曜、祝祭日 お盆、12/30～1/3	○	○	○			○	○		○		南. 苗島367
10	介護老人保健施設　葵の園・なんと	○	○		○	0763-52-0050 (0763-52-6710)	月曜～土曜 (祝日も営業)	8:00～17:00	日曜、8/15、1/1～1/3	○	○	○	○			○			○	南. 天池字二番野島1555-3

※リハビリテーションに関する体制（加算）等状況

【通所リハビリテーション】

1　リハビリテーションマネージメント加算
2　短期集中リハビリテーション加算
3　個別リハビリテーション実施加算
4　認知症短期集中リハビリテーション実施加算
5　栄養改善加算
6　口腔機能向上加算

【介護予防通所リハビリテーション】

7　運動器機能向上加算
8　栄養改善加算
9　口腔機能向上加算
10　事業者評価加算

介護保険施設受け入れ基準
特別養護老人ホーム

※○：可能（条件で受け入れ含む）、△：検討中、×：不可能

	機関名称	所在地	TEL	定員		医療処置内容													
				入所	通所	認知症の対応	点滴の管理	中心静脈栄養管理	酸素療法管理	褥瘡の管理	経管栄養管理	胃ろうの管理	腸ろうの管理	人工肛門の管理	人工膀胱の管理	気管切開部の処置	人工呼吸器の管理	留置カテーテル管理 尿カテーテル	腹膜透析の管理
1	特別養護老人ホーム 三寿苑	大島3丁目147	492−3081	100	50	○	△	×	△	○	○	○	△	△	△	×	×	○	×
2	すみれ苑	横越180番地	437−6225	100	40	○	○	×	○	○	○	○	○	○	○	×	×	○	×
3	特別養護老人ホーム 敬寿苑	今泉西部町1−3	491−0066	150	40	○	×	×	×	○	○	○	×	○	○	×	×	○	×
4	晴風荘	水橋辻ケ堂466番8	478−3681	70	10	○	×	×	×	○	○	×	×	○	×	×	×	○	×
5	にながわ光風苑	蜷川89	429−7474	90	18	○	○	×	×	○	×	×	×	○	×	×	×	○	×
6	白光苑	山岸95	433−8881	80	40	○	×	×	×	○	×	○	○	○	○	×	×	○	×
7	アルペンハイツ	小西170	451−1000	50	20	○	×	×	×	○	○	○	×	○	×	×	×	○	×
8	梨雲苑	吉作1725番地	436−2002	110	50	○	△	×	△	△	△	△	△	△	△	×	×	×	×
9	和合ハイツ	布目1966−1	435−3336	80	40	○	○	×	○	○	○	○	△	○	△	△	×	○	×
10	しらいわ苑	水橋新堀17−1	479−2080	80	35	○	○	×	×	○	×	○	×	○	×	×	×	○	×
11	ふなん苑	石屋237	422−1200	80	20	○	×	×	×	○	×	×	×	○	×	×	×	○	×
12	あすなろの郷	下新北町6−45	433−8800	90	25	○	○	×	×	○	○	○	×	○	×	×	×	×	×
13	ソレイユ	下堀50−6	425−6200	70	25	○	○	×	×	○	×	×	×	△	×	×	×	△	×
14	くれは苑	中老田845	436−7805	70	20	○	×	×	×	×	○	○	△	○	×	×	×	○	×
15	ながれすぎ光風苑	流杉77	424−7005	80	0	○	×	×	×	○	○	×	×	○	○	×	×	○	×
16	特別養護老人ホーム 太陽苑	新村87−2	467−0777	50	25	○	○	×	×	○	×	○	△	△	×	×	×	×	×
17	特別養護老人ホーム ささづ苑	下夕林141	467−1000	90	30	○	×	×	△	△	○	○	△	△	△	×	×	×	×
18	はなさき苑	花崎80番地	483−3111	80	25	○	○	×	×	○	○	△	△	○	○	×	×	○	×
19	のりみね苑	八尾町乗嶺546	454−5350	80	30	○	×	×	○	○	×	○	×	○	△	×	×	○	×
20	喜寿苑	婦中町塚原122	466−3773	80	30	○	×	×	×	○	×	○	△	△	×	×	×	×	×
21	ふるさと敬寿苑	婦中町羽根1092番2	469−1000	80	40	○	×	×	×	○	×	○	×	△	×	×	×	△	×
22	椿寿荘	八尾町奥田80番地	455−3805	50	30	○	×	×	△	○	×	○	×	○	△	×	×	○	×

＊受け入れ基準は、主に入所におけるものとなっています。詳細は各施設にお問合せください。

特別養護老人ホーム

※**介護施設における医療的ケアの対応状況**の把握が必要

※平成24年度から、一定の研修を受けた介護職員が、たん吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう・腸ろう・経鼻）を行うことが可能に（平成28年からカリキュラム受講卒業生）

※介護報酬改定で、通所介護における重度者対応機能充実の方向

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

〇ミニ講義

「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」

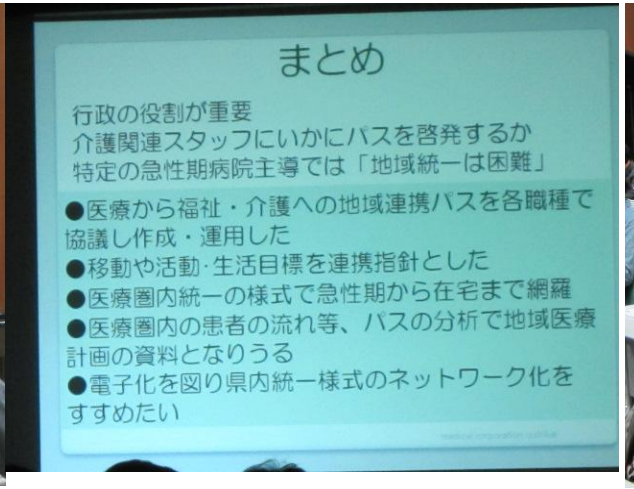
砺波厚生センター所長　※病床機能報告・地域医療ビジョン、地域包括ケア計画、診療報酬改定等

〇講演

「地域連携パスの稼動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、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

難病患者地域支援対策

項目		事業	回数
ア	地域の医療介護サービス資源の把握	・特定疾患医療受給者証交付申請	1001
		・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	1
		・困った時にはまずここへ～相談窓口一覧表～	1
		・医療機能情報(医療機関リスト)	1
		・医療機関リスト	1
イ	在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応の協議	・難病ケア連絡会	1
ウ	在宅医療・介護連携に関する相談受付	・ケア会議	2
		・市社会福祉課	―
		・地域包括支援センター	―
		・富山県難病相談・支援センター	―
エ	在宅医療・介護サービス等の情報の共有支援	・災害時サポートガイド	3
		・ケース相談シート(支援センター)	―
オ	在宅医療・介護関係者の研修	・ケア会議	13
		・同行訪問	7
		・チーム訪問	18
		・難病患者支援者研修会	1
		・在宅療養支援検討会	2
		・ケア従事者研修会	1

項目		事業	回数
カ	24時間365日の在宅医療・介護サービス提供体制の構築	・災害時安否確認対象者の情報交換	3
		・訪問看護ステーション支援	―
キ	地域住民への普及・啓発	・難病ボランティア養成講座	1
		・難病ボランティア育成事業	8
		・地域住民対象の講演会等	―
ク	二次医療圏内関係市町村の連携	(難病医療地域拠点病院)	
		・砺波地域医療推進対策協議会・在宅部会	1
		・管内市町村保健衛生福祉主管部課長会議 (保健衛生福祉主管課長)	1
		・管内保健・福祉保健師リーダー等連絡会 (保健福祉等リーダー保健師)	4
		・在宅医療支援センター支援(主治医・副主治医制、多職種連携研修等)	24
		・小規模施設看護管理者連絡会 (民間病院・有床診療所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設)	1

課題
・難病医療地域拠点病院と市との連携
・在宅医療のシステム化
・在宅医療介護のICT連携
・連携パスの推進

地域難病ケア連絡会

難病ボランティア講座

療養相談会

交流会

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不作為による廃用症候群の予防

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

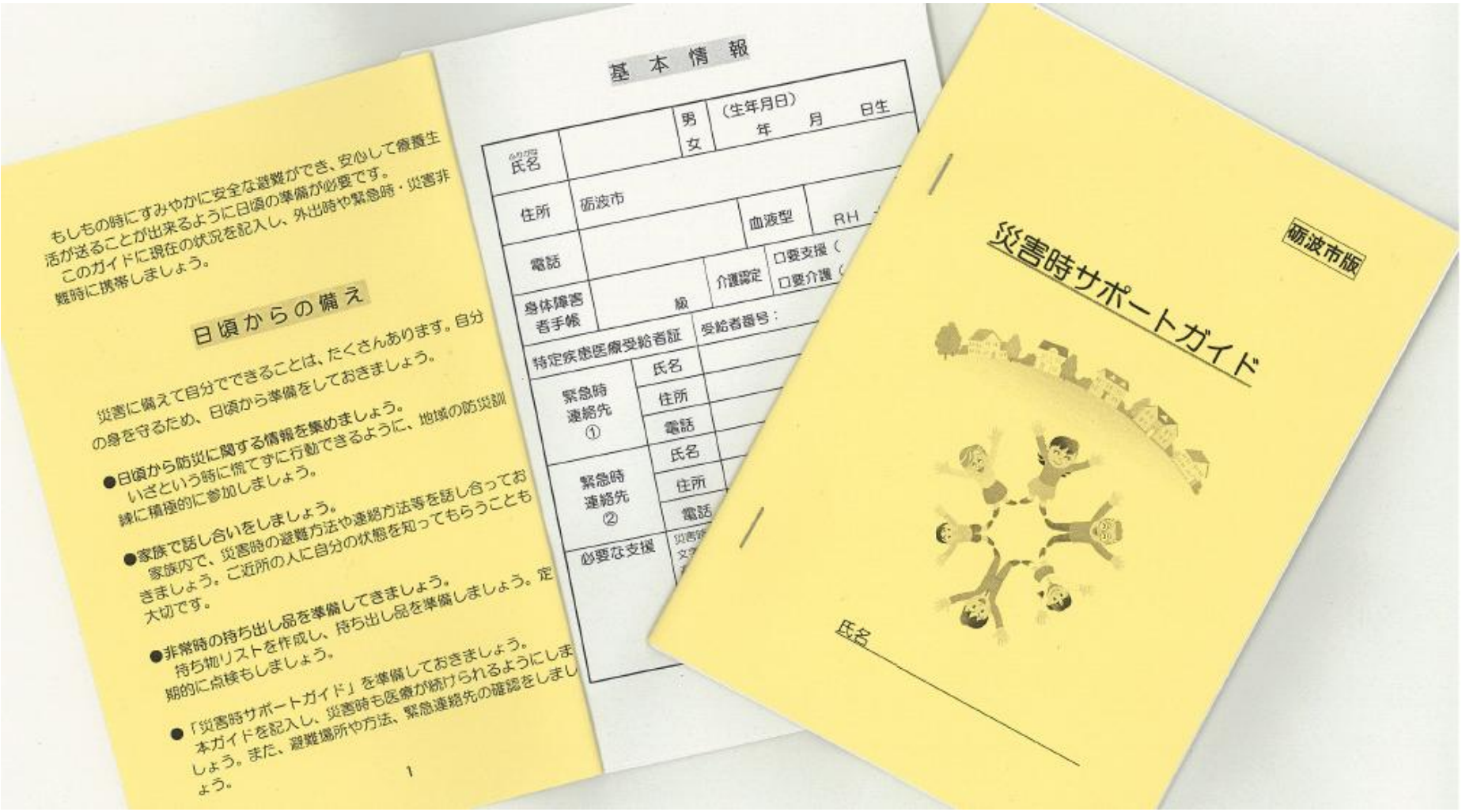
⑧家族へのケア

※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

※26年度診療報酬改定で在宅療養後方支援病院新設（500床以上は神経難病等例示）

※今後、圏域ごとの難病医療地域拠点病院（仮称）　⇒広域的連携が必要

災害サポートガイド


もしもの時にすみやかに安全な避難ができ、安心して療養生活が送ることが出来るように日頃の準備が必要です。
このガイドに現在の状況を記入し、外出時や緊急時・災害非難時に携帯しましょう。
日頃からの備え
災害に備えて自分でできることは、たくさんあります。自分の身を守るため、日頃から準備をしておきましょう。
●日頃から防災に関する情報を集めましょう。
いざという時に慌てずに行動できるように、地域の防災訓練に積極的に参加しましょう。
●家族で話し合いをしましょう。
家族内で、災害時の避難方法や連絡方法等を話し合っておきましょう。ご近所の人に自分の状態を知ってもらうことも大切です。
●非常時の持ち出し品を準備してきましょう。
持ち物リストを作成し、持ち出し品を準備しましょう。定期的に点検もしましょう。
●「災害時サポートガイド」を準備しておきましょう。
本ガイドを記入し、災害時も医療が続けられるようにしましょう。また、避難場所や方法、緊急連絡先の確認をしましょう。
1
基本情報
氏名
男
女
（生年月日）
年　月　日生
住所
砺波市
血液型
RH
電話
介護認定
□要支援（
□要介護（
身体障害者手帳
級
特定疾患医療受給者証
受給者番号：
緊急時連絡先①
氏名
住所
電話
緊急時連絡先②
氏名
住所
電話
必要な支援
砺波市版
災害時サポートガイド
氏名

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

〇講義「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
〇事例紹介
　事例提供；居宅介護支援事業所
〇グループワーク（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～
※保健所保健師が提供事例の選定やグループワークでの協議について指導

〇情報提供
「**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

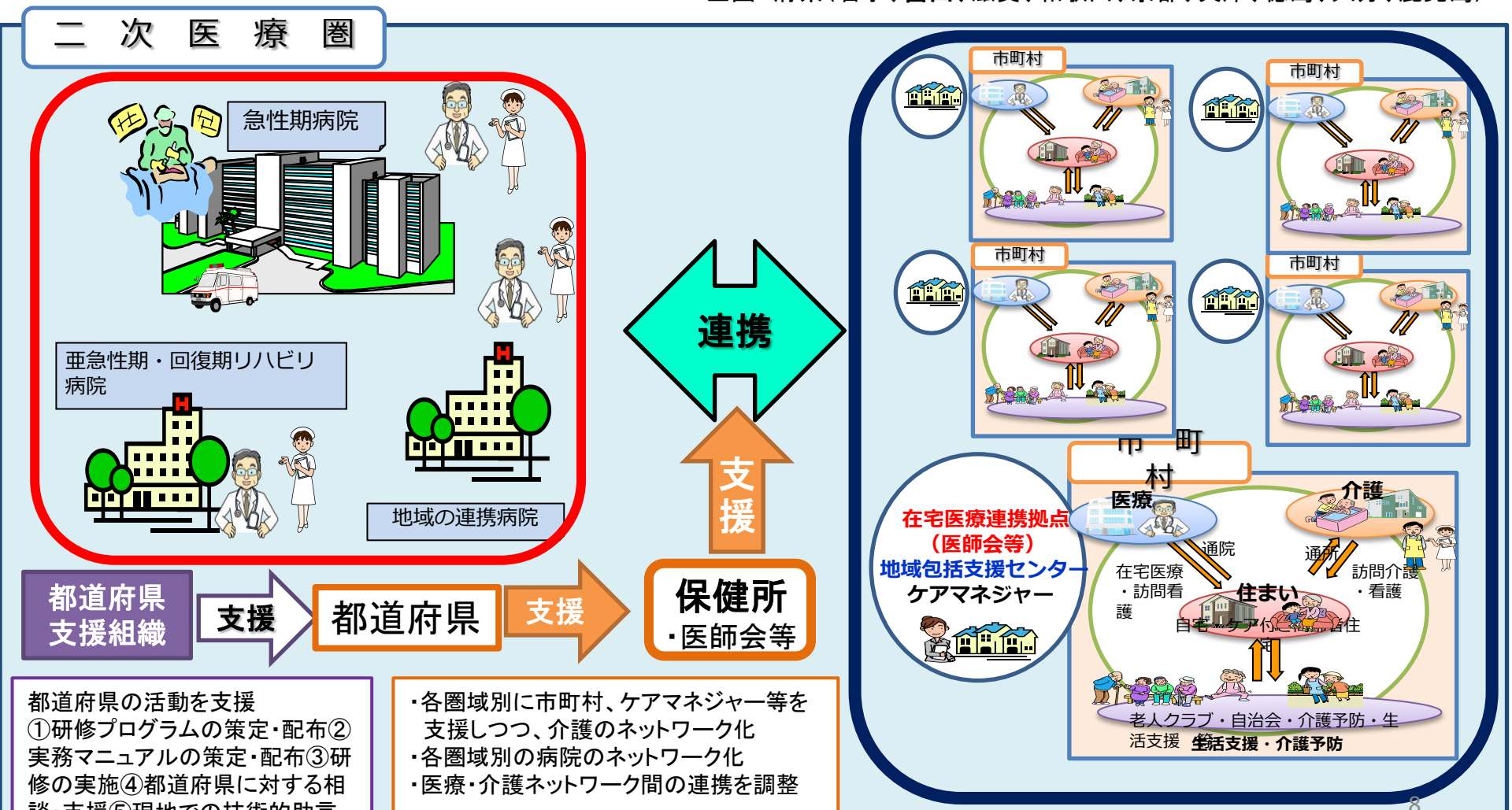
※今後、地域がん診療連携拠点病院に緩和ケアセンターを整備（H26厚労省予算）
⇒保健所・市町村との連携が必要

都道府県医療介護連携調整実証事業（26年度新規）

厚生労働省資料

都道府県の調整のもとで、市町村と介護支援専門員と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員への着実な引き継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行う。

全国9府県（岩手、**富山**、滋賀、和歌山、京都、兵庫、徳島、大分、鹿児島）



都道府県の活動を支援
①研修プログラムの策定・配布②実務マニュアルの策定・配布③研修の実施④都道府県に対する相談・支援⑤現地での技術的助言

・各圏域別に市町村、ケアマネジャー等を支援しつつ、介護のネットワーク化
・各圏域別の病院のネットワーク化
・医療・介護ネットワーク間の連携を調整

砺波厚生センターでのこれまでの主な取り組み

（平成26年8月21日現在）

厚労省「**退院支援ルール策定マニュアル**」を参考に取り組み

1．地域診断

圏域入院完結率（患者調査）、圏域将来人口推計、管内医師会・ケアマネ協議会・地域包括支援センター、介護支援連携指導料等（5月）

2．戦略会議

公的病院連携室連絡会（4月22日、6月24日） ⇒各病院内での退院支援状況を把握

管内保健福祉部課長会議（5月8日）

管内保健師長会；保健所、保健センター、地域包括支援センター（5月12日）

3．病院組織化

各公的病院（院長、事務長、看護部長）に個別説明・協力要請（5月）

各医師会長に個別説明・協力要請（5月）

管内病院看護部長会議；民間含む（6月10日） ⇒各病院内で退院支援ルール確認を要請

南砺市医師会地域連携部会（6月18日）、管内介護保険主治医研修会（8月21日）

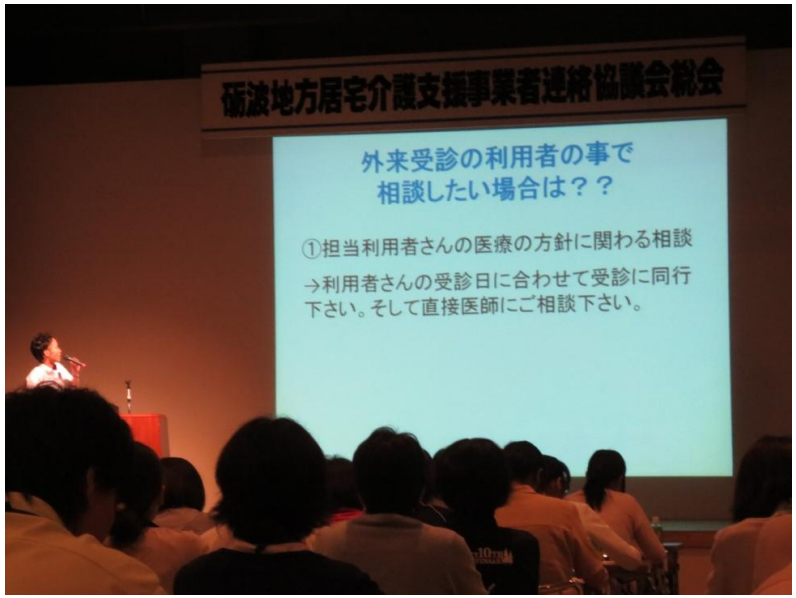
4．ケアマネ組織化

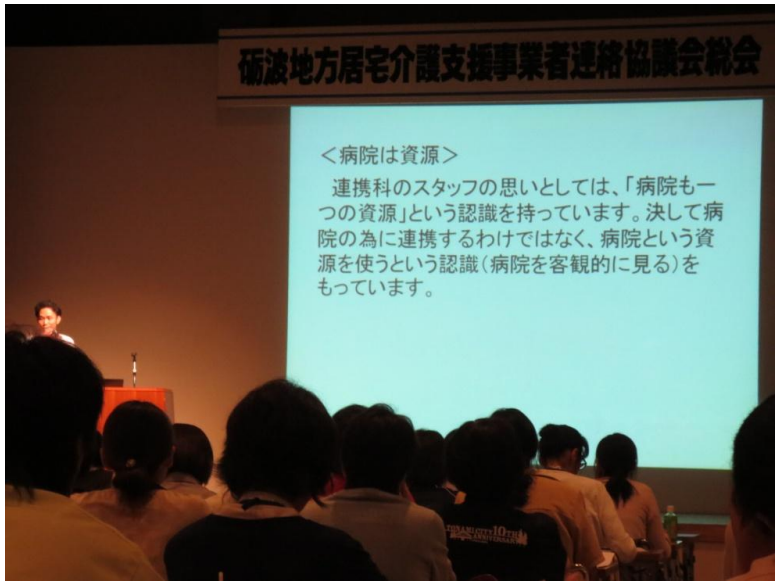
居宅介護支援事業者連絡協議会（7月4日） ⇒退院調整もれ実態調査の協力を要請

※下線は研修会と併せて実施（医療法改正による病床機能報告制度・地域医療ビジョン、介護保険法改正による新たな地域支援事業等、診療報酬改定による医療機能分化・連携・在宅医療推進、保健所による医療介護連携の取り組みなど）

退院調整もれ実態調査（7月実施）集計後に**病院・ケアマネ協議会**を開催（10月6日予定）

居宅介護支援事業者連絡協議会（平成26年7月4日）
医療介護連携研修、各病院から連携方法について説明





※普段から**ケアマネ協議会、地域包括支援センター等**とのコミュニケーションが重要

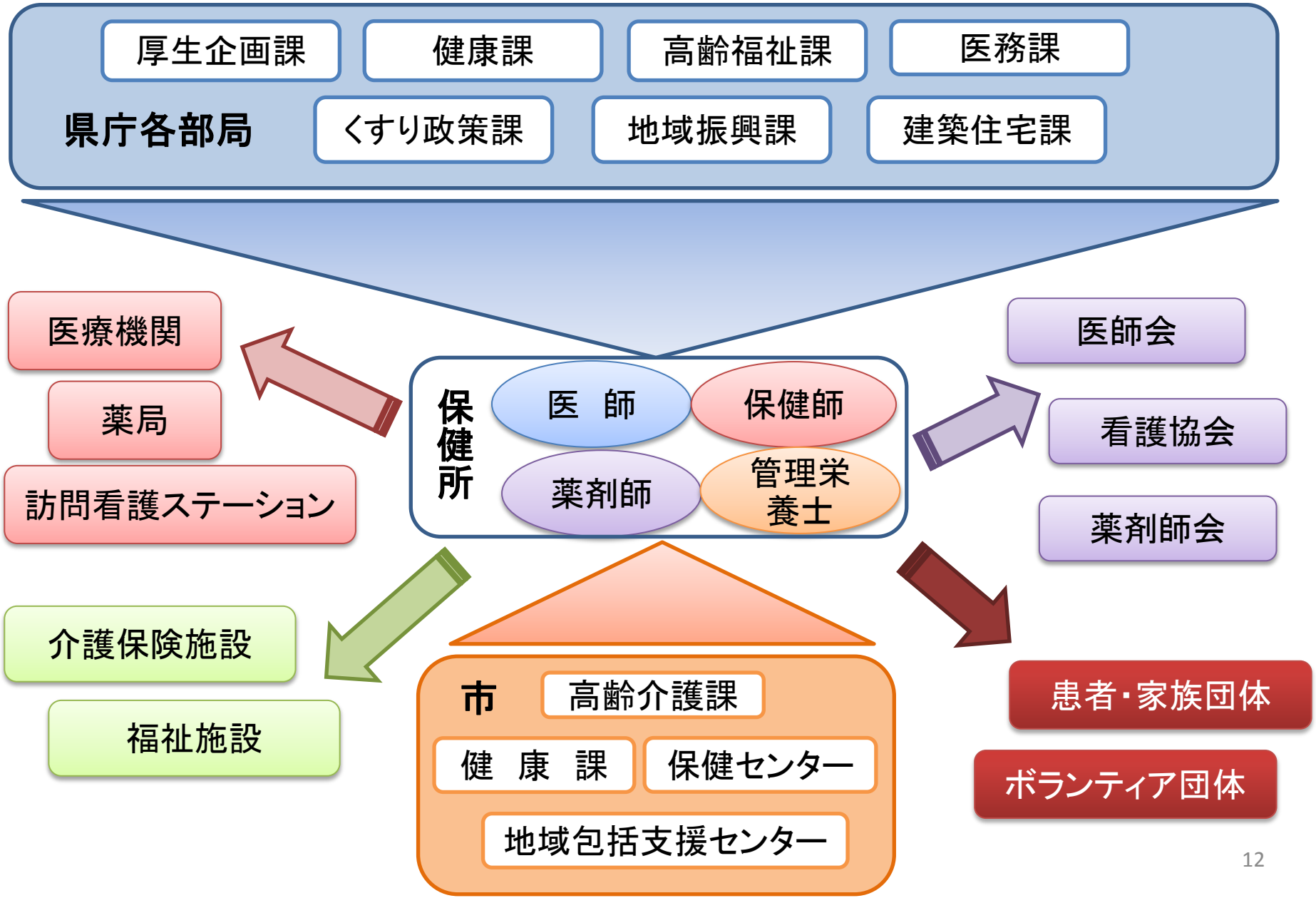
住民に対する普及啓発

地域住民が、
①在宅医療・介護にかかる地域の実情を知る
②在宅医療・介護に従事する職種の機能や役割を知る
③在宅医療・介護で利用できるサービス内容（コスト含む）や相談場所を知る
④療養場所として「在宅」が選択肢にあることを理解する
⑤自分のこととして終末期医療について考えられる

「24時間365日　安心して暮らし続けられる地域に向けて ---看護がすすめる地域包括ケア」
http://mokuseisya.com/pg339.html

平成26年7月8日　高波公民館

保健所の強み


県庁各部局
厚生企画課
健康課
高齢福祉課
医務課
くすり政策課
地域振興課
建築住宅課
保健所
医　師
保健師
薬剤師
管理栄養士
医療機関
薬局
訪問看護ステーション
医師会
看護協会
薬剤師会
介護保険施設
福祉施設
市
高齢介護課
健　康　課
保健センター
地域包括支援センター
患者・家族団体
ボランティア団体

地域において、
医療計画
介護保険事業計画、高齢者保健福祉計画
障害福祉計画
医療費適正化計画
健康増進計画　等　を一体的に推進

保健所の総合調整が期待

※厚生センター（保健所）では管内**保健・福祉**保健師リーダー等連絡会（年間4回）、
地域**保健・福祉**関係職員キャリアアップ研修（3～4回；新任、中堅）を実施

在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム推進における7つのA

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

地域包括ケアシステム構築と保健師の役割

虫の目

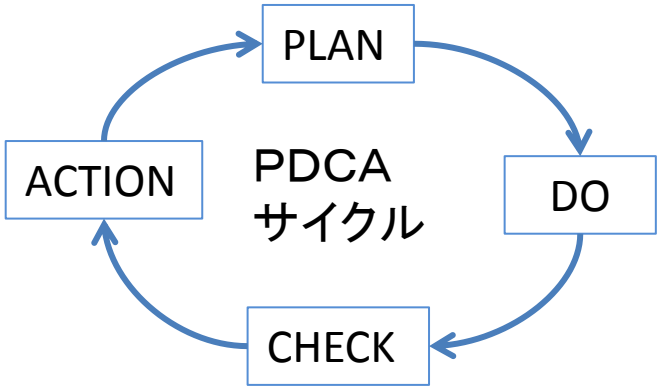
みる → つなぐ → 動かす

個から集団、地域へ連動させる活動

地区活動

相談　家庭訪問　健康教育　各種事業　協　働　地域組織活動

ソーシャル・キャピタルの醸成



予防的介入

健康な街づくり

各種保健医療福祉計画

鳥の目