



国際医療福祉大学

三田病院

ヘルスケアサービスの連携 ～地域連携クリティカルパスと疾病管理～

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、薬剤師等のコメディカルを育成している。

国際医療福祉大学



栃木県大田原

東京本部
(乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



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



国際医療福祉
大学クリニック



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

今日の予定

- 前半 13:30～15:00
 - 2010年診療報酬改定と地域連携
 - 「地域連携クリティカルパス」と「退院支援」
 - 10分休憩と何でも質問コーナー
- 後半 15:10～16:30
 - 疾病管理とナースプラクティショナー
 - 21世紀システム「疾病管理」と「疾病ケアマネジャー(ナースプラクティショナー)」の役割
 - 何でも質問コーナー

目次

- パート1
 - 2010年診療報酬改定
- パート2
 - 地域医療連携による救急・小児医療の再建
- パート3
 - 地域連携クリティカルパス
- パート4
 - 退院調整(退院支援)
- パート5
 - 在宅終末期連携パス
- パート6
 - DPCと地域医療連携評価
- パート7
 - 医療福祉連携士制度



パート1

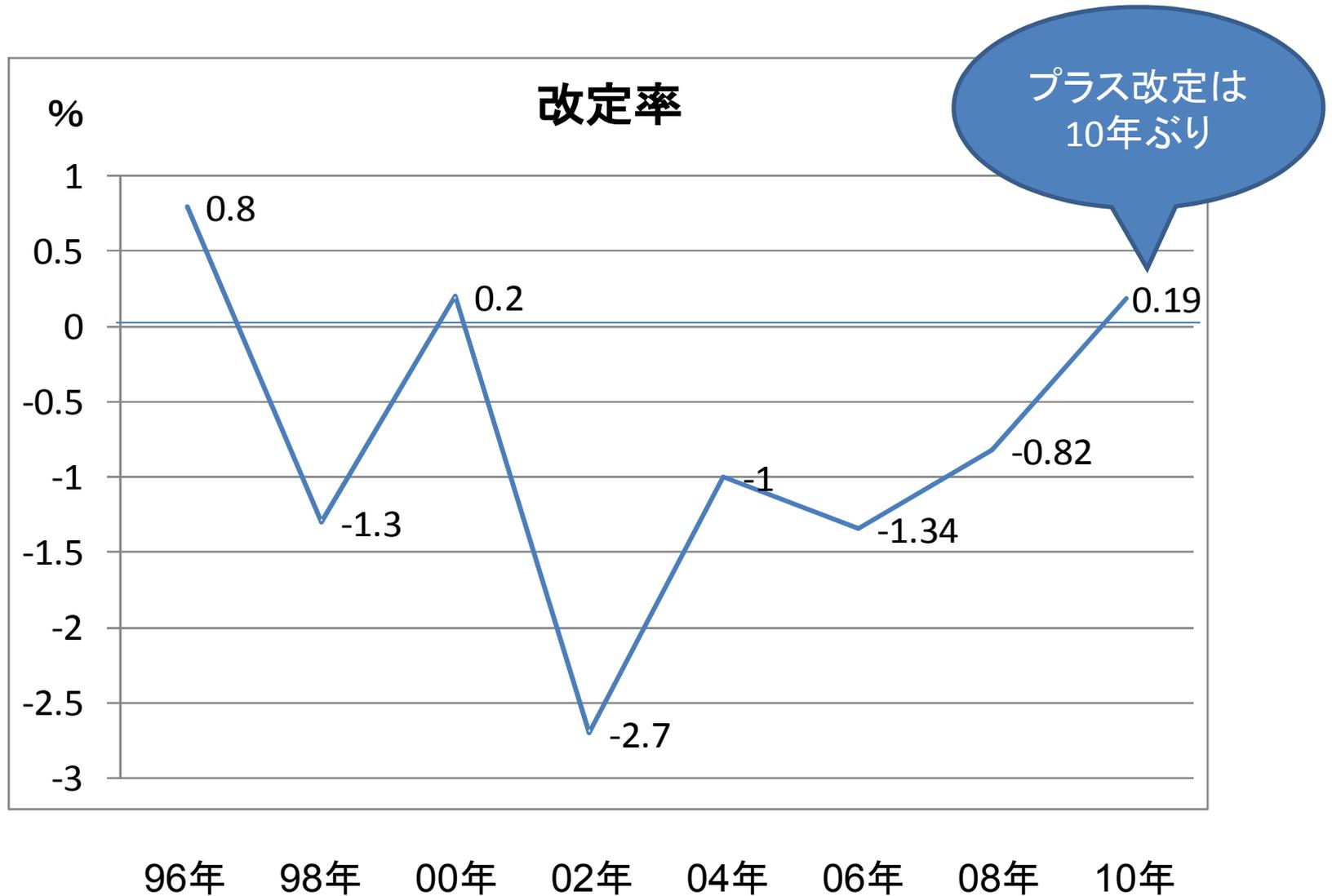
2010年診療報酬改定

民衆党政権下初の改定

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
地域医療連携による
救急・小児医療の再建

地域連携による 救急患者の受け入れの評価

- 救急患者の受け入れを病院が止むなく断る理由
 - 「処置困難」、「専門外」、「処置中」、「医師不在」
「病床の満床」
- 救急患者を受け入れ病床を確保しておく必要がある
 - 受け入れた救急患者や転院待ちの患者が病床をふさいでいて新たな救急患者の受け入れが困難なことが多い。
- 救急患者をすばやく治療し、早期に地域連携を通じて、後方の医療機関に転送する仕組みが必要

救急医療の評価の充実について③

救急搬送患者の受入の評価

- 地域における救急医療の中核を担う医療機関が、地域の連携によってその機能を十分に発揮できるように、緊急入院した患者について、早期転院支援の評価を新設

⑧ 救急搬送患者地域連携紹介加算 500点

⑨ 救急搬送患者地域連携受入加算 1,000点

[算定要件]

三次又は二次救急医療機関に緊急入院した患者が5日以内に他の医療機関に転院した場合に算定する。

[施設基準]

救急搬送患者地域連携紹介加算

- ① 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算、救命救急入院料、特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理加算又は脳卒中ケアユニット入院医療管理加算を算定していること。
- ② 受入医療機関とあらかじめ連携していること。

救急搬送患者地域連携受入加算

紹介元医療機関とあらかじめ連携していること。

「救急搬送患者地域連携紹介加算 (500点)」(救急を担う医療機関)

- 算定要件

- 救急を担う医療機関が受け入れ医療機関との間であらかじめ連携が図られていることも条件となっている
- このため救急を担う医療機関は日頃から転院先の病院と地域連携室等を通じて連携を密にしておくことが必要となる。

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

① 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

② 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。

パート3

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

急性期病院の過度な患者集中 が勤務医を疲弊させる



地域連携クリティカルパスの活用

2-1. 地域医療連携の必要性

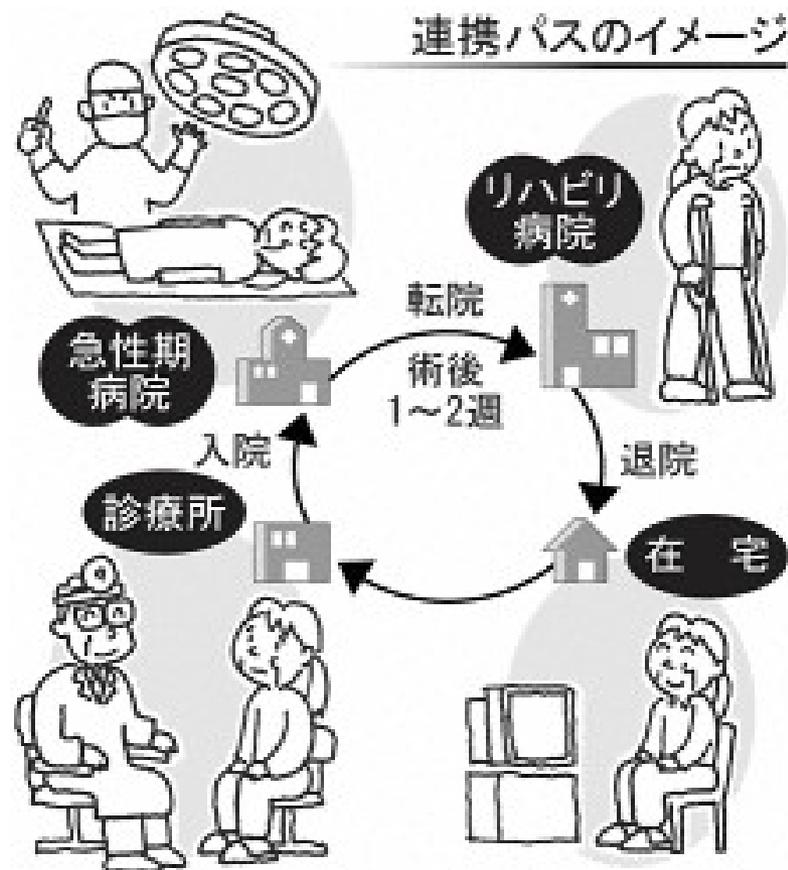
近年、地域の患者が必要以上に高度な医療を求めて中核病院へ集中。医師不足とあいまって、中核病院での医師の負担が増大し、医師が辞めていくという悪循環が発生。これが地域の医師不足問題(医療崩壊)。これに対応するため、中核病院と周辺の診療所等が適切な役割分担をして治療(地域医療連携クリティカルパスなど)を実現することが不可欠。その際の患者情報の連携には情報技術が不可欠。



地域連携クリティカルパスとは？

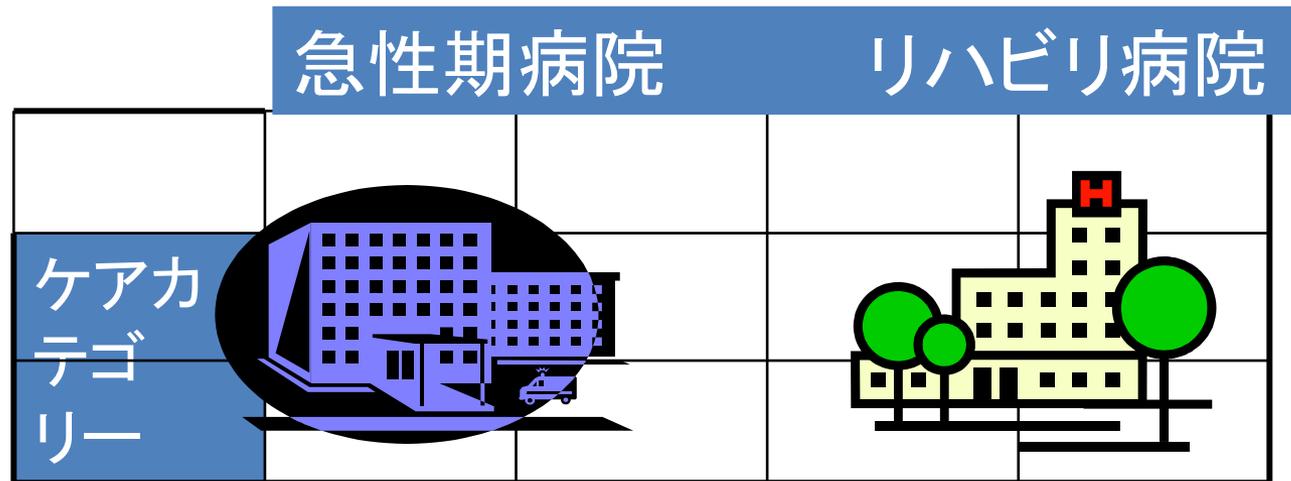
- 地域連携クリティカルパス

- 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



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

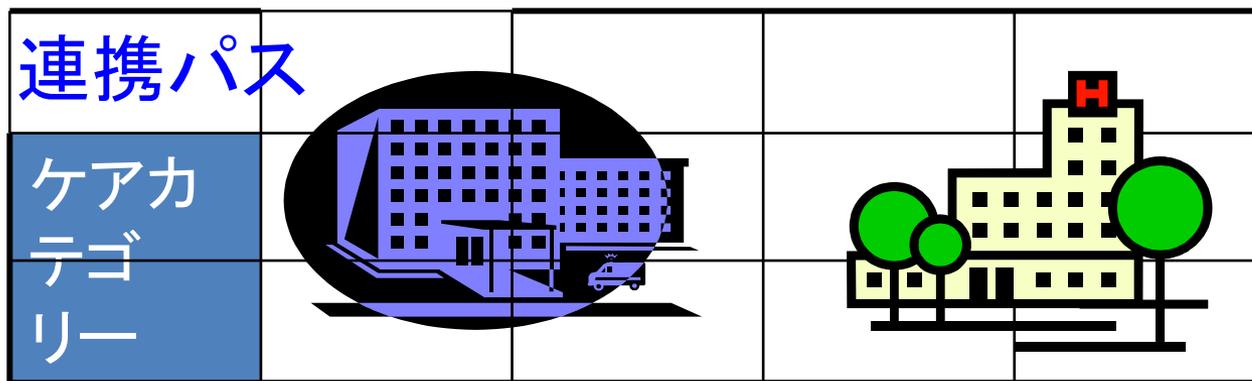
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

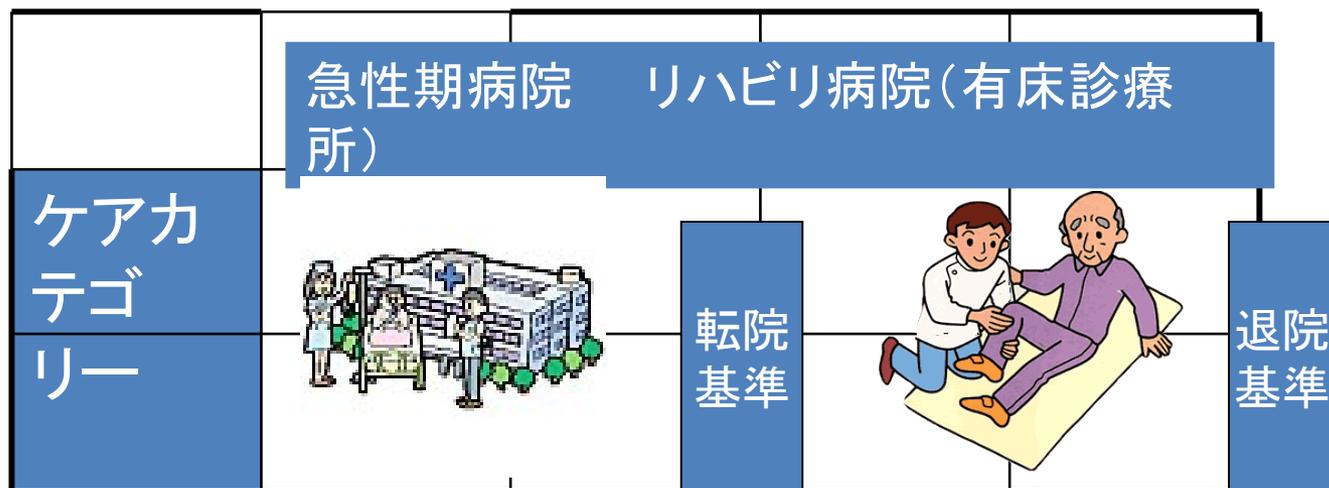


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

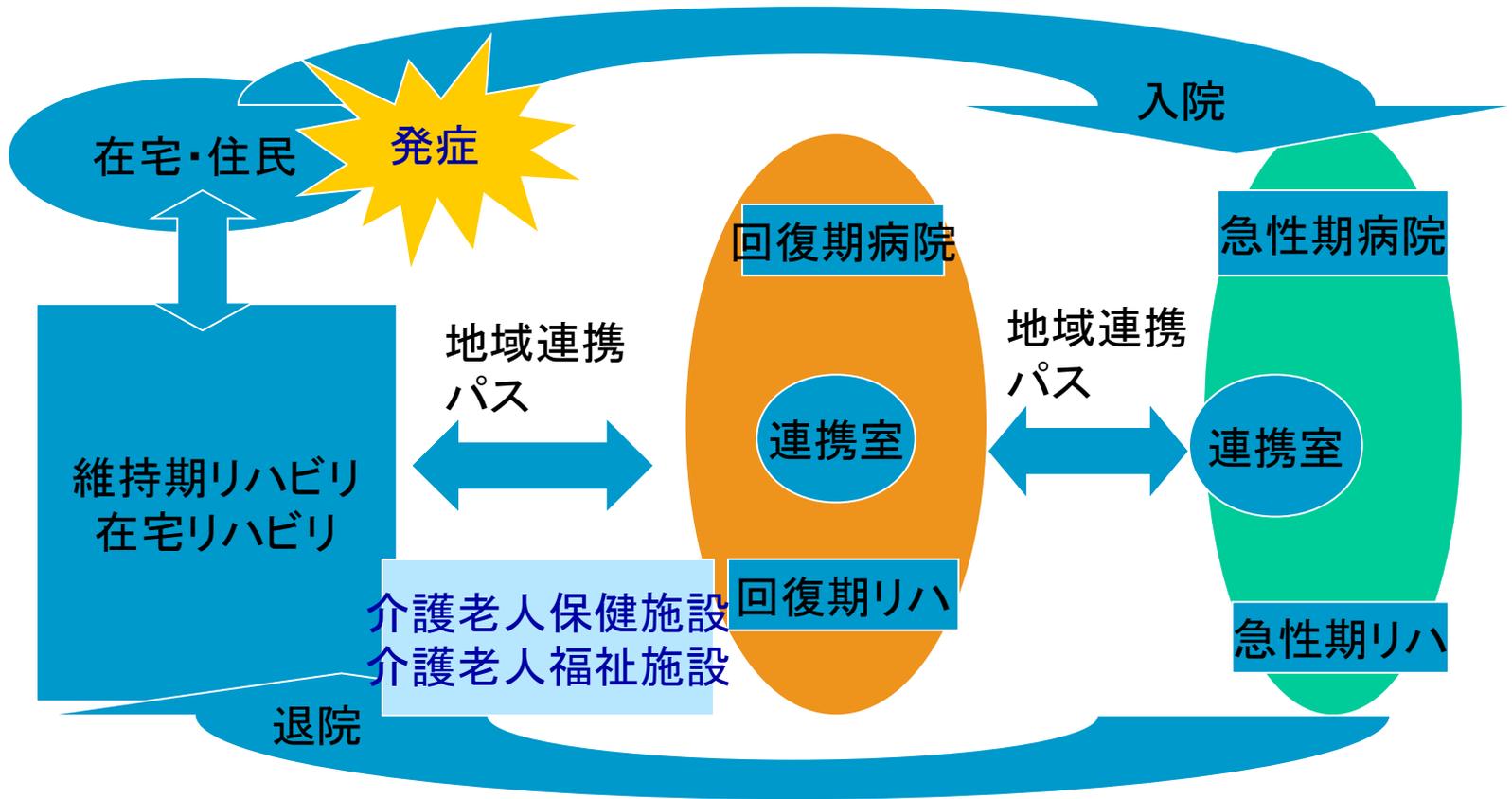
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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



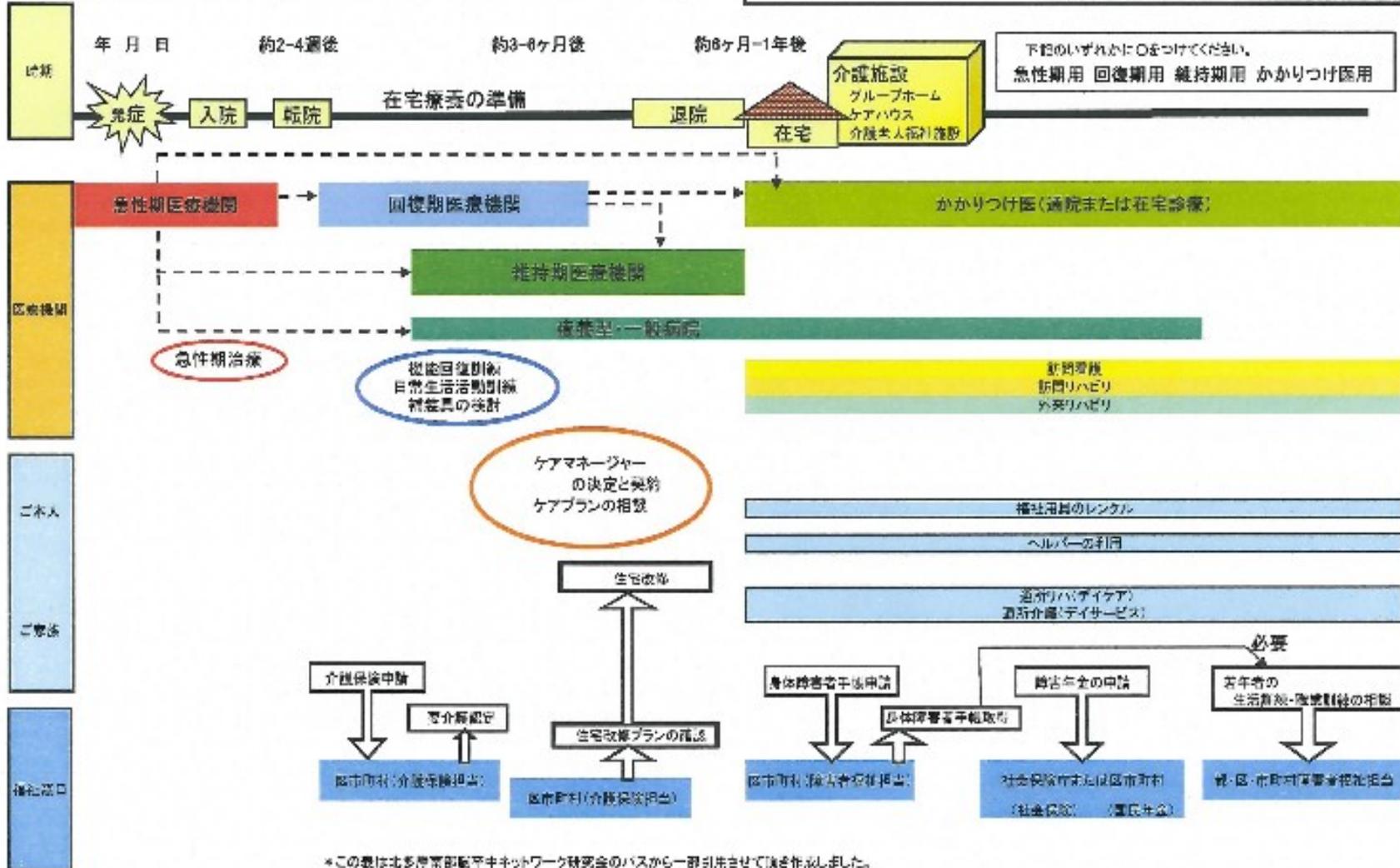
急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

診療計画

私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



*この表は北海道常任副知事ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

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

港区連携PEGパス研究会は 港区内で拡大中

- 港区基幹6病院
 - 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
- 当初は三田病院と済生会中央病院(慶応大学系列)→港区全域に拡大
- PEGドクターネットワークの協力
- 訪問看護ステーション、保険薬局へ拡大
- 港区医師会、港区薬剤師会、港区歯科医師会へ拡大

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に関する問題の抽出、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

2009年9月5日 第3回連携PEGパス研究会

- ・伊東先生(南薩ケアほすぴたる)「鹿児島県の連携PEGパス事情」
- ・清水薬局、清水晴子「港区の在宅経管栄養患者の実態」

清水薬局

保険薬局
東京都薬剤師会



基準薬局

使用済み注射針
回収薬局
港区薬剤師会



子ども110番

スマイル商品券



東京都薬剤師会認定



3-15



子ども110番

造設年月日: 製品名: 型名: (バンパー or パルーン) (ボタン or チューブ) サイズ: 長さ cm×太さ Fr 最新交換日:	栄養剤投与方法(種類): 6時 9時 12時 15時	必要栄養量: kcal) 18時 21時 24時	交換予定日: 施設病院連絡先: *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	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [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	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与方法 <input type="checkbox"/> トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			<input type="checkbox"/> 次回カテーテル交換説明 <input type="checkbox"/> 交換当日の食事について説明 朝7時まで注入を終了 <input type="checkbox"/> 内服は7時までで終わらせる <input type="checkbox"/> 交換依頼
備考				
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

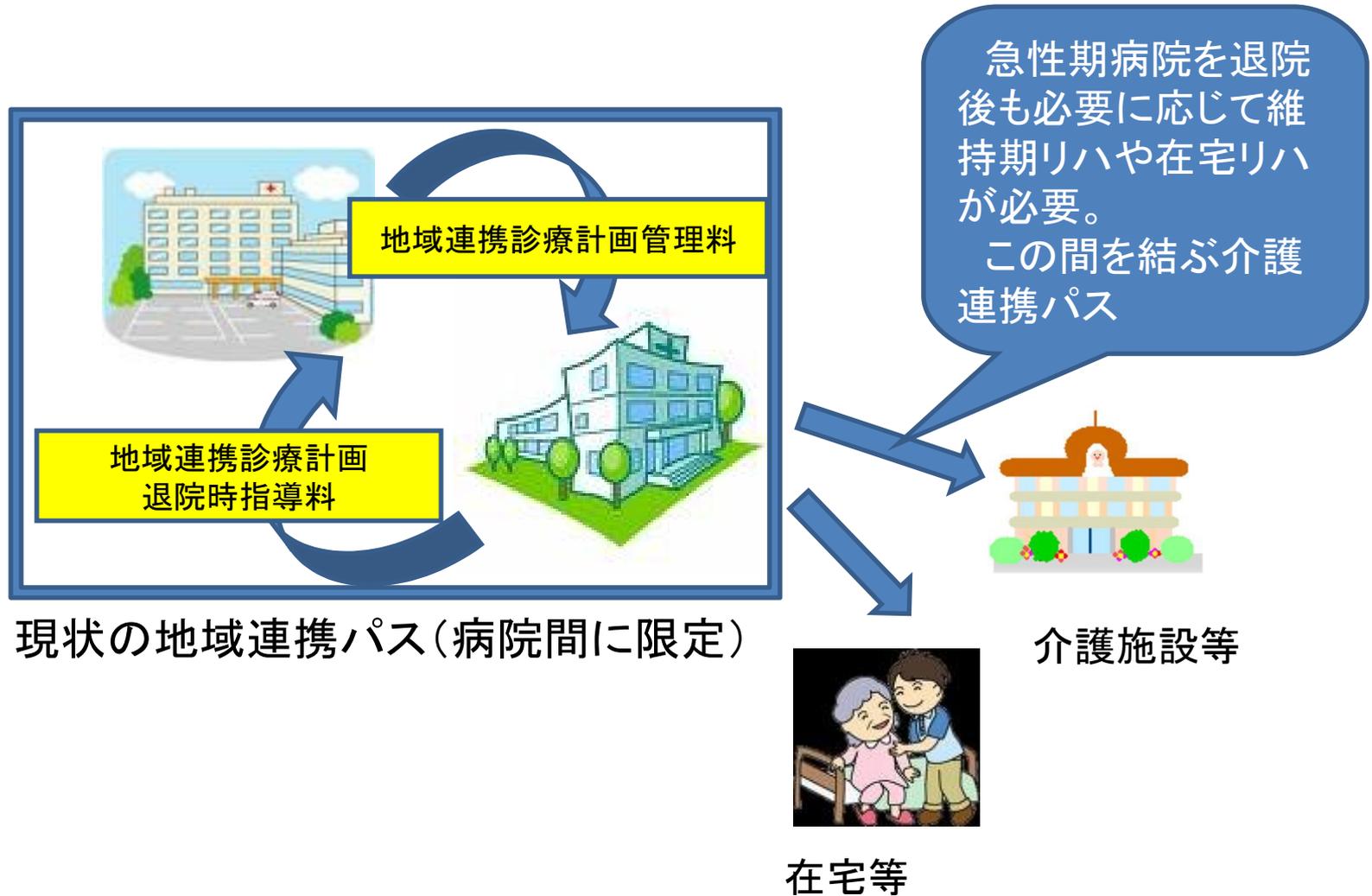
連携PEGパス

港区医師会
「みなとe連携パス」に掲載

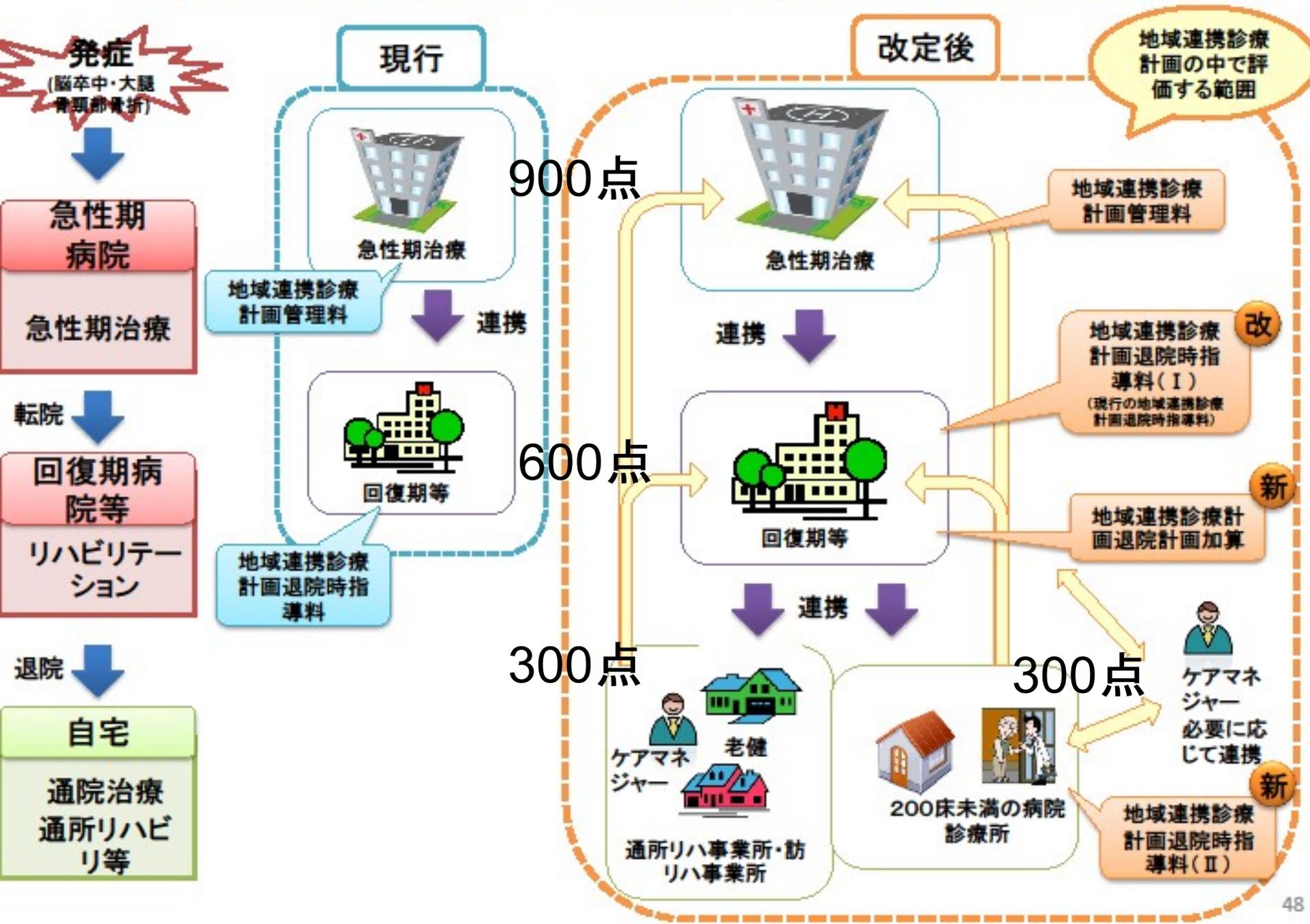
10年診療報酬改定 地域連携パスの2つの議論

- 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



介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含む
地域連携クリティ
カパスを、
「介護連携パス」
と呼んでは？



介護連携パスの必要性と期待

- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた介護サービスに係る人員、施設設備及び介護サービスに関する情報の共有
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

第2回介護連携パス研究会

- テーマ: 医療と介護のシームレス連携を目指して
- 日時 2010年9月18日(土)13:00 ~ 17:00
- 会場 国際医療福祉大学大学院 東京青山
キャンパス5階ホール
 - 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー5階

第2回介護連携パス研究会

- 基調講演「香川シームレスケア研究会における脳卒中在宅地域連携パスの運用」
 - 香川労災病院 副院長・脳神経外科部長 藤本俊一郎
- 講演Ⅰ「介護の質検討プログラムの狙いと進捗報告」
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 講演Ⅱ「新宿区委託事業“退院調整モデル事業”の現状報告」
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子
- 講演Ⅲ「介護連携パス研究会の地方展開と茨城分科会の現状報告」
 - 有限会社ファイブアローズ あおぞら介護塾 塾長 岩下由加里
- (株式会社アイ・シー・キューブ 代表取締役 江幡博明)
- パネルディスカッション
 - 司会:介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子

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

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ー

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

順天堂大学医学部附属病院

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

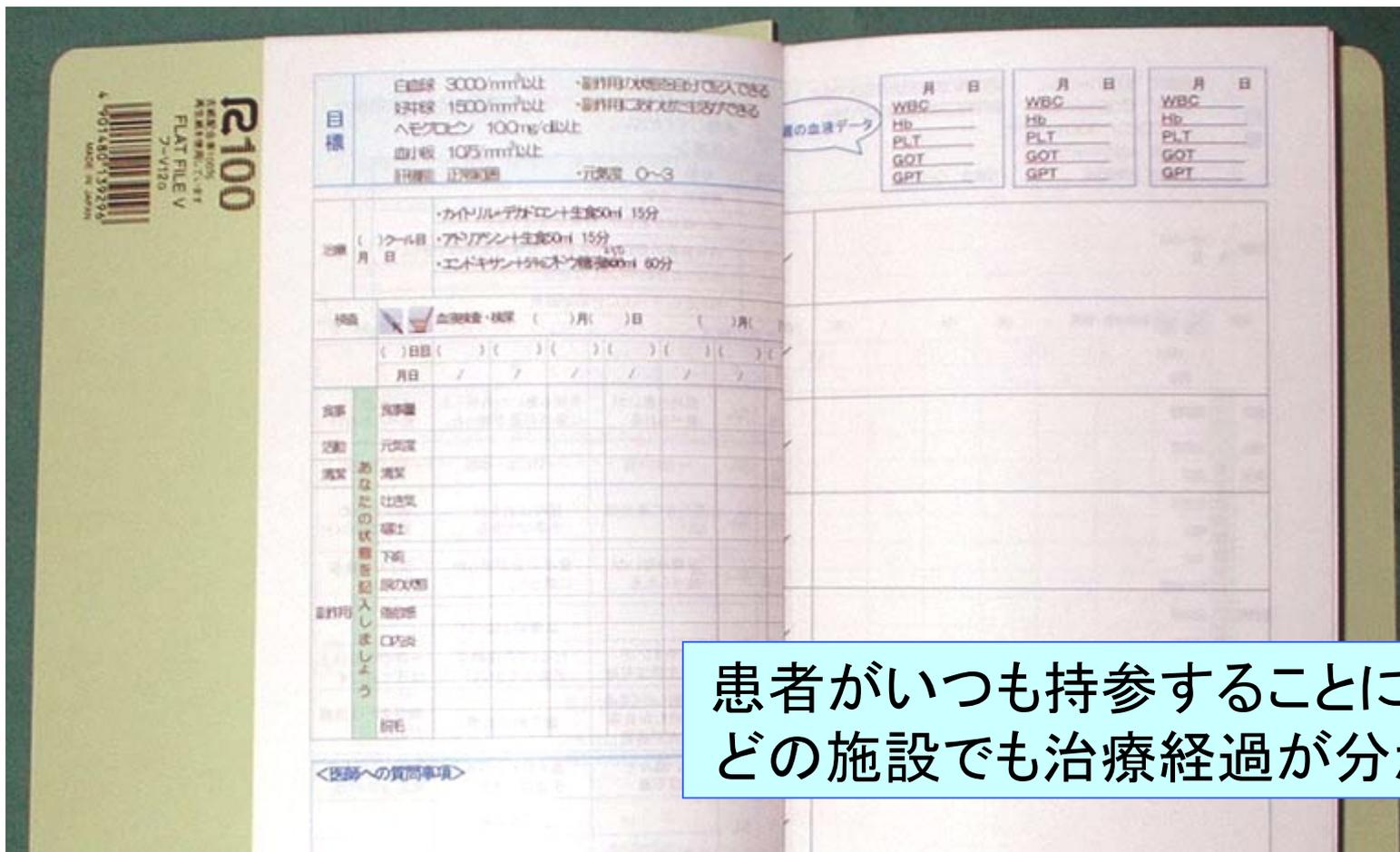
谷水班として作成すべき4点セット

- 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

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

患者用連携パス

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 	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	腹部CT 内視鏡												
	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 					 <p>気になる症状は主治医に 伝えてください。</p>																					
														6カ月後	9カ月後	1年後	1年 3カ月後	1年 6カ月後	1年 9カ月後	2年後	2年 6カ月後	3年後	3年 6カ月後	4年後	4年 6カ月後	5年後	
														2週間毎に受診			1カ月毎に受診										
														血液検査 			<3カ月毎> 血液検査 (腫瘍マーカー)										
														薬物 (TS-1) 治療  服薬日誌 			気になる症状は主治医に 伝えてください。										
函館五稜郭病院 連絡先： 主治医：														診療所名： 連絡先： 主治医：													

【図2 TS-1による胃癌術後補助化学療法における地域連携パス (患者用)】

私のカルテ（服薬記録）

服薬記録

診察時には、この手帳を担当の医師または薬剤師に見せましょう。



氏名

有害事象（自覚症状の早期発見役立つ。）

電話番号

担当医師名

本資料は製薬員試験のための資料ではありません。 第0版 2014年8月発行

提供：  大樹薬品工業株式会社
http://www.taho.co.jp/

< 服薬記録 > 記入例

	日		月		火		水		木		金		土	
	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕
服薬期間 (予定)	2月 / 日 ~ 2月28日													
服薬数			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状														
休薬期間 (予定)	3月 / 日 ~ 3月4日													
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	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
症状	⑨		⑨		⑨		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		31		2		3		4		5		6	
服薬数	2	2	2	×										
症状														
日付	7													
服薬数														
症状														

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

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 朝朝食み忘れ
 2/15 診察、口内炎のための薬かわる (自カセル)
 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

次のような症状の発生を自覚した場合は、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、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ
- ⑥ 息切れ、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 膝や手足などがむくむ
- ⑮ 尿量が減る、血尿
- ⑯ にどしがわかりにくい
- ⑰ 発熱、かゆみ、色澤沈着、手足の皮膚炎
- ⑱ 手足に力が入らない、唇が痛い

自覚症状の番号を記入

- 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、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ
- ⑥ 息切れ、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 膝や手足などがむくむ
- ⑮ 尿量が減る、血尿
- ⑯ にどしがわかりにくい
- ⑰ 発熱、かゆみ、色澤沈着、手足の皮膚炎
- ⑱ 手足に力が入らない、唇が痛い

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



港区がん連携パス研究会



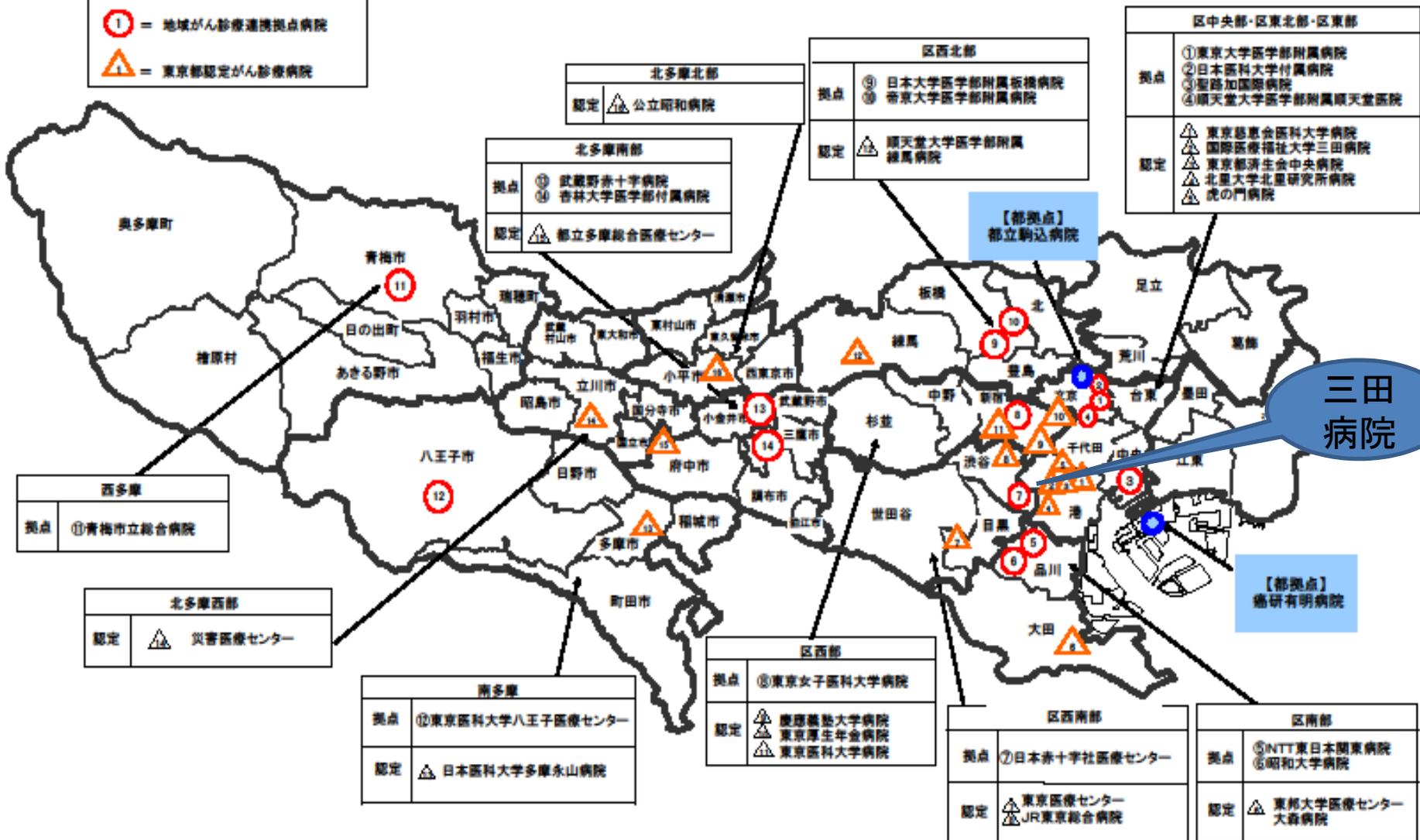
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

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

がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況

平成22年4月1日現在

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



東京都がん診療連携拠点病院は30カ所

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
 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（

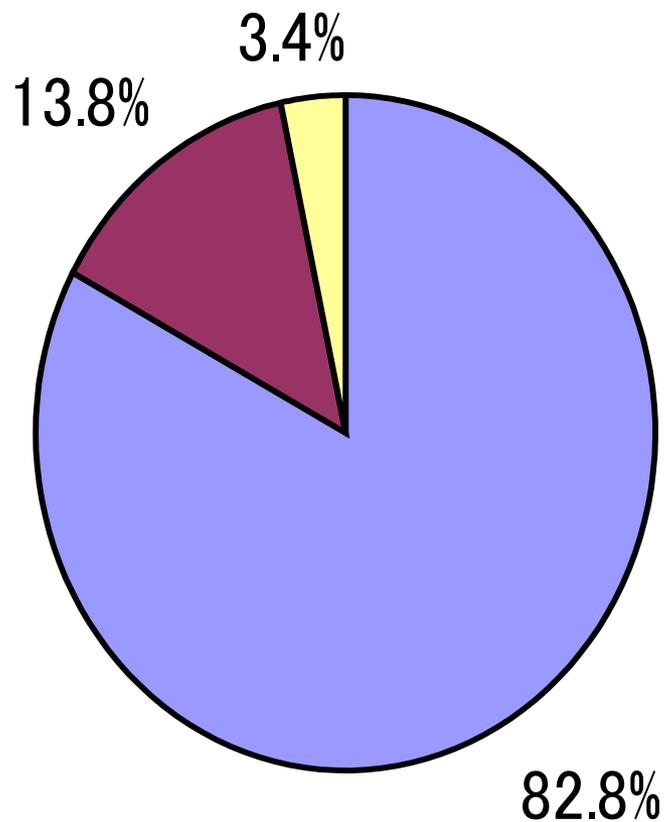
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- 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

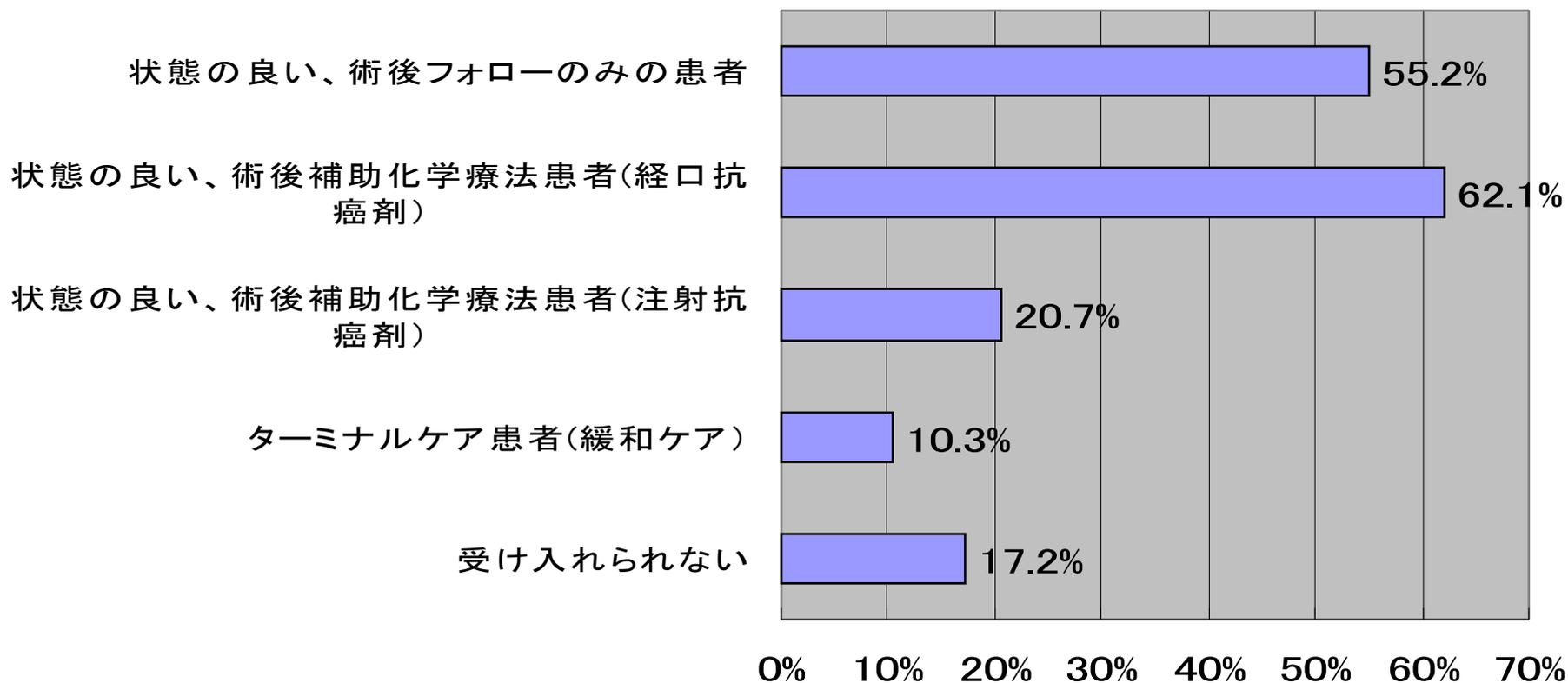
がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか



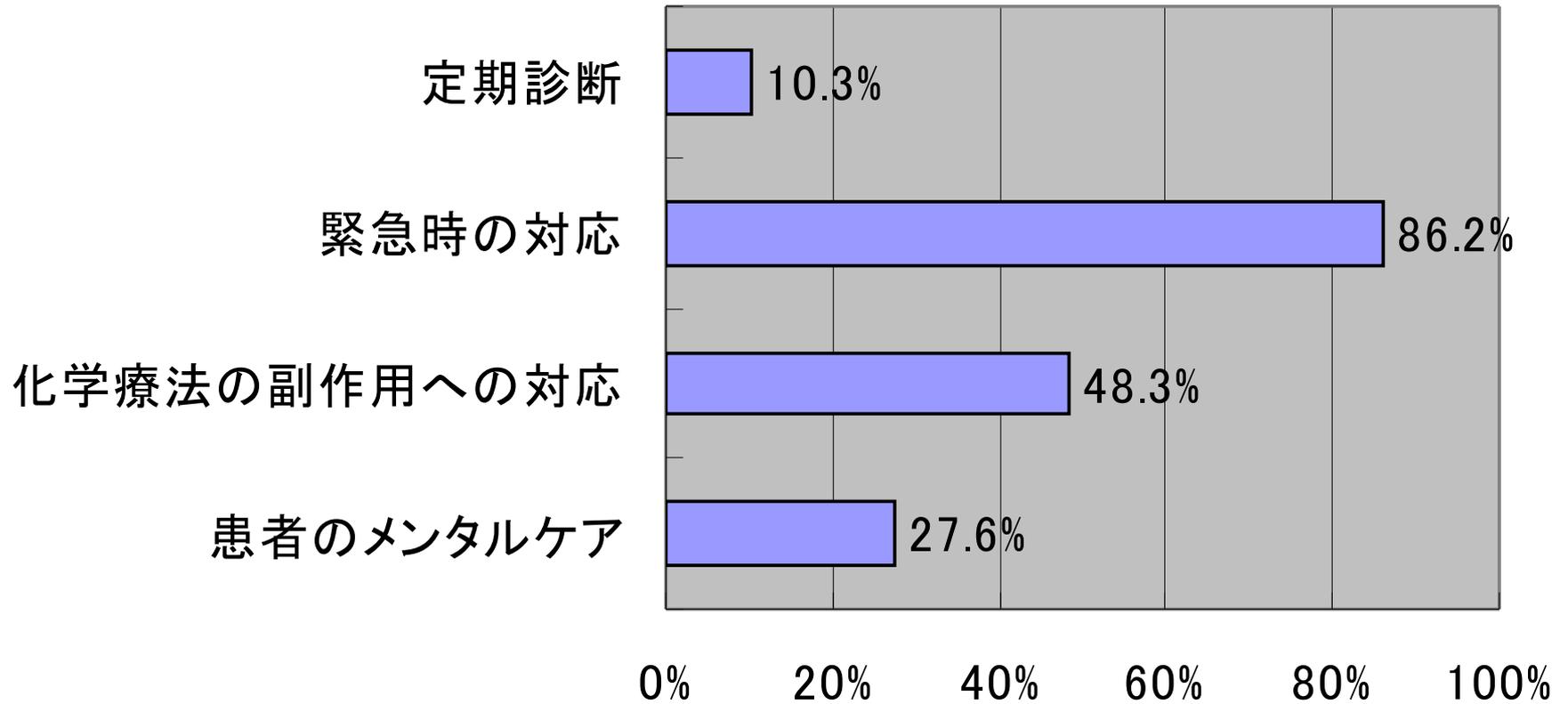
がん術後のフォローに興味を持つ理由

- 「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」

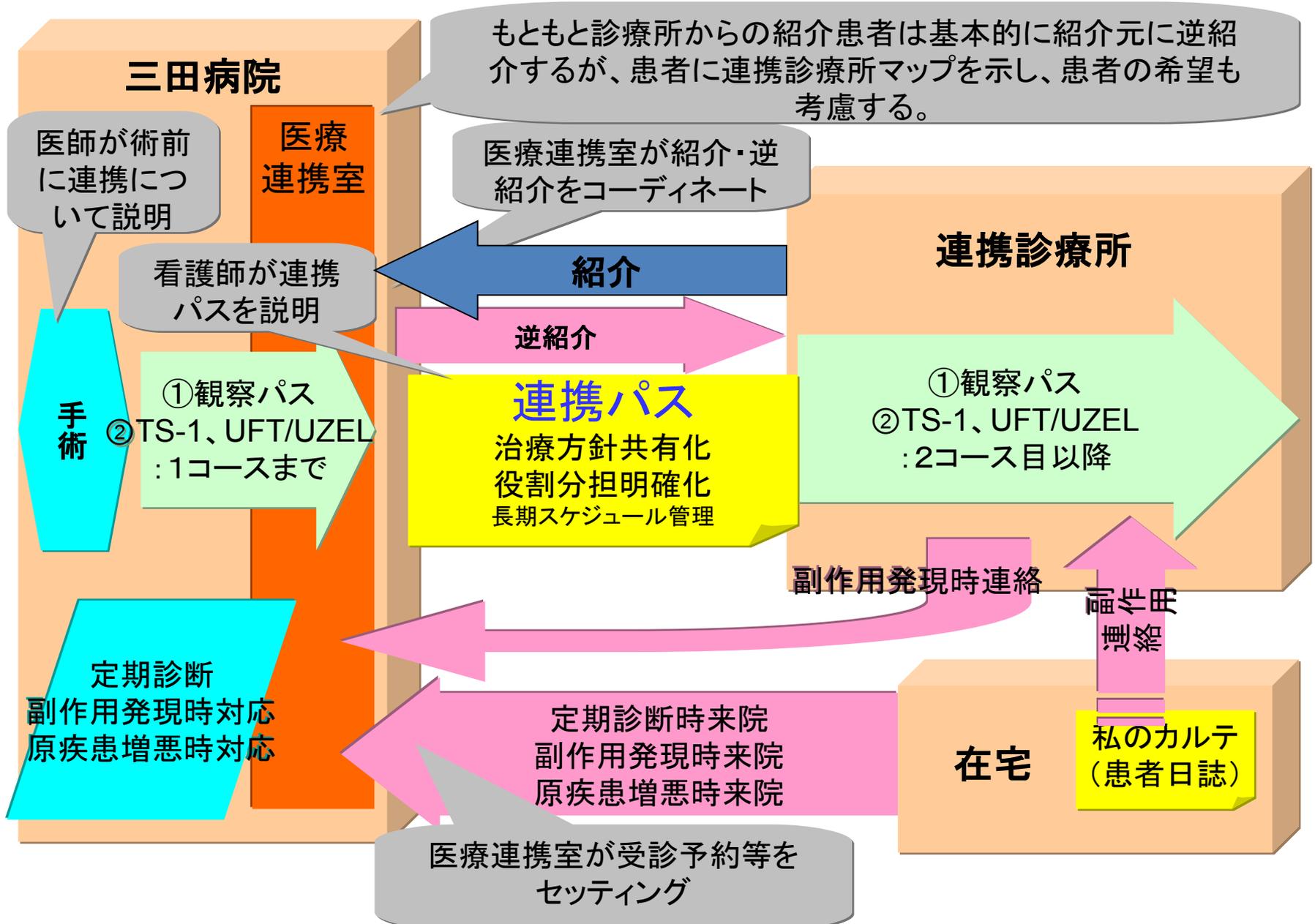
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



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"/>							
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 type="checkbox"/> ITS-1	<input type="checkbox"/> ステージ確定 <input type="checkbox"/> 服薬指導								
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)	<input type="checkbox"/>										

東京都がん診療連携拠点病院 協議会

5大がん連携手帳を作成

診察・検査予定表 (Stage IA・IB 胃がん)

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

手術日	年	月	日	退院後2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	2年	3年	4年	5年
				●	○	○	○	○	○	○	○	○
					●	○	○	○	○	○	○	○
						●	○	○	○	○	○	○
							●	○	○	○	○	○
								●	○	○	○	○
									●	○	○	○
										●	○	○
											●	○
												●

放射線療法

部位 _____ 平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日

総線量・回数 _____

期間 _____

備考 _____

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 (/ m) ・回数 _____

手術記録 (前・後・不明)

開経状況 T _____ N _____ M _____

病期 Stage _____

手術日 平成 ____年 ____月 ____日

手術術式 _____

病理

組織型 _____ cm

pT _____

n _____ PgR _____ HER2 _____

ER _____ NG _____

ly _____

断端 (陰性・陽性)

備考

胃癌(肺がん術後)

連携元の担当医は患者さんに譲り前に、治療・検査の予定を記入して下さい

●手術病院で施行
○かかりつけ機関で施行
◎必要に応じて行います

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



肝がん治療

肝切除法 治療日 _____ 平成 _____

肝切除法 ランジ波焼灼術 肝動脈腫瘍

肝切除法 動注療法 その他 (_____)

切除・焼灼・塞栓の部位 (術式・使用薬剤など)

治療開始日 _____

病期 _____

断端 _____

分化度 _____ well mod por

門脈浸透 _____ + + +

肝臓転移 _____

正常肝臓 _____

腫瘍化 (0 1 2 3 4)

東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@ciok.jp

F A X: 03 (5388) 1436

☎ 送: T163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

医療政策課がん対策係



連携手帳とは

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

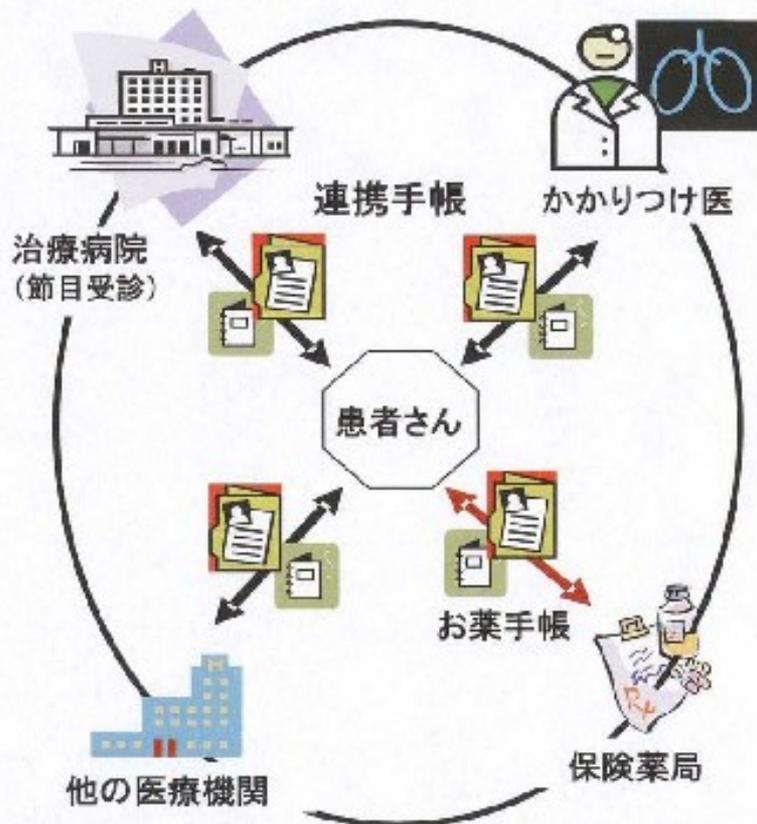
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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

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

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

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病棟	
TEL	
I D	
担当医	
手術日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
TEL	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
TEL	
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前まで行います
- はかかりつけ医師で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医師どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	手術後 2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎			◎			◎		◎
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎			◎		◎
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎			◎		◎

みなとe連携パス

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4

退院調整（退院支援）

急性期病院から在宅への円滑な移行

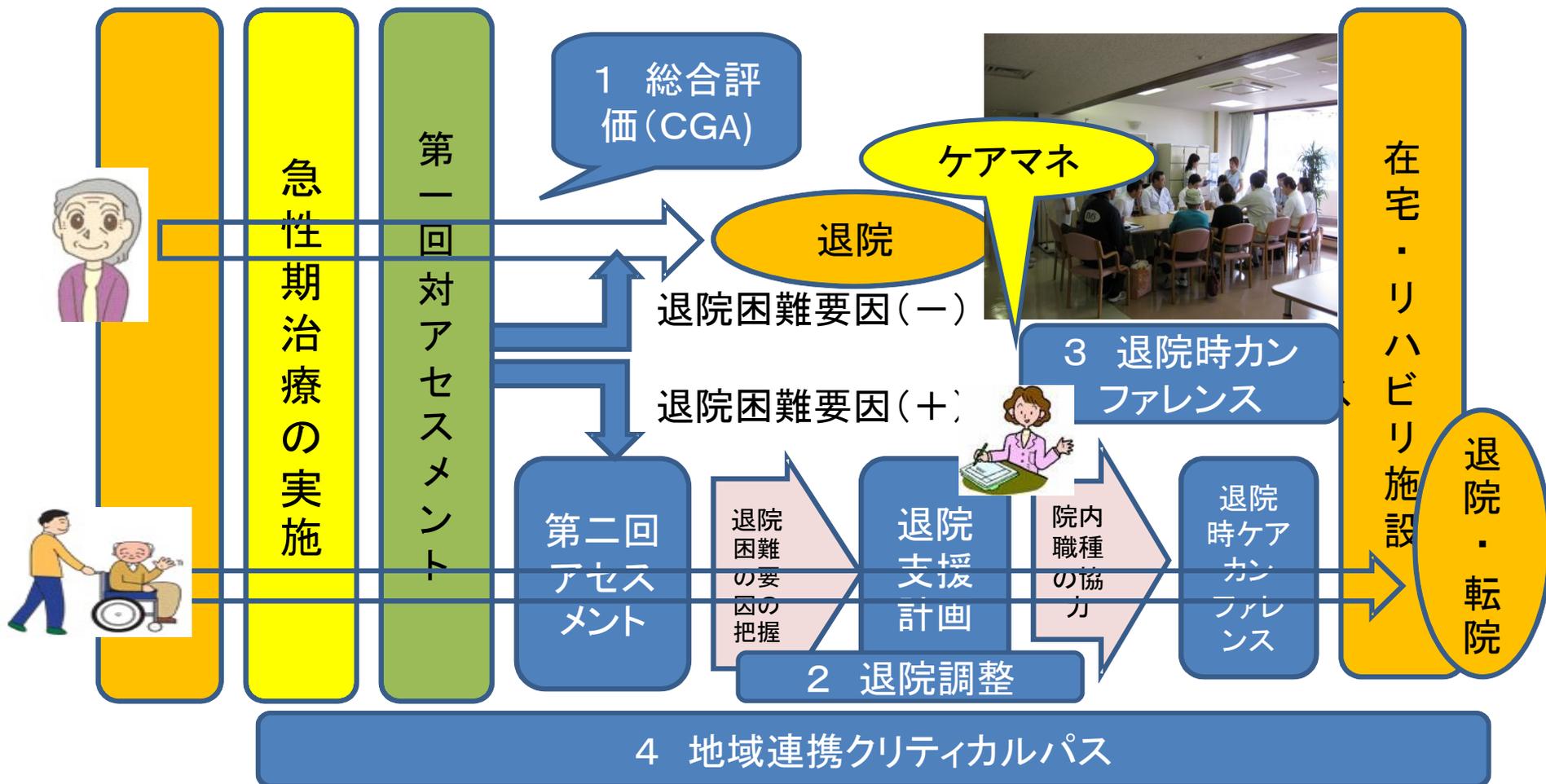
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

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



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%

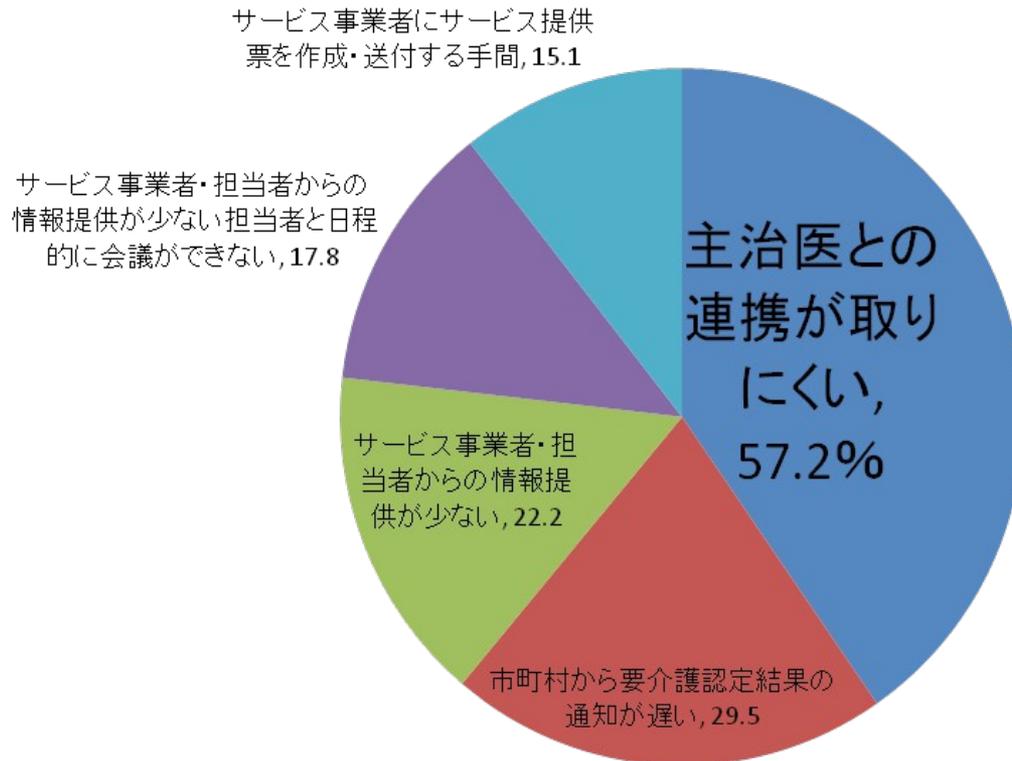
介護支援連携指導料 300点

(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

%



N=2,062人(複数回答)

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)

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



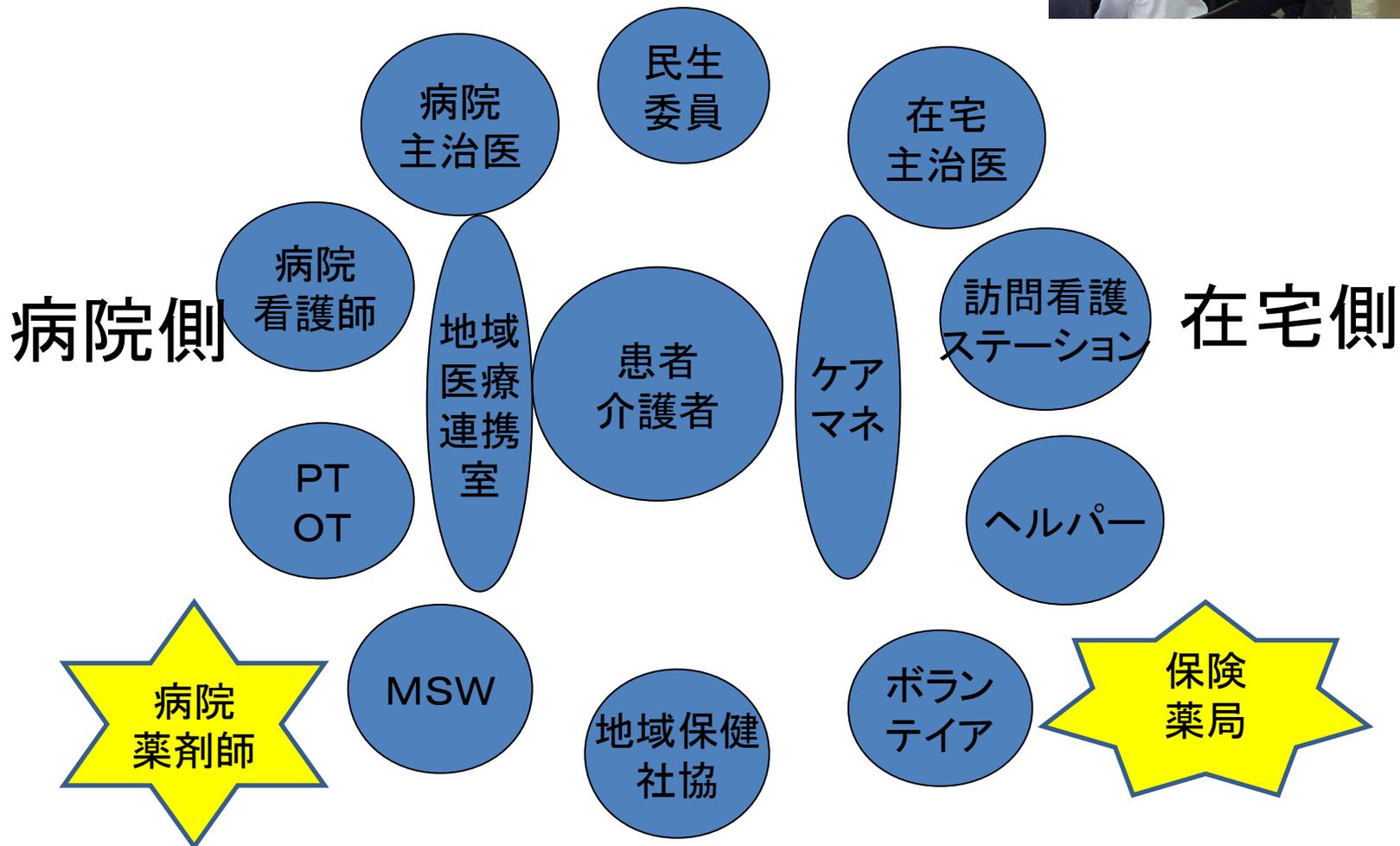
～尾道市医師会と
尾道市民病院～

退院時ケアカンファレンスの重要性



～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



在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 直腸がんでFOLFOX療法を在宅で行うAさん
 - 病院で使用している輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない
 - 入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある
 - しかし、病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションとスタッフと意見交換を行う必要がある
 - 退院時ケアカンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一同に会して患者の情報共有をおこなったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行う必要がある

尾道方式のケアカンファレンス

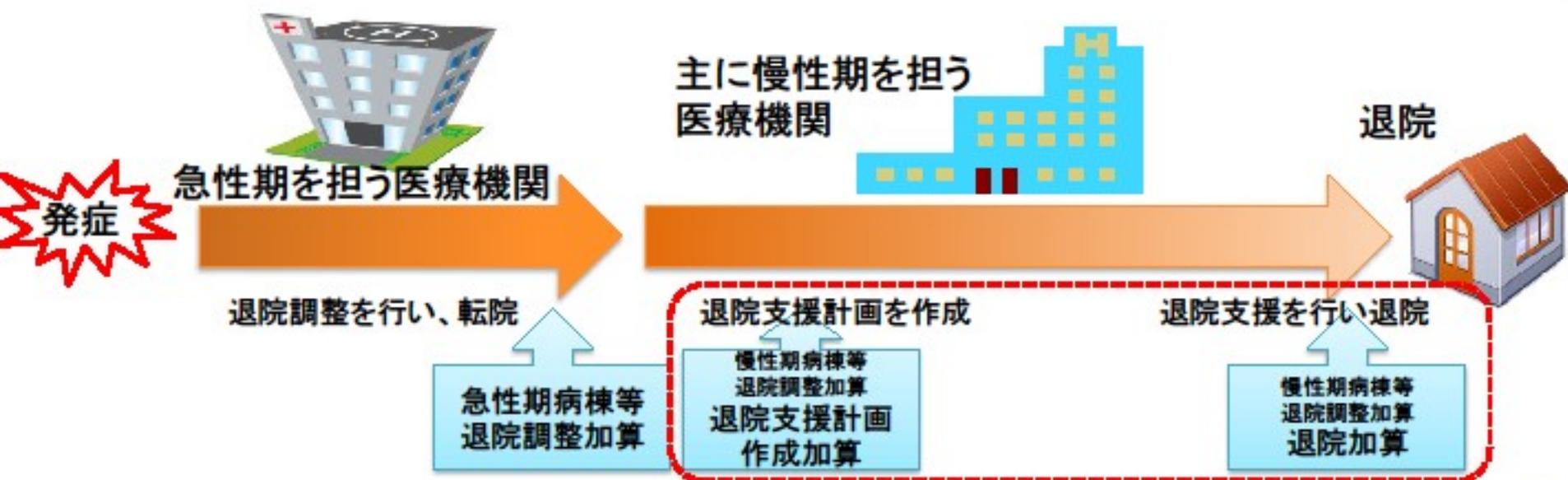
- 尾道方式3つの原則
 - 原則1 利用者本位
 - 利用者本人、介護者の参加
 - 原則2 利便性
 - 主治医のいる医療機関で行う
 - 原則3 効率性
 - 1件15分~20分で行う
 - 事前準備を徹底
- 事前準備
 - 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
 - 必要数の準備資料のコピー
- ケアカンファレンスの進め方
 - ケアマネに主導権を持たせる
 - ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
 - 主治医意見
 - 課題分析(問題点のみ)
 - サービスパッケージ
 - 利用者の意向確認
 - 利用者側のサイン、捺印
 - ケアカンファレンス終了
- 1件あたり15分から20分

退院調整加算の見直し

急性期病棟等退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整に係る評価①



従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

急性期病棟等退院調整加算

- 急性期病棟等退院調整加算1
 - 140点(退院時1回)
- 急性期病棟等退院調整加算2
 - 100点(退院時1回)
- [対象患者]
 - 65歳以上の患者又は40歳以上の特定疾病を有する患者であって、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料(一般病棟)又は専門病院入院基本料(いずれも特定入院基本料を除く。)を算定している患者。

急性期病棟等退院調整加算

- [算定要件]

- 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]

- 急性期病棟等退院調整加算1

- 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。

- 急性期病棟等退院調整加算2

- 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。

慢性期病棟等退院調整加算

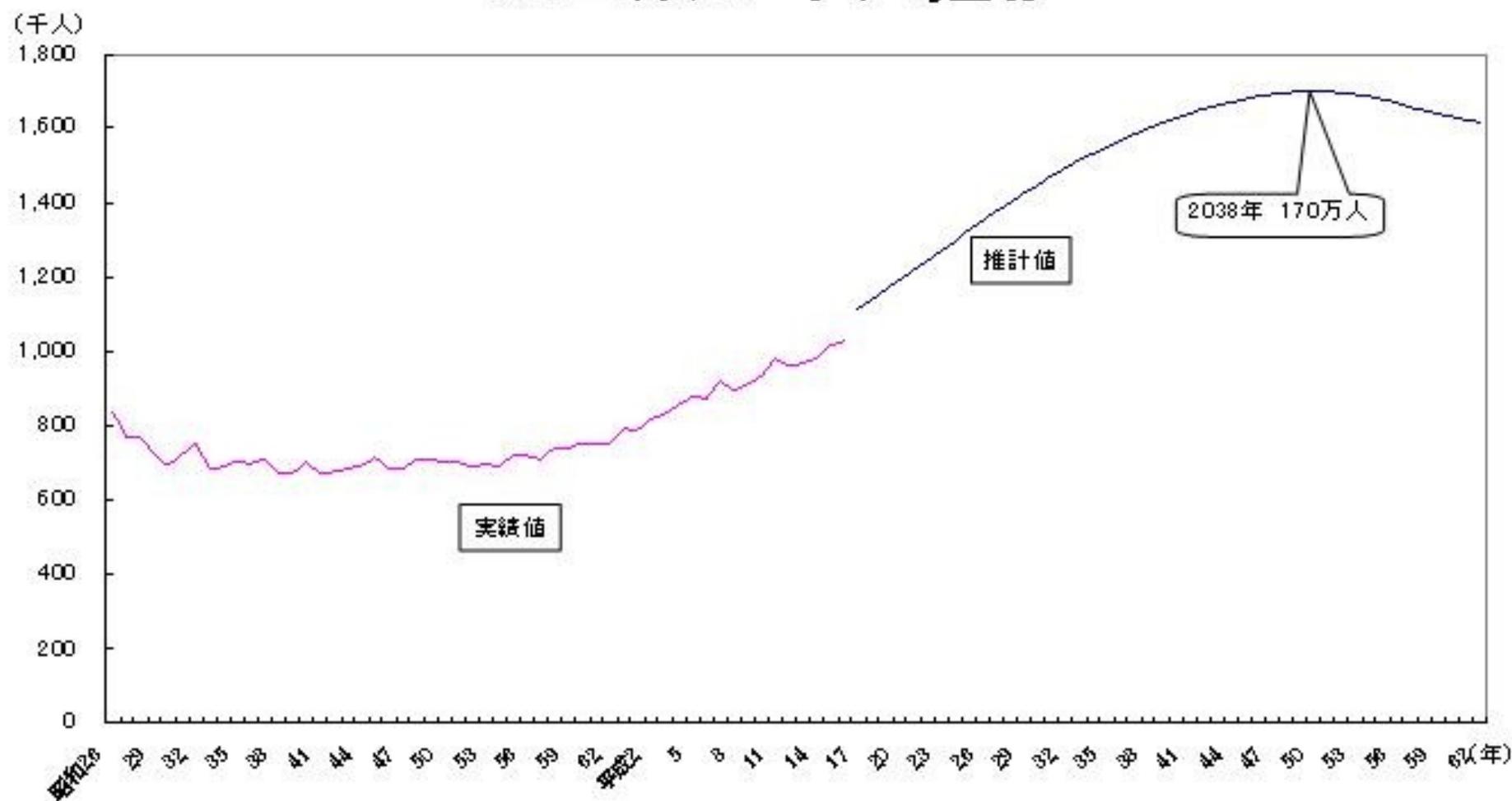
- 設置基準

- － 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
- － 療養病棟入院基本料等の算定患者が退院した場合 140点
- － 障害者施設等入院基本料等の算定患者が退院した場合 340点

パート5 在宅終末期連携パス

退院調整の課題は在宅終末期ケア

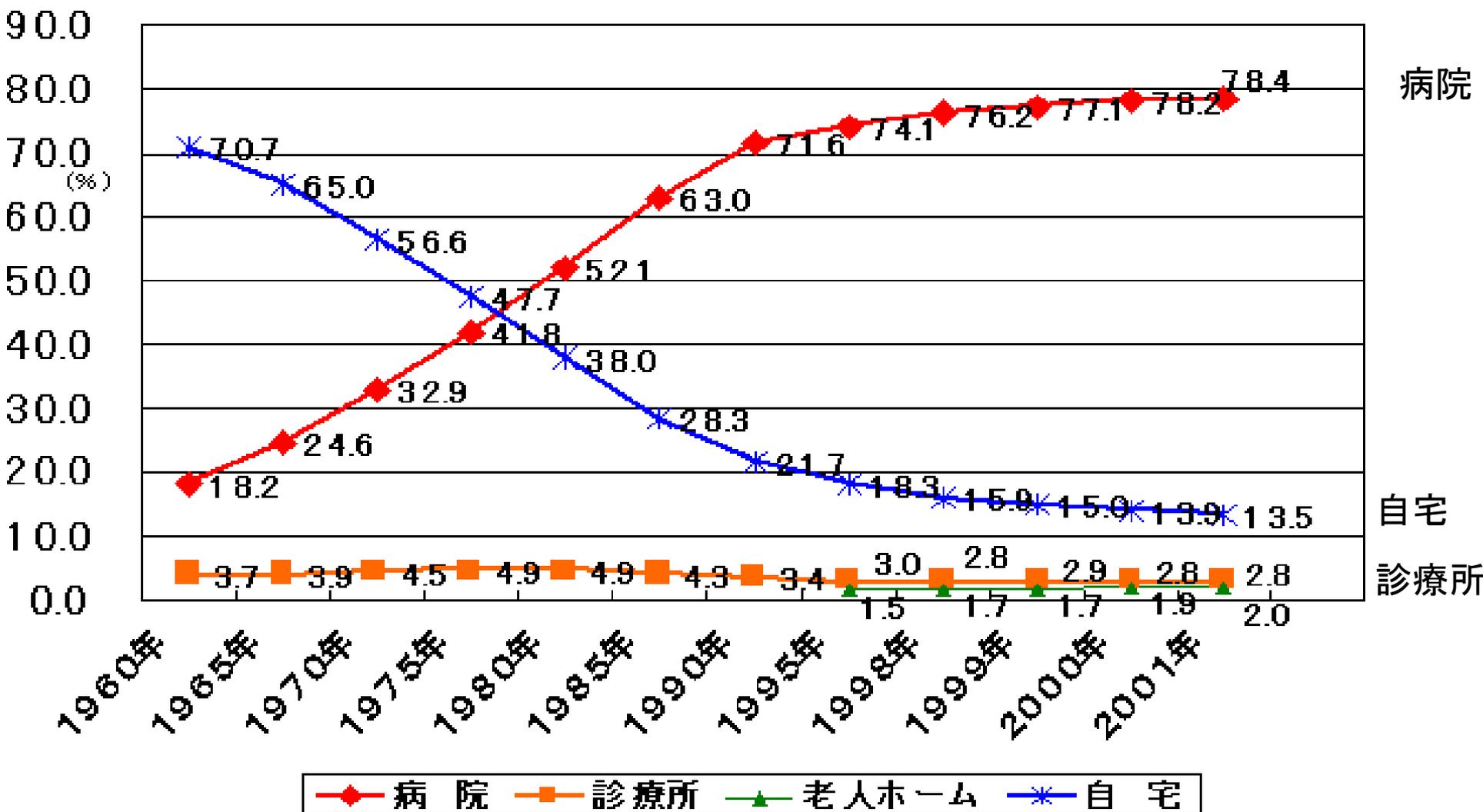
死亡数の年次推移



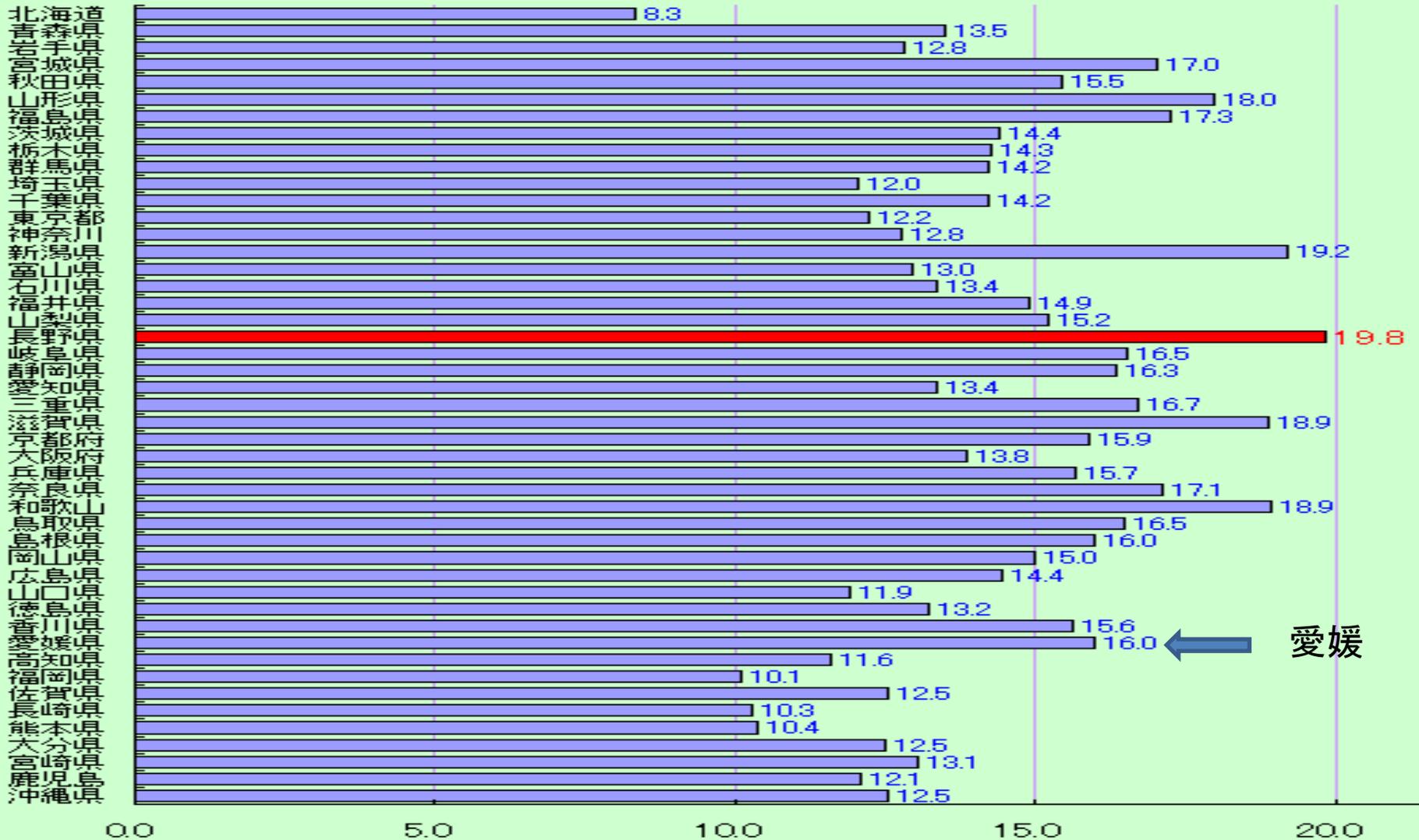
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」（中位推計）

死亡の場所の内訳推移



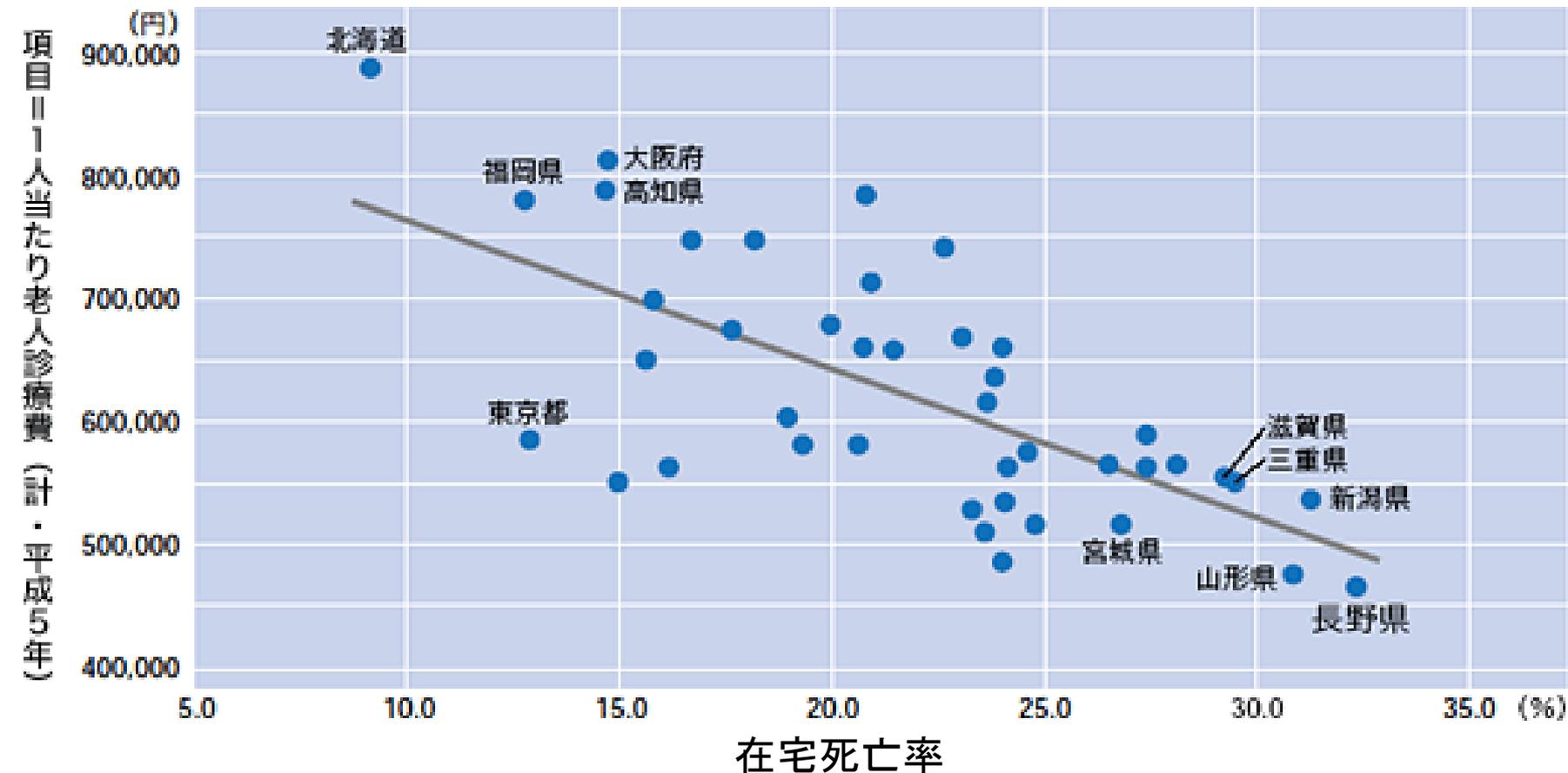
都道府県別在宅看取り率



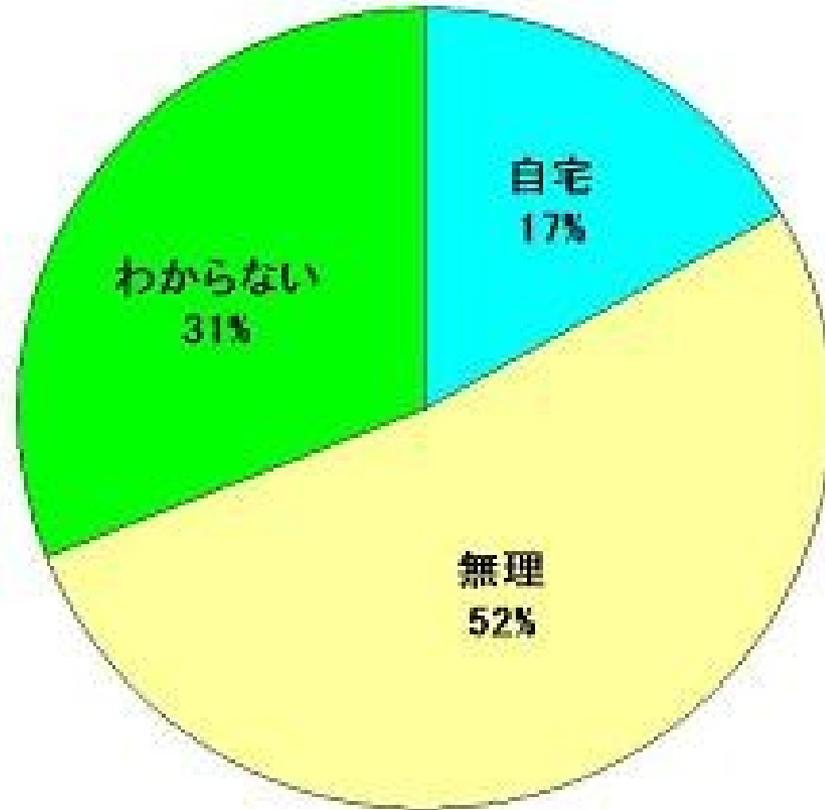
在宅死目標25%

- 自宅など医療機関以外で死亡する割合を現在の13%から25%に引き上げる 目標を設定
- 在宅死目標25%が達成できれば、10年後に2000億円、20年後には5000億円の医療給付費を削減

1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



あなたの家族は自宅で看取ってくれますか？



- 自宅で最期を迎える時の問題点

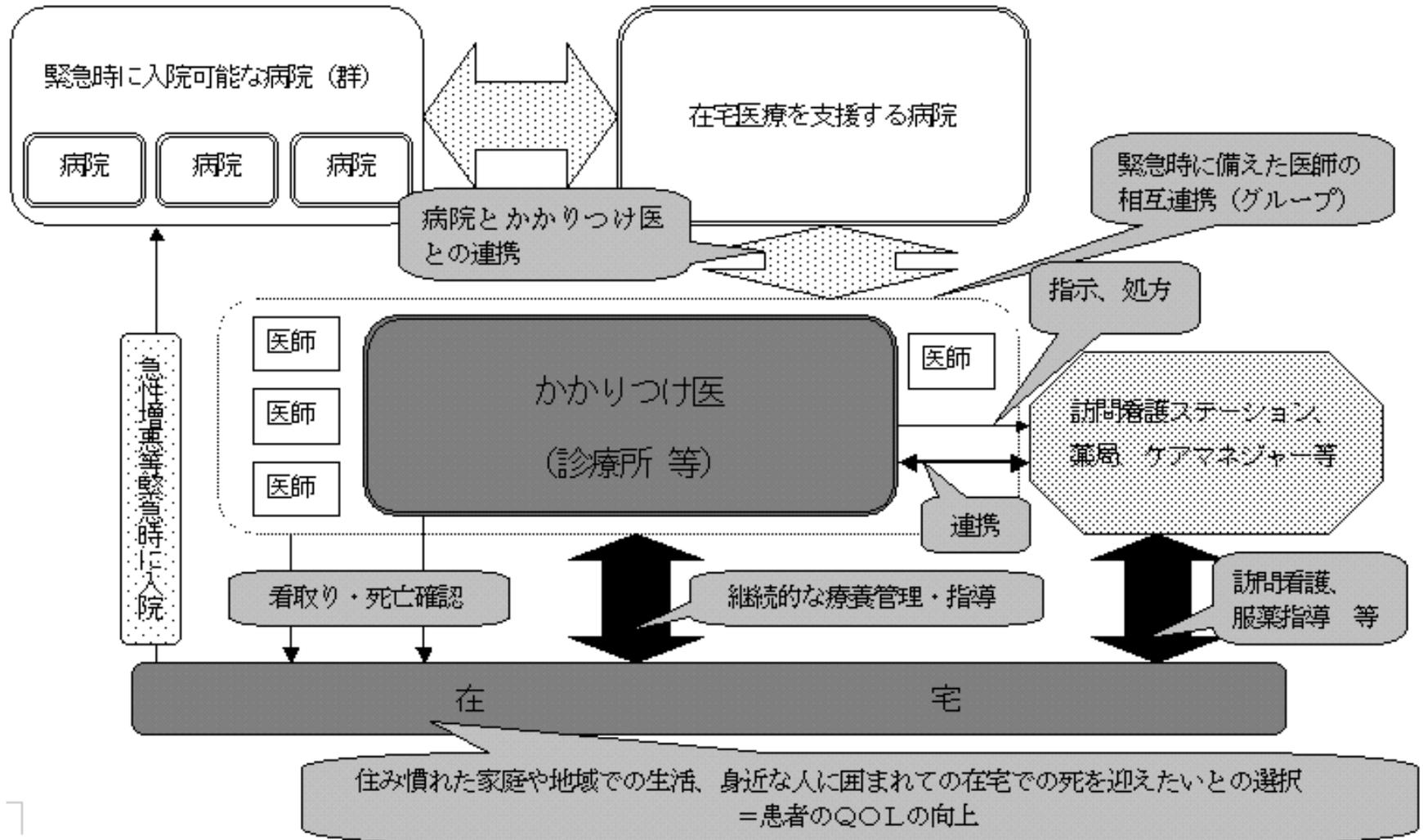
- 家族の負担が大きすぎる 62%
- 急変した時の対応に不安 55%
- 介護してくれる人が高齢化 42%
- 介護してくれる家族がいない 34%
- 居住環境が整っていない 32%

「自宅で看取ってくれますか」という問いに対する高齢者の回答割合(青森県保険医協会提供)

**在宅死25%を目標
でも、死に場所がない！**

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足
在宅終末期ケアネットワークが必要

在宅終末期ケアネットワーク



在宅お看取りパスが必要

- 在宅でのお看取り環境整備が必要
- 家族のお看取り経験が減っている
- 在宅でお看取りをするための患者家族用教育パス
- お看取りくん
 - 遠隔バイタルサインモニター
- 170万人大死亡時代への準備

在宅終末期ケアネットワーク

富山県新川医療圏の事例

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

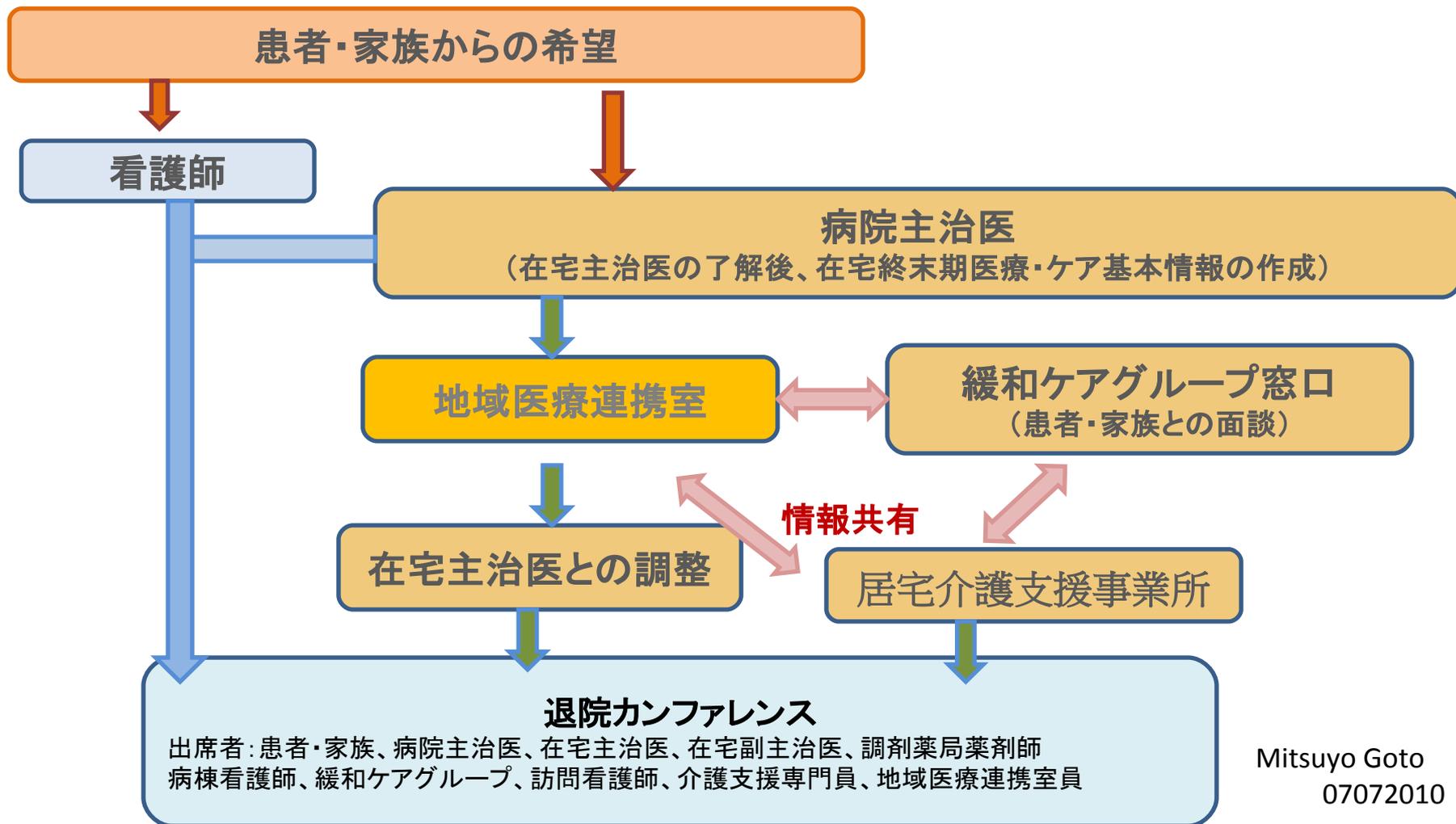
新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
 - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
 - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
 - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために
 - * 在宅終末期ケアネットワークと在宅終末期連携パスを作成

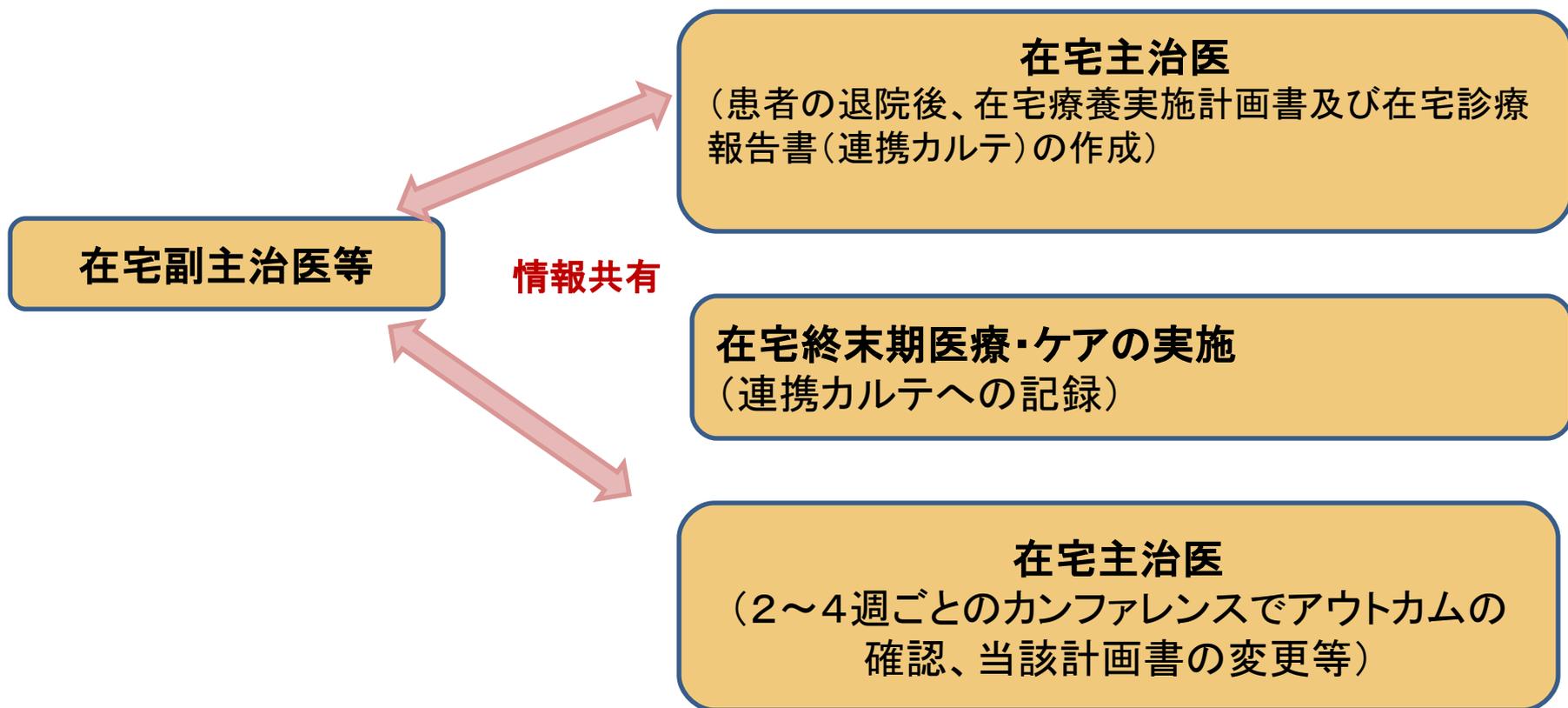


中川先生

入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



退院後 在宅終末期連携パスの運用フロー

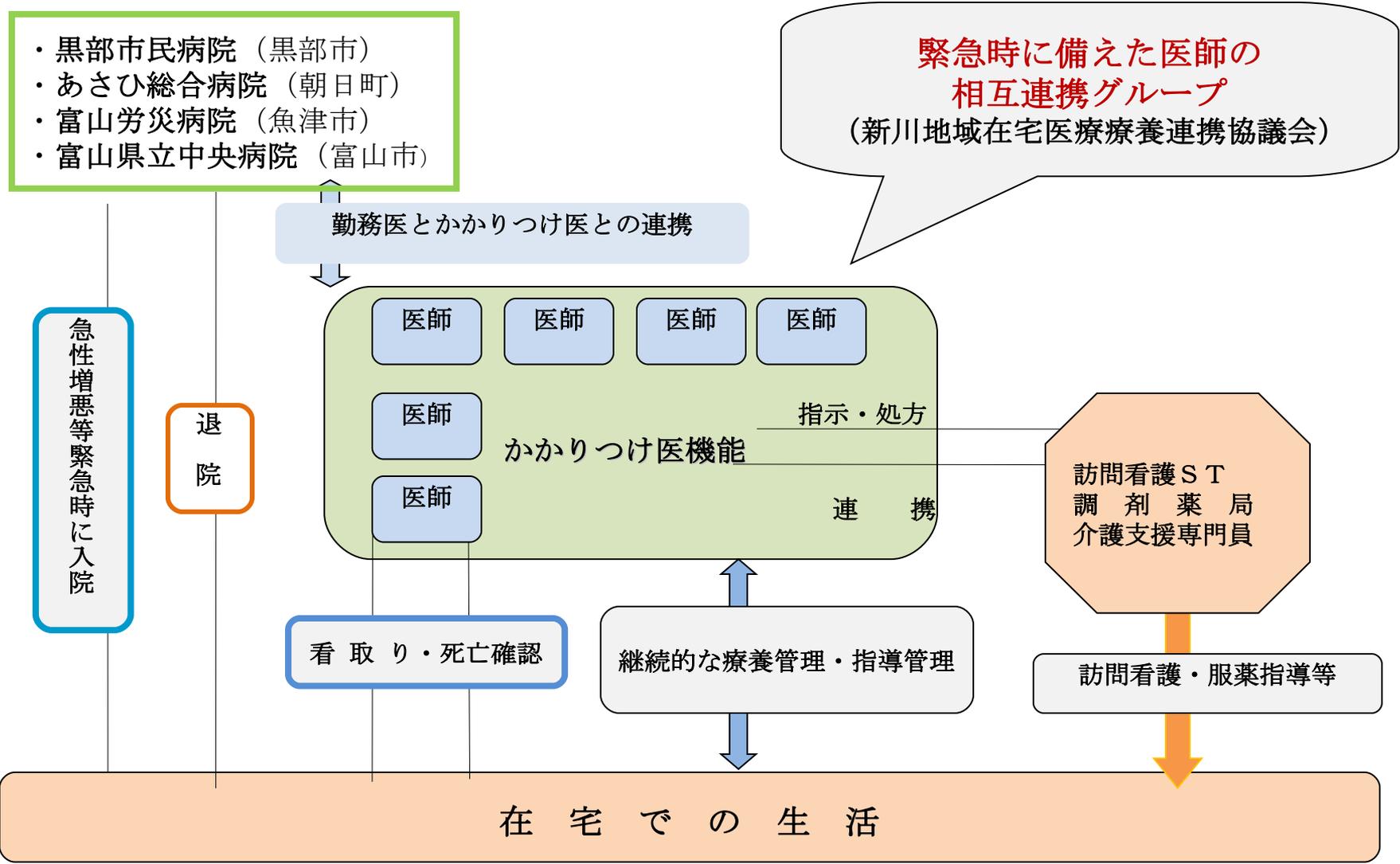


新川地域在宅終末期医療

- 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
- 多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

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～



緊急時に備えた医師の
相互連携グループ
(新川地域在宅医療療養連携協議会)

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

<p>(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 性 []</p> <p>住所 [] TEL []</p> <p>主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []</p> <p>かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>連携病院: 病院 TEL [] FAX []</p> <p>連携病院サポート医: 科 [] []</p> <p>担当看護師 []</p> <p>在宅介護支援所: []</p> <p>介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []</p> <p>家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)</p> <p>[] 終いに対する対応</p> <p>終いに対する対応 (本人・家族)</p> <ol style="list-style-type: none">最後まで自宅最後は連携病院状況により判断 <p>緊急連絡先</p> <p>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</p> <p>診断: 主 [] 癌 [] 転移: []</p> <p>副 1. [] 2. []</p> <p>3. [] 4. []</p> <p>既往歴: []</p>	<p>臨床経過: []</p> <p>治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 []</p> <p>2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []</p> <p>在宅移行時における病状の問題点 []</p> <p>予後に影響を与える因子 []</p> <p>臓器不全 (心、腎、肝、他 [])</p> <p>栄養状態: []</p> <p>出血 (消化管 []、他 [])</p> <p>腹水: []</p> <p>他: []</p> <p>予後予測: [] ヶ月</p> <p>連携病院への通院: 必要 [] 毎、 不要 []</p> <p>インフォームドコンセント</p> <p>告知について</p> <p>告知: 本人、家族 ([])</p> <p>内容 []</p> <p>本人: []</p> <p>家族: [] 告知理解度について</p> <p>精神的サポート 要 [] 不要 []</p> <p>告知理解度 [] 療養から死への不安点 []</p> <p>本人: 十分 [] 不十分 []</p> <p>家族: 十分 [] 不十分 []</p> <p>療養方針 []</p>	<ol style="list-style-type: none">全身状態の管理1. PS(performance status) [] 0、1、2、3、42. 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 [] <p>2. 投薬内容 [] 疼痛管理について</p> <p>3. 疼痛管理 []</p> <p>無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []</p> <p>麻薬 []</p> <p>NSAIDS []</p> <p>訪問看護(指導ならびに実行状況)</p> <ol style="list-style-type: none">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 [] <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none">1. ヘルパー 有 [] 無 []2. ティサービス 有 [] 無 [] <p>入力者 []</p> <p>自動入力 []</p> <p>病院担当医 []</p> <p>病院担当Ns []</p> <p>緩和グループ担当者 []</p> <p>ケアマネージャー []</p> <p>在宅かかりつけ医 []</p>
---	---	--

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

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。

副主治医1 _____ TEL _____

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

副主治医2 _____ TEL _____

2 副主治医1 _____ TEL _____

連携病院 _____ TEL _____

3 副主治医2 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

4 ○○病院 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

連携病院サポート医 _____

TEL _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

薬局名 _____

TEL _____

アウトカム・方針

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

TEL _____

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

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

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

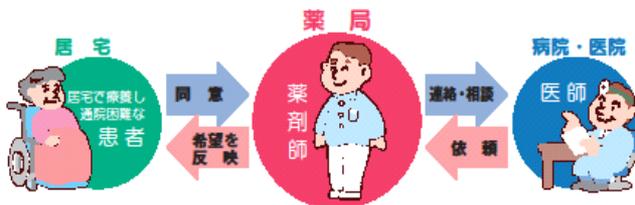
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。
適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

● 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、ゼリーやオプアートを併せ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

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

Microsoft®
Office

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

ガンバリます!



**パートナー企業
伊藤さん 武藤さん**
頑張りよう!



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: _____

出所: 中川彦人

- 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

2010年 3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 シメドドラッグ黒部薬局 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 シメドドラッグ黒部薬局 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
- ⊕ シメドドラッグ 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

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



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

東東京緩和ケアネットワーク 緩和ケア連携パス作成部会

- 第1回作成部会(09年2月19日)
- 作成部会長 太田恵一郎(国際医療福祉大学三田病院)、顧問 武藤正樹
- 症状別パス作成
 - － 疼痛管理、嘔気・嘔吐、不眠、呼吸苦など



東東京緩和ケアネットワーク
連携パス作成部会

医療法人大和会 聖和看護専門学校
専任講師 後藤光世さん

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」



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 ()

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

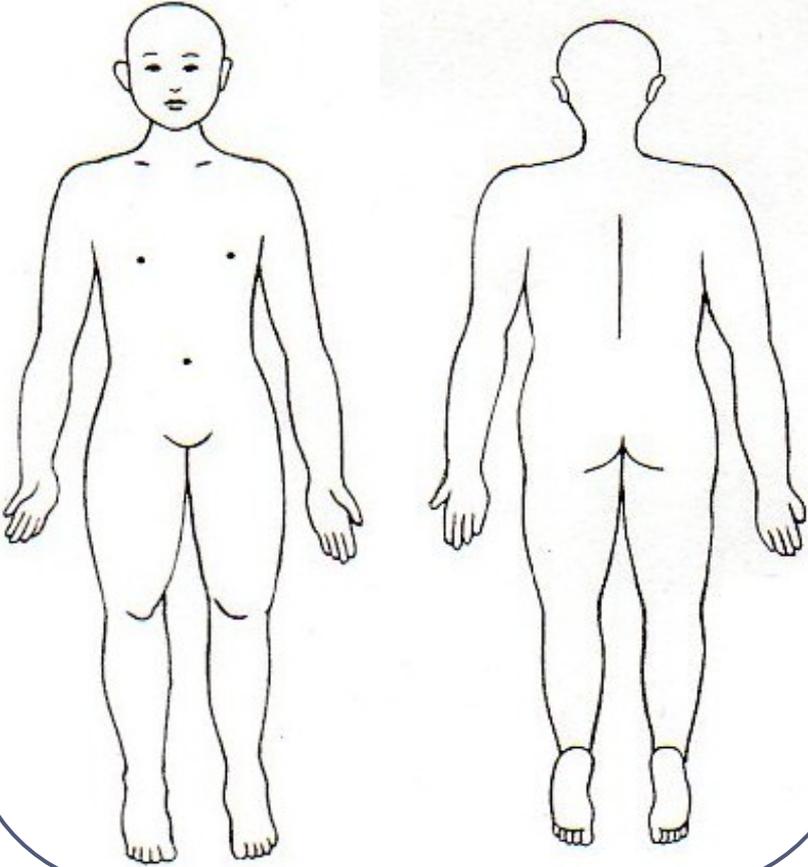
排泄	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 便()回/ ()日
食事	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 嚥下困難
移動	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
皮膚トラブル	<input 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: 



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	オプソ服用により 痛みがよくな った	21時少し吐き気がした	
10時		22時	
11時		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

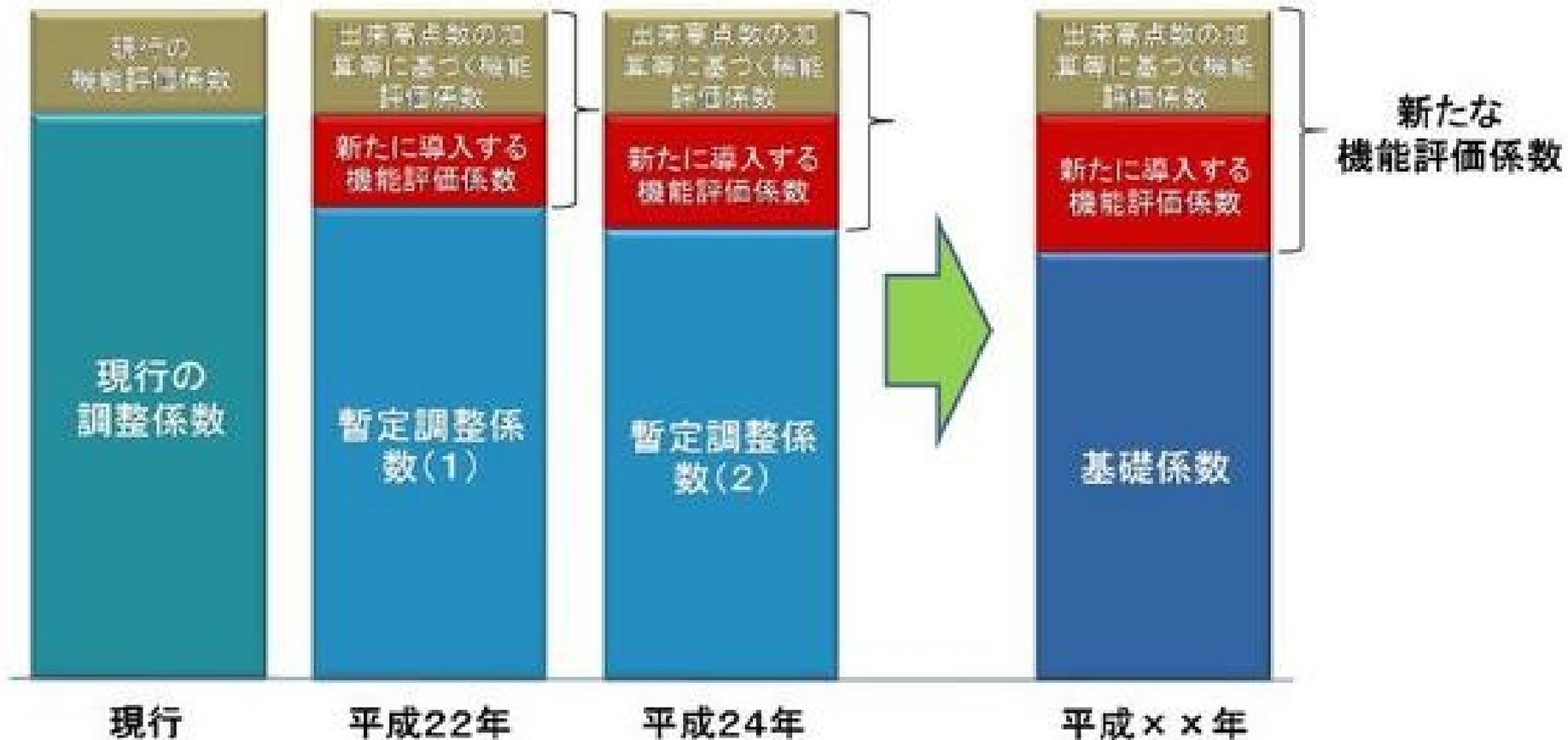


パート6

DPCと地域医療連携評価



DPC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コードの周知後、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 へき地の医療(へき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

新機能係数ランキング

- 5項目でみた新機能係数ランキング
 - 「データ提出指数」「効率性指数」「複雑性指数」「カバー率指数」「救急医療係数」「地域医療指数」
- 済生会熊本病院(熊本市) 0.034
- 国立病院機構熊本医療センター(同) 0.0326
- 徳島赤十字病院(徳島県小松島市) 0.0317
- 沖縄県立中部病院(沖縄県うるま市) 0.031
- 済生会横浜市東部病院(横浜市) 0.0309
-
- 国際医療福祉大学三田病院(東京都) 0.0167
-
- 最小さい病院 0.0061

パート7 「医療福祉連携士」制度



日本医療マネジメント学会

日本医療マネジメント学会

Japan Society for Health Care Management

- 会長
 - 国立病院機構熊本医療センター名誉院長
宮崎久義
- 学会テーマ
 - クリティカルパス
 - 医療安全
 - 地域医療連携
 - 電子カルテ
 - その他
- 会員数 5700人



医療福祉連携士

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設します！
- 目的
 - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
 - 患者にとって最適な連携を推進するため、
 - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての認定制度です
- この夏から研修を行い、来春にも学会認定の初の「医療福祉連携士」が誕生する予定です
- 全国ではじめての医療と福祉の連携コーディネーター制度、
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

研修科目（共通科目）

○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習Ⅰ
- 10 クリティカルパス演習Ⅱ

- 11 地域連携クリティカルパス概論Ⅰ
- 12 地域連携クリティカルパス概論Ⅱ
- 13 地域連携クリティカルパス演習Ⅰ
- 14 地域連携クリティカルパス演習Ⅱ
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

○フォローアップ研修

* すべての座学と実習を履修すること

○ * 座学1コマ :90分 実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目

○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

研修日程と場所

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地

- 研修日程

- 共通科目 7月31日(土)、8月1日(日)、28日(日)、29日(日)の4日間

- 専門科目(医学系) 9月11日(土)、12日(土)の2日間

- 専門科目(社会・福祉学系科目) 9月25日(土)26日(日)の2日間

- 課題講習 10月23日(土)、24日(日)の2日間

医療福祉連携士講習会 申し込み受付中！

詳しくは日本医療マネジメント学会
ホームページをごらんください。

日本医療マネジメント学会

検索



クリック！

まとめと提言

- 2010年診療報酬改定では
地域連携パスと退院調整がキーワード
- 2010年診療報酬改定は2012年診療報酬
介護報酬同時改定の前哨戦
- 20102年医療と介護・福祉の大連携が始まる
- 地域連携のかなめ
地域連携室のさらなる体制強化をしよう！
- 医療と福祉を結ぶコーディネーターを目指そう

「地域連携」

- 地域連携
- A4変型判 120頁 年6回(奇数月の末日)発行 入会金 3,000円 年間購読料 32,000円 追加1セットにつきプラス 8,000円(共に税込)
- 日総研出版



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 国際医療福祉大学大学院教授



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





休憩

なんでも質問コーナー



疾病管理と ナースプラクティショナー



目次

- パート1
 - 疾病管理の背景
- パート2
 - 米国の疾病管理プログラム
- パート3
 - 米国の疾病管理会社
- パート4
 - わが国への応用
- パート5
 - 疾病管理とナースプラクティショナー

パート1 疾病管理の背景

Disease management

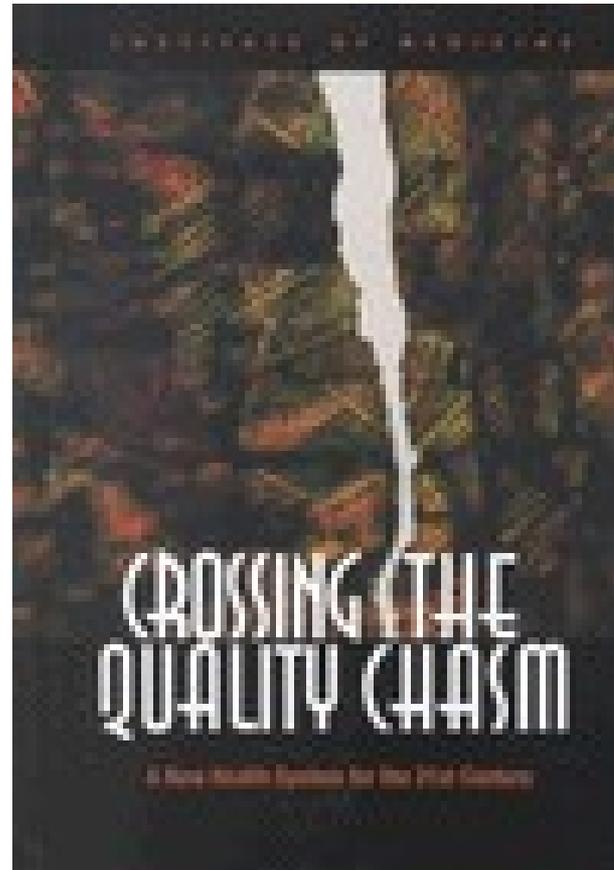
疾病管理は先進各国のテーマ

- 慢性疾患の半数以上が適切な治療を受けていない
- 治療の半分以上は合併症の治療
- しかも合併症は回避できる
- 合併症によって医療費が消費されている
- 国民医療費のこれ以上の高騰に国民は耐えかねている
- 今、先進各国が疾病管理モデルの構築を行っている
 - 米国、英国、ドイツなど

医療の質の亀裂を乗り越えて

ギャップを埋めるためのシステムが疾病管理

- 慢性疾患があまりに増えすぎた
- 医療のエビデンスが急増しているが、最新のエビデンスが普及していない
- ガイドラインがあることとガイドラインが地域に普及しているかどうかは別問題
- 受けるべき適切な医療と実際に受けている医療の間のギャップがひどすぎる
- このギャップは専門家のどのような努力でも埋めることはできない
- システムを変えなければならない

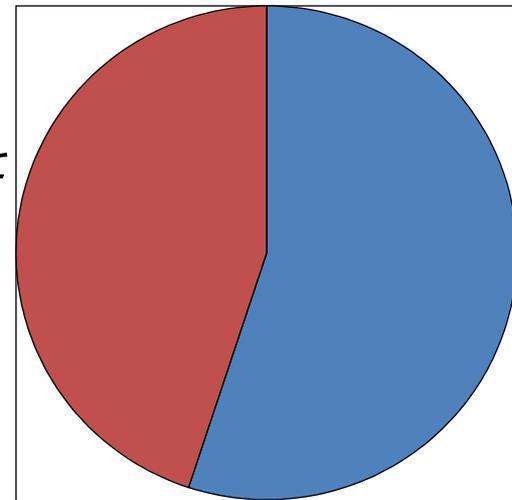


IOM報告書

米国でも半数の患者は 適切なケアを受けていない

- 高血圧 64.7%
- 心不全 63.9%
- 結腸・直腸がん 53.9%
- 喘息 53.5%
- 糖尿病 45.4%
- 肺炎 39.0%
- 大腿骨骨頭骨折 22.8%

適切なケアを受けて
いない患者
45%



適切なケアを受け
ている患者
55%

- *Source: Elizabeth McGlynn et al, RAND, 2003*

エビデンス・プラクティスギャップ

- 米国で行われている治療のうち、エビデンスに基づいた治療は、実際に行われている治療のおよそ55%にすぎない
 - NEJM.2003;348(26):2635-2645
- 糖尿病治療中の患者で、血糖値がコントロールされているのはたったの37%にすぎない
 - JAMA.2004;291(3):335-342)
- 高血圧治療中の患者で血圧コントロールがされている患者の割合も35%にしかすぎない
 - Ann Intern Med.2006;145(3):165-175

あるべき医療と現実の間の ギャップを埋める

- 診療ガイドラインがあることと、ガイドラインを地域に普及することは別のこと
- 診療ガイドラインを地域に普及させる！
- エビデンス・プラクティス・ギャップ！

20世紀の古いシステムから 21世紀の新しいシステムへ

- 旧システム

- 患者の疾患エピソードに対して、医療従事者は断片的に、そのつど反応していただけ
- それで、医師が足りない、看護師が足りない、病院を増やせ、医療費を増やせと言うだけだった
- 問題の根本原因から目をそらしている
- 根本原因はシステムだ！

新システム (New Health system for the 21th century)

- 旧システムから新システムへ
 - 慢性疾患がこれほど増えたのに、システムは急性期疾患型の旧システムのままだ
 - 慢性疾患に対する、より体系的で組織的なアプローチが必要
 - 予防介入に重点をおき、疾患リスクを減らして、合併症を回避することを、体系的に、しかもエビデンスに基づいて行うことが大切だ
 - プライマリケア医をエビデンスで支援することが必要だ
 - ITを活用することに活路を見出す

新システムは疾病管理

Disease manegement

疾病管理の定義

ボストンコンサルティング・グループ(1993年)

「疾病管理とは、疾病のすべての過程を通じて医療提供体制の資源をコーディネートする体系的アプローチのことで、情報の収集・共有化をベースにし、ヘルスケアの質を高め費用を抑えることを目標とする。」

Disease Management is an approach to patient care that coordinates resources across the entire health care delivery system and throughout the life cycle of a disease. It takes a systematic approach, focusing on the patients with a disease as the relevant unit of management with an emphasis quality as well as cost.(BCG, 1995)

地域疾病管理プログラム

—合併症・重症化予防プログラム—

- ①慢性疾患の患者を対象
- ②診療ガイドラインに基づいて行う
- ③プライマリケア医と専門医の連携を支援する
- ④患者の自己管理教育を支援する
- ⑤看護師・薬剤師の疾病ケアマネージャー
—ナースプラクティショナーの役割
- ⑥アウトカム測定を行う

疾病管理に適した疾患

- 患者数が多い慢性疾患
- 診療ガイドラインがある疾患
- 患者経路(クリティカルパス)が定型化できる疾患
- 介入効果を臨床指標で評価できる疾患
- 多職種 of 専門職や専門施設が関与する疾患
- 米国の例
 - 糖尿病、ぜんそく、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、うつ病、エイズなど

パート2
米国の疾病管理プログラム
Milliman USA Research Report

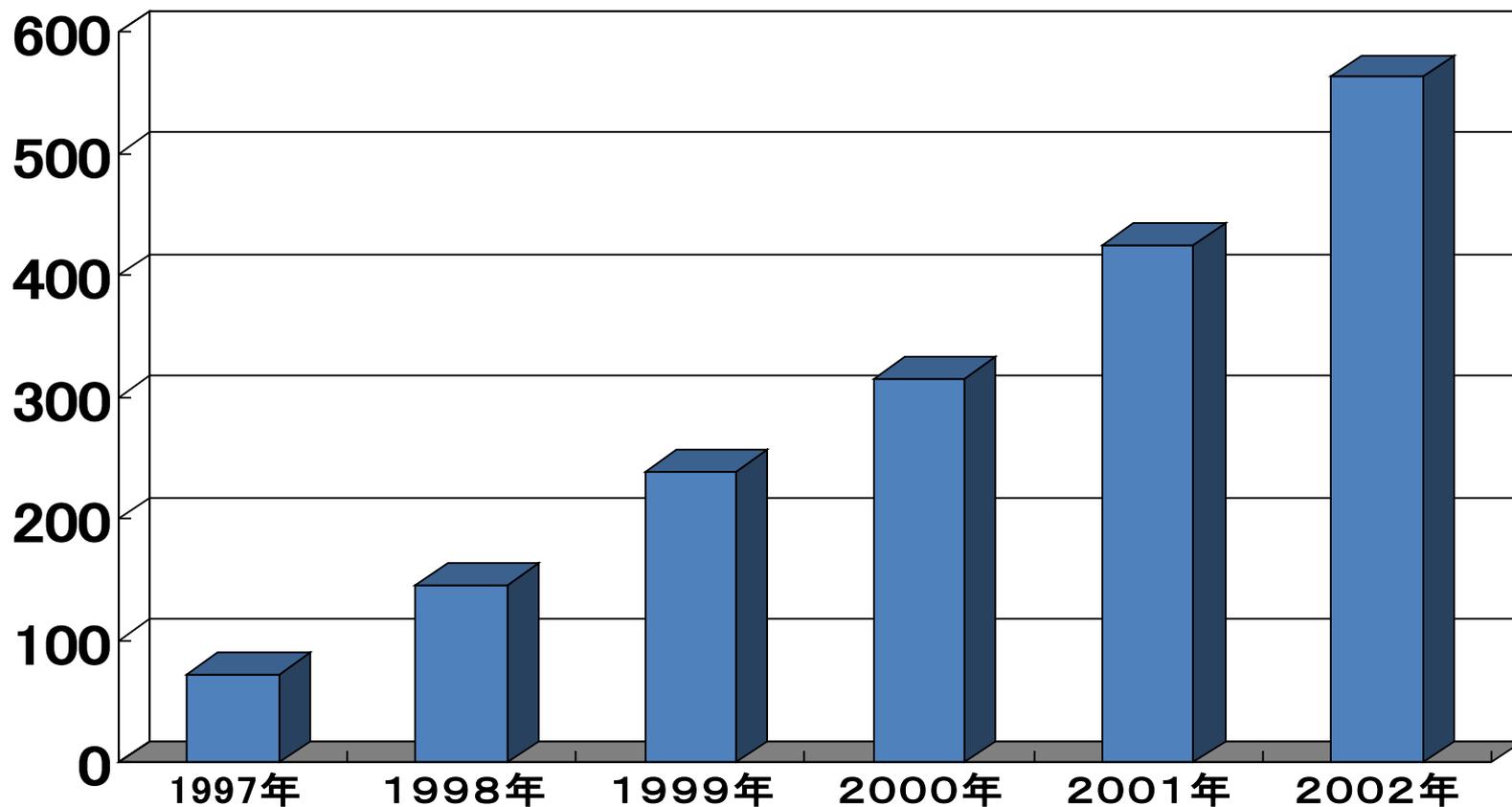
疾病管理会社の疾病レパートリー

- 糖尿病 14プログラム
- 心不全 13プログラム
- 喘息 13プログラム
- 妊娠・出産 5プログラム
- 心疾患
 - 冠動脈疾患、急性心筋梗塞、高血圧、心房細動、心筋症、狭心症、ペースメーカー 22プログラム
- 呼吸器疾患
 - 肺炎、COPD アレルギー性鼻炎 9プログラム
- リハビリテーション
 - 脳卒中、関節炎、線維筋炎、外傷性脳障害、多発性硬化症、脊髄損傷 10プログラム
- がん 4プログラム
- その他 22プログラム
 - インフルエンザ、腎障害、失禁、血友病、潰瘍、前立腺肥大、疼痛コントロール
 - HIV/AIDS

疾病管理会社のカバーする人口

- 5,000人以下 4プログラム
 - 5,000-25,000 5プログラム
 - 100,000-1,000,000 3プログラム
 - 1,000,000以上 1プログラム
-
- 1人の疾病管理看護師は300人ぐらいをカバーする

米国の疾病管理市場規模の拡大



■ 市場規模(単位100万ドル)

疾病管理のマネジメントサイクル

150の疾病管理会社の調査より

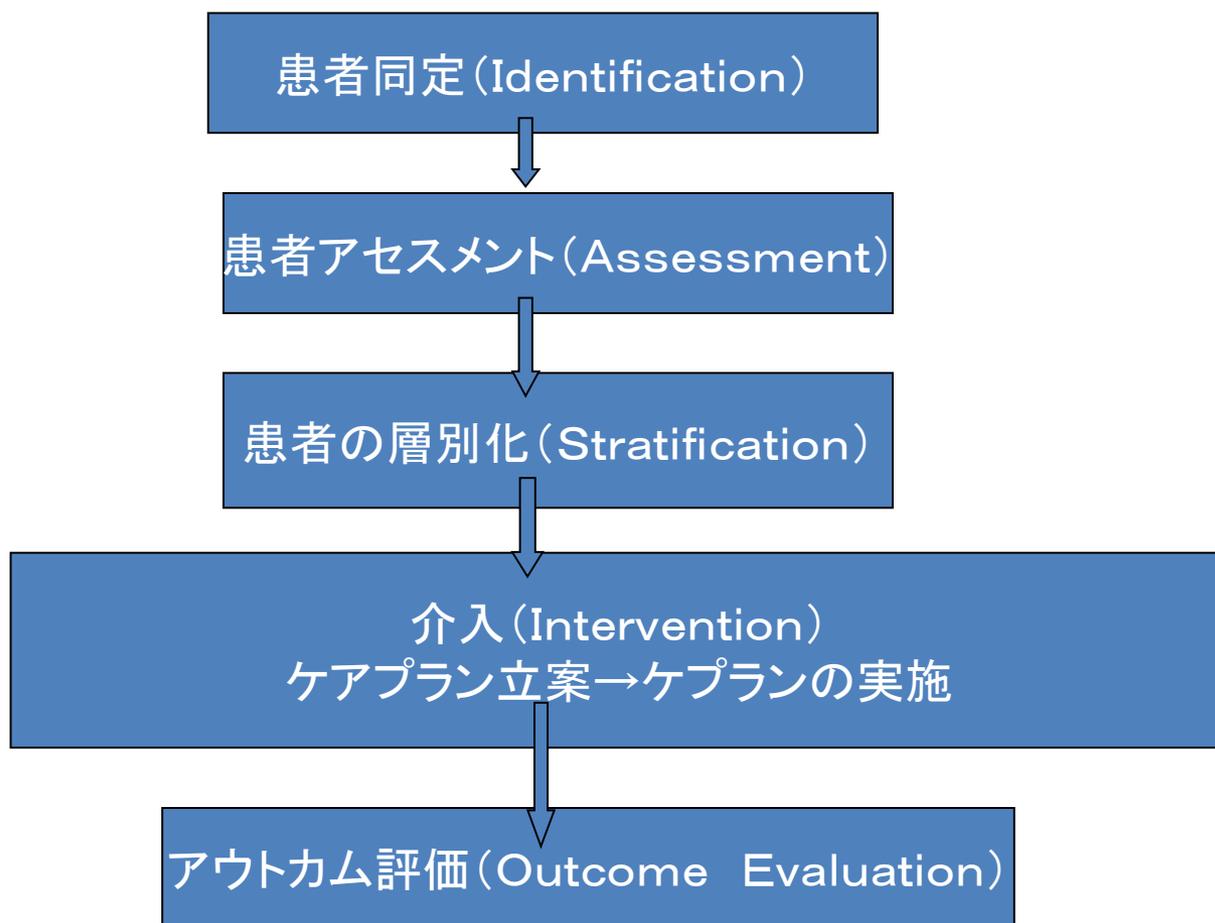
疾病管理会社のアプローチ方法

- 登録患者の健康状態の改善
 - 疾病管理とは慢性疾患の管理において、合併症の予防や発症遷延、疾病の急性増悪を予防することにより、入院や救急外来への受診を抑制することで医療費削減に貢献する
- 医療費の削減
 - 12－18ヶ月の期間内に緊急の医療需要を抑制することで医療費の節減に貢献する

疾病管理会社のアプローチ方法

- 適正な医療とのギャップを埋める
 - 多職種チーム、コールセンターを通じて教育プログラムを提供する。
- 開業医支援
 - 疾病管理会社のナースが開業医を支援する
- データマイニング
 - 請求データ、医薬品データ、登録患者アンケートや検査データからデータマイニングを行う

疾病管理のマネジメントサイクル



患者同定

- 疾病管理会社の患者同定方法と登録方法
 - 現在すでに疾病を有する患者を同定
 - 診断名、入院治療などのイベントより患者を同定してプログラム参加を呼びかける
 - 将来的な合併症を発症予測より患者を同定
 - 患者紹介
 - 開業医や病院看護師や訪問サービスより患者を紹介
 - 保険請求データーより
 - 保険請求データーより疾病と患者を同定する

患者登録

- 疾病管理会社が患者登録を呼びかける方法
 - 電話 3
 - 手紙 3
 - 電話と手紙 4
 - その他 4
- 患者の層別
 - 2レベル
 - ハイリスク、標準的リスク
 - 3レベル
 - 軽度合併症、中等度合併症、高度合併症
 - 4レベル
 - リスクファクターが在る群、要教育群、コンプライアンス不良群、治療の必要な合併症のある群

診療ガイドライン

- 診療ガイドライン
 - 米国糖尿病学会
 - 米国心臓病学会
 - CDC
 - AHRP
 - 米国内科学会
 - 米国精神科学会
 - MillimanUSAケアガイドライン
 - 全米ガイドラインクリアリングハウス
 - 各種専門学会
- 専門家パネル
- 測定ツール
 - QOL測定
 - 臨床指標
 - コンプライアンス

介入方法

- ケア提供モデル

- アセスメント

- 疾病管理看護師が登録患者のアセスメントを行う

- ケアプラン

- 自己管理プラン、教育プラン、合併症予防プラン。
医師受診・薬剤服用・検査受診コンプライアンスプラン

- ケアプラン評価

アセスメント

- 登録患者の疾病状態とプログラムの適合性をチェックする
- 登録患者のプログラムへの参加を確認する
- 登録患者の疾患理解や疾病の自己管理の状態の把握
- 他の疾患や合併症の把握
- 登録患者のコンプライアンス（服薬、検査、減量、運動等）への準備状況の把握
- その他のリスクファクター（家庭環境、視力、行動上の問題点など）

疾病管理看護師の訓練

- 臨床経験 11会社
- 患者教育技術と経験 4会社
- 電話によるアセスメントと管理技術 4会社
- コミュニケーション技術 2会社
- ケースマネジメントや疾病管理の経験 4会社
- バイリンガル、マルチリンガル 2会社

ケアプランの継続実施

- 疾病管理看護師による登録患者に対する介入キット
 - 心拍モニター
 - 服薬管理キット
 - 在宅HbA1c検査キット
 - 検査データ一記入用ノート
 - 食事指導教科書
 - 体重計

登録患者とのコミュニケーション

- 電話
 - 疾病管理看護師による定期的な電話
- 手紙
 - 受診催促、薬のリフィル、出版物、パンフレット、患者手帳、疾病管理看護師との会話記録など
- インターネット
 - 薬剤情報、ニュースレター、Eメール(医師との受診予約用)など

医師との共同アプローチ

- 疾病管理に関する委員会への医師参加
- 医師教育：医師への疾病管理プログラムの説明
- 登録患者の情報提供：医師への登録患者の服薬情報、医療介入が必要な健康情報、日常的な健康情報
- 一部のプログラムでは疾病管理看護師が患者の開業医への受診に同行して情報提供を行う
- 医師満足度調査
- 一部のプログラムでは医師の治療プロトコール順守状況や疾病管理会社の医療介入の必要性に対する医師の対応状況についてモニターを行っている。

合併症管理

- ケアプランの個別患者へのカスタマイズ
- 複数疾患に対する対応
- 優先順位を設定して対応
- 社会心理的問題への対応
 - うつ病、貧困などの社会心理的問題
- 疾病管理看護師の協同
 - 複数疾患に対しては疾病管理看護師がチームであたる

評価

- 費用削減効果の測定
 - 登録前後の比較
 - 疾病管理群と対象群との比較
 - 新規プログラムと既存プログラムとの比較
- ROI (Return on Investment)
 - ROIとは節減額:消費額(1ドル消費ごとの節減額)

その他のアウトカム評価

- 臨床アウトカム(検査値、生理学的所見)
- サービス利用調査(ER、入院)
- 欠勤期間、休学期間
- 進退機能状態
- 登録患者や医療従事者満足
- 地域医療従事者との関係
- 治療プロトコールに対する患者コンプライアンス
- 医療従事者のガイドライン順守

その他のアウトカム評価

- 予防措置(食事や運動)
- 喫煙や飲酒
- 予防接種率
- 地域サービスへのアクセス
- 社会心理計測(情緒、ムード障害)
- 自覚症状(息切れ、行動制限)
- QOL
- HEIDIS(Health Plan Employer Data and Information Set)

疾病管理会社とIT

- ウェブサイト
 - 患者向け、医師向け
- 医学管理ソフト
 - ケースマネジメント用のアルゴリズムやガイドライン、ケース記録、受診歴等
- データ分析と報告システム
 - 請求データやその他データを分析してプログラムの評価や潜在患者の発掘を行う
- 電話システム
 - 疾病管理看護師、薬剤師による定期的コール、アドバイス

疾病管理会社と個人情報保護

- パスワードによるアクセス
- 州や連邦政府のプライバシー保護の法令(HIPAAなど)
- 品質保証認証
 - NCQA(National Committee for Quality Assurance)による認証

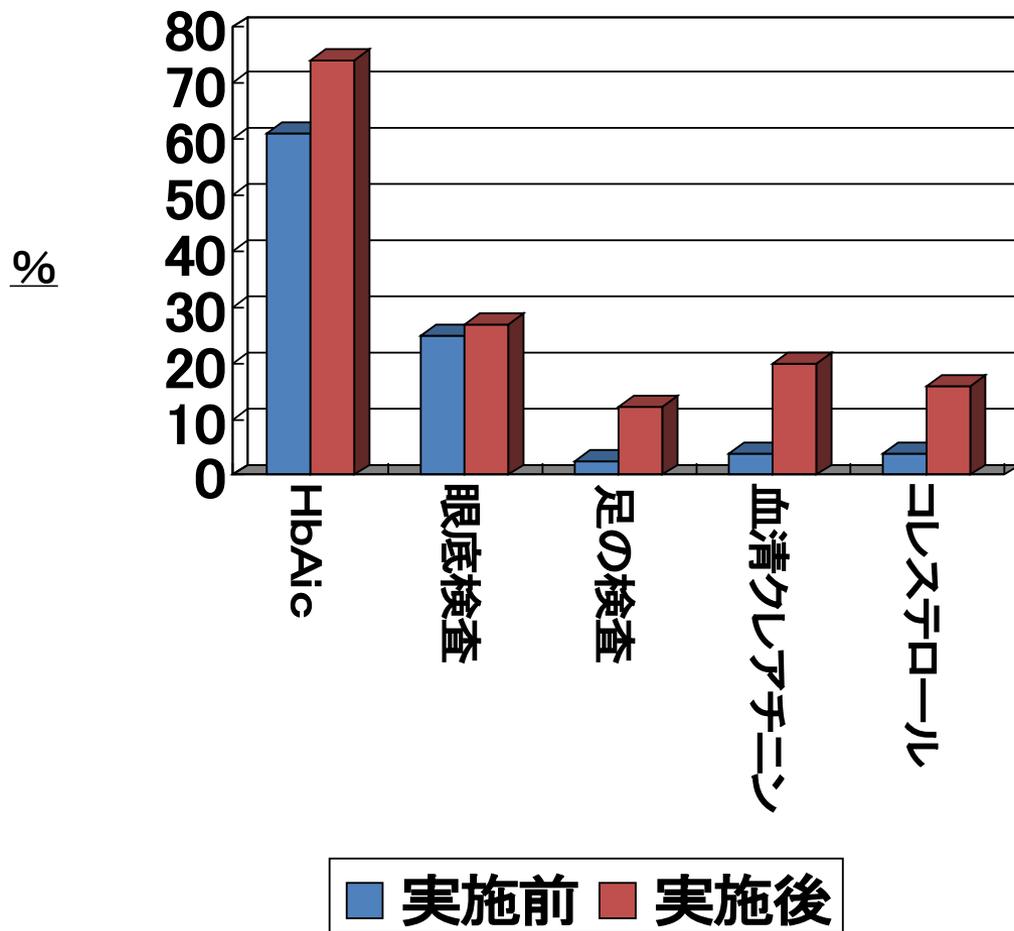
パート3
米国の疾病管理会社

糖尿病の疾病管理

糖尿病

- American Healthways社
- 糖尿病のDMプログラム^oの成果
 - メディケアの糖尿病患者20、539人の参加
 - 患者1名について1ヶ月あたり114ドル(17%)の医療費削減
 - 医療費削減効果は入院費用の削減で最大
 - 1名について1ヶ月あたり67.91ドル(23%)が削減された

American Healthways社 糖尿病DMプログラム実施前後の受診 率の変化



AH社の成功の鍵

看護師によるコールセンター

- 看護師コールセンター
 - 経験豊かな糖尿病看護マネージャーが患者に定期的に電話をかけ、糖尿病治療のために教育・支援を提供する
 - 看護師が電話をかけて医師の指示に従うよう促し、治療・処置の合理的根拠や重要性を説明するとともに、患者の質問に答えている
 - 電話をかける頻度は個々の患者のリスクによって決まり、そのリスクは今後6－12か月間に医療費がかかる可能性を予測するモデルによって決定される

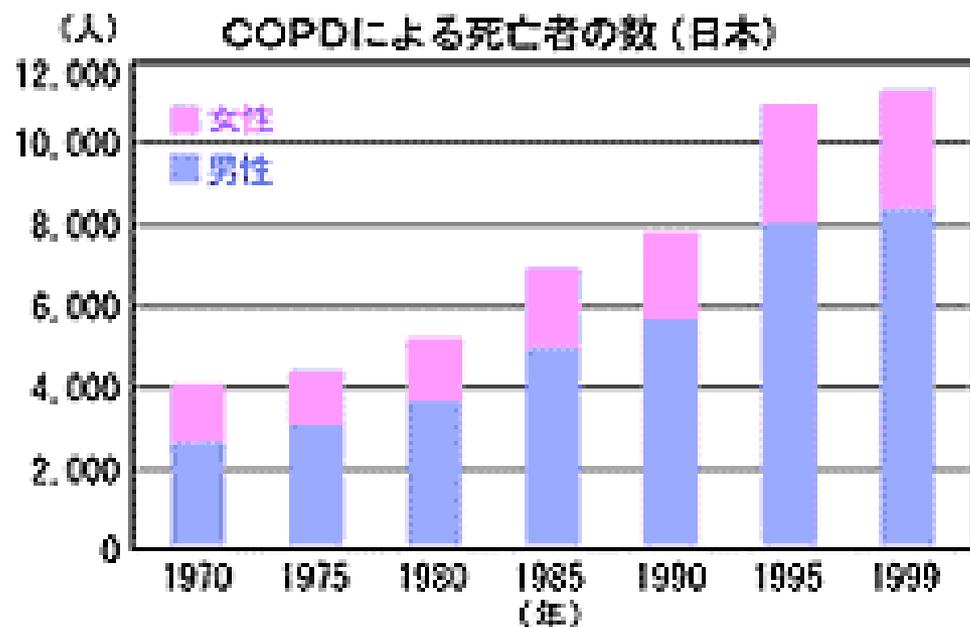
COPDの疾病管理

COPD(慢性閉塞性肺疾患)

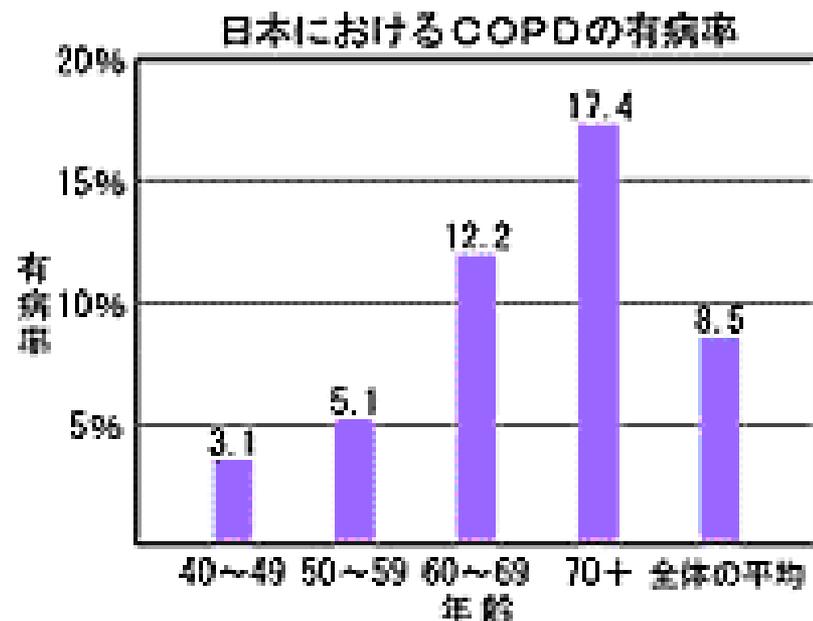
- **COPDの定義**

- Chronic(慢性) Obstructive(閉塞性) Pulmonary(肺) Disease(疾患)の略
- 肺への空気の出し入れが慢性的に悪くなり、ゆっくりと悪化していく疾患
- これまで「慢性気管支炎」「肺気腫」と言われてきた
- タバコを主な原因とする肺の「生活習慣病」

日本での死亡率、有病率



※値は、死亡年次推移分類の「慢性気管支炎及び肺気腫」として厚生省「人口動態統計」



福地義之助ら「日本のCOPDに関する疫学調査研究」より(2001.9発表)

COPD疾病管理事例

- AirLogix Protram(Dallas,Texas)
 - COPDプログラムを提供した最初の疾病管理会社
 - 7000人のメディケア、民間保険プランの加入者を対象
 - 27%の入院日数の削減
 - 23%の入院費の削減
 - 30%のER受診率の削減
 - 自覚症状の軽減
 - 胸部圧迫感47%、せき22%、夜間覚醒38%、いびき38%の減少
 - プログラムの成功要因
 - 訓練を受けた看護師の活用、コールセンター

COPD疾病管理事例

- CorSolutions, Inc. (Buffalo Grove, Illinois)
 - 看護師による24時間コールサービス、訪問看護
 - ウェブサービス
 - 米国胸部学会のガイドラインを使用
- Health Dialog (Boston, Massachusetts)
 - 疾病管理会社
 - 看護師によるコールサービス
 - リスク予測モデル
- National Jewish Medical and Research Center (Denver, Colorado)
 - 1899年設立の結核患者の非営利病院に併設された研究所
 - 看護師によるコールサービス、インターネットによる禁煙プログラム
 - 前後評価プログラムで入院期間やER受診の低下が認められた

COPD疾病管理事例

- Health Hero Network, Inc. (Mountain View, California)
 - 遠隔医療のサービス会社
 - 在郷軍人局と共同でCOPDプログラムを作成
 - インターネットによる双方向コミュニケーションシステムで患者の臨床状態の把握と介入を行った
 - フロリダの在郷軍人ネットワークの経験では600人の患者について74%の医療費削減に貢献

COPD疾病管理事例

- Boehringer Ingelheim
Pharmaceuticals, Inc (Ridgefield Connecticut)
 - COPD予測ソフト
 - 薬剤使用評価プログラム
 - 禁煙プログラム
 - 医師向け教育プログラム
 - 患者向け教育プログラム

喘息の疾病管理

カリフォルニア・ブルークロス 健康維持組織(HMO)

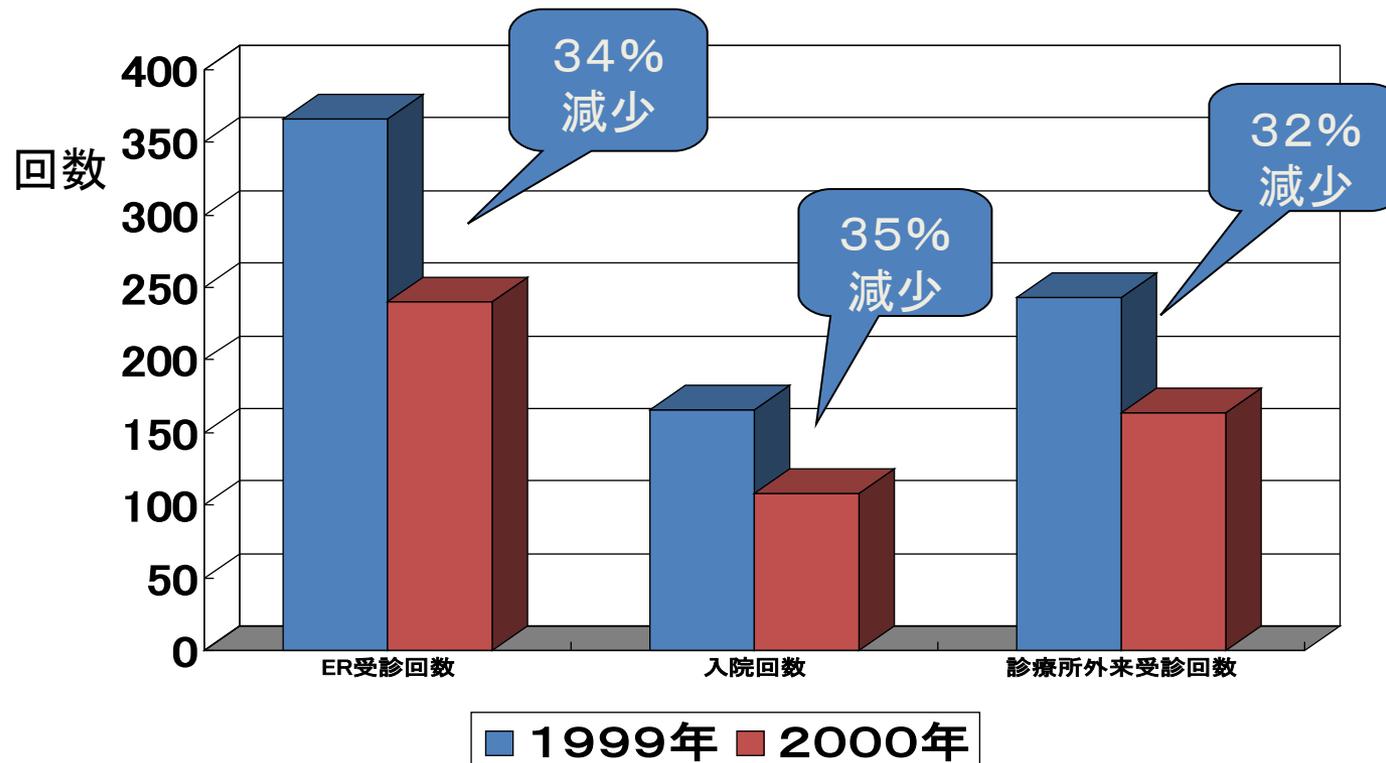
- カリフォルニア・ブルークロス健康維持組織
 - 入院率を50%低下
 - 医療費を50%減らせる
 - 薬剤に対する請求を10–20%増加
 - 5つの要素
 - 治療ガイドライン
 - ビークフローメーターの使用法と薬剤処方に関する患者教育
 - 助言者としてのケースマネジメント看護婦
 - 薬剤師によるカウンセリング

カリフォルニア・ブルークロス 健康維持組織(HMO)

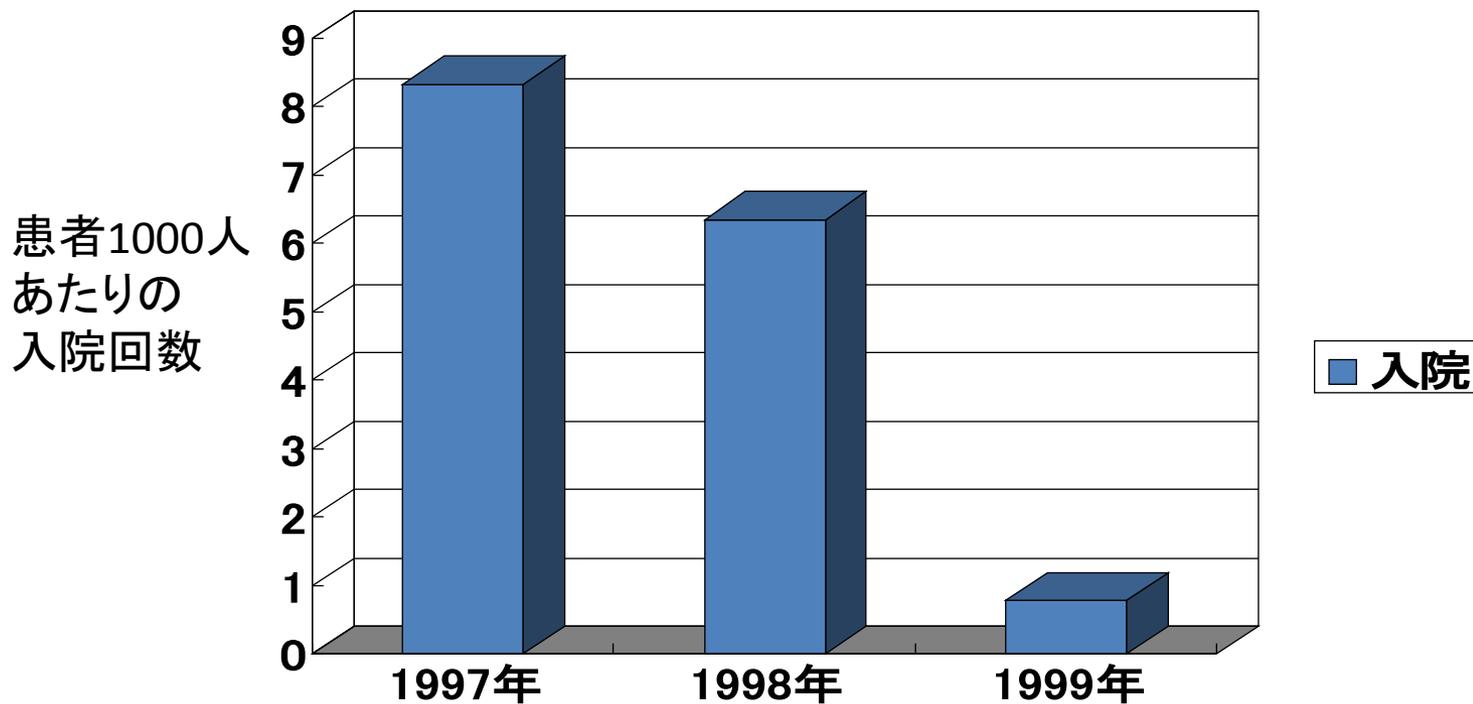
- カリフォルニア・ブルークロス健康維持組織
 - 患者同定
 - 薬剤請求データから患者同定、重症度で層別化
 - 診療ガイドライン
 - National Asthma Education and Prevention Program
 - Global Initiative for Asthma, Updated in 2003
 - 患者教育
 - ピークフローメトリー
 - 服薬指導
 - 看護師疾病マネージャー
- 結果
 - 入院率を50%低下
 - 医療費を50%削減
 - 薬剤に対する請求を10–20%増加

喘息疾病管理の成果例

- メディケイドHMO対象患者4200人
- Nebenfuhr.P et al Disease Management 4:173-178 2001



喘息疾病管理 (カイザー財団喘息疾病管理プロジェクト)



心不全の疾病管理

心不全疾病管理プログラム

- 米国の心不全
 - 患者数
 - 500万人が罹患、毎年55万人ずつ増加、毎年30万人が心不全により死亡
 - 医療費(2004年)
 - 258億ドル
- 心不全の疾病管理プログラム
 - 服薬指導や服薬コンプライアンスを高める医薬品プログラム
 - 食事、体重、日常生活 患者教育プログラム
 - 心不全の急性増悪(体重増加、浮腫、息切れ)に対する早期発見と対処プログラムがある
 - いずれのプログラムも訓練を受けた看護師や薬剤師が関与して、定期的な電話や面接により患者をフォローすることが欠かせない。
- アウトカム指標
 - プログラム期間中の入院率、再入院率、ER受診率、服薬率、医療費、QOLなどの指標が用いられる

心不全の退院後の日常管理

- 1. 急性心不全治療後は慢性心不全としての管理
- 2. 食事：水分と塩分の制限
 - (1)中等度の心不全では塩分摂取量は4～6gm
 - (2)重症心不全では1日摂水量の目安1000ml
 - (3)患者教育・家族教育
 - (a)心不全状態の自己チェック
 - (b)体重測定, 自覚症状の評価
 - (4)慢性心不全の治療指針に基づく薬物療法とコンプライアンスの維持

デューク大学の心不全疾病管理プログラム

- DM programs takes different roads to CHF success Clinical resource management. 2001 Feb;2(2);20-25.
- Healthcare Demand & Disease Management. 2000 Jun;6(6):80-85
- デューク大学 117人の心不全患者の疾病管理プログラム（電話によるフォローアップ、服薬指導、食事指導、心不全悪化時の対処法等）
- プログラム前後比較
 - ACE阻害剤服用率 74%→97%、β-ブロッカー 52%→76%
 - 入院回数(年間、患者1人あたり) 1.86回→1.21回
 - 入院日数 7.67日→6.07日 入院医療費は38%減少
 - 診療所受診回数 7.8回→12.9回 外来医療費は27%アップ
 - 総医療費 1.1ミリオンドル削減、37%削減

図1-1 デューク大の心不全疾病管理プログラム前後の
ACE阻害薬、 β 遮断薬服用率の変化

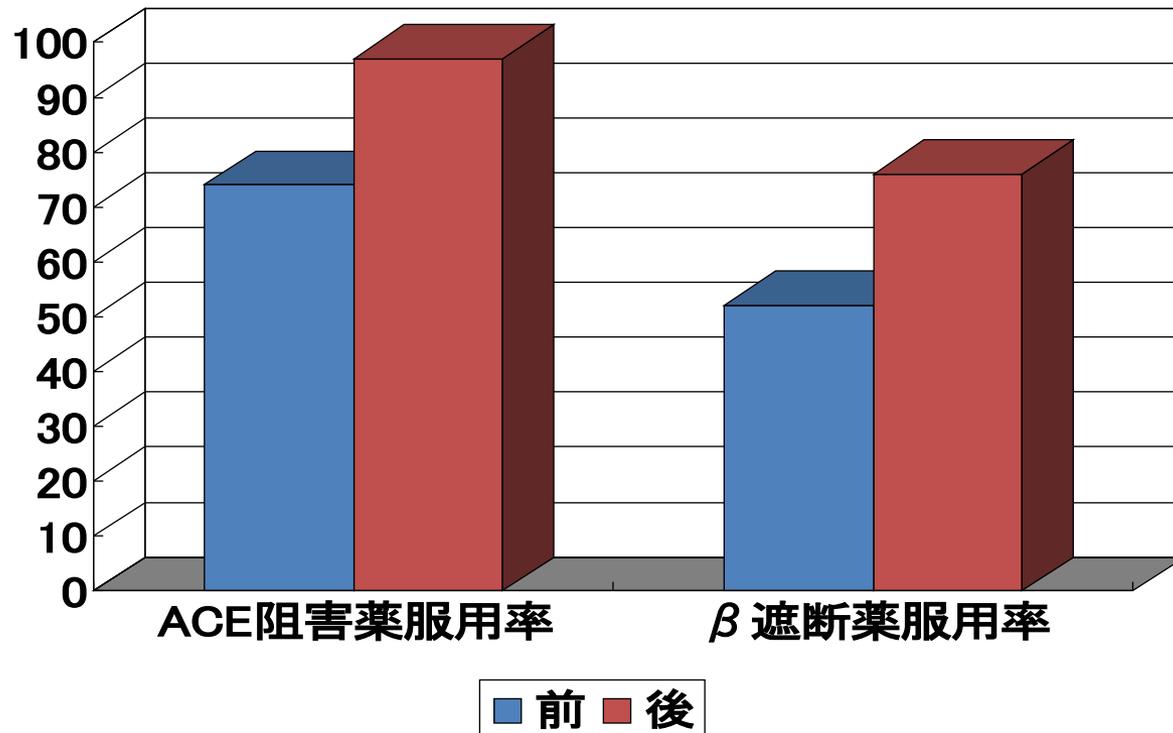
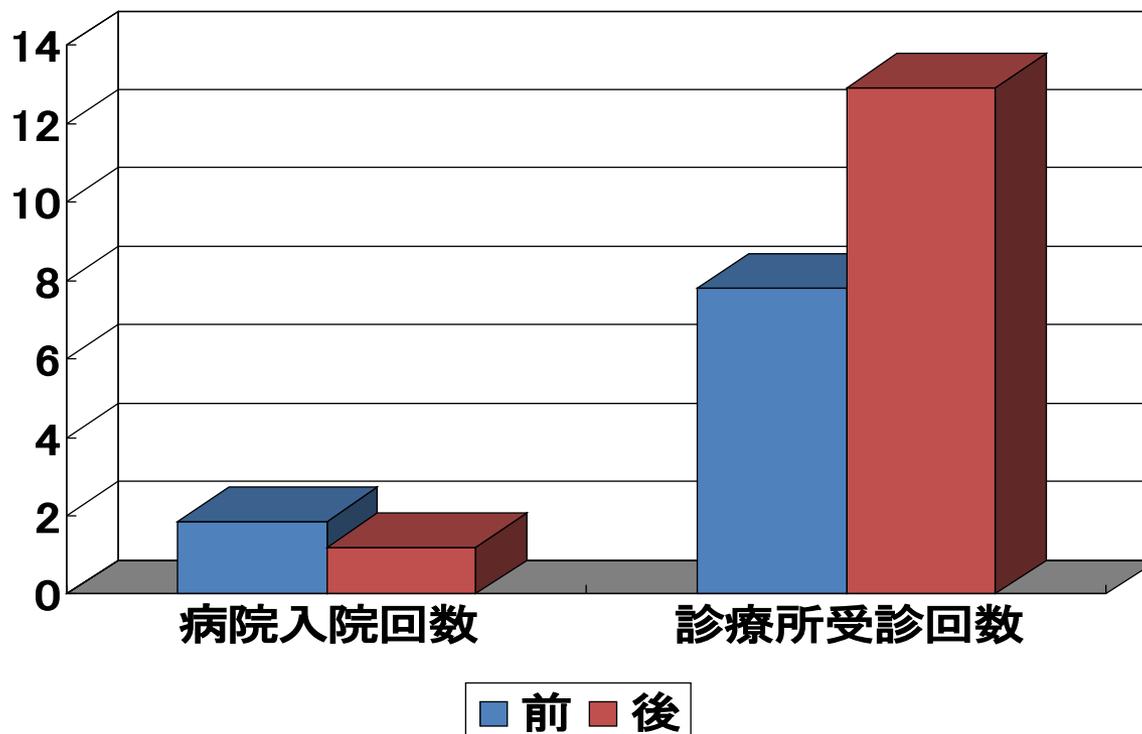


図1-2 デューク大心不全疾病管理プログラム前後の
入院回数、診療所受診回数の変化

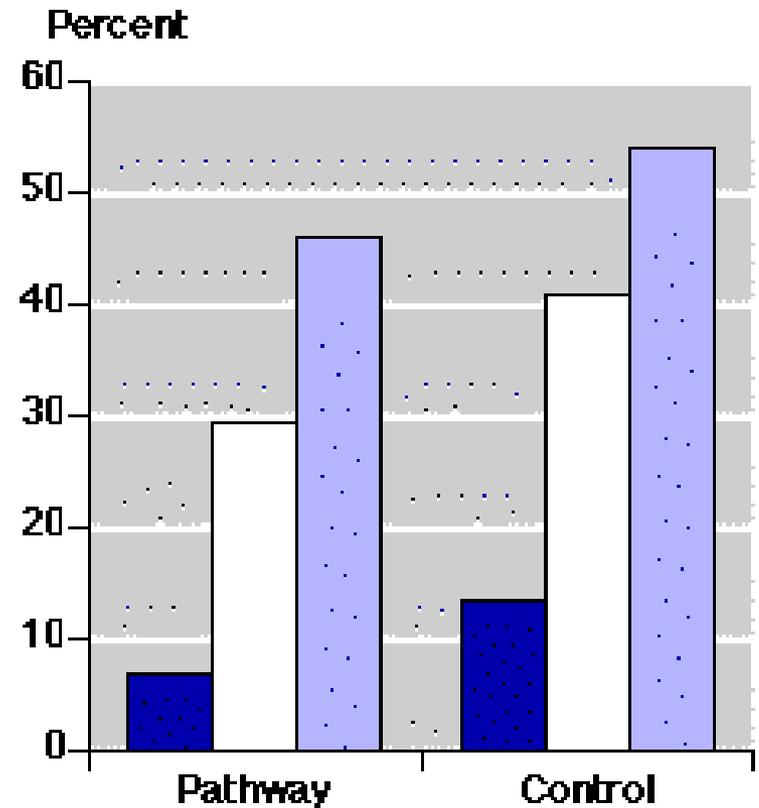
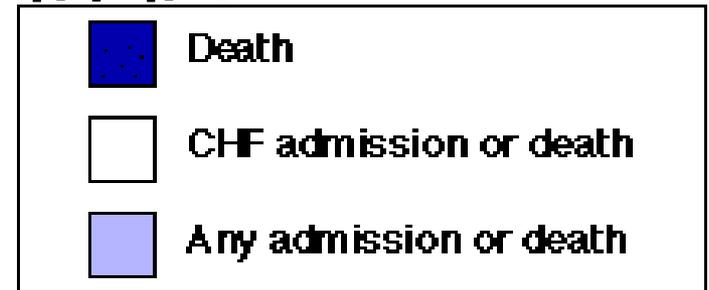


Cardiac Solutions

- Cardiac Solutions (イリノイ州の疾病管理会社)
 - 心不全疾病管理プログラム
 - 経験をつんだ看護師がガイドラインに基づいて患者をフォローする
 - 結果
 - 心不全入院
 - 年間7795回(1995年) → 年間3306回[1998年)と58%減少
 - 医療費
 - 61%減少

心不全クリティカルパスの アウトカム評価

- ジョンスホプキンス
- 200人の在宅の冠動脈疾患による心不全患者をパス群と通常治療群にわけて観察
- 入院率、死亡率ともパス群に低かった



がんの疾病管理

がんの疾病管理の困難さ

- がんの疾病管理の困難さ
 - がんの疾患としての複雑さ
 - がんはその種類が120種類
 - DRG分類も230種類
 - がんに関する診断治療が複雑
 - 単一の保険者がカバーすることが少ない
 - このためコストの追跡が困難
 - コスト削減の効果も見えにくい
 - がんは他の生活習慣病とちがって食事、運動などの日常的な生活管理だけで、疾病発症後の重症化予防を達成することは困難
 - 致命的な疾病であること、訴訟率が高いことから保険会社も腰が引けている。

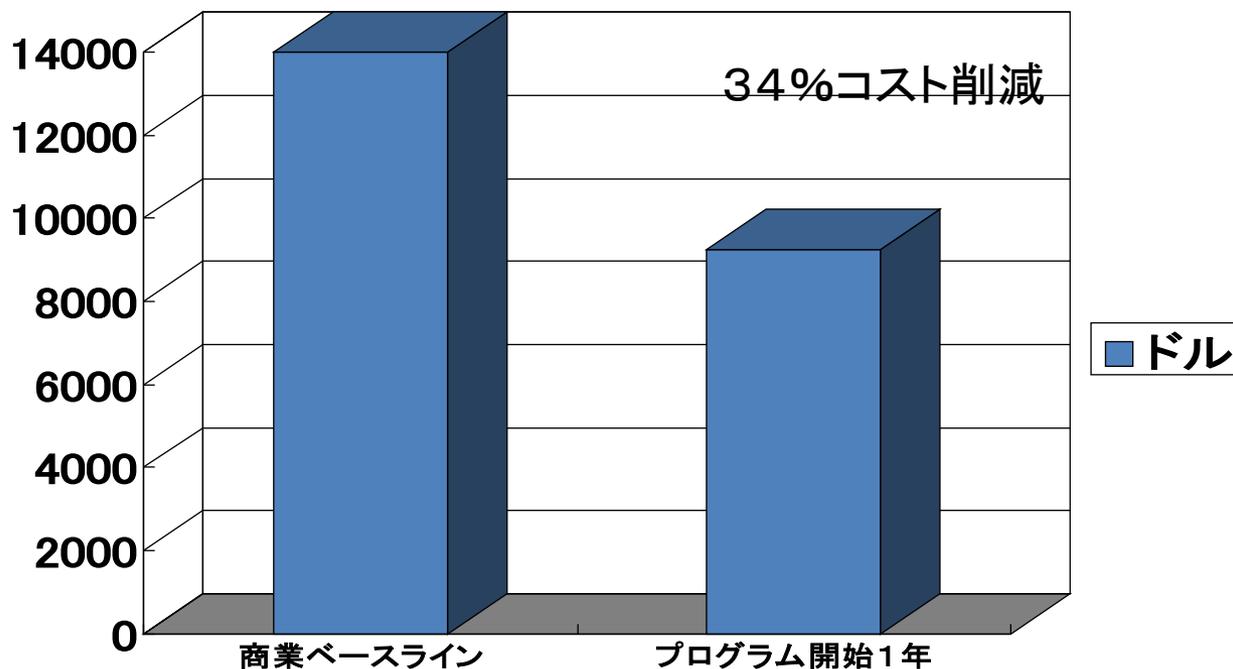
Foudation Health社

Quality Oncology

- Foudation Health社 クオリティー・オンコロジー (Quality Oncology) プログラム
 - 1997年に南フロリダのFoudation Health社が提供したがん疾病管理の最初のプログラム
 - 同社は2.3万人のメデイケアを含む11万人の会員
 - 乳がん、前立腺がん、肺がん、結腸直腸がん、リンパ腫など
 - プログラムのポイント
 - がん専門看護師による24時間電話サービス
 - 4~6週間のホスピスケア
 - 腫瘍専門医と地域の開業医との連携プログラム
 - 連携プログラムでは開業医はがん患者の治療計画を腫瘍専門医に提出してコンサルを受ける
 - 成功のポイント
 - がん専門看護師のフォローによる合併症の予防で入院減少
 - ホスピスケアの活用
 - がん化学療法の見直し
 - 外来での骨髄幹細胞移植
 - 乳腺センターの活用

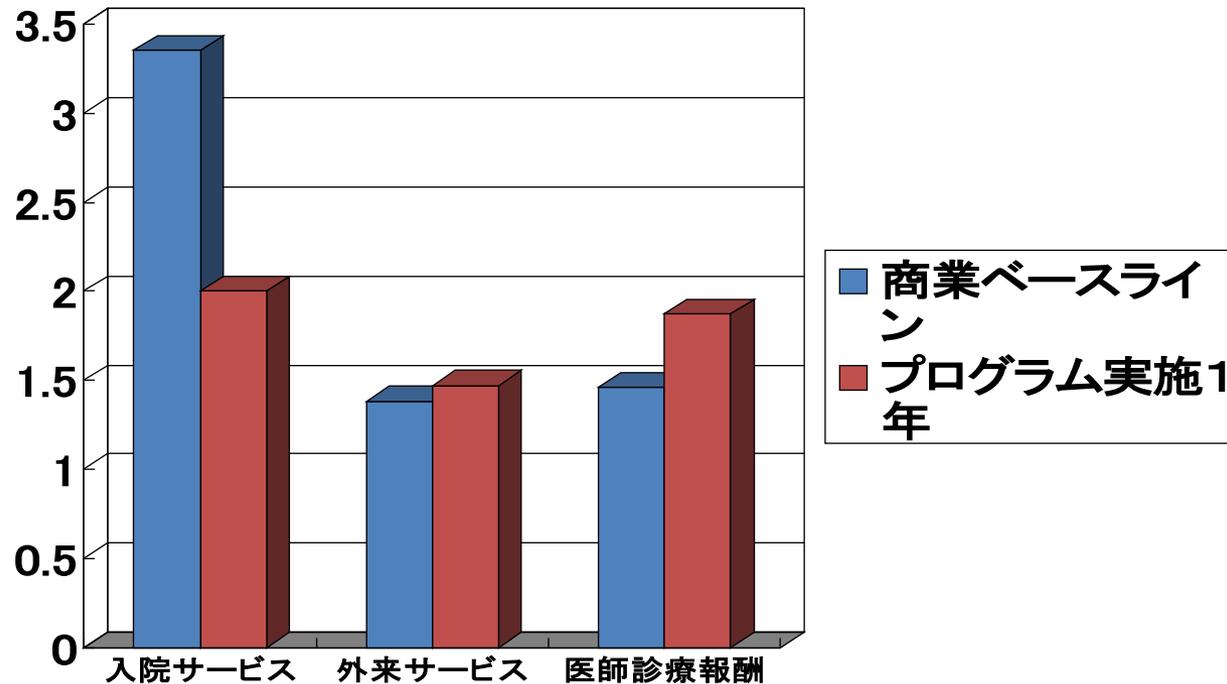
がん疾病管理 (Foundation Health社)

ドル



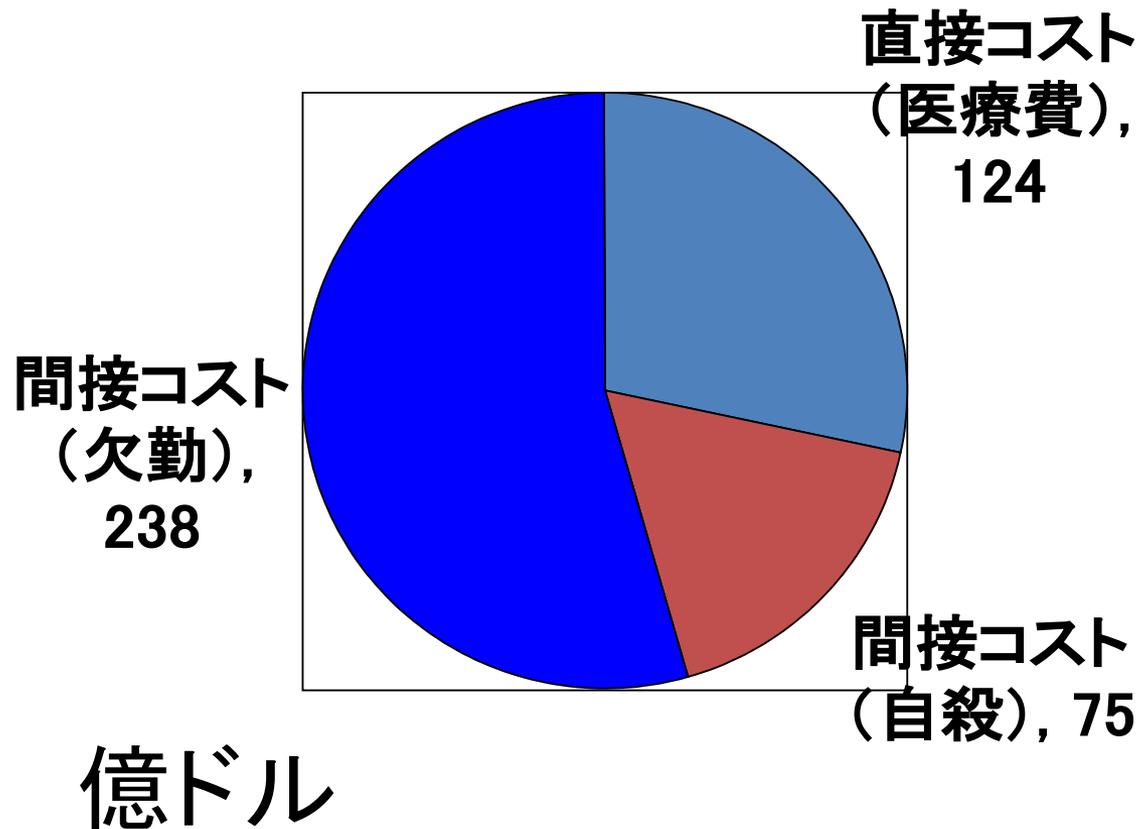
一人1ヶ月あたりの医療費

ドル



うつ病の疾病管理

うつ病の社会コスト(米国)



Merk-Medco社

- Merk-Medco社（ペンシルバニア州ウエストポイント）
 - 薬剤給付管理会社
 - 患者同定と患者登録
 - 同社の有する薬剤請求データから、抗うつ剤と同効薬の処方調査を行い、ここからうつ病が未治療あるいは抗うつ剤が過少量投与の患者を割り出して患者同定を行う
 - 精神専門看護師によるスクリーニング、患者登録
 - 医師支援プログラム
 - 医師への登録患者の紹介
 - 医師への診療ガイドラインや治療プロトコルの提供
 - 医師への受診のための定期的な電話コール
 - 服薬コンプライアンス向上プログラムの提供
 - プログラムの評価
 - 処方率や処方補充（リフィル）率でモニター

Group Health Cooperative of Puget Sound

- Group Health Cooperative of Puget Sound (ワシントン州シアトル)
 - 45万人の会員を有するHMO
 - 開業医と病院の精神科専門医の連携(リエゾン)プログラムで定評
 - 同プログラムでは、開業医のうつ病の診断精度向上させ、急性期の治療を病院の専門医と開業医、臨床心理士の連携のもとに、薬物療法・認知療法を駆使したうつ病短期療法に成功している
 - 電話カウンセリングとコンピューター登録による患者モニタリングや、再発防止プログラムにも取り組んでいる。
- LifeMasters Supported SelfCare社(カリフォルニア州)
 - 開業医を対象としたプログラムを提供する疾病管理会社
 - 看護師コールセンター
 - 患者服薬コンプライアンス向上プログラム
 - 再発防止プログラムなど

PacifiCare Behavioral Health社

- PacifiCare Behavioral Health社 (カリフォルニア州)
 - 患者のうつ病疾病管理に特化している疾病管理会社
 - 同社は患者自己教育キット(パンフレット、薬剤、ライフスタイル変化、医師面接用教材など)の配布
 - 定期的な電話コールにより患者の服薬コンプライアンス向上
 - 服薬コンプライアンスの評価は処方再補充(リフィル)率の電話モニターで行っている。
- Heritage Information Systems 社 (バージニア州リッチモンド)
 - 疾病管理会社
 - 医師向けにうつ病の薬物治療アルゴリズムの教育プログラムを提供
 - 患者向けにも服薬コンプライアンスを高める教材の郵送を行っている

骨そしょう症疾病管理

Geisinger Health System

- 骨そしょう症の疾病管理
- 米国でも成功事例としてはGeisinger Health System
<http://www.geisinger.org/services/osteo/osteo5.shtml>
が有名
- 内科医、産婦人科医、リュウマチ医、整形外科医などの医師グループとコメディカルグループがペンシルバニア州の田園地帯でおこなったプログラム
- ポイント
 - 骨そしょう症ガイドラインの地域における普及
 - 地域薬剤師や保健師によるモニタリングや定期コール
 - 可搬式の骨密度測定機器による測定
- プログラム評価
 - 骨そしょう症の診断は400%増
 - 検査は1000%増
 - 骨そしょう症薬の処方は1300%増
 - 大腿骨頸部骨折は36%減少
 - 医療費は780万ドルが節約

パート4 わが国への応用

地域連携クリティカルパスへの応用

医療制度改革関連法案

- 2006年6月14日
 - 医療制度改革関連法案が参議院本会議で可決成立
 - その中で、生活習慣病の原因とされるメタボリック・シンドローム(内臓脂肪型肥満)の健診や保健指導、医療機関への受療促進を保険者に義務付ける
 - 日本版疾病管理元年



入院医療費

入院外医療費

<慢性期>

<急性期>

長期入院高齢者の病床の転換

在宅での看取り推進

急性期→回復期→療養期・在宅に至る機能分化・連携

+

在宅(訪問)医療の充実

退院時連携

自宅以外の在宅・住まいの充実

平均在院日数の短縮

重症化防止による入院患者の増加率の減

生活習慣病予防
(医療保険者が実施する健診・保健指導などによる)

患者の増加率の減

重複頻回受診者への訪問指導

医療費の伸びの抑制

メタボリックシンドローム診断基準

A おへその高さの腹囲

男性：85cm以上

女性：90cm以上

B

①脂質

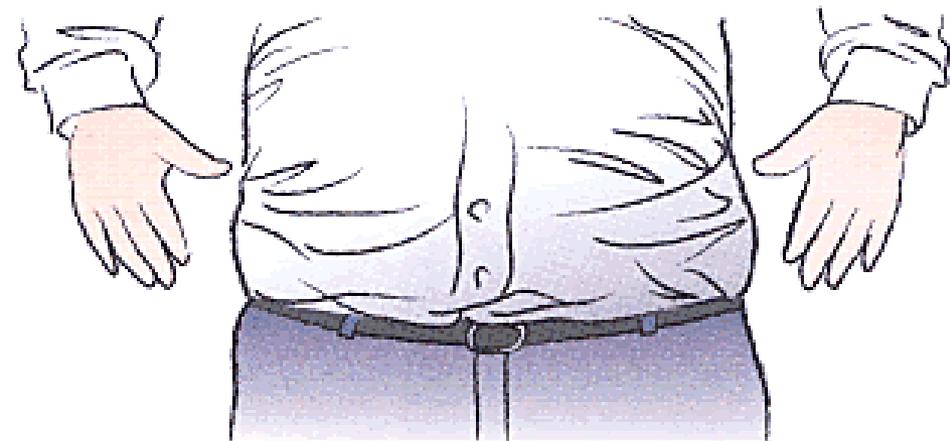
中性脂肪150mg/dl以上 または、
HDLコレステロール40mg/dl未満

②空腹時の血糖

110mg/dl以上

③血圧

収縮期血圧130mmHg以上
または、拡張期血圧85mmHg以上



Aの条件に当てはまり、
さらにBの条件の①～③のうち2つ以上に当てはまる人は
メタボリックシンドロームです。

※定期的な健康診断と日常の生活改善に努めることが大切です。

特定健診

特定健診における診断基準

● 内臓脂肪型肥満

腹囲 男性：85cm以上
女性：90cm以上

内臓脂肪型肥満
男女とも100cm以上に相当



● 高血糖

空腹時血糖 100mg/dl以上

● 高血圧

収縮時血圧 130mmHg以上
かつ/または
拡張期血圧 85mmHg以上

● 脂質異常症 (高脂血症)

中性脂肪 150mg/dl以上
かつ/または
HDLコレステロール 40mg/dl未満

メタボリックシンドローム

健診結果に基づいて
メタボリックシンドロームの該当者
及び予備軍を見つけて喫煙歴等を考慮し、
3つのグループに階層化して保健指導を行う

特定保健指導

積極的支援

- ・リスクが重なりだした方
生活習慣の改善点や取り組むべき
目的を設定し、行動変容を継続的
に実行できるよう支援を行う

動機付け支援

- ・リスクが出現しだした方
生活習慣の改善点や目標設定をし、
行動変容を促す支援を行う

情報提供

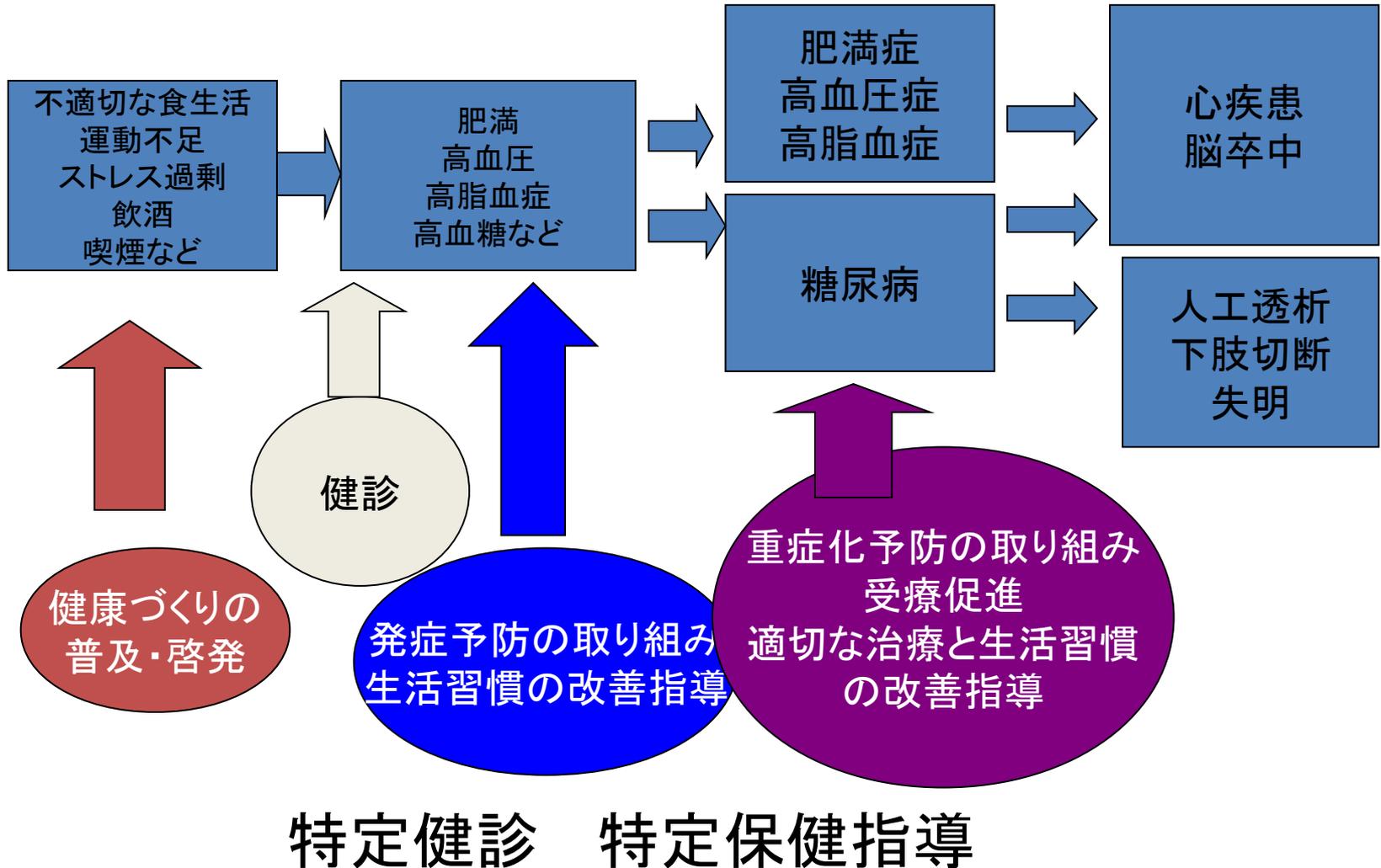
健診受診者全員

- 生活習慣の見直しや改善のきっかけ
となる情報の提供を行う

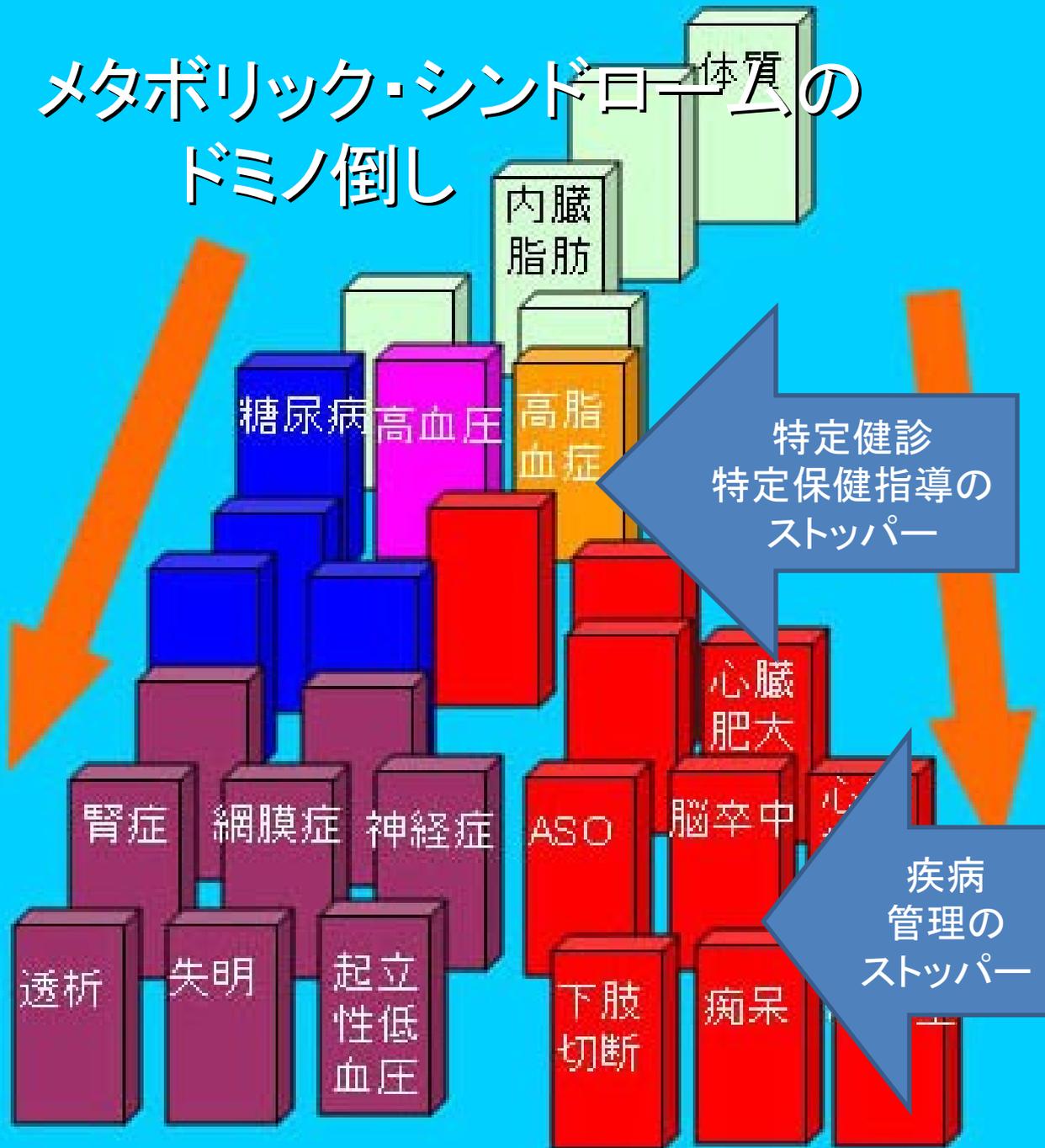
メタボリックシンドローム 人口推計 2000万人

- メタボリックシンドローム該当者
 - 約940万人
- 予備群
 - 約1,020万人
- 合計
 - 約1,960万人
- 平成16年10月1日現在

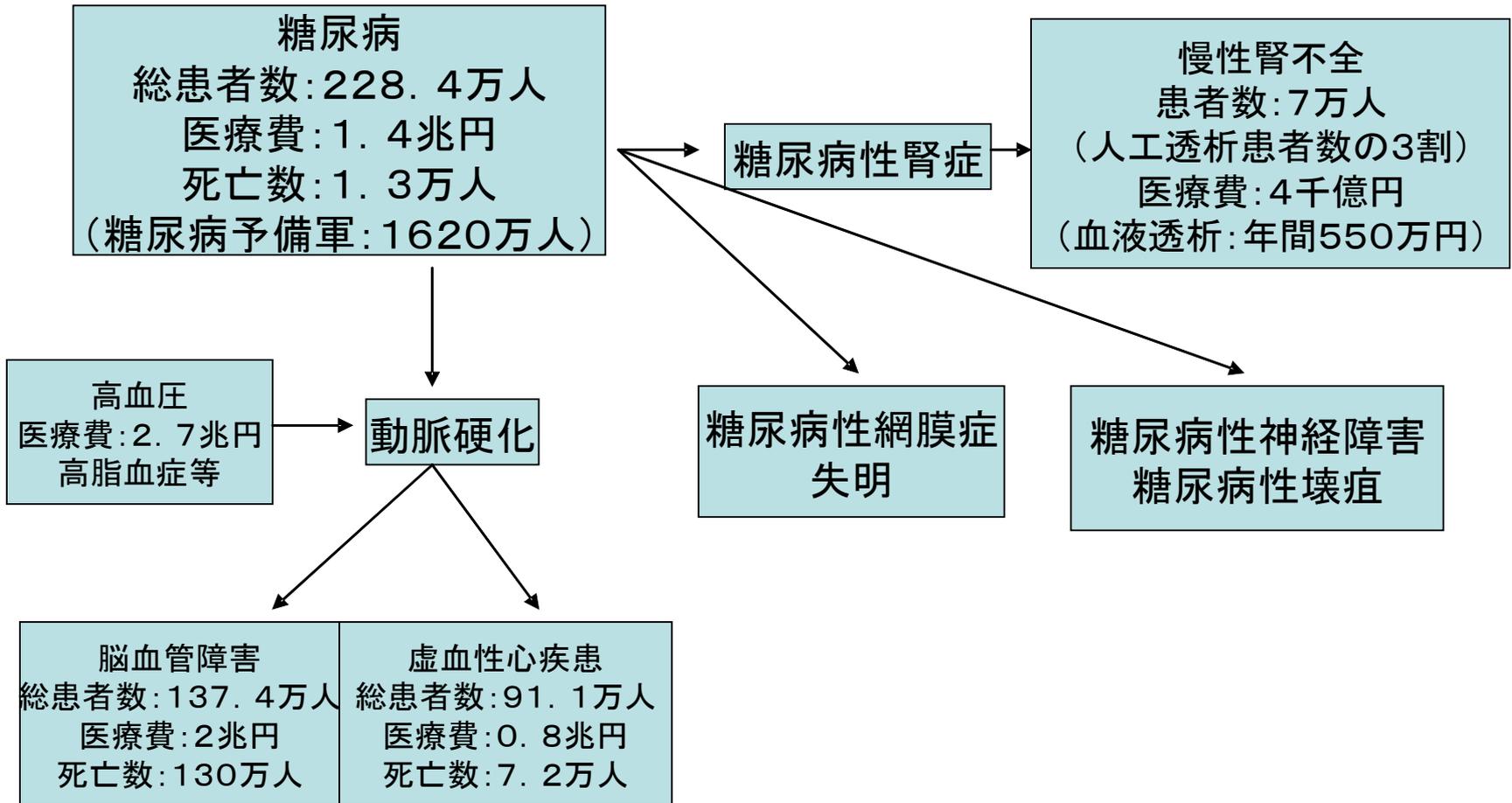
メタボ対策



メタボリック・シンドロームの ドミノ倒し



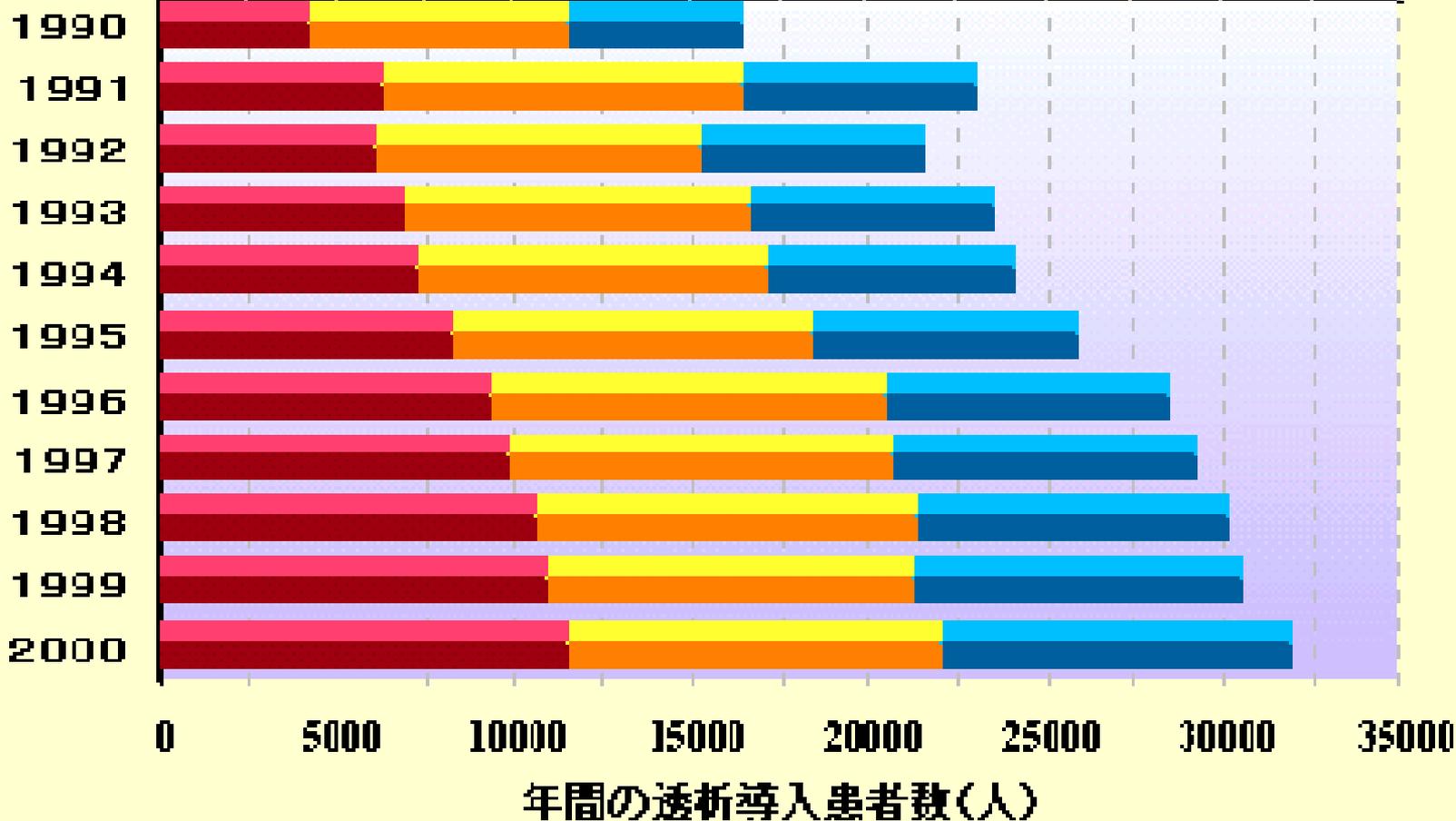
糖尿病を中心とした 生活習慣病の合併症と医療費



糖尿病性腎症による透析導入

■ 糖尿病性腎症 ■ 慢性糸球体腎炎 ■ その他

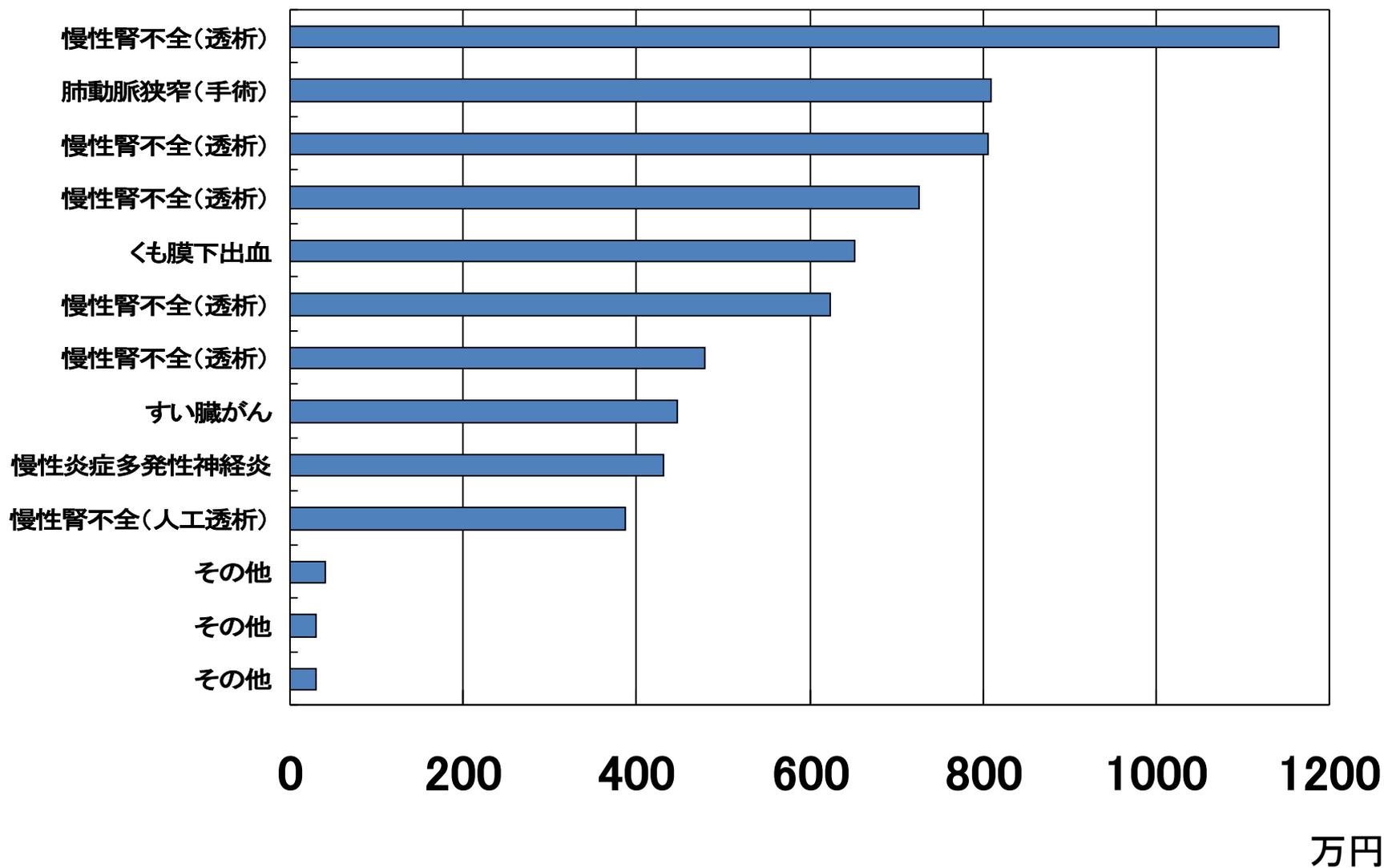
(年)



糖尿病症腎症

- 透析医療費 1兆円
 - 糖尿病性腎症による透析7万人
 - 毎年1万人増えている
 - 一人当たり年間550万円
- 糖尿病腎症による透析だけで1年間で550億円増えているということ

ある健保組合のレセプト分析より

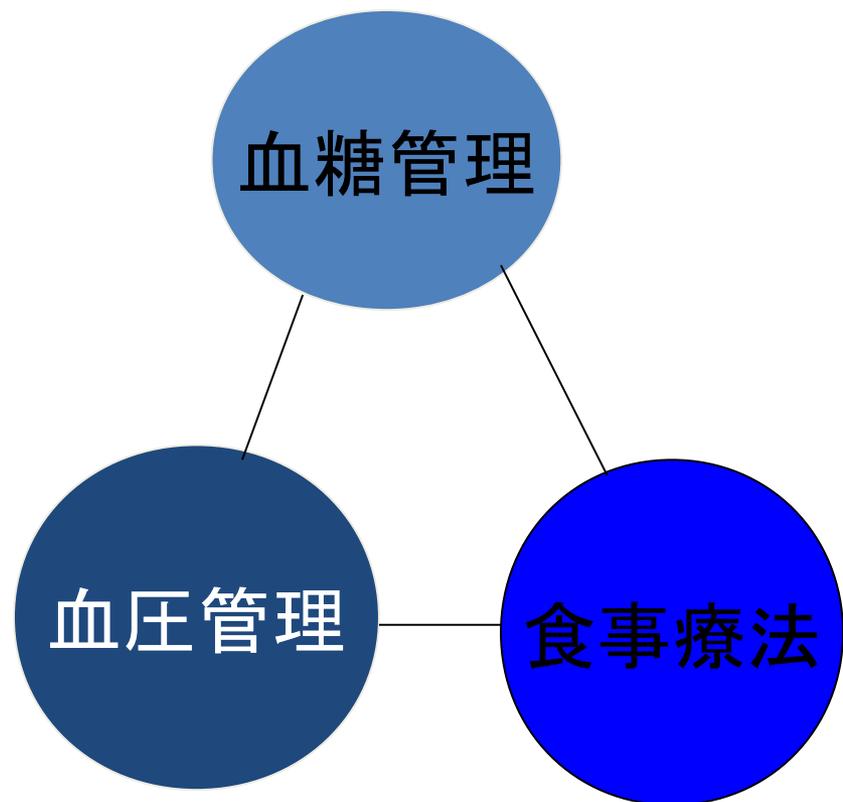


糖尿病の地域疾病管理で
透析導入患者を減らすことはできないか？

プレダイアリシスの地域連携パス

糖尿病腎症保存期の管理

- 糖尿病性腎症の保存期の管理目標
 - ①ヘモグロビンA1Cを6.5%以下
 - ②血圧を120/70mmHg以下
 - ③たんぱく質0.8g/kg



糖尿病性腎症保存期の疾病管理 —透析移行阻止・遷延プログラム—

- 糖尿病性腎症保存期の管理目標
 - HbA1C:6.5%以下
 - 血圧:120/70mmHg以下
 - 蛋白制限食:0.8g/kg
- プレダイアリシスの疾病管理
 - 血圧コントロールを130/80mmHg以下を目標として、ACE阻害剤やARBを用いて行う
 - 血糖コントロールについてはヘモグロビンA1c値6.5%以下を目標として行う
 - 蛋白制限食による食事療法を徹底する
 - 検査としては6～12ヶ月の尿検査、GFR, Hb測定を行う

糖尿病性腎症の地域連携 クリティカルパス

財団法人田附興風会 医学研究所
北野病院CKD連携パス



北野病院連携室重田由美さん

慢性腎臓病

(Chronic Kidney Disease:CKD)

- 定義

- ①尿異常、画像診断、血液、病理で腎障害の存在が明らかである(特にたんぱく尿の存在が重要)
- ②腎機能低下($GFR < 60 \text{ml/min/1.73平方m}$)
- ①、②のいずれか、または両方が3ヶ月以上持続する

- CKDの連携パスに期待が高まっている

- 病院の専門医と診療所の医師を結ぶ共通治療プロトコール

腎臓内科地域連携クリニカルパス患者基本情報

ダミー付1
 患者氏名: ダミー予約 地域1 性別: 男 生年月日: 1975年01月01日
 北野病院ID: 90100000

患者基本情報記入日 2009年03月04日

CKDステージ 1 2 3 4 5

【原疾患】

- 慢性糸球体腎炎() 腎硬化症
- ネフローゼ症候群() 多発性のう胞腎
- 糖尿病(I型 II型 その他) その他

【合併症】

- 高血圧 閉塞性動脈硬化症 糖尿病網膜症 神経障害
- 脂質異常症 足病変 単純型 末梢神経障害
- 冠動脈疾患 頸動脈硬化症 前増殖型 自律神経障害
- 脳血管障害 () 増殖型

【その他】

- 食事指導内容(糖尿病食・蛋白塩分制限食)

カロリー		水分制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
塩分	g	カリウム制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
蛋白	g	療法選択説明	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
- 身長 cm
- 体重 kg
- BMI
- 喫煙あり(本/日) 喫煙なし
- 飲酒あり(ビール 本/日) 飲酒なし
- 薬アレルギー
- 運動制限 あり なし

○疾患の受け止め方○

- 大変理解よい 理解よい 普通

***** パスシートII(a・b・c)へ *****



基本情報シートにはCKDのステージ分類、原疾患、合併症や食事指導内容を記載



これからは二人の主治医で診察します



北野病院では、患者さんに『かかりつけ医』を持っていただき、2人の主治医で診察をしています。病状が安定している時は『かかりつけ医』に診察してもらい、検査や緊急時には北野病院に来て診察を受けていただきます。

患者さんの状態は、『地域連携クリニカルパス』という用紙を使って、かかりつけ医と共有しておりますので、安心して受診していただけます。

受診スケジュール 北野病院 腎臓内科 ↔ かかりつけ医 ()

状態の悪化がなければ半年に1回北野病院受診

北野病院受診	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	1年	以降
かかりつけ医を紹介します。	かかりつけ医		かかりつけ医		北野		かかりつけ医					北野	半年ごとに北野病院
血液検査	1～3ヶ月毎(適宜)												
尿検査	毎月												
血圧測定	毎日同じ時間に血圧をお家で測りましょう												
体重測定	毎日体重をお家で測りましょう 												
胸部レントゲン	年に1回胸部レントゲンと心電図を行います。(必要時は随時行います)												
心電図													
眼科受診	糖尿病のある方は、合併症の早期発見のため、定期的に眼科受診を行きましょう												
その他	<input type="checkbox"/> ABI <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 経動脈エコー <input type="checkbox"/> 負荷心電図 <input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 糖尿病教室に参加しましょう <input type="checkbox"/> 栄養指導を受けましょう												

【看護師指導内容】

こんな時はかかりつけ医に相談すること

- ◆ 足に異変が…長距離歩けなくなった
- ◆ 貧血のような症状がある
- ◆ 血糖コントロールが悪い
- ◆ 最近むくみがひどい…
- ◆ 身体がだるい
- ◆ 体重が急激に増えた
- ◆ 風邪の後(特に注意して下さい)
- ◆ 食欲がない時(水分が取れていないとき)

指導看護師:

病診連携での診療方針を患者さんに説明する用紙。病診での受診スケジュールのほか、血圧・体重測定を毎日行うように記載。「貧血のような症状」「最近むくみがひどい」等、かかりつけ医に相談すべきことも列記して、患者さんの自己管理チェックシートの役割もはたす。

腎炎・ネフローゼ症候群(CKD1・2期) 地域連携クリニカルパス

作成日: 2008年03月04日

ダミー 1
 患者氏名: ダミー予約 地域1 性別: 男 生年月日: 1975年01月01日
 北野病院ID: 90100000

アウトカム(達成目標)
 I CKDステージ進展防止
 II CKD合併症の予防・早期発見・早期治療

北野病院		⇔		かかりつけ医(以下の内容の継続診療をお願いします)		
診日 2009年03月04日		1ヶ月に1回受診 ⇒状態悪化なければ半年に1回北野病院受診				
<input type="checkbox"/> 抗血小板剤 <input type="checkbox"/> ACE阻害剤 <input type="checkbox"/> ARB <input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 当院処方なし <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医処方 <input type="checkbox"/> 変更なし <input checked="" type="checkbox"/> 変更あり (内容は以下に)	<input checked="" type="checkbox"/> 尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 採血(3ヶ月に1回) <input checked="" type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 合併症出現の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 体重 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧	バリエーション(紹介の指標) ①浮腫による体重増加(0.5kg/日以上) (食べ過ぎ・運動不足による体重増加は別です) ②コントロールできない高血圧 ③腎機能悪化(クレアチン1.5倍悪化) ④新たな尿潜血出現 ⑤尿潜血悪化(2倍以上) ⑥持続する肉眼的血尿 ⑦尿蛋白の増加(2倍以上)	
<input checked="" type="checkbox"/> 尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> 合併症の有無	<input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他		
検査結果(別紙添付)		バリエーション発生時は、北野病院受診予約を取ってください。				
全身状態		次回北野病院受診日:				

アウトカム(目標達成)、病診連携による目的、治療の方向性、北野病院、かかりつけ医双方の役割等の認識をひとつにするため明記

バリエーション(合併症)発生時の対応

コメント 《 診察のポイント! 》
 風邪の後、脱水になっていることが多く、一気に腎機能が悪くなる可能性があります。

地域連携クリティカルパスは 日本版疾病管理プログラム

地域連携クリティカルパスを
疾病管理モデルを念頭に作ろう！

地域連携パスと疾病管理プログラム

	地域連携クリティカルパス	疾病管理プログラム
対象疾患	慢性疾患(脳卒中、がん、糖尿病、心疾患、整形疾患など)	慢性疾患(糖尿病、心不全、ぜんそく、COPDなど)
診療ガイドライン	診療ガイドラインを用いる	診療ガイドラインを用いる
病院と診療所の連携を支援	病院と診療所の連携ツール	病院と診療所の連携を支援
多職種チーム	多職種チームによって作成し運用を行う	看護師や薬剤師の役割が重要
アウトカム志向 アウトカム測定	在院日数やADL改善率、合併症率、患者満足度などのアウトカムで評価	在院日数、入院率、合併症率、検査成績などのアウトカムを測定 医療費削減額で評価

CKDの連携パスを疾病管理モデルを念頭において作ろう！

パート5
疾病管理と
ナースプラクティショナー

新たな職種の誕生
～ナースプラクティショナー～

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。

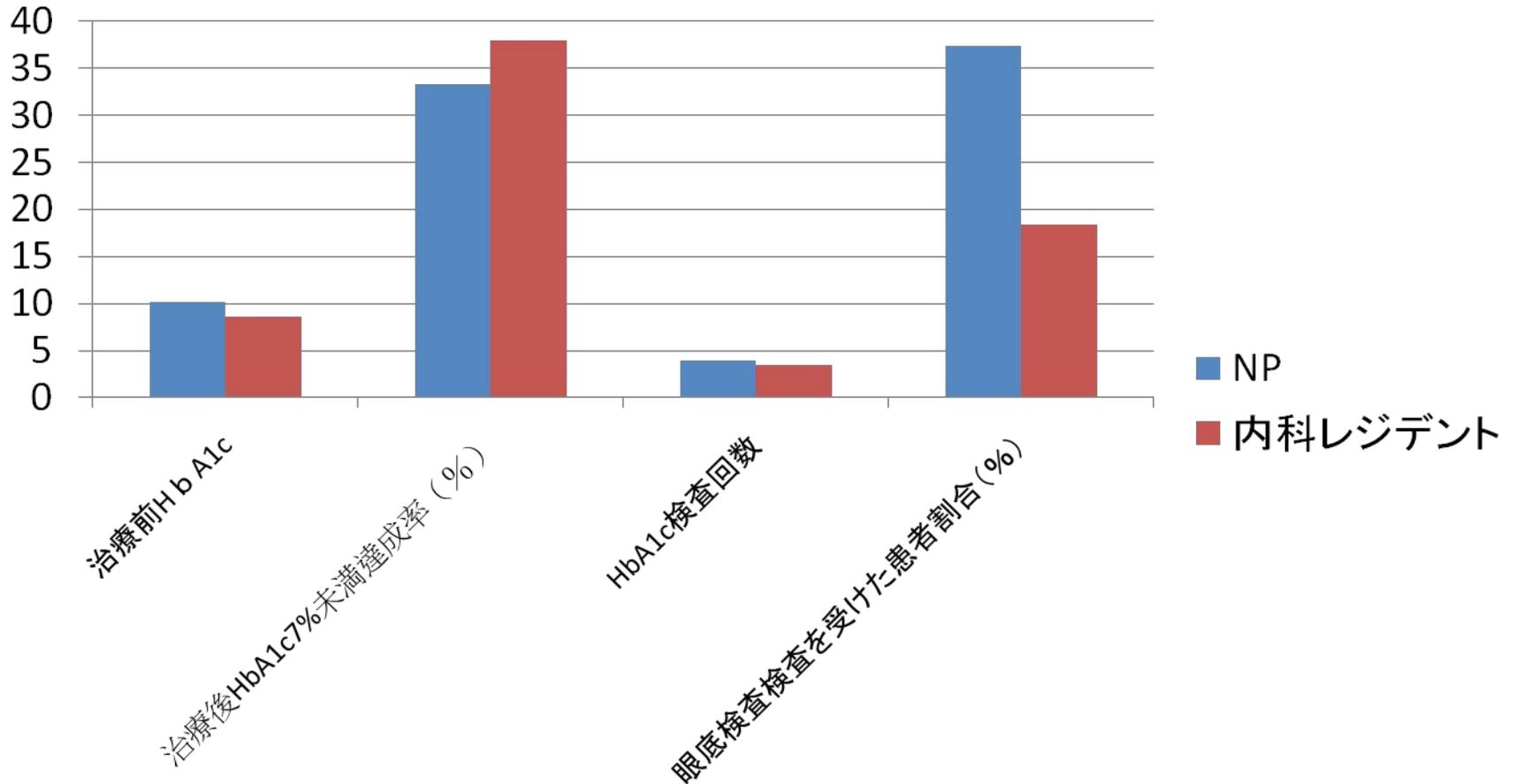
NPの業務

- **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

NPの活躍の場を作るには？

スキルミクスの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

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

国際医療福祉大学大学院の ナースプラクティショナー養成目標

糖尿病や循環器疾患の外来ベース
の疾病管理ケアマネージャーの養
成

三田病院で学ぶ 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

ナースプラクティショナー養成講座1年生



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



まとめと提言

- ・疾病管では疾病ケアマネージャーが必要
- ・日本版疾病管理は地域連携パスから
- ・糖尿病の連携パスのマネージャーが日本版疾病ケアマネージャー
- ・疾病ケアマネージャーを日本でも育てよう
- ・特定看護師に期待しよう

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



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

なんでも質問コーナー

