

新しい医療計画の考え方

— 患者の立場からみて医療がどのように変わるのか —

患者本位の医療を、
住み慣れた家庭・地域で

医療にまつわる心配なことは？

① [医療及び医療機関に関する情報の不足]

もし、自分や家族が入院するような病気になったら、病状に応じて、どこでまず治療を受ければよいのだろう。それからどうなるのだろう？遠くまでいなくても治してもらえるのだろうか。もとの暮らしに戻れるのだろうか。受けられる医療の中心が知りたい。

？

③ [在宅での療養生活の不安]

自宅でさいごまで親の面倒をみたいけど、家で診てくれる医者は近所にいるのだろうか？ヘルパーなど介護のことも気になるし、なにより、何かあった時のことが心配だ。

？

② [受けられる医療の流れがわからないことへの不安]

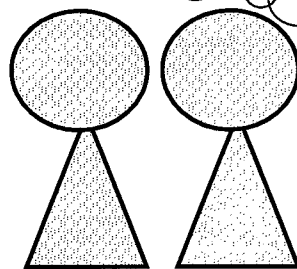
退院してほしいと言われたけれど、まだ麻痺が残っている。このままでよいのだろうか。家で生活できるところまで治してもらえるのだろうか。

？

④ [同居者のいない人の在宅での不安]

自分は一人暮らしだけど、体が弱ったときに、住み慣れた自分の部屋で過ごしたいけれど、どうしたらいいのだろう。

？



患者、住民の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制をつくります。

① [医療及び医療機関に関する情報の不足]

自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような医療が行われており、自分が病気になったときにどのような治療が受けられ、そしてどのように日常生活に復帰できるのか、などを住民・患者の視点にたってわかりやすく示せるよう、医療計画制度を見直し、各県、各地域ごとに、その情報を公開します。

② [受けられる医療の流れがわからないことへの不安]

具体的には、その地域の医療機関相互の連携の下で、脳卒中、急性心筋梗塞等ごとに、急性期から回復期を経て在宅療養に至るまでの適切なサービスが切れ目なく提供されるような連携体制を構築します。このため、地域連携クリティカルパスの普及を図るとともに、数値目標の設定などによって切れ目のない体制づくりを推進します。

③ [在宅での療養生活への不安]

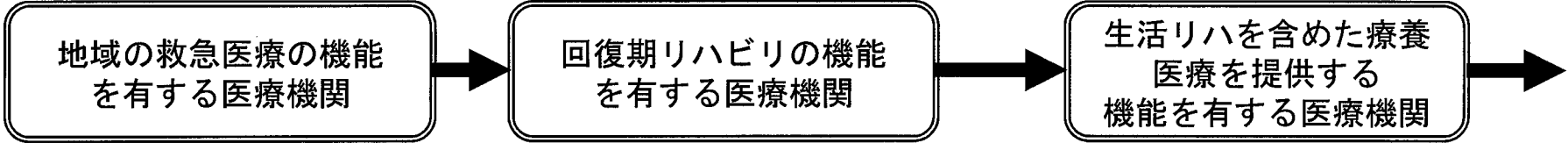
また、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る在宅医療の体制を、地域において整備することも重要であり、中心となる医師が機能を発揮し、多職種が協働し、連携して地域で支える体制を作ります。

④ [同居者のいない人の在宅での不安]

一人暮らしなど自宅で最後まで過ごせない可能性がある方については、多様な居住の場を整備し、そこに在宅医療の体制が及ぶようにします。

① 医療及び医療機関に関する情報の公表

○各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
 ○それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。



- ・ ○○病院
- ・ △△病院
- ・ □□病院
- ・
- ・
- ・

選択すると詳しい機能を参照できる

- ・ ○○病院
- ・ ◇◇病院
- ・ ▲▲病院
- ・ □○診療所
- ・
- ・

- ・ ◇◇病院
- ・ ▲▲病院
- ・ □○診療所
- ・ □□診療所
- ・
- ・

<△△病院の医療機能>
 ・ 医師数
 ・ 保有する医療機器
 ・ 社会保険事務局に届出された施設基準等
 など

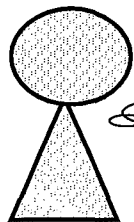
<▲▲病院の医療機能>
 ・ 医師数
 ・ P T ・ O T 数
 ・ 平均在院日数
 ・ 地域連携クリティカルパスの使用状況
 など

<◇◇病院の医療機能>
 ・ 医師数
 ・ 看護師数
 ・ 平均在院日数
 など

②-1 急性期から在宅療養に到るまでの切れ目のない医療サービス

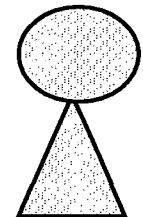
脳卒中を例にとると、病状に応じ、下記のような流れで医療を受けることが必要です。

- まず、地域の救急医療の機能を有する医療機関において、手術など集中的な治療及び急性期のリハビリを行います。
次に、回復期リハビリの機能を有する医療機関において、集中的なリハビリによる機能回復を図ります。
その後、在宅あるいは多様な居住の場において、生活目標型の断続的なリハビリを継続し、機能の維持を図ります。
- これらを地域において具体的に進めるに当たり、
各病院において、患者を退院させる前に、必要に応じ、退院前に要介護認定を受けておくことが必要であり、また、退院後も適切な医療を受けられるような調整（退院調整、退院時ケアカンファレンス）を行うこと、その際には主治医及びケアマネジャーが参加することが必要です。
また、こうした流れを円滑に進めるため、地域連携クリティカルパス（②-2参照）の活用が有効と考えられます。



なるほど。でも、どんなリハビリがいいか、自分じゃわからないよ。

病院ごとに役割分担があると聞いたことがあるけど。



→ 次頁をご覧ください。

②-2 地域連携クリティカルパスとは

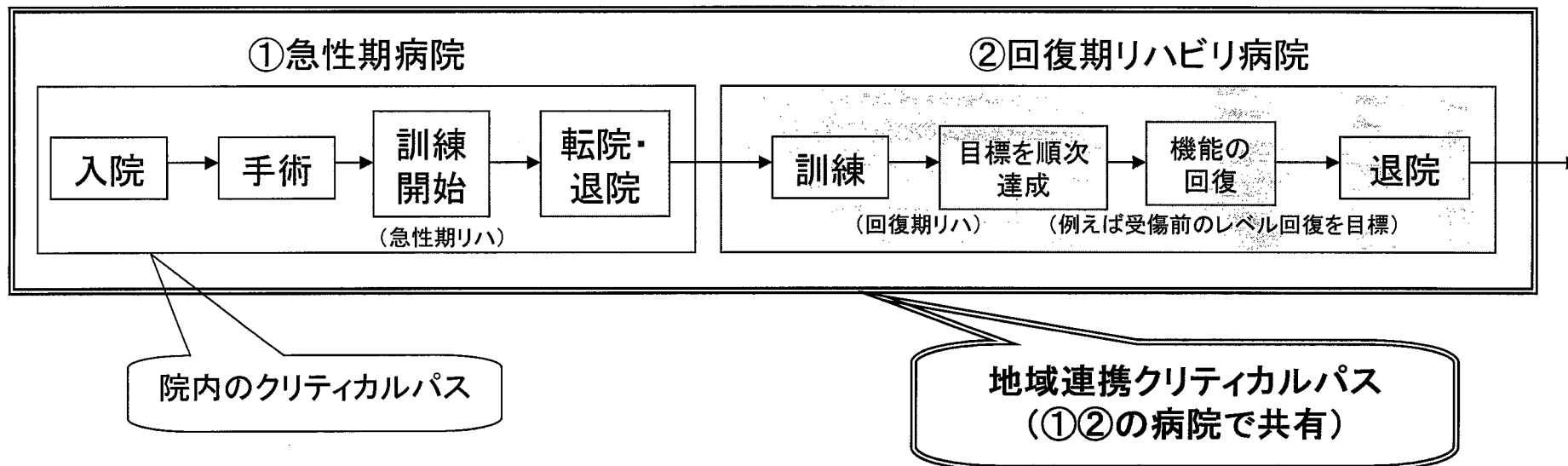
● クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
- もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1980年代に米国の医療界で使われ出した後、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
- 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施(EBM)、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。

● 地域連携クリティカルパスとは

- 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
- 診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。
- 内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示する。
- 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすむなど、転院早々から効果的なりハビリを開始できる。
- これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前 (H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後 (H16)	53例	67.0日	約26%減

【医療者用の大腿骨頸部骨折の場合の地域連携クリティカルパスの例】

左欄に、転院前(最初の)病院で行った治療の経過を記載し、右欄に、転院先病院に依頼する目標を記載して引き継ぎます。

〇〇〇〇病院 担当者殿

尚略、下記患者様が貴院へ転院されましたので御報告致します。

【〇〇〇〇様経過報告書兼依頼書】 目標：受傷前歩行能力〇〇〇レベル



〇歳：男・女性 診断名：右・左大腿骨頸部骨折

手術：平成〇〇年〇月〇日 ャーネイル法施行

入院日 〇/〇	手術日 〇/〇	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週 〇/〇転院
食 □食事は夕食まで □飲水は22時まで	□排便を、お腹の動くまで(3回)ありません □飲水は、飲水できます その他、重要事項を	□歩みを感じて移動 □手が使われて3時間以上(2時間)で移動開始 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
歩 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
注 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
注 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
注 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
注 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始
注 □歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始	□歩みを感じて移動 □歩みを感じて移動開始

目標	平行歩行能力 〇/〇	平行歩行歩行へ 〇/〇	歩行器歩行へ 〇/〇	一本杖歩行へ	階段昇降へ 屋外歩行へ
上	□車椅子に 坐れる	□立位保持ができる	□平行歩行歩行ができる	□一人で歩行器・ 両杖歩行ができる	□一本杖歩行 が安定
目	□全身状態が 立位に 耐えうる	□全身状態が 歩行に耐えうる	□平行歩行歩行で腰が グラグラしない	□意側での荷重が 十分可能	□一人での院内を 歩く
標	□立位で 「もも」に 力が入る	□裏の足を前へ 出すことが できる	□一人で平行歩行を 最低1往復 歩ける	□平行歩行を片手 支持で歩行できる	□一人で院内を 一本杖で歩ける
目	□痛まらなくて 歩ける	□両の力を抜いて 平行歩行歩行ができる	□一人で平行歩行を 最低1往復 歩ける	□平行歩行で片杖歩行 一本杖歩行が安定	□階段昇降が可能

ADL評価表		実態前	遷延時	看護記録：無し 観察可能時：股関節屈曲〇度、伸曲〇度、外転〇度 踵関節屈曲〇度、伸張〇度
両足歩行	□有る □無し	□有る □無し	□有る □無し	
歩行	□歩行 □歩行への転換 □杖歩行 □杖歩行	□歩行 □歩行への転換 □杖歩行 □杖歩行	□歩行 □歩行への転換 □杖歩行 □杖歩行	
歩行器	□歩行器 □歩行器への転換	□歩行器 □歩行器への転換	□歩行器 □歩行器への転換	
一本杖歩行	□一本杖歩行 □一本杖歩行への転換	□一本杖歩行 □一本杖歩行への転換	□一本杖歩行 □一本杖歩行への転換	
車椅子歩行	□車椅子歩行 □車椅子歩行への転換	□車椅子歩行 □車椅子歩行への転換	□車椅子歩行 □車椅子歩行への転換	
階段昇降	□階段昇降 □階段昇降への転換	□階段昇降 □階段昇降への転換	□階段昇降 □階段昇降への転換	
トイレ動作	□トイレ動作 □トイレ動作への転換	□トイレ動作 □トイレ動作への転換	□トイレ動作 □トイレ動作への転換	
食事動作	□食事動作 □食事動作への転換	□食事動作 □食事動作への転換	□食事動作 □食事動作への転換	
更衣動作	□更衣動作 □更衣動作への転換	□更衣動作 □更衣動作への転換	□更衣動作 □更衣動作への転換	
歩行動作	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	
歩行動作	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	
歩行動作	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	
歩行動作	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	
歩行動作	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	□歩行動作 □歩行動作への転換	

いつでも
御連絡下さい

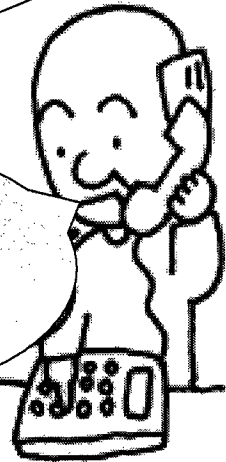
③-1 在宅での療養を選択しにくい理由(イメージ)

緊急時にいつでも医師がかけつけてくれる体制を望んでいるが、実際には病院に送られてしまう場合も多くあり、安心して在宅で療養できない。

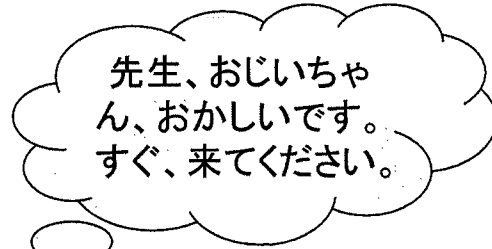


緊急時

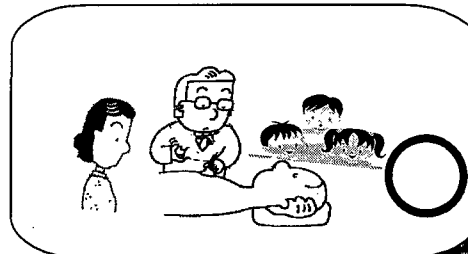
すぐには行けないから、連携している〇〇病院に救急車で送ってください。



先生、おじいちゃん、おかしいです。すぐ、来てください。

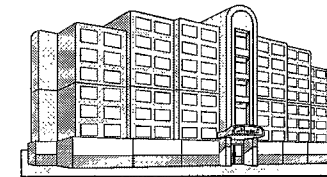
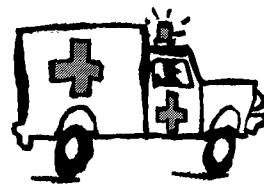


在宅での看取りを希望していても、医師等の体制が不十分で、最期は病院へ搬送されてしまう。



実際は...

なんとかこのまま家に居られるようにしてあげたいんですけど。



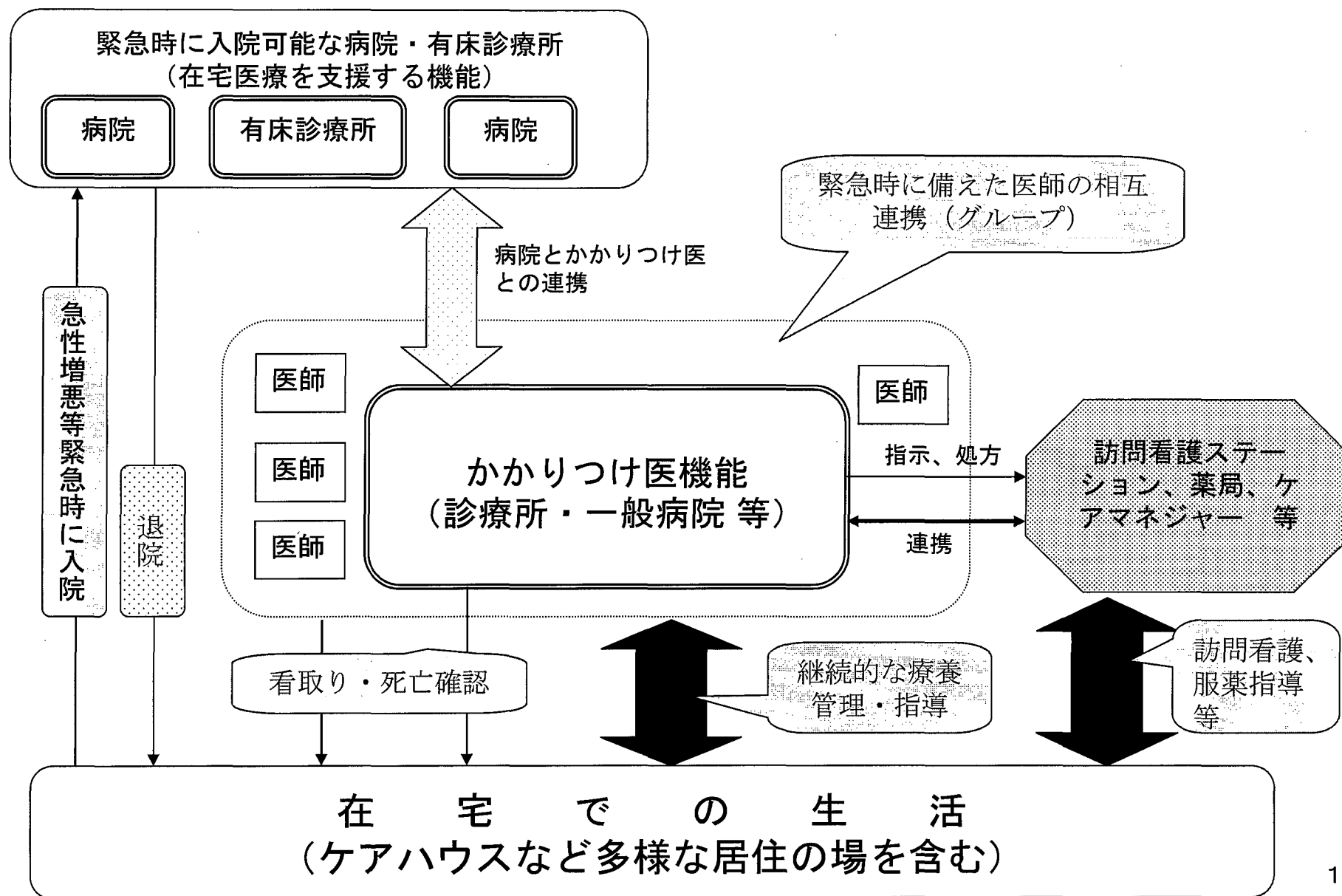
病院

③ー2 在宅医療を安心して受けられるようになるには

- 在宅医療については、前述のとおり、まず、急性期等の機能を持つ医療機関から在宅あるいは多様な居住の場へのつなぎを円滑に進める必要があります。(退院後の在宅医療への連携)
- 在宅医療を地域で連携して行う体制として、次頁の図のように、
 - (1) 介護を含めた多職種での連携体制
 - ・在宅医療を担う医師の取組の支援
 - ・訪問看護サービスの充実
 - ・在宅における医薬品等の提供体制
(適切な薬物療法や服薬指導、医療材料等の提供など)
 - ・ケアマネジャーや各種在宅サービスとの連携
 - (2) 急性増悪の際の緊急入院体制(緊急入院先の確保)
 - (3) 医師による看取りの体制(複数の医師の連携等)
 - (4) 自宅以外の多様な居住の場の確保及びその場に対する在宅医療の提供

を含めた連携体制を、地域ごとに構築する必要があります。

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



介護施設や居住系サービスにおいて 安心して医療が受けられる体制作り

一人暮らしなど、自宅で過ごせない要介護状態の方が生活する場である介護施設や居住系サービスにおいて、医療との連携を充実させ、必要な時に必要な医療が安心して受けられるようにします。

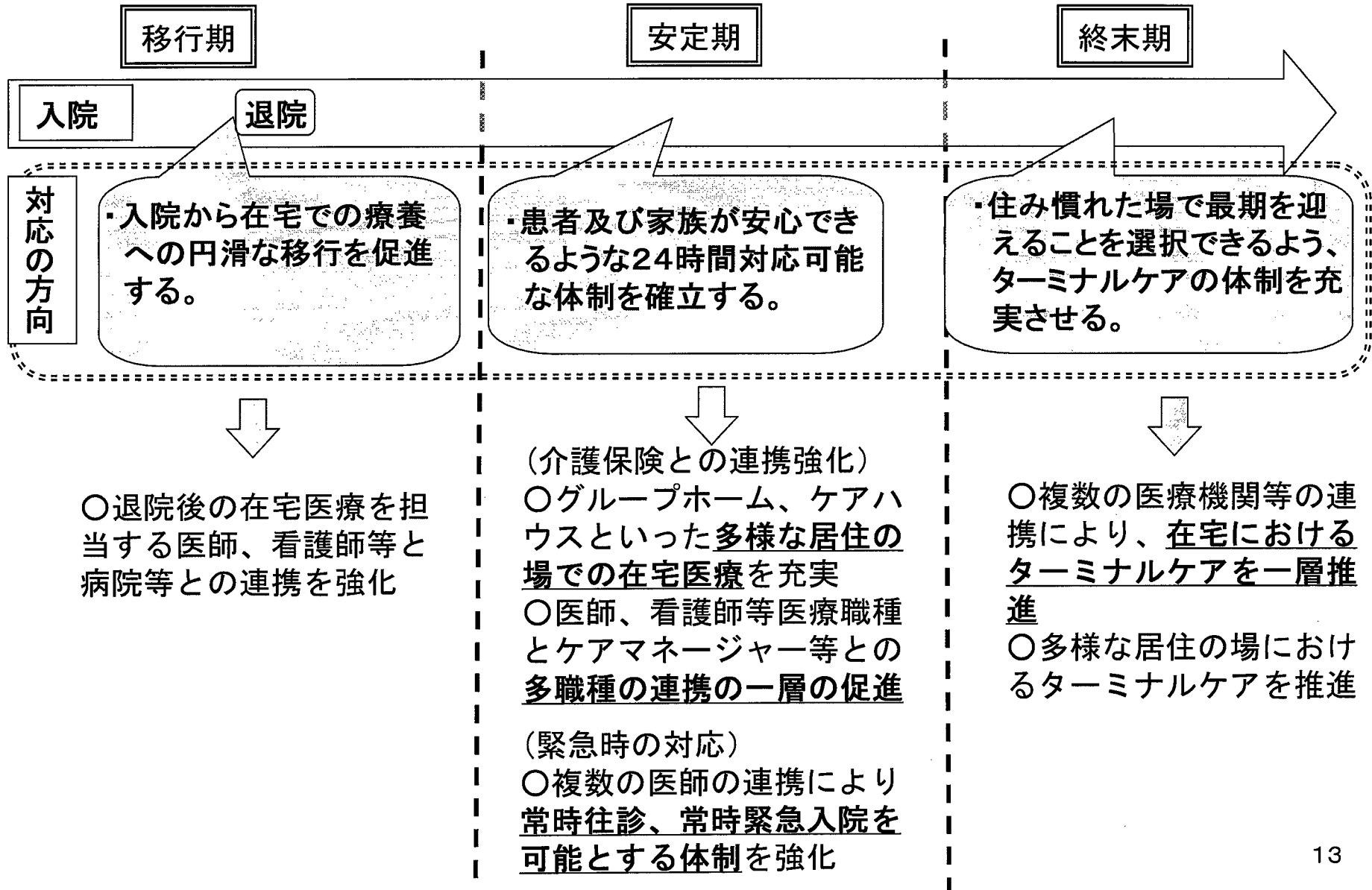
例：

特別養護老人ホーム：夜間におけるオンコール体制や看取りに関する体制の整備

ケアハウス：訪問診療や訪問看護の体制の整備

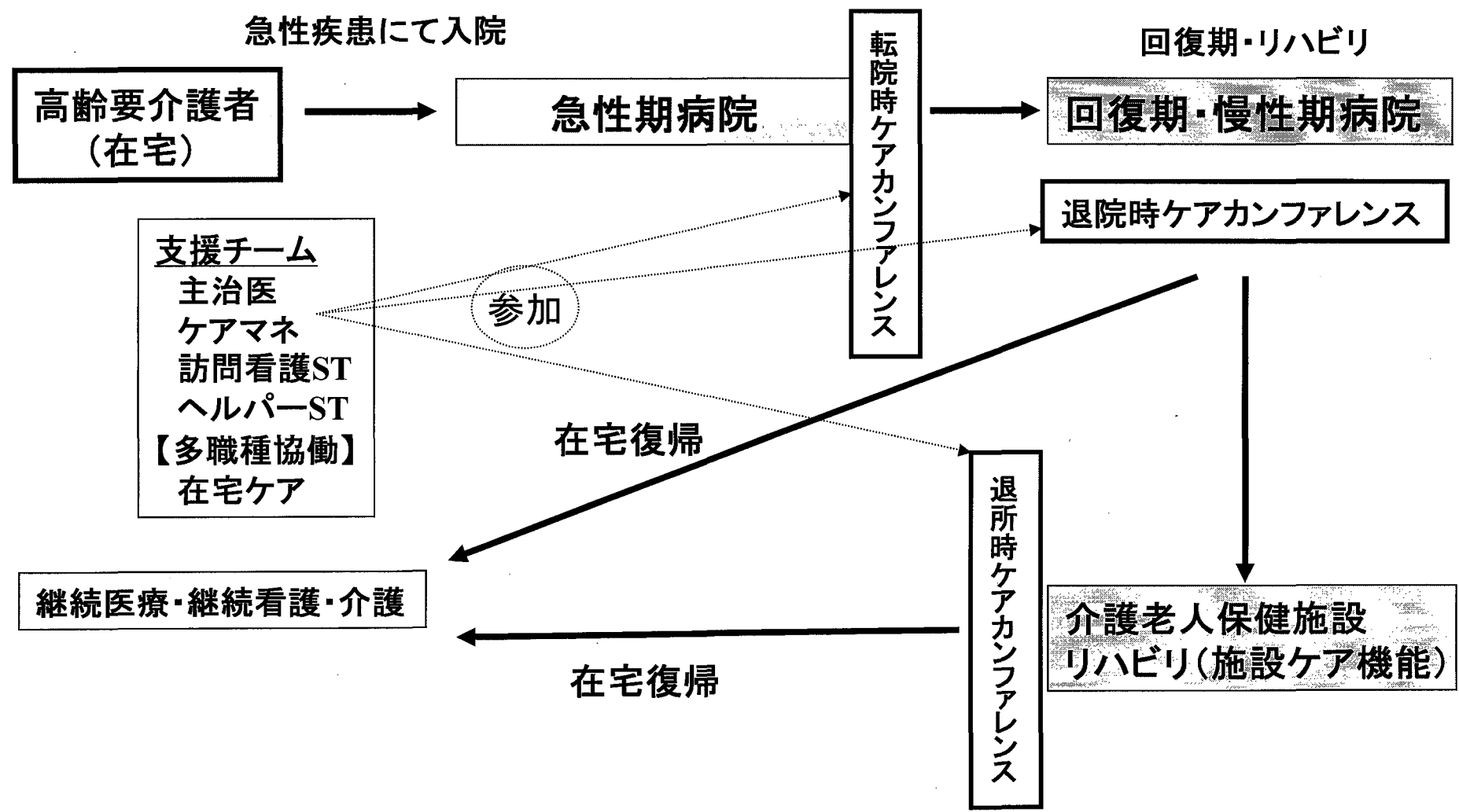
高齢者の在宅療養を支える新たな取組の推進

※肺ガンにより入院。手術等の治療後に退院し、在宅での抗癌剤治療、酸素療法等を継続しつつ、在宅での看取りを希望する例



尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

静岡市静岡医師会と市内の病院で行われている在宅医療の地域連携の例

○在宅患者相互連携システム(イエローカード・システム)

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化に備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録する。

→ 患者にイエローカードを配付

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡するが、万一連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできる。

○在宅医療支援看取りシステム(グリーンカード・システム)

・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておく。

→ 患者にグリーンカードを配付

イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡する。万一連絡がとれない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝え、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行う。