

平成29年1月28日

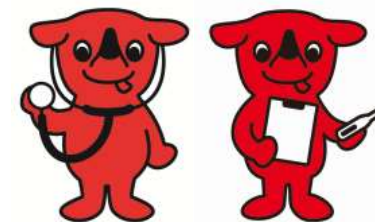
厚生労働統計協会シンポジウム

「2025年に向けた医療・介護連携と地方自治体の役割」

医療・介護連携を進めるために、 市町村は、都道府県は、何をすべきか

千葉県健康福祉部保健医療担当部長

古元 重和



都道府県の役割

- ・ひとことでいえば、市町村を支援し、共に歩むこと。
- ・千葉県では、県内すべての市町村に個別ヒアリングを行った。
- ・その結果を踏まえ、主に次の3つに注力して取り組んでいる。

1. 医療・介護関係者の情報共有の支援・・・(エ)
2. 在宅医療・介護資源の増加対策や人材育成・・・(ウ)
3. 県民への普及啓発・・・(キ)

(*)事業の明確な区分けは難しいが、便宜上「在宅医療・介護連携推進事業」の(エ)(ウ)(キ)とした。

1. 医療・介護関係者の情報共有の支援

(1) 地域連携のルールづくり

① 地域生活連携シート(平成28年度に改定)

本シートは、入院時又は退院時に必要となる利用者の情報を、ケアマネと医療関係者が共有するためのツール。

平成22年度に開発したものについて、関係者の意見や診療報酬改定等を踏まえた改訂を行った。

② 脳卒中患者の退院時支援事業(平成26～28年度)

地域連携クリティカルパスが最も普及している「脳卒中」について、退院から地域生活へと切れ目なく支援を続けるため、病院関係者、在宅医療・介護関係者間のルールを策定する。

＜現状と今後の予定＞

- ・県内2地域(市原、君津)でのモデル事業によるルールづくりを実施中
- ・28年度中に2地域でルールづくりが作成され公表予定
- ・29年度以降は、全県普及と他疾病への対応を図る予定

1. 医療・介護関係者の情報共有の支援

(2) ICT活用による地域連携の促進支援

① 医療情報連携システム整備促進事業(平成27～29年度)

急性期病院、回復期病院、診療所等が医療情報を共有し、適切な役割分担により地域医療を支えていくための医療情報システムの整備に対して助成する。

② 在宅医療・介護連携ICT情報連携システムセミナー

市町村や地区医師会等がICTシステムを導入するにあたっての参考となるよう、先進事例等の紹介を行うセミナーを開催した。

(開催日程)平成29年1月12日 (参加者数)120名

2. 在宅医療・介護資源の増加対策や人材育成

現 状

- ・千葉県では、在宅医療を支える診療所や訪問看護ステーション数、訪問看護師数が非常に少ない状況。
- ・在宅口腔ケアを担う歯科衛生士やPTなどのリハビリ職も不足。

人口10万人当たりの状況(H26.10)	千葉県	全国	順位
在宅患者訪問診療実施施設数	8.0	16.4	45
在宅療養支援診療所	5.3	11.3	47
訪問看護ステーション	4.4	6.3	42
訪問看護ステーション常勤換算 正看護師	14.7	23.6	46

主な取組

- ・在宅医療を必要とする小児等への医療を実施できる人材の育成
- ・地域密着型施設等の開設準備支援
- ・訪問看護ステーションの大規模化、サテライト設置への支援

3. 県民への普及啓発

現 状

- ・県調査によると、自宅で最期を迎えたい方が36%、介護保険施設で最期を迎えたい方が10%。一方で75%の県民が病院で最期を迎えている現実。
- ・医療機関で最期を迎えたい方(28%)の理由の多くが、「家族に迷惑をかけたくない」「医療機関以外での最期のイメージがわからない」などであり、環境を整えば在宅での最期を望む多くの県民がいることも予想される。

主な取組

- ・ 県民が、在宅で療養することを安心して選択できる知識の普及
 - ・在宅医療(かかりつけ医、看護、歯科、薬剤、リハ)
 - ・訪問介護
 - ・終末期医療とリビングウィル等意思表示



大好きなちばの自宅や地域で、自分らしく最期まで

24～25年度

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、実施事業

啓発動画

最期まで
自分らしく
生きる

終末期を迎えた90歳男性を主人公に、自分らしい最期を迎えるために参考となる情報をわかりやすく整理したドラマ仕立ての啓発動画

紹介される情報の例

- 人生の終わりの時期の選択肢
- 自宅療養時に受けられる支援
- 事前指示書とは何か
- 日頃から家族等と話し合っておくことの重要性



26年度～

啓発動画を活用した県民啓発

- 千葉県ホームページでの啓発動画の公開
- 啓発動画DVDの無償貸出 など

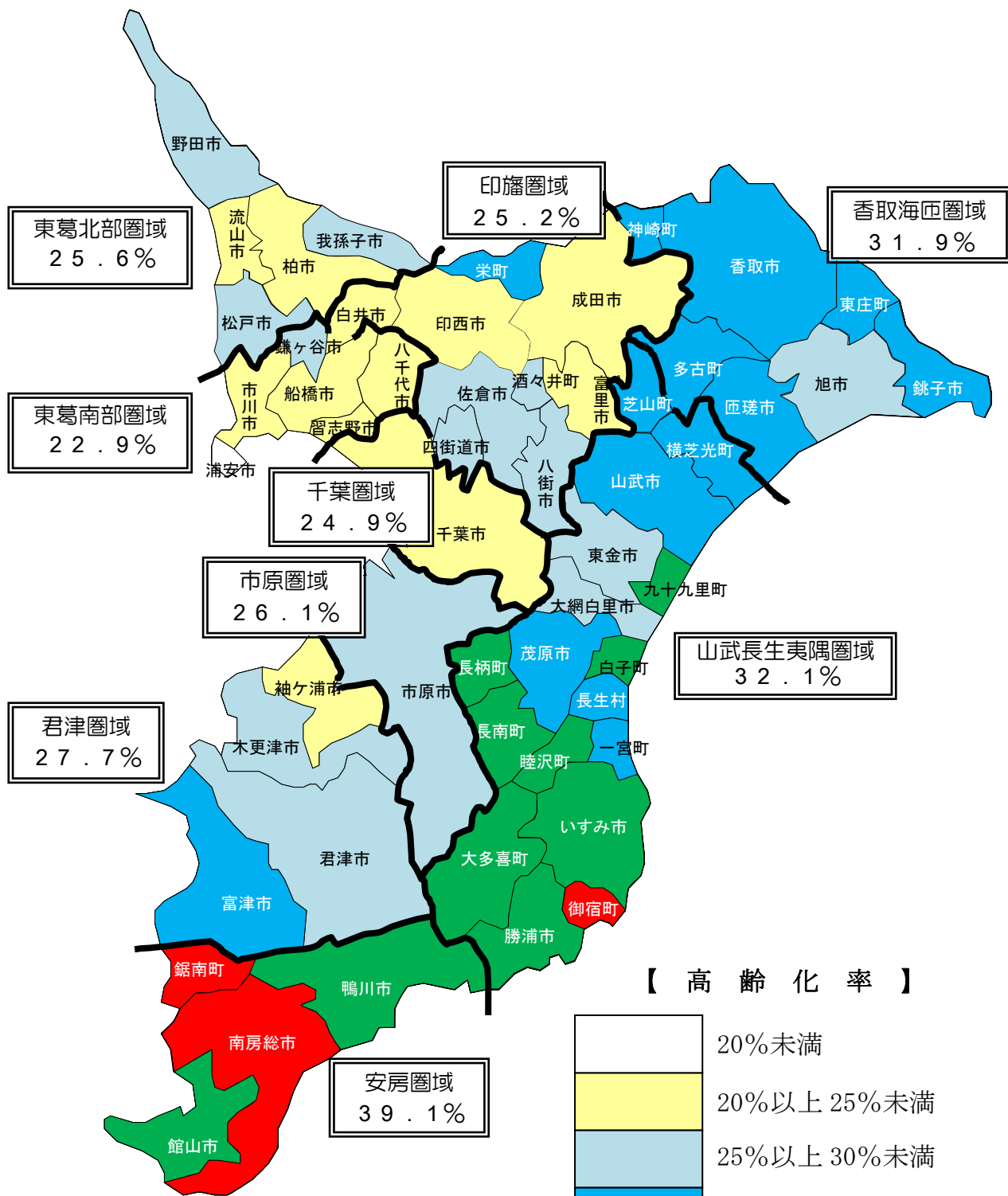
申込先: 千葉県健康福祉政策課 電話043-223-2609

ぜひご覧ください！

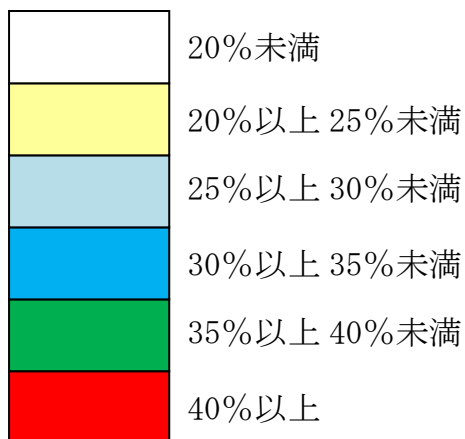
千葉県 終末期

検索

千葉県を市町村ごとに見た高齢化の状況（平成27年国勢調査結果）



【 高 齢 化 率 】



高齢化率

千葉県	全国
25.9%	26.6%

高齢化率 最上位（県内）		高齢化率 最下位（県内）	
御宿町	47.6%	浦安市	15.9%
高齢化率 最上位（都道府県）		高齢化率 最下位（都道府県）	
秋田県	33.8%	沖縄県	19.6%

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

※ 医療機関・施設名		※ 電話番号		※ 面談日	平成 年 月 日
※ 面談者		※ 記入者			

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。（※は、介護報酬の算定に必要な項目です。）

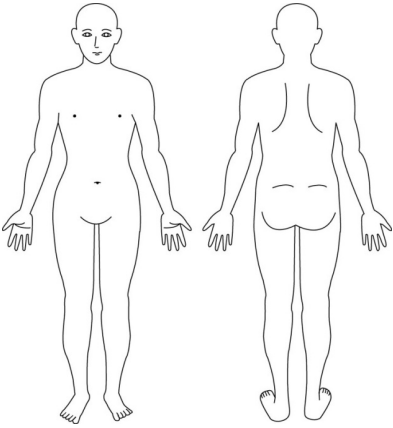
※ ふりがな氏名	※ 生年月日	明 大 昭 □ □ □	年	月	日	※ 年齢	歳	※ 性別	男 女 □ □	
住 所				TEL (自宅)			職 業				
				TEL (携帯)							
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所			電 話 番 号					
家族構成図		住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）								
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		生活保護	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		経済的支援		<input type="checkbox"/> 要				
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）								
		<input type="checkbox"/> 一人暮らし									
家族の介護力及び特記事項											

※ 要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限（平成 年 月 日～平成 年 月 日）							
	<input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5							
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2		<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2							
※ 認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I		<input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							

※ 入院期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 予定									
※ 入院の経緯・原因となった病名等										
※ 手術						※ 既往歴				
傷病の経過及び治療経過										
本人、家族への退院前指導の内容	(説明を聞いた相手：)									
退院後の診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 (紹介先医療機関等)									
※ 特別な医療行為等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他									
※ 感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ ）									

利用者氏名

記入日：平成 年 月 日

				病棟での様子		
	自立	見守り	一部介助	全介助		
※ 移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※ 口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
※ 食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 食 形 態 <input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (方法: 内容: 量: 所要時間) 制 限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ()) 特記事項	
整 容	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
※ 入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())	
※ 排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 () 排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	
※ 服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬 <input type="checkbox"/> 別紙参照 () <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法	
麻 痺	状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				 <p style="text-align: right;">※麻痺や褥瘡等の位置</p>	
褥 瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
視 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
聴 力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
言 葉	<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度:)					
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)					
※ 短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)					
※ 行動・精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()					
※ リハビリテーション (目標や内容等)	実施リハ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他 () 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 生活目標 到達方法 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 自主トレ継続 <input type="checkbox"/> その他 () 必要な内容					
※ 導入が必要と 考えられる 介護サービス	訪 問 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 看護 (/ 週) 通 所 <input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) 短期入所 <input type="checkbox"/> 生活介護 () <input type="checkbox"/> 療養介護 () 福祉用具 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 () その他					
※ (本人・家族)の療養に関する意向等						
リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名: 電話番号						
※ その他 (退院後の生活で注意すべき点等)						