



日田市における取り組みについて



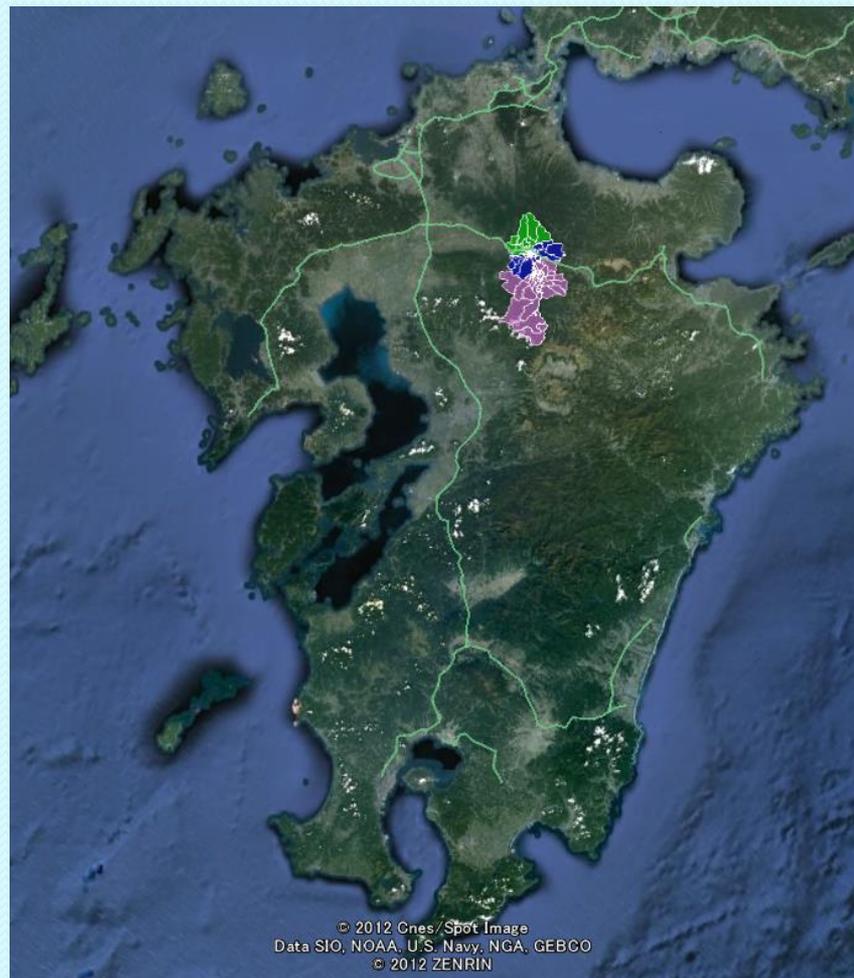
社団法人
日田市医師会立訪問看護ステーション

大分県日田市の概要

人と自然が共生し、やすらぎ・活気・笑顔に満ちた交流都市

日田市は、北部九州のほぼ中央、大分県の西部に位置し、福岡県と熊本県に隣接した地域です。また、周囲を阿蘇・くじゅう山系や英彦山系の美しい山々に囲まれ、これらの山系から流れ出る豊富な水が日田盆地で合流し、筑後・佐賀平野を貫流しながら、流域住民と福岡都市圏住民の生活や産業を潤しています。さらには、古くから北部九州の各地を結ぶ交通の要衝として栄え、江戸時代には幕府直轄地・天領として西国筋郡代が置かれるなど、九州の政治・経済・文化の中心地として繁栄し、当時の歴史的な町並みや伝統文化が、今なお脈々と受け継がれています。

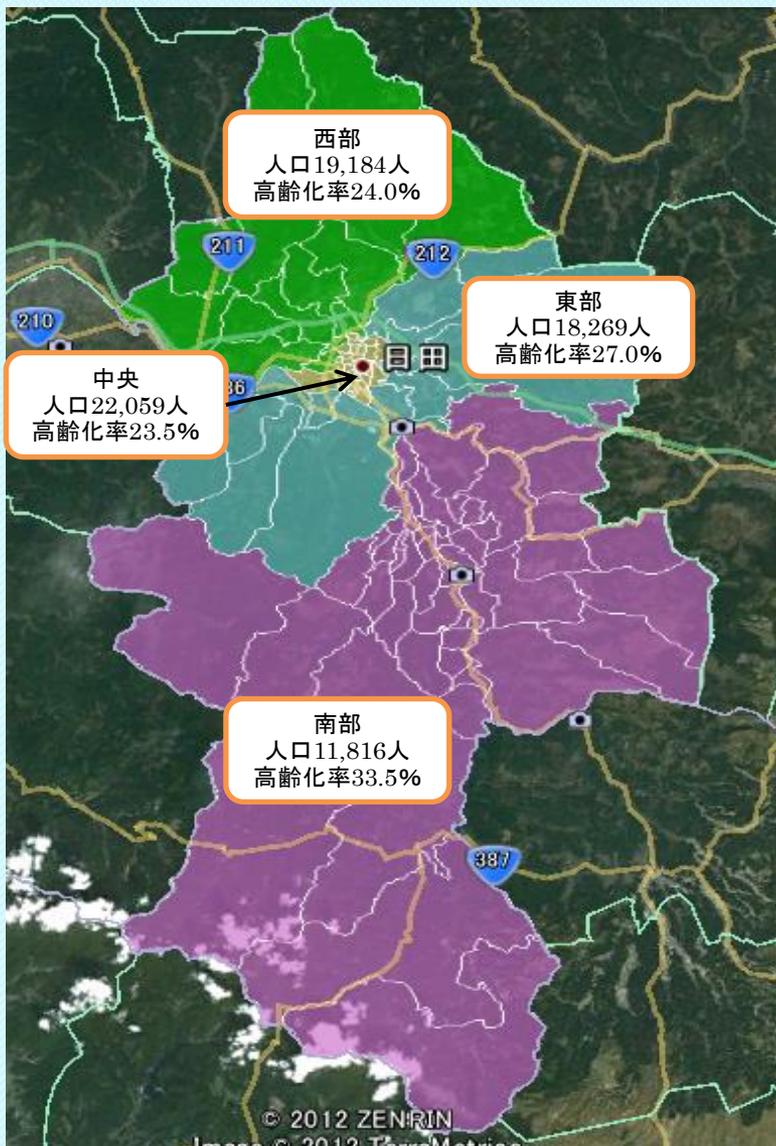
平成17年3月22日に日田市、日田郡前津江村、日田郡中津江村、日田郡上津江村、日田郡大山町並びに日田郡天瀬町の1市2町3村で合併し、新日田市が誕生しました。



【面積】 666.19 km²

【人口】 71,328人

大分県日田市の人口及び介護認定者数



地域包括支援センター 担当区で色分け

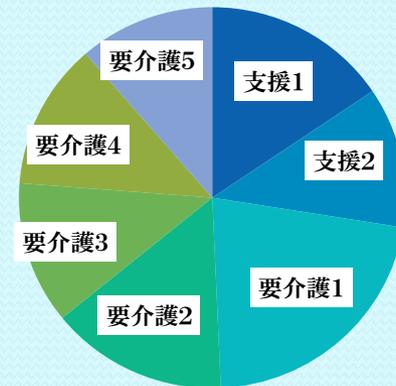
- (緑色) 西部地域
- (黄色) 中央地域
- (水色) 東部地域
- (紫色) 南部地域【旧郡部】

日田市の人口
71,328人
(うち65歳以上20,472人)
全体の28.7%

日田市の介護認定の状況 ～介護認定者数～

- 支援1 624人
- 支援2 479人
- 要介護1 874人
- 要介護2 595人
- 要介護3 485人
- 要介護4 498人
- 要介護5 456人

平成23年度末 認定者数



合計 4,011人 (人口の5.6%)

大分県日田市の医療・介護資源

医療機関(病院・医院)
58施設

【在宅介護資源】
訪問看護ステーション
2施設

訪問看護事業所
7施設

訪問リハビリ事業所
5施設

訪問診療対応歯科
20施設

在宅調剤受入薬局
15施設

居宅介護支援事業所
32施設

訪問介護事業所
25施設

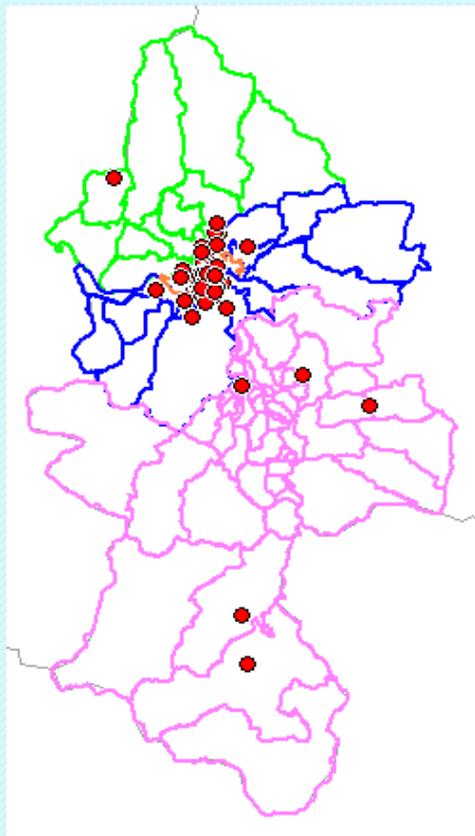
【その他の介護資源】

特別養護老人ホーム	6	認知症対応介護事業所	9
介護老人保健施設	2	小規模多機能居宅介護事業所	5
通所介護施設	24	有料老人ホーム等	12
通所リハビリ施設	9	福祉用具貸与事業所	7
短期入所生活介護	8	福祉用具販売事業所	6
短期入所療養介護	1		

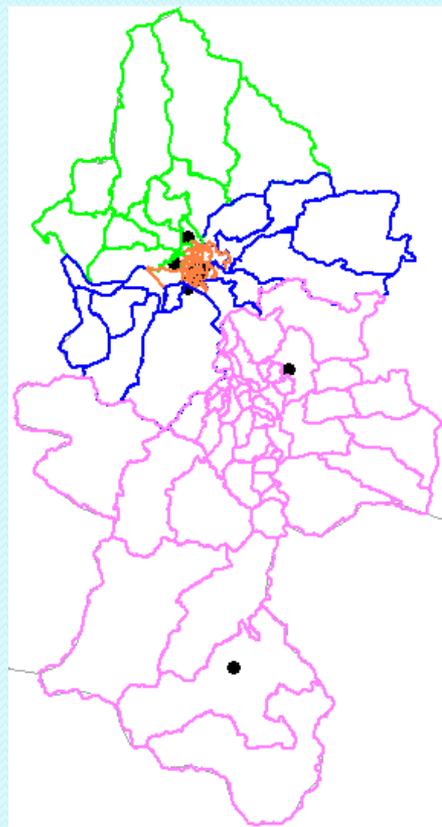
病院・医院の内訳

病院 18施設	
50床以下	10施設
51～100床	4施設
101～200床	3施設(精神)
201床以上	1施設
医院 40施設 (有床は 15施設) (眼科・耳鼻科・小児科・産婦人科 13施設 含む)	
在宅医療支援診療所	4施設
訪問診療	17施設 (連携ガイドによる)

施設別分布マップ どの施設も中央包括地区に集中している。



病院・医院



訪問看護ステーション
訪問看護部（医療機関）



居宅介護支援事業所



訪問介護事業所

現状

課題・問題点

1. 医療(治療)が終了し、退院。
自宅での受入態勢が未定(不明)
2. 医療と介護(在宅福祉)のサービスが途切れる



医療機関・患者及び家族

心配:「退院後、大丈夫か?」

サービスが途切れる



介護事業者

不満:「もっと早く退院がわかったら...」
「病気のことを知りたい」

新たな取組

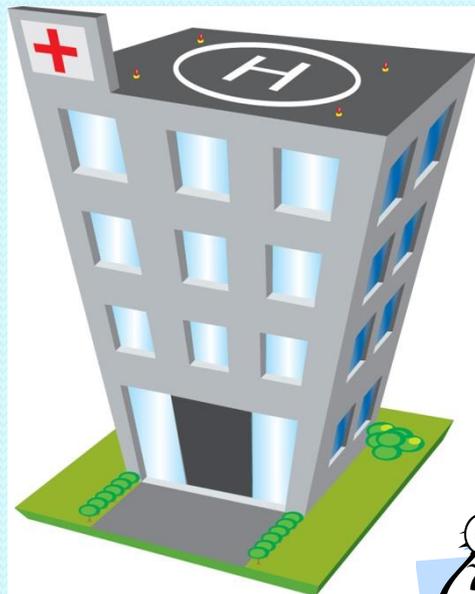
基本方向

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスの切れ目ないサービス提供体制の整備を進め、地域包括ケアシステムの構築

解決策

1. 医療機関と介護(在宅福祉)関係者が、入退院時の情報共有を行う。
→『顔の見える、多職種連携』の取組

医療から介護へ切れ目のないサービスの提供



入退院時情報提供票

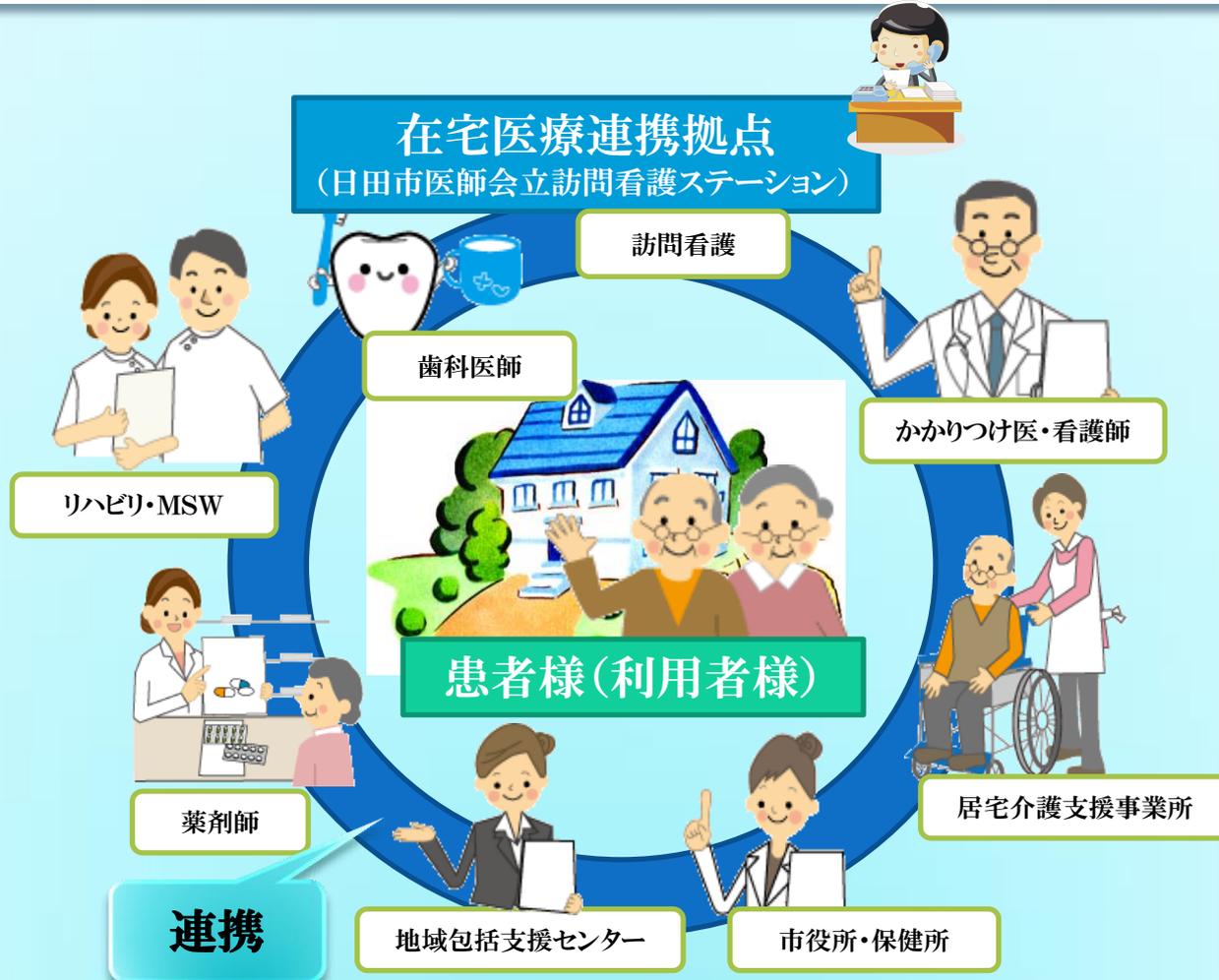


(入退院時の連携ルールづくり必要)

日田市在宅医療連携会議

事務局：日田市医師会立訪問看護ステーション

日田市医師会が、日田歯科医師会、日田市薬剤師会、市役所、保健所、介護・福祉関係団体とともに、在宅医療や在宅介護が円滑に提供されるよう設立した取り組み。



日田市在宅医療連携会議

(1) 参加機関

日田市医師会、玖珠郡医師会、日田歯科医師会、日田市薬剤師会、
介護支援専門員協議会、介護福祉士会、中核病院、看護師団体、病院事務部会、
地域リハビリテーション広域支援センター、MSW、保健所、市役所(医療, 介護)、
地域包括支援センター、訪問看護ステーション等

(2) 参加者及び開催回数

- 全体会議(委員数37名)..... 7、9、11、1、3月 年 5回 開催
 - 作業部会(委員数22名)..... 8、10、12、2月 年 4回 開催
- 計 9回 開催

(3) 協議内容

- 全体会議 ... 事業計画の決定、
進行管理
- 作業部会 ... 事業の執行



在宅医療連携拠点が行う必須のタスク

～ 厚生労働省委託事業 ～

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出
2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援
3. 効率的な医療提供のための多職種連携
4. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発
5. 在宅医療に従事する人材育成

1. 多職種連携の課題に対する解決策の抽出

全体会メンバーが所属する団体へアンケート調査

患者や利用者が入退院する際に、医療や介護の関係機関との連携で

- ・困っていること課題と感じていること
- ・それらを解決するための要望
- ・解決するために自分の機関で出来ること、取り組みそうなこと

従事者アンケートの実施

課題の抽出

病院の担当者がわからない
担当ケアマネがわからない

介護側

病院に連絡して良い時間がわからない
訪問の約束を取っても待たされる
急にカンファレンスの依頼が入る
急な入退院

医療側

医師に対し介護計画策定会議の連絡がない
ケアカンファしてもケアマネが来ない

介護側

入退院する際にケアマネへ連絡がない。
薬が重複していても医師に伝える機会がない
入院中の情報がないまま退院後サービスを利用する

医療側

担当ケアマネが病院に来ない
介護度などの情報提供がない

各施設やサービスの特性や現状がわからない
介護保険やケアマネの業務が良く分からない
医療は介護、介護は医療の知識がない等

課題の分析

基本的な
情報不足

時間・日程
調整の問題

コミュニケーション上
の課題

関係機関の連携
にかかる課題

基本的な知識の問題



課題の解決策

関係機関の連携にかかる課題

基本的な情報不足

時間・日程調整の問題

コミュニケーション上の課題

基本的な知識の問題

情報交換・情報共有

連携ツール(情報提供シート)の作成

連携ルールの策定(情報提供シートの利用)

必ず直接手渡し、説明すること。

窓口の明確化

医療機関に窓口の設定、介護事業所へ通知

カンファレンスの開催

情報提供シートを利用したカンファレンス

手引き書等の作成

医療・介護事業者 連携ガイドの作成

在宅医療・介護資源マップの作成

講習会等の開催

医療・介護関係者双方向への講習会の開催

「入院時（退院時）情報提供票」取扱いマニュアルの策定

日田市在宅医療連携にかかる入退院の取扱いについて

日田市において、患者（利用者）が適切に医療・介護サービスを受けられるよう医療・介護に携わる多職種の関係者が的確な情報伝達、円滑な情報共有を図るため、医療機関入院時に在宅介護サービスを利用している者や医療機関を退院後、在宅にて介護、福祉サービス、訪問看護（以下介護サービス等という）を利用すると思われる者が入院する場合、以下の通り取り扱うものとする。

1-1 介護サービス利用者が入院する場合

担当ケアマネージャ（以下ケアマネという）は、自らが担当する利用者が医療機関に入院する場合は、利用者の了解「**患者さま同意書**」を得て、出来るだけ**当日**（なるべく3日以内）に、医療機関担当者と連絡を取り、利用者の在宅での生活状況及び介護状況について情報提供を行うものとする。なお、その場合は、別に定める「入院時情報提供票（**表面**）」を使用する。

また、入院期間中、必要に応じて、医療機関（地域連携）担当者と連絡を取るとともに、退院時カンファレンスが行われる場合は、出席するよう努める。

◆担当ケアマネが分からない場合。

「介護保険被保険者証」三面に支援事業所名が記入されているので、医療機関担当者は速やかに連絡を取る。

1-2 介護サービス利用者が退院する場合

退院が見込まれる場合、医療機関は家族及び担当ケアマネ同席の下、退院時カンファレンスを開催する。なお、その場合は、別に定める「退院時情報提供票（**裏面**）」を使用する。

2-1 退院後初めて介護サービス等が必要な患者について

（介護サービス事業所がまだ決まっていない場合）

医療機関担当者は入院患者の住所を**所管する地域包括支援センターに連絡し**、退院後介護サービス等が必要な患者が入院している旨、連絡する。

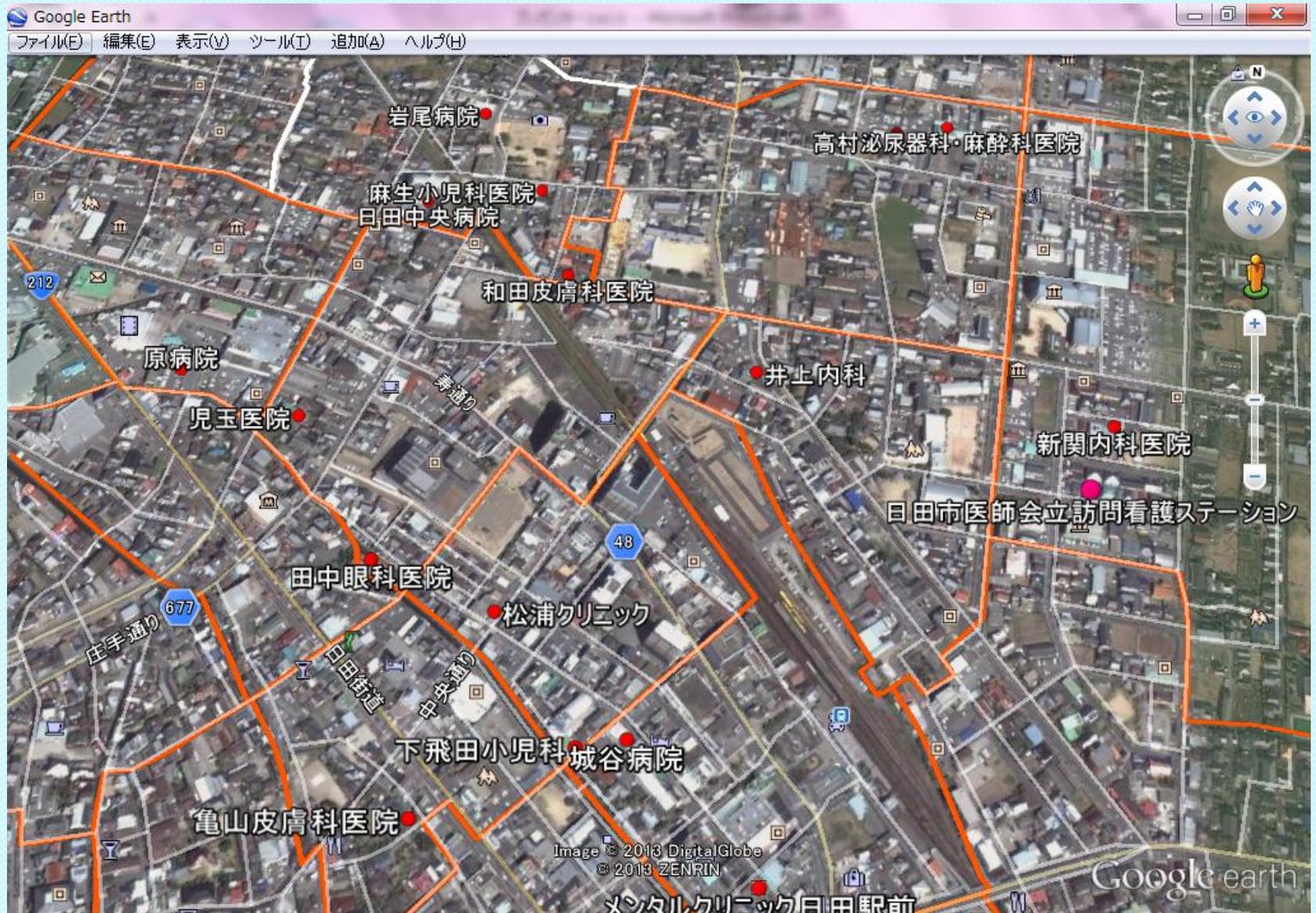
連絡を受けた地域包括支援センターは、担当ケアマネの決定、その他必要な介護サービスにかかる業務を行うとともに、適宜、退院時の調整を依頼する。

なお、その場合には、別に定める「入院時（退院時）情報提供票（**両面**）」を医療機関担当者が記入し使用する。（「**患者さま同意書**」必要）

主な決定事項

1. 情報提供票は、
必ず直接手渡し、説明すること。
（FAXやメールで済ませない。
「会う」ことが信頼関係を生む。）
2. ケアマネージャと医療機関の面会時期を
できるだけ「当日」と明記
3. 退院時カンファレンスの開催 等

医療・介護資源マップ



2. 在宅医療従事者の負担軽減の支援

○現 状

患者に関わる「医師」「訪問看護師」「介護職員」間の情報共有ツール

…… 「患者宅のノート」へそれぞれが記入。

緊急性のある情報は電話連絡。



○問題点

- 患者宅に行かないと見ることができない。
- 緊急性のある情報に対して、的確な判断が下せない。
- 患者(家族)も見ることがある。
→ 一方、患者の家族も、看護記録として活用している面もある。

解決策として……

グループウェア等を活用した患者情報の共有化



患者の状態がいつでも見られる。
訪問看護師などからの問合せに
的確な指示が出せる。



訪問した看護師や介護職員
が、掲示板などへその日の
状態を記入。(写真の添付)



訪問していない日の利用者
の状態が分かったと変化に気
づきやすい。

24年度は計画まで。25年度実施予定。

HP上に非公開の「訪問看護システム」を作成予定（参考画面はスマホ用）

ログインにはパスワード必要

事務局からのお知らせ
利用者(患者)の最新連絡事項

利用者(患者)ごとにパスワードで守られている。
それぞれの関係者のみパスワードを通知。
(担当医、訪問看護師、ケアマネ、介護職員)

現場の写真をアップ。

事例検討会の開催

1月の定例会(全体会)において事例検討会を開催

- ①山間部の在宅医療について
- ②呼吸器装着の難病(ALS)患者の在宅医療について
- ③地域のがん在宅医療について

2月に②のALS患者のレスパイトについて
関係者による事例検討会を開催

○2つの病院で検討して貰うことになる。

3. 効率的な医療提供のための多職種連携

(1) 地域包括支援センターへのアウトリーチ

- 地域包括支援センターの定例会前後に、包括の活動内容や課題の聞き取り調査と訪問看護ステーションの利用を提案

(2) 在宅医療連携交流会の開催

- 連携ツール等の運用には、関係者の相互理解と信頼関係の構築が重要であることから、「連携ツール等の説明会と併せて、在宅医療連携交流会を開催

- 日時：平成24年 11月6日

- 内容：・「入院時(退院時)情報提供票」取扱いマニュアル等の説明
・参加者による名刺交換会

- 参加者：医師、看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等

102名が参加

- 日時：平成25年 3月21日

- 内容：・「情報提供票」取扱いマニュアル等の説明
・各職能団体から業務内容及び在宅医療へ向けての取組み紹介
・参加者による名刺交換会

- 参加者：医師、看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネ、ヘルパー
介護施設職員、日田市長他、保健所等 206名が参加



4. 在宅医療に関する地域住民への普及啓発

『生活不活発病予防』講演会の開催

- ・日時 平成24年 10月10日
- ・講師 大川 弥生 氏
国立長寿医療研究センター
生活機能賦活研究部長
- ・参加者 医療関係者、介護・福祉関係者、
自治会、民生委員等
225名が参加

『ご存知ですか？あなたの街の地域包括ケア』 講演会の開催

- ・日時 平成24年 11月27日
- ・講師 佐藤 亜紀子 氏 他3名
日田市長寿福祉課 主査
- ・参加者 医療関係者、介護・福祉関係者、
地域住民等
150名が参加

保健所ホームページへの掲載

[トップページ](#) > [組織からさがす](#) > [西部保健所](#) > 日田市在宅医療連携会議交流会開催！

日田市在宅医療連携会議交流会開催！

掲載日：2012年11月7日更新

西部医療圏域では、(社)日田市医師会が厚生労働省の在宅医療連携拠点事業を受託し、医療・介護・行政など、多職種協働による連携の取り組みを進めています。

去る11月6日、日田市在宅医療連携交流会が開催され、多職種間の顔の見える関係の構築を目指して、100名を超える参加者が集まりました。

交流会では、事業の趣旨説明のあと、医療と介護の連携ツールである「入退院情報提供票」取扱いマニュアルの説明や管内の医療や介護資源について説明がありました。



交流会の様様

日田市在宅医療連携会議の今後の取り組みが期待されます。

※会議では、[日田市医療・介護資源マップ](#) [その他のファイル/506KB] を使って説明がありました。

この情報に関するお問い合わせ先はこちらです

西部保健所

〒877-0025 大分県日田市田島2-2-5

西部保健所

Tel: 0973-23-3133

Fax: 0973-23-3136

[メールでのお問い合わせはこちら](#)

5. 在宅医療に従事する人材育成

『病院から在宅へ生活をつなぐ退院支援』講演会

- ・日時 平成24年 7月25日
- ・講師 赤坂 由美子氏
日田市介護支援専門員協議会長
- ・対象者 市内看護師 **57名参加**

『看護職が主導・開拓する在宅ケア』講演会

- ・日時 平成24年 8月22日
- ・講師 山崎 智子氏
西別府病院 地域連携医療室
- ・対象者 市内看護師 **40名参加**

『在宅ホスピスのススメ』講演会

- ・日時 平成24年 11月8日
- ・講師 ニノ坂 保喜氏
にのさかクリニック院長
- ・対象者 医療機関・介護事業者・介護施設職員ほか
166名参加

『看護がすすめる地域包括ケア』講演会

- ・日時 平成24年 12月14日
- ・講師 村嶋 幸代氏
大分県立看護科学大学理事長兼学長
- ・対象者 医療機関・介護事業者・介護施設職員ほか
103名参加

都道府県リーダー研修会への参加

- ・日時 平成24年 10月13, 14日
- ・会場 東京都赤坂ツインタワー
カンファレンスセンター
- ・参加者 木下和彦(日田市医師会副会長)
岩橋京子(医師会立訪問看護ステーション
看護師)

地域リーダー研修へ講師としての参加

- ・日時 平成25年 2月24日
- ・会場 大分県医師会館
- ・参加者 木下和彦(日田市医師会副会長)
岩橋京子(医師会立訪問看護ステーション
看護師)

その他

大分県拠点事業所情報交換会への参加

- ・日時 平成24年 9月20日
- ・会場 別府市医師会立訪問看護ステーション
- ・参加者 岩橋京子(医師会立訪問看護ステーション看護師)
飯田晴美(医師会立訪問看護ステーション事務)
横尾邦彦(日田市医師会事務局長)

先駆者の別府市医師会立訪問看護ステーションより23年度事業報告。
別府市、臼杵市、日田市より24年度計画発表。
最終的な計画案への参考とする。

北九州ブロック発表会への参加

- ・日時 平成25年 1月20日
- ・会場 JR博多シティ会議室9階会議室
- ・参加者 岩橋京子(医師会立訪問看護ステーション看護師)
飯田晴美(医師会立訪問看護ステーション事務)
横尾邦彦(日田市医師会事務局長)
石倉 順(大分県西部保健所健康安全企画課主幹)
佐藤亜紀子(日田市役所長寿福祉課主査)

北部九州拠点事業所8か所による24年度事業報告。
他県の取組みについて非常に参考となった。

事業成果報告会への参加

- ・日時 平成25年 3月23日
- ・会場 厚生労働省 低層棟2階講堂
- ・参加者 岩橋京子(医師会立訪問看護ステーション看護師)
飯田晴美(医師会立訪問看護ステーション事務)
佐藤亜紀子(日田市役所長寿福祉課主査)

短い時間であったが、他ブロック(沖縄)の方とのグループディスカッションは地域性等伺えて有意義であった。聴講は出来なかったが、発表資料をHP上で拝見する事が出来て参考になった。

在宅医療連携拠点事業の効果

- 1. 医師会が中心となることで、各関係団体の積極的な参加につながった。**
 - ・医師会、市役所、保健所が一体となって、医療機関の枠を越えた市全体の取組となった。
 - ・各関係機関において、「在宅ケア」へ向けて何が出来るか決意表明を行った。
(25年3月に行われた医療・介護従事者交流会で発表)
- 2. 多職種連携ルールの策定。**
 - ・ケアマネジャーからの情報提供や退院時カンファレンスの開催などをルール化し統一様式「入院時(退院時)情報提供票」を作成することができた。
- 3. 連携ガイド・資源マップの作成と名刺交換会(2回実施)により、医療と介護現場での連携が取り易くなった。**

今後の展開

1. 連携ルールの徹底、入退院時連携シートの見直しによる多職種連携の更なる進展
2. 一般市民向けの広報・啓発の充実
3. 高齢者福祉施設関係者の参加
4. 多職種連携ツールとしてのIT化の実施
5. 介護従事者のスキルアップ
6. 24時間負担軽減のためのチーム医療の検討