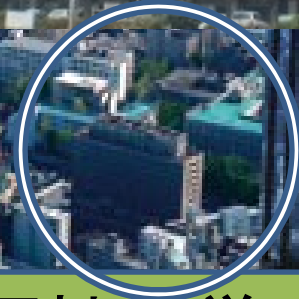


診療報酬改定と 医療の新たな展望

～地域医療連携とスキルミクス～

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

2007年より東京都認定がん診療病院

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
 - 診療報酬改定とチーム医療
- パート4
 - スキルミクス
- パート5
 - 地域連携クリティカルパス
- パート6
 - P4P(質に基づく支払い方式)



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%

700億円

• 1 診療報酬改定(本体)

• 改定率 +1.55%

5700億円

– 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%

4400億円
うち急性期病
院4000億円

• 2 薬価改定等

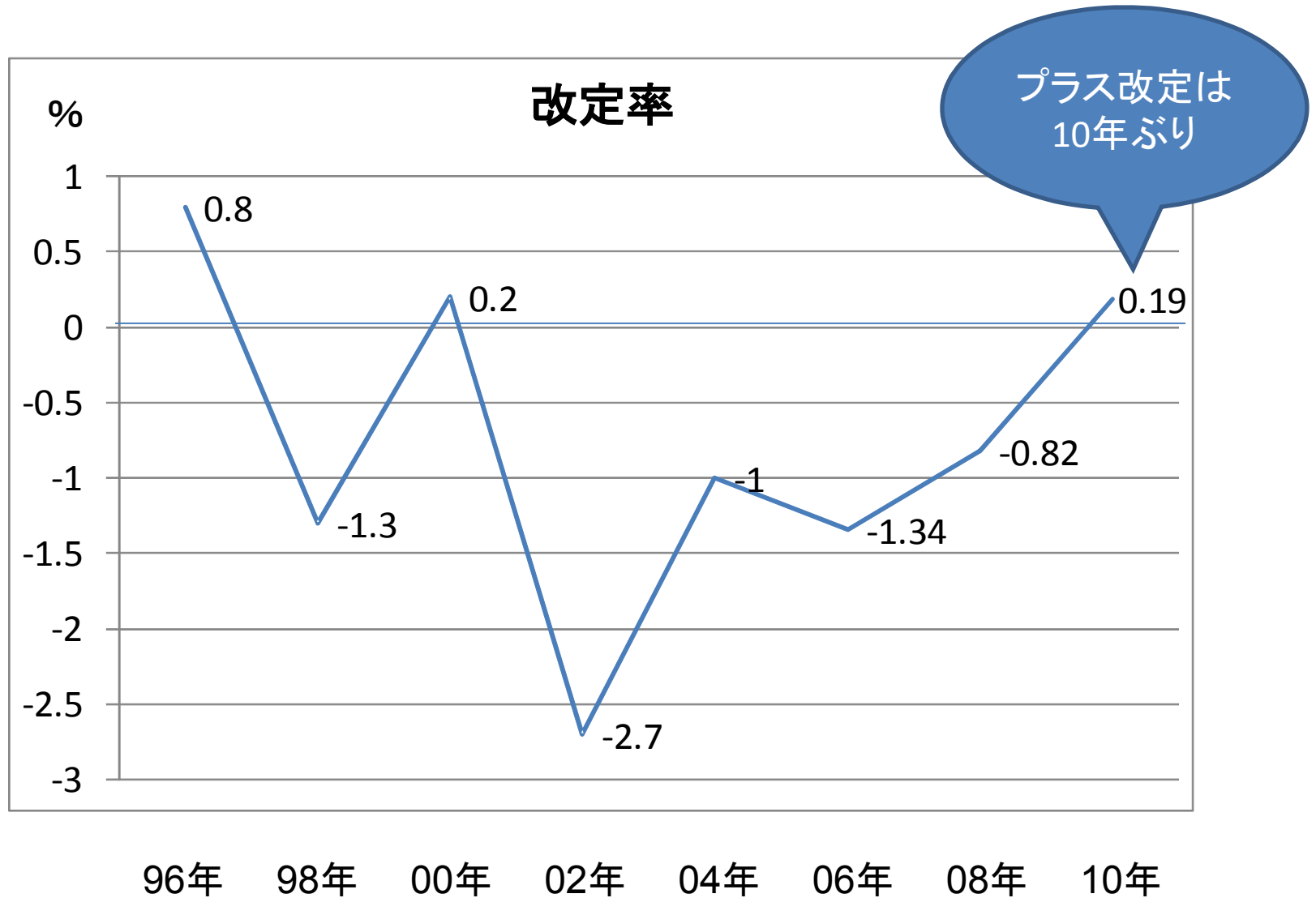
– 改定率 ▲1.36%

5000億円

– 薬価改定 ▲1.23%(薬価ベース ▲5.75%)

– 材料価格改定 ▲0.13%

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



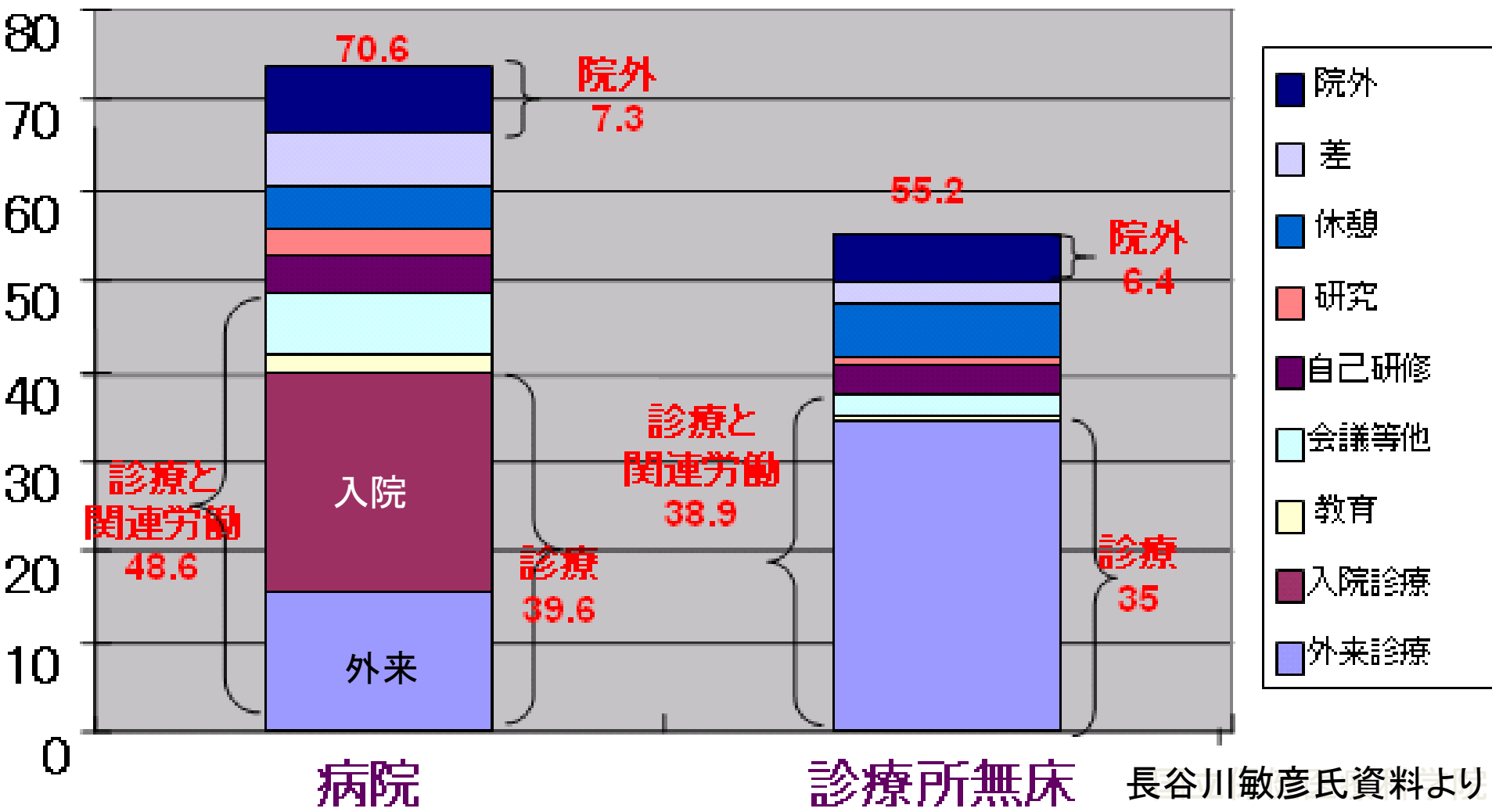
日本の勤務医は
とっても忙しい！



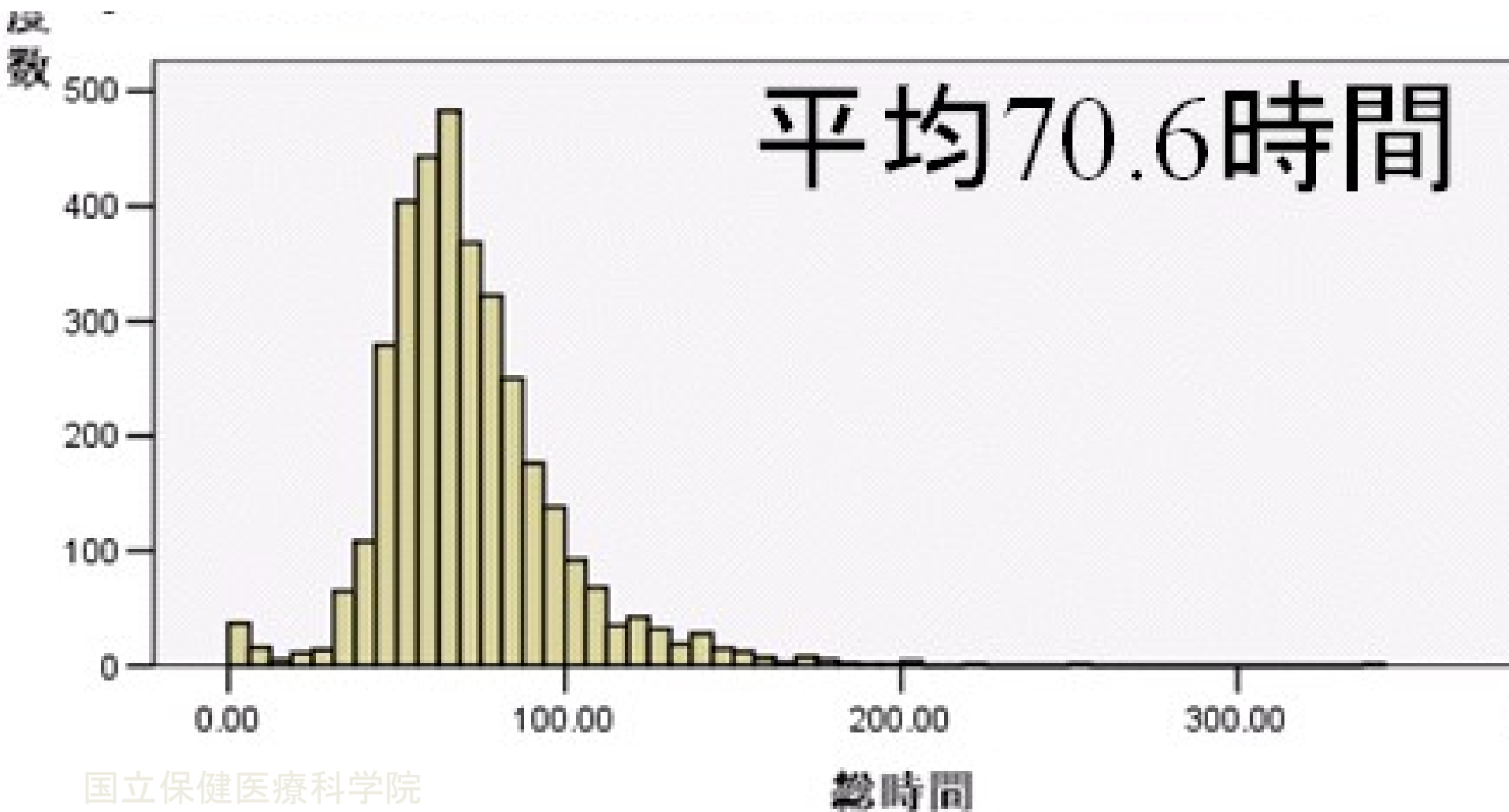
医師の勤務時間比較（病院と診療所）

病院勤務医は忙しい！

時間



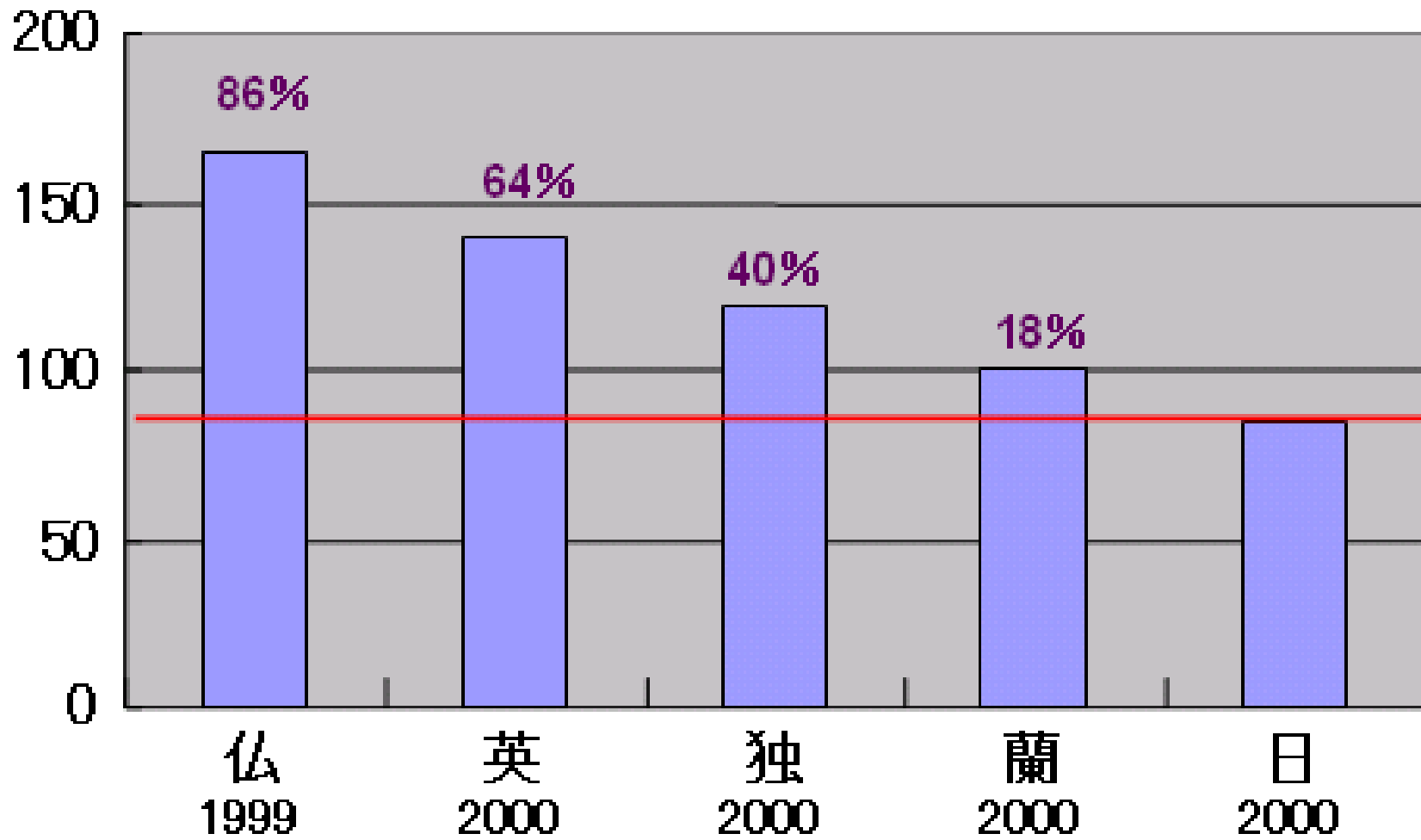
勤務医の平均勤務時間



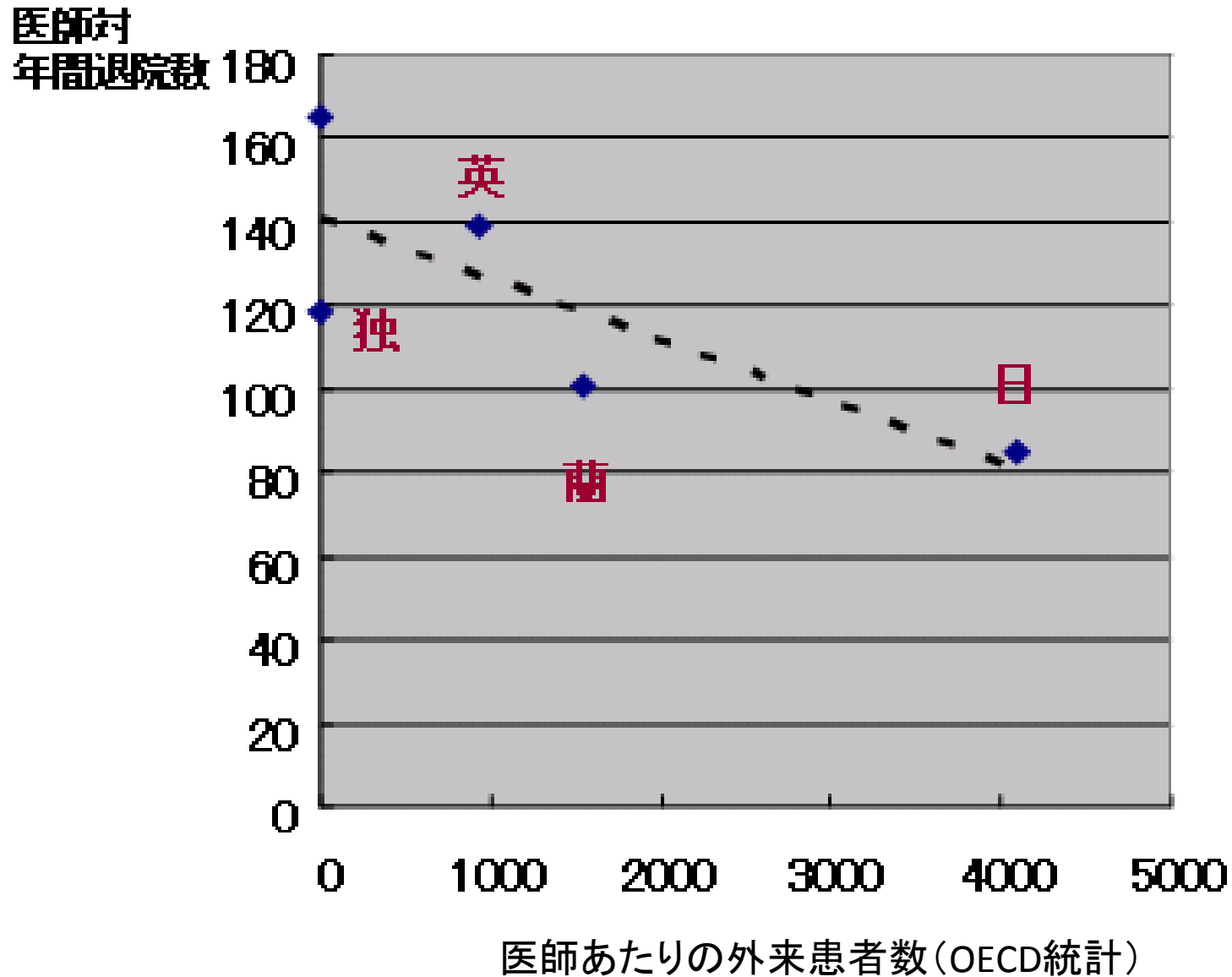
医師の労働生産性の国際比較

医師1人当たりの退院患者数(OECD統計)

医師対
年間退院数

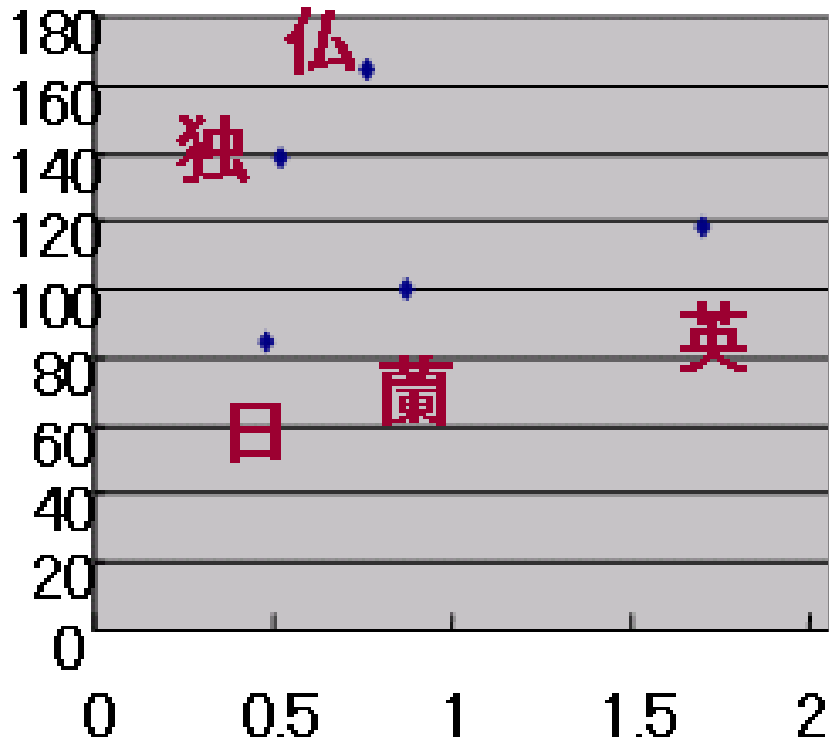


医師の生産性と外来負担



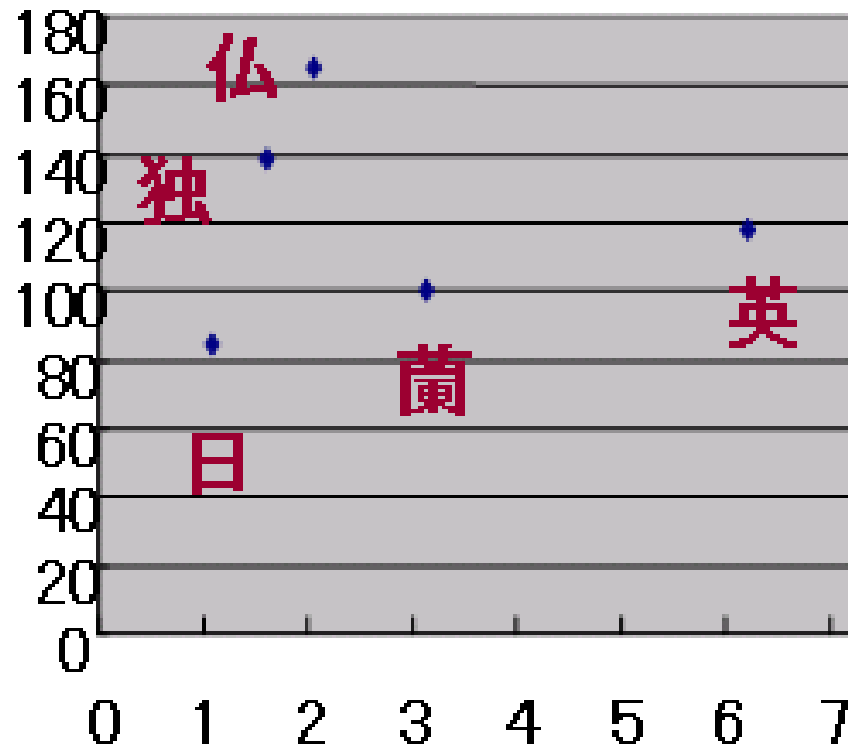
職員数と医师生産性

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、ちよ
つと診てほしい

7:00	研修生カンファレンス
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ランヂ 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	残務
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

それに加えて勤務医には、
ペーパー・ワークが
めちやくちや多い！



ダーティーハリーの仕事はブラッドワーク

外科医の本来の仕事もブラッド・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

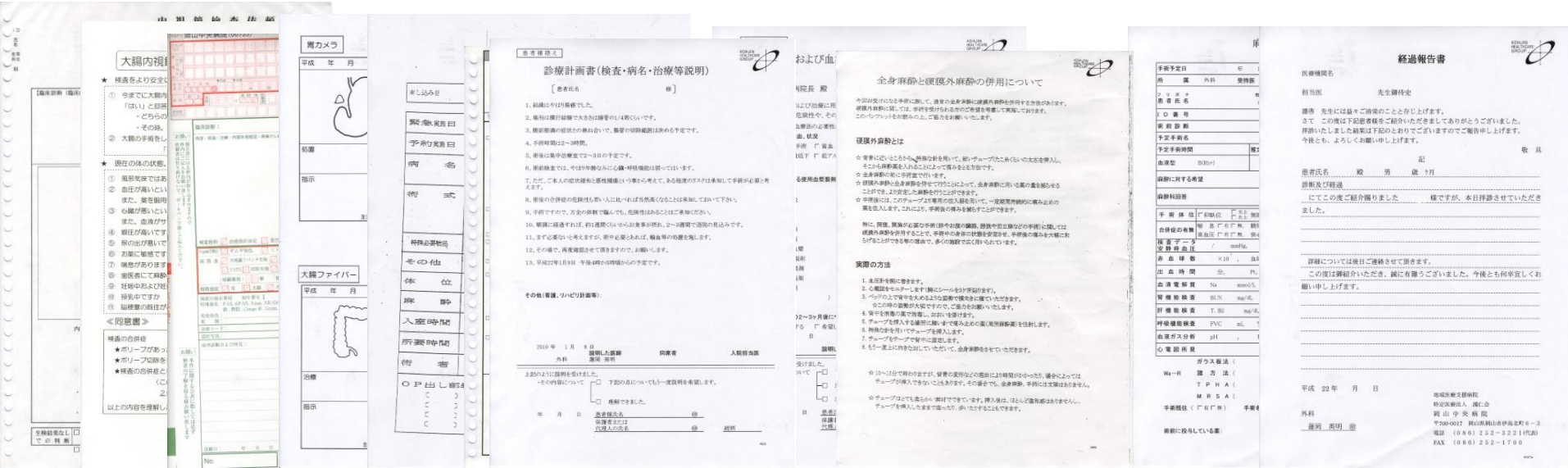
検査

- 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



外科の入院患者の流れとペーパーワーク

手術前

- 入院診療計画書記載
- クリティカルパス記載
- クリニカルマップ記載
- 手術同意書記載
- 家族を含めての手術説明
- 電子カルテへの記載
- 院内紹介状の記載

病室

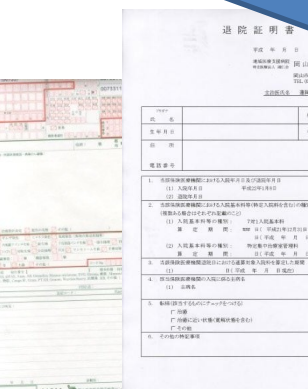
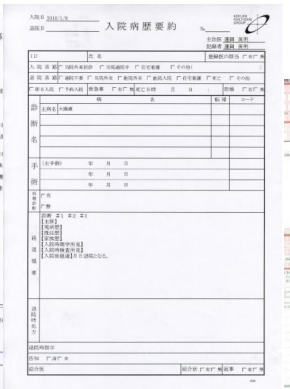
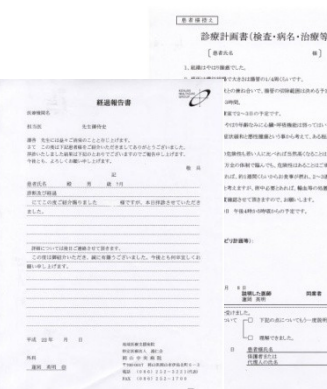
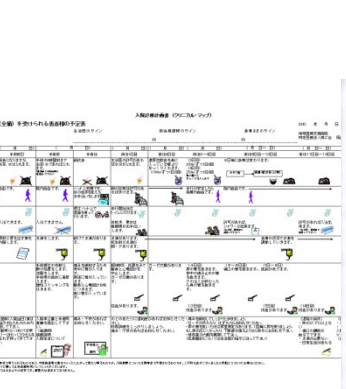
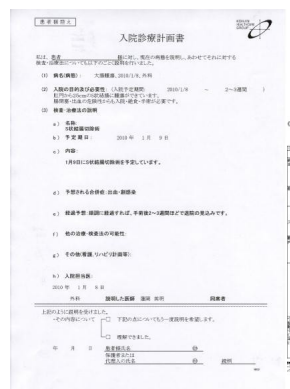
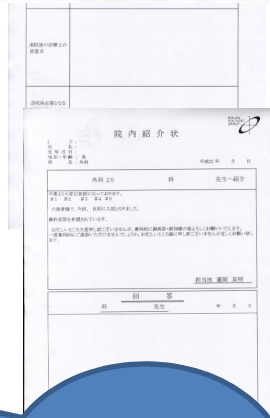
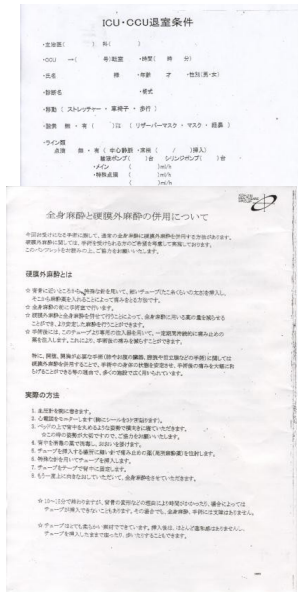
- ICU退室基準用紙記載
- 回診
- 日々の採血結果説明
- 検査指示だし
- 検査用紙記載
- 病理結果説明
- 抗癌剤の説明
- 電子カルテへの記載

手術

- 手術実施
- 結果説明
- 病理標本整理
- 病理伝票記載
- 術後管理
- ICU入室申込
- 手術記録記載

退院

- 退院後の説明
- 退院時指導用紙の記載
- 退院時サマリー記載
- 退院証明書記載
- 紹介元への返事記載
- 診断書
- 保険会社診断書



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ペーパーワークは
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)

医療クラーク普及「政策を強化」 長妻厚労相

- 「総合的に医療クラークに着目した政策をもう少し強化する必要があると感じた。省内でも協議していきたい」と述べた。
- 医療クラークについては各種団体で養成、認定がばらばらに行われている。
- 6月29日、長妻厚労相埼玉県内の済生会栗橋病院を視察



パート3

診療報酬改定とチーム医療



看護師・薬剤師・栄養士とチーム医療

2010年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①感染防止対策加算
- ②呼吸器ケアチーム加算
- ③栄養サポートチーム加算
- ④がん診療連携拠点病院加算



①感染防止対策加算

感染防止対策チーム(ICT)加算



医療安全対策の推進について②

感染防止対策の充実

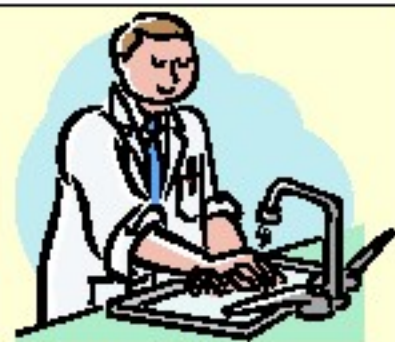
- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価

① **新 感染防止対策加算 100点**

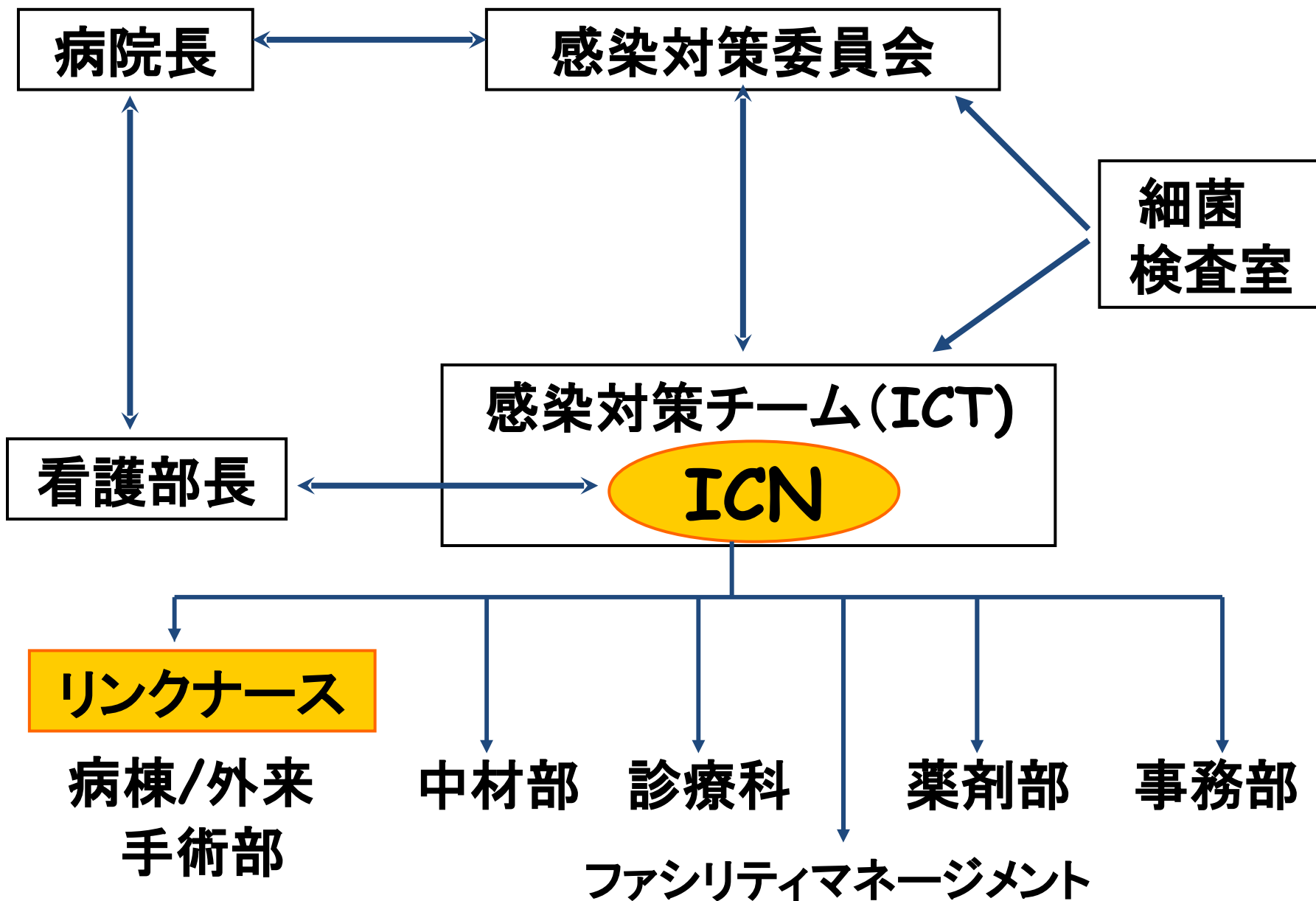
1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

[施設基準]

- ① 医療安全対策加算1の届出を行っている。
- ② ・感染症対策に3年以上の経験を有する常勤の医師
・5年以上感染管理に係る経験を有し、6か月以上の研修を修了した看護師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師
・3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師
- ③ 抗MRSA薬及び広域スペクトラムの抗生剤について届出制又は許可制をとっていること。 等



うち 1名専従
1名専任



感染対策チームに求められる活動内容

- 個々の院内感染症例への対応
- ICTラウンド
- ICT定例会、ICT/リンクナース合同定例会
- 各種予防対策の実施のための条件整備
- サーベイランス
- スタッフ教育
- スタッフのワクチン接種
- 感染対策マニュアルの作成・実施
- 抗菌薬適正使用ガイドラインの作成・実施
 - カルバペネム、バンコマイシンなど
- 抗菌薬使用のコンサルティング

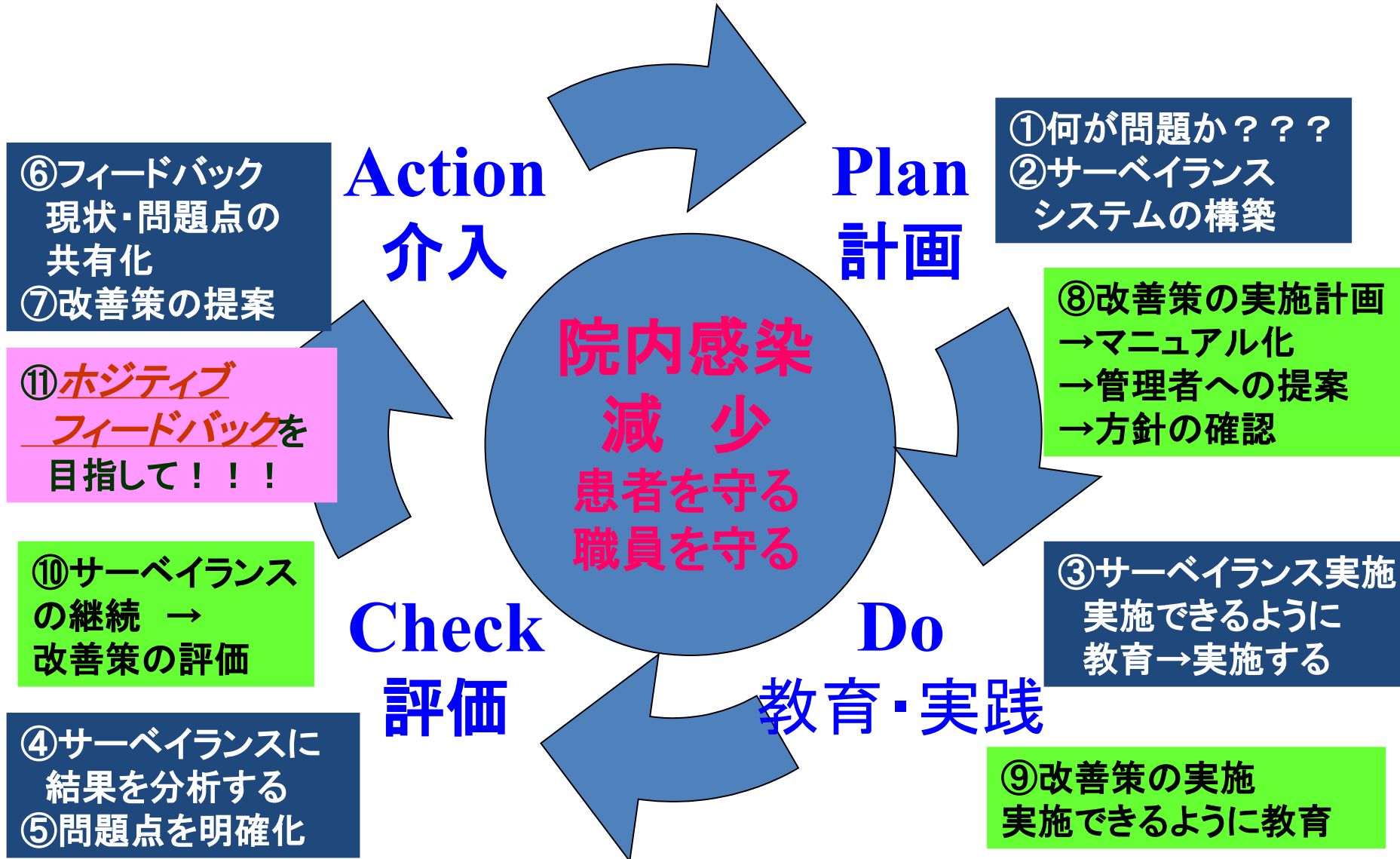
ICDの
働き

サーベイランスの種類

- 包括的サーベイランス
 - 包括的・全病院的。コスト、労力がかかるわりには、具体的な問題を明らかにすることができないので推奨されていない
- 対象限定サーベイランス
 - ターゲット・サーベイランス。特定の必要性や問題に焦点化されており、リスク調整もされているので、結果の比較が可能となる。特定の部署、処置に焦点をあてる。
 - (例) SSI(手術部位感染)、BSI(血流感染)、UTI(尿路感染)、VAP(人工呼吸器関連肺炎)
- コンビネーション・サーベイランス
 - 上記2手法の変法。

サーベイランスのよる改善戦略

PDCA cycleに基づく感染管理プログラムの展開



②呼吸ケアチーム加算



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。

① 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]

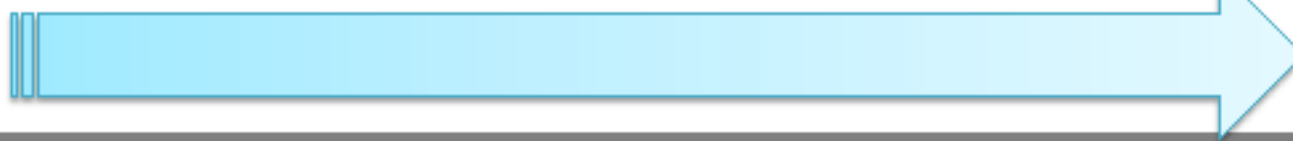
当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- 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

病棟医による呼吸器設定等の管理
病棟の看護師による日常のケア

挿管



抜管



診療計画書に基づいた呼吸ケアチームによるケアの提供



呼吸ケアチーム
による回診

呼吸ケアチームの構成員

- ・人工呼吸器管理等について十分な経験のある専任の医師
- ・人工呼吸器管理や呼吸ケアの経験を有する専任の看護師
- ・人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する専任の臨床工学技士
- ・呼吸器リハビリテーション等の経験を5年以上有する専任の理学療法士

VAP
予防

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

呼吸ケアチームの役割は VAP(人工呼吸器関連肺炎)予防

- 人工呼吸器関連肺炎 (Ventilator Associated Pneumonia : VAP)
 - 人工呼吸器を装着したことによって48時間以降新たに発生した肺炎
 - 人工呼吸器管理下の患者が肺炎を起こすリスクは、人工呼吸器を装着していない患者の6～21倍、死亡率20～30%といわれており、高齢患者や担癌患者、免疫抑制状態の患者、慢性肺疾患患者などが高リスク群とされる
 - 手術後人工呼吸器装着患者の感染としても重要である。

昭和大学病院VAPチーム

エキスパートの知恵を結集して呼吸器ケアの質向上をめざす



昭和大学病院(東京都品川区、879床)
VAPチーム
救急看護認定看護師、
重症集中ケア認定看護師
がVAPチームで活躍する



日米VAPセミナー

- 6月19日日米VAPセミナー開催
- University of Massachusetts Amherst
– Marya Zilberberg先生
- 京都府立医大
– 志馬 伸朗先生



VAP(人工呼吸器関連肺炎) サベールランス

- VAPの定義
 - 人工呼吸器装着後48時間以降に生じる肺炎
- VAPサーベランス
 - VAPの定義を明確にして1000人工呼吸器日当たりの発生率を測定
- VAP予防措置(4つの予防バンドル)
 - ①ギヤッジアップ、②セデーション・バケーション、③DVT予防、④消化性潰瘍予防
- VAP発生率ゼロを目指す！

③栄養サポートチーム加算



管理栄養士

栄養サポートチーム加算①

急性期の入院医療を行う一般病棟において、栄養障害を生じている患者又は栄養障害を生じるリスクの高い患者に対して、医師、看護師、薬剤師及び管理栄養士などからなるチームを編成し、栄養状態改善の取組が行われた場合の評価を新設する。

新 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

[対象患者]

7対1入院基本料又は10対1入院基本料届出病棟に入院している栄養障害を有する者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される栄養管理に係るチームが設置されていること。また、以下のうちのいずれか1人は専従であること。

- ① 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤医師
- ② 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤看護師
- ③ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤薬剤師
- ④ 栄養管理に係る所定の研修を修了した常勤管理栄養士

上記のほか、歯科医師、歯科衛生士、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、言語聴覚士が配置されていることが望ましい。

※ただし、常勤医師を除き、専任の職員については、平成23年3月31日までに研修を修了する見込みである旨を届け出ることにより。

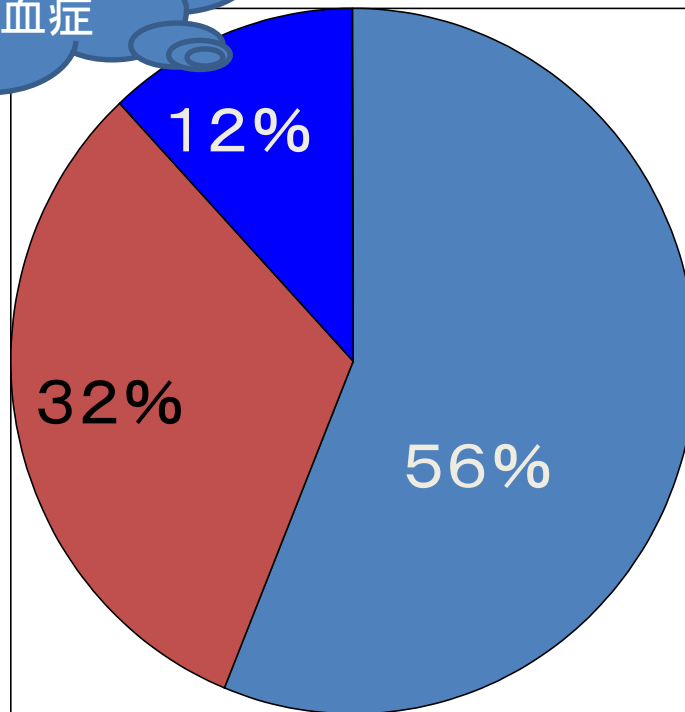
栄養サポートチームと 病院の栄養問題

- 病院低栄養 (Hospital Malnutrition)
 - 入院患者が、十分な蛋白やエネルギー量を摂取していない
 - ホスピタルダイエットとも呼ばれる
- 病院低栄養が病院の平均在院日数を延長させる
 - 術後創傷治癒遷延
 - 免疫能低下による易感染性
 - 褥そう
 - 術後食改善による術後在院日数の短縮
- 病院における栄養マネジメントの遅れ
 - 栄養サポートチームの必要性



高齢者入院患者の低アルブミン血症 (ある420床の急性期病院)

高齢入院患者
の12%が低ア
ルブミン血症



- 65歳未満アルブミン値3.5以上
- 65歳以上アルブミン値3.5以上
- 65歳以上アルブミン値3.5以下

栄養サポートチーム

全病的に行う栄養マネジメント・チーム



医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師
による栄養サポートチーム回診とカンファレンス

栄養ケアサポートチームと栄養ケアマネジメント

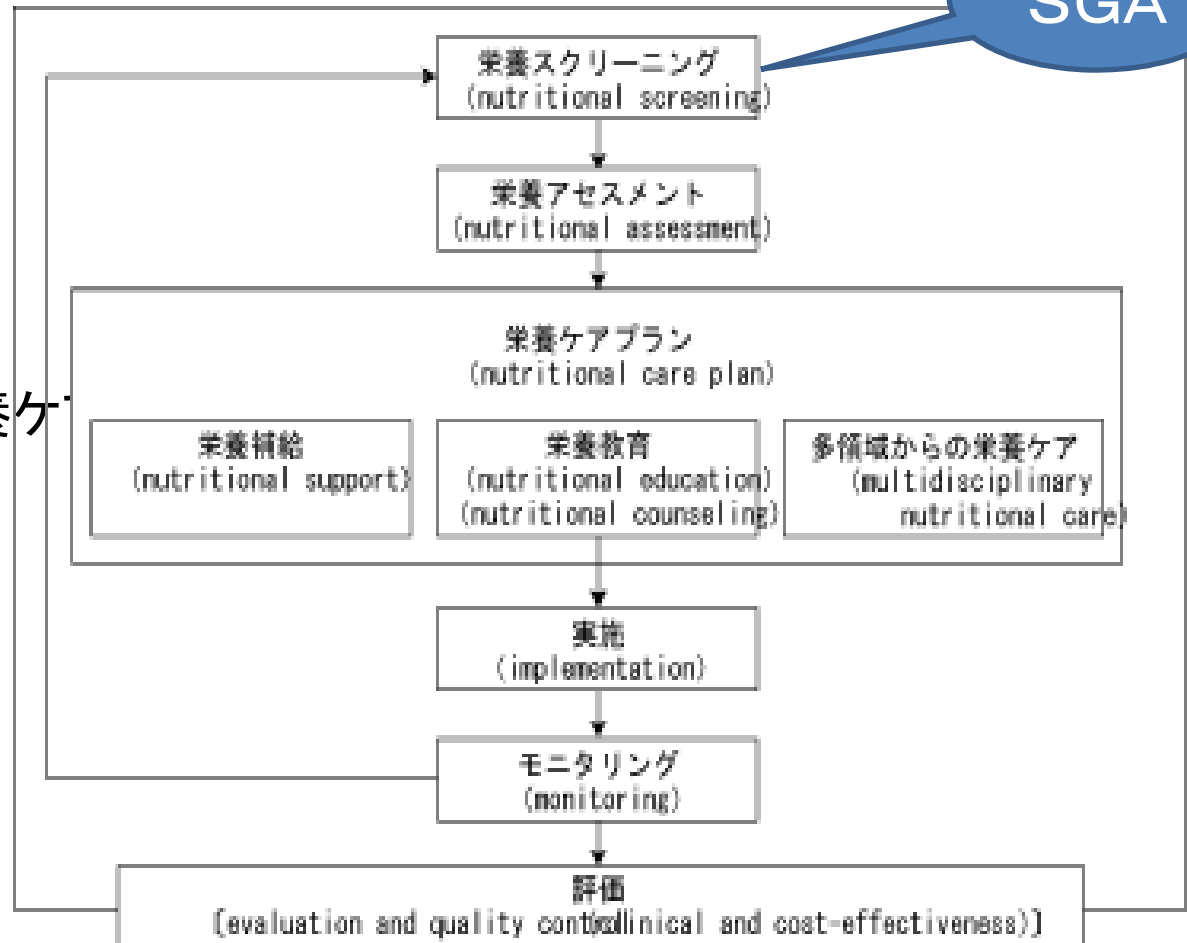
PDCAサイクルを回転する！

栄養ケアマネジメントの6段階

- ① 栄養スクリーニング
- ② 栄養アセスメント
- ③ 栄養ケアプラン
 - 栄養補給
 - 栄養教育
 - 多領域からの栄養ケア
- ④ 実施
- ⑤ モニタリング
- ⑥ 評価

栄養管理サービス (Nutrition Care and Management, NCM)

SGA



SGA(主観的包括的アセスメント)

• 問診・病歴(患者の記録)

- (1)年齢、性別
- (2)身長、体重、体重変化
- (3)食物摂取状況の変化
- (4)消化器症
- (5)ADL(日常生活活動強度)
- (6)疾患と栄養必要量との関係など

• 理学的所見

- (1)皮下脂肪の損失状態(上腕三頭筋部皮下脂肪厚)
- (2)筋肉の損失状態(上腕筋肉周囲)
- (3)腫(くるぶし、仙骨部)
- (4)腹水
- (5)毛髪の状態など

栄養クリティカルパス

栄養ケアサポートチームで
作成するクリティカルパス

栄養ケアマネジメントサイクルを搭載したパス

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 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,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 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコール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(インジアンガーグル)		口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)							
検査				内視鏡下で胃瘻造設	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包 スベーター切除	交包	交包	
	血算・血液型・生化学 胸・腹レントゲン 心電図 咽頭培養			出血時間・凝縮 RBP, TTR, CRP	血算			RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP	
活動・安静度	フリー	フリー	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)	入院前と同じ	入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 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	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	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	
観察	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	
	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	
	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	
	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	
			出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	出血() () () ()	
			創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	創状態() () () ()	
			喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	喀痰() () () ()	
褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	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	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											



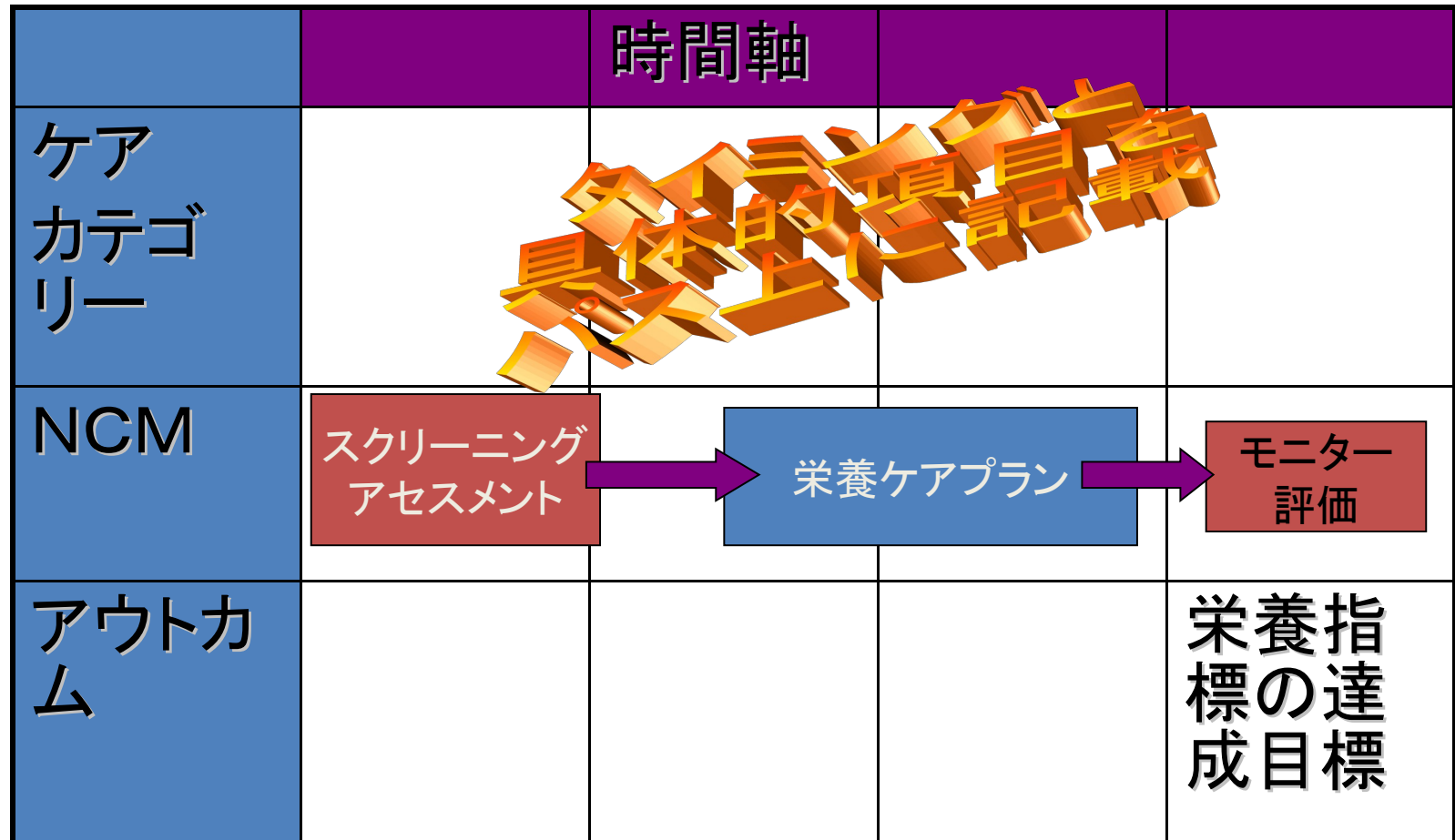
創の取り扱い説明

クリティカルパスは患者さんにも好評

栄養ケアマネジメントの各ステップを パスに具体的に落とし込む

- 疾患別に栄養ケアマネジメントの各ステップの項目を特定して、タイミングを決めて、パス上に搭載する
- スクリーニング項目
- アセスメント項目と目標値設定
- プラン
 - 栄養内容、補給量やルート決定
 - 栄養指導項目
 - その他の必要項目を事前に設定してパス上に記載
- モニター
 - モニター項目とタイミング

栄養ケアマネジメントを パス上に展開—栄養パス—



栄養パスのアウトカム

- 栄養パスのアウトカム研究では在院日数短縮、合併症の減少、再入院率の減少
- Brugler, L., DiPrinzio, M. J., & Bernstein, L. (1999). The five-year evolution of a malnutrition treatment program in a community hospital. Joint Commission Journal on Quality Improvement, 25(4), 191-206.

④がん診療連携拠点病院加算



今、病棟薬剤師が注目！

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】
 - がん診療連携拠点病院加算の施設基準
 - がんセンタ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の参加
 - 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

三田病院のキヤンサーボード

- 設置目的

- 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。



議長は泌尿器科部長
副議長は薬剤部長

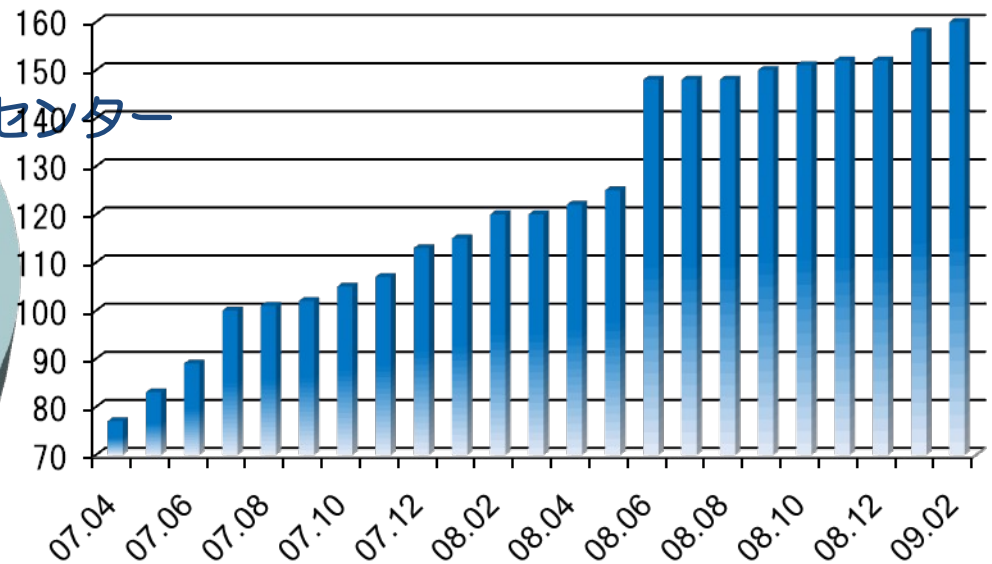
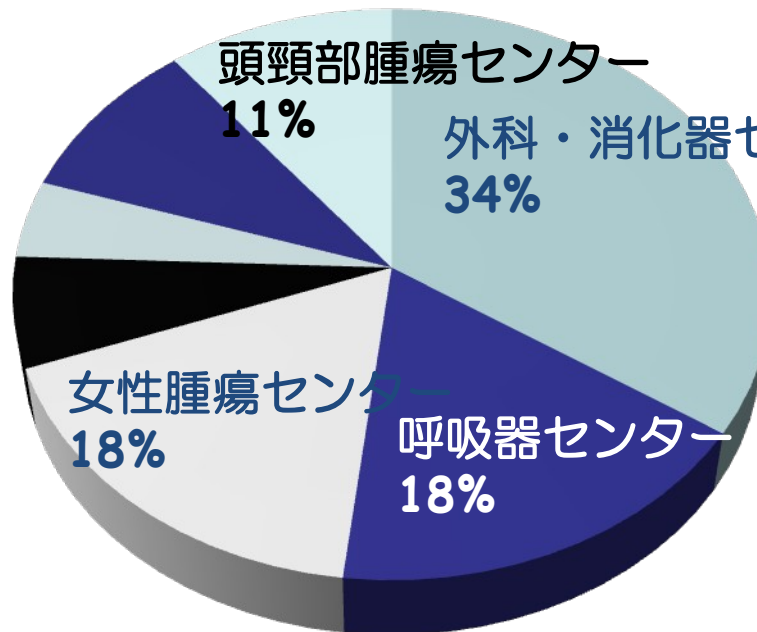
三田病院のキヤンサーボード

• キヤンサーボード活動内容

- 1.化学療法レジメン (処方計画) 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

三田病院の がん化学療法レジメン管理

レジメン登録数 (平成21年2月末現在)



診療科別(n=160)

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。

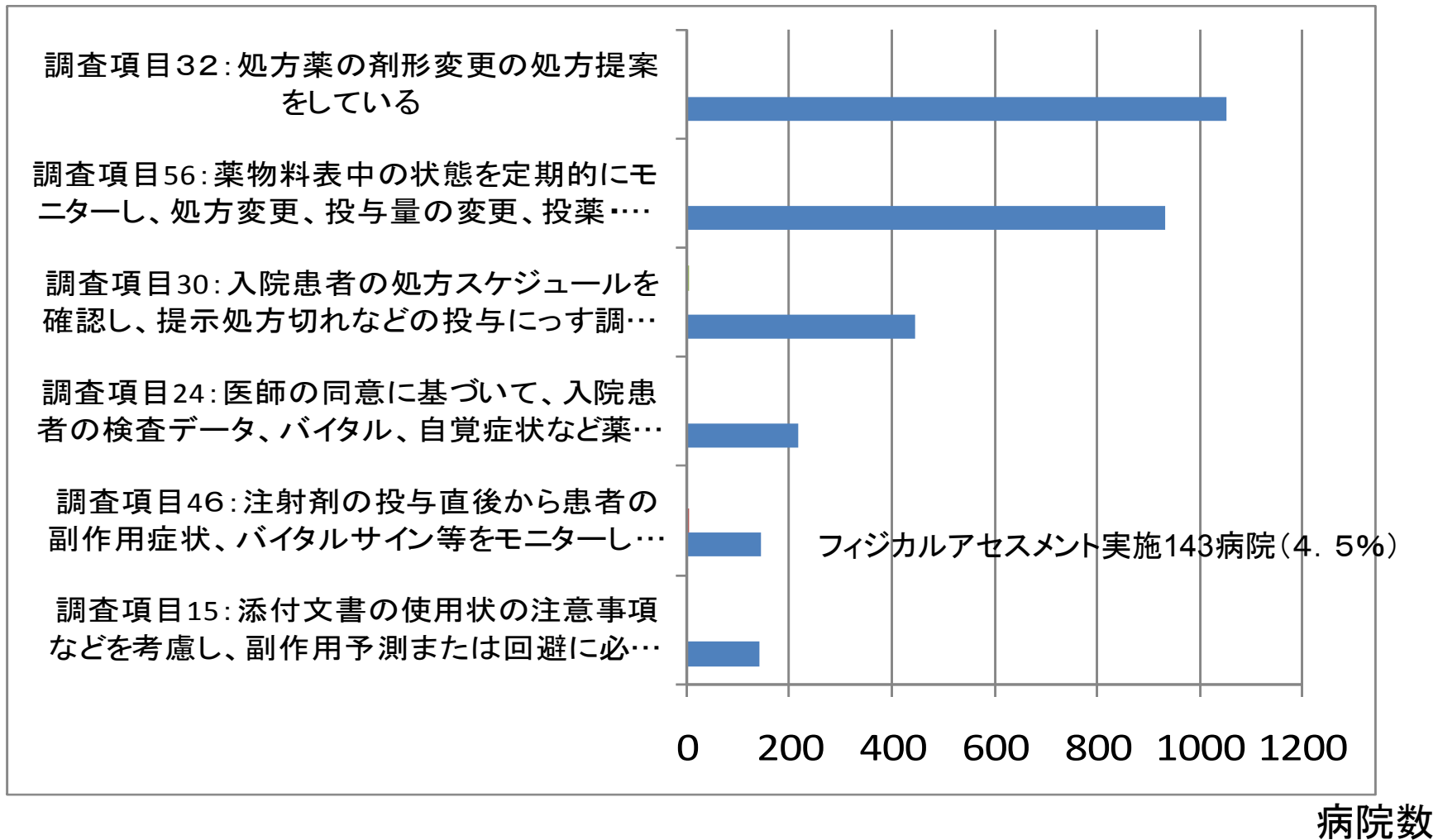
新たな病棟薬剤師業務

日本病院薬剤師会調査(09年1月)

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



フィジカルア・セスメントができ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

薬害防止とフィジカル・アセスメント

- 薬剤師のフィジカルアセスメントは医薬品の有害事象の早期発見と防止のために必要
- 聴診
 - イレッサによる間質性肺炎の防止、空咳のチェック、聴診器で肺の音を聴診
- 触診
 - SJS(スティーブンス・ジョンソン症候群)の防止
 - 発疹の触診
- 心電図
 - 突然死の副作用のある薬剤
 - 心電図を測定してQT延長の有無をチェック
- 採血
 - TDMや、血糖モニター

心電図やX線画像情報だって 薬害防止には必要



心電図



X線検査

パート4 スキルミクス

時代はスキルミクスへ
～診療看護師の誕生～

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。

スキルミクスの概念の歴史

- スキルミクスの概念は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。
- スキルミクスの典型がナースプラクティショナー

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6%、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。

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

三田病院(港区)で学ぶ 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



超音波画像の読影講義

国際医療福祉大学大学院（東京青山キャンパス）で 学ぶナースプラクティショナー養成講座1年生

青山一丁
目ライフを
楽しんで
いま～す



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。(2010年2月18日)
- 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5

地域連携クリティカルパス

地域でとりくむチーム医療

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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

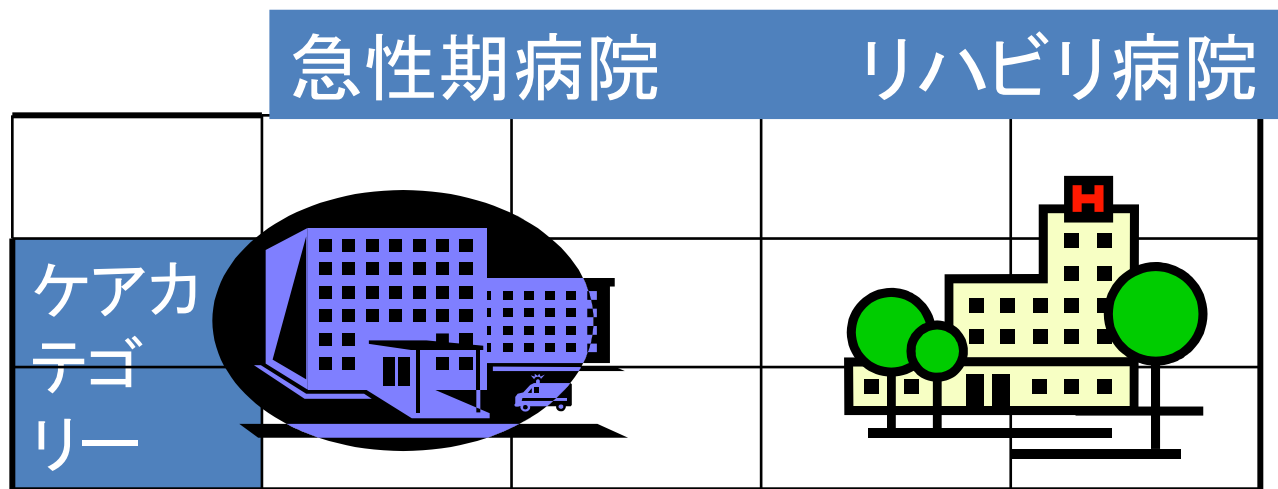
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感染,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコール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(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・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	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 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	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 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	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	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	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	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	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	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 内服中止	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 内服中止	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	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	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	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	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	
		体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()
観察				創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () ()	創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 腹満() () () ()	
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



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

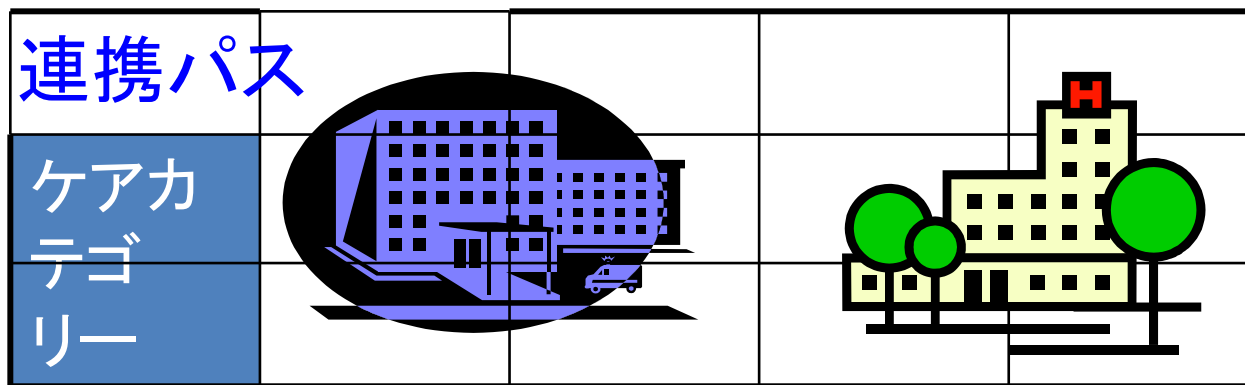
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

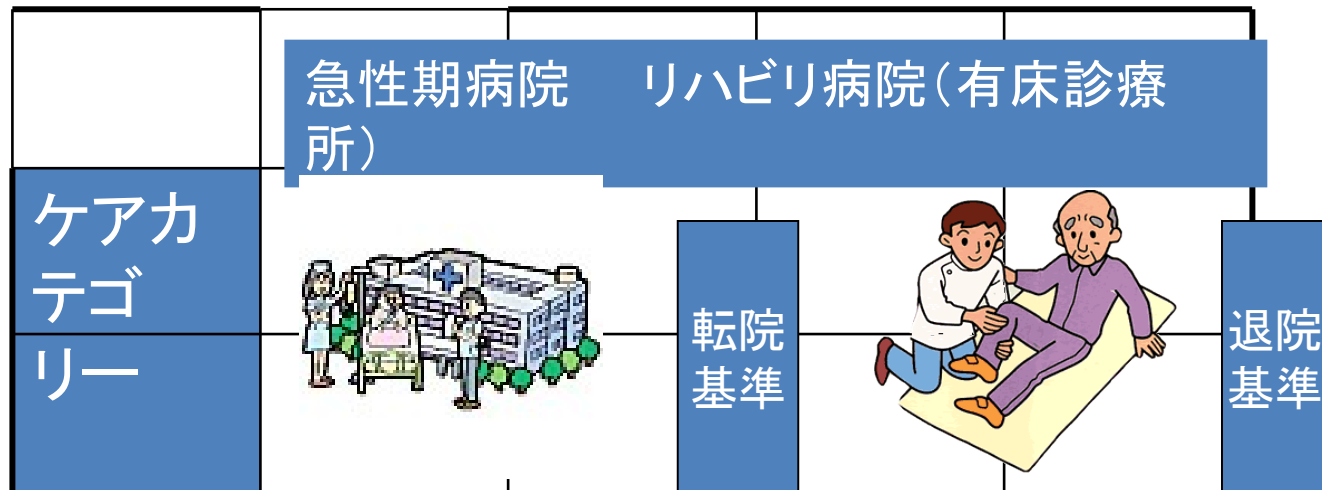


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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



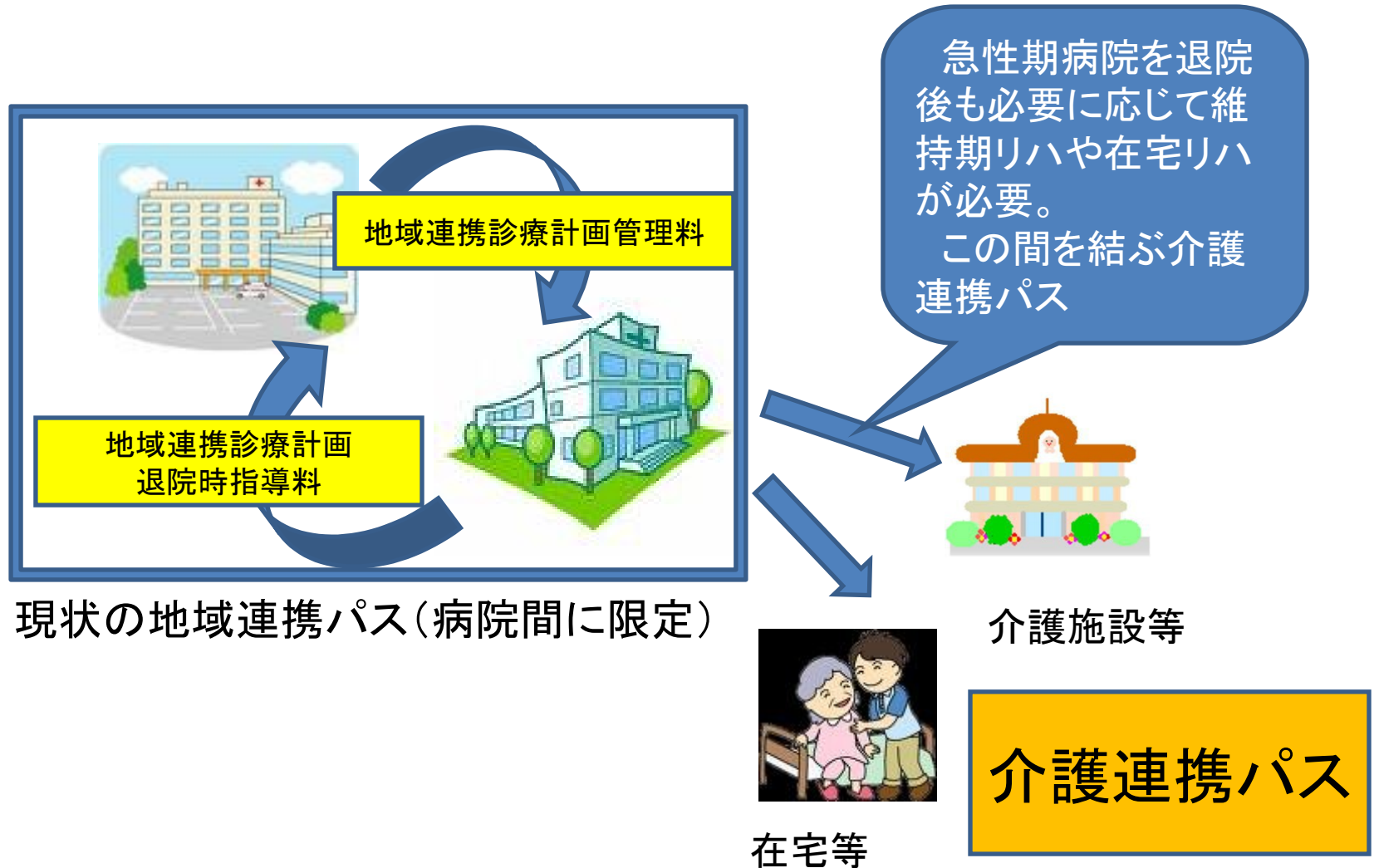
地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

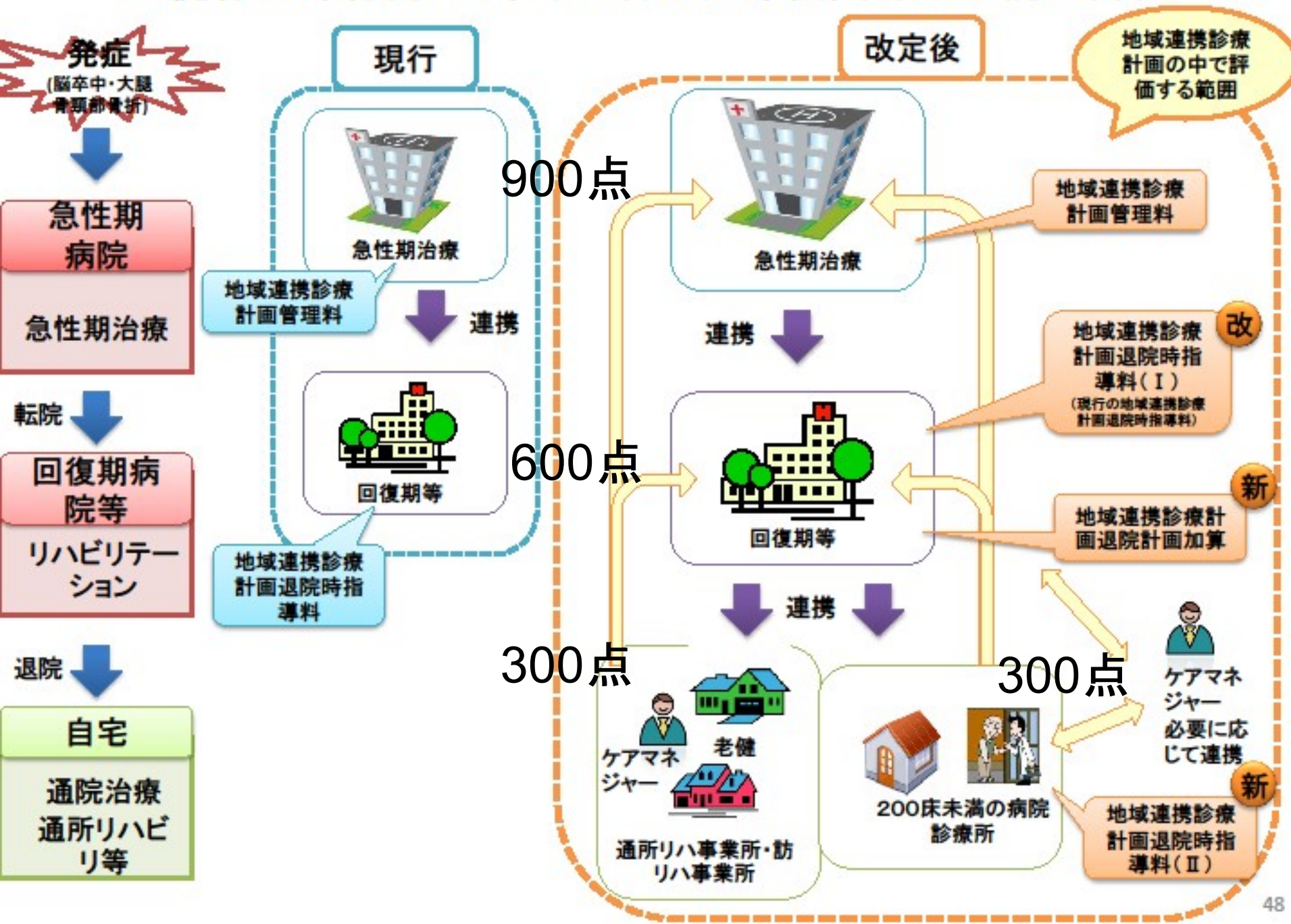
10年診療報酬改定 地域連携パスの2つの議論

- 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

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。

① 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。

② 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



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

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。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

港区がん連携パス研究会



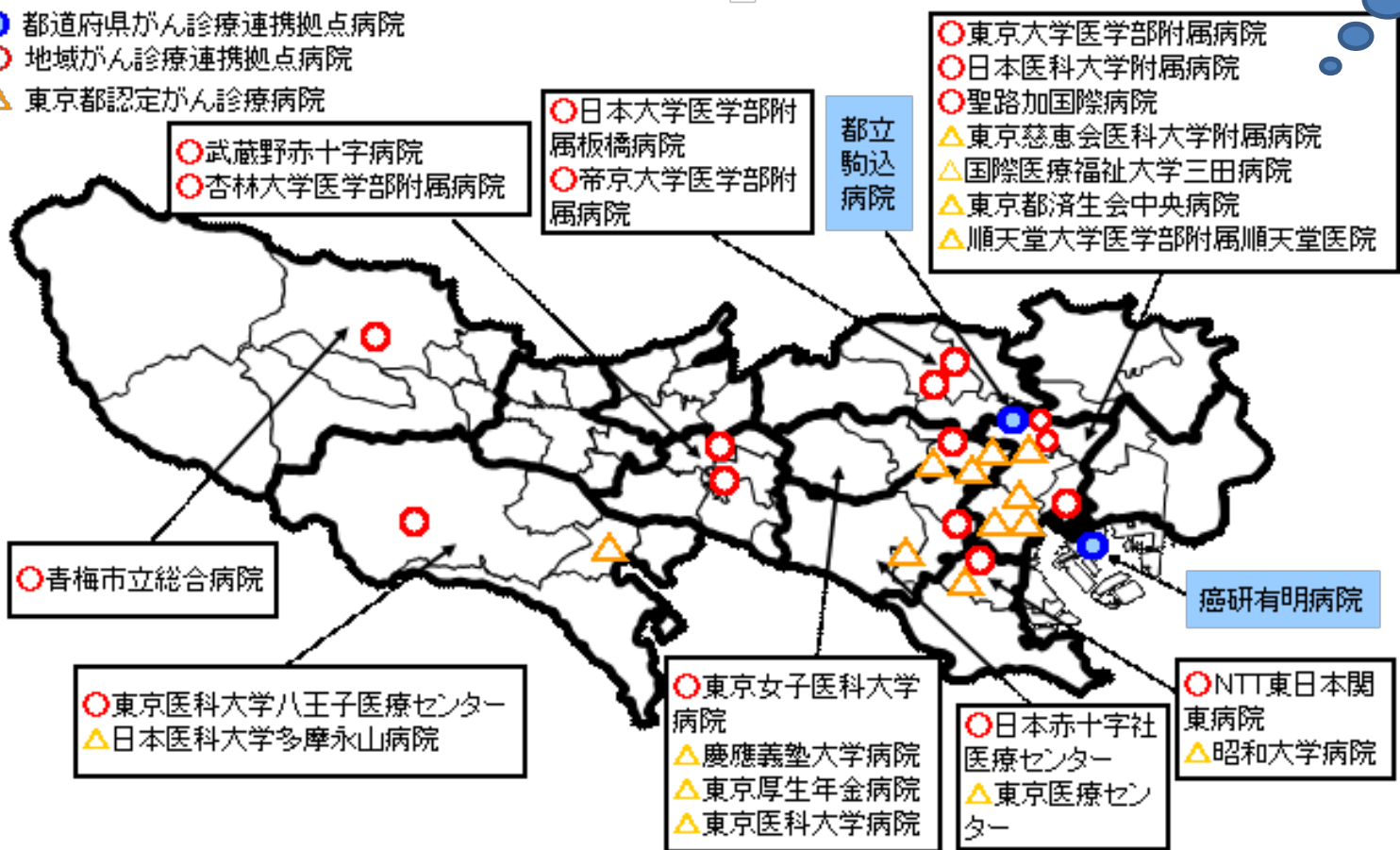
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

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！

港区医師会アンケート調査

1. がん患者の診断を行うことがありますか。

- はい いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

- はい 以前所属していた施設で経験がある

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答）

- 胃がん 大腸がん 肺がん 乳がん 肝がん
 前立腺がん 子宮がん その他（

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

- はい いいえ

その他（

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答）

一般血液検査の迅速検査

可能でない→（何日後に結果が出ますか： 日

腫瘍マーカー 内視鏡検査 X線

エコー CT MRI マ

その他（

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れることが可能か。

- 状態の良い、術後フォローのみの患者
 状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌剤）
 状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌剤）
 状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射抗癌剤）
 終末期の患者（緩和ケアの患者）
 受け入れられない
 その他（

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点（複数回答）

- 定期の診断・治療
 緊急時の対応
 化学療法の副作用への対応
 患者のメンタルケア
 その他（

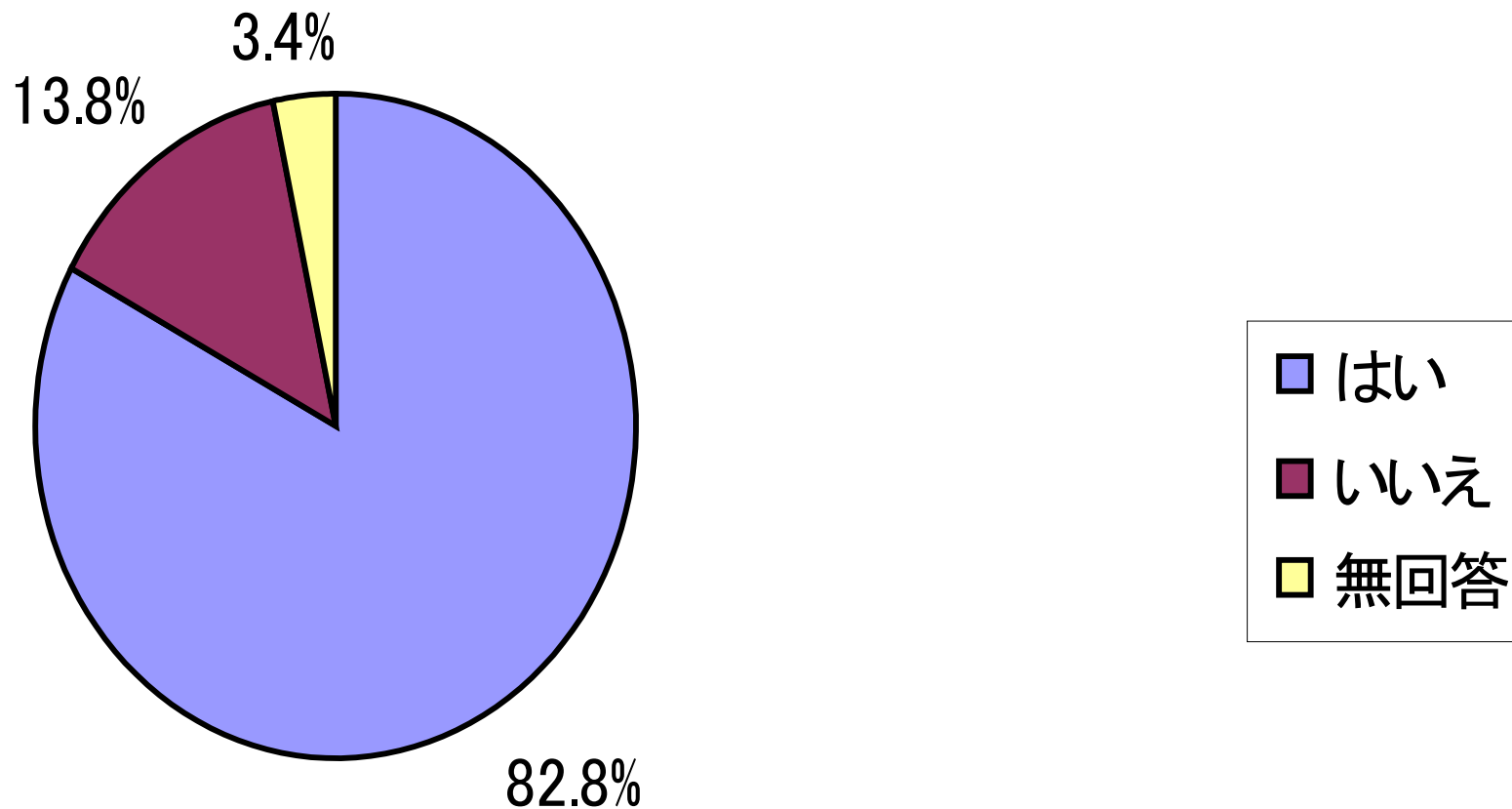
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- はい いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

- はい いいえ

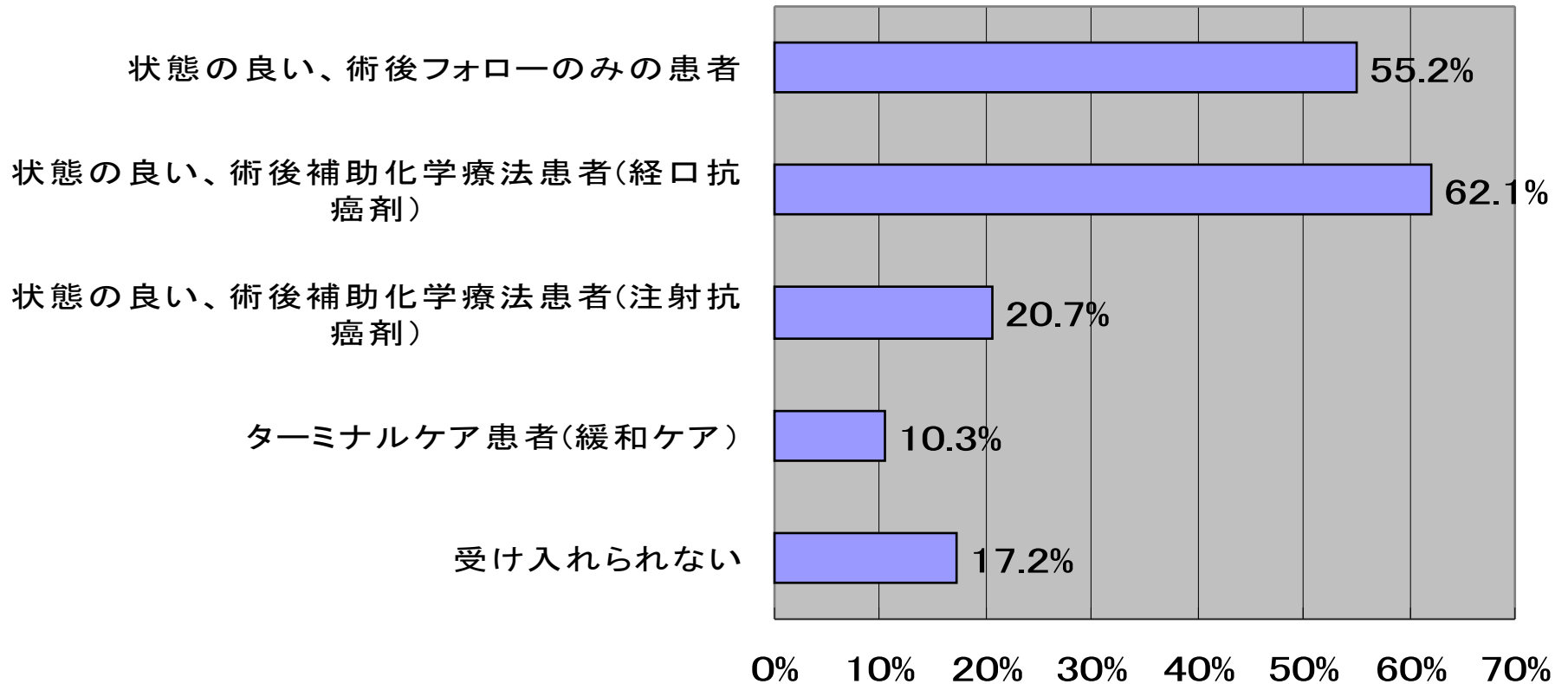
がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか



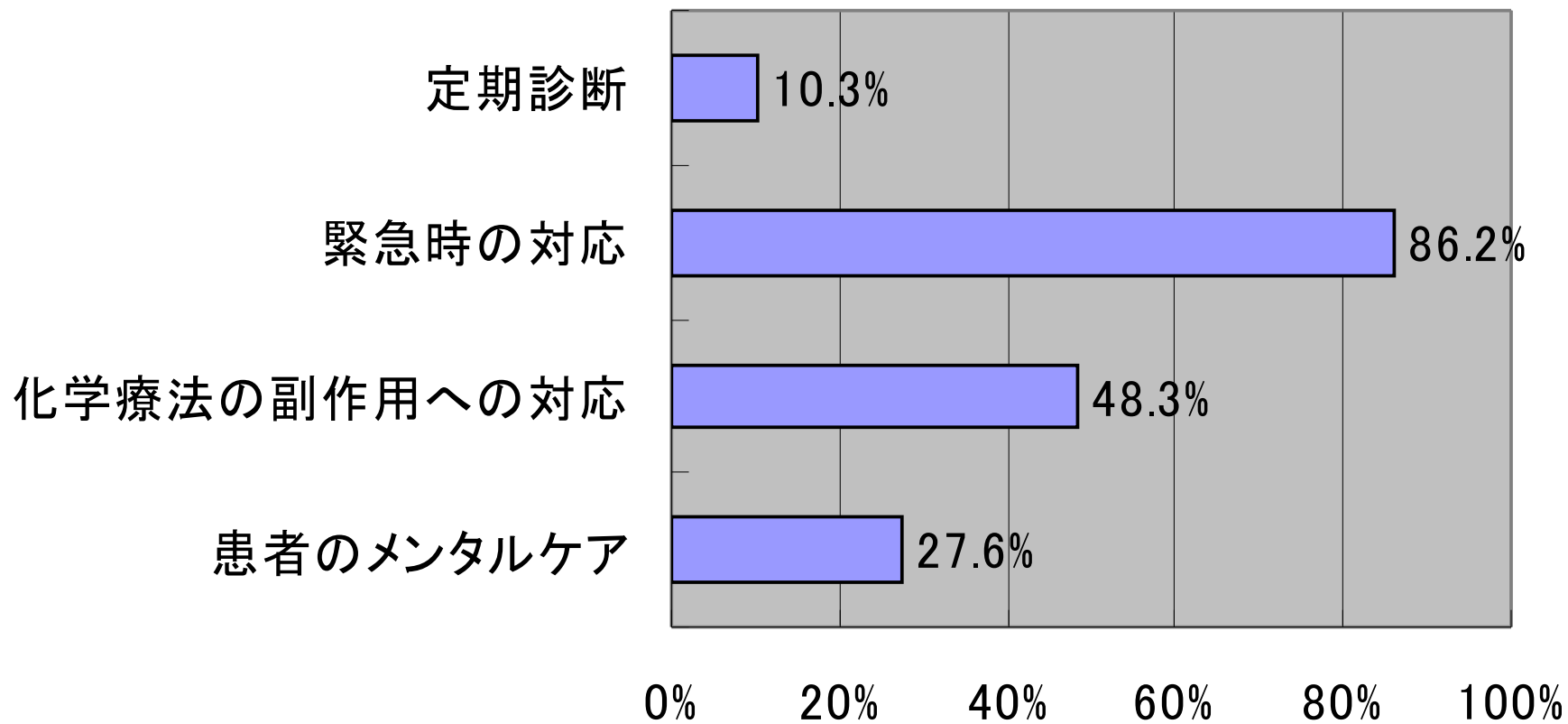
がん術後のフォローに興味を持つ理由

- 「現在すでにがんのフォローアップ中の患者がいる」
- 「消化器外科に携わっていた経験が役立てられるから」
- 「勤務医時代はがん診療に携わっていたから」
- 「以前は一般外科医だったから」
- 「がん専門施設に勤務していたから」
- 「当院から紹介先で手術を受け、状態が安定した患者さんが再び当院への通院を希望された場合に必要だから」
- 「悪化時にはすぐに受け入れていただける体制になればできるだけ自宅で過ごさせてあげたいから」
- 「患者さんのニーズから」
- 「地域医療の一環として」

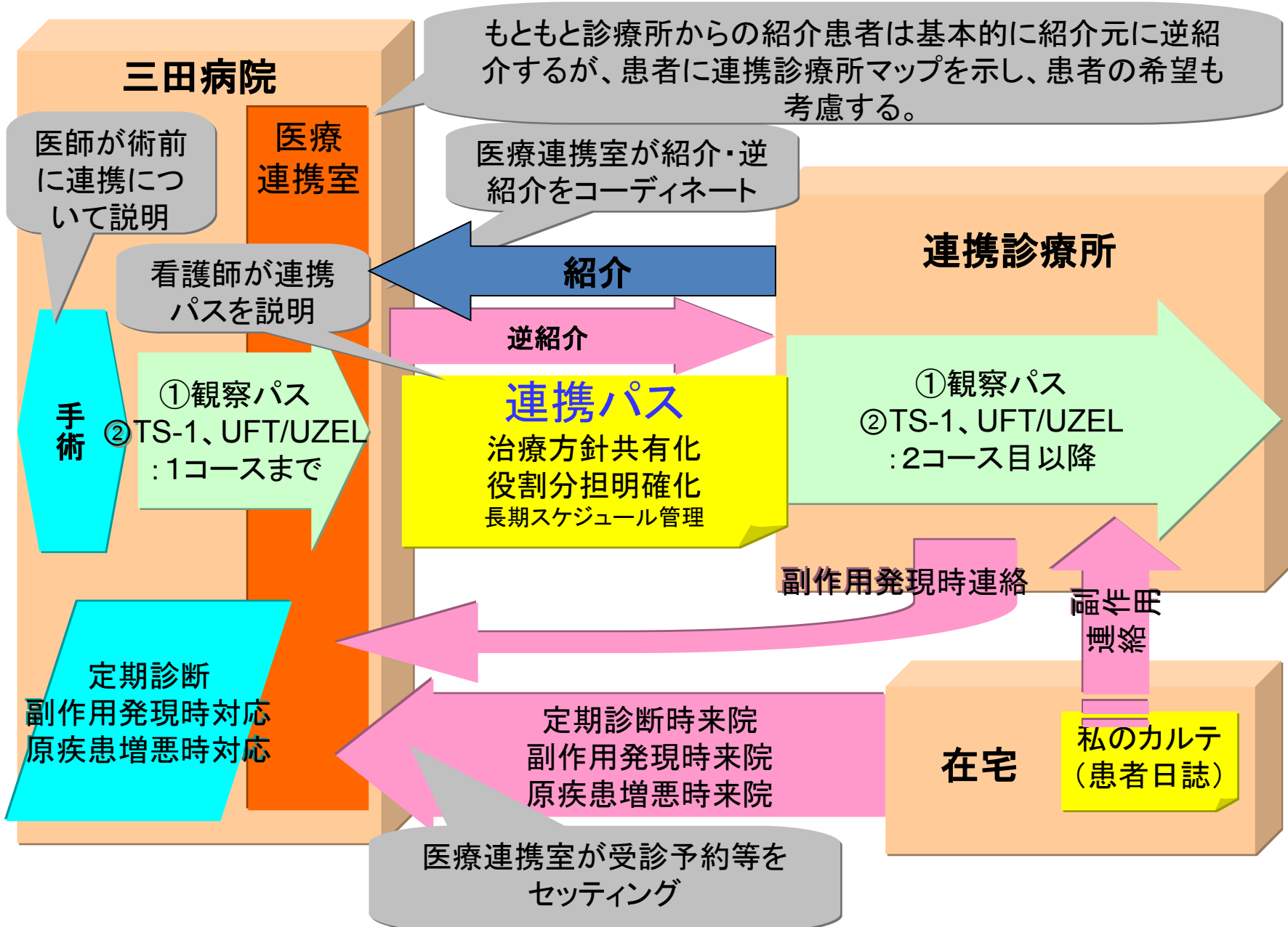
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



病院に期待すること



胃がん・大腸がん連携パス（まずは観察パスから）



港区胃がん連携パス(目次)

- 地域連携パス患者説明書・同意書
- 診療情報提供書
- 連携先医療機関一覧
- 連携元病院情報
- 胃がんステージⅠ 観察パス
- 胃がんステージⅡ・Ⅲ連携パス(TS-1連携パス)
- 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(副作用発現時、再発時)
- 連携パスITシステムの紹介
- 病院緊急時連絡先

医療者用連携パス（胃がん連携パス）

胃癌StageII, III 術後長期連携パス 案

様

〇〇〇〇病院主治医: _____ (電話: _____)

診療所名: _____ 主治医 _____ (電話: _____)

		〇〇〇〇病院										
		入院	退院	外来	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	4年後	5年後
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術		順調な回復										
検査・診断	心電図 腹部X線 腹部超音波 内視鏡 CT MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導	<input type="checkbox"/> 連携説明 <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 連携パス説明	診療所 再発、副作用発生等の場合、〇〇〇〇病院に連絡										
投薬	チェック 処方 消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> ITS-1										
検査・測定	PS 血圧 体温 採血 腫瘍マーカー 採尿	2週毎 → 1ヶ月毎 1ヶ月毎 1ヶ月毎										
診療報酬	特定疾患療養管理料(225x2) 診療情報提供料 I (250) 悪性腫瘍特異物質治療管理料(400)											101

みなとe連携パスに 「がん連携パス」掲載予定

みなとe
連携パス

みなと-e-連携パス

見て下さいね！

<http://medicalnet.minato.jp/peg/>



臼井 一郎先生 港区医師会理事

パート6

P4P(質に基づく支払い方式)

診療報酬の新たなトレンド

P4Pとは何か？

2000年から

先進各国で始まった支払い方式

P4Pとは何か？

- Pay for Performance(P4P)プログラム
 - 米国で始まった医療提供の質に対する支払い方式
- 「高品質の仕事に対して個人がボーナスを得るのと同様、病院もまた高品質の医療に対してボーナスが支払われるべき(HHS長官トンプソン AP通信社 2003年7月)」
- 「質の向上に対する経済的なインセンティブの欠如が質のギャップを温存する結果になっている (MedPAC モダンヘルスケア 2003年6月)」

P4Pの定義とは？

- P4P (Pay for Performance)とは高質の医療提供に対して経済的インセンティブを、EBMに基づいた基準を測定することで与える方法である。その目的は単に高質で効率的な医療にボーナスを与えることにとどまらず、高質の医療への改善プロセスを促すことにある。
(Institute of Medicine 2006年)
- 主として米国・英国・カナダ・オーストラリアで導入が進んでいる

米国のP4Pプログラムのトレンド

- 2001年
 - プライマリケアグループむけP4P保険プランでスタート
- 2004年
 - 3700病院が質パフォーマンス報告を開始
- 2005年
 - 病院P4Pプログラム試行(プレミア、ホスピタルコンペアーなど)
 - 上位10%に対して2%割り増しDRG支払いボーナス
- 2008年
 - ナーシングホームP4P, 在宅医療P4Pの試行事業
- 2009年
 - メディケアでP4Pの一種であるVBP (Value Based Purchasing: 医療サービスの価値に基づく購入) がスタート

米国のP4Pの最新トレンド

2009年よりメディケアにP4Pの
一種であるVBP (Value Based
Purchasing)が導入された！

Value- based purchasing

(メディケアに導入されるP4P)

- 医療の質パフォーマンスを報酬に反映
- 病院毎に質パフォーマンススコアを計算
 - ケアプロセス、患者調査、生存率等の領域別スコアを算出し、それらをもとに総スコア (VBP Total Performance Score) を算出
- 質パフォーマンスは達成あるいは改善の視点から測定
- スコアは一般にも公開

VBPの臨床指標

- 1 急性心筋梗塞
 - 来院時のアスピリン投与、退院時のアスピリン処方、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙教育、退院時の β -遮断薬処方、来院30分以内の血栓溶解剤投与、120分以内の冠動脈インターベンションカテーテル実施
- 2 心不全
 - 退院時指導、左心収縮不全患者に対するACE阻害剤・ARB投与、禁煙指導

VBPの臨床指標

- 3 肺炎
 - 肺炎球菌ワクチン接種、抗菌剤投与前の血液培養、禁煙教育、適切な抗菌剤の選択、インフルエンザワクチン接種
- 4 手術部位感染症予防
 - 切開前1時間の予防的抗菌剤投与、術後24時間以内の予防的抗菌剤投与中止
- 5 アウトカム指標
 - 30日以内の急性心筋梗塞死亡率
 - 30日以内の心不全死亡率
- 6 患者満足度
 - 医師態度、傾聴、説明など

日本版P4P

回復期リハビリテーション病棟入院料1
褥瘡評価実施加算

08年診療報酬改定
回復期リハビリテーション病棟に
対する質の評価の導入

回復期リハビリに対する 質評価導入の基本的な考え方

- 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

回復期リハビリテーション 病棟入院料への質評価の導入

- 「回復期リハビリテーション病棟入院料」
 - 「入院料1」、「入院料2」
- 「入院料1」の算定要件に、以下の医療の質成果指標を導入
 - 日常生活自立度の尺度となる「日常生活機能評価」の点数が10点以上の重症患者が、新規患者の15%以上
 - 退院患者のうち、他の医療機関への転院等を除く在宅などへの復帰割合が60%以上
 - 「重症患者回復病棟加算」（入院料1）（50点）の新設
 - 入院料1算定病棟で、重症患者の30%以上の日常生活機能が退院時に3点以上改善した場合

回復期リハビリP4Pに対する意見

- 「世界的にP4Pの動きは
見られるが、パフォーマンス
の指標の中心はプロセス
評価でありアウトカム
評価は少数であり、ア
ウトカム評価は難しいと
いうのが趨勢である。
- 加えて、アウトカム評価
はこれまでわが国の診
療報酬支払いには無
かった概念である。ゆえ
に、あくまでも『試行的』
に実施されるのであって
『検証』をしっかりとやるこ
とを確認したい」



08年2月1日の中医協総会
遠藤久夫委員(医療経済学)

09年中医協特別調査の結果

- 特別調査

- 09年7月1日現在で回復期リハ入院料を算定していた全病院(1011病院)を対象に実施し、501病院から回答を得た(有効回収率49.6%)

- 特別調査結果の速報

- 在宅復帰率は全体で75.5%で70%を上回った

- 回復期リハビリテーション病棟入院料の算定病棟からの退院患者の在宅復帰率
- 全体で75.5%と、要件で求められている60%を15.5ポイント上回った。
- 入院料1の在宅復帰率は、重症患者回復病棟加算を算定している場合が75.7%、同加算を算定していない場合が76.0%。
- 入院料2では、4月以降に算定を開始した場合が73.3%、3月以前から算定を継続している場合が70.4%で、いずれも7割を超えた。

- 重症患者割合も15%を上回った

- 入院料2の算定病棟に新規入院した重症患者の割合は、昨年3月以前から算定を継続している病棟では16.5%で、質の評価が導入された4月以降に算定を開始した病棟の27.2%で、いずれも算定要件の15%を上回った。

- 厚労省の見解

- 「質の評価導入後の方が重症度が軽ければ、軽症患者を選別していると想定されるが、そういう結果は出なかった」

介護P4Pへ



介護報酬における質評価の試み

介護P4P

- 09年2月国際医療福祉大学主催の医療経営セミナーで厚生労働省の宮島俊彦老健局長は、以下のように述べて注目を集めた
- 「介護サービスの質の評価に当たって P4P (Pay for Performance) といった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上っている」



宮島俊彦老健局長

介護の質評価の背景

009年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価等を行った。

かしながら、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進するべきとの観点から、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされたところ。

で、介護保険における質評価については、事業所の介護サービスの質の評価に関しては06年、09年に以下の項目で評価項目が導入されている

。

－ ①在宅復帰支援可能加算、②事業所評価加算

介護報酬上の質の評価の取り組み

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【2009年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【2009年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

>2 ⇒

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討 に向けた事業」検討委員会（2009年度）

- 介護サービスの質評価の在り方を検討
 - 介護保険の理念をもとに、利用者等のQOLの確保、地域との連携・参画を達せするためのサービスと、その質評価指標を選定する
 - 2012年介護報酬改定で質に応じた介護報酬の在り方を考える（介護P4P）
- 武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長
 - 小坂健 東北大学大学院歯科学研究科国際歯科保健分野 教授
 - 河口洋行 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
 - 近藤克則 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
 - 田中 慶応義塾大学大学院経営管理研究科 教授
 - 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長
 - 栃本一三郎 常置大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
 - 藤井賢一郎 日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース 准教授
 - 掘田聰子 東京大学社会科学研究所 特任准教授

介護サービスの質の評価の階層図(詳細なイメージ)

介護保険の理念

この法律は(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行う。(※1)

地域が達成すべき具体的な目標

利用者等のQOLの確保

地域との連携・参画

目標を達成するためのサービス等

その人らしい生活の実現に向けた工夫

質が高く安全な専門技術の提供

地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

地域社会への貢献

適切な事業運営

従事者がやりがいを感じる職場づくり

施設・設備の管理

適切な財務管理

情報を活用した事業戦略

注) 必ずしもサービスの全側面を事業所単位で提供することを求めるものではなく、事業所規模に応じて、事業者全体で取り組む必要がある。

「質が高く安全かつ専門的技術の提供」 指標の例示

- 過程(プロセス)指標
 - 専門的な認知症ケアの提供
 - 専門的なターミナルケアの提供
 - 感染症や食中毒の予防
 - 良質な介護技術の提供
- 結果(アウトカム)指標
 - 栄養・食事摂取の状況
 - 排泄の状況
 - 認知症高齢者の日常生活自立度の変化
 - 障害高齢者の日常生活自立度の変化
 - 要介護度の変化
 - 褥瘡の発生
 - 転倒の発生
 - 身体抑制の実施

「その人らしい生活の実現に向けた工夫」の指標の例示

- プロセス指標

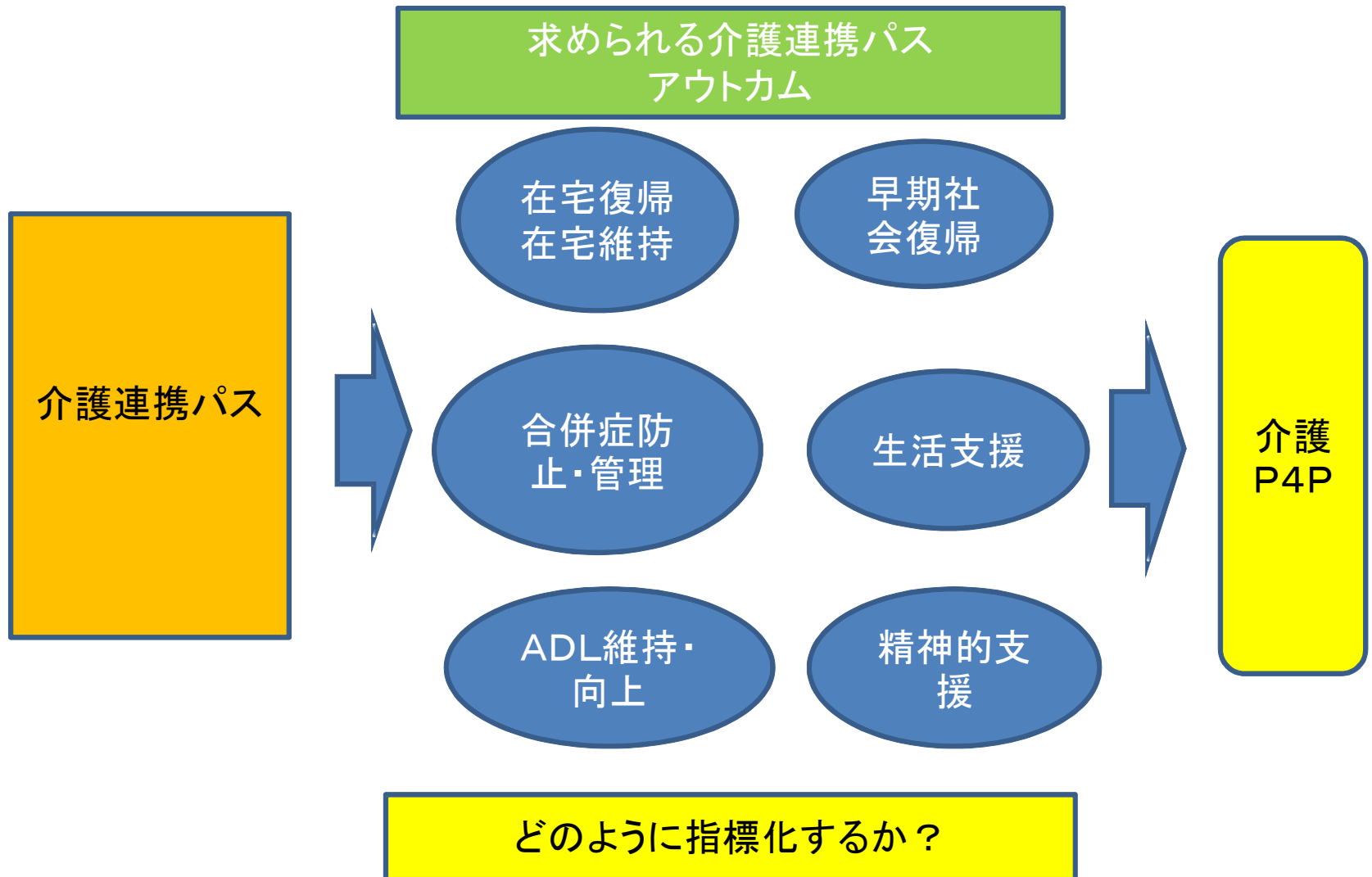
- PDCAサイクルに基づく継続的なケアの提供
- 利用者やその家族との適切なコミュニケーション
- 介護サービス計画への利用者の主体的な参画
- プライバシーに配慮したケアの提供
- 利用社の個人情報保護に係る取り組み
- 生活スペースの環境整備

「地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携」 指標の例示

プロセス評価

医療機関等の連携計画の作成と活用の評価
介護連携パスの活用と評価を検討してはどうか？

介護連携パス・アウトカム



第7回P4P研究会のお知らせ

- 1 日時 2010年7月31日(土)12:30~17:00
- 2 場所 国際医療福祉大学東京事務所
 - 〒107-0062 東京都港区南青山1-24-1
- 3 プログラム 開会あいさつ 国際医療福祉大学大学院 武藤正樹
- ①臨床指標による医療の質評価の考え方
 - 日本医科大学医療管理学教室 長谷川敏彦先生
- ②独立行政法人国立病院機構における臨床指標評価の現状
 - 国立病院機構 本部総合研究センター診療情報分析部主任研究員 小林美亜先生
- ③聖路加国際病院における臨床指標の活用の現状
 - 聖路加国際病院院長 福井次矢先生
- ④慢性期医療における臨床指標について
 - (医)博愛記念病院、(社福)平成記念会 理事長 武久洋三先生(日本慢性期医療協会会長)
- (パネル討議)司会 国際医療福祉大学 池田俊也
- 特別発言 厚生省(予定)

第7回P4P研究会のお申し込み はホームページからお願いします

P4P研究会

検索



クリックしてください

<http://p4p.umin.jp/>

まとめと提言

- ・ 診療報酬改定は時代を映し出す鏡
さまざまな医療の新しいトレンドが見えてくる
スキルミクス、地域連携パス、P4Pなど
- ・ 2012年は診療報酬・介護報酬同時改定の年
医療と介護の大連携が始まる
- ・ 2012年改定へ向けて議論をはじめよう！

地域連携コーディネーター養成講座

- 武藤正樹著・編
- 単行本: 202ページ
- 出版社: 日本医学出版 (20
- 言語 日本語
- ISBN-10: 4902266504
- ISBN-13: 978-4902266504
- 発売日: 2010/4/23
- ¥ 2,940
- 本書は国際医療福祉
- 大学大学院公開講座
- 乃木坂スクール
- 「地域連携コーディネーター養成講座」
- の講師陣により執筆

地域連携
コーディネーター養成講座
地域連携クリティカルパスと退院支援
◎◎ 武藤 正樹 国際医療福祉大学人文学部教授



日本医学出版

がん地域連携クリティカルパス

- がん地域連携クリティカルパス
—がん医療連携とコーディネート機能
- 編著 日本医療マネジメント学会／監
- 判型 B5 発行日 2010年5月刊
- ページ 220
- 定価(税込) \4,200

がん地域連携 クリティカルパス

がん医療連携とコーディネート機能

[監修]

日本医療マネジメント学会



ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月曜外来をしております。患者さんをご紹介ください

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

医療経済研究会

地域医療連携～緩和ケア連携パス～

国際医療福祉大学大学院 武藤研究室
医療法人大和会 聖和看護専門学校 専任講師
学校法人 共立女子学園 非常勤講師
学校法人 産業能率大学 非常勤講師

後藤光世

Mitsuyo Goto, RN., MSG., 07072010

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療事務作業補助

パート3

診療報酬改定とチーム医療

パート4

スキルミックス

パート5

地域連携クリティカルパス

パート6

P4P

地域医療連携
～緩和ケア連携パス～

普及推進グループと先進事例の紹介

- 新川地域在宅医療療養連携協議会現地調査(在宅末期医療連携パス)
- 東京都医療連携手帳(緩和ケア)試行版
協力機関: 東京都緩和ケアネットワーク

地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

新川地域在宅医療療養連携協議会
現地調査(在宅末期医療連携パス)

調査日:平成21年9月3日(木)

場所:黒部市民病院地域連携室

対象者:中川彦人協議会会長

辻京子黒部市民病院地域連携室師長



緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

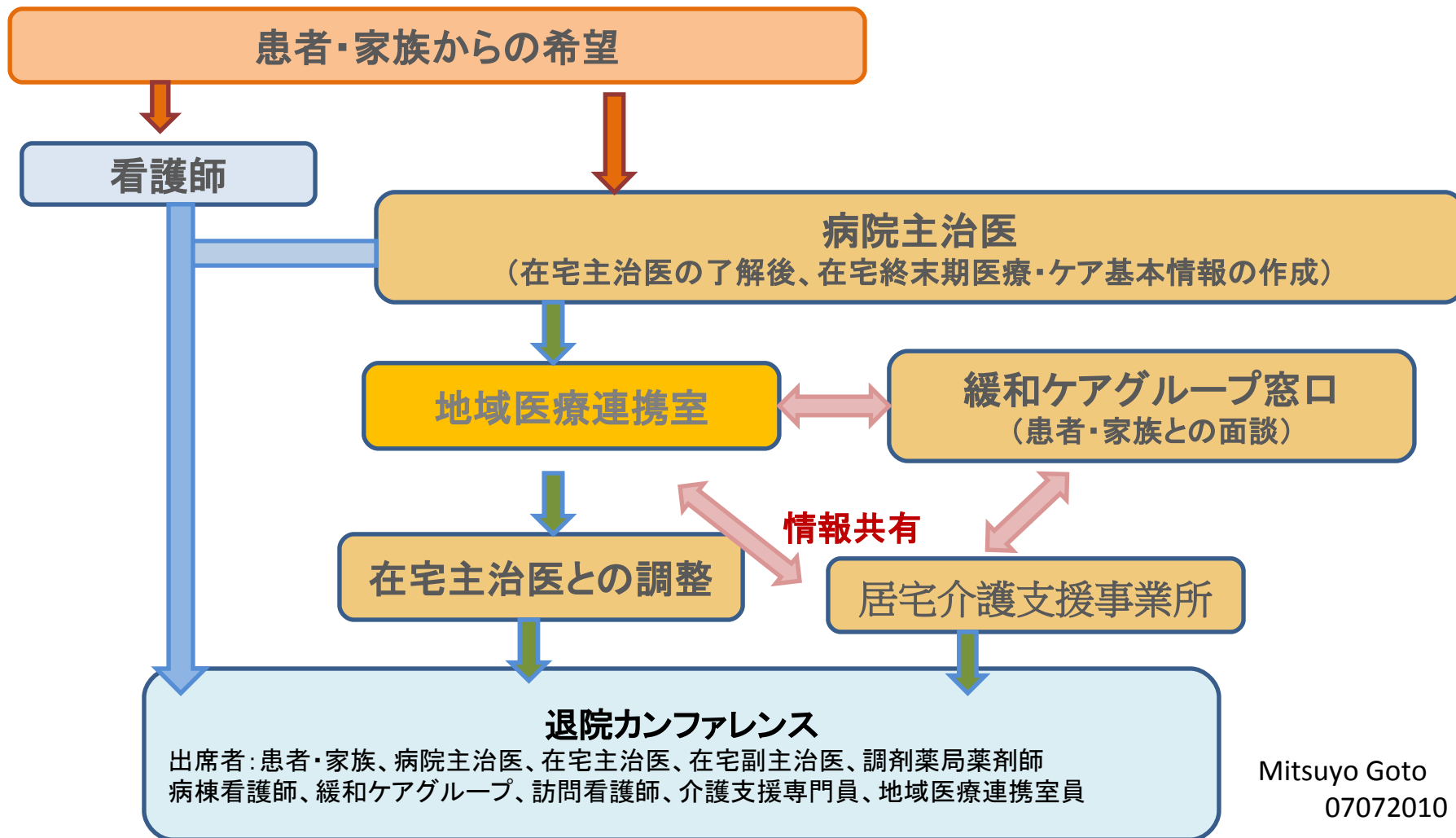
5病院、22診療所、**29調剤薬局**、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

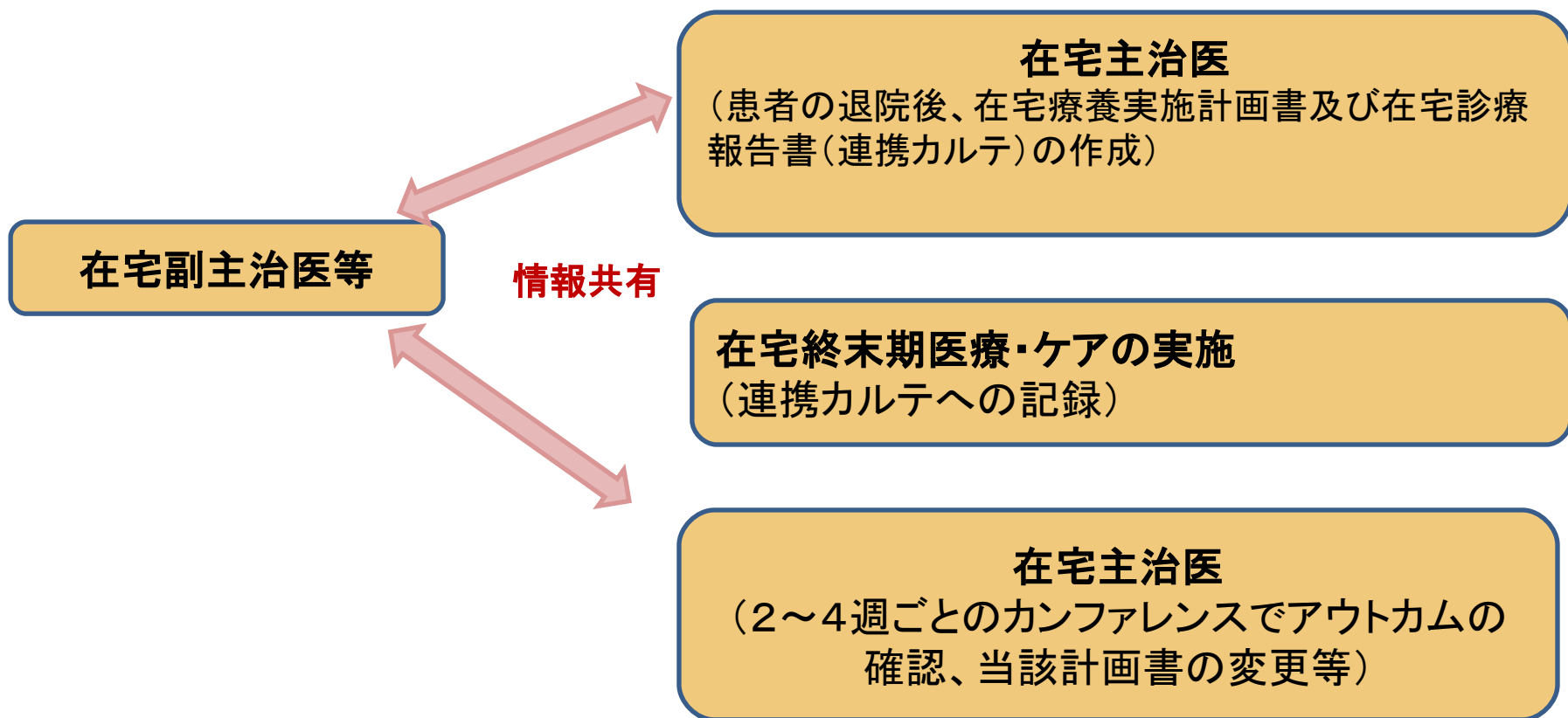
- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



入院中・退院前 連携パスの運用フロー



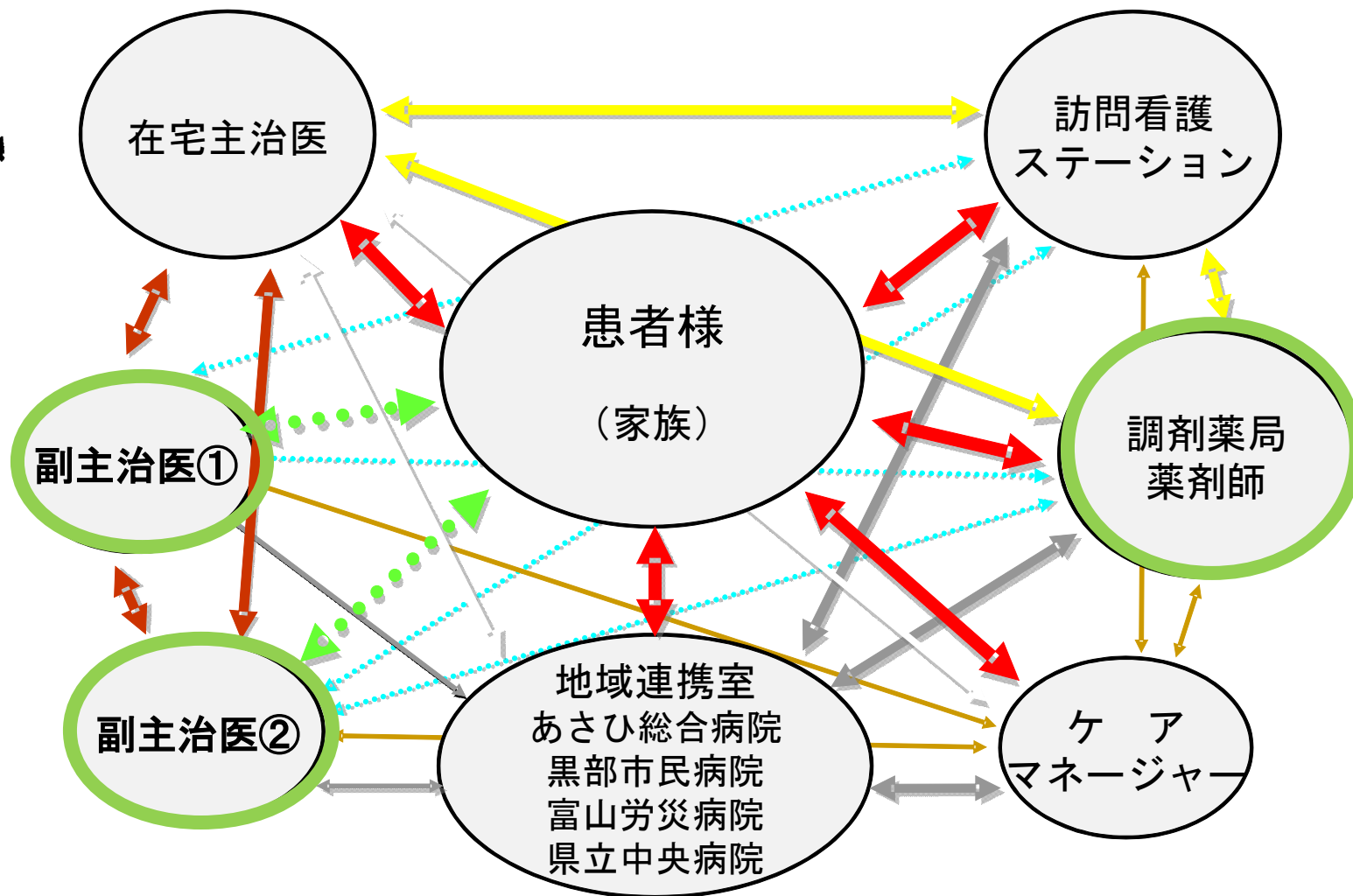
退院後 連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

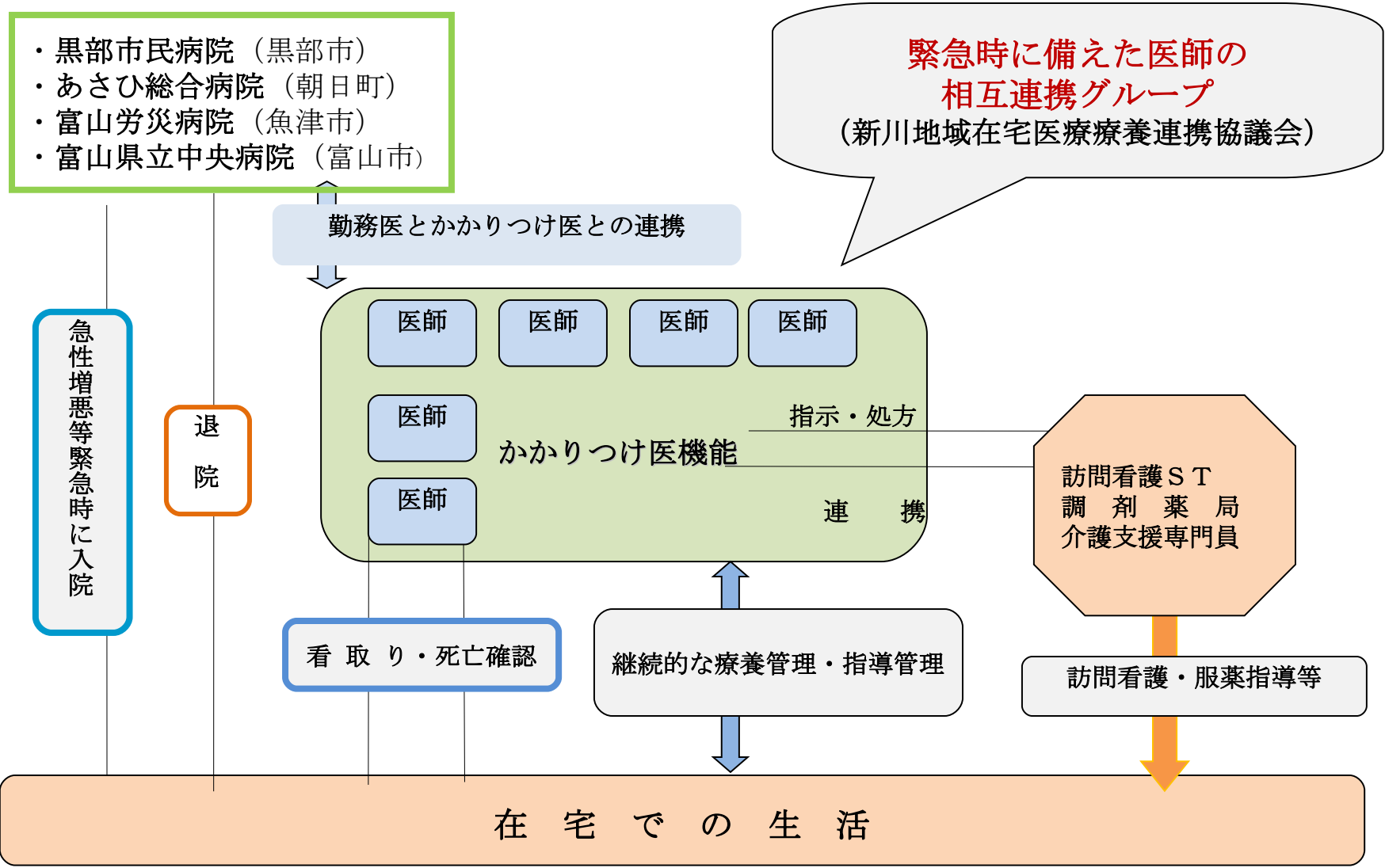
- 連携病院: 4公的病院
 - ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
 - 5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点
 - 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
 - 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
 - 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
 - 病診連携における役割分担
 - **他職種チーム診療による介入**
- 他職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、カルテ様式統一、告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

在宅医グループ化、多職種連携のイメージ (新川地域在宅医療療養連携協議会)



新川在宅医療（終末期ケア）の連携イメージ

～コミュニティ全体での支援～



新川地域在宅終末期医療

- 連携病院: 4公的病院
 - ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
 - 5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点
 - 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
 - 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
 - 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
 - 病診連携における役割分担
 - 他職種チーム診療による介入
- 他職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、カルテ様式統一、告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

（患者名） [] （生年月日）年 月 日生 [] 歳	
住所 [] TEL []	臨床経過： []
主たる介護人： [] 続柄 [] TEL [] FAX []	治療歴： 1. 手術 有 ([]) 無 ([]) 2. 抗癌剤 有 ([]) 無 ([])
かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	在宅移行時における病状の問題点 []
副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	予後に影響を与える因子 []
副かかりつけ医（主治）： [] TEL [] FAX []	臓器不全（心、腎、肝、他 []）
連携病院：病院 TEL [] FAX []	栄養状態： []
連携病院サポート医：科 []	出血（消化管 []、他 []）
担当看護師 []	腹水： []
在宅介護支援所： []	他： []
介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []	予後予測： [] ヶ月
家族構成（介護相談窓口および決定権者を記入下さい） []	連携病院への通院：必要 [] 毎、不要 []
[] 終いに対する対応	インフォームドコンセント
終いに対する対応（本人・家族）	告知について
1. 最後まで自宅 []	告知：本人、家族（ [] ）
2. 最後は連携病院 []	内容 []
3. 状況により判断 []	本人： []
緊急連絡先	家族： [] 告知理解度について
かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外来	精神的サポート 要 [] 不要 []
診断：主 [] 癌 転移： []	告知理解度 [] 療養から死への不安点 []
副 1. [] 2. []	本人：十分 [] 不十分 []
3. [] 4. []	家族：十分 [] 不十分 []
既往歴： []	療養方針 []
	1. 全身状態の管理
	1. PS(performance status) [] 0、1、2、3、4
	2. 栄養：経口 [] 非経口 []
	3. 留置カテ：有 ([])、無 []
	4. 排泄：自力 []、介助 []
	5. 褥瘡：有 [] 無 []
	6. 口腔ケア：有 [] 無 []
	7. その他のケア内容 []
	2. 投薬内容 [] 疼痛管理について
	3. 疼痛管理 []
	無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []
	麻薬 []
	NSAIDS []
	訪問看護（指導ならびに実行状況）
	1. 口腔ケア 有 [] 無 []
	2. 入浴 自宅 [] サービス（自宅 ティ） []
	3. 褥瘡処理 有 [] 無 []
	4. 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []
	5. 他 []
	介護
	1. ヘルパー 有 [] 無 []
	2. ティサービス 有 [] 無 []
	入力者 []
	自動入力 []
	病院担当医 []
	病院担当Ns []
	緩和グループ担当者 []
	ケアマネージャー []
	在宅かかりつけ医 []

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

患者・家族用

作成日 年 月 日

作成日 年 月 日

様 歳 男・女

様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

連絡先

（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の 1 に連絡し、連絡が取れない

連携病院 TEL _____

場合や、その先生の指示があれば、以後 2、3、4 の順に連絡してください。

連携病院サポート医 _____

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

4 ○○ 病院 TEL _____

TEL _____

連携病院サポート医 _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

薬局名

アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

訪問看護事業所名

TEL _____

訪問介護事業所名

TEL _____

薬局名

アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

ケアマネージャー入力
氏名

かかりつけ医が入力

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w					_____ 様 8 w						
日付	開始日	1W	2W	3W	4W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
P.S						P.S					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
（検査）						（検査）					
（病状説明）						（病状説明）					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

新川地域 在宅医療マップ

～医療関係者用～

平成21年3月現在のものです。

- 薬 局
 - ・薬局機能情報で在宅対応が可能と公表している薬局
 - ・すべての薬局が麻薬対応可能です。
- 病院・診療所
 - ・平成20年度医療機能調査(平成20年7月実施)で住診・在宅患者訪問診療が可能と回答した病院・診療所

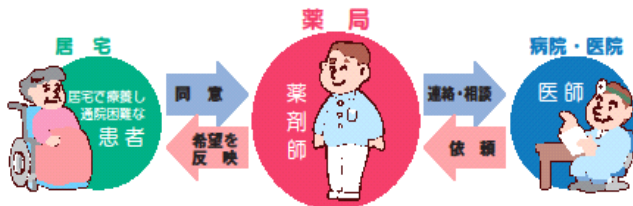
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。
適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

● 薬剤師による居宅管理指導をはじめするには ●

次のいずれかの方法で

- その①▶ 処方せんに 訪問薬剤管理指導^{※1}又は 居宅療養管理指導^{※2}と記載
- その②▶ 「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」による指示
- その③▶ 電話での指示

※1-医療保険対象の場合 ※2-介護保険対象の場合



その他、訪問看護や介護などの関係者の方からの依頼でも結構です。
かかりつけ薬局または地区窓口までご連絡ください。

新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成



薬剤師におまかせください

<訪問薬剤管理指導>

薬剤師が薬を持ってご自宅を訪問し、薬の服用方法や管理の仕方についてご説明します。

薬についての説明

処方された薬の効果と副作用についてご説明します。また、副作用の症状が出ていないかを確認し、疑いがあればすみやかに医師へ報告し、対応します。

薬が飲みづらい場合の工夫・対応

錠剤やカプセルが喉につかえるなど薬が飲みづらい場合には、薬剤師が医師に剤形の変更を依頼したり、ゼリーやオアプートを使ったりして飲みやすくします。



薬の保管・管理上の工夫・アドバイス

朝・昼・夕ごとに飲む薬をまとめたり、お薬カレンダーを利用したりして飲み忘れがなくなるように工夫します。また、薬を避光・日光・高温から守るよう管理方法についてもご説明します。さらに、以前に処方された薬などについても、薬剤師がアドバイスします。

麻薬の適正使用のための管理

麻薬の選択・投与量・投与方法、疼痛管理、副作用対策のためのアドバイスを行います。

日	月	火	水	木	金	土
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

また、不要になった麻薬を回収しますので、薬剤師までお知らせください。

薬の飲み合わせや食品・健康食品との相性の確認

処方されている薬を大衆薬と一緒に飲んで安全かどうかをお調べします。また、普段召し上がっている食品や健康食品と薬の相性もお調べします。



介護用品や衛生用品などの相談

床ずれを予防するための介護用品の紹介や介護方法、その他衛生用品などについてご相談に応じます。

住環境等を衛生的に保つための指導・助言

シーツやお住まいの消毒方法などについてご説明します。



新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成

この在宅医療マップのお問い合わせ先

薬 局 … 各地区の窓口薬局または新川地域医療連携推進検討会(うなづき薬局 TEL0765-65-9383)
その他 … 新川厚生センター (TEL0765-52-1224)

在宅診療報告の実際

項目	11W 3月21日	12W 3月22日	13W 3月23日	14W 3月24日	15W 3月25日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少		本日IVHに注入ホアア導入	意識レベル低下(TEL前)	

(一般状態) 記載者	上田	藤田	上田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	腹水・浮腫	腹水・浮腫	腹水・浮腫 腹水(CT) 浮腫(CT) 尿300ml

(投薬) 記載者	藤田	上田	藤田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs		疼痛+NSAIDs
麻薬	オキシコドン(5)IT		オキシコドン(5)IT
NSAIDs	ロキソニン300mg		ロキソニン300mg
他			
補液	①ホアアト500ml オキシコドン100mg ②ホアアト1000ml オキシコドン200mg	①ホアアト500ml オキシコドン100mg ②ホアアト1000ml オキシコドン200mg	①ホアアト500ml オキシコドン100mg ②ホアアト1000ml オキシコドン200mg
(検査)	IVHホト(CT) 自覚病下	IVHホト(CT) 自覚病下	IVHホト(CT) ホアアト注入 1000ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬とIVHホトの服用法を確認(理路)	添付薬500mg オキシコドン100mg 理路	BD11892 P84 KT369 浮腫(CT) 200mg/h

(訪問看護) 記載者	上田	上田
食事	水分摂取量UP	果物、ビーチ摂取
排泄	排便 364	排便 400g
清拭	1000ml	1000ml
入浴		1000ml
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98%	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者		

項目	13W 3月24日	14W 3月25日	15W 3月26日	16W 3月27日	17W 3月28日
問題点(特記事項)		1片血尿80g 37.5度下 経口摂取低下	血尿一時的に 低下 経口摂取低下	←	← 永眠

(一般状態) 記載者	藤田	上田	藤田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor		
精神状態	正常・安定		
身体所見	腹水・浮腫		20時夜急変で 市民病院受診 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田	藤田
疼痛管理				
麻薬				
NSAIDs				
他				
補液	①オキシコドン1000mg オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg オキシコドン1000mg			主治医藤田の 小児科内急変の 看護に市民病院 搬送され途中 死亡
(検査)	IVHホト(CT) ホアアト注入 1000ml/h	IVHホト(CT) ホアアト注入 1000ml/h	IVHホト(CT) ホアアト注入 1000ml/h	IVHホト(CT) ホアアト注入 1000ml/h
(病状説明)				
他				

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ少量摂取
排泄	時2排便あり
清拭	全身清拭
入浴	1000ml 便時留置
精神面	意識レベル低下 安定 時2排便あり
他	KT365 P80 R120 BD108/80 SP80 78/6 脈拍 89.0 下半身浮腫 体幹浮腫 黄疸あり 尿赤あり 尿量減少

(訪問介助) 記載者		

出所: 中川彦人

社外スタッフとのチーム作業が **スピードアップ!**

効率よく共同作業ができる

Microsoft®
Office Groove® 2007

マイクロソフト オフィス グルーヴ 2007

新登場



部長

君にプロジェクト
リーダーを任せるから、社外スタッフと
コミュニケーション
をとってしっかり進
行してくれたまえ!



**パートナー
企業
斉藤さん**
よろしくね!



中村君

ガンバります!



**パートナー企業
伊藤さん 武藤さん**
頑張ろう!



出所: 中川彦人

新川地域在宅医療療養連携協議会 在宅患者情報共有モデル事業 (平成21年12月～平成22年3月)

ーオフィス グループ 2007を用いてー
(マイクロソフト社製)



新川地域在宅医療療養連携協議会 - ファイル - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ファイル

ファイルの追加... ファイルの保存... ダウンロード

フォルダ	名前	サイズ	種類	更新日	更新者
ファイル (ルート フォルダ)					
マニュアル					
	新川地域在宅パス_Grooveネットワーク構築...	762 KB	Adobe Acrobat Docu...	2009/12/25 17:50:58	サポート(ストロ...
	新川地域在宅パス_Groove運用ガイド	865 KB	Adobe Acrobat Docu...	2009/12/25 17:49:16	サポート(ストロ...
	パス学会ポスター	3,104 KB	Microsoft Office Pow...	2009/12/02 21:22:54	imada
	パス学会ポスター2008	4,224 KB	Microsoft Office Pow...	2010/01/15 8:26:06	千代 英夫
	1121年度活動報告	3,100 KB	Microsoft Office Pow...	2010/01/14 0:39:44	藤岡 照裕
	20100120在宅医療療養連携協議会ITツ...	1,046 KB	Adobe Acrobat Docu...	2010/01/20 11:38:42	サポート(ストロ...
	在宅栄養・PEG管理用 症例集積用紙	51 KB	Adobe Acrobat Docu...	2010/03/12 1:05:02	藤岡 照裕
	在宅緩和ケア用 症例集積用紙	44 KB	Adobe Acrobat Docu...	2010/03/12 1:58:52	藤岡 照裕
	ケア基本情報・在宅療養実施計画書	113 KB	Microsoft Office Exc...	2010/03/15 17:10:52	サポート(ストロ...

ワークスペースメンバ

- 高桜内科医院
 - 高桜 英輔
- ケアマネジメント 結
 - 中村 淳子
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 黒部市民病院地域連携室
 - フレンディー
- 本江うるね薬局
 - 清河 雄介
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 小沢薬局
 - 玉木 栄志
- うなづき薬局
 - 沓掛 隆義
- 富山労災病院 地域連携室
 - 佐々木 悦子
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 -名前または電子メールを - 送信

チャット よく使う機能

195 KB

出所: 中川彦人

在宅療養実施計画書（患者家族用）

作成日 平成 年 月

____ 様 _____ 歳 (性別) _____

在宅介護人:

連絡先 (下記の医師コール基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない場合や、その先生の指示があれば、以後 2、3、4の順に連絡してください。)

1 かかりつけ医(主治医) _____ TEL: _____

2 副主治医1 _____ TEL: _____

3 副主治医2 _____ TEL: _____

4 連携病院 _____ TEL: _____

FAX: _____

連携病院サポート医: _____

ケアマネージャー名: _____ TEL: _____

訪問看護事業所名:

担当: _____ TEL: _____

訪問介護事業所名: _____

担当: _____ TEL: _____

アウトカム・方針: _____

医師コールの基準: _____

- ディスカッション - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ディスカッション

新規作成 ビュー

カテゴリ	件名	日付	作成者
	PCAポンプの設定について	2010/01/05 18:13	藤岡 照裕
	ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。	2010/01/06 12:27	藤岡 照裕
	疼痛管理	2010/01/06 12:58	千代 英夫
	Re: 疼痛管理	2010/01/17 10:47	藤岡 照裕
	在宅療養実施計画書を更新しました。	2010/01/06 18:59	藤岡 照裕
	訪問入浴について	2010/01/08 17:48	フレンドイー
	排泄介助について	2010/01/08 18:06	フレンドイー
	訪問看護の臨時訪問希望について	2010/01/12 19:16	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセット交換回数について	2010/01/27 12:11	見澤 哲郎
	オピオイドの減量について	2010/02/02 16:46	見澤 哲郎
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/02 23:54	藤岡 照裕
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/03 17:31	遠藤 幸枝
	デュロテックパッチの貼付部位について	2010/02/02 16:56	見澤 哲郎
	主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して…	2010/02/02 22:19	藤岡 照裕
	2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。	2010/02/02 22:45	藤岡 照裕
	今後の方針	2010/02/04 18:19	藤岡 照裕
	Re: 今後の方針	2010/02/05 14:59	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 17:20	見澤 哲郎
	Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 18:07	藤岡 照裕
	在宅に要する費用	2010/02/08 9:46	渡辺俊雄

件名 疼痛管理
 カテゴリ
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
 - 千代 英夫
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
 - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
 - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- 藤岡医院
 - 藤岡三郎
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 中川医院
 - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
 - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 -名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

194 KB

出所: 中川彦人

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

日単位ウィンドウの表示

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
2月 28日	3月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	2日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	3日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	5日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護	6日
7日	8日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護	9日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	10日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	11日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	12日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:00 訪問介護 17:30 訪問介護	13日
14日	15日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	16日 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	17日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	18日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	19日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	20日
21日 13:30 訪問看護	22日	23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護	24日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	25日	26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	27日
28日	29日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	30日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	31日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	2日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:30 訪問介護 17:30 訪問介護	3日

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
 - 千代 英夫
- 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
 - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
 - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- 藤岡医院
 - 藤岡 三郎
- ストローハット
 - サポート (ストローハット)
- 中川医院
 - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
 - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
- メープル薬局
 - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加
-名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像

画像

画像の追加...

R0011754s

1/20



ワークスペースメンバ

- 富山県立中央病院 地域...
- 地域連携室
- 藤が丘クリニック
- 藤岡 照裕
- ストローハット
- サポート (ストローハ...
- 中川医院
- 中川 彦人
- 藤岡医院
- 藤岡 三郎
- 川瀬医院
- 川瀬紀夫
- メープル薬局
- 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
- 渡辺俊雄
- 黒部市民病院 在宅介護...
- 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
- 金谷 雅美

ワークスペースに... 受信者の追加

-名前または電子... 送信

チャット

よく使う機能

- ツールの未読通知の無効化
- ツールの追加
- ワークスペースのプロパテ...
- 自分が使用している他のコ...

ファイル 1 | ディスカッション | 予定表 | 画像 1

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

東京都医療連携手帳 (緩和ケアパス)

東京都緩和ケアネットワーク試行版

Mitsuyo Goto 07072010

地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

東東京緩和ケアネットワーク

対象地区：

中央区、千代田区、港区、文京区、台東区、江東区、墨田区、江戸川区、足立区、荒川区、葛飾区など

事業内容：

- ◎緩和ケア提供機関の連携マップ作成（連携機関のみ使用）
- 「緩和ケア地域連携クリティカルパス」地域医療連携システムの開発推進/提案

Mitsuyo Goto 07072010



連携課題

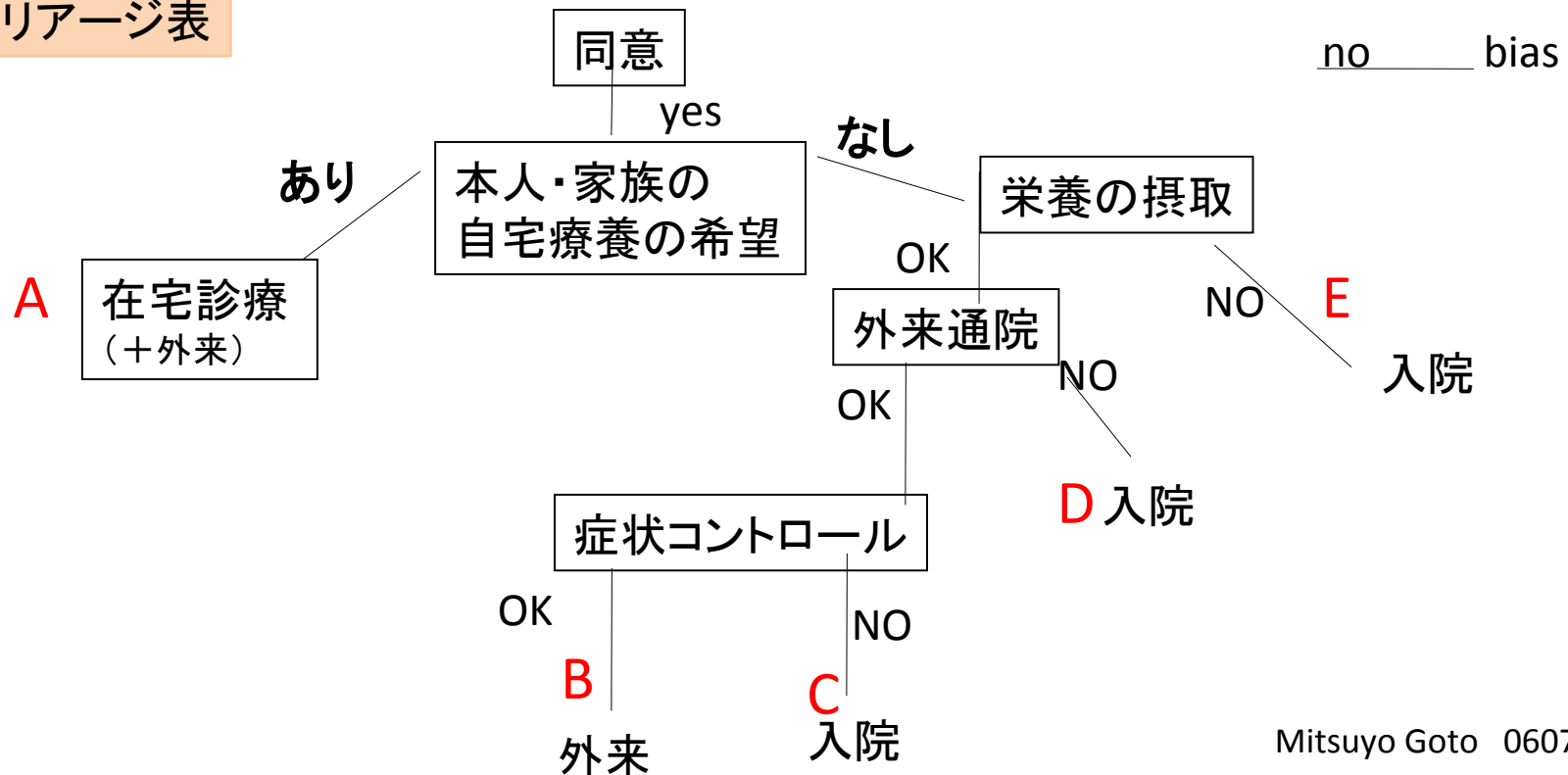
1. 連携・在宅イメージがもてない/ 違う

医療従事者・本人・家族、在宅医療・ケアの知識、経験がない
患者・家族の選択できる条件提供がされていない

⇒ 受容支援と自立支援が困難

医療管理上: 通院可能、かかり医、訪問診療、在宅療養指導管理で発生する場合 ⇒ 請求先は？ 物品調達、薬剤調達

トライアージ表

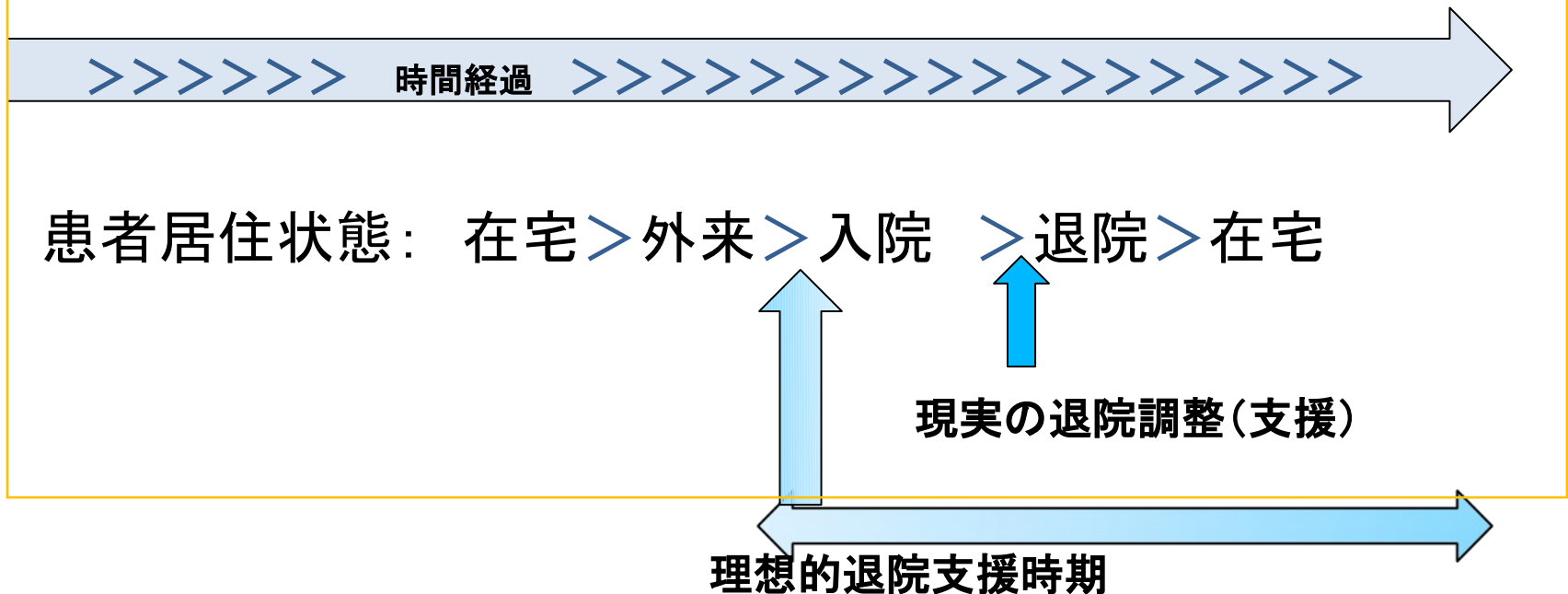


連携課題

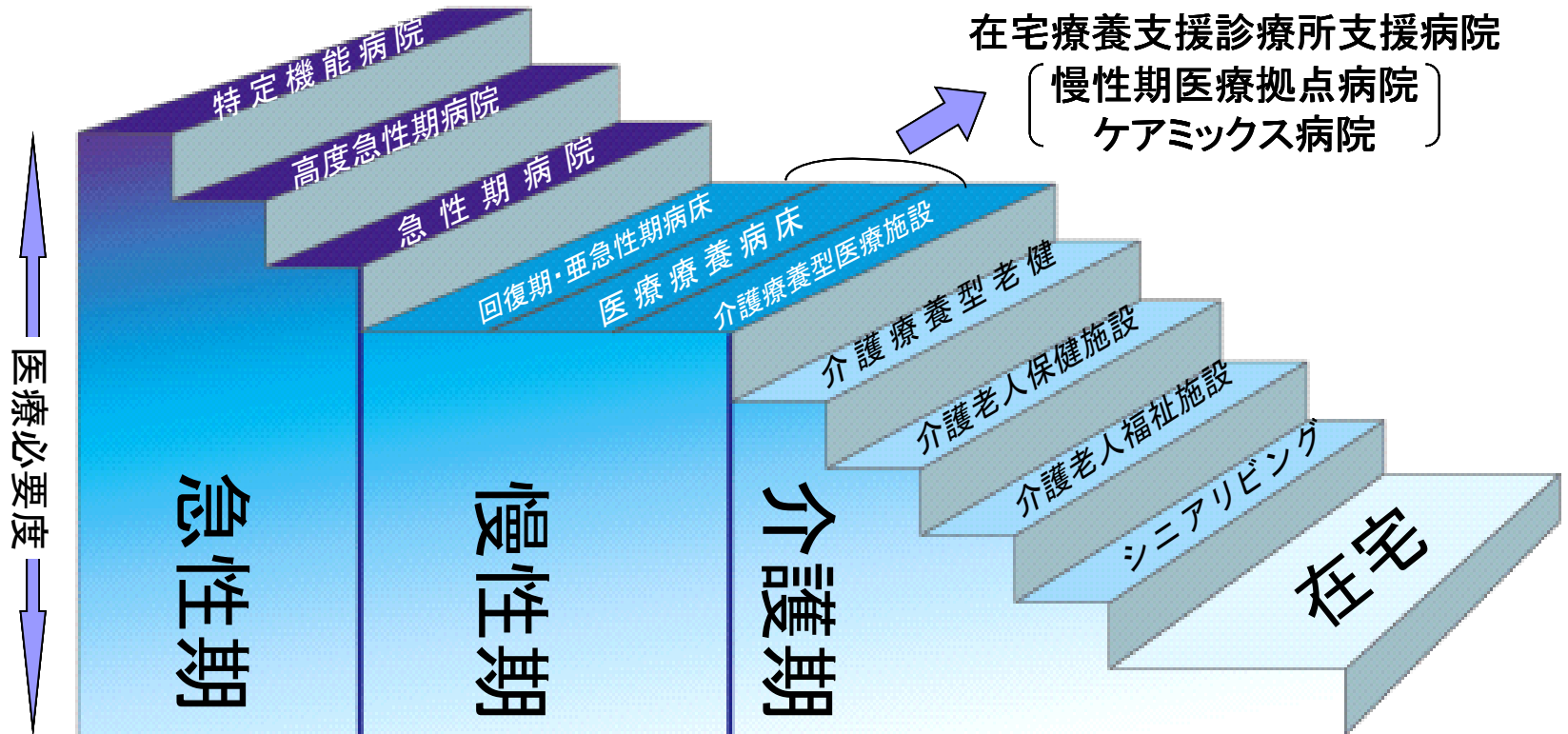
2. 長い時間軸でとらえられない

治療・療養を非常に短い時間軸でとらえがちである⇒支援の介入が遅れる

<退院支援／調整の概略図>



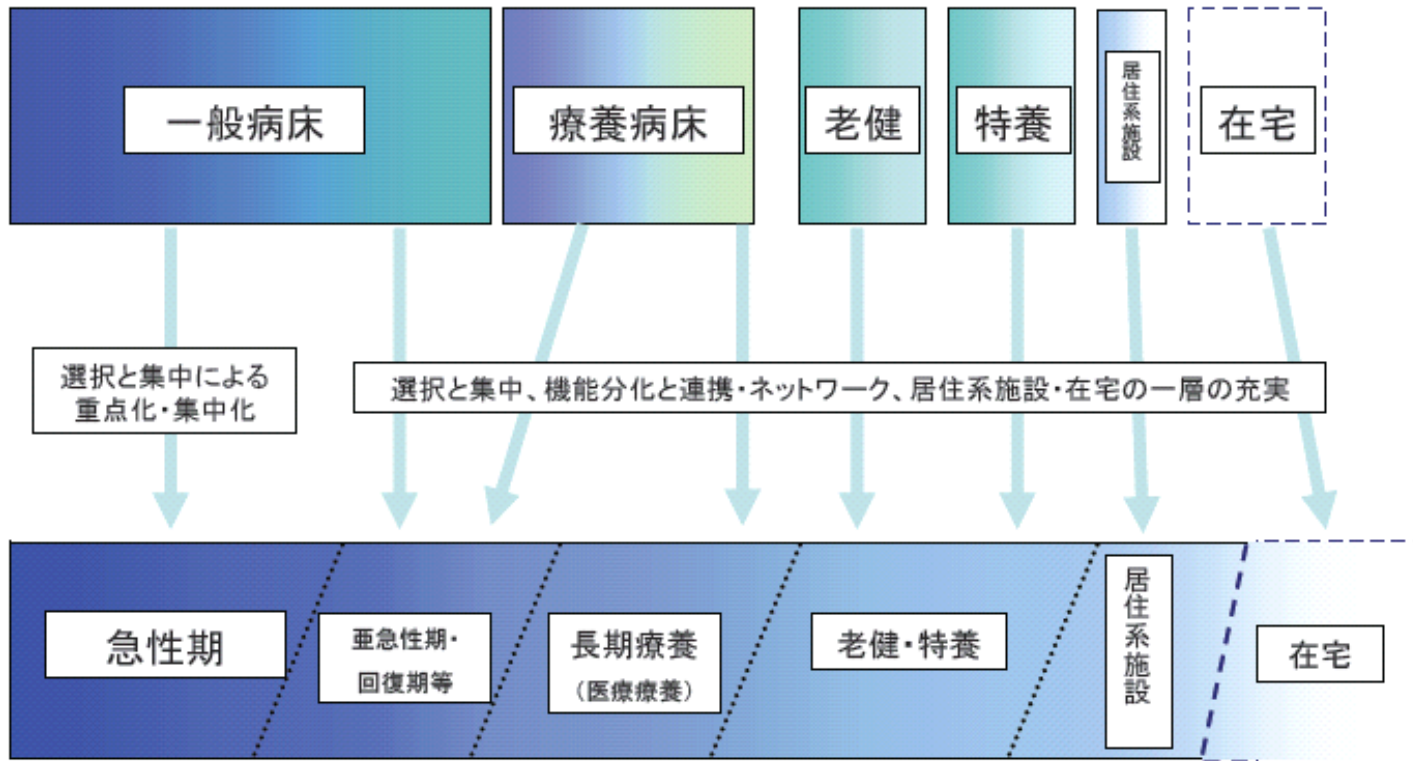
医療・介護提供体制



2009.3月 武久洋三 試案

医療・介護提供体制の現状と将来像(イメージ図)

現状: 病床機能の未分化、ニーズに応じた供給の不足



将来像: 選択と集中、機能分化・ネットワーク、居住系施設・在宅の一層の充実

医療介護連携課題

3. 急性期の医療機関・入院管理優先順位の主流

転倒予防、誤薬予防、身体データの安定優先管理

⇒退院後の生活空間とのギャップ、生活構築のためギャップが生じる
在宅への移行が困難になる

医療介護連携課題

4. 書式・情報の統一化がない

断片的・欠落したケア、情報の非対称性

⇒ 病態変化への対応や在宅療養の継続(在宅見取り)困難

緩和ケア地域連携クリティカルパス 東京都医療連携(緩和ケア)手帳 試行版

緩和ケア手帳

- ◆私の予定
- ◆連携先名簿
- ◆情報共有シート
- ①診断・現病歴・既往歴 ②保険情報
- ③医療処置・医療材料情報 ④日常生活身体情報
- ⑤家族歴 ⑥病名・予後の告知
- ⑦適応事項確認 ⑧連携先対応・緊急連絡の条件
- ◆入院/外来/在宅ケアの適応基準

お薬手帳

- ・痛みの✓
- ・症状パス
- ・処方内容

東京都福祉保健局 地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」



連携手帳を用いた診療の流れ

使用目的: 情報共有、医療・介護・福祉機関間でのサービスの安心・安全かつ効率的な連携移行

使用する時期: 退院時ケアカンファレンスの時などから

使う方の例: ①連携・依頼先へFAX ②カルテ内保存 ③ご本人保存携帯

記入者: 医療従事者など

手帳内容: 私の予定、連携先名簿、情報共有シート

- 1) 本人・家族などの連絡先
- 2) 私の予定 (適宜追加)
- 3) 連携先情報
- 4) 情報共有シート(適宜追加)
 - ① 診断・現病歴・既往歴
 - ② 保険情報
 - ③ 医療処置・医療材料情報
 - ④ 日常生活身体情報
 - ⑤ 家族歴
 - ⑥ 病名・予後の告知
 - ⑦ 適応事項確認
 - ⑧ 連携先対応・緊急連絡の条件

お名前		性別： 男 女	
生年月日	明・大 昭・平	年	月 日
住所			
電話番号			
携帯番号			
家族・友人連絡先			
1)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			
2)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			
3)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			

私の予定		記入	月	日	
受診・検査予定					
年		月	日	場所	内容
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
* お薬の予定は薬手帳を使用します					

連携連絡先

記入 月 日

緊急受診(往診)先①

担当者名

電話番号

緊急受診(往診)先②

担当者名

電話番号

かかりつけ病院・医師①

担当者名

電話番号

住所

かかりつけ病院・医師②

担当者名

電話番号

住所

かかりつけ病院・医師③

担当者名

電話番号

住所

連携連絡先

記入 月 日

かかりつけ薬局

電話番号

住所

ヘルパー

担当者名

電話番号

住所

訪問看護ステーション

担当者名

電話番号

住所

その他①

担当者名

電話番号

住所

その他②

担当者名

電話番号

住所

記入 月 日

記入 月 日

診断名

現病歴

既往歴

医療処置・医療材料情報

医療処置

- 気管カニューレ 酸素供給装置 (l/分)
- 膀胱カテーテル
- 腎ろう ストーマ CAPD
- 経管栄養(胃ろう 腸ろう 経鼻)
- インスリン自己注
- 中心静脈栄養(ポート カテ)
- ポンプ種類()
- 持続注入ポンプ
- (皮下 静脈 硬膜外 くも膜下)
- 投与薬剤 (*お薬手帳を使用します)
- ポンプ種類()
- その他()
- その他()
- その他()

医療材料

- その他()
- その他()
- その他()
- その他()
- その他()
- その他()
- その他()

保険情報

- 社会保険 共済 国民健康保険 生活保護
- 公費制度適用 (種類)
- 負担割合 割
- 介護保険
- 申請中 認定済 (要介護1 2 3 4 5 要支援1 2)
- 介護保険サービス利用
- 限度額認定証 (有効期限 年 月 日)

記入 月 日

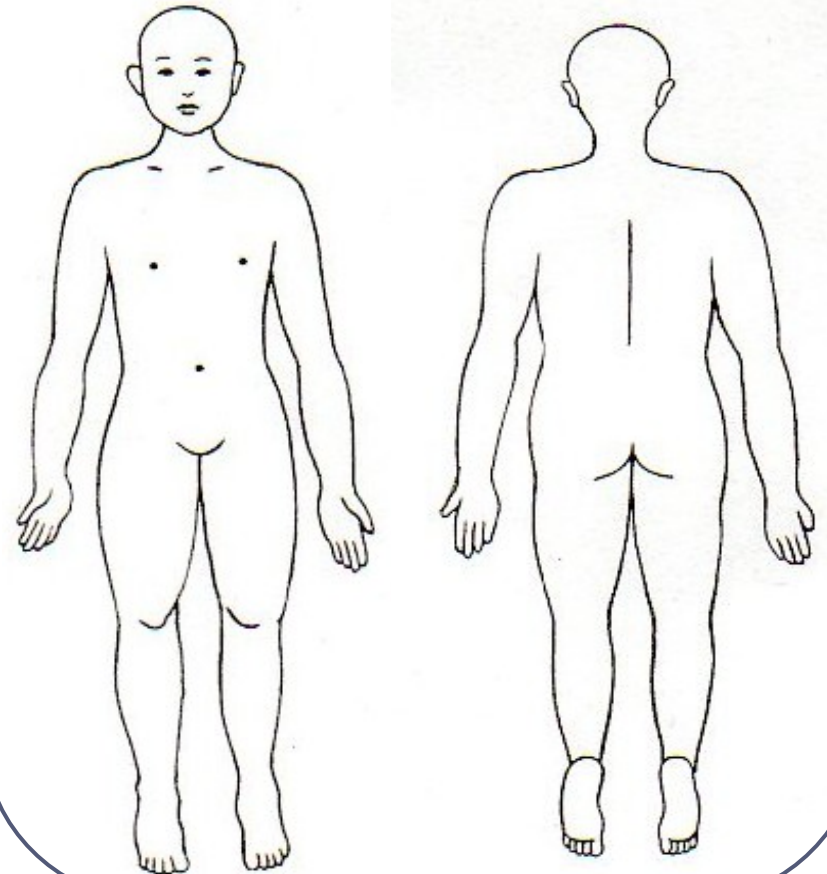
日常生活・心身状態

排泄	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 便()回/ ()日
食事	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 嚥下困難
移動	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> ストーマ周囲
精神症状	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> その他()
睡眠	<input type="checkbox"/> 入眠障害 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> その他()
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食品() <input type="checkbox"/> その他()
その他	

記入 月 日

疼痛部位・褥瘡部位

疼痛部位: 安静時  体動時 
 褥瘡部位: 



記入 月 日

家族歴等

- 独居
- 家族あり
- キーパーソン: ★印

()

連絡先

()

- 意思決定代理人 : 印

()

連絡先

()

構成: (同居人は丸で囲む)

記入 月 日

病名告知 本人 家族

<内容>

本人

家族

予後告知 本人 家族

<説明内容>

本人

家族

記入 月 日

適応事項確認

DNRの同意書	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
療養の希望場所 *複数回答可	本人 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>外来 <input type="checkbox"/>入院 <input type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>他() 家族 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>外来 <input type="checkbox"/>入院 <input type="checkbox"/>施設 <input type="checkbox"/>他()
急変時対応先 24時間365日体制	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>病院 <input type="checkbox"/>かかりつけ病院・医師 <input type="checkbox"/>かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/>ヘルパー <input type="checkbox"/>訪問看護ステーション <input type="checkbox"/>その他 ()

記入 月 日

連携先対応・緊急連絡の条件

病院 () 第1条件: 第2条件:
かかりつけ病院・医師①() 第1条件: 第2条件:
かかりつけ病院・医師②() 第1条件: 第2条件:
かかりつけ薬局 () 第1条件: 第2条件:
ヘルパー () 第1条件: 第2条件:
訪問看護ステーション() 第1条件: 第2条件:
その他 () 第1条件: 第2条件:

緩和ケア地域連携クリティカルパス 東京都医療連携(緩和ケア)手帳 試行版

緩和ケア手帳

- ◆私の予定
- ◆連携先名簿
- ◆情報共有シート
- ①診断・現病歴・既往歴 ②保険情報
- ③医療処置・医療材料情報 ④日常生活身体情報
- ⑤家族歴 ⑥病名・予後の告知
- ⑦適応事項確認 ⑧連携先対応・緊急連絡の条件
- ◆入院/外来/在宅ケアの適応基準

お薬手帳

- ・痛みの✓
- ・症状パス
- ・処方内容

東京都福祉保健局 地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」



アグレッシブ・トリートメント

ラダー2段階:モルヒネ60mg経口中

内服2週目
嘔気・嘔吐症状薬剤パス

訪問日	2月7日																
成果・目標	<input type="checkbox"/> 夜間の睡眠が確保できる <input type="checkbox"/> 安静時の疼痛が緩和される			成果・目標	<input type="checkbox"/> 夜間の睡眠が確保できる <input type="checkbox"/> 安静時の疼痛が緩和される <input type="checkbox"/> 動作時の疼痛が緩和される			成果・目標	<input type="checkbox"/> 夜間の睡眠が確保できる <input type="checkbox"/> 安静時の疼痛が緩和される <input type="checkbox"/> 動作時の疼痛が緩和される								
食事	□() () () ()			食事	□() () () ()												
安静度	□体内フリー			安静度	□体内フリー												
清潔	□清拭 □洗髪			清潔	□清拭 □洗髪												
排便				排便													
全身管理				全身管理													
体温				体温													
血圧				血圧													
脈拍				脈拍													
呼吸数				呼吸数													
SpO2				SpO2													
疼痛の程度	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 薬物量検討 濃注意			疼痛の程度	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 薬物量検討 濃注意												
嘔気	強 4 3 2 弱 1 0			嘔気	強 4 3 2 弱 1 0												
眠気	強 4 3 2 弱 1 0			眠気	強 4 3 2 弱 1 0												
その他の症状	有・無	有・無	有・無	他の症状	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	

~数日 眠気症状パス

期間中継続: 排泄障害、呼吸苦症状、かゆみ・発汗症状薬剤パス

多量投与時
ミオクローヌス症状パス

日記記入例

- 痛みを感じた時刻やレスキューを服用した時刻を記入してください。
(痛みが発生しやすい時間などから痛みを誘発する原因などを予測することができます。)



痛みの程度やレスキュー薬を飲んだ時間を記入してください。

午前中		午後～夜間	
1時		13時	
2時	強い痛みがあり オプソを服用した 場合	14時	外出時買い物 痛み2
3時		15時	痛み0~1
4時		16時	
5時		17時	
6時	起床 痛み0~1	18時	
7時	定時の薬のんだ	19時	
8時	8:15オプソ服用	20時	定時の薬のんだ
9時	9:30オプソ服用	21時	少し吐き気がした
10時		22時	
11時	オプソ服用により 痛みがよくな った	23時	就寝中 痛み4 オプソ2包
12時		24時	

軽い痛みはあったがオプソを服用しなかった場合

痛み以外のことを記入してもかまいません

痛み以外のことを記入してもかまいません。
日常生活のパターンから痛みを感じやすくなる原因や場合がわかってくることがあります。
・痛みを数値で表現する

痛みを数値で表現することで以前のいたみと比較したり、いたみの程度を理解しやすくしたりするためのものです。
0を痛みなしとして10をいままでのなかで考えられる一番ひどい痛みとして記入してください。

痛み無し

中程度の痛み

非常に強い痛み



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
軽い痛み

強い痛み

考えられる一番ひどい痛み

痛み日記の付け方

	x月 x日()	x月 xx日()
定時で出ている薬を飲んだ時間		
オプノ、オキノームなど臨時で出ている薬を飲んだ時間		
一番つらい時の痛みの強さ	0 2 4 6 8 10 1 3 5 7 9	0 2 4 6 8 10 1 3 5 7 9
痛みが少ないときの痛みの強さ	0 2 4 6 8 10 1 3 5 7 9	0 2 4 6 8 10 1 3 5 7 9
気になる症状	回数(2)回 かいふつ 回数(0)回 かいふつ (回数・かたど) やわらかい下 其他() やわらかい下 其他()	回数(2)回 かいふつ 回数(0)回 かいふつ (回数・かたど) やわらかい下 其他() やわらかい下 其他()
	嘔気・嘔吐 吐いた 回数() 吐いた 回数()	吐いた 回数() 吐いた 回数()
	食欲 ある 少しある 全くない 食事量()	ある 少しある 全くない 食事量()
	眠気 ない 少しある・つよい 其他()	ない 少しある・つよい 其他()
	睡眠 よく眠れた 痛みで目が覚め 寝付きが悪い 痛みで目が覚め	よく眠れた 痛みで目が覚め 寝付きが悪い 痛みで目が覚め
	その他	
フリーコメント 自由に記載してください	さいきん、疲れがとれない	

決まった時間にのむおくすりを服用した時間に○をしてください。

レスキュー(痛いとき)に使うおくすりを使用した時間に○をしてください。

その日のうちに、一番痛いとき、一番痛みが少ないときの痛みの強さに○をして

便の状態、嘔気・嘔吐、食欲、眠気、睡眠の状態を○つけて教えてください。

なにか気になったことを記載してください。

・便通・便回数

普通の便とは水分があまり多く形が崩れない便です。軟便とは上記の便よりも水分が多く、少しゆるめの便です。硬便とは硬い便のことで、形はコロコロとした小石のような便です。

・吐き気(嘔気)・嘔吐

嘔気とは吐き気のことをいい、実際にはいってしまうことを嘔吐といいます。嘔気・嘔吐の原因にはいろいろなことが考えられ、これによって食事の量が減ってしまうこともあります。

・食事の量

出された食事の何割程度を食べたかを記入してください。食事の量が何らかの原因によって減ると、体力や意欲が減退してしまいます。

・フリースペース

尿量・回数、体温、呼吸苦などきになったことを記載してください。

・痛みを数値で表現する

痛みを数値で表現することで以前の痛みと比較したり、いたみの程度を理解しやすくなるためのものです。0を痛みなしとして10さいままでのなかで考えられる一番ひどい痛みとして、痛みを0から10で表現します。



院内でのオピオイド導入パス

オピオイド導入クリニカルパス

		導入前日		導入2日目		導入3日目		導入4日目		導入5日目	
処方	使用基準	<input type="checkbox"/> 直前直観ができる <input type="checkbox"/> 安静時疼痛が消失する <input type="checkbox"/> 体動時疼痛が消失する		<input type="checkbox"/> 直前直観ができる <input type="checkbox"/> 安静時疼痛が消失する <input type="checkbox"/> 体動時疼痛が消失する		<input type="checkbox"/> 直前直観ができる <input type="checkbox"/> 安静時疼痛が消失する <input type="checkbox"/> 体動時疼痛が消失する		<input type="checkbox"/> 直前直観ができる <input type="checkbox"/> 安静時疼痛が消失する <input type="checkbox"/> 体動時疼痛が消失する		<input type="checkbox"/> 直前直観ができる <input type="checkbox"/> 安静時疼痛が消失する <input type="checkbox"/> 体動時疼痛が消失する	
	NSAIDs	□モロヘギク10(1)T 分1 朝食後 □ロキニニム(80)3T 分3 毎食後 □カロナール(200)8T 分4 毎食後-就寝前		□モロヘギク10(1)T 分1 朝食後 □ロキニニム(80)3T 分3 毎食後 □カロナール(200)8T 分4 毎食後-就寝前		□モロヘギク10(1)T 分1 朝食後 □ロキニニム(80)3T 分3 毎食後 □カロナール(200)8T 分4 毎食後-就寝前		□モロヘギク10(1)T 分1 朝食後 □ロキニニム(80)3T 分3 毎食後 □カロナール(200)8T 分4 毎食後-就寝前		□モロヘギク10(1)T 分1 朝食後 □ロキニニム(80)3T 分3 毎食後 □カロナール(200)8T 分4 毎食後-就寝前	
	オピオイド 定時処方	<input type="checkbox"/> MSコンチン(10mg) ()錠 <input type="checkbox"/> オキシコンチン(1mg) ()錠 <input type="checkbox"/> デュロチックMT(バチ)2.1mg ()錠 ※痛みが強い場合は追加でオピオイドにチェック		<input type="checkbox"/> MSコンチン(10mg) ()錠 <input type="checkbox"/> オキシコンチン(1mg) ()錠 <input type="checkbox"/> デュロチックMT(バチ)2.1mg ()錠 ※痛みが強い場合は追加でオピオイドにチェック		<input type="checkbox"/> MSコンチン(10mg) ()錠 <input type="checkbox"/> オキシコンチン(1mg) ()錠 <input type="checkbox"/> デュロチックMT(バチ)2.1mg ()錠 ※痛みが強い場合は追加でオピオイドにチェック		<input type="checkbox"/> MSコンチン(10mg) ()錠 <input type="checkbox"/> オキシコンチン(1mg) ()錠 <input type="checkbox"/> デュロチックMT(バチ)2.1mg ()錠 ※痛みが強い場合は追加でオピオイドにチェック		<input type="checkbox"/> MSコンチン(10mg) ()錠 <input type="checkbox"/> オキシコンチン(1mg) ()錠 <input type="checkbox"/> デュロチックMT(バチ)2.1mg ()錠 ※痛みが強い場合は追加でオピオイドにチェック	
	レスキュー	<input type="checkbox"/> オナプ(1)mg ()錠 <input type="checkbox"/> オキニウム 2.5mg ()錠		<input type="checkbox"/> オナプ(1)mg ()錠 <input type="checkbox"/> オキニウム 2.5mg ()錠		<input type="checkbox"/> オナプ(1)mg ()錠 <input type="checkbox"/> オキニウム 2.5mg ()錠		<input type="checkbox"/> オナプ(1)mg ()錠 <input type="checkbox"/> オキニウム 2.5mg ()錠		<input type="checkbox"/> オナプ(1)mg ()錠 <input type="checkbox"/> オキニウム 2.5mg ()錠	
	追加処方	<input type="checkbox"/> ガバペン(200) 2T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> ロキニニム(10)1c 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コリンチロン(0.5)4T 分1 朝食後 <input type="checkbox"/> ロソク4mg /4通毎		<input type="checkbox"/> ガバペン(200) 2T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> ロキニニム(10)1c 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コリンチロン(0.5)4T 分1 朝食後 <input type="checkbox"/> ロソク4mg /4通毎		<input type="checkbox"/> ガバペン(200) 2T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> ロキニニム(10)1c 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コリンチロン(0.5)4T 分1 朝食後 <input type="checkbox"/> ロソク4mg /4通毎		<input type="checkbox"/> ガバペン(200) 2T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> ロキニニム(10)1c 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コリンチロン(0.5)4T 分1 朝食後 <input type="checkbox"/> ロソク4mg /4通毎		<input type="checkbox"/> ガバペン(200) 2T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> ロキニニム(10)1c 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コリンチロン(0.5)4T 分1 朝食後 <input type="checkbox"/> ロソク4mg /4通毎	
	制剤	<input type="checkbox"/> ノバニ(5)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> プリンペラ(5)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> ノバニ(5)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> プリンペラ(5)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> ノバニ(5)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> プリンペラ(5)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> ノバニ(5)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> プリンペラ(5)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> ノバニ(5)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> プリンペラ(5)3T 分3 毎食後	
	鎮下剤 (定時)	<input type="checkbox"/> マグネシ(300)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> センソサイド(12)2T 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> マグネシ(300)3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> センソサイド(12)2T 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> マグネシ(12) 3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> センソサイド(12) 2T 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> マグネシ(12) 3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> センソサイド(12) 2T 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> マグネシ(12) 3T 分3 毎食後 <input type="checkbox"/> センソサイド(12) 2T 分1 就寝前	
	鎮下剤 (服用)	<input type="checkbox"/> ラキソベロン 10滴 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> アローゼン 2P 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> ラキソベロン ()滴 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> アローゼン ()P 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> ラキソベロン ()滴 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> アローゼン ()P 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> ラキソベロン ()滴 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> アローゼン ()P 分1 就寝前		<input type="checkbox"/> ラキソベロン ()滴 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> アローゼン ()P 分1 就寝前	
	NSAIDs処方時には必須処方	<input type="checkbox"/> タケプロン(OD)(15)1T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コムス(100)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> タケプロン(OD)(15)1T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コムス(100)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> タケプロン(OD)(15)1T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コムス(100)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> タケプロン(OD)(15)1T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コムス(100)3T 分3 毎食後		<input type="checkbox"/> タケプロン(OD)(15)1T 分1 就寝前 <input type="checkbox"/> コムス(100)3T 分3 毎食後	
	アセスメント	痛みの評価	痛みのためほとんど眠れない 痛みのため目が覚める 痛みのため目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 体動時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 痛みに伴う不安を訴える 頻回に安静時疼痛を訴える 体動時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 痛みに伴う不安を訴える 頻回に安静時疼痛を訴える 体動時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 痛みに伴う不安を訴える 頻回に安静時疼痛を訴える 体動時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 疼痛治療薬の増量を検討 痛みに伴う不安を訴える 頻回に安静時疼痛を訴える 体動時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない
数値		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
数値		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
平均		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
現在		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
レスキュー回数		()回		()回		()回		()回		()回	
投与		<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 下剤		<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 減量 <input type="checkbox"/> 下剤	
副作用		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 皮膚薬トラブル		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 皮膚薬トラブル		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 皮膚薬トラブル		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 皮膚薬トラブル		<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸抑制 <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 皮膚薬トラブル	
アセスメント		医師 □ 薬剤師 □ 看護師 □ 薬剤師 □		医師 □ 薬剤師 □ 看護師 □ 薬剤師 □		医師 □ 薬剤師 □ 看護師 □ 薬剤師 □		医師 □ 薬剤師 □ 看護師 □ 薬剤師 □		医師 □ 薬剤師 □ 看護師 □ 薬剤師 □	
評価者											
説明指導	疼痛治療薬の増量を認めるとして 疼痛治療薬の増量を認めるとして 疼痛治療薬の増量を認めるとして		理解を得るまで繰り返し指導が必要です。		理解を得るまで繰り返し指導が必要です。		理解を得るまで繰り返し指導が必要です。		理解を得るまで繰り返し指導が必要です。		
指示医サイン											
コメント											

まとめ

<医療と介護の地域連携の普及・推進の要点と留意点>

1. 地域連携背景の理解
2. 普及・推進への理解
3. 地域連携クリティカルパスについて学習
4. 各地区・機関の機能(ネットワーク)把握
5. 地域クリティカルパス作成
6. 地域クリティカルパス運用
7. 地域クリティカルパス使用評価

<成功の7つのキーポイント>

1. 基礎となる連携組織(中心人物)がいる
2. 役割・機能の明確化とネットワーク(医師や看護師のいない地域の薬局の役割)
3. パスの試行、運用、改定が繰り返されている(予算がある)
4. 研修会や事例検討会を開催されている(共通認識)
5. 他職種のメデイカルスタッフの参加がある(ピラミッド型医療からの脱却)
6. パスの様式がシンプルである
7. 行政関与

<現状の課題>

1. 患者参加型ではない(選択肢の提供、患者自身の決定権を尊重)
2. 中核病院同士(院内各科内)の調整
3. 「在宅療養支援診療所」制度化の副主治医の診療報酬