

第2章 地域ケアを進める

病気や障害を持っていても、住み慣れた自宅や地域で人間としての尊厳を持って、いきいきと暮らしていけるよう、診療所と病院など医療機関相互の連携や保健・医療・福祉の連携体制を強化する。

第1節 かかりつけ医

かかりつけ医は、日頃から気軽に健康相談にも応じる地域の初期医療の中核的な担い手であり、必要があれば適切な専門医を紹介し、在宅療養を支援するなど、生活の中で患者を支えながら、医療サービスを提供する医師である。

かかりつけ医は、患者との信頼関係の構築や医療の継続性の確保、患者ニーズへの細やかな対応などにおいて重要な役割を果たしており、医療機関の機能分化が進み、また、病院の在院日数の短縮化が進む中、かかりつけ医の役割は一層重要度を増している。

現 状

- (1) 本県では、かかりつけ医の普及・定着を目指し、平成5年度から各2次保健医療圏域において、順次、普及・啓発事業や患者紹介による医療機関相互の連携事業などを実施している。
- (2) かかりつけ医の普及・啓発については、ほとんどの圏域では市町広報誌などが活用されている程度の状況にあるが、前記の連携事業を実施した圏域を中心に、かかりつけ医マップや啓発パンフレットの作成等が行われている。また、かかりつけ医の情報などをインターネットで発信する事例もみられるようになっている。
- (3) かかりつけ医のいる県民の割合は、概ね60%程度で推移している。

年 度	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
かかりつけ医のいる人の割合	63.4%	64.7%	63.9%	60.2%

資料 「美しい兵庫指標」県民アンケート

課 題

かかりつけ医を持つことの意義を県民にさらに啓発し、その普及・定着を図る。また、在宅医療等の推進のために、地域におけるかかりつけ医の支援体制の整備などを進めることにより、かかりつけ医の機能を充実・強化する必要がある。

推進方策

(1) かかりつけ医の普及促進（医療関係団体、市町、県民）

かかりつけ医の定着を図るため、市町広報誌の活用やかかりつけ医マップの作成、さらにはインターネットによる情報発信など積極的な広報に努める。

また、医療法に基づく医療機関の情報公表制度により、診療所のもつ医療機能の情報を県民にわかりやすく提供するとともに、郡市区医師会において県民の相談に応じ情報提供を行う体制の充実を図る。

(2) かかりつけ医の機能強化（県、市町、医療関係団体）

研修会などの開催により、かかりつけ医の機能を強化する。

(3) かかりつけ医の支援体制の整備（県、市町、医療関係団体）

かかりつけ医を支援する地域医療支援病院の指定を含め、地域医療支援機能を持つ医療機関を各2次保健医療圏域に原則として1か所確保する。また、かかりつけ医の支援体制の確保のため、地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化などを推進する。

目 標

かかりつけ医のいる人の割合を増やす。 60.2%（2006）→70%（2010）

第2節 在宅医療

1 在宅医療

生活習慣病の増加等疾病構造の変化や高齢化の進展などにより、在宅医療の必要な患者が増加している。また、患者自身の在宅医療への志向も強い上に、在宅医療技術の向上や各種在宅医療サービスの制度化などにより、従来は在宅医療が困難であった患者も在宅医療が可能になっている。平成18年4月の診療報酬改定においては、24時間体制で訪問診療を行う体制を有する在宅療養支援診療所の制度が創設され、在宅医療体制の充実が図られている。

在宅療養者が生きがいを感じて療養生活を送れるよう、患者のニーズに応えられる在宅医療の推進を図り、患者のQOLの向上を図る。

現 状

(1) 平成17年10月の患者調査（厚生労働省）によれば、県内において往診や訪問診療などの在宅医療を受けた推計患者数は、2,660人（一日断面）であり、その8割は75歳以上の高齢者である。

在宅医療を受けた患者の疾病分類による内訳は、脳血管疾患が409人（15.3%）、神経系の疾患が381人（14.3%）、高血圧性疾患が361人（13.6%）、悪性新生物が225人（8.4%）の順となっている。

(2) 医師（歯科医師）による訪問診療や在宅療養指導管理のほか、看護師による訪問看護や理学療法士・作業療法士らによる訪問リハビリ、薬剤師による訪問薬剤管理指導等各職種の医療従事者による在宅サービスが制度化されている。

(3) 県内の病院で、訪問診療を実施しているのは121病院（34.2%）、訪問看護を実施しているのは120病院（33.9%）である。（兵庫県「平成19年医療施設実態調査」）

<実施病院の割合が高い圏域>

訪問診療：但馬（61.5%）、西播磨（60.0%）、淡路（41.7%）

訪問看護：淡路（66.7%）、但馬（61.5%）、丹波（50.0%）

(4) 平成16年に実施した兵庫県医療需給調査では、県内の診療所で、訪問診療に対応できるのは、回答のあった2,942診療所（回答率62.4%）中、1,374診療所（46.7%）であった。

<対応可能な診療所の割合が高い圏域>

但馬（75.7%）、丹波（66.0%）、西播磨（62.1%）

(5) 県内の在宅療養支援診療所数：609箇所（平成19年4月1日現在）

(6) 県内の訪問看護ステーション数：348箇所（平成19年4月1日現在）

課 題

(1) 医師（歯科医師）による在宅医療は訪問診療が中心であるが、現状では、訪問診療を必要とする患者に適切な訪問診療が行われる体制にはなっていない。そこで、訪問診療を行うかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の普及・定着及びかかりつけ医（かかりつけ歯科医）を支援する体制の整備が必要である。

(2) 在宅医療を定着させるためには、在宅医療技術の普及促進を図る必要がある。

(3) 在宅療養を行う患者には、医療とともに、福祉サービスの必要な患者が多い。介護保険制度の導入により介護保険対象者には総合的なサービスの提供体制が強化されたが、その他の

在宅療養者には制度がないことから、今後、介護保険サービスの充実とともに、介護保険対象外の在宅療養者に対する総合的なサービス提供体制の充実を図る必要がある。

- (4) 入院患者が退院する際には、直ちに必要な在宅医療を提供することが重要であり、また、在宅療養者も症状が悪化した時には入院が必要であることから、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行の確保が求められている。
- (5) 在宅医療を円滑に実施するためには、家庭での介護力を強化する必要がある。
- (6) 高齢化の進展に加えて、医療制度改革による平均在院日数の短縮や療養病床の削減に伴い、今後、在宅医療のニーズの大幅な増大が見込まれるため、在宅医療体制の充実が急務となっている。

推進方策

- (1) 地域におけるかかりつけ医（かかりつけ歯科医）の支援体制を確立するとともに、その必要性について広報し、普及、定着を促進する。併せて、必要な在宅療養者に対する訪問診療の提供を促進する。（県、関係団体、医療機関）
- (2) 訪問看護、訪問リハビリ、訪問薬剤管理指導についても、サービス提供体制の充実を図る。（医療機関）
- (3) 在宅医療の高度化に対応して、機器の操作方法や医療技術に関する研修を実施する。（県、関係団体、医療機関）
- (4) 在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネージャー、ヘルパー、ボランティアなどによるチームケアが重要であることから、チームづくりに対する支援を行う。（県、関係団体）
- (5) 病院の地域医療連携室の機能強化や地域包括支援センターの機能の活用、郡市区医師会等関係団体の協力により、病診連携の促進や医療と介護の一体的なサービス提供を図るとともに、入院医療、在宅医療相互の円滑な移行を促進する。（県、市町、医療機関）
- (6) 家庭で在宅療養者の介護がスムーズに行えるよう県民に対する教育、研修の充実を図るとともに、患者・家族の相談に対応できる体制を確保する。

また、関係団体において、医療機関に関する情報提供を行う。（県、医療機関、関係団体）

主な相談窓口

内 容	主な窓口（連絡先は P323～326 に記載）
診療所の情報提供	郡市区医師会
歯科診療所の情報提供	郡市区歯科医師会
訪問看護ステーションの情報提供	兵庫県看護協会

2 在宅ターミナルケア

最期まで自分らしく生活を送りたいと願う患者にとって、毎日を家族と一緒に過ごせることほど、心なごませ、勇気づけられることはない。進行がんなどで積極的治療が不適切な状態となったいわゆる末期患者のうち、病状が安定し、患者が望み、家族にも介護力がある場合に、できる限り在宅で療養できる在宅ターミナルケア*の医師・訪問看護師・薬剤師・介護支援専門員らによる地域ネットワークの構築をめざす。

○ターミナルケア：終末期医療。積極的な治療が有効でなくなった末期がん患者らに対して、患者の生活の質（QOL）の向上を重視した医療を中心としたケア

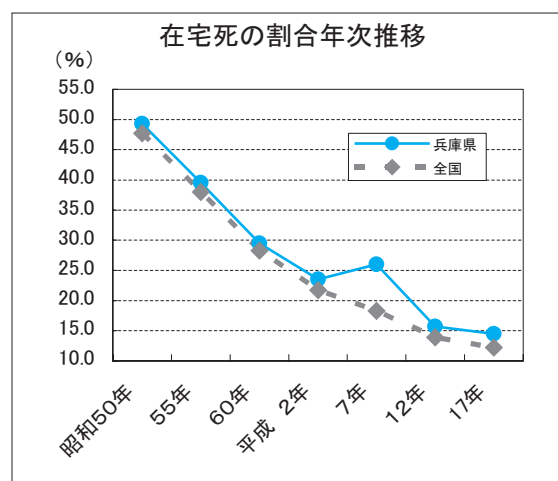
現 状

(1) 最後の時期を過ごす場所に関する県民の意向

最後の時期を過ごす場所として、「自宅」を希望する県民は29%、「治療や援助が必要な場合だけ病院や施設、それ以外は家」を希望する37%あり、併せると66%が在宅で最後の時を過ごすことを希望している。（平成15年度 家庭問題研究所「ターミナルケアと家族についての調査研究報告書」）

しかし、兵庫県における死亡場所の割合は、病院が78%と圧倒的に多く、自宅は15%である。

家で看病できない理由として、「容態急変時にすぐ手当ができない」「専門家に任せた方がよい」「医学的知識がない」ことが大きいとの調査結果もあり、医療体制の問題とともに、県民の知識不足、先入観が阻害要因となっていることが伺われる。



(2) 在宅ターミナルケアに関わる制度改正の動き

① 在宅療養支援診療所

在宅医療を支える制度として、平成18年4月から、①24時間体制で往診や訪問看護が可能、②他の医療機関との連携により在宅療養患者の緊急入院の受入が可能、といった要件を満たす診療所に手厚い診療報酬を配分する「在宅療養支援診療所」制度が創設された。

② 介護保険制度の特定疾患への末期がん適用

平成18年4月から、40歳から64歳までの末期がん患者についても介護保険の適用対象に追加され、末期がん患者が在宅で介護保険サービスを活用しながら療養生活が可能となった。

(3) 在宅ターミナルケアの現状

末期がん患者等が病院から退院し、在宅で療養生活を送るには、主として以下のサービスが総合的に提供される必要があり、これらのサービスを提供する様々な職種がチームを組んで患者・家族のケアに当たる体制が求められる。

サービス項目	サービスの具体的内容	サービスを提供する職種
訪問診療	疼痛管理・症状の対処、緊急時の24時間対応	医師（在宅支援診療所をはじめとする診療所）
訪問看護	心身のケア、症状の観察	看護師
薬剤管理	服薬指導、副作用の対応	薬剤師
訪問介護	生活援助、身体介護	訪問介護員
居宅介護支援	ケアプランの作成	介護支援専門員
福祉用具の貸与・購入	車いす、特殊寝台等の貸与等	福祉用具専門相談員
こころのケア	患者・家族の不安や悲嘆のケア	精神科医、臨床心理士
医療費・生活費の相談	医療費等の軽減や公的扶助相談	ケースワーカー、医療ソーシャルワーカー
訪問歯科診療	口腔ケア	歯科医師・歯科衛生士
その他	患者・家族の見守り	ボランティア、NPO

<在宅療養支援診療所>

兵庫県内 609施設（H19.4.1） 県内の一般診療所全体（4,800箇所）の約13%

<訪問看護ステーション>

（平成19年4月1日）

圏域名	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	合計
設置数	105	65	44	41	12	30	22	11	9	9	348

在宅ターミナルケア患者がいる、あるいは過去にいた訪問看護ステーション173施設（回答のあった222ステーションの約8割）（平成17年3月兵庫県医務課「訪問看護ステーション実態調査」）

<急変時に入院受入が可能な病院>

181病院（兵庫県医療需給調査H16.10.22）

一方で、「24時間体制」や「診療を交替する医師がいないこと」で末期患者への対応を負担に感じている診療所が多く、また、訪問看護ステーションにおいても夜間対応・緊急対応ができる人員の確保が課題との調査結果がある。（平成19年2月兵庫県医師会「在宅ターミナルケアに関する調査」、平成19年2月兵庫県看護協会「兵庫県下の訪問看護ステーションと病院の継続看護における連携の実態調査」）

(4) 兵庫県の取り組み

兵庫県では、平成19年1月にがん診療連携拠点病院の指定を受けたことを踏まえ、がん診療拠点病院と地域の医療・介護施設、NPO等が連携した在宅ターミナルケアネットワークの構築を進めることとし、平成19年度から以下の事業に着手している。

- ① 圏域における在宅ターミナルケア体制を検討する協議の場の設置
- ② 在宅ターミナルケアのチームづくりへの支援
- ③ 患者・家族からの在宅ターミナルケアに関する相談への対応窓口の設置
- ④ 在宅ターミナルケアの従事者への研修

課 題

- (1) 診療所、訪問看護ステーションの24時間体制の確保が必要である。
- (2) 病院・診療所・訪問看護ステーション・介護支援専門員・訪問介護員等による在宅ターミナルケアチームづくりが必要である。
- (3) 在宅療養患者の急性増悪時の緊急入院先の病床確保が必要である。
- (4) 医師・看護師・介護支援専門員・訪問介護員等、医療福祉従事者に対するターミナルケアの学習機会を提供する必要がある。
- (5) 在宅ターミナルケアに関する知識の県民への普及及び在宅での看取りに関する理解促進が必要である。
- (6) 患者・家族を様々な面から支援するボランティアやNPOなどの参画が必要である。
- (7) 病状が短期間で変化する末期がん患者に対する医療・福祉等の総合的なサービスの提供が必要である。
- (8) 介護保険施設におけるターミナルケアと看取りへの対応が必要である。

推進方策

関係機関・団体の連携のもとに、在宅ターミナルケアの地域ネットワークの構築を進める。

(1) 在宅ターミナルケアチームづくり (医療機関、医療・福祉関係団体、県)

診療所、訪問看護ステーションのグループ化を促進するなど24時間体制を強化し、医療・介護サービスを総合的に提供できる在宅ターミナルケアチームづくりを進める。あわせて、病院と在宅ケアチームとのネットワークの強化を図る。

(2) 医療福祉従事者に対する研修 (医療・福祉関係団体、県)

訪問診療・訪問看護・訪問介護等を担う医療福祉従事者や介護保険施設職員を対象としたターミナルケア研修の充実を図る。

(3) 県民に対する普及啓発・情報提供 (県)

患者・家族側が在宅医療・介護サービスに関する知識を持ち自らの判断で在宅療養を選択できるよう普及啓発を行う。また、在宅療養患者・家族からの相談に応じ、情報提供を行う。

主な相談窓口

内 容	主な窓口 (連絡先は P323～326 に記載)
がんの療養に関すること	県立がんセンター がん相談支援センター
診療所の情報提供	郡市区医師会
訪問看護ステーションの情報提供	兵庫県看護協会

(4) NPOの参画促進 (民間団体、県)

患者会・遺族会、ボランティアグループなど、患者・家族への支援を行うNPOの実践活動の促進を図る。

(5) 国への制度改善提案

末期がん患者に対するサービス提供の問題点など、患者や医療・介護関係者の意見を踏まえ、必要に応じ国に対する制度提案を行う。

目 標

在宅ターミナルケアネットワークを構築し、がん患者の在宅看取り率を向上させる。

在宅看取り率 8% (2006) → 12% (2012)

第3節 地域リハビリテーションシステム

リハビリを必要とするすべての県民が、適時適切なリハビリを身近な場所で継続的に受けることができるよう、各圏域内で完結するリハビリテーション体制を構築する。

現 状

- (1) 高齢者や障害者をはじめ、誰もが住み慣れた地域で生活が続けられるよう、疾病の急性期から回復期を経て維持期へ移行する全過程を通じて、それぞれの状態に応じた適切なリハビリテーションを継続的に受けることができるシステムを構築するため、平成13年3月に策定した「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき推進を図っている。
- (2) リハビリテーションについては、病院、介護老人保健施設などにおいて、入院（入所）・通院（通所）で実施されている。

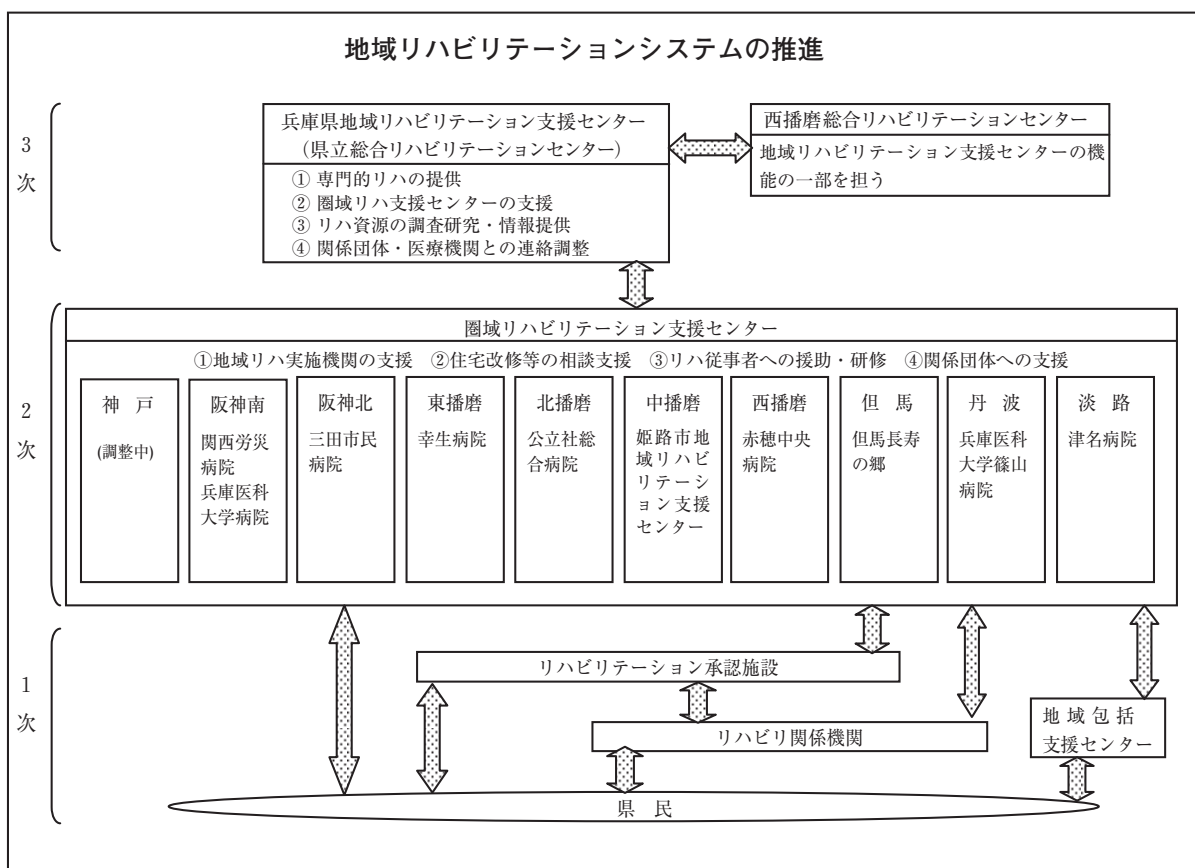
リハビリテーション承認病院数（兵庫県）

（平成19年9月）

	運動器(I)又は(II)	呼吸器(I)又は(II)	脳血管疾患(I)又は(II)	心疾患(I)又は(II)	障害児(者)
病院数	246	165	202	16	6

資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」

- (3) 平成14年度に、全県リハビリテーション支援センターを県立総合リハビリテーションセンターに設置した。また、圏域ごとのリハビリテーション支援センターについても、平成14年度以降順次設置を進め、17年度には神戸圏域を除く全圏域で運営を開始した。
- (4) 平成18年度に開設した県立西播磨総合リハビリテーションセンターを全県支援センターの機能の一部を担う施設として位置付け、より専門性の高いリハビリに特化した研修の実施等により、圏域支援センター等の支援の充実を図っている。



課題

- (1) 医療資源、介護サービス提供資源は地域により差があり、急性期・回復期・維持期の各リハビリテーションの機能が整理されておらず、具体的な病院連携・病診連携・退院調整が調っていないことから、圏域の状況に応じた連携方策を検討する必要がある。
- (2) 平成18年4月の診療報酬改正により、病院・診療所のリハビリテーション承認施設は、従来の理学療法・作業療法・言語聴覚療法から疾患区別に心大血管疾患・脳血管疾患・運動器・呼吸器の各リハビリテーション料に再編されたが、疾患別医療提供全体からみた疾患別リハビリテーションの体系と支援機能の検討が必要である。
- (3) 介護予防などの新たなリハビリテーションニーズに対して適切な支援が行えるよう、各圏域支援センターと地域包括支援センターの連携を進め、地域の包括的、継続的なケア体制の整備を図る必要がある。
- (4) 神戸圏域については、圏域支援センターの指定はないものの、神戸市保健所等がその機能の一部の役割を果たしている。今後は、地域リハビリテーションシステムの推進を図るため、圏域支援センターの指定・設置に向け、関係機関等との調整を進める必要がある。

推進方策

- (1) 「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき推進する。(県)

<「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の概要(推進方策部分)>

(市町方針)

必要なりハビリテーションサービスが適切かつ速やかに提供出来るよう、圏域支援センターや保健医療福祉サービス提供施設、行政機関等関係機関の連携が図られるような体制を整備する。

(圏域指針)

圏域支援センターを中心とし、研修会開催、情報提供等による地域リハビリテーション実施機関への支援、実地指導等によるリハビリテーション従事者への援助、全県支援センターや圏域内の関係機関等との連携などによる地域リハビリテーションの推進を図る。

(全県指針)

全県支援センターを中心に、圏域支援センターへの人的・技術的支援、リハビリ資源等に関する調査研究などを通じた、地域リハビリテーションシステム推進の支援を行う。

- (2) 新たなリハビリテーションニーズに対応するため「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」の見直しを行う。(県)
 - ① 地域におけるリハビリテーション関係機関を広域的に連携させるため、圏域内のリハビリテーション資源の調査、関係機関(医療、介護、行政等)による地域課題の把握等について検討する。(県、関係団体)
 - ② 介護保険制度改正により新たに設置された地域包括支援センターと各圏域支援センターとの連携を進め、今後生じる新たなニーズに対応する。(県、市町)
 - ③ 疾患別の地域連携クリティカルパス構築に向け、疾患別リハビリテーションの現状分析、推進方策の検討を行う。(県、関係団体)
 - ④ 圏域リハビリテーション連携の基となる、医療と地域ケア関係者によるネットワーク作りに取り組む。(県、関係団体)

第4節 難病対策

難病は、その多くが原因不明で治療法が確立されておらず、かつ後遺症を残す恐れが少なくない疾患である。患者は長期の療養生活を強いられ、医療のみならず保健・福祉・教育・就業等生活全般にわたって様々な問題を抱え、精神的にも負担が大きい。そのため、難病患者が充実した療養生活・社会生活を送れるよう保健・医療・福祉サービスを整備する。

難病対策の指針として国の「難病対策要綱」が昭和47年に策定されて以来、医学の進歩により余命やQOLが大幅に改善された一方、対象疾患の拡大により難病患者の数は増大している。

また、公費負担医療の対象疾患と対象外となっている特定疾患やがん、脳卒中等の難治性の疾患との不公平感の増大など、新たな課題が生じている。

現 状

(1) 医療費の公費負担

現在、123疾患が国の「難治性疾患克服研究事業」の対象で、そのうち45疾患が「特定疾患治療研究事業」として医療費の一部公費負担の対象となっている。さらに「小児慢性特定疾患治療研究事業」として11疾患群、県単独特定疾患治療研究事業として5疾患（群）についても医療費の一部公費負担を行っている。

特定疾患医療受給者、公費負担額ともに増加傾向にあり、平成18年度には一般特定疾患、小児慢性特定疾患、県単独特定疾患合わせて26,200人に約42億円を公費負担した。

(2) 在宅療養生活支援

県健康福祉事務所において難病患者等保健指導事業として医療相談や訪問指導、訪問診療といった5事業を在宅療養生活の支援ために実施している。近年は特に人工呼吸器装着難病患者等、重症神経難病患者に重点を置いた施策展開をし、平成18年3月には「在宅人工呼吸器装着難病患者災害時支援指針」を策定し、支援体制の整備を進め、疾病等に対する不安の解消を図るとともに、在宅療養生活を支援している。市保健所でも難病特別対策推進事業として難病患者への保健指導が実施されている。また、各市町においてホームヘルプサービス等の難病患者等居宅生活支援事業が平成9年度から実施されている。

さらに平成12年度から始まった介護保険制度により、訪問看護師、訪問介護員あるいは介護支援専門員等、難病患者の療養生活を支える職種が増え、それぞれが専門的立場から支援を行う環境が整いつつある。

(3) 医療体制の整備

重症神経難病患者の療養生活を支援するため、平成14年度から神経難病医療ネットワーク支援事業を開始し、拠点病院を3か所指定（県立尼崎病院、独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院、公立八鹿病院）するとともに協議会を立ち上げた。さらに平成15年度には専門協力病院、一般協力病院を指定し、平成16年度には一般協力診療所を指定した。

区 分	選 定 基 準	選定数
拠点病院	県内の神経難病医療の拠点として県内で1ヶ所以上選定	3
専門協力病院	2次保健医療圏域における神経難病医療の中核として、常勤の神経内科医を配置する医療機関を2次保健医療圏域で1ヶ所以上選定	14
一般協力病院・診療所	地域の実情に応じて各二次医療圏域で2ヶ所以上選定	396 (うち診療所280)

課 題

難病患者の在宅療養生活支援施策は少しずつ拡充してきているが、重症神経難病、特に人工呼吸器装着患者については、患者及び家族の負担は依然大きく、さらなる支援が必要である。

- ① 難病患者の在宅療養生活の向上をさらに図る必要がある。
- ② 重症神経難病患者の在宅療養を支援するシステムの整備が必要である。

推進方策

(1) 療養生活の支援 (県・市町)

- ① 県健康福祉事務所において、医療相談、訪問診療等に加え、在宅療養支援計画の策定など難病患者等保健指導事業を実施する。
- ② 難病患者、特に人工呼吸器装着患者等、災害時により強力な支援が必要な者について、難病患者等保健指導事業の中で個別に災害時対応マニュアル策定を推進し、市町、関係団体等と連携し迅速かつ適切な対応がとれるようにする。
- ③ 難病患者等保健指導事業を活用し、訪問看護師、訪問介護員、介護支援専門員等、難病患者へのサービスを提供する関係者の資質の向上を図る。
- ④ 介護保険等の制度の対象とならない難病患者の療養生活を支援するため、市町が実施する難病患者等居宅生活支援事業を推進する。
- ⑤ 難病相談センター及び兵庫県難病団体連絡協議会が運営する神戸難病相談室における難病相談を充実する。

(2) 医療体制の整備 (県)

- ① 病状が悪化し、在宅療養が困難になった人工呼吸器装着患者などの重症神経難病患者に入院施設（神経難病医療ネットワーク拠点病院、専門協力病院、一般協力病院）を確保する。また、入院中の患者が安心して地域に戻れるようかかりつけ医（一般協力診療所）を確保する。

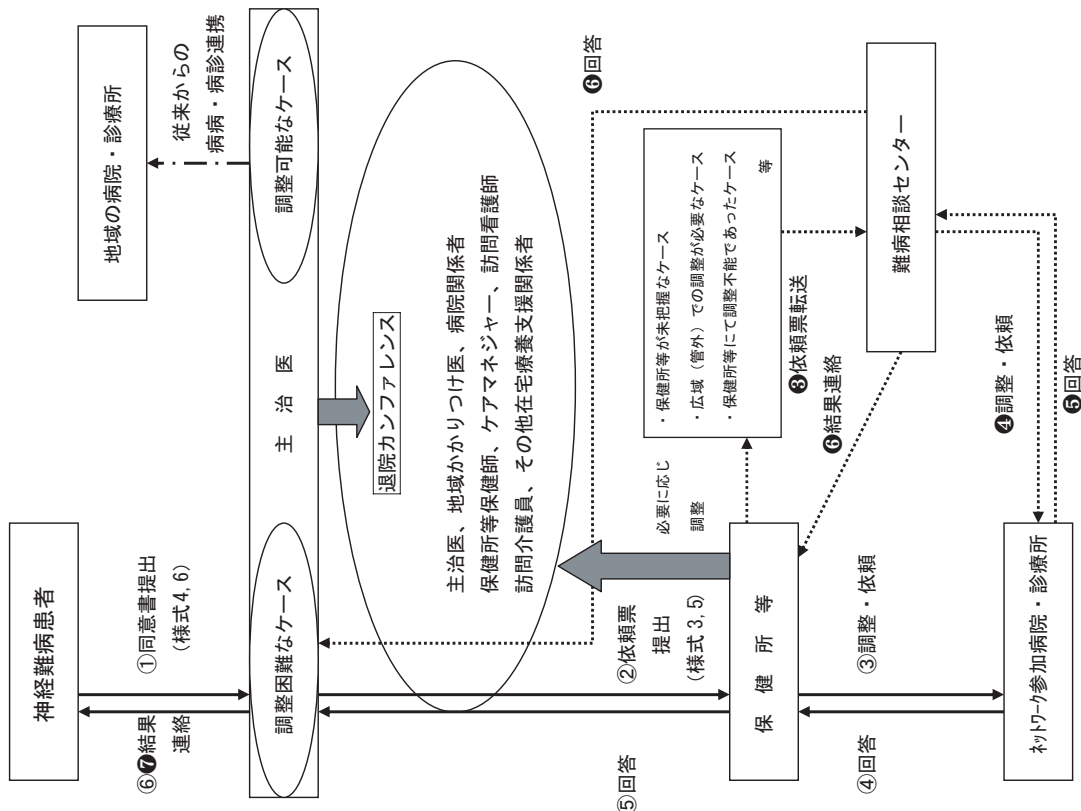
特に専門協力病院については、全ての2次保健医療圏域において確保する。

○ 専門協力病院確保圏域 7圏域（2007） → 10圏域（2008）

- ② 難病相談センターにおいて関係機関との連絡調整を行う。

神経難病医療ネットワーク支援事業フローチャート 2

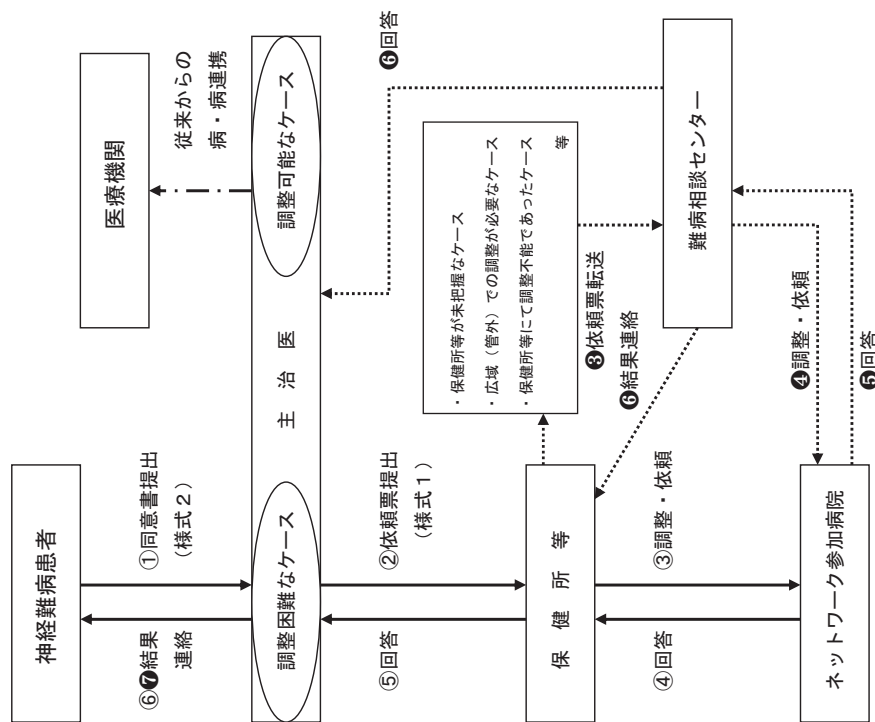
<入院から在宅へ>



* ルートについては、在宅から入院の場合と同じ。退院カンファレンスは主治医又は保健所等が開催する。

神経難病医療ネットワーク支援事業フローチャート 1

<在宅から入院へ>



- ルート1 ー・ー 従来の病診連携で入院先が決定する場合
- ルート2 ー 病診連携で入院先が決定しない場合、主治医は患者から同意書を取り保健所等に入院先の調整依頼票を提出。保健所等はネットワーク参加病院と調整のうえ、入院先を確保し、主治医に連絡する。
- ルート3 ルート2の過程で保健所等での調整が困難な場合、保健所等は難病相談センターに依頼票を転送し、難病相談センターが入院先を確保し主治医に連絡する。同時に保健所等にも結果を連絡する。

特定疾患医療受給者数

(単位：人)

疾患名	17年度末	18年度末
ベーチェット病	597	576
多発性硬化症	402	433
重症筋無力症	545	550
全身性エリトマトーデス	2,224	2,201
スモン	84	83
再生不良性貧血	351	350
サルコイドーシス	399	385
筋萎縮性側索硬化症	303	315
強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎	1,664	1,670
特発性血小板減少性紫斑病	736	668
結節性動脈周囲炎	192	196
潰瘍性大腸炎	3,471	3,618
大動脈炎症候群	222	192
ビュルガー病	300	300
天疱瘡	153	155
脊髄小脳変性症	802	821
クローン病	1,130	1,183
劇症肝炎	6	3
悪性関節性リウマチ	220	236
パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)	3,992	4,143
アミロイドーシス	36	42
後縦靭帯骨化症	759	822
ハンチントン病	32	29
モヤモヤ病(ウイルス動脈輪閉塞症)	496	418
ウェゲナー肉芽腫症	48	51
特発性拡張型(うっ血型)心筋症	927	1,027
多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)	416	430
表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)	19	16
膿疱性乾癬	84	70
広範脊柱管狭窄症	108	113
原発性胆汁性肝硬変	753	397
重症急性膵炎	46	26
特発性大腿骨頭壊死症	357	381
混合性結合組織病	446	473
原発性免疫不全症候群	35	35
特発性間質性肺炎	172	141
網膜色素変性症	866	869
プリオン病	11	10
原発性肺高血圧症	36	40
神経線維腫症	71	71
亜急性硬化性全脳炎	1	0
バッド・キアリ症候群	12	14
特発性慢性肺血栓塞栓症(肺高血圧型)	22	26
ライソゾーム病	13	13
副腎白質ジストロフィー	4	4
合計	23,563	23,596

小児慢性特定疾患医療受給者数

疾患名	17年度末	18年度末
悪性新生物	418	368
慢性腎疾患	126	145
慢性呼吸器疾患	37	41
慢性心疾患	126	162
内分泌疾患	1,069	915
膠原病	99	87
糖尿病	155	157
先天性代謝異常	140	128
血友病等血液疾患・免疫疾患	125	102
神経・筋疾患	33	63
慢性消化器疾患	61	67
合計	2,389	2,235

県単特定疾患医療受給者数

疾患名	17年度末	18年度末
橋本病	1	0
突発性難聴	266	287
シーハン症候群、クッシング病、尿崩症	9	4
ネフローゼ症候群	123	78
悪性腎硬化症	1	0
合計	400	369

先天性血液凝固因子障害医療受給者数

疾患名	17年度末	18年度末
先天性血液凝固因子障害	188	194

第5節 摂食・嚥下障害対策

食事は人生の中で大きな楽しみの一つであり、その楽しみを持ち続けるためには、いつまでも口からおいしく食べることが必要である。しかし、病気や老化等による、摂食・嚥下（＝食べる・飲み込む）機能の低下や障害によって、「食べる楽しみ」を失っていることが多い。また、普通に食事をしていても、脱水・低栄養、誤嚥性肺炎や窒息といった問題が生じる場合もある。

そこで、県民の生涯を通じたQOLを確保するため、保健・医療・福祉の関係者が連携を図り、摂食・嚥下障害対策を総合的に推進し、県民の生涯を通じたQOLを確保する。

現 状

- (1) 肺炎は県民の死因の第4位であり、肺炎による死亡者の約95%を65歳以上の高齢者が占めている。また、肺炎による死亡の約3割が誤嚥性肺炎であるとも言われている。

肺炎による死亡数・死亡率（人口10万対）

（平成18年）

	総 数	（再掲）				
		65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80 歳以上	65 歳以上
死 亡 数	4,431	147	302	595	3,229	4,273
死 亡 率 （人口 10 万対）	80.5	43.6	100.3	255.4	1,133.0	369.6

資料 厚生労働省「平成18年人口動態調査」

- (2) 兵庫県では平成12年度から摂食・嚥下障害対策事業を実施し、県・2次保健医療圏域レベルでの関係機関の連携の強化、普及啓発及び資質の向上を図っている。
- (3) 特殊・専門外来として「摂食・嚥下」を設置している病院は、平成16年10月現在で、県内の全2次保健医療圏域で合わせて9か所であり、摂食・嚥下障害の診断方法の一つであるX線透視台を用いた嚥下検査を実施している病院は57か所である。

一方、摂食嚥下障害への対応が可能な診療所は336か所（11.4%）、歯科診療所は149か所（9.1%）である。

課 題

(1) 関係機関の連携の強化

摂食・嚥下機能には口腔、咽頭、喉頭、食道が関与し、単に疾患の診断や治療だけでなく、訓練、口腔疾患の治療や口腔ケア、食生活（食事の形態、食事介助）等、医療や保健、福祉の広い範囲の取り組みが求められる。そのため、保健・医療・福祉等の関係者、関係機関・団体がそれぞれの立場から積極的に寄与することが不可欠であり、連携システムの確立、教育・普及啓発等を通じた問題の理解と情報の提供等が必要である。

(2) 地域、施設における摂食・嚥下障害対策の推進

- ① 地域で摂食・嚥下障害が疑われる患者については、関係者が検討を行い、必要な場合は専門機関等に相談できる体制を整えるとともに、病院から地域、施設に戻った患者に対して、入院中に行われていた訓練や対応等を継続して実施する必要がある。

② 摂食・嚥下障害患者は、その障害部位・程度によって訓練・対応方法が異なり、また、多様な職種が関係するため、個別の問題事例が発生した場合に、関係者や関係機関によって最適なサービスの提供方法を検討するシステムの確立が求められている。

(3) 医療機関における摂食嚥下障害対策の強化

入院患者に対する摂食・嚥下障害対策の充実、地域、施設における取り組みへのバックアップ等が期待されている。

(4) 保健・医療・福祉関係者等の資質の向上

① 摂食嚥下障害は飲み込みだけでなく、食事の問題として捉えるべきで、安全性の面だけで禁食とするのではなく、患者のQOLも重視し「口から食べる」可能性を求めることが重要である。そのため、関係者はそれぞれの役割に応じた知識の習得や技術の向上に積極的に努める必要がある。

② 摂食・嚥下障害患者に対しては、多様な職種が関わったチームアプローチが必要であるため、各職種がそれぞれの専門分野だけでなく、他分野の知識や情報も収集し、身につける必要がある。

推進方策

(1) 摂食・嚥下障害を有する、あるいは疑われるすべての県民が適時適切な対応を受けることができる、摂食・嚥下障害対策にかかるネットワークの構築

① 関係機関の連携の強化（県、市町、医療機関、医療関係団体等）

各2次保健医療圏域単位で、保健・医療・福祉各分野の関係者が連携協力し、地域特性に応じた摂食・嚥下障害対策の推進体制を整備する。

② 地域における摂食嚥下障害対策の推進（医療機関、医療関係団体等）

主治医や介護支援専門員等を中心に、摂食・嚥下に関するニーズに的確に対応できる体制を整備する。また、的確な検査・診断、リハビリテーション等が継続して実施できるよう、施設、病院等との連携を強化する。

(2) 保健・医療・福祉関係者等の資質の向上（県、医療機関、医療関係団体等）

摂食・嚥下障害対策に携わる保健・医療・福祉関係者に対して、情報提供をはじめとするサポートや研修教育の機会を提供する。

(3) 県民に対する普及啓発（県、市町、医療機関、医療関係団体等）

摂食・嚥下についての知識と、老化等による摂食・嚥下機能の低下を予防するための取り組み方法等の普及啓発を図る。

目 標

高齢者の肺炎による死亡率の減少

65歳以上の肺炎による死亡率（人口10万対）：369.6（2006年）

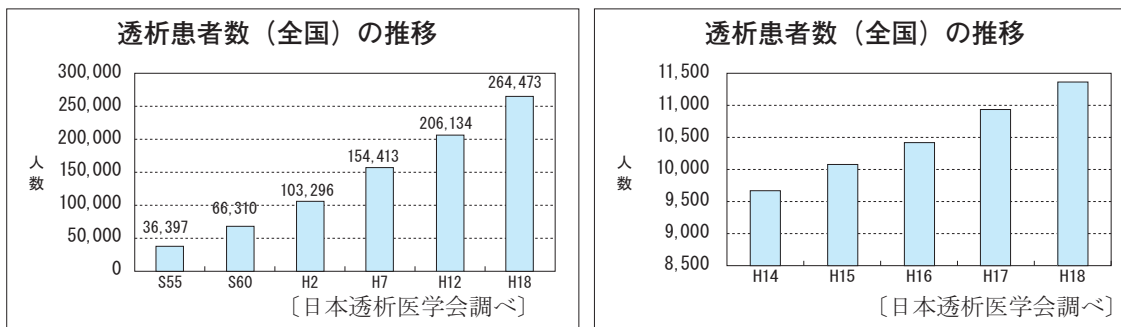
第6節 透析医療

透析患者は年々大幅に増加しているが、患者一人ひとりが、各人のニーズに応じた透析医療を、より安全に安心して受けられる医療提供体制の整備を目指す。

現 状

(1) 患者の状況

- ① 透析患者数は、年々大幅に増加しており、平成18年には全国で約26万4千人、兵庫県で約1万1千人となっている。



- ② 原因疾患として、糖尿病性腎症の患者比率が増加している。

透析導入患者の原因疾患別比率の推移

	平成10年	平成15年
慢性糸球体腎炎	52.5%	29.1%
糖尿病性腎症	24.0%	41.0%

- ③ 導入患者及び維持透析患者とも患者の平均年齢は年々高くなっており、平成16年で導入患者の平均年齢は65.8歳、維持透析患者の平均年齢は63.3歳である。

(2) 医療提供体制

圏域別透析施設・透析ベッド数（平成16年）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
透析施設数	43	21	17	25	8	21	8	7	4	8	162
透析ベッド数	1116	679	471	525	227	457	172	158	89	207	4101
人口10万対	73.6	67.3	66.3	73.0	76.8	79.0	59.4	80.4	75.4	133.1	73.4

資料 「兵庫県医務課調べ」

夜間透析実施状況

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
実施施設数	17	10	8	9	7	8	3	2	4	2	70
人口10万対	1.12	0.99	1.12	1.25	2.38	1.37	1.06	1.03	3.41	1.30	1.25

資料 兵庫県「平成16年医療需給調査」

専門医「日本透析医学会透析専門医」（病院）

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
専門医数(人)	25	11	7	3	3	5	1	3	0	1	59
人口10万対	1.63	1.07	0.98	0.42	1.04	0.86	0.36	1.60	0	0.68	1.05

資料 兵庫県「平成19年医療施設実態調査」

(3) 院内感染防止監視体制

平成11年に県内の透析医療機関で透析を受けていた患者のうち7人がB型肝炎を発症、そのうち6人が死亡するという事態が発生した。県の調査委員会による調査の結果、当該透析医療機関における院内感染防止対策の不徹底による院内感染の危険性が強く指摘されるとともに、県内の全透析患者数に占めるB型・C型肝炎の感染者の割合が19.9%であることも明らかになった。このような状況を踏まえ、安全な透析医療の確保に向け、院内感染防止の監視体制を強化してきた経緯があり、全ての透析医療機関について、毎年度医療法第25条第1項に基づく立入検査を行い点検、指導している。

(4) 災害発生時の対応

近隣で大きな災害があった時（自院の地域は被災地外）に、透析対応協力医療機関として診療可能な施設数

	神戸	阪神南	阪神北	東播磨	北播磨	中播磨	西播磨	但馬	丹波	淡路	全県
施設数	38	18	14	22	8	23	5	7	4	5	144
受入可能人員	477	167	277	305	202	223	43	31	150	161	2,036

資料 兵庫県「平成16年医療需給調査」

課題

- (1) 平成11年以降、県内での透析医療機関における重大な院内感染の発生は認められないが、全国では依然として発生しており、院内感染対策の継続維持が必要である。
- (2) 災害発生時に透析患者が円滑に透析を受けられる体制の整備を継続して進める必要がある。
- (3) 原因疾患として、糖尿病性腎症の患者比率が増加している。

推進方策

(1) 院内感染防止対策の推進（県、医療機関）

透析医療機関における透析医療の質の向上及び院内感染防止の徹底を図るため、「透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル（改訂版第2刷）」に沿って、施設及び透析医療機器の適正管理の徹底、適正な専門職員の配置など、院内感染防止対策を進める。

(2) 災害時に備えた医療情報の提供（県、関係団体）

災害発生時においても必要な透析医療を確保するため、医療機関に関する情報提供を進める。

(3) 普及啓発の推進（県、関係団体）

糖尿病患者が腎症に移行しないよう、栄養管理の重要性などの普及啓発を行う。

第7節 保健・医療・福祉の連携

保健・医療・福祉のサービスは、それぞれ別の法律制度に基づいて実施されているが、県民にとっては分けて考えることのできない一連のサービスであり、高齢化の進展に伴い、保健・医療と福祉の連携は一層重要度を増している。

病気や障害を持っていても、住み慣れた地域で人間としての尊厳を持って、いきいきと暮らしていけるよう、保健・医療・福祉関係機関の連携体制を強化するとともに、保健・医療・福祉施策の一体的推進を図る。

現 状

(1) 高齢者介護における連携状況

高齢者の場合、急性期医療から慢性期医療、さらに介護施設（又は在宅）という経過をたどる場合が多く、こうした高齢者が医療施設から介護サービスへ円滑に移行できることが重要である。

平成16年に実施した兵庫県医療需給調査によれば、平成16年9月の1ヶ月間に退院した患者のうち、介護老人保健施設及び介護老人福祉施設（特養）への入所が必要であった患者は1,363人であり、そのうちの約40%の患者に関して退院後の受入先の確保が困ったとのことである。困った理由としては、「特養の申込者が多く、希望時期に入所できない」が最も多かった。

病院においては、退院時、院内のソーシャルワーカーらにより患者家族の相談に応じ、介護サービスの利用が見込まれる場合には介護支援専門員（ケアマネジャー）の協力を得るなどして、介護施設（又は在宅）へ円滑に移行できるよう支援を行っている。

県内の病院及び有床診療所における退院患者の状況（平成16年9月）

	退院後に入所が必要な患者数（A）	受入先の確保に困った患者数（B）	割合（B/A）
介護老人保健施設	812	313	38.5%
介護老人福祉施設	551	238	43.2%
計	1,363	551	40.4%

（資料 兵庫県「平成16年医療需給調査」（回答率：病院99.7%、診療所62.4%）、以下同様）

受入先の確保で困った点

受入先の確保で困った点	病院数（割合）
特養の申込者が多く、希望時期に入所できない	166（47%）
紹介できる施設の条件が家族の希望と合わない	138（39%）
病院内に支援する専門スタッフがない	18（5%）
市町の協力が得られない	10（3%）
介護支援専門員（ケアマネジャー）の協力が得られない	8（2%）

受入先確保のために病院が実施した支援・対応

支援内容	病院数 (割合)
院内の医療ソーシャルワーカー、看護師等が相談に応じた	200 (57%)
介護支援専門員の協力を得ている	165 (47%)
法人系列の介護施設を紹介	98 (28%)
在宅介護支援センターを紹介している	86 (25%)
市町の福祉窓口を紹介している	79 (23%)
家族に任せている	74 (21%)
健康福祉事務所の協力を得ている	44 (13%)

病院や療養病床をもつ診療所が、居宅介護支援事業所との連携の取組として、相談・連携窓口の設置は58%にのぼっているが、退院時カンファレンスを定例的に行っているのは30%にとどまっている。

病院及び有床診療所が、居宅介護支援事業所等との連携で取り組んでいること

病院・有床診療所における取り組み内容	病院数 (割合)	有床診療所数 (割合)
地域医療連携室等の相談・連携窓口の設置	205 (58%)	25 (8%)
連絡会議の開催または出席	119 (34%)	25 (8%)
退院時カンファレンスの定例的实施	104 (30%)	22 (7%)
照会・連絡時間帯の設定	42 (12%)	22 (7%)
医師会等作成の連絡用フォーマットの活用	31 (9%)	15 (5%)
特になし	55 (16%)	122 (40%)

また、介護支援専門員の約半数が「主治医との連携がとりにくい」との認識をもっている。（「居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査」（平成15年三菱総合研究所））

(2) 身体障害者支援における連携状況

脊椎損傷や頸椎損傷等による身体障害者の円滑な社会・家庭復帰や地域での自立生活支援を図る上で、急性期・回復期・維持期を通じた適切なリハビリテーションが重要であり、保健・医療・福祉の連携のもと、地域リハビリテーションの推進に取り組んでいる。

また、外傷性脳損傷や脳血管障害などの後遺症として高次脳機能に障害のある高次脳機能障害者を、保健・医療・福祉の連携により支援するため、高次脳機能障害支援普及事業を実施している。

さらに、身体障害者が、地域で必要な介護や訓練を適切に受けられるよう、介護サービス提供事業所等の社会資源の育成に努めるとともに、市町等の相談支援機関を介して、医療と福祉の連携を図っている。

一方、医療と常時介護が必要な進行性筋萎縮症の障害者・児については、療養介護事業所である独立行政法人国立病院機構兵庫中央病院で機能訓練、療養上の介護等を実施している。

(3) 精神科医療に関する連携状況

精神病床を有する病院に、退院先の確保に困った事例を聴いたところ、計374件（42病院中

22病院)であった。困った理由としては、「家族が受け入れない」「退院先の特別養護老人ホームがない」「社会復帰施設がない」などであった。(平成16年度兵庫県医療需給調査)

(4) 難病患者支援における連携状況

難病患者の場合、多くの患者が、主治医やケースワーカー等、医療機関関係者からの説明により、初めて医療費の公費負担制度を知ることから、兵庫県医師会に協力を依頼し、医師に対する研修会の開催や週報による周知を行っている。

また、神経難病患者を始めとする重症難病患者については、県健康福祉事務所が中心となり、医療のみならず、介護保険制度や障害者福祉制度などを活用し、福祉関係者とも連携を図りながら患者のQOLの向上に取り組むとともに、全県的に神経難病医療ネットワーク支援事業(P184参照)を推進している。

(5) 発達障害児(者)支援における連携状況

身近な地域において、発達障害をできるだけ早い時期に発見し、その子どもの発達状況に応じた支援が適切に行われるよう、①乳幼児健診による早期発見、②こども家庭センター及び医療機関による発達評価、③市町保健センター、保育所、健康福祉事務所等での療育支援、④「市町発達障害児支援連絡会議」の設置による関係機関の情報の共有化など、保健、医療、福祉、教育、就労等の連携により、発達障害児(者)へのライフステージに応じた継続的な支援を推進している。

課題

- (1) 患者が医療サービスから介護サービスに円滑に移行でき、その後も一体的にサービスを受けられるよう、総合的な相談窓口や、病院(主治医)と介護支援専門員の一層の連携が求められている。
- (2) 保健・医療・福祉の連携による地域リハビリテーションシステムの充実が必要である。
- (3) 県民における高次脳機能障害への理解を高める。また、高次脳機能障害者に対するリハビリテーションや社会復帰のための訓練を行える医療機関・福祉施設の充実が必要である。
- (4) 障害福祉サービス提供基盤の整備を推進する必要がある。
- (5) 障害者に対する相談支援体制の充実が必要である。
- (6) 精神科入院患者の退院後の受け皿を確保する必要がある。
- (7) 難病患者が制度を知らずに医療費の公費負担を受けられないことがないように、公費負担制度の周知をさらに図り、重症難病患者等の在宅療養を支援する必要がある。
- (8) 発達障害に関する専門医、医療機関が少なく、未診断者への対応が不十分であり、医療診断機能の充実が必要である。

推進方策

- (1) 圏域の健康福祉推進協議会において、保健・医療・福祉関係機関、関係団体及び行政の協議のもと、保健・医療・福祉の一体的推進を図る。(県、市町、関係団体、医療機関、関係機関)
- (2) 高齢者が、その状態に応じ、医療サービスや介護サービスを切れ目なく受けられるよう、平成18年4月に創設された地域包括支援センターの総合相談業務、介護予防ケアマネジメン

ト、包括的・継続的ケアマネジメント支援業務を通じて地域での相互連携体制の構築に努める。

また、介護支援専門員と主治医との連絡表の作成及び利用促進、サービス担当者会議への主治医の参加、介護支援専門員協会・医師会等の合同会議の開催などを通じて、介護支援専門員と主治医との連携強化を図る。(市町、関係団体)

- (3) 兵庫県老人保健福祉計画（介護保険事業支援計画）に基づき、介護施設の整備を進める。(県、市町)
- (4) 「兵庫県地域リハビリテーション連携指針」に基づき、地域リハビリテーションシステムの推進を図る。
- (5) 都道府県地域生活支援事業として高次脳機能障害支援普及事業を積極的に展開する。
- (6) 障害福祉計画に基づき、人材育成や障害者自立支援法によるサービス提供基盤の計画的な整備を図る。
- (7) 障害福祉計画に基づき、相談支援体制の充実を図る。
- (8) 障害福祉計画に基づき、精神障害者の地域生活への移行を進める。(県、市町)
- (9) 兵庫県医師会と連携し、ポスターなどの媒体も活用して、難病患者に対し医療費の公費負担制度の周知を図る。また、難病患者等保健指導事業を活用し、訪問看護師・訪問介護員・介護支援専門員ら、難病患者へのサービスを提供する関係者の資質向上を図る。(県、市町)
- (10) 神経難病医療ネットワーク支援事業により、人工呼吸器装着患者などの重症神経難病患者の在宅療養や入院先の確保を支援する。(県)
- (11) 発達障害者の情報が時系列に集積され、支援に必要な情報を共有する「発達障害者サポートファイル」の活用により、関係機関の連携強化を図る。
- (12) 発達障害が疑われる児童が適切な診断・療育が図られるよう、兵庫県医師会とも連携して地域の医師を対象に研修会を実施し、発達障害に関する普及啓発と臨床場面における発達障害児への診療技術の向上を図る。