

# 吹田市 シンポジウム

より良い医療を受けるために  
一人ひとりが考えよう

# テーマ1

## 病院の機能と役割分担

# 医療機関の役割とは・・・

医療機関は限られた社会資源（施設・人材）

→ 役割に応じた機能

不適切な受診は・・・

→ 医療機関に過度の負担

→ 医療提供体制の崩壊、医療費の増大  
（保険料増加、自己負担の増大）

→ 結果として患者側のマイナス

# 医療機関の役割分担

## 特性に応じた役割分担

- ① 大学病院・ナショナルセンターなど  
専ら**高度専門的医療**を提供するところ
- ② 地域の病院など  
主に**一般的入院医療**を提供するところ
- ③ 診療所など  
**日常の健康管理**を含め**かかりつけ医機能**を  
発揮するところ

# 病状の経過による医療機能区分

病状の経過	対応する医療機能区分
発病(急性症状)	<b>急性期医療</b> (*)
↓	
回復過程(症状改善)	<b>回復期医療</b>
↓	
慢性化(病状遷延過程)	<b>慢性期医療</b>

(\*)専門的医療を要する場合は「高度急性期医療」

## 本日まで出席の病院の特徴

### ○ 国立循環器病研究センター

⇒ **高度急性期医療** 急性期医療

### ○ 吹田市民病院

⇒ 高度急性期医療 **急性期医療** 回復期医療

### ○ 協和会病院

⇒ **急性期医療** **回復期医療** 慢性期医療

# 医療機関が役割分担をする理由

## <地域の医療提供体制の確保>

- ・ **通院可能な疾患**であれば、通常は自宅に近いところで継続的な治療を受けられることが日常の健康管理という面からも望ましく、そのためには**かかりつけ医が近所に存在する医療体制**が必要。
- ・ **入院を必要とするような疾病**でも、退院して在宅復帰したのち、自宅の近くでかかりつけ医による日常診療を受けるために、**病院と地域のかかりつけ医の連携体制**が必要。
- ・ **高度専門的な医療**を必要とする場合は、**身近な医療機関から紹介されて大学病院**のようなところで適切な医療を受けられる体制が必要。（安易な受診は大病院の診療機能を疲弊させ、能力低下を招くことになる。また、**大病院は診療科が細分化され、日常の健康管理という機能は基本的に備わっていない。**）

# 医療機関が役割分担をする理由

## <医療機関の事情>

- **医療従事者の確保**の問題

全ての医療機関が全ての分野の**スタッフを理想的な人数分確保することの困難**。特に近年の医師の過重労働問題を解消するには、より多くの医師を確保せねばならず、ただでさえ難しい医師の確保がより一層困難になる。

- **医療コスト**の問題

効率的な設備投資ということを考えると、多くの診療機能を維持するためのあらゆる施設・設備を整備することは非現実的。**過剰投資は医療費の増加**を招き、最後は**患者負担に跳ね返る**。



吹田市地域医療推進市民シンポジウム

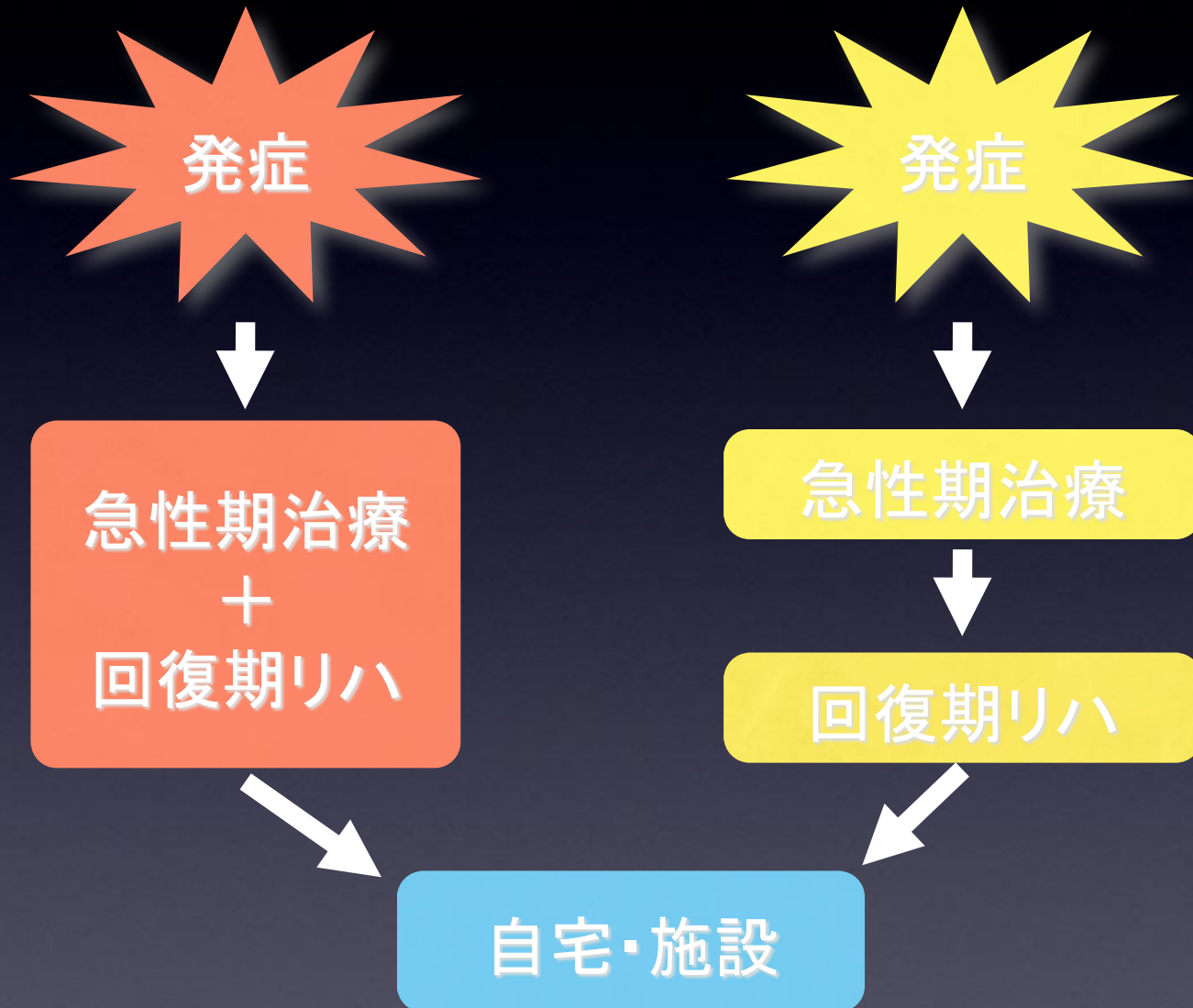
# 病院の機能と役割分担

国立循環器病研究センター  
診療支援部・脳神経内科  
長束一行



National Cerebral and  
Cardiovascular Center

# 病院完結型と地域完結型

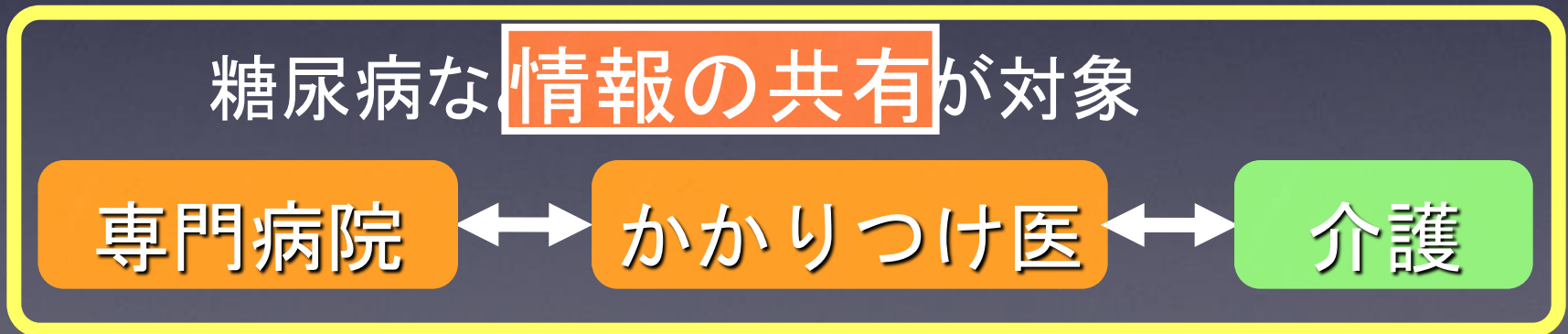


# 地域連携パス

## 一方向性連携



## 循環型連携



# 脳梗塞治療の進歩

200

高度専門医療

2

専門医不足

2

病院の集約化

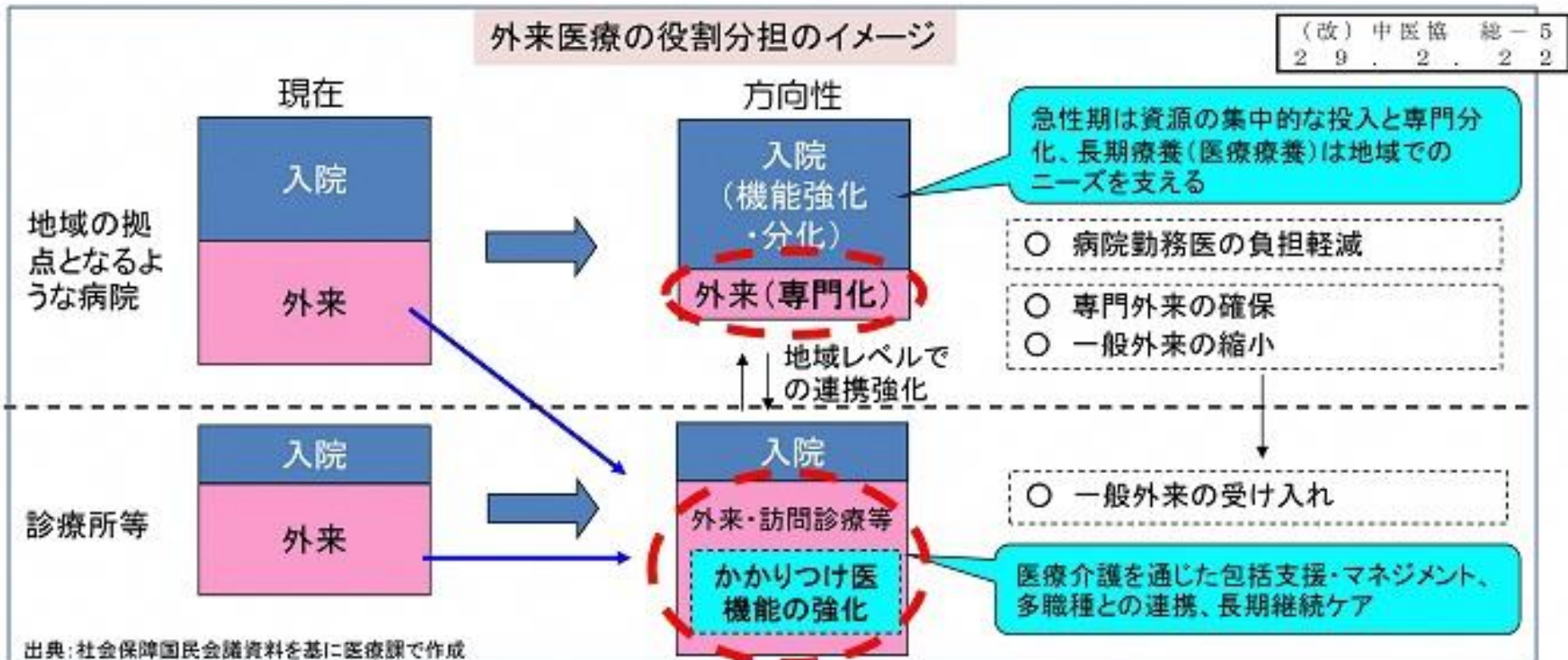
201

役割分担

## 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



出典: 社会保障国民会議資料を基に医療課で作成

# かかりつけ医機能のイメージ (案)

～生活習慣病を有する患者の例～

①

予防・外来

②

入院

③

在宅

かかりつけ医機能

処方

生活指導

・服薬指導  
・薬剤師との連携

健康相談

24時間の  
対応

必要に応じ専門  
医療機関等の紹介

・要介護認定  
の支援  
・介護支援専  
門員との連携

在宅医療の  
提供

① 日常的な医学管理と重  
症化予防

② 専門医療機関等との連携

③ 在宅療養支援、介護との連携

知ろう！考えよう！  
病院のかかり方から在宅医療まで

～ **急性期病院**の立場から ～



平成30年2月3日

市立吹田市民病院

副院長 戎井 力

# 施設概要

○病院機能 急性期病院  
救急告示病院（二次救急医療機関）  
大阪府がん診療拠点病院

○病床数 一般病床 431床

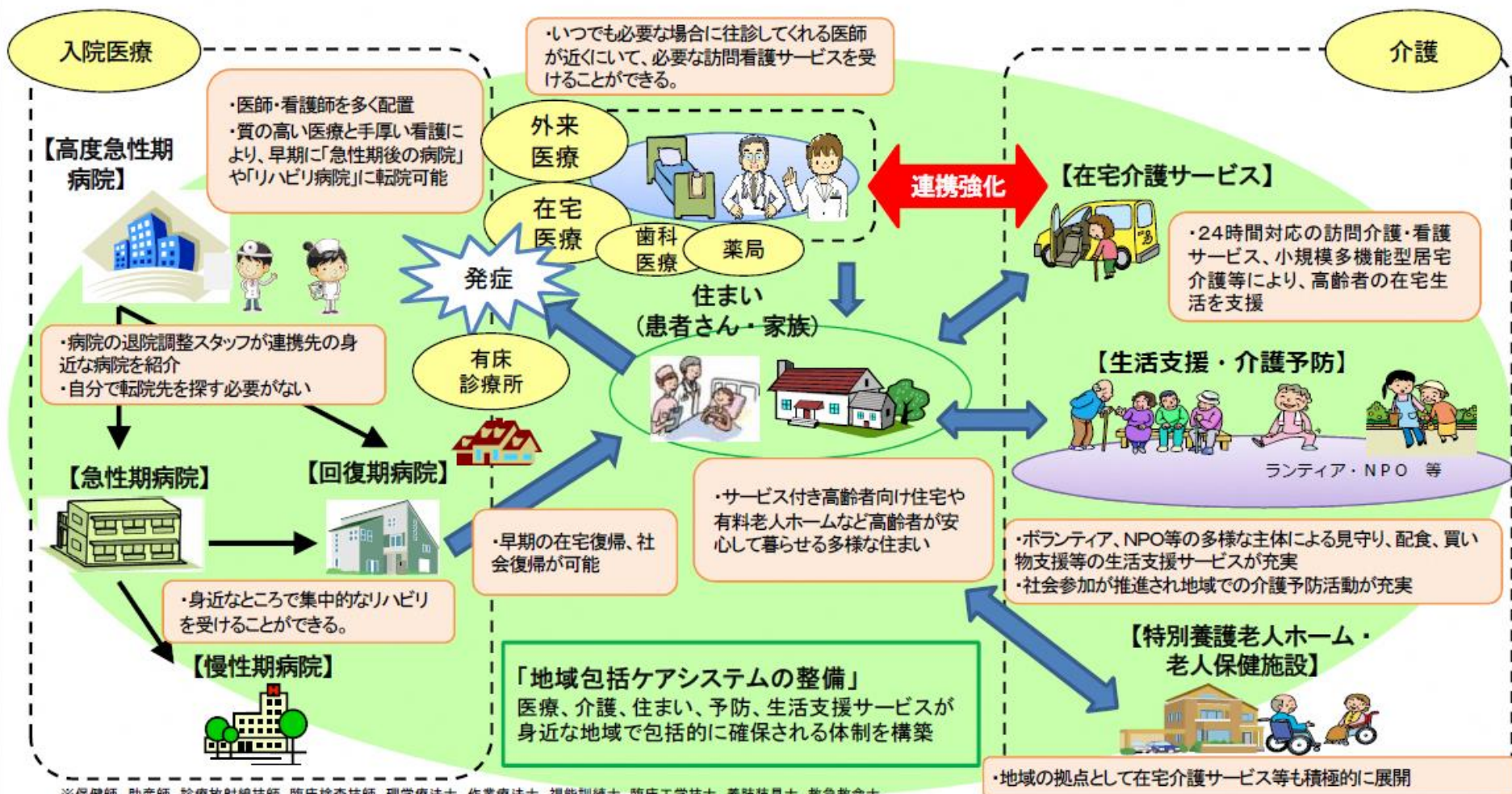
○診療科（23科）

内科、循環器内科、神経内科、消化器内科、小児科、  
外科、消化器外科、乳腺外科、呼吸器外科、整形外科、  
脳神経外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、  
泌尿器科、放射線科、リハビリテーション科、麻酔科、  
精神科、心療内科、病理診断科、歯科（障がい者）



# あるべき医療介護提供体制の構想

将来の医療需要や現状の医療提供体制等をふまえ、どのような医療介護提供体制が望ましいのかについて会議で議論を十分に行い、合意形成を行ってほしい。



※保健師、助産師、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、救急救命士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等

# 急性期病院としてできること

1) 良質で安全な医療を提供する

2) 市民の健康増進と疾病予防に寄与する

3) 市民に医療に関わる情報を提供する

4) 救急医療、災害医療の充実に努める

5) 地域の医療・保健・福祉・介護等の関連機関と連携し、急性期病院としての役割を果たす

# ご清聴 ありがとうございました！



※JR岸辺駅北側の施設立地イメージです。完成時と異なる場合があります。

2018年秋 新病院完成

# 1. 知ろう！考えよう！病院のかかり方から在宅医療まで 病院の役割；回復期病院の立場から



平成30年2月3日

協和会病院

リハ科 浅津 民夫

# 2. 当院の病院機能

(ケアミックス 型)

- ①. 一般急性期病棟
- ②. 回復期リハビリテーション病棟: 後述
- ③. 地域包括ケア病棟

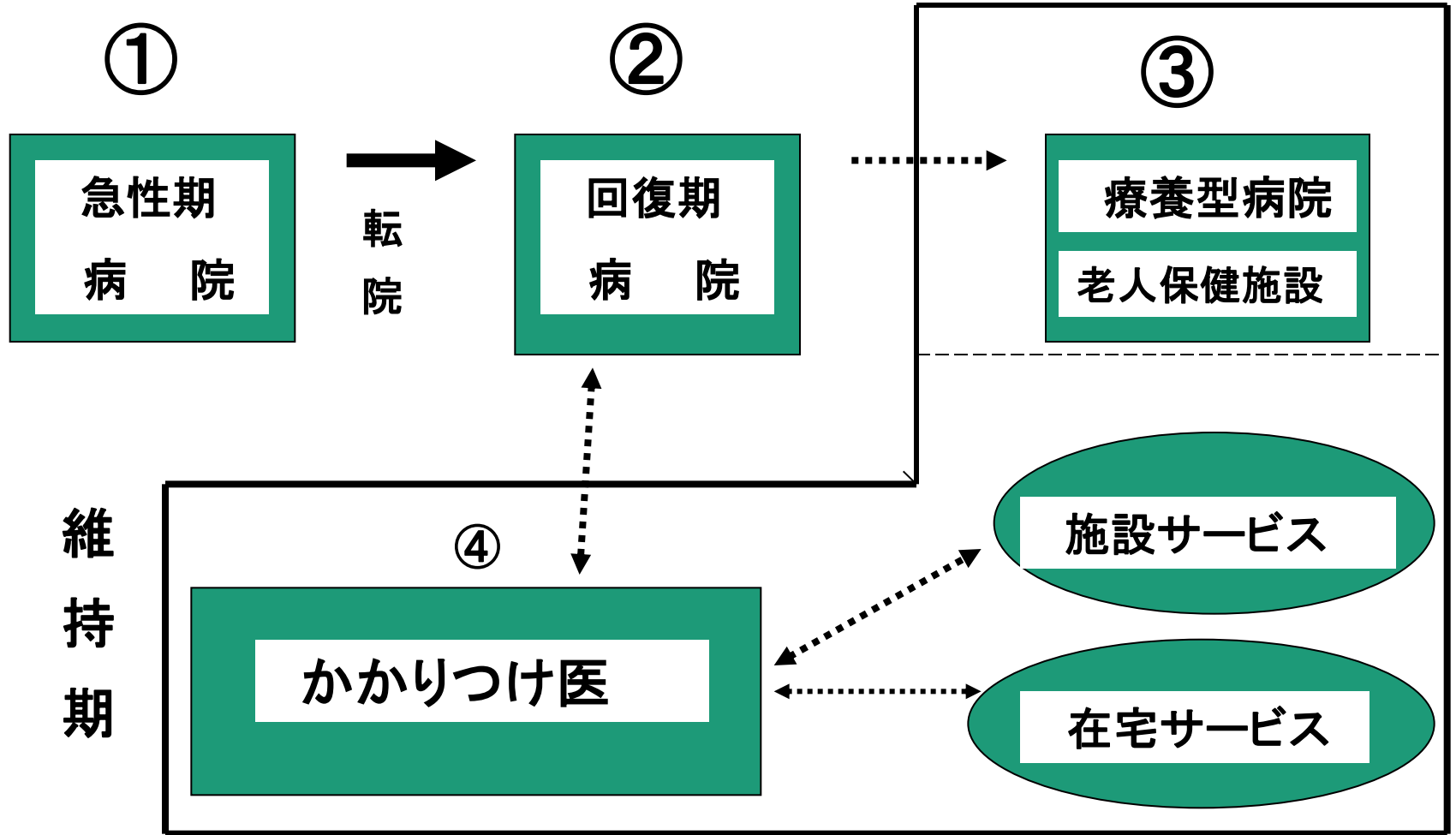
在宅医療を受けておられる方の疾患の悪化や  
回復期リハビリ病棟入棟期限切れの方などを対象に  
2ヶ月間を限度に入院して頂き、在宅復帰をめざす病棟

- ④. 障害者病棟

神経難病など

\* 24時間一般救急受入れ

# 3. 医療チームの連携



# 4. 回復期リハ病棟

○国の施策として在宅医療の推進があり

平成12年から始まった病棟

○急性期病院での治療が落ち着いた方であるが、

退院するには不安定な方を受け入れ、

リハビリテーション練習を行って在宅復帰を目指す病棟

## 目的

①ADL(生活動作)能力の向上

②廃用症候群の予防(寝たきり防止)

廃用症候群:肺炎や手術後臥床による体力低下

③在宅復帰率の向上

## 5. 対象となる主な状態

### A. 発症後2ヶ月以内または術後2ヶ月以内

- 脳血管疾患(脳梗塞、脳出血など)頭部外傷
- 大腿骨、骨盤、股関節、膝関節の骨折
- 外科手術または肺炎などの安静により体力が低下した状態  
(廃用症候群)

### B. 発症後1ヶ月以内または術後1ヶ月以内

- 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節、膝関節の神経、筋肉、  
または靭帯損傷状態
- 股関節、膝関節の人工関節置換術後



## 6. 入棟期限：入院できる期間

- 脳血管疾患、脊髄損傷などは 150日  
ただし

高次脳機能障害、重症脳血管障害、  
重度の脊髄損傷や

頭部外傷を含む多部位外傷症は 180日

- 骨折、廃用症候群などは 90日

## 7. 回復期リハ病棟に求められるもの 1

### ①.入院窓口の明確化

各病院にある医療連携室間での円滑迅速な連携。

ご家族、ご本人へのシステムや流れ、どこへ転院するかの相談や説明をしっかりとる。(急性期病院でも同様)

### ②.出来るだけ早期の受け入れ

### ③.重症例も可能な限り受け入れる

## 8. 回復期リハ病棟に求められるもの 2

### ④. 質の高いリハ：集中的リハ

365日のリハ など

### ⑤. 高品質・効率的な医療サービスの提供

### ⑥. 全身管理、治療の継続

合併症の管理（肺炎、痙攣、転倒骨折 など）

投与薬剤調整・管理（抗糖尿病薬、抗凝固剤など）

ただしこの病棟での投薬、薬剤料などはすべて回復期リハビリテーション病棟入院料に含まれる。

# 9. 回復期リハの地域連携のポイント

## 私たち医療者の努力すべき問題点

### ①. 相互の信頼、特に医師間

急性期や維持期(在宅医)の先生方 との連携構築が必要

### ②. 責任者(窓口)の明確化と迅速な対応

地域連携室、MSW(相談員)の充実

### ③. 医学的管理の維持・担保

### ④. かかりつけ医の先生に在宅での管理を依頼

### ⑤. 顔の見える関係の構築

(連携会議・研究会などへの参加)

# 10. よくある急変

## 急性期病院に相談する問題

- ①. 転倒事故（骨折、硬膜下血腫）
- ②. 感染症（誤嚥性肺炎、尿路感染）
- ③. 脳血管障害の再発
- ④. 脳外科対象の問題

術部のトラブル・ 硬膜下血腫・大量脳出血

- ⑤. 心筋梗塞
- ⑥. 消化管出血

まれに悪性腫瘍

# 11. サービス担当者会議

退院前の在宅で関わる専門職種との話し合い



12.

ご清聴、まことに  
有難うございました。

輪

和



# かかりつけ医の役割について

吹田市医師会理事 戸川 雅樹



# かかりつけ医とは

定義:「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。」

生活背景・健診結果・病歴を踏まえた診療(診断・治療)  
何でも相談を受け、丁寧な説明をする  
適切な専門医療機関病院へ紹介・入院依頼  
介護サービスへの橋渡し  
健康管理のアドバイス、健診・がん検診  
往診・在宅医療

# 病院への紹介

• かかりつけ医



• 病院

症状、診察所見、医院での検査、今までの病歴や過去の検査結果をふまえて、紹介の必要性を考える。

・どのような病気が考えられるか。

重症度・緊急性

いつ紹介するのか（緊急、予約）

入院は必要なのか（必要な場合は病院に連絡）

・専門性 どこに紹介するのか

どの診療科・どの病院に紹介するのか

紹介の際には「診療情報提供書」に、今までの病歴、検査結果、既往歴、アレルギー、服薬情報、考えられる病態、ご本人の希望などを記載してお渡しします。

# 病院からの紹介

• 病院



• かかりつけ医

- 病院と連携し紹介を受けて外来診療を行う。
- 病院退院後など通院が困難な場合に、在宅医療(訪問診療・往診)を行う