

日本の地域医療連携システム 現状と未来



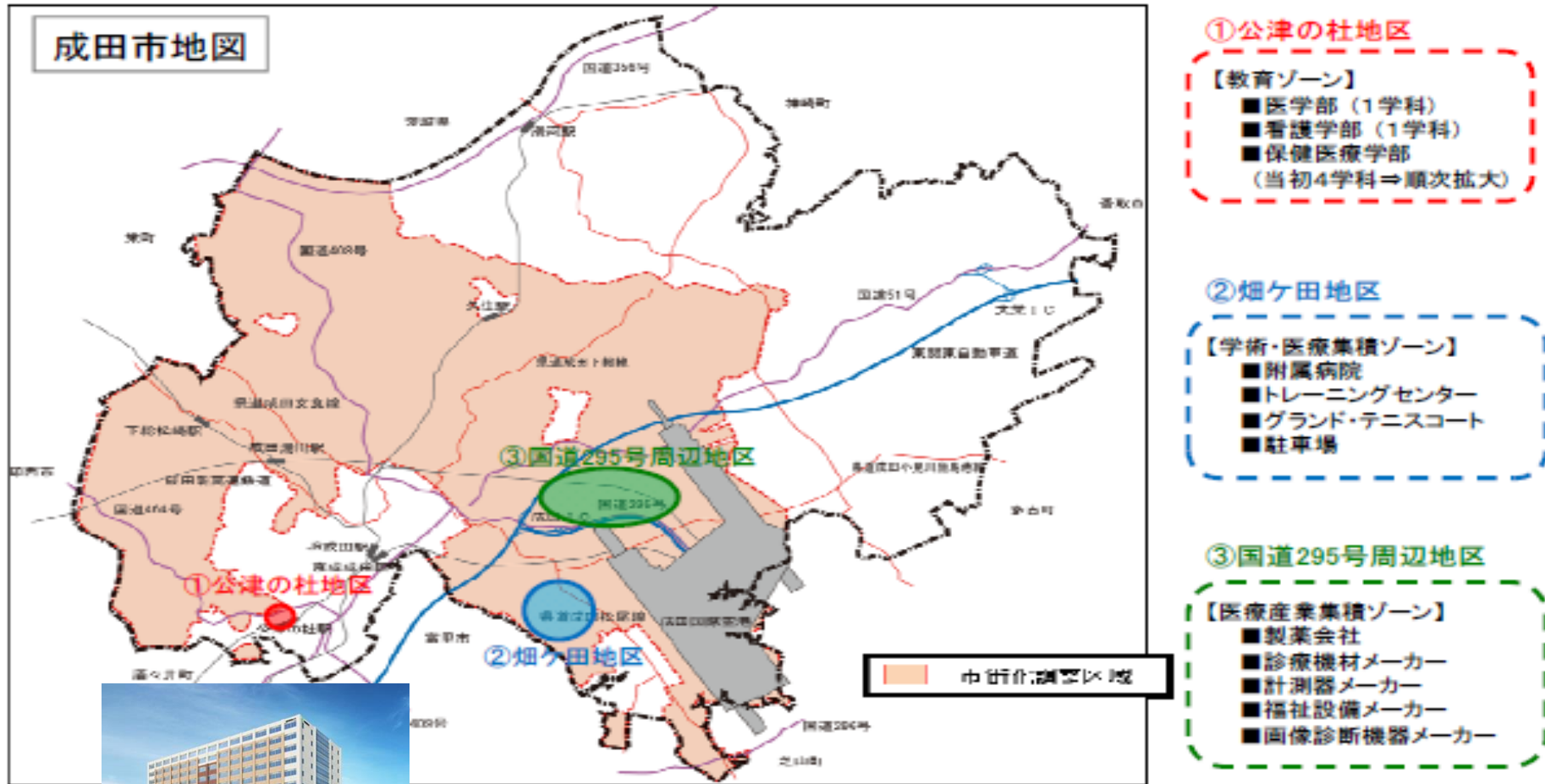
国際医療福祉大学大学院教授
医療経営管理分野責任者
武藤正樹

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)

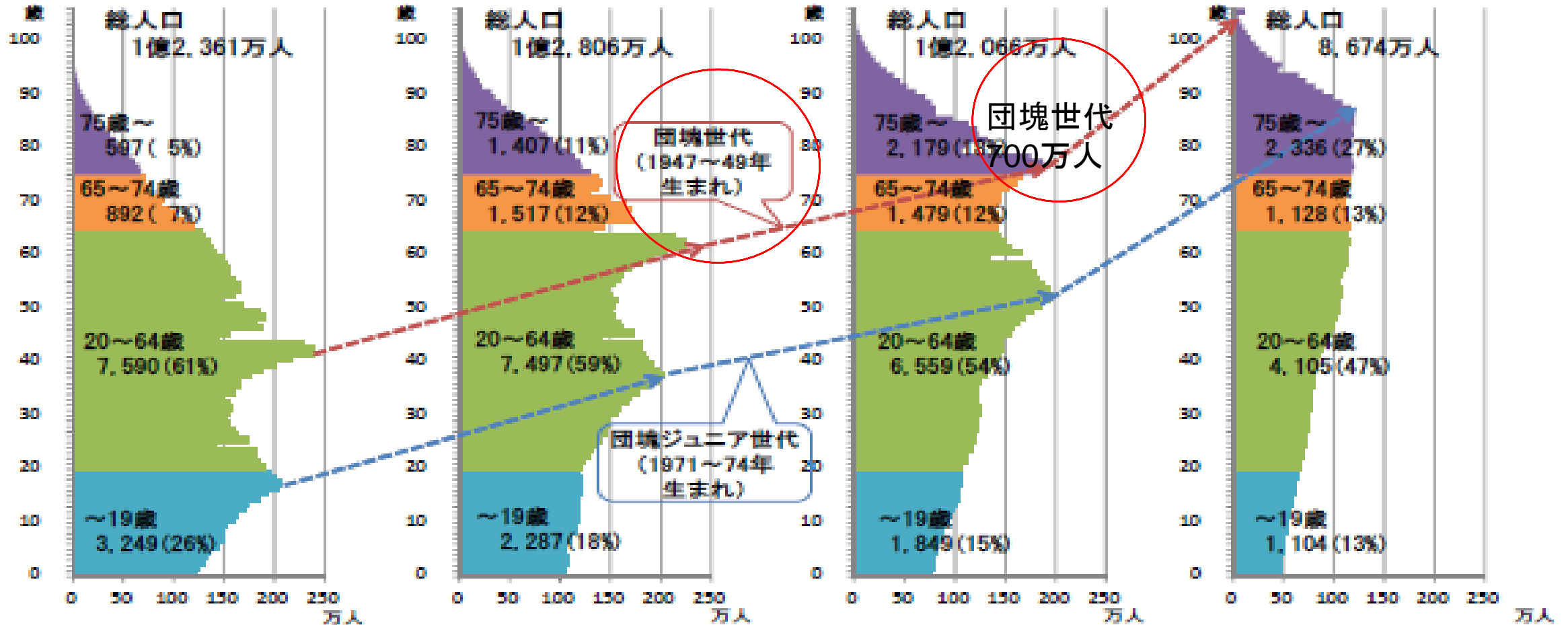
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年(1990年) (実績)

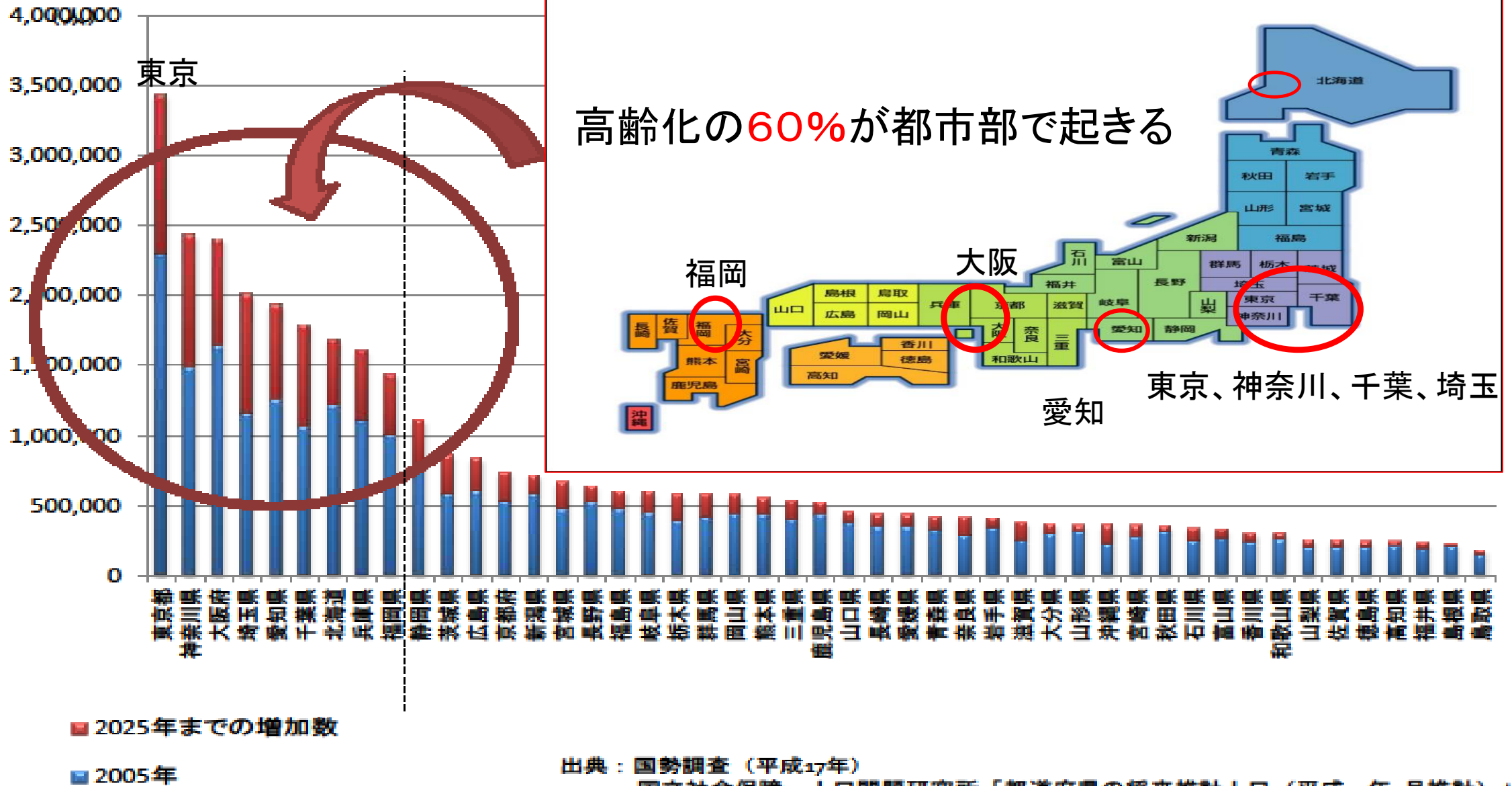
平成22年(2010年) (実績)

平成37年(2025年)

平成72年(2060年)

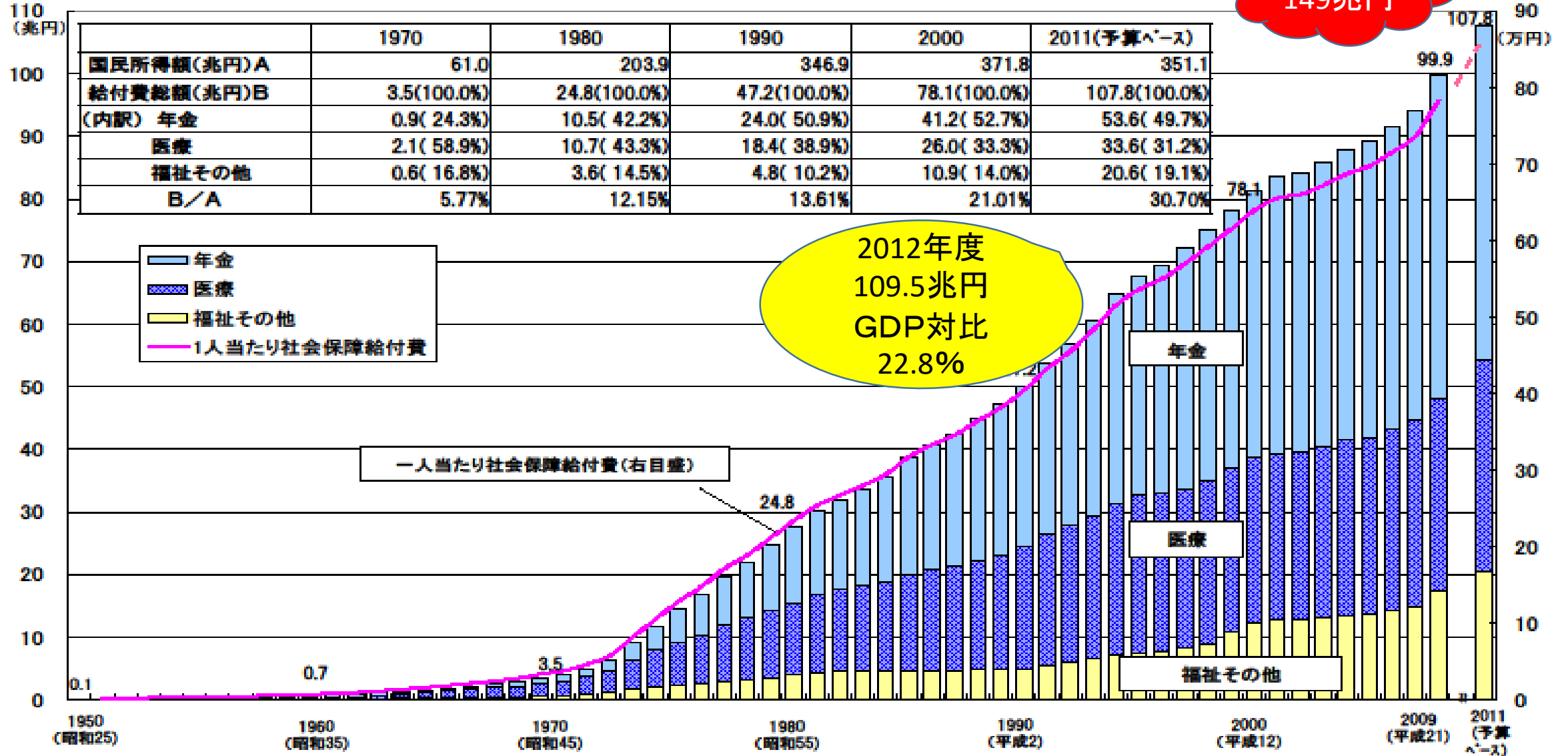


都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



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

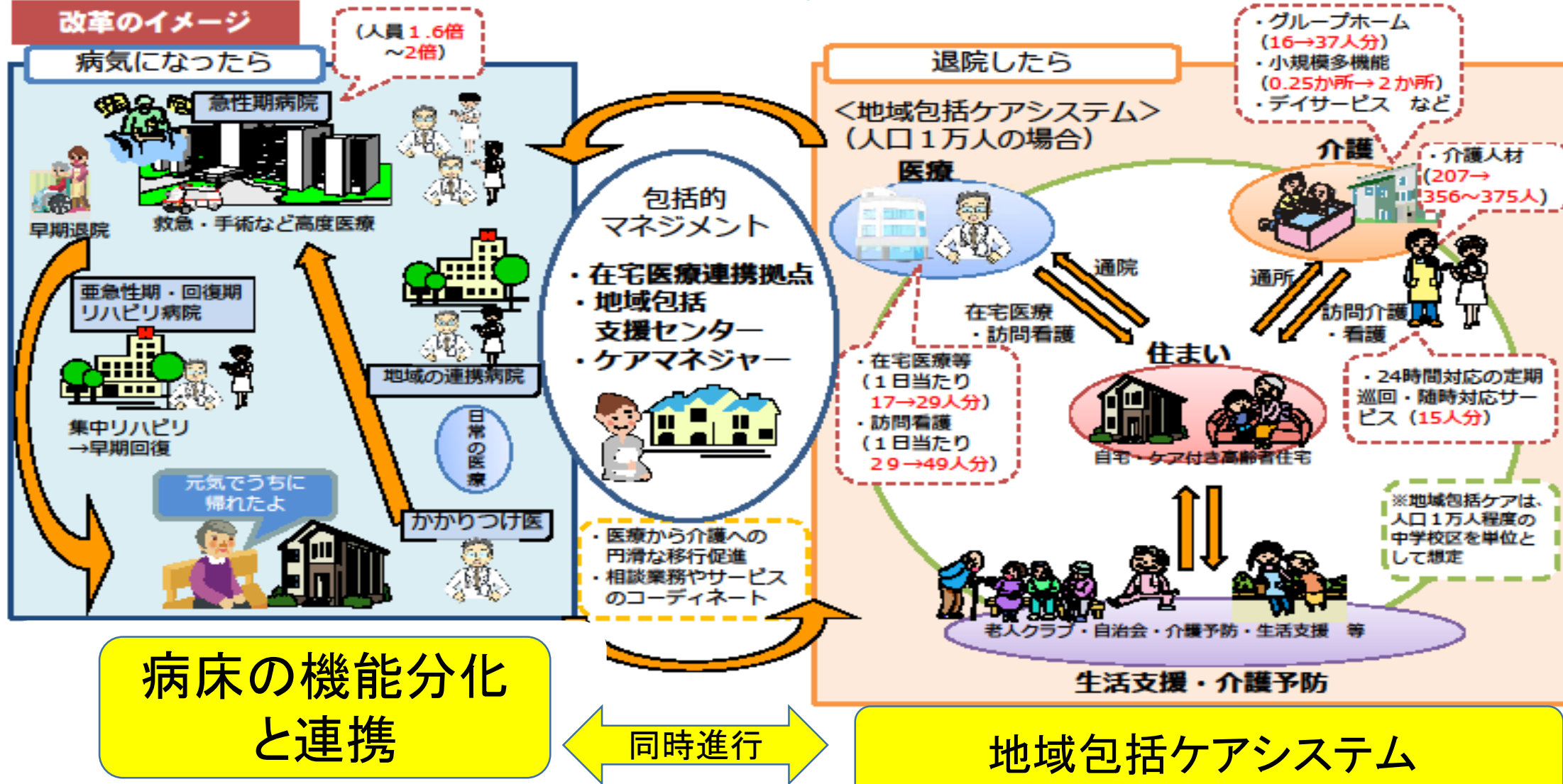
改革の方向性 ②

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

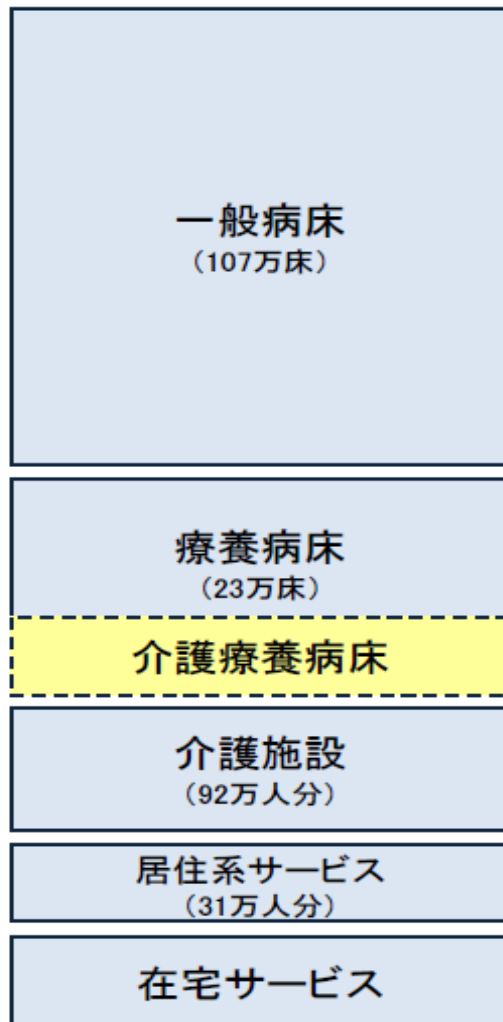


東京都二次医療圏

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

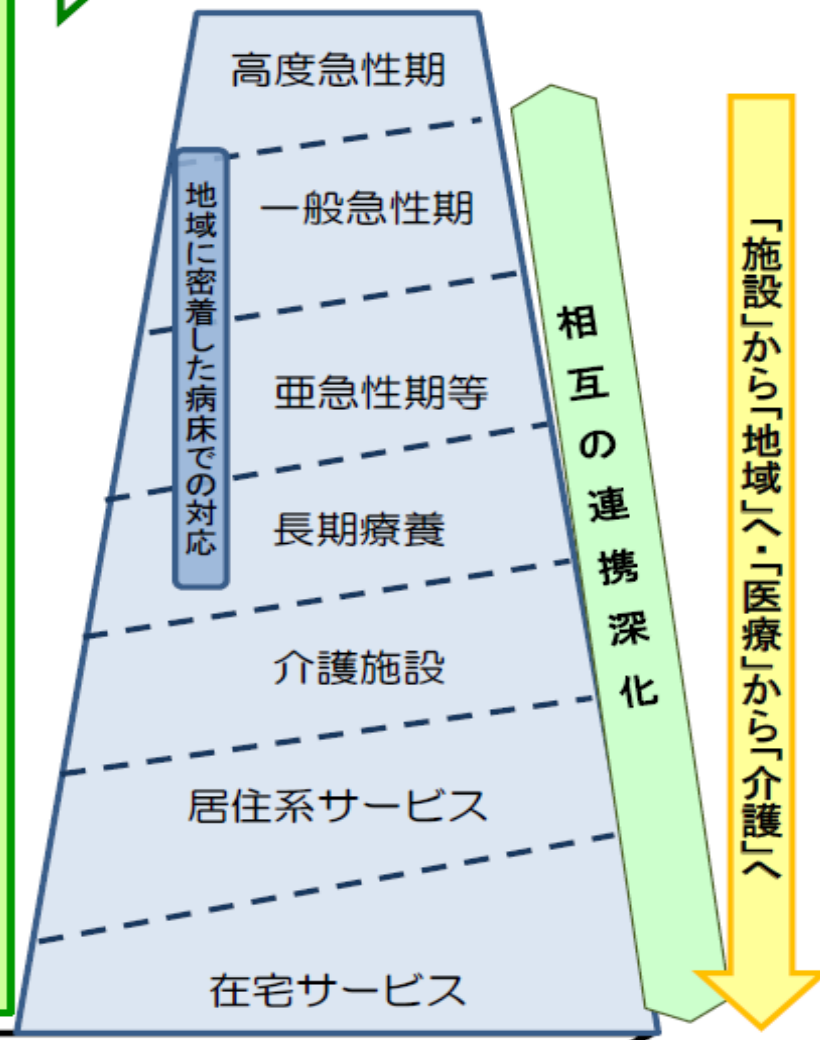
2012年以降、診療報酬・介護報酬の体系的見直し

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

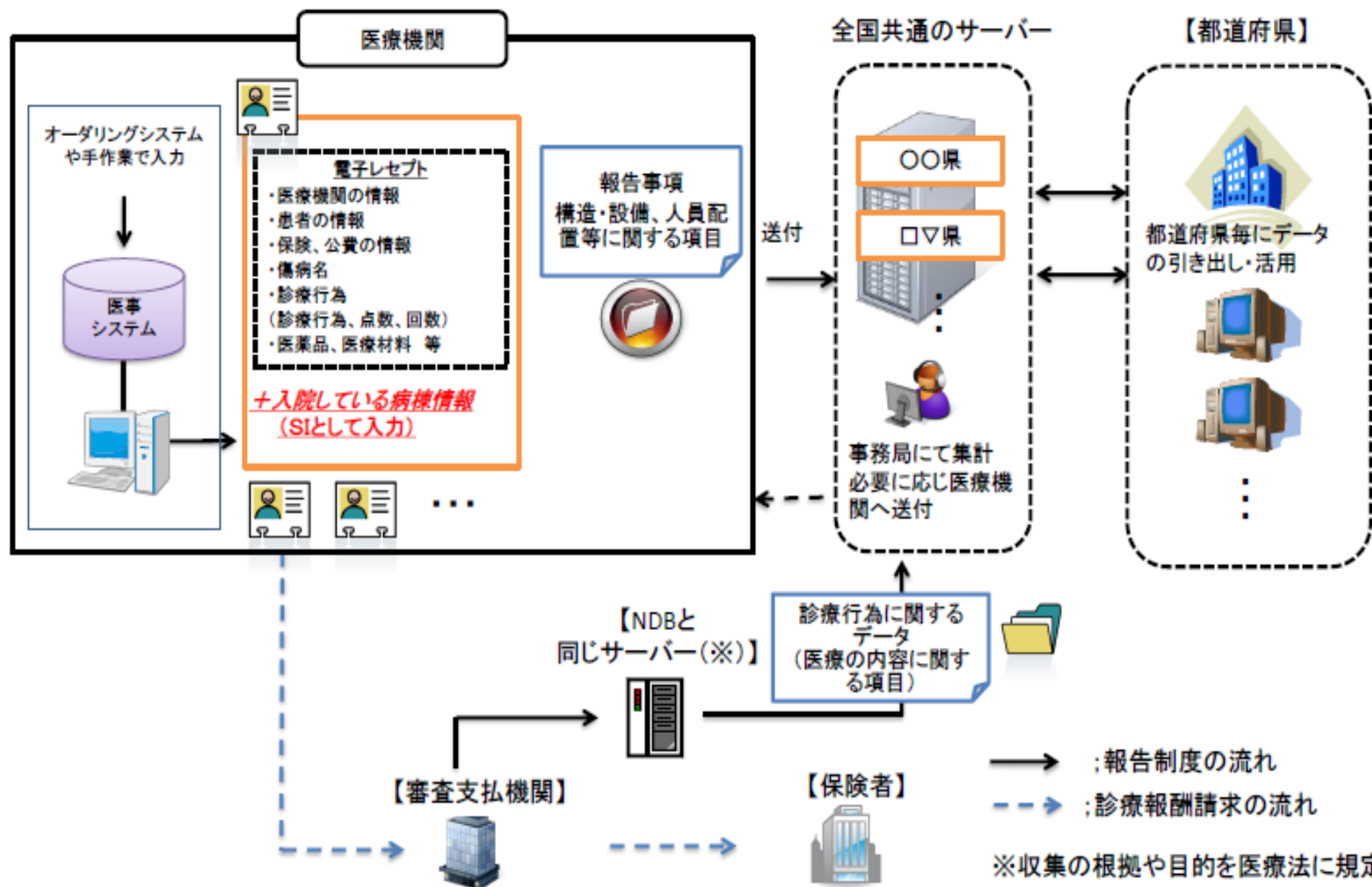
(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 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



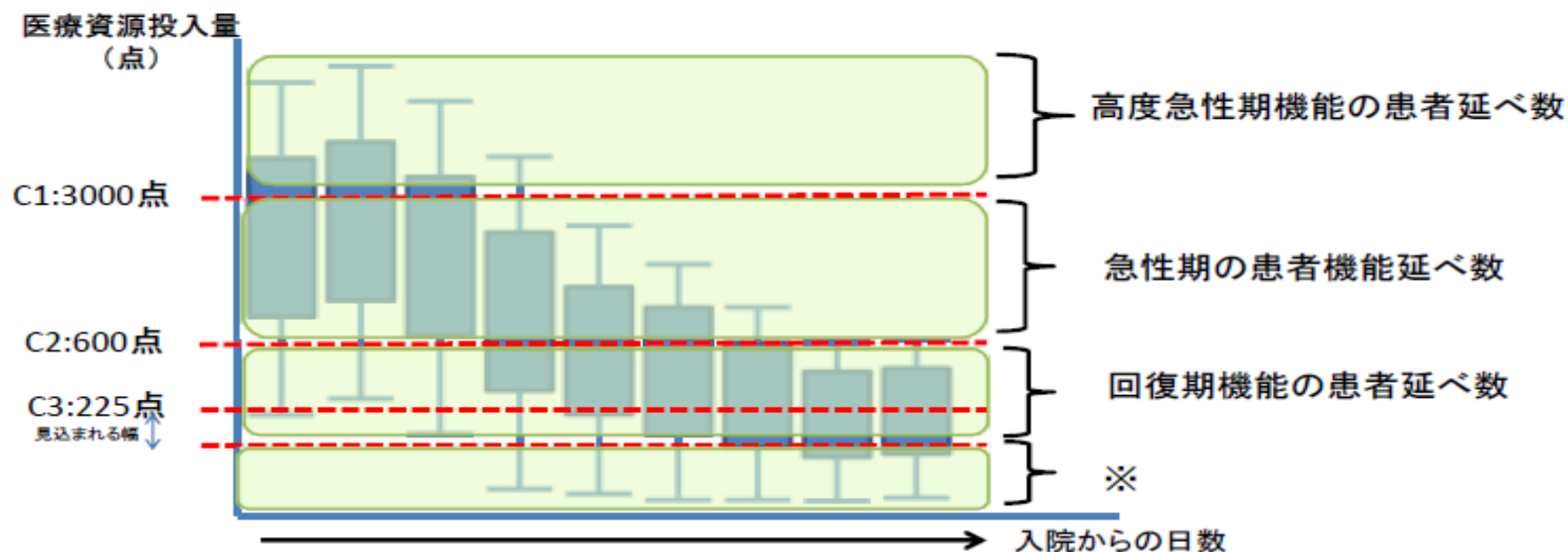
地域医療構想調整会議で
医療提供体制(必要病床数)
を協議

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。

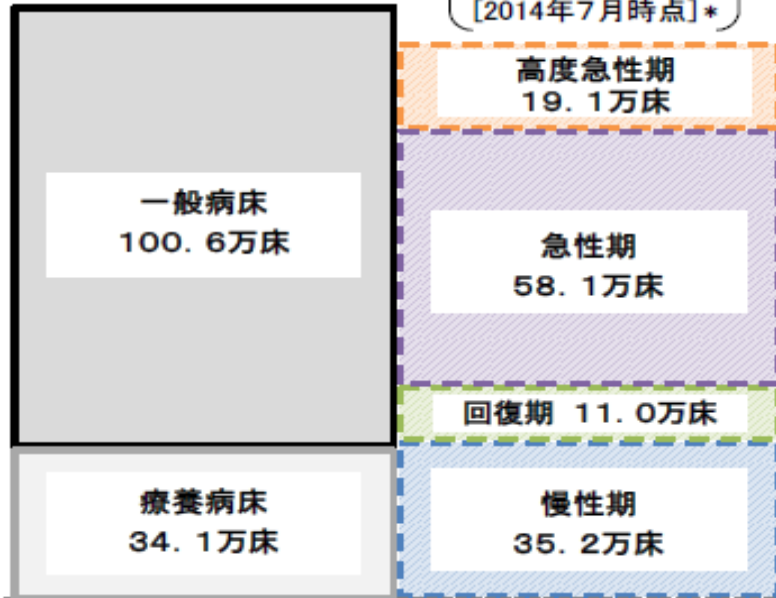
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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



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、機能区分別に分類し、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

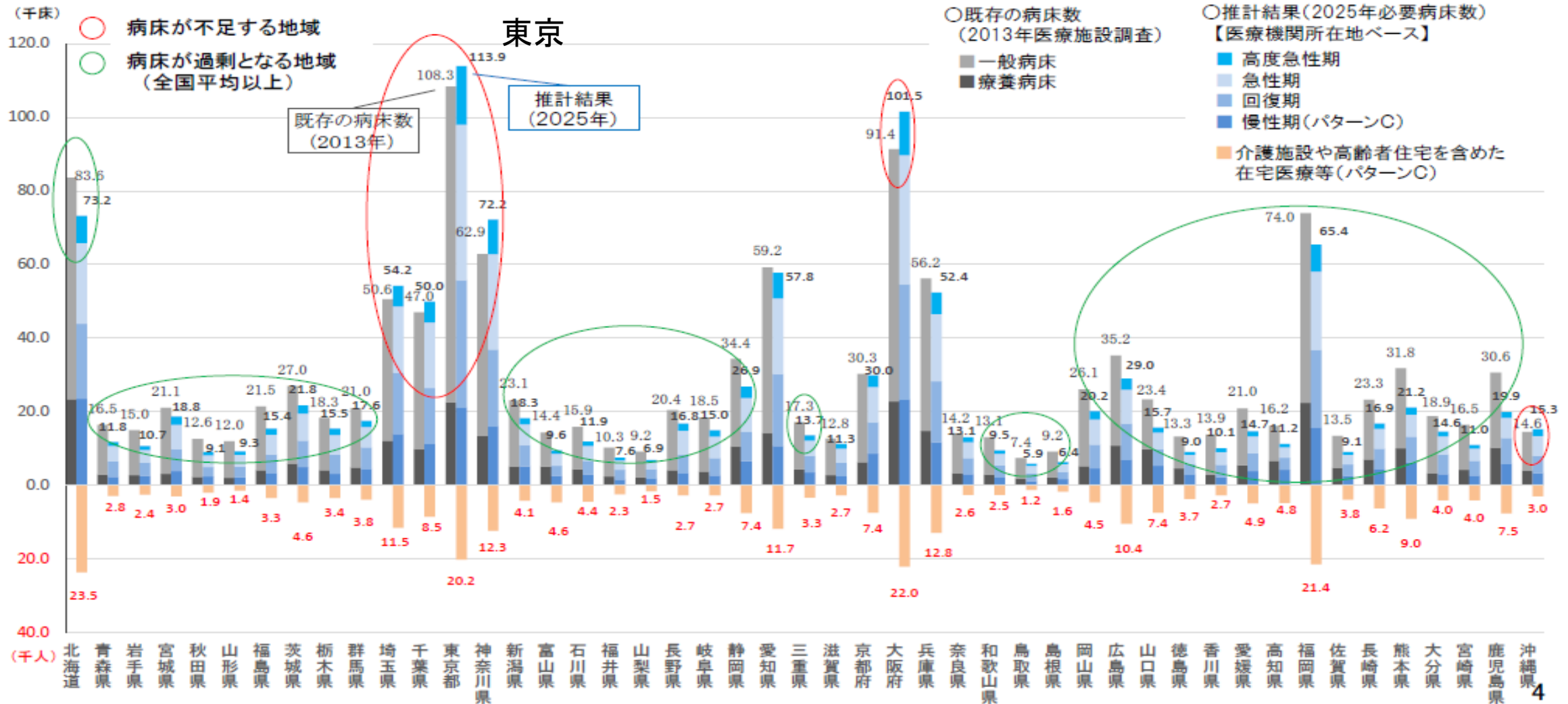
医療資源投入量が少ないなど、一般病床・療養病床以外でも対応可能な患者数を推計

* 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

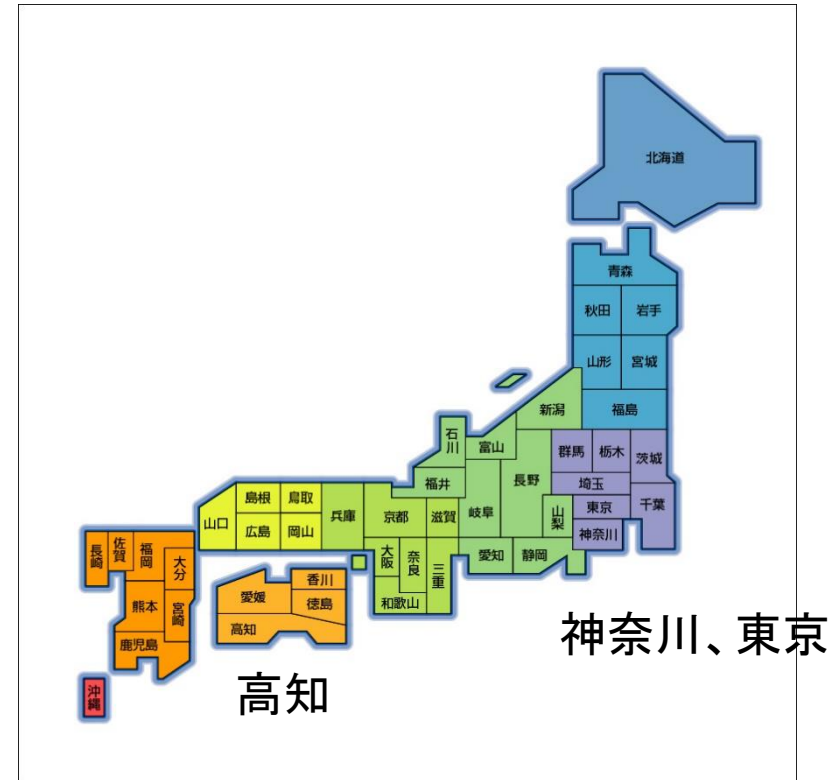
2025年の医療機能別必要病床数の推計結果(都道府県別・医療機関所在地ベース)

- 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)

- 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

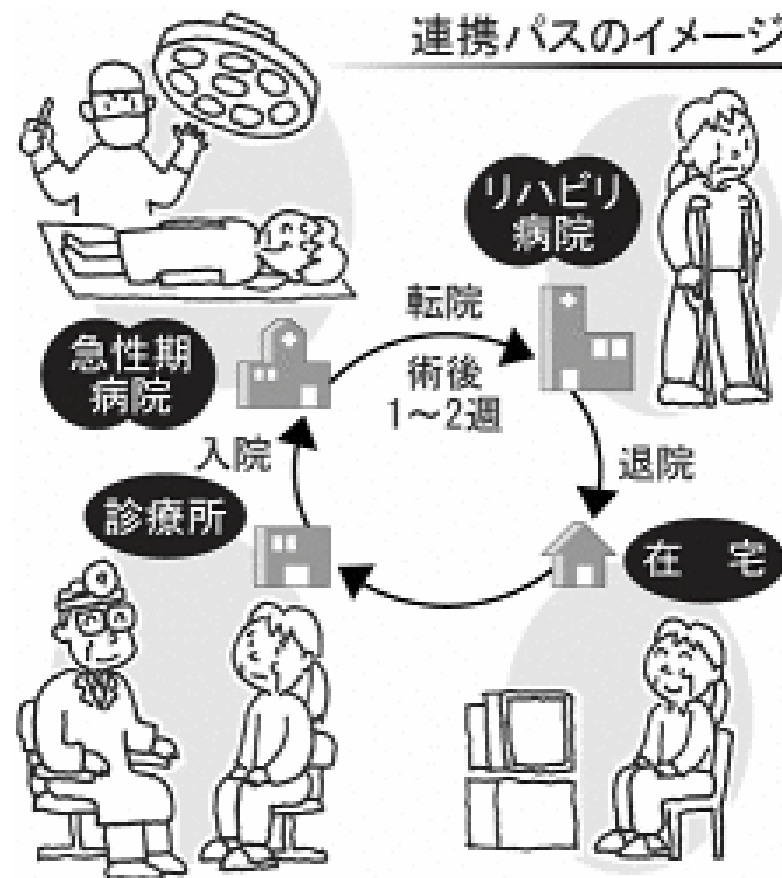
医療計画作成指針(07年7月通知)

- 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:

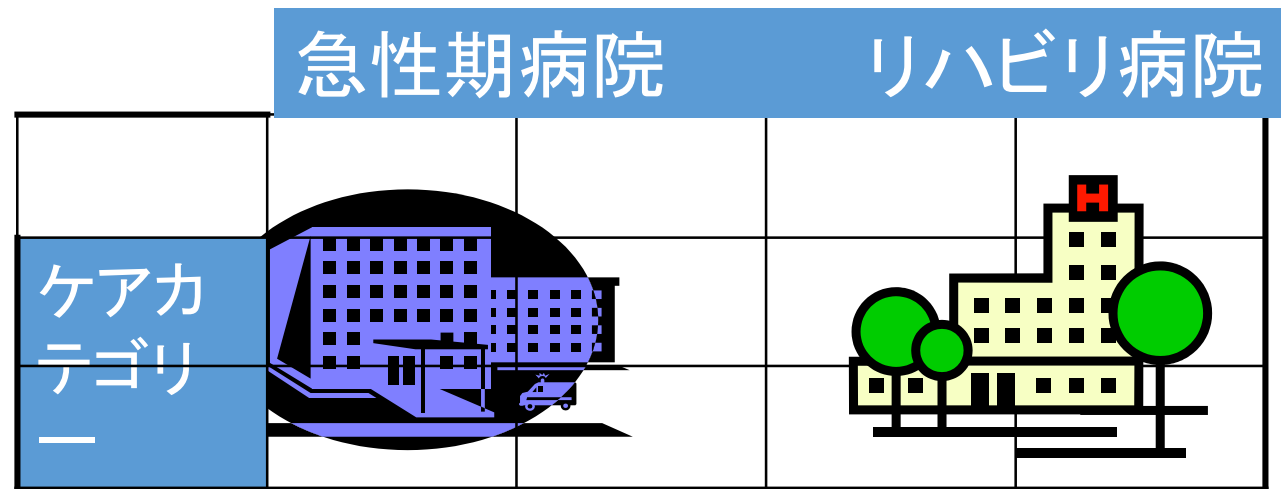
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創設に伴う合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない。 #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム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)	内視鏡下で胃瘻造設	交差スプレーヤー切除			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	
排泄		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策								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	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		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	内服継続	内服中止	内服中止					内服継続	
		体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 腹満() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	
観察		褥創()	褥創()	褥創()	褥創()					褥創()	
記録											
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



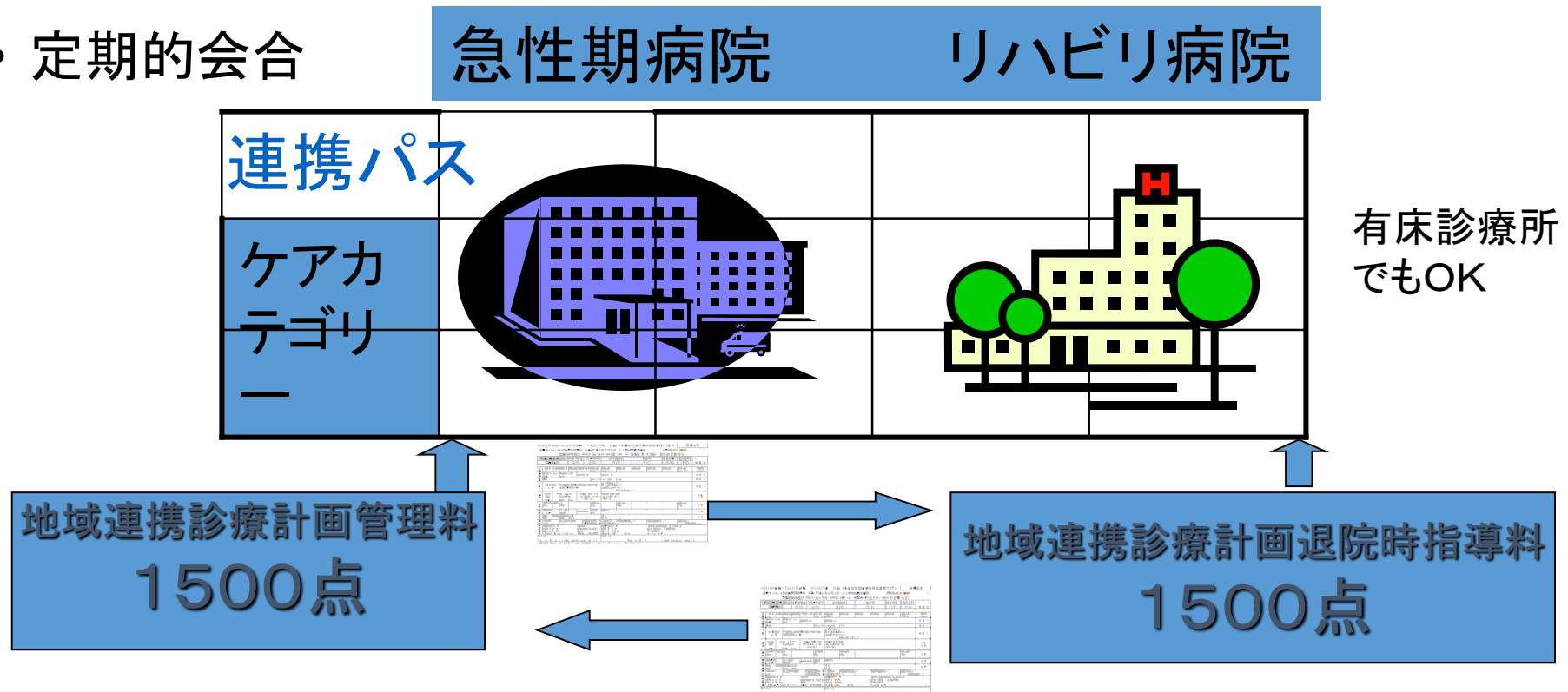
整形外科疾患や脳卒中で始まった

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



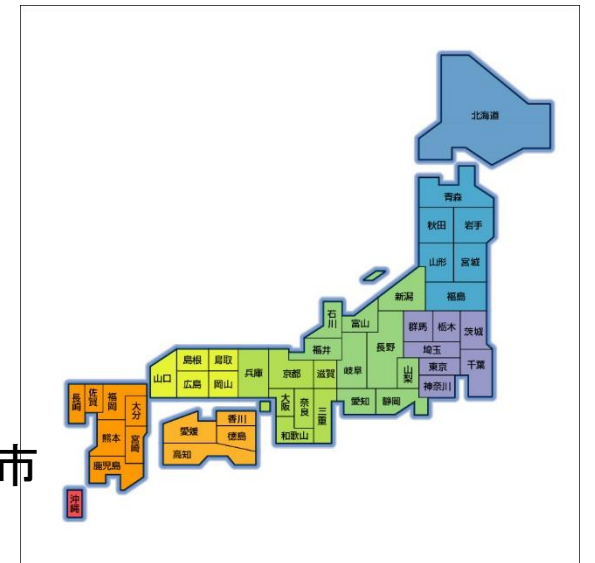
定期的な会合



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
経過	〇/〇					転院〇/〇	完〇/〇					完〇/〇	
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						自・監・介
清潔	清拭				創チェック		入浴可		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		退院基準(受傷前歩行能力獲得)				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 有・無	
検査	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						有・無	
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後 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		家屋改修指導〇/〇				退院後訪問〇/〇	
退院時情報	問題行動: 有・無			可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度							
	痴呆: 有・無・疑い			筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇							
	痛み: 有・無(部位:)			筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇							
	意欲: 有・無・どちらとも言えない			薬: 飲薬・坐薬(回/日)		薬: 飲薬・坐薬(回/日)							

【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

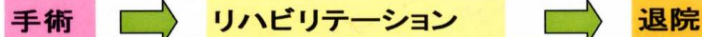
* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過)をメールでバックして頂ければ幸いです。

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』



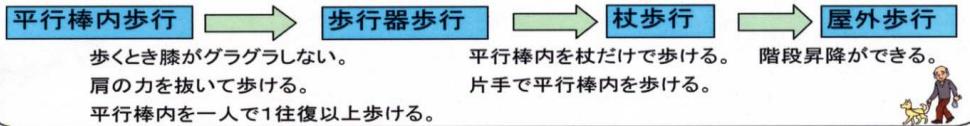
* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

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!



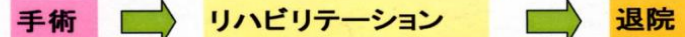
【右写真を参照】

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	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)			

()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	□朝食は、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	□排便ありません		
歩	歩みに応じて訓練で引っぱります (疲れないように)	□手術が終わって、3時間まで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	□3時間たったら、身体をおこせます	□車椅子で移動出来ます	□平行棒内での起立から徐々に歩き始めます	
排	□排便の確認をします	□術後おしっこがはいていきます	□おしっこの管が付けてからトイレが可能です		
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	□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	□褥瘡の確認	□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	□必要に応じて鎮痛剤(坐薬)使用	□必要に応じて鎮痛剤(注射)使用	□必要に応じて鎮痛剤(坐薬)使用	□必要に応じて鎮痛剤(注射)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 □麻酔科医時説明 □手術室看護時説明	□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。

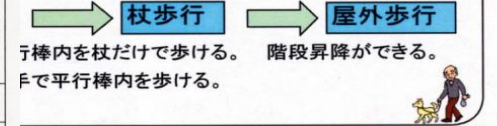
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

開始。

検査	X線検査 血液検査
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	

目標:(自立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

進行の目安



目標:(自宅・施設)

を生活の場を通して実践

で注意しましょう。

から一段ずつ始めた方が楽です。

生活が目標の方)

と異なります。リハビリスタッフにご相談ください。

レポート数: 10

ソフト済み

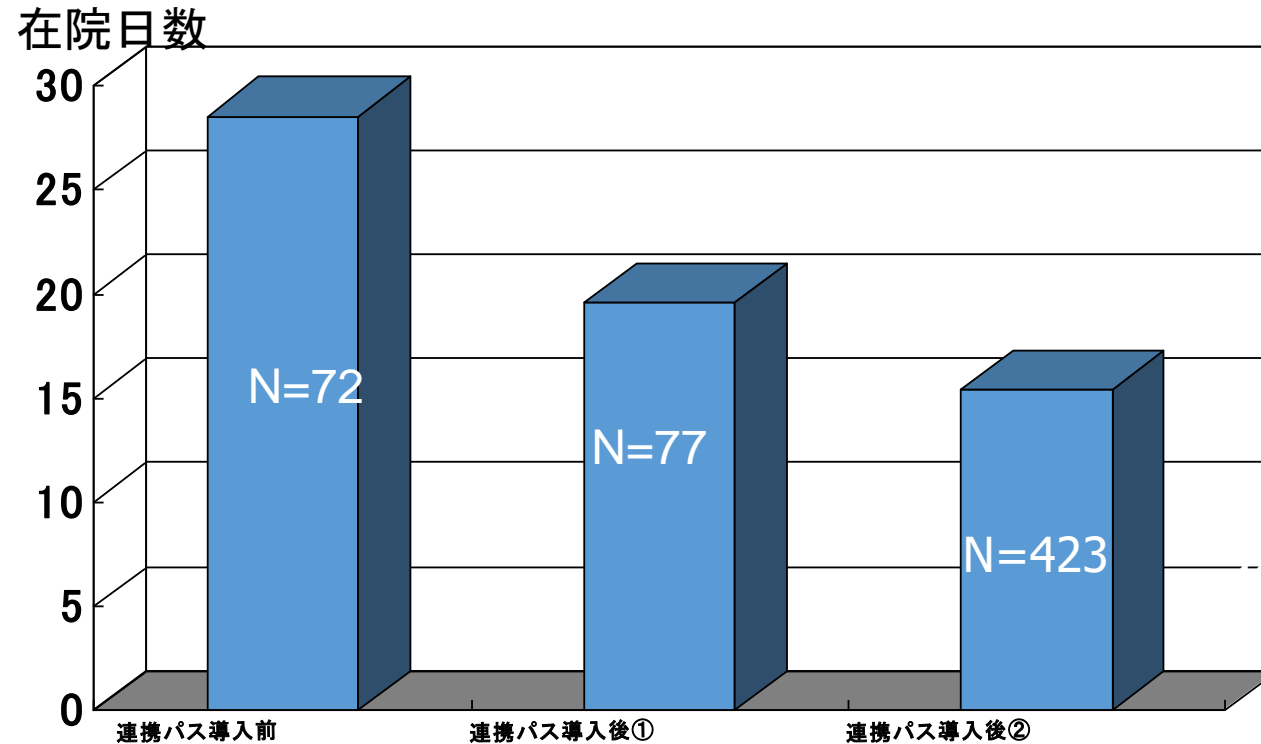
熊本医療センター → **にしくまもと病院** イニシャル: 氏 N. 名 S. | 95歳 女性 | 診断名: **左左大腿骨頸部骨折** | 患者No: 1
 ID: 702557 | 手術日: 平成16年3月24日 | 手術: **γネイル**
 受傷日: 平成16年3月23日 | 受傷場所: | 受傷機転: |
 受傷前歩行能力: **伝え歩き** | 補助道具: **伝え歩き** | 最終到達目標: 屋内: | 屋外: | 退院後: |
 到達目標: 移動能力 | 車椅子坐位 | 平行棒内歩行 | 歩行器歩行 | 杖歩行 | 階段昇降 | 屋外歩行 | 最終歩行獲得レベル |
 訓練開始日: 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:		ROM: 股関節屈曲 95°	ROM: 外転 35°	MMT: 大腿四頭筋力 3	MMT: 中殿筋力 2	荷重制限:	問題行動:	禁忌肢位:	ROM: 股関節屈曲 °	ROM: 外転 °	MMT: 大腿四頭筋力	MMT: 中殿筋力
記載日	平成16年4月9日		【コメント】		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。		記載日		【コメント】						
担当医	田中あづさ						担当医								
看護師							看護師								
理学療法士	橋本 政和														
既往症							パリアンス								

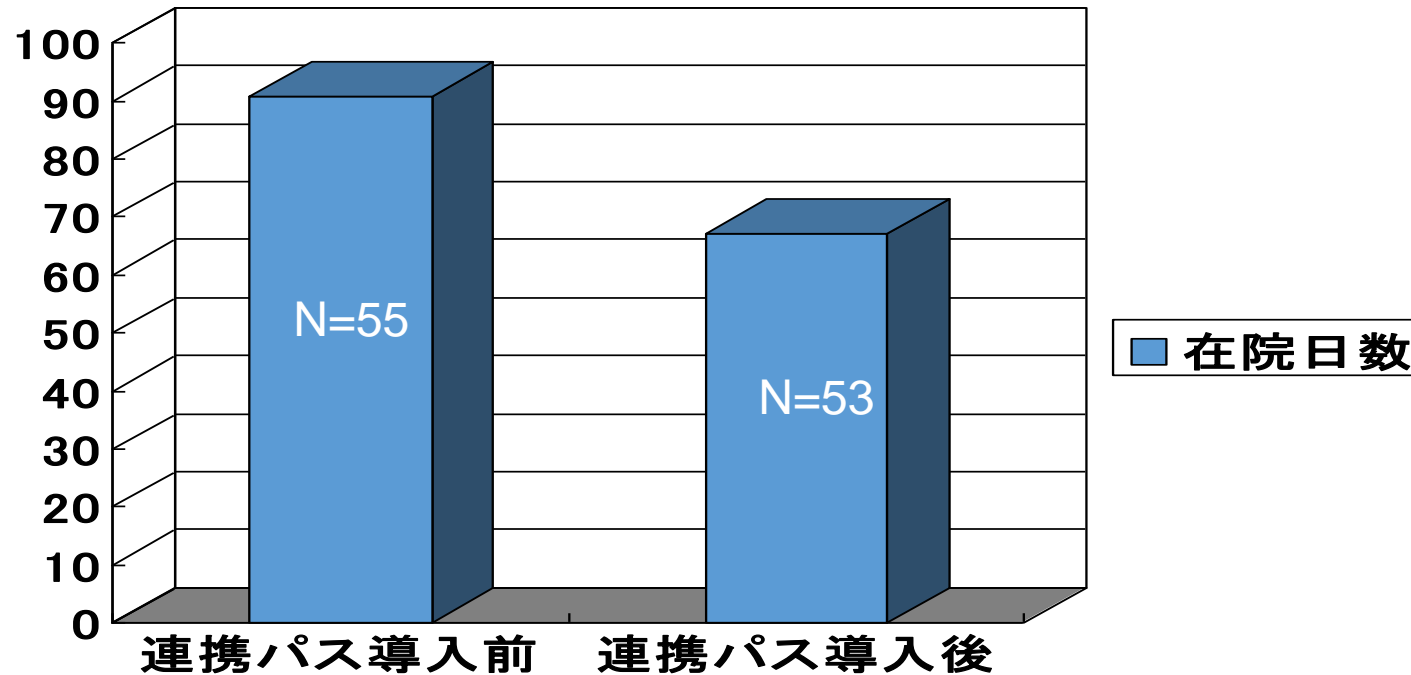
地域連携クリティカルパスの効果

- 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

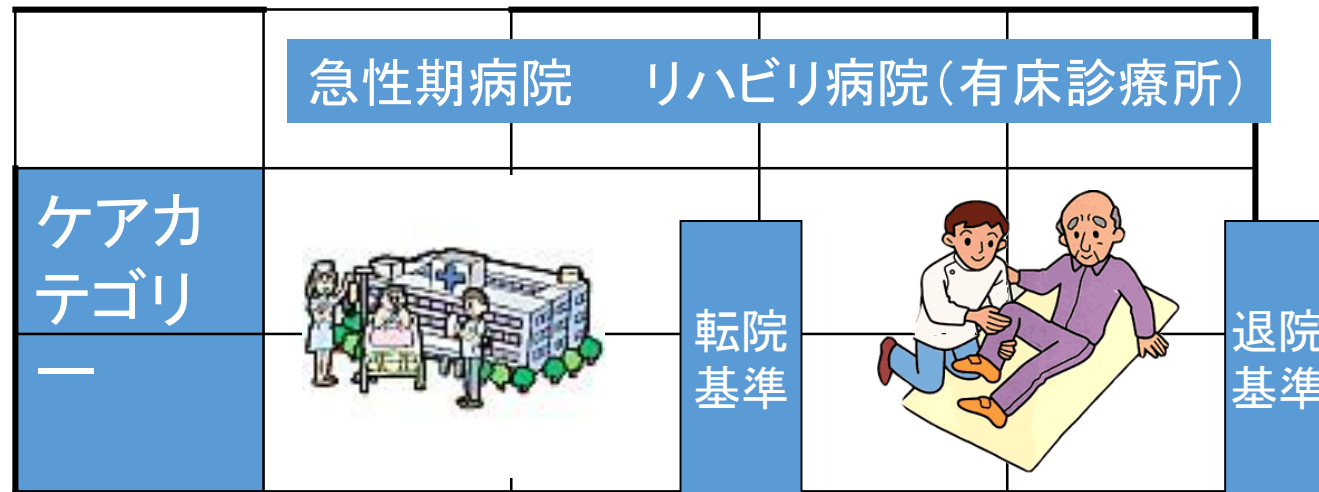


中医協総会

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

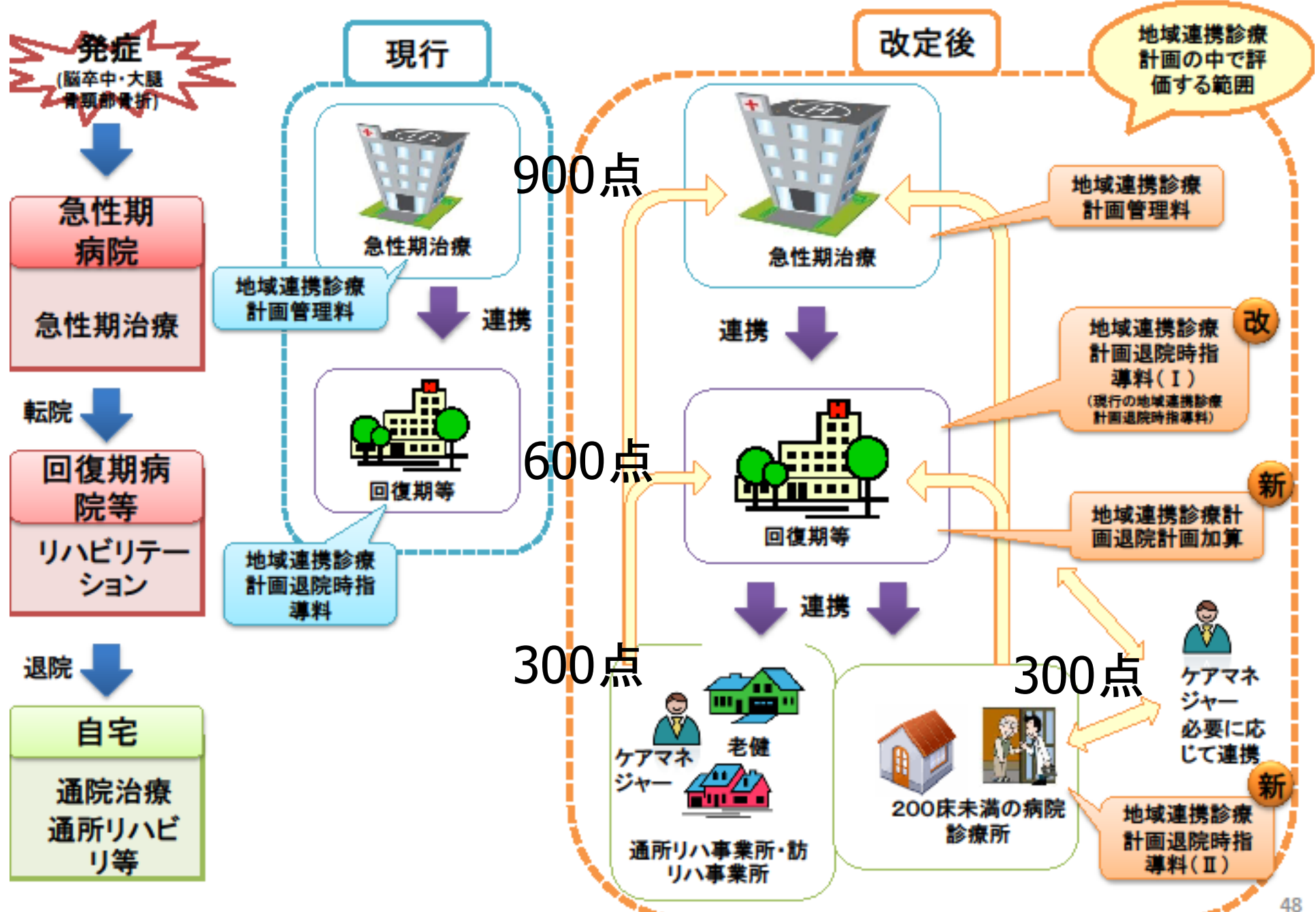
地域連携診療計画退院時指導料
600点

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

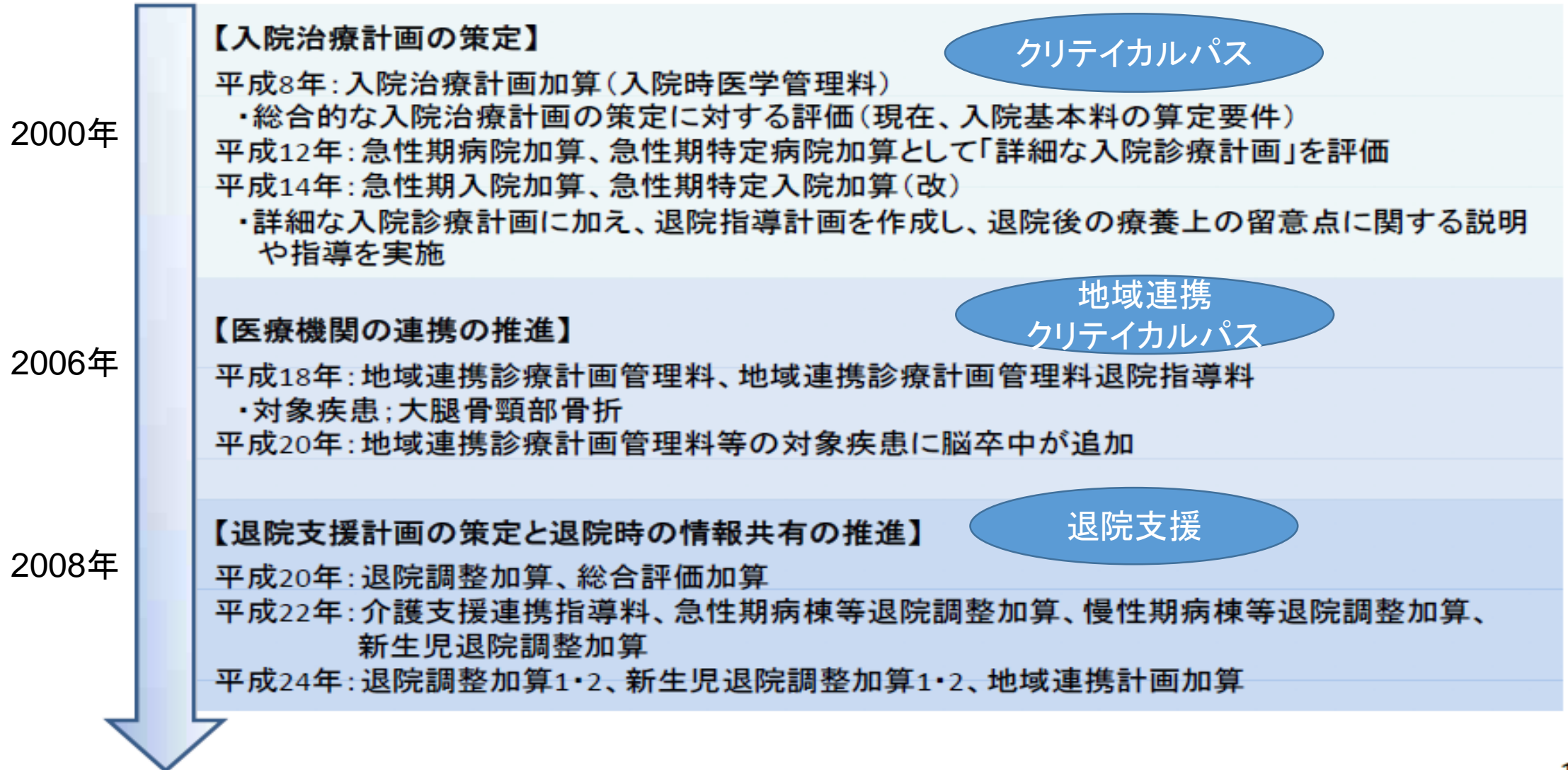


診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会
委員名簿

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

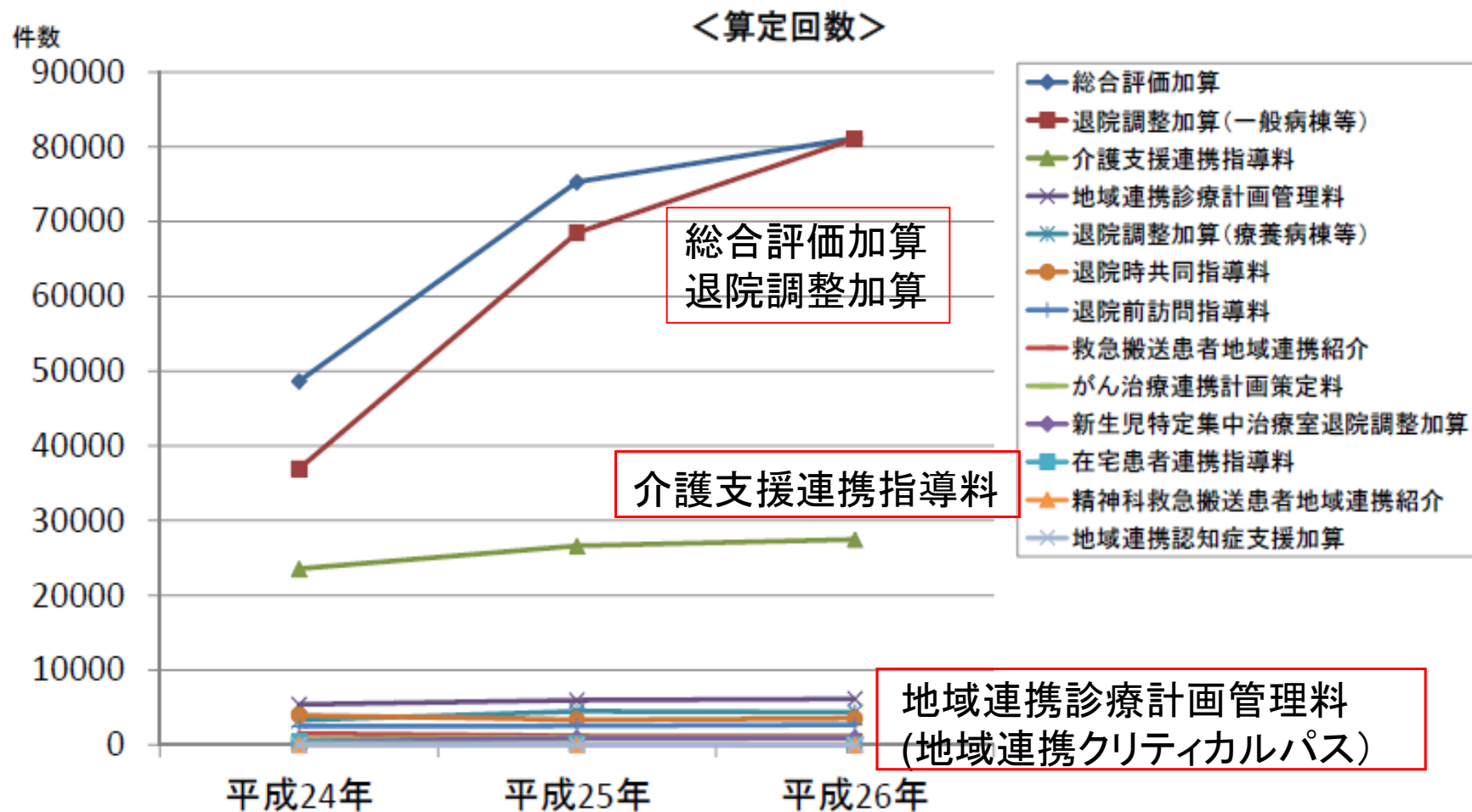
○：分科会長

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

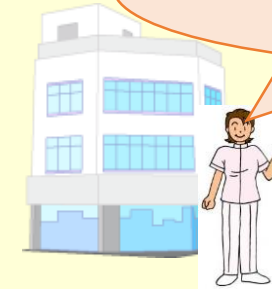
- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(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



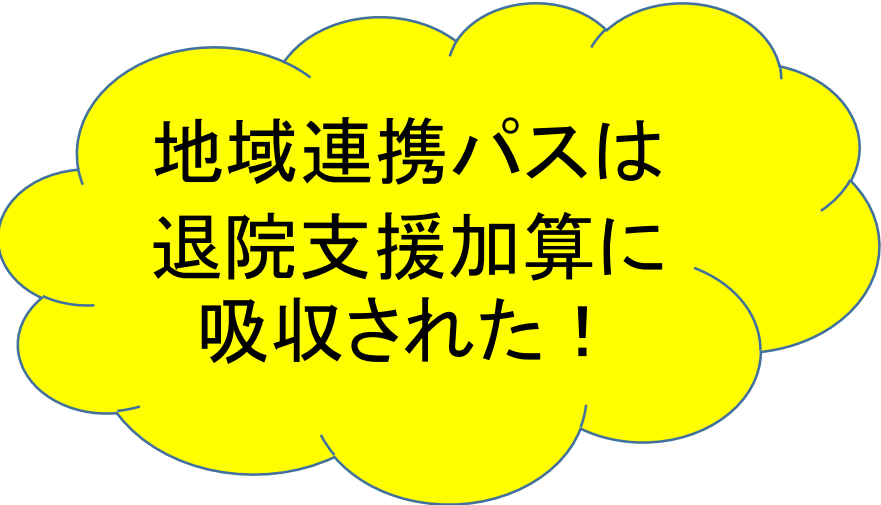
「退院支援加算」
が新設された

[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！

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

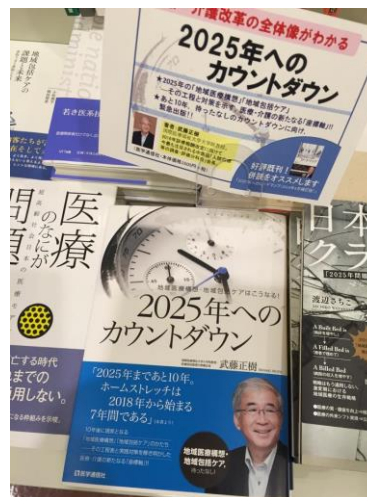
2025年へのカウントダウン

～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