

コンビニに
行くように
夜間に受診して
いませんか？



救急車は
タクシーでは
ありません。

妊娠したら
ご自分と赤ちゃんのために
「妊婦健診」を
受けましょう



みんなで考える
未来につなげる
千葉の医療

メインテーマ 地域連携の中の入退院支援

第一部 各分科会

1)9:50~10:50 2)10:50~11:50 3)9:50~11:50

1) 栄養士／看護職／

医療・福祉職とケアマネジャー対象の研修会

2) 薬剤師／リハビリテーション職／医療ソーシャルワーカー

3) 実践！模擬多職種退院カンファレンス（模擬GW）

第二部 退院時支援事業報告・基調講演・シンポジウム・ 分科会報告・総括

4)13:00~13:10 5)13:10~13:35 6)13:35~14:25 7)14:30~15:45

8)15:45~16:10 9)16:10~16:25 10)16:25~16:30

4) 開会

5) 退院時支援事業報告

6) 基調講演

『地域包括ケア時代』生活に戻すためのチーム医療
～生活を分断しない医療連携へ～

7) シンポジウム

8) 分科会報告

9) 総括

10) 閉会

第7回 千葉脳卒 連携の中 の県会

開催日時
平成28年2月14日（日）
9：50～16：30

場所
アパホテル&リゾート〈東京ベイ幕張〉
東京ベイ幕張ホール2階
千葉市美浜区ひび野 2-3

千葉県・千葉県医師会 共催

本会は、診療報酬算定のための合同の連携会議に相当します。

「かかりつけ医」が
信頼できる
あなたには
いませんか？



相談してみませんか？
ジェネリック
医薬品



看取りを
考えたことが
ありますか？

いきなり
大病院に行く
必要が
ありますか？



こどもの急病
夜間ならまずは
#8000



目次

開催要項.....	4
会場案内図.....	6
第1部	
医療・福祉職とケアマネージャー対象の研修会.....	10
実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）.....	12
栄養士分科会.....	13
看護職分科会.....	14
薬剤師分科会.....	15
リハビリテーション職分科会.....	16
医療ソーシャルワーカー職分科会.....	17
第2部	
退院時支援事業報告.....	20
基調講演.....	26
シンポジウム.....	35
分科会報告.....	40
総括.....	41
参考資料.....	43

名札シール記入と貼付のお願い

参加者の皆様は、各自職種別に指定された色の名札シールへご記入願います。

名札シールは左胸に貼るか、ネームホルダーに入れてください

職種別に色分けされた名札シールは、総合受付横の名札記入場所に設置しております。ご理解とご協力の程よろしくお申し上げます。



■職種別シール色分け

- (赤色) 医師
- (青色) 歯科医師
- (緑色) 薬剤師
- (黒色) 看護職
- (紫色) リハ職
- (白色) 管理栄養士・栄養士
- (黄色) 医療職・行政・事務・
歯科衛生士・団体等
- (桃色) MSW・介護職・
社会福祉士・介護福祉士

開催要項

メインテーマ：「地域連携の中の入退院支援」

日時 平成 28 年 2 月 14 日（日）9：50～16：30（受付 9:30～）
場所 アパホテル&リゾート東京ベイ幕張（幕張ホール 2 階）
〒261-0021 千葉県美浜区ひび野 2-3

[敬称略]

プログラム：

【第一部】各分科会

(9：50～10：50)

- 第 1 会場 医療・福祉職とケアマネジャー対象の研修会
- 第 2 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）～11：50
- 第 3 会場 栄養士分科会
- 第 4 会場 看護職分科会

(10：50～11：50)

- 第 2 会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）9：50～
- 第 3 会場 薬剤師分科会
- 第 4 会場 リハビリテーション職分科会
- 第 5 会場 医療ソーシャルワーカー分科会

(12：15～12：45)

- 第 5 会場 計画管理病院協議会

【第二部】退院時支援事業報告・基調講演・シンポジウム・分科会報告・総括

[総合司会]

千葉県医師会理事 松岡かおり
千葉県健康福祉部健康福祉政策課 久保木知子

[開会挨拶] (13：00～13：10)

千葉県医師会 副会長 土橋正彦
千葉県健康福祉部 次長 川嶋博之

[退院時支援事業報告] (13：10～13：35)

座長：千葉県医師会理事 西牟田敏之

行政から：千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室長 野澤邦彦
県医師会から：千葉県医師会理事 松岡かおり
地区医師会から：君津木更津医師会
脳卒中退院時モデル事業運営委員会副委員長 竹内正人
地区医師会から：市原市医師会 会長 中村文隆

[基調講演] (13：35～14：25)

座長：千葉大学医学部附属病院地域医療連携部長／教授 藤田伸輔

『地域包括ケア時代』生活に戻すためのチーム医療
～生活を分断しない医療連携へ～

四国医療産業研究所 所長
日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
(元) 愛媛大学病院総合診療サポートセンター長 (TMSC)
榎本 真串

[シンポジウム] (14:30~15:45)

テーマ：『ときどき入院、ほぼ在宅』—私たちにできること—

座長：東京湾岸リハビリテーション病院 院長 近藤国嗣
千葉県医師会理事 和田浩明

(各5分)

- 1: 急性期病院 千葉労災病院リハビリテーション診療科部長 小沢義典
 - 2: 急性期病院 新東京病院リハビリテーション科部長 西 将則
 - 3: かかりつけ医 いらはら診療所 和田忠志
 - 4: 訪問看護師 千葉県訪問看護ステーション連絡協議会副会長 山崎潤子
 - 5: ケアマネジャー 千葉県介護支援員専門員協議会副理事長 井上 創
- 総合討論

[分科会報告] (15:45~16:10)

座長：千葉県看護協会理事 橋野恭子
国保松戸市立病院長 鳥谷博英

(各5分)

- (1) 医師・歯科医師分科会
千葉県救急医療センター 古口徳雄
- (2) 栄養士分科会報告
新八千代病院 大嶋晶子
- (3) 看護職分科会報告
日本医科大学千葉北総病院 有泉楽子
- (4) 薬剤師分科会報告
国保松戸市立病院 高橋憲二
- (5) リハビリテーション職分科会報告
山之内病院 三好主晃
- (6) 医療ソーシャルワーカー分科会報告
旭神経内科リハビリテーション病院 齊藤義直

[総括] (16:10~16:25)

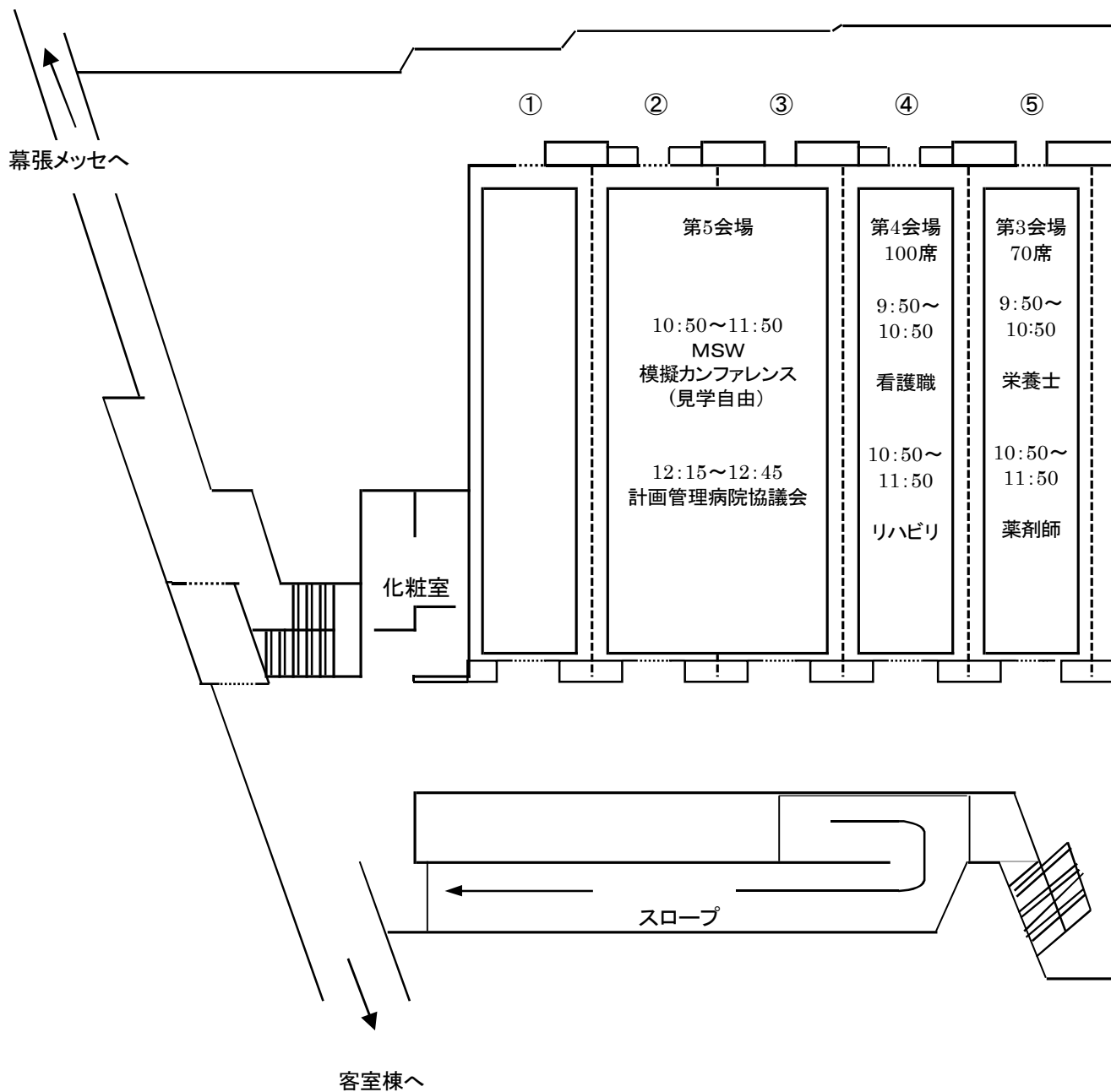
千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会代表世話人
千葉県脳卒中連携意見交換会代表 / 千葉県救急医療センター
千葉県医師会脳卒中患者退院時支援推進委員会委員長
古口徳雄

【閉会】 (16:30~)

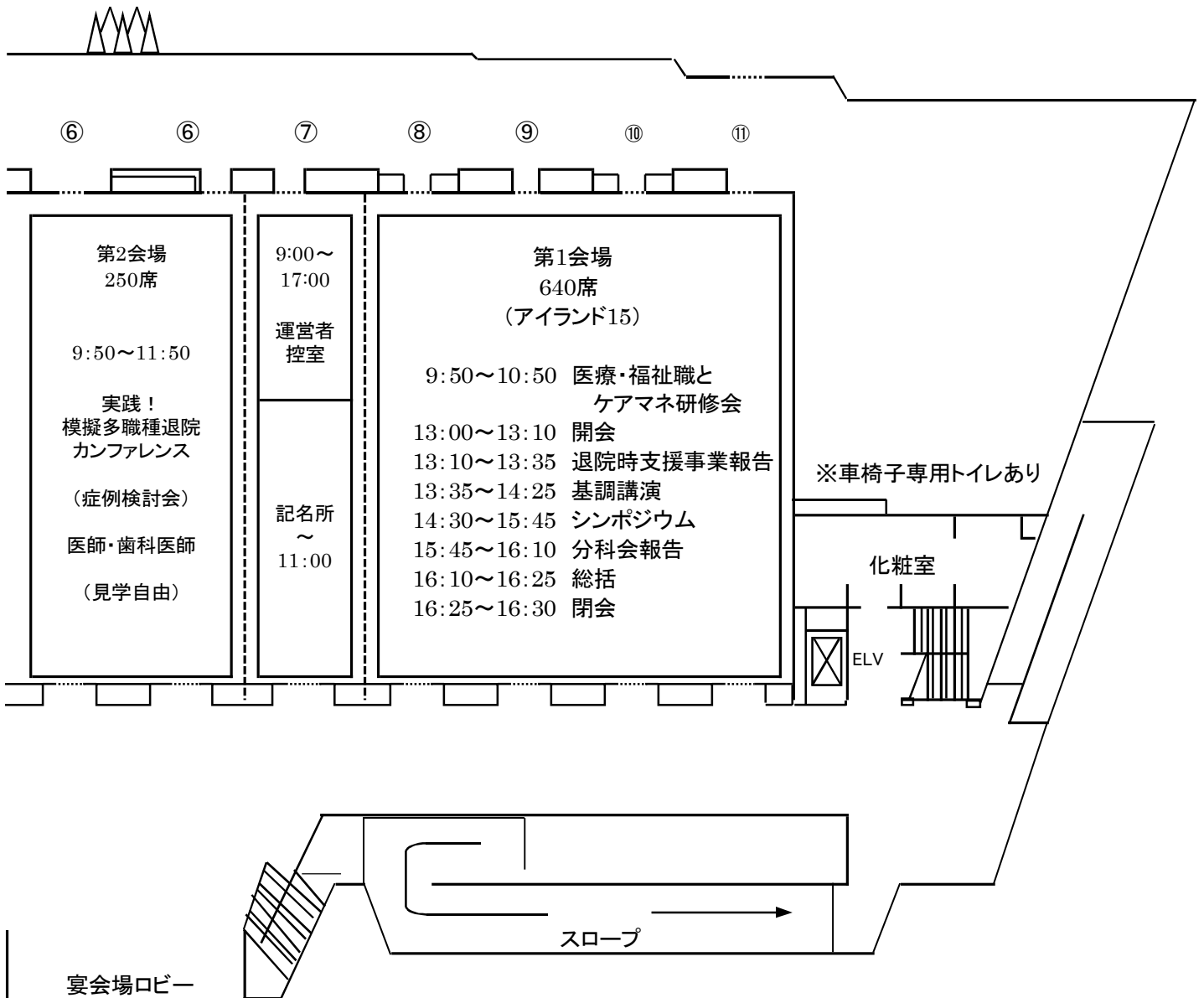
千葉県医師会 副会長 川越 一 男

第7回千葉県脳卒中連携の会

幕張ホール2F



平成28年2月14日(日)9:50~16:30



※ 会場内は、お持込みの飲食はできません。

※ ご昼食等は、隣接のワールドビジネスガーデン又は、同ホテル内にレストラン街がございますのでそちらをご利用ください。

第一部 【各分科会】
(9 : 50～11 : 50)

(9 : 50～10 : 50)

- 第1会場 医療・福祉職とケアマネジャー対象の研修会
- 第2会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）
- 第3会場 栄養士分科会
- 第4会場 看護職分科会

(10 : 50～11 : 50)

- 第2会場 実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）
- 第3会場 薬剤師分科会
- 第4会場 リハビリテーション職分科会
- 第5会場 医療ソーシャルワーカー分科会

医療・福祉職とケアマネジャー対象の研修会

時 間 9：50～11：50

会 場 第1会場

[敬称略]

座長：株式会社アインファーマシーズ アイン薬局 金谷法好
千葉県千葉リハビリテーションセンター 田中康之

【開 会】9：50

1. 利用者の能力に応じた服薬支援

～安心してください！！薬のお悩み解決します～

株式会社アインファーマシーズ アイン薬局 金谷法好

地域生活期である保険薬剤師における在宅療養支援は『薬剤管理を通じて利用者が自分らしい生活をできるように支える』ことである。

利用者の管理能力に応じた服薬管理・残薬管理、ADL に応じた服薬支援、転倒および誤嚥のリスクマネージメント、利用者の療養情報を主観的・客観的に評価し、多職種へフィードバックすることで薬剤の個別最適化に貢献することで、在宅療養を支援して参ります。

2. 「リハビリテーションでより良い生活づくり」

一般社団法人 千葉県理学療法士会 会長

千葉県千葉リハビリテーションセンター地域連携部 部長

田中康之

ケアプラン作成時に、“とりあえず訪看”、“なんとなくヘルパー”はあり得ませんよね。しかし、リハについては「本人・家族も希望するし、病院でもやっていたし…」という発想で、“とりあえずリハ”になっていませんか？“とりあえずリハ”だから“なんとなく機能訓練”“ずるずるリハ”になっていませんか？本来リハビリテーションは「してみたい暮らし」を構築するのに役立つはずです。もう一度一緒にリハビリテーションを考えましょう。

実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）

時 間 9：50～11：50
会 場 第2会場

「医師分科会・歯科医師部会：実践！多職種による模擬退院カンファレンス」

千葉県医師会 松岡かおり

千葉大学医学部 藤田伸輔

東京湾岸リハビリテーション病院 近藤国嗣

千葉県救急医療センター 古口徳雄

前回好評だった「多職種による模擬退院カンファレンス」を今年も行います。カンファレンスの参加メンバーは事前に各職種から選出して頂きましたが、見学は自由です。

昨年は予想以上の盛況で、見学者用資料もかなり早い時間帯で底をついてしまい、会場に入れずあきらめた方も多いと思います。大変御迷惑をおかけしました。今回はテーブル数を減らし、使用会場を大きくすることで各テーブルに密着して多くの方々が見学できるようにしましたので積極的に御参加ください。

テーマ「ときどき入院，ほぼ在宅～私たちに出来ること～」のシンポジウムに連動して、今回の患者さんは脳卒中を発症し障害を残したまま在宅に戻った患者さんが脳卒中以外の疾患で急性期病院に入院したという想定にしました。

症例の紹介

76歳 男性

75歳時に脳梗塞による右片麻痺、失語症を発症し、回復期リハ病院を経て約1年前に居宅生活に戻りました。ADLは車椅子移乗・移動は自立、歩行は家族介助で可能、食事は軟菜きざみ食を自力摂取、排泄は日中自立、夜間は「しびん」使用でデイサービス、訪問診療、訪問リハを利用していました。時々機能低下もありましたが、何とか居宅生活を維持していました。誤嚥性肺炎となり入院を余儀なくされ、急性期病院に入院しました。

脳卒中後の障害を持った居宅生活の患者さんでは十分にあり得る経過の患者さんです。その後の経過については会場で明らかになりますが、居宅生活に戻りたい患者さん・家族をどのように支えていくか、病院のスタッフと地域のスタッフの腕の見せ所です。カンファレンスを担当する各職種は地域も経験も多様な方々です。どのようなカンファレンスになるかはそれぞれのテーブルによって変わってきます。

栄養士分科会

時 間 9:50~10:50
会 場 第3会場

テーマ 『在宅での生活を安心して送るために栄養士だからできること』

座長 : 長谷川 由美 (国保松戸市立病院)
演者 : 松原 弘樹 (船橋市立医療センター)
大嶋 晶子 (新八千代病院)
大川 美穂 (船橋市立リハビリテーション病院)
中込 弘美 (東京湾岸リハビリテーション病院)

栄養士の考える退院時支援 松原 弘樹 / 船橋市立医療センター

我が国は今までにない少子高齢化の時代を迎えている。労働人口が減少し、医療や介護の必要な高齢者が増加することにより、効率的な取り組みが求められている。効率化を推進するために退院時支援は非常に重要なものであり、栄養士として何ができるのか考えていきたい。

嚥下障害患者の退院後支援 大嶋 晶子 / 新八千代病院

回復期を退院する患者が、嚥下障害を抱えて退院するケースは少なくなっている。当院では、嚥下外来を通じて退院後の嚥下障害患者の支援を続けている。入院中に行っていた訓練や食事が困難な場合にも、在宅や施設で安心して過ごせるよう、チームで取り組んだ症例について報告する。

在宅での食べるを支える ~訪問栄養指導の症例から~
大川 美穂 / 船橋市立リハビリテーション病院

私は回復期リハ棟での栄養管理業務と、訪問栄養指導を担当している。高齢化が加速する中、低栄養・嚥下障害・代謝異常等の問題を抱えながら在宅生活を送る方は多い。回復期リハ棟では在宅生活を見据えた支援を行うが、想定通りにいかず、退院後に気付く問題点・変化もある。その人らしい食生活を継続し、合併症対応も行っていくためには、管理栄養士のチームへの参画・多職種協働での取り組みが重要である。

栄養シートの運用状況報告 中込 弘美 / 東京湾岸リハビリテーション病院

看護職分科会

時 間：9：50～10：50

会 場：第4会場

テーマ：「地域連携の中から見えてくる退院支援の現状と課題」

[敬称略]

座長：船橋市立リハビリテーション病院 リハケア部 部長／川田 理恵

【プログラム】

1. 「急性期病院から自宅へ ―当院の退院支援の現状と課題―」

千葉県救急医療センター/ ○並木亜希子
大古田靖子

脳卒中連携パスの普及により、急性期から回復期・自宅への切れ目のない医療が提供されている。一方で、急性期から直接自宅退院となる患者が当院においては脳卒中患者の21%を占める。転院待機期間中にADLが自立し、自宅退院が可能となったケースや、家族・本人の希望によって急遽退院決定となるケースにおいては、病棟で十分な退院支援が行えていない現状がある。今回、病棟での退院支援の現状・課題を明らかにし、これからの取り組みについて報告する。

2. 「在宅復帰を目指し、FIMを活用したADLの向上へ向けた活動」

八千代リハビリテーション病院／鈴木 桂子

昨年度の当院の実績は、在宅復帰率92.1%であった。在宅復帰を目指すためにも患者・家族と他職種が同じ目標を持ち、計画的に入院生活を送ることが必須と考える。FIMは本来「しているADL」のことだが、当院では「できるADL」にも焦点を当て10日おきに評価をしている。これを可視化する事で多職種の共通評価指標として活用している。これにより「できるADL」を「しているADL」に近づける活動ができています。今回は、当院でのこの活動について症例を通して紹介する。

【意見交換】

薬剤師分科会

時間 10:50~11:50

会場 第3会場

テーマ 他施設の薬剤シートに学ぶ

座長 国保松戸市立病院 高橋憲二

1. 薬剤シート 運用の実際

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス薬剤シートの運用も4年目となった。
継続してシートを発行している病院・調剤薬局では、その記入に工夫を重ね、
各施設による特徴が出てきていると考えられる。

そこで、今回の薬剤師部会では、他施設の事例を知り相互に参考とするために急性期・回復期・地域生活期の各期でそれぞれ3施設ずつ各1症例を提示する。

症例発表者は、以下のとおりである。

急性期：東京女子医科大学八千代医療センター／鈴木 俊介

君津中央病院／天野 明香

国保松戸市立病院／太田 洋貴

回復期：佐倉厚生園病院／本澤 葉留美

東京湾岸リハビリテーション病院／渡部 真佐美

新八千代病院／木川 美乃里

地域生活期：アイン薬局／島村 理瑛

横田薬局／横田 秀太郎

カネマタ薬局／幸田 真純

なお、症例の薬剤シートは口頭発表時の投影と共に、会場内にポスター掲示を併せて行う予定としている。

2. 質疑応答・意見交換

リハビリテーション職分科会

時 間 10:50~11:50

会 場 第4会場

テーマ 『パスの記入におけるポイント』～各病期のギャップ?～

【敬称略】

座長：山之内病院／三好主晃

昨年度より地域生活期リハシートの運用が始まり、急性期・回復期・地域生活期の連携や情報共有が期待される。しかし、パスを利用するメリットや実際の運用方法・記載内容の不備など運用に伴う問題点も指摘されている。今回、急性期・回復期・地域生活期の各領域として求めている情報や運用についての『パスの記入におけるポイント』といった視点から報告する。

各領域の報告を受けて、フロアー全体でディスカッションを行う。

1. 急性期

脳卒中の急性期においては、内科的・外科的治療と同時に早期よりリハビリテーションが導入される。そのため、患者の病態や全身状態および変化の把握が非常に重要である。これらを念頭に、リハビリテーションの進行状況やADL・基本動作状況を申し送る。

東邦大学医療センター佐倉病院／小川明宏（PT）

2. 回復期

- 『脳卒中連携パスにおける回復期が求めている情報』

～間違いやすい項目や評価のポイントについて～

- 『地域生活期リハシートの試験的運用について』

～脳卒中連携パス以外の症例におけるサマリーとしての活用について～

五井病院／内山安正（OT）

3. 地域生活期

パスが地域生活期まで回ってくることは多くはないが、その中でもパスから脳卒中患者の今後の生活が捉えられるような内容であることが望まれる。これまでパスが回ってきた患者に限らず、急性期・回復期病院から退院してきた患者の引継ぎについて、地域生活期からの視点で現状と課題を述べる。

介護老人保健施設のぞみ／上田知成（PT）

医療ソーシャルワーカー分科会

時間 10:50~11:50

会場 第5会場

テーマ 地域でつながるために ~みんなでつくる地域支援~

スケジュール

1. ご挨拶
2. 回復期病院対象のアンケート結果報告
昨年引き続き、脳卒中連携パス・・・・・・・・
3. グループディスカッション
急性期病院・回復期病院区別なくソーシャルワーカーと、ケアマネージャーさんたちに参加してもらおうグループを作りたいと思っています。
司会・書記のもと、地域と病院とのやりとりについて、意見交換をしたいと考えています。
具体的には地域連携シートの活用方法、救急入院後の情報共有、回復期病院からの退院情報共有などについてです。
4. グループ発表
グループ内で出た意見を、いくつかのグループに発表してもらいたいと考えています。
5. 終了挨拶

※グループで話した内容を書記してもらい、後日まとめたいと考えています。

第二部
【退院時支援事業報告・基調講演・分科会報告・総括】
(13:00～16:30)

「地域連携の中の入退院支援」

第1会場

[総合司会]

千葉県医師会理事 松岡 かおり
千葉県健康福祉部健康福祉政策課 久保木 知子

【開会・挨拶】(13:00～13:10)

千葉県医師会 副会長 土橋 正彦
千葉県健康福祉部 次長 川嶋 博之

【退院時支援事業報告】(13:10～13:35)

【基調講演】(13:35～14:25)

【シンポジウム】(14:30～15:45)

【分科会報告】(15:45～16:10)

【総括】(16:10～16:25)

【閉会】(16:25～16:30)

退院時支援事業報告

時間 13:10~13:35

会場 第1会場

座長：千葉県医師会理事 西牟田敏之

1. 脳卒中患者の退院時支援事業について

千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室長 野澤邦彦

脳卒中は、適切な治療や継続的なリハビリテーション等により、症状改善や悪化防止が図られます。

その中で、脳卒中の循環型地域医療連携システムを動かす千葉県共用脳卒中地域医療連携パスは、急性期病院、回復期病院で活用の広がりを見せています。

これからはさらに、患者さんが退院後も必要な医療・介護サービスを受けられるよう、退院支援が行われることが重要です。

そこで、病院と在宅医療・介護関係者が共用パスを活用し、患者さんの退院時に地域において連携する仕組みづくりに取り組んでいます。平成26年度から実施し、2年目となる本年度は、2つの医療圏においてモデル事業に着手したところです。

2. 脳卒中患者退院支援についての実態調査報告

千葉県医師会理事 松岡かおり

今回の事業を進めるにあたり、病院・かかりつけ医・介護側の実態と問題点を把握するため平成26年12月から翌2月にかけて実態調査を行ったので、報告する。

対象：2,482 機関（FAX またはインターネットによる回答）

回答率：

- ① 全病院・医療連携部門： 102/286 病院 (35.7%)
- ② 計画管理病院（急性期）：24/26 病院 (92.3%)
- ③ 届け出回復期病院：28/34 病院 (82.3%)
- ④ 届出かかりつけ医： 93/331 医療機関 (28.1%)
- ⑤ 全居宅介護支援事業所（ケアマネ）：367/1,865 事業所 (19.7%)

1. 退院支援窓口について

- ①退院支援窓口は 76%に設置されていたが、人的な不足や院内体制整備が行き届いていない、患者家族にも相談窓口の理解が不足等の意見有。病院の差異も大きい状態にある。
- ②ケアマネからは在宅の情報を入院時に提供する窓口がわかりにくく、提供方法が多様という指摘あり。入退院窓口の明確化と公表が必要。情報提供に関しては一定の書式を使用しているが、県地域生活連携シートが68%使用されていた。今後、連携シートの普及とともに、内容を評価し再検討する必要がある。また、お互いの情報がどのように活用されているのかわからないという意見も多い。実際的には病院側からは地域連携シートの提供はアセスメントに役立っており、転院や自宅退院する際、連携が図りやすい等の意見が出ており、医療機関と介護側が実質的な話をする機会が少ない所で効率よく連携するための共通の情報ツールとして期待されていると考えられる。

2. 退院支援内容について

- ①かかりつけ医やケアマネの確認を8割以上は行っており、そのうちの9割は何らかの連絡を行っているが、3割近くは連絡漏れになっていることになる。一方、ケアマネ側から見ても32%の退院時の連絡漏れとなっている。
- ②在宅での支援が必要と思われるが介護保険未申請の場合でも病院での申請は2割行われていない。要支援では地域包括支援センター、要介護ではケアマネへの紹介が妥当となるが、それぞれ5割、4割の相談率である。要支援の連絡もれも多く、介護度が付いていないため相談場所が一定しておらず、連絡漏れ

の要因の一つと考えられる。

- ③病院退院時の支援内容として6割から7割の病院が退院カンファレンス・医療処置・薬剤指導・栄養指導・リハビリに関する指導を行っているが、退院前家屋調査は4割にとどまっている。退院支援の取り組み機関を増やし、内容を補充する必要がある。

3. 脳卒中連携について

- ①共用パスの良い点は、退院支援にかかる時間が短縮する。多職種から情報提供できる。転院がスムーズにでき、その後も把握できる。パスを使用することで病院ごとの機能が患者・家族にわかりやすいなど。悪い点は送付書類が多いことが挙げられた。また、パスがあっても退院支援は変わらないという意見が半数近くあり、パスの有無と退院支援とは同意義ではないことが考えられる。パスはあくまでも情報の共有ツールである。
- ②かかりつけ医の確認は、急性期では75%、回復期では96%。しかし、必ず連絡を入れているのは急性期で28%、回復期で15%に留まっている。登録かかりつけ医は脳卒中で入院した場合、37%は連絡を受けているが、パスを受け取っている率は低い。急性期・回復期がかかりつけ医に連絡を入れない理由の精査が必要である。
- ③退院後の脳卒中以外の併発疾患再入院について、内科等の個別診療科で対応している場合は困ることは少ないが、脳卒中専門科で診ている施設、併発疾患で対応していない場合もある。一方、かかりつけ医の意見からも、在宅療養時の後方支援についての不安もあり、病診連携、医療機関内外の後方支援についての在り方について検討が必要である。

4. 最後に

自由意見より象徴的な一文があったので記載させていただく。病院側より。

「病気をきっかけに患者・家族の心の準備の時間と病院の退院までスピードが合致しないこと多く、スムーズにいかないことが多い。地域で支える関係者との退院支援のスピードも異なる。これからのことを一緒に考えてくれるとうれしい。」

在宅は生活が軸であり、ゆっくりとしたペースで進むが、病気や怪我が起こった段階で急激な変化が起こる。その変化が落ち着いた段階で在宅生活に戻っていく。医療側も介護側もお互いが一生懸命やっているが、高い垣根が存在していることが今回の調査で見えてきた。多数の機関、多職種、たくさんの方が関わっていて、色々なシステム、考え方がある。そういった現状を認識し、垣根を越えての連携、お互いが話し合える関係づくりが必要でありそのことそのものが、患者さんに寄り添った医療・介護に繋がっていくのだろう。

3. 君津木更津医師会退院時支援事業報告

君津木更津医師会脳卒中退院時モデル事業運営委員会副委員長 竹内 正人

君津圏域は、君津・木更津・袖ヶ浦・富津の4市からなり、急性期は国保直営の君津中央病院、回復期は袖ヶ浦さつき台病院からなる。脳卒中モデル事業後、活発な脳卒中連携の会と在宅医療多職種協働研究会から、運営委員会を発足させた。医師会と行政が中心の①発表WG、保健所とCMが中心の②調査WG、病院が中心の③データWGで動いている。君津圏域の二大戦略実現と地域構想をデザインしたい。病院関係者と地区医師会の変革が求められている。

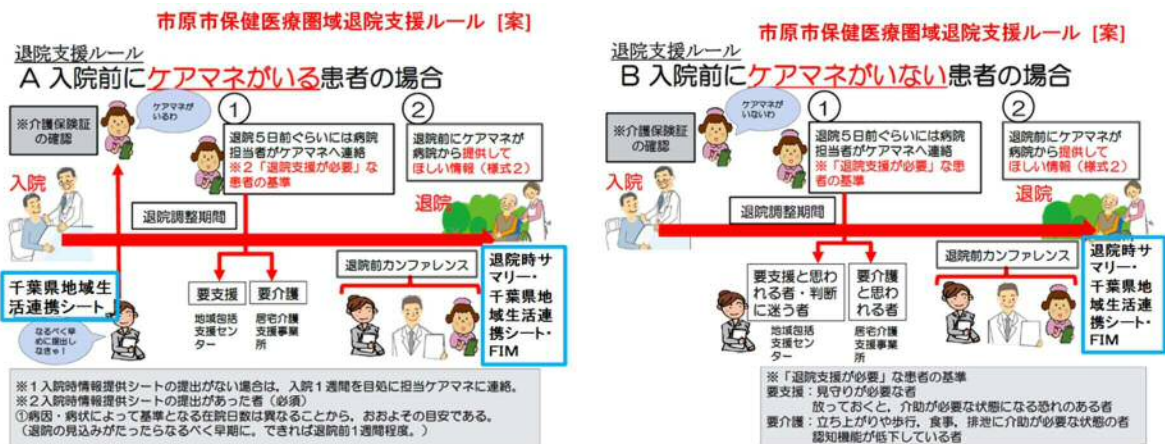
4. 市原市医師会退院時支援事業報告

市原市医師会会長 中村 文隆

市原市では、平成27年5月25日に市原市、市原市医師会、市原市歯科医師会、市原市薬剤師会、千葉県市原健康福祉センター、市原市地域包括支援センターの出席のもと、千葉県医師会松岡かおり理事より「脳卒中患者の退院時支援事業実践モデル事業」についての説明が行われた。その後、「市原市在宅医療・介護連携推進会議」、「地域医療教室」、「在宅医療・介護連携推進のための多職種連携研修会」などの開催を経て、平成28年1月21日に、市原市、市原市医師会、市原市歯科医師会、市原市薬剤師会、急性期病院・回復期病院（医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー）、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、市原市地域包括支援センター、の参加のもと、第一回目の脳卒中患者退院時支援事業（モデル事業）検討会が開催された。

都道府県医療介護連携調整実証事業で作成された鹿児島保健医療圏域退院支援ルールを参考とし、以下の討論を経て下記の案を作成した。

- 退院調整は、医療者が一方的にすすめていくものではなく、患者や家族と共に、退院後何が必要であるのか、どんな生活を送りたいのか話し合い、患者・家族のQOLに合わせる事が重要である。
- 退院支援の病院側・在宅側の対応フローを可視化。関係者間で共有する。
- 入院時の情報共有ツールとして「千葉県地域生活連携シート」を、退院時の情報共有ツールとして、サマリー（看護・リハ等）のほか、「千葉県地域生活連携シート」や「FIM（機能的自立度評価表）」の活用を検討する。
- FIMを活用する場合は、病院側からの支援として、ケアマネジャー向けの勉強会の開催も検討する。
- 退院調整にあたってのケアマネジャーへの連絡は早期に実施することとする。



今後は、来年度からの試験運用に向けて、年度内に二回目の脳卒中患者退院時支援事業（モデル事業）検討会を開催し、上記原案について急性期病院・回復期病院（医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー）、ケアマネジャーからの意見を聴取する予定である。

基調講演

時間 13:35～14:25

会場 第1会場

座長：千葉大学医学部附属病院地域医療連携部長／教授 藤田伸輔

『地域包括ケア時代』生活に戻すためのチーム医療

～生活を分断しない医療連携へ～

四国医療産業研究所 所長

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員

(元)愛媛大学病院総合診療サポートセンター長 (TMSC)

檀本 真聿 (ひつもと しんいち)

第7回千葉県脳卒中連携の会 2016.2.14 13:00～
 『地域連携の中の入退院支援』 至 東京ベイ幕張ホール

『地域包括ケア時代』

生活に戻すためのチーム医療
 ～生活を分断しない医療連携へ～

四国医療産業研究所 所長
 日本医師会総合政策研究機構 客員研究員
 (元) 愛媛大学病院総合診療サポーターセンター長 (TMSC)

榎本 真幸 (ひつもと しんいち)

課題解決型→目的達成型

- 一九七九年 愛媛大学医学部卒業(一期生)
- 一九七九年 愛媛大学医学部助手
- (北宇和病院・農村医学センター兼務)
- 一九八三年 宇和島保健所 技師
- 一九八五年 御荘保健所 所長
- 一九九一年 伊予保健所 所長
- 一九九二年 愛媛県保健福祉部健康増進課長
- 二〇〇一年 えひめ丸沈没 県退職
- 同年 愛媛県総合保健協会理事参与
- 二〇〇二年 医療福祉支援センター 副センター長
- 二〇〇七年 同センター長
- 二〇一三年 総合診療サポーターセンター長
- 二〇一六年 大学退職
- 二〇一六年 四国医療産業研究所設立
- この間 何が起るか予測できない?
- 二〇?年 死亡 最期で最大のイベント

自己紹介

人間の死亡率は100%

保健医療福祉が途切れる理由 ゴールが違う

医療の進歩が
 “医療への依存” ↑

果てしない延命への期待

病気になるための健康づくりは止めよう!!

健康づくりとは

脳卒中予防とは

どんな最期を迎えたいか
 自分の死に方をイメージ
 して今の生き方を振り返り
 見直すこと!!

糖尿病では
 そう簡単に死に方を考
 えない事実
 重篤な合併症を
 選択しないために
 自分の死に方を考
 えること!!

満足できるその人らしい人生を実現するために

WHOの健康定義 はいかがなものか?

【WHO憲章 1948年WHO(世界保健機関)設立に際して】
 『完全な肉体的、精神的、社会的に良好な状態であり、
 単に疾病または病弱の存在しないことではない』

疾患・貧乏はいけないもの ⇒ ネガティブシンキング

- ① 毎日の生活のための資源と見なされるものであって、人生の目的とはならない
- ② 健康とは身体的能力だけでなく、社会的、個人的な面での資源という点を重視

ヘルスプロモーションの概念では ポジティブシンキング

健康・・・『Quality Of Life: 生活の質』を維持、向上を目指す

ヘルスプロモーションとは 【オタワ憲章(カナダ) 1986年】

『人々が自らの健康をコントロールし改善できるようにするプロセス』
自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと

<公衆衛生革命> by ブレスロー

- 第0世代…悪い水・土・空気 感染症前夜
- 第1世代…感染症対策、プロテクションおよびサーベイランス
- 第2世代…感染症に加えて、慢性疾患の予防対策
- 第3世代…ヘルスプロモーション

サーベイランス、予防に加え、**プロモーション(住民主体の地域づくり)**

ヘルスプロモーションは、公衆衛生の中心的な機能を果たしており

保健医療機関に求められる責務というよりは、自分らしく生きるための
健康的なライフスタイルをさらに超えて 幸福(well-being)に及ぶもの

* ブレスロー…慢性疾患予防のためのアラメダ研究をカリフォルニアで実施

5

ヘルスプロモーションの戦略と優先課題

オタワ憲章 1986年

ジャカルタ宣言 1997年

【3つの戦略】

- **ADVOCATE**: 唱道・支援する
- **ENABLE**: 能力を与え 支援する
- **MEDIATE**: 調整・調停する

【21世紀に向けたヘルスプロモーションのための5つの優先課題】

- 健康に対する社会的責任の促進
- 健康改善に向けた**投資を増やす**
- 健康のための**パートナーシップの強化・拡大**
- コミュニティーの能力を高め **個人の力を引き出す**
- ヘルスプロモーションのための**基盤を確保する**

6

ヘルスプロモーションにより健康実現

『人々が自らの健康をコントロールし改善できるようにするプロセス』
自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと

<公衆衛生革命> by ブレスロー

- 第0世代…悪い水・土・空気 感染症前夜
- 第1世代…感染症対策、プロテクションおよびサーベイランス
- 第2世代…感染症に加えて、慢性疾患の予防対策
- 第3世代…ヘルスプロモーション

サーベイランス、予防に加え、**プロモーション(住民主体の地域づくり)**

ヘルスプロモーションは、公衆衛生の中心的な機能を果たしており

保健医療機関に求められる責務というよりは、自分らしく生きるための
健康的なライフスタイルをさらに超えて 幸福(well-being)に及ぶもの

* ブレスロー…慢性疾患予防のためのアラメダ研究をカリフォルニアで実施

5

ヘルスプロモーションにより健康実現

ブレスローによれば

疾病予防は「病気になるかなければそれよい」ネガティブなゴール
ヘルスプロモーションは 今より**健康度**を高めよりよく生き
生き甲斐を感じるという **ポジティブなゴール**

<WHOの健康定義とヘルスプロモーション>

「健康とは単に疾病がないという状態のみをいうのではない」は
健康は**疾病予防では達成しない**

「健康とは身体的、社会的、精神的に良好な状態である」は
ヘルスプロモーションの実践により **健康を実現する**

- ①個人や集団が望みを明確にする
- ②それを実現してニーズを満たす
- ③環境を変え、それらにうまく対処している

7

ヘルスプロモーションと地域包括ケア

① 包括的なアプローチが最も効果的

- ② **活動・生活の場** (かかりつけ医等医療機関や地域、職場など)での持続
- ③ ヘルスプロモーションの行動や意思決定プロセスの中心に生活者が存在
- ④ **健康学習・ヘルスリテラシー** (健康認識面でのスキル、意欲、能力等
コミュニティのエンパワメント(選択する権利)を得るのに不可欠
“してあげる” “してもらう” からの脱却

ヘルスプロモーションは **地域包括ケアの肝**でもある

ヘルスプロモーションは、さらにソーシャルキャピタルの醸成により
地域で実践される **コミュニティが再生される**

8

ソーシャル・キャピタル (social capital) とは

20世紀末に登場 社会・地域における人々の信頼関係や結びつきを表す概念
コミュニティの問題解決にむけた政策手段の一つ
社会関係資本 インフラを意味する「社会資本」とは異なる

＜ソーシャル・キャピタルが蓄積された社会は＞
人々の協調行動が活発化することにより**社会の効率性**を高めることができる

- 上下関係の厳しい垂直的人間関係でなく 平等主義的な**水平的人間関係**を構築
- 個人の**信頼・ネットワーク・社会活動**の形成
- 社会組相互の**信頼や協力が得られ 他人への警戒が少ない**
- 自分の住むコミュニティへの高い評価が**生活上の安心感**を高める
- 治安・経済・教育・健康・幸福感などに良い影響など 社会の**効率性**が高まる。

地域包括ケアは 公衆衛生活動の一環

- 地域包括ケア(時代)は 少子高齢社会の**社会保障制度の破綻を救済する 第4の革命**と捉える。
- ヘルスプロモーション理念を基盤に**ソーシャルキャピタルの醸成を図り コミュニティを再生**することで **住民力・地域力はエンパワメント**される
- そのプロセスを通じて **地域包括ケアは地域に普及定着し 医療や介護に依存しない、生活重視の地域づくり**が推進される

11

ソーシャルキャピタル(SC)とコミュニティ再生

コミュニティ再生につながったと思える成功要因

- 1) Plan→Do→Seeという活動プロセス 目的・評価
- 2) **様々な主体の参加 目的の共有 協働 エンパワメント (MCCE) 活動がマネジメント**されていることが主たる特徴

コミュニティ再生に成功した**地域には共通点**がある

- 1) **危機意識の発露と共有**
- 2) それに対して**具体的な活動を起こそうとする人の存在**

コミュニティ再生の成功要因の多くが 地域のSCに由来している
特に**橋渡しのSC**が 重要な役割を果たしている可能性が示唆

地域包括ケア時代の 危機感と目的共有 地域総動員によるコミュニティ再生

10

地域包括ケアのコアは「生活」 〔目的の共有〕

- 少子高齢社会 2025年を目途に 医療・介護と生活の一体化
- 5の要素 「介護」「医療」「予防」「住まい」「生活支援」の一元化
- 住民の“心構え(覚悟) 自助・互助・共助の強化 依存からの脱却
「自分らしい生き方・死に方」の実現が基盤に
“医療を生活資源”とした「生活の場での医療重視」が根底
急性期医療自身も その推進の担い手である 役割認識が重要
- 診断・治療重視から **生活支援重視**へ
QOL QODを重視した医療・介護他 地域支援体制の再構築
- 急性期医療からのパス連携 ⇒ 生活の中に戻す**地域統合**
➢ **地域資源が 共通のベクトル(方向性) ゴール(目標)を共有 協働**
医療連携ではなく 生活者支援重視の地域づくりを目指して

12

地域包括ケアの「理解」と「覚悟」 〔危機感の共有〕

地域包括ケアから **地域包括ケア時代**へ
地域に委ねられる ⇒ かなりの**覚悟が必要** **しかし...**

- **解釈の誤解**...狭義の解釈のまま (医療と介護の連携 在宅医療=看取り)
- **地方行政・現場の認識不足** 「地域づくり」が浸透しにくい 介護福祉課等の単課丸抱え
- **医療機関の覚悟**...「自分の病院さえ 生き残れば」は**通じない**

もはや**診療報酬**など中央主導には頼れない

地域ネットワーク構築プロセスの中で 自院の役割を明確にして協働する

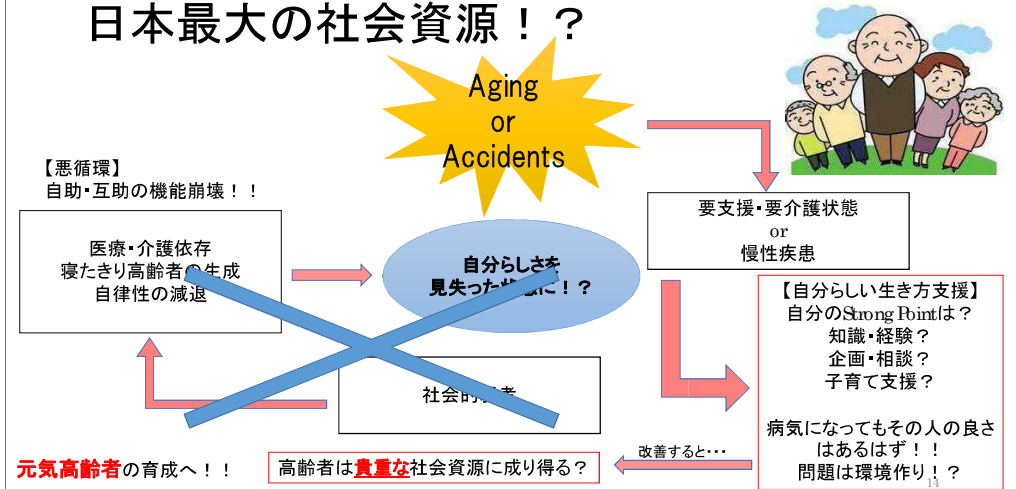
- **このままの(急性期医療中心)継続**では **社会保障制度は崩壊**してしまう

2025年以降 **国民皆保険を維持?**できるかどうかの大変革

医療・福祉のみならず**地域総動員**による**地域づくり**が不可欠

社会保障制度の**危機**であり **見直しの最大チャンス**でもある¹³

日本最大の社会資源!?



日本を支えていくための地域包括ケア これから日本の社会資源は?

このままで行くと 今後100年で人口が3分の1に激減
50歳以上が2割の時代から 6割の時代に**人口遷移**
人や地域のために役立ちたい“健康観”を抱く 高齢者が増えることを財産に
感謝する人ではなく 感謝される人を育成支援 エンパワメント

- 少子高齢社会を**支えるのは一体誰**なのか?
社会的弱者をケアの対象者と決めつけて 地域資源と位置づけないこれまで
ときどき医療・ときどき介護でも自分らしく生き 地域のために活躍する住民の活用
“**社会的弱者**”との**関わり方** **元氣高齢者こそが地域を支える**
- 地域包括ケア時代の**ミッション**とは?
社会的弱者と決めつけず 地域の資源として **元氣高齢者の育成支援**
生活に戻すための医療・介護重視した 地域づくり

地域包括ケアシステムの方向性

〔危機感共有〕〔目的共有〕を前提に

地域住民の **自分らしい生き方・死に方の実現**へ
急性期医療も例外ではない **元氣高齢者を地域ぐるみで育成支援**

〔生活の場重視〕**地域コミュニティ主体の地域づくり**

元氣高齢者の活躍の場づくり

- **元氣高齢者の健康観(自分らしく・人のために)**の実現への支援
- **医療・介護システムは公助ではなく共助 各依存の軽減化**
- **地域資源を総動員**するための協議や実践の**話し合い場**づくり
- 地域包括ケアシステムの**マネジメント機能強化**

生活の場での医療重視

かかりつけネットワークの構築・強化へ

医療崩壊の主因と解決策

医療費抑制策と 医療の充実策の**矛盾**

医療費を上げる主因は“医療の進歩” 早期発見・治療で医療費は下げられない

主因⇒医療依存度を低下させないまま 医療費抑制策断行

在院日数の短縮化 医療機能分化 在宅医療の推進

医療費抑制のため 強引に進めたことが問題

追い出されるムード 患者・医療者両者にとって受け入れがたい

互いの信頼関係の低下 依存と不信の連鎖 → 医療崩壊

急性期病院が頑張ると かえって依存度を上げる可能性大

解決策⇒医療への依存度を下げることを意識して

住民・家族の自立・覚悟を促しながら **地域へ戻す医療充実へ**

17

第6次地域保健医療計画

＜基本理念＞ [地域づくり] は見えてこない

- 必要な地域医療の確保
- 医療機能の分化・連携の推進
限られた資源を有効活用 効率的・効果的な医療供給体制
- 患者本位の医療の実現
生活者としての患者・住民が積極的・主体的に医療に参画
- 健康で安全な地域社会の確立
生活習慣病予防に代表されるセルフケア意識の醸成
健康危機管理体制の整備
- 地域包括ケアシステムの構築体制の整備
地域包括ケアが見えにくく 急性期・専門・救急医療、医療者確保の重視
具体的な戦略や [危機感共有][目的共有]に乏しい

18

医療ビジョン策定に伴う 地域保健医療計画の見直し

都道府主体 生活を重視した医療の展開

- “5疾患(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患)
5事業(救急、災害、へき地、周産期、小児)” 在宅医療において
地域医療計画を積極的かつ具体的に推進する方策を検討
- 病床機能報告制度・医療ビジョンを契機に
「とことん」→「まあまあ」 急性期病院病床削減 在宅医療の推進
- データ分析による現状把握や将来予測
- 医療機関が診療報酬に振り回さず、連携による経営を基本に
一時しのぎ・医療費抑制策として受け止めない
[危機感共有][目的共有]して 地域で膝を詰めて話し合うこと

今後の入院医療の方向性

医療費抑制策ではなく 医療依存度を下げる

- “医療を生活資源に”をミッションに 入院は退院のための再認識
入院はシェルターとして できるだけ短期間で退院できる計画
- 元の生活に戻すための入院 病棟経営から 外来経営の重視へ
- つなぐ連携から 切らない継続へ
病気と闘うことを目的とした入院は これまで生活を分断する
- その人らしい生き方の支援 求められる医療を提供できる体制

各職能が役割分担の前に ゴールを共有すること
“生活に戻すための 入院前からの多職種連携”
チーム医療の考え方を大きく見直すチャンス

20

何故入院前からの対応が必要か

- 入院前から **退院というゴール**を目指す意識が重要
- 患者の**真のニーズ**は生活から **生活に戻るモチベーション**
- 医療者側の都合に合わせない **生活ニーズの把握**

ナラティブな(人生の物語)ものである

“してあげる” r “求められる”

入院してからは **医療目的に移行して把握が難しい。**

生活に戻すための支援が重要であれば

生活におけるニーズを入院前に把握・共有する

生活に戻るイメージの一番強い時 それは 入院前

看護師の役割重視

- 看護師の**アイデンティティ**の理解
生活に軸足を置いた医療の担い手として明確化
看護師の権限の拡大 退院は看護師がマネジメント
- 医師は診断・治療を軸足においた医療
看護師との両輪で 生活を支える医療をマネジメント
- 多職種・多部門連携は看護師が
患者・家族の**生活ニーズ**を掘り起こして
それをベクトルに **連携プラットホーム**を構築
- **地域生活指向型**のマネジメント力を備えた看護師の育成

急性期・亜急性期・回復期・慢性期・在宅を超えて
地域全体で看護師の地域(垂直)連携の充実強化²³

愛媛大学医学部附属病院

病院の理念

「患者に学び患者に還元する病院」

H27年4月現在



病院の概要	
病床数	626床
診療科	21診療科
1日平均 外来患者数	約1300人
平均在院日数	約15日
病床稼働率	約90%
紹介率	約90%
ボランティア数	約200名 ²³

愛媛大学病院を地域生活資源に “生活に戻すためのチーム医療”の実践

地域包括ケアシステム推進への積極的な参画

総合診療サポートセンター(TMSO)の設置 2013.10

- 患者・家族の**入院・入院後の不安軽減**
- 入院前から退院支援 入院前から退院を目標**においた体制の充実
- 生活ニーズの把握とその実現**に向けたベクトル提示
- 生活に戻すための**「多職種連携のプラットホーム」**の設置
- 医療経営の適正化目標 生活ニーズ実現のための医療**

医療費抑制でなく 無駄な(生活に戻せない)医療を見直す

愛媛大学病院のチャレンジ 総合診療サポートセンター(TMSC)

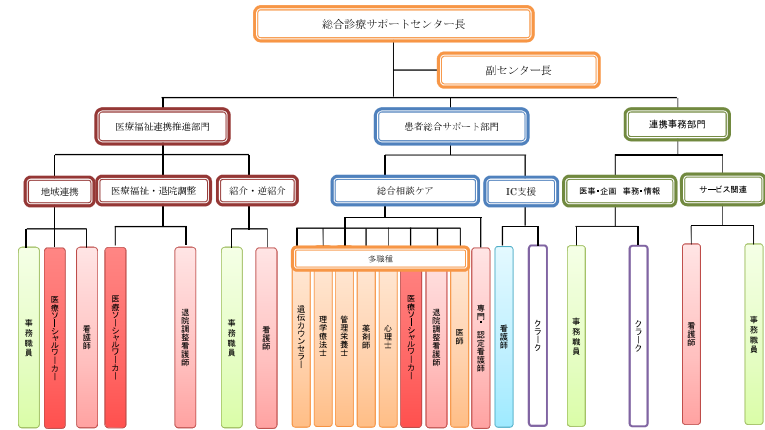
基本方針

生活を分断しない入院(医療)を目指す
退院支援は入院前から

- ▶生活者である患者・家族に対し、入院前から入院中、退院後の生活を見据えて、それぞれの多職種が組織の一員として協働し、効果・効率的に総合的な生活に戻す支援を行う。
- ▶特に看護師が生活に軸足を置いた医療に取組み、病院・地域継続して、看護師がマネジメント機能を発揮し、チーム医療を充実させ、入院前から入院後まで 地域連携(統合化)の推進役を担う
- ▶MSWと看護師の協働と役割整理 患者相談支援の両輪として

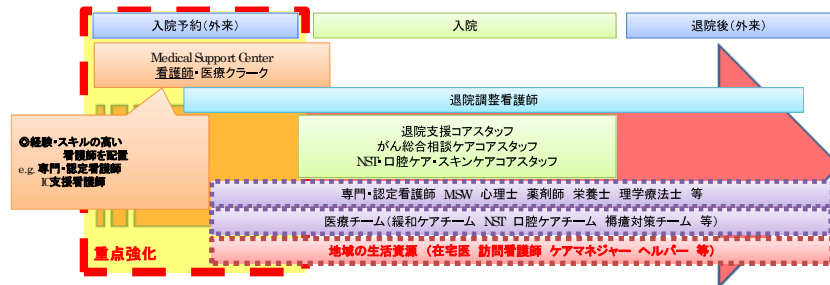
25

総合診療サポートセンター(TMSC)の組織図



26

総合診療サポートセンター機能 TOTAL MEDICAL SUPPORT CENTER (TMSC)



入院前から 患者家族の真のニーズを明確化し
入院計画の作成 かかりつけ医の確保・連携に着手 退院後を意識して

従来の医療福祉支援センター、がん総合相談ケアセンターに、
看護部のMSW(支援部門、医事課、医療サービス課等)事務部門、その他多職種協働
総合診療サポートセンターへ統合化

地域包括ケア時代の急性期病院

生活を分断しない 生活に戻すための医療

- ▶急性期医療(先進医療)は主役ではなく 脇役
生活の場での医療体制が主役 名脇役があってこそ主役が引き立つ
専門医師は生活に戻すために 速やかに診断・治療をマネジメント
- ▶急性期病院は かかりつけ医にならない(なれない)
- ▶地域における生活支援のための情報共有 ICTの導入・活用
- ▶急性期医療の機能分化と在宅医療の推進 生活の場への技術移転
- ▶退院支援は入院前から 入院前から かかりつけ医(戻し先)を
- ▶最大の合併症は 生活に戻れないこと 7:1看護体制の意味
入院時総合調整(CGA7) 入院関連障害(HAD)
多職種連携を入院前から促進する「連携プラットフォーム」の必要性

28

急性期病院から始まる医療体制から 生活の場を主役とした医療の組み替え

亜急性・回復期・療養期・維持期は 急性期病院を軸とした流れ

「急性期が主役 亜急性・療養期等には成り下がりにたくない」

⇒ 地域医療体制の見直し・医療ビジョンの作成への大きな抵抗勢力

急性期病院・慢性期病院・かかりつけネットワーク 3レベル区分

病院完結型 ⇒ 地域完結型 ⇒ 急性期集約と地域包括型へ

急性期医療で組み立てた2次医療圏の考え方を 地域包括で再構築

- (集約)限られた特殊な専門機関 ⇒ (高度)急性期病院
- 亜急性・回復期・療養期・維持期 ⇒ 慢性期病院(地域包括病院)
- 在宅医療(生活の場での医療ケア) ⇒ かかりつけネットワーク

多くの一般の医師は 慢性期(地域包括)病院に所属する
慢性期病院が 地域包括病床を設置して 地域医療マネジメント
亜急性・回復期・療養期・維持期の機能を地域の実情に合わせて担う²⁹

今後の地域医療の方向性 公衆衛生的観点が必要

➢ 診察室を訪れる患者の治療・ケアだけではなく
むしろ 診察を訪れることのない地域の住民の健康へのアプローチ

➢ 地域の医療に対するニーズを知り 応えるプロセス

生活を支えるための資源としての医療

社会的弱者対応 ⇒ 元気高齢者(住民)支援

病人・障害者等弱者への対応が 医療の最優先課題ではない。

地域住民の元気を支援する 生活を支える医療を重視

コミュニティアプローチ
エンパワメント 住民・地域の力を引き出す医療

30

住民の心構え(覚悟) 誰が教育し促すのか？ セルフケア・マネジメント力の向上

➢ 患者・住民の医療や介護依存度の軽減

「24時間365日 いつでも 安心」……からの脱却

➢ 支援してもらう医療 ⇒ 自ら求める支援へ

➢ かかりつけネットワークの構築

➢ 「医療・介護制度も共助」であることの理解促進

➢ 住民視点からの(医療の都合でなく) ICT(情報共有)の活用促進

➢ ヘルスプロモーションの推進 健康を軸とした地域づくり

➢ ソーシャルキャピタルの醸成 目的達成・地域づくりネットワーク

➢ エンパワメント 自助・互助・共助 患者・住民力・地域力の向上

31

“公衆衛生”の重視

ハイリスクアプローチ ⇒ コミュニティアプローチ

社会的弱者へのケア ⇒ 社会的弱者が社会参加

- ① 疾病治療・介護予防 ⇒ ときどき医療・介護の健康づくり支援へ
- ② 治療・介護重視 ⇒ 生活重視 地域生活ネットワークの構築
- ③ リソースマネジメント…今地域にある資源を掘り起こし活用
- ④ ヘルスプロモーション…自助・共助 住民主体の地域づくり
- ⑤ ソーシャルキャピタル…ベクトルの共有 顔の見える関係を超え
- ⑥ ノーマライゼーション…障害者へ ⇒ 障害の有無に関係なく共に
- ⑦ エンパワメント…住民力 地域力 自分自身の力を引き出す

<MCCEプロセス>

32

みんな手段で悩んでいる 目的と手段の混同からの脱却



目的の明確化・共有化



手段に振り回され目的を見失うことが問題
全て手段から開放し、目的に戻すため

そもそもの目的は…?

原点に戻って考えてみよう!

まずは目的(ミッション)を明確に

マネジメント=エンパワメント

内なる力の賦活化・回復するために

個々人に応える
指導的な対応では、
各ニーズを実現する
ことは不可能

地域や住民の本来
持つ力を賦活化



EBM(科学的根拠)とは・・・

地域特性や住民ニーズに合致していること
住民とFOR(目指す方向)を共有すること

共通のFORを
実現する
環境整備へ

情報の収集・提供(公開)
受け皿のネットワーク化

住民自身が主体的に地域資源を活用
できるように エンパワメント

“MCCEサイクル”を回す

ベクトルの方向を見定めて
多職種・多機関をマネジメント ⇒ 地域をエンパワメント
「アウトカム」は指標であり ゴールではない

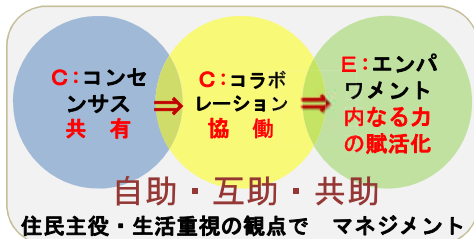
住民・患者・地域を
主役(中心)に置く

「住民・患者・地域の真のニーズを
実現するために多職種が協働する」
をミッションに

M: ミッションを共有してこそ

住民・地域 互いの信頼関係の構築

「プラットフォーム」を有効活用



その方向を共有して
実現を目指し
各々の力を結集すれば…
サービス提供⇒ 支援

住民・患者・地域力
が引き出せる

『生活を分断しない医療』 (2013 ライフ出版)



急性期病院を「資源」の視点でマネジメントし
超高齢社会の患者の人生を「途切れさせない」医療
保健福祉のあり方を紹介

間もなくやって来る超高齢社会。それは、50歳以上人口が半数を超え、急性期病院の患者の8割が高齢者となる時代の到来であり、「絶対治療・絶対救命」が叶わなくなる現実と、年間死亡者が170万人を超える現実を、医療保健福祉の従事者に突きつける。

悪因を叩くだけの従来の医療から、患者等の「人生」を支える医療やケアへ転換を訴える著者は、医療を「生活資源」として、あるいは「シェルター」として活用する方向へ大胆に舵を切らなければ、「医療崩壊」脱却の道はないと断言する。

本書はそんな著者が送る、振り回されている患者・疲弊し元気を失っている医療保健福祉従事者、そして臨界点に達しつつある社会保障のすべてを救う日本型医療システム再生の処方せんである。



シンポジウム

時間 14:30~15:45

会場 第1会場

テーマ：『ときどき入院、ほぼ在宅』—私たちにできること— (各5分)

座長：東京湾岸リハビリテーション病院 院長 近藤国嗣
千葉市医師会理事 和田浩明

1. 脳卒中退院後救急入院となった症例の解析

千葉ろうさい病院 リハビリテーション科 小沢義典

脳卒中治療歴があり救急入院となった症例を検討した。2013年1月から2015年9月までの33か月間に106件(78症例)が該当した。脳卒中再発は26件であり80件はその他の疾患による入院であった。この2群を比較して検討を行った。在院日数は脳卒中 21.1 ± 15.8 日、その他 17.2 ± 18.7 日であった。脳卒中再発では自宅退院あるいは回復期リハ転院となった例が8割であったが、その他では6割であった。

2. 急性期病院におけるリハビリテーション—問題点と対策—

新東京病院リハビリテーション科部長 西 将則

安静臥床をできるだけ避け早期離床を測り、『廃用症候群』を予防することが急性期リハビリテーションの最大の目的である。だが、多くの急性期病院の現状は、理想からかけ離れ、不必要な安静がADL低下を招くことも少なくない。それは脳卒中患者にとって、大きなダメージとなる。これらの問題は「医療従事者のリハビリテーションに対する認識の欠如」が最大の原因であり、その解決が急務である。当院での対策についても紹介する。

3. 「かかりつけ医の立場から」

いらはら診療所在宅医療部 医師 和田忠志

かかりつけ医の立場から、在宅医療連携について多職種連携に焦点をあててお話しする。かかりつけ医の役割は、外来での生活習慣病管理、脳卒中発症時における急性期病院連携、リハビリテーション専門職連携、そして、ADL が低下した患者に対しては在宅医療でその後の経過を診療することも多い。退院時カンファレンスは有力な連携方法である。在宅医療連携では訪問看護師やケアマネジャーなどとの多職種連携のののもとで治療を進める。

4. 「ときどき入院、ほぼ在宅」－私たちにできること－

緑が丘訪問看護ステーション 山崎潤子

訪問看護の役割は、病気や障害を管理するだけではありません。病気や障害の生活への支障を最小限として、利用者がその人らしくいきいきと暮らしていけるような看護を提供しています。在宅療養の経過の中で、入退院を繰り返す事もありますが、病院側と在宅側と同じ目標に向かって、それぞれの立場から支援していくことが大切ではないかと考えています。事例を通して、検討してみたいと思います。

5. 『ときどき入院、ほぼ在宅』－私たちにできること－

千葉県介護支援員専門員協議会副理事長 井上 創

私自身は、2000年4月の介護保険制度開始された当時より、介護支援専門員として業務にあたっています。制度開始当初と比較すると、現在の医療介護連携は明らかに進み、入退院時の連携や在宅復帰のための支援は進化していることを実感しています。しかしながら一方で、在宅支援における課題はより複雑化し、社会の価値観や患者さん自身あるいはご家族の意識やニーズもまた、変化していることも実感しています。

地域連携における課題あるいはその方法、上手くいっているポイントは、本来、地域ごとに異なる事を前提としつつも、今回は、あえて自身が日頃感じる問題点を切り口に脳卒中連携の今後を考えてみたいと思いました。

連携が上手くいっているかいないかの基準となるのは、つまり情報が効果的に伝達、共有されたかどうかだと考えますが、ケアマネジャーとしては、①必要な情報を確認できたかどうか、②必要と思われる情報を上手く伝達できたかどうか、と考えます。

脳卒中パスのシステムの中で共有が可能な「地域生活連携シート」につきましては、地域内または広域において様々なメリットを感じますが、一方で課題も感じています。

分科会報告

時間 15:45~16:10

会場 第1会場

座長：千葉県看護協会理事 橋野恭子
国保松戸市立病院長 烏谷博英

(各5分)

(1) 医師・歯科医師分科会

千葉県救急医療センター 古口徳雄

(2) 栄養士分科会報告

新八千代病院 大嶋晶子

(3) 看護職分科会報告

日本医科大学千葉北総病院 有泉楽子

(4) 薬剤師分科会報告

国保松戸市立病院 高橋憲二

(5) リハビリテーション職分科会報告

山之内病院 三好主晃

(6) 医療ソーシャルワーカー分科会報告

旭神経内科リハビリテーション病院 齊藤義直

総括

時間 16：10～16：25

会場 第1会場

「総括」

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会代表世話人
千葉県脳卒中連携意見交換会代表 / 千葉県救急医療センター
千葉県医師会脳卒中患者退院時支援推進委員会委員長

古口徳雄

CAMP-S は計画管理病院協議会，千葉県回復期リハビリテーション連携の会のアンケートによる昨年度の実績では年間 2000 名を越える患者さんに新たに発行され，県内の 8-9 割の新規脳卒中患者さんをこの連携システムでカバーしています。地域で暮らす患者さんを支える地域作りの鍵の 1 つが「退院時支援事業」が注目している医療と介護の接点です。この，1 年間の成果と来年に向けた課題について整理します。

【参考資料】

- 千葉県共用地域連携パス（例示モデル）脳卒中／千葉県ホームページ
- 千葉県地域生活連携シート（参考様式）

【 介護支援専門員 ⇄ 医療機関 】平成 23 年 4 月版

- 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会
- 千葉県回復期リハビリテーション連携の会
- 地域生活期担当医(医師会別人数)
- 退院支援・退院調整フローチャート ※
- 退院調整時の診療報酬（介護報酬）別フローシート ※

※出典

第 1 回日本医師会在宅医リーダー研修会 7 退院支援・調整
医療法人池慶会池端病院 理事長・院長池端幸彦氏講演スライド

[ちば](#)

[ホーム](#) > [くらし・福祉・健康](#) > [健康・医療](#) > [保健医療政策](#) > [千葉県共用地域医療連携パス](#) > 千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）脳卒中

更新日：平成26(2014)年6月13日

千葉県共用地域医療連携パス（例示モデル）脳卒中

脳卒中（平成26年4月版）

千葉県共用脳卒中地域医療連携パスについては、千葉県医師会に、かかりつけ医や急性期病院、回復期病院等の関係者で構成する検討会を設置し、共用パスの見直しを行っています。

このたび、下記のとおり内容の改訂を行いました。

平成26年4月版の改訂内容

- 診療情報シート（急性期病院用）に、「鼻腔栄養開始日」又は「胃ろう造設日」の欄を追加
- 連携シートに、栄養シートを新設
- 連携シートのリハシート（回復期病院用）に脳卒中後のうつの欄を追加
- 連携シートの薬剤シートの運用の見直し（運用の手引きに、薬剤シートの運用方法について追記）
- 診療経過表のリハシート（地域生活期作成用）の全面改訂

シートの内容

- 運用の手引き [様式（ダウンロード）（PDF：1、789KB）](#)

名称	概要	様式 (ダウンロード)
チェックシート	急性期病院及び回復期病院において、連携パス作成状況をチェックするシートです	様式 (エクセル： 63KB)
診療計画書	患者及び家族に、診療計画を説明するためのもので、診療報酬上の規定に基づく書類となります。計画管理病院では、入院後7日以内に説明し同意していただくことで、計画管理料の算定が可能になります。また、リハビリテーション病院では、退院調整時に診療計画書の説明と同意をいただくことで、退院時指導料（I）の算定可能になり、かかりつけ医が退院時指導料（II）を算定できます。	様式 (エクセル： 153KB)
連携シート	連携先の医療機関等が必要とする情報を記載し、接着パスとして使用します。 この書類は、急性期病院作成用と回復期病院作成用とがあり、それぞれが『診療情報シート』、『歯科診療情報シート』、『看護シート』、『リハシート』、『MSWシート』、『薬剤シート』、『栄養シート』の7つで構成されています。 診療報酬上、回復期病院作成の連携シートの内1部は計画管理病院に送付する必要があります。	様式 (エクセル： 1、217KB)
診療経過表		

	<p>地域生活期において医療機関等が行う診療等の内容の一覧表です。</p> <p>『患者基本情報』、『再発予防シート』、『歯科シート』、『リハシート（地域生活期作成用）』、『地域生活連携シート（介護シート）』で構成されています。</p>	<p>様式 (エクセル: 1、490KB)</p> <p>地域生活連携シート(別ページ)</p>
連絡票	<p>地域生活期におけるコミュニケーションツールとして使用します。</p> <p>『連絡票（様式A）』、『連絡票（様式B）』、『連絡票（様式C）』で構成されています。</p> <p>『連絡票（様式C）』は、計画管理料を算定している患者さんがかかりつけ医に紹介されたとき、計画管理病院に郵送することで退院時指導料（II）を算定できます。</p> <p>『連絡票（様式B）』、『連絡票（様式C）』は、診療情報提供書として算定することが可能です。（退院時指導料（II）と同時算定はできません）</p>	<p>様式 (エクセル: 93KB)</p>

関連リンク

- [地域生活連携シート（介護シート）](#)

よくある質問

- [県政へのご意見のページ](#)

お問い合わせ

所属課室：[健康福祉部健康福祉政策課政策室](#)

電話番号：043-223-2609

ファックス番号：043-222-9023

メールでお問い合わせ

千葉県地域生活連携シート(参考様式)【介護支援専門員⇄医療機関】

平成23年4月版

(1)入院先の医療機関等名称 様	下記利用者(家族)の同意に基づき、 利用者の身体・生活機能等の情報を 送付しますので、ご活用ください。	(2)送付日：平成 年 月 日 (面談日)：	
		(3)入院日：平成 年 月 日 (退院日)：	

(4)利用者氏名 <small>(ふりがな)</small>	(5)生年・性別等 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り 身障(級) 療育 精神 特定疾患	
(8)要介護度	認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者：日常生活自立度	
(11)介護サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> ショート(日/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> その他()	
(12)同居家族	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 子 子の配偶者 ()	(13)住居： <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階) 施設() (エレベータ： <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
(14)主介護者	続柄： 同居 別居	電話： 就労状況： 健康状態：		
(15)キーパーソン	続柄： 同居 別居	電話： (16)緊急連絡先：		

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	情報源	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					
2:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					
3:	<input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 家族等					

記入時の身体・生活機能等

(18)記入日：平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
(19)麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()
(20)褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位：)	(21)皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()
(22)視力	<input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 目の前の物が見える <input type="checkbox"/> 判断不能	(23)眼鏡： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(24)聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	<input type="checkbox"/> 大声なら何とか聞こえる <input type="checkbox"/> 判断不能	(25)補聴器： <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(26)意思の伝達	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明
(28)認知症症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()		
(29)睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩
(31)起居動作	<input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 寝たきり	(32)移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子
(33)摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管(方法： 内容： 量： 所要時間：)		
(34)食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(36)食動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
(38)口腔環境	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	(39)義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 義歯不要
(40)口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(41)方法	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ <input type="checkbox"/> うがい
(42)排尿介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(43)排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
(44)排便介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
(47)衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
(48)服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(49)薬の形状	<input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 散剤 <input type="checkbox"/> 液剤 その他()
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本シートの記入者

所属	担当	住所	
電話	FAX	Eメール	(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 作成済 <input type="checkbox"/> 未済

千葉県地域生活連携シート使用上の留意点

1 千葉県地域生活連携シートの使用方法（入院時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

なお、居宅介護支援事業所が、利用者が入院してから7日以内に、入院先の医療機関に対し、本シートの送付等により利用者情報を提供した場合には、介護保険の医療連携加算の算定対象となります。

2 千葉県地域生活連携シートの使用方法（退院・退所時）

本シートは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

なお、利用者の退院・退所に当たり、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設または介護保険施設の職員と面談を行い、必要な情報提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、居宅サービスの利用に関する調整を行った場合には、介護保険の退院・退所加算の算定対象となります。

3 個人情報の取り扱いについて

本シートには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本シートの記入及び送付に当たっては、必ず本人または家族の同意を得てください。

特に、本シートをFAXまたはEメール等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮が必要です。

また、本シートは、利用者本人及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 千葉県地域生活連携シートの記入頻度等について

概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本シートに記入し、保管しておくことが、利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、望ましいと考えます。

また、月一回のモニタリングの際、本シートをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に变化があった場合には、その都度、本シートに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本シートを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者が入院した際、居宅介護支援事業所の介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう、利用者及び家族等には日頃から本シートの趣旨を説明し、理解を得ておくことが必要です。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者が入院した際、直ちに本シートを医療機関に持参または郵送、FAX、Eメール等により送付してください。

また、シートを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成22年4月1日△△病院に入院。平成22年4月2日△△病院に地域生活連携シートを送付し情報提供した」

なお、シートを送付する際の手段（郵送、FAXまたはEメール等）や、医療機関がシートを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAXまたはEメール等）については、地域の医療機関と事前に協議のうえ取り決めておくことが望ましいと考えます。

7 千葉県共用脳卒中地域医療連携パスとの関係

本シートは、千葉県共用脳卒中地域医療連携パスの中の「介護シート」として、脳卒中の患者が退院する際に、回復期医療機関等から提供されることもあります。介護シートは、脳卒中の再発に備え、上記と同様に概ね半年に一度記入しておくことが望ましいと考えます。

なお、介護シートは、本シートと記入項目が完全に一致しており、本シートから転記することが可能です。

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会名簿

(平成27年2月1日現在)

医療圏	施設名	郵便番号	住所
千葉(6)	千葉県救急医療センター	261-0012	千葉市美浜区磯辺3-32-1
	国立病院機構千葉医療センター	260-8606	千葉市中央区椿森4-1-2
	千葉市立青葉病院	260-0852	千葉市中央区青葉町1273-2
	千葉大学医学部附属病院	260-8677	千葉市中央区亥鼻1-8-1
	千葉脳神経外科病院	263-0001	千葉市稲毛区長沼原町408
	千葉メディカルセンター	260-0842	千葉市中央区南町1-7-1
東葛南部(7)	船橋市立医療センター	273-8588	船橋市金杉1-21-1
	谷津保健病院	275-0026	習志野市谷津4-6-16
	東京女子医科大学八千代医療センター	276-8524	八千代市大和田新田477-96
	国立国際医療研究センター国府台病院	272-8516	市川市国府台1-7-1
	東京歯科大学市川総合病院	272-8513	市川市菅野5-11-13
	順天堂大学医学部附属浦安病院	279-0021	浦安市富岡2-1-1
	行徳総合病院	272-0133	市川市行旅駅前1-12-6
	東京ベイ・浦安市川医療センター	279-0001	浦安市当代島3-4-32
	千葉県済生会習志野病院	275-8580	習志野市泉町1-1-1
東葛北部(3)	国保松戸市立病院	271-8511	松戸市上本郷4005
	千葉西総合病院	270-2251	松戸市金ヶ作107-1
	新東京病院	270-2232	松戸市和名ヶ谷1271
印旛(3)	成田赤十字病院	286-0041	成田市飯田町90-1
	東邦大学医療センター佐倉病院	285-8741	佐倉市下志津564-1
	日本医科大学千葉北総病院	270-1694	印西市鎌苅1715
香取海匝(1)	国保旭中央病院	289-2511	旭市イ1326
安房(1)	亀田総合病院	296-8602	鴨川市東町929
君津(1)	君津中央病院	292-8535	木更津市桜井1010
市原(3)	千葉県循環器病センター	290-0512	市原市鶴舞575
	千葉労災病院	290-0003	市原市辰巳台東2-16
	帝京大学ちば総合医療センター	299-0111	市原市姉崎3426-3

千葉県回復期リハビリテーション連携の会 施設リスト

平成27年10月1日現在

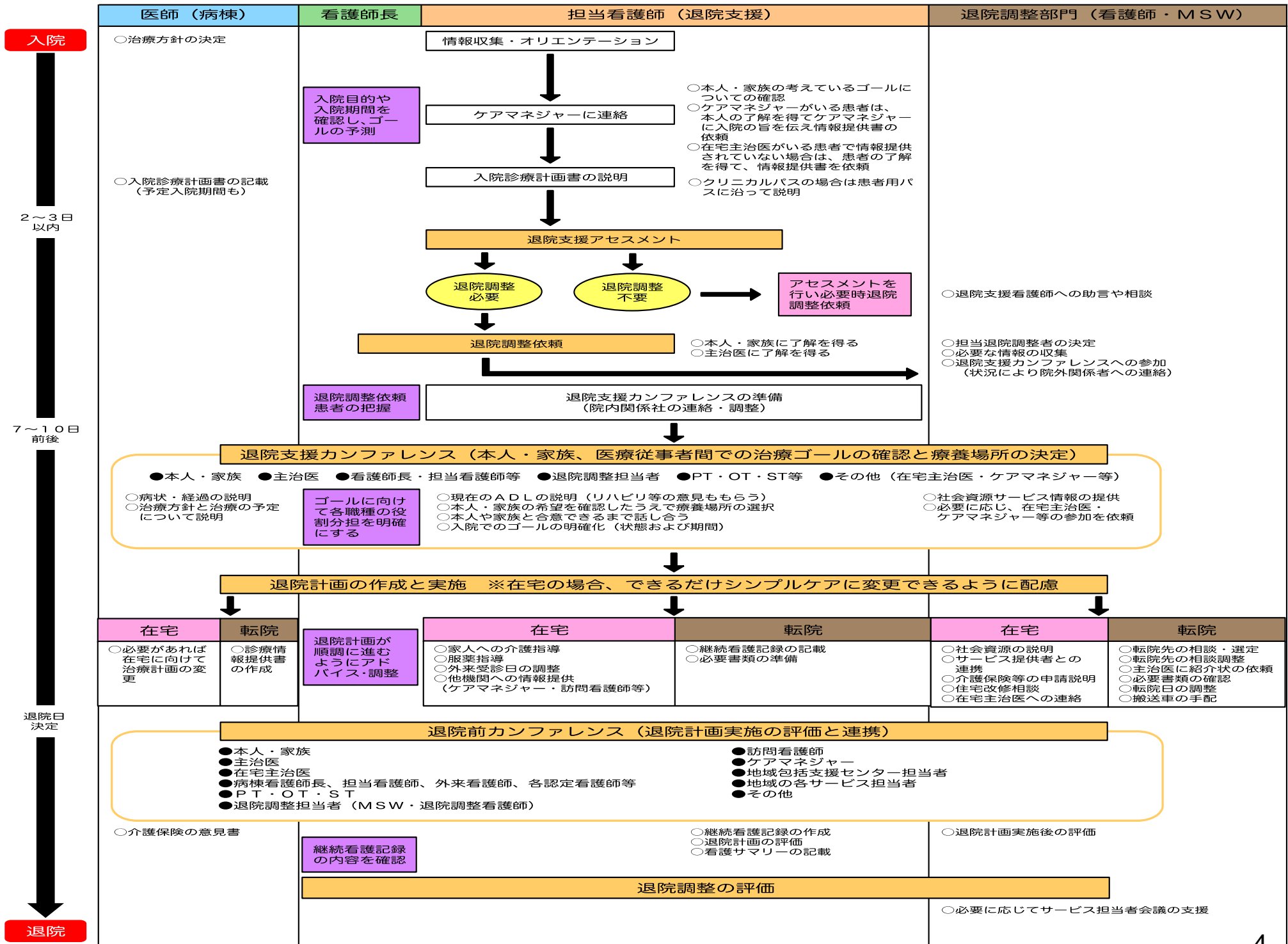
市町村		施設名	市町村		施設名
千葉市稲毛区	1	富家千葉病院	我孫子市	25	メディカルプラザ平和台病院
千葉市中央区	2	柏戸病院	柏市	26	北柏リハビリ総合病院
	3	千葉みなとリハビリテーション病院		27	千葉・柏リハビリテーション病院
千葉市花見川区	4	千葉健生病院	流山市	28	千葉愛友会記念病院
千葉市緑区	5	おゆみの中央病院		29	東葛病院
	6	千葉県千葉リハビリテーションセンター		30	流山中央病院
千葉市若葉区	7	千葉南病院	野田市	31	野田病院
	8	千葉中央メディカルセンター	松戸市	32	旭神経内科リハビリテーション病院
9	みつわ台総合病院	33		五香病院	
市川市	10	市川市リハビリテーション病院		34	東松戸病院
	11	大野中央病院		35	松戸リハビリテーション病院
習志野市	12	化学療法研究所附属病院	成田市	36	成田病院
	13	津田沼中央総合病院	佐倉市	37	佐倉厚生園病院
船橋市	14	東京湾岸リハビリテーション病院	八街市	38	長谷川病院
	15	下総病院		39	八街総合病院
	16	セコメディック病院	大網白里市	40	季美の森リハビリテーション病院
	17	千葉徳州会病院	山武郡九十九里町	41	九十九里病院
	18	船橋市立リハビリテーション病院	山武郡芝山町	42	高根病院
	19	船橋総合病院	茂原市	43	山之内病院
八千代市	20	船橋二和病院	鴨川市	44	亀田リハビリテーション病院
	21	新八千代病院	館山市	45	館山病院
香取市	22	八千代リハビリテーション病院	市原市	46	五井病院
	23	佐原中央病院		47	白金整形外科病院
袖ヶ浦市	24	袖ヶ浦さつき台病院		48	リハビリテーション病院さらしな

(順不同)

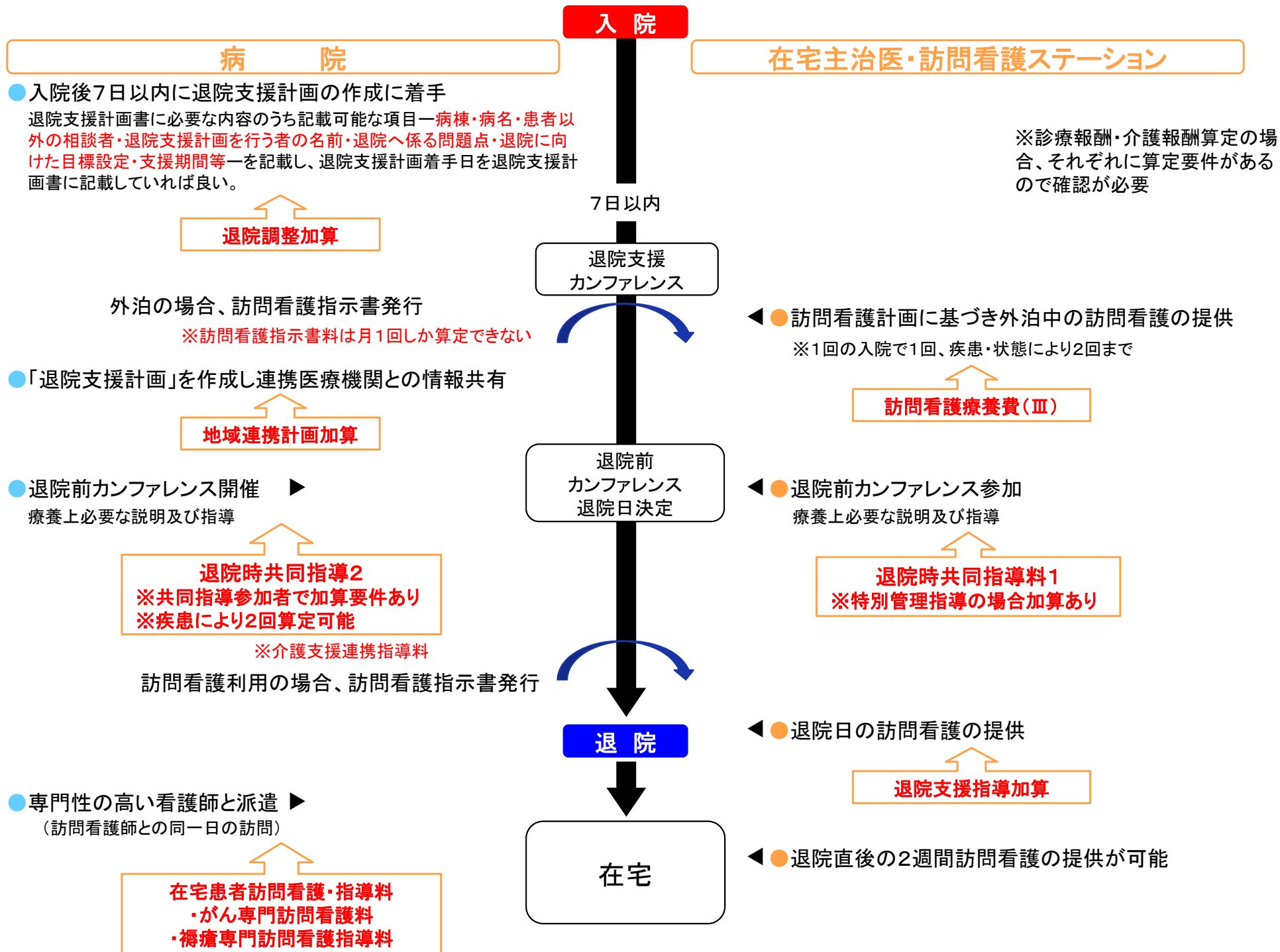
地域生活期担当医数
(二次保健医療圏・市町村・保健所・医師会別)

二次保健医療圏	市町村名	保健所	医師会	医師数
千葉	千葉市	千葉市保健所	千葉市医師会	68
東葛南部	市川市	市川健康福祉センター	市川市医師会	27
東葛南部	船橋市	船橋市保健所	船橋市医師会	45
東葛南部	習志野市	習志野健康福祉センター(保健所)	習志野市医師会	9
東葛南部	八千代市	習志野健康福祉センター(保健所)	八千代市医師会	14
東葛南部	鎌ヶ谷市	習志野健康福祉センター(保健所)	鎌ヶ谷市医師会	
東葛南部	浦安市	市川健康福祉センター	浦安市医師会	4
東葛北部	松戸市	松戸健康福祉センター(保健所)	松戸市医師会	44
東葛北部	野田市	野田健康福祉センター(保健所)	野田市医師会	
東葛北部	流山市	松戸健康福祉センター(保健所)	流山市医師会	6
東葛北部	我孫子市	松戸健康福祉センター(保健所)	我孫子市医師会	10
東葛北部	柏市	柏市保健所	柏市医師会	3
印旛	成田市	印旛健康福祉センター(保健所) 成田支所	印旛市郡医師会	13
印旛	佐倉市	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	24
印旛	四街道市	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	8
印旛	八街市	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	1
印旛	印西市	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	11
印旛	白井市	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	6
印旛	富里市	印旛健康福祉センター(保健所) 成田支所	印旛市郡医師会	1
印旛	酒々井町	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	1
印旛	栄町	印旛健康福祉センター(保健所)	印旛市郡医師会	2
香取海匝	銚子市	海匝健康福祉センター(保健所)	銚子市医師会	12
香取海匝	旭市	海匝健康福祉センター(保健所)	旭市医師会	6
香取海匝	匝瑳市	海匝健康福祉センター(保健所)	匝瑳市医師会	6
香取海匝	香取市	香取健康福祉センター(保健所)	香取郡市医師会	9
香取海匝	神崎町	香取健康福祉センター(保健所)	香取郡市医師会	
香取海匝	多古町	香取健康福祉センター(保健所)	香取郡市医師会	2
香取海匝	東庄町	香取健康福祉センター(保健所)	香取郡市医師会	
山武長生夷隅	茂原市	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	5
山武長生夷隅	東金市	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	7
山武長生夷隅	勝浦市	夷隅健康福祉センター(保健所)	夷隅医師会	
山武長生夷隅	山武市	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	5
山武長生夷隅	いすみ市	夷隅健康福祉センター(保健所)	夷隅医師会	3
山武長生夷隅	大網白里市	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	5
山武長生夷隅	九十九里町	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	1
山武長生夷隅	芝山町	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	2
山武長生夷隅	横芝光町	山武健康福祉センター(保健所)	山武郡市医師会	1
山武長生夷隅	一宮町	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	2
山武長生夷隅	睦沢町	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	1
山武長生夷隅	長生村	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	
山武長生夷隅	白子町	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	2
山武長生夷隅	長柄町	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	1
山武長生夷隅	長南町	長生健康福祉センター(保健所)	茂原市長生郡医師会	
山武長生夷隅	大多喜町	夷隅健康福祉センター(保健所)	夷隅医師会	
山武長生夷隅	御宿町	夷隅健康福祉センター(保健所)	夷隅医師会	
安房	館山市	安房健康福祉センター(保健所)	安房医師会	4
安房	鴨川市	安房健康福祉センター(保健所)	安房医師会	4
安房	南房総市	安房健康福祉センター(保健所)	安房医師会	6
安房	鋸南町	安房健康福祉センター(保健所)	安房医師会	2
君津	木更津市	君津健康福祉センター(保健所)	君津木更津医師会	14
君津	君津市	君津健康福祉センター(保健所)	君津木更津医師会	6
君津	富津市	君津健康福祉センター(保健所)	君津木更津医師会	10
君津	袖ヶ浦市	君津健康福祉センター(保健所)	君津木更津医師会	6
市原	市原市	市原健康福祉センター(保健所)	市原市医師会	13

退院支援・退院調整フローチャート



退院調整時の診療報酬(介護報酬)別フローシート



千葉県脳卒中連携の会 CAMP-S 参加証

第7回

千葉県脳卒中連携の会 CAMP-S Chiba Alliance Medical Path-Stroke

所属：

職種：

氏名：

※氏名等を記入するか来場時のネームシールを添付して保管ください。

【開催要項】

メインテーマ：「退院後をささえてこそ ～医療連携から地域連携へ～」

日時 平成28年2月14日（日）9：50～16：30（受付9：30～）

場所 アパホテル&リゾート東京ベイ幕張（幕張ホール2階）

〒261-0021 千葉市美浜区ひび野2-3

プログラム：

【第一部】各分科会

医療・福祉職とケアマネジャー対象の研修会／実践！模擬多職種退院カンファレンス（症例検討会）

栄養士／看護職／薬剤師／リハビリテーション／医療ソーシャルワーカー

（敬称略）

【第二部】

〔退院時支援事業報告〕

行政から：千葉県健康福祉部健康福祉政策課医療・介護連携室長 野澤邦彦

県医師会から：千葉県医師会理事 松岡かおり

地区医師会から：君津木更津医師会

脳卒中退院時モデル事業運営委員会副委員長 竹内正人

地区医師会から：市原市医師会 会長 中村文隆

〔基調講演〕

『地域包括ケア時代』生活に戻すためのチーム医療 ～生活を分断しない医療連携へ～

四国医療産業研究所 所長

日本医師会総合政策研究機構 客員研究員

（元）愛媛大学病院総合診療サポートセンター長（TMSC）

櫃本 真事

〔分科会報告〕

(1) 医師・歯科医師分科会

千葉県救急医療センター 古口徳雄

(2) 栄養士分科会報告

新八千代病院 大嶋晶子

(3) 看護職分科会報告

日本医科大学千葉北総病院 有泉楽子

(4) 薬剤師分科会報告

国保松戸市立病院 高橋憲二

(5) リハビリテーション職分科会報告

山之内病院 三好主晃

(6) 医療ソーシャルワーカー分科会報告

旭神経内科リハビリテーション病院 齊藤義直

〔総括〕

千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会代表世話人

千葉県脳卒中連携意見交換会代表 / 千葉県救急医療センター

千葉県医師会脳卒中患者退院時支援推進委員会委員長

古口徳雄

参加証の保管と出席者名簿作成のお願い

千葉県共用地域医療連携パス（脳卒中）を使用し、「地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(I)及び(II)に関する施設基準」(平成 22 年厚労省告示第 73 号)に基づき、診療報酬を算定する保険医療機関におきましては、本参加証を大切に保管していただくとともに、それら参加証をとりまとめ施設ごとに出席者名簿の作成をお願いいたします。

また、連携先のすべての保険医療機関に対し、当該出席者名簿を送付していただき、連携する保険医療機関相互で本会の出席者を把握できるようにあわせてお願いいたします。

◆千葉県共用脳卒中地域医療連携パス計画管理病院協議会

主な活動

本協議会は、参加している県内の各急性期病院が協力して、千葉県共用脳卒中医療連携パスを用いた脳卒中地域連携の推進のための情報収集および提供や千葉県共用脳卒中医療連携パスにかかる連携会議の開催およびその支援を行います。

1. 千葉県共用脳卒中医療連携パスを用いた脳卒中地域連携の推進のための情報収集および提供
2. 千葉県共用脳卒中医療連携パスにかかる連携会議の開催およびその支援
3. その他、本会の目的を達成する為に必要な事業

平成 28 年 2 月 1 日現在協議会名簿

千葉県救急医療センター	東京歯科大学市川総合病院	日本医科大学千葉北総病院
国立病院機構千葉医療センター	順天堂大学医学部附属浦安病院	国保旭中央病院
千葉市立青葉病院	行徳総合病院	亀田総合病院
千葉大学医学部附属病院	東京ベイ・浦安市川医療センター	君津中央病院
千葉脳神経外科病院	千葉県済生会習志野病院	千葉県循環器病センター
千葉メディカルセンター	国保松戸市立病院	千葉労災病院
船橋市立医療センター	千葉西総合病院	帝京大学ちば総合医療センター
谷津保健病院	新東京病院	
東京女子医科大学八千代医療センター	成田赤十字病院	
国立国際医療研究センター国府台病院	東邦大学医療センター佐倉病院	

◆千葉県回復期リハビリテーション連携の会

平成 27 年 10 月 1 日現在施設リスト

富家千葉病院	船橋二和病院	八街総合病院
柏戸病院	新八千代病院	季美の森リハビリテーション病院
千葉みなとリハビリテーション病院	八千代リハビリテーション病院	九十九里病院
千葉健生病院	佐原中央病院	高根病院
おゆみの中央病院	袖ヶ浦さつき台病院	山之内病院
千葉県千葉リハビリテーションセンター	メディカルプラザ平和台病院	亀田リハビリテーション病院
千葉南病院	北柏リハビリ総合病院	館山病院
千葉中央メディカルセンター	千葉・柏リハビリテーション病院	五井病院
みつわ台総合病院	千葉愛友会記念病院	白金整形外科病院
市川市リハビリテーション病院	東葛病院	リハビリテーション病院さらしな
大野中央病院	流山中央病院	
化学療法研究所附属病院	野田病院	
津田沼中央総合病院	旭神経内科リハビリテーション病院	
東京湾岸リハビリテーション病院	五香病院	
下総病院	東松戸病院	
セコメディック病院	松戸リハビリテーション病院	
千葉徳洲会病院	成田病院	
船橋市立リハビリテーション病院	佐倉厚生園病院	
船橋総合病院	長谷川病院	

千葉県
千葉県医師会

千葉県脳卒中連携の会

<http://www.renkei-path.org/>

千葉県共用地域医療連携パスのさらに詳しい情報は、

