

第5節 地域生活期（維持期）（再発予防・生活の質の向上等）

○ 中間目標【取組の方針】

- 在宅等における生活期に切れ目のない医療・介護が提供されている。

| 中間目標（指標） | 現状（直近値） | 目標 |
|--------------------|-------------------|--------------|
| 入退院支援（退院調整）を受けた患者数 | 141,977 (令和元年) | 増加 (令和5年) |
| 就労支援の実施率 | 52.8% (令和3年) | 増加 (令和5年) |

1 在宅療養が可能な環境の整備について（医療と介護の連携）

(1) 施策の現状・課題

脳卒中後の後遺症の残存等により、生活の支援や介護が必要な状態に至る場合があります。また、再発や増悪等を繰り返す特徴があることからその予防のための生活習慣の改善や適切な服薬管理などを行うことが求められています。

入院中の患者が、安心、納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるようにしていくためには、入院前から退院後の生活を見据えた入退院支援が重要であり、診療報酬においても、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携など入退院支援を積極的に行う医療機関の取組が評価されています。

令和2年度病床機能報告によれば、地域医療連携室等の退院調整部門を設置している病院は、報告のあった246病院中166病院でした。

また、施設間の連携を推進した上で、入院早期から退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施している病院・有床診療所は139箇所（令和2年）であり、全ての医療機関で十分な支援が行われているとは言えない状況です。

入院患者の退院支援をより進めるため、行政や医療・介護関係者の多職種が連携しながら、患者の状況に応じて、必要な在宅医療や介護サービスの内容や提供方針の検討、共有できる体制の構築が求められています。

在宅医療を必要とする方には、訪問診療を受ける患者だけではなく、病院・診療所の外来において通院による診療を受けながら、必要に応じて訪問看護などのサービスを受ける患者も含まれます。医療の継続性を確保するとともに、入退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のための連携について、生活を見据えて支援することも重要です。

患者の生活機能や家庭環境等に応じて、また、患者を身近で支える家族の負担軽減を図るためにも、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、介護など、多職種の協働を推進するとともに、医療・介護従事者の人材育成を行い、在宅医療・介護連携を担う従事者の増加が重要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 医療・介護の多職種連携の促進

患者、利用者の生活の視点に立って、入退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の場面に応じて切れ目ない医療・介護を提供するための多職種連携を促進し、入退院支援の仕組みづくりなど、効果的・効率的な連携の支援に取り組みます。

また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連携推進会議、県介護支援専門員協議会などの医療・介護関係団体や行政を構成員とする千葉県在宅医療推進連絡協議会などを活用し、医療・介護の連携促進に取り組みます。

○ 在宅医療・介護連携を担う従事者の増加、質の向上

在宅医療・介護連携を担う人材の確保と定着促進のため、人材育成や相談、普及啓発等の事業を、関係団体と協働して取り組みます。

また、資質向上のための研修の実施や関係団体が行う取組を支援し、従事者の質の向上を図ります。

○ 市町村の在宅医療・介護連携の取組への支援

市町村における地域包括ケアシステムの構築をサポートするため、市町村職員への研修を実施し、市町村の課題に対応した支援を行います。

また、介護支援専門員と医療機関等の関係者が心身の状況、生活環境、介護サービスの利用状況などの情報を共有するために、県が参考様式として作成した「千葉県地域生活連携シート」の活用等により、医療と介護の一層の連携強化を図ります。

(3) 施策の評価指標

| 指標名 | 現状 | 目標 |
|---|-------------------|-------------------|
| 在宅患者訪問診療 実施診療所数・病院数 | 772箇所 (令和2年) | 864箇所 (令和5年) |
| 機能強化型 訪問看護ステーション数 | 29箇所 (令和3年4月) | 34箇所 (令和5年) |
| 在宅医療・介護連携の推進に 取り組む市町村への支援（研 修会参加者数） | 60人 (令和2年度) | 100人 (令和5年度) |
| 在宅患者訪問診療(居宅)実施 歯科診療所数 | 348箇所 (平成29年) | 460箇所 (令和5年) |
| 在宅患者訪問薬剤管理指導料 届出薬局数 | 2,031箇所 (令和3年) | 2,174箇所 (令和5年) |

| | | |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| 在宅療養後方支援病院数 | 15箇所 (令和3年) | 16箇所 (令和5年) |
| 入退院支援を実施している診療所数・病院数 | 139箇所 (令和2年) | 164箇所 (令和5年) |

2 リハビリテーション等の取組・後遺症を有する者に対する支援について

(1) 施策の現状・課題

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

個々の医療機関等では対応が難しい高度な医療的ケアが必要な方に対し、高度な医学的リハビリテーション（診断、治療、各種リハビリテーション療法、ソーシャルワークなど）から福祉サービスを利用した社会復帰に至るまで、各ライフステージに沿った、包括的な総合リハビリテーション機能（相談、診察、治療、リハビリ訓練、居宅介護の家屋改造指導、介護方法の指導、復学・復職支援、地域との連携など）の確保が必要です。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

高次脳機能障害とは、脳卒中の後遺症の他、感染症や薬物・アルコールによる中毒などの病気や事故等の様々な原因で脳が損傷されたことにより、言語、思考、記憶、行為、学習等、高次の知的な機能に障害が起きた状態のことです。

高次脳機能障害は、身体的な後遺症がない場合、外見から障害が分かりにくく、障害の内容や程度も様々です。また、身体障害や精神障害に分かれて判定されていることもあるため、高次脳機能障害のある人の人数や暮らしの実態の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害のある人への支援は、より専門性が必要となるため、県では、4箇所において高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、高次脳機能障害やその関連障害がある人の相談・支援を行っており、令和3年度の相談件数は7,071件でした。

支援拠点機関において、社会生活や就労などに向けた効果的な支援等を検討するとともに、全県下における支援体制の拡大・強化が必要です。

(2) 施策の具体的展開

○ 総合リハビリテーション機能の確保について

千葉県千葉リハビリテーションセンターにおいて、脳卒中患者に対しては包括的な総合リハビリテーションに取り組みます。特に、重症化・重複障害化の脳血管障害のある人・高次脳機能障害・就労支援・テクニカルエイド（住環境・福祉用具等の環境支援）等、一般病院では対応が難しい障害に対する専門的・包括的リハビリテーションの提供に取り組みます。

また、千葉県千葉リハビリテーションセンターが、県立施設としての総合リハビリテーションセンターとしての機能・役割を果たし、増加する県民ニーズに応えるためには、高度な医療的ケアが必要な利用者のための医療機能や個々の障害の状態に対応したリハビリテーション機能などの更なる充実が求められます。

このため、設立より40年以上が経過し、施設の老朽化・狭隘化が進んでいるセンターを再整備することとし、県民からの高いニーズに対応できる施設の整備に取り組んでいます。

○ 高次脳機能障害支援体制の整備

県内4箇所を高次脳機能障害支援普及事業による支援拠点を設置し、支援コーディネーターを配置し、機能回復・社会復帰に向けた訓練、就労支援、情報発信、研修等による支援普及を行っていきます。また、千葉県千葉リハビリテーションセンターに高次脳機能障害支援センターを設置し、より専門的な支援の普及啓発と地域支援に資する仕組み作りを実施していきます。

高次脳機能障害及びその関連障害のある人に対する支援については、各支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に対する普及啓発を行い、早期に専門的な相談支援・訓練につながるようにするとともに、支援者の育成や地域連携の拡大・強化に取り組みます。また、地域生活の安定や就労定着につながるよう、支援の方法等について検討します。

さらに、地域の相談支援事業所等の支援体制を強化するとともに、各支援拠点機関を中心とした県下どこでも住み慣れた場で暮らすことが出来るような地域支援ネットワークの構築に取り組みます。

3 就労支援等の患者支援について

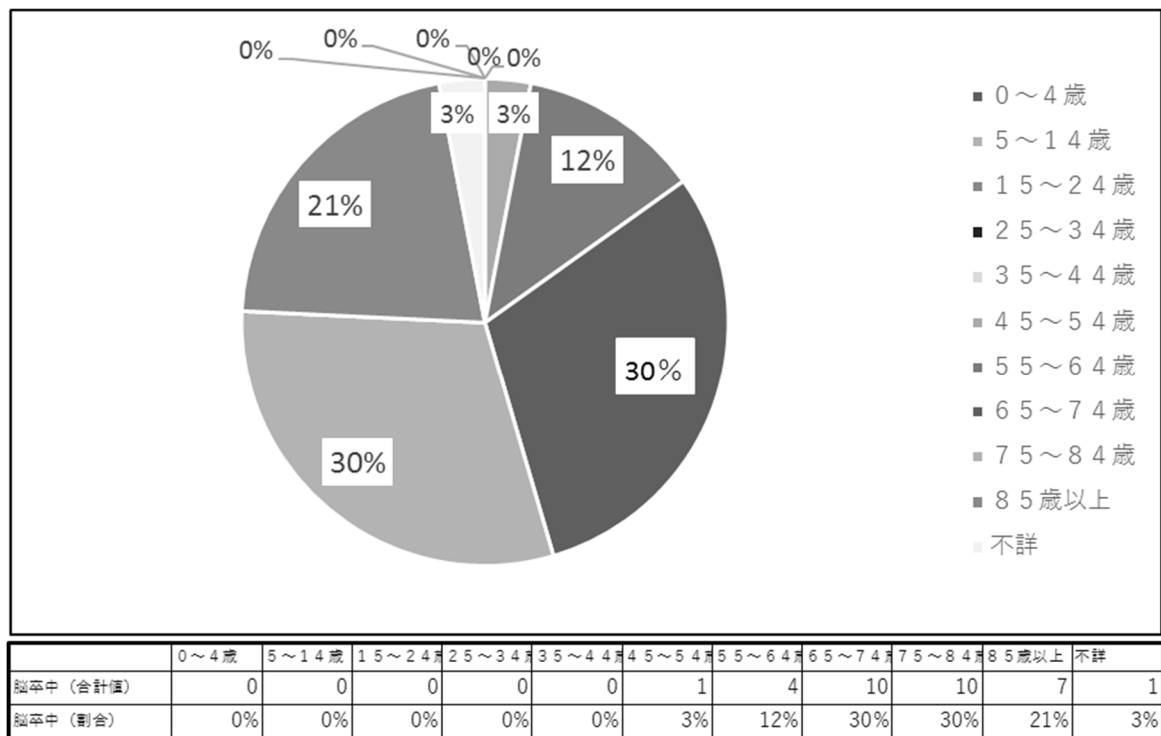
(1) 施策の現状・課題

○ 就労支援について

脳卒中の総患者数は全国で111.5万人、千葉県の患者数は3万5千人と推計されており、うち約15%が就労世代（20～64歳）の患者です。

脳卒中の発症直後速やかに治療を受けて重症化を防いだ場合、リハビリテーションを含む適切な治療により身体機能が回復し、復職など元の生活に戻ることが可能となる場合も少なくありません。しかし、片麻痺などの障害や高次脳機能障害などがある場合には、病院を退院して家庭生活が支障なく送れる状態から、復職に必要な十分な機能まで回復するには時間が必要になることが多く、通勤や就労内容について職場と調整が必要になります。現在の医療制度では、これらの調整は外来通院を継続しながら調整を進めていくこととなります。

図表 3-5-3-1 脳卒中患者の年齢構成比率（千葉県）



資料：患者調査（厚労省）

脳卒中のリハビリテーションにおいては、医療としてのリハビリテーション以外にも、復職希望のある患者については、急性期から回復期、退院後の生活期において復職までを想定した継続的な支援が重要になります。

そのため、復職を目指した情報を関係機関で共有し、雇用主側との連携を図るといった継続的で一貫性のある復職支援が求められています。

しかし、実態調査によると回復期リハビリテーション病棟を有している病院の内、退院後の外来診療の中で復職支援・就労支援を行っていると回答した病院は52.8%と多くない状況です。

急性期病棟から外来リハビリテーションまで様々な多職種が関わる脳卒中診療体制の中では、復職希望のある患者に急性期から関わり、復職を目指した支援や情報を関係機関間で共有する他、循環器病患者の状況に応じた治療と仕事の両立支援、身体機能に応じた職業訓練が重要です。

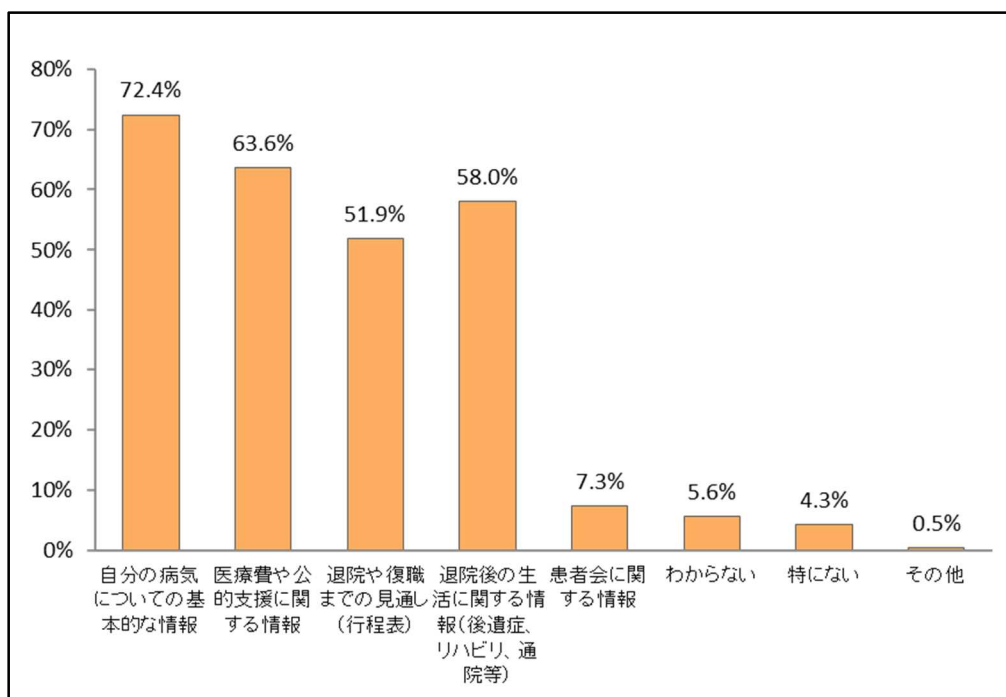
○ 適切な情報提供・相談支援について

医療技術や情報技術が進歩し、患者の療養生活が多様化する中で、患者とその家族が抱く、診療及び生活における疑問や、心理社会的・経済的な悩み等に対応することが求められています。

実態調査によると、仮に脳卒中と診断され、長期（3カ月以上）の入院や手術が必要になった場合に必要な情報は何かという質問に対して、「自分の病気についての基本的な情報」72.4%、「医療費や公的支援に関する情報」63.6%、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」58.0%でした。

多くの場合、入院中には医療ソーシャルワーカーや病棟看護師などが相談窓口となり多職種による相談支援が受けられる体制が来ていますが、急性期病院あるいは回復期病院退院後は、かかりつけ医の元への外来通院が中心となるため、専門的な相談支援が受けにくい状態になると考えられます。

図表 3-5-3-2 長期の入院や手術が必要になった場合に欲しい情報の選択割合



資料：令和3年度循環器病対策実態調査（千葉県）

(2) 施策の具体的展開

○ 相談、情報提供体制の充実

医療技術や情報技術が進歩していることから、治療を受けながら働き続

けることができる可能性が高まっており、患者の離職防止や再就職のための就労支援といった治療と仕事の両立支援の充実が求められています。

そのため、患者の離職防止に当たっては「自分の病気についての基本的な情報」や「医療費や公的支援に関する情報」、「退院後の生活に関する情報（後遺症、リハビリ、通院等）」等の各患者やその家族が必要としている情報の提供等に努めてまいります。

また、医療機関等が、患者の勤務先、市町村などの自治体や就労支援の事業所などと適切に連携できるよう支援する他、退院後の患者やその家族が相談できる窓口の明示化の推進に努めて参ります。