

医療連携について

平成23年12月2日

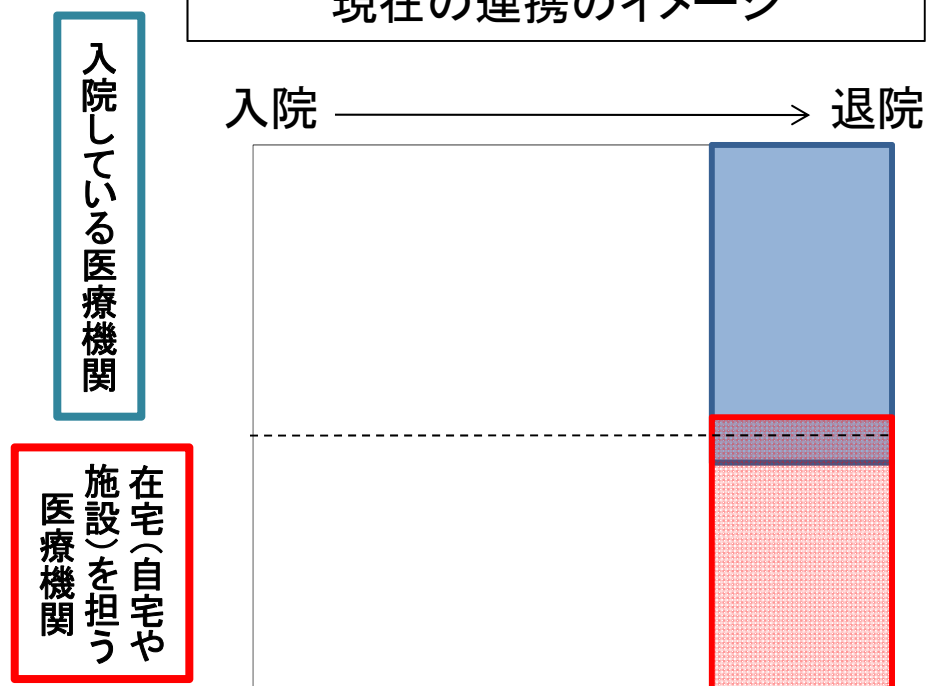
医療連携の項目

- ① 退院調整
- ② 救急医療
- ③ 周産期・小児医療
- ④ 精神科医療
- ⑤ がん診療
- ⑥ 認知症診療
- ⑦ 慢性期医療

①退院調整

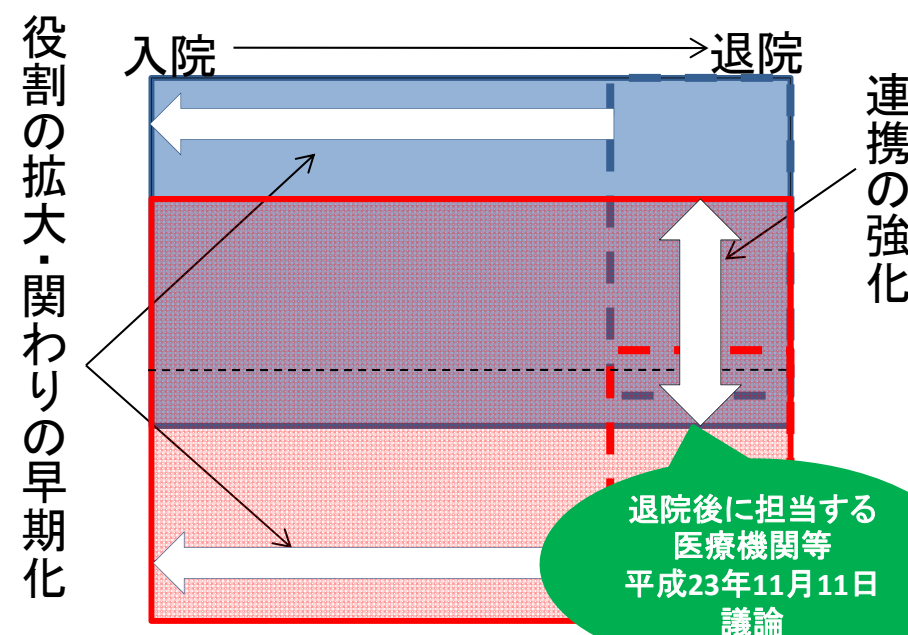
退院支援に係る入院医療と在宅医療のそれぞれを担う医療 機関連携の評価のイメージ

現在の連携のイメージ



- ・入院後症状の安定が見込まれた時期からの退院調整
- ・在宅療養を担う医療機関の入院医療機関における退院後の療養上の指導のみ評価
- ・退院時期を中心とした連携

将来の連携のイメージ

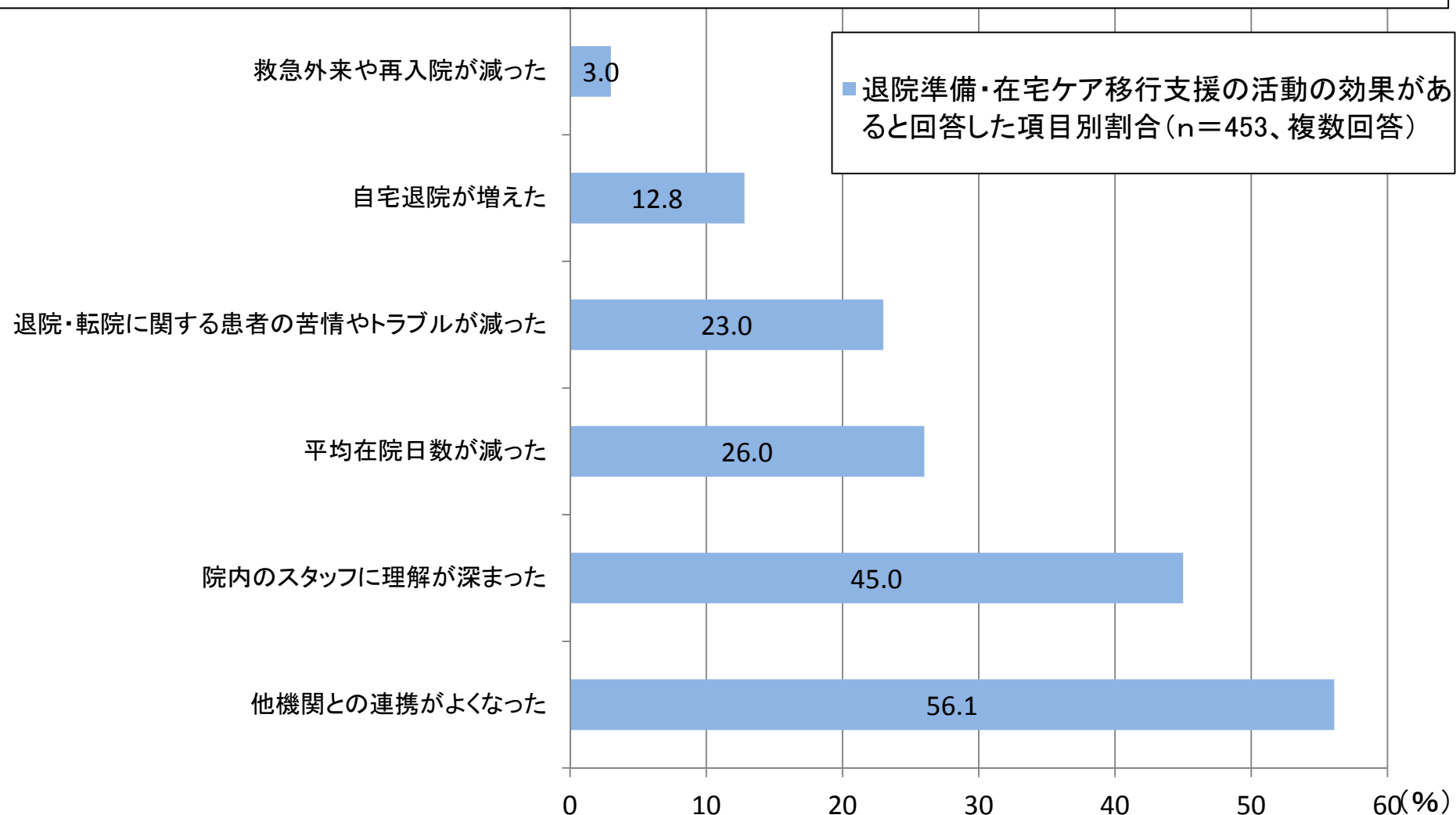


- ・医療機関において入院早期から退院後の生活を見越した退院支援を行う
- ・退院支援における在宅療養を担う医療機関の役割を強化
- ・入院医療と在宅療養を担う医療機関の連携を強化

退院準備・在宅ケア移行支援の活動の効果

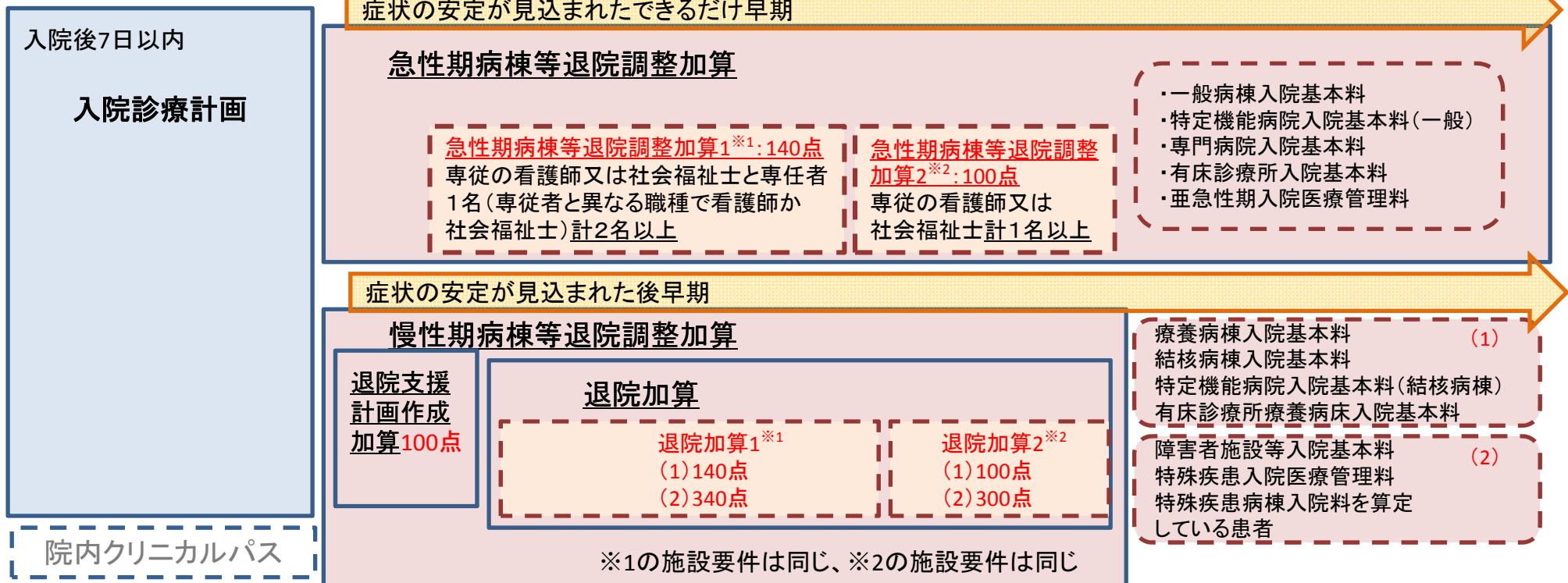
平成23年
2月2日
中医協資料

入院中あるいは退院後(再入院を繰り返す場合は再入院前)に患者・家族に実施した退院準備・在宅ケア移行支援の効果を担当部署や担当者に尋ねたアンケート調査によると、平均在院日数の減少や自宅退院の促進等といった効果がみられた。



出典:退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシステム)のあり方に関する研究 平成18年度 報告書 医療経済研究機構、平成19年3月

入院から退院までの流れのイメージ(現行)



退院時共同指導料^{※3}(退院後の生活等について在宅医療機関との調整)

【在宅医療機関側】 退院時共同指導料1: 在支診1000点(在支診以外600点)

※3と※4は併算定不可

【入院医療機関側】 退院時共同指導料2: 300点(3者加算^{※5}2000点)

※5: 在宅を担う医療機関の医師又は看護師、歯科医師等、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、介護支援専門員のうち3者以上と共同して指導した場合に算定

地域連携診療計画管理料^{※4}(大腿骨頸部骨折及び脳卒中)

: いわゆる地域連携クリニカルパス(転院後又は退院後の治療を総合的に管理)

【計画策定病院】 地域連携診療計画管理料: 900点

【2段階目の医療機関】 地域連携診療計画退院時指導料Ⅰ: 600点(退院時)

【3段階目の医療機関】 地域連携診療計画退院時指導料Ⅱ: 300点(入院していた医療機関に情報提供した場合)

地域連携クリニカルパス(大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外)

入院診療計画

入院から退院までの流れのイメージ(現行)

■全患者に対して入院中に、入院診療計画を作成し、説明を行うことになっているが、院内クリニカルパスの普及により、より詳細な入院診療計画が立てられ患者に説明が行われている医療機関が増加している。



院内クリニカルパス

【論点】

<入院診療計画>

一定の基準を満たした院内クリニカルパスを活用している医療機関は、項目が網羅されていれば、入院診療計画の代替ができることを明確化してはどうか。

入院診療計画書

（患者氏名） 印 平成 年 月 日

病 種（病 室）	
主治医以外の担当医名	
在宅復帰支援担当者 *	
病 名 （他に考え得る病名）	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	

注1） 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2） 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3） *印は、重症急性期入院医療管理料を算定する患者にあっては必ず記入すること。

（主治医氏名） 印

（本人・家族）

※ 診療報酬上、参考として示している様式であり、ここに示している項目が全て記載されていれば、当該様式と同じでなくても差し支えないが、そのことについて周知不足等により、患者用に院内クリニカルパス、保存用に当該様式を作成している医療機関がある。

クリニカルパスの普及・体制の現状

- **98%**の病院でパスを作成・使用していた。
- **50種類以上**のパスを使用している病院が**過半数**であった。
- パスを導入して達成されたこととしては、**医療ケアの標準化(70.9%)**と**業務改善(67.6%)**が多かった。
- 入院患者に対するパス使用率は年々増加しており、**30%以上の患者に適応している病院は約半数**であった。

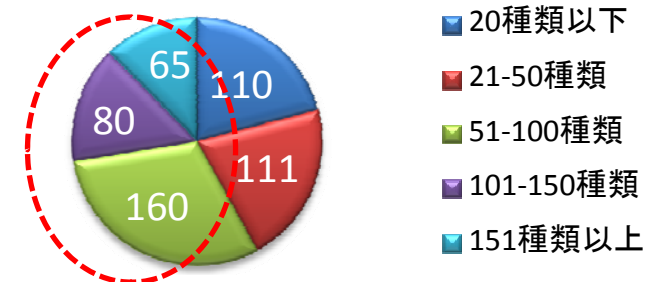
■対象

300床以上の全国の一般病院（法人会員施設を除く） 1,037 施設
 および日本クリニカルパス学会の法人会員の病院 395 施設の
 計 1,432 施設 （566病院から回答：回収率：39.5%）

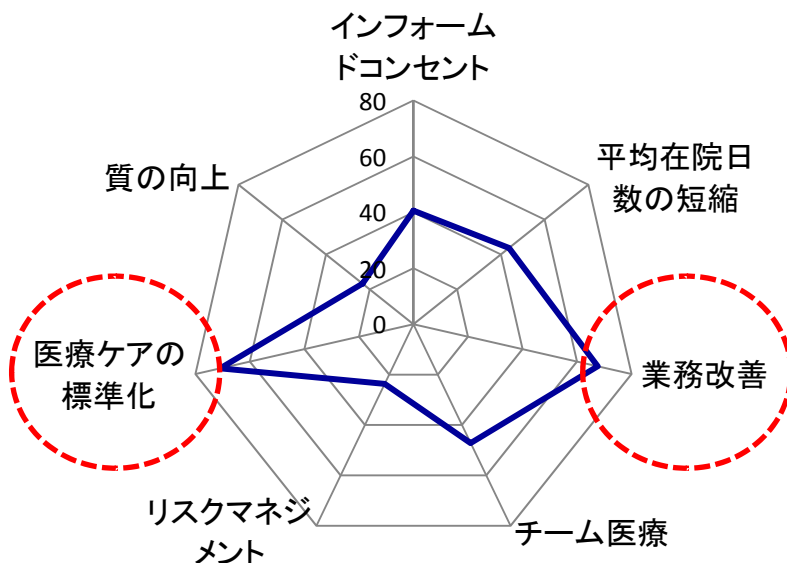
■パスの使用状況

パスを作成・使用している **546病院/557病院(98%)**
 （パスを導入していない11病院のうち、4病院が今後作成・使用を予定）

■使用しているパスの種類

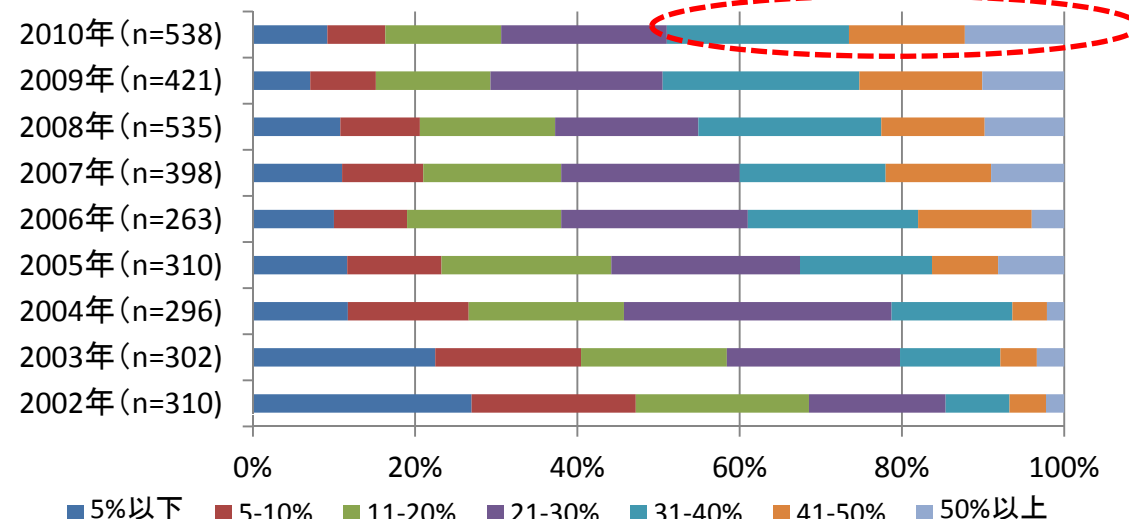


■パスを導入して達成されたこと



■入院患者に対するパス使用率の変化

（クリニカルパス学会の定例調査結果の経年比較）



月日(日時)	入院	手術前日	手術当日(手術前)	手術当日(手術後)	手術後1日目	手術後2日目	手術後3日目	手術後4日目	手術後5日目	手術後6日目	手術後7日目	手術後8日目～
達成目標	◇患者及び家族が手術の必要性を理解し、早期に同意している。 ◇手術前の準備が整う		◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う	◇手術室に入ることができ、手術を受ける意思がある。 ◇手術当日の準備が整う
治療・薬剤 (点滴・内服) 処置 リハビリ	抗がん剤点滴があります 点滴を注入します		手術前には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術前には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後1日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後1日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後2日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後2日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後3日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後3日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後4日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後4日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後5日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後5日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後6日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後6日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後7日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後7日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後8日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後8日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。	手術後9日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。 手術後9日目には点滴室で点滴を注入し、手術室で手術を受ける予定です。
検査	術前検査(血液検査・レントゲン検査)があります		術前検査(血液検査・レントゲン検査)があります	術後1日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後2日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後3日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後4日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後5日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後6日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後7日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後8日目には血液検査・レントゲン検査があります	術後9日目には血液検査・レントゲン検査があります
活動・安静期	安静期はありません		手術当日は安静期です	手術後1日目は安静期です	手術後2日目は安静期です	手術後3日目は安静期です	手術後4日目は安静期です	手術後5日目は安静期です	手術後6日目は安静期です	手術後7日目は安静期です	手術後8日目は安静期です	手術後9日目は安静期です
食事	通常の食事がありません	手術当日は禁食です	手術後1日目は禁食です	手術後2日目は禁食です	手術後3日目は禁食です	手術後4日目は禁食です	手術後5日目は禁食です	手術後6日目は禁食です	手術後7日目は禁食です	手術後8日目は禁食です	手術後9日目は禁食です	手術後10日目は禁食です
清潔	入浴はできません	手術当日は入浴はできません	手術後1日目は入浴はできません	手術後2日目は入浴はできません	手術後3日目は入浴はできません	手術後4日目は入浴はできません	手術後5日目は入浴はできません	手術後6日目は入浴はできません	手術後7日目は入浴はできません	手術後8日目は入浴はできません	手術後9日目は入浴はできません	手術後10日目は入浴はできません
排泄	下剤があります	手術当日は下剤は入ります	手術後1日目は下剤は入ります	手術後2日目は下剤は入ります	手術後3日目は下剤は入ります	手術後4日目は下剤は入ります	手術後5日目は下剤は入ります	手術後6日目は下剤は入ります	手術後7日目は下剤は入ります	手術後8日目は下剤は入ります	手術後9日目は下剤は入ります	手術後10日目は下剤は入ります
患者様及びご家族への説明 生活指導 栄養指導 服薬指導	手術当日には説明があります	手術後1日目には説明があります	手術後2日目には説明があります	手術後3日目には説明があります	手術後4日目には説明があります	手術後5日目には説明があります	手術後6日目には説明があります	手術後7日目には説明があります	手術後8日目には説明があります	手術後9日目には説明があります	手術後10日目には説明があります	手術後11日目には説明があります

第1 調査地に、調査終了後に訪れるものがあり、中核調査等を通じていくに訪れ、実行することがあり得る。

早期からの退院調整について

早期からの退院支援の効果

- 方 法 RCT(ランダム化比較試験)
- 対 象 スクリーニングで、高リスクと判定された内科、神経内科および術後の高齢者
介入群:417人(平均年齢66.6歳) 対照群418人(平均年齢67.9歳)
- 介入内容 介入群:早期から(入院3日目から)の系統的な退院支援・調整をスタート
対照群:医師からの紹介があれば退院支援を実施、通常は何も行わない
- 結 果 下記の通り
- 早期から退院支援をした介入群は、対照群と比較し、予定外の再入院率、予定外の再入院日数が有意に少なかった。
また、自宅への退院者数、退院9ヶ月後の自宅滞在率においては、対照群よりも有意に多かった。

結果

○予定外の再入院率

・退院4ヶ月後

介入群:103/417(24%)

対照群:147/418(35%)

P<0.001

・退院9ヶ月後

介入後:229/417(55%)

対照群:254/418(61%)

P=0.08

○予定外の再入院の日数

・退院9ヶ月後

介入群:10.1±8.3

対照群:12.1±9.1

P=0.001

○自宅へ退院者数

介入群:330/417(79%)

対照群:305/418(73%)

P<0.05

○退院後9ヶ月時点での自宅滞在率

介入群:259/417(62%)

対照群:225/418(54%)

P<0.05

○患者のヘルスアウトカム

・ Barthel score (scale 1 to 100)

退院1ヶ月後の平均値(SD)

介入群 85.3 (21.0)

対照群 86.5 (21.0)

○死亡数 (退院後9ヶ月時点) 介入群 66/417(16%) 対照群 66/417(16%)

退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果

入院1週間以内にスクリーニングを行い、退院困難が予測されるハイリスク患者(N=23)に対し、入院後10日前後に早期退院支援を行った。

また、スクリーニングの結果ハイリスク患者として抽出されなかった患者(N=17)に対して通常の退院支援を行った。

○在院日数は実施群で短かったが、統計学的有意差はなかった。しかし実施群のほうが有意に分散が小さく、早期退院支援の実施は、入院の長期化を予防できる可能性が示唆される。

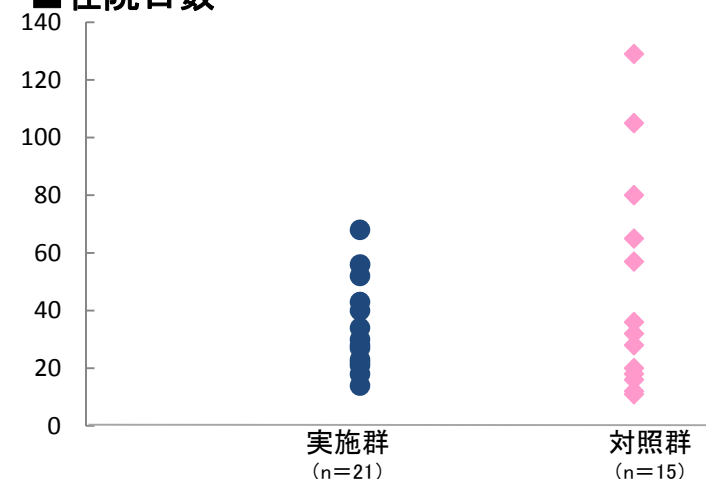
○実施群では、退院後の患者および家族の不安が軽減した。

○実施群のほうが退院時に多様なサービスの導入がみられた。

■退院時のサービス導入状況

	実施群 (n=21)	対照群 (n=15)
自宅退院	19	13
転院	2	2
かかりつけ医 訪問看護	6	2
ホームヘルプ	7	1
デイケア	2	1
行政・在宅介護支援センター	2	0
医療機器メーカー	9	0
その他	2	1
	1	0

■在院日数



■退院時と退院後のSTAI(不安感の尺度)と介護負担感の変化—実施群と対照群の比較—

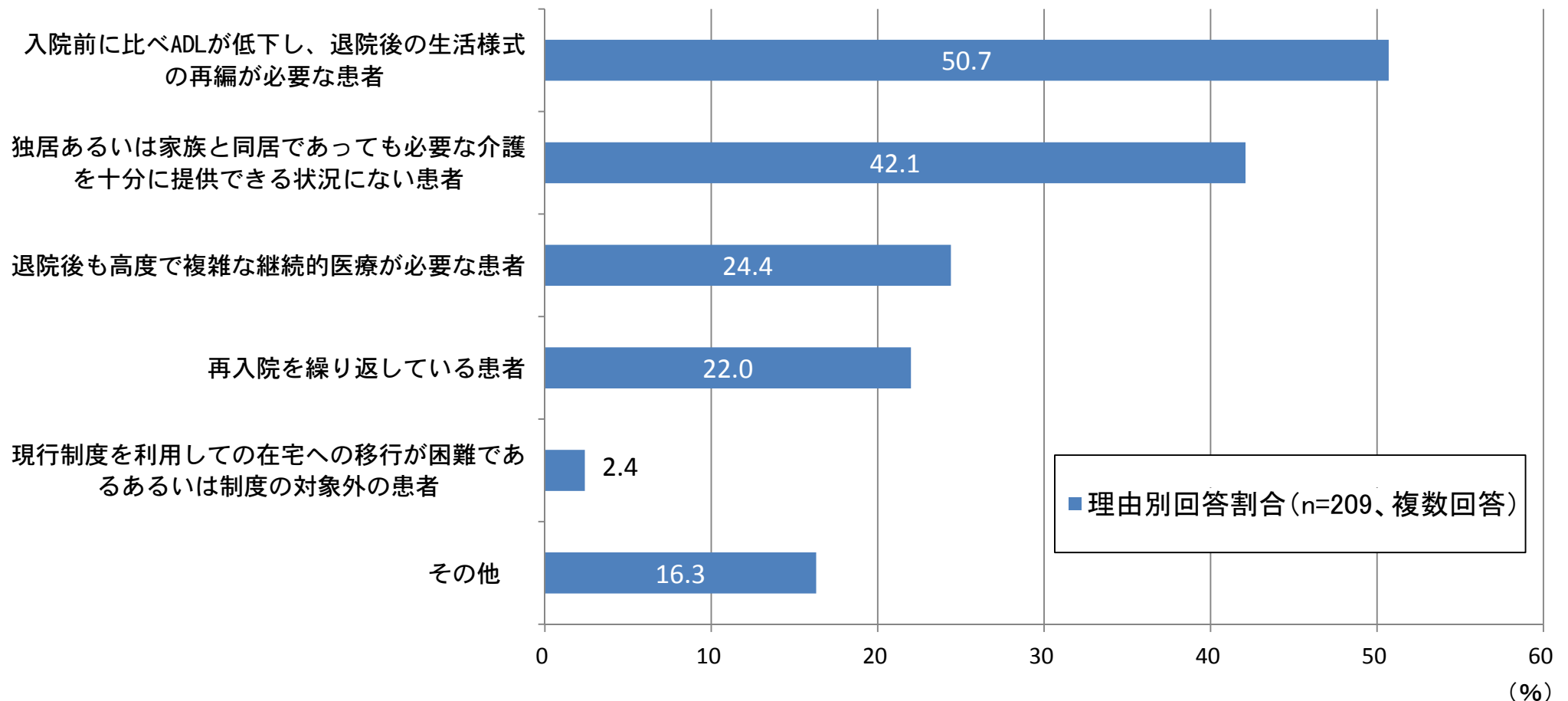
	退院時			退院後			退院後の退院時からの変化		
	実施群	対照群		実施群	対照群		実施群	対照群	
本人状態不安	41.4±11.3	37.7±5.7	ns	36.5±12.3	38.3±6.1	***	4.9±2.9	1.5±5.8	***
本人特性不安	39.9±10.7	35.8±6.5	ns	39.4±10.7	35.1±6.3	ns	0.6±0.9	0.6±1.4	ns
家族状態不安	46.4±10.1	42.3±9.7	ns	38.6±11.0	41.1±8.1	**	8.4±8.4	2.0±8.1	*
家族特性不安	42.1±12.0	39.8±9.4	ns	41.3±12.7	40.8±9.6	ns	0.8±1.8	0.5±1.9	ns
介護負担感	25.9±13.3	34.6±17.3	ns	19.9±9.3	29.0±17.4	ns	6.1±8.1	5.5±10.0	ns

平均±標準偏差 *;p<0.05 **;p<0.01 ***;p<0.001 ns:not significant

在宅医療移行管理担当部署が 「在宅医療移行ハイリスク者」と判断した理由

平成23年
2月2日
中医協資料

※モデル事業実施施設(8病院)において、入院後48時間以内に病棟看護師が入院患者全員に対して行った。
アセスメント(第一段階)結果をもとに、概ね入院から1週間後、在宅医療移行管理担当部署の担当者が
アセスメント(第二段階)を行い、「在宅医療移行ハイリスク者」と判断した209名の患者についてその理由を尋ねた。



出典:平成19年度老人保健健康増進等事業 在宅医療移行管理のあり方に関する研究 報告書

退院支援部署に依頼があった患者の特性

○退院支援部署に退院支援の依頼のあった患者の特性として、高齢、悪性新生物、認知症、急性呼吸器感染が挙げられた(左図)。また、退院調整を行った者と行わなかった者の比較では、実施した者において緊急入院・再入院の者、自宅以外の退院先を希望する者、移動・排泄に対し介助が必要な者、家族での介護問題がある者、介護保険が未申請の者、在院日数の長い者が多く、これらの者に対して退院支援が必要であることが示唆されている(右図)。

退院支援 n=335					
依頼なし群			依頼あり群		
n=312			n=23		
在院日数	26.5±20.3		82.0±74.6		**
	n	%	n	%	
性(男性)	199	63.6	13	56.5	ns
年齢(65歳以上)	215	68.9	21	91.3	*
疾患の有無					
悪性新生物	60	20.5	9	40.9	*
認知症	11	3.8	4	18.2	*
急性呼吸器疾患	29	9.9	8	36.4	**
脳血管障害	35	11.9	2	9.1	ns
慢性呼吸器疾患	58	19.8	4	18.2	ns
心疾患	118	40.3	7	31.8	ns
骨・関節疾患	71	24.2	9	40.9	ns
転院先(死亡者除く)					
転科・転院	37	12.6	6	27.3	**
老人保健施設	3	1.0	2	9.1	
自宅	251	85.7	14	63.6	
不明	2	0.6	0	0	

	非実施 n=74	実施 n=53	
年齢	69.5±12.9	79.3±7.4	***
家族形態 (独居・夫婦のみ)	37	27	ns
緊急入院・再入院	16	28	**
自宅以外の 退院先希望	1	3	**
入院時 医療処置あり	0	8	ns
移動(要介助)	10	26	**
排泄(要介助)	9	24	**
家族での介護問題	20	27	*
介護保険状況 (必要だが未申請)	6	37	***
在院日数	20.3±13.6	33.6±24.5	***

* : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant

田口樹美ら 老年病科における高齢者の退院困難要因と退院に向けた援助の検討 第5回高齢者介護・看護・医療フォーラム, 東京都, 2001

X²検定 * : p<0.005 ** : p<0.001 ns: not significant

Murashima, Nagata et al. Characteristics of patients referred for discharge planning from a geriatric ward at a national university hospital in Japan: Implications for improving hospital programs Nursing and Health Sciences, 2(3), 153-161, 2001

退院困難な要因の例

- 悪性腫瘍、認知症、急性呼吸器感染症
- 高年齢、入院形態（緊急・再入院）、自宅以外の退院先希望、在宅での介護状況（介護協力者無）、移動に介助が必要、排泄に介護が必要、家族での介護問題、介護保険の申請が未申請、在院日数
- 再入院を繰り返す者、入院前後でADLが低下し生活の再編が必要な者、退院後の継続的な医療処置が必要な者、独居あるいは家族と同居でも必要な介護を十分に受けられる状況にない者 等

退院調整加算のイメージ(現行)

急性期病棟等退院調整加算

退院調整を行う時期: 症状の安定が見込まれたできるだけ早期

研修受講者である医師等による抽出に総合的な機能評価を行った場合に、総合評価加算がある。

退院困難な要因を有する患者を抽出する体制※1

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者※2
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整

退院

急性期病棟等退院調整加算には、退院までが含まれている。

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整を行う時期: 症状の安定が見込まれた後早期

慢性期病棟等退院調整加算では、退院支援計画作成と退院がそれぞれ評価されている。

退院支援計画作成加算

- ・退院支援の必要性を評価
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整

退院加算

退院

- ・退院困難な要因を有する患者の抽出について明確な要件なし
- ・特に慢性期病棟等退院調整加算については、退院困難者の抽出は規定していない。

※1 ・入院後できるだけ早期から心理的・社会側面からの評価を行っていること
・症状安定が見込まれたできるだけ早期に患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な機能評価を行っている。

※2 以下の特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る
(特定疾病)

がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)、関節リウマチ、筋萎縮性側索硬化症、後縦靱帯骨化症、骨折を伴う骨粗鬆症、初老期における認知症(法第八条第十六項に規定する認知症をいう。以下同じ)、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、多系統萎縮症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症、脳血管疾患、閉塞性動脈硬化症、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

退院調整加算のイメージ(改正案)

- 退院調整加算については、急性期、慢性期を問わず、共通のものとしてはどうか。
- 抽出する者の要件を明確にし、早期に調整を行うこととしてはどうか。

退院調整加算

退院調整を行う時期: 入院7日以内

退院困難な要因を有する患者を抽出する体制

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者
- ・在宅での療養を希望するもの

退院調整

退院

例えば、退院困難な要因を有する者について以下のものを加えて、当該者については早期から退院支援を計画することとしてはどうか。

- ・再入院を繰り返す者
- ・入院前後でADL低下し生活の再編が必要な者
- ・退院後の継続的な医療処置
- ・独居あるいは家族と同居でも必要な介護を十分に受けられる状況にない者 等

退院調整の充実 (地域との連携)

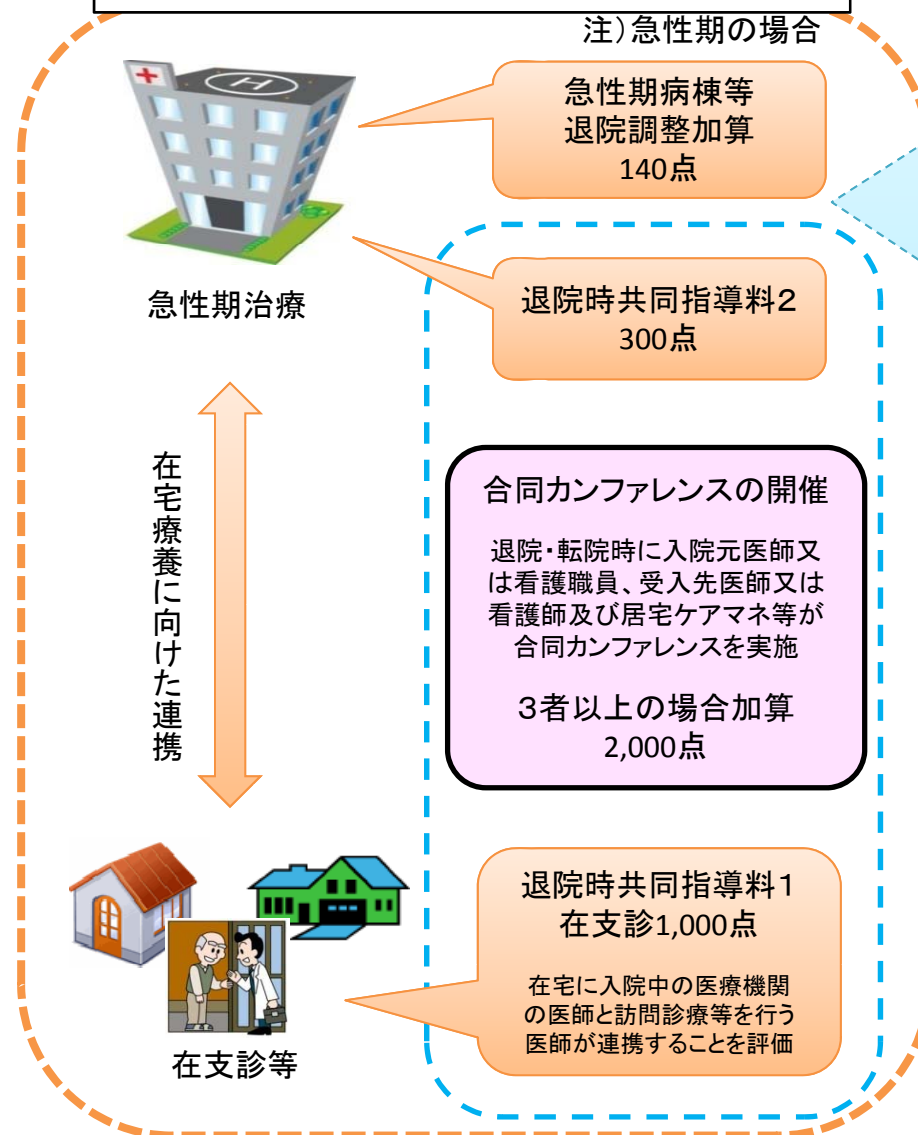
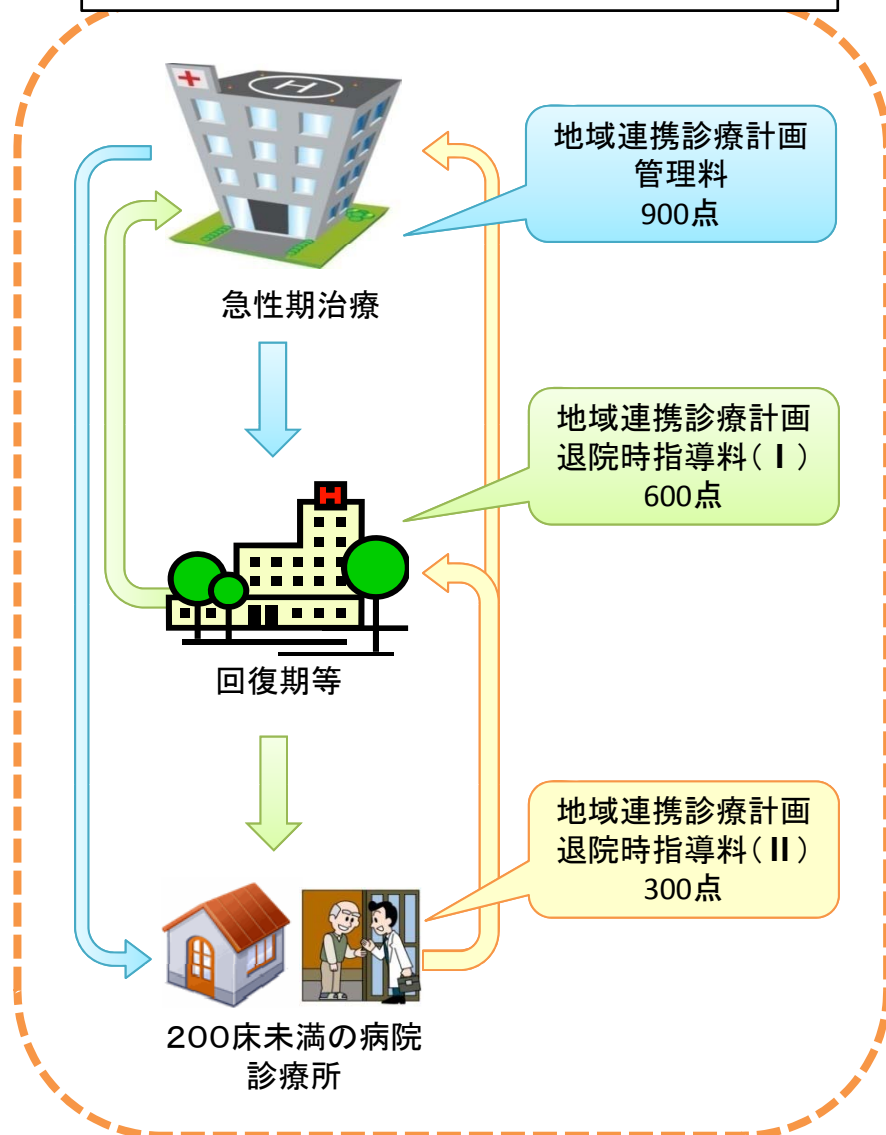
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

地域連携パスで評価

退院調整、共同指導で評価



一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の地域連携パスを活用して、退院調整を行っている。

退院調整の充実

(地域との連携)

退院支援や退院時共同指導時に一定の基準を満たした地域連携クリニカルパスを活用している場合の評価を行ってはどうか。

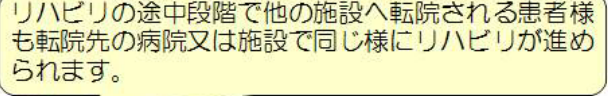
(別紙様式6)	退院支援計画書		現行の退院調整支援計画の参考様式
(患者氏名) _____	_____ 殿		
	平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
病棟(病室)			
病名 (他に考え得る病名)			
患者以外の相談者	家族・その他関係者(_____)		
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)			
退院に係る問題点、課題等			
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要			
予想される退院先			
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等			
注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。			
	(退院支援計画担当者)		印
	(本人)		

地域連携診療計画の例(大腿骨頸部骨折一患者用)

入院診療計画書 大腿骨頸部骨折に対し手術(人工骨頭置換術・骨接合術)を受けられる方へ 平成 年 月 日						
(様)		(主治医)	(看護師)	(理学療法士)		
経過	入院日～手術前日 入院日(/)	手術当日 (/)	術後1日目～2日目 (/)～(/)	術後3日目～7日目 (/)～(/)	術後8日目～退院 (/)～(/)	転院先病院 (/)～
検査	★手術をするための 必要な検査をします ・血液検査・尿検査 ・心電図・レントゲン など	★血液検査 出血が多い時は、 輸血します	★血液検査 ★レントゲン 	★血液検査 (術後7日目)	★レントゲン	
活動・リハビリ	★痛みに応じて 車椅子に乗れます 	★ベッド上安静  ★手術後、脱臼予防 のため、股間に枕を はさみます	★病棟又はリハビリ 室で訓練します ★座位訓練を 開始します ★手術した足は脱臼しやすくなっています(人工骨頭の場合) ・脚(あし)を内股にしない様注意しましょう ・寝る時は股の間にまくらはさみます	★リハビリ室で訓練します ★平行棒内での起立から徐々に 歩行訓練を開始します  		
処置	★必要に応じて毛を 剃ります ★穴で1字糸を購入し て下さい ★弾性靴下を準備します ★貴重品は、 家族の方に預けましょう	★手術に行く前に めがね・入れ歯・時計 などははずします ★化粧・マニキュア はできません ★看護師が手術室 まで案内します ★家族の方は、手術が終わるまで待機して下さい(2階待合室にて) 《手術後》 ☆心電図モニターをつけ必要時、鼻から酸素を吸入します ☆手術した脚(あし)に、血を貯める袋が入ってきます ☆血栓予防の為、器械で足の裏をマッサージします	★消毒(1日1回) ★血を貯めていた 管を抜きます ★心電図モニター・酸素吸入を はずします ★機械で膝の曲げ伸ばし運動をします ★足背運動(足首を動かす)を行なってください ★車椅子に乗る歩行訓練が始まるまで弾性靴下をはきます 	★傷がきれいになったらガーゼを とります ★術後14日目抜糸		
治療・薬剤	★必要に応じて痛み止め を使用します ★服用中のお薬があれば お知らせ下さい 	★食事が摂れるまで 点滴をします ★抗菌薬の点滴を します ★必要時、痛み止め のお薬を使用します	★食事がとれたら点滴を 終了します ★抗菌薬と胃薬の注射を します(場合によっては、胃薬の注射をします) ★痛みがある時は、痛み止めのお薬を使用を します(お薬が必要な時は、お知らせ下さい)  			
食事	★手術前日まで食事は できます ★手術前日の夜中の0時から は、飲んだり 食べたりできません (あめ玉やガムも食べられません！) (食べてしまうと手術が できません！) ★手術後許可が出たら、 お水や食事がとれます	★食事の制限はあり ません ★栄養士が訪問する ことがあります 				
清潔	★手術前日にお風呂に 入ります (ヘルパーがお手伝い します)	★体を拭きます 	★シャワー浴が できます (一人で入れるまでヘルパーが お手伝いします)			
排泄	★排便の確認を します	★手術後尿の 管が入っています	★尿の管をぬき ます ★車椅子でトイレ まで行けます (車椅子が上手になるまで お手伝いします)			
説明	★入院計画書の説明 《手術前日》 ★手術説明 ★麻酔科説明 ★家族の方へ 手術日の来院時間を 確認してお帰り下さい 	★手術の経過に ついて説明 		《退院時》 ★退院 オリエンテーション ★紹介先病院への 紹介状があります 		

※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。
※入院中の計画書であり、入院期間・経過など入院中の状態によって変わります。
※上記の診断計画について[]から説明を受けました。

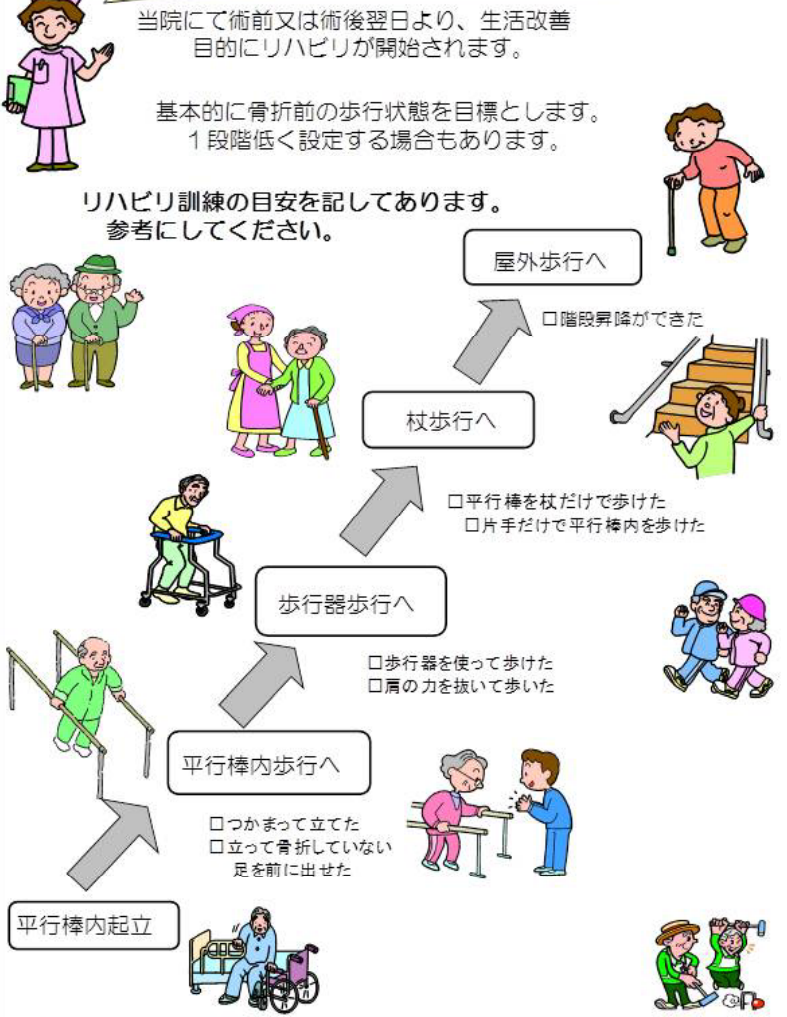
受領者:



当院にて術前又は術後翌日より、生活改善
目的にリハビリが開始されます。

基本的に骨折前の歩行状態を目標とします。
1段階低く設定する場合もあります。

リハビリ訓練の目安を記してあります。
参考にしてください。



平行棒内起立

平行棒内歩行へ

歩行器歩行へ

杖歩行へ

屋外歩行へ

□つかまえて立てた
□立って骨折していない
足を前に出せた

□歩行器を使って歩けた
□肩の力を抜いて歩いた

□平行棒を杖だけで歩けた
□片手だけで平行棒内を歩けた

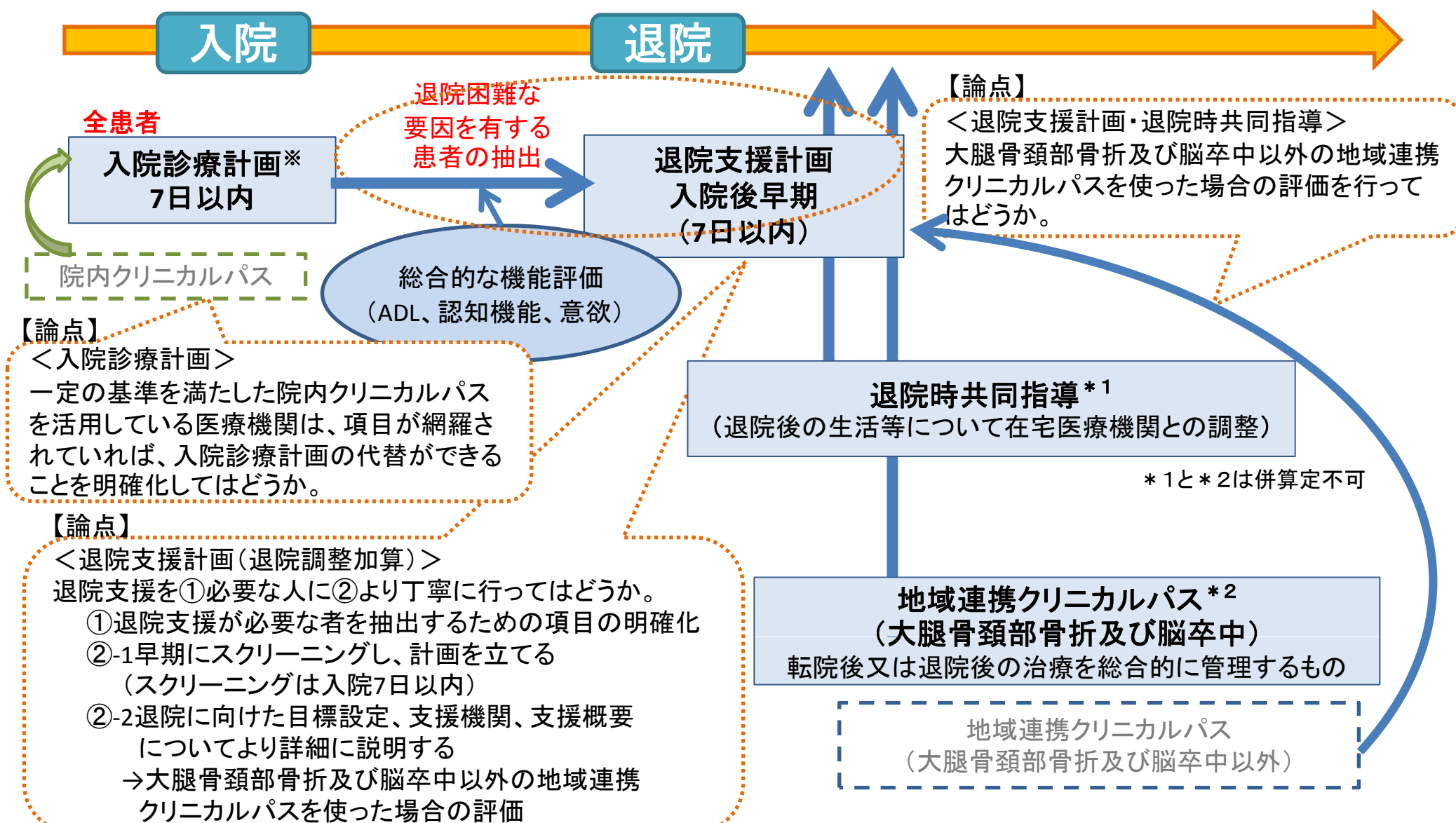
□階段昇降ができた

ころばないように注意して訓練を進めてください。

なんでもご相談ください

浦添総合病院・整形外科

入院から退院までの流れのイメージ(改正案のまとめ)

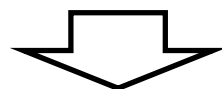


※ 診療報酬上、参考として示している様式であり、ここに示している項目が全て記載されていれば、当該様式と同じでなくても差し支えないが、そのことについて周知不足等により、患者用に院内クリニカルパス、保存用に当該様式を作成している医療機関がある。

退院調整に係る課題と論点

【課題】

- 院内クリニカルパスを作成し、これを用いて患者に説明している場合、入院診療計画について、「実際にはこれを用いず、入院基本料等を算定するためだけに様式に記入している」との指摘がある。
- 退院調整加算は、慢性期病棟と急性期病棟とで、対象患者、退院調整の時期等について違いがある。
- 慢性期病棟等退院調整加算については、退院支援の必要性を評価することになっているが、退院困難な要因を有する者についての抽出は行わず、在宅療養を希望する者に退院調整を行っている。
- 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリニカルパスを活用している医療機関も増加してきている。



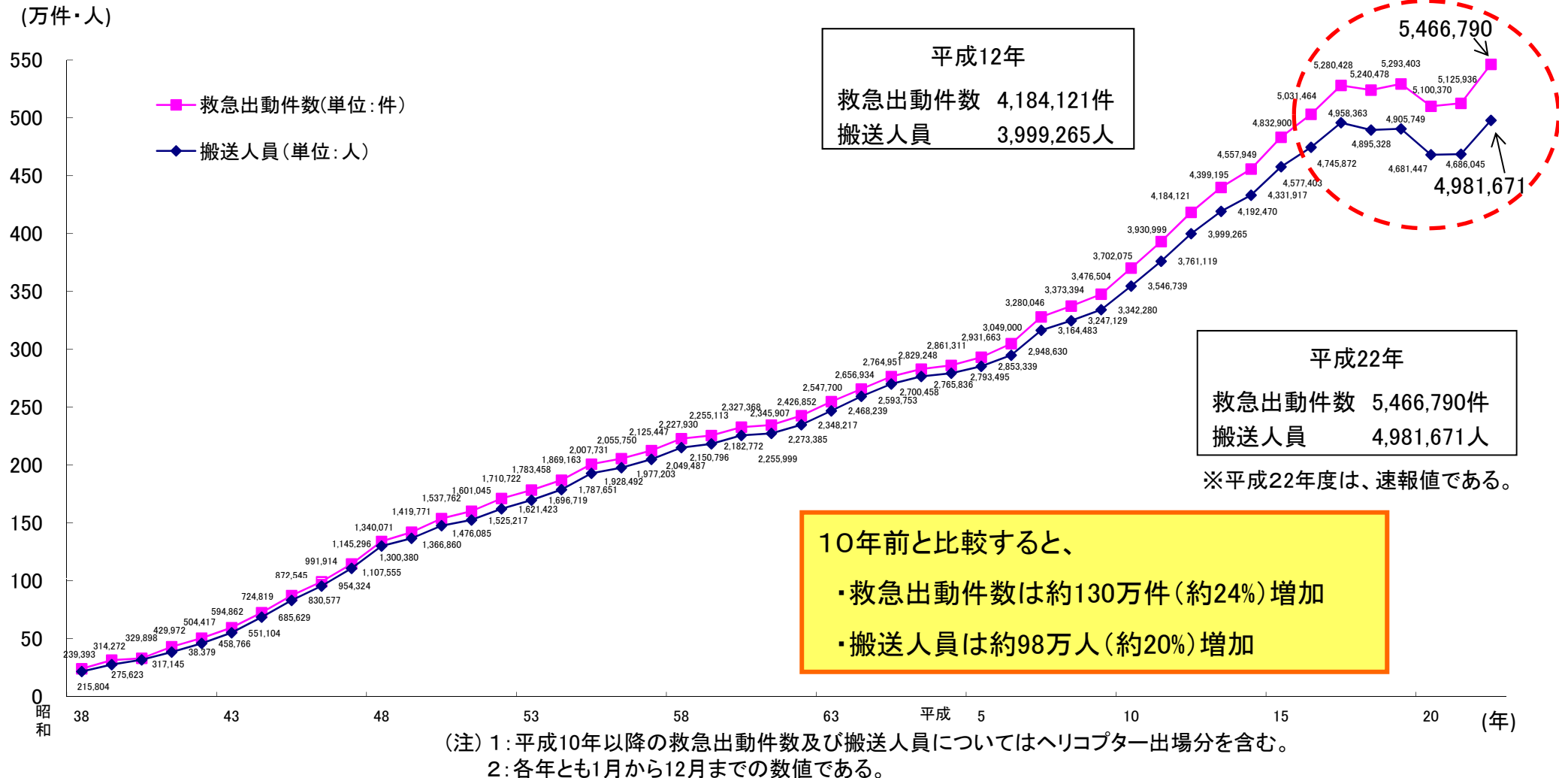
【論点】

- 一定の基準を満たしている院内クリニカルパスを用いて患者に説明している場合には、これらを代用してはどうか。
- 現在、慢性期病棟等退院調整加算と急性期病棟等退院調整加算が算定できる病棟の入院患者について、退院早期に退院支援困難者を抽出し、その結果、困難な者については早期に退院支援を行ってはどうか。（また、退院困難な者を抽出するための項目の例示に、具体的な項目を追加してはどうか。）
- 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の一定の基準をみたしている地域連携クリニカルパスを活用し、退院調整や退院時共同指導を行った場合の評価を行ってはどうか。

②救急医療

救急出動件数および搬送人員の推移

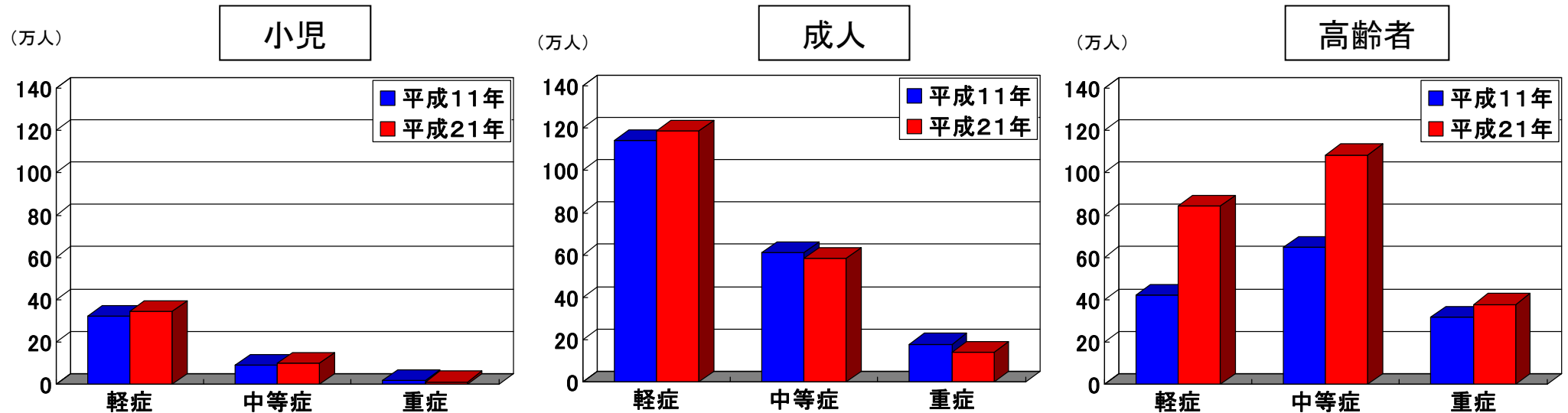
○ 救急出動件数及び搬送人員数ともに、増加傾向にあり、近年は高止まりしている。



「平成23年救急・救助の概要」(総務省消防庁)

救急搬送人員の変化(年齢・重症度別)

○ 救急搬送人員の増加率は、年齢別では高齢者が高く、重症度別では軽症・中等症が高い。



平成11年中

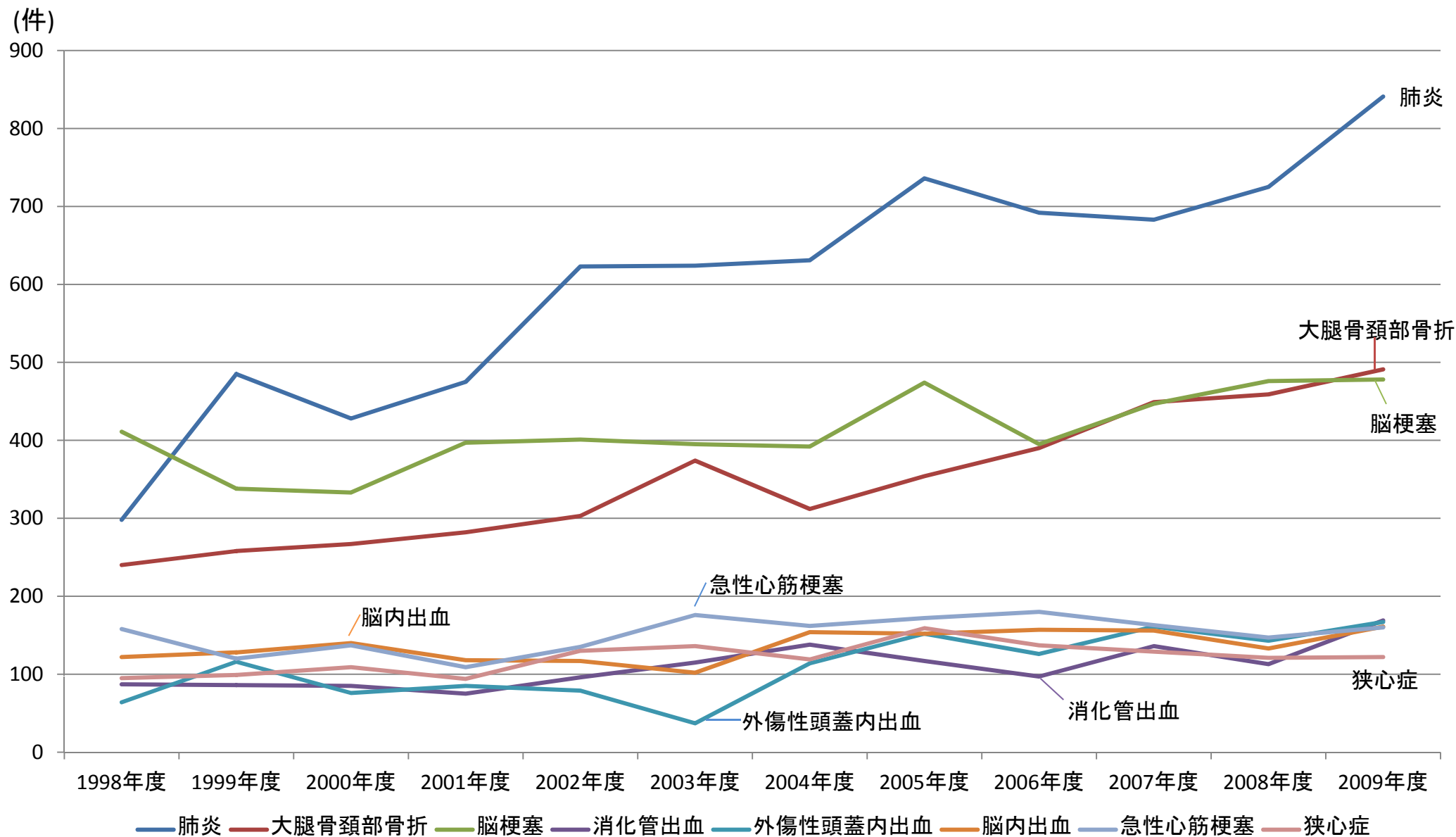
全体	小児	成人	高齢者
重症	1.9万人	18.0万人	31.7万人
中等症	9.3万人	61.2万人	64.8万人
軽症	32.2万人	114.2万人	42.2万人

平成21年中

全体	小児 (18歳未満)	成人 (18歳～64歳)	高齢者 (65歳以上)
重症	1.3万人 0.6万人減 -32%	14.1万人 3.9万人減 -22%	37.9万人 6.2万人増 +20%
中等症	10.2万人 0.9万人増 +10%	58.4万人 2.8万人減 -5%	108.4万人 43.6万人増 +67%
軽症	34.6万人 2.4万人増 +8%	118.7万人 4.5万人増 +4%	84.2万人 42.0万人増 +100%

「平成22年度版救急・救助の現況」(総務省消防庁)のデータを基に分析したもの

70歳以上の疾患別救急搬送数推移



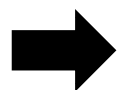
(長崎地区(長崎市・時津町・長与町)のデータ)

長崎リハビリテーション 栗原正紀病院長 ご提供資料

救命救急センター等搬送事例の推移

- 救急自動車等による総搬送件数及び重症以上傷病者搬送事案、産科・周産期傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案の4区分に該当する事案の推移

	平成20年	平成22年
	件数	件数
総搬送人員	4,678,626	4,985,632 (+6.6%)
重症以上傷病者搬送事案	530,132	548,678 (+3.5%)
産科・周産期傷病者搬送事案	40,542	41,699 (+2.9%)
小児傷病者搬送事案	359,557	378,681 (+5.3%)
救命救急センター搬送事案	541,734	638,141 (+17.8%)



➤ 総搬送人員件数の伸びとともに、重症以上傷病者の搬送事案等も増加しているが、特に救命救急センターへの搬送事案が増加している。

出典：平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査（消防庁）

ベッド満床を理由に受入に至らなかった事例の推移

□ 「ベッド満床」を理由として、救急医療機関に受入に至らなかった事例の推移

	平成20年	平成22年	
	件数	件数	
重症以上傷病者搬送事案	25,420	28,489	(+12.1%)
産科・周産期傷病者搬送事案	546	365	(-33.2%)
小児傷病者搬送事案	3,425	4,833	(+41.1%)
救命救急センター搬送事案	21,445	27,801	(+29.6%)

➤ ベッド満床を理由に救急医療機関の受入に至らなかった事例は産科・周産期傷病者搬送事案では減少しているが、その他(重症以上傷病者搬送事案、小児傷病者搬送事案、救命救急センター搬送事案)では増加している。

出典：平成21年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査(消防庁)

22年改定における救急医療の評価の充実について

救急搬送患者の受入の評価

- 地域における救急医療の中核を担う医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるように、緊急入院した患者について、早期転院支援の評価を新設

⑧ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点

⑧ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

○救急搬送患者地域連携紹介加算

- ① 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理加算又は脳卒中ケアユニット入院医療管理加算を算定していること。
- ② 受入医療機関とあらかじめ連携していること。

○救急搬送患者地域連携受入加算

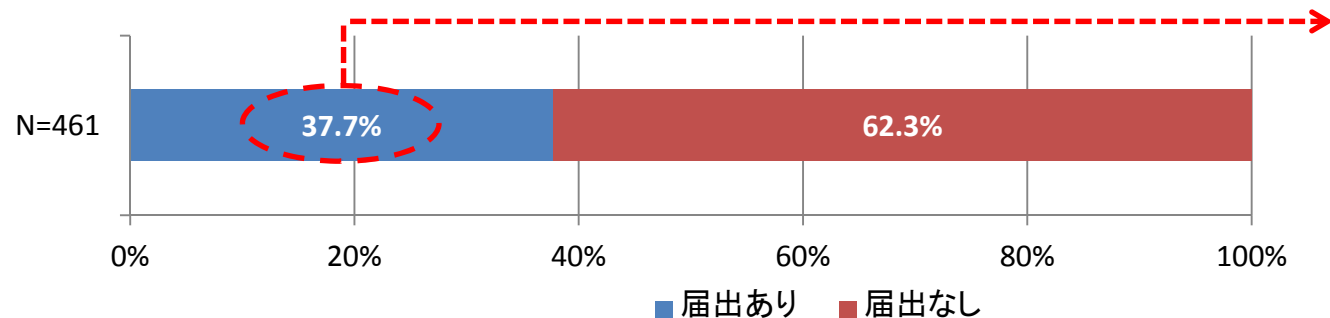
紹介元医療機関とあらかじめ連携していること。

救急搬送患者地域連携紹介加算の状況

(平成22年改定の要点)

あらかじめ連携している医療機関に5日以内に転院した場合の評価を新設
(紹介加算:500点、受入加算:1,000点、転院時)

【救急搬送患者地域連携紹介加算届出の有無】



1施設あたり連携医療機関数

病院	有床診療所	合計
10.0	0.7	10.7

【1施設あたり算定患者数】

(連携医療機関10施設未満)

	平成21年10月	平成22年10月
緊急入院した患者数	314.5人	313.5人(100%)
他の病院への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	4.9人	5.7人(1.8%)
有床診療所への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	1.1人	1.4人(0.4%)

N=42

(連携医療機関10施設以上)

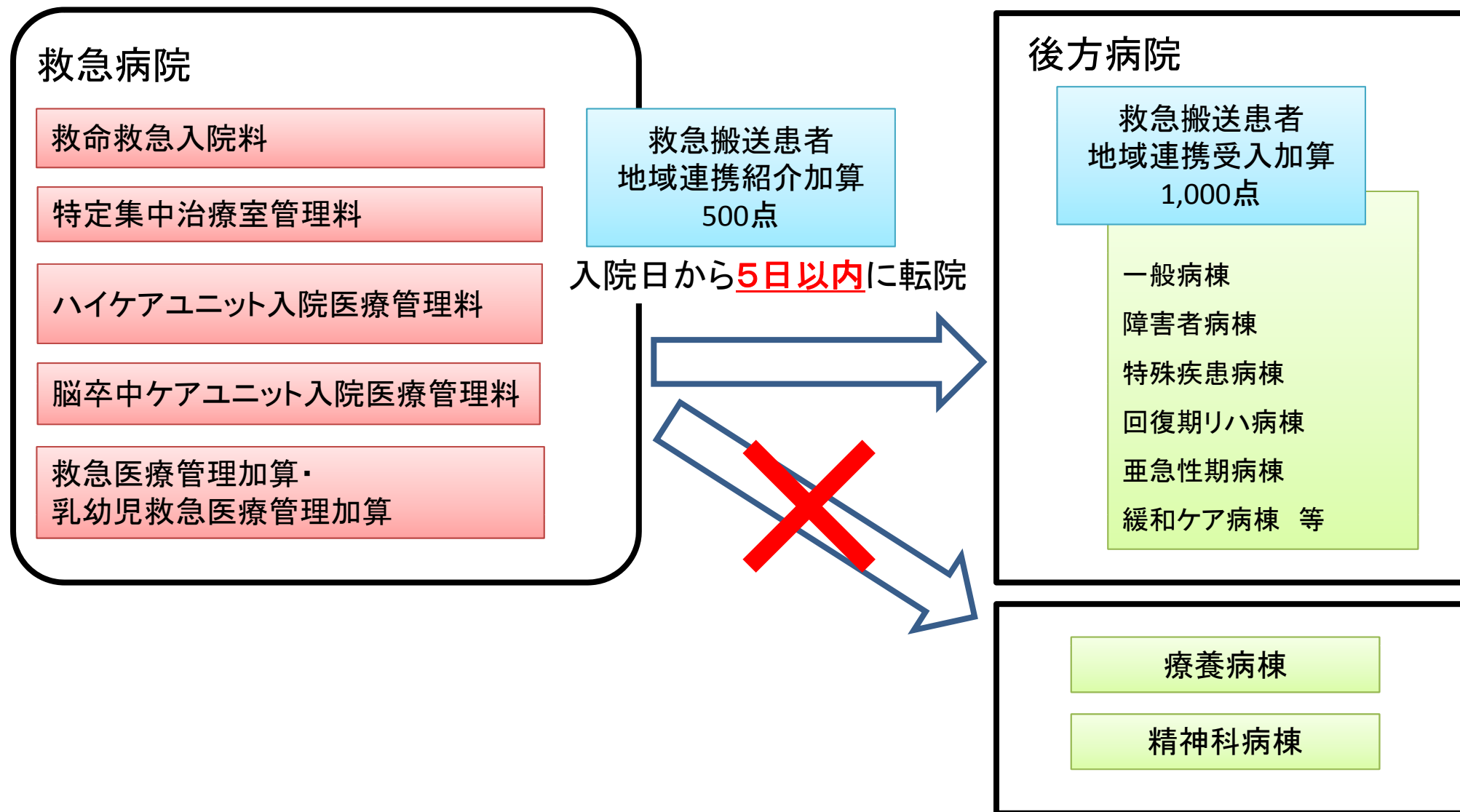
	平成21年10月	平成22年10月
緊急入院した患者数	335.5人	328.3人(100%)
他の病院への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	14.2人	12.4人(3.8%)
有床診療所への転院患者 (緊急入院していた者に限る)	0.6人	0.5人(0.2%)

N=23

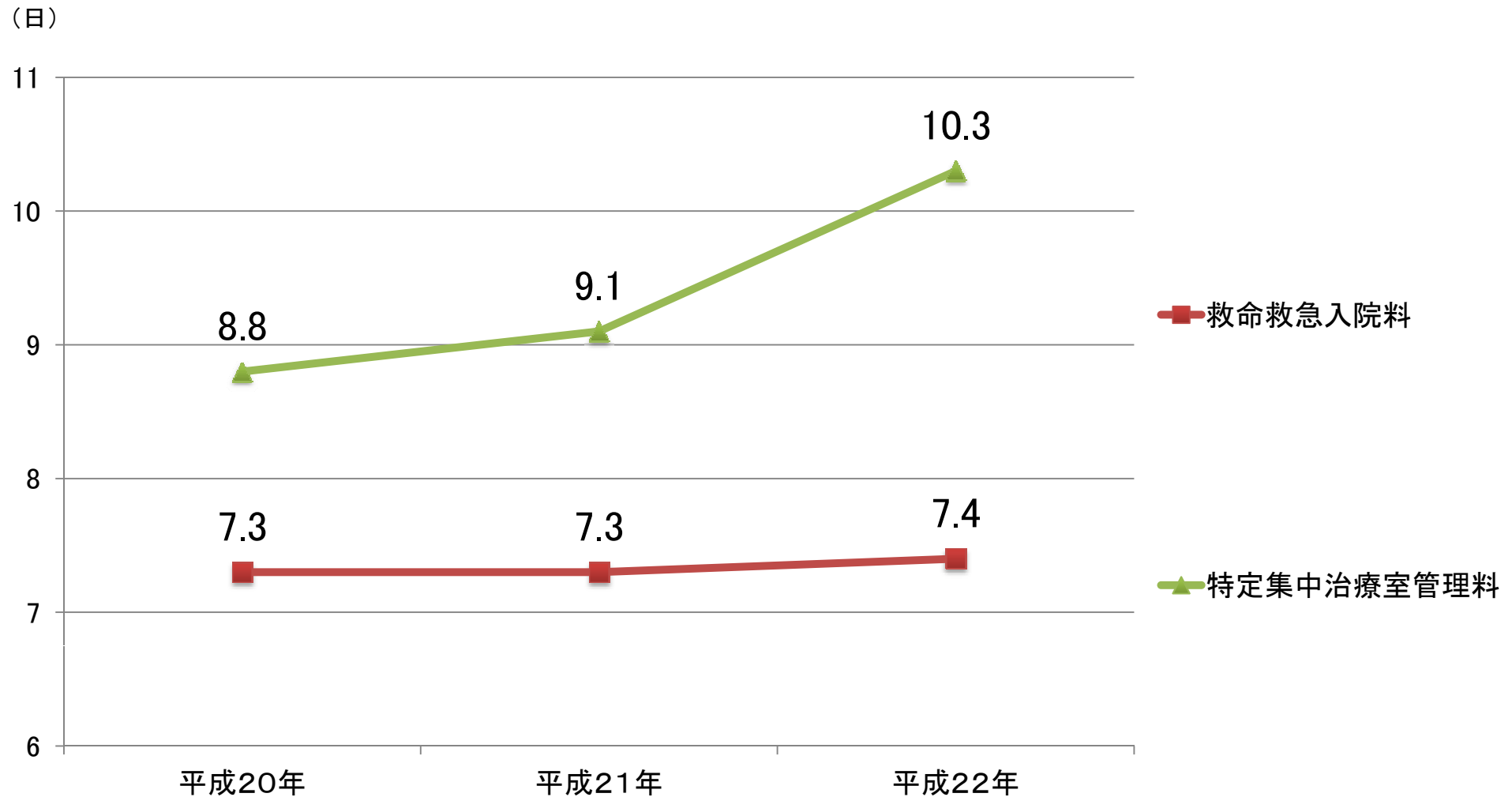
出典:平成22年度検証調査

救急医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図、現状)



救急医療に係る特定入院料の 平均在院日数の推移

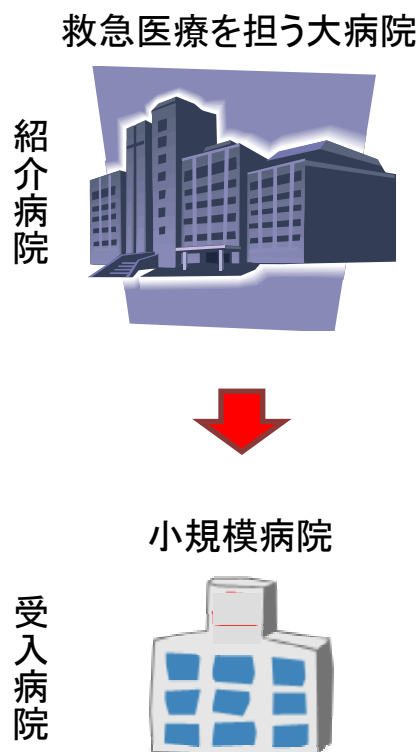


保険局医療課調べ

救急搬送患者地域連携にかかる紹介病院と受入病院の関係

1. 大病院から小病院へ転院させる場合

【通常想定されるパターン】

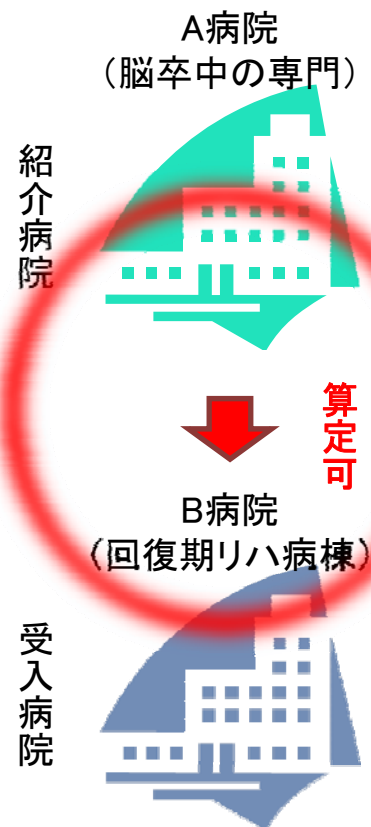


2. 中規模病院同士で患者を転院させる場合

例) A病院は脳卒中の専門病院で、亜急性期病棟も持ち、
B病院は外傷の専門病院で、回復期リハ病棟を持っているとする。
あらかじめ、A病院を紹介病院、B病院を受入病院として届出た場合。

【パターン①】

脳卒中の患者を転院させる場合



【パターン②】

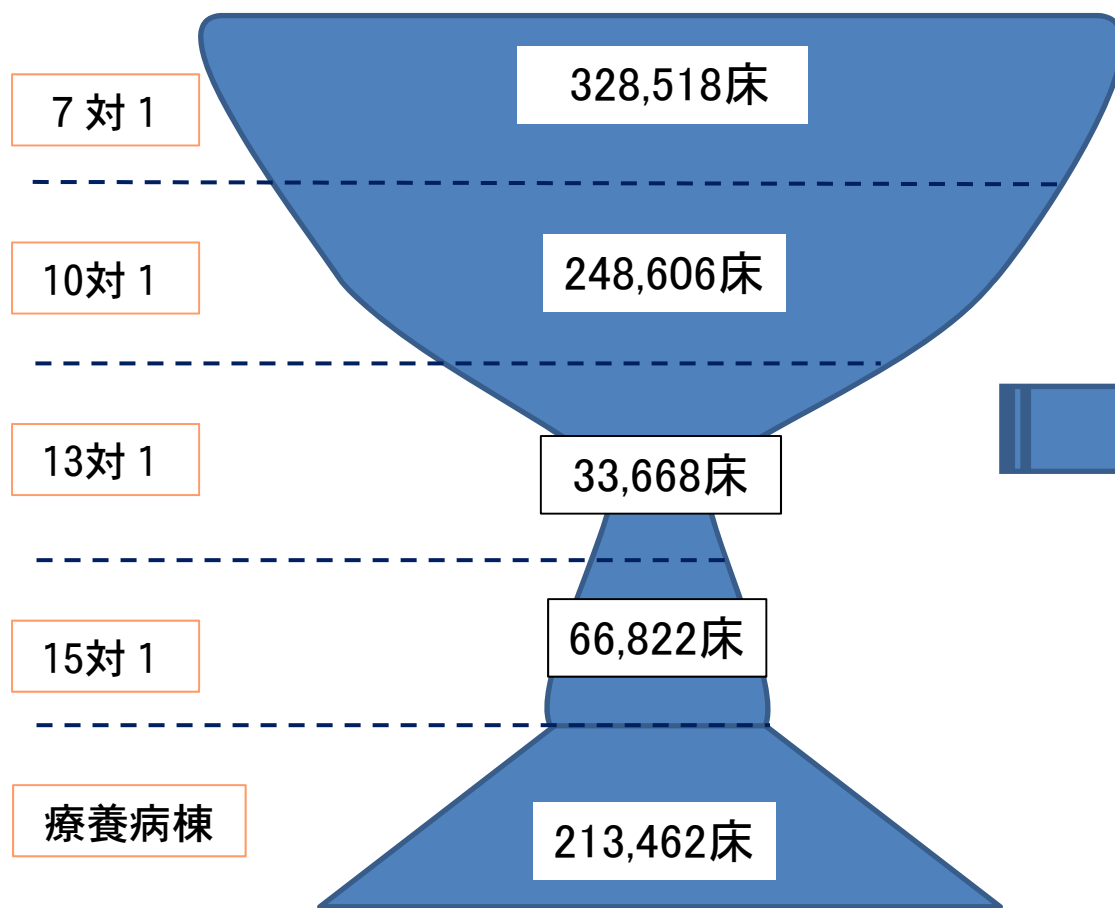
外傷の患者を転院させる場合



注) 現在、あらかじめ紹介病院と受入病院とが協議を行い、両者の関係を届出ることが必要であり、
紹介病院と受入病院の関係は、1方向の関係しか認められていない。

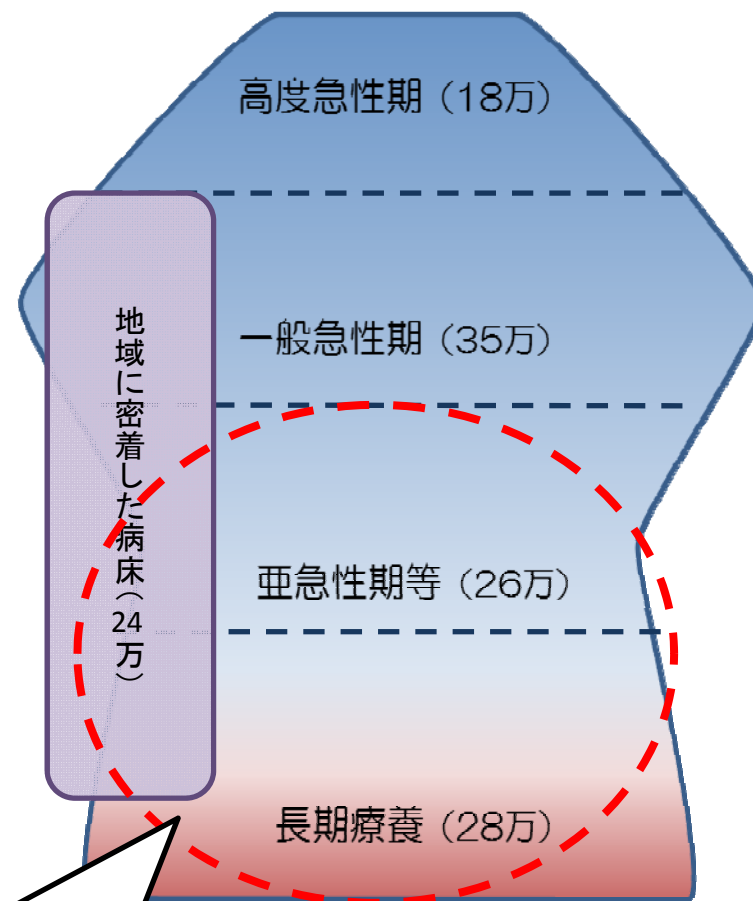
今後の救急医療の後方受入の場

＜2010(H22)年の病床数＞



保険局医療課調べ

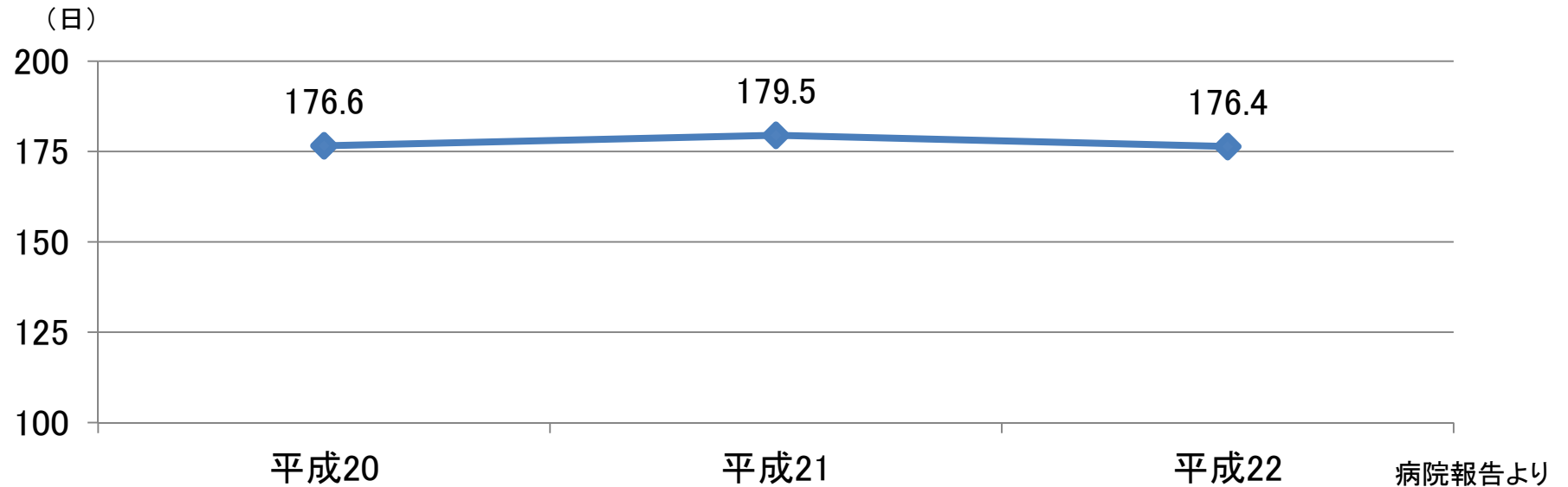
＜2025(H37)年のイメージ(再掲)＞



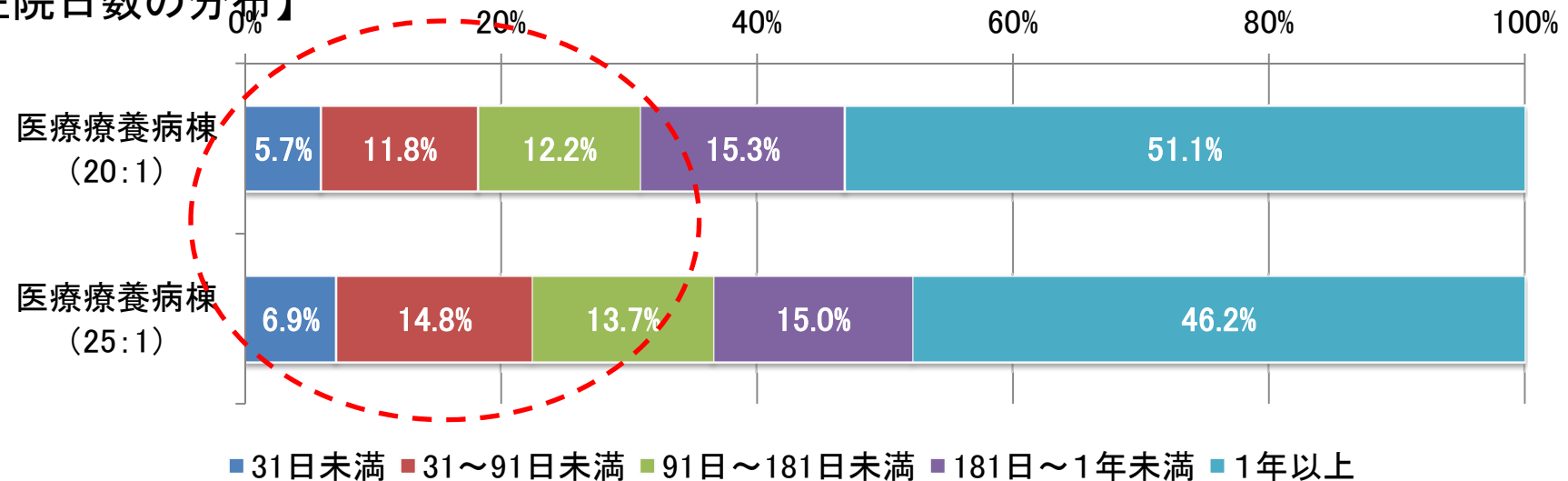
今後は、亜急性期・長期療養
を担う医療機関の受入機能を
強化することが必要ではないか。

療養病床の在院日数

【平均在院日数の推移】



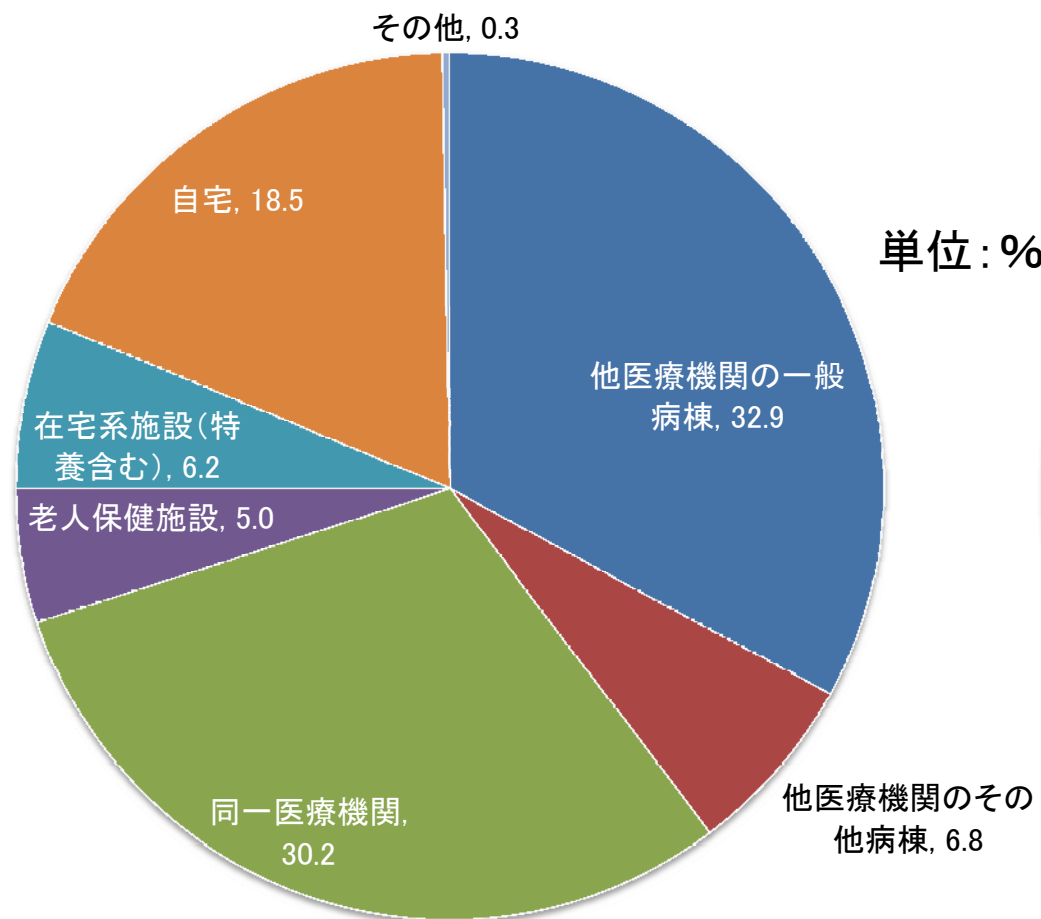
【在院日数の分布】



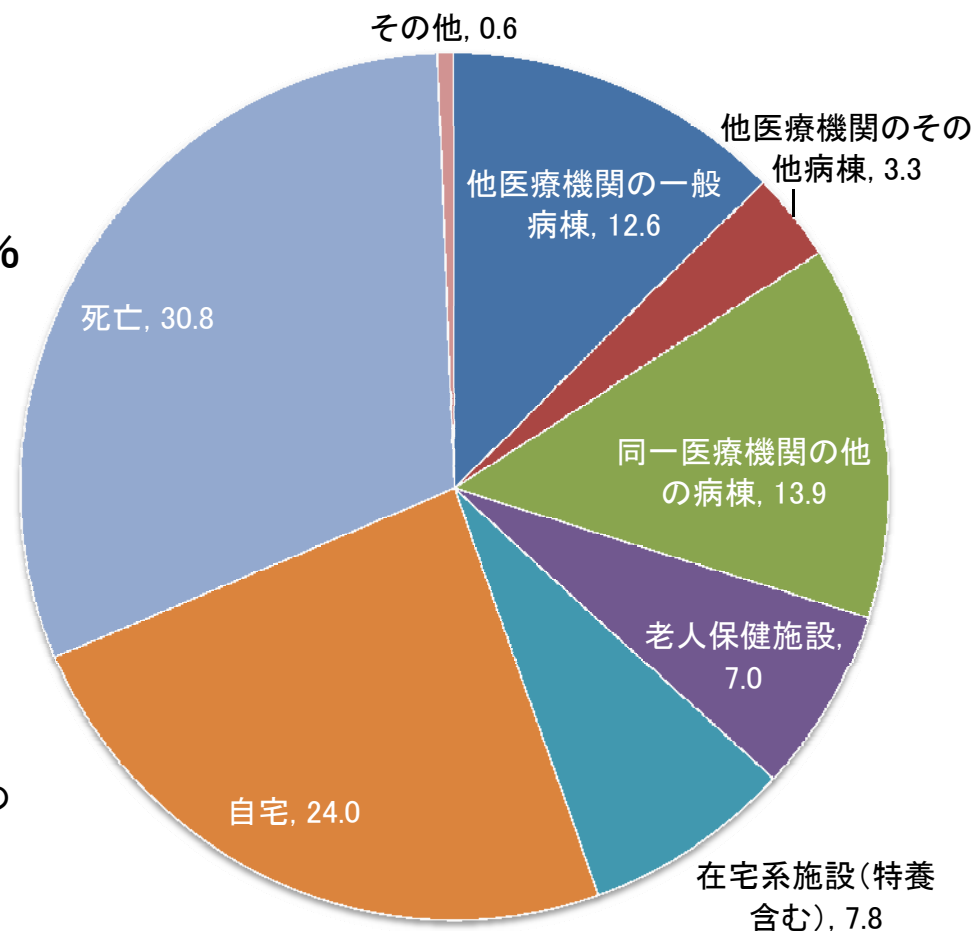
「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

療養病棟の入退院経路

【入院経路】



【退院経路】



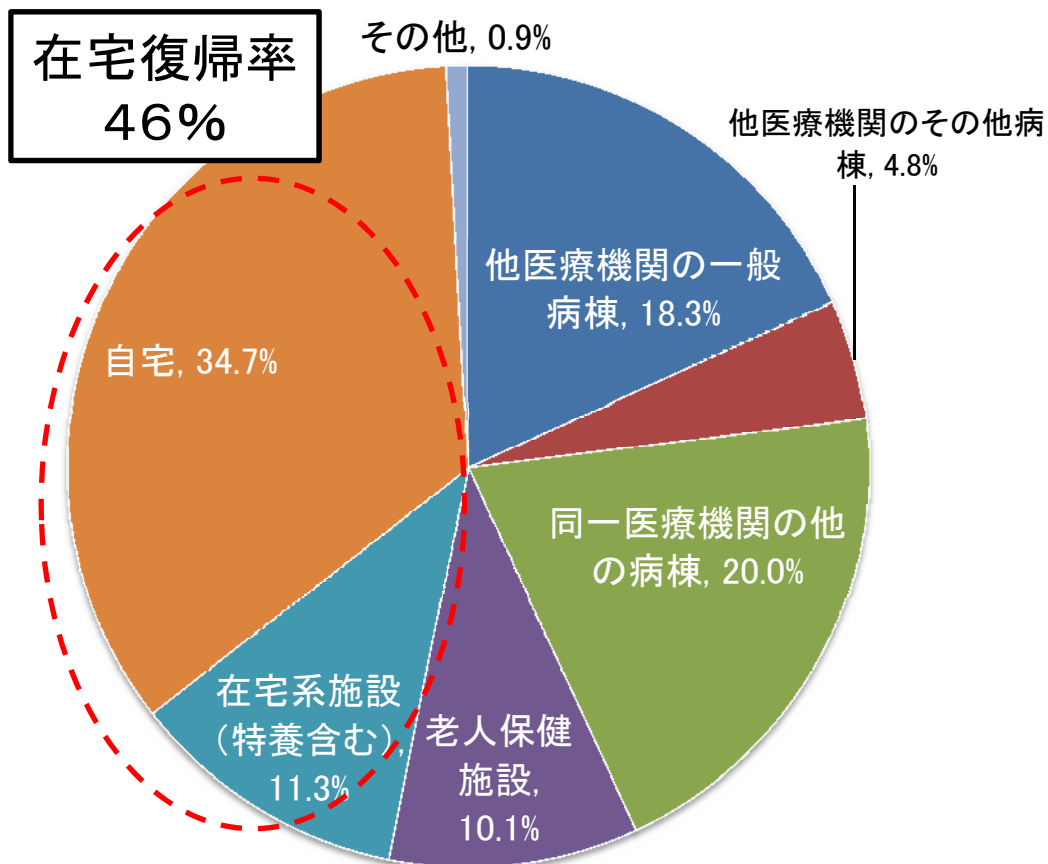
対象病院: 療養病棟入院基本料算定する340病院

対象患者: 平成21年度の6ヶ月間に入院した患者21,429名と退院した患者21,473名

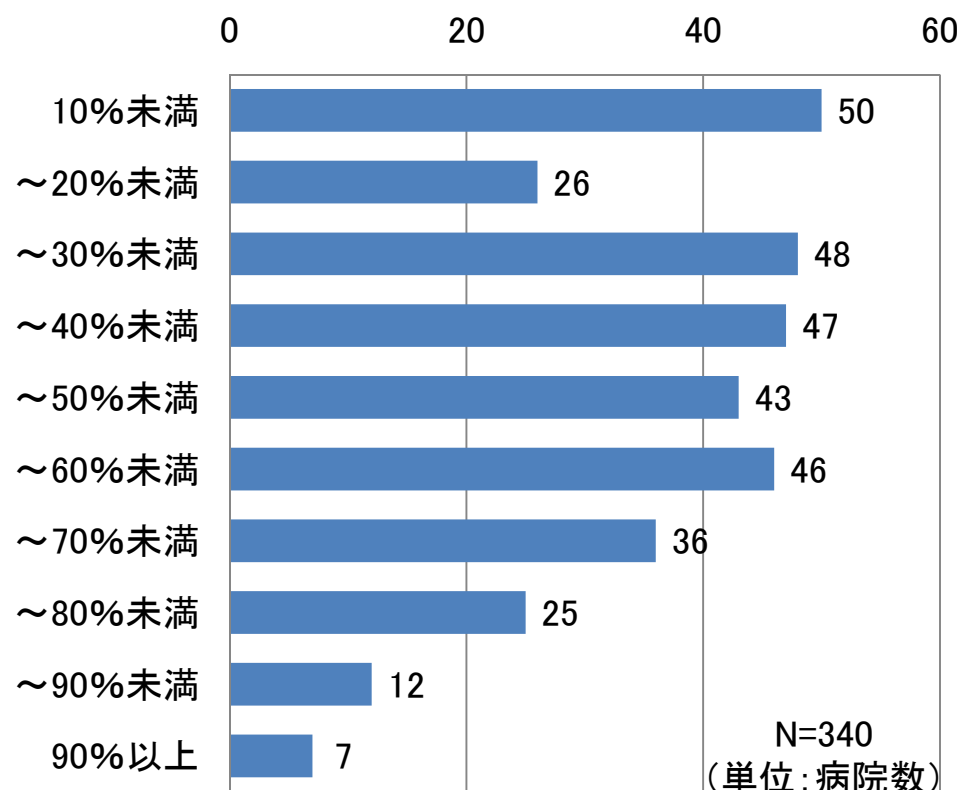
出典: 日本慢性期医療協会

療養病棟の在宅復帰率

- 現在、回復期リハ病棟では、在宅復帰率が評価の項目として取り上げられており*、回復期リハ病棟の在宅復帰率は、死亡退院した患者を除いた退院患者数を分母とし、他の保険医療機関へ転院した者、介護老人保健施設へ入所した患者を除いた数を分子として、在宅復帰率を算出することになっている。
（*回復期リハビリテーション病棟入院料1の施設基準における在宅復帰率:6割以上）
- 回復期リハ病棟と同様の方法で療養病棟の在宅復帰率を算出した場合、46%であった。



病院ごとの在宅復帰率の分布



22年改定における療養病床と有床診の評価について

療養病床の初期加算の創設

➤ 後方病床機能の評価

救急・在宅等支援療養病床初期加算 150点(14日まで)

急性期医療を担う病院の一般病床、老健、特養及び自宅等からの転入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定。

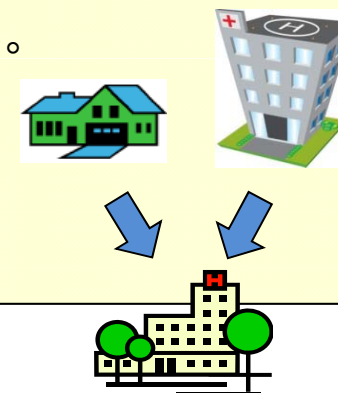
地域医療を支える有床診療所の評価

➤ 後方病床機能の評価

有床診療所一般病床初期加算 100点(7日以内、1日につき)

以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所(一般病床)を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を伴う手術を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。



後方病床(療養病棟、有床診療所)の受入状況

(平成22年改定の要点)

救急病院や介護施設、自宅からの入転院に対する評価を新設

(療養病床:1日150点、有床診療所一般病床:1日150点、ともに14日まで)

【療養病棟】 N=88

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		766人	802人 (+4.7%)
直前の居場所	自宅	360人	352人
	病院	274人	317人 (+15.7%)
	特養等施設	132人	133人

【有床診療所一般病床】 N=231

		平成21年10月	平成22年10月
		人数	人数
入院・転院してきた患者数		2579人	2594人 (+0.6%)
直前の居場所	自宅	2222人	2237人
	病院	180人	196人 (+8.9%)
	特養等施設	137人	145人

○ 療養病棟、有床診療所の新規入院・転院患者のうち、他病院からの転院者の数、割合は増加していた。

出典:平成22年度検証調査

【算定状況】

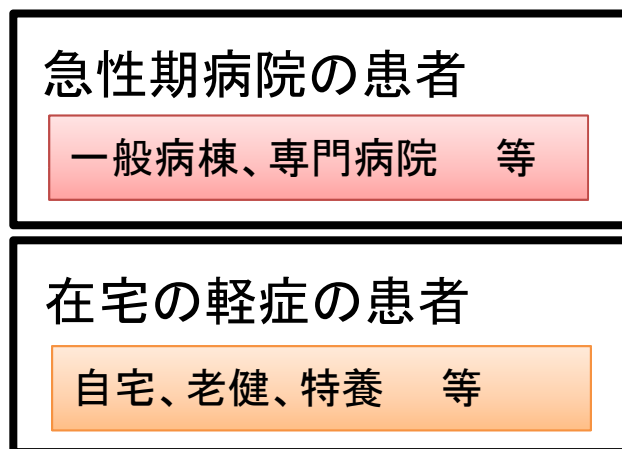
社会医療診療行為別調査 (6月審査分)	平成22年	
	実施件数	割合
療養病棟入院基本料	240,848	-
救急・在宅等支援療養病床初期加算(病院)	23,351	9.7%
有床診療所療養病床入院基本料	7,300	-
救急・在宅等支援療養病床初期加算(有床診)	319	4.4%

社会医療診療行為別調査 (6月審査分)	平成22年	
	実施件数	割合
有床診療所入院基本料	115,258	-
有床診療所一般病床初期加算	30,760	2.7%

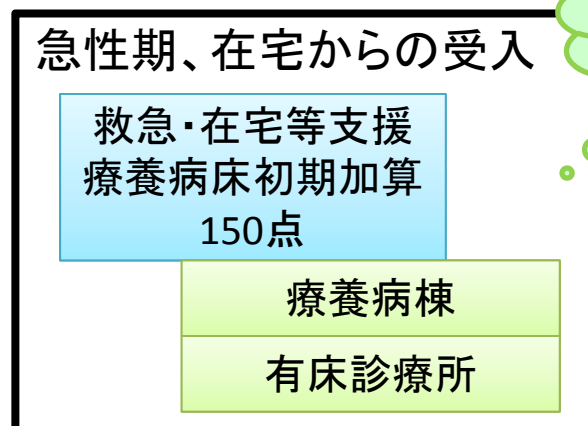
後方受入機能に係る主な診療報酬について

(模式図)

【現状】

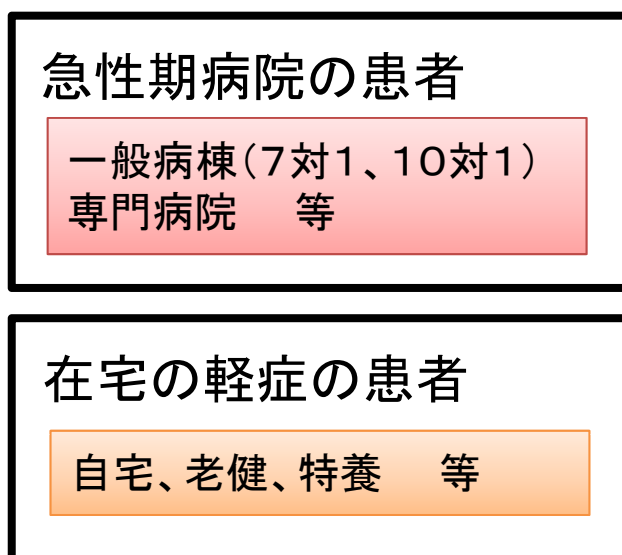


受入

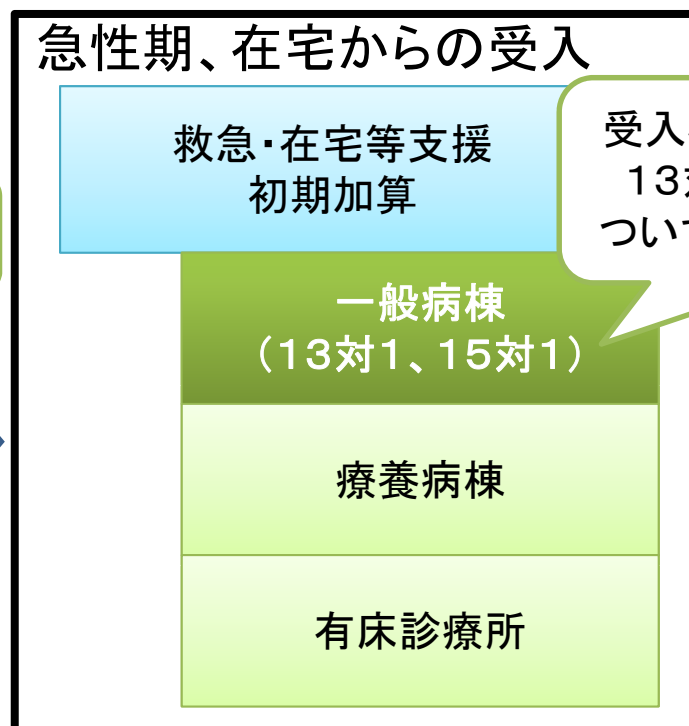


受入機能の強化が必要

【今後のイメージ】



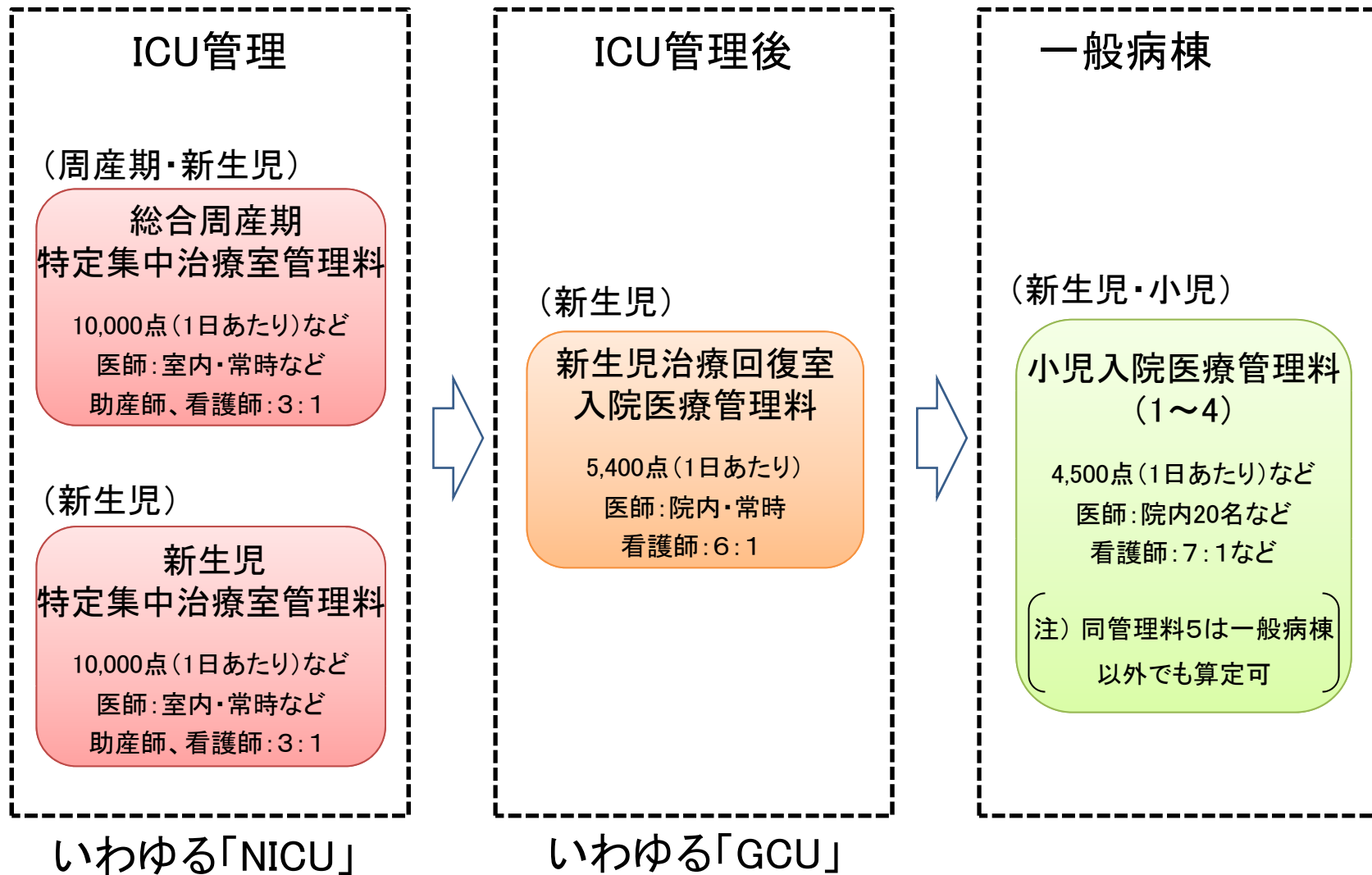
受入の充実



受入機能の強化のため、
13対1・15対1病棟に
ついて拡充してはどうか。

③周産期・小児医療

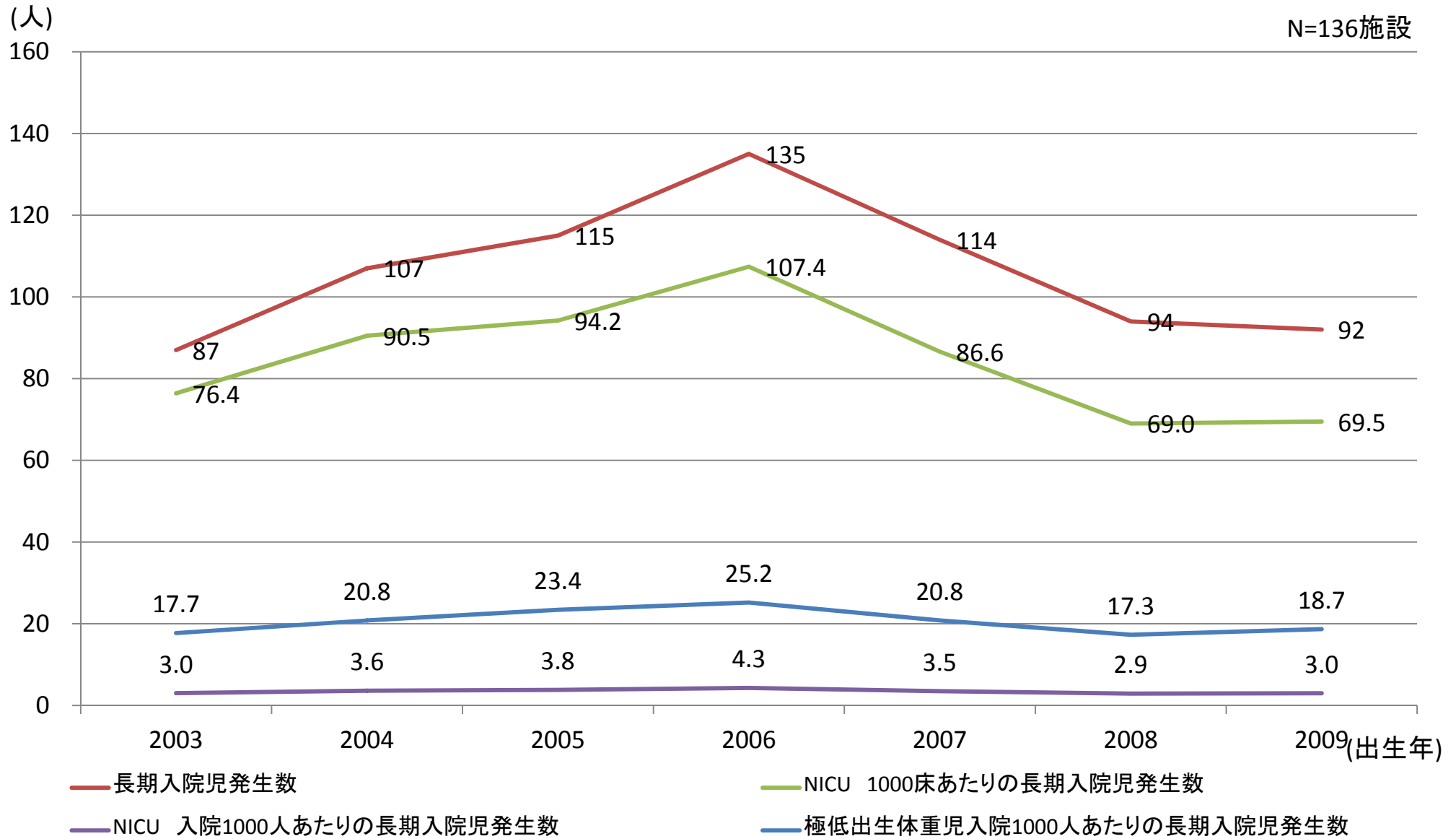
周産期・小児医療に係る特定入院料について (模式図)



注) 医師、看護師等については、基本的な要件を記載した。また、他職種の配置要件や施設基準等が別にある。

長期入院児*発生数の推移

*長期入院児とは新生児期から1年以上継続して同一の新生児医療施設に入院した、あるいは入院中の症例



出典：平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究「NICU長期入院児の動態調査」より

22年改定における新生児医療の評価の充実について

NICU入院患者等の後方病床の充実

- NICU入院患者等に係る退院調整加算の新設、及び障害者施設等においてNICU退院患者の受入れの評価の新設

⑨ 新生児特定集中治療室退院調整加算 300点(退院時1回)

専従の看護師又は社会福祉士(施設基準:いずれかが1名以上)がNICU入室児又は退室後の患児の退院調整を行った場合に、退院時に算定

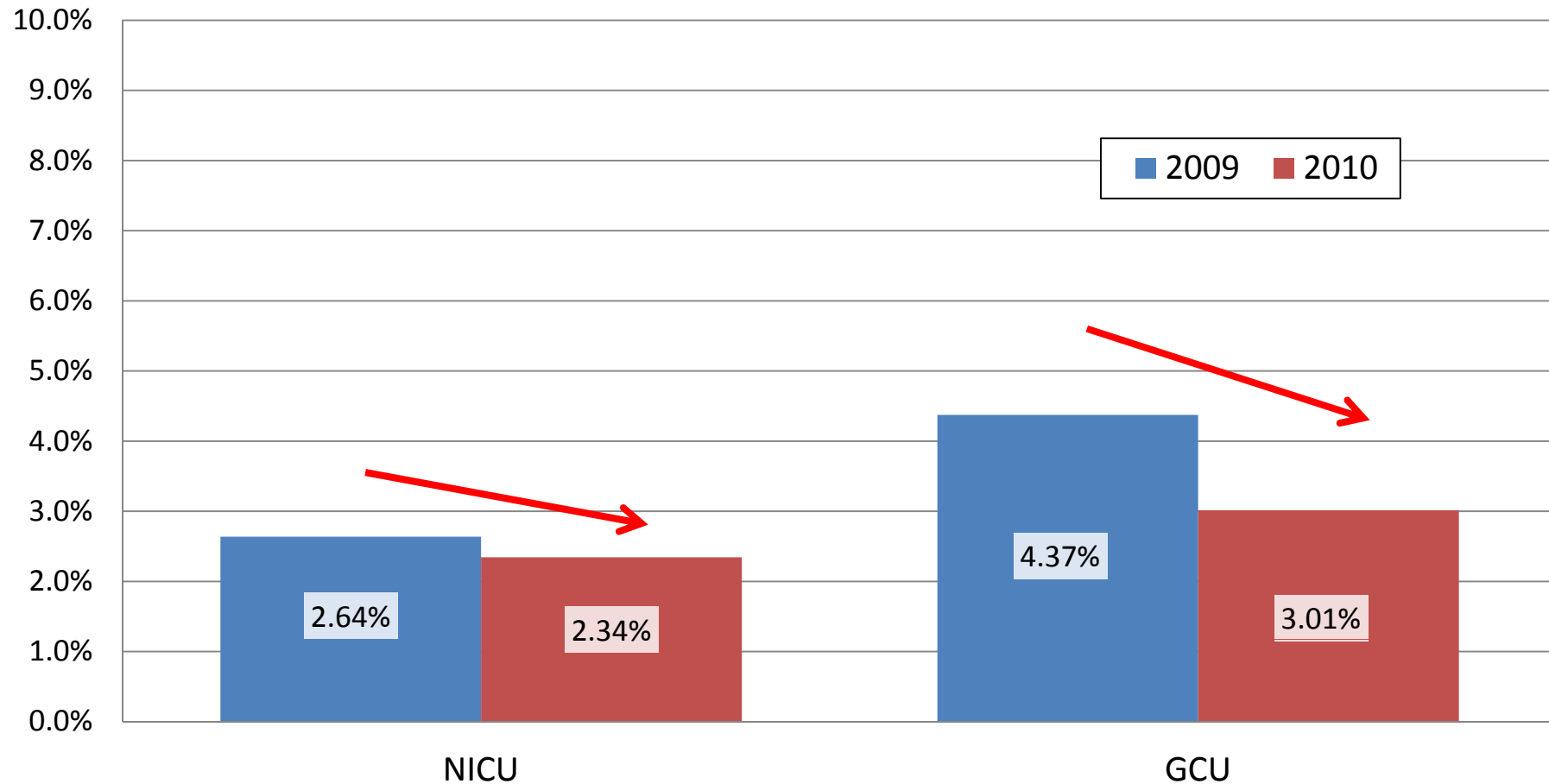
⑨ 重症児(者)受入連携加算 1,300点(入院初日)

NICU退室後の患児を障害者施設等入院基本料、特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する病床で受入れた場合に算定

長期入院児*入院割合の推移

*長期入院児とは新生児期から1年以上継続して同一の新生児医療施設に入院した、あるいは入院中の症例

N=138施設(2009)
136施設(2010)



出典:平成21・22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究「NICU長期入院児の動態調査」より

新生児特定集中治療室等における退院調整の状況

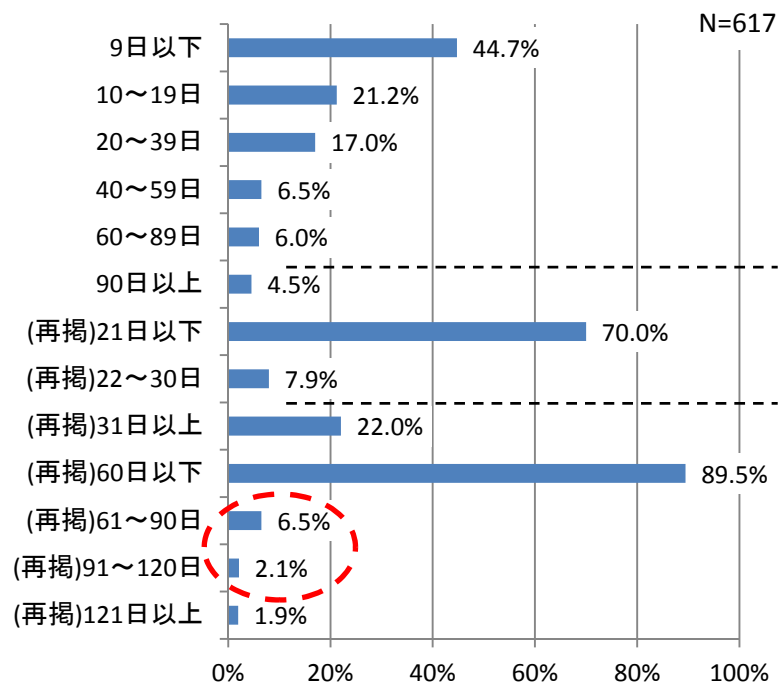
(平成22年改定の要点)

退院調整支援に関する部門が設置されており、専従の看護師又は社会福祉士が配置されている場合に、新生児特定集中治療室退院調整加算(300点、退院時)として新たに評価する。

【NICU,GCUの通算在室日数】

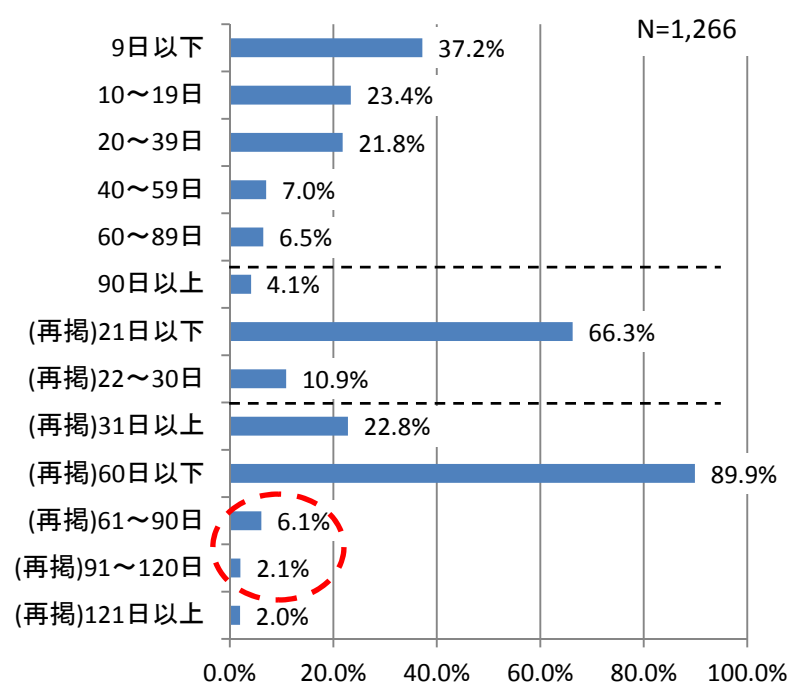
【加算算定件数有りの病院の入院患者】

※平均の通算在室日数:23.9日



【加算算定件数無しの病院の入院患者】

※平均の通算在室日数:24.6日



- ・ 検証調査で調査対象とした救急病院における、NICU退院患者に対する調査では、新生児集中治療室退院調整加算のある医療機関とない医療機関で通算の在宅日数は「ある」が23.9日で、「ない」が24.6日であった。
- ・ 90日を超える者の割合に差はなかった。

出典:平成22年度検証調査

新生児特定集中治療室等から小児病棟への 超重症児・準超重症児の受入の状況

(平成22年改定の要点)

- 超重症児(者)、準重症児(者)入院診療加算について、人工呼吸器等の医学管理が必要な状況が新生児期から続く場合は6か月以上状態が継続していなくても算定可とする。

* 超重症児(者)、準重症児(者)入院診療加算: 介助なしには座位が保持できず、人工呼吸器を使用する等の医学管理が必要な児(者)、またはそれに準ずる状態の児(者)を入院診療した場合に算定できる。NICUやGCUでは算定できないが、小児入院医療管理料や一般病棟では算定できる。

超重症児(者): 800点、準重症児(者): 200点(6歳未満の場合)(1日につき)

【NICUを持つ救急医療機関における算定状況】

(超重症児(者)入院診療加算)

	平成21年10月	平成22年10月
全体	47.7件	62.8件(+31.7%)
三次救急病院	60.0件	83.3件(+38.8%)
二次救急病院	44.1件	56.5件(+28.1%)

(準超重症児(者)入院診療加算)

	平成21年10月	平成22年10月
全体	52.0件	72.9件(+40.2%)
三次救急病院	40.9件	54.7件(+33.7%)
二次救急病院	56.2件	80.5件(+43.2%)

(平成21年、22年の届出状況、算定件数の回答のあった293施設(三次救急76、二次救急211)でのまとめ)

- 調査対象としたNICUを持つ救急病院での超重症児(者)加算、準超重症児(者)加算の算定件数は増加していた。
- 当該加算は、NICUやGCUでは算定できず、小児入院医療管理料等の小児一般病棟で算定できることから、病院内(病棟間)でのNICUから小児一般病棟への受入は進んでいることが示唆された。

出典: 平成22年度検証調査

救急病院から後方病院への 新生児特定集中治療室等入室患児の受入の状況

(平成22年改定の要点)

- ・ NICU退室後の患児を、障害児施設等入院基本料算定病棟等に退院調整を経て受け入れた場合に加算として新規に評価(1,300点、入院初日)

		平成21年10月		平成22年10月	
		人数	割合	人数	割合
転院してきた患者数(他院で緊急入院していた者に限る)		1098人	100.0%	1160人	100.0%
加 算	超重症児(者)入院診療加算	11人	1.0%	12人	1.0%
	準超重症児(者)入院診療加算	3人	0.3%	7人	0.6%
	重症児(者)受入連携加算			3人	0.3%

(平成21年、22年の届出状況、算定件数の回答のあった129施設でのまとめ)

- ・ 他院で緊急入院していて転院してきた患者のうち、超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算、重症児(者)受入連携加算を算定している者は、それぞれ全体の1%弱であった。
- ・ 転院患者のうち、これらの加算を算定している者が少ないことから、病院間でのNICUから小児一般病棟への受入はまだまだ進んでいないことが示唆された。

出典:平成22年度検証調査

22年改定における小児在宅医療の評価について

訪問診療の評価

➤ 小児に対する在宅医療の評価

⑨ 在宅患者訪問診療料 乳幼児 加算 200点

乳幼児・幼児加算の算定状況

平成22年度 社会医療診療行為別調査	実施件数		
	合計	病院	診療所
在宅患者訪問診療料	301,562	60,110	241,452
乳幼児・幼児加算	550	550	—
算定割合	0.18%	0.91%	—

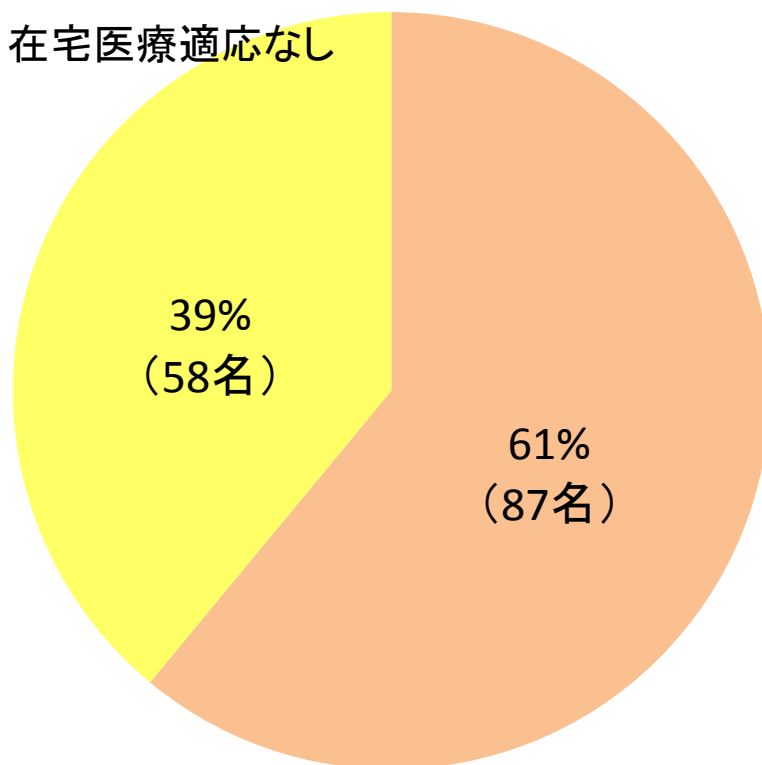
6月審査分のデータ

NICUから在宅医療への移行の阻害要因

- 研究班が行った新生児施設へのアンケート調査によると、長期人工換気患者がNICUを退院できない理由の上位は、「家族の受け入れ不良」20%、「家族の希望なし」18%であり、家族への支援が課題である。

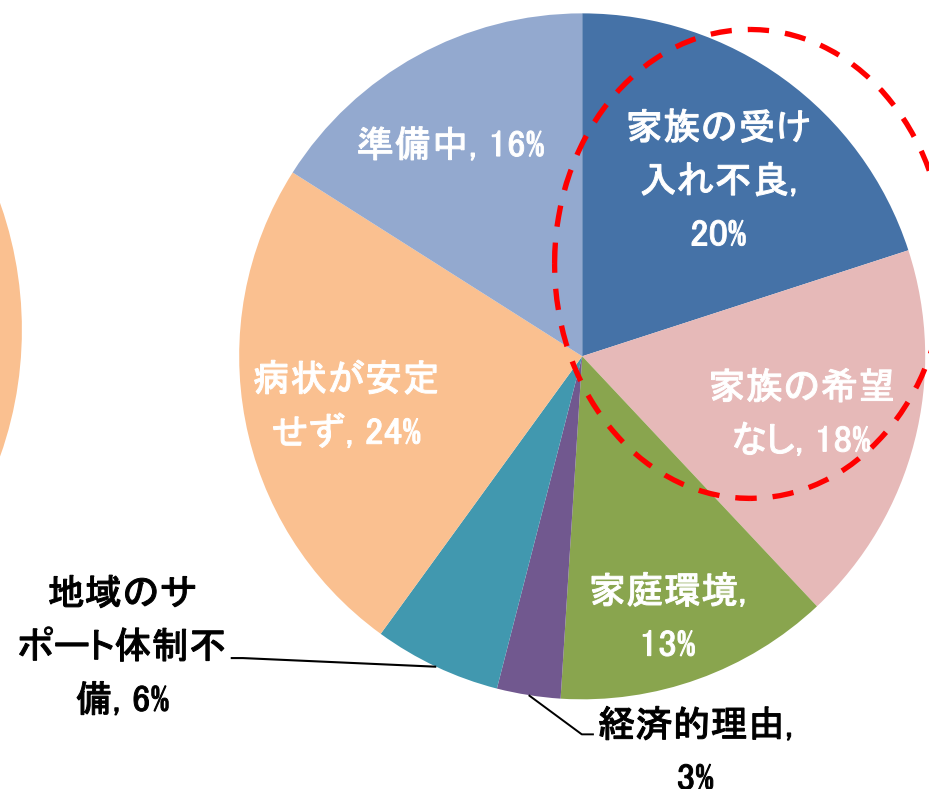
長期人工換気患者*(n=145)

- 在宅医療適応あり
- 在宅医療適応なし

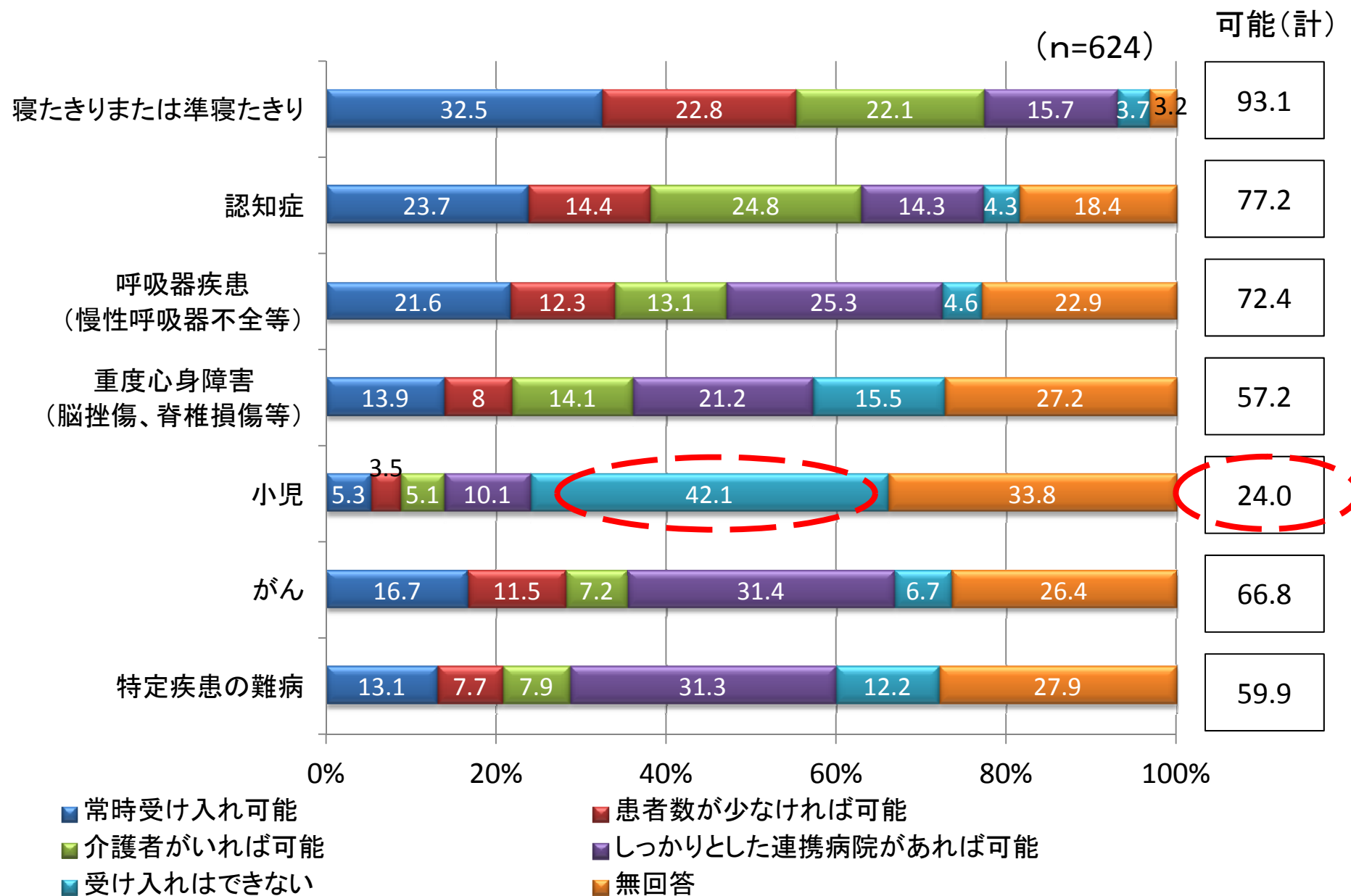


*6ヶ月以上人工換気患者を長期人工換気患者とした。

NICU入院中の長期人工換気患者
退院できない理由



傷病別にみた在宅医療を担う診療所の受け入れ状況



長期NICU入院児の在宅医療移行における問題点とその解決

小児在宅医療に関する経験についての調査

対象：在宅療養支援診療所 11,928ヶ所（回収：1,409ヶ所）

●小児（19歳まで）を在宅で診療した経験のある診療所＝367ヶ所（26％）

●小児（19歳まで）を10人以上診療した経験のある診療所＝31ヶ所（2.2％）

Q1「小児科領域の患者を今後在宅にて診療しようと思いませんか？」

A:「診療したい」または、「状況によっては診療したい」687ヶ所（48.7％）

Q2「小児科領域の患者を在宅で診療することについて感じている難しさをお答え下さい」

A:「小児の経験がないのでわからない」671ヶ所（47.6％）

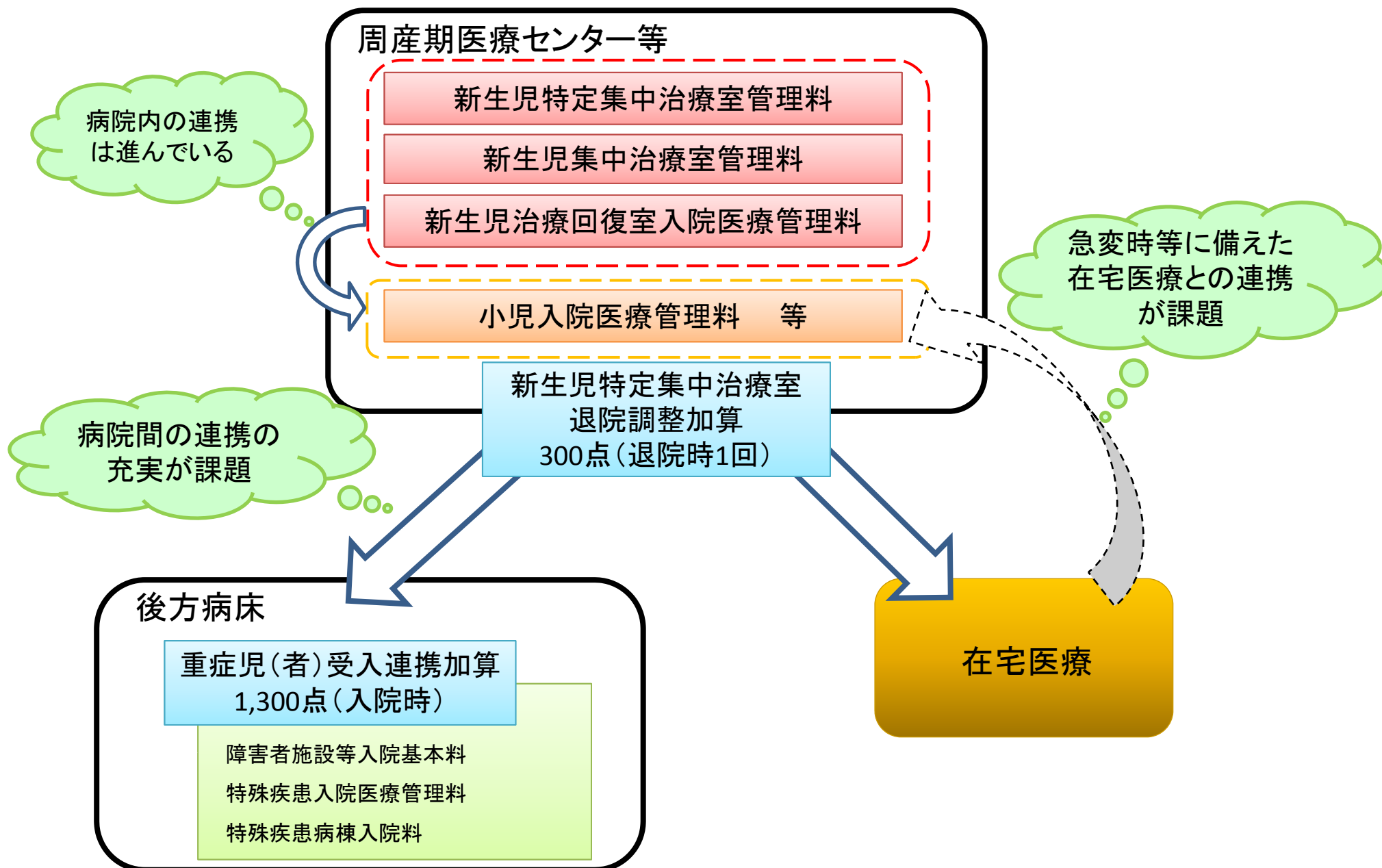
Q3「小児科の患者を診療するにあたり、これならば診療できると思うものを答え下さい」

A:「紹介元の病院がいつでも受け入れてくれる」550ヶ所（39.0％）

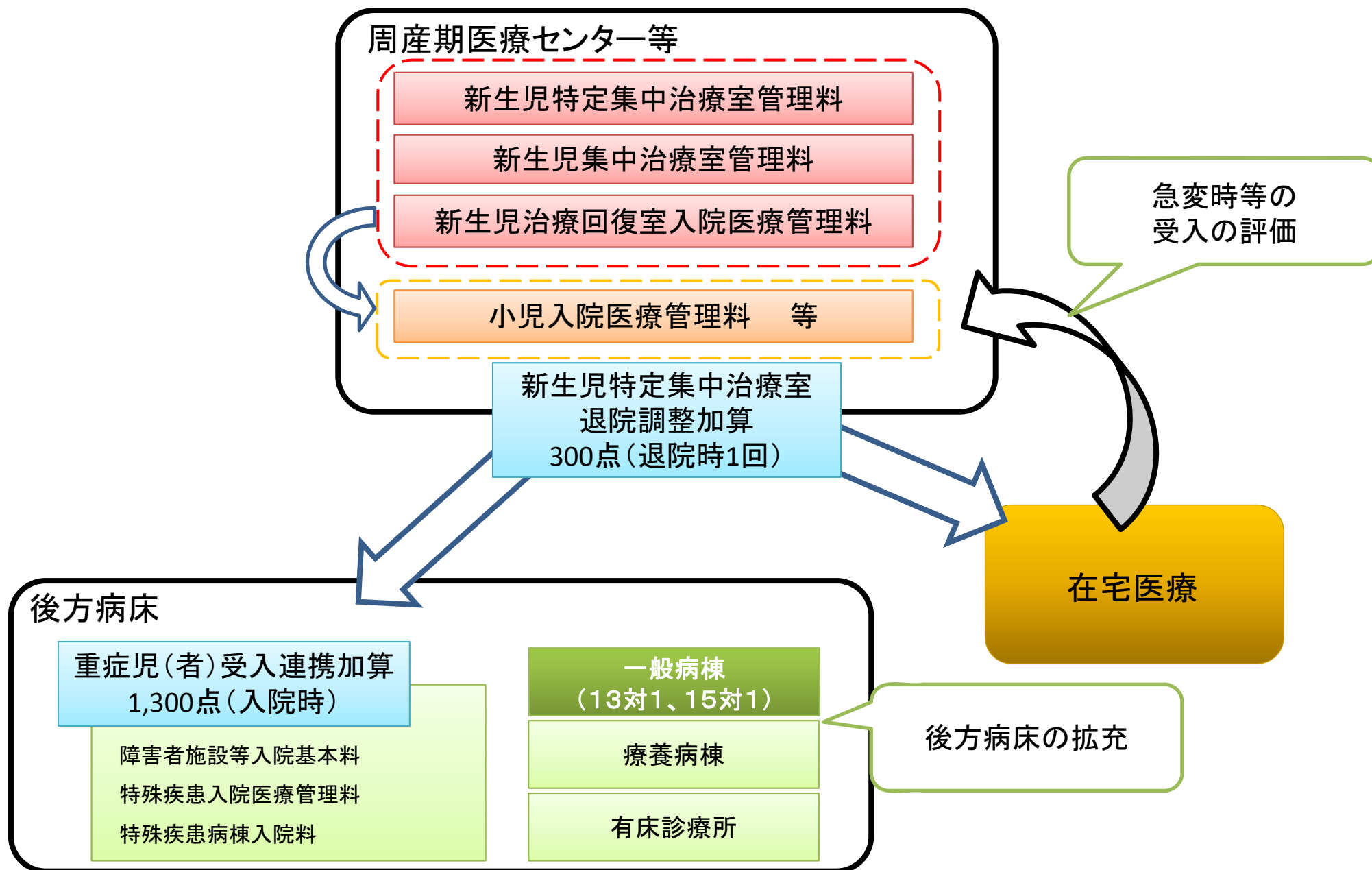
A:「小児科医とのグループ診療なら診療しても良い」393ヶ所（27.9％）

■ 小児の診療に関する適切なサポート体制が必要

周産期・小児医療に係る主な診療報酬について (模式図、現状)



周産期・小児医療に係る診療報酬の今後のイメージ



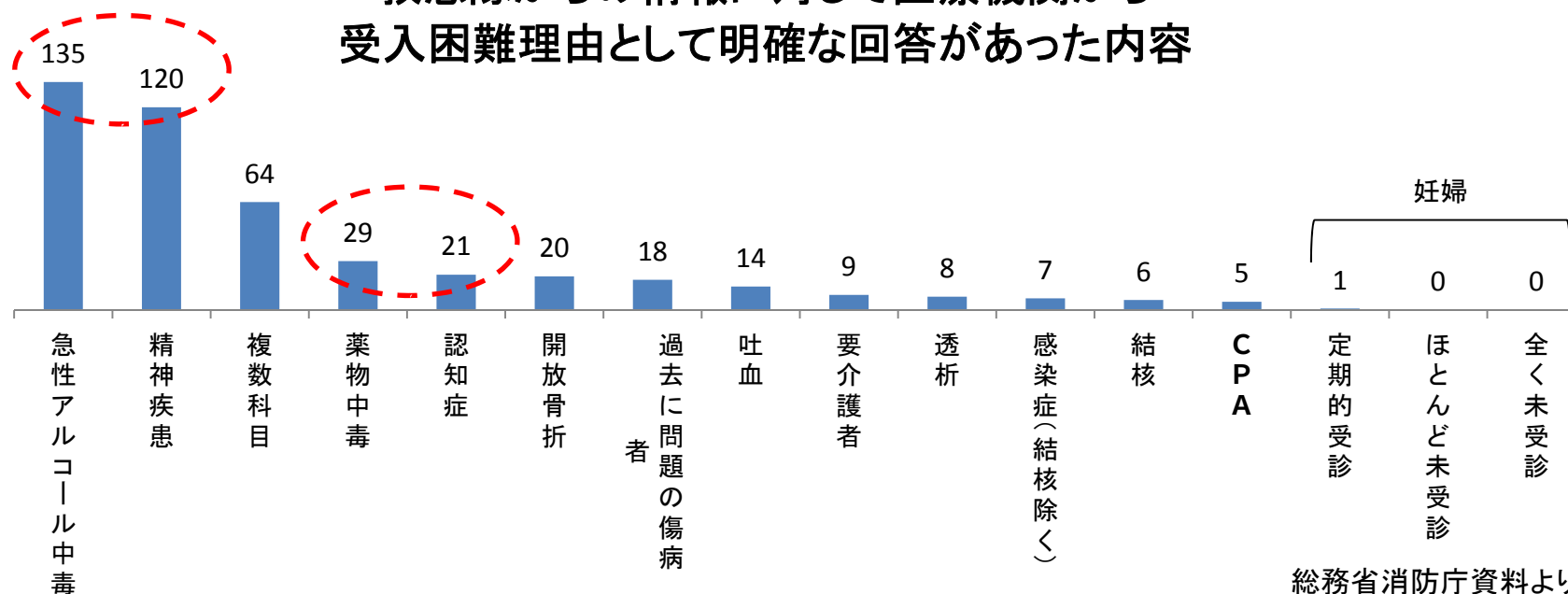
④精神科医療

精神科救急患者の状況

	平成17年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度
精神科救急情報センターへの 夜間・休日の電話相談件数	81,122	123,411	129,513	134,742
夜間・休日の受診件数	30,243	39,677	42,624	40,049
夜間・休日の入院件数	12,096	14,999	15,535	15,666
精神病床入院患者数に対する 夜間休日入院件数の割合	3. 7%	4. 9%	—	—

精神・障害保健課調べ

救急隊からの情報に対して医療機関から 受入困難理由として明確な回答があった内容



総務省消防庁資料より作成

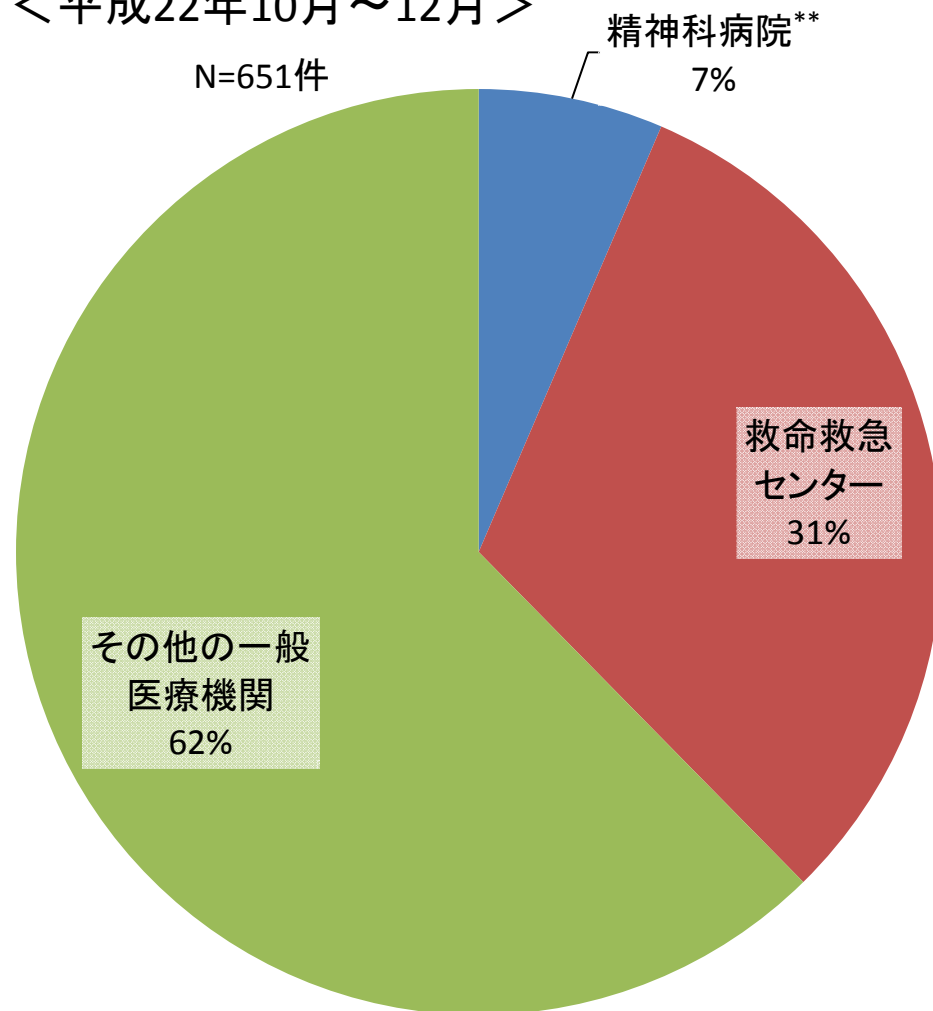
身体症状を有する精神疾患患者*の救急搬送先

～栃木県の例～

*精神科通院歴、自殺企図等、救急隊接触時に把握できた傷病者

**総合病院等をのぞく

＜平成22年10月～12月＞

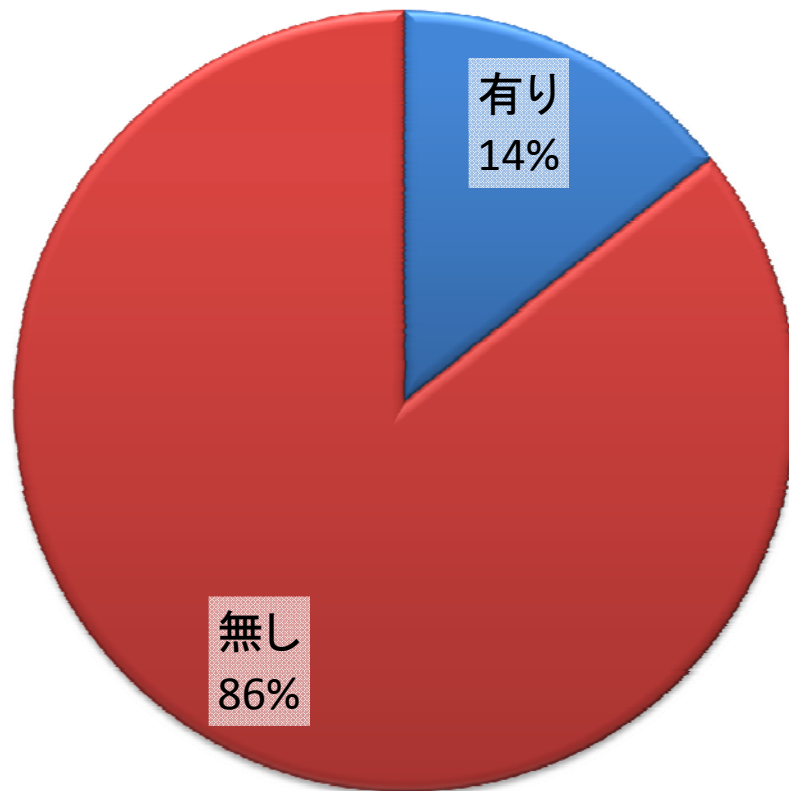


身体症状を有する精神疾患患者のうち、精神科病院に救急搬送される患者は7%であり、93%が救命救急センターや、その他一般の医療機関に救急搬送されている。

二次・三次救急病院における精神病床の有無

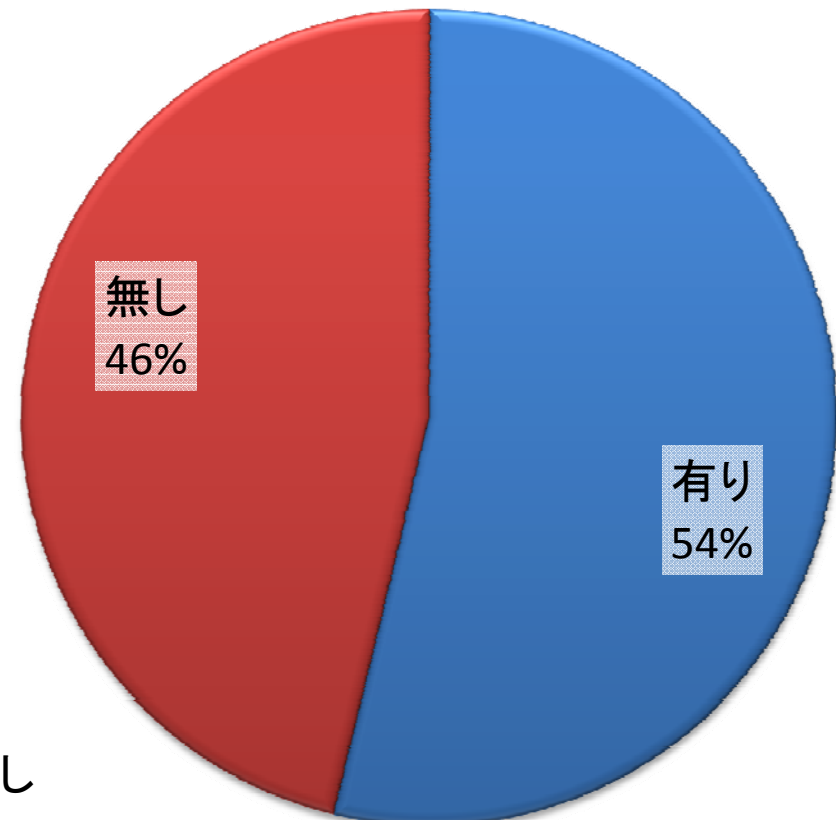
＜二次救急病院＞

N=349医療機関



＜三次救急病院＞

N=93医療機関



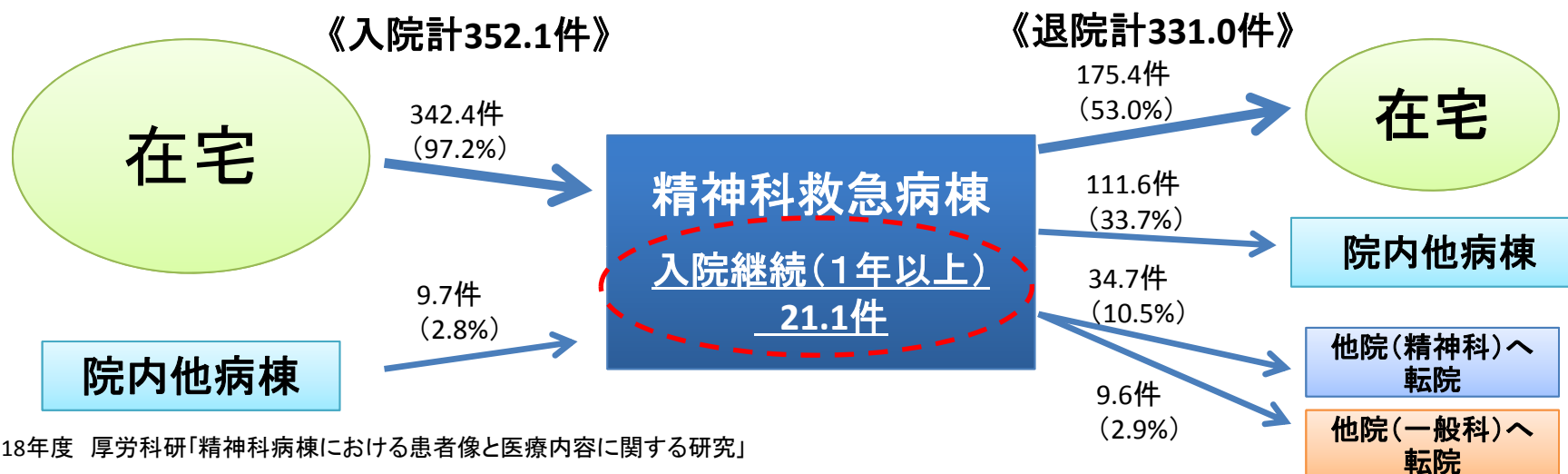
■ 有 ■ 無

出典：平成23年度検証調査

注）検証調査で回答のあった医療機関における精神病床の有無について

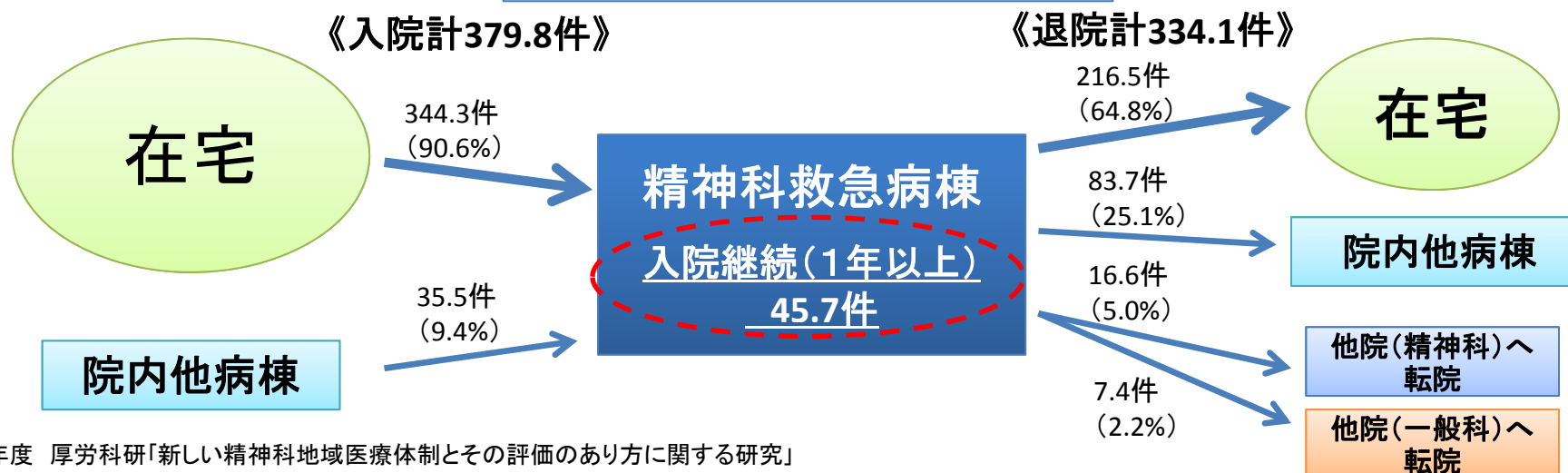
精神科救急病棟の現状

精神科救急病棟の平均像(12施設)
— 2003年度 —



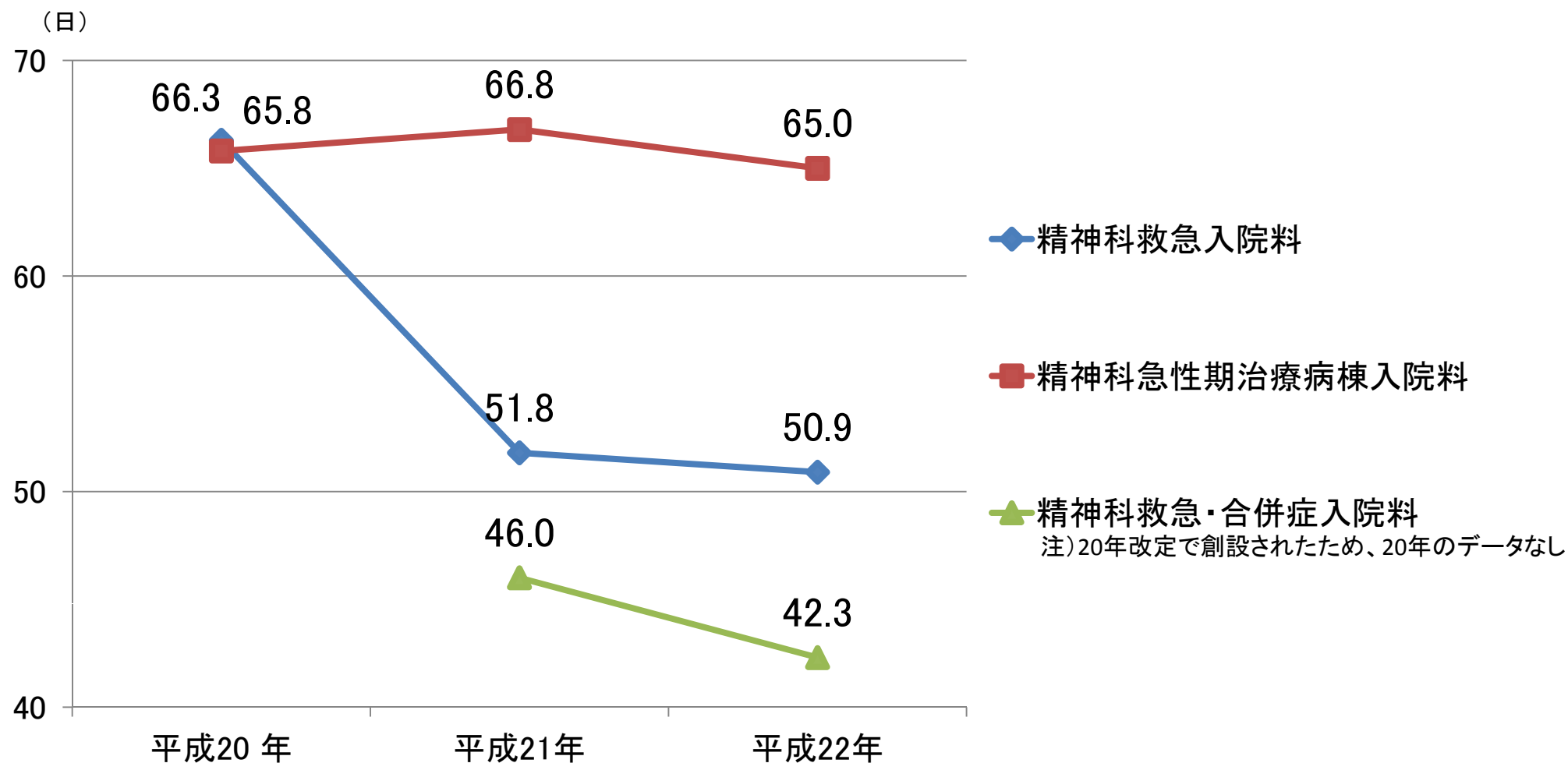
平成16～18年度 厚労科研「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

精神科救急病棟の平均像(51施設)
— 2009年度 —



平成22年度 厚労科研「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

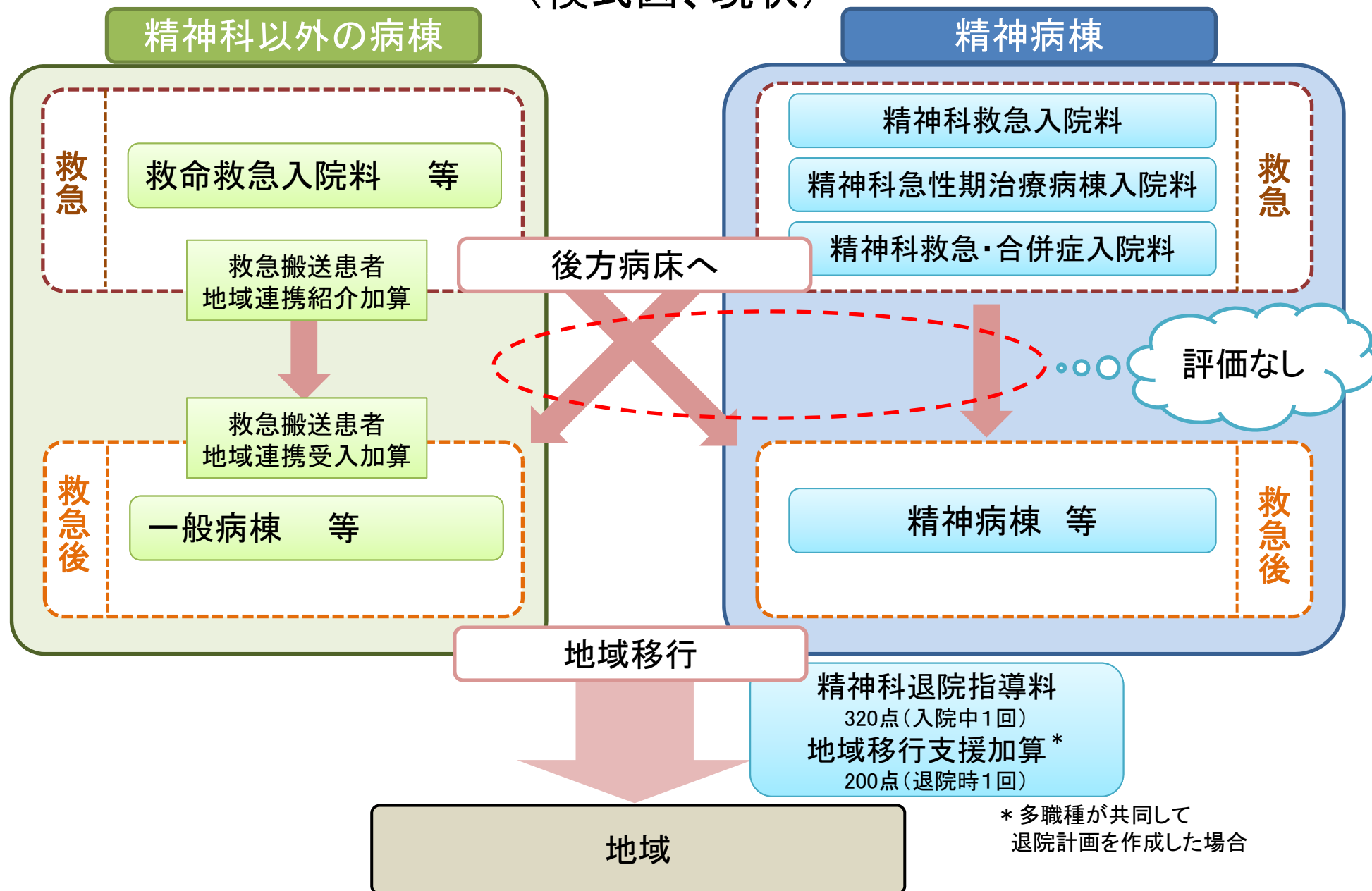
精神科救急に係る特定入院料の 平均在院日数の推移



保険局医療課調べ

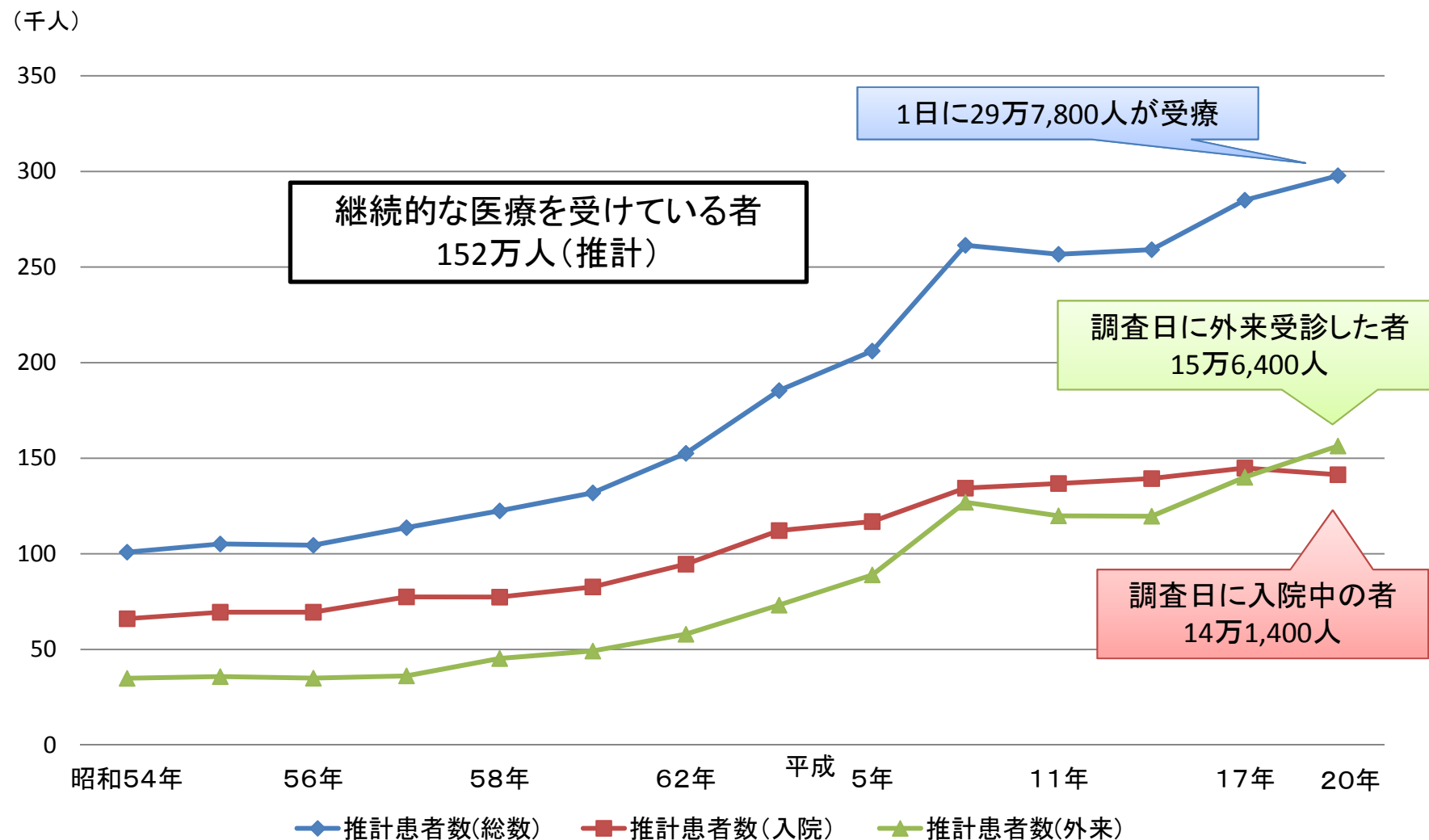
精神科医療の連携に係る主な診療報酬について

(模式図、現状)



⑤がん診療

がん患者数の年次推移



平成8年から第10回修正国際疾病、傷害および死因統計分類(ICD-10)を適用している。
厚生労働省「H20年患者調査」より

<国立がんセンターがん対策情報センターによる推計値(平成17年)>

がん診療連携拠点病院制度

47都道府県（388カ所）H23年4月1日現在

- ・都道府県がん診療連携拠点病院： 51病院
- ・地域がん診療連携拠点病院： 335病院
- ・国立がん研究センター中央病院及び東病院

厚生労働省

（独）国立がん研究センター
がん対策情報センター



協力・支援

＜拠点病院の役割＞

●専門的ながん医療の提供等

（手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施や治療の初期段階からの緩和ケアの実施等）

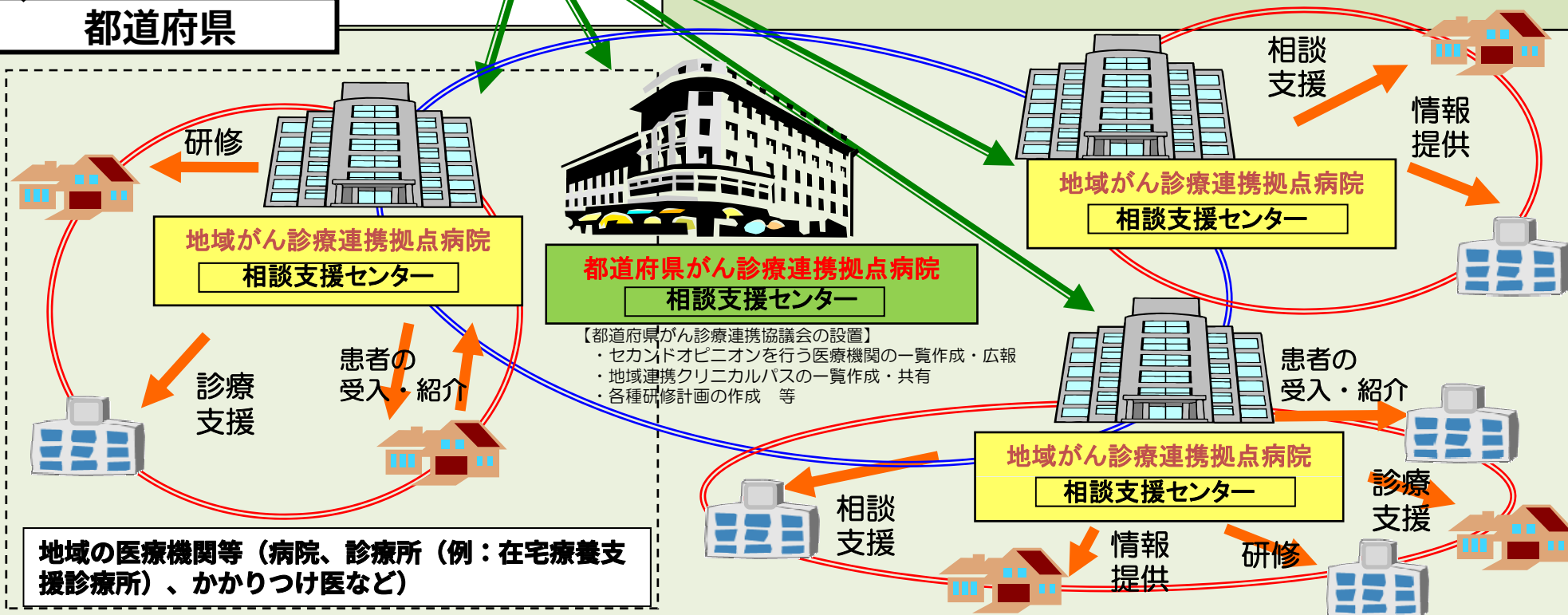
●地域のがん診療の連携協力体制の構築

（研修や診療支援、患者の受入・紹介等）

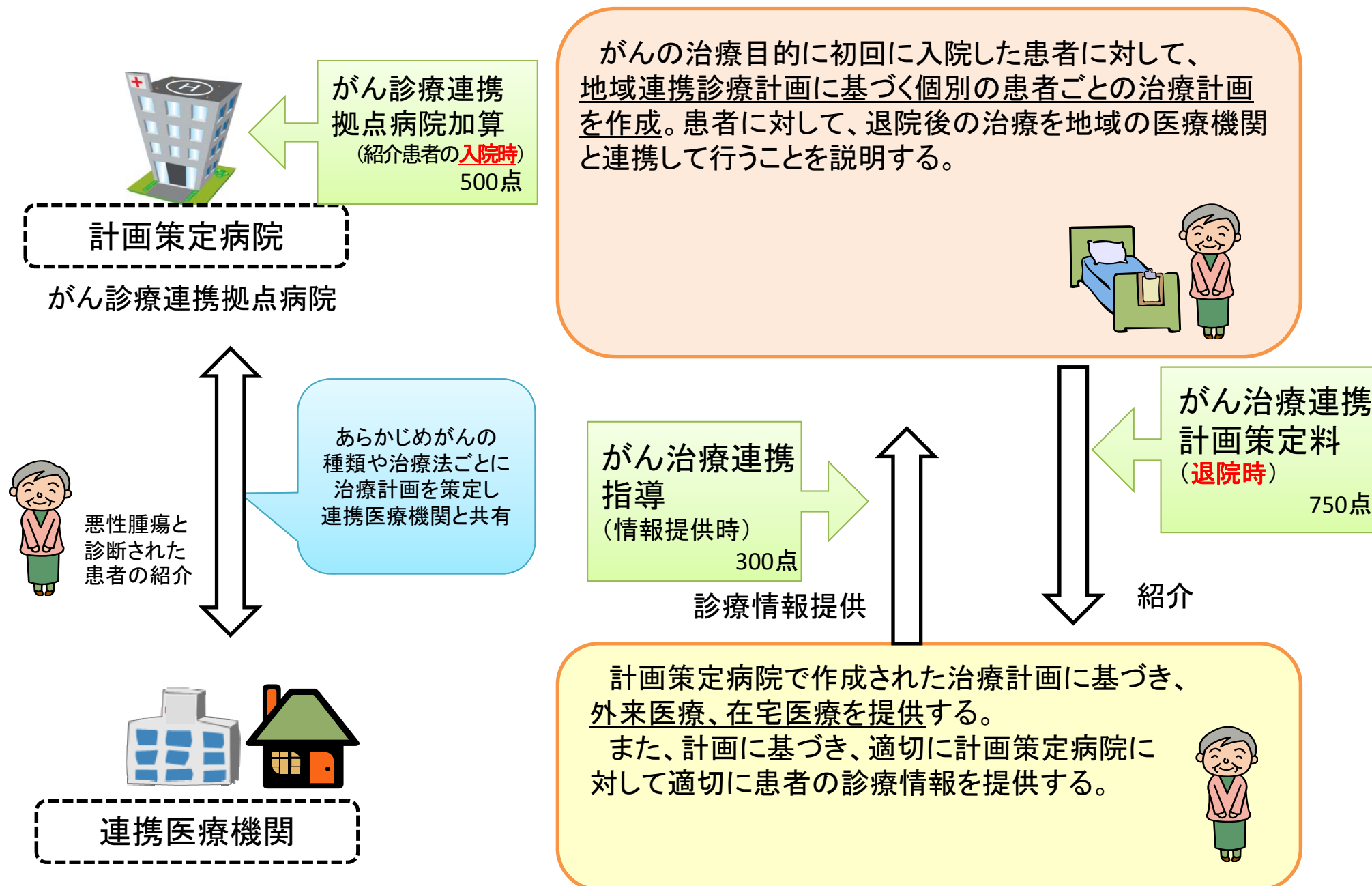
●がん患者に対する相談支援及び情報提供

※ 医師、看護師、薬剤師等
によるチーム医療の提供

都道府県

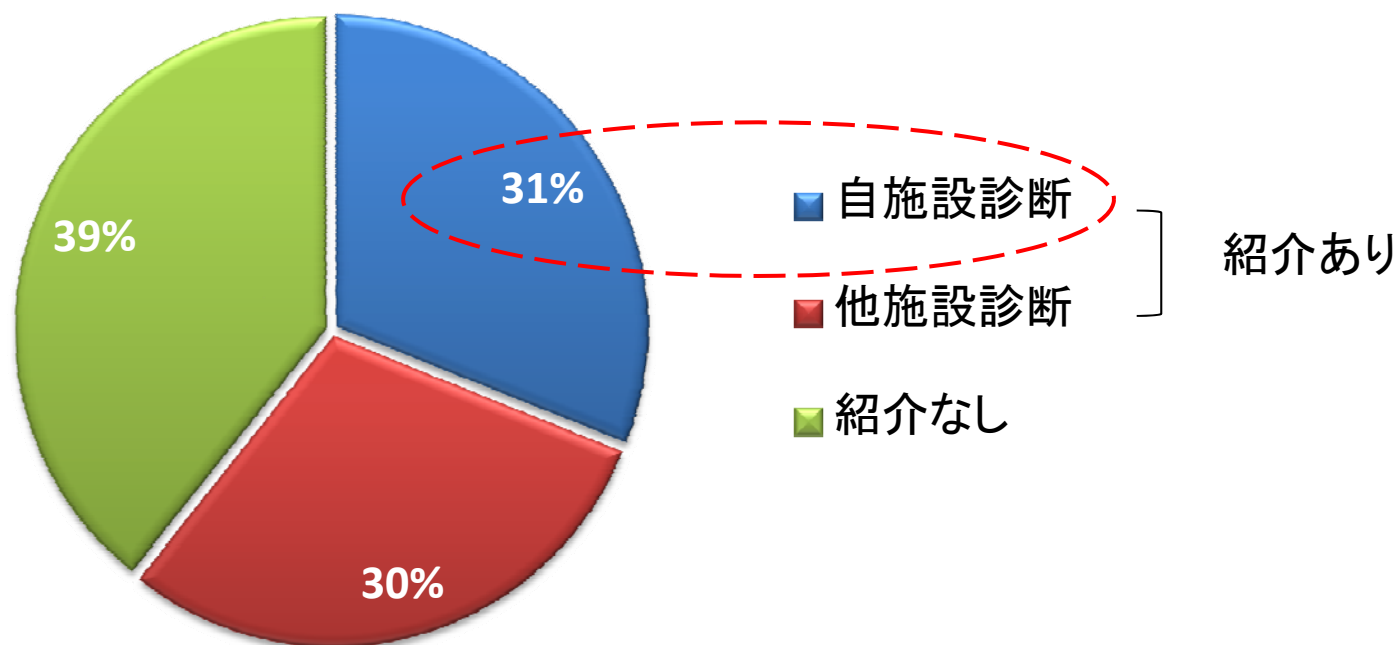


がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



がん診療連携拠点病院への紹介患者について

がん診療連携拠点病院の患者の紹介有無と診断施設の割合



がん診療連携拠点病院に紹介される患者のうち、約半数は未診断である。

がん診療の連携に関する評価と課題について①

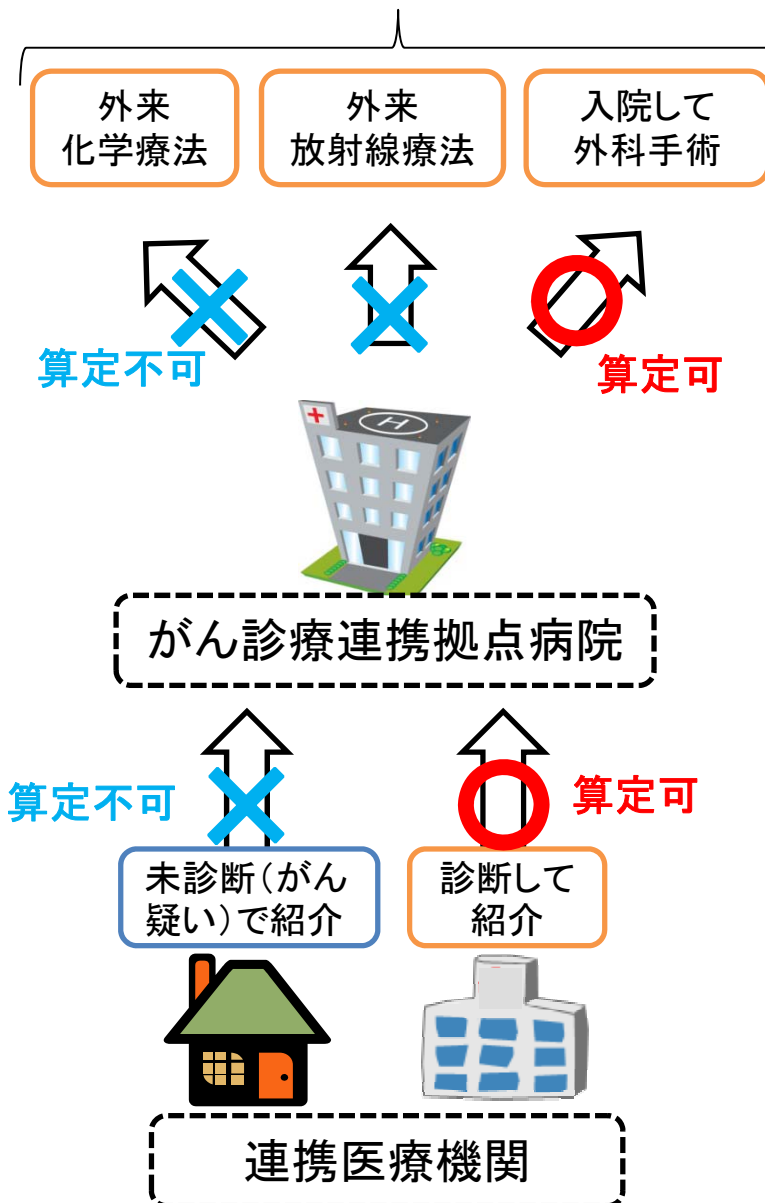
がん診療連携拠点病院加算

500点(入院初日)



悪性腫瘍と診断されて紹介された患者を入院させた場合に算定できるが、未診断で紹介された患者や、外来診療を行う患者等については算定できない。

主な治療内容の例



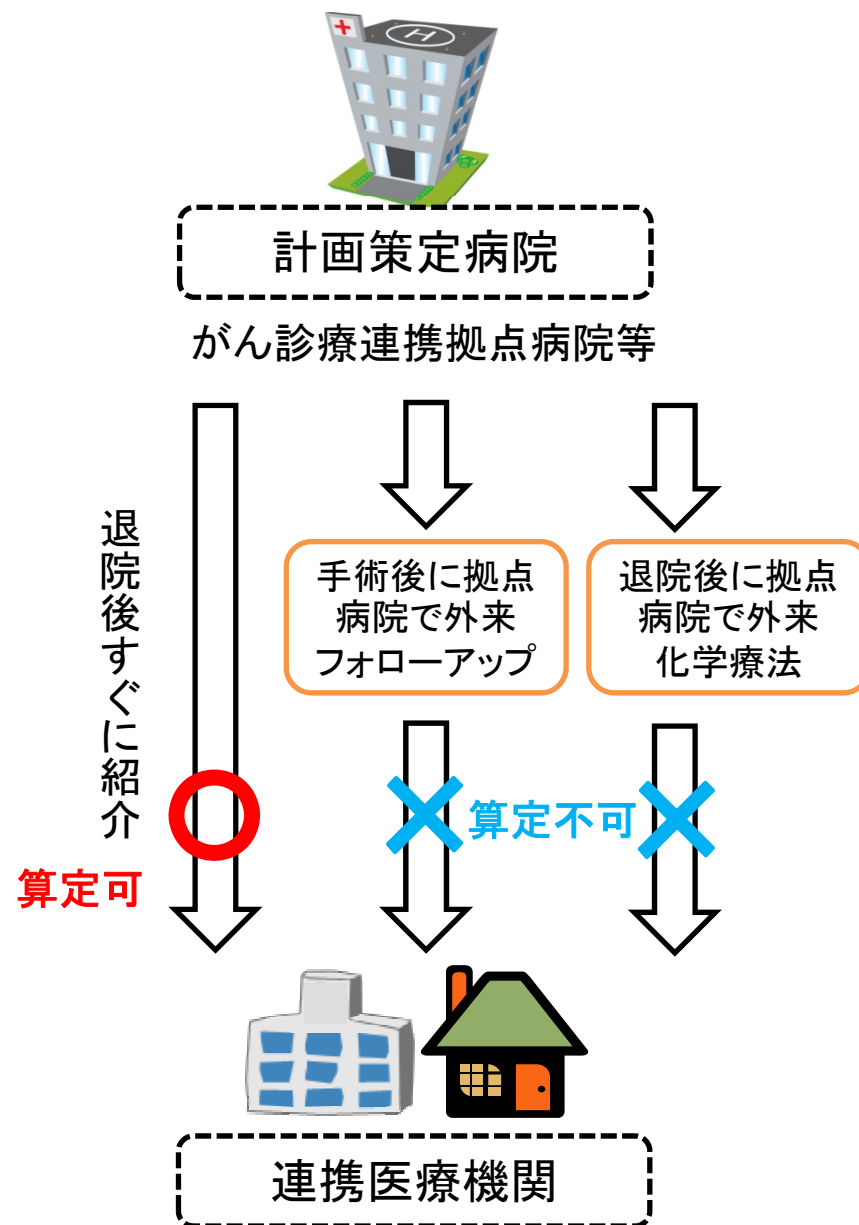
がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



がんの治療目的に入院した患者に対して退院時に算定できるが、**当該病院で外来フォローアップを行った後**に連携医療機関に紹介した等の場合には算定できない。



⑥認知症診療

認知症の早期鑑別の重要性について

認知症専門外来を受診した患者(275人)のうち、前医での診断結果が明らかな患者(204人)について前医での診断と専門外来での診断との比較

図1 紹介患者の前医での診断

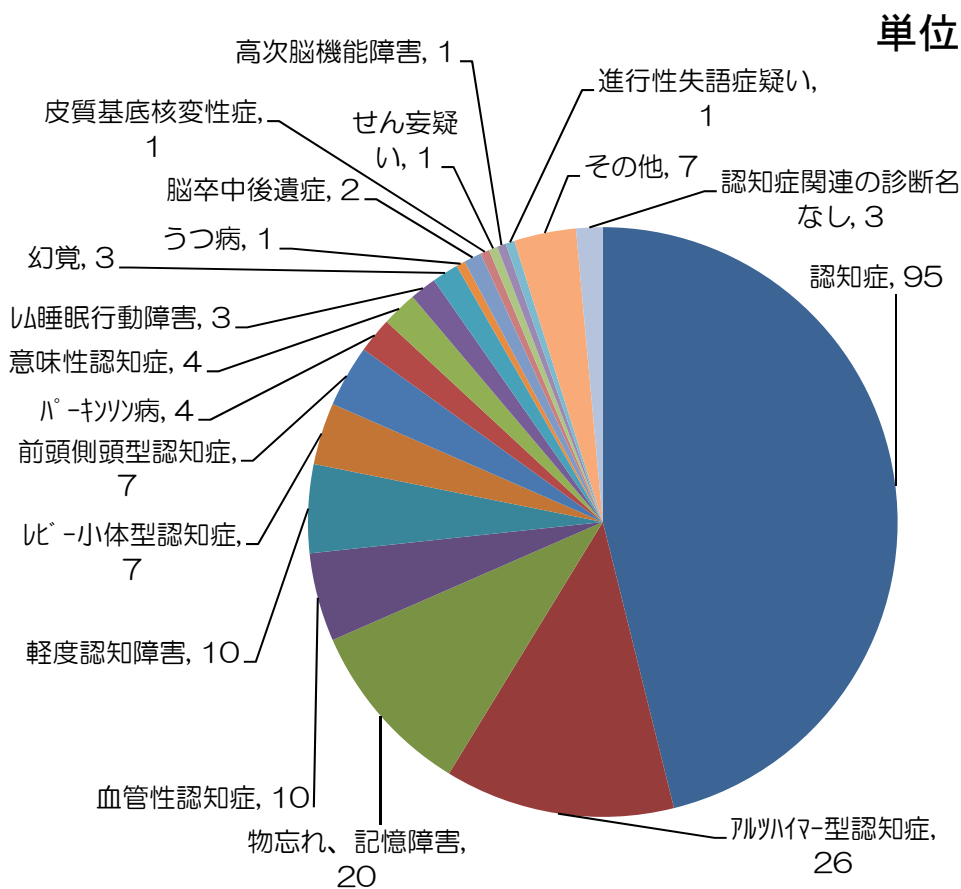
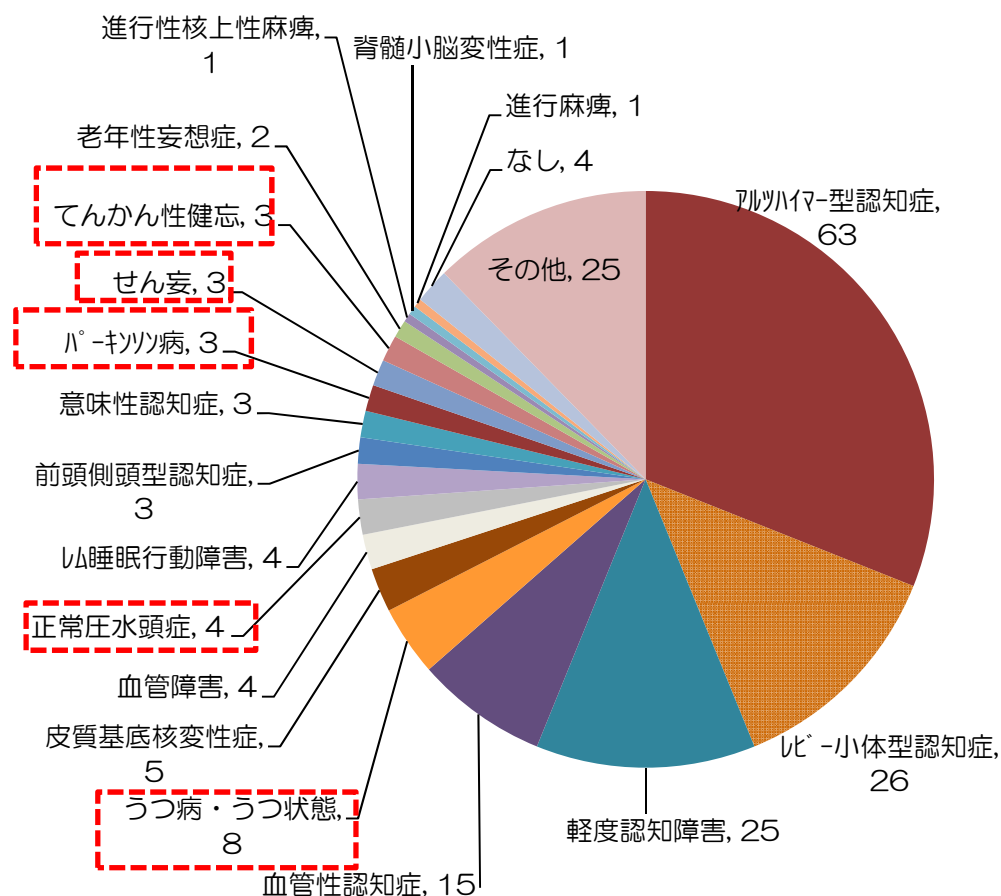


図2 紹介患者の認知症専門外来での診断



平成21年度 厚生労働科学研究「かかりつけ医のための認知症の鑑別診断と疾患別治療に関する研究」(主任研究者 池田学)

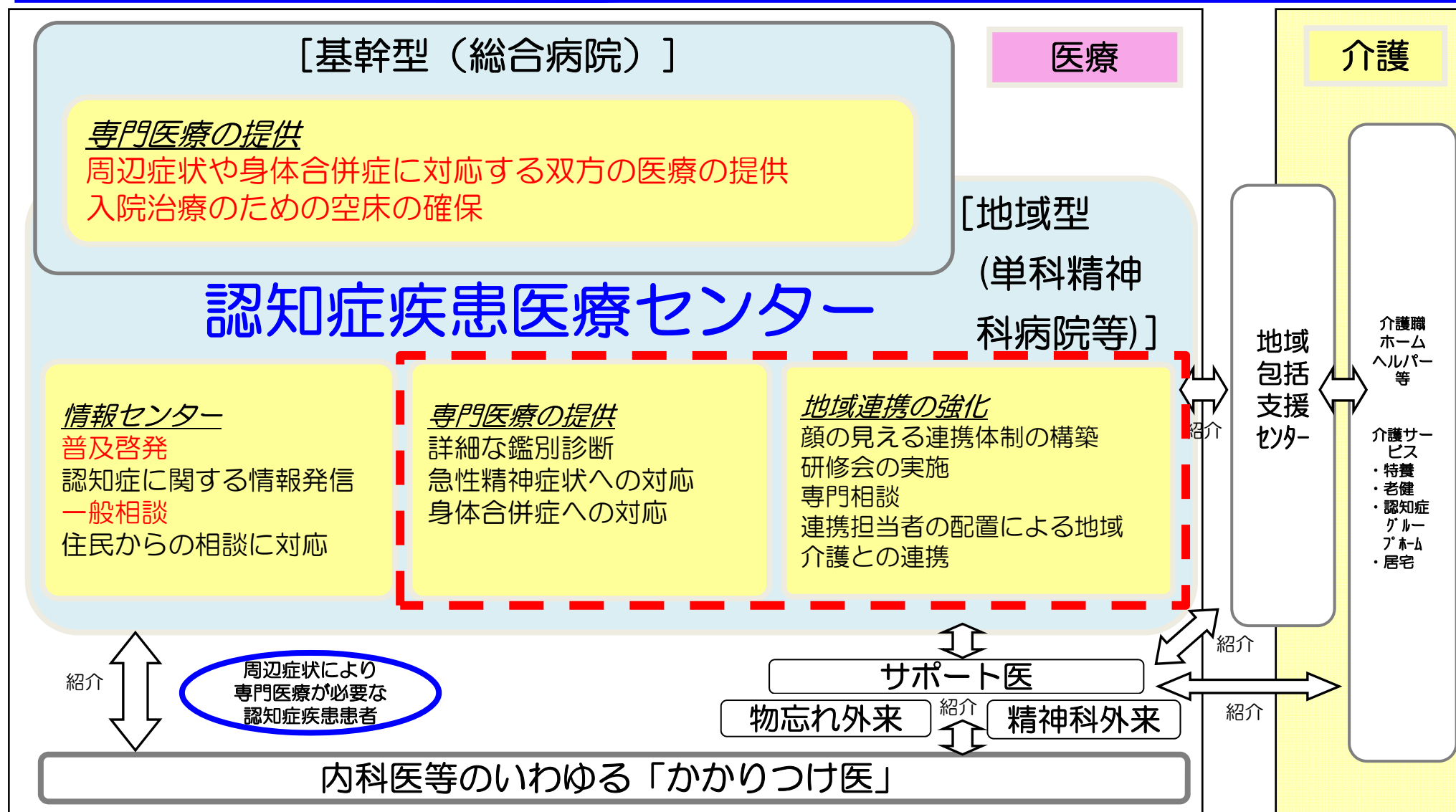
認知症疾患医療センター運営事業

認知症疾患医療センター

設置場所；身体的検査、画像診断、神経心理学的検査等の総合的評価が可能な病院に設置

設置数；全国（都道府県・指定都市）に約150ヶ所設置予定

人員；専門医療を行える医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等

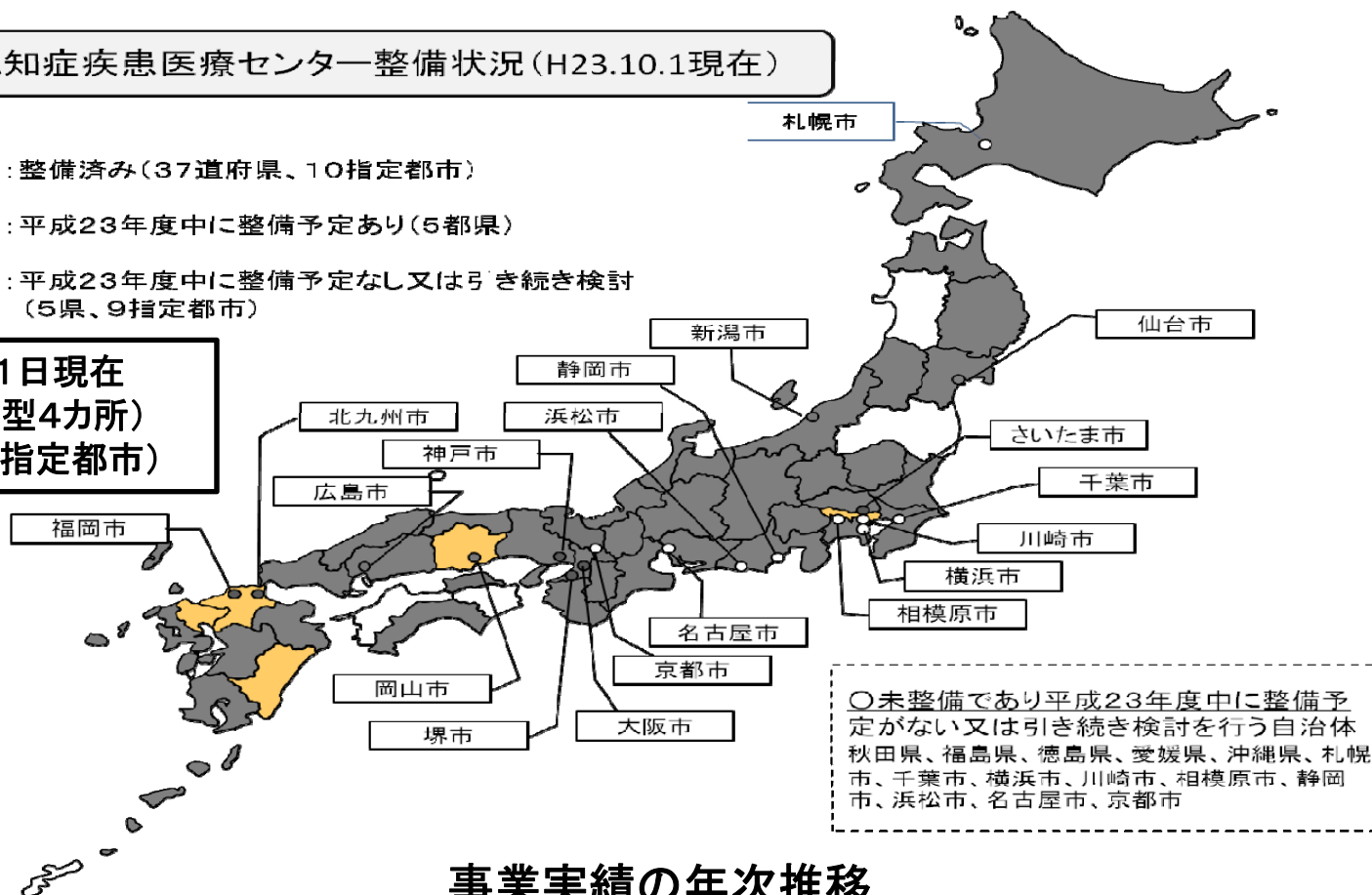


認知症疾患医療センター整備状況と事業実績

認知症疾患医療センター整備状況(H23.10.1現在)

- : 整備済み(37道府県、10指定都市)
- : 平成23年度中に整備予定あり(5都県)
- : 平成23年度中に整備予定なし又は引き続き検討(5県、9指定都市)

H23年10月1日現在
131カ所(基幹型4カ所)
(37道府県・10指定都市)



事業実績の年次推移

(件)

	センター数		鑑別診断		外来	
20年度	14	-	3,095	-	16,289	-
21年度	66	(+371%*)	12,336	(+299%*)	110,124	(+576%*)
22年度	97	(+593%*)	23,597	(+662%*)	185,762	(+1040%*)

※平成22年度から基幹型、地域型に分け事業を実施
(平成22年度の基幹型は1カ所)

(精神・障害保健課調べ)

認知症診断の連携に関する主な診療報酬

認知症専門医紹介加算

病院・診療所等



専門医療機関

- 認知症の疑いのある患者について、専門医療機関での鑑別診断等の必要性を認め、当該専門医療機関に対して、診察状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に算定。

認知症専門医療機関連携加算

病院・診療所等



専門医療機関

- 認知症専門医療機関において、既に認知症と診断された外来患者の症状増悪時に当該専門医療機関に診察状況を示す文書を添えて紹介を行った場合に算定

認知症専門診断管理料

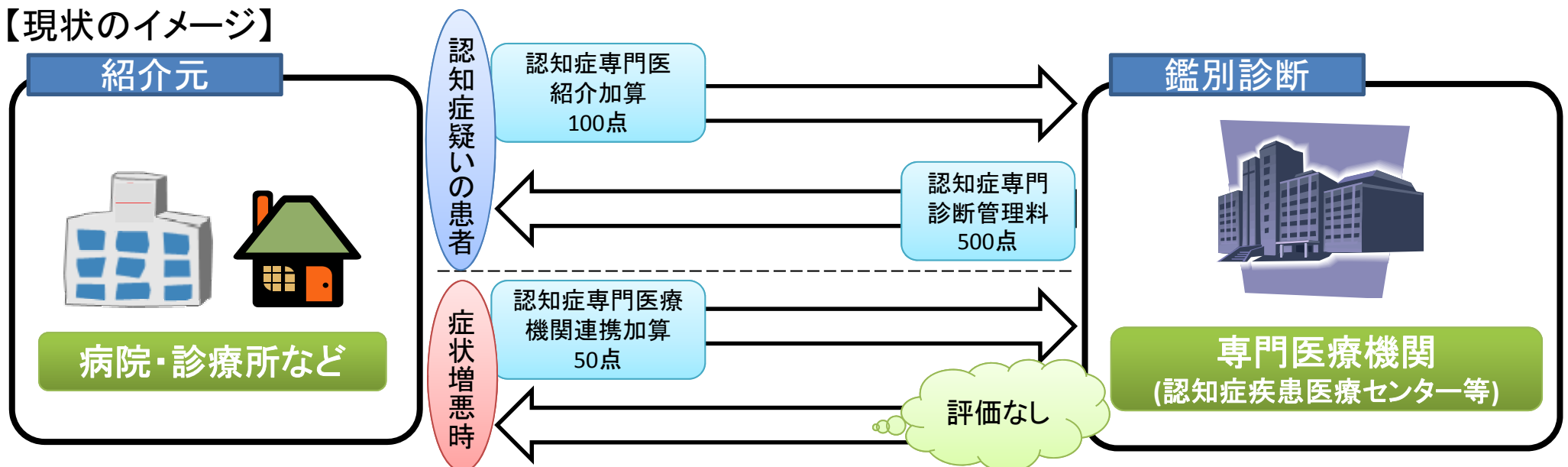
病院・診療所等



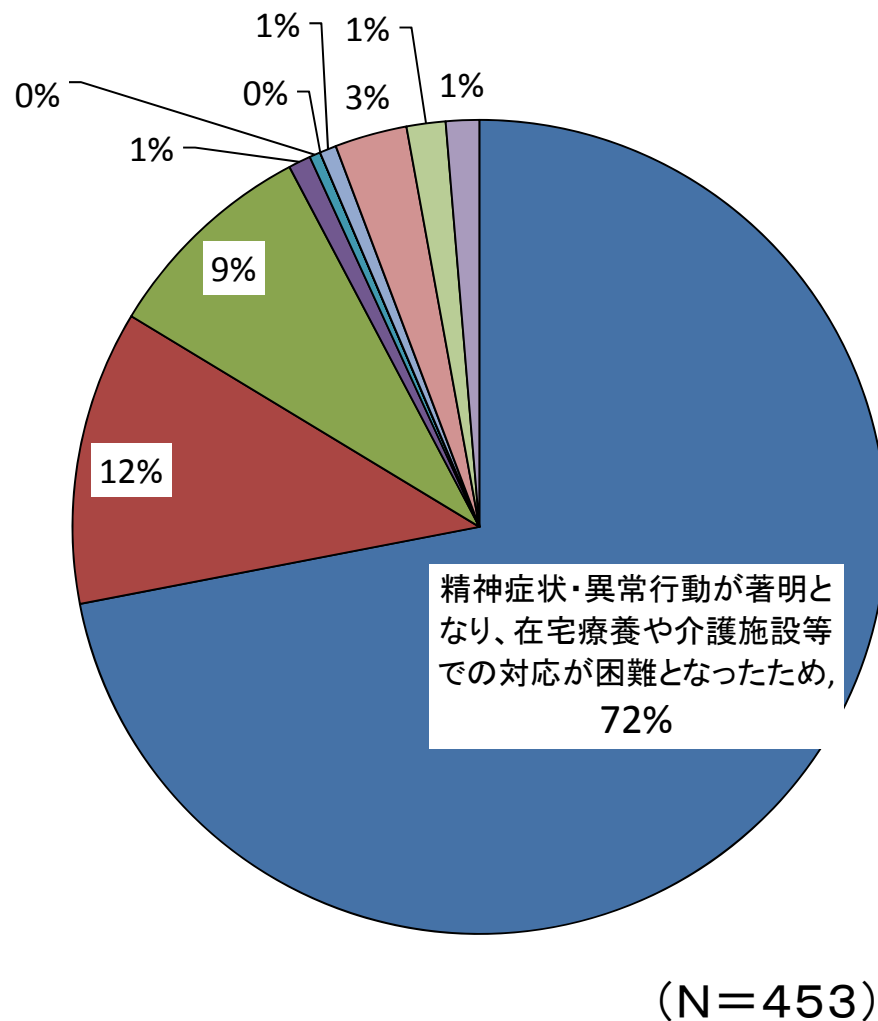
専門医療機関

- 認知症疾患医療センター等の専門機関が、紹介された患者に対して認知症の鑑別診断を行った上で療養方針を決定し、紹介を受けた他の保険医療機関に文書で報告した場合に算定

【現状のイメージ】



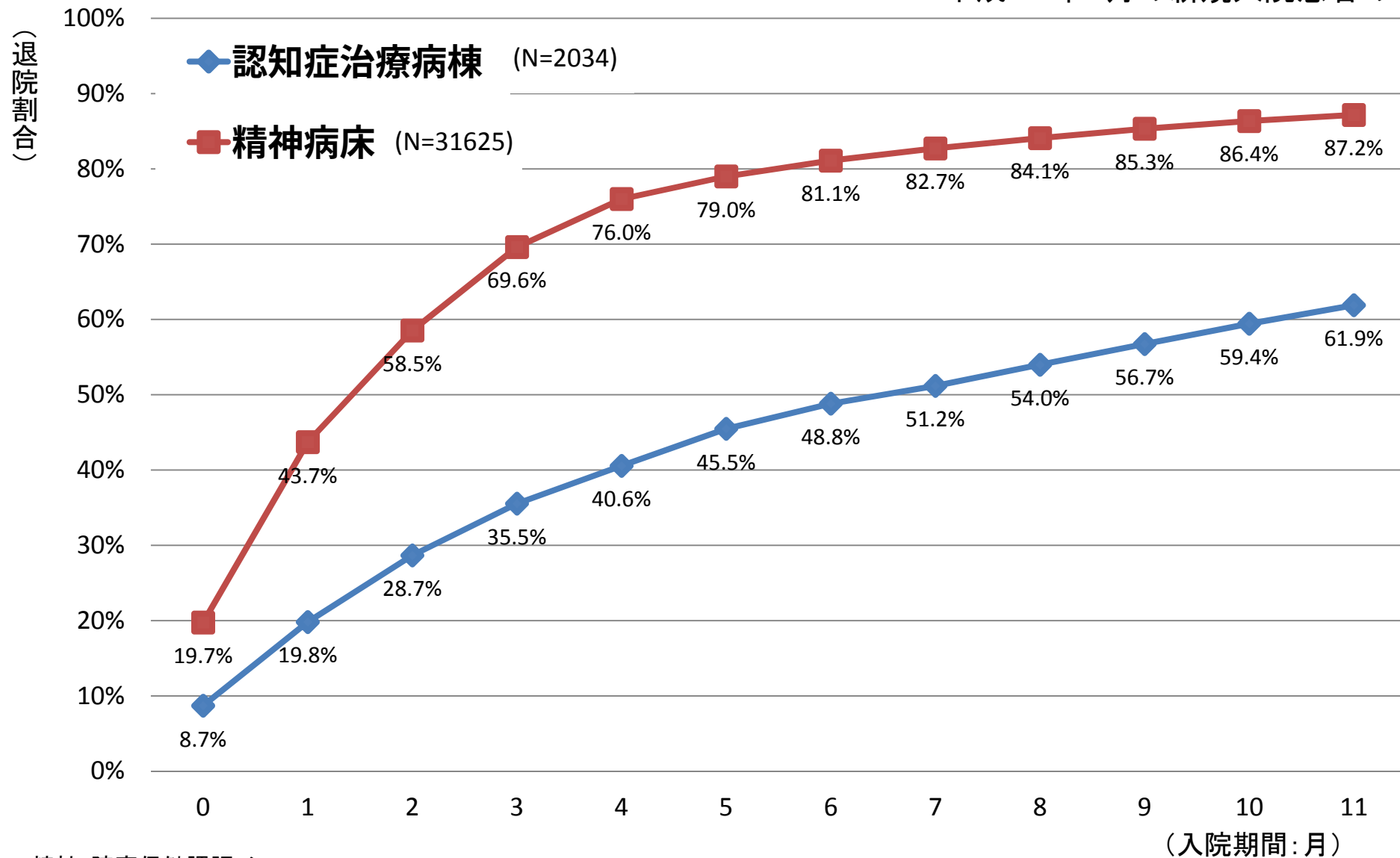
精神病床における認知症入院患者の入院理由



- 精神症状・異常行動が著明となり、在宅療養や介護施設等での対応が困難となったため
- 精神科以外の医療施設で身体合併症の治療を行っていたが、精神症状・異常行動が著明となり治療継続ができなくなったため
- 身体疾患の急性期状態が安定し、精神症状の加療が必要なため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われるが、適切な施設に空きがなかったため
- 精神症状は安定しており、精神科以外の医療施設や介護施設等でも対応できると思われ、適切な施設に空きはあったが、医療介護サービスの対応が困難と言われたため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅医療が確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、必要な在宅介護サービスが確保できないため
- 精神症状は安定しており、在宅療養でも対応できるが、家族の介護困難、又は介護者不在のため
- 上記以外で、家族等が強く希望するため
- その他

新規入院患者の月ごとの退院割合 (退院曲線)

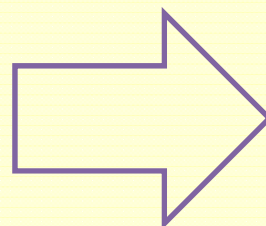
* 平成20年6月の新規入院患者のデータ



22年改定における認知症病棟入院料の見直し

- 認知症に対する入院医療については、**認知症の行動・心理症状(BPSD)等の対応を行う役割**を担っているため、名称を「**認知症治療病棟入院料**」に改め、特に手厚い対応が必要な入院早期の評価を引き上げた。

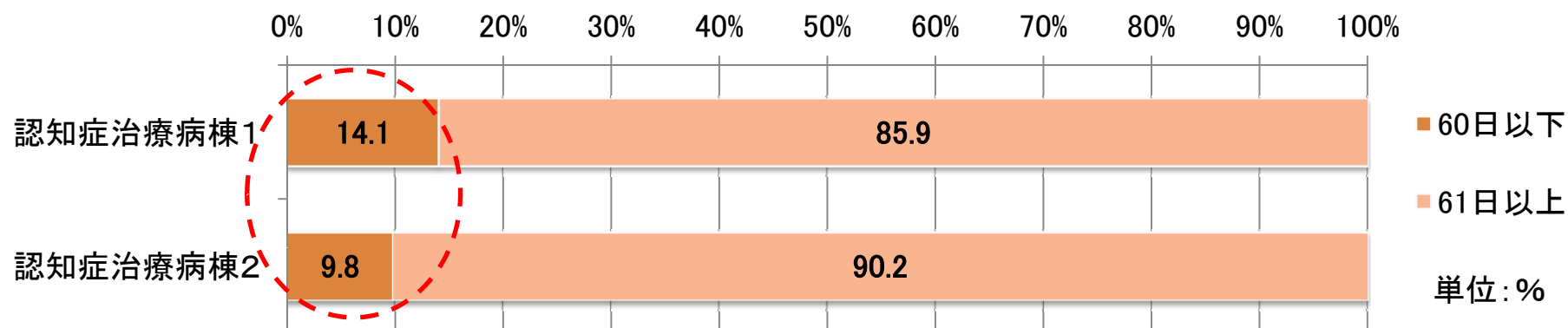
認知症病棟入院料1 (20対1)	
イ 90日以内の期間	1,330点
ロ 91日以上	1,180点
認知症病棟入院料2 (30対1)	
イ 90日以内の期間	1,070点
ロ 91日以上	1,020点



認知症治療病棟入院料1 (20対1)	
イ 60日以内の期間	1,450点 
ロ 61日以上	1,180点
認知症治療病棟入院料2 (30対1)	
イ 60日以内の期間	1,070点
ロ 61日以上	970点 

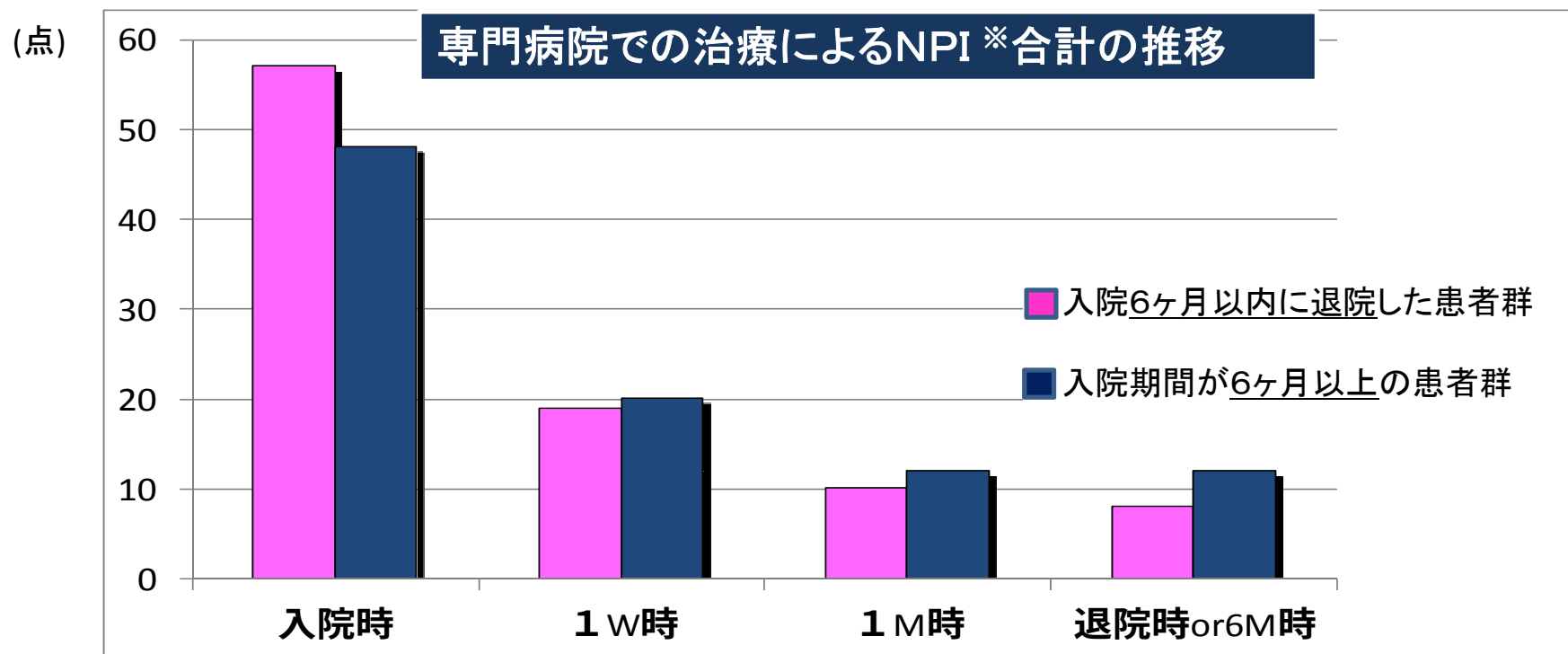
認知症治療病棟1:看護職員20対1・看護補助者25対1
 認知症治療病棟2:看護職員30対1・看護補助者25対1

【在院日数の状況】



出典: 社会医療診療行為別調査

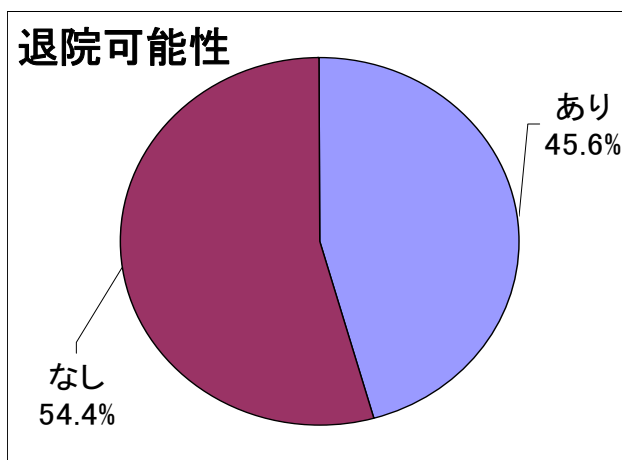
入院経過に伴うBPSD症状の変化



*NPI (Neuro Psychiatric Inventory) とは、BPSDの有無、程度、変化を半定量的に評価。

- 入院後6ヶ月以内に退院した患者群と入院期間が6ヶ月以上の患者群共に、入院1ヶ月時点でBPSDはほぼ改善している。
- BPSDの治療に要する期間は約1ヶ月が妥当と考えられ、入院後、すみやかに退院に向けてサービス調整を行う必要がある。

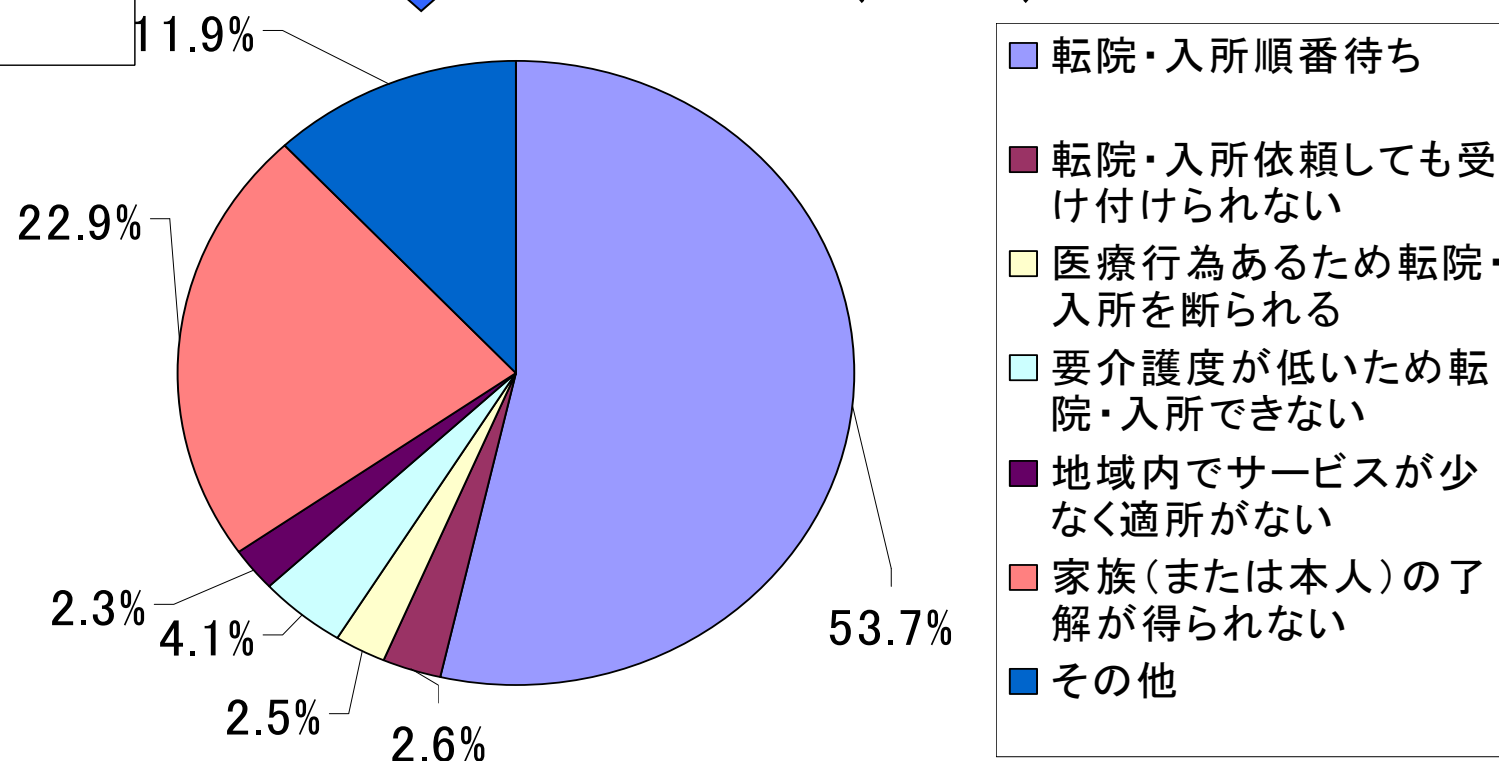
認知症病棟に入院中の患者の退院可能性に関する調査



調査対象：民間の精神科病院 199施設において、
91日以上認知症病棟に入院している患者
(有効回答数1829名)

退院可能性ありの患者が 退院に結び付かない理由

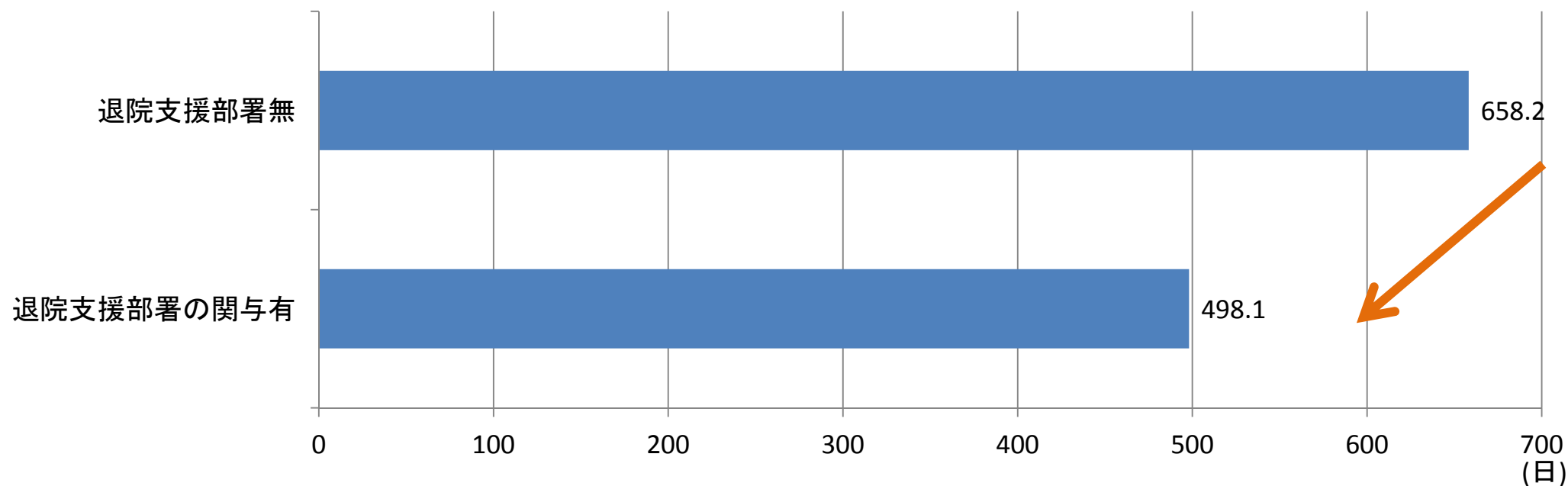
(n=834)



認知症治療病棟における 退院支援部署の有無による平均在院日数の違い

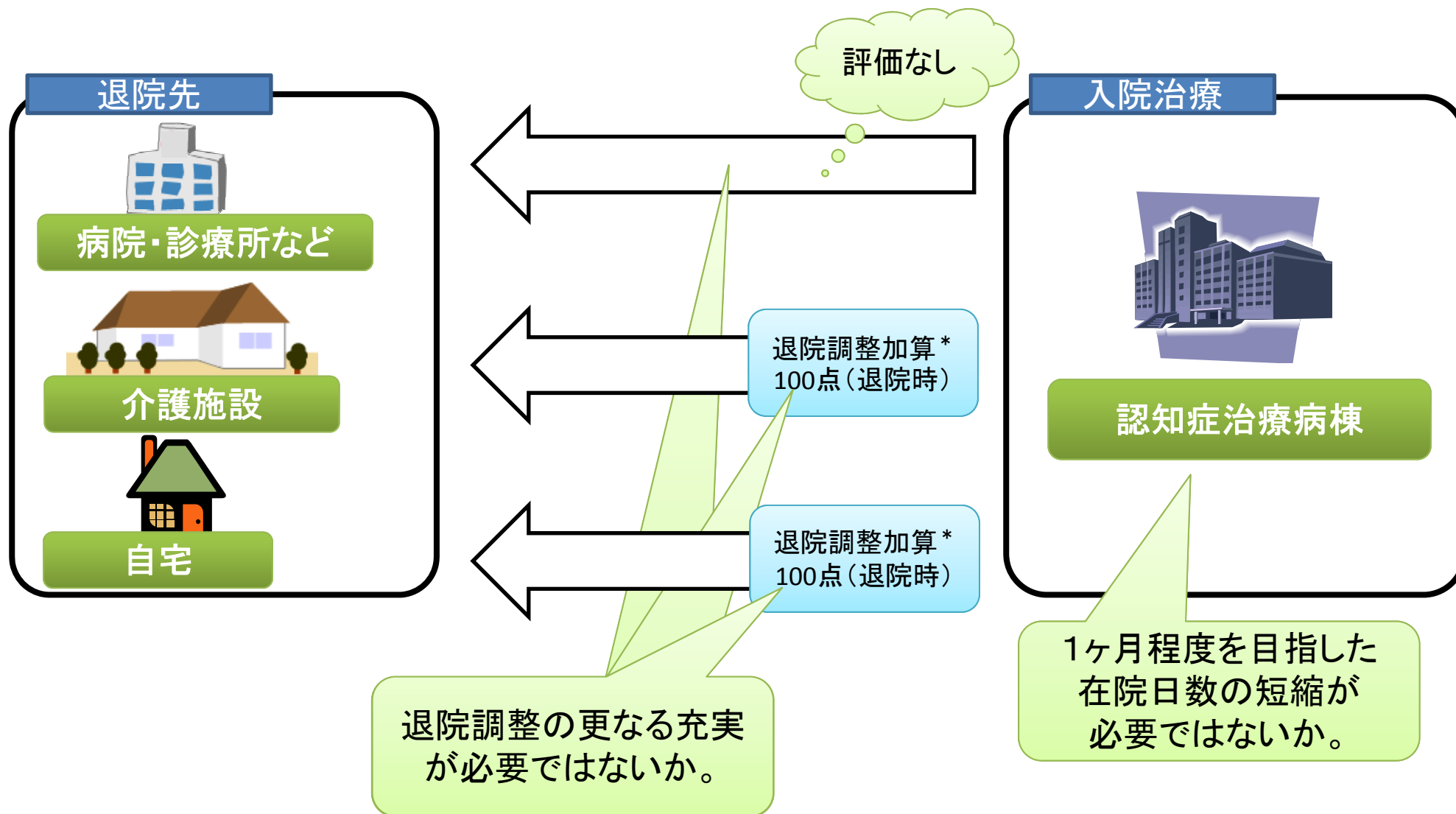
認知症治療病棟入院料（平成23年6月）

N=422



出典：平成23年検証調査

認知症入院医療の診療報酬における主な評価 (模式図、現状)

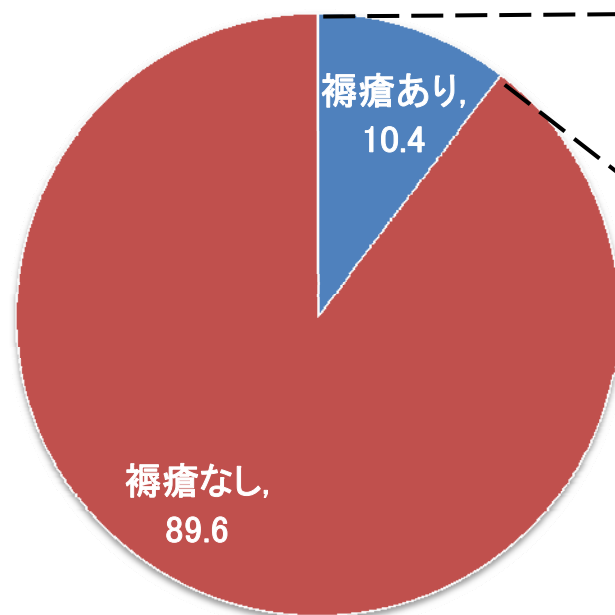


* 現在の算定要件は「当該保険医療機関内に、専従の精神保健福祉士及び専従の臨床心理技術者が勤務しており、退院支援計画の作成等の退院調整を行っていること。」であり、退院支援部署の設置等は要件化されていない。

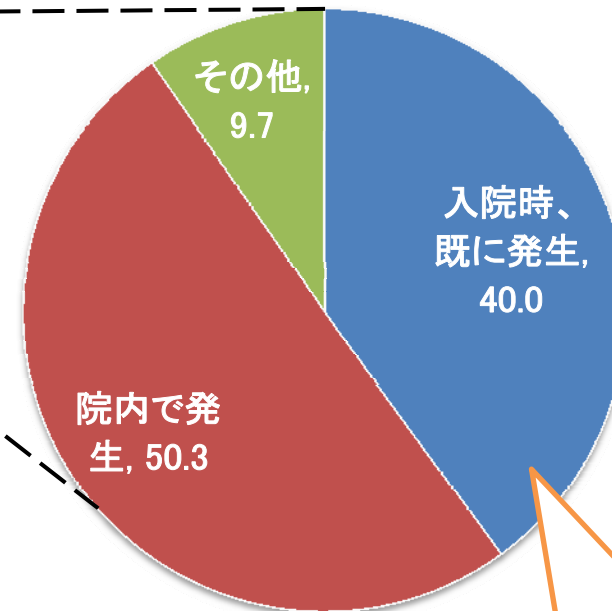
⑦慢性期医療

療養病棟における褥瘡の状況について

【褥瘡の有無】



【褥瘡の発生場所】



対象病院：療養病棟入院基本料算定する684病院
対象患者：平成20年度の6ヶ月間に入院した患者40,016名

入院時、既に発生している褥瘡が後方病院における受入の妨げとなっている。

療養病棟入院基本料と褥瘡について

療養病棟入院基本料 1

【算定要件】

20:1配置(医療区分2・3が8割以上)

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	934	1,369	1,758
ADL 区分2	887	1,342	1,705
ADL 区分1	785	1,191	1,424

療養病棟入院基本料 2

【算定要件】

25:1配置

	医療区分 1	医療区分 2	医療区分 3
ADL 区分3	871	1,306	1,695
ADL 区分2	824	1,279	1,642
ADL 区分1	722	1,128	1,361

褥瘡に対する治療を行っている状態* → 医療区分2

* 第2度(皮膚の部分的喪失)以上または2カ所以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者

治療により褥瘡が治ると → 医療区分1

治療後、報酬が減額する。

褥瘡に関するQI(Quality Indicator)

QI(Quality Indicator)

- ◆ 医療療養病棟における褥瘡等に関する治療・ケアの内容を評価する指標であり、慢性期分科会において平成19年に提唱された。
- ◆ QIの値は0%～100%に分布し、100%に近いほど、当該病棟の治療・ケアの質に問題がある可能性がある。

注) 現行では、個別の病院に対して、QIを公表することは義務づけられていない。

【QIの状況】

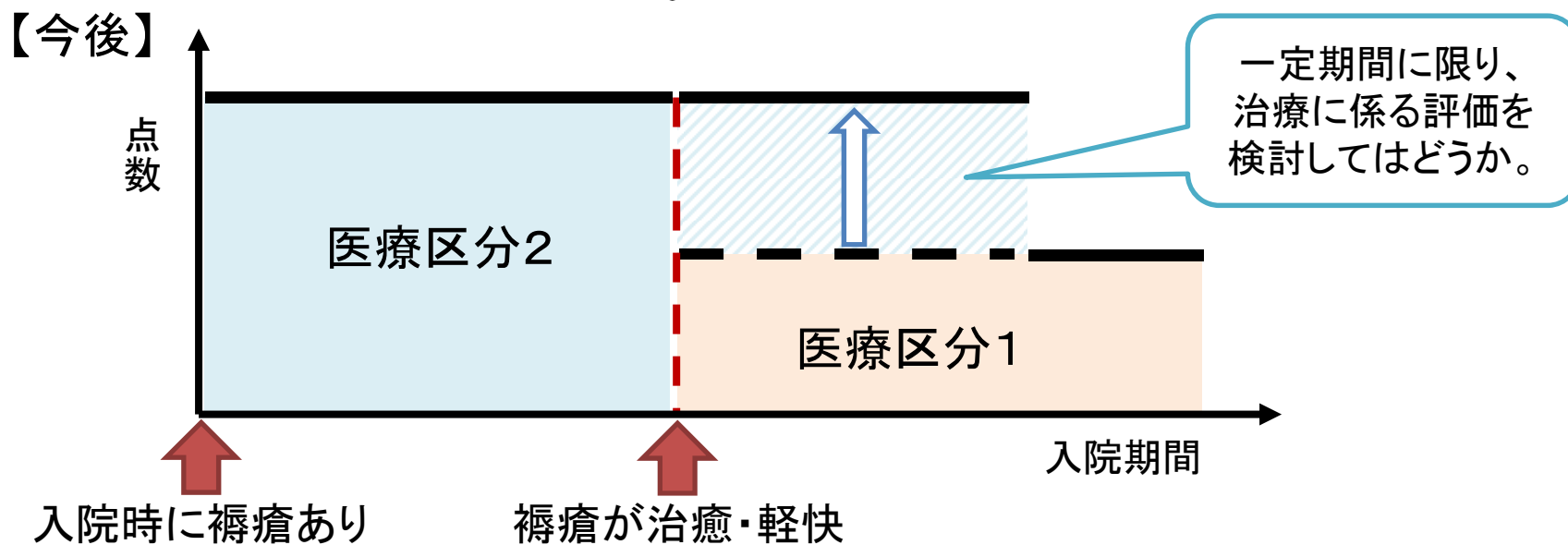
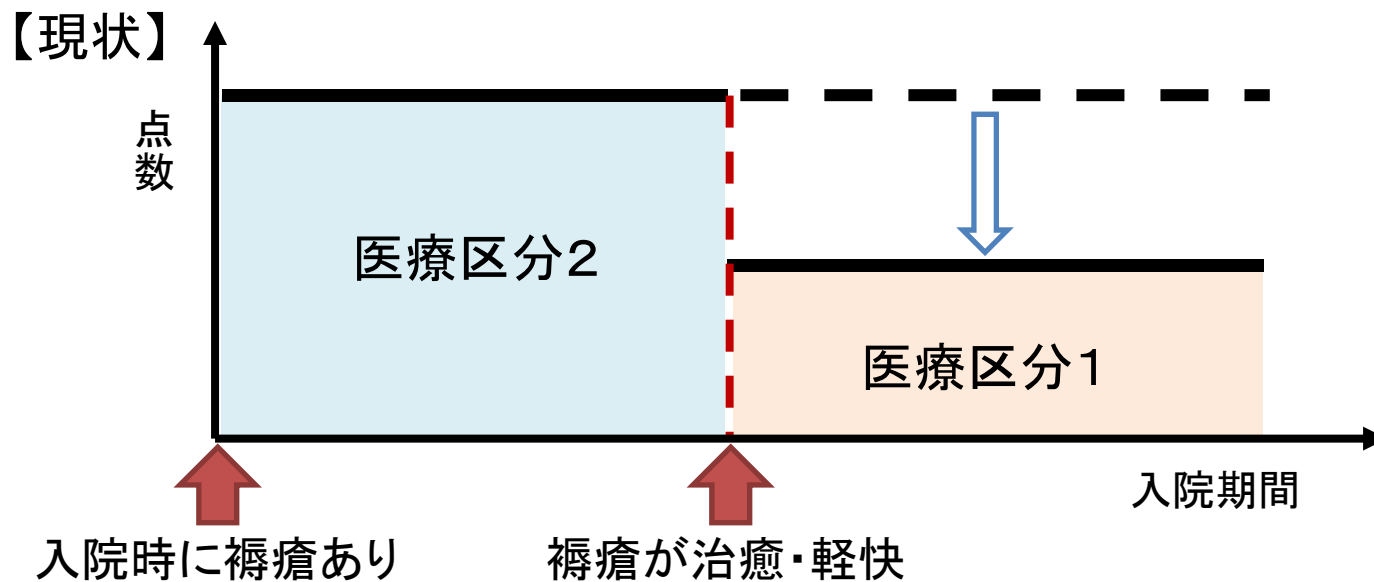
年次	QI算出結果										
	病院数	分母の患者数	平均値	標準偏差	最小値	最大値	25%分位点	75%分位点	平均+2標準偏差	はずれ値病院数	はずれ値病院割合
平成18年度調査	20病院	2,057人	10.8%	5.7%	3.2%	20.8%	6.4%	17.0%	22.2%	0病院	0.0%
平成20年度調査	20病院	1,832人	9.8%	4.8%	1.4%	22.4%	7.1%	12.7%	19.5%	1病院	5.0%
平成22年度調査	20病院	771人	5.2%	5.3%	0.0%	20.0%	0.0%	8.8%	15.7%	1病院	5.0%

※過去3回の調査、いずれにも回答のあった20病院についてのデータを算出。

(参考) QIの算出方法	分子	分母
	第2度以上または2カ所以上の褥瘡があり、褥瘡の治療を実施している患者 ※「第2度」の褥瘡：皮膚の部分的喪失；びらん、ただれ、水疱、浅いくぼみ	全患者

「平成23年度慢性期入院医療の包括評価調査分科会報告書」より

褥瘡の治療に係る評価のイメージ



医療連携の充実に向けた課題と論点

【課題】

- ・救命救急センターへの軽症・中等症の患者搬送件数が増加し、受入れできない事例も増加している。
- ・救急搬送患者地域連携紹介・受入加算は、一定の効果は認められたが、活用は限定的である。
- ・療養病棟等における、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入れを評価する初期加算は、一定の効果は認められたが、活用は限定的である。
- ・小児のNICUから院内の小児一般病棟への転棟は進んでいるが、重症児（者）受入連携加算を算定するような後方病院への転院や在宅療養への移行が課題である。
- ・精神疾患を有する救急搬送患者の多くは精神科病院ではなく、救命救急センターや一般病院で受入れられており、救急後の精神科病院との連携が課題である。
- ・がん診療に係る連携の評価を行っているが、診療内容が多様化し、活用は限定的である。
- ・認知症対策として早期の鑑別診断が課題であるとともに、入院の主たる原因であるBPSDについては概ね1ヶ月程度の治療で改善するとの報告がある一方で、入院患者のほとんどが60日以上入院している。
- ・急性期後の患者等を慢性期病院で受入れる上で、入院時既に発生している褥瘡が連携の妨げとなっている。

【論点】

- 救急病院と後方病院とのより一層の連携を図るため、救急搬送患者地域連携紹介・受入加算の要件について、どのように考えるか。
- 亜急性期・慢性期病院における、急性期後の患者や在宅からの軽症患者の受入機能の充実を図るための退院調整や医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- NICUに入院した小児について、後方病院への転院や在宅療養への移行を図るための退院調整や医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- 一般救急や精神科救急と連携して、精神疾患を有する救急搬送患者の紹介・受入を行っている精神科分野における医療連携に対する評価について、どのように考えるか。
- がん診療における医療連携の評価に係る要件について、どのように考えるか。
- 認知症専門医療機関と地域の医療機関との連携の推進、入院期間の短縮を図るための退院調整に対する評価について、どのように考えるか。
- 慢性期病院で急性期後の患者等を受入れるに当たって、褥瘡の治療に係る評価について、どのように考えるか。併せて、医療の質に関する内容の公表について、どのように考えるか。