地域における医療連携の推進、特定 健診・特定保健指導の効果的な 実施に向けた保健所検討会

事例集

平成21年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

地域における医療連携の推進、特定 健診・特定保健指導の効果的な 実施に向けた保健所検討会

事例集

平成21年3月

財団法人 日本公衆衛生協会

はじめに

当協会では平成6年度より厚生労働省から補助を受け、地域保健総合推進事業を実施いたしており、その一環として平成20年度におきましては、医療制度の構造的改革の大きな流れを受けて、地域の健康課題の解決に取り組む保健所が担うべき役割について、医療連携の推進による地域医療の充実、特定健診・特定保健指導の有効な支援を行うため、「地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会」を開催いたしました。

この検討会は、厚生労働省がリードしている医療制度改革の大きな流れを受けて、地域の保健問題をリードする立場にある全国保健所長会が主体的に計画したもので、今後の地域保健推進の大きなエネルギーの源となるべく、様々な事例をもとに情報交換を行いました。

また、医療制度改革の大きな柱である、「地域医療連携」及び「特定健診・特定保健指導」について、医療計画策定、医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施等に関する全国の事例を学ぶことにより、今後の地域保健医療福祉体制の一層の充実に資するよう検討いたしました。

これらの事例を参考に、医療制度下における地域保健の推 進が進展することを願っております。

平成21年3月31日

財団法人日本公衆衛生協会 理事長 北 川 定 謙

目 次

【北海道ブロ	ック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
	目指す脳卒中の医療連携体制」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	ごの脳卒中地域連携クリティカルパスの現状」 11 全久(北海道北見保健所長)
	フリティカルパス 構築に保健所が果たす役割 」 · · · · · · · · · · · · · · · 17 青志(滋賀県甲賀保健所長)
	完等広域化・連携構想の概要」37 単史(北海道保健福祉部医療政策課主幹)
	O公的医療制度について」 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	・ 保健指導の効果的な実施について」 ・・・・・・・・・・59 作子(北海道帯広保健所保健福祉企画課保健推進係長)
【東北ブロッ	ク】 ······71
	ば連携パスと保健所の役割」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
	連携の推進と県型・市型保健所の役割」 ・・・・・・・・83 第一(新潟県新発田保健所長)
	rアの推進と保健所の役割」 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	・ 保健指導の課題と取り組み状況〜県型保健所の立場から〜 」・・・・・107 隆美(青森県八戸保健所長)
	特定健診・保健指導の状況」 … 127 日紀子(仙台市若林区保健福祉センター長)
	・ 特定保健指導の取り組み」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

【関東甲信静ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	155
「 脳卒中医療連携におけるつくば保健所の取り組み」 … 石田 久美子(茨城県つくば保健所長)	157
「 地域保健医療計画の作成における保健所の役割 について」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	175
「医療連携推進と保健所の役割」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	181
「神奈川県県央二次保健医療圏における救急医療体制の構築について」 岡部 英男 (神奈川県厚木保健所長)	187
「特定健診・特定保健指導の効果的指導の実施に向けた取組」 雨宮 文明 (川崎市高津保健所長)	191
「横浜市における特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取り組み について」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	199
「特定健診・特定保健指導の効果的指導の実施に向けた取組みについて」 西田 道弘(さいたま市保健所地域保健課長)	213
【東京ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	217
「特定健診保健指導全国調査から見えるもの」 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	219
「東京都における脳卒中医療連携体制の構築に向けて」 · · · · · · · · · · · · · · · 世井 幸枝(東京都福祉保健局医療政策部副参事)	239
「 区中央部脳卒中医療連携」	269
「 東京都北多摩西部脳卒中医療連携」 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	281
「 医療連携〜練馬区を例 にして 〜 」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	307

【東海北陸ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	329
「福井県における在宅医療の推進について」〜「在宅医療コーディネートモデル事業」 に向けて 〜福井・坂井医療圏における取組みを中心に・・・・・・・・・・・・・ 安井 裕子(福井県坂井保健所)	•
「介護サービスと連携した飛騨地域の脳卒中医療連携クリティカルパス」 … 小窪 和博(岐阜県飛騨保健所長)	343
「 脳卒中地域連携パス策定における富山市保健所の取り組み」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	359
「 検疫所における新型インフルエンザ対策 」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	373
【近畿ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	387
「 脳卒中の地域ケアシステム作りの視点」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	389
「糖尿病診療連携〜浜田地域での糖尿病対策の取り組み」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	407
「 迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導(モデル健診)を実施して 」 … 天野 栄子(兵庫県龍野健康福祉事務所企画課主任)	425
「滋賀県東近江市での特定健診・特定保健指導の取り組みについて」 … 夏原 善治 (滋賀県東近江市健康福祉部健康推進課専門員) 藤田 道子 (滋賀県東近江市湖東保健センター主任保健師)	445
【中四国ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	459
「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	461
「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	473
「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	503

「 特定健診・特定保健指導導入における保健所の役割 」 · · · · · · · · · · · · · · · · 中川 昭生(島根県益田保健所長)	513
「広島市の特定健康診査」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	529
「 倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の取り組みから 」 篠原 淑子(倉敷市保健所健康づくり課長)	535
【九州ブロック】・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	551
「出雲圏域における精神長期入院患者退院支援の取り組み」 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	553
「特定健診・特定保健指導の実施にあたっての課題及び対応について」 · · · · · · · 丹田 智美 (北九州市地域支援部健康推進課国保健診係長)	571
「 福岡県京都医師会の現状」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	585

【北海道ブロック】

テーマ

北海道医療計画地域推進方針の作成/地域連携クリティカルパス構築に保健所が果たす役割

[事例1]

「北海道が目指す脳卒中の医療連携体制」

事例提供者

山本 純子 (北海道保健福祉部保健医療局 健康推進課主査)

事例名	【事例1】北海道が目指す脳卒中の医療連携体制
 事例提供者名	 山本純子(北海道保健福祉部保健医療局健康推進 課主査)
コメント (1)成功要因分析	
(2) 事例からみた医療連携	急性期・回復期の医療機関ネットワークと維持 期施設や介護・訪問介護等の在宅を支援する地域 資源との連携体制の構築、ケアマネ・かかりつけ 医・訪問看護ステーション等との連携体制の構築 を支援
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・北海道医療計画の二次医療圏毎の推進方針の作成 ・急性期・回復期の公表基準を満たした医療機関名の公表 ・地域連携クリティカルパス普及に向けた関係機関の調整

平成20年 地域保健総合推進事業



北海道保健福祉部保健医療局健康推進課 主査 山本純子

北海道が目指す脳卒中の医療連携体制

1 予防対策の充実

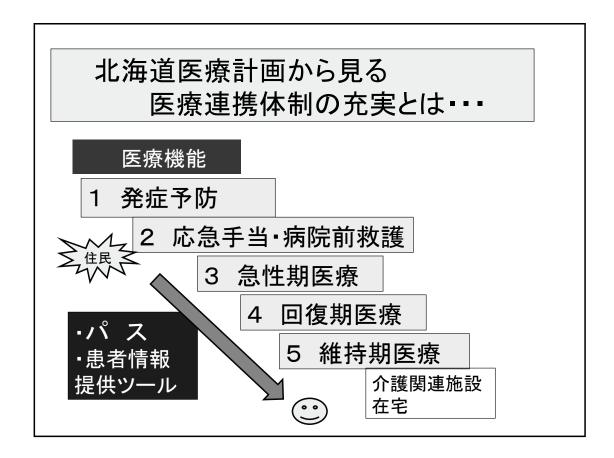
道・市町村・医療保険者が連携し、健診の意義を周知するとともに、脳卒中の発症を予防するための健診や保健事業の推進、特定健康診査・特定保健指導の充実に努める。

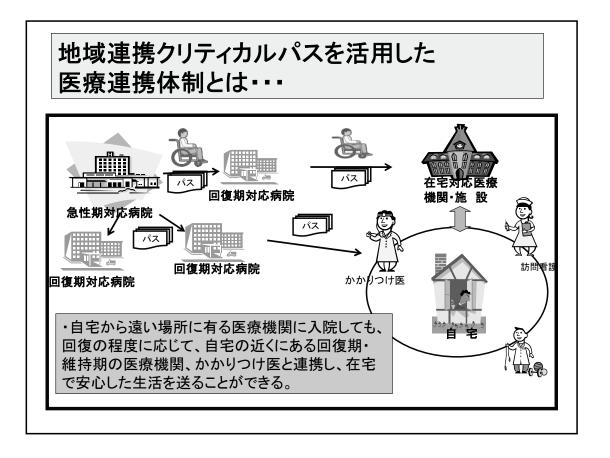
2 医療連携体制の充実

○ 急性期から回復期、維持期までの医療機関及び介護保険 関連施設等の診療情報や治療計画の共有による切れ目の ない適切な医療が提供できるよう、地域連携クリティカル パスを活用して、関係する機関の連携体制の充実を図る。

目標値 第二次医療圏域への導入 21圏域

○ 発症予防の段階から、応急手当・病院前救護、急性期医療、 回復期医療、維持期医療の各段階における医療機能の取り 組みを促進する。





三次医療圏	名	二岁	次医療图	图名	急性期医 療機関数	パス導入 機関数	回復期医療機関数	^{現在 健康推進課} パス導入 機関数
		南	渡	島	5	2	11	3
道 南		南	檜	ய			1	
		北流	度島植	山	1		3	
		札		幌	25	10	61	23
		後		志	2	1	10	2
		南	空	知	2	3	12	3
道	央	中	空	知	2	1	6	2
	^	北	空	知	1	3 (2	4	
		西	胆	振	2		9	1
		東	胆	振	4		6	
		Н		高			1	
		上	川中	部	7	2	21	8
			川北	部	1		5	
道	北		良	野			2	-
		留	355,1463	萌			2	
		宗		谷	1		3	8
オホーツ	ク	北		網	5		10	1
		遠		紋	1		6	
+	勝	+		勝	3		15	1
釧路・根	室	2000		路	3		2	-
		根		室		-3	1	
合		計			65	16	191	47

	道内の胴		域連携為	フリティカ	ルパスの	の導入物	犬況
地域	道南	札幌市内• 近郊	空知	旭川	網走·北 見	十勝	釧路
名称	道南脳卒 中地域連 携協議会	札幌市脳卒 中地域連携 パスネット 協議会	空知脳卒 中医療連 携研究会	旭川脳卒 中地域連 携委員会	オホーツ ク脳卒中 研究会	十勝リハ ビリテー ション推 進会議	釧根地域 脳卒中連 携パス研 究会
事務局	函館新都 市病院	(医)中村記 念病院	砂川市立 病院	旭川赤十 字病院	道東脳神 経外科病 院	帯広市医 師会	医療法人 孝仁会釧 路孝仁会 記念病院
様式 等	・電子・札幌市脳卒中パスネット協議会作成様式	・電子・札幌市脳卒中パスネット協議会作成様式	・紙 ・空知脳 卒中医療 連携会作 成様式	·紙 ·旭川脳卒 中地域連 携委員会 作成様式	・紙 ・オホーツ ク脳卒中 地域連携 パス様式	・検討中 ・札解中市 ルベット ・根薬・カート ・根 ・根 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	・検討中 ・札幌市 脳卒ット 協議式計 成様計中
参加数	·急性期 6 ·回復期11	·急性期22 ·回復期58	·急性期2 ·回復期9	・急性期1 ・回復期4	·急性期5 ·回復期4	H20•	5・1 現在

医療連携を進めるために

- 1. 急性期病院一回復期病院の連携体制は、地域連携クリティカルパスの導入により進んでいく。
- 2. 回復期一維持期施設の病院間連携体制構築が 必要となる。
 - 疾患に特化しない診療情報提供体制構築 (心疾患・がん・糖尿病 etc)
 - <u>急性期・回復期の医療機関ネットワークと 維持期施設や介護・訪問看護等の在宅を</u> 支援する地域資源との連携体制の構築
 - ケアマネ・かかりつけ医・訪問看護ステーション等との連携体制の構築を支援

北海道医療計画における医療機能ごとの取り組み

参考

- 1 発症予防の対応
- 高血圧・糖尿病・脂質異常症・ 心房細動など基礎疾 患及び危険因子の管理
- 初期症状出現時の対応について患者・家族への教育
- 2 応急手当・病院前救護

 - メデイカルコントロールに基づく適切な観察・判断・ 処置

参考

3 急性期医療

急性期医療を担う医療機関 <24時間対応>

- 〇 来院後1時間以内に専門的治療を開始します。
- 血液検査や画像検査(CT・MRI)等を24時間体制で実施します。
- 適応のある脳梗塞症例に対するt-PAによる血栓 溶解療法を実施します。
- 外科的治療が必要と判断した場合は、来院後2 時間以内に治療を開始します。
 - ※ 公表基準を満たした医療機関名の公表

参考

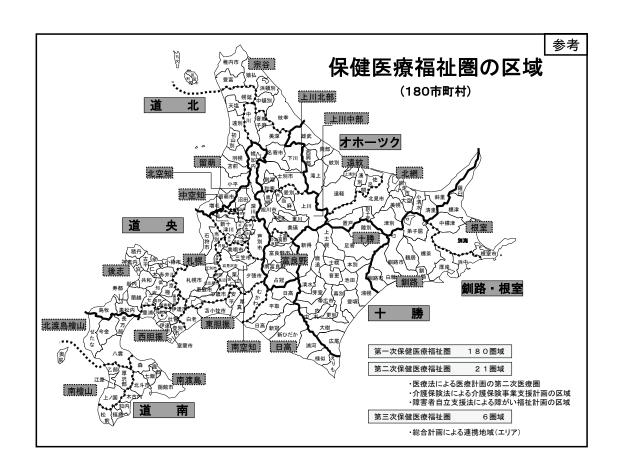
4 回復期医療

- 身体機能の早期改善のための集中的なリ ハビリテーション(発症から6ヶ月以内)を実 施します。
- 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の適切な管理、抑うつ状態への対応を行います。
- 失調、歩行障害等の機能障害の改善及 びADLの向上のための理学療法、作業療法、 言語療法を集中的に行います。
 - ※ 公表基準を満たした医療機関名の公表

参考

5 維持期医療

- 在宅や施設等における脳卒中患者 の生活機能を維持・向上します。
- 再発予防に向けた基礎疾患・危険因 子の適切な管理及び治療並びに患者 教育を行います。
- 老人保健施設等介護保険関連施設、 訪問看護ステーション、歯科診療所、 薬局等と連携して在宅医療を行います。



テーマ

北海道医療計画地域推進方針の作成/地域連携クリティカルパス構築に保健所が果たす役割

[事例2]

「北見地域での脳卒中地域連携クリティ カルパスの現状」

事例提供者

杉澤 孝久 (北海道北見保健所長)

事例名	【事例2】北見地域での脳卒中地域連携クリティ カルパスの現状
事例提供者名	杉澤 孝久(北海道北見保健所長)
コメント(1)成功要因分析	・医師中心の脳卒中研究会からスタートし、「パス」の評価を通じて、地域連携(「地域連携パス部会」設置)に向かった。(連携のニーズがあった。) ・地域リハビリテーション推進会議(急性期・回復期の医療機関や、ケアマネージャー等介護関係の職員が参加)と、脳卒中研究会のメンバーの多くが重複していた。(連携の芽があった。)
(2)事例からみた医療連携	医療機関中心に医療連携が始まり、保健所の関 与により講演会などを通じて住民にパスをPRし、 住民参加を探っている。
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・地域リハビリテーション推進会議の運営 ・学術講演会の共催 ・地域連携パス部会に参加 ・今後の課題として、地域移行に向けて、脳卒中維持期の介護、在宅サービスと医療のネットワークづくりが必要

平成20年地域保健総合推進事業

北海道医療計画地域推進方針の作成/地域連携 クリティカルパス構築に保健所がはたす役割

北見地域での脳卒中地域連携 クリティカルパスの現状

網走保健福祉事務所北見地域保健部 (北見保健所) 杉澤孝久

地域連携クリティカルパスの目的

- 患者・利用者の全経過を把握することにより、継ぎ目のない ケアが定着する。
- 医療・介護・リハビリテーションの標準化による質の向上が図られる。
- 介護ネットワークの構築により、適切な介護サービスを選べるようになる。
- 地域医療連携と介護ネットワークが統合され、患者は適切な時期に退院でき、家族やケアマネージャー等関係者の安心、要介護者の満足が得られる。
- 医療関係者が退院後の患者の状況に関心を持ち、関係者の連携の必要性を認識できる。

北見地域での取り組み状況

- 平成19年6月 オホーツク脳卒中研究会設立
 - 北見市内の医師6名で発足
 - 平成20年3月現在11名の幹事と40名の会員
 - 保健所は学習会の共催や学習会への参加
- 平成19年12月 研究会に地域連携パス部会設置
 - 脳卒中連携パスを評価する診療報酬改正に伴う対応として検討
 - 保健所は地域連携パス部会に参加(担当係長、作業療法士)
- 平成20年5月 地域連携パス策定
- 平成20年6月 運用開始

学術講演会の開催状況

- 第1回(平成19年9月12日)
 - 主催 オホーツク脳卒中研究会 共催 北網地域リハビリ テーション広域支援センター
 - 「北見地域における脳卒中後の患者の現状と課題」
 - 「道北脳卒中共同研究から見た脳卒中危険因子の管理」
- 第2回(平成20年3月12日)
 - 主催 オホーツク脳卒中研究会、共催 北網地域リハビリテーション広域支援センター 後援 北見保健所
 - 「北見地域の脳卒中連携パスの現状」
 - 「虚血性脳疾患の急性期治療について」
 - 「地域リハビリテーションの推進と脳卒中地域連携パス」

「オホーツク脳卒中地域連携パス」の現状

- 将来的には電子ベースを目指す。
 - 開始時点では紙ベースで連携を行う。
 - 開業医の参加を目指すとPCの使用がネックとなる。
 - 正確性より使いやすさを優先して検討した。
- 全例を対象にするのではなく、パスに載せやすい患者を選び実施していく。

「オホーツク脳卒中地域連携パス」の対象者 (運用当初)

- 疾病名
 - 脳梗塞・脳出血(外科治療を行っていない者)
- ADL
 - 入院後1週間後の病状がJCS20以下かつステップ分類の2-4
- 病態
 - 気管切開、経管栄養、PEG管理の患者でないこと
- 予後予測
 - 急性期病院入院後1週間の時点で、急性期退院時 FIMが36-72点程度と予測される者

「オホーツク脳卒中地域連携パス」への 医療機関参加状況

- 急性期病院(=計画管理病院) 3病院
 - KS病院
 - D脳神経外科病院
 - H脳神経外科病院
- 回復期病院(=連携する保健医療機関)3病院1診療所
 - O病院
 - Sリハビリクリニック
 - A脳神経外科病院
 - H脳神経外科病院

これまでの保健所の活動

- 北網地域リハビリテーション推進会議
 - 関係医療機関や医師会、ケアマネージャーなど介護関係職員との連携体制の構築
 - オホーツク脳卒中研究会のメンバーの多くが重複
- オホーツク脳卒中研究会との関連
 - 学術研修会の共催
 - 学術研究会への参加(一部説明も含め)
 - 関係者への案内
- 地域連携パス部会との関連
 - パス部会への参加
 - 情報の提供など

地域の課題

- 急性期と回復期病院の連携
 - 情報提供の様式、内容が各医療機関でまちまちであり、標準化されていないことから連携がうまくいっていない面があった。
 - パス自体の効果、その経過での話し合いにより大部分の 課題が解消
- 急性期病院や回復期病院と維持期のサービスとの 連携
 - 維持期の機関には、急性期病院や回復期病院から患者 のケアに資する情報を得る手段が少ない。
 - 地域連携パスに関する知識がなく、パスの内容が理解できない。

保健所の今後の対応

- 第3回オホーツク脳卒中研究会学術講演会への協力
 - 主催 オホーツク脳卒中研究会 共催 北網地域リハビリ テーション広域支援センター
 - 「医療と介護をよくするまちづくりの話」
 - 医療機関同士の関係から、診療報酬上のメリットがない維持期、在宅を含めた関係へ向けて統合されたネットワークの構築を図る
- 介護と医療のネットワークづくりための会議開催
 - 医療連携体制推進事業
 - 介護サービス機関を含めたネットワークづくりと介護分野 担当者の地域連携パスの理解、活用に向けた検討
 - 脳卒中研究会、医師会、保健所、北網地域リハ推進会議 などと共催

(地域連携診療計画書) 	於計画書)										TOTAL DESIGNATION OF THE PERSON	200		ľ
物學化	∮梗塞(□ラクナ∤	便塞 □アテローム血栓性脳梗塞	□脳塞栓)	5寮3		バリアンスコード		オーロアンスコード	トドリアンスコード バリアンスコード		※強後等所は目後、おからり打ち、 地名米南西北西北国省、 は、 場 ようがで でます よう類し、このオホーンの原卒中は強減 跳バスを使用し、 着 者 たんの治療・ 回復 接続の 情報 表示 なった ままままます。 「国籍 がより 有事を できままます。」 国籍 の事を はまままままままままままままままままままままままままままままままままままま	シンコの、自有米の シク暦卒中お城 連歩 テっております。記載	accuta = 14、 担 = 7 パスを使用し、患 4 された患者さんの FIP 項目を記入	アマネジャー かんんの 治学 子さんの 治学 労働をご確ご 計画をご 値回
ı i			(発症	(発症日:平成 年) H						が が が が が が が に の に を が が に の に を に を に が に の に に に に に に に に に に に に に	ただければ幸いです		E N
急性期病院名() [^				回復期リノ	回復期リハビリ病院・病棟等名(_	維特期·施設·医療機関等名	医療機関等名	J	
順響	入院時	開始日~ 週目	目配 ~目配		退院時		黎	入院時		~退院時	転帰先 口自宅	宅 口福祉系施設		□医療機関
日 付 平成	t 年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成年	В В		日付	平成 年 月 日	平成	年月日	日付	平成 年	Я	п
织	治療方針の決定	早期リハビリの開始 再発予防	リハビリの進行 再	(1)脳卒中の急性期治療の終了 治全身状態が安定。 (3)意識フペルが消明またはJOS1桁 温降業者・原際業者		mRS O I II III		二次的合併症の予防ケアプランの作成	1)ADL-歩行能力がゴール/ FIM改善度が(ほぼプラトー 2)自宅復帰や入所の準備が 原料は 18	1)ADL・歩行能力がゴールに到達も人は1ヵ月間の FIN改善度が(ほどプラトー(3点未満) 2)自宅復帰や入所の準備が終っていること に関する。	目標公園	性活の(再発子 機能総 円服薬管理 ロタの他	生活の継続 再発予防 機能維持	
			ロステップ 1:ADL全介助レベル	転換基準		株装した医療が必要		社会資源の手配	1)入院期間はゴールとしない	。(FIMが 口日常生活能力が自	患者の状	1 4	į t	4
職		, =	「スノンス」: スカニニン 30ア・ステンス ペッド上版 床・ギャッチ座位 □ステップ 2: ペッド上動作レベル 報返り・超き上がり・端座位		10点。 以内。 たり	したがいたである。 ロリハビリ、介護サービスを組み合わせても 自宅生活が困難	回簿と		改善していかば予定入院期間を超過し ていても入院リハを継続すべきである 地、逆に改善がみられなければ予定入 院期間内であっても過院を考慮すべき) □	1を超過し 宅生活を可能とする状 きである 態まで改善・回復 ば予定人 □ケアプシンの作成、 慮すべき) はつか繁生のです	日常生活機能評価表 また安静の指示	なしなり	1点	四 /
表表			□ステップ3:車椅子使用レベル 車椅子移乗・駆動・つかまり立ち・立位保持	□馬振レヘルからS2kmであ 臓回復が予想されリハによる ∮る。	るが、短期間での連 ADL向上が見込め	リル・ビリによって能力	報業業		2)機能評価は毎月行いゴーJ る(リハコース間での移行を可 3)自宅復帰:日常生活自立度	ルを修正す <u>にでぬ来せのだり</u> [能にする] 口継続した医療行為 長リーA1で が必要	どちらかの手を胸元まで 持ち上げられる	できる	できない	$ \setminus$
			□ステップ4:歩行可能レベル 歩行器使用・技歩行・独歩	退跌基準 □mRSが1、FMが120点以上 □独歩同能□技 □禁具)		同工が粉件でき 自宅復帰へ向けた 意欲がある			あれば、自宅復帰を勧める。 4)維持期施設入所:日常生活 -C2であれば、維持期施設を 計開か雑・多体か権・カーが	自立度A2 ピスを組み合わせてもも動める。自宅生活が困難	寝返り	7. P.	何かにつかまればできる	できない
			ロステップ 5:応用歩行可能レベル	■ 「一人治・禁治が、三立	~110所 = 110所 = 110m = 1]自宅生活可能な状			の12.1 職・物・成・力・プログラング 12.1 には、日本の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般の一般にある。 ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ※ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	June 10 転帰先 背景等を考 → □急性期病院 □ □ □ 10 回路	起き上がり	できる	できない	$ \setminus$
			施及 半落・解 大学 トランドミア・エアロベイク	7 □高次脳機能障害あり □軽度の介助を要する		* まで改善・回復			最し終ロ 四日七世間 9 8	→□□光说完 →□衞機型漁院 →□福学》格問	座位保持	できる ヌ	支えがあれば できる	できない
/ 學/ 編 編 編 平 編 平 編 平 編 平 編 平 編 平 編 平 編 平 編					1607 1	転帰先→□自宪退院	小海~			→□その毎	教兼	できる	見守り一部介助が必要	できない
検査/処置					11 11	□□の加・リント・・□回の対・リント・・□回の対・リント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	校香/			退院時ステップ	移動方法	介助を要し ない移動	介助を要する移動 (搬送を含む)	$ \setminus$
リハビリ/リノハ	リハビリ計画	リハピリ開始日(/)	リハピリ	□ リハ計画書参照		「海域・大きの一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個一個	リハピリ/安静度			ロ ステップ1	※ 素型口	できる	できない	$ \setminus$
账無				□ 看護添書参照		プレトの自	熊熊			コ ステップ2	食事摂取	介別なし	一部介助	全介助
幸港				□ 看護添書参照	RES		共			ロ ステップ3	衣類の着脱	介別なし	一部介助	全介助
食物				□ 看護添書参照	ROS		食事			ロ ステップ4	他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
説明·指導				□ 看護添書・リハ	ハ計画書参照 □	MSW添書参照	說明			コ ステップち	診療・療養上の支持が通 じる	いね	いいえ	
			急性期病院退院,転院時状態(平成	寺状態(平成 年	月 日)		回復期リハ	回復期リハビリ病院・病棟等の機能状態	能状態		危険行動	ない	\$4	
かかりつけ医:	口無 口有((□気管切開 □吸引(頻度	/day	□梅創(部位	^		入院時	退院•転院時(平成	平成 年 月 日)	中計		\	19
既往:			ADL口事件中籍的管保事	BI /100 あく	55UNT FIM	/126	ADL BI /I	00 あるいは FIM	/126 BI /100 &	/100 あるいは FIM /126 古弥業 占保玉	生活の状況	4		
				+	40000000000000000000000000000000000000				得点	海岸	の利用 担当な	口めり 口なし 担当ケアマネジャー:	;	
			患者の状況	0点	1点	2点	患者の状況	が 0点	1点	2点 日常生活自立度				
	Ð ⊒- ⊡	7. 大城第二日之名 中国 日本	床上安静の指示 2ちらかの手を胸元まで はもしばられる	なしてきる	ありできない		床上安静の指示 255かの手を開示ま はましばいる	示 ごまで できる	ありできない	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	特記事項			
脳卒中危険因子:	口糖尿病	口門道 口高尿酸白症 口喚煙	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない	寝返り		_	できない 認知症高齢者の日				
発症時の所見			起き上がり	できる	できない	Ц	起き上がり	できる		19年活目立月				
高 調 に に に に に に に に に に に に に		2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2. 2	座位保持	7 FF 8	支えがあればできる ^{東守り}	きるできない	座位保持	24 P	10	できない 自立 I Ia Ib Ta Ib Ta Ib Ta II				
「現相小人」	国際対し		移動方法	いません 小助を要しない移動	一部介助が必要 介助を要する移動	+	移動方法	いこの	一部介助が必要 介助を要する移動					
認知症(痴呆)	口無 口有	口不明	口腔清潔	できる		1	口腔清潔	できる	できない	1				
高次脳機能障害	日無口間	□不明 □ 4群 0 雄 4 薩 4 □ 韓 4 薩 4 □	食事摂取本類の差別	今時なし	一部小町	全个助	食事摂取	か問なし	ー部介助 全√ ー部介計 会√	全介助		- 一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一番・一	= \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	
意思疎通の問題	#	□大部•□梅青厚杏•□椰克厚杏	が残り 他者への意思の伝達	1.別なし できる	TIP JI 207 で帯る部と た地ない森が迷る	1	北大学の利用が		16	エハ奶できない			間で.日イノミ18 道東脳神経外科病院内	科病院
視力、視野、			診療・療養上の支持が 通じる	いお	いいえ	\vdash	診療・療養上の支持が 通じる	^{φν} (‡ι)	いいえ		*	オホーツク脳卒中研究会事務局	中研究会事	務局 まで
株運動の間			危険行動	ない	89		危険行動	ない	\$4	7		電話:015	電話:0157-69-0300(代表)	00 (A
上肢麻痺下肢麻痺	□無 □右 □左□無 □右 □左	□左 □軽度 □中程度 □重度 □左 □軽度 □中程度 □重度	転院・退院の総合判定に関する説明 □無 □ 4	こ関する説明	説明を行った者 Dr		表別・過報の 日本 日本 日本	応院・退院の総合判定に関する説明 □無 □有	 説明を行った者 Dr	和	発	地域連携パス参加医療機関	10医療機関	
感覚障害、 異常感覚等の訴え	□無 □有(その街の神道		説明が行われた日	日年月日	その他の事項	E	説明が行われた日 	ルた日 年 月 日	・・道東脳神経外科病院・北星脳神経外科病院・北見赤十字病院・オホーツク海病院・ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	平満院 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	に 平置 神経 キーシング 単版 原一・シュン 一 シュン 一 が 単版 配	卜科病 B
次数陪审	二年 二九/		_		田米キイン		_		・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		・イニケニノデニケ	リニック		

患者氏名

ver.2

テーマ

北海道医療計画地域推進方針の作成/地域連携クリティカルパス構築に保健所が果たす役割

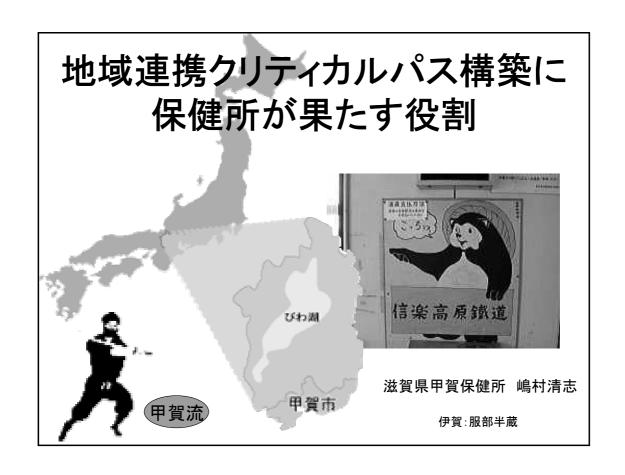
[事例3]

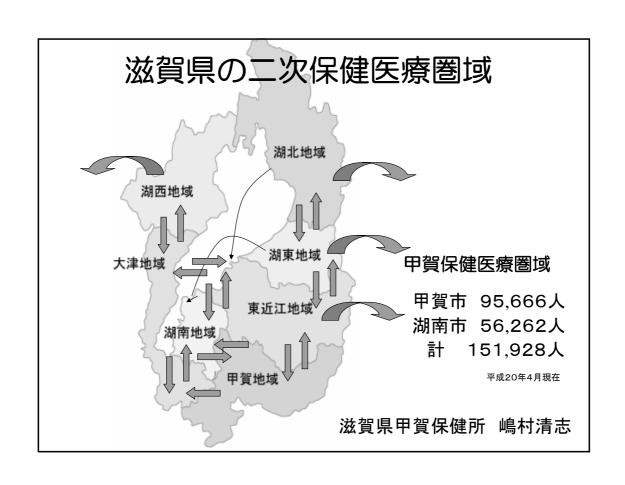
「地域連携クリティカルパス構築に保健所 が果たす役割」

事例提供者

嶋村 清志 (滋賀県甲賀保健所長)

事例名	【事例3】地域連携クリティカルパス構築に保健 所が果たす役割
事例提供者名	嶋村 清志 (滋賀県甲賀保健所長)
コメント (1)成功要因分析	・圏域内での取り組み(「地域医療連携ネットワーク研究会」) ・圏域を越えた取り組み ・保健所内での体制整備(保健師を総務課に配置)
(2) 事例からみた医療連携	・パスの意向調査 ・在宅に向けた調整 ・診療所・病院、利用者、介護支援専門員の連携 促進
(3)保健所の関与の可能性と役割	・中立・公正な専門機関として ・保健・医療・福祉のシステムの構築。医療機関 の機能分担と連携を推進する。





甲賀医療圏域の医療連携に向けて

- 1. 東近江医療圏域の取り組み ~香川労災から学ぶ、三方よし~
- 2. 圏域を越えた取り組み~草津との情報交換会
- 3. パスの目指すもの~とにかくやってみよう~ ~ 所内の体制整備・保健師を総務課に配置~
- 4. 改正医療法
 - ~パスへの意向調査・・病院や医師会への理解~
- 5. 入院から外来へのシフト
- 6. 高齢化の進展と終末期の考え方
- 7. がん拠点病院
- 8. 「おこしや」から住宅改造・・連携の大切さ
- 9. 参考文献

保健所が地域連携パスの普及・推進に関与する意義

- 保健所は、地域における保健・医療・福祉の各関係機関及び行政・民間・住民をつなぐ中立・公正な専門機関である。
- 地域保健法第6条において、保健所は「公共医療事業の向上及び増進に関する事項」について企画、調整、指導及び必要な事業を行うとされている。
- 地域保健法第4条による「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」に おいて、保健所の運営として、**保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機 関の機能分担と連携**等について企画及び調整を推進するとされている。
- 平成19年7月20日の厚生労働省通知(医政発第0720003号、健総発第 0720001号)において、「保健所が地域医師会等と連携して圏域連携会議を 主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行う など、積極的な役割を果たすものとする。状況に応じて、地域連携クリティカ ルパス導入に関する検討を行う。」とされている。
- 平成18年10月24日の全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会の「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」において、地域連携クリティカルパスなどの医療機関間の連携調整と医療福祉連携の推進として、「保健所の公平・専門的な立場を活かして、地域毎(圏域毎)に地域医療連携の関係者が情報共有する場づくりをするなど、連携推進のためのコーディネーションをする。」とされている。

ー 今後、発症からの流れの

「東近江地域で患者さん(住民さん)を支える」ことを考えたとき、欠かすこと のできない機関です。 是非ともよろしくお願いし

(東近江地域医療連携ネットワーク研究会(三方よし研究会)通信) 平成19年12月25日発行 第4号

パスの運用 を诵じて地域 医療連携体 制の評価が 求められて います。

東近江地域連携パス〜脳梗塞編〜試行的運用へ

【今回初参加の4機関の紹介】 〇滋賀県歯科医師会湖東支部 「歯科の問題は脳卒中の回復においても、また予防的な視点に おいても重要である。今後も歯科の立場で協力していきたい。」

○東虹江河防不都 「救急の立場で各病院の機能、受け入れの態勢等を把握しておくことは非常に重要。今後もいろいろとお話を伺っていきたい。」 ONPOLみんふくし、日市 「まちづくりにおいても、住民啓発が今後非常に重要になる。それには医療の問題も欠かせない要素。共に検討させていただけたらと

思う。」 ONPO結の家

実際にこのパスを活用したケースがあるが、急性期病院から送ら れてきたパスに入院前の状態や退院時の状況が確実に記載され ていたので、アナムネをとる必要がないほどだった。患者さんを受け入れる際のご家族、従事者双方の負担も軽減したように思う。 何より良かったのは、患者さん用のバスを使用して説明させていただき、ご家族がとても喜ばれたこと。またパスの運用をよく知る医師が担当だったので、院内の連携もスムーズに運んだ。ただ、これ にもう少し加えて欲しい情報が出てきた。1つは家族構成、もう1つは疾患に対する本人・家族の理解。

☆患者さん・ご家族が今後に夢 が持てるパスをつくること。 ☆院内連携、地域連携担当者 同士の情報交換の必要性。

【追加項目について】 ☆家族構成図 ☆本人・家族の疾患に対する理解 と今後の希望

☆聴力 ☆義歯の有無 ☆睡眠の状態

東近江保健所角野所長より、以下のポイントでの情報提供がありました

~ 患者さんが今後に「夢」を持てる パスをつくっていくことが大切~

東近江地域連携パス 運用シミュレーション 連携窓口編

〇〇病院 【地域連携室】〇〇 【病棟】〇〇 電話: 〇〇病院 回復 【地域連携室】〇〇

〇〇病院 【地域連携室】〇〇 【病棟】〇〇 電話:

【病棟】〇〇 電話:

関係者同士が気軽に連絡を取り 合うことができること・・・患者さ ん・ご家族が安心して治療やリ ハビリを受けるためにはとても重 要なことだと思います。お名前だ けでなく、「face to face」の関係ができるように、担当者間の情 報交換会も今後企画していきた いと思っています。

東近江地域医療連携ネットワーク研究会 (三方よし研究会) 平成20年1月24日(木) 午後6時~ 東近江保健所 2階 会議室 どなたでもご参加いただけます

みなさんお誘い合わせの上、是非ご参加く ださい。

編集後記 最近、「東近江の勢いが連進 最近、「東近江の勢いが連連 いらしい・・・」「地域連る しい。」とすの噂を耳にするることが増えてきるした。みむきとんの総力を経験した。の動力を経験した。そしているようです。みなさんにも、ななさんにもない。



'三方よし'研究会 Π ---

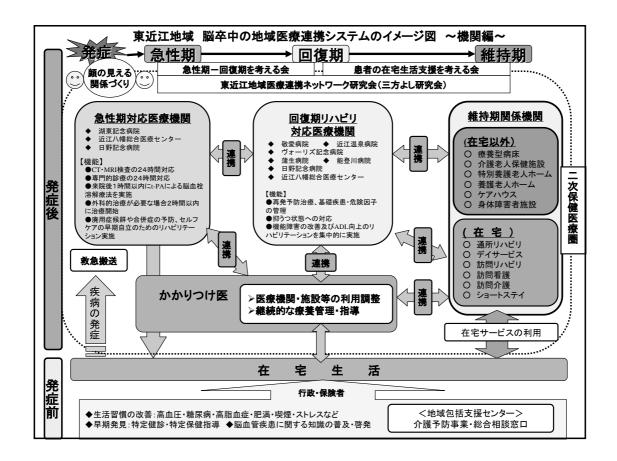
I ---

ш..

「在宅支援」・「急性期一回復期」・ 「終末期医療」 を考える会

推進会議

決定事項を機関とし て合意 保健所 関係機関の長 ・広域の合意形成の 場 ・関係者同士の顔の 見える関係づくりの ウエルカム 医師会 課題整理と考え方 保健所 現場担当者 を発信



地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化

- 2. 医療機能情報提供制度や介護サービス情報公表制度の実施 地域連携パス活用状況や医療機能の把握、各種診療マップの作成が容易に
- 3. 医療広告規制の緩和

医療連携、医療福祉連携が広告事項に

4. 新たな医療計画における具体的な医療連携体制の明示 脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病、在宅医療等の医療連携体制を整備

数値指標の一つに「地域連携パス利用率(利用医療機関数/医療機関数)」

5. がん対策推進計画の策定・推進

5年以内にすべてのがん診療連携拠点病院で5大がん(胃、大腸、肝、肺、乳)の地域連携パスを整備

がん診療連携拠点病院の指定要件(平成22年3月末まで移行期間)として5大がんの地域連携パス整備が予定

6. 医療連携体制推進事業の実施

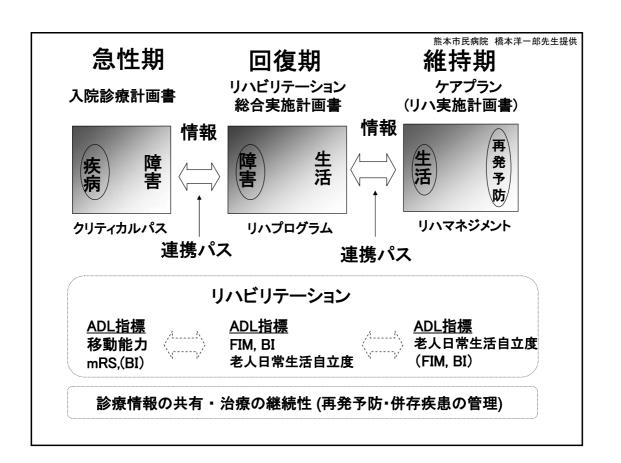
地域連携パス作成・運用に予算の裏づけ

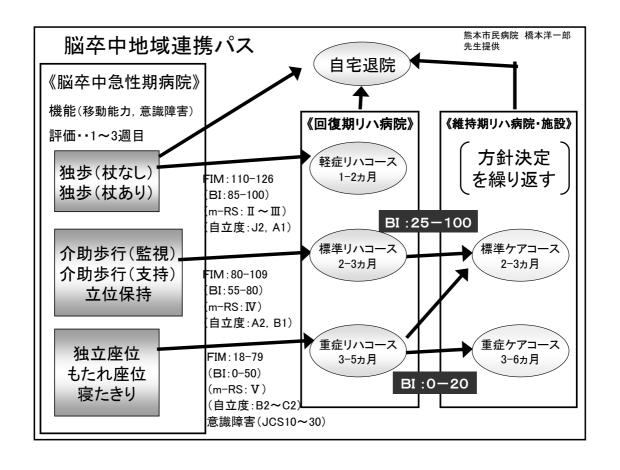
7. 診療報酬改定における評価

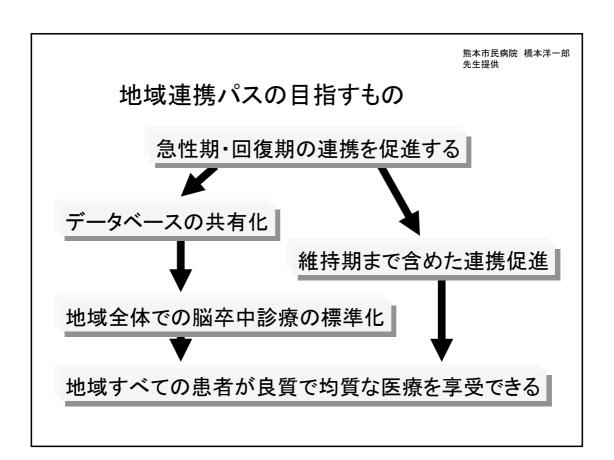
診療報酬の裏づけ(地域連携診療計画管理料、居宅介護支援費初回加算Ⅱ等)

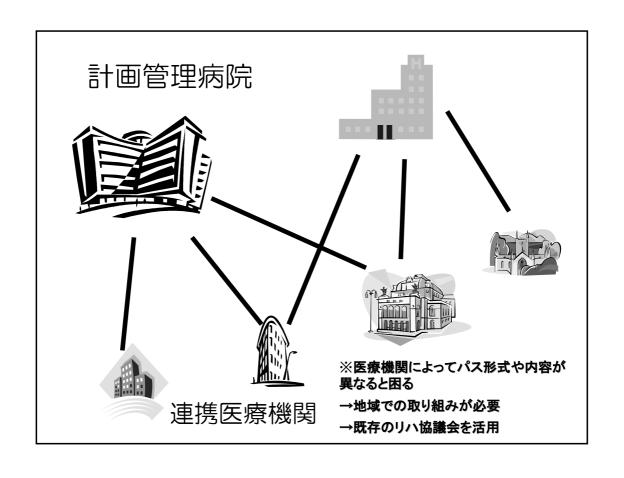
8. 疾患ガイドラインの推進

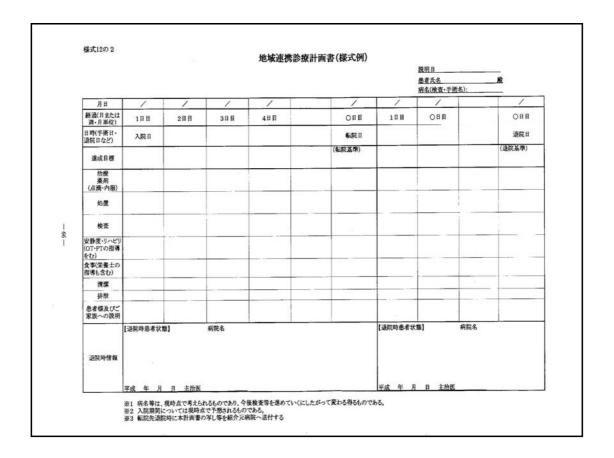
診療の標準化











連携パスを活用してみて(富山)

〇公的病院、開業医

- 病院内や医療機関同士、介護事業所との連携が図りやすくなった。
- ・医師会への連携を考える際には一病院では限界があり、その部分を厚生センターでカバーしてもらえたことは良かった。
- ・いずれは電子化、インターネット管理を図る必要あり。

〇ケアマネジャー

- ・今まで欲しかったリハビリの情報が得られた。ケアプランにも活 用できる。
- ・患者自身にとっても、病院とつながっている安心感が得られた。
- •本人の希望や生活目標欄があるとさらに有用に使用できる。
- ・連携パスを読みこなすための力が必要。

改正医療法 (平成19年4月1日施行)

第一条の四 4

病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を**退院** する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療 サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当 該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう 配慮しなければならない。

第六条の四 3

病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、**退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない**。

同 5

病院又は診療所の管理者は、第三項の**書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス**又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない。

医療広告ガイドライン

(医政発0330014号 平成19年3月30日)

- 医療機能情報提供制度の対象事項は広告可能
- 紹介可能な他の病院又は診療所の名称
- 紹介可能な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者の名称
- 共同利用をすることができる医療機器に関する 事項
- 紹介率又は逆紹介率 が広告可能
- →医療機関の機能分化、医療・福祉連携の促進が 期待

医療計画の記載内容

これまでの医療計画

- (医療計画に記載しなければならない事項 : 局長通知)
 - 〇 医療圏の設定
- 〇 基準病床数の算定
- 〇 地域医療支援病院の整備目標
- 設備、器械・器具の共同利用等、医療関係施設相互の機能の分担
- 〇 休日診療、夜間診療等の救急医療の確保
- 〇 へき地医療の確保
- 〇 医師等の医療従事者の確保
- その他医療を提供する体制の確保

これからの医療計画

(医療計画に記載しなければならない事項 : 医療法第30条の4)

- 〇 医療圏の設定
- ○基準病床数の算定
- 〇 地域医療支援病院の整備目標
- ○4疾病及び5事業の目標・医療連携体制、医療圏の設定
- ○医療連携における医療機能に関する情報提供の推進
- ○居宅における医療の確保
- 〇医療安全の確保
- ○医師等の医療従事者の確保
- その他医療を提供する体制の確保

<u> <4疾病></u>

がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病

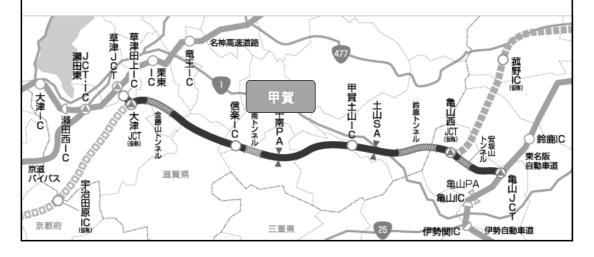
<5事業>

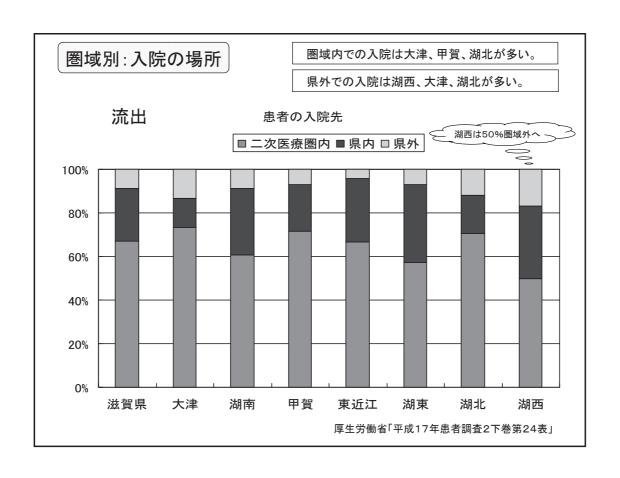
救急医療、災害医療、へき地医療、 小児医療、周産期医療

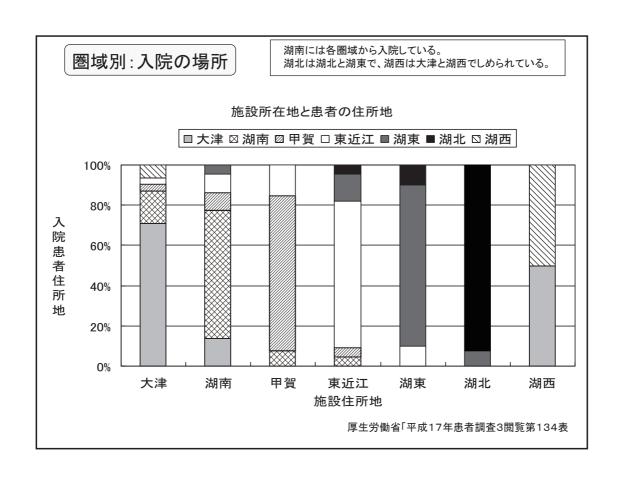
交通の要衝:滋賀県

インフラの整備は患者の流出・流入を起こす

圏域内外の調整・県内外からの患者の流れ。 地元の医療を守れるか?







リハビリテーション医療報酬の日数上限設定

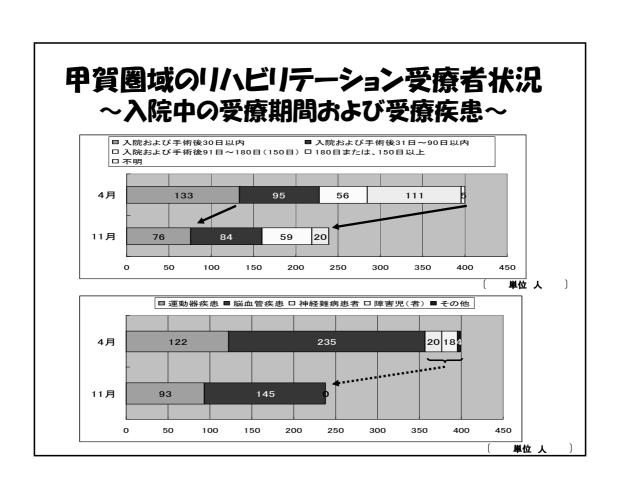
(平成18年度診療報酬改定)

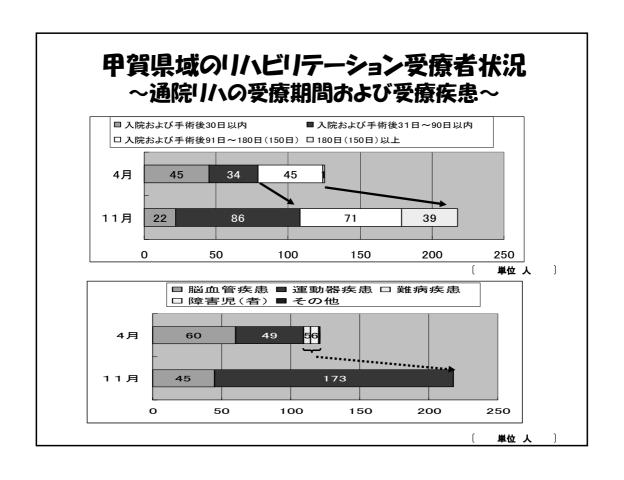
算定日数上限が設定

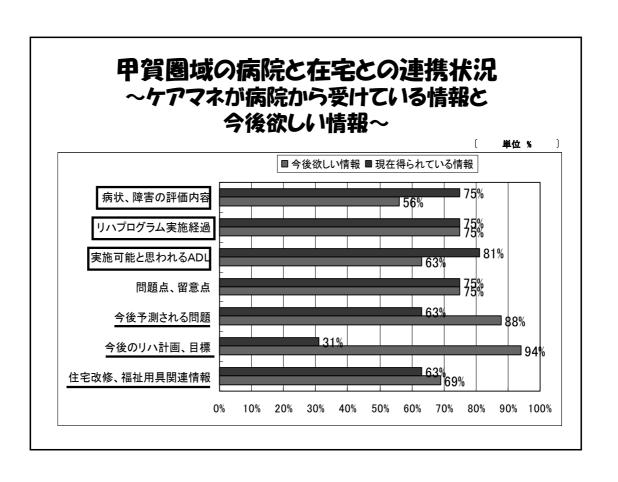
脳血管疾患等	発症、手術、急性増悪から180日以内
運動器	発症、手術、急性増悪から150日以内
心血管疾患	治療開始日から150日以内
呼吸器	治療開始日から90日以内

除外規定

- ①失語症・失認・失行症、②高次脳機能障害、③重度の頚髄損傷、④頭部外傷及び多部位外傷、⑤ 回復期リハ病棟入院料算定患者、⑥難病リハビリテーション患者、⑦障害児・者患者(脳血管疾患により麻庫や後遺症を呈している患者で治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合を含む)
- ※平成19年3月30日の関連通知で一部取扱い見直し
 - (1)算定日数上限の除外対象を拡大
 - (2)除外規定に該当しない場合であって別に定める患者について維持期リハビリテーションを新設
 - (3)算定日数上限期間内の点数を逓減させ引き下げ
- ※平成20年度診療報酬改定
 - (1)逓減制と医学管理料の廃止と脳血管疾患等リハビリテーション皿の新設
 - (2)疾患別リハ医学管理料が廃止、各疾患別リハの算定日数上限を超えたものは1ヵ月あたり13単位まで算定可 (算定単位数上限を超えるものについては選定療養として実施可能)
 - (3)回復期リハ病棟入院料1の要件として、新規の15%以上が重症患者及び在宅退院率6割以上 など
- ※維持期のリハは、介護保険のリハビリにつなげる必要







甲賀圏域でのケアマネタイムを実施

平成19年4月1日スタート 7者連携

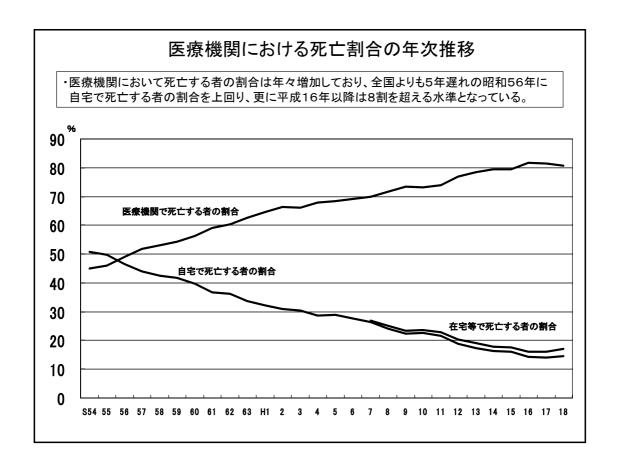
社団法人甲賀湖南医師会 甲賀湖南介護支援専門員連絡協議会 滋賀県南部振興局甲賀県事務所地域健康福祉部 甲賀市、湖南市 甲賀市、湖南市地域包括支援センター

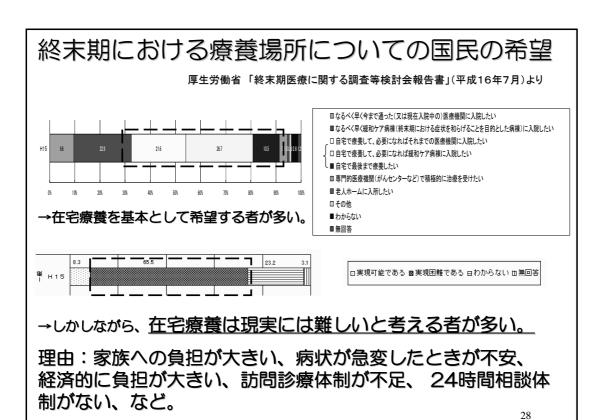
- ○診療所、病院、利用者および介護支援専門員の連携方法
 - 1. 病院の連絡窓口の一本化について
 - 2. 診療所、利用者および介護支援専門員の連携方法について(在宅時)
 - 3. 診療所、病院、利用者および介護支援専門員の連携方法について(入退院時)
 - 4. 入退院等時の具体的な連携をするための統一様式について

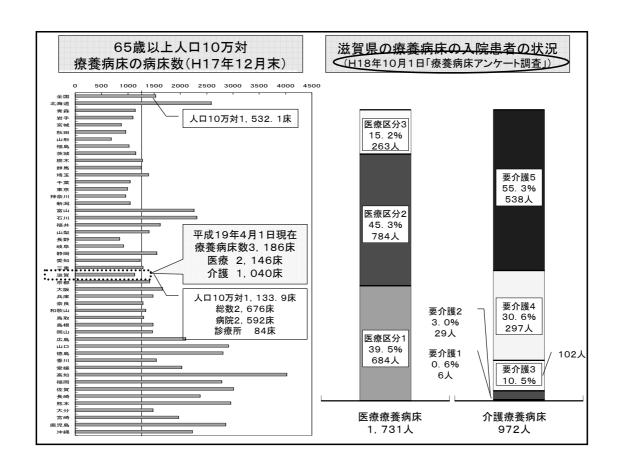
高齢化の進展

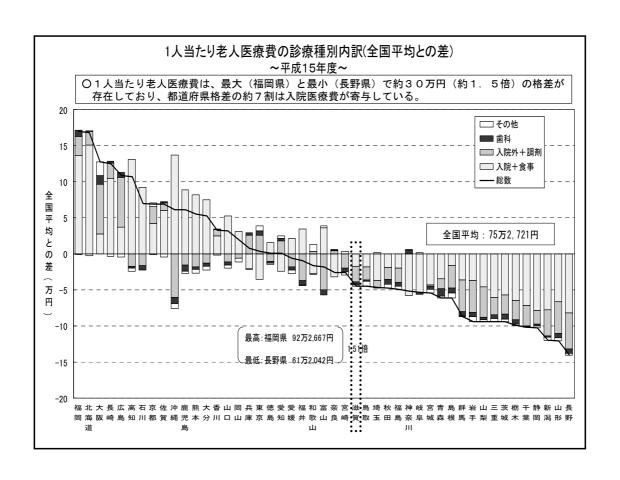
- ○管内高齢化率 18.8% (平成20年4月) 甲賀市21.1% 湖南市14.8%
- ○百歳高齢者への祝状と記念品贈呈 年度中に百歳を迎える方に対して、 総理大臣からの祝状と記念品を贈呈。 5人→10人→20人と毎年増加。

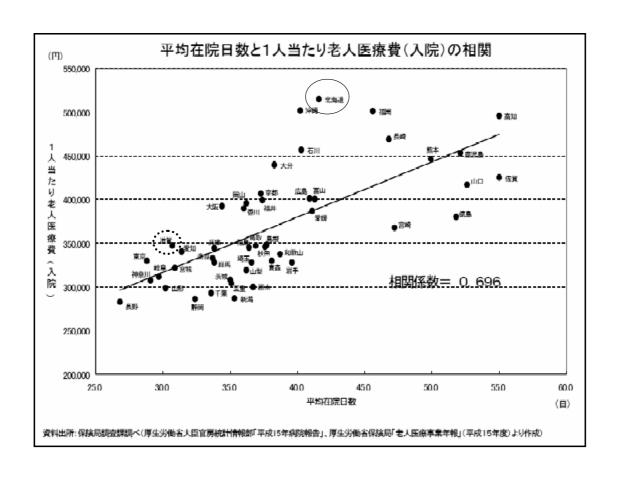
毎年100万人死亡→180万人死亡の時代へ

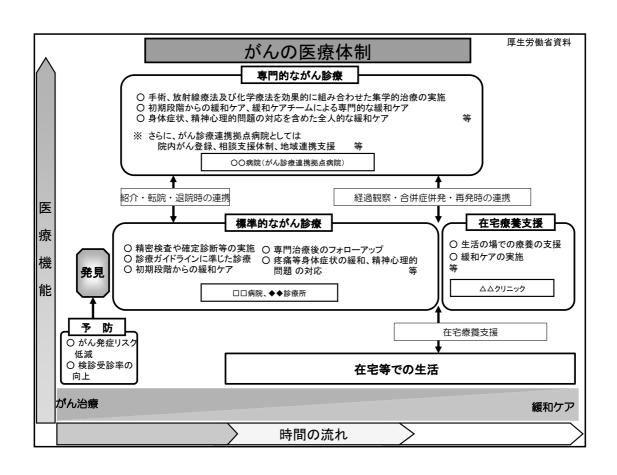












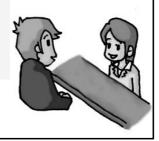
甲賀病院をがん拠点に指定



甲賀病院内パスと地域連携パス

- ① 院内パス・・・約70種類
- ② 地域連携パス (課題)
 - (1) 大腿骨頚部骨折
 - (2) 脳卒中
 - (3) がん
 - (4)糖尿病
 - (5) 心筋梗塞

「がん相談支援センター」 「がん心の相談室」開設(7月予定?)



保健所への期待がある!(上医医国)

医療機関から 「保健所の協力を得てよかった・・」 「保健所と一緒に取り組んで良かった・・」 と言われるように

一緒に取り組んでいきたい。

「寝たきり老人をかかえる家族に土、日はない。」

「365日苦労をしているんや・・ それを知らなあかん。」

師匠のことば 地域の公衆衛生医師の背中を見て

テーマ

自治体病院の広域化構想/特定健診・特定保健指導の 効果的な実施

[事例4]

「自治体病院等広域化・連携構想の概要」

事例提供者

浦東 雅史 (北海道保健福祉部医療政策課主幹)

事例名	【事例4】自治体病院等広域化・連携構想の概要
事例提供者名	浦東 雅史(北海道保健福祉部医療政策課主幹)
コメント (1)成功要因分析	
(2) 事例からみた医療連携	(自治体病院広域化に対する道の役割) ・広域化・連携により医療資源の効果的活用を進める。 ・地域における医師確保対策〜地域医療に従事する医師、一次医療を担う医師の養成・確保
(3)保健所の関与の可能性と役割	保健所が事務局となり、連携区域毎に医療機関、市町村、関係団体、住民の代表からなる検討会議を開催し、意見調整を行う。

自治体病院等広域化・連携構想の概要

〇 基本的な考え方

1 自治体病院の広域化・連携の必要性

- 自治体病院は、医師等の医療従事者の不足、患者の減少、医療費の 抑制による収益構造の悪化など、極めて厳しい経営環境。
- 自治体病院は、担うべき役割を明確化し、他の医療機関と役割を分担して相互に連携することにより、地域完結型の医療提供体制を作り上げることが求められる。
- 医療を中心として保健や福祉、介護サービスと一体となった、地域における包括的なケア体制に配慮が必要。
- 医療に対する住民の安心・信頼の確保と病院経営の健全化を両立させることが重要。

2 本構想の位置付け

本構想は、「道から市町村、住民への提案」として取りまとめたもの。

〇 本道の医療と自治体病院の現状

1 自治体病院をめぐる状況

(1) 自治体病院の役割

・ 高度医療からへき地等における住民に身近な医療サービスの提供 に至るまで、本道の医療提供体制において大きな役割。

(2) 自治体病院の経営状況

- 全道の市町村病院事業の多くは赤字となっている。
- ・ 経常収支は、平成18年度に大きく悪化し、不良債務も大幅に増。

(3) 市町村普通会計の状況

・ 歳出、歳入とも減少傾向にあり、財政の硬直化が進行。病院に対する負担は限界に近づいている。

(4) 本道の自治体病院の特徴

- ・ 小規模病院が多く、20床~99床の病院が全体の3分の2を占める。
- ・ 人口当たりの病院病床数が多く、病床利用率が低下傾向にあり、病床数を適切に見直すことが必要。

- 本道における市町村立病院数81市町村 93病院(H20年1月)道立病院を含めると道内の病院全体の17%。
- 赤字事業の割合

H16 67事業(73.6%)

H17 61事業(72.6%)

H18 69事業(83.1%)

○ 経常収支、不良債務の推移

	経常収支	不良債務
H16	△114億円	138億円
H17	△111	145
H18	△186	220

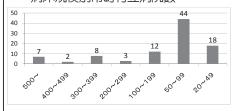
○ 市町村立病院への繰入額

H16 356億円

H17 347

H18 413

○ 病床規模別市町村立病院数



○ 市町村立病院の病床利用率

H16 77.3%

H17 75.9%

H18 71.8%

・ 札幌圏に医師の半数が集中しており、地域においては少数の医師 に過剰な負担がかからないよう医療提供のあり方を考えることが必 要。

○ 人□10万対医師数(H18) 最大 上川中部圏 306.3人 最小 根室圏 89.3人 格差3.4倍

〇 連携の区域設定

- ・ 患者の通院状況から見た市町村のつながりや中核となる病院が存在するといった一定の考え方に基づき、全道を30に分ける区域を設定
- ・ この区域は地域の協議に基づく変更が可能。

〇 広域化・連携のパターン

広域化・連携を進める場合の参考とするため、3つの連携パターン を例示。

- ・ 中規模病院を区域の中核的病院とし、隣接区域のセンター病院 等と連携しつつ、その他の自治体病院は規模の適正化や診療所化 を行う場合
- ・ センター病院等を医療提供体制の中心におき、区域内の自治体 病院は診療所化や規模の適正化を行う場合
- 複数の自治体病院が機能分担を図り、その中で機能強化する病院と一部の機能を他の病院に委ねる病院が連携する場合

○ 地域における協議・検討の進め方

1 広域化のメリット・デメリット 広域化により医療資源を効果的に活用することには、メリットとデ メリットが存在するため、地域関係者や住民との議論を通じて広域化 の意義を十分理解してもらう必要がある。

2 地域検討の進め方

・ 広域化・連携の検討に当たっては、21の医療圏ごとの「地域保健医療福祉推進協議会」において基本的な考え方等について協議した後、市町村、医療機関、関係団体や住民代表からなる検討会議に移行。

- 一定の考え方
 - ・患者の通院状況から見た市町 村のつながり
 - ・中核となる病院が存在
 - ・以前から相互の関係が深いと 考えられる区域を一体化
 - ・極端に広域となる区域、遠隔 地を含む区域はサブ区域を設 定 など
- 区域一覧表は4~5ページの とおり。区域図は6ページに記載。
- パターン図は7ページに記載。

- メリット
 - ・医療提供体制の継続性、安定 性
 - ・良質、安全な医療の提供
 - ・ 病院経営の健全化
 - ・ 救急医療体制の確保
 - ・ 医師の労働環境の改善
- デメリット
 - ・ 地域住民の利便性の低下
 - ・通常に要する経費負担の増加
 - 医療機関の規模縮小による住 民の不安感
 - 中核的病院への患者の過度な 集中

- ・ 地域検討において考慮すべき事項
- (1) 地域で確保すべき医療提供体制の構築に関すること
- (2) 区域の中核となる病院を中心とした医療連携に関すること
- (3) 複数市町村における1次医療レベルの連携に関すること
- (4) 広域化後の経営形態に関すること
- (5) 広域的な運営と費用負担に関すること
- (6) 医療施設のあり方検討に関すること
- (7) 医師や看護師の確保に関すること
- (8) 医療機関相互の人的支援に関すること
- (9) 医療応援に従事する公務員医師の身分上の取扱いに関すること
- (10) 救急搬送体制に関すること
- (11) 患者の移動手段の確保に関すること
- (12) 医療スタッフの有効活用に関すること
- (13) 地域協議における専門家等の助言に関すること

〇 道の役割と支援

- 道としても、地域における医師確保のため、本年度から新たな事業を実施。
- 地域の中核的な病院などにおいて医師の臨床研修体制を整備し、 地域医療に従事する医師や一次医療を担う医師の養成確保に係る施 策の充実。
- 今後も新たな医師確保対策を展開。
- ・ 道としても地域での検討に当たり保健所が事務局として参画する ほか、北海道医療対策協議会に参画している構成機関などの協力を 得て、適切な助言・指導を行うとともに、地域における検討に積極 的に関わる。
- ・ 広域化に対する地方交付税措置の実施、診療所に対する地方交付税措置の充実、診療報酬上の評価、医師確保対策の推進等、国による制度改善が必要な事項について積極的に国に要望する。

○ 保健・福祉・介護と連携した 包括ケア体制に配慮

○ 経営形態

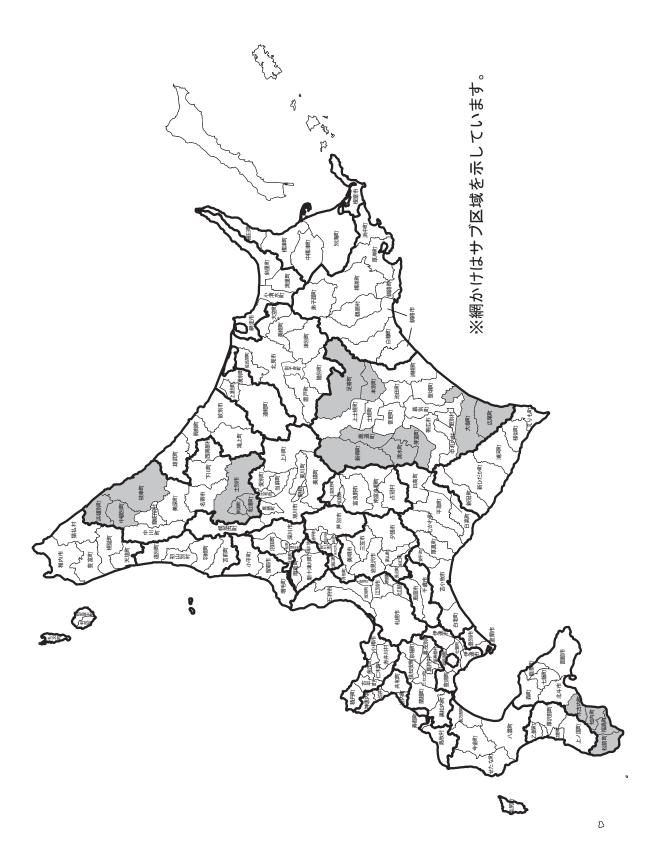
- ア 地方公営企業法全部適用
- イ 地方独立行政法人化
- ウ業務の民間委託
- 工 指定管理者制度
- 才 民間移譲
- 医療施設のあり方 地域で必要とされる医療の確 保を前提に、病院、診療所の形態を選択。
- 救急搬送体制 医療機関と消防機関との連携 による救急搬送体制の確保を図 ることが必要。
- 移動手段 市町村あるいは関係市町村が 共同で通院バスを運行するなど、 通院する患者等の交通手段を確 保する方策を検討
- 本年度からの新事業 道職員としての医師の採用や 道外からの医師の招へい事業
- 今後実施する事業 医育大学の地域枠入学者を対象とした奨学金制度や、研修医などを対象とする即効性のある 奨学金制度を創設

○連携の区域

〇建携		<u> </u>		—
区域	市町村	自治体病院	道立病院•公的病院	その他 の病院
	函館市、北斗市、七飯町、鹿部町、森町、奥尻町 場所 製尻町 場所	市立函館病院 市立函館惠山病院 市立函館南茅部病院 森町国民健康保険病院 奥尻町国民健康保険病院 木古内町国民健康保険病院	函館赤十字病院 函館協会病院	3 2
	江差町、上ノ国町、厚沢部町、乙部	松前町立松前病院	北海道立江差病院	1
3		厚沢部町国民健康保険病院		2
3	世たな町、今金町、八雲町、長万部町、	せたな町立国保病院 今金町国保病院 八雲総合病院 八雲町熊石国民健康保険病院 長万部町立病院		2
4	札幌市、江別市、石狩市、当別町、 北広島市、新篠津村、南幌町	市立札幌病院 市立札幌病院静療院 江別市立病院 国民健康保険町立南幌病院	札幌厚生病院	226
5	岩見沢市、三笠市、月形町、美唄市、夕張市、由仁町、長沼町、栗山町、	岩見沢市立総合病院 岩見沢市立栗沢病院 市立三笠総合病院 国民健康保険月形町立病院 市立美唄病院 国民健康保険由仁町立病院 町立長沼病院	栗山赤十字病院	11
6	千歳市、恵庭市	市立千歳市民病院		1 4
	小樽市、積丹町、古平町、仁木町、 余市町、赤井川村 共和町、岩内町、泊村、神恵内村、 島牧村、寿都町	市立小樽病院市立小樽第二病院	済生会小樽病院 済生会西小樽病院 小樽協会病院 余市協会病院 岩内協会病院	15
9	黑松内町、蘭越町、二セコ町、真狩村、留寿都村、喜茂別町、京極町、 倶知安町	黑松内町国民健康保険病院 京極町国民健康保険病院	倶知安厚生病院	2
	砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂 川町、浦臼町、芦別市、赤平市	砂川市立病院 歌志内市立病院 奈井江町立国民健康保険病院 市立芦別病院 市立赤平総合病院		4
	滝川市、新十津川町、雨竜町	滝川市立病院		7
	深川市、妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町	深川市立病院	沼田厚生病院	4
	室蘭市、登別市	市立室蘭総合病院	/D)++ +-+++	1 2
1 4	伊達市、豊浦町、洞爺湖町、壮瞥町	豊浦町国民健康保険病院 	伊達赤十字病院 洞爺協会病院	7
1 5	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町、日高町、平取町	苫小牧市立病院 白老町立国民健康保険病院 日高町立門別国民健康保険病院 日高町立日高国民健康保険病院 平取町国民健康保険病院	北海道立苫小牧病院鵡川厚生病院	1 6
1 6	新冠町、新ひだか町、浦河町、様似 町、えりも町	新ひだか町立静内病院 新冠町国民健康保険病院	浦河赤十字病院	2

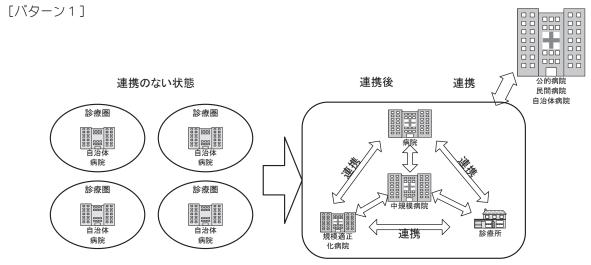
		並れだも町立二万国兄は唐仏吟庁	T	
		新ひだか町立三石国民健康保険病院		
1 7	旭川市、鷹栖町、東神楽町、当麻町、比布町、愛別町、上川町、東川町、美瑛町、幌加内町	市立旭川病院 上川町立病院 美瑛町立病院 幌加内町国民健康保険病院	旭川赤十字病院 旭川厚生病院	3 9
1 8	名寄市、下川町、美深町、音威子府村、中川町、西興部村	名寄市立総合病院 名寄東病院 町立下川病院	美深厚生病院	2
	士別市、和寒町、剣淵町	市立士別総合病院 国民健康保険町立和寒病院		
サブ	浜頓別町、中頓別町、枝幸町	浜頓別町国民健康保険病院 中頓別町国民健康保険病院 枝幸町国民健康保険病院 枝幸町国民健康保険歌登病院		
1 9	富良野市、上富良野町、中富良野町、南富良野町、占冠村	上富良野町立病院 国民健康保険中富良野町立病院	富良野協会病院	2
2 0	遠別町、苫前町、羽幌町、初山別村	遠別町立国保病院	北海道立羽幌病院 苫前厚生病院	1
2 1	天塩町、幌延町、稚内市、猿払村、 豊富町、礼文町、利尻町、利尻富士 町	天塩町立国民健康保険病院 幌延町立病院 市立稚内病院 市立稚内こまどり病院 猿払村国民健康保険病院 豊富町国民健康保険病院 利尻島国保中央病院		1
2 2	留萌市、増毛町、小平町	留萌市立病院		2
2 3	網走市、斜里町、清里町、小清水町	斜里町国民健康保険病院	網走厚生病院 小清水赤十字病院	3
2 4	大空町、美幌町、津別町、北見市、訓子府町、置戸町、佐呂間町、陸別町	美幌町立国民健康保険病院 北見市国民健康保険常呂病院	北海道立北見病院 北見赤十字病院 置戸赤十字病院 佐呂間厚生病院	1 4
2 5	遠軽町、上湧別町、湧別町		遠軽厚生病院 上湧別厚生病院 丸瀬布厚生病院	3
2 6	紋別市、滝上町、興部町、雄武町	滝上町国民健康保険病院 興部町国民健康保険病院 雄武町国民健康保険病院	北海道立紋別病院	4
2 7	帯広市、音更町、中札内村、更別村、幕別町、土幌町、上土幌町、池田町、豊頃町、浦幌町	士幌町国民健康保険病院 池田町立病院	帯広厚生病院 帯広協会病院	2 1
	芽室町、鹿追町、新得町、清水町 	公立芽室病院 鹿追町国民健康保険病院	清水赤十字病院	1
	本別町、足寄町 大樹町、広尾町	本別町国民健康保険病院 足寄町国民健康保険病院 大樹町立国民健康保険病院		1
2 8	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、 鶴居村、白糠町、標茶町、弟子屈町	広尾町国民健康保険病院 市立釧路総合病院 市立釧路国民健康保険阿寒病院 町立厚岸病院 標茶町立病院	釧路赤十字病院 摩周厚生病院	1 8
2 9	別海町、中標津町、標津町、羅臼町	町立別海病院 町立中標津病院 標津町国民健康保険標津病院 羅臼町国民健康保険病院		1
3 0	根室市	市立根室病院		2

〇 連携区域図

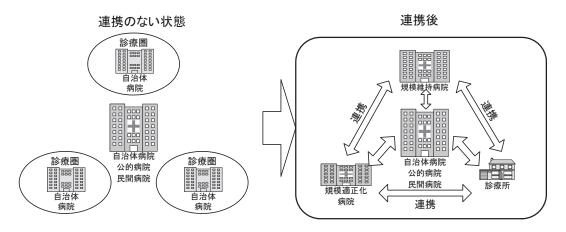


〇 連携のパターン図

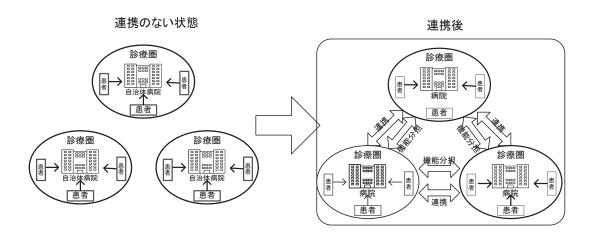
隣接区域のセンター病院



[パターン2]



[パターン3]



検討会議設置状況調(20年6月11日現在)

保健所	構想の区域設定	現時点の区 域設定	設置済の 区域	設置に向け 準備を進め ている区域	は未定の	備考
渡島	南渡島	↓		0		
江差	南檜山	←		0		
八雲	北渡島檜山	←		0		
江別	札幌市、江別市他	←		0		
千歳	千歳市、恵庭市	←		0		
倶知安	倶知安町、黒松内町他	←		0		
	北後志	←			0	
岩内	岩内町、共和町他	←		0		
岩見沢	南空知	←		0		
滝川	滝川市、雨竜町他	2区域合同		0		
	砂川市、赤平市他	20以口问				
深川	北空知			0		
室蘭	室蘭市、登別市	蘭市、登別市 2区域合同		0		
	伊達市、洞爺湖町他	20以口问				
苫小牧	東胆振、日高西部			0		
静内	宋旭城、口同四即	•				
浦河	日高東部	\		0		
上川	上川中部			0		
名寄	上川北部、南宗谷	←	0			
富良野	富良野	←		0		
留萌	留萌市、増毛町他	2区域合同	0			
	羽幌町、苫前町他					
稚内	宗谷	↓	0			
北見	北見市、美幌町他	←		0		
網走	網走市、斜里町他	←		0		
紋別	西紋別	↓	0			
	遠軽	↓			0	
帯広	十勝	—		0		
釧路	釧路			0		
根室	根室市	—		0		
中標津	根室北部	—	0			6月11日設置
	30	27	5	20	2	

開催年月日 平成20年6月3日(火)

質問者 民主·道民連合 市橋 修治 委員

答 弁 者 保健医療局長 高橋 則克

弁

医療政策課長 白川 賢一 内

晳 間 内

ー 地域医療について

(三) 30区域での自治体病院等の連携構想について がれるが、30の圏域ごとの「検討会議」が立ち上が | に設置済の区域が4か所、設置に向けて準備を進めて って、連携協議のスタートとなるはず。その設置状況│いる区域が17か所となっている。 は現時点でどうなっているのか、伺う。

積極的な役割を担うべきとの指摘がありますが、併せ│れるよう取り組むが、地域に向けて準備を進めている て伺う。

【白川医療政策課長】

検討会議の設置に向け、これまで保健所を通じて、 既に構想が策定されている自治体病院等の連携が急|市町村など関係機関との協議を進めてきたところ、既

広域化・連携を進めるためには、「検討会議」の役 また、地域ではこの連携構想の推進には、道がより 割が重要であるため、今後、速やかにその設置が図ら 区域が17か所となっている。

> 地域における協議が円滑に進むよう、保健所が検討 会議の事務局を担いながら、地域医療のあり方などに 関して助言をするなど積極的に対応してまいり。

平成20年第2回北海道議会定例会 一般質問

開催年月日 平成20年6月13日(金) 質 問 者 民主党・道民連合 福原 賢孝 議員 答 弁 者 保健福祉部長 髙橋 教一

質 間 容 答 弁 内

四 当面する道政課題について

(一) 地域医療の確保について

1 公的病院再編について

(1)総務省ガイドラインと道構想の整合性について

公的病院の再編については、総務省の「公立病院改革 ガイドライン」と、道の「自治体病院等広域化・連携構 想」が並立している現状だが、市町村は病院経営の見直 しを急ピッチで進められるよう迫られている。一方、道 の構想は、地元任せの域を出ていない。ガイドラインと 構想の整合性についての認識を伺う。

【髙橋保健福祉部長】

道においては、地域医療の確保と自治体病院等の経営 の健全化を図るため、北海道医療対策協議会における検 討を踏まえ、本年1月に「自治体病院等広域化・連携 構想」を策定し、国は昨年12月に「公立病院改革ガイ ドライン」を示し、病院事業を経営するすべての地方公 共団体に、「公立病院改革プラン」の策定を求めたと ころ。

容

道の「広域化・連携構想」、国のガイドラインに基 づく「再編・ネットワーク化」に係る都道府県の計画 と位置づけており、自治体病院個々の経営の効率化と 地域医療の確保を目指すことは、方向性を一にすると 考えている。

今後、地域の検討会議等において、道の構想の考え 方と国のガイドラインの整合性を図りながら十分協議 されることが必要と考えており、地域医療のあり方等 に関して助言をするなど、積極的に取り組んでまい る。

(2) 地域との協働について

市町村からは、道に対して、財政支援措置も含めた主 体的で積極的な対応が要望されている。また、法人運営 であっても、性格は、公的な病院への国の財政支援措置 の拡充、さらに地域センター病院の維持、整備について 地域全体で支える制度設計を早急に示してほしいとの声 いて果たす役割と考えるものであるが、医療確保に向け た地域との協働の対処策を伺う。

【髙橋保健福祉部長】

地域ごとに設置される検討会議において、関係する市 町村などが一体となり、地域住民に必要な医療の確保 や、病院経営に関する経費負担のあり方などについて検 討していただく必要があると考えている。

道においては、地域センター病院等の整備に支援する も寄せられている。こうした点こそ、道が地域行政にお とともに、地域の医療機関への医師派遣や医療従事者に 対する研修会などの経費に助成しており、今後とも、こ うした補助制度の活用に加えて、三医育大学などの協力 を得て、地域センター病院等の医師確保対策に取り組む とともに、地方財政措置の充実や診療報酬の見直しなど について国に対して要望するなど、地域医療の確保に努 めてまいりたい。

《再質問》

1 公的病院再編について

道は、広域連携構想を国の「ガイドライン」におけ る計画と位置付けているということであるが、各自治|ドラインの整合性についてであるが、総務省のガイド 体は地方公共団体財政健全化法を前提として策定して おり、ギリギリの見直しを含む公立病院改革プランを|営の効率化を図るとともに、地域における自治体病院 策定しなければならない状況。

革プランの双方、整合性ある地域医療確保につながる|構想| と方向性を一にしている。 ものとはならないのではないかと危惧する。それでも 地域医療確保につながるというのであれば、その理由 | もって、検討会議の早期設置を進める一方、検討会議 を明らかにされたい。

【知事】

自治体病院等広域化・連携構想と公立病院改革ガイ ラインは、個々の病院ごとに数値目標を設定をし、経 等の広域化や連携を図りながら、医療の確保を目指す そうした現実の中で、広域・連携構想と公立病院改 ものであり、こうした考え方は、道の「広域化・連携

> 道におきましては、関係部が連携し、スピード感を の事務局を保健所が担い、必要に応じて本庁職員も参 画することとしているところであり、検討に当たって は、地域の主体性を尊重しつつ、医師や看護師の確保 対策など、広域化・連携に向けた具体的な課題の解決 について積極的な役割を果たすよう最大限努力する。

《再々質問》

三 地域医療の確保について

地域での医療への不安は極めて深刻なものがある。 への反発があると考える。

道の「広域化連携構想」は、まさに地域医療を守る 手段として、道が責任を持つものでなければならな

目的とした、広域・効率化を地域に求めるもので、地口い。 域で病院財政を支え合う内容にはなっていない。

道が、構想とガイドラインの両立を図るというので あれば、まず、地域センター病院を担う公立病院の財 政を所在自治体だけに負わせないために、周辺自治体 への働きかけを早急に行うべきと考えますが、知事の 所見を伺う。

【知事】

自治体病院等の広域化・連携を進めるに当たって 支庁制度をめぐる地域の反発の根底にも、地域が不安 は、自治体病院の有無にかかわらず、区域内の市町村 なこの時期に、支庁制度見直し優先だという道の姿勢 が一体となって医師の確保や、病院運営に関する関係 市町村の負担のあり方などについて検討していただく 必要があると考えている。

道としては、地域の検討会議に参画し、地域の主体 性を尊重しつつも、広域的な運営に伴う費用負担な しかし、国の「公立病院改革ガイドライン」は、自一ど、具体的な課題の解決に向けて、積極的な役割を果 治体財政健全化法を背景にして、病院財政への再建を|たすなど、地域医療の確保に最大限努力してまいりた

平成20年 第2回北海道議会定例会 予算特別委員会

開催年月日質問者答弁者

平成20年6月20日(金)

民主党·道民連合 市 橋 修 治 委員

保健福祉部長 保健医療局長

髙 橋 製 克

医療政策課長

白川賢一

質 問 内 容

答 弁 内 容

一 地域医療確保について

(一) 地域医療の現状への認識について

医師の勤務実態の調査結果をみても、地域や診療科目による偏在があることが明らか。日常生活の安心の最も重要な基盤である医療については、何としても各地域において、確保していかなければならない。

そこで、道内における地域医療の現状への認識と、 早急に解決すべき課題は何か伺う。

地域の実状を考えたときには、長々と論議している 余裕はないはず。スピードアップして、できるものか ら取り組むという姿勢でお願いしたい。

(二) 地域における医療確保への基本姿勢について

振興局設置案を示されているうちの四地域は、医師不足が深刻な地域とも重なっている。一方、総合振興局設置案の対象となっていても、後志管内であるとか宗谷管内などは医師不足は深刻。

新しい研修医制度が元凶とはいえ、これまでの、支 庁、保健所の地域においての医療確保への寄与は、失 礼ながら不十分であると言わざるを得ない。支庁再編 によって地域調整機能を弱体化させれば、問題はさら に深刻化するのではないかと危惧。

医療における地域間格差の実態を踏まえて、地域に おける医療機能確保について、道の主体的な責任を、 どう担っていこうとするのか伺う。

(三) 公立病院への地方財政面からの支援について

地域医療をめぐっては、現状の大きな課題は、公立医療機関、あるいは公立に準じた扱いをされている医療機関に対しての市町村の財政措置が制約されつつあること。

国のガイドラインは、総務省が市町村財政健全化の観点で設けたものであるが、保健医療を担う保健福祉部として、市町村財政面からの地域医療、医療機関への影響をどのように認識し、どう対処してきているのか伺う。

【白川医療政策課長】

本道の医師数は、人口10万人当たりで、全国平均をわずかに上回っているものの、地域偏在が見られる状況にある。また、診療科によっては、地域にける専門医療の確保が困難になっている。

地域医療提供体制に大きな役割を果たしている自治体病院等においては、医師不足や患者の減少、また、診療報酬の改正などによる経営の悪化により、これまでどおりの診療体制を維持することが困難になりつつある。

道としては、医師の確保と地域偏在の解消、女性医師の職場環境づくり、「自治体病院等広域化・連携構想」による医療機関の役割分担と連携、「北海道周産期医療システム整備計画」や「小児科医療の重点化計画」による医療機関の重点化などの対策に積極的に取り組み、地域医療の確保に最大限努めていく。

【高橋保健医療局長】

保健所をはじめとする道の機関においては、地域における医療確保のために一定の役割を果たしており、「自治体病院等広域化・連携構想」においては、「検討会議」の事務局を保健所が担うとともに、地域における必要な医療について共に考えるため、検討会議に積極的に参画している。

地域の医療提供体制の確保は、道政の重要な政策課題であり、今後とも、保健所が地域の保健医療分野において、コーディネート機能などを必要な役割を十分発揮するとともに、本庁と一体となって医師確保に努めるなど、地域医療の確保に向けて最大限努力してまいりたい。

【白川医療政策課長】

総務省の「ガイドライン」では、病院事業を経営する すべての地方公共団体に、「公立病院改革プラン」の策 定を求めたところ。

一方、道の「広域化・連携構想」は、国のガイドラインに基づく「再編・ネットワーク化」に係る都道府県の計画と位置づけているところであり、このガイドラインとの整合性を図りながら推進することにより、地域医療の確保と病院経営の健全化の両立を目指そうとするもの

質 問 内 容

答 弁 内 容

道としては、自治体病院の厳しい経営状況は充分承知しており、昨年市長会、町村会と共同で、国に対し、「地域医療の確保と自治体病院等の経営健全化に関する要望書」を提出したほか、地域も検討会議の設置のほか、関係団体と連携して医師確保や医療機関の広域的な連携体制の確立に向けた取り組みを進めてきたところ。

地方財政が厳しいということは事実だが、地方医療の 整備はどうにかせねばならない。道の積極的な関与や覚 悟が必要かと思う。

(四) 地域での検討への道の参画について

道の医療機関再編構想、連携構想は、地域医療の確保の観点を最大の目的とすべき。財政面からの影響、医師、看護師等の医療スタッフ不足を含めて緊急な解決が求められるが、容易なものはなく、連携構想については、市町村間の合意、医師会の協力、住民の納得を得る作業は容易なことではない。

財政面の支援も含めて、道が主体的な責任を持って、 この「検討会議」をリードし、地域への支援、助言に汗 をかかねばならぬと考えるが、どう対処していくのか。

道の関わりがとにかく大事す。いまの部長の答弁の中では、いままでの域を出ないので、この問題については、知事にも考えを聞きたいので、知事総括のお計らいを願いたい。

【髙橋保健福祉部長】

自治体病院等の広域化・連携を進めるに当たっては、 市町村に自治体病院があるかないかにかかわらず、区域内の市町村が一体となって医師の確保や、病院運営に 関する関係市町村の負担のあり方などについて検討して いただく必要があると考える。

道としては、地域の検討会議に積極的に参画し、広域的な運営に伴う費用負担など、具体的な課題の解決について、その役割を果たすほか、地域センター病院などの整備を図るとともに、国に対し、地方財政措置の充実や診療報酬の見直しなどについて要望し、自治体病院に対する支援に最大限努めてまいりたい。

平成20年 第2回北海道議会定例会 予算特別委員会(知事総括)

開催年月日

平成20年6月25日(水)

質 問 者 民主党・道民連合 木 村 峰 行 委員

答弁者

事 高橋 はるみ

弁

質 問 内 容

【知事】

一 地域医療確保について

現状においても、道の地域における医療確保への取り組みは十分なものとは言えない。にもかかわらず、支庁制度見直しなどによって、道が地域行政への関わりを弱め、地域調整機能を弱体化させるならば、地域医療問題は、ますます深刻化すると懸念。

再編構想ををふまえて、医療機関再編に、財政面の 支援を含めて、道が主体的に参画をすべきと考える が、分科会での部長の答弁では、市町村の検討をうな がす立場で参画し、国に要望していくとの姿勢にとど まっており、道民の生命、健康を守るとの姿勢が感じ られない。

地域にとって深刻な課題である地域医療確保のため に、どの様に参画し、具体的な支援策を講じていこう としていくのか、知事の所見を伺う。

地域の検討会議に参画し、積極的な役割を果たすとの答えなので、是非この取り組みを求めておきたい。

「自治体病院等広域化・連携構想」は、自治体病院を一律に再編しようとするものではなく、それぞれの地域の実情を踏まえながら、地域自らが主体となって検討していただくため、道の考え方として、市町村あるいは住民の皆さんにお示ししたもの。

内

自治体病院等の広域化・連携を進めるに当たって は、自治体病院の有無にかかわらず、区域内の市町村 の皆様方が一体となって医師の確保や、病院運営に関 する関係市町村の負担のあり方などについて検討して いただく必要があると考えている。

道としては、地域の検討会議に参画し、具体的な課題の解決に向けて、積極的な役割を果たすほか、補助制度を活用し、地域センター病院などの整備を図るとともに、国に対し、地方財政措置の充実や診療報酬の見直しについて要望するなどして、地域医療の確保と自治体病院の経営健全化に最大限努力してまいる。

公立病院改革ガイドラインのポイント

第1 公立病院改革の必要性

○ 公立病院の役割は、地域に必要な医療のうち、採算性等の面から民間医療機関による 提供が困難な医療を提供すること

(例えば①過疎地②救急等不採算部門③高度・先進④医師派遣拠点機能)

○ 地域において真に必要な公立病院の持続可能な経営を目指し、経営を効率化

第2 公立病院改革プランの策定

- 地方公共団体は、平成 20 年度内に公立病院改革プランを策定 (経営効率化は 3 年、再編・ネットワーク化、経営形態見直しは 5 年程度を標準)
- 当該病院の果たすべき役割及び一般会計負担の考え方を明記
- 〇 経営の効率化
 - 経営指標に係る数値目標を設定(参考例・・・別添 1)
 - 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
 - 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保関係 など
 - 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途 (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
 - 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し
- 〇 再編・ネットワーク化
 - 都道府県は、医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
 - 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
 - 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討
 - ・ モデルパターンを提示(別添2)
- 〇 経営形態の見直し
 - 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
 - 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
 - ・ 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

第3 公立病院改革プランの実施状況の点検・評価・公表

- 〇 プランの実施状況を概ね年1回以上点検・評価・公表
- 学識経験者等の参加する委員会等に諮問し、評価の客観性を確保
- 遅くとも2年後の時点で、数値目標の達成が困難と認めるときは、プランを全面改定
- 総務省はプランの策定・実施状況を概ね年1回以上調査し、公表

第4 財政支援措置等

〇 計画策定費、再編による医療機能整備費、再編等に伴う清算経費などについて財政支援措置を講じるほか、公立病院に関する既存の地方財政措置についても見直しを検討 (別添3)

○ 経営効率化にかかる目標数値例 (抄) (主な経営指標にかかる全国平均値の状況:平成18年度)

			職員給与	病床利用率			
		経常収支 費対医業		計	うち一般	うち療養	
	民間病院	100.1%	51.0%	80.5%	_	_	
	公的病院(自治体以外)	98.9%	49.9%	79.8%	_	_	
計	公立病院(黒字病院)	102.1%	52.3%	82.7%	84.5%	81.2%	
	公立病院(上位1/2)	99.6%	53.6%	81.2%	82.7%	80.6%	
	公立病院(一般病院全体)	95.1%	56.2%	77.5%	78.9%	77.9%	
	民間病院	101.4%	48.0%	84.7%	_	_	
	公的病院(自治体以外)	99.8%	48.6%	80.9%	_	_	
500床以上	公立病院(黒字病院)	102.2%	48.7%	87.3%	89.2%	93.1%	
	公立病院(上位1/2)	99.8%	50.5%	86.2%	87.8%	90.7%	
	公立病院(一般病院全体)	97.4%	51.5%	84.8%	86.6%	76.8%	
(省略)		-					
	民間病院	100.2%	54.8%	77.1%	_	_	
	公的病院(自治体以外)	93.5%	63.3%	83.3%	_	_	
50床未満	公立病院(黒字病院)	102.9%	62.0%	73.5%	72.3%	78.0%	
	公立病院(上位1/2)	100.5%	59.1%	73.9%	73.4%	76.4%	
	公立病院(一般病院全体)	94.4%	65.6%	68.3%	65.6%	77.2%	

- (注)1. 「民間病院」及び「公的病院」の数値は、全国公私病院連盟による「病院経営実態調査報告」(平成18年6月調査)及び「病院経営分析調査報告」(平成18年6月調査)に基づく平均値である。
 - 2. 「公立病院」の数値は、総務省による「平成18年度地方公営企業決算状況調査」に基づく平均値である。
 - 3. 平成18年度において、経常収支の黒字を達成している公立病院は全体の約1/4程度であり、上記の「公立病院(上位1/2)」の平均値が、概ね経常収支均衡の水準に相当するものと考えられる。
 - 4. 民間病院並びに公的病院の「500床以上」は、全国公私病院連盟調査における「500~599床」、「600~699床」及び「700床以上」各階級の集計数値の単純平均、「50床未満」は、全国公私病院連盟調査における「99床以下」で集計した数値である。

再編・ネットワーク化のパターン例 別添2 パターン I 再編後 再編前 地方独立行政法人化 A地区診療所(無床) A市立病院(250床) B市立病院(200床) B地区診療所(無床) 新設S病院(400床) C町立病院(50床) D町立診療所(無床) D地区診療所(無床) C地区診療所(無床) 再編後 地方独立行政法人化 パターンⅡ B地区病院(基幹病院・400床に増床) A地区診療所(無床) C地区診療所(19床·救急機能) D地区診療所(無床) パターン皿 再編後 再編前 指定管理者 日赤S病院 日赤S病院 (A、Bに医師派遣等) A町立診療所(無床) B町立診療所(無床) B町立病院(50床) A町立病院(50床) パターンⅣ 再編前 再編後 指定管理者 A県立病院とA市立病院を統合 S総合病院 A県立病院(200床) A市立病院(200床) 公立A医療センター S総合病院 (S医療法人) (S医療法人) (350床)

B町立診療所(19床·救急機能)

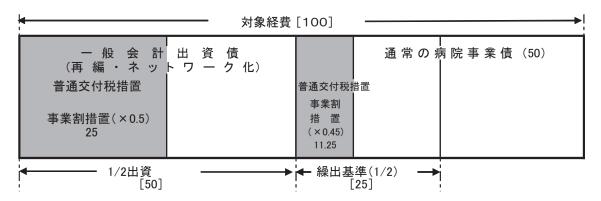
B町立病院(50床)

公立病院改革に関する財政措置の概要

I公立病院改革に対する支援措置

(1) 改革プランの策定に要する経費 公立病院改革プランの策定、実施状況の点検・評価等に要する経費を地方交付税により措置。

(2) 再編・ネットワーク化に伴う新たな医療機能の整備に要する経費 公立病院等(公的病院を含む。)の再編・ネットワーク化に係る施設・設備の整備に際し、通常の医療機能整備に比して割高となる経費について、病院事業債(一般会計出資債)を措置し、元利償還金の一部を普通交付税措置。



(3) 再編・ネットワーク化や経営形態の見直し等に伴う清算等に要する経費

①公立病院特例債の創設

平成20年度に限り、平成15年度以降の医師不足の深刻化等により発生した不良 債務等を長期債務に振り替える「公立病院特例債」を発行できることとし、不良債務 の計画的な解消を支援。

併せて、同特例債に係る利払額に対して特別交付税措置。

② その他

再編・ネットワーク化等に伴う経営基盤強化のための出資、病院等の施設の除却、 退職手当の支給等に対する経費について、所要の地方財政措置。

Ⅱ 公立病院に関する既存の地方財政措置の見直し

- (1)公的医療機関に関する地方財政措置の充実
 - ①病院から診療所に移行した後の財政措置の継続 公立病院が診療所に移行し、引き続き救急告示を受ける場合及び過疎地等の「不採 算地区病院」の地域要件を満たす場合、病院に準じ、これらに係る特別交付税措置を 適用。
 - ②公的病院に対する財政措置の創設 過疎地等の「不採算地区」に立地する公的病院(日本赤十字社、済生会、厚生連等 が設置する病院)の運営費に対する市町村からの助成に対し、公立病院に準じて特別 交付税措置。
- (2)公立病院に関する地方財政措置の重点化 公立病院に係る施設整備費及び病床数に応じた普通交付税措置に関する見直しの検 討とあわせて、過疎地等における病院、診療所に係る地方交付税措置の充実を検討。

テーマ

自治体病院の広域化構想/特定健診・特定保健指導の 効果的な実施

[事例5]

「せたな町の公的医療制度について」

事例提供者

高野 利廣 (せたな町立国保病院事務局長)

事例名	【事例 5 】せたな町の公的医療制度について
事例提供者名	高野 利廣(せたな町立国保病院事務局長)
コメント (1)成功要因分析	町立公的病院再編統合について (成功要因) ・3つの町の合併、財政状況の逼迫により、医療機関の再編統合が不可避であった。 ・組織の一元化に伴い、医師医療スタッフを本院に集約した上で必要なスタッフを診療所に配置した。 ・民間医療機関、二次・三次医療機関との連携により、急性期の患者や重症者、専門医療を必要とする患者に対応。 ・病院の職員全員の意識改革
(2) 事例からみた医療連携	せたな町の公的医療機関、民間医療機関、町外の医療機関の間でネットワーク化をはかり役割分担を徹底した。
(3)保健所の関与の可能性と役割	

せたな町の公的医療体制について

1. 町内公立病院再編統合の背景

- 平成17年9月 北檜山町・瀬棚町・大成町合併 「せたな町誕生」
- 平成 18 年 4 月「せたな町医療体制等対策審議会」を設置。合併前の旧町から引き継がれた 2 病院 2 診療所の公的医療体制のあり方について、様々な角度から検討し、同年 12 月に答申書の提出があった。
- 平成18年7月 せたな町「財政非常事態宣言」公布
- 平成19年3月「せたな町の公的医療体制等に係る基本方針」策定

2. 19 年4月 組織再編統合スタート

- 公的医療機関の厳しい経営状況やこれを支える町の逼迫した財政状況、さらには町 民の医療ニーズを総合的に勘案しながら、救急医療を含む一次医療の規模を基本とし て、北檜山国保病院は中心的医療機能を持つ病院に、一方、大成国保病院及び瀬棚診 療所は初期医療を担う無床の診療所として再編統合した。
- 国保病院、各診療所の名称を改め、それぞれ診療科目の見直しを行った。
- 病院・診療所の組織を一元化して、医師及び医療スタッフを国保病院に集約した上で必要な人員を診療所に再配置し、病院・診療所間におけるスタッフの柔軟で効果的な相互支援を可能とした。

3. 統合による変化・状況

(1) せたな町立国保病院

- ア 初期医療を含む、あくまでも一次医療規模を堅持する。
- イ 24 時間 365 日対応の救急医療体制は、現行どおり維持する。
- ウ 当分の間、一般病床(60床)、療養病床(39床)は現状のまま維持する。
- エ 医師標欠解消により診療報酬がアップした。
- オ 看護師増員により、入院基本料 15:1 から 13:1 ヘランクアップした。
- カ 医師の相互体制により、病院宿直、診療所日勤業務を開始した。
- キ 病院・診療所間で薬剤師、看護師、X線技師の相互支援を開始した。
- ク 看護体制強化に伴い、整形外科、眼科など委託診療を開始した。

(19年6月から)

- ケ 大成・瀬棚診療所と国保病院との間に患者輸送バス運行を開始した。 (19年6月から)
- コ 適時適温給食算定適用により診療報酬がアップした。

(19年12月から)

(2) 瀬棚診療所

- ア 無床診療所に転換(旧16床)
- イ 病棟廃止に伴い、余剰看護師を国保病院へ異動させた。
- ウ 時間外、休日等の救急患者は、国保病院にて対応することとした。
- エ 訪問看護、通所リハ事業については、従来どおり行うこととした。

(3) 大成診療所

- ア 病院から診療所に転換。〔同時に無床 (旧 32 床) とした。〕 (入院患者は、19 年 3 月末に国保病院等へ転院した。)
- イ 病棟廃止に伴い、余剰看護師を国保病院へ異動させた。
- ウ 平日(月から金)夜間は、24時間救急対応することとした。
- エ 土日の救急患者は、国保病院にて対応することとした。
- オ 医師の相互体制により、診療所日勤業務を開始した。
- カ 医師の往診回数増により、在宅医療の充実が図られた。

4. 今後の課題

(1) せたな町立国保病院

- ア 病床利用率が70%未満のため、適正な病床数の見直しが迫られている。
- イ 国の療養・介護病床削減計画により、療養病床の老健施設転換等の検討 が迫られている。
- ウ 在宅医療の充実が求められている。
- エ 医業収支率及び病床利用率の向上が求められている。

(2) 瀬棚診療所

- ア 訪問看護ステーションの一層の充実が求められている。
- イ 未使用施設(2F部分)の有効利用が求められている。

(3) 大成診療所

- ア 現在の診療所敷地は、借地のためその取得について検討を迫られている。
- イ 診療所老朽化に伴い、改築等の検討が迫られている。

テーマ

自治体病院の広域化構想/特定健診・特定保健指導の 効果的な実施

[事例6]

「特定健診・保健指導の効果的な実施 について」

事例提供者

舘盛 洋子 (北海道帯広保健所保健福祉企画課 保健推進係長)

事例名	【事例6】特定健診・保健指導の効果的な実施に ついて
事例提供者名	舘盛 洋子(北海道帯広保健所保健福祉企画課保 健推進係長)
コメント (1)成功要因分析	
(2)事例からみた医療連携	
(3)保健所の関与の可能性と役割	・「特定健診・保健指導計画書」の内容を検討し 健康増進計画など他の計画とあわせて、管内市 町村の健康課題を明らかにする。 ・特定健診・保健指導の進捗状況、委託医療機関 の評価・精度管理と助言
	・保健師・栄養士などの人材育成

特定健診・保健指導 の 効果的な実施について



带広保健所保健福祉企画課 保健推進係長 館盛 洋子

1 はじめに

- ・管内市町村は、ハイリスクアプローチを中心とした 特定健診・保健指導計画書を作成し、新たな健診を開始しています。
- ・老人保健法で実施してきた保健事業の見直し、健康 増進計画に基づくポピュレーションアプローチの具体 的な取り組みは各市町村とも遅れぎみです。
- ・保健所は、管内市町村の計画作成を支援し、市町村の健康づくりや生活習慣病対策をすすめるためにさらなる役割を果たしていくことが重要と考えます。

本日は、19市町村を管轄する十勝の現状の一端を 報告します

2 十勝の概況

- ・面積は新潟、秋田県とほぼ同じで東京都の5倍、十勝平野を中心の農業王国で、漁業や林業の町も含め1市16町2村の地域である。
- ・総人口約35万人で全道の6,4%を占め、47,7% は帯広市に集中している。
- ・高齢化率は、21,5%で約75,000人、今後も増加 の見込みである。

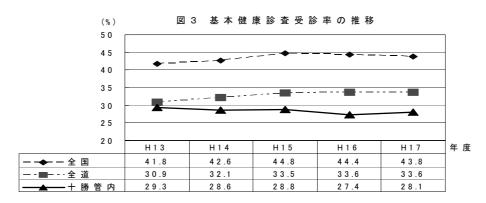
特定健診・保健指導の対象となる40~64才は35, 1%で約76,000人。

・道立保健所が帯広に1ヶ所と支所が3カ所に設置されている

3 管内市町村の老人保健事業



〇 基本健康診査の受診状況



・ 平成18年度は約22,500人が受診しているが、全国・全道と比べて低く推移 している。

〇 基本健康診査の有所見状況

項目	+	勝(18年)	度)	全	道(17年)	隻)
高血圧		30.	5		32.	1
脂質異常		44.	9		42.	0
高血糖		24.	5		18.	9

・高血圧、脂質異常は全道並であるが、高血糖有所見率が高い。

○ 個別健康教育・健康度評価の実施市町村数の推移

年	度	H15	Н16	H17	H18	H19
個別	高血圧	8	6	6	3	2
健康	糖尿病	8	6	8	6	3
教育	高脂血	1 1	1 4	7	6	3
	喫 煙	4	4	1	1	1
健康度評価		10	1 1	8	7	6

・北海道では、個別健康教育の実施にあたって、市町村に対し平成16年までにはどれかひとつ以上は取り組むようにとの助言を行ってきたが、17年度以降取り組む市町村は減少した。

〇 家庭訪問

	3 9 才以下			40~64才			65才以上					
	実	数	延	数	実	数	延	数	実	数	延	数
H 15		32		50		337		435		1136		1629
H 17		35		47		365		459		1298		1811
H 19		44		46		419		530		823	1	, 281

(公衆衛生看護活動実績報告より)

- ・管内市町村の訪問件数は、ほとんどが年間1回の訪問で終っており、実人員も少ない。
- ・高齢者支援が保健部門の対象ではなくなったが、40~64才までの訪問数もほとんど増えていない。
- ・保健指導対象となっても就労などにより日中在宅していない場合が多く、家庭訪問による保健指導は困難な状況である。

〇 管内市町村の保健師配置状況

勤務		保健部門			福祉部門			
形態	保 健	保健福祉	国保	障害者	地域包括	介護保険	保育	計
常勤	98	6	2	2	34	12	1	155
非常勤	6	3			1	2		12
合計	104	9	2	2	35	14	1	167

(平成20年4月現在)

- ・本年度も8名の新人保健師が採用され、全体で7名の増員となったが、分散配置が進み常勤の3割は保健部門以外の配置になっている。
- ・本年度特定保健指導で新たに保健師を配置したのは1カ所。

○管内市町村の管理栄養士・栄養士配置状況

勤務		保健部門			福祉部門			1	診療	合
形態		保 健	保健福祉	国保	障害者	地域包括	介護	保育	所	計
常茧	ħ	21 (18)						1(0)	1(0)	23(18)
非常勤	ħ	7 (4)			ò	8		<i>y</i> 3		7(4)
合言	t	28 (22)			8			1(0)	1(0)	30 (22)

(平成20年4月現在 ()は管理栄養士再掲)

- ・保健部門で特定健診に従事する常勤栄養士の配置は18カ所、 複数配置は1カ所のみである。
- ・本年度は特定健診保健指導等のため1名の新人管理栄養士 が採用された。

4 特定健診・保健指導計画の状況



〇 平成20年度特定健診体制

		集団健	診	医療機関委託	ŧ	医療機関委託		
	直営	委	託	(一括方式)		(個別方式)		
市	0		13		9		17	
町		地元医療機関	管内医療機関	地元医療機	管内医療機関	地元医療機関	管内医療機関	
村								
数		1	12	1	8	9	8	

- •19年度と比較し、地元の医療機関に委託する市町村が増加、委託医療機関数も増加している
- ・健診必須項目は17項目であるが、HbA1C等検査項目を追加したところは16カ所ある。
- ·委託料は一件5, 200円から8. 000円で、自己負担無料は3カ所である。

〇 特定健診及び特定保健指導の受診見込み数

年	度	H20 (%)	H21 (%)	H22(%)	H23 (%)	H24(%)
健診受診り	見込み数	21709	29332	36879	44759	52335
		(27, 2)	(37, 5)	(46, 5)	(56, 1)	(65, 1)
保健指導身	見込数	1717	2466	3383	4541	5717
		(34, 6)	(36, 8)	(40, 5)		

- ・20年度の見込み数(受診及び保健指導)は平成19年度基本健康診査並の人数である。このため今年度は健診・保健指導も実施可能である。
- ・目標値達成のためには受診率アップや、保健指導の受け皿づくりについて検討が必要である

〇特定保健指導体制

・動機付け支援

52.0	-24 12741 3	7 7 7 7		12					
		保健指導の	実施方法		保修	建指導	の位	本制	
		個別面接	集団指導	個+集団	直	戽	委	託	直営+委託
Ī	市町村数	12		7		6		1	12

· 積極的支援

	保健指導の	実施方法		保修	聿指導	の位	本制	
	個別面接	集団指導	個+集団	直	営	委	託	直営+委託
市町村数	12		7		13			6

- ・20年度は対象数も少なく、個別支援から始めるところが多い。
- ・委託料は、動機付け支援で5,000円台と10,000台に2分化、 積極的支援は5,000円~30,000円。
- ・自己負担を取るところは直営で1カ所のみである。

5 平成19年度の市町村支援 (資料2参照)

〇支援の目的

- 1 保健師・栄養士等の人材育成
- 2 市町村間の情報交換
- 3 医療機関等関係者の連携促進

今後の保健所の役割は次のとおりと考える

- 1 各市町村が作成した「特定健診・保健指導計書 の内容を検討し、健康増進計画等他の保健福祉計 画と比較して、各市町村の健康課題を明確にする。
- 2 管内市町村の特定健診・保健指導の進捗状況や 委託機関の評価を行う。
- 3 市町村及び委託機関と連携して、保健師・栄養士 等の人材育成を図る

北海道帯広保健所 (十勝保健福祉事務所) の特定健診・保健指導の市町村支援 I 平成19年度の取り組み (管内全体)

月/日	事	業	名	方	法	•	内	容	な	ど	課	題	な	ど
5/15	第1回特定	健診・保質	書指導研修会	①対象	》・保健指 : 市町村保 「特定健認 「医療費分	R健・国 計画第	保担当 定指針	者	く研修会	(道事業)				
6/25	第2回特定	健診・保質	指導研修会	①対象 ②講義	建関係職員: 市田 保証 できまい できまい できまい できまい できまい できまい さい かい	禄・国 分析結果	【保担当 とから計】	者 画策定」			体的 担等	な連 につ	携やぞ いて、	この 具分 実が 対が
7/24	第1回保健:	指導係長・	主査会議	・情報交担 ①各市町 ・国任	首の目標値)組み状 皮保険者	:況につい : 、高齢:	ハて情報 者への対	・意見交持 応等					
7/27	十勝管内合 への出席(里担当者会議 5院主催)	・管内市町 の今後の6					に出席し	、委託機関側	・委況把		関の道	進捗状
7 月 ~8 月	管内各市町	村の進捗∜	: 沢・課題把握	・7月~3 状況把握						者等から進揚		、見		建事業 が遅れ
7/9	第1回地域		理絡会議 建康増進係所管)	・制度の記	説明と取り	組み状	沈況の情報	報交換			には	制度 情報	改正の	関係者 り具体 こんど
11/5	管内公衆栄	養推進研修	§会 (健康増進係)	①対象 ②講義		養士リックシ他	ンドロ 講師	保健福祉		データの読 :任技師等	<i>***</i> C			
11/19	第2回保健	指導係長・	会議開催	・町村がそ の住民周9					作成の進	捗状況、今 後	問題	など		景会等
11/22	国保病院看	護管理者~	の情報提供		特定高齒	令者 把 据	との協力(修会情報交換 域の健診体制	j			
1/17	第2回地域	職域連携退	E絡会議 (健康増進係)	・参集範 師会、市						域関係者、医 を実施	町村	の見	込み数	制や市 数等具さ
3/3	管内公衆栄	養推進研修	系会 (健康増進係)	・特定保備 ①対象:ī ②報告:[全士		取り組み	報告					
3/19	看護管理者	交流検討会			療機関、記 事業の終う	てと新た				理者に対して 携等について				
3/26	第3回特定	健診・保領	挂 指導研修会	地域保修①対象②講義	建関係職員: 市町村保 : 市町村保 「特定健認	員研修事 保健師・ 冷・保姆	管理栄 指導と 講師 千	養士 市町村保付 ・葉大学看	健活動」 計護学部	宮崎美砂子	ーチ ショ	からンア	ポピコプロー	アプロロー マンチ検 で検討

Ⅱ個別市町村支援(特定町村人材確保対策事業及び所内活動費)

市町村名	支援職員	内容	人日
更別町	保健推進係 保健師 健康増進係 栄養士	・情報提供と助言、技術的支援、 ・基本健康診査・医療費分析、保健課題の整理と特定健診・保健指導計画書作成の支援 ・国保ヘルスアップ教室「新・元増増塾」で特定保健指導のシュミレーション実施	3 4
豊頃町		・情報提供と助言:基本健康診査・医療費分析等から保健課題を整理	8
上士幌町		・情報提供と助言:基本健康診査・医療費分析等から保健課題を整理	7

【東北ブロック】

[事例1]

「脳卒中地域連携パスと保健所の役割」

事例提供者

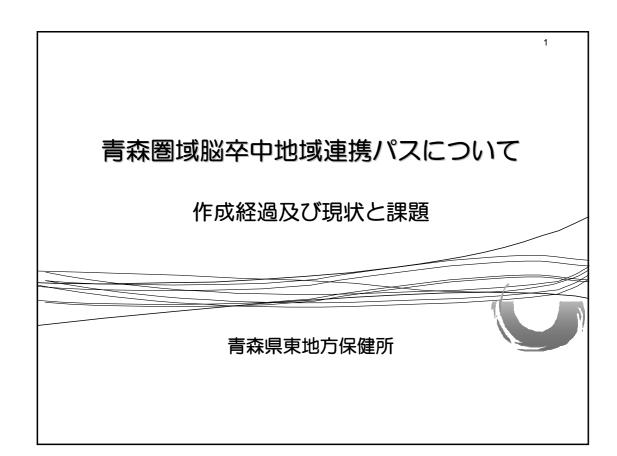
田辺 博 (青森県東地方保健所次長)

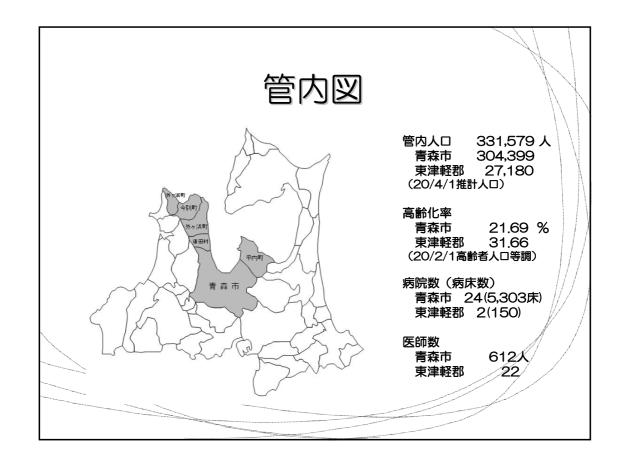
事例名	【事例1】脳卒中地域連携パスと保健所の役割
事例提供者名	田辺 博(青森県東地方保健所次長)
コメント (1) 成功要因分析 (2) 事例からみた医療連携	・急性期病院の医師が熱意を持って主導していること。 ・「大腿骨頚部骨折」のように連携パスの使用実積があること。 ・脳卒中連携パスも既に試行されていたこと。 ・先行した事例があり、一部改良して用いることができたこと。 ・回復期病院に様式の患者紹介用診断書・判断指標を統一して共通認識のためのツールとして位置づけたこと。 ・事務職の主たる担当者により、保健所が関係機関の調整に継続的な関与をしていたこと。 ・連携パスにより診断書の統一と受け渡し体制の整備が図られたこと。 ・連携パスにより診断書の統一と受け渡し体制の整備が図られたこと。 ・急性期・回復期を担当する病院はすべて圏域のシステムに加入するよう調整すること。 ・維持期への拡張に向けて、医療機関、特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所、ケアマネージャー等の参加増を調整していくこと。
(3)保健所の関与の可能性と役割	・連携パスの啓発から始め、準備会議の設立には 「地域」側委員の選任を行い、作成検討委員会 設立後は事務局の立場で関与したこと。 ・作成検討委員会では、会議の開催、論点の整理、 記録から、各種提案等を通じ、連携パスの内容 を検討したこと。 ・連携パスの受け渡しの具体的方法の整備に寄与 したこと。 ・連携パスの運用開始後は、維持期・地域への拡 張等に取り組むこと。 ・医療と地域をつなぐ要として、相互の意見交換 の場を提供し、相互の調整をしつつ、連携パス の定着を図っていくこと。

脳卒中地域連携パスと保健所の役割

青森県東地方保健所 次長 田辺 博

- 1. 青森県では、平成9年度以来、何らかの支援を必要とする人に、切れ目がなく、過不足のないサービスを提供できる体制を住民に最も身近な市町村に構築することを目指した、保健・医療・福祉包括ケアシステム推進事業を展開してきた。
- 2. この事業の一環として急性期病院と回復期病院をつなぐのみならず、維持期の医療機関や施設・在宅サービス提供機関をもつなぐ情報共有のツールとして、地域連携パスの開発・活用と定着を図る事業を、平成17年度から開始した。
- 3. 一方、青森市と東津軽郡の4町村からなる青森地域医療圏においては、「施設間の医療機能分担と連携の推進」を重点的に推進することが課題となっていた。
- 4. このような状況の下、平成17年度に青森市民病院が青森圏域リハビリテーション 広域支援センターに指定され、翌年青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会が組 織されたのを機会に、この協議会に地域連携パスの意義や、先行する八戸圏域や下北 圏域での取組状況を情報提供したところ、青森圏域での地域連携パス作成の機運が高 まった。
- 5. その後、平成19年1月の準備会議の立ち上げなどを経て、19年度からは県の連携パス開発事業の対象になったことを受けて、同年5月に「青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会」が発足し、協議が進められた。
- 6. 青森圏域の脳卒中地域連携パスは、平成19年9月までの4度の会合と1回の研修会を経て、10月からは検討委員会の委員が所属する組織内での試行に入り、さらに2度の会合と1回の報告会兼研修会を経て、平成20年度から、一般の医療機関等を含めた本格運用に入っている。
- 7. 当圏域の特色として、急性期病院の医師が主導したこと、「大腿骨頸部骨折」での連携パス使用実績があり脳卒中連携パスも一部の病院で試行されていたこと、ゼロからの開発ではなく、香川労災病院の開発したパスをもとに一部改良して用いたこと等があり、結果的に比較的短期間で本格運用ができることとなった。
- 8. 平成20年度の取組としては、診療報酬請求にむけた条件整備と、維持期医療機関・地域サービスへのパスの延長に向けた作業を進めている。
- 9. 保健所は、脳卒中地域連携パス作成検討委員会の事務局を担当し、医療機関相互のみならず、医療機関と「地域」とを連携する要の役割を果たしている。
- 10. 今回の取組を通じ、医療機関と地域サービス部門との直接の協議の場ができたほか、パスの運用に関する医療機関の各職種ごとの意見交換も行われるようになっており、委員会に参加する組織の職員のパスの改善に向けた意欲と熱意を感じている。この意欲や熱意を維持・涵養しつつ脳卒中地域連携パスの定着を目指して行きたい。





3

青森圏域の取組

~青森地域保健医療計画の推進 (平成17年3月)

【主要課題】

- 医療機関やマンパワーが青森市に集中している
- 施設間の医療機能分担や連携が進んでいない
- 感染症病床、広域リハビリテーション支援センターなど、圏域として不足している機能がある
- 自治体病院の機能再編成計画を見直す必要がある

青森県の取組

~保健・医療・福祉包括ケアシステムの構築

● 包括ケア会議~市町村の体制づくり支援

(平成9年度から)

● 地域リハビリテーションの構築

(平成12年度から)

● 橋渡し職員の養成

(平成14年度から)

● 自己評価手法の開発

(平成16年度から)

● 地域連携パスの開発・普及

(平成17年度から)

包括ケアシステムの推進にかかる具体的施策(1)

- ひとづくり:橋渡し職員の養成・ネットワーク構築支援 医療機関の利用者が円滑に地域での生活に移行できるようにするため、医療機関と地域を結ぶ「橋渡し」の役割を担う人材を養成し、医療機関と地域との連携を深め、保健・医療・福祉包括ケアシステムにおけるネットワークの構築・強化を図る。
 - → 平成20年3月 「東青地域橋渡しネットワーク推進連絡会」の設立
- ・しくみづくり:地域連携パス標準化モデル開発・普及 医療機関の利用者が安心して円滑に地域での生活にもどり、早期に 社会復帰できるようにするため、疾病別に病態・病期ごとの保健・ 医療・福祉関係者の役割分担やサービスの連携内容を定めた「地域 連携パス標準化モデル」を開発し、全県的な普及を図る。
 - → 平成19年10月から試行。平成20年4月から運用開始

直接の契機

- 青森市民病院が青森圏域地域リハビリテーション広域支援センターに指定(平成17年9月)
- 青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会の設置(平成18年8月)
 - ・地域連携パスについて、先行した2圏域の実施情報を県本庁 から説明
- 地域連携パス準備会立ち上げを合意(平成18年12月)、 第1回会議を開催(平成19年1月)
- 青森圏域地域リハビリテーション支援センターの事業として 地域連携パス開発を進めることを連絡協議会で承認(平成1 9年2月)
- 青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会を設置(平成19年5月)
 - ・青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会の内部組織
 - ・事務局を保健所が担当

6

取組経過

検討会等(平成19年度)	検討内容等
第1回 (5月30日)	対象を脳卒中に。香川労災病院のパスをモデルにすることで合意。
第2回 (7月6日)	香川労災病院藤本脳神経外科部長をアドバイザーに研 修。
第3回 (8月29日)	試用に向け、パスの具体的内容、運用方法を検討。
第4回 (9月27日)	対象者の選定、フィードバック方法等について検討。
トライアル研修会(川)	検討委員の施設から120人参加。
第5回 (11月29日)	試用結果から、項目、パスの運用、受け渡し方法等を検討。
第6回 (1月30日)	職種ごとの分科会による検討。
報告会 (3月7日)	試用結果報告と、平成20年4月からの本格運用の説明会。関係者約280名参加。

8

当圏域の取組の特徴

- 急性期病院の医師が主導している。
- ・「大腿骨頸部骨折」での連携パスの使用実績があり、脳卒中連携パスも試行されていた。
- ゼロからの開発ではなく、先行した事例を一 部改良して用いた。
- 回復期病院ごとに異なる様式の患者紹介用診断書を統一し、判断指標も統一して共通認識を持つためのツールと位置づけた。
- 橋渡しネットワークとのリンクを行った。

現状と課題

- 診療報酬請求への条件整備(後述)
- ●維持期・地域(施設)への拡張
 - ・参加施設数
 - ・維持期以降のルートづくり (橋渡しネットワークの活用)
 - ・参加施設以外へのパスの発行
 - ・広報
 - ・今年度の計画

参加施設数

(平成20年9月17日現在)

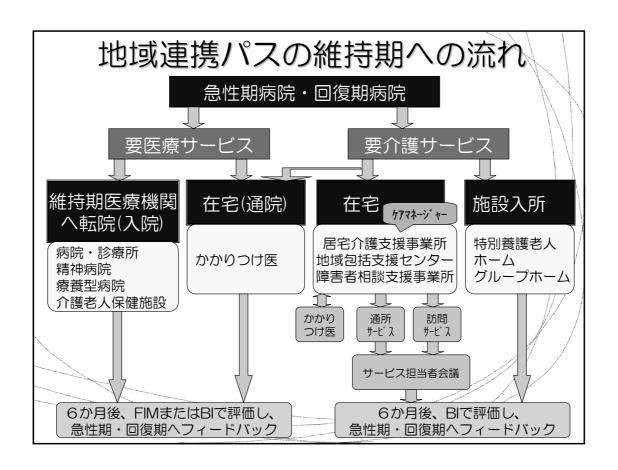
区分	参加数	区分	参加数
病院	10	診療所	5
歯科診療所	1	特別養護老人ホーム	1
認知症高齢者グループホーム	1	身体障害者更生施設	1
訪問看護ステーション	1	地域包括支援センター	1
指定居宅介護支援事業所	10	計(実件数)	33

(参考) 東青地域橋渡しネットワーク推進連絡会参加施設数 (平成20年8月21日現在)

区分	参加数	区分	参加数
病院	17	介護療養型医療施設	4
介護老人保健施設	5	養護老人ホーム	1
特別養護老人ホーム	7	認知症高齢者グループホーム	17
精神障害者社会復帰施設	2	訪問看護ステーション	8
地域包括支援センター	10	在宅介護支援センター	6
難病相談所	1	市町村の相談窓口	3
指定居宅介護支援事業所	37	計(延べ件数)	118

診療報酬算定について

- 地域連携診療計画管理料(900点)と地域連携診療計画退院時指導料(600点)
- パス様式の手直し
 - ・地域連携診療計画書、日常生活機能評価表
- 情報交換会
- 当圏域では条件が整い次第手続き予定
 - ・平均在院日数等



13

保健所の役割

- 医療機関相互のみならず、医療機関と 「地域」とを連携させるための要
 - ・地域連携パス開発事業の効果とその維持
- 対象疾病の拡大とそれに伴うパスの開発・維持・管理
 - ・「情報交換会」の機能と限界
 - ・地域連携パス運用データの保存・活用

[事例2]

「救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割」

事例提供者

阿部 僚一 (新潟県新発田保健所長)

事例名	【事例2】救急医療連携の推進と県型・市型保健所 の役割
事例提供者名	阿部 僚一 (新潟県新発田保健所長)
コメント (1)成功要因分析	・熱意のあるメンバーが所長はじめ複数存在すること。 ・保健所の主たる担当者が事前、事後とも、こまめに関係者と直接面談すること。
(2) 事例からみた医療連携	・メディカルコントロール協議会の消防署隊員、 救急医療現場の医師の声を軸にして、素案の作 成、会合の日程調整を行っていくこと。 ・二次医療圏の実情に応じた、医療連携を推進す ること。
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・公立、中立的な立場で関係機関と調整役を遂行できるため、調整役に徹すること。 ・地域において、情報収集、発信、会議の設定、参加メンバーの設定などを行うこと。 ・二次医療圏に複数の保健所があっても、それぞれ所管地域の医療資源・医療機能調査などの役割分担を明確にしたこと。 ・保健所長が関係者や保健所職員に対して、ねぎらい、励まし、共感すること。

「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」

救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割

新潟県新発田保健所長 阿部僚一

新潟県の「医療計画」の変遷

○昭和 62(1987)年~平成 8(1996)年

第一次新潟県地域保健医療計画を 10 カ年計画で開始 平成 4(1992)年:上記中間見直し

○平成 9(1997)年

第二次新潟県地域保健医療計画を 10 カ年計画で開始

○ 平成 13(2001)年~平成 17(2005)年

第二次新潟県地域医療計画を見直し、医療法に基づく医療計画を盛り込んだ、第三次 新潟県地域医療計画を実施

この時期,新潟県は111 市町村で構成され,13 の二次医療圏域に14 の保健所が 設置されていた(13 の県型保健所と1 の市型保健所)。

○ 平成 18(2006)年

医療法 30 条に基づく第四次新潟県地域保健医療計画実施。

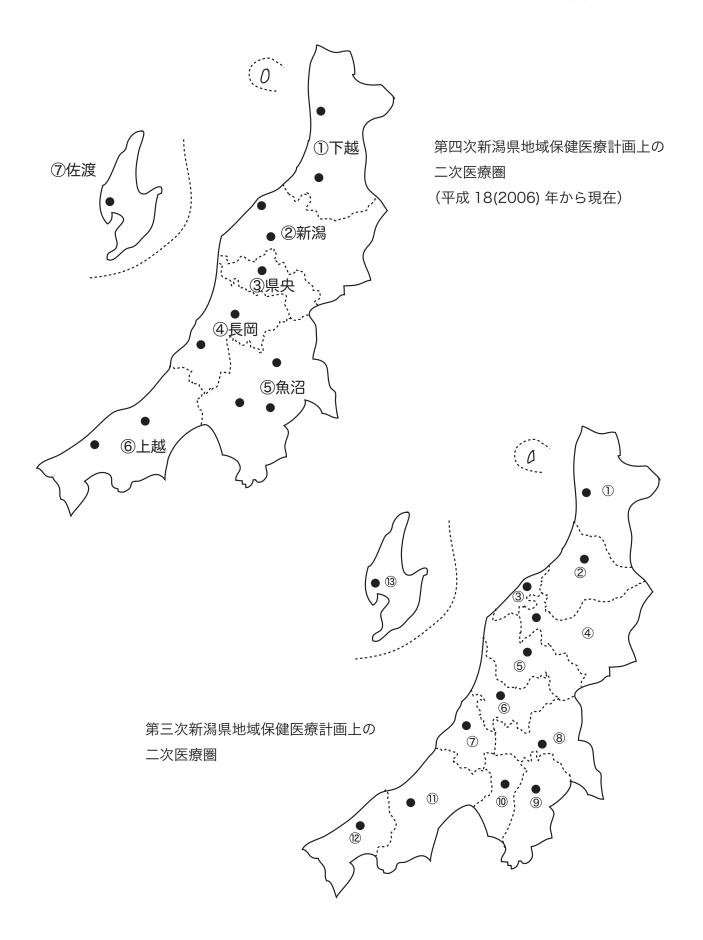
このとき、二次医療圏の再編も行い、13の圏域を7圏域に整理した。また、平成の大合併の推進により、第三次医療計画策定時には111市町村であったものが、現在、31市町村に整理された。しかし、保健所の統廃合は進んでおらず、一箇所統合されたのみで、13保健所(12の県型保健所と1の市型保健所)である。

現在、平成 18 年 6 月の医療法改正に伴う、第四次新潟県地域保健医療計画の改訂作業中である。

県の作成した素案に関して、県民電子会議室を6月23日から7月18日までの4週間開催し、9月12日から10月10日までを県民の意見公募期間とし、最終案を10月下旬の新潟県医療審議会に諮る予定である。

新潟県二次医療圏域の変更と保健所所在地

- ●印は保健所所在地
- ○数字は二次医療圏



新潟県の二次医療圏域

圏域	全県	下越圏域	新潟圏域	県央圏域	中越圏域	魚沼圏域	上越圏域	佐渡圏域
構成市町村	20市7町4村	3市1町2村	3市1町	3市1町1村	3市1町1村	4市3町	3市	_ 一
人口(人)	2,427,889	228,621	931,990	283,459	387,911	233,787	295,081	67,040
面積(km²)	12,583.46	2,319.70	2,223.57	733.56	1,432.20	2,854.10	2,165.08	855.25
人口密度(人/km²)	193	66	419	386	271	82	136	78
病院数	138	16	53	10	19	18	16	9
一般診療所数	1,762	169	742	771	294	146	193	41
歯科診療所数	1,196	105	539	119	192	92	122	27
一般病床数	730	155	759	515	836	793	092	885
医師数	184	148	241	117	187	125	153	142
大 本 本 い い い り い	85	64	128	22	65	47	99	28
薬剤師数	154	121	193	ווו	149	120	142	115
看護師数(648	478	129	441	804	107	099	652
准看護師数	303	377	314	270	305	239	298	263
		新発田保健所	新潟市保健所*	三条保健所	長岡保健所	南魚沼保健所	上越保健所	佐渡保健所
保健所	13	村上保健所	新津保健所		柏崎保健所	魚沼保健所	糸魚川保健所	
			新発田保健所			十日町保健所		
救急患者の動向								
圏域内の消防	圏域内の消防の救急搬送患者数	7,065	28,494	7,175	12,667	8,106	9,487	2,558
(うち他圏域医療機関で対応した患者数)	で対応した患者数)	347	1,508	1,303	324	722	74	0
圏域内の医療機関	圏域内の医療機関で対応した患者数	7,298	28,032	6,920	13,761	7,531	9,451	2,559
(うち他圏域	(うち他圏域からの流入患者数)	580	1,046	1,048	1,418	147	38	_

東北ブロック県別概要 (H20年8月現在)

	[H H	世 日 日	不務	(保健)	所数		市町村数	
	ユく	国傾	人口知识	——《四京四级 —	県型	市型	上	町	村
青森	1,395,716	9,607.05	145.3	9	9	I	10	22	8
岩手	1,353,438	15,278.85	88.6	6	10	1	13	16	9
秋田	1,109,640	11,612.22	92.6	8	8	I	13	6	3
宮城	2,343,640	7,285.74	321.7	7	7	5	13	22	1
山形	1,189,819	9,323.46	127.6	4	4	0	13	19	3
福島	2,056,210	13,782.75	149.2	7	9	2	13	32	15
新潟	2,396,067	12,583.47	190.4	7	12	7	20	7	4

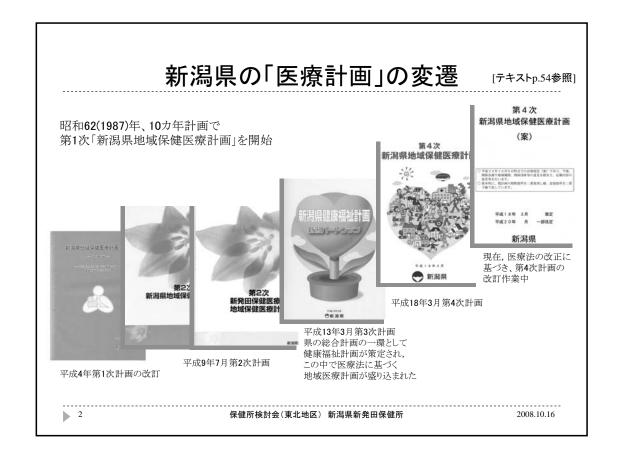
	65歳以上人	上人口割合 (H19.4.1)	4.1)	平均寿命	(H17)	年齡調整死亡率 (ト	(H17) 人口10万対
	全体	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国	21.5%	18.8%	24.1%	78.79	85.75	593.2	298.6
青森	23.9%	20.2%	27.2%	76.27	84.80	733.4	322.9
手岩	25.7%	21.8%	29.4%	77.81	85.49	647.3	302.4
秋田	28.0%	23.7%	31.9%	78.60	85.75	598.3	294.4
宮城	21.0%	18.2%	29.4%	77.44	85.19	645.2	305.5
川形	26.3%	22.4%	30.0%	78.54	85.72	597.0	298.4
智閏	23.7%	20.1%	27.1%	77.97	85.45	636.2	303.8
訴提	25.0%	21 3%	28 5%	78 75	76 98	591 B	2770

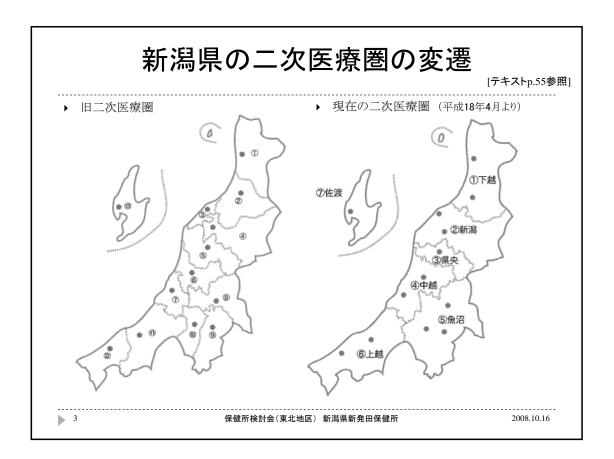
人口10万対病床·医療施設数 (H18年)

	医療施設	病院 一般診療所 歯科診療所	7.0 77.2 52.7	7.7 68.6 40.8	7.5 67.3 43.3	6.3 67.4 44.5	6.9 71.3 41.7	5.8 76.5 38.5	7.1 70.3 43.4	
	行の病床	般	108.2	284.7	165.7	115.5	132.6	90.9	121.5	
	一般診療所の病床	療養	16.9	35.7	31.8	16.2	16.5	14.6	13.8	
V (110+1)	病床		713.0	801.4	853.0	729.3	882.5	798.3	825.7	
Y I OVJ VJ MININ ENWHOLK XX	病院の病	療養	274.1	214.6	215.6	140.7	219.0	153.3	218.4	
			全国	青森	岩手	宮城	秋田	山形	福島	

人口10万対医療関係従事者数 (H18年)

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師・准看護師	籆師
全国	208.9	75.0	138.1	31.9	20.4	946.6	9.6
青森	171.0	53.4	102.7	41.5	21.2	1168.6	3.6
岩手	174.7	70.0	119.3	46.1	23.6	1092.1	2.1
宮城	197.0	72.1	135.8	35.5	24.2	896.5	3.5
秋田	189.6	55.8	126.9	45.0	27.0	1091.3	1.3
山形	189.0	52.7	107.8	44.5	23.4	1031.0	0.1
福島	177.0	66.4	123.2	38.9	19.6	1046.1	3.1
新潟	171.7	81.9	123.2	40.6	27.9	958.9	3.9





県別医療圏域数・設置保健所数 [テキストp.57参照]

	人口	面積	圏域数	保健所数	市町村数
新潟	2,396,067	12,583.5	7	13	31
青森	1,395,716	9,607.1	6	7	40
岩手	1,353,438	15,278,9	9	11	35
秋田	1,109,640	11,612.2	8	9	25
宮城	2,343,640	7,285.7	7	12	36
山形	1,189,930	9,323.5	4	4	35
福島	2,056,210	13,782.8	7	8	60

(平成20年8月現在)

保健所検討会(東北地区) 新潟県新発田保健所 2008.10.16 4

新潟県の二次医療圏の概要

[テキストp.56参照]

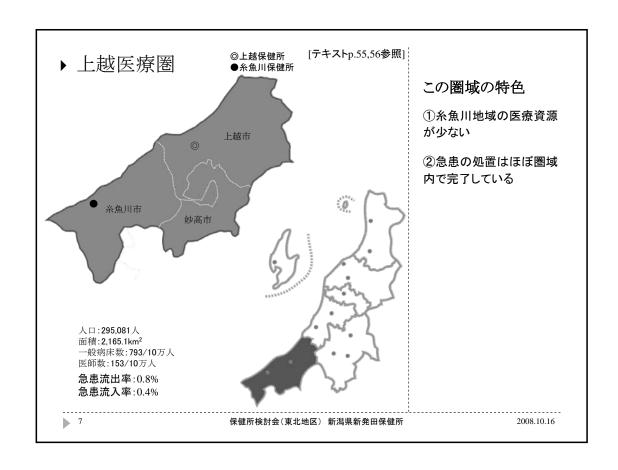
	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡
市町村	3市1町2村	3市1町	3市1町1村	3市1町1村	4市3町	3市	1市
人口	228,621	931,990	283,459	387,911	233,787	295,081	67,040
一般病床*	551	759	515	836	793	760	885
医師*	148	241	117	187	125	153	142
看護師*	478	671	441	804	701	660	652
准看護師*	377	314	270	305	239	298	263
保健所数	2	3	1	2	3	2	1

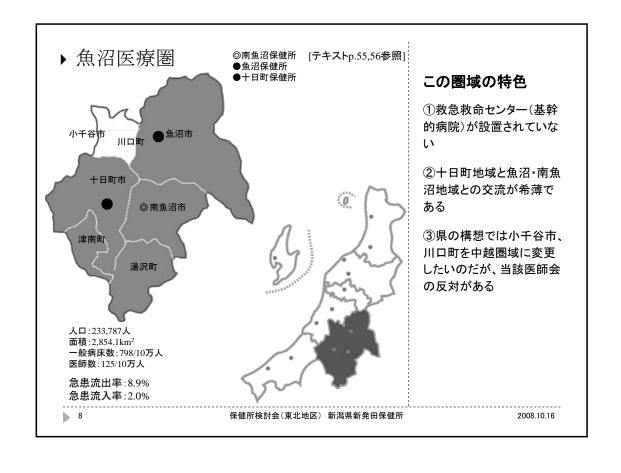
*数値は人口10万人対

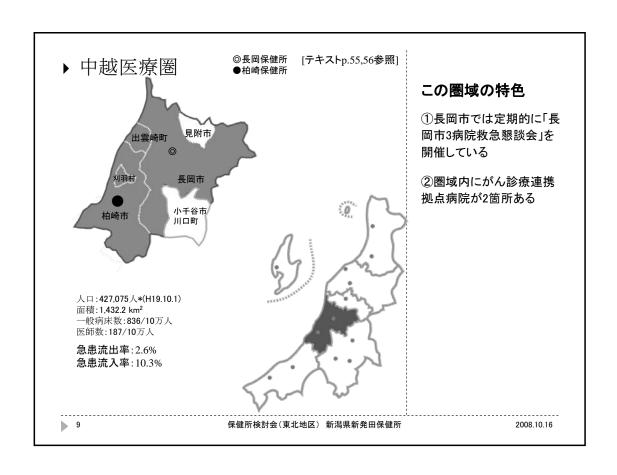
H18.12.31現在

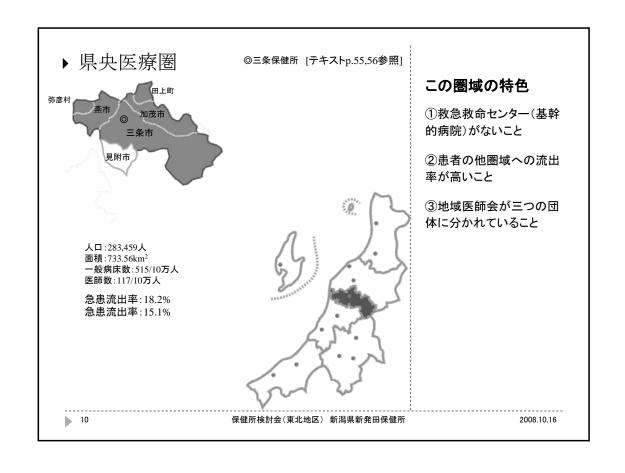
5 保健所検討会(東北地区) 新潟県新発田保健所 2008.10.16

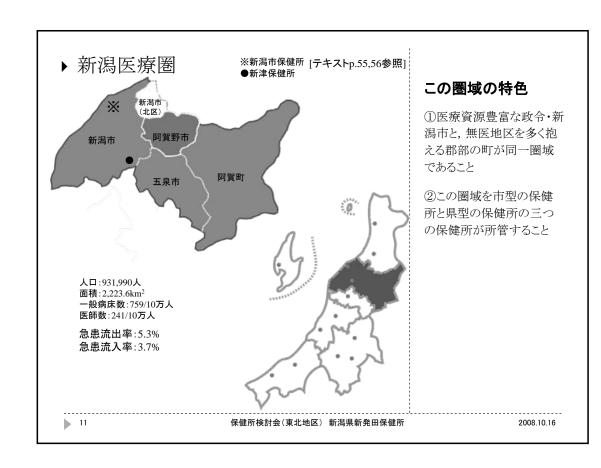
佐渡 医療圏 ●佐渡保健所 [テキストp.55,56参照] この圏域の特色 ①処置の不可能な急患は空路搬送することになる 金路搬送することになる 金島流出率:0.0% 急患流出率:0.0% 急患流出率:0.0% 食機所検討会(東北地区) 新潟県新発田保健所 2008.10.16

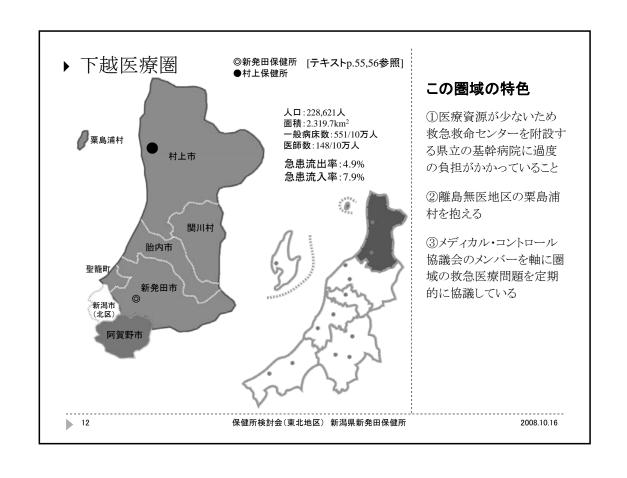












このたびの医療計画の策定にあたって市型と県型の保健 所の役割に差があったのか?

新潟医療圏では

- ▶ 本庁の担当課が、会議の設定、原案の作成、メンバーの選定などを三つの保健所の意見を聴きながら行った。
- それぞれの保健所が所管地域の医療機能調査、 医療資源調査などを行って本庁担当課がそれを 集約した。
- ▶ 結局、この圏域において市型と県型保健所の役割に差はなかったことになるが、三つの保健所同士(本庁担当課を抜きにした)の会議、意見交換などは行われなかった。

他の圏域では

- あえて言うまでもないが、保健所の役割は、情報収集、発信、と会議の設定、参加メンバーの選定など、従来の医療計画の策定手法と何ら変わったところはなかった。
- ただし、多くの圏域で複数の保健所が含まれていることから、保健所同士の意見調整等が、他の参加メンバーとの意見調整や日程調整より難渋したことが予想外であった。

13

保健所検討会(東北地区) 新潟県新発田保健所

2008.10.16

つまるところ

参加メンバーのうちの何人かの熱意と、保健所担当者の足を使った活動が 医療計画の策定のみならず、保健所の様々な事業の成功の鍵と言えよう。 つまるところ、保健所長の役割は彼らに気持ちよく働いてもらう(ねぎらう、 励ます、共感する)ことが大切なのではないだろうか。



ご清聴ありがとうございました。 機会をつくって、新潟に遊びにきてください。

14

保健所検討会(東北地区) 新潟県新発田保健所

2008.10.16

[事例3]

「在宅緩和ケアの推進と保健所の役割」

事例提供者

今野 金裕 (福島県県北保健所長)

事例名	【事例3】在宅緩和ケアの推進と保健所の役割
事例提供者名	今野 金裕(福島県県北保健所長)
コメント (1)成功要因分析	 ・地域で緩和ケアを実施している県立医科大学や診療所があること。 ・県事業のモデル地区に選定され、調整する機会があること。 ・地域医師会の在宅医療、緩和ケアに関する委員会、研究会に参加すること。 ・地域医師会の委員会・研修会に保健所が参加し情報収集・人脈形成の努力をすること。 ・関係者の共通認識・活動の場としての「在宅緩和ケア地域連携会議」を設置すること。
(2)事例からみた医療連携	 ・地域連絡会議は地域がん診療連携拠点病院、地域3医師会、訪問看護師、MSW、介護支援専門員、市民団体、患者団体、県立医大などの多職種で構成されていること。 ・事業開始当初から、「在宅緩和ケア地域連携会議」が機能していくこと。 ・地域連絡会議で「地域在宅緩和ケア推進のためのてびき」を作成し、てびきを共有すること。 ・関係者を対象に在宅緩和ケア研修会を開催し、標準化したてびきを普及啓発し、情報共有すること。
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・医療機関や薬局への調査や客観的分析し、情報提供することができる。 ・一般住民に対し在宅緩和ケアの理解と普及を図ることができる。 ・管内市町村と連携し、民生委員会等の地域住民の会合で在宅緩和ケアに関する講和を実施することができる。 ・地域連携パスの作成に、保健所が中心的に関与することができる。 ・地域連携パスには、医療と生活支援を調整する保健師の視点を生かすことができる。

在宅緩和ケアの推進と保健所の役割

福島県県北保健所 今野金裕

1 はじめに

福島県では、2002年に「福島県地域がん医療検討会」を設置し、がん医療体制の整備を行うとともに、在宅緩和ケア推進のための検討を行ってきた。2005年からは、県北保健医療圏域をモデル地区として、地域のネットワークづくりのための具体的事業に取り組んでいる。

ここでは、当所が推進してきた在宅緩和 ケアネットワークの内容と保健所の果たし た役割について述べる。

2 在宅緩和ネットワークへの経緯

- ①在宅緩和ケアに関する意識調査
- ・実施年月:2004年1月から4月
- · 対象: 県民、医師、看護師
- ・結果(課題):関係者、住民に対する 教育・連携、データベース化、痛みの 評価方法の標準化、定期的評価などが 課題であることが明らかになった。
- ②在宅緩和ケアを実践している医師や医師会の勉強会に積極的に参加した。
- ③「在宅緩和ケア県北地域連携会議」を 設置した(以下「連携会議」と略)。

3 「連携会議」の設置と活動内容

①構成員:13名

地域がん診療連携拠点病院、地域3医師会、薬剤師会、訪問看護師、MSW、介護支援専門員、市民団体、患者団体、県立医大医学部、看護学部の代表。

- ②連携会議の概要 (スライド:1, 2)
- ③把握された課題 (スライド: 3)
- ④「疼痛管理プロトコール」、「症状コントロールプロトコール」の作成。
- ⑤「県北地域在宅緩和ケアのためのてび き」作成(以下「てびき」と略)。

 $(7571)^{\circ}:4,5)$

⑥地域連携パスの作成、改訂。

(スライト*:6~11)

4 保健所の果たした役割

「連携会議」構成員からは、保健所の役割として、社会資源情報の収集・提供および地域への在宅緩和ケア普及拡大が最も期待された。

医療機関や薬局への在宅緩和ケア取り組み状況についての調査や客観的分析と、これらの情報提供は保健所の重要な役割であり、「てびき」に掲載し各方面に提供した

この「てびき」を資料として医療機関、 薬局、介護支援専門員などを対象とした在 宅緩和ケア普及に関する研修会には高い関 心が寄せられ、幅広い層から多数の出席者 があった。また、一般住民に対し在宅緩和 ケアの理解と普及を図ることも保健所の重 要な役割であり、管内市町村の協力を得 て、民生委員を中心とした地域住民の各種 会合で時間をいただき、在宅緩和ケアの理解を深めるための講話を実施した。

「連携会議」のなかで、対象者個々の情報を関係者が共有していくことの必要性が強く出され、地域連携パスの作成へと発展し、これにも保健所が中心的に関わった。地域連携パスは、病院と診療所、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員をつなぐ機能を持ったパスとして作成した。このことは、在宅療養者を生活者として捉え、医療と生活支援をコーディネートする保健師の視点を生かすことができた。

5 今後の事業展開 (スライド: 12)

保健所の持つ情報収集・提供機能、総合調整機能や人材育成機能を活用することで在宅緩和ケアの地域連携システム構築に向けた役割を果たすことができた。今後は、「連携会議」やその他の事業を、可能なものから順次値域がん診療連携拠点病院へ移譲し、地域の関係者の自主性をより促進するような取り組みとしていく予定である。

連携パスについては、今後も改訂を進め 管内に普及していくことにしており、更に 今年度から、在宅緩和ケア事業を全県下で 実施しているので、これらの実績が参考に なれば幸いである。

在宅緩和ケア地域連携会議の概要

<県北地域での取り組みの経過>

H17

- 地域連携会議4回(症状コントロールプロトコール、連携マニュアルの作成)
- 社会資源把握のための施設調査(診療所・保険薬局・訪看ステーション)
- 県北地域における在宅緩和ケア推進のためのてびきの作成、配布
- てびき普及のための研修会の開催(Dr12名、Ns66名、薬剤師53名、 社会福祉士・ケアマネ等19名)

H18

- 地域連携会議3回(現状と課題の共有、地域連携のための情報共有 様式の検討)
- 末期がんを主病名とする介護保険利用状況調査(市町村、地域包括 支援センター、居宅介護支援事業所)
- 社会資源把握のための施設調査(病院、診療所、保険薬局、訪看ステーション、介護老人保健・福祉施設)
- てびきの改訂、ホームページ掲載

H19

- 地域連携会議3回(地域連携クリティカルパス試案作成、第一次試行)
- てびきの改訂、ホームページ掲載

1

在宅緩和ケア推進整備上の課題

~会議等で把握された課題~

- (1)地域の関係機関、相談窓口、サービス内容等が 分からない(支援関係者・患者家族共に)
- (2)緩和ケアに関する知識や技術への不安がある
- (3)制度(介護保険)上の課題
- (4)患者や家族を支援する関係機関間での情報共有 ・ネットワークが不十分
- (5)サービスの調整機関(調整者)がいない
- (6)入院が必要な時のベッドの確保(レスパイト含む)

2

在宅緩和ケア推進整備上の課題

~課題解決に向けた取り組み~

把握された課題 への対応(1)

地域の社会資源(相談窓口・サービス内容等) 情報の共有化にむけて

- 地域の社会資源情報調査の実施 (病院・診療所・訪問看護ステーション・保険薬局・行政・福祉施設等)
- 社会資源情報の発信
 - →「県北地域在宅緩和ケア推進のためのてびき」に社会資源情報を掲載。 てびき配布とホームへ゜ーシ・等を通じた情報発信。
 - →県が一般住民向け在宅緩和ケアパンフ作成し、拠点病院や関係機関に 配布。また、在宅緩和ケア普及事業等での普及啓発時に活用。

3

把握された課題 への対応(2)

緩和ケアに関する知識や技術への不安への対応

- 「県北地域在宅緩和ケア推進のためのてびき」 の作成
 - →「症状コントロールプロトコール」「連携マニュアル」「社会資源情報」 をまとめて作成 福島県長北地域
- 研修会等の開催や協力
 - →てびきの普及のための研修会の開催 地域の関係団体等の研修会への協力



把握された課題 への対応(3)

介護保険制度上の課題への対応

- 介護保険利用状況調査の実施
 - →介護保険利用上の課題として、①介護認定に時間を要し 十分な活用がしにくい、②病状に沿った介護度認定が受けにくい等が明確化された
- 地域医師会が課題改善のための研修会実施
 - →介護認定までの期間の短縮、介護度認定の際の考慮事 項等が検討され、改善につながっている。

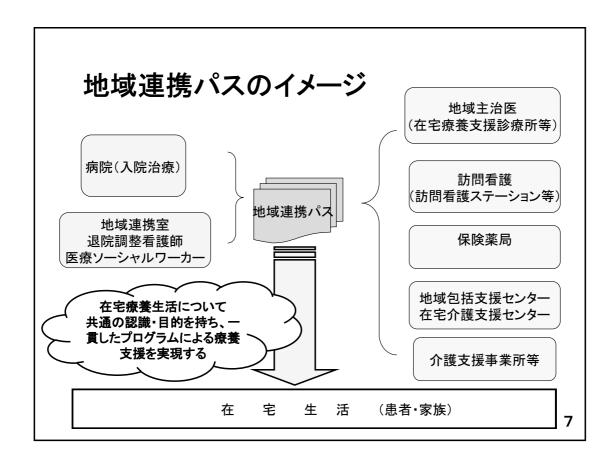
5

在宅緩和ケア地域連携パスについて

パスというツールを選択した背景

- ①対象者情報や支援目標は、医療機関間(病院と診療所) だけでなく、支援チーム員みんなで共有が必要
- ②在宅療養への移行や質の高い療養継続には、支援スタッフ間だけでなく、患者・家族への情報提供と共有も重要
- ③入院医療機関と在宅支援スタッフ間の顔が見える関係づくりや双方向の発信を継続していくために ⇒特に、入院医療機関の関係者の在宅療養への理解促進

6



県北地域連携パスの特徴

- ◆患者家族が在宅療養を希望した段階から 使用できる内容
- ◆「退院準備期」「在宅療養開始期」「安定期」 「終末期」「グリーフケア期」の5つのケアス テップで構成
- ◆スタッフ用2様式(様式2・3)、患者家族用 1様式(様式4)、共通用1様式(様式1)の 計4つの様式で構成
- ◆カンファレンスの場での活用を原則としている

8

地域連携パスの内容 Part1:病院(退院調整時)に使用するパス

様式1 「フェイスシート เ

- 目標は、「在宅緩和ケアチームのメンバーと相談窓口、緊急時連絡体制の明確化と共有」
- 患者基本情報と、支援関係者の情報を集約したもの。 (療養全期をカバーする)

様式2

「退院準備期」

- 目標は、「患者家族が安心してスムーズに在宅移行できること」
- 円滑な在宅移行に必要な情報・支援・調整項目を7項目にわけて掲載 (退院前カンファレンスでの情報共有、アセスメントツールとして活用)

様式4(1) 「病院入院中」

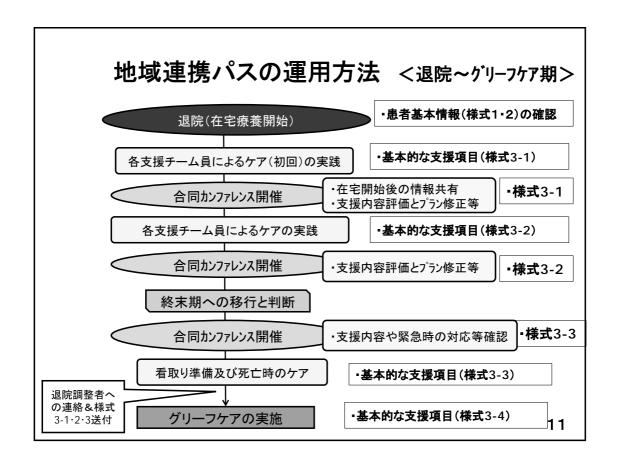
- 目標は、「在宅移行や在宅療養に対する不安の軽減」と「在宅療養にむけた準備をスムーズに進めること」
- ◆入院医療機関スタッフがどのような支援、調整等をしていくかを明記。
- 在宅移行に向けた、患者家族の希望や不安内容の確認等に使用

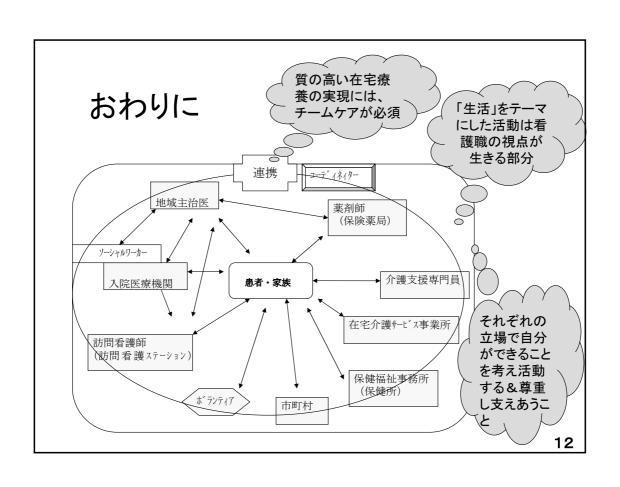
様式4(2) 「在宅期」

- ・目標は、在宅療養開始後の生活や支援体制のイメージを助け「在宅 移行や在宅療養に対する不安の軽減」をはかること
- ・在宅療養開始後、在宅支援スタッフがどんな支援が可能か等を明記。
- ・在宅移行に向けた、患者家族の希望や不安内容の確認等に使用

9

地域連携パスの運用方法 <希望確認~退院> 患者・家族から在宅療養の希望 看護師 主治医 医療相談室等(退院調整担当者) 患者家族との面談 •様式4 退院調整者の病棟訪問等 ・パスの説明と希望確認 •様式1, 2 ·様式1、2の作成開始 在宅療養支援メンバーの検討と調整 退院前合同カンファレンス 本人·家族·主治医·病棟Ns·MSW·薬剤師等 •様式1.2 地域主治医・訪問Ns・薬局薬剤師・ケアマネージャー等 ※退院にむけての情報共有と最終調整(様式1・2の完成目指す) 10





[事例4]

「特定健診・保健指導の課題と取り組み状況 〜県型保健所の立場から〜」

事例提供者

宮川 隆美 (青森県八戸保健所長)

事例名	【事例4】特定健診・保健指導の課題と取り組み状況〜県型保健所の立場から〜
事例提供者名	宮川 隆美(青森県八戸保健所長)
コメント(1)成功要因分析	・地域保健・職域保健が共通認識を持ち、連携を 強化すること。 ・県型保健所が積極的にそのコーディネーター役 を努めること。
(2)事例からみた医療連携	・医師会対象説明会の開催(19年度)
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ●保険者が特定健診・保健指導を潤滑に進めて行くための環境づくり・人材育成、技術指導・支援・職域保健に対する積極的支援 ●特定健診・保健指導の欠点・問題点の補完・ポピュレーションアプローチに基づいた健康づくりの推進・がん対策事業等の重要事業の強化

平成20年度地域保健総合推進事業

「地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会 (東北ブロック)」

特定健診・保健指導の課題 と取り組み状況

ー 県型保健所の立場から 一

青森県 八戸保健所 宮 川 隆 美

特定健診・保健指導の目的

生活習慣を改善するための保健指導を行い、

(保険者の役割)

糖尿病等の有病者・予備群を減少させる こと

> (保険者のみならず、保健・医療 関係者全員の役割)

県・県型保健所の役割

- 1 保険者に対する直接的な支援
 - 1)人材育成等研修会の開催
 - 2)地域・職域保健の連携と調整

保険者協議会、地域・職域連携推進協議会

- 2 地域保健法、健康増進法に基づく保健活動による間接的な支援
 - 1)健康増進計画の策定・推進 ポピュレーションアプローチ
 - 2)地域の健康課題の抽出や分析・評価

青森県における平成19年度に 行われた研修会・説明会

実践者育成研修 県レベル研修 保健所レベル研修 市町村国保対象説明会 医師会対象説明会

青森県 実践者育成研修 (県レベル研修)

厚生労働省「健診・保健指導」のガイドラインに沿った研修

I 基礎•計画編

1 概論研修(19年7月5日実施、274名参加)

講演:特定健診・保健指導の基本的な考え方

報告:平成19年度健診・保健指導に関する企画・運営・技

術研修から

説明:今後の特定健診・保健指導に係る研修会の進め方

特定健診等実施計画策定モデルについて

2 保健活動研修(19年8月10日実施、158名参加) 講演:青森県の糖尿病の現状と対策 医療制度改革と生活習慣病対策

Ⅱ 技術編 3クール

19年9月10~11日、9月18~19日、10月27~28日 実施 計 453名 参加

1日目

- 1 メタボリックシンドロームの概念
- 2 行動変容につながる保健指導

行動変容に関する理論 糖尿病等の予防に関連した最新の知見 生活習慣改善につなげるためのアセスメントと行動計画 行動変容につながる支援のポイント

2日目

- 3 特定健診・保健指導の基本的な考え方
 - 1)保健指導対象者の選定と階層化
 - 2)情報提供、動機づけ支援、積極的支援の概要
 - 3)ポピュレーションアプローチとの連動
- 4 生活習慣病予防に関する保健指導
 - 1) 身体活動・運動に関する保健指導
 - 2) 食生活に関する保健指導
 - 3)たばこ、アルコールに関する保健指導
- 5 保健指導の展開
 - 1)事例提供
 - 2)保健指導に関する演習(グループワーク)

皿 評価編

20年1月18日実施、315名参加

1 講演

特定健診・保健指導事業の評価 保健指導の評価

2 意見交換

生活習慣病予防対策

3 話題提供

県内医療保険者における特定健診・保健指導の 準備状況

青森県のおける特定健診・保健指導等に係る 人材育成研修会の実施

実践者育成研修 (保健所レベル)

1 東地方保健所

- (1)糖尿病保健指導技術研修
 - 1)食生活: 指導のポイント、演習 (22名参加)
 - 2)身体活動•運動: 同上 (18名参加)
 - 3)たばこ・アルコール: 同上 (19名参加)
- (2)特定健診等に関わる町村担当者会議

(22名参加)

- 1)特定健診・保健指導の基本的な考え方
- 2) 平成20年3月までに町村で実施すべきこと

2 弘前保健所

(1)糖尿病予防(47名参加)

講義:糖尿病予防とメタボリックシンドローム

糖尿病予備群への支援

保健活動に生かすコーチング

グループワーク:特定保健指導を効果的に進めるために

(2)運動習慣(43名参加)

講義・実技:生活習慣病予防のための運動指導の実際

グループワーク:運動習慣を身につけるために

(3)食生活(47名参加)

講義:糖尿病患者の食事指導

グループディスッカッション

ロールプレイ: 行動変容のための効果的な支援方法

(4) 喫煙習慣(30名参加)

講義:生活習慣病予防のための禁煙指導 演習:相手の心に届く保健指導を身につける

3 八戸保健所

(1)講演と演習 (61名参加)

特定健診・保健指導の地域における取り組み 個別健康支援プログラム

- (2)講演・演習と情報提供(68名参加) 矢巾町における特定健診・保健指導の進め方 青森県の糖尿病地域診断
- (3)講義と実習 (35名参加)

身体活動・運動・生活活動 メタボリックシンドロームの改善と運動 生活活動と運動のプログラムの作成

4 五所川原保健所

一糖尿病システム構築事業と併催一

- (1)糖尿病研修会 (104名参加) 糖尿病の診断と治療
- (2)講義と話題提供 (26名参加) 糖尿病治療と保健指導のポイント 板柳町における糖尿病対策について
- (3)講義と演習 (31名参加) 食生活改善支援のポイント 行動目標達成のための支援
- (4)講義と実技 運動習慣改善支援のポイント

5 上十三保健所

(1)講義•演習 (44名参加)

特定健診・保健指導の概要 特定保健指導の効果的な実施に向けて 生活習慣病予防に関する標準的なプログラムの作成

(2)講義・実技・演習 (52名参加)

身体活動・運動の指導ポイント メタボリックシンドロームの予防のための運動 身体活動・運動に関する標準的なプログラムの作成

(3)講演・意見交換 (42名参加)

禁煙指導の考え方と進め方 喫煙対策について 平成20年度からの特定保健指導について

6 むつ保健所

- (1)講義 (20名参加)
 - 1)糖尿病・内臓脂肪症候群のメカニズムと対象者に合わせた生活習慣病への支援
 - 2)保健指導対象者選定と階層化
 - 3)行動変容ステージ
- (2)演習 (22名参加)

健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導 の実際(行動ステージ 準備期の場合)

(3)講義・演習 (20名参加)

健康行動理論の基礎 健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導 の実際(行動ステージ 無関心期の場合)

(4)演習

健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導 の実際(ロールプレイ)

地域保健・職域保健の連携強化

地域・職域連携推進協議会の立ち上げ

- 1 既存の事業の活用
 - ① 県は構成委員と協議内容が類似している「健康寿命アップ 計画推進委員会」を同協議会と位置づけた。
 - ② 一部の保健所では同様に、「地域保健医療推進協議会」の保健対策部会を同協議会と位置づけた。
- 2 新たに立ち上げ 他の保健所では、新たに同協議会を立ち上げた。

保険者協議会の 立ち上げと支援

青森県では平成17年(16年度内)、国民健康保険団体連合会が中心となり、県の後押しを受けて、保険者協議会が立ち上がった。

医療費適正化計画の策定

特定健診・保健指導は同計画のなかで、

「目標達成のための施策の一環」

と位置づけられた。

平成20年度の事業計画

1 特定健診・保健指導に関する研修会

青森県•青森県保険者協議会主催

1回目: 平成20年8月21日、22日実施 2回目: 平成20年9月11日、12日実施

- 2 県・保健所の計画
 - 1) 青森県版特定保健指導の手引きの作成
 - 2) 保健所毎に、特定健診・保健指導を実施して の課題等検討会議の開催
 - 3) 保健指導研修の実施 運動領域、栄養領域

平成20年度特定健診・特定保健指導 に関する研修会 (特定保健指導実践者育成研修)

講義

- 1 医療制度改革と生活習慣病対策
 - 1) メタボリックシンドロームの概念
 - 2) 健診結果と身体変化・生活習慣の関連
 - 3)ポピュレーションアプローチとの連動
- 2 行動変容につながる保健指導
 - 1)行動変容に関する理論
 - 2) 糖尿病の予防に関連した最新の知見

- 3)生活習慣改善につなげるためのアセスメントと行動計画
- 4) 行動変容につながる支援のポイント
- 3 特定健診・保健指導の基本的な考え方
 - 1)保健指導対象者の選定と階層化
 - 2)情報提供、動機づけ支援、積極的支援の概要
 - 3)生活習慣改善につなげるための支援計画
- 4 生活習慣病予防に関する保健指導
 - 1)食生活の保健指導
 - 2) 身体活動・運動の保健指導
 - 3)たばこ・アルコールに関する保健指導

演習

保健指導の展開

これからの課題と方向性

- 1 地域・職域保健の連携体制の構築 (特に職域に対する積極的支援)
- 2 特定健診のデータ分析や活用法、評価等による市町村支援
- 3 健康増進計画等による、ポピュレーション アプローチに基づいた市町村支援

特定健診・保健指導の問題点

- 1 目的自体の問題
- 2 方法の問題
- 3 義務化によって生じる さまざまな問題

目的自体の問題

- 1 メタボリックシンドロームのみを見つけるための健診 であってよいのか。
- 2 健診の本来の目的は疾病の早期発見であって、 医療費削減を目的とした保健指導対象者の抽出 ではない。
- 3 生活習慣病の予防によって結果的に医療費が減少するのであって、医療費全体の削減が目的では本末転倒である。

高齢化に伴い、医療費は欧米諸国並に、それに 見合ったものにすべきである。

方法の問題

1 階層化基準はこれでよいのか

メタボリックシンドロームの概念を導入したはずなのに、 階層化基準と8学会の基準が異なっている。

(1)空腹時血糖

メタボリックシンドロームの判定基準 110mg/dl 特定保健指導の階層化基準 100mg/dl

階層化基準を用いると軽症の指導対象者が多くなり、 中等症以上の者に対して十分な介入・対応が取りづ らくなる。 ハイリスクアプローチなのか、ポピュ レーションアプローチなのかわかりづらい。

(2)メタボリックシンドロームの定義には BMI値、HbA1C値はない

階層化基準がこれでよいというエビデンスは無い

2 腹位やBMIをスクリーニングの 指標としてよいのか

- 1) 肥満でない高血圧者、糖尿病者は少なくない。
- 2) 40歳以上では、体重と他の検査値異常 とは、必ずしも相関しないことが示されて いる。

3 住民健診としては 検査項目不足である

従来の基本健診でスクリーニングされていた 検査項目で、必須項目ではなくなったものがある

尿酸値、 貧血検査、 尿潜血、 眼底検査、 心電図、 など

これらの項目に異常があっても発見されず、(従来は発見されていた)必要な保健指導が受けられない

4 特定保健指導の非対象者を どうするのか

(1)治療中の者

服薬しているだけで、主治医から適切な指導を 受けてはいない者も少なくない。

また、他疾患で治療中の場合、健診で指摘され 事項が必ずしも主治医が把握しているわけでは ない。

(2)要精検・要医療の者

十分な保健指導をしないと(積極的支援者よりも 少ない時間の説明、保健指導の対象外とされる などにより)、必ずしも精検・医療に繋がらない 可能性あり。

(3)健診未受診者

- 1) 無関心者、拒否反応を示す者
- 2) 健診会場に行くのが困難な者
- 3) 生活保護者等社会的弱者 健康増進法に基づく努力義務事業で十分に対応 できるのか

(4)糖尿病等の単リスク者 ステップ3で個別指導対象からはずれる

- 5 特定健診を受けていながら、特定保健指導 を受けない人・受けられない人がでてくる。
- 1)特定保健指導の目標設定では、保健指導にかかる 事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を 設定する。

結果として対象者数がこれを上回った場合、希望 しても特定保健指導を受けられない人が出てくる。

2)保健指導が長期にわたり、煩雑であり、しかも有料 なことが多いため、対象者であっても特定保健指導 を拒否する住民は少なくない。

義務化によって生じる さまざまな問題

- (1)参酌基準にメタボリックシンドロームがあるため、メタボリックシンドローム対策に偏りがちになる。
- (2)保健活動がハイリスクアプローチに偏りがちになる。
- (3)市町村の保健活動の大部分が保険者として の活動となる可能性あり。 従来の保健事業に支障を来さないか。

(4)健康増進法第19条に基づく努力 義務事業が手薄になりはしないか

- 1) 歯周囲疾患検診
- 2) 骨粗鬆症検診
- 3) 肝炎ウイルス検診
- 4)40歳以上の生活保護受給者等に対する健診
- 5)特定健診非対象者に対する保健指導
- 6)がん検診

特にがん検診

目標の達成度による後期高齢者 支援金の加算・減算は妥当か

- 1 受診率等の数字にエビデンスはあるのか
- 2 受診率等の算定式自体が妥当なものか
- 3 達成出来なかった場合の責任は保険者のみに あるのだろうか

被保険者は? 国の企画自体に無理、問題はないのか?

結 論

県・県型保健所に求められるもの

特定健診・保健指導が導入されても、保健活動のポリシーはいささかも変わらない

- 1 地域保健法・健康増進法に基づく市町村支援
- 2 ポピュレーションアプローチ主体の保健活動の推進
- 3 健康的なライフスタイルを身につけるための環境づくり
- 4 地域・職域・学校保健の強力な連携関係の構築 など

特定健診・保健指導の欠点を補完し、市町村や職域で不足している保健活動を支援する。

[事例5]

「仙台市の特定健診・保健指導の状況」

事例提供者

赤井 由紀子 (仙台市若林区保健福祉センター長)

事例名	【事例5】仙台市の特定健診・保健指導の状況
事例提供者名	赤井 由紀子(仙台市若林区保健福祉センター長)
コメント(1)成功要因分析	 特定保健指導モデル事業(委託型・直営型)の実施 市医師会との検討会の設置、協議 各種検討会開催(健診判定基準、保健指導プログラム内容等検討) 医師会会員向けの事前説明 市民への周知・広報(職域保険の情報も含む) 「働く市民の健康づくりネットワーク会議」(地域職域連携推進協議会)の開催・情報共有 組織人員体制の見直し(保険年金課と健康増進課との連携、保健指導担当者の増員)
(2)事例からみた医療連携	 ●特定健診・特定保健指導(動機付け支援)を市医師会へ委託(登録医療機関が実施) ●平成19年度より、市医師会との検討会の設置、協議 ・総合判定基準検討会 ・保健指導プログラム内容検討会 「働く市民の健康づくりネットワーク会議」(地域職域連携協議会)への医師会の参加 ●特定健診・特定保健指導実施医療機関に対し事前研修・会議 ・医師会員向け(平成20年4月、7月)・実務者会議(平成20年7月)
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・健診受診率、保健指導実施率の向上を図る(未受診者対策、健診実施登録機関との連携) ・特定健診の順調な流れ、保健指導の質の確保・保健所実施の健康増進事業との連携 ・特定健診結果の活用及び特定保健指導の効果の評価検証(積極的な地域の健康づくりへの取組み)

仙台市の特定健診・保健指導の現状



仙台市若林区保健福祉センター 赤井由紀子



仙台市の概況



宫城野区 泉区 若林区

区	推計人口 (H20. 5. 1)	病院数 (H20. 4. 1)	診療所数 (H20. 4. 1)
青葉区	348,916人	23	354
宮城野区	187,009人	11	128
若林区	129,401人	5	99
太白区	224,766人	11	129
泉区	209,898人	8	145
計	1,029,576人	58	855

★仙台市国保加入状況:32万1千人 (H19.3.31) (出典:平成19年版仙台市の国民健康保険)

健診制度見直しに関する取り組み状況

平成18年度

- ・国保対象者の基本健診受診結果について分析 平成19年度
 - ・特定保健指導モデル事業の実施(2区)
 - ・青葉区基本健診における腹囲測定等調査
 - ・仙台市医師会と特定健診・特定保健指導に関する検討会を設置、協議
 - ・各種検討会議の開催 健診判定基準の見直し 保健指導プログラム内容の検討

_	~平成19年度		対象年齢		平成20年度~		_	
基本健康診査	35歳以上 40歳未満 (市単独事業)		35~ 39歳	基礎健診	35歳以上39歳以下 《市単独事業》 (「健康増進法」)	生活保		
尿診査 (他に健康診査を受診する機会のな	40歳以上 (「老人保健法」)		40~	特定健診	国保加入者 《市国保事業》 (「高齢者医療確保法」)	護受給者等	(在宅で寝たきり等の方) 訪問健康診査	
診する機会のない	訪問健康診査 (在宅で寝たきり等の方)	生活機能診査	65~ 74歳 75歳				きり等の方)	生活機能診査
い市民)		診査	~	基礎健診	後期高齢者医療制度加入者 《広域連合から受託》 (「高齢者医療確保法」)			影

市民への広報



平成19年 12月

- *「市政だより」に特定健診に関する特集記事 を掲載(全戸配布)
- *市ホームページに特定健診の概要について掲載

平成20年 3月~4月

- *公共交通機関(市バス・地下鉄)、市内医療機関等にポスター掲示
- *区窓口・市公共施設、医療機関等でチラシ 配布
- * 民生児童委員、連合町内会長に説明

平成20年 4月

- *「市政だより」に健診制度に関する特集記事 を掲載し、「市民健診申し込み案内」と同時 に全戸配布
- *市ホームページに、新健診制度に関する詳 細内容を掲載



健診の実施体制

《~H19年度》

〇本庁(健康増進課)

健康診査事業の総括

市民健診(がん検診等を含む)の総括 担当1.5名

〇区保健所(家庭健康課)

健康診査事業の実施 健診担当 1名 《H20年度》

〇本庁(健康増進課)

健康診査事業の総括

市民健診(がん検診等を含む)の総括 担当1.5名

〇本庁(保険年金課)

国保保健事業の総括

特定健診担当 1名

特定保健指導担当 保健師2名

(うち嘱託1名)

〇区保健所(家庭健康課)

健康診査事業の実施

健診担当 1名

特定保健指導の補助として

嘱託管理栄養士または保健師 1名

健診・保健指導の実施体制

【基礎健診】 【特定健診】

_{実施機関} 登録医療機関

【動機付け支援】

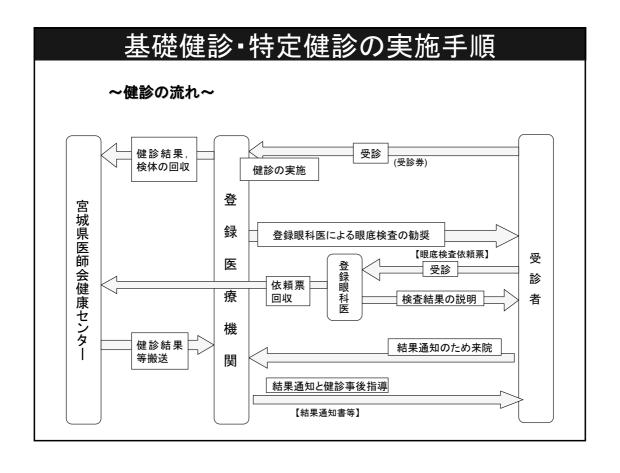
実施機関 登録医療機関

【積極的支援】

会場 **区保健所** 実施機関

仙 台 市 健 康 福 祉 事 業 団 (市医師会より医師派遣)

※各区保健所は調整及び総合的な健診事業の推進



平成20年度特定健診・保健指導のスケジュール 7月中旬 受診券送付 8月~10月,翌年1月 特定健康診査実施(登録医療機関で個別受診) 受診後 約2週間後 受診した医療機関で結果の説明,事後指導 8月~翌年3月 特定保健指導 生活習慣病のリスクが高い人に利用券を発行

積極的支援

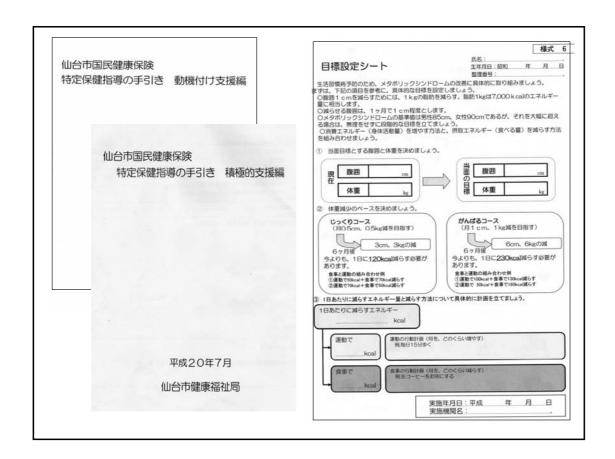
特定健診・保健指導の実施目標 (仙台市国民健康保健特定健康診査等実施計画より)

動機付け支援



区分	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
特定健康診査の実施率	40%	46%	52%	58%	65%
特定保健指導の実施率	20%	25%	30%	35%	45%
メタボリックシンドローム 該当者・予備群の減少率	_	_	_	_	平成20年度比 10%

※平成18年度 40~74歳の国保被保険者の基本健康診査受診率 33%





特定保健指導内容一動機付け支援一





登録医療機関による個別支援(20分)

- ①面接による支援
 - ・生活慣習と健診結果の関係の理解、生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識などから生活習慣改善の必要性を説明
 - ・栄養・運動等の生活習慣改善に必要な実践的な指導
 - ・対象者とともに行動目標・行動計画を作成
- ②6ヶ月後の評価
 - ・行動目標の達成状況について評価

特定保健指導内容 一積極的支援一

区単位に初回・3ヶ月後の面接支援は、健康康福祉事業団と 医師会派遣医師による集団支援(160分)

- ①面接による初回支援(=動機付け支援内容と同じ) 医師の講話20分、グループワーク、行動目標・行動計画を作成
- ②3ヶ月間の継続支援(電話で実施) 2週間後励まし支援、1ヶ月後取り組みチェック 1.5ヶ月後励まし支援、2ヶ月後取り組みチェック
- ③3ヶ月後の面接による支援
 グループワーク、取り組みの振り返り、医師講話15分
- ④6ヶ月後の評価 行動目標の達成状況について評価



平成20年度 特定健診・保健指導への取組み

☆特定健診の順調な流れ及び保健指導の質の確保の ために

実施機関(登録医療機関)に対し研修会を開催 市全体の研修会(4月及び7月に各2回) 区ごとに実務者研修会(7月)

☆より多くの人が特定健診を受診できるように

- 市の「働く市民の健康づくりネットワーク会議」(地域・ 職域連携推進協議会)を開催し、情報の共有化をは かる(5月)
- ・ 職域保険の被扶養者に対する健診案内の周知(市 民全体の健診受診を支援するため)
- 国保被保険者へは、全員に受診券を郵送(7月)

●仙台市 健康づくりお役立ち情報

8月から基礎健診・特定健診が始まりました

8月から基礎健診・特定健診が始まりました。 健診の受け方を確認して、忘れずに健診を受けましょう。

受診期間

平成20年8月1日(金)~10月31日(金) 平成21年1月6日(火)~31日(土)

仙台市が実施する基礎健診を申し込まれた方

特定健診の対象となる仙台市国民健康保険に加入している方

お届けした受診券の記載内容と同封の登録医療機関名簿(下の一覧でもご覧いただけます。)をご確認の上、期間内に受診してください。

※後期高齢者医療制度に加入している方は、基礎健診を受診することができます。まだ申し込みをしていない方は、早めにお申し込みください。

登録医療機関名簿一覧 (平成20年7月31日現在) 青葉区 宮城野区 若林区 太白区 泉区 ※いずれの登録医療機関でも受診できます。なお予約制のところもありますので、健診時間等はあらかじめ登録医療機関にお確かめください。

仙台市国民健康保険以外の医療保険加入者の 被扶養者の方(40歳~74歳)の特定健診について 詳しくはこちらをご覧ください

特定健診が始まって…

制度改正に対する問合せや苦情がよせられたが おおむね順調に実施されている

[問合せ・苦情内容]

- 制度の違いについて
- ・ 受診券が届いた驚き(国保の人)
- ・ 受診券がとどかない(国保外の人)
- 登録医療機関とかかりつけ医との問題
- ・ 登録医療機関への受診に当たっての問題(予約など)
- 検査項目の変更
- ・ 眼科受診の問題
- 個別方式に対して
- * 職域の被扶養者健診の対応の遅れ
- * 職域保険では、保健指導事業実施の動きがほと んどない

仙台市の国保特定健診実施状況 (8月末現在 速報値)

特定健診受診者

18, 180人

階層化結果

積極的支援

動機付け支援 1,710人(出現率:9.41%)

651人(出現率:3.58%)

特定保健指導対象者の出現率が国参酌標準より低い傾向 まずは、受診率向上に向けての取組みが必要か...

今後の課題と対応

- *健診受診率・保健指導実施率の向上
 - ・未受診者への呼びかけ(職域保険の未受診者対策への 協力も予定)
 - 登録医療機関との連携
- *保健所における健康増進事業との連動
 - ・地域全体の健康増進につながる健康教育、健康相談事業等の展開
- *特定健診結果の活用
 - ・地域全体の予防活動に活用
- * 特定保健指導の効果の評価検証

保健所の重要な役割のひとつ

地域保健の観点から

「ヘルスプロモーションによる地域住民の健康づくりを推進する」

- ★特定健診・保健指導事業は、リスクのある市民へのアプローチの手法であり、保健所としては、健康増進事業(健康づくりに関する各種事業)と連動させて実施することが必要
- ★今回の健診制度の変更により、**医療保険者とともに予防を重視した取り組み**をしていくことが必要
 - * 地域と職域との連携、医師会等の関連機関との連携
 - * 情報収集、特定健診・保健指導の効果検証、事業評価

積極的に地域全体の健康づくりを考える!

[事例6]

「特定健診・特定保健指導の取り組み」

事例提供者

仁昌寺幸子 (岩手県岩手町健康福祉課課長)

事例名	【事例6】特定健診・特定保健指導の取り組み
事例提供者名	仁昌寺 幸子(岩手県岩手町健康福祉課長)
コメント(1)成功要因分析	 ・庁舎内で、町のトップを座長として打合せを行い、トップの理解と関係課との共通認識を持っての取組み(国保担当と健康づくり担当との連携) ・町と地元医師会との既存の「検診推進委員会」を通じ、医療機関との協力体制 ・保健推進員の活動を通し、住民へ健診の周知・特定保健指導のウォーミングアップとして、国保ヘルスアップ事業の実施
(2)事例からみた医療連携	・医療機関との連携会議(検診推進委員会)を開催し、制度改正の説明、健診対象者の捉え方(治療中の者をどうするか)について協議(平成19年8月)
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・市町村への技術的支援及び地域の健康課題の抽出、分析、評価 ・スキルアップ研修 ・情報交換の場を設定し、市町村間の取り組み状況を共有し、市町村間の格差是正を図る ・地域・職域連携推進協議会を通して、情報の共有化と積極的な健康づくりの推進

特定健診・特定保健指導の取り組み

岩手町健康福祉課

岩手町の概況



H20. 4. 1 現在

人口	16,283人
高齢化率	29. 7%
世帯数	5,343
医療機関	県立病院 (-内科 1 -外科 -整形外科 -病床数60 開業医 10
保健推進員受け持ち世帯	124人 (一人当たり約43世帯)
基幹産業	農業(米・野菜・畜産)

円滑な事業推進をめざした体制づくり

【方針】平成20年度から、「何が」「どのように変わるのか」 「めざすものは何か」を熟知し、関係者の共有を図る

時期	ねらい	具体的取り組み
平成18年11月	特定健診のための 対象把握	受診者の保険区分の把握 ・19年度健診通知書作成にあたり「健 康保険証」を明記
平成18年11月 ~翌年1月	庁舎内関係課の 打ち合わせ	共通認識を持つ ・制度改正の概要確認、庁舎内組織編 制のあり方
平成19年4月	丁寧な個別説明で 理解を深める	ひとりひとりへ説明 ・20年度から検診が変わることを説明
平成19年5月	職員間の共通認識と 課題の確認	改正点のポイントを整理 ・20年度から何が変わるのか?

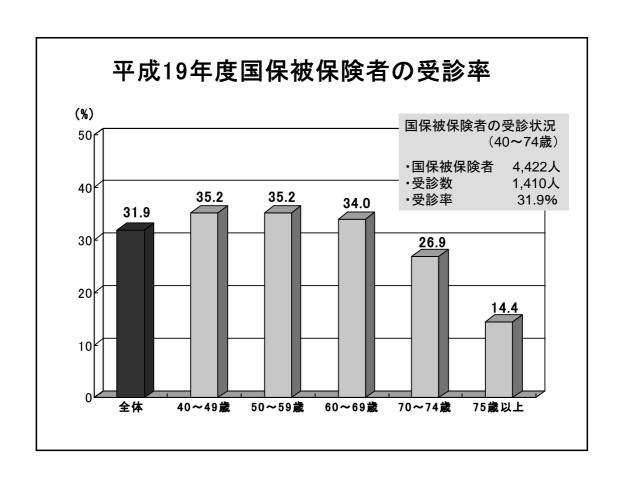
時期	ねらい	具体的取り組み
平成19年8月	医療機関との連携会議 「岩手町検診推進 委員会」の開催	医療機関との連携 ・医療機関に対し改正点を説明。 健診対象者の捉え方(治療中の者 をどうするか)について協議
平成19年9月 ~10月	保健推進員研修会の 開催	町民とのパイプ役を担う人達の研修・生活者としての視点を特定健診に 生かすため、情報交換
平成19年9月 ~翌年2月	国保ヘルスアップ事業	特定保健指導のウォーミングアップ として実施
平成19年11月	電算係と協議	電算システムの活用 ・受診予定調査票、検診通知書作成
	当初予算編成 健診通知書印刷発注	歳入・歳出の一括管理 ・医療制度、介護保険制度、健康増進法などに基づく対象把握と予算編成

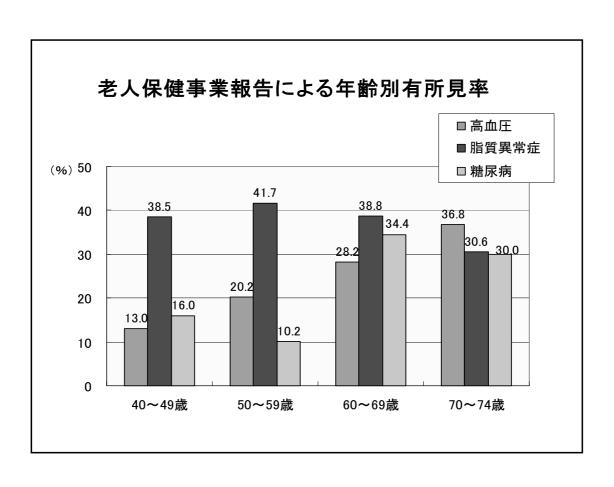
時期	ねらい	具体的取り組み
平成19年12月	町広報誌への掲載	
平成20年1月	検診推進員会の開催	検診項目の確認 ・大事な検診項目 治療中の人への対応
平成20年1月 ~3月まで3回	検診委託機関と 国保係、介護担当係との 合同協議	・健診場面のシュミレーション契約などの事務手続き
平成20年3月	保険推進員研修会	さあ!いよいよ始まりますよ!



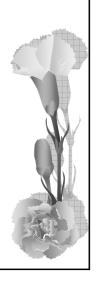
【健診についての町の方針】

- ①町民とのキャッチボールで「自分のための 健診」という意識を醸成
- ②健診推進体制の構築
- ③健診料金個人負担の無料化
- ④対象者の的確な把握





国保ヘルスアップ事業 特定保健指導の試み



【目的】

平成20年度から始まる特定保健指導を円滑に実施するため、また従事者の保健指導力の向上と教室の運営方法や課題を把握する。

【内容】

- 循環器検診結果から保健指導対象 者を「動機づけ支援」「積極的支援」に 階層化に区分
- 参加者が自分の生活習慣を振り返り、 改善出来るところを見つけ出し、チャレンジしようとする意欲を高めた

【結果】 動機づけ支援

参加者の背景	BMI+1項目(血圧か血糖か血中脂質)
参 加 者	37人(対象者96人)
開催回数	5回
主な内容	血圧・腹囲・体重測定、運動、食事調査と指導
チャレンジした	何にでもしょうゆをかけていたが、かけなくてもよくなった
内容	•お菓子を買うことが少なくなった
	•万歩計をつけてよく歩いている
	•野菜を多く食べるようになった
改善出来たこと	•ベルトの穴が3つ縮んだ
уп шунете	•腹囲が5. 8cm縮んだ ・体重が2kg減った
従事職員	保健師2名 管理栄養士1名 運動指導士1名
課題	•食べた量が不明瞭であり、食事調査が難しい
	•対象者が集まらない

【結果】 積極的支援

参加者の背景	BMI+2項目(血圧か血糖か血中脂質)
参 加 者	15人(対象者216人)
開催回数	8回
主な内容	血圧・腹囲・体重測定、運動、食事調査と指導
	個別指導の時間を充実
チャレンジした	•ビールの量を減らした
内容	●喫煙生活40年を、今回の参加をきっかけにやめた
1,1	•腹八分目にした ・味噌汁を具沢山にした
改善出来たこと	●腹囲が5. 5cm減った
	●体重が2. 7kg減った
従事職員	保健師2名 管理栄養士1名 運動指導士1名
課題	•申し込みをしても忘れているのか、参加者が少ない





平成19年度の活動をふまえて検討したこと

- ① 健診項目は適切か?
- ② 医療機関(医師)の理解は得られたか?
- ③ 特定健診・特定保健指導の目的ややり 方について、住民の理解は深まったか?

平成19年度の活動をふまえて検討したこと

- ④ 受診率と保健指導参加率を高めるには?
- ⑤ 国保担当と健康づくり担当との連携は?
- ⑥ 混乱なく円滑な健診にするための会場シュ ミレーション

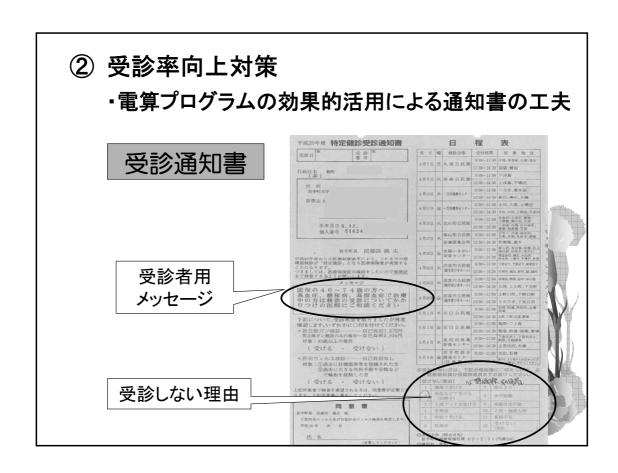
【実施計画】

区分	平成 20年度	平成 21年度	平成 22年度	平成 23年度	平成 24年度
特定健康診査 受診率	35%	40%	50%	60%	65%
特定保健指導 利用率	20%	25%	30%	40%	45%
内臓脂肪症候群該当者 及び予備群の減少率	_	4%	6%	8%	10%

【主な取り組み】

① 行政と医療機関の連携会議 岩手町検診推進委員会」の開催





・保健推進員の 声かけ

通知書に書かれた メッセージを伝える

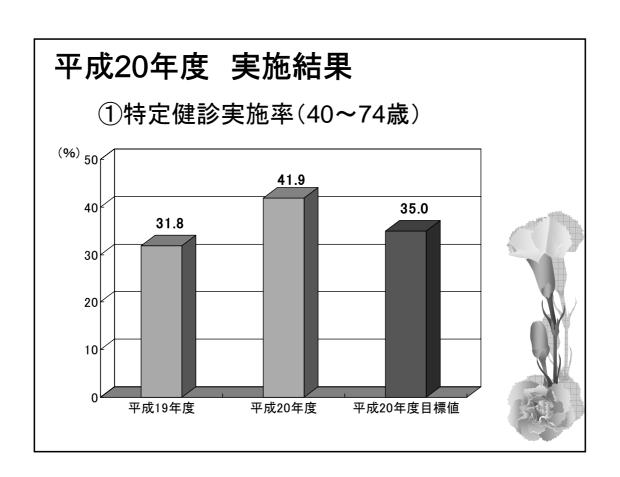


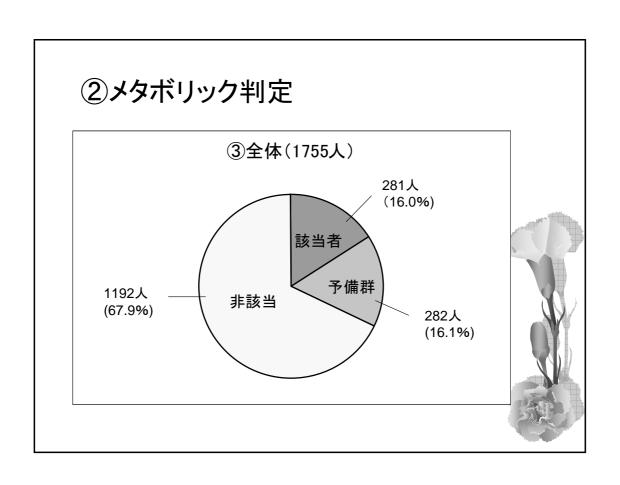
・健診会場で個人への説明を充実

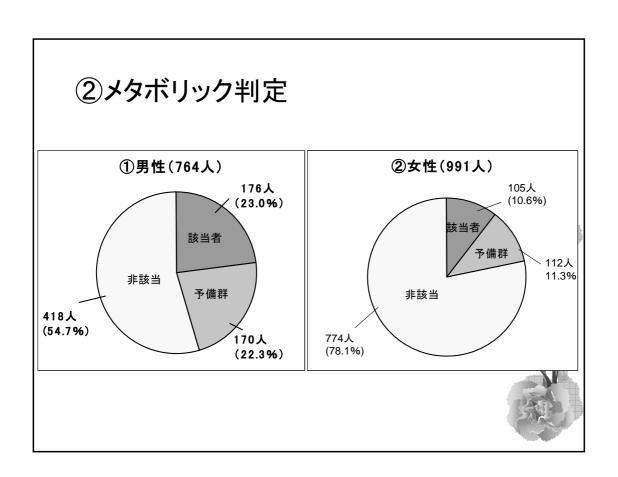


・国保担当と健康づくり担当との連携







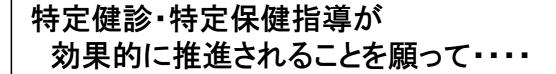


平成20年度特定保健指導の実施

① 時期: 平成20年10月~平成21年3月 (6ヶ月間)

② 予定人数:保健指導利用率 20%

	予定数	方 法
動機づけ支援	75名	調査表送付と内容確認保健指導1回6ヶ月後評価
積極的支援	40名	・3ヶ月以上の継続支援・180ポイント以上・6ヶ月後評価



- ①データ分析
 - •市町村を特徴的にあらわすデータの分析
- ②研修と情報交換
 - ・スキルアップのための研修
 - •「実践例から学ぶ」ための情報交換の場
- ③国の目標値にむけた取り組み状況を共有し 市町村の格差是正を図る

【関東甲信静ブロック】

[事例1]

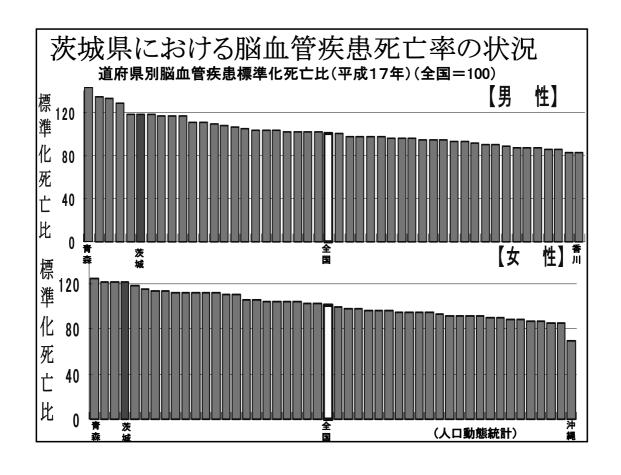
「脳卒中医療連携におけるつくば保健所の 取り組み」

事例提供者

石田 久美子 (茨城県つくば保健所長)

事例名	【事例1】脳卒中医療連携におけるつくば保健所の 取り組み
事例提供者名	石田久美子(茨城県つくば保健所長)
コメント(1)成功要因分析	・日頃から、関係機関との顔の見える関係づくりをする。 ・日常業務を通じて、地域のニーズ、アイディアを拾い上げる。 ・地域の関係者、関係機関が共通の目的意識をもつ。 ・地域の人材、関係機関が主体的に動けるよう、保健所は中立的な立場で調整役になる。 ・地域の関係者と一緒にできることからやってみる。 ・保健所の事業として事業化(予算化)することにこだわらず、関係機関、団体等が主催する会議、研修会に参加・協力して進めることも考えたれる。
(2)事例からみた医療連携	られる。(予算の切れ目が事業の切れ目にならないように) 1. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議を開催:保健所が主催で医師会、中核病院、老人保健施設、老人福祉施設、学識経験者からなる会議を開催し、地域の脳卒中医療連携における課題と対応策について検討した。 2. 急性期→回復期に重点をおいた地域連携パスの検討:管内の急性期病院が中心になり、主に急性期→回復期に重点を置いた検討会を開催し地域連携パスを作成した。保健所は検討会に参加した。 3. 維持期における連携体制の検討:保健所が、医師、OT・PT、訪問看護師、ケアマネージャー、ホームペルパー等による検討の場を設け、患者の状態を評価し、多職種が共有できる「連携ノート」を作成した。
(3)保健所の関与の可能性と役割	・保健所は日常業務を通じ、地域の医療機関、患者・住民の声を拾える立場にあることから、地域ニーズを的確に把握し、基礎資料を作成し、提示する役割を担う。 ・保健所は、地域の関係者、関係機関が共通の目的意識を持てるよう意見を集約していく。 ・保健所は中立的な立場で、地域の保健・医療・福祉の関係機関に働きかけることができることから、地域の人材、関係機関が主役として主体的に動けるよう、調整を行う。





脳卒中医療連携におけるつくば保健所の取り組み

- 1. 管内療養病床入院患者の実態把握
- 2. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議における「連携上の課題と対応」に関する検討
- 3. 急性期→回復期に重点をおいた地域連携 パスの検討
- 4. 維持期における連携体制の検討

- 1. 管内療養病床入院患者の実態把握
- つくば保健所管内の療養病床を有する医療機関(6医療機関:介護療養病床 55床 医療療養病床 430床)における、調査時の入院患者407人のうち約1/3の患者について分析

調査結果について

患者個票 回答数 125人

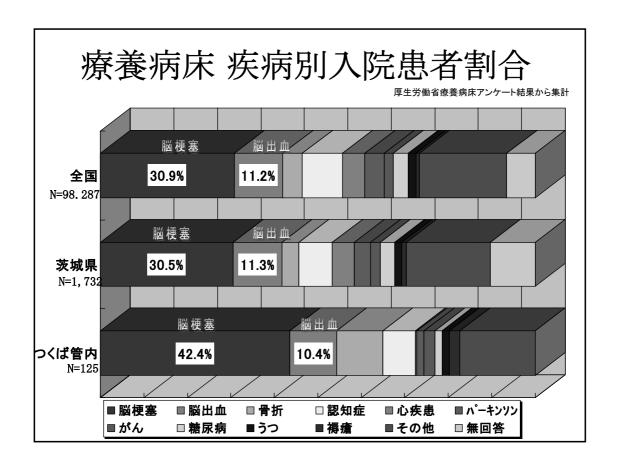
うち脳卒中数 66人 回答数のうち52%

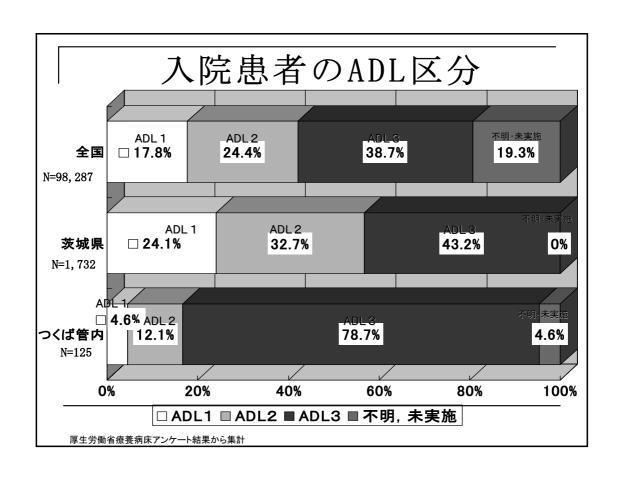
疾患別 病床別

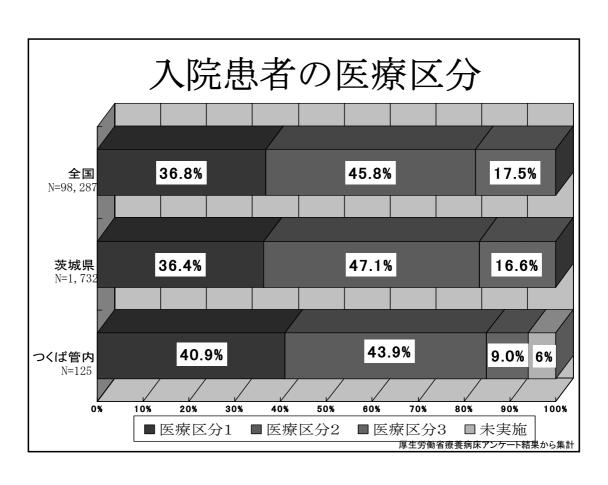
脳梗塞 53人 医療療養61人 脳出血 13人 介護療養 5人

> 性別 男27人 女39人 平均年齢 76歳

平成18年10月 つくば保健所管内療養病床アンケート調査



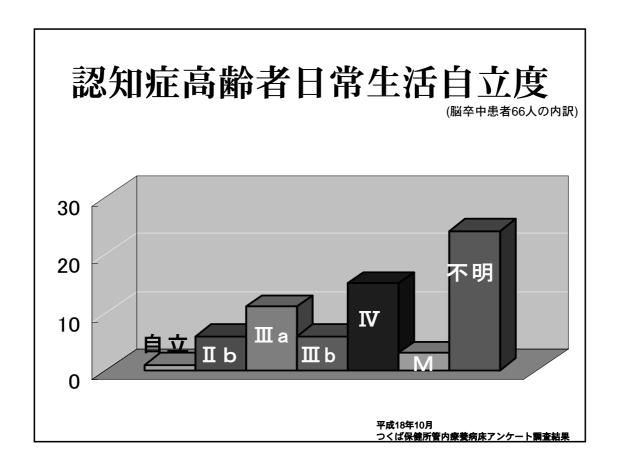


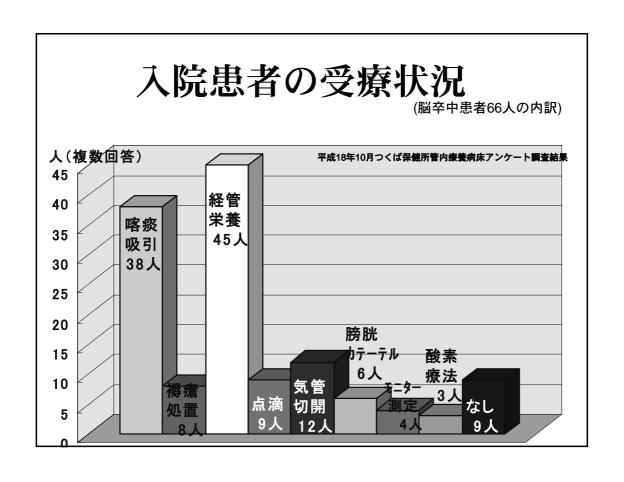


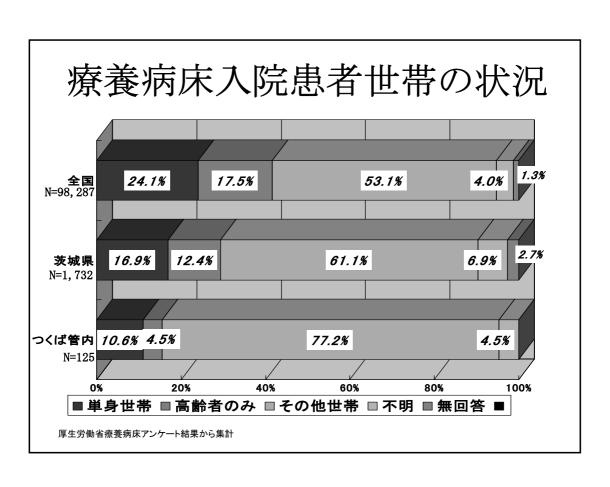
つくば管内脳卒中患者の 医療区分とADL区分

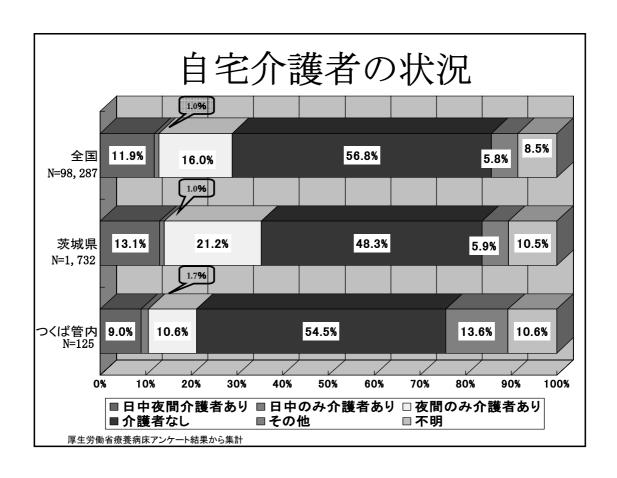
	医療	区分 1	医療	区分 2	医療	区分 3	7	下明		計
ADL 3	19	28%	27	41%	6	9%	0		52	78%
ADL 2	5	8 %	2	3%	0		1	1%	8	12%
ADL 1	3	5%	0		0		0		3	5%
不明	0		0		0		3	5%	3	5%
計	27	41%	29	44%	6	9%	4	6%	66	

平成18年10月 つくば保健所管内療養病床アンケート調査







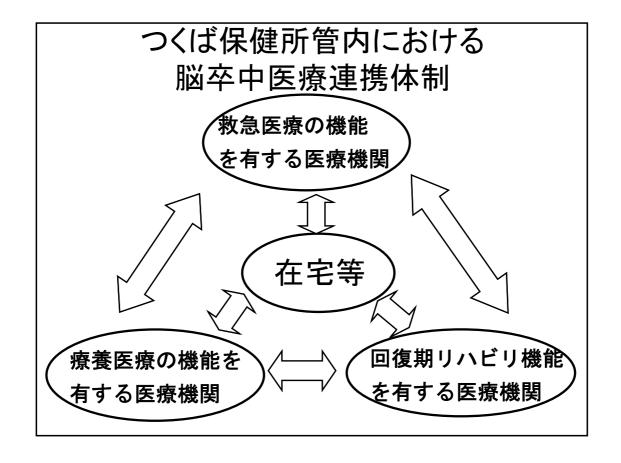


- 2. つくば保健医療圏脳卒中モデル策定会議における「連携上の課題と対応」に関する検討
- 保健所主催で会議を開催し、脳卒中医療連携上の課題を抽出し、地域で取り組む対応策 について検討

つくば保健医療圏 脳卒中モデル策定会議

委員長 筑波大学 教授

委員保健・医療に関する学識経験者 医師会,中核病院,老人保健施設,老人福祉施設 の代表 保健,医療及び福祉に関する行政機関職員



策定会議における検討事項

- 1, 「流れ」のどこに問題があるか。 それぞれの機関,施設が抱える問題や 連携上の課題
- 2、「流れ」をよくするための方策

脳卒中医療連携に関する課題

急性期病院

患者の転院先病院の確保

(医療依存度の高い重症患者、経済的な事由を抱える患者の 転院が滞る)

急性期からのリハの充実

回復期病院

病床数が少ない

理学療法士、作業療法士、専従医師、看護職員の確保

療養型病院

入院待機の長期化 患者自己負担の増(生活療養費) リハビリの限度日数 回復期リハの適応のない重症患者の受け入れ

老健施設等

入所待機が長期化 入所者急変時の対応 胃瘻やO2管理,精神疾患患者の受入施設が少ない 費用の問題

在宅

介護者及び費用の問題病状急変時の対応が不安

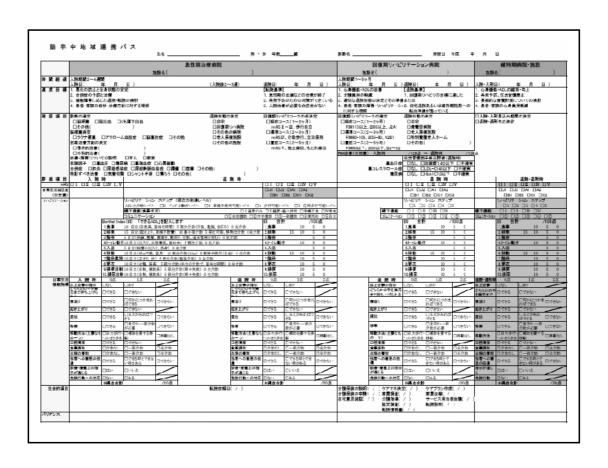
「流れ」をよくするためにできそうなこと?

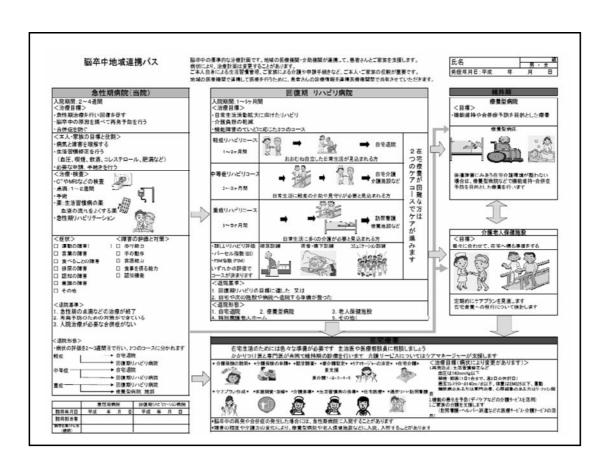
- ■地域連携パスの検討
- ■医師,OT・PT,看護師,ケアマネージャーなど多職種が書き込める連携チエックリスト作成など
- ■急性期からのリハビリ推進
- ■空きベッドの状況、受け入れ可能な患者について 情報提供できるしくみ
- ■在宅医療の推進(在宅療養支援診療所)

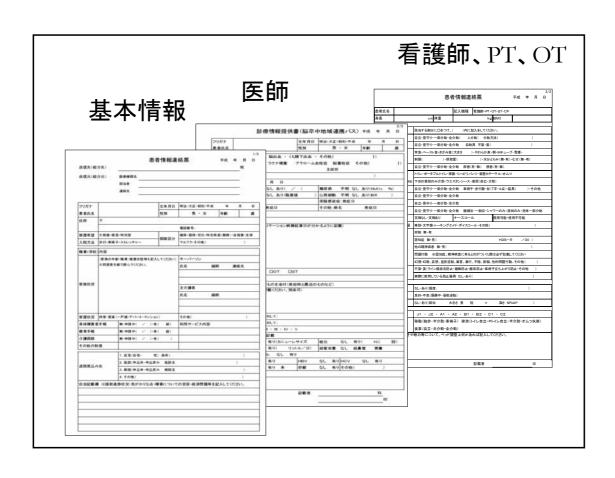
•

-

- 3. 急性期→回復期に重点をおいた 地域連携パスの検討
- 管内の急性期病院が中心になり、主に 急性期→回復期に重点をおいた地域連携 パスの検討会を開催し連携パスを作成した。 保健所は、検討会に参加。







4. 維持期における連携体制の検討

・保健所主催の「つくば保健医療圏脳卒中 モデル策定会議」のメンバーを中心に 「脳卒中連携パス勉強会」が発足し、保健 所に集まっている。

保健所は、場を設定することとなり、所長、担当が勉強会に出席。

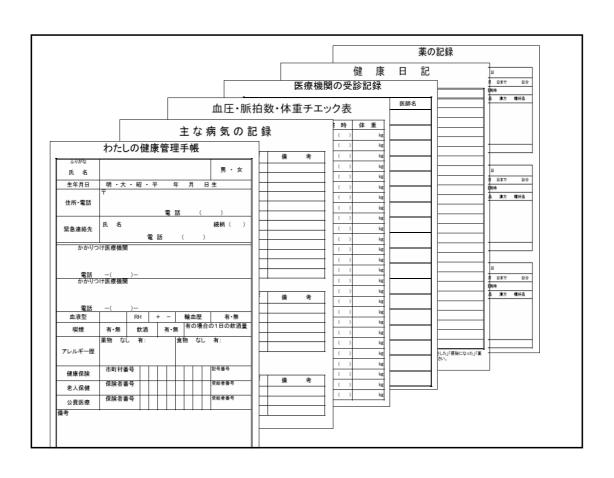
勉強会では特に維持期の連携体制について 検討することになった。

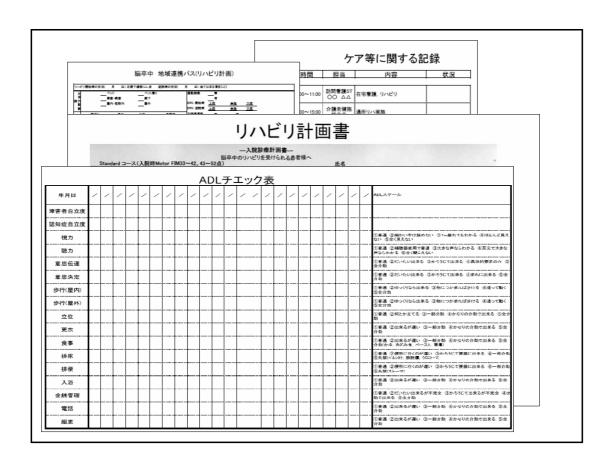
• 医師,OT・PT,看護師,ケアマネージャーなど 多職種が書き込め、経時的に自立度評価が チェックできるような「連携ノート」を作ろうと いうことになり、作成作業を進めてる。

連携ノート(検討中)

記載される内容

- •患者情報 (氏名,住所,主治医,健康保険,既往症,入院記録等)
- ・血圧自己管理チエック票、健康記録
- •医療機関等受診記録
- ・診療,検査,服薬に関する記録
- ・ケア記録, リハビリ記録
- ・ADLチェック表
- ・地域連携パス





[事例2]

「地域保健医療計画の作成における保健所 の役割について」

事例提供者

土屋 久幸 (埼玉県鴻巣保健所長)

事例名	【事例2】地域保健医療計画の作成における保健所 の役割について
事例提供者名	土屋 久幸(埼玉県鴻巣保健所長)
コメント(1)成功要因分析	当保健所の属する埼玉県中央保健医療圏はさいたま市を含む埼玉県中央部に位置し、圏域内の人口は240万人で日本最大の人口規模を有する二次保健医療圏である。この広く人口の多い圏域で、共通の目標を設定するには日頃からの情報収集と連携が重要である。地区医師会、保健所、市町村と日頃の連携の中で高い感度で情報を収集できたことが、その後の共通の課題の抽出に繋がった。 保健所長始め職員の日々の情報収集と関係機関との連携が鍵である。
(2)事例からみた医療連携	今回、重点施策を考えるにあたり、「在宅医療の推進」を柱の1つに掲げた。その理由として、多くの開業医は在宅での看取りは難しいと考える一方、がんセンターでは終末期に在宅医療を受け臨終期のみホスピスに入院して看取ることや在宅医療の延長で在宅で看取ることも可能と考えていたことがある。さらに、医師会とがんセンターでは定例的な地域医療連携も実施されていた。こうした情報を基に、「在宅医療」を勧めるため、地域保健医療協議会では「がん末期患者の看取り」をテーマに研修会を行い、関係者の思いを確認した。保健所は全体の関係者の思いを共有する機会を提供した。
(3)保健所の関与の可能性と役割	地域保健、医療の関係機関をコーディネートするのは保健所の役割であり、地域保健医療計画の 策定並びに進行管理を通して各機関の事業計画を 調整しうる。当保健所は医師会と連携を密に事業 を推進している。このため、地区の医師会長は医療計画の重要事項を認識し、医師会の節目となる 会合や会報で医療計画の内容について掲載し、医師会員に協力を要請している。さらに、医師会、 市町村との協力関係は小児救急医療体制の整備に も良い影響をもたらし、小児救急医療体制の非に 11月から1歩前進した。 このように、広域での保健医療体制の調整に保 健所の果たす役割は大きいと考える。

地域保健医療計画の作成における保健所の役割について

埼玉県鴻巣保健所長 土屋久幸

1. はじめに

埼玉県では平成19年度に埼玉県保健医療計画の第5次計画を策定しました。

県計画の基本理念は、「安心・安全」を全ての基本とし、県民一人ひとりが健康で安心した くらしが送れるよう、「健康でしあわせな社会をつくるため福祉と連携した保健医療を充実す る」ことを目標としています。

この目標を具体化するために以下の三つの方向を定めています。

- ①質が高く効率的な医療提供体制の確保
- ②生涯を通じた健康づくり体制の確立
- ③安心・安全なくらしを守る健康危機管理体制の構築

この計画には県計画と圏域別計画があり、後者は保健所が事務局となった9つの地域保健医療協議会が重点施策を策定しています。

当保健所は中央保健医療圏に属し、さいたま市、鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、川口市、 蕨市、戸田市、鳩ヶ谷市、伊奈町の9市1町が圏域で管轄人口は242万1千人です。

今回、当所の役割について報告します。

2. 計画見直しの経緯

圏域別計画の見直しにあたり、当圏域では中央地域保健医療協議会(会長:高梨浦和市医師会長)を開催し、圏域における重点取組項目(案)を策定することと致しました。

まず、保健所長は日頃のコミュニケーションの中で得られた地区医師会、管内保健所、市町村からの情報を整理しました。管内には、8つの医師会があり、また、がんの診療拠点病院としての県立がんセンターがあります。同センターは地域の医師会と定例的な医療連携が実施していました。また、がんセンターにはホスピスがありホスピスに入院して看取る場合、在宅で医療を受け、臨終期のみホスピスに入院して看取る場合や在宅で看取る場合もありました。医師会では、在宅での看取りは難しいと考えていることを把握しました。また、糖尿病は、平成20年度から特定健診、特定保健指導が始まることから「糖尿病を含め生活習慣病対策」に取り組む必要があると考えていました。

そこで、医療関係で取り組む重要性が高く重点的に医療連携に取り組むべき疾病・事業として「がん医療」「在宅医療」「糖尿病」を選定しました。

また、健康づくり・健康危機管理関係では児童虐待予防は今まで重点としてやってきている ことから引き続きやっていくべきこと、及び、地元医師会でも重点テーマとして取りあげてい たことから「親と子の保健対策」を選択しました。

さらに、「地域における健康危機管理体制策」はトリインフルエンザや新型インフルエンザ 対策として実施していかなければならないことを考慮し、重点取組に選定しました。

まず、原案を管内の保健所及び市町村に投げかけ、調整し、最終的に中央地域保健医療協議会に提出する案を作成しました。

その案を中央地域保健医療協議会で2回検討し(平成19年7月と9月)、当圏域の重点取 組項目(案)として決定しました。

3. 重点取組事項と主な取組(案)

【がん医療】

【目標】

死亡原因の第1位であるがんの予防対策を推進するとともに、医療体制を充実し、がんの罹患率と死亡率の減少を目指します。

【主な取組】

- ■がん検診及び精密検診受診率の向上
- ■全面禁煙・空間分煙実施施設認証制度及び禁煙外来、禁煙支援等の推進
- ■がん診療連携拠点病院を中心とした医療機関の連携
- ■がん患者とその家族の療養生活の質の向上

〈実施主体:市町、医師会、医療機関、薬局、保健所〉

【糖尿病等の生活習慣病対策】

【目標】

効果的、効率的な特定健診及び特定保健指導の実施体制を整備し、糖尿病等の生活習慣病有病者・予備群の減少を図ります。また、糖尿病の医療体制の充実、強化を図ります。

【主な取組】

- ■特定健診受診率の向上及び特定保健指導の効果的な実施
- ■生活習慣病予防のための健康教育及び普及啓発の充実強化
- ■糖尿病医療体制の充実及び医療機関情報の公表

〈実施主体:医療保険者、市町、医師会、歯科医師会、薬剤師会、医療機関、保健所〉

【在宅医療】

【目標】

かかりつけ医等による在宅医療の充実を図るとともに、在宅での療養生活を支援するために、看護、介護サービス等との連携体制を充実強化します。

【主な取組】

- ■診療所、病院、薬局等の連携による在宅医療の推進
- ■介護保険サービスとの連携体制の強化
- ■医療機関等に関する情報の公表・提供
- ■特別養護老人ホーム、ケアハウスなどの施設の整備

〈実施主体:医療機関、訪問看護ステーション、薬局、医師会、歯科医師会、薬剤師会、市町、福祉保健総合センター、保健所、介護保険事業者〉

【親と子の保健対策】

【目標】

子育て支援や、未熟児、障害児及び慢性疾患を持つ子どもの親に対する相談・支援体制を充実、 強化します。

【主な取組】

- ■乳幼児健康診査・相談の充実
- ■歯科保健の推進
- ■小児・思春期精神保健対策の充実
- ■児童虐待のリスクのある家庭への支援体制の充実

〈実施主体:市町、医師会、歯科医師会、児童相談所、教育委員会、学校、保健所〉

【地域における健康危機管理体制】

【目標】

健康危機の発生に的確、迅速に対応するため、地域における健康危機管理体制の充実、強化を 図ります。

【主な取組】

- ■健康危機管理体制の充実、強化
- ■健康危機管理に関する研修や訓練の実施
- ■情報の提供体制の整備

〈実施主体:保健所、市町、医師会等〉

4. 結び

当圏域の重点取組(案)は県計画の一部として、県の地域保健医療推進協議会で審議され、 県民コメントを経て3月には正式な計画として決定され、公表されました。

今後は、この計画の着実な進捗に向け、進行管理を行います。

まず、それぞれの実施主体に対し、具体的な取組と5年間のスケジュールを照会します。その際、出来る限り目標とする指標を示してもらいます。

その計画に沿って実施し、年度ごとに取組実績を報告してもらいます。

取組実績によっては、計画の推進ペースを調整するか目標を修正するなどして、実行します。 これを、1年ごとに繰り返し、計画を推進していく予定です。

[事例3]

「医療連携推進と保健所の役割」 土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合

事例提供者

大和 慎一 (茨城県土浦保健所長)

事例名	【事例3】「医療連携推進と保健所の役割」土浦地 区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合
事例提供者名	大和 慎一 (茨城県土浦保健所長)
コメント (1) 成功要因分析	診療報酬点数にいずれ取り込まれるとの見込みのもと、中核病院・診療所いずれも取り組む意欲はある。忙しい臨床の現場でお互いの情報交換をする場が必要と感じていた。 きっかけを作れば、積極的に関与してくれる。
(2) 事例からみた医療連携	中核病院の実働医師には(個人的なものを除けば)診療所の情報が少ない。医療計画に基づき医療機関情報を収集し、医療監視も行う立場の保健所は、両者の仲立ちをするのに適した立場にある。
(3)保健所の関与の可能性と役割	中立的な立場の保健所が場を設営することは歓迎された。多様な機関との関係を有することが強み。患者側の理解を必要とする場合も、行政からのP. Rが有効。

医療連携推進と保健所の役割

土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議の場合

茨城県土浦保健所 大和慎一

1. 背景

医療制度改革により、4 疾病5 事業について地域連携パス・計画を医療計画に記載することが義務づけられた。茨城県では、5 事業については、「救急医療対策協議会」等の県レベルの会議で検討されることとなり、また、4 疾病のうちがんについては「第二次茨城県総合がん対策」に位置づけることとなった。

「脳卒中」「心筋梗塞」「糖尿病」の3疾病について、県内3カ所の保健所で試行的に地域 医療連携に取り組み、それを医療計画に反映することになり、当土浦保健所では心筋梗塞について取り組むこととなった。

2. 地域の概況

人口:約30万人 高齢化率:約20% 都内への通勤範囲外縁、県南部の中心市

病院数:21 うち循環器急性期の治療ができる病院 3

県立医療大学付属リハビリテーション専門病院 1

診療所:約230

一応圏域内で医療は完結できる 元無医大県であり、大学系列は様々

3. 事業の概要

1)関係者による会議の開催

第一回 2007年2月7日「急性心筋梗塞の地域連携に係る意見交換会」 参加者:中核病院・リハ病院の院長・医師・PT、医師会代表

> それぞれの立場から、地域医療連携についての意見を出してもらい、 地域医療計画記載の参考とした。

その後、中核病院・医師会双方から実際の地域連携パスに 結びつけたいという意見があり、次の会議となった 第二回 2007年8月10日「土浦地区循環器疾患地域連携パス連絡協議会」 参加者:中核病院医師、医師会代表、開業循環器専門医

> 作業部会を設置し、具体的な地域連携パスのための手帳作成、 及び今後の地域での研修会などについて、協議することとなった。

作業部会での協議の結果、

- a) 手帳作成
- b) 地域連携パスに参加する診療所を募り実際に運用してみる ことが、合意された。

そこで、保健所が仲介役となり、作業部会と協議しつつ手帳を作成した。

第三回 2008年5月14日「土浦地区急性心筋梗塞圏域連携会議」 中核病院の一つが中心(事務局)となり、広く医師会員に呼びかけて 参加者を募った。

参加者:中核病院:2,診療所:15

急性期の標準的治療と手帳の運用方法について中核病院が説明し、

- a) 今後実際に患者に手帳を持たせて紹介・逆紹介すること
- b)随時研修会・情報交換会等を開催し 中核病院・診療所お互いの意思疎通を図ること などが合意された。

4. 関係者の意見等

協議の経過中、参加者それぞれの立場から様々な意見が出された。

- 1)医療機関運営
 - a 中核病院:医療資源有効活用のため診療所への紹介を増やしたい
 - b 診療所:専門性を出したい(患者の信頼、やりがい、リスク減) 中核病院とのルートを太くしておきたい
 - c 大腿骨頸部骨折・脳卒中に続き診療報酬化されれば、もっと進む
 - d 負担が大きすぎてはだめ

- 2)疾病(心筋梗塞)の特性
 - a 重症疾患のため患者との関係が密になりやすい 逆紹介は患者に不安がられる
 - b リハが (脳卒中ほどには) 定着していない
 - c リハには急変のリスクがある、やりがいが脳卒中リハに劣る

3) 現状とその問題点

- a 紹介・その戻し紹介はあるが、逆紹介は少ない
- b 病院側に診療所の情報が少ない(2 中核病院で独自にマップ作成中)
- c 中核病院側では診療所の能力にもう一つ不安がある
- d 情報交換する機会が欲しい
- e 老人入所施設との関係が増加するが、受け入れ不十分

4)保健所の役割

- a 複数の中核病院を核とした、地域全体での医療機能分担体制構築
- b 老人入所施設を含めた体制構築
- c 公開のため医療機関機能調査で収集した情報の有効活用
- d 患者側の意識改革
- e 日常医療圏と二次医療圏との食い違いが問題 (県全体で取り組む必要)

制度的裏付けが無いと進まない

[事例4]

「神奈川県県央二次保健医療圏における救急 医療体制の構築について」

事例提供者

岡部 英男 (神奈川県厚木保健所長)

事例名	【事例4】神奈川県県央二次保健医療圏における救 急医療体制の構築について			
事例提供者名	岡部 英男(神奈川県厚木保健所長)			
コメント(1)成功要因分析	二次救急輪番病院相互の信頼関係の構築が重要である。 そのためには、それぞれの病院の医療機能情報が、相互に正確に提供され、広域に二次救急体制が安定的に実行されること。 二次救急体制の維持には、一次救急との相互信頼による連携も重要である。また、三次救急病院との連携も大事である。 さらに、市民への適正な救急受診について、講演会や広報活動に、各行政機関が連携して、努めること。			
(2)事例からみた医療連携	二次救急体制が各市と各医師会や病院協会相互の協議会で円滑に運営されていれば問題はない。 二次救急体制が崩れる場合、すなわち、救急輪番日に空白が生ずる可能性があれば、早急に調整が必要となる。 原因がどこにあるかを早急に把握し、二次救急体制維持のためには、広域調整が必要である。 二次医療圏、全体での広域調整を必要とするため、緊急で関係する各市、医師会、病院協会との協議の場を開いて、対応する。			
(3)保健所の関与の可能性と役割	二次救急体制が単独の市と医師会や病院協会相 互の協議で維持できない場合、市からの依頼を受けて、保健所は広域調整を実施する。 保健所は医療法に基づく病院の立ち入りを行っており、二次救急病院の実態も把握しているため、調整機関としての役割を果たすことが可能である。広域調整を実施する場合、二次医療圏、全体での調整を必要とするため、実際に二次救急を担当している全ての病院間での調整には、早急に調査を行って、相互信頼に基づく調整が必要である。			

神奈川県県央二次保健医療圏における救急医療連携体制の構築について 神奈川県厚木保健福祉事務所 岡部英男

はじめに 神奈川県県央二次保健医療圏では、保健福祉事務所(保健所)の 広域調整により、多くの医療連携を実施してきた。

その中で、今回は救急医療連携体制の構築について報告する。

神奈川県県央二次保健医療圏は人口827,680人で面積は292.81km²(平成18年度)で、保健福祉事務所は厚木と大和の2所である。

近年、この県央地区では、病院の廃院、救急指定の返上等が相次ぎ、加えて昨今の医師不足により、救急医療をめぐる地域事情が急速に悪化している。このような問題について、平成19年度の県央地区首長と知事との懇談会でも話題となった。

1. 救急医療の体制

県保健医療計画で定めている救急医療体制は初期体制、二次体制、三次体制 で維持されている。

従来、初期体制と二次体制については、各市町村と各医師会との調整で維持されてきた。

県央地区は7市町村(厚木市、大和市、海老名市、座間市、綾瀬市、愛川町、清川村)で構成され、4 医師会(厚木医師会、大和市医師会、海老名市医師会、座間・綾瀬医師会)と2病院協会(厚木病院協会、大和・高座病院協会)で初期体制と二次体制は組まれている。

救急体制の主な診療科として、内科・外科と小児科の二つに分けて初期と二次の対応を行っている。

2. 二次救急医療の課題と取り組み

平成18年度から、管内の2市と1医師会とで実施されていた二次救急のブロック別の病院輪番制の維持が難しくなり、第1段階として、3市(隣接市)と2医師会、病院協会(新たな2病院)との調整により維持されていた。

この段階では関係する3市と2医師会・新たな2病院との調整が中心であり、 保健福祉事務所は、後方支援として、3市、2医師会、病院協会との調整を行った。

しかし、今年度(平成20年度)上半期は、この体制での二次輪番が組めなくなり、二次保健医療圏域内のより広域の救急医療連携が必要となった。

二次輪番が組めなくなった、2市の市長より保健福祉事務所長へ、広域調整 についての要請を受け、第2段階として、保健福祉事務所(2所)は、6市町 村と3医師会、2病院協会(さらに新たな2病院)との数回の個別折衝や全体 会議等を開催し積極的に関与した。広域調整を行うことにより、二次輪番は維 持されている。

保健福祉事務所は、管内の各救急指定病院の診療科などの機能、救急体制の整備や実績、メディカルコントロールに関して消防の救急隊の情報など、地域の医療資源を把握しており、広域調整を的確に行える立場にある。

3. 今後の対応

- ① 県央地区地域医療専門部会の下部委員会として、県央救急医療緊急対策 実行委員会を組織する。実施主体とし、県央地区の7市町村、4医師会、 2病院協会、救急指令、県看護協会県央支部、県保健福祉事務所を構成員 とし、今後、救急医療連携体制の確立(救急医療連携クリティカルパス) に向けた協議を継続して行うこととした。
- ② 県央二次医療圏域内における二次輪番については、医師会単位からブロック単位により広域化する。従来、患者の初期と二次救急医療の流れは、相模川を境に分離されていた。二次救急医療体制としては、患者の住所地と病院との距離についても考慮する必要がある。
- ③ 共同利用型病院方式の導入については、医師会と各病院とのより具体的な調整が必要である。医師会員は休日夜間の輪番で初期救急を担当しており、 さらに過重な救急医療への対応は難しい。
- ④ 初期救急への患者誘導による二次救急の負担軽減
 - i) 初期、二次の機能分担の周知徹底 ii) 電話相談の導入
 - iii) ウォークインの制限 iv) 初期救急の時間延長
- ⑤ 救急医療と搬送の連携
- ⑥ 院内のトリアージの導入
- ⑦ 社会医療法人の導入により、救急医療等を確実に実施し法人税非課税の税制上の利点を生かす。
- ⑧ 住民への広報啓発
 - i) 救急医療の適正な受診を促すための、広報紙の発行、リレー・シンポジュウムやミニ講座の開催を予定した。
 - ii) 住民運動(たとえば母親自身からの働きかけによる、小児科のコンビニ 受診の抑制など)への支援を行う。
- おわりに 二次医療圏域での、救急医療連携体制の推進に向けて、保健福祉 事務所(保健所)の役割は、県民を中心に地域の医療資源の実情を十分考慮 し、広域的な立場で積極的に支援していくことである。

[事例5]

「特定健診・特定保健指導の効果的指導の 実施に向けた取組」

事例提供者

雨宮 文明 (川崎市高津保健所長)

事例名	【事例5】特定健診・特定保健指導の効果的指導の 実施に向けた取組
事例提供者名	雨宮 文明(川崎市高津保健所長)
コメント (1)成功要因分析	・受診率が低いので成功とは言えないが、やはり 23万人を対象とする保険者においては医師会 等への委託が事業運営上、スムースだったと思 われる。 ・川崎市では39歳までの健診・保健指導を市単 独事業で、35歳・38歳の健診を国保事業で 実施しているが、フリーターなど雇用形態が様 々で、若年層こそ健診受診の機会がなく男性の 受診希望も増えてきている。30代の底上げも 視野に入れた事業展開が必要と考える。
(2) 事例からみた医療連携	 ●特定健診、保健指導に関する研修の実施(20年度は医師会への説明会を事業開始前2回実施。市看護協会等の協力により保健指導研修を医師会にもPR。医師の参加、診療所の看護師の参加が多かった。) ●今後は健診や保健指導が終了した段階で、保健所への紹介等ができるような医療連携が望ましい。 ・保健指導者のフォロー(継続的な指導を希望する人へのアプローチ・医療との連携) ・保健指導該当者以外のリスクが高い人へのアプローチ (腹囲が該当しない高血圧・高脂血症・高血糖等)
(3)保健所の関与の可能性と役割	ポピュレーションアプローチの役割 ・特定健診や保健指導の普及啓発 ・未受診者への受診推奨 ・保健指導者のフォロー (継続的な指導を希望する人へのアプローチ ・医療との連携) ・禁煙相談 ・身近な場での健康づくり事業の提供(公園体 操等) ・40歳になる前の若年層への働きかけ (39歳までの健診・保健指導)

川崎市高津保健所長 雨宮 文明

1. 川崎市における取組

平成 20 年 4 月より始まる特定健診・特定保健指導に向け、川崎市では、平成 19 年 2 月より、特定健診・特定保健指導計画プロジェクト会議を立ち上げた。メンバー構成は各区保健所から 2 名ずつの委員(医師、保健師、栄養士、事務職)を選出、事務局は、健康福祉局健康増進課、保険年金課等からなる。ほぼ毎月 1 回の会議を持ち、計画策定に向け、保健指導の方向性、被保険者アンケート調査の検討・分析、業者委託内容の検討、実施マニュアルの検討等を行い、「川崎市特定健康診査等実施計画」(平成 20 年 3 月)としてまとめた。

- (1) 被保険者の状況 (平成 18年 10月 1日)
- ・ 全人口 1,342 千人、 $40\sim74$ 歳人口 550 千人、高齢化率 15.2%、国民健康保険被保険者数 441 千人
- (2) 健診・医療費等からみた現状 (平成17年度基本健康診査結果)
- 基本健康診査受診率 34.8% (平成 18 年度実績)
- ・ 肥満 (BMI 25 以上): 男性 $3 \sim 4$ 割、女性 $1 \sim 3$ 割程度、男性は $4 \circ 0$ 歳後半がピーク、女性は年齢層が高くなるにしたがい増加。
- ・ 血糖 (BS 100mg/dl, HbA1c 5.2% 以上): 年齢階層が高くなるほど高く男性が多い。 男性では 45 歳以上、女性でも 55 歳以上で 5 割を超える。
- ・ 脂質 (TG 150mg/dl 以上または HDL-Ch 40mg/dl 未満): 男性では $3\sim4$ 割、女性では $2\sim3$ 割程度。
- ・ 血圧 (収縮期血圧 130mmHg または拡張期 85mmHg 以上): 男性で 45 歳以上の人、女性でも 55 歳以上の人の半数以上。
- ・ 喫煙: 男性で40歳代が最も高く、4割程度の人が喫煙している。
- ・ メタボリックシンドロームの出現率: いずれの年齢でも女性より男性の方が高く、男性では60歳代前半までで、予備群が1割程度、該当者が2割程度。
- ・ 階層化基準に応じたリスクの保有状況からわかること: リスクを持つ割合は男性の方が多く、40 歳後半以降、血圧と血糖をリスクとして抱えている人の割合が男女とも多くなっている。
- ・レセプトからわかること: ① 全医療費に占める生活習慣病の割合を見ると、男性では 3~4割、女性では2~3割になっている。② 虚血性心疾患、脳血管疾患、腎疾患、糖尿病、高血圧は県と比べても1件当たり医療費が高く、その疾患につながる動脈硬化 も県平均より高い状況にある。肝疾患も県平均より上回っている。③ 40 歳から 64 歳の介護保険認定者(19年3月時点)の原因疾患は脳血管疾患や糖尿病の合併症の疾患が多い。④ 死亡原因をみると生活習慣に関連する心疾患、脳血管疾患などの疾患が、高順位になっている。

(3) 計画の達成目標

- ・ 特定健診・特定保健指導実施の基本的考え方 ① 健診未受診者の確実な把握 ② 保健 指導の徹底 ③ 医療費適正化効果までを含めたデータの蓄積と効果の評価
- ・ 目標値の設定

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
特定健診の受診率 (又は結果把握率)	40%	45%	50%	55%	65%
特定保健指導の 実施率 (又は結果把握率)	30%	30%	35%	40%	45%
メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)の該 当者・予備群の 減少率(20年度比)	_	-	-	_	10%

(4) 特定健診・特定保健指導の実施

・ 特定健診対象者見込み数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
40~64 歳	135,878 人	138,990 人	143,175 人	145,122 人	144,938 人
65~74 歳	65~74 歳 96,098 人	97,459 人	96,263 人	98,148 人	102,559 人
計	231,976 人	236,449 人	239,438 人	243,269 人	247,498 人
健診受診率	40.0%	45.0%	50.0%	55.0%	65.0%
健診受診者数	92,791 人	106,402 人	119,719 人	133,798 人	160,873 人

・出現率

	年齢	性別	情報提供	動機づけ支援	積極的支援
	40~64 歳	男性	66.9%	16.5%	16.5%
出現率	すび * ひず 病処	女性	81.3%	13.8%	5.0%
田玩平	65~74 歳	男性	72.2%	27.8%	
	03.9 / 4 成	女性	74.6%	25.4%	

・特定保健指導者見込み数

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	平成 24 年度
動機づけ支援	18,512 人	21,211 人	23,744 人	26,552 人	32,109 人
積極的支援	5,820 人	6,686 人	7,637 人	8,503 人	10,052 人
合計	24,332 人	27,897 人	31,381 人	35,055 人	42,161 人
保健指導実施率	30.0%	30.0%	35.0%	40.0%	45.0%
保健指導実施者数 【動機づけ支援】	5,554 人	6,363 人	8,310 人	10,621 人	14,449 人
保健指導実施者数 【積極的支援】	1,746 人	2,006 人	2,673 人	3,401 人	4,523 人
保健指導実施者数 【合計】	7,300 人	8,369 人	10,983 人	14,022 人	18,972 人

・ 特定健診の実施

健診項目: 基本的な健診項目に加え、尿酸、血清クレアチニンを追加。血糖検査はヘモグロビンA1cのみ測定。詳細な健診項目(心電図検査、眼底検査、貧血検査)は、一定の基準下で医師が必要と判断したものを選択。

実施形態: 市内医療機関にて、6月から翌年1月に個別健診。(市医師会・非医師会に委託) 自己負担: 必須項目で1,200円(非課税世帯は400円)。

特定保健指導の実施

実施時期: 毎年6月から翌年3月末まで。(動機付け支援)

積極的支援は平成20年度は8月下旬から3月末まで。

実施場所:公的施設や民間施設等。

特定保健指導モデルプラン: 動機付け支援を市医師会・非医師会に、積極的支援を実施を 希望する市内医療機関と民間事業者に委託。

自己負担:なし。

・ 受診勧奨値:川崎市国民健康保険の基準(受診勧奨値であっても例外として要医療とせず、特定保健指導の案内を実施する対象の判定に用いる基準)を設け、該当者は可能な限り保健指導を勧めていくこととする。但し、受診勧奨値が1つだけ該当し、その他に危険因子がないことが前提となる。

項目		受診勧奨値	要指導 (特定保健指導)
脂質	脂質 中性脂肪 300mg		食後検査で 300mg/d1 以上 500mg/d1 未満の場合
LDL 140mg/di コレステロール		140mg/d1 以上	160 mg/dl 未満 但し、以下の危険因子がないことが前提となる。 男性≥45歳、女性≥55歳 高血圧、糖尿病(耐糖能異常含む)、喫煙、 冠動脈疾患の家族歴 低 HDL-C 血症(<40mg/d1)
血圧 収縮期 140mmHg 以		140mmHg 以上	<u>他危険因子</u> がない場合で 140~159 mmHg のとき
	拡張期	90mmHg 以上	他危険因子がない場合で 90~99 mmHg のとき

- *他危険因子とは高血圧、喫煙、糖尿病(耐糖能異常含む)、脂質異常症、肥満、加齢、 冠動脈疾患の家族歴
- (5) 保健指導の内容 別添 モデルプラン
- (6) 特定健診等の評価体制・評価方法

特定健康診査・特定保健指導事業評価委員会 年1回予定 外部委員による委員会 特定健康診査・特定保健指導事業検討委員会 年2回予定 国保部門と衛生部門が事業検 討会を実施。

2. 高津保健所における取組

今年度の特定健診・特定保健指導の導入に先立ち、当保健所では独自に、昨年度、試行的に同制度と同様の手法により、川崎市国民健康保険加入者を対象に、6ヶ月間の保健指導を実施した。今回の取組から見えてきた課題、改善案、保健所の役割等について述べたい。

(1) 実施方法

高津保健所の保健師、医師、管理栄養士、事務職と高津スポーツセンターの健康運動指導士と実施。主に高津区在住・在勤の川崎市国保加入者へ働きかけ、事前に川崎市の基本健康診査を受けてもらい、健診結果説明会に参加してもらった。そのうちの特定保健指導の積極的支援、動機づけ支援該当者に対して、特定健診・保健指導に向けての健康増進教室「講座 もしかしてメタボリックシンドローム?~あと3cmおなかをひっこめよう~」として、6ヶ月間の保健指導を実施。

(2) 実施内容と結果

講座を申し込んだ 12 人を対象に、6 ヶ月間の保健指導を実施した。初回、3 ヵ月後、6 ヵ月後の指導を 3 回とも参加したのは 9 人で、初回、6 ヵ月後の指導を 2 回とも参加したのは 10 人であった。

- ①参加者のデータの変化: 3回とも腹囲・体重を測定できた 9人の平均値の変化では、腹囲は平均 3.1cm 減少し、体重も平均 1.7kg 減少した。腹囲・体重とも初回と 3ヵ月後、初回と 6ヵ月後は有意な差が見られたが、3ヵ月後と 6ヵ月後の変化については有意な差は見られなかった。その他のデータの初回と 6ヵ月後の変化では有意な差は見られなかったが、体重が減少した人には血糖値や中性脂肪値などが下がるなど効果が見られた。
- ②参加者の生活習慣の変化:初回指導と 6 ヵ月後に生活習慣についてのアンケートを実施した。初回指導では、「間食をほとんど毎日取る」と 10 人中 4 人が答えていたが、6 ヵ月後では 10 人中 1 人に減少していた。運動に関しては、設問がわかりにくく間違って答えてしまう人が多くいたため、アンケート上では変化が見られなかったが、今まで特に運動を行っていなかった人全員がウォーキング等を始めていた。
- ③生活習慣改善の促進要因と阻害要因:食事内容、腹囲、体重、歩数等を毎日記録している人は効果が上がっていた。家族との関係も大きく、協力が得られると促進要因になるが、 毎晩お酒を勧められたり、一緒に間食をしたりと阻害要因でもあった。
- ④指導内容・方法について:初回指導では、今後の目標と達成するための方法を決めることが大切であるため、個別指導に時間がかかり、厚生労働省から出されている最低限の 20 分ではかなり厳しかった。個別指導時に使用した資料「早世・障害の予防のために」は、現在の状況と今後の見通しを本人が理解しやすかった。運動については、エクササイズガイドは理解するのに難しく、ボールやセラバンドを使用した運動は、その後の取り組みにつながらなかった。スポーツセンターの利用も進めたがつながらず、ウォーキングなどの普段の生活に取り入れやすい身体活動の指導が効果的だった。食事に関しては、飲酒の問題が大きく、やめると効果的だがやめることも難しく、働きかけ方が課題である。バランス

ガイドについては、食品群ごとの摂取量の目安量などがなく、摂取カロリーはオーバーしているにも関わらず、足らないように見えることもあった。そのため、生活習慣病者やその予備群には適さないように思われた。腹囲測定は、2人で慎重に実施したが、少しのずれで大きく値が変わり、体重の変化と連動しないこともあり、評価としては腹囲よりも体重の方が正確で参加者自身も測定できるためよいと思われた。

(3) 考察

今回の実施結果から、保健所の今後の役割として以下の5点が考えられた。

1)特定健診・保健指導の動機づけ

今回、川崎市国民健康保険加入者を中心に働きかけたが、なかなか講座の参加に結びつかなかった。特にメタボリックシンドローム該当者と予備群が多い 40 歳代、50 歳代の男性の参加は 0 人であった。健診・保健指導を受けてもらうためには相当な創意工夫と努力が必要だと思われる。どのように地域に働きかけていったら効果的なのか検討し実施していく必要がある。

2) 特定保健指導を受けた人たちのフォローの場

今回行った 6 ヶ月間の指導では、生活習慣を改善し継続していくことの難しさを痛感した。参加者からも「期間限定だから頑張れた。」「3 ヶ月間が限度。」との言葉が聞かれた。体重、腹囲も3ヶ月後は減少している人が多かったが、6ヵ月後になると増加した人、減少が少なくなる人が多くなるなど、望ましい生活習慣を継続することは難しいようだった。特定保健指導を受けた人たちも、指導が終了すれば以前の生活習慣に戻ってしまうことが予想される。そうならないために、保健福祉センターとしては、特定保健指導を受けた人たちが望ましい生活習慣を継続できるようなフォローの場を設ける必要がある。

3) 医療機関との連携

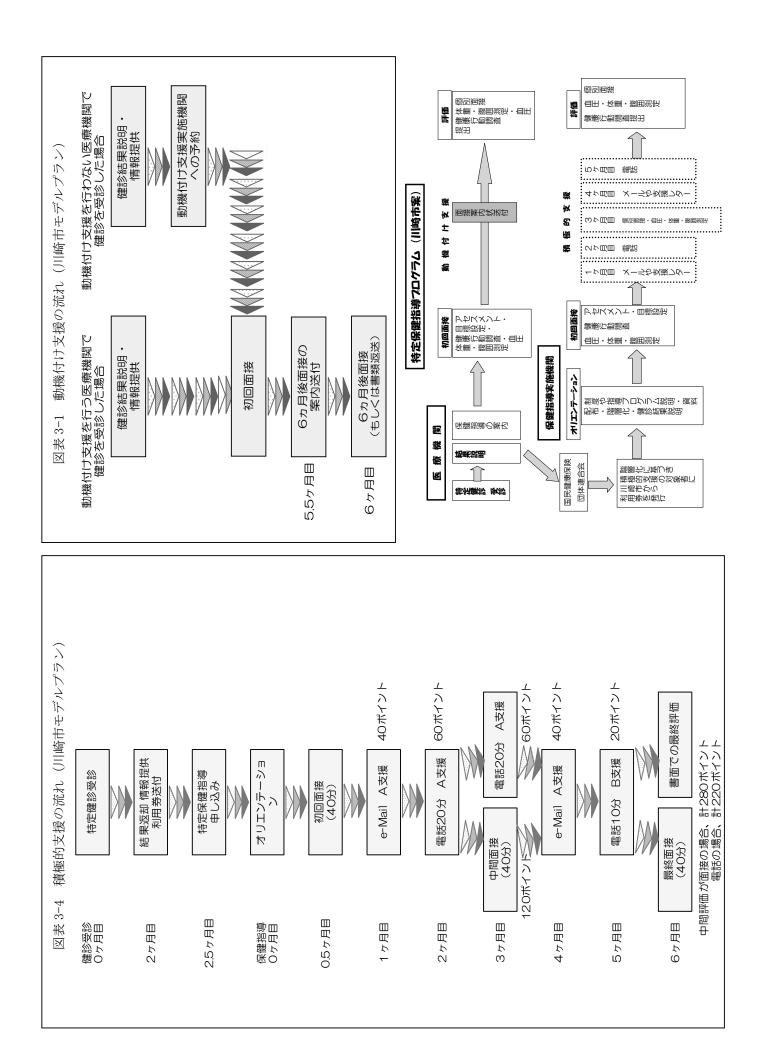
今回の参加者には治療中の人もいたが、具体的な指導は受けていなかった。重症化予防の視点から医療費適正化に寄与できるため、医療機関との連携を図り、保健指導の体制を作っていく必要がある。

4) 特定保健指導以外の要指導者への指導

特定保健指導の対象者は一部であり、それ以外の要指導者の方が多いため、ここへのアプローチなしには医療費適正化は難しい。その際、標準的な健診・保健指導プログラムに「生活習慣病予備群の確実な抽出と保健指導の徹底が不十分」だったとあるように、従来の参加希望者だけを集めて実施する方法ではなく、国保の対象者で効果的な対象を絞り、保健指導していくことが大切だと考えられる。

5) 39歳以下の健診・保健指導の実施

今回実施した保健指導から得られたものを参考に、早期介入のための 39 歳以下の健診・保健指導に取り組み、若いうちからの生活習慣病予防に取り組んでいくことが必要である。 川崎市国民健康保険の 35・38 歳健診に保健指導を加えると共に、今年度新たに、市内各区保健所にて、若年者を対象とした「39歳までの健診・保健指導」として実施する。



[事例6]

「横浜市における特定健診・特定保健指導の 効果的な実施に向けた取り組みについて」

事例提供者

木村 博和 (横浜市健康福祉局保健事業課担当課長)

事例名	【事例6】横浜市における特定健診・特定保健指導 の効果的な実施に向けた取り組みについて
事例提供者名	木村 博和 (横浜市健康福祉局保健事業課担当 課長)
コメント(1)成功要因分析	 外部委託による実施を基本的な考え方として計画を策定 実施計画の策定は国保担当部門(健康福祉局生活福祉部保険年金課)が行う。
(2)事例からみた医療連携	
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・目標達成へ向けた計画の推進 ・特定保健指導プログラムの有効性の検証 ・健康づくり事業と連携した生活習慣改善の普及、啓発の推進

横浜市健康福祉局保健事業課担当課長 木村博和

横浜市は、国保保険者として加入者への特定健診・特定保健指導の実施にあたり、対象となる 40 歳~74 歳の国保加入者約 65 万人の受診・利用機関を確保しなければならないことから、外部委託による実施を基本的な考え方として計画を策定した。この背景としてこれまで基本健診を市内医療機関等へ委託して実施してきたことや、行政の役割が直接のサービス提供からサービスの質の確保や事業者の支援・育成などへと転換しつつあることなどがあげられる。

特定健診の外部委託に際しては受診者の利便性への配慮や外部委託や精度管理などの基準を考慮したうえで委託先を選定し、市内の医療機関及び健診機関約1,100機関と委託契約を結んだ。検査項目は法定項目のほか腎不全や糖尿病の進行状況を把握するための血清クレアチニン値、食生活と深い係わりのある血清尿酸値、重篤な疾患の早期発見につながる尿潜血を独自項目として追加した。実施期間はその後の特定保健指導が年度内に利用できるようにするため毎年5月から翌年1月までとした(平成20年度は6月から)。受診案内は受診券と健診実施機関リストを同時に個別送付して受診勧奨とし、発送は受診集中を避けるため年数回に分けて行うこととした。健診結果の通知は受診機関から直接本人に通知することとした。

特定保健指導の実施にあたっては、男性では糖尿病等の生活習慣病の危険因子が重なり始めた若い世代への指導を、女性では更年期世代での生活習慣病予防対策の実施を基本的な考え方とした。特定保健指導の対象外で保健指導が必要な場合は福祉保健センターの健康相談等により保健指導を受けられるようにした。外部委託の選定においては利用者の利便性をふまえたうえで高い専門性と多様な指導方法により行動変容につながる保健指導が期待できる実施機関を選定の基本的な考え方とし、24 事業所と契約した。利用案内は特定保健指導の対象者に利用券と実施機関案内を直接送付することとした。

今後の課題として平成24年までに対象者が80万人に増加することが見込まれる中での目標達成へ向けた計画の推進、被保険者の約3割が異動する中で特定保健指導プログラムの有効性の検証、健康づくり事業と連携した生活習慣改善の普及、啓発の推進などがあげられる。これらの課題解決に向けて保健所は地域保健行政の中心的役割を担うことを期待される。

平成20年度地域保健総合推進事業 地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健 指導の効果的な実施に向けた保健所検討会 (関東甲信静ブロック)

横浜市における取り組み

平成20年7月18日 ホテルレイクビュー水戸

横浜市健康福祉局保健事業課 木村博和

特定健診等の検討へ向けての基本的な 考え方

- □横浜市の役割
 - 国保保険者として
 - □ 加入者に対して、特定健診・特定保健指導を実施する。
 - 健康づくり部門として
 - □住民組織活動、健康づくりのための環境整備などを実施する。
- □基本的な考え方
 - ■「民間にできることはできるだけ民間に任せ、最終的な実施責任を持つ」という理念をふまえ、直接のサービスの提供からサービスの質の確保や事業者への支援・育成、市民と事業者とのコーディネートなどへの転換に取り組んでいる。

(区福祉保健センターのあり方検討会報告書H18年12月)

特定健診等実施へ向けての基本的 考え方

- □ 本市における行政の役割の変化
 - 前述
- □ 国保の健診対象者の推計数:約65万人(H20年)
 - 福祉保健センター健康づくり部門の専門職では実施困難 □ 645,700人は40~74歳人口(1,601,00人)の40.1%
- □ 基本健診の委託実施の実績
 - H17 基本健診受診者数:約20万人
 - □ 市内の医療機関:18万1千人(90.5%)
 - □ 福祉保健センター: 1万9千人 (9.5%)
 - □ S62年から各区保健所のほか、市内の医療機関1,300施設にて実施
- □ 特定健診・特定保健指導は外部委託にて実施する。
- □ 実施計画の策定は国保担当部門(健康福祉局生活福祉部 保険年金課)が行うこととした。

:

横浜市国保の特定健診等実施計画 について

- 1. 計画策定の趣旨
- 2. 被保険者の疾病及び医療費等の現状と課題
- 3. 特定健診等の実施及びその成果に係る基本目標
- 4. 特定健診等の実施方法
- 5. 個人情報の保護
- 6. 質の確保・向上のための仕組みづくり
- 7. 計画の評価及び見直し

第1章 計画策定の趣旨1

- □特定健診等の導入の背景及び趣旨
 - 急速な少子高齢化、生活スタイルの変化、生活習慣病の 増加などによる医療費の増大
 - 国民医療費総額の3割を占め、予防可能な高血圧症、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病の発症を減らし、医療保険財源の安定性を確保する。
 - これにより被保険者が必要な時に十分な医療を受けられるようにする。

5

第1章 計画策定の趣旨2

- □ 特定健診等の基本的な考え方について
 - 内臓脂肪症候群の概念の導入
 - □ 内臓脂肪型肥満が生活習慣病の共通の要因
 - 内臓脂肪の減少により、生活習慣病発症の危険性を低減させる
 - 特定健診及び保健保健指導の実施
 - □これまでの健診は疾病の早期発見、早期治療を目的としたもの
 - □ 特定健診は生活習慣病の危険因子の保有状況から保健指導の 必要性の有無を判定することを目的としたもの
 - □ 特定保健指導は、生活習慣の改善が必要と判定された人に対して、危険因子の数に応じて、行動変容を支援することを目的としたもの
 - 自身の身体状況の理解、生活習慣改善の必要性の認識、行動目標の設定と実行。

第1章 計画策定の趣旨3

- □計画の性格
 - 国の特定健康診査等基本指針(法第18条)に基づく法定 計画
 - ■「健康横浜21」、「神奈川県医療費適正化計画」など関係 する計画を整合を図った。
- □計画の期間
 - 第一期5か年計画:平成20~24年
- □計画への被保険者の意見の反映及び公表・周知
 - 横浜市国民健康保険運営協議会にて検討
 - 計画(素案)をホームページや区役所窓口での配布により周知し、被保険者の意見を計画に反映した。

.

被保険者の基本健診受診状況

- H17年の40~74歳被保険者数:約59万7千人
 - 基本健診受診者数:約9万1千人(受診率15.2%)
 - 男性の受診率は女性より低い(12.7%vs17.3%)。
 - 年代が若いほど受診率が低い。 □ 男性:3.8~26.3%、女性:5.4~30.8%
- □ 特定保健指導の対象者の出現率(推計値)
 - H18年度の基本健診受診者約6万5千人、H19年度(4~9月)受診者約7千人の健診結果より推計
 - 積極的支援対象者(男性32.2%、女性7.2%)は全国推計値 (24.6%、6.0%)より高い。
 - 動機づけ支援対象者(~64歳:男性10.6%、女性7.6%、65 歳~:男性23.6%、女性21.5%)は、65歳以上の女性で全国 推計値(15.2%)より高い。

被保険者数及び総医療費の現状

- □ H18年の被保険者数:約118万人(人口の33%)
 - H8~18年の期間に1.35倍(人口は1.09倍)
 - 退職者被保険者の増加が著しい(2.14倍)
- □ H18年の総医療費:約4,200億円
 - 総医療費の増加は1.62倍
 - 年平均で約160億円ずつ増加
- 医科総医療費(H18年5月分):274.1億円
 - 生活習慣病等(腎不全を含む)は69.9億円(25.5%)
 - □ 高血圧性疾患20.8億、腎不全15.3億、糖尿病11.4億、
 - □ 脳梗塞10.6億、虚血性心疾患8.7億、脳内出血3.1億

(

横浜市国保における医療費適正化に 向けた生活習慣病対策の課題

- □ 医療の伸びが大きい疾病への対策
 - 腎不全(2.1倍)と糖尿病(1.8倍)の増加率が高い。
 - 腎機能障害進行者や糖尿病危険因子保有者への早期把握、重症化 予防が必要
- □ 高額な医療費(月額200万円以上)を要する疾病への対策
 - 202件の46%が虚血性心疾患、脳血管疾患、大動脈疾患、動脈閉塞 など。長期入院では脳血管疾患がもっとも多い(精神疾患除く)。
 - 心血管系疾患への予防対策が必要
- □ 受診率が高い高血圧性疾患の対策
 - 受診者割合(22.8%)が非常に高いため総医療費が最大(20.8億円)
 - 高血圧性疾患の予防啓発が必要
- □ 性別、年代別の医療費支出の特徴からみた対策
 - 生活習慣病の医療費は男性の方が高い。
 - 女性では60歳以降で高くなる。

特定健診等の実施及びその成果に係 る目標事業量

	H20	H21	H22	H23	H24
40~74歳の被保険者数(推計)	645, 700	681, 200	725, 000	777, 600	805, 900
特定健診の受診率	20%	30%	40%	50%	65%
特定健診の受診者数	129, 100	204, 400	290, 000	388, 800	523, 900
特定保健指導該当者数(見込)	30, 600	48, 300	68, 300	91, 200	122, 400
″ の利用率	20%	25%	35%	40%	45%
"の利用者数	6, 100	12, 100	23, 900	36, 500	55, 100

- □ 目標設定に当たり、被保険者の特徴、基本健診受診状況、 特定健診等のサービス提供体制の構築見込みを考慮した。
- □ 当初の目標事業量を高く設定せず現実的な数値として、その後、段階的に引き上げていくこととした。

11

特定健診の実施方法

- □ 実施機関
 - 市内の医療機関及び健診機関と委託契約(集合、個別)
 - 約1,100機関
- □ 実施期間
 - 毎年5月から翌年1月まで(H20年度は6月から)
- □ 周知の方法
 - 制度の周知方法
 - □ 広報よこはま「医療制度改革特集号」を全戸配布(H20年2月)
 - □「国保だより」(保険料額決定通知書に同封、H20年6月)に健診実施案内
 - 対象者への周知方法
 - □ 受診券の発行し、個別に発送し受診勧奨を行う。
 - 発送は受診の集中を避けるため年3回(5、7、9月)に分けて行う。
 - □ 健診制度の案内、居住地区の実施機関リストを同封する。
- □ 自己負担
 - 1,200円(非課税者400円)

特定健診の検査

- □ 基準項目
 - 問診、身体計測(身長、体重、BMI、腹囲)、理学的所見、血圧測定
 - 血液検査:脂質(TG、HDL、LDL)、血糖(FBS、HbA1c)、肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)
 - 尿検査:尿糖、尿タンパク
- □横浜市国保の独自追加項目
 - 血液検査:血清クレアチニン、血清尿酸
 - 尿検査:尿潜血
- □ 受診者の分類
 - 医療管理下での保健指導の対象者:生活習慣病等で治療中の人
 - 医療機関への受診勧奨を要する者:要治療・要精密検査と判定された人
 - 特定保健指導の対象者:動機づけ支援、積極的支援と判定された人
 - 健康な人

13

特定保健指導の実施の考え方

- □ 特定保健指導の対象者に優先順位をつけ、予防効果が大きく期待できると考えられる人を選定し、実施する。
 - 男性の糖尿病を中心とした生活習慣病の改善を重点的 に行う。
 - より若い世代、生活習慣病の危険因子が重なり始めた初期段階の者への行動変容を最優先とする。
 - 女性については、更年期世代の生活習慣病予防対策を 重点的に行う。
- □ その他の保健指導については福祉保健センターの 健康相談を活用する。

特定保健指導の実施について

- □ 実施期間
 - 初回面接日から6か月間。初回面接は受診年度内。
- □ 実施場所と外部委託契約
 - 特定保健指導業務の受託機関の提供する場所など
 - 各保健指導事業者と個別に契約。
- □周知、案内の方法
 - 受診の2~3か月後、保健指導対象者に個別に案内送付
 - 利用券の発行
 - □ 動機付け・積極的支援の別、利用有効期限、利用料等を記載
 - □ 特定保健指導の実施機関に提出
 - 実施機関一覧表及び各事業者が作成した利用案内を同封
- □ 利用料(自己負担額)
 - 新制度の定着を図ることからH20年度については無料

15

特定保健指導の外部委託について

- ロ委託先選定の考え方
 - 対象者の利便性や生活状況、ニーズをふまえ、行動変容につながる保健指導ができる高い専門性と多様な指導方法を持ち、生活習慣病予防の成果が期待できる実施機関に委託する。
- □選定の流れ
 - H20年2月中旬~3月中旬:事業者公募
 - □ 応募数:68団体(医療機関61、財団法人1、民間企業6)
 - H20年4月:委託事業者評価委員会の設置、開催(4回) □ 学識経験者等の外部委員含む
 - H20年5月:業者選定委員会にて委託事業者の決定 □ 選定数:24団体(医療機関21、民間企業3)

委託事業者評価委員会について1

ロ評価についての考え方

- 被保険者の立場の重視
 - □ 事業者の評価、選定については、特定健診・特定保険指導制度 への信頼や受療行動への変化を期待し得るとの考えから、理念 等を含めて情報公開とした。
 - □ 多様な選択肢から事業者を選べるようにするため、実施体制が整っている事業者がすべて参入できることとした。
- 地域偏在性への配慮
 - □ 市内18区のうち、5区で地域の医療機関事業者が選定されない 地域が生じたことから、市外の民間事業者に対して、医療機関事 業者が少ない地域において重点的にサービス拠点の開設を依頼 することとした。

17

委託事業者評価委員会について2

□ 評価方法

- 公募要件、募集要綱において評価基準を公表
- 評価基準の各事項を定量的に評点化
- 書面審査
 - □ 委員会において評価基準のうち必要条件を規定
 - 5分野20項目(人員5、施設·設備2、指導内容5、運営3、記録·個人情報保護5)
 - □ 必要条件を満たさない事業者を選定対象から除外
 - □ 追加条件の基準を規定(人員、保健指導)
- ヒアリング審査
 - □ 市内で健診業務の実績のない民間企業等6団体に対して、本市 での事業実施の実現性等について評価した。
- 候補事業者の選定

委託事業者の評価基準について1

□人員

- 業務統括者は特定保健指導の骨子を理解し、質の高い 保健指導サービス体性を構築できる
- 保健指導担当者は保健指導に関する一定の教育を受け た者
- 組織として人材育成体制がある
- □施設・設備
 - 実施施設、場所の確保
 - 安全管理体制の確保

19

委託事業者の評価基準について2

- □ 指導内容
 - 標準的な保健指導プログラムに準拠し、国保加入者の特性に配慮したプログラムの提示
 - 個別の健康状態や継続的な支援に適切な学習教材などの具体的な実施方 法の提示
 - 特定保健指導未利用者や中断者への対応策の提示
- □ 運営
 - 委託基準を満たすことが確認可能な情報の開示
 - 安定した財務基盤
 - 苦情に迅速、適切に対応できる相談窓口と責任者の設置
 - 事業経費が適切かつ低廉
 - 年間事業量が一定以上確保できる
- □ 記録・個人情報保護
 - 国、支払基金へ報告可能な標準化された様式による記載とその提出
 - 正確な実施記録とプライバシーに配慮した適切な保管
 - 個人情報の保護に関する法律、ガイドラインの遵守と職員教育の実施

今後の課題

- H24年度には対象者が約80万人に達すると予想されるなかで特定健診等のサービス提供体制を確保しなければならない。
- □ 被保険者の約3割に資格の異動がある中で健診・保健指導 を実施するため、経年的な生活習慣改善効果による事業評 価が極めて難しい。
- □ 被保険者の基本健診の受診率が低率(15.2%)、若い年齢 層ほど低いため、受診率向上へ向けた対策が必要。
- □ 特定健診・特定保健指導の普及へ向けた啓発や地域での健康づくり事業の実施計画における健康づくり部門との連携体制が不十分。
- □ 実施計画の作成は医療保険者に任されているため、健診や 保健指導の機会が確保されにくくなるおそれがある。

21

資料

- □ 横浜市国民健康保険特定健診等実施計画 平成2 0年4月. 横浜市健康福祉局保険年金課.
- □ 平成20年度 横浜市国民健康保険特定保健指導 業務の受託事業者の選定結果について. (http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/kokuho/datafiles/200602sentei.pdf)
- □ 横浜市国民健康保険のページ 特定保健指導のご 案内. (http://www.city.yokohama.jp/me/k enkou/kokuho/sidou.html)

[事例7]

「特定健診・特定保健指導の効果的指導の 実施に向けた取組みについて」

事例提供者

西田 道弘 (さいたま市保健所地域保健課長)

事例名	【事例7】特定健診・特定保健指導の効果的な実施 に向けた取組みについて
事例提供者名	西田 道弘 (さいたま市保健所地域保健課長)
コメント(1)成功要因分析	平成20年度の実績について、これから評価するところであり、成功かどうか現時点で評価することは差し控えたい。
(2)事例からみた医療連携	本年度の実績を踏まえ、今後の連携のあり方について検討する予定。
(3)保健所の関与の可能性と役割	特診・特保は基本的に国民健康保険課の事業を 区保健センターが実施しているものであり、保健 所の関与については、なお検討の余地がある。

平成20年度地域保健総合推進事業 地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会(関東甲信静ブロック) テーマ別検討会② 特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取組みについて 話題提供者 さいたま市保健所地域保健課長 西田道弘

1	さいた 士士の国伊加る	、者の基本健康診査受診状況	(亚武10 年度)
1	さいにま用の国法加力	人有切奉本饵束衫钉叉衫认沉。	(平成 10 年段)

- O 国保加入者数 (40~74 歳) 206,488 人
- O 基本健診受診者 67,650 人 (受診率 32.8%)
- 2 特定健康診査・特定保健指導の対象者見込み (平成20年度)
 - 国保加入者数 205,000 人
 - 健診目標実施数 92,250 人 (目標受診率45%)
 - 動機付け支援対象者見込み 14,219 人 → 実施数目標 3,555 人
 - 積極的支援対象者見込み 7,564 人 → 実施数目標 1,891 人

3 平成 19 年度の取組み

- (1) 会議
- 特定健康診査等実施計画策定委員会(年3回開催)
 - ・ 本庁健康増進課が事務局。医師会役員、埼玉県立大学、食改会長などと並んで保 健所長が委員として参画
- 特定健康診査等実施計画策定調整会議(年6回開催)
 - 市内部の会議。本庁健康増進課、保健所、区保健センター、区保険年金課が参画
- O 健康診査等検討会(年4回開催)特定保健指導プログラム等検討会(年6回開催)、 システム検討会(年4回開催)
 - 保健所、保健センター、保険年金課等の実務者会議
- (2) 人材確保
- O 保健師の増員
 - 平成20年度から、10区保健センターのうち5区で各1名増。保険年金課1増
 - 平成21年度から、さらに5区で各1名増を要求。
- 保健所、保健センター職員に対する研修の実施
- 4 平成 20 年度の実施体制 ☆特診・特保ともに市民の自己負担なしで実施している。
 - 国保加入者の特定検診 → 医療機関委託で実施(検査項目は国指定の通り)
 - 国保加入者の特定保健指導(情報提供、動機付け支援) → 医療機関委託で実施
 - 国保加入者の特定保健指導(積極的支援) → 区保健センターで実施
 - ※ 社保被扶養者に対する特診・特保はさいたま市では行わない。
 - 市民一般への普及啓発、計画の進捗管理 → 本庁健康増進課

【東京ブロック】

[事例1]

「特定健診保健指導全国調査から見えるもの」

事例提供者

大井 照 (千代田区千代田保健所長)

事例名	【事例 1 】特定健診保健指導全国調査から見えるもの
事例提供者名	大井 照 (千代田区千代田保健所長)
コメント(1)成功要因分析	1. 地域住民の健康問題を保健所が第一義的に担 うとする所長と職員の意識が重要である 2. 地域の健康特性を実態調査や健診データ分析 により把握し、課題解決の目標を明らかにして 事業者や住民と共有化を図ることが決めてとな る(情報の提供と知識の普及啓発) 3. 地域住民や関係機関からなる既存の会議を活 用し、課題解決の目標に向けて支援していく
(2)事例からみた医療連携	地域・職域連携推進事業の取り組みとして推進 会議を設置して働き盛りの課題である糖尿病、肝 がん、タバコ対策部会での普及・定着活動を精力 的に実施(佐賀中央保健福祉事務所)また、商工 会健康講座やモデル事業支援をしながら連携調整 を図っている。(奈良県郡山保健所)や特定健診 等実施計画策定に関しては、国保部門に対し、支 援や策定に関与した保健所が多かった。
(3)保健所の関与の可能性と役割	保健所が特定健診・保健指導を直接実施しない場合でも、地域の公平、中立的な立場で関係機関の調整役にまわり、健診等の情報の集約や健診等のデータの分析により、事業の効果、評価を科学的に検証していくことで関与することが期待されている。保健所は地域住民の生活習慣病予防対策においてハイリスクだけでなく、ポピュレーションアプローチに対しても効果的な実施方法や評価方法についても助言や支援をしていく役割を持つ。

平成20年度東京ブロック研修 「特定健診保健指導全国調査から 見えるもの」

平成19年度地域保健総合推進事業 「医療制度改革における生活習慣病対策に関する 市区型と県型保健所の役割の検討」結果より

> 千代田区千代田保健所長 大井 照

事業実施目的

医療制度改革における生活習慣病対策の見直しに関し、既存の市民健診、がん検診と平成20年度からの特定健診・特定保健指導とのデータ・手法面での連続性の確保と分析を行い、県型、市区型保健所において新たな生活習慣病対策を円滑に実施する方策を検討する

アンケート調査 実施時期

平成19年 7月

平成19年12月(市区型保健所のみ追加調査)

対象

• 県型保健所: 47都道府県

• 市区型保健所: 83市区

回収率

7月・県型保健所: 47/47 (100%)

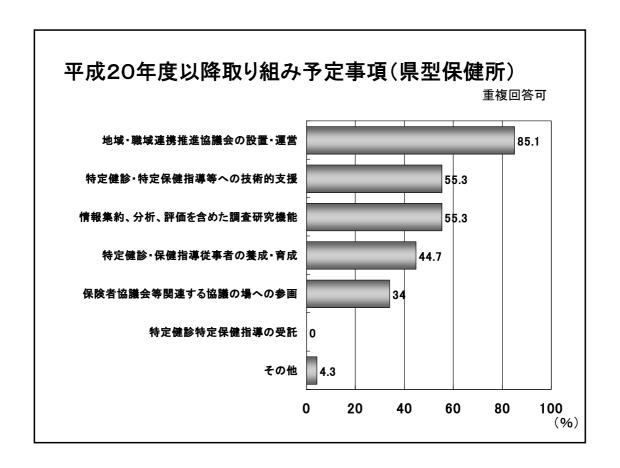
• 市区型保健所: 63/83 (75.9%)

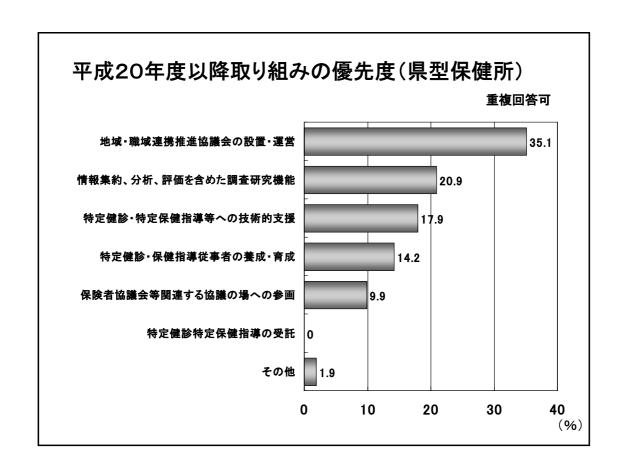
指定都市(13*)、中核市等(28)、特別区(22)

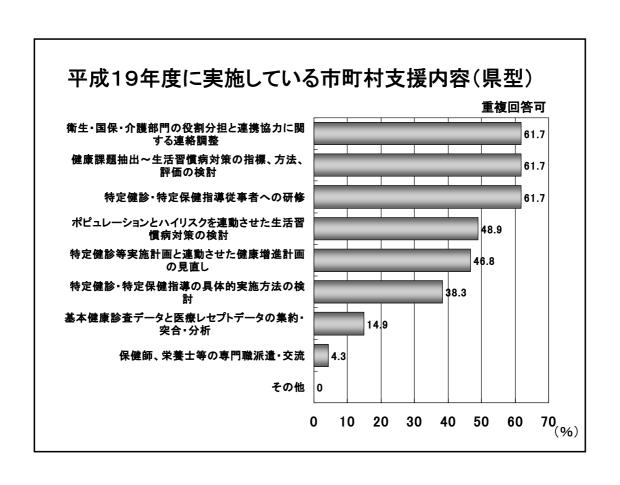
12月 - 市区型保健所: 52/83(62.7%)

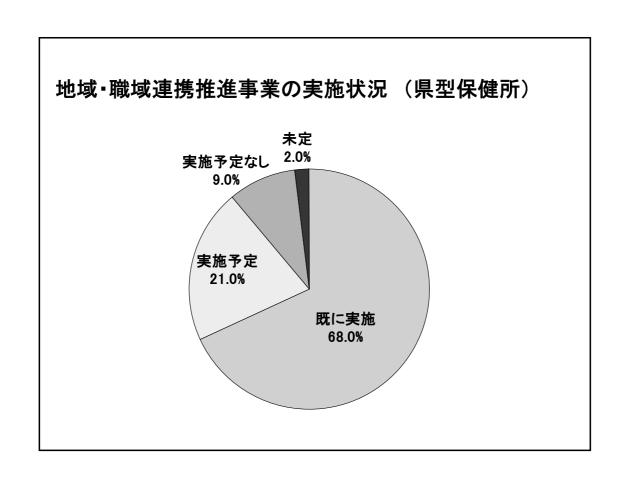
指定都市(12*)、中核市等(22)、特別区(18)

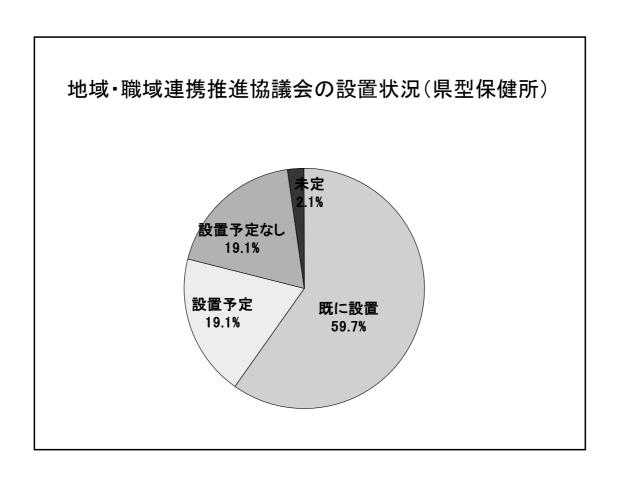
*指定都市の複数保健所は市代表1保健所とした。

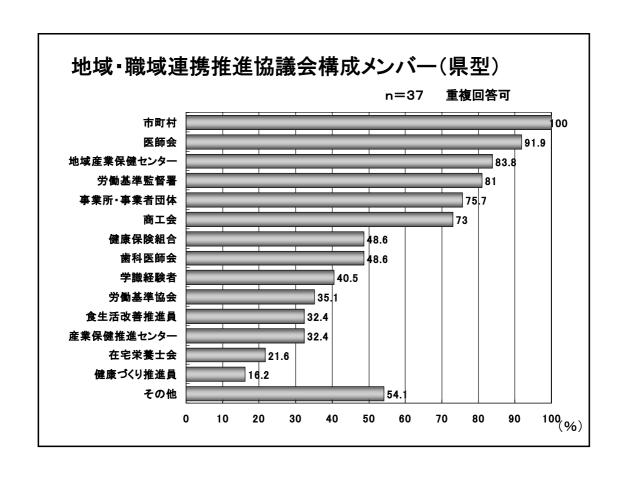


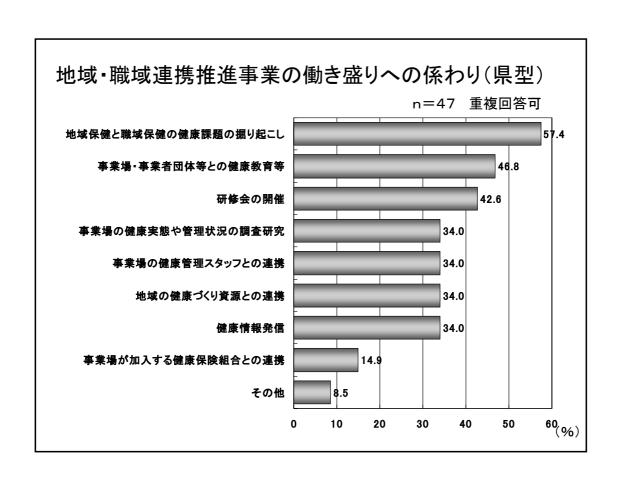


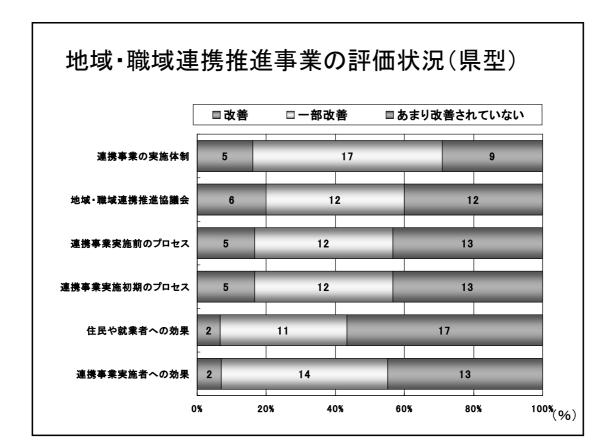












地域・職域連携推進事業についての自由意見1 (県型保健所)

● 県型保健所の大半は、地域・職域連携推進事業の重要性を認識し、積極的に推進している。ただ、どうしても地域保健主導で推進している状況にあり、地域と職域の相互理解にはまだ時間を要するとの意見であった。

地域・職域連携推進事業についての自由意見2(県型)

●具体的連携項目としては、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた取り組みをはじめ、喫煙対策、心の健康づくり、うつ対策や自殺対策等健康づくりの幅広い課題に取り組んでいる。また地域づくりに視点をおいた生活習慣病予防に取り組んでいるところや、先進的取り組みとしては、佐賀市の事例では、糖尿病部会や肝炎対策を協議会のテーマとして推進している。

地域・職域連携推進事業についての自由意見3 (県型)

●小規模事業所については、一様に、事業主の意識が低いことと健康づくりの基盤が泥弱であるとの指摘があり、定期健康診断すら実施していない事業所もあることが明らかになった。また、平成20年からの特定健診等についても十分な情報提供がなされていない等、明らかな情報格差も伺えた。

地域・職域連携推進事業についての自由意見4 (県型)

●事業評価については、事業実施1~2年目の ところが多く、職域の健康づくりの改善につい ての効果判定は時期尚早との意見が多かっ た。

特定健診・特定保健指導実施に向けての自由意見1 (県型保健所)

- 県型保健所は、特定健診・特定保健指導の実施主体ではないため、会議、研修を通じた市町村支援や、部門間の調整を主とした役割と考えている。
- ●関係部門との連携については、全体のネット ワークづくりに取り組んでいるところもあれば、 縦割りの中で全く連携がとれていないところも あり、取り組みの格差が大きい。さらに、県保険 課や国保連合会が主催する会議や研修会との 整合性や連携を、今後の課題としている。

特定健診・特定保健指導実施に向けての自由意見2 (県型保健所)

- 具体的な支援内容は、市町村の情報交換、特定保健指導等実施計画策定支援、特定保健指導の技術研修、地域特性を踏まえた健康なまちづくりの支援等がみられた。
- 課題としては、市町村のマンパワー不足、人材育成の必要性、アウトソウシング先の確保、未受診者や非該当への対策も含めたトータルとしての生活習慣病対策、特定健診と連動したポピュレーションアプローチの重要性やその評価方法、健診データの共有、住民や事業所への啓発方法等々、現時点で多くの課題が示された。

1. 保健所と国保部門との連携体制		
・検討会を設置している	39	(62%)
・保健師等に兼務辞令が発令された	10	(16%)
・組織が一体化された	0	(0%)
その他	10	(010/)
2. 保健所の役割として本来行うべき		(21%)
2. 保健所の役割として本来行うべき	手項	(21%)
2. 保健所の役割として本来行うべき ・健康情報集約~分析~発信の機能	手項 43	(68%)
2. 保健所の役割として本来行うべき	手項 43	•
2. 保健所の役割として本来行うべき・健康情報集約〜分析〜発信の機能・医療機関、民間等が適切にサービスを	李事項 43 37	(68%)

市区型保健所の7月初回調査結果2

3. 特定健診・保健指導の実施にあたっての課題

- 単価 / 様式の統一化	40	(64%)
・機器 / 設備 / 人材を満たす拠点の不足	31	(49%)
- 保健指導が行える質を満たす拠点の不足	30	(48%)

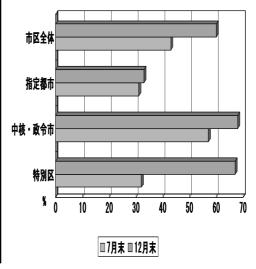
・その他:現状体制による評価の困難、サービス提供量の不足等

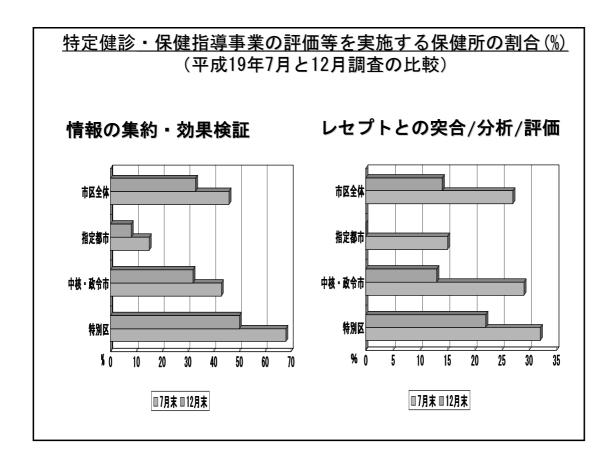
4. 計画・実施・評価等の実施の方向性(保健所数)

	保健所中心	関与	委託
・実施計画の策定	1	48	2
・特定健診の実施	5	18	46
・保健指導の実施	27	16	35
・情報の集約~効果検証	29	49	6
・レセプトの突合〜分析〜評価	17	52	4

特定健診・保健指導を実施する保健所の割合(%) (平成19年7月と12月調査の比較)

特定保健指導





市区型保健所における初回(7月末)と再調査(12月 末)の推移

- 組織再編した保健所は、前回と概ね同じ2割以内であった。
- 特定健診を実施する保健所は、前回8%から今回58%と大幅に 増加。特定保健指導も初回の43%から今回60%に増加。
- 情報の集約・効果検証の実施は、初回46%であったが33%と やや減少した。
- 健診・保健指導と医療レセプトとの突合・分析・評価の実施は、初回27%から今回14%と減少した。

特定健診・保健指導の実施における課題 (%)

- ■<u>自治体間、保険者間の相互乗入れ</u>、単価、様式等の統一化の 問題 6 4 %
- ■特定健診保健指導が行える機器・設備・人材(専門職)等を満たす 拠点がハード、ソフト両面に少なく、サービス提供量も少ない。 49%
- ■特定健診・保健指導評価は現体制では困難 43%
- ■特定健診・保健指導に従事する<u>スタッフの育成機会</u>が少ない。 43%

<u> 県型保健所からの提言1</u>

1. 地域・職域連携推進事業は、働き盛り世代の健康づくりを推進するための中心的事業であり、今回、中小企業における地域保健と職域保健の意識の差が明らかになったことから、県型保健所においては、関係機関との連携の下、継続的な介入・支援が求められる。国においてもこのような状況に鑑み、一層の財政的・技術的支援をお願いしたい。

県型保健所からの提言2

2. 健康増進計画を推進するためには、特定 健診・特定保健指導のみならず市町村衛生 部門の保健事業を総合的に推進することが 求められていることから、県型保健所におい ては、関係機関の連携協力の下、地域の健 康情報の共有と総合的な推進・評価に努める。

県型保健所からの提言3

3. 地域の健康づくりを推進するためには、ハイリスクと連動したポピュレーションアプローチが求められているが、現時点ではポピュレーションアプローチの明確なガイドラインはない。県型保健所の役割として、特定健診等が導入されて以降の、生活習慣病に対する新たなポピュレーションアプローチのあり方について、効果的な実施方法や評価方法の検討が望まれる。

市型保健所の役割に関する課題と提言

- ・半数以上の保健所で国保部門との連携のため検討会の 設置等を行っている。中核市等・特別区に比べ、指定 都市では低い傾向があり、これは、指定都市では本事 業を本庁が実施しているためと考えられる。
- ・半数程度の保健所が、特定健診・保健指導に直接関わらないと回答していた。
- •特定健診・保健指導に関与しない保健所においては、 生活習慣病予防対策としての保健活動を行う上で、健診 データを含めた情報は地区診断に必須であり、何らかの関 与方法を検索する必要がある。

市型保健所の役割に関する課題と提言

- 多くの保健所が、本来行うべき役割として、地域住民の健康情報を集約・分析・評価することと回答していたが、一方で事業全体のマネージメント機能と回答した保健所は18ヶ所と少なかった。
- 保健所が従来所管していた成人保健の質を確保するため、以下の事項等を明確にする必要がある。
 - 自治体組織として、地域の成人保健の質を確保する 方策
 - 保健所(保健専門職)として、今後の関与方法を検討 する必要がある

平成20年度の事業計画

- 県型保健所に対して地域・職域連携推進事業評価の達成状況の調査
- ●市区型保健所に対して特定健診等の実施状 況の調査。
- ●国保被保険者の既存健診データと医療レセプトとの突合により、生活習慣病の医療特性を 分析する
- ●既存の市民健診データと特定健診データの継続 性を担保する方策の検討
- ●特定健診・保健指導マニュアルの有効性を検 証し、見直しに向けての提言を行う。

平成19年度 地域保健総合推進時事業(保健所長会推薦事業)「医療制度改革における生活習慣病対策に関する市区型と県型保健所の役割の検討」

先進事例	県型保健所		市区型保健所
	佐賀中部保健福祉事務所	奈良県郡山保健所	板橋区保健所
医療制度改革の取り組み	①「佐賀中部域・生・活・」	「地域職域健康づくり	「組織の再編等」
1地域·職域連携推進事業	いきいきいきを考える会」	推進連絡会議」	特定健診・保健指導に対応する為
	【佐賀アクション21」	①モデル事業所における	健診・保健指導担当準備課を
	②糖尿病対策部会	支援「健康づくり宣言」	別組織で形成した
		文版・健康 ラベッ 亘 百] (2)商工会女性部健康づくり	
	③肝がん対策部会	011	
	④今後はたばこ・歯科保健	事業および商工会健康講座	
	普及定着を図る	「メタボリックシンドローム	
2地域·職域連携推進会議	設置	とは・・」	
		3 今後は小規模事業所の健康づくり	
		市単位にモデル事業支援し連携	
- 1.1 1.2 Tel. 1.2 \ \ 14 14 14 14 14 \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		I	
3地域·職域連携推進事業評価	改善5、一部改善1	改善6	
		小規模事業所においては、労安法に基づく	
		定期健康診断すらなかなか実施されておら	
		ず、健康に対する意識も低い。地域職域連携推進協議会を核として、商工会と連携	
		し、地域の健康づくり関連団体の協力をい	
		ただきながら、小規模事業所をターゲットと	
		した事業展開が重要である。	
4実施計画の策定	 市町村の実施計画策定の支援	 実施計画と連動した健康増進計画	 実施計画の策定に関与
4天旭引画の泉足		JANUARY DE LA CARLO	大旭川画の東足に関う
		の見直し支援	
			基本健診の分析、受診状況
			国保被保険者の受信状況分析
			健診結果分析、特定健診対象者
			の推計、保健指導の階層化
			出現率、国保の医療費分析、
5特定健診・保健指導の関わり	地域保健と職域保健の特定健診・		生活習慣病対策の必要性
	保健指導等の認識に温度差がある。	特定健診・保健指導;従事者の研修	特定健診・保健指導は業者委託
	ワーキンググループを糖尿病対策	生活習慣病予防対策の評価の検討	
	肝疾患対策部会で各2回開催した		
	肝疾患対象の云で行と四角性した	 特定健診・保健指導と連動するポピュレー	 特定健診・保健指導の実施率をどのように
		付足性診・保健指導と運動するホニュレー ションアプローチの評価の枠組みが必要で	
		プランテプローテの計画の作組のが必要で	導が終了した後、効果が持続できるような
		(W) 0 0	環境づくりをどのように作っていくのか課題
			です。
	健診保健指導の具体的実施方法検討		
	ポピュレーションとハイリスクアプローチを		
	連動させた健康増進計画の見直し支援		
6情報の集約・効果検証		 既存データ分析による健康課題	情報の集約・効果検証を保健所
0 情報の条件		の抽出	と他の部署が実施
		の抽色	と他の命者が夫他
		0, _ # //	W + 7 = -
7レセプトの突合・分析・評価		レセプトの集約・突合・分析・評価	業者委託
		3市4町1村を管轄。管内面積:300.09k	
		m2(県の8. 1%)。管内人口:36万人(県	
	俵で検討会等を開催		6人と少子高齢化がすすんでいる。工業と
C 10.1-8 4+ 44		0%以上と地域格差大)。(資料は平成18	
8 地域特性	情報の共有も含めまずは、ワーキンググ ループを糖尿病対策部会	年10月データ) 	病院・診療所など合わせて約400ヵ所と多い。
	ルーノを構成病対策部芸 肝疾患対策部会にて、各2回開催した。		· · o
	l .		

千代田保健所	尼崎市保健所	京都市保健所
		京都市保健衛生推進室
国保部門・保健所との会議体「健診のあり方検討会」医師会定例	「ヘルスアップ尼崎戦略事業」 平成17年度~3年間モデル事業 国保レセプト分析(H17) 生活習慣病の実態分析 ポプレーションアプローチのあり方 被保険者集団の疾病特徴と健診結果 (H18)メタボ該当者の実態比較 保健指導にむけて学習教材など 評価方法(H18.12月)ハイリスク 者対策(人工透析など)	H19年全国衛生部長会地域保健総合推進事業「特定健診・保健指導の効果的推進のための課題抽出と改善に関する」政令指定都市対象実態調査今後は、事業実施前後の状況把握事業評価、精度管理を行う「H19特定健診・保健指導モデル事業実施」腹囲測定・特定健診実施、特定保健指導対象者の抽出。保健指導の実施「京都市民健康づくりプラン」「京都市民
実施計画の策定に関与	実施計画の策定に関与	長寿すこやかプラン」など総合的に実施 主に検討。保健師・栄養士が国保部門へ 異動。保健所組織の見直しが想定される 実施計画の策定は業者委託
特定健診・保健指導は保健所が 業務委託	特定健診・保健指導は他の部署が 実施	業者委託
ておりサービスの低下をきたさないことを原		実施体制はまだ未確定部分が多い。5,6月の基本 健診時に特定健診のモデル実施をしており、その結 果に基づいて、現在特定保健指導のモデル実施の準 備中である。
情報の集約·効果検証を保健所 と他の部署が実施	情報の集約·効果検証を 他の部署が実施	情報の集約·効果検証を 他の部署が実施
レセプトの集約・突合・分析・評価 保健所が実施	業者委託	業者委託
夜間人口約4万人、中間人口約80万人、官公庁や大企業、大学、私立学校などが多い特別区である。	題となっているが、逼迫した市財政状況のもと、団塊世代の大量退職の時期を目前にして、専門職の新たな雇用も多くは望めない。問6でも述べたが、市町の衛生部門の保健師等を特定保健指導に利活用する	率24%と市内で東山区ついで高い。人口はここ十数年横ばい、出生数も5年間500人前後と変わらないが、高齢化は年々すすんでいる。管内に御所があり、西陣織などの伝統産業、茶道や能、狂言などの家元もあり歴史深い地域である。住民の自治意識は高く、保健委員や民生児童委員の活動も活発。最近はマン

[事例2]

「東京都における脳卒中医療連携体制の 構築に向けて」

事例提供者

櫻井 幸枝 (東京都福祉保健局医療政策部 副参事)

事例名	【事例2】東京都における脳卒中医療連携体制の構築に向けて
事例提供者名	櫻井 幸枝(東京都福祉保健局医療政策部副参事)
コメント (1)成功要因分析	 取組の意義と目標を関係者全員で共有 東京消防庁(MC協議会)との連携 協議会の委員構成の妙案(⇒協議会の発信力)・各二次保健医療圏域代表者が参画⇒各圏域での取引の牽引役に・関係診療分野におけるキーパーソンが参画・大所帯の会議になっても紛糾させない会長&会長代理 脳卒中急性期治療を実施している医療機関全件へのアンケート調査による実態把握
(2)事例からみた医療連携	 ●医療連携の取組方法として、「疾病別」でどこまでやればよいのか、疑問はなきにしもあらずだが、「脳卒中」の「救急搬送体制の構築」にに関しては、「疾病別」の取組に向いている喫緊の課題であったと思う。 ●その一方で、「脳卒中」の急性期から回復期や維持期、在宅療養へのシームレスな医療連携体制の整備にあたっては、脳卒中に焦点を絞りすぎず取り組むことが必要。
(3)保健所の関与の可能性と役割	●多摩部のように医療圏域ごとに保健所が地域医療連携の実質的な調整役として大きく機能している地域は、医療連携体制の構築が可能。また保健所からの示唆を事業企画に反映でき、取組に厚みが出る。 ●特別区域の場合、地域医療連携体制の構築にあたり、調整役が不在になりがち。現在は中核病院が事務局機能を担うかたちをとってくれる関係が出来れば、地域医療連携体制はより円滑に構築されるのではないか。しかし、自治体間での連携は悩ましいことも事実。現在の医療をめぐる厳しい状況において、これまでの枠組みを越えた地域医療を守る取組として、緩やかな自治体間連携という行政側の取り組み方も有効ではなかろうか。



東京都における 脳卒中医療連携体制の構築に向けて



平成20年8月21日 東京都福祉保健局医療政策部 副参事 櫻井幸枝

本日の予定

- ◆ 東京都脳卒中医療連携推進事業の概要
- ◆ 東京都脳卒中医療連携協議会の検討状況
- ◆ 各二次保健医療圏における取組
- ◆ 医療機能情報提供制度の推進
- ◆ 在宅医療の推進
- ◆ 療養病床の再編成

東京都 脳卒中 医療連携推進事業 の概要

東京都保健医療計画の第四次改定

改定時期

計画期間

平成20年3月

20年4月~25年3月(5年計画)

計画の特徴-4疾病・5事業ごとの連携体制の明示

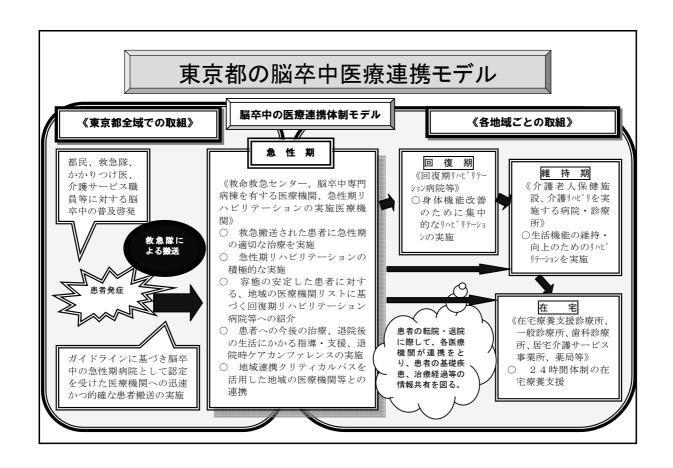
【4疾病】

がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病

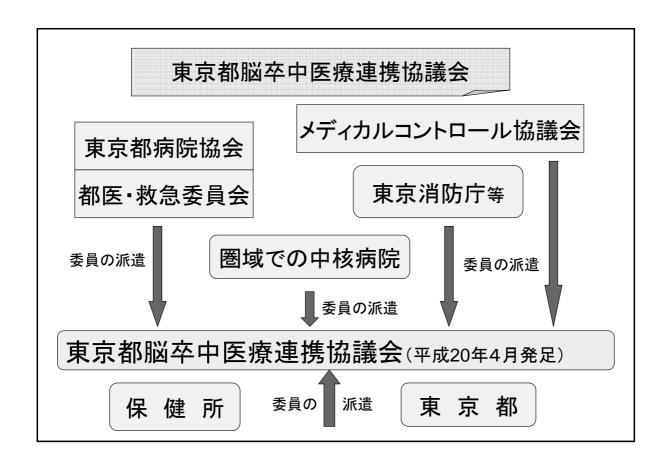
【5事業】

救急医療 ・ 災害医療 ・ へき地医療

周産期医療 ・ 小児救急を含む小児医療



東京都脳卒中 医療連携協議会 の検討状況



	東京都服	<u> </u>	療連携協議会 委員構成①
区分	圏域等	氏 名	所 属 等
	区中央部	〇高木 誠	東京都済生会中央病院院長
	区南部	土居 浩	荏原病院脳神経外科部長
	区西南部	佐々木 勝	都立広尾病院副院長
	区西部	上坂 義和	国立国際医療センター戸山病院神経内科医長
	스백하	及川 明博	大久保病院脳神経外科部長 (オブザーバー)
二次保健	区西北部	丹正 勝久	日本大学医学部附属板橋病院副院長
医療圏	区東北部	糟谷 英俊	東京女子医科大学東医療センター脳神経外科部長
圏域代表	区東部	竹村 信彦	都立墨東病院 脳神経外科部長
	西多摩	高橋 眞冬	青梅市立総合病院神経内科部長
	南多摩	北川 泰久	東海大学医学部附属八王子病院院長
	北多摩西部	高里 良男	国立病院機構災害医療センター副院長
	北多摩南部	富田 博樹	武蔵野赤十字病院院長
	北多摩北部	玉置 肇	西東京市医師会会長
		◎有賀 徹	昭和大学病院副院長
		大平 雅之	慶應義塾大学医学部神経内科助教、弁護士
学識		篠原 幸人	共済立川病院院長
経験者		林 泰史	東京都リハビリテーション病院院長
		星野 晴彦	慶應義塾大学医学部神経内科准教授
		横田 裕行	日本医科大学附属病院高度救命救急センター教授

東京都脳卒中医療連携協議会 委員構成②					
区分	圏域等	氏 名	所 属 等		
		安藤 高夫	東京都医師会理事、東京都病院協会副会長		
東京都医師会		近藤 太郎	東京都医師会理事		
東京都病院協会		石原 哲	東京都医師会救急委員長		
		猪口 正孝	東京都病院協会常任理事		
都立病院代表		設楽 信行	都立広尾病院院長		
	****	野口 英一	東京消防庁救急部長		
	東京消防庁 	桂川 勇次	東京消防庁救急部救急指導課長		
 消防関係	東久留米市	百々 義信	★ 50 以 十 24 叶 + 50 24 叶 F		
MIXIM	消防本部	日代・我信	東久留米市消防本部消防長 		
	稲城市	 根岸 成男	│ │稲城市消防本部消防長		
	消防本部	18件 18分	相然可用的不能消费及		
	区部	中西 好子	練馬区保健所所長		
 行政関係	多摩部	赤穂 保	多摩立川保健所所長		
11以民际	+ +vn	吉井 栄一郎	東京都福祉保健局医療政策部長		
	東京都	大久保 さつき	東京都福祉保健局参事(医療改革推進担当)		

東京都脳卒中医療連携協議会ーおもな検討事項ー

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン) の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向 の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな 搬送体制の構築
- ◇搬送体制の評価・検証方法の検討
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート!

東京都脳卒中医療連携協議会 ーおもな検討事項ー

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン) の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向 の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな 搬送体制の構築
- ◇搬送体制の評価・検証方法の検討
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート!

脳卒中 2 急激に起こった 発症! 手足の麻痺、しびれ、ろれつがまわらない、めまい、意識障害、など かかりつけ医または 脳 本人、家族 または 初診医 発見者 卒 救急車要請 患者の М 重症度判断 イメージメモ С 重症以上 中等症以下 協 観察所見から脳卒中の有無を判断 KPSS(倉敷病院前脳卒中 教急搬 議 CPSS(シンシナチ病院前脳卒中スケール)を評価 スケール)を参考とする 会 脳卒中の疑いあり 脳卒中の疑いなし (100%) 脳卒中急性期患者を受け入れている医療機関 【三次救急】 【二次救急】 【二次救急】 【二次救急】 ア)t-PA治療を含めた脳卒中の 急性期治療を実施する機関 イ)t-PA治療は実施しないが 脳卒中の急性期治療を実施する機関 脳出血 くも膜下出血 その他の脳卒中 その他の疾患 脳梗塞 (約60%) (約30%) (約10%) t-PA治療の対象例 t-PA治療の非対象例

救急搬送体制の構築

脳卒中急性期医療機関に関する実態把握 ~アンケート調査の実施~

対象	a)脳卒中急性期患者 受入医療機関 b)指定二次救急医療機関 及び三次救急医療機関	a)173施設 b)262施設 【再 掲】 a),b)ともに掲げている 医療機関149施設 ※施設数は 平成20年4月1日現在
調査形式	アンケート調査	郵送
調査 期間	8月	送付、回収、集計

t‐PA治療に係る施設基準比較

	診療報酬(超急性期脳卒中加算)	日本脳卒中学会
医師	①専ら脳卒中の診断及び治療の 担当経験10年以上	◇急性期脳卒中に対する十分な知識と経験を 持つ医師を中心とするストローク・チーム
	②脳卒中学会等の t-PA講習会受講	◇実施担当医自身が講習会受講済 または 当該施設が発症24時間以内の
	⇒①かつ②を満たす医師が病院として 1名以上配置(t-PA治療時にいなくても可)	急性期脳梗塞の多数例を診療 (例-年間50例程度)
薬剤師	常時配置	
放射線技師	常時配置	配置が必要(CTまたはMRI検査が可能)
臨床検査技師	常時配置	配置が必要(指針にて血液検査必須)
脳外科	脳外科的処置が迅速に行える体制	脳外科的処置が迅速に行える体制 …連携病院 可(Q&A Mo.35) 搬送に要する時間を考慮しても院内で対応 できる体制が望ましいが、病院間で適切な契約 または約束が出来ている条件のもとであれば、 必ずしも院内で外科的処置が行えなくとも良い。
治療室	専用治療室 (ICUやSCUと兼用でも可)	集中治療のための設備 (SCUまたはそれに準ずる設備)
	⇒必要装置等(ア〜エ) ア)救急蘇生装置,小除細動器, ウ)心電計,エ)呼吸循環監視装置	
院内設備	CT,MRI.脳血管造影等の 必要な脳画像撮影及び診断が行える体制	CTまたはMRI検査が可能

No.	基準項目	基準内容	選		欄の該当する選択肢を〇つ	で囲んでください)		回答欄
NU.	奎 华坝日	_,,,,	7	1	ウ	I	オ	
1	医 師 (病院の体制に 着 眼)	①日本脳卒中学会、神経学会、脳神経外科学会、救急医学会いずれかの専門医または専ら脳卒中の診断及び治療の担当経験10年以上 ②脳卒中学会等の t-PA講習会受講歴	①②とも満たす 医師が 病院に1名以上いる (当直していなくても オンコールで治療が可 能であること。 常勤・非常勤は問わな い。)	①を満たし、かつ②の講習を今後受講する予定の医師が	②とも満たす医師はいないが ①相当程度の経験が あり、かつ ②を満たす医師が	①相当程度の経験があり、かつ②の講習を 今後受講可能な医師が	ァ〜ェ いずれか · の 体制も ナシ	ア イ ウ エ
1'	医 師 (実施担当医 に 着 眼)	①急性期脳卒中に対する 十分な知識と経験を有する ②脳卒中学会等の t-PA講習会受講	実施担当医が①②とも満たす	病院に1名以上いる 実施担当医が ①を満たし、 ②の講習を今後受講する 予定	病院に1名以上いる ア·イの いずれの体制も ナシ	病院に1名以上いる		オ ア イ ウ
2	脳 外 科	脳外科的処置が迅速に行える体制 (必要に応じ速やかに脳外科専門医のコンサル テーションができること)	院内で体制が組める (オンコール可)	院内では組めないが 予め約束している病院で 対応可				ア イ オ
3	放射線技師	配置	常時配置 (365日24時間)	常時配置はされていないが、 t-PA治療の適応の可能性のある患者受入時に対応でき、	5		ア・イの いずれの 体制も ナシ	オ
4	臨 床 検 査技 師	配置	常時配置 (365日24時間)	かつ治療後36時間の観察期間にも速やかに対応できる体制がある	1			アイオ
5		専用治療室 (ICUやSCUまたはそれに準ずる設備と兼用でも可) ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	左記の設備あり		_		左記の設備ナシ	アオ
6	院内設備	CT,MRI,脳血管造影等の 必要な脳画像撮影及び診断が行える体制	左記の設備あり					アオ
T	薬 剤 師	配置	常時配置 (365日24時間)	常時配置はされていないが、 t-PA治療の適応の可能性のある患者受入時に対応でき、 かつ治療後36時間の観察期間にも速やかに対応できる体制 がある	オンコール体制	医師が対応	ァ〜ェ いずれか の 体制も ナシ	アイウエオ
8	脳血管疾患 急性期リハ	脳血管疾患の急性期リハを行える PTまたはOTが病院に常勤	左記の体制あり	左記の体制ナシ				ア イ

								アンケ		調	查②	
1)	1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その1) 前へ、シ、「アンケート調査(その1)」項目①~⑦(「1」と「8」を除く)に関し、 各項目ともア~エのいずれかに該当する体制、即ち「t-PA治療も含め						」を除く)に	こ関し、		3)	脳卒中急性期患者の入院受入状況について(入院患者に限る) 平成20年4月~6月における	、
	1ヶ月(4	『急性期患者受入可能な体制』についてお伺いします。 (4週28日間)を次のように設定した場合(計56枠)、 『る体制が組める枠数をご記入ください。							脳卒中急性期患者の入院受入総数(A) ① (A)のうちt-PA治療を実施した件数			
	日勤帯	月 A	火 A	水 A	木 A	金 A	± C	日 C			② (A)のうち脳外科的処置を必要とした件数	件
	夜勤帯	В	В	В	В	В	С	С		4)	超急性期脳卒中加算の施設基準の届出を行っていますか ア)届出済	_]
回答欄	1ヶ月	平日土日祝		20日間20日間8日間	$\Rightarrow \\ \Rightarrow \\ \Rightarrow \\ \Rightarrow$	20枠中 20枠中 16枠中		枠程度 枠程度 枠程度			イ)届出予定(○年○月から) ウ)届出していない ⟨ 差し支えなければ理由もご記入ください。]
2)	28日間 ⇒計 56枠中 枠程度 (例)担当診療科の医師がt-PA講習会を未受講のため 1ヶ月(28日間)における脳卒中急性期患者受入体制について(その2) 1)の同答に対ける「合計の同答は対けば「56」とは、かない医療機関											
	1)の回答における「合計の回答枠数」が「56」よりも少ない医療機関にお伺いします。 1)の体制に該当しない枠の中で、「t-PA治療は行なわないが、脳卒中急性期患者受入は行っている場合」の、 1ヶ月におけるそのような受入枠数をご記入ください。							刘美		5)	都内全域での脳卒中救急搬送体制の構築に関し、ご意見を御願いいたしま	₹す。
回答欄	1ヶ月	平日 土日祝	A B C	201111	⇒ ⇒ ⇒	20枠中 20枠中 16枠中 56枠中		枠程度 枠程度 枠程度				

スケジュール

7月30日 第2回協議会:アンケート調査実施の提案

→ アンケート実施 (送付、回収、集計)
→ り月 調査結果を踏まえた、認定基準(ガイドライン)の素案作成
→ 第3回協議会:認定基準(ガイドライン)の決定
→ 10月以降 認定基準(ガイドライン)を都内医療機関に提示、参加意向の確認
→ 具体的な搬送体制構築へ

東京都脳卒中医療連携協議会 ーおもな検討事項ー

- ◇脳卒中の急性期病院の認定基準(ガイドライン) の作成、急性期病院の認定方法の検討
- ◇急性期病院の医療資源調査、医療連携の参加意向 の確認
- ◇患者発生時における救急隊と連携した速やかな 搬送体制の構築
- ◇搬送体制の評価・検証方法の検討
- ◇地域における標準的なクリティカルパスの提示
- ◇都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

平成21年3月都内全域での脳卒中救急搬送本格スタート!

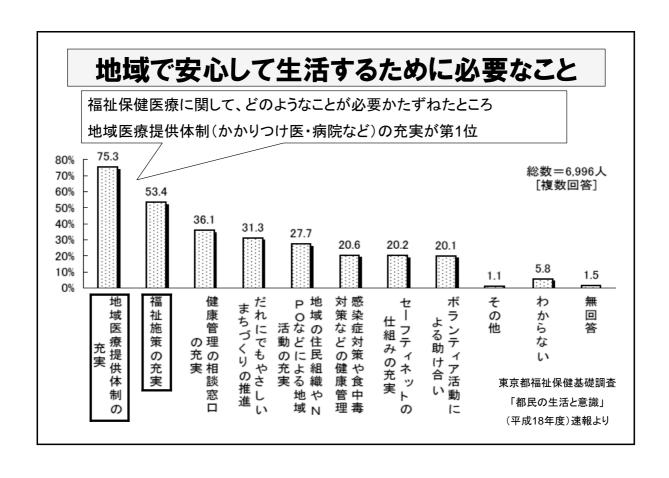
搬送体制の評価・検証方法の検討

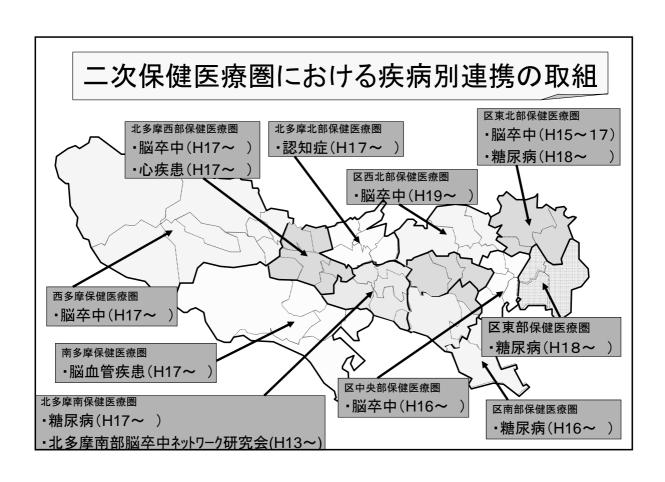
◇先行取組に学び、今後、具体的な検討へ 例)長崎県…全救急搬送記録(消防)と1週間後の 確定診断記録(病院)とを突合し分析

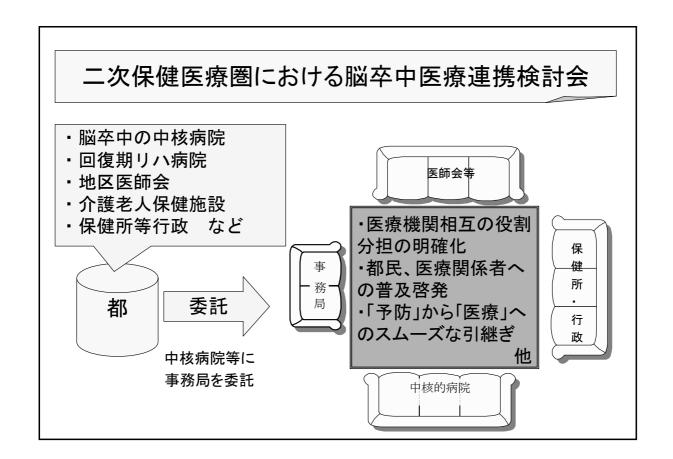
都民等に対する脳卒中の普及啓発活動

◇都では、各二次保健医療圏での取組を支援 (委託費、広報、各医療圏間での情報の共有化)

各二次保健医療圏における取組







地域脳卒中医療連携圏域別検討会ーおもな検討課題(先行圏域の例)ー

- ◇地域における医療機関(病院・診療所)の 医療資源調査及び医療連携の参加意向の確認
- ◇医療連携に参加する医療機関のリスト作成と リストの内容の周知
- ◇介護サービス事業者との連携体制の検討、 地域における脳卒中の普及啓発活動
- ◇地域のクリティカルパスの作成など

各二次医療圏における取組状況①区部(H20.7.30現在)

圏域名	構成区市町村事務局病院等		各圏域別検討会の取組状況		
区中央部	千代田·中央·港· 文京·台東	東京都済生会 中央病院	〇医療連携リストの作成 〇平成19年度、区中央部における「t-PAネット ワーク」に係る検討開始 〇「区中央部ネットワーク計画(案)」作成 〇「病院前脳卒中救護のプロトコール(案)」作成 〇圏域内の急性期病院を集めて、「ネットワーク計 画(案)」に係る意見交換会実施		
区南部	品川·大田	荏原病院	○検討会設立のための準備会開催 ○「脳卒中救急医療に関する病院情報調査」実施		
区西南部	目黒·世田谷·渋谷	都立広尾病院	〇検討会設立のための準備会開催		
区西部	新宿·中野·杉並	国立国際医療センター	○検討会設立のための準備会開催		
区西北部	豊島·北·板橋·練 馬	日本大学医学部 附属板橋病院	○「脳卒中患者の受け入れに対する施設状況アン ケート調査」実施		
区東北部	荒川·足立·葛飾	東京女子医科大学 東医療センター	〇足立区、葛飾区、荒川区の急性期病院を集めた 「区東北部連携連絡会」開催		
区東部	墨田·江東·江戸川	都立墨東病院	〇検討会設立のための準備会開催予定(8月7日)		
	•				

各二次医療圏における取組状況②多摩部(H20.7.30現在)

圏域名	構成区市町村	事務局病院等	各圏域別検討会の取組状況
西多摩	青梅・福生・羽村・ あきる野・瑞穂・日 の出・奥多摩・檜原	西多摩医師会	〇医療連携リストの作成 〇患者情報シートの作成 〇医療連携リスト、患者情報シートの使用状況に ついてのアンケート実施
南多摩	八王子·町田·日 野·多摩·稲城	東海大学八王子病院	○医療連携リストの作成 ○医療連携リストの活用状況調査の実施 ○圏域内の脳血管疾患患者の動向調査の実施 ○H20年度はクリティカルパスの作成に取組予定 ※急性期、回復期、維持期、在宅の 4つの部会を設置
北多摩西部	立川·昭島·国分 寺·国立·東大和· 武蔵村山	国立病院機構 災害医療センター 共済立川病院	○医療連携ガイドライン作成 ○かかりつけ医カード作成 ○住民むけパンフレット作成 ○t-PA対応可能病院による輪番体制スタート (平成19年8月~) ○クリティカルパスの作成
北多摩南部	武蔵野·三鷹·府 中·調布·小金井· 狛江	武蔵野赤十字病院	○クリティカルパスの作成 ※「急性期から回復期へのパス」 「回復期から在宅へのパス」 「在宅から急性期へのフィート・バックパス」 の3部構成 ○社会保険事務局にクリティカルパスの届出を 行い、平成20年6月より運用開始 ※急性期病院6施設回復期病院20施設が届出 ○「在宅へのパス」を普及させるため、在宅医、 医師会、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、 行政担当者等を対象とした説明会を実施
北多摩北部	小平·東村山·西東京·清瀬·東久留米	西東京市医師会	の第1回北多摩北部医療圏脳卒中ネットワーク委員会開催 ※急性期部会、回復期部会、維持期部会を設置 ※近々に急性期病院カレンダーの検討を開始 する予定

医療機能情報提供制度 の推進

東京都医療機関情報システムのできない。

http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp

平成15年4月 スタート 平成20年4月 リニューアル (医療機能情報提供制度に対応)

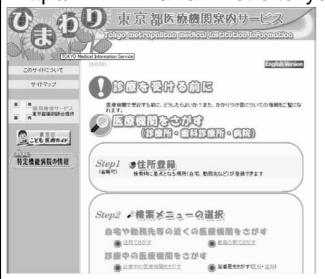
- ・都内の医療機関の情報を集積した情報提供用の インターネット・データベースシステム
- ・パソコン、携帯電話などを利用したインターネットや、 FAXなど多彩なメディアからのアクセスが可能
- ·都内医療機関情報を365日24時間提供

「ひまわり」のリニューアル (平成20年4月1日~)

- 医療機能情報提供制度に対応⇒4月1日現在86%の機関が報告済
- 提供情報の充実
 - ◇助産所の医療機能情報追加
 - ◇脳卒中関連情報の充実
 - ◇疾患や治療内容による詳細な検索可能
 - ◇肥満、膠原病などの専門外来が検索可能
- トップページのリニューアル

医療機関専用画面の活用

http://www.himawari.metro.tokyo.jp/qq/qq13tomnlt.asp



都民用の検索画面の アドレスを1文字変え ると...

qq13tomnlt.asp

qq13momnlt.asp

医療機関専用画面へ

または⇒「http://www.himawari.metro.tokyo.jp/med/」

POETOU

医療機関専用画面の活用

機関コード・ログインパスワード ⇒ 全医療機関に配布済 データの修正・更新はネット上でいつでもOK

【医療機関専用画面の特徴】

- <医療連携支援>
- ・地域、診療科目、設備機器等の条件を組み合わせて医療 機関を検索
- ・より専門的な情報の表示(医療機器、対応治療内容等)
- <情報交換>

電子会議室 の機能など

W TERIOU

脳卒中関連情報の充実

【急性期病院】

• t-PAの使用、急性期リハの実施、救急患者の受入れ可能時間、緊急手術の実施可能時間、MRIの稼動時間、 SCUまたはそれに準じる病棟の設置有無など

【回復期病院】

リハ病床の有無、脳卒中専門医の勤務体制など

【維持期病院・診療所等】

脳卒中患者の受入不可条件、リハ専門医の勤務体制、 訪問診療・在宅医療の実施など

脳卒中医療連携の医療資源情報に活用

東京都保健医療計画における 脳卒中の医療機能を担う医療機関数

東京都医療機関情報 システム

	病院	診療所	合計
<u>3</u>	93施設 169	77施設 4	173
回復期	231	28	259
維持期	262	70	332

(H20.4.1現在) *都福祉保健局ホ-ムページに医療機関一覧掲載

医療情報への都民の理解促進~「医療情報ナビ」~

都民(患者)が医療情報を正しく理解し活用できるように支援 ⇒ 適切な受療行動へ

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/iryoujouhounavi/index.html

シミュレーションストーリーを展開

各シーンで関連する医療情報をわかりやすく解説

「子育て世代編」 子どもが夕方、急に発熱!

「中·高校生編」 お祖母さんが転倒!大腿骨頸部骨折

「シニア編」 外出中、夫が突然倒れた!脳卒中

知って安心 暮らしの中の医療情報ナビ・シニア編-「脳卒中」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/iryoujouhounavi/index.html

知っておくべきポイント



外出中、夫が突然、倒れた!

救急のときの対応のしかた、

救急車の呼び方 ………4~5



A病院で治療を開始

入院時に必要なもの、

インフォームド・コンセント 6~9



第1回目の医療費の請求

医療費の内訳、

医療保険制度 …… 10~13



急性期の治療から回復期の治療へ

転院の理由、

医療機能の分担…… 14~15



退院から退院後の生活

退院の理由、

在宅での医療・介護サービス ……… 16~17



急性期の治療から回復期の治療へ

入院から15日目、担当の医師から転院の申し出がありました。

病状はかなり安定してきました が、食事など日常の生活はほと んど自分ではできません。

「どうして? まだ治っていないんのだけど?」「どこへ転院すればいいの?」 Mさん夫婦は不安がいっぱいです。





なぜ、病院を変わるの?

医療が高度化・専門化しているなか、急性期の 治療を行う病院やリハビリテーションを行う病院 など、医療機関にも特徴があります。

急性期を脱し、病状が安定してきたMさんは、 急性期の治療を行っているA病院から、次に必要 なリハビリテーションを行うために転院をすすめら れたのです。

自分にあった 転院先選びは?



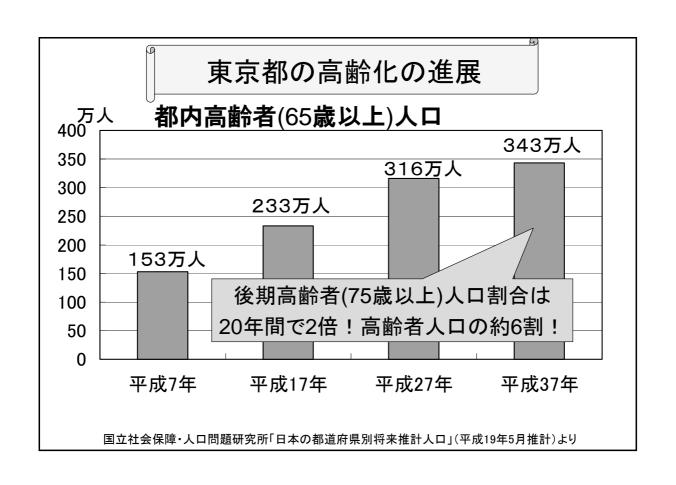
現在、多くの医療機関には転院先を紹介してく れる部署があり、医療支援室」「地域医療連携室」 などの名称で呼ばれています。

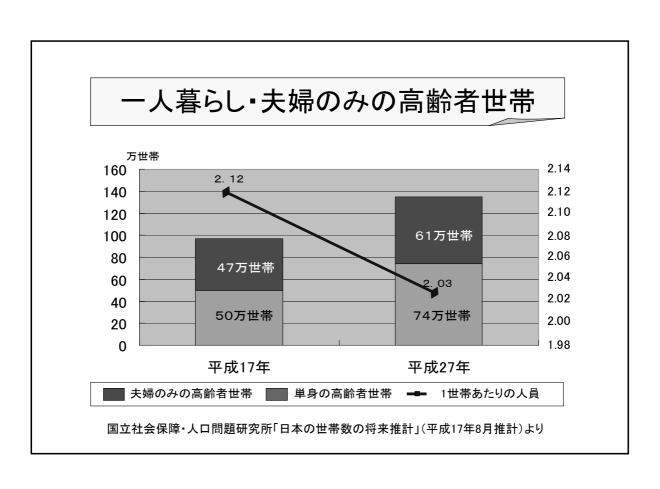
MさんもA病院の医療支援室からの紹介で、「回 復期リハビリテーション病棟」をもつ自宅近くのB 病院へ転院が決まりました。 地域医療連携について説明期待される医療機能の分担

ナビの活用 ~お願い~

医療保健区市町村包括補助事業の メニューに入っています。 ナビのご活用をお願い申し上げます。

急性期を脱した後の 医療提供体制





在宅医療の推進

医療や介護に対する都民の意識

- 1. 在宅医療に対する意識
- ◆「長期療養が必要な場合に理想として在宅療養をしたい」(45%)
- ◆「実際には実現が難しいと思う」(80%)

(理由)家族に負担をかける(84%)

療養できる住環境にない(42%)

急変時の対応が不安(41%)

(H18.5 「保健医療に関する世論調査」東京都)

- 2. 介護が必要になった場合に望む対応
- ◆「自宅での介護を希望する」(66%)※12年度は52%
- ◆「高齢者福祉施設入所を希望する」(10.9%)※12年度より半減

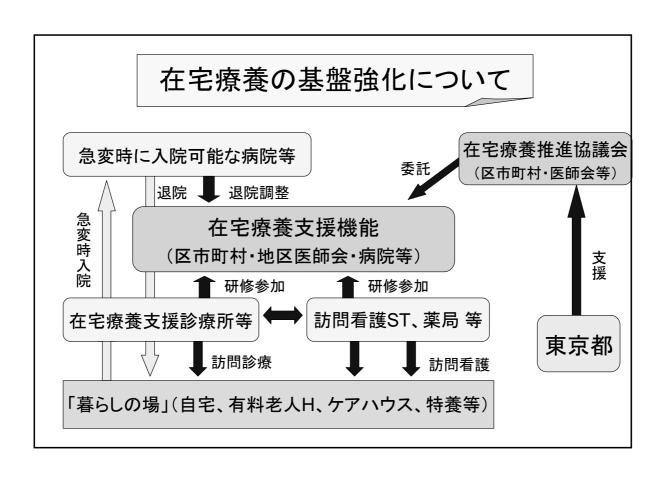
(H17 東京都社会福祉基礎調査「高齢者の生活実態」)

東京都の在宅医療の状況

◆ 在宅療養支援診療所 平成18年4月制度化(診療報酬上の優遇措置) 平成20年4月1日現在 1,179診療所

在宅療養支援診療所の主な要件

- ・24時間連絡を受ける医師又は看護師を配置
- ・在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保
- ・当該診療所における看取り数を報告すること 等
- ◆ 都内の診療所の6.4%が在宅医療を主たる業務とする旨の回答(552/8,623施設)



区市町村包括補助を活用した在宅医療基盤整備

【平成19年度実績】

	事 業 名			
港区	在宅緩和ケア支援			
新宿区	地域保健医療体制整備協議会の運営			
	緊急一時入院病床確保事業			
台東区	医療連携推進協議会 (在宅医療推進協議会)			
世田谷区	医療連携推進協議会 (在宅医療推進協議会)			
	在宅医療電話相談センター事業(在宅医療調整・相談事業)			
板橋区	おとしより医療相談・援護事業			

在宅医療ネットワーク推進事業(H20~21年度)

365日24時間対応可能な在宅療養を支えるネットワーク構築に向けて、 モデル事業の実施・施策化を目指す

東京都福祉保健局

モデル事業の委託(2年間)

事業報告書の提出(2年目)

地区医師会、地域の医療機関(都内3地域を指定)

- 1 連絡会議の設置・運営
- 2 課題の抽出、解決に向けた取組の検討
 - ☆都から3モデル地域への共通依頼事項
 - ・在宅医療を担う医師・歯科医師、看護師、ケアマネージャー等の多職種を 交えたケースカンファランス(症例検討会) 【ねらい】ケースカンファランスによる「顔の見えるネットワーク構築」
- 3 事業報告書の作成(2年目)

◇区市町村による在宅医療推進事業の具体的な手法として例示 各区市町村での取組を促す。包括補助事業のメニューとして例示

在宅医療実践ガイドブック (20年3月作成)

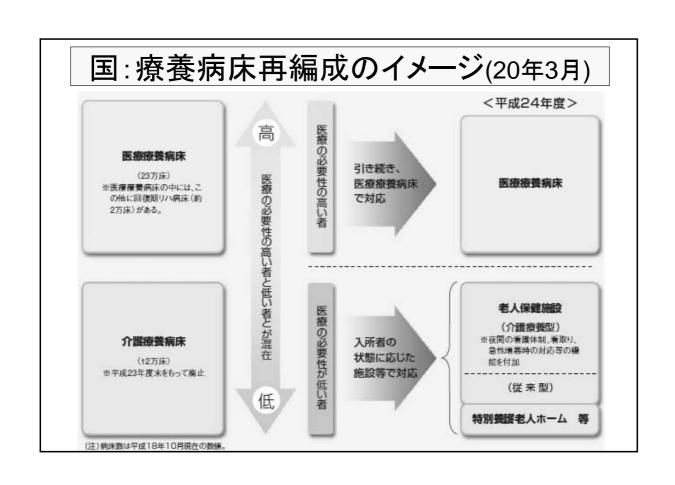


☆患者を中心に医療従事者が どう「支援」していくかという視点 ☆在宅医療を様々な職種がチームとして 連携・協働して取り組むという視点

第1部 在宅医療とは 認知症/良性疾患/神経難病 悪性疾患/ある開業医の悩み 第2部 在宅医療マニュアル 第1章 日常生活活動と参加の支援 第2章 心身機能の支援 第3章 終末期の支援 第4章 安心・安全の確保

療養病床の再編成

国の医療構造改革における療養病床の再編成 医療サービスの必要性を踏まえ療養病床を再編成 医療サービスの必要性の高い方を対象として医療療養病床は存続 介護療養病床は6年後に廃止。それまでに老健施設等に転換 療養病床の再編を踏まえ地域のケア体制整備を計画的に推進 医療必要度の低い患 医療の必要 医療保険適用 者の診療報酬引き下げ 性が高い患 (15万床) 者を集約 医療保険適用 老健施設 15~17万床 (25万床) ケアハウス 経過措置 有料老人H等 転換 6~8 医療の必要 介護保険適用 性が低い 万床 在宅療養支 (13万床) 患者 援拠点 費用の助成



東京都保健医療計画一基準病床の設定

病床の適正配置の促進と適切な入院医療の確保を目的に 病床整備の基準として、医療法に基づき、病床の種別ご とに基準病床数を設定

《療養病床及び一般病床》 95,744床

(うち療養病床28,077床)

《精神病床》

22,810床

《結核病床》

739床

《感染症病床》

130床

=	次货	呆 '	健	医	療	圏	 基	準	病	床	数
区	4	1		央		部					6, 208
区		Ī	南			部					7, 930
区	西	9		南		部					9, 733
区			西			部					10, 556
区	西	<u> </u>		北		部					13, 865
区	東	Ī		北		部					9, 152
区			東			部					8, 042
西		:	多			摩					3, 083
南		:	多			摩					10, 016
北	多	ļ	摩	i	西	部					4, 227
北	多	ļ	摩	Ī	南	部					7, 486
北	多	Į.	摩		北	部					5, 250
島			し			ょ					196
			計								95, 744

既存病床数(参考)
14, 394
7, 791
9, 543
10, 556
13, 626
9, 015
7, 818
4, 185
10, 016
4, 223
7, 470
5, 741
55
104, 433

注:既存病床数は平成19年4月1日現在

医療法施行規則第30条の30では、二次医療圏ごとの基準病床数の算定に当たって、都道府県全体における基準病床数の上限の算定方法を定めている。これに基づき算定すると、東京都全体における基準病床数の上限は、療養病床が28,077床、一般病床が67,667床となっている。

東京都における病床数

病 床 数

一般病床	8.9万床
療養病床	2.1万床

人口10万人 当たり病床数

一般病床	655床	全国38位
療養病床	164床	全国44位

* 高齢者人口10万人当たり療養病床数:939.2床(全国41位) (出典)厚生労働省「医療施設調査」(平成18年)

> 都外の療養病床に入院していると推測される都民 約5,200人

東京都における療養病床再編成 -東京都医療費適正化計画(H20~24年度)-

療養病床数	計	うち	うち
		医療療養病床	介護療養病床
平成18年	21,033床	13,122床	7,911床
10月現在			
平成24年度末 目標値	28, 0	77床	

医療療養病床への転換等に係る補助

☆一般病床 ⇒ 医療療養病床に転換☆医療療養病床の新規開設 など医療療養病床の整備費に対し、都独自に補助

※医療施設近代化

施設整備との重複×

【整備区分及び補助基準額】

整備前後の療養病床数を比較、

増加病床数に対し補助(補助率1/2)

改修 1床当たり 265万円

改築 1床当たり 636万円

新築 1床当たり 530万円

介護療養病床転換に係る補助

☆介護療養病床を削減 ⇒ 老健施設に転換 転換整備に対し、都独自に補助(国交付金に上乗せ)

【整備区分及び補助基準額】(補助率10/10)

A: 転換創設 1床当たり430万円×促進係数

B: 転換改築 1床当たり516万円×促進係数

C:転換改修 1床当たり215万円

※ 促進係数...整備率が低い区市町村における整備を促進 するため、整備率に応じた促進係数を20年度から導入

[事例3]

「区中央部脳卒中医療連携」

事例提供者

井元 浩平 (台東区保健福祉部参事)

事例名	【事例3】区中央部脳卒中医療連携
事例提供者名	井元 浩平(台東区保健福祉部参事)
コメント (1)成功要因分析	医療連携の分野は広く議論が拡散していたが、脳卒中の分野に特化したことで議論が具体的になった。
(2) 事例からみた医療連携	医療連携のツールとして病院、診療所、福祉施設など脳卒中の急性期医療、リハビリ実施機関のリストを作成した。リストには区中央部医療圏26病院、141診療所、179福祉施設の情報を掲載した。
(3)保健所の関与の可能性と役割	1. 医療連携に関する住民への啓発活動を展開し、脳卒中の急性期医療・リハから回復期・維持期リハの流れの認識の普及を図る。 2. 保健所管内の医療機関・保健福祉施設・地域のリハビリ事業や自主的な地区住民の活動などの実態を把握するとともに、保健所間連携による他地区の情報を把握する。 3. 把握した情報を管内の病院の医療連携室や医療機関へ提供することにより、医療機関が医療連携パスを作成したり、地域のリハビリ実施期間を選択することが容易になり、医療連携への貢献が可能であると考える。

医療連携 ~区中央部脳卒中医療連携~

台東区 保健福祉部参事 井元浩平

東京発医療改革

- 患者中心の医療
 - 患者の声相談窓口の創設
- 365日24時間の 安心安全な医療
 - 都立病院改革
 - 東京ER
 - 小児初期救急
 - 地域医療システム化



医療ネットワーク

- 東京都CCUネットワーク
 - 現在都内62施設のCCUがネットワークを構築している(東京都 CCU連絡協議会 昭和53年~)
- 東京都周産期医療ネットワーク
 - 都内を8ブロックに分け、総合周産期母子医療センターを中心に周産期救急やNICUのネットワークを構築している(東京都周産期医療協議会 平成9年~)

医療連携の推進

- 地域医療連携推進事業 平成4年
 - かかりつけ医機能推進 病診連携推進の先駆け 病院での医療連携室の設置に追い風
- 地域医療支援病院
 - 平成9年 第3次医療法改正で制定
 - 都内6病院(東部地域病院、多摩南部地域病院、武蔵野赤十字 病院、榊原記念病院、川北総合病院、多摩北部医療センター)
- 診療情報提供書
 - 平成10年 保険点数化

社会システム維持発展に重要な要素

- 制度的、経済的な裏付けが明確であること(権力・貨幣)
- 深刻かつ重要な社会問題への取り組みであること(真理)
- 熱心な旗振り役がいること(愛)

()は社会学者ルーマンの言うコミュニケーション・メディア

地域医療システム化推進協議会

- 目的:かかりつけ医の定着や医療機関相互の連携など、地域医療の充実を図る為の方策を、二次保健医療件を単位として一体的に推進する為に、特別区の二次保健医療圏ごとに「地域医療システム化推進協議会」を設置する。
- 協議事項:
 - 「かかりつけ医機能推進事業(平成7年~13年)」及び「医療機能連携 推進事業(平成6年~16年)」の一体的な推進に関すること
 - 救急医療、ターミナル・ケア及びリハビリテーション医療など、地位の特性を踏まえた総合的な地域医療の確保に関すること
 - 医療情報の活用に関すること
 - 保険医療計画に関すること
 - その他地域医療の充実を図る為に必要なこと

推進協議会の運営

- 実施方法:原則として、協議会の運営を担う二次保健 医療圏内のいずれかの特別区(以下、「幹事区」とい う)と東京都が協議会設置委託契約を締結して実施 する。
- **幹事区**: 幹事区は各二次保健医療圏内の特別区と 東京都が協議の上、二次保健医療圏を構成する特別区の互選により決定する。 幹事区は協議会運営の 事務局業務を担うものとする。

(平成12年 区中央部 平成13年 区南部)

区中央部地域医療システム化 推進協議会

- 平成12年度
 - 12月協議会設置(13年の幹事区は台東区)
- 平成13年~15年
 - 課題の整理
- 平成16年~18年
 - 脳卒中医療連携検討会が下部組織として発足

平成12年~15年の議題

- 地域医療システム化に向けた課題の整理
 - 医療資源の把握(H13)
 - 医療機関の役割分担と連携を効果的に進めるための情報提供 と意識啓発(H13、14)
 - ネットワークによる機能的な連携システム構築の具体的な取り 組み(H15)
 - プライマリケアにおける医科歯科薬科の円滑な連携の仕組みの整備(H14、15)
 - 初期救急医療、小児応急診療、休日夜間診療の充実(H13)
 - 実効性のある災害医療体制の整備(H13)

区中央部脳卒中医療連携検討会

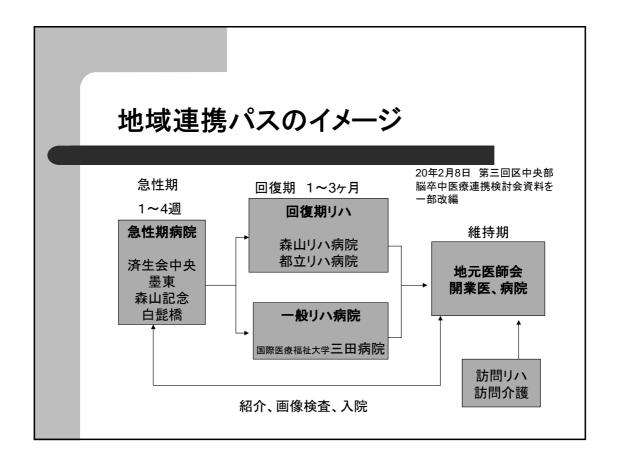
- 平成16年 区中央部脳卒中医療連携検討会設置
 - ニ論点は急性期医療の現状把握、回復期医療の基準、 普及啓発
- 平成17年度 区中央部脳卒中医療提供体制に 関する調査
- 平成18年度 脳卒中医療連携リストの作成

ネットワーク構築における区中央部の特性

- 高度医療実施機関が多数存在する
 - 中心となる医療機関が多数存在し、まとまりがつきにくい(誰がネットワークを管理するか)
- 救急搬送システムが確立している(都内共通)
 - 付加的なシステム導入が容易にできない (周産期医療ネットワークの救急システムも苦労している)

ネットワーク運用の当面の考え方

- 脳卒中救急医療は当面医療機関の認識次第
 - 脳卒中症例の評価を救急隊がやるのか、医療機関がやるのか
- ◆ ネットワークの管理をだれが如何に行うかが当面のポイント
 - 医療機関リスト管理、救急患者の搬送の調整など
- ネットワーク運用の最終的な成否は回復期、維持期の受け皿がポイント
 - 議論はどうしても救急医療に偏りがちであるが



脳卒中医療連携リスト登載医療機関数

- 病院・有床診療所 26施設
 - 急性期 18施設 t-PA 10施設 24時間 12施設 回復期 13施設 維持期 11施設
- 診療所 141施設
 - 訪問診療 95施設 訪問リハ 9施設 外来リハ 9施設 外来診療 115施設
- 福祉施設 179施設
 - 特養ホーム 老健施設 ショートステイ デイケア 訪問看護ステーション 地域包括支援センター

脳卒中医療連携リスト項目

- 医療機関名 所在地 診療科目
- 施設基準(脳血管疾患等リハⅠ Ⅱ など)
- 病床数 リハ病床 他院患者受入可否 外来、訪問
- t-PA使用可否 急性期リハビリ実施 救急体制
- 医師勤務体制(救急専門医 脳卒中治療専門医 夜間休日専門医勤務 オンコール体制)
- リハ専門職(専門医 PT OT ST)
- 検査体制(MRI CT 緊急検査内容)
- 患者受入窓口(連携窓口)
- バリアフリー 訪問歯科診療

その後

- 東京都医療機関案内サービス「ひまわり」をリニューアル
 - 脳卒中関連の情報を東京都独自に調査し、「急性期」「維持期」「回復期」の対応可能な医療機関が検索できます

平成20年4月から

その後 2

- 区中央部脳卒中医療連携検討会(平成19年度 済生会中央病院が事務局)
- 東京都脳卒中医療連携協議会の開催平成20年4月30日
 - 脳卒中急性期医療実施病院の認定ガイドライン作成 とガイドラインに基づいた医療連携ネットワークづくり
 - 患者発症時に症状に合わせて適切な医療機関に速 やかに救急搬送できる体制の構築
 - 都民への脳卒中に関する普及啓発

19年度医療法改正

- ●疾病又は事業ごとに、必要となる医療機能を明らかにした上で、各医療機能を担う医療機関等の名称や数値目標が記載される新しい医療計画を作成
 - 4疾病 がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
 - 5事業 救急医療、災害時における医療、へき地の 医療、周産期医療、小児救急医療を含む小児医療、 その他

保健所と医療連携

- 感染症医療
 - 結核医療
 - ノロウィルス感染症
 - 新型インフルエンザ
- 精神医療
- 医療監視(院内感染予防・医療安全など)
- 疾病対策(高血圧、糖尿病など:予防中心)
- リハビリ医療(啓発活動中心)

[事例4]

「東京都北多摩西部脳卒中医療連携」

事例提供者

赤穂 保 (東京都多摩立川保健所長)

事例名	【事例4】東京都北多摩西部脳卒中医療連携
事例提供者名	赤穂 保(東京都多摩立川保健所長)
コメント (1)成功要因分析	・保健所の企画調整機能が発揮される ・合意形成の場が保証される ・地域における拠点(核となる人材)などの存在 (事務局機能を担う機関など) ・「連携」が各関係機関に実質的なメリットにな る(理解、協力が得られる) ・何よりも患者・地域住民に指示される ・クリニカルパスなど必要なツールが共有される ・行政計画における位置づけと予算確保がある
(2)事例からみた医療連携	・企画の段階から事業の推進に関係した随所、進 行管理など、すべての段階で調整
(3)保健所の関与の可能性と役割	・事業全体の企画・進行管理 ・関係機関・団体等との調整(中立・公平な立場) ・関連する事業、取組の連結 ・組織化・システム化(新たな枠組みづくり) ・情報収集、分析、提供 ・普及啓発 ・委託事務局(地域中核病院等)支援 ・都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起 (フィードバック)⇒普遍化による相互発展

平成20年度地域保健総合推進事業

講演「東京都北多摩西部脳卒中医療連携」(発表要旨)

として圏域ごとに対象疾病を決め事業が具体化していった。

赤穂 保(多摩立川保健所長)

東京都では、平成12年度より「都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく」という目的で、圏域単位に協議体を設置し、地域医療の提供体制について協議を行う「地域医療システム化推進事業」の取組を進めてきた。特に平成15年度以降、具体的には生活習慣病を中心とする疾病やそれぞれの急性期、亜急性期、慢性期などの状況に応じて、地域で対応で

東京都多摩立川保健所が所管する北多摩西部保健医療圏では、特に圏域として年齢調整死亡率が高い特徴を示す心疾患と、圏域の中で次に死亡率が高く適切な処置で機能予後の改善が期待できる脳卒中の二疾患を対象として、平成17年度より本事業を推進してきた。

きる効果的・効率的な医療提供体制の構築に重点をおいた「疾病別医療連携推進事業 |

事業の展開に際しては、圏域内の中核病院、地区医師会、消防署、各市及び保健所で構成される疾病別医療連携推進検討会を立ち上げ、その下に心疾患部会、脳卒中部会をそれぞれ設け、急性期を中心とする作業の具体化を目指した。

平成17年度は圏域内医療機関を中心とする実態調査を行い、18年度はそれらを踏まえて心疾患(急性心筋梗塞)と脳卒中の急性期における医療連携システム構築に向けたガイドラインや市民向け普及啓発用リーフレット、かかりつけ医カードなどを作成、19年度は市民向け講演会や医師会向け研修会を実施しながらシステムの試行、評価を行ってきた。一連の取組の結果、例えば「急性期病院に発症後2時間以内に来院する割合、及び救急病院に救急車で来院する割合が増加する」などの成果が得られた。

平成20年度より医療法改正に伴う新たな東京都保健医療計画がスタートし、特に4 疾病5事業についての取組を全都的に強化する方向性が示された。当圏域においても、 都の計画に合わせて「東京都北多摩西部保健医療圏 地域保健医療推進プラン」を改定 し、圏域における脳卒中に関する取組をさらに継続発展させて、特に急性期以降、回復 期、維持期(在宅)にわたる地域でのシームレスな対応を可能とするシステムづくりを 目指して事業を展開することとなった。

一連の取組を通じて保健所が果たしてきた主な役割を列記してみると、

① 事業全体の企画、②関係機関の調整、③組織化・システム化、④情報収集・分析・提供、⑤普及啓発、⑥事業委託事務局(地域中核病院)支援、⑦都計画(本庁施策)への情報発信、企画案提起などを挙げることができる。そして地域でのこうした取組を成功させるためには、参加した誰もが主役意識を持てるように、保健所としての大局観に裏打ちされた地道で粘り強い努力が不可欠である。



東京都及び北多摩西部圏域における地域医療システム化推進事業の経緯

事業目的

都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、 地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整 えていく。

「システム化 推進事業

」までの

取

組

「かかりつけ医機能推進事業」 (平成7年~13年)

- ・地域の医師の「かかりつけ 医」としての役割の促進、住民 への普及啓発を実施
- ・区市町村に対する補助

「医療機能連携推進事業」 (平成6年~16年)

- ・病院・診療所の機能の分担 と連携を図るため、患者紹介 や専門的な医療技術・医療機 器の相互利用を推進
- ・二次医療圏ごとに1地区医 師会に委託

<平成20年度以降> 医療法改正に伴う『東京都保 健医療計画』及び圏域の「地 域保健医療推進プラン」の改 定の中であらためて(特に4疾 病を対象)計画化⇒『システム 化推進事業』の継続・発展



「地域医療システム化推進事業」 (平成12年~)

これまでの二つの事業を二次医 療圏単位で一体的に推進するた め、二次医療圏ごとに協議体を設 置し、医療提供の在り方について 協議を行う。

・区部は、特別区を通して医療機 関等に委託して実施、多摩地域は、 都保健所が調整機能を発揮し、地 域の中核病院等に委託して実施。



取 組方 針

『疾病別医療連携推進事業』

(平成17年~本格実施)

「脳卒中」を共済立川病院が、「心筋梗塞」を災 害医療センターが、それぞれ事務局となり地域 医療連携システムの構築に着手

- ⇒平成17年度: 圏内医療機関の実態調査 ⇒平成18年度:急性期における連携システム
- ⇒平成19年度:システムの試行、評価

進に重点をおいた取 組を実施していく。

する。

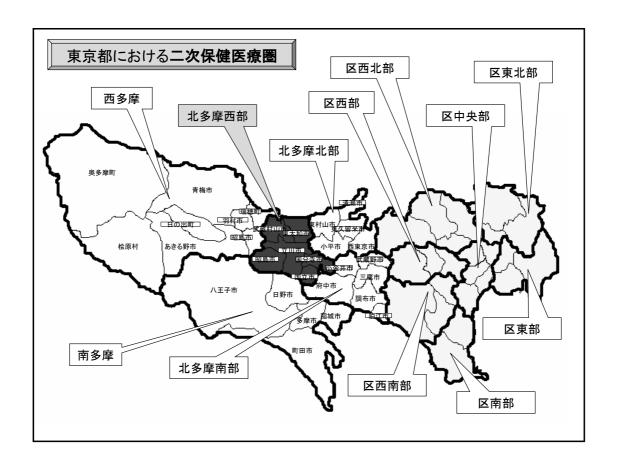
・地域の中核病院の 医療連携室間のネット ワークを強化する。 ・患者の疾病(主にが ん、糖尿病、心疾患、 脳卒中などの生活習 慣病)や状況(急性期、 亜急性期、慢性期)に 応じて、地域で対応で きる効果的・効率的な 医療提供体制を構築

具体的な課題として、

疾病別医療連携の推



-284-

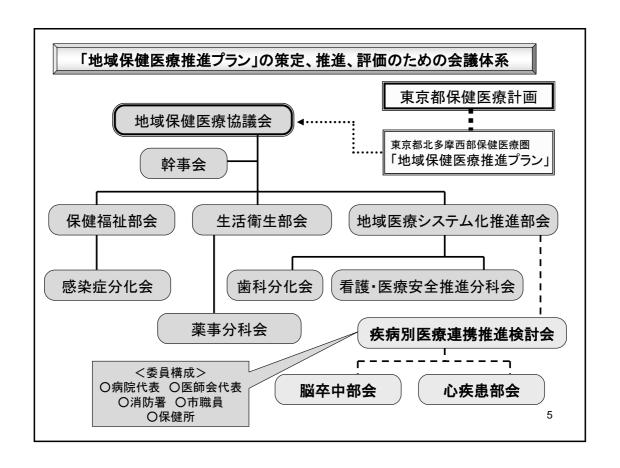


東京都多摩立川保健所管内(北多摩西部保健医療圏)の概況

多摩立川保健所は、地域保健法に基づく2度の再編整備により、平成16年 4月より**立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市の6市** を管轄することになった東京都保健所の一つである。

管内(北多摩西部保健医療圏)人口は約62万5千人、面積は約90平方キロの広域にわたる。多摩地域の中央やや北部に位置し、南の多摩川から狭山丘陵に連なる武蔵野台地に広がる地域である。多摩川河岸や玉川上水、国分寺崖線等貴重な自然を残す一方、多摩地域の交通の要衝であり、業務・商業の中核都市として発展している立川を有する。他の区域はベッドタウンとしての色彩が濃いが、大学や研究機関も数多く立地しており、全体として多機能かつ個性的な文教・住宅都市を形成している。

管内の医療機関は、一般病院24、診療所481、救急医療機関は15である。このうち日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす病院は、3病院(A:2次救急、274床、神経内科医1名、脳神経外科医4名、B:3次救急、455床、神経内科医4名、脳神経外科医10名、C:2次救急、466床、神経内科医2名、脳神経外科医2名)である。



北多摩西部保健医療圏における疾病別医療連携推進事業の概要

事業目的

- 1 北多摩西部保健医療圏(以下「圏域」という)の医療機関が、圏域内の課題となる疾病について共通認識を深める。
- 2 対象疾病について医療連携を促進することにより、圏域内の課題解決に取り組む。
- 3 圏域内の対象疾病の悪化の予防、死亡率の減少を図る。

<事業の内容>

取組の方向

- 1 圏域内の医療状況・連携状況等の把握(病院等調査)
- 2 疾病別・状況別に適時・適切な連携ができるようガイドラインを作成、活用
- 3 医療従事者研修会、事例検討会
- 4 住民への普及啓発

<事業の進め方>

- 1 検討会を設置し、事業内容の共有・調査票の作成・ガイドラインの作成を協議する。
- 2 事務局病院を中心とする疾病別の部会を設置し、調査項目の検討・調査の実施・調査結果の解析・ガイドラインの検討、および医療従事者向け研修等を実施する。
- 3 都民医療学習セミナーやホームページ、広報誌等を活用し、住民への普及啓発を実施する。

事務局病院の主な役割

- *検討会·部会の運営 *会議資料作成 *病院調査の実施·集計解析
- *病院調査票、ガイドライン等の印刷 *研修会、事例検討会の開催 *予算執行

疾病別医療連携推進事業における都保健所の役割

- 1 地域保健医療協議会 地域医療システム化推進部会における進行管理
- 2 事務局病院への委託、事務調整
 - 圏域内中核病院への依頼
 - ・ スケジュール管理・内容調整
- 3 基礎資料の提供
- 4 関係機関・団体等との調整
- 5 市民への普及啓発(各市と連携)

7

対象とする疾病について

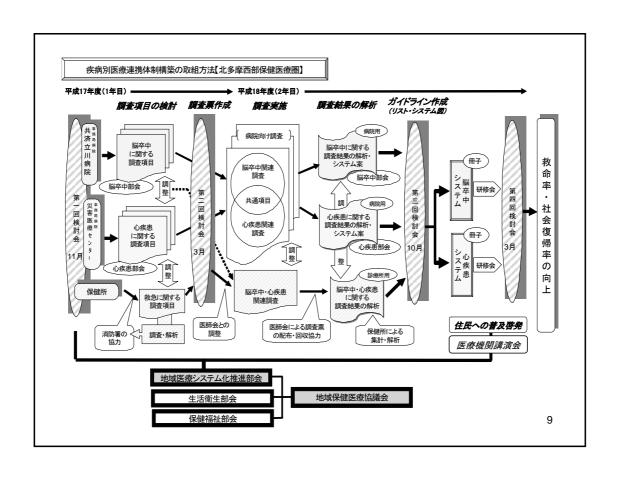
1 圏域における死亡状況(H15)

年齢調整死亡率①心疾患(男・女)②脳血管疾患(男・女)③肺がん(男)死因別死亡数①悪性新生物②心疾患③脳血管疾患主要疾病別死亡数①急性心筋梗塞②脳梗塞③胃がん

2 対象疾病について ⇒ 同じ動脈硬化を基盤とする2疾病を対象とする

	疾病	圏域の状況	圏域でのシステム化によ り期待できる効果	備考
1	心疾患 (心筋梗塞)	・圏域内年齢調整死亡率第1位 (都死亡率より高い) ・主要疾病別死亡数第1位 ・日本人死因の第2位 ・発症時の対応により救命率の差が大き い	・急性期の対応をシステム化することにより救命 率上昇(死亡率の低下)	事業効果の評価がしやすい
2	脳血管疾患 (脳卒中)	・圏域内年齢調整死亡率第2位 (都死亡率より低い) ・日本人死因の第3位 ・主要疾病別死亡数第2位 ・介護が必要となる疾患の第1位 ・発症時の対応により救命率・後遺症の 差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇(死亡率低下)、・機能予後の軽減が期待できる・慢性期までの一環した療養支援が推進できる	在宅ケアシステムを含めた検討が必要

-287-





医療機関調査

<調査目的>

北多摩西部保健医療圏を中心に一部周辺診療圏を含め、同じ動脈硬化を基盤とする虚血性心疾患と脳卒中を対象に、特に生命予後と将来のQOLに大きく影響する急性期を中心とする医療連携のあり方を検討するため、地域の医療機関状況を把握し、連携をより実践的な強固なものとするための基礎資料とする。

<調査対象>

圏域内	病院	24施設
	10床以上診療所	12施設
	10床未満診療所	422施設
圏域外	7施設	
	465施設	

<調査内容>

- · 外来 · 入院診療体制
- ・救急搬送・転送先
- 救急対応状況
- ・連携窓口
- その他

<調査期間>

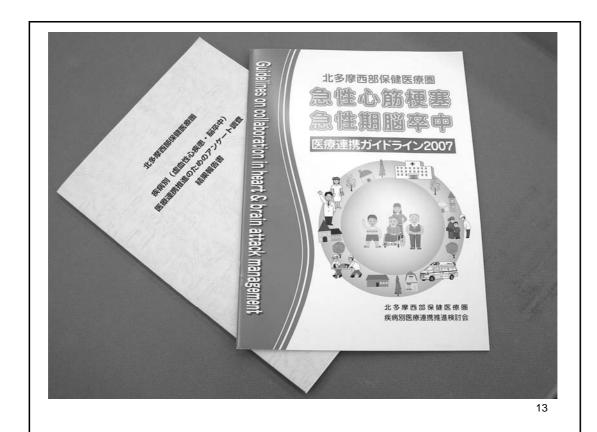
平成18年3月から5月

<調査方法>

記名式アンケート調査。診療所は医師会を通じて配布、回収(医師会未加入診療所及び国立市の診療所郵送)。圏域内病院及び有床診療所は郵送。圏域外病院は調査票を持参し依頼、郵送にて回収。

アンケート結果から考えられること(脳卒中)

- *365日24時間常時 救急対応可能な充分な人員の脳 卒中専門医を有す病院は少ない。
- *24時間救急対応可能といっても1人~少人数で無理を している病院が多い。
- *かかりつけ医が搬送先を救急隊員に探してもらう場合が4~6割である。
- * 救急要請は患者側がする場合が4割で最多。しかし、かかりつけ医がまず診察することも3割ある。
 - ⇒①緊急対応可能病院が少ない
 - ②かかりつけ医から速やかに救急病院につながること も少ない。



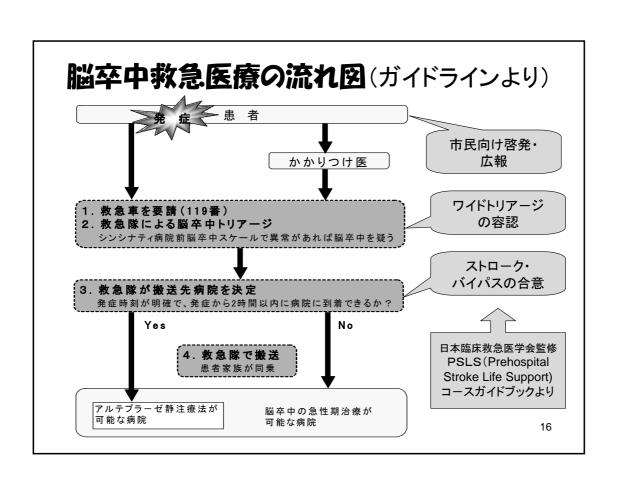
ガイドラインの主な内容 (項目の柱)

- 1. ガイドラインの目的
- 2. 救急医療の流れ(急性心筋梗塞、急性期脳卒中)
- 3. 市民向け啓発活動
- 4. かかりつけ医と専門病院との連携
- 5. かかりつけ医が果たすべき役割
- 6. 救急搬送の手順

(全19ページ)

脳卒中救急医療の流れ(ガイドラインより)

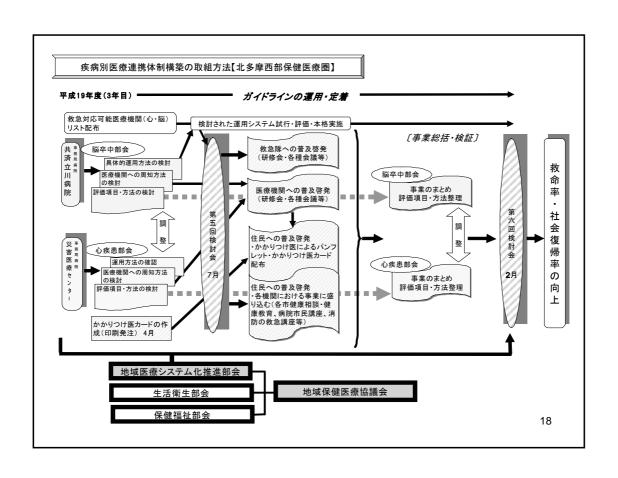
- 1. 脳卒中を疑う症状に遭遇した場合は、市民自らあるいはその家族が早期に救急要請を行う。
- 2. かかりつけ医は、脳卒中を疑わせる症状の患者や家族から、電話連絡あるいは受診希望の連絡を受けた場合、救急要請をして脳卒中の救急対応病院に搬送してもらうよう指示する。
- 3. 救急隊が、患者の脳卒中トリアージを行い、搬送先病院を決定し、救急搬送する。
- 4. 急性期脳卒中病院では的確かつ迅速な診療を行う。



シンシナティ病院前脳卒中スケール

(ガイドラインに掲載)

=	テスト		判定			
顔面	歯をみせてくださ い。笑ってくださ い。	正常	顔面の動きが左 右対称	異常	顔面の動きが左 右対称でない。	
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直ぐ前に10秒間保持してください。	正常	上肢の動きに左 右さもなく、ま たは、両上肢と も全く動かない。	異常	上肢の動きに左 右差がある。	
発語	「生き字引とは物 知りの人のことで す」と言ってくださ い。	正常	正しい言葉で、流暢にはなす。	異常	流暢でない、又 は、言葉を間違 える。または、 話せない。	



市民対象講演会(H19.2.3)

テーマ

「あなたの気づきがあなたを救う」

内容·講師

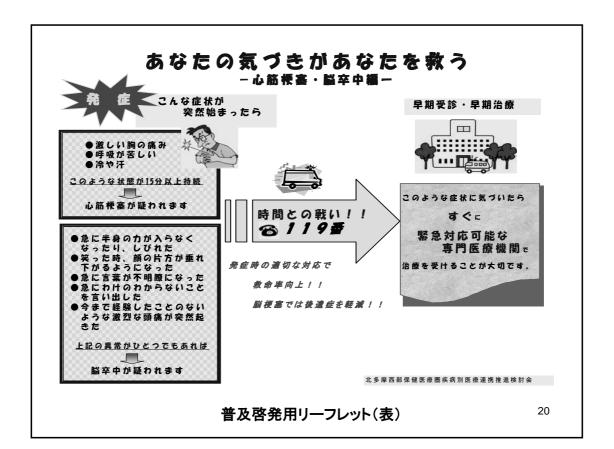
- ◎「こんな症状がでたら脳卒中を考える」 篠原幸人(国家公務員共済組合連合会立川病院院長)
- ◎「急性心筋梗塞 ふだんの予防と緊急時の対応」 佐藤康弘(独立行政法人国立病院機構災害医療センター循環器科医長)

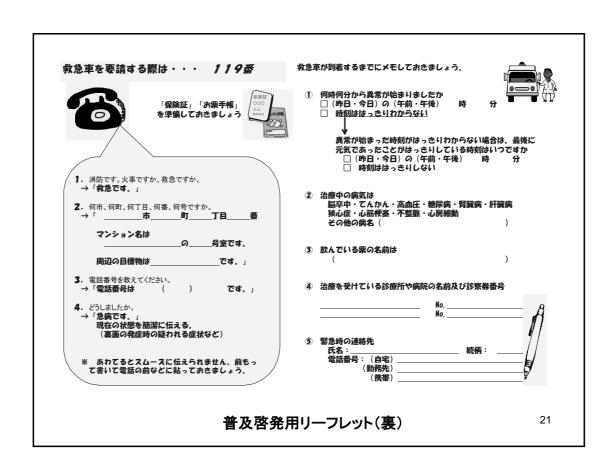
参加者 204名





於)立川市女性総合センター「アイム」





かかりつけ医カード (名刺サイズ) かかりつけ医カード(緊急受診時にご提示下さい) 前 所 性別・生年月日 男・女(<表> か診療所・医師()診療所、()先生 かり電話番号 Tel つけた 診察券番号 No. 飲んでいる薬 ワーファリン・抗血小板薬(治療中 脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓 の病気 病・狭心症・心筋梗塞・心房細動・(北多摩西部保健医療圈(心筋梗塞·脳卒中用) 緊急連絡先(ご家族など) 続柄(連絡先氏名 自宅電話番号 <裏> 携带電話番号 勤務先名称·電話番号 その他の連絡先 このカードをお持ちの方が貴院に緊急入院さ れた際には、かかりつけ医にご一報ください。 22

医療機関研修会(H19. 3. 8)

内容•講師

■ 「急性期脳卒中医療連携ガイドライン2007」 脳卒中部会長 太田晃一

(国家公務員共済組合連合会立川病院)

「急性心筋梗塞医療連携ガイドライン2007」 心疾患部会長 佐藤康弘

(独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

参加者 : 55名

会 場 : 国家公務員共済組合連合会立川病院

23

rt-PA静注療法カレンダー

O#

北多摩西部保健医療圏・急性期脳梗塞rtPA静注療法カレンダー

平成19年11月

急性心筋梗塞・急性脳卒中医療連携ガイドライン 2007 より抜粋

■−表1 シンシナティ病院前脳卒中スケール						
	テスト		判 定			
MA	歯を見せてください。 笑ってください。	正常	顔面の動きが左右対称的。	異常	額面の動きが左右対称でない。	
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直 ぐ前に10秒間保持してくだ さい。	正常	上肢の動きに左右差なし。ま たは、両上肢とも全く動かな い。	異常	上肢の動きに左右差がある。	
発語	「生き字引とは物知りの人の ことです」と言ってください。	正常	正しい言葉で、流暢に話す。	異常	漁蝎でない、または、言葉を 関連える、または、話せない。	

急性期脳卒中患者の救急搬送の手順

- (1) 現場到着後、まず救急活動基準に従って救急活動を開始する。
- (2) 脳卒中が疑われる場合には、以下の事項について実施することが望ましい。
- ① 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(脳ー表1)を評価する。一つでも異 常がある場合、約70%の確率で脳卒中である。
- ② 発症時刻を確認する。発症時刻が不明の場合は、最後に健常であったことが 明らかである時刻を確認する。
- ③ 「脳卒中救急医療に関する市民向けパンフレット」(資料1)、「かかりつけ医 カード」(資料2)に記入してあれば回収する。
- ④ 搬送先病院を次の基準により選択する。
- A)「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(脳-表1)で「異常」が1つ以上 ある場合は、脳卒中の急性期治療が可能な病院に搬送する。
- B) このうち、発症時刻が明確で、発症から2時間以内に病院に到着できる場 合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送する。
- C) かかりつけ医からの救急撤送要請で、かかりつけ医が搬送先病院を指定す
- コンセントのために、努めて家族を同乗させた上、救急搬送を開始する。

24

(1)「シンシナティ病院前脳卒中スケール」で異常が1つ以上あり、発症時刻が明確で、発症から24時間以内 に病院に到着できる場合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送してください。 (2)下記カレンダーの連絡先に、アルテプラーゼ静注療法適応症例を受け入れ可能かどうかを、電話でお問い

合わせ下さい。病院業務の都合によってはお引き受けできないこともあります。

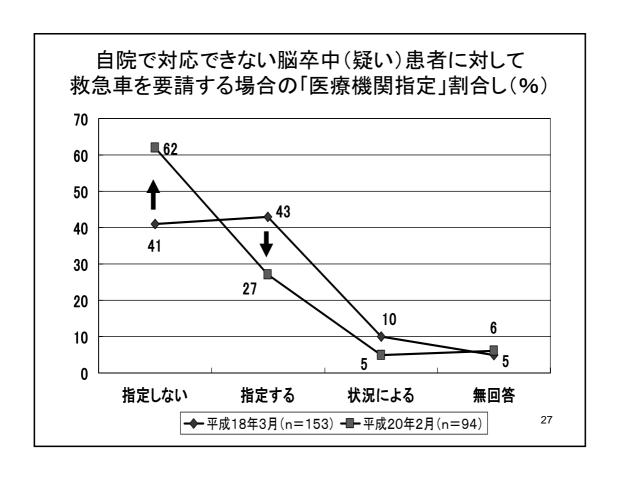
病院名		A病院	B病院	C病院	
時間帯		24時間全日	24時間全日	8:30-12:15	13:15—
					17:15
救急隊#	から	代表番号	救急センター	ホットラインへ	同左
の連絡タ	先	042-526-5511	042-562-1411(代)		
かかりつからの選	• -	代表番号 042-526-5511	上記代表番号 平日・土曜の日中は 代表、17時-翌8時 半および休日は救急 センター受付が電話に 出ますので、救急セン ター看護師に指示して ください。看護師より 医師に連絡します。	042-523-3131	
日	曜日	〇=受け入れ可能	〇=受け入れ可能	○内=神経内科受け入れ可能 ○外=脳神経外科受け入れ可	
1日	木	0	0		O内
2日	金	0	0	〇外	
3日	±	0	0		〇内 25
4日	日	0	0		O内

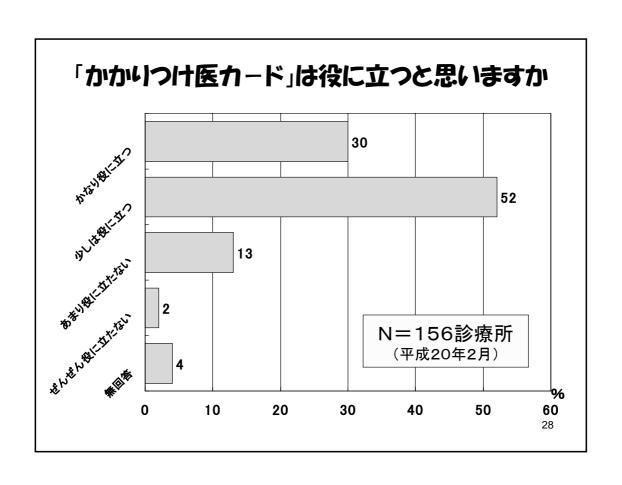
「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価

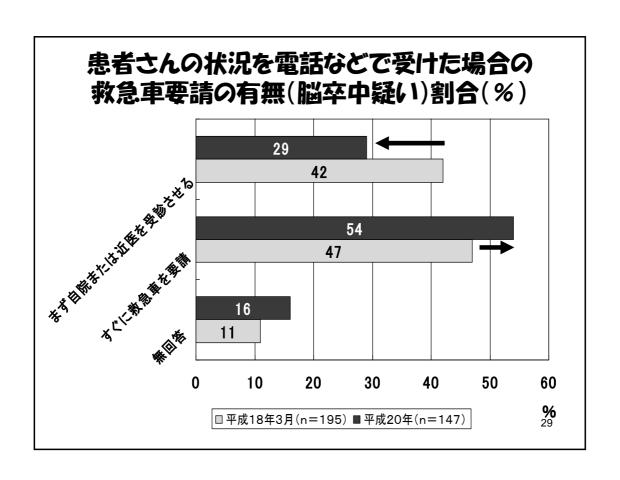
〇平成19年3月「医療連携ガイドライン2007」作成配布 〇平成19年8月「rtーPA静注療法カレンダー」運用開始

これによる成果を、脳卒中について

- 1 「疾病別医療連携推進のための医療機関アンケート」 平成18年3月段階と平成20年2月段階の比較
- 2 「消防署(警防課長)へのアンケート」
- 3 「rt-PA静注療法実施3病院の急性脳卒中症例調査」 平成19年7月と平成20年1月の各1か月間の全対象 患者比較等で評価すると・・・



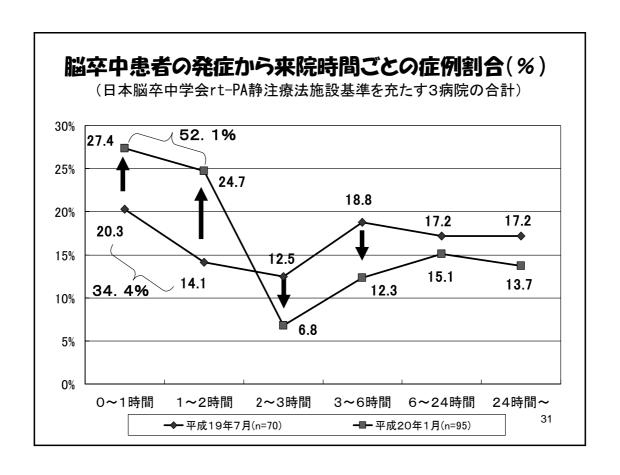


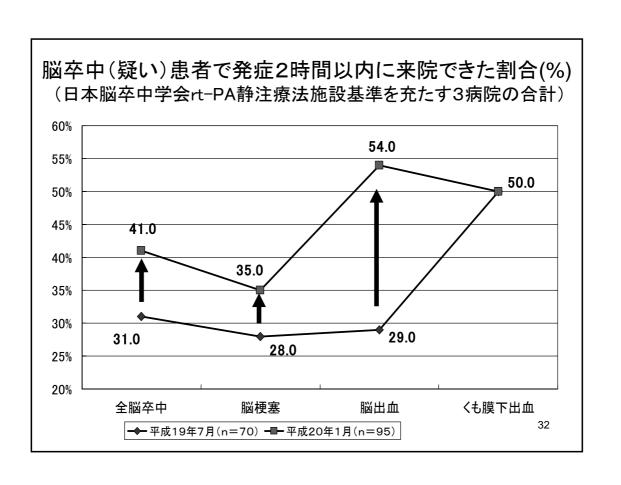


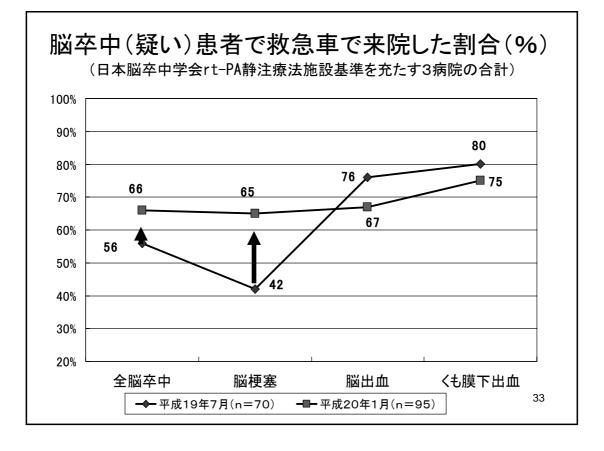
管内救急隊の「rt-PA静注療法カレンダー」の利用状況 (平成20年2月調査)

消防署	Α	В	С	D
救急隊員への 周知	90~100%	90~100%	90~100%	90~100%
救急車への 掲載	実施	実施	実施	実施
これによる救急 搬送回数 (過去5か月間)	1 ~9回	1 ~9回	なし	10回以上
役に立つか	役立つ	役立つ	症例がない のでどちらと もいえない	役立つ

30







「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点

- ① 管内を中心とする医療機関の実態調査(平成18年3月)
- ② 急性期の「医療連携ガイドライン2007」作成(平成19年3月)
- ③ 市民向け講演会実施(平成19年2月)
- ④ 市民向けパンフレットの作成配布(各市の協力)
- ⑤ 医師会向け研修会実施(平成19年3月)
- ⑥「かかりつけ医カード」作成、配布(地区医師会の協力)
- ⑦ システム普及ポスターの作成
- (8) rt-PA静注療法カレンダー作成、活用開始(平成19年8月)
- ◎急性期システムの試行と評価(比較調査平成20年2月)
 - ① 平成18年3月と20年2月段階の全医療機関アンケート調査比較
 - ② 平成19年7月1か月間と20年2月1か月間の救急病院実績比較 **<システムによる具体的な効果確認>**
 - ① 速やかに救急車を要請する割合の増加傾向
 - ② 救急時、救急隊に医療機関選定を任せる割合の増加傾向
 - ③ 救急病院に2時間以内に来院する割合の増加
 - 4 同病院に救急車で来院する割合の増加

34

「疾病別医療連携推進事業」成功の鍵

- 地域における拠点病院の存在(事務局機能を担える病院等)
- 地区医師会の理解、協力(かかりつけ医カードの普及等)
- 消防署(救急隊)の理解、協力(トリアージ、ストロークバイパス等)
- 管内各市の理解、協力(普及啓発等)
- 市民の理解と参加(早期の気づき、的確な救急通報等)
- 二次保健医療圏における保健所の企画調整機能の発揮

今後の課題

- 急性期システムの運用と評価、改善
- 急性期以降、回復期、維持期、在宅に向けてのシステム化(脳卒中)
- 連携に必要なクリニカルパス等各種ツールの開発、地域での活用
- 医療機関、救急隊、市民向け普及啓発のさらなる推進
- O rt-PA療法対応可能医療機関の拡大
- 〇「ガイドライン2007」から「2010」に向けての改定作業

35

課題解決に向けた平成20年度以降の取組

「地域医療システム化推進事業」における「北多摩西部疾病別医療連携推進検討会(脳卒中部会)」から、改定「東京都保健医療計画」に基づく「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」の設置・発展へ

【目的】

- ○ガイドラインに基づく急性期脳卒中システムの運用、評価
- ○急性期以降回復期、維持期、さらに在宅療養まで切れ目のない医療・介護サービスの提供可能な仕組の構築(クリニカルパス等ツール開発を含む)

【構成】

脳卒中の中核病院・地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会・消防署・市所管課・介護サービス事業者、リハビリ関連施設・専門職等々の各代表

【運営】

- ○全体の企画・調整、進行管理を「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」で行う
- 〇協議会には、会長、副会長、顧問を置く
- 〇事務局は、2つの中核病院が年度ごと交互に受け持ち、都からの委託を受けて協議会の運営 に関する事務、予算執行する。
- 〇保健所は、事務局を補佐する。

平成20年度以降の「協議会」の枠組み再編

北多摩西部疾病別医療連携推進検討会 「脳卒中部会」 平成17年4月~都事業

> 北多摩脳卒中連携パス協議会 「東大和病院」中心 平成18年3月~自主的な取組

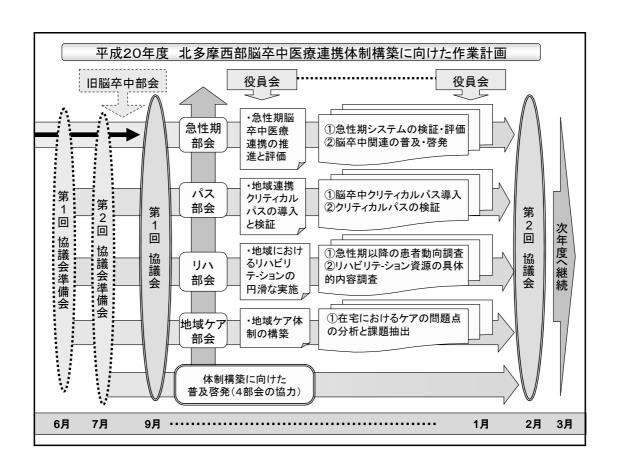
東京都地域リハビリテーション支援事業 「独立行政法人国立病院機構 村山医療センター」 平成17年8月~都事業 北多摩西部脳卒中医療連携協議会性会、ス会、ハ会、ケ会、カラックを対する。

37

平成20年度以降の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項	具体的な内容	主要構成メンバー
(1)急性期脳卒中 医療連携の推進 と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価 ②地域における脳卒中関連の普及・啓発 ③ガイドライン2007の見直しと再調査	急性期病院(rt-PA静注療法 実施病院)、消防署、医師会、 等
(2)地域連携クリ ティカルパスの導 入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	急性期病院、回復期リハ病院、 維持期リハ病院、医師会、歯科 医師会、等
(3)地域におけるリ ハビリテーションの 円滑な実施 (リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	リハ病院、通所リハ施設、在宅リ ハ関係者、医師会、歯科医師会、 等
(4)地域ケア体制の構築(地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出②地域における在宅療養に関わる関係機関・団体の実態調査 ③訪問看護ステ-ションにおける脳卒中患者の受け入れ実績等調査 ④再発防止対策の検討・実施	医師会、歯科医師会、薬剤師会、 地域包括支援センター、在宅支 援診療所(歯科診療所)関係者、 訪問看護ステーション関係者、 摂食・嚥下リハ関係者、市所管 課、等

※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及 啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

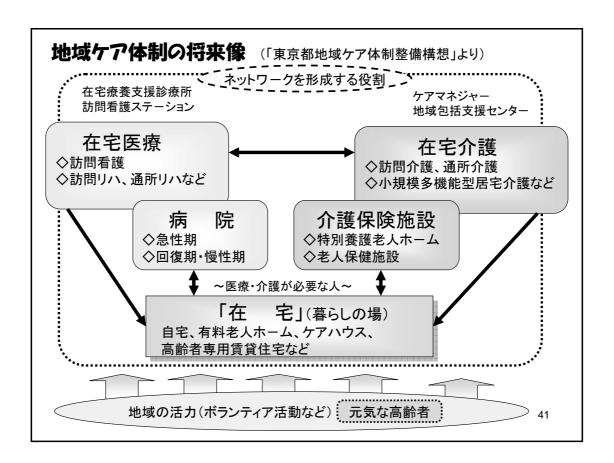


平成20年度の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項(部会)	主な課題	具体的な作業内容
(1)急性期脳卒中 医療連携の推進 と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価	①脳卒中患者搬送までの経緯、所要時間を分析し、時間短縮 のための効果的な介入点、方法を明らかにする。
(2)地域連携クリ ティカルパスの導 入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパス の導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	①北多摩脳卒中連携パス協議会作成パスの圏域内への定着 ②病一病、病一診、訪問看護ステーションで共有できるパスの 検討・開発
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施(リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	①急性期病院以降の患者動向調査⇒(1)と共同 ②圏域内における急性期、回復期、維持期に対するリハビリテーション資源の調査
(4)地域ケア体制 の構築 (地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析 と課題の抽出	①医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、市所管課、通所関連施設等に対して在宅における脳卒中患者ケアに関するアンケート調査を実施、保健医療・福祉に関する問題点、課題の抽出、解決の方向性を明らかにする。

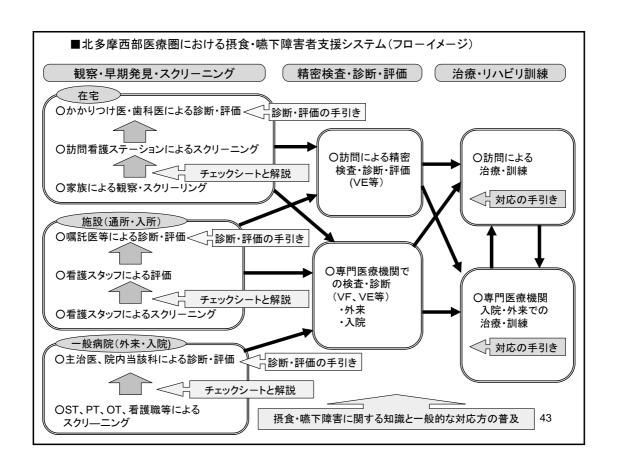
※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及 啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

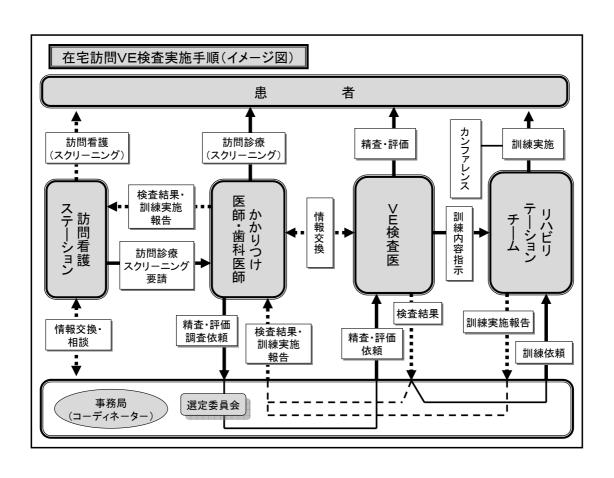
40

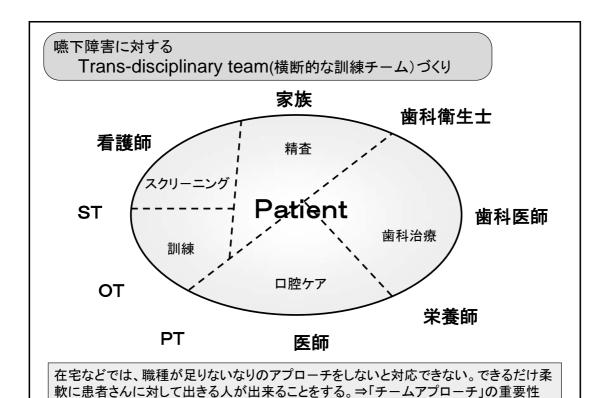


摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題(現状)と対応策

	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査・診断・評価	治療・リハビリテーション
在宅	【問題点・課題】 ①家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない ②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立していない。 ③摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない 【対応策】 ①~②→チェックシートの開発・研修 ③一摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発	【問題点・課題】 ①在宅訪問により診断・評価・検査(VE・嚥下内視鏡検査・等)を実施できる医師・歯科医師がいない ②VEの検査機材がない ③在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない 【対応策】 ①一VEの実施を含む在宅での摂食・嚥下障害の検査、診断を行う医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発も含む) ②一VEの検査機材の確保 ③一在宅で嚥下評価ができるシステムの構築	【問題点・課題】 ①適院による摂食・嚥下リハビリテーション(以下、リハビリを受け入れる病院が少ない。②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。 ②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。 ③在宅での対応のしかたについて確立されていない。 【対応策】 ①一③一在宅訪問で医療を行なう医師・歯科医師及びリハビリ指導を行なう専門スタッフの養成(在宅対応の手引きなど、マニュアルの開発を含む)
入所施設	[問題点・課題] (①スツリーニングの基準が確立していない ②摂食・嚥下障害に関する専門家に関する情報が乏しい ③職員の摂食・嚥下障害に関する知識、症状に関する理解やその対応方法に関しては差がある 【対応策】 (①一摂食・嚥下障害をスクリーニングする簡易チェックシートの開発 ②~③一摂食・嚥下障害に関する専門的な診療部門の情報提供、研修の実施	【問題点・課題】 ①嘱託医等が、摂食・嚥下障害に関する対応方法(検査・診断・評価・指導を熟知していない 【対応策】 ①一螺託医、訪問歯科医、施設職員が、摂食・嚥下障害の経費かた場合、すぐ相談できる専門家の育成 ①一施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査、診断を行なう医師・歯科医師の養成(診断・評価の号)目の開発を含む) ①一必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルートの開発	[問題点・課題] ①摂食・嚥下障害への対応が十分でない ②利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事内 容の提供が十分でない [対応策] ①一②一職員が可能な環境整備の方法・食事 介助の方法等のマニュアルの開発及びその ための研修
医療機関(一般病院)	[問題点・課題] ①摂食・嚥下障害の問題に関しては、医師の関心が低く、後回しになりやすい ②スクリーニングの基準が確立していない ③専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい。 〔対応策〕 ①~②一医師、歯科医師の研修(スクリーニングのためのチェックシートの開発を含む) ③一摂食・嚥下障害を専門的に評価してくれる相談機関	【問題点・課題】 ①精密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない ②特密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない ②対応策】 ①~②→摂食・嚥下障害を専門に外来で診てくれ、必要に応じて在宅へ往診もしてくれる医療機関の育成(診断・評価の手引き等の開発を含む)	【問題点・課題】 ①治療、リハビリを行なう病院が十分でない ②環境整備など対応方法の指導が十分とは言えない ③栄養摂取のために胃ろう造設となる患者が 多い 【対応策】 ①~③一摂食・嚥下障害の評価に対して、指導・リハビリ等の対応方法の普及







参考:「ご遠征肺炎、摂食・嚥下困難患者への対応」東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 高齢者歯科学分野 戸原 玄

医療連携推進事業における 都保健所の役割・機能

・ 事業全体の企画
・ 関係機関の調整
・ 組織化・システム化
・ 情報収集、分析、提供
・ 普及啓発(共同)
・ 委託事務局(地域中核病院)支援
・ 都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起

[事例5]

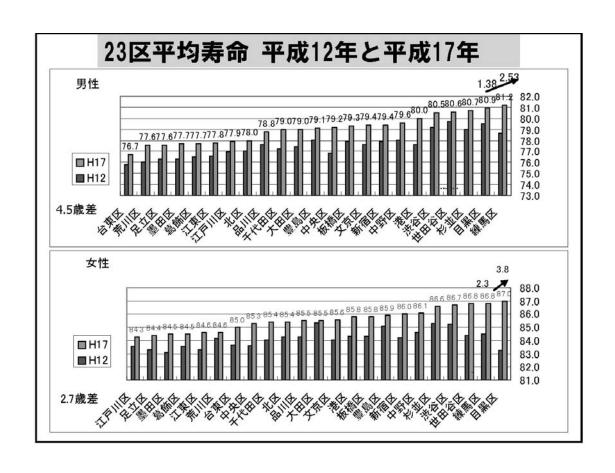
「医療連携~練馬区を例にして~」

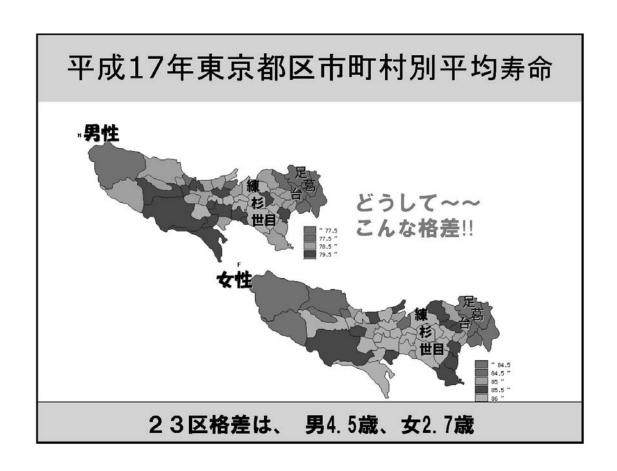
事例提供者

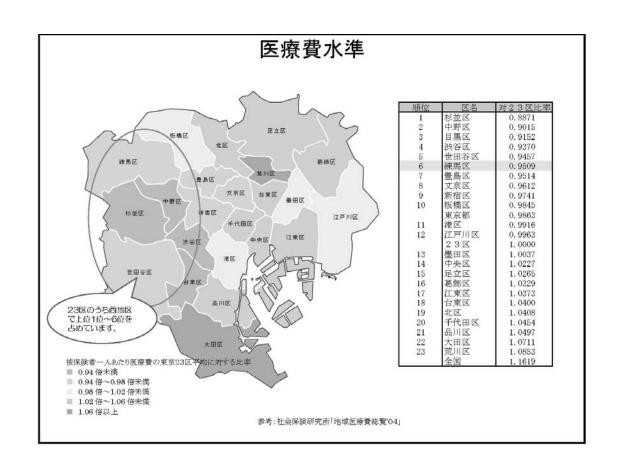
中西 好子 (練馬区保健所長)

事例名	【事例5】医療連携~練馬区を例にして~
事例提供者名	中西 好子(練馬区保健所長)
事例提供者名 コメント (1)成功要因分析 (2)事例からみた医療連携	・医師会、区内の病院との平素から顔が見える場係を作っていることが大きな成功要因である。これには、練馬区は病床不足地区であるため、区が日大光が丘病院との連携を区が強力に進めている背景がある。・医療連携を行うための予算と場の確保がされている。・医療連携を行うことにより、お互いの利益となっていること。・事業れの機能を発揮し、お互いの利益となっていること。・事業れていること。・事業れていること。・事まれていること。・事まれているまざまな職種の協働。・小児医療連携は、初期救急患者が大病院に集中しないように平成13年から区が医師会委託で平成13年から関始した。大学病院会、区保健所、消防機関と連携会議を行うとともに、区と医師会は小児救急講座等を
(3)保健所の関与の可能性と役割	積極的に行いる。これは全国のモデルとなっている。 ・災害時医療体制の構築;医療資源の少忠患時になって救護体制の構築;医療資源の少忠患関連を対策を対している。を教育をとしている。を対しているのでは、重整のでは、では、大きなが、のののでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないのでは、ないので、のので、ないので、のので、のので、のので、のので、のので、のので、のので、のので、のので、













練馬区健康部(保健所)の仕事

いわゆる地域保健法に基づく「保健所」の仕事

+

区市町村長の実施する 保健衛生事業

+

区独自の仕事

食品・環境監視 医務・薬事・墓地許可 感染症・結核 集団給食施設指導 栄養表示基準制度

予防接種、母子健診、 がん検診健康づくり (母子保健法、健康増進法) 介護予防

医療機関の整備等 医療連携 災害時医療体制の整備

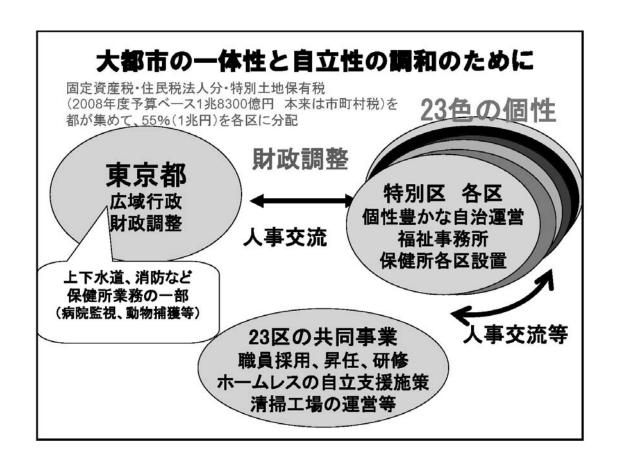
区の保健所長の担っている業務

(保健所長兼○○部長、△△担当部長と 名称もいろいろとなっている)

保健所 県型業務 区の保健衛生業務 (母子・老健等) 区固有業務 病院確保・災害医療等 議会対応 予算 人事	保健所 県型業務 区の保健衛生業務 (母子・老健等)一部または全部 議会対応 予算 人事	保健所 県型業務 議会対応 予算 人事
保健所+区保健衛生 +区固有業務	保健所+区保健衛生	保健所 区の保健衛生業務は 他の部署で実施
練馬区·台東区	ほとんどの区 世田谷、大田、港区は地域セ 保健所ラインではない。	中野区、北区ンターで地区の保健業務。



都内保健所数の推移						
	昭和 23年	昭和 50年	平成 6年	平成 <i>9</i> 年	平成 16年	平成 19年
多摩部	都立4	都立 17	都立 17	都立 12	都立7	都立6 ハ王子市 1
島しょ	島しょは中央 保健所担当	都立1	都立1	都立1	都立1	都立1
区部	都立 37	区立 53	区立 53	区立 39	区立 23	区立 23
計	41	71	71	52	31	31
新生保健所 区に移管 地域保健法施行 ハ王子市 保健所政令市へ						



都区のあり方検討会 平成19年1月から 特別区区長会と東京都

- 1. 都区の事務配分について
- 2. 特別区の区域のあり方について

特別区の問題

- 昭和22年1区10Km²、人口20万人程度 区部人口400万人程度を想定して23区とした。
- 人口規模格差 3.97倍(₹8.9·世35万)→20.13倍(₹4.1·世84万) 財政規模格差 2.60倍(世571·鍊220百万)→5.12倍(∓42, 653·足218,283)
- 生活圏の拡大:自分の区に住んでいる割合 45%
- 行政効率

	23区	横浜市
人口	800万人	360万人
職員	63,500人	15,000人
議員	913人	92人

行政区域と経済圏 区境にあるJRの主要駅(乗降客50万人以上/日) 新宿駅(新宿区·渋谷区)東京駅(千代田区·中央区)品川駅(港区·品川区)新橋駅(港区·千代田区·中央区)秋葉原駅(千代田区·台東区)有楽町駅(千代田区·中央区)

都区のあり方検討会 平成19年1月から 特別区区長会と東京都

- 1. 都区の事務配分について
- 2. 特別区の区域のあり方について

保健医療圏

・保健医療資源の適切な配置を図るとともに 、保健医療機関相互の機能の分担と連携を 推進し、健康づくりから疾病の予防、治療 、リハビリテーション、介護など総合的な 保健医療提供体制の体系化を進めるための 地域的単位

一次:区市町村単位

• 二次: 都民に包括的な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり、その整備を図るための地域的単位

• 三次: 東京都全域

二次医療圏

- →一般の医療需要に対応するために設定する区域で、 入院医療を圏域内で基本的に確保するとともに、医療 機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門 的な保健サービスとの連携などにより、都民に包括的 な保健医療サービスを提供していく上での圏域であり 、その整備を図るための地域的単位
- ▶医療法第30条の3第2項第1号の規定により、主として病院の病床の整備を図るべき地域的単位として設定する医療計画上の区域でもある。
- ▶平成元(1989)年に策定した「東京都保健医療計画」において、住民の日常生活行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域プロック、保健医療資源の分布等圏域設定に必要な要素を総合的に勘案の上、複数の区市町村を単位とする13の圏域に設定

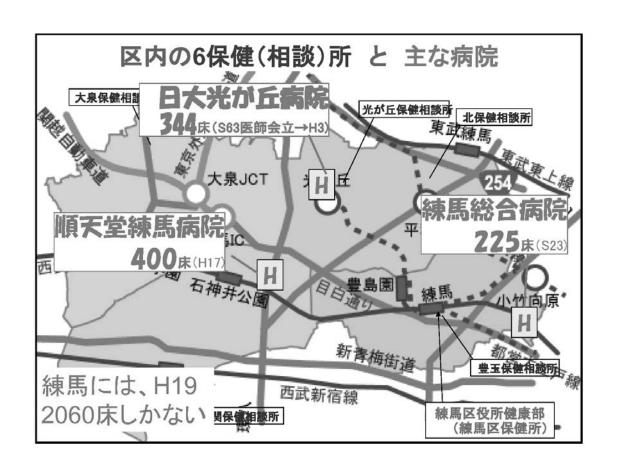


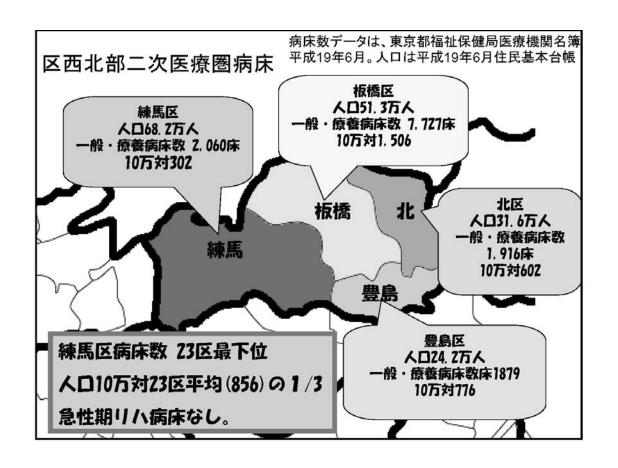
東京都第5次保健医療計画 (平成20年3月)

=	二次保健	医療	圏	基 準 病 床 数	既存病床数(参考)
区	中	央	部	6,208	14,394
区	Ē	F .	部	7,930	7,791
区	西	南	部	9,733	9,543
区	Ē	5	部	10,556	10,556
区	西	北	部	13,865	13,626
区	東	北	部	9,152	9,015
区	ÿ	Ę	部	8,042	7,818
西	3	3	摩	3,083	4,185
南	3	3	摩	10,016	10,016
北	多月	西	部	4,227	4,223
北	多月	南	部	7,486	7,470
北	多月	第 北	部	5,250	5,741
島	l	,	አ	196	55
	100	†		95,744	104,433

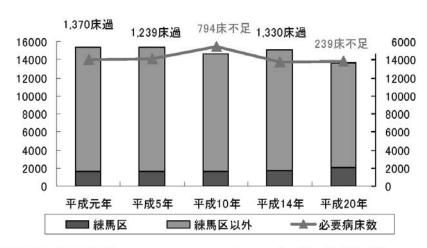
注: 既存病床数は平成 19年4月1日現在

医療法施行規則第30条の30第1項では、二次医療圏ごとの基準病床数の算定にあたって、都道府県全体における基準病床数の上限の算定方法を定めている。これに基づき算定すると、東京都全





東京都区西北部保健医療圏病床数推移 東京都保健医療計画



練馬区は圏域の39%の人口を占めるが、 病床数はわずか14%しかない。

二次医療圏の見直し要望

平成9年7月東京都知事に対して練馬区長要望

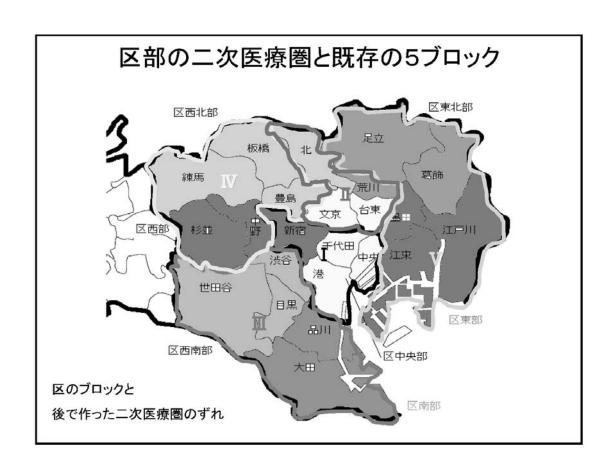
- ・練馬区は23区最低の病床数である。
- ・区西北部医療圏は、板橋区、豊島区、北区、 練馬区であるが、板橋区・豊島区に病院が極端に多く、練馬区に新たに病床が確保できない。
- 区民の入院先は6割が区外。 板橋区>新宿・中野>>>>>
- 生活圏、交通事情から区西部(新宿・中野・杉 並)の方がなじむ。

第5次東京都保健医療計画 平成20年3月改定

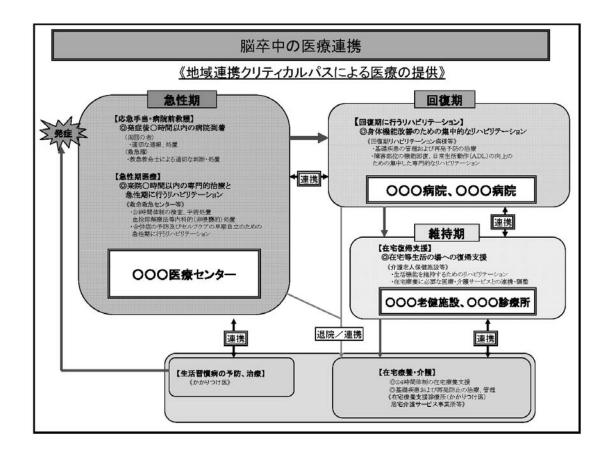
- 平成元年に策定した「東京都保健医療計画」で住民の日常生活の行動の状況、交通事情、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定⇒都内を13の圏域
- 圏域設定後20年近くを経て、現行の二次 医療圏に基づく各種保健医療施策の展開 が図られていることから、引き続き圏域は そのままで。

保健医療圏(区の立場から)

- ・ 東京都が都内に病床をバランスよく整備する ために、なかば機械的な区域割をした。 中心区にはもともた病床が非常に多かったので、周辺区とあわせて圏域とした。
- 既存の福祉や他の行政単位とずれている。
- ・23区の医療資源の偏りが著しい。
- 区民の受療行動は、交通機関が発達しており、圏域を飛び越えている。
- ・救急搬送は、現場から一番近いところの救急 指定医療機関に搬送。(二次医療圏単位で はない。)
- 二次医療圏単位では、各区は恒常的な話し合いの場がない。







区の保健所が医療連携の要と なることは

- 区保健所は、区組織であるので、区の他の計画 や予算とリンクして、区事業として進められる。
- 区医師会・医療機関等とは、学校保健、災害医療、予防接種、各種健診(検診)とすでに連携をしており、お互いの顔が見える。
- 介護保険、福祉施策は区の事業なので、医療連携と平行して連携が進められる。等

短所

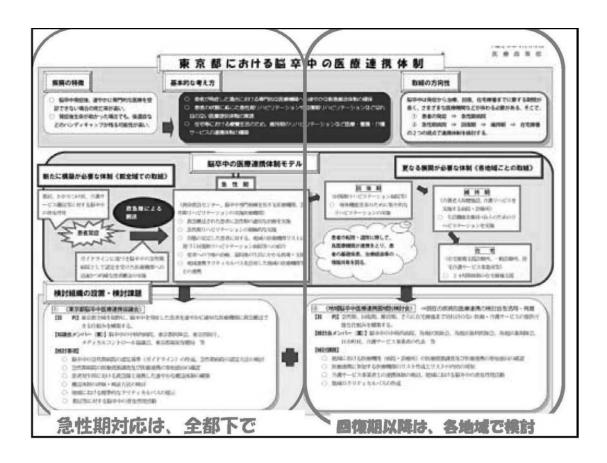
長所

- 住民の受療行動は、区の単位を越えている。
- 区だけでは保健福祉医療資源が不足している
- ・救急搬送等は、区単位ではない。等

医療連携を進めていくにあたって

- 1. 東京都全域で考えるべきこと
- 2. 区で考えるべきこと
- 3. 23区全体で考えるべきこと
- 4. 二次医療圏単位を利用すべきこと

23区はある意味特殊である。



地域連携クリティカルパスの普及・推進に 保健所の関与が期待される場面

(地域連携クリティカルパスの普及・推進方策骨子試案よりH20,8)

- 1. 医療機関相互の調整(中核病院間、中核病院と連携医療機関等)
 - 医療計画における具体的な医療連携推進の一環として; 圏域連携会議や協議 会など
 - 医療機能調査をもとに調整
- 2. 連携医療機関の拡大、介護保険事業所や保健福祉関係機関の参画
 - 医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度による診療マップや連携ガイドの作成
 - コメディカル、ケアマネジャー、薬局薬剤師等対象の研修会など
- 3. 地域連携クリティカルパスのデータベース
 - 地域連携パスの収集・統計分析に対する支援
- 4. 地域住民の啓発、相談対応
 - 地域住民対象の講演会やシンポジウム等を通じて地域医療・福祉連携を啓発
 - 圏域の医療安全支援センターとして地域住民の相談対応
- 5. 各種情報の収集・整理・提供
 - 医療連携・医療福祉連携に係る各種法令、事業、予算等について、関係団体・ 機関への情報提供
 - 医師臨床研修(地域保健・医療)における研修医に対する啓発
- ※保健所は業務上、地域の医療連携・医療福祉連携をアシストしやすい立場 にある

医療連携を進めていくにあたって (練馬区の場合) (例示)

- 1. 東京都全域
 - →脳卒中医療連携の急性期(救急搬送)
 - →災害広域対応 等
- 2. 区で考えるべきこと
 - →災害時初期対応
 - →小児初期救急
 - →病診連携(医師会診療所と2大学病院)
 - →退院促進事業(区と区内精神病院)
 - →糖尿病医療連携
 - →介護保険等福祉との連携
- 3. 23区全体で→新型インフルエンザ等対応
- 4. 東京都二次医療圏単位の検討を利用 →区にはない医療資源を利用するために 区西北部プロック地域脳卒中医療連携圏域別検討会に参加

練馬区の医療連携(1)小児救急事業の展開

事業名:①練馬区夜間救急こどもクリニック事業(平成13年6月1日開設)

②練馬区小児救急医療連絡協議会(平成 16 年 6 月開始)

③小児救急ミニ講座(平成17年度は東京都健やか小児救急応援事業受託。平成18年1月からは、身近なところで子どもの救急対処法等の普及啓発事業を開始)

事業内容

①名称:練馬区夜間救急こどもクリニック (練馬区役所東庁舎2階)

診療時間:平日(月曜日~金曜日)午後8時~午後11時

土曜・日曜・休日・年末年始 午後6時~10時

診療科目: 小児科(対象は15歳以下の小児)

診療体制:小児科医師1名、看護師1名、事務1名を1単位としてGW,年末年始は複数単位。

運営形態:社団法人練馬区医師会に事業委託

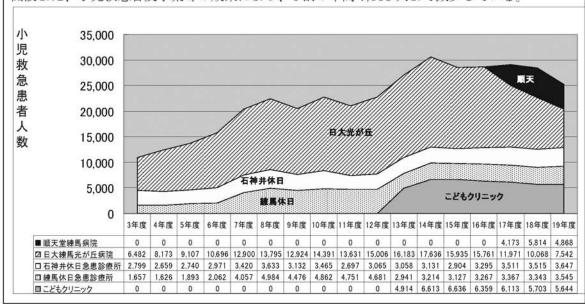
②練馬区小児救急医療連絡協議会 区医師会3名、区内2大学病院各2名、練馬消防署職員1名、区職員2名

③小児救急ミニ講座:小児科開業医が地域の施設に出向き、子どもの病気や急な症状への対処法などを保護者に講義し、保護者が日頃疑問に思っていることや分からないことに答える。こどもが夜間に熱を出した場合であっても、軽症であれば家庭で対処できるよう啓発することにより、救急対応している病院の負担を軽くする目的で実施。子ども家庭支援センター、保健相談所、NPO施設。平成19年度計18回

[事業開始の経緯] 練馬区では、従前から内科・小児科を標榜する練馬休日急患診療所および石神井休日急患診療所を設置し初期救急医療事業を実施してきた。しかし、受診者のうち約6割は15歳以下のこどもが占めるにもかかわらず、必ずしも小児科医師が診療する体制とはなっていなかった。また、共働き家庭の増加等を背景として小児救急医療のニーズが高い平日の夕刻から午後10時頃までの準夜帯には診療を行っていなかった。そのため、区内の二次医療機関である日本大学医学部付属練馬光が丘病院に小児救急患者が集中し、患者の待ち時間の長時間化、小児科医師の過重労働等の問題が生じていた。このような状況を踏まえ、従前実施していた深夜帯の診療を廃止し、平成13年6月1日から準夜帯に小児科医師による小児初期救急診療を行う練馬区夜間救急こどもクリニックを開始した。なお、平成18年度からは日大練馬光が丘病院および順天堂練馬病院に小児初期救急医療事業を委託している。

小児救急体制の充実と関係機関の連携を図るために、保健所が「小児救急医療連絡協議会」を 開催している。

[成果] 二次救急医療機関である日大練馬光が丘病院の年間小児救急患者はピーク時(平成14年度)には17,000人以上受診していたが、夜間救急子どもクリニックの開設、順天練馬病院の開設また、小児救急普及事業等の成果により、4割の年間7.500人まで減少している。



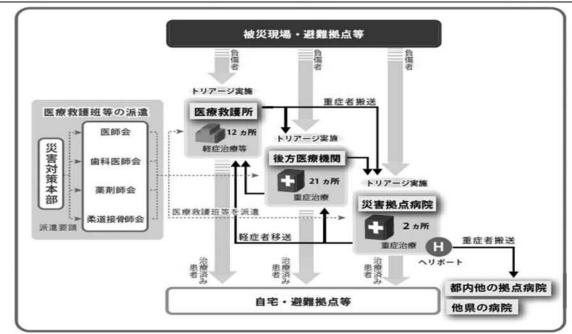
練馬区の医療連携(2)災害医療体制の充実

事業名:災害時医療救護体制の構築と安全安心のまちづくり事業(平成18年度から)

事業内容

- 1 目的:区が誘致した2つの大学病院(日大練馬光が丘病院・順天堂練馬病院)を核とした 災害時医療救護体制についての調査検討を行い、これをもとに関係機関と協議し災害時医療 救護体制を構築する。
- 2 経過:①平成18年度に、2つの大学病院、区内の医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道 接骨師会、東京都および練馬区からなる「練馬区災害時医療救護体制に係る検討委員会」を 設置し、災害時医療救護体制について調査検討を行った。
 - ②平成19年度からは、検討委員会の報告書をもとに、災害医療運営連絡会(昭和57年設置)に作業部会を設け、各師会と締結している災害時の協定書の見直し、医療救護所の開設運営方法の明確化、医療救護班の派遣体制、トリアージの実施手順などについて協議している。なお、作業部会には警察署および消防署にも参加してもらっている。
- 3 その他:練馬区では、災害時に医療救護活動の中心となる後方医療機関に対し、平成19 年度から耐震診断・改修等の助成を行っている。

耐震診断(助成率 2/3 助成限度額 200 万円) 実施設計(助成率 2/3 助成限度額 450 万円) 改修工事(助成率 1/2 助成限度額 6,000 万円)(平成 19 年度実績;耐震診断 1件)



- ○平成19年7月2日 平成19年度練馬区災害医療運営連絡会開催
- ○平成19年8月2日 作業部会の発足 メンバー; 医師会、歯科医師会、薬剤師会、柔道接骨 師会、日大練馬光が丘病院、順天堂練馬病院、3消防署、3警察署、練馬区 作業部会の検討事項
- 1 短期目標(2年以内)
- ① 協定書の見直し ② 後方医療機関の開設運営方法の明確化 ③ 医療救護所の開設 運営方法の明確化 ④ 医療救護班の派遣体制 ⑤ トリアージの実施手順、実施場所、実施 方法の明確化 ⑥ 関係医療機関と連携した訓練の持続的な企画・訓練の体制整備
- 2 中期目標(3~5年)
 - ① 医療救護所 (逆搬送先) の設定 ② 拠点病院における医師会の受け入れ体制の整備 ③ ボランティアの受け入れ体制 ④ 医薬品の備蓄 (1週間程度) ⑤ 後方医療機関の指令系統、運営要員、運営方法等の明確化 ⑥ 重傷者・被災病院入院患者の搬送先、搬送手段 ⑦ 支援医薬品等の搬送者、配給先、搬送手段の明確化 ⑧ ランニングストック方式による医薬品の管理

練馬区の医療連携(3)地域医療連携推進

事業名: 医療機能連携推進協議会 (平成 17 年度から区医師会補助)

事業内容

地域医療推進のため、①区民向け講演会②医療連携センター運営③かかりつけ医機能推進 事業④医療機能連携推進事業⑤在宅医療推進研修事業⑥その他地域医療推進事業

医療機能連携推進委員会

(目的)区内の医療機関、大学病院及び練馬区医師会が医療連携に関する協定を締結している 区外の大学病院等の医療連携の現状を把握し、今後の医療連携の方向性を検討するため、社団 法人練馬区医師会、日本大学医学部付属練馬光が丘病院、順天堂大学医学部附属練馬病院、関 係大学病院等の医療連携実務者担当者、事務担当医師及び練馬区による医療機能連携推進委員 会を設置している。

(協議事項) ①医療連携の現状と課題について ②今後の医療連携の方向性について ③その他 (委員の構成) 日大練馬光が丘 3 名、順天堂練馬 3 名、練馬区職員 2 名、練馬区医師会 3 名 (区の目指す医療連携)

- ① 医療制度改革が進む中で、区内医療機関が効率的な経営を行うには、病診連携、診診連携による医療連携を基本とした役割分担が不可欠である。
- ② 区内の病床数が極端に少なく、区外医療機関への区民の入院割合が 70%を超えている状況 下では、より身近な医療機関で対応できることが区民に有益である。
- ③ 区が誘致した日大練馬光が丘病院や順天堂練馬病院では、外来の待ち時間が長いという苦情があるが、紹介率を高めこうした状況を改善していく必要がある。

医療連携体制の構築

<継続して行う取組>

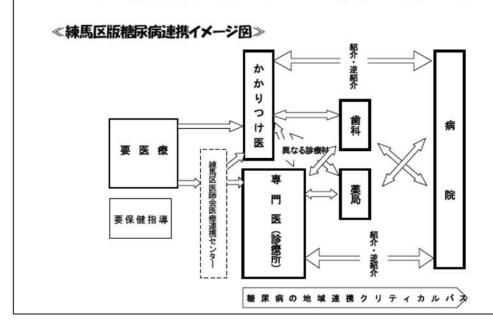
① 紹介・逆紹介の充実 ②かかりつけ医の充実 ③災害時医療体制の構築(災害医療運営連絡会及び作業部会) ④小児救急医療(小児救急医療連絡協議会)

<新たに今後取り組むべき課題>

糖尿病→平成 19 年度は準備、平成 20 年度から練馬区医療連携推進委員会の下部組織に専門 部会を設け区内各機関との連携について検討している。(下図)

脳卒中 急性期は、救急病院への救急搬送システムの構築がまず先のため、東京都全域の連携 会議の動向を注視しつつ、中慢性期については区内にリハビリ病床がないため、まず二次 医療圏(区西北部医療圏)で検討している脳卒中医療連携会議に参画している。区でリハ ビリ担当者会議を開催し、在宅支援体制構築を模索している。

がん・急性心筋梗塞→今後の課題である。(なお、区内の心臓循環器休日急患医療機関の不足による休日急患診療体制の充実を図るため日大練馬光が丘病院に区単で委託をしている。



【東海北陸ブロック】

[事例1]

「福井県における在宅医療の推進について」 ~「在宅医療コーディネートモデル事業」に 向けて ~福井·坂井医療圏における取組みを 中心に

事例提供者

安井 裕子 (福井県坂井保健所)

事例名	【事例1】福井県における在宅医療の推進について
事例提供者名	安井裕子(福井県坂井保健所)
コメント (1)成功要因分析 (2)事例からみた医療連携	・基礎となる事業が前年度に進行していた。とくに2つの検討協議会が立ち上がっていた。 ・保健医療計画に在宅医療の推進が記載された。 ・県の新規事業を地域事業として、うまく取込めていたこと。 ・地域医療関係者で構成された既存の懇話会があり、熱意があったこと。このメンバーと普段から連絡をとっていた。 ・先進事例の研究 ・保健所が事務局となり、医療機関以外に介護関係、薬局関係など関係者が参加した推進会議を設けた。 ・在宅医療コーディネーターの役割が関係者で共
(2)争例からみに医療連携	・任宅医療コーティネーターの役割が関係者で共 通認識できること。 ・事業のなかにおける推進会議の役割が認識でき ること。(保健所は調整役という認識)
(3)保健所の関与の可能性と役割	・在宅医療推進会議の事務局としての役割(保健所は調整役) ・モデル事業取り組み状況など分析、評価する役割 ・コーディネート機能を担う機関の活動支援

福井県における在宅医療の推進について

~「在宅医療コーディネートモデル事業」に向けて~ 福井・坂井医療圏における取組みを中心に



平成20年7月25日 福井県坂井保健所 安井裕子

東海北陸ブロック保健所長会研修会

福井県の療養病床転換計画

平成20年3月

Т				#	 运換計画(平	 成24年度)		
		病床数		4	医探引曲 (平	风24年長)		
		(H19.4)	医療療養	回復期 リハ	一般病床	老健施設	特養・GH	廃止
	医療療養病床	1, 946	1, 360	76	117	142	25	226
	介護療養病床	1, 022	240	42	120	562	22	36
	県合計	2, 968	1, 600	118	237	704	47	262
	福井•坂井圏域	1, 434	736	83	110	373	47	85

- ・共働き世帯の割合が全国で最も高く、医療ニーズのある高齢者を自宅で見ることが困難
- ・全国に比べて、入院患者の85歳以上の割合が高い
- ・全国に比べて、<u>在宅療養支援診療所が少なく、療養病床は小規模医療機関が多く、回復期リハ</u>が少ない

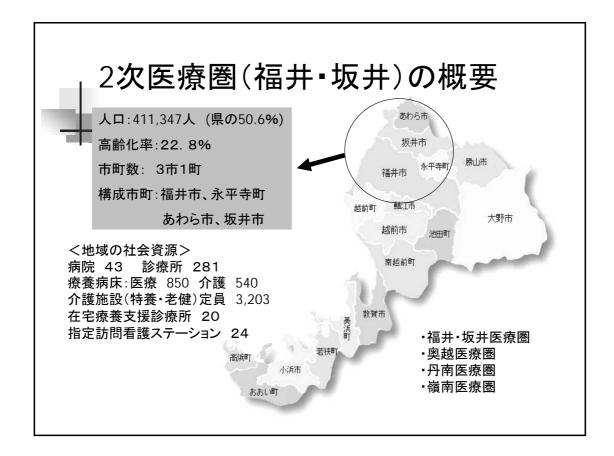
平成19年度 県医療計画策定における取組

- 福井県医療審議会(3回)
- <u>4疾病の部会</u>(各2~4回): がん、脳卒中、急性心筋 梗塞、糖尿病
- <u>6事業の部会</u>(各1~4回):小児医療、産科医療、救 急・災害医療、へき地医療、在宅医療
 - 在宅医療部会(4回)
 - 構成: 部会長(県医師会理事)、医師(大学病院、急性期病院ホスピス、町立診療所)、訪問看護師(訪看ステーション連絡協議会長)、介護支援専門員(連絡協議会理事)、急性期病院地域医療連携担当、県医務薬務課、保健所長

県医療計画(在宅医療)の概要

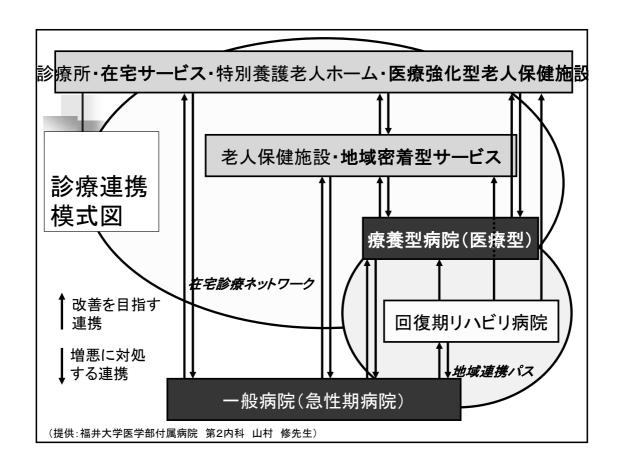
平成20年3月

- 「ふくい在宅安心ネット」の構築
- 施策の内容
 - 1. チームによる在宅医療体制の確保(コーディネーター設置)
 - 2. 多職種のスタッフによる円滑な連携の推進
 - ⇒ 県内5地区での在宅医療推進協議会の設置
 - 3. 在宅医療技術の向上
 - 4. 在宅医療に対する意識啓発:相談窓口、シンポジウム
- ■目標
 - 在宅医療推進のためのコーディネーター設置 5地区



平成19年度 計画策定への保健所の関わり

- 福井・坂井地域医療連携体制協議会(3回)
 - 目的:4疾病について、地域の医療機関における機能分担及び連携 体制の検討
- 福井·坂井地域在宅医療連携協議会(3回)
 - 目的:在宅医療を推進するための施策及び急性期から維持期までの 医療機関の連携の仕組みについて検討する
 - 医療連携WG(3回)
 - 構成:医師(病院、診療所)、医療連携担当(急性期・回復期病院)
 - 在宅医療WG(3回)
 - 構成: 医師(大学病院、維持期病院、診療所)、歯科医師、薬剤師、介護 支援専門員、訪問看護師、理学療法士、地域包括支援センター



医療連携WG:課題解決に向けて

- ①医療機関の機能情報の共有化
 - 医療機能情報提供制度
 - <u>付加情報</u>:受け入れ可能な患者の状態・ADL・医療区分・要介護度、リハビリの体制、往診の範囲、歯科診療所との連携、在宅ホスピスの対応等
- ②急性期から維持期までの医療機関、介護施設 が継続して協議できる場の設置
 - 2次医療圏または保健所単位
- ③地域連携クリティカルパスの活用に関して意見交換できる場の設置

[医療機関名	地域連携クリティカルパス(平成20年6月現在)
	福井県立病院	・大腿骨頚部骨折連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同) ・脳卒中連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同) ・大動脈解離地域連携パス ・狭心症・心筋梗塞地域連携パス ・糖尿病合併症地域連携パス ・胃がん連携パス ・大腸がん連携パス
	福井赤十字病院	・大腿骨頚部骨折連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同)・脳卒中連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同)・悪性疾患連携パス
	福井県済生会病院	・大腿骨頚部骨折連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同) ・脳卒中連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同) ・胃がん術後連携パス ・大腸がん術後連携パス ・インターフェロン連携パス ・妊娠経過連携パス ・糖尿病連携パス(試験運用中) ・乳がん術後連携パス(試験運用中)
Ì	福井大学医学部附属 病院	・大腿骨頚部骨折連携パス ・脳卒中連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同)
	福井総合病院	・大腿骨頚部骨折連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同) ・脳卒中連携パス(県立、済生会、日赤、福井総合との合同)
	嶋田病院 (連携医療機関)	・大腿骨頚部骨折連携パス・脳卒中連携パス



在宅医療WG:課題解決に向けて

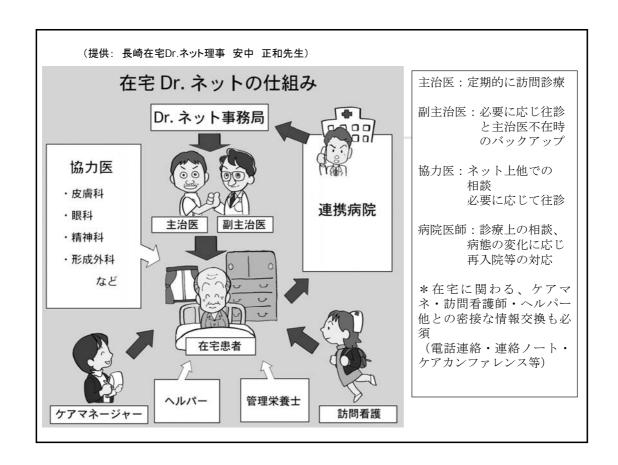
- ①円滑な連携を進める上での「多職種参加型連 携会議」の設置
 - 大きな単位:地域の在宅医療体制の整備
 - 小さな単位:転院(退院)調整など個々のケース会議
- ②在宅医療に関する普及啓発活動を進めること
 - 対象:患者・家族や一般住民急性期病院の医療者
- ③終末期医療に対する法整備の必要性

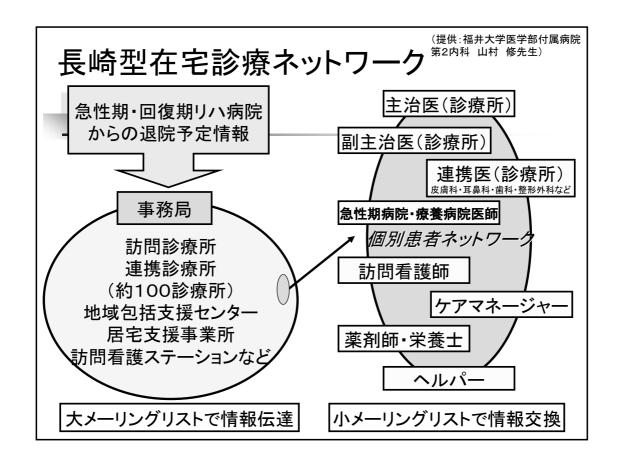
平成20年度からの保健所の取組み

- 福井・坂井地域保健医療推進協議会(1回)
- 福井·坂井地域医療連携·在宅医療推進協議会(3回)
 - WG①:チームによる在宅医療体制の確保
 - WG②: 在宅医療コーディネート事業
 - WG③: 退院時カンファレンスのモデルづくり
 - WG(4): 病院間の顔の見える連携づくり

在宅医療コーディネート事業(県)

- 目的:在宅療養・緩和ケアを希望する患者等への 適切な支援→地域における在宅医療体制の整備
- モデル地区:個々の市町単位、広域連合、保健所 単位、2次医療圏単位
- コーディネート機能を有する機関
 - 地域の中核病院、地域の医師会など
- 県の支援(平成20-22年度)
 - ■推進会議の設置
 - 経費負担:3年間の補助(補助率1/2: 3,000千円上限)
 - 県内2地区→5地区へ拡大







在宅医療コーディネーターの業務

- 1)在宅主治医、専門医の紹介
 - 在宅主治医・副主治医、専門医の登録
 - 退院時の調整(医療機関、患者家族の依頼)
- 2)協力病院の確保 (在宅医療のバックアップ)
- 3)相談窓口の開設
 - 患者家族、医療従事者間のクレーム等対応
- 4)在宅医療に関する実技研修の実施
- 5)医療材料の共同購入
 - 共同発注事務(カテーテル、経管栄養セットなど)



推進会議の設置(坂井地区)

- 構成:地区医師会、コーディネート機関の担当者、 診療所、協力病院、急性期・回復期病院、 訪問看護ステーション、介護支援専門員、 薬局、地域包括支援センター等
- 事務局:保健所
- 業務
 - 1) モデル地区内の取組状況の分析と評価
 - 2) コーディネート機能を担う機関の活動支援
 - 3) 地域における在宅医療体制の整備

坂井地区脳神経疾患 診療連携懇話会

■ メンバー: <u>福井大学病院(神経内科医師)</u>、坂井地区医師会、福井市内の急性期・回復期病院(医師・地域連携スタッフ)、地区内の医療・介護関係者、行政機関

■ 平成18年:有志による勉強会として発足

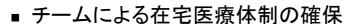
■ 平成19年:研修会(脳卒中診療連携)、事例検討

■ 平成20年:「坂井ホームリターンネット(HRN)」 システムのスタートと拡大を目指す

■ 現在:診療所2、病院1、事業所1のグループ診療

在宅医療推進のために(保健所は調整役)(

できることから症例の積み重ねから一歩ずつ



- ①在宅医療連携モデルづくり
- ②在宅医療コーディネート機関の立ち上げ・サポート
- 多職種のスタッフによる円滑な連携の推進
 - ①退院時カンファレンスのモデルづくり
 - ②在宅医療推進協議会の開催
- 在宅医療に対する意識啓発
 - ①症例検討会・研修会
 - ②患者·家族、住民の相談

患者の望む生活の 実現のために



[事例2]

「介護サービスと連携した飛騨地域の 脳卒中医療連携クリティカルパス」

事例提供者

小窪 和博 (岐阜県飛騨保健所長)

事例名	【事例2】介護サービスと連携した飛騨地域の脳卒 中医療連携クリティカルパス
事例提供者名	小窪 和博(岐阜県飛騨保健所長)
コメント (1)成功要因分析	 ・脳卒中情報システム事業が以前から継続実施されていた。 ・脳卒中発症が他地域と比べて高く予防活動の展開がなされ、関係者が事例を通し検討を重ねていた。 ・脳卒中クリティカルパス導入検討会議が適時に各関係者の参加を得て何回も開催できたこと。 ・医療関係だけでなく、介護、福祉、福祉分野との連携が進むようにした。 (老人保健施設、訪問看護ステーション、包括支援センターなどの参加があった。)
(2) 事例からみた医療連携	 ・脳卒中事業が終了する際に、保健所がリーダーシップを発揮して、クリティカルパスへの発展的構築に向け医療関係者等に持ちかけた。 ・急性期、回復期に比べ、維持期に重点を置いたシステムにするなど地域の実情を踏まえた連携をめざした。 ・クリティカルパス構築検討にあたり、福祉関係者の役割(位置づけ)を明確にした。
(3)保健所の関与の可能性と役割	 ・地域の(脳卒中が多いという)ニーズを保健所はきちんと捉えていた。 ・クリティカルパス構築にむけ、全体を進行させるコーディネート機能を果たした。 ・医療だけでなく介護・福祉分野との連携を視野にいれた調整を保健所が持った。

介護サービスと連携した 飛騨地域の脳卒中医療連携 クリティカルパス

2008年7月25日

岐阜県飛騨保健所 所長 小窪和博

管内の概要

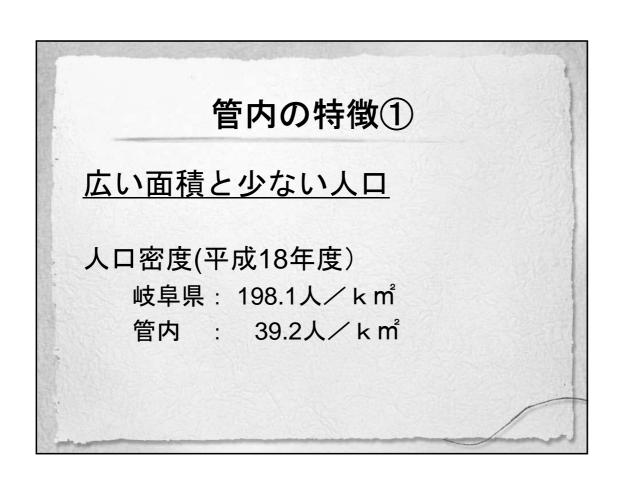
- 管内自治体高山市、飛騨市、白川村、下呂市
- ・面積と人口

面積: 4,183 k m²

(富山県とほぼ同じ)

人口:約16万4千人





管内の特徴②

進む高齢化

65歳以上の老齢人口

(平成18年度)

全国 : 20.8%

岐阜県: 21.6%

管内: 27.1%

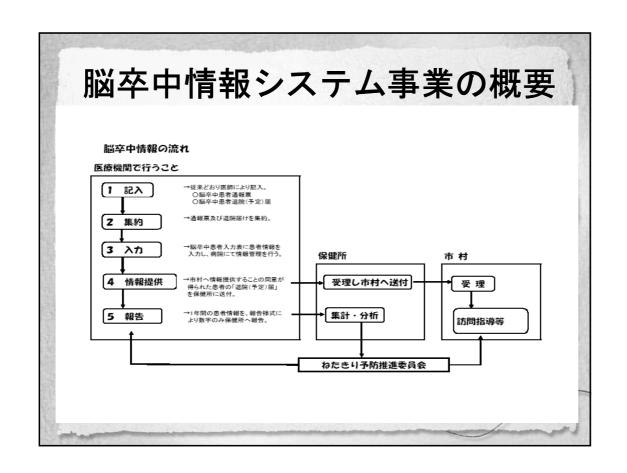
背景

- 飛騨地域は広域であるため、都市部と異なった医療体制を構築する必要があった。
- 平成2年度から「飛騨地域脳卒中情報システム事業」が行われていた。

(脳卒中の発生動向を把握し、地域の脳卒中 及び寝たきり予防対策に活用)

脳卒中情報システム事業

- 平成2年度~脳卒中情報システム事業開始
- 平成12年度 県事業としては終了 地域予算として飛騨地域は継続実施



飛騨地域脳卒中システム事業に 伴う効果①

- 脳卒中の発症が他の地域と比べて高い 予防活動の展開につながった
 - ・脳卒中発症者の事例を通し、保健・福祉医療機関等の関係者が検討を重ねた。

飛騨地域脳卒中システム事業に 伴う効果②

- 1. 病院と市町村の相互理解の促進
 - 退院後の生活指導
 - ・病院窓口の一本化
 - ・課題の共有
- 2. 療養者本位の在宅保健福祉サービスの早期提供
 - ・病院コーディネーターと市町村保健師 の連携
 - ・在宅療養へのスムースな移行

クリティカルパス作成まで

- 平成18年度飛騨地域脳卒中情報システム終了
- 平成19年2月26日(月)
 平成18年度飛騨地域ねたきり予防推進委員会の 開催

引き続き脳卒中クリティカルパス導入 を検討していくことを発表、賛同を得る

クリティカルパス作成まで

- 平成19年3月1日(木)
 平成18年度飛騨地域保健推進協議会
 保健医療計画の中で脳卒中クリティカルパス
 導入について検討について了承
- 平成19年4月28日(土)
 高山市医師会
 脳卒中クリティカルパス導入についての検討 を開始する旨の報告

目的

- ・脳卒中患者が地域内で安心して 回復を行うための、医療・予防 を含めた連携システムの構築
- 脳卒中の治療成績向上、発病率 の低下医療資源の有効活用

飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議

参加メンバー(15人中8人 医師以外)

医師会 2カ所

各市村(包括支援センター) 3カ所

急性期病院地域連携室 3カ所

訪問看護(訪問看護ステーション)1カ所

老人保健福祉施設 1力所

県関係者(飛騨振興局福祉課·飛騨保健所)

飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議

ワーキングメンバー

(25人中15人 医師以外)

医療機関(地域連携室等) 2カ所

訪問看護ステーション 1カ所

老人保健施設 1カ所

市村(福祉関係) 1力所

県関係者(飛騨振興局・飛騨保健所)

飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議

平成19年8月30日第1回飛騨地域脳卒中クリティカルパス導入検討会議

□ ワーキンググループでの具体的検討

・<u>平成19年9・10月</u> ワーキンググループでの検討会実施(2回)

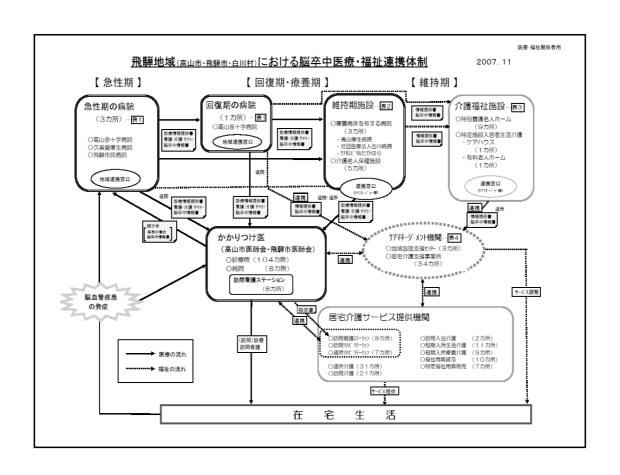
飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議

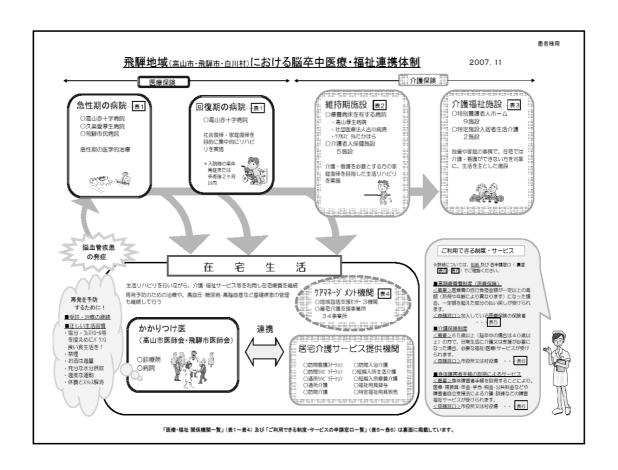
- <u>平成19年11月8日</u> 第2回飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議
 - ・ワーキングの経過報告
 - ・ 具体的な連携パスの内容を確認
 - 飛騨地域における脳卒中医療・福祉連携図

飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議

- 平成19年12月20日第3回飛騨地域脳卒中クリティカルパス 導入検討会議
 - ・ 脳卒中情報書の作成
 - ・ 導入にむけての具体的な検討

(患者への説明書等、同意書、医療機関等 関係機関へのパス運用依頼書の作成等)





医療・福祉 関係機関一覧

2007, 11

急性期・回復期の病院 高山赤十字病院 (久美愛厚生病院 (飛騨市民病院 (

表1

高山市天瀬町3丁目11番地 高山市大新町5丁目68番地 飛騨市神岡町東町726

0577-32-1111 0577-32-1115 0578-82-1150

表2 維持期施設

○寮養病床を有する病院

0578-82-5313 0577-32-1900 0577-73-2234 高山市山口町1280番地 飛撃市古川町三之町8番20号 飛撃市神岡町殿1081番地の19 〇介護老人保健施設 社団医療法人古川病院 ケアホスピタルたかはら 高山厚生核院

0577-35-5500 0577-35-3030 0577-72-5151 0577-72-5111 0578-89-1212 原発酵温泉老人保健施設糖高の庭 高山市奥飛騨温泉郷一重ヶ根205 高山赤十字介護老人保健施設はなさと、高山市花里町2丁目67番地 介護老人保健施設それいゆ 高山市桐生町4丁目268番地 介護老人保健施設香蘭荘 高山市国府町三川1202番地5 介護老人保健施設予ルカディア 高山市国府町三川1202番地5

介護福祉施設

-355-

0577-36-5565 0577-33-3730 0577-73-0088 0577-73-0088 0577-36-0021 0577-32-5565 0578-82-6500 0577-52-2211 0577-78-3177 高山市久々野町久々野1202番地 高山市三福寺町1110番地の5 高山市新宮町1054番地の3 高山市山田町781-58 高山市新宮町1322-1 高山市千島町1257番地の2 **紫聲** 市村三門 方墓598−1 物態養養セスポーム熱難占Ⅲさくらの最あさざり 飛驒市古川町杉崎597−1 岐阜県立飛騨寿楽苑 表釋市神田町東町690-1 高山市丹生川町町方98-特別養護老人ホーム飛騨古川さくらの郷 特別養護老人ホームたんぽぽ苑 特別養護老人ホーム丹生川苑 〇特定施設入居者生活介護 〇特別養護老人木一ム 特別養護老人ホーム八光苑 特別養護老人ホーム 豊楽園 特別養護老人ホーム新宮園 特別養護老人ホーム南區園 ケアハウス1帯値 シニアホーム庖山

幫 1 ご利用できる制度・サービスの申請窓口

※ に断用できる無限・サービスの内容についたは、四連をに無ください。

高額療養費制度 申請窓 表5

医療保険の種類	日韓韓申	
国民健康保険	高山市役所 保険医療課(花岡町2-18) 057 飛騨市役所 市民課(古川町本町2-22) 0577- 白川村役場 村民課(場谷517) 057	0577-35-3137 0577-73-7464 05769-6-1311
政府管掌、船員保険	管辖の社会保險專務所 (高山社会保險專務所 高山市花岡町3-6-12 0577-34-9211)	0577-34-9211)
組合健康保險·共済組合健康保険	各健康保険組合·共済組合	

ハードア古川 (古川町若宮2-1-60) 健康いきがい課 (0577-73-7469) 総合福祉課 (0577-73-7483

(0577-35-3178)

高年介護課

高山市役所 (花岡町2-18)

中鷲形口

泰6

白川村役場 (場谷517)

介護保険関係

(05769-6-1311 福祉課

村民課

介護保険制度·身体障害者手帳(障害者自立支援法関係) 申請窓口

(0577 - 35 - 3)身体障害者手帳関係

· 然而然而然而然而然而然而然而然而然而然而然而然

表4 ケアマネージ メント機関

〇地域包括支援センター

高山市地域包括支援センター 飛驒市地域包括支援センター 日川村地域包括支援センター

〇居宅介護支援事業所

0577-35-2940 0577-73-6233 05769-6-1311

高山市花岡町2丁目18番地 飛騨市古川町岩宮2丁目1番60号 大野郡白川村鳴谷517

0578-89-1212 0577-35-2334 0577-52-2211 高山市初田町1丁目58番地14

高山市久々野町久々野1202番地 株式会社ケア高山 高山市岡本町3-18-2 株式会社新生メディカル高山営業所 高山市下岡本町2982-10 ケアプランセンターまめなかな

高山市桐生町4-268 加藤医院指定居等介護支援事業所 高山市園府町三川1202-5 8番×4と4の第四級撤送開発が農業製業所 高山市園府町村山235番5号 野園法人高山市福林サービス公社園舎上宝 高山市園府町 木曽垣内650番地 地域支援センター八光苑

0577-72-5858

0577-32-1900

0577-72-3853

南山市新加町1054番地の3 高山市新宮町1322番地の1 □ 市場下町1-208 ケアプランセンター清徳会 |番館ケアプランセンター

財団法人高山市福祉サービス公社 高山市森下町1丁目208番地 第三部衛権職ストーションケアプレンセンター 酒

財団法人高山市福祉サービス公社清見、高山市清見町三日町414番地1 ひだ訪問書展ステーション目46度支票##新、高山市西之一色町3丁目647-24 JAD2在8サービスステーション#84/#8### 高山市西之一色町3丁目647番地の24 在影響機器をセンターのお開発を標準を展り 高 田 市浦 見町 三ツ谷 2310 帯 地313 高山市石浦町6丁目220番地 高級ケアマネジメントセンター

久美變厚生病院居宅介護支援事業所 高山市大新町5丁目68番地 8団法人萬山市福祉サービス公社丹生川 高山市丹生川町町方33番地 財団法人高山市福祉サービス公社朝日 高山市朝日町万石328番地 さわやか飛驒指定居宅介護支援事業所 高山市八軒町3町目50番地 商山赤十字病院指定居宅介養支援專業所 高山市天満町3−1

※※※人古川病院指定居宅介護支援事業所 飛騨市古川町三之町8番20号

吉城居宅介護支援事業所 飛騨市古川町岩宮2丁目1番60号 5川路階第2天-ションケアプランセンタ- 飛騨市古川町岩宮2丁目1番6号 岐阜県立飛騨寿楽苑ケアブランセンター 飛騨市古川町是重102番地 シルバーサポートたんぼま苑 白川村在宅介護支援センタ **転撃 壮ケアプレンセンケー**

張馨市 神国 町 東町 690 神 地の1 **長輩市神国門駅1081総割19** 大野郡白川村鳩谷517番地

0578-83-0131 05769-6-1311

0577-73-7566

0577-73-7715

0577-73-2234

0577-35-7540 0577-32-1111

0577-36-1911

0577-32-3265 0577-78-1294 0577-55-3330

0577-34-0800

0577-68-2799 0577-32-1117

0577-35-2566 0577-36-2940 0577-68-2258

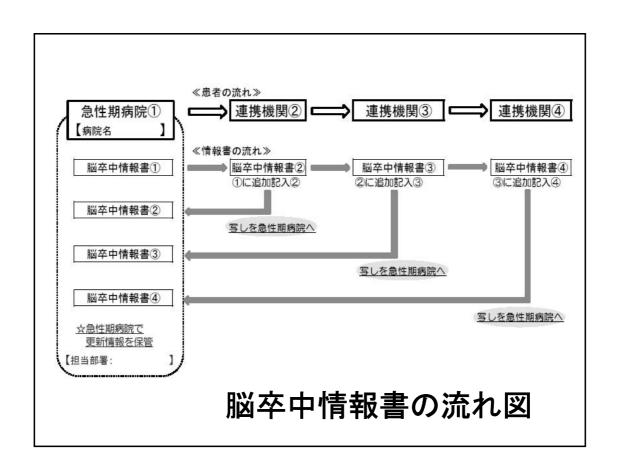
0577-36-5565

0577-35-3766 0578-86-0066 0577-36-0021

0577-73-5500

脳卒中情報書(飛騨地域脳卒中連携パス仕様)

岳 名	操 斯·坎	粮	□ 自立 □ オムツ使用 □ 留置カテーテル □ 人工肛門	リハビリステップ	□ ステップ1 :全介助レベル、ベッド上座位 オャッジ座位
生年月日		皮膚疾患	2		ロ ステップ2 :ベッド上動作レベル 衰返り 起き上がり 域座位
住 所	The state of the s	廖 杂症	□ あり(□ MRSA □ HCV □ TB □ その他) □ なし		□ ステップ3:単様子使用可能レベル 車棒子等乗・駆動 つかまり立ち 皇位保持
制語	() =	道院時の服薬	内容		□ ステップ4 :歩行可能レベル 歩行器歩行 杖歩行 独歩
(FA)	(FAX送信時はここで折って下さい)	日発生活の注集点	口 あり(内容		□ ステップち:応用か行可能しくル 警察算器 重かかり トレッドこルなど
		(3年)の春間春日・日本のマネ(D &C	特に伝えたい事項	口あり(内容:)
中華教學	# - #	特に伝えたい事項	口あり(内容:		ロなし
発症前の情報	配入日 年 月 日 組当者		חמר	情報書の送付日時	4 月 日
	施股名·電話器等·FAX	キーバーバン	口配偶者 口息子 口娘 口嫁 口その他() 口未確認	添付文書	□ 診療情報提供書、その他紹介状 □ 看護、介護サマリー □ なし
既往隱	□ 脳卒中:初発 年 月 日 □ 本本日 発酵の 1 本地本の 1 小脚部等 1 の過程的	介護者	口同居の家族 口なし(独居) 口その他() 口未確認 ロギバキの	砂件基金限くの	口完了 口未
	この 単三円 こう 無字的 この 配記目符 こうな 独思 この 原状の ロールの書()	元献在の子女・希望事項等	1 87/Mp:	ı	TABLE 4 月 日 担当者
	ロなし	介護者の健康状態	口あり(内容:)		施胶名·電話聲号·FAX
発症前の服薬	口 あり(内容:)口 なし又は不明	(神武士本章 元素) 粉水葡萄出版)	D 45L		
健康診断受診状況	R 口 あり(住民健診 職場の確診 人間ドック) 口 なし・不明	追院後康養予定場所	口 在宅 口 諸数 口 その他()		
体重管理	体重(kg) BMI() 腹囲(介護保険申請	口済(介護度:要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 未定)	りハビリステップ	ロ ステップ1 :全介助レベル、ペッド上座位 ギャッジ座位
特に伝えたい事項			□ 朱中請		□ ステップ2 :ペッド上動作レベル 衰返り 起き上がり 城座位
	ロなし	情報書の送付日時	年 月 日		□ ステップ3:美華子被用耳動レベル 美権子等乗・撃動 つかまり立ち 立位条件
添付文章	ロ 診療情報提供書、その他紹介状 ロ 看護、介護サマリー 口なし	蚕什文書	□ 診療情報提供書、その他紹介状 □ 看護、介護サマリー □ なし		□ ステップ4 :歩行可能レベル 歩行器歩行 杖歩行 独歩
急性期前院の情報 記入日	配入日 年 月 日 担当者	回復期施設の情報	配入日 年 月福当者		□ ステップの:応用が行可能つくル 整盤単数 国外参行 トレッドはルなど
	監禁事等・FAX		施股名·電話器等·FAX		
				株に作ったい書画 日本以(内容・	
発作日	4 月 日	りいどりステップ	ロ ステップ1 :全介助レベル、ペッド上座位 ギャッジ座位		חמר
更診·入院日	年 月 日		ロ ステップ2 :ベッド上動作レベル 寝返り 起き上がり 端座位	情報書の送付日時	年 月 日
通院日	年 月 日		□ ステップ3 :意識干売用可格レベル 単価子体験・職職 つかおり立ち 立位安拝	游付文書	□ 診療情報提供書、その他紹介状 □ 看護、介護サマリー □ なし
脳卒中の病形(器しを食む)	・ 関連等 (□ 関連を □ 関連を □ その者) □ 関連を □ くも動きませる (・ 対象を対し ・ 対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対象を対		□ ステップ4 :歩行可能レベル 歩行器歩行 技参行 独歩□ ステップ5 : 京田本名で置して、 整整器 最も名が しょうじゅう	後性基施限への権制等状件経際	口完了 口米特別等値(
その他の傷病名		特に伝えたい事項	口あり(内容:)	機関名	記入者名
リハビリステップ	ロ ステップ1 :全介即レベル、ペッド上座位 ギャシジ座位		14C	8	
		情報書の送付日降	# 月 日		
	□ ステップ3:単格子使用可能レベル 単格子等素・脂肪 つかまり立ち 立位保持	操什文書	口 診療情報提供書、その他紹介状 口 看護、介護サマリー 口 なし	追跡可能	ロ あり ロ なし・不明
	ロ ステップ4 :歩行可能レベル 歩行器歩行 杖歩行 独歩		口完了 口未	追跡時住居環境	施設
	ロ ステップ5:応用参行可能レベル 警段昇降 屋外参行 トレッドミルなど		特記事項(セセン し 土 服御	診療所名 医師名
食事	口 経口 口 経管栄養(機関)	維持期間数の信頼	紀入日 年 月祖当者	再発状況	口 あり 口 なし・不明
部に大学が	⊓ क्रथ न का.		施股名·電腦醫學·FAX	特記変化	ו אוו וע דון וויי וויי דון.
A ARMANTE LANGE					



飛騨地域 脳卒中クリティカルパスの特徴

- 医療機関だけでなく、介護・福祉分野との 連携が進み、患者本位のシームレスなケア が提供できる。
 - (老人保健施設、訪問看護ステーション、市村地域 包括支援センターのクリティカルパスへの参加)
- 急性期・回復期に比べ、むしろ維持期に重点を置いたケアのシステムで、福祉関係施設の役割(位置づけ)が明確にされている。

今後の課題

- 脳卒中パスで得られた情報のデータベース化
- 情報の集約・管理(情報ホスト) の必要性
- 脳卒中以外の病気を併発した場合の総合的なパスの作成
- ・ 運用開始後に発生する問題への取り組み (パスの改善・見直し)

[事例3]

「脳卒中地域連携パス策定における 富山市保健所の取り組み」

事例提供者

黒澤 豊 (富山市保健所長)

事例名	【事例3】脳卒中地域連携パス策定における富山市 保健所の取り組み
事例提供者名	黒澤 豊(富山市保健所長)
コメント (1)成功要因分析	 ・市の脳卒中総合対策事業が平成17年から開始されており、この提言のなかに脳卒中地域連携パスの作成・推進が謳われていた。 ・パス計画の作成に当たり、進行管理を最初から立てた。 ・今後(平成20年4月以降実施)はシステム運用状況の把握、連絡会議の開催、評価指標等を実施していく予定である。
(2) 事例からみた医療連携	 ・「患者用パス」を作るなど患者・家族が経過を 把握できる患者中心のシステムを作ることをめ ざした。 ・「患者用パス」は医療関係者等が記載するため より一層連携が深まっている。 ・連携先との連携を日頃から継続的に行い、連携 先の病院、施設の情報を整理しておく。 ・システム開始後も、連絡会議を開催するなど、 実施にも気を配った。
(3)保健所の関与の可能性と役割	 保健所はパス作成にあたり、スケジュール管理を行った。 パス研究会、ワーキンググループ等、何回も開催し、内容の検討を深めた。 医師会、介護関係、リハビリ関係に途中経過の説明会を開催した。 パス運用開始後も、運用状況の把握、連絡会議の開催、評価指標の検討を行うとしている。

脳卒中地域連携パス策定における 富山市保健所の取り組み

富山市保健所長 黒澤豊

内 容

- 1. 富山市の概要
- 2. 脳卒中総合対策事業について
- 3. 富山脳卒中地域連携パスについて

富山市の概要

◆ 地理的特性

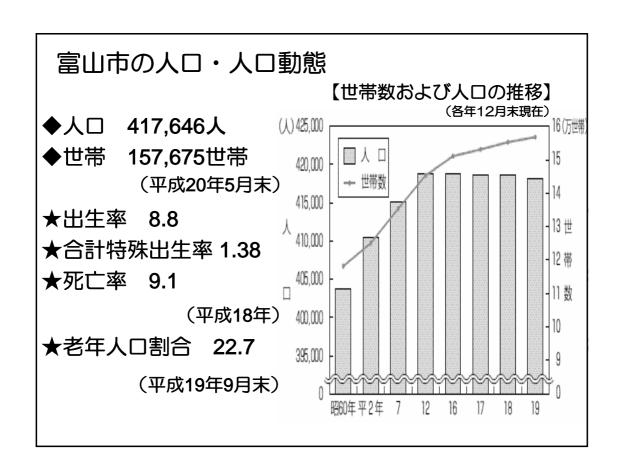
総面積 1241.85km² 距離 東西60.7km 南北43.8km

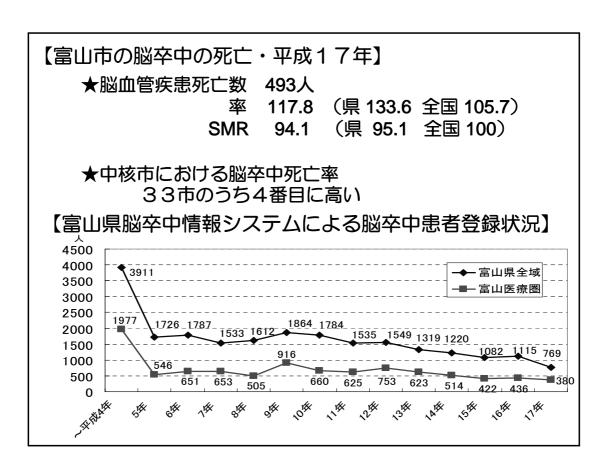
海抜0mから標高約3000mに及ぶ 広大な面積を有し、古くから川で 結ばれた文化圏を形成。



◆ 歴史的特性

- ・売薬で「くすりのとやま」の名が知れ渡る。
- ・水力発電の豊富な電力により工業が発展。
- ・平成8年に中核市に指定。
- ・平成17年4月に「富山市」「大沢野町」「大山町」「八尾町」 「婦中町」「山田村」「細入村」の7市町村の合併により、 新「富山市」が誕生。





富山市内の脳卒中関連機関

病院 49施設 診療所 339施設

病床 一般 3,986 療養 2,694 精神 1,702 結核 70 感染症 6

二次救急病院 5 特定機能病院 1

脳卒中 急性期病院 5

回復期病院 3 維持期病院 23

介護老人保健施設 17施設 1,661床 介護老人福祉施設 22施設 1,750床

(平成20年5月末現在)

富山市の救急体制

在宅当番医制・・・・・平日夜間・休日昼夜

休日夜間急患センター・・富山市救急医療センター(市医師会委託)

救急出動件数 13,999回(平成18年)

現場までの平均所要時間 5分30秒

富山市脳卒中総合対策事業

(平成17年~)

1 目的

本市における総合的な脳卒中対策を構築する

- ・市民の健康寿命の延伸と生活の質の向上
- ・介護予防及び要介護度の悪化防止

2 事業内容

脳卒中予防検診、脳卒中予防教室

研修会

脳卒中患者介護予防ケア会議

<u>脳卒中総合対策検討委員会</u>

調査・研究

脳卒中地域連携パス研究会

提言

富山市脳卒中総合対策の構築に向けての提言

(平成19年<u>11</u>月)

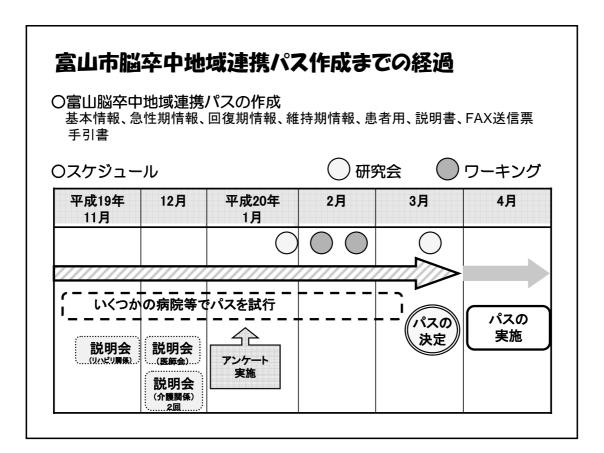
- 1 発症を予防するための血圧対策
- 2 発症から急性期医療、回復期リハビリテーション、 維持期の介護保険サービスまでを切れ目なく つなぐ

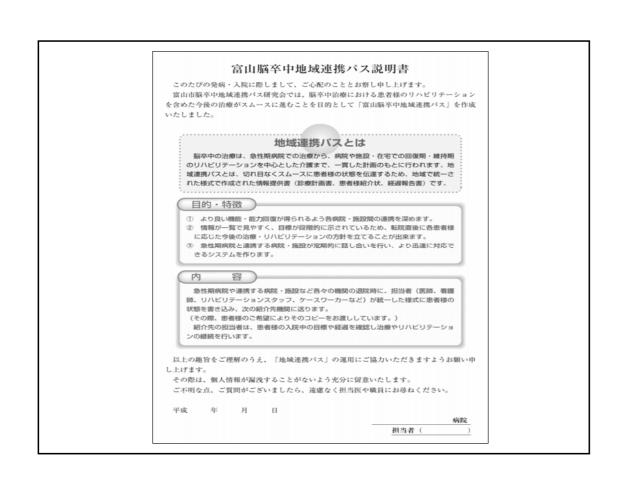
脳卒中地域連携パスの作成・推進

- 3 地域リハビリテーションの推進
- 4 市民が脳卒中について、正しい知識を得ることができるよう、脳卒中に関する情報を収集・分析し提供する

富山市脳卒中地域連携パス研究会及び ワーキンググループの開催 (平成19年度)

開催日	実施内容	検討事項
第1回 4月26日	研究会	パスの素案を作成するためのワーキンググループの結成について
第1回 5月28日	ワーキング	役割分担について
第2回 7月 9日	ワーキング	パス作成について意見交換、新川医療圏でのパスの取り組み報告
第3回 8月27日	ワーキング	パス(案)について意見交換
第4回 9月10日	ワーキング	パス(案)の見直し 患者用パス(案)、マニュアル等の作成
第5回 10月1日	ワーキング	パス(案)の見直し 使用方法の検討
第2回 10月10日	研究会	パス試行(案)についての意見交換
第3回 1月28日	研究会	パス試行後の意見交換 運用後の評価指標について
第6回 2月4日	ワーキング	パス試行後の意見交換 運用後の評価指標について
第7回 2月25日	ワーキング	様式マニュアルの見直し FAX送信票と説明書について検討
第4回 3月17日	研究会	パス最終版の決定 パスの実施について





取扱注意・紹介先FAX番号再確認

富山	山脳	쭈ᄆ	中地域:	連携	パス	FA	X送信	謤			()	送信日	年	. ,	₹	日)
			宛	;	先						紹介	`病院名	1			
			病	院			様		=== 1 .		病院	地域	連携室			
(1	FAX:)	電話: FAX					担当者	ž	
_			配慮を賜り	り、厚	く御礼申	ョレ上げ	がます。 月			リニカル/	パス対応の	の患者を				·J
										い申し上に		- 10. 4 1	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		- 05	
4T A	ф + л	b acc	, -	_	_											
紹りい	患者は	大沈	(年	=	月	日坊	見在) □			1	1					
フリ	ガナ						性 別	男	・女	生年月日	T·S·H	年	月	E	3 (歳)
患者	氏名					様	主治医			彩	4					
/ -	-=c								= =1				Rob ***			
±	所								電話				職業			
病	名		脳内出血	1 - 脳	梗塞·	クモ膜	下出血		障害部位							
障割	書名								発症日		年	月		日		
入院	完日		年		月	日			手術日		年	月		日		
3/24/10		□高	血圧 □粉	唐尿病	□うつ	□肺炎	<u>خ</u>				HBS() HC	V ()		
	я т D		経因性膀胱の曲へ	光				_	感染症	Ē	MRSA()多	·剤耐性	菌()	
疾	患		の他(J		□無						
会体を主	:\u		道留置カラ						身長;	cr	m 体重;		kg 🛊	云倒歴	()回
	治療 置等		ンスリン注 の他 ſ	主射 L	」褥搶処i		漢)	======	-				(00 -)		74-
	\Box							J	認知症	E □1有(HDS-R ·	MMSE	; /	(30点)]無
		_	□自立	□見号	デり □雲	更介助	□全介助	力(経	怪口・経管	管・胃瘻・	その他;)			
現	食	事	食種;□]常食 [□嚥下食	□きざ	み □軟葬	ŧ □±	5分制限	食 □カロ!	ノー制限食	: □そσ)他()
在	排	泄	□自立	□見号	『り □ 夏	更介助	□全介助) (オ	ムツ・旨	留置カテー	テルなど)	尿	・便意	; □有		無
0	起	居	□自立	□見与	ずり □雲	更介助	□全介助	b					E	日常生活 B	活機能 項目	評価
0)	更	衣	□自立	□見号	デり □雲	更介助	□全介助	b								9点
A	移!	動	□自立	□見与	デり □ 夏	更介助	□全介助	力(独	歩・杖/	歩行器歩行	・車椅子	駆動)				
D	入	浴	□自立	□見号	デり □ 夏	更介助	□全介助	b ()			
L	意思	疎通	□良好	□やせ	・ 困難 [困難	(失語症 ·	構音	障害・調	忍知症・その	の他)			
	問題	行動	□有() [□無					
患者	生 家庭	きへの	L 予後に関す	する説	田内容											
_	パーと		3 (2.1-11-0)			了後の	退院先	□É	宝 口部	施設 □他:	病院 口名	その他(()		未定
<u> </u>			中地域:	市 ##												
田 田 山	니까즤	7-					=				()	送信日	年	,	1	日)
			病院	完 地	域連携室							地域)	車携室			
	_				担	当者	段		担当者	;	l	FAX;				
	頼のa 1.	うつた 月	上記患者植		定と致し	±1 1-										
_	2.	月						院日に	は後日連	絡いたしま	きす。					
1										診してもら	ってくだ	さい。				
	4.残念 	まなか	ら今回お	受けで	さません	。埋由に	よ以下の:	通りで	C-9-							,
1	1															1

診療計画書 富山脳卒中地域連携バス (患者様用)

		A.動作	A.急性期病院·病	病棒		8.6	8.回復期リハビリ病院	「リ病院・病機	蠍	C.#	C.維持期病院·前	・施設		D.自宅	
		J	STEEL GE) 病院		_)施門	ØK.	J		•	かかりつけ医() N	^
報酬が開		病状加速	病状が安定している	225		状態が安定し、		支援の体制が整っているこ	31251	状態が安定し、整ってい	安定し、支援の体制が整っていること	5体制が	目標:再発引	目標:再発予防と健康生活の維持	活の維持
田	/	\	\	1		\	\			\	/	\	\	1	1
標源	担保	入院一1週目	1週-2週目	2週-(_	入縣時	1-3ヶ月	型型	揺	入院時	1-67月	6ヶ月以後	自宅復帰	1-67月	6ヶ月以後
概	診断と最適な治療を な治療を決 定します(保 存の治療・ 存の治療・	影響・原状においた では、 では、 でいます でいます	症状により 治療や護尿・ リハアリを 誰がます	退院後の方 向性を決め ます	B.可微型, 八万少多春 C.雜林西森 孫 希敦	服卒中の診 様・評価と 埋職決億・ 合併信の後 音をします	退除後の方 両性を決め で自宅での 仕者に慣れ ましたう	高売先を決めます	C.維持期病 院.值號 D.自宅	脳卒中の診 断・評 街と 基礎疾患・ 合併症の検 査をします	現在できる身の回り動 作を続け、さらにできる ことを増やしましょう。 肺炎などの合併症の予 防が重要です	ゆの回り巻 らにくさる ましょう。 発作の予	現在できる身の回り動作を続け、さらにできることを増やしましょう。間じこむりを避け、社会参加を進めましょう。 新たに病気にかからないように適度な運動などをしましょう。	の回り動作者 を指やしまし 社会参加を選 がからない。 しましょう	がけ、さら りょう。同じ めましょう。 ように適度
本	CT, MRIX		患者さんの状態など必要に応じ SPECTなどの核査をします	N	CT, MRI,	入院時に血 行われます	会を置わられ	入院時に血液検査や心電図など基本的な検査が 行われます	りな検査が	が発送を	必要に応じた検査をします		かかりつけ屋での定期的診察・検査を 受けます	この定題的影	源·検査を
蘇	新田 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	点海・内服が行われます		薬剤師から薬の説明・指 毒を受けます	200	持参瀬 チェックは せっていた だきます	内服薬や自己 できるように	内服薬や自己注射がご自分で管理が できるようにしましょう	分で管理が	持参案を チェックさ せていた だきます	薬をきちんと飲みましょ う	飲みましょ	持参離を チェックし ましょうし	内服薬や自己注射がご 自分で管理ができるよ うにしましょう	ご注射がご ができるよう
טאעט	雑食 内 の の の の の の の の の の の の の	在 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种 一种	状態に合わせたリハビ リ誤線を行います		自 とない の とは を は を が を が を が が が が が が が が が が が が が	連合 一位 は は は は は は は は は は は は は	は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	自宅での訓練法などを 学んでくたさい	憲法などを	院内・ も から から	院内・施設内での訓練に参加しましょ う	加しました	必要により医療保険・分議保険での適所リハビリや訪問リハビリを継続します	職人・数単数・ 小い「国語や	質保険での こりを継続
電響		医師の指示 での移動を開	医師の指示で催位、歩行器・杖・独歩 での移動を開始します			転倒などの危険があり、 移動方法はスタッフと 相談しましょう	は機があり、 スタッフと う	・自宅への試験外泊をしましよう。 ましよう・スタッフによる住宅部間や在舎が存むがあれたま	酸外泊をし よる住宅誌 まだが無か		余暇活動を積極りにしましょう	よう	余服活動を積極的にしましょう	極的にしまし	か
整ななり	身体を清拭します		シャワーま) できます(手 は抜糸後)	シャワーまたは入浴が できます(手術患者さん は技糸後)		更衣動作訓練、入浴訓練 などを行います	東, 入浴訓練	高い品ものであっている。 ・全部教室・安装教室などに参加しましょう	対数数値ない。	生活とまた。	・自宅への試験外泊をしましょう ましょう ・スタッフによる住宅的	解外泊をし よる住宅訪	状態によりな描か顕す しましょう 「確別はキーアン」	公職サ	- ピスを製用
華	食事内容を決めます	食事の開始 経管栄養の 場合あります	通常の食事。患者さんに よっては治療食または 温暖食になります	患者さんに 概食または ます		通常の真事。患者さんによっては治療負または 別様食になります	患者さんに 膏食または ほす			(1) (2) (2) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4	問や住宅改修が必要な 場合があります ・介護教室・家族教室な とに参加しましょう	●か必要な▼家族数室なしよう	□通所リハビリテ □通所介護 □短期入所介護・	通所リハビリテーション 道所介護 短期入所介護・生活介護	ン臓
製業	床上または介助でトイ レでの排泄ができます。 開躍カテーテル使用す ることもあります	か助でトイ ができます。 テル使用す Jます	状態による排泄方法を 選択します	排 泄方法を	1	トイレでの排注訓練をします	1			7			訪問条サービス 口訪問介護 口記 口訪問リハビリテ		N N
メリエンヤーション		検査結果と治療方針の 説明があります	今後の方向(し決定します	今後の方向性などをスタッフと相談 し決定します		カンファレンス の 結果や転倒 い や態染などの危 体性についての 関羽があります	小護条数の 申請をします ・クアマネジ ドーを決めま しょう	遊院後の生活に向けて 種談します	記し向けて	段 選決でうぎた ないこう ないました きょうしょう なんきょう なる みょうしょう なる みょうしょう はんきょう はん		か 護 ブラ ンの気直し をします	介護プラン を決めます		か 護 ブラ ンの見直し が 行 わ れ まず
×															

富山脳卒中地域連携パス 回復期情報

担当者殿 [患者樣紹介状,経過報告書]

紹介・経過報告年月日

記入代表者名 日 担当施設名 皿 件

| □言語障害 | □高次脳機能障害 | □嚥下障害 | □呼吸障害 | □排泄障害 | 1その他 その他 □有 (その他 SΝ ST $\widecheck{\Box}$)入院日 1 年 月 日種類日種類 O Ы шш 、院時症状 □右麻痺 □左麻痺 □両麻痺 □無 性別(卅 SN 処方日 処方日 装具処方 (原時状況 NIHSS(担当者名 主治医 患者氏名 台療

/)内には到達した日を記入してください。 □内服薬等自己管理 □複雑な内容(□交流を企画(□生活への自信(□車の運転 □屋外歩行 **肥終:**(. () () () □自立 口自立 □家族の治療への協力 ステップⅢ □問題解決が可(□歩行器歩行 □簡単な内容(□他患者との交流(□簡単な内容(□見守り □杖歩行 三 ※ : **副終:**(□見守り 二新州 注:□に達成できた場合、 レ をしてください。そして (□治療への自主的な取り組み □ 簡単な内容((要配慮) □ 間単な内容(□ (要配慮)(□経□介助 (□周囲への関心(□起立~立位 □職員との交流(□車椅子移乗 □車椅子駆動 ||要介助 副総: (□留置カテーテルやおむし使用 □治療法への理解と同意 □ギャッジ座位 (/ 摂食·嚥下 | | | | | | | | | | | ステップI □限られた言葉のみ(社会的交流 二家族との交流(□起き上がり 言語理解 □限られた言葉のみ(患者心理 □精神の安定(介助量です。 最終: (あてはまる □端座位 ものを選ん でください。 最終: (言語表出 健康維持· 再発予防 は退院時の 排泄動作 達成目標 ステップ 多動能力 (到達日)

机剂	転院·退院時状況	状況			退院基	退院基準:〔病状が安定し支援の体制が整っていること〕	ていること〕	□達成済 □達成未(要医療)
転·退院日		T M	年月	В	転帰先	□自宅 □病院 □施設 □その他	身長	cm 体重 Kg
NIHSS		\	4	42)	mRS		_	HBS(),HCV(),
SOC					日前生活機能指標	(19)	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	MRSA()、多剤耐性菌()
	□高血圧	_	□心房細動	4		□尿道留置カテーテル(f)	摂食状態:□経□摂取]経口摂取 □経管栄養(f)
治療を押する	□糖尿病	_]高脂血症	佃	転院時の	(□気管カニューレ (fr)		胃ろう(造設日 / , fr) □TPN
を集る	□認知症		り口	□少し □神経因柱態影	医療処置	□インスリン注射 □褥瘡処置	食種:□常島	□常食□塩分制限食(NaCl g/日)
	□その他	(里)				□その他()		□カロリー制限食(Cal)□嚥下食
入院中		電船艦 🗆		□尿路感染	リハ阳害	□問題行動()	□その他	2年()
には	□その他	臣(□認知症 □うつ □その他()	食物形態工夫:[食物形態エ夫:□ソフト食 □きざみ □ミキサー
斯斯 斯斯斯		回	D () ()	進		□杖 □歩行器 □車椅子	-(141)	□ゼリー □とろみ □その他()
運動時 717	□骨粗鬆症	_	□心疾患	an ó	使用中の福祉機器	ロボータブルトイレ ロシャワーチェア	服薬状況(処方箋	1方箋)
2,0	□呼吸器疾患	疾患	□その他	()		□その他()		
	介護保険意見書	 (東意見)	ш]済 要/	要介護度(* (
遺漏	身障手帳診断書	帳診断	ш	□済 等級	<u>٧</u>	*□ (
	住宅改修	極				ケア会議 □済(/) □未		
JVIE	ノハピリの意欲]	1)賬[三番 油	1199	(□無し 備考()		
本人(本人の希望							
家族(家族の希望							

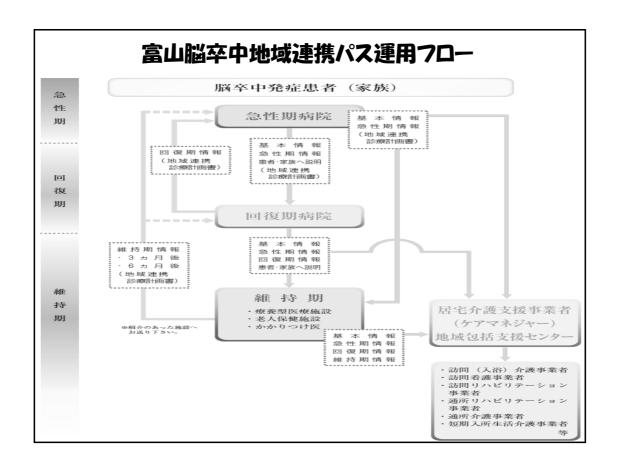
富山脳卒中地域連携パス 維持期情報

担当者殿 【患者様紹介状・経過報告書】

日 担当施設名 皿 併 紹介・経過報告年月日

記入代表者名

	l		
患者氏名	性別()自転機	年月日(歳)	日常生活 (/ 19) 機能評価 (/ 19)
	mRS □0 □I □II □II □IV □V	老人日常生活自立度	(□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2)
	□右麻痺 □左麻痺 □両麻痺 □無 □言語障害	□高次脳機能障害 □嚥下障害	□呼吸障害 □排泄障害 □その他(
		第二章 () () () ()	
	ジャー ()	(/ //w 書区分□有(□無 コーディネーター(
報	目標:「状態が安定し、支援の体制が整	目標:「状態が安定し、支援の体制が整っていること/再発予防と健康生活の維持)	(集持)
評価年月日	維持期開始(年月日)	3か月後 (年月日)	6か月後 (年月日)
居住場所	□自宅 □病院 □施設 □その他	□自宅 □病院 □施設 □その他	□自宅 □病院 □施設 □その他
再発予防	□認識無し□認識有り	□再発有り□再発無し	□再発有り□再発無し
内服薬	□自己管理不可 □自己管理可	□自己管理不可 □自己管理可	□自己管理不可 □自己管理可
自立度	□寝たきり □準寝たきり □生活自立	□寝たきり □準寝たきり □生活自立	□寝たきり □準寝たきり □生活自立
移動動作	□寝たきり□車椅子	□寝たきり □車椅子	□寝たきり□車椅子
Cherche /	□杖·歩行器 □独歩	□杖·歩行器 □独歩	□杖·歩行器 □独歩
排泄動作	□全介助 □要介助 □見守り □自立	□全介助 □要介助 □見守り □自立	□全介助 □要介助 □見守り □自立
毒輕強	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)
I	□簡単な内容 □複雑な内容	□簡単な内容 □複雑な内容	□簡単な内容 □複雑な内容
######################################	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)	□限られた言語のみ □簡単な内容(要配慮)
H X4H II	□簡単な内容 □複雑な内容	□簡単な内容 □複雑な内容	□簡単な内容 □複雑な内容
草	□経管栄養□経□摂取要介助	□経管栄養 □経□摂取要介助	□経管栄養 □経□摂取要介助
	□見守り□自立	□見守り□自立	□見守り □自立
食物形態	□ソフト食□きざみ□とろみ□常食	□ソフト食 □きざみ □とろみ □常食	□ソフト食□きざみ□とろみ□常食
がかが	□家族との交流□職員との交流	□家族との交流 □職員との交流	□家族との交流 □職員との交流
	□他患者との交流 □交流を企画	□他患者との交流 □交流を企画	□他患者との交流 □交流を企画
生活意欲	□無□弱い□普通□強い	□無 □弱い □普通 □強い	□無 □弱い □普通 □強い
環境整備	□住宅改修済み(/)	□住宅改修済み(/)	□住宅改修済み(/)
治癌な難	□高血圧 □糖尿病 □認知症	□高血圧 □糖尿病 □認知症	□高血圧 □糖尿病 □認知症
する疾患	□問題行動 □うつ □神経因性膀胱	□問題行動 □うつ □神経因性膀胱	□問題行動 □うつ □神経因性膀胱
Š	□その他()	□その他()	□その他()
必要な	□気管カニューレ □経管栄養 □胃ろう	□気管カニューレ □経管栄養 □胃ろう	□気管カニューレ □経管栄養 □胃ろう
医療処置	□尿道留置カテーテル □その他(□尿道留置カテーテル □その他(□尿道留置カテーテル □その他()
訪問系	□訪問介護 □訪問リハビリテーション	□訪問介護 □訪問リハビリテーション	□訪問介護 □訪問リハビリテーション
サービス	□訪問看護 □訪問入浴	□訪問看護 □訪問入浴	□訪問看護 □訪問入浴
通所系	□通所リハビリテーション □通所 ≏職	□通所リハピリテーション □通所介護	□通所リハピリテーション □通所介護
サービス	□短期入所療養介護・生活介護	□短期入所療費介護·生活介護	□短期入所療養介護・生活介護
要介護度	· ·		
再認定の有無		□有(/) □無	□有(/)□無
本人希望			
家族希望			
コメンドロ			
記入者·日付			\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \



★富山脳卒中地域連携パスの特徴★

- ・全ての患者に使用できる
- ・患者の各時期での達成目標がわかり、その経過が 患者本人や家族にもわかる「患者用パス」を作成
- ・全ての医療・福祉関係者が記載でき、知りたい情報を 掲載
- ・記入するスタッフの負担をできるだけ少なくした

★留意点★

- ・連携先との連携を日頃から継続的に行い、連携先の 病院・施設の情報を整理しておく
- ・患者の状態により異なるコースとなるので理解して いただくように説明する
- ・バリアンス例:同意が得られない、合併症などで治療が中断、死亡、軽症で支援が不要

★運用状況

(平成20年4月~6月)

区分	施設数	件 数
急性期	5	74
回復期	3	55
維持期	1	3

~富山脳卒中地域連携パス研究会員の施設での状況~

★連絡会議(仮称)の開催

・連絡会議の前に準備会を開催し、運営方法等を検討

★評価指標

・適応患者数、パス参加機関数、ADL、総治療期間、 在宅復帰率、健康寿命・・・ **検討中**

課題と対策

- ・維持期であるかかりつけ医には診療報酬加算が つかないのでどれだけフィードバックできるか
- ・ケアマネジャーへの情報提供のあり方
- ・転院まで、患者の診察が必要、紹介状が別に必要、 検査データが必要など施設により方法が異なる



- ・かかりつけ医にも記入してもらうよう、案内状を 作成し、返信用封筒をつけて依頼していく
- ・ケアマネジャーへの研修会を開催し、パスを普及啓発
- ・顔の見えるネットワークづくり、信頼関係を築いて いくことが大切

保健所が果たしてきた役割

- ・医療から介護までつながる脳卒中地域連携パス を作成・推進
- ・中立な立場で連携の要となる
- ・パスの運用を通して、市内医療機関、 介護保険施設及び事業所の連携を強化

謝辞

この取り組みは、(財)日本公衆衛生協会の地域保健総合推進事業の支援を受けて実施しました。

[事例4]

「検疫所における新型インフルエンザ対策」

事例提供者

橋本 迪子(名古屋検疫所長)

事例名	【事例4】検疫所における新型インフルエンザ対策
事例提供者名	橋本 迪子(名古屋検疫所長)
コメント (1)成功要因分析	 ・新型インフルエンザ流行地域からの飛行機・客船の検疫は4空港、3海港に集約して実施される。 ・新型インフルエンザ検疫対応は、「新型インフルエンザに関するガイドライン」によって進められる。 ・現在、国内に潜入した密入国者の検疫、緊急避難時の船舶の避難時の検疫について保健所長は検疫感染症の予防措置を実施している。新型インフルエンザについても一層連携が必要となっている。
(2)事例からみた医療連携	・感染のおそれがあるものは停留措置され、それ 以外のものは健康状態チェック後、入国となる。 入国後の健康監視、連絡のため検疫所と保健所 の連携が重要となる。
(3)保健所の関与の可能性と役割	・疑い患者や濃厚接触者を検疫所が停留措置する際の医療機関、入院代替施設確保の支援。・検疫所が行う健康監視への協力。・停留措置者の精神保健の維持。

検疫所における新型インフルエンザ対策

名古屋検疫所 橋本迪子

現段階における、フェーズ4以降の新型インフルエンザの水際対策について述べる。

国外で新型インフルエンザが発生した場合、感染者の水際での侵入防止を徹底し、国内での蔓延を可能な限り遅延させることが検疫に求められている。一方、帰国を希望する在外邦人を速やかに帰国させることも重要である。

これらの要求に応えるため、新型インフルエンザ流行地域からの飛行機・客船の検疫は、検疫空海港を集約化して実施される。感染のおそれのある者に対する停留措置が実施され、それ以外の入国者に対しては健康状態をチェック後入国となるが、入国後の健康監視、体調に異常があった場合の連絡などのため、健康監視者リストを作成し住居地の地方自治体に送付することとなっている。

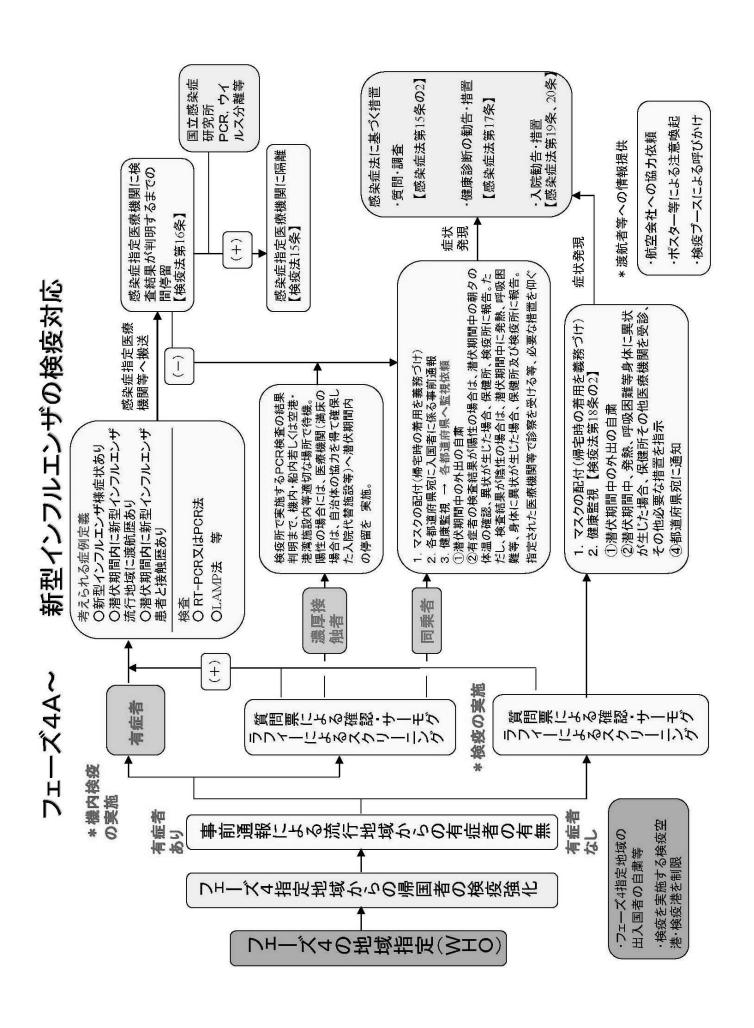
現在も、国内に潜入した密入国者の検疫、緊急避難時の船舶等の検疫については保健所長に検疫感染症の予防上必要な措置をしていただいているが、このたびは新型インフルエンザの蔓延防止のために、検疫と国内防疫機関のいっそうの連携が要請されている。

これらの対策は平成 19 年 3 月に新型インフルエンザ専門家会議によってまとめられた「新型インフルエンザ対策ガイドライン (フェーズ4以降)」の中の新型インフルエンザに関する検疫ガイドラインに沿って進められている。

現在、新型インフルエンザ対策ガイドライン(フェーズ4以降)は改正に向け話し合われているため、対応の変更も考えられる。

本日は、平成20年7月25日時点の水際対策についてお話させていただく。

別添 フェーズ 4A ~ 新型インフルエンザの検疫対応 (平成 19 年 3 月 新型インフルエンザに関する検疫ガイドライン)

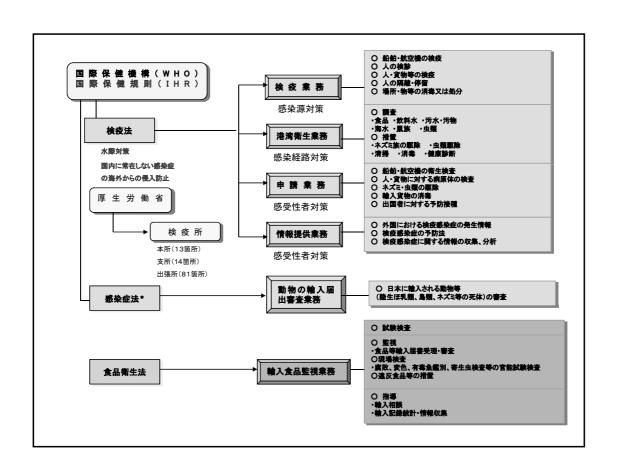


平成20年7月25日 東海北陸保健所長会

検疫所における新型インフルエンザ対策



名古屋検疫所 橋本迪子



		検疫原	惑染症		
感染症名	病原体	主症状	感染経路	発生地域	治療法 予防法
エボラ出血熱	エボラウイルス	高熱、出血症状	不明→ヒト→ヒト 血液、体液	アフリカ	対症療法
クリミア・コンゴ出 血熱	クリミア・コンゴ ウイルス(ブニヤ)	高熱、出血症状	哺乳類→ダニ→ ヒト→ヒト 血液、体液	東欧、中央アジア、 ロシア、中東、アフ リカ	対症療法
ペスト	ペスト菌	悪寒、発熱、リンパ節痛	ネズミ→ノミ→ヒト →ヒト 肺ペストは咳痰の 飛沫	オーストラリアを 除いたすべての 大陸	抗生物質 ワクチン
マールブルグ病	マールブルグウイルス(フィロ)	高熱、出血症状	不明→ヒト→ヒト 血液、体液	アフリカ	対症療法
ラッサ熱	ラッサウイルス (アレナ)	高熱、胸部痛 消化器症状、 出血	ネズミ(マストミ ス)→ヒト→ヒト 血液、尿、唾液	西アフリカ	対症療法
痘瘡(天然痘)	痘瘡ウイルス	高熱、発疹	ヒト→ヒト 空気、飛沫		ワクチン

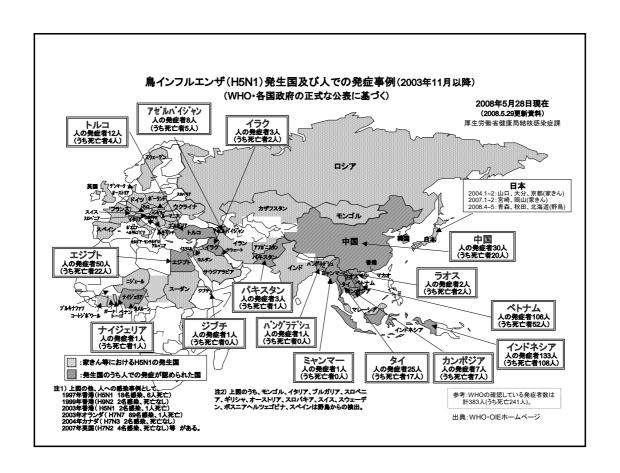
		検疫原	惑 染 症		
感染症名	病原体	主症状	感染経路	発生地域	治療法 予防法
南米出血熱 アルゼンチン出血熱 ポリピア出血熱 ベネズエラ出血熱 ブラジル出血熱	フニンウイルス マチュポウイルス グアナリトウイルス サピア(アレナ)ウイ ルス	高 熱	?→ヒト→ヒト	南米	対症療法
新型インフルエン ザ等感染症	新型インフルエンザ ウイルス 再興型インフルエン ザウイルス	高 熱 呼吸器症状	ヒト→ヒト	アジア?	抗ウイルス剤 ワクチン?
鳥インフルエン ザ(H5N1)	インフルエンザ ウイルス (H5N1)	高熱 呼吸器症状	トリ→ヒト (ヒト→ヒト 濃厚接触)	アジア、中近東 北アフリカ	抗ウイルス剤 ワクチン
マラリア	マラリア原虫	高熱	蚊→ヒト ハマダラカ	熱帯、亜熱帯、	抗マラリア剤
デング熱 デング出血熱	デングウイルス	高熱、発疹、 関節痛など	蚊→ヒト ヒトスジシマカ ネッタイシマカ	帯練亜、帯療	対症療法

検疫感染症に準ずる感染症

疾患名	病原体	主症状	感染経路	発生地域	治療法
腎症候性出 血熱	ハンタウイルス	発熱、出血傾 向、腎障害	野ネズミ→ヒ ト 排泄物に接 触、飛沫	極東アジアから東欧	対症療法
ハンタウイル ス肺症候群	ハンタウイルス	高熱、筋肉 痛、呼吸困 難	野ネズミ→ヒ ト(→ヒト)	南北アメリカ	対症療法
日本脳炎	日本脳炎ウイルス	高熱、脳炎	蚊→ヒト	アジア、太平洋諸島	対症療法ワクチン
ウエストナイ ル熱	ウエストナイ ルウイルス	高熱、筋肉痛 発疹、脳炎	蚊→ヒト	中東、アフリ カ、北アメリ カ	対症療法

新型インフルエンザの検疫対応





WHOに報告されたヒトの鳥インフルエンザ(H5N1)確定症例数

(2008年5月28日WHO公表)

	200	3年	200) 4年	200	05年	200	6年	200	7年	200	08年	合	計
	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数	症例数	死亡数
アセ・ルハ・イシ・ャン	0	0	0	0	0	0	8	5	0	0	0	0	8	5
パンク゚ ラテ゚シュ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
カンボジア	0	0	0	0	4	4	2	2	1	1	0	0	7	7
中国	1	1	0	0	8	5	13	8	5	3	3	3	30	20
ジブチ	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
エジプト	0	0	0	0	0	0	18	10	25	9	7	3	50	22
インドネシア	0	0	0	0	20	13	55	45	42	37	16	13	133	108
イラク	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	3	2
ラオス	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	2	2
ミャンマー	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
ナイジェリア	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1
パキスタン	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	3	1
タイ	0	0	17	12	5	2	3	3	0	0	0	0	25	17
トルコ	0	0	0	0	0	0	12	4	0	0	0	0	12	4
ベトナム	3	3	29	20	61	19	0	0	8	5	5	5	106	52
合計	4	4	46	32	98	43	115	79	88	59	32	24	383	241

注:確定症例数は死亡例数を含む。 WHOは検査で確定された症例のみ報告する。

WHO pandemic phase

バンデミック間期	ヒト感染のリスクは低い	1
動物間に新しい亜型ウイルス が存在するがヒト感染はない	ヒト感染のリスクはより高い	2
パンデミックアラート期	ヒトーヒト感染は無いか、または極めて 限定されている	3
新しい亜型ウイルスによる ヒト感染発生	ヒトーヒト感染が増加していることの証 拠がある	4
	かなりの数のヒトーヒト感染があること の証拠がある	5
バンデミック期	効率よく持続したヒトーヒト感染が確立	6

新型インフルエンザ対策

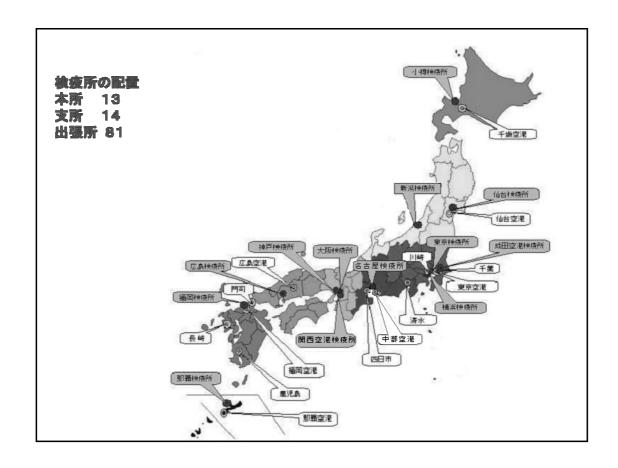
国際的には

WHO(世界保健機構)が新型インフルエンザ (ヒトーヒト感染)の出現を宣言

日本においては

首相を本部長とする新型インフルエンザ対策本部を立ち上げ、水際対策(検疫強化=水際の停留、 検疫港の集約化、査証発給の制限)、在外邦人保護 (感染症危機情報の発出、チャーター便等の派遣) が実施される

> 集約港 空港:成田、中部、関西、福岡 海港:(客船)横浜、神戸、門司



検疫強化に伴う対応

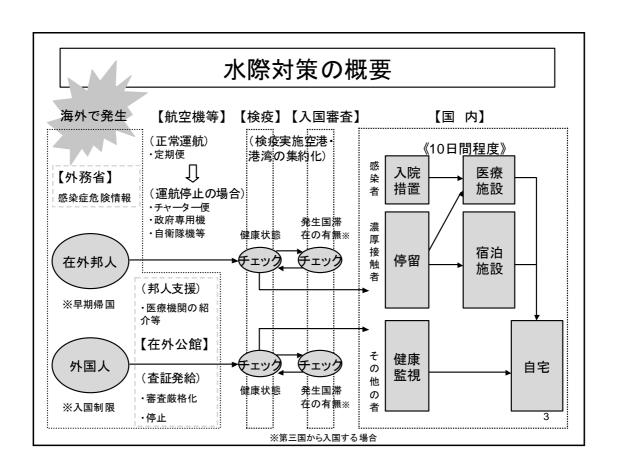
検疫空海港の集約化

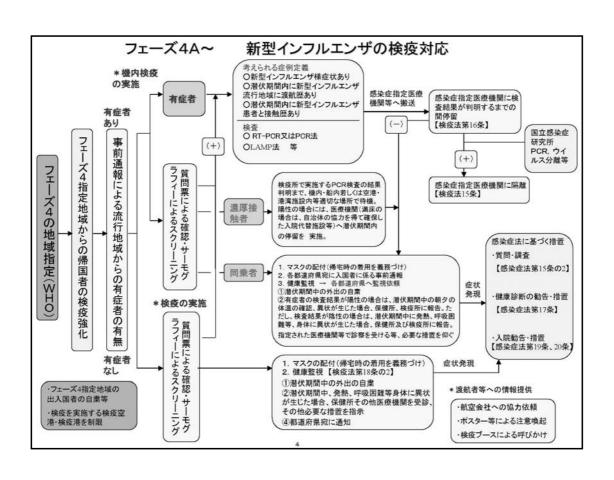
来航する飛行機、船舶を4空港、3海港に集約

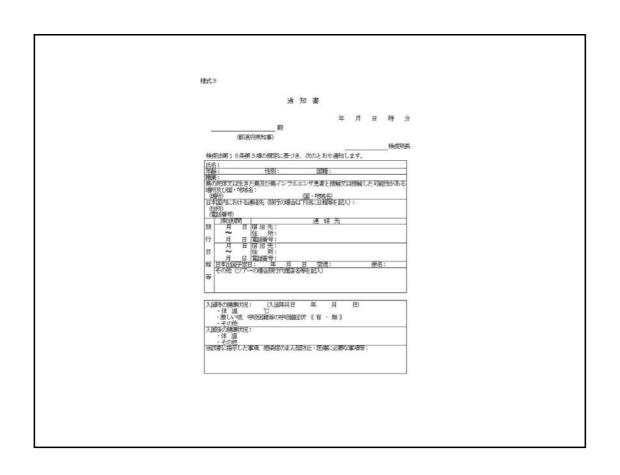
- 検疫官の集中配置(他所からの職員派遣、医看確保、宿舎)
- 検査機器(RT-PCR機器)、乗客への簡易マスク
- 検疫実施場所(オープンスポット、到着ゲート専有化)
- 濃厚接触者の待機場所確保(数時間)
- 濃厚接触者の停留場所確保(10日間?)
- 検疫時の混乱、トラブル対策(警備)

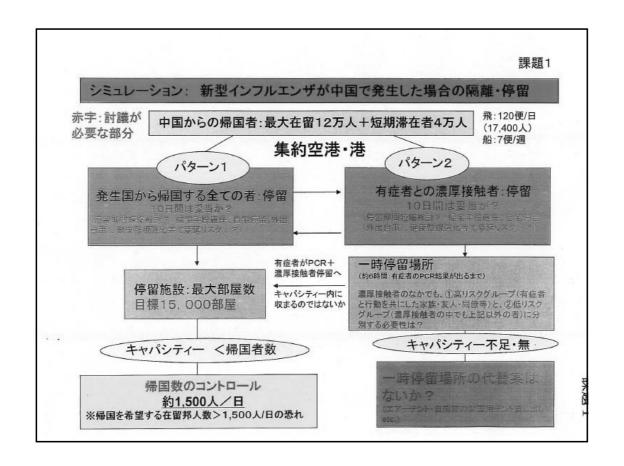
各機関等の対応

- 外務省:退避勧告、現地医療機関紹介
- 国土交通省:空港運用時間の延長、航空会社対応
- 入管、税関:応援職員、宿泊施設
- 海上保安庁:航行警報による情報提供(回航等)
- 地方自治体









中部空港全景



新型インフルエンザの検疫対応についての課題

- 1. 正確な通報(回航、錨地停留)
- 2. 機内検疫、臨船検疫時の混乱回避
- 3. 待機、停留者対応
 - 1)十分な説明、外国人対応
 - 2) 待機場所、停留場所の確保
 - 3)停留場所への移動手段
 - 4) 停留期間の生活(食事、寝具、着替え等)、 健康チェック、トラブル対処・・
- 4. 関係各機関との関係構築 地方自治体、警察、航空会社、入管
- 5. はじまりと終わり

新型インフルエンザ発生時 コンタクトリスクレベル別PPE

コンタクトリスク レベル分類	水際対策に関連する職種 例	発症者(+)	発症者(一)
患者と接触する(可能性の ある)者	キャビンアテンダント、ク ルー、停留先スタッフ(1)	N95マスク(2) 手袋、ガウン	サージカルマス ク(2)
濃厚接触者と接触する(可能性のある)者	税関(荷物深刻)、水先人、 地上職員、停留先スタッフ 停留先までの搬送者	N95あるいは サージカルマス ク、手袋	
間接的に接触する(可能 性のある)者(3)	入管、税関、動検、植防、地 上職員、消毒者、 停留先スタッフ	サージカルマス ク、 手袋	

- (1)検疫官、消防隊はPPEマニュアルがあるので除く
- (2)発生国からの飛行機・船舶では会社毎に検討
- (3)発症者の所持品、搭乗機や船舶の消毒、メンテナンスに関わる者

"Chance favors only the prepared mind is apt."

「偶然は準備の出来た者にのみ微笑む」

Louis Pasteur (1822-1895)

FORTH for travelar's health http://www.forth.go.jp

【近畿ブロック】

[事例1]

「脳卒中の地域ケアシステム作りの視点」

事例提供者

柳 尚夫 (大阪府四條畷保健所長)

事例名	【事例1】脳卒中の地域ケアシステム作りの視点
事例提供者名	柳 尚夫(大阪府四條畷保健所長)
コメント(1)成功要因分析	①保健所が急性期・回復期の医療と連携課題が理解していること②市や介護保険事業者の提供できる維持期サービスの課題と解決についての情報を保健所が持っていること③地域連携パスの展開によって得られるメリットとその限界について保健所が一定の視点を持っていること④医療側と介護保険側に連携のメリットがあることを認識できていること
(2) 事例からみた医療連携	地域連携パスシステム作りの最初から関わることが必要。できれば、パス策定の前から医療機関連携(病院連絡会等)の場作りを保健所が主導していると入りやすい。最初に関わった豊能圏域では、病院連絡会の対上げ後すぐに保健所が関わり第2圏域の三島では、保健所が主導で病院連絡会を作った。 しかし、現在の北河内圏域では、パス作りを目的として会議がスタートしたために、パス作間の相互の信頼関係がまだ構築しておらず、パスはできても、実際の患者紹介が病院連絡会のシステムを使っては十分には行われていないという課題があり、現在、症例検討会等を通じて実際的な連携のシステム化に取組んでいる。
(3)保健所の関与の可能性と役割	郡部で、医療機関が非常に限定しており、急性 期病院1と回復期病院少数であれば、病院連携は 病院主導でも可能であるが、都市部のように複数 の急性期と回復期が連携するには、保健所が関わ らなければ混乱が起こる。保健所としては、場の 提供と検討の方向性を示し、施設間の利害の外(中立的)立場での調整が求められる。最終的には 連携パスへのかかわりは医療計画への反映(平均 在院日数の削減等)のためには、エンドレスで関 わる必要がある。

医療連携と地域連携クリティカルパスーその意義と保健所の果たすべき役割

- 脳卒中の地域ケアシステム作りの視点ー

大阪府四條畷保健所長 柳 尚夫

- 1. 地域リハビリテーション推進事業での取り組み
 - 1) 保健所で初めてリハビリテーションが仕事になった
 - 2) 急性期から維持期までの流れを作る
- 2. リハビリテーション病院連絡会を3圏域で、経験して
 - 1) 豊能圏域での病院主導での連携
 - 2) 三島圏域での保健所中心の立ち上げ
 - 3) 北河内圏域での地域連携クリティカルパスを前提とした連携
- 3. 地域連携クリティカルパスの可能性と限界
 - 1) パスの目指すもの(急性期回復期の機能分化と医療の質の向上)
 - 2) 院内クリティカルパスとの違い
 - 3) 複数の急性期と回復期病院がある地域での連携
 - 4) 圏域を超えた連携の可能性
- 4. 維持期ケアとは何か
 - 1) 介護保険者としての市町村現状
 - 2) 地域包括支援センターの現状と地域差
 - 3) 回復期との連携の課題
- 5. 保健所の果たすべき役割
 - 1) 医療連携の場の提供と方向性を示せるか
 - 2) 医療の質の向上にパスが使えるか
 - 3) 医療と福祉(介護)をつなげるか
 - 4) 在宅ケアの推進に成果を挙げれるか

医療連携と地域連携クリティカルパス 一意義と保健所の果たすべき役割一

「脳卒中対策の視点から」

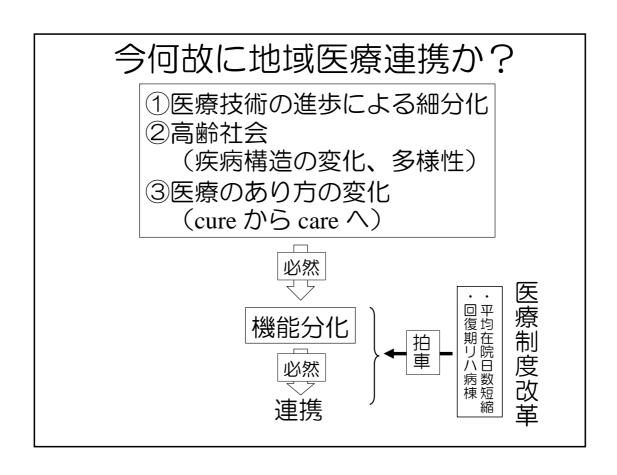
2008. 11. 28 大阪府四條畷保健所 柳 尚夫

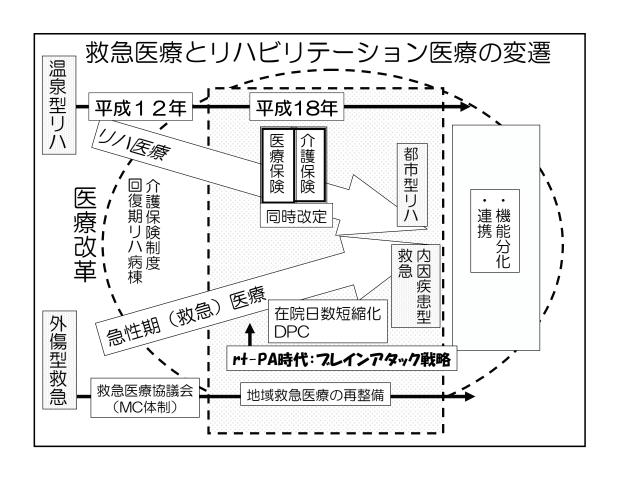
(社)是真会 長崎リハビリテーション病院 栗原正紀

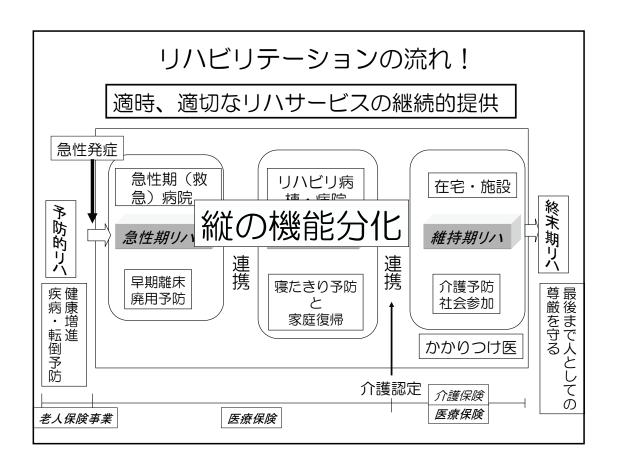
医療連携の個人的経験

- 2000年 泉州圏域での地域リハビリテーショ (和泉) ン推進事業の立ち上げ
- 2001年 豊能圏域 リハ病院連絡会への保 (池田) 健所として事務局として参加
- 2003年 三島圏域で、リハ病院連絡会を保 (茨木) 健所が主導で準備し、開催(2004)
- 2008年 北河内圏域リハ病院連絡会の事務 (四條畷) 局として連携パスの調整中









回復期リハビリテーション病棟の特徴

目的:ADL能力の向上による寝たきりの予防と自宅復帰

明確な目的

対象:脳血管疾患または、大腿骨頚部骨折などの患者

適応疾患が限定

規定:回復期リハビリテーションを要する状態で、発症から

2ヶ月以内で、入院後90~180日以内の患者が

常時8割以上入院していること

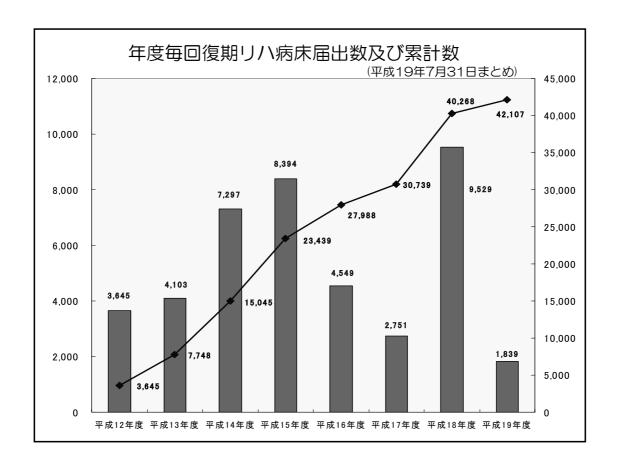
期間限定

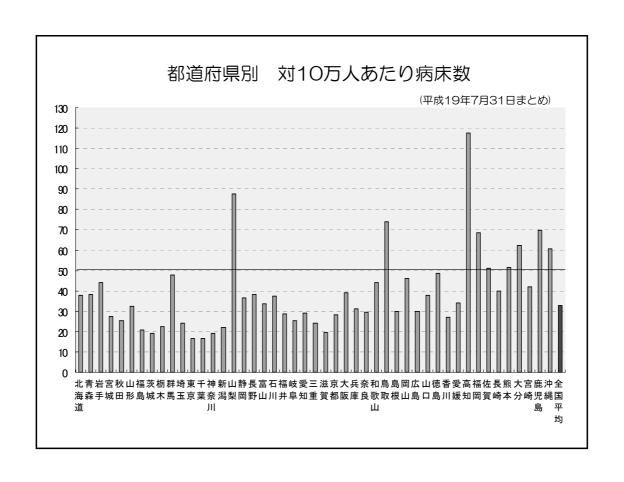
方法:リハビリテーションプログラムを医師、看護、理学療

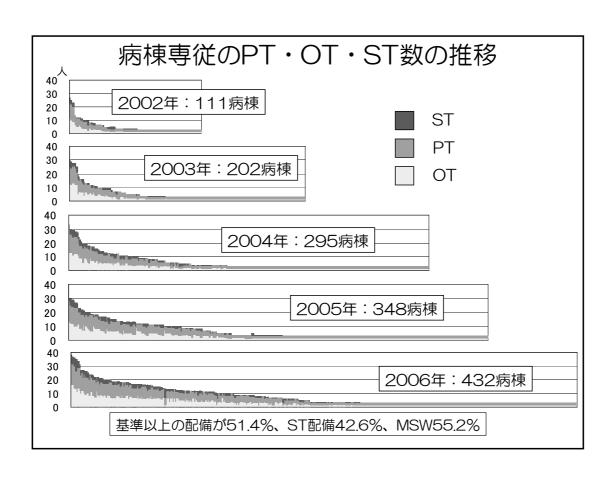
法士、作業療法士などが共同で作成し、これに基づく

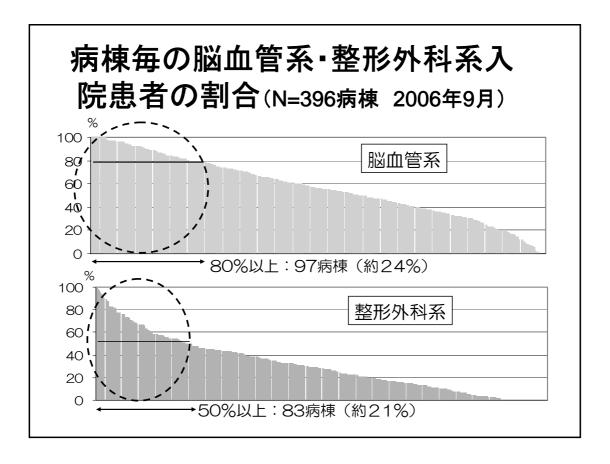
リハビリテーションを集中的に行う

チームアプローチ









回復期リハ病棟の質的課題

- 1) 亜急性期リスク管理能力向上
- 2)機能・ADL改善率の向上
- 3) 家庭復帰率の向上
- 4) 在院日数の短縮



1)チームアプローチの成熟化

(組織としてのチーム体制強化)

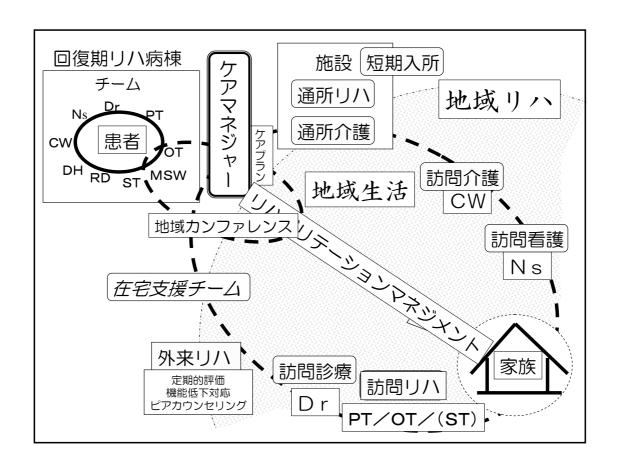
- ・リハ専門職増による必要十分なリハ提供体制確保 (365日リハ実施体制の確保)
- ・看護・介護スタッフ増による基本的ケア体制確保
- 2) マネジメント
 - ・効率良く、適切なサービスを提供

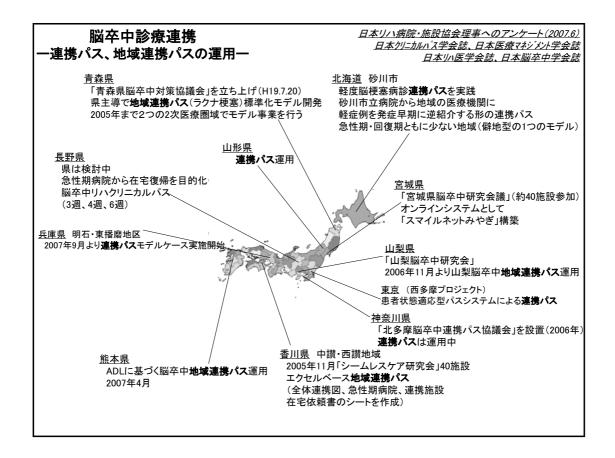
回復期後(特に維持期の初期)の課題

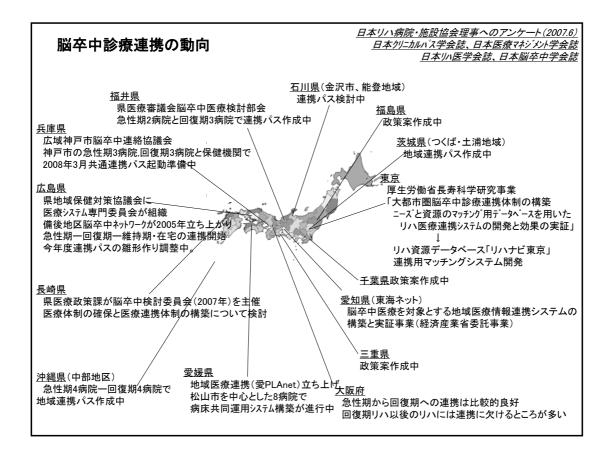
在宅への ソフトランディング

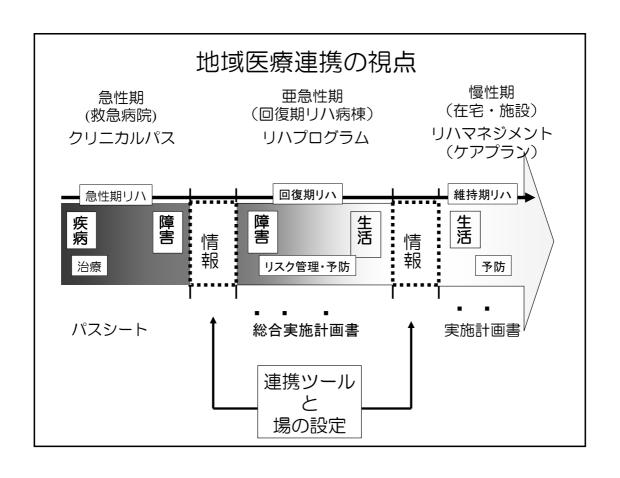
自宅退院後約3ヶ月間

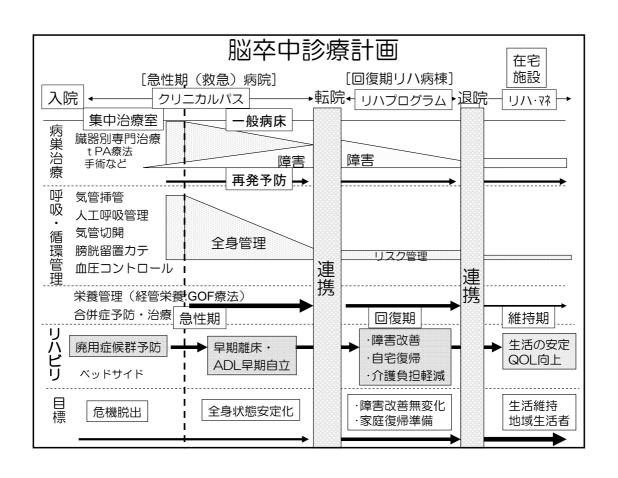
- ・退院後の自立度低下を如何に防ぐか?
- ・早期から生活の安定化を如何に図るか?

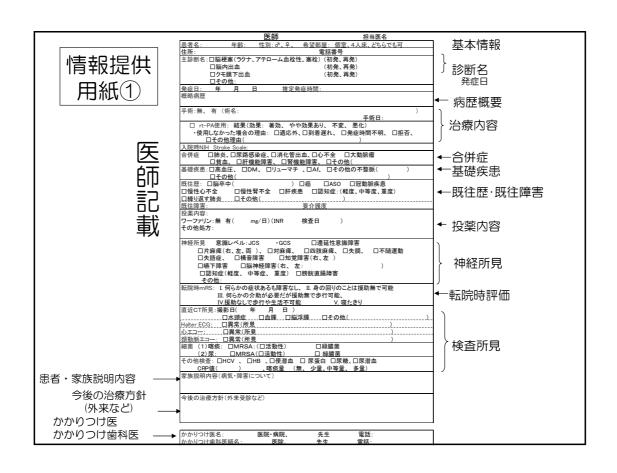




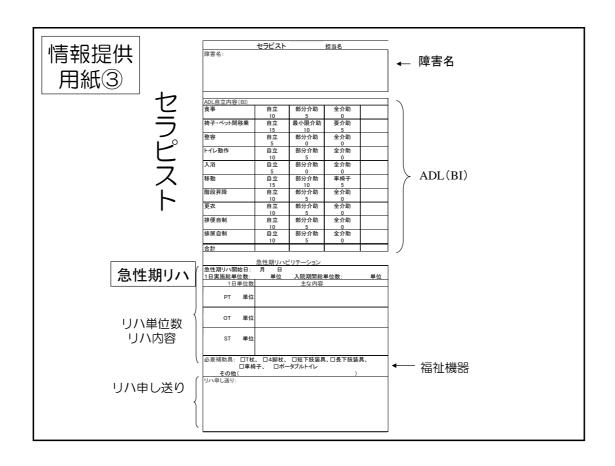












地域医療連携に必要な条件

- ①連携の場の設定
 - ・急性期・回復期
 - ・急性期・回復期・維持期
- ②連携ツール(情報提供用紙)の標準化
 - ・急性期一回復期
 - ・回復期一維持期(在宅、施設)
- ③連携の評価(データーの集積)
 - · TQM
 - ・クリニカルインディケーター

地域医療の質を評価することになる!

今ある東西格差・地域格差の是正なくしてできるのか?

地域医療連携がもたらす結果は?

患者のアウトカムは連携それぞれのステージ に於ける質の総和としての結果である (地域医療の質=地域における連携システムの質)

評価

- ①もたらされた生活の質(QOL)
- ②患者・家族満足度
- ③入院期間の短縮
- ④コストパフォーマンス
- ⑤その他の指標



短期間に効率良く・質の高い医療サービスの提供



医療は安心した地域生活を支えるためにある

医療機関内クリティカルパスとの違い

- 口 複数の立場の違う機関が関わる
 - ・同じ急性期・回復期でも医療体制が違う
 - ・まして維持期は、さらにバラバラ
- □ 複数の機関での共同作業
 - ・他機関への情報の公開
 - ・意思決定のために機関間の合意が必要
 - ・他の医療機関やサービス提供機関との関係性で各機関が院内システムを変える

地域連携パスのための条件 □ 関係機関間の検討の場がある □ 検討の場で意思決定ができる □ 相互の情報の公開に基づく信頼関係が確立している (目指すものの共有化) □ 各医療機関にその疾患の院内クリティカルパスがある

ロ 全体の情報を管理するシステムがある

(社会的・経済的・専門的インセンティブ)

□ 関係機関にとって参加の意義がある

当面の課題

急性期から回復期まで、あるいは維持期まで含めるのか(最終的には維持期まで)
一方向性か循環型か
どの機関が参加するのか
検討の枠(医療圏)をどこまで広げるか
検討の場のコーディネートをどこがするか
全体情報の管理を誰がするのか

地域連携パスの目指すもの

- □ 広く使われること 多くの患者の登録と受け入れ
- □ 地域情報の分析 患者の動向の分析(入院期間、待機期間等) 脳卒中患者の機能的予後情報を把握し、分析をする (ADLの改善・自宅復帰率等)
- □ 分析結果のフィードバック 結果に基づく医療の質の向上(研修等)
- ロ データに基づくシステム(パス)の改善
- ロ 脳卒中患者のQOLの向上

[事例2]

「糖尿病診療連携~浜田地域での糖尿病対策 の取り組み」

事例提供者

谷口 栄作 (島根県浜田保健所長)

事例名	策の取り組み
事例提供者名	谷口 栄作(島根県浜田保健所長)
コメント	①取り組みを進めていく素地があった。
(1)成功要因分析	・保健所が事務局となり、平成15年より発症
	予防から適正管理に関する糖尿病対策に関す
	│ る検討会儀を開催し、年1回程度研修会を開 │ 催
	②いくつかの医療機関ではすでに連携が図られて
	いた。 ③平成17年に日本糖尿病対策推進会議が作られ
	それをうけて県医師会が島根県糖尿病対策会議
	を開催、各都市医師会に糖尿病対策理事をおき
	糖尿病対策に力を入れていく雰囲気が医師会の
	中に作られた。
	④地域の関係機関との連携があった。
	⑤医療機関をはじめ地域の社会資源の現状を把握
	するように努めた。
	⑥課題の明確化:「圏域版の治療マニュアル」が
	あるといいという意見も聞かれた。
	⑦ある程度「管理マニュアル及びパス」としてイ
	メージできるよう示すことができた。
	⑧熱心な人材の存在(専門医、糖尿担当理事、医師会の重鎮等)
	⑨継続するための組織が必要(組織全体での位置
	づけが必要)
	⑩連携調整機関の中立性。
(2)事例からみた医療連携	①中核病院と診療所(専門医とかかりつけ医等)
	の連携。
	②診療所間(内科と眼科)の連携。
	③地域栄養士会との連携。
	④医師会や島根県糖尿病療養指導士等による自主
	的勉強会の構築及び再構築。
	⑤行政として予算を確保した上での研修会→全県 展開。
	⑥保健医療計画の中で糖尿病対策検討会議及び同
	専門部会を位置づけ、進行管理している。
	⑦毎年一回、関係機関の調査をもとに管理マニュ
	アルを改訂。
(3)保健所の関与の可能性と役割	①中立的な立場として、調整役を担う。
	②関係機関との意見交換等の中で目指すべき(調整はストナウェリー
	整する)方向を具体的に示す役割。
	③WIN・WIN・WINの関係を構築。最初は100% でなくてもよい。見直しをしてよりいいものに
	でなくてもよい。見直しをしてよりいいものに 近づける。
	近づける。 ④地域の課題とそれを解決する手段(社会資源)
	は地域の中にある。その芽をみつける。
	⑤解決が求めらている(相手が困っている/社会
	的な優先順位が高い)部分から手をつける。
	まる及るでは日で、日で、これでしている。

地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会(近畿ブロック)

糖尿病医療連携

~浜田地域での糖尿病対策の取り組み

(地域糖尿病対策)

島根県浜田保健所谷口 栄作

浜田地域の概況



浜田医療センター

浜田市+江津市 人口:90,800人(h17) 老人人口割合:29% 中核病院:浜田医療センター(354床)

済生会江津総合病院(300床)

個人病院:50床前後の病院が7施設

有床診療所:21施設無床診療所:82施設

浜田圏域の課題

- 〇平均寿命・健康寿命が短い
- 〇その要因の第1位は脳卒中である
- 〇基本健診・職場健診結果でも肥満・高血圧・高 脂血症・糖尿病が他の地域に比べて多い



関係者の声等から

- ○精密検査未受診者多い
- ○精密検査を受けても指導を受けない人が多い
- 〇指導を受けてもその後の経過がわかわない
- ○糖尿病の専門でない
- 〇どんなときに糖尿病専門医に紹介するかわからない
- ○途中で治療をやめる人がいる
- 〇どこにどんなサービスがあるのかわからない

3

糖尿病医療連携推進のチャンス

平成17年度 日本糖尿病対策推進会議

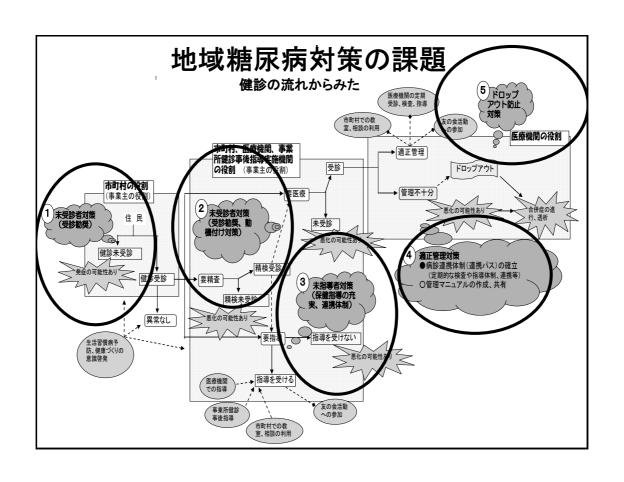
(日本糖尿病学会、日本糖尿病協会、日本医師会)

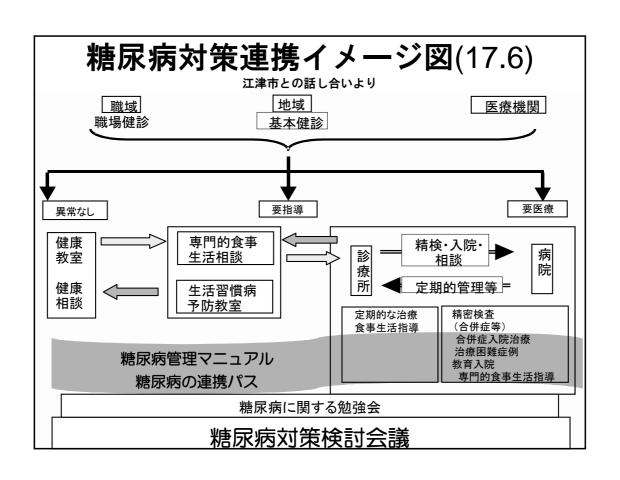
平成18年度 島根県糖尿病対策会議(県医師会主催) ペメンバーに地域中核病院の専門医参画

郡市医師会に糖尿病担当理事



- ○3医師会長に医療連携のための糖尿病 管理マニュアル作成の意向を打診
- ○検討会メンバーへの参画依頼
- 〇検討会の開催(8月)

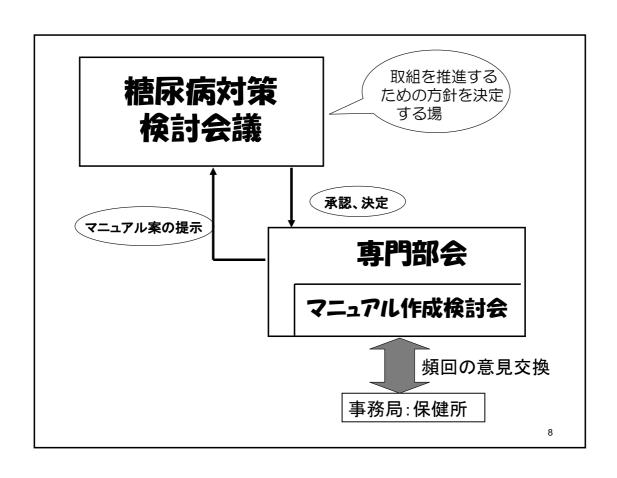




浜田での糖尿病対策のポイント

かかりつけ医と専門医との連携 病院と診療所の連携 地域と医療機関との連携 糖尿病関連サービスのネットワーク化

を目指したマニュアル作り



浜田圏域糖尿病対策検討会議

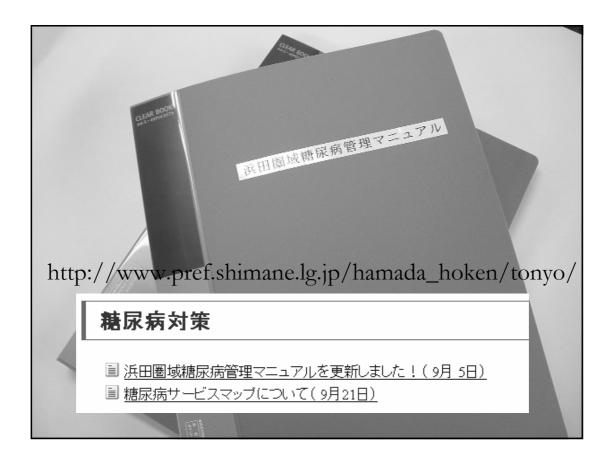
<構成メンバー>

- ・浜田市医師会代表(市医師会糖尿病対策担当理事)
- ・浜田医療センター医師(県医師会糖尿病対策委員)
- · 江津市医師会代表(市医師会糖尿病対策担当理事)
- 済生会江津総合病院医師(県医師会糖尿病対策委員)
- ·那賀郡医師会代表(郡医師会糖尿病対策担当理事)
- ・島根県成人病予防センター
- ・浜田地域産業保健センター
- ・社会保険健康事業財団
- ·島根県西部糖尿病療養指導相談会
- ・島根県栄養士会浜田地区会
- · 日本健康運動指導士会島根県支部
- ・浜田地域歯科医師会
- ・浜田市役所
- ・江津市役所

[事務局] 浜田保健所

+ α: 専門部会のメンバー

島根県の医療計画策定・推進体制 地 医療対策連絡会議 域 諮問 保 健康長寿しまね推進会議 健 医 地域リハビリ圏域会議 医 療 知 療 母子保健推進協議会 審 地域間調整会議 療連携推進会議 事 対策 議 精神保健福祉担当者会議 会 **公議** 、糖尿病対策検討会議 脳卒中対策調整会議 地域・職域連絡推進1協議会 歯科保健連絡調整会議 その他必要に応じて開催



<目次>

I 糖尿病予防・管理体制について

- 1 糖尿病対策の全体像
- 2 糖尿病対策連携イメージ図
- 3 健診の流れから見た課題
- 4 地域連携パス(システム)のイメージ図 ~地域連携クリティカルパス~

Ⅱ 糖尿病対策の現状と評価についてⅢ 適正管理のための連絡(紹介)体制

について

- 1連絡体制のフローチャート
 - -参考:診療情報提供書-
- 2 専門医への紹介基準例

Ⅳ 治療方針について

- 1 治療方針フローチャート
 - (1)インスリン非依存状態の治療
 - (2)インスリン依存状態の治療
 - (3)薬物療法のすすめ方
- 2 管理状況判定基準
 - (1)血糖コントロールの指標
 - (2)その他のコントロール指標
- 3 合併症進行予防のためのチェック頻度 (網膜症等)
- 4 75歳以上の高齢者糖尿病の対応

▼ 教育・指導について

- 1 食事療法(栄養指導)を実施する場合の目安
- 2 栄養指導体制
 - (1)栄養指導の連絡体制のフローチャート 一参考:診療情報提供書、栄養指導連絡票ー
 - (2)管理栄養士・栄養士による糖尿病栄養 指導を実施している医療機関一覧
 - (3)他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧
 - (4)行政による栄養指導一覧
- 3 食事療法のポイント
- 4 運動療法のポイント(身体状況による運動の程度)
- 5 運動療法の禁忌
- 6 運動指導体制

Ⅵ ハイリスク者の基準について Ⅷ 関係機関との連携について

- 1 医療機関の情報
- 2 行政の保健事業一覧
- 3 事業所健診事後指導実施機関の情報
- 4 友の会の情報

A&OW

区 参考資料

X 今後の課題

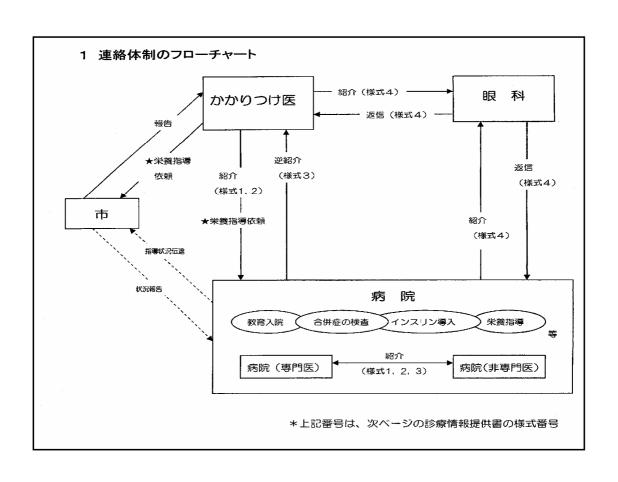
く目次>

- I 糖尿病予防・管理体制について
 - 1 糖尿病対策の全体像
 - 2 糖尿病対策連携イメージ図
 - 3 健診の流れから見た課題
 - 4 地域連携パス(システム)のイメージ図 ~地域連携クリティカルパス~

(このクリティ	カルバスは、雰門医を速度パス開始時と	した場合に用いる)	かかりつけ医	医肺	
			<u>() 病院・センター</u>	- :	
题皆氏名:		病名: <u>(1型・2型)筋尿病、 境界型</u> 糖尿病			*実施した協合は、自にし点をつける
	現在の状態(進度パス調如箱)	定期69管理		合併雇予防のチェック	
医震機関名			<1~2ヶ月後>	<3~6ヶ月设>	<1年後>
竖38時期	平成 無 月 日	ロ () か月毎に受診 ロ () 週間面に受診 円間、円間、月頃 月海、月頃、月頃	平成 年 月暖	平成 年 月頃	平成 年 出資
診察・検査	「 体重 	体性 勝河 前河 前河 前河 前河 前河 前河 前河			ロ 骨乳酸症の検査
据录例绝换症	司 網底検査		□ 増殖前線摂産以降の進行の 場合、技書	一 単純網膜産の中間以降の 進行の場合、検査	コ 「蜘蛛症でない場合」及び 「単純性ヘリンでである。 の場合、検査
· 糖尿病腎症	ロ 苺糖能療的			溶尿病腎症の進行により検査 □ 尿中A 1 b/C r 制定	糖尿病腎症の強行により検査 ロ グレアチニングリアランス (C:
指導の実施	ロ 食事掲載 ロ 運動情報 ロ 職業指導 ロ インスリン注射搭載	コ 食事指導 コ 運動指導 コ 明維指導 コ インスリン注射指導	□ 食事指導 □ 海動指導 □ 胸薬指導 □ 水水 マンスリン注射指導	□ 食事指導 □ 班動指導 □ 服薬指導 □ インスリン注射指導	ロ 廣事指導 ロ 運動指導 ロ 報語指導 ロ インスリン注射指導
食事	ロ カロリー: Kcal (単立) (単立) (日 第分制限 (日 たんぱく 質利服 (日 カリウム計段系列 (日 カリウム計段系列 (日 カリウム計段系列 (日 カリウム計段系列 (日	左心を守ってください	□ 指示力自り中の変更 (Καε I)	ロ 梅泉カロリーの変更 (コ指示カロリーの変更 Kcal)
運動	日 (四 () 日 不成	生記を守ってください	口変更(口変變()	口変更 ()
薬剤	コ 総口簿() ロ インスリン注制	コ 生記と同様 コ 変更 ()	ロ 左況と同様 ロ 変要(月 日~) ()	ロ 左記と同様 ロ 変更(月 13~)	ロ を記と同様 日 日~)
安钟学	ロ 利限なし コ 利限あり ()	左記を守ってください			
要皆様への説明	□ 38米税明() □ 治療方針税明 □ 地振運携バスの説明・智能	□ 頑状説明() □ 今後の定期受診について説明 □ 含併症予防のための検査について説明	□ 病状説明(□ 今後の受物について悦明	□ 易状説明() □ 今後の要診について説明	ロ 海状説明(ロ 今後の受診について説明)

Ⅱ 糖尿病対策の現状と評価について

- Ⅲ 適正管理のための連絡(紹介)体制について
 - 1 連絡体制のフローチャート
 - 一参考:診療情報提供書一
 - 2 専門医への紹介基準例



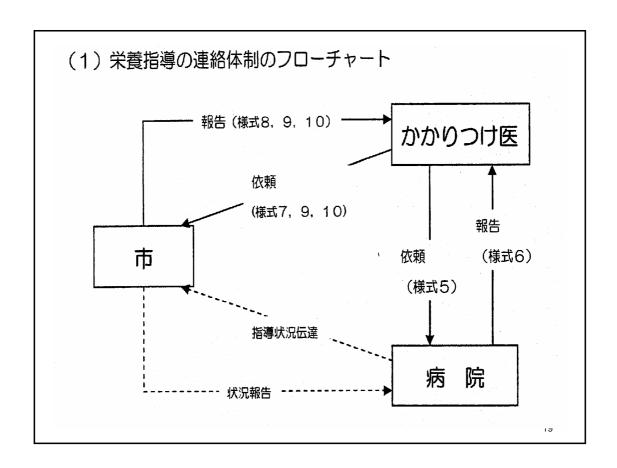
Ⅳ 治療方針について

- 1 治療方針フローチャート
 - (1)インスリン非依存状態の治療
 - (2)インスリン依存状態の治療
 - (3)薬物療法のすすめ方
- 2 管理状況判定基準
 - (1)血糖コントロールの指標
 - (2)その他のコントロール指標
- 3 合併症進行予防のためのチェック頻度 (網膜症等)
- 475歳以上の高齢者糖尿病の対応

17

Ⅴ 教育・指導について

- 1 食事療法(栄養指導)を実施する場合の目安
- 2 栄養指導体制
 - (1)栄養指導の連絡体制のフローチャート ー参考:診療情報提供書、栄養指導連絡票ー
 - (2)管理栄養士・栄養士による糖尿病栄養 指導を実施している医療機関一覧
 - (3)他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧
 - (4)行政による栄養指導一覧
- 3 食事療法のポイント
- 4 運動療法のポイント(身体状況による運動の程度)
- 5 運動療法の禁忌
- 6 運動指導体制



Ⅵ 要注意者(ハイリスク者)の基準について

Ⅶ 関係機関との連携について

- 1 医療機関の情報
- 2 行政の保健事業一覧
- 3事業所健診事後指導実施機関の情報
- 4 友の会の情報

WQ&A

IX 参考資料

X 今後の課題

(3) 他医療機関からの栄養指導の依頼に対し、受入可能な医療機関一覧

	医療機関名	予約窓口				
	島田病院	受付: 0855-22-2511				
浜田市	浜田医療センター	地域医療連携室: 0855-22-2300 (代表)				
	浜田市国民健康保険弥栄診療所	受 付: 0855-48-5001				
	山根病院	栄養科: 0855-26-0688 (代表)				

糖尿病に関する教育、指導状況等の調査より 平成18年3月10日現在、並びは五十音順

(4) 行政による栄養指導一覧

連絡先			時間等			
浜田市 本庁		0855-22-2612 (代表)	健康相談:月、金 13:00~15:00			
:			糖尿病相談(予約):第2水/毎月 13:00~15:00			
金城支所		0855-42-1235	健康相談:随時			
弥栄支所 0855-48-2656		0855-45-1435	健康相談:随時			
		0855-48-2656	健康相談: 2回/毎月 9:00~11:30			
		0855-32-4555	健康相談:随時			
江津市 0858		0855-52-2501 (代表)	健康相談:随時			
			食事相談 (予約): 9:00~16:00			

【成果と課題】

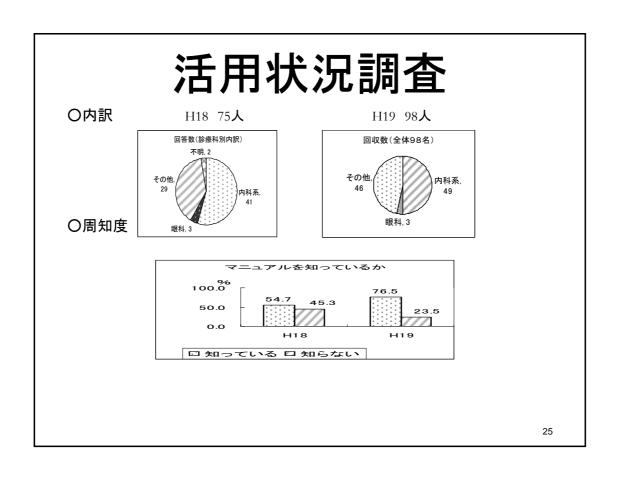
- 1 保健所と医師会等の共同作業により、マニュアルが作成できた。
- 2 糖尿病治療・指導の標準化が可能になった。
- 3 継続的な対策を推進していく組織として「浜田圏域糖尿病対策検討会議」が設置された。
- 4 「浜田圏域糖尿病対策検討会議」に専門部会を置き、糖尿病対策の核として提言可能な体制を作ることができた。
- 5 マニュアルが関係機関(者)に活用されるよう、 浸透させていく必要がある。
- 6 指導体制の充実など、より関係機関が連携しやすい体制づくりを進める必要がある。

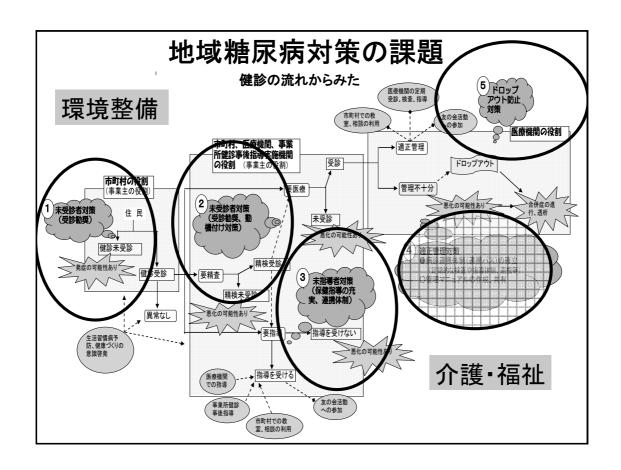
-419-

マニュアル作成後に始まった主な取り組み

- 1 マニュアルのPR、糖尿病対策の検証等のためマニュアル 活用状況を調査し、併せて情報更新のための調査 を行う
- 2 年1回のマニュアルの更新
- 3 浜田医師会による医師対象の浜田市糖尿病懇話 会の開催 ~年間4回程度
- 4 糖尿病療養指導士会によるコメディカル対象の石 見糖尿病懇談会の開催 ~年間3回程度
- 5 栄養士がいない医療機関での栄養指導の体制の 整備







【今後に向けて】

- 様々な場を活用して、マニュアルのPR を行う。
- 2 それぞれの関係団体が糖尿病についての研修の 開催 (糖尿病療養指導士会、医師会、栄養士会、市、県など)
- 3 活用状況を調査する。併せて情報更新のための調査も行う。
- 4 浜田圏域糖尿病対策会議を開催しマニュアルの 見直し、糖尿病対策の検証を行う。
- 5 連携パスの見直し
- 6 在宅療養者への糖尿病栄養指導体制の検討 ~介護との連携
- 7 予防等を含めた総合的なマニュアルへ進化
- 8 糖尿病管理等が行いやすい地域づくり

27

島根県全体での取り組み

脳卒中委員会

糖尿病委員会

島根県糖尿病対策委員会

県医師会事務局

郡市医師会に糖尿病対策理事 を作り、日糖協のメンバー等を 含め構成されている

浜田圏域 糖尿病対策検討会議

____〇〇圏域 糖尿病対策検討会譲

〇〇圏域 糖尿病対策検討会議

糖尿病対策 合同会議

- ・圏域の取組の交流評価
- 県全体の取組の評価等

循環器疾患 等部会

乳がん部会

子宮がん部会

胃がん・大腸 がん部会

肺がん部会

登録評価部会

島根県生活習慣病管理指導協議会事務局健康推進課

活動の評価(1)

1. アウトカム評価 (成果を現す指標:住民の有るべき姿として到達目標がどうであっ 指標 健康増進計画によるもの(特定健診・保健指導結果より) 境界領域•有病期 肥満者の推定数 メタボリックシンドローム予備群の推定数 メタボリックシンドローム該当者の推定数 糖尿病予備群の推定数 糖尿病有病者の推定数 脂質代謝異常の推定数 メタボリックシンドローム新規該当者の推定数 糖尿病発症者の推定数 重症化•合併症 糖尿病による失明発症率 糖尿病による人工透析新規導入率 歯科対策 進行した歯周炎の有病率 その他 治療中断者数 ?

活動の評価(2) 3. プロセス評価(進行管理・資源の活用状況) 評価 保健指導の場が整っている 関係機関・団体の糖尿病予防・進行防止のネットワークが確立し 必要な人が特定保健指導を受けている A B C D 特定保健指導対象者以外の必要な人 が教室、相談、歯科相談等に参加して いる 関係機関間で糖尿病対策に関する合 A B C D 意形成ができている A B C D 各地域の目標が明確になっている A B C D 保健指導の質が確保されている 各地域の目標に対する方策が明確に なっている A B C D 関係者への研修会が開催されている A B C D 各機関の役割・活動をお互いに知って ABCD 管理指針・マニュアル(県、圏域等)が 活用されている A B C D 必要に応じ、関係機関に事例の紹介や A B C D 相談ができる 必要な医療や生活指導が継続して受けられる 糖尿病に関する研修の機会がある A B C D 地域連携のための紹介システムが整っ A B C D 糖尿病の実態把握、事業評価のためのシ ステムが確立している 地域連携のための紹介システムが活用 A B C D 糖尿病で治療中(体験者)の人が活動に参 画している A B C D 圏域内で腎透析が受けられる A B C D 保健指導の場が整備されている 圏域内で眼科の治療が受けられる A B C D 地域における健康教室、健康相談等事 業が実施・活用されている ABCD 必要な歯科医療が受けられる体制がで ABCD 保健指導の質が確保されている 治療上必要な栄養、運動指導が受けら A B C D れる体制ができている 関係者への研修会が開催されている 糖尿病手帳などが発行・活用されてい ABCD 啓発活動がされている 糖尿病友の会等地区組織が育成されている A B C D ABCD 歯周病との関係が啓発できている

[事例3]

「迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導 (モデル健診)を実施して」

事例提供者

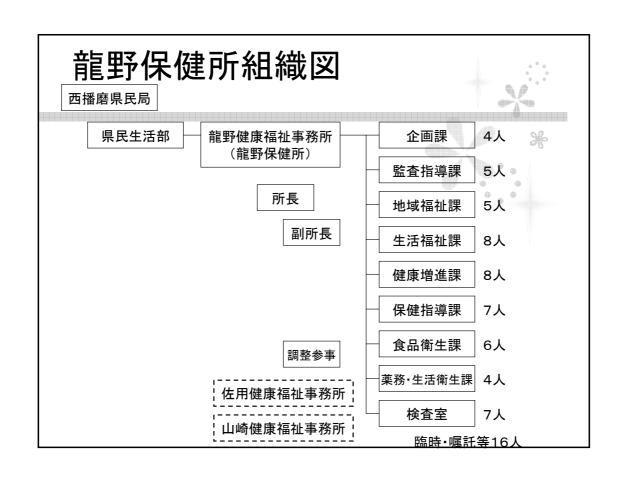
天野 栄子 (兵庫県龍野健康福祉事務所企画課主任)

事例名	【事例3】迅速検査を導入した特定健診・特定保健 指導(モデル事業)を実施して
事例提供者名	天野 栄子(兵庫県龍野健康福祉事務所(龍野保健 所)企画課主任)
コメント (1) 成功要因分析	平成20年4月からの医療制度改革に関連して 市町での特定健診・特定保健指導の準備や保健所 での保健医療計画、健康増進計画などの改定により、市町、保健所とも各種計画の策定や改定にと もなう調整、整備支援や協力が重要と考えた。 たつの市においても、前年度までの受診率、保 健指導率では、特定健診・特定保健指導の参酌標 準の達成が難しいと考えていた。 →①健康づくり関連の計画作成のためのワークショップの開催 ②血液生化学検査に迅速検査を導 入した特定健診・特定保健指導(モデル健診)の 実施
(2) 事例からみた医療連携	市とモデル健診をするにあたっての協議の場を 持ち、疑問や不安など課題に思うことを共有化するために協議した。 課題については、モデル健診実施の方向性を明確にし、関係機関との調整やモデル健診を共同で行うことなどを通じて解決していき、県と市の認識を近づけ、一連の事業を実施した。 また、事業終了後は、課題や検討内容の確認をおこない、今後につなげられるよう意見交換会を開催した。
(3)保健所の関与の可能性と役割	計画づくりのワークショップでは、市町と保健所の連携のみでなく、市町の各部署が相互に理解を深めることができた。 モデル健診では、たつの市と医師会、健診事業者に特定健診・特定保健指導の具体的なイメージとそれぞれの役割を認識してもらうことができた。これらの事業を通じて、地域における保健所の調整機能とリーダーシップが認識されるとともに以後の役割についても期待されることとなった。

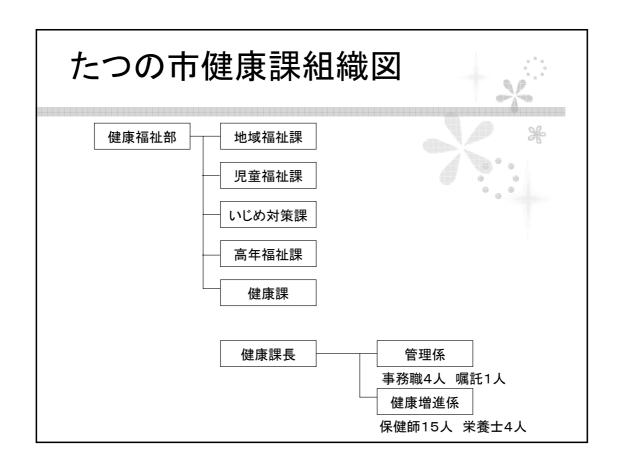
迅速検査を導入した 特定健診・特定保健指導 (モデル健診)を実施して

> 兵庫県龍野健康福祉事務所 企画課(管理栄養士)天野栄子









たつの市のこれまでの 健診の取り組み状況

- ●健診事業の一部を事業者に委託
- ●健診を集団健診で実施
- ●健診の約6週間後、結果説明会を開催↓
- ●健診について、広報掲載や個人案内で周知していた。
- ●一部地域には、送迎バスを出して受診しやすい環境をつくった。

龍野保健所の取り組み状況

●平成19年度中に・・・

市町

特定健診・特定保健指導の準備 保健所

保健医療計画・健康増進計画の改定 ↓

調整・支援・協力が重要と考えた

健康づくり関連計画策定 ワークショップの開催

ねらい:

「特定健診・特定保健指導実施計画」、「健康増進計画」「食育推進計画」「保健医療計画」などの健康づくりに関連した計画の策定のあり方を理解し、具体的な計画をつくることを期待。



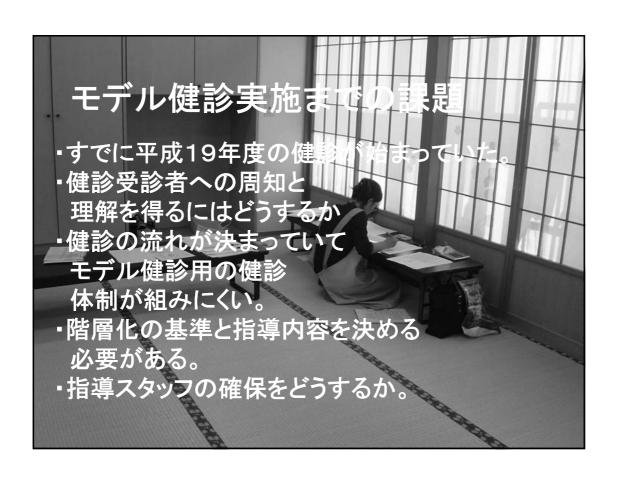


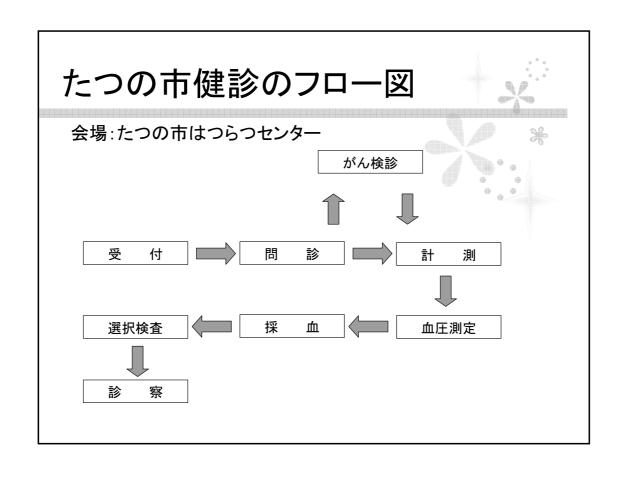
迅速検査を導入した特定健診・特定保健指導(モデル健診)の実施

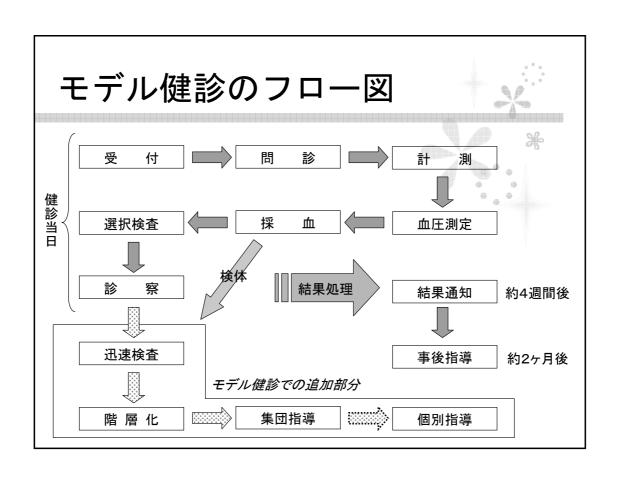
ねらい:

血液生化学検査に 迅速検査を導入した 健診(モデル健診)を 実施し、特定健診の 受診率や特定保健 指導の実施率の参 酌標準の達成の可 能性を検討する。











受付

●市の健診の受付の 後、モデル健診の受 付をした。あらかじ め送付していた同意 書の回収し、改めて モデル健診の説明と 書面による同意の 確認をした。



●その後、結果説明の 会場と説明開始時 間を説明した。

採血、分析、階層化

- ●市の健診の流れに沿って、採血するときに併せて検体を確保した。
- ●検体は、会場の別室に設置した卓上型生化学 自動分析装置で分析した。

●検査結果出力後、「標準的な健診・保健指導プログラム(確定版)」に基づいて階層化をおこなった。

卓上型自動分析機



集団指導内容

支援内容

- ①血液生化学検査結果の意味
- ②生活習慣病、メタボリック・シンドロームの 改善の必要性
- ③特定健診・特定保健 指導の説明
- ④階層化の意義
- ⑤結果説明会の勧奨

支援方法

支援者:保健師1名

支援形態:20分の集団指導



個別指導内容

支援内容

- ①行動変容ステージ(準備状態)
- ②生活習慣病等の理解度
- ③保健事業の参加状況等
- ④生活習慣等のアセスメントと保健指導 支援方法

実施者:保健師1名,管理栄養士2名

支援形態:30分以内の個別支援

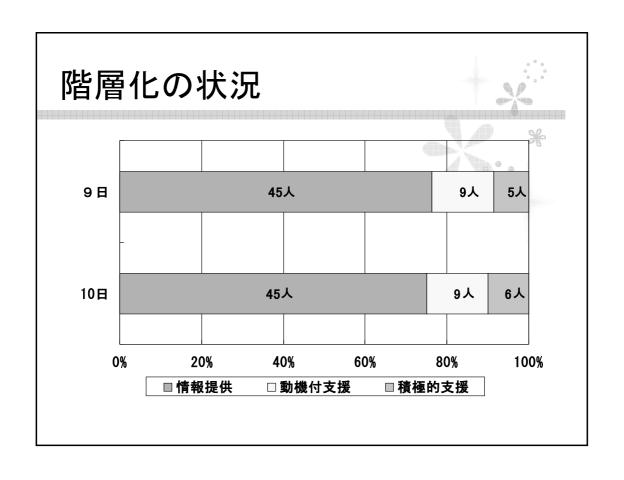
モデル健診の実施結果

●モデル健診参加者は、10月9日、10日の 健診受診者232人のうち、書面にて同意し た119人。参加率、51.3%。

分析所要時間

●モデル健診の流れから、 採血から結果出力までの 所要時間は、全項目から HbA1cを除いた7項目の 実施で、概ね1時間40分 程度であった。



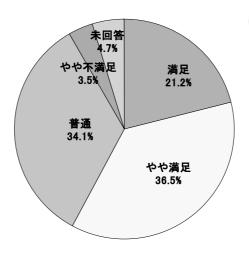


保健指導実施結果

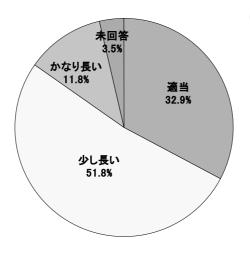
- ●保健指導の実施状況については、モデル 健診受診者 119人のうち、保健指導を受 けた者は97人であった。(81.5%)
- ●階層化で積極的支援に該当した11人の うち9人に個別指導を実施した。(81.8%)

アンケート結果

質問: 今回のモデル健診はいかがでしたか



質問:血液検査の結果がでるまでの待ち 時間はいかがでしたか



地域保健推進計画・食育推進計画 意識調査(ニーズ調査)の概要

●調査時期:平成20年5月

●調査対象:たつの市内に住所を有する。

20~69歳の3,000人。

●回 収率:41.9%(1,276人)

●調査項目:健診受診状況

生活習慣について

食生活について

食育について

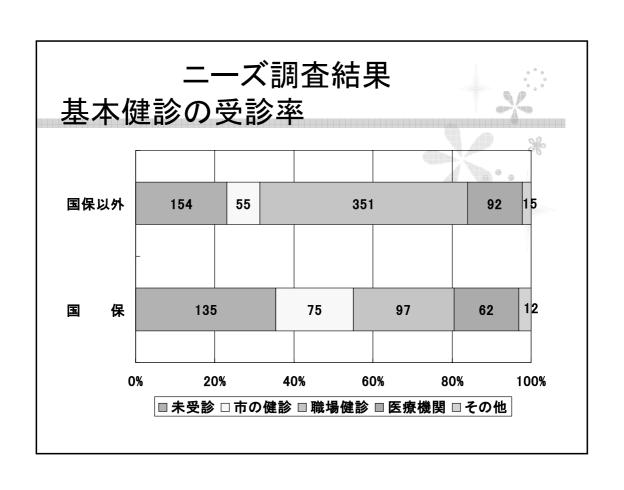
ウイルス肝炎について

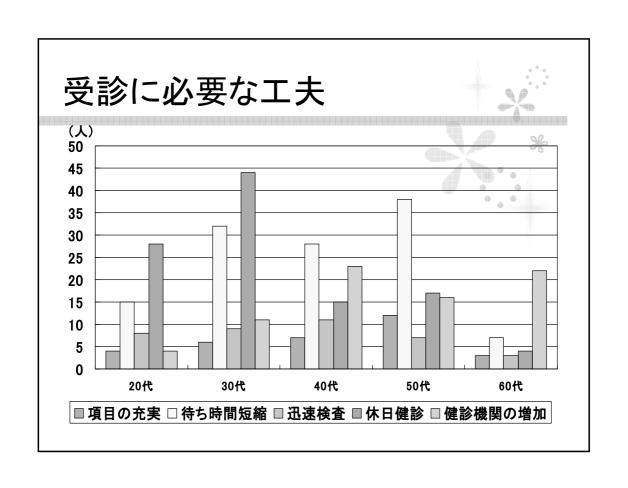
ニーズ調査の対象者数

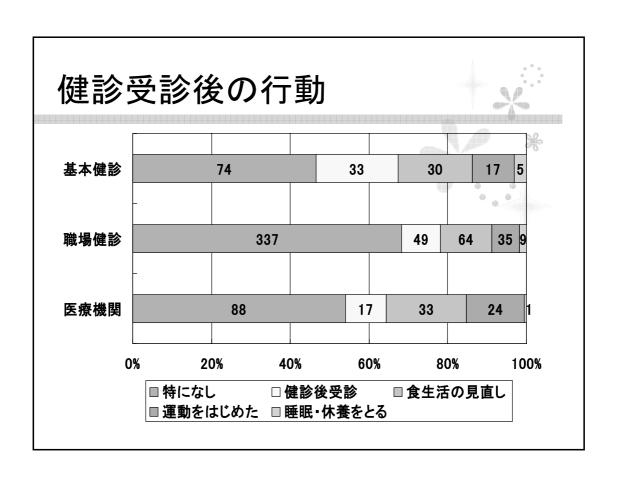
年齢	玉	————— 保	国保以外 🔏			
	男性 女性		男性	女性		
20代	69	48	247	244		
30代	81	61	306	292		
40代	53	52	237	258		
50代	105	110	269	260		
60代	63	98	82	65		
合計	371	369	1, 141	1, 119		

ニーズ調査の回答者数

	国保			[国保以外		すべて 🎉		
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計
20代	24	33	57	44	52	96	77	93	170
30代	41	45	86	71	88	159	124	158	283
40代	19	36	55	55	113	169	85	166	252
50代	30	48	79	79	100	180	139	208	353
60代	32	62	27	27	28	57	80	109	196
全体	147	231	381	279	383	663	511	747	1276





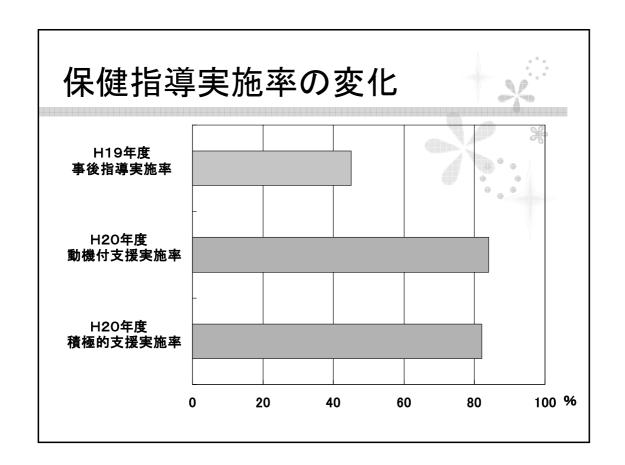


特定健診(モデル健診)の結果

- ●集団健診方式の特定健診で血液生化学検査に迅速検査を導入した場合、健診、階層化、初回面接までを健診当日に実施できることが実証できた。
- ●保健指導率では、積極的支援該当者の81.8%に個別指導を行うことができ、参酌標準を越えることができた。

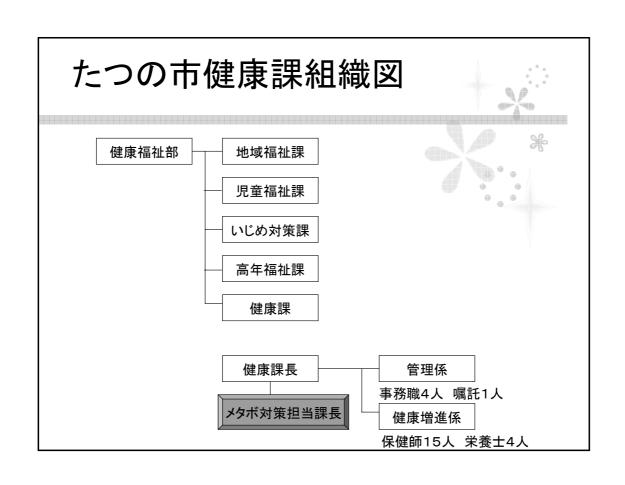
保健指導実施率向上への工夫と

- ●健診当日の保健指導の時点でメタボリックシンドロームに該当する可能性が高いと思われる人に対して、時間をかけて保健指導を実施、健診後の初回面接に結びつける。
- ●健診結果を各個人への郵送に切り替えたが、 動機付け支援、積極的支援該当者には、健診 結果を郵送しないで、初回面接に来所するよう促す。



まとめ

- ●保健指導の実施率を向上させるためには、 行動変容に対するモチベーションの高い健 診時に効果的なアプローチを行うことが、 重要であると考えられ、必ずしも迅速検査 でなくても、工夫次第で大幅な保健指導実 施率の向上が期待される。
- ●健診実施率の向上については、これまでの 結果を踏まえて、迅速検査によるメリット を中心に分析を進めていきたい。





[事例4]

「滋賀県東近江市での特定健診・特定保健指導の 取り組みについて」

事例提供者

夏原 善治 (滋賀県東近江市健康福祉部健康推進課専門員)

藤田 道子 (滋賀県東近江市湖東保健センター主任保健師)

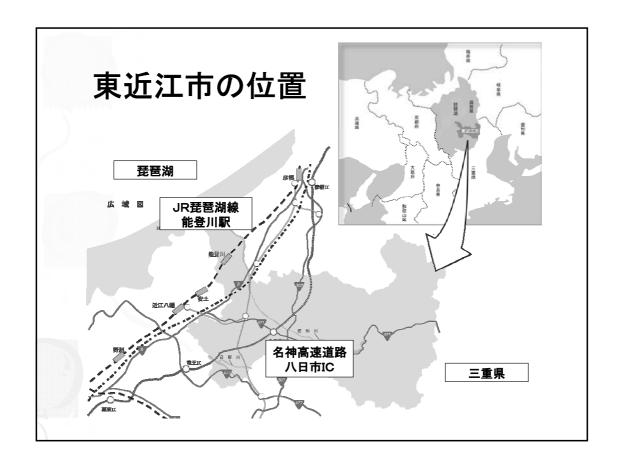
	
事例名	【事例4】滋賀県東近江市での特定健診・特定保健 指導の取り組みについて
事例提供者名	・夏原 善治 (滋賀県東近江市健康福祉部健康推進 課専門員) ・藤田 道子 (滋賀県東近江市湖東保健センター主 任保健師)
コメント (1)成功要因分析	①熱心な人材と良き理解者がいること 市町村合併により、人材確保ができ、医療施設を2病院3診療所となった。 また、地域で管理栄養士のグループ結成された。 ②「医療制度改革」に対して連携の必要性が明確であること 何を誰がいつするのかという共通目的が持てスキルアップを始め、事業連携ができた。 ③多種多様な方式・方法の試行錯誤を繰り返し、市にあった方法を模索すること
(2)事例からみた医療連携	保険者(市)としての問題点と医療機関の問題点や現状について、整理・調整などを行った。 「市民」を中心としてお互いの役割を明確にし事業展開を行った。
(3)保健所の関与の可能性と役割	最初の制度や先進事例などの提供をはじめ、的確な助言。 圏域での取り組みにおける舵取り役。

「滋賀県東近江市での 特定健診・特定保健指導の 取り組みについて」

一 国保ヘルスアップから新たなヘルスアップへ 一

平成20年11月28日(金)

滋賀県東近江市健康福祉部



東近江市の概要と市町村合併

- ●人口 118,832人(平成20年11月1日現在)
- ●国保被保険者数 28.348人(加入率23.86%)
- ●国保加入世帯数 15,074世帯
- ●平成17年2月11日 八日市市・永源寺町・五個荘町 ・愛東町・湖東町の1市4町
- ●平成18年1月1日 東近江市・能登川町・蒲生町の 1市2町で、「新・東近江市」が誕生

滋賀県東近江市の組織図

市民人権部・・・保険年金課(国保主管課) 健康福祉部・・・健康推進課 中央保健センター 八日市(3)・蒲生(1) 東部保健センター 永源寺・愛東・湖東(各1) 西部保健センター

いきいき支援課(介護保険担当関係)

五個荘(1)・能登川(2)

能登川病院・蒲生病院(2箇所) 永源寺診療所・あいとう診療所・湖東診療所(3箇所) ・・・保健事業で連携

平成18・19年度 国保ヘルスアップ事業

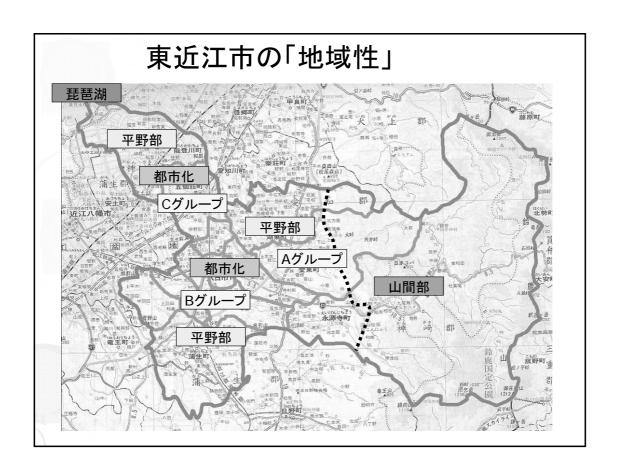
事業の目的 キーワードは、

「元気なまちづくり」と 「地域性」

年々増加している医療費を適正化するための手段として、内臓脂肪症候群の予防事業を推進し、医療費の抑制と減少を目的とし、相乗効果による「元気なまちづくり」を最大の目的にします。

また統一したプログラム提供の中でも「地域性」を 重視した取り組み活動を重視し、地域に根ざしたプログラムへのステップアップと特定健診・特定保健 指導へのスムーズな移行を目的にします。

A·B·Cグループ設定 備考 コース 4月 5月 6月 10月11月 12月 3月 必須 血液検査 体力測定 必須 血液検査 体力測定 結果説明会 ルス 栄養調査・指導 体力測定 2次健診 6月~12月 永源寺・愛東・ 湖東・八日市 発送 診 果 分 3月~4月 必須 血液検査 & 次 グループB ハ日市・蒲生 8月~ 1月 発送 体力測定 2次健診 者への啓発 案 必須 ※養調査・指導 体力測定 2次健診 バックアップ 講座①&② 血液検査 グループC 五個荘・能登川 9月~ 2月 体力測定 診



平成20年度からの特定健康診査 ・特定保健指導実施の中での課題

基本健康診査関係

国保の受診率、未受診者の把握・対策
⇒「健康診査実態調査」の実施(6~7月)
有所見状況の整理⇒健診項目の再検討
結果説明会の開催方法⇒支援レベル別
優先順位の再検討⇒年齢・リスクほか
受診しやすい環境・広報ほか

「健康診査実態調査 表」

特定健康診査対象世帯に 対して、返信用封筒を同封 の上、啓発チラシと郵送。

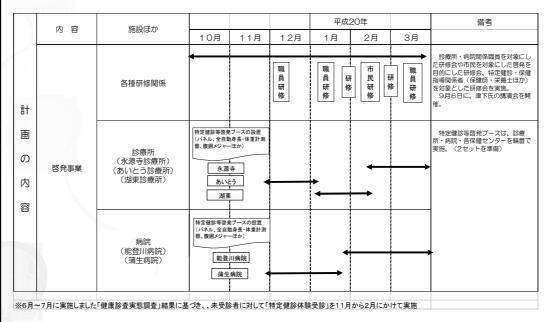
対象者数:18,447人 対象外数: 487人 回答者数:9,061人 回答率 50.45%

未受診者:1,835人 事業者健診受診者数 638人

事業者健診受診予定者数 430人

健康	診 査 実 態	調査表
該当するところに〇をお (この調査は、平成20年度から始	時号、特定健康診査対象者氏名を配。 取いします。 まる特定健康診査の受診者を把握するために、 られている方に実施するものです。)	
世帯主氏名		※この調査表は、健康診査の実態を把握する ために使用するものであり、他の目的には 一切使用しません。
被保険者番号	滋東	←7桁の保険証の番号をご記入ください。
特定健康診査対象者氏名 (昭和9年4月1日~ 昭和44年3月31日生)		
生年月日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
あなたは健康診査またに 健康診断を受けていま すか?	1 受けている(⇒間2へ) 2 受けていない(⇒問3へ)	1 受けている(⇒問2へ)2 受けていない(⇒問3へ)
受けていると答えた方 間 2 は、どこで受けています か?	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()
間 3 受けていないと答えた夫は、なぜですか?	1 健康だから 2 受けに行く時間がないから 3 どこで受ければいいか わからないから 4 その他())	1 健康だから 2 受けに行く時間がないから 3 どこで受ければいいか おからないから 4 その他()
平成20年4月以降は、 どこで受ける予定です か? ※受けていないと答えた 方は、受ける場合に希望 する場所をお答え下さい	4 かかりつけの病院など	1 勤務先(会社など) 2 市の健診 3 人間ドック 4 かかりつけの病院など 5 その他()
受けに行きやすい月・頃 5 日・時間帯はいつごろで すか? (複数回答可)		月は? 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 曜日は? 日曜 月曜 火曜 水曜 水曜 時間帯は 午前 午後 夜

国保・診療所・病院連携事業フロ一図



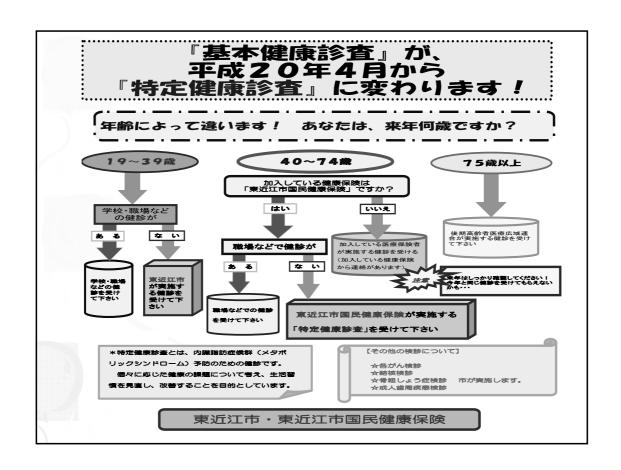
国保•診療所•病院連携事業

研修事業•••

職員(医師・看護師・理学療法 士ほか)、市民ほか

啓発事業•••

未受診者に対する「特定健診 体験受診」を実施(血液検査キット、病院・診療所での血液検査)



平成18~19年度の経験から・・

- 盛りだくさんのメニュー
 - ⇒ 自分で選択できるメニューへ!
- ・参加者に適したプログラム(メニュー)簡易体力測定、栄養教室、運動教室、水中ウォーキング、アクアビクスほか健康ナビ、採決キット、ライフコーダ

でも、やはりポイントは・・・・

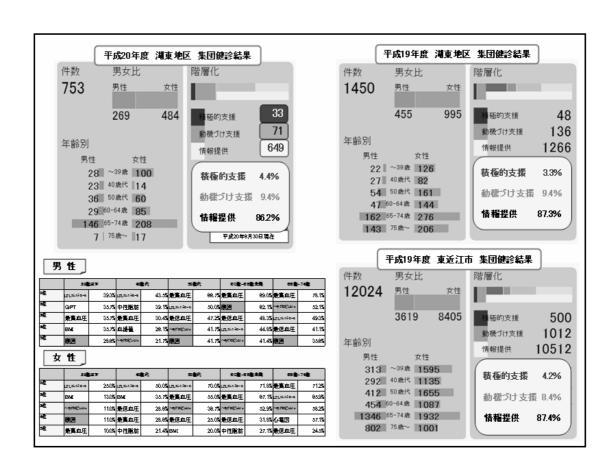
平成20年度

健康元年

健康診査結果説明会

健診結果からわかる 身体からのサイン!

~元気で健康な生活を送るために~

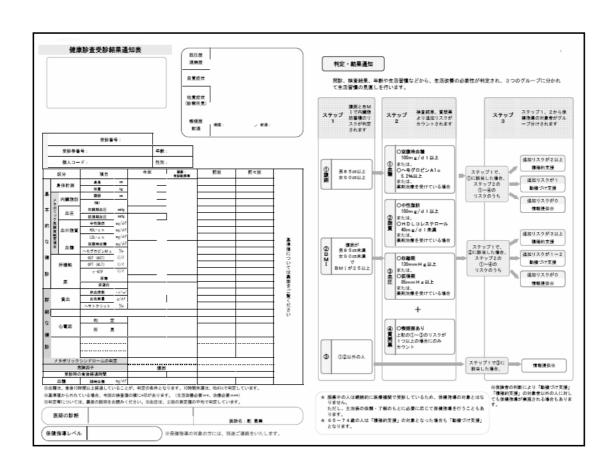


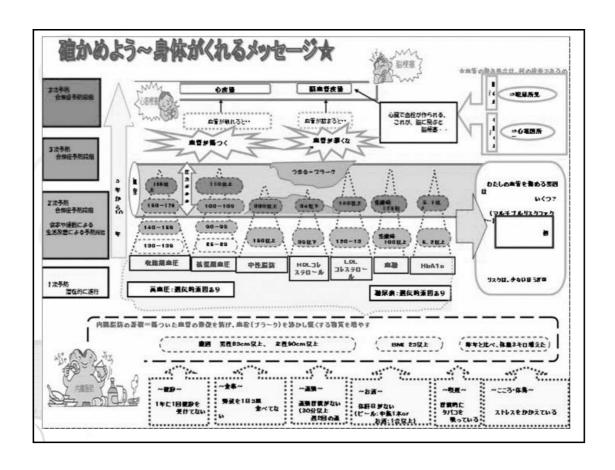
男性

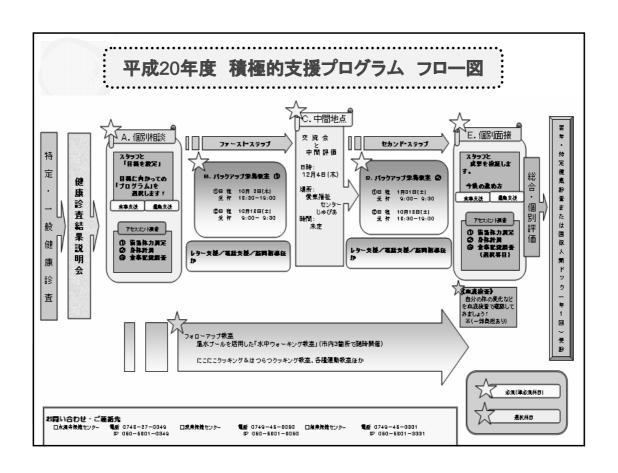
	39歲以下		40歲代		50歳代		60歲-65歲未満		65歳-74歳	
1位	LDLコレステロール	39.3%	LDLコレステロール	43.5%	最高血圧	66.7%	最高血圧	69.0%	最高血圧	78.1%
2位	GPT	35.7%	中性脂肪	39.1%	LDLコレステロール	50.0%	腹囲	62.1%	ヘモグロビンA1c	52.1%
3位	最高血圧	35.7%	最高血圧	30.4%	最低血圧	47.2%	最低血圧	48.3%	LDLコレステロール	49.3%
4位	ВМІ	35.7%	血糖値	26.1%	ヘモグロビンA1c	41.7%	LDLコレステロール	44.8%	最低血圧	41.1%
5位	腹囲	28.6%	ヘモグロビンA1c	21.7%	腹囲	41.7%	ヘモグロビンA1c	41.4%	腹囲	35.6%

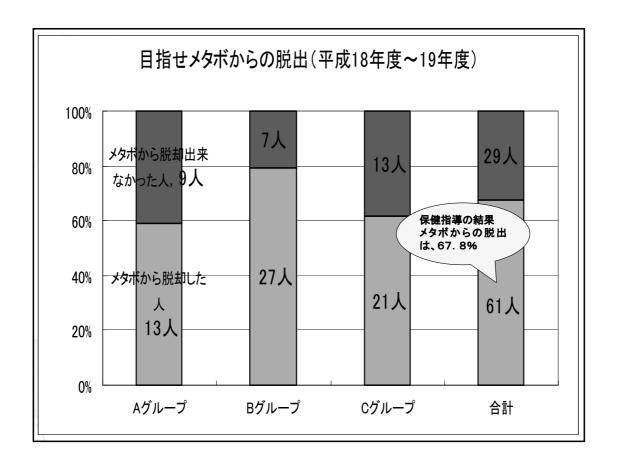
女 性

	39歲以下		40歲代		50歳代		60歳-65歳未満		65歳-74歳	
1位	LDLコレステロール	25.0%	LDLコレステロール	50.0%	LDLコレステロール	70.0%	LDLコレステロール	71.8%	最高血圧	71.2%
2位	BMI	13.0%	ВМІ	35.7%	最高血圧	55.0%	最高血圧	67.1%	LDLコレステロール	65.9%
3位	ヘモグロビンA1a	11.0%	最低血圧	28.6%	ヘモグロビンA1c	36.7%	ヘモグロビンA1c	52.9%	ヘモグロビンA1c	58.2%
4位	腹囲	11.0%	最高血圧	28.6%	最低血圧	25.0%	最低血圧	31.8%	心電図	57.1%
5位	最高血圧	10.0%	中性脂肪	21.4%	ВМІ	20.0%	中性脂肪	27.1%	最低血圧	24.5%









平成20年度 特定保健指導

- ●積極的支援と判定された人
 - ⇒「もみじロース
- ●動機付け支援と判定された人
 - ⇒「菜の花」コース
- ●情報提供と判定された人・・・要注意です!
 - ●腹囲は超えていたけど他の項目は大丈夫。
 - ⇒ 「さくら」コース
 - ●腹囲は大丈夫だったけど、他の検査項目が悪かった。⇒ 「あじさい」コース

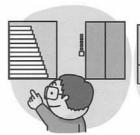
平成20年度 国保•保健事業

「とりこぼしのない保健事業」

- ・腹囲判定のみのリスク対象者に対する事業
- ・要医療者への受診勧奨
- •39歳以下への早期介入の保健事業
- ・広域的、関係者のスキルアップの事業
- ・未受診者対策(実施計画に基づき)

自ら健考 仲間と健行 みんなで健康 人生いきいき ひがしおうみ







【中四国ブロック】

[事例1]

「地域における医療連携推進のために保健所 が果たしてきた役割」

事例提供者

惠上 博文 (山口県宇部環境保健所長)

事例名	【事例1】地域における医療連携推進のために保 健所が果たしてきた役割
 事例提供者名	惠上 博文(山口県宇部環境保健所長)
(2)事例からみた医療連携	1. 人材 ■重要人物の存在 ■重要人物と親密な関係 ■重要人物を活用可能 2. 保健所の姿勢 ■関係事業の企等ののでは参加 3. 基幹病会等ののでは多数のでするのがでは、では、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して、対して
(3)保健所の関与の可能性と役割	1. 取組の内容

地域における医療連携推進のために保 健所が果たしてきた役割

~地域医療連携体制の構築と 評価に関する研究班からの報告~

> 山口県宇部環境保健所 惠上博文

研究班の経緯

- <u>1 平成18年度</u>(班長 岡紳爾)
 - 「地域保健医療計画と保健所の在り方に関する研究」
 - ·保健所として調整機能を発揮している事例等の例示
- 2 平成19年度(班長 岡紳爾)
 - 「地域医療連携体制の構築に関する研究」
 - ・医療連携体制構築の具体的な内容・要領等の例示
- 3 平成20年度 「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究」

医療連携体制構築の具体的な内容

- <u>◎ 体制構築には、次の内容が必要</u>
 - 〇 情報の共有(患者、受皿の確保)
 - 関係機関の機能・水準の把握と役割分担
 - 診療・対応基準の標準化
 - 〇 関係者間の知識共有・相互理解
 - 評価、見直しのためデータの収集・分析
 - 住民への情報提供(施設の機能等)

地域医療連携体制構築環境 - 要領点検票

1	<u>人 材</u>			
	□重要人物の存在	口重要人物と親密な	≒関係□重要人物を活用可能	
2	<i>保健所の姿勢</i>			
	□関係事業の企画・実績	毎□保健所の役割の珰	≧解 □医師会等の研修会に参	加
3	基幹病院・医師会の複	<u> </u>		
	□活発な基幹病院の地均	域連携室の存在□構築	られる。というというというというというというというという。	ŧ
4	<u> 協議会の存在・設置</u>			
	コ定例的な行政の協議会	会□定例的な医療の研	F修会□情報交換網(ITも含む	た)
5	連携体制の協議・組織	<u> </u>		
	コメリットの提示	口当初から関係者全	∶員参加□参加者のチームづく	IJ
	□保健所外に事務局設置	置口医療関係職種中心	かの体制構築	
6	<i>連携体制の運営</i>			
	コ保健所は調整役を堅持	寺口方向性のデータ携	景示 □保健所は分析・評価	
	□啓発で住民組織と協働	動口ツール作成等目標	『設定口成功体験の蓄積	
7	<u> 予算の確保</u>			
	□参加機関の分担金	口行政の予算	口医師会の予算	
8	<u>住 民</u>			
Г	コ自主活動組織の存在	口自主活動組織との)協働	

20年度の研究班の計画

1 主な狙い

- 第5次計画の4疾病の連携体制構築に当たり、
 - 創意工夫のある取組や新たな制度に対応する取組に 連携体制の評価の視点も加えて、先進事例を提示
 - 連携体制を取巻く環境の変化への対応に、評価の視点も加えて、継続事例における保健所の役割等を提示

2 主な内容

- 構築評価グループ(先進事例)
 - アンケート調査(全国517か所)
 - 現地調査(4疾病で8か所程度)
- 事例追跡グループ(継続事例)
 - アンケート調査(18・19年度の27事例)
 - 現地調査(4疾病で4か所程度)

20年度の研究班の組織

◎ 研究班長

惠上博文 宇部環境保健所長

○ 構築評価グループ

日高良雄 延岡保健所長

池田 功 堺市北保健センター所長

豊田 誠 高知市保健所課長

仲宗根正 沖縄県中央保健所長

○ 事例追跡グループ

山中朋子 青森県弘前保健所長

小谷尚克 福島県南会津保健所長

德本史郎 大阪府寝屋川保健所課長

助言者

岡 紳爾 山口県地域医療推進室次長

武田康久 厚生労働省医師確保等地域医療対策室長

構築評価グループによる

保健所の取組(先進)事例調査の概要

1 目 的

現地調査候補の把握、評価方法の把握

2 対象

全国 5 1 7 保健所(県型389、市型105、特別区型23)

- 3 主な項目
 - 連携システム対象疾病、連携部位・内容、*進行段階*、取組・役割
 - 連携パス対象疾病、*進行段階*
- 4 回答率

81.0% (県型75.9%、市型80.0%、区型73.9%)

連携体制 (連携システム)

○ 情報の共有(患者、受皿の確保)。▽▽▽ 治療手帳

〇 診療機能・水準の把握と役割分担 ※ 紹介状

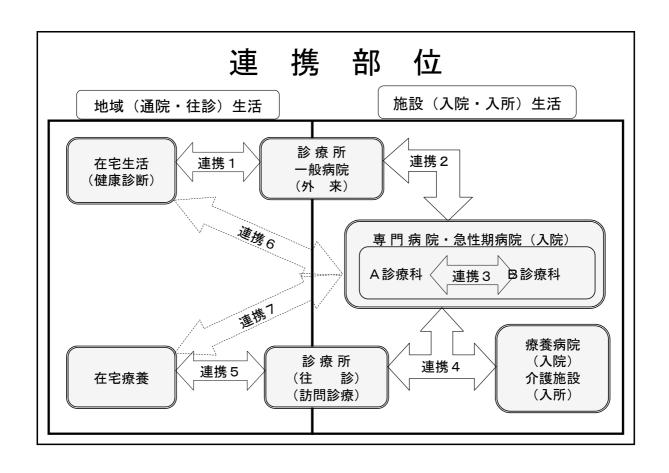
〇 診療・対応基準の標準化

症例検討会

② 退院調整会議

- 〇 関係者間の知識共有・相互理解
- 〇 評価・見直しのためデータの分析
- 住民への情報提供(施設の機能等)

地域連携パス



保健所の取組事例調査の概要

<u>1 連携システム</u>

	協議中	試用・運用中	計
県 型	4 9	2 4	1 3 3
市区型	3	2	5
計	5 2	2 6	7 8

2 連携パス

	協議中	試用・運用中	計
県 型	5 5	4 5	100
市区型	8	5	1 3
計	6 3	5 0	1 1 3

連携システム・パス (試・運) の事例 1

No.	設置	疾病	部位	概 要
1	県	脳	45	地域リハ連携システム、病院の退院調整窓口から地域窓口(市町・ケアマネ)に連絡票を FAX、地域窓口が在宅生活の状況を確認した結果を病院に報告。
2	県	脳	45	地域リハネットの構築、病院の退院調整会議 ほか、地域窓口への医療情報提供による在宅 担当者会議やケアプランの作成等円滑な在宅 療養への連携。
3	県	脳	(5)	脳卒中等情報システム、医療機関が保健所を 経て市町村に発症・退院連絡票を提供。市町 村では、患者・家族面接の上、地域ケア会議 で処遇の検討に活用。

連携システム・パス (試・運) の事例2

No.	設置	疾病	部位	概 要
4	県	脳	45	地域リハ連絡票を活用し、モデル病院から自 宅復帰する意欲のある高齢者の事例検討会や 復帰プログラム集の作成によるネットの構築
5	市	脳パス	45	地域リハ、脳卒中シームレスケア研究会事務 局と地域リハ支援センターとを兼ね、病院間 や在宅事業者間、更に両者間の連携を支援。
6	県	脳パス	4 5 6	M C 協議会と連携し、救急隊員の病院前脳卒 中スケールに基づき発症後3時間以内に症状 の程度に相応しい医療機関に救急搬送。
7	県	脳パス	45	進行段階は、取組年度により方針協議中から 試用中を経て運用中、事務局は本庁から保健 所を経て病院へと移設と多様。

連携システム・パス (試・運) の事例3

No.	設置	疾病	部位	概 要
8	県	脳パス	5	本年度、急性増悪時の逆紹介システムや患者 携帯のマイカルテ患者ノートを検討
9	県	心	14 5	急性心筋梗塞手帳、循環器の診療に従事する 病院・診療所間で情報を共有。
10	県	がパス	57	20年度から在宅緩和ケア地域連携会議の事務 局をがん拠点病院に移設。
11	区	乳が パス	15 67	乳がんの予防・術後回復・経過観察の各生活 ガイドを作成
12	県	糖	12	糖尿病保健医療連携支援システム、医療機関 で登録した患者についての情報提供書や紹介 状、糖尿病手帳による連携、市役所・保健所 による訪問支援。

連携システム・パス (試・運) の事例 4

No.	設置	疾病	部位	概 要
13	市	糖	12	糖尿病対策栄養サポート体制、糖尿病の通院 患者に対し民間管理栄養士が医療機関に出張 栄養指導、高脂血症や高血圧の患者に対象を 拡大予定。
14	県	糖	12	糖尿病予防対策協力医登録制度、協力医は、 健診の要指導者にも積極的なOGTT、Hb A1Cの定期検査、生活習慣の改善指導、糖尿病 手帳の活用。
15	県	糖	12	糖尿病患者に対し、診療ガイドラインや精検 紹介状・結果票による特定健診から医療機関 を経て市町村までの連携。
16	県	糖 パス	12	特定健診から始まり、かかりつけ医、専門医、 市町村、保健所等間の連携。

連携システム・パス (試・運) の事例 5

No.	設置	疾病	部位	概 要
17	県	糖	12	県糖尿病予防・管理指針による糖尿病予防システム、境界型糖尿病に対し教育相談窓口開設医療機関や教室教育入院実施医療機関、患者会による連携。
		脳パ	45	シームレス研究会設立後の現在は、啓発中心
18	県	心パ	12	研究会が設立された後は、啓発を中心に実施
		糖パ	12	糖尿病検診・治療連携システムに着手
19	県	4	45	退院時情報システム、在宅ケアの必要な退院 患者に関する情報を連絡票で共有し、退院調 整会議を開催。
20	県	4	①② ④	病診連携システム、急性期病院から維持期診 療所までの紹介状による連携。

先進事例把握の着眼点(粗案)

1	事業概要の確認	連携部位①⑤、連携パスの策定		
2	保健所業務とし	定例業務 モデル事業		
ての位置づけ				
		新たな仕組 (M C 協議会との連携)		
3	新たな取組の	新制度との関連(特定健診・診療報酬改定)		
	ポイント	適切な成果(患者の安心、入院期間の短縮)		
		その他(ルール・ロール・ツールの売り)		

連携の評価と連携体制の評価の考え方

連携の評価(指針)
点・面の評価
住民

連携体制の評価(班) 連携鎖(個別体制)の*評価*

- ◎ 連携体制の存在評価
 - 〇共有ルール(規約・会議)
 - 〇共有ロール(役割機能の明示)
 - 〇共有ツール(パス・連絡票)
- ◎ 連携体制の内容評価
 - ○関係者間情報の共有
 - 〇医療機能の把握と役割分担
 - ○診療対応基準の標準化
 - ○関係者間の知識共有
 - ○データ収集・分析
 - ○住民への情報の提供
- ◎ 連携体制の結果評価(○構造・過程・成果の評価)

連携体制評価の着眼点(粗案)

П					
	1	目 的	目標・保健所の役割		
			事前準備	他の事業による連携の状況	
				診療機能の把握(診療機能調査・地域連携室)	
			体制づくり	協議会(参加機関・参加職種)	
				事務局(診療基準の標準化・データ収集・分析)	
				研修体制(研修会・事例検討会・意見交換会)	
			連携の仕組	ルール(規約・手引・マニュアル)	
	2	連携体制		ロール(役割の理解・機能別医療機関リスト)	
				ツール(患者手帳・連携パス・HP)	
			市町村	特定健診・特定保健指導	
				介護保険(ケアマネジメント・退院時調整会議)	
				疾病別(登録)情報システム	
			住民	情報伝達(講演会・研修会・パンフ)	
				患者会・家族会(会との協働・体制への反映)	
	3	結 果	経過・成果指標		

保健所の取組・役割

1 取組の内容

- ①現状の調査 ②方針の提示 ③認識の共有

- ⑦体制の見直し 8人材の育成 9普及・啓発

<u>2 役割の内実(私見)</u>

- 保健所は、他の協働機関が持ち得ない 「公正 性・公平性・公明性」のある調整機能を活用し ながら、医療連携体制構築に取組む役割。
- ※ この役割の発揮には、*保健所機能について、平素から医* 師会等に周知しておくこと。

[事例2]

「地域における医療連携推進のために保健所 が果たしてきた役割」

事例提供者

赤穂 保 (東京都多摩立川保健所長)

事例名	【事例2】地域における医療連携推進のために保 健所が果たしてきた役割
事例提供者名	赤穂 保(東京都多摩立川保健所長)
コメント (1) 成功要因分析	1. 保健所と中核病院及び医師会との十分なコミュニケーションの確保と信頼関係の構築 2. 病院主導の会議となりやすいが、医師会等の地域のかかりつけ医の立場を配慮した進め方にすること 3. 保健所が社会資源の把握や地域全体の課題の提示など、随時適切なアドバイスを行うこと
(2) 事例からみた医療連携	・「かかりつけ医機能推進事業」 (平成7~13年) ・「医療機能連携推進事業」 (平成6~16年) ・「地域医療システム化推進事業」 (平成12年~) ・「疾病別医療連携推進事業」 (平成17年~) としてかかわってきた。
(3)保健所の関与の可能性と役割	1. 事業全体の企画・進行管理 2. 関係機関・団体等との調整 3. 関連する事業、取り組みの連結 4. 組織化・システム化 5. 情報収集、分析 6. 普及啓発 7. 事業委託事務局(地域中核病院等)支援 8. 本庁施策への情報発信、企画案提起

平成20年度地域保健総合推進事業 中四国ブロック

■「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」(発表要旨)

東京都では、平成12年度より「都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく」という目的で、圏域単位に協議体を設置し、地域医療の提供体制について協議を行う「地域医療システム化推進事業」の取組を進めてきた。特に平成15年度以降、具体的には生活習慣病を中心とする疾病やそれぞれの急性期、亜急性期、慢性期などの状況に応じて、地域で対応できる効果的・効率的な医療提供体制の構築に重点をおいた「疾病別医療連携推進事業」として圏域ごとに対象疾病を決め事業が具体化していった。

東京都多摩立川保健所が所管する北多摩西部保健医療圏では、特に圏域として年齢調整死亡率が高い特徴を示す心疾患と、圏域の中で次に死亡率が高く適切な処置で機能予後の改善が期待できる脳卒中の二疾患を対象として、平成17年度より本事業を推進してきた。

事業の展開に際しては、圏域内の中核病院、地区医師会、消防署、各市及び保健所で構成される疾病別医療連携推進検討会を立ち上げ、その下に心疾患部会、脳卒中部会をそれぞれ設け、急性期を中心とする作業の具体化を目指した。

平成17年度は圏域内医療機関を中心とする実態調査を行い、18年度はそれらを踏まえて心疾患(急性心筋梗塞)と脳卒中の急性期における医療連携システム構築に向けたガイドラインや市民向け普及啓発用リーフレット、かかりつけ医カードなどを作成、19年度は市民向け講演会や医師会向け研修会を実施しながらシステムの試行、評価を行ってきた。一連の取組の結果、例えば「急性期病院に発症後2時間以内に来院する割合、及び救急病院に救急車で来院する割合が増加する」などの成果が得られた。

平成20年度より医療法改正に伴う新たな東京都保健医療計画がスタートし、特に4 疾病5事業についての取組を全都的に強化する方向性が示された。当圏域においても、 都の計画に合わせて「東京都北多摩西部保健医療圏 地域保健医療推進プラン」を改定 し、圏域における脳卒中に関する取組をさらに継続発展させて、特に急性期以降、回復 期、維持期(在宅)にわたる地域でのシームレスな対応を可能とするシステムづくりを 目指して事業を展開することとなった。

一連の取組を通じて保健所が果たしてきた主な役割を列記してみると、

① 事業全体の企画・進行管理、②関係機関・団体等との調整、③関連する事業、取組の連結、④組織化・システム化、⑤情報収集・分析・提供、⑥普及啓発、⑦事業委託事務局(地域中核病院等)支援、⑧都計画(本庁施策)への情報発信、企画案提起などを挙げることができる。そして地域でのこうした取組を成功させるためには、参加した誰もが主役意識を持てるように、保健所としての大局観に裏打ちされた地道で粘り強い努力が不可欠である。

保健所検討会(中四国ブロック) 008.9.11. 多摩立川保健所

「地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた

東京都及び北多摩西部圏域における地域医療システム化推進事業の経緯

事業目的

都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、 地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整 えていく。

「システム化 推進 事業

」まで

の

取

組

「かかりつけ医機能推進事業」 (平成7年~13年)

平成20年度地域保健総合推進事業

- ・地域の医師の「かかりつけ 医」としての役割の促進、住民 への普及啓発を実施
- ・区市町村に対する補助

「医療機能連携推進事業」 (平成6年~16年)

- ・病院・診療所の機能の分担 と連携を図るため、患者紹介 や専門的な医療技術・医療機 器の相互利用を推進
- ・二次医療圏ごとに1地区医 師会に委託

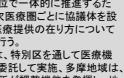
<平成20年度以降> 医療法改正に伴う『東京都保 健医療計画』及び圏域の「地 域保健医療推進プラン」の改 定の中であらためて(特に4疾 病を対象)計画化⇒『システム 化推進事業』の継続・発展



「地域医療システム化推進事業」 (平成12年~)

これまでの二つの事業を二次医 療圏単位で一体的に推進するた め、二次医療圏ごとに協議体を設 置し、医療提供の在り方について 協議を行う。

・区部は、特別区を通して医療機 関等に委託して実施、多摩地域は、 都保健所が調整機能を発揮し、地 域の中核病院等に委託して実施。





都

ത

進に重点をおいた取 組を実施していく。 •地域の中核病院の

医療連携室間のネット ワークを強化する。 ・患者の疾病(主にが ん、糖尿病、心疾患、 脳卒中などの生活習 慣病)や状況(急性期、 亜急性期、慢性期)に 応じて、地域で対応で きる効果的・効率的な 医療提供体制を構築 する。

具体的な課題として、

疾病別医療連携の推

1

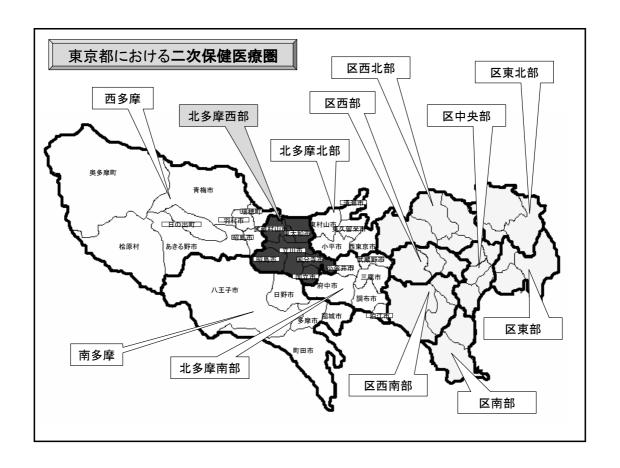


『疾病別医療連携推進事業』

(平成17年~本格実施)

「脳卒中」を共済立川病院が、「心筋梗塞」を災 害医療センターが、それぞれ事務局となり地域 医療連携システムの構築に着手

- ⇒平成17年度: 圏内医療機関の実態調査 ⇒平成18年度:急性期における連携システム
- ⇒平成19年度:システムの試行、評価



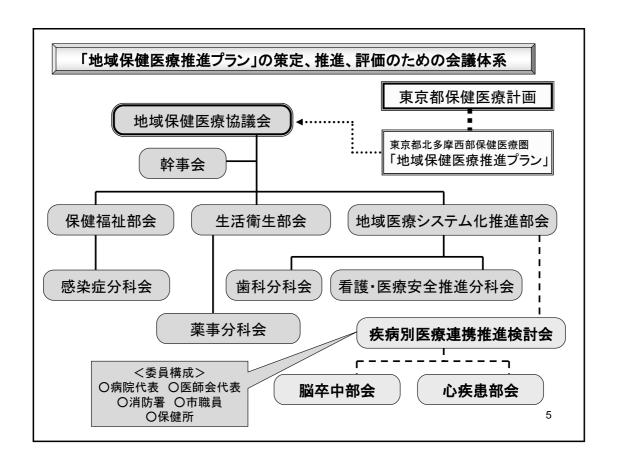
東京都多摩立川保健所管内(北多摩西部保健医療圏)の概況

多摩立川保健所は、地域保健法に基づく2度の再編整備により、平成16年 4月より**立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市の6市** を管轄することになった東京都保健所の一つである。

管内(北多摩西部保健医療圏)人口は約62万5千人、面積は約90平方キロの広域にわたる。多摩地域の中央やや北部に位置し、南の多摩川から狭山丘陵に連なる武蔵野台地に広がる地域である。多摩川河岸や玉川上水、国分寺崖線等貴重な自然を残す一方、多摩地域の交通の要衝であり、業務・商業の中核都市として発展している立川を有する。他の区域はベッドタウンとしての色彩が濃いが、大学や研究機関も数多く立地しており、全体として多機能かつ個性的な文教・住宅都市を形成している。

管内の医療機関は、一般病院24、診療所481、救急医療機関は15である。このうち日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす病院は、3病院(A:2次救急、274床、神経内科医1名、脳神経外科医4名、B:3次救急、455床、神経内科医4名、脳神経外科医10名、C:2次救急、466床、神経内科医2名、脳神経外科医2名)である。

4



北多摩西部保健医療圏における疾病別医療連携推進事業の概要

事業目的

- 1 北多摩西部保健医療圏(以下「圏域」という)の医療機関が、圏域内の課題となる疾病について共通認識を深める。
- 2 対象疾病について医療連携を促進することにより、圏域内の課題解決に取り組む。
- 3 圏域内の対象疾病の悪化の予防、死亡率の減少を図る。

<事業の内容>

取組の方向

- 1 圏域内の医療状況・連携状況等の把握(病院等調査)
- 2 疾病別・状況別に適時・適切な連携ができるようガイドラインを作成、活用
- 3 医療従事者研修会、事例検討会
- 4 住民への普及啓発

<事業の進め方>

- 1 検討会を設置し、事業内容の共有・調査票の作成・ガイドラインの作成を協議する。
- 2 事務局病院を中心とする疾病別の部会を設置し、調査項目の検討・調査の実施・調査結果の解析・ガイドラインの検討、および医療従事者向け研修等を実施する。
- 3 都民医療学習セミナーやホームページ、広報誌等を活用し、住民への普及啓発を実施する。

事務局病院の主な役割

- *検討会・部会の運営 *会議資料作成 *病院調査の実施・集計解析
- *病院調査票、ガイドライン等の印刷 *研修会、事例検討会の開催 *予算執行

疾病別医療連携推進事業における都保健所の役割

- 1 地域保健医療協議会 地域医療システム化推進部会における進行管理
- 2 事務局病院への委託、事務調整
 - 圏域内中核病院への依頼
 - ・ スケジュール管理・内容調整
- 3 基礎資料の提供
- 4 関係機関・団体等との調整
- 5 市民への普及啓発(各市と連携)

7

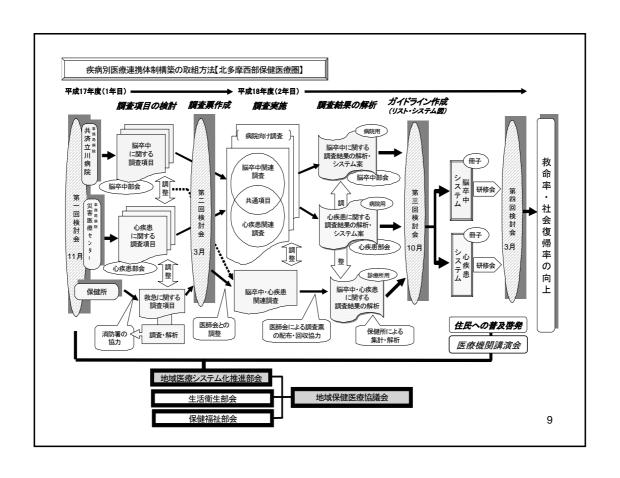
対象とする疾病について

1 圏域における死亡状況(H15)

年齢調整死亡率①心疾患(男・女)②脳血管疾患(男・女)③肺がん(男)死因別死亡数①悪性新生物②心疾患③脳血管疾患主要疾病別死亡数①急性心筋梗塞②脳梗塞③胃がん

2 対象疾病について ⇒ 同じ動脈硬化を基盤とする2疾病を対象とする

	疾病	圏域の状況	圏域でのシステム化によ り期待できる効果	備考
1	心疾患 (心筋梗塞)	・圏域内年齢調整死亡率第1位 (都死亡率より高い) ・主要疾病別死亡数第1位 ・日本人死因の第2位 ・発症時の対応により救命率の差が大き い	・急性期の対応をシステム化することにより教命率上昇(死亡率の低下)	事業効果の評価がしやすい
2	脳血管疾患 (脳卒中)	・圏域内年齢調整死亡率第2位 (都死亡率より低い) ・日本人死因の第3位 ・主要疾病別死亡数第2位 ・介護が必要となる疾患の第1位 ・発症時の対応により救命率・後遺症の 差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇(死亡率低下)、・機能予後の軽減が期待できる・慢性期までの一環した療養支援が推進できる	在宅ケアシステムを含めた検討が必要





医療機関調査

<調査目的>

北多摩西部保健医療圏を中心に一部周辺診療圏を含め、同じ動脈硬化を基盤とする虚血性心疾患と脳卒中を対象に、特に生命予後と将来のQOLに大きく影響する急性期を中心とする医療連携のあり方を検討するため、地域の医療機関状況を把握し、連携をより実践的な強固なものとするための基礎資料とする。

<調査対象>

圏域内	病院	24施設	
	10床以上診療所	12施設	
	10床未満診療所	422施設	
圏域外 病院		7施設	
	465施設		

<調査内容>

- · 外来 · 入院診療体制
- ・救急搬送・転送先
- 救急対応状況
- ・連携窓口
- その他

<調査期間>

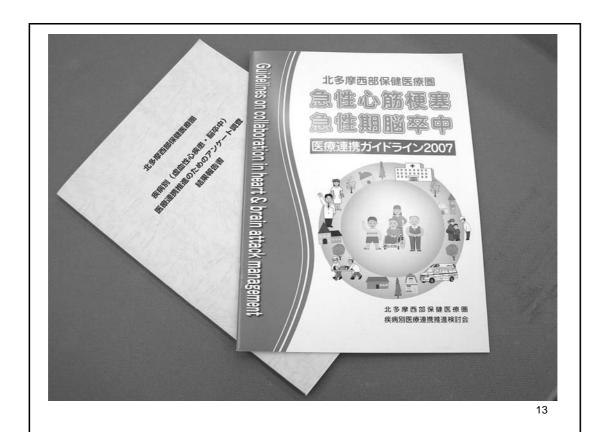
平成18年3月から5月

<調査方法>

記名式アンケート調査。診療所は医師会を通じて配布、回収(医師会未加入診療所及び国立市の診療所郵送)。圏域内病院及び有床診療所は郵送。圏域外病院は調査票を持参し依頼、郵送にて回収。

アンケート結果から考えられること(脳卒中)

- *365日24時間常時 救急対応可能な充分な人員の脳 卒中専門医を有す病院は少ない。
- *24時間救急対応可能といっても1人~少人数で無理をしている病院が多い。
- *かかりつけ医が搬送先を救急隊員に探してもらう場合が4~6割である。
- * 救急要請は患者側がする場合が4割で最多。しかし、かかりつけ医がまず診察することも3割ある。
 - ⇒①緊急対応可能病院が少ない
 - ②かかりつけ医から速やかに救急病院につながること も少ない。



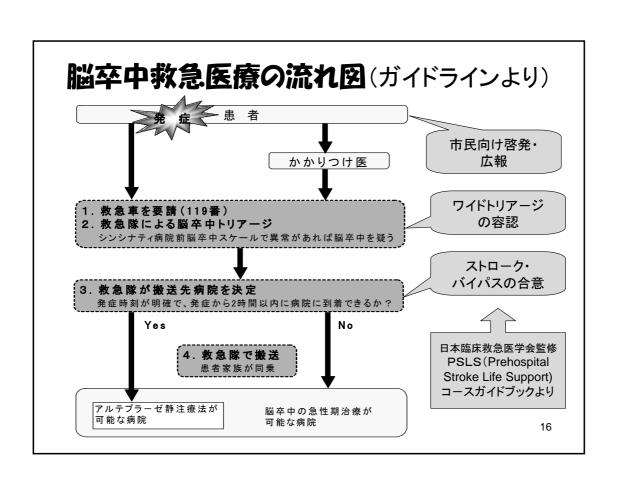
ガイドラインの主な内容 (項目の柱)

- 1. ガイドラインの目的
- 2. 救急医療の流れ(急性心筋梗塞、急性期脳卒中)
- 3. 市民向け啓発活動
- 4. かかりつけ医と専門病院との連携
- 5. かかりつけ医が果たすべき役割
- 6. 救急搬送の手順

(全19ページ)

脳卒中救急医療の流れ(ガイドラインより)

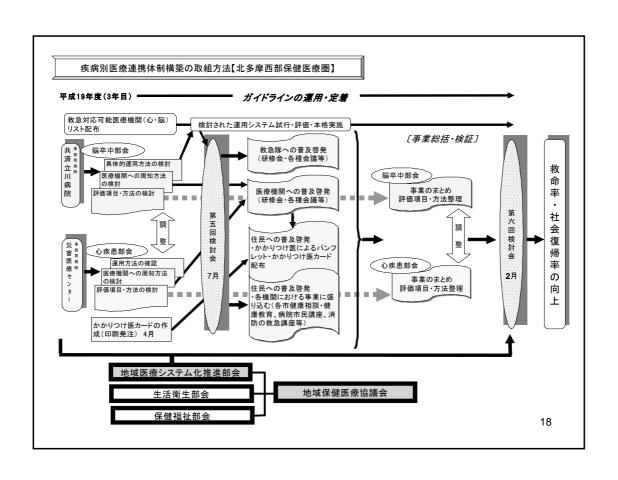
- 1. 脳卒中を疑う症状に遭遇した場合は、市民自らあるいはその家族が早期に救急要請を行う。
- 2. かかりつけ医は、脳卒中を疑わせる症状の患者や家族から、電話連絡あるいは受診希望の連絡を受けた場合、救急要請をして脳卒中の救急対応病院に搬送してもらうよう指示する。
- 3. 救急隊が、患者の脳卒中トリアージを行い、搬送先病院を決定し、救急搬送する。
- 4. 急性期脳卒中病院では的確かつ迅速な診療を行う。



シンシナティ病院前脳卒中スケール

(ガイドラインに掲載)

=	テスト		判	定	
顔面	歯をみせてくださ い。笑ってくださ い。	正常	顔面の動きが左 右対称	異常	顔面の動きが左 右対称でない。
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直ぐ前に10秒間保持してください。	正常	上肢の動きに左 右さもなく、ま たは、両上肢と も全く動かない。	異常	上肢の動きに左 右差がある。
発語	「生き字引とは物知りの人のことです」と言ってください。	正常	正しい言葉で、 流暢にはなす。	異常	流暢でない、又 は、言葉を間違 える。または、 話せない。



市民対象講演会(H19.2.3)

テーマ

「あなたの気づきがあなたを救う」

内容·講師

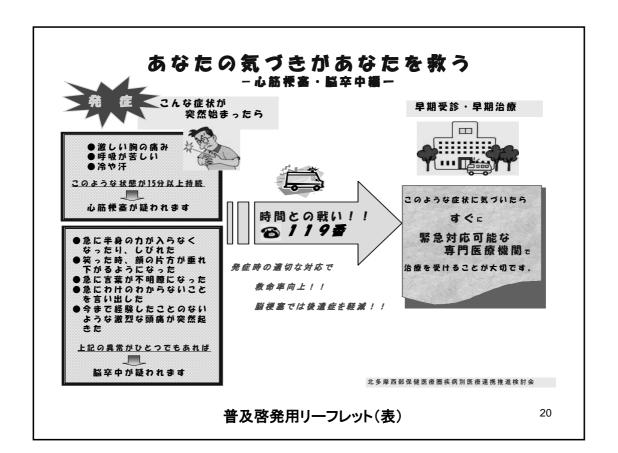
- ◎「こんな症状がでたら脳卒中を考える」 篠原幸人(国家公務員共済組合連合会立川病院院長)
- ◎「急性心筋梗塞 ふだんの予防と緊急時の対応」 佐藤康弘(独立行政法人国立病院機構災害医療センター循環器科医長)

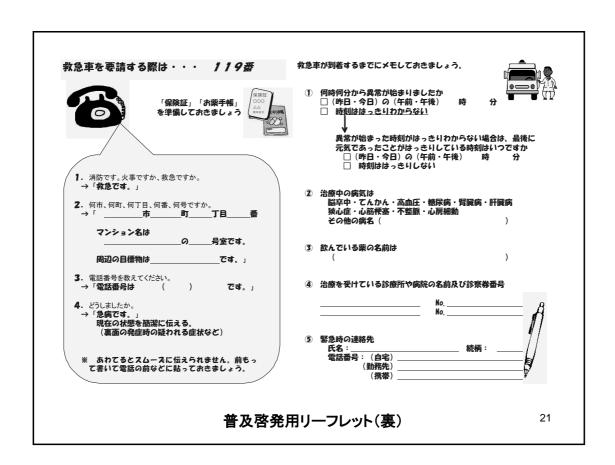
参加者 204名





於)立川市女性総合センター「アイム」





かかりつけ医カード (名刺サイズ) かかりつけ医カード(緊急受診時にご提示下さい) 前 所 性別・生年月日 男・女(<表> か診療所・医師()診療所、()先生 かり電話番号 Tel つけた 診察券番号 No. かんでいる薬 ワーファリン・抗血小板薬(治療中 脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓 の病気 病・狭心症・心筋梗塞・心房細動・(北多摩西部保健医療圈(心筋梗塞·脳卒中用) 緊急連絡先(ご家族など) 続柄(連絡先氏名 自宅電話番号 <裏> 携帯電話番号 勤務先名称·電話番号 その他の連絡先 このカードをお持ちの方が貴院に緊急入院さ れた際には、かかりつけ医にご一報ください。 22

医療機関研修会(H19. 3. 8)

内容•講師

■ 「急性期脳卒中医療連携ガイドライン2007」 脳卒中部会長 太田晃一

(国家公務員共済組合連合会立川病院)

「急性心筋梗塞医療連携ガイドライン2007」 心疾患部会長 佐藤康弘 (独立行政法人国立病院機構災害医療センター)

参加者 : 55名

会 場 : 国家公務員共済組合連合会立川病院

23

rt-PA静注療法カレンダー 北多摩西部保健医療圏・急性期脳梗塞rtPA静注療法カレンダー 平成19年11月 O#

急性心筋梗塞・急性脳卒中医療連携ガイドライン 2007 より抜粋

585	-表1 シンシナティ	MAI PAG	前脳卒中スケール		
	テスト		#1	定	
MA	歯を見せてください。 笑ってください。	正常	顔面の動きが左右対称的。	異常	顔面の動きが左右対称でない
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直 ぐ前に10秒間保持してくだ さい。	正常	上肢の動きに左右差なし。ま たは、両上肢とも全く動かな い。	異常	上肢の動きに左右差がある。
知語	「生き字引とは物知りの人の ことです」と言ってください。	正常	正しい言葉で、流暢に話す。	異常	漁馬でない、または、言葉を 間避える、または、話せない

急性期脳卒中患者の救急搬送の手順

- (1) 現場到着後、まず救急活動基準に従って救急活動を開始する。
- (2) 脳卒中が疑われる場合には、以下の事項について実施することが望ましい。
- ① 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(脳ー表1)を評価する。一つでも異 常がある場合、約70%の確率で脳卒中である。
- ② 発症時刻を確認する。発症時刻が不明の場合は、最後に健常であったことが 明らかである時刻を確認する。
- ③ 「脳卒中救急医療に関する市民向けパンフレット」(資料1)、「かかりつけ医 カード」(資料2)に記入してあれば回収する。
- ④ 搬送先病院を次の基準により選択する。
- A)「シンシナティ病院前脳卒中スケール」(脳-表1)で「異常」が1つ以上 ある場合は、脳卒中の急性期治療が可能な病院に搬送する。
- B) このうち、発症時刻が明確で、発症から2時間以内に病院に到着できる場 合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送する。
- C) かかりつけ医からの救急撤送要請で、かかりつけ医が搬送先病院を指定す
- コンセントのために、努めて家族を同乗させた上、救急搬送を開始する。

(1)「シンシナティ病院前脳卒中スケール」で異常が1つ以上あり、発症時刻が明確で、発症から24時間以内 に病院に到着できる場合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送してください。 (2)下記カレンダーの連絡先に、アルテプラーゼ静注療法適応症例を受け入れ可能かどうかを、電話でお問い

合わせ下さい。病院業務の都合によってはお引き受けできないこともあります。

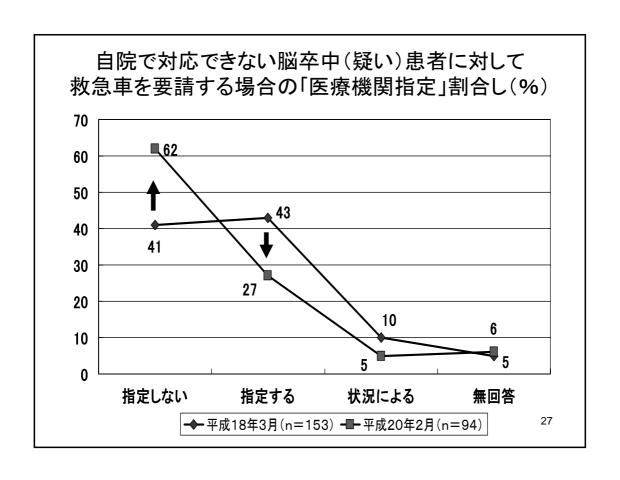
病院名		A病院	B病院	C病院	
時間帯		24時間全日	24時間全日	8:30-12:15	13:15—
					17:15
救急隊	から	代表番号	救急センター	ホットラインへ	同左
の連絡	先	042-526-5511	042-562-1411(代)		
かかりっからの		代表番号 042-526-5511	上記代表番号 平日・土曜の日中は 代表、17時 - 翌8時 半および休日は救急 センター受付が電話に 出ますので、救急セン ター看護師に指示して ください。看護師より 医師に連絡します。	平日は地域医療連携センター 042-524-24 それ以外は代表番 042-523-31	36 ·号
日	曜日	〇=受け入れ可能	〇=受け入れ可能	○内=神経内科受け入れ可能 ○外=脳神経外科受け入れ可能	
1日	木	0	0		O内
2日	金	0	0	〇外	
3日	土	0	0		〇内 25
4日	日	0	0		O内

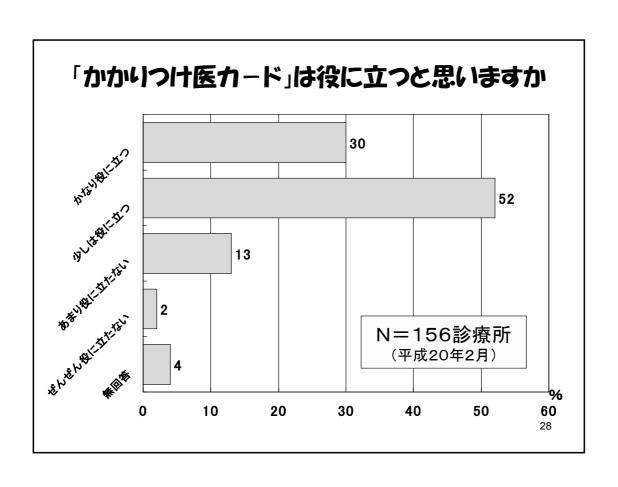
「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価

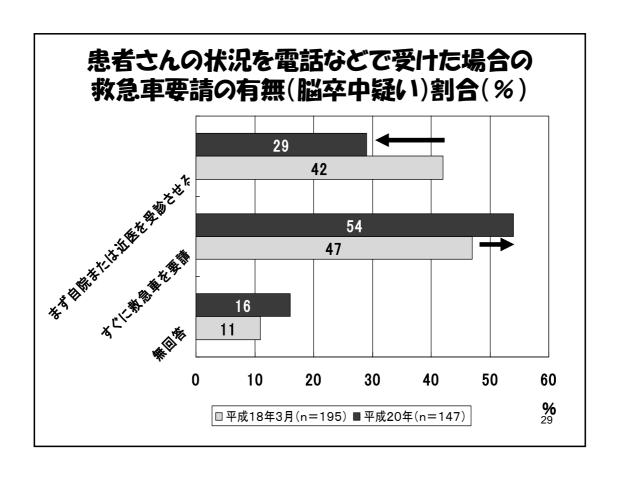
〇平成19年3月「医療連携ガイドライン2007」作成配布 〇平成19年8月「rtーPA静注療法カレンダー」運用開始

これによる成果を、脳卒中について

- 1 「疾病別医療連携推進のための医療機関アンケート」 平成18年3月段階と平成20年2月段階の比較
- 2 「消防署(警防課長)へのアンケート」
- 3 「rt-PA静注療法実施3病院の急性脳卒中症例調査」 平成19年7月と平成20年1月の各1か月間の全対象 患者比較等で評価すると・・・

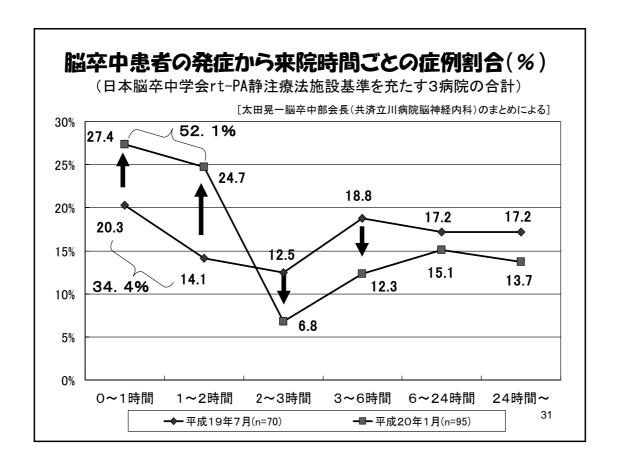


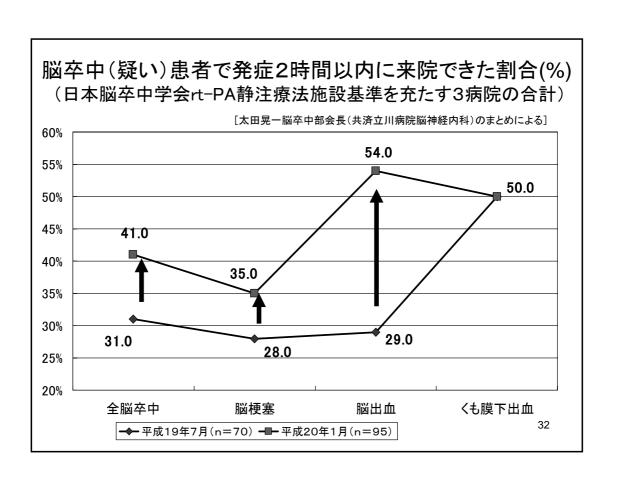


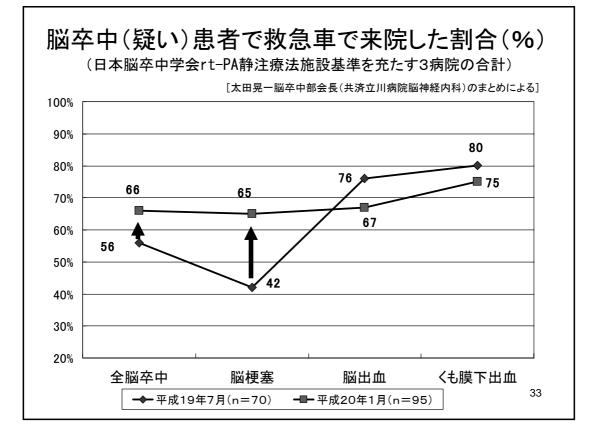


管内救急隊の「rt-PA静注療法カレンダー」の利用状況 (平成20年2月調査)

消防署	Α	В	С	D
救急隊員への 周知	90~100%	90~100%	90~100%	90~100%
救急車への 掲載	実施	実施	実施	実施
これによる救急 搬送回数 (過去5か月間)	1 ~9回	1 ~9回	なし	10回以上
役に立つか	役立つ	役立つ	症例がない のでどちらと もいえない	役立つ







「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点

- ① 管内を中心とする医療機関の実態調査(平成18年3月)
- ② 急性期の「医療連携ガイドライン2007」作成(平成19年3月)
- ③ 市民向け講演会実施(平成19年2月)
- ④ 市民向けパンフレットの作成配布(各市の協力)
- ⑤ 医師会向け研修会実施(平成19年3月)
- ⑥「かかりつけ医カード」作成、配布(地区医師会の協力)
- ⑦ システム普及ポスターの作成
- (8) rt-PA静注療法カレンダー作成、活用開始(平成19年8月)
- ◎急性期システムの試行と評価(比較調査平成20年2月)
 - ① 平成18年3月と20年2月段階の全医療機関アンケート調査比較
 - ② 平成19年7月1か月間と20年2月1か月間の救急病院実績比較 **<システムによる具体的な効果確認>**
 - ① 速やかに救急車を要請する割合の増加傾向
 - ② 救急時、救急隊に医療機関選定を任せる割合の増加傾向
 - ③ 救急病院に2時間以内に来院する割合の増加
 - 4 同病院に救急車で来院する割合の増加

「疾病別医療連携推進事業」成功の鍵

- 地域における拠点病院の存在(事務局機能を担える病院等)
- 地区医師会の理解、協力(かかりつけ医カードの普及等)
- 消防署(救急隊)の理解、協力(トリアージ、ストロークバイパス等)
- 管内各市の理解、協力(普及啓発等)
- 市民の理解と参加(早期の気づき、的確な救急通報等)
- 二次保健医療圏における保健所の企画調整機能の発揮

今後の課題

- 急性期システムの運用と評価、改善
- 急性期以降、回復期、維持期、在宅に向けてのシステム化(脳卒中)
- 連携に必要なクリニカルパス等各種ツールの開発、地域での活用
- 医療機関、救急隊、市民向け普及啓発のさらなる推進
- O rt-PA療法対応可能医療機関の拡大
- 〇「ガイドライン2007」から「2010」に向けての改定作業

35

課題解決に向けた平成20年度以降の取組

「地域医療システム化推進事業」における「北多摩西部疾病別医療連携推進検討会(脳卒中部会)」から、改定「東京都保健医療計画」に基づく「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」の設置・発展へ

【目的】

- ○ガイドラインに基づく急性期脳卒中システムの運用、評価
- 〇急性期以降回復期、維持期、さらに在宅療養まで切れ目のない医療・介護サービスの提供可能な仕組の構築(クリニカルパス等ツール開発を含む)

【構成】

脳卒中の中核病院・地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会・消防署・市所管課・介護サービス事業者、リハビリ関連施設・専門職等々の各代表

【運営】

- ○全体の企画・調整、進行管理を「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」で行う
- 〇協議会には、会長、副会長、顧問を置く
- 〇事務局は、2つの中核病院が年度ごと交互に受け持ち、都からの委託を受けて協議会の運営 に関する事務、予算執行する。
- 〇保健所は、事務局を補佐する。

平成20年度以降の「協議会」の枠組み再構築

既 存 事 業

北多摩西部疾病別医療連携推進検討会 「脳卒中部会」 平成17年4月~(都事業として)

北多摩脳卒中連携パス協議会「東大和病院」
平成18年3月~(自主的研究会として)

東京都地域リハビリテーション支援事業 「独立行政法人国立病院機構 村山医療センター」 平成17年8月~(都事業として指定) 北多摩西部脳卒中医療連携協議会性会 ス会 リ部 域部 地部

再

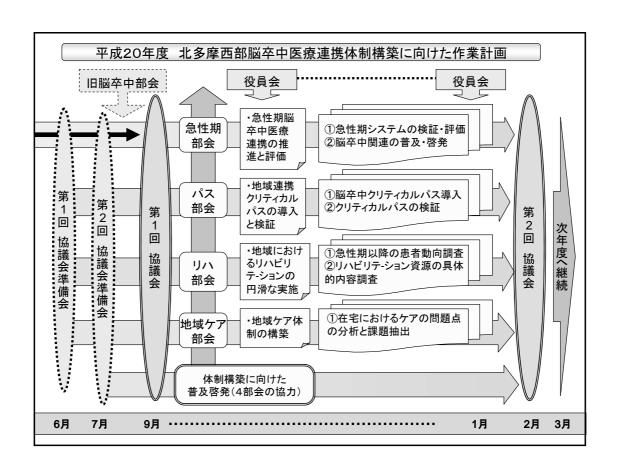
構

築

平成20年度以降の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項	具体的な内容	主要構成メンバー
(1)急性期脳卒中 医療連携の推進 と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価 ②地域における脳卒中関連の普及・啓発 ③ガイドライン2007の見直しと再調査	急性期病院(rt-PA静注療法 実施病院)、消防署、医師会、 等
(2)地域連携クリ ティカルパスの導 入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	急性期病院、回復期リハ病院、 維持期リハ病院、医師会、歯科 医師会、等
(3)地域におけるリ ハビリテーションの 円滑な実施 (リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	リハ病院、通所リハ施設、在宅リ ハ関係者、医師会、歯科医師会、 等
(4)地域ケア体制の構築(地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出②地域における在宅療養に関わる関係機関・団体の実態調査 ③訪問看護ステ-ションにおける脳卒中患者の受け入れ実績等調査 ④再発防止対策の検討・実施	医師会、歯科医師会、薬剤師会、 地域包括支援センター、在宅支 援診療所(歯科診療所)関係者、 訪問看護ステーション関係者、 摂食・嚥下リハ関係者、市所管 課、等

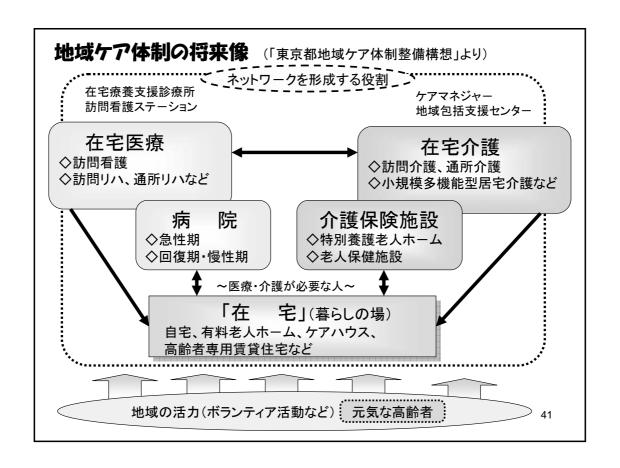
※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及 啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

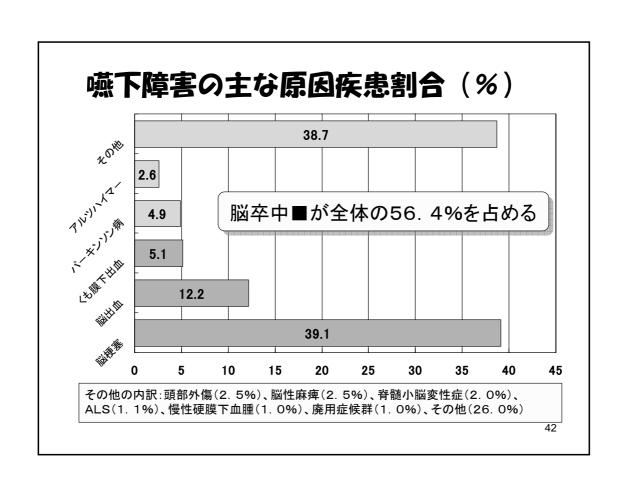


平成20年度の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項(部会)	主な課題	具体的な作業内容
(1)急性期脳卒中 医療連携の推進 と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価	①脳卒中患者搬送までの経緯、所要時間を分析し、時間短縮 のための効果的な介入点、方法を明らかにする。
(2)地域連携クリ ティカルパスの導 入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパス の導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	①北多摩脳卒中連携パス協議会作成パスの圏域内への定着 ②病一病、病一診、訪問看護ステーションで共有できるパスの 検討・開発
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施(リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	①急性期病院以降の患者動向調査⇒(1)と共同 ②圏域内における急性期、回復期、維持期に対するリハビリテーション資源の調査
(4)地域ケア体制 の構築 (地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析 と課題の抽出	①医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、市所管課、通所関連施設等に対して在宅における脳卒中患者ケアに関するアンケート調査を実施、保健・医療・福祉に関する問題点、課題の抽出、解決の方向性を明らかにする。

※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及 啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。





地域ぐるみの摂食機能支援事業の推移(平成17~19)

<17年度>

- ◎「障害児のための食べ方上手サポート事業」
 - ・摂食指導地域連絡会(発達期)の設置開催
 - ・「手づかみ食ベサポートレシピ」の作成

<18年度>

- ◎新たな「地域ぐるみの摂食機能支援事業」の基盤整備
 - ・「レシピ」による発達期研修会(障害児施設・保育所・幼稚園向け)開催1回
 - ・地域摂食機能支援連絡会(高齢期)の設置開催(2回)
 - ·地域の社会資源(高齢者関連施設、医療機関等)実態調査、「報告書」作成

<19年度>

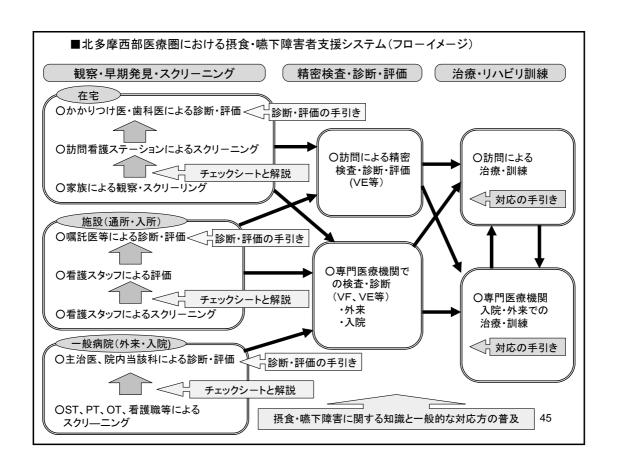
- ◎「地域ぐるみの摂食支援事業」の地域展開
- ・地域摂食機能支援連絡会(高齢期)の開催(2回)
- ・「レシピ」による発達期研修会(障害児施設・保育所・幼稚園向け)開催2回
- ・高齢期摂食・嚥下機能支援研修会(医療関係者・実務者向け)の開催2回
- ·「摂食・嚥下障害チェックシート」作成、施設等モニタリング試行
- ・「摂食嚥下障害患者受け入れ医療機関リスト」作成

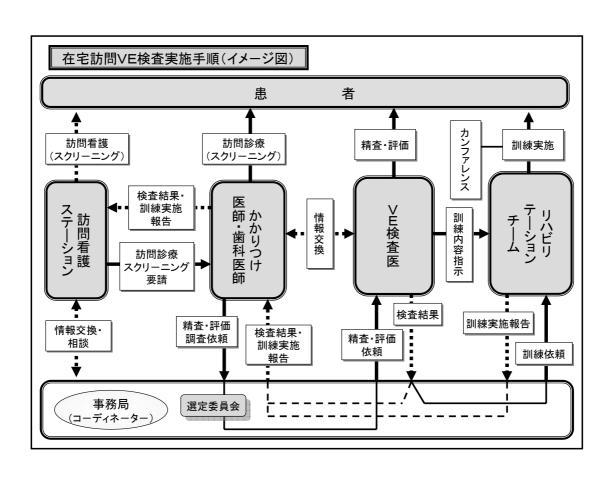
<20年度>

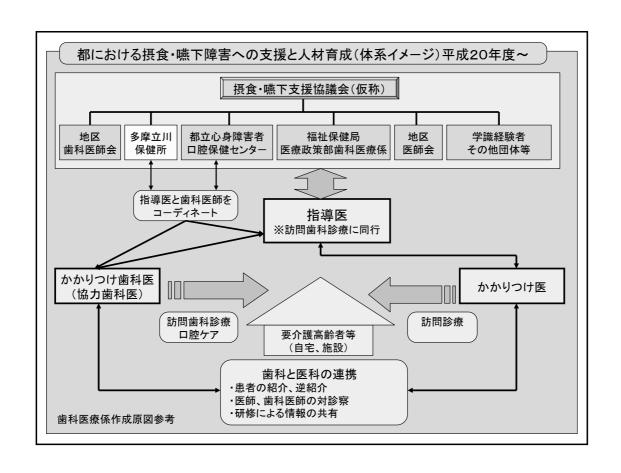
- ◎地域摂食・嚥下機能支援協議会の設置
- ・摂食・嚥下評価専門研修(医師・歯科医師)、高齢者施設における嚥下機能診断・評価

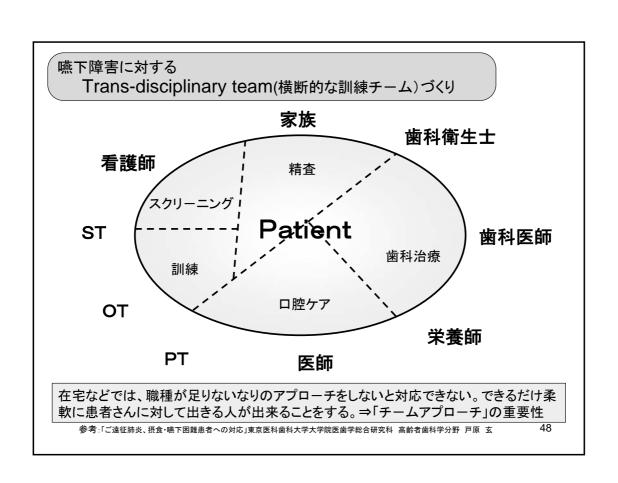
摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題(現状)と対応策

	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査·診断·評価	治療・リハビリテーション
在	【問題点・課題】 ①家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない ②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立してしない。 ③摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない 【対応策】 ①~②・チェックシートの開発・研修 ③一摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発	【問題点・課題】 ①在宅訪問により診断・評価・検査(VE・嚥下内視鏡検査・等)を実施できる医師・歯科医師がいない ②VEの検査機材がない ③在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない 【対応策】 ①一VEの実施を含む在宅での摂食・嚥下障害の検査、診断を行う医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発も含む) ②一VEの検査機材の確保 ③一在宅で嚥下評価ができるシステムの構築	【問題点・課題】 ①通院による摂食・嚥下リハビリテーション(以下、リハビリを受け入れる病院が少ない。 ②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。 ハビリ・口腔ケアの指導等を行う専門職がなない。 ③在宅での対応のしかたについて確立されていない 【対応策】 ①一③一在宅訪問で医療を行なう医師・歯科 医師及びリハビリ指導を行なう専門スタッフの養成(在宅対応の手引きなど、マニュアルの開発を含む)
入所施	【問題点・課題】 ①スツリーニングの基準が確立していない ②摂食・嚥下障害に関する専門家に関する情報が乏しい ③職員の摂食・嚥下障害に関する知識、症状に関する理解やその対応方法に関しては差がある 【対応策】 ①一摂食・嚥下障害をスクリーニングする簡易チェックシートの開発 ②~③一摂食・嚥下障害に関する専門的な診療部門の情報提供、研修の実施	【問題点・課題】 ①鳳託医等が、摂食・嚥下障害に関する対応方法(検査・診断・評価・指導)を熟知していない、 対応第1 ①一鳳託医、訪問歯科医、施設職員が、摂食・嚥下障害を疑った場合、すぐ相談できる専門家の育成 ①一施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査、診断を行なう医師・歯科医師の養成(診断・評価の手引きの開発を含む) ①一必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルートの開発	【問題点・課題】 ①摂食・嚥下障害への対応が十分でない ②利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事に 容の提供が十分でない 【対応策】 ①~②一職員が可能な環境整備の方法・食・ 介助の方法等のマニュアルの開発及びその ための研修
関(一般病	【問題点・課題】 ①摂食・嚥下障害の問題に関しては、医師の関心が低く、後回しになりやすい ②スクリーニングの基準が確立していない ③専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい。 【対応策】 ①~②一医師、歯科医師の研修(スクリーニングのためのチェックシートの開発を含む) ③一程食・臓下障害を専門的に評価してくれる相談機	【問題点・課題】 ①精密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない ②往診してくれる専門家が少ない 【対応策】 ①~②一摂食・嚥下障害を専門に外来で診てくれ、必要に応じて在宅へ往診もしてくれる医療機関の育成(診断・評価の手引き等の開発を含む)	【問題点・課題】 ①治療、リハビリを行なう病院が十分でない ②環境整備など対応方法の指導が十分とは えない ③栄養摂取のために胃ろう造設となる患者か 多い 【対応策】 ①~③→摂食・嚥下障害の評価に対して、指導・リハビリ等の対応方法の普及



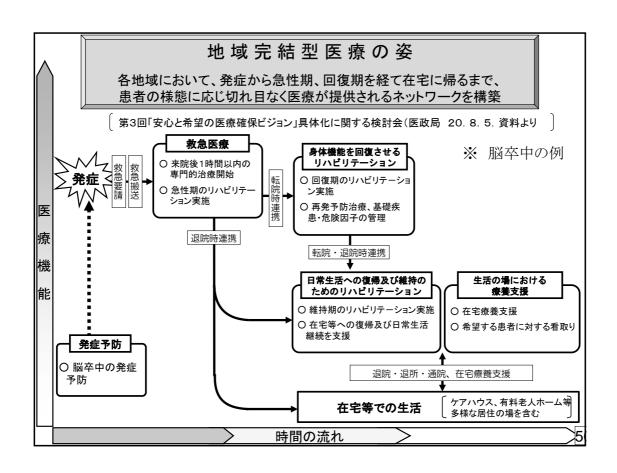






何故あらためて今「医療連携」か

- 急性期(発症)、回復期、維持期(在宅)を通して 切れ目のない医療提供体制の必要性
 - ⇒地域完結型医療の実現(自己完結型医療の限界)
- 役割・機能分担による医療資源の 効果的・効率的(有効)な活用体制の必要性 ⇒連携が不可欠
- 「疾病モデル」から「生活者モデル」への転換⇒医療連携から保健・医療・福祉の連携へ



事 例 集 (1)

脳卒中、心疾患等

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

【北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会(東京)】 ~不足する医療機能をネットワーク により整備~(略)

【備後(びんご)脳卒中ネットワーク(広島)】 *~維持期までの連携を目指したネットワーク* ~) (略)

【北多摩西部医療圏疾患別医療連携推進事業(東京)】 ~病院前救護のネットワーク~

- ・ 調査により、脳卒中及び心疾患の病院前救護体制における課題が判明
- ・ 地域医師会、消防等の関係者と連携し、市民向け講演会や医師会向け研修会を実施
- ・ 救急病院に発症後2時間以内に来院する割合及び救急病院に救急車で来院する割合が増加

【会津循環器地域連携パス(福島)】 ~ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応~ (略)

第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会(医政局 20.8.5. 資料より

5

「医療連携」(推進)の条件

- 調整役が存在する
- 合意形成の場が保証される
- 「連携」が各医療機関に実質的なメリットになる
- 何よりも患者・地域住民に支持される
- クリニカルパスなど必要なツールが共有される
- 行政計画における位置づけと予算確保がある

医療連携推進事業における都保健所の役割・機能

- 事業全体の企画・進行管理
- 関係機関・団体等との調整(中立・公平な立場)
- 関連する事業、取組の連結
- 組織化・システム化(新たな枠組みづくり)
- 情報収集、分析、提供
- 普及啓発
- 委託事務局(地域中核病院等)支援
- 都計画(本庁施策)への情報発信・企画案提起 (フィードバック)⇒普遍化による相互発展

[事例3]

「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割 ~愛媛県における事例紹介~」

事例提供者

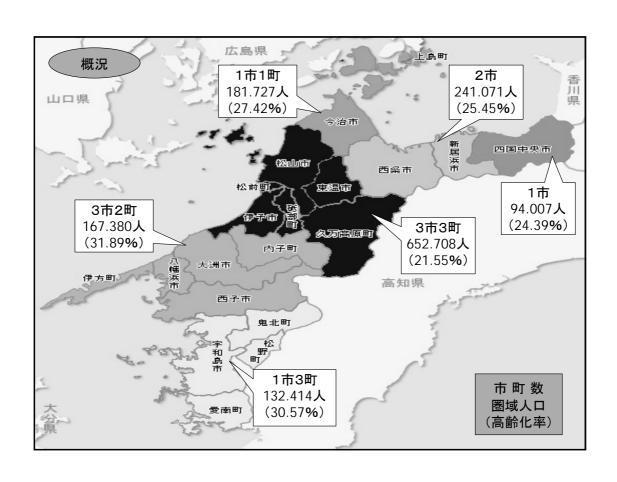
景浦 しげ子 (愛媛県松山保健所長)

事例名	【事例3】地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割~愛媛県における事例紹介~
事例提供者名	景浦 しげ子 (愛媛県松山保健所長)
コメント(1)成功要因分析	 クリニカルパスについて理解を深める 富山県砺波地域で既に作成されている連携パスを改変し使用 ケースへの導入 改善点の検討 スタッフ用のマニュアル作成 地域連携合同カンファレンス
(2)事例からみた医療連携	当初から調整
(3)保健所の関与の可能性と役割	1. 情報提供~住民へは ①地域の保健福祉医療の現状と課題 ②かかりつけ医・救急医療の適切な受診の仕方 情報提供~市町・医療機関へは ①医療機能調査の集計分析結果 ②保健福祉資源の状況 ③隣接県との情報相互提供 2. 協議の場の設置 連携パスの作成・運用・評価のため

平成20年度地域保健総合推進事業話題提供1

「地域における医療連携推進のために 保健所が果たしてきた役割」 ~愛媛県における事例紹介~

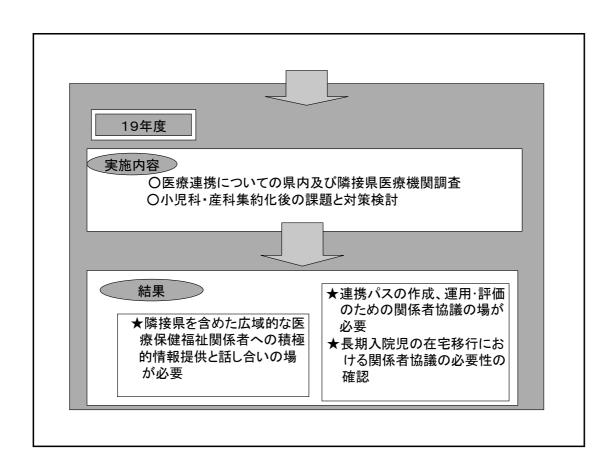
愛媛県松山保健所長 景浦しげ子



1 これまでに医療連携推進に 保健所が関与した事例から

- ①脳卒中登録事業(平成2~平成18年度)及び地域リハビリテーション事業による医療連携
- ②地域保健総合推進事業(平成18~19年度) 「少子高齢化・過疎化に対応した医療保健 福祉の連携体制のあり方」
- ③地域連携クリニカルパスをツールとした今治管内の精神保健医療福祉ネットワークの構築
- ④第5次医療計画策定における医療連携体制推 進事業への参画(平成19年度)

事例1 地域保健総合推進事業(2年間のまとめ) 18年度 実施内容 〇関係機関意向調査: 医師会·市町·保健所·大学 〇小児科・産科医療機関調査 〇在宅医療分析(脳卒中事例): 宇和島保健所管内 〇乳幼児保護者調査 結果 ★二次医療圏·県境越えての 受診事例多い ★住民の安心につながる情報提 ★小児科・産科の集約化が必要 供と相談機能の強化 ★集約化後の対策必要 ★市町の保健福祉相談 ★保健福祉医療情報の不足 窓口の一本化 ★地域における医療課題の明確化 ★小児救急受診行動についての ★「連携パス」の活用は賛成 住民啓発強化



事例2 地域連携クリニカルパスをツールとした今治管内の 精神保健医療福祉ネットワークの構築

地区概況 今治市·上浦町(1市1町) 人口 181,414人 (高齢化率27.42%)

今治管内の精神保健医療福祉関係施設

【行政関係】 今治保健所 今治市中央保健センター (他11支所) 上島町保健センター (他3支所)

【医療関係者】

★精神科病床を有する病院・・2ヶ所 正光会今治病院(単科):343床 県立今治病院(総合病院):50床 ★精神科クリニック・・・・・5ヶ所

地域連携クリニカルパス

【方法】

- ▶クリニカルパスについて理解を深める。
- ▶富山県砺波地域で既に作成されている地域 連携クリニカルパスを改変し、使用。
- ▶ケースへの導入
- ▶改善点の検討

スタッフ用マニュアルの作成

地域連携合同カンファレンスの開催

地域連携合同カンファレンス

関係者等



管内2病院



○地域連携パス利用者の処 → 遇について(退院時連絡、退 院後フォロー状況 等)

出席者:保健所、管内市町、病院関係者、社会復帰施設

○退院困難事例について

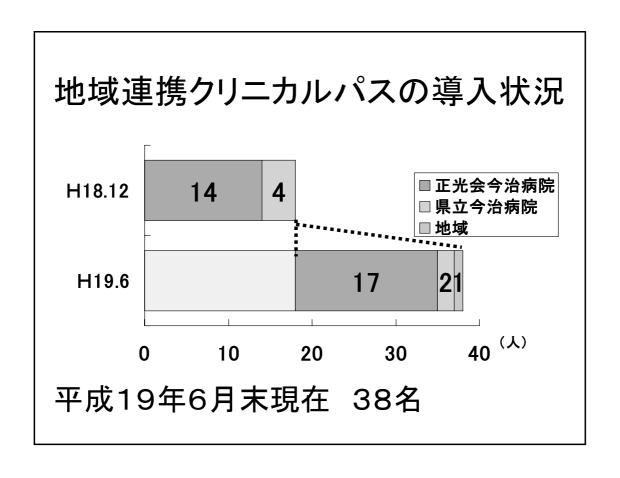


保健所、管内2病院の持ち回りで開催



地域生活





2 二才	2 これまでの活動から考えられる 医療連携における保健所の役割			
	住 民	市町	医療等	
情報の提供	①地域の保健福祉 医療の現状と課題 ②かかりつけ医・救 急医療の適切な受 診の仕方	①医療機能調査 ②保健・福祉資 ③連接県との情		
協議の 場の設 置			〇連携パスの作成・ 運用・評価のため	
		〇二次医療圏	・県境を越えた 広域連携の推進	

3 平成20年度からの保健所における取り組み

(1)地域医療・保健・福祉連携推進事業

第5次医療計画において、4疾病5事業ごとに医療連携体制を示しているが、この計画を実効性あるものとするために、各保健所がテーマを決め、地域ごとに医療・保健・福祉関係のネットワークを構築し、連携推進を図る。

★今年度から3年間を予定

(2)重点戦略推進プロジェクト

新地方局の所管エリアにおける地域の特性や課題を踏まえ、各地方局内の部内で横断的に話し合い効果的な圏域振興を図っていくために「重点戦略」や「重点戦略推進プロジェクト」を定めた

(1)地域医療・保健・福祉推進事業

保健所	分類及びテーマ
四国中央	救急医療「医療提供体制の整備」
西条	小児医療
	「ともに学ぼう!考えよう!子どもの医療!」
今 治	災害医療
	「大規模災害時の連携強化へ向けた地域の取り組み」
松山	救急医療「適正受診の推進」
八幡浜	小児医療「小児救急医療体制の充実を目指し
	て」
宇和島	脳卒中「脳卒中における地域連携クリティカル
	パス活用等による医療等連携体制の構築」

活動内容の具体例

★今治保健所

「大規模災害時の連携強化へ向けた地域の取り組み」

- ■災害時要援護者リストマップの作成
- ・災害時要援護者支援マニュアル等の作成
- 災害対策本部との連携、机上訓練(検証)住民への啓発等

★松山保健所 「適正受診の推進」

- ■課題分析と目標の共有化
- ・適正受診に向けて、住民への啓発等の実践活動
- ・実践活動の評価及び施策化の検討
- ★宇和島保健所 「脳卒中における地域連携クリティカル パス活用等による医療等連携体制の構築」
 - ▶医療ネットワーク化戦略
 - ・在宅プライマリケア戦略
 - ・地域に根ざした連携システムの構築

(2)重点戦略推進プロジェクト

(具体的内容は今後、決定)

地方局	保健所名	プロジェクト名及び内容
東予	〇西条	【安心・安全のまちづくりプロジェクト】
地方局	四国中央	誰でも安心して受けられる医療体制
	今治	の構築
		【災害に強いまちづくりプロジェクト】
		災害発生時の協力体制の構築
中予	〇松山	【健康危機管理体制強化プロジェクト】
地方局		救急医療体制の推進
南予	〇宇和島	【医療確保対策プロジェクト】
地方局	八幡浜	地域医療体制の整備
		地域医療・保健・福祉連携の推進

4 さらなる検討課題(私見)

● 県境においては、隣県との連携

保健福祉資源の情報をどのように相互提供するか? 関係者、連携パスや連携についての話し合いの場をどのように確保するか?

• がんのネットワーク構築の推進

連携拠点病院協議会において、地域の医療保健福祉機関との連 携の場の必要性の指摘あり

● 脳卒中の連携パスの動き

松山医療圏内に現在2ヶ所の大きな病院が中心となって連携パスが始動

● 長期入院小児の在宅移行支援

[事例4]

「特定健診・特定保健指導導入における 保健所の役割」

事例提供者

中川 昭生 (島根県益田保健所長)

事例名	【事例4】特定健診・特定保健指導導入における 保健所の役割
事例提供者名	中川 昭生(島根県益田保健所長)
コメント (1)成功要因分析	ハイリスクとポピュレーションの統一的展開について、市町が具体的に理解することを重視 1. 研修会や説明会を繰り返し設定 2. 各市町毎に検討会で協議、具体的にどのように考え展開するのか一緒に考える。 3. 予算と人員の確保
(2) 事例からみた医療連携	
(3)保健所の関与の可能性と役割	 市町村は、保健所に医師会・医療機関との調整を期待 市町村は、これまでの健康づくりと特定健診などの事業の関連に悩んでいる 市町村は、事業展開における具体的なアドバイスを期待



特定健診・特定保健指導導入における保健所の役割

島根県益田保健所 中川昭生

県庁における取組

- 1. 基本的な考え方やマニュアル等の発出
- 2. 健診等の実施機関との連絡
 - 1. 県医師会への協力依頼
 - 2. 健診機関等の意向調査
- 3. 関係機関、団体等との連絡、調整
 - 国保連合会、社会保険事務局、労働局との情報 交換
 - 2. 保険者協議会、地域職域連携推進協議会の活用
- 4. 健診テータ活用準備
 - 1. 全県の健診結果集計システムを制度変更にあわせて新システムへ移行・・・国保連等と協議・検討



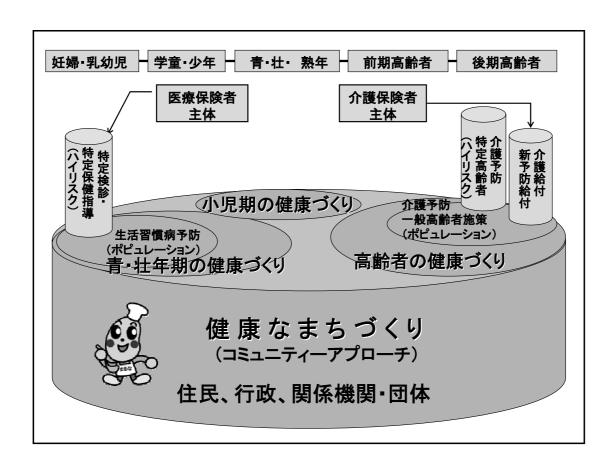


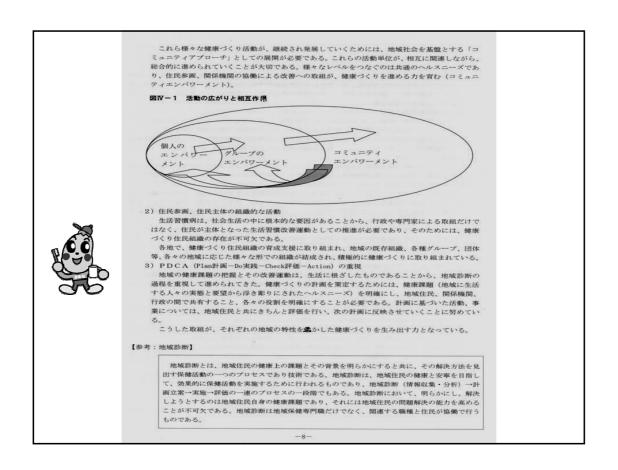
基本的な考え方やマニュアルの発出 (所長会が積極的に協力)

- · H19年3月:生活習慣病予防活動指針
 - 島根の活動を踏まえたハイリスクとポピュレーションの統一的展開
 - 県、市町村、保険者等の役割と連携
 - 地域と職域の連携
 - 島根における健康づくりの目指すもの
- ・H19年6月:生活習慣病予防活動マニュアル
 - 推進体制、関係者の役割と連携
 - 島根の活動を踏まえた特定保健指導の実際
 - 地域全体での取組事例紹介
- H20年3月:特定健康診査マニュアル



- 1、特定健診の効果的な実施
- 1) 医療保険者の役割
 - ① 特定健診等を補完する取組
 - ② 健康づくりを支援する環境 づくり
 - 3 健康なまちづくりの重視
- 2) 市町村に期待される役割
- 3) 受託機関の役割
- 4) 県の役割
- 11、地域と職域の連携について
- III、島根における健康づくりの 目指すもの







主な内容

- 1、島根の健康課題と推進体制 健康長寿しまね
- 2、特定保健指導の実際 保健指導のポイント 特定保健指導の実際例
- 3、生活習慣病予防を地域全体で取り組むために(事例)
- 4、保健指導の評価



主な内容

- 1、特定健康診査等について
- 2、事後指導と判定について
 - 1)判定・事後指導の内容
 - 2)判定・事後指導イメージ図
 - ・各種検査結果の判定基準
 - ・受診結果通知書 (島根県モデル様式)
- 3、外部委託に関する基準
- 4、健診の精度管理
- 5、他の健診との関係

フリガナ		生年月日	年	月	В	0# 8S	年月			THE PARTY NAMED IN	Study) Office
E 8		HER 0	180 第一十 () 40 特定健康診察				01.3	「服薬中:服薬無し」は 必ずチェックする			
	療を受けたことがあればり)	年 新 格				* 受診券番号 自業確状		1	余白は自由に記載		
機即任 競別的 影質異常症 G 脳卒中 心臓的		高血圧:服 類尿病:服	集中・股業無し 業中・股業無し 高階曲症):服(第中・股業無(他致	55000				保健指導基準値、各ガイ
質面その他(VIDAL (900 - MIC)	ありに「合計	100年以上、京	には6か月以上	吹って	10000				100	ドライン、治療状況など
EONE (98 (ff	A	8)	D (0)	前々四		を踏まえ、指導区分を判
	10 8		保健指導基準値	測定値 (空間) (政後 h)	指表	要 区	好 製廠	測定值	測定值		定する。 ex 高血圧治療中で血圧
	身長	(cm)			/	/	/				が正常の場合、指導区分は要医療となる
森 体 計 湖	体重	(kg)	_		/	/	/				は女体保にはも
	腰側 肥満度 (BMI)	(cm)								1	
Chief Hotel	収縮期面圧	(mmHg)	130		100011	2000	30.00				要精査を含む
m Æ	8広3振期8dDEE	(mmHg)	85		Α.	В	D			1	
尿神香	18	1800			Α	В	D				
	(銀色) (空)(現象を加減	(mg/dL)	100		Α	В	D	-			
血糖核素	へモグロビンA10	(%)	5.2		A	a/b-	D_				
	spet 服防	(mg/dL)	150		A	В	D				. MISELLE
血中脂質検査	HDLーコレステロール	(mg/dL)	39		A	В	D				a 空腹時血糖100~109
and the second	LDL-コレステロール	(mg/dL)	120		A	В	D				mg/dL またはH
	GOT	(1 U/I)	31		1120	200	1221				bA1c5.2~5.
肝機能検査	GPT y-GTP	(1 U/I)	31 51	-	A	В	D	-			4 %
	The state of the s		98#E: 410		_	_		_	_		Section 1
150 血 検 森	赤血球数	(万/mm3)	女性: 390		1						b 空腹時血糖110~125
【実施の理由】	血色素量	(g/dl)	男性:13 女性:12		A	8	D				mg/dL またはH bA1c5.5~6.
	ヘマトクリット値	(96)	男性:39								0%
柳定	2 常所見あり・異常所見なし	IREI映画 キースワグフ シェイエ分類 シェイエ分類 Dovis分類()	- 分類 (0 a (H) a (S) E常·學院網膜和	a b (0 2 (0 2 (0 2	II IV 3 4 3 4 2 · 18 6			他の検査			
【実施の理由	93	【実施の理目	B1		【実施の理由】			1			
メタボリック	フシンドロームの判定 当者です ()子儀群!	に展出します	() 25	ラレません		, ,	H AR OF T	ce stu	wert'		
総合判定											
· }	常なし 異常は 指導 - 病気を 医療・要精査 - 治療や。	がするために生	送の見直しが必要です。 医療機	数です。時代	家に相	ぬしまし	£3.				8学会基準により判定す
	(指導內容等)										る子芸華学により刊定する。
											ただし、HbA1cのみ
判断した医療	78		医糖糖剂	3							を実施している場合は
											H b A 1 c 5.5%の値
										9	を判定に用いる
				\ ××	タボリ	リック	シン	FO-	8 学会	基準	
					W (III)		≥85cr				
HS MAR etc.	を記入する。	1				女性	≥90ar	n	-		III.
										n ² に相	

健康づくりの評価にむけて

データバンク機能(保健所、保環研) 圏域別、市町村別集計

- ◆死亡統計マクロ 訂正死亡率、SMR、平均寿命等
- ◆平均自立期間の算定(介護保険活用)
- ◇基本健診結果集計
- ◆生活状況:問診票



健康指標計算マクロ集

H13年度版

↑ ここをクリックするとメニューを表示します ↑

年齢調整死亡率

死亡順位

SMR

死亡数集計

平均余命

データパス

平均自立期間

説明

人口推計

終了

特定健診結果の集計分析システム

- ・これきでの県集計システムを移行
- ・県庁、保環研、国保連にて検討準備中
- <課題>
- ・メタボ判定と総合判定のみではなく、個別疾患毎の判定がなされるかどうか
- ・ 職域保険分も活用できるかどうか



益田保健所における取組

<基本的視点>

- 老健事業は廃止ではなく健康増進事業へ移行
- ・ 地域健康づくり運動との一体的展開の重要性
- 健康増進計画と特定健診等実施計画の関係
- チャンス:国保・職域との連携、トップの理解等

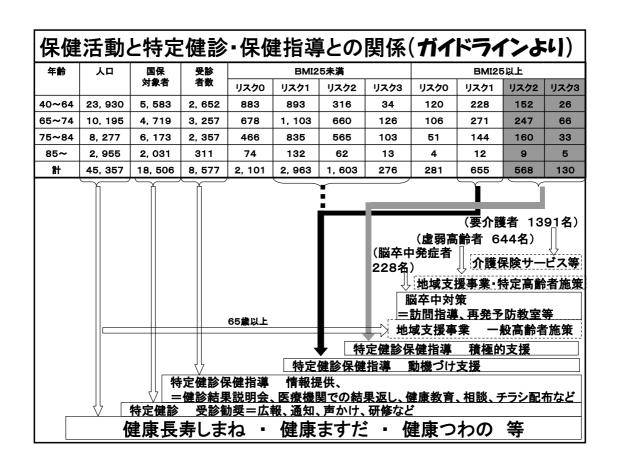
<取組項目>

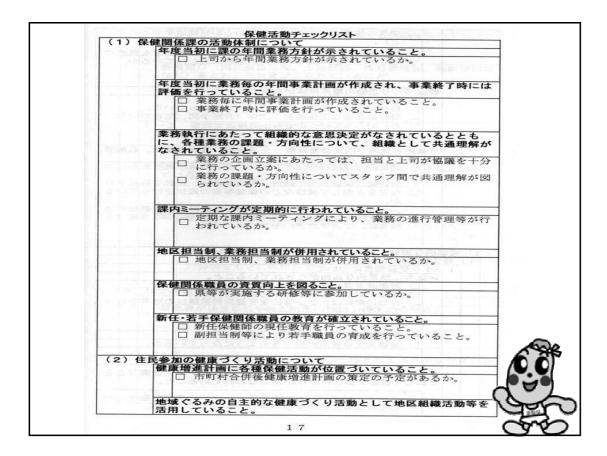
- 市町(保健、国保)の理解促進、取組支援
- 地区リーダ等への説明、健康づくりへの活用
- 市町長への説明、体制充実の依頼
- 郡市医師会、医療機関等への説明、協力依頼

ハイリスクとポピュレーションの統一的 展開について、市町が具体的に理解 することを重視

- 1. 研修会や説明会を繰り返し設定(H18年以降) 管内全体2回、市町個別1回ずつ、職能(栄養士、保健 師)1回ずつ、国保・保健担当課長1回、地区健康づ くりリーダ等
- 2. 各市町毎に事業検討会で協議(H18年以降) 具体的にどのように考え展開するのか一緒に 考える
- 3. その他
 - 1. 予算と人員確保 資料準備助言(ペナルティ額、稼働量計算等)

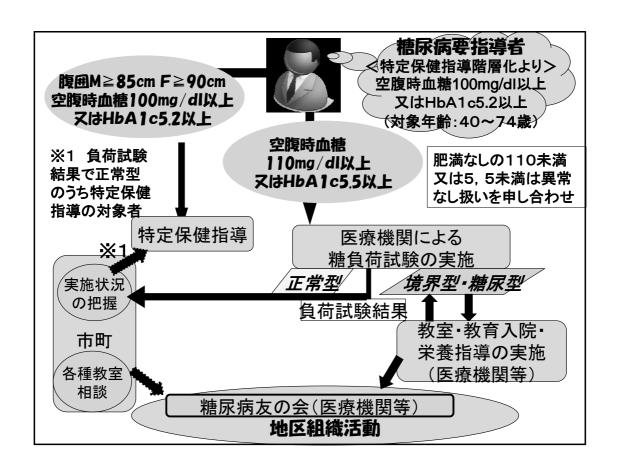


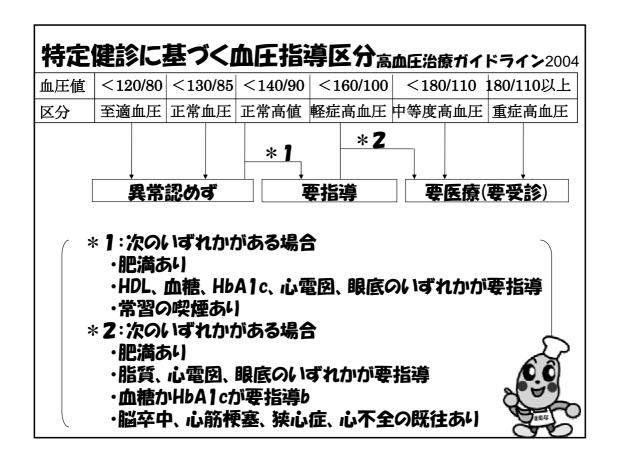




以下のような課題にどう取り組むのか、保健所は市町村に助言し、一緒 に考える役割がある

- ◆ 有所見者の2/3を占める肥満のない高 血圧、 糖尿病、高脂血症等への対応
- ◆ 治療中断者、未受診者への対応
- ◆ 空腹時血糖 100~110mg/dl、HbA1c 5.2~5.5までの人への対応
- ◆ 75歳以上の高齢者への対応
- ◆ 地域健康づくり活動、友の会活動等との関係
- ◆ 健診データ等の集計、活用方針





市町への説明資料~市町長説明に使用~

ねらい:

★ 地域ぐるみの活動展開が重要★ 人員確保が必要



健診結果による階層別の割合 (血糖異常者を例に)

要医療 1,509(9.7%) 肥満者要指導 1,037(6.7%)

非肥満要指導 2.415(15.5%)

血糖正常者 10.574(68.1%) ← 医療機関(未受診者は市町村)

← 国保等保険者(75歳以上は市町村)

市町村



H15年度基本健診空腹時採血者15.535名の結果より

目標を達成するために必要な取組

特定健診受診 率(国保:6 5%)

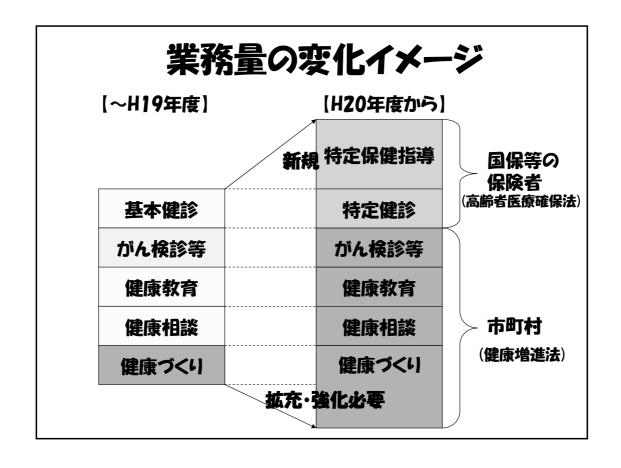
- ·個人通知等周知徹底
- ・誘い合い等地域ぐるみの取組推進

特定保健指導 实施率45%

- ・保健師、管理栄養士の確保、人材育成
- ・受けやすい条件整備。健診結果の説明を通じて受ける気になってもらう。
- ・グループや地域ぐるみの取組推進

該当者、予備軍減少率10%

- ・特定保健指導終了者のフォロー
- ・現在は該当ではないが、生活習慣が悪い者への指導
- ・地域ぐるみの取組推進



特定健診等事業は保健所の業務ではないのだろうか?

- ・市町村は、保健所に医師会・医療機関と の調整を期待しています
- ・市町村は、これまでの健康づくりと特定 健診等事業の関連に悩んでいます

・市町村は、事業展開における具体的なアドバイスを期待しています

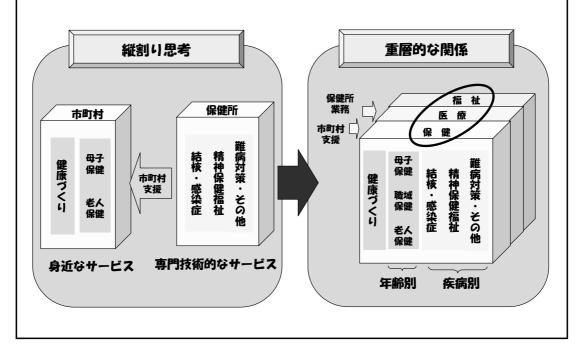
保健所がこうした市町村の期待に応えるのは、市町村支援のためだけではない

平成19年度 保健所の充実強化に関する提言



全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会 平成20年

縦割り思考ではなく重層的な関係



健康なまちづくりは保健所業務

コミュニティーの健康づくり活動育成により

- > 精神、難病患者等への理解と支援が広がる
- > 食中毒や感染症予防の生活を徹底する
- > 適正な廃棄物処理や環境保全に取り組む
- > 適正受診と医療を守り育てる取組を展開する
- > 動物愛護と適正飼育を実践する
- ▶健康危機管理の際のセーフティーネットが機能する

保健所業務の効果的な推進に極めて重要です

[事例5]

「広島市の特定健康診査」

事例提供者

中本 稔 (広島市東区厚生部医務監 東保健センター長)

± m a	
事例名	【事例5】広島市の特定健康診査
事例提供者名	中本 稔 (広島市東区厚生部医務監東保健センター 長)
コメント (1)成功要因分析	広島市では、これまでの老人保健の健康診査の 受診者の半数以上が65歳以上であること、また 64歳以下も健保被扶養者が多いことから、特定 健診・特定保健指導の実施には困難な状況がある。 これまでと同様に医師会と原爆障害対策協議会(原対協)の役割が大きく、特定健診も集合契約で 計画をすすめる。特に原対協は施設健診も含め、 医師会の精度管理を担っている。市内には3医師 会が存在しており、これらを調整する保健所(保 健部)の役割が重要である。
(2)事例からみた医療連携	特定健診・特定保健指導に関しては、原対協を含めて医師会の集合契約であり、特別な連携機能はない。
(3)保健所の関与の可能性と役割	市内の3医師会と行政が連合地対協を作り、保健医療に関わる課題を検討している。平成20年度では特に救急医療について夜間救急診療所を広島市が設置し、広島市医師会が運営を始めた。これらの調整に保健所(保健部)が重要な役割を担った。

広島市の 特定健康診査





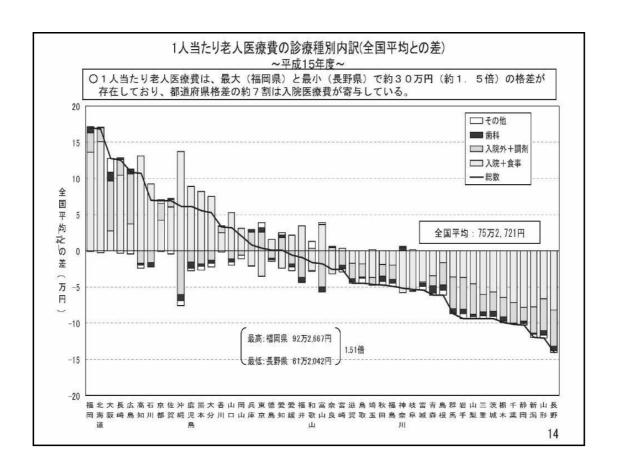
広島市東区厚生部医務監 東保健センター長 中本 稔

広島市の概要(平成17年)

- 面積905km²、太田川河口
- 人口115.4万
- 高齢化率16.9%
- 出生率千対9.6
- 合計特殊出生率1.28
- 新生児死亡出生千対1.4
- 悪性新生物では肝臓がん死亡率高い。
- 平均寿命は男性79.45、女性86.33 政令市では男性4位、女性1位。
- 被爆者(健康手帳保有者)が8万人

広島市保健医療課





広島原爆障害対策協議会(原対協)

● 被爆者と行政(県市)、医師会(県市)の三者の 構成で1956年に設立。

当初は被爆者の健診、職業補導、生活相談など総合窓口

- 1989年、総合健康センターと福祉センターを分離。 前者は健康管理、健康増進、健康科学館の事業
- 広島市が集団(+施設)健診を実施しているのは、この原対協健康管理部の役割が大きい。
- 広島市の老健健診のうち48%が原対協が実施
- ちなみに被爆者健診一般検査のうち60%が原対協実施

広島市保健医療課

老人	老人保健健康診査の平成19年実施状況						
区分	-	健診 ▮ ※1)	被爆者健診 (一般検査延人数 ※2)				
		(再揭) 原対協実施分		(再揭) 原对協実施分			
個別健診	28,326		19,795				
施設健診	10,751	10,751	10,239	10,239			
集団健診	15,092	8,894	19,746	19,746			

※1 被爆者生活機能評価を除く。

計

54,169

広島市特定健診等実施計画

19,645

49,780

29,985

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
対象者数	196,980	199,890	202,80Q	205,450	208,090
特定健診 実施率	30%	40%	50%	60%	65%
実施者数	59,090	79,960	101,400	123,270	135,260
特定保健指導 対象者数	13,680	18,500	23,430	28,400	31,090
同 実施率	25%	30%	35%	40%	45%
同 実施数	3,420	5,550	8,200	11,360	13,990
(再掲) 動機づけ支援	2,290	3,750	5,570	7,800	9,710
(再掲) 積極的支援	1,130	1,800	2,630	3,560	4,280
MS該当者・予 備群の減少率					-10%

広島市の特定健診 受診率向上をめざして

広島県の集合契約 (市内には3医師会)

集団・施設健診と個別健診の3形態

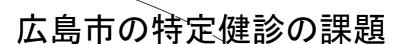
保健指導の動機づけは直営(看護指導員

特定健診、メタボリックの周知の役割も「健診通知」にはがん検診も一緒に

(胃、女性がん(子宮、乳)は別)

統一の受診票は問診+生活機能評価 特定健診+肺、大腸、肝がん検診結果

広島市保健医療課



- 受診率が目標?除外規定 入院入所者の除外ができない→未受診者にアンケートを行う予定10万人の健診をどの機関が行うのか
- 保健指導一動機づけ 衛生部門が行うがその評価はこれから 中間見直しで完全委託か、一部直営か

広島市保健医療課

[事例6]

「倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の取り組みから」

事例提供者

篠原 淑子(倉敷市保健所健康づくり課長)

事例名	【事例 6 】倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の 取り組みから
事例提供者名	篠原 淑子 (倉敷市保健所健康づくり課長)
コメント (1)成功要因分析	参加率向上のために・・・ ・単なる案内状送付では1~2割の申し込み ・参加者のライフスタイルやニーズに柔軟に対応 ・"待ち"ではなく"攻め"の姿勢が必要 そこで積極的に電話による参加勧奨 ・夜間コース、出前コースを準備 ・参加者からの紹介キャンペーンの実施 など多彩なコースで実施
(2)事例からみた医療連携	
(3)保健所の関与の可能性と役割	どのように施策に活かすか!! ~中核市保健所としての役割~ ・中核市は県型保健所と市町村機能が必要 ・国保対象者だけでいいの? ・モデル的実施で効果的なプログラム開発 ・保健指導実施機関の資質向上のために・・・ 委託先も含めた保健指導者の実践的研修会 巡回支援などのバックアップ体制 ・職域保健との情報交換・連携(地域・職域連 絡会) 他の保険者にも還元できる





今までも健診の事後指導は してたけど...

^{案内しても} 参加率が 悪い!

健診が委託に なりますます 保健指導がや り辛くなった タイムリーがい いのはわかって るけど・・・

男性や若い人の 参加者が少ない

効果が行政内部 にうまく伝えら れない 評価が不十分? 基準がない

来る人って決 まってるよね 希望者だけへの アプローチで いいの?

時間と労力が かかり過ぎ? 費用対効果の検証 ができていない。



参加率の向上のために...

単なる案内状送付では1~2割の申し込み 参加者のライフスタイルやニーズに柔軟に対応 "待ち"ではなく"攻め"の姿勢が必要

そこで

積極的に電話による参加勧奨 夜間コース、出前コースを準備 参加者からの紹介キャンペーンの実施 など

多彩なコースで実施してみました。

健康福祉プラザ「健康づくり事業」 ~ヘルスチェックでリスク管理~

- ①医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士など 充実したスタッフと設備
- ②土日や平日は夜9時まで専門スタッフが常駐
- ③多彩なメニューの中から参加者のライフスタイルやニーズ に柔軟に対応
- ④運動・食事・休養の総合的な個別健康支援プログラム
- ⑤運動負荷テストなど含めたヘルスチェックから本人に最適 な運動強度を算出し運動処方。(健康リスク管理)
- ⑥ライフスタイルチェックで個人の意識や行動変容レベルを 点数化し評価



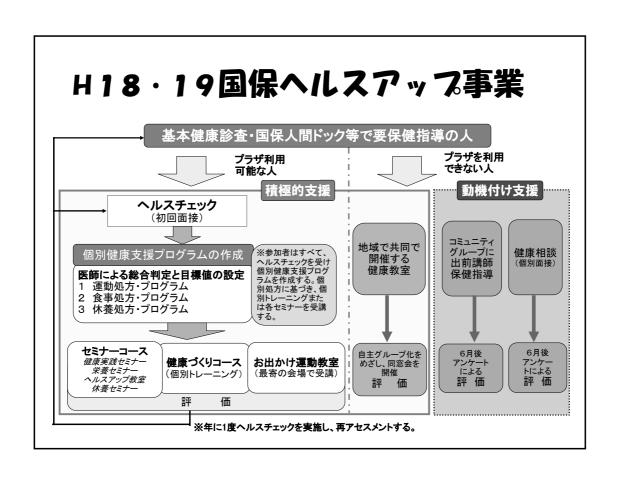












結果は?



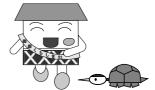
健康福祉プラザ実施

コース名	セミナーコース	健康づくりコース	お出かけ運動教室	夜間コース	グループ支援
支援の種類	両方対応	両方対応	両方対応	動機づけのみ	動機づけ支援のみ
支援形態	グループ支援	個別支援	グループ支援	個別支援	グループ支援
参加者数	15人	79人	5人	2人	216人
脱落率	0	1. 1割	0	5割	0. 4割
特徴	個々の健康課題に応じた処方に基づき、運動・ 栄養・休養のプログラムを一貫して受講できる	施設のフリー利用と併せて支援を実施。ライフスタイルや希望に合わせたメニューを選択できる	地域の会場に出向いて 健康教室を開催	仕事を持っている人や 日中のサービスの利用 しにくい人が参加できる	地域の既存のグループ の集まりに出向いて支 援。
支援ポイント	1040	190以上個々に異なる	500		
腹囲改善率(3cm以上)	1. 3割	積極的5割 動機づけ測定なし	4割	0	0. 6割
体重改善率(3kg以上)	2. 7割	7割	2割	0	0. 4割
行動改善率(平均)	7. 3割	3. 6割	7割	5割	5. 8割
まとめ	ムを見直し継続の息 識付けを行った。主に 食事の改善率が高	運動施設の利点を活かし、保健指導以外にも自主的に施設の利用を促し効果が上がった。しかし、すでに維持期の人も多く行動変容の改善率は低かった。		積極的支援も受け入れ可能としたが、仕事帰りの人が多く、国保対象者の利用は少なかった。	参加者間の励ましに より行動変容率は高 かったが、1回のみの グループ支援で個人 に合わせた計画が十分でなく測定結果の 改善には至らなかっ た。



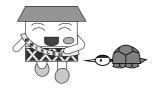
- ①運動施設の利点を活かし、保健指導以外にも自主的な施設利用を組み合わせ、効果が上がった。
- ②健診結果の案内通知のみでは参加者が少ない。健診機関からの紹介がないと難しい。
- ③実施期間の改善はあるがその後の施設利用がない場合 6ヶ月後にリバウンドするケースが多い。プログラムを見直し 評価1ヶ月前に励まし支援を実施すると効果的であった。
- ④行動変容の内容については運動より食事についての改善率が高かった。
- ⑤夜間コースは仕事帰りの人が多く、国保対象者の利用は少なかった。

結果は?



地域保健(保健師)との共同開催

支援の種類	積極的支援	動機づけ支援			
支援形態	グループ支援(一部個別中心あり)	個別支援			
実施地区	5地区	1地区			
実施コース数	7コース こつこつコース・ぐんぐんコース・わいわいコース メタボノックアウト教室・脱メタボ健康応援プログラム 脱!メタボリック教室・「素敵にからだ改善!」教室	1コース			
対象者数	1044人	47人			
参加者数	118人	44人			
参加率	0. 4~5. 4割	9. 4割			
脱落率	0~2割	0. 7割			
特徴	参加への関心度が高まる教室のネーミングを工夫。 担当保健師を決め定期的個別支援を併せて実施。 効果的な教材作成など工夫。	健診当日に個別面接支援を実施することでタイムリー な支援を実施。			
支援ポイント	330~530P				
腹囲改善率(3cm以上)	3. 8割	2. 7割			
体重改善率(3kg以上)	2. 5割	0. 5割			
行動改善率(平均)	4. 5~10割(7. 7割)	4. 9割			
まとめ	集団検診の多い地区の参加率は高いが医療機関委託による健診が多い地域は参加率が低い。しかし、参加率が高いと脱落率も高い傾向がある。指導者側のモチベーションが効果に反映している傾向にあった。	健診直後の介入が効果的であった。動機づけ支援の みでも初回支援において具体的な目標設定ができてい れば効果が期待できる。			



- ①健診直後の介入が効果的であった。動機づけ支援のみでも 初回支援において具体的な目標設定ができていれば効果が 期待できる。
- ②集団検診の多い地区の参加率は高いが医療機関委託による健診が多い地域は参加率が低い。しかし、参加率が高いと 脱落率も高い傾向がある。
- ③指導者側の熱意が対象者のモチベーションに影響し、効果に反映している傾向があった。
- ④身近な地域で開催するため、終了後の自主グループ化に 結びつけることができた。

事業評価から..



保健指導者が陥りやすい "落とし穴"

測定数値にとらわれすぎない。・・・測定条件が同じでないと 比較できない。

減り過ぎはかえって危険。専門家のリスク管理が必要。

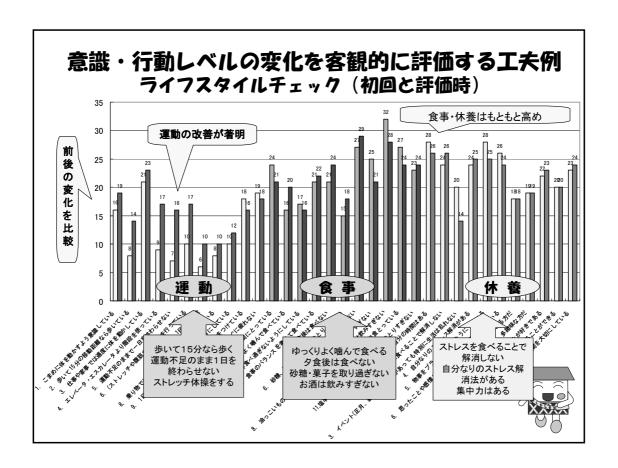
行動変容や意識レベルを客観的に評価する工夫が必要

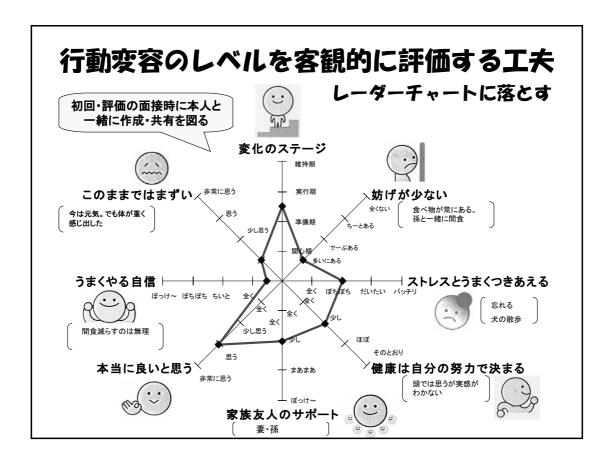
事業の参加前後で点数を比較し自身の変化を客観的にとらえることでできる。

生活上の良い変化を共有し改善意欲に繋げることができる。

保健指導者の熱意が必要です!







指導者の熱意が必要です。



対象者には

・腹囲3cm減や体重3kg減が目標ではなく、 「達成したら〇〇をする。」など生活スタイルや 趣味まで落とし込んだ具体的目標設定やご褒 美が継続の秘訣。

保健指導者には

・保健指導者自身が対象者と目標を共有し、変化を引き出すことで自信をつけることができる。 あなたの笑顔が対象者のモチベーションアップにつながる

保健指導実施者の人材育成まずは職員の意識改革!

《平成19年度の取り組み》

- 1人最低3事例を受け持ち実践
- 職場の中で取り組みやすい環境づくり体制づくり・・・マネージャーの位置づけ
- OJTを取り入れた年間研修計画と発表の機会
- ロールプレイとグループワークを組み合わせた 主体的研修が好評
- 内部講師主体の研修・・・講師自身が大いに学ぶ

倉敷市特定健診·保健指導研修(H19年度)

目 的: 平成20年度から義務づけられる特定健診・特定保健指導を効果的に実施する ために医療保険者としての企画・実践・評価の能力と、保健指導従事者として生 活習慣病予防のための保健指導を担う実践者の育成を目的とする。

対 象: 保健所保健師・栄養士、各保健福祉センター保健師、在宅保健師・栄養士、国保職員 ※国保職員は基本研修のみ

1、基本研修(マネージャー・実践者・国保職員共通研修) 標準的な健診・保健指導プログラムを理解し、各論研修につなげていくためのものとして、最初に取り組む。

2、企画・評価研修(マネージャー養成研修)

医療費情報や健診データの分析結果に基づき、地域の特性・課題を明確化し、取り組みの優先順位の決定から事業企画に至るまでと、実施結果の評価について指導者と共に実施できることを目的とする。

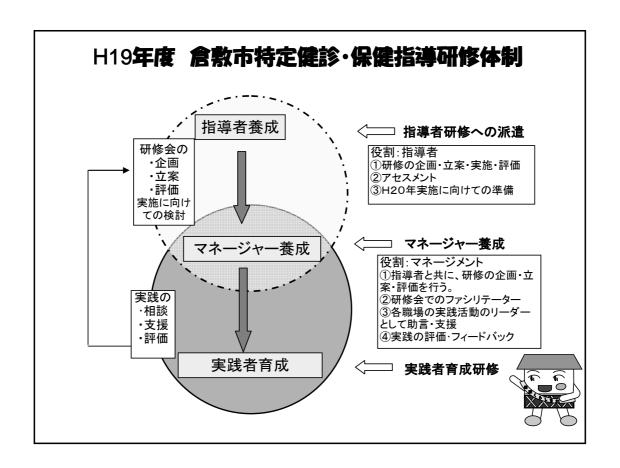
3、保健指導者実践研修(マネージャー・実践者共通研修)

対象者の健診データを読み解き、検査結果と生活習慣や栄養等のアセスメント結果から対象者の状況に応じた代謝の説明及び生活習慣改善の支援と行動変容に至るまでの保健指導の各ステージで必要な能力を習得するための研修として実施。

前期研修 ⇒ 職場での実践 ⇒ 介入事例をもって後期研修

実践者の到達目標

- ①健診・保健指導の仕組みについて理解している。
- ②メタボリックシンドロームの医学的基礎事項を理解し、説明できる。
- ③メタボリックシンドロームの栄養・運動のアプローチを心得ている。
- ④対象者の行動変容のためのアプローチ技術(カウンセリングを含む)を身につけている。
- ⑤介入プログラムの計画・実施・評価をマネジメントできる。
- ®個別もしくは集団に対する介入事例を3件以上報告できる。



どのように施策に活かすか!!

~中核市保健所としての役割~

中核市は県型保健所機能と市町村機能が必要国保対象者だけでいいの?

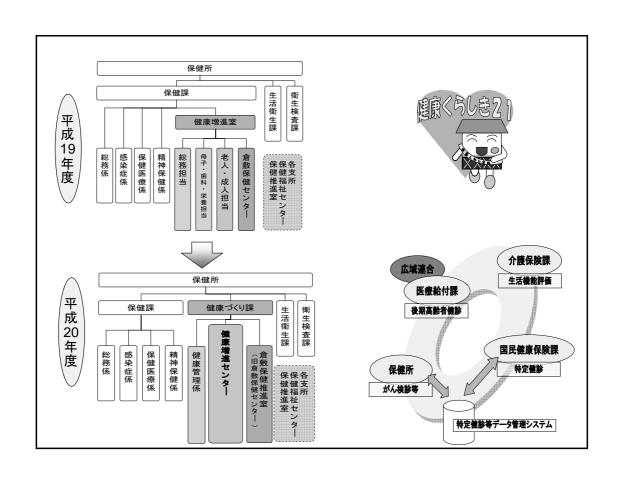


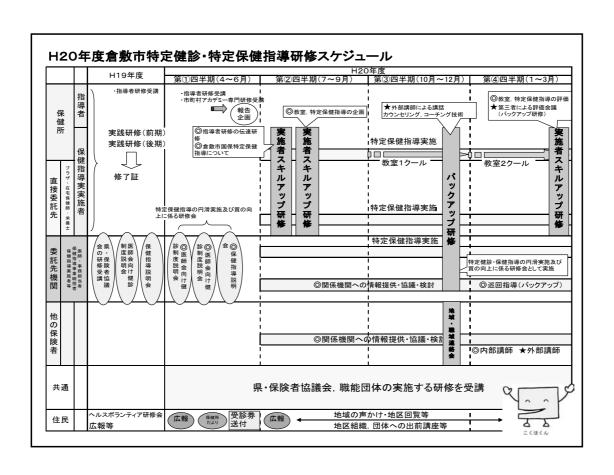
モデル的実施で効果的なプログラム開発

保健指導実施機関の資質向上のために・・・ 委託先も含めた保健指導者の実践的研修会 巡回支援などのバックアップ体制

職域保健との情報交換・連携(地域・職域連絡会)

他の保険者にも還元できる





ゃっぱり ポピュレーションアプローチ!!

健診受診率・保健指導利用率・メタボ減少率を達成するためにも 市民全体の健康づくり意識・関心を高めよう!

保健指導で成果の上がった人こそ貴重な人材

地域の健康づくり推進リーダーを育成し、 活動の機会を提供。波及効果を狙おう!



【九州ブロック】

九

州

[事例1]

「出雲圏域における精神長期入院患者退院 支援の取り組み」

事例提供者

平賀 瑞雄 (島根県出雲保健所長)

事例名	【事例1】出雲圏域における精神長期入院患者退院 支援の取り組み
事例提供者名	平賀瑞雄(島根県出雲保健所長)
(1)成功要因分析	 ①調整に必要とされる条件 ・医療連携の基礎となる事業や役割を保健所が有している ・特に介入可能な権限を有しているため、医療機関とも対等な立場で議論可能 ②調整に役立つ条件、ノウハウ ・医療機関が見ることのできない面を把握すること ・緊急対応で介入可能なこと ・地域連携については、保健所にノウハウの蓄積があるため、それを活用すること
(2)事例からみた医療連携	・長期間かかって連携のレベルを上げることが必要 ・初期においては、研究費等を活用し、第3者的な評価、助言等を受けながら、協力的なカウンターパーの連携を行う ・その後は、周囲を巻き込んでいく方法がある
(3)保健所の関与の可能性と役割	・精神保健分野は本来機能として保健所が有しており、関与可能性は十分にある ・役割としては、調整というより本来機能の発揮と考えられる

出雲圏域における精神長期入院患者退院支援の取り組み

島根県出雲保健所 平賀 瑞雄

- 1. 出雲圏域の概要
- ・島根県東部。出雲市及び斐川町の1市1町で構成され、人口17万7千人。
- ・精神科病床を持つ病院は4か所(県立2 大学1 民間1)488床 市立病院と診療所(9か所)がある。
- ・保健所の体制は2部8グループ 職員40人 精神担当は課長を含め4人。
- 2. 心の健康支援グループ事業
- ・平成20年度の活動項目と年間計画
- 3. 精神障害者地域生活移行支援事業
- (1) 圏域の取り組み経緯
- · 昭和 4 3 年 病院連絡会発足
- •昭和49年 出雲地域精神保健福祉協議会発足
- ・平成10年~ 精神保健福祉ボランティア養成講座開始
- ・平成12年~14年 長期入院患者(社会的入院)の在宅支援推進事業
- ・平成15年~17年 精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する 企画研究

(2) 退院支援の体制

出雲保健所での研究事業をもとに平成19年度から県事業として予算化

- ①地域生活移行検討会議(全県)・・精神病床における入院患者調査(H19)
- ②精神障害者地域生活移行支援圏域会議(圏域)・・圏域の課題抽出と方策検討
- ③自立支援ボランティアの養成(保健所)
- ④精神障害者退院支援事業委託 · · 個別支援計画·会議、退院連絡調整等

研究事業からの継続

- ⑤生活サポーター
- ⑥精神科救急支援チーム
- ⑦心の健康づくり取り組み隊

(3) ネットワークづくり

- ①出雲地域精神保健福祉協議会
- ・医療に関する部会(2回)
- ・在宅支援に関する部会(2回)
- ・地域生活移行支援のための研修 (H19年度は2回に分け、病院の立場と 地域の立場からそれぞれパネルディスカッション)
- ②出雲市障害者自立支援協議会(生活保護受給者の退院支援ネットワーク会議 就労・社会参加、相談・サービス、住居・生活の専門部会等)
- ③ふあっと(出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会)

(4) 事業の成果と評価

- ・19年度対象者7人 退院 5人 会議 14回 自立支援ボラ活用1人
- ・上記以外に市の事業で6人が退院している。(地域生活支援事業の拡がり)
- ・評価指標の作成

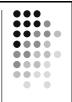
(参考) 研究事業での退院実績

- · 県立精神科病院 平成15年9月~平成17年3月 47名退院
- ·民間精神科病院 平成16年1月~平成17年10月 15名退院

4. 今後の課題

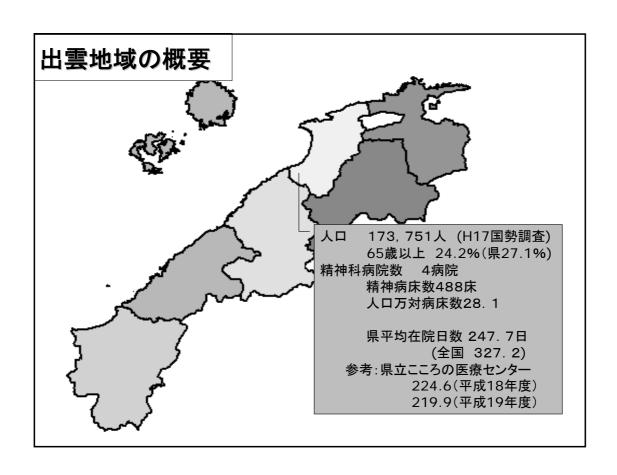
- ・ 退院後の緊急対応
- ・市町のサービス利用計画への移行
- ・自立支援ボランティアの活用
- ・市町の自立支援協議会の動きへのリンク
- ・保健所に対する期待と保健所総体での対応

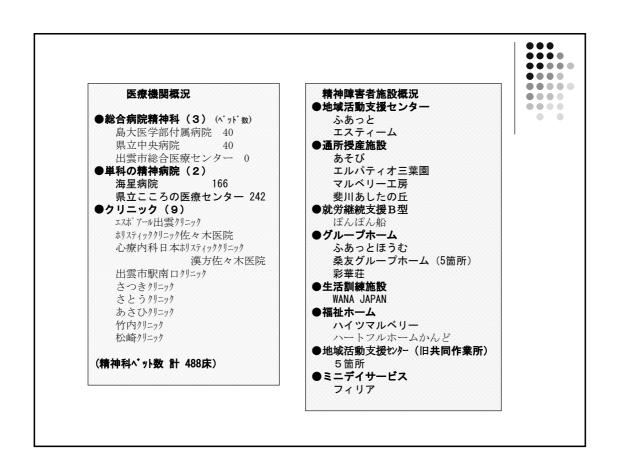
平成20年8月8日 九州ブロック保健所検討会

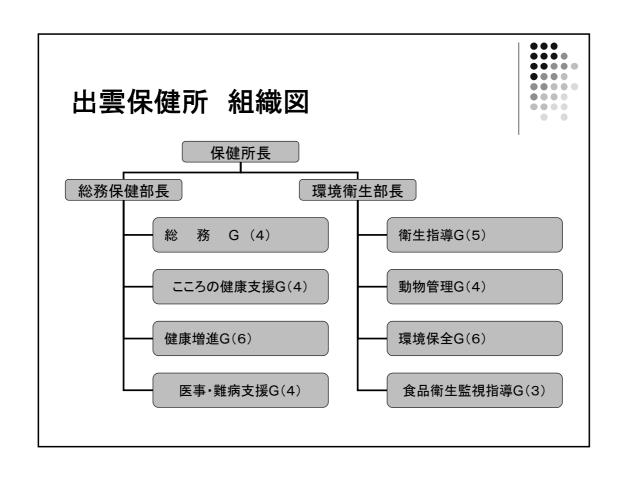


出雲圏域における精神長期入院 患者退院支援の取り組み

島根県出雲保健所







こころの健康支援グループ事業

- 1. こころの健康づくり啓発活動
- 2. 自殺予防対策
- 3. 相談事業
- 4. 医療との連携
- 5. 入院患者の退院促進
- 6. 精神障害者の自立と社会参加
- 7. 関係機関の連携とネットワーク
- 8. 市町の精神保健福祉活動への支援

年間活動予定



	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月
会議				
地域精神保健福祉協議会	6月		11月	
医療連携·在宅支援部会		7月		
自殺予防部会(連絡会)		8月		2月
自立支援ボランティア連絡会	6月			1月
社会適応訓練運営委員会		8月		2月
精神科救急医療連絡調整会議			10月	
研修会				
退院促進関連・自殺予防など		7月	11月	
ボランティア養成		7•9月		
相談事業(定例相談·酒害)				
啓発事業(健康づくり取り組み隊)				

出雲地域精神保健福祉ネットワーク

- 出雲地域精神保健福祉協議会(S49~)
- 酒害相談連絡会(S54~)
- 出雲地区家族会連絡協議会(S63~)
- 出雲地区当事者交流会(H10~12)
- 精神障害者社会適応訓練運営協議会·事業所連絡会
- 精神科救急圏域連絡調整会議(H12~)
- グループホーム連絡会
- 共同作業所連絡会(H12~:事務局は作業所持ち回り)
- 市町村自立支援協議会:出雲市H19,11·斐川町H19,12設置

出雲地域精神保健福祉協議会



- ▼医療の連携と在宅支援に関する部会▼
- 1. 部会の目的

出雲地域の精神障害者の自立と社会 参加を推進するため、長期入院患者の 退院支援のネットワークの充実ととも に地域生活を支援するための環境整 備を図る。

- 2. 検討事項
 - 1) 地域生活移行支援事業の効果的な実 施に関すること
 - 2)退院支援の取り組みの評価に関すること
 - 3)地域のサービス事業所の連携及び資質の向上に関すること

▼自殺予防に関する部会▼

1. 部会の目的

圏域の地域ネットワークを構築し関係機関団体等との連携を強化するとともに、地域や職域において啓発を行い、自殺予防の必要性に対する意識の高揚を図り、自殺率・自殺者数の減少を図る。なお、本部会は出雲圏域自殺予防対策連絡会として開催する。

- 2. 検討事項
 - 1) 行動計画案の作成
- 2) 自殺予防体制整備に向けた事業 展開
- 3) 啓発活動



出雲地域精神保健福祉協議会の構成

所属	職名
県立こころの医療センター	院長
島根大学医学部	教授、地域医療連携センター
県立中央病院	精神神経科部長
医療法人同仁会海星病院	院長、看護部長
エスポアール出雲クリニック	院長
出雲市駅南クリニック	院長
精神障害者地域支援センター	ふぁっと施設長
精神障害者地域生活支援センター	エスティエーム施設長
出雲地域家族会連合会	会長
出雲市	福祉推進課課長補佐
斐川町	健康福祉課課長補佐
出雲保健所	所長

出雲圏域の退院支援取り組み経緯



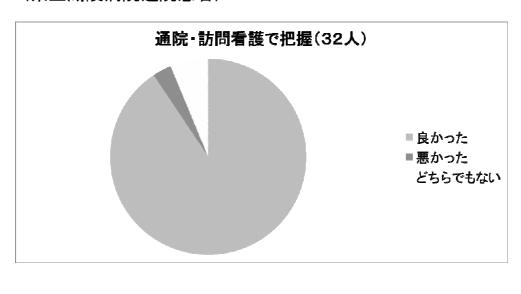
- H10~精神保健福祉ボランティア養成講座
- H12~14年 長期入院患者(社会的入院)の在宅支援推 進事業 (入院患者の調査、地域支援体制の調査)
- H15~17年

精神障害者の在宅支援ネットワークの構築に関する企画研究 (退院促進、高齢者施設調査、ホームヘルプサービス等のワーキング部会)

(厚生労働科学研究事業費)

退院患者の感想

(県立湖陵病院退院患者)



条件が整えば退院できる人も多い

•••

••••

. . . .

- ①本人の退院意欲
- ②本人の生活訓練
- ③退院できる場(自宅・保護者・通院条件等
- ④生活を支える環境整備
- ⑤長期入院予防の体制整備 等

病院の役割

- ・事例に沿ったケアマネー ジメントと支援会議
- ・患者の退院意欲促進
- 本人の生活訓練

地域の役割

- ・本人の退院意欲の支援
- 生活を支える環境整備
- ·長期入院予防の体制整 備等

取組の成果



- 長期入院患者対策を地域全体の 課題として位置づけ、保健・医療・ 福祉の各機関・団体が連携して 取り組んだ。
 - →ネットワークの構築
- ●当事者主体の活動を創設
 - →生活サポーター活動

生活サポーター活動



- ◆生活サポーター地域で生活している当事者当事者支援について学習
- 精神科病院を定期的に訪問 月2~3回の訪問 長期入院患者との交流活動 (レクリエーション、話し合い、遠足、 料理教室etc.)



入院の長期化を防ぐ(在宅支援)

- 精神科救急医療体制の整備
 ☆心の健康づくり取り組み隊の活動
 ☆精神科救急支援チームの活動
 ☆こころの教室
 ☆メンタルヘルスレターの発行
- 居宅生活支援事業の推進 ➡ 市町の自立支援協議会へ
 - ・ヘルパー連絡会 研修会の開催
 - ケアマネジメント従事者連絡会
- 当事者のエンパワメント☆生活サポーターの活動支援

課題解決のためのシステムづくり



- 心の健康づくり取り組み隊 (現在の登録人数 9人)
 - 得意分野を保健所に届出
 - ・要望により、地域、職域、学校に講演に出かける
- 精神科救急支援チーム (現在の登録数10人)
 - 受診させたいが本人にその気がないので困っている。
 - 家族としてどうしたらいいのか、専門的、総合的に助言が 欲しい。
 - ・セカンドオピニオンとして事例検討してほしい。

予防活動



- 心の健康づくりの取り組み・・・主としてうつ予防
 ☆事業所出前講座・・・「取り組み隊」活動の場
 ☆マスメディアの利点を生かして啓発活動
 ☆イベントを活用した啓発
 - 9月10日の自殺予防キャンペーン 約850人
 - いずもゆめフェスタ会場

約

・JA斐川農業祭り会場

約500人

◎出雲圏域健康長寿しまね心の分科会および 自殺予防連絡会との協働実施

精神障害者地域生活移行支援事業 (平成19年度全県事業として開始)



背景

精神障害者施策の基本的な考え方 「入院医療中心から地域生活中心へ」

目的

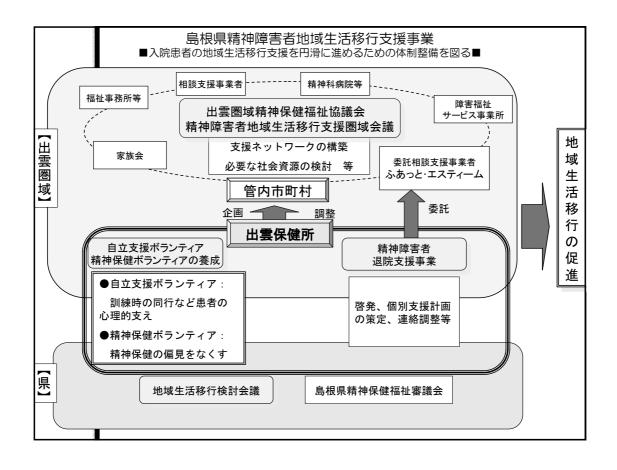
- ・実態に基づく地域移行支援の方策検討
- ・圏域ごとの幅広い関係者ネットワーク
- ・地域生活支援に必要な基盤整備を進める

事業内容

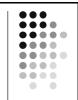
1 地域生活移行検討会議の開催 (全県) 精神病床における入院患者調査の実施(H19) ••••

• • • •

- 2 精神障害者地域生活移行支援圏域会議 圏域課題の抽出と方策の検討
- 3 自立支援ボランティアの養成 (保健所) 退院訓練時の同行支援などを行うボランティア (あわせて、精神保健福祉ボランティアを養成)
- 4 精神障害者退院支援事業委託 退院可能者に対する円滑な地域移行を図るための 支援について委託実施



自立支援ボランティアとは



●相談支援員と密に連携し、個別支援 計画に基づき、心理的安定の確保を 図るため、訓練時の同行支援や対象 者への日常的な交流など、必要な支 援を行うもの

自立支援ボランティアの養成



●地域住民への啓発のほか、支援可能な当事者のエンパワメント、地域の有資格者や理解者の発掘など、精神障害者の円滑な地域生活への移行の推進を目的に実施

平成19年度出雲では14人養成できた。 生活サポーターとして活動中の人 精神保健ボランティア講座を終了した人 精神保健福祉関係職種の人

		•••
	自立支援ボランティア	精神保健福祉ボランティス
活動手法	相談支援員の指導、連携の もとでの活動	組織による自主的活動
活動対象者	退院支援事業利用者	・精神障害者の方 ・地域住民
活動内容	退院支援事業の個別支援計画に基づく、直接的援助 (訓練への同行支援、日常的交流など地域生活への移行に必要な支援)	・地域施設への協力、支援 ・普及啓発活動 ・イベントへの協力 ・会議等への参画 など
登録方法	保健所に登録。 委託事業所からの活動要請。	出雲ほほえみの会等組織へ 登録
活動経費	委託事業費から支払い	所属組織の活動費から支払い

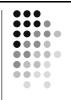
退院促進事業の成果(平成19年度)



- 退院支援実績(保健所実施分)
- 対象者 7人
- 計画作成数 13人
- 会議 14回
- 退院者 5人
- 自立支援ボランティア 1人(3日)

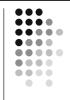
(市の事業で6人退院・・地域生活支援事業の拡がり)

退院促進の評価指標



項目	方法	実施者	年度
1. 基本的指数	入院患者調査		H19
・退院可能な障害者数			
・新規入院で一年を超えて入院する割合			
・一年以上入院患者で退院する割合			
2. 環境指標			
(1)啓発活動 (3項目)	街頭アンケート	心の分科会	H22
(2)症状悪化時の相談体制 (2項目)	聞き取り	保健所	H20
(3)地域の取り組み (福祉サービス等)	登録施設調査	市町	
(4)病院内の取り組み (体制・患者評価)	病院調査	病院	
(5)退院後の自己評価	患者聞き取り	病院	

今後の課題



- 退院後の緊急対応
- 市町のサービス利用計画への移行
- 自立支援ボランティアの活用
- 市町の自立支援協議会の動きへのリンク
- 保健所に対する期待と保健所総体での対応

[事例2]

「特定健診・特定保健指導の実施にあたって の課題及び対応について」

事例提供者

丹田 智美 (北九州市地域支援部健康推進課 国保健診係長)

事例名	【事例2】特定健診・特定保健指導の実施にあたっての課題及び対応について
 事例提供者名	丹田智美(北九州市地域支援部健康推進課国保健診
(1)成功要因分析	保健所でないため該当しない
(2)事例からみた医療連携	保健所でないため該当しない
(3)保健所の関与の可能性と役割	保健所でないため該当しない

特定健診•特定保健指導 (話題提供)

特定健診・特定保健指導の実施にあたっての課題及び対応について



北九州市地域支援部健康推進課 丹田 智美

北九州市の概況

▶九州の北部に位置。

人にやさしく、 元気なまちへ

- ▶7つの行政区で成り立っている。
- ▶ 工業や商業の振興など目覚しい発展を遂げてきた一方で、海や山など自然にも恵まれている。



北九州市の統計

▶ 人口 981,539人 (平成20年3月1日現在)

▶ 高齢者人口 233, 314人 (平成20年3月1日現在)

▶ 高齢化率
23.8% (平成20年)

▶ 出生率
8.6 (平成18年)

▶ 合計特殊出生率 1.36 (平成18年)

▶ 死亡率
9.8 (平成18年)

全国平均を上回るスピードで急速に 少子高齢化が進行している

福岡県の現状は?

国保一人当たり医療費(平成17年度)

1 高知県 49万633 1 徳島県 30万497 1 福岡県 2 山口県 48万6892 2 山口県 29万9901 2 北海道 3 北海道 48万2007 3 北海道 29万7094 3 高知県 : : :	101万7783 99万9022
	99万9022
3 北海道 48万2007 3 北海道 29万7094 3 高知県 : : : : : : : : : : : : : : : : : : :	
	96万5311
	:
6 福岡県 46万6258 12 福岡県 28万2595 14 山口県	86万9072
	:
47 埼玉県 30万6235 47 沖縄県 20万1275 47 長野県	67万8210
全国平均 37万2204 全国平均 24万792 全国平均	82万6072

北九州市の現状は?

国保一人当たり医療費(平成17年度) 〈政令市版〉

順位		一人あたり 費(円)	順位		+退職)一人	順位	国保老人 医療	一人あたり 貴(円)
1	北九州市	52万1046	1	北九州市	31万9858	1	札幌市	111万3699
2	札幌市	49万8828	2	札幌市	29万8520	2	福岡市	109万2478
3	広島市	47万409	3	広島市	29万3698	3	北九州市	103万9366
	:						:	÷
12	川崎市	34万524	12	川崎市	23万3490	12	千葉市	77万9628
13	さいたま市	33万5309	13	さいたま市	21万7822	13	横浜市	76万7847
14	千葉市	31万5419	14	千葉市	21万5361	14	静岡市	74万3102
	全国平均	37万2204		全国平均	24万792		全国平均	82万6072

特定健康診査等実施計画

- ▶ 平成20年2月作成
- > 対象者推計(平成18年基本健康診査結果より算出)
 - ◆40歳~74歳国保人口 205,387人
 - ◆平成24年度(推計)
 - ・健診受診者133,502人(受診率65%として)
 - 保健指導対象者総数39,879人(動機づけ支援31,246人 積極的支援8,633人)
 - ・保健指導実施予定者(実施率45%として)

総数 17,946人

(動機づけ支援14,061人 積極的支援3,885人)

北九州市国民健康保険の目標値

項目	平成20 年度	平成21 年度	平成22 年度	平成23 年度	平成24 年度
特定健診受診率	25%	3 5 %	4 5 %	5 5 %	65%
特定保健指導実施率	45%	4 5 %	4 5 %	4 5 %	45%
メタボリッ クシンドロームの該 当者・予備 群の減少率	71,844人	平成20年 度と比較 して 2.5% 減少 《70,048 人》	平成20年 度と比較 して 5%減少 《68,252 人》	平成20年 度と比較 して 7.5%減少 《66,456 人》	平成20年 度と比較 して 10%減少 《64,65人 》

40歳~74歳国保人口 205, 387人

健診結果から見た現状分析

(北九州市 平成18年度40歳~74歳)

- ▶基本健康診査受診率は19.3%
- ▶有所見者は延べで、114, 167 (25. 7%)
- ▶メタボリックシンドローム予備群・該当者は 11,223人で28.4%
- ▶血糖は8.0%の有所見率。HbA1cでは24.6%の有所見率
- ➤ eGFR60mg/分未満の者は5, 728人 (14. 5%)。

北九州市国保の特定健診・特定保健指導

> 個別方式

特定健診ステッカーが貼ってある医療機関 (個別医療機関の診療時間中)

> 集団方式

市民センター、区役所等 (日程等は市政だより、ホームページに掲載)

- 実施時期 5月開始 (4月末に対象者約20万人に特定健診受診券送付)
- > 実施方法

特定健診・特定保健指導⇒<u>市医師会に委託</u> (原則健診実施機関で特定保健指導を実施)

健診項目

- 基本的な健診の項目 問診、身長、体重、腹囲、BMI、理学的検査、 血圧、中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコ レステロール、AST、ALT、γーGT、血糖値、 ヘモグロビンA1c、血清クレアチニン、血清尿 酸、尿糖、尿蛋白、尿潜血
- 詳細な健診の項目 貧血検査、心電図検査、眼底検査

北九州モデルの構築

 これまでの健診の実施をベースに医師会委 託方式で特定健診・特定保健指導の「北九州 モデル」ができないか?



市医師会・北九州市・大学の共同事業



北九州市の地域性に合わせた特定健診・特定保健指導の方法を検証

平成19年度 国保ヘルスアップ事業実施

開始前の課題

- > 仕組みや流れの調整
- > 委託内容等の検討
- > 各機関の役割分担
- > 行政内部の関係職員への周知及び役割分担
- > データの管理方法
- > データの分析方法(分析ソフトの導入)
- ▶ 健診票の内容やレイアウトの調整
- > 保健指導の実施方法の調整
- > 保健指導の内容や教材及び様式の調整
- > 市民周知

実施にあたって①

- ト各関係機関との調整
 - ・医師会との調整 市医師会 地区医師会
 - •集団健診実施機関との調整
 - ・検体検査機関との調整

実施にあたって②

- > 実施要領の作成
- ▶説明会開催
 - •区医師会
 - •集団健診実施機関
 - •検体検査機関
 - ・病院(自院でデータ化までするところ)
 - •医療機関

円滑に推進していくために

実施後の問題点

▶ 市民、医療機関からの問い合わせが多い。(健診内容や 流れ、健診票記入方法等)

1ヶ月で約1,000件(各区分を入れると約3,500件) ⇒市民や関係機関への周知不足

- ▶ 市国保の特定健診対象以外の問い合わせや苦情が多い。
- > 受診券紛失者が多く、再発行の手続きが必要。
- > 医療制度改革や法の改正等の認識不足。
- ▶ 健診機関への苦情がある。
- ▶ 健診票の記入漏れがある。
- ⇒ 特定保健指導の拒否者(電話をかけても出ない等)、中断者(保険が変更等)、処遇困難事例があがってきている。
- ▶ 仕組みが変わったので医師会の請求事務が円滑にいかない。

健診に係わる制度の変更 介護保険法 老人保健法 平 平 生活機能評価 基本健康診查 成 成 〈65歳以上〉 19 20 生活機能評価 高齢者医療確保法 年 年 〈65歳以上〉 度 特定健康診查 度 〈40~74歳〉 医療保険各法 高齢者医療確保法 ·般健康診查等 労働安全衛生法 一般健康診断 健康増進法 老人保健法の検診等 がん検診等

その後の対応

- ◆説明会や研修会で質問を受け、医師会ととも にQ&Aを作成し、周知
- ◆地区医師会や集団健診機関と意見交換会
- ◆医師会の会議に参加し情報交換
- ◆問題点を整理し、対応策と確認フロー図を作成し、周知
- ◆研修会の実施

委託策である医師会との綿密な連絡調整



問題点や対応策を整理して医師会を通じ関係機関へ周知

行政の役割

- > 受診率アップ
 - ・出前講演
 - •PR(新聞、テレビ、ラジオ、インターネット等)
- > 保健指導率アップ
 - •意見交換会
 - •研修会
- > 精度管理
- > 実施効果についての確認
- > 事業評価
 - データの改善状況
 - •生活習慣の改善状況
 - •実施率

ポピュレーションアプローチとの効果的な融合

市民センターを拠点とした健康づくり事業とのリンク





特定保健指導以外の対策

- ▶腹囲が基準値未満かつBMI25未満で 高血圧、高血糖、脂質異常の有所見者 への対策(特定保健指導以外の方の有 所見者をフォロー)
- ➤生活習慣病関連の慢性腎臓病への対策(「CKD」)⇒人工透析の方が増えている。

北九州市保健所について

医務薬務課

医務係 薬務係 放射線係 医療安全相談コーナー

保健予防課



予防係 精神保健係 検査係

生活衛生課



環境衛生係 食品衛生係 防疫指導係

食品監視検査課



食品衛生検査所 広域指導係

北九州市保健所との協働

> 受診促進について

- 保健所生活衛生課主催の業種別講習会での出前講演
- •保健所でのPR用のチラシ配布
- 保健所理美容組合の集会等の情報提供
- ⇒出前講演や集団健診の実施

[事例3]

「福岡県京都医師会の現状」

事例提供者

桑原 恒治 (福岡県京都医師会副会長)

事例名	【事例3】福岡県京都医師会の現状
 事例提供者名	桑原恒治(福岡県京都医師会副会長)
(1)成功要因分析	保健所でなないため該当しない
(2) 事例からみた医療連携	保健所でないため該当しない
(3)保健所の関与の可能性と役割	保健所でないため該当しない

京都医師会の現況

京都医師会は行橋市、苅田町、みやこ町の1市2町の診療所・病院の会員で構成されている 現在のA会員91名 B会員89名 C会員5名 総数185名 H20.6月現在

現在の地域の人口

行橋市が約72,000人、苅田町が約35,000人、みやこ町が約23,000人の合計約130,000人

管内の特定健診参加医療機関64施設

京都医師会では3年前より国民健康保険の特定健診を中心的な事業として準備してきた

今のところの特定健診準備及び実施上の問題点

- 1、健診を受ける住民、実施する市町、健診を請け負う医療機関が全て特定健診に不慣れである 不慣れ故に問題が多発している
- 2、特定健診実施にあたり市町の保健担当者が、これまでの住民健康診査のように住民健診と同じものという考えがあり、特定健診とその他の健診(癌検診、肝炎健診、PSA検査)を同時(対象者、実施時期、健診項目など)に実施するために、健診内容及び健診受診票そのものが複雑になっているその結果、健診現場で大変な混乱が起こっている
- 3、さらに65才以上の生活機能評価も同時に実施されるために、混乱に更に拍車がかかっている
- 4、健診結果を電子データ化するためのコストと手間がかかっている 行政によっては健診の電子データを別途提出の要求がある
- 5,特定健診の受診率を65%以上とするために、個別健診、集団検診、さらに健診期間の延長を行っているが、現時点ではどれだけ有効かは全く不明

苅田町の健診について

平成18年度の苅田町の基本健康調査受診率(40~74歳の国保住民)

男 50.33%

女 61.03%

平均受診率 56.18%

これまでの苅田町の取り組み

自己負担ゼロ、健診を受診しやすい環境整備作りにより、住民に健診を自ら受けようという意識が高い

受診率を65%以上に上げるには

受診者数の年齢別データを見ると女性より男性が少なく、年齢が若くなるにつれて少なくなる傾向にある

- 1、平成20年度の健診者の分析を行う
- 2、分析結果より受診率の低いグループを特定して、健診を受診出来なかった理由を調査する
- 3、未受診理由によっては夜間や休日の集団検診の実施を検討する

М	1	健康	診	断	受	診	票		
		機関より実施	主体である	みやこ	丁 に報告	(り、介護う 5致します。	ら なた、今回	るために、医 の結果をもと	療機関・健診に町より連絡
		が入ることも	ありますが、	ご了承 ̄	下さい。 一	受診日	3: £	手 月	日
						受診券番号			
住	所					記号	T-	番号	1 1 1
71	h. t					生年月日 受診日年齢	和 暦 -	年度末年齢	日
氏	名					電話番号	P		性別
•	赤枠内の各					☆ 特定健	診	☆ 介護予	防健診
た	健診の目的は、結果デー めのものであり、面接7 保健指導を受け、生活	及び訪問等によ	る医師、保留	建師、栄養		《 左記のこ 頂けます	とをご理解 か?	・はい	・いいえ
保険種	あなたの加入している 1. 国民保険 2. 共済組合	保険は何です 4. 政府管掌(5. 組合管掌(呆険 ・近	現在治療の 過去に患っ な に		の黒の	太枠内に	こ 〇 を記入し	してください。
別	3. 船員保険	6. その他	治療	担過去な	E()		治療中道	過去 ない	
	祖父母、両親、兄弟れた病気に 〇 を記れ	してください			1.	心臓病		7	脂質異常症 (高脂血症)
家 	祖父祖	母父母	兄弟		_	脳 卒 中			. 貧 血
族	2. 脳 卒 中				=	高血圧			肝臓病
	3. 心 臟 病 4. 糖 尿 病	+	<u> </u>		_	糖 尿 病 腎 臓 病			. 肝 炎 . その他
歴	5. 腎臟病				6.	痛 風			
	6.がん			الـــالـ		高尿酸血症			
V	以下は記入し	ないで				T +6 ac			C/c 45 ' + n + T
身長腹	体 重			正常	一	不整脈	浮腫無無	その他	反復唾液嚥下 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元 元
囲	- ± + 2	+ 3+ 4+	所	_	-	=			(有・無)
検			見し口腔内の	異常	異常	^有	1 蕨坛	2 食物残渣 3	括苔 4. 口臭
尿	糖		衛生状態	問題なし		問題 , L J L		6. 義歯の不具	
m	1 最 值		の視診等		常なし「	部-症 部-3			手首 4. 股
圧	2最 量		関節の		F/4.0		5.	膝 6. 足首	7. 手指 2. 関節の痛み
採	No.	空食後	触 診 等	上 異常	常あり		4.	関節の可動域 その他(の制限有 し
血血	B C 前立		追加檢	有	無□	有有有有]無□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		
心		分	加機一大大	有	無し	建図有	無回り		
	No.		查			態 有[]無[]間		
電図								-	
図眼底	右 左 左 No.		≪前回	歴 ≫	・ 前回受・前々回	受診日 ; 受診日 ;	年 月		,
図眼	No.		≪ 前 回 身 体 計 測 В М I 腹 囲	血	前回受前々回圧	を診日 ; 受診日 ; 血 糖	年 月 脂 質	日質し貧	血血血色素量 へてトクリット

赤枠内の各質問にお答え下さい。(基本チェックリストは65歳以上のみ) ☆ 該当する項目 又は 思いあたる症状等 ありましたら、 黒の太枠内 に ○ を記入してください。☆ お腹一杯食べないと 腹痛がある 油っぽいものが好き コンビニをよく利用する 満足感を感じない 頭痛がする 便が黒っぽい 果物をよく食べる 肉食が多い のどが渇く 甘いものが好き 動悸がする 濃い味好みである 外食や出来合いの惣菜・29 その他の自覚症状 味付けは塩辛い方が好き 時々胸が痛く苦しい 弁当が多い 咳や痰がよくでる 和食より洋食が多い 野菜料理が少ない 吐き気や胸やけがある 女性のみ 生理中 菓子パンをよく食べる 牛乳や乳製品をよくとる ☆ はい 又は いいえ のいずれかの 黒の太枠内 に ○ を、又は該当する番号を記入して下さい。☆ はい いいえ 質 問 項 自 はい いいえ 質 問 項 目 13 睡眠で休養が十分にとれていますか。 1 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 2 ★『習慣的』とは・ していますか。 現在、コレステロール・中性脂肪を下げる薬を服 今までに100本以上、又は6ヶ月以上吸って いて、最近1ヶ月間も吸っていること 用していますか 20歳の時の体重と比べて、10kg以上増加していま アルコールは飲みますか。 2:時々飲む 15 1:毎日飲む すか。 3:ほとんど飲まない(飲めない) 5 この1年で、体重の増減が±3kg以上ありましたか。 飲酒日の1日あたりの飲酒量は 2:1~2合未満 1:1合未満 人と比べ、食べる速度は 6 2:普通 3:2~3合未満 4:3合以上 :速い 16 3:遅い ★清酒1合(180ml): ・ピール中瓶1本(500ml) ・焼酎35度(80ml) ・ウィスキーダプル1杯(60ml) 就寝前2時間以内に夕食を取ることが、 7 週に3回以上ありますか。 運動や食生活等の生活習慣を、改善してみたいと 夕食後に間食(3食以外の食事)を取ることが、 8 週に3回以上ありますか。 思いますか 1: 改善するつもりはない 9 朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 2: 改善するつもりである (概ね 6ヶ月以内) 1回30分以上の、軽く汗をかく運動を 3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもり 10 週2日以上、1年以上実施していますか。 日常生活において、歩行又は同等の身体活動を であり、少しずつ始めている 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) 1日1時間以上実施していますか。 生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会 ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速い 12 があれば利用しますか。 ですか。 ☆基本チェックリスト☆ ≪ はい 又は いいえ のいずれかに ○ をお付けください ≫ はいいいえ はいいいえ 質 問 頂 項 13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 1 バスや電車で1人で外出していますか 14 お茶や汁物等でむせることがありますか 2 日用品の買物をしていますか 15口の渇きが気になりますか 3 預貯金の出し入れをしていますか 16週に1回以上は外出していますか 4 友人の家を訪ねていますか 5 家族や友人の相談にのっていますか 17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘 6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか 18 れがあると言われますか 自分で電話番号を調べて、電話をかけることを 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上が していますか っていますか 20 今日が何月何日かわからない時がありますか 8 15分くらい続けて歩いていますか 21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない この1年間に転んだことがありますか (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが 10 転倒に対する不安が大きいですか 楽しめなくなった (ここ2週間)以前は楽にできていたことが今では |11||6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか おっくうに感じられる kg BMI: 身長: cm 体重: 24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない BMI=体重 (kg) ÷身長 (m) ÷身長 (m) 12 25 (ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする 18.5未満の場合に該当する

行橋 健康	診断	受	診	票
今回の健診網	吉果は、今後の健 古事業を実施する	康づくり、 以外の目的	介護予防に	役立てるものであり、保健指導や健康 ることはありません。
▼ 赤枠内 についてお答え(黒の)太枠内 に レ	点を、	All the second second	する番号を記入して) ください。
= 000-000		1	受診日	1: 年 月 日
住所			受診券番号	
電話番号		$-\ \ $	医療機関名	
71/1/1			特定健診	
氏 名			機関番号保険証記号	
大正 昭和 8年→08 7月= 生年月日	⇒07 3日⇒03 6	と記入	保険証番号	` I
年 齢 (3月31日現在の年齢) 歳 性				→ 基本 → 介護予防 → 企会診
T ED (0)101 H W.L. 07 TEBY / NO. 1	- " L "		特定健診	☆基本 ☆介護予防健診
		既		往
	Ę	県の太杉	中内にレ	点 を記入してください。
生保	治療中過去	ない		治療中過去ない
※ 個人負担金免除証明		1.	心臟病	7. 脂質異常症 (高脂血症)
非課税		2.	脳卒中	8. 貧血
		3.	高血圧	9. 肝臟病
保 あなたの加入している保険はどちらて すか? レ点 を記入してください。		4.	糖尿病	10. 肝炎
種別国民健康保険その他			腎臟病	П. その他
この構は小数点	第1420	1 20	痛。風	AUCFELI
▼ 以下は記入しないでく	ださい			
				浮腫 その他 反復唾液嚥下
身長重	診呼吸音察に常	心音	不整脈	
腹	祭 正常 所	正常	無	無(有無)
検 蛋白	見異常	異常	自有	有
尿機		問題	問題.	1. 歯垢 2. 食物残渣 3. 舌苔 4. 口臭 5. 歯痛 6. 義歯の不具合
潜血	の視診等	なし	<i>b</i> 1	7. その他
田 2 長 最	関節の	異常なし	部-症 部-	5. 膝 6. 足首 7. 手指
回高	触診等	異常あり		症状; 1. 関節の変形 2. 関節の痛み 3. 関節の可動域の制限有
採 食後10時間 以上 未満	N 140	/		4 その他(
血肝炎	定定	異常なし	経過	親察 精密検査 要治療
・必ず2回剝をにて	老(所見:			

黒の木枠内について医療機関で記入して下さい。(レ点、又は数字で

▼ 赤枠内の各質問にお答えください。 質 問 票 ☆ はい 又は いいえ のいずれかの 黒の太枠内 に レ点 を、又は該当する番号を記入して下さい。 ☆ はいいいえ 質 問 項 目 質 はいいいえ 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 1 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。 ★『習慣的』とは・・・ 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用 今までに100本以上、又は6ヶ月以上吸って 2 していますか。 いて、最近1ヶ月間も吸っていること 現在、コレステロール・中性脂肪を下げる薬を服 お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)は 用していますか。 飲みますか。 20歳の時の体重と比べて、10kg以上増加していま 15 2:時々飲む 1:毎日飲む 3:ほとんど飲まない(飲めない) 5 この1年で、体重の増減が±3kg以上ありましたか。 飲酒日の1日あたりの飲酒量は 1:1合未満 2:1~2合未満 人と比べ、食べる速度は 3:2~3合未満 4:3合以上 1:速い 2:普通 16 就寝前2時間以内に夕食を取ることが ★清酒1合(180ml)の目安; 週に3回以上ありますか。 · ビ-ル中瓶1本(500ml) · 焼酎35度(80ml) 夕食後に間食(3食以外の食事)を取ることが、 ·ウィスキーダープ・ル1杯(60ml) ·ワイン2杯(240ml) 週に3回以上ありますか。 運動や食生活等の生活習慣を、改善してみたいと 9 朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。 思いますか。 1:改善するつもりはない 1回30分以上の、軽く汗をかく運動を 2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内) 週2日以上、1年以上実施していますか。 日常生活において、歩行又は同等の身体活動を 3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもり であり、少しずつ始めている 1日1時間以上実施していますか。 12 ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度は速い 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) ですか。 5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上) 生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会 13 睡眠で休養が十分にとれていますか。 があれば利用しますか。 黒の太枠内 に レ点 を記入してください。☆ 該当する項目の ☆ 思いあたる症状はありますか? その他の自覚症状 のどが渇く 頭痛がする 時々胸が痛く苦しい 動悸がする 便秘がちである 手足がむくむ == 以下は、介護保険課で記入します。== \$ 牛 活 機 能 評 価 チ ク 票 公 \mathbf{I} " はいいいえ 質 問 項 目 はいいいえ 問 項 日 質 1 バスや電車で1人で外出していますか 13|半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか 2 日用品の買物をしていますか 14お茶や汁物等でむせることがありますか 3 預貯金の出し入れをしていますか 15日の渇きが気になりますか 4 友人の家を訪ねていますか 16週に1回以上は外出していますか 17昨年と比べて外出の回数が減っていますか 5 家族や友人の相談にのっていますか 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘 6 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか れがあると言われますか 7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上が 自分で電話番号を調べて、電話をかけることを 19 っていますか していますか 8 15分くらい続けて歩いていますか 20 今日が何月何日かわからない時がありますか 9 この1年間に転んだことがありますか 21 (ここ2週間)毎日の生活に充実感がない (ここ2週間)これまで楽しんでやれていたことが 10転倒に対する不安が大きいですか 楽しめなくなった

23

おっくうに感じられる

|1||6ヶ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか

18. 5未満の場合に該当する

BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)

cm 体重:

身長:

12

(ここ2週間)以前は楽にできていたことが今では

24(ここ2週間)自分が役に立つ人間だとは思えない

25(ここ2週間)わけもなく疲れたような感じがする

苅 田 町 特 定 健 康 診 査 受 診 票

今回の健診結果は、今後の皆様の健康づくりに活用するために、医療機関より 苅田町 に報告いたします。また、今回の結果をもとに町より連絡が入ることがありますが、ご了承下さい。 (※健診結果は、苅田町健康福祉課において保健指導や健康相談を実施する以外の目的に使用されることはありません。)

住所		受診日:	年 月 日
		受診券番号	
電話番号フリカ・ナ		医療機関名 特定健診 □□	
	7月⇒07 3日⇒03 と記入	機関番号	
年 齢 (3月31日現在の年齢) 歳	性 別 男 女	保険証番号	
保 あなたの加入している保険は? 険 レ点 を記入してください。	現在治療中の病気は	往	歴
国民保険 その他	・過去に患った病気は治療中過去	左 の 黒の太枠内 治療中 泊	に レ点 を記入して下さい。
実父母・兄弟姉妹 のかから れた病気に レ点 を記入してく ださい。	2. 脳 名		7. 脂質異常症 (高脂血症) 8. 貧 血
1 2 3 4 5 6 高 脳 心 糖 が そ 旋 血 卒 臓 尿 の 圧 中 病 ん 他	3.高血		9. 肝 臓 病
文 歴 日 兄弟	5. 腎肠	風	11. その他
▼ 以下は記入しないでくださ	い。	<u>₹Ш14E</u>	
身	※ 生活機能評価との	同時実施 有 [無
腹	診	察所	見
大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大 大		不整脈 浮 腫	貧血 肝腫 その他
糖	正常工作	無	無 無 二 二
血回高	異常異常	有	
圧 2 最 最 低		, 美心理田 , 二 詳細健診	≦質・血圧・肥満で基準に該当し、 ◇の必要性を認めるため
採 食後10時間 以上 未満		_)
貧; 詳細健診 その他の 健診項目	図判定しなし	経過 精密 要 観察 検査 治療	
実施理由 貧血の既往がある 視診・問診で貧血	眼	・ 実施理田 ,	ら質・血圧・肥満で基準に該当し、 の必要性を認めるため)
ため が疑われるため 貧血の既往があり 視診・問診でも貧 血が疑われるため その他 ()	底 判 異常 定 なり	診項目 経過 精密 要 観察 検査 治療	所右;H S KW

	以下の赤枠内についてご記入ください。					
	質問問票					
N	はい又はいいえのいずれかの黒の太枠内にレ点を、又は該当する番号を記入して	下さい。				
	質 問 項 目	はいい				
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。					
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	FIF				
3	現在、コレステロール・中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	TIT				
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。					
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。					
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。					
7	医師から、貧血といわれたことがある。					
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ★『習慣的』とは、今までに 100本以上、又は6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っていること					
9	20歳の時の体重と比べて、10kg以上増加していますか。	ПГ				
10	1回30分以上の、軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	Fir				
11						
12						
13	この1年間で、体重の増減が±3kg以上ありましたか。					
14	人と比べ、食べる速度は、 1:速い 2:普通 3:遅い					
15	就寝前2時間以内に夕食を取ることが、週に3回以上ありますか。					
16	夕食後に間食(3食以外の食事)を取ることが、週に3回以上ありますか。					
17	朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。					
18	アルコールは飲みますか。 1:毎日飲む 2:時々飲む					
10	3:ほとんど飲まない(飲めない)					
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量はどのくらいですか。 ★ 清酒1合(180ml) の目安・・ 1:1合未満 2:1~2合未満	П				
	・ビール中瓶 1 本 (500ml) ・焼酎 3 5 度 (80ml) 3 : 2 ~ 3 合未満 4 : 3 合以上 ・ ウィスキーダブル 1 本 (60ml) ・ワイン2 杯 (240ml)					
17		ПГ				
	運動や食生活等の生活習慣を、改善してみたいと思いますか。					
	1:改善するつもりはない					
21	2:改善するつもりである(概ね6ヶ月以内)					
	3:近いうちに(概ね1ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満)					
	5:既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)					
22	生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか。	ПГ				
	思いあたる症状はありますか? 該当する項目の 黒の太枠内 に レ点 を記入してく	ださい。				
	1. 耳鳴りがする 9. 吐き気や胸やけがある 17. その他の自覚症状					
	2. 頭痛がする 10. 腹痛がある					
	3. 動悸がする 11. 便が黒っぽい					

A	はい 又は いいえ のいずれかの	黒の太枠内に レ点 を、又は	該当する番号を記入して下さい。☆					
	質	問項	目 はいいいえ					
1	現在、血圧を下げる薬を服用している	ますか。						
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。							
3	現在、コレステロール・中性脂肪を下げる薬を服用していますか。							
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。							
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。							
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。							
7	医師から、貧血といわれたことがある。							
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ★『習慣的』とは、今までに 100本以上、又は6ヶ月以上吸っていて、最近1ヶ月間も吸っていること							
9	20歳の時の体重と比べて、10kg以上増加していますか。							
10	1回30分以上の、軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。							
11	1 日常生活において、歩行又は同等の身体活動を、1日1時間以上実施していますか。							
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く	く速度は速いですか。						
13	この1年間で、体重の増減が±3kg以	以上ありましたか。						
14	人と比べ、食べる速度は、	1:速い 2:普通 3	:遅い					
15	就寝前2時間以内に夕食を取ることが	が、週に3回以上ありますか。						
	夕食後に間食(3食以外の食事)を取ることが、週に3回以上ありますか。							
17	7 朝食を抜くことが、週に3回以上ありますか。							
18	アルコールは飲みますか。 1:毎日飲む 2:時々飲む 3:ほとんど飲まない(飲めない)							
	・ビール中瓶1本(500ml) ・焼酎35度(80ml) 3:2~3合未満 4:3合以上							
19								
17	・ウィスキーヴ ブル1本 (60ml) ・ワイン2杯 (240ml)							
17	睡眠で休養が十分にとれていますか。							
	連動や良生活等の生活省頃を、改善してみたいと思いますか。							
21	2: 改善するつもりである (概ね6ヶ月以内)							
21	3.近いうらに(城は「ヶ月以内)に改善するつもりであり、少しすつ始めている。							
	4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)							
22								
	2 生活習慣の改善について、保健指導を受ける機会があれば利用しますか。							
П	1. 耳鳴りがする	9. 吐き気や胸やけがある	17. その他の自覚症状					
	2. 頭痛がする	10. 腹痛がある						
	3. 動悸がする	11. 便が黒っぽい						
	4. 時々胸が痛く苦しい	12. のどが渇いてよく水を飲む	Sec. Control Control					
	5. 咳や痰がでる	13. 尿の回数が多い	== 女性のみ==					
	6. 最近身体がだるい	14. 排尿時痛みがある	18. 妊娠中					
	7. めまいがする	15. 眠れない	19. 生理中					
	8. 食欲がない	16. ストレスがたまりやすい						

福県医発第719号(地) 平成20年 6月20日

各登録医療機関長 殿

福岡県医師会会長 横倉義武(公印省略)

特定健康診査実施要領等の送付について

時下 貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

今般、平成20年6月9日付けで政管健保・健保組合・共済組合との特定健康診査の集合契約及び平成20年6月18日付けで福岡県医師国民健康保険組合と福岡県歯科医師国民健康保険組合との特定健康診査の委託契約を締結いたしました。

市町村国保の特定健康診査の実施医療機関については、平成20年5月30日付け福県医発第522号(地)にて「市町村国民健康保険特定健康診査実施要領(以下、「実施要領」)」をお送りしておりましたが、今般の契約に基づき、実施要領を変更いたしましたので、お送りいたします。

つきましては、実施要領に沿って特定健診を実施していただきますようお願い申し上げます。

なお、

- 1)特定健診単価は、「健診等内容表(別添1)」のとおりです。
- 2)「政管健保・健保組合・共済組合の委託元保険者一覧表」は本会ホームページに掲載しております。
- 3)「特定健康診査実施要領」、「特定健康診査受診結果」、「健康診査の結果の見方」につきましては、本会ホームページよりダウンロードすることができます。
- 4)「特定健康診査実施要領」及び「健診等内容表」には、福岡県後期高齢者医療広域連合を入れておりますが、広域連合とは近々契約を締結する予定であります。
- 5) 特定健診の実施につきまして、何かご不明な点等ありましたら、福岡県医師会地域医療課(Tel 0 9 2 4 3 1 4 5 6 4) へお問合せ願います。

市町村国民健康保険特定健康診査実施要領

(社) 福岡県医師会

1. 特定健診の実施方法

- (1) 医療保険者(市町村国保、政管健保・健保組合・共済組合(以下、「被用者保険」)、福岡県医師国保組合、福岡県歯科医師国保組合、福岡県後期高齢者医療広域連合(以下、「広域連合」)) 市町村国保より発行される特定健康診査受診券(広域連合は「健康診査受診券」)と被保険者証にて資格を確認する。なお、特定健康診査受診券は実施医療機関で回収する。
- (2) 受診者が記入した「質問票」を提出してもらう。
- (3)特定健診項目の「基本的な健診の項目」及び「詳細な健診の項目」を 実施する。なお、「詳細な健診の項目」は医師が必要と認めた場合のみ実 施する。一人当たり委託料単価は「健診等内容表(別添1)」参照。

「基本的な健診の項目」

- 1) 既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む。) 高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無 及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。
- 2) 自覚症状及び他覚症状の有無の検査
- 3)身体計測(身長、体重、腹囲、BMI)

【腹囲の検査】

- ア 立位、軽呼気時において、臍の高さで測定すること。
- イ 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下 縁と前上腸骨棘の中点の高さで測定すること。
- ウ より詳細については、平成19年「国民健康・栄養調査必携 (厚生労働省)」や独立行政法人国立健康・栄養研究所のホーム ページ(※1)において示されているので、これらを参考とす ること。
 - http://www.nih.go.jp/eiken/chosa/kenkoeiyo.html
- 4) 血圧測定(収縮期血圧、拡張期血圧)
 - ア 測定回数は、原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
 - イ その他、測定方法については、関係団体により手引書(「循環 器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理研究協議会 編)等)が示されているので、これを参考とすること。
- 5) 血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロ-ル、LDLコレステロ-ル)及びF機能検査(GOT、GPT、 γ -GTP)
 - ア 原則として、分離剤入りプレイン採血管を用いること。
 - イ 採血後、採血管は冷蔵又は室温で保存し、12時間以内に遠心 分離すること。
 - ウ 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定

すること。

エ 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ(検査 測定値について、測定の基準となる標準物質に合わせられること をいう。以下同じ。)のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法 等によること。

オ 肝機能検査の測定方法については、GOT及びGPT検査については、トレーサビリティのとれた紫外吸光光度法等によるとともに、γ-GTP検査については、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

6)血糖検査(空腹時血糖、ヘモグロビンA1c)

次のア又はイのいずれかの方法により行うこと。<u>なお、被用者保険</u>及び広域連合については、ヘモグロビンA1cの測定は、空腹時血糖が測定できない場合のみ実施する。

ア 血中グルコースの量の検査

- ① 空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10時間 以上食事をしていない場合を空腹時血糖とすること。
- ② 原則として、フッ化ナトリウム入り採血管(血糖検査用採血管)を用いること。
- ③ 採血後、採血管内のフッ化ナトリウムなどを血液に速やかに溶かすこと。
- ④ 混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から6時間以内に測定 又は遠心分離することが望ましいが、困難な場合には、採血か ら12時間以内に測定又は遠心分離すること。
- ⑤ 遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から72時間以内に測定すること。
- ⑥ 測定方法については、トレーサビリティのとれた電位差法、 可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

イ ヘモグロビンAic検査

- ① フッ化ナトリウム入り採血管 (血糖検査用採血管) 又はエチレンジアミン四酢酸 (EDTA) 入り採血管を用いること。
- ② 採血後、採血管内のフッ化ナトリウムやエチレンジアミン四 酢酸 (EDTA) 等を血液に速やかに溶かすこと。
- ③ 混和後、採血管は、冷蔵で保管すること。
- ④ 採血後、48時間以内に測定すること。
- ⑤ 測定方法については、トレーサビリティのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー(HPLC)法、酵素法等によること。
- 7) 尿・腎機能検査(尿糖、尿蛋白、尿潜血、血清尿酸、血清クレア チニン)
 - ア 原則として、中間尿を採尿すること。
 - イ 採取後、4時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、 困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保

存する場合は24時間以内、冷蔵で保存する場合は48時間以内 に測定すること。

ウ その他、測定方法及び判定方法については、関係団体により手 引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理 研究協議会編)等)が示されているので、これを参考とすること。

「詳細な健診の項目」

1) 貧血検査(赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値)

貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者について 実施する。

ア エチレンジアミン四酢酸(EDTA)入り採血管を用いること。

イ 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸(EDTA)を速 やかに溶かすこと。

ウ 混和後、室温に保管し、12時間以内に測定すること。

2) 心電図検査

前年度の特定健診の結果等において、①血糖、②脂質、③血圧、

④肥満の全ての項目について、下記の判定基準に該当した者について 実施する。

ア 安静時の標準12誘導心電図を記録すること。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手 引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理 研究協議会編)等)が示されているので、これを参考とすること。

3)眼底検査

前年度の特定健診の結果等において、①血糖、②脂質、③血圧、

④肥満の全ての項目について、下記の判定基準に該当した者について 実施する。

ア 手持式、額帯式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影に より実施すること。

イ その他、検査方法及び判定基準については、関係団体により手 引書(「循環器病予防ハンドブック」(社団法人日本循環器管理 研究協議会編)等)が示されているので、これを参考とすること。

【判定基準】

①血糖 空腹時血糖 1 0 0 mg/dl 以上又はH b A 1 c の場合 5.2 %以上

②脂質 中性脂肪150mg/dl以上又はHDLコレステロール40mg/dl未満

③血圧 収縮期130 mmHg 以上又は拡張期85 mmHg 以上

④肥満 腹囲が85cm以上(男性)・90cm以上(女性)の者 (内臓脂肪面積の測定が出来る場合には、内臓脂肪面積が 100平方cm以上)又は腹囲が85cm未満(男性)・90 cm未満(女性)の者でBMIが25以上の者

2. 健診結果通知

- (1)「特定健康診査受診結果(以下、「結果表」)」を作成し、1部コピーを して実施医療機関で保管する。なお、<u>医療保険者</u>市町村国保及び各医師 会において別様式の結果表を作成している場合は、それを使用すること も可とする。
- (2) 受診者に「結果表」と「健康診査の結果の見方」を用いて、実施医療機関において健診結果の説明と受診した方が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供する。なお、結果説明に来院しない方については、「結果表」と「健康診査の結果の見方」を郵送する。

3. 健診データの電子化

- (1) 実施医療機関で健診データを電子化し、健診した月の翌月5日までに <u>決済を代行する</u>福岡県国民健康保険団体連合会<u>及び福岡県社会保険診療 報酬支払基金</u>(以下、「<u>代行機関</u>国保連合会」) に請求する。
- (2) 県医師会に電子化及び請求事務代行を委任する場合
 - ①各郡市医師会を通じて県医師会に電子化・請求事務代行を委任する。
 - ②「特定健康診査・非特定健康診査用入力票」を県医師会にFAXにて提出。なお、県医師会への毎月の締切は15日とし、県医師会は15日までに提出されたものを翌月5日までに代行機関国保連合会に請求する。
 - ③県医師会は「特定健康診査受診結果表(受診者用)」と「特定健康診査・非特定健康診査用入力票(医療機関控)」を実施医療機関に送付する。

付則

1. この実施要領は、平成20年6月1日より実施する。 改正 平成20年7月1日

健診等内容表

区分	内容		市 町 村 国 保福 岡県医師国保福岡県歯科医師国保	政管健保·健保組合·共済組合 福岡県後期高齢者医療広域連合
	既往歴の調査 (服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		0	0
	自覚症状及び他覚症状の検査		0	0
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	0	0
	血圧測定	収縮期血圧	0	0
		拡張期血圧	0	0
	血中脂質検査	中性脂肪	0	0
		HDLコレステロール	0	0
基本		LDLコレステロール	0	0
的な	肝機能検査	GOT	0	0
健診		GPT	0	0
の項		γ-GTP	0	0
目	血糖検査	空腹時血糖	0	0
		ヘモグロビンA 1c	0	空腹時測定できない場合実施
	尿・腎機能検査	糖	0	0
		蛋白	0	0
		尿潜血	0	×
		尿酸	0	×
		クレアチニン	0	×
	一人当たり委託料単価(消費税込)		8,000円	7,500円
詳細	貧血検査 (241円)	赤血球数	0	0
な		血色素量	0	0
健診の項目		ヘマトクリット値	0	0
	心電図検査(1,575円)		0	0
	眼底検査(片眼・588円)		0	0

※貧血検査、心電図検査、眼底検査の()内は一人当たりの単価(消費税込)

平成20年度地域保健総合推進事業 「地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の 効果的な実施に向けた保健所検討会」事例集

発 行 日 平成21年3月

発 行 財団法人日本公衆衛生協会

〒160-0022 東京都新宿区新宿 1-29-8

TEL 03-3352-4281 FAX 03-3352-4605

E-mail info@jpha.or.jp http://www.jpha.or.jp

