


(資料1) 気管切開、在宅酸素、胃瘻経管栄養での支援例



脳卒中訪問リハビリテーション事例

(資料2)



訪問リハビリテーションによる自宅内外の環境整備とADL、IADL訓練などでQOL向上が図れます。

(資料3)

認知症事例 地域マーケットでの買い物



住み慣れた地域社会との交流をホームヘルパーが支援することで笑顔が戻ります。

(資料4)

治療食宅配

治療食宅配で健康と
安心と笑顔をお届けます。

2000年11月 08



私たちはこのような仕事をしています

(資料5) ~ ユニフォームによって“職種”をわかりやすくしています ~

 <p>医師</p> <p>患者様の病気を診断し、治療を行います。また、健康指導や在宅医療などを含め医療のチームリーダーの役割を果たします。</p>	 <p>視能訓練士</p> <p>視力検査や視野検査などの眼科一般検査のほか、斜視・弱視の方に対して視機能検査と回復訓練を行います。</p>	 <p>調理員</p> <p>衛生管理に気をつけておいしく調理した食事を提供します。病棟では盛り付けや配膳を行い、入院患者様とのコミュニケーションを図ります。</p>
 <p>保健師・看護師</p> <p>患者様の医療ニーズに合わせた療養上のお世話・診療の補助、在宅療養者の訪問看護や援助、疾病予防、日常生活に必要な健康衛生の指導を行います。</p>	 <p>臨床工学技士</p> <p>人工呼吸器・人工透析装置などの生命維持管理装置の操作や保安点検などを行います。</p>	 <p>看護師 (地域医療連携科・デイケア)</p> <p>通常の看護業務のほかに、在宅療養への相談や調整、他の施設や開業医との連携調整を行います。また、デイケアでは在宅での生活支援のお世話も行います。</p>
 <p>介護福祉士</p> <p>患者様の食事・排泄・入浴などの身のお世話や、自宅で療養される場合は、ご家族の方に介護の指導を行います。</p>	 <p>臨床心理士</p> <p>患者様の心の問題を解決する仕事です。知覚・認識・感情・行動など心理的プロセスの評価や、苦痛の解消を図ります。</p>	 <p>社会福祉士 (地域医療連携科)</p> <p>治療後、社会復帰の際に障害となる生活上の問題を発見し、日常生活や社会的環境の調整を図ります。また、社会資源を活用した生活しやすい環境作りの相談にお応えします。</p>
 <p>医療助手</p> <p>患者様に対し看護師の指示のもと行う補助業務や、身のお世話、環境整備などを行います。また、リハビリや薬剤科では各専門職の指示のもと、補助業務を行います。</p>	 <p>理学療法士</p> <p>身体に障害のある方に運動療法や理学療法などを用いて、障害や痛みを軽減したり身体機能を高めるための機能回復訓練を行います。</p>	 <p>精神保健福祉士 (地域医療連携科)</p> <p>日常生活で様々な困難や不利益を抱えている精神障害をもった方の受療から社会復帰・参加と自立のために一貫した支援を行います。また、精神科訪問看護の他、療養上の精神的な悩みなどの相談にも応じます。</p>
 <p>薬剤師</p> <p>患者様の病気に合わせて処方された注射薬や飲み薬などを調剤します。また、お薬の効能や服用方法について説明を行います。</p>	 <p>作業療法士</p> <p>心と身体の機能改善や、自分の身の回りの動作が、上手かつ安全に行えるよう訓練し、道具や住宅環境の工夫を提案します。</p>	 <p>事務員</p> <p>医療費請求事務を行います。また、患者様やご家族の方に高額医療や福祉・公的医療費の手続きなどの説明を行います。この他、カルテ管理や文書業務（入院証明書など）を行います。</p>
 <p>臨床検査技師</p> <p>血液を分析したり、痰や尿などからがん細胞を顕微鏡で見つけます。この他、心電図検査や超音波検査も行っており、精度の高い検査結果を提供します。</p>	 <p>言語聴覚士</p> <p>発生や飲み込みの機能維持と向上を図るために、評価・訓練・指導を行います。適切に意思疎通ができ、またお食事が楽しめるように、日常生活を援助します。この他、聴覚検査も行います。</p>	 <p>医療事務員</p> <p>医療費の計算事務を行います。また、入院患者様のご案内や入院時の説明を行います。この他、外来窓口の受付を行います。</p>
 <p>診療放射線技師</p> <p>一般的なレントゲン写真の撮影のほか、CTやMRI、消化管などの造影検査等を行い、診断に役立つ画像を提供します。</p>	 <p>栄養士</p> <p>患者様一人一人の病気に応じた食事内容を献立します。各疾患ごとの栄養相談や地域住民のために、食事での住宅支援も行います。</p>	

利用者に職種の働きを知ってもらうために、専門職にはユニフォームにプライドを持てる努力を期待して。

(資料6)

在宅人工呼吸器管理事例

訪問リハビリテーション
理学療法士

訪問看護師

訪問診療・看護・リハビリ・
介護や緊急時の入院等の
支援で笑顔と安心や感謝
の思いが生まれます。



平成12年度、身体的又は知的障害を有し、退院時に当院に相談が寄せられた60歳以上の障害高齢者の分析

対象者 : 159名 平均年齢 : 82歳 (60 ~ 101歳) 80歳
性別 : 男性 70名 (44%)、女性 90名 (56%)
痴呆の有無 : 痴呆 110名 (69%)、無し 50名 (31%) 56%
障害の状態 : 寝たきり 103名 (64%)、虚弱 56名 (36%) 41%
居住地区 : 井波町 52名 (33%)、他地区 108名 (67%)
本人の退院後の希望 : 自宅 126名 (79%) 施設 1名 (1%)
不明 33名 (20%)

家族の退院後の希望 : 自宅介護 99名 (62%) 施設入所 59名 (37%)

処遇 : 在宅復帰 105名 (66%) 施設入所 55名 (34%)

年齢 (84歳以下 / 85歳以上)

1.2

(資料7)

性別 (男性 / 女性)

2.5 #

障害 (虚弱 / 寝たきり)

58.3 * * *

家族意志 (介護する / できない)

63.1 * * *

介護者の年齢 (64歳以下 / 65歳以上)

18.1 * * *

居住地区 (井波町 / 他地区)

2.1 #

障害高齢者は大部分
自宅を希望されたが、
ADL困難例や家族介
護力低下例では施設入
所率上昇が見られた。

1.4

平成7 ~ 8年

(資料8)

石井知事のタウンミーティング 少子高齢化社会の福祉と医療について

地域医療・在宅医療の基本的な思い

平成19年4月30日

南砺市民病院院長代行 南 眞司

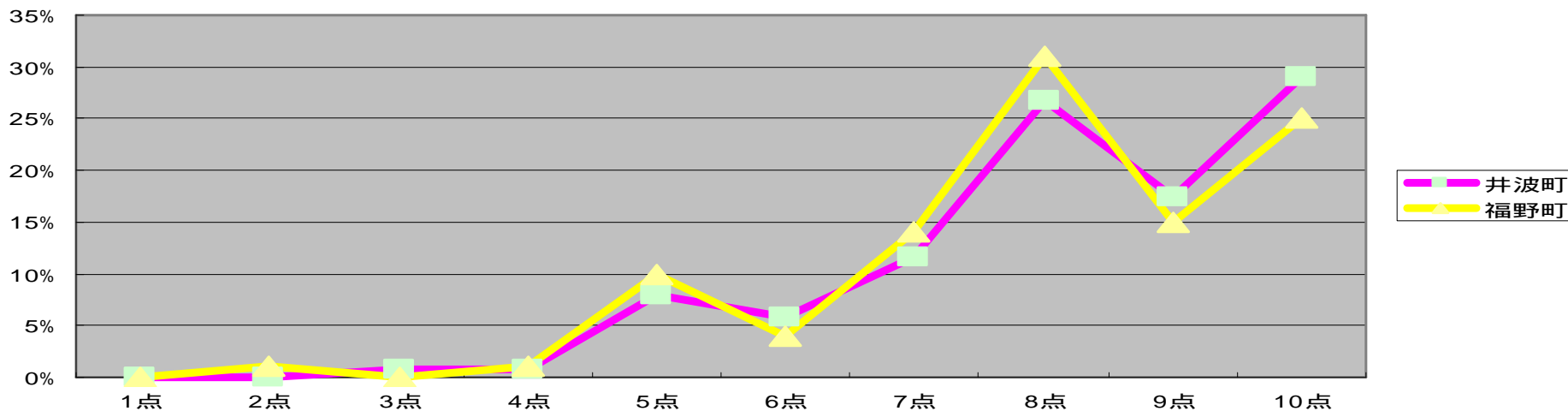
- ・ 長年家庭や地域に貢献されてきた高齢者を不幸にしてはいけなし、支える家族も犠牲にしてはいけなし。
- ・ 家族の過大な負担は家庭を崩壊に導く。
しかし、本人・家族への適切な支援(優れた専門職チームと理解ある地域)があれば、家族の絆を強くし優しさや思いやりを育む大切な機会になる。
- ・ 高齢者・障害者を押し付けあう社会にしてはいけなし。
病院、施設、家族そして社会が一步ずつの努力と協力をして、笑顔で生活できる地域社会を作ることが大切。

在宅要介護者の主たる介護者への在宅サービスの総合的満足度調査

平成16年7月井波町在宅介護支援センター調査

(資料9)

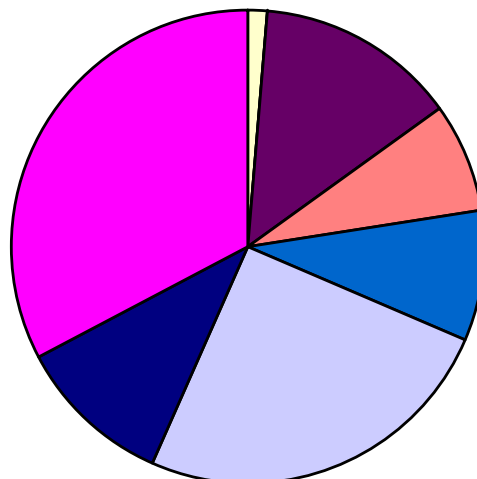
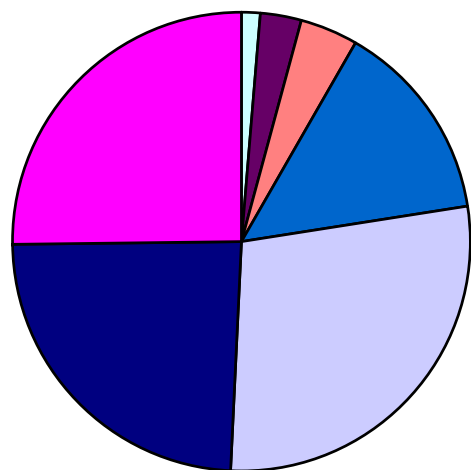
全体的なサービス満足度



井波町要3, 4, 5群の全体的満足度

要支援、1, 2群の全体的な満足度

- 1点
- 2点
- 3点
- 4点
- 5点
- 6点
- 7点
- 8点
- 9点
- 10点



重度な要介護対象者の主たる介護者は軽度対象者より在宅サービスに対する全体的な満足度が高い傾向が見られた。

(資料10) 障害高齢者の希望に沿い家族の犠牲を伴わない生活

1、自立性確保;日常生活動作能力維持向上

- 病気や怪我をしない ~ 予防、保健活動 ~
- 病気や怪我の障害軽減 ~ 早期適切な医療 ~
- ~ 適切なリハビリ提供 ~

2、在宅支援基盤強化

本人の自立性支援と家族の自己実現の確保

- ~ 在介やケアマネージャーの質の向上と人員の確保 ~
- ~ 訪問診療、看護、介護、リハビリ、治療食宅配等の質向上と量の確保 ~

3、地域リハビリテーション概念の啓発

高齢者・障害者が自宅や地域で共に生活する事の必要性や重要性を専門職・

住民共に再確認する

地域住民へ南砺市民病院からのお願い

- 1、住民一人一人が健やかに生きる努力を
- 2、地域としてノーマライゼーションに取り組む
- 3、実際に地域住民に障害が発生した場合は本人・家族の支援を提案する
- 4、しかし、在宅生活か施設かなどの決定は本人・家族が行うことで、地域住民を含め全ての支援者はその決定を大切にしてほしい。専門職等は環境整備に努める。

チーム医療の原点となった事例

(資料11)



脳梗塞後遺症 嚥下・構音障害

平成13年2月25日
三国かに食い旅行

写真はご家族の了解を得て掲載しています。

(資料12)



山野地区福祉講座

(資料13)

認知症サポーター作り

演題 認知症ってなんぞ?
講師 認知症キャラバンメ
浅田富美子

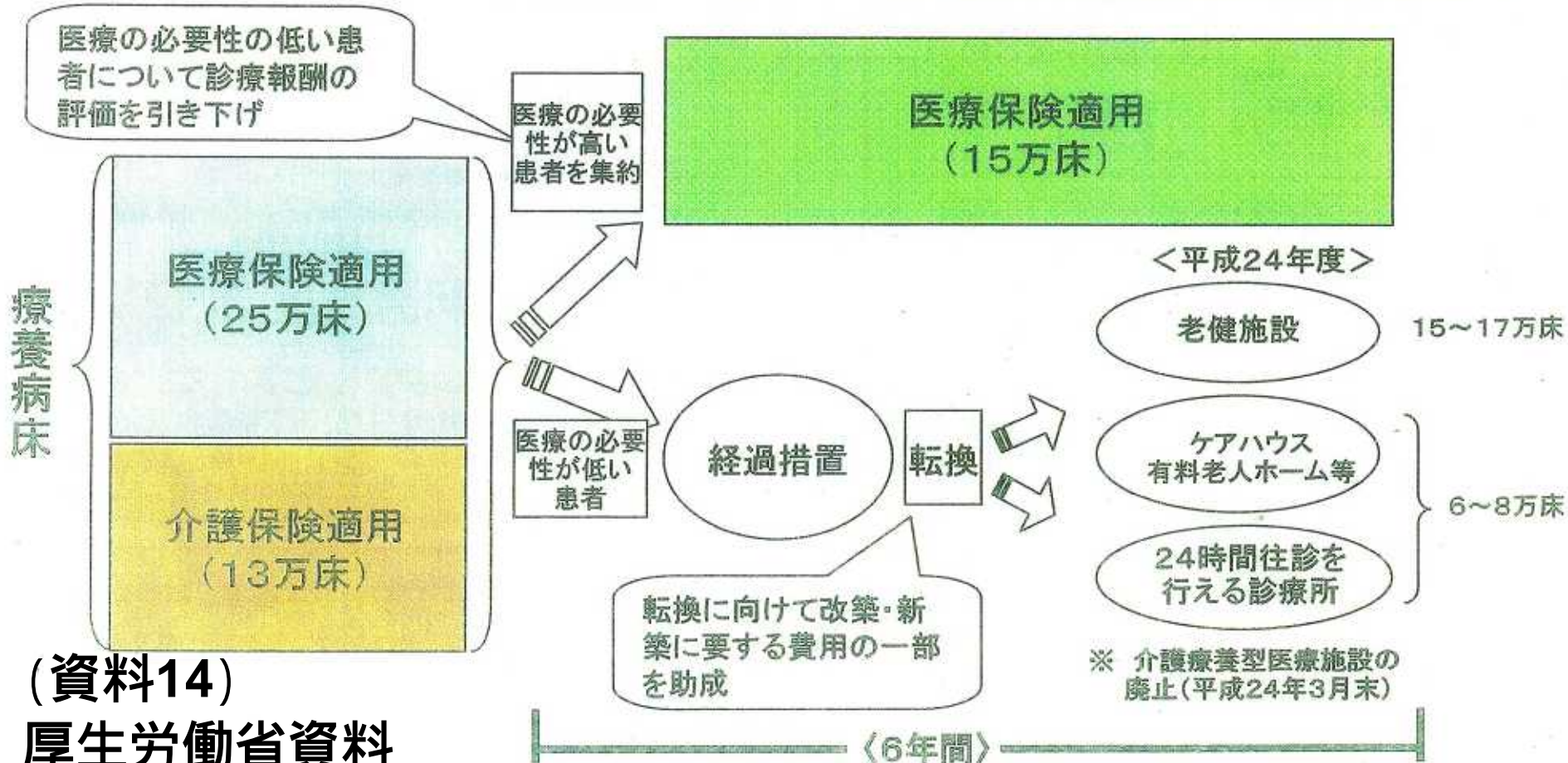
おげあちゃん

平成19年2月 南砺市山野公民館

医療サービスの必要性を踏まえ療養病床の再編成を行います

再編成は次のような形で進めます。

- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は6年後であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



(資料14)

厚生労働省資料

訪問リハビリ療法士



平成19年度
南砺市訪問看護ステーション
看護師11名
理学療法士3名
作業療法士3名
言語聴覚士1名

私たち18名が自宅療養される
お宅へ伺っています。
宜しくお願いいたします。

(資料15)

訪問看護師



(資料16) 南砺市民病院の地域包括医療・在宅医療の歴史

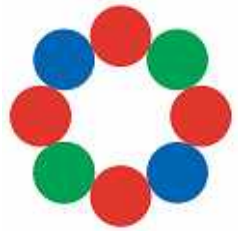
昭和59年	1月	不定期訪問看護開始、訪問診療開始
昭和60年	7月	在宅酸素療法開始、定期的医師訪問診療開始
昭和63年	12月	訪問リハビリテーション開始
平成2年	4月	地域医療室開設
平成4年	4月	病院増改築完成、住宅リフォームのための家庭訪問開始
平成6年	4月	病院併設井波町在宅介護支援センター開設
	6月	井波町高齢者サービス調整チーム実務者会議開始
平成7年	4月	医療ソーシャルワーカー(MSW)採用
平成10年	4月	介護福祉士採用
	10月	第一回介護支援専門員試験8名合格
平成11年	4月	言語聴覚士(ST)、臨床心理士採用
	5月	脳卒中患者会「あゆみの会」設立、ストロークユニット創設
	9月	居宅介護支援事業者認定(在介センター、病院、訪問看護)
	10月	病院併設井波町訪問看護ステーション開設
平成12年	1月	井波町訪問看護ステーションに訪問リハビリテーション部門開設
	4月	訪問介護部門開設、配食サービス開始
平成13年	4月	回復期リハビリテーション準備病棟開設、社会復帰支援システム委員会開始
平成14年	1月	地域リハビリテーション広域支援センター指定
		地域リハビリテーション研修会・勉強会・懇談会開設
	4月	病院機構改革にて保健福祉医療部創設
平成15年	4月	井波町地域福祉支援センター創設、地域リハビリテーション推進委員会
平成16年	1月	デイケアセンター、パワーリハビリテーション開設
	4月	病院増改築完成、回復期リハビリテーション病棟開設

南砺市民病院理念

医療・保健・福祉活動を通じて、市民の健康で豊かな生活に貢献します。

基本方針

- 1、市民の視点に立ち、市民と共に歩む病院にします。 (資料17)
- 2、質の高い安全な医療を公平に提供します。
- 3、市民が、その人らしい幸せな生涯を過ごせるよう支援します。



平成16年1月増改築完成

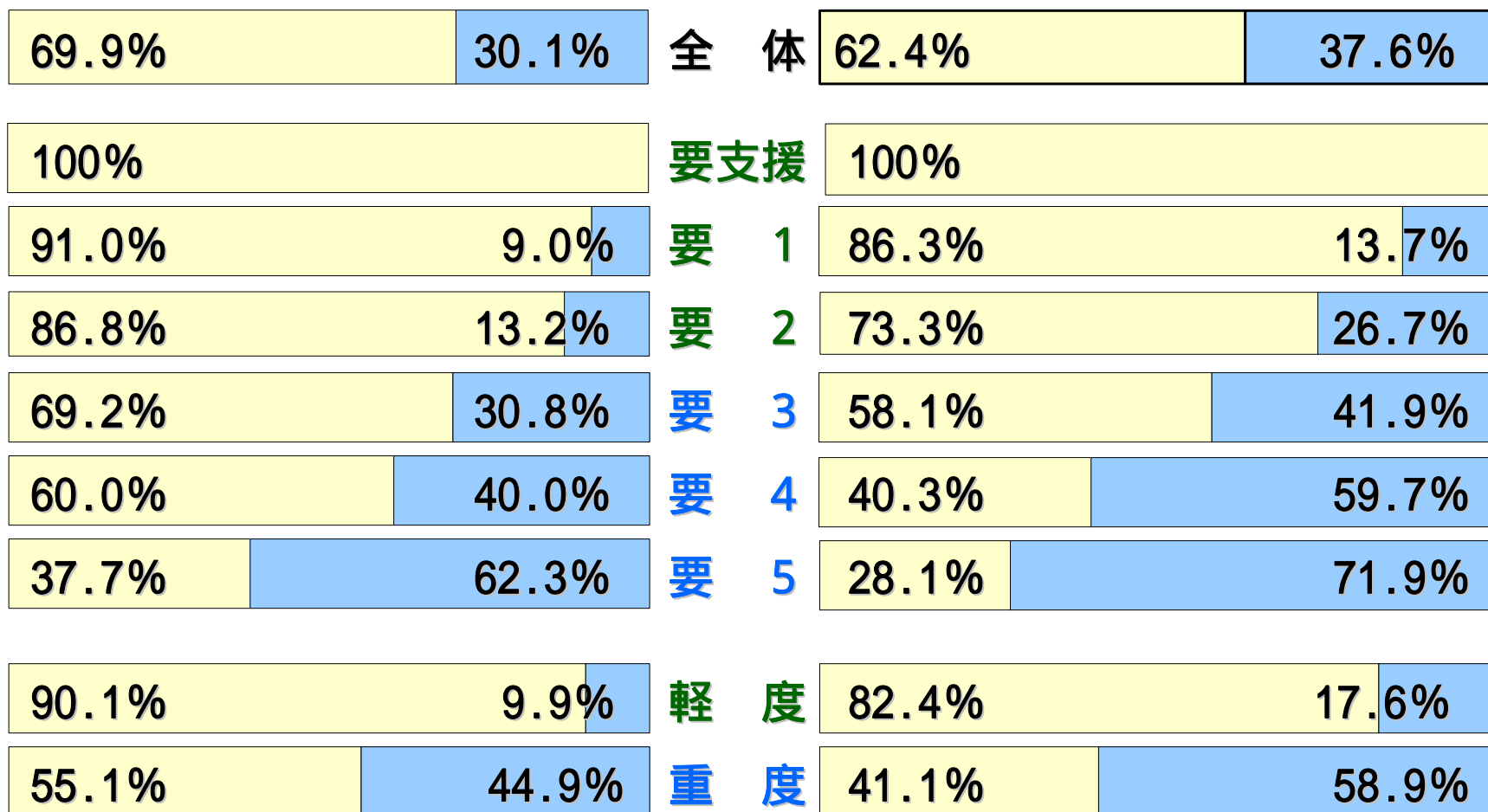
17診療科、180床；一般144床、回復期リハビリ36床



2006年12月 日本医療機能評価機構認定更新 平成18年10月 増改築完成予想図

(資料18) 要介護度別の在宅・施設割合 平成15年9月

□在宅 □施設

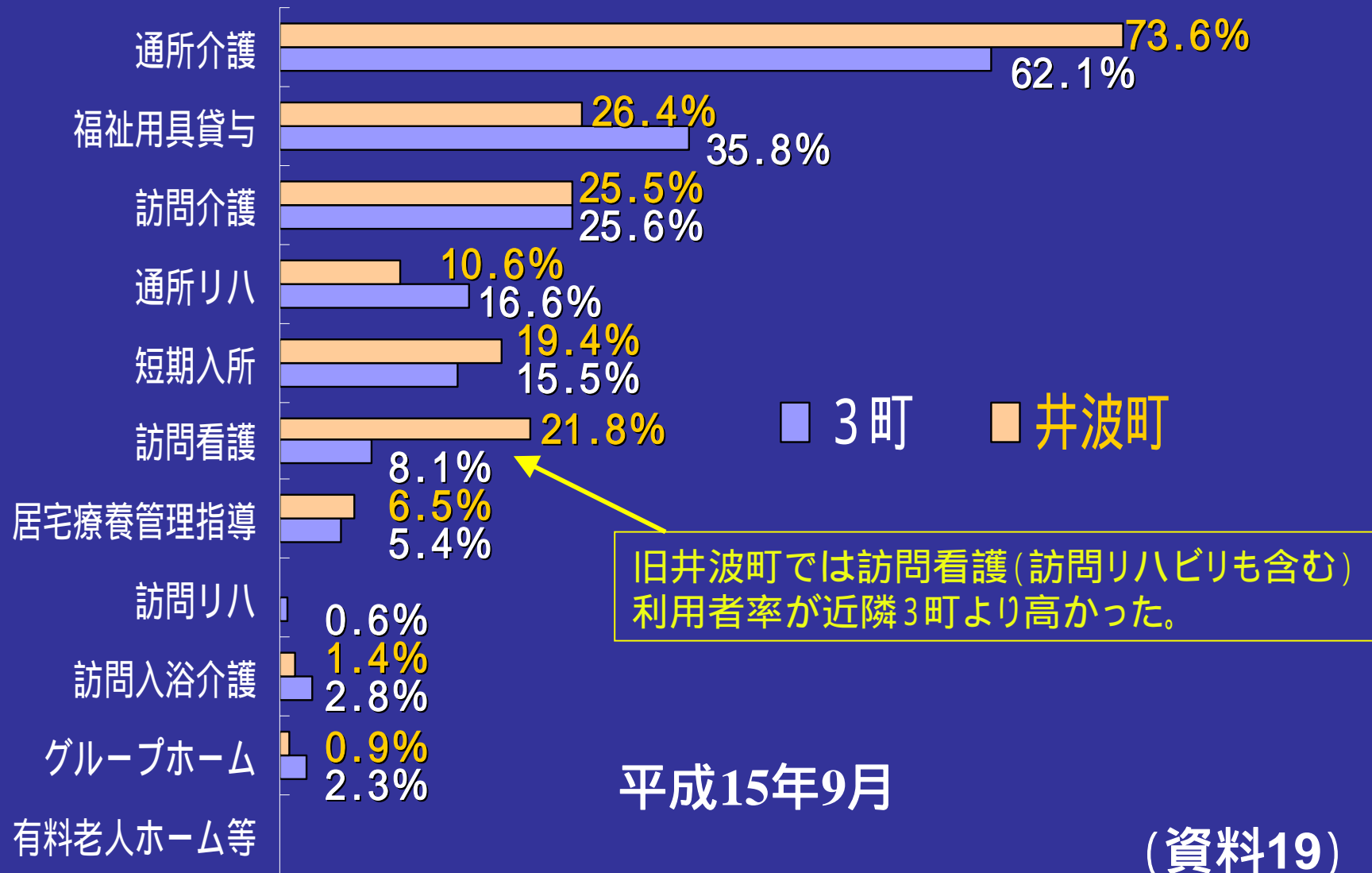


旧井波町

近隣旧3町

旧井波町では介護度3～5の重度障害者の在宅支援率が14%高い

在宅サービス種類別利用人数 [サービス利用率の分析]



(資料20)

訪問看護ステーション



(資料21)



連携し支援し合っています。

(資料22)

南砺市民病院



回復期リハビリ病棟

デイケアセンター



訪問診療・訪問看護



治療食宅配

南砺市介護福祉支援センター

訪問看護ステーション



看護師11名

ホームヘルプステーション



PT-OT3名、ST1名

在宅介護支援センター



ケアマネ9名

(資料23)

南砺市における在宅医療検討会

今後の訪問看護、訪問リハビリテーションのあり方を検討した。



南砺市医療局、南砺市民生部、
南砺市介護福祉支援センター、
南砺市民病院等
平成19年6月12日
南砺市介護福祉支援センター会議室

富山県のリハビリテーション圏域

(資料24)

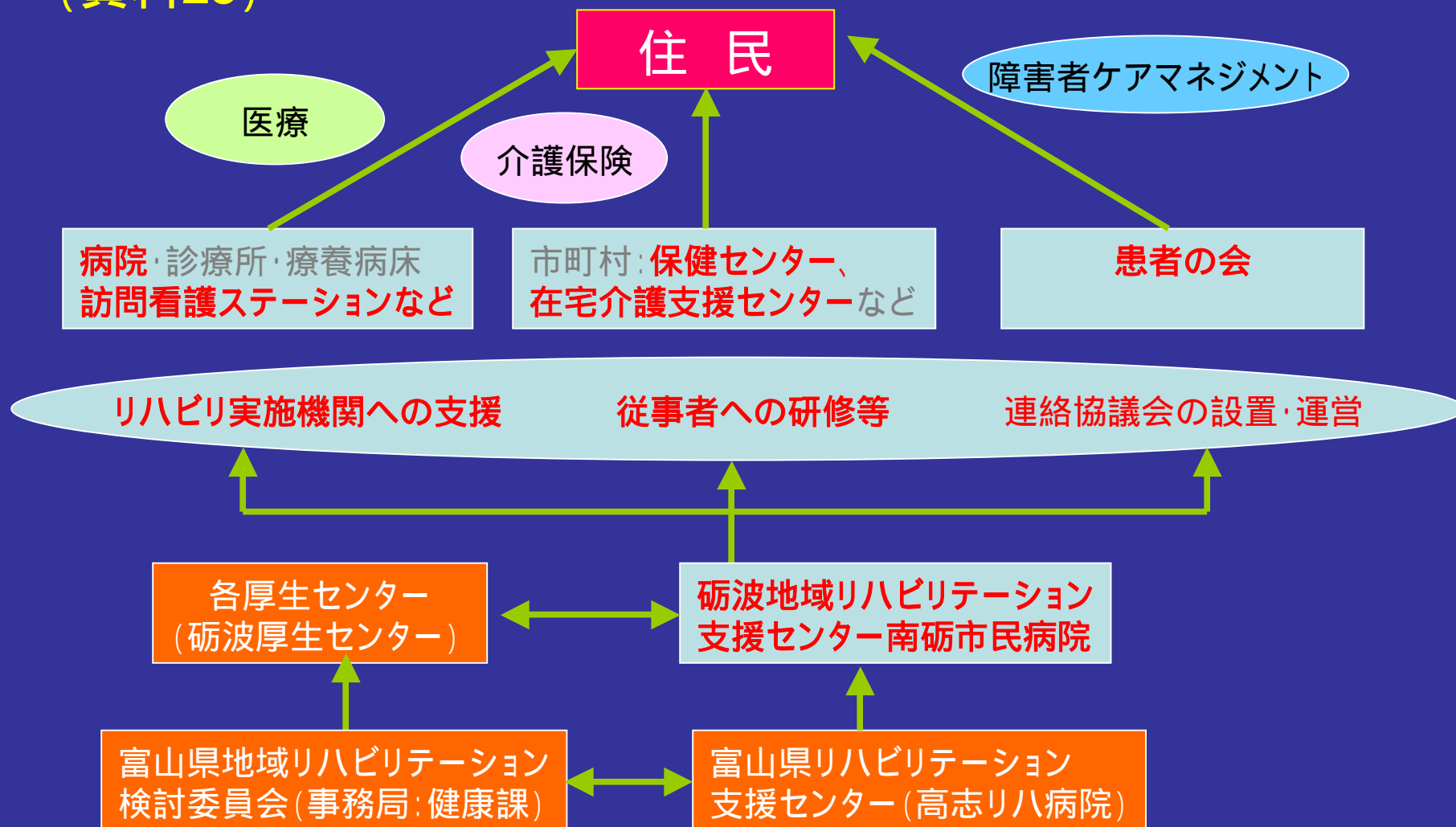


平成14年1月指定、富山県4医療圏での保健所と地域リハビリテーション広域支援センター

富山県の地域リハビリテーションの体系図

砺波地域リハビリテーション支援センター南砺市民病院の活動図

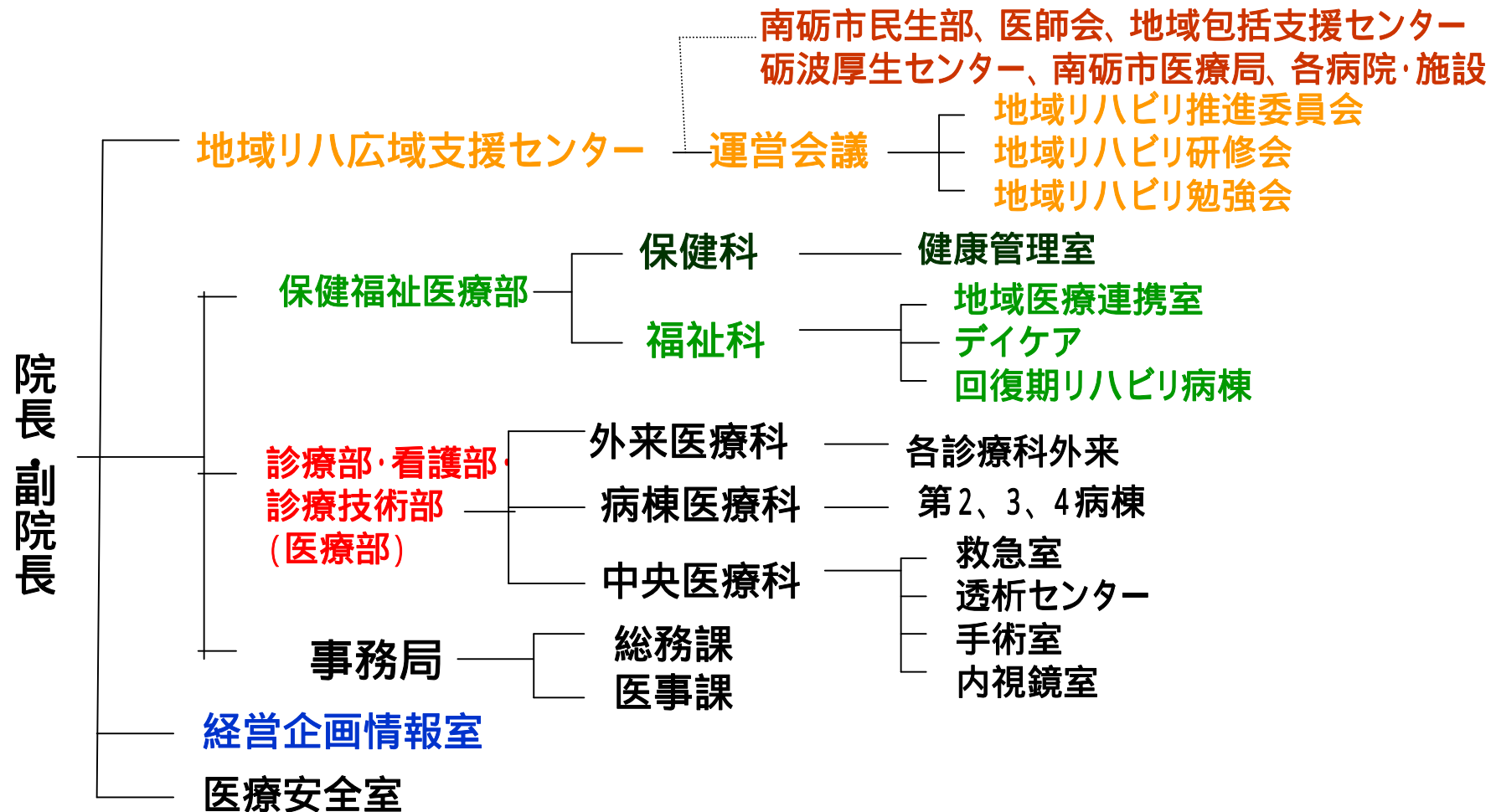
(資料25)



(資料26) 平成19年度からの南砺市民病院組織機構図

基本方針; 国保直診として地域包括医療ケアシステム作りを通して病院理念の「医療・保健・福祉活動を通じて市民の健康で豊かな生活に貢献」を達成する組織作り(ネットワーク)と人材育成を図る。

- 1) 院内統括部門「経営企画」「医療安全」「事務」機能; 病院全体の課題を担当
- 2) 「診療部」「看護部」「診療技術部」は急性期医療を担当し、今後「医療部」を創設し担当
- 3) 「保健福祉部」; 主として院内の保健・福祉医療を担当
- 4) 「地域リハビリテーション広域支援センター」; 病院外とのネットワーク作りと人材育成を担当

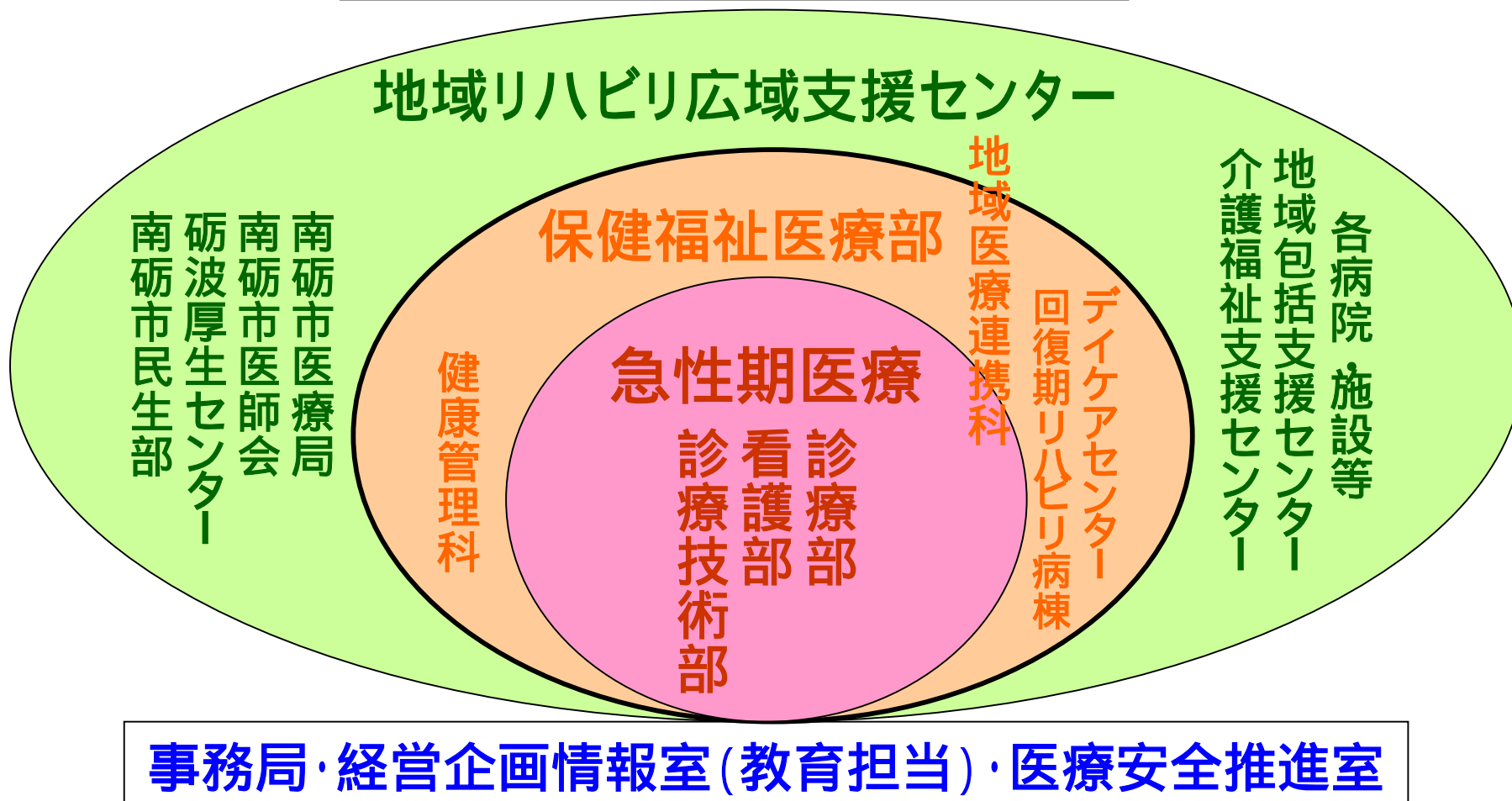


南砺市民病院地域医療体制のイメージ図

医療・保健・福祉活動を通し、市民の健康で豊かな生活に貢献します

(資料27)

住民、患者・家族の生活



平成19年4月2日作成

(資料28)

地域リハビリテーション支援センター運営会議

毎年6月、11月に開催

砺波厚生センター、南砺市医師会、南砺市民生部・医療局・包括支援センター・介護福祉支援センター、各病院・老健・特老、その他施設関係者が参加し現状と課題、要望等を検討する。
平成19年11月28日(水曜日、午後3時)南砺市民病院講堂

(資料29)

平成18年11月 第10回運営会議で提案された課題と対応

1、施設・病院から在宅復帰への枠組み作りが必要

1)医療必要度の高い在宅支援利用者の増加

介護型病院廃止、医療型病院削減及び超高齢化の進行等で試算では南砺市全体で平成24年度までに新たに130名前後増加。

2)医療系訪問サービス整備

南砺市広域圏で訪問診療医師1名、訪問看護師5～6名、訪問リハビリ4～5名の確保と育成が必要だが、南砺市では現時点では民間医療機関や施設での確保は困難であり公的な整備が必要。

3)医療処置対応可能な通所系サービス整備

頻回な吸痰・導尿、インシュリン注射、IVH・HOT・人工呼吸器・人工透析等の確保が必要だが、現時点で処置内容によっては困難。

4)在宅復帰困難事例への対応能力向上

南砺市地域包括支援センターや南砺市介護福祉支援センター、南砺市民病院地域医療連携科等と連携し1事例ずつ成功体験を積み上げてゆく必要がある。

5)ケアハウスなどの介護付き住居の確保

今後、南砺市全体での検討が必要。

2、ケアマネジャーの確保とレベルアップ

3、必要な施設や病院、在宅にPTOTST等の派遣

4、認知症診療ネットワーク作りの推進と専門職の育成と介護家族への啓発

5、在宅や施設での終末期医療ケアと看取りの体制作り

6、自立支援法制定に伴う3障害(身体、知的、精神)への支援

(資料30) 地域リハビリテーション推進委員会

今後の地域包括医療の構築に向けて

- 1、地区医師会、各病院・施設との連携
- 2、厚生センター、保健・福祉行政、地域包括支援センターとの連携
- 3、在介センター、居宅支援事業所、各種サービス事業所との連携
- 4、社会福祉協議会、老人会、民生委員等との連携

基本指針として「施設から在宅へ」「お世話から自立支援へ」「幸せを感じる時間と空間作り」を目指し、南砺市広域圏における医療、保健、介護、福祉サービスを利用者に選択してもらえる環境整備に努める。



平成19年度 地域リハビリテーション推進委員会の課題と担当分科会長

「リハビリテーションの構築」分科会会長;南砺市民病院 堀尾欣三

- 1)急性期～回復期～維持期・終末期までの一貫したリハビリサービスの構築と連携
- 2)介護予防サービス、地域支援事業へのリハビリの関わりと支援方法の統一
- 3)施設や在宅へ必要なりハビリテーションスタッフの派遣と人材育成

「医療・療養機能」分科会会長;南砺市民病院回復期リハビリ病棟専従医 八尾直志

- 4)回復期リハビリテーション病棟の地域における機能強化(連携パス作り)

「入所・居住系サービス」分科会会長;井波在宅介護支援センター所長 藤井公香

- 5)介護支援専門員の確保と育成、6)医療必要度の高い利用者のショートステイ基盤整備

「通所系サービス」分科会会長;南砺市民病院デイケアセンター 吉岡慎司

- 7)通所リハビリテーションの機能強化と基盤整備

「訪問系サービス」分科会会長;井波訪問看護ステーション所長 村井真須美

- 8)南砺市広域圏全体の訪問看護機能向上、9)訪問ST機能の確立

「地域療養管理1」分科会会長;南砺市民病院診療部 荒幡昌久・薄田大輔

- 10)南砺市広域圏全体の訪問診療機能の向上

「地域療養管理2」分科会会長;南砺市民病院地域医療連携科主任 尾田浩美

- 11)在宅・施設でのターミナルケアの体制作りと運用、12)地域NST機能の確立

「その他在宅支援サービス」分科会会長;南砺市民病院地域医療連携科師長 重倉俊子

- 13)認知症診療ネットワーク作り、14)施設や病院から在宅への支援体制作り

「地域包括支援センター1」分科会会長;南砺市地域包括支援センター副主幹 大浦幸代

- 15)要支援者へのサービス基盤整備、16)特定高齢者、一般高齢者への介護予防基盤整備

「地域包括支援センター2」分科会会長;南砺市地域包括支援センター看護師 瀧 和江

- 17)虐待や権利擁護対応に向け地域ケア情報ネットワークの構築、18)困難事例への対応

「高齢者の健康管理」分科会会長;南砺市健康課地域保健係主任 河原洋子

- 19)高齢者の健診及び健康管理

「自立支援法対応」分科会会長;南砺市福祉課障害福祉係係長 納村昇行

- 20)自立支援法策定に伴う3障害への支援

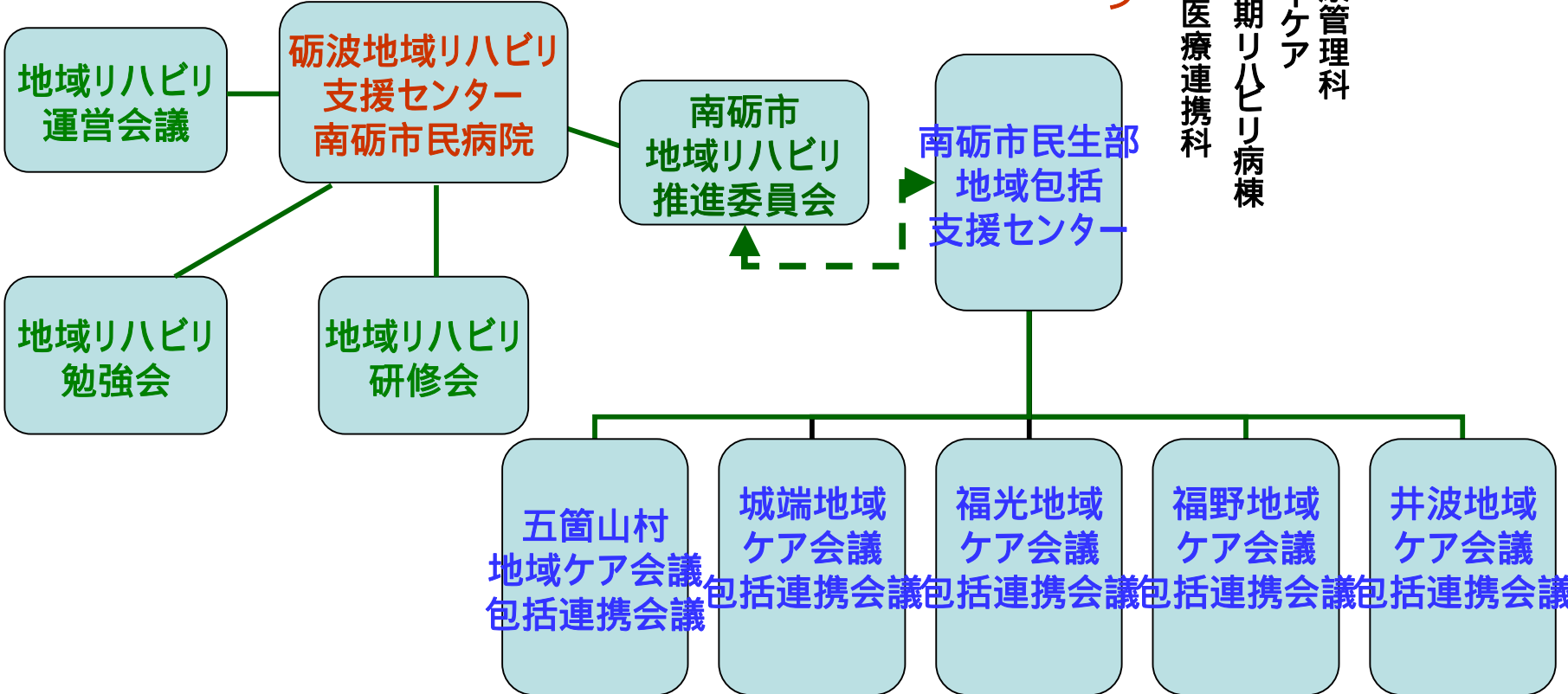
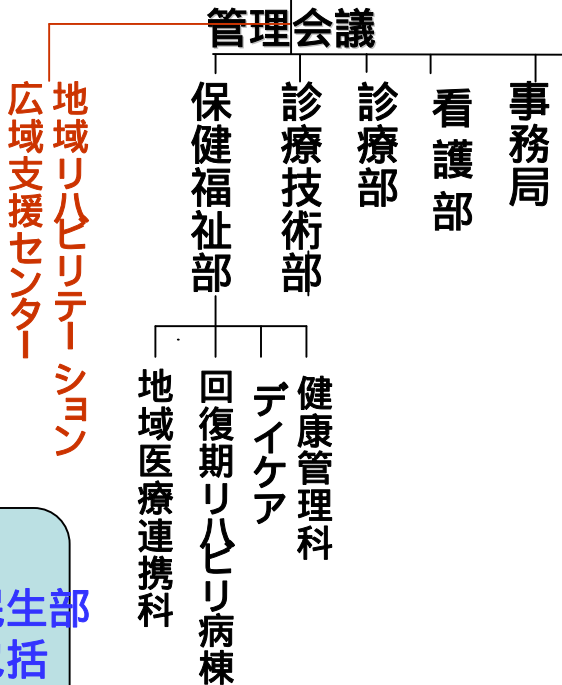
(資料31)

南砺市民病院組織図

(資料32)

砺波地域リハビリテーション支援センター
南砺市民病院の全体像

南砺市民生部、医師会、地域包括支援センター、砺波厚生センター、南砺市医療局、各病院・施設などと連携



地域リハビリテーション研修会

(資料33)



開催場所; 南砺市民病院リハビリセンター

開催日時; 毎月第1月曜日午後6時～7時30分

研修内容; 講演、パネル検討会、事例検討等

参加職種; 医師、看護師、保健師、ケアマネジャー、リハビリスタッフ、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等

参加人数; 毎回約100名の参加

平成18年度研修内容

- 4月; 脳卒中の新たな急性医療の展開
- 5月; 地域包括支援センターの紹介地域
- 6月; 認知症、キャラバンメイト・サポーター
- 7月; 終末期の医療とケア
- 8月; 回復期リハビリテーション病棟
- 9月; 高齢者のうつの評価と対応
- 10月; 障害者自立支援法について
- 11月; 在宅施設での栄養評価
- 12月; 当院のもの忘れ外来の役割
- 1月; 高齢者の虐待
- 2月; 面接技法について
- 3月; 終末期の医療ケアと看取りの取り組み

平成19年度

- 4月; 病院施設から在宅へ～現状と課題～
- 5月; 医療必要度の高いショートステイの問題点
- 6月; 認知症バリデーションとサポーター育成
- 7月; 特老ホームでの医療必要度の高さ
- 8月; 終末期医療と家族への教育
- 9月; 家でできて施設でできない行為
- 10月; 高齢者が危ない～悪徳商法、虐待等～
- 11月; 施設から在宅への現状と課題
- 12月; 口腔機能について
- 1月; 認知症の方になぜ訪問看護が必要か
- 2月; 嚥下性肺炎プロジェクト報告
- 3月; 4疾病5事業の地域連携について

(資料34)

地域リハビリテーション勉強会

月1回第三月曜日
午後6時30分より開始

参加: Dr・PT・OT・ST
近隣療養型・老健
訪問看護ステーション
病院スタッフ

内容:
抄読・症例報告
研修報告・研究状況
情報交換等



(資料35) 地域リハビリフォーラム開催

平成19年度 フォーラム基本テーマ(案)
「この地域でその人らしく輝いて生きる」

日時;平成20年3月1日(土)

場所;福野体育館

フォーラム;研修室、午後2時～4時

1、認知症啓発ビデオ上映

2、母親の介護を語る

「これからも、ずーと一緒についてね」

対談;患者家族・訪問看護師

司会者;訪問看護ステーション村井所長

3、むせたり、食べれなくなった時はどうする
～嚥下・摂食障害への評価と対応～

演者;言語聴覚士

4、この地域でその人らしく輝いて生きるために
～在宅医療ケアの現状と展望～

演者;南砺市民病院院長 南 眞司

司会者;富山県砺波厚生センター横川所長

パネル展示;1階広場、午後1時30分～5時

各施設、病院、組織等より;現在の取り組み等、
平成19年度の地域リハビリ研修会発表内容、推
進委員会資料等

平成16年度開催

南砺市民フォーラム



心きあつて、「癒ほう」と共に生きる

12.4 (土)

〔開演〕 14:00～16:00
〔場所〕 福野文化創造センター ヘリオス

開会挨拶: 南砺市民病院院長 倉知 園氏
南砺市医会 会長 吉岡 勉氏

どなたでも参加いただけます。

<p>司会 国立病院機構北陸病院 副院長 坂本 宏氏</p> <p>〔特別講演〕 「癒ほうとのつき合い方」 福田医院 院長 福田 孜氏</p>	<p>〈シンポジウム〉 「癒ほうの方が安心して 自宅生活を過ごしてもらうために」 座長 富山県福祉厚生センター 所長 横川 博氏 パネリスト 志保さんのご家族 山下 一美氏 ディサービスこやかな里 代表 藤 紀美氏 南砺市在宅介護支援センター アフタージョー 竹内 真伸氏 コメンテーター 福田医院 院長 福田 孜氏 閉会の挨拶 南砺福祉リハビリテーションセンター 南砺市民病院 センター長 南 眞司氏</p>
---	---

問い合わせ先:「南砺市民フォーラム」事務局
〒930-8799 富山県砺波市1-18 在光生命館山ビル4階 TEL 076-432-9030 FAX 076-441-1034

共催: 砺波地域リハビリテーション支援センター・南砺市民病院・南砺市医会・富山県精神科医会
エーザイ株式会社・ファイザー株式会社

後援: 南砺市・南砺市社会福祉協議会・ばけ老人を抱える家族の会・富山県支部・北日本新聞社

(資料36)

2007年(平成19年)7月20日 金曜日

北 日 本

北日本新聞掲載 砺波地域リハビリ支援センター南砺市民病院と 南砺市地域包括支援センター合同での 認知症サポーター養成講座

井口中

認知症皆で支えよう

生徒がサポーター講座

南砺市地域包括支援センター(滝本清所長)と南砺市民病院(倉知圓院長)などは十九日、同市井口中学校(松田昭治校長)で認知症サポーター養成講座を開き、全校生徒三十三人が認知症への理解を深め、症状がある人や家族を支える地域の

在り方を考えた。

国際長寿センター(東京)や厚生労働省などが進めるキャンペーンの一環。認知症の人と家族を応援する「認知症サポーター」を全国で百万人養成し、認知症でも安心して暮らせる地域づくりを目指している。南砺市は本年度から同サポーターと認知症キャラバン・メイト(サポーター養成講座の講師役)を育成しており、中学校での講座は今回が初めて。

南眞司同病院院長代行が認知症の原因や症状などを説明。「認知症の人と家族が笑顔で生活できる地域をつくりたい。地域や家庭で弱っている人を支えるサポーターになってほしい」と話した。

生徒は六つの班に分かれ、南院長代行ら六人のキャラバン・メイトとともに認知症の人への接し方などを話し合った。



南院長代行(右)の説明を聴く井口中学校の生徒

(資料37)

事例紹介～夜間・休日の導尿処置が困難～

事例:男性 80歳 要介護4

障害度:老人の日常生活自立度 :A1、認知症老人の日常生活自立度 : b

病名:多発性脳梗塞、アルツハイマー型認知症、神経因性膀胱、前立腺肥大

家族構成:本人、妻、娘夫婦、孫2人の6人家族

家庭介護状況:妻は自営で腰痛、膝痛あり、娘夫婦は就労で日中不在。

日常生活能力

食事:部分介助

移動:全介助

排泄:全介助

更衣:部分介助

入浴:全介助

理解:部分介助

現サービス:土～月 短期入所生活介護

火・木・金 通所介護

水 通所リハビリ

必要な医療処置:導尿1日3回前後

経過;平成19年1月尿路感染症悪化等で自排尿困難となってから、訪問看護を毎日利用し妻へ導尿処置指導したが、腰痛と膝関節痛で実施困難な事あり。デイケア、デイサービスやショートステイも導尿が1～2回で、臨時のショートステイは空きがなく困難。

主たる介護者が病気で介護困難になった場合の
支援基盤が不十分で、結果的に施設入所になった事例

(資料38) 平成18年南砺市民病院退院後の在宅サービス利用状況
 ~ 要介護3・4・5の患者様 ~

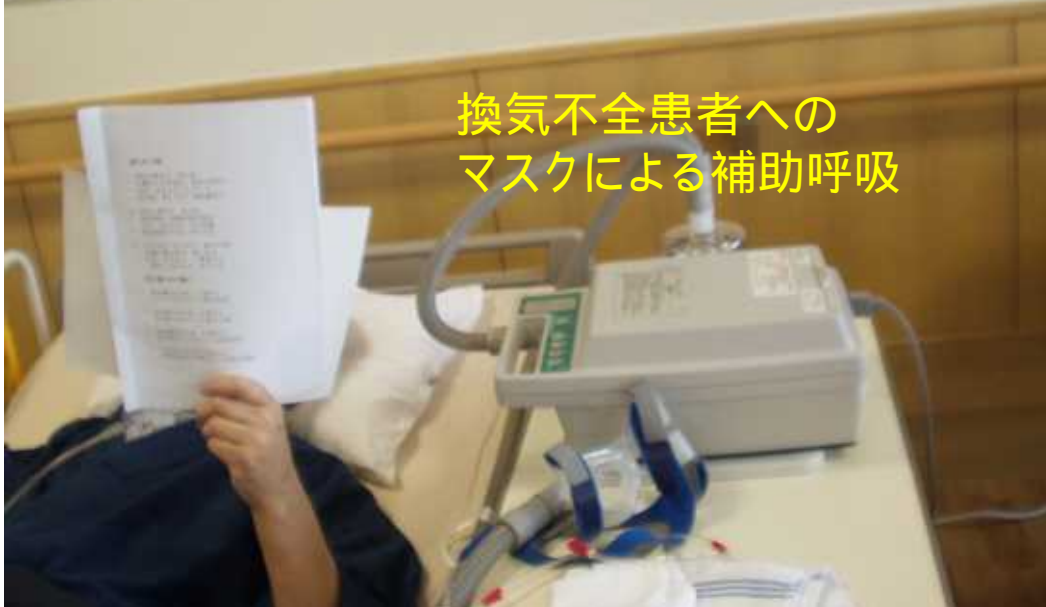
	要介護3	要介護4	要介護5
在宅復帰者数(人)	48	29	24
訪問看護 (%)	12.5	55.2	91.7
訪問リハビリ (%)	25	31.0	37.5
ホームヘルプ (%)	20.8	10.3	37.5
訪問入浴 (%)	2.1	3.4	25.0
デイサービス (%)	41.6	41.4	50.0
デイケア (%)	39.6	37.9	25.0
配食弁当 (%)	8.3	6.9	4.1
ショートステイ (%)	22.9	17.2	12.5
訪問診療 (%)	2.1	27.6	66.7

要介護度の高い対象者に訪問診療や看護等の訪問系サービスは提供できるが、介護家族の休息のためのショートステイやデイケア等の施設サービスは不十分

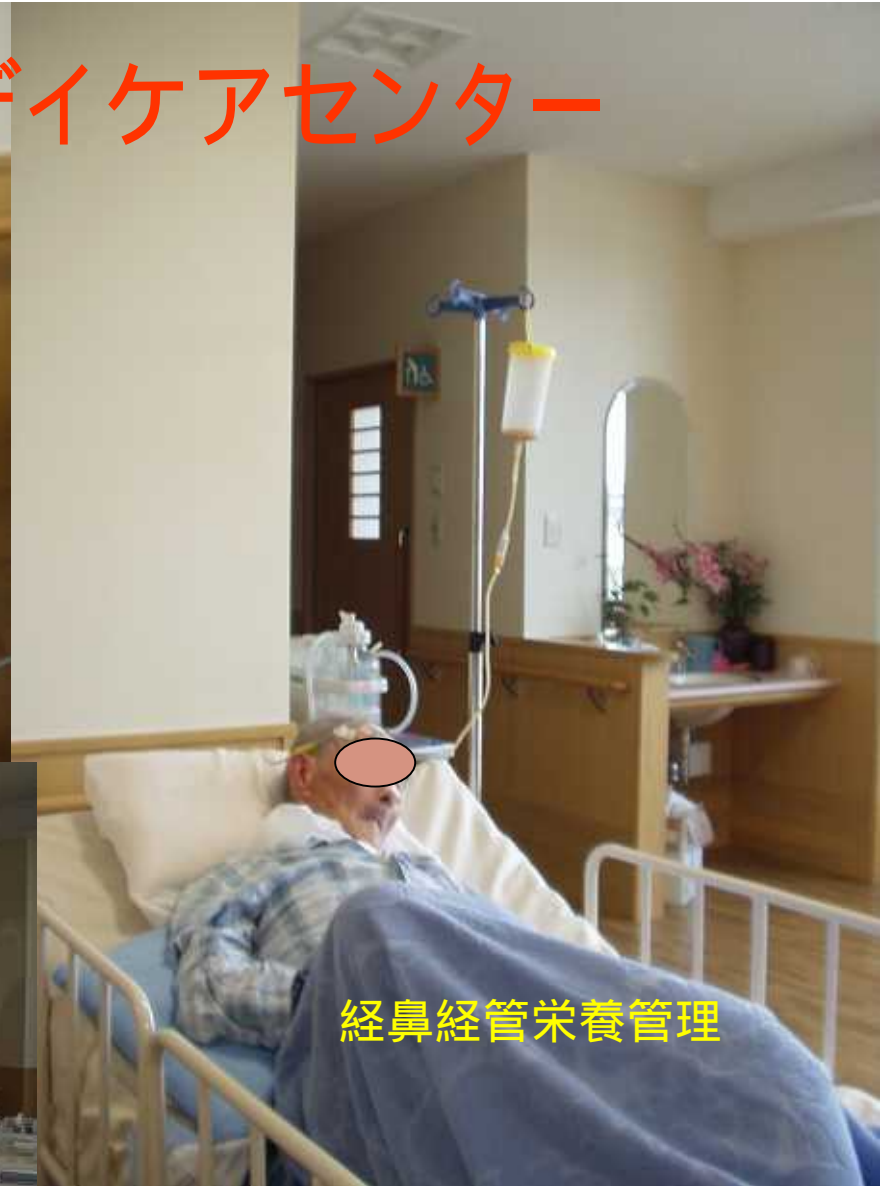
(資料39)

南砺市民病院デイケアセンター

換気不全患者への
マスクによる補助呼吸



経鼻経管栄養管理



ポート設置による中心静脈栄養管理



医療必要度の高い対象者へ
デイケアでの通所看護機能を
付加した在宅支援

(資料40)

4 疾病・5 事業の地域連携

4 疾病; 脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、癌

5 事業; 救急、災害、へき地、小児、周産期医療

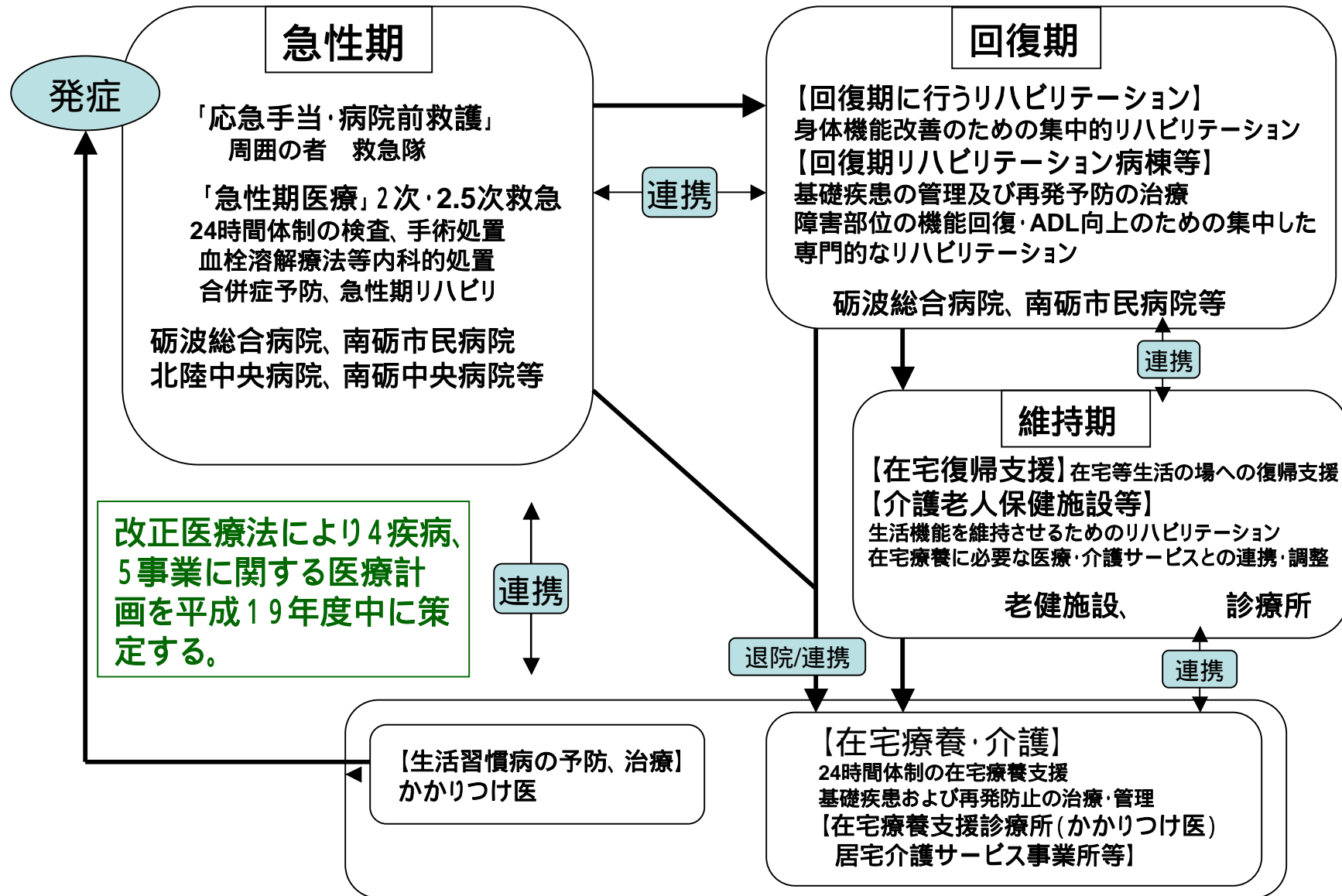
砺波広域圏の地域連携

平成19年度、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の連携から開始し、残る課題は20年度に取り組む。

枠組み作り; 砺波厚生センターが指導し、市立砺波総合病院、北陸中央病院、公立南砺中央病院、南砺市民病院の4公立病院と砺波市・小矢部市・南砺市の3医師会が合同で各疾病や事業の具体的連携体制作りを行う。

砺波広域圏における脳卒中の医療連携の案

(資料41) 《地域連携クリニカルパスによる医療の提供》



(資料42)

介護保険申請の手続き

在宅介護支援センター

南砺市井波在宅介護支援センターでの相談



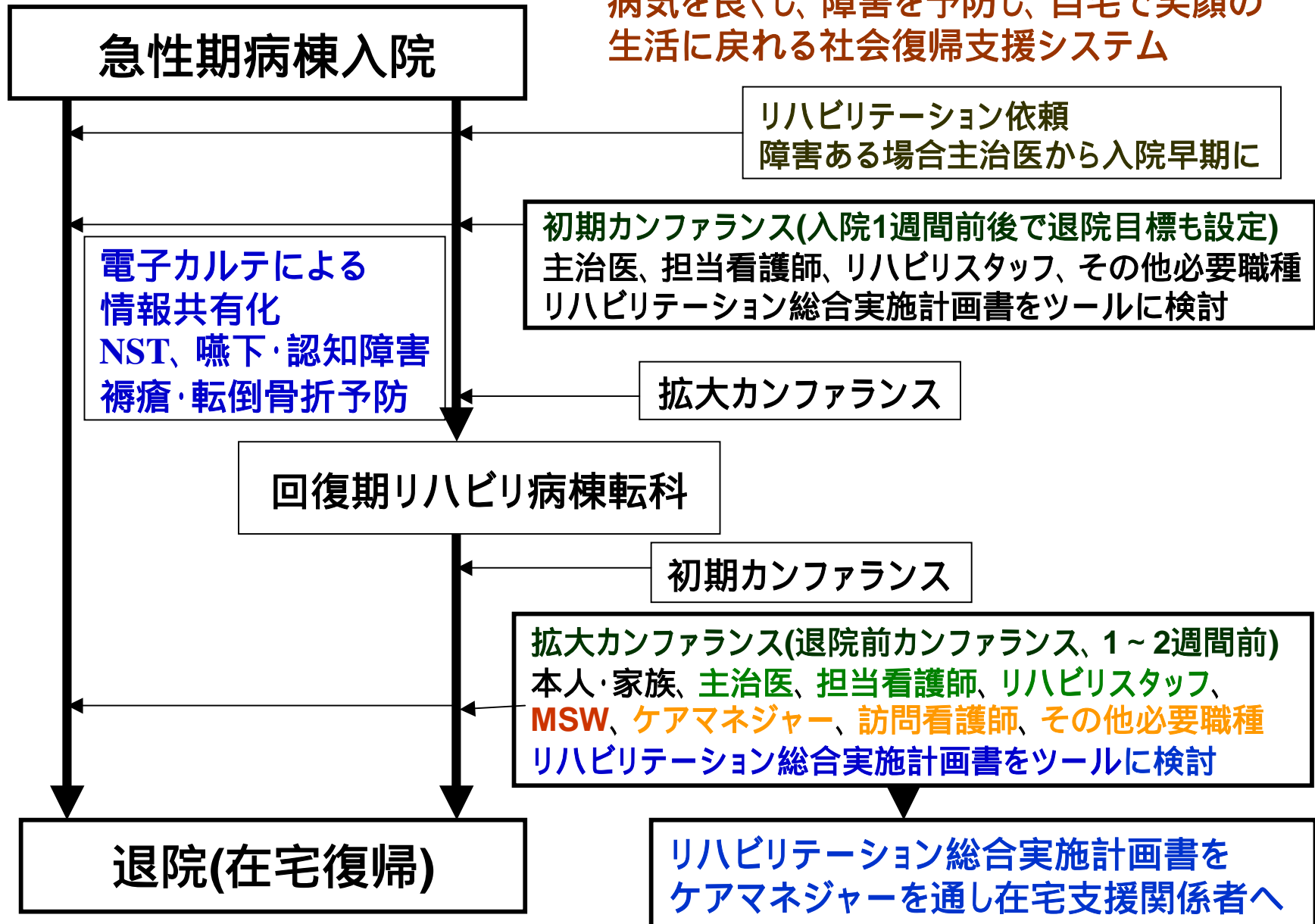
(資料43)

退院前拡大カンファランス

拡大カンファランス(退院前カンファランス、1~2週間前)
本人・家族、主治医、担当看護師、リハビリスタッフ、
MSW、ケアマネジャー、訪問看護師、その他必要職種が
一同に会し、在宅復帰の課題を確認し準備を行なう。

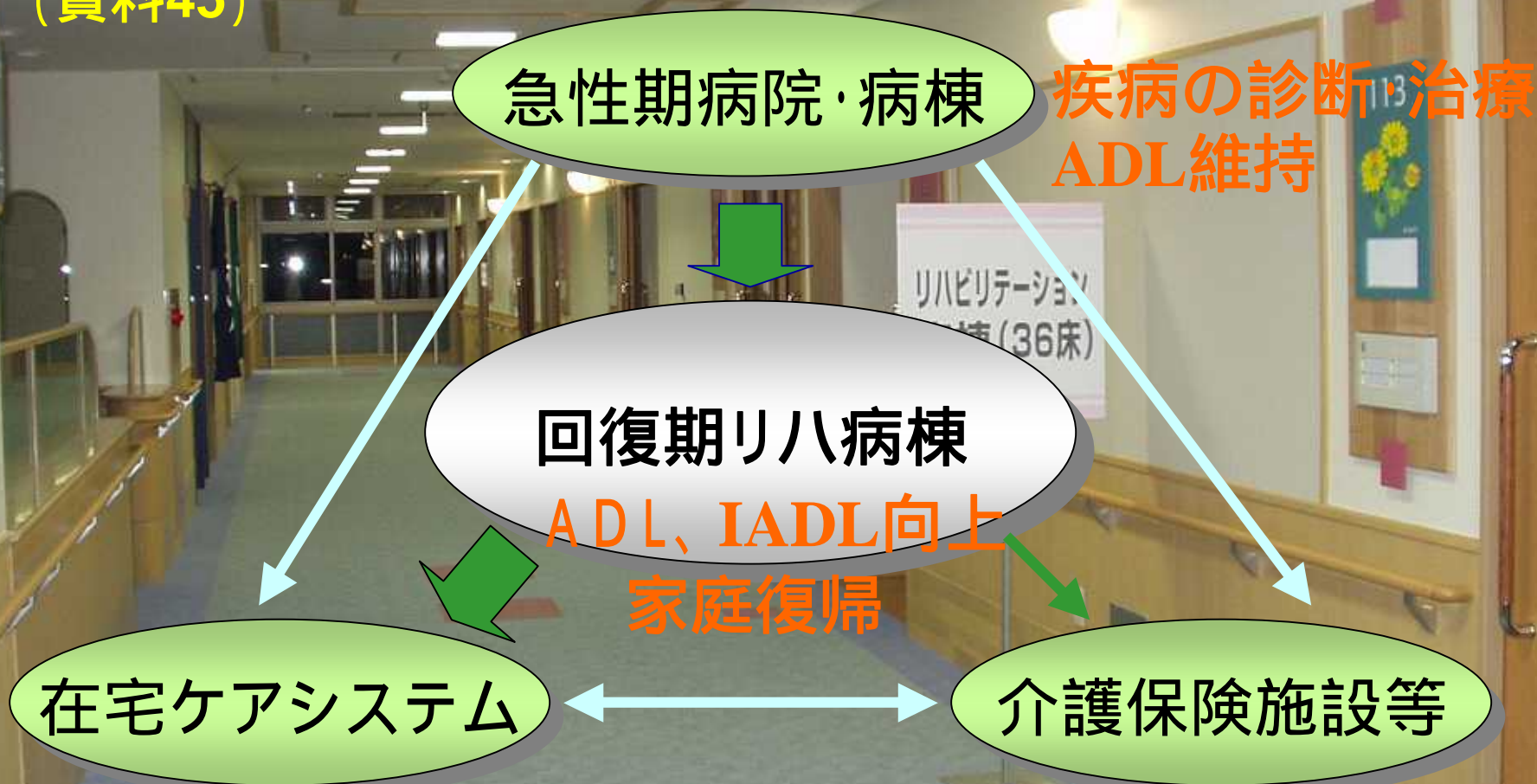
(資料44) 南砺市民病院入院医療におけるチームでの取り組み

病気を良くし、障害を予防し、自宅で笑顔の生活に戻る社会復帰支援システム



回復期リハ病棟の位置付け

(資料45)



役割分担と連携が要

(資料46) 回復期リハビリテーション



回復期病棟スタッフ



退院前拡大カンファランス



土曜日集団療法風景

リハビリテーション総合実施計画書

主治医	八尾	リハ担当医	八尾	PT	苗加	OT	鷺尾	ST
診断名・障害名(発症日・手術日・診断日)	左大腿骨頸部骨折術後(10月31日受傷)			合併症(コントロール状態) 高血圧・糖尿病				

日常生活自立度	B2	痴呆性老人の日常生活自立度判定基準
---------	----	-------------------

評価項目・内容(コロン:の後に具体的内容を記入)	短期目標 (ヶ月後)	具体的
意識障害(JCS,GCS):	左下肢筋力向上、浮腫軽減。	下肢上をサーす。
見当識障害:	痴呆の進行予防	リハビリ慣れ
記憶力低下: HDSR 15点/30点		面談
運動障害:		
感覚障害:		
摂食・嚥下障害:		
排泄障害:		
呼吸・循環器障害:		
音声・発話障害(構音・失語):		
関節可動域制限: 左股関節		
筋力低下: 左下肢		
褥瘡:		
疼痛: 左股関節部		
半側空間無視:		
注意力低下:		
構成障害:		
その他	両下腿部浮腫	
基礎	寝返り	自立
本動	起き上がり	自立
動作	坐位	自立
	立ち上がり	一部介助
	立位	一部介助

活動度(安静度の制限とその理由、活動時のリスクについて)

ADL(BD)	自立	器具	使用器具介助内容	短期目標	具体的
食事	自立	10		歩行者歩行自立。最終的には杖歩行自立。	練習を継続し、移乗動作訓練、バランス訓練動作自立を目指します。
移乗	監視下	10			
整容	自立	5			
トイレ動作	自立	10			
入浴	一部介助				
平地歩行	車椅子操作が	5	歩行:		
	自立歩行者				
階段	車椅子操作が可能				
更衣	一部介助				
排便管理	全介助				
排尿管理					
合計		40			
コミュニケーション	理解	1	完全に理解できる		
	表出	1	完全に発話できる		
	明瞭度	1	良くわかる		
	有効な伝達手段		音声言語		

クリック

(資料47)

回復期リハビリテーション病棟
病室でのADL訓練風景
作業療法士と看護師の共同チーム



活動	自立	器具	使用器具介助内容	短期目標	具体的
整容	自立	5			
トイレ動作	自立	10			
入浴	一部介助				
平地歩行	車椅子操作が	5	歩行:		
	自立歩行者				
階段	車椅子操作が可能				
更衣	一部介助				
排便管理	全介助				
排尿管理					
合計		40			

合計点

(資料48)

回復期リハビリ病棟転帰
平成18年1～12月

転帰:在宅復帰	155名	85.2%
転科	17名	9.3%
転院	2名	1.1%
施設	8名	4.4%

転科(リハビリ未終了)及び施設 施設患者を除いた在宅復帰
95.7%

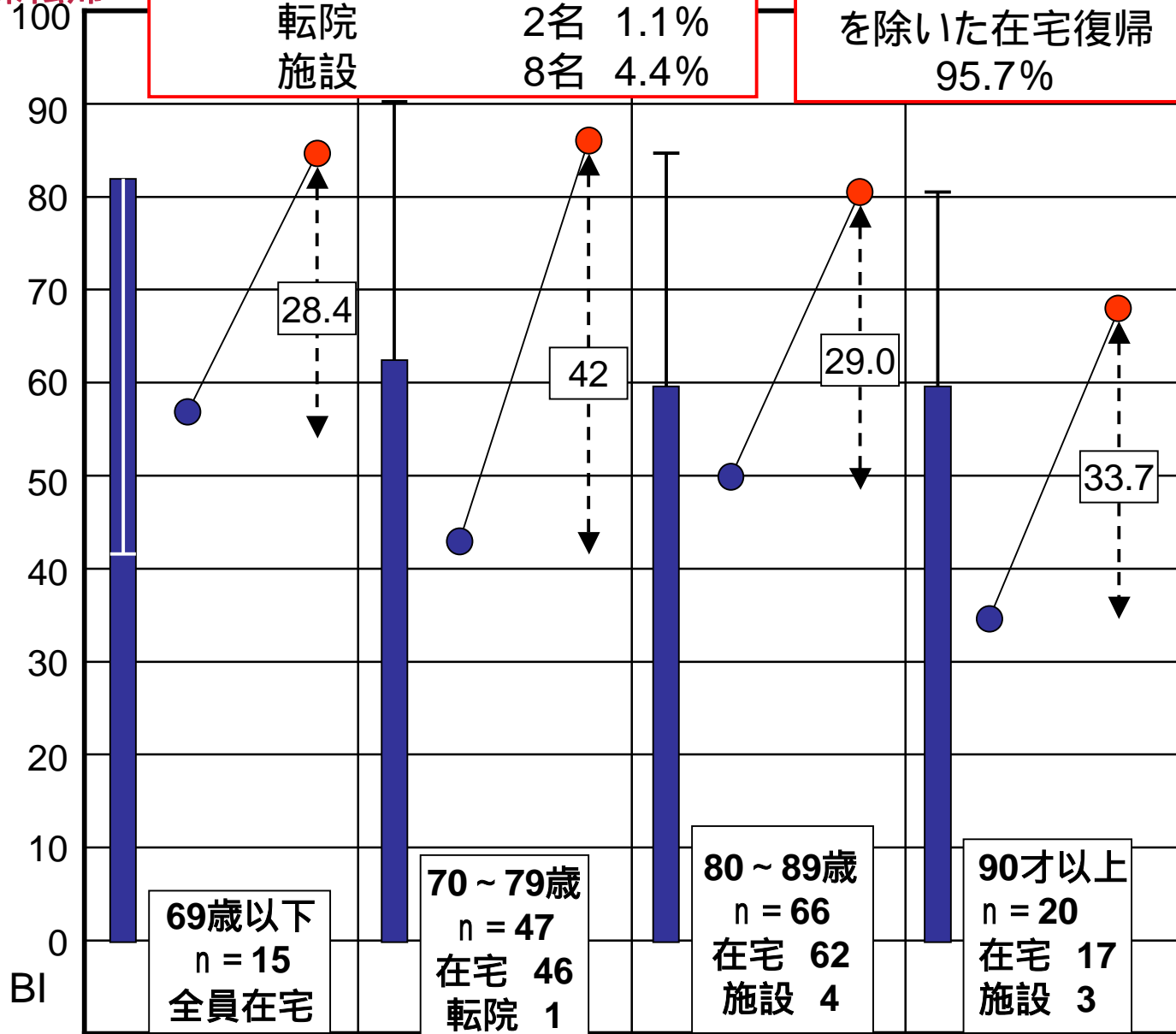
年齢別入院日数及びバーサルインデックス・転帰

入院期間(合併症による転科退院を除く)

入院時バーサルインデックス

退院時バーサルインデックス

(複数回評価のみ)



80歳台、90歳台でもADLは十分改善し、90%以上の在宅復帰率が可能です。

(資料49)

最期は自宅でという希望が多いけれど

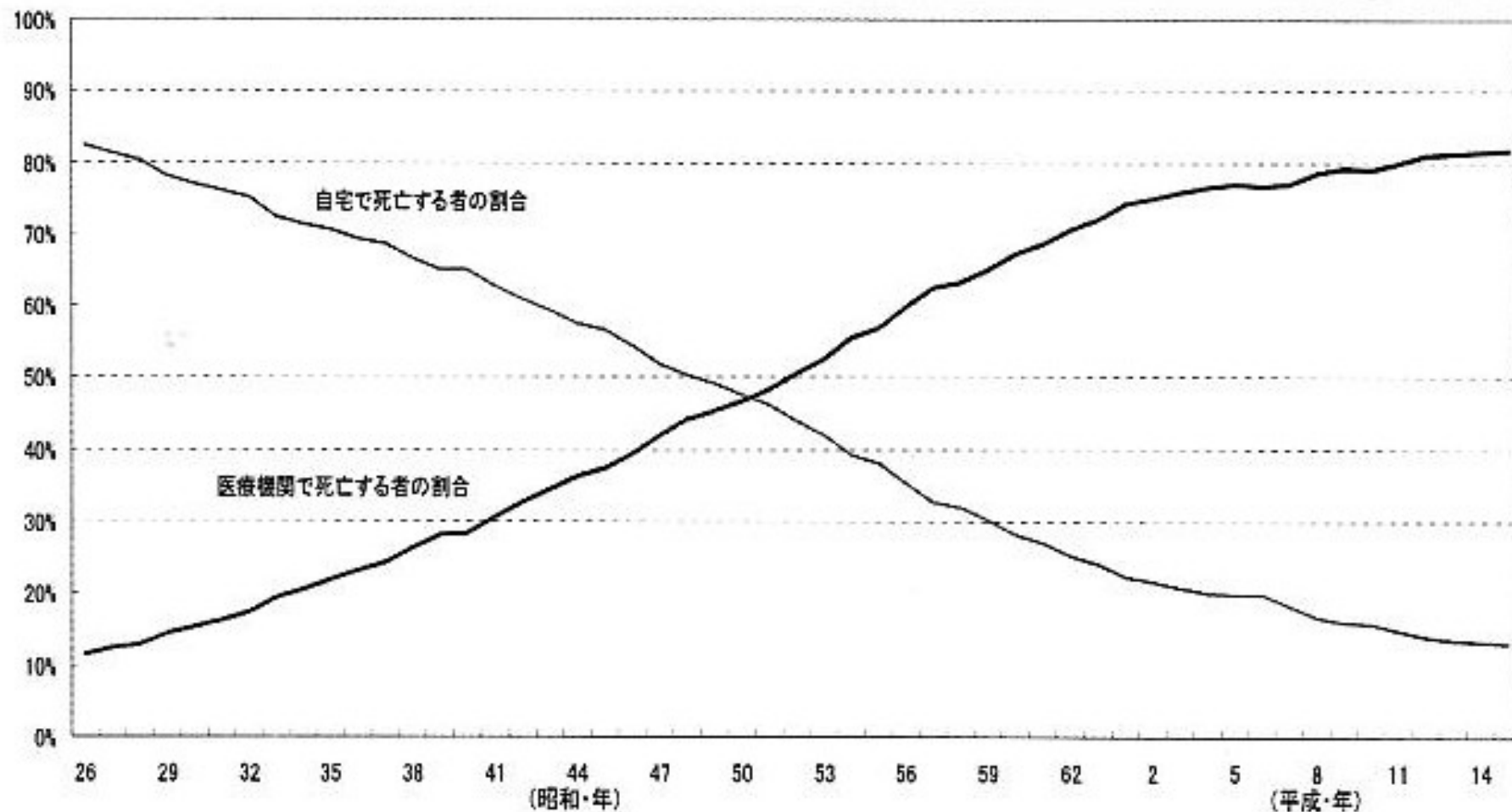
高齢者が死亡場所として希望した場所		
自宅		89.1%
	うち実際に自宅で死亡した人	(33.1%)
	うち実際には病院で死亡した人	(66.3%)
	その他	(0.6%)
病院・診療所		8.2%
その他		2.6%

平成9年厚生白書

(資料50)

医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料:「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)