

2010年診療報酬改定と 急性期病院の対応

～メディカルスタッフが支える病院医療～

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカル・スタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程：保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程：保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置（東京・小田原・熱海・福岡・大川）
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 2010年診療報酬改定
- パート2
 - 勤務医の負担軽減と医師事務作業補助者
- パート3
 - 薬剤師・看護師の役割見直しとスキルミクス
- パート4
 - 外科医不足と手術評価
- パート5
 - 地域連携クリティカルパス
- パート6
 - DPC新機能係数と病院の対応



パート1

2010年診療報酬改定

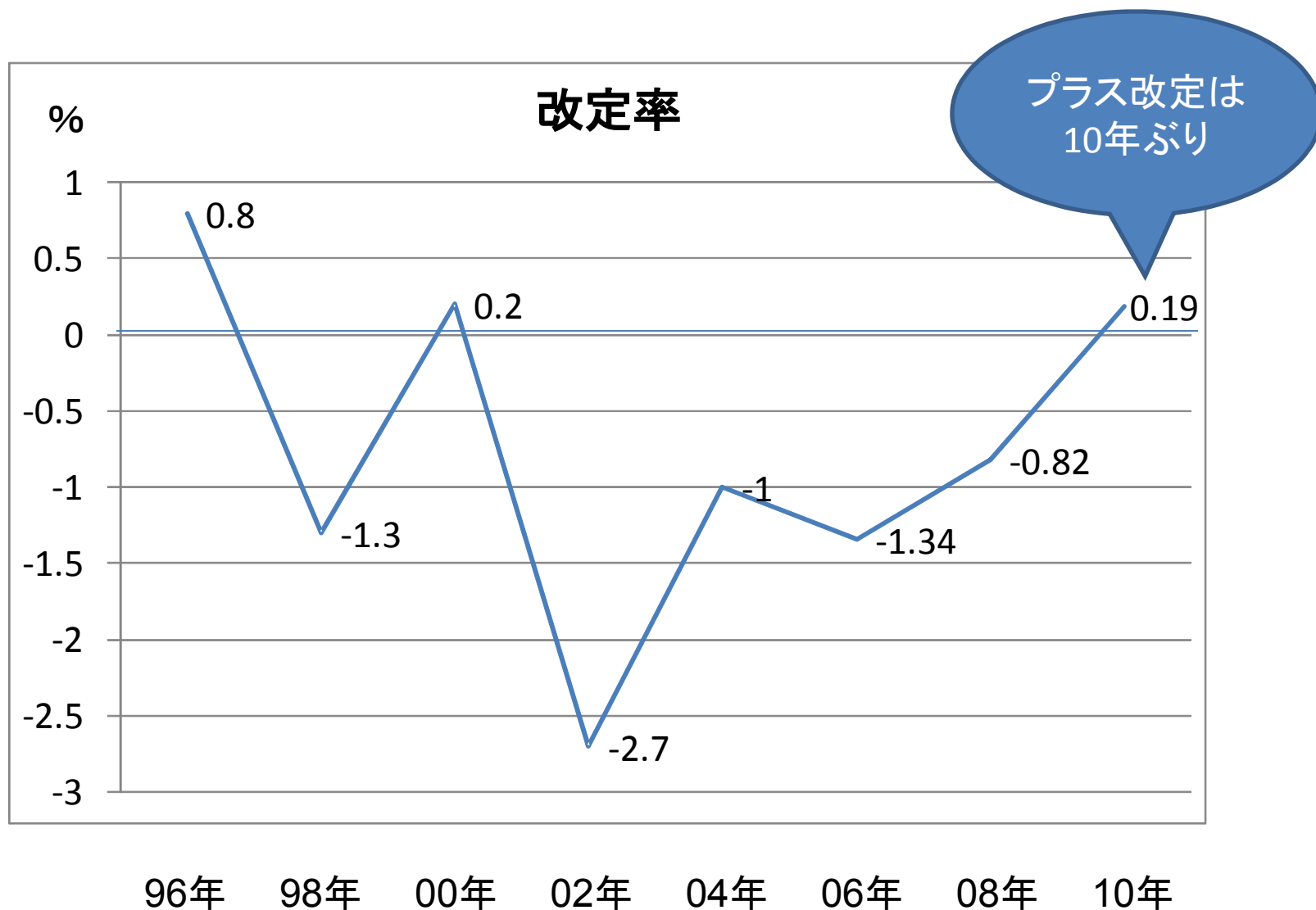
2010年度診療報酬改定

- 全体改定率 +0.19%
- 1 診療報酬改定(本体)
 - 改定率 +1.55%
 - 各科改定率 医科 +1.74%
 - (入院 +3.03%、外来 +0.31%)
 - 歯科 +2.09%
 - 調剤 +0.52%
- 2 薬価改定等
 - 改定率 ▲1.36%
 - 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)
 - 材料価格改定 ▲0.13%

5700億円

4400億円
うち急性期病
院4000億円

診療報酬改定率



2010年度診療報酬改定の基本方針

- 重点課題
 - ①救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ②病院勤務医の負担の軽減
- 4つの視点
 - ①充実が求められる領域を適切に評価していく視点
 - ②患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ③医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
- （2009年11月25日社会保障審議会の医療保険部会）

パート2

勤務医の負担軽減と 医師事務作業補助者

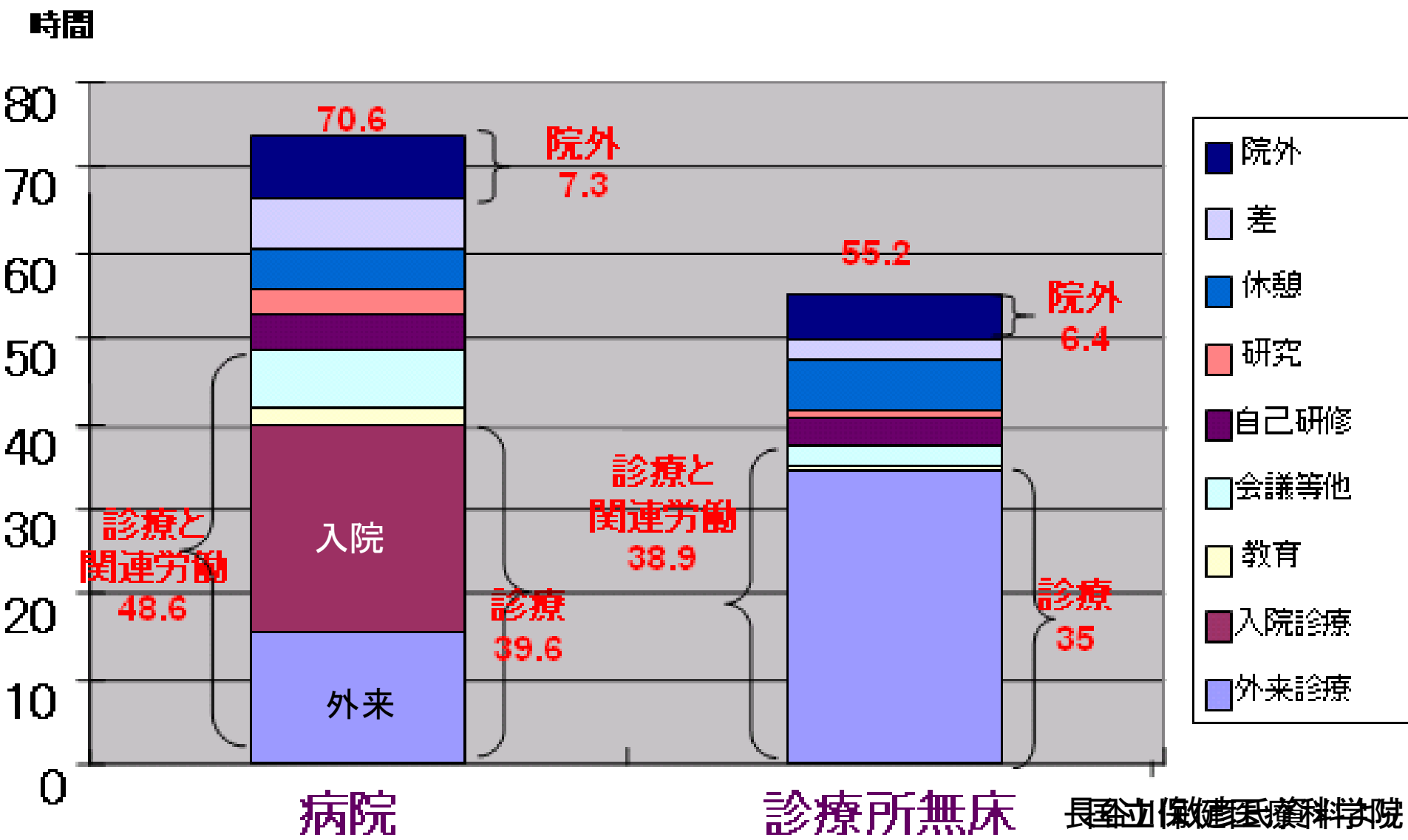


日本の勤務医は とっても忙しい！

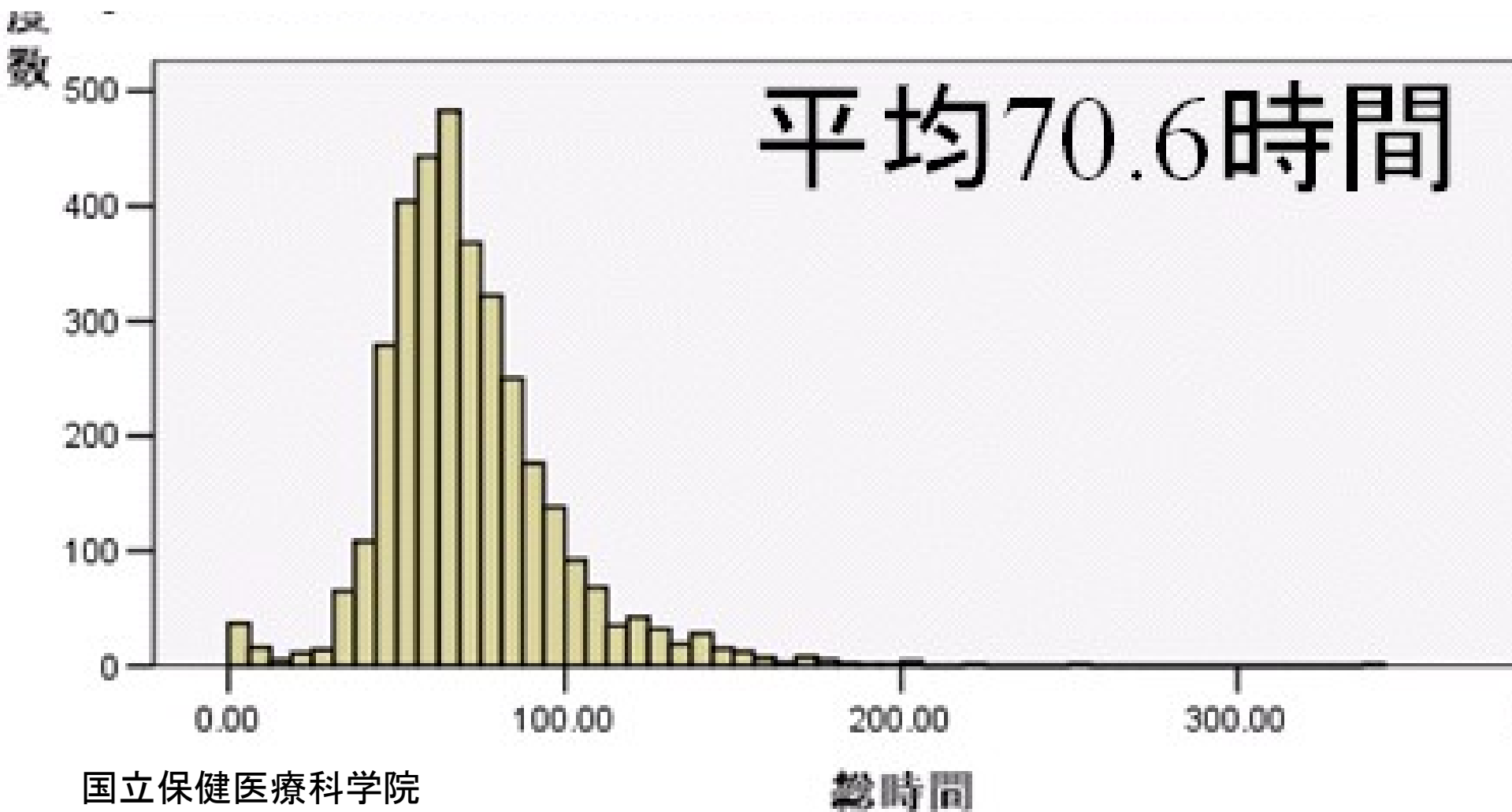


医師の勤務時間比較（病院と診療所）

病院勤務医は忙しい！



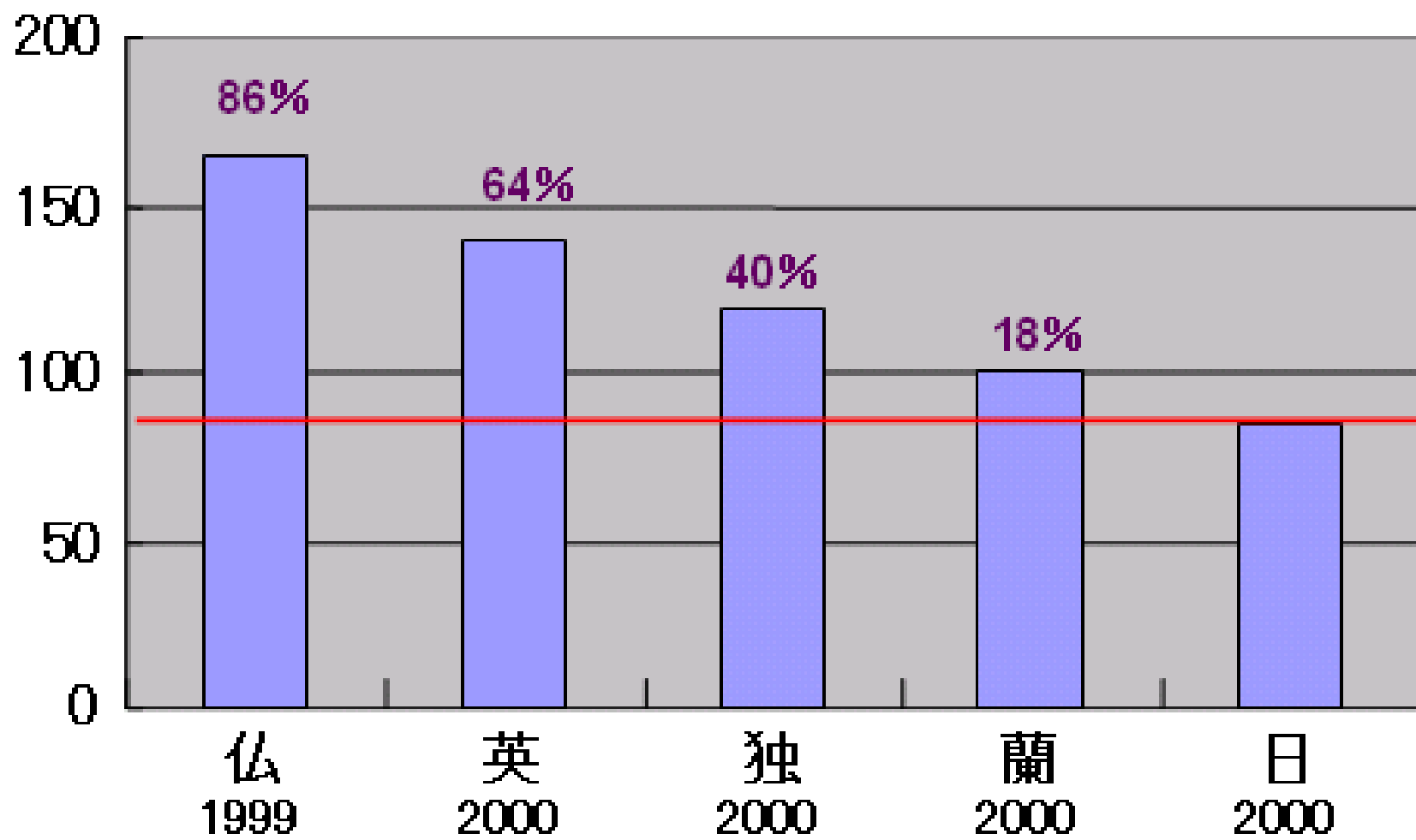
勤務医の平均勤務時間



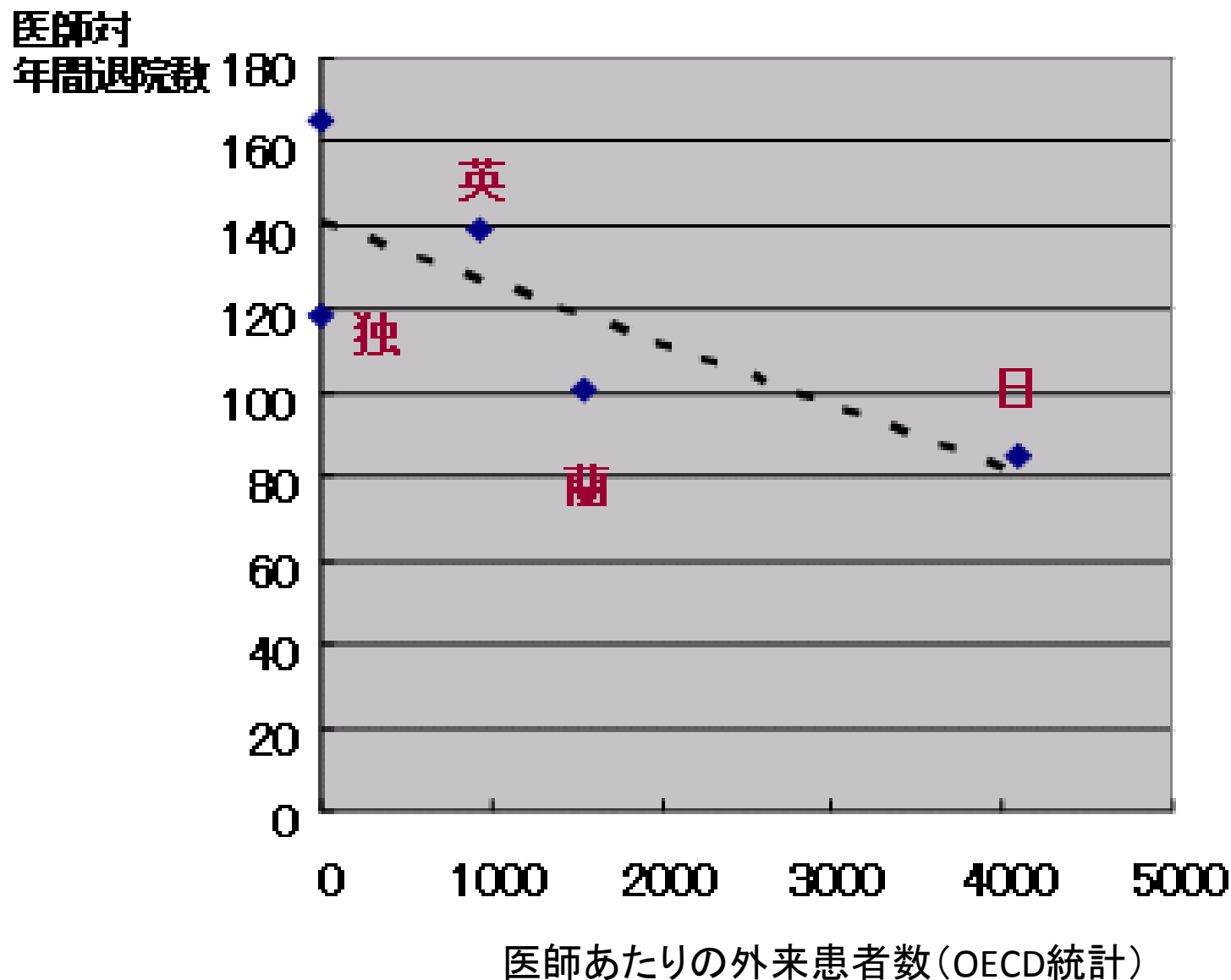
医師の労働生産性の国際比較

医師1人当たりの退院患者数(OECD統計)

医師対
年間退院数

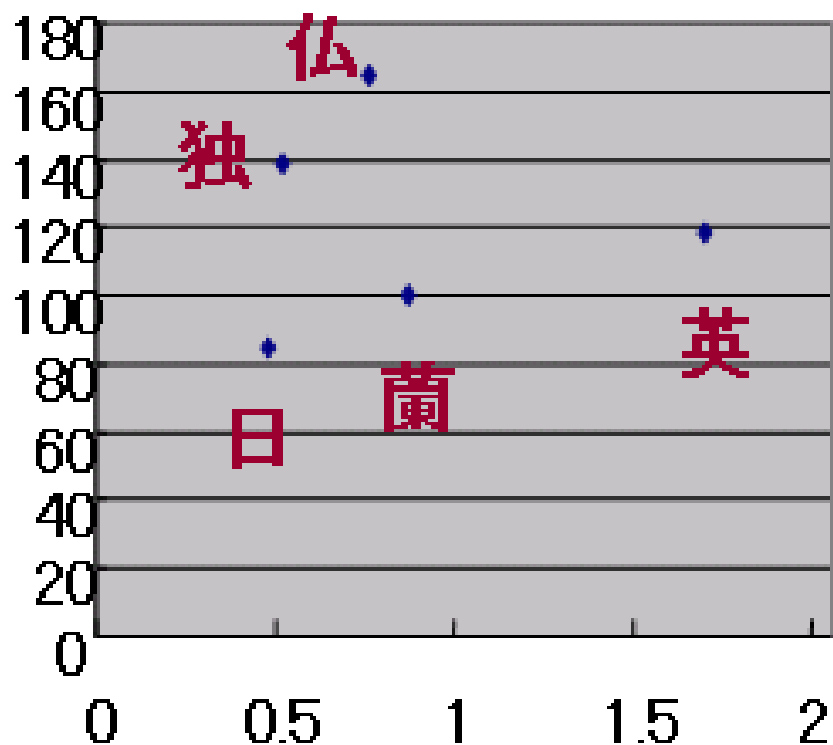


医師の生産性と外来負担



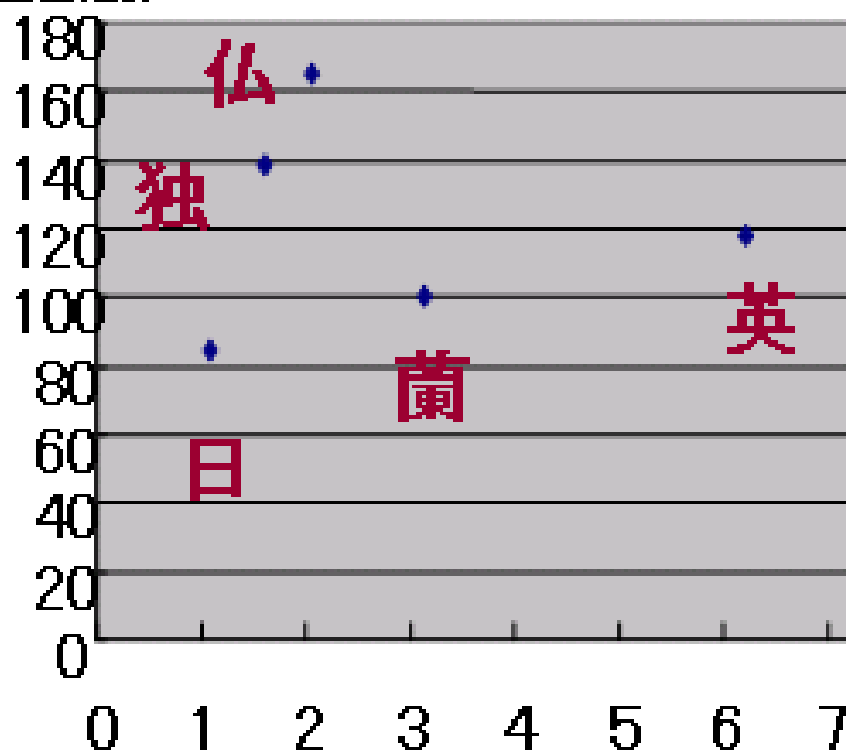
職員数と医師生産性

医師対
年間退院数



急性期病床あたりの看護師数

医師対
年間退院数



病床あたりの総職員数

日本の医師の労働生産性が低いワケ

- 1.日本医師の勤務時間は欧州の医師に比して長い
- 2.日本医師の生産性(年間退院患者/医師数)は欧州に比して低い
- 3.医師当退院患者数が低い原因には3つの原因が想定される
 - 1)日本の医師の外来の負担が大きい
 - 2)医師の労働が未分化で他職種実行可能な仕事を自ら実施している
 - 3)他職種(看護職その他)の病床当り数が少ない

ある外科医の1日



岡山中央病院外科 蓮岡英明先生

蓮岡先生のある日

当直明け
睡眠時間1時間

アッペの紹介
でーす。

病棟患者Bさん
意識がありません

明日手術予定のご家族
が1時間待ってまーす。

手術

泌尿器科の先生から、ちょっ
と診てほしい

7:00	研修医カンファレンス
8:00	外科・内科 ミーティング
9:00	研修ミーティング
10:00	クリニック外来(30名)
11:00	
12:00	
13:00	NSTランチ ミーティング
14:00	内視鏡(10~15件)
15:00	
16:00	
17:00	総回診
18:00	会議
19:00	病棟
20:00	残業
21:00	

下血が来た～緊急
内視鏡

病棟患者Aさんが転
倒しました～。

Cさん・Dさんの薬が
切れます。

アッペは何時からしま
すか？

保険書類がたまっ
てますよ。

通院中のEさんが、
発熱して、来院されます。

蓮岡先生は一人何役？

院内活動

- 医師として(外科・内視鏡・麻酔・救急)
- 臨床研修医管理・指導
- 部門管理(外科チーム)
- NST活動
- 内視鏡カンファレンス
- 癌・化学療法勉強会
- メディカルスタッフ教育
- 会議(診療録管理・手術室管理・リーダー会議)
- プロジェクト(センター化)
- 事業計画立案

院外活動

- 研修サーベイ
- 学会発表
- 論文記載
- NST関連研究会世話人
- 内視鏡関連研究会世話人
- 医局関連作業
- 大学講義
- 私的活動

それに加えて日常の
ペーパー・ワークが
めちゃくちゃ多い！
外科医の本来の仕事は
ブラッド・ワーク！



ダーティーハリーの仕事はブラッドワーク

外科患者の流れと 付随するペーパーワーク

検査前

- 申込み
- 内視鏡用紙記載
- 同意書作成
- 患者説明
- 電子カルテへの記載

検査

- 検査実施
- 結果説明
- 所見用紙記載
- 電子カルテ記載
- 病理依頼紙記載
- 患者説明用手帳記載

検査後

- 入院説明
- 手術申込
- 術前検査依頼
- 検査結果説明
- 麻酔患者記録記載
- 輸血説明
- 輸血申込書記載
- 硬膜外麻酔説明
- 手術同意書記載
- 手術説明
- 電子カルテへの記載

紹介元への返事・病理結果・入院報告

The collage displays several medical forms and documents:

- 大腸内視鏡** (Colonoscopy) form with patient information and consent sections.
- 胃カメラ** (Gastroscope) form with patient information and consent sections.
- 診療計画書** (Treatment Plan) form detailing the procedure, risks, and benefits.
- および血** (Blood) form with patient information and consent sections.
- 全身麻酔と硬膜外麻酔の併用について** (Regarding the use of general anesthesia and epidural anesthesia) form.
- 経路報告書** (Pathway Report) form with patient information and consent sections.

[illegible]

外科患者の流れ

• 外来

- 検査前(13分+10分)
 - 申込み(5分)
 - 内視鏡用紙記載(1分)
 - 同意書作成(5分)
 - 患者説明(10分)
 - 電子カルテへの記載(2分)
- 検査(9分+20分)
 - 検査実施(15分)
 - 結果説明(5分)
 - 所見用紙記載(2分)
 - 電子カルテ記載(3分)
 - 病理依頼紙記載(2分)
 - 患者説明用手帳記載(2分)
- 検査後(39分+20分)
 - 入院説明(15分)
 - 手術申込(2分)
 - 術前検査依頼(2分)
 - 検査結果説明(5分)
 - 麻酔患者記録記載(3分)
 - 輸血説明(5分)
 - 輸血申込書記載(2分)
 - 硬膜外麻酔説明(5分)
 - 手術同意書記載(2分)
 - 手術説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(3分)

紹介元への返事・病理結果・入院報告(5分)

• 入院

- 手術前(23分+15分)
 - 入院診療計画書記載(3分)
 - クリニカルパス記載(5分)
 - クリニカルマップ記載(2分)
 - 手術同意書記載(5分)
 - 家族を含めての手術説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(3分)
 - 院内紹介状の記載(5分)
- 手術(32分+30分+手術時間)
 - 手術実施(180分)
 - 結果説明(15分)
 - 病理標本整理(20分)
 - 病理伝票記載(5分)
 - 術後管理(15分)
 - ICU入室申込(2分)
 - 手術記録記載(5分)
- 病室(21分+20分)
 - ICU退室基準用紙記載(2分)
 - 回診(5分)
 - 日々の採血結果説明(5分)
 - 検査指示だし(2分)
 - 検査用紙記載(2分)
 - 病理結果説明(5分)
 - 抗癌剤の説明(15分)
 - 電子カルテへの記載(5分)
- 退院(22分+10分)
 - 退院後の説明(10分)
 - 退院時指導用紙の記載(2分)
 - 退院時サマリー記載(5分)
 - 退院証明書記載(2分)
 - 紹介元への返事記載(5分)
 - 診断書(3分)
 - 保険会社診断書(5分)

- 大腸癌手術 2週間入院を例に

- 外来 書類66分+説明35分+検査時間15分
- 入院 書類98分+説明75分+回診5分×28+カルテ記載3分×28+手術時間180分
- 外科医としてすべき仕事 $453分 = 258分(説明・回診) + 195分(検査・手術)$
- 頼める仕事 248分(文章入力・書類記載)
 - 外来書類66分+入院書類98分+カルテ記載3分×14日×2(朝 夕)

- 大腸癌手術2週間入院で700分(11時間)のうち
医師事務作業補助者に頼める仕事は248分(4時間)、36%もある！

医師の外来業務と 医療関連職の役割分担に関する調査



東京医療保健大学 医療保健学部
医療情報学科 助教 瀬戸僚馬

2009.12.14

調査概要

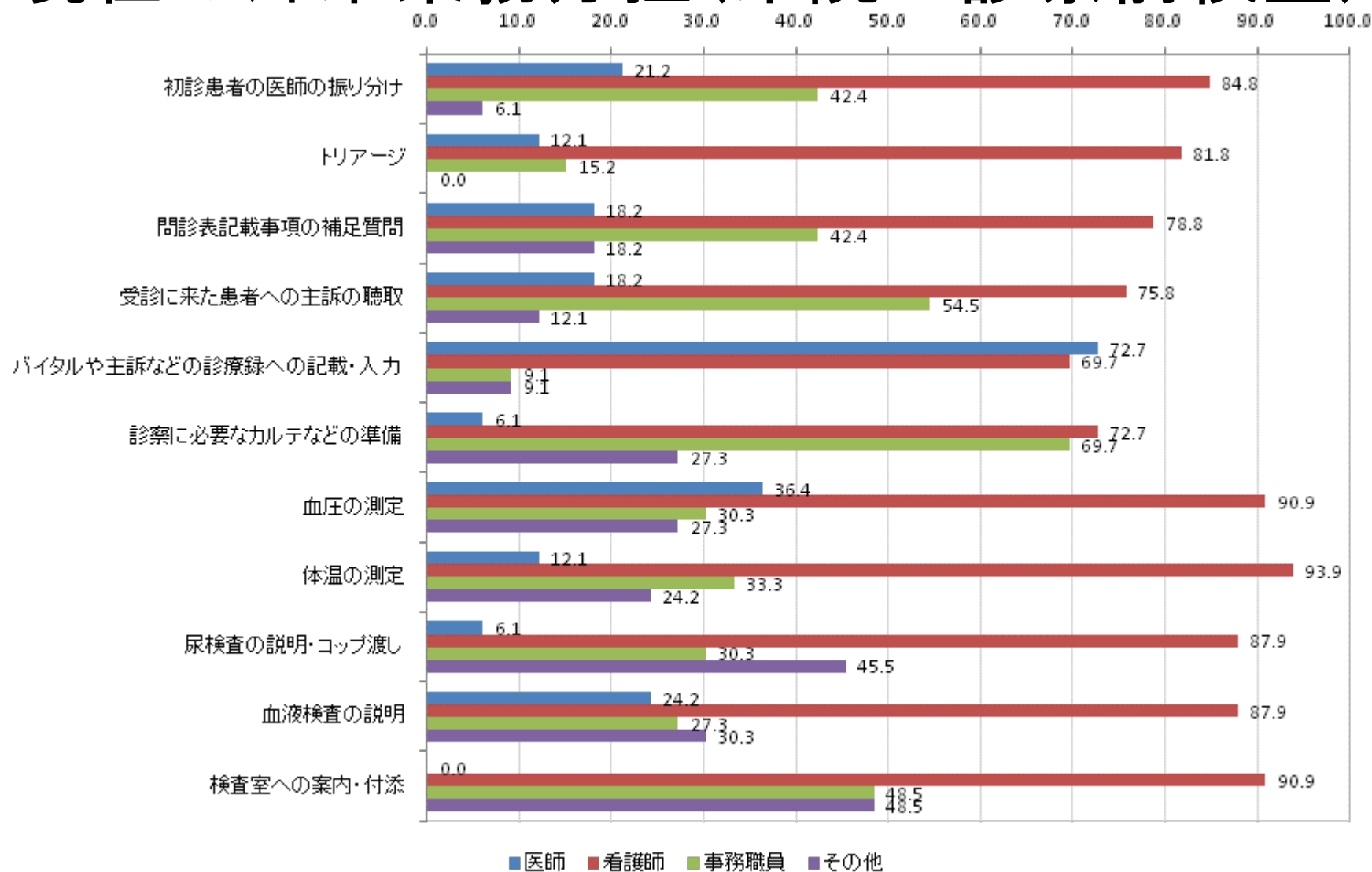
- 目 的

病院の外来業務に関し、医師と医療関係職種で、どのような業務・役割分担が行われているかを調査。

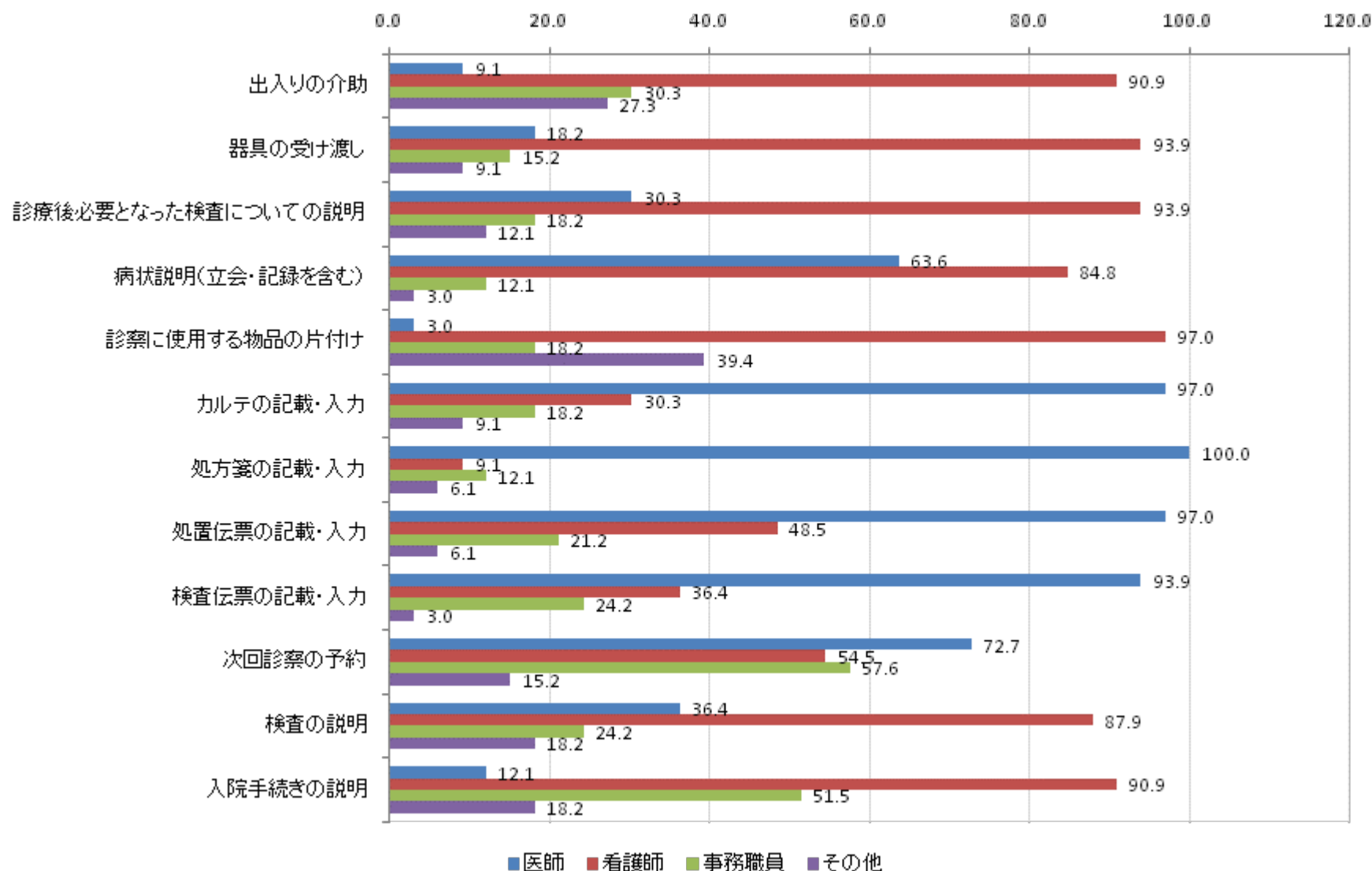
- 方 法

都内の医師事務作業補助体制加算届出病院94施設(10/1現在)の外来師長に調査票を送付。33施設から回答。(有効回答率35.1%)

現在の外来業務分担（来院～診察前検査）



現在の外来業務分担（診察～次回準備）



調査結果

- 処方、処置、検査伝票の記載・入力、次回予約は、医師が行うほか、看護師も行っている例が多かった。
- これらの代行入力は、医事事務作業補助者への委譲すべき。
- その他、検査室への案内・付添や、診察に使用する物品の片づけ、入院手続きの準備等も医事事務作業補助者へ業務代行すべき。

医師事務作業補助者



外科医の救世主！？

医師事務作業補助体制加算 (10年診療報酬改定)

- 医師事務作業補助体制加算(入院初日)

- 1 15対1 補助体制加算 810点(新設)
- 2 20対1補助体制加算 610点(新設)
- 3 25対1補助体制加算 490点←355点(08年)
- 4 50対1補助体制加算 255点←185点(08年)
- 5 75対1補助体制加算 180点←130点(08年)
- 6 100対1補助体制加算 138点←105点(08年)

(対届出一般病床数比での医師事務作業補助者の配置数による)

- 15対1、20対1 の施設基準は、▽第三次救急医療機関▽小児救急医療拠点病院▽総合周産期母子医療センター▽年間の緊急入院患者数が800人以上の実績を持つ病院—の4つ
- 25対1と50対1では、これらの基準のいずれかを満たすか、▽災害拠点病院▽へき地医療拠点病院▽地域医療支援病院▽年間の緊急入院患者数が200人以上の実績を持つ病院▽全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院—のどれかをクリアする必要がある。さらに、75対1と100対1では、50対1までの基準のいずれかに該当するか、年間の緊急入院患者数が100人以上の実績を有する病院としている。

医師事務作業補助者の業務範囲

(平成20年度診療報酬改定関連通知 08年3月28日)

・ [医師事務作業補助者の業務範囲]

－ 1 診断書などの文書作成補助

- ・ 診療記録への代行入力
- ・ 医療の質の向上に資する事務作業(診療に関するデータ整理、院内がん登録等の統計・調査)
- ・ 医師の教育や臨床研修のカンファレンスのための準備作業等)並びに行政上の業務(救急医療情報システムへの入力、感染症のサーベイランス事業等)への対応を医師の指示の下に行う

－ 2 ・医師以外の職種の指示の下に行う業務

- ・ 診療報酬の請求事務、窓口・受付業務、医療機関の経営、運営のための基礎データ収集業務、看護業務の補助並びに物品運搬業務等については行わないこと

医師事務作業補助者教育研修

- 研修期間
 - － 最低6か月間の研修期間
 - － 医師事務作業補助者としての業務を行いながら職場内研修を含む
 - － そのうち、32時間以上の研修を実施する。
- 研修内容
 - － ア 医師法、医療法、薬事法、健康保険法等の関連法規の概要
 - － イ 個人情報保護に関する事項
 - － ウ 当該医療機関で提供される一般的な医療内容及び各配置部門における医療内容や用語等
 - － エ 診療録等の記載・管理及び代筆、代行入力
 - － オ 電子カルテシステム(オーダーリングシステムを含む)
- 平成20年度診療報酬改定関連通知(08年3月28日)

医師事務作業補助者の養成と 資格認定に関するシンポジウムを 開きま～す。

5月8日 国際医療福祉大学主催

パート2

薬剤師・看護師の役割見直しと スキルミクス



チーム医療と 病院薬剤師の役割



今、病棟薬剤師が注目！

10年診療報酬改定

DPCにおける薬剤師配置評価

- DPCにおける薬剤師の病棟配置
 - DPC調整係数に代わる新たな機能評価係数として、薬剤師の病棟配置を評価することも検討された
 - しかし、チーム医療を指標化することが難しく、DPC評価分科会では次期改定での導入を見送られることになった。

がん拠点病院と薬剤師



がん診療連携拠点病院加算

- **【がん診療連携拠点病院加算】**(入院初日)
400点→500点
- [算定要件] 他の保険医療機関等からの紹介による悪性腫瘍の患者に対して入院医療を提供した場合について、入院初日に限り加算する
- [施設基準] がん診療連携拠点病院の指定を受けていること

がん医療の推進 (10年診療報酬改定)

- がん医療の推進
 - － がん診療連携拠点病院加算の施設基準
 - キャンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種に参加
 - 院内がん登録をさらに評価すべき
 - － がん治療法の多様化と評価
 - 複雑化した外来化学療法への対応
 - 放射線治療病室のさらなる評価
 - 告知への配慮
 - － 緩和ケア診療の充実、がんのリハビリテーション料

東京都認定がん診療連携拠点病院 三田病院薬剤部と チーム医療



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価65、000点
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

① 基本業務

抗がん剤調製・服薬指導 など

キャンサーボードでのレジメン検討の中心・副議長としても活躍

② 教育・研修体制

日本病院薬剤師会がん専門薬剤師研修施設

国際医療福祉大学大学院がんプロ連携医療機関

⑤ 先進医療への貢献

がんペプチドワクチン

国際医療福祉大学三田病院 薬剤部

③ 認定病院としての地域医療参画

東京都緩和ケア人材育成研修会

港区在宅緩和ケア・ホスピスケア支援

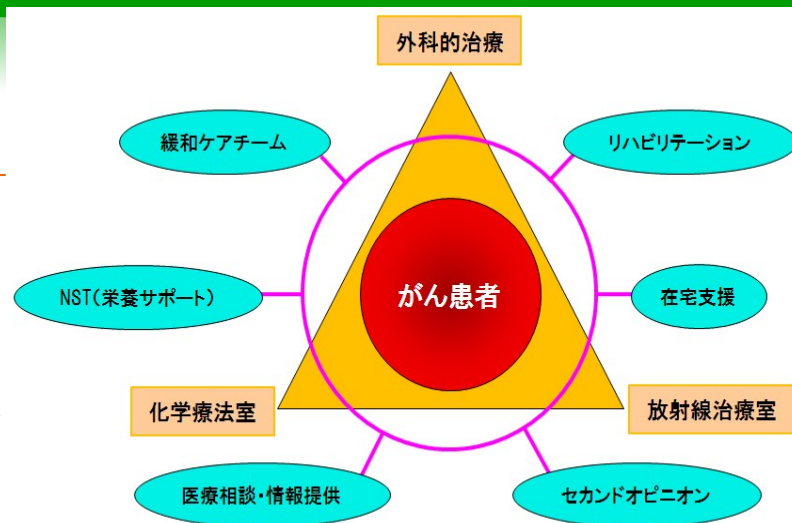
④ 専門外来での担当薬剤師

がん治療支援・緩和ケア外来

キヤンサーボード

院内にはキヤンサーボードを設置し、良質で安全ながん診療の実施と集学的、包括的がん治療を推進を図っている。メンバーは、がん診療に携わる各科の代表医師とがん治療に専門的な知識や技能を持った薬剤師、看護師、栄養士など幅広い職種から構成されている。

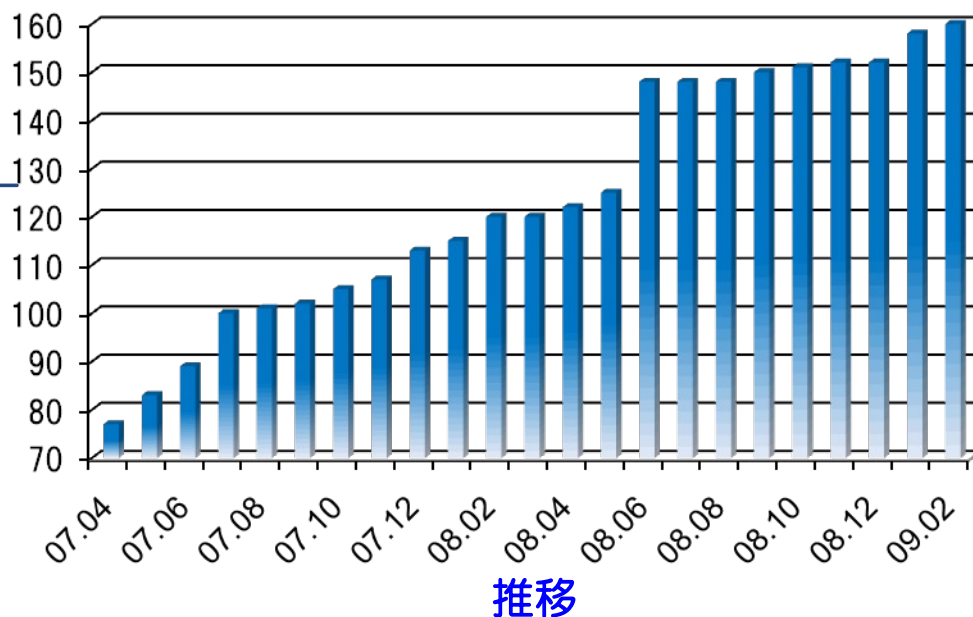
その中において、キヤンサーボード副議長を薬剤師（教授・薬剤部長）が務めている。これは、がん治療における化学療法の重要性が院内で十分に認識されていることからであり、安全安心ながん治療を提供していく上で大変重要なことである。



キヤンサーボード活動内容(毎月開催されている)

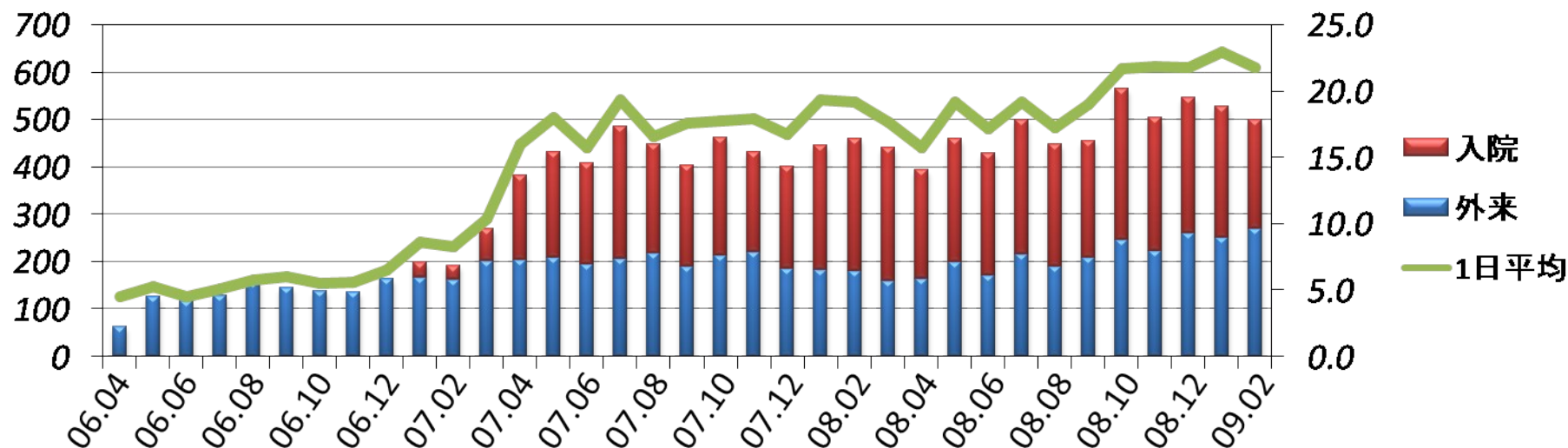
- 1.化学療法レジメンの審査、登録
- 2.個別がん症例に対する集学的、包括適治療の検討
- 3.院内の他のがん診療に関わる部門との協議、調整
- 4.がん診療体制の整備
- 5.患者様用パンフレットなどの企画・作成
- 6.三田がんフォーラムの企画・開催



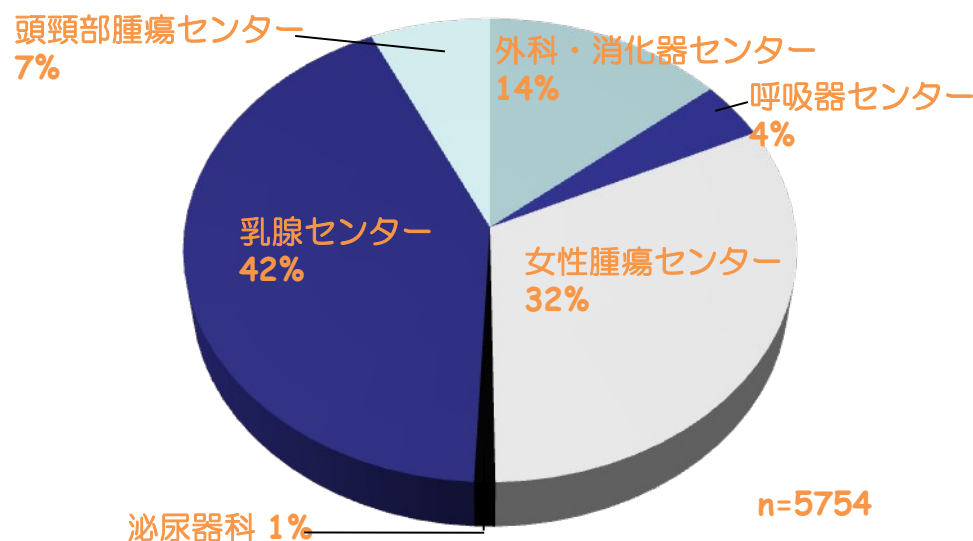


無菌的混合調製

調製件数の推移



診療科別調製件数(平成20年3月～1年間)



注射薬のレジメンは138登録されており、そのうち実際に処方されているものは78であった（最近1年間）。さらに、6レジメンで5割、17レジメンで8割の調製件数を占めている（wPAC、HERやCDDPの少量連日投与のレジメンが多くを占めている。）

教育・研修体制（がん専門薬剤師研修施設）

当院は、日本病院薬剤師会がん専門薬剤師研修事業暫定認定研修施設として、平成19年に認定されている。研修は、がん薬物療法に必要な高度の知識・技能・臨床経験を修得させ、将来の指導的立場のがん専門薬剤師を養成することで、がん医療の均てん化の推進を目的としている。

当院の研修プログラムの特徴は、各診療科・センターに貼り付き臨床の場でチーム医療を実践することにある。外来診察はもとより、入院回診・カンファランス、画像・病理診断、手術までを医師に同行し、研修を行っている。



国際医療福祉大学三田病院における研修カリキュラム

(1) 実務及び臨床研修

実務研修項目	活動部署	担当者	期間
オリエンテーション	研修理念 施設概況	会議室または研修室 薬剤部（井上、田嶋）	0.5日
病種・外来研修 （図診、カンファレンス、検査、放射線治療、手術、診察等への見学参加）	病種・外来における臨床研修 ・乳腺センター ・呼吸器センター ・外科・消化器センター ・頭頸部腫瘍センター ・女性腫瘍センター・婦人科 ・緩和ケア ・病理部 ・放射線科	病種・外来 各科の医師及び病種担当薬剤師	51日
薬剤管理指導業務 （外来）及び抗がん剤調製業務	外来がん化学療法施行患者の服薬指導と抗がん剤調製研修 （治療計画、レジメン審査、各抗がん剤の作用機序、副作用とその対策） ・抗がん剤の混合調製 ・抗がん剤の取り扱い管理	化学療法室 薬剤部 化学療法担当薬剤師	
EBM 演習	・文献の検索と論文の批判的吟味（臨床論文の読み方、書き方、使い方） ・臨床論文の書き方 ・がん診療ガイドラインの読み方使い方	研修室または会議室 薬剤部（井上）	4.5日



国際医療福祉大学三田病院 病棟薬剤師



各病棟に薬剤師を配置し、薬に対する疑問や不安など、入院患者の薬物治療に薬剤師が積極的に関わり、薬の内容や用量、服薬説明、治療効果や副作用の確認などを行っている。

国際医療福祉大学三田チーム医療について



栄養サポートチーム(NST)

➤ 三田病院薬剤部ではNST稼働当初より、輸液や栄養剤の選択や適正使用等、薬剤師としての専門知識を生かした栄養療法の支援にチームの一員として積極的に参加しています。また、NST担当薬剤師が褥創回診にも参加し、栄養と褥創相互での情報交換を行うことで、栄養状態改善のサポートを行っています。

薬あるところ薬剤師あり！

緩和ケアチーム(PCT)

➤ 現在、緩和ケアチームには3名の薬剤師が所属し、入院・外来での様々ながん性疼痛に対して、薬剤師はがん治療支援・緩和ケアチームの一員として積極的にサポートしています。また、痛み以外の体の症状・不安など痛み以外の症状も様々な職種と協力し合い、チームとして対応しています。



感染制御チーム(ICT)

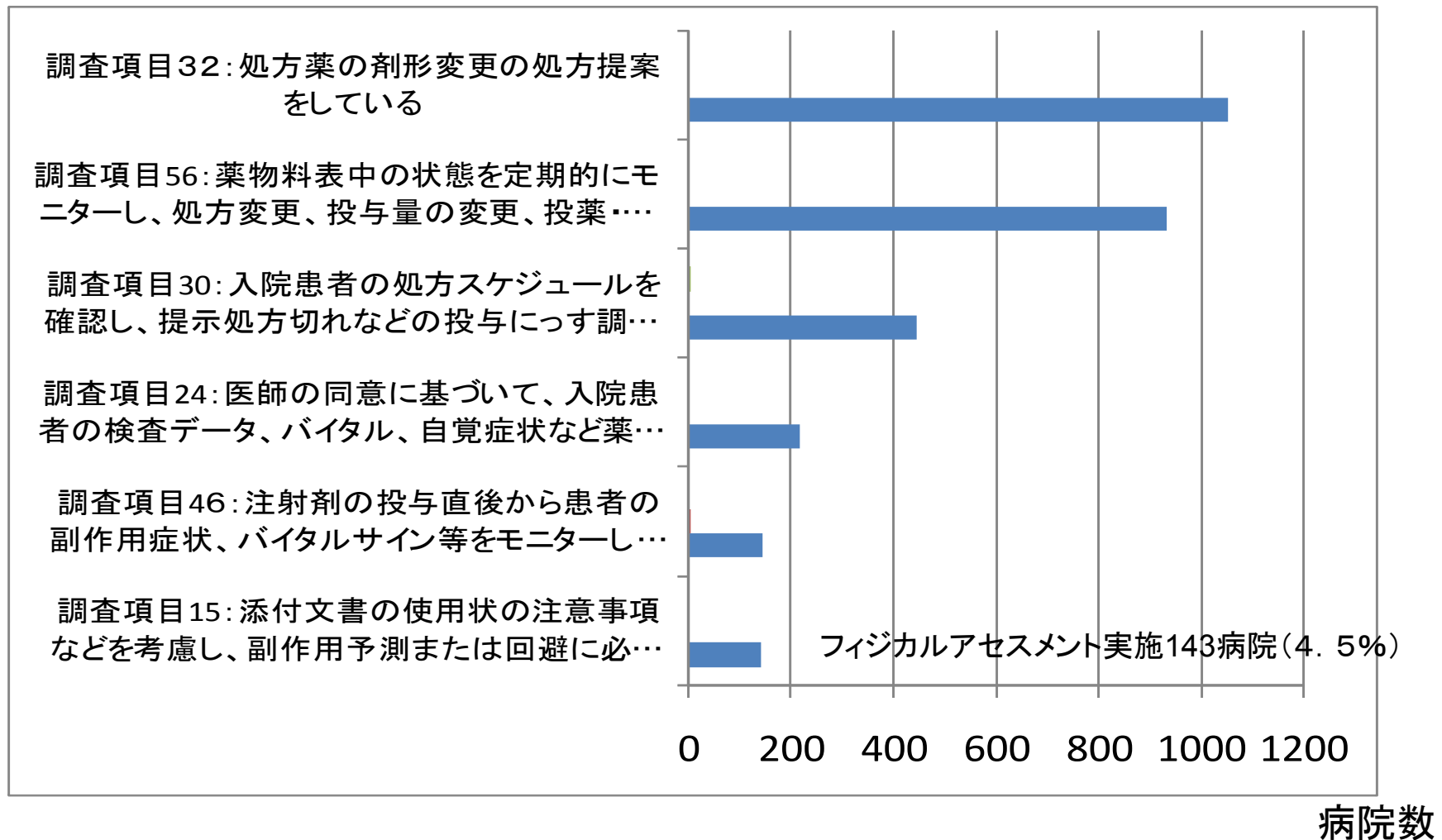
➤ 院内の感染症発生状況を把握し、組織横断的に院内の感染対策を行っています。ICTは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員をメンバーとし、感染対策の実働組織として活動しています。それぞれの職種の専門性を発揮し、医療関連感染(院内感染)から患者さんを守る活動を行っています。



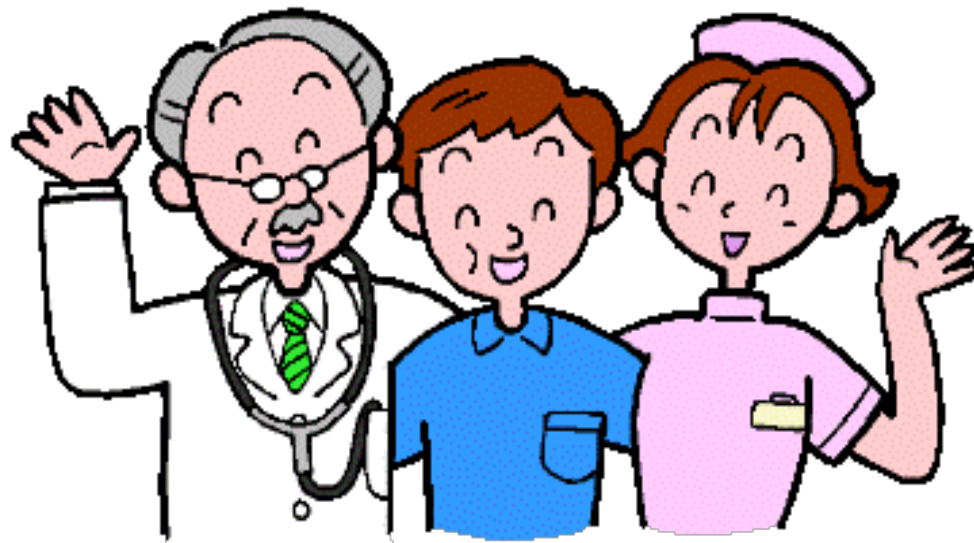
日本病院薬剤師会調査(09年1月)

- 日本病院薬剤師会「新しい業務展開に向けた特別委員会」の「新しい業務に関する現況調査」
- 3180病院から回答
- 質問項目(17項目)
 - 重篤な副作用回避、適切な処方設計をするための情報収集
 - 検査オーダー
 - 処方箋の作成、処方設計
 - フィジカルアセスメントなど

薬剤師の新たな業務実態調査 モニターや処方提案など



チーム医療と看護師の役割



チーム医療における 看護の役割分担例

（医師と看護師・助産師の分担）

1. 救急外来における役割分担
2. がん化学療法外来における役割分担
3. 緩和ケア病棟における役割分担
4. ICUにおける役割分担
5. 外来における役割分担（糖尿病外来）
6. 助産外来における役割分担

1.救急外来(急性期ケア)

(背景)

- ・医師不足
- ・救急搬送者中の軽症患者の増加
- ・救急搬送者数の増加に対応するため、院内教育を受けた看護師

院内
トリアージ
加算30点

関西:公立病院(約300床)

来院患者

トリアージ 看護師(院内教育を受けた看護師)

看護師(急性・重症患者看護専門看護師)

対象:侵襲性の高い処置が不要な患者
(研修を受けた看護師は、ショック状態、肺血症、多臓器不全などで透析や循環補助を必要とする場合等も担当する)

○薬剤**投与と予測**

- ・ガイドラインに基づく薬剤投与
(ボスミン、メイロン、電解質の補整など)

・**症状緩和のための薬剤投与の予測**

○検査の**必要性の予測**

- ・検査結果の**アセスメント**

○その他

- ・気管内挿管後の**人工呼吸器の設定**

医師(当番医師)

対象:全ての患者

○薬剤**処方**

- ・看護師の予測の**確認**

○検査**オーダー**

- ・検査結果による**診断**
- ・看護師の予測の**確認**

○その他

- ・**気管内挿管**
- ・人工呼吸器の設定の**確認**

○「ACLSガイドライン※」、施設で作成したガイドライン等を遵守

○緊急時、看護師(研修を受けた看護師)は

薬剤投与や検査の必要性を予測

2.がん化学療法外来

関西：国立大学法人（約1000床）
特定機能病院

来院患者

主治医の診察

外来化学療法室

（背景）・抗がん剤の進歩
・がん化学療法は病棟から外来へ移行
・患者の安全性を優先かつQOLを考慮
・専門医が多くない

看護師（教育を受けた看護師）

医師

○抗がん剤投与のための血管穿刺

○化学療法実施中の全身管理と予測

（対応と報告）例：タキソール投与時のステロイド剤や
H2ブロッカーが同時投与されていない場合に追加投与

○薬剤投与と予測

- ・化学療法実施中の薬剤の投与速度の変更
- ・急変時の化学療法中断と緊急薬剤※1投与
- ・副作用緩和のための薬剤投与の予測※2

○抗がん剤の血管外漏出時の応急処置

○薬剤処方

- ・実施中の看護師の予測を確認
- ・必要時追加処方

○抗がん剤血管外漏出時の
局所処置

施設への聞き取りによると、患者の7割は
治療を看護師から受けたいと希望。

○「抗がん剤レジメン（治療計画）登録された処方と薬剤添付文書の記載内容」を遵守

○院内におけるプロトコールもとに役割分担し、実施している

3.緩和ケア

関東：学校法人立病院（約500床）

（背景）・WHO方式の普及
・研修等により看護師の知識が向上

看護師（教育を受けた看護師）

医師

○薬剤投与と予測

- ・モルヒネ投与時の服薬指導
- ・指示に基づく薬剤投与（基本処方量）
- ・痛みが増強したときの臨時追加薬投与
- ・痛みのアセスメントと投与量の評価
（臨時追加薬使用量等から基本処方増量の相談）
- ・副作用緩和のための薬剤投与の予測
（包括指示の範囲内での緩下剤、制吐剤等の投与）

○薬剤処方

- ・鎮痛薬（モルヒネ）の処方
基本処方＋臨時追加薬
- ・鎮痛補助薬、鎮静剤の処方

○神経ブロック

○WHO方式がん疼痛治療ガイドライン※1によるがん性疼痛緩和

○緩和ケアに関するチーム医療が推進されている施設の看護師は、

がん性疼痛緩和や症状緩和のための薬剤投与の必要性を予測

○取りきれない苦痛がある場合、緩和ケアチーム（がん看護専門看護師、がん性疼痛認定看護師、医師、薬剤師等）に相談（鎮痛補助薬、神経ブロック、鎮静剤の適応判断）

4.ICU

関東:企業立(約600床)

看護師(院内教育を受けた看護師)

○薬剤**投与と予測**

- ・ **必要な薬剤の予測**
夜間に必要な薬の予測と事前処方依頼

(血圧コントロール、塩化カリウム、インスリン)

- ・ **症状緩和のための薬剤投与**

(不穏状態、疼痛緩和のための薬剤)

○その他

- ・ **人工呼吸器の設定**
- ・ **徐細動の実施**
(ただし緊急時、事前に医師がパッド装着した者)

呼吸
ケアチーム
加算
150点

医師

○薬剤**処方**

- ・ 看護師の予測の**確認**
- ・ 医師が包括的に対症指示

○その他

- ・ 人工呼吸器の予測の**確認**
- ・ **徐細動実施**
(不整脈の患者への徐細動パッド装着
徐細動実施後の確認)

- ・ 院内のプロトコールに基づく役割分担と実施
- ・ 看護師は指示の範囲内で**薬剤投与の必要性を予測**

5.外来(糖尿病)

関東:社会保険関連団体(約450床)

(背景)・患者数の増加
・糖尿病合併症患者増加
・診療科に専門医が配置されていない
・教育を受けた看護師が配置された

看護師(教育を受けた看護師)

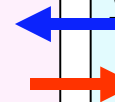
○薬剤**投与と予測**

- ・インスリンの単位調節
- ・インスリンの種類の予測、調整
(投与法、作用動態による持続時間、デバイス選択等)
- ・個別具体的な糖尿病患者への指導
(海外旅行時など)

医師

○薬剤**処方**

- ・包括指示
- ・看護師の予測の**確認**



外来に糖尿病の専門医がいつもいるとは限らない

→心疾患や脳卒中患者で糖尿病を合併している患者が来た場合に、糖尿病専門医が不在の場合、医師が看護師(研修を受けた看護師)と話し合い、診療を速やかに行うことができる。

院内プロトコールのもとに役割分担と実施
看護師は医師の指示の範囲内で**薬剤投与の必要性を予測**

新たなチーム医療概念
「スキルミクス」と
ナースプラクティショナー
(診療看護師)

スキルミクス (Skill Mix)

- スキルミクスの日本語訳
 - 「職種混合」、「多能性」、「多職種協働」と訳されている
- スキルミックスとは
 - もともとは看護職における職種混合を意味していた
 - 看護スキルミクス
 - 看護師、准看護師、看護助手というように、資格、能力、経験、年齢などが異なるスタッフを混合配置することを指していた

スキルミクス

- 最近では、その概念が拡張されて、医療チームの中でそれぞれの職種の役割の補完・代替関係を指したり、ひろくは多職種のチーム内部における職種混合のあり方や職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設などを指し示す概念となっている。

スキルミックスの概念の歴史(1)

- スキルミックスの概念は1990年代に医師不足、看護師不足に悩んだOECD諸国で、その養成にも維持にも時間とコストがかかるこれら職種の内り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミックスは2000年代の日本でも避けては通れない議論となるだろう。

医師と看護師のスキルミックスの例

- 特定集団の機能強化(Enhancement)では看護師主導のプライマリヘルスケアで慢性疾患を管理のほうが、従来の医師主導より良い結果が出ているとの報告もある。
- OECD諸国のスキルミックスの例
 - 看護師への限定的処方権、検査オーダー権
 - 一定の条件下での看護師による死亡診断の承認

ナース・プラクティショナー (診療看護師)

医師と看護師のスキルミクス



ナース・プラクティショナー(NP)

- NPの歴史

- 1965年のコロラド大学で養成が始まる
 - 僻地での医療提供を目的
- 現在NPは看護師人口の14%、14万人が働く
 - ①小児、②ウイメンズヘルス(女性の健康)、③高齢者、④精神、⑤急性期など5領域
 - 救急、家族、新生児などの領域

- NPの業務範囲

- プライマリーケア、予防的なケア、急性期及び慢性期の患者の健康管理、健康教育、相談・助言など
- 限定された薬の処方や検査の指示を出す権限も州によっては認められている。

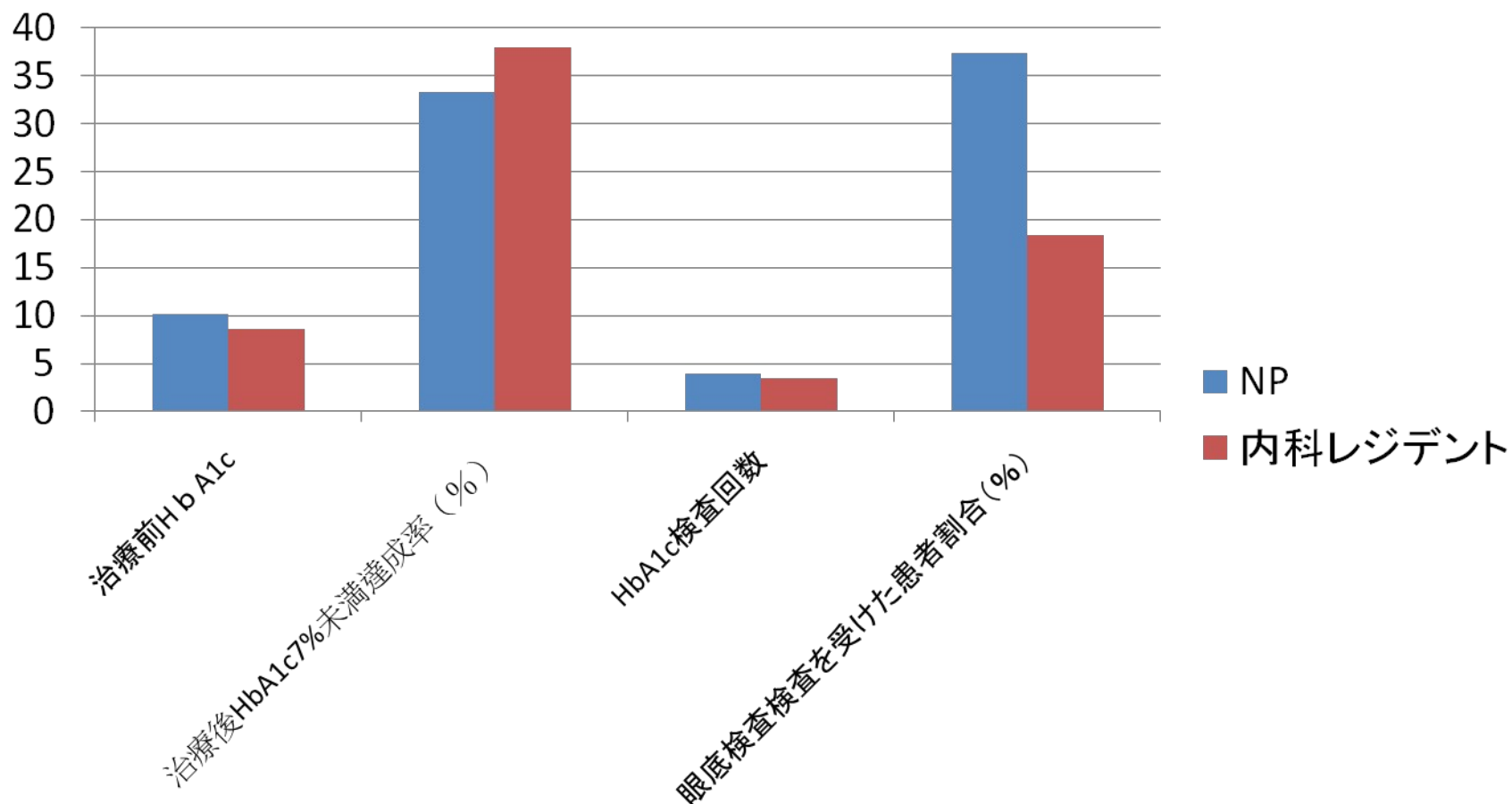
NPの業務

- フィジカルアセスメント
 - 患者の正常所見と異常所見の判別を行う
- 検査オーダー、処方
 - 急性期や慢性期の健康管理では、感染や外傷患者、糖尿病や高血圧患者に対し、医師とあらかじめ協議したプロトコールに基づいて、NPは診断に必要な臨床検査やレントゲン検査の指示を出し、その結果を分析し、必要な薬剤の処方や処置の指示を出す
- 患者健康教育、カウンセリング

NPの臨床パフォーマンス評価

- NPと内科レジデントの臨床パフォーマンス比較評価
 - ミシシッピ大学医療センターKristi Kelley 博士ら
NPと内科レジデントの比較
 - NPクリニック受診患者47例
 - 内科レジデント受診患者87例
 - 評価項目
 - 血糖値、血圧値、脂質コントロール、アスピリン療法、眼底検査、微量アルブミン尿およびACE阻害薬の使用など糖尿病管理と糖尿病合併

NPと内科レジデントの評価



NPの評価

- 「ナース・プラクティショナー, 医師アシスタント, 助産看護師 の政策分析」
 - 連邦議会技術評価局(OTA)1985年
 - 「NPのケアの質は医師と同等であり,特に患者とのコミュニケーション, 継続的な患者の管理は医師よりも優れている」
 - 「過疎地住民, ナーシング・ホーム在院者, 貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効である」

米国のNPの養成

- NPの養成課程
 - 大学院の修士課程
 - 独自の養成校
 - 9ヶ月のコース
- 入学条件
 - 高卒以上、登録看護師(RN)
 - 病院や診療所の実務経験(数年)
- カリキュラム
 - 最初の4ヶ月
 - 学校内で講義と実習、とくに診断のための診察技術の訓練
 - 後半5ヶ月
 - 病院や保健センターでの実習を行う

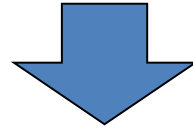
国際医療福祉大学大学院

NP養成コース

- 国際医療福祉大学大学院修士課程
 - 「自律して、または医師と協働して診断・治療等の医療行為の一部を実施することができる高度で専門的な看護実践家を養成する」
 - 「NPの実践家としての能力獲得のために、演習・実習を重視した」
- カリキュラム
 - 1年目は講義と演習が中心
 - 病態機能学、臨床薬理学、臨床栄養学、フィジカルアセスメント学、診断学演習など外来患者の疾患管理に必要な知識と方法について学ぶ。
 - 2年 目からは医療現場での実習カリキュラム
 - 国際医療福祉大学の関連の三田病院(東京港区)や熱海病院(静岡県熱海市)でマンツーマンで医師につき、医師の指示の下で、診療の具体的なやり方を学ぶ
 - 生活習慣病患者の外来での生活指導、退院後のフォローアップ
 - 学習領域は代謝性障害と循環器障害が中心

NPの活躍の場を作るには？

スキルミックスの4条件



- ①領域をセッティングする
- ②プロトコールを共有する
- ③養成プログラムの確立
- ④評価検証

(武藤正樹)

国際医療福祉大学大学院 ナース・プラクティショナー養成コース 4月入学生募集中！

「自律して、または医師と協働して
診断・治療等の医療行為の一部を
実施することができる高度で専門的な
看護実践家を養成する」



湯沢八江先生



東京青山キャンパス

特定看護師(仮称)

～日本版ナースプラクティショナーか？～

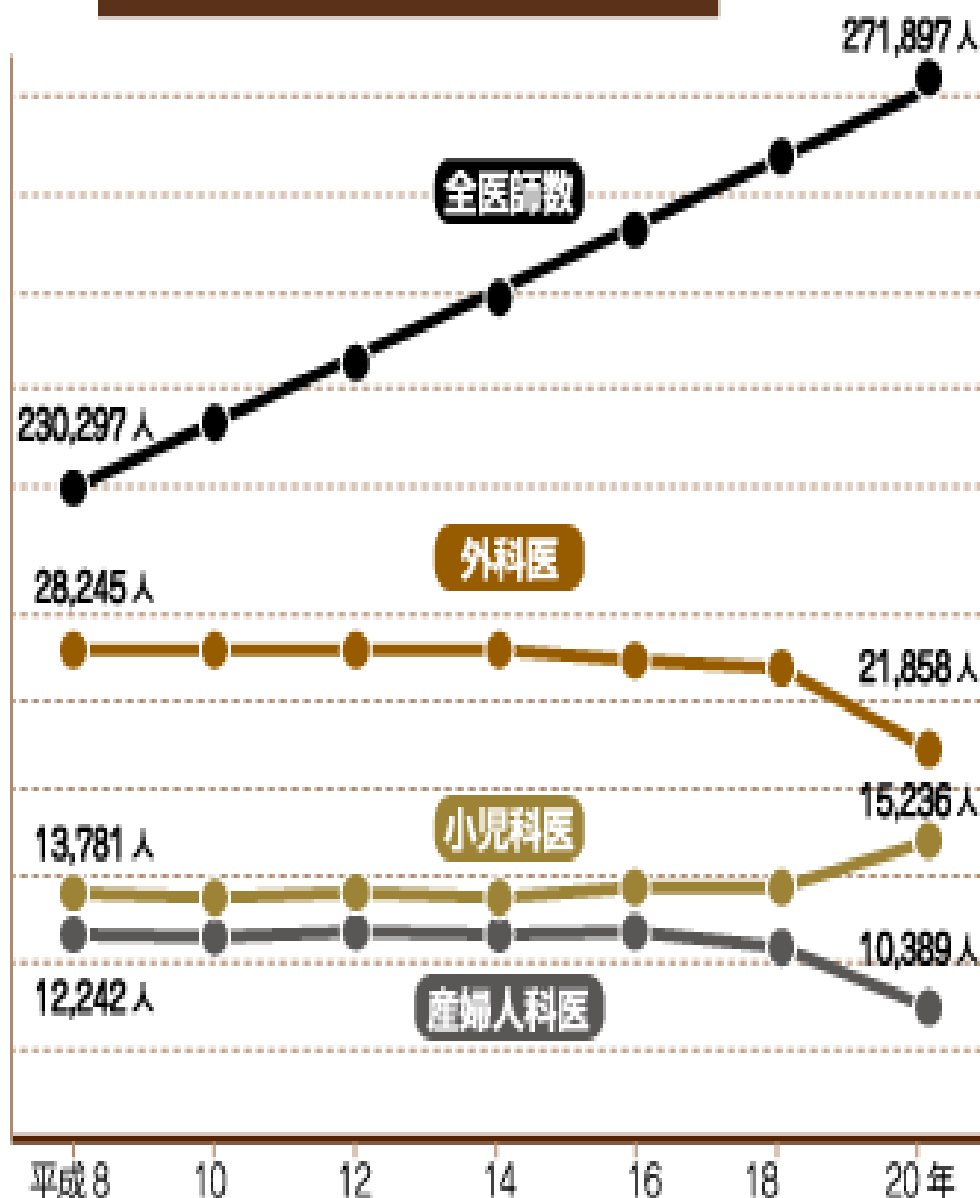
- 「チーム医療の推進に関する検討会」(座長＝永井良三・東大大学院医学研究科教授)
 - － 従来の看護師より業務範囲を拡大した「特定看護師(仮称)」制度を新設する方針で取りまとめた。
- 特定看護師(仮称)モデル事業
 - － 厚労省が検討会に示した素案によると、看護師としての実務経験が一定期間あり、新設される第三者機関から知識や能力について評価を受けることなどが、特定看護師になる条件。
 - － 新たに可能になる業務としては、医師の指示があることを前提に、気管挿管や外来患者の重症度の判断、在宅患者に使用する医薬品の選定といった高度な医療行為を想定している。
 - － 厚労省は、モデル事業での検証を経て、新たな看護職を創設するための法改正に着手する予定。

パート4

外科医不足と手術評価



全国の医師数の推移



(厚労省調べ)

*外科系 (外科、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、
心血管外科、呼吸器外科、小児外科)

*産婦人科 (産科医を含む)

外科医が考える志望者の減少理由

労働時間が長い	71.9%
時間外勤務が多い	71.8%
医療事故のリスクが高い	68.2%
訴訟リスクが高い	67.3%
賃金が少ない	67.1%

(出所) 日本外科学会の外科医1,276人を対象に実施した
18年の調査(複数回答)

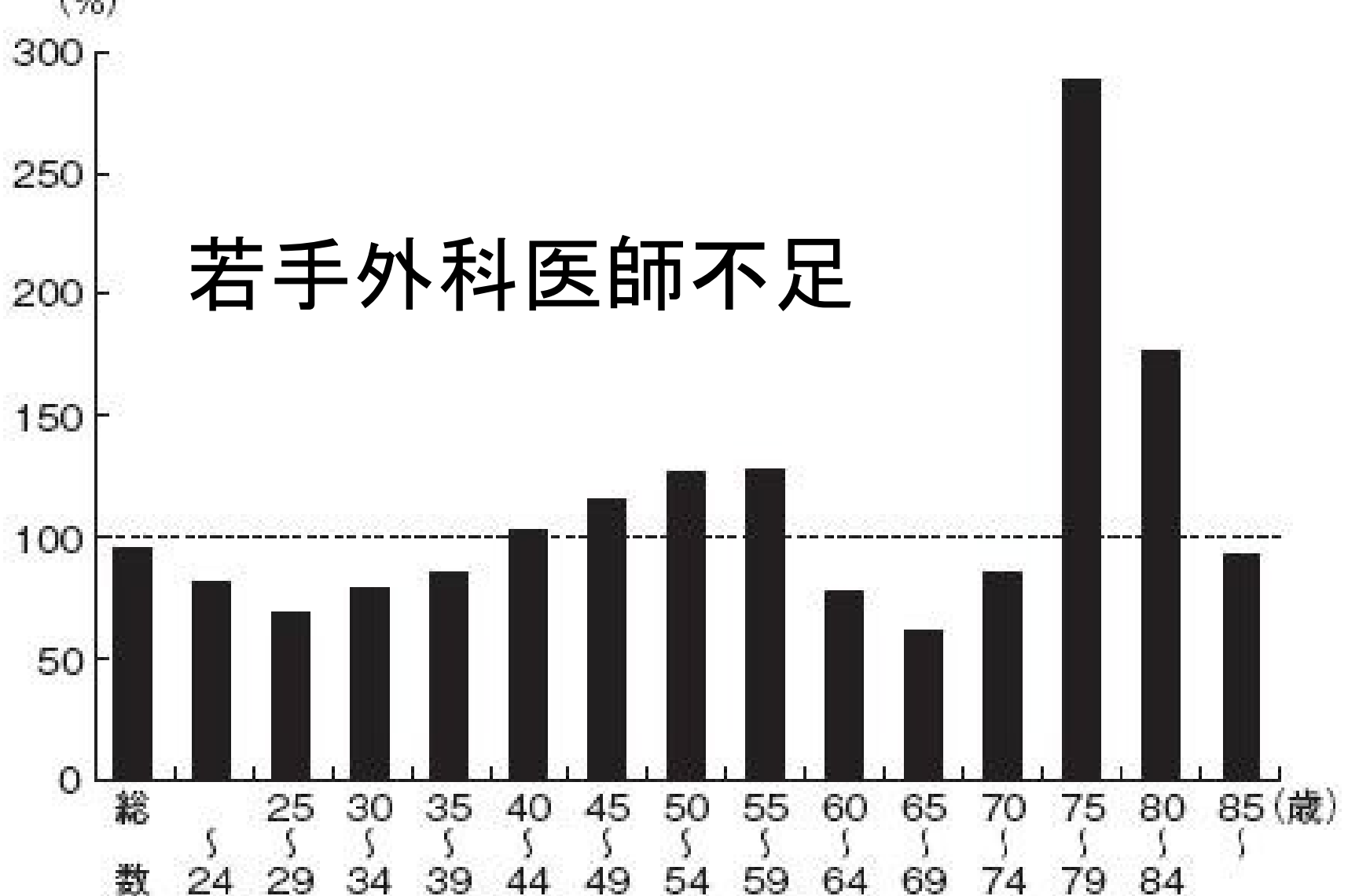


図1 平成8年を100%としたときの平成16年の各年齢層の外科医師数

(平成8、16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成)

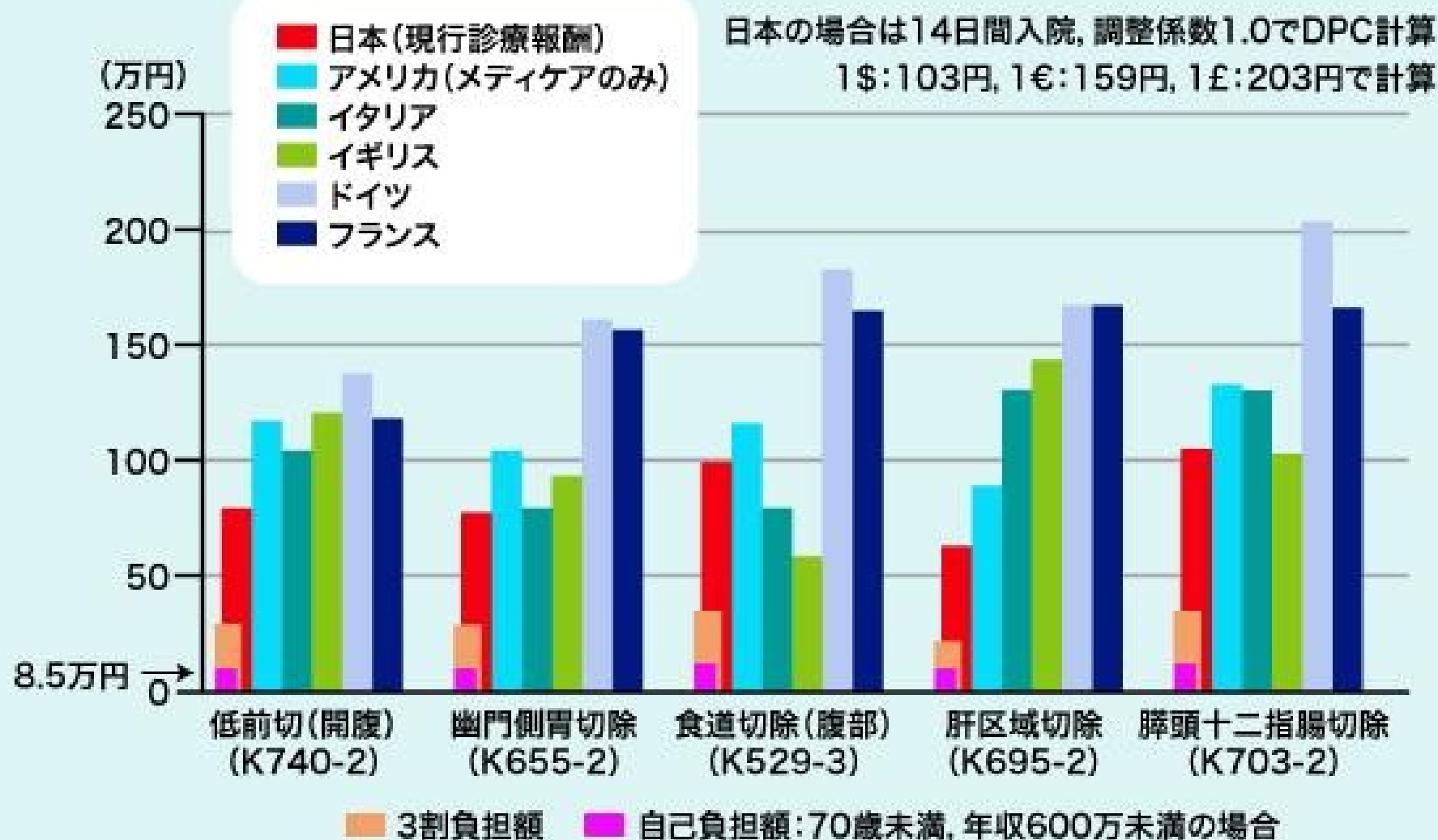
江原朗. 明日の外科手術はだれがするのか—若手外科医の減少. 日本医師会雑誌 200
> 8;136:2247-2249



外科医もいよいよ絶滅危惧職種



図2. 消化器外科領域における日本の医療費（技術料＋入院費）



編集部注: ()内は診断群分類別包括評価(DPC)の診療Kコード

(提供: 白水和雄氏)

手術の適正評価について(中医協)

- 我が国の外科手術の成績は国際的に高い水準にあるが、他の診療科と比較して負担が増加していることもあり、外科医数は減少傾向にある。我が国における手術の技術水準を確保するため、手術料については、重点的に評価を行う。なお、評価に当たっては、外科系学会社会保険委員会連合(外保連)作成による「手術報酬に関する外保連試案」の精密化が進んでいるため、これを活用する。
- ①「手術報酬に関する外保連試案第7版」を活用し、概ね手術料全体の評価を引き上げる。また外科系の診療科で実施される手術や小児に対する手術など、高度な専門性を必要とする手術をより高く評価する。
(例) 胃全摘 32800点→49200点
白内障 12100点→据え置き
- ②診療報酬調査専門組織の医療技術評価分科会における検討結果を踏まえ、新規保険収載提案手術の評価を行い。新規技術の保険導入を行う。

資源準拠相対尺度

RBRVS (Resource-based Relative Value Scale)

- 医師の技術料の体系的に定量化を行う尺度(1992年からメディケアPartBに導入＊)
 - Part A : DRB／PPSなどのホスピタルフィー
 - Part B : ドクターフィー
- 手技・処置ごとに3つの相対評価係数(RVU:Relative Value Unit)を設定
 - ①医師の仕事量(Work RVU):RVUの約52%
 - ②診療費用(Practice Expense RVU):RVUの約44%
 - 医師以外の人件費、材料費、間接費用等
 - ③医療過誤(Professional Liability Insurance RVU)
 - 医療過誤保険額:RVUの約4%
- 支払い額 $=\sum(RVU_i \times \text{地域補正係数}_i) \times \text{変換額}$ (約36ドル:2009年度)

パート5

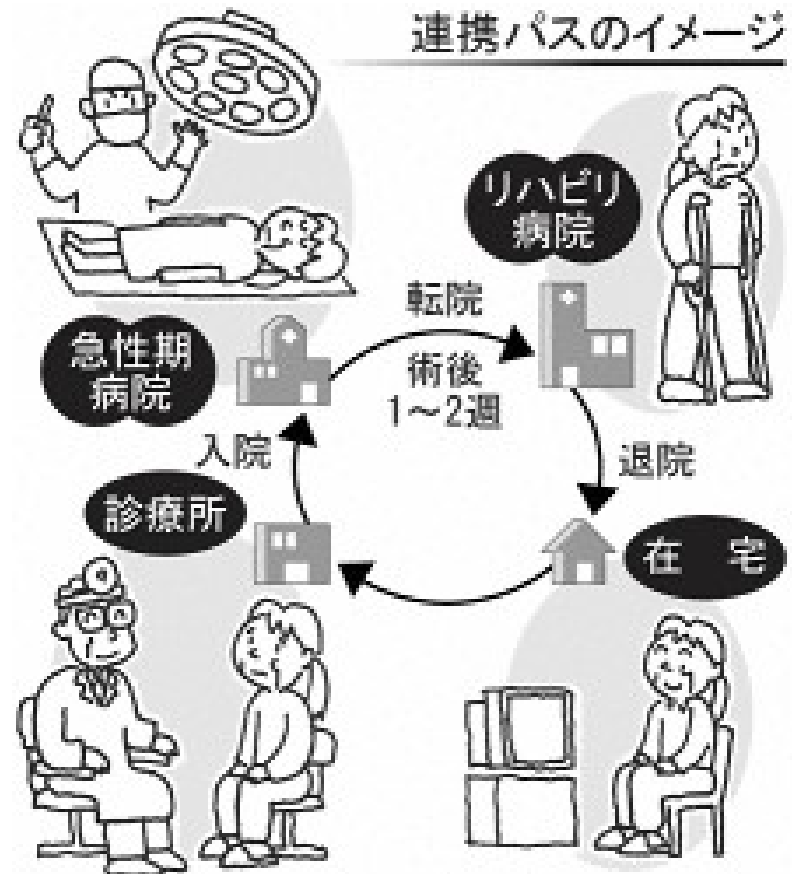
地域連携クリティカルパス

勤務医の負担軽減には
病院外来と診療所外来との連携が必要

地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



	クリティカルパス名	胃瘻					職員用			
	患者氏名			指示医署名:		指示受け看護師署名:				
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
達成目標		#1 胃瘻創部に伴なう合併症(出血、創感染、肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。								
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
		口腔内清拭 (インジジングァーグル)	口腔内清拭 (インジジングァーグル)	口腔内清拭 (インジジングァーグル)						
				内服薬(経管投与)				交包		交包
検査		血算・血液型・生化学 胸・腹レントゲン 心電図 咽頭培養						RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP
活動・安静度		フリー		ベッド上安静	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー
栄養(食事)		入院前に同じ	入院前に同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3 濃厚流動食 100ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 300ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ							
教育・指導 (栄養・服薬) ・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	内服継続	内服中止	内					内服継続
観察		体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () () 出血() () () 創状態() () () 喀痰() () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () () 出血() () () 創状態() () () 喀痰() () () 尿満() () ()					体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () () 出血() () () 創状態() () () 喀痰() () () 下痢() () () 嘔吐() () () 尿満() () () 褥創() () ()
記録										
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名										

クリティカルパスは患者さんにも好評

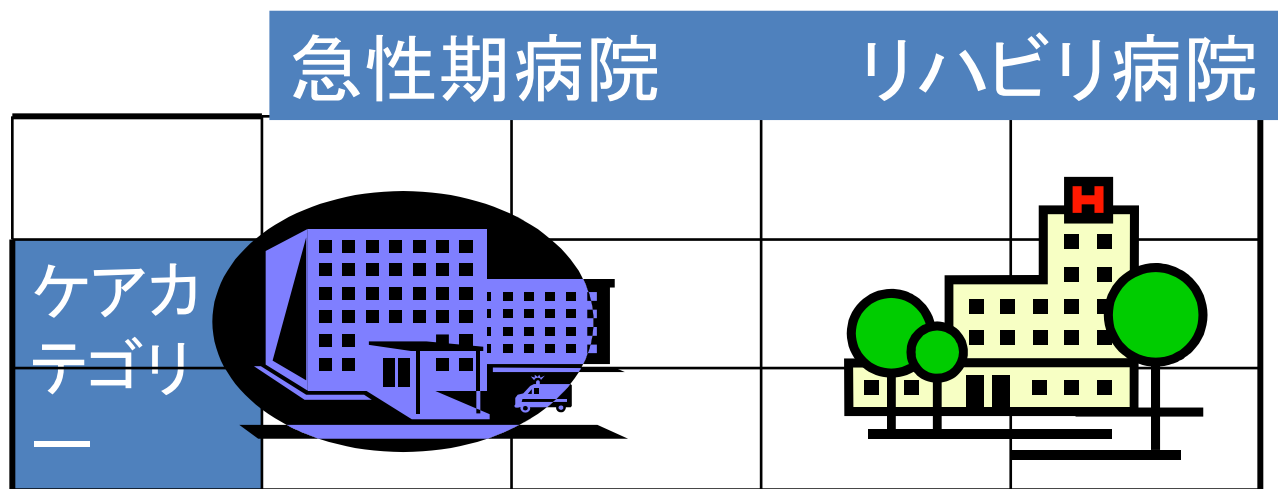
疾患別に作る標準診療計画



クリティカルパスは患者さんにも好評

地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

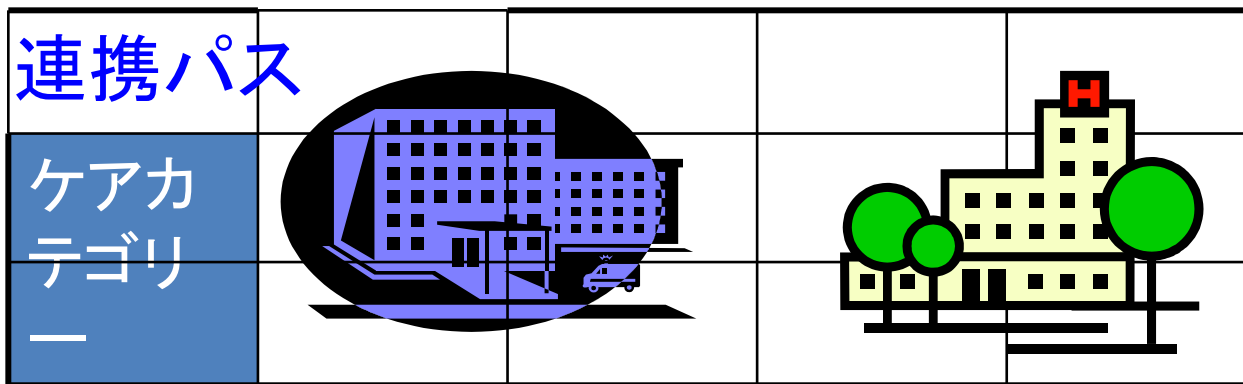
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点

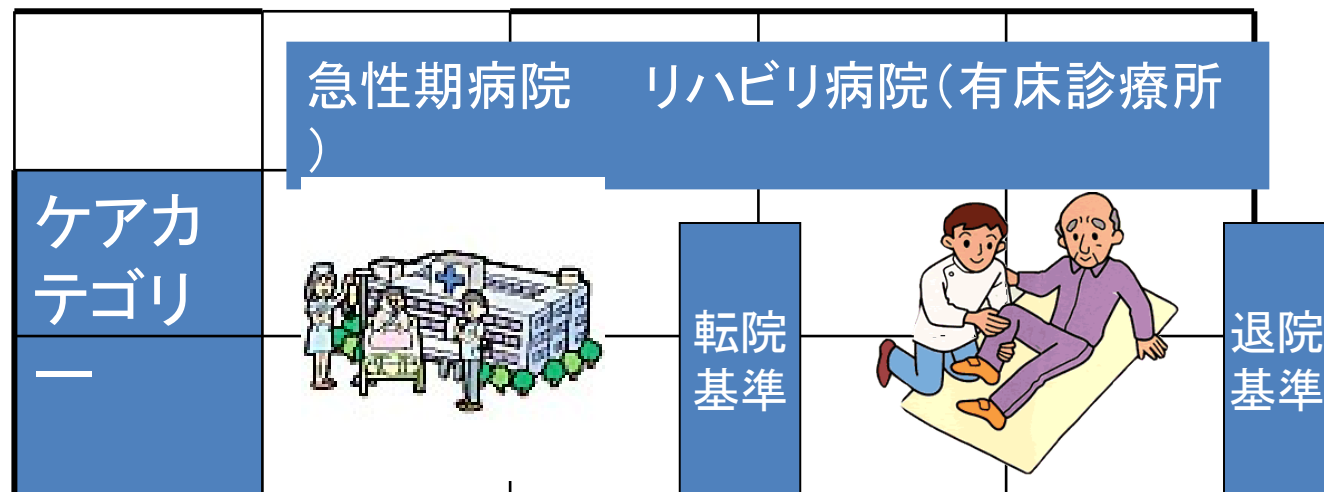


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

- 算定要件
 - 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
 - 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

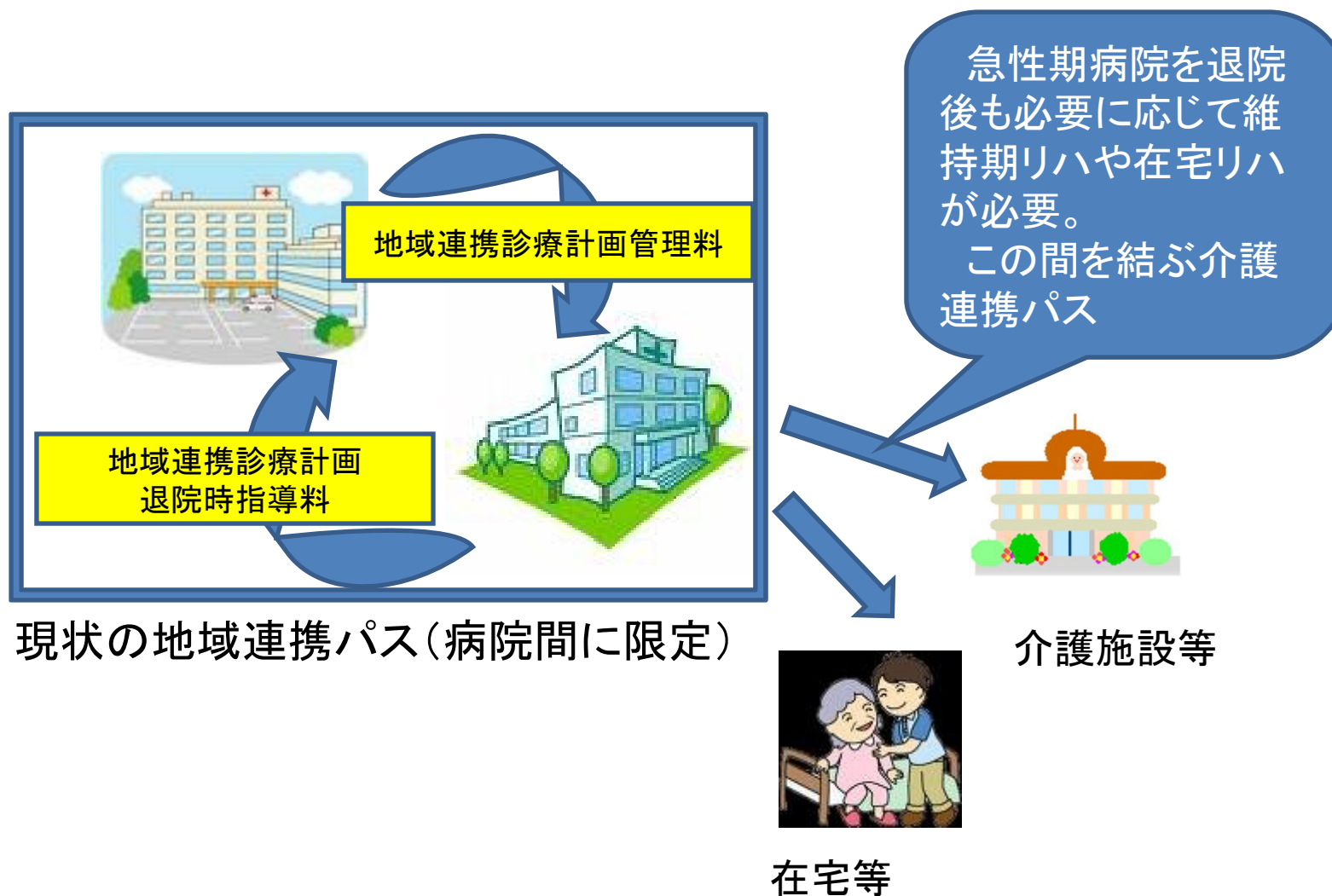
地域連携診療計画退院時指導料
600点

10年診療報酬改定 地域連携パスの2つの議論

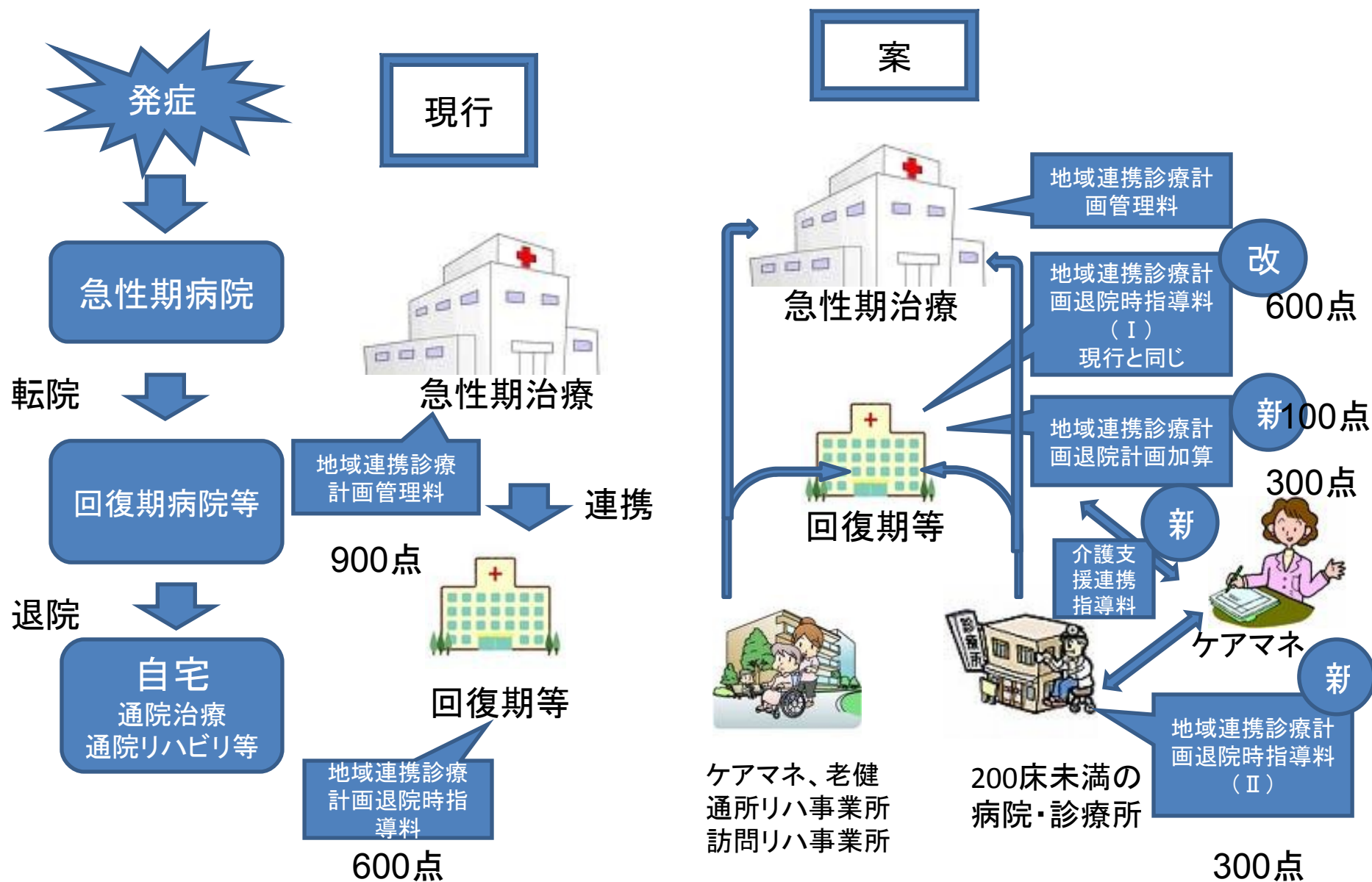
①施設拡大

②疾病拡大

①地域連携パスの施設拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



②地域連携パスの疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
がん地域連携パスに疾病拡大

地域連携パスが「がん」へ疾病拡大

- がん治療連携計画策定料（計画策定病院（退院時）） **750点**
 - － [算定要件] がんと診断された患者で、計画作成病院において、初回の手術・放射線治療・化学療法等のため入院した患者に対し、あらかじめ策定してある地域の医療機関との地域連携診療計画に基づき、個別の患者の治療計画を策定し、患者に説明し、同意を得た上で、文書により提供するとともに、退院後の治療を連携して担う医療機関に対して診療情報を提供した場合に、退院時に算定する。
- がん治療連携指導料（連携医療機関（情報提供時）） **300点**
 - － [算定要件] がん治療連携指導料1を算定した患者に対し、計画作成病院において作成された治療計画に基づき、計画作成病院と連携して退院後の治療を行うとともに、計画作成病院に対し、診療情報を提供した場合に算定する。

がん連携パス～谷水班の紹介～



厚生労働科学研究

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地
域連携クリティカルパスモデルの開発

(H20-がん臨床-一般-002)

全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域 連携クリティカルパスモデルの開発 (H20-がん臨床-一般-002)

研究者氏名

谷水正人(研究代表者)

池垣淳一

河村進

佐藤靖郎

住友正幸

田城孝雄

藤也寸志

梨本篤

奈良林至

林昇甫

武藤正樹

望月泉

班長協力者

愛媛県がん診療連携協議会メンバ

池谷俊郎(班長協力者)

池田文広(班長協力者)

船田千秋(班長協力者)

新海哲(班長協力者)

若尾文彦(班長協力者)

所属

四国がんセンター

兵庫県立がんセンター

四国がんセンター

済生会若草病院

徳島県立中央病院

順天堂大学医学部付属病院

九州がんセンター

新潟県立がんセンター

埼玉医科大学国際医療セン
ター

大阪市立豊中病院

国際福祉大学三田病院

岩手県立中央病院

前橋赤十字病院

前橋赤十字病院

四国がんセンター

四国がんセンター

国立がんセンター

谷水班の地域連携クリティカルパスの作成指針

- 診療ガイドラインに沿って作成する
- 医療機関の機能と役割分担を明記する
- 診断、治療、外来、緩和ケア、在宅、看取りまで
- 拠-病-診-看-在-薬-連携を包含する
- 共同診療計画(連携パス)を各疾患の治療法ごとに作成する
- 連携の意志がある地域の全医療機関が使えるもの
- 連携を説明し同意を得る
- 緊急時対応の取り決めに明記する
- 紙のひな型を提示する。将来的には電子化を見据える
- 連携医療機関と定期的に協議する場を設ける

谷水班として作成すべき4点セット

- ①医療機関の機能・役割分担表
- ②共同診療計画表（連携パス）
- ③私のカルテ
- ④医療連携のポスター

①医療機関の機能・役割分担表

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	緩和ケア	居宅
診断	確定診断、精密診断（ステージ診断）、再発時の診断	初期診断、再発時の診断、精査の必要性の判断		
検査	精密（画像、血液）検査、経過観察のための（血液、画像）検査	スクリーニング検査、経過観察のための検査	経過観察のための検査	
治療	縮小手術、内視鏡手術、定型手術、拡大手術、化学療法、術後補助化学療法、術前化学療法、放射線療法、臨床試験、症状緩和治療	術後症状コントロール、専門施設と連携した化学療法、術後補助化学療法の継続、症状緩和治療	症状緩和治療（疼痛、食思不振、倦怠感、呼吸困難感等）	担当医による症状コントロール、症状緩和治療の継続
経過観察、対応、ケア	定期観察、かかりつけ医と連携した副作用・合併症の対応	日常の指導・管理、専門施設と連携した副作用・合併症の対応、レスパイト入院、ショートステイ	ホスピスケア、デイホスピス、レスパイト入院	療養の場の提供、デイケア、ショートステイ、レスパイト入院

②共同診療計画表(連携パス)

胃がん・大腸がんの連携パス

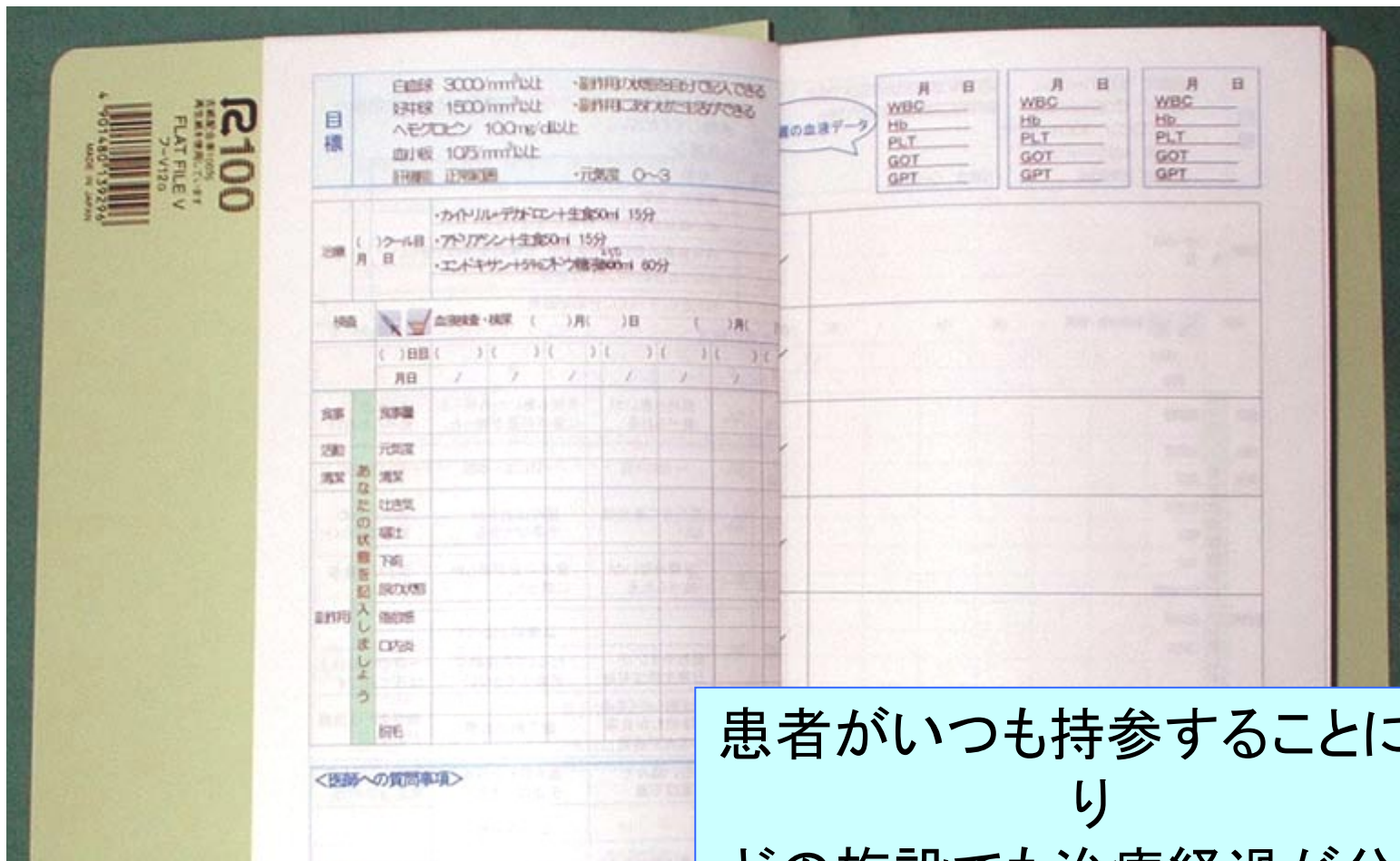
胃癌・大腸癌StageⅠ術後長期連携パス(医療者用)									
病院主治医		(電話:)							
診療所名:		主治医 (電話:)							
		病院 診療所における日常診療							
		入院 /	病院外 8ヵ月後 /	病院外 1年後 /	病院外 1年半後 /	病院外 2年後 /	病院外 3年後 /	病院外 4年後 /	病院外 5年後 /
項目									
達成目標		化学療法の実施							
連携、連絡		再発等の場合、横浜医療センターに連絡							
教育・指導		☐ 患者様用パス説明							
検査・測定 PS 血圧 体温 体重 身長 心電図 採血 腫瘍マーカー 採尿 排便 腹部X線 腹部超音波 内視鏡 CT MRI		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
		1ヶ月毎							
		3ヶ月毎							
		1ヶ月毎							
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
		☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

医療者用連携パス
術後パスであれば最低限
必要な診察や検査、化学療
法パスであれば投与計画
(間隔など)、標準的な診療
計画を提示する

共同診療計画表作成の方針

- 汎用性を意識したひな型を作成する。
 - オリジナリティを尊重しつつ、先進例を生かす。
 - 標準的治療、診療ガイドラインという観点からのチェック。
 - ひな型の形式を固定するのではなく、要件、項目を決定する。
- 作成するもの
 - オーバービューの共同診療計画表：医療者用、患者用
 - 共同診療計画表に医療機関(と担当者)を記入する。
 - 医療者用シート、患者用シート、自己チェックシート
- 専門的ながん診療を行う医療機関で押さえるポイントと間隔、かかりつけ医等で押さえるポイントと間隔を示す。
- 精査、対応(紹介、移動)が必要と判断されるチェックポイント(タイミング)を示す。
- 多職種チーム活動の視点を入れる(薬剤管理(薬剤師の視点)、看護・療養管理(看護師の視点)等)。

③私のカルテ（患者日誌）



患者がいつも持参することにより
どの施設でも治療経過が分かる

患者用:

私のカルテ

- 地域連携パスの説明書・同意書
- 決定した連携先医療機関の一覧
- 知っておきたい私の診療情報
- 患者用連携パス
- 自己チェックシート
- おくすり手帳、副作用の説明書

外来化学療法(TS1)の患者用連携パス

TS-1胃癌術後補助化学療法および検査スケジュール															さま		
服薬開始日 年 月 日	3カ月後 年 月	6カ月後 年 月	9カ月後 年 月	1年後 年 月	1年 3カ月後 年 月	1年 6カ月後 年 月	1年 9カ月後 年 月	2年後 年 月	2年 6カ月後 年 月	3年後 年 月	3年 6カ月後 年 月	4年後 年 月	4年 6カ月後 年 月	5年後 年 月			
函館五稜郭病院 血液検査 腫瘍マーカー  薬物(TS-1)治療  服薬日誌  服薬指導があります 副作用についての 説明があります	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー 内視鏡	腹部CT	腹部CT	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT 内視鏡			
	 気になる症状は主治医に 伝えてください。																
					6カ月後	9カ月後	1年後	1年 3カ月後	1年 6カ月後	1年 9カ月後	2年後	2年 6カ月後	3年後	3年 6カ月後	4年後	4年 6カ月後	5年後
					2週間毎に受診		1カ月毎に受診										
					血液検査 		<3カ月毎> 血液検査(腫瘍マーカー)										
					薬物(TS-1)治療 服薬日誌 		気になる症状は主治医に 伝えてください。										
函館五稜郭病院 連絡先: _____ 主治医: _____																	
診療所名: _____ 連絡先: _____ 主治医: _____																	

【図2 TS-1による胃癌術後補助化学療法における地域連携パス(患者用)】

私のカルテ（服薬記録）

服薬記録

診察時には、この手帳を担当の
医師または薬剤師に見せましょう。



氏名

有害事象（自覚症状の
早期発見役立つ。

電話番号

担当医師名

本資料は新薬情報誌「おたけ」の付録です。第10版（2014年）発行

提供：大塚薬品工業株式会社

<http://www.taiho.co.jp/>

＜服薬記録＞

記入例

服薬期間（予定）

2月 / 日～2月28日

休薬期間（予定）

3月 / 日～3月4日

飲む薬

カプセルの種類

1日（2）カプセル×2回

変更があった場合
（2月16日）

カプセルの種類

1日（2）カプセル×2回

	日		月		火		水		木		金		土	
	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕
日付			(2/1)		2		3		4		5		6	
服薬数			×	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状														
日付	7		8		9		10		11		12		13	
服薬数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状													(9)	
日付	14		(15)		16		17		18		19		20	
服薬数	×	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状	(9)		(9)		(9)		(9)						(8)	
日付	21		22		23		24		25		26		27	
服薬数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状							(7)							
日付	28		(3/1)		2		3				5		6	
服薬数	2	2	2	×										
症状														
日付	7		次のページに書く											
服薬数														
症状														

自覚症状の
番号を記入

記入方法

- 日付けを入れ、飲んだ薬の数を服薬数の欄に記入し、調子が悪かったり、飲み忘れて飲まなかった時は服薬数の欄に×印を付けてください。（飲み忘れても絶対に2回分を1度に飲まないでください。）
- 休薬期間には斜線、受診日には○印をつけておきましょう。

この薬以外の治療薬

月	日	～	月	日
月	日	～	月	日
月	日	～	月	日

メモ

上記以外の症状や気になることなどをメモしておきましょう。

2/13 口内炎ができた
2/14 朝用飲み忘れ
2/15 診察、口内炎のため薬かわる（自覚症状）
2/20 午後下痢1回
2/24 少しはき気があった 3/1 朝の服用

症状

次のような症状が現れたら、症状の番号を記載しておきましょう。

- ① のどの痛み、発熱
- ② 出血（あざができる・紫色・赤色）
- ③ めまい、たちくらみ
- ④ からだがだるい
- ⑤ しびれ、舌のむづれ、歩行時のふらつき、物忘れ
- ⑥ 意切れ、せき、発熱あるいはかぜのような症状
- ⑦ 吐きけ、食欲がない
- ⑧ 下痢、腹痛、血便
- ⑨ 口内炎
- ⑩ 口や目の結膜のただれ
- ⑪ 目の充血、痛み
- ⑫ 涙が多く出る、目のかすみ、目がかわく
- ⑬ 目や皮膚が黄色い
- ⑭ 顔や手足などがむくむ
- ⑮ 尿量が減る、血尿
- ⑯ にどいがわかりにくい
- ⑰ 発熱、かゆみ、発赤、手足の皮膚炎
- ⑱ 手足に力が入らない、筋骨が痛い

④医療連携ポスター

安心と信頼を支える医療の連携

がん診療連携拠点病院と地域医療機関は連携してあなたの療養を支えます

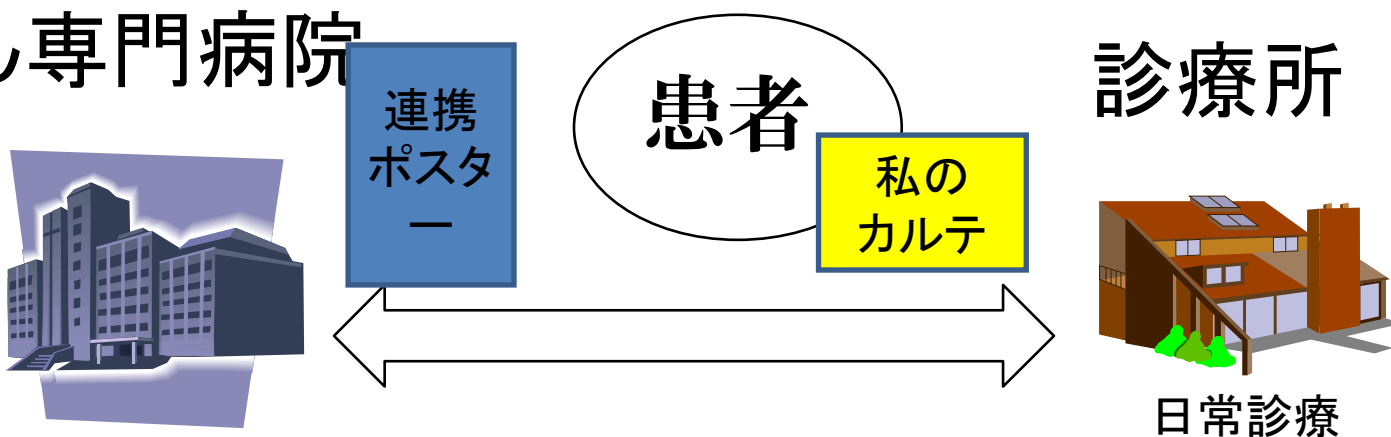
私のカルテを持ちましょう



がんの地域連携クリティカルパス4点セット

- ①病院と診療所の役割分担表
- ②共同診療計画表（医療者用連携パス）
- ③わたしのカルテ（患者用連携パス）
- ④連携ポスター

がん専門病院



手術
定期検査(CT、内視鏡など)
再発時の抗がん剤治療など

[illegible]腫瘍マーカーなどの検査
術後経口抗がん剤投与

共同診療計画表（地域連携クリティカルパス）

港区がん連携パス研究会



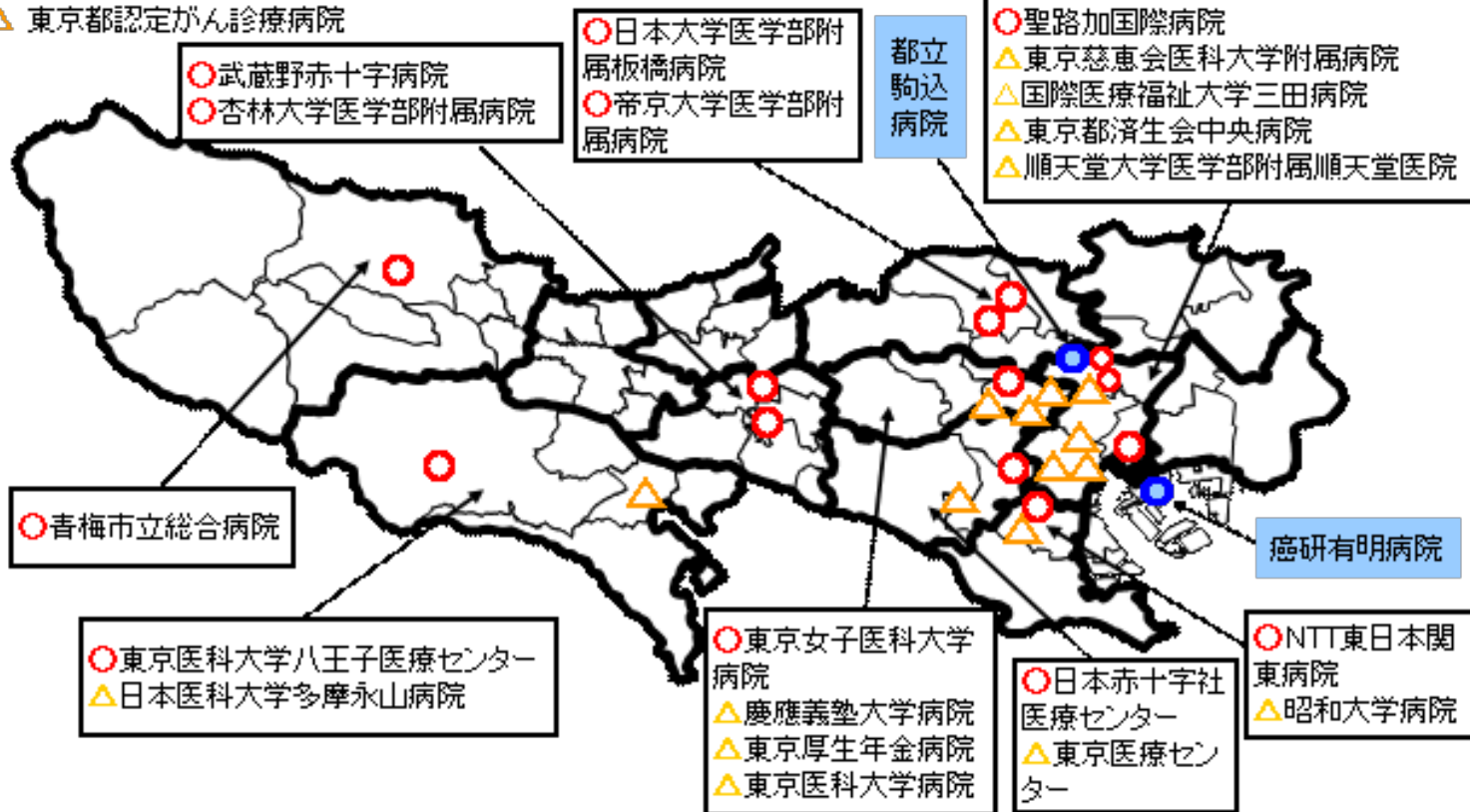
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

国際医療福祉大学三田病院
東京都済生会中央病院
山王病院

東京都における地域がん診療連携拠点 病院・都認定がん診療病院

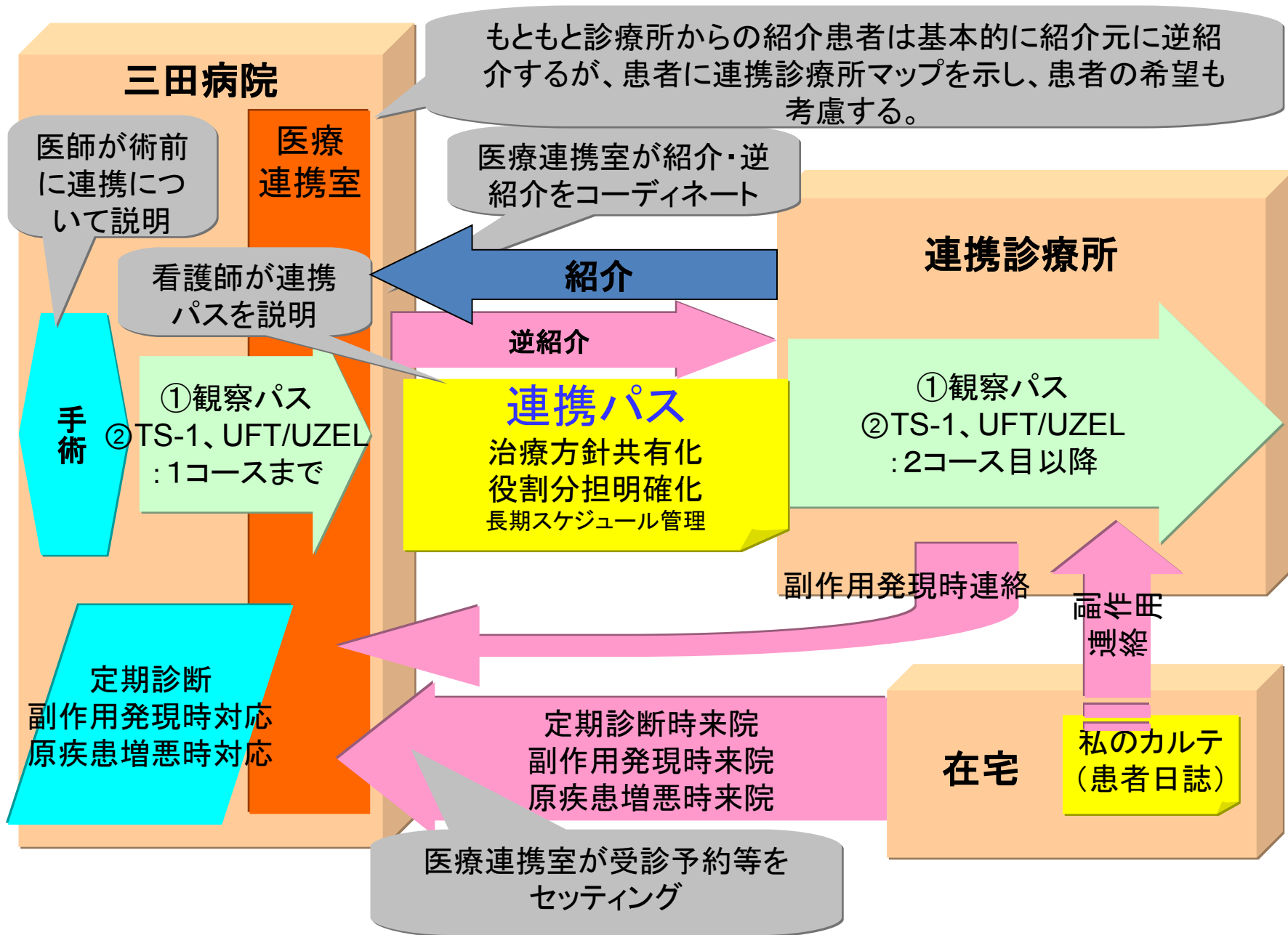
区中央部
医療圏に
は7つあ
る

- 都道府県がん診療連携拠点病院
- 地域がん診療連携拠点病院
- △ 東京都認定がん診療病院



東京都の13の二次医療圏に24のがん診療拠点病院がある！

胃がん・大腸がん連携パス（まずは観察パスから）



目次

- ・ 地域連携パス患者用説明書
- ・ 診療情報提供書
- ・ 連携先医療機関一覧
- ・ 連携元病院情報
- ・ 胃癌stage I (フォローアップ連携パス)チェックシート
- ・ 胃癌stage II・III (TS-1連携パス)チェックシート
- ・ TS-1適正使用について
- ・ 連携パスの運用方法/紹介・逆紹介の流れ/緊急時の対応について(副作用発現時・再発時)
- ・ 連携パスITシステムのご紹介(東計電算)
- ・ 病院緊急時連絡先(診療所→病院連携室)

港区医師会と
「みなとe連携
パス」(仮称)
を検討中

私のカルテ
港区版胃がん連携パス

東京都がん診療連携拠点病院 協議会

5大がん連携手帳を作成

診察・検査予定表 (Stage 1A・1B 胃がん)

手術日 年 月 日

問診・診察

採血

手術記録 (前・後・不明)

病期 T N M Stage 平成 年 月 日

手術日

手術術式

病理

組織型

pT

n PgR HER2

ER NG

ly

断端 (陰性・陽性)

備考

部位

総線量・回数

期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

備考

化学療法

薬名・投与量 (/ m) ・回数

1年 2年 3年 4年 5年

9ヶ月 4ヶ月 8ヶ月 4ヶ月 8ヶ月 6ヶ月 6ヶ月

退院後2週 3ヶ月 6ヶ月

●は手術病院で行います
○はかかりつけ機関で行います
◎は手術病院またはかかりつけ機関どちらかで行います

肝がん(術後)

連携元の担当医は患者さんに譲す前に、治療・検査の予定を記入して下さい

●手術病院で施行
○かかりつけ機関で施行
◎必要に応じて行います

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 1年 1年 1年 1年 2年 2年 2年 2年 3年 3年 3年 4年 4年 4年 5年

3ヶ月 6ヶ月 9ヶ月 1年 1年 1年 1年 2年 2年 2年 2年 3年 3年 3年 4年 4年 4年 5年

肝がん治療

局所療法 肝切除法 ラジオ波焼灼術 肝動脈注薬

肝切除法 ラジオ波焼灼術 肝動脈注薬

切除・焼灼・塞栓の部位 (術式・使用薬剤など)

治療開始日

分化度 - well mod por

門脈浸潤 正常 肝炎 肝硬変

肝臓腫瘍 正常化 (0 1 2 3 4)

東京都医療連携手帳



東京都医療連携手帳を
利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう!—



東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@ciok.jp

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

健康政策課がん対策係



連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

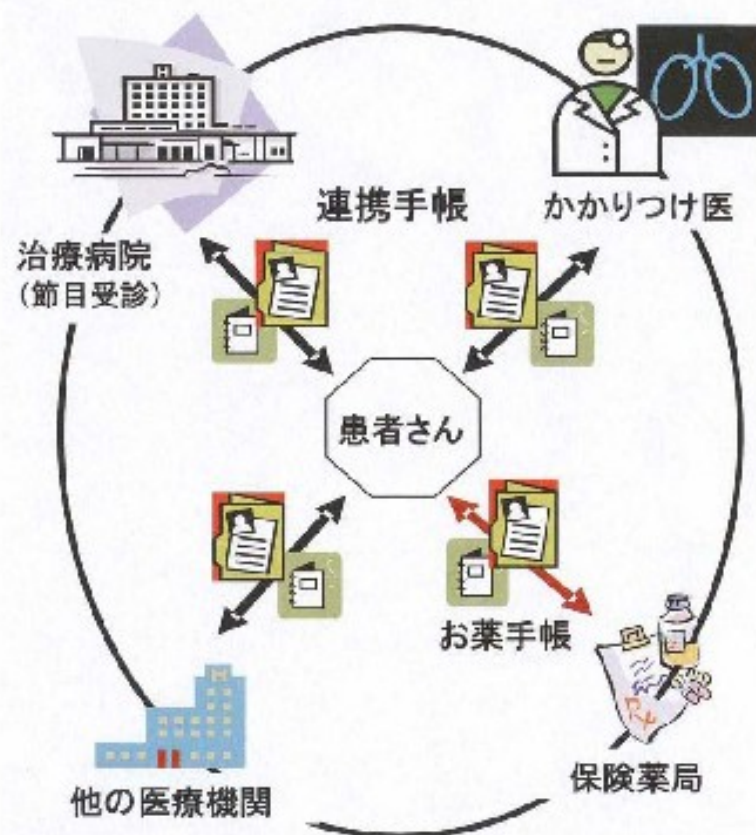
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

Stage IA・IB の患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし、再発の危険性はゼロではなく、定期的な検査が必要です。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前

生年月日 明・大 年 月 日
明・平

身長 cm 体重 術前 kg
退院時 kg

手術病棟

TEL

ID

担当医

手術日 年 月 日
年 月 日

かかりつけ医療機関 (1)

医師名

TEL

かかりつけ医療機関 (2)

医師名

TEL

かかりつけ薬局

TEL

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前に行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかでを行います

手術日 年 月 日			
	通院後 2週	3ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。			
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査			
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査			

	1年			2年			3年		4年		5年
	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月		6ヶ月		
	○	●	○	○	●	○	○	●	○	●	○
	○	◎	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○
		◎		◎		◎		◎		◎	
		◎		◎		◎		◎		◎	
		◎		◎		◎		◎		◎	

パート6

DPC新機能係数と病院の対応

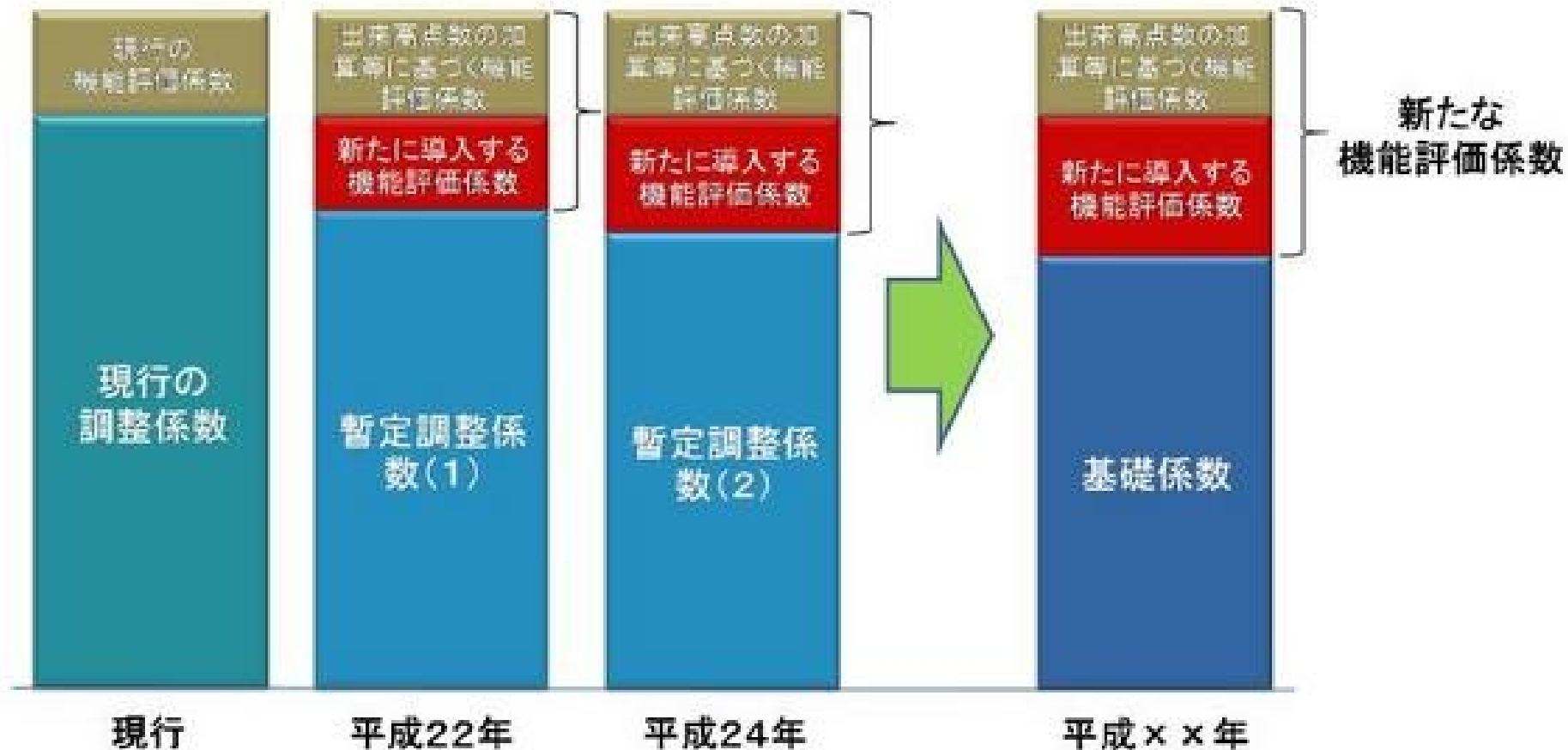
調整係数は2010年から 段階的に機能評価係数に 置き換えがすすむ！

新たな調整係数の議論が始まる

三田病院の医療機関別係数：1. 2087



調整係数は機能評価係数と 基礎係数に置き換わる



DPCにおける新機能評価係数

中医協(2010年2月5日)

- 新機能評価係数
 - 調整係数から置き換える割合は25%
 - 評価項目は6項目
 - ①データ提出指数(正確なデータ提出に係る評価)
 - ②効率性指数(効率化に対する評価)
 - ③複雑性指数(複雑性指数による評価)
 - ④カバー率指数(診断群分類のカバー率による評価)
 - ⑤地域医療指数(地域医療への貢献に係る評価)
 - ⑥救急医療係数(救急医療野入院初期診療に係る評価)
 - 重みづけは「救急医療野入院初期診療に係る評価」を除き、等分に配分

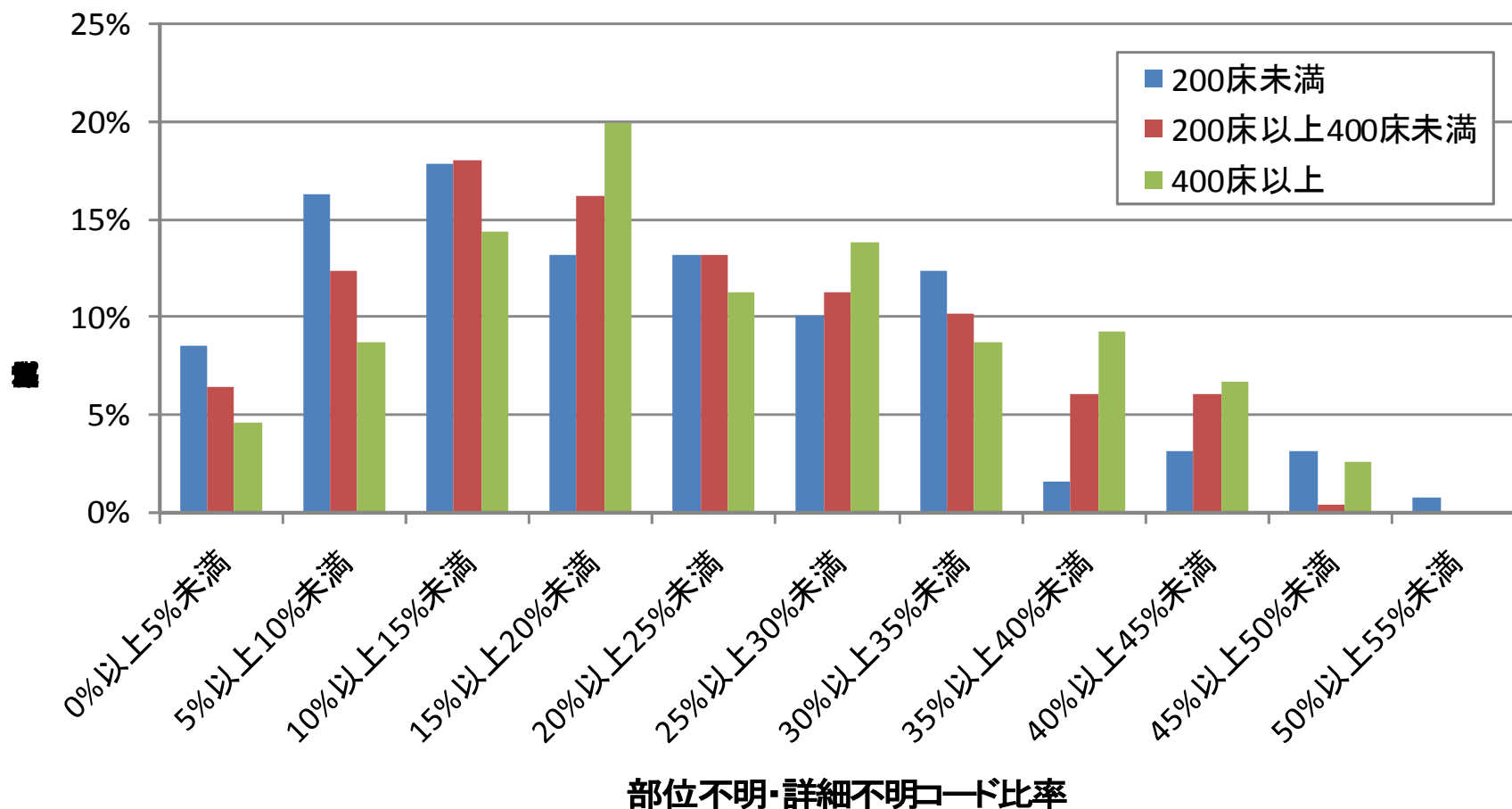
6項目の新機能評価係数

- ①データ提出指数（正確なデータ提出に係る評価）
 - － 対象病院における詳細な診療データの作成・提出に要する体制と、そのデータが活用されることで、医療全体の標準化や透明化等に貢献することを評価
 - － 「部位不明・詳細不明コード（ドット9）の使用割合が40%以上」の評価についてはICD10コードの周知語、2011年4月から評価に反映
- ②効率性指数（効率化に対する評価）
 - － 平均在院日数の変動に伴う病棟業務量の増減について、患者の疾病構造の違いを補正した在院日数の相対値により評価
- ③複雑性指数（複雑性指数による評価）
 - － 対象病院における診療の複雑さについて、当該病院における一入院当たり包括点数の相対値により評価

6項目の新機能評価係数

- ④カバー率指数(診断群分類のカバー率による評価)
 - － 様々な疾患に対応できる総合的な体制について、当該病院で算定している診断群分類の広がり(種類の多さ)により評価
- ⑤地域医療指数(地域医療への貢献に係る評価)
 - － 地域医療の向上に資するような各病院の取り組みを評価
 - ・ 例 ヘキ地の医療(ヘキ地医療拠点病院など)、4疾病に関する評価(脳卒中連携パスやがん連携パスの取り組みなど)
 - ・ 2010年4月届け出、その結果に基づき8月から係数に反映
- ⑥救急医療係数(救急医療野入院初期診療に係る評価)
 - － 包括点数では評価が困難な救急入院初期の検査等について、救急患者に占める割合により評価

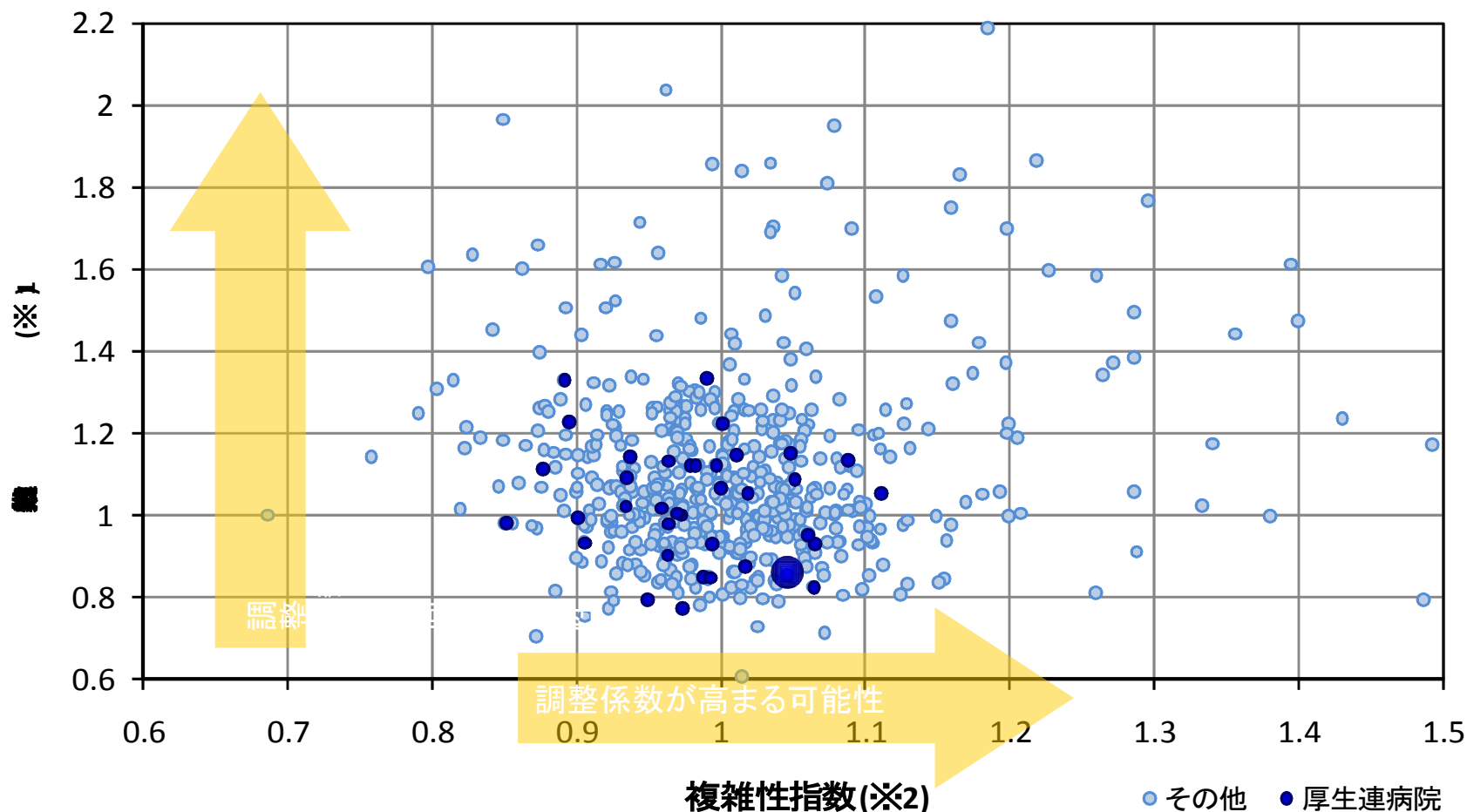
1-① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価



(株) メディカルアーキテクト girasol による分析

病床規模別部位不明・詳細不明コードの発生頻度 (2008 年 7 ~ 12 月)

効率化に対する評価・複雑性指数による評価

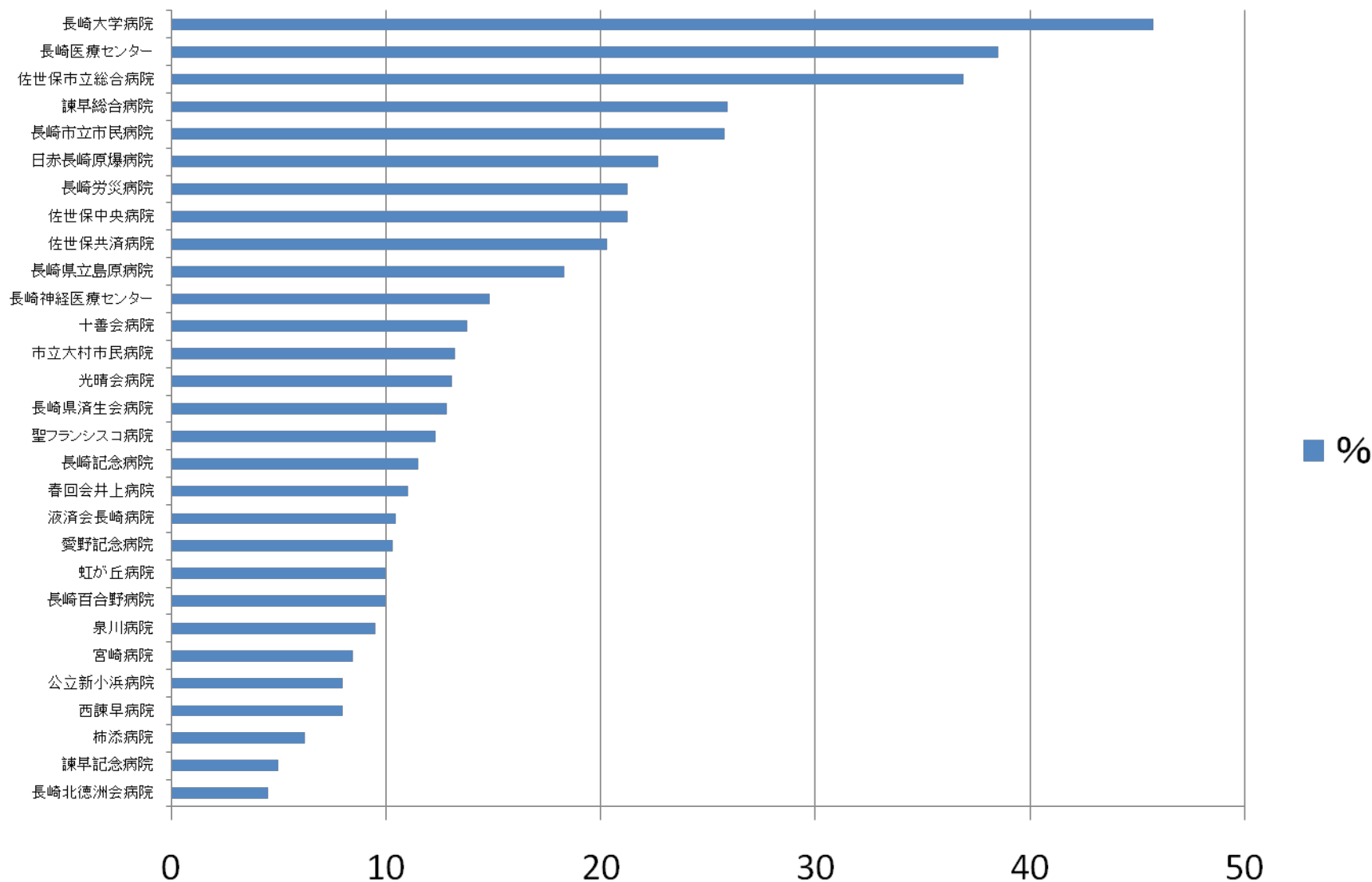


- (※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- (※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- 注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

病院別診断群分類カバー率(長崎県)

%



まとめ

- 医師事務作業補助者のさらなる拡大に期待しよう！
- チーム医療の中で薬剤師・看護師の役割を見直そう！
- ナース・プラクティショナーの今後に期待しよう！
- 地域連携パスを通じて、地域のチーム医療を目指そう！
- DPCにも地域医療連携評価が入る
- 院内、院外が多職種連携が医療を救う！

一歩進んだ医療連携実践Q&A

- 編著 武藤 正樹／監修 東京都連携実務者協議会／編
- 版型 A5 発行日 2009年4月 ページ 200
- 単価 \2,940 在庫 予約受付中



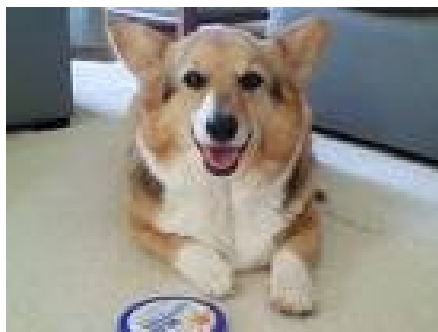
好評発売中！
じほうベスト10

地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 日本疾病管理研究会＝監修／武藤正樹、田城孝雄、森山美知子、池田俊也＝編集 ISBN: 978-4-8058-3149-6
在庫状況：注文受付中 判型：A4 体裁：並製 頁数：226 頁 発行日：2009年04月20日

ご静聴ありがとうございました



本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp