



# 2010年診療報酬改定と地域連携

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

# 国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

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

## 国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



### 大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

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

### 保健医療学部

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

### 医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

### 薬学部

薬学科

### 福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、  
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

### 小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

### 大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉  
大学病院

(300床)



塩谷病院

## 東京本部 (乃木坂)

総務部  
人事部  
企画部  
医療管理部





## 国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承  
医師数120名、290床、  
平均在院日数10日  
入院単価65、00点  
東京都認定がん診療病院  
2008年7月からDPC対象病院

# 目次

- パート1
  - 2010年診療報酬改定
- パート2
  - 診療報酬改定と地域医療連携
- 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
  - 在宅療養支援病院



# パート1

## 2010年診療報酬改定

民衆党政権下初の改定

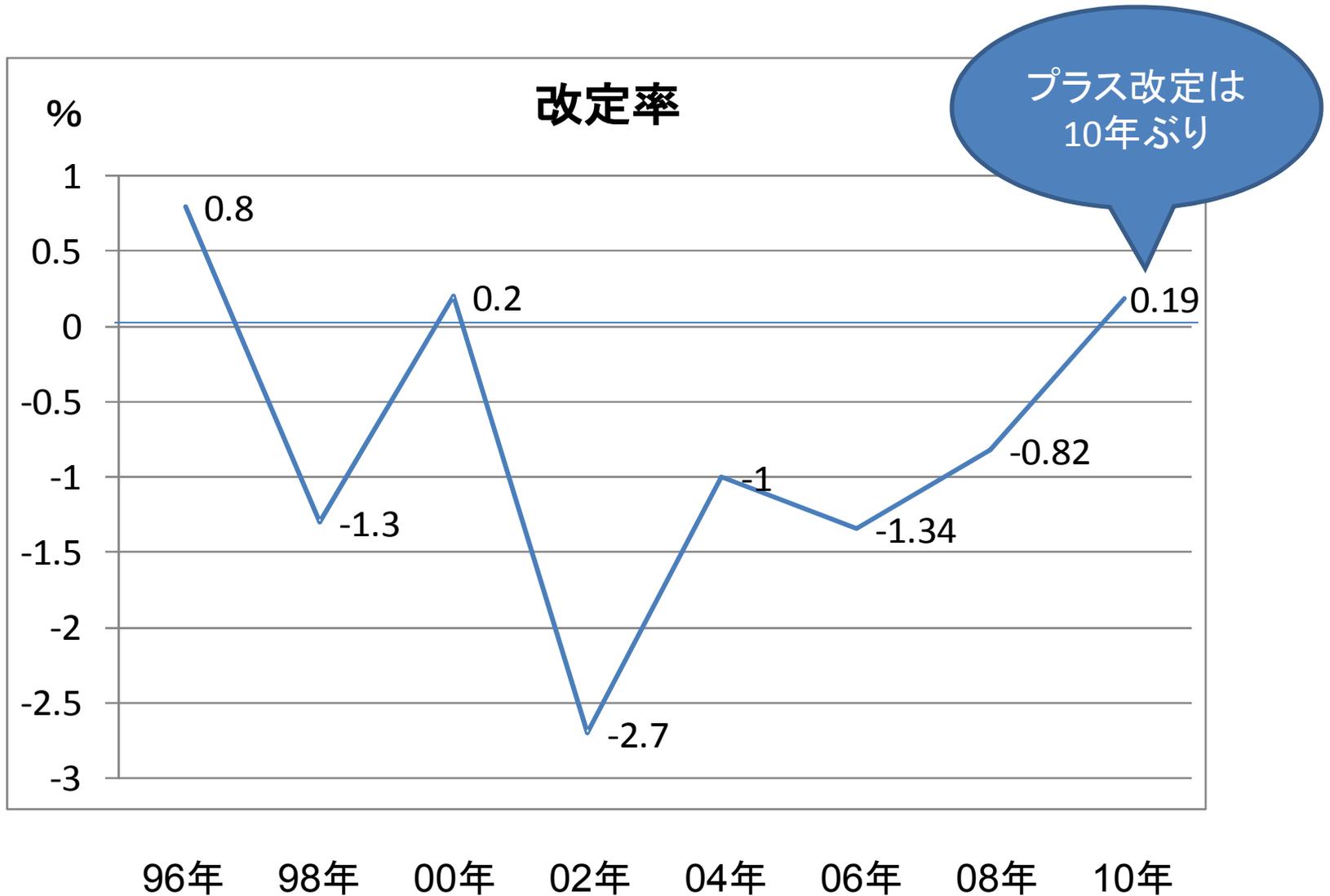
# 2010年度診療報酬改定

- 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

# 診療報酬改定と地域医療連携

# 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。

医学管理等

改定前

改定後

地域連携夜間・休日診療料

新設

100点

対象患者

全年齢の救急患者(入院中の患者は対象外)

算定方法

- ・地域の夜間・急病センター、病院等において地域の医師が連携・協力して診察に当たる体制を評価
- ・夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ周知している時間に、患者を診療した場合に算定可

施設基準

- ・診療時間帯に常時医師を2名以上配置していること
- ・夜間、休日又は深夜に診療する医師(近隣の保険医療機関を主たる勤務先とするものに限る。)として3名以上を届け出ていること
- ・地域に、夜間、休日又は深夜であって救急医療確保のために、当該保険医療機関があらかじめ定めた時間を周知していること
- ・緊急時に患者が入院できる体制を確保(他の医療機関との連携により緊急時に入院できる体制を整備を含む)していること
- ・当該保健医療機関で、末梢血液一般検査及びエックス線撮影を含む必要な診察が常時実施できること

算定上の留意点

- ・夜間、休日又は深夜における担当医師名とその主たる勤務先について、予定表を作成し、院内に掲示
- ・診療内容の要点、診察医師名及びその主たる勤務先を診療録に記載
- ・慢性疾患の継続的な治療等のための受診は算定不可
- ・診察が電話等で行われた場合や、患者本人が受診せず、家族などに対して指導を行った場合、在宅当番医制で行う夜間・休日診察は算定不可

# 急性期医療に対する 後方病床機能の評価

# 急性期医療に対する 後方病床機能の評価

- 基本的な考え方
  - 急性期医療を支えるためには、急性期医療の後方病床の確保や、在宅患者や介護施設入所者の状態が軽度悪化した際に入院医療を提供できる病床の確保が重要
  - 地域医療を支える有床診療所や病院の療養病棟においてこのような患者を受け入れた場合を評価する

# 有床診療所の一般病床が有する 後方病床機能の評価

- 地域医療を支える有床診療所の一般病床において、急性期の入院医療を経た患者、状態が軽度悪化した在宅療養中の患者や介護施設の入所者を受け入れた場合の入院早期の評価を新設する。
- また、複数の医師を配置している場合の評価に関し、地域医療を支えている有床診療所についての評価を引き上げる。

# 有床診療所一般病床初期加算 (100点、7日以内、1日につき)

- 急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの転院・入院患者を、当該有床診療所の一般病床で受け入れたに評価する

## 地域医療を支える有床診療所の評価②

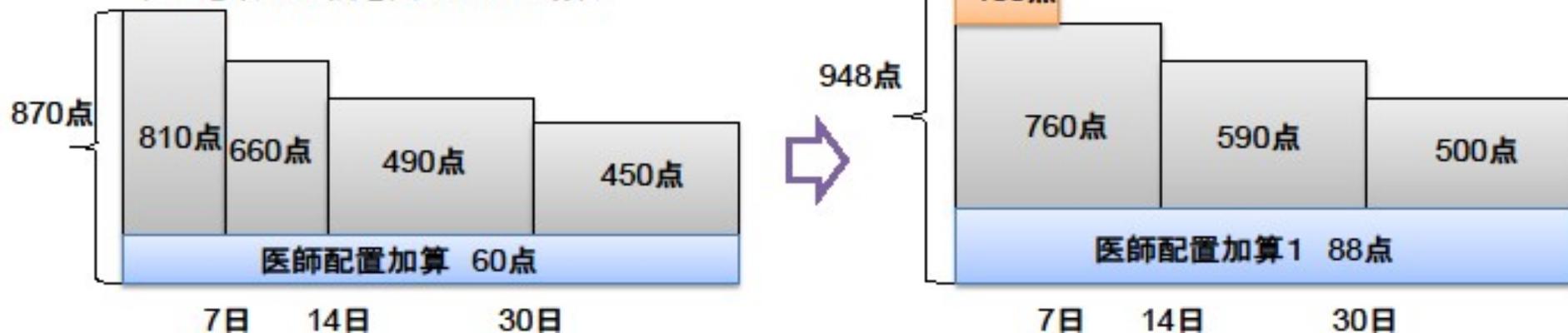
以下のいずれかを満たす、地域医療を支える有床診療所（一般病床）を評価する。

- ① 過去1年間に在宅患者訪問診療の実績がある在宅療養支援診療所である。
- ② 全身麻酔、脊椎麻酔又は硬膜外麻酔を年間30件以上実施している。
- ③ 救急病院等を定める省令に基づき認定されている。
- ④ 病院群輪番制又は在宅当番医制に参加している。
- ⑤ がん性疼痛緩和指導管理料を算定している。
- ⑥ 夜間看護配置加算を算定しており、夜間の診療応需体制を有している。

**新** 有床診療所一般病床初期加算 100点（7日以内、1日につき）  
医師配置加算 60点 → 医師配置加算1 88点（1日につき）

併せて、診療所後期高齢者入院医療管理料は廃止する。

（例）医師2名、看護職員8名の有床診療所一般病床で在宅患者の入院を受け入れた場合



# 救急・在宅等支援療養病床 初期加算(100点)

- 急性期医療を担う病院の一般病床、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム及び自宅等からの入院患者を療養病床で受け入れた場合に算定する
  - － 施設基準
    - 病院の場合は療養病棟入院基本料を算定していること
    - 診療所の場合は、有床診療所療養病床入院基本料を算定している在宅療養支援診療所であって、過去1年間に在宅患者訪問診療の実績があること

# 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

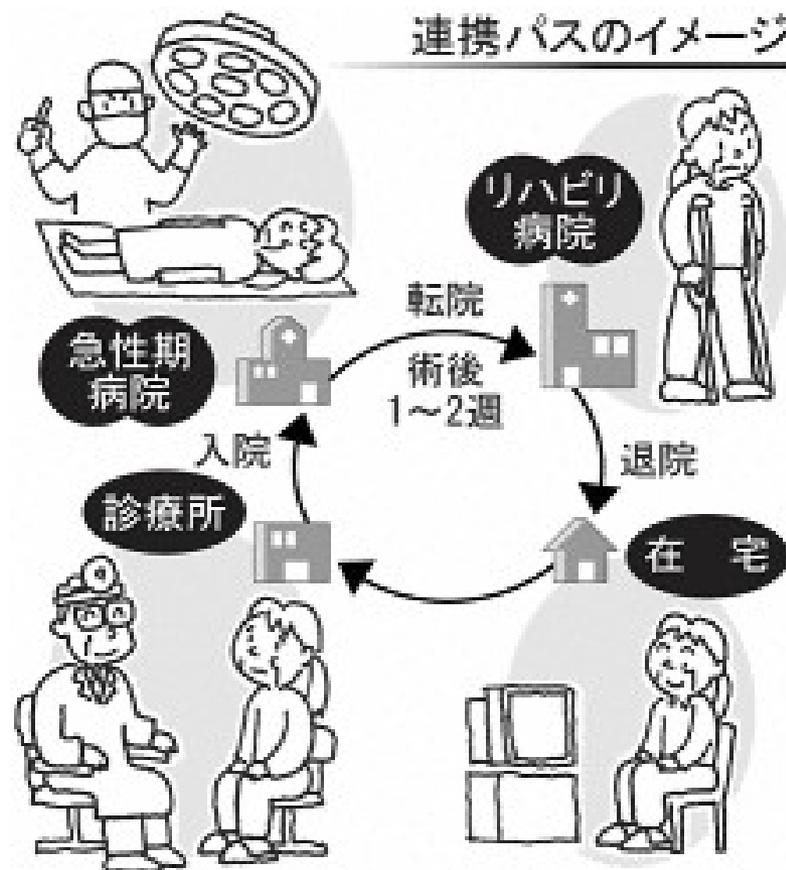
近年、地域の患者が必要以上に高度な医療を求めて中核病院へ集中。医師不足とあいまって、中核病院での医師の負担が増大し、医師が辞めていくという悪循環が発生。これが地域の医師不足問題(医療崩壊)。これに対応するため、中核病院と周辺の診療所等が適切な役割分担をして治療(地域医療連携クリティカルパスなど)を実現することが不可欠。その際の患者情報の連携には情報技術が不可欠。



# 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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

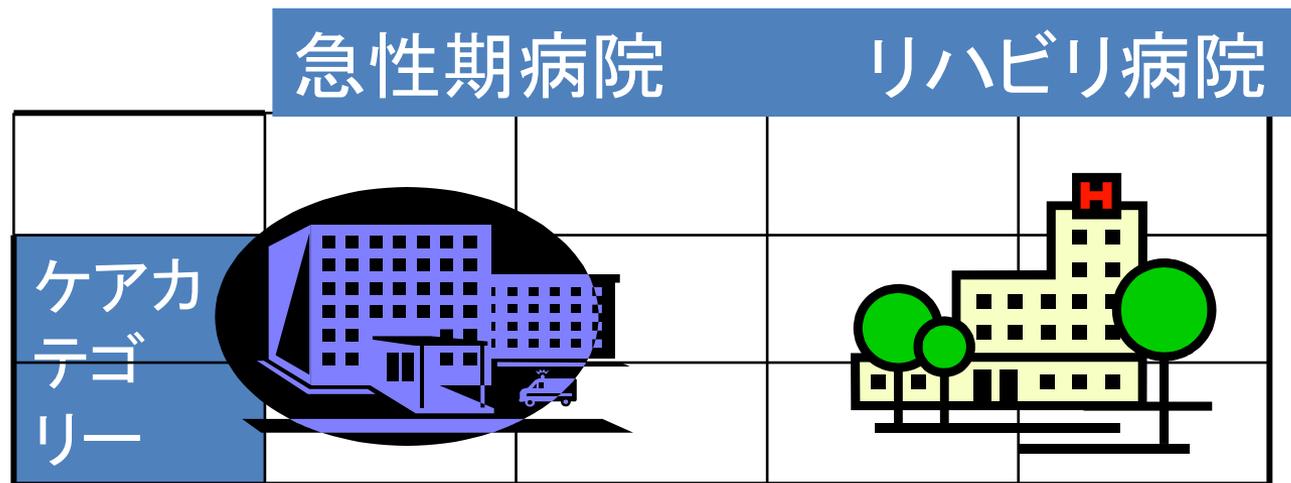
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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)	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)
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	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	
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	
		体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )
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( ) ( ) ( )	
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

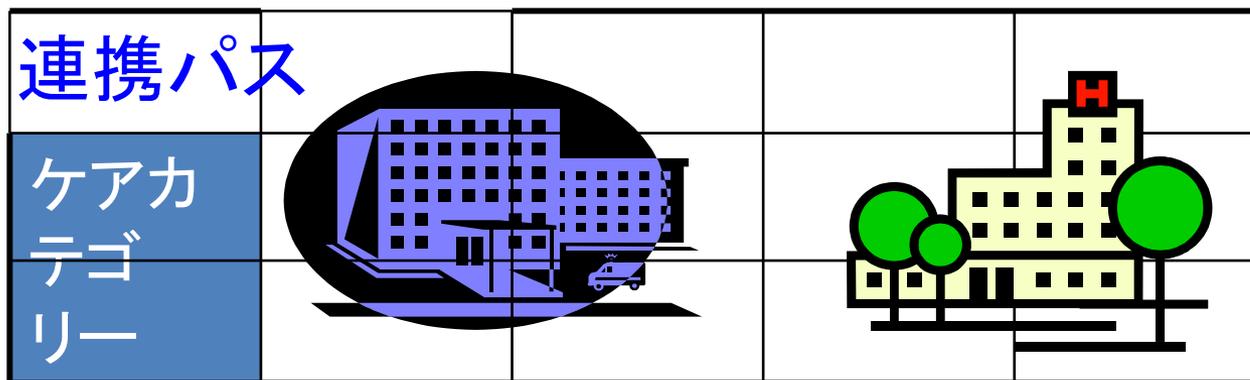
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

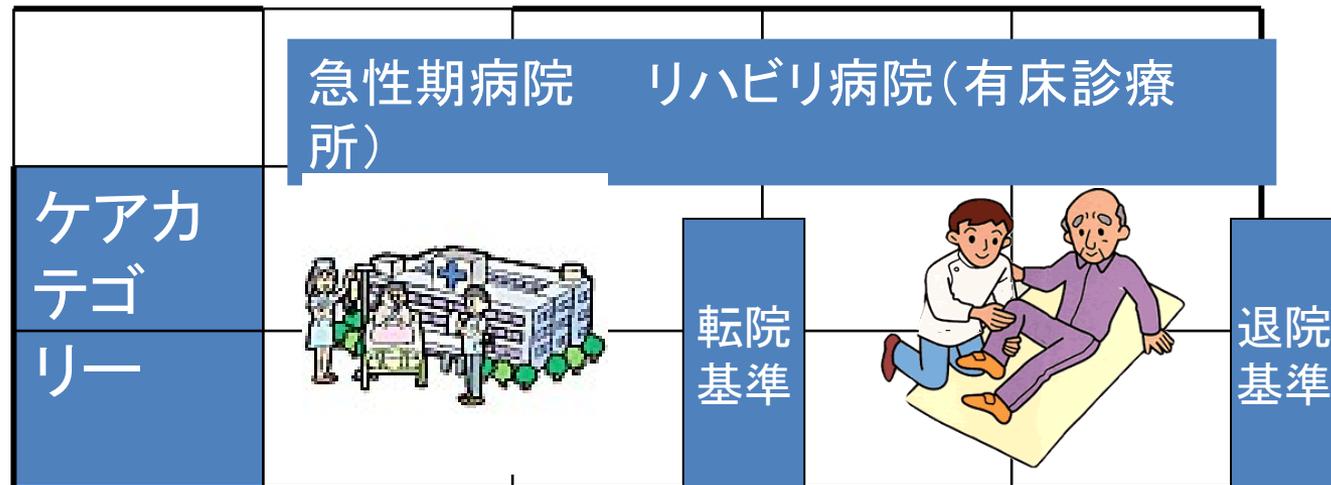


地域連携診療計画退院時指導料  
1500点



# 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

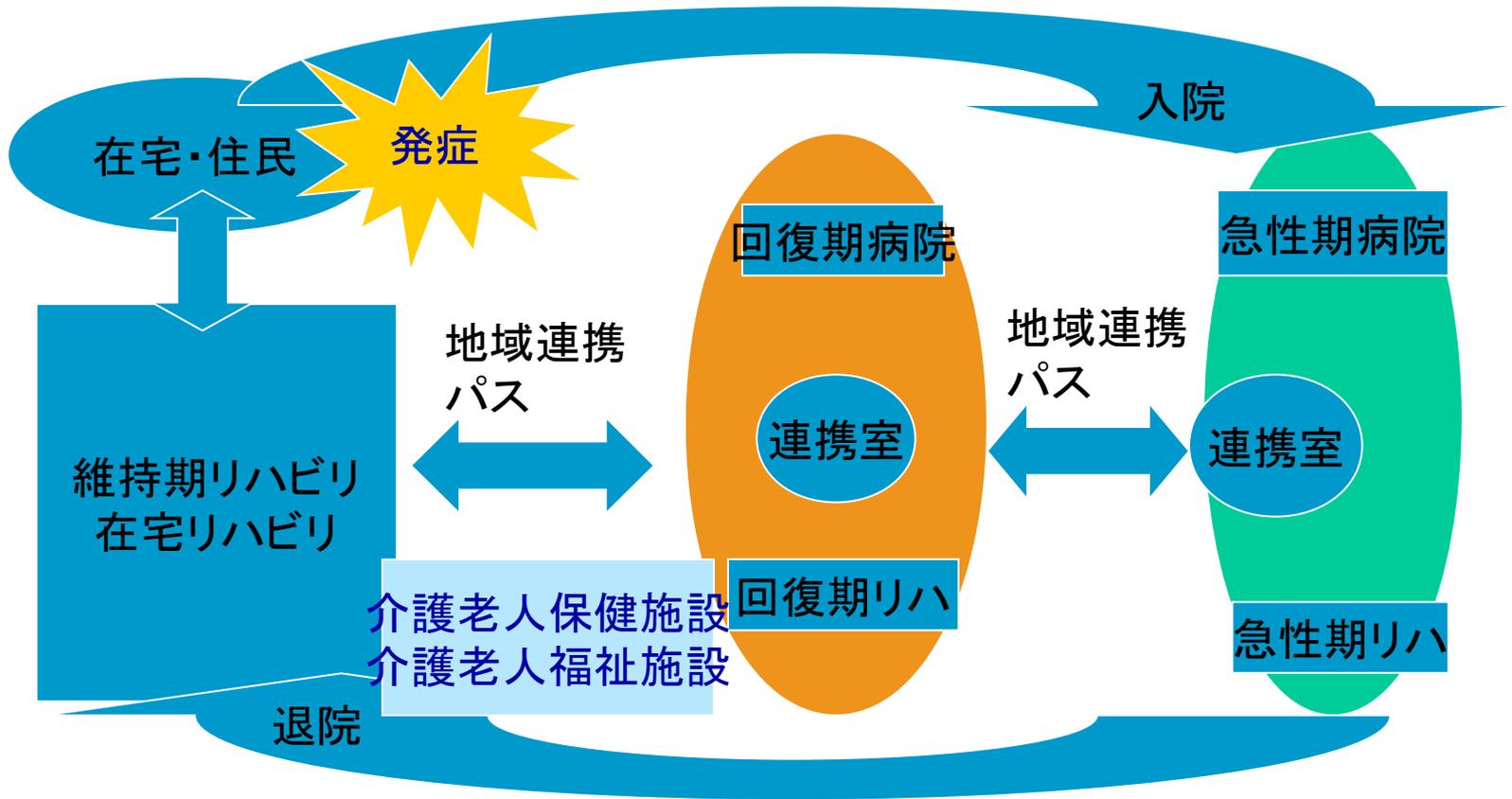
# 脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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



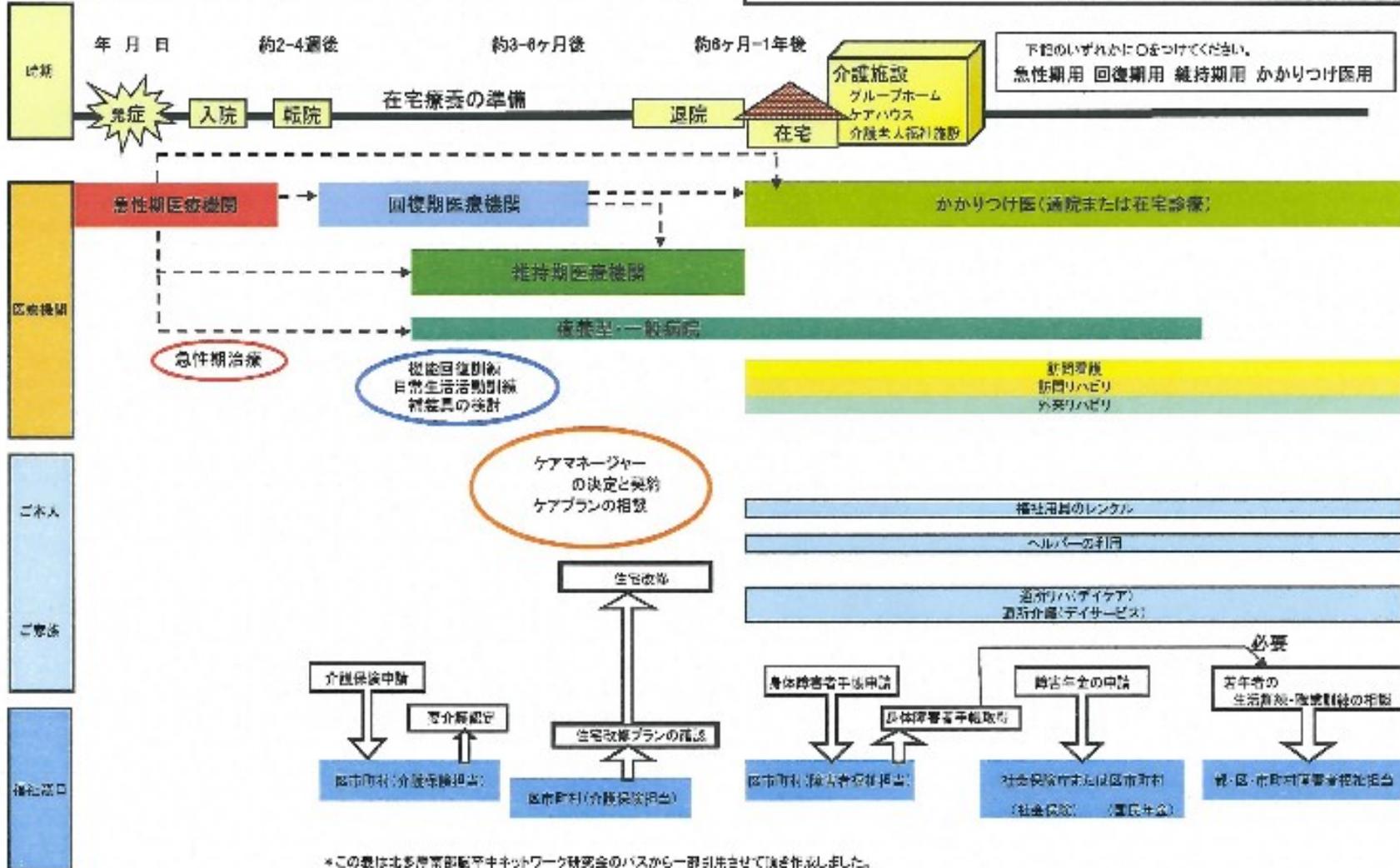
急性期(22施設)

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

患者氏名	病棟主治医	PEG施設医
------	-------	--------

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:	<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:	<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:	<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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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

# 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/>

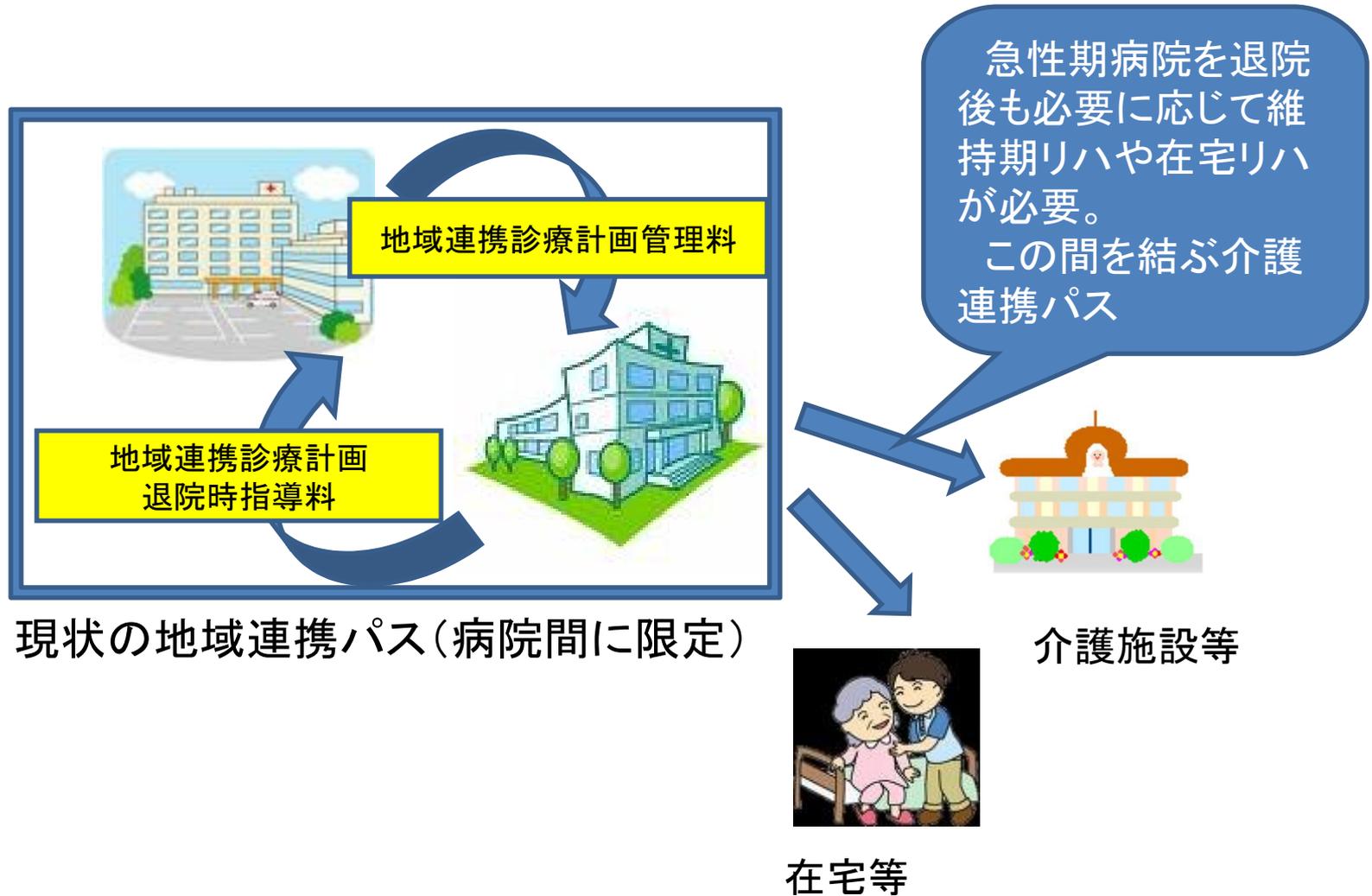


臼井 一郎先生 港区医師会理事

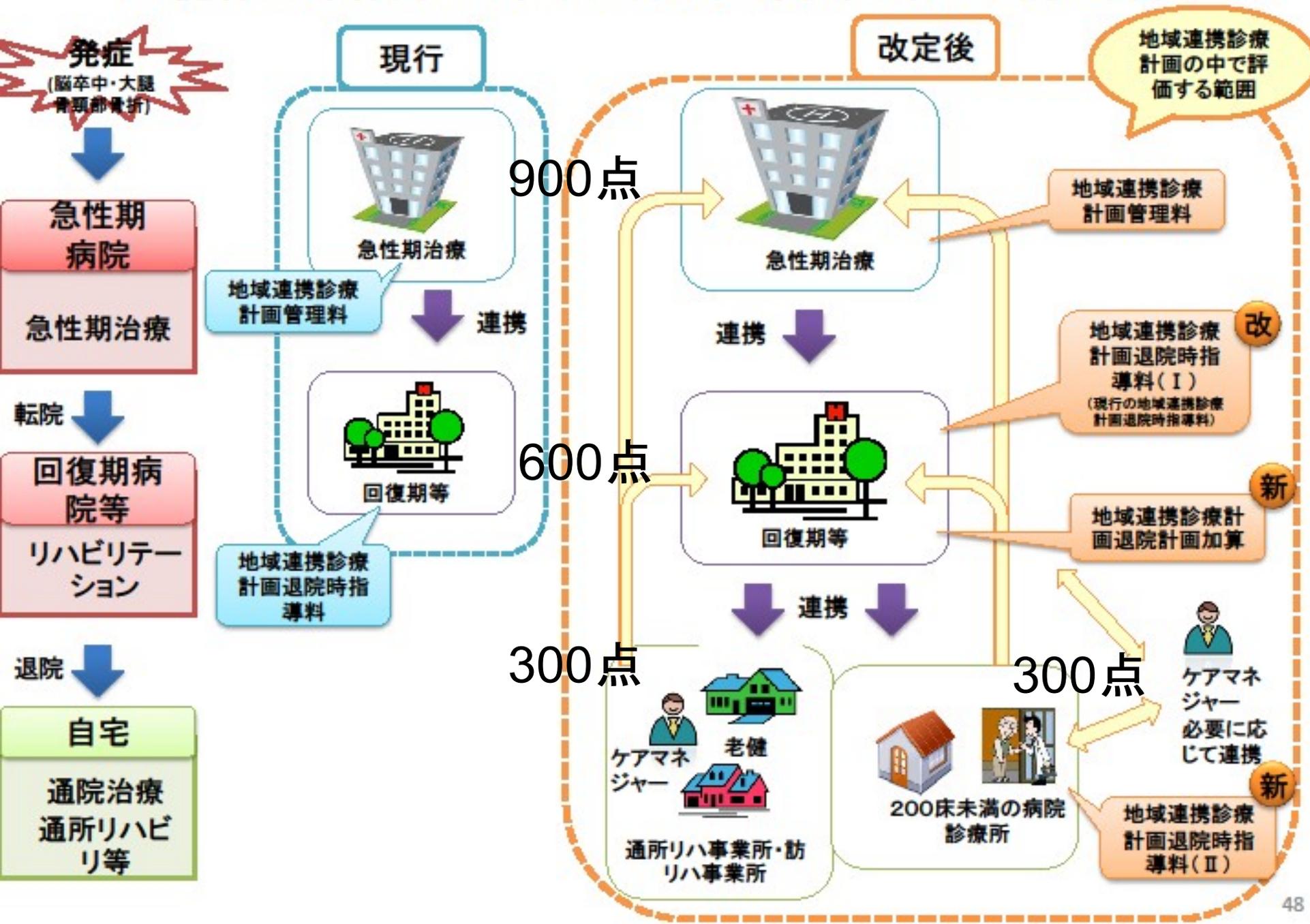
# 10年診療報酬改定 地域連携パスの2つの議論

- 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





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

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

# 私のカルテ（服薬記録）

## 服薬記録

診察時には、この手帳を担当の医師または薬剤師に見せましょう。



氏名

有害事象（自覚症状の早期発見役立つ。）

電話番号

担当医師名

本資料は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：  大塚薬品工業株式会社  
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 にどいがわかりにくい
- 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、筋肉が痛い

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 にどいがわかりにくい
- 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、筋肉が痛い

# 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



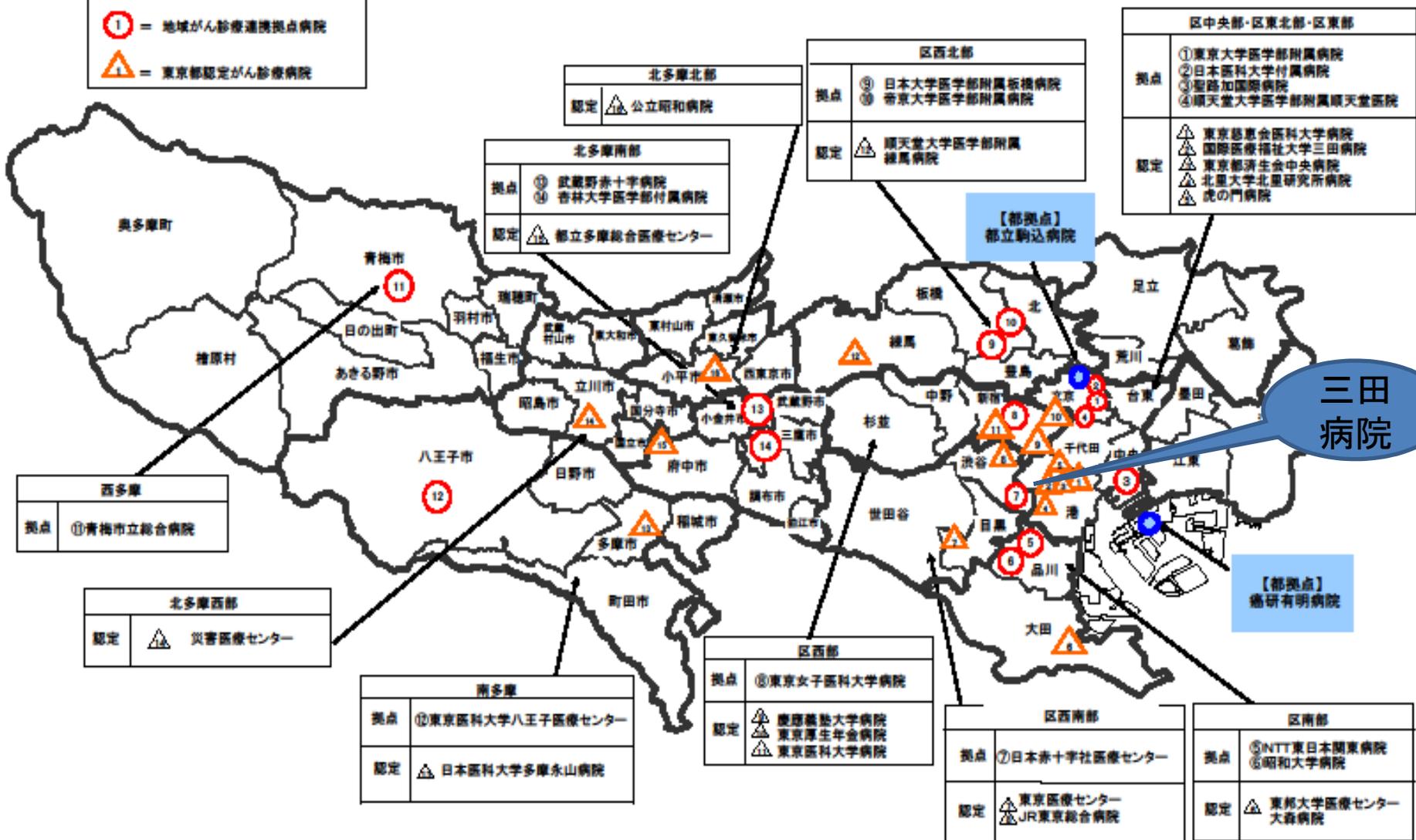
胃がん・大腸がん手術後  
外来経口抗がん剤療法 (TS-1) の連携パス

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

# 港区内のがん診療連携拠点病院

- ①東京慈恵会医科大学
- ②国家公務員共済組合連合会虎の門病院
- ③東京都済生会中央病院
- ④国際医療福祉大学三田病院
- ⑤北里大学北里研究所病院

# 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（

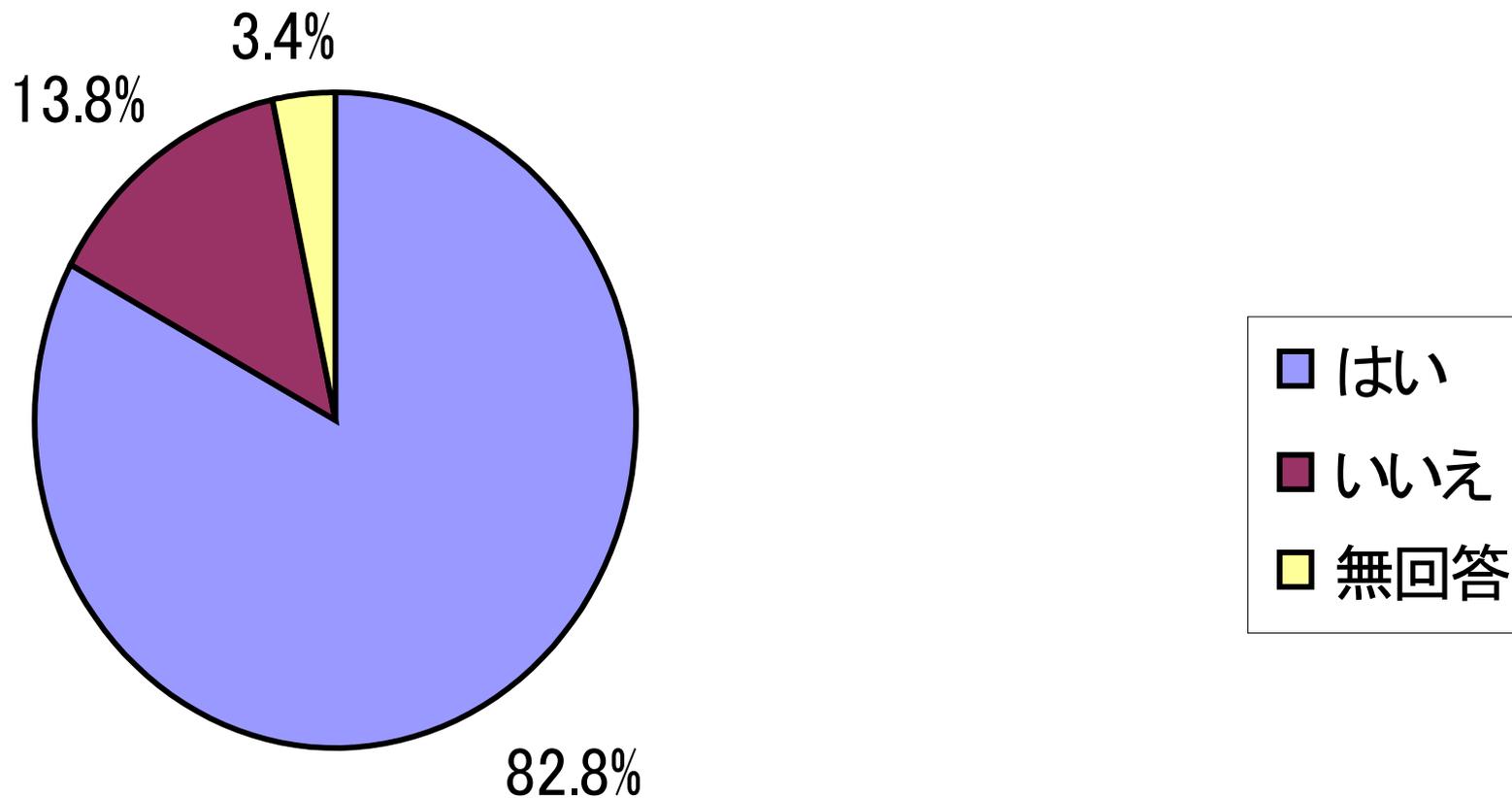
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- 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

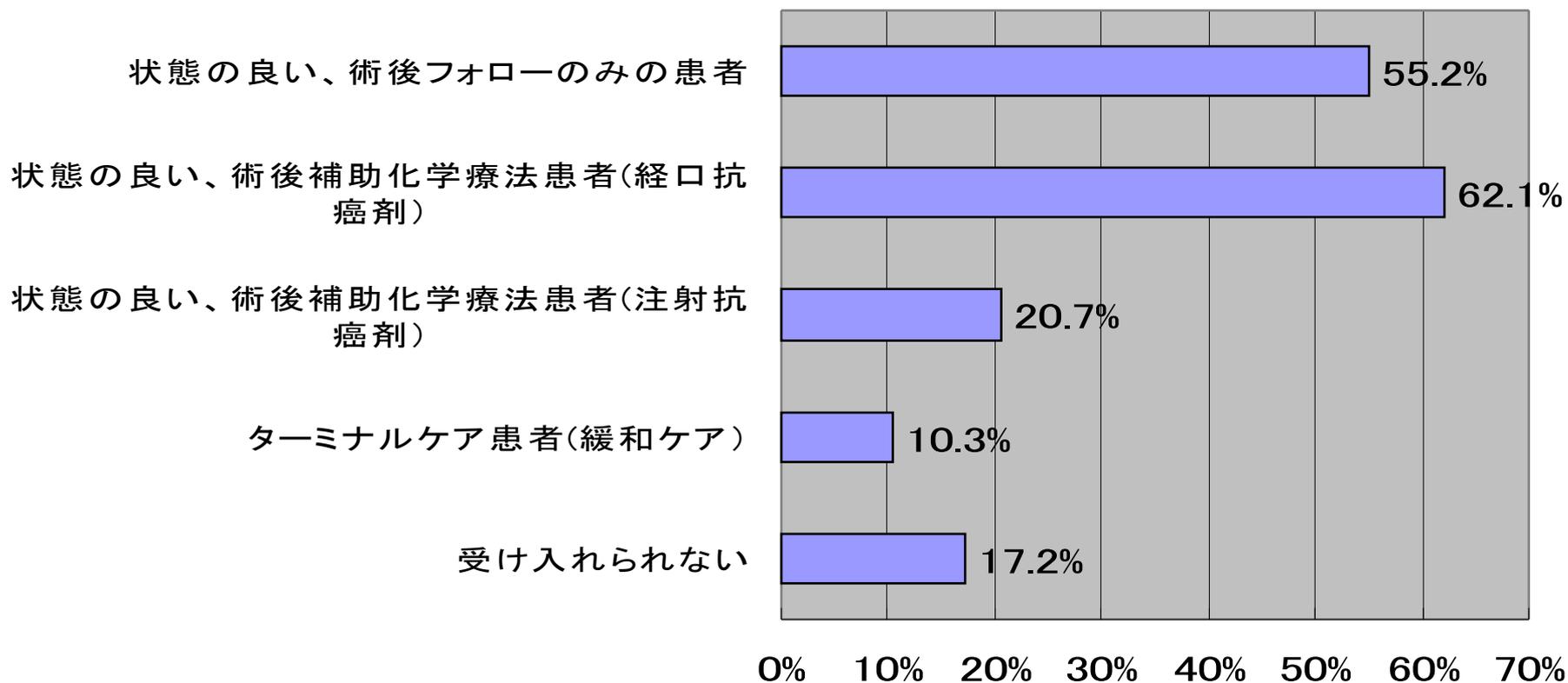
# がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか



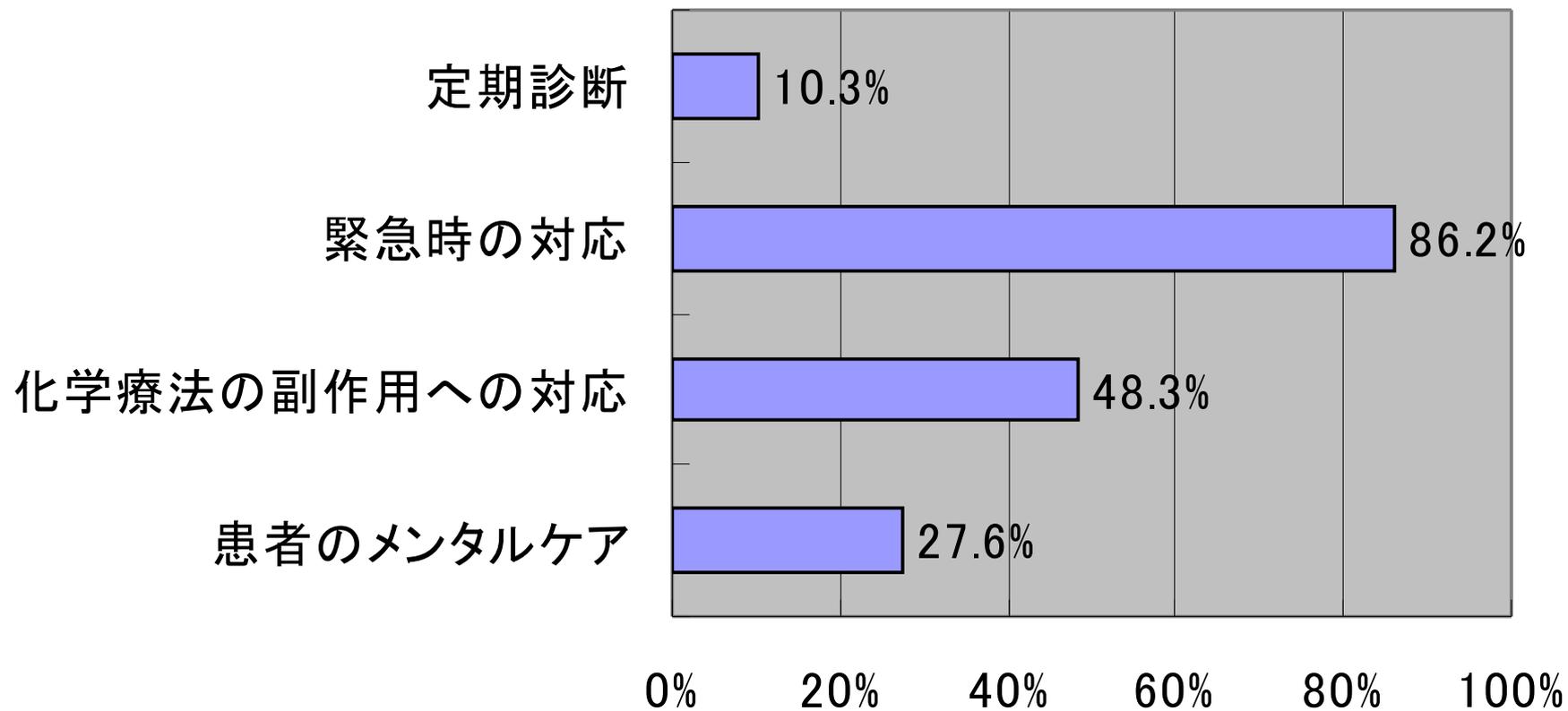
# がん術後のフォローに 興味を持つ理由

- 「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」

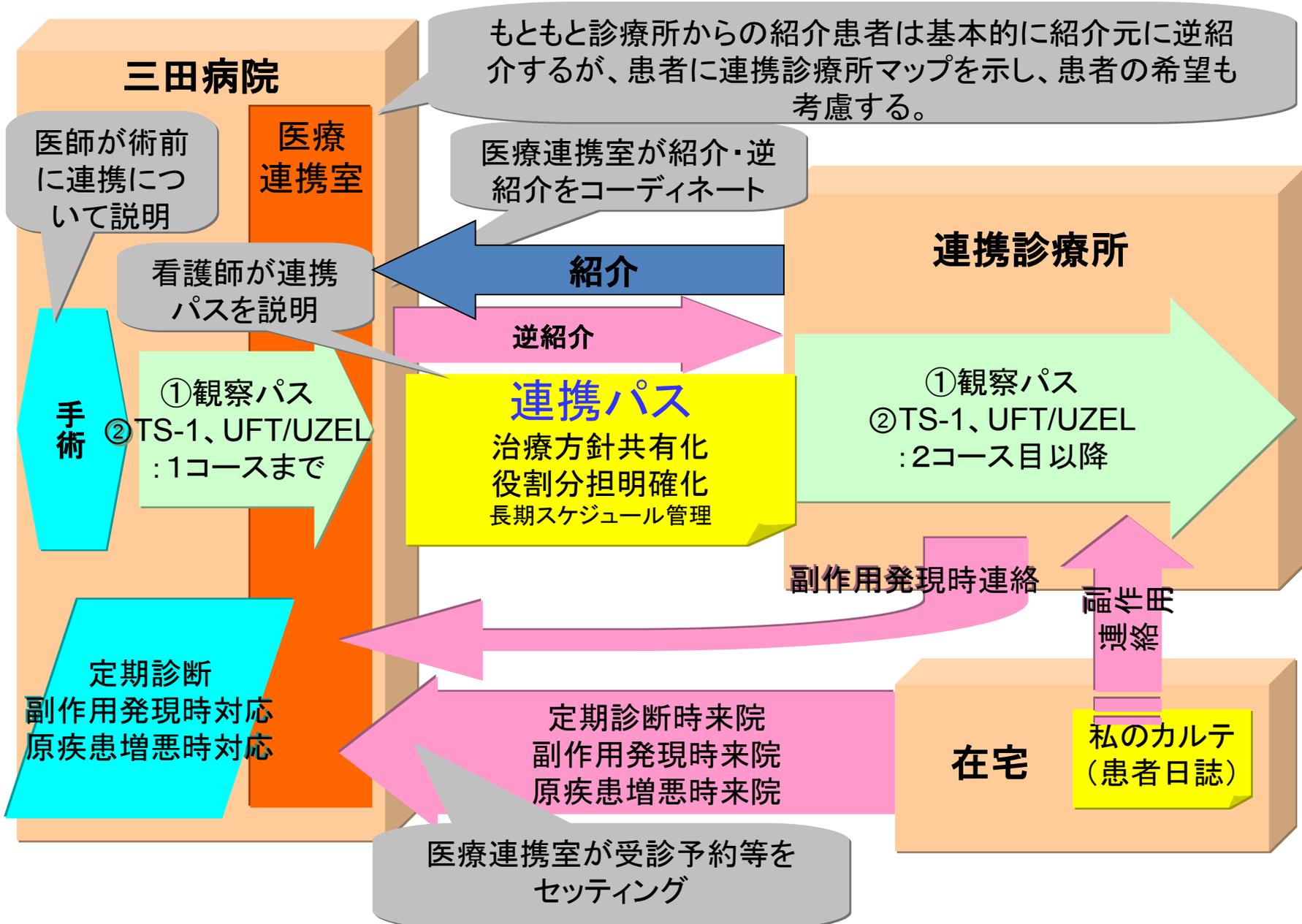
# どんながん患者さんを フォローしたいですか？



# 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 <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)											70

# 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)

手術日 年 月 日

問診・診察

探血

手術記録 (前・後・不明)

開経状況 T N M Stage

病期 平成 年 月 日

手術日

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

放射線療法

平成 年 月 日

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 ( / m ) ・回数

平成 年 月 日

1年	2年	3年	4年	5年
9ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月
3ヶ月	6ヶ月			
退院後2週				

●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

胃癌(肺がん術後)

肝臓

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
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

# 東京都医療連携手帳



## 東京都医療連携手帳を利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう!—



肝がん治療

肝切除法 治療日 平成

肝切除 ラジオ波焼灼術 肝動脈腫瘍

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

分化型 - well mod por

肝臓腫瘍 正常 肝臓 肝臓腫瘍

腫瘍 正常化 ( 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](mailto: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。

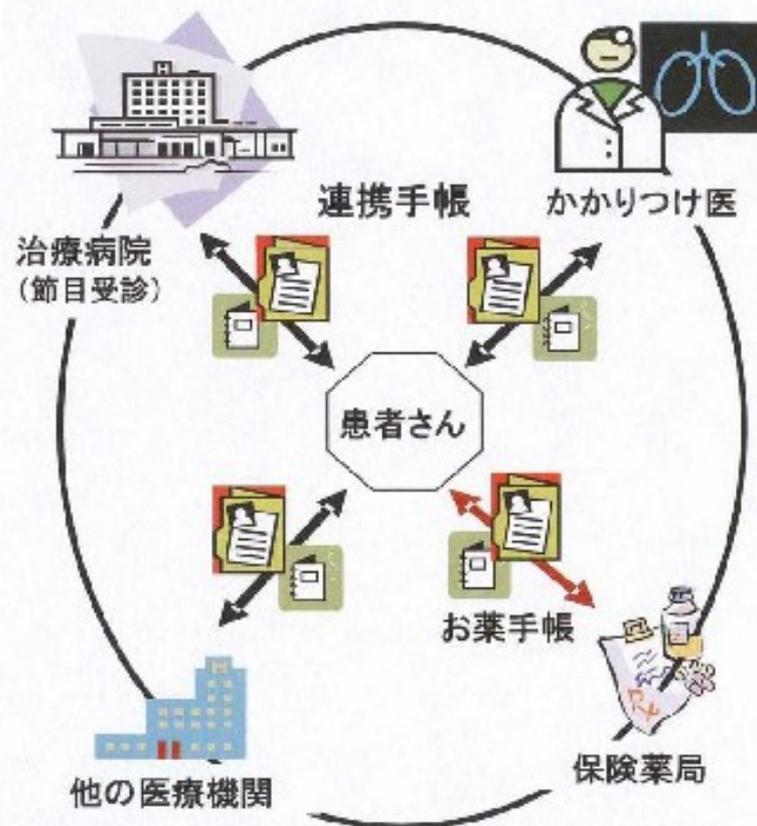
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医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					◎			◎		◎		◎	

# 港区がん連携パス研究会

- 港区内の5つのがん診療連携拠点病院で研究発表会を9月20日に開催
- プログラム案
  - 東京都医療連携手帳について(都立駒込病院)
  - 事例発表
    - 虎ノ門病院の取り組み(竹内)
    - 国際医療福祉大学三田病院の取り組み(久保田)
    - 東京都済生会中央病院の取り組み(鳥海)
    - がん連携パス診療報酬請求に関する事務連絡等(DPC新機能係数)
  - 港区医師会、港区薬剤師会、みなと保健所

# 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

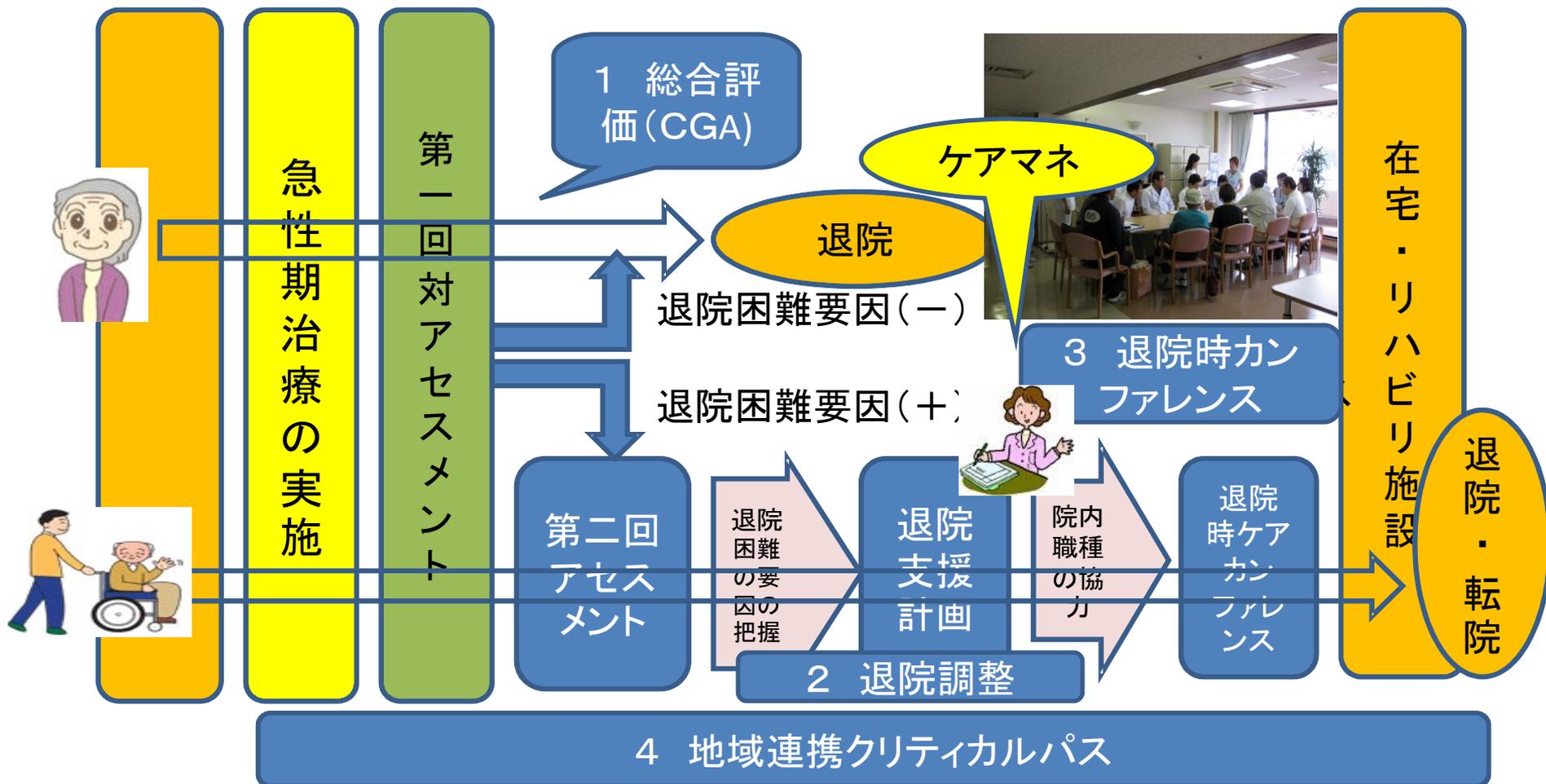
10年改定で  
後期高齢者医療が  
廃止され前期高齢  
者にまで拡張

# 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%

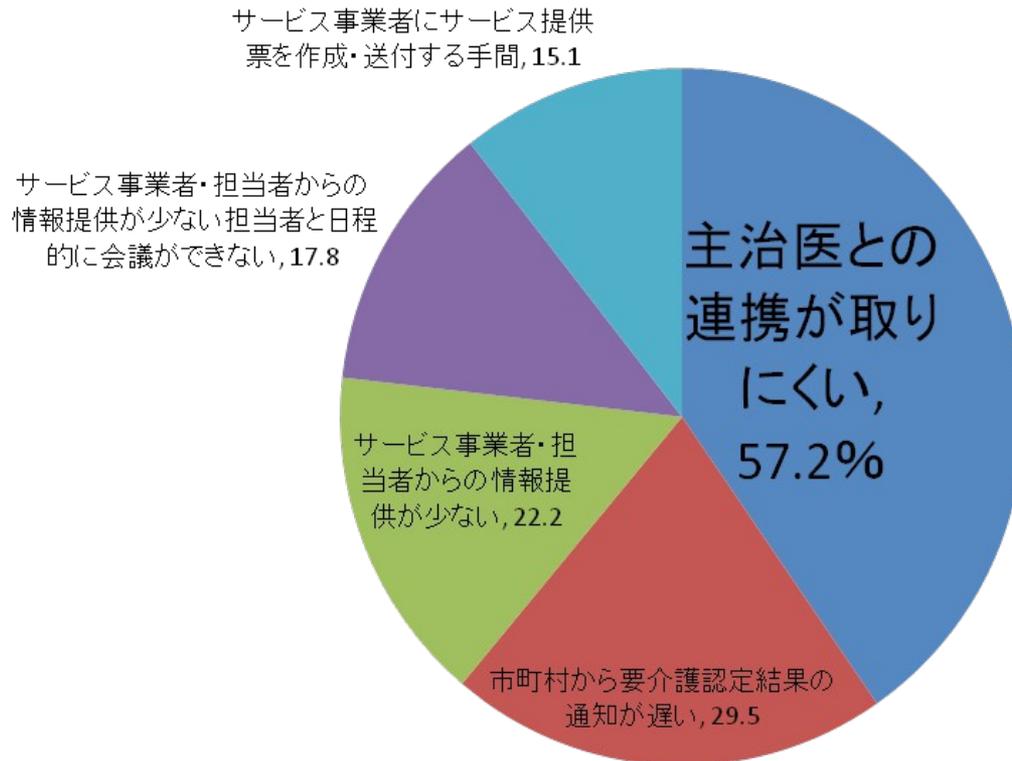
# 介護支援連携指導料 300点

(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



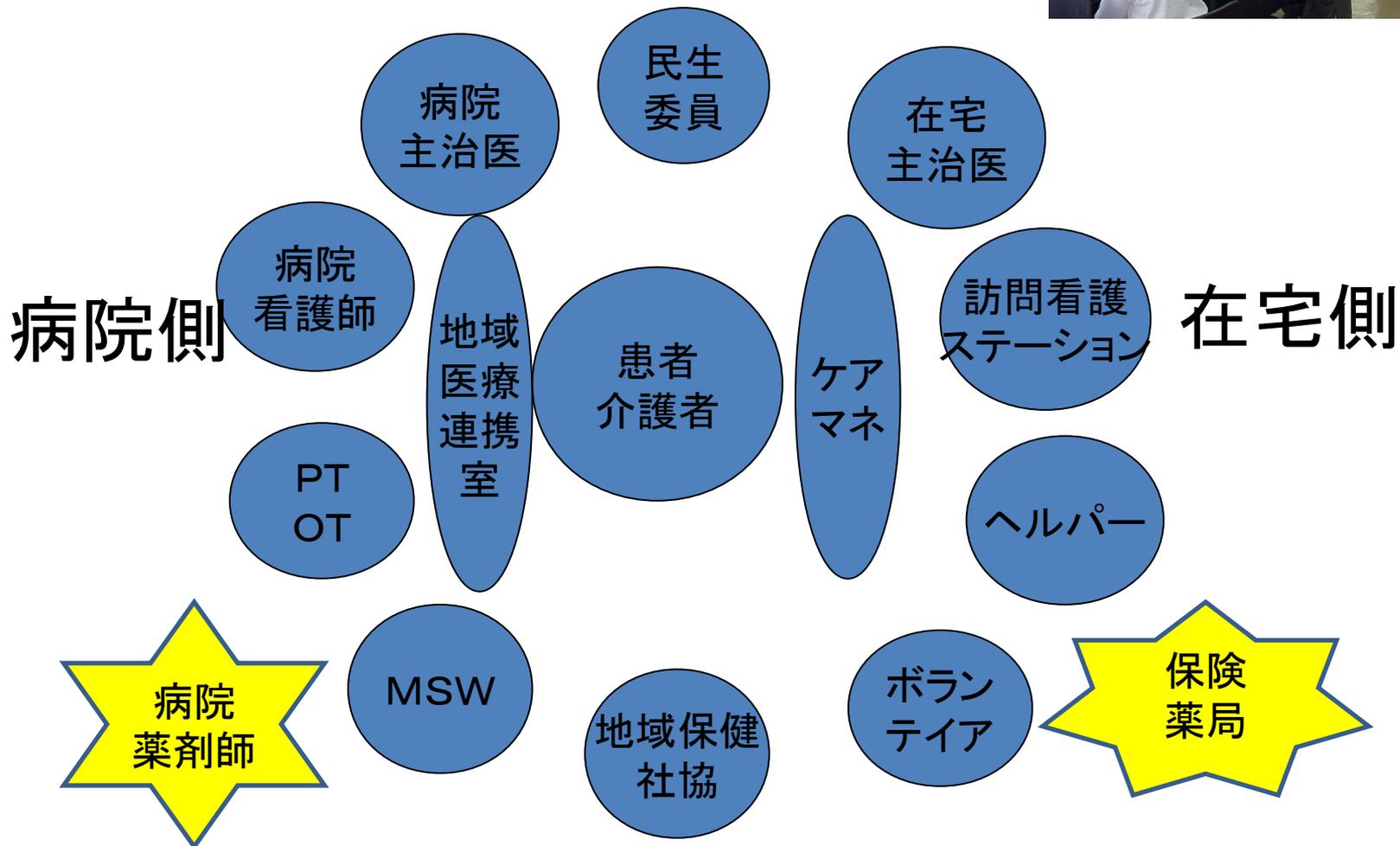
～尾道市医師会と  
尾道市民病院～

# 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

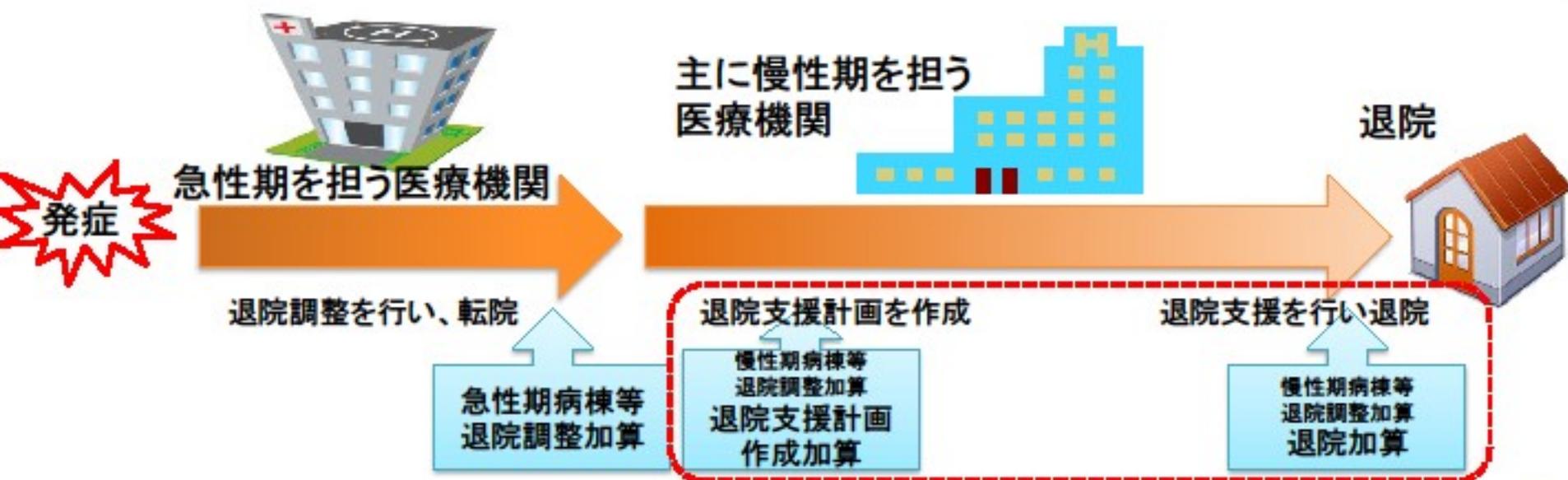
- 尾道方式3つの原則
  - 原則1 利用者本位
    - 利用者本人、介護者の参加
  - 原則2 利便性
    - 主治医のいる医療機関で行う
  - 原則3 効率性
    - 1件15分~20分で行う
    - 事前準備を徹底
- 事前準備
  - 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
  - 必要数の準備資料のコピー
- ケアカンファレンスの進め方
  - ケアマネに主導権を持たせる
  - ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
  - 主治医意見
  - 課題分析(問題点のみ)
  - サービスパッケージ
  - 利用者の意向確認
  - 利用者側のサイン、捺印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

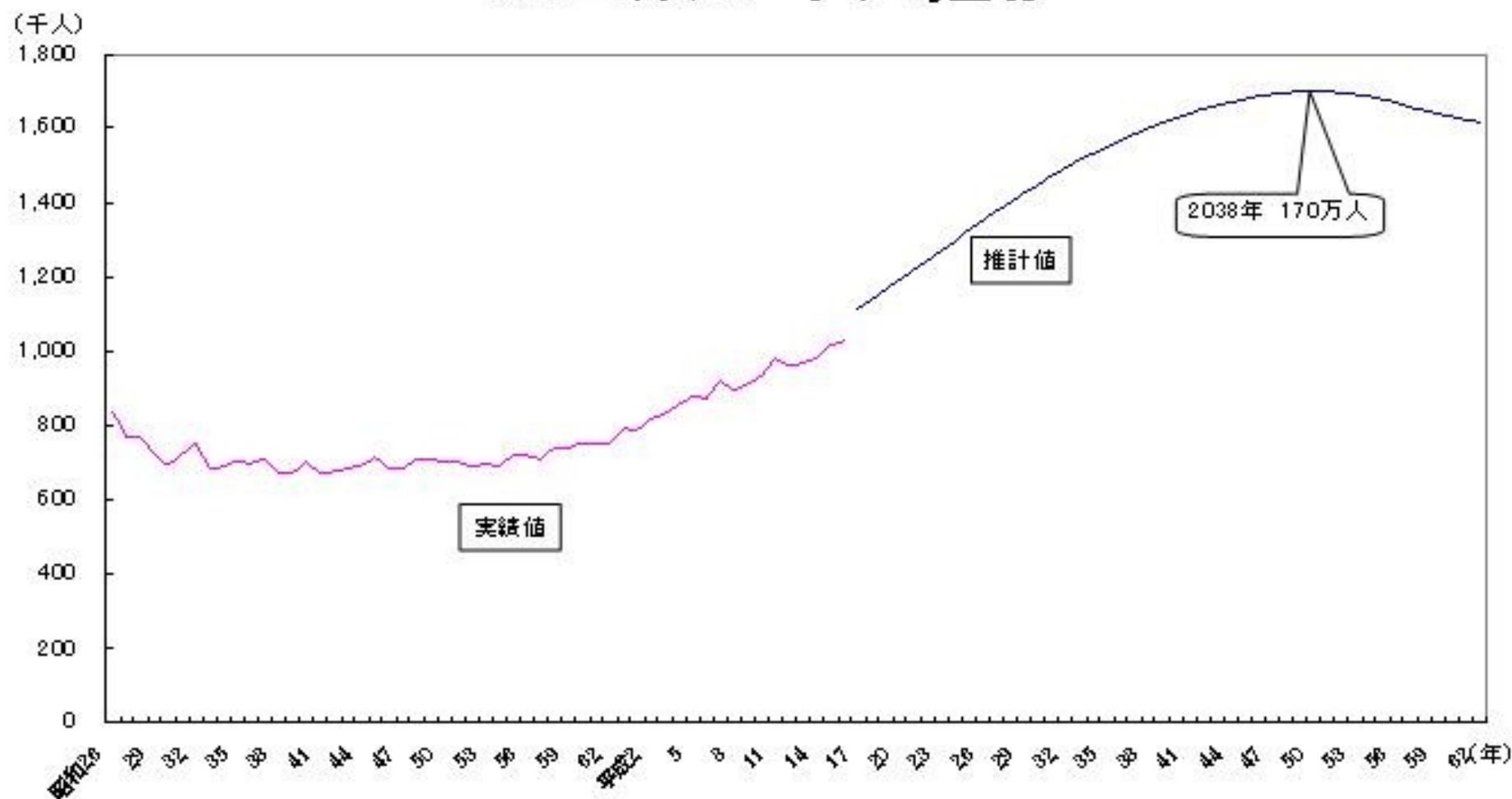
- 設置基準

- － 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

# 究極の退院調整は在宅ターミナル

これから年間170万人の  
大死亡時代を迎える

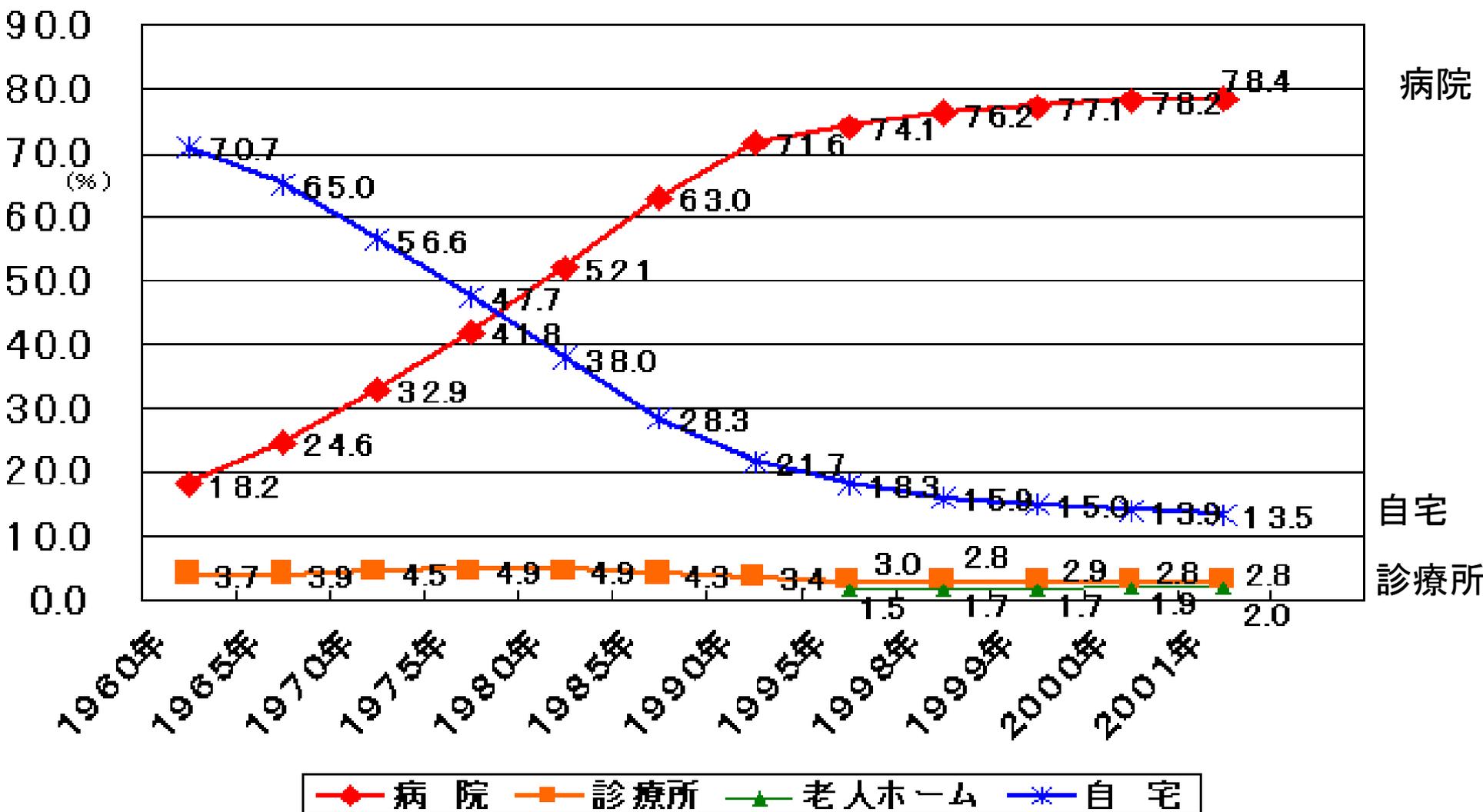
# 死亡数の年次推移



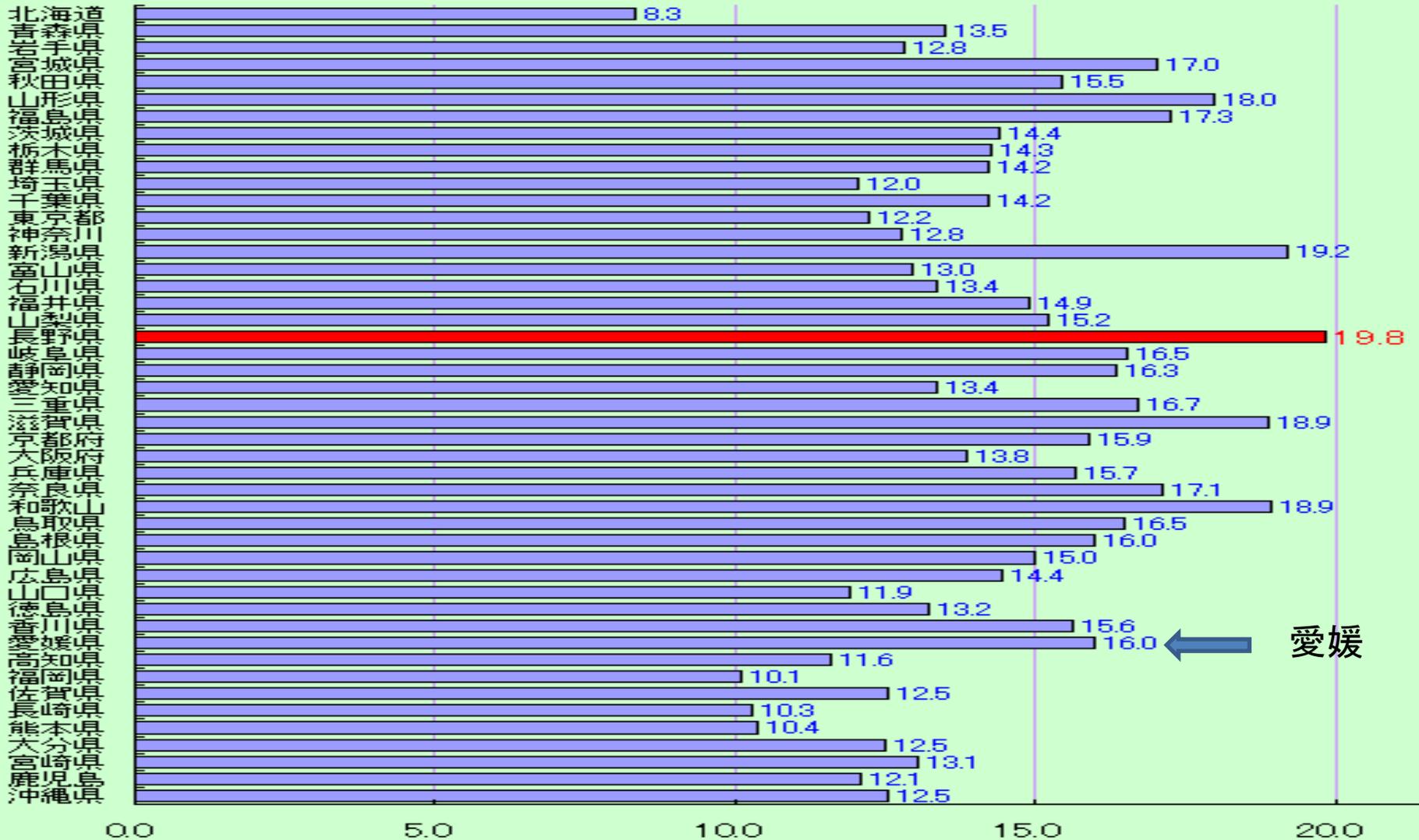
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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



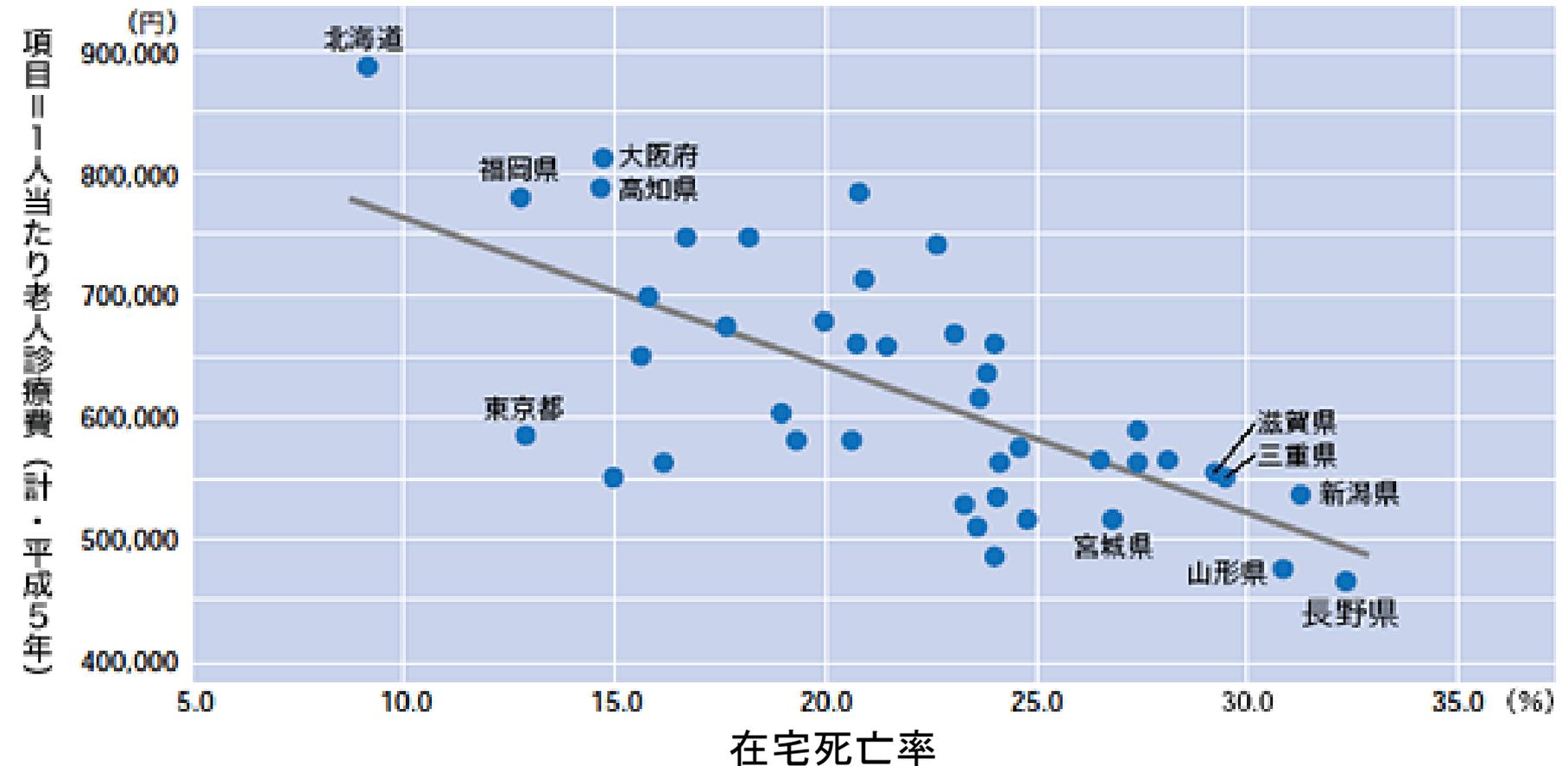
# 都道府県別在宅看取り率



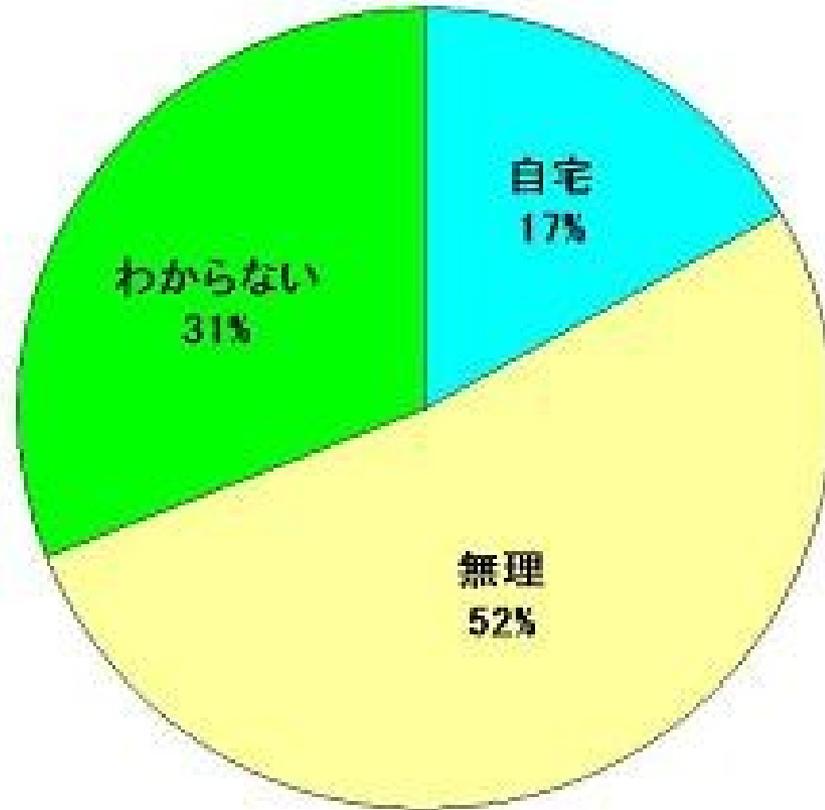
# 在宅死目標25%

- 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

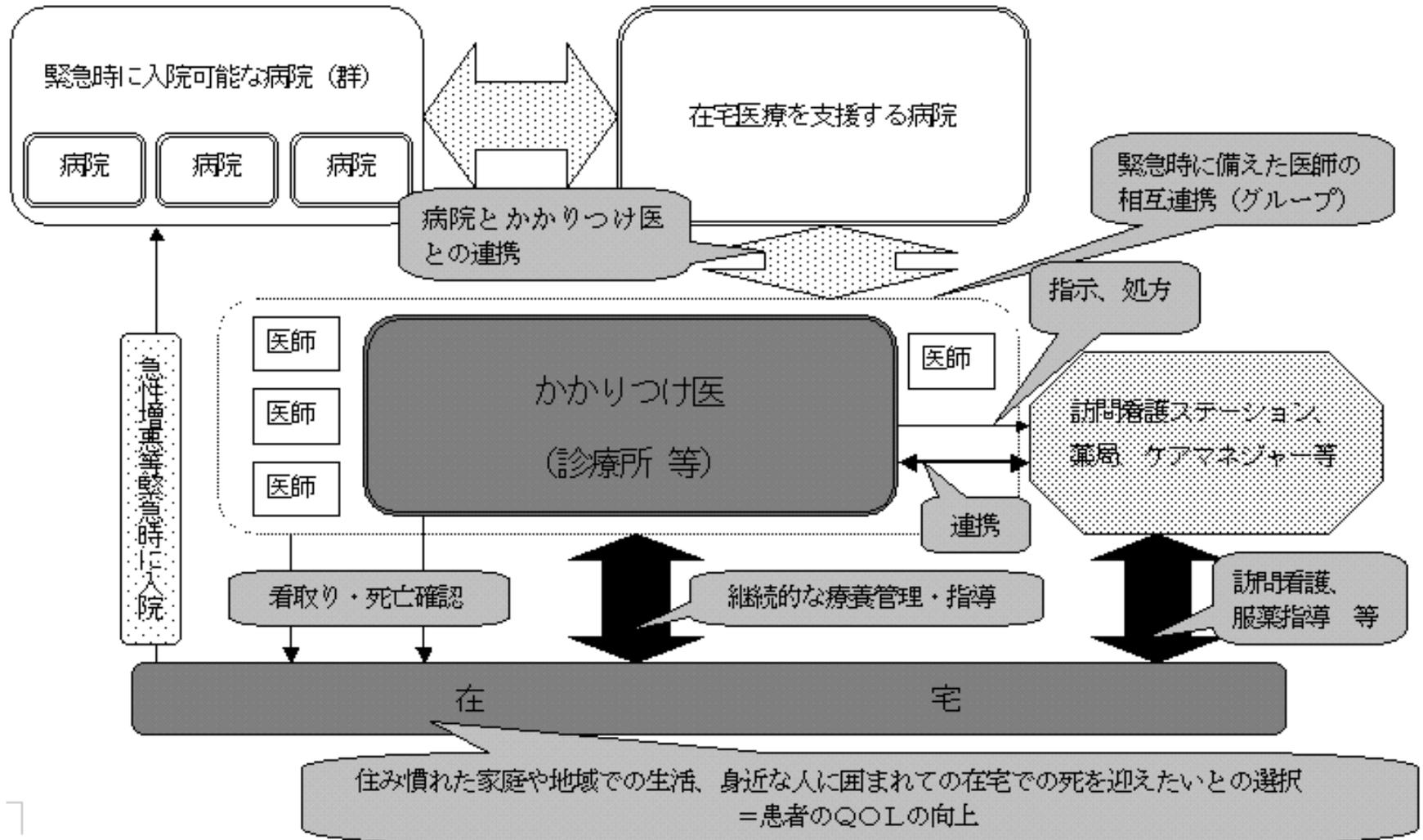
- 家族の負担が大きすぎる 62%
- 急変した時の対応に不安 55%
- 介護してくれる人が高齢化 42%
- 介護してくれる家族がない 34%
- 居住環境が整っていない 32%

「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



# 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



# 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

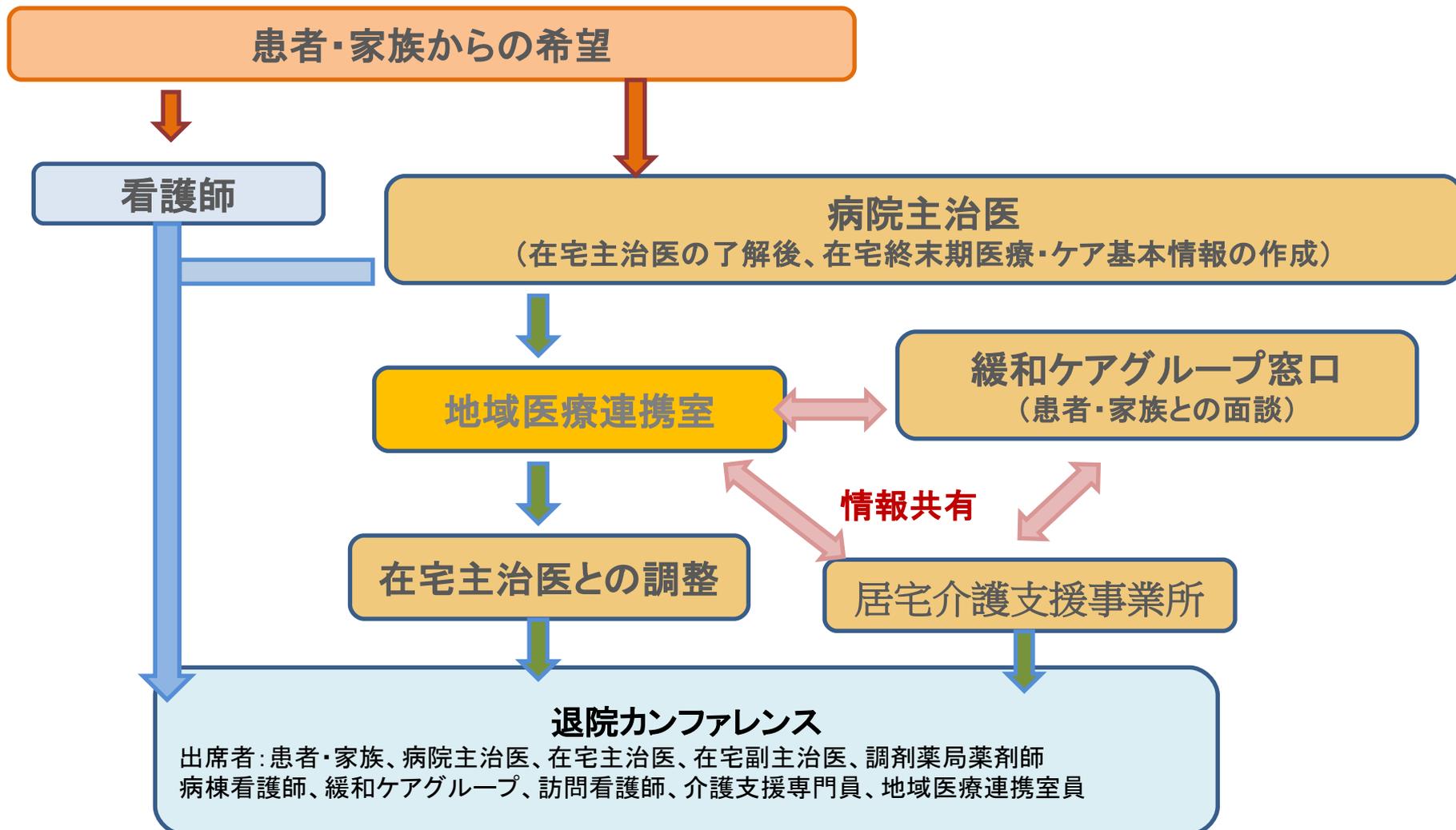
緩和ケア キーポイント・チェック

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

# 入院中・退院前 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

## ● 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
- 多職種チーム診療による介入

# 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 [ ]</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>[ ]</p> <p><b>終いに対する対応</b></p> <p>終いに対する対応 (本人・家族)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>最後まで自宅</li><li>最後は連携病院</li><li>状況により判断</li></ol> <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><b>告知について</b></p> <p>告知: 本人、家族 ( [ ] )</p> <p>内容 [ ]</p> <p>本人: [ ]</p> <p>家族: [ ]</p> <p><b>告知理解度について</b></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"><li>全身状態の管理</li><li>1. PS(performance status) [ ] 0、1、2、3、4</li><li>2. 栄養: 経口 [ ] 非経口 [ ]</li><li>3. 留置カテ: 有 ( [ ] )、無 [ ]</li><li>4. 排泄: 自力 [ ] 介助 [ ]</li><li>5. 褥瘡: 有 [ ] 無 [ ]</li><li>6. 口腔ケア: 有 [ ] 無 [ ]</li><li>7. その他のケア内容 [ ]</li></ol> <p>2. 投薬内容 [ ] <b>疼痛管理について</b></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"><li>1. 口腔ケア 有 [ ] 無 [ ]</li><li>2. 入浴 自宅 [ ] サービス(自宅 ティ) [ ]</li><li>3. 褥瘡処理 有 [ ] 無 [ ]</li><li>4. 清拭 指導 [ ] 家族 [ ] ヘルパー [ ]</li><li>5. 他 [ ]</li></ol> <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ヘルパー 有 [ ] 無 [ ]</li><li>2. ティサービス 有 [ ] 無 [ ]</li></ol> <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  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ ケアマネージャー入力

氏名

\_\_\_\_\_ かかりつけ医が入力

作成日 年 月 日  
\_\_\_\_様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

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。

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 ○○病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

# 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

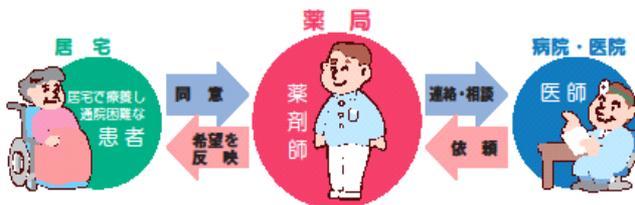
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。  
 適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

## ● 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<sup>※1</sup>又は 居宅療養管理指導<sup>※2</sup>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、薬を湿気・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します。

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小委員会 (うなづき薬局 TEL0765-65-9383)  
 その他 … 新川厚生センター (TEL0765-52-1224)

# 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)

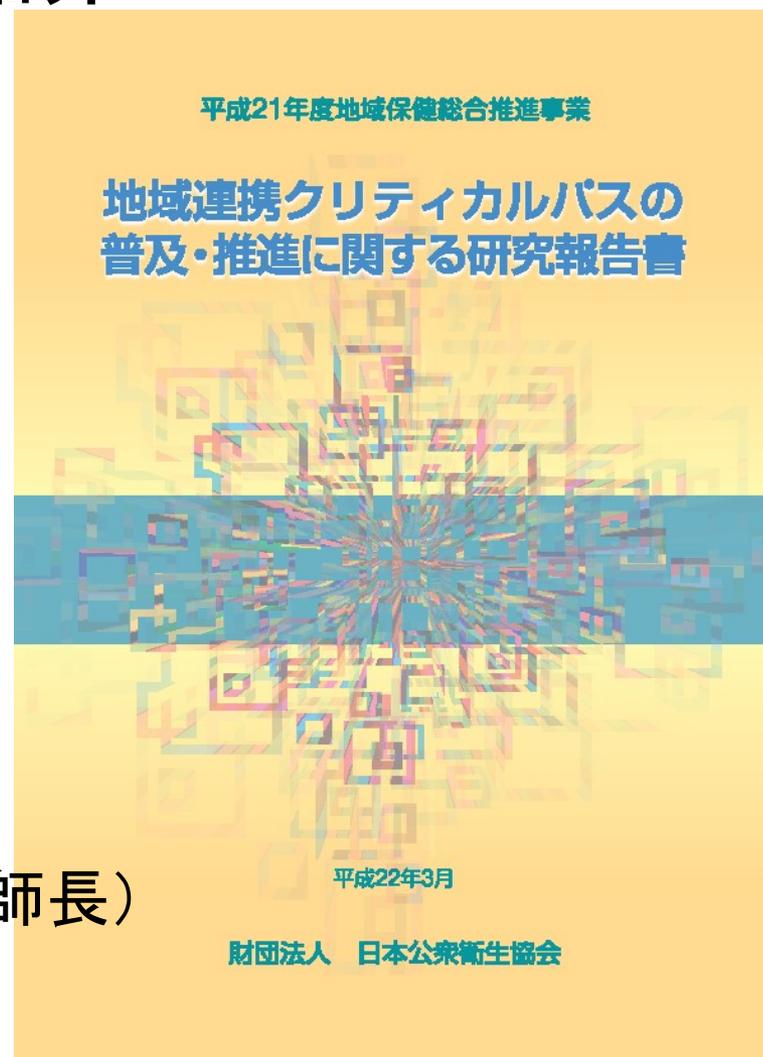
場 所:黒部市民病院地域連携室

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)



# パート5 在宅療養支援病院

規制緩和で注目される  
あらたな200床以下の病院像

# 在宅療養支援病院の規制緩和

在宅療養支援病院は  
在宅療養支援診療所の病院版

# 06年在宅療養支援診療所の新設

特養、有料老人ホーム、ケアハウスの入居者で末期がんの患者に対する訪問診療料が算定できる



特養  
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

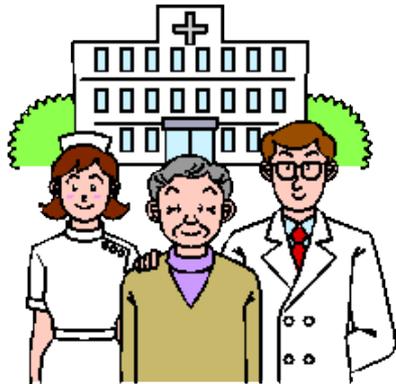


B診療所  
(連携先)



往診料や訪問診察料に高い加算

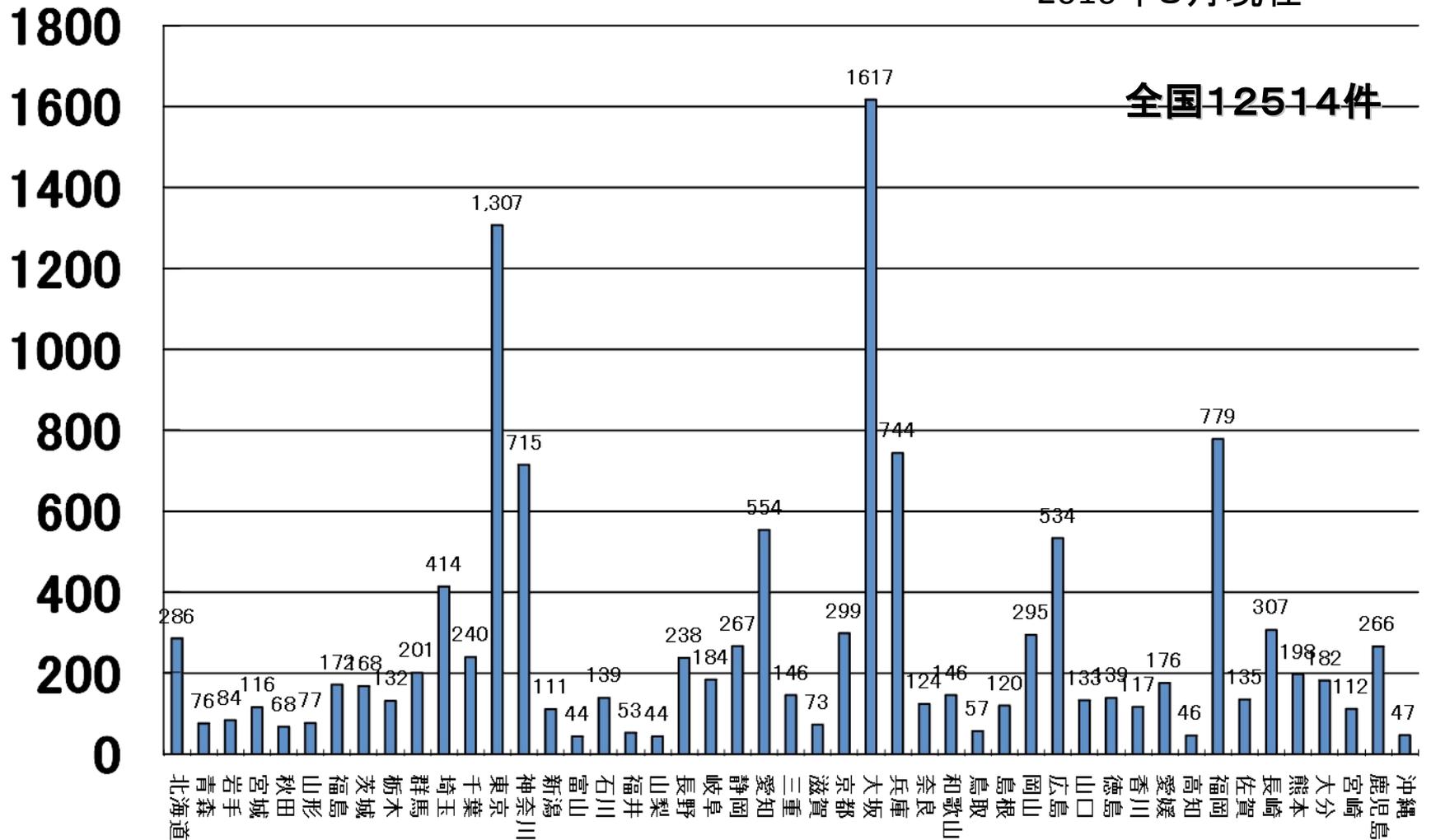
A診療所  
在宅療養支援診療所



A診療所と連携しているB診療所(またはC病院)がA診療所の代形で訪問診療を行えば、在宅療養支援診療所なみの高い診療点数を算定できる

■在宅療養支援診療所の届出件数(2007年)

2010年8月現在



※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年8月】

# 在宅療養支援病院(08年改定)

- 当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないこと
- 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること等

# 在宅療養支援病院の規制緩和

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- 2010年、この4Km要件が撤廃された
- この要件撤廃の影響は？

## 在宅医療の評価について②

### 在宅移行を支える医療機関の評価

- 365日、24時間体制で地域の在宅医療を支える病院の評価

#### 在宅療養支援病院の拡大

半径4キロメートル以内に診療所が存在しないもの

→ 半径4キロメートル以内に診療所が存在しない又は200床未満の病院

- 入院医療から在宅医療への移行を推進するため、在宅医療に移行した患者の早期の医学管理を評価

在宅時医学総合管理料及び特定施設等入居時医学総合管理料

⑨ 在宅移行早期加算 100点

- 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から紹介を受けた他医療機関の医師が、在宅療養指導管理を行った場合、初月に限り在宅療養指導料の算定をできることとする。(一部在宅療養指導料を除く。)

# 在宅療養支援病院

- **200床未満の病院でも、24時間365日体制をとり、届ければ在宅療養支援病院となり以下の算定が可能になる**
  - **往診料**
    - 緊急加算650点、夜間加算1300点、深夜加算2300点がある。届出なしに比べて緊急加算と夜間加算は2倍、深夜加算も1.8倍
  - **ターミナルケア加算**
    - 10000点、届出なしの点数の5倍

# 在宅療養支援病院

## － 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

## － 在宅時医学総合管理料

- ・ 処方せん発行で4200点であり、届出なしの2200点よりも2000点高い
- ・ 処方せん発行なしでは4500点と2500点で、2000点の差がある

## － 特定施設入居時等医学総合管理料

## － 退院時共同指導料

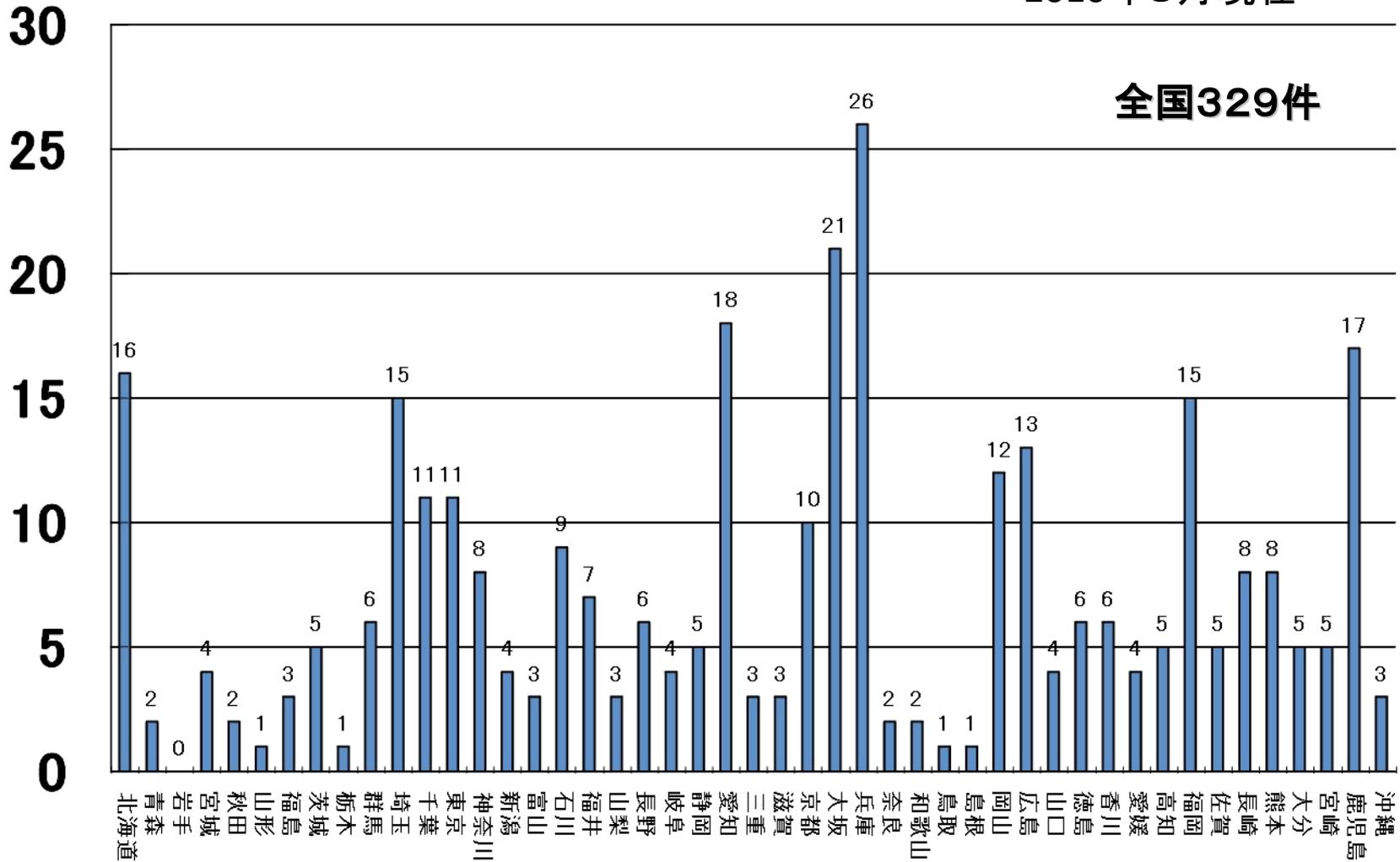
# 在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院数
  - 11病院(2009年7月)
- 4km要件撤廃でどれくらい増えるのか？
  - 目安は在宅時医学総合管理料届け出数
    - 1107病院
  - 200床未満の病院数は6085
    - 1割届け出たとすると500～600病院
  - 24時間体制を構築し、在宅療養支援病院になれば相当の増収が見込める
- 現状は329病院(2010年8月現在)

■在宅療養支援病院届出件数(2010年10月)

2010年8月現在

全国329件



※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年8月】

# 医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

- 在宅療養支援病院 港区南麻布2丁目
  - 一般病床 49床
  - 介護老人保健施設 40床
  - 介護予防機能訓練施設 20名
  - 居宅介護支援事業所
  - 健診センター



鈴木先生



# 在宅療養支援病院 届け出に関する課題

- 24時間連絡を受ける医師または看護師の配置が難しい(43%)
- 24時間往診が可能な体制確保が難しい(14%)
- 24時間訪問看護の提供が可能な体制確保が難しい(14%)
- 在宅療養患者の緊急入院を受け入れる病床確保が難しい(14%)
  - 武田誠一 「過疎地における在宅医療の現状と課題～在宅療養支援病院が地域において果たす役割」

# 在宅療養支援病院の10の条件



日本慢性期医療協会 武久洋三会長

# 在宅療養支援病院の10の条件

日本慢性期医療協会会長 武久洋三

- 1 ある程度の初期救急期機能を有すること
- 2 専門科オンコールがある程度とれること
- 3 在宅療養支援診療所の後方病床として連携を結んでいること
- 4 慢性期開放病床を有すること
- 5 診療の質が担保されていること

# 在宅療養支援病院の10の条件

日本慢性期医療協会会長 武久洋三

- 6 回復期リハビリテーション病棟を有すること
- 7 地域包括医療センターとして脳卒中や大腿骨頸部骨折の地域連携パスのコーディネーター機能を有すること
- 8 地域包括支援センターを併設し、介護予防だけでなく地域の介護連携のセンター機能を持つこと
- 9 4疾病5事業に協力していること
- 10 市町村の密接に連携していること

# 在宅療養支援病院

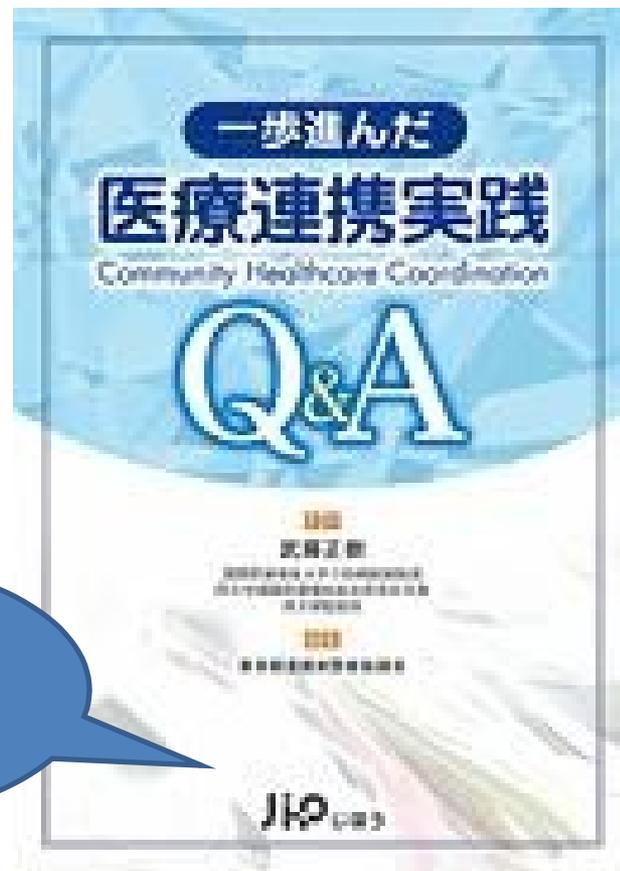
今後の200床未満の  
中小病院の経営戦略の目玉

# まとめと提言

- 2010年診療報酬改定では  
地域連携がキーワード
- 在宅療養支援病院、地域連携パス、  
退院調整などに着目
- 在宅療養支援病院に注目しよう
- 2012年医療と介護・福祉の大連携が始まる
- 在宅終末期連携がこれからの課題

# 一步進んだ医療連携実践Q&A

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



好評発売中！  
じほうベスト10

# 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](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)