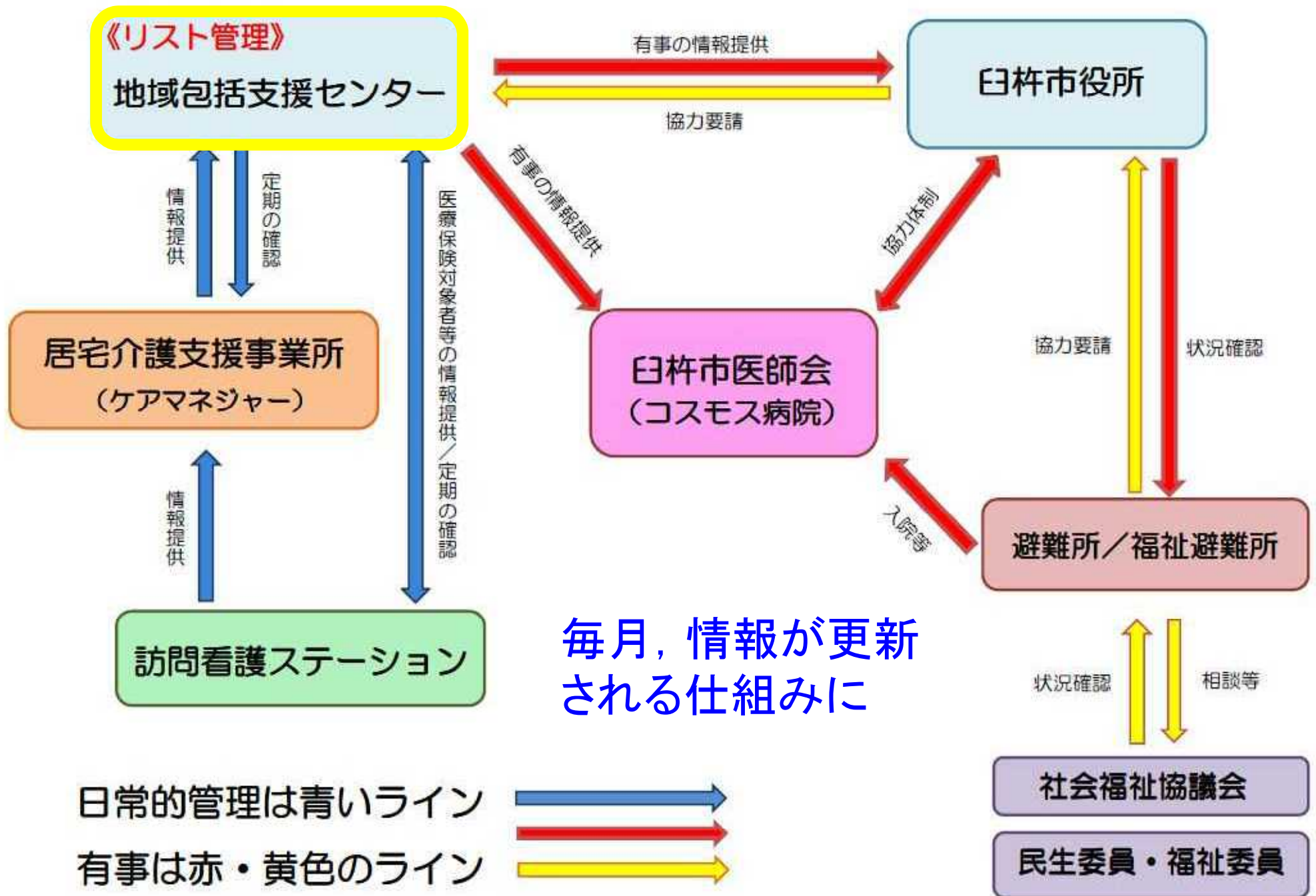


⑥災害時要医療援護者の把握と情報提供の流れ



プロジェクトZの今後

1年目で在宅医療連携拠点事業で基礎づくり

→ 2025年へ向けての10年のプロジェクトとする

臼杵市長のマニフェストー新時代の5つの基盤づくり

2. 高齢者が安心して生き生きと暮らせるまち～安心～

・地域医療連携の強化

25年度の課題

- ・プロジェクトメンバーは継続 「プロジェクトZ13」
- ・活動内容の検討 → 作業班の見直し
- ・市への移行までは医師会立コスモス病院が担当
- ・事業費の確保(地域医療再生基金の活用)

プロジェクトZ13のめざすもの

1. 自己決定できる」ための市民への啓発

- ・「最期まで家で暮らしたい」と言える患者
- ・「家がいいね」と言える家族と地域

在宅医療連携拠点事業市民公開講座

平成25年11月30日（臼杵市中央公民館）

「ひとりで、家で死ねますか？

～みんなで支える在宅医療～」

講師：小笠原 文雄先生

2. 医療と介護の連携と実践力の強化

- ・連携のしくみづくり — ITの活用
- ・在宅医療に関する理解と実践力

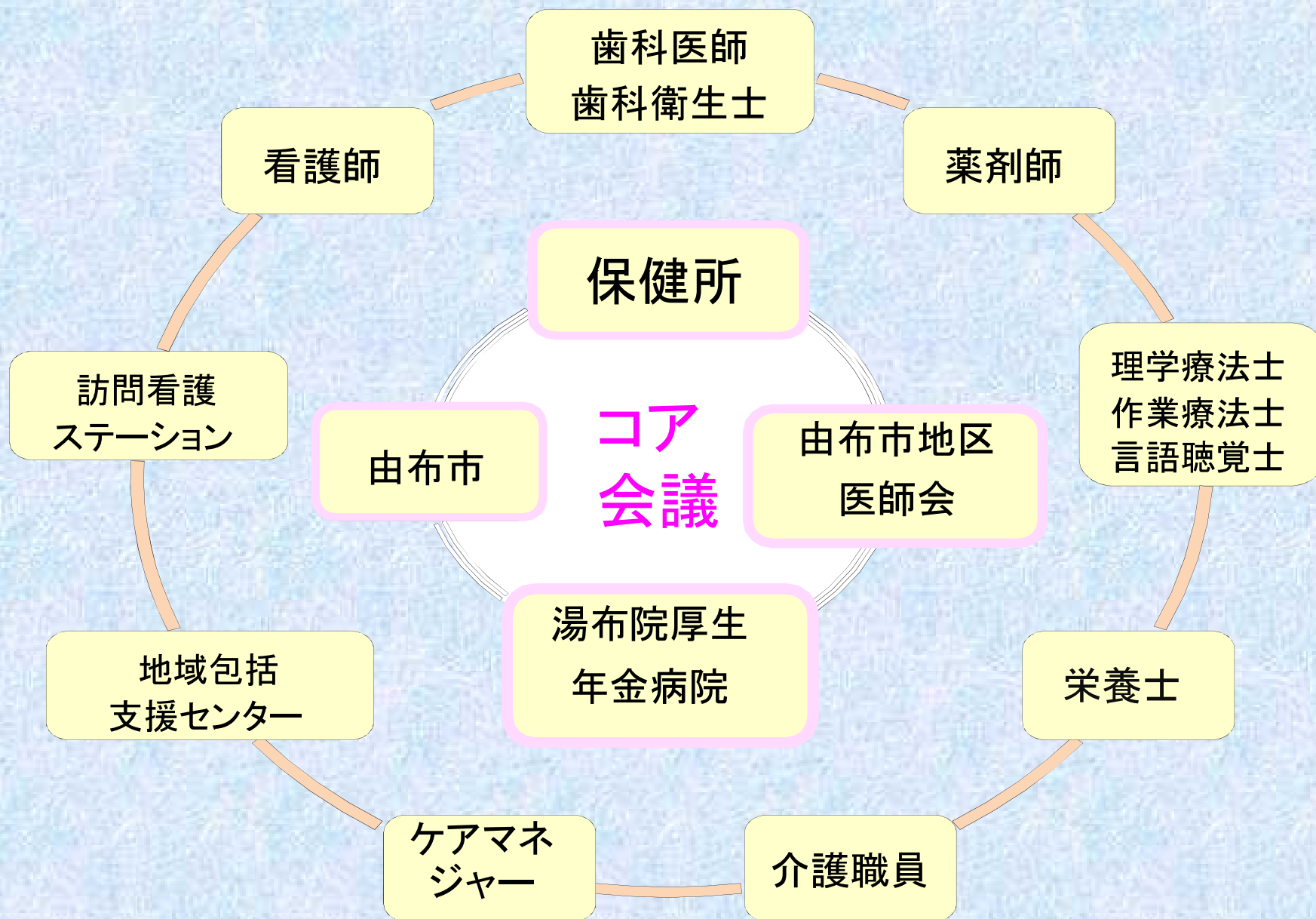
3. 予防事業から看取りに至る一貫した概念の共有

- ・行政と事業の連携と意識改革

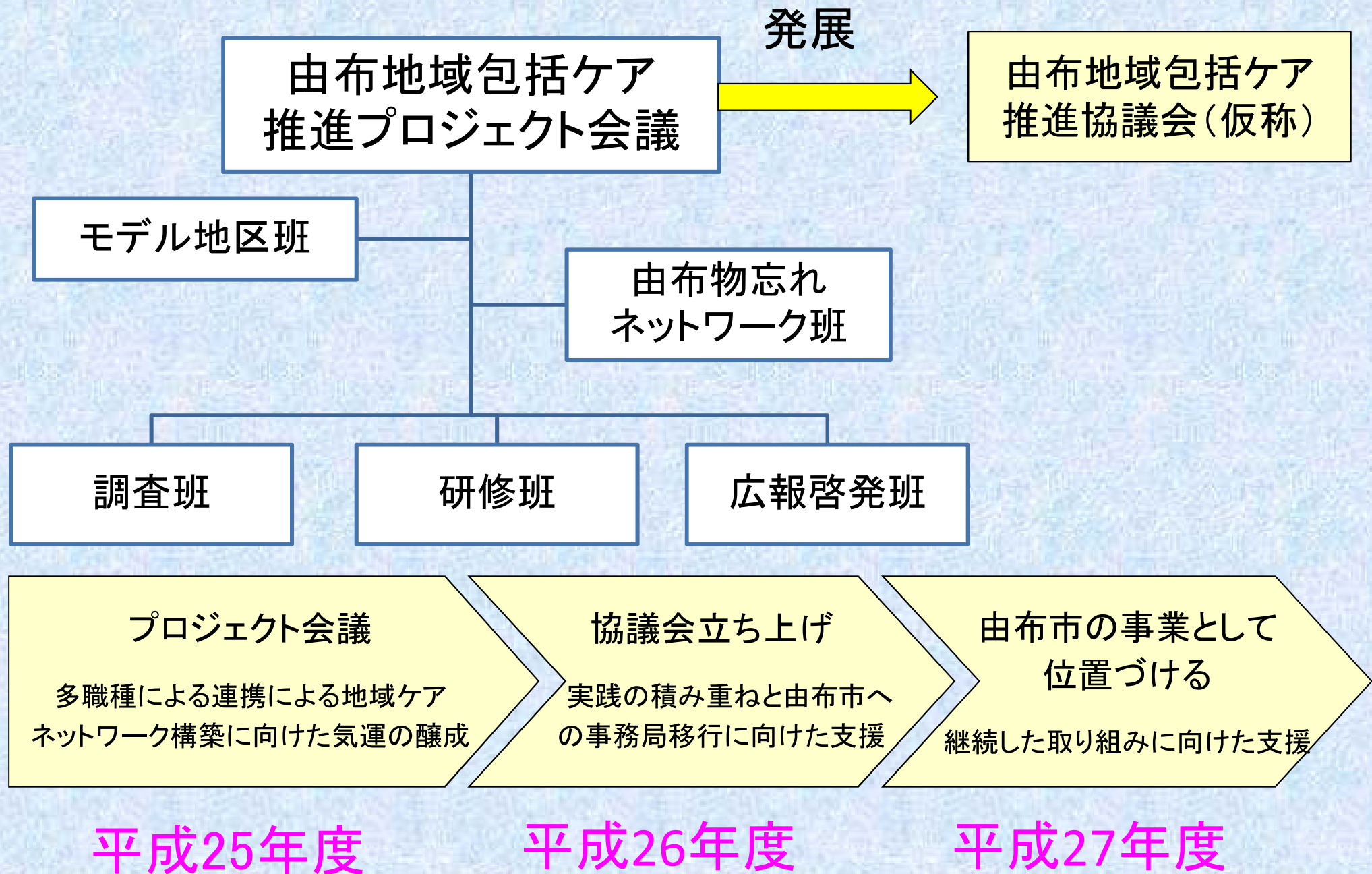
在宅医療連携拠点整備事業（地域医療再生基金）

- 在宅医療連携拠点事業の知見を参考に、在宅医療・介護提供体制の確保のため、市町村や地域医師会等の関係者と連携した取組を実施。
- 大分県が事業計画を作成し、各地域の拠点病院等に事業の実施を委託する形で実施（10/10）。
 - ① 地域の医療・福祉資源の把握及び活用
 - ② 会議の開催（医療関係者の参加の仲介を含む）
 - ③ 研修の実施（多職種協働による人材育成研修）
 - ④ 24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・ケアマネを対象にした支援の実施
 - ⑥ 効率的な情報共有のための取組
 - ⑦ 地域住民への普及・啓発

由布市における在宅医療連携推進体制



由布市における在宅医療連携推進事業



第3回コア会議から(H26年1月10日)

各班の進捗状況の報告

- モデル地区班(旧湯布院町)

町内の各施設と課題について協議
グループワークを重ね、3月に解決策の検討

- 物忘れネットワーク班 (認知症対策)

認知症コーディネーター養成研修の報告
4回まで終了、施設間の相互研修も好評
4月以降に徘徊の模擬訓練を実施予定

- 調査班

高齢者サロンで聞き取り調査を実施し、地域の
高齢者の在宅医療や介護について意向を調査

- 広報啓発班

在宅医療、認知症についてのリーフレット作成

第3回コア会議から(H26年1月10日)

各班の進捗状況の報告

- 研修班

12月に10人のメンバーで視察に行ってきた

新潟県医療法人社団萌木会(黒岩卓夫)の視察

地域医療「南魚沼学校」との交流

長野県佐久総合病院の在宅ケアの取り組み

多職種による同伴訪問や施設間の相互研修

市民講演会の企画案の検討

- テーマ 皆で支える由布市の医療と介護

～あなたは幸せに死ねますか？～

- 基調講演 黒岩卓夫先生

- 由布市のプロジェクト会議による取り組みの報告

- ミニパネルディスカッション

在宅医療連携の推進ポイント

大分県の取り組みに特有（普遍化は困難？）

- 地域における「拠点」病院が明確だった
医療資源の乏しさが幸いした！
在宅療養中の患者が急変したら、「うちが診る」
という覚悟ができていた
- これまでの医療連携を通じて、多職種が顔の見える
関係が構築されていた
糖尿病連携，がん在宅医療連携，認知症対策
- 医師ではなく、地域連携室のMSWや訪問看護ス
テーションの訪問看護師が中心的な役割を担った
これまで20年間。病院と地域の診療所をつなぐ
役割を担ってきた優れたMSWや看護師の存在

在宅医療連携の推進ポイント

普遍化できる推進ポイント

- 中核となる病院，医師会，市町村，保健所の4者が一緒になって進めたこと「コア会議」
地域によって，どこが牽引役になるか，保健所の役割については，柔軟に変えることがポイント
- 3年間のうちに，市町村が中心となって，在宅医療連携を進められるようにすること
それまでの保健所の支援が重要
- 具体的に何をするのかを県内の先進事例から明確に示すことができた。
- 議論だけでなく，4～6つ作業班に分かれて具体的なアクションを起こした。

在宅医療連携の推進ポイント

普遍化できる推進ポイント

- 看護師長とケアマネジャーの連携の促進
入退院時の情報提供の有用性を相互に理解
- IT化は「紙ベース」での仕組みを機能させてから
安易なIT化への期待や依存は禁物
- 住民に対する啓発が重要であること
回覧板, 資源マップ, 啓発用のチラシ,
ケーブルテレビ, などあらゆるメディアを使って
死に方・生き方を「自己決定できる市民」に
- 自分のまちをどんな地域にしたいのかを共有する
職種や立場によらず, 同じものをめざせるはず
医療費抑制や在宅死亡率を目標にしない

在宅医療連携推進の課題

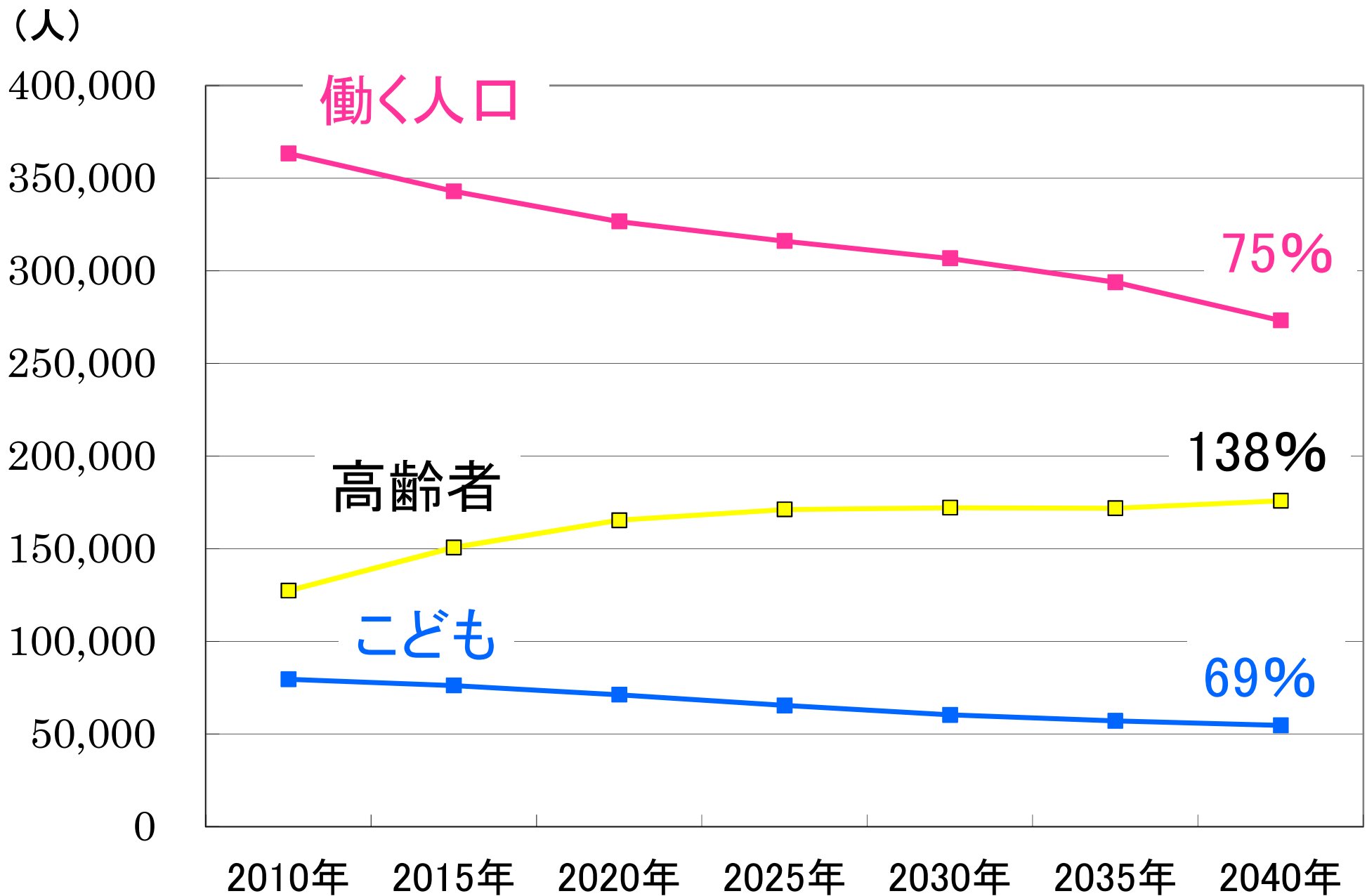
- 新たに在宅医療に取り組む医師の開拓
開業医の中には、他市から通勤する医師も多い
夜間の往診には応じられない！
→ 主治医・副主治医制度で、こうした医師も在宅医療の担い手にする
- 訪問看護ステーションとの連携の推進
自院の訪問看護を利用する医療機関が多い
土日や夜間の訪問看護には対応しない！
→ 訪問看護ステーション活用のメリットを強調
- 看護協会の看護ネットワークの活用
保健所の統括的な保健師の「腕の見せ所」
- 保健所による市町村への継続的な支援（H27年以降）
在宅医療・介護連携推進事業との連携・協働

入退院時情報共有ルールづくり

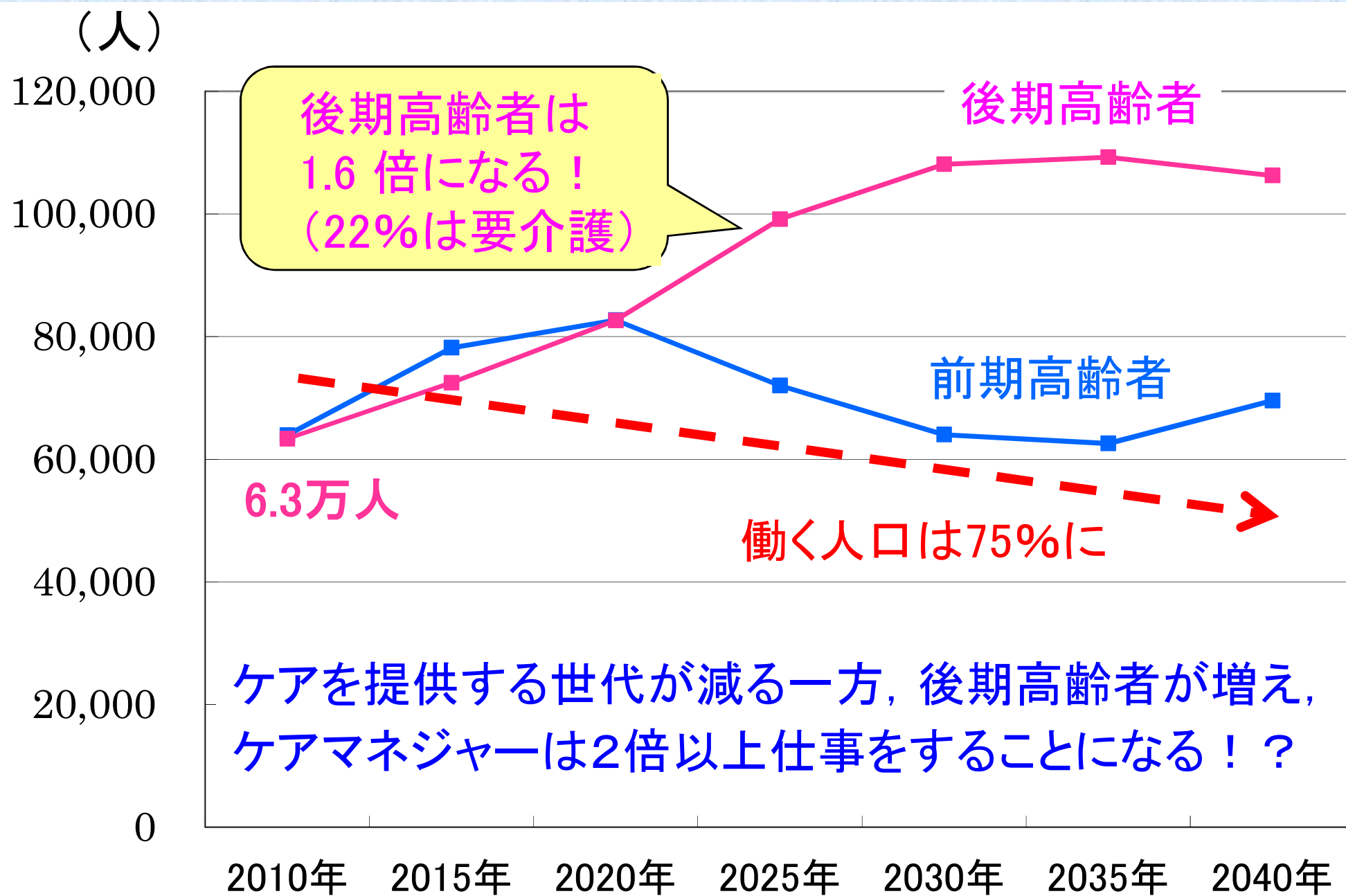
～中部医療圏の取り組み～

医療介護連携がなぜ必要か？

大分県中部医療圏の年齢別人口の変化



中部医療圏での前期・後期高齢者数の変化



介護サービスの効率化が求められる

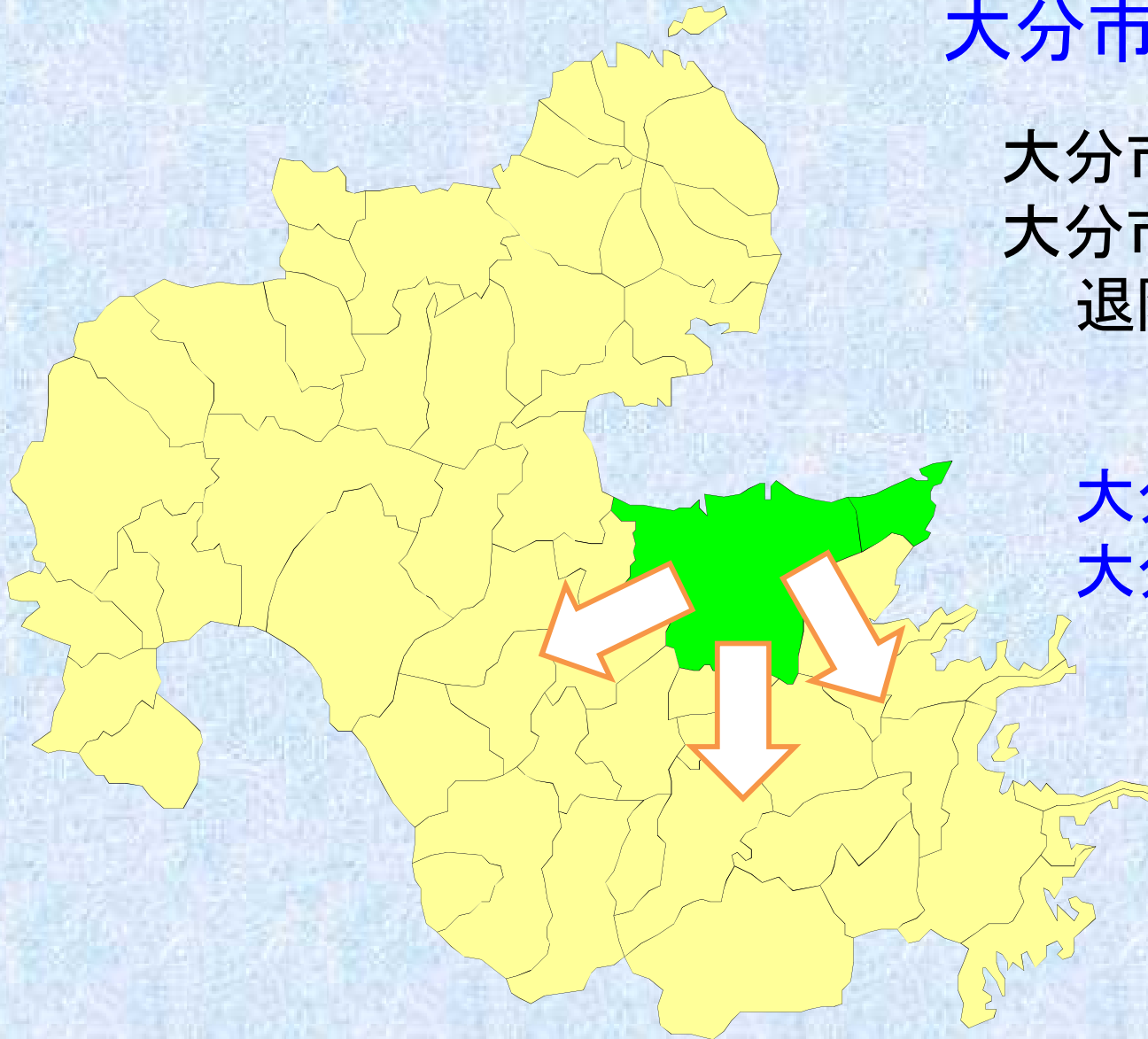
- 高齢化の進行に伴い、介護給付費の急騰
これ以上、保険料を上げることも困難！
消費税を10%にしても、足りない
- 働く世代の人口が減る中で、介護保険財政の問題だけでなく、ケアを提供するスタッフの不足が深刻に
海外からのケアワーカーの参入に期待する？
- 介護サービスの効率化が求められる
地域ケア会議による自立支援型ケアマネジメント
- 入院に伴って、変化した高齢者の生活機能に応じたケアプランの迅速な見直しが必要
→ 入退院時の情報の引継ぎが非常に重要になる

大分県における退院時調整の現状(平成24年)

大分市

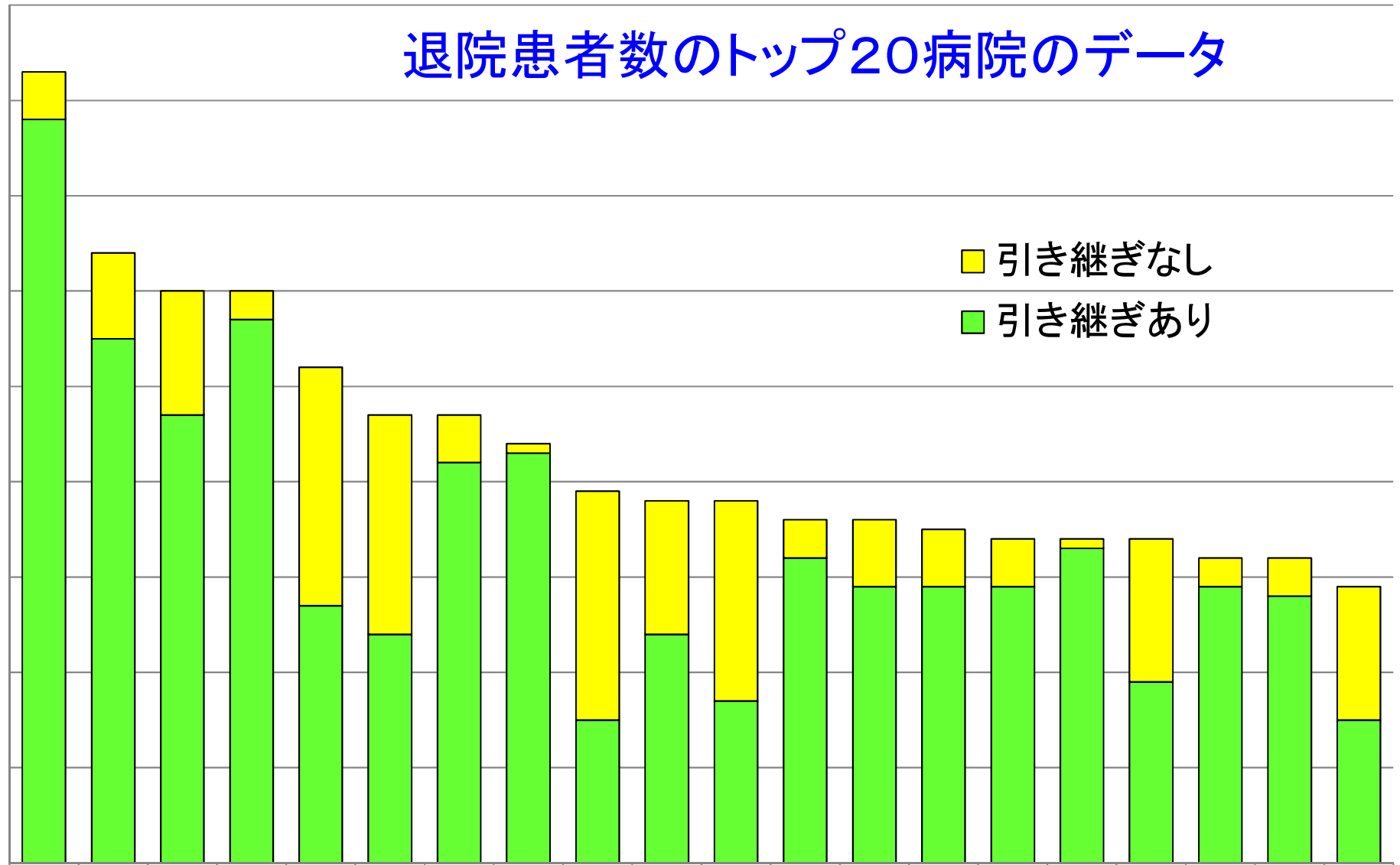
大分市内の医療機関から
大分市内へ退院
退院時調整率 72.9%

大分市内の医療機関から
大分市外へ退院
退院時調整率 62.0%



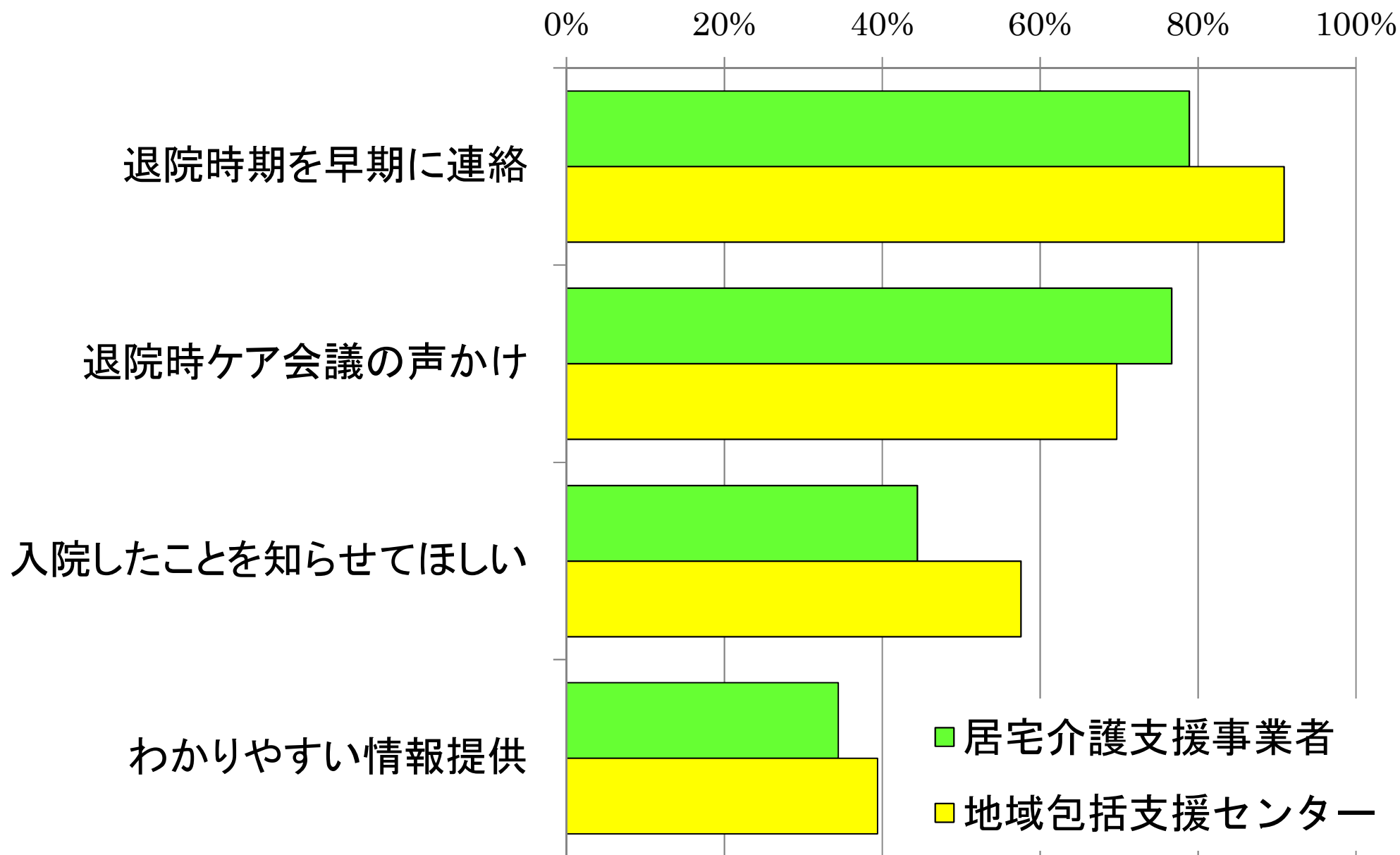
ちなみに、病院別では・・・

(人)



病院によっては退院時の引継ぎがないケースが半数を占める

ケアマネから医療機関への要望



(資料:平成24年大分県福祉保健企画課調査)