

# 高齢者を支える地域力 ～地域連携パスとPFM～



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市（人口約39万人）に立地
- 横須賀・三浦医療圏（4市1町）は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、  
○ホスピス、東洋医学

## ■病棟構成

DPC病棟（50床）、地域包括ケア病棟（91床）、回復期リハビリ病棟（33床）、  
ホスピス（緩和ケア病棟：20床）

■併設施設 老健（衣笠ろうけん）特養（衣笠ホーム）訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所（長瀬ケアセンター）など

■グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム



横須賀

衣笠病院グループ

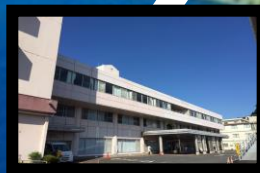


長瀬

浦賀

ケアセンター

三浦



# 目次

- パート 1
  - 高齢者救急をどこで診る？
- パート 2
  - 地域包括医療病棟の新設
- パート 3
  - 地域連携クリティカルパス
- パート 4
  - 入退院支援・入院時支援とPFM



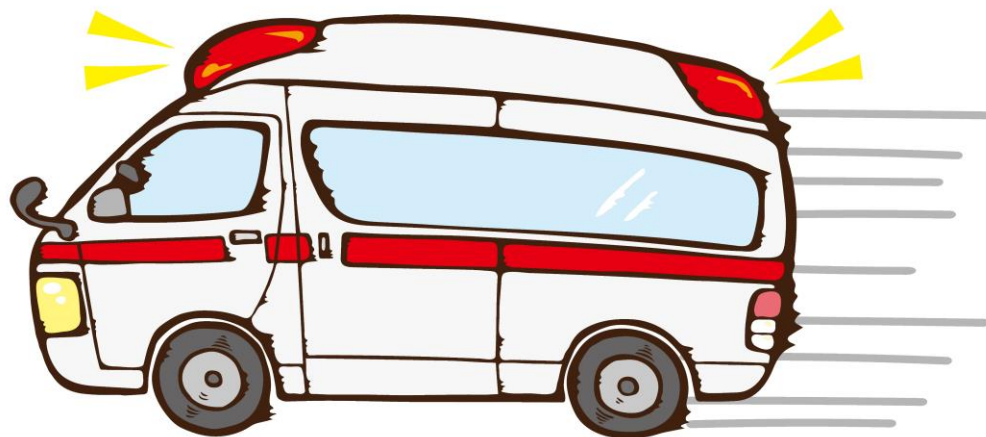
# パート1

## 高齢者救急をどこで診る？

- ①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ
- ②地域包括ケア病棟と高齢者救急



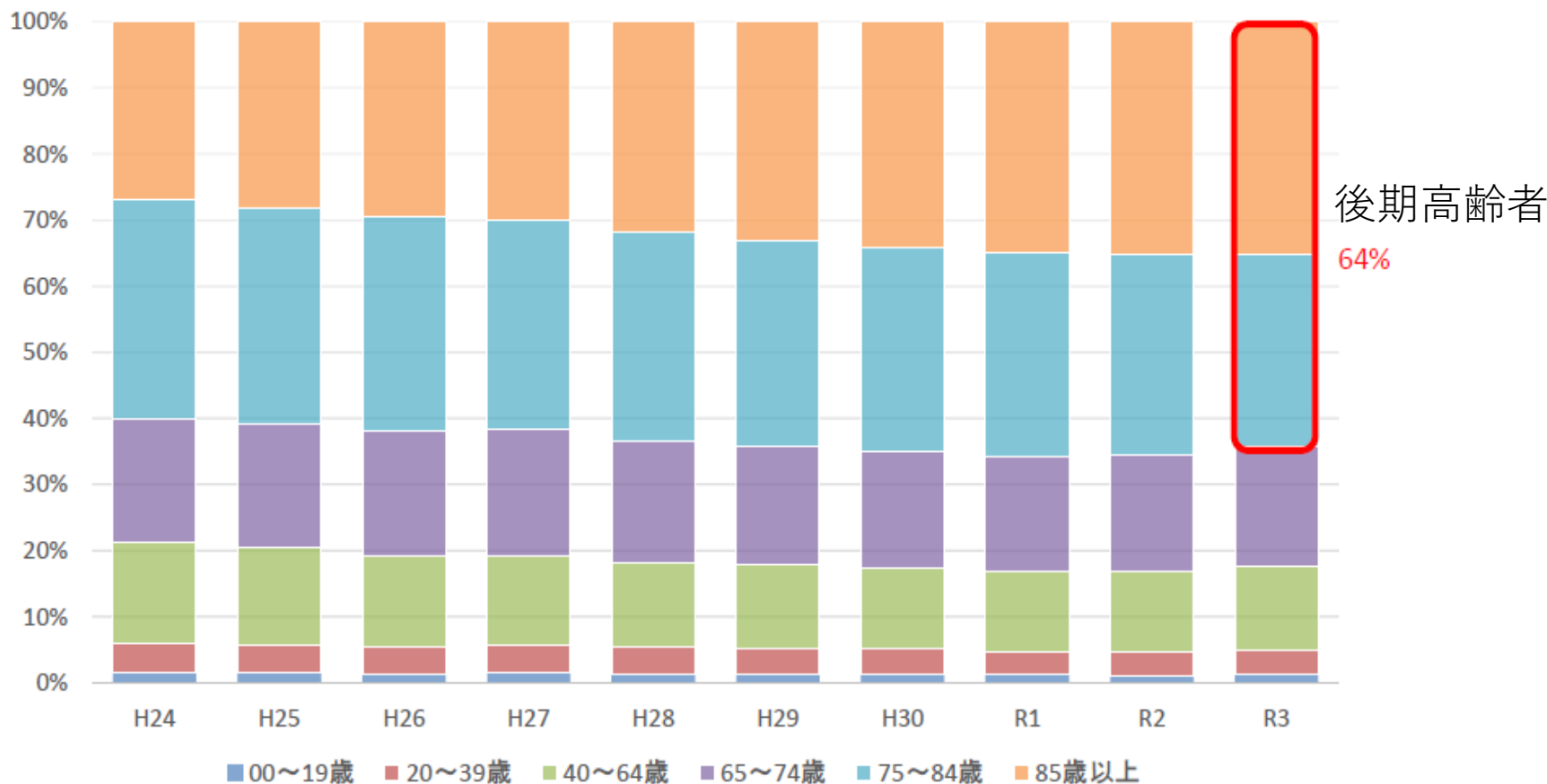
①急性期一般病床に高齢者救急が集まるワケ



# 入院患者の年齢構成の推移①（急性期一般入院料）

- 急性期一般入院料を算定する入院患者のうち、65歳以上が占める割合はほぼ横ばいだが、85歳以上が占める割合は年々増加している。
- 令和3年では、入院患者のうち64%を75歳以上が占める。

■ 急性期一般入院料の算定回数の年齢構成比 ※H24~H29は7対1または10対1一般病棟入院基本料



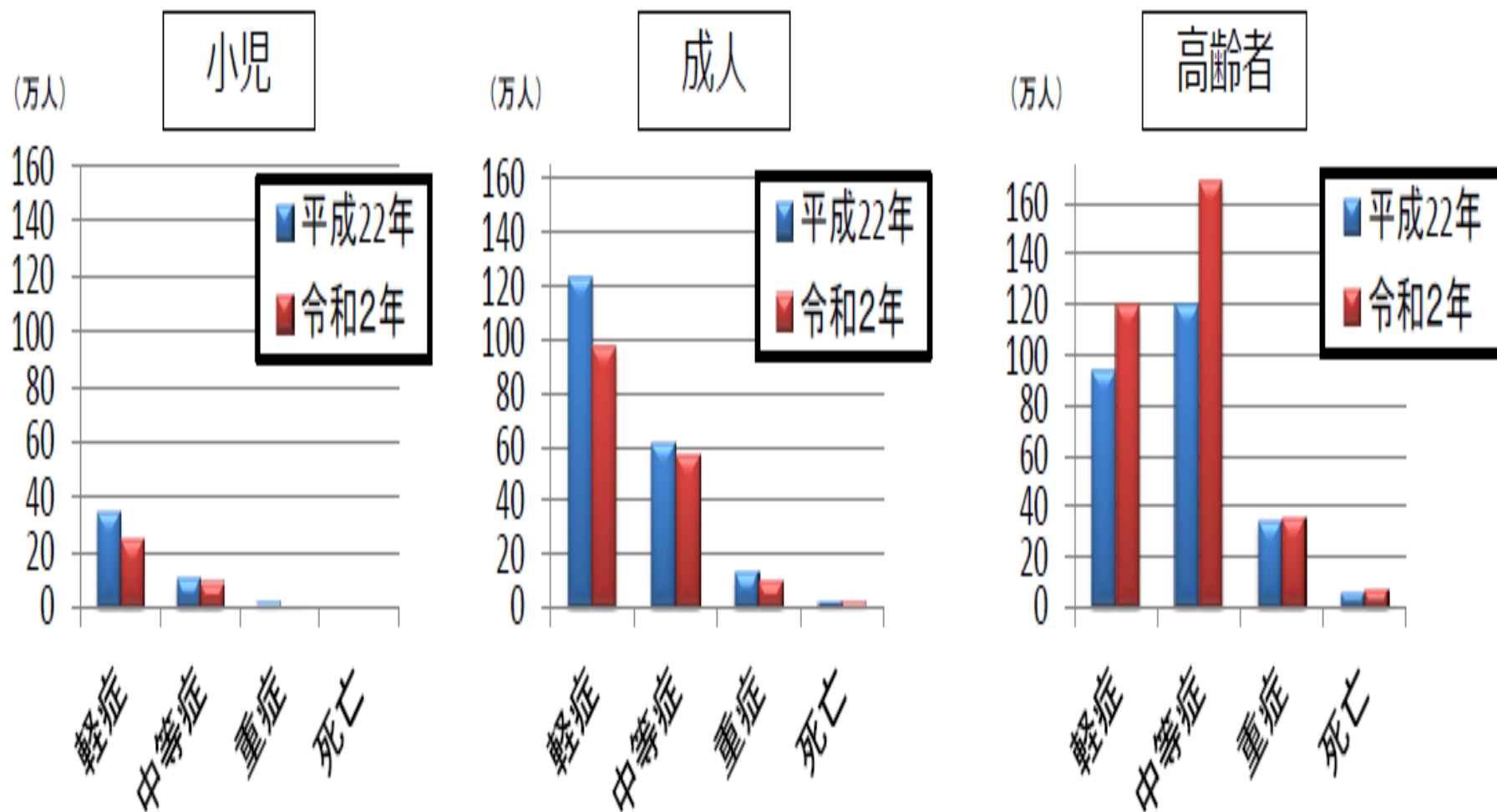
後期高齢者  
64%

# 10年前と現在の救急搬送人員の比較（年齢・重症度別）

第11回第8次医療計画等に関する検討会  
令和4年7月27日

資料  
1

○ 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。





# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- DPCデータによると、令和3年度における介護施設・福祉施設からの入院患者は年間66万例ある。
- このうち、急性期一般入院基本料を算定する病棟へ入院する患者が75%を占める。

急性期一般病床に  
介護福祉施設から  
の入院66万人

## 介護施設・福祉施設からの令和3年4月から令和4年3月までの入院症例

入院料	症例数	各入院料に占める割合	平均年齢	救急車による搬送割合	救急入院割合	死亡割合	24時間死亡割合	平均在院日数
全入院料（入院料問わず）	661,008	100%	85.5	35.2%	52.2%	15.4%	3.1%	20.7
急性期一般入院基本料料1～7	492,744	75%	85.8	36.3%	56.4%	13.1%	2.6%	18.8
急性期一般入院基本料1（再掲）	291,957	44%	85.3	45.2%	65.1%	12.2%	2.9%	18.1
急性期一般入院基本料2～7（再掲）	200,787	30%	86.5	23.4%	43.8%	14.3%	2.3%	19.9
特定機能病院入院基本料（一般病棟）	7,332	1%	78.9	0.4	0.4	0.1	0.0	15.4
地域一般入院料1～3	27,840	4%	86.4	12.8%	24.5%	18.1%	1.5%	23.0
地域包括ケア病棟入院料1～4	48,313	7%	86.8	10.0%	12.2%	19.4%	1.0%	29.6
療養病棟入院基本料	12,052	2%	87.3	2.6%	7.9%	41.7%	2.2%	42.3

特定機能病院入院基本料（一般病棟）は7:1および10:1それぞれを含む。  
地域包括ケア病棟入院料は同入院料1～4及び医療管理料1～4を含む。  
療養病棟入院基本料は同入院料1～2及び特別入院基本料を含む。

# 介護施設・福祉施設からの入院患者

- 介護施設・福祉施設からの入院患者のうち、急性期一般入院料1～7を算定する病棟へ入院する患者の医療資源を最も投入した傷病名の上位50位は以下の通り。
- 誤嚥性肺炎が約14%、尿路感染症とうっ血性心不全がそれぞれ約5%を占める。

NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)	NO	ICD10	傷病名	件数	割合 (%)
		全入院	492,744	100%	26	I469	心停止, 詳細不明	2,706	0.5%
1	J690	食物及び吐物による肺臓炎	70,192	14.2%	27	I639	脳梗塞, 詳細不明	2,599	0.5%
2	N390	尿路感染症, 部位不明	25,010	5.1%	28	S0650	外傷性硬膜下出血 頭蓋内に達する開放創を伴わないもの	2,486	0.5%
3	I500	うっ血性心不全	22,448	4.6%	29	K573	穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患	2,447	0.5%
4	J189	肺炎, 詳細不明	22,363	4.5%	30	K562	軸捻(転)	2,379	0.5%
5	S7210	転子貫通骨折 閉鎖性	10,754	3.9%	31	K922	胃腸出血, 詳細不明	2,157	0.4%
6	S7200	大腿骨頸部骨折 閉鎖性	7,054	3.5%	32	K565	閉塞を伴う腸癒着 [索条物]	2,150	0.4%
7	N10	急性尿管間質性腎炎	6,754	2.8%	33	N12	尿管間質性腎炎, 急性又は慢性と明示されないもの	2,129	0.4%
8	U071	2019年新型コロナウイルス感染症	6,054	2.6%	34	I610	(大脳)半球の脳内出血, 皮質下	2,078	0.4%
9	E86	体液量減少(症)	5,854	2.1%	35	J90	胸水, 他に分類されないもの	1,890	0.4%
10	J159	細菌性肺炎, 詳細不明	5,654	1.5%	36	G20	パーキンソン<Parkinson>病	1,844	0.4%
11	I509	心不全, 詳細不明	5,162	1.5%	37	A099	詳細不明の原因による胃腸炎及び大腸炎	1,752	0.4%
12	K803	胆管炎を伴う胆管結石	5,602	1.1%	38	K567	イレウス, 詳細不明	1,720	0.3%
13	I633	脳動脈の血栓症による脳梗塞	5,420	1.1%	39	K550	腸の急性血行障害	1,684	0.3%
14	L031	(四)肢のその他の部位の蜂巣炎<蜂窩織炎>	4,553	0.9%	40	E871	低浸透圧及び低ナトリウム血症	1,667	0.3%
15	J180	気管支肺炎, 詳細不明	4,100	0.8%	41	A415	その他のグラム陰性菌による敗血症	1,571	0.3%
16	K830	胆管炎	4,043	0.8%	42	K800	急性胆のう<嚢>炎を伴う胆のう<嚢>結石	1,470	0.3%
17	A419	敗血症, 詳細不明	4,034	0.8%	43	M6259	筋の消耗及び萎縮, 他に分類されないもの 部位不明	1,458	0.3%
18	I634	脳動脈の血栓症による脳梗塞	3,845	0.8%	44	D65	播種性血管内凝固症候群 [脱線維素症候群]	1,415	0.3%
19	G408	その他のてんかん	3,814	0.8%	45	A499	細菌感染症, 詳細不明	1,398	0.3%
20	K810	急性胆のう<嚢>炎	3,625	0.7%	46	D649	貧血, 詳細不明	1,380	0.3%
21	S3200	腰椎骨折 閉鎖性	2,972	0.6%	47	N201	尿管結石	1,364	0.3%
22	I693	脳梗塞の続発・後遺症	2,854	0.6%	48	N209	尿路結石, 詳細不明	1,340	0.3%
23	N185	慢性腎臓病, ステージ5	2,839	0.6%	49	N178	その他の急性腎不全	1,339	0.3%
24	K805	胆管炎及び胆のう<嚢>炎を伴わない胆管結石	2,784	0.6%	50	S2200	胸椎骨折 閉鎖性	1,293	0.3%
25	I638	その他の脳梗塞	2,758	0.6%					

誤嚥性肺炎  
尿路感染  
心不全

高齢者救急が  
急性期一般病床に  
入院するワケは重症度、  
医療・看護必要度にあり



# 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度 I・II の概要

※対象病棟の入院患者について、A項目(必要度 I の場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る)及びC項目は、レセプト電算処理システム用コードを用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出。

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(喀痰吸引のみの場合を除く)	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(注射剤のみ)、 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、 ⑪無菌治療室での治療)	なし	—	あり
8	I: 救急搬送後の入院(5日間) II: 緊急に入院を必要とする状態(5日間)	なし	—	あり

C	手術等の医学的状況	0点	1点
16	開頭手術(13日間)	なし	あり
17	開胸手術(12日間)	なし	あり
18	開腹手術(7日間)	なし	あり
19	骨の手術(11日間)	なし	あり
20	胸腔鏡・腹腔鏡手術(5日間)	なし	あり
21	全身麻酔・脊椎麻酔の手術(5日間)	なし	あり
22	救命等に係る内科的治療(5日間) (①経皮的血管内治療、 ②経皮的心筋焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療)	なし	あり
23	別に定める検査(2日間)(例:経皮的針生検法)	なし	あり
24	別に定める手術(6日間)(例:眼窩内異物除去術)	なし	あり

[該当患者の基準]

対象入院料	基準
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度	基準① A得点が2点以上かつB得点が3点以上 基準② A得点が3点以上 基準③ C得点が1点以上

B	患者の状況等	患者の状態			x	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
9	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない			
10	移乗	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
11	口腔清潔	自立	要介助			実施なし	実施あり
12	食事摂取	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
13	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助		実施なし	実施あり
14	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ				
15	危険行動	ない		ある			

# 「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

A項目2点以上 かつ B項目3点以上

A項目3点以上

C項目1点以上

# 急性期一般1で誤嚥性肺炎・尿路感染の救急搬送を受け入れるワケは？

- 救急搬送患者では「5日間、A項目2点」を獲得できる
- 高齢者の多くはADLに問題があるので、B項目は満たしやすい
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症でも「救急搬送」すれば、急性期一般1の重症度、医療・看護必要度をアップすることができる（A2点以上・B3点以上に該当する）
- 誤嚥性肺炎・尿路感染症が、「重症度、医療・看護必要度の点数稼ぎ」に使われている。

# 「看護必要度を満たす患者」の条件

次のいずれかを満たす患者

**2024年改定で廃止！**

急性期一般  
入院料 1

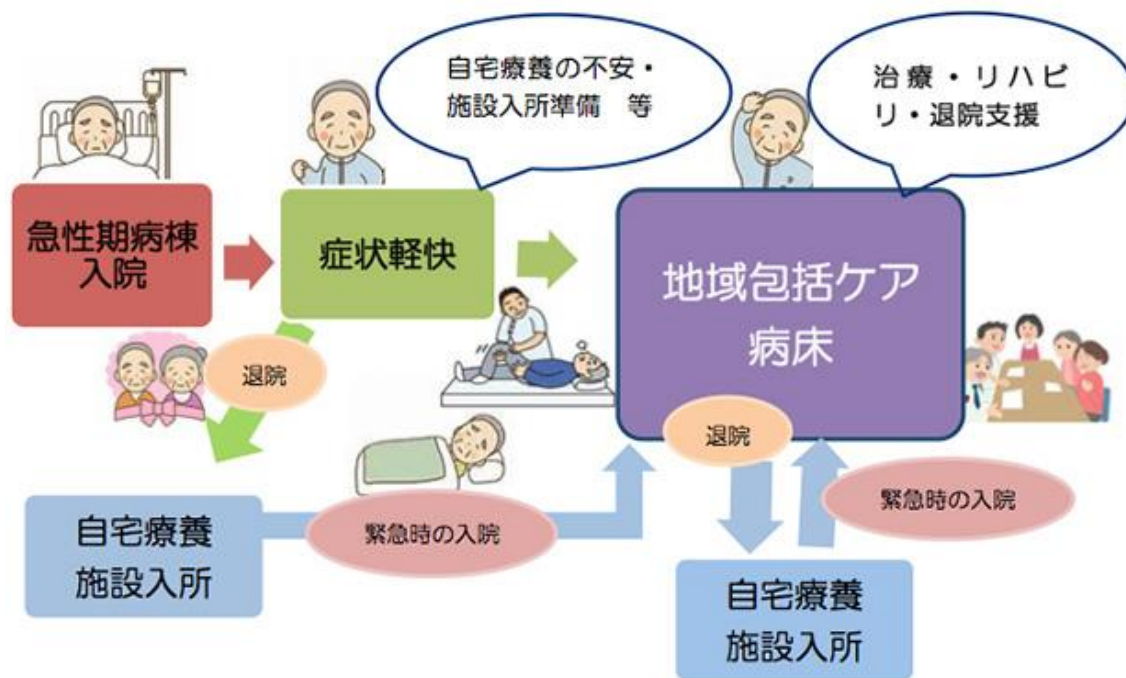
~~☑ A項目2点以上 かつ B項目3点以上~~

☑ A項目3点以上

☑ C項目 1 点以上

B項目が  
消えた！

## ②地域包括ケア病棟と 高齢者救急





# 地域包括ケア病棟の経緯①

## • 2014年診療報酬改定

- 地域包括ケア病棟が新設された。
- 厚生労働省はその役割を「急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える」と定義した。
- 算定項目は、算定上限60日、看護体制は13対1で7割以上の看護師が必要とされ、疾患別・がん患者リハビリテーションを含む多くの項目が包括評価となっている
- リハビリテーションは、地域包括ケア時代を反映して廃用症候群・認知症モデルに包括算定となっている。

誤嚥性肺炎などは  
本来は地域包括ケア  
病棟で受けるべき

# 地域包括ケア病棟経緯②

- 2016年度改定

- 手術と全身麻酔などが包括から出来高算定となる。

- 2018年度改定

- 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料 1-4 が新設されて地域包括ケアシステムを支える機能が強化された。

- 2020年度改定

- 地域包括ケア病棟の役割をバランスよく発揮できるよう、地域包括ケアに係る実績や入退院支援等に係る施設基準、同一医療機関内で転棟した場合の算定方法が見直された。

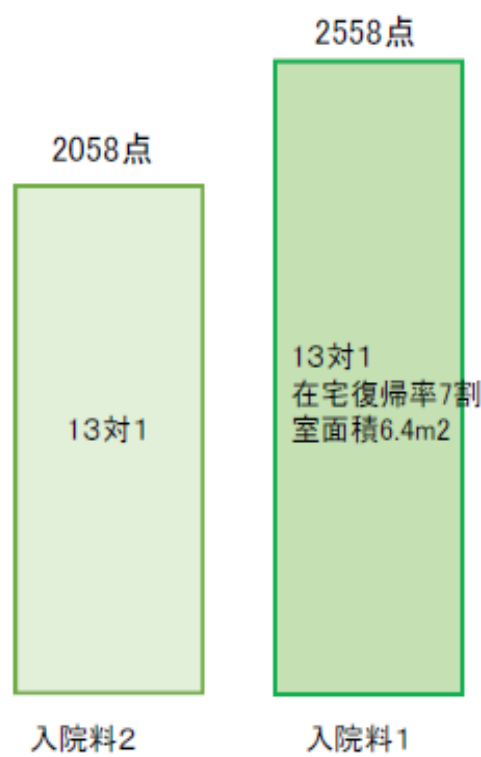
- 2022年度改定

- 救急の実施等の要件化、自院一般病棟からの転棟割合適正化、在宅患者の受入等の強化、在宅医療等の実績の充実、入退院支援加算の要件化、在宅復帰強化、初期加算の見直し等、大幅な改定が行われた

# 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の再編・統合のイメージ

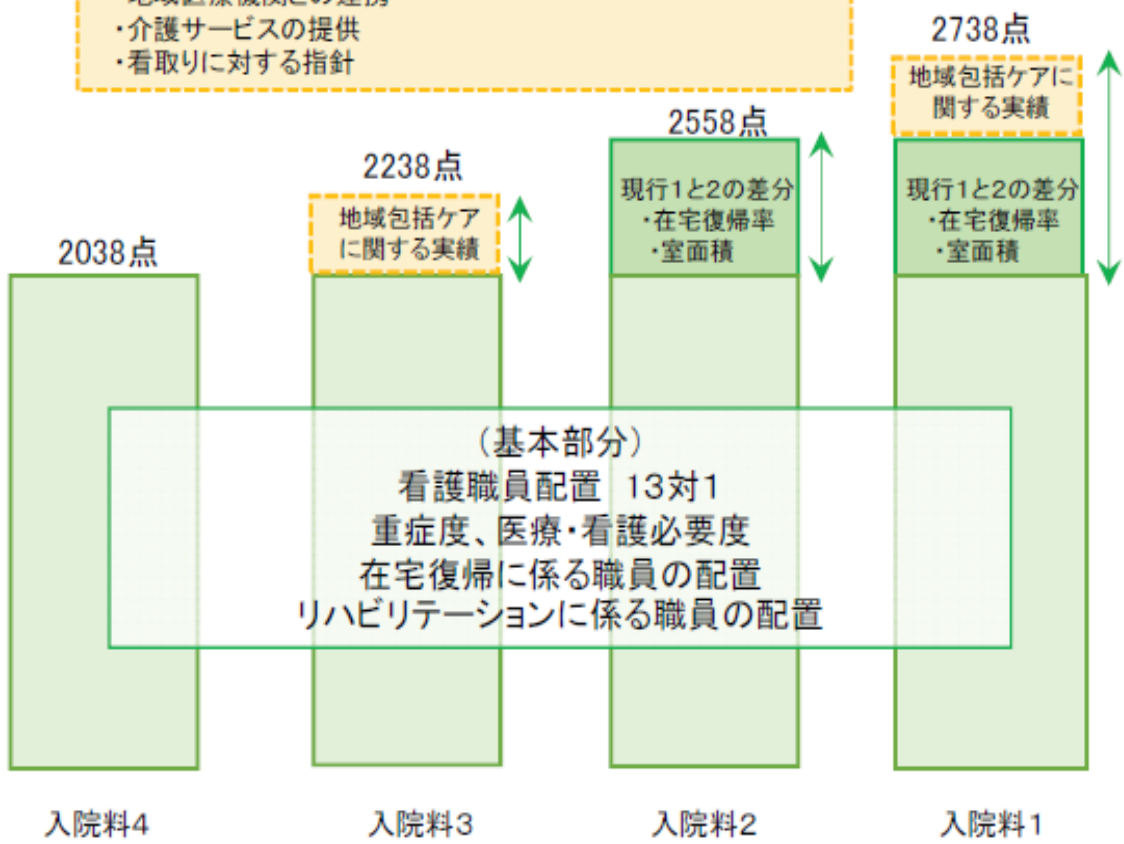
【現行】

2018年 【平成30年度改定】



【地域包括ケアに関する実績部分】(200床未満の病院に限る。)

- ・自宅等からの入棟患者割合
- ・自宅等からの緊急患者の受入れ
- ・在宅医療等の提供
- ・地域医療機関との連携
- ・介護サービスの提供
- ・看取りに対する指針



(基本部分)  
 看護職員配置 13対1  
 重症度、医療・看護必要度  
 在宅復帰に係る職員の配置  
 リハビリテーションに係る職員の配置

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

(新)地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

中医協調査専門組織

# 2014年入院医療分科会



宇都宮啓医療課長

# 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

### 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

### 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

#### 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: 松原由美(早稲田大学人間  
科学学術院准教授)  
委員: 公益委員のみ  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度2回  
平成26年度6回  
平成27年度4回  
平成28年度3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: 中村洋(慶應義塾大学大学院総  
務管理研究科教授)  
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23年度14回  
平成24年度8回  
平成25年度13回  
平成26年度3回  
平成27年度13回  
平成28年度13回

#### 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: 田辺国昭(東京大学大学院法学  
政治学研究科教授)  
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23年度開催なし  
平成24年度5回  
平成25年度2回  
平成26年度7回  
平成27年度9回  
平成28年度3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: 野口晴子(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23年度2回  
平成24年度4回  
平成25年度1回  
平成26年度3回  
平成27年度1回  
平成28年度3回

#### 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: 秋下雅弘(東京大学医学  
部老年病学教授)  
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1回程度

#### 保険医療材料等専門組織

所掌: 特定保険医療材料及び対外  
診断用医薬品の保険適用に  
ついての調査審議  
設置: H12  
委員長: 小澤壯治(東海大学医学  
部医学科領域主任教授)  
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、月1  
回程度

#### 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: 荒井耕(一橋大学大学院  
商学研究科教授)  
委員: 支払: 診療: 公益: 参考人  
=6:6:4:2  
開催: 改定の議論に応じて開催  
平成24年度8回  
平成25年度7回  
平成26年度8回  
平成27年度10回  
平成28年度4回

#### 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: 関ふ佐子(横浜国立大学大  
学院国際社会科学研究院教授)  
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23年度8回  
平成24年度1回  
平成25年度10回  
平成26年度4回  
平成27年度9回  
平成28年度1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

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(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■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(慶應義塾大学名誉教授)

#### ■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)

#### 費用対効果評価専門組織

所掌: 医薬品及び医療機器の  
費用対効果評価について  
調査審議  
設置: H28  
委員長: 田倉智之  
(大阪大学大学院医学研  
究科医療経済産業政策学  
教授)  
委員: 保険医療専門審査員  
時期: 1年に数回程度

# 地域包括ケア病棟（新設）

## • 地域包括ケア病棟入院料 1、2

- 疾病別リハの届出
- **看護配置13：1**
- 常勤リハビリスタッフ
- リハ1日2単位以上
- 重症度・看護必要度
- 在宅復帰率
- 1床あたり原則6・4平米
- 在宅療養支援病院（200床未満）
- 2次救急指定病院、救急告示病院
- データ提出加算

リハスタッフ  
充実

看護師・看護  
補助者の加配

最大の争点は  
救急の扱い！

## • 地域包括ケア病棟

### 入院料 1

- 在宅復帰率
- 看護職員配置加算
- 看護補助者配置加算

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
あんどう ぶんえい 安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
いけだ しゅんや 池田 俊也	国際医療福祉大学 薬学部 薬学科 教授
いしかわ ひろみ 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
かつき すすむ 香月 進	福岡県 保健医療介護部 医監
かんの まさひろ 神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
こうち えいたろう 高智 英太郎	健康保険組合連合会 理事
さなぎ すすむ 佐柳 進	独立行政法人国立病院機構関門医療センター病院長
しまもり よしこ 嶋森 好子	社団法人東京都看護協会 会長
たけひさ ようぞう 武久 洋三	医療法人平成博愛会 理事長
つつい たかこ 筒井 孝子	国立保健医療科学院 統括研究官
ふじもり けんじ 藤森 研司	北海道大学病院地域医療指導医支援セ
むとう まさき 武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授



武久洋三先生

○ : 分科会長

入院医療分科  
会ですべてを  
決めるな。越  
権行為だ！



中川俊男委員





# 入院料別の届出病床数の推移

○ 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料

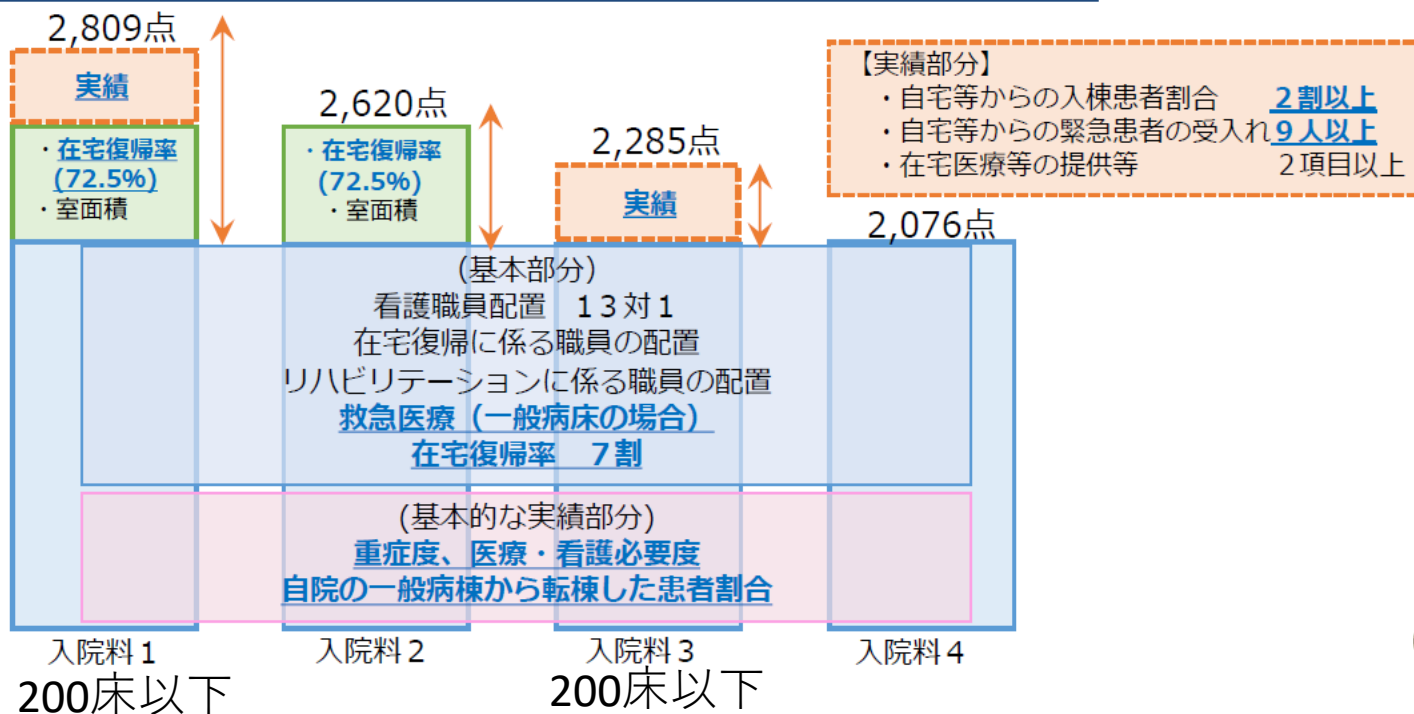


(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2014年

# 地域包括ケア病棟入院料の施設基準 (イメージ)



# 入棟経路毎の地域包括ケア病棟に入棟した患者の傷病名（主傷病）

○ 地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

入棟患者全て(n=2,854)

1	誤嚥性肺炎	4.5%
2	腰椎圧迫骨折	3.3%
3	大腿骨転子部骨折	2.9%
4	尿路感染症	2.9%
5	COVID-19	2.7%
6	大腿骨頸部骨折	2.6%
7	廃用症候群	2.4%
8	脱水症	2.0%
9	腰部脊柱管狭窄症	1.9%
10	慢性心不全	1.7%

緊急入院後  
(外来の初再診後)(n=990)

1	誤嚥性肺炎	5.7%
2	腰椎圧迫骨折	3.9%
3	尿路感染症	3.4%
4	COVID-19	3.3%
5	慢性心不全	3.1%
6	胸椎圧迫骨折	2.4%
7	脱水症	2.4%
8	肺炎	2.4%
9	うっ血性心不全	2.3%
10	大腿骨頸部骨折	2.1%

救急搬送後入院、他病棟を経由  
(n=390)

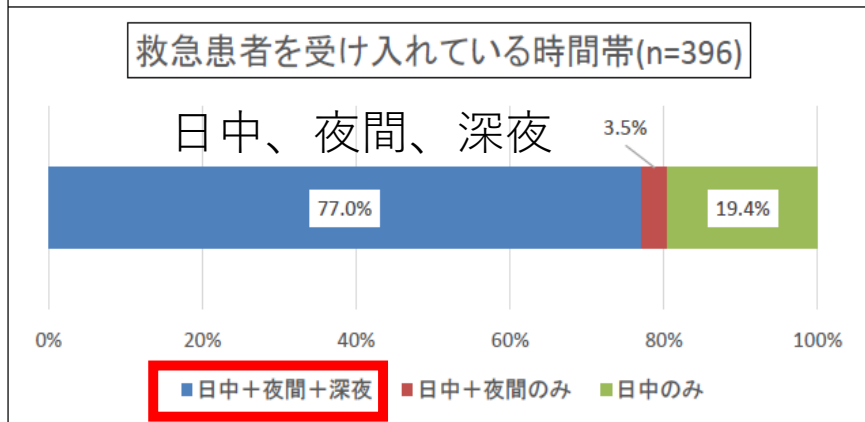
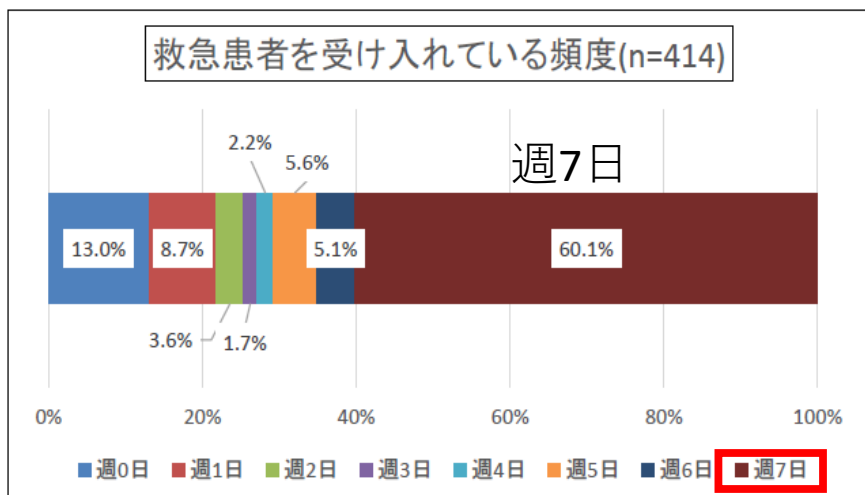
1	大腿骨転子部骨折	8.5%
2	誤嚥性肺炎	6.9%
3	大腿骨頸部骨折	5.4%
4	腰椎圧迫骨折	4.6%
5	尿路感染症	4.1%
6	COVID-19	3.3%
7	うっ血性心不全	2.6%
8	脱水症	2.1%
9	肺炎	1.5%
10	気管支肺炎	1.0%

救急搬送後入院、直接入棟  
(n=161)

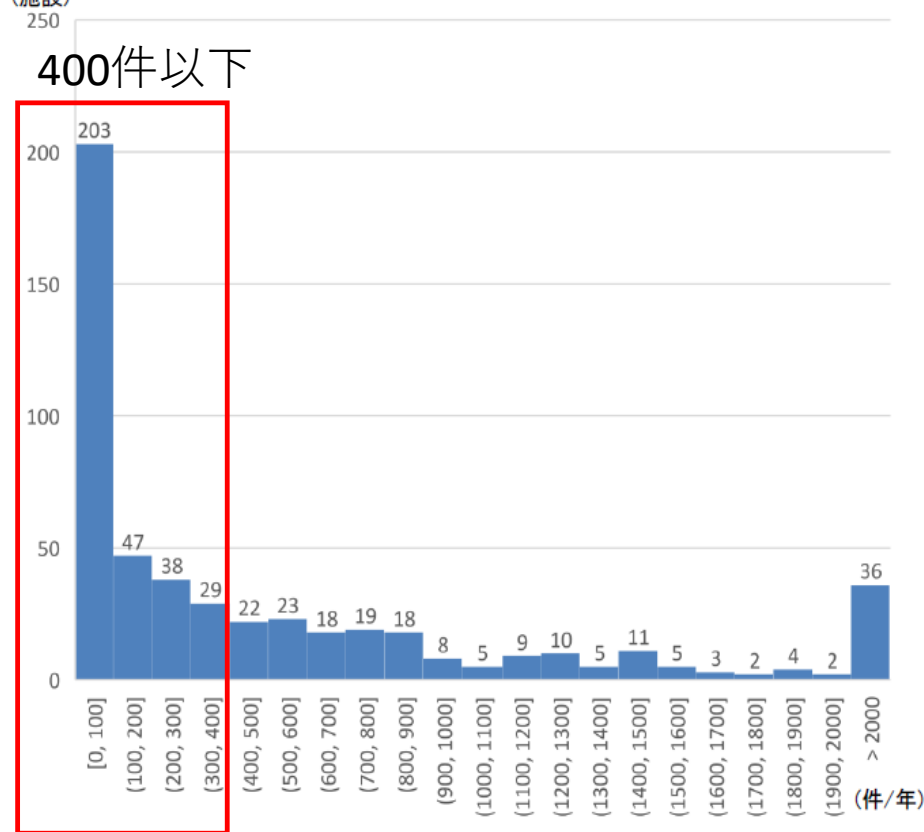
1	誤嚥性肺炎	8.1%
2	尿路感染症	6.2%
3	腰椎圧迫骨折	5.6%
4	大腿骨転子部骨折	4.3%
5	COVID-19	3.7%
6	脱水症	3.7%
7	肺炎	3.7%
8	胸椎圧迫骨折	3.7%
9	大腿骨頸部骨折	1.9%
10	急性肺炎	1.9%

# 地域包括ケア病棟を有する病院の救急の状況①

- 地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週7日が60.1%で最も多く、次に週0日が13.0%であった。
- 救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が77.0%であった。
- 救急搬送の受け入れ件数については、400件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。



地域包括ケア病棟・病室を持つ医療機関における救急搬送の受け入れ件数(n=519)



# 地域包括ケア病棟への救急患者の直接入院

- 医療・看護の必要性が高く、医療資源投入量が多い点を踏まえ、報酬上のインセンティブを設けるべき（井川委員）
- 現行の在宅患者支援病床初期加算の要件を見直して、受け入れ体制の整備、受け入れの促進を図ってはどうか（武井委員）
- 比較的重症の患者に適切な対応をするには看護加配などが必要となる。また三次救急に高齢患者が搬送等されれば生活状況把握などが困難になることから、地域包括ケア病棟などへの下り搬送が重要。これを評価しては（津留委員）

# パート 2

## 地域包括医療病棟の新設



# 高齢者の救急患者等に対応する入院医療について

## ○ これまでの主な指摘

- ・ 誤嚥性肺炎や尿路感染症の入院治療については、対応可能な地域包括ケア病棟におけるより一層の対応が必要ではないか。ただし、地域包括ケア病棟は、看護配置が13対1であること等から、対応できる救急医療には限界があることも認識すべき。
- ・ 急性期医療における機能分化の在り方については、地域包括ケア病棟など13対1の看護配置を施設基準とする病棟が現状では高齢者の救急搬送を十分に受け入れることが難しい場合があることを踏まえつつ、どのような病棟による急性期の高齢者等の受入を推進すべきかについて検討した上で、地域一般病棟や地域包括ケア病棟など急性期一般入院料1以外の病棟のうち高齢者救急への対応や高齢者のケアに必要な体制を備えた病棟を類型化して評価することが必要ではないかとの指摘があった。

○ 急性期医療を提供する急性期一般入院料の病棟におけるリハビリ、栄養管理の提供には、ばらつきがある。

○ 一方で、在宅復帰等を役割とする地域包括ケア病棟においては、救急患者の受け入れにばらつきがある。

## 高齢者の救急患者等に対応する入院医療（イメージ）



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援  
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰  
在宅医療、介護との連携

包括的に提供

# 地域包括医療病棟

- 看護配置**10対1**
- 常勤の**理学療法士、作業療法士**または**言語聴覚士**が病棟に2人以上
- 専任の**管理栄養士**が病棟に1人以上
- 平均在院日数**21日以内**
- 退院患者のうち、自宅等に退院する患者の割合が**80%以上**

…など

要件が厳し  
すぎる！





## 急性期病棟、地域包括医療病棟及び地域包括ケア病棟の機能の比較（イメージ）

	急性期一般病棟入院料 1	地域包括医療病棟	地域包括ケア病棟入院料 1
病棟の趣旨	急性期医療を行う	高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療とともに同時に支える医療（リハビリ等）を提供することで、より早期の在宅復帰を可能とする。	① 急性期治療を経過した患者の受け入れ。 ② 在宅で療養を行っている患者等の受け入れ ③ 在宅復帰支援
看護配置	7対1以上	10対1以上	13対1以上
重症度、医療・看護必要度の基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 3点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が20%以上</li> <li>「A 2点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が27%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 2点以上かつB 3点以上」、「A 3点以上」、「C 1点以上」のいずれかに該当する患者割合が16%以上（必要度Ⅰ）又は15%以上（必要度Ⅱ）</li> <li>入棟初日にB 3点以上の患者割合が50%以上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「A 1点以上又はC 1点以上」に該当する患者割合が10%以上（必要度Ⅰ）又は8%以上（必要度Ⅱ）</li> </ul>
在院日数	平均在院日数 16日以内	平均在院日数 21日以内	60日まで算定可能
救急医療体制	- (救急医療管理加算等で評価)	24時間救急搬送を受け入れられる体制を構築していること 画像検査、血液学的検査等の24時間体制救急医療管理加算等による評価	二次救急医療機関又は救急告示病院 ※ 200床未満の病院の場合は救急医療の体制 ※ 一般病床の場合
救急実績	(地域医療体制確保加算等で実績に応じた評価)	緊急入院割合:緊急入院直接入棟 1割5分以上	自宅等からの緊急患者の受け入れ 3月で9人以上
リハビリ	-	PT、OT又はST 2名以上の配置、ADLに係る実績要件	PT、OT又はST 1名以上の配置
在宅復帰率	80%以上 (分子に地ケア、回り八病棟等への退院を含む)	80%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含む)	72.5%以上 (分子に回り八病棟等への退院を含まない)

## 入院医療の評価体系と期待される機能（イメージ）

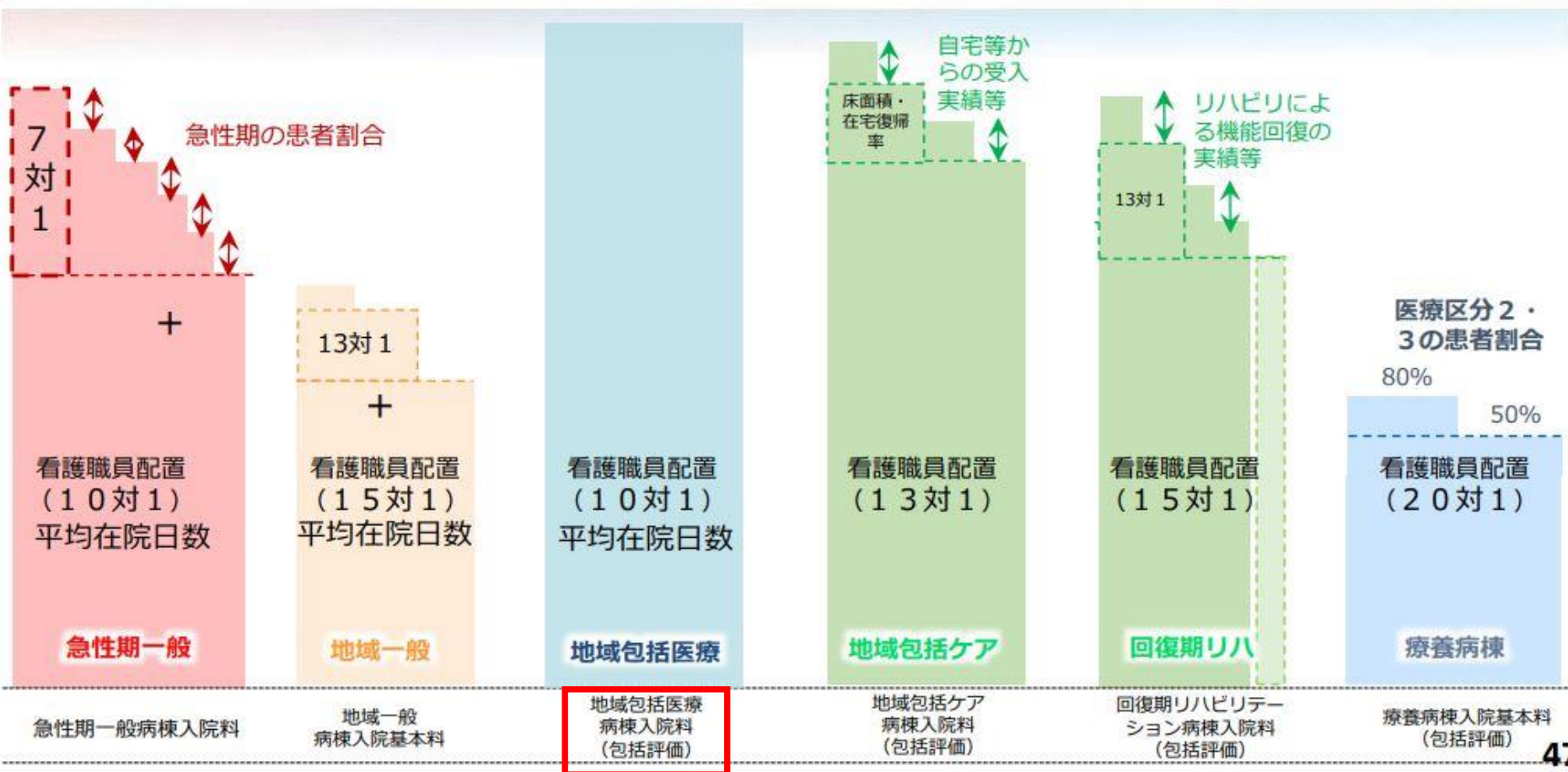
- 入院医療評価体系については、基本的な医療の評価部分と診療実績に応じた段階的な評価部分との二つの評価を組み合わせた評価体系としている。急性期医療と回復期医療を担う**地域包括医療病棟**を新設した。

※ 特定機能病院、専門病院、精神病棟、結核病棟、障害者施設等、その他の特定入院料等については、特定の機能や対象患者を想定した入院料のため、下記には含めていない。

急性期医療

回復期医療

慢性期医療



# 地域包括医療病棟は 「地ケア並び」にあらず

- 地域包括医療病棟は、より高齢者救急に特化しては、より高ポストアキュートではなく、高ポストアキュートを診る。
- 平均在院日数も21日以内と定めている。
- 3次の医療機関で患者さんを迎え入れた「7対1病分床」でなくても診られると分かったら、地域包括医療病棟に送ることもありえる。
- 地域包括医療病棟の包括範囲はDPCに近く、より急性期の医療が可能だ。
- 「地ケア並び」と考えるのではなく、この点にご留意いただきたい。



眞鍋馨医療課長

## 想定される地域包括医療病棟への移行のイメージ

- ▶ 地域における、高齢化、救急医療提供体制、リハビリテーション等の提供体制等を踏まえて、急性期入院基本料1（7対1）、急性期入院基本料2-6を算定する急性期病棟、あるいは一定の救急医療の実績のある地域包括ケア病棟等から転換することが想定されている。

### ①急性期入院基本料1からの一部転換



救急医療の実績が十分であり、既に後期高齢者の緊急入院が多く、急性期医療の中における機能分化が必要であるケースにおいては、一部の病棟を地域包括病棟に転換することなどが考えられる。

### ②急性期入院基本料2-6からの転換



急性期医療が充実している医療機関であり、リハビリ職、栄養関係職種の確保とADLに関連する実績評価が十分である場合は、急性期の全病棟や一部の病棟を転換することが考えられる。

### ③地域包括ケア病棟からの転換



既に在宅復帰機能が十分である地ケアの中で、救急搬送の受入が可能である病棟においては、転換が可能。

# Ⅲ、調査結果②

三病院団体：地域包括医療病棟調査  
2024年6月10日

## ■地域包括医療病棟入院料の届出予定（全体）

転換予定	検討中	転換しない
39病院	141病院	822病院

## ■転換予定、及び検討中の病棟

n=180病院

急性期病棟すべて	57病院
地域包括ケア病棟すべて	14病院
急性期病棟の一部	91病院
地域包括ケア病棟の一部	7病院
回復期リハビリテーション病棟の一部	1病院
障害者病棟	2病院
療養病棟	1病院
未検討	7病院

## Ⅲ、調査結果⑤

### ■ 転換しない理由

n=822病院

現在の病棟機能を維持できるため		442病院
示された施設基準を満たせないため	※詳細はP6・P7	324病院
転換できる病棟を有していないため		21病院
地域包括医療病棟以外の病棟に転換予定		3病院
その他		12病院
未回答		20病院

# 地域包括医療病棟 地域医療構想では どの区分？



千葉県地域医療構想調整会議

# 病床機能報告における4医療機能について

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

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 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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

- **回復期機能については、**「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、**回復期機能を選択できる。**
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択すること。



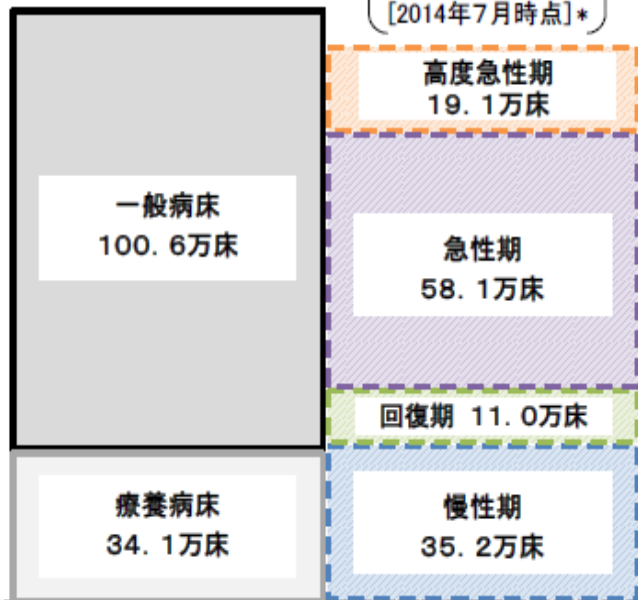
## 2025年の医療機能別必要病床数の推計結果（全国ベースの積上げ）

- 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

# 2022年度病床機能報告について

速報値

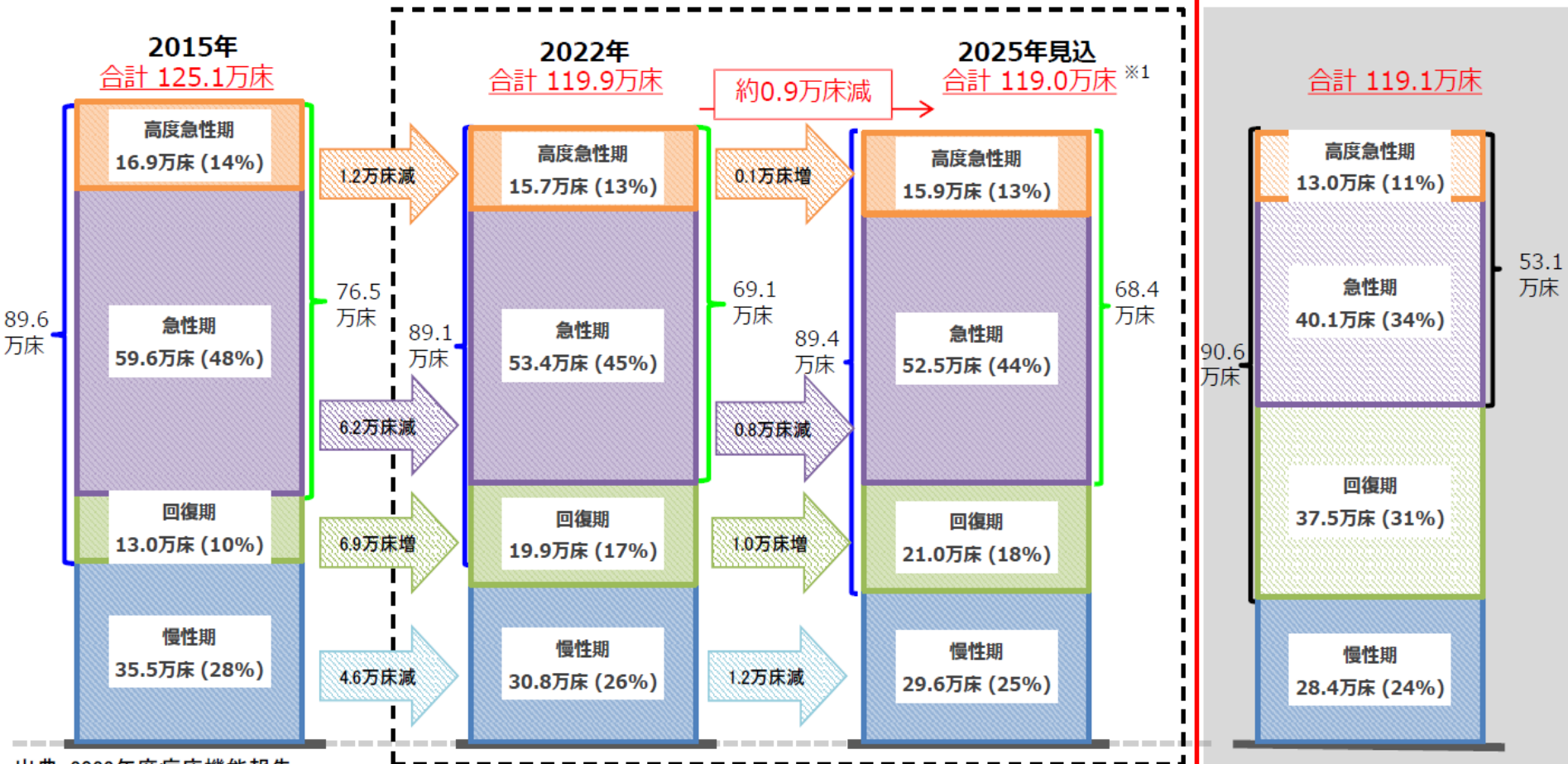
## 2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

## 2022年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告) ※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量  
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点) ) ※4 ※6



出典: 2022年度病床機能報告

※1: 2022年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率)) 2015年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)、2022年度病床機能報告: 13,885/14,538(95.5%)

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別人口推計』を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(\*): 19,065床(参考 2021年度病床機能報告: 19,645床)

\*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行う

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それだけではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

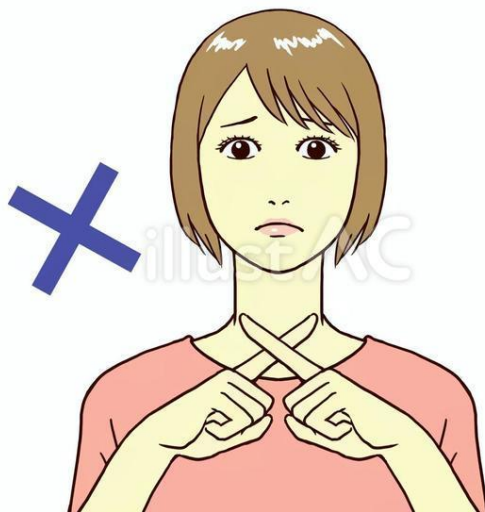
高齢者の受け皿  
の回復期病床が  
16万床足りない

(一部精査中)

地域包括医療病棟は  
回復期病床数をアップする

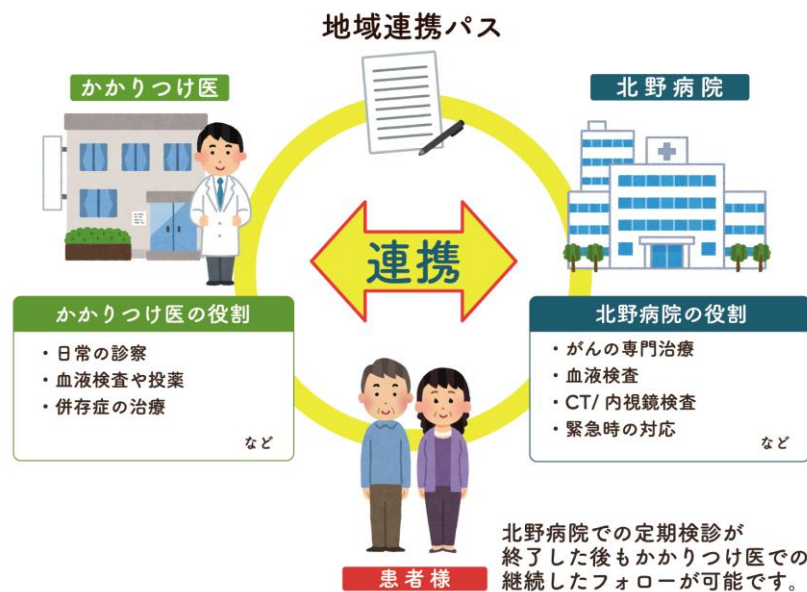


地域包括医療病棟は  
回復期病床数をアップできる？



# パート 3

## 地域連携クリティカルパス



# 私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
  - シカゴ郊外のコミュニティホスピタルを訪問
  - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

# シカゴの病院で・・・パスに出会う (1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学（1995年3月）
  - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
  - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだらう？」
  - 看護師さんにインタビュー
    - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
    - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
    - 退院計画は入院第1日目から作成！
    - 業務改善委員会（P I委員会）で作成していた

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、薬剤、身体状況、行動制限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)



# 医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）  
カレン・ザンダーさん

# 東京都済生会中央病院 (脳梗塞のパス) 1996年

東京都済生会中央病院  
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

平成8年11月11日

◆患者 \_\_\_\_\_ 男 女 \_\_\_\_\_ 歳  
 ◆医師 \_\_\_\_\_

◆入院日：平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
 ◆既往歴： \_\_\_\_\_

◆確定診断名  
 ① アテローム血栓性  
 ② 心源性脳梗塞  
 ③ ラクナ梗塞  
 ④ その他

パス \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ へ移行

◆注意：パスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日							
		1日目	2日目	3日目					
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静					
食事	内容・摂食行動・入庫	NPO	NPO	NPO					
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW							
検査	MR依頼 HCT CKR EKG 血液(一般、血型、生化学、 凝固系、感染症) 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	MR	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー →	MR					
			ヘパリン使用時 APTT	ヘパリン使用時 APTT					
ナーシング	バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)					
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗潰瘍剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノン・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗潰瘍剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗潰瘍剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV					
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い					
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②					
サイン	医師								
	看護師								
	PT								
	ST MSW								

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞性)の治療を指す。

日本で最初の  
クリティカルパス



山崎 絳氏

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大  
 体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり(パスの適用についての判断  
 は医師が下す)、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT, OT, MSWへ連絡され、それ  
 らの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

# 「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」(1997年)

1万部の大  
ヒット

## 目次

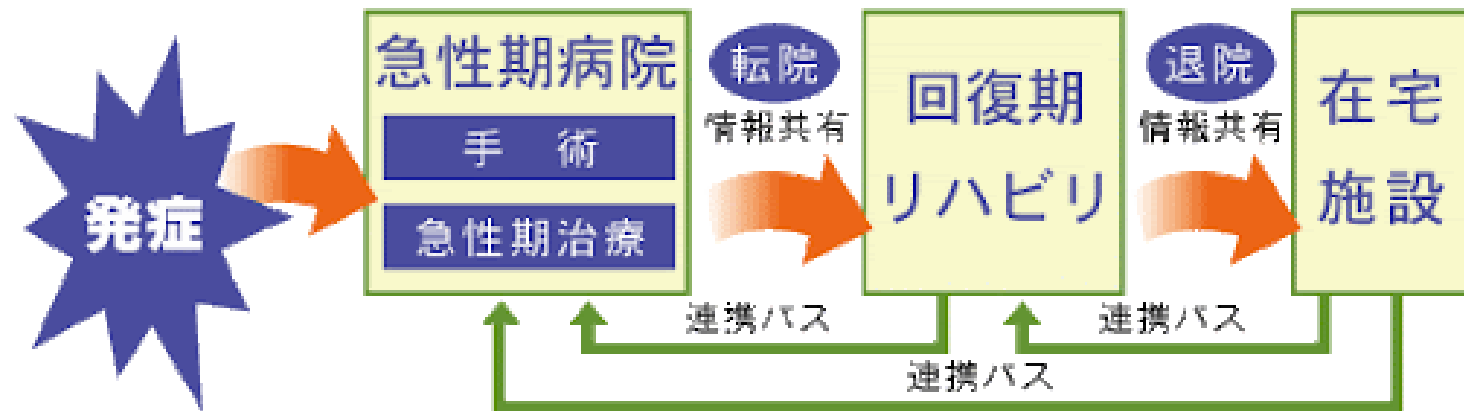
- 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すがさん

1997年日総研出版

# 地域連携パス



# シームレスケア研究会 (熊本) 2003年

- 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



熊本医療センター副院長  
野村一俊先生

# シームレス研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
  - 2003年10月
  - 世話人会立ち上げ（6施設）
- 第1回研究会（2003年11月）
  - 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
  - 診療ガイドラインの検討
  - 使用中の連携パスの提示
- 第2回（2003年12月）
  - 診療ガイドライン案作成
  - 研究会連携パス
  - データベース案の検討
- 第3回(2004年1月)
  - 連携パスの検討、連携パス
  - データベースの電子化の検討
  - 目標設定：4月からの連携パス運用開始
- 第4回（2004年2月）
  - 連携パスの検討、電子化案の検討
  - 患者用連携パス案の検討
- 第5回（2004年3月）
  - 2施設加わる
  - 連携パス試用結果検討
- 第6回（2004年4月）
  - 第6回研究会
  - 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

# 大腿骨頸部骨折連携パス(熊本医療センター)

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								自・監・介	
清潔	清拭	創チェック		シャワー浴可	入浴								自・監・介
セルフ	【荷重制限】有・無	禁忌肢位;股関節過度屈曲・内転・内旋 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(回/2日)	創処置 抜糸	処置なし								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( )								有・無	
教育	入院時OR NsOR	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 介護保険申請〇/〇	家屋訪問調査〇/〇	家屋改修指導〇/〇	試験外泊〇/〇 退院後訪問〇/〇						
退院時情報	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: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)	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: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)	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: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)	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: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)	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: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)	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: ) 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 PT:〇〇				平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション 担当:〇〇									

急性期病院

リハビリ病院

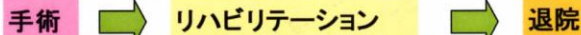
\* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過・チェック項目・コメント)をフィードバックして頂ければ幸いです。

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



歩くとき膝がグラグラしない。肩の力を抜いて歩ける。平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。階段昇降ができる。片手で平行棒内を歩ける。

## 『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しょう。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下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)

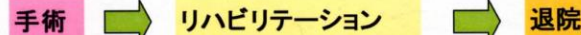
\* 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。  
\* 家屋環境のチェックが必要となります。  
\* 家屋環境のチェックが必要となります。

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

熊本医療センター 整形外科  
電話番号:096-353-6501

急性期病院

## 『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				

入院診療計画予定表

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	□朝食は夕食まで 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□制限ありません		
着	□着室後、お風呂の動きを 確認後、飲水できます	□病棟で訓練します	□リハビリ室にて訓練開始です		
動	□痛みに応じて訓練で 引っ張りします (痛くないように)	□平服が脱いで、3時間 はベッド上安静です	□空れます	□平行棒内での起立から後々に 歩き始めます	
ハ	□訓練の指導、説明 おこなえます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で退室出来ます	□個人入浴で退室出来ますが 次のページを参考に受療前の移動レベル 獲得を目標に頑張ってください	
リ	□病室でのリハビリが 始まります				
排	□排便の確認をします	□術後おしっこが はいています	□おしっこが管が抜けて からトイレで可能です		
薬	□必要に応じて薬を 服します	□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	
保	□可能であれば 入浴できます	□清拭		□傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます	
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			
輸	□化膿止めの注射の テストがあります	□術前に化膿止めの点滴が あります □術後500ml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		
注	□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			
検	□必要時に血液検査・ 他科受診があります			□血液検査 □レントゲン撮影	
説	□入院時説明	□術後説明		□経通説明	
明	□手術前説明				
指	□麻酔科医師診察 □手術室看護補助				

\* 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

リハビリ科スタッフへ

\* 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

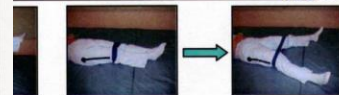
生活が目標の方  
家屋改修指導 試験外泊

伝い歩き・歩行器・杖・独歩

### 目安

杖歩行 → 屋外歩行

ただで歩ける。階段昇降ができる。  
車内を歩ける。



### 自宅・施設

生活の場を通して実践

しましょう。  
ずつ始めた方が楽です。

### 目標の方

ます。リハビリスタッフにご相談ください。

熊本医療センター 整形外科  
電話番号:096-353-6501

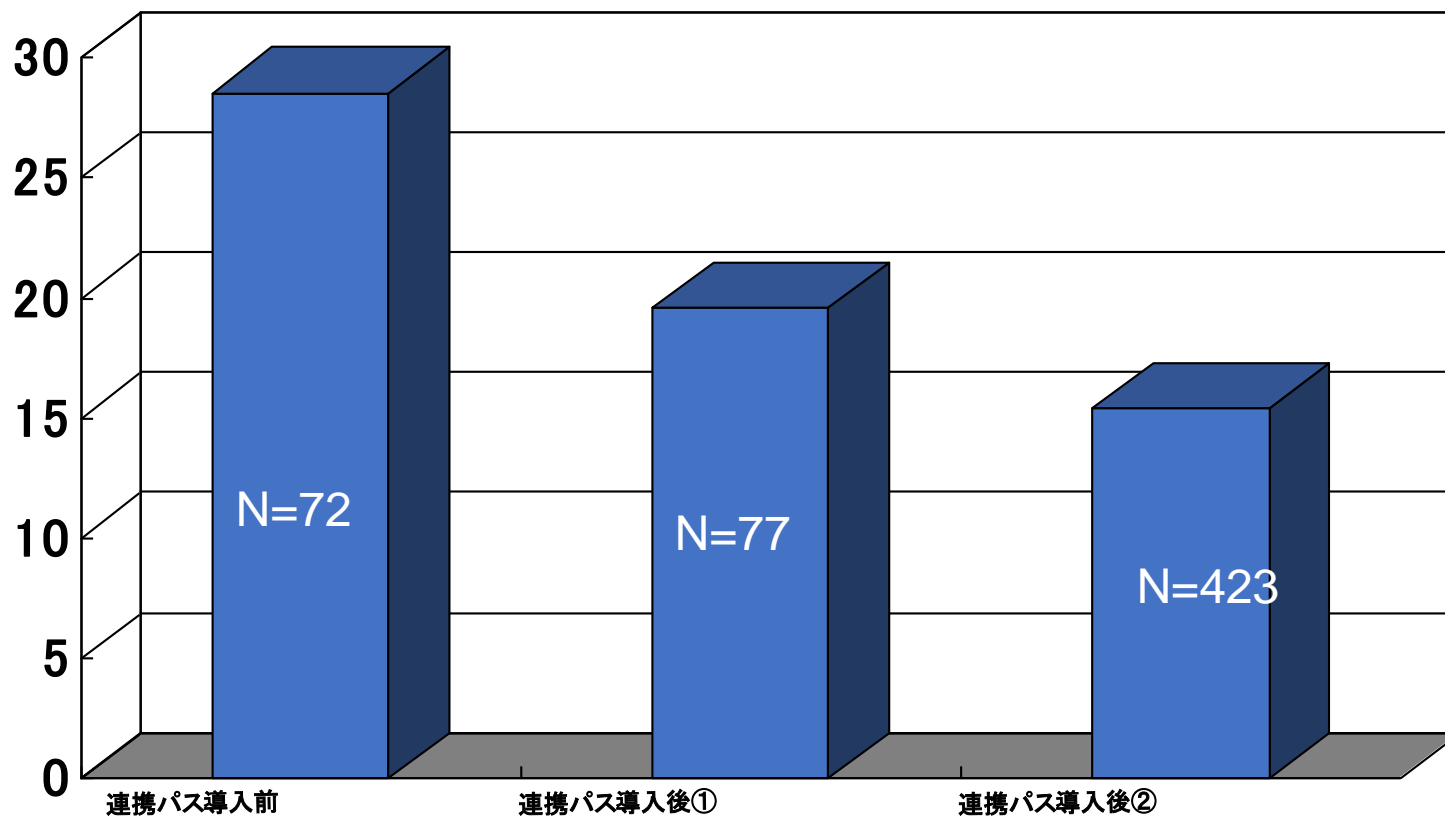
リハビリ病院



# 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。

# 連携パス(大腿骨頸部骨折) 導入による 急性期病院の在院日数の変化

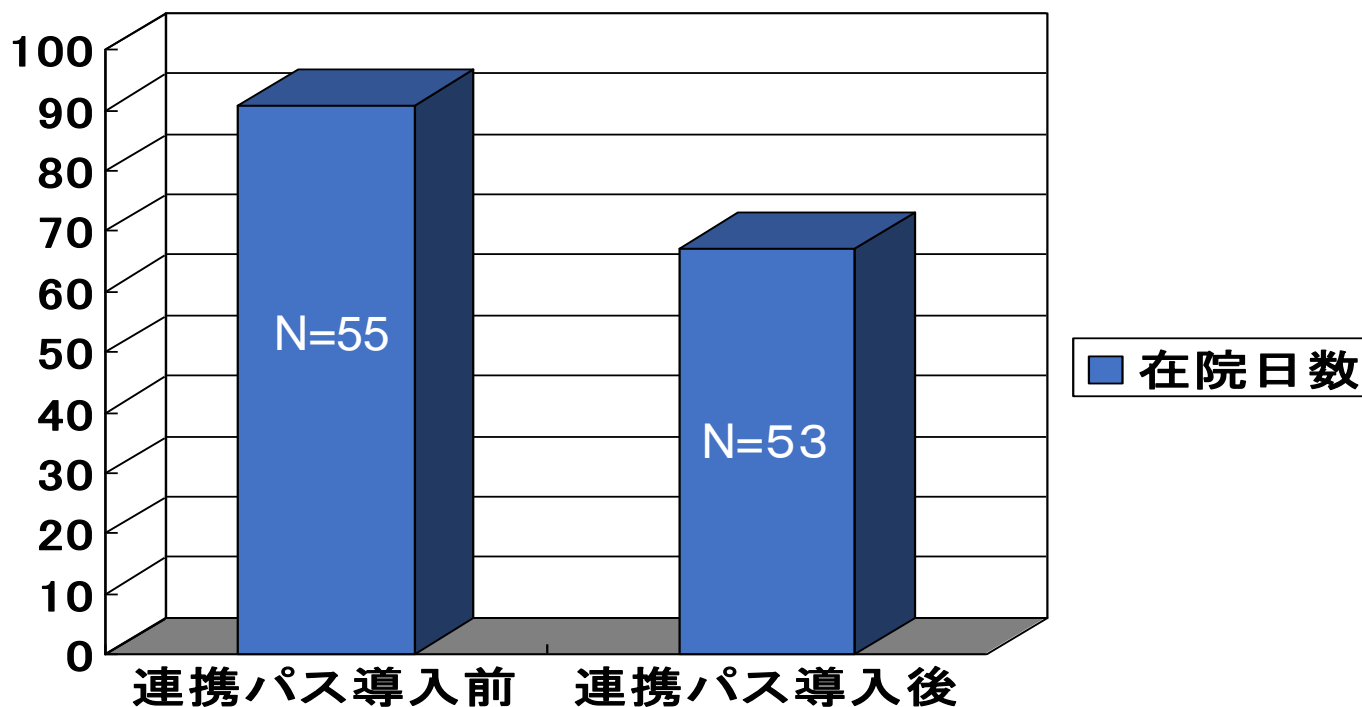


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

連携パス導入後②(平成15年1月-平成17年1月)

# 連携パスの連携先病院 (回復期リハ) 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

# 地域連携パスによって 地域全体の平均在院日数 を短縮できる

急性期病院から回復期病院への  
タイムリーな転院が可能となる  
地域で医療の効率化が図れる

# 今、誤嚥性肺炎 地域連携パスが注目



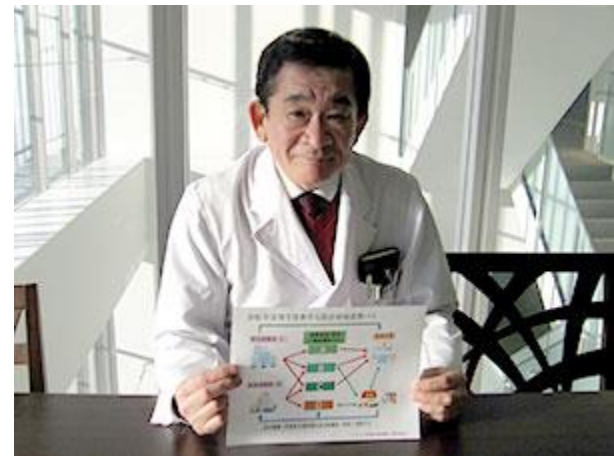
# 浜松肺炎地域連携クリニカルパスについて

「クリティカルパス」は日本医療マネジメント学会、  
「クリニカルパス」は日本クリニカルパス学会

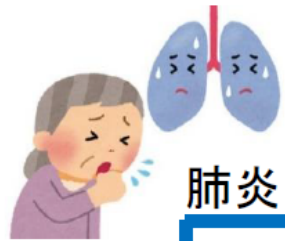
2021年2月10日

総合病院 聖隷浜松病院  
呼吸器内科 部長 中村 秀範

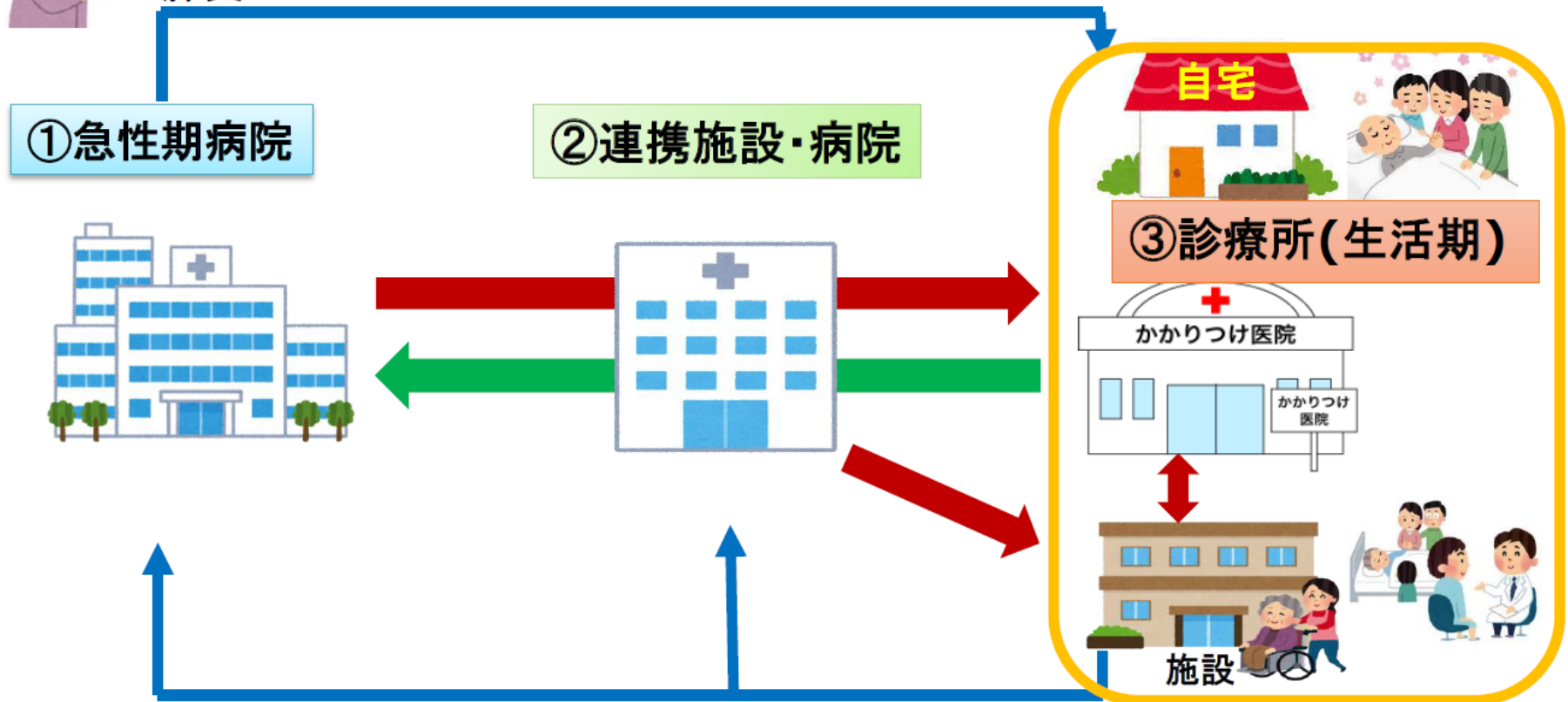
令和3年度浜松市医療奨励賞



# 浜松肺炎地域連携パス(旧名称：高齢者肺炎地域連携パス) 作成の背景



誤嚥性肺炎がほとんど「肺炎は老人の友」  
再燃を繰り返す（食事を開始して再燃）併発症・合併症も多い  
→転院や自宅退院まで時間がかかる  
→急性期病院のベッド占拠



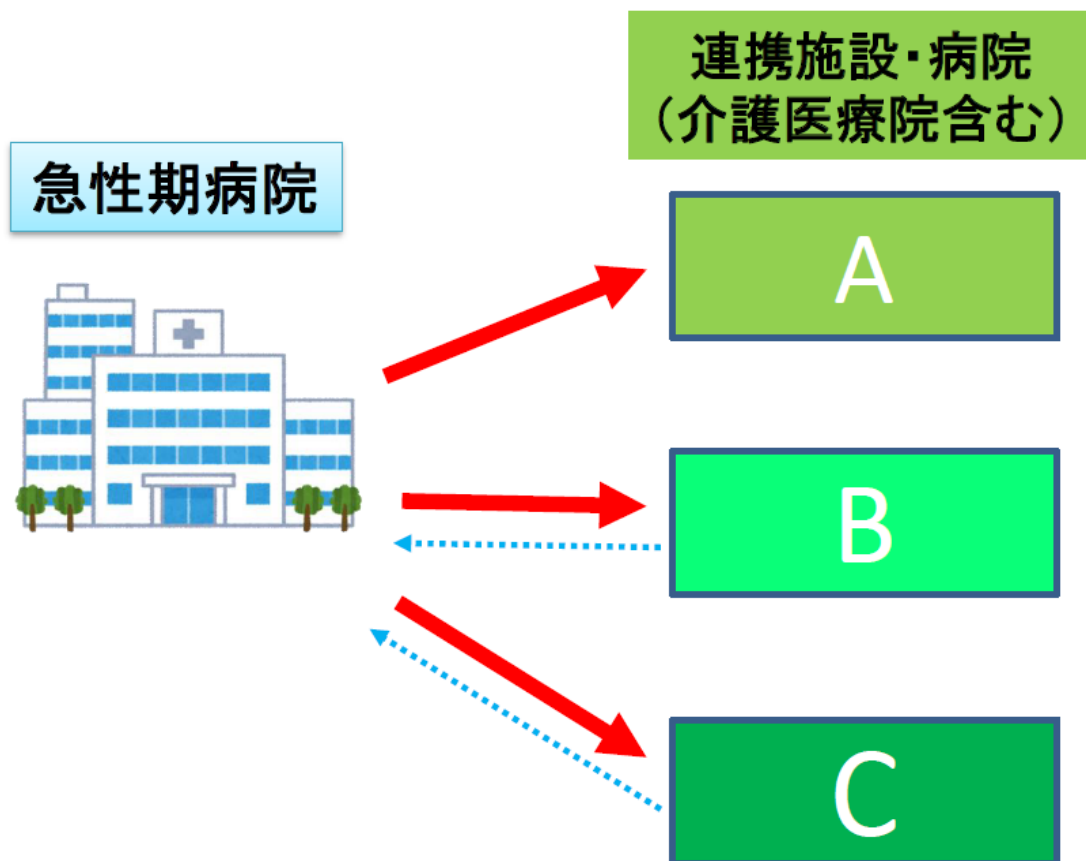
- ①地域包括ケア：地域全体でみていく
- ②医療機関の機能分担：急性期病院での治療後は速やかに連携施設・病院へ  
→急性期病院が満床で救急患者を受けいられない状況をつくらない

当院では、厚生労働省が推奨する地域包括ケアシステム構想に則り、地域全体で患者さんの療養生活を支援しております。  
 当院の入院は、急性期での治療が終了し、症状が落ち着き次第、連携している医療施設に転院し、療養を受けていただくことができます。  
 連携医療施設では、その後の療養生活の場所の検討と支援を行います。

	1-2日目	( ~ )日目	( ~ 転院日まで)	( ~ )前後を目処に	( ~ )以降を目処に
	急性期病院			連携医療施設	維持療養施設
担当医療機関	【施設名: _____】 あなたの連携先を太線で明示していきます。 複数の医療施設が連携して、治療や機能回復・維持を支援します。 			【施設名: _____】 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                         その後の療養先の希望  <input type="checkbox"/>自宅  <input type="checkbox"/>介護施設  <input type="checkbox"/>療養病院                          その他 _____                     </div>	【施設名: _____】 <input type="checkbox"/> 自宅(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input type="checkbox"/> 療養病院 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
あなた家族	<input type="checkbox"/> 医師から、病状の説明と治療の流れ、その後の転院、退院についての説明を受けます。 	転院先( _____ )の決定 <input type="checkbox"/> ( _____ )病院的資料を受け取ります <input type="checkbox"/> 詳細の説明を希望の方はMSWを紹介します <input type="checkbox"/> 転院先の面談希望のある方は調整いたします (*事前面談の有無は病院によって異なりますので担当者にご相談下さい)	転院時の搬送方法 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>タクシー  <input type="checkbox"/>その他( _____ )                     </div> <input type="checkbox"/> ご家族同伴し転院して頂きます 	<input type="checkbox"/> 転院先の医師から、今後の治療や機能回復の見直しなどの説明を受けます <input type="checkbox"/> 栄養の取り方について、意思決定します <input type="checkbox"/> 連携医療施設退院後の療養先を決定します 自宅に退院する場合には、診療所医師(かかりつけ医)と連携いたします。 決まっていない場合には、ご紹介いたします。 	<input type="checkbox"/> ご本人の状況にあった場所で、療養を継続していただきます。
治療リハビリの流れ	<input type="checkbox"/> 抗生剤などの薬物治療を行います <input type="checkbox"/> 必要に応じて、酸素投与を行います <input type="checkbox"/> 食事摂取の判断を行います。患者とご家族に今後の予測を説明します。 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリを開始します			<input type="checkbox"/> 食事摂取の判断に基づき、栄養補給経路の検討をします <input type="checkbox"/> 嚥下訓練などを行います	<input type="checkbox"/> 医師の判断で、必要な薬物治療を行います -----> -----> -----> <input type="checkbox"/> 日常生活に応じたリハビリを行います <input type="checkbox"/> 介護保険や各種制度の説明、利用法、その他不明なことのご相談下さい -----> ----->
説明と同意	私は、この表にある地域連携診療計画に関する説明を受けました。記載された診療情報が各連携医療機関で共有されることに同意します。				
	(署名)	年 月 日 主治医: 患者氏名 又は 代理人の場合	年 月 日 主治医: 患者氏名 又は 代理人の場合		



# 柔軟な連携体制：浜松肺炎地域連携パス 退院転院基準



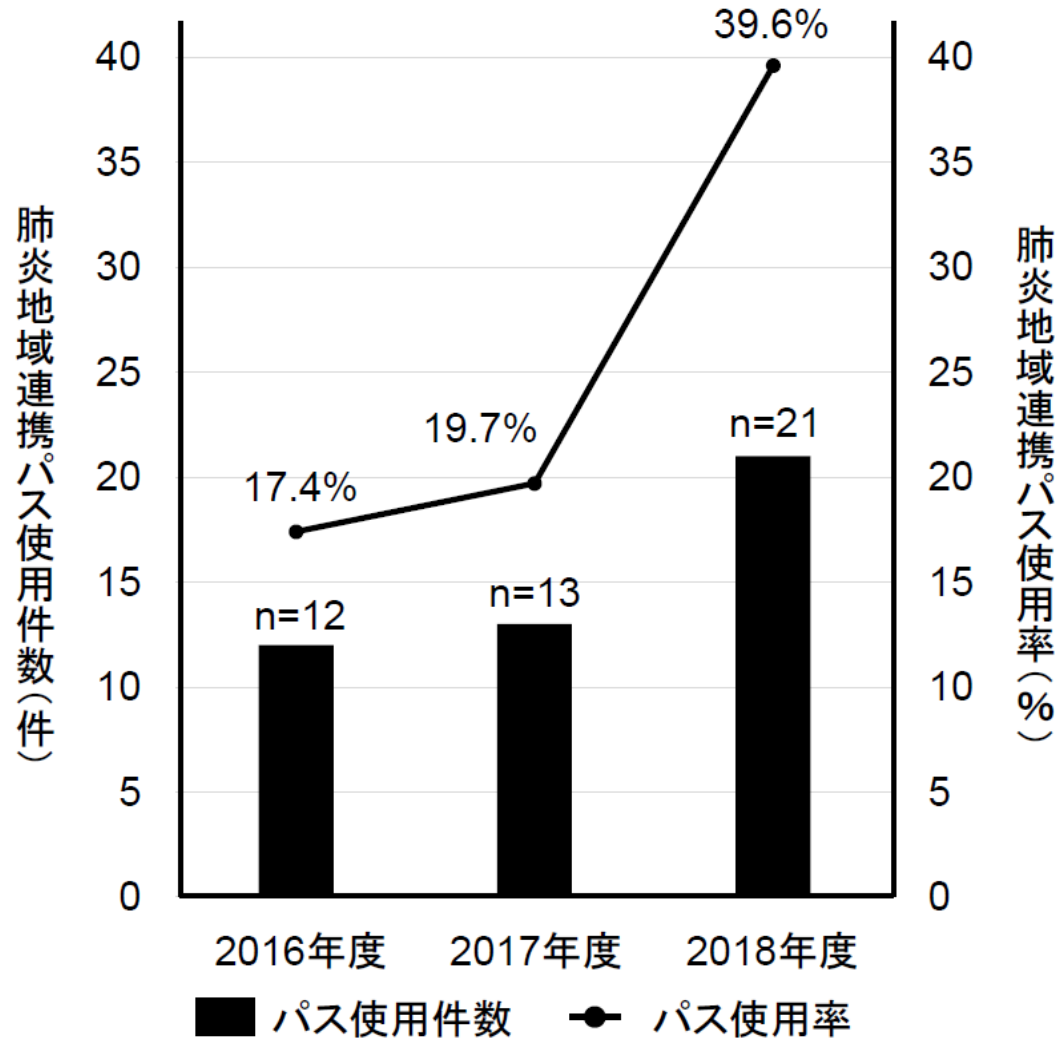
連携施設・病院の受け入れ体制に応じた退院転院基準

連携施設・病院毎に  
「受け入れられる体制」  
は異なる

急性期病院との取り決め  
「転院受け入れ可能な条件」  
を取り決める

# 肺炎パスの使用状況

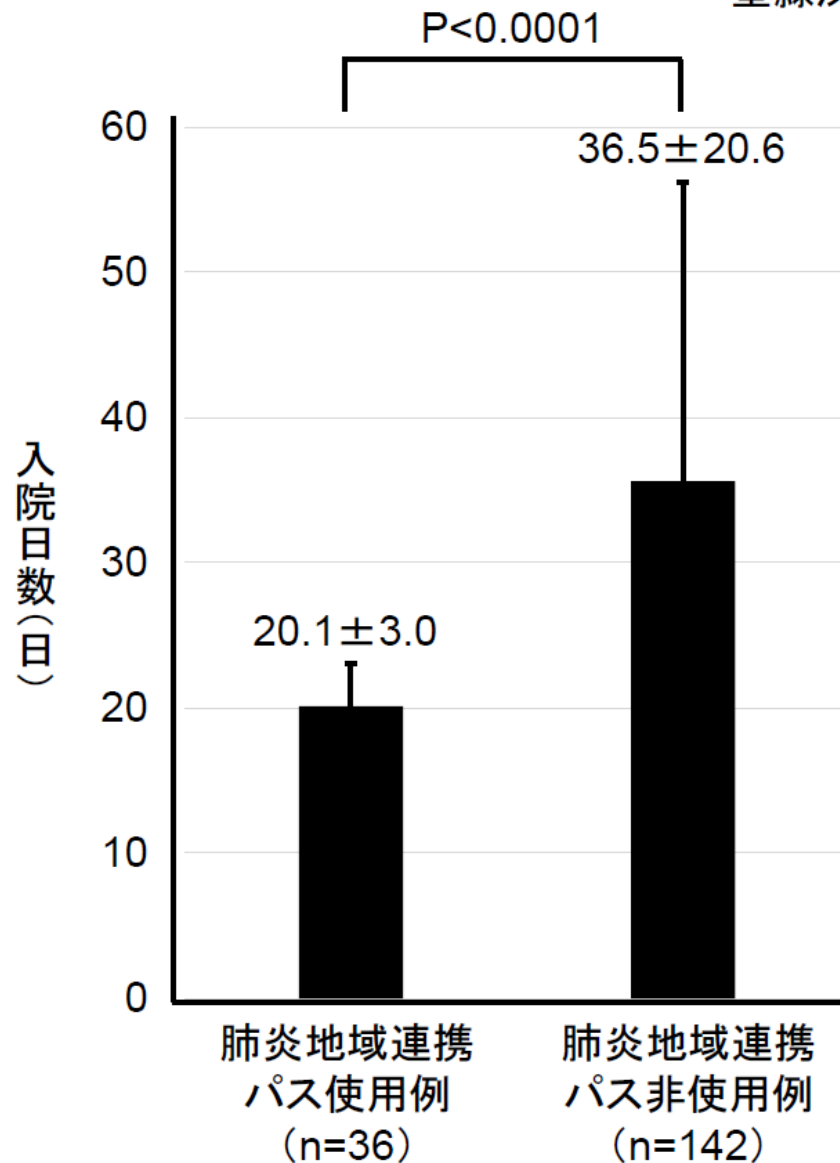
聖隷浜松病院 呼吸器内科



(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

# 肺炎地域連携パス使用有無による入院日数の比較

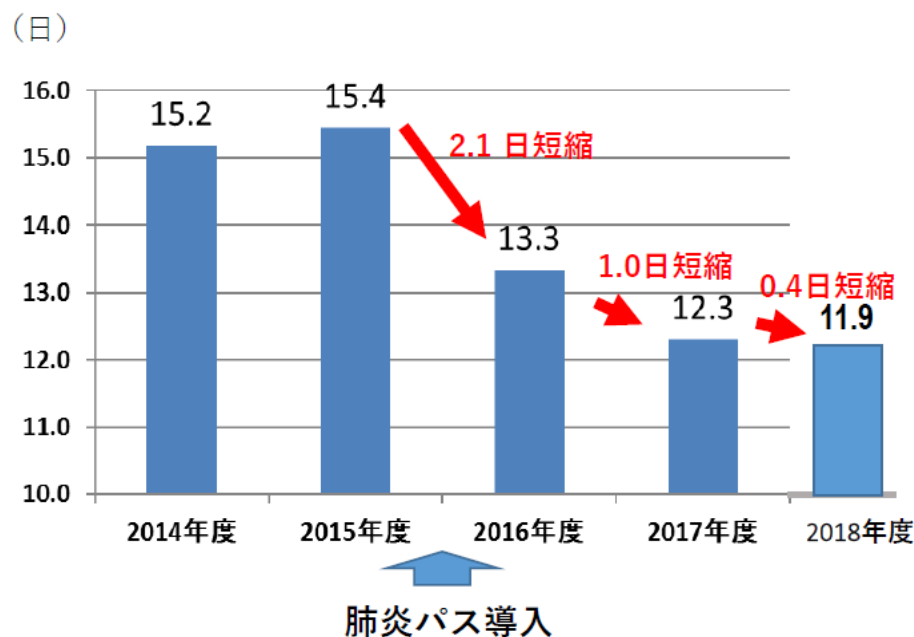
聖隷浜松病院 呼吸器内科



(日本クリニカルパス学会雑誌 2021 in press)

# 肺炎パス導入後の呼吸器内科の平均在院日数の推移

## 平均在院日数



## 新入院患者数

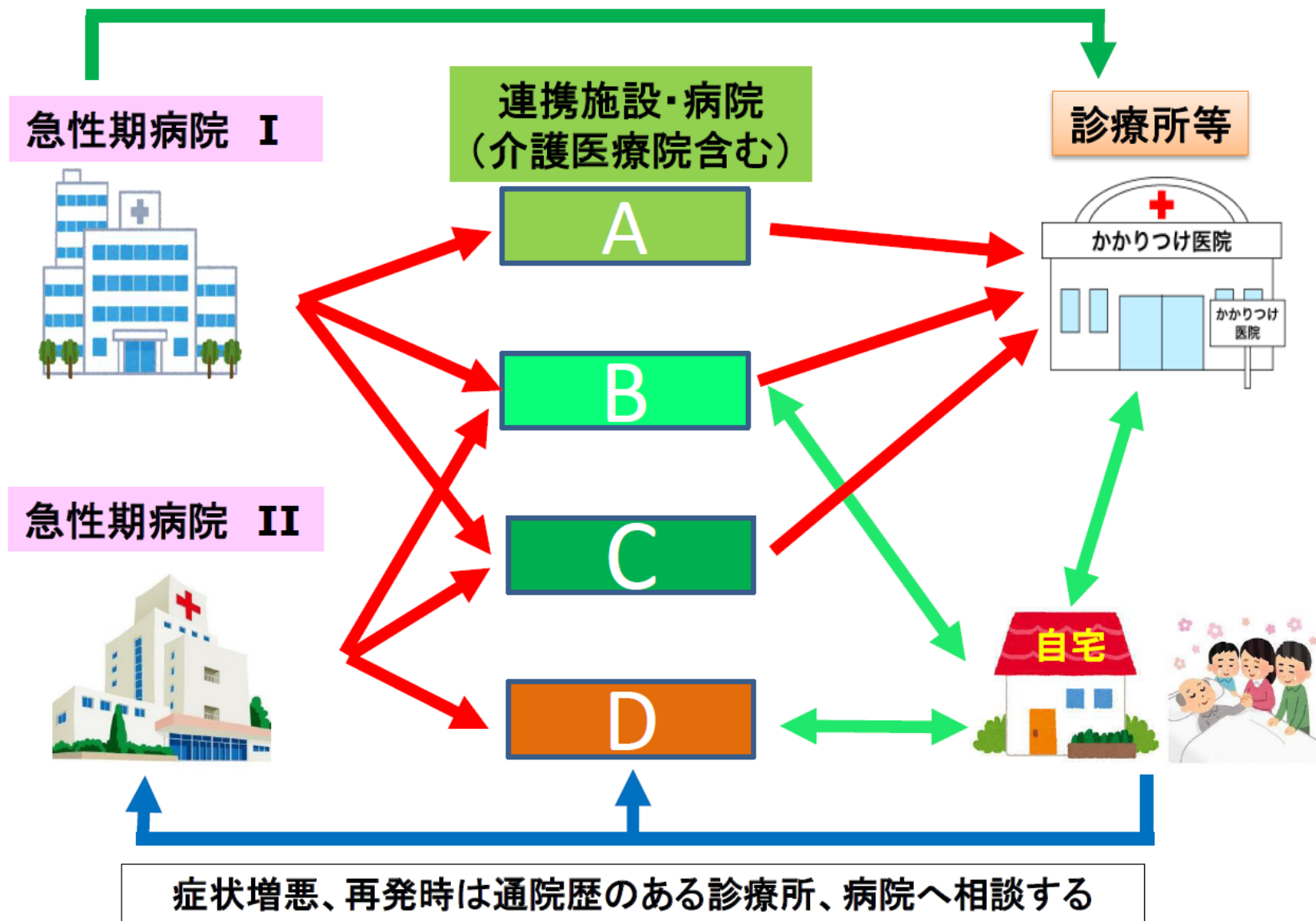


# 浜松肺炎地域連携パスの目指すところ

---

- ✓ 医療機能や患者の状態に応じた医療の実施：
  - ・高齢者肺炎診療における診療機能の分担
- ✓ 地域包括ケア：高齢者肺炎の患者さんを地域全体で支える
  - ・ACP(アドバンス・ケア・プランニング)：
    - 高齢者肺炎の患者さんの価値観や目標や
    - 治療選好に一致した医療が受けられるようにサポート
- ✓ パスの活用を通じた医療機関の相互交流により、“顔の見える” “信頼しあえる” 関係を構築する。

# 浜松市全体で共有する肺炎地域連携パス



# 済生会熊本病院 誤嚥性肺炎地域連携パス



< 特集 > シンポジウム1 地域で取り組むケアの継続～地域連携クリニカルパスを活用し、地域でアウトカムを共有するために～

## 誤嚥性肺炎地域連携クリニカルパスにおける アウトカムとゴール設定の共有

西岡智美<sup>1)</sup> 坂口清美<sup>2)</sup> 宮下恵里<sup>3)</sup> 町田二郎<sup>1)</sup>

### はじめに

済生会熊本病院が取り組んでいる地域連携クリニカルパス(以下、連携パス)の目的は、急性期病院から回復期病院へ継続すべきアウトカムを明らかにし共有すること、急性期病院のゴール設定と回復期病院のゴール設定の共通理解を図り、連携を強化し継続した治療ケアを提供することである。フレイルやサルコペニアを有する高齢者の入院長期化のひとつの要因として誤嚥性肺炎がある。今回、回復期病院と共同でアウトカムやゴール設定を共有した誤嚥性肺炎連携パスを作成し運用を開始した。連携パス作成開始時、当院は在院日数8日の誤嚥性肺炎電子パスを運用しており、回復期病院は誤嚥性肺炎パス未作成という状況であった。そのため、当院のパスを参考に、回復期病院の誤嚥性肺炎パスを作成することから取り組むこととした。その過程で「アウトカムの共有」と「ゴール設定の共通理解」を進めた。誤嚥性肺炎連携パス作成から運用開始までの具体的活動について報告する。

### 連携パス作成における取り組み

両施設担当で合同ワークショップを複数回開催し、そのなかで互いの施設での医療内容や患者がどのような状態になったら退院できるのかということ共有したうえで、回復期病院パスに設定するアウトカムやタスクについて検討を行った。

の基準である。当院のゴール設定は、「解熱傾向にある」や「自覚症状が改善している」など、主に疾患に関連した設定となっていた。そのため、回復期病院を退院できる状態であるかということ判断する基準として、「在宅を見据えたうえで重要と考える判断基準」が不足していた。そこで、回復期病院のゴール設定には、当院と共通のゴール設定に加え、「酸素投与が不要である」と「本人・介助者への肺炎疾患教育」を設定した(表1)。

### 2) アウトカムの共有

急性期病院から回復期病院へ継続すべきアウトカムを明らかにし、それぞれの施設パスに共有アウトカムを設定することで、継続した患者観察やケアの提供が可能となる。そこで今回は、第一段階として急性期病院パスの最終日に設定されているアウトカムを、回復期病院パスのアウトカムとして初日から最終日まで連日設定した。また、アウトカム「バイタルサインが安定している」と「呼吸状態が安定している」については、疾患に関連した重要なアウトカムという認識を両施設で共有した(図1)。

### 3) 観察項目と適正値の共有

急性期病院から回復期病院まで同じ視点で患者を観察し、同じように正常か異常かを判断するためには、アウトカムに紐づく観察項目、観察項目に紐づく看護観察名称、観察項目適正値についても標準化を図る必要がある。今回作成した回復期病院パスは、アウトカムのみならず



表1 急性期病院と回復期病院のゴール設定

急性期病院	回復期病院
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 解熱傾向にある</li> <li>2. 自覚症状が改善している</li> <li>3. 検査データが改善している</li> <li>4. 食事摂取行動に関する指示を守ることができる</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 解熱傾向にある</li> <li>2. 酸素投与が不要である</li> <li>3. 食事が再開できている</li> <li>4. 肺炎の症状・所見がない</li> <li>5. 肺炎疾患教育(本人・介助者)</li> </ol>

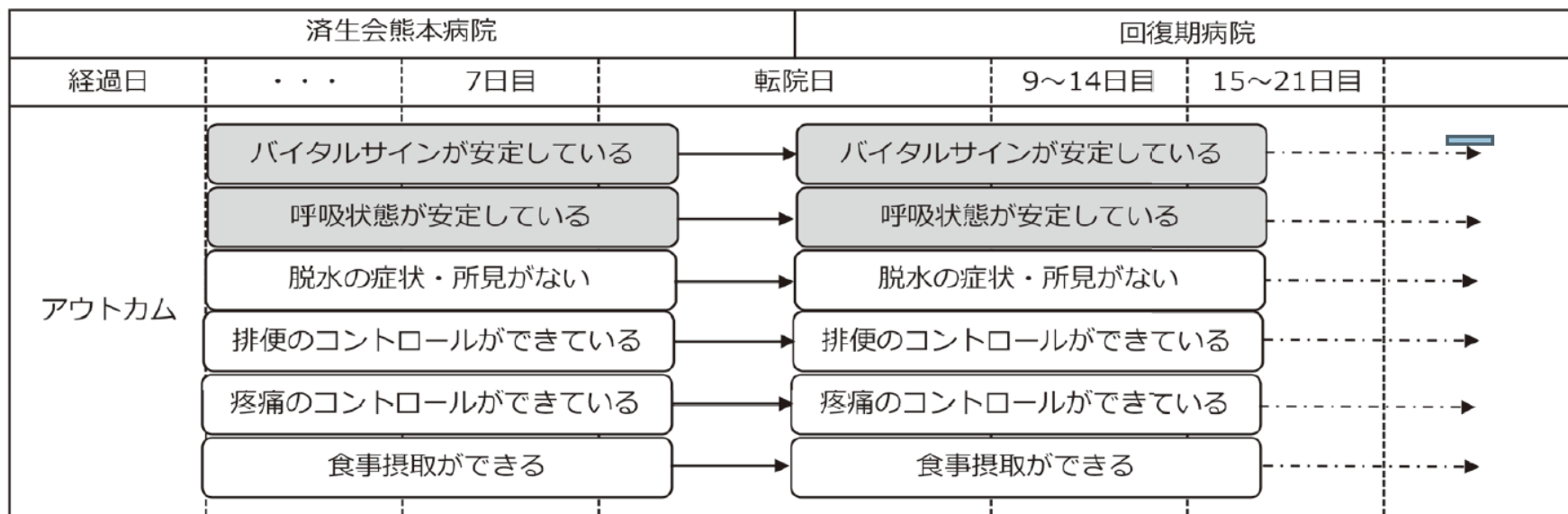


図1 回復期病院のアウトカム設定

済生会熊本病院

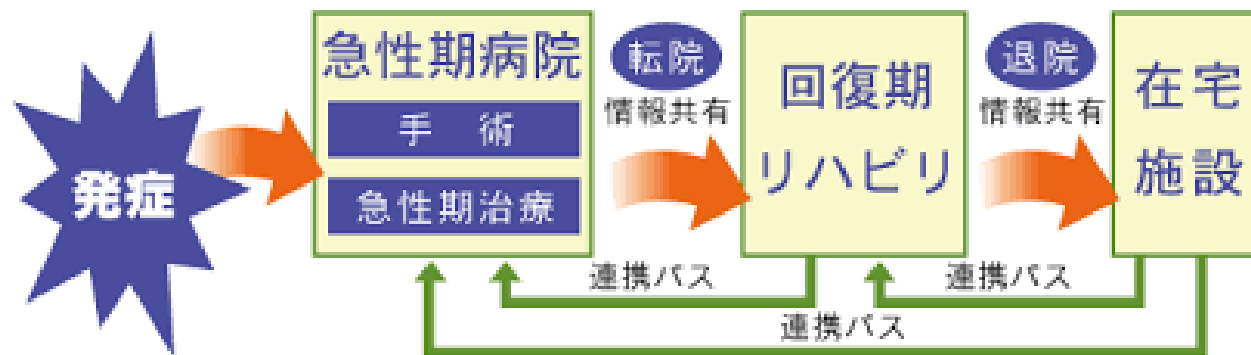
回復期病院

<b>適応基準</b> 誤嚥が原因と考えられる市中肺炎もしくは医療介護関連肺炎である場合	<b>除外条件</b> 1. 重篤な腎機能障害 2. 重篤な肝機能障害 3. 人工呼吸管理中 4. 明確な根拠を基に主治医が除外と判断した場合	<b>ゴール設定</b> 1. 解熱傾向にある 2. 自覚症状が改善している 3. 検査データが改善している 4. 食事摂取行動に関する指示を守ることができる	<b>適応基準</b> 1. 済生会熊本病院にてクリニカルパスを適用している 2. 家族、本人が疾患に対して理解がある	<b>除外条件</b> 1. 肺炎の増悪 2. 重篤な腎機能障害 3. 重篤な肝機能障害 4. 明確な根拠を基に主治医が除外と判断した場合	<b>ゴール設定</b> 1. 解熱傾向にある 2. 酸素投与が不要である 3. 食事が再開できている 4. 肺炎の症状・所見がない 5. 肺炎疾患教育（本人・介助者）
---	---	---	---	---	---

経過日	入院日	2日目	3~7日目	転院日	9~14日目	15~21日目	22~28日目	29~34日目	退院日
アウトカム	バイタルサインが安定している								
	呼吸状態が安定している								
	循環動態が安定している								
	脱水の症状・所見がない								
	排便のコントロールができています								
	疼痛のコントロールができています								
	食事摂取ができる								
治療・検査	スルバシリン3.0g×2								
	痰培養		胸X-P	痰培養	胸X-P	胸X-P	胸X-P	胸X-P	
	検体検査		検体検査	検体検査	検体検査	検体検査	検体検査	検体検査	
看護ケア	口腔ケア								
	全身清拭		シャワー		入浴				
			カンファレンス	合同評価	プライマリーカンファレンス	チームカンファレンス	退院前カンファレンス		
	頭位挙上30度以上								
				服薬指導	嚥下評価				
				退院指導	フードテスト				

表3 急性期病院と回復期病院のオーバービューパス

# 地域連携パスと診療報酬

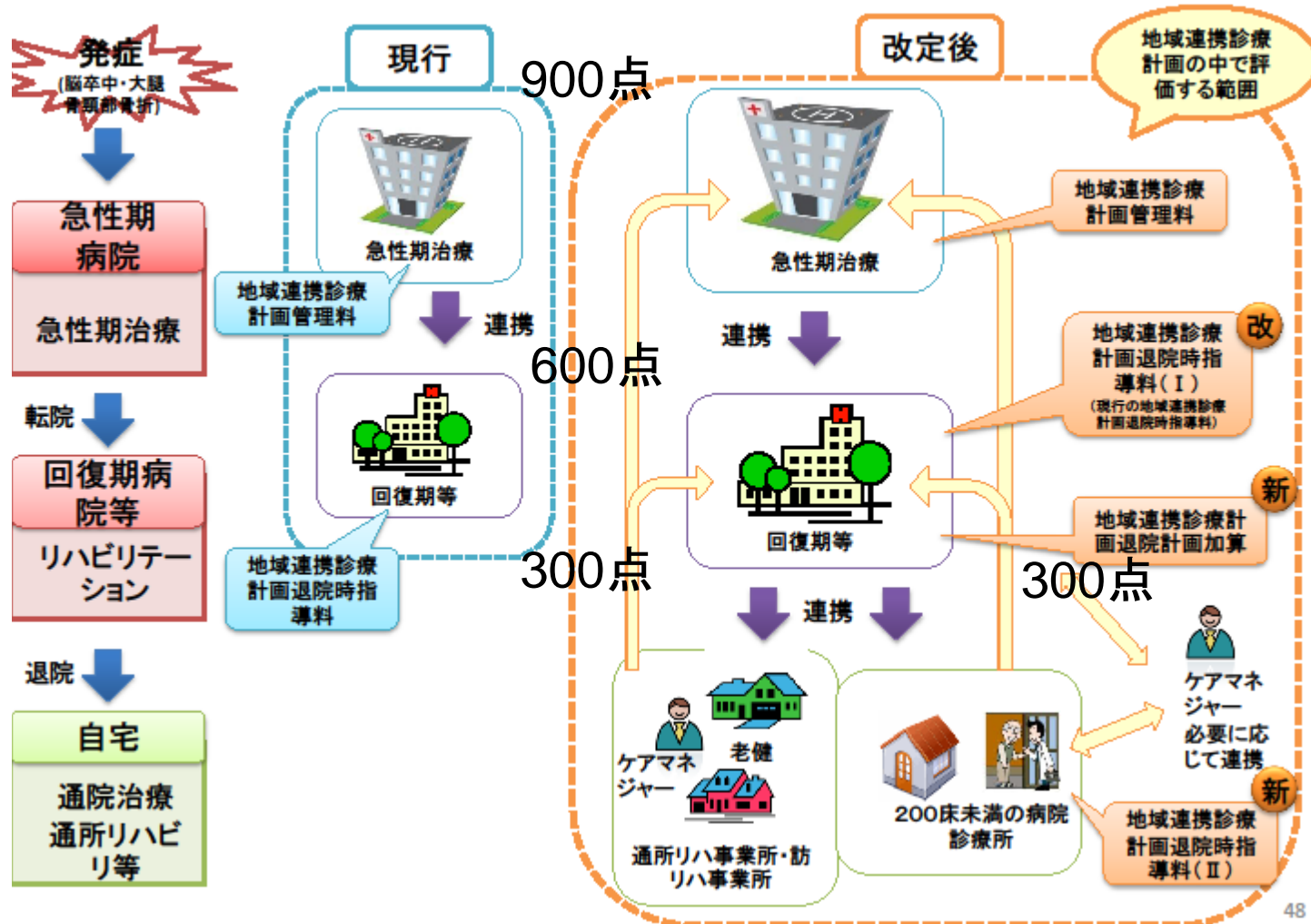


# 地域連携パスと診療報酬

- 2006年 大腿骨頸部骨折の地域連携パス
- 2010年 脳卒中の地域連携パス、がん地域連携パス
- 2012年 地域連携パスの診療報酬の一部改正
- 2016年 地域連携パスの評価を廃止
  - 地域連携パスの活用が進んでいる地域特性
    - 当該疾患の治療に係る診療科の病床利用率が高い
    - 地域医師会の関与がある
  - 地域連携パスが普及しない理由
    - 地域連携パスによる業務負担が、報酬評価に見合わない。
    - 地域連携パスの記入などが煩雑
  - 地域連携パスを退院調整加算の一部に整理することで地域連携パスの評価を廃止

# 2006年、2010年診療報酬改定で 脳卒中地域連携クリティカルパスが導入

## 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



# 地域連携パスと退院支援について

ストラクチャーではなく、アウトカムを評価すべき

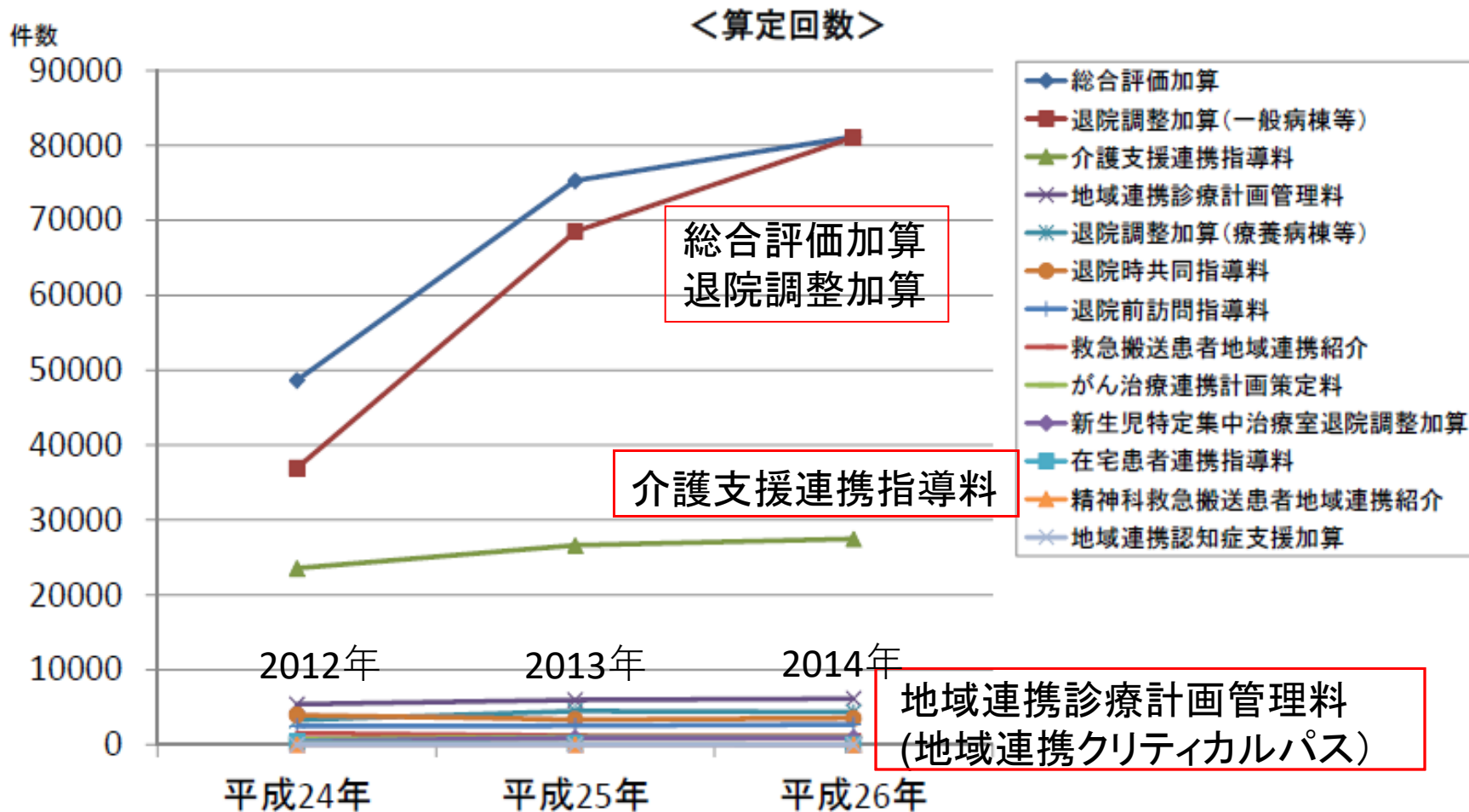
地域連携パスは使われていないようだ。  
退院調整加算に整理しては？

退院支援の専従者などの配置が在宅復帰に効果的

中医協・入院医療等調査・評価分科会  
(2015年7月1日)

# 退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

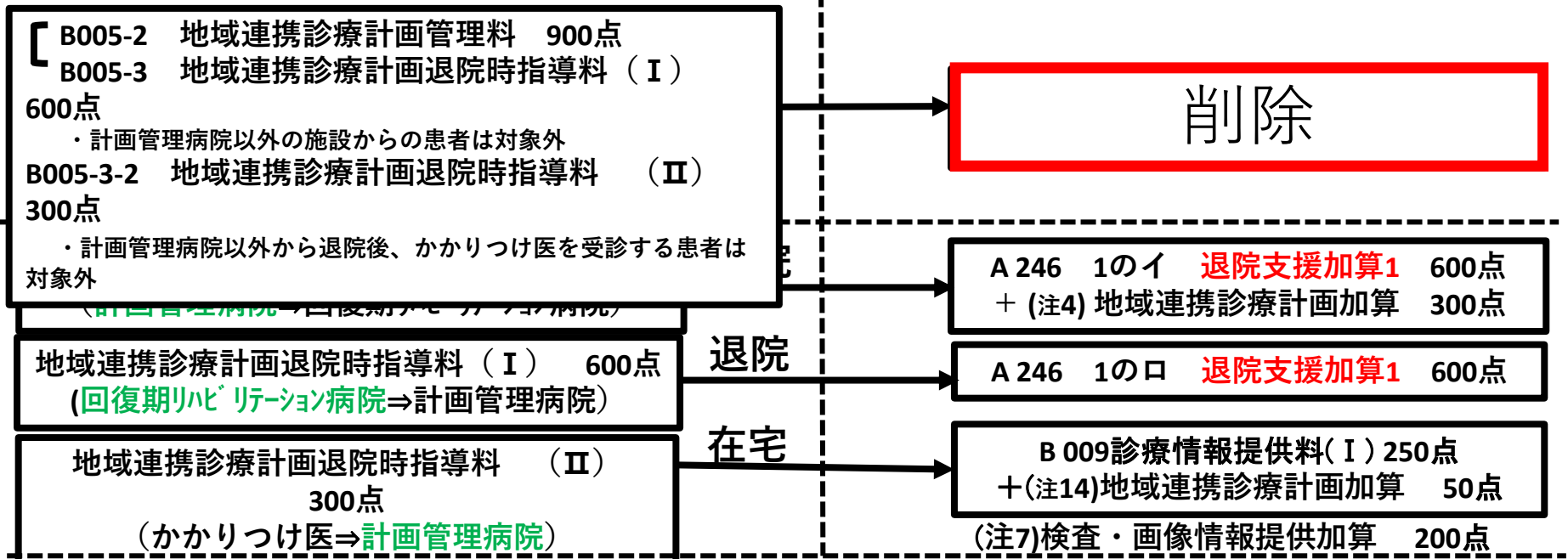
○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



# 地域連携パス管理料の削除

2014年  
平成26年度診療報酬改定

2016年  
平成28年度診療報酬改定



1. 次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、**地域連携診療計画加算**として、退院時1回に限り、**300点**を更に所定点数に加算する。ただし、開放型病院共同指導料 (II)、退院時共同指導料2、**介護支援連携指導料**、**診療情報提供料 (I)** は別に算定できない

(そのため、かかりつけ医、介護サービス事業者に情報提供に地域連携診療計画加算を算定するかどうかは症例ごとに熟考を要する)

2. ①退院支援加算を算定できない施設で診療報酬地域連携診療計画加算が廃止されている地域医療連携の定期的な変更の開催ができない地域など

では退院支援加算ではなく**B 009 診療情報提供料(I) 250点** 【+(注7) 検査・画像情報提供加算 200点】で算定



# 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

# 2017年12月6日 中医協総会

「退院支援加算2を届け出ている医療機関でも（地域連携診療計画加算を）算定可能としてはどうか？」



パート4  
入退院支援・入院時支援と  
PFM

Patient Flow Management (PFM) の  
考え方がベースにある

# PFMとは？

## (Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

# 東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授  
田中豊氏（当時）が1999年より  
PFMを始めた



# PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長（当時）の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気いた。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
  - ①外来初診患者の受診科振り分け
  - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
  - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
  - ④病床管理（ベッドコントロール）
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

# PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

# PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)  
西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)  
鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)



# 3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。

・ 入院時支援加算

・ 入退院支援加算  
・ 地域連携診療計画加算

・ 退院時共同指導料

外来・在宅

入院

外来・在宅

外来部門と病棟  
との連携強化

病棟

入院医療機関と在宅療養を担う  
医療機関等との連携強化

外来部門

### 【入院前からの支援】

- ・ (入院前に) 利用しているサービスの利用状況の確認
- ・ 服薬中の薬剤の確認、各種スクリーニング
- ・ 入院生活に関するオリエンテーション
- ・ 看護や栄養管理等に係る療養支援の計画作成等



### 《入退院支援加算の対象となる患者》

- ・ 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- ・ 緊急入院 / ・要介護認定が未申請
- ・ 虐待を受けている又はその疑いがある
- ・ 生活困窮者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- ・ 排泄に介助を要する
- ・ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ・ 退院後に医療処置が必要
- ・ 入退院を繰り返している
- ・ 長期的な低栄養状態が見込まれる
- ・ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- ・ 児童等の家族から、介助や家族等を日常的に受けている

在宅療養を担う関係機関等

### 【退院時共同指導】

- ・ 患者の退院後の在宅療養を担う医療機関と、入院中の医療機関とが退院後の在宅での療養上必要な説明・指導を共同で行う

共同指導が行えなかった時は

### 【情報提供】

- ・ 保険医療機関間及び医療機関から保険薬局又は保健・福祉関係機関への診療情報の提供



# 入退院支援加算 1・2 の概要

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- |                   |                 |      |                 |        |
|-------------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ <u>入退院支援加算1</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ <u>入退院支援加算2</u> | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点   |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が <b>25以上</b> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <b>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて</b> 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

# 入退院支援加算の届出・算定状況

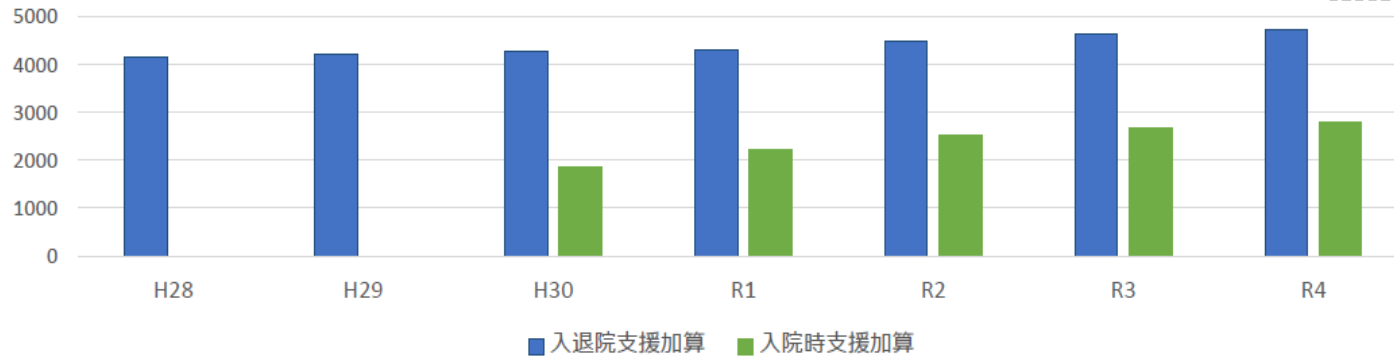
中医協 総-4  
5. 7. 5改

- 入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
- 入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。

## ■入退院支援加算（※）の届出状況の推移

入退院支援加算届出施設数

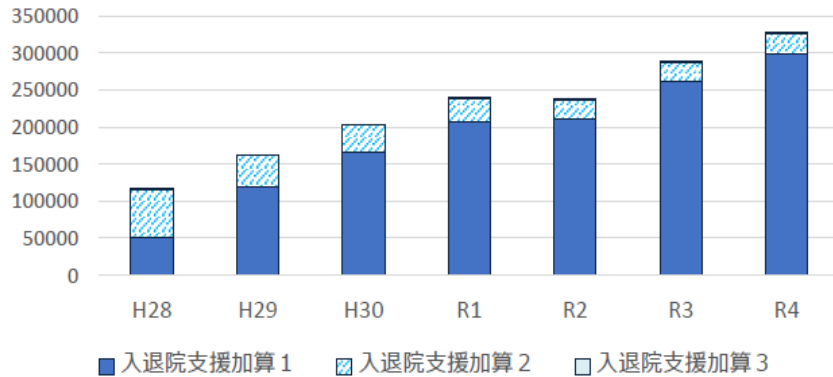
（※）  
加算名称について、H28は「退院支援加算」、H30以降は「入退院支援加算」となっている。



出典：各年7月1日の届出状況。保険局医療課調べ。

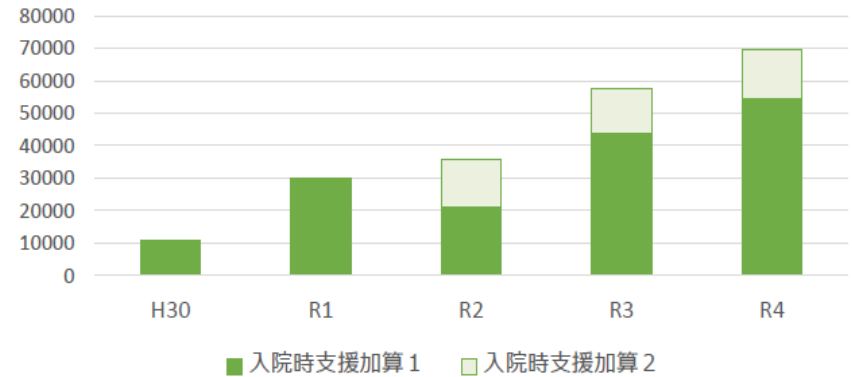
## ■入退院支援加算（※）の算定状況の推移

入退院支援加算(算定回数)



## ■入院時支援加算の算定状況の推移

入院時支援加算(算定回数)

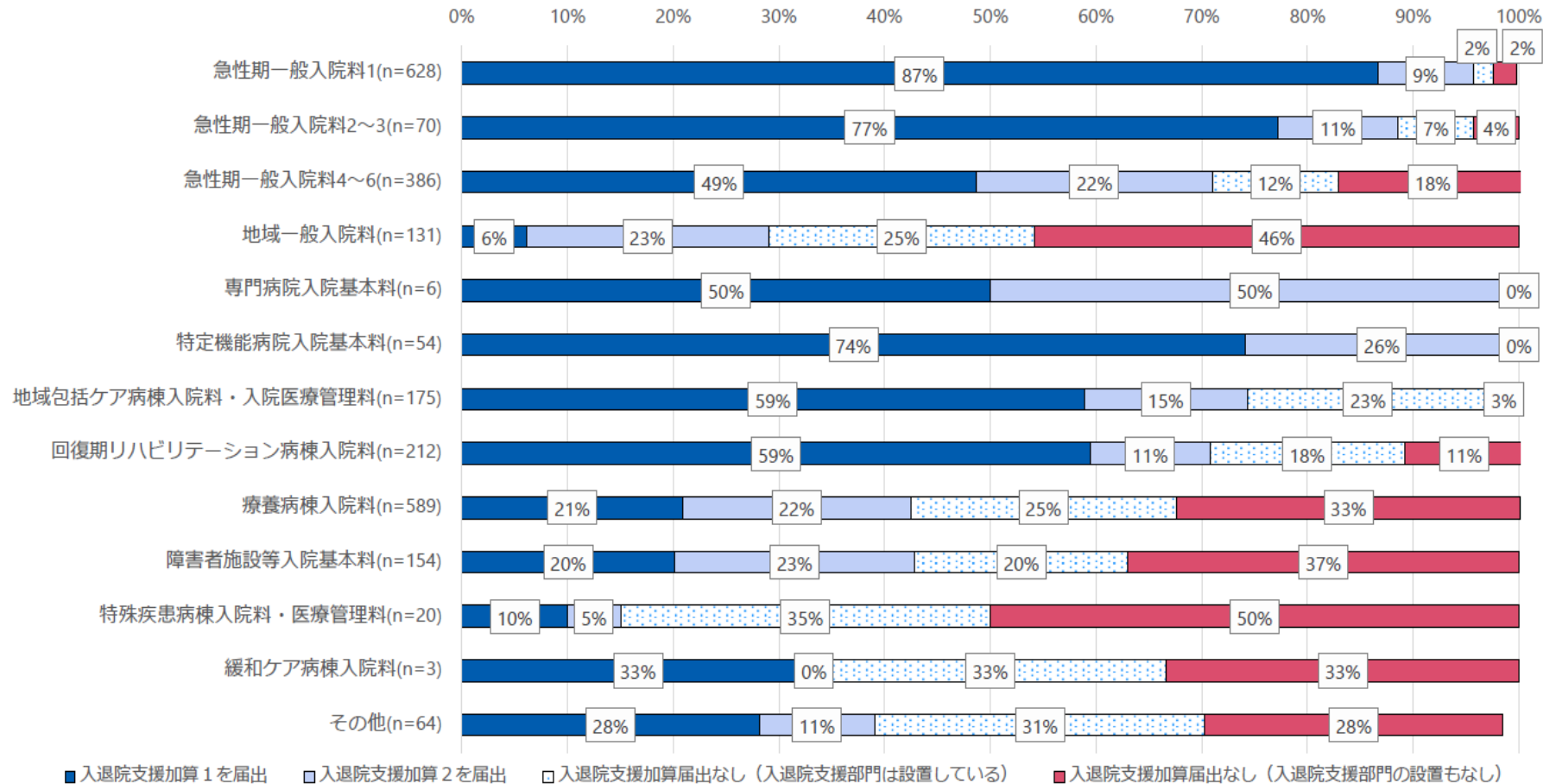


出典：社会医療診療行為別統計(各年6月審査分)

# 入退院支援加算 1・2の届出状況

- 入退院支援加算は、急性期一般入院料や専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料での届出が多かった。
- 地域一般入院料や療養病棟入院料等では、3割以上が入退院支援加算の届出がなく、かつ、入退院支援部門も設置していなかった。

## ■入退院支援加算 1 又は 2 の届出状況



# 2024年診療報酬改定と 入退院支援のポイント

- ①退院困難な要因
- ②入退院支援における連携機関
- ③入院前からの支援の強化
- ④退院後の継続支援

# ①退院困難な要因



# 入院料別の入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」

○ 入退院支援加算の対象者における「退院困難な要因」は入院料別に構成割合が異なり、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟では「入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)」の割合が高かった。

	急性期一般入院料 1(n=356)	急性期一般入院料2~ 3(n=46)	急性期一般入院料4~ 6(n=170)	地域包括ケア病棟入院 料・入院医療管理料 (n=82)	回復期リハビリテー ション病棟入院料 (n=94)
① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること	15.1%	13.4%	14.5%	8.8%	5.5%
② 緊急入院であること	31.5%	27.0%	20.1%	16.5%	12.1%
③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること	4.8%	5.1%	5.2%	5.1%	5.4%
④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること	0.1%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
⑤ 生活困窮者であること	0.8%	1.1%	0.9%	1.8%	0.5%
⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること(必要と推測されること)	24.7%	25.0%	31.6%	40.7%	51.3%
⑦ 排泄に介助を要すること	5.0%	6.9%	5.3%	5.8%	6.4%
⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	4.9%	7.2%	7.6%	8.0%	6.9%
⑨ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと	4.2%	4.3%	4.7%	4.5%	3.7%
⑩ 入退院を繰り返していること	2.9%	3.8%	4.9%	4.7%	3.4%
⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること	0.4%	0.8%	1.1%	1.2%	0.3%
⑫ 家族に対する介護や介護等を日常的に行っている児童等であること	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%	0.0%
⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
⑭ その他患者の状況から判断して①から⑬までに準ずると認められる場合	5.4%	5.2%	4.2%	2.5%	4.4%

出典: 令和4年度入院・外来医療等における実態調査(施設票)



## 入退院支援加算1・2の見直しについて②

### 入退院支援加算の対象の見直し

- 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加する。

#### 現行

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること

エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

オ 生活困窮者であること

カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

キ 排泄に介助を要すること

ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ 入退院を繰り返していること

サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

セ その他患者の状況から判断してアからスマでに準ずると認められる場合

#### 改定後

【入退院支援加算1及び2】

【算定要件】

退院困難な要因

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること

イ 緊急入院であること

ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること  
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること

エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者

オ 強度行動障害の状態の者

カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること

キ 生活困窮者であること

ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）

ケ 排泄に介助を要すること

コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと

ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと

コ 入退院を繰り返していること

ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること

セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること

ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること

タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

# ②入退院支援における 連携機関



# 入退院支援加算 1・2 の概要

## A246 入退院支援加算（退院時1回）

➤ 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。

- |            |                 |      |                 |        |
|------------|-----------------|------|-----------------|--------|
| ➤ 入退院支援加算1 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 700点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 1,300点 |
| ➤ 入退院支援加算2 | イ 一般病棟入院基本料等の場合 | 190点 | □ 療養病棟入院基本料等の場合 | 635点   |

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算1	入退院支援加算2
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者であること カ. 入院前に比べA D Lが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。） キ. 排泄に介助を要すること ク. 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと	ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返している サ. <u>入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること</u> シ. <u>家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること</u> ス. <u>児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること</u> セ. その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は 一般病棟入院基本料等は7日以内 療養病棟入院基本料等は14日以内 に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置	
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置	
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）	-
連携機関との面会	連携機関の数が <b>25以上</b> であること。 連携機関の職員が年3回以上の頻度で <b>対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な機器を用いて</b> 面会し、情報の共有等を行っていること	-
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績	※青字下線はR4年度改定事項

# 入退院支援加算届出医療機関における連携体制

- 入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数は、入院料別に大きな差はなく、いずれの入院料の場合も介護保険サービス事業所との連携が最も多い。
- 連携機関の施設数は、医療機関毎のばらつきが大きい。

介護保険サービス  
事業所との連携が  
多い

## ■入退院支援加算の施設基準で求める連携機関（※）の施設数

急性期一般病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	34	26	76.5	25	70.2
② うち、病院	8	2	17	0	14.3
③ うち、診療所	2	0	6	0	11.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	5	39.3	0	34.0
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	1.4
⑥ うち、その他の施設	1	0	7	0	9.9

地域包括ケア病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	31	25	59.8	25	52.7
② うち、病院	4	1	11	0	8.5
③ うち、診療所	1	0	4	0	8.3
④ うち、介護保険サービス事業所	20	11	32.75	0	30.2
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	5	0	4.9

回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関

	中央値	(25%tile)	(75%tile)	最頻値	平均値
① 連携機関数の合計	32	25	79.3	25	61.0
② うち、病院	7	1	14.25	0	11.0
③ うち、診療所	1	0	4	0	5.9
④ うち、介護保険サービス事業所	22	11	44	0	37.3
⑤ うち、障害福祉サービス事業所	0	0	1	0	0.8
⑥ うち、その他の施設	0	0	1	0	0.8

(※)連携機関

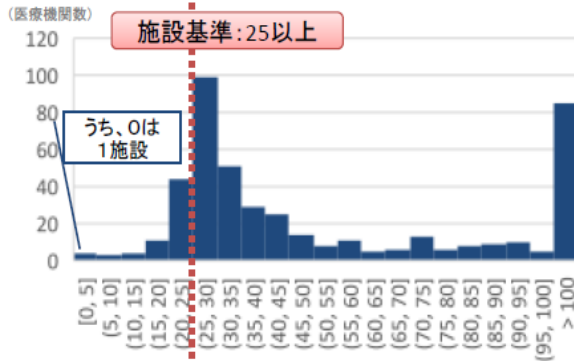
- ① 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者等(以下「連携機関」という。)であり、かつ
- ② 入退院支援部門あるいは病棟に配置されている入退院支援及び地域連携業務を担う看護師又は社会福祉士と、それぞれの連携機関の職員が年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション(ビデオ通話)が可能な機器を用いて面会し、情報の共有等を行っている施設等をいう。

# 入退院支援加算届出医療機関における連携機関数の分布

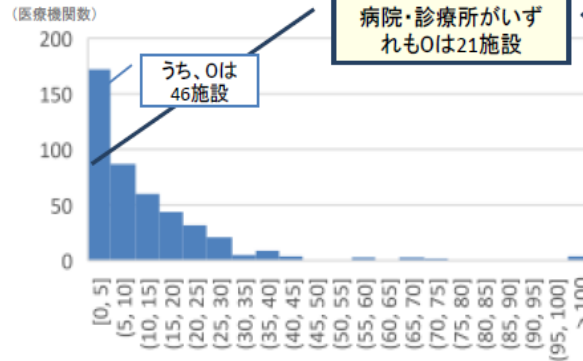
- 急性期一般病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数の分布は以下のとおり。
- 連携する病院・診療所数がいずれもない施設も一部ある。

## ■急性期一般入院料の病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=450) (令和4年11月1日時点)

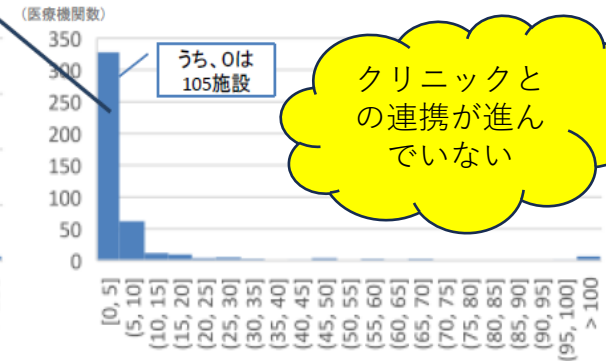
① 連携機関数の合計



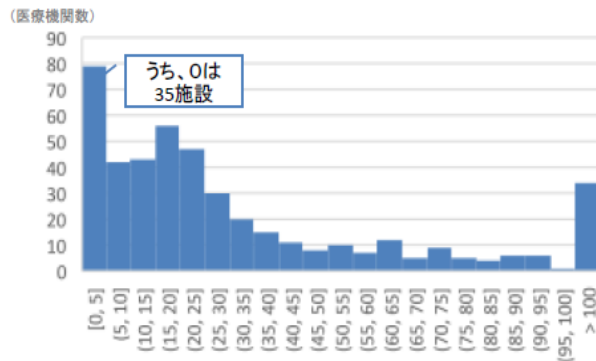
② ①のうち病院



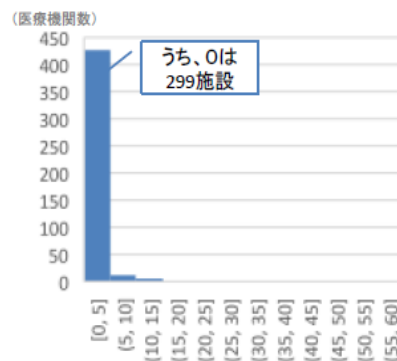
③ ①のうち診療所



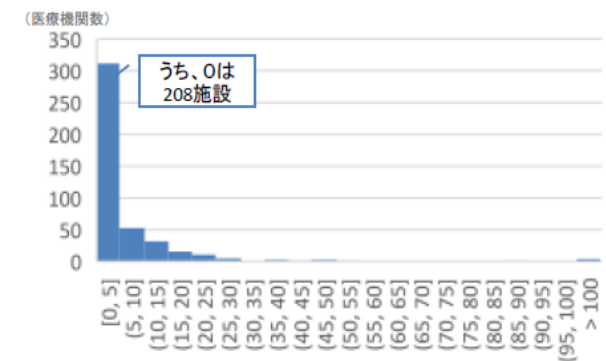
④ ①のうち介護保険サービス事業所



⑤ ①のうち障害福祉サービス事業所



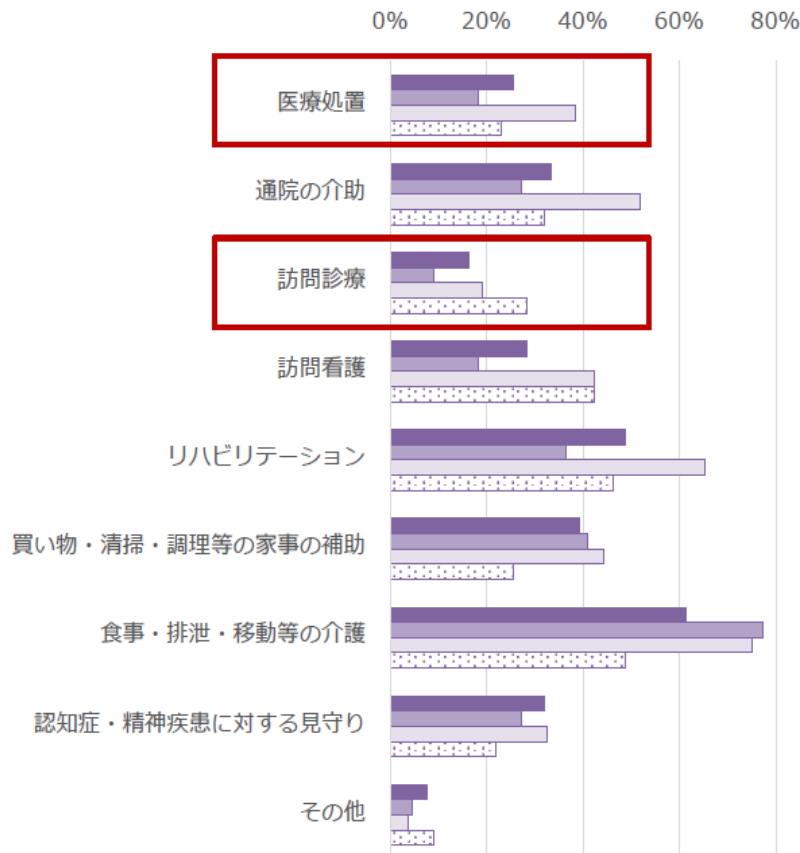
⑥ ①のうちその他の施設



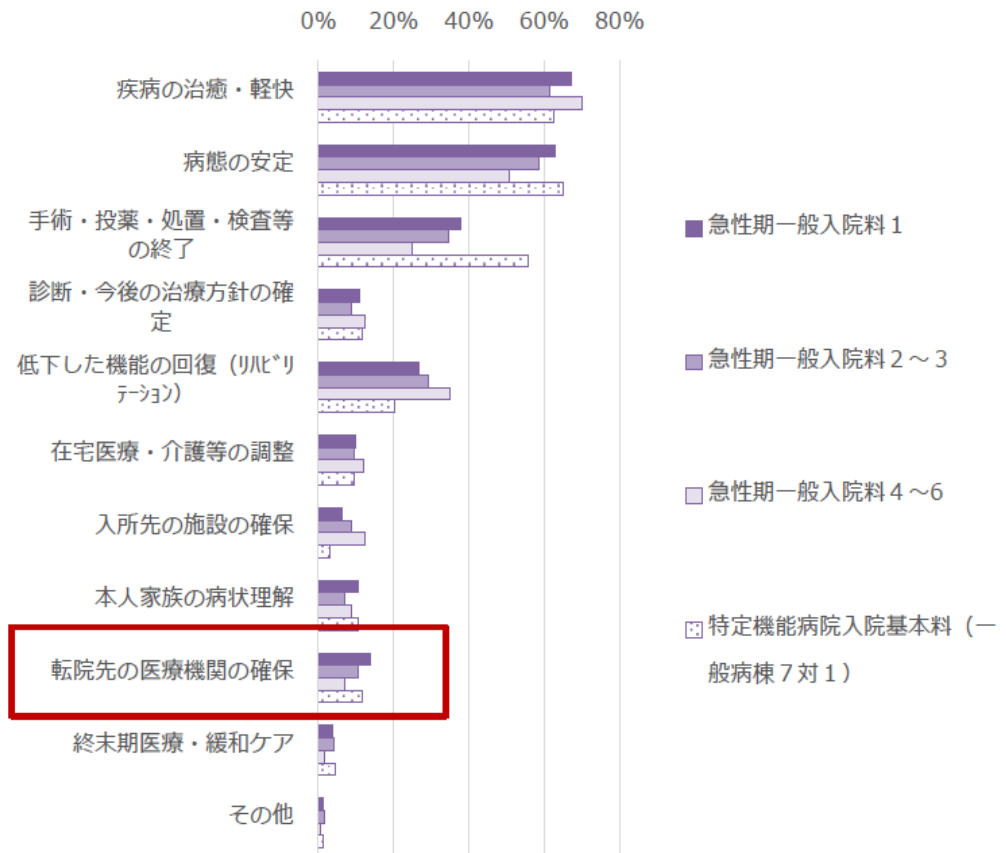
# 急性期病棟における退院後に必要な支援

- 急性期病棟において、医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援について、約2割の患者では「医療処置」や「訪問診療」が必要とされた。
- また、退院に向けた目標・課題等として、約1割の患者では「転院先の医療機関の確保」が挙げられた。

## ■ 医学的には外来・在宅でもよいが他の要因のために退院予定がない患者における、退院後に必要な支援 (複数回答)



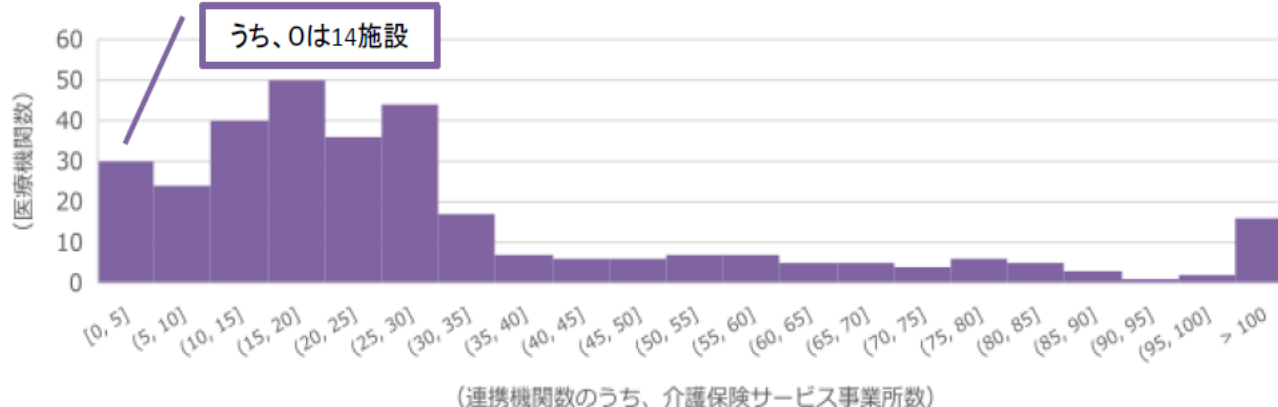
## ■ 退院へ向けた目標・課題等 (複数回答)



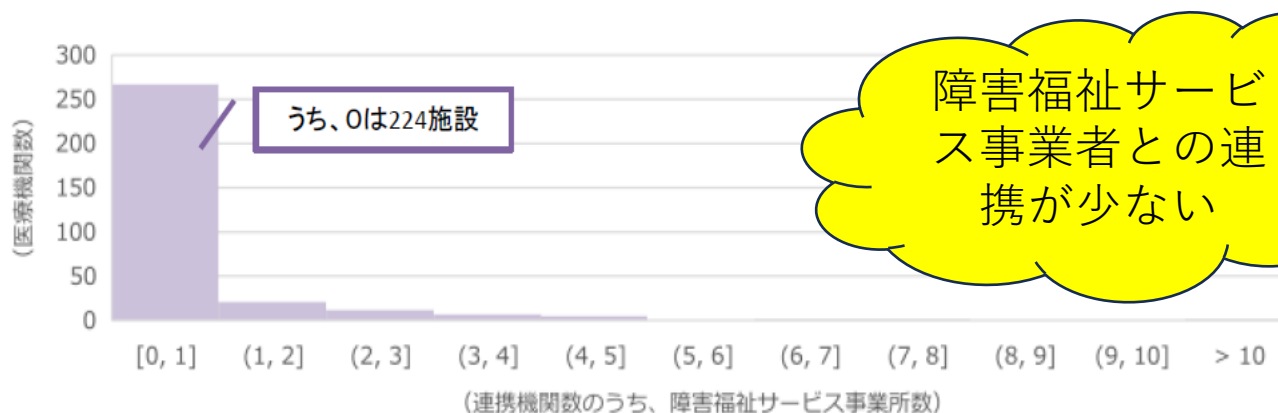
- 地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関の施設数のうち、介護保険サービス事業所数と障害福祉サービス事業所数の分布は以下のとおり。
- 連携する介護保険サービス事業所数が5以下の施設も一定数ある。

## ■地域包括ケア病棟を有し、入退院支援加算1を届け出る医療機関における、入退院支援加算の施設基準で求める連携機関数の分布 (n=321)

### ① 介護保険サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



### ② 障害福祉サービス事業所 (令和4年11月1日時点)



## 入退院支援加算1・2の見直しについて①

### 入院時支援加算1の見直し

- 入院前からの支援をより充実・推進する観点から、入院時支援加算1の評価を見直す。

現行		改定後	
【入退院支援加算】		【入退院支援加算】	
注7 入院時支援加算1	230点	注7 入院時支援加算1	<b>240点</b>
入院時支援加算2	200点	入院時支援加算2	200点

### 入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について

- 入退院支援における関係機関との連携強化の観点から、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求める。

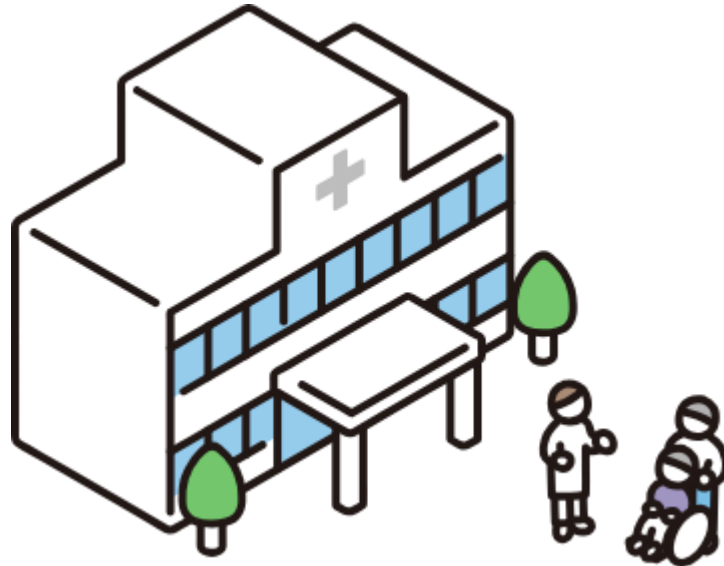
現行	改定後
<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。</p>	<p>【入退院支援加算1】 【施設基準】</p> <p>(4) 転院又は退院体制等についてあらかじめ協議を行い、連携する連携機関の数が25以上であること。なお、<b>急性期一般入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限る。）又は専門病院入院基本料（13対1入院基本料を除く。）を算定する病棟を有する場合は当該連携機関の数のうち1以上は保険医療機関</b>であること。</p> <p>また、<b>地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟又は病室を有する場合は当該連携機関の数のうち5以上は介護保険法に定める居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅介護支援事業者若しくは施設サービス事業者又は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者</b>であること。</p>

### 生活に配慮した支援の強化

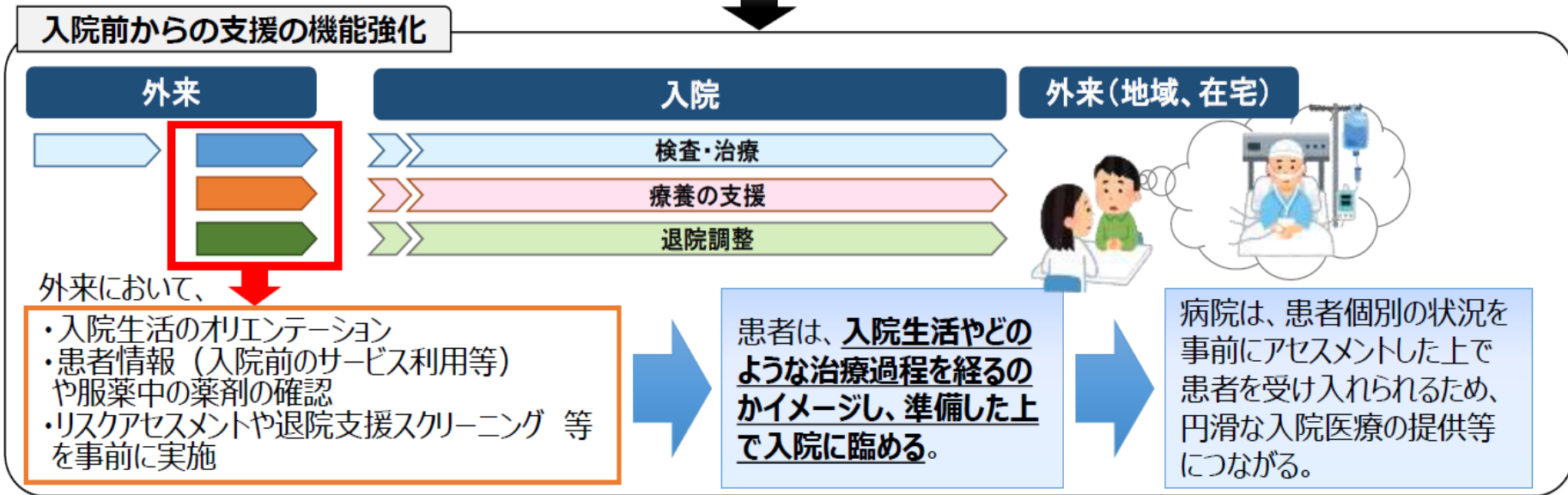
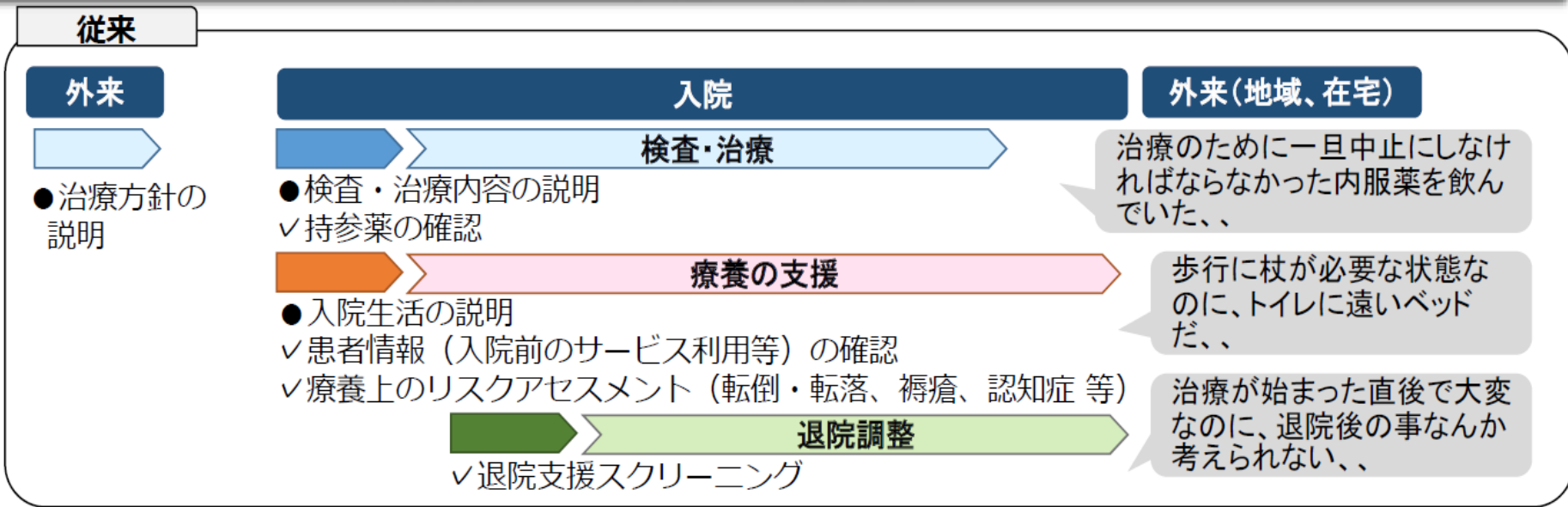
- 退院支援計画の内容に、リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担を盛り込むことを明記する。



# ③入院前からの 支援の強化



# 入院前からの支援の機能強化(イメージ)



## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ➤ 入院時支援加算1 230点

#### 【算定対象】

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

#### 【施設基準】

- ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
  - 「許可病床数200床以上」
    - ・専従の看護師が1名以上 又は
    - ・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上
  - 「許可病床数200床未満」
    - ・専任の看護師が1名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算2 200点（退院時1回）

#### 【算定要件】

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下のア) からク) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。

入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算1を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算2を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認
- カ) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク) 入院生活の説明

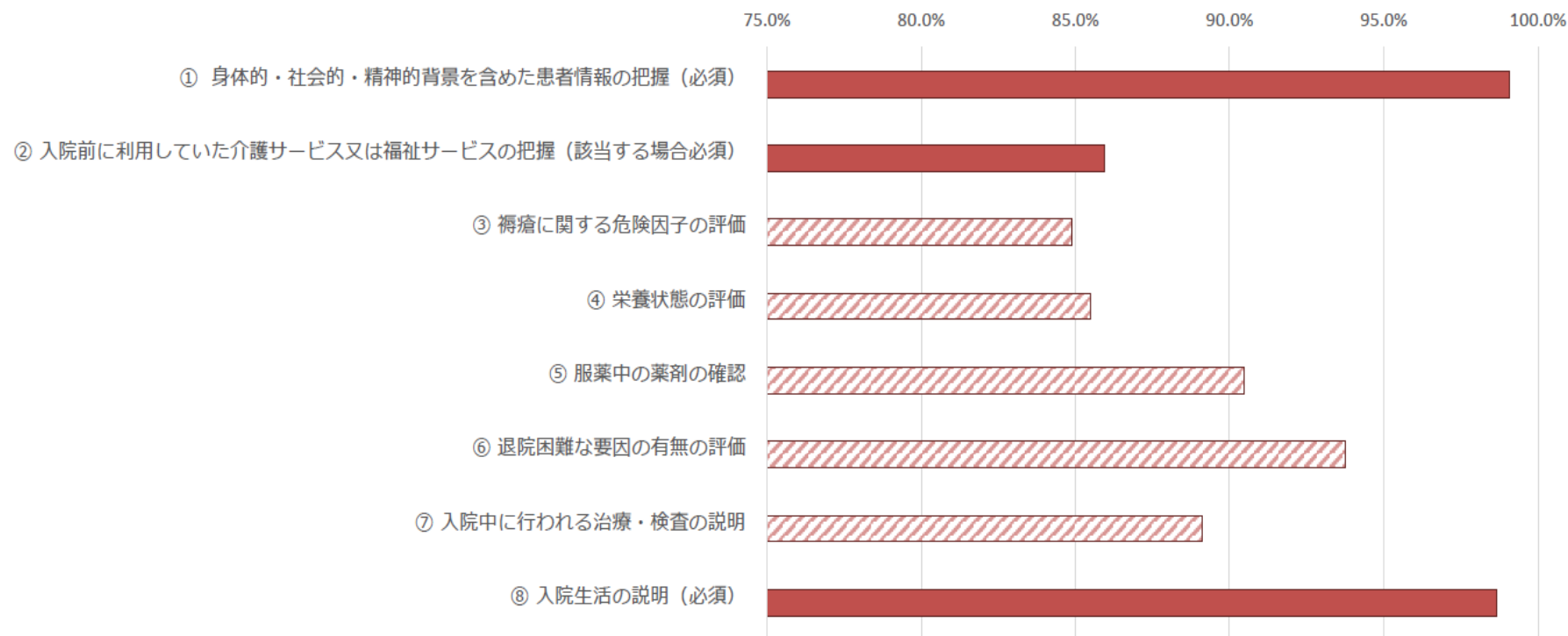
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

# 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項

中医協 総-1  
5. 7. 20

- 入院時支援加算を算定した患者における入院前に実施した事項について、必須項目以外では、「退院困難な要因の有無の評価」の実施率は高いが、「褥瘡に関する危険因子の評価」、「栄養状態の評価」の実施率は低い。

## ■入院時支援加算を算定した患者について、入院前に実施した事項（令和4年8月～10月の3か月間）



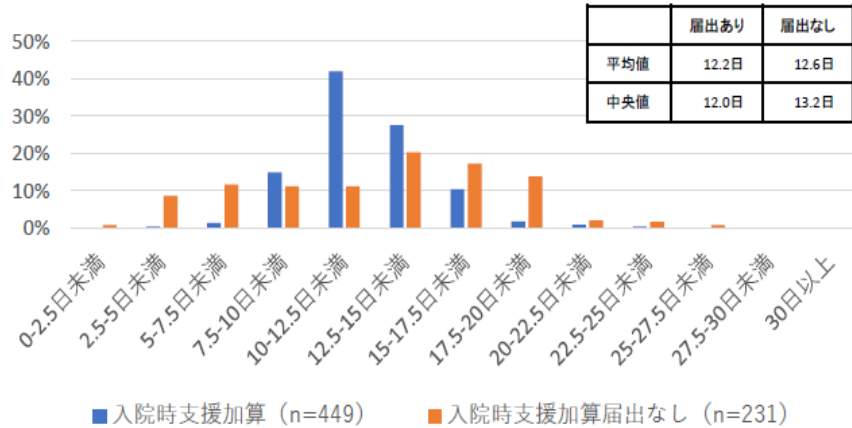
※  
入院前に①から⑧まで全て実施した場合は、入院時支援加算1  
患者の病態等により①、②及び⑧を含む一部項目を実施した場合は、入退院支援加算2

# 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

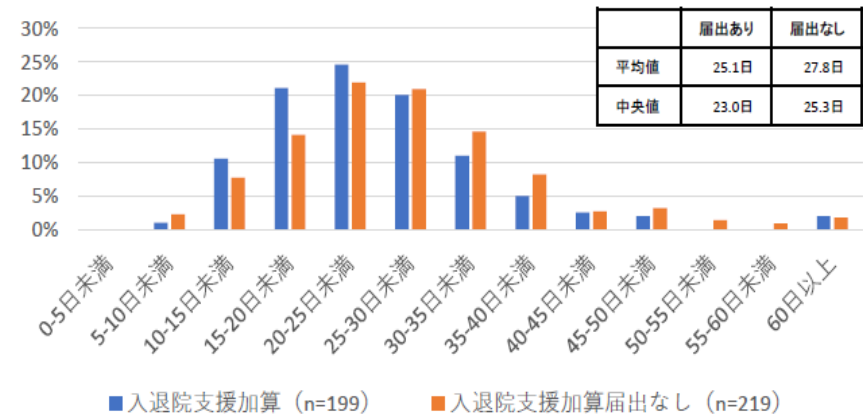
○ 入院時支援加算の届出有無と平均在院日数の関係を見ると、急性期一般入院基本料、地域包括ケア病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料のいずれにおいても、入院時支援加算の届出が有る場合は、届出無い場合と比較して平均在院日数が短かった。

## ■入院料別の入院時支援加算の届出有無と平均在院日数

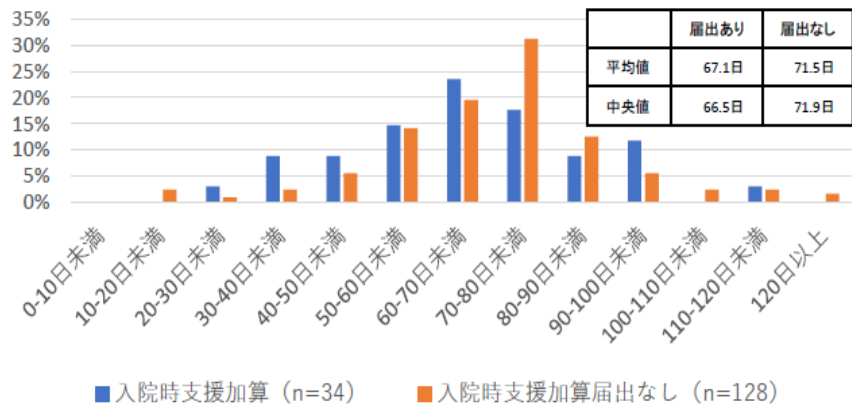
### 急性期一般入院基本料



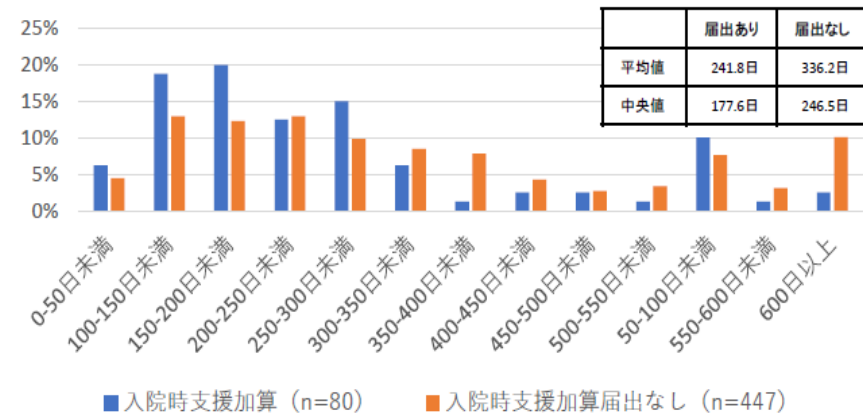
### 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



### 回復期リハビリテーション病棟入院料



### 療養病棟入院基本料



# 中医協委員意見

- 松本委員（支払い側）
  - 「褥瘡リスクの評価、栄養評価の重要性に鑑みれば、加算を一本化することを検討してはどうか」
  - 褥瘡リスクの評価や栄養評価は、加算2では必須となっていないために、実施状況が若干低めであり、この点を改善するために「**すべての項目実施が要件となる加算1への一本化**」を松本委員は提案している。
  - 2020年度診療報酬改定では、より強力な支援を目指し「すべての項目実施を要件とする加算1を新設した経緯」を踏まえれば、「加算1への統合」案には一定の合理性があると言えそう
- 長島委員（診療側）
  - 「【入院時支援加算】を取得していない医療機関もある中では、底上げを重視すべきではないか。このためには**加算の一本化はせず**（加算1・2の維持）、そのうえで加算1へ誘導するために点数の引き上げ（230点からの引き上げ）を行うことも考えられる」

## 入退院支援加算1・2の見直しについて③

### 入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

#### **(新)** 入院事前調整加算 200点

##### [算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であって入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

##### [施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

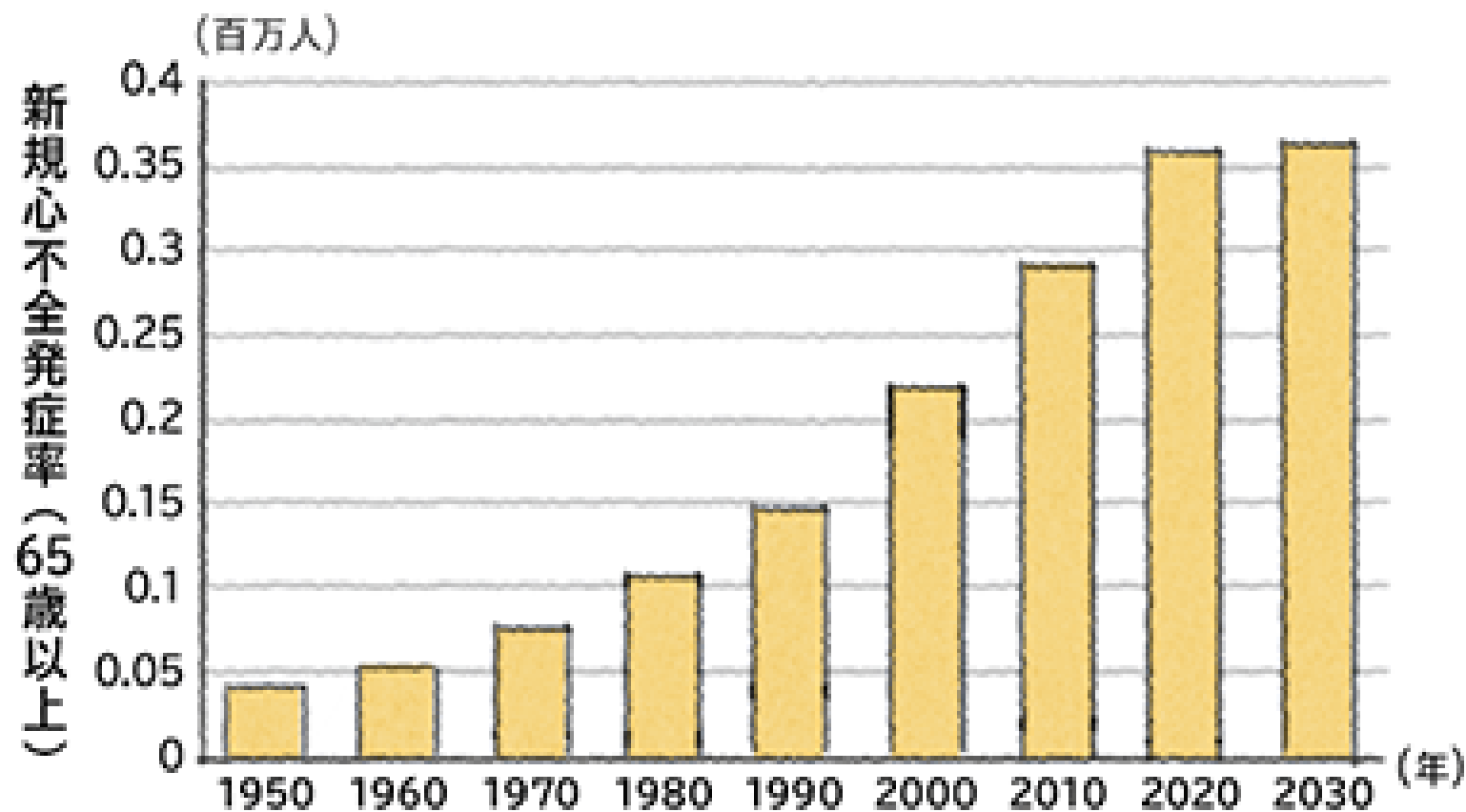
- (1) コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

# ④退院後の継続支援





# 心不全パンデミック

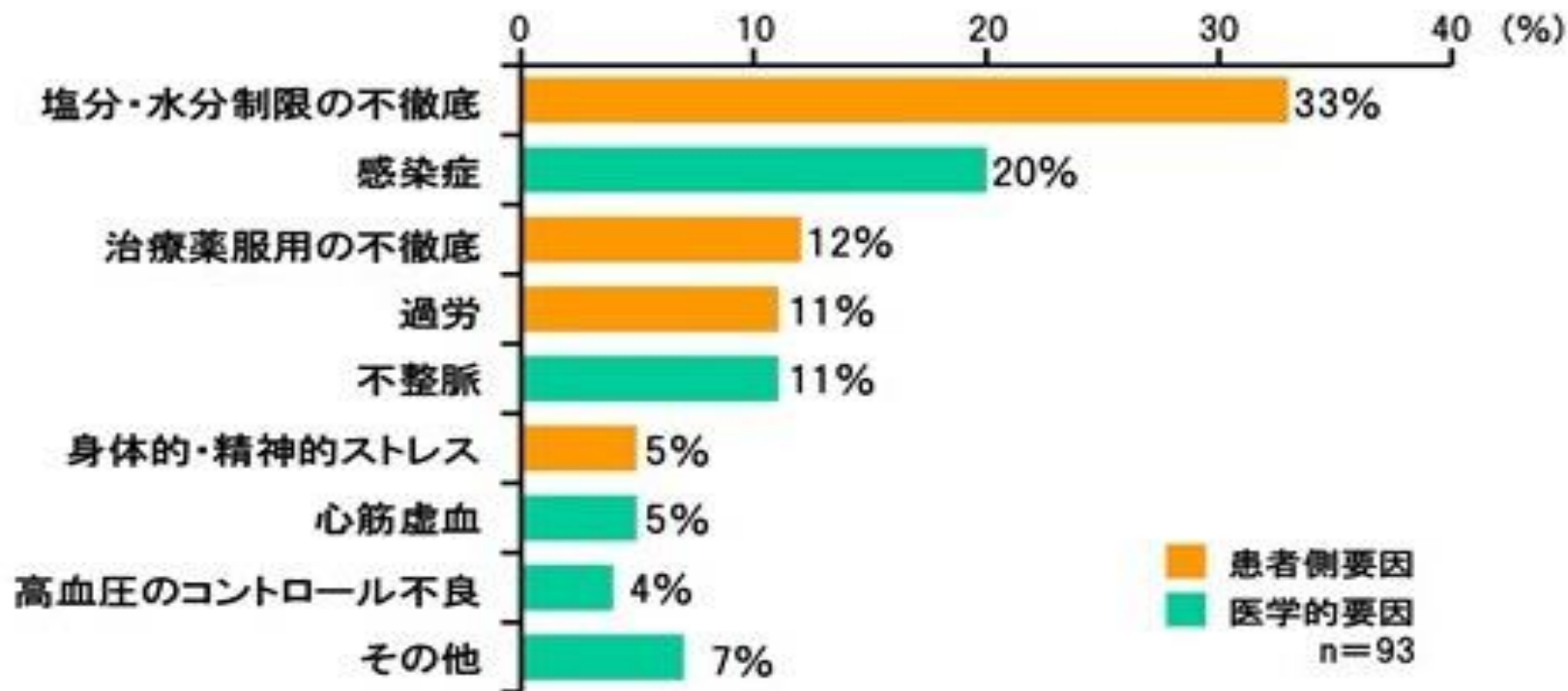


総人口 (百万人)	83.2	93.4	103.7	117.1	123.6	126.9	128.1	124.1	116.6
--------------	------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

出典：Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail 2015;17:884-892.

# 心不全では再入院が多い

## 図2 心不全再入院の原因



(Tsuchihashi M, et al : Jpn Cir J 2000;64:953-959より改変)

# 慢性心不全患者に求められる疾病管理

- 「急性・慢性心不全診療ガイドライン」では、疾病管理として、退院後特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効であるとしている。

## 急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)

### XII. 疾患管理

#### 1. プログラム(教育など)とチーム医療

##### 1. 2 疾病管理プログラムの具体的な内容

##### 1. 2. 1 アドヒアランスとセルフケアを重視した患者教育

患者の適切なセルフケアは心不全増悪の予防に重要な役割を果たし、セルフケア能力を向上させることにより生命予後やQOLの改善が期待できる。医療従事者は患者のセルフケアが適切に行われているかを評価し、患者および家族に対する教育、相談支援により患者のセルフケアの向上に努める。患者教育では、疾患に関する情報にアクセスし、理解し、活用する能力であるヘルスリテラシーを考慮しつつ、患者の理解度に応じた教材を有効に活用することも重要である。

## 2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン(2017年改訂版)」フォーカスアップデート版

### 第7章 疾病管理

#### 2. 疾病管理プログラムの具体的な内容

##### 2. 8 退院調整・退院支援および移行期支援と継続的フォローアップ

入院後早期からの退院調整および退院支援は、心不全患者の退院後早期の再入院の回避に効果的である。入院中の退院調整では、退院支援の必要性の評価、具体的な支援内容の検討を行うとともに、セルフケア能力を強化するための患者教育も同時に実施する。退院後の受診頻度は退院後の再入院のリスクと関連しており、**退院後、特に早期の症状モニタリング、アドヒアランスの評価および教育の強化は、再入院の回避やQOLの改善に有効**である。

# 心不全に対する疾病管理のエビデンスレベル及び具体的な治療及び教育・支援内容

- 心不全に対する疾病管理として、「多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援」、「退院支援と継続的フォローアップ」が推奨されている。
- ガイドラインにおいて、心不全患者、家族及び介護者に対する教育・支援内容が具体的に示されている。

## ■心不全に対する疾病管理の推奨とエビデンスレベル\*

	推奨クラス	エビデンスレベル	Minds推奨グレード	Mindsエビデンス分類
多職種によるチームアプローチを用いたアドヒアランスおよびセルフケアを向上させるための教育、支援を行う：患者および家族、介護者に対して。	I	A	A	I
退院支援と継続的フォローアップを行う。	I	A	B	I
禁煙教育・支援を行う。	I	C	B	IVb
身体症状のモニタリングを行う。	I	C	C1	VI
精神症状のモニタリングと専門的治療を行う。	I	B	B	II
心不全増悪の高リスク患者への教育支援と社会資源の活用を行う：独居者、高齢者、認知症合併者などに対して。	I	A	A	I
感染症予防のためのインフルエンザワクチン接種を行う。	I	A	B	IVa
1日6g未満の減塩食を考慮する。	IIa	C	C1	VI
節酒を考慮する。	IIa	C	C1	VI

## ■心不全患者、家族および介護者に対する治療および生活に関する教育・支援内容\*\*

教育内容	具体的な教育・支援方法	教育内容	具体的な教育・支援方法
心不全に関する知識	定義、発症、症状、病の経過 重症化の予防（療養内容） 療養の原則 合併症 薬物治療、医療物治療	アドヒアランス	心不全の病歴を含め個別性を考慮し、経過に際する取巻を行う。
セルフモニタリング	患者自身が症状モニタリングを実施することの必要性・重要性 セルフモニタリングのスキル 療養手帳の活用	禁煙	「禁煙ガイドライン2014年版」を参照。
運動の励励	運動開始の時期 運動時の症状と評価 運動時の危険性への連絡方法	身体活動	運動開始時期、運動量を評価する。 定期的に日常生活動作を評価する。 定期的な適切な身体活動の必要性 一定状態化時の安静、活動制限の必要性 適度な歩数による評価（運動開始時の低下など）
家族に対するアドヒアランス	家族用、薬物、服薬方法、副作用 処方通りに服用することの重要性 アドヒアランスの目的、治療に関する生活上の注意事項	入浴	適切な入浴方法 重症度や生活環境に応じた方法を指導する。
感染予防とワクチン接種	心不全増悪因子としての感染症 インフルエンザ、肺炎に対するワクチン接種の必要性	旅行	旅行中の注意事項（服装、飲水、食事内訳、身体活動量） 旅行に伴う心不全増悪の危険性 旅行中の発生時態時の対応方法
塩分・水分制限	適量の飲水の必要性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（0.5g未満/日） 減塩食の維持の重要性	性生活	旅行中の食事内容や食事時間の変化、気候の変化、運動量の増加などが心不全に及ぼす影響を説明する。 旅行中の準備に関する備前情報を行う。
栄養管理	適量の飲水の必要性 重症心不全患者における飲水制限 適正な塩分摂取（0.5g未満/日） 減塩食の維持の重要性	性生活	性生活が心不全に及ぼす影響 心不全治療薬と性機能の関係 勃起障害治療薬の服用について
バランスのよい食事の必要性 合併症を考慮した食事内容	定期的な栄養状態を評価する。 嚥下機能などの身体機能や生活状況に応じた栄養指導を行う。 食事量の減少や食欲低下は、心不全増悪の危険性の可能性があることを説明する。	心理的支援	継続的に精神状態を評価する。 日常生活におけるストレスマネジメントの必要性とその方法について説明する。 心不全と心理的変化 日常生活におけるストレスマネジメント
		定期的な評価	定期的に重症度を評価する。 重症度や生活環境に応じた方法を指導する。

出典：\*2021年「急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）」フォーカスアップデート版

出典：\*\*急性・慢性心不全診療ガイドライン（2017年改訂版）

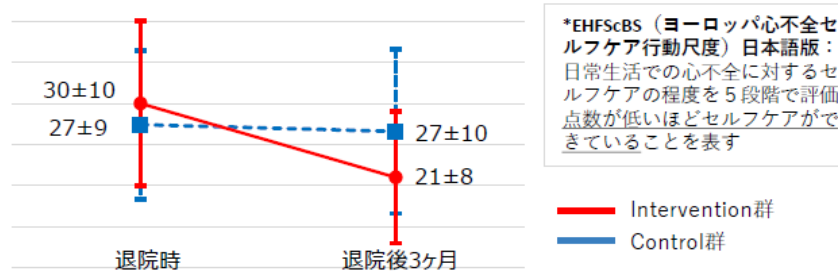
# 慢性心不全患者に対する退院直後の療養支援の効果

- 慢性心不全患者に対し、ガイドラインに基づき退院直後に集中的な対面及び電話による療養支援を行うと、セルフケア行動が有意に改善することが示されている。
- 心不全患者において、セルフケア行動が維持されていると、再入院率が低くなることが示されている。

## ■慢性心不全患者の重症化予防に向けた、退院後の集中的な支援の効果

<退院後3か月におけるセルフケア行動の変化>

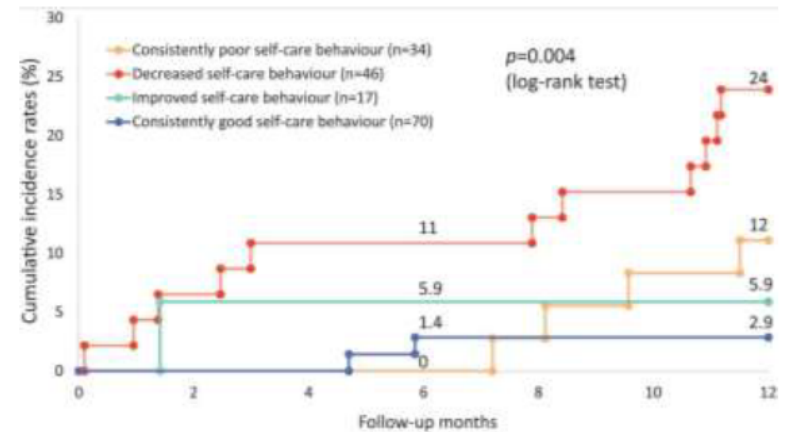
退院後3か月におけるEHFScBS\*の総得点は、有意に介入群で低値であった ( $p < 0.001$ )



## ■セルフケア行動と入院率

<セルフケア行動別、心血管疾患による累積入院率>

セルフケア行動が維持されることにより、心血管疾患による累積入院率は有意に低い ( $p = 0.004$ )



出典: Lijeroos M, et al. (2020) 「Trajectory of self-care behaviour in patients with heart failure: the impact on clinical outcomes and influencing factors」 European Journal of Cardiovascular Nursing, Vol19, 5, 421-432

### 【研究方法】介入研究

Intervention群: 「2021年JCS/JHFSガイドラインフォーカスアップデート版 急性・慢性心不全診療」で示された、疾病管理プログラムに基づき提案する、療養支援フローに則り、対面及び電話による療養支援プログラムを実施



### 【対象患者】

慢性心不全と診断された成人患者(18歳以上)で、ACC/AHAの心不全ステージ分類Stage Cにあり、包含基準に該当する者 (包含基準) 過去1年間に1回以上の入院を経験し、アドヒアランスに関わる問題を1つ以上有している

出典: 日本看護協会「慢性心不全患者に対する外来看護師による対面及び電話による療養支援の効果に関する研究」(2022~2023年度)

# 心不全 倉敷地域連携バス



倉敷中央病院（岡山県倉敷市）

# 地域全体で心不全患者を診る ～倉敷地区地域チーム医療～

## ●心不全地域連携パス

## ●マイカルテオンラインシステム

心不全入院から外来診療までの流れを円滑に

急性期病院

心不全チーム  
CCUチーム  
NST

## ●心不全手帳

患者・家族への教育と多職種、施設間の情報共有ツール



心不全教室

患者及び家族への教育

## ●心臓リハビリ地域ネットワーク

外未での心臓リハビリ継続

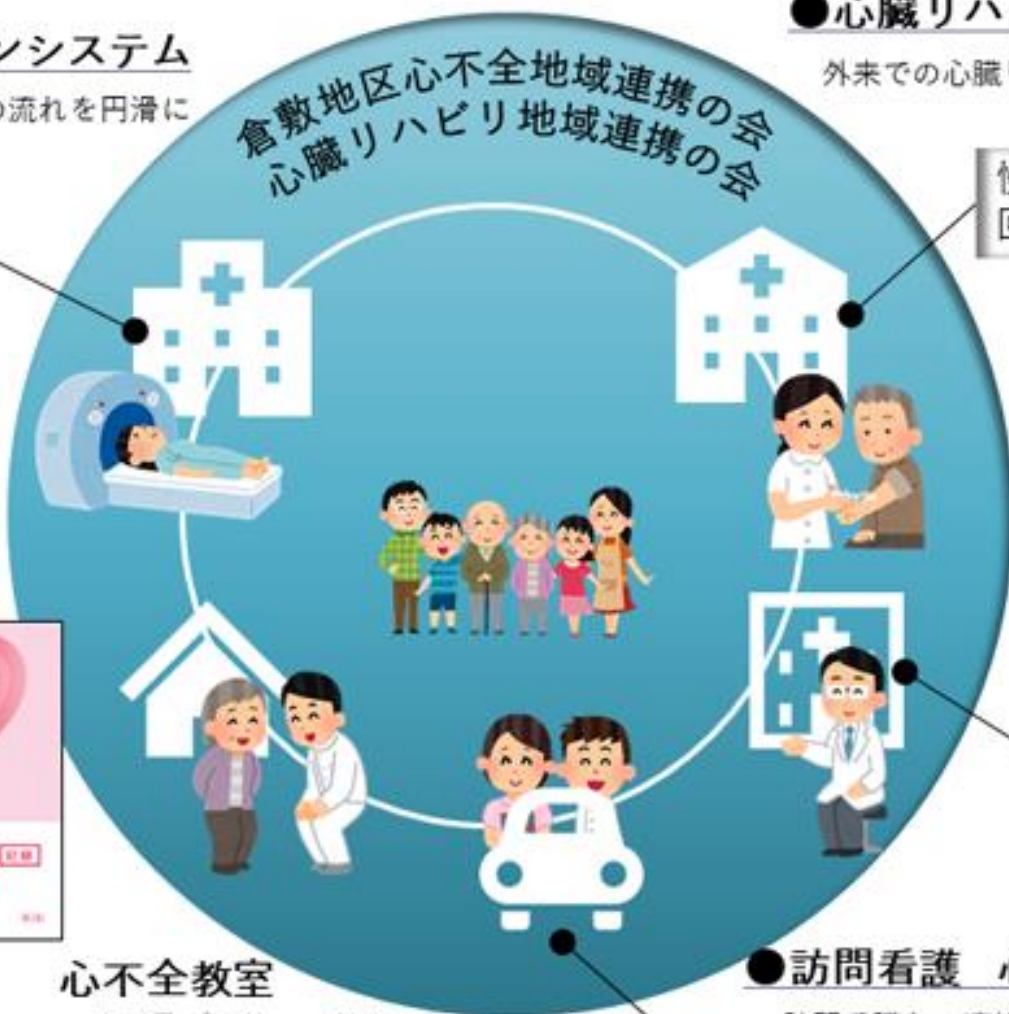
慢性期/  
回復期リハビリ病院

かかりつけ医

## ●訪問看護 心不全ホットライン

訪問看護との連絡ツール

訪問看護ステーション



# 心不全地域連携クリティカルパス

※このクリティカルパスは、  
入院型です。

心不全で入院されました

入院日 年 月 日

急性期病院  
倉敷中央病院

入院前	急性期治療（1週間目安）	亜急性期治療（2週間目安）	転院
<p>採血、心エコー、心電図、レントゲン等検査があります</p> <p>点滴治療を行います</p> <p>医師の指示により内服治療を行います</p> <p>薬物投与を行います</p>	<p>病状に応じて追加検査を行います</p> <p>転院先病院のベッド調整が完了次第転院となります</p> <p>栄養指導 薬物投与が内服について説明いたします 日時 年 月 日 時 分</p>	<p>採血検査 食事についてご家族とともに説明を行います 日時 年 月 日 時 分</p> <p>医師の許可があれば、平日シャワー・入浴を計画し、必要時介助します</p>	<p>転院に注意します</p>
<p>患者様の状態にあわせて特別食になります 心臓病食・腎臓病食・糖尿病食</p>	<p>患者様の状態にあわせて特別食 心臓病食・腎臓病食・糖尿病食</p>	<p>医師の指示のもと早朝から心臓リハビリを開始します 状態に合わせた安全な心臓リハビリを行います</p>	<p>医師より病状に合わせて適宜説明があります</p>
<p>ベッド上安静です 車椅子、歩行は患者様の状態にあわせて介助します</p>	<p>車椅子、歩行は患者様の状態にあわせて介助します</p>	<p>必要に応じて医療相談を受けていただき、転院を含めた今後のことについて相談します</p>	<p>必要に応じて医療相談を受けていただき、転院を含めた今後のことについて相談します</p>

※地域連携パスの同意・署名は、倉敷中央病院 入院診療計画者と兼ねています。倉敷中央病院 入院診療計画書にて、上記の入院診療計画について説明をし、ご了承いただきました。

心不全手術の利用  あり

転院基準 病状が安定しているが、入院継続が必要

転院日 年 月 日

( ) 病院  
説明日 年 月 日 主治医: 看護師:

転院日～退院 (入院期間: およそ 日程度)	
<p>精治 検査 採血、心エコー、心電図、レントゲン等検査があります</p> <p>食事 患者様の状態にあわせて特別食 心臓病食 腎臓病食 糖尿病食 ※必要と判断した場合は、栄養指導に取り組みます</p> <p>清潔 清潔の介助を行います お風呂の場合は状態によって変更します</p> <p>排泄 病院にあわせ、尿器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・一般トイレでの排泄介助をします</p> <p>リハビリ 医師の指示のもと、病状に応じてリハビリを行います 状態によっては、必要に応じて心臓リハビリを行います</p> <p>病状説明 医師より病状について説明があります 今後のことについても説明があります 予後予測しながら日程を調整します</p> <p>薬物 薬物指導、栄養指導を行います</p> <p>医師 入院中の様々なご質問に応じます 予約時間 年 月 日 時 分</p>	<p>リハビリ状況を確認します 定期的に今後のことを相談していきます</p> <p>※特別な栄養指導の必要性(有・無) ※必要と判断した場合は、栄養指導に取り組みます</p> <p>病状にあわせ、尿器・ポータブルトイレ・車椅子トイレ・一般トイレでの排泄介助をします</p> <p>医師の指示のもと、病状に応じてリハビリを行います 状態によっては、必要に応じて心臓リハビリを行います</p> <p>医師より病状について説明があります 今後のことについても説明があります 予後予測しながら日程を調整します</p> <p>薬物指導、栄養指導を行います</p> <p>必要に応じて、 ・介護認定申請手続きのお問い合わせ ・施設入居申し込みのお手伝い ・ケアマネジャーと連絡、調整</p>

退院・転院基準 病状が安定している  
 ◆予定日 年 月 日  
 ◆退院日 年 月 日  
 ※本人または家族のサイン

## 外来通院型連携医療機関

医療機関名: ( ) 主治医: ( )  
 倉敷中央病院 退院後外来  あり

外来通院しながら治療継続します

病状が落ち着けば、かかりつけ区へお薬の継続、日常診療をお願いします。

退院基準

転院日 年 月 日

一般・療養型病床 ( )  
 主治医: ( )  
 看護師: ( )

状態に応じて期間を決定

検査 採血やレントゲン等、検査を行います  
画像検査は一般病院で行うこともあります

治療 内服治療を継続します

リハビリ リハビリを継続します

入所施設 ( )  
 担当者: ( )

状態に応じて期間を決定

相談 療養支援について相談を受けます

日付 年 月 日  
 氏名 (捺印)

※本人または家族のサイン

かかりつけ区 ( )  
 主治医: ( ) 他担当者: ( )

病状が安定している限り

検査 採血やレントゲン検査等を行います

治療 内服治療を継続します

リハビリ リハビリを継続します

相談 療養支援について相談を受けます

訪問看護 ( )

必要時

相談 療養支援について相談を受けます

リハビリ リハビリを継続します



# 心不全連携パス 主な連携病院 2022.4-



①高梁中央病院



②笠岡第一病院



③金光病院



④玉島協同病院



⑤水島中央病院



⑥玉島中央病院



⑦水島協同病院



⑧やまな内科整形外科



⑨重井医学研究所附属病院



⑩児島中央病院



⑪南岡山医療センター



⑫しげい病院



⑬倉敷記念病院



⑭倉敷中央病院リバーサイド



⑮倉敷市立市民病院

# 地域連携パスは 地域におけるPFM

地域の中に地域連携パスや  
地域PFMの協議の場を作ろう！  
PFMの仕組みを地域に作ろう

# まとめと提言

- 2024年診療報酬改定の最大課題は「高齢者救急をどこで診るか？」
- このため地域包括医療病棟が新設された。
- 誤嚥性肺炎を地域で診るため誤嚥性肺炎連携パスが必要
- 心不全連携パスも必要
- 地域連携パスは、地域におけるPFM
- 地域の中に地域PFMの協議の場を作ろう！
- PFMの仕組みを地域に作ろう！

# そこが知りたい！ 入退院支援まるわかりガイド

これからの医療のキーワード“PFM”



- 監修 武藤正樹
- 編著：医療福祉連携士の会
- B5判、192頁、定価：3,080円（本体2,800円）
- 2024年4月22日発行
- 株式会社照林社

PFMの解説本の  
決定版

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。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

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)