

日本の地域医療連携システム 現状と未来



国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹



2016年1月



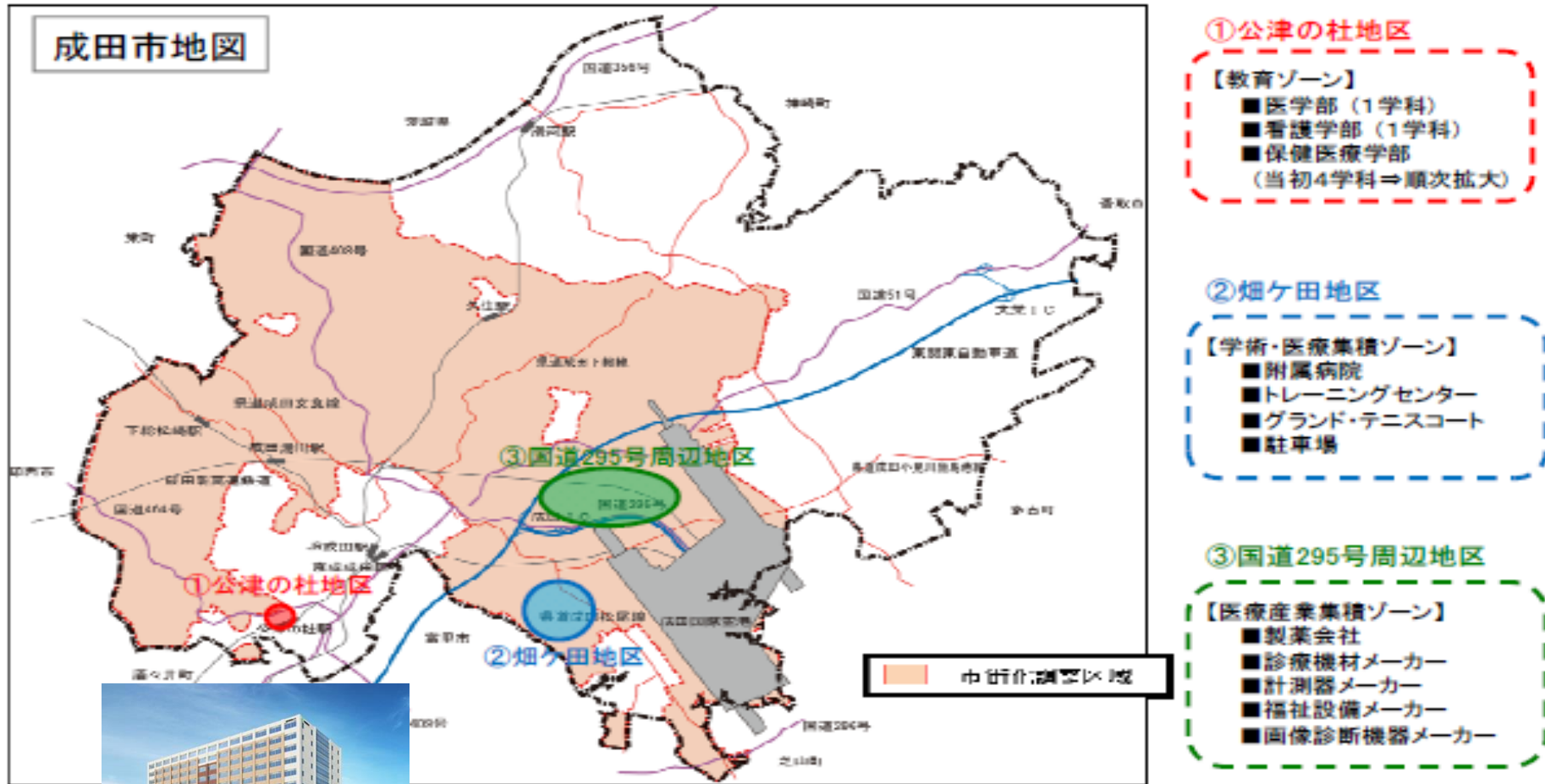
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

成田市に
医学部を！

1. 構想の概要(4)

成田市と国際医療福祉大学は、「公津の杜(教育ゾーン)」および「畑ヶ田地区(学術・医療集積ゾーン)」で医学部をはじめとした大学の学部・学科と附属病院などの施設を整備します。



2017年4月医学部開講

目次

- パート1
 - 国民会議と医療介護一括法
- パート2
 - 地域医療構想で変わる病床
- パート3
 - 医療計画と地域連携パス
- パート4
 - 2016年診療報酬改定と地域連携パス
- パート5
 - 地域包括ケアシステムと医療と介護の連携



パート1 国民会議と医療介護一括法



2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの議論
社会保障制度改革国民会議(会長 清家慶応義塾大学学長)
が2012年11月30日から始まった

人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

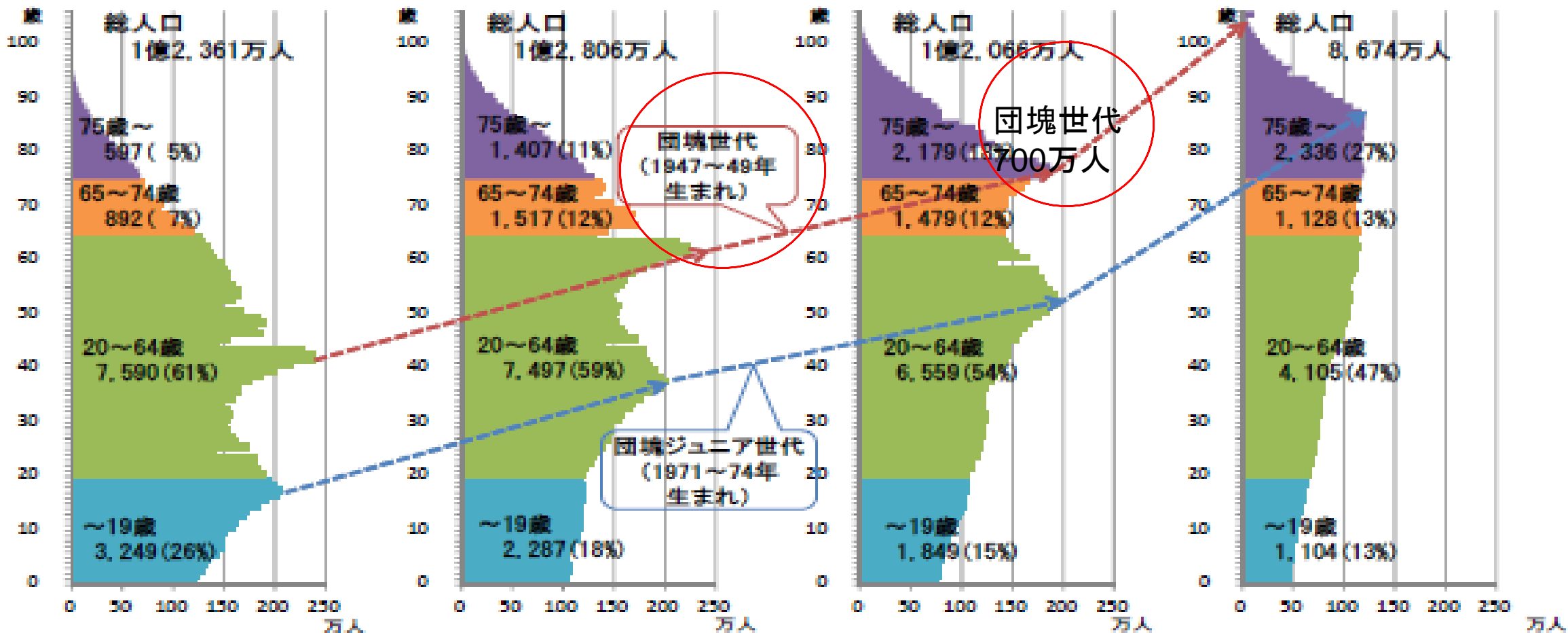
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年(1990年) (実績)

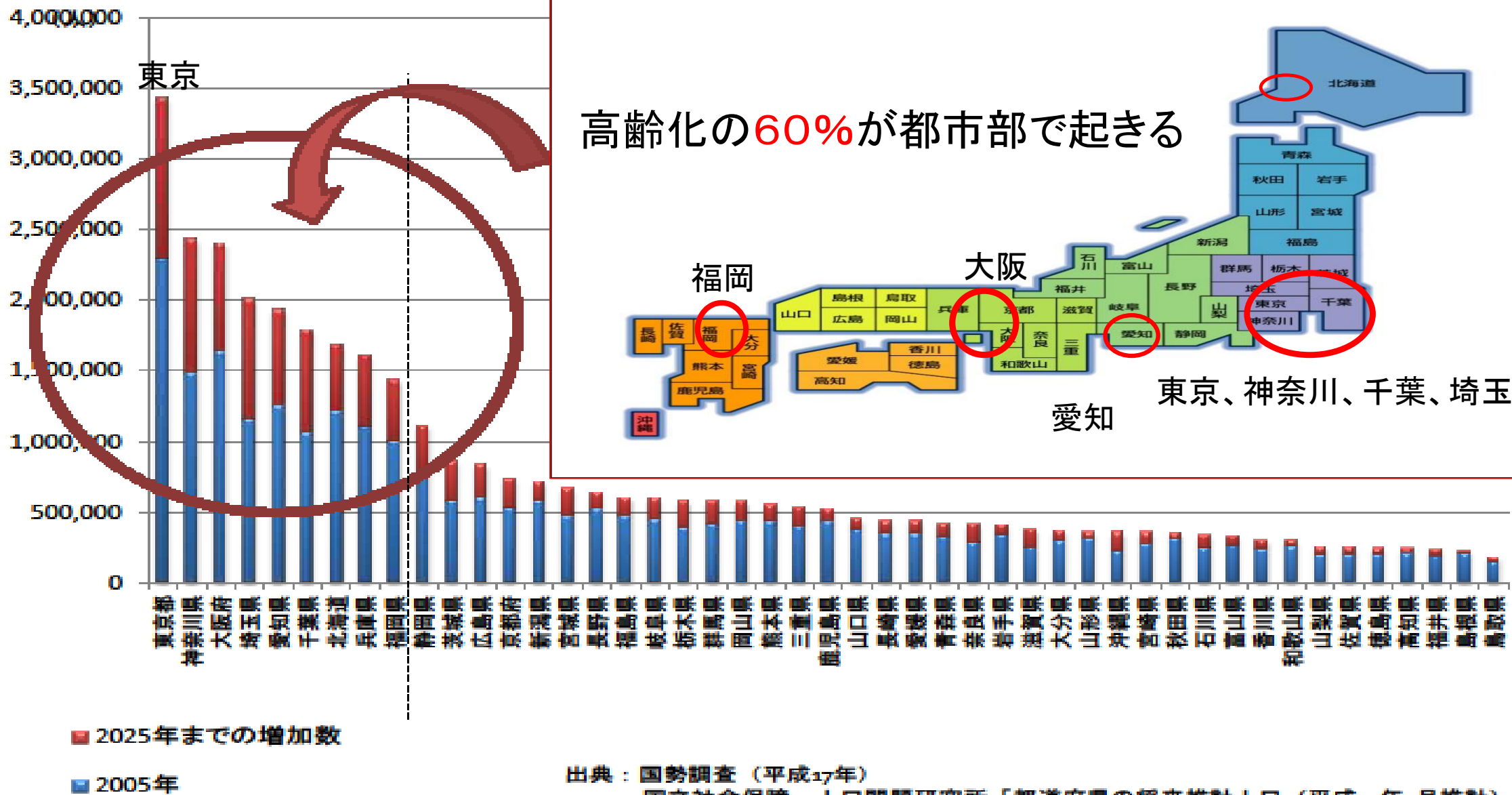
平成22年(2010年) (実績)

平成37年(2025年)

平成72年(2060年)

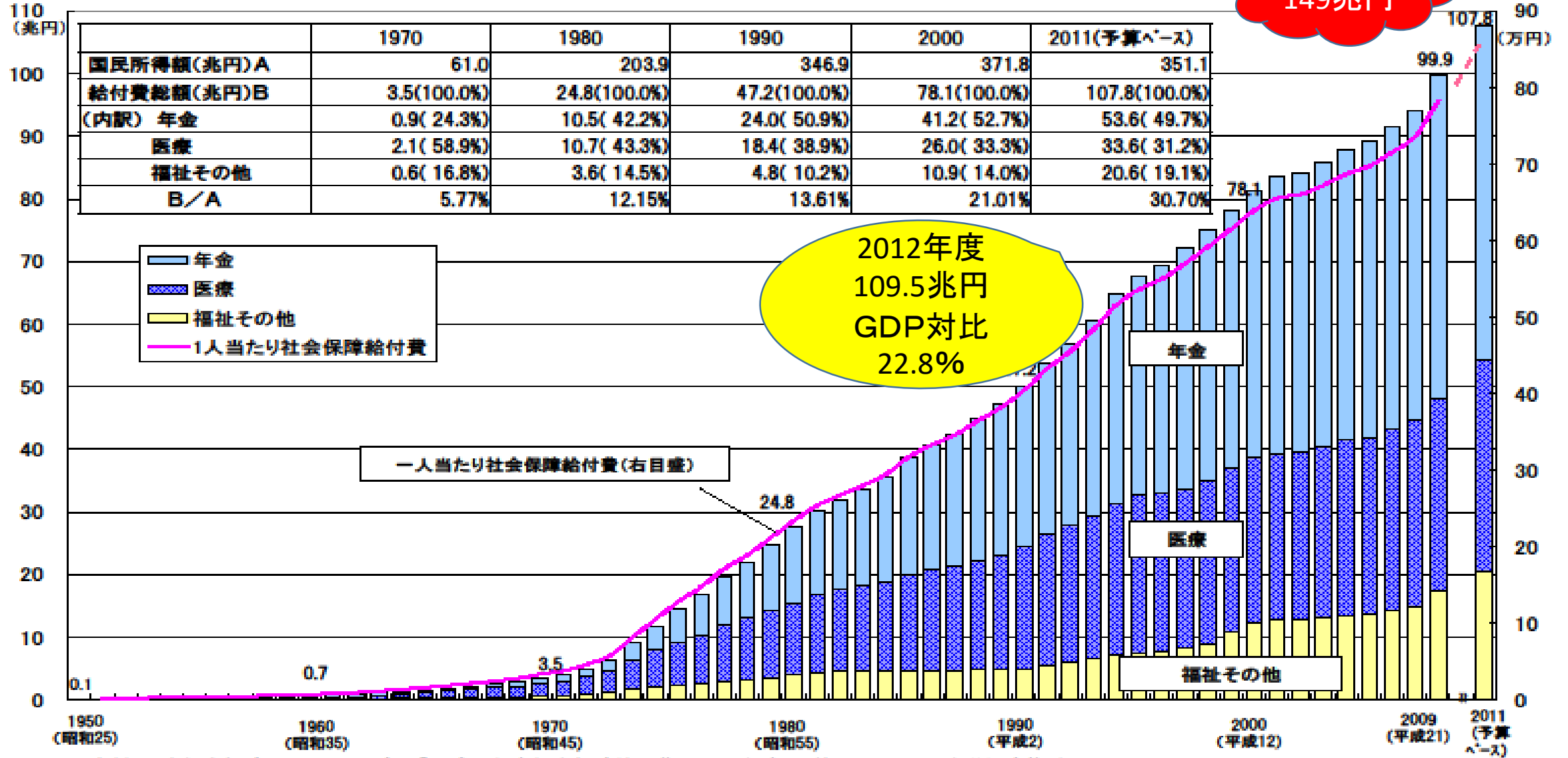


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



社会保障給付費の推移

2025年
149兆円



資料:国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計。

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注)図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

地域医療介護一括法



社会保障制度改革国民会議 最終報告書(2013年8月6日)



最終報告が清家会長から安倍首相に手渡し

国民会議報告のポイント

- 医療提供体制の見直し
 - 病床機能情報報告制度の早期導入
 - 病床機能の分化と連携の推進
 - 在宅医療の推進
 - 地域包括ケアシステムの推進
 - 医療職種の業務範囲の見直し
 - 総合診療医の養成と国民への周知

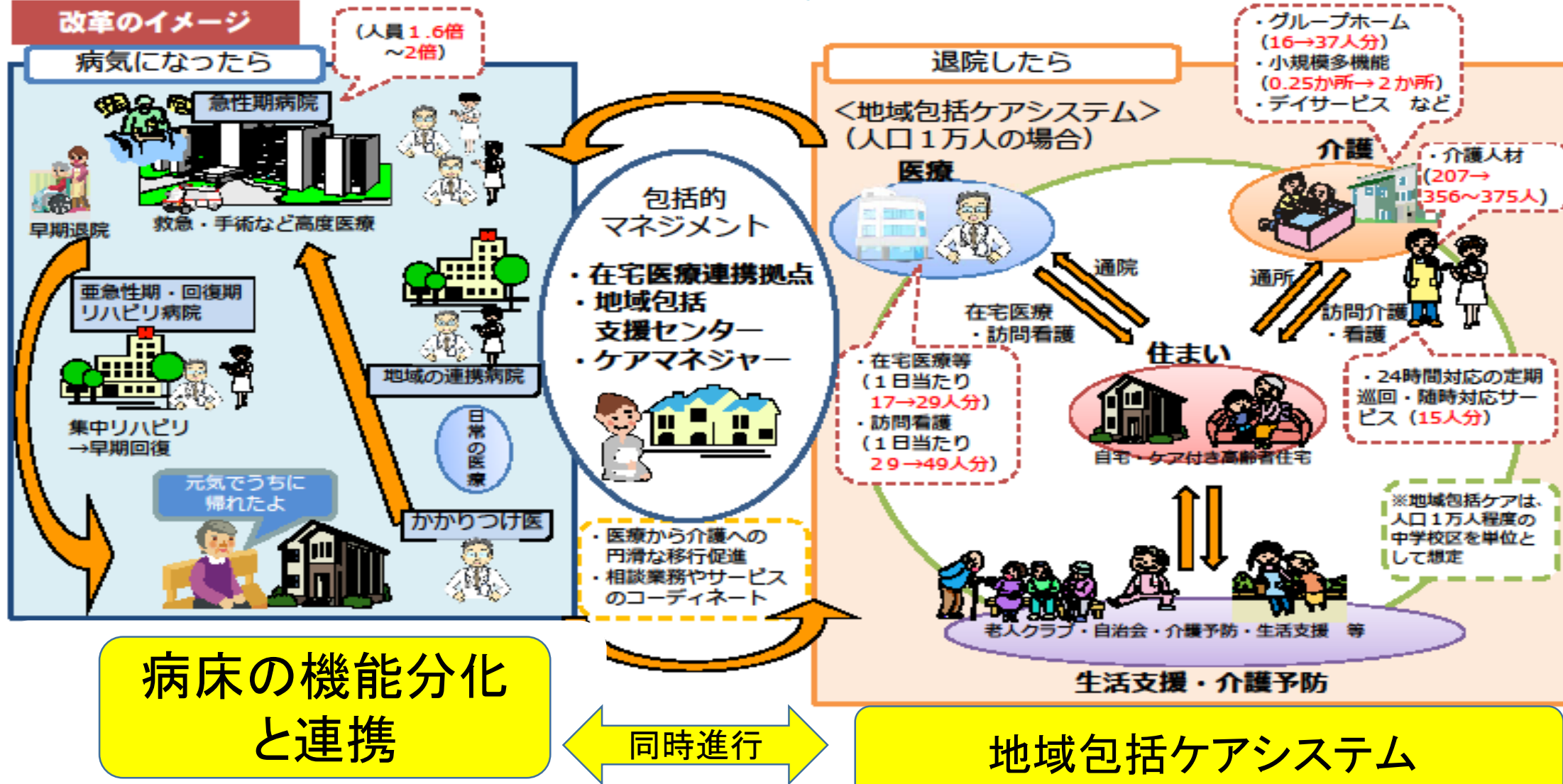
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



地域医療・介護一括法成立可決(2014年6月18日)

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

2014年6月18日
可決成立

(カッコ内は施行時期)

2014年5月14 日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院
TVインターネット審議中継
Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

パート2

地域医療構想で変わる病床

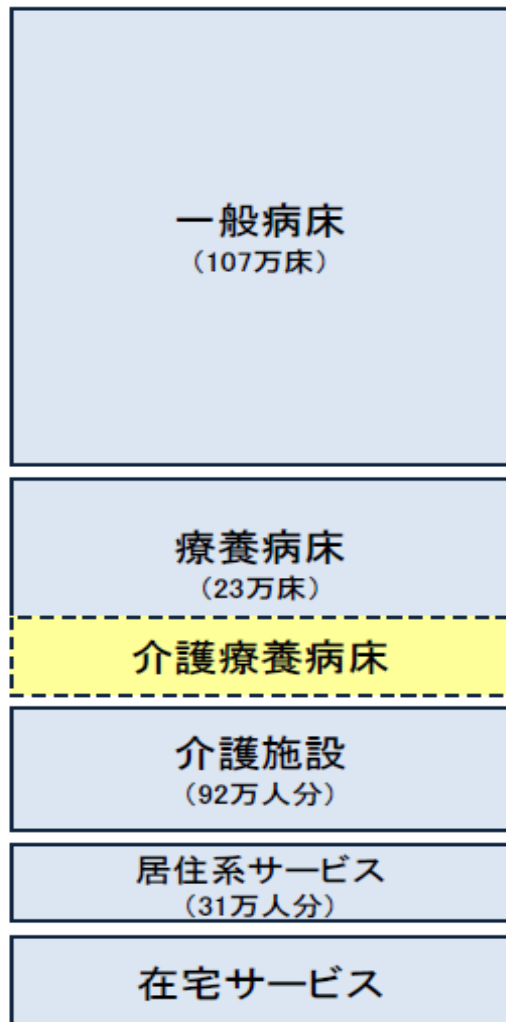


東京都二次医療圏

会保障・税一体改革素案が目指す医療・介護機能再編(将来像)

○ 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】



【取組の方向性】

- 入院医療の機能分化・強化と連携
 - ・急性期への医療資源集中投入
 - ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等
- 地域包括ケア体制の整備
 - ・在宅医療の充実
 - ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
 - ・訪問看護等の計画的整備 等
 - ・在宅介護の充実
 - ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
 - ・ケアマネジメント機能の強化 等

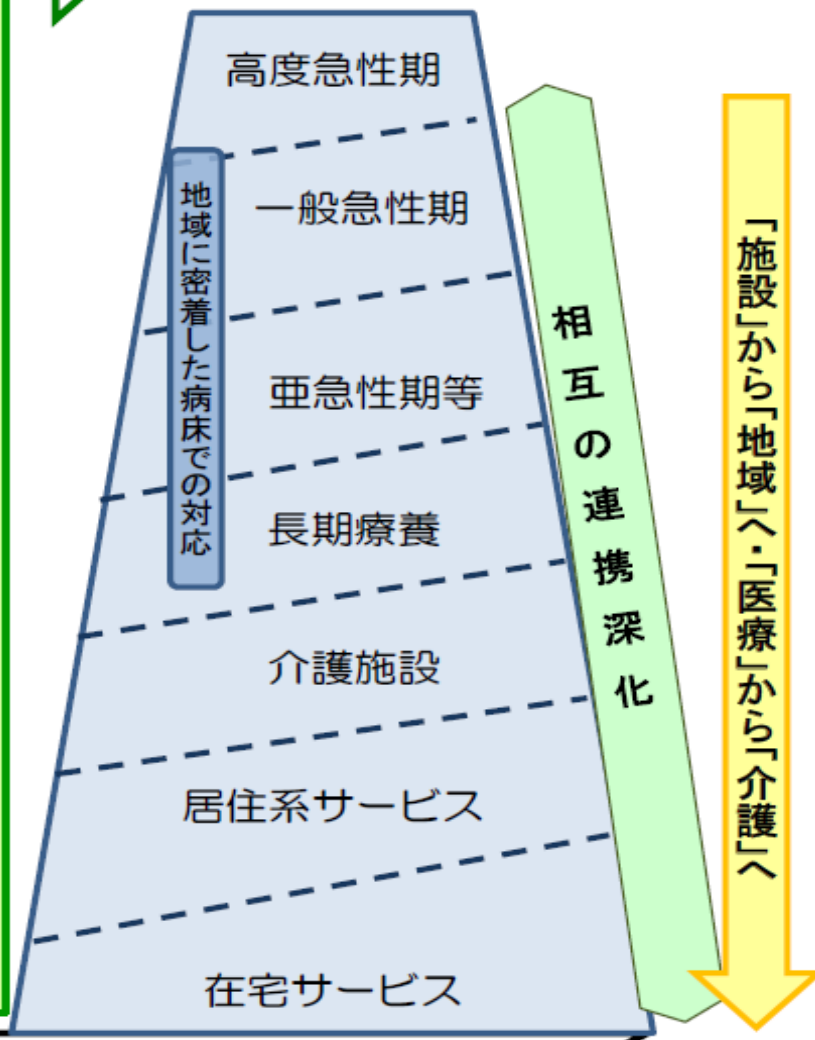
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

基盤整備のための一括的法整備(2012年目途法案化)

【患者・利用者の方々】

- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域での暮らしを継続

【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

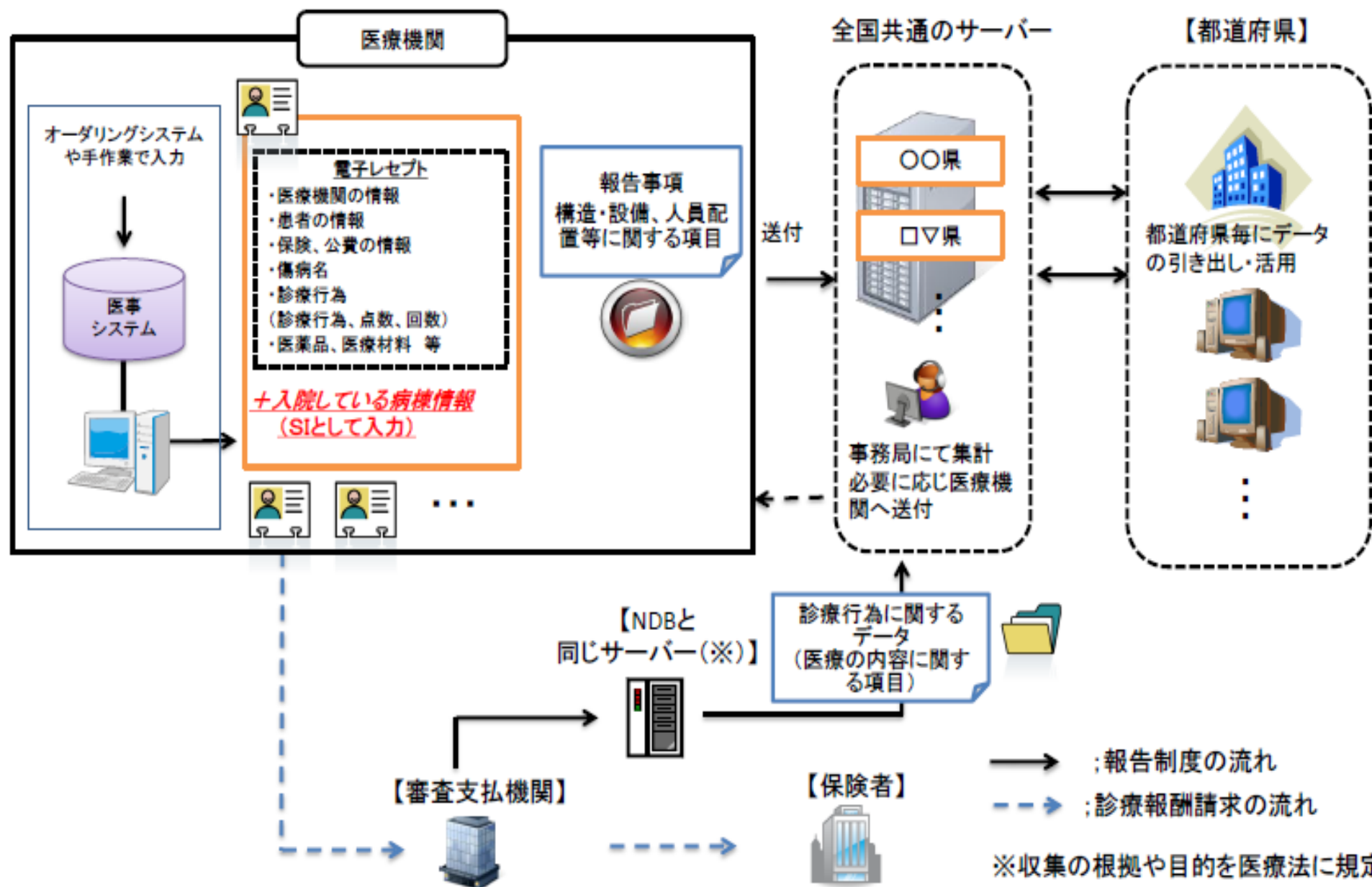
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

病床機能報告制度における集計等の作業について

別添2



地域医療構想策定プロセス

構想区域の設定



構想区域における
医療需要の推計



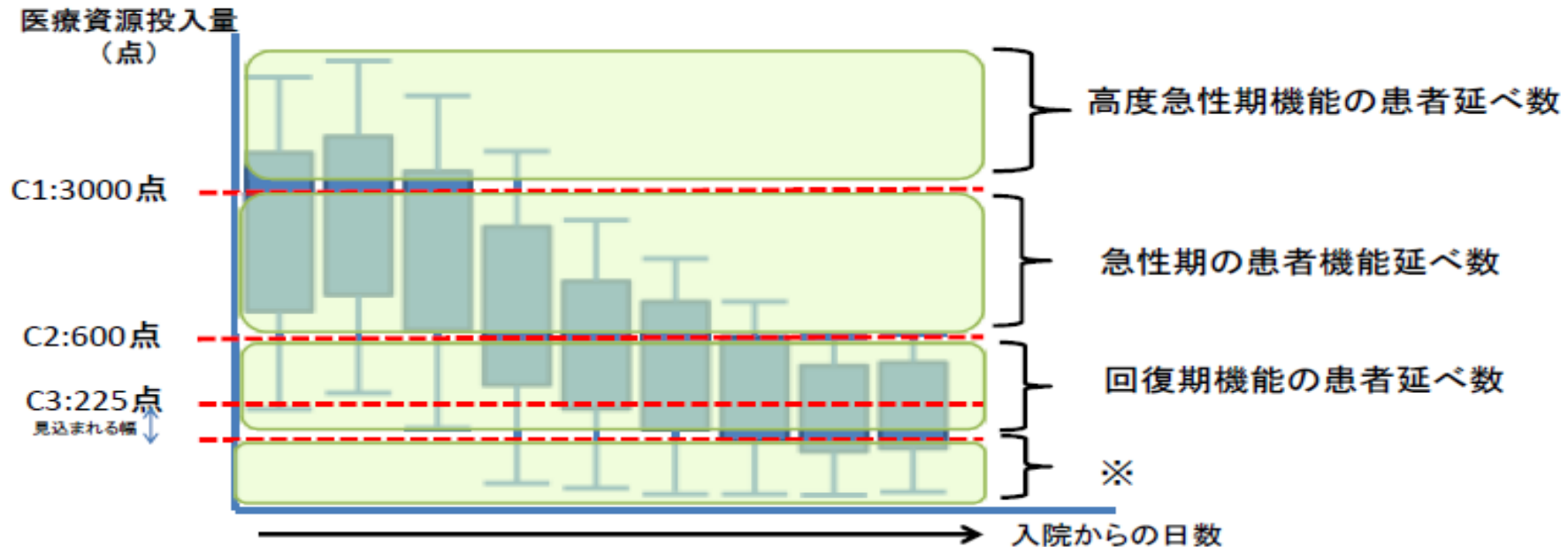
地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

医療需要から病床機能別病床数を推計

- 地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会（2014年10月31日）
 - 1日当たりの「**医療資源投入量**」の多寡で医療需要（患者数）を推計
→病床機能別病床数を推計
 - DPCデータとNDBから、患者に対する個別の診療行為を診療報酬の出来高点数に換算して入院日数や入院継続患者の割合などと比較して医療資源投入量を算出
 - 医療資源投入量（1日あたり入院医療費から入院基本料とリハを除いた出来高部分、医薬品、検査、手術、処置、画像など）
 - 医療資源投入量の高い段階から順に、高度急性期機能・急性期機能・回復期機能・慢性期機能の4つの医療機能を位置付ける

高度急性期機能、急性期機能、回復期機能の医療需要の考え方

- 医療資源投入量の推移から、高度急性期と急性期との境界点(C1)、急性期と回復期との境界点(C2)となる医療資源投入量を分析。
- 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点(C3)を分析した上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を更に見込み、回復期機能で対応する患者数とする。なお、調整を要する幅として見込んだ点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等※の患者数として一体的に推計することとする。
 - ※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。
- C1を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1～C2の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2～C3の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として計算。



※ 在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で区分して推計する。なお、175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

↓

全ての疾患で合計し、各医療機能の医療需要とする。

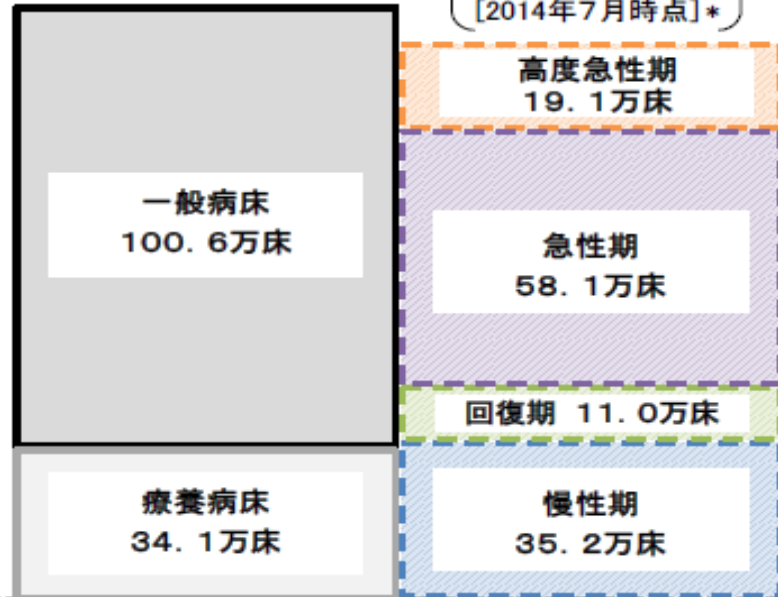
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 今後も少子高齢化の進展が見込まれる中、患者の視点に立って、どの地域の患者も、その状態像に即した適切な医療を適切な場所で受けられることを目指すもの。このためには、医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化しながら、切れ目のない医療・介護を提供することにより、限られた医療資源を効率的に活用することが重要。
 （→ 「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の一環）
- 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。
- ⇒ 地域医療介護総合確保基金を活用した取組等を着実に進め、回復期の充実や医療・介護のネットワークの構築を行うとともに、慢性期の医療・介護ニーズに対応していくため、全ての方が、その状態に応じて、適切な場所で適切な医療・介護を受けられるよう、必要な検討を行うなど、国・地方が一体となって取り組むことが重要。

【現 状:2013年】

134.7万床(医療施設調査)

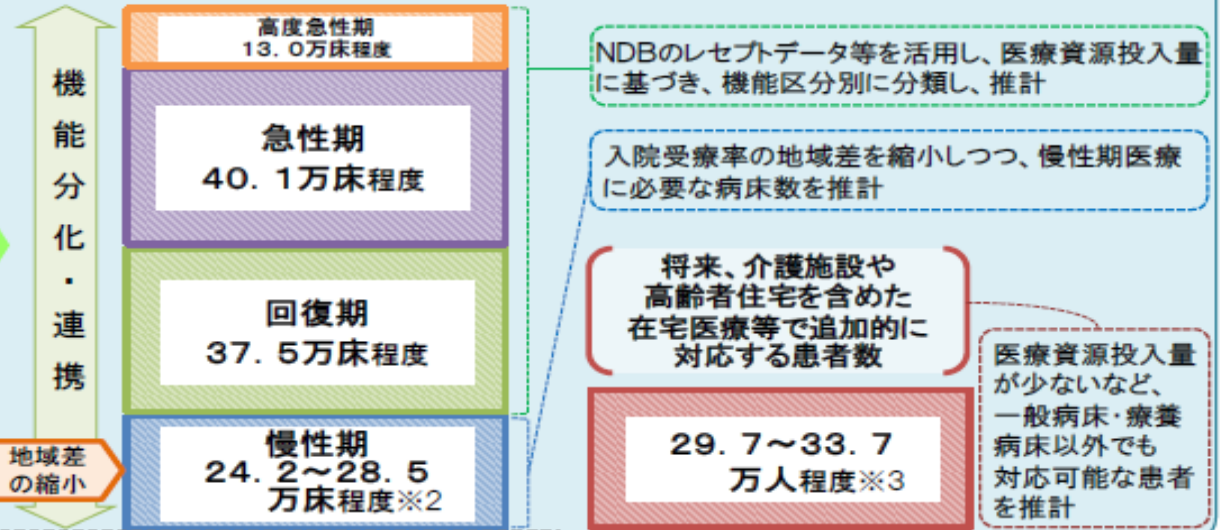
病床機能報告
123.4万床
[2014年7月時点]*



【推計結果:2025年】※ 地域医療構想策定ガイドライン等に基づき、一定の仮定を置いて、地域ごとに推計した値を積上げ

機能分化等をしないまま高齢化を織り込んだ場合:152万床程度

2025年の必要病床数(目指すべき姿)
115~119万床程度※1

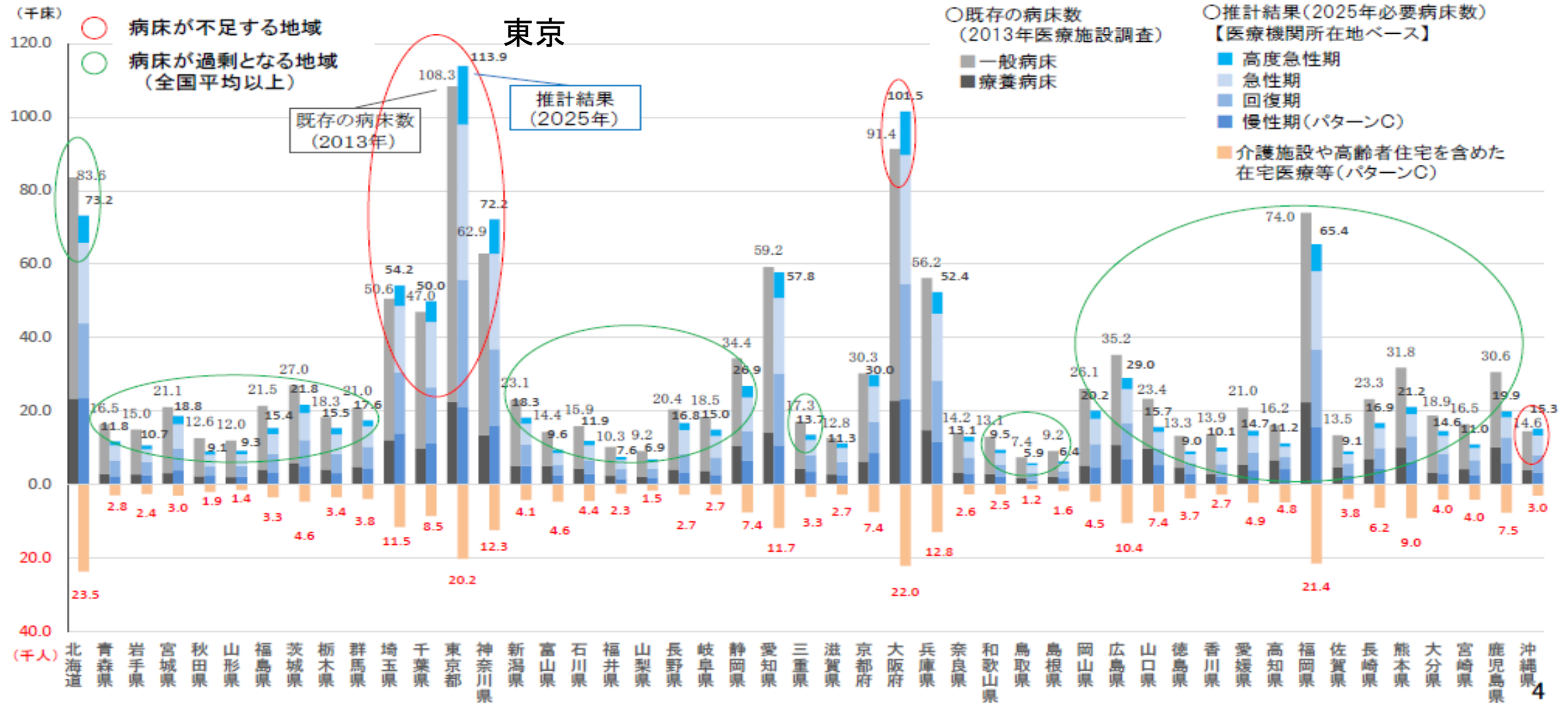


* 未報告・未集計病床数などがあり、現状の病床数(134.7万床)とは一致しない。
 なお、今回の病床機能報告は、各医療機関が定性的な基準を参考に医療機能を選択したものであり、今回の推計における機能区分の考え方によるものではない。

※1 パターンA:115万床程度、パターンB:118万床程度、パターンC:119万床程度
 ※2 パターンA:24.2万床程度、パターンB:27.5万床程度、パターンC:28.5万床程度
 ※3 パターンA:33.7万人程度、パターンB:30.6万人程度、パターンC:29.7万人程度

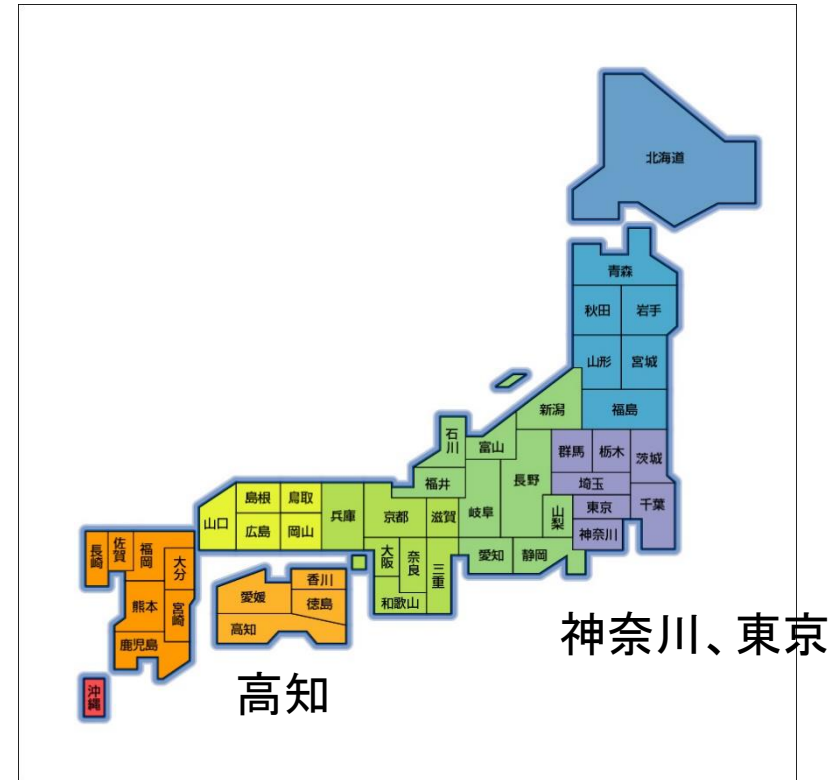
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 一般病床と療養病床の合計値で既存の病床数と比較すると、現在の稼働の状況や今後の高齢化等の状況等により、2025年に向けて、不足する地域と過剰となる地域がある。
- 概ね、大都市部では不足する地域が多く、それ以外の地域では過剰となる地域が多い。
- 将来、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応する患者数も、大都市部を中心に多くなっている。



2013年比2025年増減率(目標)

- ①15% 神奈川
- ②11% 大阪
- ③7% 埼玉
- ④6% 千葉
- ⑤5% 東京、沖縄
- ⑥-1% 京都
- ⑦-2% 愛知
- ⑧-7% 兵庫
- ⑨-8% 奈良
- ⑩-11% 宮城
- ⑪-12% 北海道、
- ⑫滋賀、福岡 (全国平均)
- ⑬-15% 栃木
- ⑭-16% 群馬
- ⑮-18% 長野、広島
- ⑯-19% 茨城、岐阜
- ⑰-20% 鳥取
- ⑱-21% 新潟、三重
- ⑲-22% 静岡
- ⑳-23% 山形、岡山、大分
- ㉑-25% 石川、山梨
- ㉒-26% 福井
- ㉓-27% 和歌山、香川、長崎
- ㉔-28% 青森、秋田、福島
- ㉕-29% 岩手
- ㉖-30% 島根、愛媛
- ㉗-31% 高知
- ㉘-32% 徳島
- ㉙-33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- ㉚-35% 鹿児島



パート3

医療計画と地域連携クリティカルパス



医療計画は医療提供体制の基本計画
地域医療構想は地域医療計画の一環

第5次医療計画(4疾患5事業)

2008年～2012年

・4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

・5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

疾病別・事業別の医療提供体制と連携体制の構築

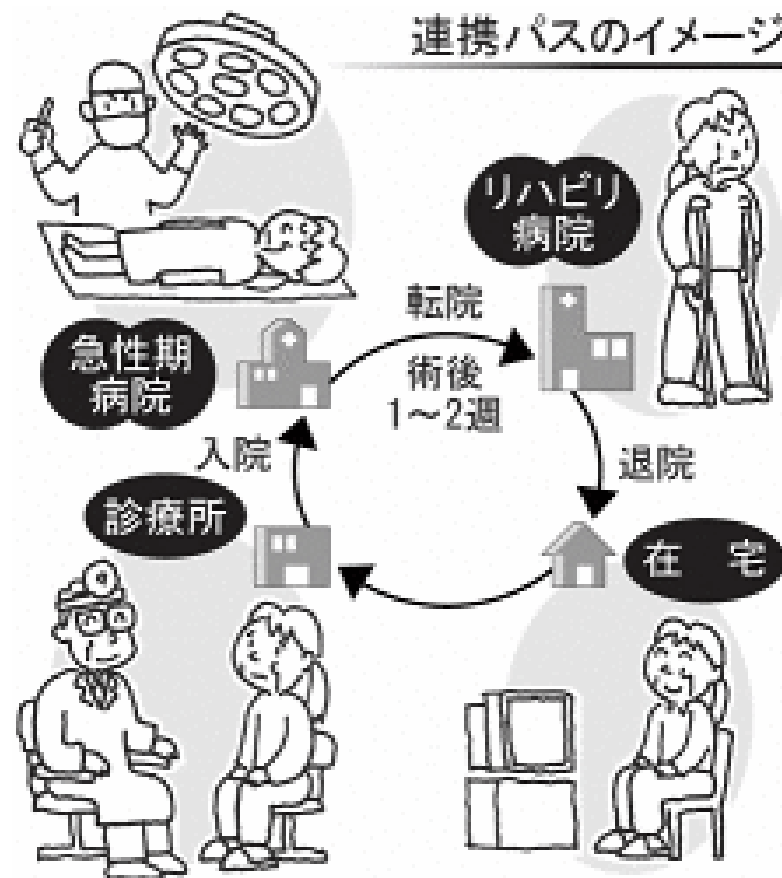
医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 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

地域連携クリティカルパスとは？

• 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 病病地域連携クリティカルパス
- 病診地域連携クリティカルパス
- 介護連携クリティカルパス



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

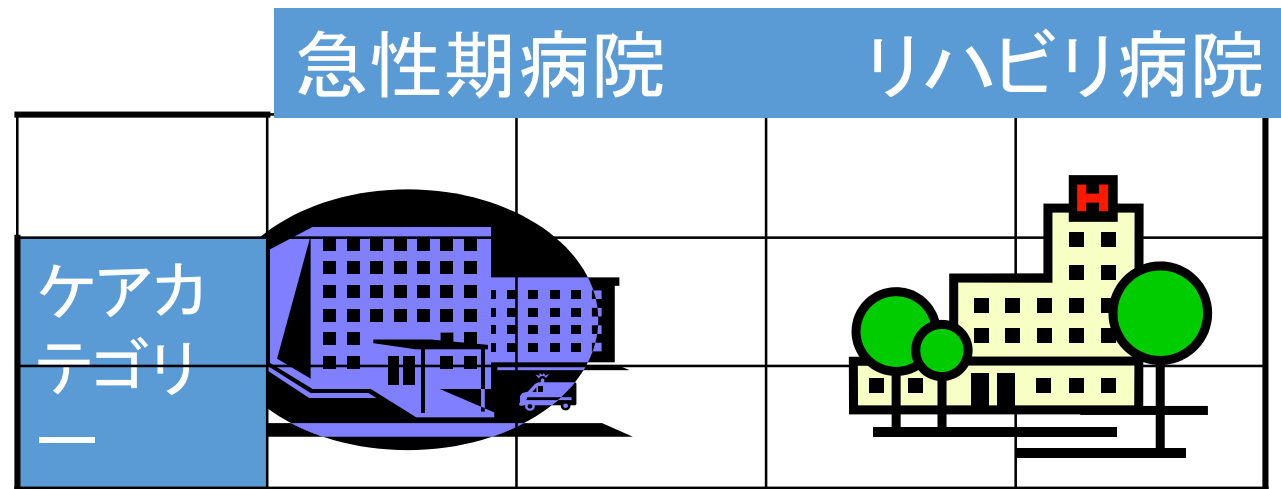
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
達成目標		#1 胃瘻創設に伴う合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない。 #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。								
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
		口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)				交差スプレーサー切除	交包	交包
検査		血算・血液型・生化学 胸・腹レントゲン 心電図 咽頭培養		出血時間・凝縮 RBP, TTR, CRP				RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP
活動・安静度		フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー
栄養(食事)		入院前に同じ	入院前に同じ	絶飲食		水100ml×3	水200ml×3 濃厚流動食100ml×3	水300ml×3 濃厚流動食200ml×3	水300ml×3 濃厚流動食300ml×3	水300ml×3 濃厚流動食400ml×3
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続								胃瘻チューブの取り扱い説明 胃瘻周囲皮膚のケア 濃厚流動食説明
		内服継続	内服継続	内服中止	内服中止				内服継続	内服継続
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()				体温() () () ()	体温() () () ()
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()				脈拍() () () ()	脈拍() () () ()
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()				血圧() () () ()	血圧() () () ()
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()				SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()
				出血() () () ()	出血() () () ()				出血() () () ()	出血() () () ()
				創状態() () () ()	創状態() () () ()				創状態() () () ()	創状態() () () ()
				喀痰() () () ()	喀痰() () () ()				喀痰() () () ()	喀痰() () () ()
									下痢() () () ()	下痢() () () ()
									嘔吐() () () ()	嘔吐() () () ()
						腹満() () () ()			腹満() () () ()	腹満() () () ()
記録		褥創()	褥創()	褥創()	褥創()				褥創()	褥創()
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名										

クリティカルパスは患者さんにも好評
 疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院と一緒に作るパス、使うパス



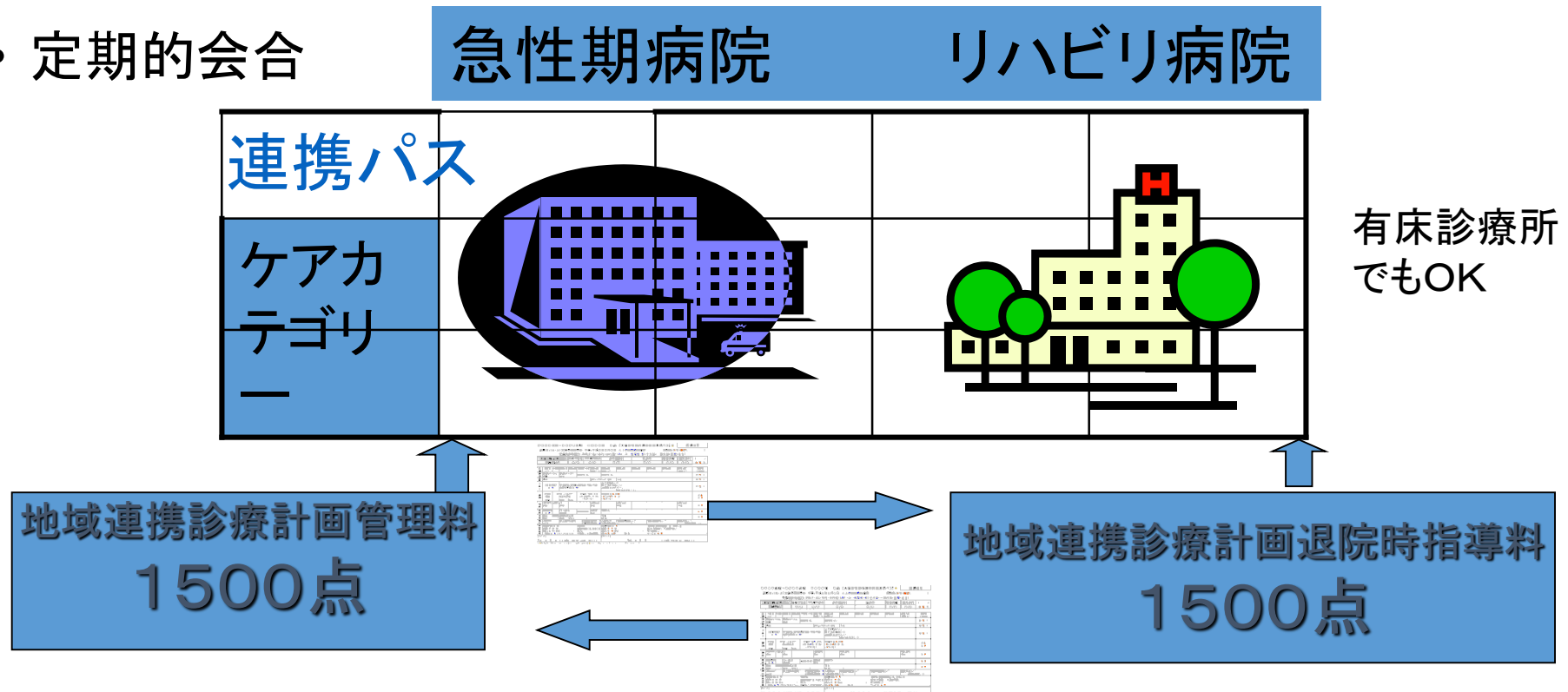
整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携クリティカルパスの新規点数と運用

- 地域連携クリティカルパスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



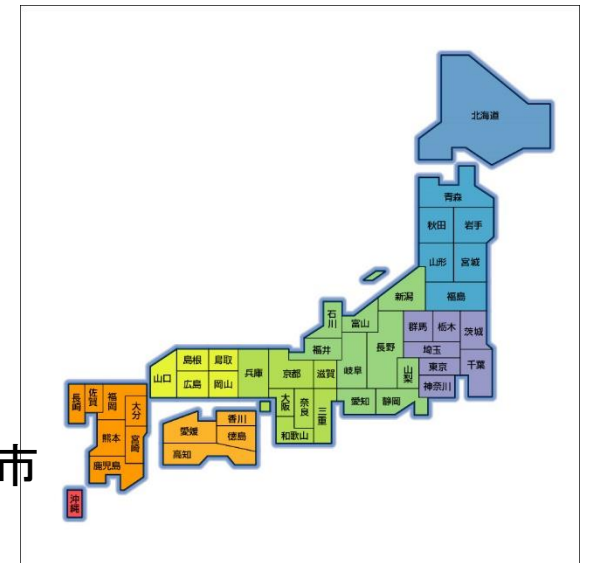
定期的な会合



地域連携クリティカルパス事例

熊本市のシームレスケア研究会の
整形疾患における地域連携クリティカルパス
熊本市は地域連携先進地として有名

熊本市



大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会(熊本)

- 研究会参加施設
 - K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
 - N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)
- 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)
 - 会場:持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名: (右・左) 大腿骨頸部骨折 手術: 平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後: 自宅・施設()

受傷前歩行能力: 車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標: 移動能力	車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()
訓練開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後1週以内	
排泄	尿道カテーテル留置	尿道カテーテル抜去	病棟内トイレ		病棟内トイレ		病棟内トイレ		病棟内トイレ		病棟内トイレ		自・監・介	
清潔	清拭		創チェック		入浴可		入浴		入浴		入浴		自・監・介	
セルフ	【荷重制限】有・無		急性期病院		転院基準(術後合併症なし)		リハビリ病院		リハビリ病院		リハビリ病院		自・監・介	
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時: 坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛有・無
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血		X線(2R) 採血		X線(2R) 採血		X線(2R) 採血		有・無	
処置	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		置なし		置なし		置なし		有・無
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後 常食 特食()		常食 特食()		常食 特食()		常食 特食()		常食 特食()		常食 特食()		有・無
教育	入院時OR	床上動作の指導		家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		退院後訪問〇/〇
退院時情報	問題行動: 有・無	痲呆: 有・無・疑い		痛み: 有・無(部位:)		意欲: 有・無・どちらとも言えない		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		歩行行動: 有・無		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		要介護度: 〇

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

【コメント】 平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

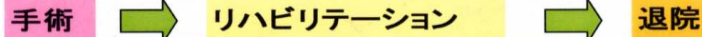
* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過)をメールバックして頂ければ幸いです。

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』



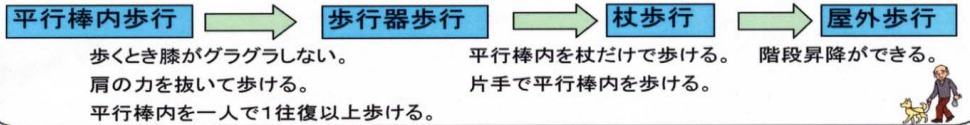
* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...	転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練				
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。				
検査		X線検査 血液検査			X線検査 血液検査
教育	入院時指導	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)			

『リハビリ』

目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

歩行訓練進行の目安



『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

- * 実生活そのものがリハビリとなります。
- * リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきます。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒し易いので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

3) 脱臼し易い姿勢に注意!



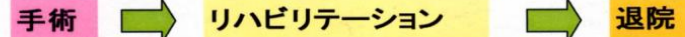
【右写真を参照】

家屋改修(自宅での生活が目標の方)

- * 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

『治療の流れ』



* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術...	転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練				
入浴	開始。				
検査		X線検査 血液検査			X線検査 血液検査
教育	入院時指導	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)			

()様 担当医()担当看護師()担当理学療法士()

経日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週
食	□食事は夕食まで □飲水は22時まで	□胃置後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます その後、食卓出来ます	□制限ありません		
歩	□歩みに応じて訓練で 引ひ張り (疲れないように)	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□術棟で訓練します	□リハ室にて訓練開始です	
ハ	□訓練の指導・説明 おこなえます	□3時間たったら、身体を おこなえます	□車椅子で移動出来ます	□平行棒内での起立から後々に 歩き始めます	
排	□排便の確認をします	□術後おしっこが はいています	□おしっこが管が付けて からトイレで可能です		
換	□必要に応じて毛を 剃ります	□ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)	□ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)	□術後9日目までに全抜糸です □全抜糸後次のガーゼ交換日に 傷口の確認があります	
内	□内服薬の確認	□麻酔科医の指示にて薬の 調整をすることがあります	□術前に化膿止めの点滴が あります □術後500mgの点滴が2本 あります	□朝夕化膿止めの点滴があります → 術後2日目で終了です	□傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます
検	□必要時に血液検査・ 他科受診があります	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用	□血液検査 □レントゲン撮影 □経過説明
教	□入院時説明 □手術時説明 □麻酔科医師説明 □手術室看護婦説明	□術後説明			

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

国立熊本病院 整形外科

家屋改修のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

レポート数: 10

ソフト済み

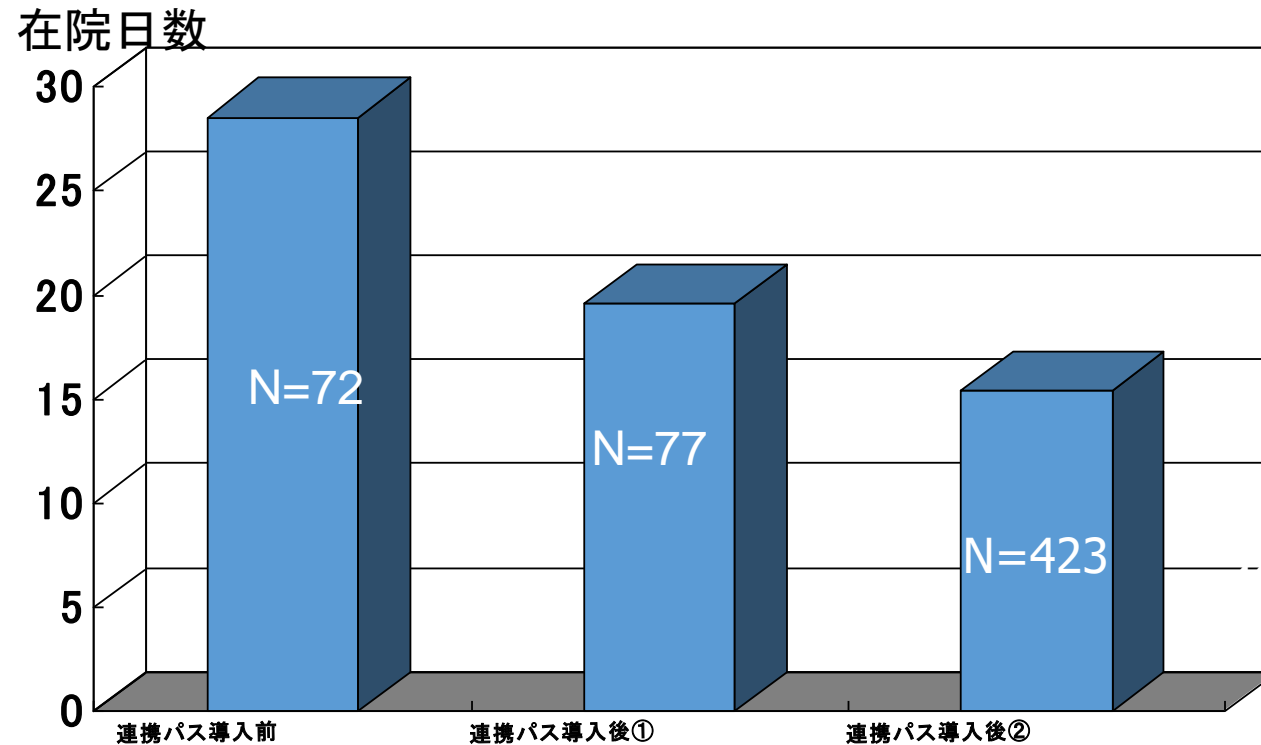
熊本医療センター → **にしくまもと病院** イニシャル: 氏 N. 名 S. | 95歳 女性 | 診断名: **左左大腿骨頸部骨折** | 患者No: 1
 ID: 702557 | 手術日: 平成16年3月24日 | 手術: **γネイル**
 受傷日: 平成16年3月23日 | 受傷場所: | 受傷機転: |
 受傷前歩行能力: **伝え歩き** | 補助道具: **伝え歩き** | 最終到達目標: 屋内: | 屋外: | 退院後: |
 到達目標: 移動能力 | 車椅子坐位 | 平行棒内歩行 | 歩行器歩行 | 杖歩行 | 階段昇降 | 屋外歩行 | 最終歩行獲得レベル
 訓練開始日: 3月26日 | 4月16日 | | | | | |

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~5日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日				転院	4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケセラフ			上下更衣		靴下・靴の着脱		洗面所(立位で)		床から起立			
薬剤			疼痛対策: 無		疼痛対策:							痛み
検査	X線(2F)採血	X線(2F)採血			X線(2F)採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	
処置	鋼線牽引		創処置ドレーン		創処置(1回/2日)		創処置抜糸					
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明: 介護保険説明:		入院時OR	家屋訪問調査		家屋改修指導		試験外泊	退院時訪問
退院時情報	荷重制限: 無し	問題行動: 無し		禁忌肢位:		荷重制限:	問題行動:		禁忌肢位:			
	痴呆: 疑い	ROM: 股関節屈曲 95°		ROM: 股関節屈曲 95°		痴呆:	ROM: 股関節屈曲		ROM: 股関節屈曲			
	麻痺:	外転 35°		外転 35°		麻痺:	外転		外転			
	痛み: 有り	MMT: 大腿四頭筋力 3		MMT: 大腿四頭筋力 3		痛み:	MMT: 大腿四頭筋力		MMT: 大腿四頭筋力			
	意欲: 有り	中殿筋力 2		中殿筋力 2		意欲:	中殿筋力		中殿筋力			
記載日	平成16年4月9日		【コメント】		記載日		【コメント】					
担当医	田中あづさ		動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。		担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	橋本 政和				理学療法士							
既往症					パリアンス							

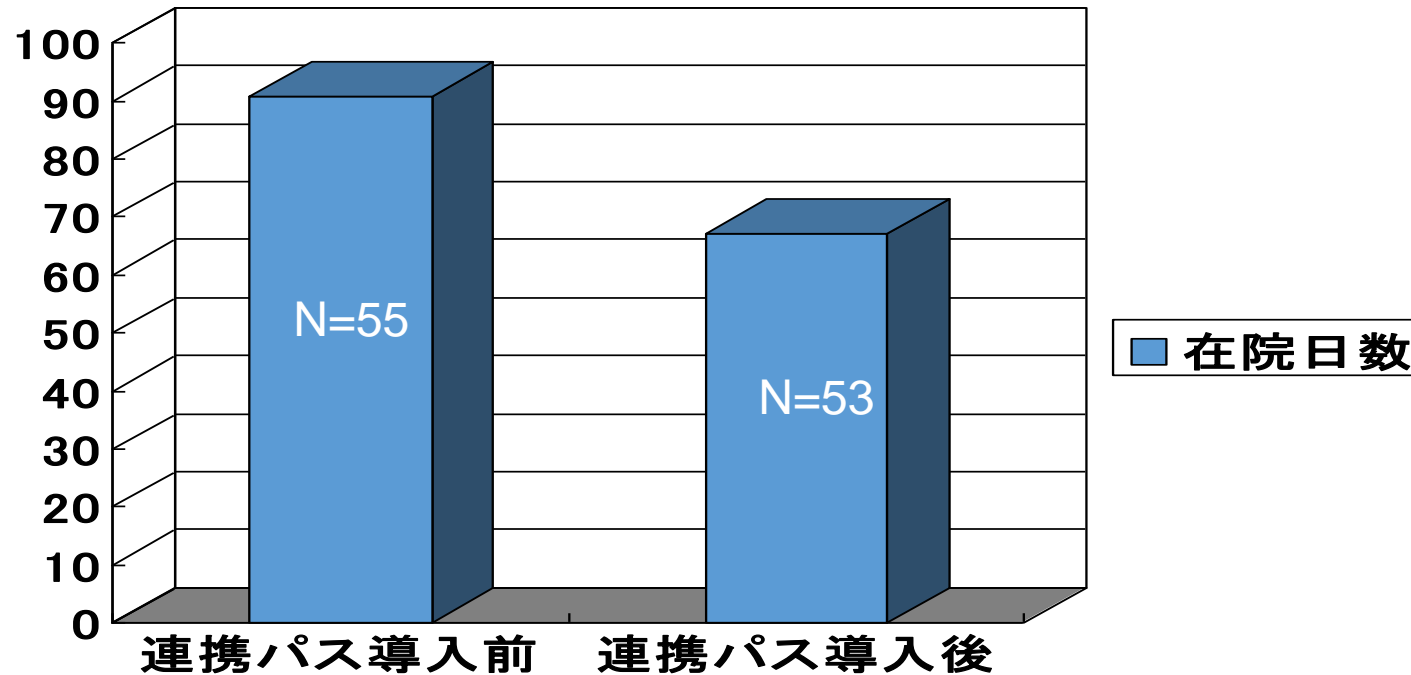
地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

地域連携クリティカルパス (大腿骨頸部骨折)導入による在院日数の変化



地域連携クリティカルパスの 連携先のリハビリ病院の在院日数変化



連携パス導入前:平成15年

連携パス導入後:平成16年

診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

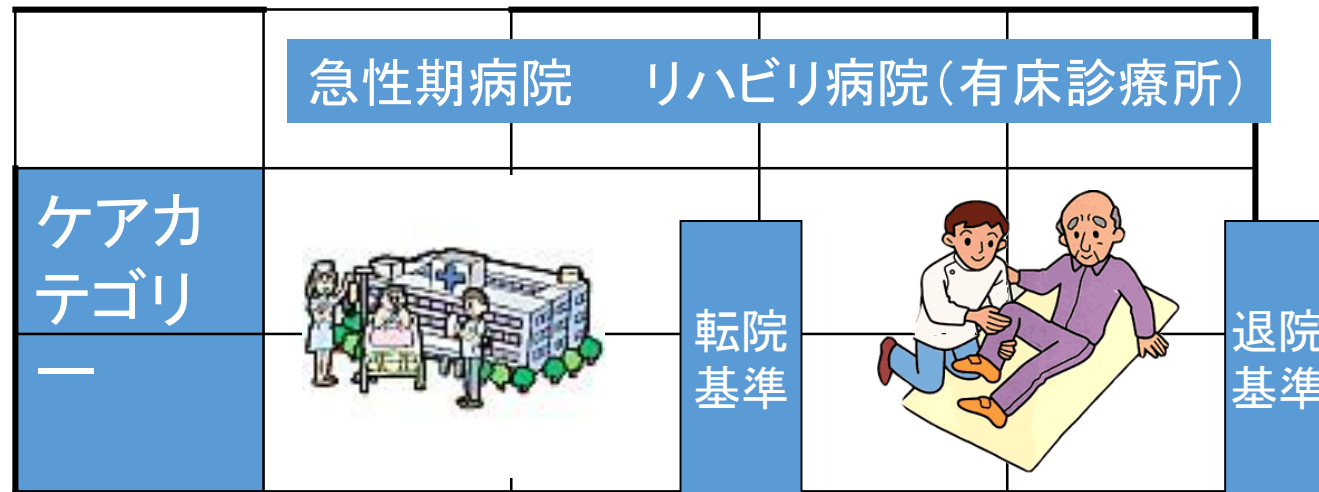


中医協総会

脳卒中地域連携クリティカルパス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

- 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

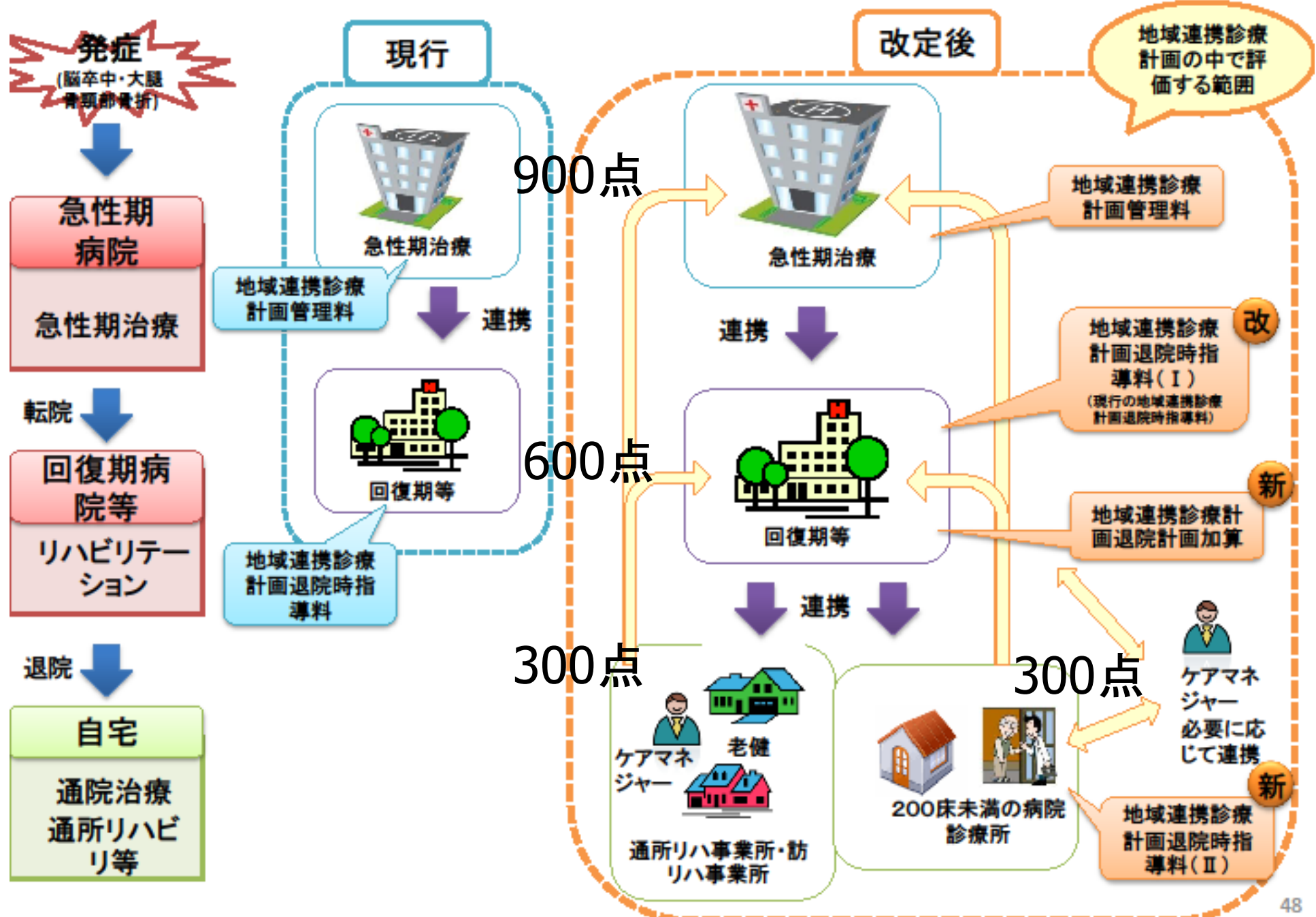
地域連携診療計画退院時指導料
600点

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

月日	/	/	/		/	/		/
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		○日 転院日	1日目	2日目	○日 退院日
達成目標					転院基準			(退院基準)
治療 薬剤(点滴・内服)								
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医		退院時の日常生活機能評価合計点 ○点	

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



パート3

2016年診療報酬改定と 地域連携パス



2016年診療報酬改定の基本的視点

- (1) 地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

7対1の厳格化

- 医療機能に応じた入院医療の評価
 - チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取り組み
 - 地域包括ケアシステム推進
 - 質の高い在宅医療・訪問看護の確保
 - 外来医療の機能分化
- (2) 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点
- (3) 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点
- (4) 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会

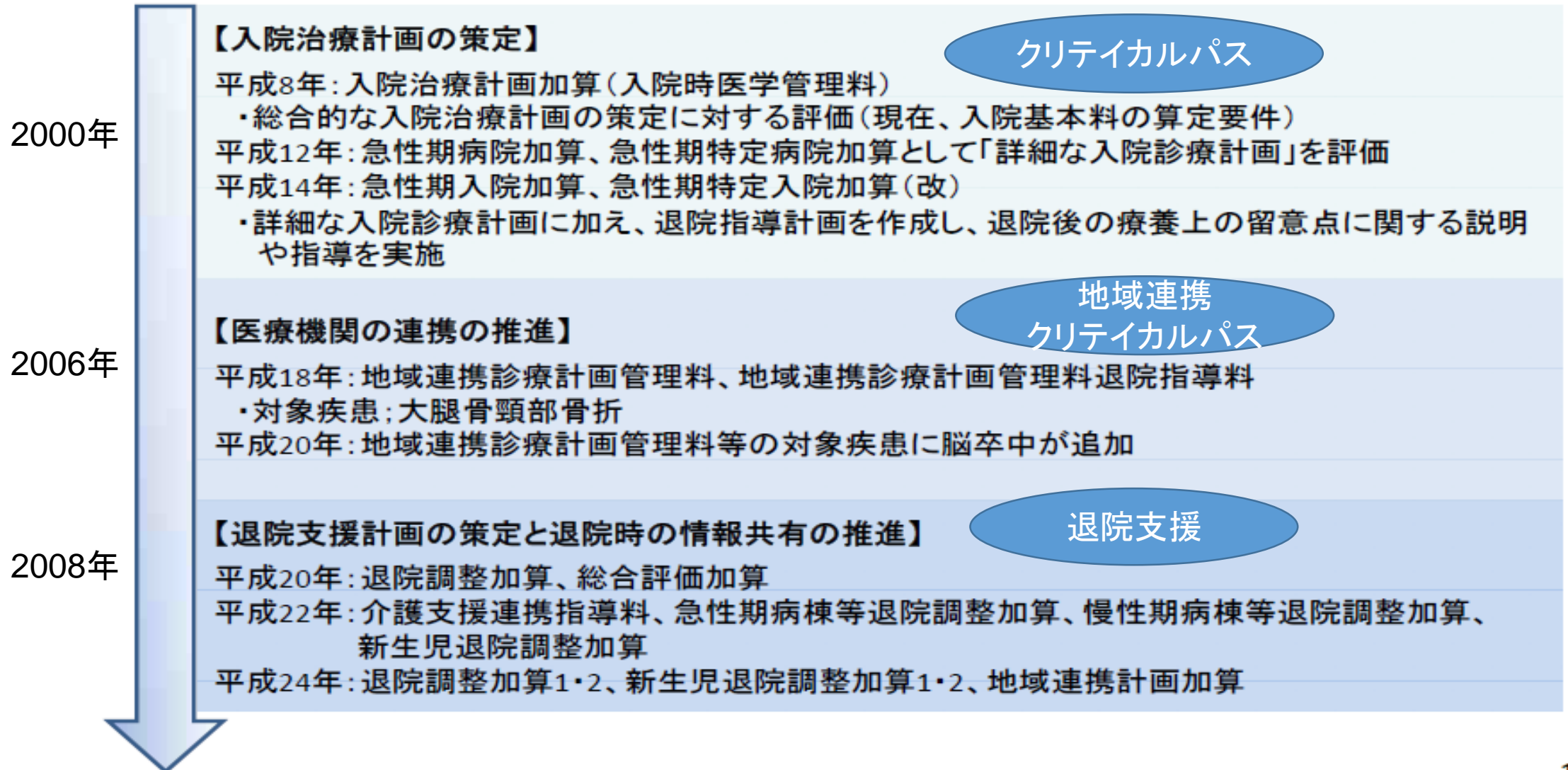


診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

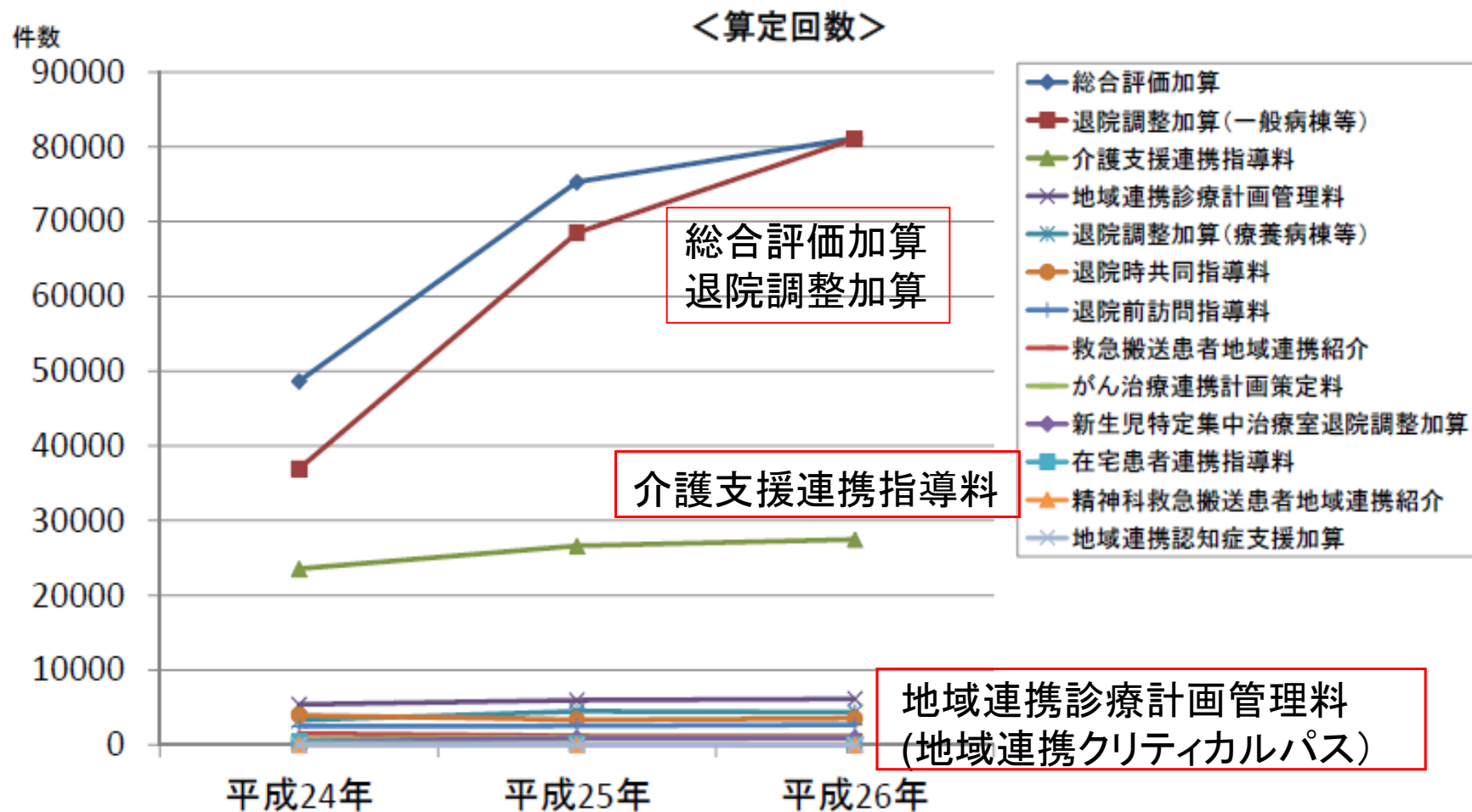
○：分科会長

退院支援に係る診療報酬の変遷



退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

- 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



ストラクチャーで
はなく、アウトカム
を評価すべき

退院調整加算に
整理しては？

退院支援の専従者
などの配置が
在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

退院調整加算の見直し

- 退院調整加算の見直し

- (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる
 - 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
 - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備
- (2) 「地域連携診療計画管理料（地域連携クリティカルパス）」などを、退院支援の一環とする

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

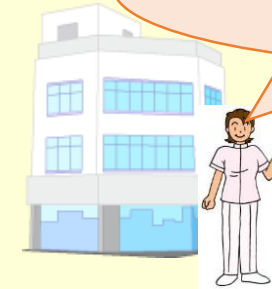
- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



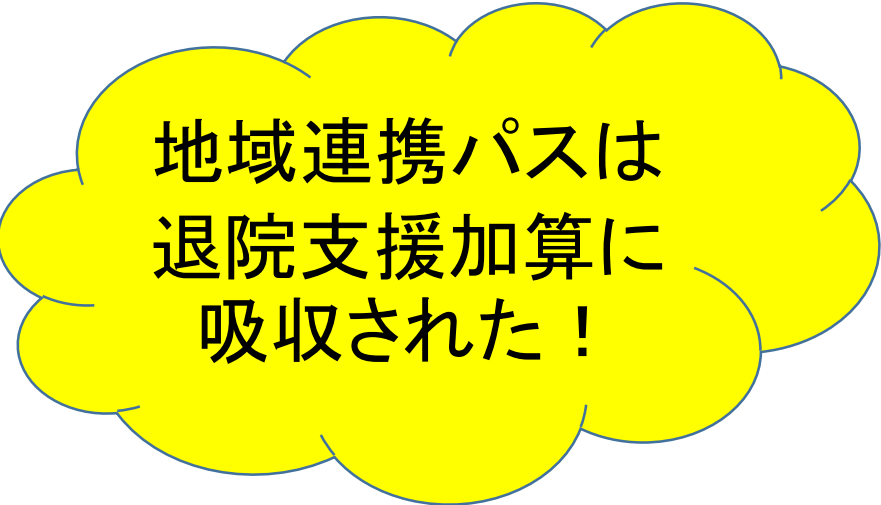
「退院支援加算」
が新設された

[算定要件・施設基準]

	退院支援加算 1	退院支援加算2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名(看護師又は社会福祉士)	専従1名(看護師又は社会福祉士)
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置(2病棟に1名以上)</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等(20か所以上)の職員と定期的な面会を実施(3回/年以上)</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	—

廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料(I)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料(II)

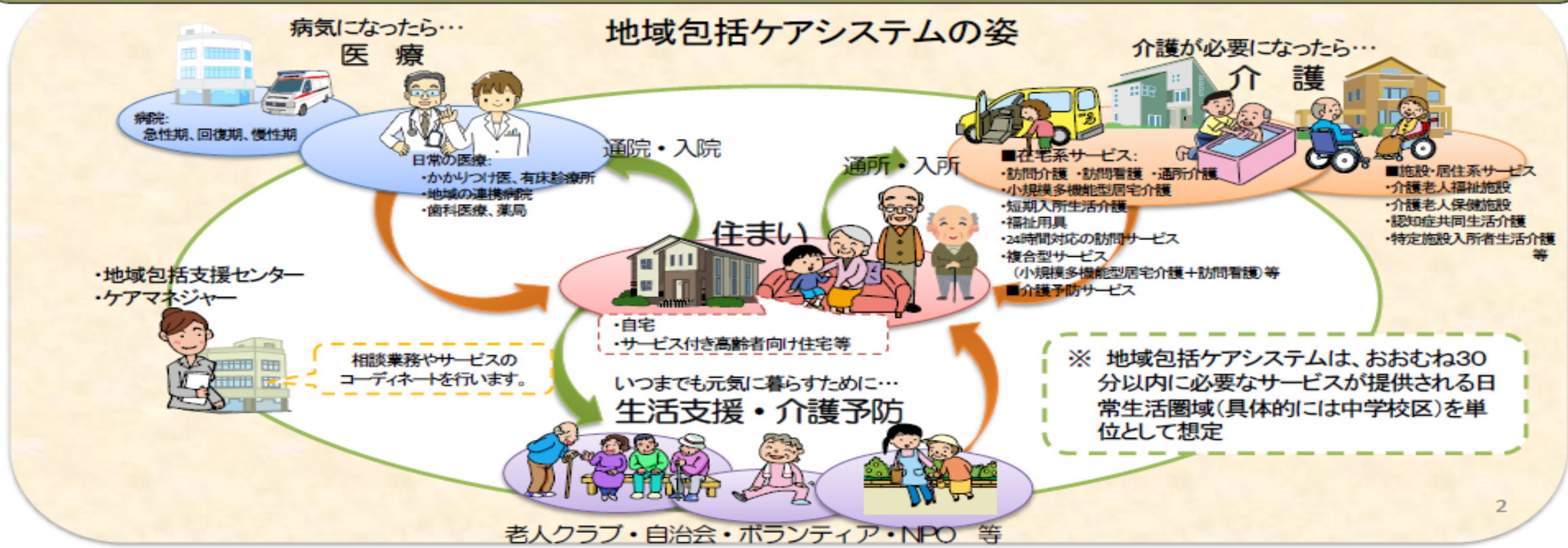


地域連携パスは
退院支援加算に
吸収された！

パート5
地域包括ケアシステムと
医療と介護連携

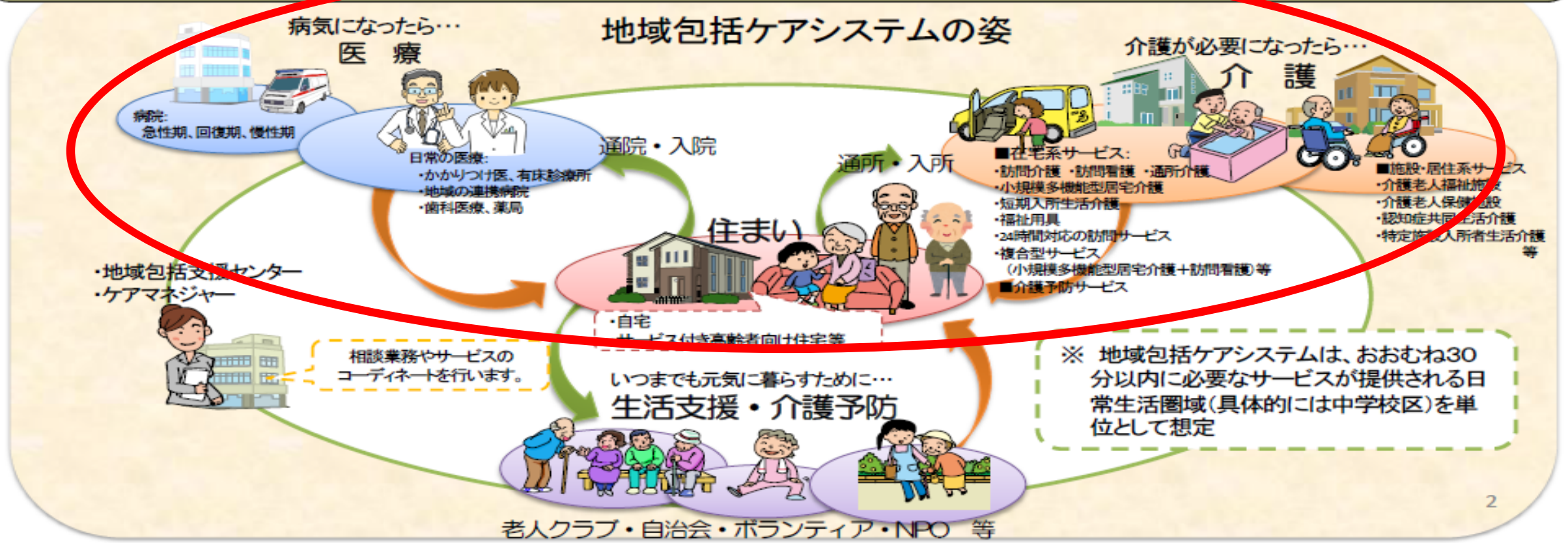
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- **地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



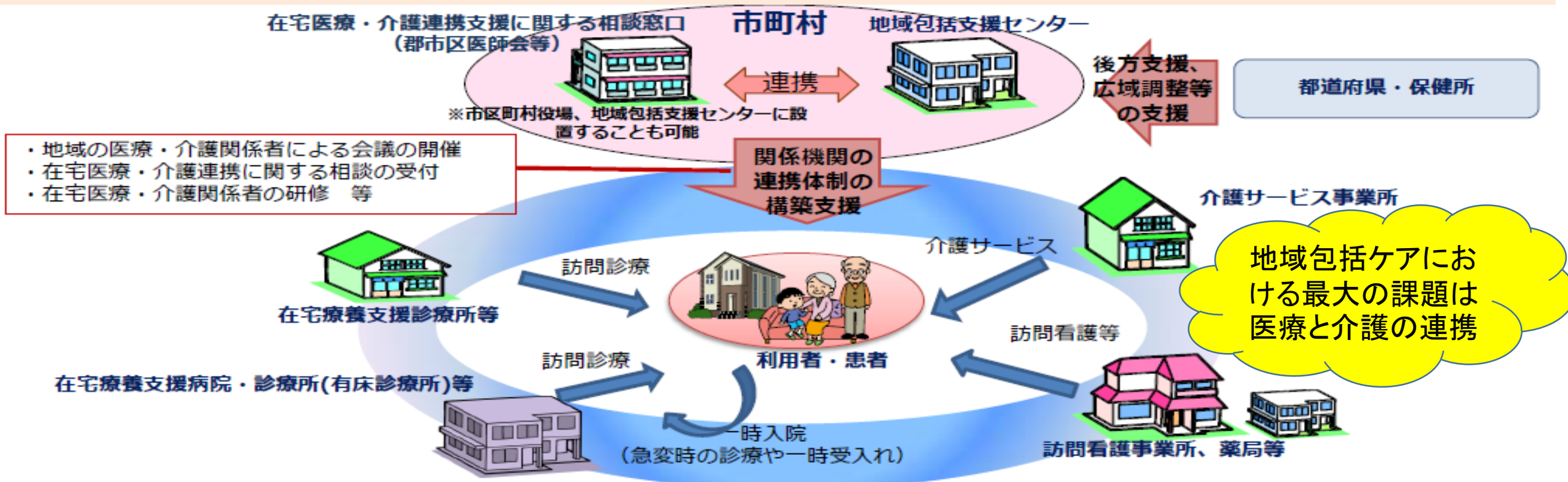
地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- **地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



在宅医療・介護連携の推進

- 医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関（※）が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護を提供することが重要。
 - （※）在宅療養を支える関係機関の例
 - ・診療所・在宅療養支援診療所・歯科診療所等（定期的な訪問診療等の実施）
 - ・病院・在宅療養支援病院・診療所（有床診療所）等（急変時の診療・一時的な入院の受入れの実施）
 - ・訪問看護事業所、薬局（医療機関と連携し、服薬管理や点滴・褥瘡処置等の医療処置、看取りケアの実施等）
 - ・介護サービス事業所（入浴、排せつ、食事等の介護の実施）
- このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、都道府県・保健所の支援の下、市区町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を推進する。



新しい地域支援事業の全体像 2015年スタート

<現行>

介護保険制度

<見直し後>

【財源構成】

国 25%

都道府県
12.5%

市町村
12.5%

1号保険料
21%

2号保険料
29%

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付
(要支援1~2)

訪問看護、福祉用具等

訪問介護、通所介護

地域支援事業

介護予防事業

又は介護予防・日常生活支援総合事業

○ 二次予防事業

○ 一次予防事業

介護予防・日常生活支援総合事業の場合は、上記の他、生活支援サービスを含む要支援者向け事業、介護予防支援事業。

現行と同様

事業に移行

全市町村で実施

多様化

介護給付 (要介護1~5)

介護予防給付 (要支援1~2)

新しい介護予防・日常生活支援総合事業
(要支援1~2、それ以外の者)

○ 介護予防・生活支援サービス事業

・訪問型サービス

・通所型サービス

・生活支援サービス(配食等)

・介護予防支援事業(ケアマネジメント)

○ 一般介護予防事業

地域支援事業

【財源構成】

国 39.5%

都道府県
19.75%

市町村
19.75%

1号保険料
21%

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営
・介護予防ケアマネジメント、総合相談支援業務、権利擁護業務、ケアマネジメント支援

充実

充実

包括的支援事業

○ 地域包括支援センターの運営

(左記に加え、**地域ケア会議の充実**)

○ **在宅医療・介護連携の推進**

○ **認知症施策の推進**

(認知症初期集中支援チーム、認知症地域支援推進員等)

○ **生活支援サービスの体制整備**

(コーディネーターの配置、協議体の設置等)

任意事業

○ 介護給付費適正化事業

○ 家族介護支援事業

○ その他の事業

→

任意事業

○ 介護給付費適正化事業

○ 家族介護支援事業

○ その他の事業

在宅医療・介護連携推進事業の具体的取組について

- 本事業の円滑な実施のため、市区町村の行政組織内に、在宅医療・介護連携の推進に関する業務についての担当部署を決定し、市区町村が主体的に協議を進め、取組を実施していくことが重要。
- 地域の実情やそれぞれの取組の専門性に鑑みて、(ア)から(ク)のそれぞれについて、委託が可能であるが、委託する場合においても、市区町村が、在宅医療・介護連携推進事業の全体の取組を管理・調整していくことが必要。
- 本事業を推進するにあたっては、市区町村が、その取組の開始前から、地域における医療・介護関係者と連携して行うことが重要。また、本事業の取組における成果物の周知等においても、医療関係者への周知は郡市区医師会等、介護関係者への周知には地域包括支援センター等の協力を得ながら、幅広く関与していくことが重要。
- また、本事業の取組は、複数の市区町村による実施が効果的・効率的であると考えられる場合は、共同実施が可能。

● 在宅医療・介護連携 推進事業の事業項目

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

(イ) 在宅医療・介護連携の課題と抽出の対応策の検討

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

(オ) 在宅医療・介護関係者に関する相談支援

(カ) 医療・介護関係者の研修

(キ) 地域住民への普及啓発

(ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

(参考) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」による改正後の介護保険法

第115条の45第2項

市町村は、介護予防・日常生活支援総合事業のほか、被保険者が要介護状態等となることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができるよう支援するため、地域支援事業として、次に掲げる事業を行うものとする。

一～三 (略)

四 医療に関する専門的知識を有する者が、介護サービス事業者、居宅における医療を提供する医療機関その他の関係者の連携を推進するものとして厚生労働省令で定める事業（前号に掲げる事業を除く。）

五、六 (略)

第115条の45の10

1 市町村は、第115条の45第2項第4号に掲げる事業の円滑な実施のために必要な関係者相互間の連絡調整を行うことができる。

2 市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業の関係者は、当該事業に協力するよう努めなければならない。

3 都道府県は、市町村が行う第115条の45第2項第4号に掲げる事業に関し、情報の提供その他市町村に対する必要な協力をすることができる。

(工) 医療・介護関係者の情報共有の支援

○事業項目と取組例

(ア) 地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



(エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

(キ) 地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等

(イ) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

(オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

(ウ) 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

(カ) 医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

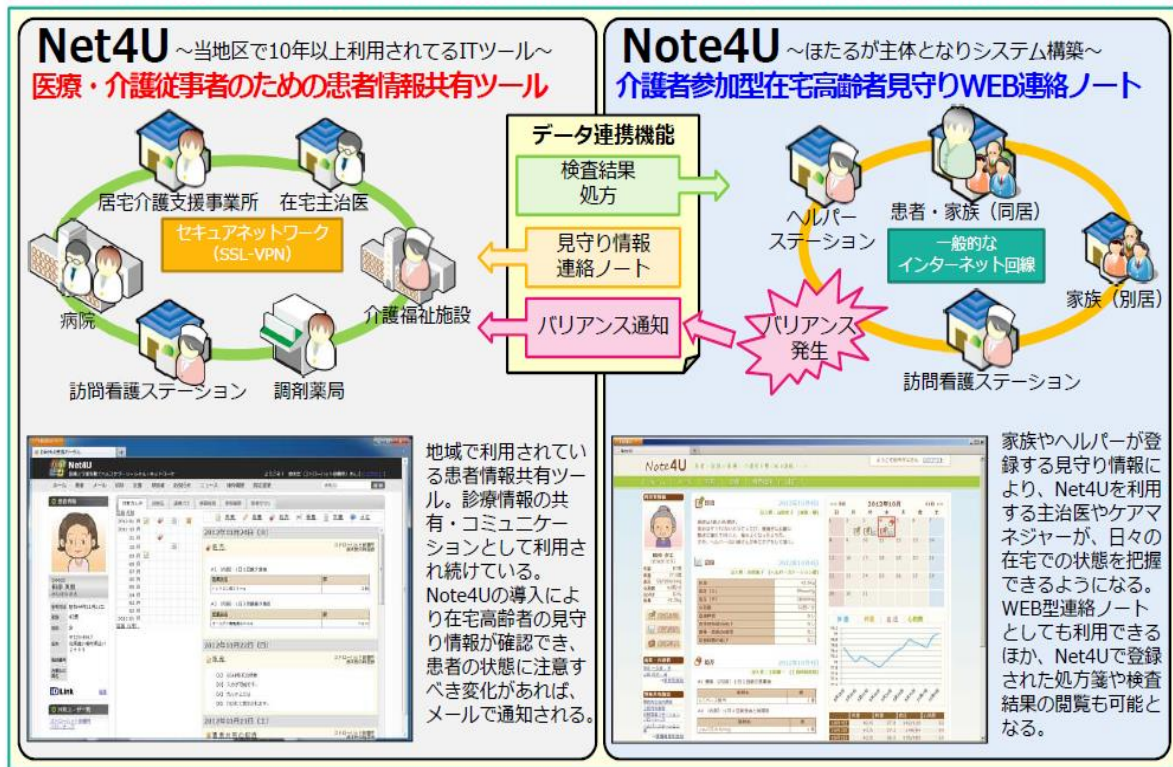
(ク) 在宅医療・介護連携に町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある接する市区町村等が連携が必要な事項について検

患者情報共有ツール

ICTの活用と地域連携クリティカルパス

患者情報共有ツールの活用と展開 山形県鶴岡地区医師会 岡山県新見医師会の地域連携クリティカルパス



患者情報共有ツールに機能拡張。家族やヘルパーが参加できる「在宅高齢者見守り機能」によって、在宅高齢者の急変、重症化の予防を実現！

新見版情報共有書(地域連携) 入力版 H24.9修正			
年月日	あて先・所属等	負傷者・搬送・治療等	搬送(送付)機関等
フリガナ	生年月日	()歳	性別
患者氏名			
自由記載欄(入院日・退院日・経過・留意事項等)			
かかりつけ医療機関 (主治医名や内服薬・既往歴・経過・通院・住診の予定・ケアプランや在宅療養に必要な項目・検査等の有無等について) 主な病名	通院・住診の予定		
既往歴	感染症の有無	...	
経過	内服薬・その他		
リハビリの必要性・指示内容等	介護サービスの利用の必要性		
検査項目	血清アルブミン	γ-GT	総コレステロール
検査日	ヘモグロビン	ヘモグロビンA1c	血糖値
画像検査	特記事項		
日常生活への支障の有無	水分摂取量等	歩行・歩行用具	特記事項
視力	聴力	認知機能	日常生活機能
運動系野面(自費等)	治療等	家族構成	氏名
家族の状況(キーパーソン)	同居(本人(男)、本人(女)、同居(男)、同居(女)) 同居(本人(男)、同居(女)) 同居(本人(男)、同居(女)) 同居(本人(男)、同居(女))		
続柄			
電話			
住所			
経路			
(介護者の身体状況及び留意事項)			

まとめ

- 団塊世代が後期高齢者となる2025年へ向けて、病床の機能分化と連携を進めなくてはならない
- 地域連携クリティカルパスは医療計画作成指針の中にまず書き込まれ、診療報酬上も加算として認められた
- 2016年診療報酬改定で地域連携パスは退院支援加算に吸収された
- 地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携クリティカルパスを再度、定義づけよう

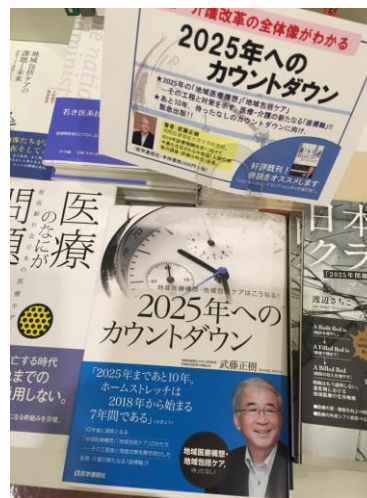
2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア
診療報酬改定、2025年へ向
けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



アマゾン売れ筋
ランキング瞬間風速第一位！



ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで
「お友達募集」
をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。
ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp