

新城市における
地域包括ケアモデル事業の取
組（訪問看護ステーションモデル）

～新城市 市民福祉部 長寿課～

新都市の状況

(平成27年3月1日現在)

人口 **49,007人**
(4/1時点に比べ ▲468人)

高齢者数 **15,401人**
(高齢化率 31.43%)
(4/1時点に比べ +0.97%)



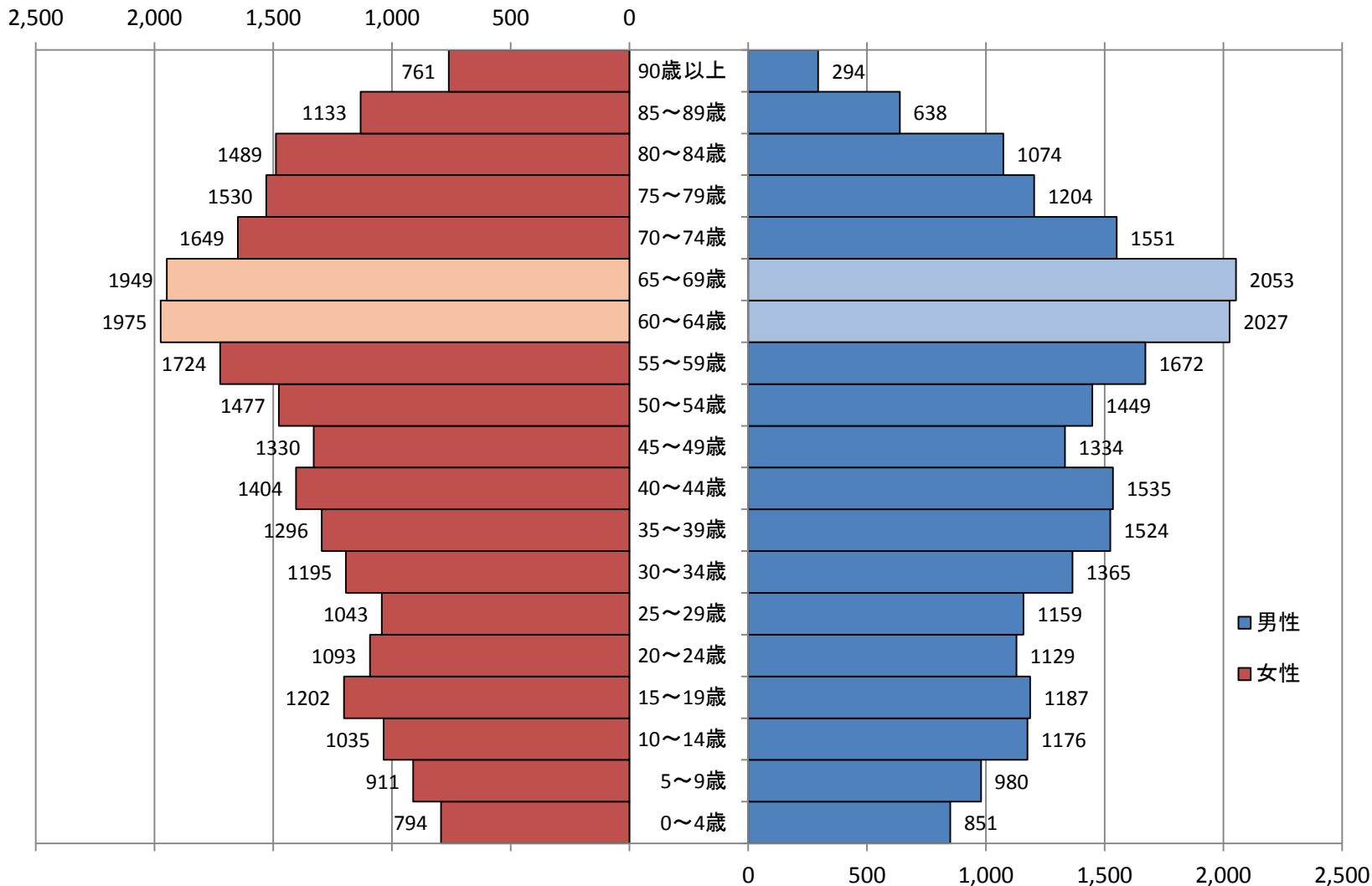
新都市位置図

(平成27年3月1日現在)

- ・新城地区 34,357人 内高齢者 9,822人 28.6% (+0.9%)
- ・鳳来地区 11,329人 内高齢者 4,461人 39.4% (+2.0%)
- ・作手地区 2,651人 内高齢者 1,104人 41.6% (+0.4%)

新都市の人口ピラミッド

(平成26年11月1日現在)



新城市の医療資源の状況

病院	5か所	訪問看護	3か所(公設1)
医科診療所	25か所	訪問リハビリ	3か所
歯科診療所	23か所	通所リハビリ	5か所
調剤薬局	14か所		

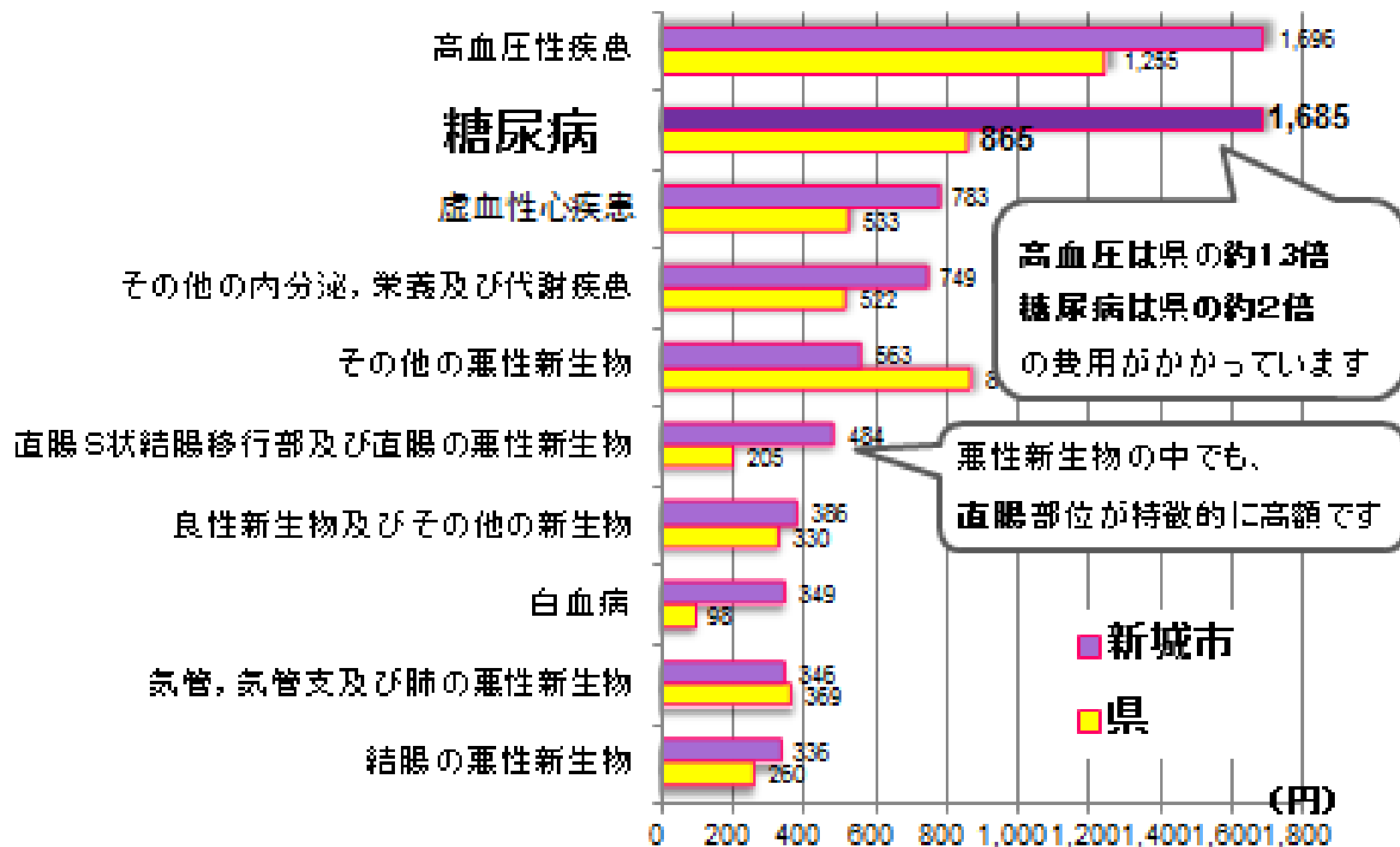
市内の病床数

市民病院 : 一般病床数 199床 うち地域包括ケア病床 21床
上記以外病院 (4カ所合計)
: 一般病床数 60床
: 療養病床 195床
診療所 (4カ所合計) : 36床

入院できる施設が限られている

新城市の疾病別1人当たり医療費用額(上位10疾患)

新城市国民健康保険 25年5月診療分より

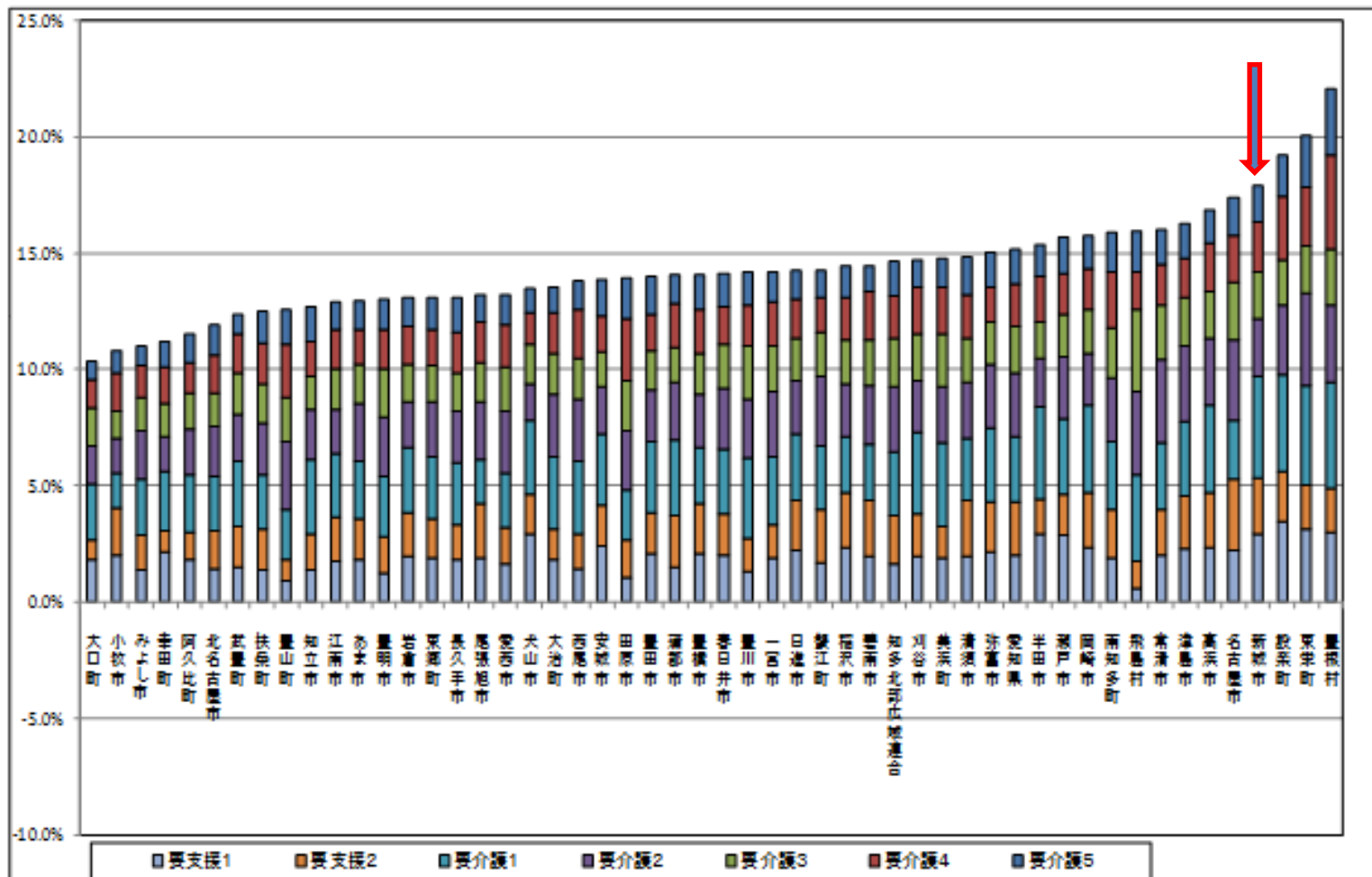


新城市の介護資源の状況

通所介護 (デイサービス)	18ヶ所	特別養護老人ホーム	2ヶ所
訪問介護 (ホームヘルプサービス)	9ヶ所	介護老人保健施設	2ヶ所
通所リハビリテーション (デイケア)	5ヶ所	介護療養型医療施設	4ヶ所
訪問入浴	1ヶ所	地域密着型介護老人福祉施設	1ヶ所
居宅介護支援事業所	15ヶ所	その他施設 (ケアハウス・有料老人ホーム サービス付高齢者向け住宅)	4ヶ所
小規模多機能型居宅介護	1ヶ所	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	7ヶ所
訪問看護	1ヶ所	短期入所生活・療養介護 (ショートステイ・医療型ショートステイ)	7ヶ所
福祉用具貸与・購入	2ヶ所	地域包括支援センター 【 ブランチ・高齢者ふれあいセンター】	1ヶ所 【6か所】

市町村別 第1号被保険者に占める認定者の割合

出典：平成24年度介護保険事業報告(年報) 愛知県版



※第1号被保険者数及び要介護(要支援)認定者数は、平成24年度末現在の数値である。

取組み状況①

【多職種による検討会議の開催】

(開催日)

◎地域包括ケア基本方針等検討会議

H26年 6/17
H27年 3/30(予定)

○関係機関連絡会議

H26年 8/11、10/20、12/24
H27年 3/26(予定)

○地域ケア会議

H26年 7/17、8/28、9/18、
11/18、12/25
H27年 3/10

○在宅医療連携協議会

H26年 7/24、9/18、11/13

取組み状況②

・ 市民講演会 I (H26.9.27(土) 13:30開演)



参加者
185名

アンケートの
実施
123名

ご意見

- ・在宅の看取り、老後への不安を感じる。
- ・地域包括ケアへの理解の一方、市の施策がみえない。
- ・参加者が少ない。PR不足では。

取組み状況③

多職種研修会の開催 I (H26.12.4(木) 19:30~21:10 10)



参加者 87名(事務局含む)
(医師・歯科医師、薬剤師、保健所、居宅介護
支援事業所、地域包括等)
グループワーク 11グループ
(発表 2グループ)
アンケートの実施 49名



多職種研修会の開催 II、III、IV

・ 愛知県地域包括ケア推進モデル事業



【テーマ】 新都市が超高齢化社会を生き抜くために・・・

～ 2025年問題 超高齢化社会の到来を理解する。～

団塊の世代が75歳(後期高齢者)となる2025年、日本は超高齢化社会を迎えます。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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるその地域に合った“地域包括ケアシステム構築”が重要です。

【目的】 超高齢化社会の到来を正確に理解し、知識を広げることにより、新都市の地域包括ケアシステムの方向性を確認する。また、意見交換等により、職種別に抱えている問題など、多職種関係者で共有できる場とする。

【対象者】 多職種(医療・介護)関係者・民生委員・市役所職員ほか

【内容】 3回シリーズによる研修(要申込、いずれか1回または2回のみ参加可)

第1回 平成27年3月18日(水)午後7時～午後9時

「終末期の緩和ケアを地域に広めるために」

豊橋医療センター緩和ケア部長 医学博士 佐藤 健 医師

第2回 平成27年3月22日(日)午後1時30分～午後3時30分

「在宅医療における多職種協働の意義」

国立長寿医療研究センター 呼吸機能診療科 千田一嘉 医師

第3回 平成27年3月28日(土)午後2時～午後4時

「認知症の在宅医療について」

国立長寿医療研究センター 精神科 福田耕嗣 医師

【会場】 新城文化会館 大会議室 (全回の会場)

取組み状況④

先進地視察 柏市視察 (平成26年10月9日(木))

【地域医療連携センター】

・視察の目的:在宅医療を含む多職種連携において、先進的な展開をしている状況を視察



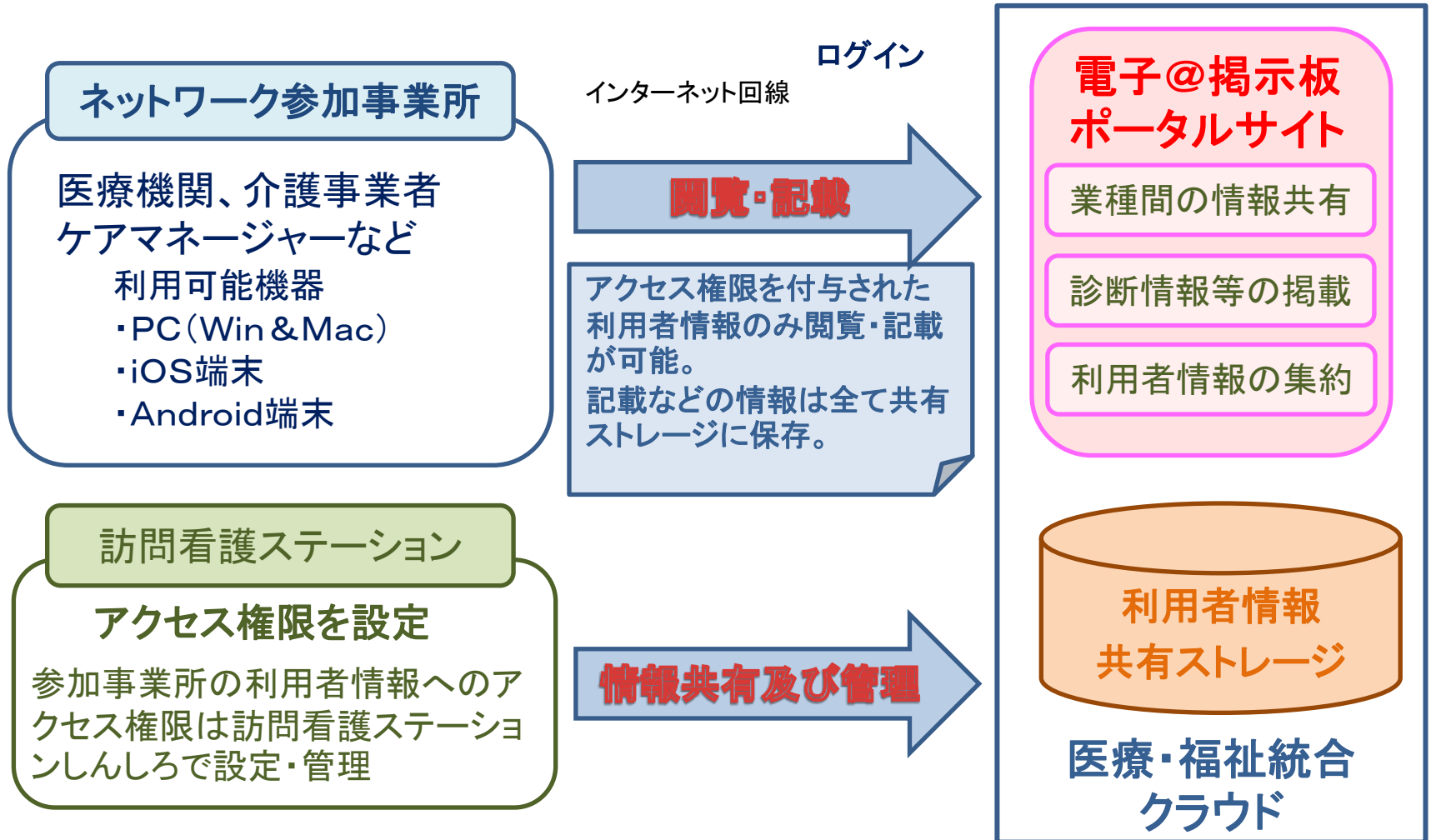
＜視察の内容＞

- ・医療と介護連携のための推進体制の充実
- ・医師会等との良好な関係
- ・主治医・副主治医の仕組みの構築
- ・多職種連携のため、研修会等を通じ顔の見える関係を構築 ⇒ ICT活用 ⇒ チームケア



取組み状況⑤

情報共有のネットワークとして 電子@連絡帳を利用した情報共有



取組み状況⑤資料

東三河ほいっぷネットワーク - 新城市



ホーム 東三河ほいっぷネットワークとは 協議会概要 委員構成



はじめに

このシステムは、名古屋大学医学部附属病院 先端医療・臨床研究支援センター及び東海ネット医療フォーラム・NPOの協力により運用されています。

多職種連携ソフトとして30万人以上の都市での電子@連絡帳の本格運用は初めてとなります。医療、介護、福祉、保健等の従事者間での情報共有のためにご利用ください。またまた電子@連絡帳は進化していかなければなりません。改良する点等のご希望があれば、連絡協議会にあげていただければと思います。

また運用した経験、症例を積極的に所属する学会等で発表していただき、さらにこの愛知県の電子@連絡帳を日本中に広めていただければ幸いです。



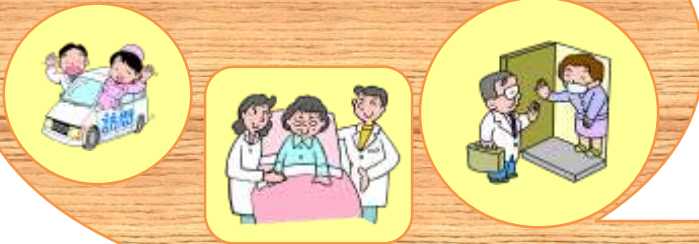
利用開始

利用には事前の利用者登録と使用端末への認証用証明書のインストールが必要です。施

取組み状況⑥

在宅医療啓発用チラシ(全戸配布)

住み慣れた所で暮らすために
在宅医療を考えてみませんか

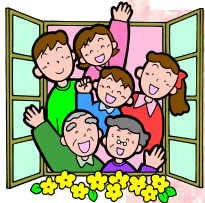


「在宅医療」とは、どんなもの？

自宅など病院外で行われる医療全般のことです。
 通院が困難な患者さんの自宅もしくは老人施設などを、医師・歯科医師のほか、看護師、薬剤師や理学療法士（リハビリ）などの医療関係者が、定期的に訪問して医療を行うことです。
 「住み慣れた自分の家で療養したい」「できれば最期までの日々は、思い出深い我が家で、自分らしく過ごしたい」など、患者さんの想い、家族の想いから始まります。

「地域包括ケアシステム」で見守っています！

地域包括ケアシステムとは、医療と介護（ケアマネ・ヘルパー・行政等）の多職種の関係者が連携をとり、住み慣れた所で安心して暮らすことができるためのシステムです。
 特に、在宅医療の充実を図り、利用する患者さん並びにご家族の負担を軽減できるよう、多職種でサポートしていきます。



10年後のこの地域と自分

この地域の医療・介護サービス資源、自分・家族の健康状態、生活体系などを想像してみてください。年と共に1年間が短く感じるのは私だけでしょうか？
 超高齢社会を迎え、この限られた資源を今から有効活用しましょう。

「在宅医療」まずは相談しましょう

自宅等の在宅医療・介護サービスは無理だと思っていませんか。一人で悩まずに、相談する窓口はたくさんありますので活用してください。

- ☆かかりつけ医や入院している病院の主治医及び医療機関
- ☆訪問看護ステーションの看護師
- ☆市役所長寿課、地域包括支援センター（介護サービス・各種相談）
- ☆ケアマネージャー、ヘルパー（介護サービスを利用している場合）
- ☆家族



「かかりつけ医」を持ちましょう

かかりつけ医は、日常的な診療や健康管理のアドバイスをしてくれる、地域の身近なお医者さんです。
 大病院に比べて、比較的待ち時間が短く受診の手続きも簡単です。入院や特別な検査・治療等を必要と判断した場合は、適切な病院と診療科を紹介してくれます。
 その後、病院で治療や検査が行われ、病状が安定し通院治療が可能となれば、再びかかりつけ医が診察にあたります。
 住まいの近くにある診療所や病院の先生を「かかりつけ医」として決めておきましょう。



【多職種】医師、歯科医師、薬剤師、看護師、保健師、ケアマネージャー、ヘルパーなどの、医療や介護事業所の総称です。（他にも多くの職種の方がみえます）
 多職種が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行っています。

新城市在宅医療連携協議会

【事務局】 新城市 市民福祉部 長寿課 電話 23-7688
 健康医療部 へき地医療支援室 電話 32-2811
 健康医療部 訪問看護ステーション 電話 32-2416
 新城市地域包括支援センター 電話 23-6810

取組み状況⑦

訪問看護の周知

地区民生・児童委員の会議における説明：全6地区会場にステーション看護師が出席

(H26. 12. 19～27. 3. 19)



シルバー人材センター
恒例のセンターまつりに
ステーション看護師が
参加(H26. 10. 25(土))

社会資源(医療・介護以外の地域資源)

ボランティア市民活動

新城はぐるまの会 友愛訪問部

- 活動場所: 社会福祉協議会、各高齢者宅
- 活動日: 月2回
- 活動内容: 独居高齢者、高齢者夫婦世帯、遠たきり高齢者宅を毎月訪問し、安否確認や日常生活の相談を行う
- 会費: 1,500円/年(はぐるまの会 会費)
- 会員数: 130人
- メッセージ



ますますの高齢化社会に、私達友愛訪問で少しでもお役に立てたいという思いで訪問しています。訪問しているといういるな人との出会いがあり学びや楽しみがあります。そして「ありがとう!」と言われると満足感が出て自分が癒されて優しい気持ちになることもあり本当に良い体験が出来ます。

現在、私達会員も減少傾向にあります。もう少し会員を増やしてもっと多くの方を訪問できたらと思っています。

連絡先
代表 ● ● ● ●
電話 ● ● ● ●

市が開催する「木曜塾」



買物ツアー(社会福祉協議会自主事業)

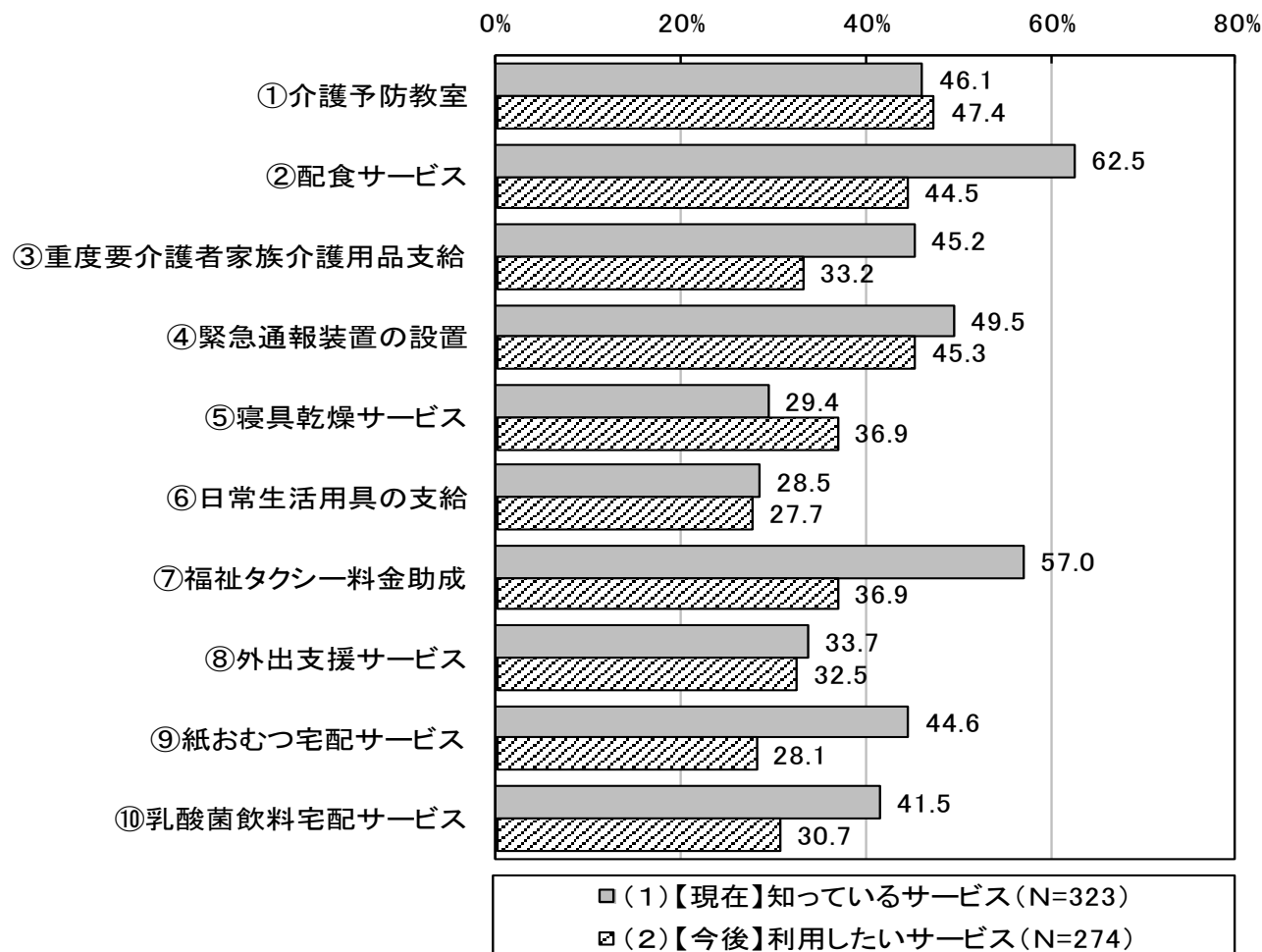
地区主催ミニデイ



住民ニーズ(介護保険計画に基づくアンケート)

7-(1) 高齢者福祉サービスの利用状況・利用意向について

問45:市や社会福祉協議会が実施している高齢者福祉サービスについて、(1)、(2)それぞれの質問に該当するサービスがあれば、枠内に○をご記入ください。



連携機関の意見等

○医師会、歯科医師会、薬剤師会・・・3師会の理解は得られている。

- * 医師の高齢化、広範囲：地域格差（移動時間により制限）
・・・個々の医師等に対し市から直接協力を求めていく。

○多職種研修会参加者（医師、歯科医師、薬剤師）

- ・他職種の連携はできてないと実感
- ・ICT導入のメリットについて説明が必要
- ・医療・介護の相談窓口の必要

○訪問看護ステーション

- ・訪問看護の普及啓発が急務である。
- ・組織をまたぐ活動になるため、市としてのバックアップが必要である。
- ・訪問看護が小規模だと非効率・負担増大、研修・会議への参加が難しくなり、看護サービスの質の低下につながる。
- ・訪問看護職員の確保（経験必要）は今後難しくなるため、将来を見据えた採用計画が必要である。

来年度にむけて

①モデル事業担当事務局の体制強化・・・組織機構見直し

主担当事務局となる長寿課が、介護保険事業計画策定、介護保険法の一部改正、広域連合の設立等に伴う事務作業に追われており、当モデル事業における連絡調整に手が回らない状況下に加え、

医療分野に精通する者がいないため統一した方向を見出すに期間を要した。

②各検討会議の見直し(案)・・・既存の検討会にワーキンググループを設置

各会とも委員が多くいることから、ワーキンググループを設置し、内容に応じて各グループに問題提起するものとする。

③在宅医療の啓発等を図るとともに市の方針を固める。

市役所職員も含め住民への理解をさらに深めるとともに、3師会（医師会等）、介護サービス事業所に協力を引き続き求める。・・・訪問看護の利用拡大につなげる。

④住まいの確保、認知症施策の推進に係る取組みを追加

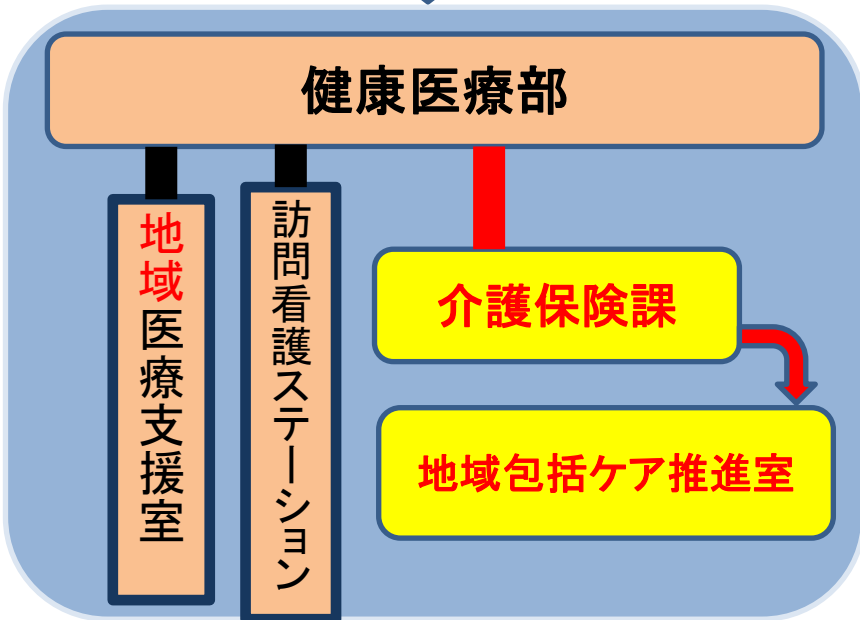
⑤社会資源マップを作成

⑥地域自治区への説明と意見聴取

地域包括アケシシステム構築を進める上で、地域住民の理解と協力が不可欠であることから、地区住民の意見を求める。

【組織機構の見直し】

○介護保険を担当する**市民福祉部長**
寿課が主の事務局となり、公設の**訪問看護ステーション**とその業務の一部を担う**健康医療部へき地医療支援室**が、在宅医療に関するバックアップを行う形で進んでいる。



【社会資源マップ】

＜既存のマップを利用し製作準備中＞



訪問看護ステーションモデルに取り組む市町村へ

○在宅医療の提供医師に限りがある市町村（中山間部）を対象としたモデル

公設であるため、市の方針に沿った取り組みが行えた。山間地における事業展開は経営上の採算がとりづらいことから自治体の強力な援助がないと民間参入は見込めない。訪問看護師確保のための施策なども含めた市の支援体制が必要である。

また、訪問看護に対する住民意識は低く周知啓発を図る必要があるが、看護師等の業務負担を最小限とするため、事務局職員が全面的にバックアップしなければ進むものではない。

○地域包括ケアシステム構築を早期に目指すには事務局（専門的業務）体制の強化が必要・・・市の方針に位置付け

事務局の事前準備（検討会議各委員への事前説明）から始まり、事務局が各会議に対して明確な方向性を示す能力（知識、経験等）が求められる。またシステム構築は継続して取り組むことになるため事務局職員には専門性が求められる。

○会議の目的を重視

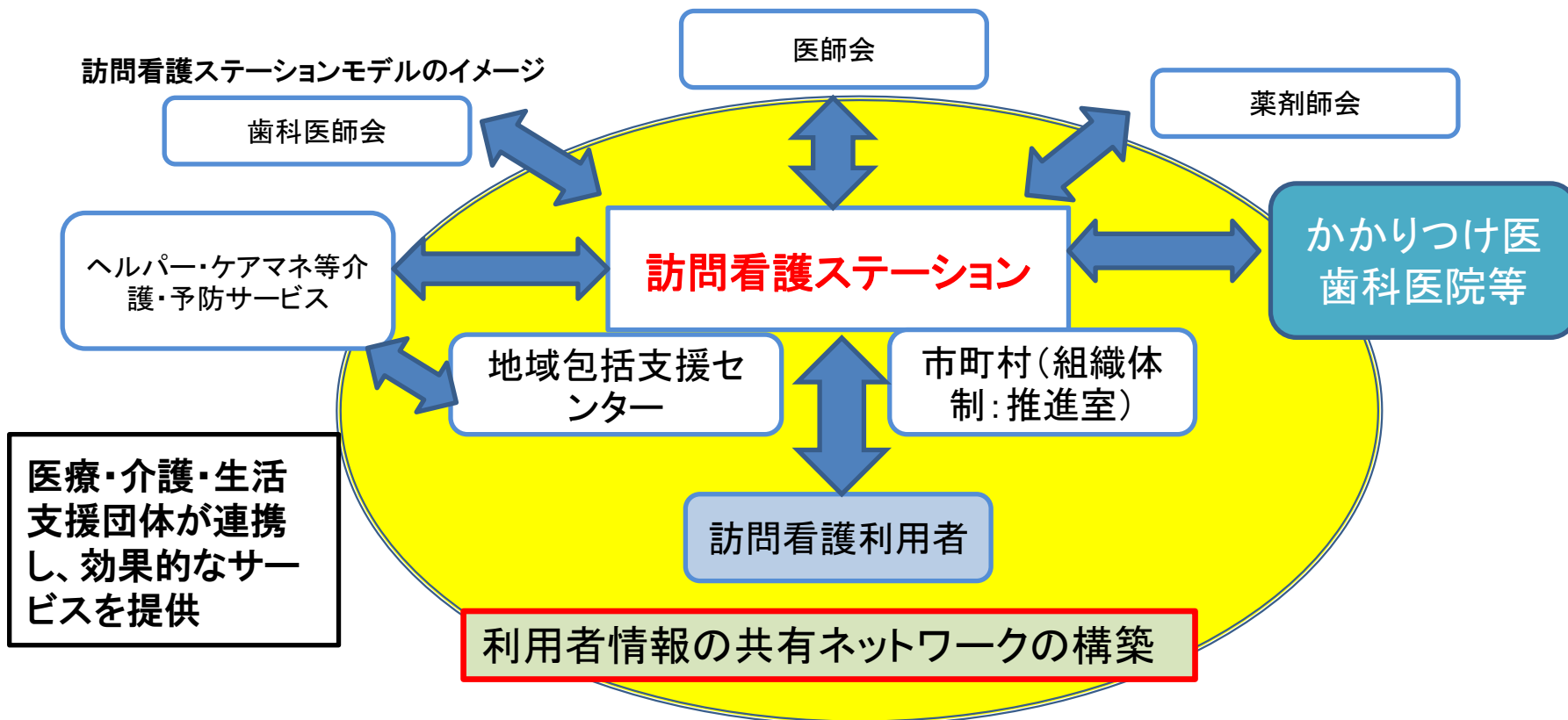
論点の絞り込み、効率的な運用（会議進行を任せる。外部講師の活用）を求める。

○ICTシステムは信頼関係づくりから

利用するのは医療・介護事業者等からなり互いの信頼関係がなければ利用が進まない。

訪問看護ステーションモデルの取組み

在宅医療提供が限られた地域で、医療・介護の双方に通じた訪問看護ステーションが中心となって高齢者の在宅医療を支えるとともに、医療・介護・予防・生活支援を担う関係職種が連携するシステム

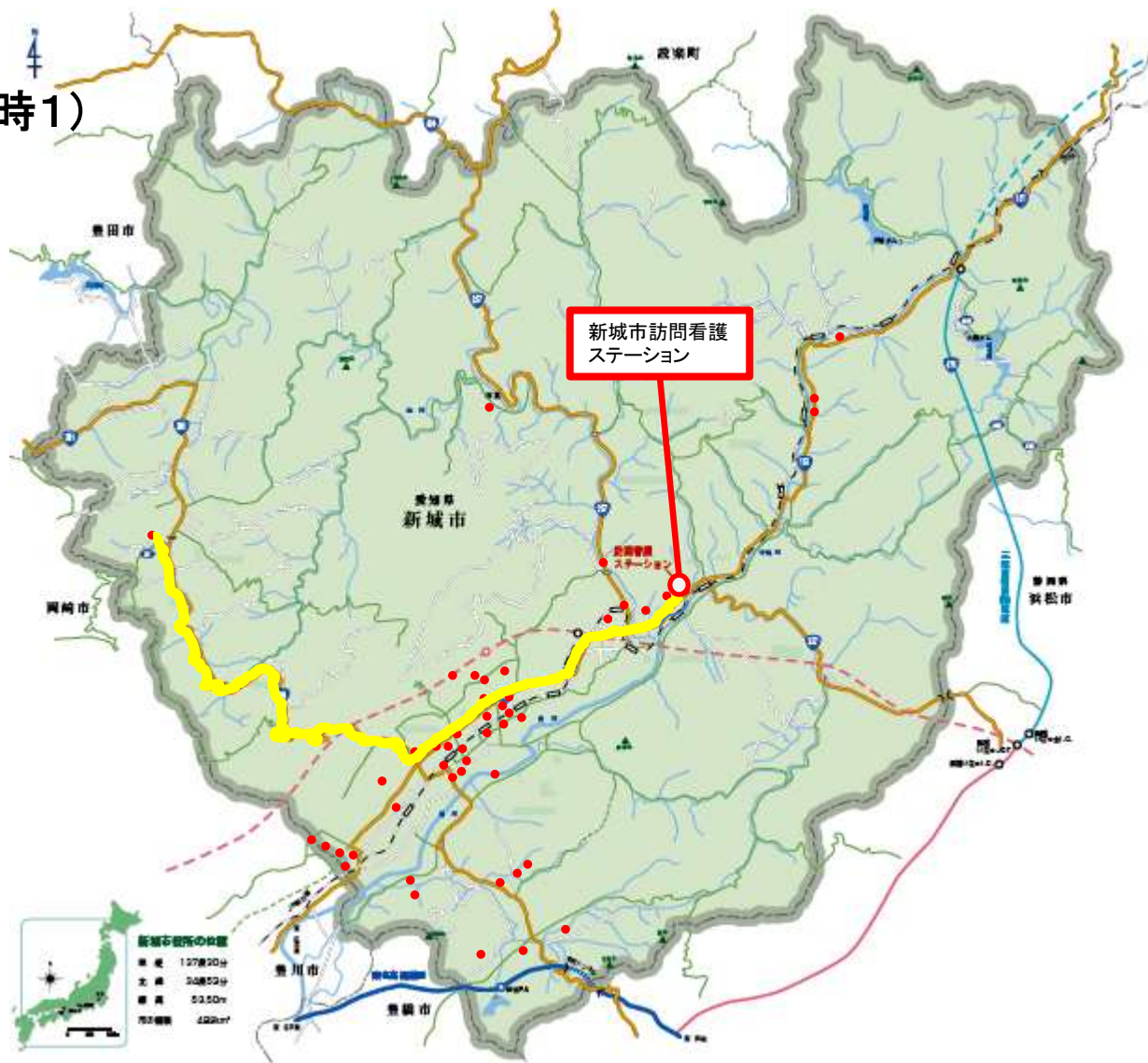


新城市訪問看護ステーションしんしろの業務実態

看護師 7名(正規6、臨時1)
事務職 1名(臨時)
利用者 55名

利用地域 新城市全域

最遠方利用者までの距離
往復52km
1日の平均移動距離
約40km



新城市 訪問看護 ステーション



地域包括ケア推進室・予定



鳳来保健センター内

ご清聴、ありがとうございました

新城市役所

市民福祉部 長寿課

電話(0536)23-7688

E-mail kaigo@city.shinshiro.lg.jp