

# 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

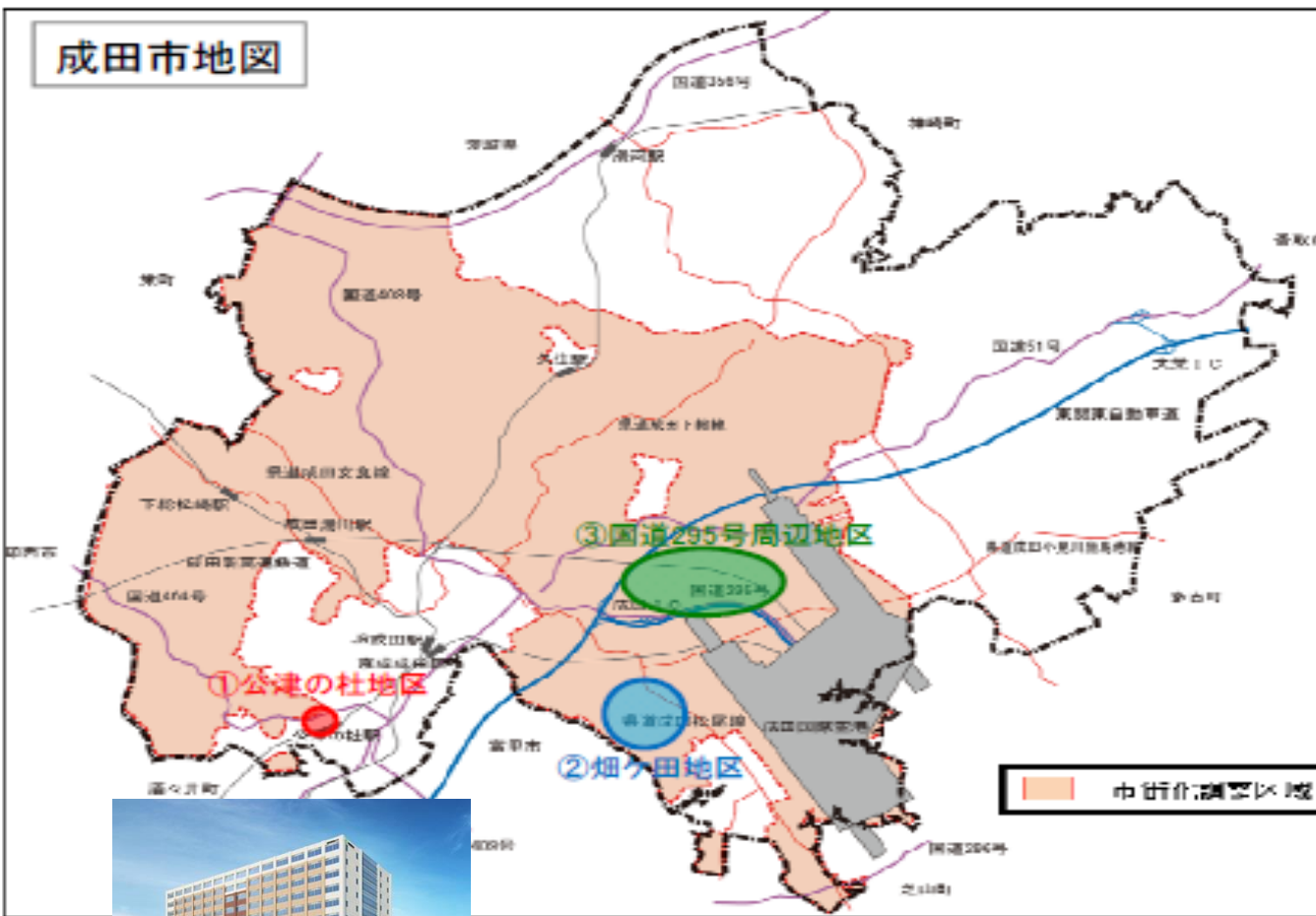
# 国家戦略特区「国際医療学園都市構想」

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。

### 成田市地図



#### 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
  - リハビリと診療報酬・介護報酬の課題
- 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)

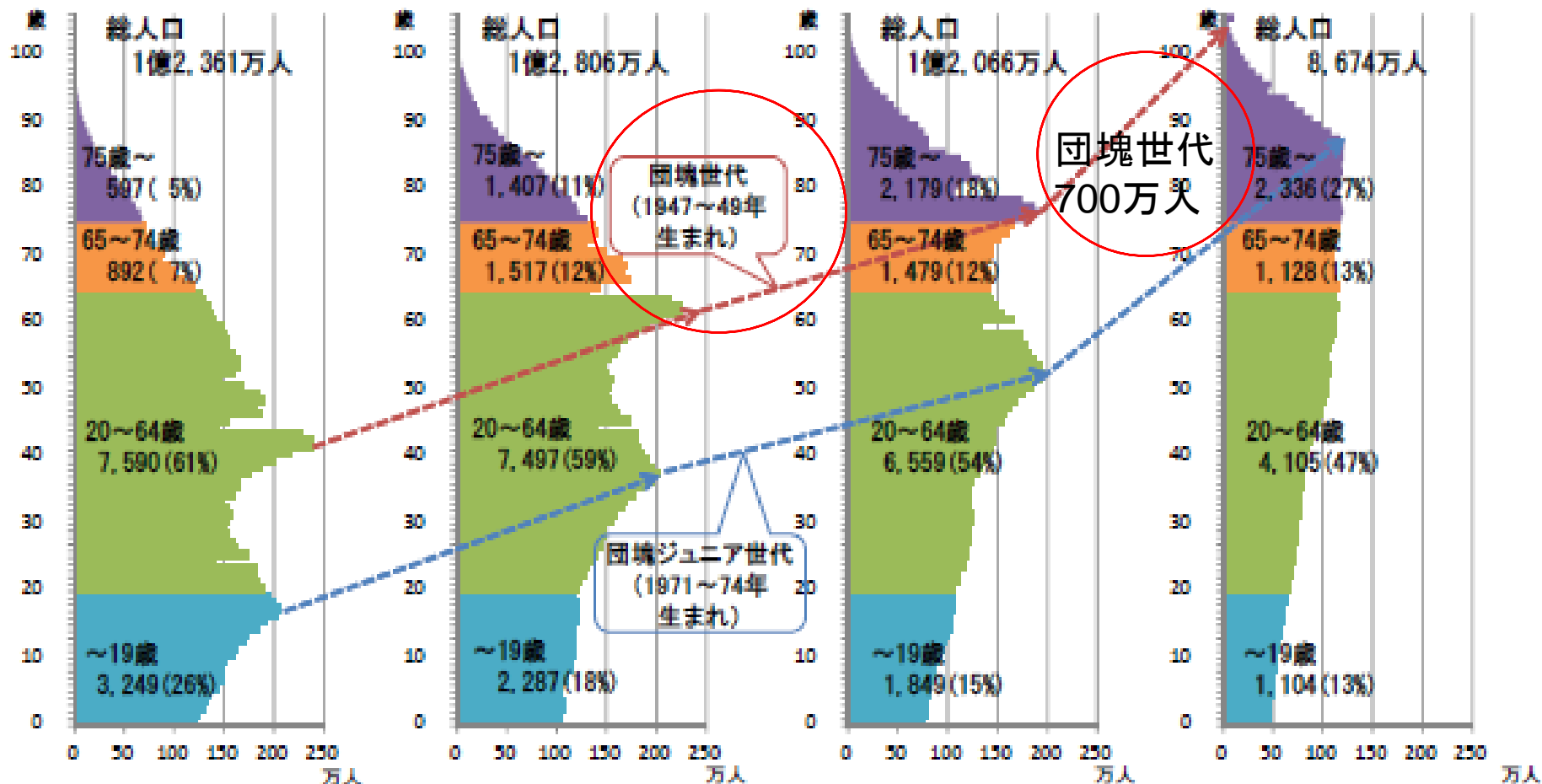
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年(1990年)(実績)

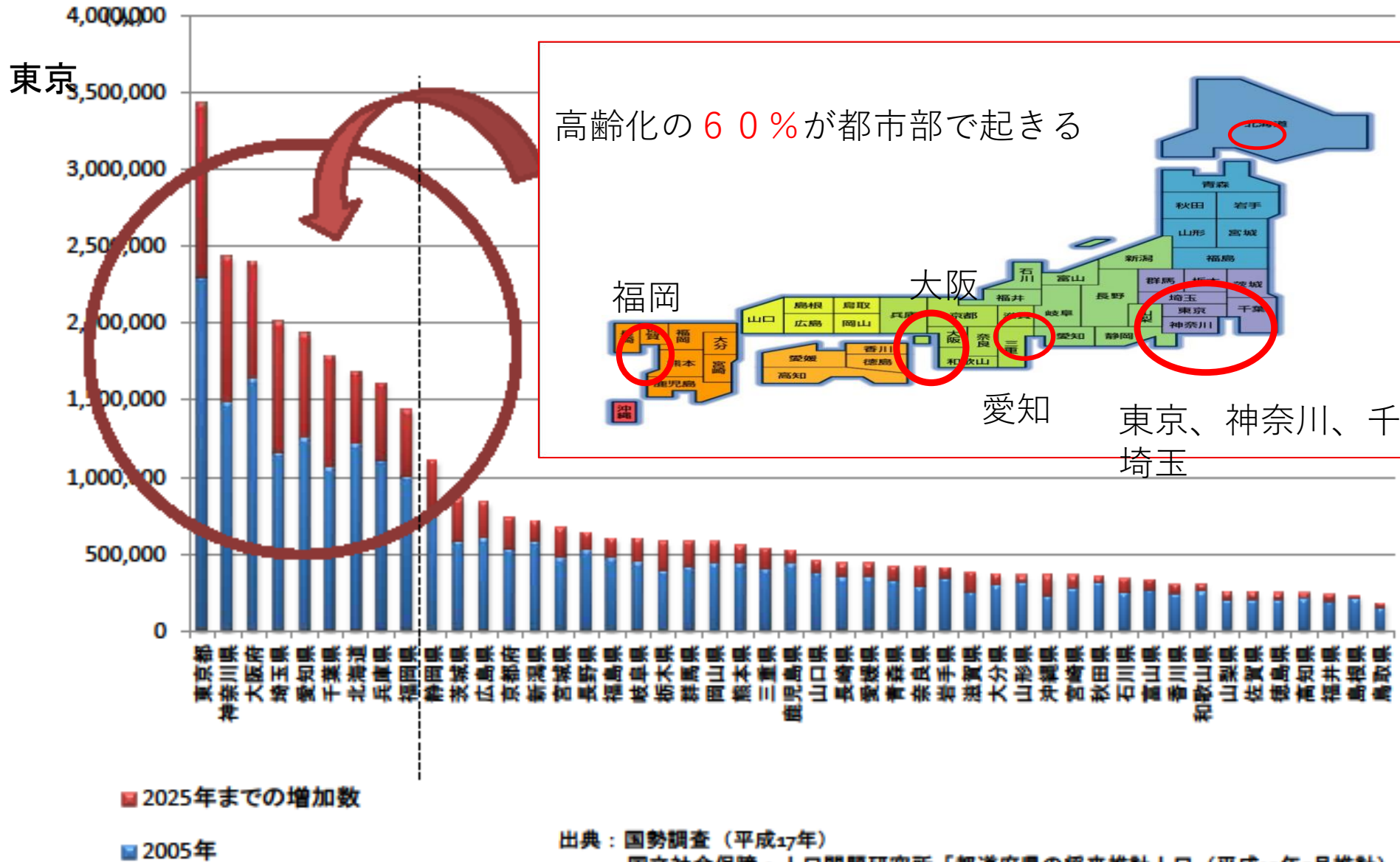
平成22年(2010年)(実績)

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)

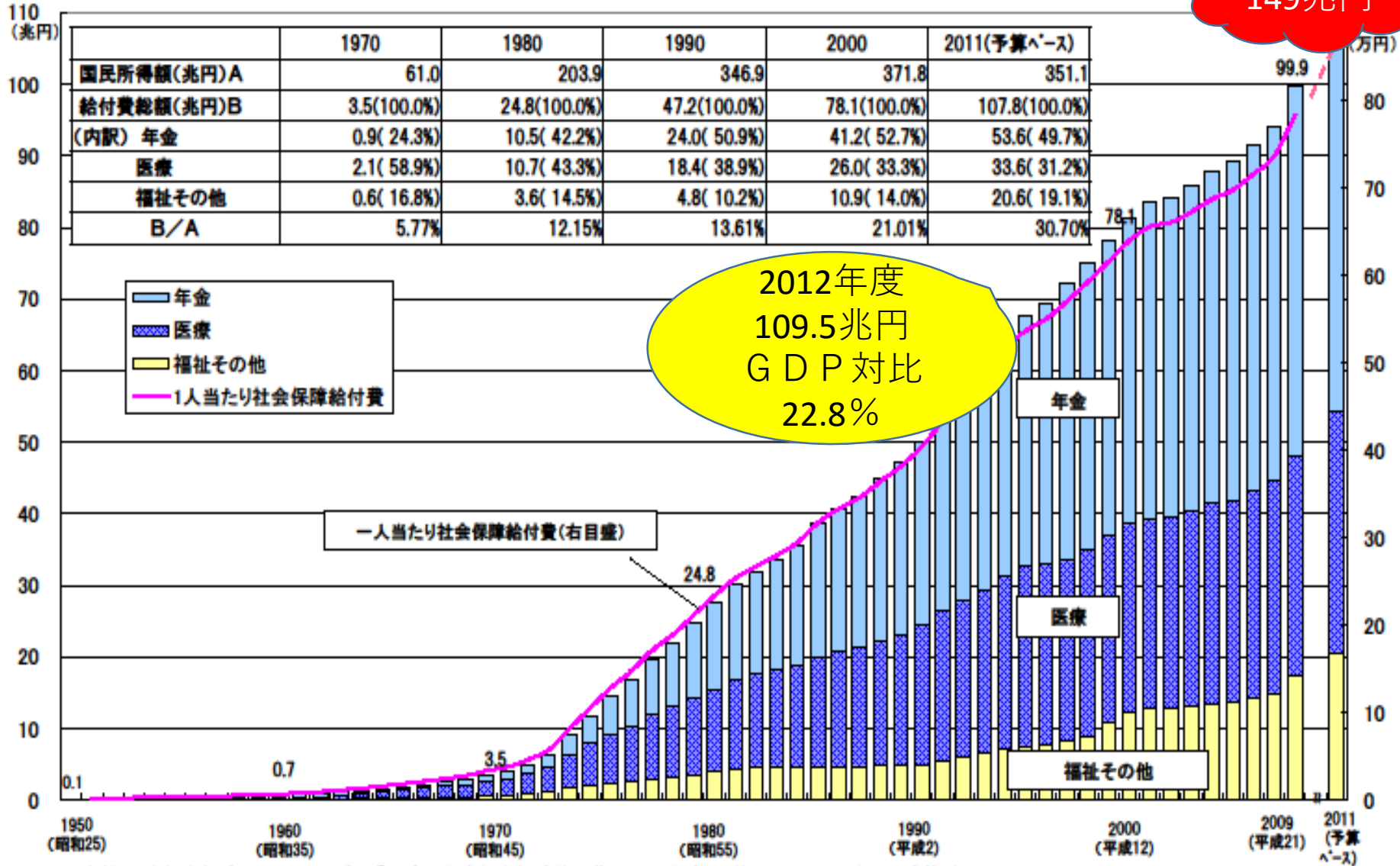


出典：国勢調査（平成17年）

国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成19年5月推計）」

# 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

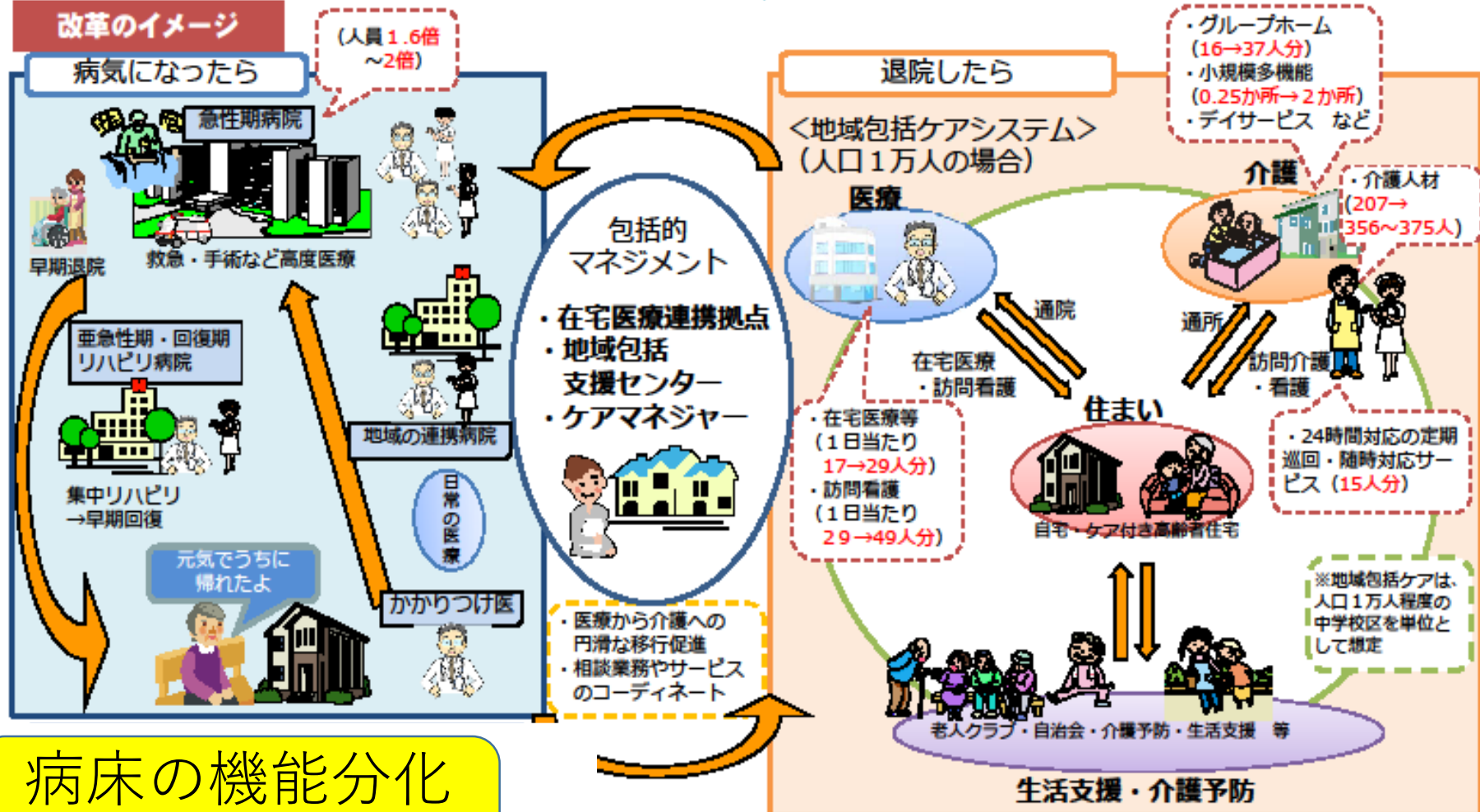
## 改革の方向性 ②

## 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）

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)

「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)

2014年6月18日  
可決成立

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)

(カッコ内は施行時期)

医療

介護

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

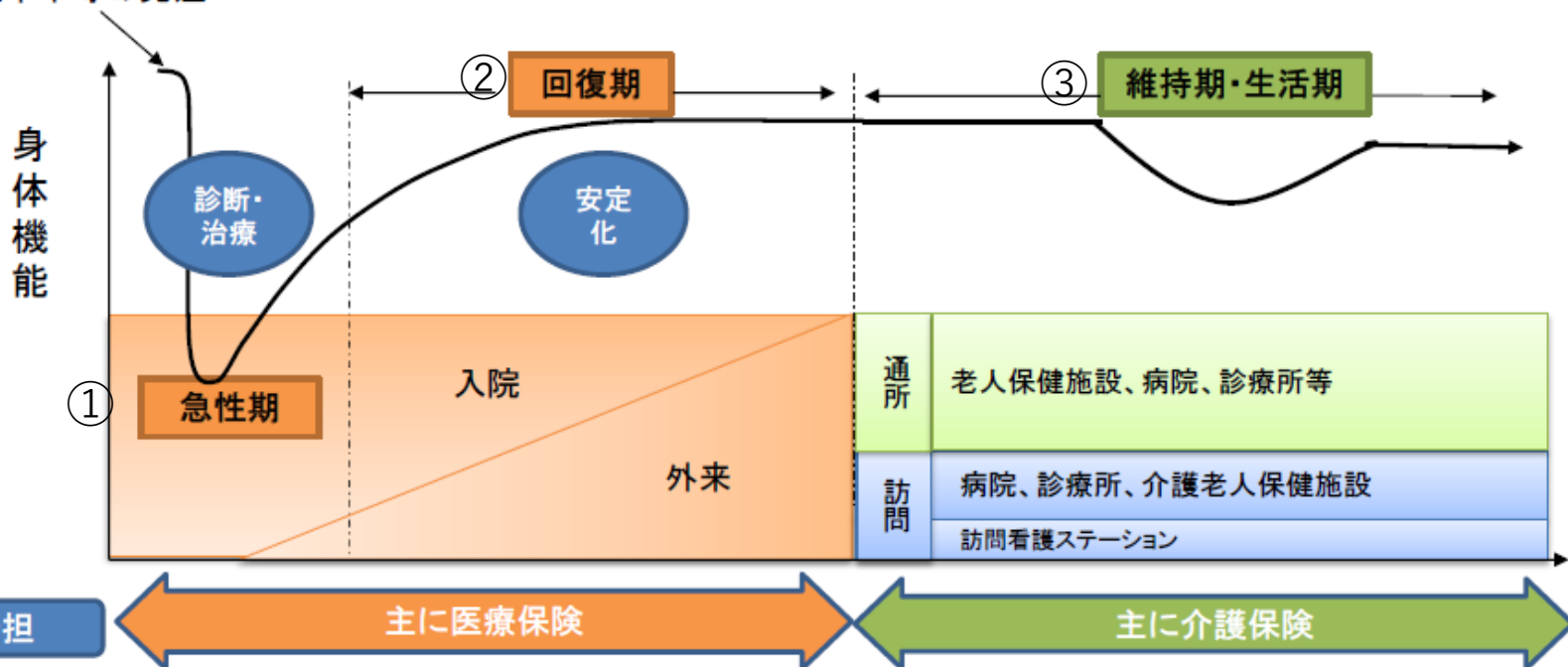
## リハビリテーションと 診療報酬・介護報酬の課題



# リハビリテーションの役割分担

中医協 総 - 1 - 1  
23. 12. 7 改

脳卒中等の発症



	急性期	回復期	維持期・生活期
心身機能	改善	改善	維持・改善
ADL	向上	向上	維持・向上
活動・参加	再建	再建	再建・維持・向上
QOL	—	—	維持・向上
内容	早期離床・早期リハによる廃用症候群の予防	集中的リハによる機能回復・ADL向上	リハ専門職のみならず、多職種によって構成されるチームアプローチによる生活機能の維持・向上、自立生活の推進、介護負担の軽減、QOLの向上



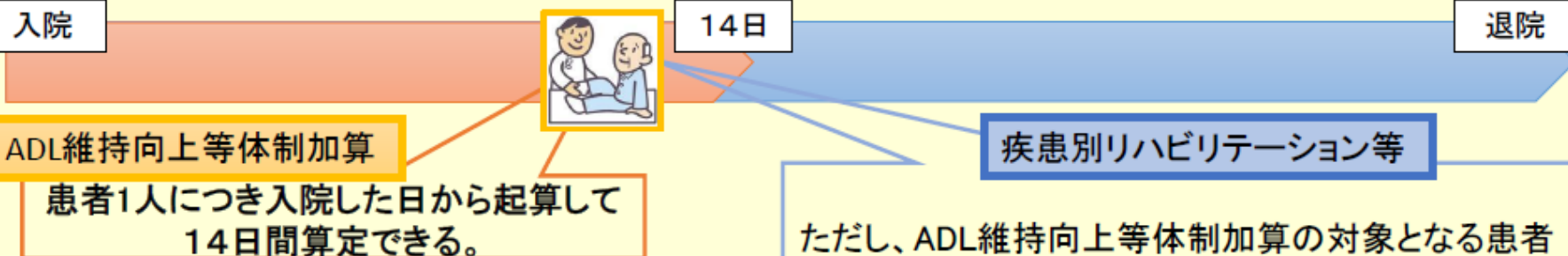
# ①急性期病棟における リハビリ強化

**ADL維持向上体制等加算**

## 急性期病棟におけるリハビリテーション専門職の配置に対する評価

## 入院患者のADLの維持、向上等に対する評価

- 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟）または専門病院入院基本料の7対1病棟、10対1病棟について、リハビリテーション専門職を配置した場合の評価を行う。

**（新） ADL維持向上等体制加算 25点（患者1人1日につき）**

## 目的

入院患者のADLの維持、向上等

## 取組内容

1. 定期的なADLの評価
2. ADLの維持、向上等を目的とした指導
3. 安全管理
4. 患者・家族への情報提供
5. カンファレンスの開催
6. 指導内容等の記録

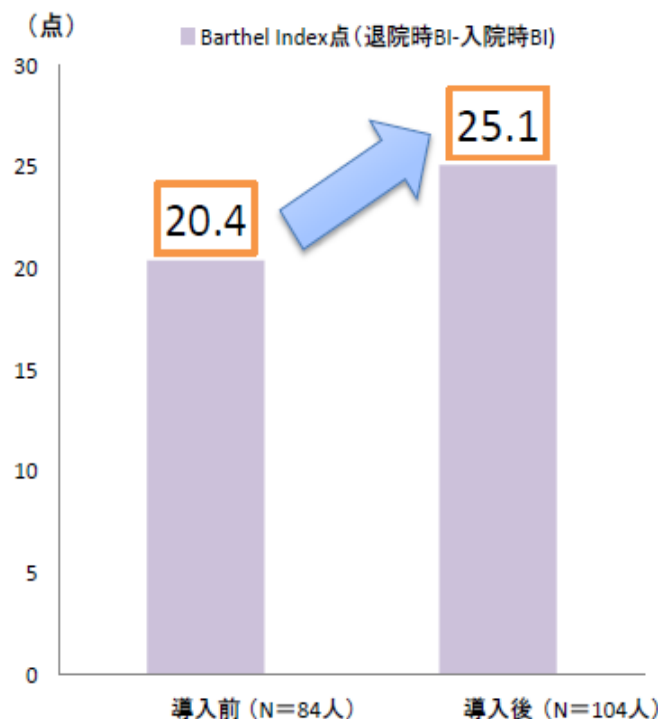
## 疾患別リハビリテーション等

ただし、ADL維持向上等体制加算の対象となる患者であっても、心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料、摂食機能療法、視能訓練、障害児(者)リハビリテーション料、がん患者リハビリテーション料、認知症患者リハビリテーション料及び集団コミュニケーション療法料を算定した場合は、当該療法を開始した日から当該加算を算定することはできない。

対象 : 広島大学病院実績  
 期間 : (病棟配置導入前)07年10月~08年3月 (病棟配置導入後)08年10月~09年3月  
 病棟 : 脳神経内科・脳神経外科病棟  
 人員配置: 理学療法士2名を専属  
 専属理学療法士の業務: ・病棟内でのリハビリテーション ・脳神経内科・脳神経外科それぞれの症状検討カンファレンス(1/週、60~120分)  
 ・病棟カンファレンス(1/週、30分)に毎週参加 ・カンファレンスでは患者のリハビリ状況をビデオ撮影し、平均3例の経過報告を5分程度毎週行う。  
 ・看護師を対象とした勉強会を開催

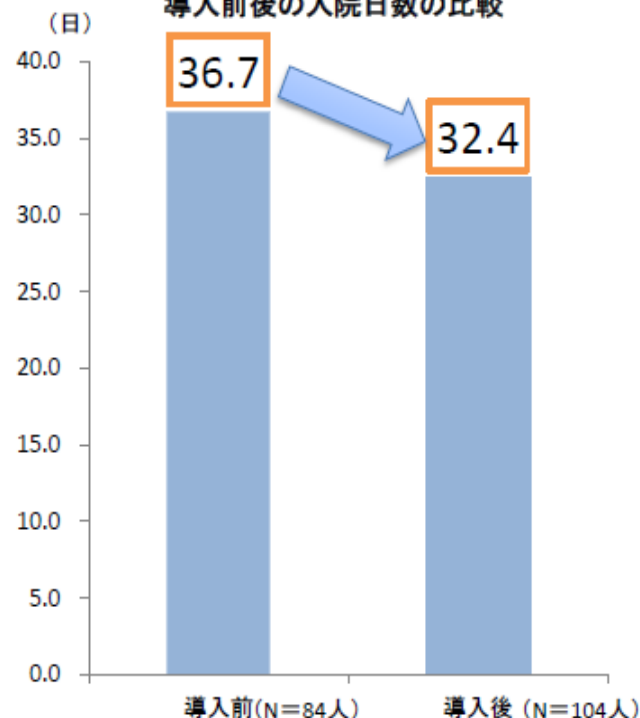
## ADLの早期回復

入院患者のADL回復程度 (Barthel Index:BI※)の比較  
 (理学療法士の病棟配置導入前後の比較)



## 入院日数の短縮

理学療法士の病棟配属体制の導入前後の入院日数の比較



※BI: 基本的な生活動作に対する評価(食事・移動・整容等10項目)

出典: 平田, 他 国立大学法人リハビリテーション科・メディカル学術大会誌 31, 20-22, 2010 ー日本理学療法士協会提供資料ー

・理学療法士の病棟配置により、入院患者のADLの回復促進、入院日数の短縮につながった。

# ADL維持向上等体制加算の届出状況・算定状況

- ADL維持向上等体制加算の届出、算定は、平成26年現在で一部の病院に限られている。

項目	届出医療機関数	算定回数／月
一般病棟(7対1、10対1)、 特定機能病院入院料一般7対1、10対1 専門病院入院基本料一般7対1、10対1	3,837	4,822,590
うち ADL維持向上等体制加算	32(0.8%)	7,150(0.1%)

出典：  
定例報告(平成26年7月現在)  
社会医療診療行為別調査(平成26年6月審査分)

2014年改定で導入されたADL維持向上等体制加算は普及しなかった！

## 質の高いリハビリテーションの評価等③

### 初期加算、早期加算の算定要件等の見直し

▶ 早期からのリハビリテーションを推進するため、疾患別リハビリテーション料の初期加算、早期加算の評価を適正化する。

現行	改定後
初期加算、早期加算の対象 (特に疾患名による区別なし)	初期加算、早期加算の対象 慢性疾患については手術や急性増悪を伴う場合のみ
初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、治療開始日	初期加算、早期加算を算定できる期間 心大血管疾患リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料の場合、発症等から7日目又は治療開始日のいずれか早いもの
慢性疾患のリハビリテーションの標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪から起算	慢性疾患のリハビリテーション料の標準的算定日数 脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料については、発症、手術又は急性増悪がある場合はその日から、それ以外は最初の診断日から起算

[経過措置]

平成28年3月31日時点で早期リハビリテーション加算又は初期加算を算定しているものについては従来通り。

平成28年3月31日時点で脳血管疾患リハビリテーション料(廃用症候群の場合を含む。)及び運動器リハビリテーション料を算定しているものについては、当該時点における標準的算定日数を適用

### ADL維持向上等体制加算の施設基準の見直し等

▶ ADL維持向上等体制加算に係る現行の評価、施設基準を一部見直し、急性期からの早期からのリハビリテーションの実施を促すとともに、質や密度の高い介入を行っていると思われる病棟の評価を充実させる。

現行	改定後
ADL維持向上等体制加算 25点	ADL維持向上等体制加算 80点(改) (あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務した日に限り算定)
[要件] 常勤理学療法士等が専従1名以上 等	[要件] 常勤理学療法士等が専従2名以上又は専従1名+専任1名以上 等

▶ アウトカム評価として、入退院時のADLを比較するにあたり、入院日から起算して4日以内に外科手術を行い、外科手術の日から起算して3日目のADLが入院時より30以上低下した場合は、退院又は転棟時におけるADLは、入院時のADLとではなく、当該外科手術の日から起算して3日目のADLと比較するものとする。

## ②回復期リハへの アウトカム評価の導入



初台リハビリテーション病院 石川誠先生

## 回復期リハビリテーション病棟入院料の概要(前ページから続く)

### 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定対象(回復期リハビリテーションを要する状態)

1. 脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後又は義肢装着訓練を要する状態
2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態
3. 外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態
4. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態
5. 股関節又は膝関節の置換術後の状態

### 回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準(抄)

	入院料1	入院料2	入院料3
医師配置	専任常勤1名以上		
看護職員配置	13対1以上		
リハビリテーション職員配置	専従常勤で、PT3名以上、 OT2名以上、ST1名以上	専従常勤で、PT2名以上、OT1名以上	
社会福祉士配置	専任常勤1名以上	不要(医療機関内にいけばよい)	
新規入院患者のうち重症者 (日常生活機能評価10点以上)の割合	3割以上	2割以上	規定なし
自宅等に退院する割合	7割以上		
入院時の重症度、医療・看護必要度A項目	1点以上が1割以上	規定なし	規定なし
重症者における退院時の日常生活機能評価	3割以上が入院時から4点以上改善	3割以上が入院時から 3点以上改善	規定なし
休日にもリハビリテーションを実施できる体制	要	不要(体制を備えた場合には加算あり)	

## 平成28年度診療報酬改定：疾患別リハビリテーション点数表

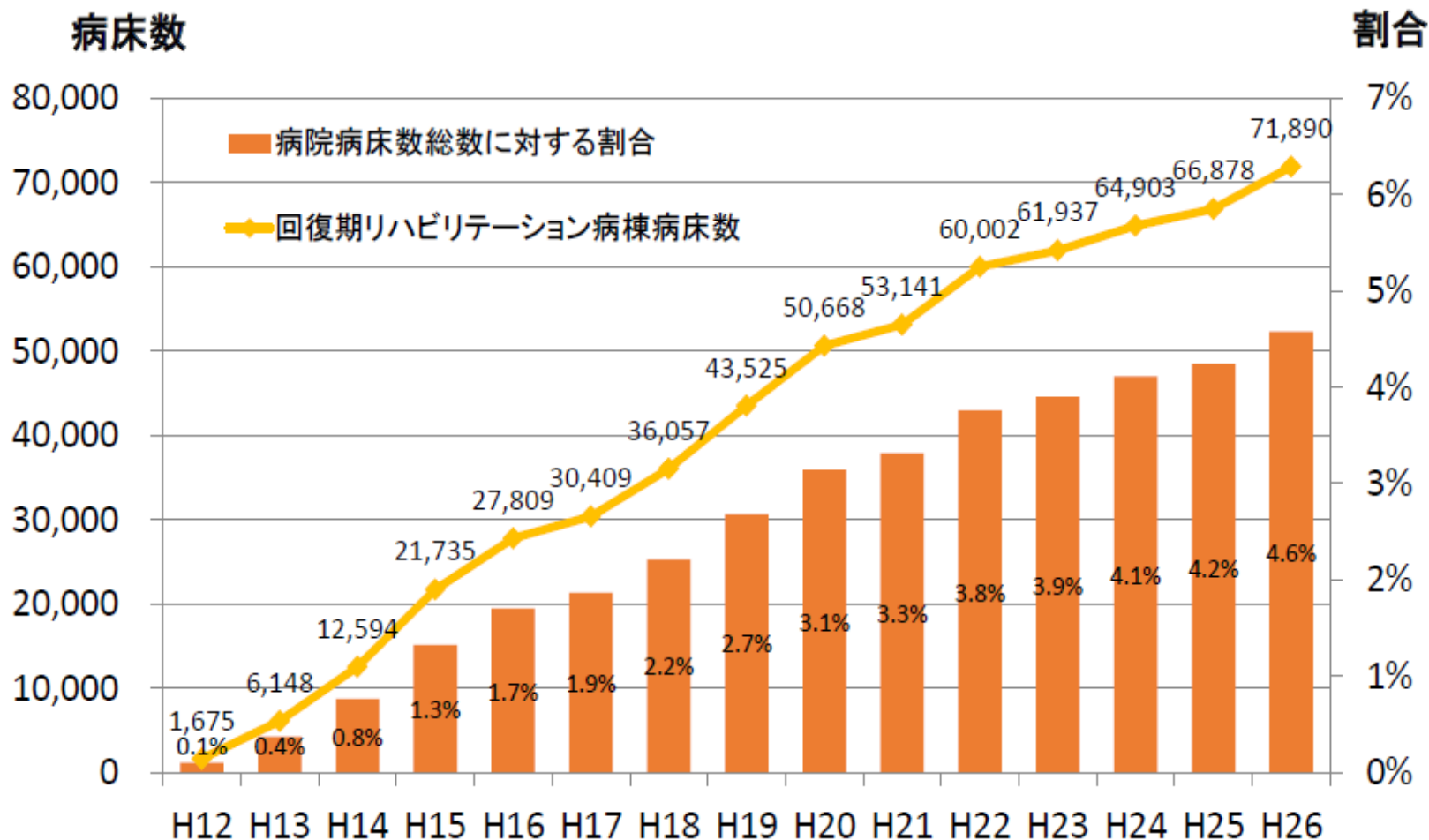
	脳血管疾患	運動器	廃用症候群(新)	心大血管	呼吸器
標準算定日数	180日	150日	120日(新)	150日	90日
施設基準Ⅰ	245点	185点	180点	205点	175点
	維持期リハ(*1) 147点	維持期リハ(*1) 111点	維持期リハ(*1) 108点		
施設基準Ⅱ	200点	170点	146点	125点	85点
	維持期リハ(*1) 120点	維持期リハ(*1) 102点	維持期リハ(*1) 88点		
施設基準Ⅲ	100点	85点	77点	—	—
	維持期リハ(*1) 60点	維持期リハ(*1) 51点	維持期リハ(*1) 46点		

(\*1) 要介護被保険者等に対して維持期リハビリテーションを実施する保険医療機関において、介護保険のリハビリテーションの実績がない場合は所定点数の100分の80に相当する点数により算定する。



# 回復期リハビリテーション病棟の病床数

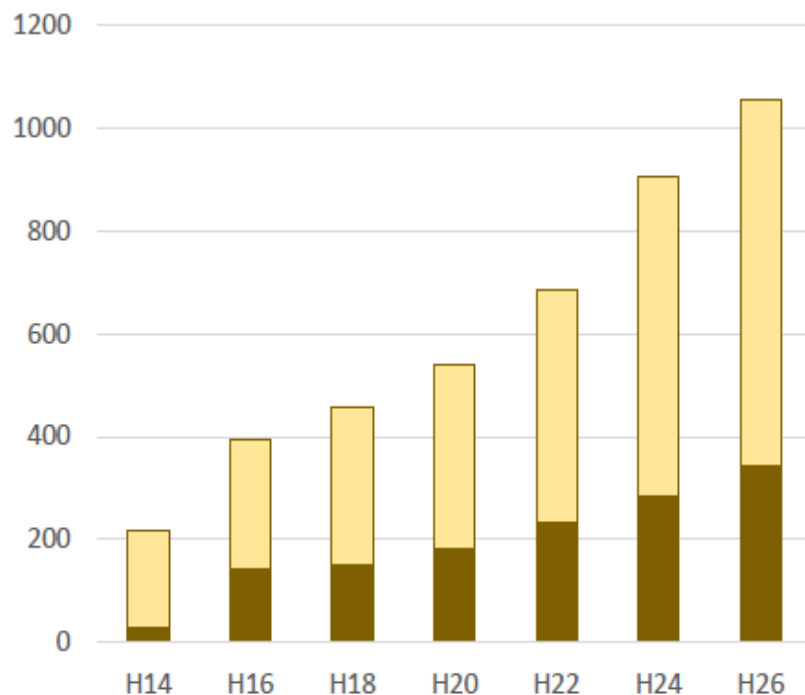
- 回復期リハビリテーション病棟の病床数は、直近10年で2.5倍以上に増加している。



# リハビリテーション関連の診療報酬の動向

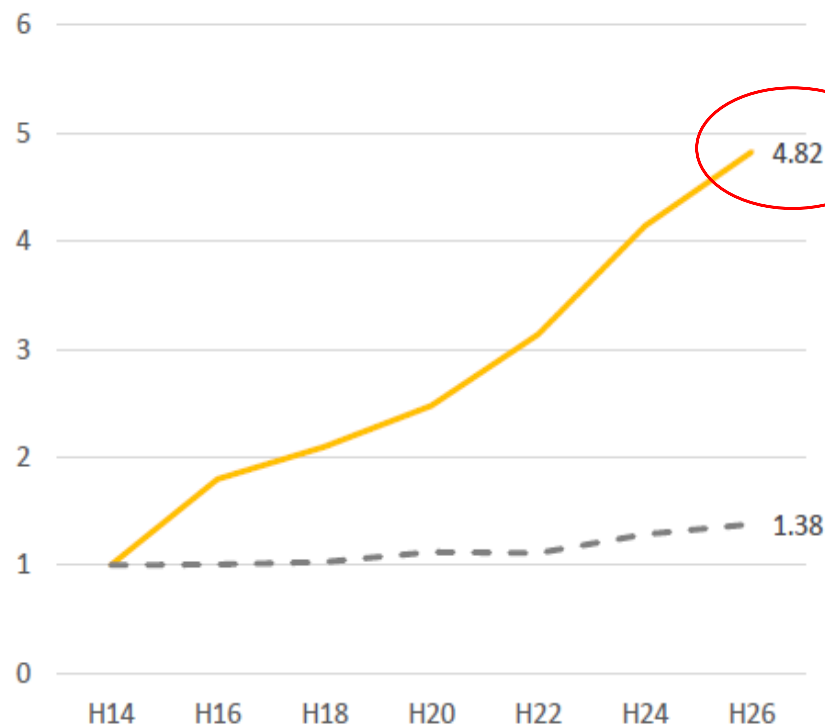
- リハビリテーションに関連する診療報酬の総額は、近年、診療報酬全体の伸びを上回るペースで増加してきた。

月あたり診療報酬総額(千万点/月)



- 第7部リハビリテーションに含まれる項目
- 回復期リハビリテーション病棟入院料

月あたり診療報酬総額(平成14年を1とした割合)



- 回復期リハビリテーション病棟入院料(加算を含む)及び第7部リハビリテーションに含まれる項目
- 医科の診療報酬全体 (基本診療料、特掲診療料、診断群分類による包括評価等)

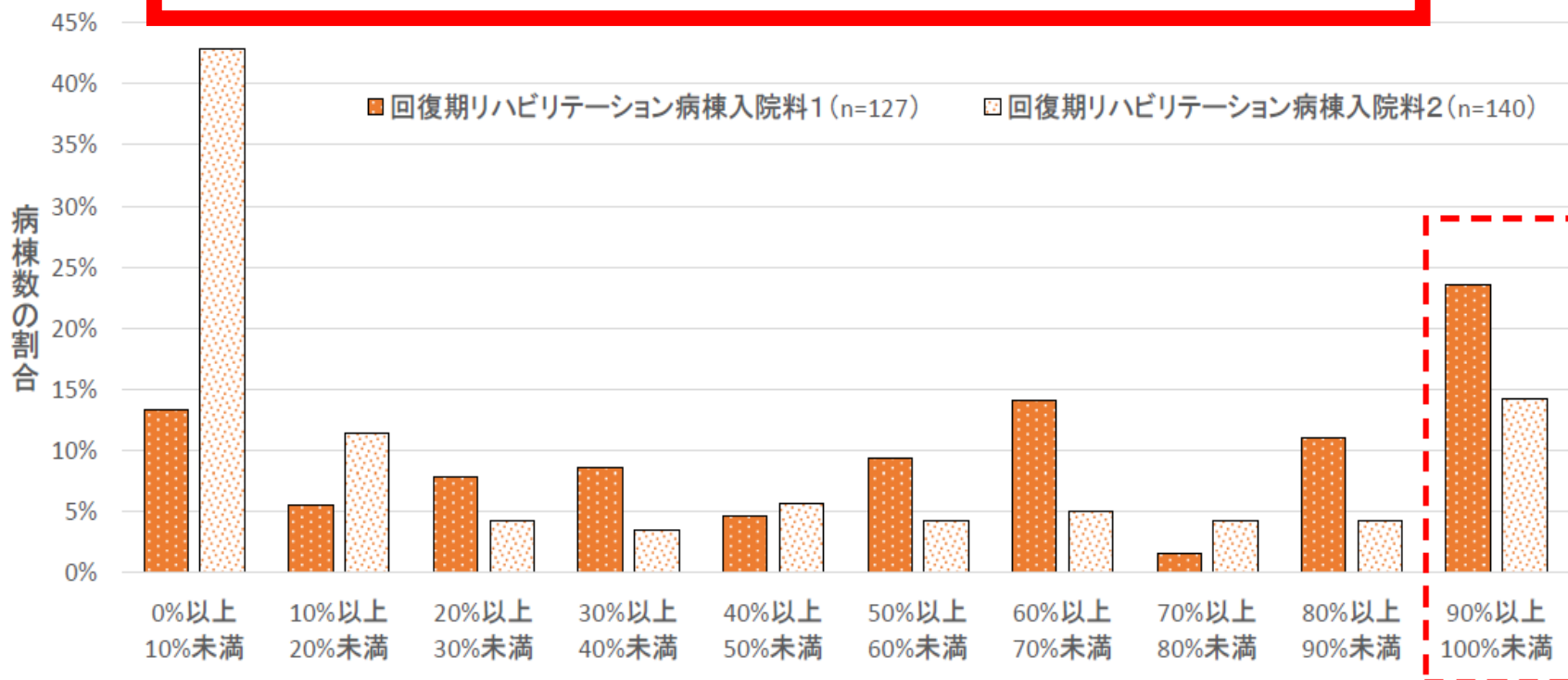
# 回復期リハビリ病棟の アウトカム評価による質の高いリハビリ

- リハビリの実績が一定の水準を満たさない場合は、1日6単位を超える疾患別リハビリ料を回復期リハビリ病棟入院料に包括する。
  - 対象は、過去6カ月に疾患別リハビリの1日平均実施数が6単位以上で、10人以上が算定した回復期リハビリ病棟
  - 退棟した全ての患者について、下記(1)の総和を(2)の総和で割った数字が27未満の場合に包括する
    - (1)機能的自立度評価 (FIM) の運動項目で、退棟時の得点から入棟時の得点を控除した数
    - (2)各患者の入棟から退棟までの日数を患者の入棟時の状態に応じた算定上限日数で割った数
    - 一部の患者については、対象から除外して計算する。

## 回復期リハビリテーション病棟の入院患者のうち密度の高いリハビリを受ける割合

- 回復期リハビリテーション病棟1、2とも、入院患者の9割以上に1日平均6単位を超える疾患別リハビリテーションを実施している病棟が2割前後あった。

1日平均6単位より多く疾患別リハビリテーションを実施された患者の割合(※)別病棟分布



※平成27年1月に入棟した全症例について、退棟または平成27年7月までのリハ実施単位数をもとに、病棟ごとに集計したもの。症例が少ない(5例未満)病棟のデータは除外した。各病棟の症例数は、回復期リハビリテーション病棟入院料1を算定する病棟で平均14.9例、回復期リハビリテーション病棟入院料2を算定する病棟で12.2例。

# 回復期リハビリテーション病棟におけるリハビリテーションの効果・効率

- 回復期リハ病棟で1日平均3単位を超えてリハを提供している医療機関において、10日あたりのADLの向上には大きなばらつきがあった。
- 回復期リハ病棟で1日6単位を超えるリハビリテーションを行っている医療機関であっても、10日あたりのADLの向上が3単位超6単位未満の医療機関を下回っている場合があった。

## 脳血管疾患等リハ(廃用症候群以外) 1



- ひとつの医療機関に回復期リハビリテーション病棟が複数ある場合は、1病棟を抽出して調査した。
- 当該疾患別リハを行った患者が4名未満の回復期リハビリテーション病棟は集計から除外した。

出典: 検証調査(27年度調査)

高密度に脳血管疾患等リハを提供していても、中密度よりもADL改善の効果が低いケースも少なくない

# FIMとは？

セルフケア (42)	A) 食事(箸, スプーン)	1-7
	B) 整容	1-7
	C) 清拭	1-7
	D) 更衣(上半身)	1-7
	E) 更衣(下半身)	1-7
	F) トイレ	1-7
排泄 (14)	G) 排尿コントロール	1-7
	H) 排便コントロール	1-7
移乗 (21)	I) ベッド, 椅子, 車椅子	1-7
	J) トイレ	1-7
	K) 浴槽, シャワー	1-7
移動 (14)	L) 歩行, 車椅子	1-7
	M) 階段	1-7
コミュニケーション (14)	N) 理解(聴覚, 視覚)	1-7
	O) 表出(音声, 非音声)	1-7
社会認識 (21)	P) 社会的交流	1-7
	Q) 問題解決	1-7
	R) 記憶	1-7
合計		18-126

## • F I M

- 機能的自立度評価表 (Functional Independence Measure)
- 1983年にGrangerらによって開発されたADL評価法
- 特に介護負担度の評価が可能であり、数あるADL評価法の中でも、最も信頼性と妥当性があると言われ、リハビリの分野などで幅広く活用されている。

# ③維持期・生活期リハ

参加と活動を目標に！

# 回復期リハの疾患別リハと算定日数 上限の導入（2006年診療報酬改定）

	心大血管	脳血管疾患等	運動器	呼吸器
リハビリテーション料 (I)	250点	250点	180点	180点
リハビリテーション料 (II)	100点	100点	80点	80点
標準的リハビリテーション 実施日数	<b>150日</b>	<b>180日</b>	<b>150日</b>	<b>90日</b>

\* 「長期間における効果が明確でないリハビリテーション」の指摘から、疾患毎に算定日数上限を設定する。



# リハ難民問題（2006年）

朝日新聞 2006年5月14日掲載

## 「リハビリ日数制限やめて」 障害者ら署名活動

きょうから全国で

廃を求める署名活動を14日から全国で始める。  
厚生労働省は原則として発症後最大180日で医療保険でのリハビリを打ち切った。署名は14日午前10時から大阪駅前呼びかけのの手始めに、6月末までに10万人を目指す。

事務所のNPO法人リハビリテーション医療推進機構（大阪府豊中市）代表を務める道免和久・兵庫医大教授は「リハビリ制限すれば寝たきり状態になる人が増えるのは確実。医療費削減にもつながらない」と話す。問い合わせは同機構（06・6857・9640、ホームページ：<http://www.craseed.net/>）へ。

4月からの診療報酬改定で、医療保険で受けられるリハビリに上限日数が設けられたのを受けて、障害者団体や福祉・医療関係者らが「生活能力の低下や要介護度の重

度化を招く」と反発、撤



2006年9月24日付け「朝日新聞」の記事

## 維持期リハビリテーションの介護保険への移行に係る検討経緯

- 維持期リハビリテーションの介護保険への移行は、累次の診療報酬改定に係る議論において提案されたが、その都度、経過措置が延長されてきた。

### 平成21年11月18日 第148回基本問題小委員会「平成24年度改定まで延長」

- (事務局資料)平成21年度介護報酬改定を踏まえ、維持期のリハビリテーションについて診療報酬上の評価についてどう考えるか。
- (1号委員発言趣旨)医療保険のリハビリと介護保険のリハビリが同じ条件でできるようにしないと移行は進まない。
- (2号委員発言趣旨)状態の維持を目的とする場合、本来は介護保険で見べきところを暫定的に診療報酬で見ているが、**平成24年度の診療報酬・介護報酬同時改定まで**は維持期のリハを診療報酬でも続けざるを得ない。

### 平成23年12月7日 第211回総会「平成26年度改定まで再延長」

- (事務局資料)医療と介護の役割分担を勘案し、維持期の脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、医療から介護へ円滑な移行を促進する措置を講じながら、維持期にふさわしい評価とするとともに、要介護認定者に対するこれらは**原則次回(注:平成26年度)改定まで**とするが、次回改定時に介護サービスの充実状況等を確認することとしてはどうか。
- (2号委員発言趣旨)回復が見込まれる方、介護保険対象とならない方は、引き続き医療保険でリハビリテーションが受けられるということを保険することが必要。

### 平成25年12月4日 第262回総会「平成28年度改定まで再々延長」

- (事務局資料)医療保険での維持期リハビリテーションに一定のニーズが未だあることを踏まえると、**経過措置を延長する必要がある**のではないかと。
- (2号委員発言趣旨)現実的に経過措置の延長は必要。介護へ移行できない理由として、心理的抵抗感が大きいからということが挙げられているが、それだけではないということを理解する必要がある。
- (1号委員発言趣旨)移行が現状から見て難しいということで、若干やむを得ないと思うが、現状追認でやむを得ないということを繰り返していくと、そのうち、收拾が付かなくなるのではないかと危惧している。

「医療保険での維持期リハビリには一定のニーズがあり、介護保険への移行が難しい。<sup>34</sup>しかし、現状を追認していると、收拾がつかなくなる」

## 6. 要介護被保険者の維持期リハビリテーションの介護保険への移行等

### 第1 基本的な考え方

急性期、回復期リハビリテーションは主に医療保険、要介護被保険者等の維持期リハビリテーション（入院中の患者を除く）は主に介護保険、という医療と介護の役割分担を勘案し、・・・評価の適正化を行いつつ、介護保険への移行を図る。なお、要介護被保険者等に対するこれらのリハビリテーションは、原則として平成30年3月までに介護保険へ移行するものとする。・・・要介護被保険者等に対するリハビリテーションについて、その目標設定支援等にかかる評価を新設し、医療保険と介護保険にかかるリハビリテーションの併給を拡大する。

### 第2 具体的な内容

1. 現在、標準的算定日数を超過しており、状態の改善が期待できると医学的に判断されない場合においても、1月に13単位に限り疾患別リハビリテーションを算定できることとなっているが、要介護被保険者等（入院中の患者を除く）に対する脳血管疾患等リハビリテーション、廃用症候群リハビリテーション、運動器リハビリテーションについては、これらの評価を適正化しつつ、原則として平成30年3月までの実施とする。

# 目標設定等支援・管理シート

別紙様式 23 の 5

## 目標設定等支援・管理シート

作成日 年 月 日  
 説明・交付日 年 月 日  
 患者氏名： 生年月日： 年 月 日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： 年 月 日）

--

2. ADL評価（Barthel Index または FIM による評価）（リハビリ開始時及び現時点）  
 （Barthel Index の場合）

	リハビリテーション開始時点			現時点		
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助
食事	10	5	0	10	5	0
移乗	15	10 5	0	15	10 5	0
整容	5	0	0	5	0	0
トイレ動作	10	5	0	10	5	0
入浴	5	0	0	5	0	0
平地歩行	15	10 5	0	15	10 5	0
階段	10	5	0	10	5	0
更衣	10	5	0	10	5	0
排便管理	10	5	0	10	5	0
排尿管理	10	5	0	10	5	0
	合計 (0-100 点)			合計 (0-100 点)		

### FIM による評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション	現時点
			開始時点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		更衣 (上半身)		
		更衣 (下半身)		
	排泄	トイレ		
		排尿コントロール		
		排便コントロール		
		ベッド、椅子、車椅子		
	移乗	トイレ		
		浴槽・シャワー		
		歩行・車椅子		
		階段		
		小計		
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
		社会交流		
	社会認識	問題解決		
		記憶		
		小計		
		合計		

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在のリハビリテーションの内容
心身機能		

活動		
----	--	--

社会参加		
------	--	--

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

・ 医師の説明の内容  ・ 患者の受け止め
-----------------------------

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し（あり・なし）  
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性（あり・なし）  
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考（事業所の特徴等）

説明医師署名：

患者又は家族等署名：

# 介護報酬改定と 維持期・生活期リハと 2015年介護報酬改定



# 平成27年度介護報酬改定に関する審議報告(平成27年1月9日) 概要

- 高齢者ができる限り住み慣れた地域で尊厳を持って自分らしい生活を送ることができるよう、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組を進める。

## 1. 中重度の要介護者や認知症高齢者への対応の更なる強化

### (1) 中重度の要介護者等を支援するための重点的な対応

- ・ 24時間365日の在宅生活を支援する定期巡回・随時対応型サービスを始めとした「短時間・一日複数回訪問」や「通い・訪問・泊まり」といったサービスの組み合わせを一体的に提供する包括報酬サービスの機能強化と、普及に向けた基準緩和
- ・ リハビリテーション専門職の配置等を踏まえた介護老人保健施設における在宅復帰支援機能の更なる強化

### (2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

- ・ リハビリテーションの理念を踏まえた「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なサービス提供を推進するための理念の明確化と「活動」、「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入

### (3) 看取り期における対応の充実

- ・ 本人及び家族の意向に基づくその人らしさを尊重したケアの実現を推進するため、本人・家族とサービス提供者の十分な意思疎通を促進する取組を評価

### (4) 口腔・栄養管理に係る取組の充実

- ・ 施設等入所者が認知機能や摂食・嚥下機能の低下等により食事の経口摂取が困難となっても、自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種協働による支援を充実

## 2. 介護人材確保対策の推進

- ・ 介護職員処遇改善加算の更なる充実
- ・ サービス提供体制強化加算(介護福祉士の評価)の拡大

## 3. サービス評価の適正化と効率的なサービス提供体制の構築

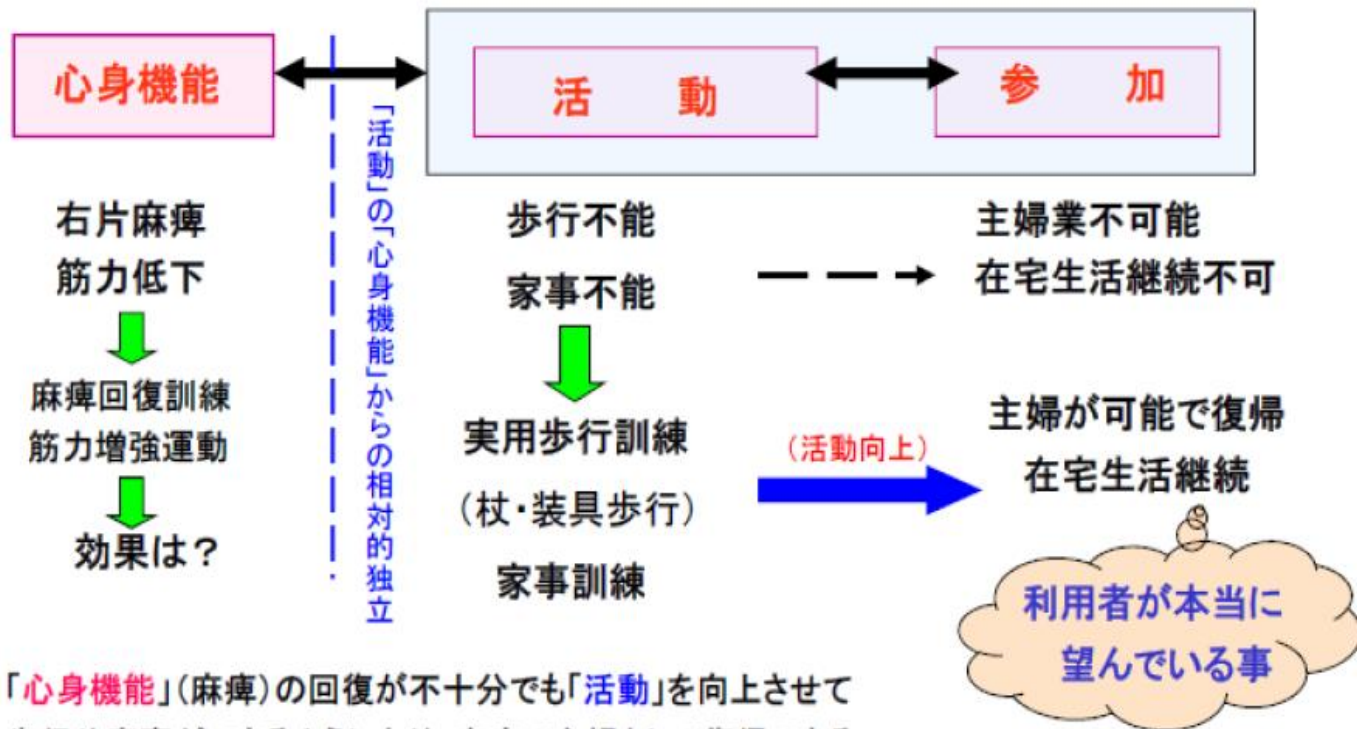
- ・ 「骨太の方針」を踏まえたサービスに係る評価の適正化について、各サービスの運営実態や1.及び2.も勘案しつつ実施
- ・ 集合住宅へのサービス提供の適正化(事業所と同一建物に居住する減算の適用範囲を拡大)
- ・ 看護職員の効率的な活用の観点等から、人員配置の見直し等を実施(通所介護、小規模多機能型居宅介護等)

# 活動と参加に焦点を当てたりハビリ

## 生活行為向上リハのイメージ

(神奈川県介護支援専門員協会 実務従事者基礎研修部会作成 神奈川県介護支援専門員実務従事者基礎研修使用スライドより抜粋)

「ある主婦が脳梗塞で倒れた事例」



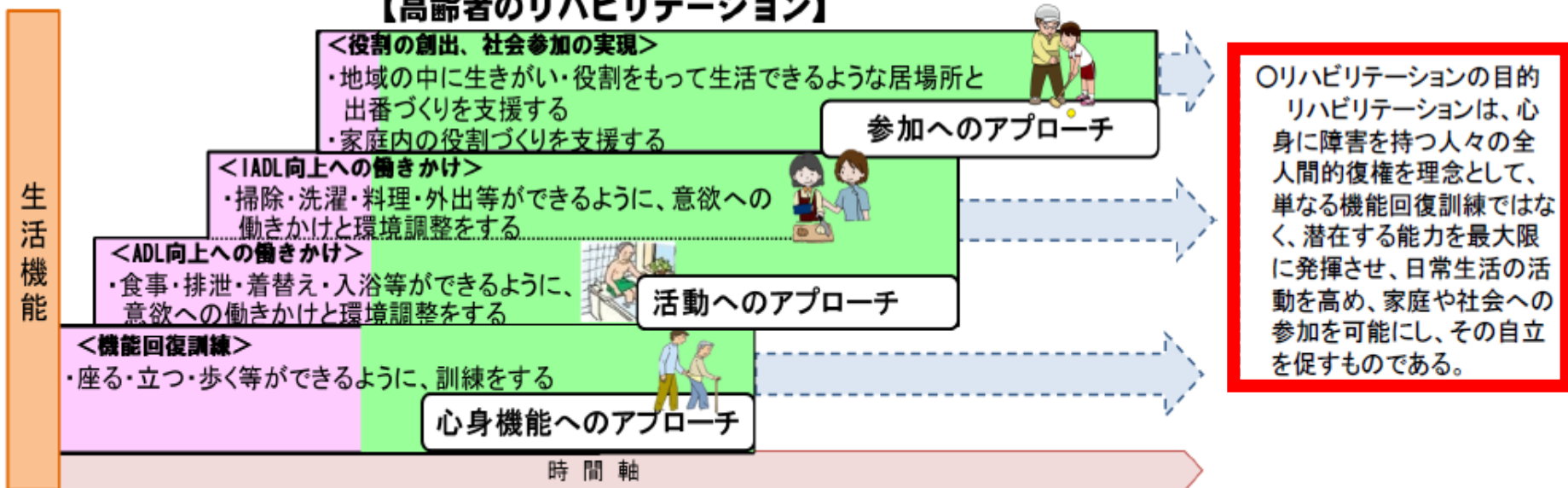
「心身機能」(麻痺)の回復が不十分でも「活動」を向上させて歩行や家事ができるようになり、在宅で主婦として復帰できる

( ひとつに困難があっても他を諦める必要なし )

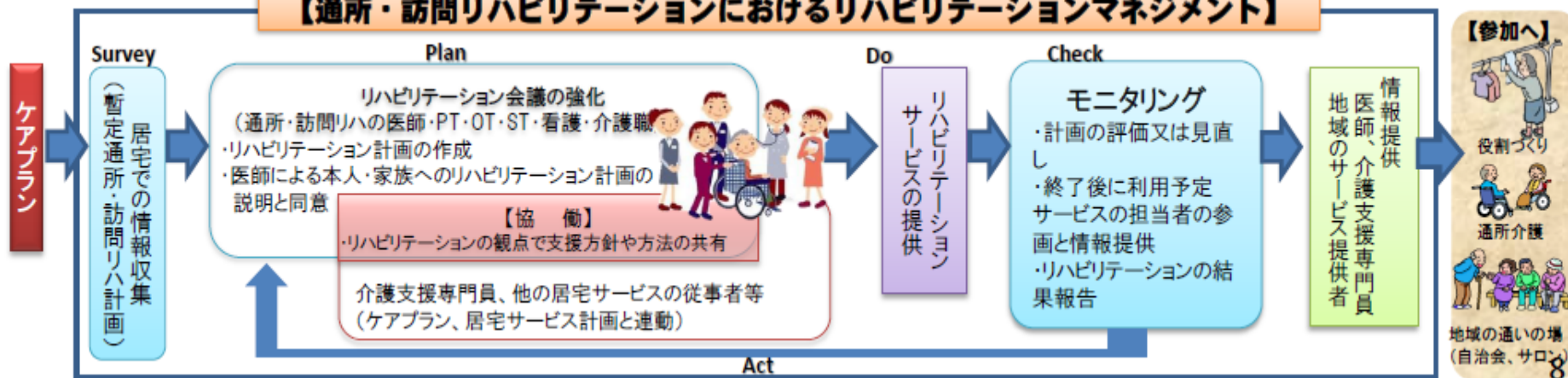
## (2) 活動と参加に焦点を当てたリハビリテーションの推進

○「心身機能」、「活動」、「参加」の要素にバランスよく働きかける効果的なリハビリテーションの提供を推進するため、そのような理念を明確化するとともに、「活動」と「参加」に焦点を当てた新たな報酬体系の導入や、このような質の高いリハビリテーションの着実な提供を促すためのリハビリテーションマネジメントの充実等を図る。

### 【高齢者のリハビリテーション】



### 【通所・訪問リハビリテーションにおけるリハビリテーションマネジメント】





# 参考事例

第108回介護給付費分科会 団体ヒアリング  
一般社団法人日本作業療法士協会提供資料より抜粋

通所リハ		買い物に行きたいが不安で夫に依存していた方への訪問指導事例	
通所リハビリテーション(介護予防)事例	年齢:74歳 性別:女性 疾患名:パーキンソン病(発病より10年)	要支援1	
	<p>【介入までの経緯】 調理は自身の役割だが、食材の購入は宅配と夫。日頃から人の動きを気にするとすくみ足が出やすく、買い物は不可能と思っている。でも本当は生鮮食品は自分で選び調理したい。</p> <p>【本人・家族の生活の目標】 本人:生鮮食品など目で見て確認したいものを、自分自身でスーパーで選び購入したい。夫と一緒に買い物に行きたい。／家族:できることが増えればうれしいが、不安もある。料理は続けられるといい。</p>		
	利用開始時	中間(6ヶ月)	終了(9ヶ月)
ADL・IADLの状態	・ADL自立 ・調理が自宅での役割(その他の家事は夫)	・スーパーで買物(2回/月)(夫が付添、協力的となる) ・配膳・下膳で台車利用習慣化	・掃除は出来る範囲で実施 ・週1回のスーパーへの買い物が習慣化(夫から誘われるようになる)
生活行為の目標	・カートによるスーパーでの買物を経験する ・自宅内、配膳・下膳時の台車移動に慣れる	・スーパーの環境に慣れ、回数を重ねて自信を持つ ・陳列の配列を覚え、疲労度に配慮しながら移動できる	【考察】 実際場面で評価・介入を繰り返す「できる」と「課題」をその場で共有・フィードバックできたことが目標達成への近道であった。 買い物が習慣化したことは、単なる家事の拡大という自宅内での活躍にとどまらず、地域に出て行く習慣や関わりを取り戻し、地域住民のひとりとして顔の見えるつながりへと変化したと考える。
介入内容	①自主トレ指導 ②スーパーで買物評価 ③スーパーよりカートを借り出し移動練習	①カート押しでのすくみ足対策 ②移動時の夫の立ち位置検討 ③商品棚へのリーチ位置確認 ④疲労度合いと役割分担検討	

同行者がいれば買い物が可能に



スーパーを想定しての模擬的アプローチ

実際場面で活動参加を繰り返し習慣化へ向けたアプローチ

スーパー内での役割を分担し生鮮品選びは一人で可能に



活動の習慣化 役割の拡大へ 地域とのつながり

**結果** : 週1回:スーパーでの食材購入/月1回:街での買い物が習慣化、九州旅行への挑戦ができた

通所リハ課題 : 個別リハビリテーション加算20分/回ではなく、計画内容の必要量(頻度・時間)に基づき必要に応じた作業指導ができる仕組みが必要。通所の環境以外での指導(自宅や外部施設等)や終了後の継続後フォロー利用、自宅等への訪問機能が強化される仕組みが必要。

活動と参加に焦点を  
当てたりハビリを！



# 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:

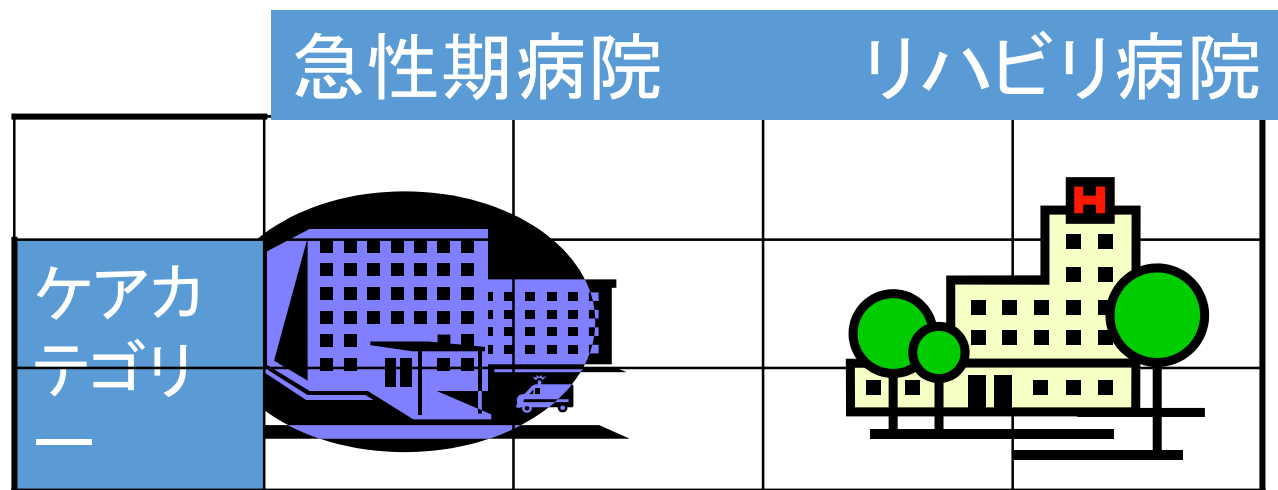
項目	時間	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標	入院	#1 胃瘻創設に伴う合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない。 #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。								
治療・処置・薬剤・リハビリ	入院	フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR600ml×2本 ソルデムSA500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR600ml×2本 ソルデムSA500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR600ml×1本 ソルデムSA500ml×2本	ソルデムSA500ml×2本	ソルデムSA500ml×1本			
検査	入院		血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	血算 RBP, TTR, CRP	
活動・安静度	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	絶飲食	絶飲食	水100ml×3	水200ml×3	濃厚流動食 100ml×3	濃厚流動食 200ml×3	濃厚流動食 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	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
排泄	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								
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	内服継続	内服中止	内服					内服継続	
観察	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) 創状態( ) ( ) ( ) 嚔痰( ) ( ) ( ) 臍満( ) ( ) ( )
記録										
バリエーション	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
担当看護師署名	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	

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

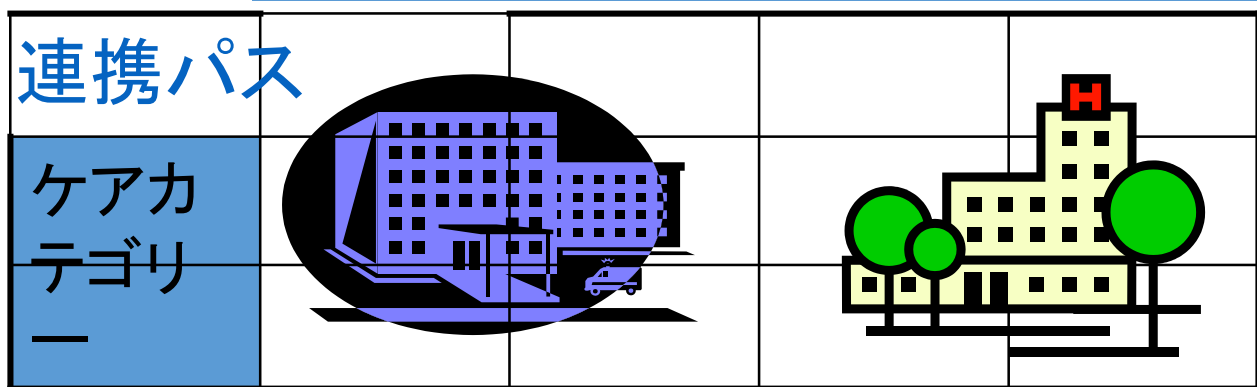
- 地域連携クリティカルパスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

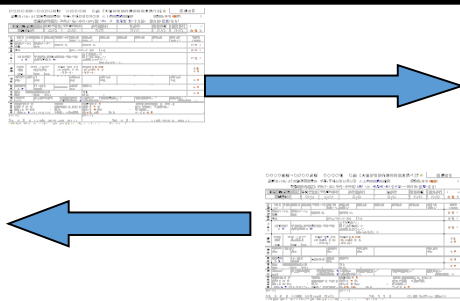
リハビリ病院



有床診療所  
でもOK

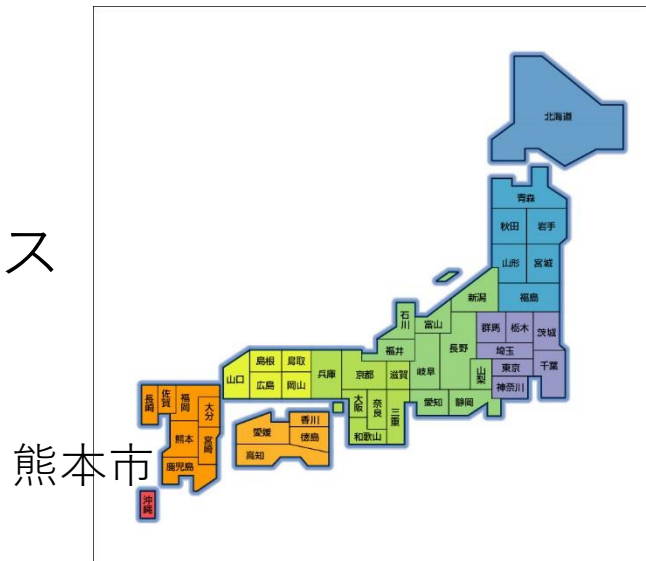
地域連携診療計画管理料  
1500点

地域連携診療計画退院時指導料  
1500点



# 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



# 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	尿道力テータル留置	尿道力テータル抜去	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	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	シャワー浴可	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	自・監・介	
セルフ	【荷重制限】(術後1日) 歩行時: 歩行器・杖・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立) 他禁忌事項: 有/無( )						上下衣更衣〇/〇 靴下・靴の着脱〇/〇 洗面所(立位で)〇/〇 床からの起立〇/〇						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	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(回/2日)	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	創処置 抜糸	有・無	
食事	常食 特食( )	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食( )	常食 特食( )	常食 特食( )	常食 特食( )	常食 特食( )	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	介護保険説明有	介護保険説明有	介護保険説明有	入院時OR	家屋訪問調査〇/〇	介護保険申請〇/〇	家屋改修指導〇/〇	試験外泊	退院時OR	退院時OR	
退院時評価	問題行動: 有・無	痴呆: 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	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	問題行動: 有・無	痴呆: 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	筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇	要介護度: 〇	サービス: 有・無( )

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

急性期病院

リハビリ病院

【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 〇〇病院 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提供をお願いいたします。

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

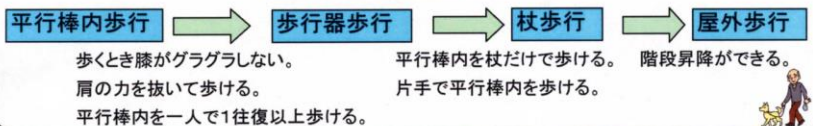
『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院

\* 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。 日常生活活動			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	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) 入院時指導			

『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る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 → リハビリテーション → 退院

\* 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	日常生活活動			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	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) 入院時指導			

## 大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

( ) 様 担当医 ( ) 担当看護師 ( ) 担当理学療法士 ( )

経路	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日 ~ 3週	X線検査 血液検査
食	食事は夕食まで 飲水は22時まで	朝食後、お腹の動きを 確認後、飲水できます その後、食事が出来ます	制限ありません			
歩	歩みに応じて訓練で 引ひ張ります (痛くないように)	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
リ	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
ハ	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
ビ	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
リ	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	歩行が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
排	排便の確認をします	排便が楽になって、3時間 はベッド上安静です	排便が楽になって、3時間 はベッド上安静です	排便が楽になって、3時間 はベッド上安静です	排便が楽になって、3時間 はベッド上安静です	
薬	必要に応じて薬を 飲みます	必要に応じて薬を 飲みます	必要に応じて薬を 飲みます	必要に応じて薬を 飲みます	必要に応じて薬を 飲みます	
保	可能であれば 入浴できます	可能であれば 入浴できます	可能であれば 入浴できます	可能であれば 入浴できます	可能であれば 入浴できます	
内	術後確認	術後確認	術後確認	術後確認	術後確認	
輸	輸液の注ぎ	輸液の注ぎ	輸液の注ぎ	輸液の注ぎ	輸液の注ぎ	
検	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	
検	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	
検	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	
検	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	必要に応じて検査 血液検査 他科受診があります	

\* 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

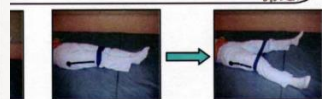
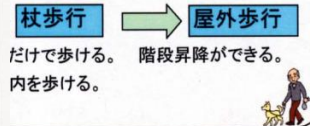
\* 家屋環境のチェックが必要となります。

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

が目標の方  
家屋改修指導 試験外泊

い歩き・歩行器・杖・独歩

## 目安



## 宅・施設

場を通して実践

ましよう。  
つ始めた方が楽です。

## 票の方

す。リハビリスタッフにご相談ください。

シーム...

シート数  
10

シート済み

熊本医療センター → **こしくまもと病院** 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 ID 手術日:平成16年3月24日 手術:γネール  
 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:  
 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  
 訓練開始日 3月26日 4月16日 獲得い乳

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後5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 抜去	病棟内トイレ 病棟内トイレ	
----	---------------	---------------	------------------	--

清潔	清拭	シャワー浴	入浴
----	----	-------	----

ケセアルフ		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	綱線牽引	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	禁忌肢位:	荷重制限:	禁忌肢位:
	問題行動:無し	ROM:股関節屈曲 95° 外転 35°	問題行動:	ROM:股関節屈曲 ° 外転 °
	痲痺: 有り	MMT:大腿四頭筋力 3 中殿筋力 2		MMT:大腿四頭筋力 中殿筋力

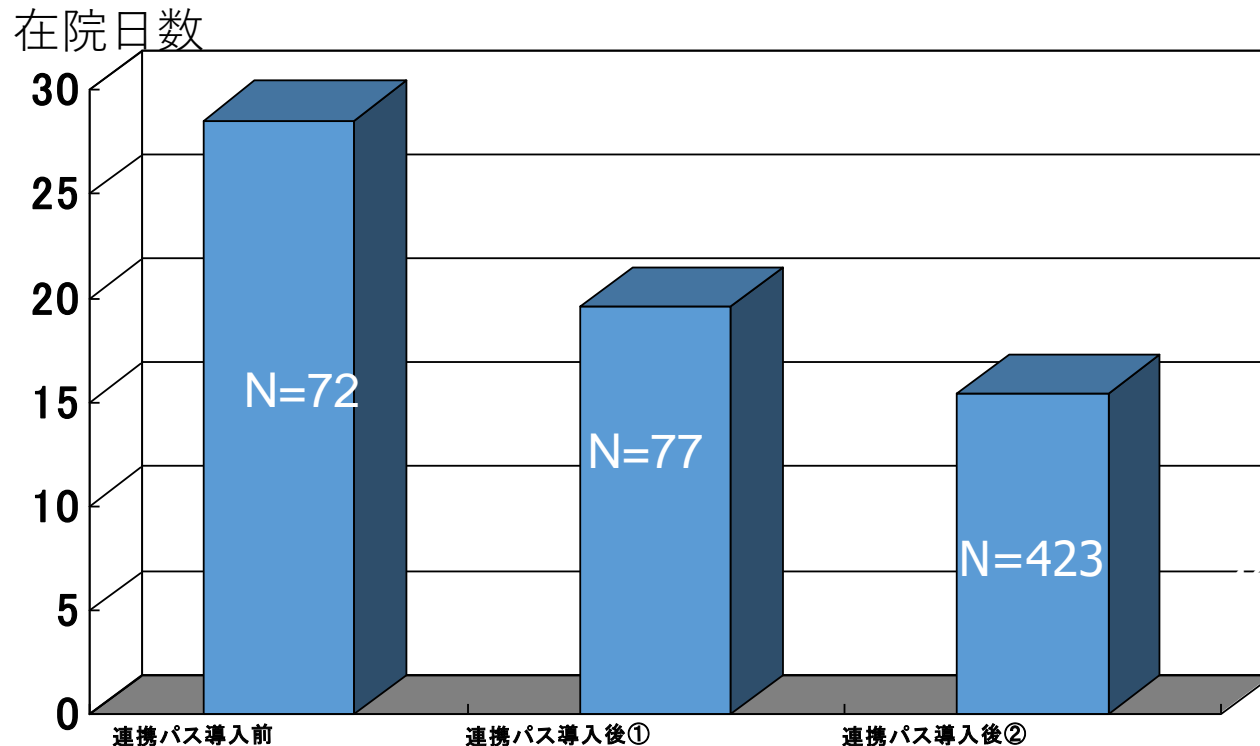
記載日	平成16年4月9日	【コメント】	記載日	【コメント】
担当医	田中あづさ	動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。	担当医	
看護師			看護師	
理学療法士	樋橋 政和		理学療法士	

既往症		パリアンス
-----	--	-------

# 地域連携クリティカルパスの効果

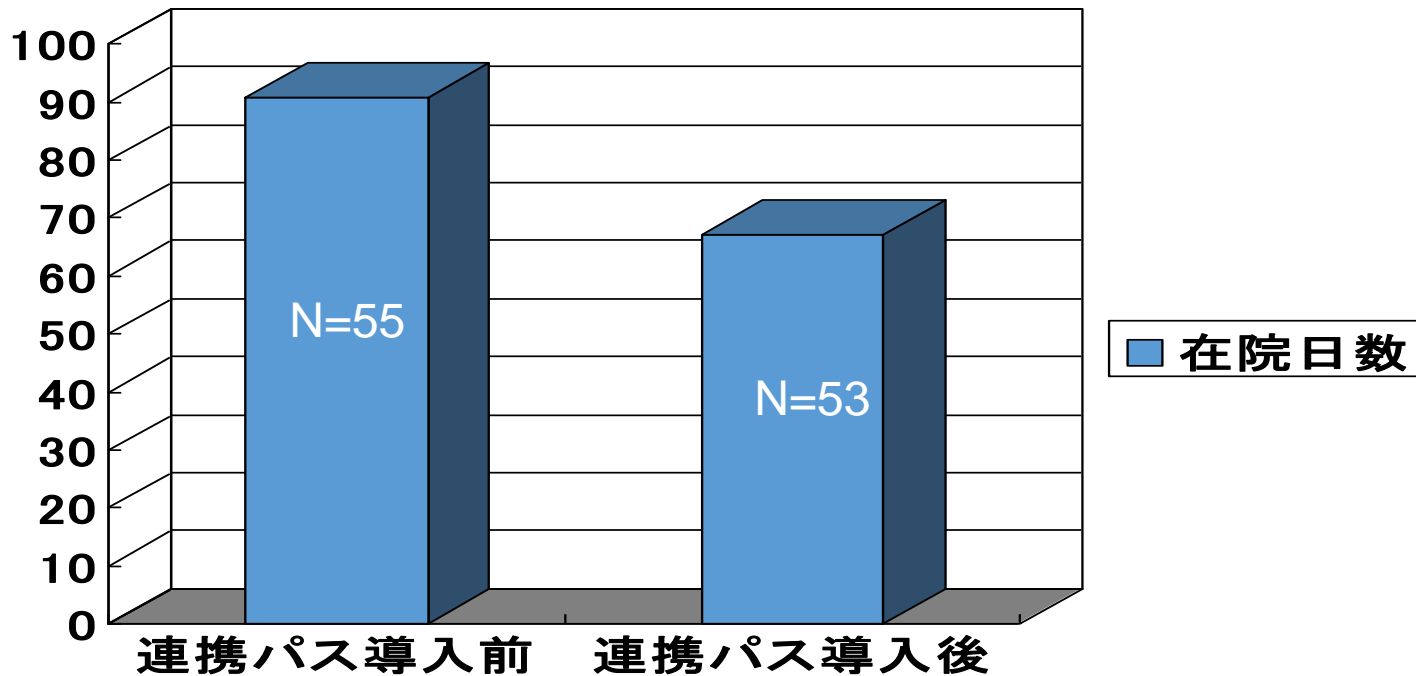
- 患者家族の転院不安の解消
  - 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
  - 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
  - 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
  - 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
  - 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況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

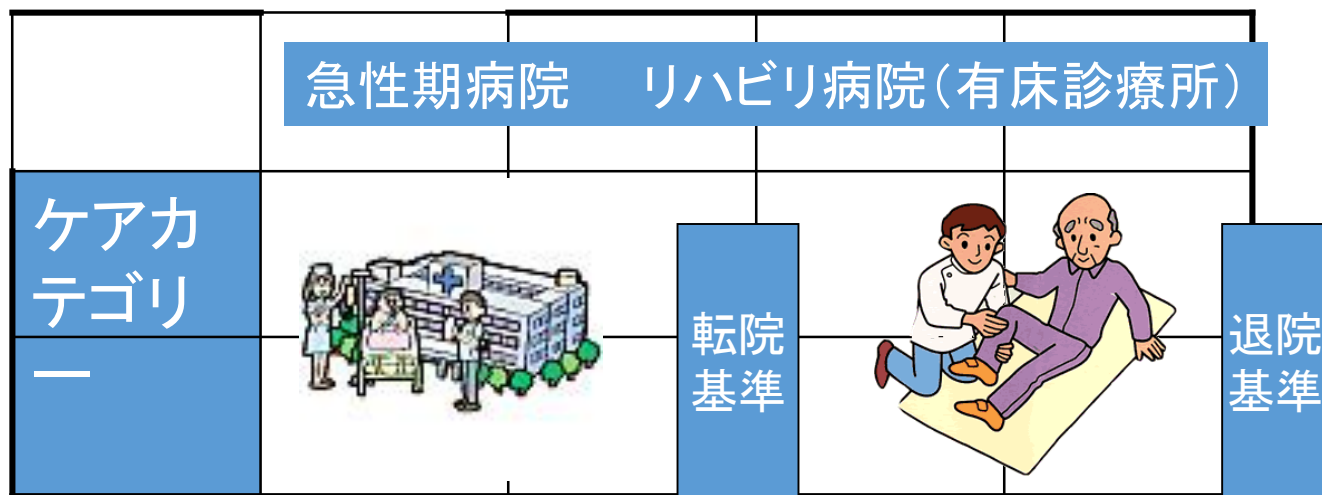
# 診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス



# 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

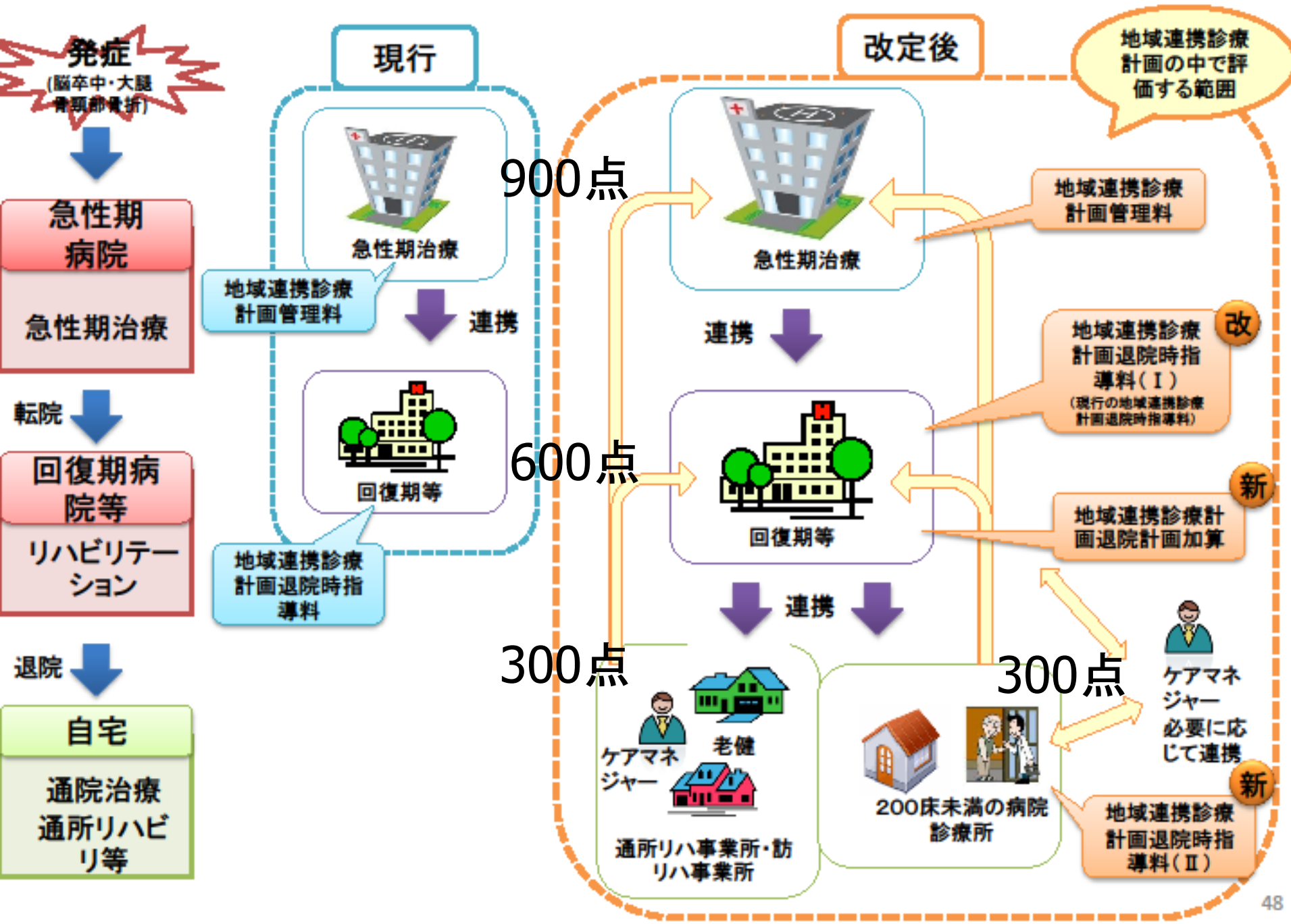
地域連携診療計画退院時指導料  
600点

# 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		〇日 転院日	1日目	2日目	〇日 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 平成〇年〇月〇日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成〇年〇月〇日 主治医		退院時の日常生活機能評価合計点 〇点	

# 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
  - 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



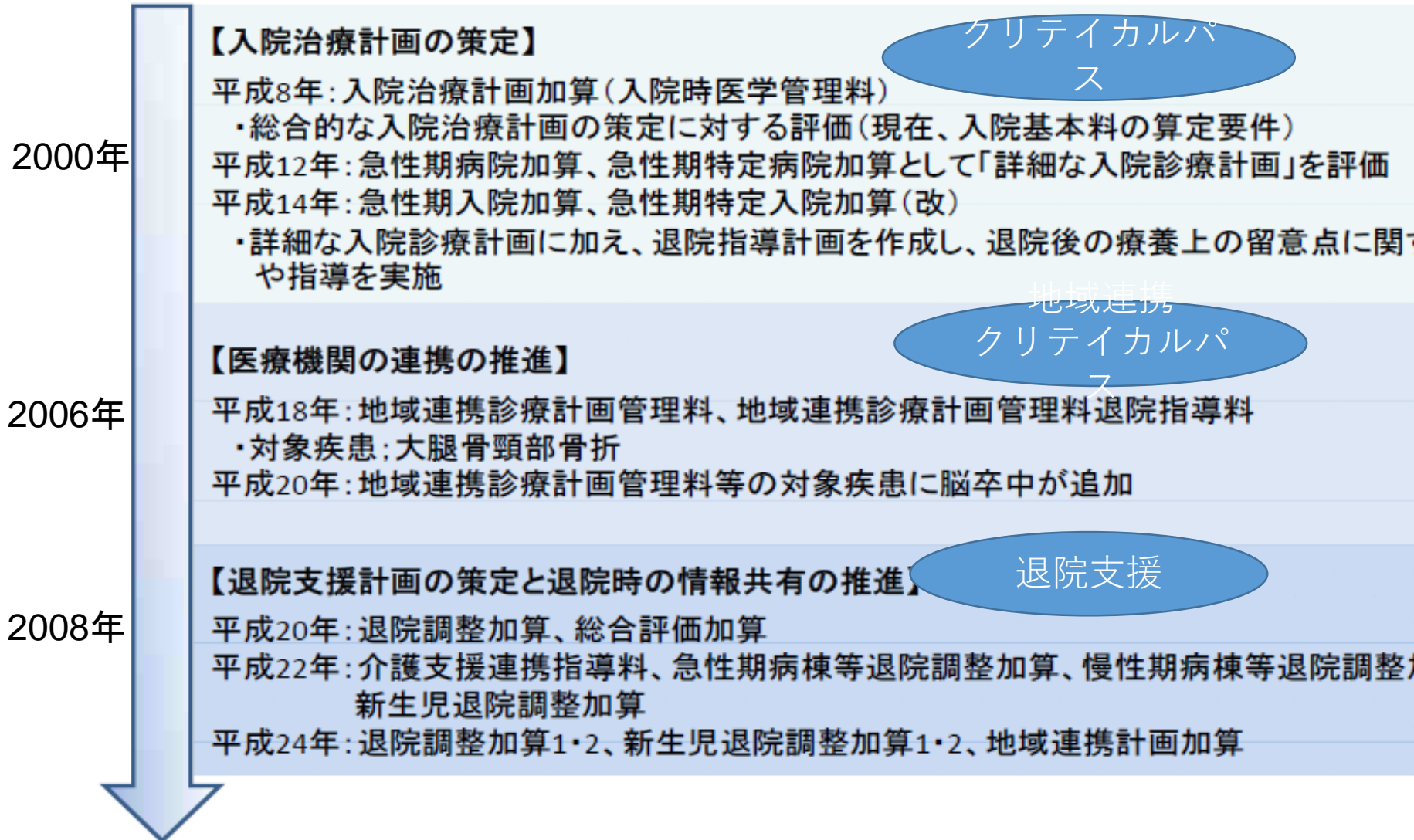


診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

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
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

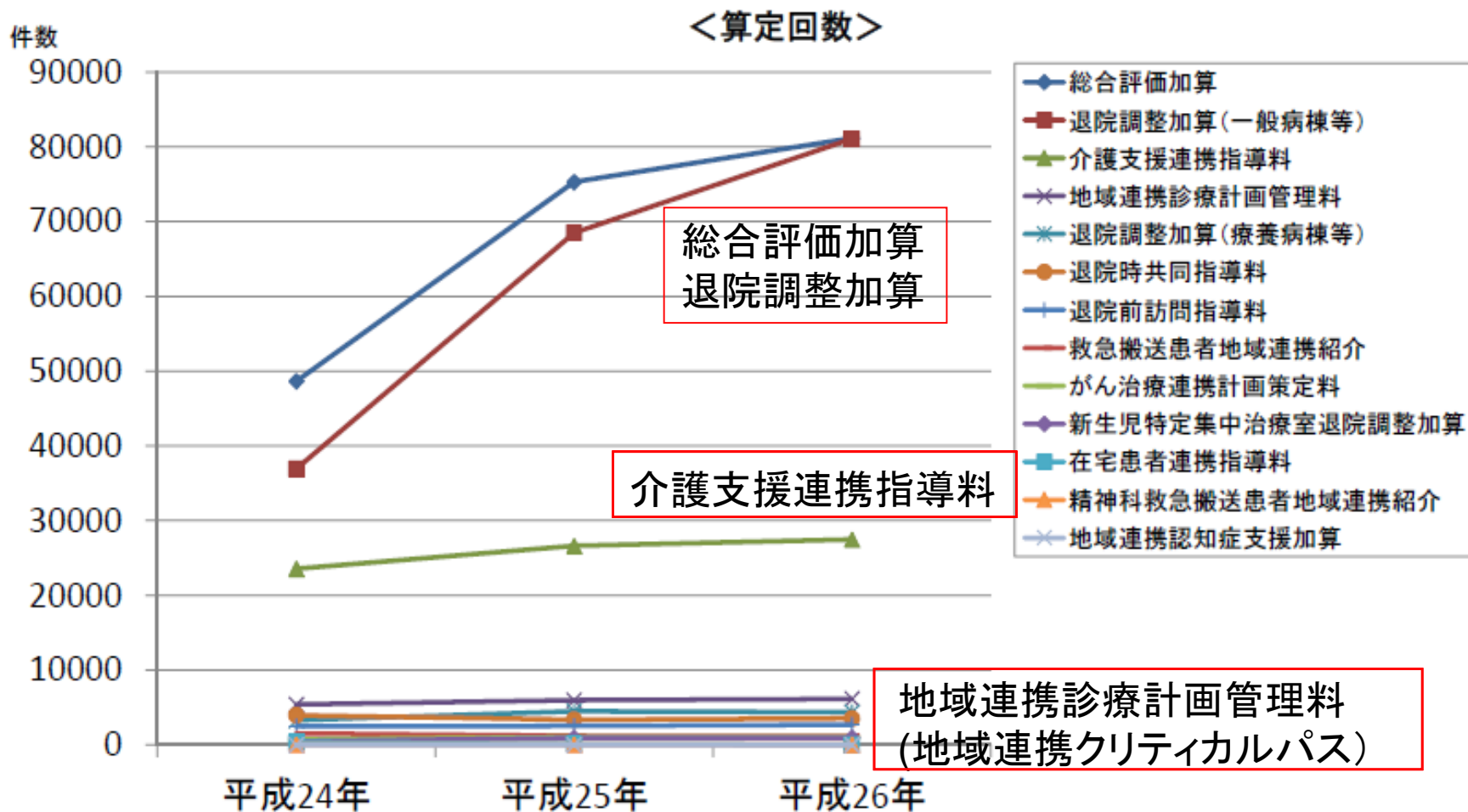
○：分科会長

# 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

地域連携パスは使われていないので、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

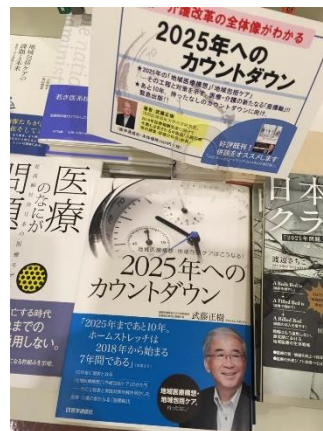
- 団塊世代が後期高齢者となる2025年へ向けて、病床の機能分化と連携を進めなくてはならない
- リハビリと報酬体系の在り方も見直し時期
- 地域連携クリティカルパスは医療計画作成指針の中にまず書き込まれ、診療報酬上も加算として認められた
- 2016年診療報酬改定で地域連携パスは退院支援加算に吸収された



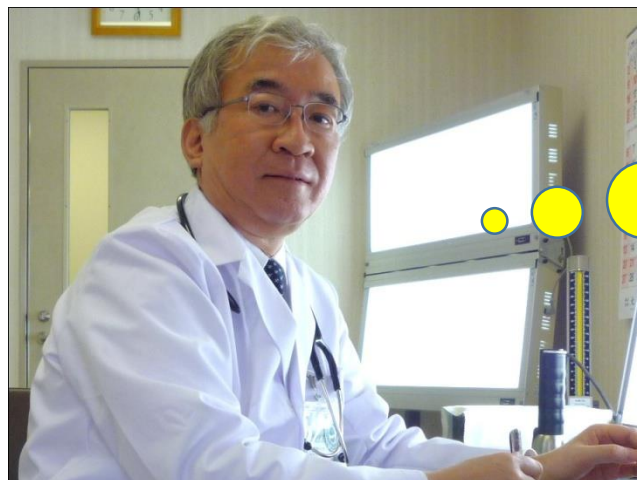
# 2025年へのカウントダウン ～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！

- 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**  **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.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)