

診療報酬改定から 医業経営の方向性を考える

～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)



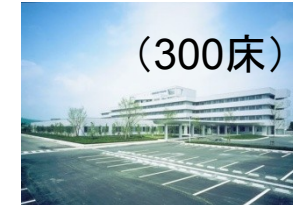
三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)

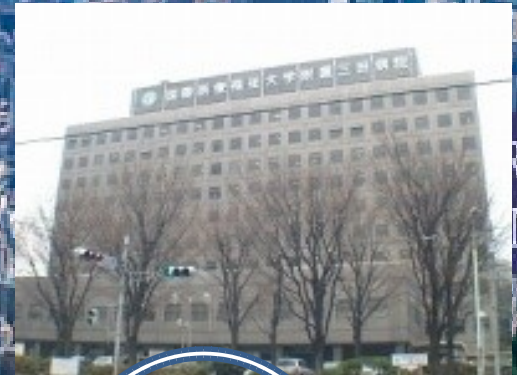


塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部





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円
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

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
 - DPC新機能評価係数
- パート6
 - 地域連携クリティカルパス
- パート7
 - 退院調整



パート1

2010年診療報酬改定

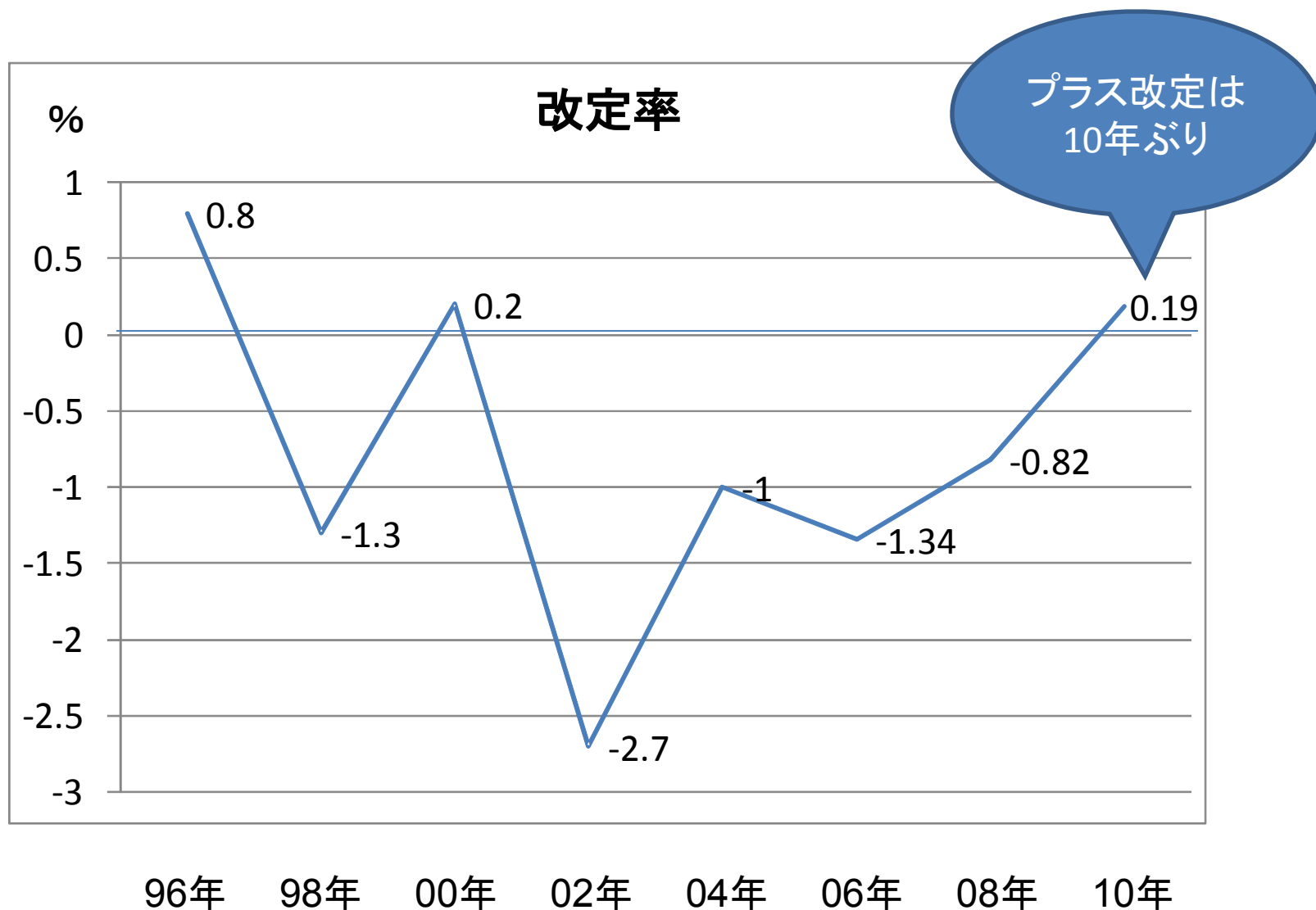
2010年度診療報酬改定

- 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

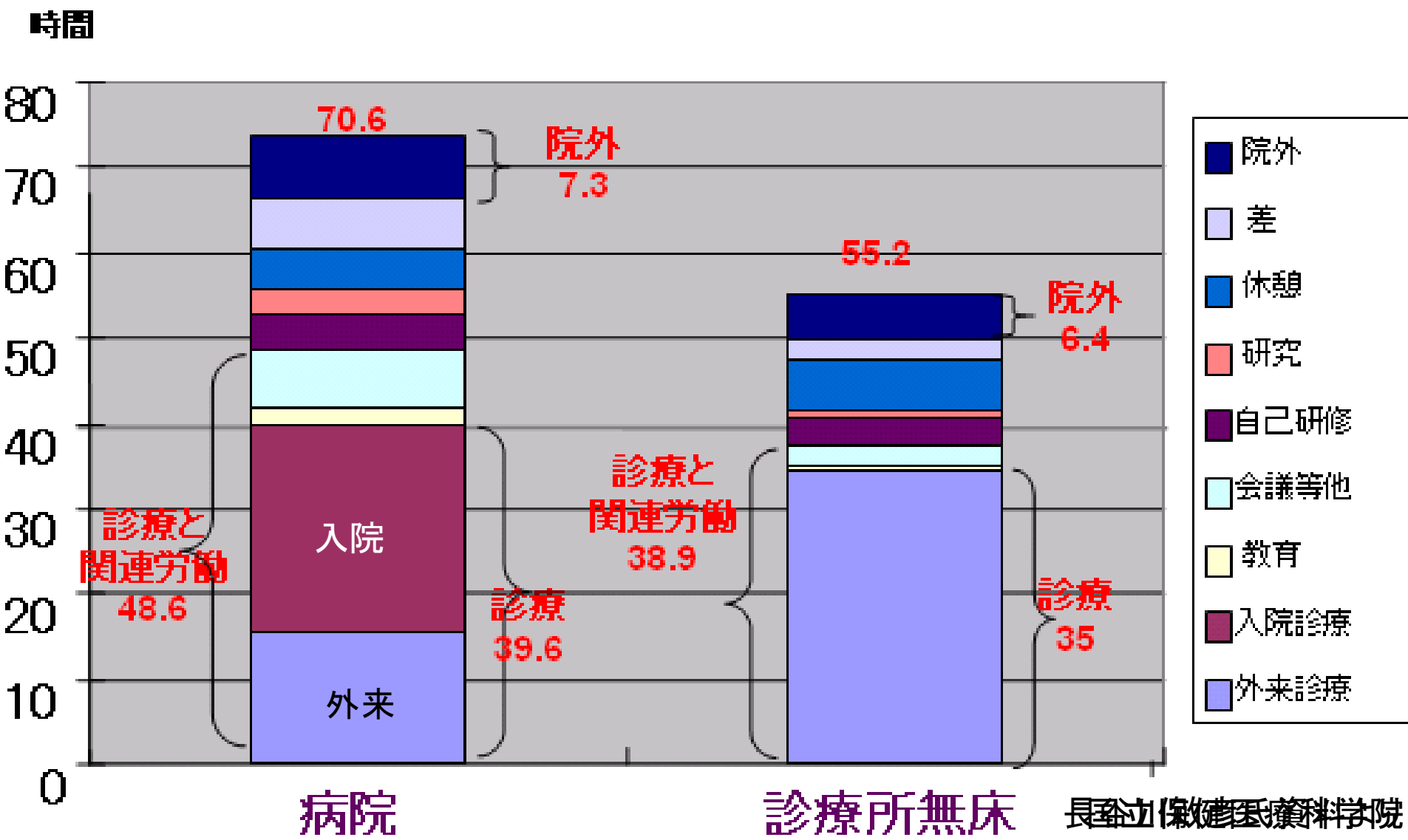


日本の勤務医は とっても忙しい！

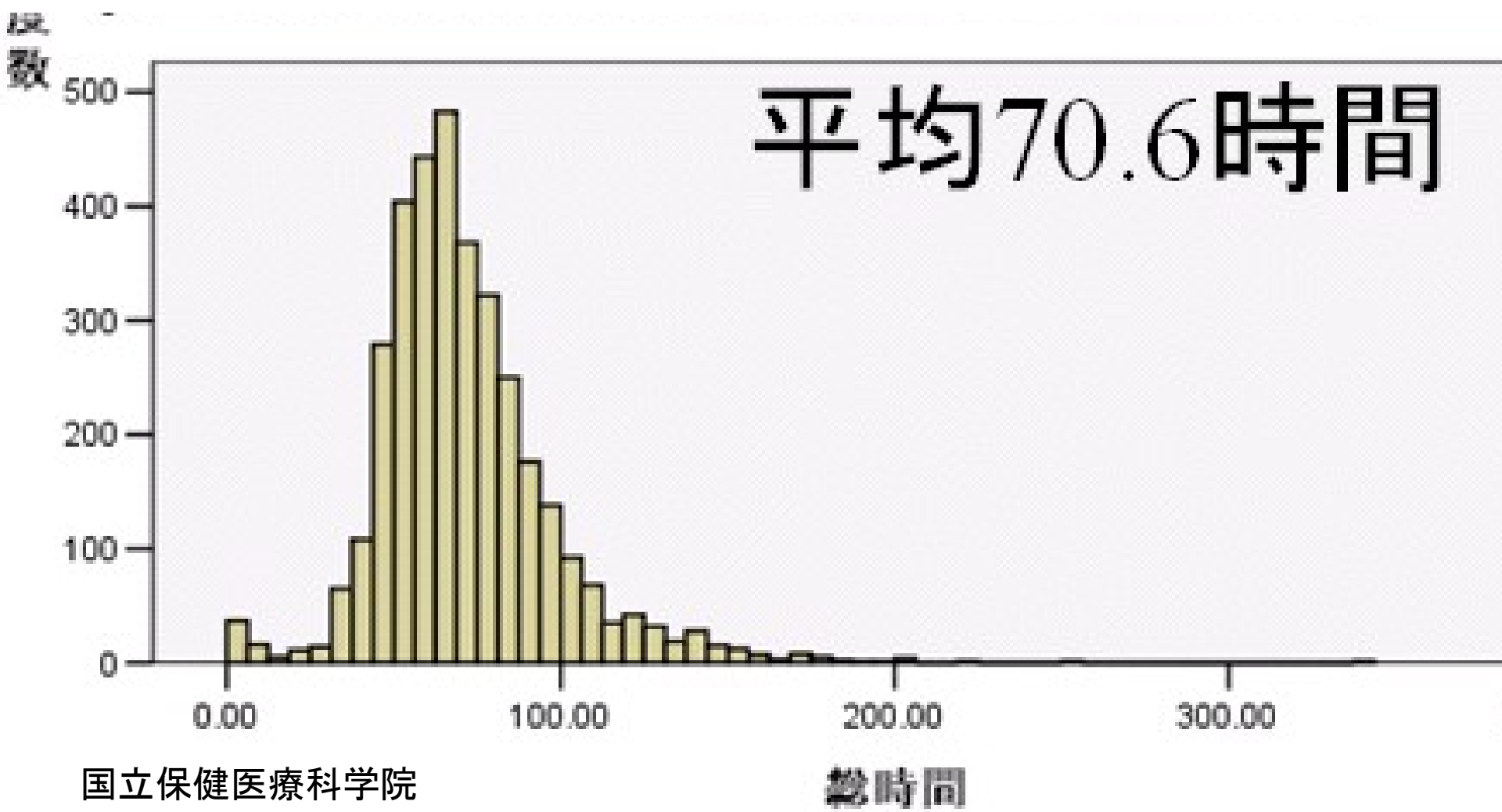


医師の勤務時間比較（病院と診療所）

病院勤務医は忙しい！



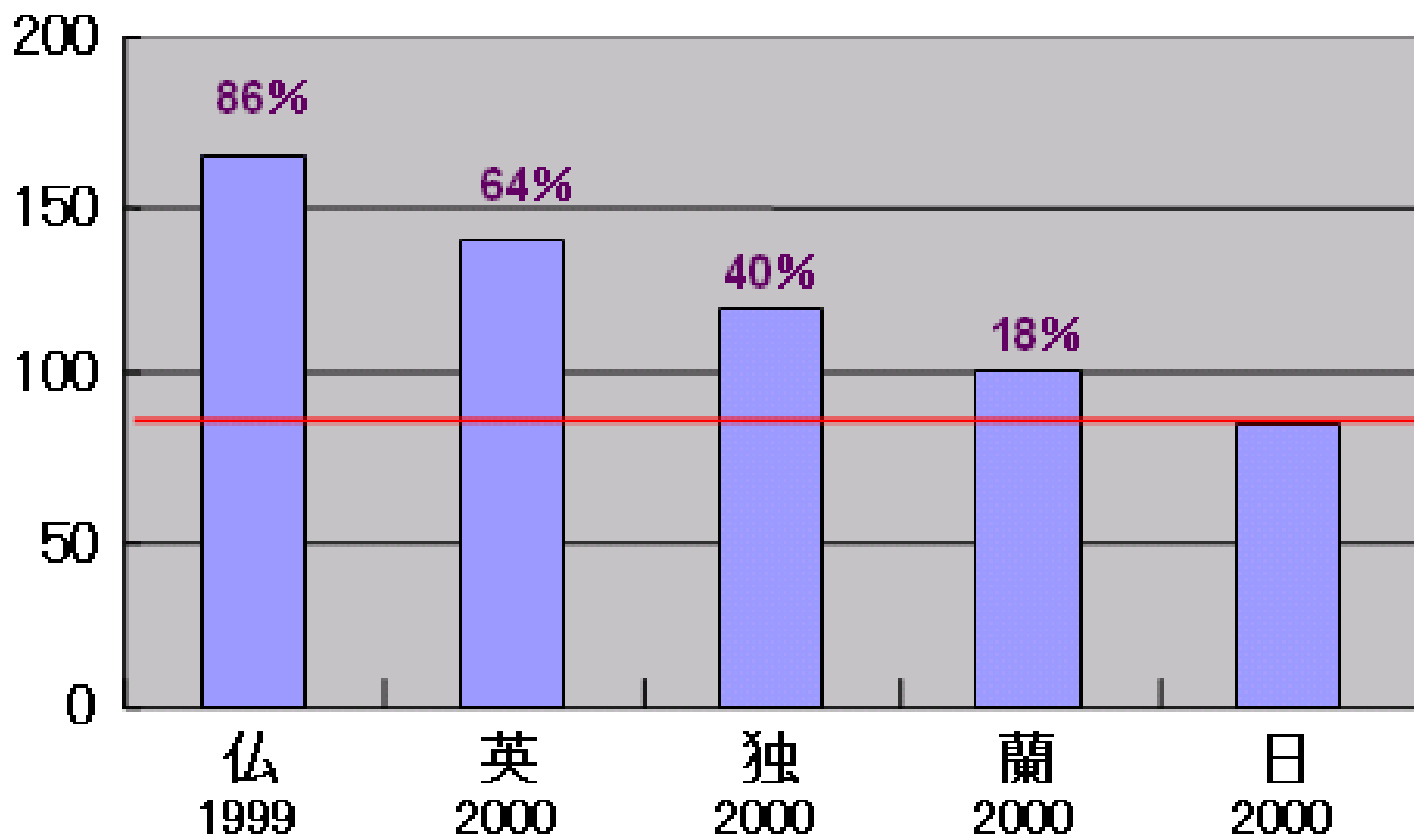
勤務医の平均勤務時間



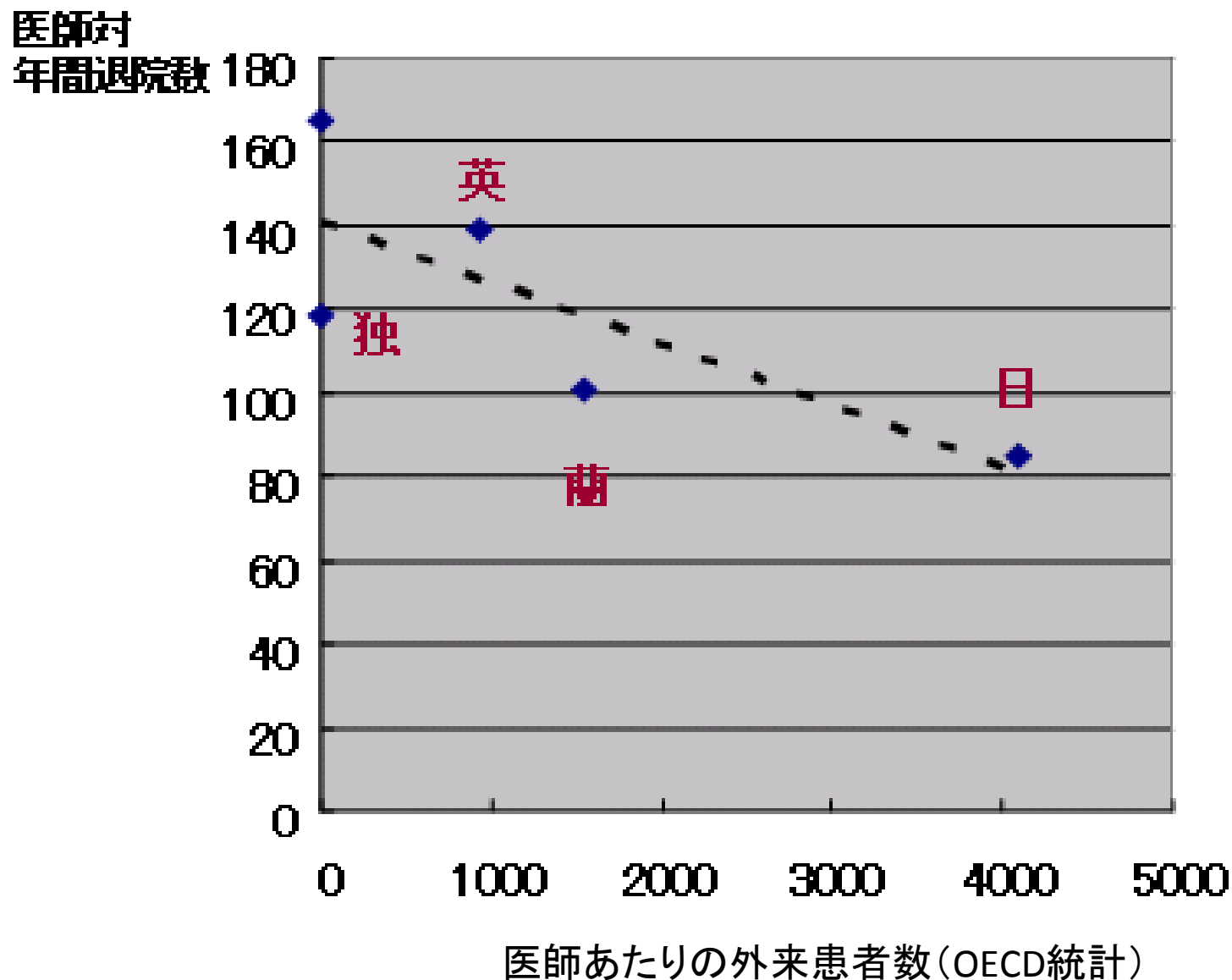
医師の労働生産性の国際比較

医師1人当たりの退院患者数(OECD統計)

医師対
年間退院数

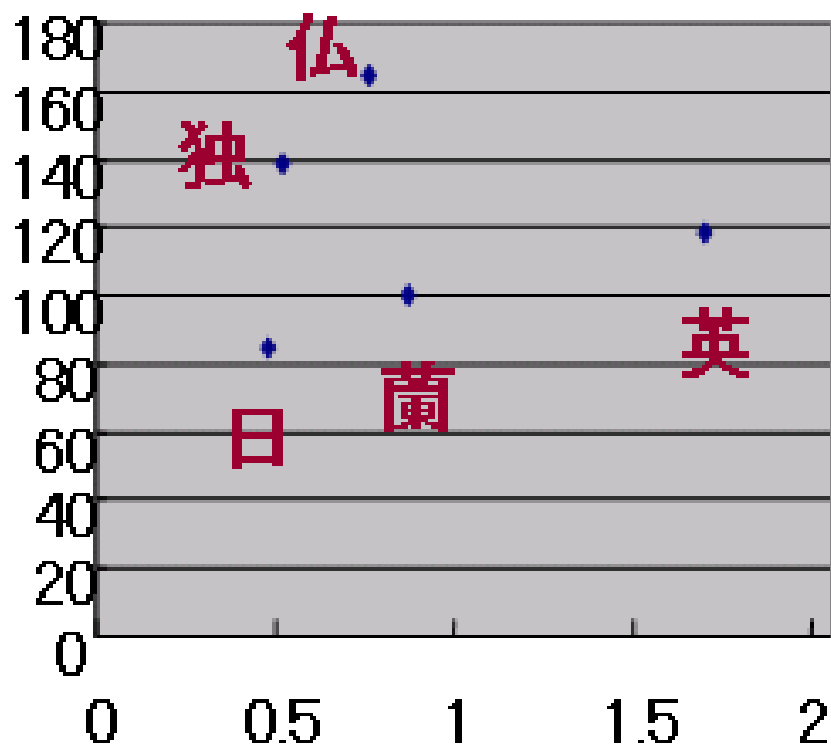


医師の生産性と外来負担



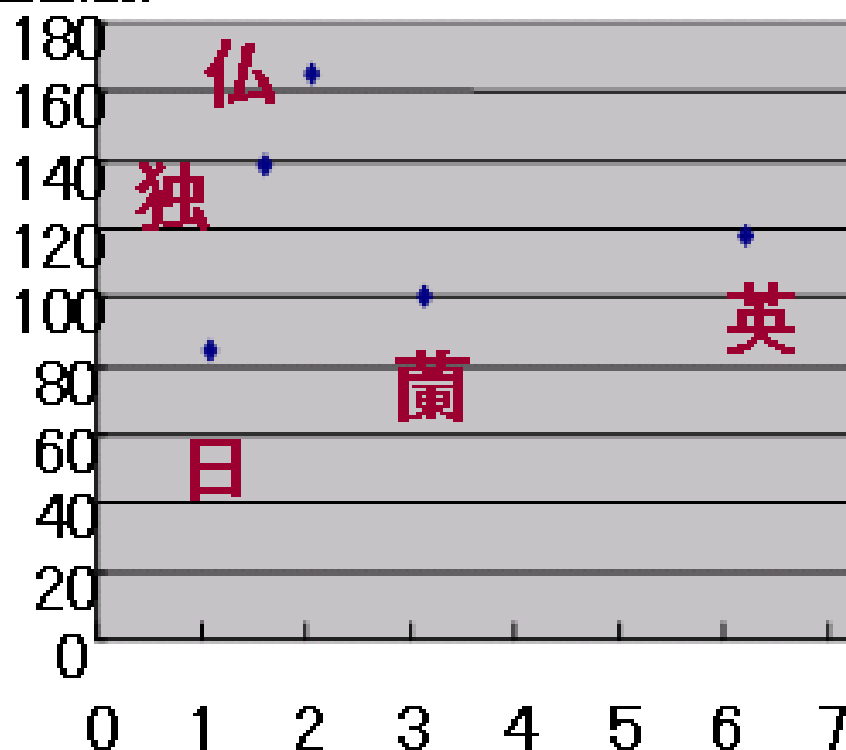
職員数と医師生産性

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 sections for patient information, examination findings, and consent.
- 胃カメラ** (Gastroscope) form with sections for patient information, examination findings, and consent.
- 診療計画書** (Treatment Plan) form with sections for patient information, examination findings, and treatment plan.
- および血** (Blood) form with sections for patient information, examination findings, and blood test results.
- 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 with sections for patient information, examination findings, and anesthesia plan.
- 経路報告書** (Pathway Report) form with sections for patient information, examination findings, and pathway report.

[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！

医師事務作業補助者



外科医の救世主！？

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

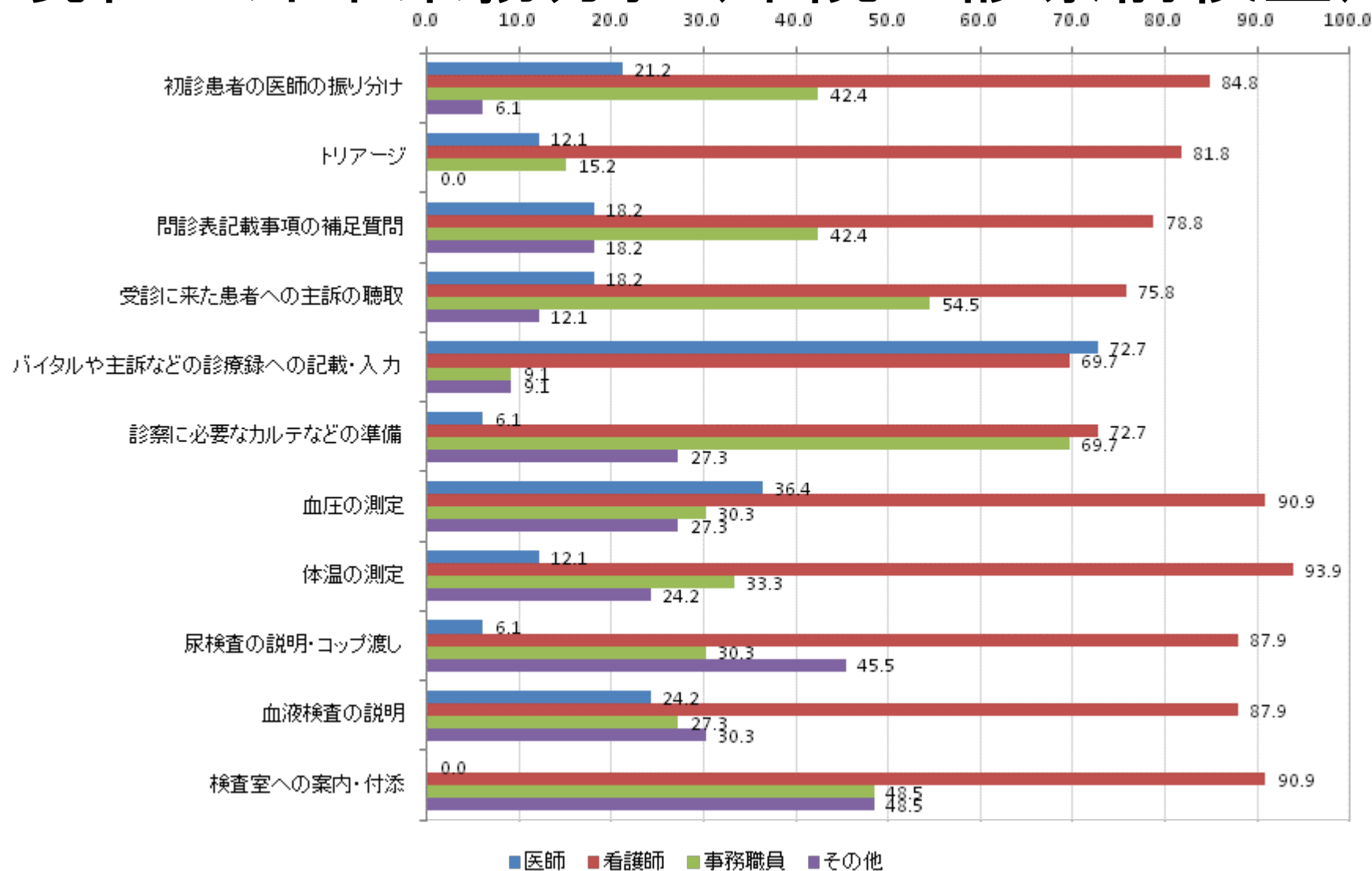
- 目 的

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。

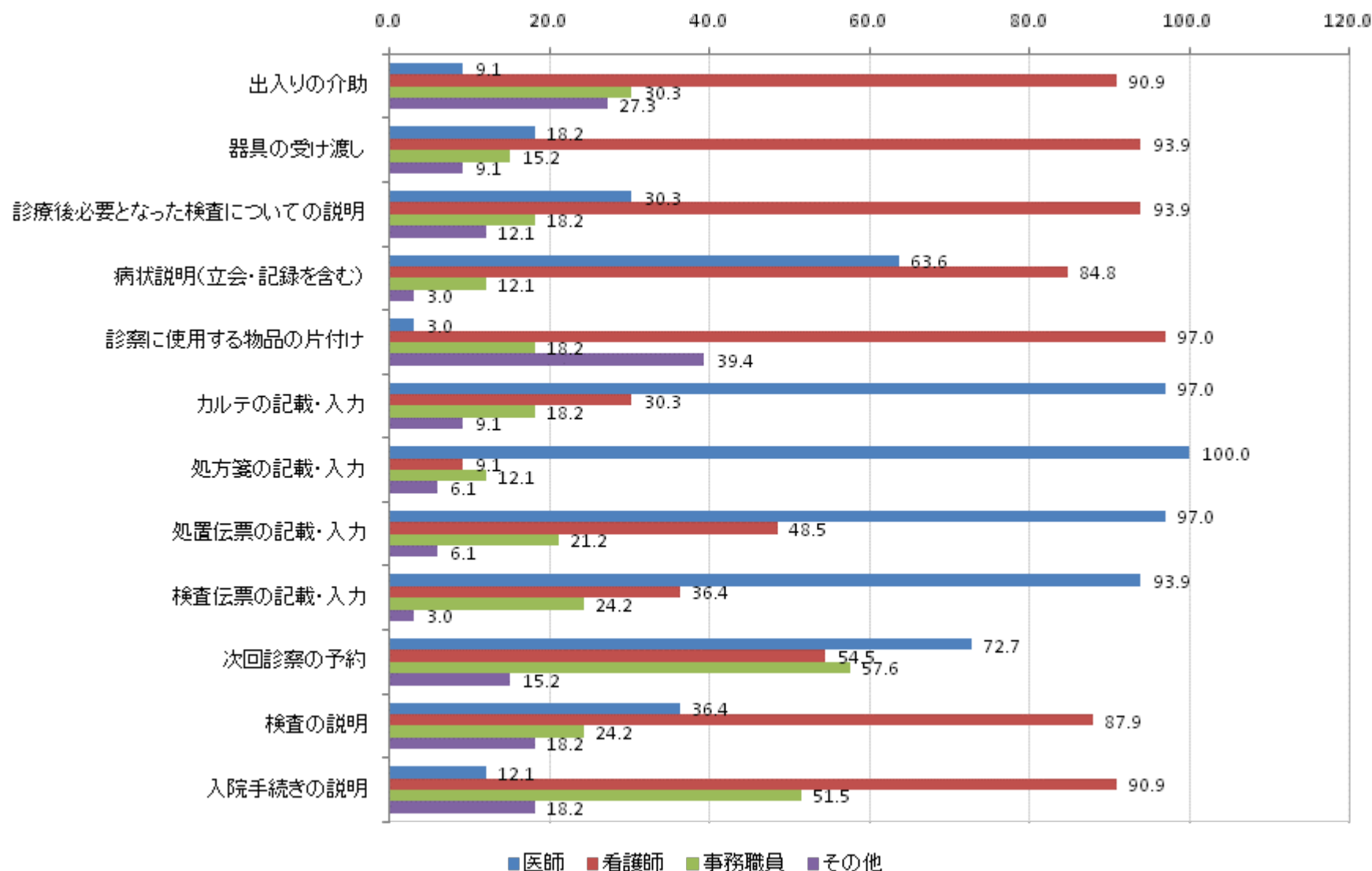
- 方 法

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3

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

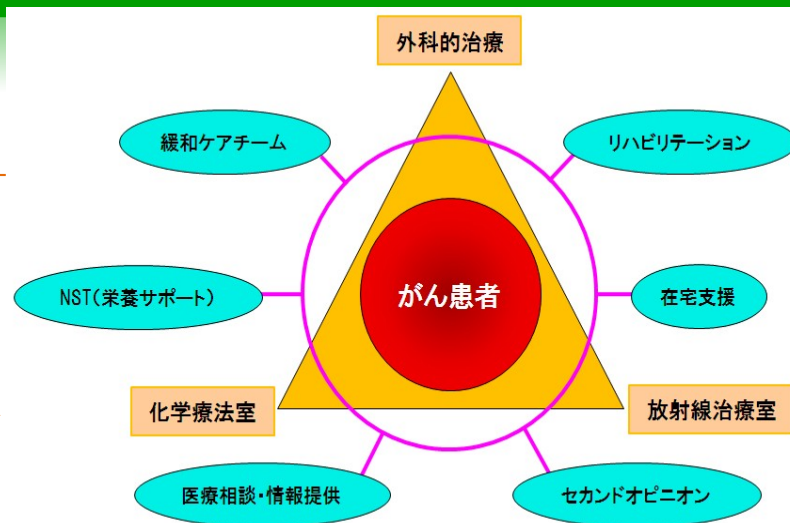
④ 専門外来での担当薬剤師

がん治療支援・緩和ケア外来

キャンサーボード

院内にはキャ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。

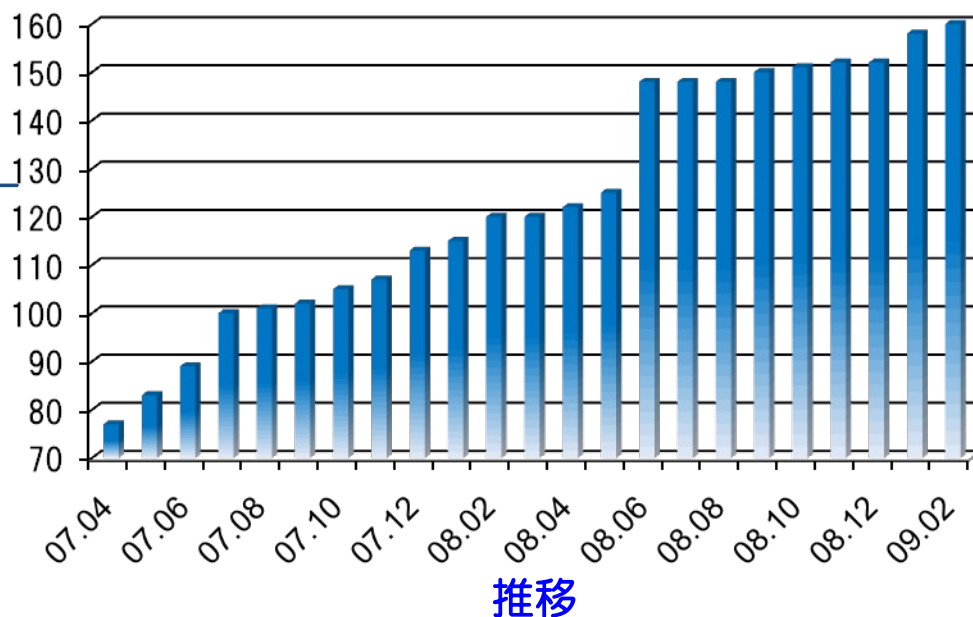
その中において、キャンサーボード副議長を薬剤師（教授・薬剤部長）が務めている。これは、がん治療における化学療法の重要性が院内で十分に認識されていることからであり、安全安心ながん治療を提供していく上で大変重要なことである。



キャンサーボード活動内容(毎月開催されている)

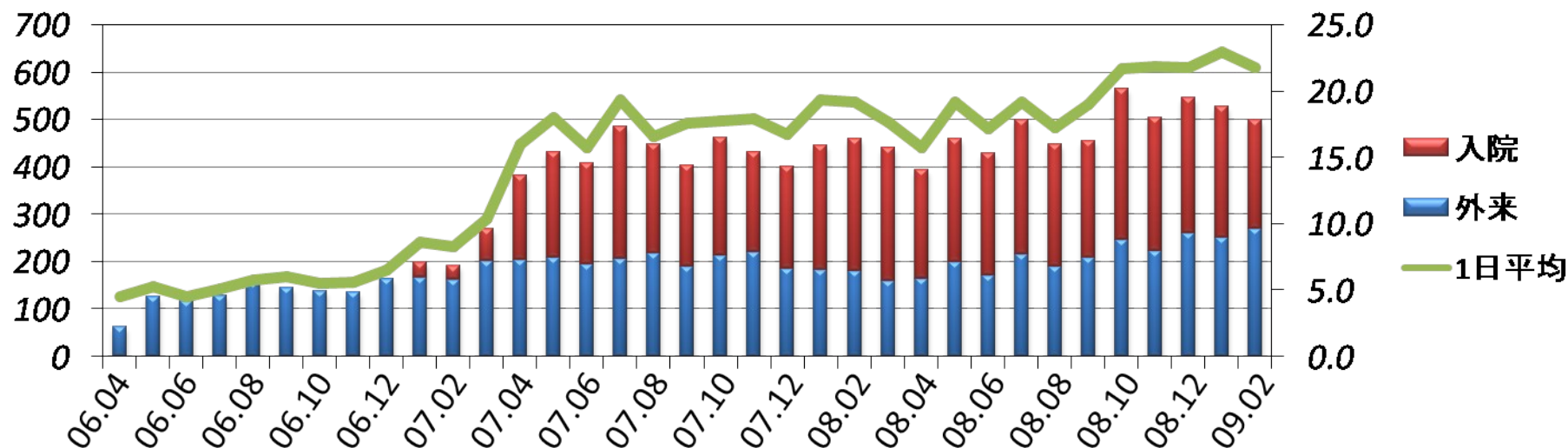
1. 化学療法レジメンの審査、登録
2. 個別がん症例に対する集学的、包括適治療の検討
3. 院内の他のがん診療に関わる部門との協議、調整
4. がん診療体制の整備
5. 患者様用パンフレットなどの企画・作成
6. 三田がんフォーラムの企画・開催



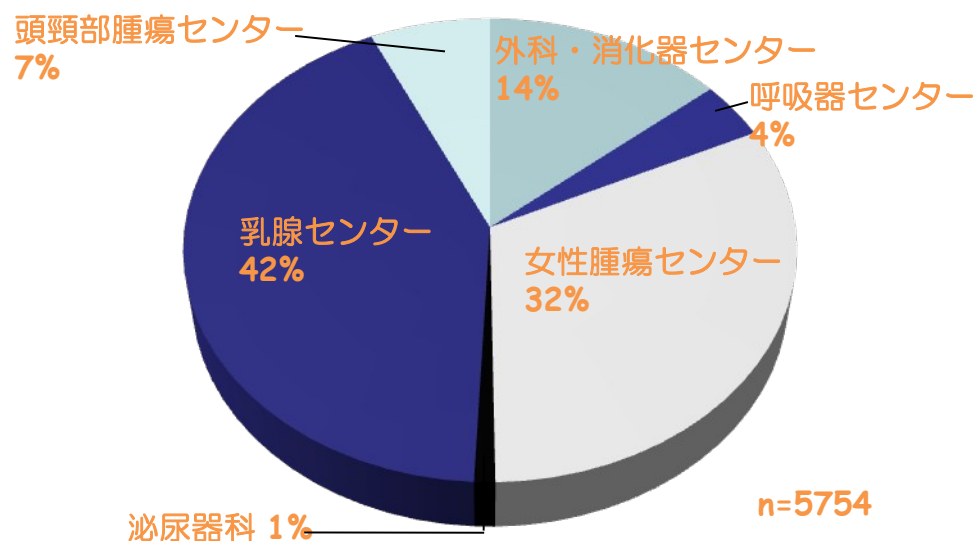


無菌的混合調製

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、解き方、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、薬に対しての疑問や不安など、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)

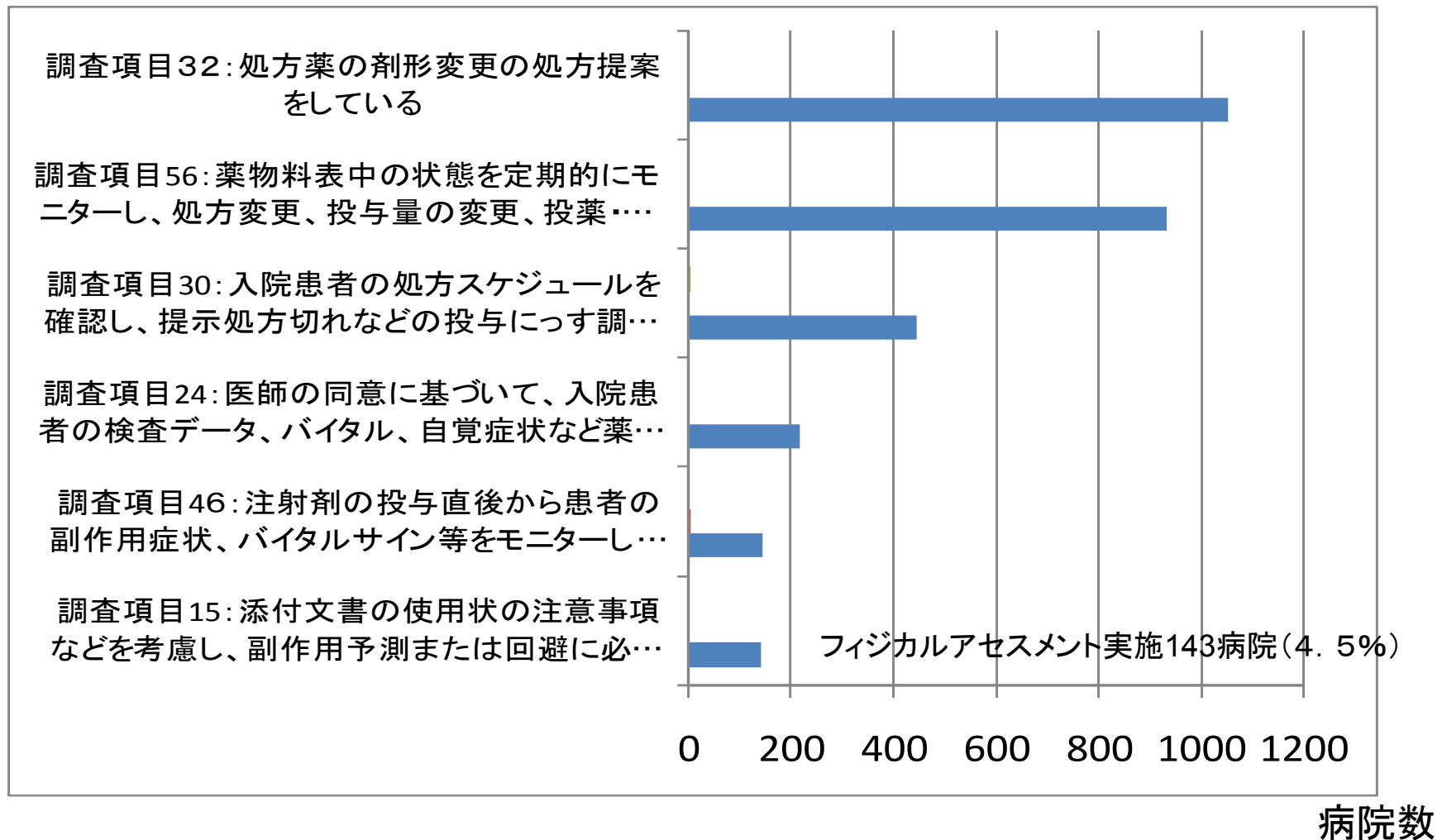
➤ 院内の感染症発生状況を把握し、組織横断的に院内の感染対策を行っています。ICTは、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務員をメンバーとし、感染対策の実働組織として活動しています。それぞれの職種の専門性を発揮し、医療関連感染(院内感染)から患者さんを守る活動を行っています。



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



バイタルサインが読める薬剤師を目指して(九州保健福祉大学薬学部)



バイタルが取れる薬剤師をめざして



薬物血中濃度測定を目指して

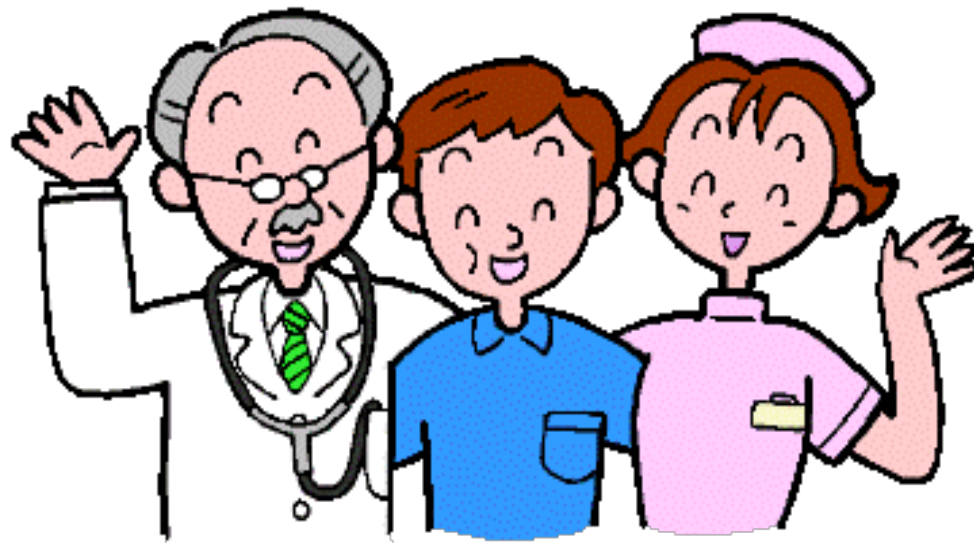


各種薬物投与方法について



褥瘡ケアを目指して

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)

関西:公立病院(約300床)

来院患者

(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

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

救急医療の評価の充実について④

初期救急の評価

- 地域の開業医等との連携により、多数の救急患者を夜間・休日に受け入れるための救急体制の評価の新設

⑧ 地域連携夜間・休日診療料 100点

〔対象患者〕 全年齢の救急患者

〔施設基準〕 ① 診療時間帯において、医師2名以上の診療体制

② 末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診療が出来ること

- 小児救急外来の評価の引き上げと多数の救急外来受診者に対するトリアージの評価の新設

地域連携小児夜間・休日診療料1 350点 → 400点

地域連携小児夜間・休日診療料2 500点 → 550点

⑨ 院内トリアージ加算 30点

来院後すみやかにトリアージを行い、一定時間後に再評価を行うこと。

〔施設基準〕 院内トリアージの実施基準を定め、その実施について院内掲示等患者に周知していること。

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

がん治療に対する評価の充実

外来化学療法の実

複雑化、高度化した外来化学療法に対応するため、外来化学療法加算の評価を引き上げる。

外来化学療法加算1

500点 → 550点

外来化学療法加算2

390点 → 420点

内服による化学療法の評価

抗悪性腫瘍剤の投薬の必要性、副作用、用法・用量、その他留意点等を文書にて説明し、適正使用及び副作用管理に基づく処方を行った場合

⑧ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算 70点

[施設基準]

- ・200床以上の病院
- ・化学療法の経験を5年以上有する専任の医師の配置

放射線治療の実

放射線治療病室におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算 500点 → 2,500点(1日につき)

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)

日米VAP(人工呼吸器関連肺炎)セミナー
6月19日開催

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**

呼吸ケアチーム加算

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

③ 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

[算定要件]

人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。

[対象患者]

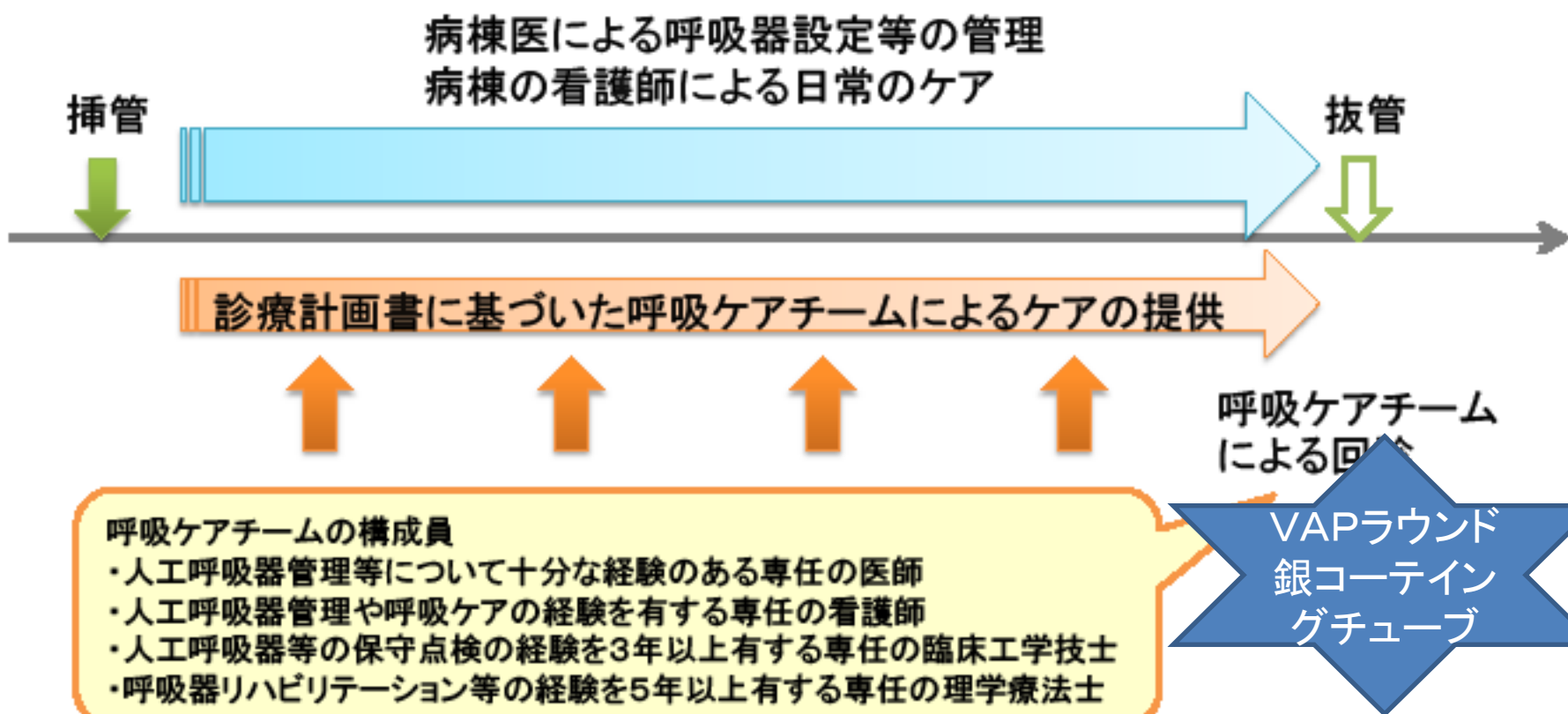
- (1) 48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者
- (2) 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理の例



呼吸ケアチームにより提供される診療の内容

- 抜管に向けた適切な鎮静や呼吸器の設定について、病棟医と人工呼吸器管理等に十分な経験を有する医師で相談
- 人工呼吸器の安全管理(臨床工学技士等)
- 口腔内の衛生管理(歯科医師、看護師、歯科衛生士等)
- 適切な排痰管理(看護師等)
- 廃用予防(看護師、理学療法士等)
- 呼吸器リハビリテーション(理学療法士等)

期待される効果の例 ・人工呼吸器関連肺炎の減少、人工呼吸期間短縮、再挿管率の減少等

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)

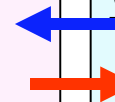
○薬剤**投与と予測**

- ・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在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。

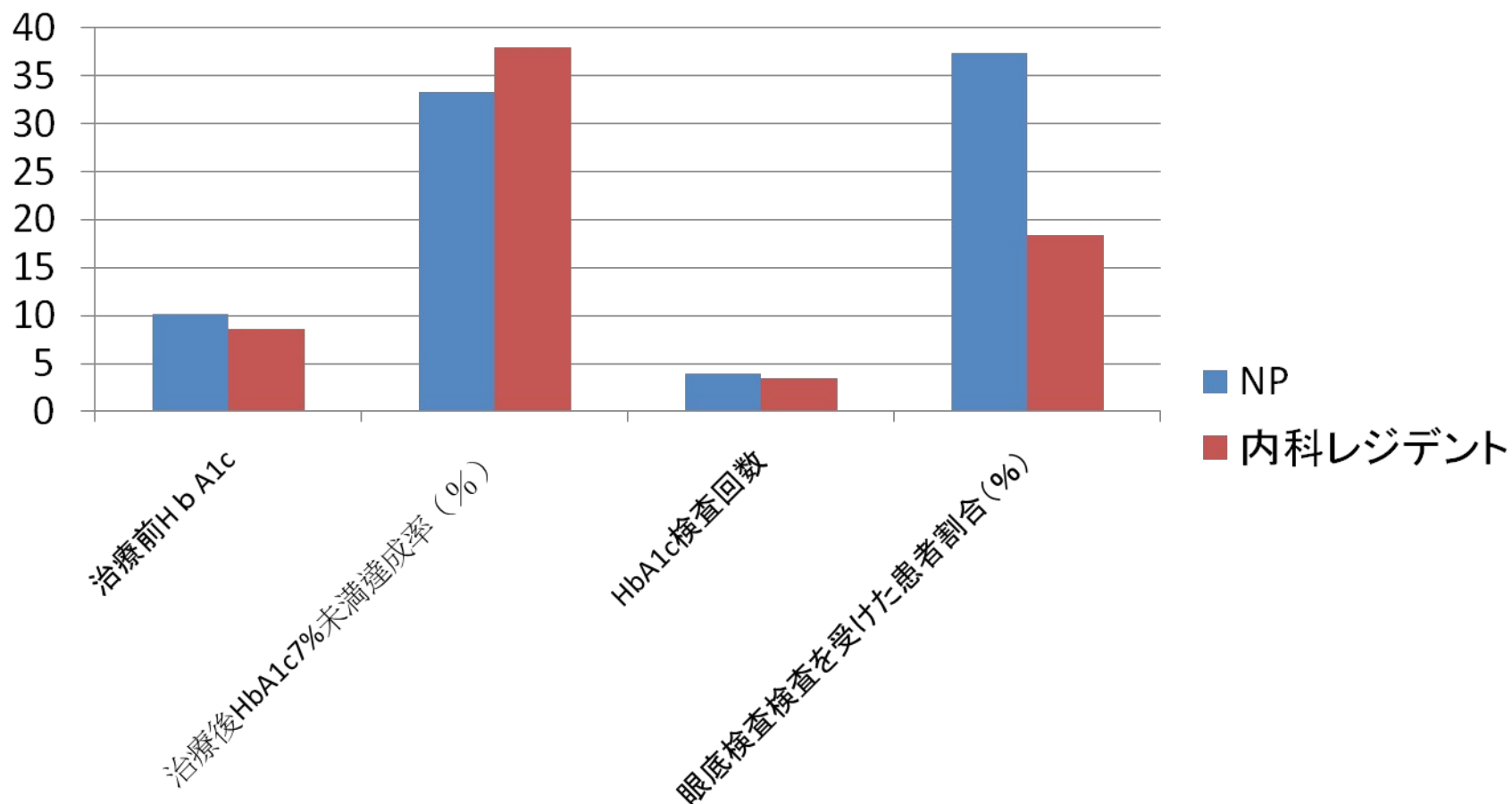
NPの業務

- 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

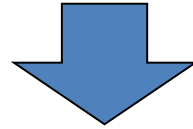
国際医療福祉大学大学院

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？～

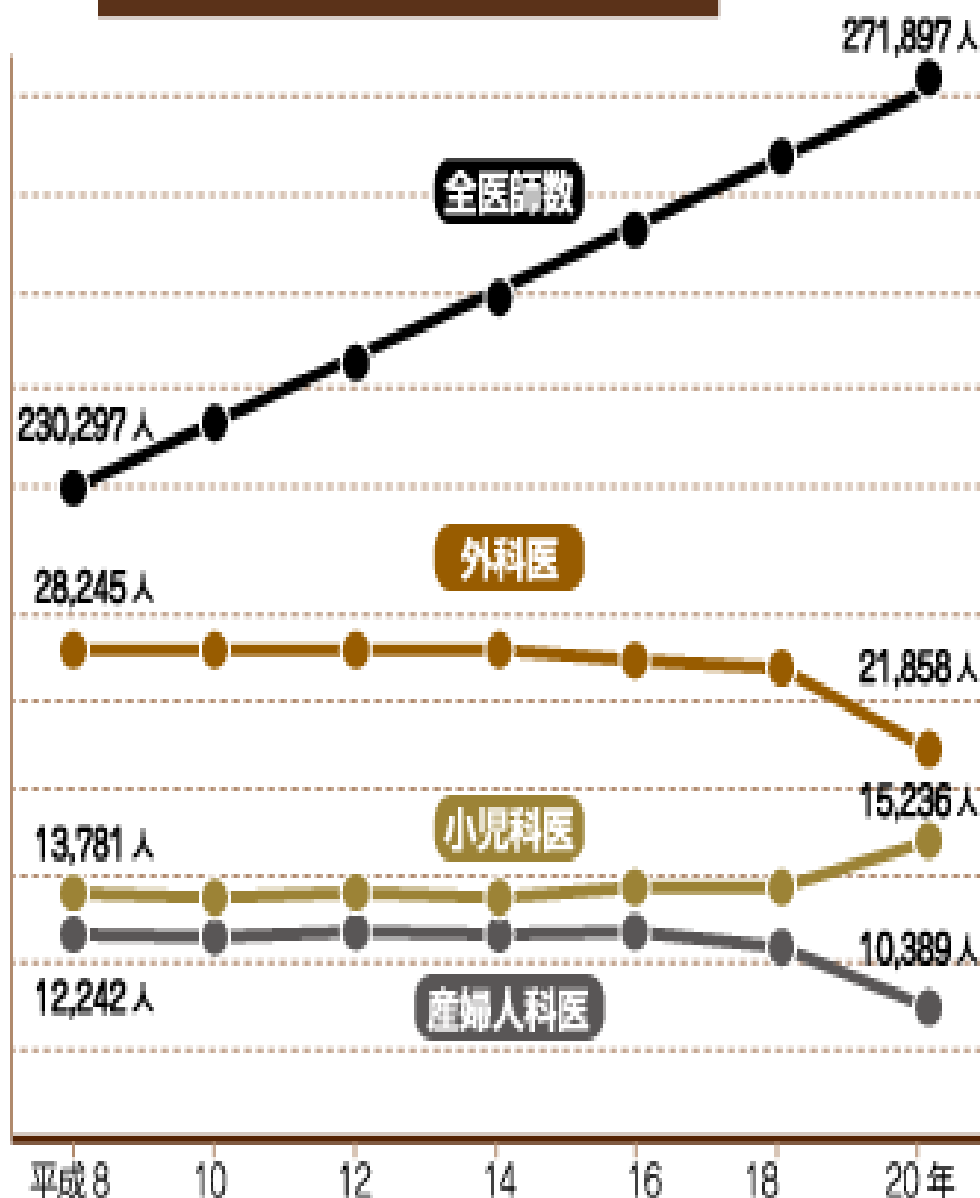
- 「チーム医療の推進に関する検討会」(座長＝永井良三・東大大学院医学研究科教授)
 - － 従来の看護師より業務範囲を拡大した「特定看護師(仮称)」制度を新設する方針で取りまとめた。
- 特定看護師(仮称)モデル事業
 - － 厚労省が検討会に示した素案によると、看護師としての実務経験が一定期間あり、新設される第三者機関から知識や能力について評価を受けることなどが、特定看護師になる条件。
 - － 新たに可能になる業務としては、医師の指示があることを前提に、気管挿管や外来患者の重症度の判断、在宅患者に使用する医薬品の選定といった高度な医療行為を想定している。
 - － 厚労省は、モデル事業で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

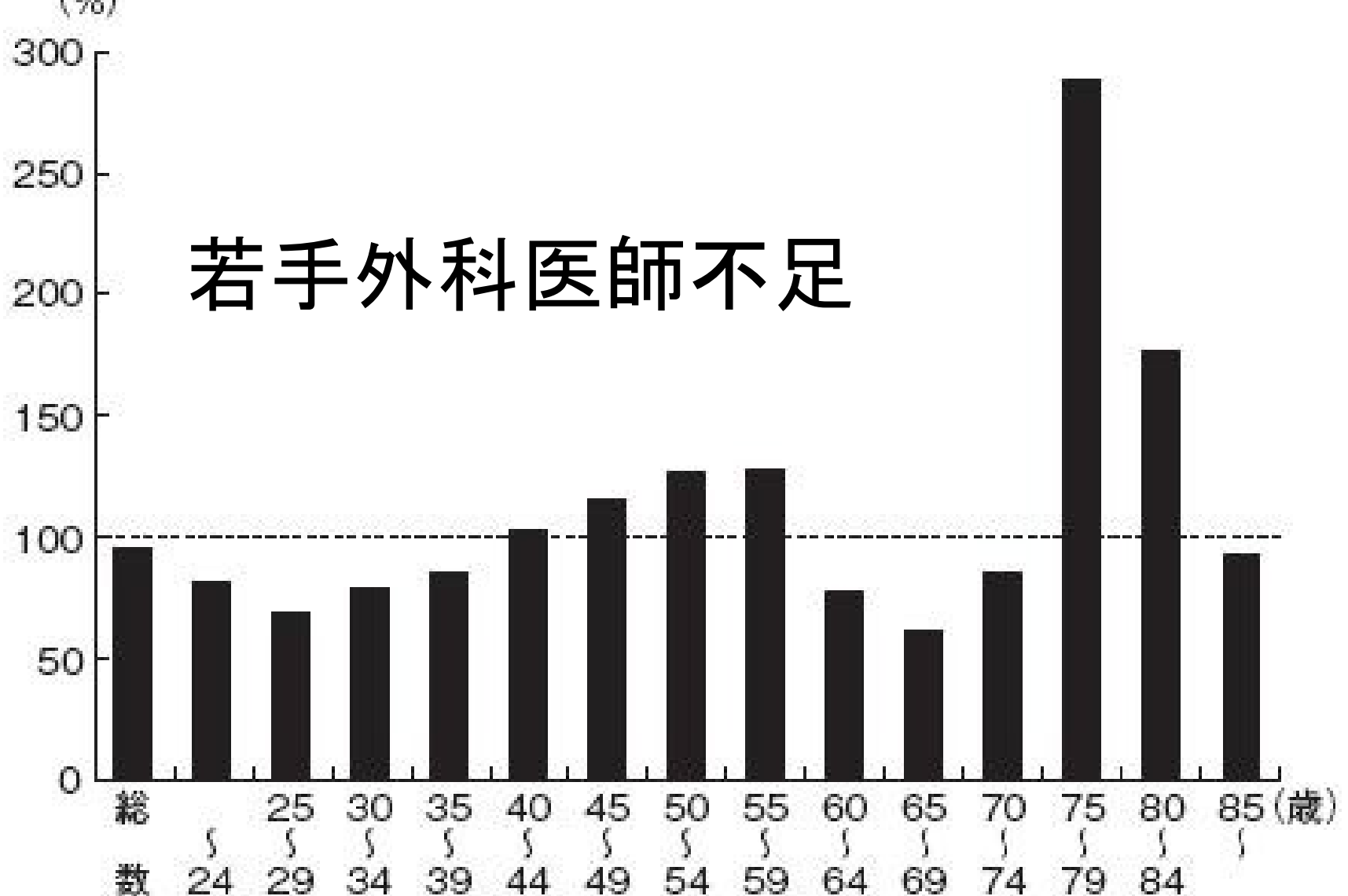


図1 平成8年を100%としたときの平成16年の各年齢層の外科医師数

(平成8、16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成)

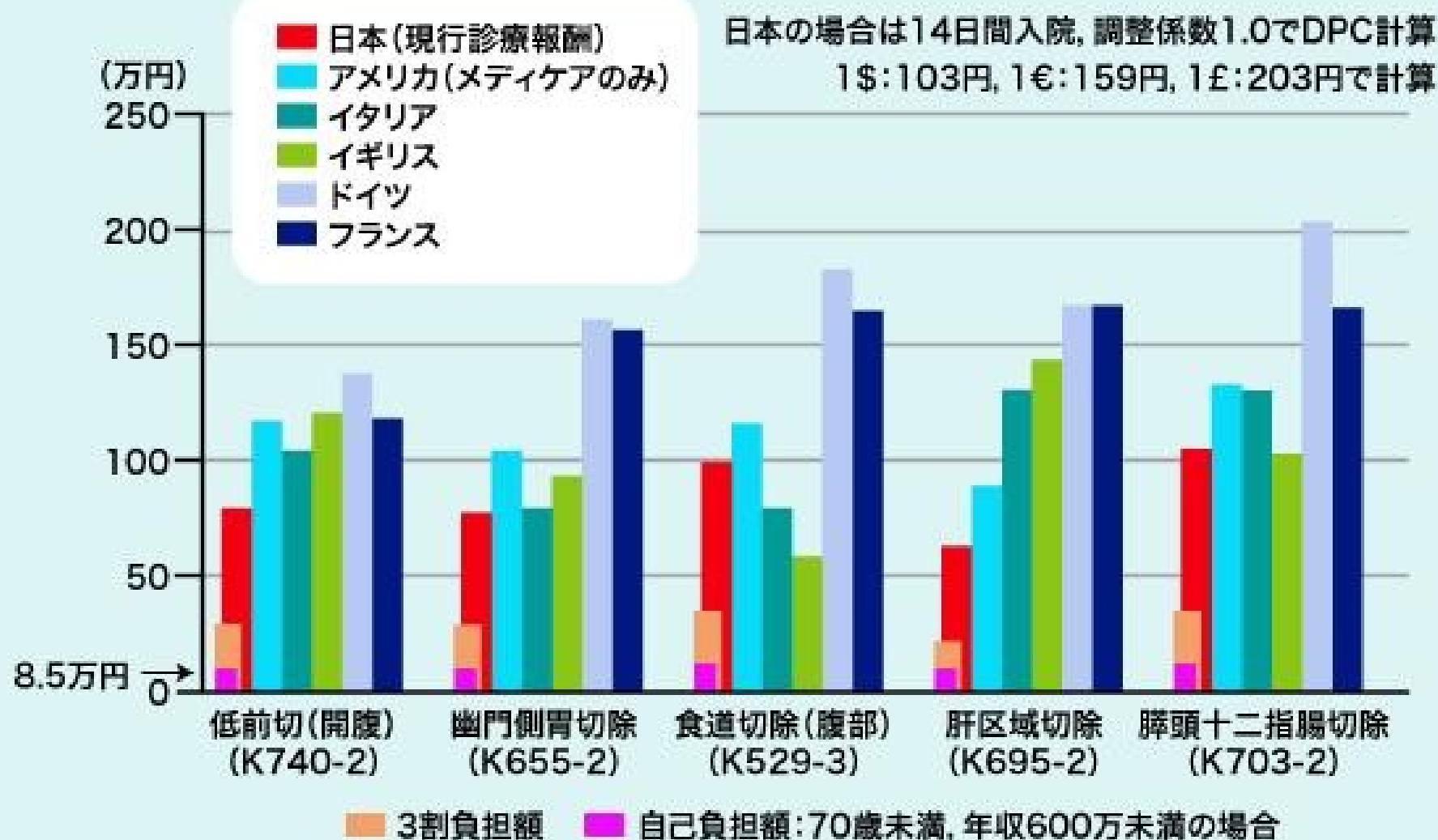
江原朗. 明日の外科手術はだれがするのか—若手外科医の減少. 日本医師会雑誌 200
> 8;136:2247-2249



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

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、重点的は評価を行う。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。

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(2)

増点となった手術の例(50%増)

手術名	現行	改定後
肝切除術 拡大葉切除	64,700点	97,050点
胸腔鏡下肺切除術	37,500点	56,250点
大動脈瘤切除術 胸腹部大動脈	111,000点	166,500点
経鼻的下垂体腫瘍摘出術	55,800点	83,700点
子宮悪性腫瘍手術	39,000点	58,500点
膀胱悪性腫瘍手術 全摘(回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの)	65,600点	98,400点
喉頭,下咽頭悪性腫瘍手術(頸部,胸部,腹部等の操作による再建を含む)	63,300点	94,950点
関節形成手術 肩,股,膝	26,500点	39,750点
動脈(皮)弁術,筋(皮)弁術	21,900点	32,850点
緑内障手術 流出路再建術	14,200点	21,300点

外保連試案を活用した手術料の引き上げ(3)

増点となった手術の例(30%増)

手術名	現行	改定後
腹腔鏡下虫垂切除術 虫垂周囲膿瘍を伴うもの	10,880点	14,140点
内視鏡的胆道ステント留置術	6,830点	8,880点
埋込型除細動器移植術	13,100点	17,030点
定位的脳内血腫除去術	12,200点	15,860点
子宮附属器腫瘍摘出術(両側) 腹腔鏡	19,600点	25,480点
腎部分切除術	19,300点	25,090点
喉頭悪性腫瘍手術 全摘	30,900点	40,170点
耳下腺腫瘍摘出術 耳下腺深葉摘出術	18,400点	23,920点
人工関節置換術 肩, 股, 膝	22,300点	28,990点
硝子体置換術	4,080点	5,300点

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

DPC新機能係数

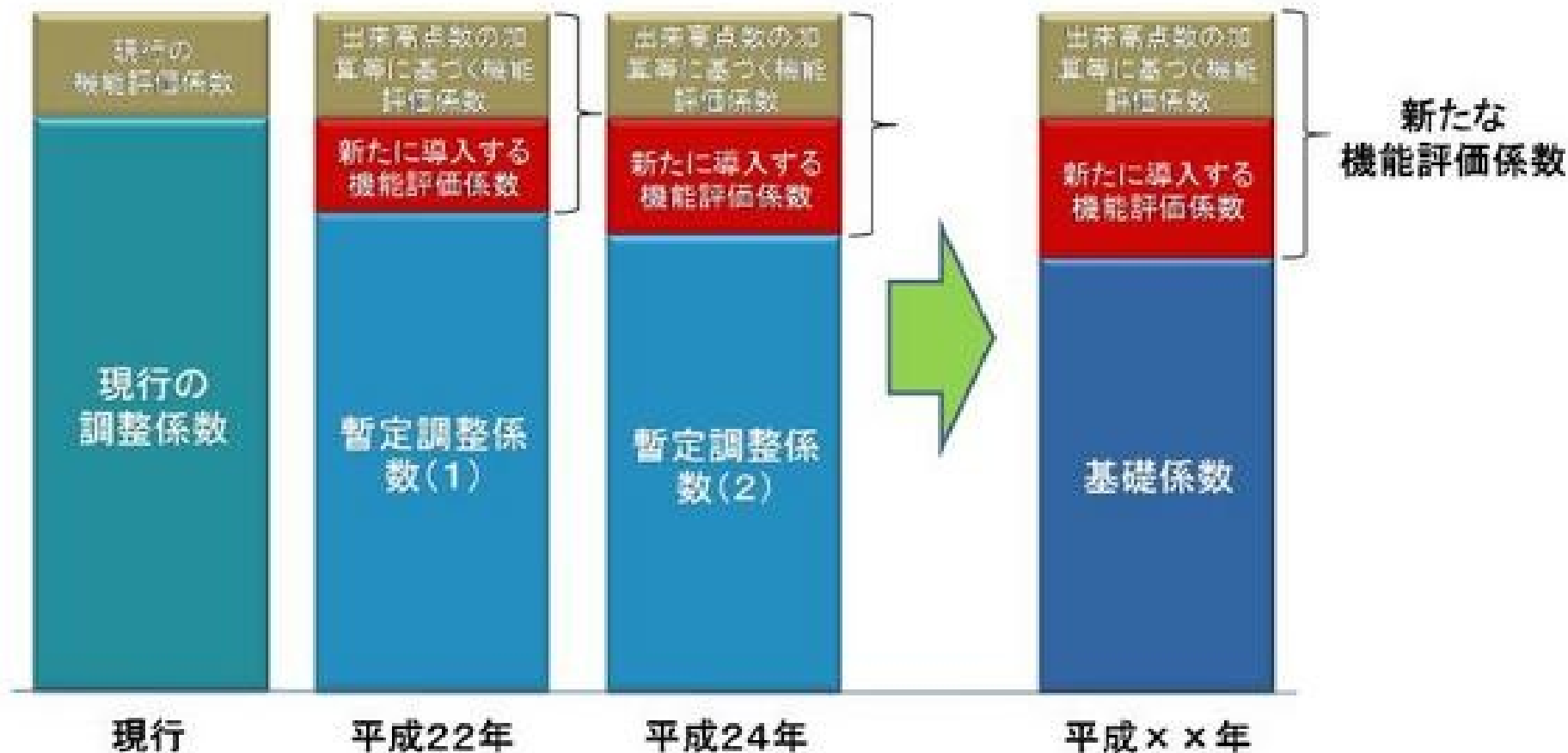
調整係数は2010年から 段階的に機能評価係数に 置き換えがすすむ！

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

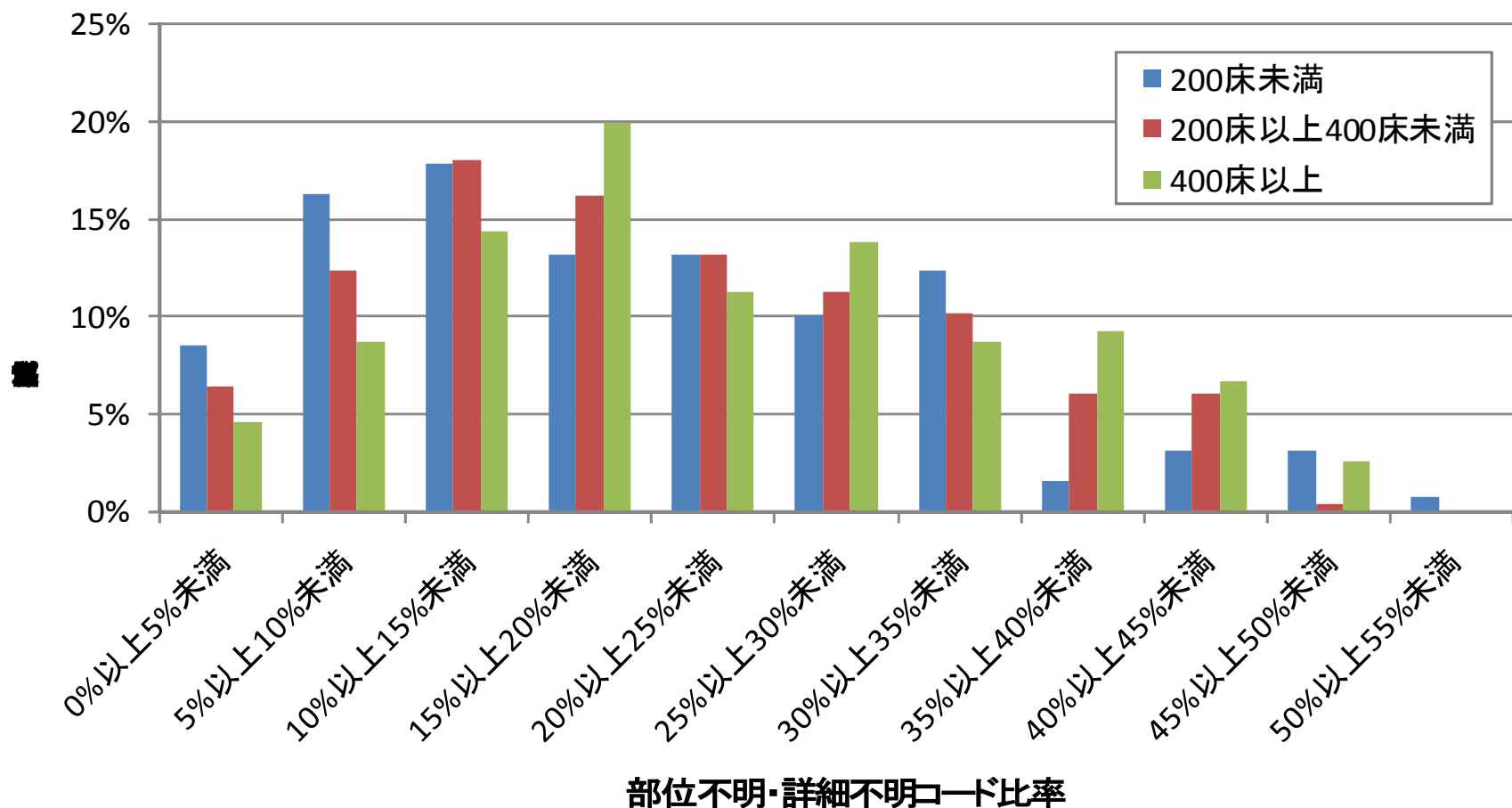
6項目の新機能評価係数

- 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

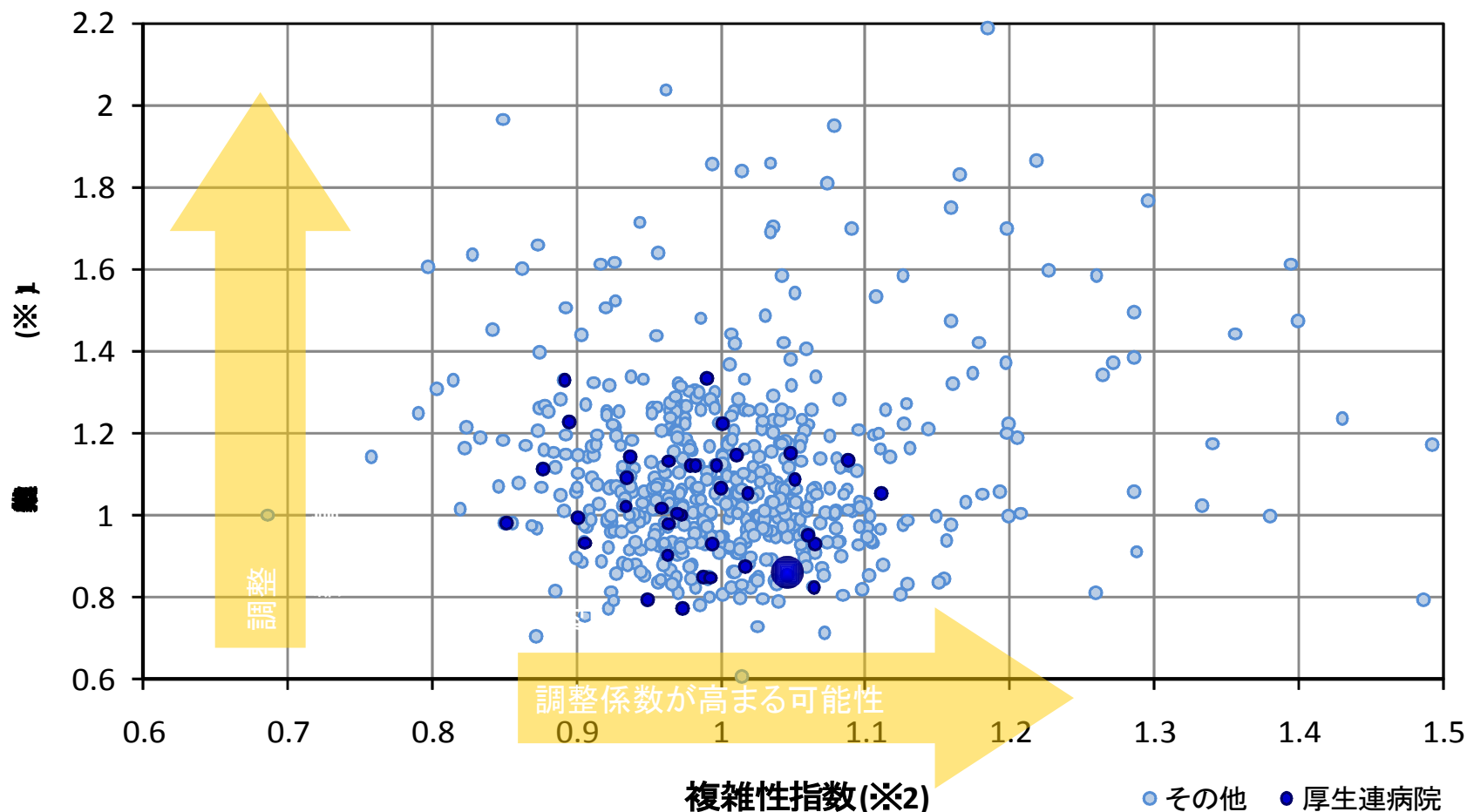
1-① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価



(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

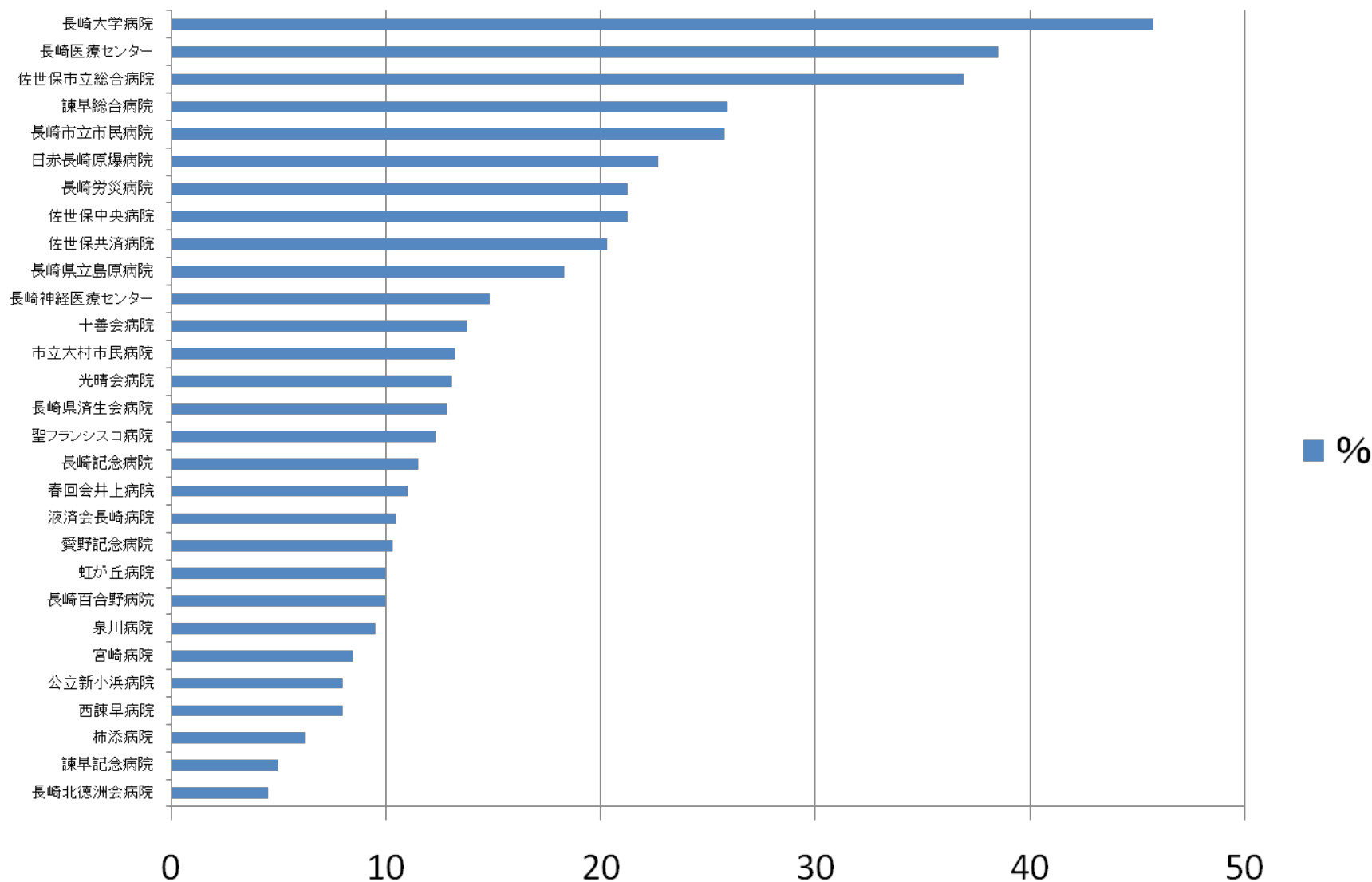


- (※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- (※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- 注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

病院別診断群分類カバー率(長崎県)

%



パート6

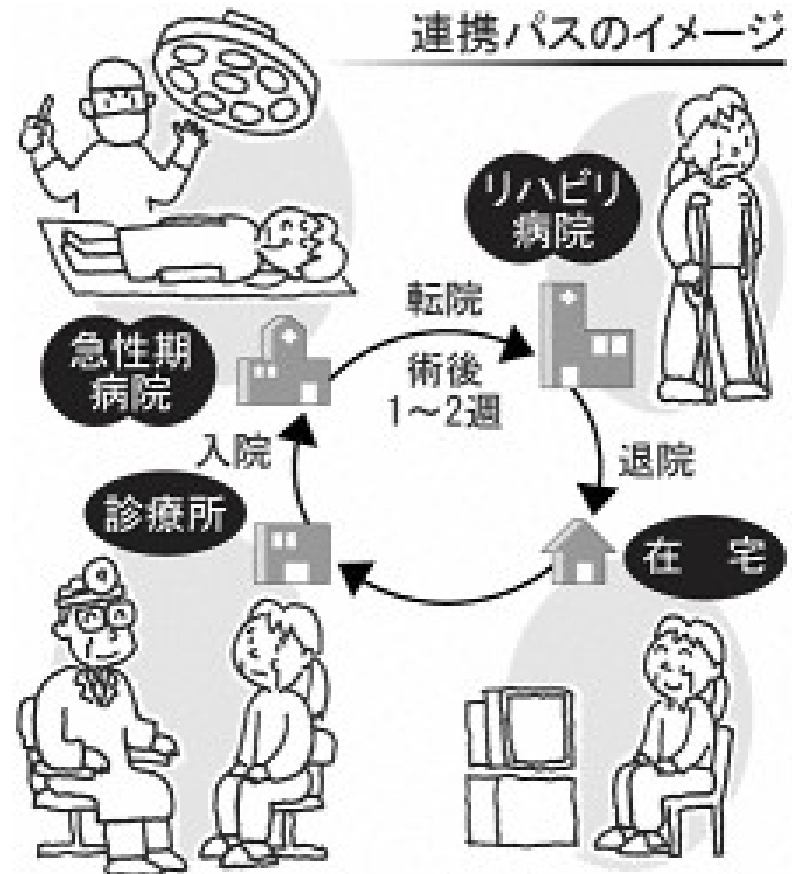
地域連携クリティカルパス

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 (インジンガーグル)	口腔内清拭 (インジンガーグル)	口腔内清拭 (インジンガーグル)						
				内服薬(薬名)				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		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	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
担当看護師署名		深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜

クリティカルパスは患者さんにも好評

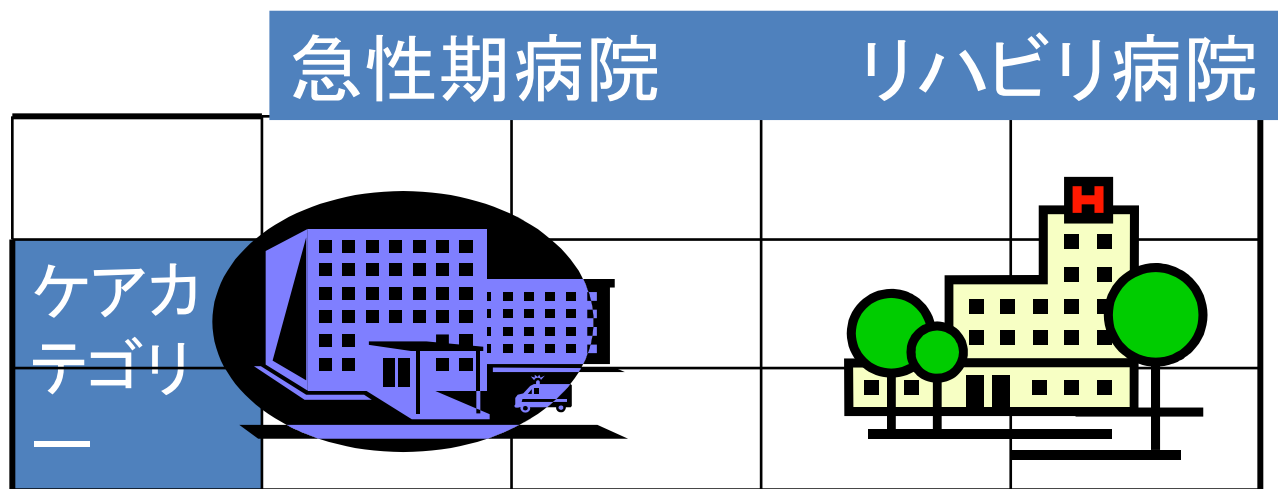
疾患別に作る標準診療計画



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

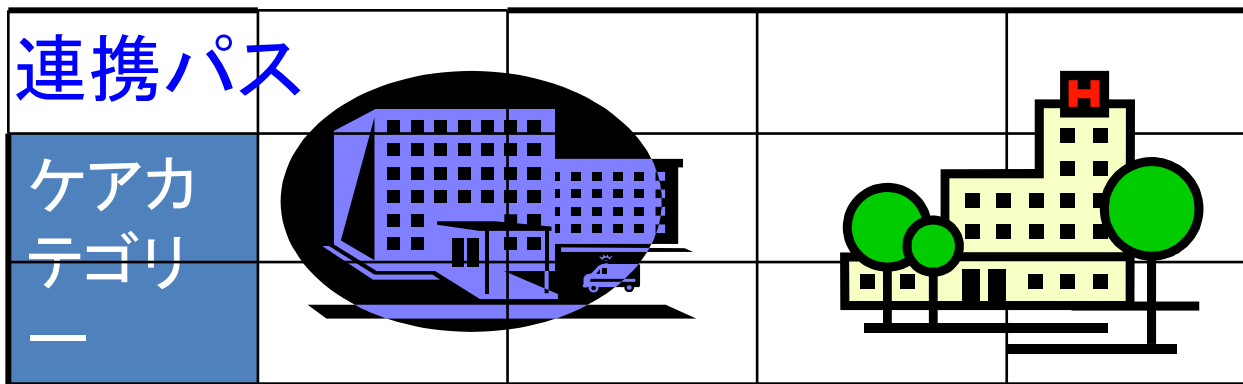
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



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

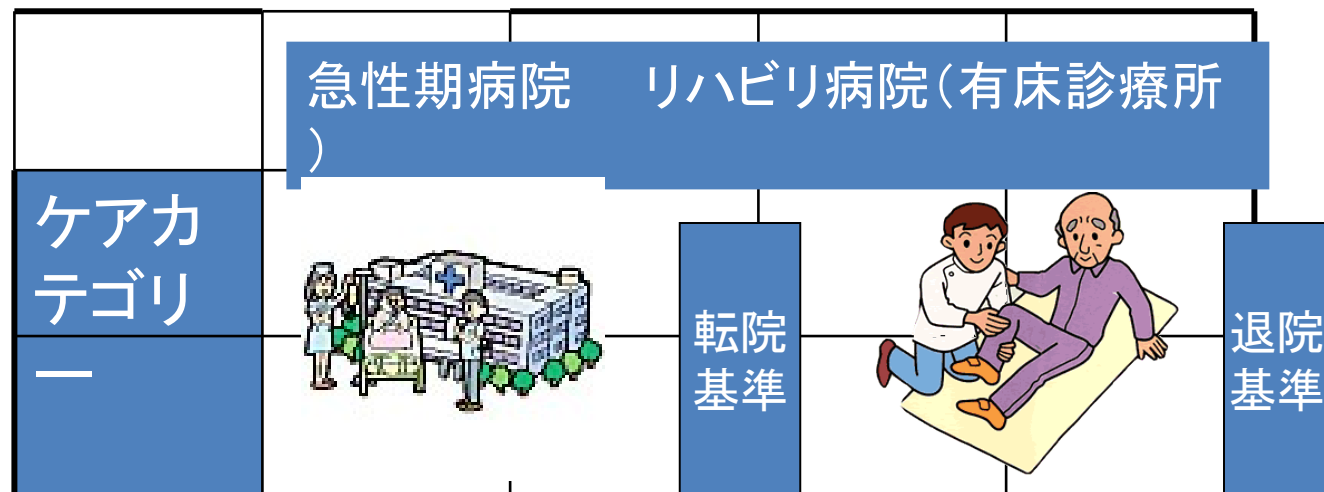


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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疾病拡大

②施設拡大

①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

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

⑧ がん治療連携計画策定料(計画策定病院) 750点(退院時)

[算定要件]

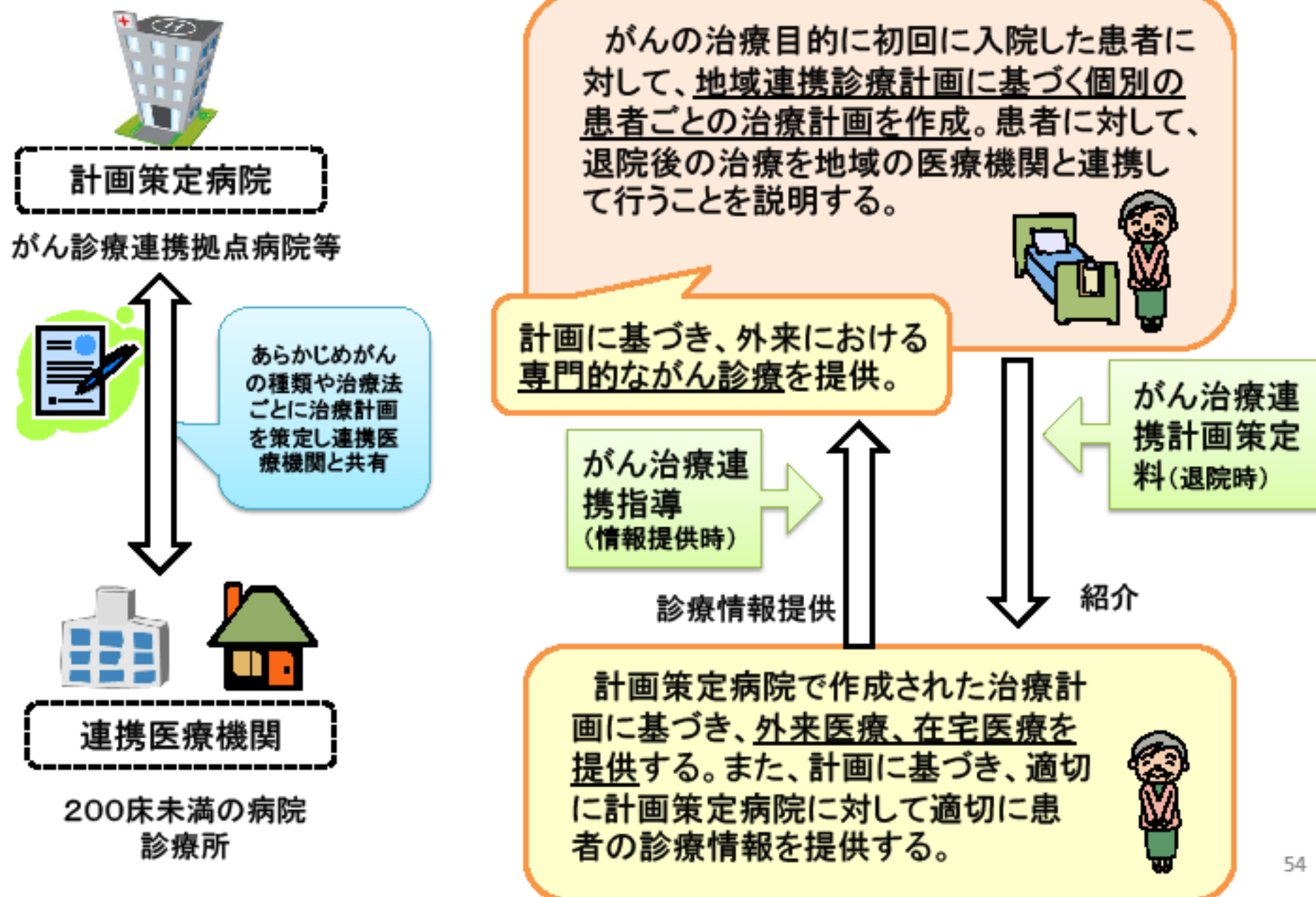
がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

⑨ がん治療連携指導料(連携医療機関) 300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



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

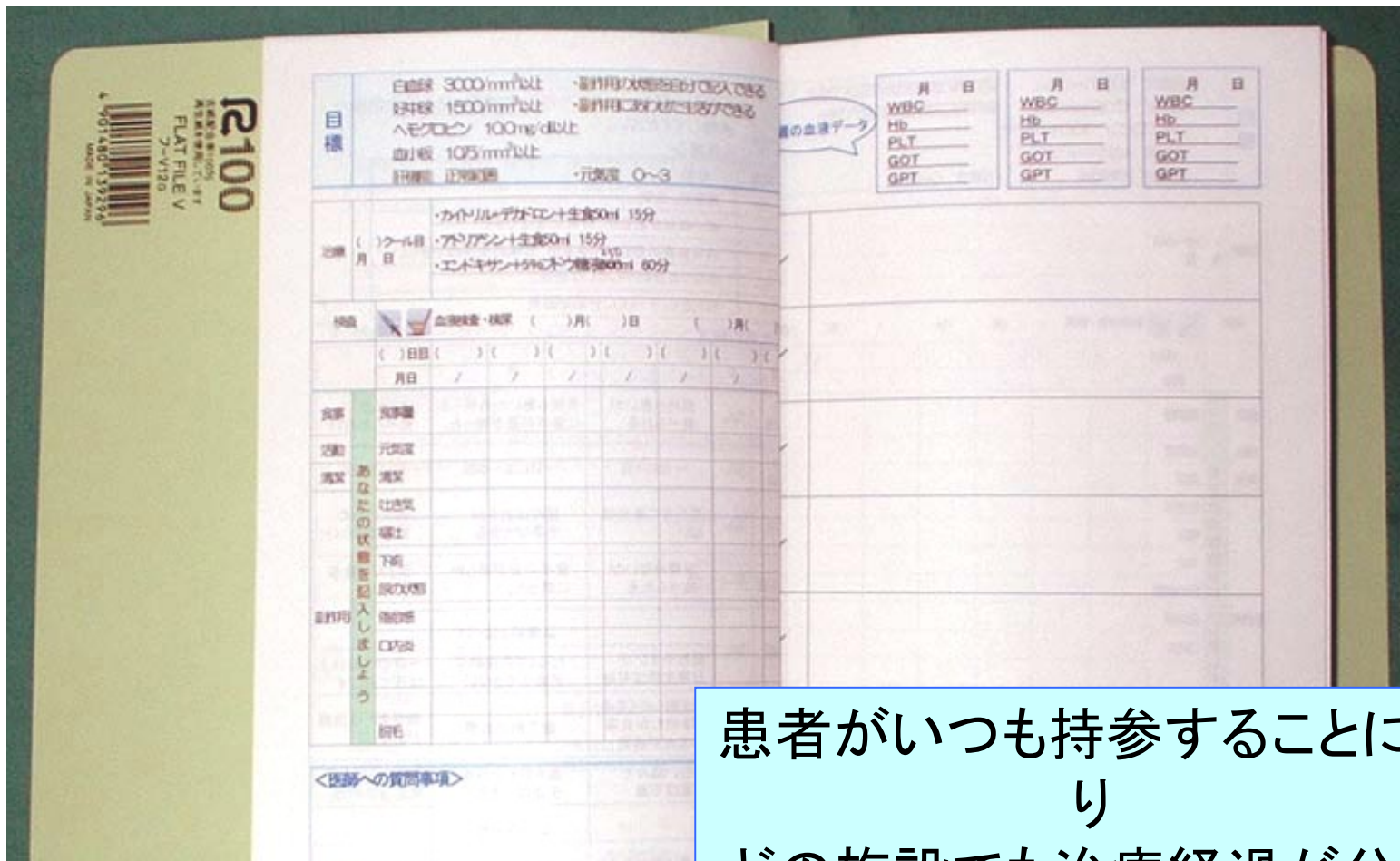
胃癌・大腸癌StageⅠ術後長期連携パス(医療者用)									
病院主治医		(電話:)							
診療所名:		主治医 (電話:)							
		病院 診療所における日常診療							
		再発	術後 8ヵ月後	術後 1年後	術後 1年半後	術後 2年後	術後 3年後	術後 4年後	術後 5年後
項目									
達成目標					化学療法の実施				
連携、連絡		再発等の場合、横浜医療センターに連絡							
教育・指導		□ 患者様用パス説明							
検査・測定									
	PS								
	血圧								
	体温							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

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																
連携診療所	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（自覚あり）
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、舌のむつれ、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

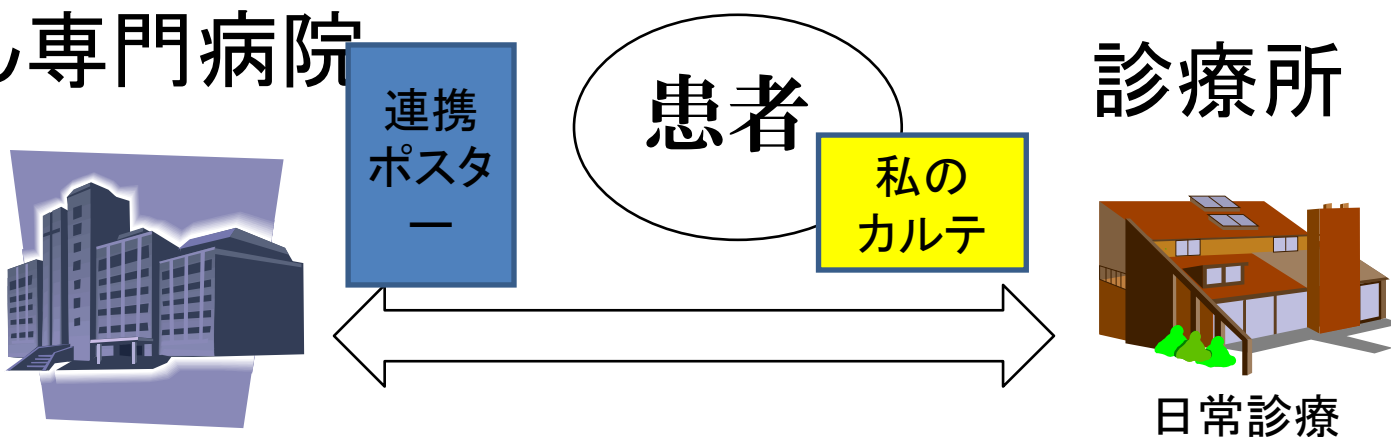
私のカルテを持ちましょう



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

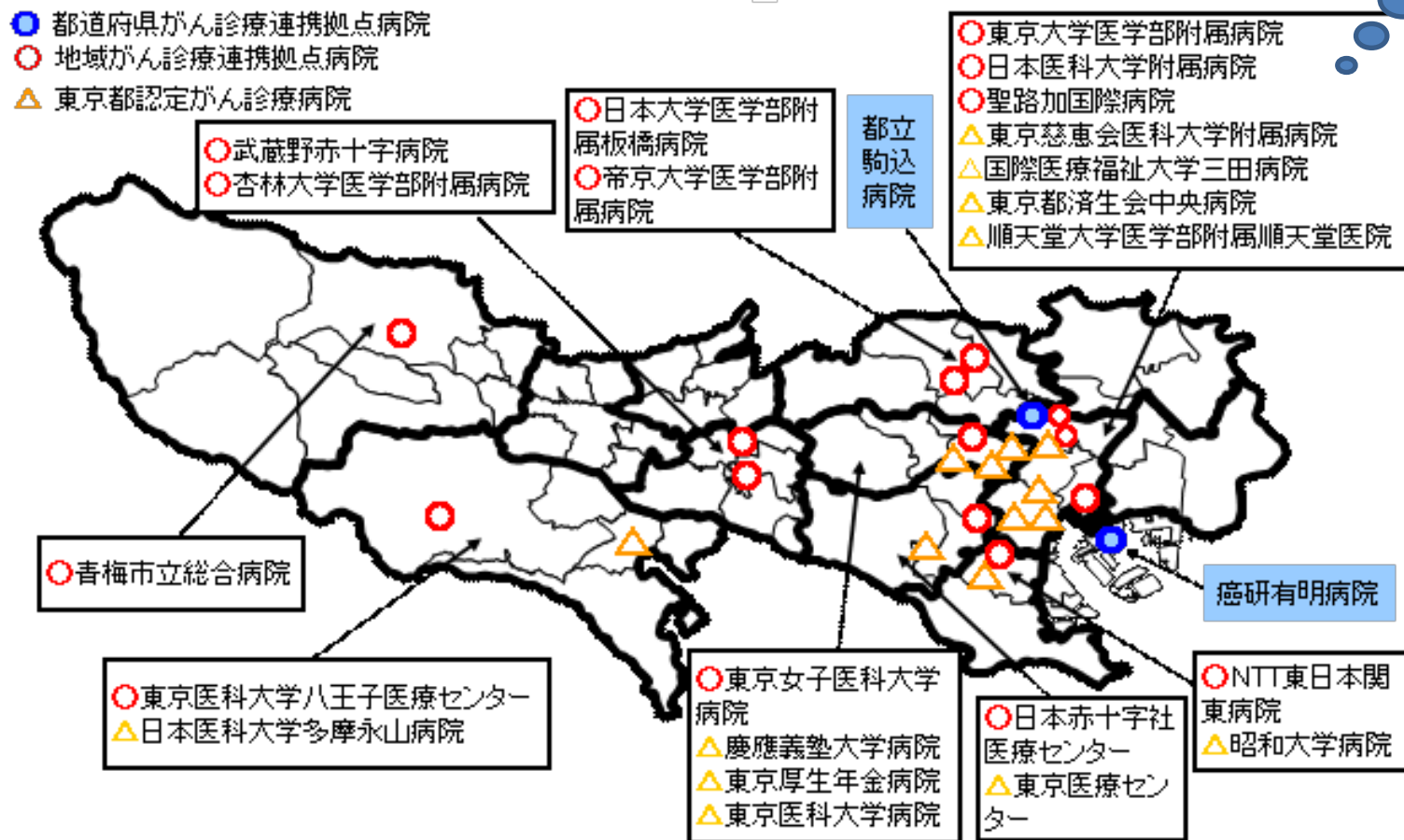


胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

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

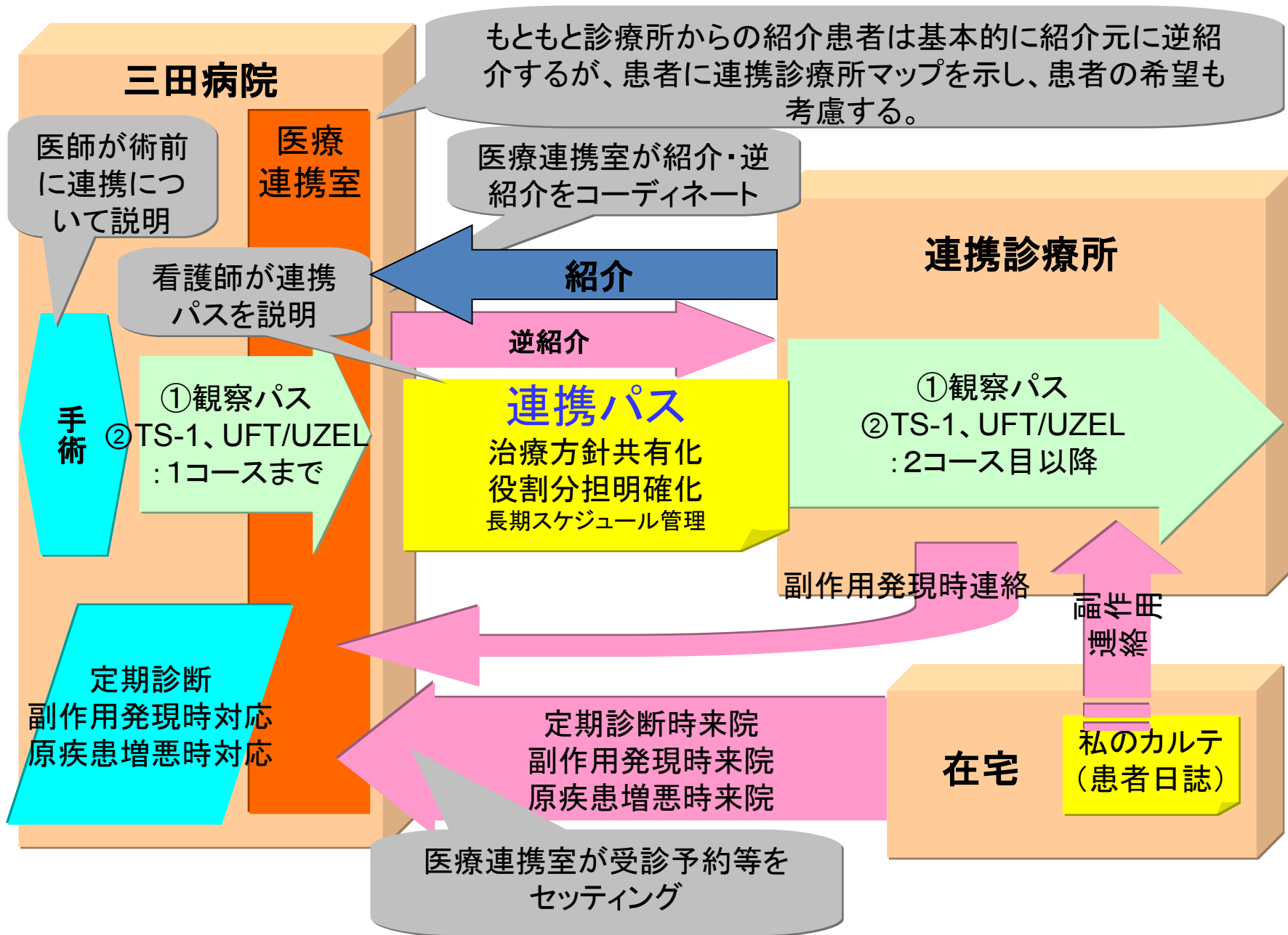
東京都における地域がん診療連携拠点 病院・都認定がん診療病院

区中央部
医療圏に
は7つあ
る



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

港区連携PEGパス研究会

PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）



国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

連携PEGパス研究会の流れ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始(4回)



(メンバー)港区内200床以上6病院の
PEG施行Dr及び連携室、港区医師会、
港区薬剤師会、訪問看護ST、
NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容)港区内PEGに関わる問題
の抽出、ホームページ・管理マニュアル
作成検討、PEG当番、パス作成等

2008年9月27日 第2回連携PEGパス研究会

実態調査アンケートを元に作成したPEG地域連携ク
リティカルパス・PEG依頼用紙等を検討

連携PEGパス

内服薬的胃ろう置換管 (PEG)

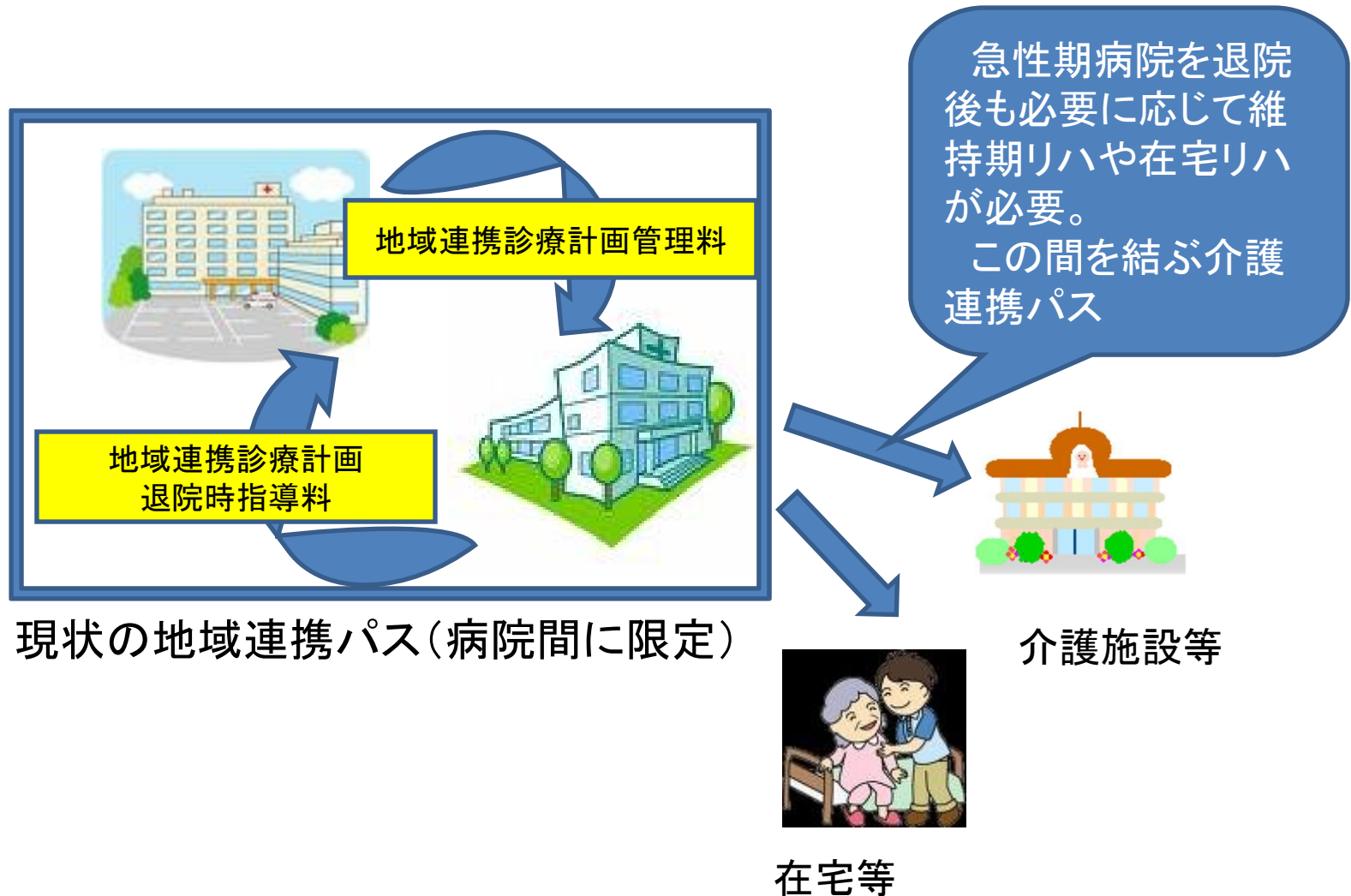
地域連携クリティカルパス

患者氏名		病棟主治医		PEG造設医	
造設年月日:		栄養剤投与方法(種類:		必要栄養量: kcal)	
製品名:		6時 9時 12時 15時		18時 21時 24時	
型名:		(バンパー or バルーン)			
サイズ:		(ボタン or テューブ)			
最新交換日:		長さ cm×太さ Fr			
		交換予定日:		造設病院連絡先:	
				*休診・夜間等緊急の場合	

経過項目	退院時	2週間	1ヶ月	交換予定日1ヶ月前
達成目標	#PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解でき実施できる。 #合併症の早期発見・対処ができる			
栄養	☐ 摂取状況(有・無) (摂食量:) ☐ 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) ☐ 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 摂取状況(有・無) (摂食量:) ☐ 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) ☐ 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 摂取状況(有・無) (摂食量:) ☐ 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) ☐ 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 摂取状況(有・無) (摂食量:) ☐ 栄養剤投与量 (朝: 昼:) ☐ 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	☐ 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: ☐ 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: ☐ 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: ☐ 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	☐ 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: ☐ 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:
トラブル観察	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
説明	☐ 栄養剤投与方法 ☐ トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			☐ 次回カテーテル交換説明 ☐ 交換当日の食事について説明 朝7時まで注入を終了
備考				☐ 内服は7時までには終わらせる ☐ 交換依頼
バリエーション	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無

港区医師会と「みなとe連携パス」(仮称)を検討中

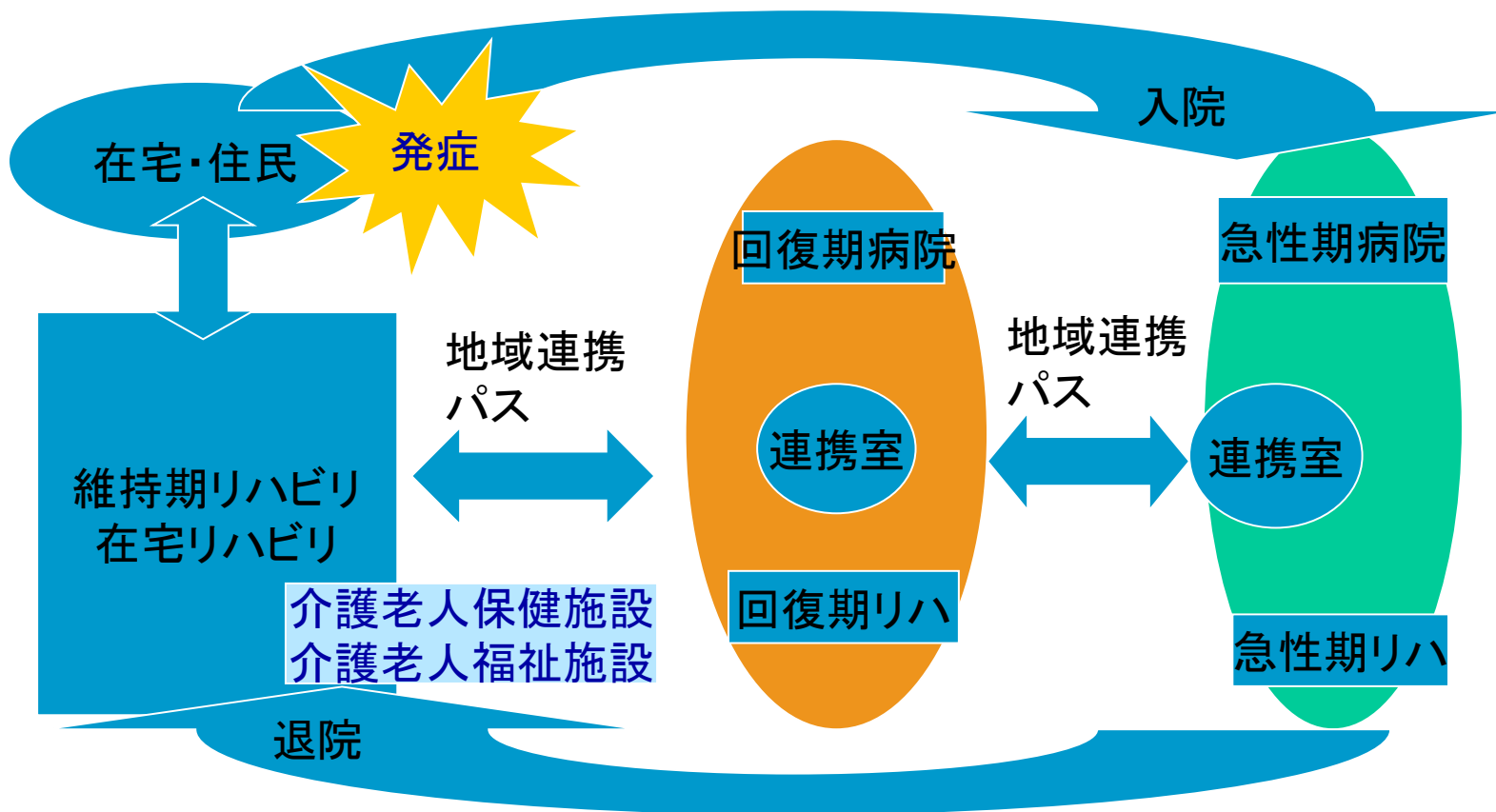
②地域連携パスの施設拡大



地域連携パスの 介護施設への拡張

2010年診療報酬改定

脳卒中連携と地域連携パスの流れ



地域連携パスの介護施設への拡張

- 中医協・診療報酬基本問題小委員会(09年11月13日)
- 地域連携パスは現在、急性期病院と後方病院(有床診療所も含む)の間でしか算定できない
- これを施設拡大して維持期のリハビリを行う介護施設まで拡大してはどうか？
- たとえば脳卒中の地域連携パスの参加施設は、急性期病院と回復リハ病院以外にも維持期のリハを行う介護老人保健施設、介護老人福祉施設も連携に参加することが多い。

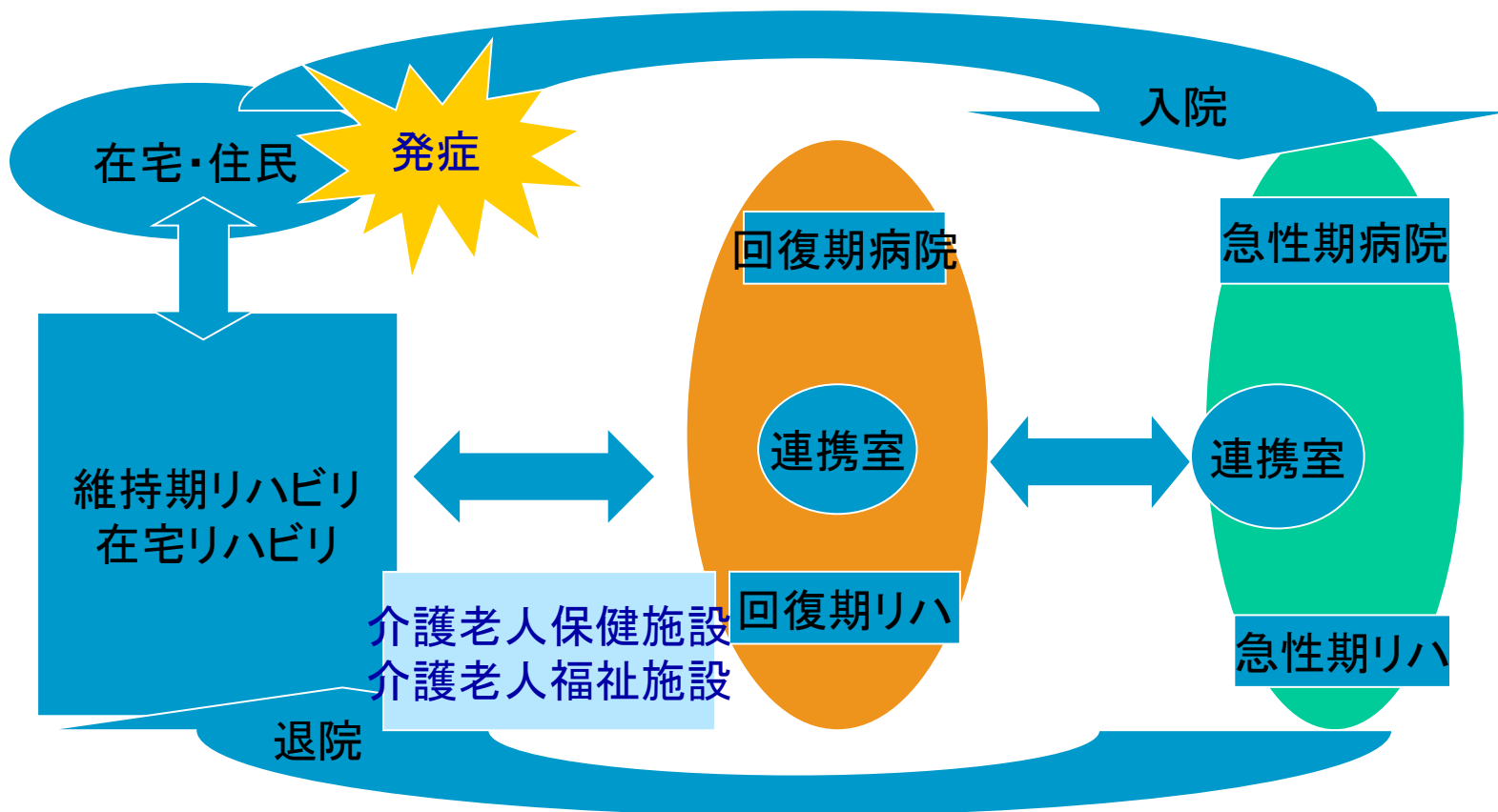
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

脳卒中連携と地域連携パスの流れ



東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

地域連携診療計画書 (Ver.1) : 急性期 病院

様 (男性・女性) 生年月日 年 月 日 (歳)

発症日: 年 月 日 *既往歴・現病歴・内服薬等は別紙紹介状をご参照下さい。
入院日: 年 月 日 ⇒⇒⇒ 退院日: 年 月 日

診断名: ☐脳梗塞 ☐脳内出血 ☐くも膜下出血 ☐その他 ()
病巣部位: ☐左側 ☐右側 ☐両側 ☐多発性
☐ACA ☐MCA ☐PCA ☐皮質下 ☐放射冠 ☐被殻 ☐視床 ☐中脳 ☐橋 ☐延髄 ☐小脳 ☐その他 ()
障害名: ☐左片麻痺 ☐失語症 ☐嚥下障害 ☐膀胱直腸障害 ☐その他 ()
☐右片麻痺 ☐構音障害 ☐高次脳機能障害 ☐失調 ()
合併症: ☐高血圧 ☐糖尿病 ☐高脂血症 ☐神経因性膀胱 ☐その他 ()
☐狭心症 ☐心房細動 ☐慢性肺気腫 ☐陈旧性心筋梗塞 ()
感染症: ☐HSV ☐HCV ☐MRSA ☐MRDP ☐ESBL ☐その他 ()。部位: ()

申し込み時 (評価日 年 月 日)	
栄養	☐ 食事制限 kcal ☐ 経管栄養 (口胃管、口経鼻胃管) ☐ 中心静脈栄養 ☐ 末梢静脈栄養
膀胱管理	☐ 常時留置 ☐ 間欠導尿 ☐ ナイトパルーン ☐ 不要
呼吸管理	気管切開: ☐ 無 ☐ 有 酸素投与: ☐ 無 ☐ 有 喀痰吸引: ☐ 無 ☐ 有 (回/日)
褥瘡	☐ 無 ☐ 有 (部位:)
昼夜逆転	☐ 有 ☐ 時々あり ☐ なし
徘徊	☐ 有 ☐ 時々あり ☐ なし
抑制	☐ 常時必要 ☐ 日中必要 ☐ 夜間必要 ☐ 不要 (抑制種類: ☐ ミトン ☐ 体幹抑制 ☐ 車椅子シートベルト ☐ センサー)
転倒	☐ たびたびあり ☐ まれにあり ☐ なし

Barthel Index

	自立	一部介助	全介助
食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0
移動	☐ 15	☐ 10	☐ 5
整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0
トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0
入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0
更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0
排便管理	☐ 10	☐ 5	☐ 0
排尿管理	☐ 10	☐ 5	☐ 0
平地歩行	☐ 15	☐ 10	☐ 5
階段	☐ 10	☐ 5	☐ 0

計 /100 点

日常生活機能評価表	申込時 点	退院時 点
床と室の指示	0 (無)・1 (有)	0 (無)・1 (有)
どちらかの手を両腕まで持ち上げられる	0・1	0・1
寝返り	0・1・2	0・1・2
起き上がり	0・1	0・1
座位保持	0・1・2	0・1・2
移動	0・1・2	0・1・2
移動方法	0・1	0・1
口嚥調整	0・1	0・1
食事摂取	0・1・2	0・1・2
衣服の着脱	0・1・2	0・1・2
浴室への意思伝達	0・1・2	0・1・2
診療機上の指示が通じる	0・1	0・1
危険行動	0・1	0・1

0:できない(介助なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

申し込み時 (評価日 年 月 日)		
NIHSS	1a 意識水準	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	1b 意識障害-質問	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	1c 意識障害-従命	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	2 最良の注視	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	3 視野	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	4 顔面麻痺	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	5 上肢の運動 (右)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	(左)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	6 下肢の運動 (右)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	(左)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	7 運動失調	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 9 (切断、関節癒合)
8 感覚	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	
9 最良の言語	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
10 構音障害	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 9 (構音、身体的障害)	
11 消去減少と注意障害	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	
計 点		
基本動作	寝返り: 6・5・4・3・2・1	
	起き上がり: 6・5・4・3・2・1	
	端座位: 6・5・4・3・2・1	
	立ち上がり: 6・5・4・3・2・1	
	立位保持: 6・5・4・3・2・1	
計 /30 点		

6点 完全自立 5点 修正自立 (手や手すりを使用する場合など) 4点 監視・口頭修正
3点 部分介助 2点 全介助 1点 禁止 (安静度が解離されていない場合)

社会的背景 患者職業: 介護保険: ☐未申請 ☐申請済
同居家族:
主介護者:
介護者状況: ☐問題なし ☐高齢 ☐病弱 ☐仕事あり ☐育児・介護等で多忙
家屋: ☐戸建 ☐マンション ☐アパート ☐公営住宅 ☐その他 ()
階数: 階 (エレベーター: ☐有 ☐無)

退院・転院基準

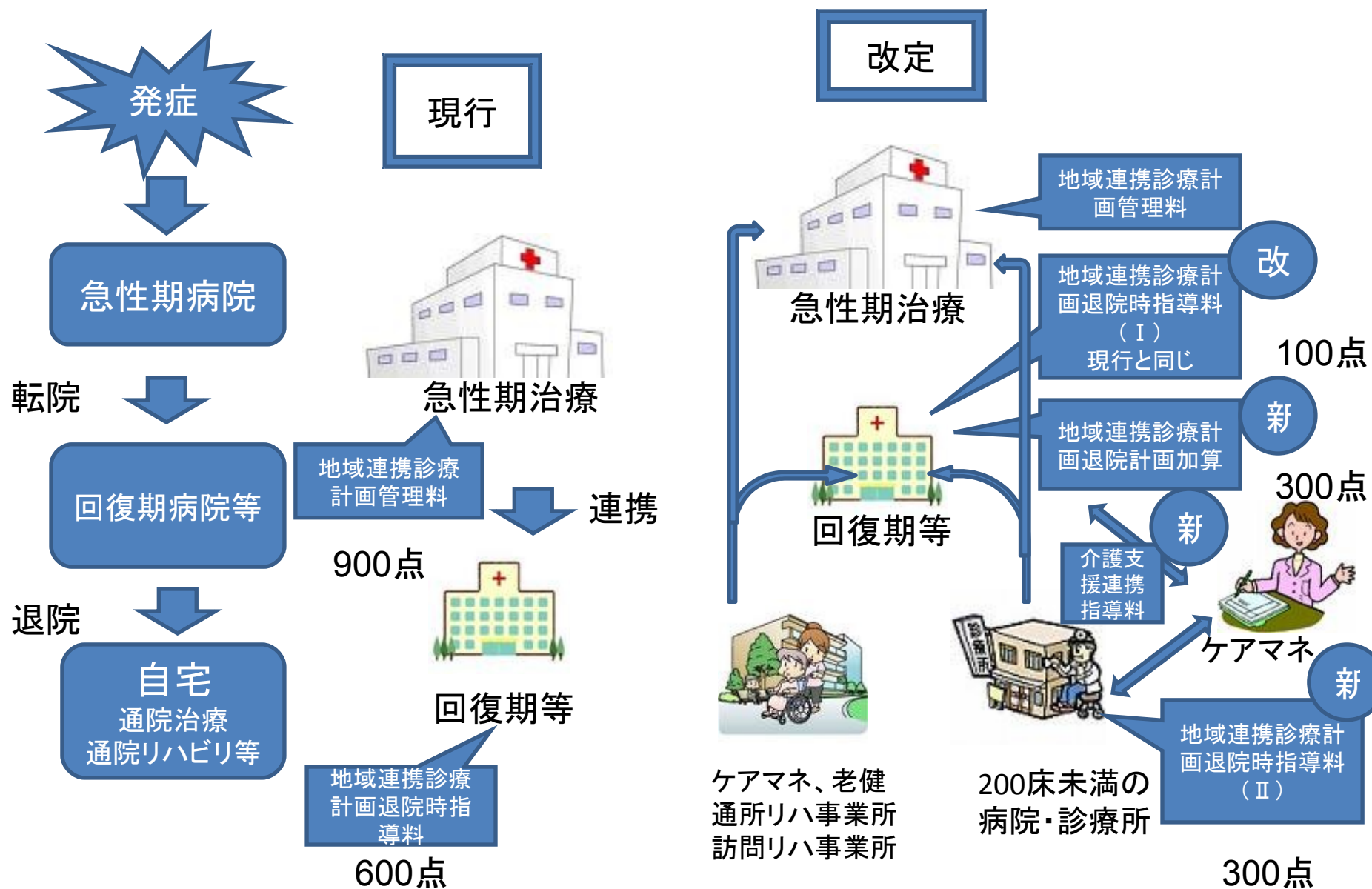
全身状態が安定し、重篤な合併症が無い。 ☐
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が 期待できる。 ☐
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が 期待できない。 ☐
在宅環境整備、社会資源活用が必要だが 高い。 ☐
在宅環境整備、社会資源活用が必要だが 低い。 ☐
将来、(☐歩行能力獲得 ☐車椅子移動 ☐ベッド上生活) が予測される。

診療計画

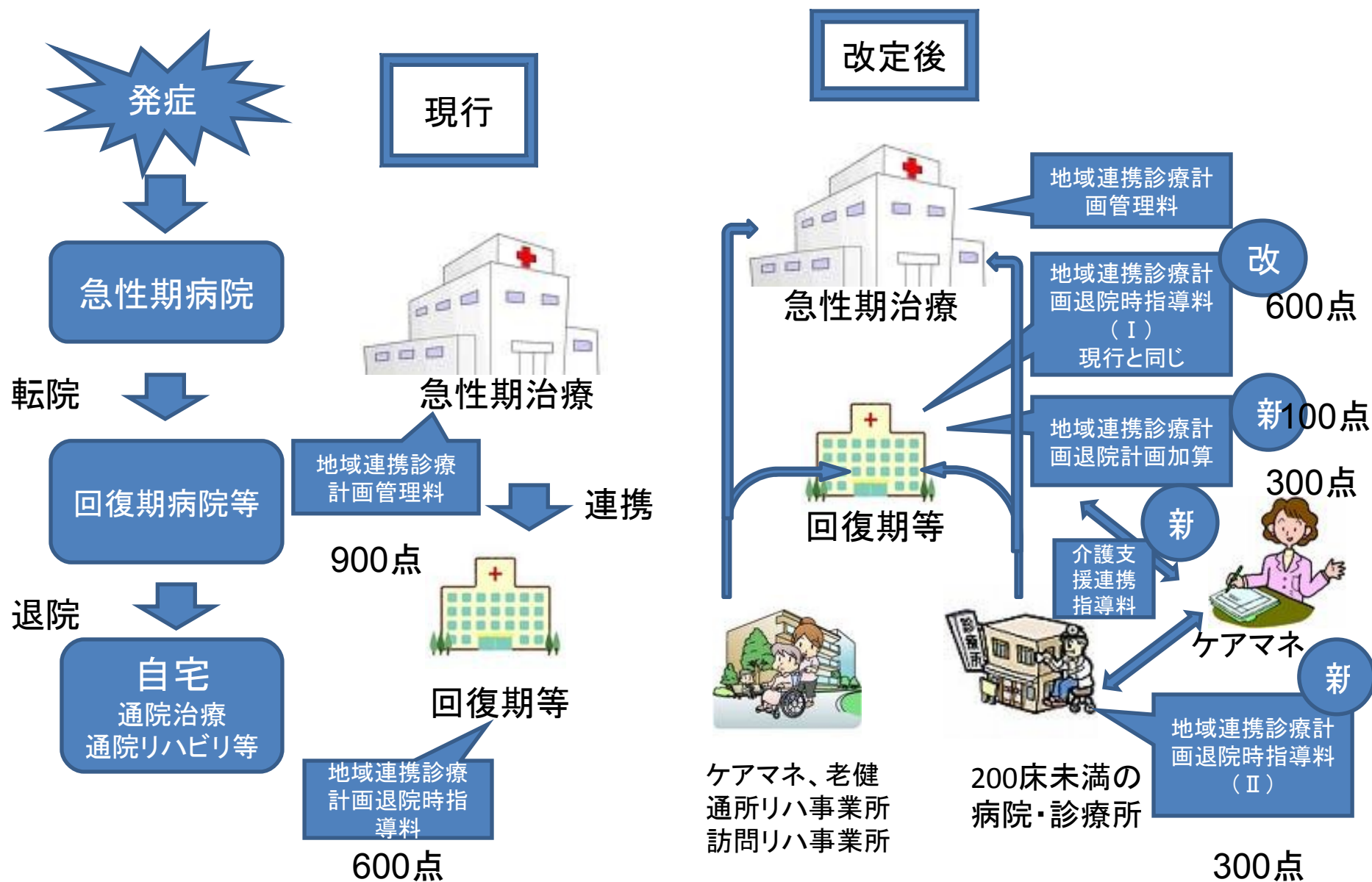
☐リハビリテーション継続 ☐リハビリテーション終了
☐自宅退院
☐転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・他)
☐施設 (老人保健施設・老人ホーム・他)

備考

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



パート7 退院支援

病院と地域を結ぶ 退院支援4点セット

- ①総合評価（CGA）
- ②退院調整
- ③退院前カンファレンス
- ④地域連携クリティカルパス

10年診療報酬改定では、退院支援4点セットの範囲が拡大され強化された

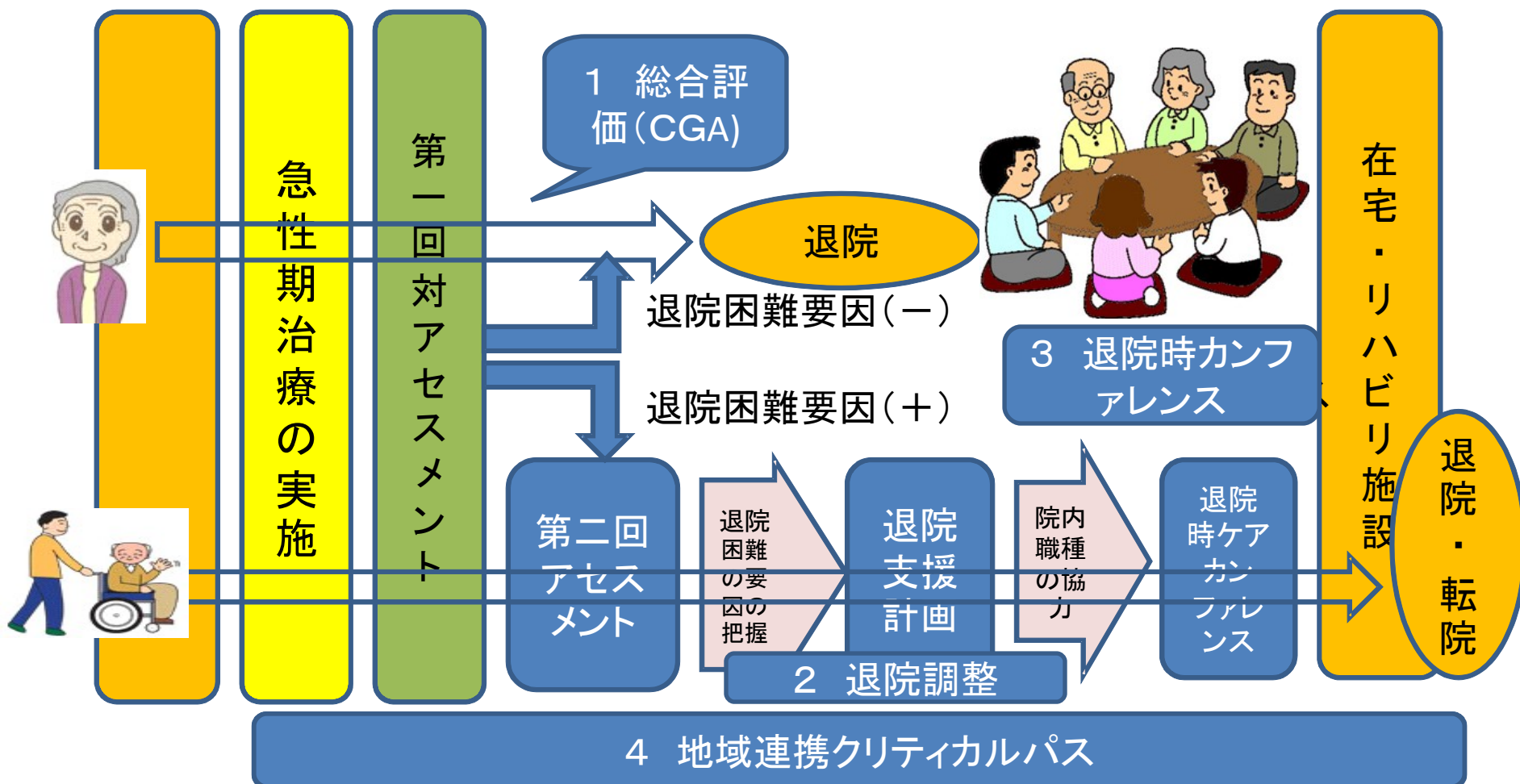
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院

退院患者の6%は退院困難を抱えている



1. 総合評価加算

- (旧:後期高齢者総合評価加算)
 - 対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
- 総合的な機能評価と、それを踏まえた介護サービスの情報を提供
- 総合評価票 (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment)を用いる

高齢者総合評価(CGA)

- 医学的評価
 - － 診断的問題リスト
 - － 合併症リスト
 - － 薬剤リスト
 - － 栄養評価
- 身体的評価
 - － 日常生活動作 (ADL)
 - － 機能的ADL
 - － 歩行と平衡機能
 - － 運動レベルスケール
- 心理的評価
 - － 認知(痴呆)テスト
 - － 気分(うつ状態)テスト
- 社会環境評価
 - － 居住形態
 - － 経済状態
 - － 介護保険
 - － 自宅環境
 - － 交通や電話などによるコミュニケーション

2 退院支援

退院支援計画作成加算、退院加算(08年診療報酬改定)

- (1) 退院支援計画作成加算

ア 入院後病状の安定が見込まれた後早期に、患者の病態安定後を見越して退院に関する支援の必要性の評価を行い、患者の同意を得て別紙様式6を参考として具体的な退院支援計画作成すること。

イ 当該計画を文書で患者に説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

ウ 当該計画に基づき患者又は家族に必要な支援を行うこと。

エ 患者の病態が急変した場合には、適宜、当該計画を見直し、改めて(1)アからウに係る事項を行うこと。なお、その場合であっても当該加算は入院中に1回算定するものであ

(2) 退院加算

ア 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該計画に基づき退院できた場合に当該加算を算定するものであり、退院日に算定する入院基本料等に応じて、当該加算を算定すること。

イ 退院先について診療録に記載すること。

ウ 死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない

退院調整の必要な患者

- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - － 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

退院調整の流れ

- ①退院調整アセスメント・シート
 - － 患者の基本情報、症状、医療処置、ADL、家庭環境、希望する退院先、退院調整の必要性
- ②退院調整(支援)部門
 - － 退院調整部門(在宅医療移行支援部門)を設置し、責任者を配置すべき
 - － 責任者としては看護師や社会福祉士等で、5年以上業務経験をもつ中堅クラスが当たる
 - － できれば在宅医療業務(訪問看護等)に従事した経験を持つものがのぞましい
- ③在宅移行支援計画書。
 - － 在宅移行支援計画書には在宅医療への移行に関する課題や問題点
 - － 入院中の支援計画、在宅移行後の支援計画を作成

10年診療報酬改定 ～退院調整に施設基準が設定

- 退院支援計画作成加算→慢性期病棟等退院調整加算
 - － 退院加算1 140点
 - 施設基準
 - － 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配備されていること
 - － 退院加算2 100点
 - 施設基準
 - － 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること

急性期病棟等退院調整加算1 (140点)

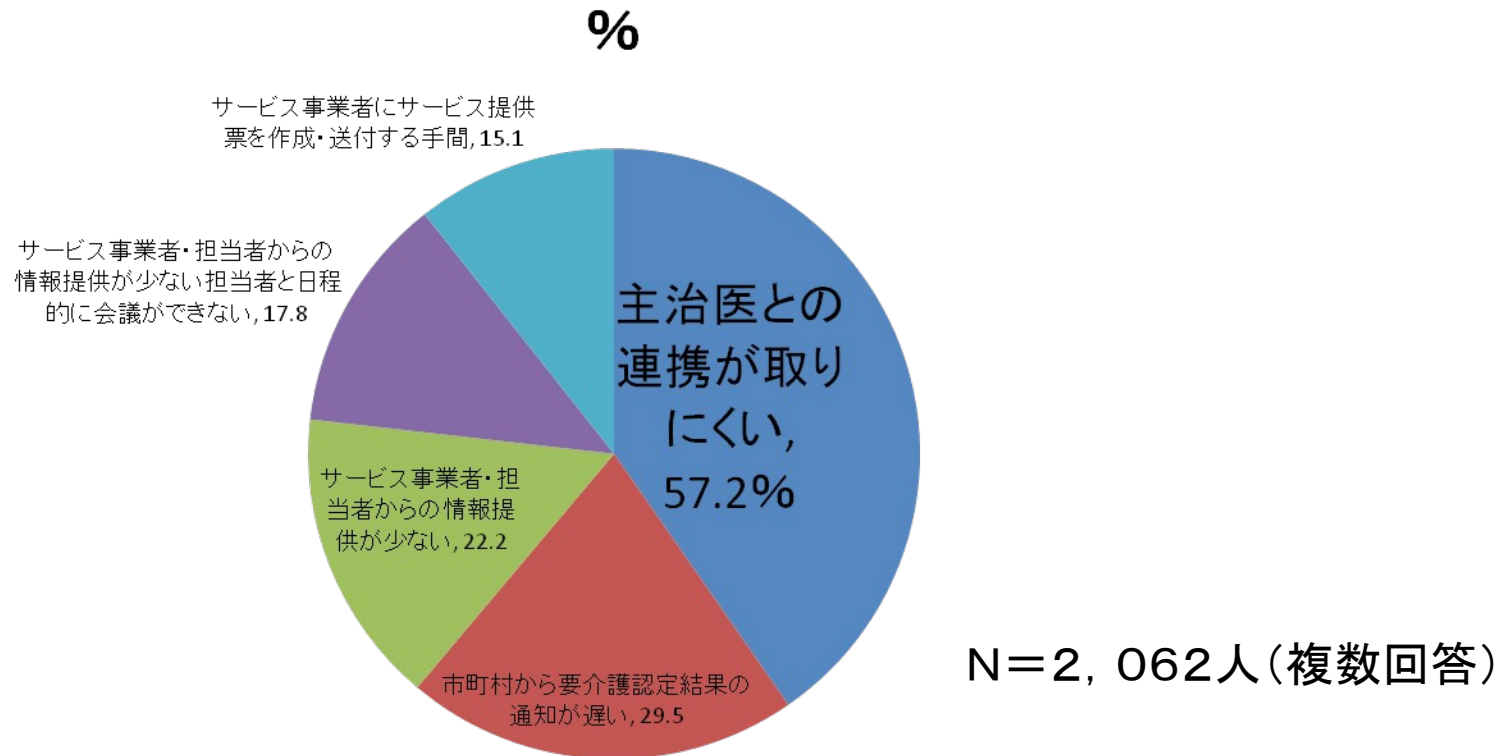
- (旧:後期高齢者退院調整加算)
- 対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
 - 退院後の適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。
- 施設基準
 - 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること

介護支援連携指導料 300点

(10年診療報酬改定で新設)

- 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- 退院時共同指導料の多職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

ケアマネージャーの悩み



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
(平成19年株式会社三菱総合研究所)

3 退院時ケアカンファレンス 退院時共同指導料(08年)

- 退院時カンファレンス
 - － 退院時共同指導料で評価
 - － 退院前カンファレンスは、患者を中心として病院職員と地域医療従事者が一同に会する得難い情報交換の場
 - － とくに在宅主治医、訪問看護師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー等のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合には2000点加算



～尾道市医師会と
尾道市民病院～

尾道方式のケアカンファレンス

- 尾道方式3つの原則

- － 原則1 利用者本位

- 利用者本人、介護者の参加

- － 原則2 利便性

- 主治医のいる医療機関で行う

- － 原則3 効率性

- 1件15分~20分で行う
 - 事前準備を徹底

- 事前準備

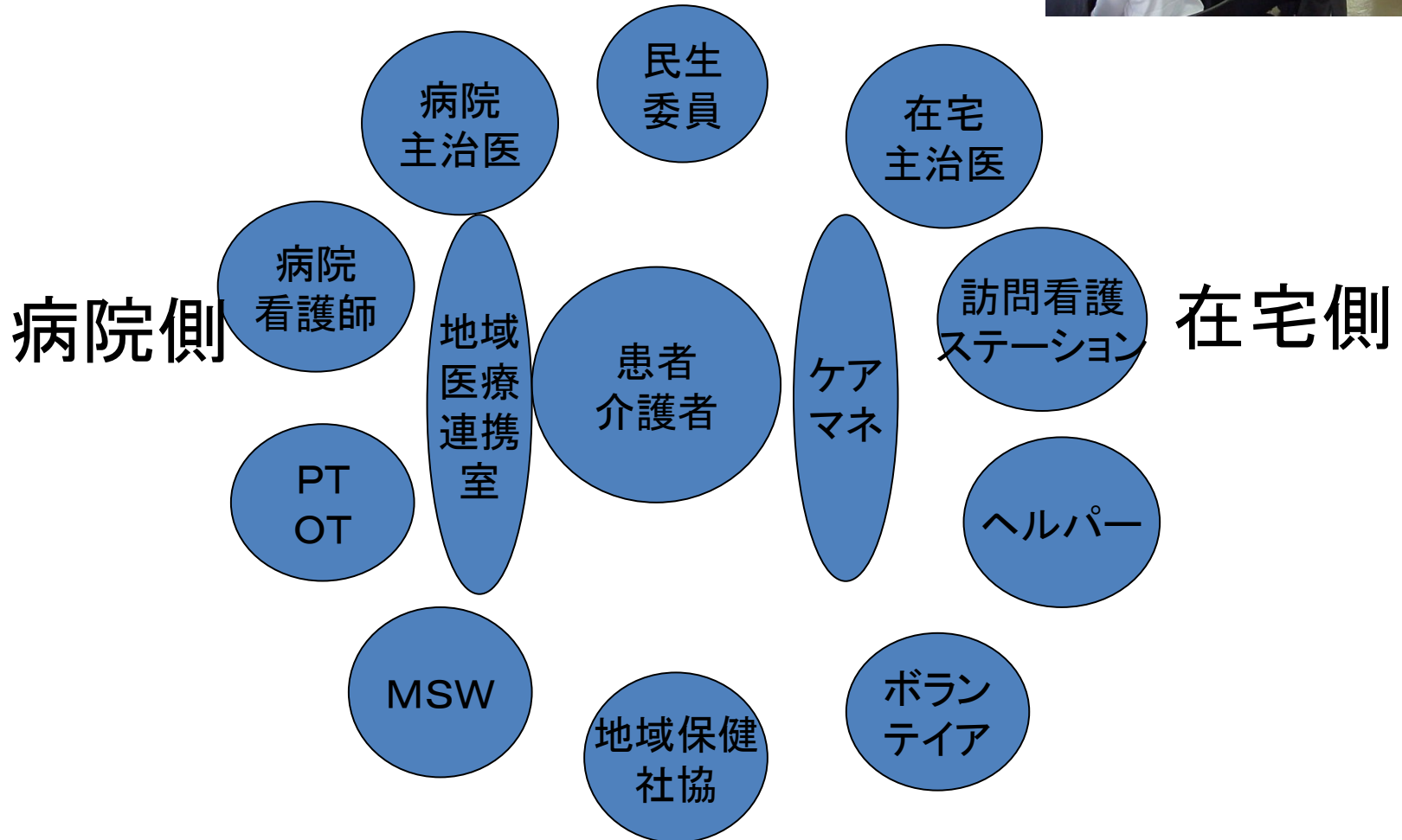
- － 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
 - － 必要数の準備資料のコピー

- ケアカンファレンスの進め方

- － ケアマネに主導権を持たせる
 - － ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
 - － 主治医意見
 - － 課題分析(問題点のみ)
 - － サービスパッケージ
 - － 利用者の意向確認
 - － 利用者側のサイン、捺印
 - － ケアカンファレンス終了

- 1件あたり15分から20分

尾道方式の ケアカンファレンス



退院時カンファレンス記録

利用者名 _____ 様 担当者氏名 _____

開催日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 開催場所 _____ 開催時間 _____ 開催回数 _____

会議出席者	所 属 種 (職 種)	氏 名	所 属 種 (職 種)	氏 名	所 属 種 (職 種)	氏 名
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

急性期病院における退院後の 介護サービス等を見越した取り組み

- 総合評価加算
 - － 高齢者野入院時に総合的な機能の評価を行い問題点の抽出
- 介護支援連携指導料
 - － 総合評価の結果に基づき、退院前の段階で、ケアマネージャーとともに退院後野介護サービスに係る情報提供を含めた共同指導を行う
- 退院時共同指導料
 - － 合同カンファレンス
- 急性期病棟等退院調整加算 140点
 - － 退院困難な者に対して、一連の調整を行った結果、退院できた場合に算定する

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価(10年診療報酬改定)

取り組みの一例

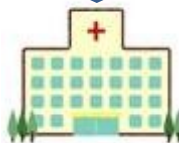
発症



急性期治療

転院

300点



慢性期治療



在宅 介護施設等

高齢者の特性に応じた入院早期の総合的評価

以前から担当していたケアマネージャー又は患者が選択したケアマネージャーに来院要請

当該ケアマネージャーから

- ・地域の介護サービス事業所に係る情報
- ・従来から患者が利用していたサービス等に係る情報の提供を受けた上で、退院後に必要な具体的サービス内容等について共同して指導(必要に応じ、要介護度の新規・更新認定の申請も並行して進める)

新 要介護認定結果の通知(区分変更等が必要な場合)

退院後の介護サービス等との連携
退院・転院時に入院元医療職種と施設ケアマネージャーが共同し、退院後に必要な介護サービス等を確認

合同ケアカンファレンス
退院・転院時に入院元医師または看護師、受け入れ先医師または看護師および居宅ケアマネージャー等が実施

ケアマネージャーが退院時点で最も適切なケアプランを立案

→退院

(速やかに介護サービスの利用を開始)

総合評価加算

(旧:後期高齢者総合評価加算)
・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
・総合的な機能評価と、それを踏まえた介護サービスの情報を提供

改

介護支援連携指導料

・地域のケアマネージャーとの連携を評価

新

300点

退院時共同指導料

・在宅に入院中の医療機関の医師と訪問診療等を行う医師が連携することを評価
・在宅医療・介護を担う多職種が一同に会して指導した場合に加算

改

急性期病棟等退院調整加算

(旧:後期高齢者退院調整加算)
・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大

140点

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
- 退院調整も多職種連携で！
- 院内、院外の多職種連携が地域医療を救う！

一步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

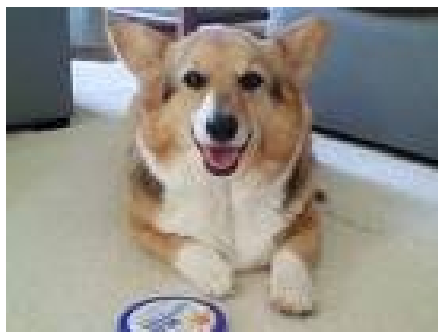


地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 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