

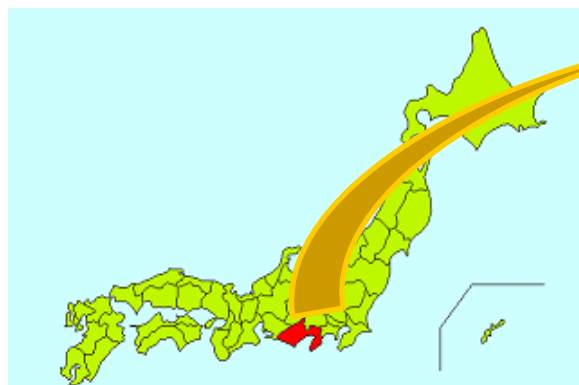
近未来技術実証特区申請

川根本町「バーチャル・ホスピタル構想」

静岡県 川根本町

【川根本町の社会構造】

1. 町の概要



【立地条件】

川根本町は、静岡県中央部に位置し、東は静岡市、南は島田市、西は浜松市に隣接し北は長野県との県境と接しています。

町の中央部を南北に大井川が流れ、川に沿って国・県道が島田市へ向かって伸び、市中心部へは約33km、50分、静岡市中心部へは約90分を要します。

【川根本町の社会構造】

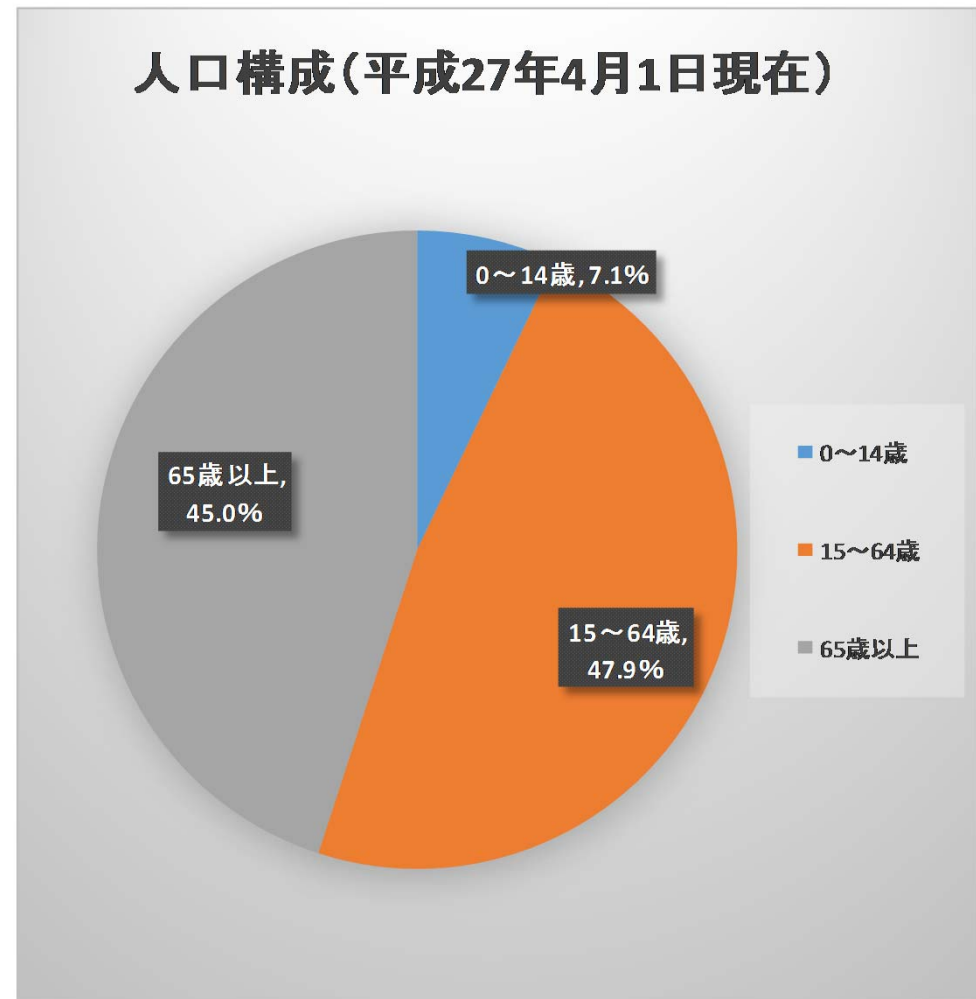
2. 人口構成

平成27年4月1日現在の人口は、7,643人（男3,718人、女3,925人）

年少人口（0～14歳）は、7.1%

生産年齢人口（15～64歳）は47.9%、

65歳以上人口は45.0%に及ぶ

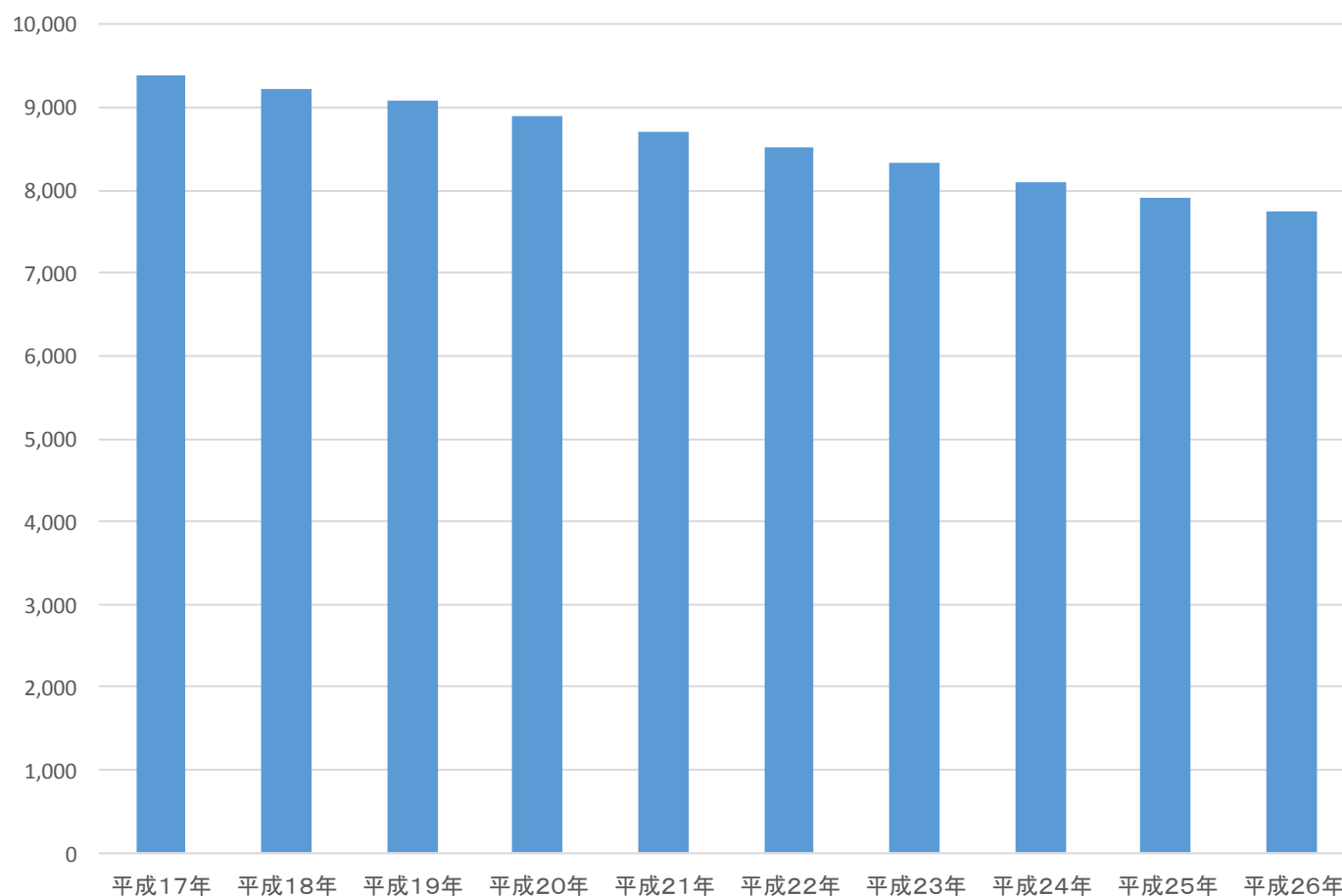


【川根本町の社会構造】

3. 人口の推移

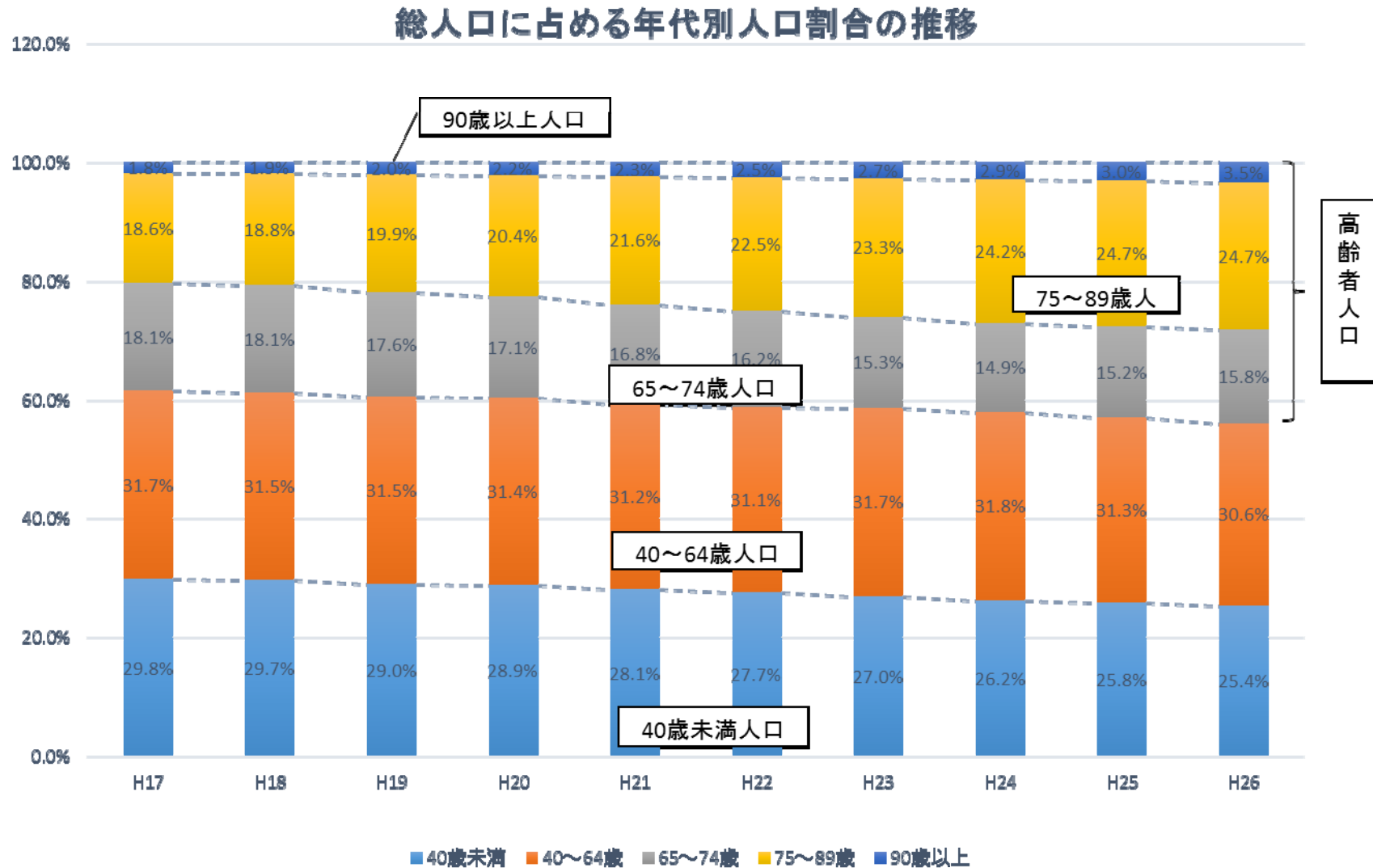
川根本町が誕生した平成17年9月末現在の総人口は9,377人
以降毎年減少を続け、平成26年10月1日現在の人口は7,749人

人口推移(平成17年～平成26年)



【川根本町の社会構造】

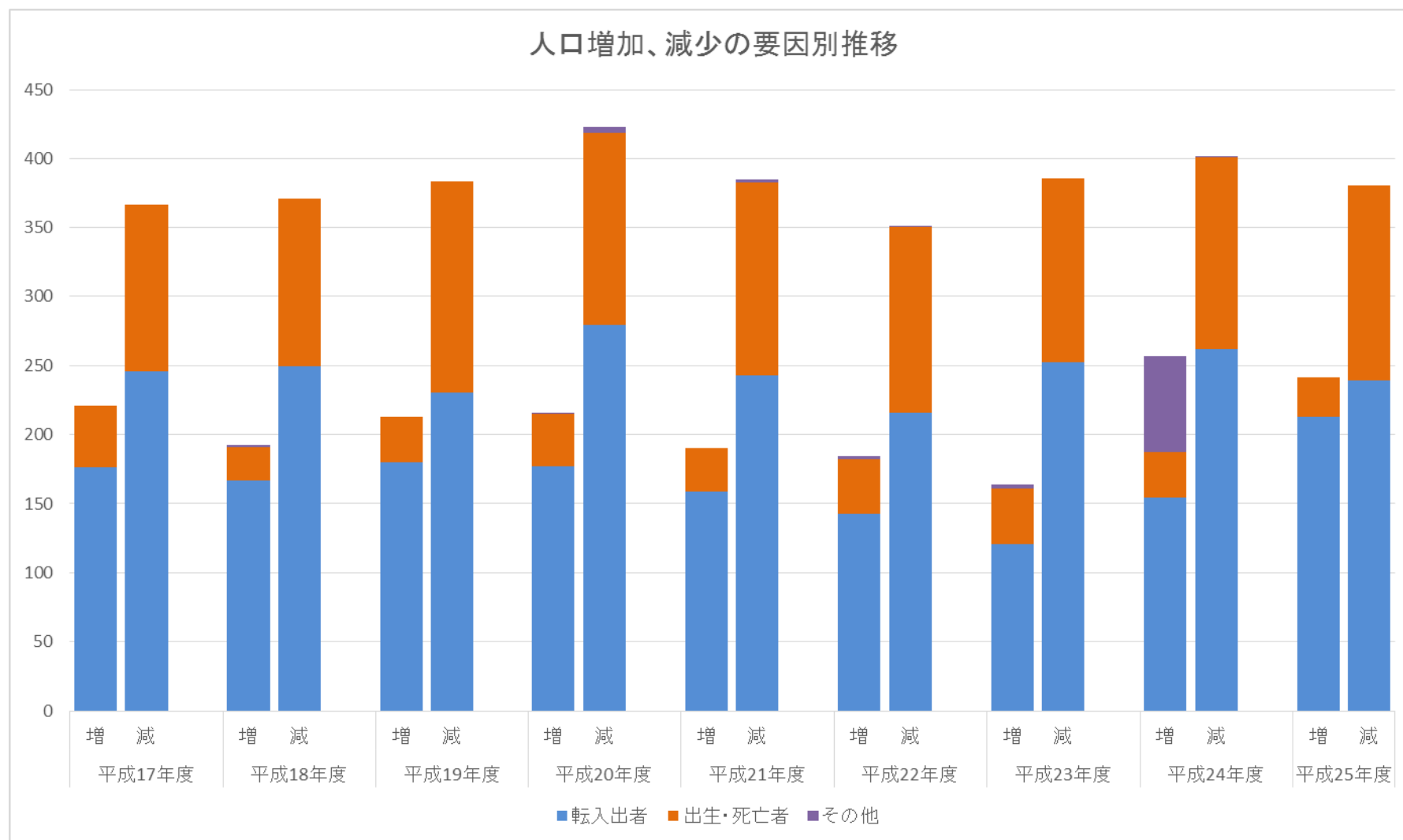
総人口に占める年代別人口割合の推移は、平成17年度以降高齢者人口の増加を示し、高齡化の進むさまが如実に表れている



【川根本町の社会構造】

4. 人口流出入、自然増減の傾向

平成17年から平成25年までの人口流出入、自然増減の推移は流出が流入に比べ約1.5倍、自然減に対する自然増は約4倍と人口は社会的、自然的側面からも減少傾向を示している。



【川根本町の社会構造】

まとめ

- ・人口は減少の一途をだどっている。
⇒町内の社会構造に人口増に転ずる要因がない。
- ・人口減少の中にあつて、高齢者、特に75歳以上の後期高齢者の全体に占める割合は年々増加している。(2,199人：H27.4.1現在)
⇒進む高齢化の現状
- ・高齢者の世帯構成においては、高齢者のみの世帯（夫婦のみ、ひとり暮らし）の伸びが顕著である。
⇒子ら世帯とは別居などにより、高齢な核家族化が進んでいる（町内で暮らしたい意思のあらわれか？）
- ・転出者の傾向から就労、就学を機に転出していく傾向である。
⇒町内に就労、就学の選択肢が少ない、もしくはない
- ・高齢化の進む中にあつて、人生最期の場所は近隣市町、特に島田市が多くその中でも病院で最期を迎える人が多い。
⇒町内に病院がないことから救急搬送先にて亡くなる場合や、在宅医療、介護を支える社会資源がないため、自宅へ戻ることができず入院、施設での療養の末、亡くなることが多い

【川根本町の医療環境】

川根本町の医療の現状

【町内の医療資源】

5つの診療所（内1診療所休止中）
5つの歯科医院
3つの調剤薬局
6つの介護施設

※町内に病院はありません

【町内で受けられる診療科目】

A 医院 内科、小児科
B 内科医院 内科、神経内科
C 診療所 内科（地域医療支援：眼科（毎月1回））
D 診療所 内科、リウマチ科
 （循環器科（週1回）、整形外科、皮膚科（毎月1回））

【川根本町の医療環境】

【夜間の対応】

町内において原則夜間の診療対応は行われていない。
夜間における急患対応は救急車による最寄りの総合病院への搬送で対応している。

【日・祝祭日の対応】

榛原医師会において、会員による休日当番医を輪番で行っている。
医師会管内での対応であるため必ずしも町内での対応とは限らない。

【医師の平均年齢】

平成26年12月1日現在で、67.8歳である。

【まとめ】

町内の医師の努力で、診療科目も充実しているが、医師の高齢化、後継者問題、診療時間外の対応など課題となる点は多い。

いやしの里診療所における医師募集の経過をみても、へき地医療に興味を持って、本町医療に携わっていただけの医師の獲得については困難を極めることが予想される。

【バーチャル・ホスピタル構想 これまでの取り組み】

【平成23年度】

- ・「ふじのくにねっと」参照施設として加入
(いやし、本川根、上長尾、鈴木内科医院)
- ・いやしの里診療所へのビデオ会議システム導入

【平成24年度】

- ・遠隔診療支援の開始 (県総~いやし間 循環器、整形外科)
- ・いやしの里診療所への電子カルテ導入 (ふじのくにねっと開示施設化)

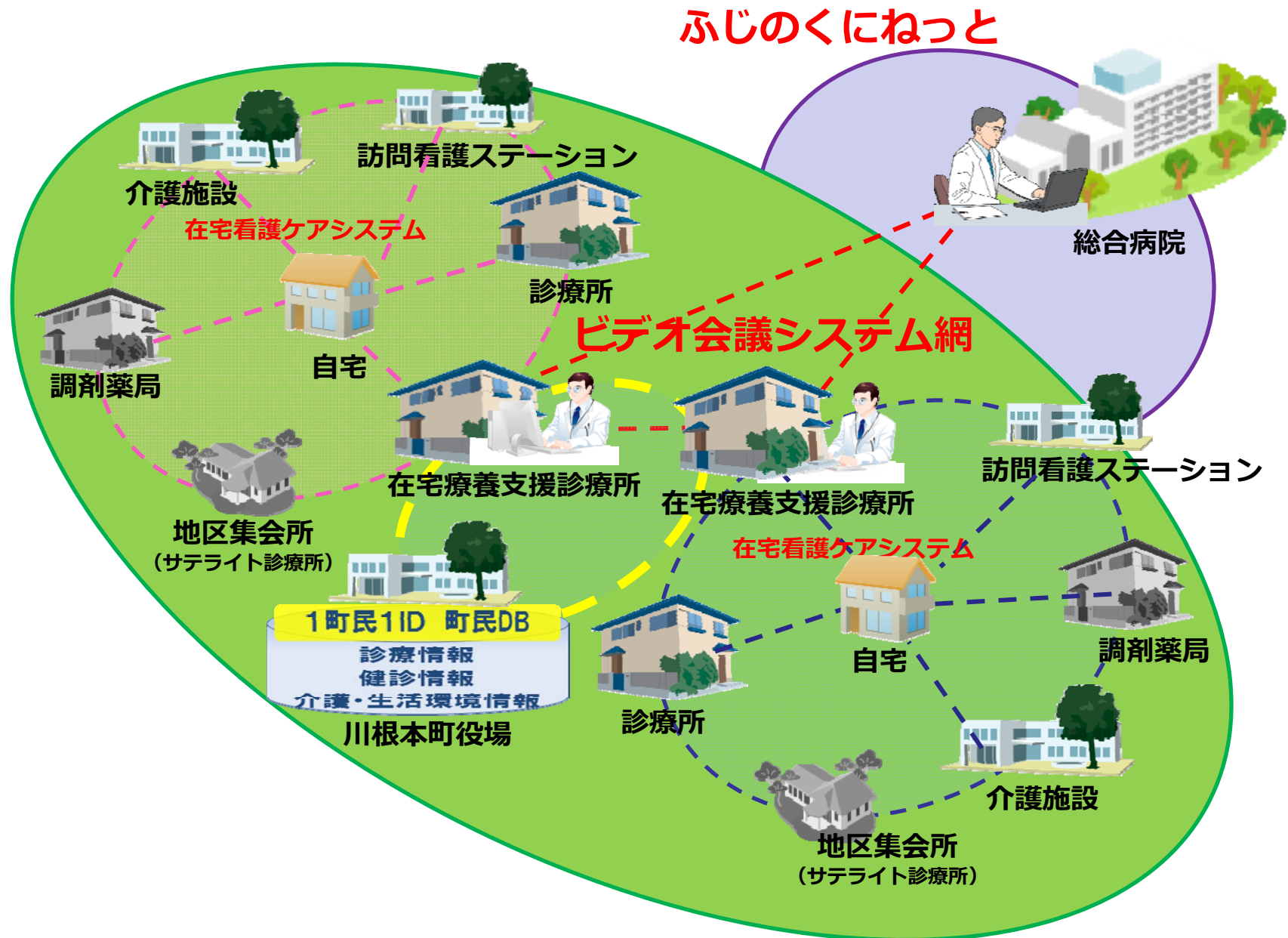
【平成26年度】

- ・遠隔診療支援の科目増設 (島田市民~いやし間 皮膚科 5月開始)



医師不足解消、医師の負担軽減、医療格差の是正
= 医療環境の整備・医療の質の向上

【バーチャル・ホスピタル構想 全体図】



【バーチャル・ホスピタル構想 これからの取り組み】

1 町内に訪問看護ステーションの整備

⇒訪問看護、介護の一体化による安心して生活できる環境づくり

2 医療・福祉・介護のネットワーク連携

⇒高度情報基盤を活用した医療・福祉・介護のネットワーク連携、各種情報のDB化による情報の一元化

3 遠隔診療支援による充実

⇒診療科目の増設、サテライト診療所、医療・福祉・介護ネットワークへの応用

4 診療所の機能強化

⇒在宅療養支援診療所への移行、2拠点化による地域包括ケアの充実



地域包括ケア体制の実現

住み慣れた地域で自分らしく最後まで生活できる医療環境

【具体的取り組み】

【1. 町内に訪問看護ステーションの創設】

地域包括ケア体制を構築していくうえで、今後、病院、診療所の機能分化が進み、「在宅」を基本に置いた医療提供体制が必要となる。

現在町内において、重症患者が入院を終え在宅で療養をしたくても、24時間体制で対応する社会資源がないため、在宅療養が一部出来ない現状である。

町が最低限必要な社会資源として訪問看護ステーションを創設し、医師不在時にも医師の指示のもと「医療」を継続して提供できる体制、を構築する。

【訪問看護ステーションのサービス】

（医療）

■ 医師の指示による医療処置

■ かかりつけ医の指示に基づく医療処置

■ 医療機器の管理

在宅酸素、人工呼吸器などの管理

■ 病状の観察

病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック

（看護）

■ ターミナルケア

がん末期や終末期などでも、自宅で過ごせるよう適切なお手伝い

■ 在宅でのリハビリテーション

拘縮予防や機能の回復、嚥下機能訓練等

（介護）

■ 療養上のお世話

身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助・指導

■ ご家族等への介護支援・相談

介護方法の指導ほか、さまざまな相談対応

■ 床ずれ予防・処置

床ずれ防止の工夫や指導、床ずれの手当て

■ 認知症ケア

事故防止など、認知症介護の相談・工夫をアドバイス

■ 介護予防

低栄養や運動機能低下を防ぐアドバイス

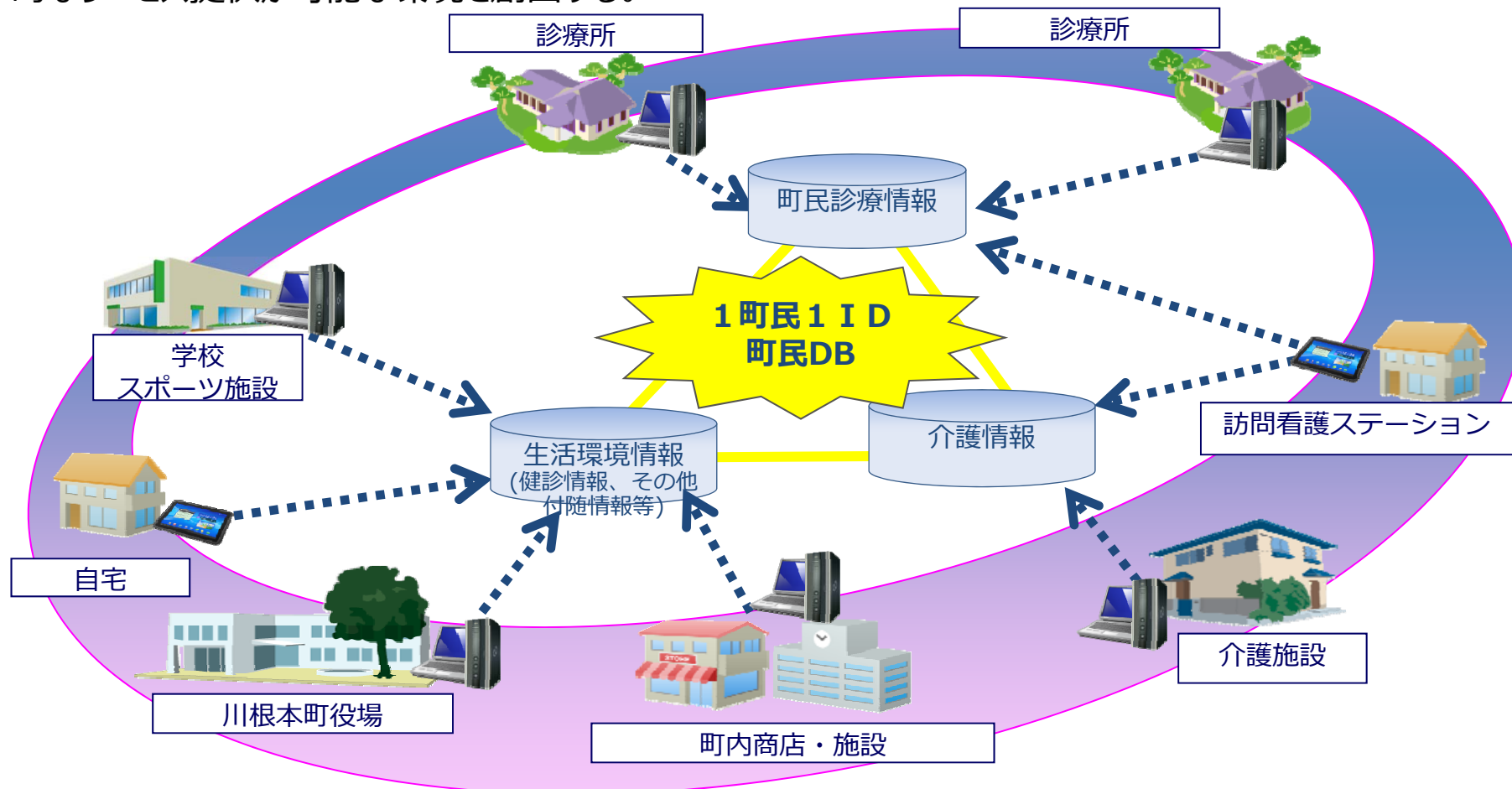
【具体的取り組み】

【2. 医療・福祉・介護のネットワーク連携】

町が整備をする高度情報基盤に載せ、医療、福祉・介護の各データを、1町民1IDで管理し、データベースを構築する。

サーバには、診療情報、福祉・介護情報、自治体情報として管理し、それぞれのデータを使用者権限により公開し、医療・福祉・介護の各シーンにおいて活用する。

1町民1IDで管理されることから、「ゆりかごから墓場まで」一貫した情報管理をすることで、効率的かつ合理的なサービス提供が可能な環境を創出する。



【具体的取り組み】

【3. 遠隔診療支援による充実】

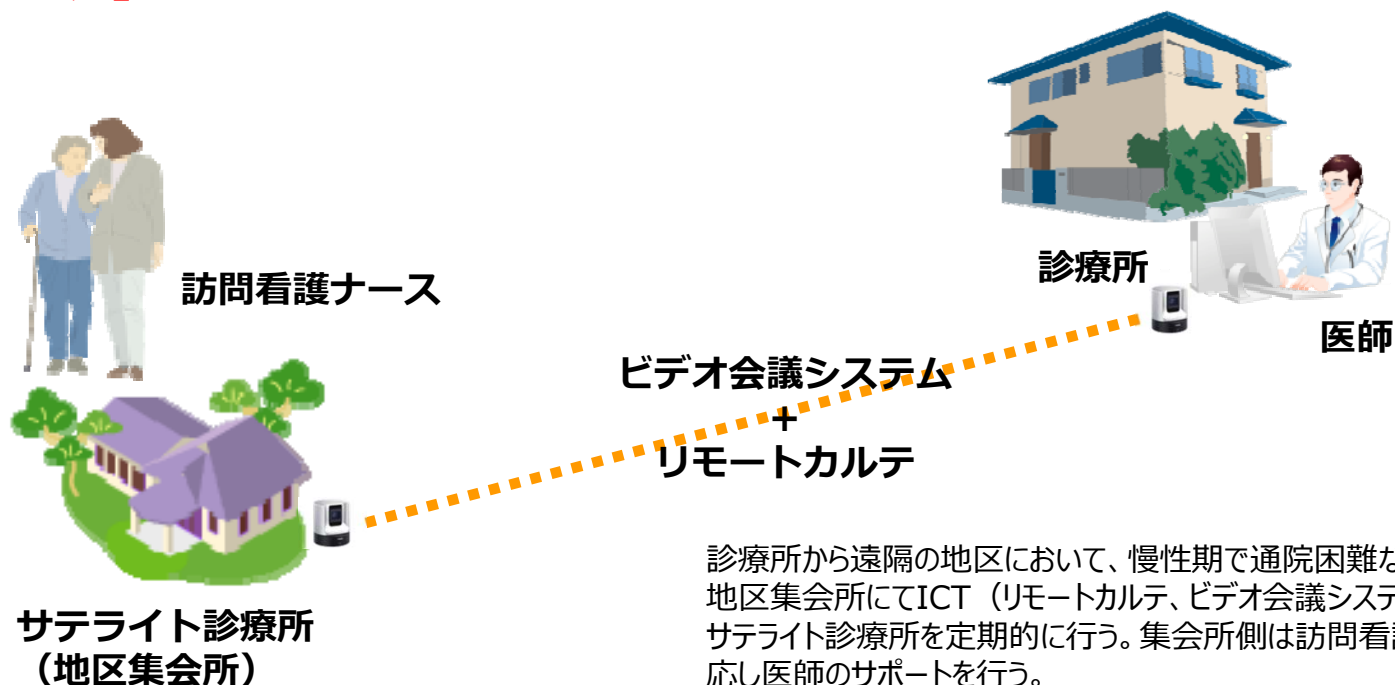
近隣中核病院と診療所をビデオ会議システムで結び、診療所にいながらにして専門科目の受診を可能とする遠隔診療支援を現在3科目展開している。

今後は、総合病院機能の充実を目標に科目の充実を図る。

これに加え、町内の高度情報基盤を活用し、患者さんが「通う」診療所から、患者さんのもとへ「行く」診療所として「サテライト診療所」を地区の集会所を活用して展開し、慢性期患者の通院の負担軽減を図る。

また、総合病院との退院調整などにビデオ会議システムを活用し業務の効率化を図られる。

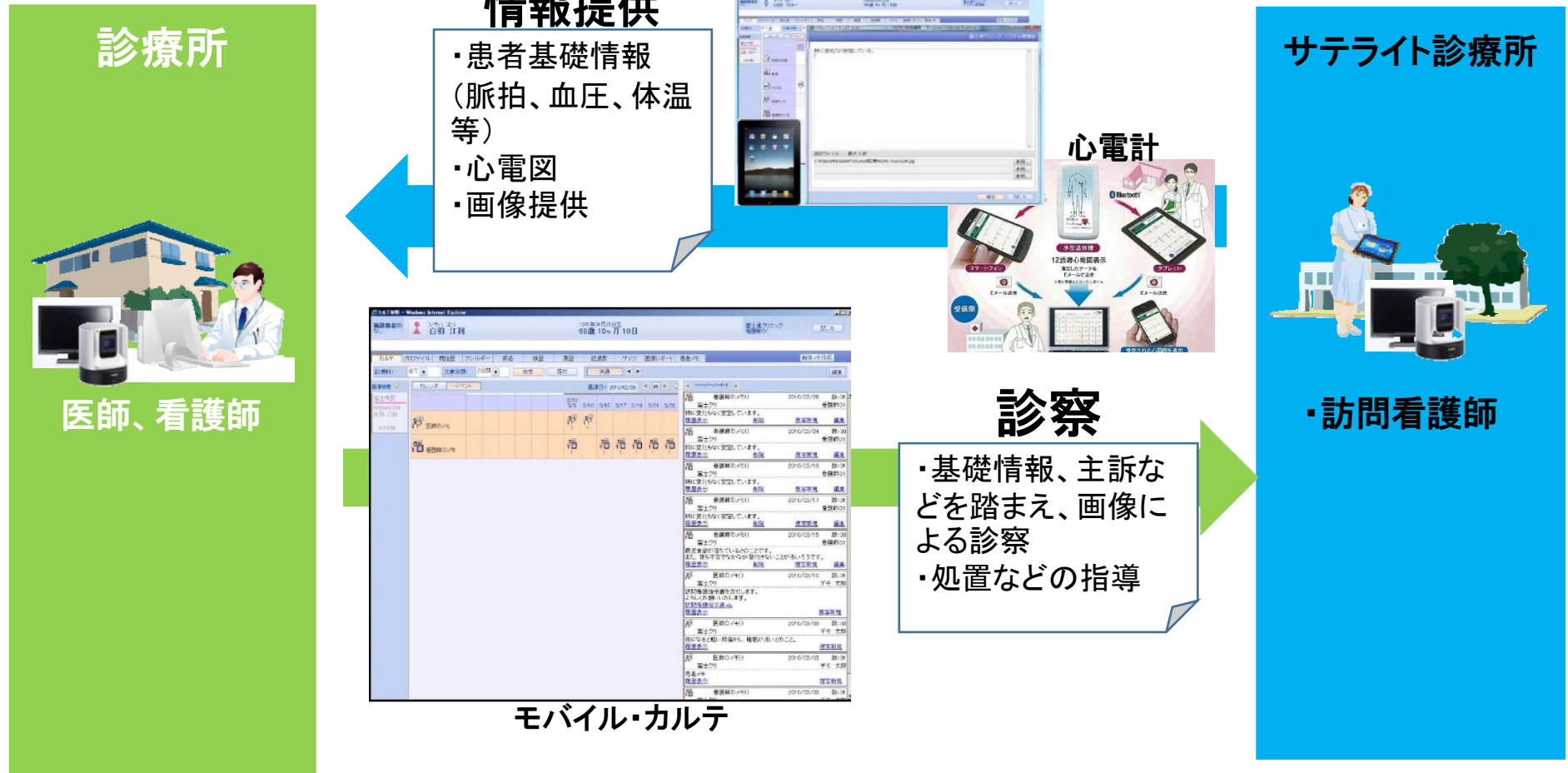
「サテライト診療所」のイメージ



【具体的取り組み】

【4. 遠隔診療支援による充実】

サテライト診療所での具体的運用例



【具体的取り組み】

【5. 診療所の機能強化】

医療へのニーズが「治す医療」から「治し、支える医療」に変換していく中で、診療所機能も変わっていく必要がある。

これからの診療所は、今までの診療に加え、医療・福祉・介護がリンクし、地域包括ケアの中核として機能しなければならない。

診療所を「在宅療養支援診療所」として機能を充実・強化し、在宅医療に耐える体制を構築する。

また、地域包括ケアシステムが、概ね30分以内に必要なサービスが提供される日常生活圏域（具体的には中学校区）を単位として想定されていることから、町内に在宅療養支援診療所を2か所設置し、それぞれの診療所を核に地域包括ケアシステムを形成していく。

2拠点は町内のネットワークで結ばれ、町内でいつだれがどちらに罹っても同じサービスを受けることができ、町内のネットワークは静岡県の医療情報ネットワーク「ふじのくにねっと」に包括される形で、医療圏、町、地域が1人の患者を支える包括ケアシステムが形成される。

【在宅療養支援診療所の要件】

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること等