



# 日田市における取り組みについて



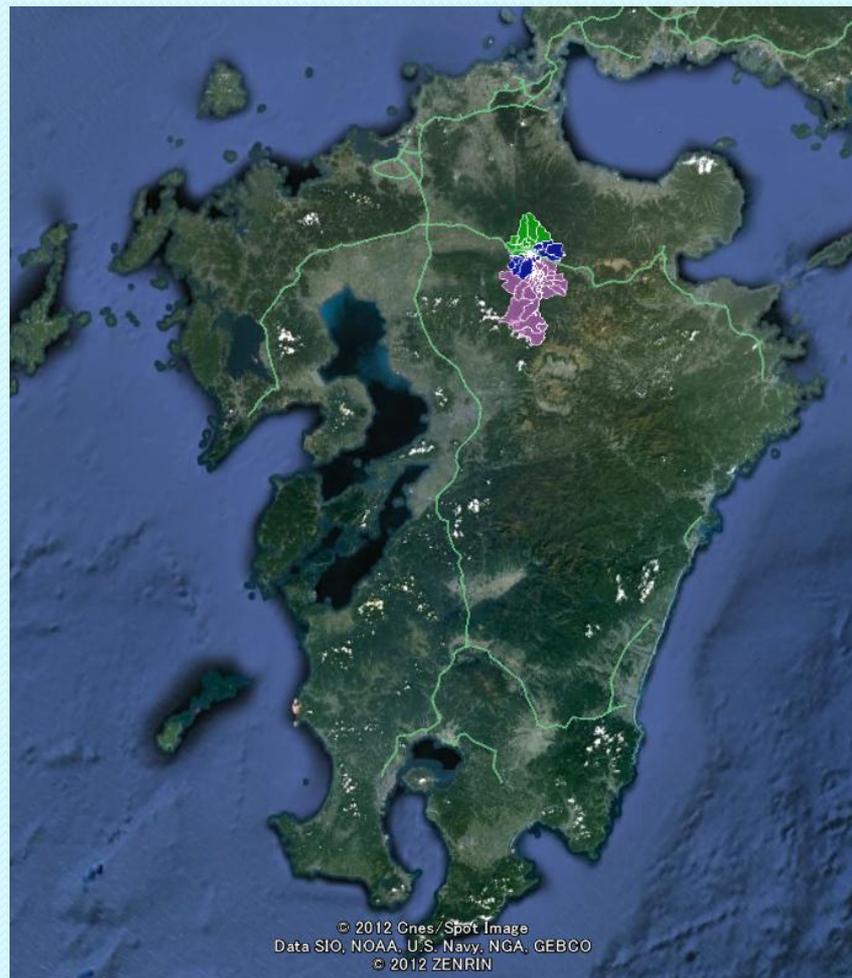
社団法人  
日田市医師会立訪問看護ステーション

# 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。

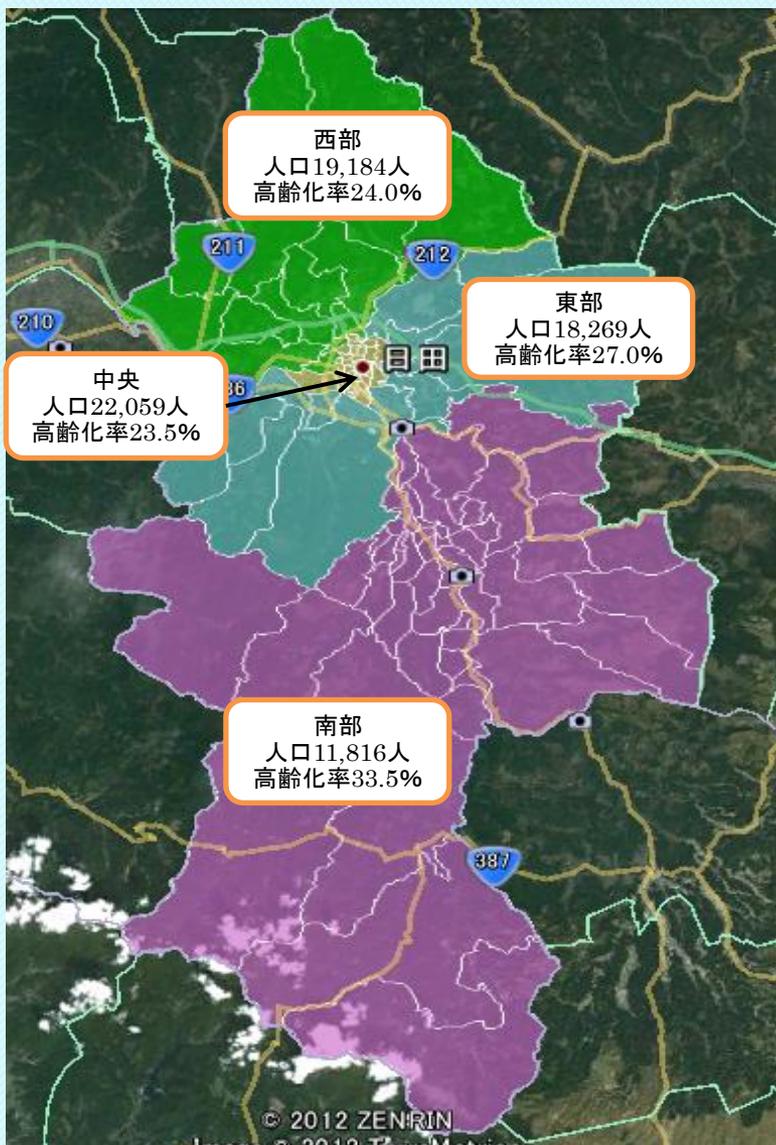
平成17年3月22日に日田市、日田郡前津江村、日田郡中津江村、日田郡上津江村、日田郡大山町並びに日田郡天瀬町の1市2町3村で合併し、新日田市が誕生しました。



【面積】 666.19 km<sup>2</sup>

【人口】 71,328人

# 大分県日田市の医療・介護資源



日田市の人口

71,328人

(うち65歳以上 20,472人)  
全体の28.7%

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  
8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  
24施設

## 【その他の介護資源】

特別養護老人ホーム 6

介護老人保健施設 2

通所介護施設 24

通所リハビリ施設 8

短期入所生活介護 8

短期入所療養介護 1

福祉用具貸与事業所 7

福祉用具販売事業所 6

## 地域包括支援センター担当区で色分け

(緑色) 西部地域

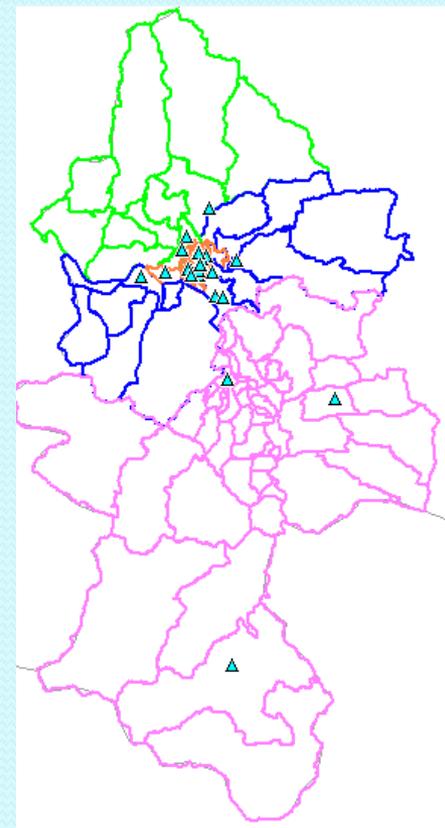
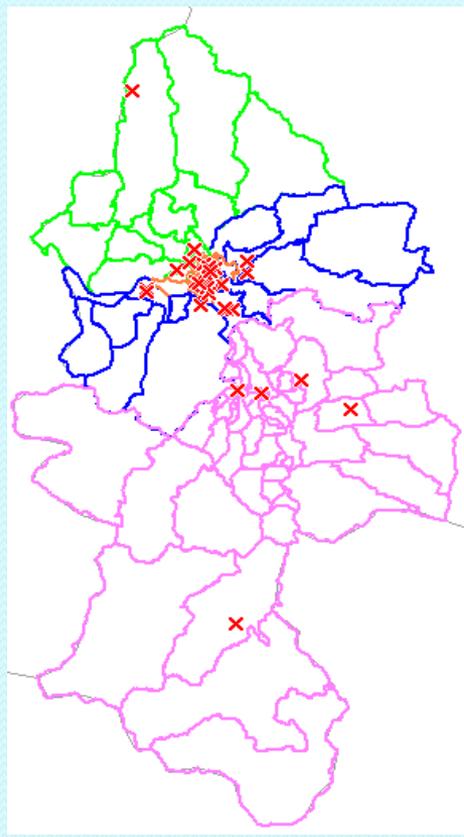
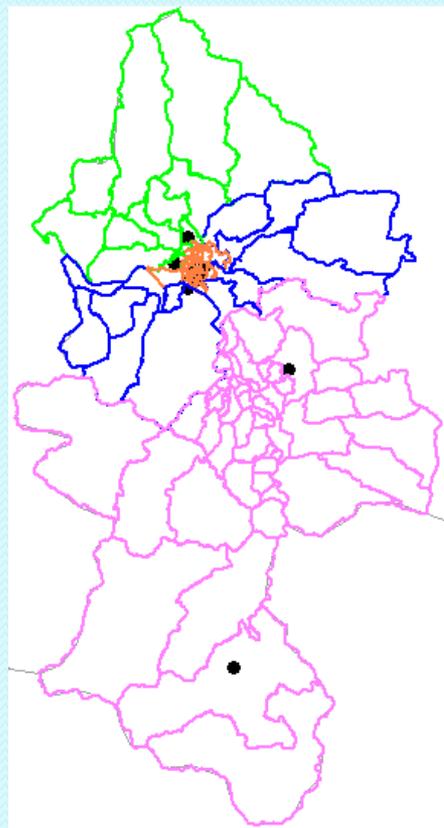
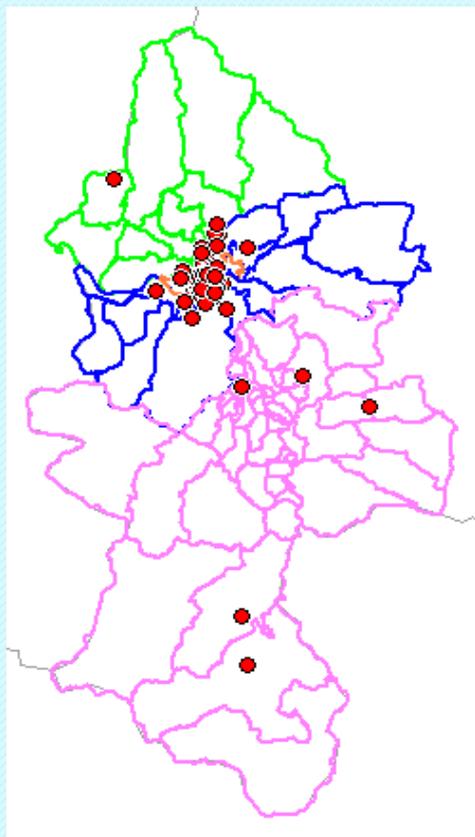
(黄色) 中央地域

(水色) 東部地域

(紫色) 南部地域【旧郡部】

# 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

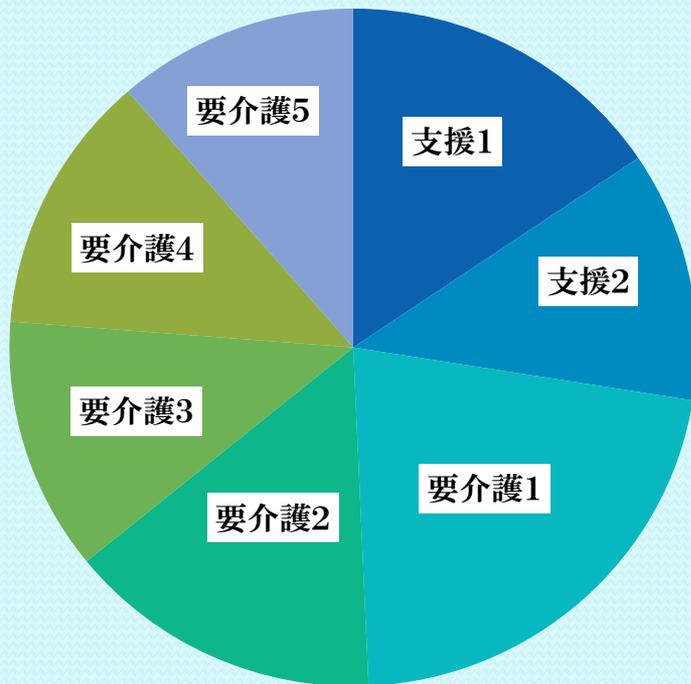
訪問看護ステーション  
訪問看護部（医療機関）

居宅介護支援事業所

訪問介護事業所

# 日田市の介護認定の状況 ～介護認定者数～

## 平成23年度末認定者数



- 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

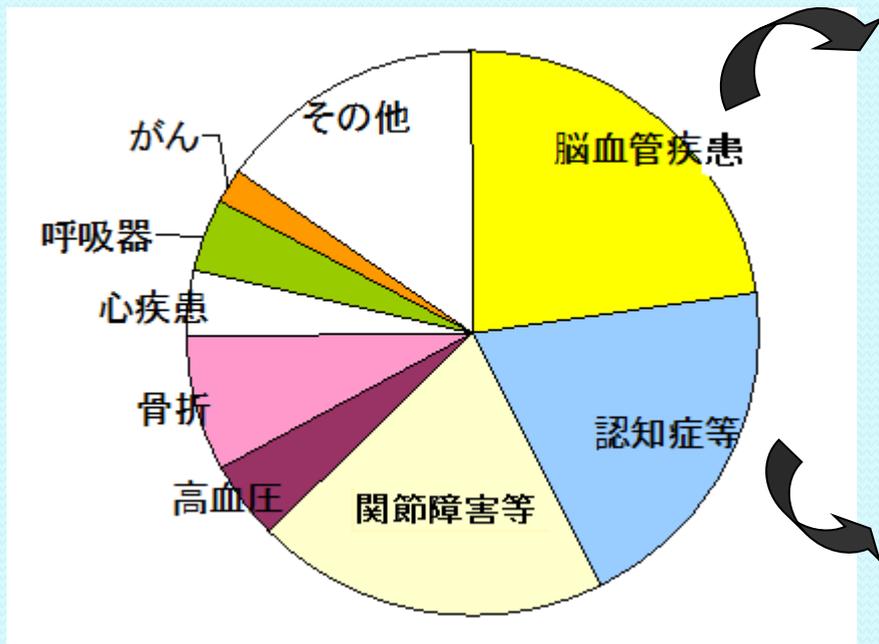
合計 4,011人（人口の5.6%）



# 日田市の介護認定の状況

## — 要介護になった原因疾患 —

平成22年度



疾患名	人数
脳梗塞	56
脳内出血	20
その他の脳血管疾患	12
くも膜下出血	3

疾患名	人数
アルツハイマー病	44
血管性及び 詳細不明の認知症	35

資料：平成22年度8月分 日田市介護疾病統計

# 高齢者が安心して暮らせる地域づくり

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、医療と介護が在宅支援サービスを切れ目なく提供できる、体制の整備を進める必要がある。

医療



介護



医療

切れ目のないサービスの提供



介護

# 現状

# 課題・問題点

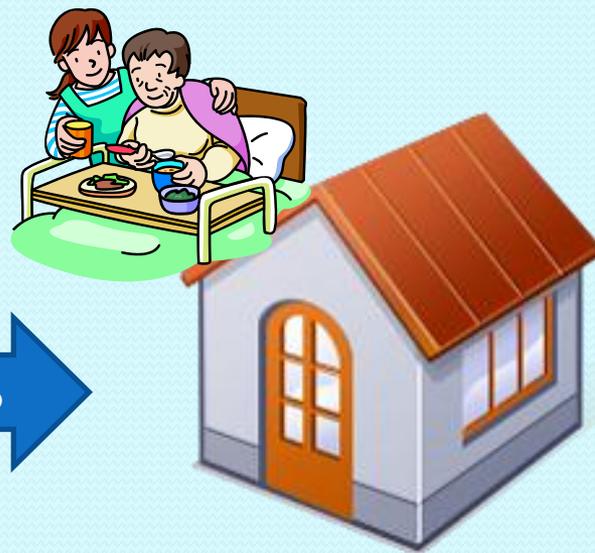
1. 医療(治療)が終了し、退院。  
自宅での受入態勢が未定(不明)
2. 医療と介護(在宅福祉)のサービスが途切れる



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

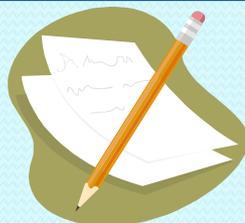
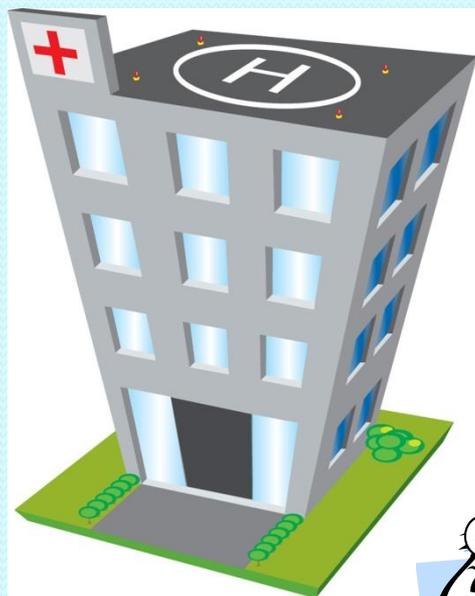
## 基本方向

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  
各施設やサービスの特性や現状がわからない

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

医療は介護、介護は医療の知識がない

## 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)

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 機能ガイドの作成

在宅医療・介護資源マップの作成

講習会等の開催

介護・福祉関係者向けの医療関係講習会の開催

# 入院時(退院時)情報提供票

## 入院時情報提供票 (表面)

(表面)

事業所		◎◎事業所		事業所		住所		TEL		FAX		担当者			
医療機関		○△□病院様		(記入日)		平成		年		月		日			
日田 花子 様の、在宅での生活状況及び介護状況についてご連絡いたします。 入院時のケアやリハビリテーション、退院調整に利用していただければ幸いです。今後の退院に向け、情報協力やご指導等頂けると助かります。よろしくお願いたします。なお情報については、本人及びご家族の同意に基づき作成されています。															
介護度		申請中(要支援) 2		要介護( )		有効期間		平成		年		月		日	
既往歴・現病歴		年・月・日		病名		病院名		B		○○錠 1T×3回		△△錠 1T×朝・夕		□□錠 1T×就寝前	
A		H23.12.10		右大腿骨頭部骨折		○○整形外科		☆		別紙添付あり					
		H19.10.1		糖尿病		△△内科									
		H19.10.1		認知症		△△内科									
		H16.5.8		高血圧症		△△内科									
D		移動		自立・見守り・一部介助・全介助		<家系図>		E		キーパーソン:長男の嫁		日田 幸子氏			
C		排泄		自立・見守り・一部介助・全介助		□		○							
		入浴		自立・見守り・一部介助・全介助		○		○							
		更衣		自立・見守り・一部介助・全介助		○		○							
		特記事項				○		○							
入院時情報		※ケアマネが把握できた範囲内での情報です													
平成24年1月20日の2時頃、トイレで物音が聞こえたため夫が確認。本人が倒れていたため、救急車にて○△□病院へ搬送。															
F		サ利用中のサービス		デイサービス 週2回		I		自歯		菌の状態		H		アレルギー	
		配食サービス 月・水・金				菌の状態		上義歯 下義歯		(夜間ははずす)		無・有		(青背の魚)	
G		食事形態		(主食) 普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ		かかりつけ歯科医		△△歯科							
		(副食) 普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ													
J		意思疎通		視力 支障 無・有 (眼鏡使用)		意思伝達		出来る・出来ない ( )							
		聴力 支障 無・有 (補聴器使用)				指示への反応		ゼスチャーで反応							
L		認知症		無・有 (被害妄想・感情不安定・昼夜逆転・暴言・暴行・徘徊・その他(長谷川式15点))											
M		服薬管理が困難(飲み忘れあり): 夫がその都度渡す。													
N		退院後の希望(本人・家族):		自宅で2人で生活したい。(サービスを利用しながら)											

記入例

## 退院時情報提供票 (裏面)

(裏面)

医療機関		○△□病院		医療機関		住所		TEL		FAX		担当者	
事業所		◎◎事業所様		(記入日)		平成		年		月		日	
病名		脳出血(左片麻痺)・高血圧症・糖尿病		入院期間		平成		〇〇年		〇〇月		〇〇日	
												~平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
入院中の経過		O											
P		認知症		無・有 (服薬管理できず、トイレの場所がわからない。)									
在宅における課題		Q		・服薬管理		・調理							
				・場所の見当識障害									
				・排泄、更衣の自立									
R		内服薬		〇〇錠 1T×3回		S		服薬における注意事項					
				△△錠 1T×朝・夕				食前の薬を食後に内服してしまう傾向がある。					
				□□錠 1T×就寝前				カレンダーに貼る等の工夫が必要。					
				別紙添付あり									
T		排泄		自立・見守り・一部介助・全介助 ( )									
		排便		自立・見守り・一部介助・全介助 ( )		最終日		/					
		日中		トイレ・PTイレ・紙パンツ テープ式オムツ・尿器・その他 ( )									
		夜間		トイレ・PTイレ・紙パンツ テープ式オムツ・尿器・その他 ( )									
U		入浴		自立・見守り・一部介助 全介助		最終日		/					
		入浴方法		一般浴 個人浴・特浴(機械浴)・シャワー浴・清拭									
V		移動方法		自立・見守り・一部介助 全介助 (車イス使用)									
W		食事形態		(主食) 普通・軟食・全粥・ミキサー・とろみ									
				(副食) 普通・荒キザミ・キザミ・ミキサー・ソフト食・ゼリー食・とろみ									
		嚥下状態		可・不可 胃ろう ( )									
				経管栄養 ( )									
		特記事項		糖尿病及び血圧管理のため、カロリー制限・減塩が必要。左片麻痺があるため、ベッドのギャッジアップ等で体位の保持が必要。									
X		夜間情報		夜間せんあり。									
Y		特記事項		トイレの場所がわからず、誘導を行う。ズボンの上げ下げが上手くできず介助行う。服薬管理の為、薬箱を作り、1日分(朝・昼・夕)に分けて渡し、下膳時に確認。排泄の自立に向け、麻痺側のリハビリ中、今後の継続を本人は希望している。調理について不安があり、配食サービスの回数を増やすことを希望している。									

記入例

# 「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）

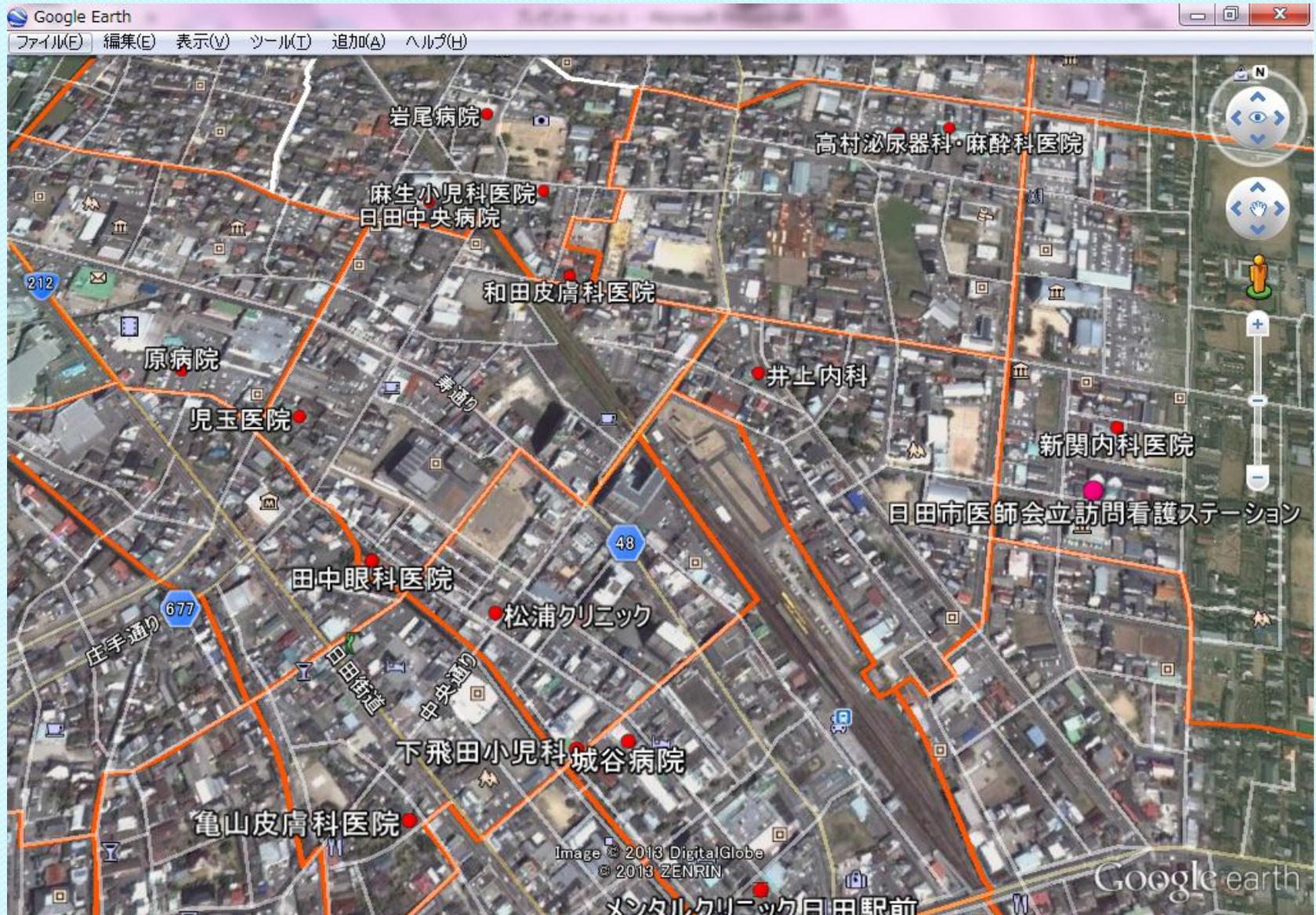
## 主な決定事項

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。

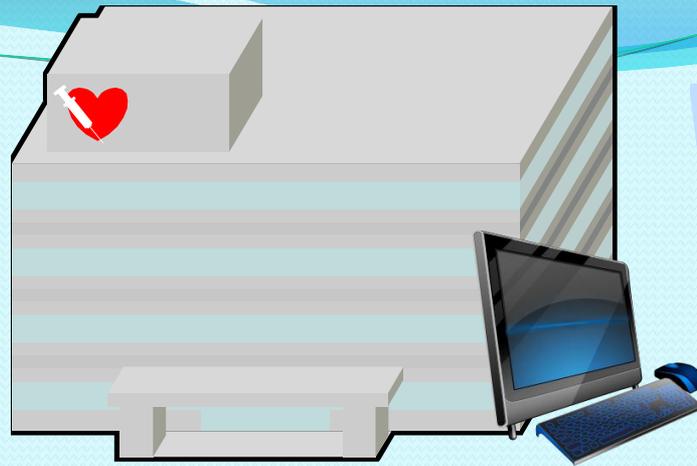


### ○問題点

- 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  
の状態が分かったら変化に気  
づきやすい。

# 事例検討会の開催

1月の全体会議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った。

### 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会議への参加

- 地域包括支援センターの会議に参加し、包括の活動内容の理解と訪問看護ステーションの利用を提案
- 個別の地域包括支援センターへの訪問(予定)

#### (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、歯科医師、薬剤師、ケアマネ等 102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、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](#)

# 地元新聞の報道

大分合同新聞 (毎月刊) 2012年(平成24年)11月14日 水曜日

## 薬は？ 食事は？ 変わらぬ介護サービスへ



約100人が出席した日田市内のホテルで、介護関係者らが集まり、入退院時の情報共有の重要性を話し合った。

### 入退院時の情報共有

高齢者が自宅でも安心して介護を受けられるようにするために、医療機関と介護関係者の間で、入退院時に病状や家族構成などの情報を共有し、連携をとり、ケアを共有する必要がある。日田市の介護関係者らによる「入退院時の情報共有」が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。入退院時の情報共有の重要性を話し合った。

### 初の在宅医療連携会議

日田市の在宅医療連携会議が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。在宅医療の重要性を話し合った。

### 交差点

日田市の交差点の安全対策が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。交差点の安全対策の重要性を話し合った。

日田市の交差点の安全対策が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。交差点の安全対策の重要性を話し合った。

11月14日 大分合同新聞 朝刊

## 在宅介護 促進目指す

日田玖珠地区の医師や介護関係者など交流

日田玖珠地区の医師や介護関係者など交流。在宅介護促進のため、病院と介護関係者間の情報交換をスムーズに取り組んでいくこと、このほど日田市のホテルで交流会を開き、現場職員たち約100人が参加した。

高齢者が自宅でも安心して介護を受けられるようにするために、医療機関と介護関係者の間で、入退院時に病状や家族構成などの情報を共有し、連携をとり、ケアを共有する必要がある。日田市の介護関係者らによる「入退院時の情報共有」が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。入退院時の情報共有の重要性を話し合った。

### 堀歌謡教室生徒 70人が成果発表

日田市友田の堀歌謡教室(堀清広代表)の第26回発表会が、11月14日(水)、日田市内のホテルで開かれ、約100人が出席した。堀歌謡教室の生徒70人が成果を発表した。

### 草原の果に火の山慶雲

草原の果に火の山慶雲。おやすみと手をふる母も、この町に城山の在り懸渡り入道。

### 花かんざしの挿れ止む願

花かんざしの挿れ止む願。やわらかな西日の底に胡マランの少年浴ゆる還復興の重機は挿れ止む水衝筋のほつほつ灯る良夜右無感えて生まれるもどの子へもあまねく月の白雲に秋を覗くやつたか村人は推真探りいそぐ文

11月21日 西日本新聞 朝刊

11月7日 ケーブルテレビで放映  
週刊ニュースの1コマ(1分20秒)

【KCVコミュニケーション】

事業エリア世帯 16,000世帯。  
(旧 日田市内の70%)

## 5. 在宅医療に従事する人材育成

### (1) 『在宅ホスピスのススメ』講演会の開催

- ・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
- ・参加者 医療機関・介護事業者・  
介護施設職員ほか **166名参加**

### (2) 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

### (3) 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

### その他

平成24年 7月

「病院から在宅へ生活をつなぐ退院支援」

講師：赤坂 由美子 氏  
介護支援専門員協議会長

平成24年 8月

「看護職が主導・開拓する在宅ケア」

講師：山崎 智子 氏  
西別府病院 地域医療連携室

平成24年 12月

「24時間365日安心して暮らし  
続けられる地域に向けて」

講師：村嶋 幸代 氏  
看護科学大学 理事長兼学長

等へ参加

# 在宅医療連携拠点事業の効果

## 1. 日田市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。

→ 医師会会員は、医療法人の附帯業務として、また、社会福祉法人として、「介護」の中心でもある。医師会抜きに地域の医療と介護の連携や地域包括システムは成立しない。

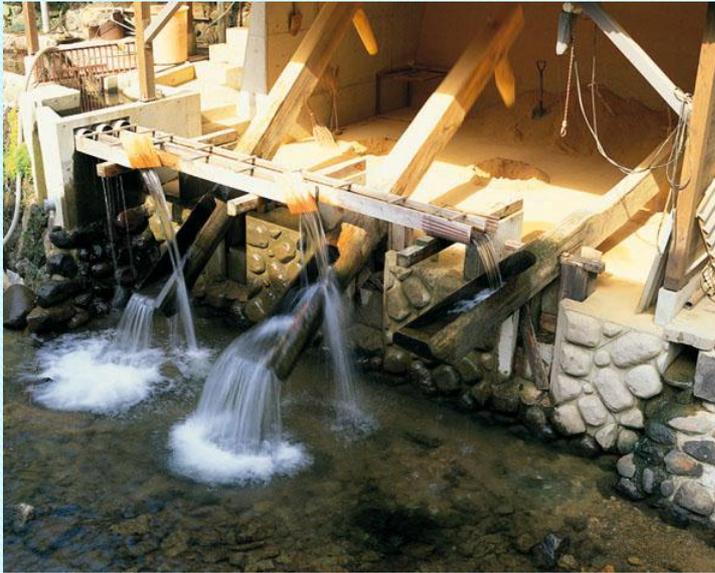
行政主体では、参加団体が「受け身」になりがち。

## 2. 多職種連携ルールの策定

→ ケアマネージャ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することができた。

# 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 及び 在宅医療職員連携ツールとしてのIT化の研究
5. 介護職従事者のスキルアップ



ご清聴ありがとうございました