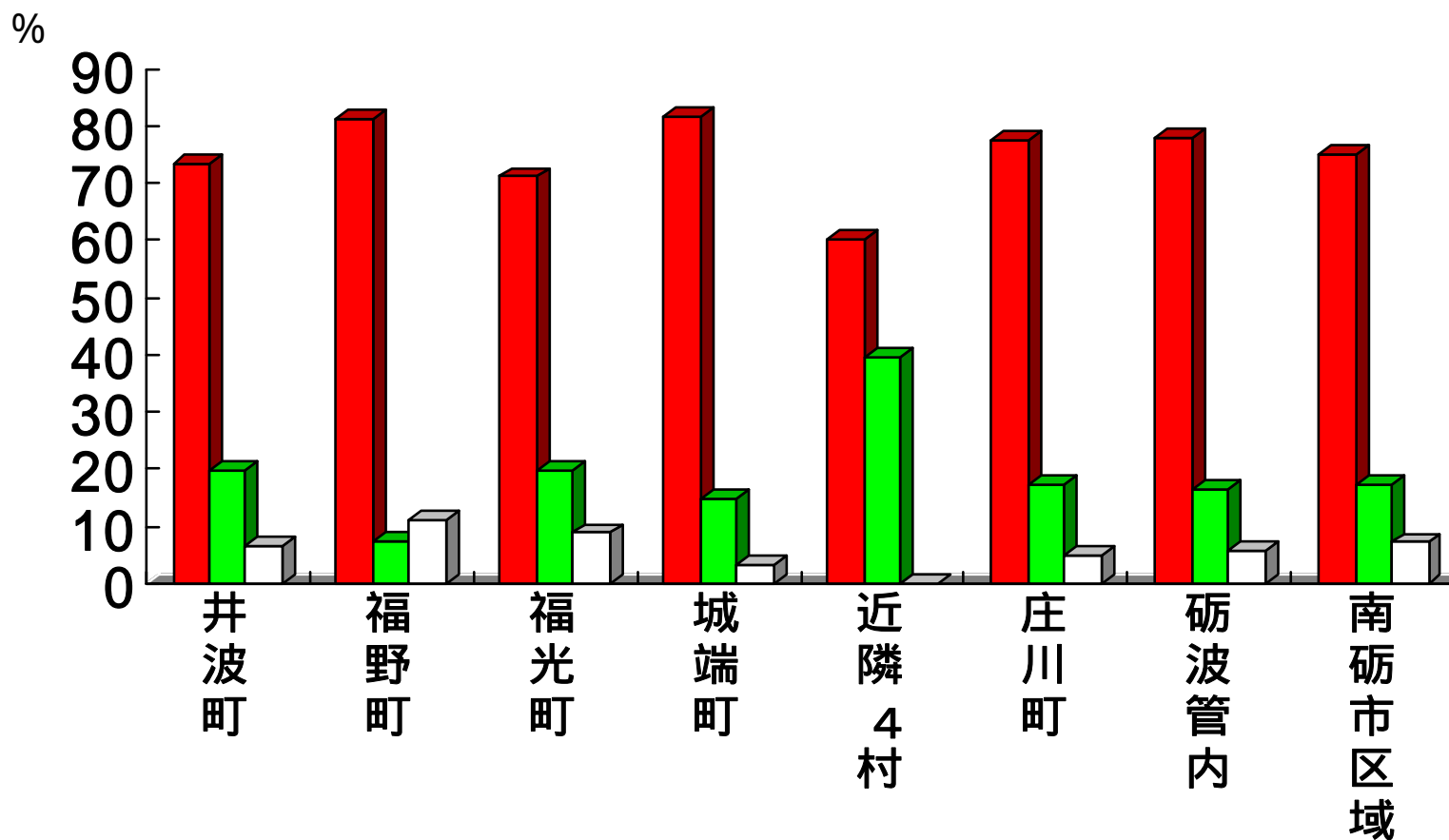


(資料51)

平成14年近隣市町村死亡率状況



■ 病院死亡率 ■ 自宅死亡率 □ その他死亡率

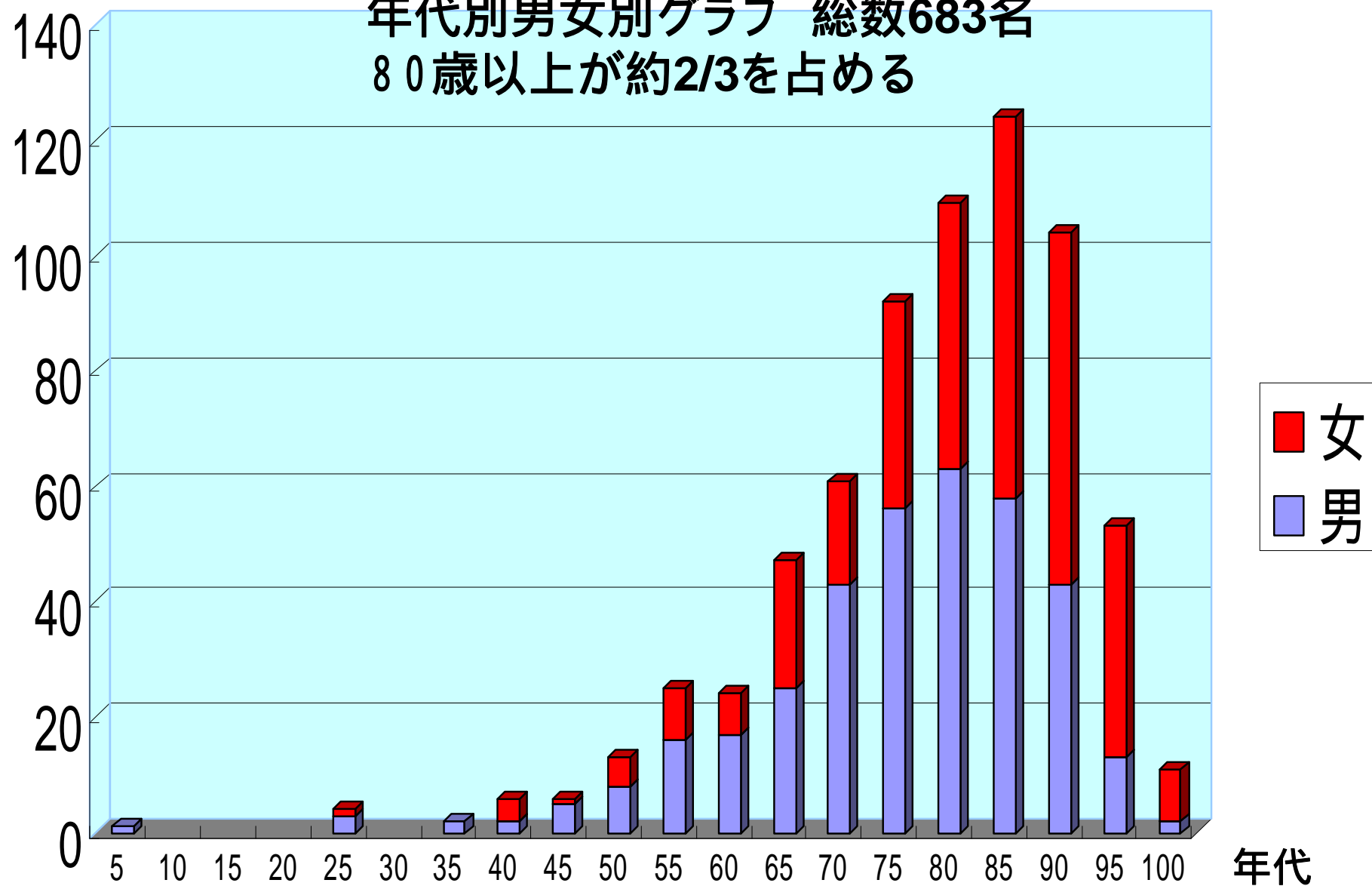
自宅死亡率は村部で約40%と高いが、町部では約7～20%と低い。

人(資料52)

平成17年度南砺市死亡者数

年代別男女別グラフ 総数683名

80歳以上が約2/3を占める



(資料53) 第1回南砺市終末期医療ケア推進懇談会

- 1、南砺市広域圏における終末期医療ケアのあり方検討
- 2、在宅・施設での終末期医療ケアと看取りへの取り組み



平成18年10月30日
南砺市福野体育館

きよつのだ刊

1面 きつと見つかる働きがい 先輩社員のメッセージ集

6面 ハマちゃん

今月中にも成立見通しの改正介護保険法は、在宅介護の重視を打ち出し、医療と福祉の連携による高齢者支援態勢の整備を求めている。法改正に先駆け、南砺市民病院（同市井波、倉知園院長）が、在宅介護支援センターと協力し、医師の定期的な訪問で高齢者の健康管理を続ける取り組みは、全国でも先進的な例として注目されている。

在宅介護 医師が支援

南砺市民病院 法改正に先駆け実施

介護が必要な高齢者は、病気やけがの後遺症を持つケースが多く、医師による定期的な健康チェックが欠かせない。介護保険制度では、医師が高齢者宅に向く訪問診療がサービス項目にあるが、医師が継続して診察に出向く態勢を整えるのが難しいことから、需要はあっても利用は少ないのが実情だ。

最期みとるケースも

南砺市民病院は平成十二年、高齢患者へのアンケート調査で、大半が自宅での介護を望んでいることから、同年の介護保険制度導入に合わせ、医師が在宅介護支援に加わる態勢を整えた。病棟に併設した訪問看護ステーションや、要介護者へのサービスを盛り込んだケアプランを策定する在宅介護支援センターと連携。四人の内科医による定期的な訪問診療のほか、訪問看護リハビリ、治療食の提供などを組み合わせたケアプランを作り、在宅でもほぼ病院と同様のサービスを提供している。サービスは本人や家族が望む限り続けることとしており、これまで点滴や人工



在宅介護充実のモデルケースとして注目を集める南砺市民病院の訪問診療。呼吸器をこらへ、定期的なケアを必要としたケースもあった。現在、南砺市民病院の約三十名の定期的な訪問診療している。医療と福祉の連携を推進している。県内では介護が必要と高齢者が年々増え、三月で四百五十人以上、介護率に上ると、施設費用が占める割合は増加傾向と見られる。県内の高い施設志向は、県厚生部は「人員が充実している施設に比べ、在宅介護に安心感がないことが要因」とみる。要介護度の面でみると、県内は全国に比べ、医療的なケアを必要

平成17年6月3日
北日本新聞1面記事

(資料54)

平成17年度南砺市民病院が 関った在宅での終末期医療

対象患者

13名;男性2名、女性11名

死因

癌3名(平均年齢64.3歳)

癌以外10名(平均年齢91.7歳)

看取り医師

南砺市民病院訪問診療11名

かかりつけ医2名

訪問看護

南砺市訪問看護ステーション12名

南砺市民病院訪問看護1名

(資料55) 厚生労働省プロセスガイドラインの要旨

- 1、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2、担当医のみでなく、看護師やMSW等の医療・ケアチームで患者・家族を支える体制を作ることが必要です。
- 3、終末期医療においては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分行われた上で、医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等については、最も重要な患者の意志を確認する必要があります。確認にあたっては、十分な情報に基づく決定であること(I・C)が大切です。その内容については、患者が拒まない限り、家族にも知らせることが望まれます。医療従事者ととも患者を支えるのは、通常、家族だからです。
- 4、患者の意思が明確でない場合には、家族の役割がいっそう重要になります。この場合にも、家族が十分な情報を得たうえで、患者が何を望むのか、患者にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 5、患者、家族、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその患者にとって最もよい終末期医療だと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療を実施しつつ、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、柔軟な終末期医療を継続すべきです。
- 6、患者、家族、医療・ケアチームの間で、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる委員会を設置し、その助言によりケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 7、終末期医療の決定プロセスにおいては、患者、家族、医療・ケアチームの間での合意形成の積み重ねが重要です。

(資料56)

南砺市民病院における在宅終末期医療と 看取りに関する妥当性を担保する要件

基本的認識

- 1、死亡に至る病態の確認と可能な医療の選択肢を提案する。
- 2、経口摂取困難な事例で点滴や経管栄養を選択されなかった場合、医学的には脱水～栄養障害の状況が出現する事を家族に説明し判断を求める。
- 3、複数医師(医師カンファランス)で終末期と推定した場合は、終末期医療ケアに関する医学的、社会的妥当性を明確に理解できるようカルテに記載する。
- 4、死亡された事例は全て医師カンファランスに報告する。又、検討すべき事例は妥当性の検証を外部倫理委員会(弁護士も含め)で行う。

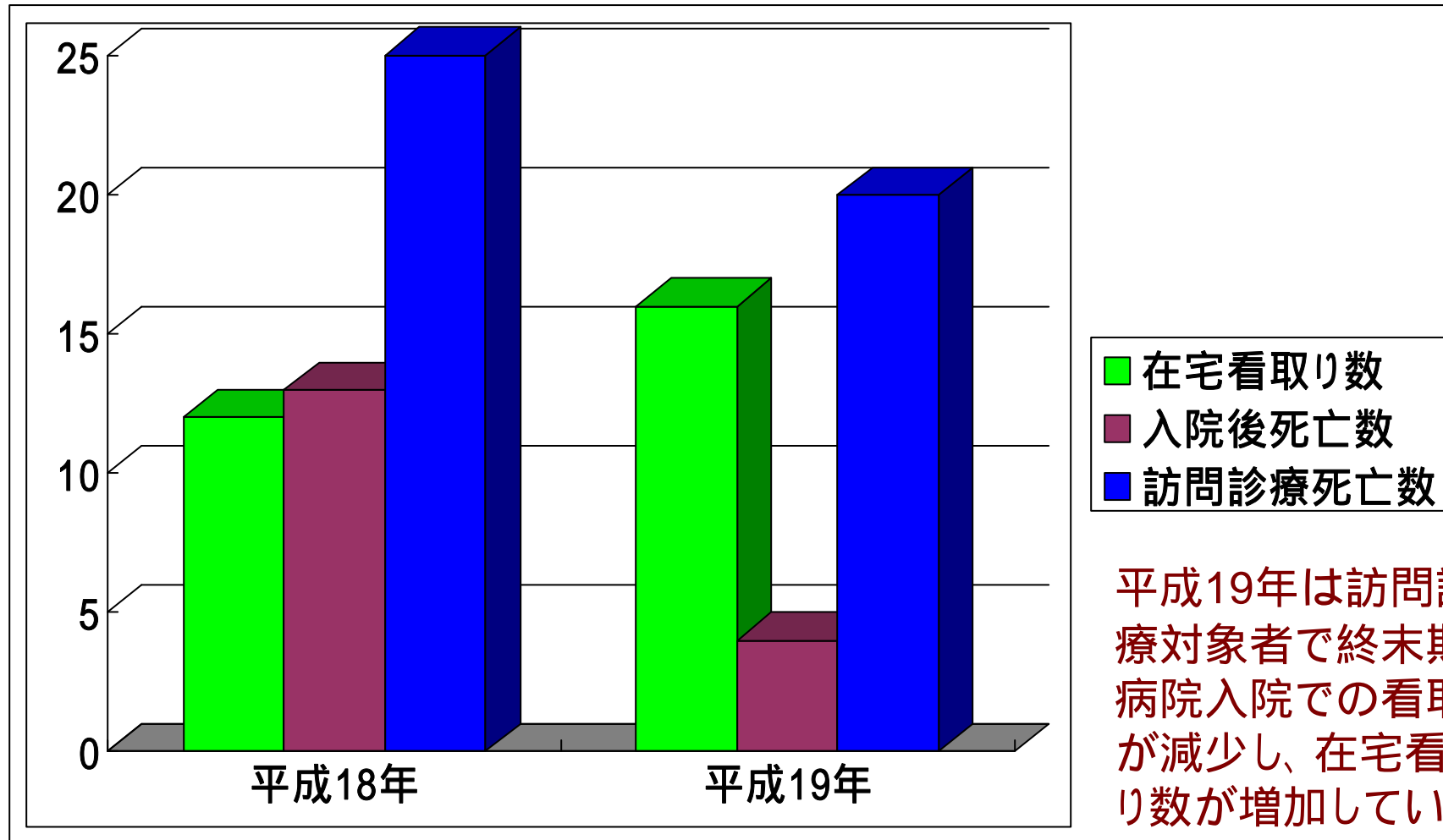
在宅での終末期医療ケアと看取りの方法

- 1、在宅療養を行う患者に関し、障害の原因疾病や病態の精査(頭部MRI又はCT、胸部X線、心電図、各種血液検査、その他必要な検査)を行い、外来サマリー(病態、障害、治療・生活歴等)を記載すると共に訪問看護師等在宅支援スタッフと情報を共有する。
- 2、上記内容で終末期医療ケアと看取りを行い、カルテに上記内容が明記されている場合は、最終看取り医師の判断で死亡診断書を記載することができる。
- 3、診療中の傷病に係わらない原因での死亡の場合は死体検案を行った上で、外因による死亡又はその疑いのある場合には、異状死体として24時間以内に所轄警察署に届け出る。特に自殺・他殺や医療行為に関連した予期しない死亡が疑われる場合は速やかに警察署に連絡し検死を行う。外因による死亡が疑われない場合は死体検案書を記載する。

(資料57) 南砺市民病院訪問診療患者の 在宅看取りと入院後死亡の状況

人

平成18年1月～平成19年12月



(資料58) 在宅生活の継続に必要な要素

家族の介護の休息こそが、在宅で生活したい
という利用者の希望を叶える要である

1. 要介護状態となっても在宅生活を継続できる住まい

2. 家族の求めに応じて往診できる医療機関

3. 介護家族の休息のための24時間の看護・介護体制

医療処置可能なデイサービス

ス・デイケア ショートステイ

4. 地域の見守り



(資料59)

看護師やリハビリ療法士による指導

指導している様子です

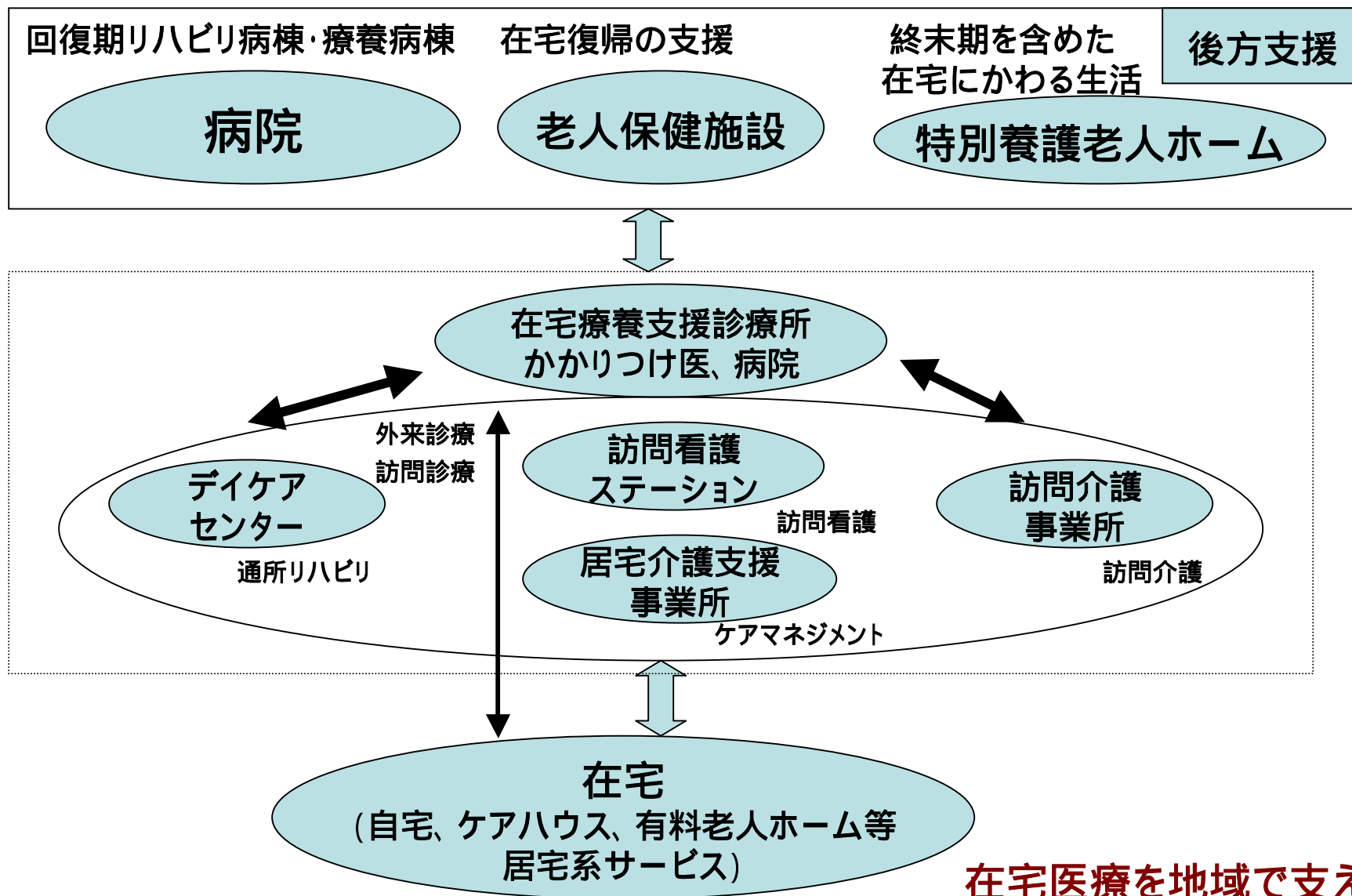


ステーション内で
ROM講習会



(資料60)

在宅療養支援拠点



在宅医療を地域で支える
医療ケアの概念図

(資料61)

終末期患者の入院、在宅医療費比較 30日間に一般的医療行為を行った場合

終末期の患者の入院治療費の例(粗い推計)

食道がん術後、自宅にて療養中、癌性疼痛、癌性発熱等の症状悪化により入院。

入院後30日で死亡。(主な治療: 中心静脈点滴、麻薬、鎮静剤等の投薬、人工呼吸、血液検査 等)

項目	点数	内訳
入院基本料	63,000	入院基本料及び入院基本料等加算×30日
投薬・注射	14,000	抗がん剤、麻薬、鎮静剤、解熱剤、抗生物質 等
処置・検査 等	38,000	人工呼吸、酸素吸入、心拍モニター 等

30日間の合計 115,000 点

1日当たり 3,833 点

(1点は10円)

終末期の患者の在宅治療費の例(粗い推計)

食道がん術後、自宅にて療養中、30日で死亡。訪問診療の他、不穏状態等により往診 も併用。

項目	点数	内訳
基本診療料	1,700	再診料、休日加算 等
在宅医療	56,000	在宅末期医療総合診療料、往診料 等

※在宅末期医療総合診療料には、訪問診療料、薬剤料等が含まれている。

30日間の合計 57,700 点

1日当たり 1,923 点

(1点は10円)

(資料62)

富山県広域圏別老齡(65歳以上)人口の割合

平成17年3月31日現在(単位; %、人 市町村は平成18年4月合併予定)

順位	新川地区		富山地区		射水地区		高岡地区		砺波地区		65歳以上比率	65歳以上人口	総人口
1	朝日町	30									30	4601	15319
2									南砺市	27.8	27.8	16242	58980
3							氷見市	26.6			26.6	15011	56438
4							小矢部市	25.6			25.6	8752	34181
5	入善町	25.4									25.4	7187	28293
6			上市町	24.8							24.8	5791	23356
7	魚津市	23.9									23.9	11083	46460
8	黒部市	23.3									23.3	10089	43227
9			立山町	23.3							23.3	6648	28491
10							高岡市	23.1			23.1	42383	183271
11									砺波市	21.9	21.9	10773	49175
12			滑川市	21.6							21.6	7388	34254
13			富山市	21							21	87539	415665
14					射水市	20.7					20.7	19615	94759
15			舟橋村	15.7							15.7	426	2178

富山県(15市町村)平均22.8%、全国約20%

南砺市は全国より約15年、富山県平均より約10年高齡化の先進地域です。

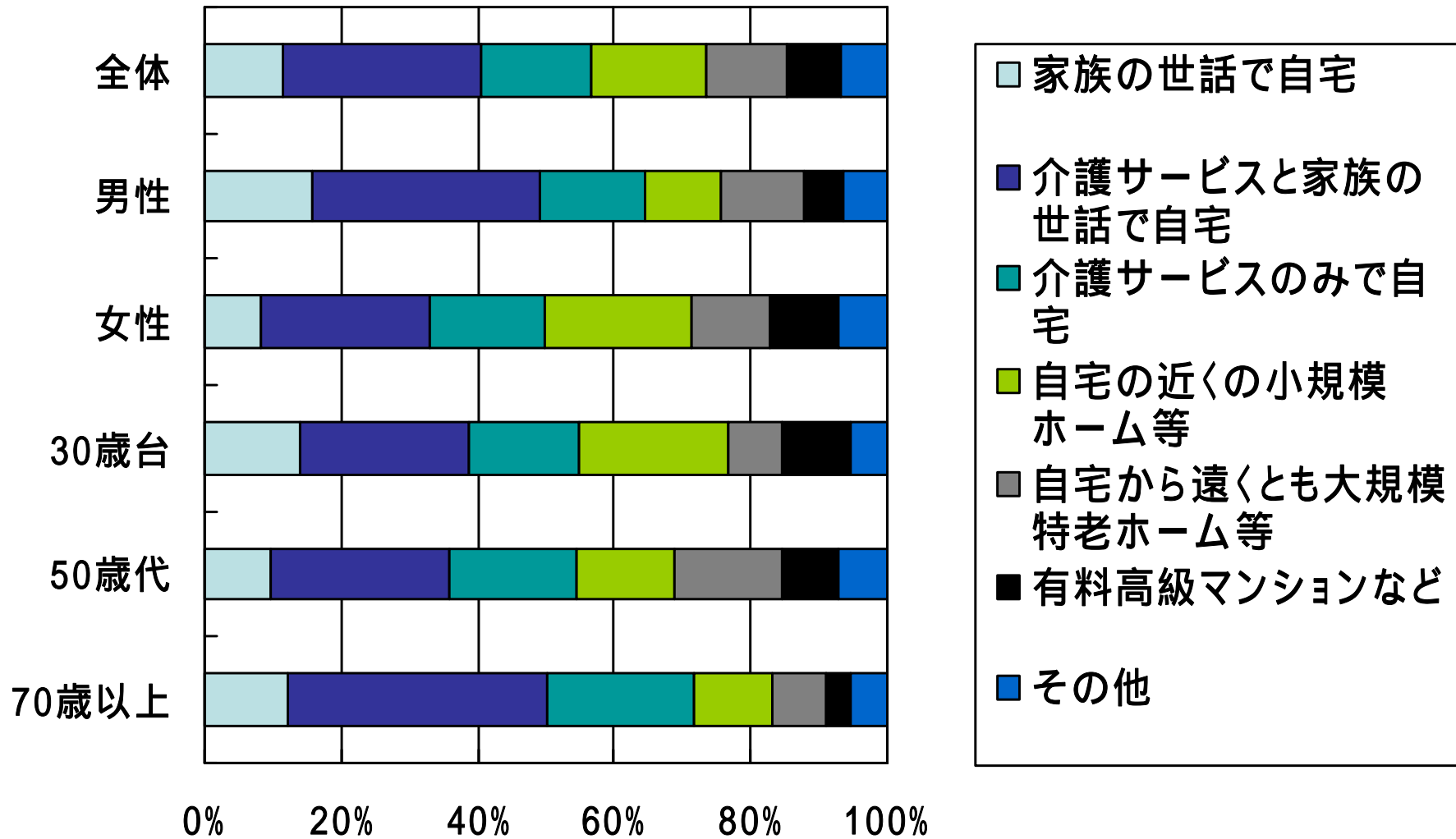


- 1、認知症本人にとって最も良い生活ができる環境整備
 - 1)なじみの人間関係、思い出のある空間、なじみの風景
 - 2)安全と安心及びQOLや社会参加の確保
- 2、介護人・家族が自己実現できる環境整備
 - 1)家族の支援体制を確立し、時間的、体力的、経済的負担を過剰に求めない
 - 2)介護が意味あるよう認知症への理解と対処方法の修得

認知症診療の目指す目標

「可能な限り、住み慣れた自宅で家族の出来る範囲の協力のもと地域社会の支援を得て生活する」

(資料64) 平成16年度富山県県政世論調査 介護が必要になった時の対応

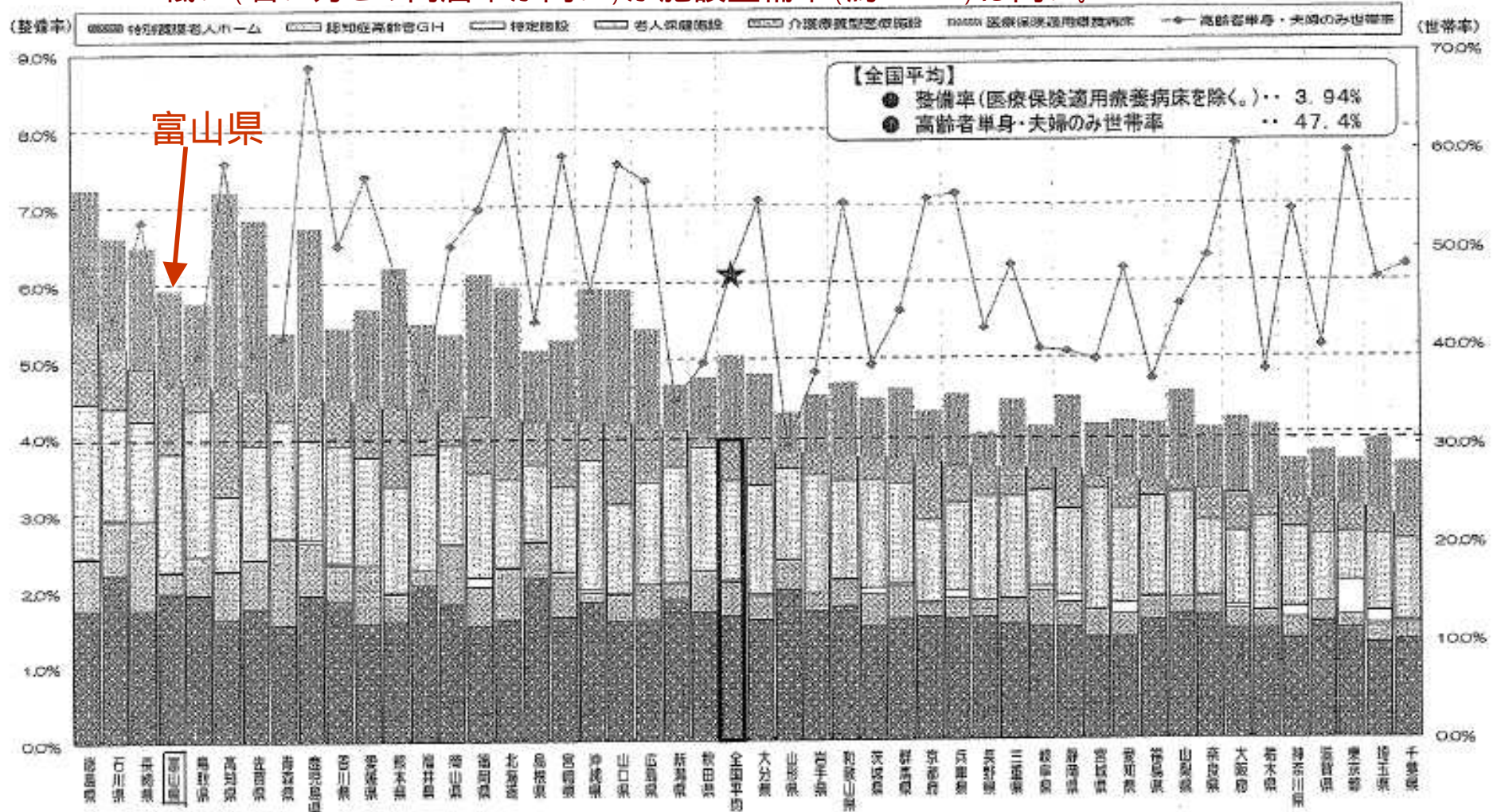


自宅で介護サービスを受けながらの生活を
男性は約65%、女性は約50%希望され、
70歳以上では約72%、30歳台では約55%が希望された。

(資料65)

65歳以上人口に対する施設等の整備状況について

富山県は高齢者単身・夫婦のみ世帯率が約37%と全国(47.4%)より低い(若い方との同居率が高い)が施設整備率(約5.9%)は高い。

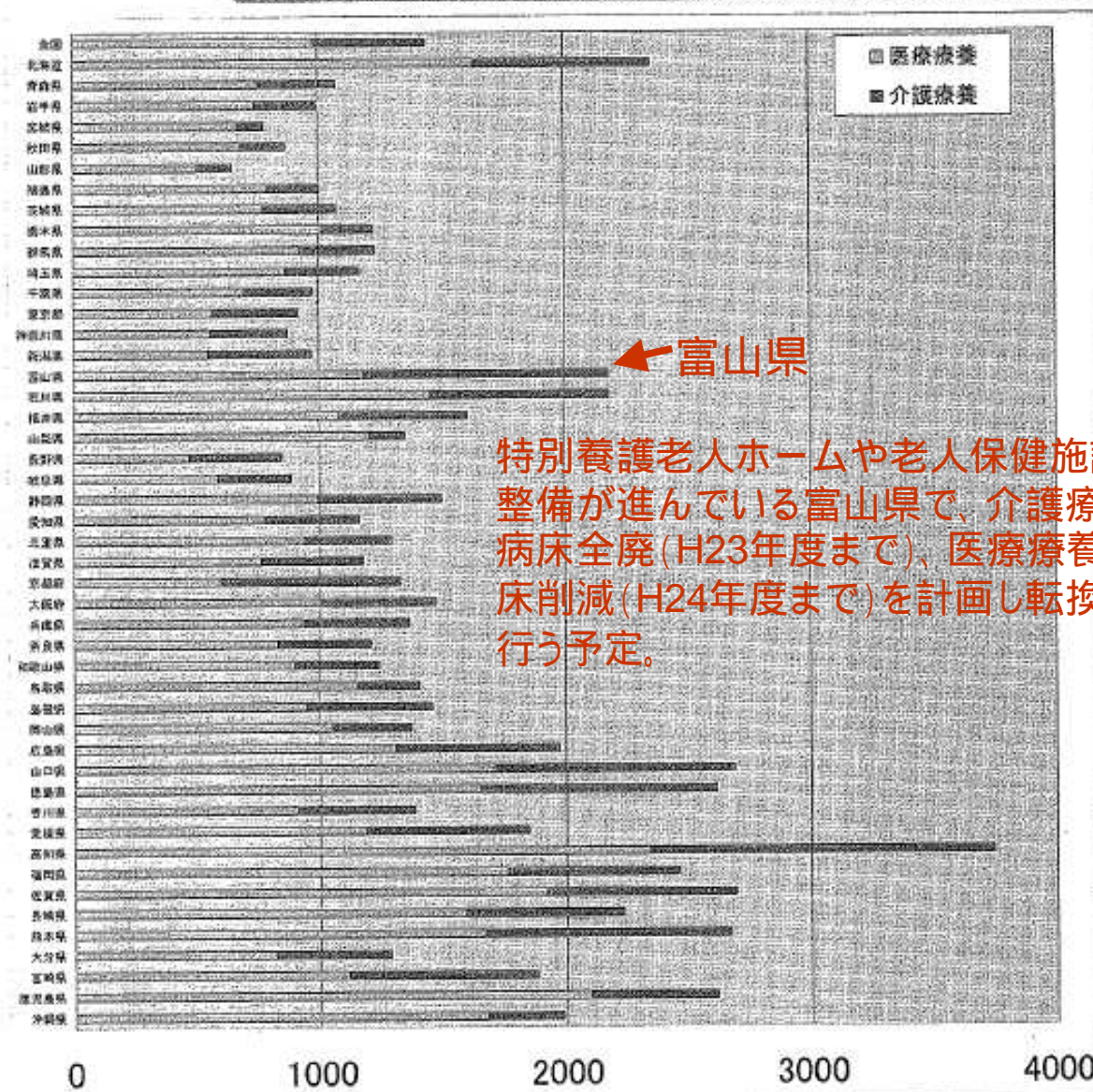


※1 棒グラフについては、次の数値を平成18年度の高齢者人口の見込み(厚生労働省高齢局計画課調べ)で除して得た率。
 ・介護保険3施設については、平成17年度末の定員数(厚生労働省高齢局計画課調べ)
 ・居住系サービス(認知症高齢者グループホーム、特定施設)については、平成17年度末のサービス利用者数(厚生労働省高齢局計画課調べ)
 ・医療療養病床については、平成18年3月末の病床数(「病院報告(平成18年3月分概数)」(厚生労働省統計情報部))

※2 折れ線グラフについては、高齢者単身世帯と夫婦のみ世帯の合計数を65歳以上被扶のいる一般世帯の総数で除して得た率(「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」(総務省統計局))

(資料66)

65歳以上人口10万人当たりの療養病床の病床数(平成18年10月)



特別養護老人ホームや老人保健施設整備が進んでいる富山県で、介護療養病床全廃(H23年度まで)、医療療養病床削減(H24年度まで)を計画し転換を行う予定。

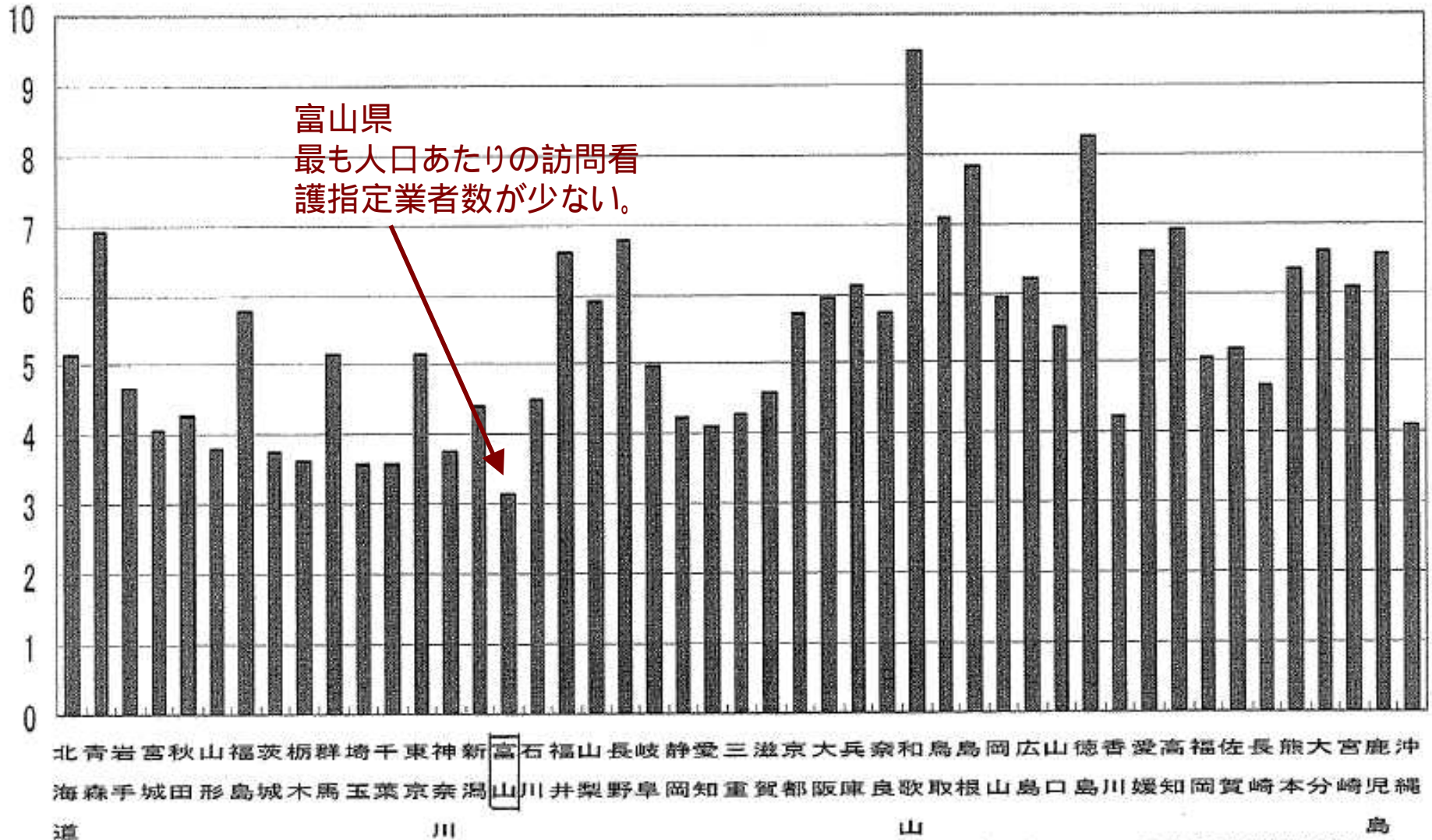
	病床数			65歳以上人口10万対病床数
	総数	医療療養	介護療養	
全国	370,307	252,671	117,636	1442.5
北海道	28,433	19,684	8,749	2358.2
青森県	3,520	2,474	1,046	1077.9
岩手県	3,394	2,522	872	998.4
宮城県	3,691	3,161	530	784.5
秋田県	2,663	2,116	567	870.6
山形県	2,027	1,575	452	654.1
福島県	4,797	3,778	1,019	1010.2
茨城県	6,216	4,487	1,729	1078.7
栃木県	4,791	3,964	827	1225.6
群馬県	5,153	3,856	1,297	1236.0
埼玉県	13,512	9,997	3,515	1187.8
千葉県	10,394	7,416	2,978	980.2
東京都	21,033	13,122	7,911	916.3
神奈川県	12,994	8,274	4,720	877.8
新潟県	5,669	3,204	2,459	975.1
富山県	5,643	3,045	2,598	2184.5
石川県	5,366	3,569	1,797	2183.0
福井県	2,982	2,007	975	1607.5
山梨県	2,616	2,332	284	1351.4
長野県	4,450	2,461	1,989	852.5
岐阜県	3,944	2,612	1,332	892.1
静岡県	11,689	7,770	3,919	1500.1
愛知県	14,574	9,748	4,826	1167.3
三重県	5,201	3,766	1,435	1298.2
滋賀県	2,952	1,912	1,040	1183.6
京都府	7,055	3,190	3,865	1330.3
大阪府	24,172	16,412	7,760	1479.1
兵庫県	15,155	10,399	4,756	1367.1
奈良県	3,430	2,356	1,074	1209.8
和歌山県	3,102	2,235	867	1243.4
鳥取県	2,057	1,684	373	1407.8
島根県	2,937	1,897	1,040	1480.4
岡山県	6,016	4,598	1,418	1373.3
広島県	11,873	7,838	4,035	1977.0
山口県	10,049	6,395	3,654	2691.6
徳島県	5,169	3,252	1,917	2619.7
香川県	3,268	2,145	1,123	1387.6
愛媛県	6,524	4,182	2,342	1853.5
高知県	7,730	4,839	2,891	3745.6
福岡県	24,634	17,574	7,060	2468.8
佐賀県	5,290	3,765	1,525	2697.5
長崎県	7,805	5,544	2,261	2237.5
熊本県	11,702	7,296	4,406	2676.3
大分県	3,775	2,406	1,369	1269.3
宮崎県	5,104	3,019	2,085	1866.3
鹿児島県	11,383	9,121	2,262	2619.4
沖縄県	4,359	3,672	687	1991.3

注) 65歳以上人口は総務省統計局「平成17年度国勢調査第1次基本集計(確定値)」による。

(出典)「医療施設動態調査(平成18年10月末現在)」及び「病院報告」を基に厚生労働省保健局にて作成

(資料67)

人口10万対訪問看護指定事業者数

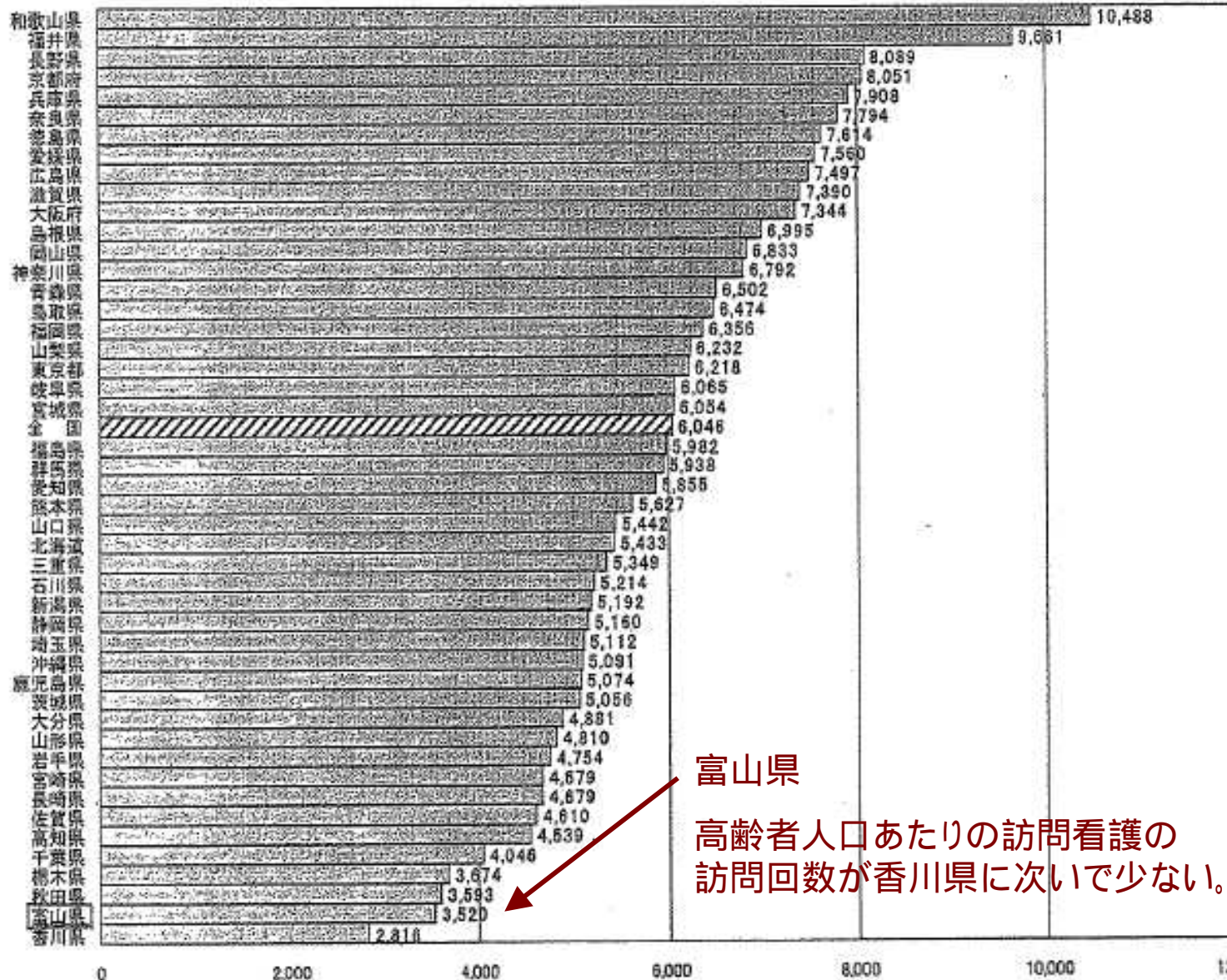


(平成18年7月1日現在)厚生労働省調査

高齢者人口10万人あたりの訪問看護の訪問回数、都道府県別

(資料68)

平成17年9月



富山県
 高齢者人口あたりの訪問看護の
 訪問回数が香川県に次いで少ない。

【資料】厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査 平成17年調査結果」
 【資料】総務省統計局「国勢調査(平成17年)」

(資料69) 退院前カンファランス(拡大カンファランス)



退院前に本人・家族や医師、看護師、リハビリ、MSWやケアマネジャー等が集まり、各職種より現状と見通しを聞き、本人・家族からの要望等を合わせケアマネジャーなどから必要な在宅サービスの提案を受け、準備し自宅退院。

(資料70)

地域ケア会議と ケース検討会



井波在宅支援センターでのケース検討会



福野地域でのケア会議

地域全体の課題解決等は
地域ケア会議で行い、
個別ケースの対応は
ケース検討会で行う。

南砺市在宅介護支援センター研修会

南砺市民生部福祉課・南砺市基幹型在宅介護支援センター主催

資料71)



地域ケアの意義と方向性について

認知症在宅ケアモデル作りに向けて
在宅介護支援センターケアマネジャー等への研修風景

平成17年5月24日 福野体育館

(資料72) 南砺市民生員児童委員全体研修会



平成17年9月29日

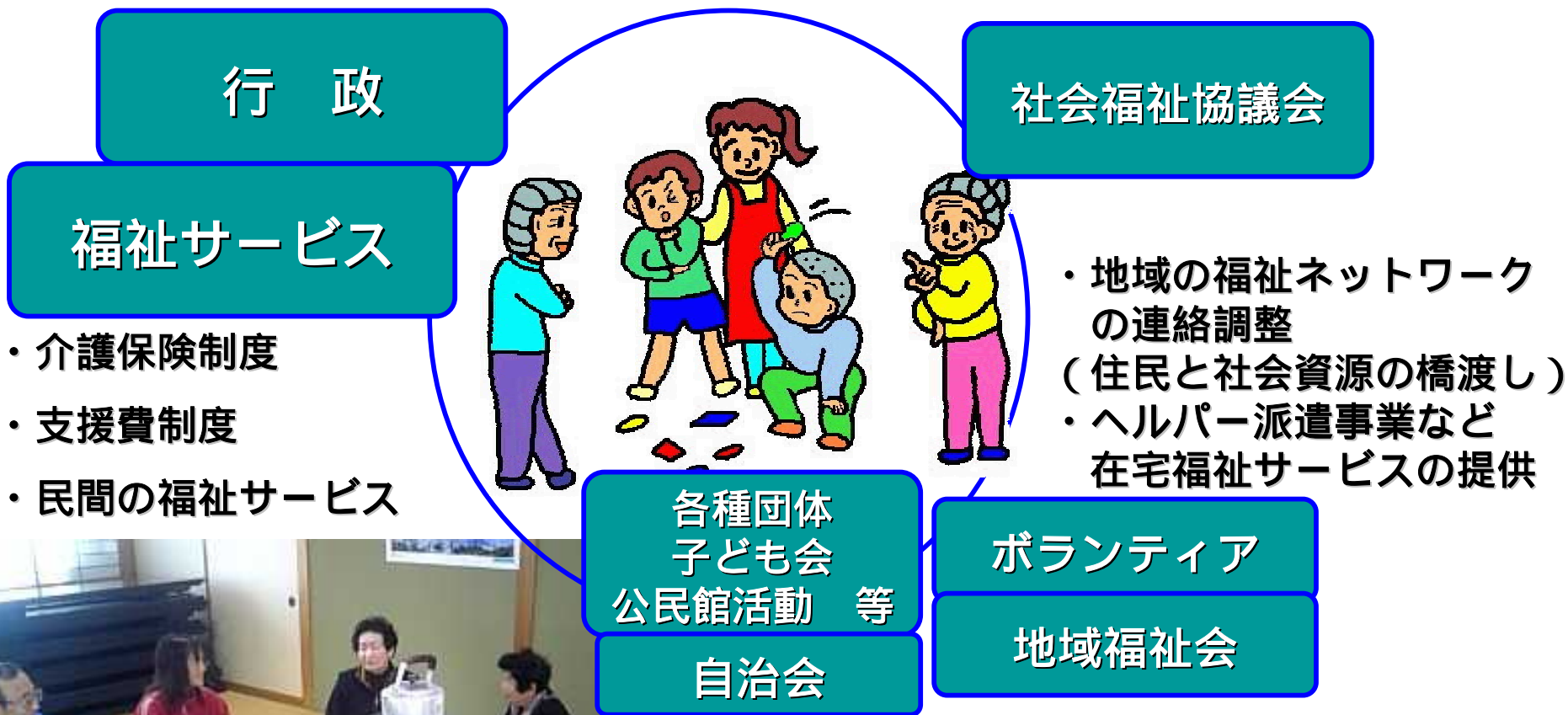
(資料73) 南砺市老人クラブ女性部研修会



南砺市老人クラブ女性部への講演
～ 認知症診療ネットワーク作り～

平成17年9月28日
南砺市福野旅川会館

(資料74) 地域のネットワーク(つながり)イメージ図
共に生き、支え合う社会づくり



- ・ボランティアグループの活動
 - ・個人のボランティア活動など
- さまざまな社会資源が連携協力し、ネットワーク(つながり)を作る事でともに生き支えあう地域社会

(資料75)

認知症事例

事例; 70歳後半、女性 (夫と生活、自分の事はでき家事や畑の手伝い)

臨床経過等

平成15年10月A病院で右膝人工関節置換術

平成16年3月右大腿頸部骨折手術を受け9月自宅退院

退院後、被害妄想や暴力行為が見られ、平成17年2月当科紹介受診。

診察結果と経過; 記憶力低下と夫への暴力行為(叩く、噛む等)あり、頭部MRI等でアルツハイマー型認知症に被害妄想等の症状が合併したと診断。精神科での内服治療が開始され、2月中旬特別養護老人ホーム入所となる。その後暴力行為は見られず落ち着いた状態で生活されているが家庭復帰の目処は立っていない。

認知症本人; どうして良いか判らず**困っている**

介護家族; 行動が理解が出来ず対応に疲れ**困っている**

周辺住民; 昔と違って迷惑な人になって**困っている**、家族が大変だろう

民生委員; 家族や住民から相談されるが解決方法が判らず**困っている**

医療・介護; 業務が忙しいのに問題行動が多く**困っている**

(資料76)

認知症診療ネットワーク作りの必要性

1) 在宅支援には各専門職のネットワークが必須

アルツハイマー型認知症を含めた神経難病は既存の疾患や障害と異なり

自己決定能力の低下; 自己決定できる時期からできない時期まで連続的に存在し人権擁護の面で、社会福祉や法曹関係者等の関与が必要

介護の必要性と重度化; 数年から10数年の経過でのIADL、ADL低下への介護支援に、介護、福祉、看護やリハビリ関係者等の関与が必要

行動・心理症状の断続的出現; 早期から介護や医療対応を困難にする断続的に出現する周辺症状への診療や対応に、ケアマネジャー、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、リハビリ、介護関係者等が必要

以上、認知症診療には疾病、障害、QOL全てに専門職の高度な知識、技術や対応能力を必要とします。各専門職が互いの知識や技術を認識し、ネットワークを作り迅速適切に協業して本人・家族の在宅支援をする必要がある。

2) 疾病や生活での緊急時各病院や施設とのネットワークが必要

急性疾患出現や周辺症状悪化で緊急入院が必要となったり、介護家族の都合で在宅支援が困難な場合、24時間・365日適切迅速に入院やショートステイ・入所できるネットワーク体制がないと安心して在宅生活は過ごせない。

南砺市における認知症診療ネットワークの現状と展望

(資料77)

1) 疾病発生予防

脳血管障害の危険因子対策、転倒骨折対策
閉じ籠り対策等の環境作り等

2) 早期発見、早期治療や対応対策

「脳ドック」、「もの忘れ外来」、「もの忘れ健診」
専門職や家族の啓発による早期発見

3) 在宅支援基盤整備

診療機能の充実; かかりつけ医や主治医の認知症診療機能向上

専門医による重度や周辺症状のある患者への診療体制作り

認知症行動・心理症状へのレスキュー体制の整備

認知症患者の急性身体疾患入院治療体制

本人への支援; 医療・介護保険対応やインフォーマルサービスの整備と質向上

介護者・家族支援; 介護者の健康管理、認知症の理解と対処方法の習得、

家族や地域の協力体制作り、緊急時や終末期の保証

地域住民への啓発; 認知症への理解と協力、インフォーマルなサービスの構築

認知症キャラバンメイト・サポーター作り

在宅支援機能; 在宅介護支援センター、地域ケア会議、ケアマネジャーの育成

在宅支援基盤機能; 訪問系サービスの充実; 訪問看護・リハビリ・介護等の意識や
スキル向上

通所系サービスの充実; 小規模多機能デイサービス増加とスタッフのスキル向上

施設機能の向上; 必要時にショートステイや入所ができ、周辺症状に対応可能

4) 終末期対応整備; 在宅でも施設でも看取りができる体制作り

1、平成16年度までの対応

2、平成17年度の取り組み

3、平成18年度からの取り組み

4、平成19年度以後の取り組み

(資料78)

「認知症の人と家族」への基本的考え方

「認知症の人」は「困った人」でない。
「困っている人」との思いを共有する。
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い。

「認知症の人」は専門職や家族の教師
「キャラバンメイトの養成」
認知症や寝たきりの人も役割があり大切な人。役割を持った大切な人になってもらえるかどうかは専門職や家族、そして社会次第。

「認知症の人と家族」は地域を良くする財産
「認知症ネットワーク作り」「地域住民の啓発・認知症サポーター作り」
専門職や地域住民が協力し合って、「認知症の人と家族」が住みやすい街づくりを行うための大切な財産。

我々専門職は「認知症の人と家族」の笑顔を支えるパートナー

認知症など高齢障害者を押し付けあう社会にしてはならない。専門職が支援し、家族、病院、施設や社会が一步ずつの努力と協力をして、認知症の人と家族が笑顔で生活できる地域社会を作ることが大切。

(資料80)

「認知症について学びましょう」 ～介護家族と共に～

高齢者のうつと認知症について 北陸病院副院長 坂本 宏先生



平成17年6月18日 ぼけ老人をかかえる会 井波支部 井波社会福祉センター

(資料81)

“コントDE健康” 『認知症と介護』 の巻

南砺市民病院コントDE健康ボランティアグループ



第108回

コントDE健康

平成17年11月12日(土)午前10時
南砺市行政センター別館

『認知症と介護』の巻
指と頭の体操
『くすりの飲み方使い方』の巻



南砺市民総合病院「コントDE健康グループ」

地域住民、介護家族や専門職への啓発活動

(資料82)

南砺市民「認知症」フォーラム

平成17年11月19日(土)

福野文化創造センター

ヘリオスで開催

約380名参加し、地域ケーブルテレビでも放映された

1、地域住民への啓発

2、患者・家族との連携

3、地区医師会Drとの連携

4、各種専門職への啓発、連携の必要性の確認

南砺市民フォーラム
むきあって「認知症」と共に生きる

と き：平成17年11月19日(土) 午後2時～4時20分
(開場午後1時30分)

会 場：ア・ミュールホール(福野ショッピングゾーン内)

参加費無料 定員 300名

開会挨拶：南砺市医会 会長 吉岡 勉 氏

《特別講演》
司会：国立病院機構北陸病院 精神科 副院長 坂本 宏 氏
「認知症の前ぶれとその予防
～頭キトキト大作戦～」
講師：筑波大学臨床医学系 精神医学 教授 朝田 隆 氏

《一般演題》
「南砺市における認知症診療のネットワーク作り」
演者：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
センター長 南 真司 氏

《シンポジウム》
「認知症の方が安心して自宅生活を過ごしてもらうために」
座長：富山県砺波厚生センター 所長 横川 博 氏

患者さんのご家族の立場から	南砺市井波訪問看護ステーション	ご家族の方
訪問看護師の立場から	南砺市井波訪問看護ステーション	若松京子 氏
ケアマネジャーの立場から	福寿園居宅介護支援事業所	宮崎紀子 氏
かかりつけ医の立場から	金子医院	金子利朗 氏
コメンテーター	筑波大学臨床医学系 精神医学 教授 朝田 隆 氏	

開会挨拶：南砺市民病院 院長 倉知 圓 氏

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 エーザイ株式会社 ファイザー株式会社
後援：南砺市医会 南砺市 南砺市社会福祉協議会 ぼけ老人を抱える家族の会 北日本新聞社
国立病院機構北陸病院 公立南砺中央病院 南砺市立福野病院 南砺市民病院
*お問い合わせ先 南砺市民フォーラム事務局 エーザイ(株) Tel. 076-432-9530

資料83)

「認知症でもだいじょうぶ」町づくりキャンペーン 2005 表彰式・地域活動報告会



平成18年2月4日 東京九段会館
もの忘れ外来チームの医師と作業療法士が参加

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。



地元中学生への認知症サポーター作り活動

南院長代行(右)の説明を聴く井口中学校の生徒

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。

(資料85)

南砺市民病院訪問診療実績

訪問診療実績報告

	訪問診療																		
	対象者数(人)					延件数(回)					看取り件数(回)					新規(人)			
	H15	H16	H17	H18	H19	H15	H16	H17	H18	H19	H15	H16	H17	H18	H19	H15	H16	H17	H18
4月	32	31	33	31	40	41	34	40	26	44	0	1	1	0	2	1	2	3	2
5月	32	29	32	33	43	40	37	33	35	51	1	1	1	2	0	1	2	2	3
6月	32	34	34	34	46	39	42	35	28	59	0	2	0	1	3	4	3	3	3
7月	32	32	34	32	47	35	34	41	29	60	1	1	2	0	5	0	2	5	3
8月	33	32	34	33	43	38	38	44	36	50	2	1	1	1	1	4	2	5	2
9月	31	29	33	33		38	34	42	32		1	1	1	2		1	2	3	4
10月	29	27	35	34		49	30	34	34		1	0	0	0		4	1	2	4
11月	31	29	34	35		46	33	32	34		0	1	0	1		1	3	1	2
12月	31	27	30	35		45	30	31	41		1	1	0	2		0	2	0	3
1月	28	28	32	34		34	34	30	42		1	1	0	1		2	1	0	2
2月	30	26	32	34		35	32	29	40		1	0	0	0		5	1	3	2
3月	31	28	35	39		47	34	38	43		2	1	2	1		3	1	5	2
合計						487	412	429	420	264	11	11	8	11	11	26	22	32	56

・在宅支援が進み訪問診療延べ件数が今年度、特に5月より終末期が増え新規や看取り件数の増加に繋がっている。昨年度より火、金の訪問診療が隔週から毎週になったことも全体の増加の要因の1つと考える。

平成19年末現在、地域医療連携科より看護師と共に内科医師4名(臨時的には他の医師も)が訪問診療を行っているが、平成19年度より対象患者数、延べ件数、看取り件数が増加している。

(資料86)

在宅療養支援に地域差

長期入院中のお年寄りが自宅などで安心して医療を受けられるために、24時間態勢で往診や訪問看護を行う「在宅療養支援診療所」の届け出が全国で約1万カ所に上っている。一方で、地域によって大きな差が生じていることが朝日新聞の全国調査で分かった。最も届け出が多いのは大阪府で、逆に少ないのは富山県。1カ所当たりの高齢者人口でも、10倍近い開きが出ている。家族の負担なども考え、自宅で療養に費やされたことと、その負担をどう減らしたか、といったことが注目された。

本社調べ

診療所都市に偏り

人口あたり 整備の割合 大阪、富山の10倍



177	69	70	78	56	62	62	1423	92	147	328	174	1053	87	28	89	39	31	200	121	182	413	110	54	246	1288	579	74	122	49	99	249	430	104	122	97	138	30	626	121	209	175	155	78	198	44	9720
北海道	青森県	岩手県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	徳島県	香川県	高松県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	長門県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県					

厚生労働省は、膨らむ医療費の抑制策として、「在宅療養支援診療所」の届け出が全国で約1万カ所に上っている。一方で、地域によって大きな差が生じていることが朝日新聞の全国調査で分かった。最も届け出が多いのは大阪府で、逆に少ないのは富山県。1カ所当たりの高齢者人口でも、10倍近い開きが出ている。家族の負担なども考え、自宅で療養に費やされたことと、その負担をどう減らしたか、といったことが注目された。

大阪府は、膨らむ医療費の抑制策として、「在宅療養支援診療所」の届け出が全国で約1万カ所に上っている。一方で、地域によって大きな差が生じていることが朝日新聞の全国調査で分かった。最も届け出が多いのは大阪府で、逆に少ないのは富山県。1カ所当たりの高齢者人口でも、10倍近い開きが出ている。家族の負担なども考え、自宅で療養に費やされたことと、その負担をどう減らしたか、といったことが注目された。

市には県内の支援診療所の半数以上が集中している。大阪府は611人に1カ所あるのに対し、富山県は4925人で約10倍の開きがあった。北海道、岩手県、山形県、秋田県、福島県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、富山県、石川県、福井県、山梨県、長野県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、奈良県、和歌山県、徳島県、香川県、高松県、愛媛県、高知県、福岡県、佐賀県、長門県、熊本県、大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県

富山県は「在宅療養支援診療所」の届出が75歳以上人口あたり全国で最も少なく約5000人に1ヶ所で大阪府の1割だった。

2006年10月22日(日)
朝日新聞1面

在宅療養支援診療所 患者の求 者や家族に、担当医師や看護師の 名刺、連絡先などを手書きで知らせ、 自宅や有料老人ホーム、グループホームなどへの往診や訪問看護をする 診療所。 いつでも連絡が取れるように急 ぎを報告する。などの条件があ った。

(資料87)

南砺市民病院訪問診療内容

診察： 主治医

処方： 内服・外用薬、点滴など

検査： 採血、検尿、培養など

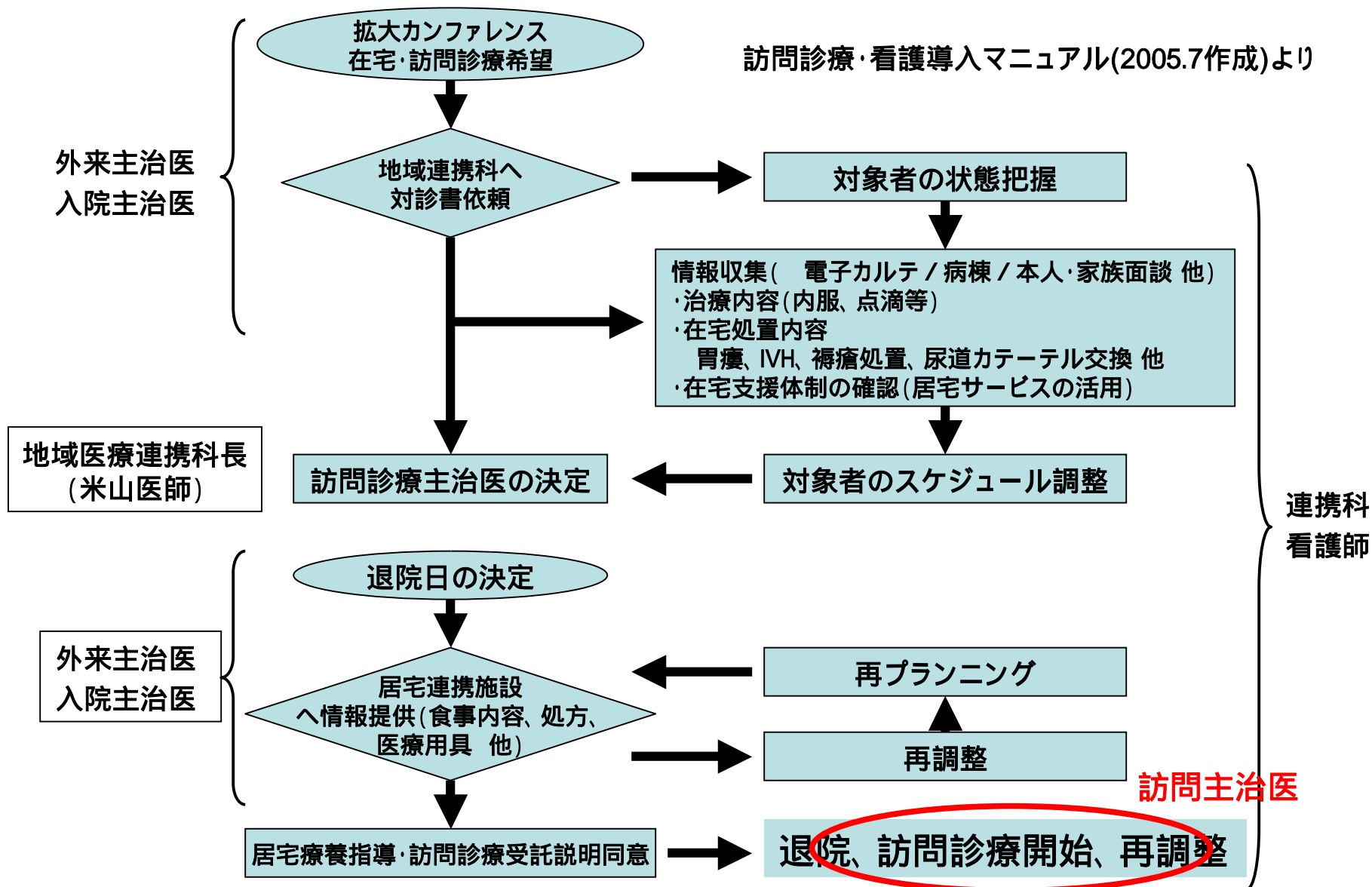
処置： 注射、点滴、褥瘡(床ずれ)処置、胃瘻
チューブ交換、気管カニューレ交換、
埋込型中心静脈栄養ルート刺入、など

患者と家族への療養指導・生活指導

どのような状態でも在宅療養に向け
努力している。

(資料88)

南砺市民病院訪問診療開始までの流れ



(資料89)

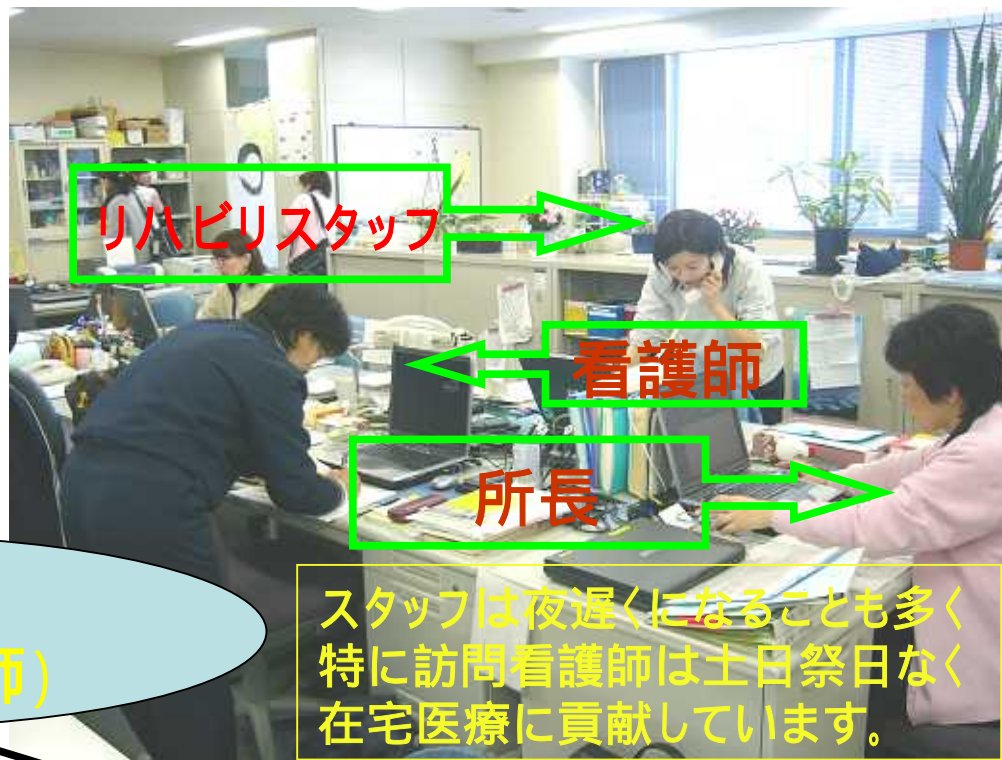
訪問診療の実際
在宅でのインフルエンザ予防接種
在宅酸素療法中患者様



訪問診療 荒幡医師

(資料90)

南砺市井波 訪問看護ステーション



所長
(訪問看護師)

看護スタッフ
訪問看護師 10名

リハビリスタッフ
PT 3名
OT 3名
ST 1名
(常勤)

看護師やリハビリ療法士の多くは病院での研修後、訪問看護に2～3年間ローテーションします。その後、病院での勤務で在宅医療の重要性や遣り甲斐を伝えていきます。

(資料91) 南砺市民病院関連リハビリ療法士、平成20年1月現在

急性期リハビリ ; PT7名、OT6名、ST2名

回復期リハ病棟; PT5名、OT4名、ST2名

デイケア(通所); PT2名、OT1名、ST随時支援

訪問リハビリ ; PT3名、OT3名、ST1名

- ・訪問メモ
- ・福祉用具カタログ
- ・名刺
- ・一筆箋
- ・携帯電話
- ・使い捨て手袋
- ・筆記用具
- ・血圧計・体温計
- ・パルスオキシメーター
- ・デジカメ
- ・聴診器

・笑顔V(^_^)



- ・評価、訓練器具
- ・回想法の材料・とろみ剤・はさみ・テープ
- その他いろいろ



(資料92)

訪問リハビリテーションへのST派遣

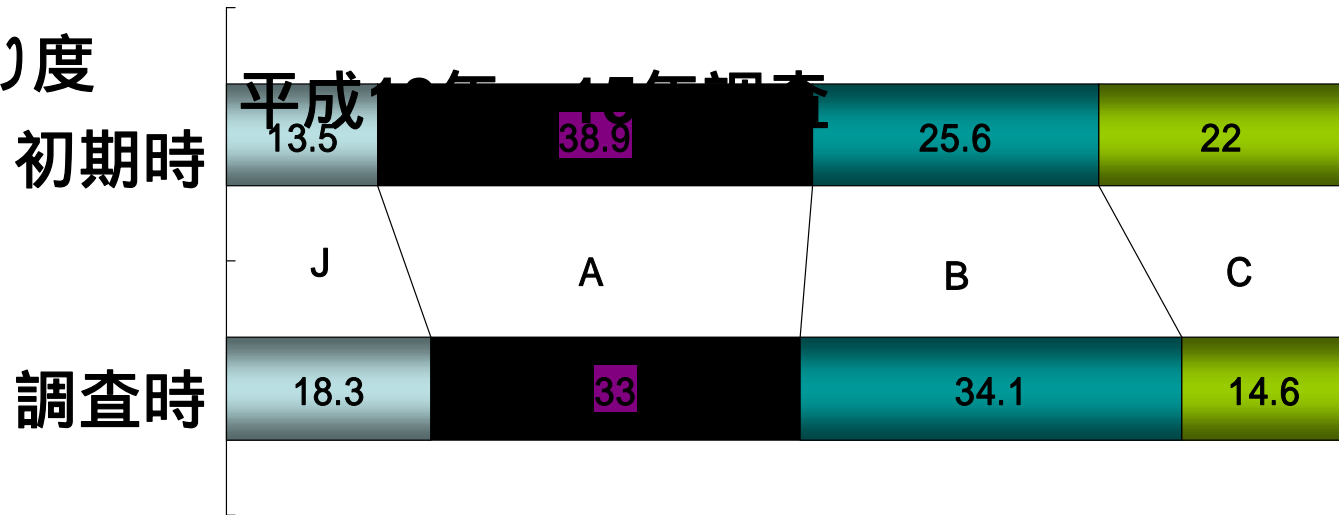


在宅での訪問ST(言語聴覚士)の必要性は高く、平成19年4月1名の常勤で開始し、8月現在54人の登録があります。1日約5人の自宅へ訪問していますが、ニーズに対応できない状況であり、平成20年度から2名の訪問ST体制で在宅医療にあたります。

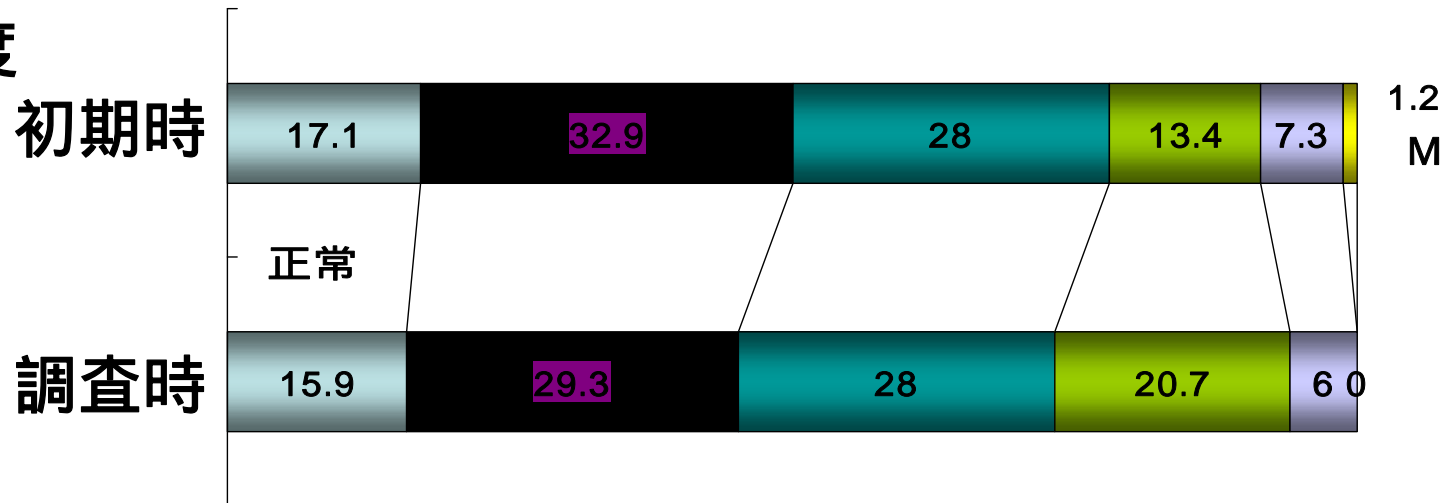
(資料93)

訪問リハビリテーション前後での障害比較

寝たきり度



認知度



初期時と調査時を比較すると、全体的に寝たきり度がやや改善、認知度はやや悪化していた。

(資料94)

通所リハビリに(デイケア)における パワーリハビリテーションの有効性の評価

デイケアセンター PT川島慎司

対象

通所リハ利用者でパワーリハを行った21名。男性15名、女性6名。平均年齢76.6±5.6歳。介護度は要介護1～4。主疾患はパーキンソン病・症候群9名、脳血管障害7名、整形疾患3名、その他2名。

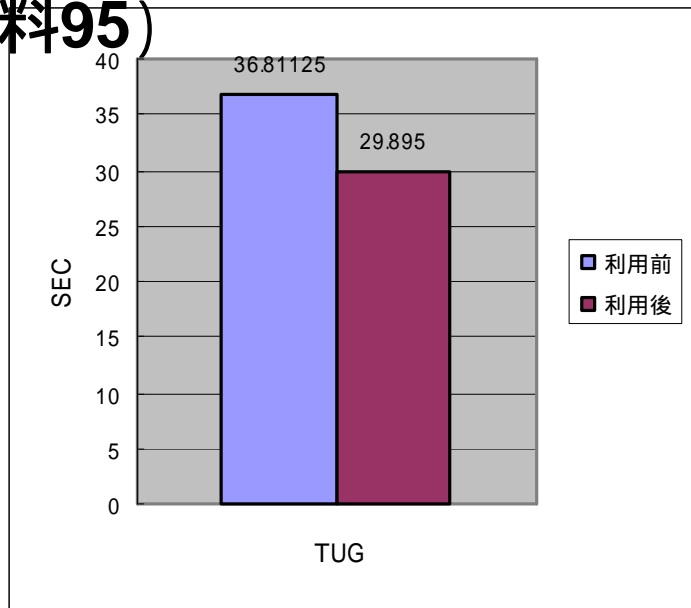
方法

実施期間は3ヶ月(1～2回/週)。マシンはコンパス社製の水平レッグプレス、ヒップadd/abd、レッグext/flex、トーンext/flex、チェストプレス、ローイングの6機種を全て、または選択的に行った。

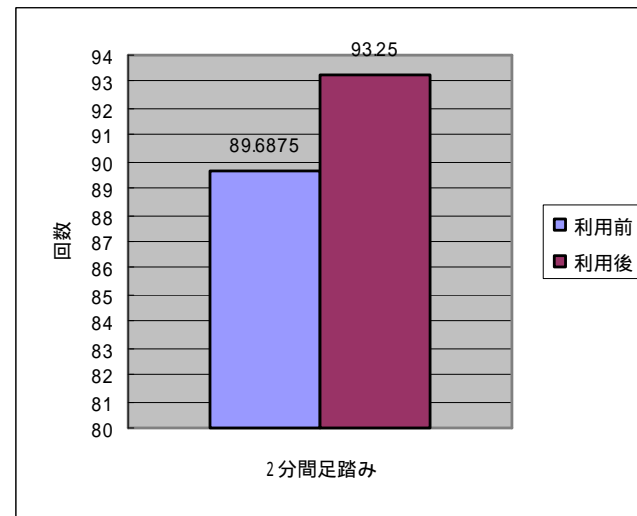
評価項目

ADL評価としてBarthel Index(以下BI)、身体能力評価としてTimed Up & Go(以下TUG)、開眼片足立ち、2分間足踏みの4項目を初期、最終に行った。

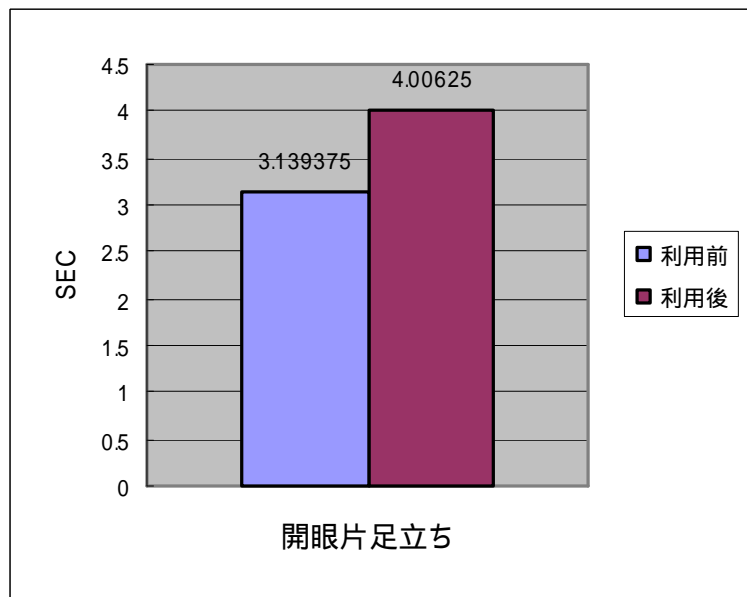
(資料95)



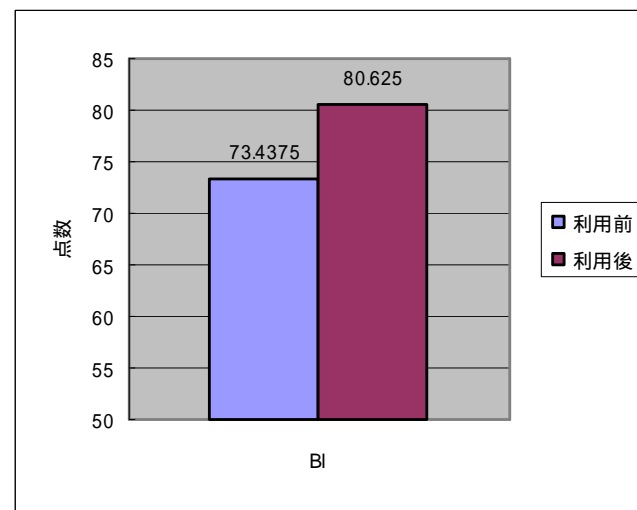
TUG



2分間足踏み



開眼片足立ち



バーサルインデックス

(資料96)

. 結果

1 . TUGは利用前 36.8 ± 14.4 秒、利用後 29.9 ± 13.7 秒と

有意な改善を認めた。($p < 0.05$)

2 . BIは利用前 73.4 ± 13.2 点、利用後 80.6 ± 13.2 点と
有意な改善を認めた。($p < 0.05$)

3 . 開眼片足立ち・2分間足踏みでは有意差は得られなかったが、改善傾向を示した。

. まとめ

1 . パワーリハを利用した運動により、21症例の評価項目の内
TUG、BIに有意な改善を認めた。

2 . 通所リハビリテーションにおけるパワーリハビリは、廃用予
防にとどまらず移動能力、ADLの改善に効果のある1手段と
して捉えることができる。

(資料97) リハビリ総合実施計画書をツールとした情報交換

リハビリテーション総合実施計画書			
ID: 92127209	計画計画年度: 2007年12月14日	計画計画年度: 2007年12月14日	計画計画年度: 2007年12月14日
患者氏名: 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 生後日数: 〇歳 〇月 〇日 〇時 〇分 〇秒 医師名: 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 看護士名: 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇			
日常生活自立度: 自立 視覚覚醒レベル: 自立 認知覚醒レベル: 自立			
身体機能・日常生活動作の達成状況と課題 歩行速度: 1.5m/s 歩行歩幅: 0.8m 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調 歩行歩調: 歩行歩調			
心理機能・認知機能の達成状況と課題 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能 認知機能: 認知機能			
社会生活・環境適応の達成状況と課題 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活 社会生活: 社会生活			

身体	心理	認知	社会的	環境	生活	教育的	その他
歩行速度: 1.5m/s	歩行歩幅: 0.8m	歩行歩調: 歩行歩調	歩行歩調: 歩行歩調	歩行歩調: 歩行歩調	歩行歩調: 歩行歩調	歩行歩調: 歩行歩調	歩行歩調: 歩行歩調
認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能	認知機能: 認知機能
社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活	社会生活: 社会生活

リハビリ連絡票

経過: 19年10月23日(月)夜歩行をして転倒した。左股関節部の痛みと腫れみられ、MRIにて左大腿骨幹骨折が判明した。骨密度が少なく、保存的に治療された。退院カンファでもう少しリハビリの継続を依頼され、11月7日(日)退院してリハビリ病棟に転院される。その後、腰痛部、股関節の痛みの訴えが聞かれることもあったが、徐々に体力回復され、12月27日退院の運びとなる。

現在の課題点: 全量のため、ADL要介助 #認知機能の低下(動作学習に時間要す) #筋力低下(相手が強い)

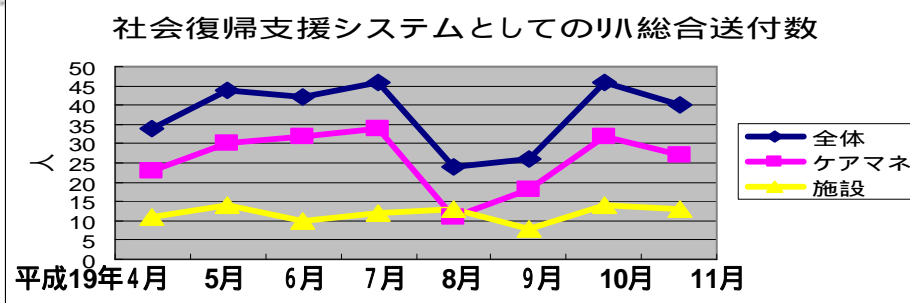
現在の訓練内容:
 PT: ①下腿マッサージ ②筋力増強訓練 ③立位バランス訓練 ④歩行訓練
 OT: ①上下肢マッサージ ②筋力増強訓練 ③歩行訓練 ④日常生活動作方法指導 ⑤環境調整の練習 ⑥歌唱など
 ST: ①頭部伸展訓練 ②フライング ③発声訓練 ④歌唱 ⑤嚥下機能評価 ⑥食事形態調整 ⑦摂食指導

今後していただくADL(目標とするADL):
 ご自宅で安全に排泄動作、トイレまでの移動を行う事ができる(最初はご家族の誘導にて)。5枚の紙幣(裏かごのおき)にやり、飲みとろみ系、水分にとろみ(蜂蜜)食後の口腔ケア

コメント: 院での日常生活動作の状況については、食事動作:見守り(食べほしなどあり)、整容動作:セパリング介助、排泄動作:ポータブルトイレ常設自立、更衣動作:手洗い介助、入浴動作:介助した状況でした。立位は前向き歩行ですが、一人で保つことができません。しかし不安定であるため、近づくことができる必要があると考えています。歩行は手すり・杖があるき、または両手での杖・杖にて訓練実施してました。環境への適応が困難であったため、見守りまたは介助を欠かせない状況でした。外出訓練にてご自宅でのトイレ・居室間の移動動作訓練を行いました。以前の自宅環境の再学習が必要な状態であり、最初はご家族の誘導等、協力が必要と思われる。ご本人が慣れるまでは前向き、後向き歩行をお勧めしたいと思います。(夜間もポータブルトイレ常設自立となる予定です)

嚥下内視鏡検査にて評価行ったところ、咽頭が極端にせまく、わずかな口量でも嚥下を行う必要があることがわかりました。摂食には時間がかかります。また、しせを速くすることができませんので、もたせるときにはしゃっくりがで、嘔吐することが大切です。そのために呼吸機能を維持することが重要と考えます。

リハビリ計画書	H19 4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月
送付達成率	83%	93%	94%	100%	92%	100%	94%	88%



継続的なりハビリやケアが必要な対象者に、入院中のリハビリ総合実施計画書の内容をケアマネジャーや施設相談員を通しサービス担当者に伝え、医療ケアの安全な支援に努めている。

(資料98)

南砺市各地域の介護支援専門員(ケアマネジャー)の現状 平成19年5月現在

	事業所名	ケアマネ数	地区別 合計	限度数(35)	5月介護給付実績数	他市担 当数	ゆとり数	予防を除くケ アマネー人当 たりの数
城端	1	4	9	140	108		32	27
	2	3		105	余裕有(約90程?)			
	3	2		70	27		43	13.5
福光	1	3	13	105	57		48	28.5
	2	2		70	51		19	25.5
	3	4		140	115		25	28.75
	4	4		140	105		35	26.75
福野	1	8	9	280	256		24	32
	2	1		35	30		5	30
井波・井口	1	7.5	9.5	262.5	234	18	10.5	33.6
	2	2		70	59	2	9	30.5
五箇山	1	2	2	70	76			38
合計		42.5人		1487.5人	約1200人		約280人	

地域間にばらつきは見られ、一部でケアプラン作成が困難な状況が見られる。

(資料99)

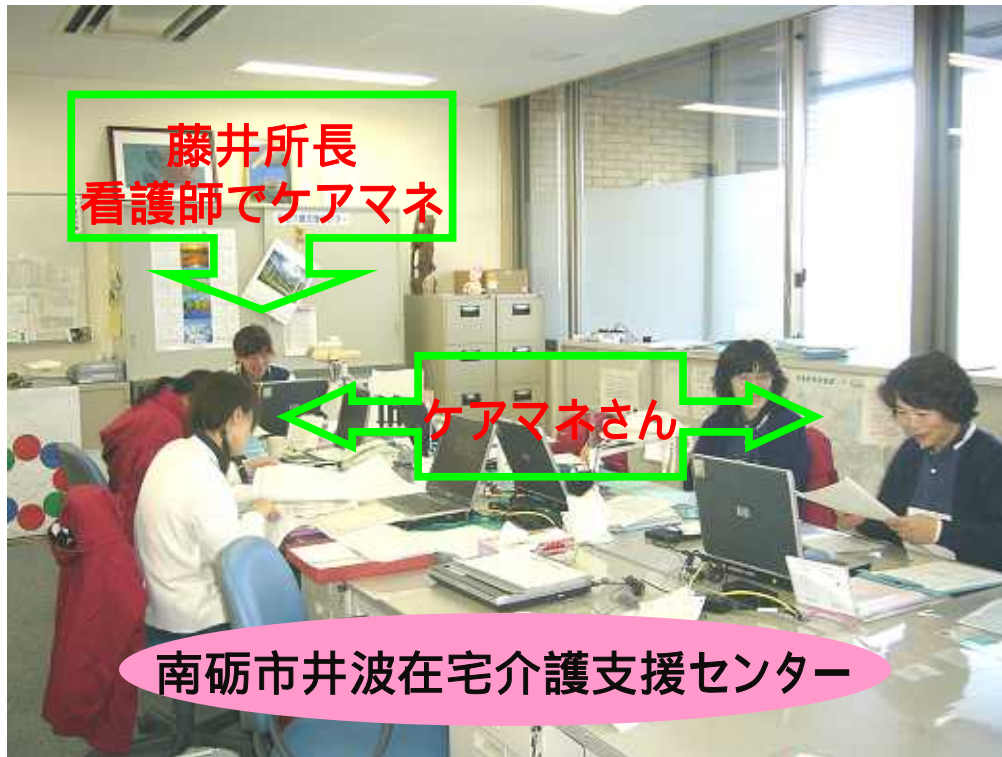
福野地域在宅介護支援センター 介護支援専門員研修会



平成17年6月28日

福寿園在宅介護支援センター

(資料100)



ケアプラン作成報酬

要支援 1 ~ 2	4000円/月・件
要介護 1 ~ 2	10000円/月・件
要介護 3 ~ 5	13000円/月・件

要介護者へのケアプラン作成は月35件以内と制限され、介護保険からの報酬は多くても月40万円程度です。