

# 事務局提出資料

# 1. 地域ネットワークによる「地域完結型医療」

# 地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など  
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を  
有効活用する必要性

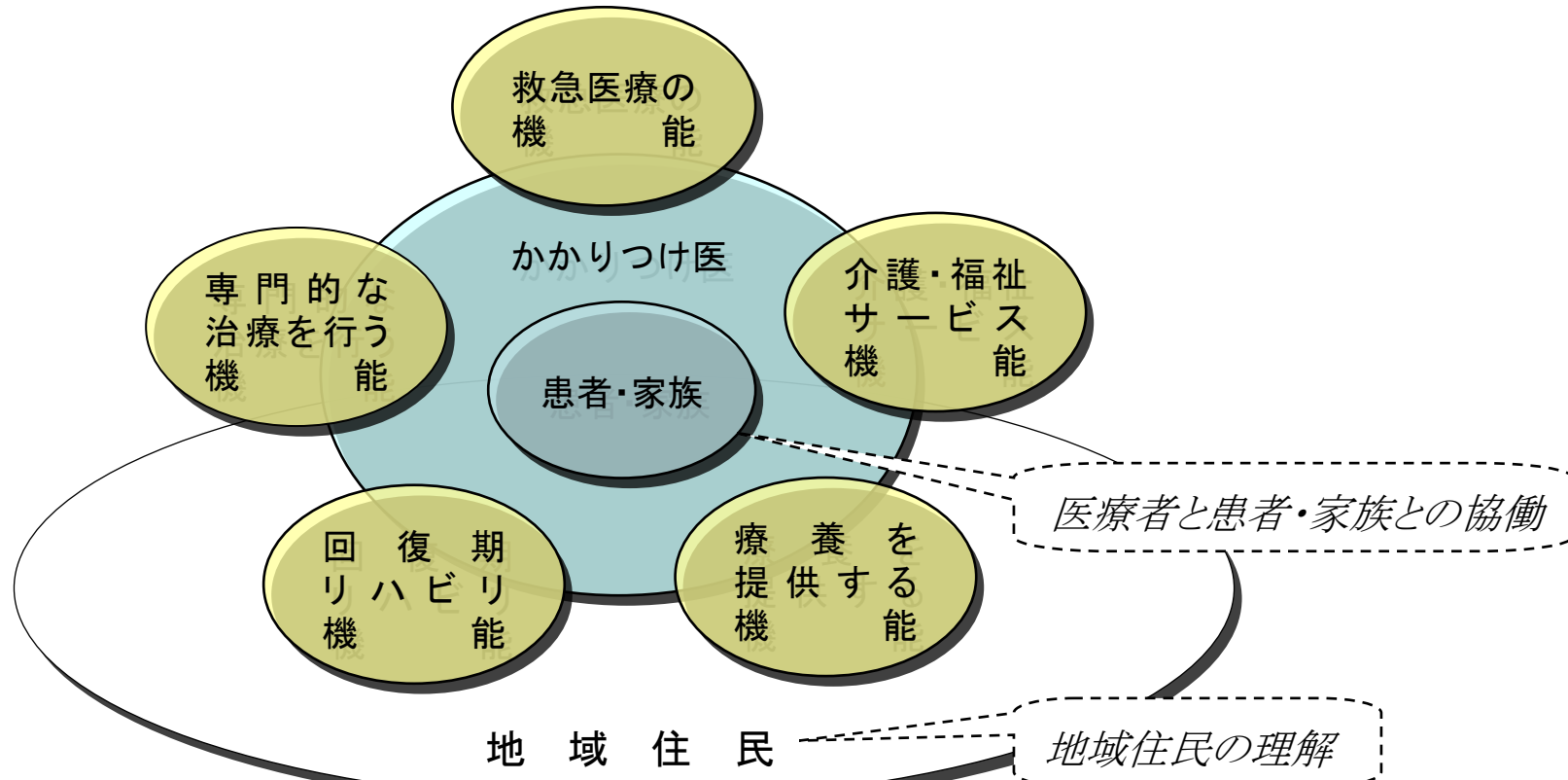
医療・介護・福祉が患者を中心に切れ目なくサービスを提供する  
「医療連携体制」によって、「地域完結型医療」を推進

## 4疾病

- ・ がん
- ・ 脳卒中
- ・ 急性心筋梗塞
- ・ 糖尿病

## 5事業

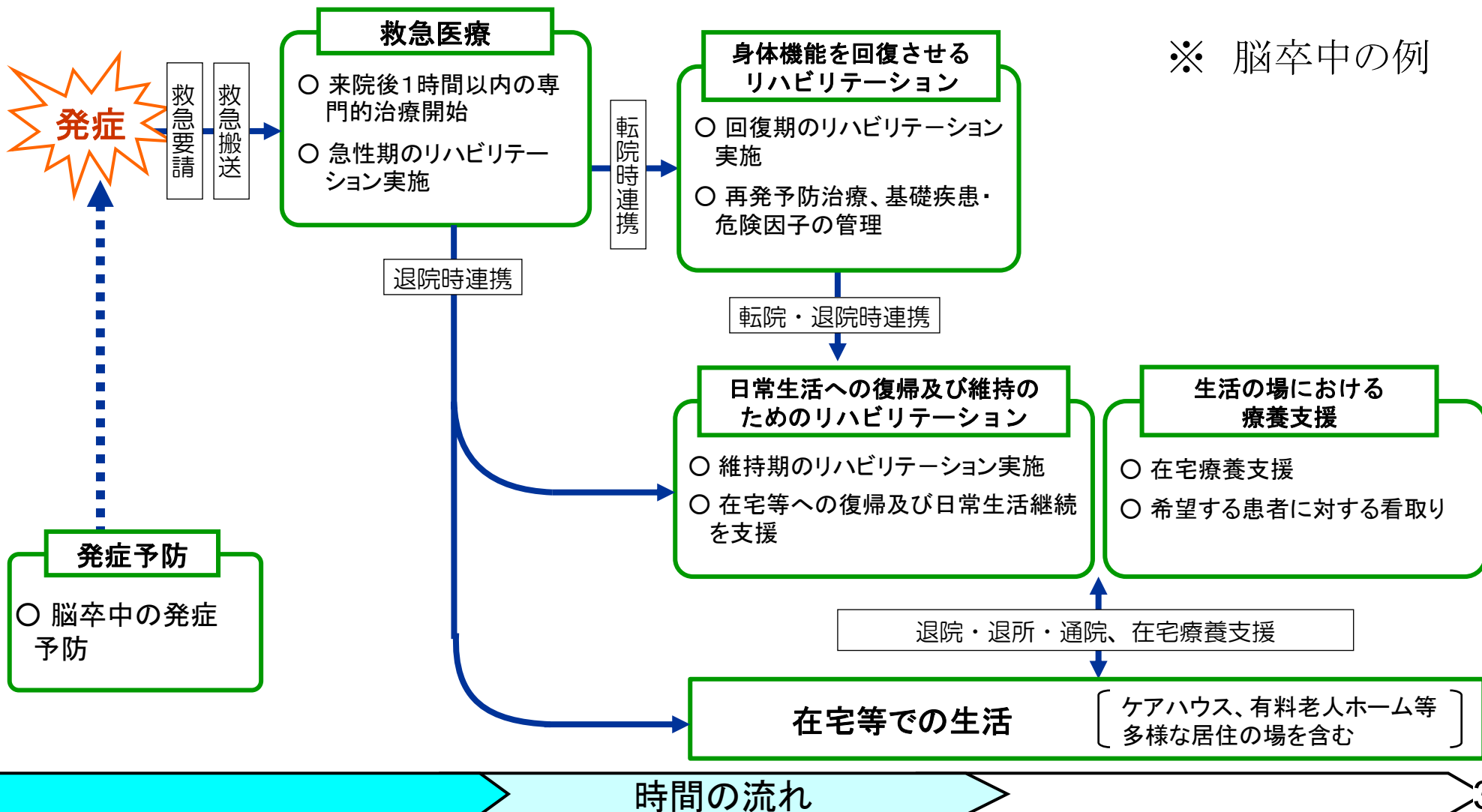
- ・ 救急医療
- ・ 災害医療
- ・ へき地医療
- ・ 周産期医療
- ・ 小児医療  
(小児救急含む)



# 地域完結型医療の姿

各地域において、発症から急性期、回復期を経て在宅に帰るまで、患者の様態に応じ切れ目なく医療が提供されるネットワークを構築

※ 脳卒中の例



# (参考) 地域医療連携の事例

# 事例集(1)

## 脳卒中、心疾患等

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

### 【北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会(東京)】 ～不足する医療機能をネットワークにより整備～

- ・ リハビリ施設の不足から、回復期リハ病棟の新設等を目指して研究会が発足
- ・ 急性期病院が回復期リハ病棟開設予定病院をサポート(リハビリスタッフの養成等)
- ・ 6年間で、回復期リハ病棟が250床(4病院)、強力なリハ機能を持った老健施設が200床(2施設)開設

### 【備後(びんご)脳卒中ネットワーク(広島)】 ～維持期までの連携を目指したネットワーク～

- ・ 医療機関、介護保健施設、居宅介護支援事業所等の参加する会議を2か月に1回開催
- ・ 福山地区ケアマネジメント研究会とともに、医療と介護の連携における問題点を検討

### 【北多摩西部医療圏疾患別医療連携推進事業(東京)】 ～病院前救護のネットワーク～

- ・ 調査により、脳卒中及び心疾患の病院前救護体制における課題が判明
- ・ 地域医師会、消防等の関係者と連携し、市民向け講演会や医師会向け研修会を実施
- ・ 救急病院に発症後2時間以内に来院する割合及び救急病院に救急車で来院する割合が増加

### 【会津循環器地域連携パス(福島)】 ～ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応～

- ・ 竹田総合病院において、循環器科専門医の減少(4名→2名)による専門外来の縮小から、逆紹介の必要性が増加
- ・ 循環器連携パスにより、退院後の診療を、専門外来とかかりつけ医とで機能分担
- ・ 循環器科外来患者数は半減したが、救急患者数・心カテ件数には変化なく、負荷心電図件数は増加するなど、専門に特化

# 事例集 (2)

## 糖尿病

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

### 【山武SDM研究会(千葉)】 ～研究会を通じた診療技術移転によるネットワーク～

- ・ 研究会を6年間で25回開催し、インスリン療法患者受入可の診療所が1施設から36施設まで増加
- ・ 糖尿病専門外来を行う病院(東金病院)には1年に1回、かかりつけ医には毎月受診する、循環型の医療連携を構築

### 【豊田市糖尿病対策地域連絡会議(愛知)】 ～施設の枠を越えた多面的な地域連携～

- ・ 地域メディカルスタッフ主体で運営するセミナーにより、行政、職域、調剤薬局まで含めたスキルアップを図る
- ・ 栄養士のいない開業医でも栄養指導できるよう、病院(トヨタ記念病院)で研修した管理栄養士によるサポート体制を構築
- ・ 産業医との連携で早期体験入院を勧めて、職域のHbA1c低下につなげる

## 周産期その他

### 【妊娠リスク評価表を用いた分娩の分散化(愛知)】 ～周産期センターと一次施設の病診連携～

- ・ 地域周産期母子医療センター(トヨタ記念病院)の分娩件数が急増し、母体搬送受入が困難となる事態が発生
- ・ 地域の産婦人科医会と協議し、ローリスク妊娠を一次施設に逆紹介する活動を実施
- ・ 2年間で、分娩件数は870例から710例(81.6%)に減少し、母体救急搬送は54例から126例(233%)まで受入増加

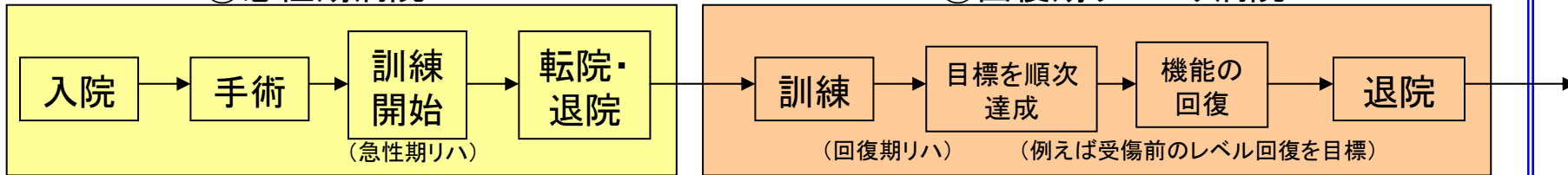
### 【岐阜地域医師会連携パス機構(岐阜)】 ～疾患別連携の基盤となるネットワークの先行型～

- ・ 疾患別の地域連携パス作成前から、6医師会及び基幹病院による連携ネットワークを構築
- ・ 地域医師会が参加して連携パスを作成することにより、かかりつけ医への普及を推進
- ・ 各ワーキング・グループにより、心筋梗塞、ウィルス性肝炎、脳卒中、大腿骨頸部骨折、泌尿器科の連携パスを作成

# 脳卒中地域連携クリティカルパスの例(熊本)

## ①急性期病院

## ②回復期リハビリ病院

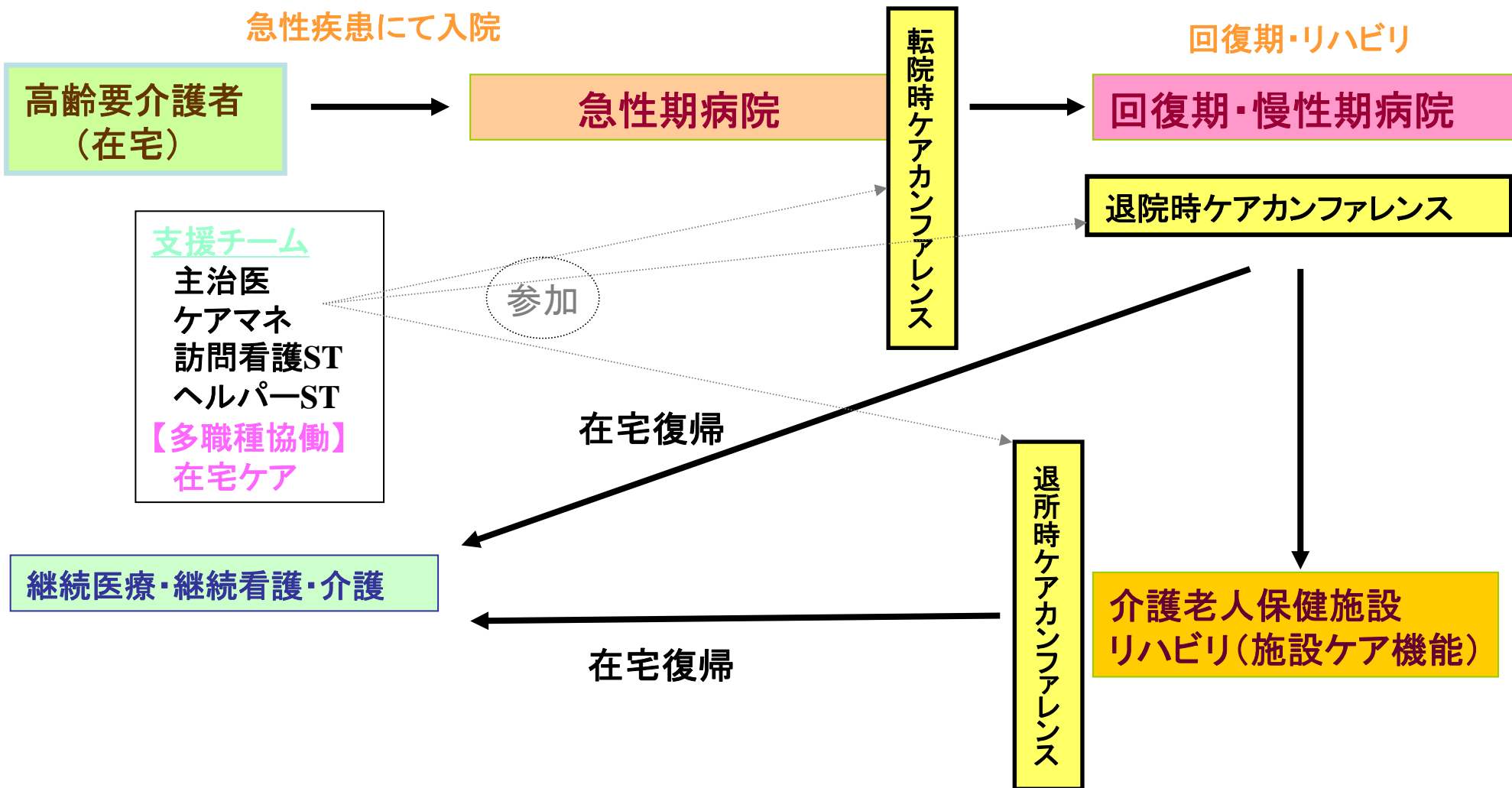


急性期病院	回復期リハビリ病院			維持期リハビリ病院・施設	
<p>現在の障害を説明します</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 運動の障害</li> <li><input type="checkbox"/> 言葉の障害</li> <li><input type="checkbox"/> 食べることの障害</li> <li><input type="checkbox"/> 排尿の障害</li> <li><input type="checkbox"/> 認知の障害</li> <li><input type="checkbox"/> 意識の障害</li> <li><input type="checkbox"/> その他</li> </ul>	<p>3つのリハコースを説明します</p> <p>1ヶ月      2ヶ月      3ヶ月</p>			<p>ケアが必要なことを説明します</p>	<p>療養型病床・介護老人保健施設</p>
	<p>軽症リハコース (1ヶ月) BI 85-100, FIM110-126</p>	<p>標準リハコース (2ヶ月) BI 55-80, FIM80-109</p>	<p>重症リハコース (3ヶ月) BI 0-50, FIM18-79</p>	<p>ケアが必要なことを説明します</p> <p>いろいろな事情で在宅が不可能な方は2つのケアコースでケアがすすむと思います。維持期リハビリ病院施設で詳しい評価がされます。</p> <p>標準ケアコース (要少～要多介助)</p> <p>重症ケアコース (全介助)</p>	<p>2つのケアコースを説明します</p> <p>2-3ヶ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します</p> <p>標準ケアコース (BI 25以上)</p> <p>重症ケアコース (BI 0-20)</p>
<p>リハビリが必要であることを説明します</p> <p>以上の障害でリハビリが必要です。詳しい評価はリハビリ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われます。</p>	<p>詳しいリハビリ評価 パーセル指数 (BI) FIM指数 (FIM) いずれかの評価でコースが決まります</p>	<p>排尿訓練</p> <p>摂食・嚥下訓練</p> <p>コミュニケーション訓練</p>	<p>在宅グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設</p>	<p>かかりつけ医の選択</p> <p>生活習慣病の指導</p>	
<p>維持期リハ(在宅, 入所, 転院)のためにはいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。</p>					
<p>軽症リハコース(1ヶ月) ひとりで歩ける</p> <p>標準リハコース(2ヶ月) ひとりで座れる ひとりで立てる</p> <p>重症リハコース(3ヶ月) ひとりで座れない</p>	<p>介護保険の説明</p> <p>介護保険の申請</p> <p>認定調査</p>	<p>要介護認定 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5</p> <p>ケアマネジャ決定</p> <p>ケアプラン作成</p>	<p>家屋調査・改修</p> <p>介護指導</p> <p>サービス担当者会議</p>	<p>在宅医療 (かかりつけ医)</p> <p>転院入所調整</p>	<p>訪問診療・訪問リハ</p> <p>通所リハ・訪問看護</p> <p>在宅介護</p>
<p>治療の継続, 管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血圧のコントロール</li> <li><input type="checkbox"/> 抗血小板剤</li> <li><input type="checkbox"/> ワーファリン (PT-INR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 血糖</li> <li><input type="checkbox"/> インスリンコントロール</li> <li><input type="checkbox"/> 栄養管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 胃瘻</li> <li><input type="checkbox"/> 気管切開</li> <li><input type="checkbox"/> シャント圧</li> </ul>	<p>※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します</p>		



# 在宅での医療と介護の機能分担・連携の例（尾道市）

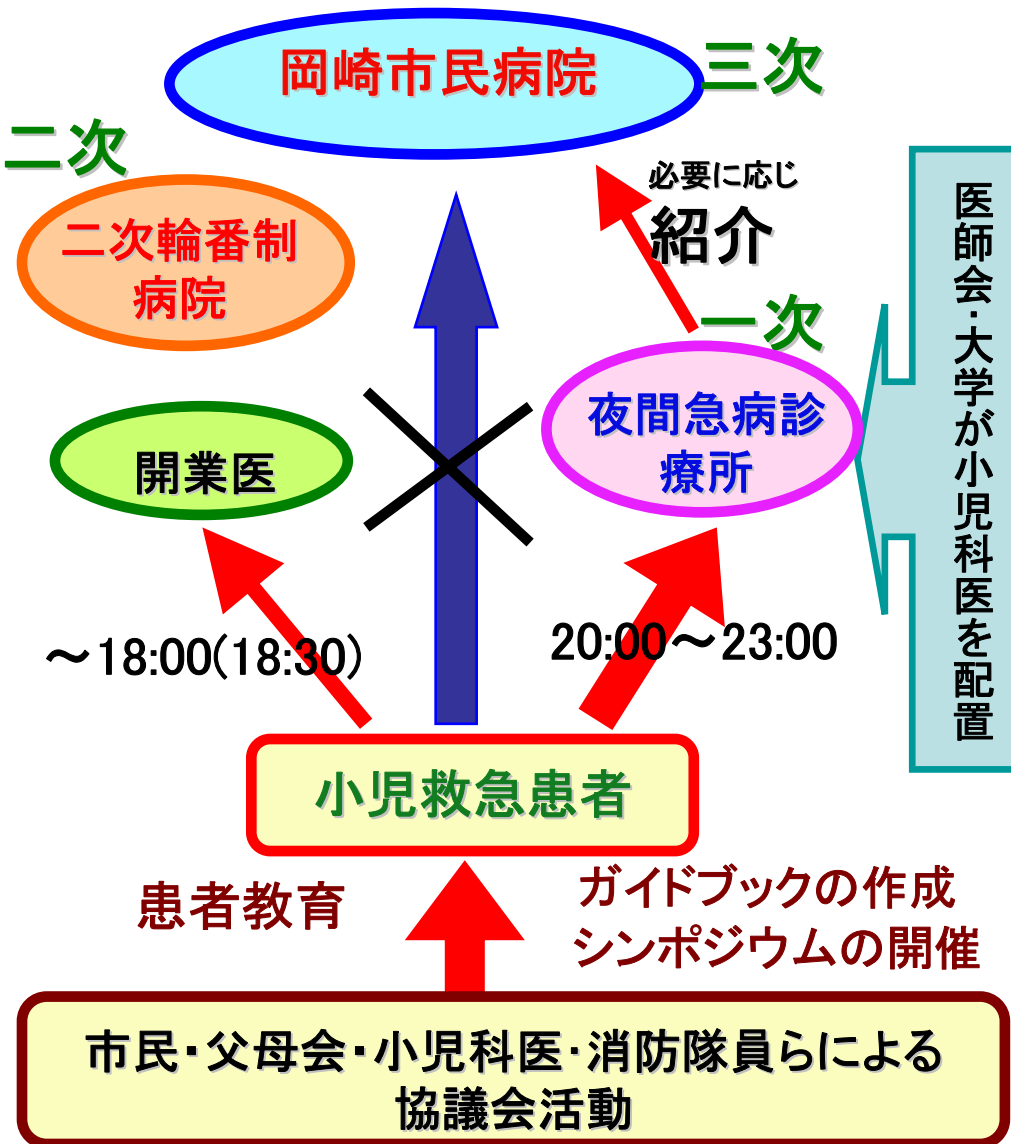
《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続  
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



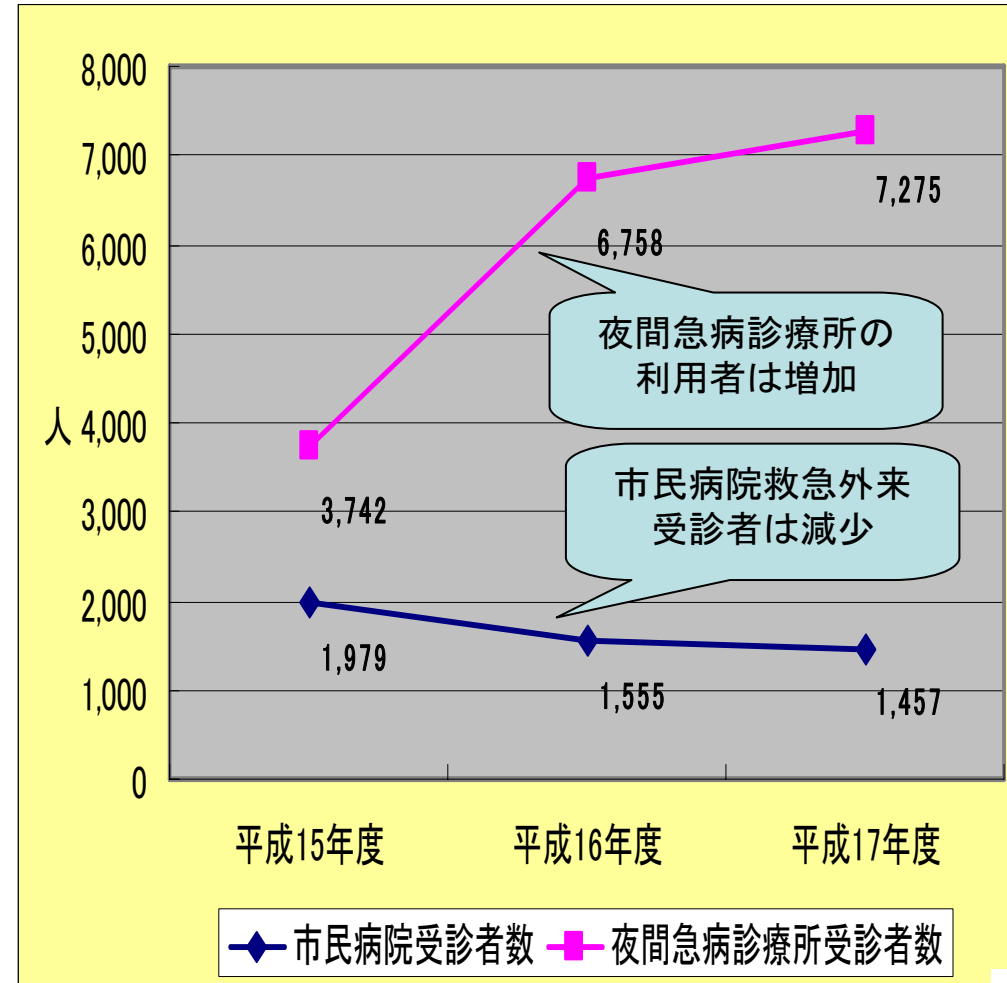
（注）尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

# 小児救急の取組例（岡崎市）

※ 住民参加の協議会活動により、夜間急病診療所の利用者が増加し、市民病院の救急外来受診者が減少した。

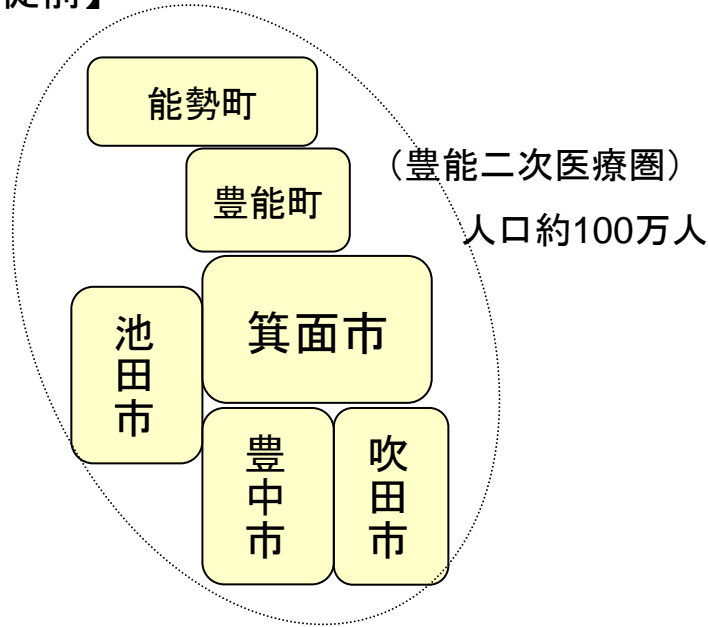


岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別  
小児科受診者数(20時~23時台)

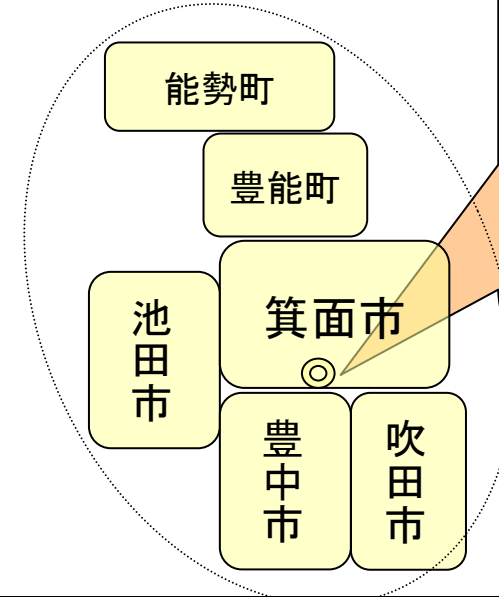


# 医療資源の集約化の例(大阪府豊能地域)

【従前】



【H16. 4から】



「豊能広域こども急病センター」を設置

- ・軽症を含む一次救急患者を診察し、入院機能はない。
- ・入院が必要な患者は、各地域の市立病院などで精密検査や入院治療を受ける。
- ・大学や国立病院からの派遣医師の他、地元の開業医も交代で出務し診療する。

4つの市の市立病院と、一つの民間病院が、それぞれで、24時間365日の小児救急診療を実施。

- ・風邪などの軽症患者も重症の患者も混在して受診
- ・各病院の夜間態勢は、小児科医1人ずつの配置であり、過重な労働環境

各病院の一次救急患者は減少。センターが担う一次救急と、各市立病院等が担う二次救急の役割分担が図られ、効率化の実現とともに小児科勤務医の労働条件も改善。

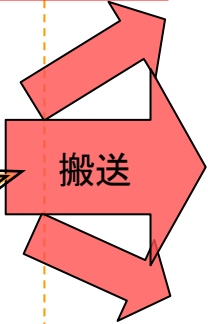
- ・センターを受診する患者の重症度は、軽症97.4%、重症2.6%(平成17年度)
- ・市立病院等への搬送はセンター全受診者の2.6%(同)
- ・市立病院等への一次救急患者は6~7割減少

## 2. 救 急 医 療

# 救急医療の充実

- ・管制塔機能の整備
- ・救急患者受入コーディネーターの普及等

- ・円滑な搬送
- ・適切な振分け
- ・確実な受入れ



救急利用の適正化

- ・住民への普及啓発
- ・小児救急電話相談事業(#8000)の拡充等

## 第三次救急医療(救命救急医療)

救命救急センター(210カ所)  
※ ドクターヘリ(13カ所) 平成20年7月1日現在

## 第二次救急医療(入院を要する救急医療)

・病院群輪番制病院(408地区、3,143カ所)  
・共同利用型病院(10カ所) 平成19年3月31日現在

## 初期救急医療

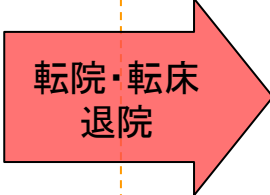
・在宅当番医制(654地区、28,717カ所)  
・休日夜間急患センター(511カ所) 平成19年3月31日現在

地域の医療機関が連携しつつ、救急医療の提供体制を整備・充実  
救急医療を担う医師の労働環境の改善

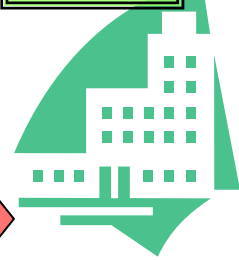
- ・地域の実情に応じた取組の支援
- ・救急医療を担う医師に対する手当の支援
- ・診療所医師の救急医療への参画の推進等

- ・情報開示と国民の理解
- ・転院等が可能な地域の体制確保
- ・施設内・外の連携構築のための専任者の配置等

「出口の問題」の解消



後方病院



在宅社会復帰

## 主な提言内容（案）

### 安心と希望の医療確保ビジョン

#### 2 地域で支える医療の推進 (1) 救急医療の改善策の推進

##### ア 救急医療の充実

- ①量的充実
  - ・調査に基づく初期、二次、三次救急の更なる整備
- ②質的充実
  - ・管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成
  - ・医師等の交代勤務制の整備
  - ・地域全体の各医療機関の連携
    - 急性期を脱した患者を受け入れる病床の確保等
    - 救急患者の効率的な振り分け等
  - ・医療機関と消防機関との連携強化
    - 救急患者受入コーディネーターの配置等
  - ・住民との情報共有

##### イ 夜間・救急利用の適正化

- ①国民への普及啓発
  - ・夜間救急外来の適正利用等
- ②小児救急電話相談事業（#8000）の拡充等

### 第三次救急医療機関の充実

#### 救命救急センターに対する新しい評価

- ・求められる機能の明確化、第三者の視点・検証が可能な評価、地域特性等を勘案した評価項目を導入
- ・交代勤務制を含む病院勤務医の労働環境改善に係る評価項目を追加
- ・評価結果をできる限り詳細に国民へ情報提供 等

#### 救命救急センターの整備のあり方

- ・救命救急センターと同等の実績等がある施設であれば新たに救命救急センターとして位置づけ
- ・ヘリコプター等による搬送やITの活用も検討 等

### 第二次救急医療機関の充実

#### 第二次救急医療機関の状況及び今後の整備

- ・地域の実情に応じた取組を支援
- ・救急医療機関の連携を推進しつつ、第二次救急医療機関の機能の充実を図る
- ・全ての第二次救急医療機関について、診療体制や活動実績に関する調査を実施し、診療実績に応じた支援を検討 等

夜間・休日の救急医療を担う医師に対する財政的な支援

### 救急搬送における課題と円滑な受入れ推進について

#### 医療機関と消防機関の連携

- ・病状に応じて適切な受入先医療機関・診療科に患者を振り分ける管制塔機能を整備
- ・地域の実情に精通した医師等の救急患者受入コーディネーターの普及
- ・小児救急電話相談事業（#8000）の拡充を検討 等

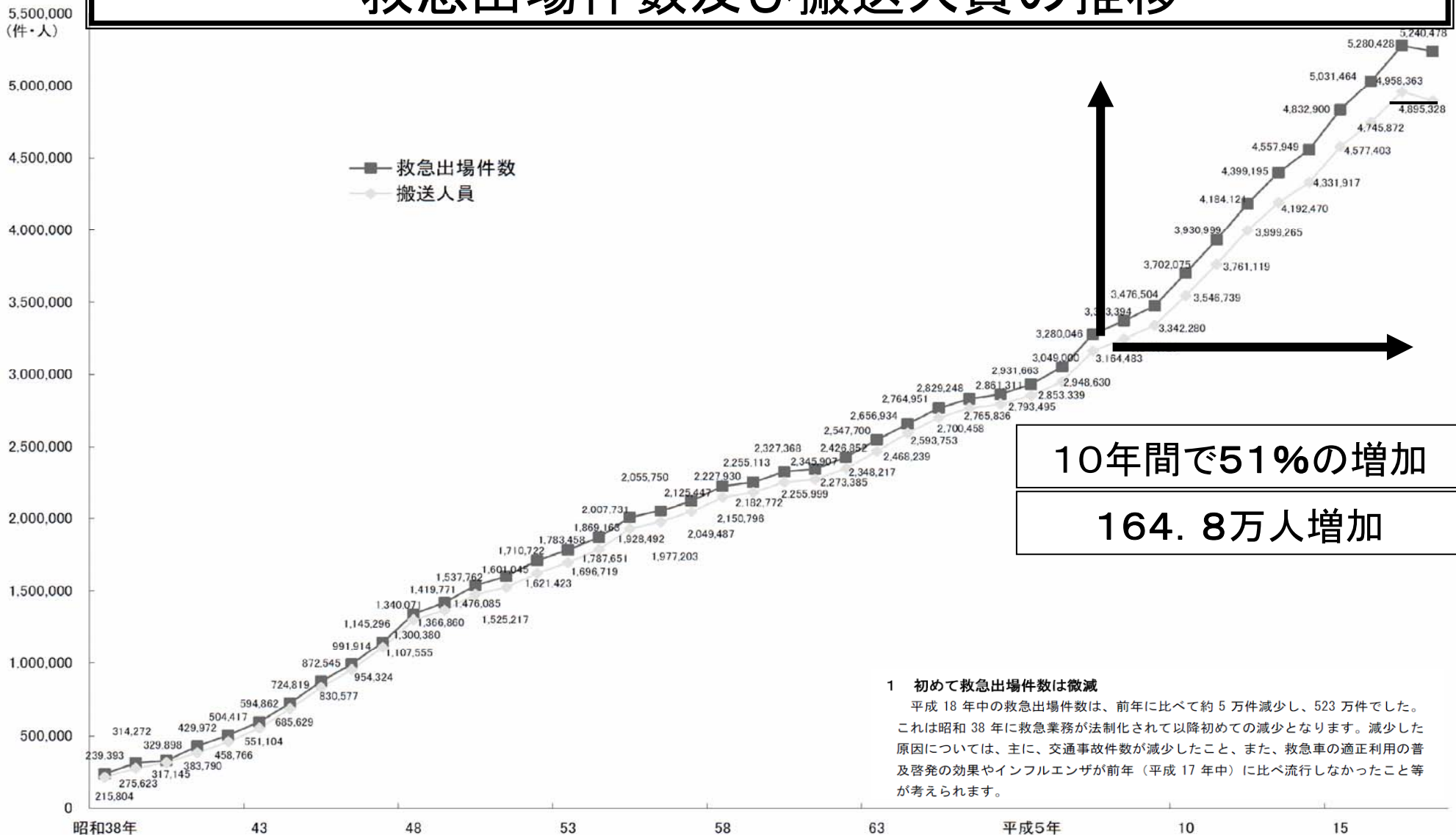
#### 円滑な受入れ推進に向けた対応

- ・診療所医師の夜間・休日の外来診療や救急医療への参画を推進
- ・院内トリアージを適切に行える医療従事者の育成と配置
- ・救急医療体制の現状や転床・転院等に関する国民に理解を求める 等

・ER型救急医療機関については、まず正確な実態把握を行う

(参考) 救急搬送等の推移

# 救急出場件数及び搬送人員の推移



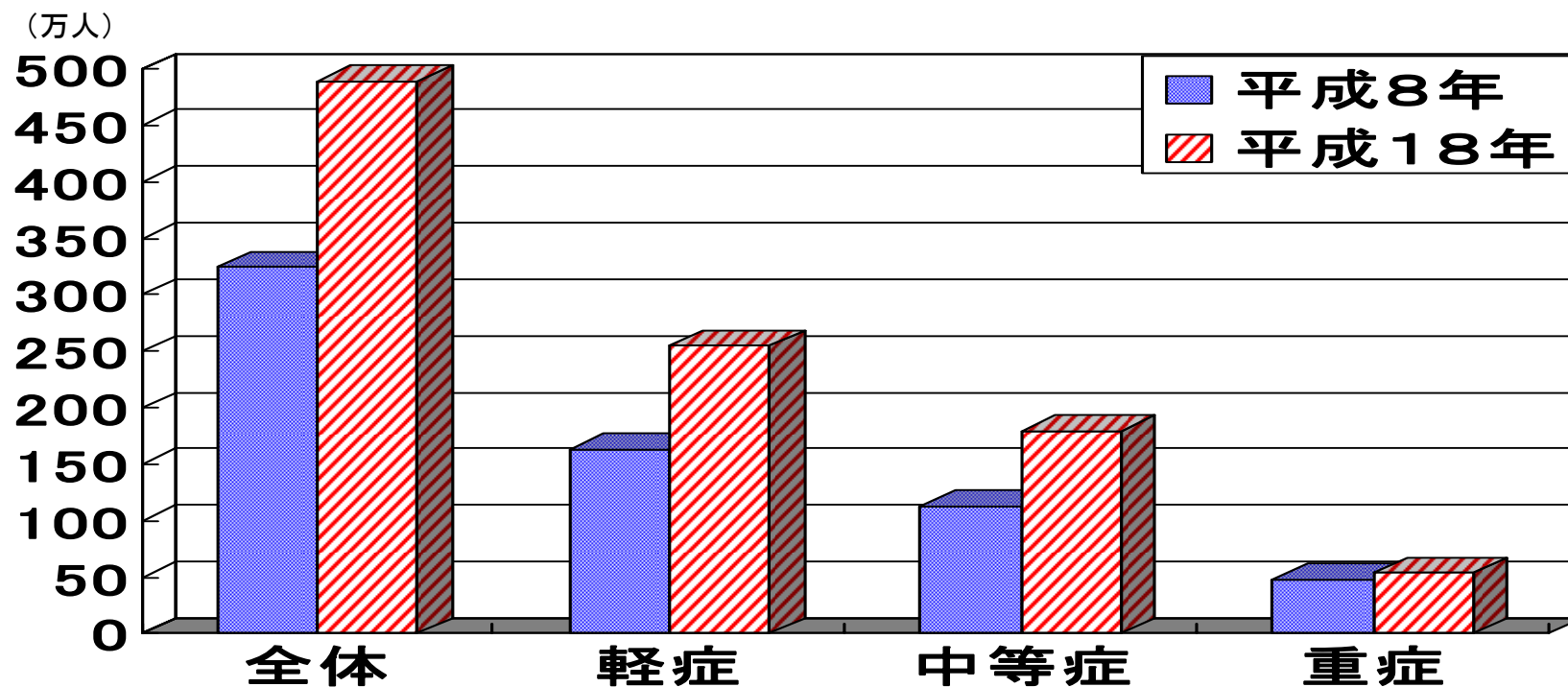
10年間で51%の増加  
164.8万人増加

1 初めて救急出場件数は微減  
平成 18 年中の救急出場件数は、前年に比べて約 5 万件減少し、523 万件でした。これは昭和 38 年に救急業務が法制化されて以降初めての減少となります。減少した原因については、主に、交通事故件数が減少したこと、また、救急車の適正利用の普及啓発の効果やインフルエンザが前年（平成 17 年中）に比べ流行しなかったこと等が考えられます。

(注) 1 平成 10 年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。  
2 各年とも 1 月から 12 月までの数値である。

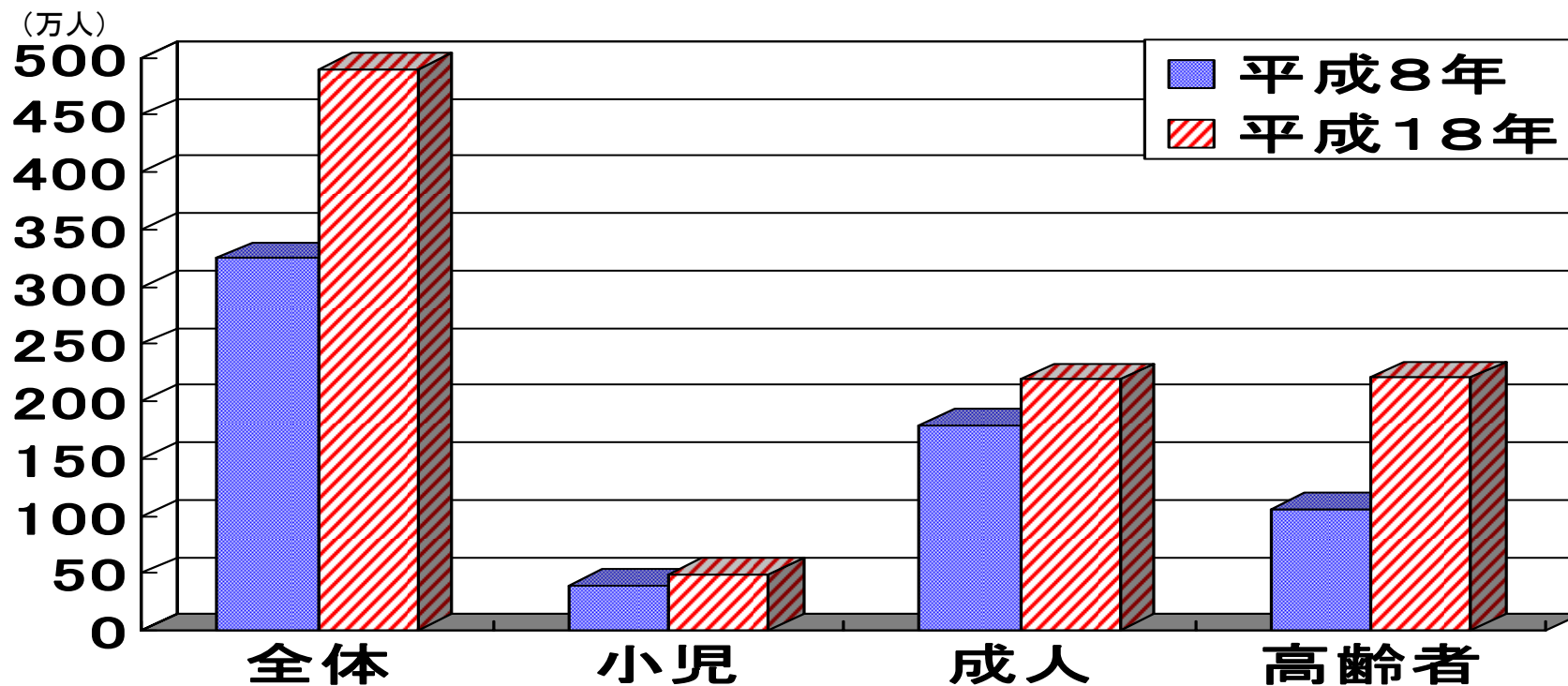


# 10年間の救急搬送人員の変化(重症度別)



	全体	軽症	中等症	重症 (死亡も含む)
平成8年	324.7万人	162.8万人	113.4万人	48万人
↓	164.8万人増 (+51%)	91.8万人増 (+56%)	66.5万人増 (+59%)	6.1万人増 (+13%)
平成18年	489.5万人	254.6万人	179.9万人	54.1万人

# 10年間の救急搬送人員の変化(年齢別)



	全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
平成8年	324.7万人	39.3万人	179.1万人	105.9万人
↓	164.8万人増 (+51%)	10.1万人増 (+26%)	40万人増 (+22%)	114.8万人増 (+108%)
平成18年	489.5万人	49.4万人	219.1万人	220.7万人