

2025年へのカウントダウン ～地域医療構想と地域包括ケア～

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



国際医療福祉大学 三田病院

国際医療福祉大学
三田病院

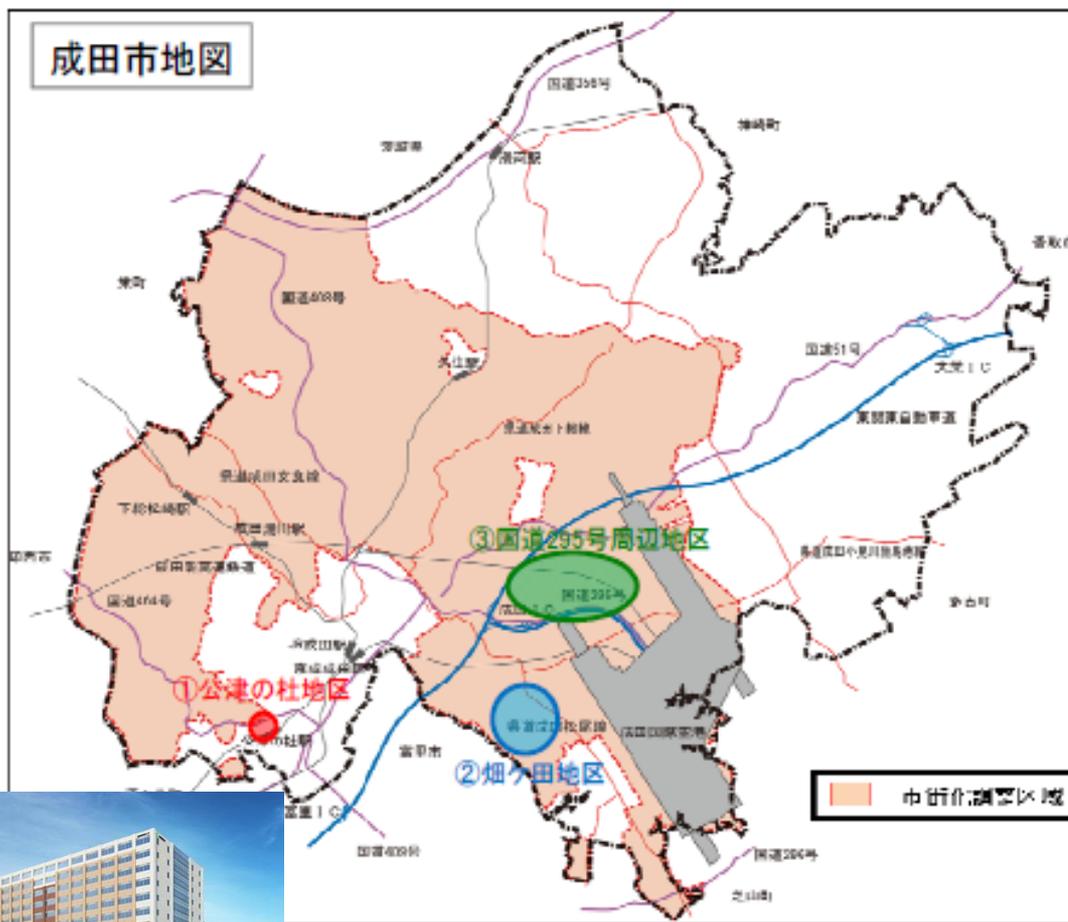
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

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。



①公津の杜地区

【教育ゾーン】

- 医学部 (1学科)
- 看護学部 (1学科)
- 保健医療学部
(当初4学科⇒順次拡大)

②畑ヶ田地区

【学術・医療集積ゾーン】

- 附属病院
- トレーニングセンター
- グランド・テニスコート
- 駐車場

③国道295号周辺地区

【医療産業集積ゾーン】

- 製薬会社
- 診療機材メーカー
- 計測器メーカー
- 福祉設備メーカー
- 画像診断機器メーカー



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
 - 地域包括ケアシステムが必要なワケ
- パート4
 - 地域包括ケアシステムと医療福祉連携士



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)

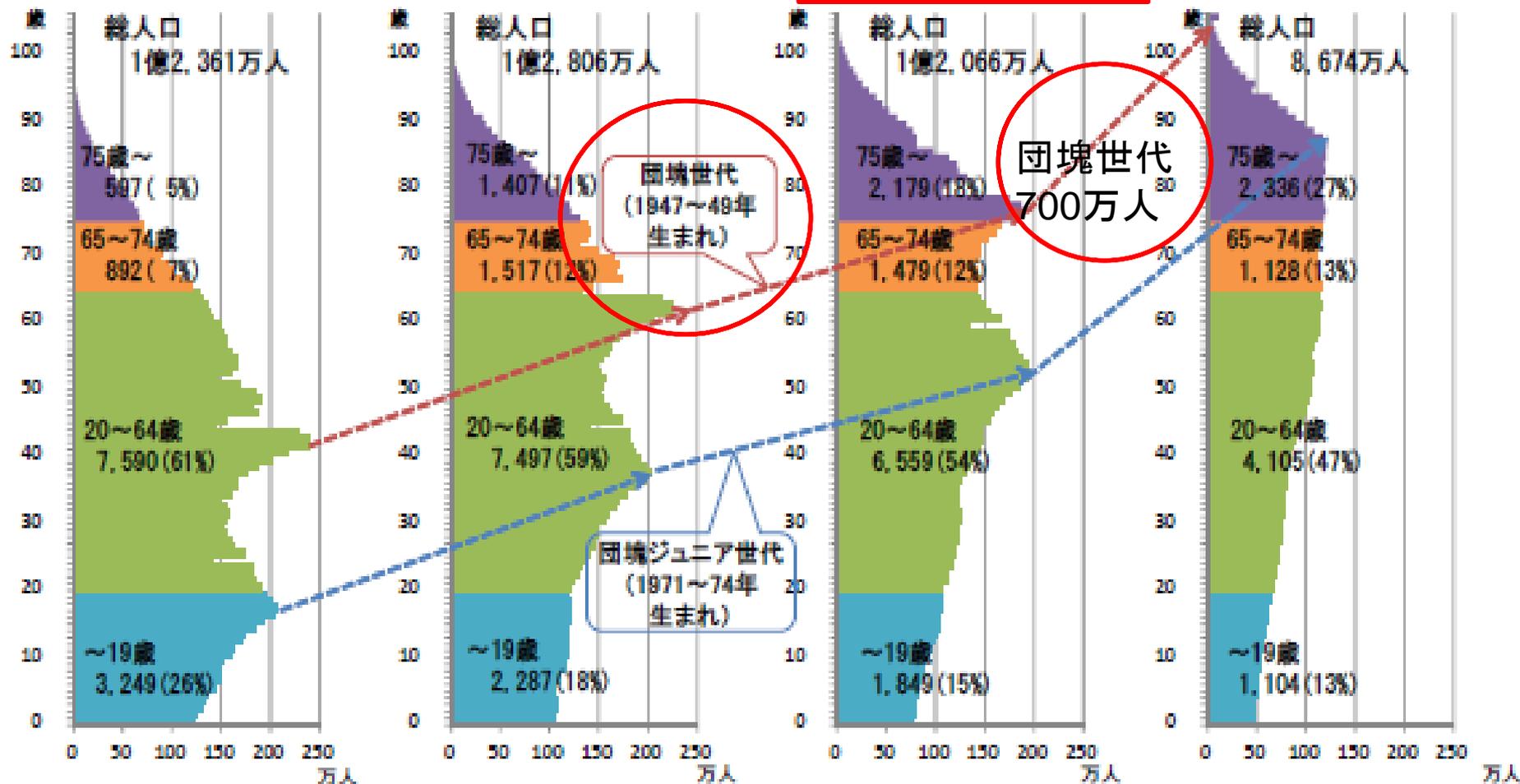
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

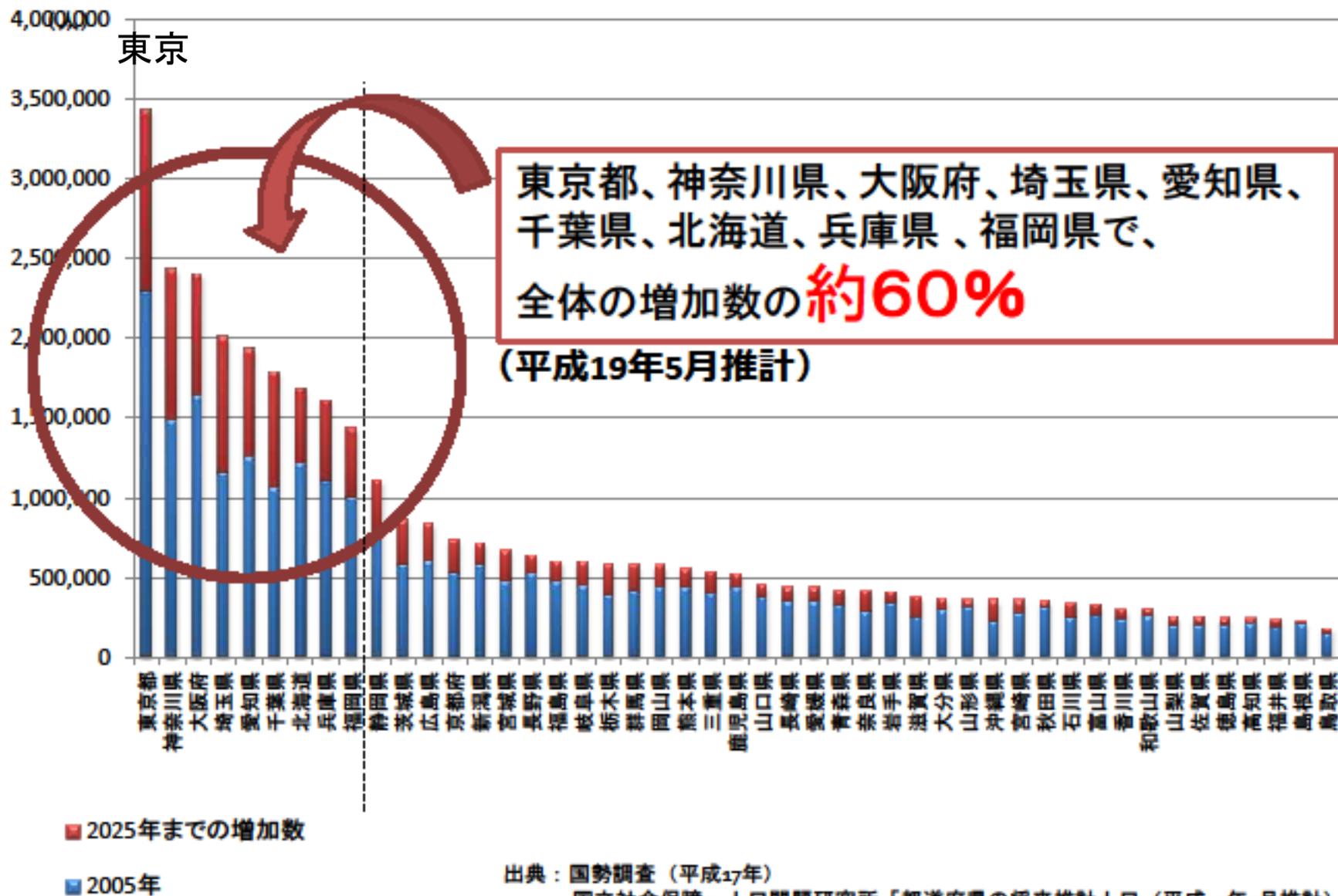
平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

平成72年 (2060年)

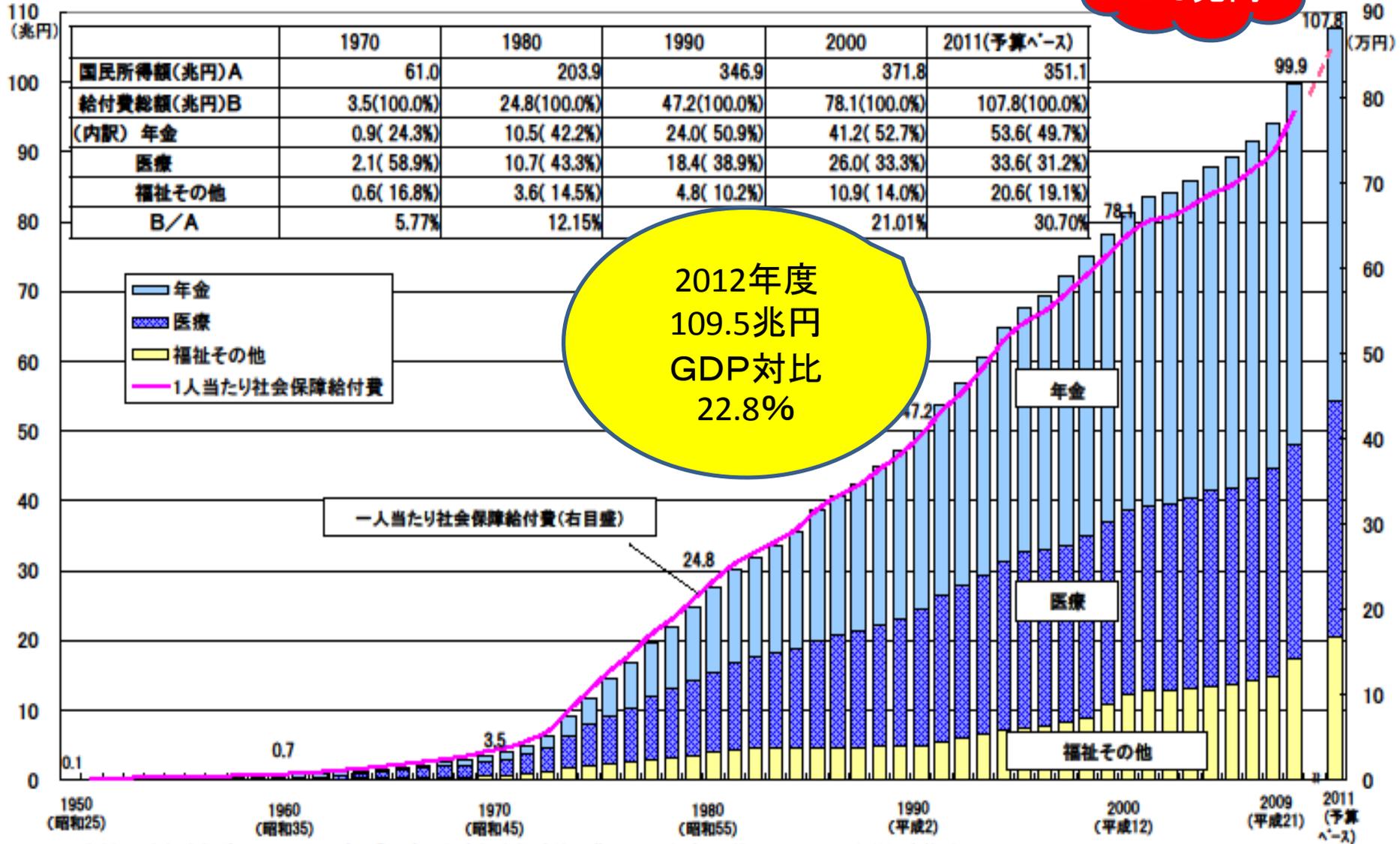


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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

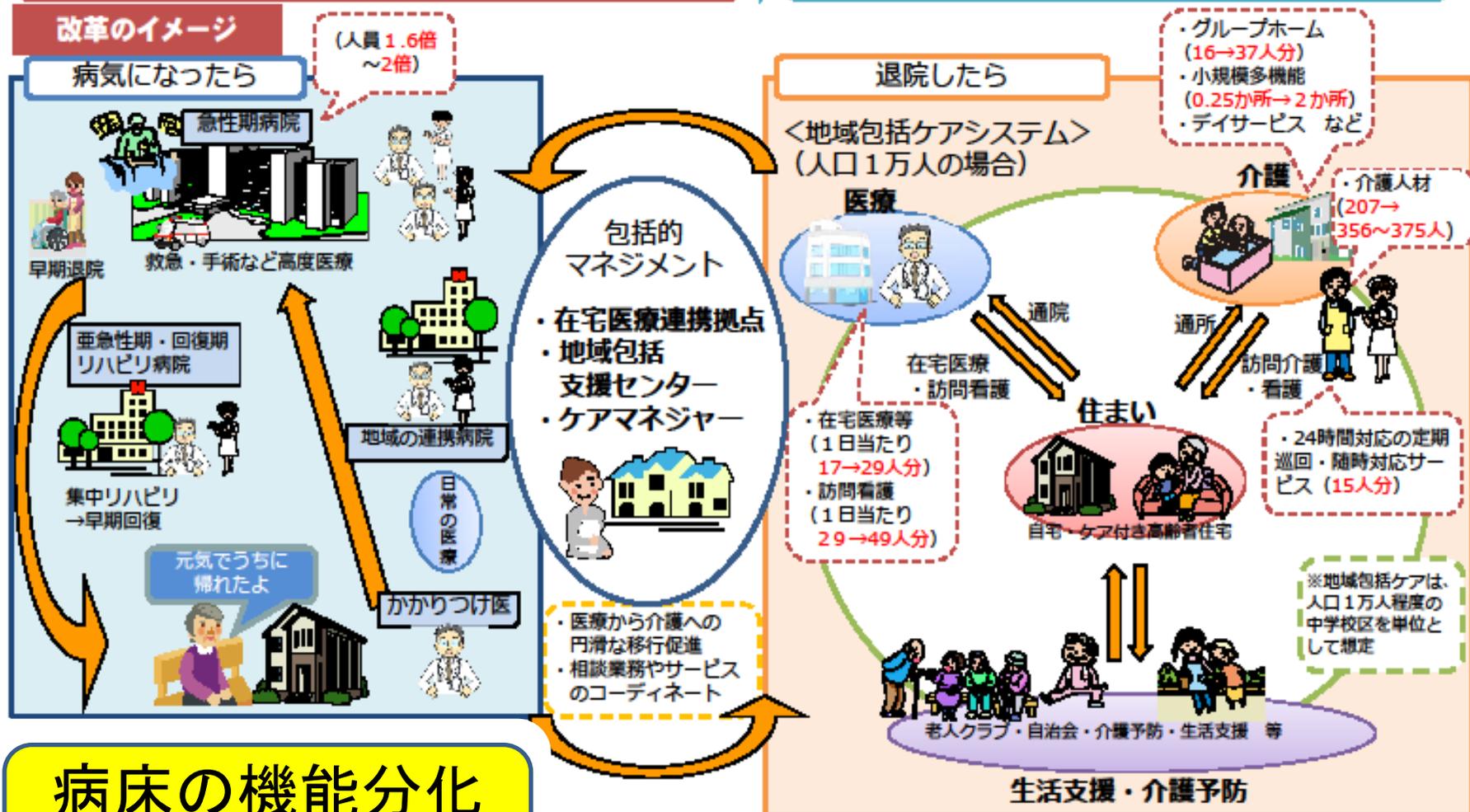
改革の方向性 ②

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



病床の機能分化
と連携

同時進行

地域包括ケアシステム

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」

社会保障・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

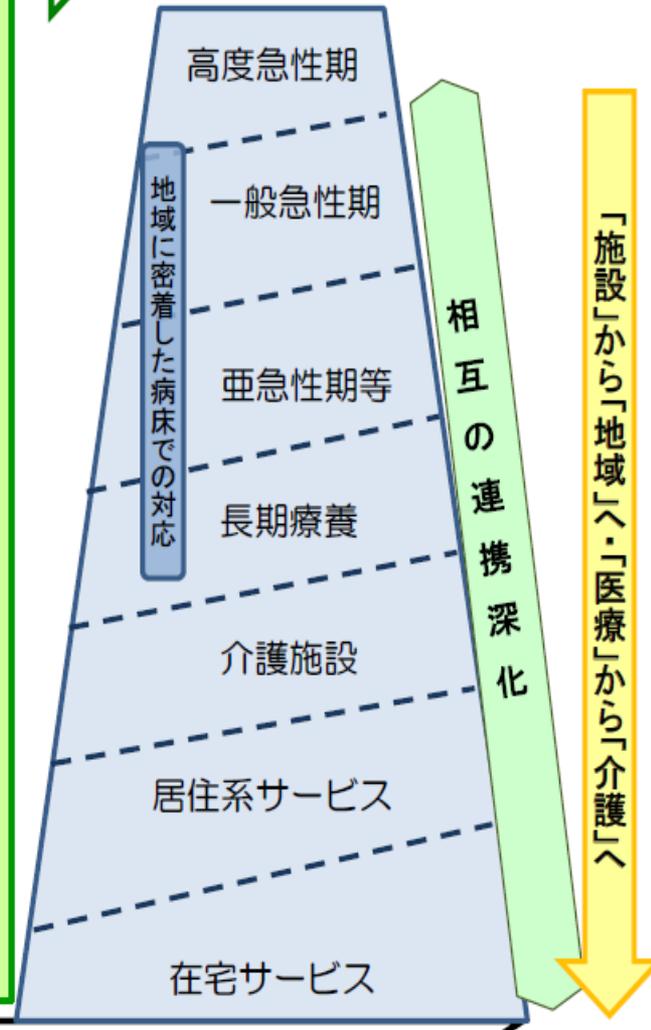
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

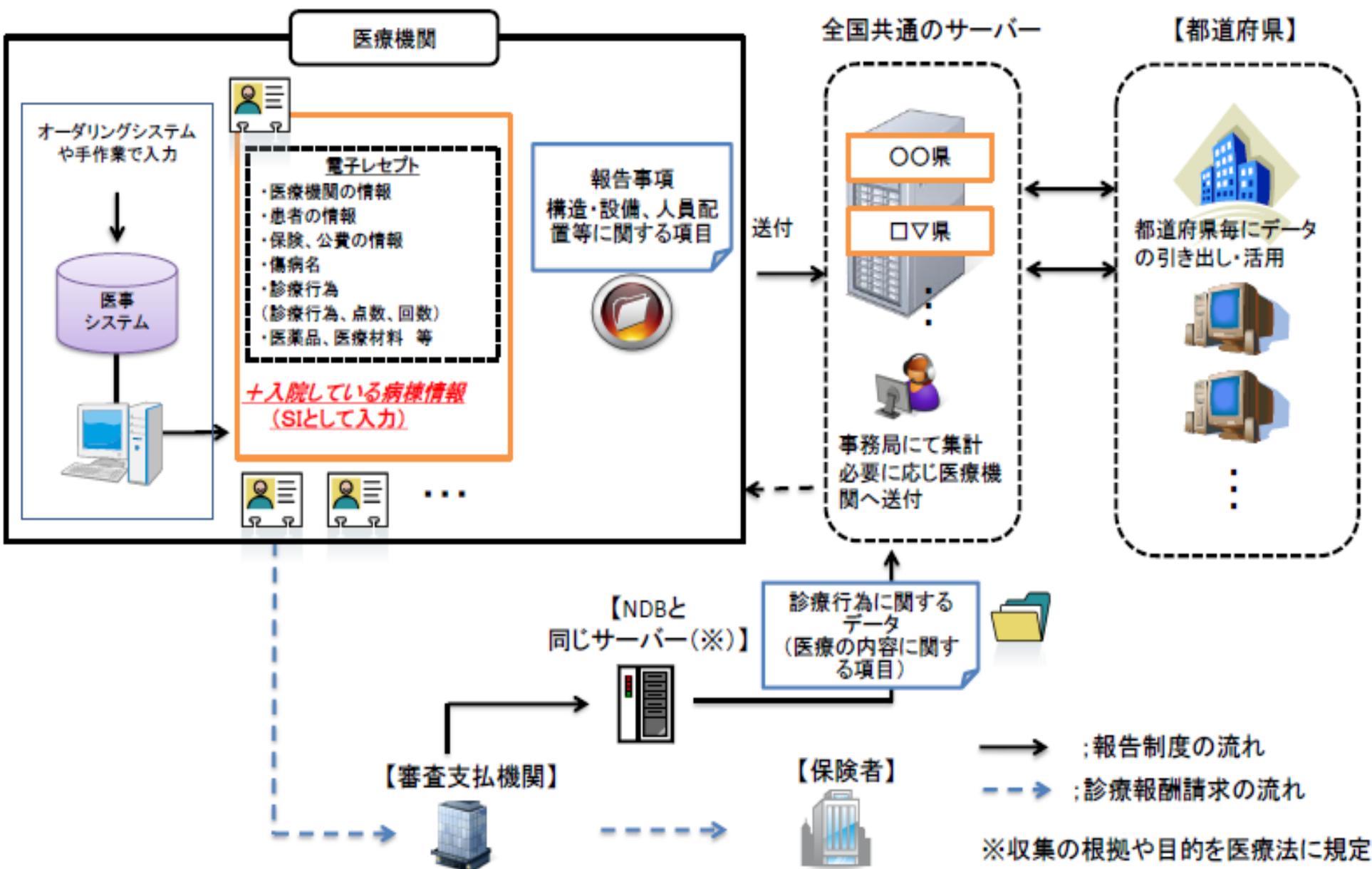
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 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



病床機能と病棟の情報(病棟コード)の対応表について

【病床機能報告(毎年10月)】

○ 各医療機関が病床機能報告の際に、各医療機関の病棟と、電子レセプトに記録された病棟の情報(病棟コード)とを関連づけるため、次の対応表を病床機能報告の際に報告。

(対応表イメージ)

7. 病棟名及び病棟情報【貴院において、平成28年7月1日時点で一般病床・療養病床を有する全ての入院病棟の名称及び病棟コードを入力してください。】

※病棟の単位は、各病棟における看護体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。特定入院料を算定する治療室・病室については、当該施設基準の要件を満たす体制の1単位をもって病棟として取り扱うものとします。

(特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料4、地域包括ケア入院医療管理料1又は2を算定する場合は除く。)

※同じ病棟名の病棟が存在する場合、病棟名に連番を付して区別してください。

※病棟情報については、電子レセプトにより診療報酬請求を行っている病院のみ入力対象となります。

平成28年6月診療分の電子レセプトに記録頂いた病棟コードを入力してください。

No	病棟名	レセプトに印字又は表示する名称	病棟コード
1	3階東病棟	慢性期機能病棟01	190640001
2	3階西回復期リハビリテーション病棟	回復期機能病棟01	190630001
3	4階東地域包括ケア病棟	回復期機能病棟02	190630002
4	4階西病棟	急性期機能病棟01	190620001
5	5階東病棟	急性期機能病棟02	190620002
6	5階ICU病棟	高度急性期機能01	190610001
7			

各医療機関が有する
病棟名を記載

6月診療・7月請求分の
電子レセプトに記録した
病棟コードを記載

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



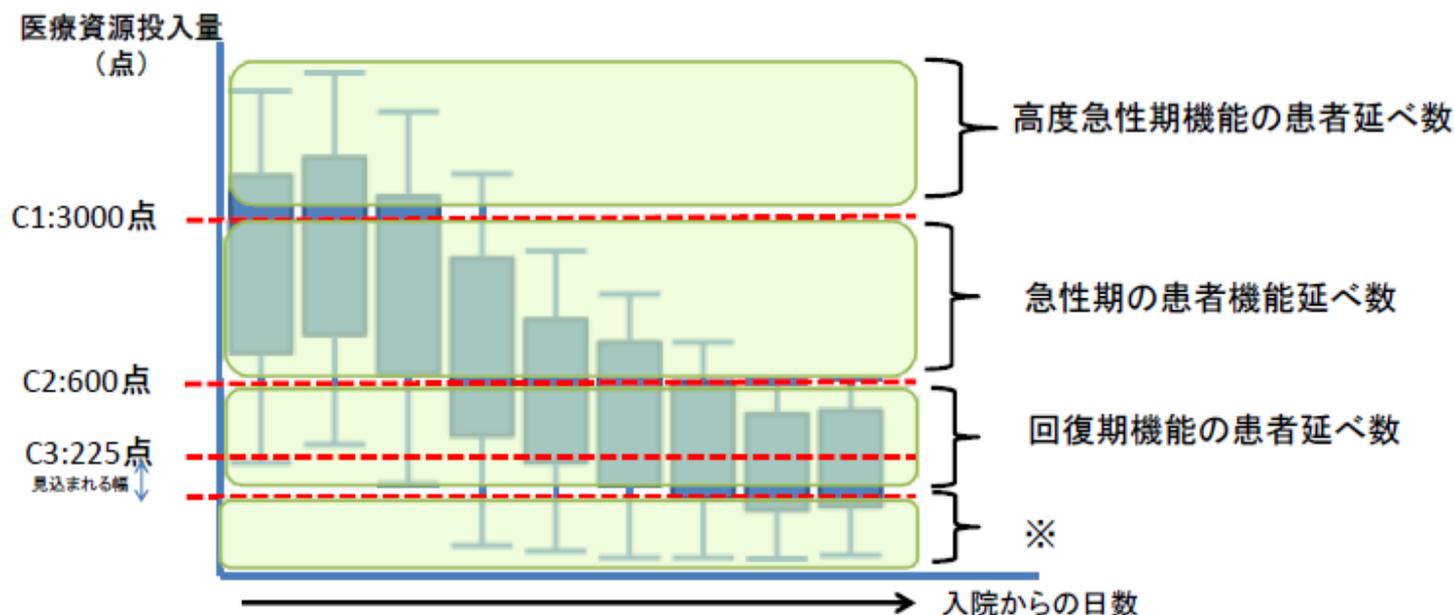
地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

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）

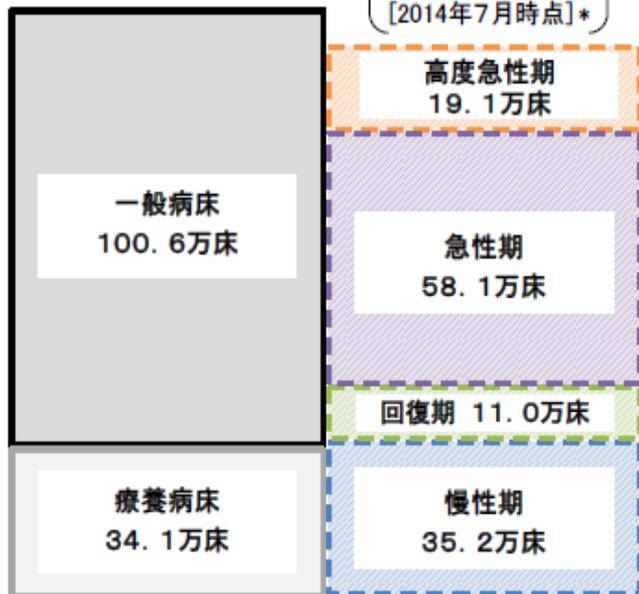
○ 地域住民の安心を確保しながら改革を円滑に進める観点から、今後、10年程度かけて、介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等の医療・介護のネットワークの構築と併行して推進。

⇒ ・ 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



NDBのレセプトデータ等を活用し、医療資源投入量に基づき、機能区別に分類し、推計

入院受療率の地域差を縮小しつつ、慢性期医療に必要な病床数を推計

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

29.7~33.7万人程度※3

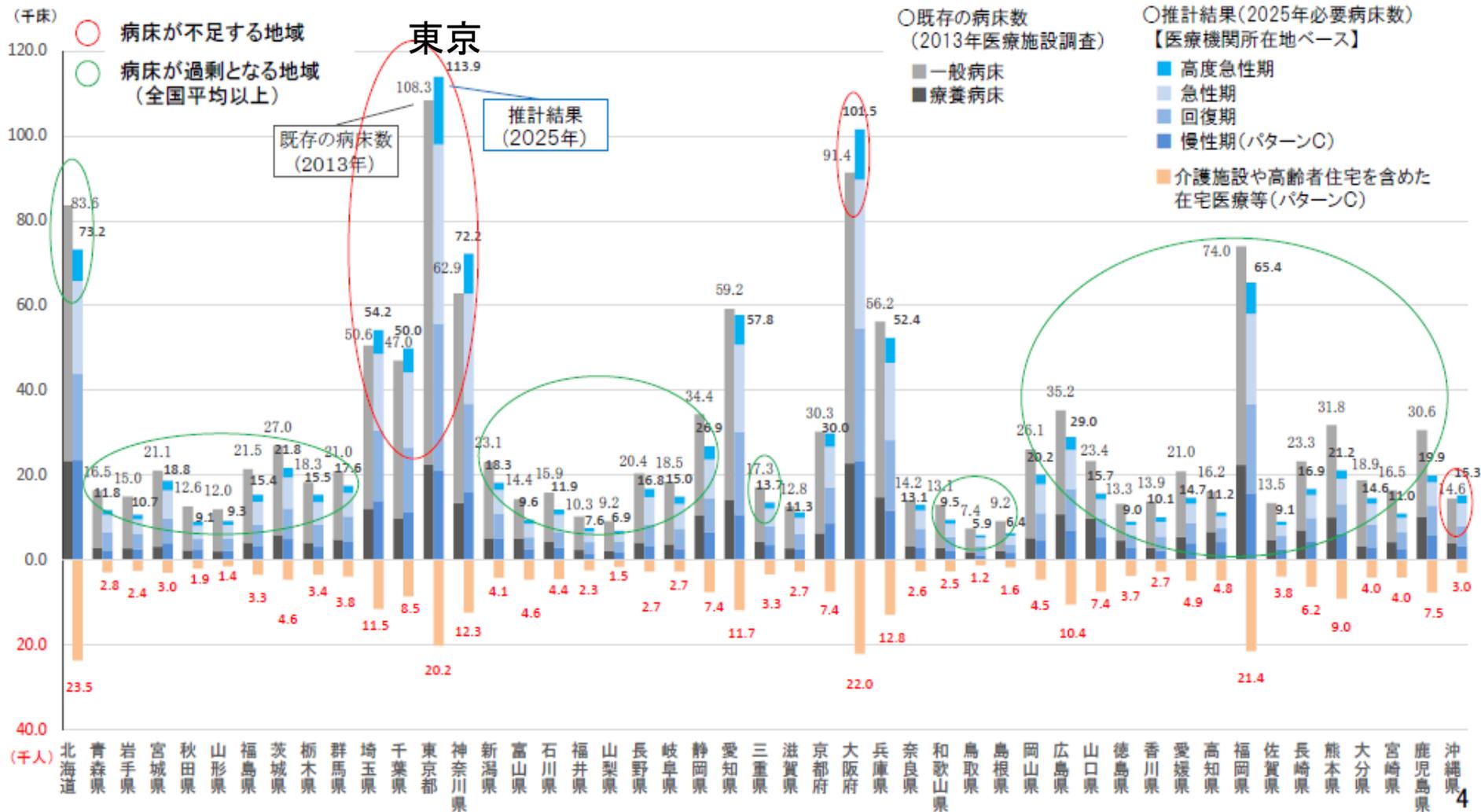
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者を推計

* 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)

- ① 15% 神奈川
- ② 11% 大阪
- ③ 7% 埼玉
- ④ 6% 千葉
- ⑤ 5% 東京、沖縄
- ⑥ -1% 京都
- ⑦ -2% 愛知
- ⑧ -7% 兵庫
- ⑨ -8% 奈良
- ⑩ -11% 宮城
- -12% 北海道、滋賀、福岡 (全国平均)
- -15% 栃木
- -16% 群馬
- -18% 長野、広島
- -19% 茨城、岐阜
- -20% 鳥取
- -21% 新潟、三重
- -22% 静岡
- -23% 山形、岡山、大分
- -25% 石川、山梨
- -26% 福井
- -27% 和歌山、香川、長崎
- -28% 青森、秋田、福島
- -29% 岩手
- -30% 島根、愛媛
- -31% 高知
- -32% 徳島
- -33% 富山、山口、佐賀、熊本、宮崎
- -35% 鹿児島

診療報酬改定と地域医療構想

2016年診療報酬改定も
地域医療構想を後押しする改定



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
 - 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

7対1の厳格化

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
若川 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
嶋森 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

中央社会保険医療協議会の関連組織

中央社会保険医療協議会

総会 (S25設置)

報告

報告

聴取

意見

専門部会

特に専門的事項を調査審議させるため必要があるとき、
中医協の議決により設置

診療報酬改定結果 検証部会

所掌: 診療報酬が医療現場等に与えた影響等について審議
設置: H17
会長:
委員: 公益委員のみ
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度2回
平成24年度4回

薬価専門部会

所掌: 薬価の価格算定ルールを審議
設置: H2
会長: 西村万里子(明治学院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度14回
平成24年度7回

費用対効果評価 専門部会

所掌: 医療保険制度における費用対効果評価導入の在り方について審議
設置: H24
会長:
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人 = 6: 6: 4: 3
開催: 改定の議論に応じて開催

保険医療材料 専門部会

所掌: 保険医療材料の価格算定ルールを審議
設置: H11
会長: 印南一路(慶應義塾大学総合政策学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 4: 4: 4
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度2回
平成23年度9回
平成24年度1回

小委員会

特定の事項についてあらかじめ意見調整を行う必要があるとき
中医協の議決により設置

診療報酬基本問題 小委員会

所掌: 基本的な問題についてあらかじめ意見調整を行う
設置: H3
会長: 森田朗(学習院大学法学部教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 6
開催: 改定の議論に応じて開催
平成22年度開催なし
平成23年度開催なし
平成24年度5回

調査実施小委員会

所掌: 医療経済実態調査についてあらかじめ意見調整を行う
設置: S42
会長: 野口靖子(早稲田大学政治経済学術院教授)
委員: 支払: 診療: 公益 = 5: 5: 4
開催: 調査設計で開催
平成22年度3回
平成23年度1回
平成24年度3回

聴取

意見

診療報酬調査専門組織

所掌: 診療報酬体系の見直しに係る技術的課題の調査・検討
設置: H15 委員: 保険医療専門審査員

- DPC評価分科会 時期: 月1回程度
会長: 小山信彌(東邦大学医学部特任教授)
- 医療技術評価分科会 時期: 年1回程度
会長: 福井次矢(聖路加国際病院長)
- 医療機関のコスト調査分科会 時期: 年1回程度
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 医療機関等における消費税負担に関する分科会
会長: 田中滋(慶應義塾大学大学院教授)
- 入院医療等の調査・評価分科会
会長: 武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

専門組織

薬価算定、材料の適用及び技術的課題等について調査審議する必要があるとき、有識者に意見を聴くことができる

薬価算定組織

所掌: 新薬の薬価算定等についての調査審議
設置: H12
委員長: 長瀬隆英(東京大学大学院教授)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の薬価収載、緊急収載等に応じて、月一回程度

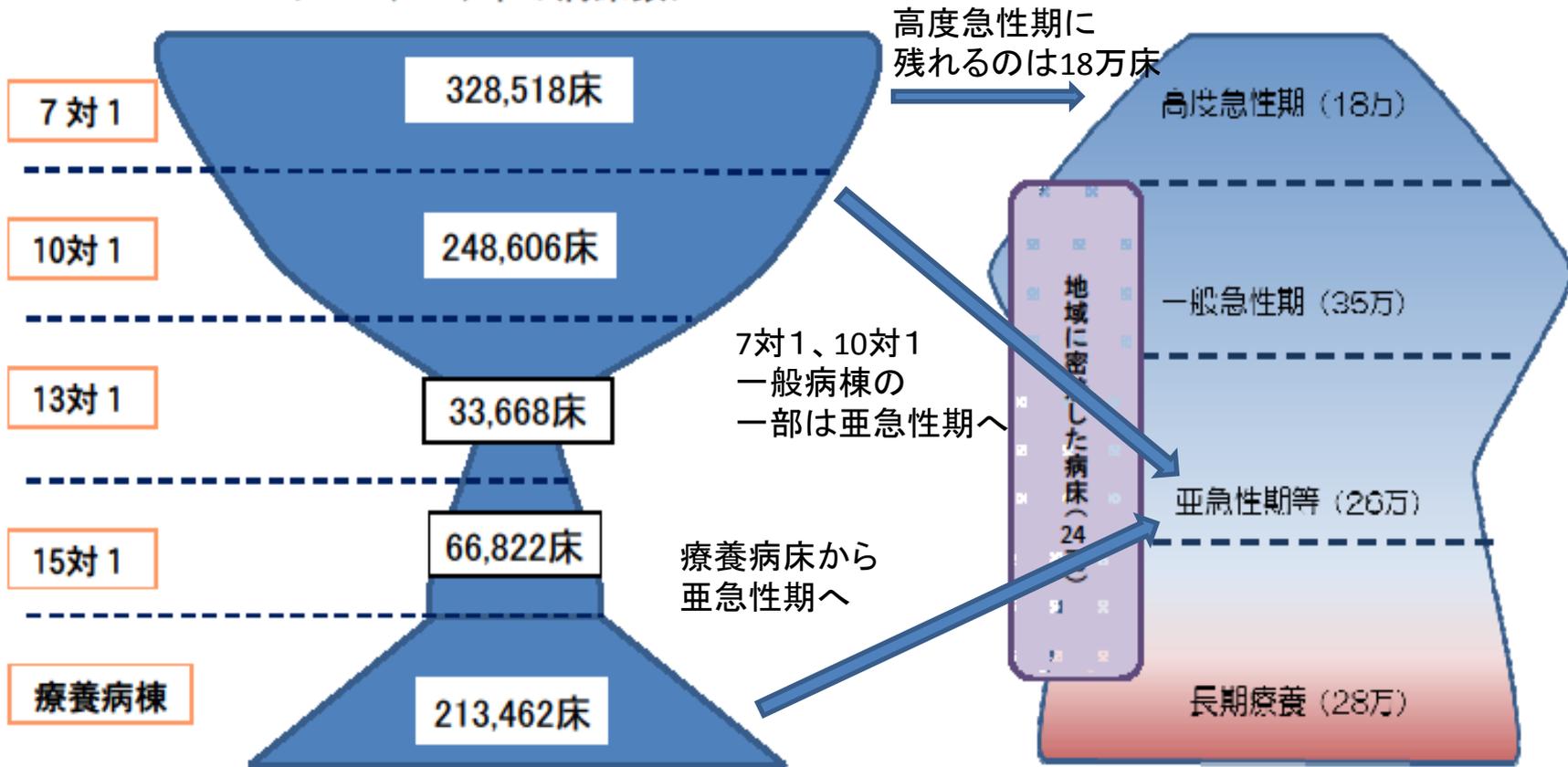
保険医療材料 専門組織

所掌: 特定保険医療材料の保険適用についての調査審議
設置: H12
委員長: 松本純夫(東京医療センター院長)
委員: 保険医療専門審査員
時期: 4半期に一度の保険収載等に応じて、3月に3回程度

診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～

<2010(H22)年の病床数>

<2025(H37)年のイメージ>



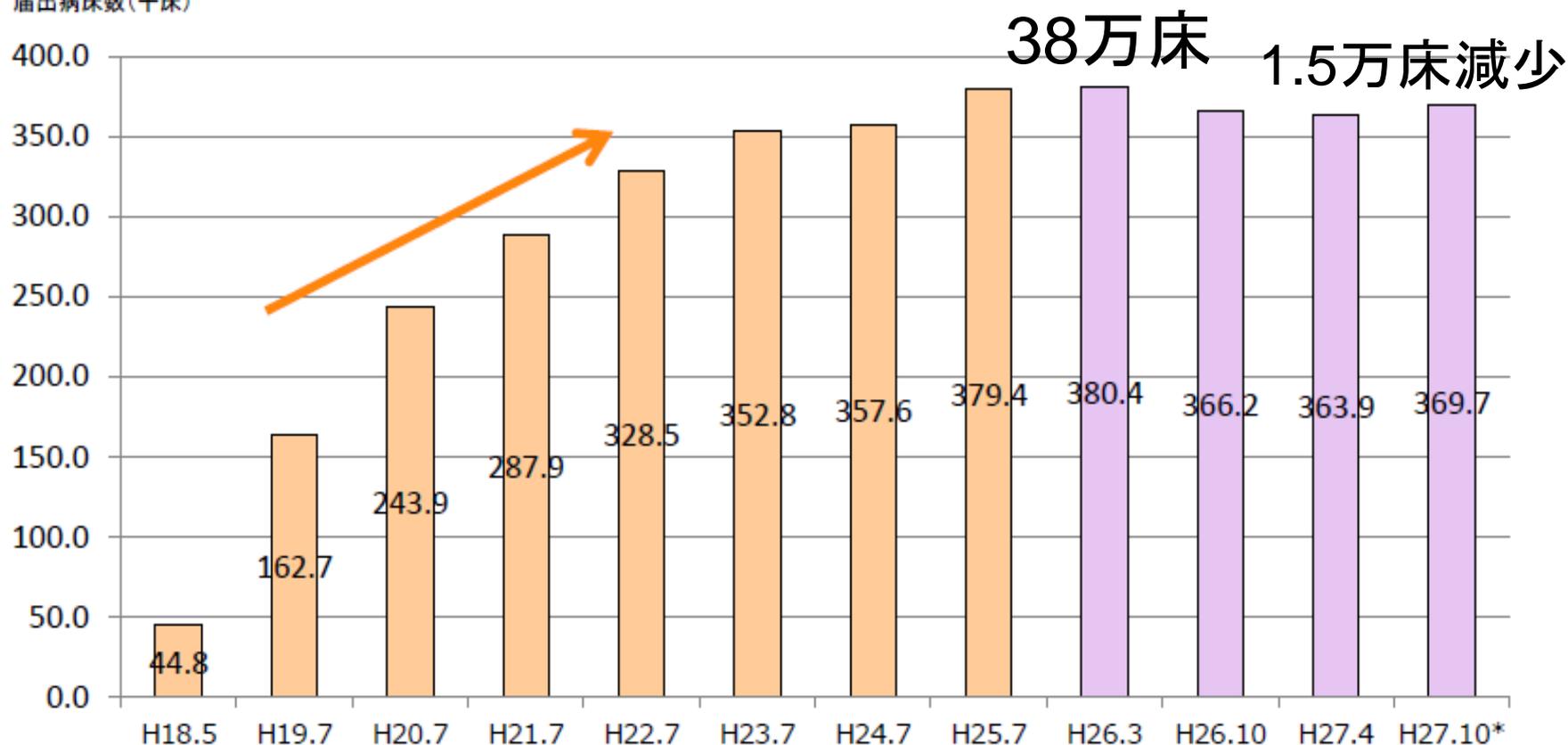
保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

一般病棟入院基本料7対1の届出病床数の推移

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年に創設されて以降増加した。
- 平成20年以降、7対1入院基本料の増加は緩やかになり、平成26年度には減少したが、直近の6か月では増加がみられた。

届出病床数(千床)



出典: 保険局医療課調べ

*平成27年10月の増加分には、特定機能病院入院基本料(7対1)から一般病棟入院基本料(7対1)に変更した2医療機関(病床数計約1.8千床)を含む。

※平成26年10月以降は速報値であり、集計方法が異なることと、病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要。

A項目(モニタリング及び処置等)

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置
		褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外)
		喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
	追加④	②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
	追加④	④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
	追加④	⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B項目(患者の状態)

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字

項目の削除 青字

定義の見直し 紫字

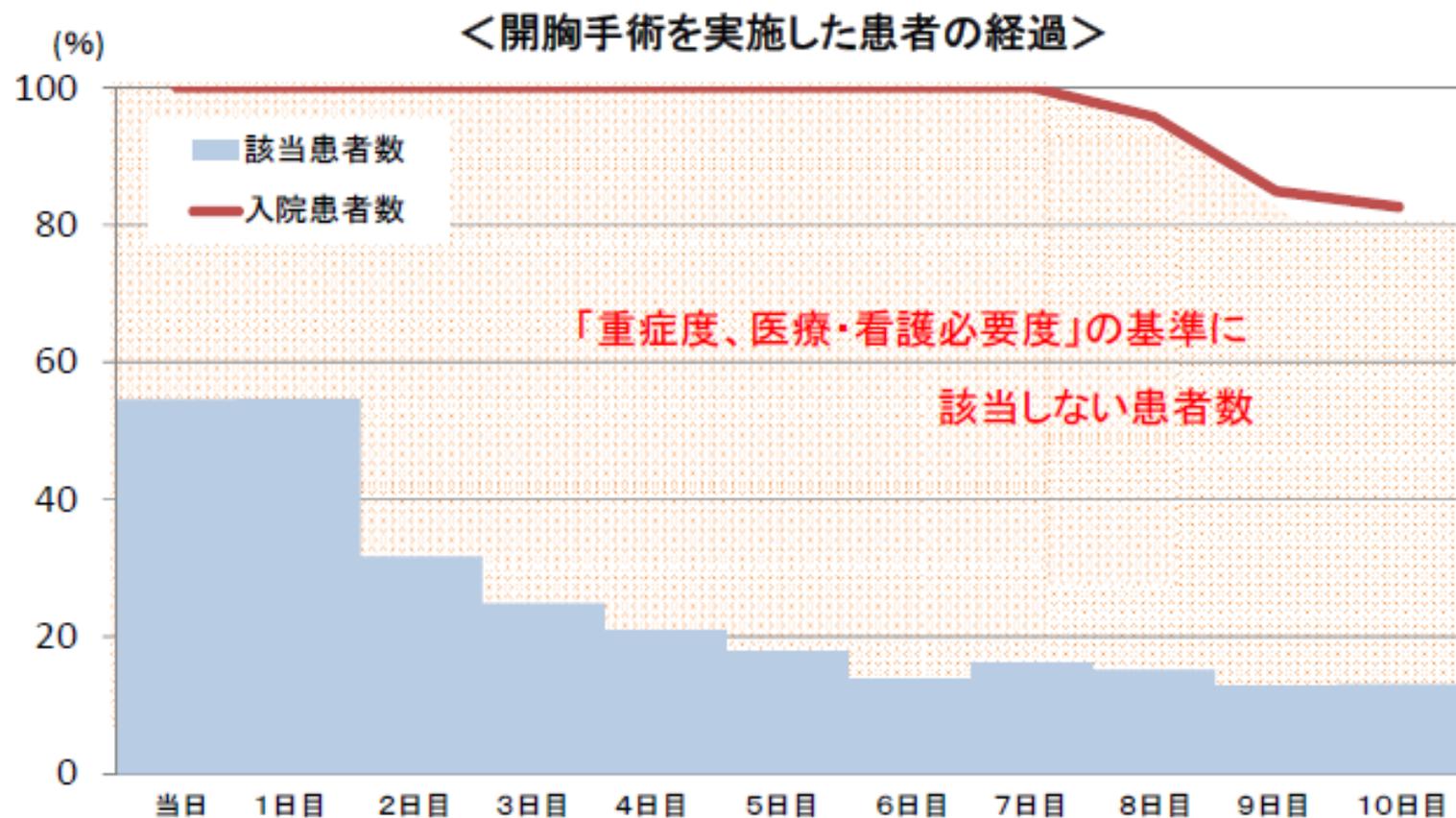
(前回改定)

A項目2点以上かつB項目3点以上の
該当患者割合が15%以上

A項目、B項目は
正しく急性期の
患者を反映して
いるのか？

開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



早期離床、早期経口のERAS プログラムと重症度、医療・看 護必要度とは矛盾する

早期離床、早期経口摂取は
A項目、B項目の点数を下げる

ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

		プログラム	ERAS(イーラス)	従来(非ERAS)
術前	1	入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
	2	腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
	3	絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
	4	前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
術中	5	胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
	6	硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
	7	短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかで持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 4

周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

術後

11	離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
12	麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
13	悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
14	腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
15	カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
16	周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
17	予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、
注目すべき成果を上げている

1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞_2014年2月26日】

【文藝春秋_2014年5月10日】

産経 産経 産経 産経 平成26年(2014年)2月26日 水曜日 12頁 (第 1) 4



国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこにいかっても治療レベルは同等で、費用も変わらないと思っている人は多い。ところが病院の實力は千差万別で、同じ手術を受けても、ある病院なら1週間ほどで退院できるところが、ある病院では数カ月かかる。それに伴ってかかる費用も当然大きく異なる。また、長期入院を要する病院が必ずしも手術の質を落としているというわけではなく、実態としてはむしろその逆の場合が多い。同僚間の入院期間短縮に取り組んでいる病院を取材した。

直前まで食事、早期離床…

術後の早期回復「ERAS」

「ERAS」は「Enhanced Recovery After Surgery」の略称で、日本語では「術後の早期回復プログラム」と呼ばれる。手術を受ける患者が、手術前から手術後にかけて、食事や水分の摂取、早期離床、痛み止めなどの管理を徹底することで、手術後の回復を早め、合併症を減らすことを目指している。従来の手術後には、数日間禁食が必要で、痛み止めも処方され、安静に臥床することが多かった。ERASでは、手術前夜から手術当日にかけて、少量の食事や水分を摂取し、手術後にも早期に食事や水分を摂取し、早期に離床することを促す。これにより、手術後の回復が早まり、合併症のリスクも低減される。また、手術後の痛みも軽減され、患者の快適性が向上する。ERASは、手術の種類によって適用されるが、一般的に消化器手術や泌尿器手術などに効果的である。ERASの導入には、医師と患者の協力が必要で、手術前から術後のケアまで一貫したアプローチが求められる。ERASの導入により、手術後の回復が早まり、患者の負担も軽減される。ERASの導入には、手術前から術後のケアまで一貫したアプローチが求められる。ERASの導入により、手術後の回復が早まり、患者の負担も軽減される。

- 手術後の早期回復
- ・手術前夜、1日禁食(術後腸機能回復は従来の術後の手術後同様)
 - ・手術当日、少量の食事や水分の摂取
 - ・手術後、早期に離床
 - ・手術後、痛み止めを処方
 - ・手術後、安静に臥床
 - ・手術後、少量の食事や水分の摂取
 - ・手術後、早期に離床
 - ・手術後、痛み止めを処方
 - ・手術後、安静に臥床



40歳以上の約半数に「検診でがん発見」

「がん検診」は、がんの早期発見に有効な手段とされている。特に40歳以上の約半数にがんが発見されている。がん検診の種類には、がん検診、がん検診、がん検診などがある。がん検診は、がんの早期発見に有効な手段とされている。がん検診の種類には、がん検診、がん検診、がん検診などがある。がん検診は、がんの早期発見に有効な手段とされている。がん検診の種類には、がん検診、がん検診、がん検診などがある。

手術の苦痛を取り除く最新の方法

これまで入院といえば、手術後に三つの苦痛が患者にあると言われてきました。それは、食べられないこと、痛み、空腹に耐えながら手術を待つ、沢山の管(カテーテル類)の絡みで眠れない—そんな入院生活が変わろうとしている。北欧で生まれた新しい術前術後ケア方法「ERAS」が日本でも中規模以上の病院に徐々に導入されつつあるからだ。第一人者である神奈川県立保健福祉大学の谷口英喜教授(栄養学・専門は麻酔科学)が、その劇的な回復効果を解説する。

手術の苦痛を取り除く 画期的メソッド

谷口英喜 神奈川保健福祉大学教授

食べられない、痛い、動けない

これまでも、痛み止めを処方して、痛みを我慢して過ごしていましたが、ERASでは、手術前から術後のケアまで一貫したアプローチが求められる。ERASの導入により、手術後の回復が早まり、患者の負担も軽減される。ERASの導入には、手術前から術後のケアまで一貫したアプローチが求められる。ERASの導入により、手術後の回復が早まり、患者の負担も軽減される。

そのため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って誤嚥性の肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶飲食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

しかし絶飲食には、いくつもの弊害があります。まず食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによって刺激で免疫機能が保たれます。腸管も、食事により常に刺激を受けておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し「サージカルティアペデス(外科的糖尿病)」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

手術前の一晩、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安をとるために鎮痛剤を打ったり睡眠薬を使うことが多くありました。鎮痛剤の使用は呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

A項目単独評価とC項目追加

- A項目のみによる評価
 - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
 - A項目に無菌治療室を追加
- C項目（手術等の医学的状況）を追加

一般病棟における重症度、医療・看護必要度の見直しの考え方

○ 入院医療等の調査・評価分科会のとりまとめを基に、これまでの中医協において資料として提示した考え方を、以下のとおり整理した。

A モニタリング及び処置等	0点	1点	2点
1 創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置)	なし	あり	/
2 呼吸ケア(喀痰吸引の場合を除く)	なし	あり	/
3 点滴ライン同時3本以上の管理	なし	あり	/
4 心電図モニターの管理	なし	あり	/
5 シリンジポンプの管理	なし	あり	/
6 輸血や血液製剤の管理	なし	あり	/
7 専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療 ⑥ 免疫抑制剤の管理、 ⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用 (注射剤のみ) ⑨ 抗血栓塞栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理	なし		あり
⑪ 無菌治療室での治療	なし	/	あり
8 救急搬送(搬送日より1~2日間程度)	なし	/	あり

B 患者の状況等	0点	1点	2点
1 寝返り	できる	何かにつまればできる	できない
2 危険行動	ない	/	ある
3 診察・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
4 移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
5 口腔清潔	できる	できない	/
6 食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
7 衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助

C 手術等の医学的状況	0点	1点
① 開胸・開頭の手術(術当日より5~7日間程度)		
② 開腹・骨の観血的手術(術当日より3~5日間程度)	なし	あり
③ 胸腔鏡・腹腔鏡手術(術当日より2~3日間程度)		
④ その他の全身麻酔の手術(術当日より1~3日間程度)		

重症者の定義

A得点が2点以上かつ
B得点が3点以上の患者

又は

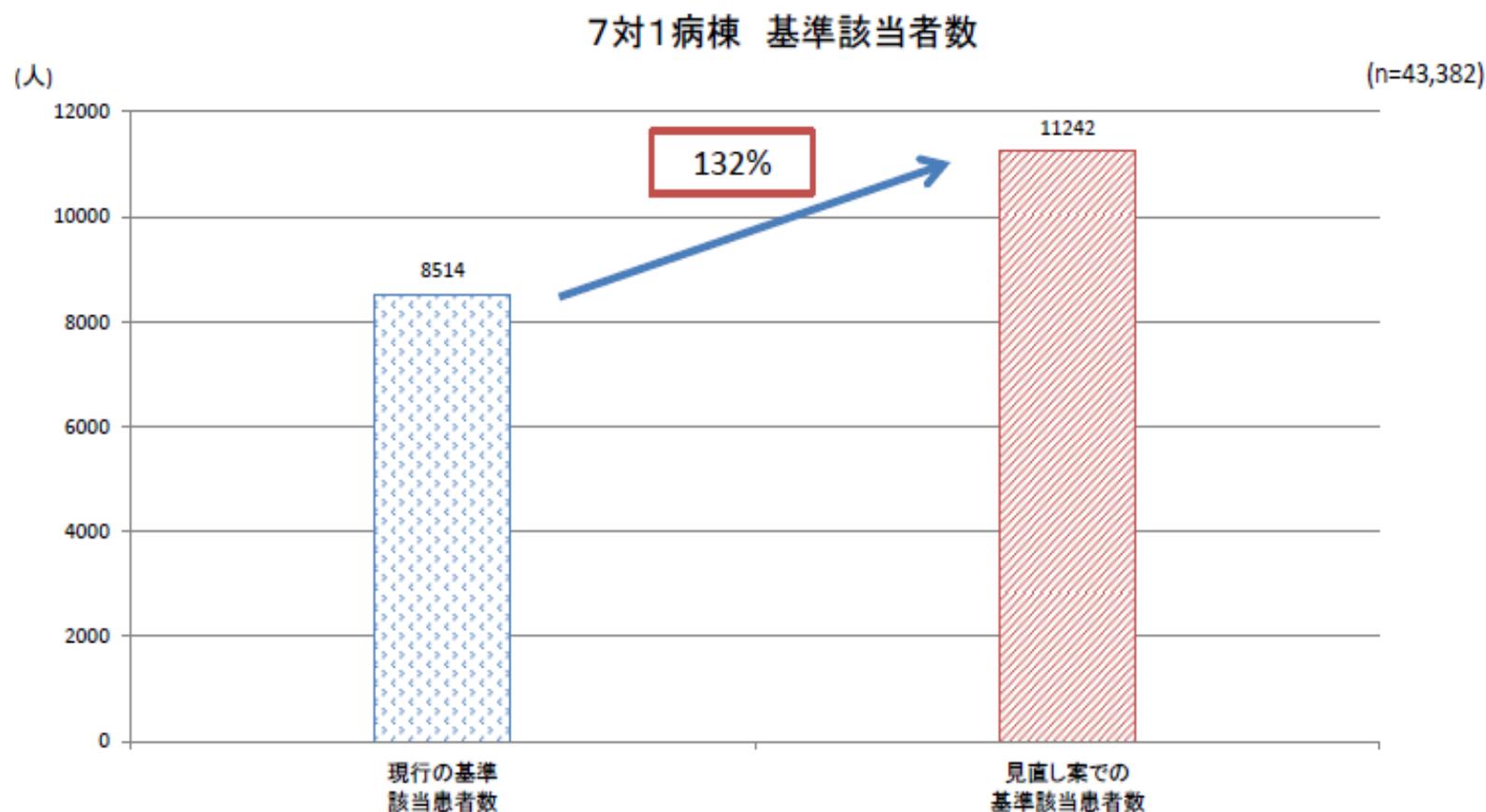
A得点が3点以上の患者

又は

C 1得点が1点以上の患者

重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者

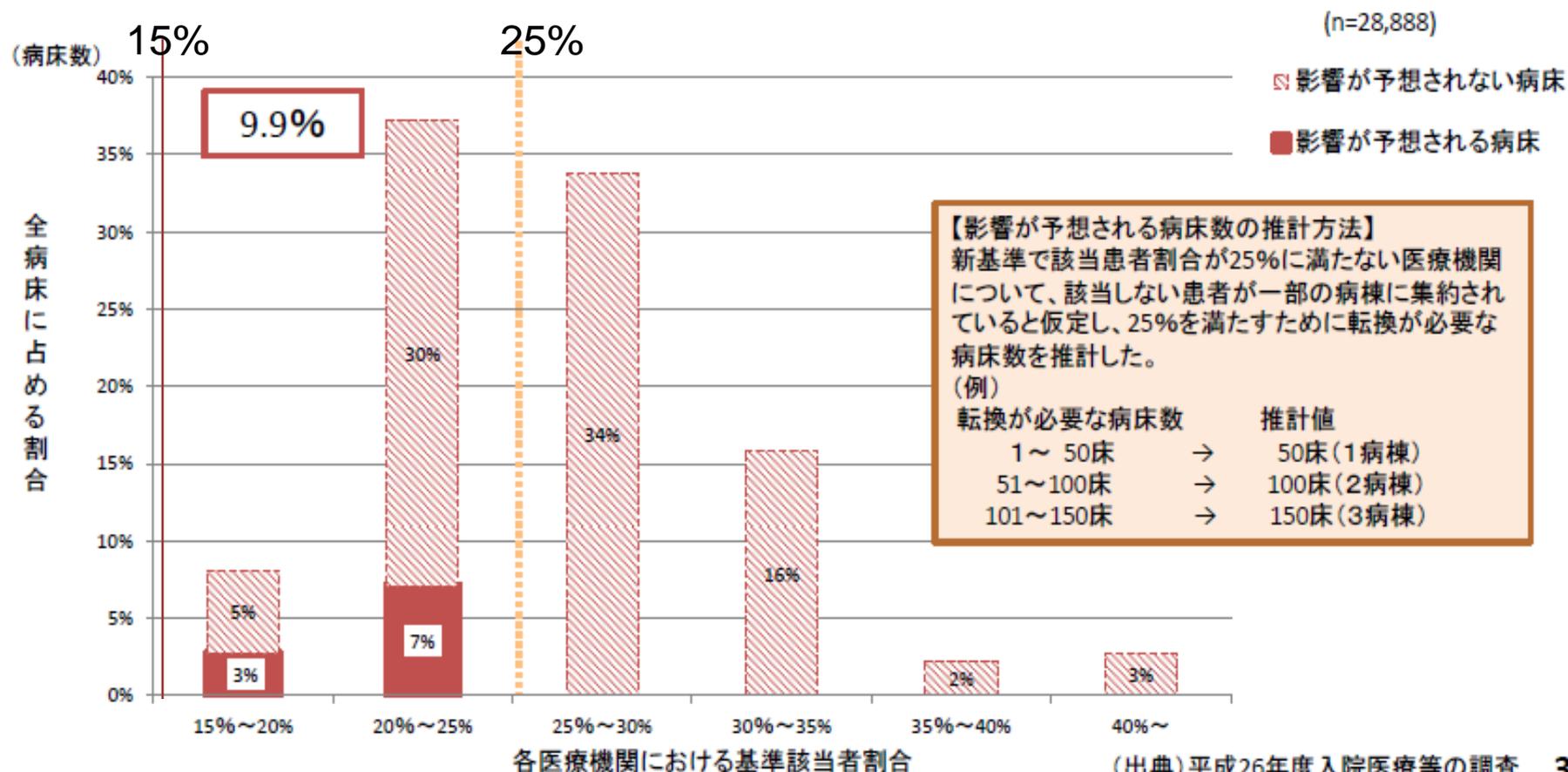
- 重症度、医療・看護必要度見直し案における基準該当患者数は、7対1病棟でおよそ3割増加した。



重症度、医療・看護必要度見直し案における病床数の推移

- 見直し後に起こりうる病床数の推移をシミュレーションした。
- 該当患者割合の基準を25%に設定した場合、該当患者割合が25%に満たない医療機関において、基準に該当しない患者が一部の病棟に集約されていると仮定すると、実際に影響を受けると予想される病床数は全体のおよそ10%と推測される。

7対1病棟 医療機関毎の基準該当患者割合の分布(病床数ベース)



パート3

地域包括ケアシステム



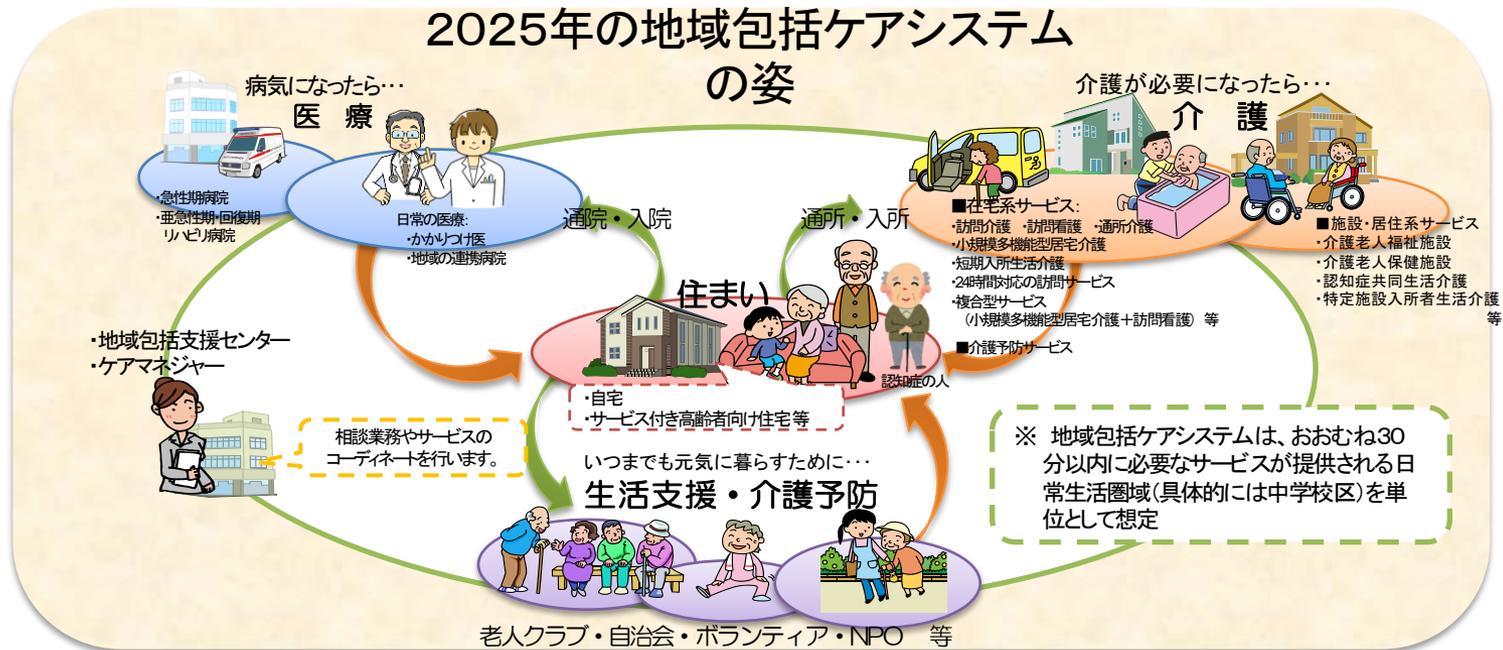
地域包括ケアシステムとは

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

Aging in Place

平成25年 地域包括ケアシステム

- **住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現**により、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になります。
- 認知症は、超高齢社会の大きな不安要因。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です。
- 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**を生じています。
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つき、地域の特性に応じて作り上げていく**必要があります。



地域包括ケアシステムが必要な 2つのワケ

- ① ケアサイクル論
- ② 団塊世代の死に場所探し

① ケアサイクル論



地域包括ケアには
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）

一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例

76歳男性／脳卒中

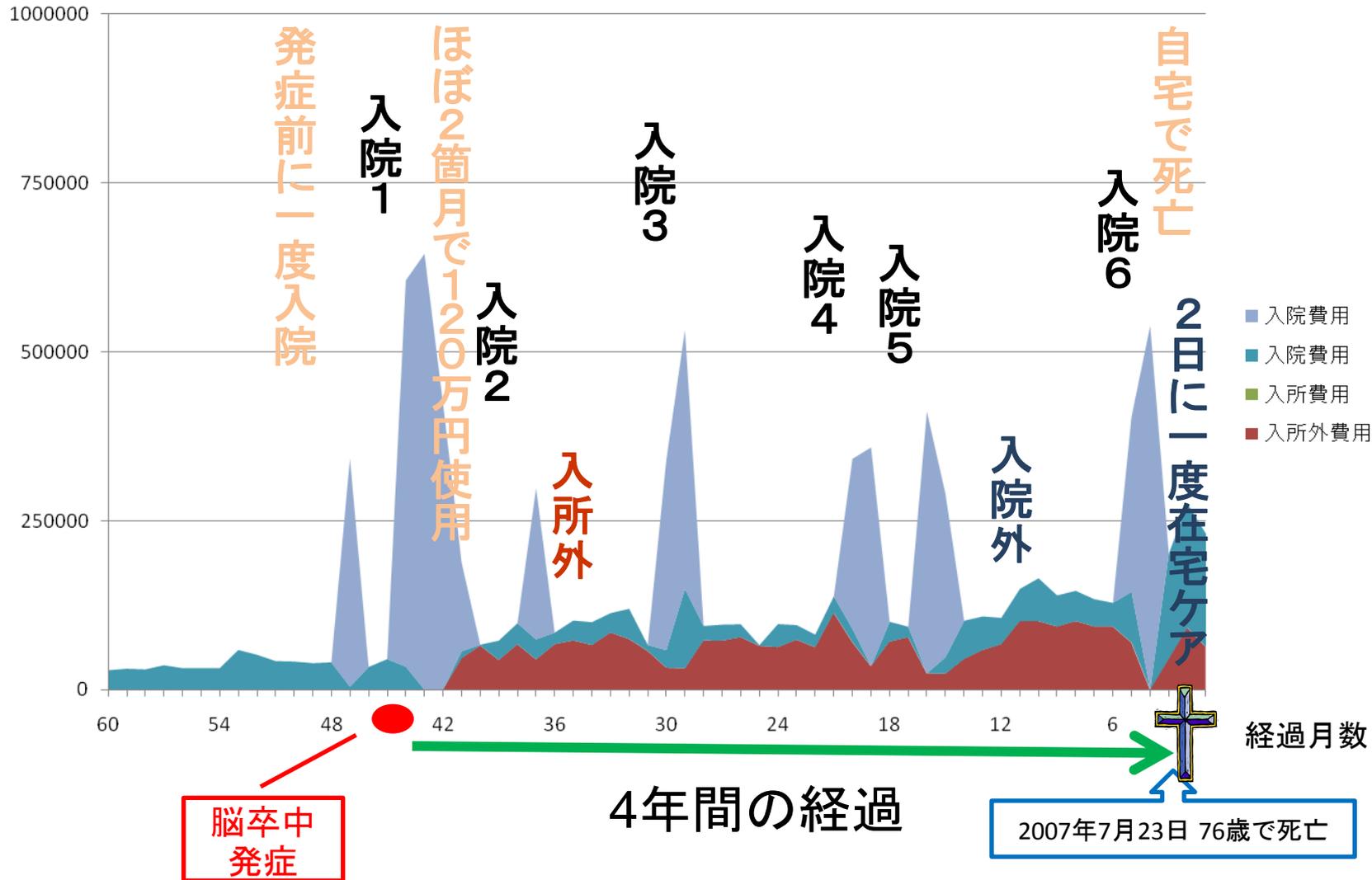
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

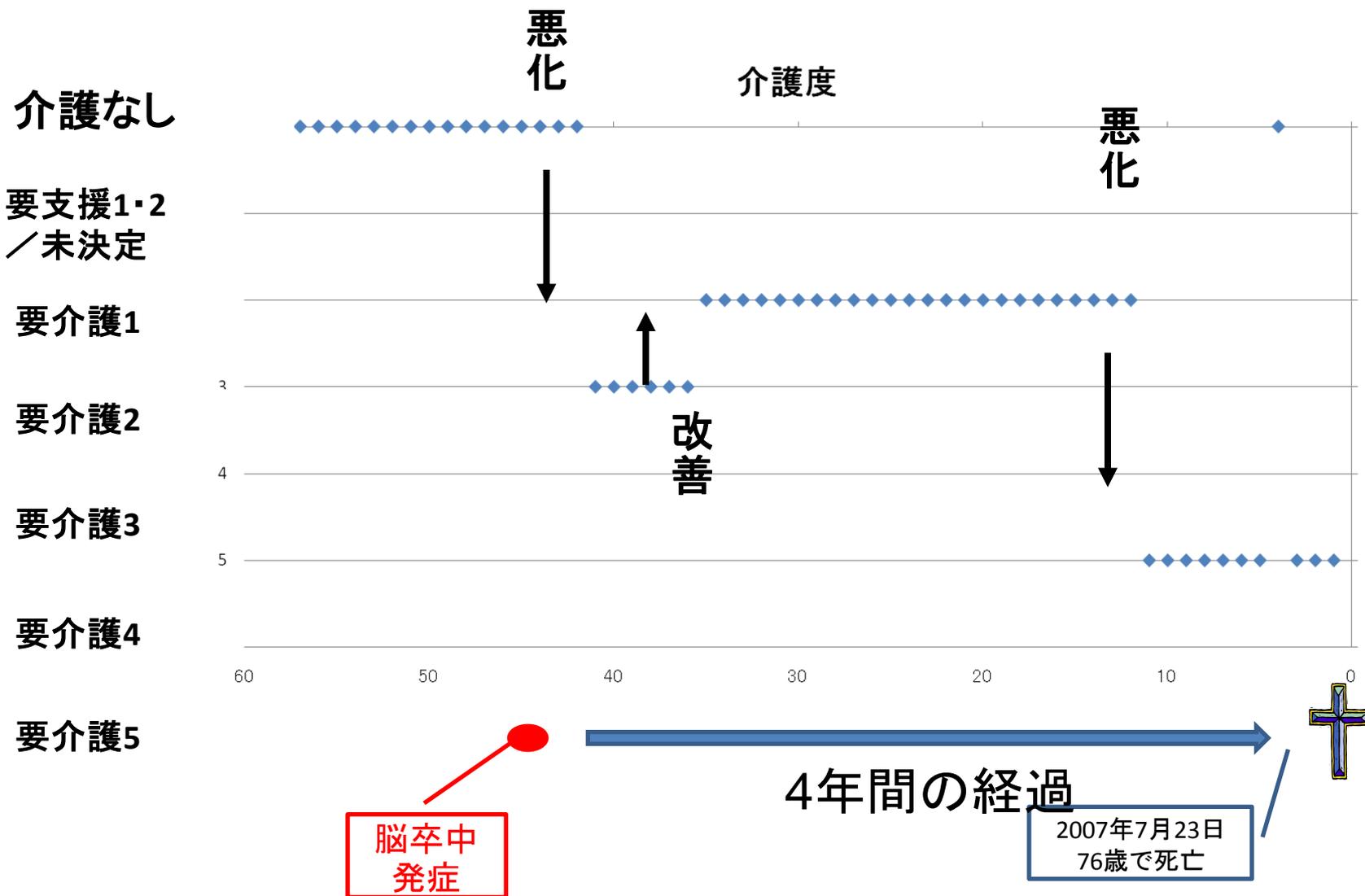
費用(円)

1ヶ月個人単位請求額



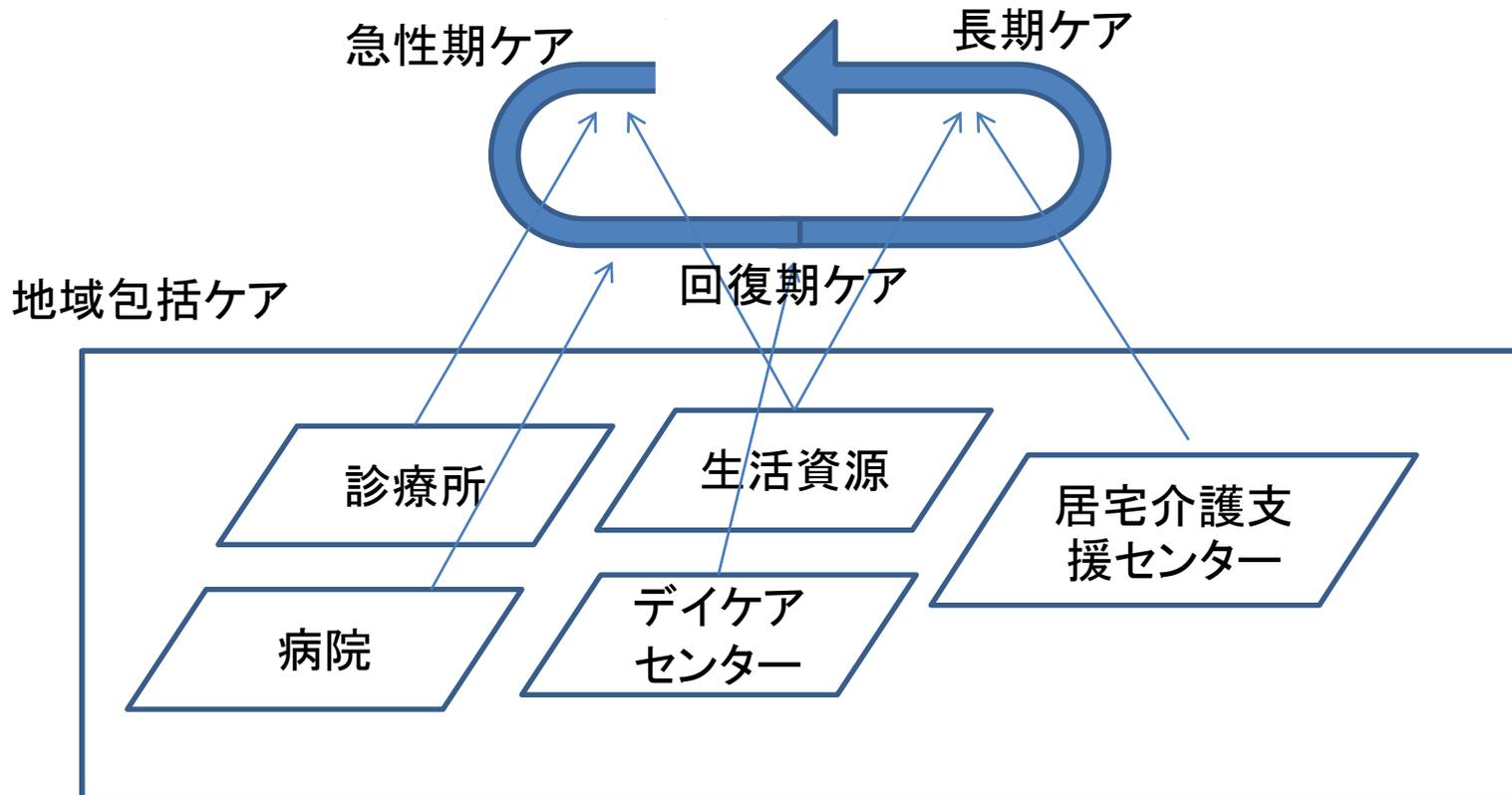
No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中



ケアサイクル

男性は死亡するまでに3～5回、
女性は5～7回のケアサイクル
を繰り返す



医療・介護のケアサイクル

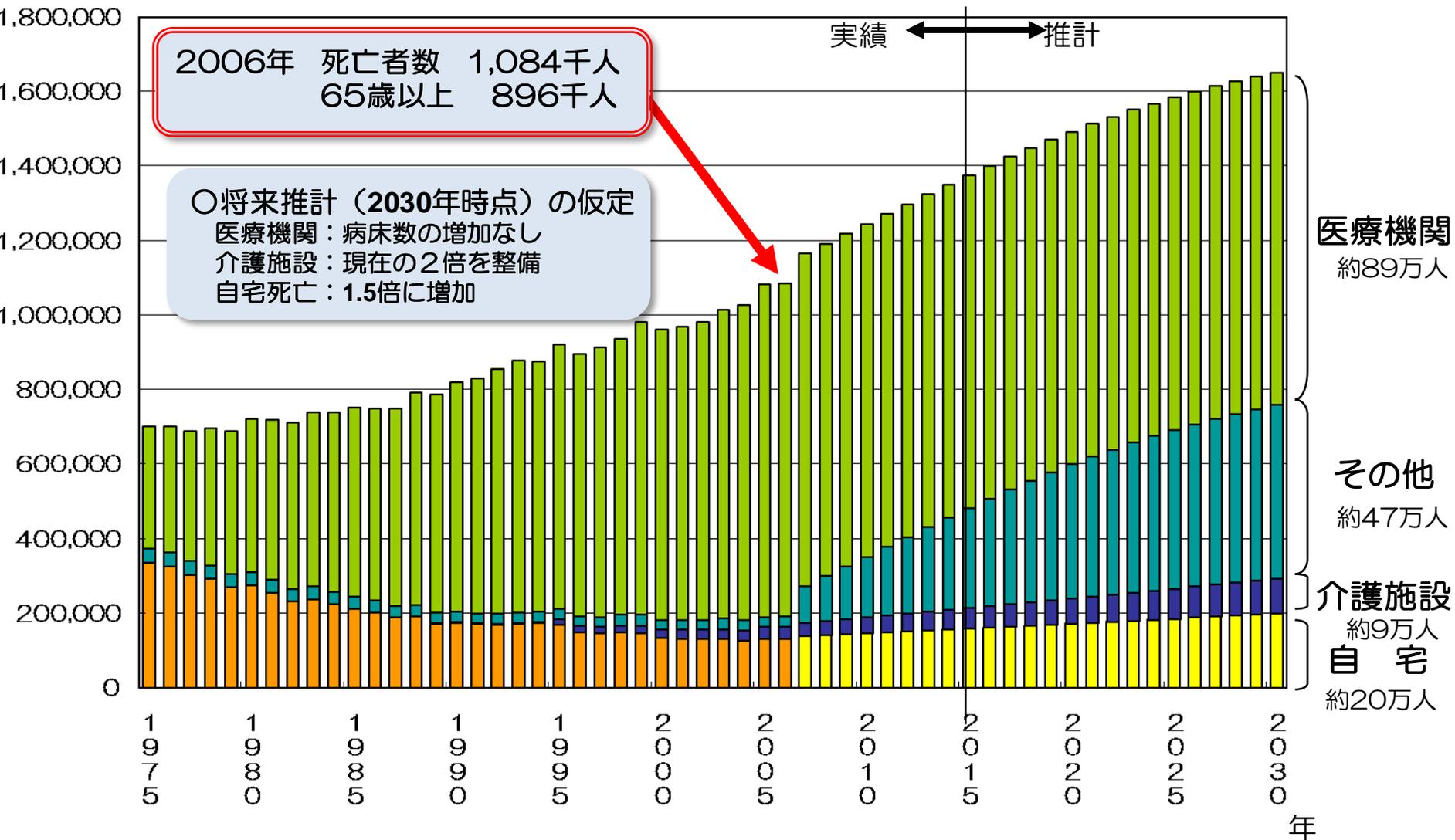
- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、
女性は5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療と介護の連携が必須
- 医療保険と介護保険を75歳以上は統合しては？
- 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？

②団塊世代の 死に場所探し



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計

人



【資料】

2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」

2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

病院死には病床が足りない
2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足



富士の樹海林

地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
 - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
 - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
 - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために



中川先生

緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

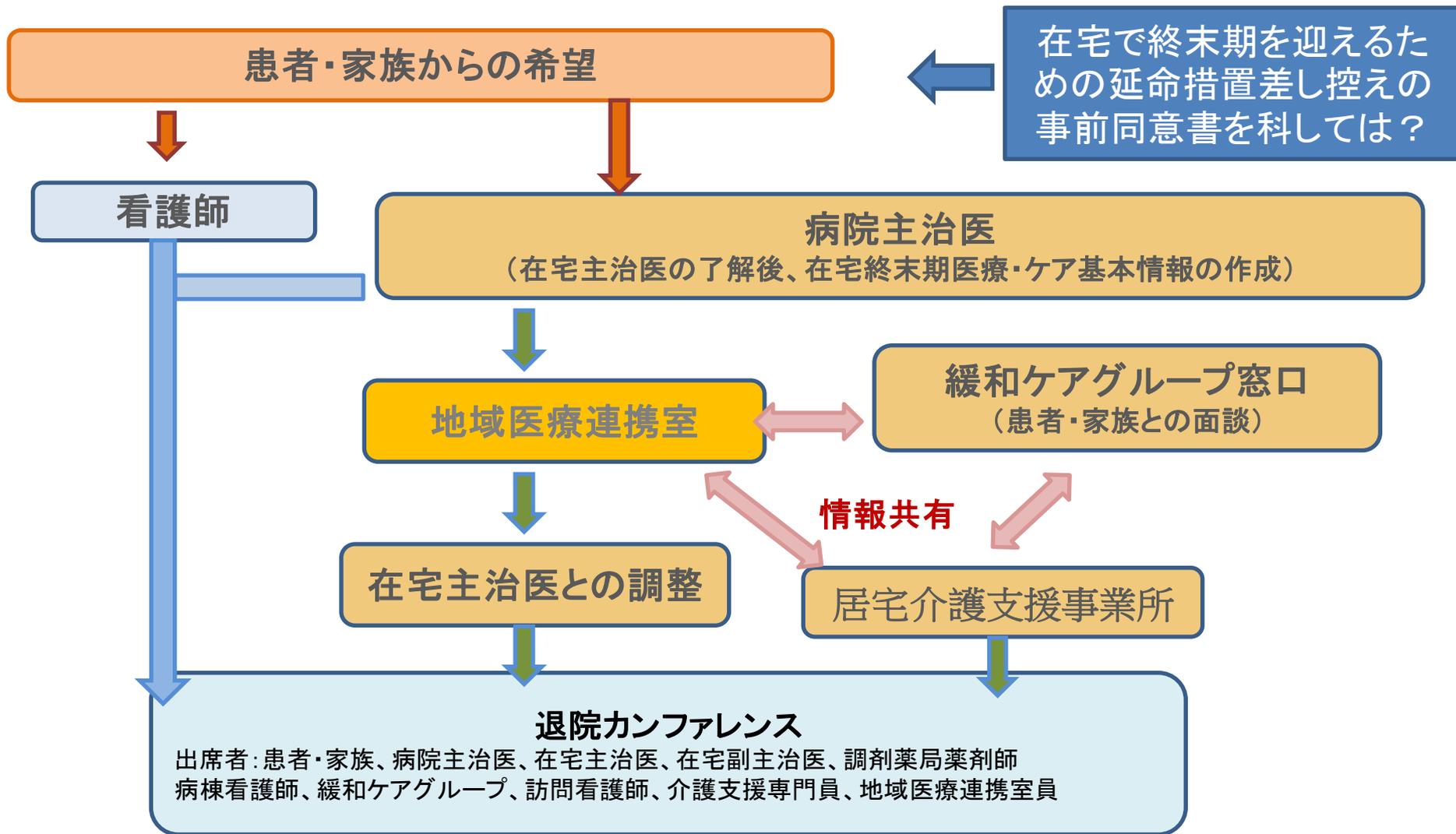
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- ① 在宅での終末期医療のニーズ増加
- ② かかりつけ医単独での医療限界
- ③ 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- ④ 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



病院入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

● 運用基準・留意点

- 対象者：がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択：患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内（原則）
- 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の弊害防止
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入
- 様式・書式の統一

ICT連携
が必要！

市区町村の「地域医療支援事業」で「在宅医療・介護連携ICT予算化」が全国で始まっている

市区町村と郡市医師会との協力が必要

高度にセキュアな SNSを用いた 新たな在宅医療・介護コミュニケーション

メディカルケアステーションの試み



伊東学氏

今、在宅医療・快後
連携にSNSが注目！

ICTで出来ること



メール・メーリングリスト・一般的なSNS

- 大人数に伝達は可能
- 記録を残しやすい
- △スピーディーさは電話より劣るが
時間を気にせず連絡できる
- △患者・家族参加に工夫が必要



× 紙媒体が電子媒体になり
情報漏洩など情報管理に
大きな問題が生じる

医療に特化したクラウド型のSNS

- 大人数に伝達できることで情報を共有できる
- 記録が残せるうえに 情報管理(セキュリティー)も万全
- 時間を気にせず連絡・書き込み出来るうえに アラート機能により
スピーディーさを損なわない
- 患者・家族が参加する仕組みがある
- クラウド型のため、いつでもどこでも閲覧可能
- 導入コストが基本無料

医療・介護関係者向けヘルスケア 専用SNSの提供開始について

～ソフトバンクテレコム、日本エンブレース、JRCエンジニアリングの3社は、
医療・介護関係者と患者・家族をつなぐSNSを提供し、医療・介護現場のIT化を支援～



～パートナーアプリケーション～



連携事例 専門職間における連携

SoftBank LTE 10:29 45%

MedicalCareNet

設定 ホーム



小林 孝樹子

看護師
7月4日(水)午後13時31分 - 5人 取消

薬局小林です。7/8カンファレンスに参加させていただきます。
よろしくお願ひ致します。



東郷 清児

医師
7月2日(火)午後7時51分

山田さん。
了解いたしました。早めに確認しておきます。



山田 涼子

介護福祉士
7月2日(火)午前11時42分 - 7人 了解!

7/2(火)8:00? グレースケア山田
ご本人よりお話ありました。「先週から頭と身体がフラフラして安定しない、左胸の脱力感が強く、右手首も痛みを感じる」「18:30頃から何も口にしないせいか、朝起床してから目眩のような気持ち悪さがある」との事でした。夜は水分もトイレへ行きたくなるのであまり摂らないようにしているとお話ありました。
それと、昨日訪看さんも確認されているとの事でしたが、左胸内くるぶし周辺に5cmほどの発疹?内出血?のようなものがありました。痒みはなく、痛みは患部を押すと若干痛みがあるとの事でした。
以上、ご確認をお願い致します。



東郷 清児

医師
7月2日(火)午前5時38分

了解しました。調整いたします。



山田 涼子

介護福祉士
7月1日(月)午後7時50分 - 5人 了解!

グレースケア山田です。カンファレンス柳本・山田参加します。
宜しくお願ひ致します。ご自宅にて開催ですよね?



山本 悦子

医師
7月1日(月)午後7時53分 - 5人 了解!

サービス担当者会議を開く予定です。日程は7月8日(月)18:00~です。お知らせが遅くなり出席できない方もいらっしゃると思いますが、できるだけのご参加をお願いいたします。
今回は、 様のご状態が変化している中で、素早い情報共有と対応が求められることになっておりどうしていったらよいかということ、またケアの内容について等検討したいと思っています。

SoftBank LTE 10:30 45%

MedicalCareNet

設定 ホーム



西本 洋美

医師
7月18日(火)午後3時24分 - 3人 取消

突然の連絡で言葉もできません。ご冥福をお祈り申し上げます。



日澤 順子

医師
7月16日(火)午前12時13分 - 4人 了解!

突然のことでもとても残念です。ご冥福をお祈り申し上げます



東郷 清児

医師
7月16日(火)午前11時49分

先ほど日赤で亡くなられたそうです。



山田 涼子

介護福祉士
7月15日(月)午後3時7分 - 1人 了解!

7/15(月)8:00~11:00~グレースケア山田
ご本人より「先週土日は呼吸苦あり酸素吸入をしていた。夜間眠れなく、東郷先生より処方して頂き、眠剤を服用して数時間は眠れた。今朝4時頃から、吐き気が続いている。気持ち悪い。呼吸が苦しい。」との訴えあり。
ベット上で右側臥位になって口元に嘔吐時様のビニール袋あり。少量の唾液を嘔吐した形跡あり。車椅子へ移乗してテーブルのところへ移動 「吐きたい」との事で、ビニール手袋をして舌の刺激をしても唾液と鼻水のみ出て来ない。口腔ケア(全介助)、湿タオルにて洗面する。
上記の症状が軽減せず、水分・食物摂取、服薬も困難と判断して9:00に東郷先生へ連絡 症状を報告する。昨日処方した薬 マイスリー(眠剤)-オプソ(呼吸苦を抑える薬)とノバミン(オプソを服用した際に出る副作用の吐き気止め)ノバミンを(処方箋では1日朝・夕食後となっているが)食前で良いので服用する様指示頂く。
昨日処方した薬を服用して、通常の薬は服用出来なければ服用しなくて良いとの指示あり。

ノバミンを服用 その後、アイソトニックゼリー100ccと水分100cc摂取 水多めのお粥+梅干しを茶碗に軽く1杯摂取 食後にオプソを服用する。

吐き気と呼吸苦は続いている。ご本人より繰り返し同様の質問される場面や少し前に行った事を忘れてしまっている事がありました。会話は出来る物の呼吸苦が続いているので辛い様子あり。

全身の脱力が強く、全介助にて移乗等実施。

11:00に入浴介助の予定をベット上にて全身清拭実施 呼吸苦と疲労感強い為、短時間で実施する。

朝訪問した時よりは吐き気は治まっている様子でしたが、午後の息子様の報告によると継続されている様です。



東郷 清児

家族との連携

SoftBank LTE 8:45 38% SoftBank LTE 8:33 70%

MedicalCareNet

設定 ホーム



東郷 清見

医師
7月15日(水) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについています。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

7月14日(日) 午後12時19分 3人 了解



ALS協会のマニュアルNOS p10「肌の上に枕を置き、頭をのせる」に従い対応

7月14日(日) 午後12時14分 4人 了解



MedicalCareNet

設定 ホーム



7月23日(月) 午後9時32分 2人 了解

本日、13:30の食事時と16時頃に嘔吐するなど、吐き気と息苦しさが続いています。

15:00にオプソ1包とノバミン1錠を服用しました。

体の調子が悪く、体力も低下し、力が抜けてしまっていることから、現在は、これまでできていたリモコンの操作もままならない状態です。

7月15日(水) 午後1時56分 2人 了解



昨夜(日曜日)は、2日続けて不眠状態が続いていたので、午後5時頃と真夜中に1錠ずつマイスリーを服用しました。おかげさまで、合計で6時間ほどは眠っておりました。

一方、息苦しさは、本日(月曜日)になっても続いており、吐き気も伴うことから、朝9:00にオプソとノバミンを1錠ずつ服用し、11:00頃にオプソを服用し、様子を察しています。

現在の状態ですが、苦しくて、具合が悪く、食欲もなく、体力がない、などの体調不良を本人は訴えています。今朝のお風呂はヘルパーさんにベッド上で体を拭いていただき、洗髪も行っていただきました。



東郷 清見

医師
7月15日(水) 午後8時17分

今回は、睡眠薬の中でも筋弛緩作用の弱いとされていますマイスリー(1錠5mg、2錠まで可)を寝る前と、呼吸が苦しい時に使用する医療麻薬のオプソ(1包5mg 1時間以上あけて4回まで可)を処方致しました。

掛川さんの現在の状態でしたら、これらの薬による呼吸への影響は、それほど気にされなくても大丈夫だと思います。

また、オプソ使用に伴う吐気予防にノバミンを朝夕で処方致しています。

その後体調はいかがでしょう？

休み明けに早めにお伺いする予定で考えておりますが、病状が心配な時や薬についてご質問等ございましたら、いつでもご連絡ください。

7月14日(日) 午後5時32分 1人 了解



東郷先生にご連絡をし、急遽、お薬を処方して頂きました。先ほど薬局の方に自宅まで届けて頂きました。今、母は眠りについています。今夜は、薬を活用しながら、様子を見たいと思います。

東郷先生、休暇にも関わらず、ご対応頂き、どうもありがとうございました。

豊島区および豊島区医師会の取り組み



- ①在宅医療連携推進会議
- ②在宅医療コーディネーター研修
- ③在宅医療地域資源マップ
- ④在宅医療相談窓口
- ⑤在宅難病患者訪問診療事業
- ⑥在宅医等相互支援体制構築事業
- ⑦在支診/病院グループの作成
- ⑧勇美記念財団による助成事業
- ⑨医歯薬三師会のMCS利用契約
- ⑩在宅推進講習会、PC講習会



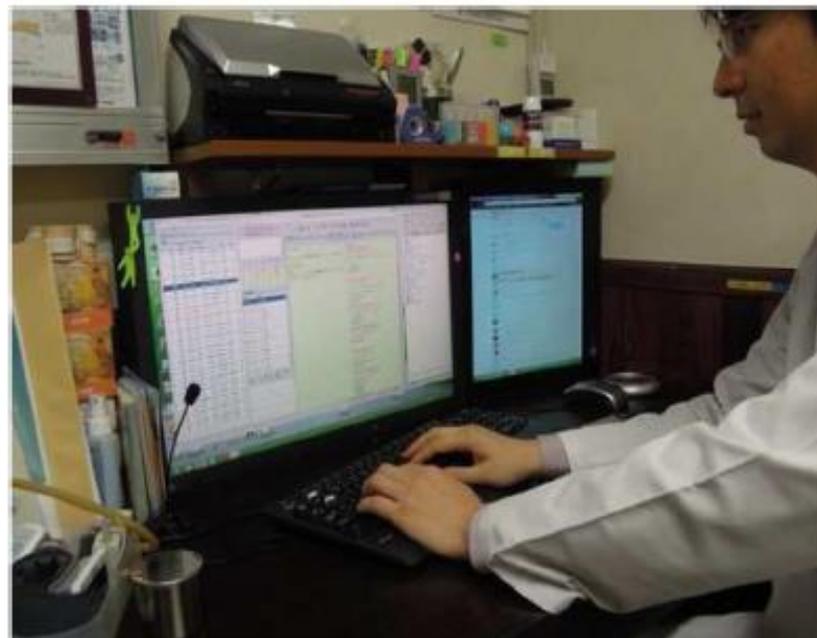
豊島区医師会 土屋淳郎先生

MCSの利用

MCS、いつでもどこでも



- 訪問診療先でiPadを使う
- 出先の病院でスマートフォンから確認
- 自院診察室のPCで診察の合間に



SNSで変化したこと

- 多職種が同じ場で、フラットな立場でディスカッションが可能となった
 - ケアマネの9割以上が「医師に相談しにくい」と言う
- 在宅医療の専門職以外の人たちが連携チームに加われるようになった
 - 病院スタッフ、行政、保健所、福祉用具、保険薬局、ボランティア、友人、家族など
- 招待メンバーは、誰でもいつでも情報共有が可能
- 他のメンバー同士のやりとりが分かるようになった
- 訪問前の状況チェックができるようになった。
- メンバー間の信頼感が増した
- 介護職やケアマネの不安感が減った
- 医療職、介護職のモチベーションが高まった。



なによりもSNS
はローコスト！

パート4
地域包括ケアシステムと
医療福祉連携士

地域包括ケアシステムでは 医療と介護の情報連携が課題



医療と介護の連携

医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



医療と介護の情報ギャップと その連携

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 医療と介護・福祉は、言葉も違う、文化も違う
 - 医療は国際疾病分類(ICD)
 - 介護福祉は国際生活機能分類(ICF)
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
 - 両者を結ぶのは医師意見書のみ

医療福祉連携士

～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～



日本医療マネジメント学会

医療福祉連携士

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設した
- 目的
 - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
 - 患者にとって最適な連携を推進するため、
 - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまで200名が誕生
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

研修科目（共通科目）

○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

○フォローアップ研修

* すべての座学と実習を履修すること。

* 座学1コマ :90分 実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目

○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

研修日程と場所

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地

- 研修日程

- 共通科目 6月4日、5日、18日、19日の4日間

- 専門科目(医学系) 7月9日、10日の2日間

- 専門科目(社会・福祉学系科目) 8月13日、14日の2日間

- 課題講習 10月29日、30日の2日間

- 演習 適宜

目指そう、医療福祉連携士！

詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから
お申し込みは5月6日まで



「医療福祉連携士」を取得

五稜郭病院の保健師・尾関さん(左)が、日本医療・福祉・介護の連携強化「医療福祉連携士」を取得した。医療と福祉、介護との連携・調整をより効果的に行うため、両側からのアプローチが不可欠だ。

(取材地：函館)

四年前から「介護」・「障・難症・介護の連携を担う地域の医療と福祉連携のあり、患者が必要とするサービスを実現することを目指す」を掲げながら日々働いた尾関さんは、看護士としての経験、幅広い知識と頭力を駆使し、看護士や医師と連携する手探いを繰り返して、ようやく「医療福祉連携士」の資格を取得し、昨秋、尾関さんは病院の一課となった。

サボリせずに、退院後も継続して医療サービスを提供する方に向けて、患者の不安や疑問を解消し、患者の生活を支えるために、看護師の工夫を二倍にする必要があると、尾関さんは考えている。病院

から在宅へ医療がシフトするなかめには、介護などの分野との連携、幅広い知識が必要だ。よりスキルアップを図るため受験し



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

地域包括ケア築きたい

内目 道
2人

昨年7、8月には、東京で医療と福祉に関する協議会を開催し、そのほか地域医療の連携、介護老人保健施設などの工夫について話し合った。「療の連携の現場を自らではなかなかいので、現場を通して現場を見たい」とは大きな理由になったと振り返る。

高齢化が進み、障、医療、福祉サービスを提供する機関が連携して一体的に提供できる「地域包括ケアシステム」の構築は急務だ。尾関さんはそのシステム構築に携わる役割、地域で医療を受ける人が増え、地域全体がスキルアップして、医療と福祉の連携を強化し、地域医療の連携強化を図りたいと話す。尾関さんは「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す。

医師、看護師、薬剤師の多職種協働で 花開かせよう地域包括ケアの花



咲かそう、地域包括ケアの花！



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

2018年惑星直列改定へ向けて

- 2018年改定は惑星直列改定
- 地域医療構想を後押しする改定
- 病床機能区分と入院基本料の関係
- 重症度、医療・看護必要度の見直し
- 看取り、認知症問題
- 療養病床の見直し
- 精神病床の見直し

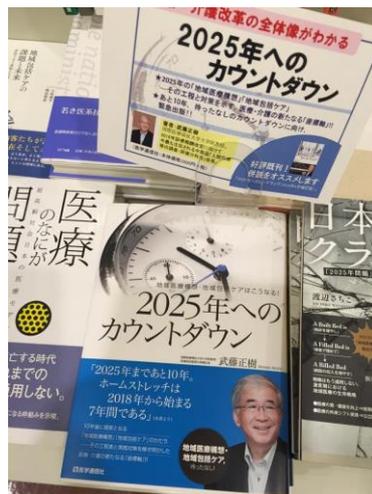
2025年へのカウントダウン

～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！



まとめと提言

- ・医療介護一括法は、団塊世代700万人が後期高齢者となる2025年へむけて法制基盤
- ・2025年、病床の姿が大きく変わる。そして地域連携も大きく変わる。
- ・2016年診療報酬改定も地域医療構想を後押しする改定
- ・地域包括ケアシステムは医療と介護の連携から
- ・医療福祉連携士は医療と介護をつなぎ役



明るい病院改革

改善とイノベーションで切り拓く
明日の最適医療

4月22日、23日
福岡でお会い
しましょう!

第18回 日本医療マネジメント学会学術総会

FUKUOKA2016

会期: 2016年4月22日(金)~23日(土)

会長 田中 二郎 (飯塚病院 名誉院長)

会場 福岡国際会議場 〒812-0032 福岡市博多区石城町2-1
福岡サンパレス 〒812-0021 福岡市博多区築港本町2番1号

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 事務局
飯塚病院 改善推進本部 内
〒830-8505 福岡県飯塚市芳雅町3番83号
TEL:0945-29-7039(直通) / FAX:0945-29-8309
E-mail:jhm18@aih-net.com

■ 第18回日本医療マネジメント学会学術総会 運営事務局
(株)日本旅行九州法人支店 九州イベントコンベンションセンター内
〒812-0011 福岡市博多区博多駅前3-2-1 日本生命博多駅前ビル5F
TEL:092-451-0505 / FAX:092-451-0550
E-mail:jhm18@nta.co.jp

URL : <http://www.18jhm.com>

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