

シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月3日 東京会場

南砺市における地域包括医療・ケアの取組  
地域住民との協働

- 1、南砺市における地域包括医療・ケアの取組
- 2、より完成度の高い地域包括医療・ケアの構築へ、住民との協働

# 南砺市と市立医療機関の概要 平成26年10月

南砺家庭・地域医療センター  
平成20年2月  
福野病院(50床)を診療所化

井口診療所  
平成19年3月休止

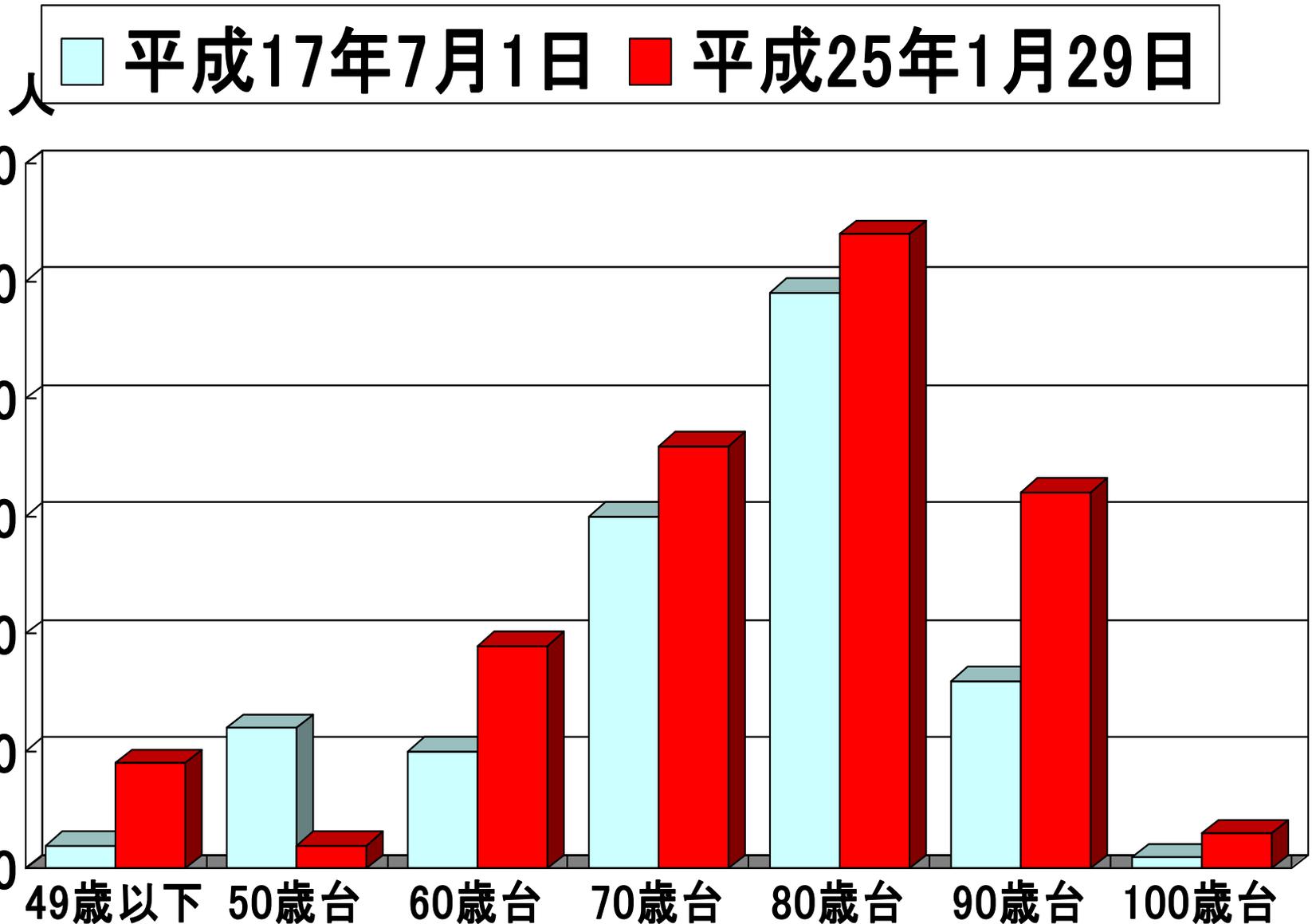
南砺市民病院 常勤医24名

公立南砺中央病院 常勤医9名  
138床(急性期93床・療養45床)  
急性期1病棟(52床)閉鎖中



平成16年11月、4町4村が合併し南砺市が誕生。合併時、公立医療機関は3病院と4診療所あり、全て医師・看護師不足で赤字経営。  
平成26年10月、人口;約5.4万人、高齢化率約34.0%、75歳以上約1.0万人

# 南砺市民病院年代別入院患者数比較



# 社会貢献された高齢者を不幸にせず、支える家族も犠牲にしない地域包括医療・ケア構築のポイント

## 4つの「助け合い」を地域で作り上げる

- 1、**自助**；尊厳の保持と自立（家族の協力）
  - 2、**互助**；地域の絆での支え合い
  - 3、**共助**；医療・介護保険での支え合い
  - 4、**公助**；福祉・行政サービスでの支援
- 医療、介護や行政の専門職等で基礎を作り  
住民が「お互い様」の思いで活動し、**家族や  
地域の絆**を強くします。

# 1、自助；本人の努力と家族の協力

## 尊厳の保持と自立支援に向けて



薬剤師

管理栄養士

リハビリ療法士

医師

MSW

看護師

ケアマネジャー

家族

患者

多職種カンファランス

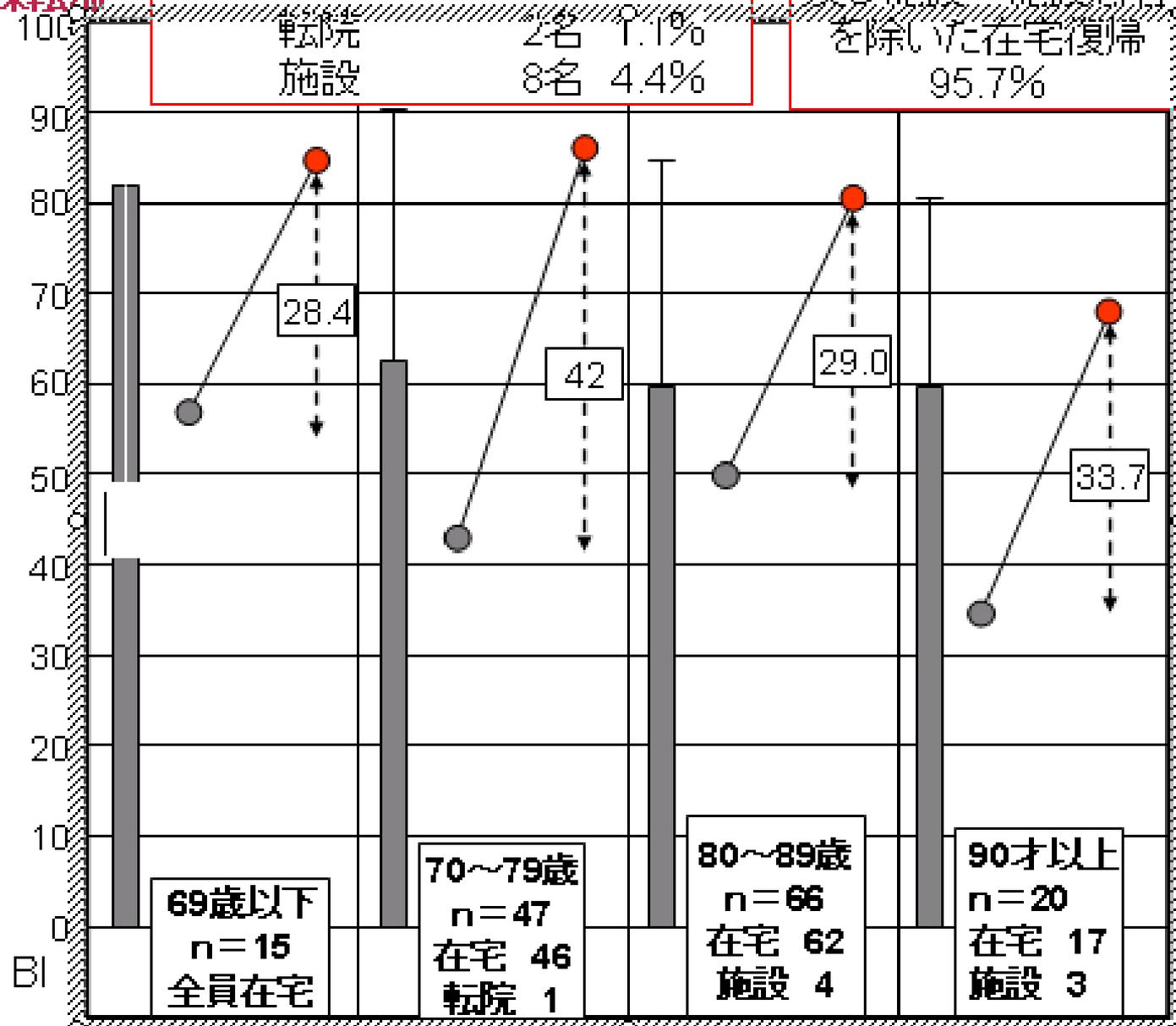
平成22年9月10日 第3病棟

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%

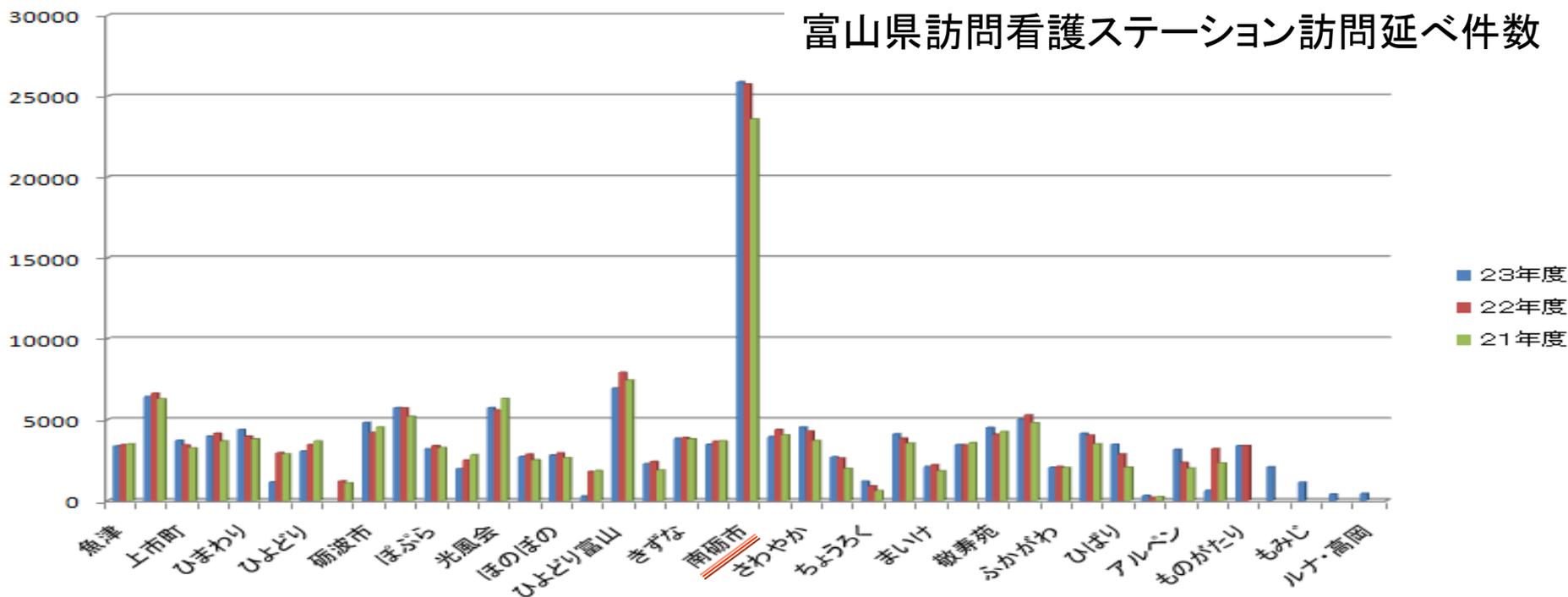
年齢別入院日数及びバーサルインテックス・転帰  
 ■ 入院期間(合併症による転科退院を除く)  
 ● 入院時バーサルインテックス  
 ● 退院時バーサルインテックス  
 (複数回評価のみ)



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。

# 3、共助；医療・介護保険、在宅医療・介護機能

富山県訪問看護ステーション訪問延べ件数



## 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18名

ホームヘルプステーション



PT・OT・ST計11名

在宅介護支援センター



ケアマネジャー9名

# 南砺市医師会地域連携部会

在宅医療・介護の連携と機能強化、共助  
医師会と地域包括支援センターが協力



平成25年11月20日

平成22年6月より隔月で開始。平成26年4月より毎月開催。

# 4、公助；福祉・行政サービス

## 医療・介護等の課題分析と解決策策定、連携構築

訪問看護ステーション

南砺中央病院

地域包括支援センター

民生部

介護福祉センター

南砺市民病院

地域包括医療・ケア局

地域包括医療・ケア ワーキング会議

第1回開催 平成22年9月21日(火)  
南砺市介護福祉支援センター会議室

# 南砺市医療協議会

医療、介護等の基本方針や解決策の協議と決定

南砺市長・副市長

南砺市民病院

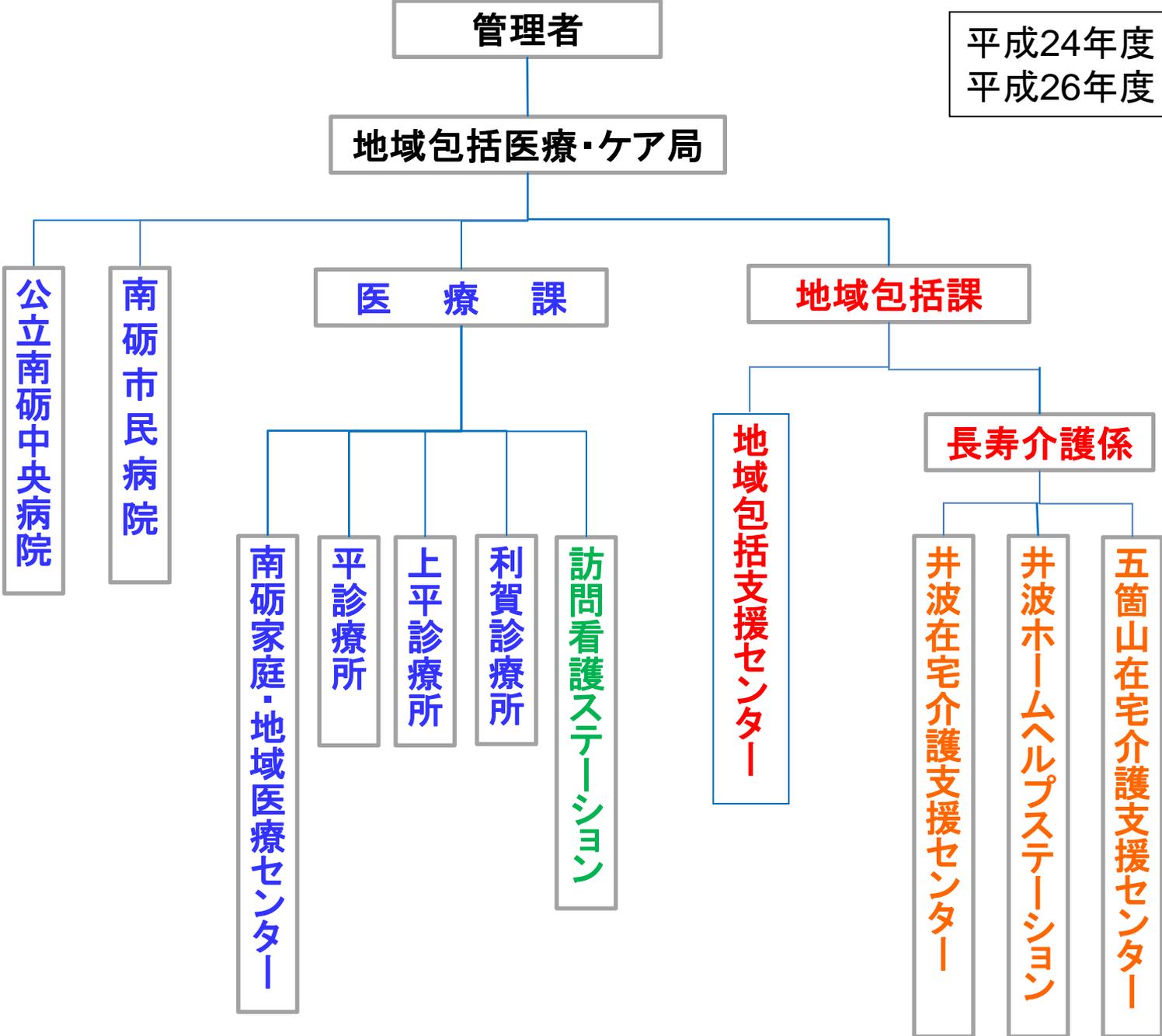
民生部

南砺中央病院

地域包括医療・ケア局

平成22年12月2日  
南砺市庁舎会議室

平成24年度 創設  
平成26年度 改編



## 2、互助；地域の絆と支え合い、人・地域作り



### 地域医療再生マイスター養成講座 6期、259名のマイスターを育成

富山大学総合診療部山城教授



田中南砺市長

平成21年10月；第1期開講  
定員：約50名  
医療局5名、医師5名、看護師  
/保健師10名、福祉職10名、  
診療技術職5名、住民15名  
(婦人会10名、女性議員5名)

### 第4回 南砺の地域医療を守り育てる会



#### 【グループの活動報告】

- ①家庭医・総合医育成の状況  
NANTO家庭医養成プログラム
- ②南砺市ナースプラクティショ  
ナー ナース養成講習会  
訪問看護・リハビリグループ
- ③住民健診受診率向上活動  
五箇山婦人会グループ
- ④認知症ネットワークの会  
地域包括支援センターグループ
- ⑤認知症の家族を支援する会  
ケアマネジャーグループ

# 南砺市型の地域包括医療・ケア体制の構図

住民、患者・家族の生活

自助・互助

南砺の地域包括医療・ケアを守り育てる会

民生・児童委員、高齢福祉推進員  
自治振興会、婦人会・老人会等  
ボランティア団体、NPO団体等

各病院・施設等  
各専門職能団体  
砺波厚生センター

南砺市医師会  
在宅医療連携部会

医療協議会  
地域包括医療・ケア  
ワーキング会議  
地域ケア推進会議

地域包括支援センター  
地域リハビリ広域支援  
センター南砺市民病院  
市社会福祉協議会

マイスター・住民マイスターの会  
地区社会福祉協議会  
生活支援コーディネーター

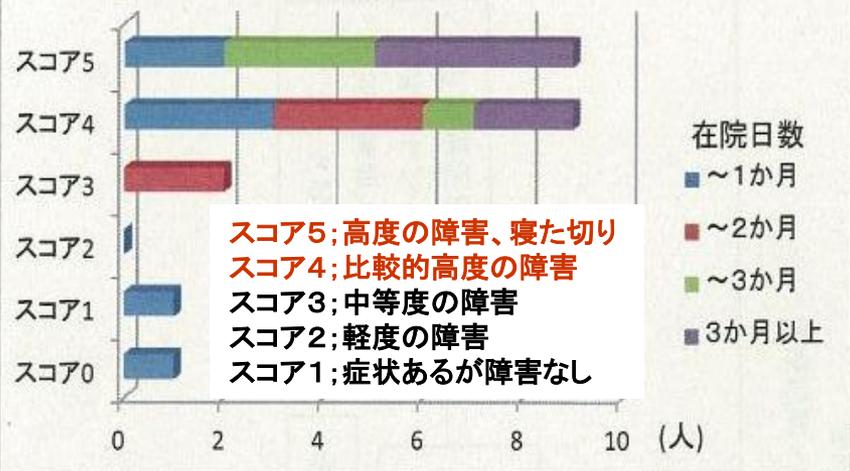
公助

共助

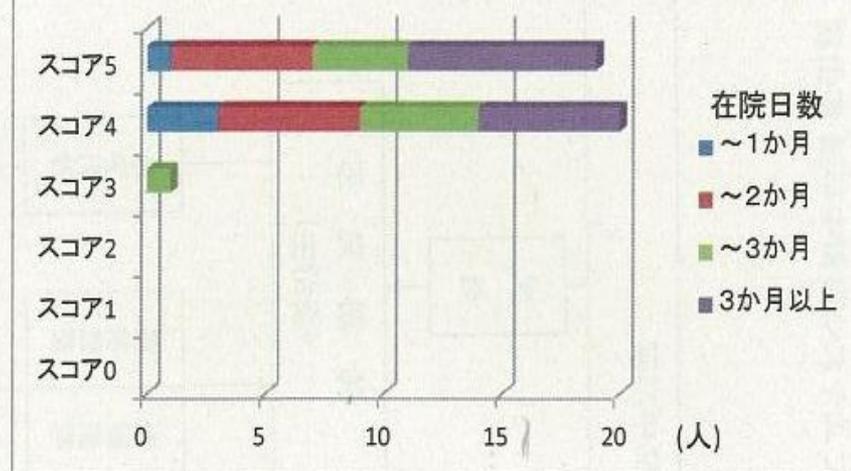
南砺市地域包括医療・ケア局、民生部、市長部局等

# 脳卒中入院患者の重症度、退院先等(平成22年度砺波厚生センター調査)

## 「近隣総合病院⇒医療機関」のケース状況

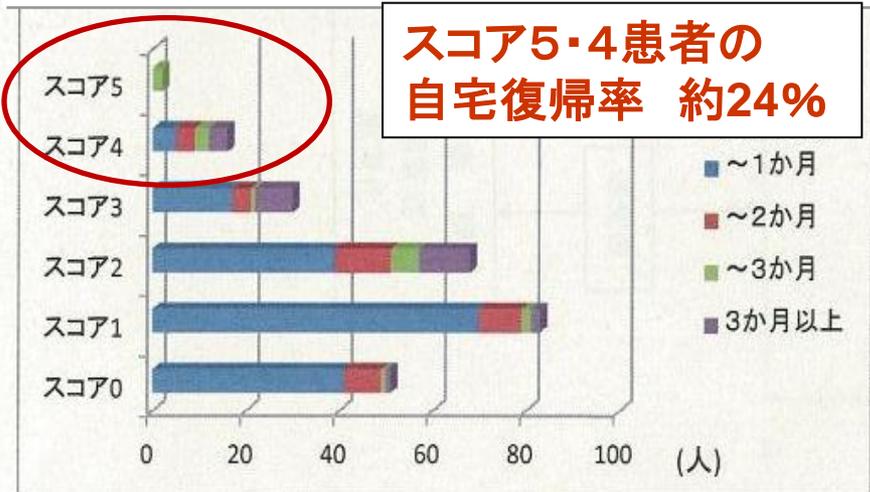


## 「近隣総合病院⇒療養型病院」のケース状況

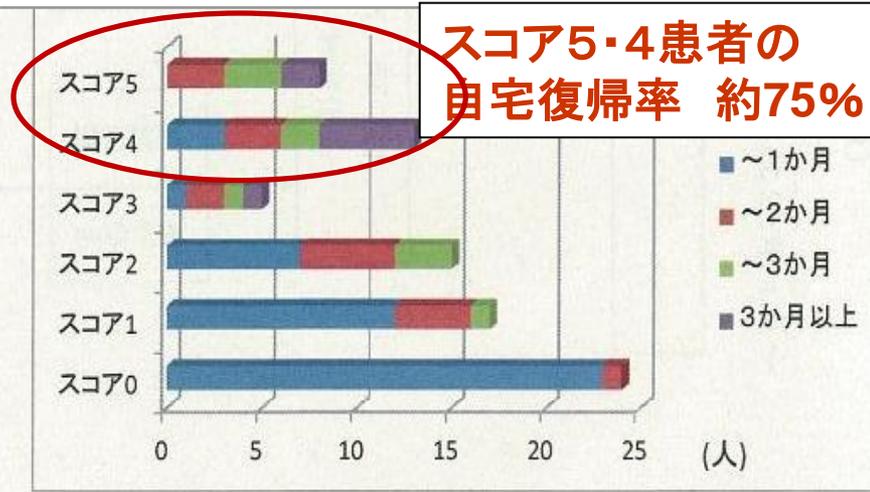


## < 病院から自宅に退院したケースの状況 >

### 「近隣総合病院(514床)⇒自宅」のケース状況



### 「南砺市民病院(180床)⇒自宅」のケース状況



# 南砺市訪問看護ステーション 平成12年～24年の在宅看取り数の推移

(平成19年4月井波訪問看護ステーションとあおぞらが合併)



**在宅の自然死 検視なし**  
南砺で医師会提案 今月から

**みとり心穏やかに**

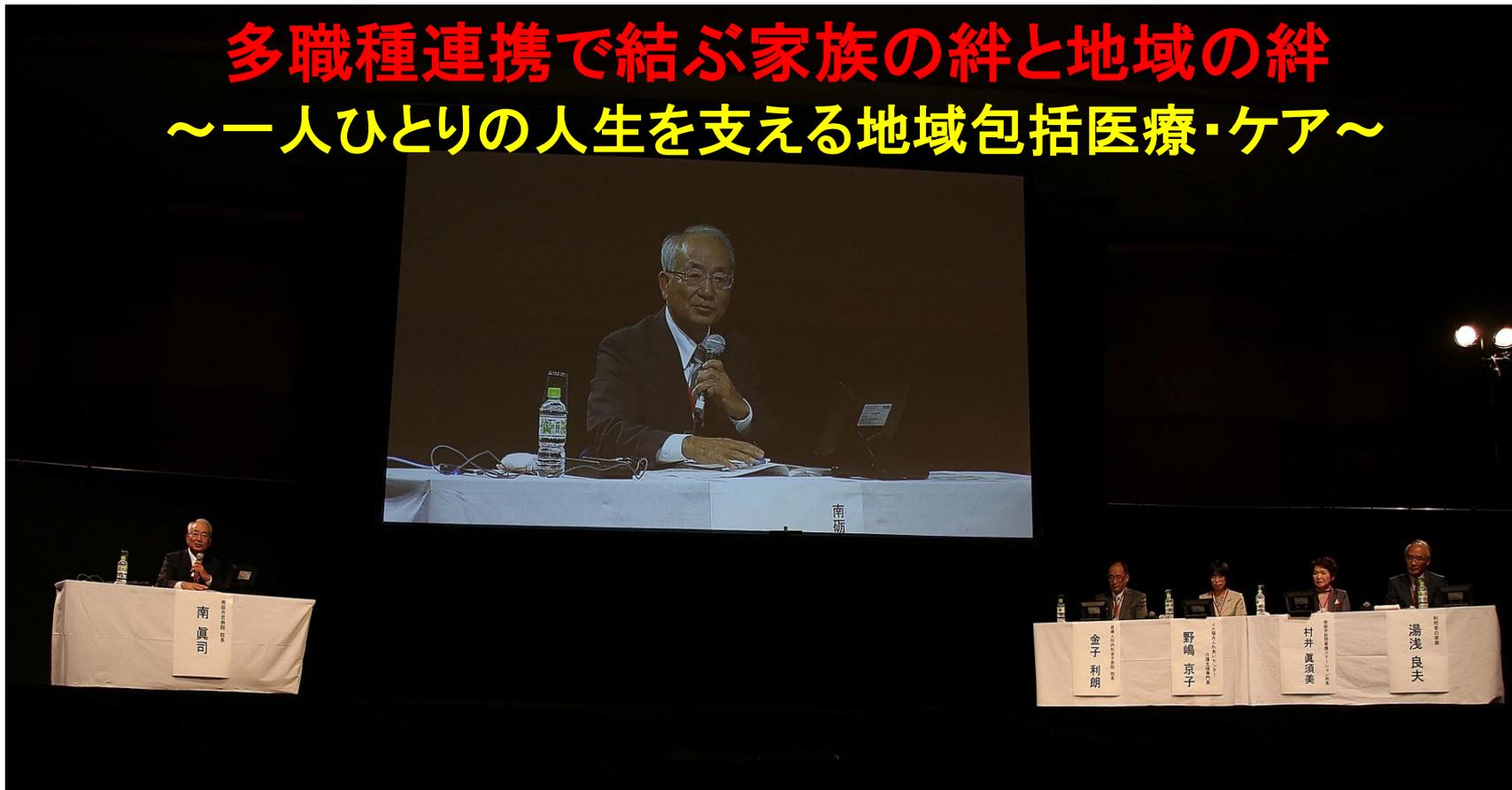
南砺市医師会が在宅で自然死した患者の検視を廃止する案を医師会に提案し、今月から実施する。検視は検死官が行うが、在宅で自然死した患者は検死官が来宅して検死を行う。検死官が来宅して検死を行うのは、検死官が来宅して検死を行う。検死官が来宅して検死を行うのは、検死官が来宅して検死を行う。

平成25年10月16日 北日本新聞

■ 看取り件数

# 介護保険推進全国サミットinなんと 《2日目》 開催市からのメッセージ

## 多職種連携で結ぶ家族の絆と地域の絆 ～一人ひとりの人生を支える地域包括医療・ケア～



- 1、地域医療の目的は患者・家族のQOL向上
- 2、患者・家族のQOL向上に地域包括医療・ケアが必要
- 3、南砺市型地域包括医療・ケアで結ぶ「家族の絆」
- 4、南砺市型地域包括医療・ケアで結ぶ「地域の絆」

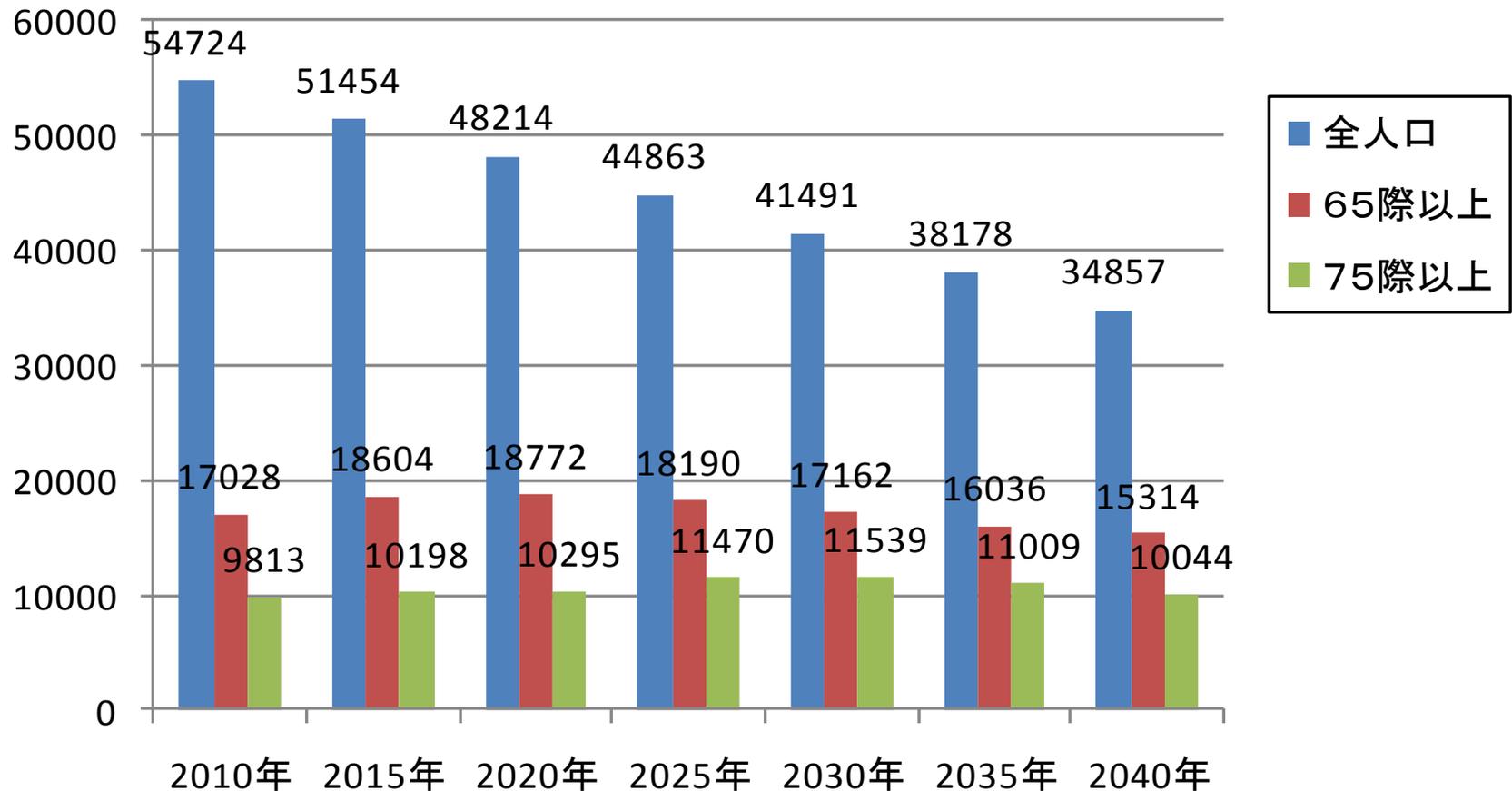
シンポジウム「地域包括ケアシステムの構築と住民参加」  
平成27年2月3日 東京会場

南砺市における地域包括医療・ケアの取組  
地域住民との協働

- 1、南砺市における地域包括医療・ケアの取組
- 2、より完成度の高い地域包括医療・ケアの構築へ、住民との協働

# 南砺市の人口推計(国立社会保障・人口問題研究所)

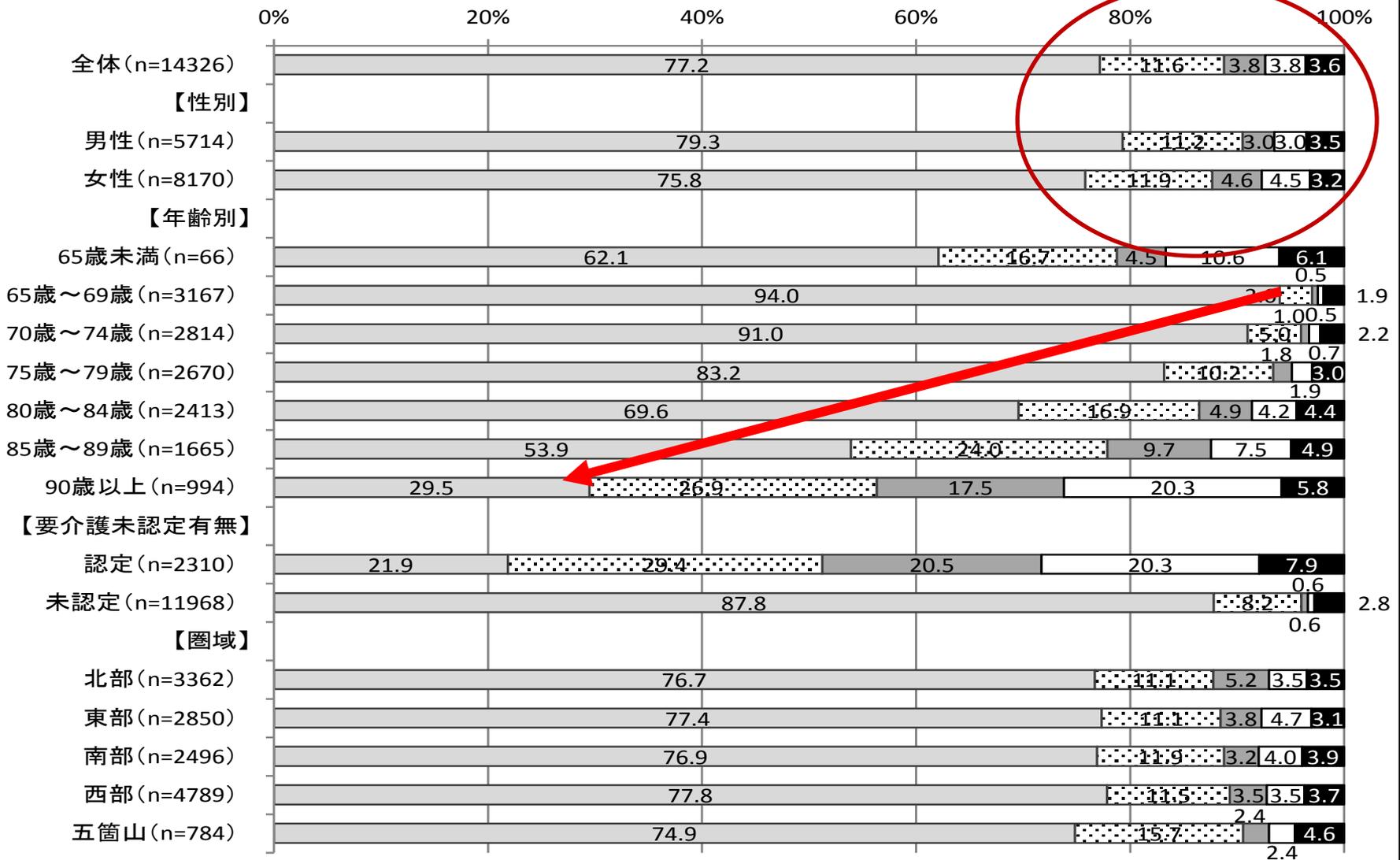
高齢者は増加せず医療は量の増加でなく質の転換が必要  
64歳以下人口の減少で、独居・老々世帯が増加し  
家族介護力と生活支援力の低下への対応が必要



# 問、その日の活動(食事をする、衣服を選ぶなど)を自分で判断できますか

## 生活圏域ニーズ調査(平成26年6月) 65歳以上約1.8万人中1.4万人回答、約80%

- 困難なくできる
- 判断するときに、他人からの合図や見守りが必要
- 無回答
- いくらか困難であるが、できる
- ほとんど判断できない



# 一人暮らし(80歳、男性)事例

**生活状況**;平成21年妻を亡くしてから一人暮らし。長男は東京。  
家事・畑仕事と地区の世話等。

**病歴等**;特になし

## 今回の経過

- ・平成23年頃より物忘れがみられた。平成24年頃から調理がやや困難となり、消費者被害にあい、財産を失う状況となった。
- ・平成25年9月、息子と共に当院物忘れ外来受診。アルツハイマー型認知症軽度の診断で診療開始し、部落の方に見守り等依頼。
- ・平成26年2月、屋根の雪降ろし中に転落し脊椎圧迫骨折で入院。被害妄想などで精神科病院転院。退院後、東京に移住。

## 課題

- 1) 思い出のある自宅で過せなかった。
- 2) 近所の方々の好意が生かせなかった。
- 3) 医療機関の対応では、支援に限界があった。
- 4) 近隣の方々の理解と協力、生活支援や介護が必要であった。

## 認知症地域の「絆」支えに

### 富山大看護学会学術集会

## 南砺市長ら意見交換

医療や介護の専門職にとどまらず地域住民が支える福祉システムをテーマにした富山大看護学会学術集会が22日、富山市のパレプラン高志会館で開かれ、重い認知症になっても住み慣れた地域で過ごせる環境づくりなどをテーマに意見を交わした。パネルディスカッションで、田中南砺市長は31地区別の自治振興会を基盤に支援のネットワーク構築を進める考えを示した。

南砺市では「地域内分権」と運を盛り上げてきた。田中市長（一端）を担ってほしい」との考えを示した。

付金を各自治振興会に支給し、自主的に課題解決に取り組む機会を踏まえて、31地区で「介護や医療の

市民病院や市医師会、訪問看護ステーションを中心とした医療・介護サービスを基盤に、地域住民を担い手とする見守りや生活支援を加え、より重層的なサポート体制の構築につなげるのが狙いだ。目標として「一人暮らしの認知症の人が笑顔で生活できるまち」を打ち出した。

田中市長（右から2人目）らが在宅支援について意見を述べた学術集会＝パレプラン高志会館



炭谷 靖  
金原 隆

富山福祉短大の炭谷靖子看護学科長も認知症ケアの充実を主張。徘徊に対し「周囲が見守り、連絡する態勢づくりが必要」と、地域での目配りの大切さを指摘した。新川地域で在宅医療をリードしてきた中川彦人・県在宅医学会長もコミュニティーの再活性化を訴えた。

## 南砺市における規範の統合 田中市長の街づくり宣言

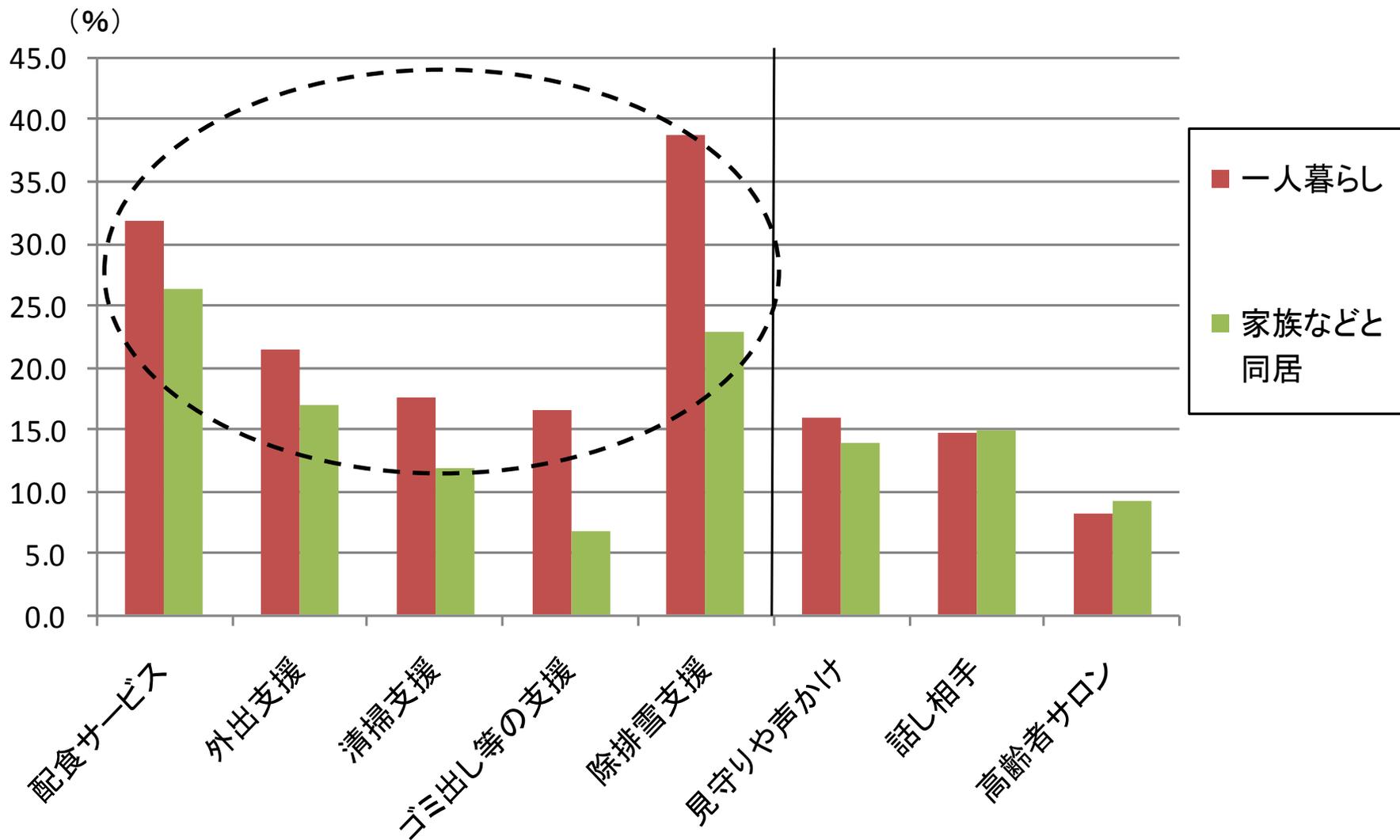
司会の大江浩真砺波厚生センター所長は今後の在宅支援について「専門職や住民が顔が見える関係をつくり、まちづくりとして進めてほしい」と呼び掛けた。



「認知症の人」は「困った人」でない、「困っている人」  
「認知症の人」は「大変な人」でない、  
「大変な時期があるだけの人」  
「認知症の人」は「住民や地域を良くする大切な人」

# 独居世帯は日常生活において不便を感じている。

問66 在宅生活を続ける上で利用したいサービス(複数回答)



# 高齢者支援 住民が担う

介護が必要な人のうち比較的自立度が高い人向けのサービスが介護保険から市町村事業へ移される制度改革に合わせ、南砺市は2015年度から、自治振興会単位の31地区ごとに住民らを担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。地域包括支援センターや市社会福祉協議会(社協)職員らが各地区担当として住民と連携し、介護サービス提供にとどまらず、お年寄りらの生活をきめ細かに支える態勢構築を目指す。

(南砺総局長・宮田求)

## 会・地区社協と連携



介護保険制度の見直しに伴い、介護の必要性が低い要支援1、2の人向けの訪問・通所介護事業が2015年度から、市町村へ段階的に移行される。市町村は介護が必要な状態になるのを防ぐ「介護予防」や生活支援とともに、実施する。

南砺市は、「昭和の大合併」前の旧町村エリアを基軸とした31地区で、それぞれ自治振興会や地区社協を主な担い手に、事業を展開する。住民同士で日常的な見守りやごみ出し、買い物代行などを提供する「ケアネット活

15年度は特定の地区でモデル事業を実施し、16年度から本格導入したい考えだ。自治振興会単位のエリア区分については、「きめ細かな部類に入るのではないか」(高齢福祉課)とみている。

厚生労働省はサービス提供をスムーズにするため、お年寄りらに事業所を紹介したり、不足しているサービス導入を進める「生活支援コーディネーター」の配置を、市町村に求めている。南砺市は、31地区にそれぞれ

## 互いに見守り 買い物代行も

防)や生活支援とともに、こうしたサービスを行う。

これらの経費を介護保険財源などで手当てしつつ、事業内容は各市町村がそれぞれの社会資本の状況などを踏まえて、決めることになる。

市町村によってサービス水準

る。各地区の自治振興会や社会福祉協議会などが主体となり、1人暮らし高齢者の生活を「ケアネット活動」や「サービスタ」など、元気の見える「サロン活動」などを展開してきた実績が土台にならざるを得ない。

態勢づくりを進める上で鍵に

同市が住民を主体にしたサービスの一例として挙げるのは、公民館を会場にした「ミニデイサービス」だ。その中で、元気のななお年寄りも支える側に加わることを想定している。地域の中で一定の役割を果たすことが生きがいとなり、介護予防にもつながる。

どの取り組みも始まった。こうした活動がビジネスとして定着することで、持続可能性が高まる。

地域組織にとどまらず、NPOや企業など多様な担い手を確保できれば、より層層的なサポートが可能になる。

同市では、これまで、市民病院や市医師会、訪問看護ステーションなどの連携で24時間対応が可能な在宅医療を確立し、在宅でのみとりを行うなど、実績を積み重ねてきた。

専門職による医療・介護ケアと、住民が担う生活支援を組み合わせ、身体機能の衰えや年齢に応じた適切なサービスを切れ目なく提供できる仕組みを整えてほしい。

## 社説

2015.1.12

介護の必要性が低いお年寄り向けのサービスが2015年度以降、介護保険から市町村事業に移される。

南砺市はこれに合わせ、31地区ごとに、住民らを担い手とした生活支援の仕組みづくりを進める。これまでの積極的な在宅医療・介護の取り組みを土台に、住民と専門職との連携を強め、地域でお年寄りを支える態勢の整備につなげてほしい。

本格的な介護が必要になる前の段階である要支援1、2の人向けの訪問・通所介護サービスは現在、介護保険事業に含まれているが、この4月から17年4月にかけて市町村へ段階的に移される。市町村は、介護が必要な状態になるのを防ぐ「介護予

## 南砺の地域福祉

に格差が生じるという懸念も指摘されているが、自治体が地域事情に合ったサービスを主体的につくり出せる機会とも捉えらる。

南砺市は、「昭和の大合併」前の旧町村エリアを軸とした31地区ごとにサービス基盤を整え

## 支え合いの輪広げよう

なるのが、住民の協力である。ケアネット活動では見守りにとどまらず、ごみ出しや買い物代行などを担ってきた、それぞれの住民が可能な範囲で協力する取り組みをこれからも続け、担い手の輪をさらに広げることが求められる。

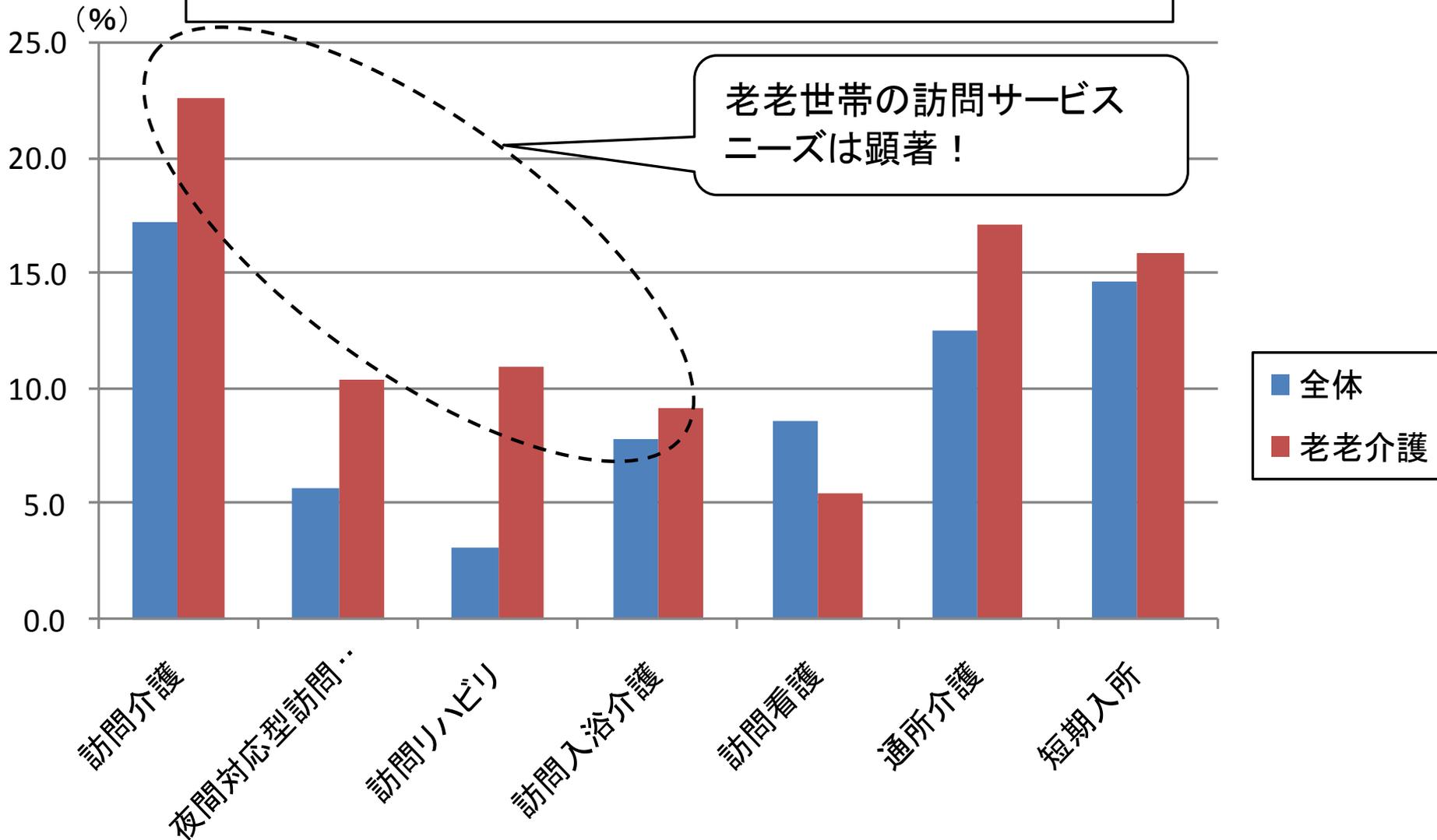
ながるだろう。

一方、ボランティアだけでサービスを整えることは限界がある。

市内では、NPO法人が1人暮らしのお年寄りへの配食サービスに合わせ、体調に自配りし、困り事を聞いたりするな

老老世帯については、訪問サービスのニーズが顕著に表れている。

問68 もっと充実させることが必要なサービス



# 基本的認識の一致が必要

## 家族の絆構築へ、介護を家族の義務から解放

- 1) 家族の絆は同居・別居に関係なく、自発的に無理なく介護し、要介護者の感謝で構築できる。
- 2) 家族の絆の構築と虐待・介護放棄は紙一重。
- 3) 家族の絆が構築できやすい条件として
  - ① 要介護になる前の良好な家族関係。
  - ② 地域を基盤とするケアと統合するケアの構築。

# 解決すべき課題、1

## 住民の選択と心構え(覚悟)

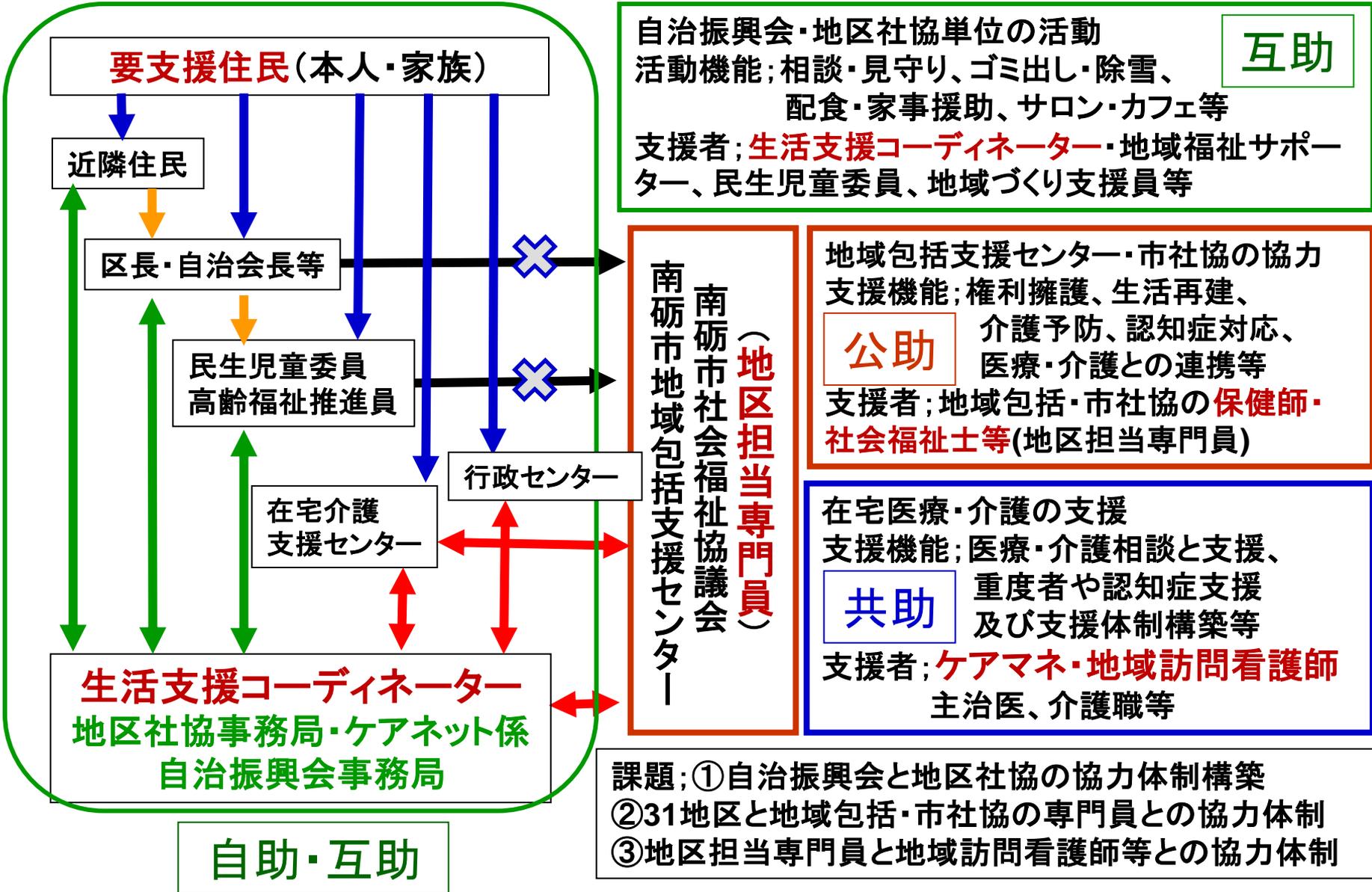
- 1) 人は老いと病から必ずいつか介護され死に至る。  
どこで住み、どう生きて、どう死を迎えるかを自分事として選択し、伝え、達成への努力を行う必要がある。
- 2) 家族や近隣住民もその選択を尊重し(尊厳の保持)  
自立への支援を行う必要がある。
- 3) 南砺市型高齢者養生訓などを参考に、心構えと活動を促す必要がある。

## 解決すべき課題、2

### 地域力向上；地域を基盤とするケア構築

- 1) 31地区毎に住民自ら、必要な生活支援を確認し、構築し、支え合い、暮らしやすく暮らす価値のある地区を作る。
- 2) 各地区で必要な生活支援をコーディネートできる住民を育成し、迅速に適切な支援を提供する。必要時、地区担当専門員や地域訪問看護師等と連携し支援する。
- 3) 中重度の要介護者が自宅で生活を継続するには、家族介護から地域介護(ケア)への移行が必要である。地区の住民(中高年)が介護職員の初任者研修を受け、5地域毎に24時間対応型介護サービスを構築する。

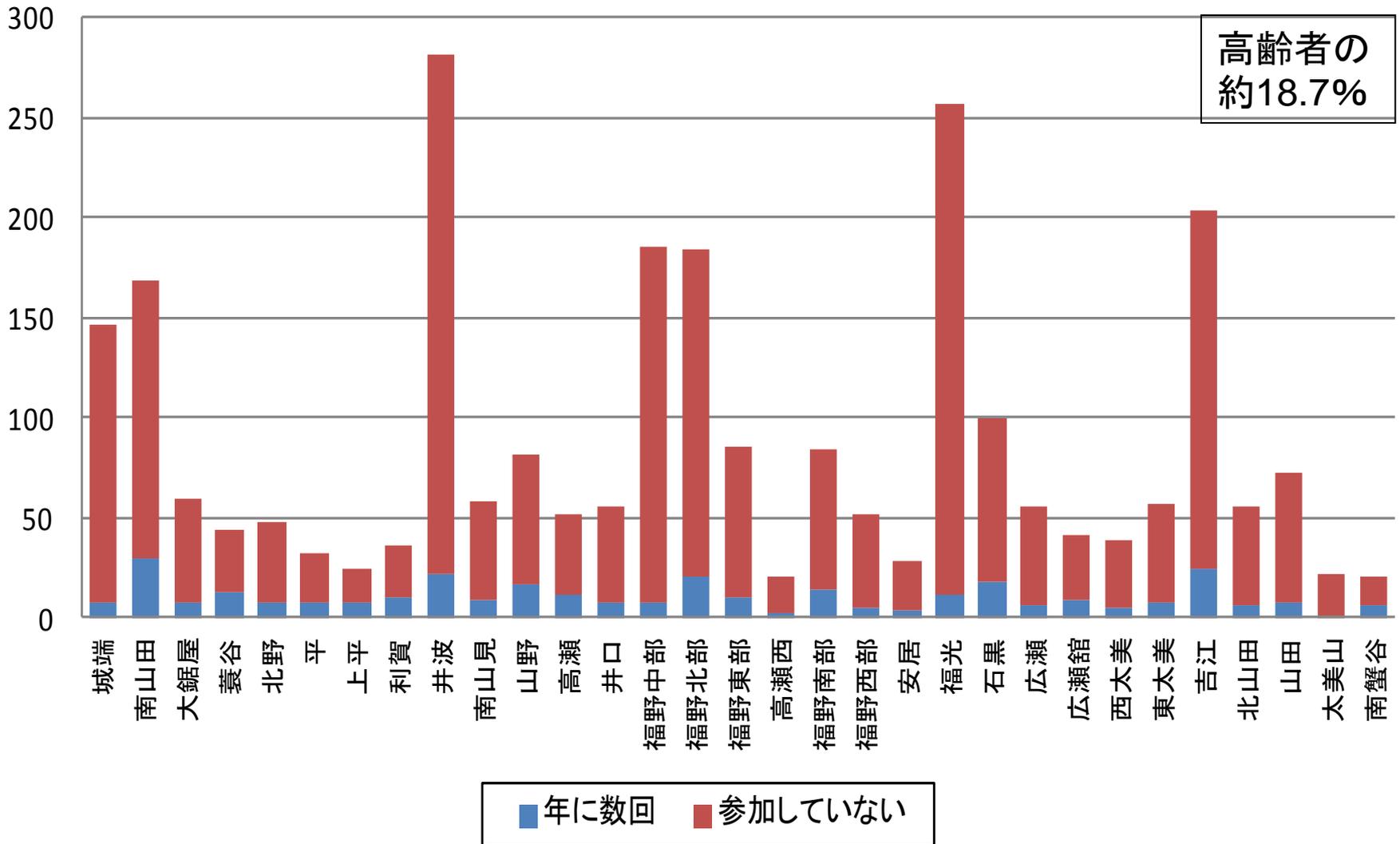
# 31自治振興会の住民と専門職が協力し地域を基盤とするケアの構築



# 「地域づくり」への参加が期待される人数

n=2,652

「日常生活圏域ニーズ調査」で、「年金などの書類が書けるか」「家族や友人の相談にのっているか」「生きがいがあるか」のすべてに「はい」と答えた者のうち、「収入のある活動」の参加頻度が「年に数回以下」の65-74歳の者の数。



# 南砺市31地区 自治振興意見交換会



平成27年1月15日  
井波地域山野地区

# 地域包括ケアは地域住民を巻き込んだ地域作り

- 1) 市長による規範の統合；街作りへの共通認識構築
- 2) 指導者の存在；地域包括ケアシステム構築や住民への啓発
- 3) 核となる行政職員の存在；計画策定や地域作りへの取組み
- 4) ニーズ調査(悉皆)は重要；関係者が情報共有し課題解決へ
- 5) 地域作りの専門職；地域包括支援センターや社協の保健師  
社会福祉士等が事例を通し、住民と共に地域作り
- 6) マスコミの協力；地域住民の意識啓発や行政・事業所の認識  
の統一へ地域の新聞が役割を發揮
- 7) 市議会議員の応援；地域の住民代表としての理解と協力
- 8) 地区リーダーの育成；地区作りへ一歩を踏み出すキーマン
- 9) 地区住民の参加；地区の状況を知り、自分事として行動
- 10) 高齢者の参加；元気高齢者の把握と社会参加の機会創出