

# 大館市 病院長・事務長懇談会

## 「情勢報告」

～国の施策と地域の現状について～

平成27年2月26日

大館市立総合病院

医事課 工藤 賢一

# 本日の内容

- 1.地域包括ケアシステムについて
- 2.医療介護総合確保推進法と病床機能報告制度
- 3.地域の現状
- 4.急性期医療機関としての総合病院の現状
- 5.中長期的な将来展望

## 1.地域包括ケアシステムの概要

- ・地域包括ケアシステム
- ・地域包括支援センター
- ・地域包括ケア病棟
- ・地域トータルケアシステム
- ・地域ケア体制整備構想

似て非なるもの・・・？

似て相互に関連するもの？

# 1.地域包括ケアシステムの概要

「地域包括ケアシステム」の起源は？

広島県尾道市みつぎ総合病院山口昇医師が提唱し、1984年より町の保健福祉部門と協働で「寝たきり予防」から実践しはじめた、「地域包括ケアシステム」が最初、といわれます。

現在、「地域包括ケア」については、各人がそれぞれ異なるイメージを抱いているように思われる。われわれの手法は、中山間地域型である。都市部は都市型の手法が必要であろう。それぞれの地域に見合った地域包括ケアシステムを構築しなければならない。

広島県では平成24年に地域包括ケア推進センターを設置し、125の日常生活圏域に125通りの地域包括ケアシステムを構築して、高齢者が安心して住める地域づくりを進めており、これを今後、全国に発信していきたい。

山口 昇

（「日本医師会雑誌第143巻第4号巻頭言」より抜粋）

国(厚生労働省)では、  
「社会保障制度改革」(「社会保障と  
税の一体改革」)を推進。

「地域包括ケアシステム」とどのよう  
な関係があるのか？

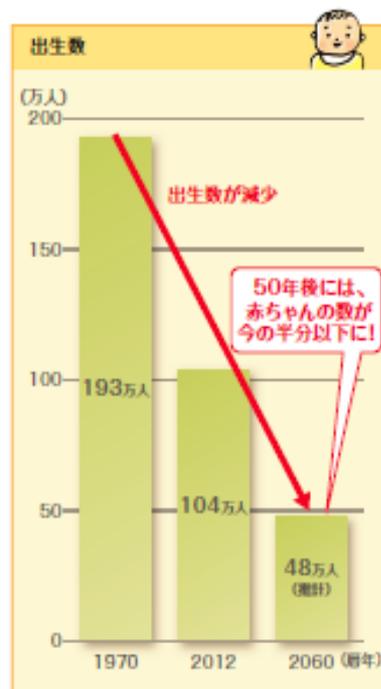
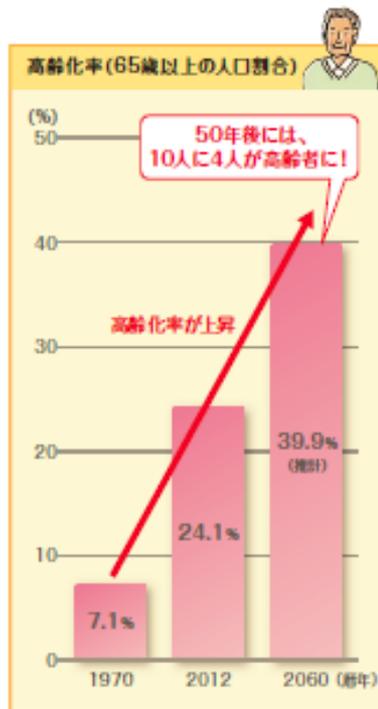
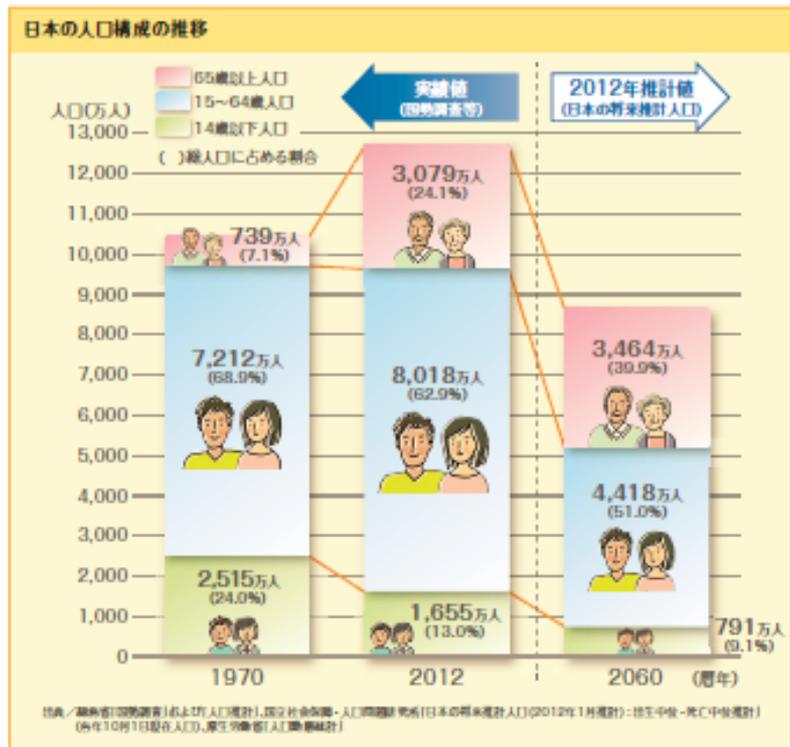


# 改革の背景 少子高齢化と いう社会情勢の変化

社会保障は、医療、介護、年金、子育てなどにかかる費用の負担をみんなで分かち合い、支え合う制度です。この制度の前提となる社会情勢は、現在の社会保障制度がつくられた1970年代と今日では、大きく変わってきています。

## 急速にすすむ少子高齢化

現在の日本では急速な高齢化と少子化が同時にすすんでいます。子どもが少なくなり、高齢者が増加するということは、世の中の経済を支える現役世代(生産年齢人口)の割合が減少するということです。



## 社会保障を支える、現役世代の減少

2060年には総人口が9,000万人程度となり、高齢化率は40%近くになると予想されます。このまま、高齢化によって急増する社会保障費用を現役世代が支えていくのは限界があります。

社会情勢の変化に対応した制度の実現と、みんなで支え合う取り組みが必要です

## 「社会保障制度改革」の概要から医療部分を抜粋

- 病院・病床機能の分化・強化と連携
- 地域間・診療科間の偏在の是正
- 予防対策の強化
- 在宅医療の充実
- 地域包括ケアシステムの構築
- ケアマネジメントの機能強化
- 平均在院日数の減少
- 外来受診の適正化
- ICT活用による重複受診や重複・過剰薬剤投与の抑制
- 介護予防、重症化予防

# 「次期診療報酬改定における社会保障・税一体改革関連の基本的な考え方」(概要)

(平成25年9月6日 社会保障審議会 医療保険部会・医療部会)

## 基本的な考え方

### <高度急性期・一般急性期>

- 病床の機能の明確化と機能に合わせた評価
- ・平均在院日数の短縮
- ・長期入院患者の評価の適正化
- ・重症度・看護必要度の見直し
- ・入院早期からのリハビリの推進 等

### <回復期(亜急性期入院医療管理料等)>

- 急性期を脱した患者の受け皿となる病床の整備
- ・急性期病床からの受入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時の受入れなど病床機能を明確化した上で評価 等

### <長期療養>

- 長期療養患者の受け皿の確保

### <その他>

- 医療資源の少ない地域の実情に配慮した評価
- 有床診療所の機能に応じた評価

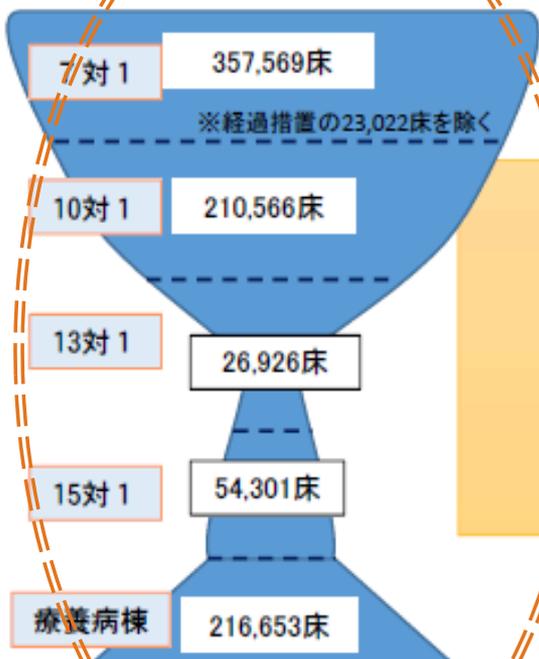
### <外来医療>

- 外来の機能分化の推進
- ・主治医機能の評価 等

### <在宅医療>

- 質の高い在宅医療の提供の推進
- ・在宅療養支援診療所・病院の機能強化 等

### <現在の姿>

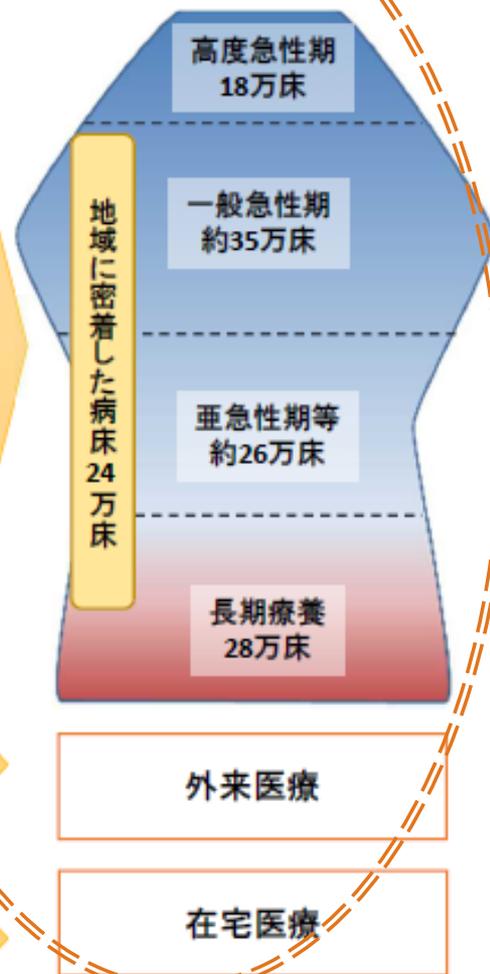


フイングラス型

から砲弾型

(ヤクルト型)へ

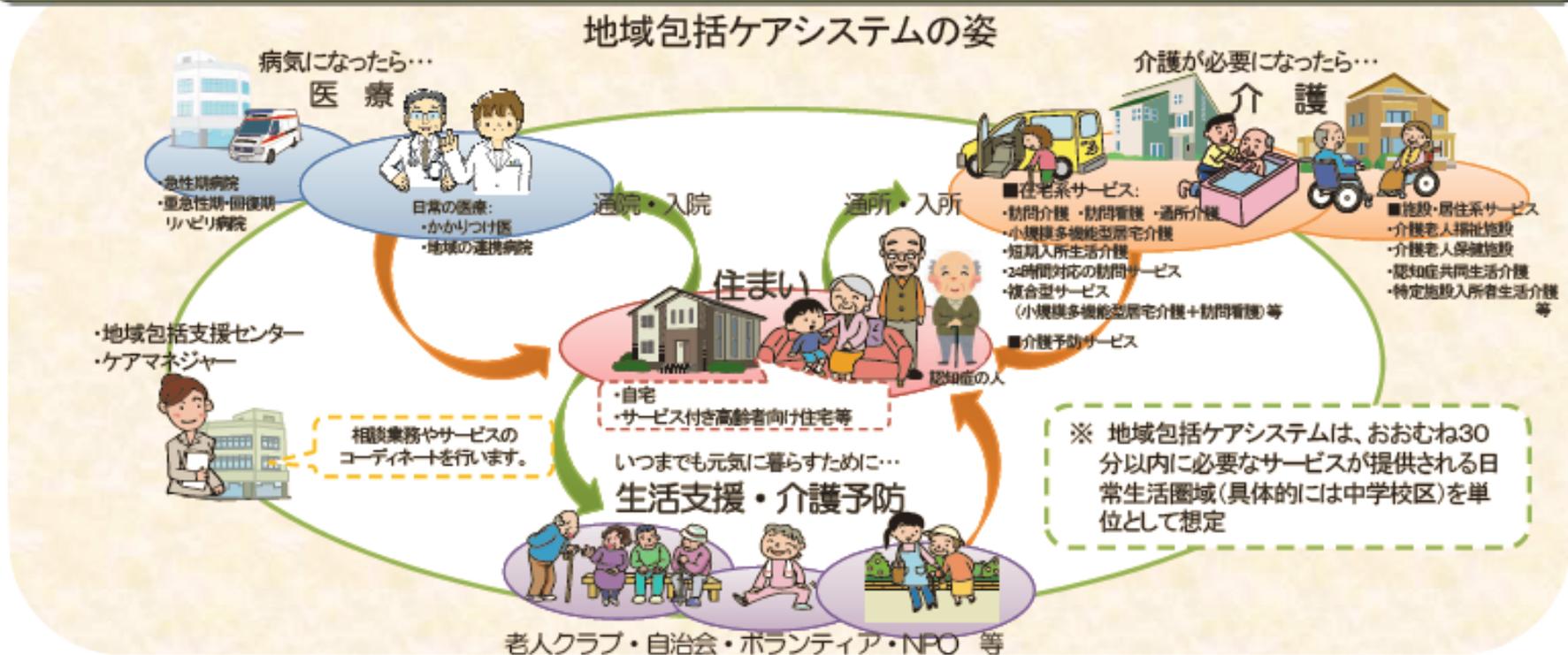
### <2025年(平成37年)の姿>



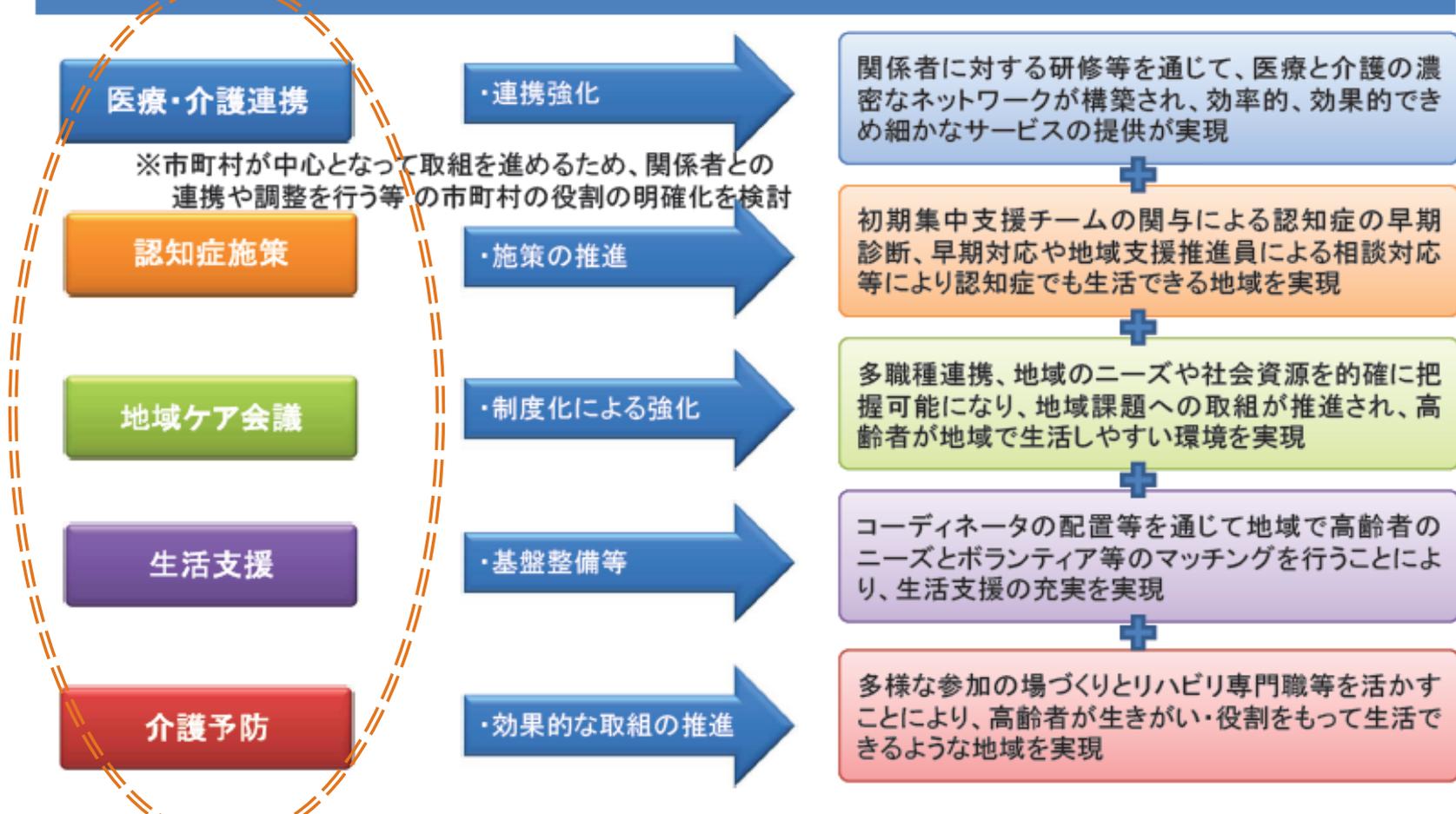
# 地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差**が生じています。
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つき、地域の特性に応じて作り上げていく**ことが必要です。

## 地域包括ケアシステムの姿



# 医療・介護連携・認知症施策・地域ケア会議・生活支援・介護予防の充実・強化



- 地域包括ケア実現のため、上記の充実・強化の取組を地域支援事業の枠組みを活用し、市町村が推進。
- あわせて要支援者に対するサービスの提供の方法を給付から事業へ見直し。
- これらを市町村が中心となって総合的に取り組むことで地域で高齢者を支える社会が実現。

ここで特に、

**「医療と介護の連携」**

**について考えます。**

# 地域における医療・介護の総合的な確保を図るための改革

改革の目的： 今回の医療・介護の改革は、プログラム法の規定に基づき、**高度急性期から在宅医療・介護までの一連のサービスを地域において総合的に確保**することで地域における適切な医療・介護サービスの提供体制を実現し、患者の早期の社会復帰を進め、住み慣れた地域での継続的な生活を可能とすること

## 効率的かつ質の高い医療提供体制の構築



## 地域包括ケアシステムの構築

計画

基金

■医療及び介護サービスの総合的な計画の策定と、医療・介護を対象とした新たな財政支援制度

- ・都道府県が策定する医療計画と介護保険事業計画を、一体的・強い整合性を持った形で策定（両者を包括する基本的な方針）
- ・消費税増収分を活用した新たな財政支援制度（各都道府県に基金を設置）を法定化（医療・介護とも対象）

### ■地域での効率的・質の高い医療の確保

#### ○病床の機能分化・連携

- ・各医療機関が医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告
- ・都道府県は、報告制度等を活用し、各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来のあるべき姿（地域医療構想（ビジョン））を策定
- ・地域医療構想（ビジョン）は、医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議により推進することを基本。なお、医療機関相互の協議の合意に従わない医療機関が現れた場合等には必要な対処措置を講ずる

#### ○有床診療所等の役割の位置づけ

- ・病床機能報告制度及び地域医療構想（ビジョン）の導入を踏まえ、国、地方公共団体、病院、国民（患者）と併せ、有床診療所の役割・責務について、医療法に位置づける。

#### ○在宅医療の推進・介護との連携

### サービスの充実

### ■地域包括ケアシステムの構築

#### ○地域支援事業の充実

- ①在宅医療・介護連携の推進 ②認知症施策の推進
- ③地域ケア会議の推進 ④生活支援サービスの充実・強化
- \*前回改正による24時間対応の定期巡回サービスをはじめ、介護サービスの充実・普及を推進

#### ○全国一律の予防給付（訪問介護・通所介護）を市町村が取り組む地域支援事業に移行し、多様化

#### ○特別養護老人ホームの「新規」入所者を、原則、要介護3以上に重点化 \*要介護1・2でも一定の場合には入所可能

### サービス充実の基盤制度の整備

### ■地域での効率的・質の高い医療の確保

- 医療事故にかかる調査の仕組みの位置づけ
- 医療法人制度に係る見直し
  - ・持ち分なし医療法人への移行促進策を創設（移行計画の策定等）
  - ・医療法人社団と医療法人財団の合併を可能とする。
- 臨床研究中核病院の位置づけ

### ■チーム医療の推進

- 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- 診療放射線技師、臨床検査技師、歯科衛生士の業務範囲又は業務実施体制の見直し

### ■医療・介護従事者の確保

- 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能の位置づけ
- 看護師等免許保持者に対して、ナースセンターへの届出制度を創設
- 医療機関の勤務環境改善
  - \*指針の策定、都道府県で取組を支援する仕組み
- 臨床修練制度の高度な医療技術を有する外国医師への拡充
- 歯科技工士国家試験の全国統一化
- 介護従事者の確保

\*上記基金による対応、27年度介護報酬改定で検討

### ■持続可能な介護保険制度の構築（費用負担の公平化）

- 低所得者の保険料の軽減割合を拡大
  - \*給付費の5割の公費に加えて別枠で公費を投入し、低所得者の保険料の軽減割合を拡大
- 一定以上の所得のある利用者の自己負担を引上げ
- 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加

## 2.医療介護総合確保推進法と 病床機能報告制度

### 柱となる考え方

- 1.新たな基金の創設、医療介護連携の強化
- 2.地域における効率的かつ効果的な医療体制
- 3.地域包括ケアシステムの構築

# 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の概要

## 趣旨

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。

## 概要

### 1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）

- ①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、**消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置**
- ②**医療と介護の連携を強化**するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定

### 2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）

- ①医療機関が都道府県知事に**病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し**、都道府県は、それをもとに**地域医療構想（ビジョン）**（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
- ②**医師確保支援**を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け

### 3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）

- ①在宅医療・介護連携の推進などの**地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化** ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
- ②**特別養護老人ホーム**について、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
- ③**低所得者の保険料軽減を拡充**
- ④**一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ**（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
- ⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「**補足給付**」の要件に**資産などを追加**

### 4. その他

- ①診療の補助のうちの**特定行為を明確化**し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
- ②**医療事故に係る調査の仕組み**を位置づけ
- ③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
- ④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）

## 施行期日

公布日。ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

## 病床機能報告制度と地域医療構想（ビジョン）の策定

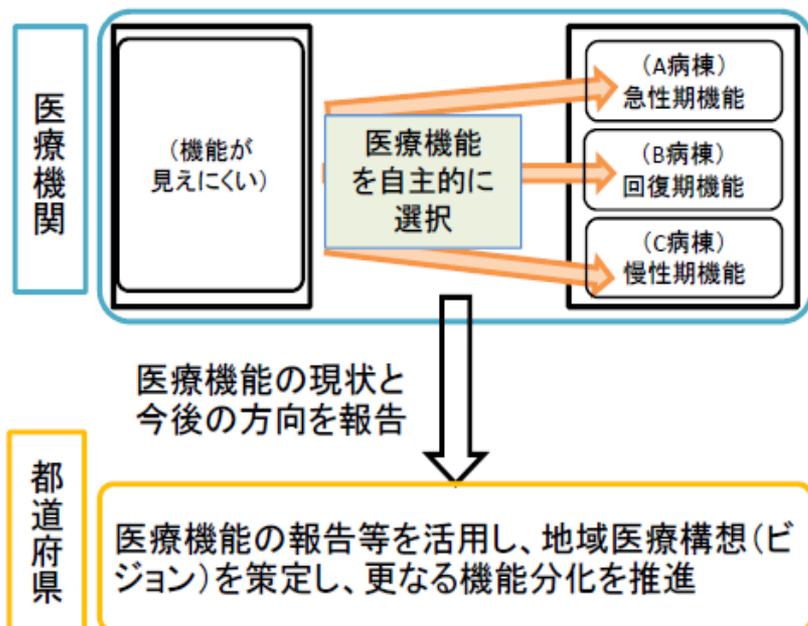
### ○ 病床機能報告制度（平成26年度～）

医療機関が、その有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向を選択し、病棟単位で、都道府県に報告する制度を設け、医療機関の自主的な取組みを進める。

### ○ 地域医療構想（ビジョン）の策定（平成27年度～）

都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、さらなる機能分化を推進。

国は、都道府県における地域医療構想（ビジョン）策定のためのガイドラインを策定する（平成26年度～）。



### （地域医療構想（ビジョン）の内容）

1. 2025年の医療需要  
入院・外来別・疾患別患者数 等
2. 2025年に目指すべき医療提供体制  
・二次医療圏等（在宅医療・地域包括ケアについては市町村）ごとの医療機能別の必要量
3. 目指すべき医療提供体制を実現するための施策例）医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

## 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

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
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

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

# 病床機能報告制度における具体的な報告項目（現在、検討中の案）

## 構造・設備・人員配置、入院患者の状況等に関する項目

構造・設備・人員配置等	医療機能（現状、今後の方向性）
	許可病床数、稼働病床数
	医療法上の経過措置に該当する病床数
	看護師数、准看護師数、看護補助者数、助産師数
	理学療法士数、作業療法士数、言語聴覚士数、薬剤師数
	主とする診療科
	算定する入院基本料・特定入院料
	DPC群
	在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、在宅療養後方支援病院の届出の有無
	二次救急医療施設、救急告示病院の有無
	高額医療機器の保有状況（64列以上のCT、3T以上のMRI、血管連続撮影装置、SPECT、PET、強度変調放射線治療器、遠隔操作式密封小線源治療装置）
	退院調整部門の設置
	退院調整部門に勤務する人数
入院患者の状況	新規入棟患者数
	在棟患者延べ数
	退棟患者数
	入棟前の場所別患者数
	退棟先の場所別患者数

## 具体的な医療の内容に関する項目

幅広い手術の実施	手術総数（臓器別）	合併症の管理	中心静脈注射
	全身麻酔の手術件数（臓器別）		呼吸心拍監視
	胸腔鏡下手術件数		酸素吸入 一日につき
	腹腔鏡下手術件数		観血的動脈圧測定 1日につき
	内視鏡手術用支援機器加算		ドレーン法、胸腔若しくは腹腔洗浄
がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療	悪性腫瘍手術件数	疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーション	人工呼吸 1日につき 等
	放射線治療件数		疾患別リハビリテーション料
	化学療法件数		早期リハビリテーション加算
	分娩件数		初期加算
	超急性期脳卒中加算		リハを要する状態にある患者の割合
重症患者への対応	経皮的冠動脈形成術	長期療養患者の受入	平均リハ単位数／患者・日
	ハイリスク分娩管理加算		1年間の総退院患者数
	救急搬送診療料		上記のうち、入棟時の日常生活機能評価が10点以上であった患者数
	観血的肺動脈圧測定		上記のうち、退棟時の日常生活機能評価が、入院時に比較して4点以上改善していた患者数（日常生活機能評価（ADL）の改善の程度）
	持続緩徐式血液濾過		療養病棟入院基本料1・2（A～I）
	大動脈バルーンポンピング法		重度褥瘡処置
	経皮的心肺補助法		重傷皮膚潰瘍管理加算
	補助人工心臓・植込型補助人工心臓等		難病等特別入院診療加算
救急医療の実施	救急車の受入件数	重度の障害者等の受入	特殊疾患入院施設管理加算 等
	院内トリアージ実施料		有床診療所の多様な機能
	夜間休日救急搬送医学管理料		
	在宅患者緊急入院診療加算	手術の総数	
	救急・在宅等支援（療養）病床初期加算	往診患者数	
	救急搬送患者地域連携紹介加算	在宅看取り件数、院内看取り件数	
	地域連携診療計画管理料 等		

## 医療機能の分化・連携に係る取組みの流れについて

- 病床機能報告制度の運用開始、地域医療構想(ビジョン)の策定及び都道府県の役割の強化等を含めた医療機能分化・連携に係る取組みの流れを整理すると、以下のようになると考えられる。

### 【病床機能報告制度の運用開始】(平成26年度～)

- ・医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告(※)

※ 報告の基準は、当初は「定性的な基準」であるが、報告内容を分析して、今後、「定量的な基準」を定める。

### 【地域医療構想(ビジョン)の策定】(平成27年度～)

- ・都道府県において地域医療構想(ビジョン)の策定。
- ・地域の医療需要の将来推計や病床機能報告制度等により医療機関から報告された情報等を活用し、二次医療圏等ごとに、各医療機能の必要量(2025年時点)等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿を示す。

現行の医療法の規定により、案の作成時に、診療又は調剤の学識経験者の団体の意見を聴く。

現行の医療法の規定により、策定時に医療審議会及び市町村の意見を聴く。  
※意見聴取の対象に、保険者協議会を追加。

### 【医療機関による自主的な機能分化・連携の推進】

- ・医療機能の現状と、地域ごとの将来の医療需要と各医療機能の必要量が明らかになったことにより、将来の必要量の達成を目指して、医療機関の自主的な取組みと医療機関相互の協議により機能分化・連携を推進

診療報酬と新たな財政支援の仕組みによる機能分化・連携の支援

### 【都道府県の役割の強化】

- 医療機関や医療保険者等の関係者が参画し、個々の医療機関の地域における機能分化・連携について協議する「協議の場」の設置
- 医療と介護の一体的推進のための医療計画の役割強化(介護保険の計画との一体的な策定)

機能分化・連携を  
実効的に推進

## 地域医療構想（ビジョン）を実現する仕組み

### (1)「協議の場」の設置

- 都道府県は、地域医療構想の実現について、医療関係者、医療保険者等の関係者との協議を行う「協議の場」を設置。  
医療機関相互の協議により、地域医療構想を推進していくが、協議だけでは進まない場合には、都道府県知事が以下の措置を講ずることができることとする。

### (2) 都道府県知事が講ずることができる措置

#### ① 病院の新規開設・増床への対応

- 都道府県知事は、開設許可の際に、不足している医療機能を担うという条件を付けることができることとする。

#### ② 既存医療機関による医療機能の転換への対応

##### 〔医療機関が過剰な医療機能に転換しようとする場合〕

- 都道府県知事は、医療機関に対して医療審議会での説明等を求めることができるとし、転換にやむを得ない事情がないと認める時は、医療審議会の意見を聴いて、転換の中止を要請（公的医療機関等には命令）することができることとする。

##### 〔「協議の場」の協議が調わず、自主的な取組みだけでは機能分化・連携が進まない場合〕

- 都道府県知事は、医療審議会の意見を聴いて、不足している医療機能に係る医療を提供すること等を要請（公的医療機関等には指示）することができることとする。

#### ③ 稼働していない病床の削減の要請

- 医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合において、都道府県知事は公的医療機関等以外の医療機関に対して、医療審議会の意見を聴いて、稼働していない病床の削減を要請することができることとする。

※ 現行の医療法上、公的医療機関等に対しては、都道府県知事が稼働していない病床の削減を命令することができることとなっている。

#### 【医療機関が上記の要請又は命令・指示に従わない場合の措置】

- 医療機関が上記の要請に従わない場合は、都道府県知事が勧告を行う。当該勧告にも従わない場合や、公的医療機関が上記の命令・指示に従わない場合には、現行の医療法上の措置（管理者の変更命令や公的医療機関への運営の指示等）に加えて、以下の措置を講ずることができることとする。

イ 医療機関名の公表

ロ 各種補助金の交付対象や福祉医療機構の融資対象からの除外

ハ 地域医療支援病院・特定機能病院の不承認・承認の取消し

### 3.地域の現状

**今の太館市は  
どのような姿でしょうか？**

# 今の大館市はどんな姿？①

## ○ 大館市の人口・・・

77,067人(2014年7月1日現在)

⇒ 2025年には・・・64,961人

2010年を100とした場合、**82.3**

⇒ 2040年には・・・51,183人

2010年を100とした場合、**64.8**

結果表1 総人口および指数(平成22年=100とした場合) つづき

自治体	総人口(人)							指数	
	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2025年	2040年
4406 利府町	33,994	35,388	36,103	36,502	36,638	36,515	36,123	107.4	106.3
4421 大和町	24,894	24,861	24,614	24,251	23,832	23,331	22,707	97.4	91.2
4422 大郷町	8,927	8,438	7,968	7,489	7,017	6,541	6,035	83.9	67.6
4423 富谷町	47,042	50,736	53,169	55,087	56,580	57,714	58,522	117.1	124.4
4424 大衡村	5,334	5,172	4,947	4,698	4,443	4,180	3,899	88.1	73.1
4444 色麻町	7,431	7,009	6,611	6,236	5,877	5,514	5,135	83.9	69.1
4445 加美町	25,527	23,831	22,251	20,667	19,137	17,671	16,199	81.0	63.5
4501 涌谷町	17,494	16,480	15,493	14,457	13,431	12,414	11,376	82.6	65.0
4505 美里町	25,190	23,948	22,520	21,048	19,580	18,134	16,661	83.6	66.1
4581 女川町	10,051	7,469	8,055	7,516	6,951	6,400	5,865	74.8	58.4
4606 南三陸町	17,429	15,436	14,448	13,413	12,385	11,392	10,387	77.0	59.6
5000 秋田県	1,085,997	1,023,051	959,272	893,224	827,462	763,356	699,814	82.2	64.4
5201 秋田市	323,600	312,560	299,969	285,462	269,696	253,073	235,500	88.2	72.8
5202 能代市	59,084	54,916	50,754	46,519	42,378	38,455	34,739	78.7	58.8
5203 横手市	98,367	92,477	86,464	80,422	74,587	69,004	63,466	81.8	64.5
5204 大館市	78,946	74,498	69,816	64,961	60,153	55,587	51,183	82.3	64.8
5206 男鹿市	32,294	29,284	26,572	23,857	21,229	18,727	16,328	73.9	50.6
5207 湯沢市	50,849	46,534	42,541	38,674	35,047	31,646	28,396	76.1	55.8
5209 鹿角市	34,473	32,031	29,708	27,401	25,168	23,082	21,140	79.5	61.3
5210 由利本荘市	85,229	80,582	75,837	70,930	66,037	61,247	56,462	83.2	66.2
5211 潟上市	34,442	32,944	31,292	29,453	27,521	25,557	23,548	85.5	68.4
5212 大仙市	88,301	82,641	76,957	71,226	65,692	60,478	55,357	80.7	62.7
5213 北秋田市	36,387	32,939	29,765	26,686	23,767	21,095	18,630	73.3	51.2
5214 にかほ市	27,544	26,005	24,441	22,828	21,201	19,592	18,008	82.9	65.4

## 今の大館市はどんな姿？②

- 大館市の高齢人口（65歳以上）・・・  
25,036人（2010年）  
⇒ 2040年には・・・21,875人  
2010年を100とした場合、**87.4**
- 大館市の高齢人口（75歳以上）・・・  
13,468人（2010年）  
⇒ 2040年には・・・14,136人  
2010年を100とした場合、**105.0**

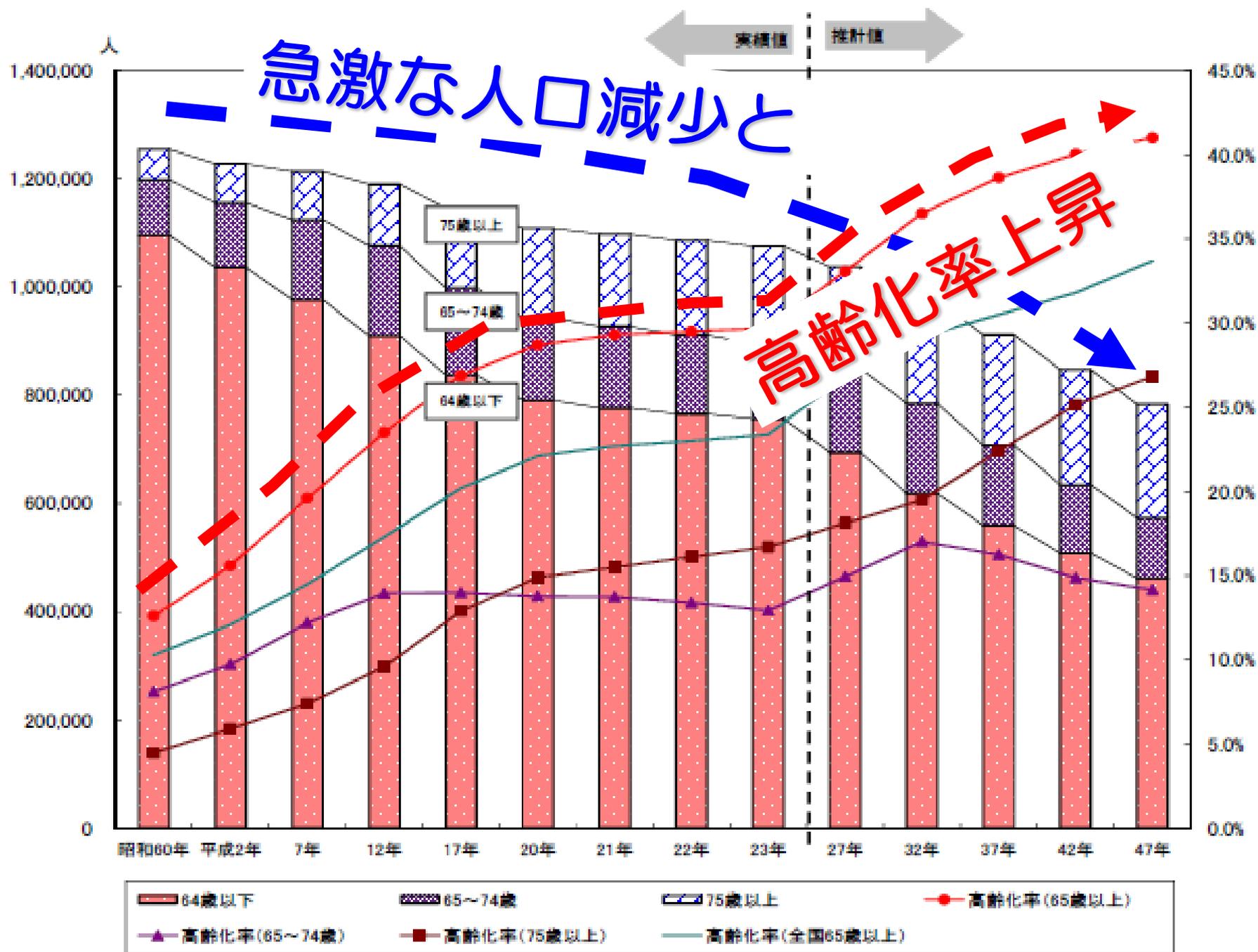
## 今の大館市はどんな姿？③

- 大館市の稼働年齢層（15~64）・・・  
44,883人（2010年）  
⇒ 2040年には・・・24,866人  
2010年を100とした場合、**55.4**
- 大館市のこども（0~14歳）・・・  
9,027人（2010年）  
⇒ 2040年には・・・4,442人  
2010年を100とした場合、**49.2**

結果表2 年齢(0-14歳、15-64歳、65歳以上、75歳以上)別人口および平成52(2040)年の指数(平成22年=100とした場合) つづき

自治体	0-14歳人口			15-64歳人口			65歳以上人口			75歳以上人口		
	2010年	2040年	指数	2010年	2040年	指数	2010年	2040年	指数	2010年	2040年	指数
4406 利府町	5,483	4,282	78.1	22,974	20,092	87.5	5,536	11,749	212.2	2,633	7,131	270.8
4421 大和町	3,657	2,750	75.2	16,084	12,729	79.1	5,153	7,228	140.3	2,904	4,377	150.7
4422 大郷町	982	539	54.9	5,384	2,984	55.4	2,561	2,512	98.1	1,574	1,776	112.8
4423 富谷町	9,250	8,732	94.4	31,362	33,232	106.0	6,431	16,558	257.5	2,438	8,625	353.8
4424 大衡村	764	391	51.2	3,279	2,024	61.7	1,291	1,484	114.9	728	971	133.4
4444 色麻町	960	579	60.3	4,495	2,733	60.8	1,976	1,823	92.3	1,194	1,230	103.0
4445 加美町	3,057	1,661	54.3	14,886	8,008	53.8	7,584	6,530	86.1	4,410	4,353	98.7
4501 涌谷町	2,010	945	47.0	10,590	5,902	55.7	4,894	4,529	92.5	2,731	3,012	110.3
4505 美里町	2,923	1,468	50.2	15,023	8,212	54.7	7,245	6,981	96.4	4,039	4,538	112.4
4581 女川町	1,057	465	44.0	5,629	3,011	53.5	3,365	2,389	71.0	1,777	1,504	84.6
4606 南三陸町	2,158	818	37.9	10,033	4,851	48.4	5,238	4,718	90.1	3,010	3,042	101.1
5000 秋田県	124,091	58,303	47.0	640,878	335,078	52.3	321,028	306,433	95.5	175,336	199,096	113.6
5201 秋田市	39,592	19,508	49.3	206,032	116,263	56.4	77,975	99,729	127.9	39,562	61,699	156.0
5202 能代市	6,532	2,791	42.7	33,255	15,959	48.0	19,297	15,989	82.9	10,456	10,337	98.9
5203 横手市	11,371	5,776	50.8	56,116	30,443	54.3	30,880	27,247	88.2	17,832	18,089	101.4
5204 大館市	9,027	4,442	49.2	44,883	24,866	55.4	25,036	21,875	87.4	13,468	14,136	105.0
5206 男鹿市	2,773	966	34.8	18,522	7,121	38.4	10,999	8,241	74.9	6,052	5,738	95.1
5207 湯沢市	5,691	2,117	37.2	28,606	12,614	44.1	16,552	13,665	82.6	9,536	9,104	95.5
5209 鹿角市	3,996	2,066	51.7	19,126	10,137	53.0	11,351	8,937	78.7	6,252	5,883	94.1
5210 由利本荘市	9,966	5,074	50.9	50,404	27,810	55.2	24,859	23,578	94.8	13,870	15,684	113.1
5211 潟上市	4,247	1,819	42.8	21,286	11,443	53.8	8,909	10,286	115.5	4,496	6,528	145.2
5212 大仙市	9,743	4,855	49.8	50,637	26,753	52.8	27,921	23,749	85.1	15,929	15,749	98.9
5213 北秋田市	3,581	1,382	38.6	19,549	7,958	40.7	13,257	9,290	70.1	7,452	6,495	87.2
5214 にかほ市	3,347	1,548	46.3	16,219	8,881	54.8	7,977	7,579	95.0	4,260	4,866	114.2

【秋田県の総人口と高齢者数の推移】



## 今の大館市はどんな姿？④

### ○ 高等学校

昭和40年代・・・6校

平成28年(予定)・・・3校(統合後)

### ○ 映画館(常設)

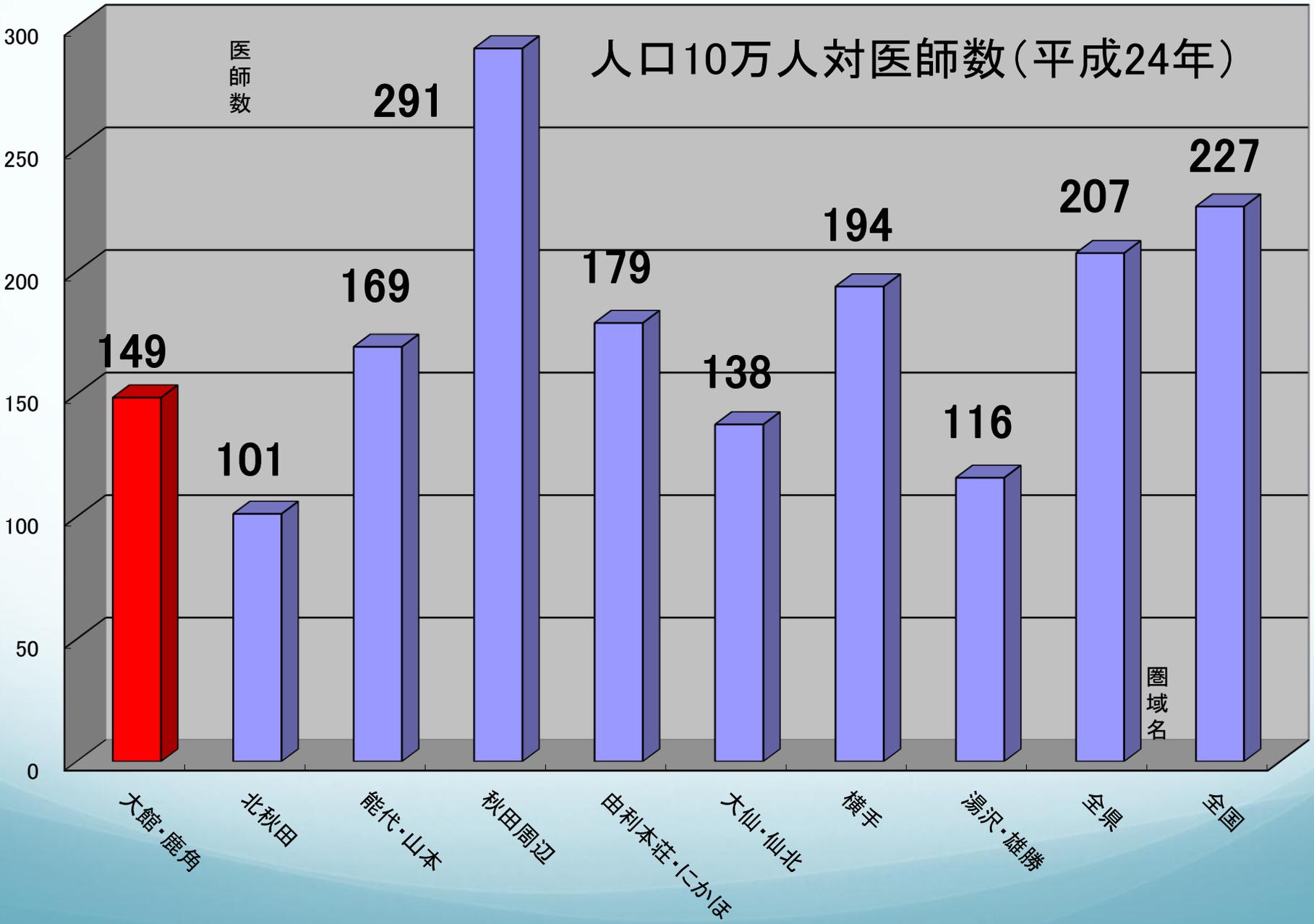
昭和40年代・・・7館(花岡、扇田含)

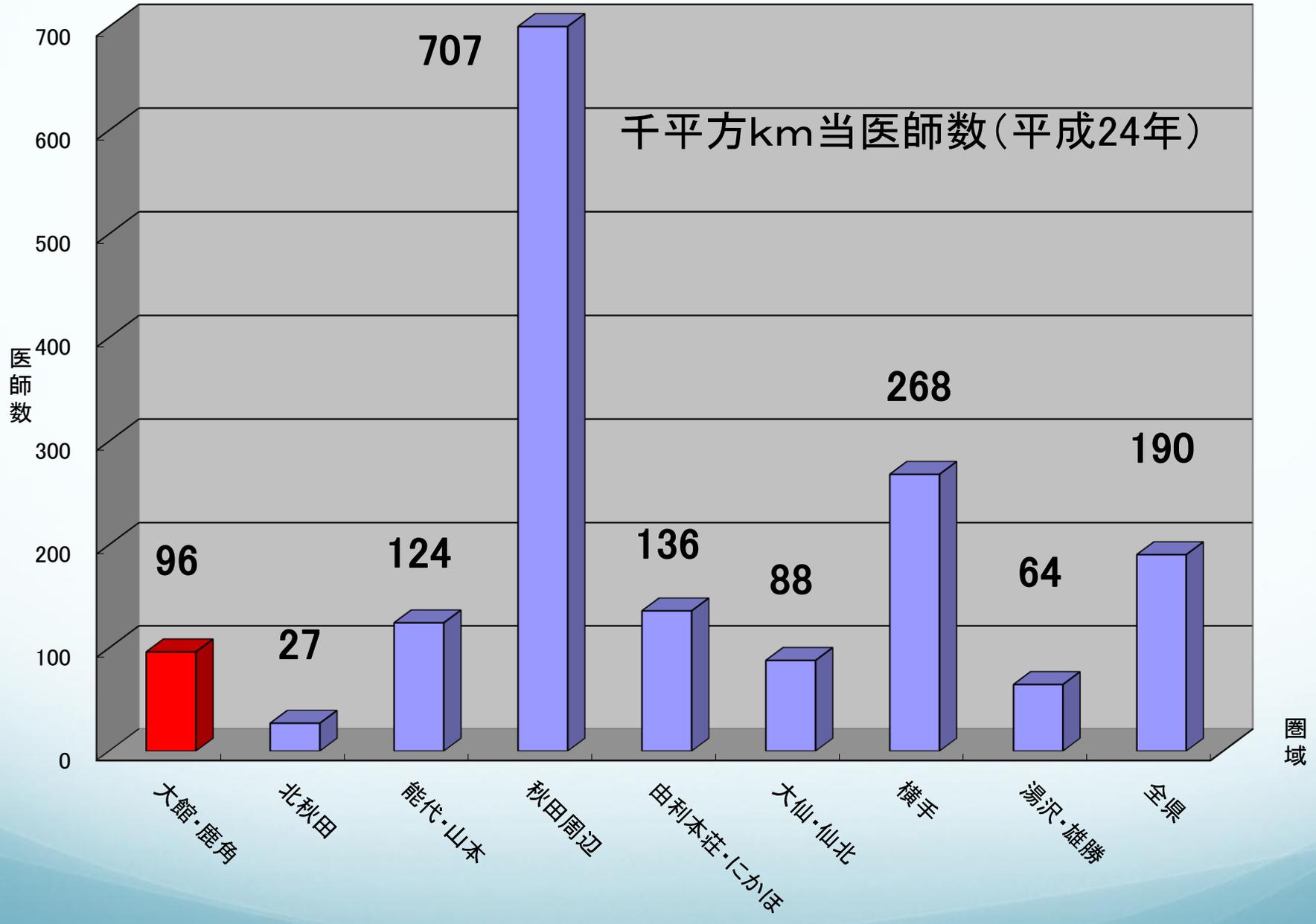
(絵夢人倶楽部情報によると8館)

平成26年・・・0館～1館へ!

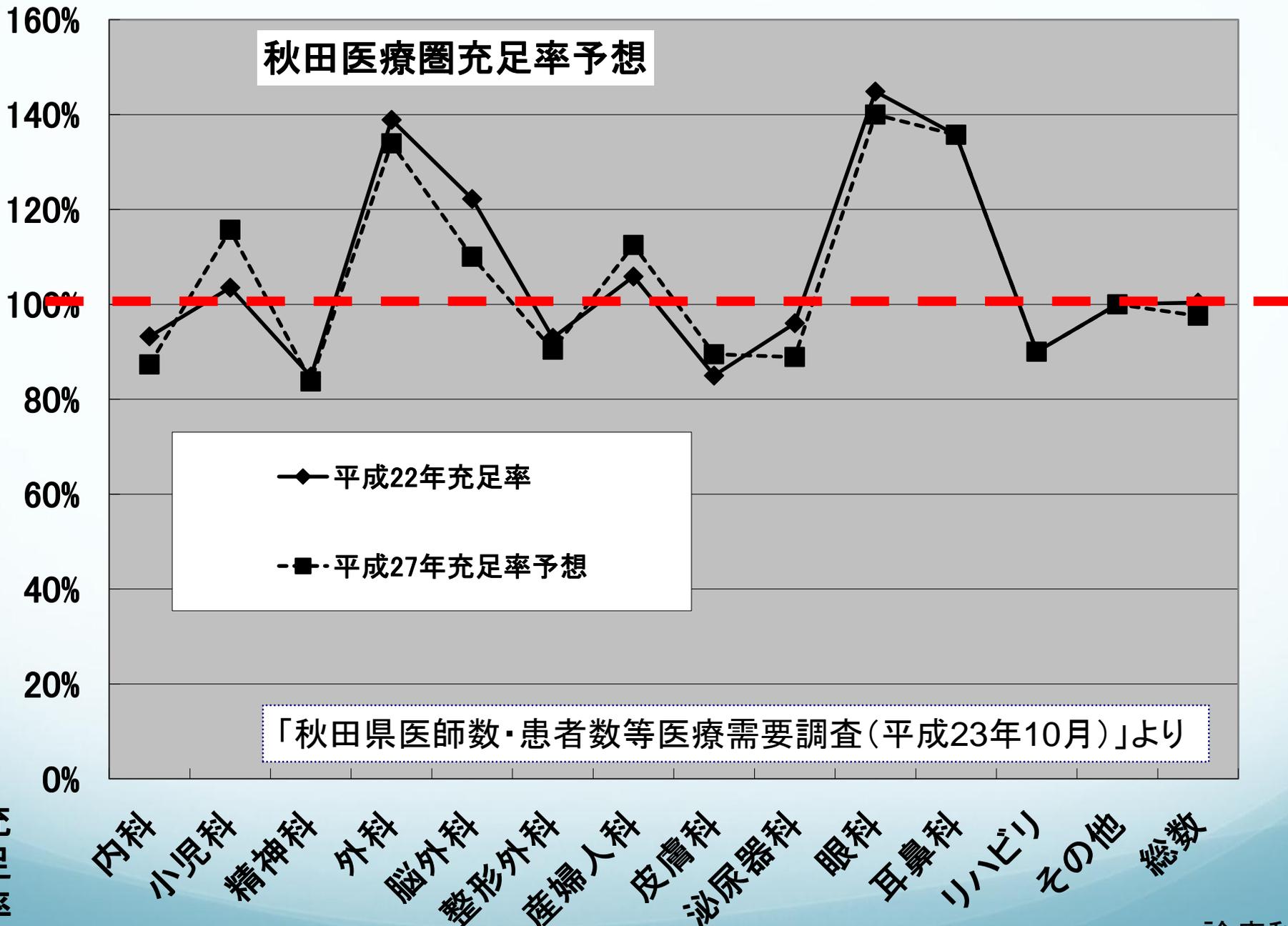
## 今の大館市はどんな姿？⑤

今の日本、秋田、大館の姿について、特に、医療と介護を中心に考えてみましょう。





# 秋田医療圏充足率予想

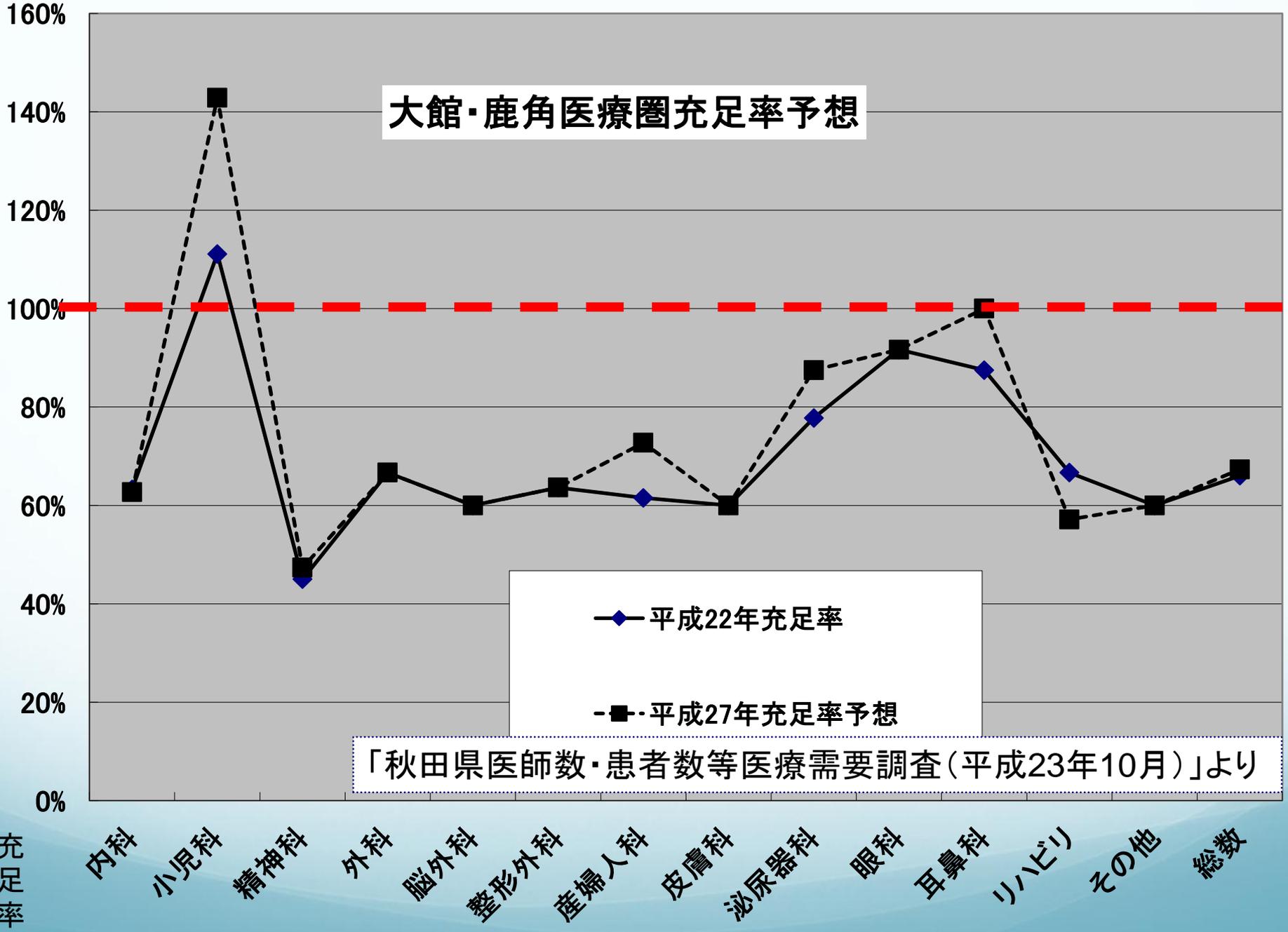


「秋田県医師数・患者数等医療需要調査(平成23年10月)」より

充足率

診療科

# 大館・鹿角医療圏充足率予想



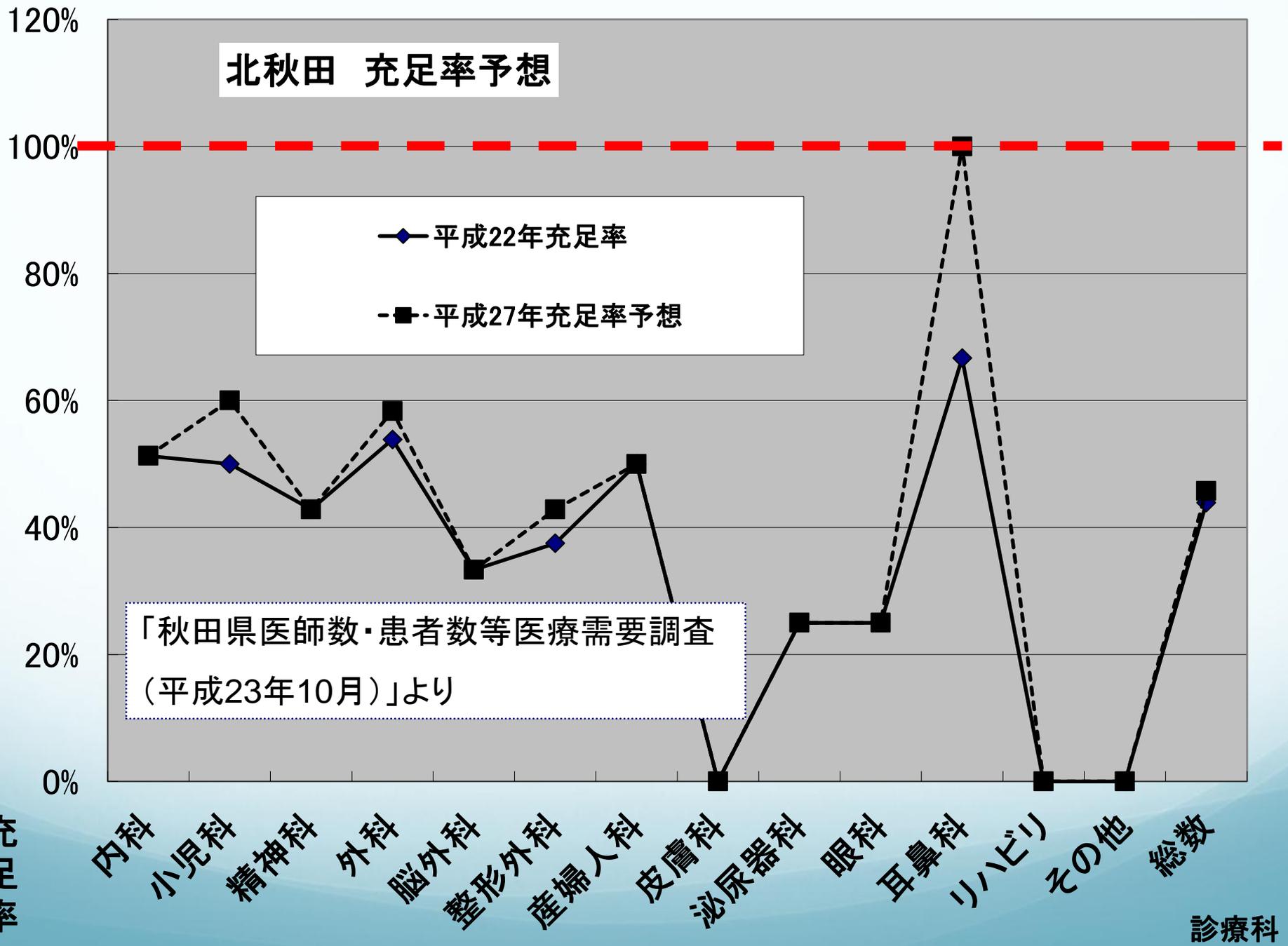
◆ 平成22年充足率  
■ 平成27年充足率予想

「秋田県医師数・患者数等医療需要調査(平成23年10月)」より

充足率

診療科

# 北秋田 充足率予想

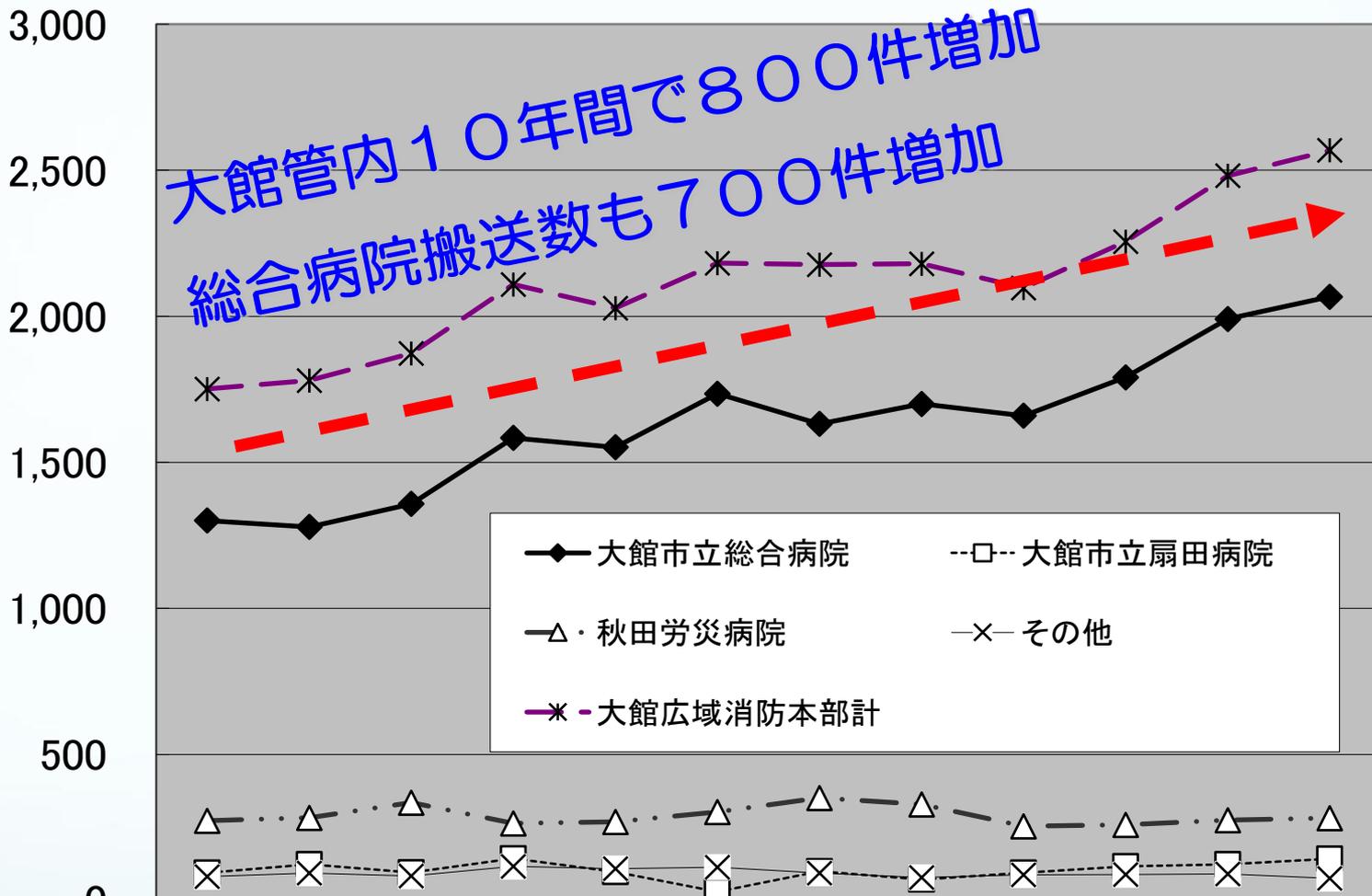


充足率

診療科

病院別救急搬送調

患者数(人)



	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
◆ 大館市立総合病院	1,301	1,279	1,358	1,584	1,552	1,735	1,632	1,700	1,660	1,791	1,991	2,067
□ 大館市立扇田病院	95	124	96	144	98	30	100	72	95	117	124	143
△ 秋田労災病院	273	283	335	264	269	303	351	329	254	259	275	282
× その他	82	94	84	117	109	114	94	79	88	89	91	76
* 大館広域消防本部計	1,751	1,780	1,873	2,109	2,028	2,182	2,177	2,180	2,097	2,256	2,481	2,568

年

## 2 要介護（要支援）認定者数

（24年3月末現在）

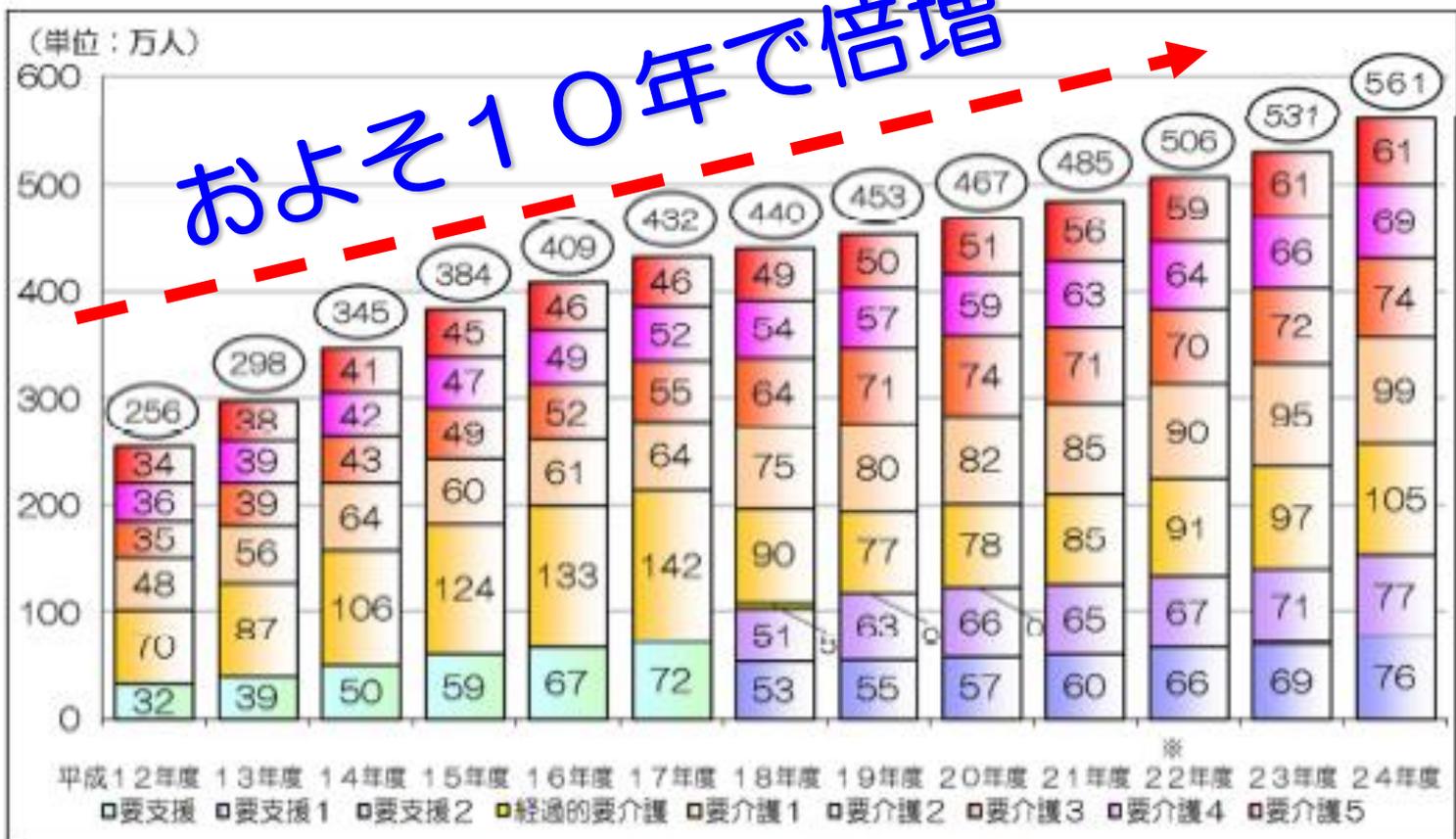
531万人

⇒

（25年3月末現在）

561万人

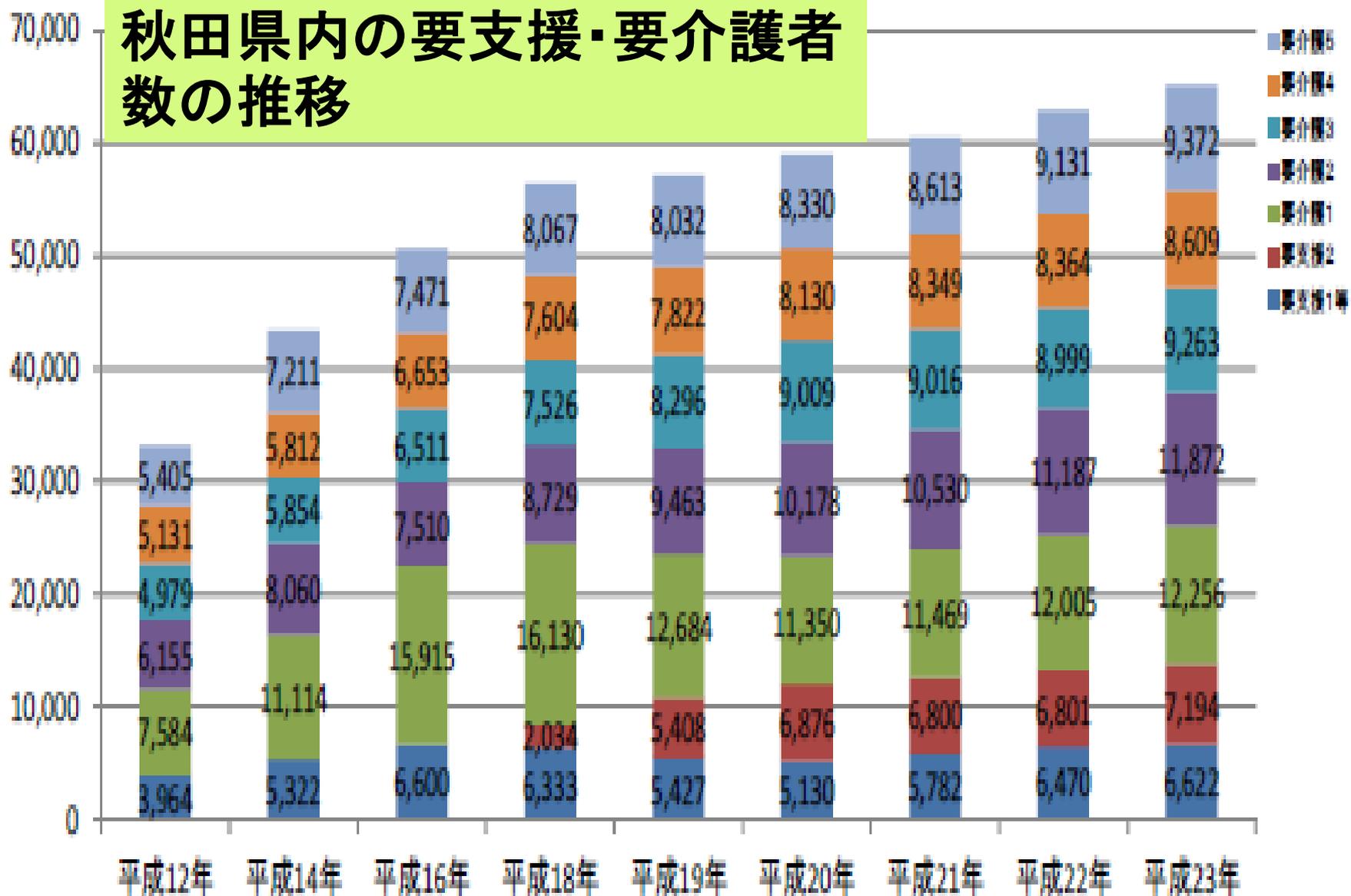
（対前年度 +31万人増、+5.8%増）

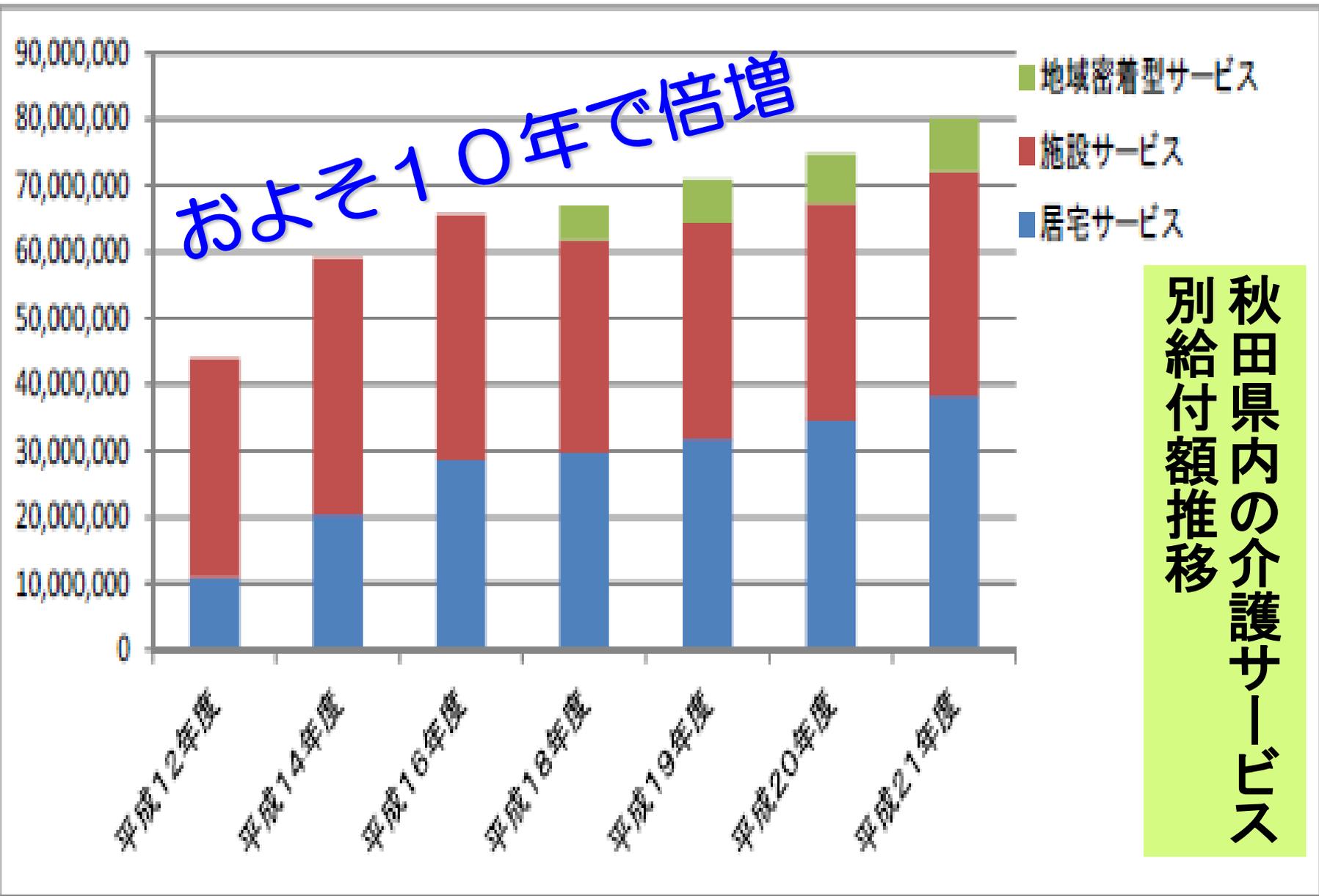


合計	100.0%
要介護5	10.9%
要介護4	12.3%
要介護3	13.2%
要介護2	17.6%
要介護1	18.6%
要支援2	13.6%
要支援1	13.6%

※東日本大震災の影響により、22年度の数値には福島県内5町1村の数値は含まれていない。

# 秋田県内の要支援・要介護者数の推移





# 大館市の特徴

少子・高齢化の急激な進行

高齢化率の上昇

要介護者数は激増（特に在宅介護）

医師数が少ない（人口・面積あたり）

診療科の医療偏在が顕著

住民はフリーアクセスを期待

（大館・鹿角二次医療圏、北秋田医療圏も同様と推測）

## 4. 急性期医療機関としての 総合病院の現状

DPC対象病院、入院基本料7対1

地域がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、  
エイズ拠点病院など、地域の中核医療機関

臨床研修病院、専門医ネットワークなど医師・  
医療スタッフ養成を支援する医療機関

手前味噌ですが・・・  
大館市立総合病院は・・・

☆秋田県内・・・2位

☆全国・・・125位

これは、全国のDPC対象1,585病院中の機能評価係数Ⅱが高い医療機関ランキング(2014年度厚生労働省告示)で明らかにされたもの。

2014年度機能評価係数Ⅱ県内比較(基礎係数Ⅲ群)

全国順位	病院名	群	都道府県	市町村	2014年度	2013年度	2012年度
75	秋田厚生医療センター	Ⅲ	秋田県	秋田市	0.0655	0.0227	0.0236
125	大館市立総合病院	Ⅲ	秋田県	大館市	0.0629	0.0278	0.0278
199	仙北組合総合病院	Ⅲ	秋田県	大仙市	0.0596	0.026	0.0261
204	山本組合総合病院	Ⅲ	秋田県	能代市	0.0594	0.0238	0.0251
303	平鹿総合病院	Ⅲ	秋田県	横手市	0.0568	0.0244	0.0261
374	由利組合総合病院	Ⅲ	秋田県	由利本荘市	0.0554	0.0259	0.0272
398	雄勝中央病院	Ⅲ	秋田県	湯沢市	0.0549	0.0249	0.0267
509	北秋田市民病院	Ⅲ	秋田県	北秋田市	0.0529	-	-
580	秋田赤十字病院	Ⅲ	秋田県	秋田市	0.0517	0.0243	0.0235
594	市立秋田総合病院	Ⅲ	秋田県	秋田市	0.0514	0.021	0.0217
670	市立横手病院	Ⅲ	秋田県	横手市	0.05	0.0224	0.0215
707	社会医療法人明和会中通総合病院	Ⅲ	秋田県	秋田市	0.0494	0.0192	0.0205
780	独立行政法人地域医療機能推進機構 秋田病院	Ⅲ	秋田県	能代市	0.0481	0.0186	0.0173
1280	本荘第一病院	Ⅲ	秋田県	由利本荘市	0.0361	0.015	0.0136
1400	藤原記念病院	Ⅲ	秋田県	潟上市	0.0255	-	

## (参考) DPC対象病院数の変遷

### 【DPC対象病院数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	1	81	82
平成16年度対象病院 (H16年4月)	2	14	12	15	8	93	144
平成18年度対象病院 (H18年4月)	6	30	47	71	46	159	359
平成20年度対象病院 (H20年7月)	39	103	133	138	85	215	713
平成21年度対象病院 (H21年7月)	130	259	261	231	135	262	1,278
平成22年度対象病院 (H22年7月)	151	295	282	249	144	267	1,388
平成23年度対象病院 (H23年4月)	163	313	295	257	148	271	1,447
平成24年度対象病院 (H24年4月)	181	335	301	265	149	274	1,505
平成25年度対象病院 (H25年4月)	179	338	304	252	153	270	1,496
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	<b>200</b>	<b>373</b>	<b>318</b>	<b>262</b>	<b>155</b>	<b>277</b>	<b>1,585</b>
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	3,090	2,345	779	560	309	410	7,493

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)

**21.15%**

## (参考) DPC算定病床数の変遷

### 【DPC算定病床数の変遷】

年度 及び データの時期	100床未満	100床以上 200床未満	200床以上 300床未満	300床以上 400床未満	400床以上 500床未満	500床以上	計
平成15年度対象病院 (H15年4月)	0	0	0	0	424	66,073	66,497
平成16年度対象病院 (H16年4月)	177	2,261	3,152	5,088	3,507	75,145	89,330
平成18年度対象病院 (H18年4月)	429	4,701	11,892	24,479	20,343	114,551	176,395
平成20年度対象病院 (H20年7月)	2,820	15,839	33,027	47,505	37,363	149,534	286,088
平成21年度対象病院 (H21年7月)	8,915	39,127	64,908	79,136	59,544	178,594	430,224
平成22年度対象病院 (H22年7月)	10,099	44,196	69,983	85,612	63,548	181,710	455,148
平成23年度対象病院 (H23年4月)	10,869	46,708	73,212	88,320	65,189	184,064	468,362
平成24年度対象病院 (H24年4月)	11,994	50,078	74,571	91,071	65,606	186,219	479,539
平成25年度対象病院 (H25年4月)	11,924	50,581	75,291	86,277	67,459	183,449	474,981
平成26年度対象病院 (H26年4月) (見込み)	13,418	55,494	78,491	89,558	68,331	186,914	492,206
(参考)全一般病院(※) (平成24年医療施設調査)	116,262	193,237	111,703	139,231	102,341	236,611	899,385

※平成25年度はDPC対象病院の募集は行っていない。

※一般病院とは、精神病床のみを有する病院、結核病床のみを有する病院以外の病院を指す(医療施設調査)

**54.73%**

各医療機関の医療機関別係数は、以下の4つを合算したものとする。

#### 基礎係数（医療機関群別）

医療機関群別に、医療機関の基本的な診療機能を評価したもの。

#### 機能評価係数Ⅰ

包括範囲における、「入院基本料の差額」、「入院基本料等加算」等々を評価したもの。

#### 機能評価係数Ⅱ

DPC/PDPS参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ（医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ）を評価したもの。

#### 暫定調整係数

従来の調整係数の段階的廃止過程において暫定的に設定される係数。

## 機能評価係数Ⅱとは・・・

DPC請求において、機能の高い医療機関を評価するDPC対象病院請求上の補正係数。この数値が高いほど高度な医療機能を有するとみなされ、診療報酬単価も高くなる。

＝保険診療係数、効率性係数、複雑性係数、カバー率係数、救急医療係数、地域医療係数、後発医薬品係数の7項目より算出。

# 機能評価係数Ⅱとは・・・

## 保険診療係数

- DPC請求上の適切な保険診療実施・取り組みを評価

## 効率性係数

- 各医療機関における在院日数短縮の努力を評価

## 複雑性係数

- 各医療機関における患者構成の差を1入院当点数で評価

## カバー率係数

- 様々な疾患に対して対応できる総合的な体制について評価

## 救急医療係数

- 救急医療の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価

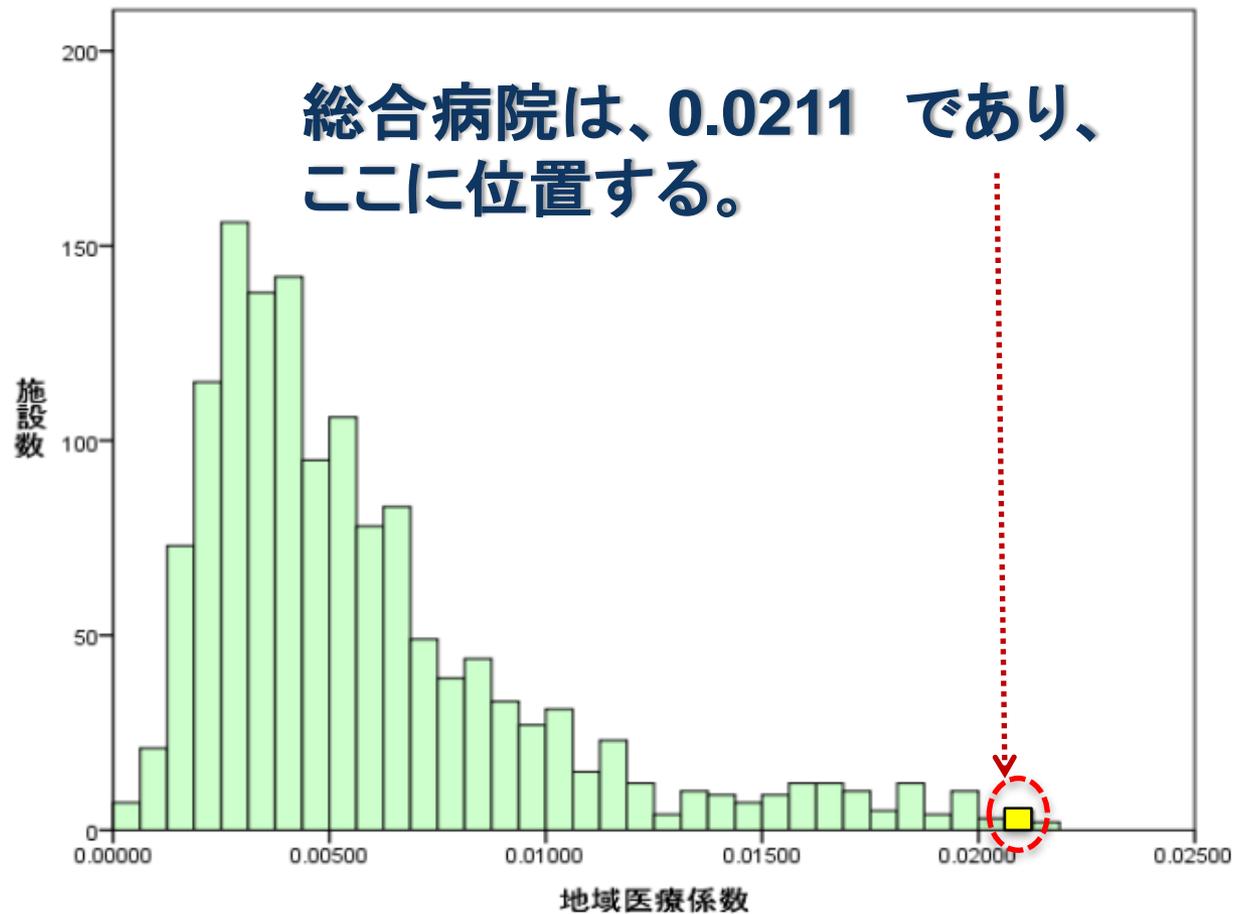
## 地域医療係数

- 地域医療への貢献を評価(中山間地域や僻地を主として評価) = 体制評価指数 + 定量評価指数

## 後発医薬品係数

- 各医療機関における入院医療に用いる後発医薬品の使用を評価

## 地域医療係数 Ⅲ群



平均値	0.00591
標準偏差	0.00414

地域医療指数・体制評価指数の対象項目  
(上限8項目で、現在該当項目は9)

脳卒中地域連携	○
がん地域連携	○
地域がん登録	○
救急医療	○
災害時における医療	○
へき地の医療	非該当
周産期医療	○
がん拠点病院	○
24時間tPA体制	非該当
EMIS(広域災害・救急医療情報システム)	○
急性心筋梗塞の24時間診療体制	非該当
精神科身体合併症の受入体制	○

**体制評価、定量評価ともに高く、  
地域における総合病院の役割、期  
待が表れていると考えます。**

# 総合病院で今行っていること

- 脳卒中・5大がんなど各種地域連携パス導入のとりくみ
- 糖尿病地域連携パスの導入と利便性の向上
- あきたハートフルネット(クラウドを利用したICT連携)の稼働  
……などなど

【 脳卒中地域連携バスの使い方 】

1 対象となる方

脳卒中(脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血)を発症して、秋田県北地域脳卒中医療連携研究会に加入している「急性期医療機関」に入院した患者様のうち、担当医により「脳卒中地域連携バス」の使用による連携について、同意をいただいた方。

2 連携の仕方

連携は、急性期医療機関(※1)→回復期医療機関(※2)→維持期を担う医療機関・施設(※3)の順番に行います。

3 連携バス適用の判断

連携バスの適用となるか否かの判断は、急性期医療機関の担当医が行います。

4 本用紙の使い方

この連携バスは、①急性期医療機関に入院してから1週間以内に、職員より入院診療計画をご説明する際にお渡しいたします。連携バスの使用についてご同意いただきましたら、署名をいただき、そのあと当院で写しをお渡したのち、原本を一旦お預かりし、②退院の際「医療用」と一緒に「患者用原本」をお渡します。その後③「回復期医療機関への転院の際」、④「維持期医療機関へのご紹介」または「老人保健施設等への入所の際」に、それぞれの施設の担当者に本紙をお渡し下さい。

【 連携の流れ 】

I 急性期医療機関(目標療養期間:発症後7日間~14日間)

患者様の症状に応じて、手術、血栓溶解療法、点滴など急性期の治療を行い、リハビリテーションの開始をめざします。

II 回復期医療機関(目標療養期間:発症後2ヶ月~5ヶ月)

リハビリテーションを実施します。患者様の状態に応じ、理学療法、作業療法、言語聴覚療法を行い、日常生活動作を向上をめざします。この間、介護サービスの利用を検討するとともに、内服薬の自己管理をめざします。

III 維持期(発症後6ヶ月頃以降)

在宅の場合にかかりつけ医に定期通院します。施設入所の場合は施設医師の診察に従い、治療を継続します。ケアプランや施設で定める訓練がある場合、これに従い、日常生活動作の向上をめざします。



【 用語の説明 】

- ※1急性期医療機関…急性感染症や手術を要する傷病、慢性疾患の急性増悪などで入院・手術・検査等専門的な医療を短期間に集中して提供する医療機関のこと。大館市立総合病院など。
  - ※2回復期医療機関…理学療法や作業療法、言語聴覚療法などリハビリテーションを実施して、日常生活動作の向上を図る医療機関。本バスにおいては大湯リハビリ温泉病院、弘前脳卒中リハビリテーションセンター、秋田労災病院。
  - ※3維持期を担う医療機関・施設…病状が安定、症状固定となった状態において状態を維持・向上を目指すための医療やリハビリを実施する開業医や介護施設(老人保健施設等)。
- 対象となる医療機関・施設は、別紙「維持期を担う医療機関・施設」をごらん下さい。

疑問・質問

Q1脳卒中になれば必ず「バス」を使用するのですか？

A1バスの使用の可否につき医師が判断したうえで、患者様の同意のもとづき実施します。

Q2市立総合病院に最後まで入院はできませんか？

A2急性期医療機関で、リハビリを目的とする長期入院はできません。脳卒中の場合は、リハビリ病院転院までの間は、当院がお世話いたします。

Q3バスを利用しないと、回復期医療機関にはいれないのですか？

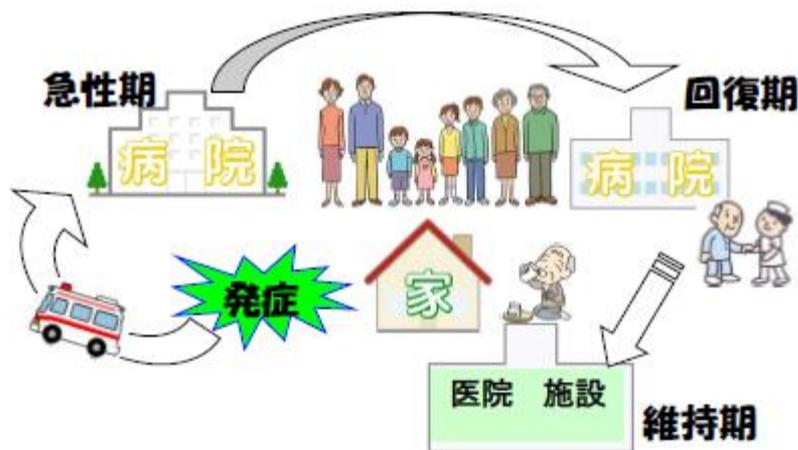
A3そのようなことはありません。脳卒中連携バスがなくても病状により、転院可能な場合があります。詳しくは、スタッフにご相談下さい。

秋田県北地域脳卒中医療連携研究会

# 脳卒中地域連携バス 患者様用(台紙)

「脳卒中地域連携バス」とは、脳梗塞や脳出血など、脳卒中を発症した患者さんが、地域において切れ目なく療養を受け、スムーズに在宅復帰できるようお手伝いする「しくみ」のこと。

発症から急性期医療～リハビリ～療養と推移していく中で質の高い医療を地域で維持するために効果があると期待されており、大館・鹿角・北秋田の医療機関、施設、介護機関等で組織している「秋田県北地域脳卒中医療連携研究会において、運用を目指すことになりました。



これは連携のイメージ図です。

脳卒中地域連携パス(診療計画書)【患者様用】 様  
( 年 月 日生 歳) 病名  脳梗塞  脳出血  クモ膜下出血

<b>急性期</b> <input type="checkbox"/> <b>大館市立総合病院</b>			
説明日(説明者) 年 月 日 ( )			
退院(転院)基準 急性期治療終了時			
予測総入院期間 <input type="checkbox"/> 7日 <input type="checkbox"/> 10日 <input type="checkbox"/> 14日			
月 日	月 日	月 日	月 日
経過 入院日		発症~7日目	
経過 8~14日目			
点滴・薬・処置	治療方法決定 手術 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 常備薬を確認します	症状に応じた治療をしま す点滴・内服などの治療 をします	点滴は終了し針を ぬきます
検査	CT・MRIなどの検査を します	状態によりCT・MRIなどの 検査をします	
安静度 リハビリ	ベッド上 安静です 	症状に応じ、この期間内 にリハビリを開始します 	
食事	飲んだりたべたり できません 	症状に応じて食事が はじまります 	
清潔		清拭またはシャワー浴を開 始します	7日目で降入浴ができます
排泄	ベッド上での排泄 になります	状態により尿の管が はいります	状態に応じ排泄方法を 選択します
患者様・ご家族 への説明	検査結果と治療方針の 説明があります	今後の方向性を退院支援スタッフと相談、調整をおこな います	
移行時の目標	症状が安定し、回復期のリハビリを行える状態になっていること		
その他 連絡事項			
主治医名	別紙(入院診療計画書)	理学療法士名	別紙(入院診療計画書)
看護師名	に記載のとおり	作業療法士名	に記載のとおり
薬剤師名		言語聴覚士名	
管理栄養士名		ソーシャルワーカー	

治療計画の説明をうけましたので、地域連携診療計画書(患者用・医療用)を使って  
連携を行うことに同意します。  
年 月 日 お名前(ご本人・ご家族)

【緊急連絡先】  
急性期 大館市立総合病院 0186-42-5370  
回復期  大湯リハビリ温泉病院 0186-37-3511  
 弘前脳卒中リハビリテーションセンター 0172-28-8220  
 秋田労災病院 0186-52-3131  
かかりつけ医院(病院名)・施設、指定居宅介護支援事業所名

【回復期・維持期の施設様へ】  
※1)急性期・回復期から紹介(転・退院)後、本計画書の写しを急性期医療機関に送付してください。  
※2)医療者用の「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点数を記入してください。  
※3)当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出る必要があります。

<b>回復期</b>	<input type="checkbox"/> 大湯リハビリ	<input type="checkbox"/> 秋田労災	<input type="checkbox"/> 弘前脳卒中リハビリ
説明日(説明者)	年 月 日 ( )		
退院(転院)基準	リハビリ開始から症状が安定するまで		
予測総入院期間	<input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 5ヶ月		
月 日	月 日	月 日	
経過	入院時		退院時
点滴・薬・処置	リハビリ方針を決定します 持参薬の確認と内服を継続します		内服薬の管理について、自分 でできるようにしましょう 
検査	血液検査、CT、MRIなど 基本的な検査を行います		自宅での訓練方法 を学びましょう 
安静度 リハビリ	状態に応じ、理学療法、作業療法、 言語聴覚療法を行います		
食事	通常の食事です。患者さんによっては治療食 になります		自宅への試験外泊を行います また介護サービス利用のため 家庭訪問を行う場合もあります 
清潔・排泄	入浴訓練、替替えの 訓練を行います トイレでの排泄訓練をします		
患者様・ご家族 への説明	今後の療養・生活に関するご相談を行い、介護 申請等のお手伝いをします		
移行時の目標	症状、状態が安定し、維持期移行の支援体制が整っていること		
その他 連絡事項			
主治医名	理学療法士名		
看護師名	作業療法士名		
薬剤師名	言語聴覚士名		
管理栄養士名	ソーシャルワーカー		

<b>維持期</b>	病院・施設名( )	主治医名( )
療養の状態	病院・施設	自宅・かかりつけ医
月 日	月 日	月 日
経過	入所日以降	自宅復帰以降 
治療と日常生活 の注意点	内服薬を継続、身の回り動作を続けましょう 肺炎などの合併症に注意しましょう	かかりつけ医での定期的 診察・検査をうけます
検査	必要に応じた検査をします	必要に応じた検査をします
安静度 リハビリ	施設の訓練に参加しましょう 	ケアプランにそったリハビリをしましょう 
日常生活	余暇活動を積極的にしましょう 生活に密着した日常生活動作 訓練を中心にリハビリします	余暇活動を積極的にしましょう 状況により各種サービスを利用 しましょう
介護サービス	在宅に向けた介護サービス の検討をします	在宅介護サービスの見直し について検討します

【患者様・ご家族様へ】  
※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従い、変わる可能性があります。  
※2)入院期間は現時点で予想されるものです。

脳卒中地域連携パス

【医療者用】

病名: 脳梗塞 □ 脳出血 □ クモ膜下出血 □ 初回 □ 再発
名前: 様( 年 月 日生 歳)性別: □男 □女 キーパーソン: 発症日: 年 月 日 病前ADL: □自立 □一部介助 □全介助

急性期(大館市立総合病院) 記入医師名

Table with columns: 入院日数, 入院時, 退院時. Includes sub-tables for 危険因子 and 所見.

危険因子: □高血圧 □糖尿病 □内頸動脈狭窄 □心房細動 □脂質異常症

Table with columns: 所見, 入院時, 退院時. Includes items like NIHSS, 意識(JCS), 麻痺, 失語, 嚥下障害.

治療内容

手術: □無 □有( ) 日付: 月 日
抗血小板療法 □無 □有
抗凝固療法 □無 □有
t-PA □無 □有
画像診断: □CT □MRI/A □CT □頸部MRA □Angio □SPECT □TTE □TEE □ホルター
内服薬: □抗血小板薬 □抗凝固薬 □降圧薬 □糖尿病治療薬 □高脂血症薬
再受診 □無 □有

リハビリ

Table with columns: 起居動作, 座位保持, 移乗, 起立, 歩行, 拘縮, リスク. Includes sub-table for 看護記載 (ADL).

看護記載 (ADL)

コミュニケーション □可 □不可( )
食事・栄養管理 □自立 □介助 □経管 □自立 □介助 □経管
移動 □独歩 □車いす □ストレッチャー □独歩 □車いす □ストレッチャー
清潔 □自立 □介助 □自立 □介助
排泄 □自立 □介助 □自立 □介助
精神症状 □無 □不穏 □不眠 □無 □不穏 □不眠
チューブ類 □胃管 □尿道 □気管 □胃管 □尿道 □気管
褥瘡 □無 □有(I II III IV) □無 □有(I II III IV)
日常生活機能評価 点 点

MSW

復帰目標 □自宅 □施設 □不明 決定( )
介護認定 □無 □有( )
身障手帳 □無 □有( )
経済状況 □無 □有( )

その他

※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従い、変わる可能性があります。
※2) 入院期間は現時点で予想されるものです。

回復期 記入医師名

Table with columns: 入院日数, 入院時, 退院時. Includes sub-tables for 所見・治療内容 and 内服薬.

評価: nRS, B.I., FIM 総点(運動/認知)
内服薬: □抗血小板薬 □抗凝固薬 □降圧薬 □糖尿病治療薬 □高脂血症薬
再受診の必要性 □無 □有

リハビリ・看護

Table with columns: 日常生活機能評価, 歩行, ADL, 言語, 嚥下, 失語, 構音障害, 嚥下障害. Includes sub-table for 看護記載.

看護記載

コミュニケーション □可 □不可( )
食事・栄養管理 □自立 □介助 □経管 □点滴 □自立 □介助 □経管 □点滴
移動 □独歩 □車いす □ストレッチャー □独歩 □車いす □ストレッチャー
清潔 □自立 □介助 □自立 □介助
排泄 □自立 □介助 □自立 □介助
精神症状 □無 □不穏 □不眠 □無 □不穏 □不眠
チューブ類 □胃管 □尿道 □気管 □胃管 □尿道 □気管
褥瘡 □無 □有(I II III IV) □無 □有(I II III IV)

MSW

復帰目標(場所) □自宅 □施設 □不明 決定( )
介護認定 □無 □有( ) □申請中 □無 □有( ) □申請中
身障手帳 □無 □有( ) □申請中 □無 □有( ) □申請中
障害自立度評価 J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2 J1, J2, A1, A2, B1, B2, C1, C2
認知自立度評価 正常, I, II, a, IIb, III, a, IIIb, IV, M 正常, I, II, a, IIb, III, a, IIIb, IV, M

その他

【回復期・維持期の施設様へ】
※1) 急性期・回復期から紹介(転院)後、本計画書の写しを急性期医療機関に送付してください。
※2) 医療者用の「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点数を記入してください。
※3) 当該様式については、年に1回、毎年7月1日時点のものについて届け出る必要があります。

維持期 施設名( ) 記入者名( )

Table with columns: 日付, 月, 日

治療内容

処方: □抗血小板薬 □抗凝固薬 □降圧薬 □糖尿病治療薬 □高脂血症薬 □その他( ) □その他( )

コントロール目標

Table with columns: 血圧, PT-INR, 生活, LDLコレステロール, HbA1c, アルブミン.

歯科

口腔ケア

指示

観察時期 月 日
食事・栄養管理 □自立 □介助 □経管 □点滴
移動 □独歩 □車いす □ストレッチャー
清潔 □自立 □介助
排泄 □自立 □介助
リハビリ □無 □有(通院 □通所 □訪問)
清潔 □自立 □介助
排泄 □自立 □介助
家庭改修 □無 □有( )
介護保険 □無 □有 □申請中
身障手帳 □無 □有 □申請中

その他

緊急連絡先 電話番号

急性期治療病院名 □大館市立総合病院 0186-42-5370
リハビリ病院名 □大湯リハビリ温泉病院 0186-37-3511 □弘前脳卒中・リハビリテーションセンター 0172-28-8220 □秋田労災病院 0186-52-3131
かかりつけ医院(病院)名 □
指定居宅介護支援事業者名 □

# 糖尿病地域連携パス

## 《急性期病院の得意分野》

- ・各診療科において専門的医療を提供
- ・入院・手術を要する医療を提供
- ・救急患者、搬送に対応、 など

定期的な検査や、症状が重くなったときは、病院を受診

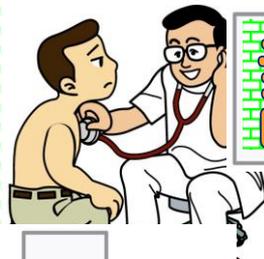
診療所

糖尿病手帳や糖尿病連携パスシートを使って、このような連携を伝えます。



ふだんはかかりつけ医を通院

病院



診療所

診療所

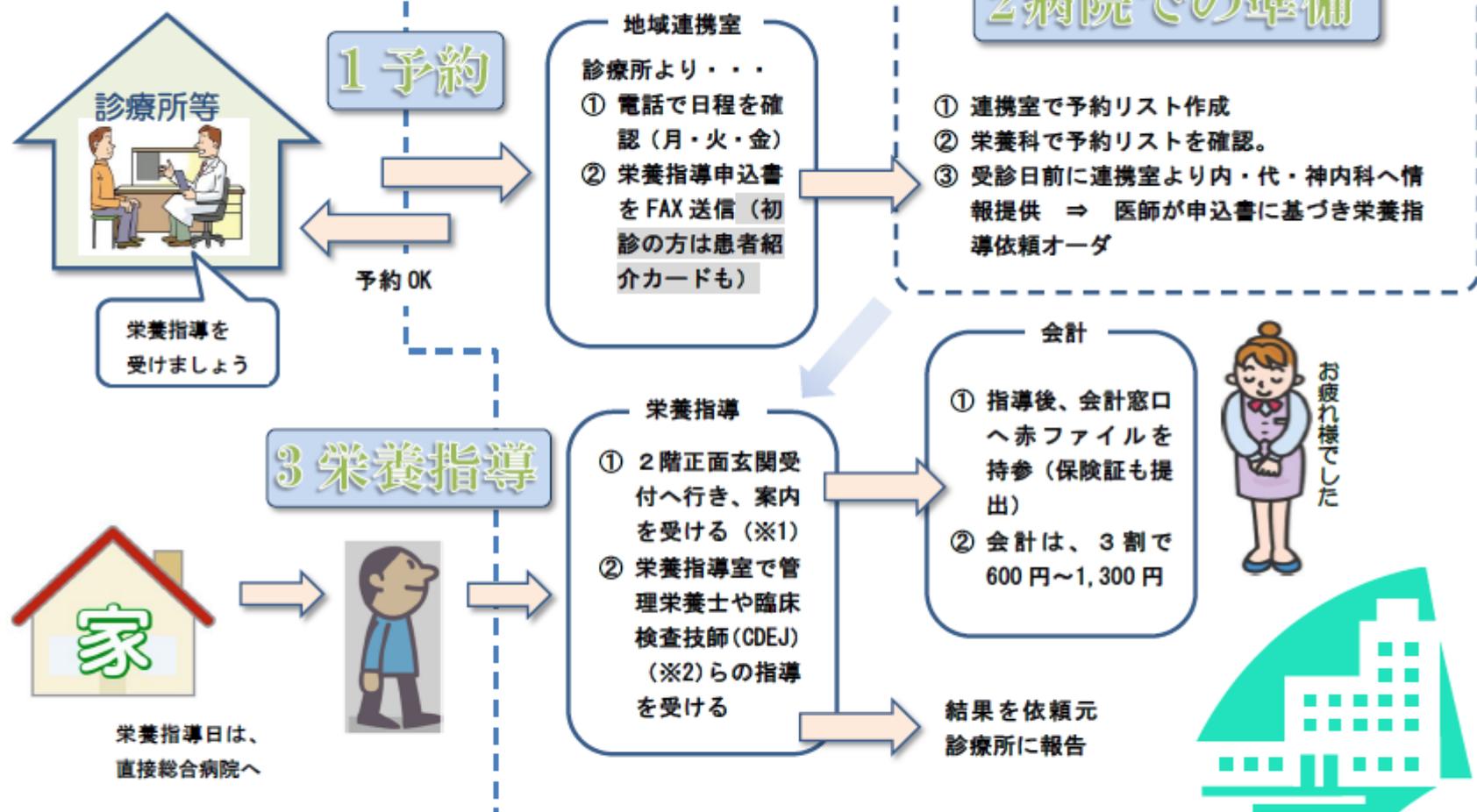
ふたり主治医制で、安心がつながります

## 《診療所の得意分野》

- ・患者さんの病状を全体的に把握
- ・必要なときに適切な専門医に紹介
- ・介護保険の意見書作成に対応
- ・健康相談、健診への対応 など



# 糖尿病医療連携栄養指導の流れ



※ 1 予約時間の15分前までに2階正面玄関受付にお越しください。

※ 2 CDEJ＝「日本糖尿病療養指導士」のこと。日本糖尿病療養指導士認定機構で認定する資格。総合病院には、薬剤師、看護師、管理栄養士、臨床検査技師などのCDEJがいます。

大館市立総合病院地域連携室

H26.11.4 作成 (0186-42-5370) 代表



大館市立総合病院  
Oguni City General Hospital

# あきたハートフルネットのご案内

あきたハートフルネット イメージ図



大館市立総合病院

共有



北秋田市民病院等の  
中核病院

共有



秋田市内の参加医療機関



地域のかかりつけ  
の診療所など



(登録までの流れ)



- ① 医師等から説明
- ② 同意書の提出
- ③ 情報登録(※)
- ④ 登録カードの発行

※あきたハートフルネット参加医療機関のうち、  
患者さんが通院している医療機関のみで  
情報共有します



# あきた ハートフルネット

ようこそ！

[大館市立総合病院] さん。

ログオン先を選択して下さい。

ログオフ

- ポータルへ →
- カレンダーへ →
- 同意管理へ →
- 紹介患者一覧へ →



ようこそ 工藤 賢一 様

Home > 連携患者選択 > 地域連携システム >

- ログオフ
- カレンダー表示
- 文書一覧
- 画像一覧
- ファイル一覧
- 期間一覧
- ポータル

患者 ID 0000



男性 S  
〒0170025 秋田県 大館市



年 月 週 日

今日へ移動

2014	05/12(月)	05/19(月)	05/26(月)	06/02(月)	06/09(月)	06/16(月)	06/23(月)	06/30(月)	07/07(月)	07/14(月)	07/21(月)	07/28(月)	08/04(月)
期 間	- 05/18	- 05/25	- 06/01	- 06/08	- 06/15	- 06/22	- 06/29	- 07/06	- 07/13	- 07/20	- 07/27	- 08/03	- 08/10
処 方													
注 射													
検 査													
画 像													
レポ-ト													
ファイル													
健 診													
ノ-ト													

監視画面表示 新規作成



- ログオフ
- カレンダー表示
- 文書一覧
- 画像一覧
- ファイル一覧
- 期間一覧

個人情報変更
0170025 秋田県
男性 S
地図表示
参加登録

オーダー一覧  
に戻る

**[2014-07-04] 処方  
記載者:大館市立総合病院**

<p><b>【2014/07/04】</b>          新規オーダー 皮膚科 金城 千尋          外来患者オーダー 外来処方 院外処方 147040803651400_01 情無</p>		
Rp. 01 2014/07/04 -		
アンテベート軟膏0.05% 5g/本	25グラム	
ヒルドイドソフト軟膏0.3% 25g/本	25グラム	
めり薬 1日2回 部位:お尻		
Rp. 02 2014/07/04 -		
ザイザル錠 5mg	1錠	
1日1回 夕食後		28日分



撮影日時: 2014-02-03 15:58:53  
モダリティ: MR



Home > 連携患者選択 > 地域連

ログオフ

カレンダー表示

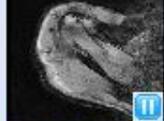
文書一覧

画像一覧

ファイル一覧

期間一覧

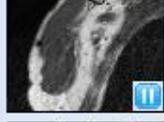
6% (1 / 15)



5% (1 / 18)



5% (1 / 18)



5% (1 / 18)



4% (1 / 21)

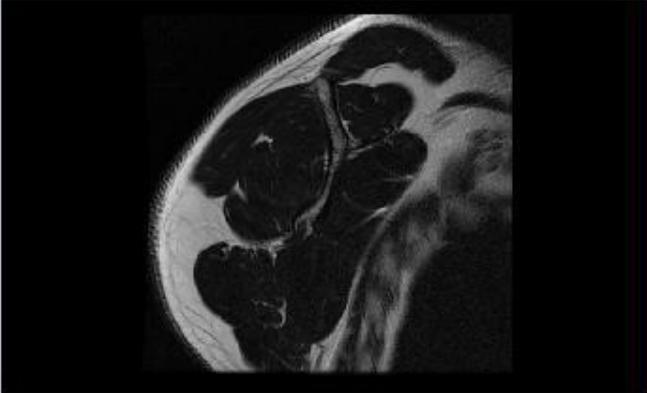
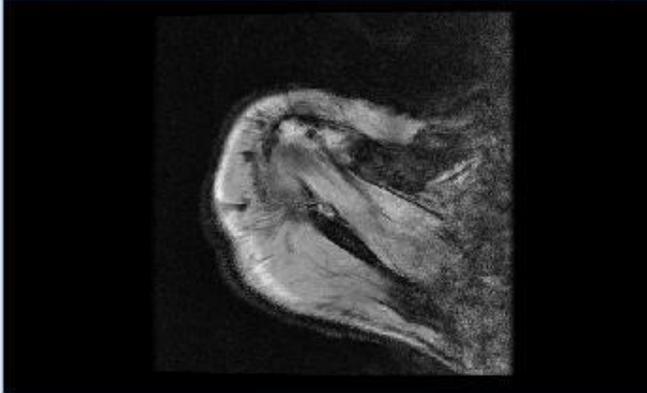


シリーズ #1

1 / 15

シリーズ #2

1 / 18



WL: 137 WW: 274

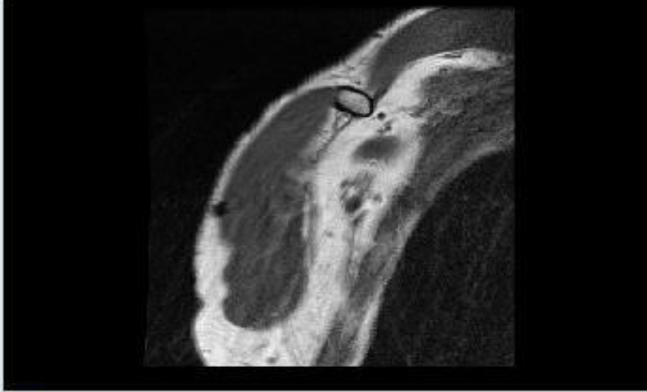
WL: 605 WW: 1211

シリーズ #3

1 / 18

シリーズ #4

1 / 18



WL: 489 WW: 979

WL: 392 WW: 784

ページが表示されました

インターネット

<a href="#">14449138</a>	大館市立総合病院	CR : 2 (CHEST)	2013-02-20	<a href="#">14449138</a>
<a href="#">14449138</a>	大館市立総合病院	MR : 96 (R-SHOULDER)	2013-01-04	<a href="#">14449139</a>



撮影日時: 2014-07-10 18:13:05  
モダリティ: CR



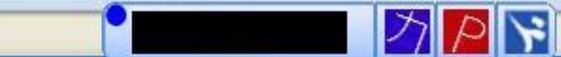
シリーズ #1

1 / 1



WL: 511 WW: 1023

ページが表示されました



## 5. 中長期的な将来展望

**国の施策、地域的情勢、総合病院の機能と将来展望を踏まえ、総合病院が今後、地域でどのような体制を構築すべきか考えます。**

# 病診連携等の推進による 質の高い地域医療体制の構築

## 三次医療機関



大学病院、特定機能病院等

高次搬送



患者紹介



救急搬送

## 行政

地域福祉、介護、医療等地域生活を支える様々な社会資源を包括的にコーディネート

## 介護



居宅介護支援事業所、包括支援センターがケアプランを策定し、訪問介護、訪問看護などの介護事業を行い、在宅生活を支援する。

## 住まい



かかりつけ医と介護事業所が連携して市民の在宅・地域生活を支援

## 急性期(市立総合病院)



専門医養成の支援  
(弘前大学専門医養成ネットワーク 協定締結病院)

大館市立総合病院は、地域の急性期医療を担う中核病院としての役割を担う。在宅医療を担うかかりつけ医を支援するため後方支援を行うとともに、がん診療連携拠点病院、災害拠点病院など、地域の基幹病院としての機能向上も目指す。

## 逆紹介と後方支援

- ・地域連携パスの活用
- ・共同診療体制の構築
- ・キャリアアップ、スキルアッププログラムの開発
- ・ハートフルネットの活用によるICT連携の強化
- ・研修会への参加

## 紹介と急変時入院受け入れ

## かかりつけ医

かかりつけ医として患者さんを全人的にサポートする



訪問診療など在宅医療の役割を担い、急変時には、適切な医療機関へ紹介

## 診療所

# 病診連携等の推進による 質の高い地域医療体制の構築

## 地域連携の深化・発展

## 期待される効果

現在実施している事業

糖尿病、5大がんなど循環型地域連携パスの利用推進と適用領域の拡大

あきたハートフルネットの利用活用によるICT連携の推進

「在宅医療・介護連携推進協議会」などを通じ、介護・福祉・行政・医療との「顔のみえる」多職種協働体制を構築

今後実施すべき事業

かかりつけ医と総合病院が連携して「地域の主治医」となれるよう、共同診療体制の検討とキャリアアップ、スキルアッププログラムの構築を検討

在宅療養を後方支援する体制の構築（将来的に在宅療養後方支援病院としての機能獲得）

・急性期医療機関としての総合病院の役割が明確化する  
・勤務医の負担が軽減し、専門医養成に効果  
・平均在院日数の管理など、DPC適用病院として経営上の効果が期待できる

病院経営に効果

・地域における機能分化と連携が促進される  
・地域でシームレスなケア体制が期待できる  
・異業種間交流が活発化し、医療・介護・福祉職場の活性化と働きがいのある職場形成が期待できる

地域ケアに効果

切れ目のない療養体制を地域で確立

地域包括ケア体制  
（大館方式）の構築へ

住み慣れた地域で  
安心して暮らせますよう



ご清聴ありがとうございました。



**大館市立総合病院 医事課**

**地域連携室 工藤 賢一（社会福祉士）**