

2012年診療報酬・介護報酬改定 ダブル改訂を見据えて

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



国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価6500点

2007年より東京都認定がん診療病院
2008年よりDPC対象病院

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

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

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程:保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程:保健医療学専攻

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

保健医療学部

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



大学クリニック(栃木大田原)

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



目次

- パート1
 - 2012年ダブル改訂はあるのか？
- パート2
 - 地域医療計画の見直し
- パート3
 - 地域医療連携と連携パス
 - 介護連携パス
- パート4
 - 診療報酬改定とチーム医療
- パート5
 - DPC
- パート6
 - 在宅療養支援病院
- パート7
 - 介護P4P
- パート8
 - ジェネリック医薬品

パート1

2012年ダブル改訂はあるのか？




4月20日中医協

関係団体の意見

- 日本病院会
 - 「改訂は粛々で行うべき」(4月23日 常任理事会)
- 日本精神科病院協会
 - 「改訂は延期すべき」(4月25日 山崎会長)
- 日本医療法人協会
 - 「延期も考慮すべき」という意見が大勢(4月16日 常任理事会)
- 全日本病院協会
 - 「未提示」(4月16日 常任理事会)
- 日本医師会
 - 「改訂延期とするもその後反対意見続出」(4月27日代議員会)

ではみなさんのお考えは？





震災という事態の中でも、
痛みを伴っても、改訂は断行すべき

痛みを日本全体で共有すること
マイナス改訂覚悟で、
徹底的にムダを省いて、メリハリ
をつけた大胆な改訂を

パート2

地域医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

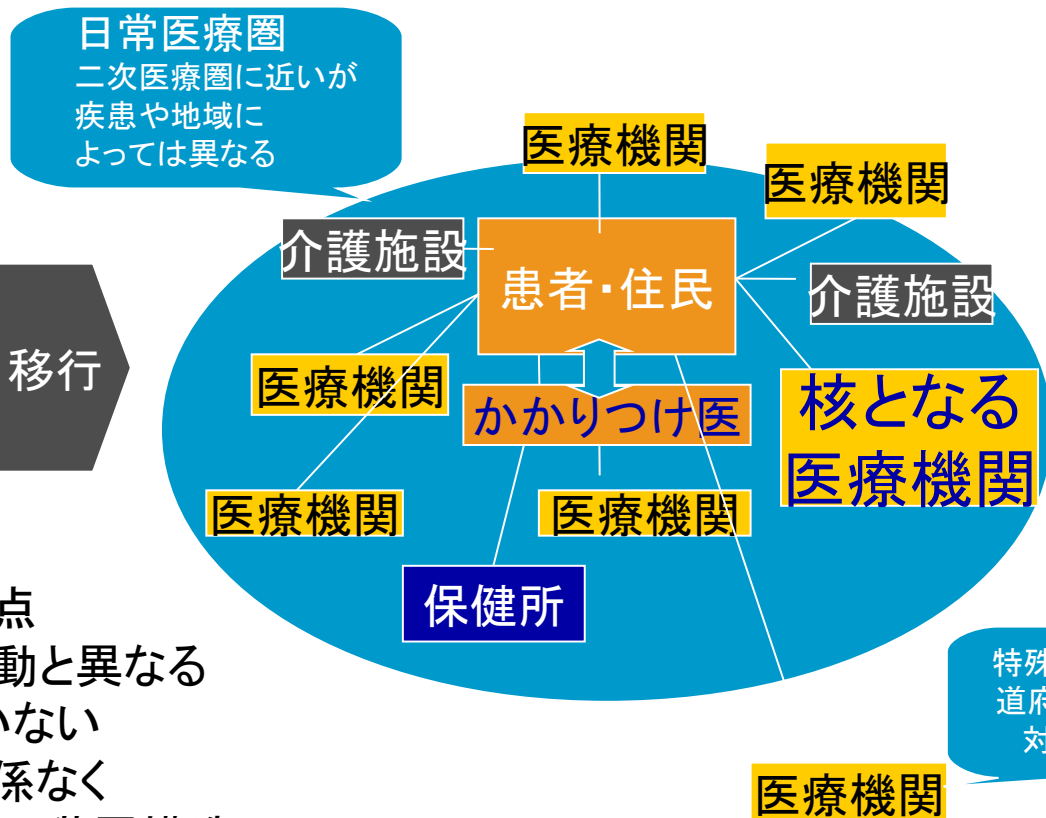
第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の
考え方



移行



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

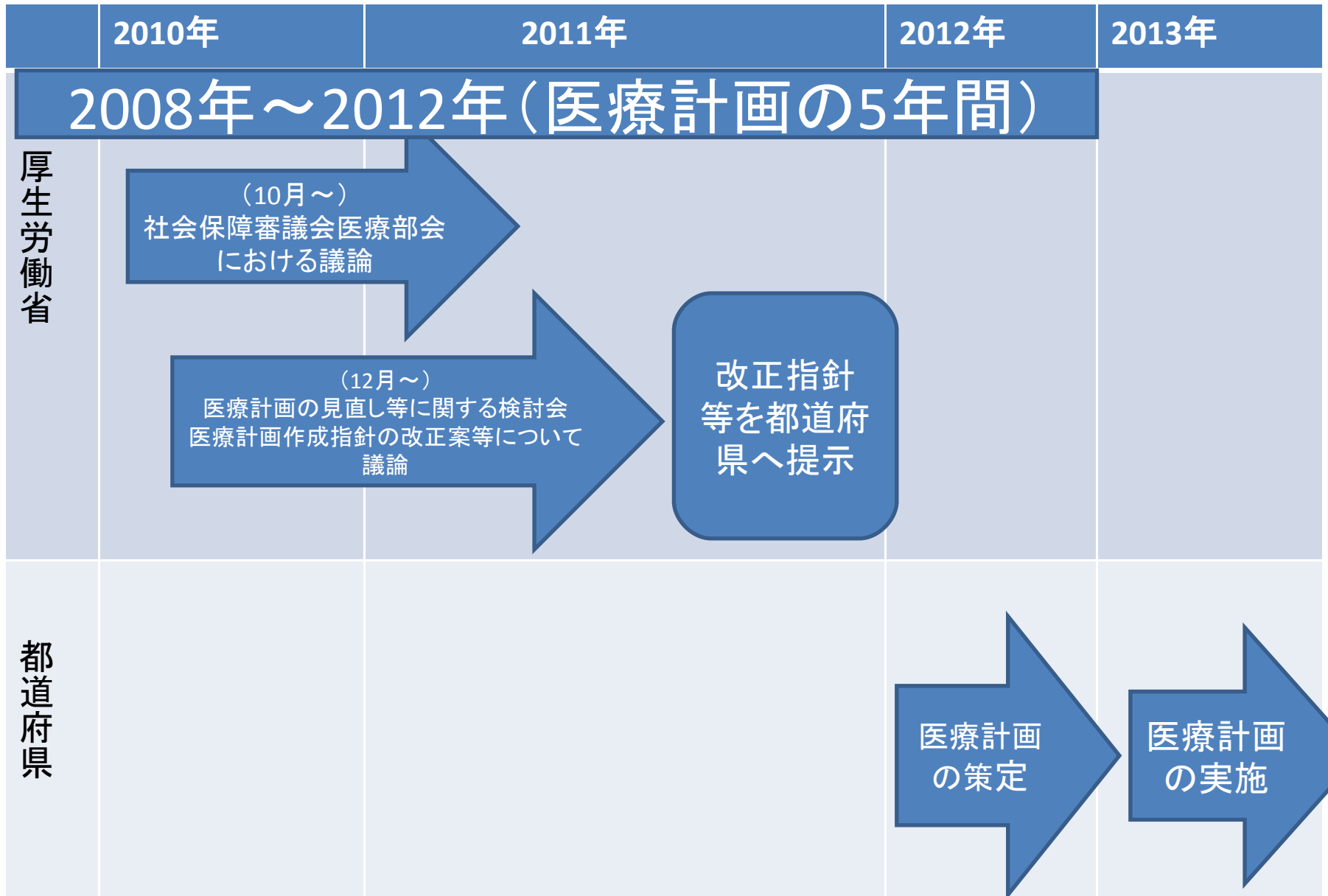
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

地域連携クリティカルパスが連携ツールとして
地域医療計画作成指針に採用

2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画
2008年～2012年

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- ○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

医療計画見直し等検討会

- **第1回 2010年12月17日**
 - **医療計画制度の現状と課題等について**
- **第2回 2011年2月18日**
 - **医療計画の新たな評価手法の導入等について**
 - 東京医科歯科大学・河原教授:「医療計画を踏まえた医療連携体制構築に関する評価方法について」
 - 尾形委員:「医療計画におけるPDCAサイクルによるマネジメントについて」
 - 武藤座長:「医療連携体制に係る各都道府県の取り組み状況の差異について」
-

第1回検討会(2010年12月17日)

- 二次医療圏そのものも見直しの必要性
 - 全日本病院協会 神野正博副会長
 - 「医療圏そのものを見直し、定義をきちんとすべきかもしれない」
- 精神疾患を医療計画へ
 - 日本精神科病院協会 長瀬輝誼副会長
 - 精神科疾患は以前から比べると、かなりのウエートを占めるようになった
 - 精神科疾患にも配慮して医療計画を作るべき」だとの考えが示された。
- 介護との連携
 - 日本医師会 鈴木邦彦常任理事
 - 高齢化が進み、医療だけでは地域は支えられない
 - 介護との連携の必要性

第1回検討会(2010年12月17日)

- 中小病院の役割

- 日本医療法人協会 伊藤伸一副会長

- DPC病院以外の地域の一般病院の機能を、医療計画の中にどのような形で盛り込むのか。病院機能、病床機能をもう少し明確に表すようにすべきでないか

- 歯科連携

- 日本歯科医師会 池主憲夫常務理事

- 医療連携における歯科連携の重要性を強調した。

- 薬局の役割

- 日本薬剤師会 山本信夫副会長

- 在宅における癌治療、緩和医療における薬局の役割

第2回検討会(2010年2月18日)

- 医療計画策定のためのデータ集積や分析の在り方
 - 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
 - 「患者動向を示す最新データが、医療計画の見直し検討には必須である」
 - 「この5年間にDPCデータやレセプトオンラインデータが整備されてきているので、こうしたデータベースの利用が不可欠」
- 医療計画の評価
 - 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
 - 医療計画では、PDCAサイクルを回すことが必要
- 医療計画作成評価
 - 国際医療福祉大学大学院武藤正樹

医療計画等見直し検討会

- **第3回 平成23年2月28日**

- **各都道府県の医療計画への取り組み状況について**

- 千葉県健康福祉部・井上理事:「医療計画への取り組みについて」
- 山口県宇部環境保健所・恵上所長:「地域医療連携体制構築に関する保健所の関与について」
- 伏見委員:「医療圏における地域疾病構造及び患者受療行動に基づく地域医療の評価について」
- 青森県健康福祉部・大西保健医療政策推進監:「保健医療計画の策定について」

- **第4回 平成23年5月23日(月)14:00～全国都市会館**

- **災害時の医療提供と、医療連携のための実際的手法**

4疾患5事業の見直しを！

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- ⑥在宅医療

2013年からは精神疾患・在宅が加えて
5疾患6事業にしてはどうか？

災害医療計画の見直し



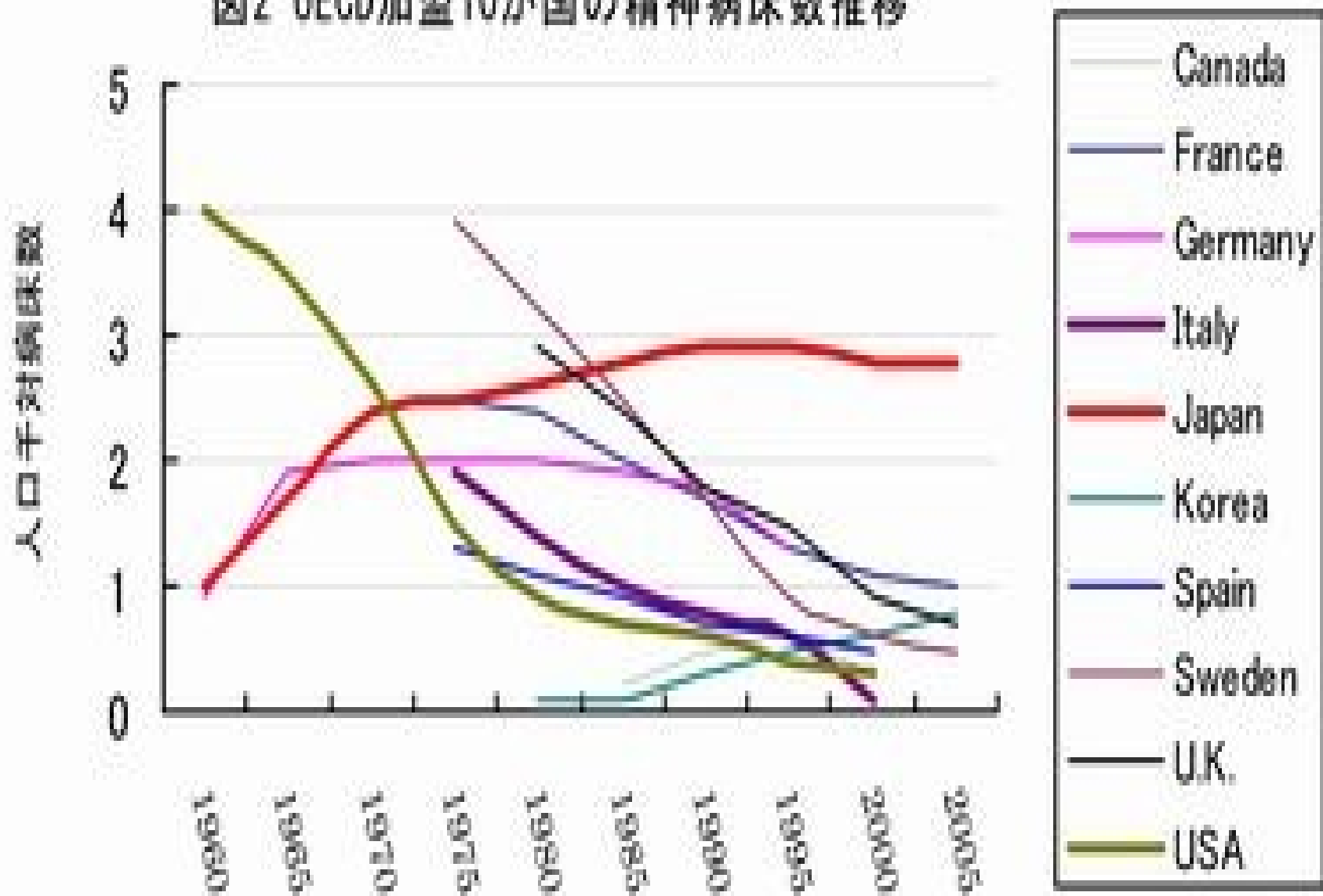
災害医療計画の見直しを

- 災害拠点病院の要件見直し
 - 被災した東北3県沿岸9医療圏とその周辺医療圏の災害拠点病院の現状調査が必要
 - 災害医療ネットワークが機能したかどうか？
 - 災害拠点病院の要件見直しが必要
 - 初期医療体制、後方病床確保、高齢者施設支援
 - 医薬品備蓄、医療派遣チームなど
 - 災害医療は平時の連携体制を基礎に、いったん緩急あればスケールアップして対応できる体制が必要
- 被災9医療圏は東北3県の広域の医療計画が必要だろう

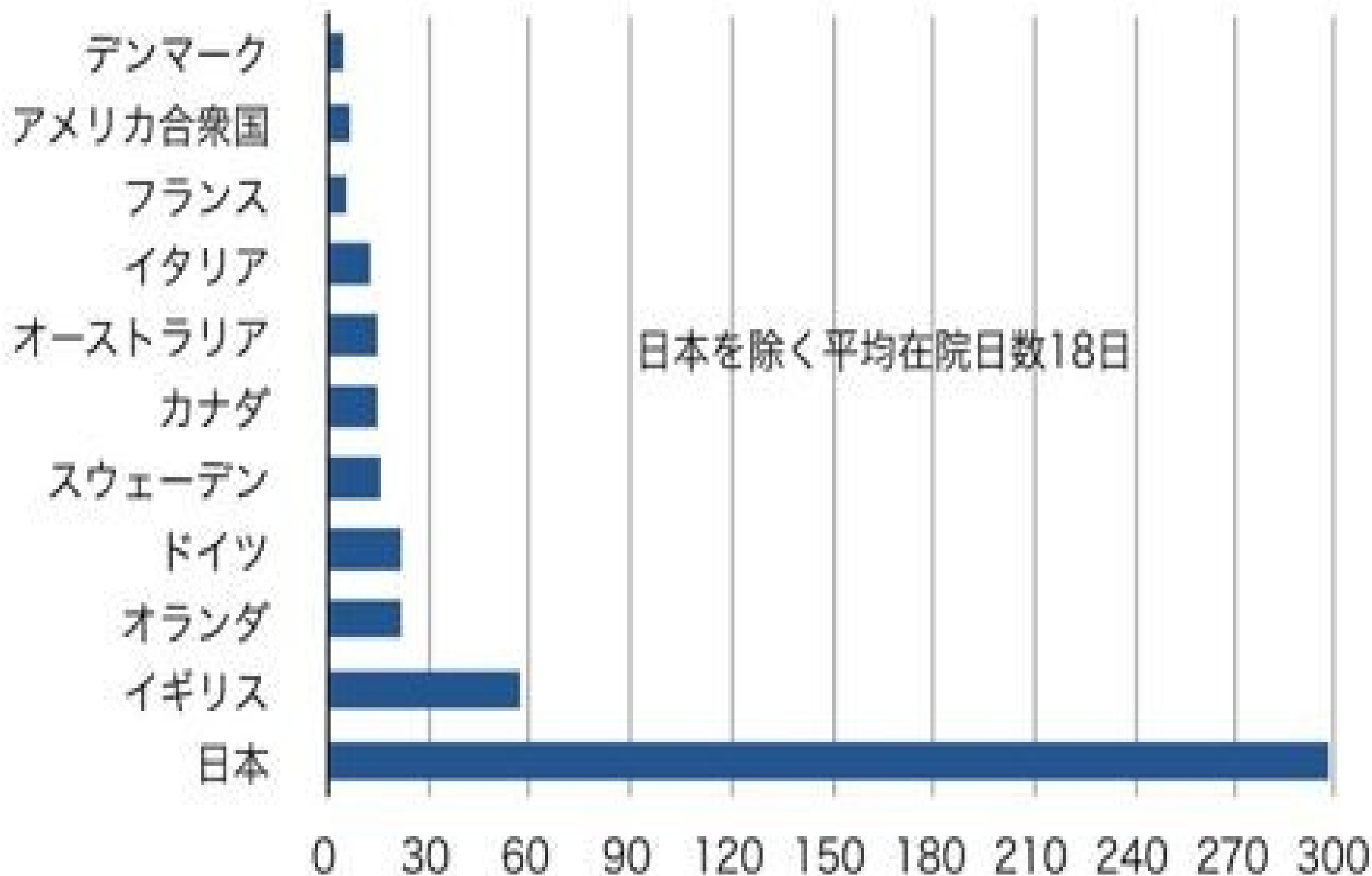
精神医療の見直し

多すぎる精神病床数と
長い在院日数

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移



2005年退院者平均在院日数



「地域医療計画の5疾患目に 精神科疾患を要望」

(日本精神科病院協会) 2010年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

精神疾患が地域医療計画の5疾患に加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成
- そしてそのための作成指針を作成しなければならない。

精神科地域連携クリティカルパス(北里東病院)

適応基準: うつ病 反復性うつ病

除外基準: 認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準: うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害
5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感
8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 (月 日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 (月 日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 (月 日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 (月 日)	治療終結検討期 退院から24ヶ月後 (月 日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保っている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡感 が得られる 抗不安薬を漸減中止できる 抗うつ薬を漸減中止できる 治療終結を楽観的に捉えられる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左
タスク	<input type="checkbox"/> 通院(月 日)(月 日)・・・ <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の教育 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 職場担当者と面接 <input type="checkbox"/> 産業医への情報提供	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 再発サインと対処法に関する教育

2010年診療報酬改定

認知症連携パス

- 1 認知症専門診断管理料500点(1人につき1回)
 - 〔算定要件〕
 - 認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の個別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明行った場合に算定する。
- 2 認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)
 - かかりつけ医の外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診~1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



検査前には事前に
病院予約を取って下さい



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

- 院内パス作成が基礎

- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ
 - エビデンスやガイドラインに基づいて
 - アウトカム指向で
 - チームアプローチで
 - 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ
 - アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

2012年診療報酬改訂で 精神科連携パスのさらなる評価を！



精神科連携パス勉強会
(大内病院、東京足立区 2011年5月11日)

パート3

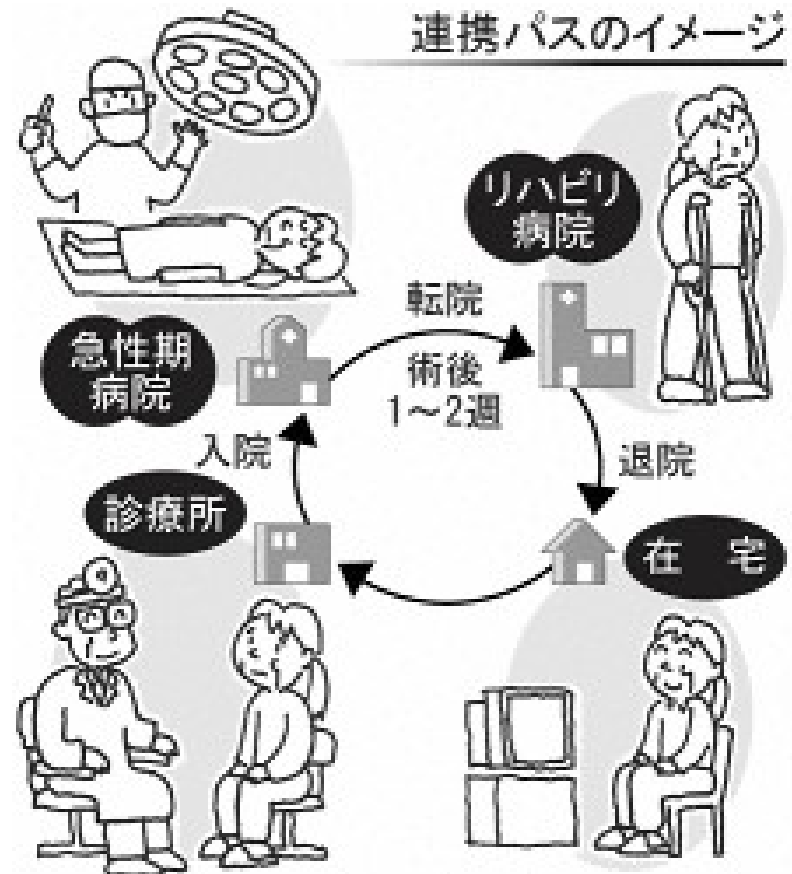
地域連携クリティカルパス



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:

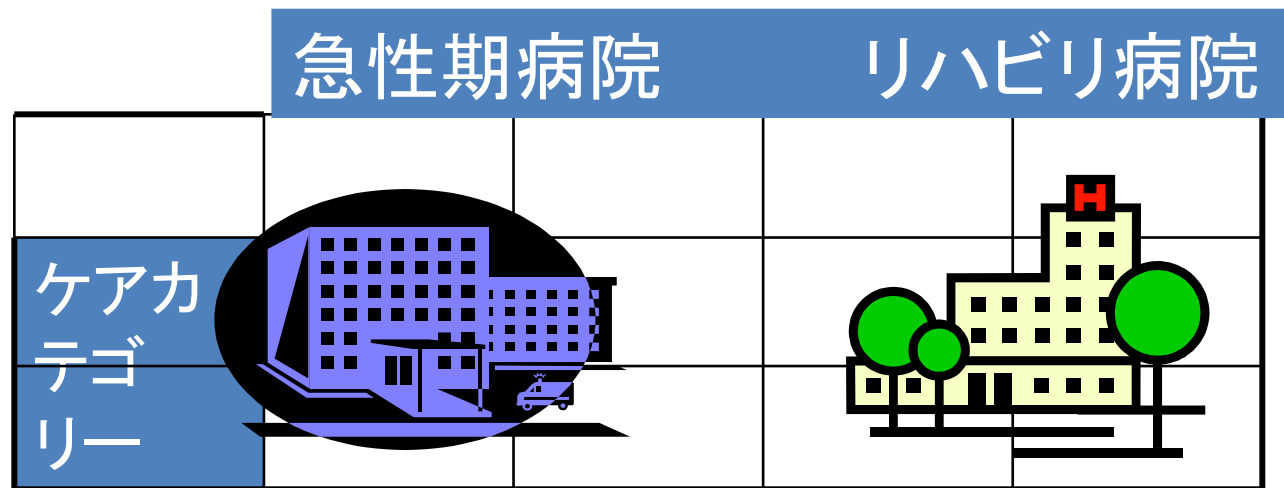
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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)	交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー		ベッド上安静		フリー		フリー		フリー	
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							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)	
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ								
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	内服継続	内服中止	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	
				出血() () () ()	出血() () () ()						
					創状態() () () ()	創状態() () () ()					
					喀痰() () () ()	喀痰() () () ()					
							下痢() () () ()	下痢() () () ()			
							嘔吐() () () ()	嘔吐() () () ()			
							尿量() () () ()	尿量() () () ()			
記録											
バリアンス		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
担当看護師署名		深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	

クリティカルパスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



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

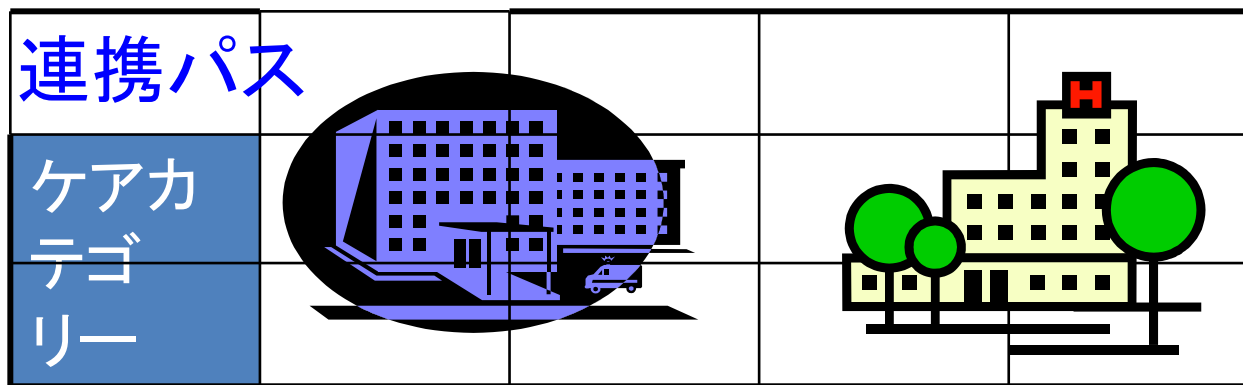
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

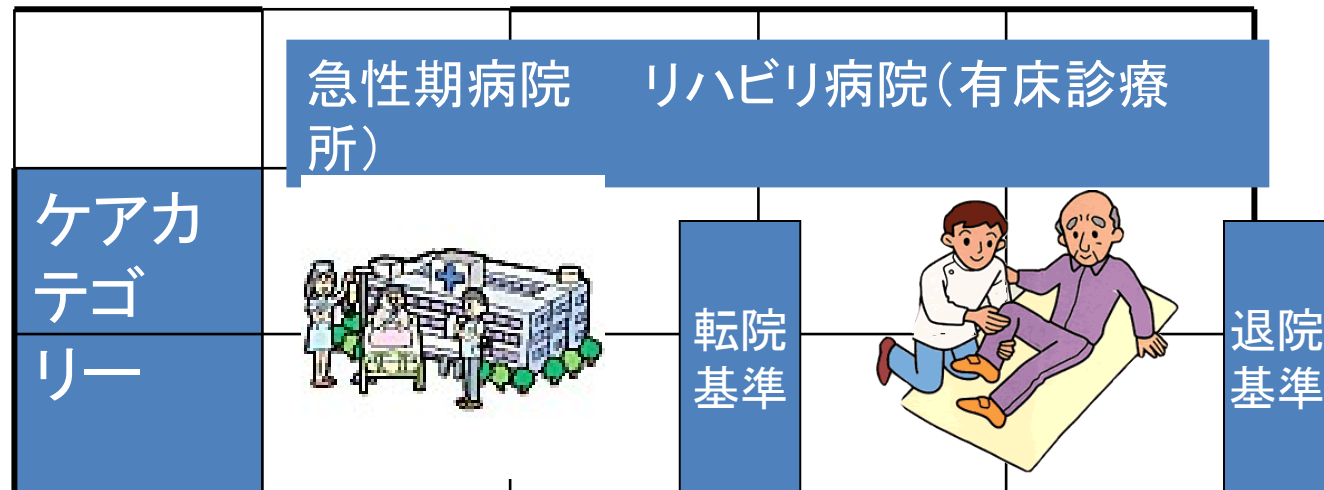


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

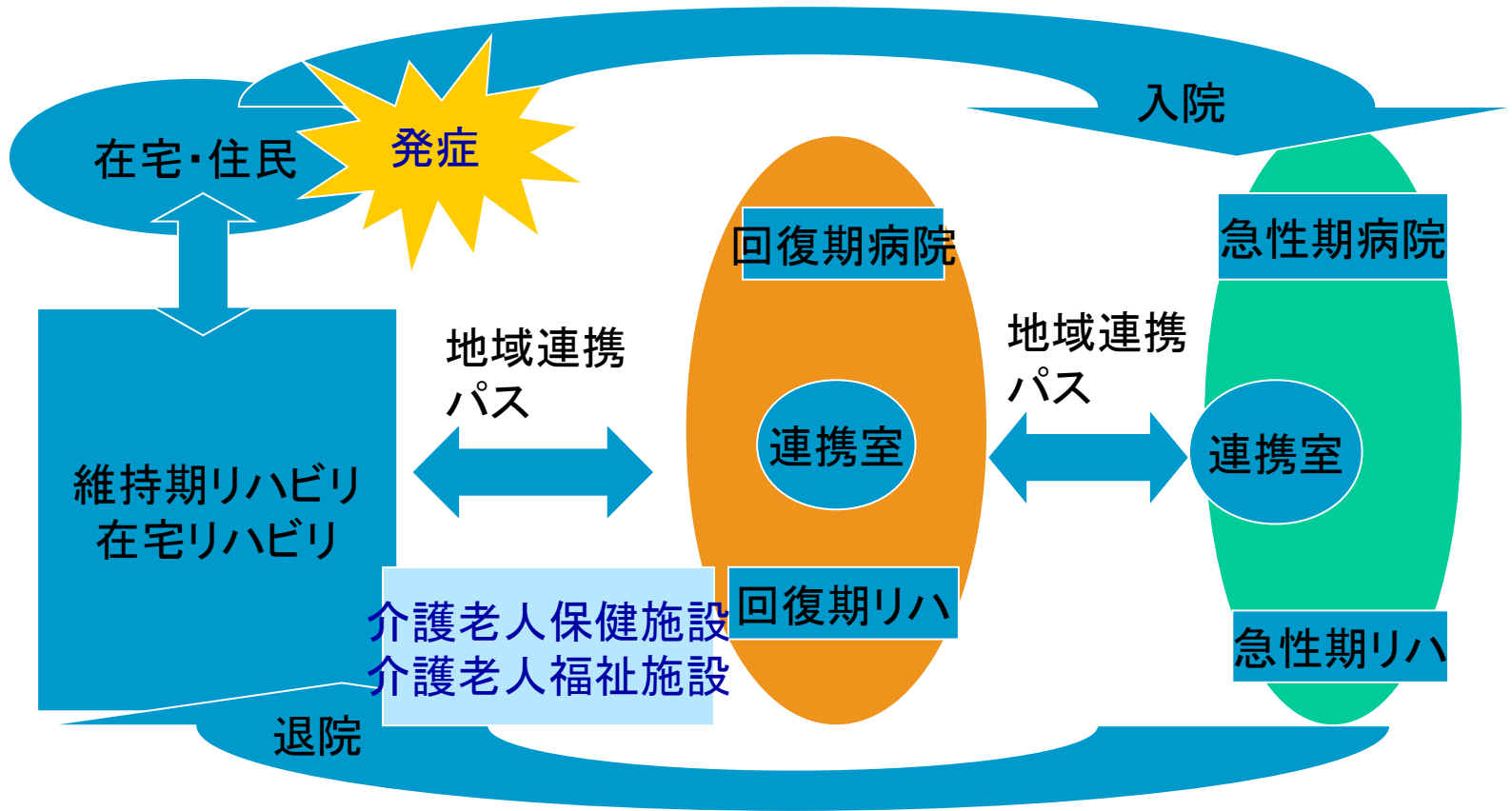
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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



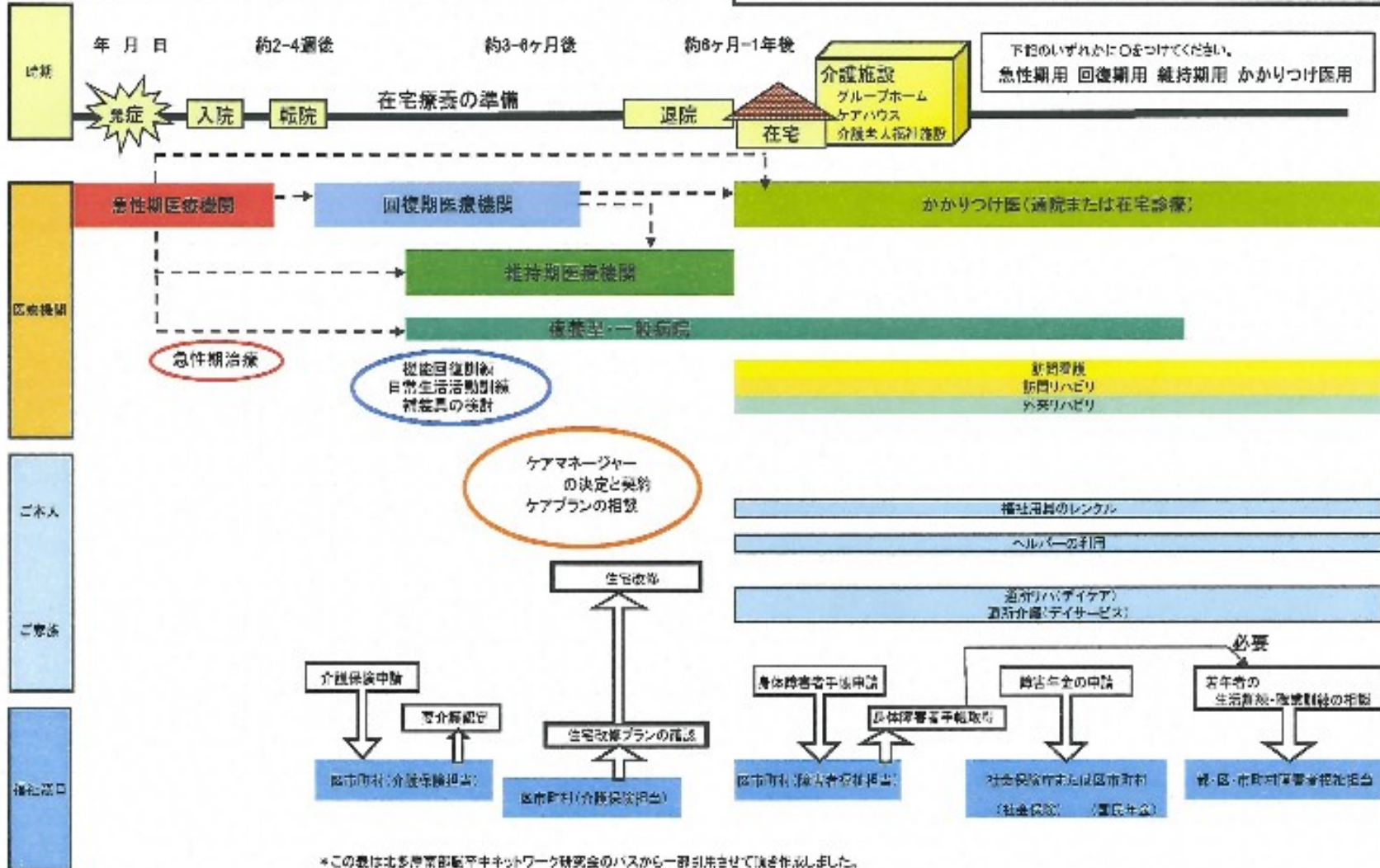
急性期 (22施設)

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 _____



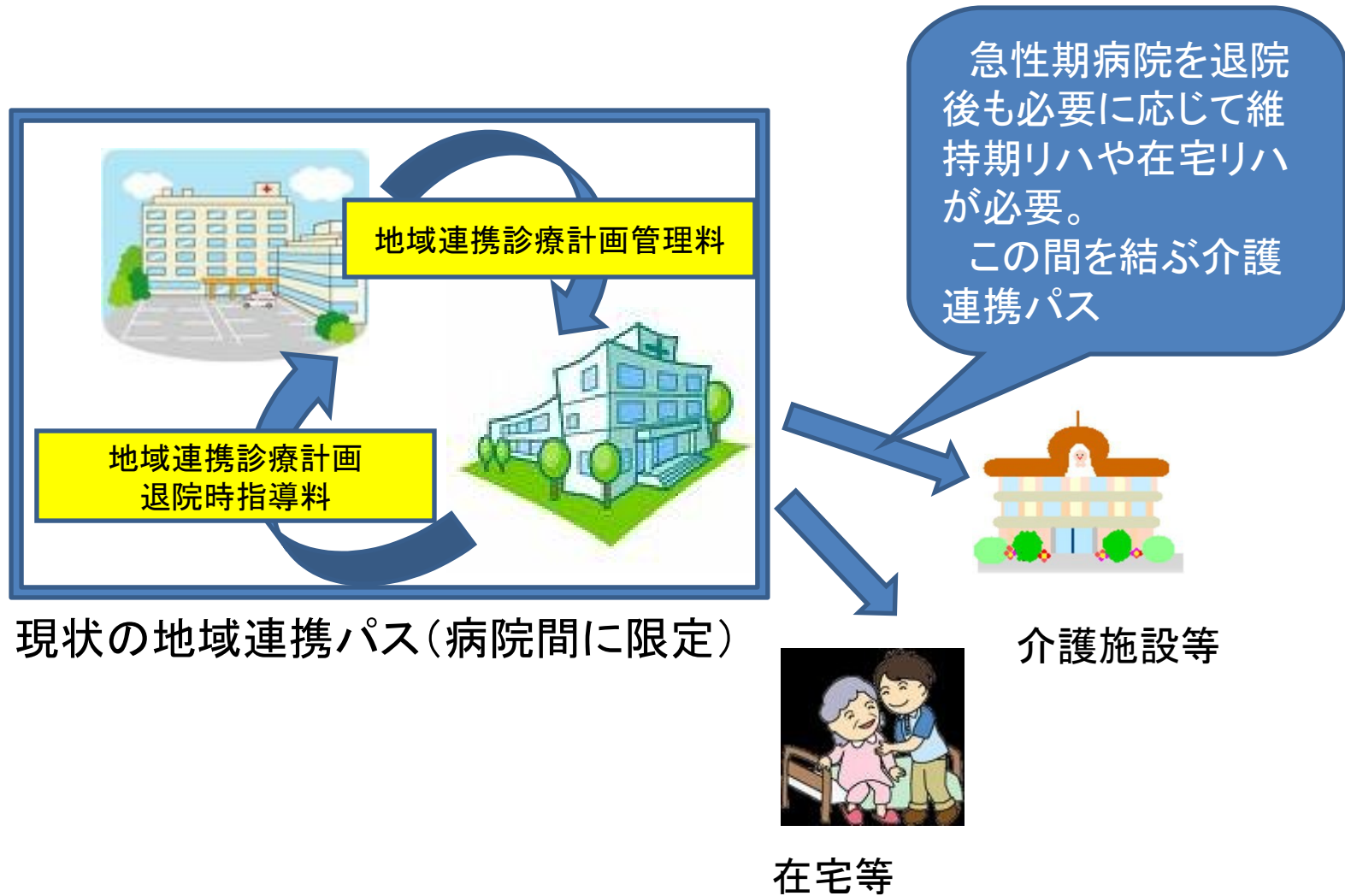
*この表は北海道厚労部版平キネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

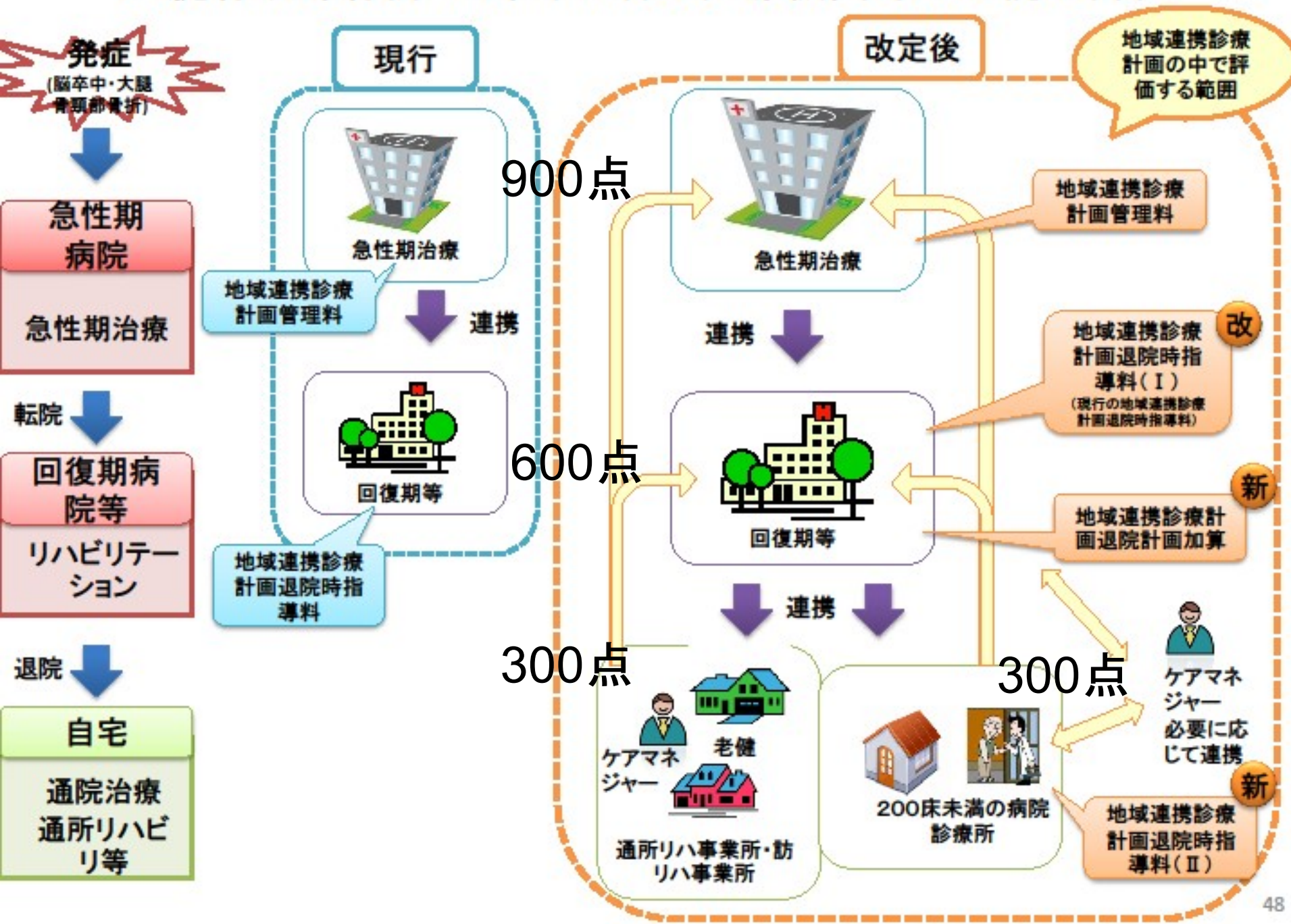
2010年診療報酬改定

- ①地域連携パスの施設拡大
- 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
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 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
- 講演Ⅳ「どこでもMY病院構想」
 - 内閣官房IT担当室野口聡参事官
- (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

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- 桜新町アーバンクリニック・用賀三丁目薬局
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場からの
報告



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」、「肝炎」、「認知症」地域連携パスに
疾病拡大

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

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

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

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

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

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

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

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



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

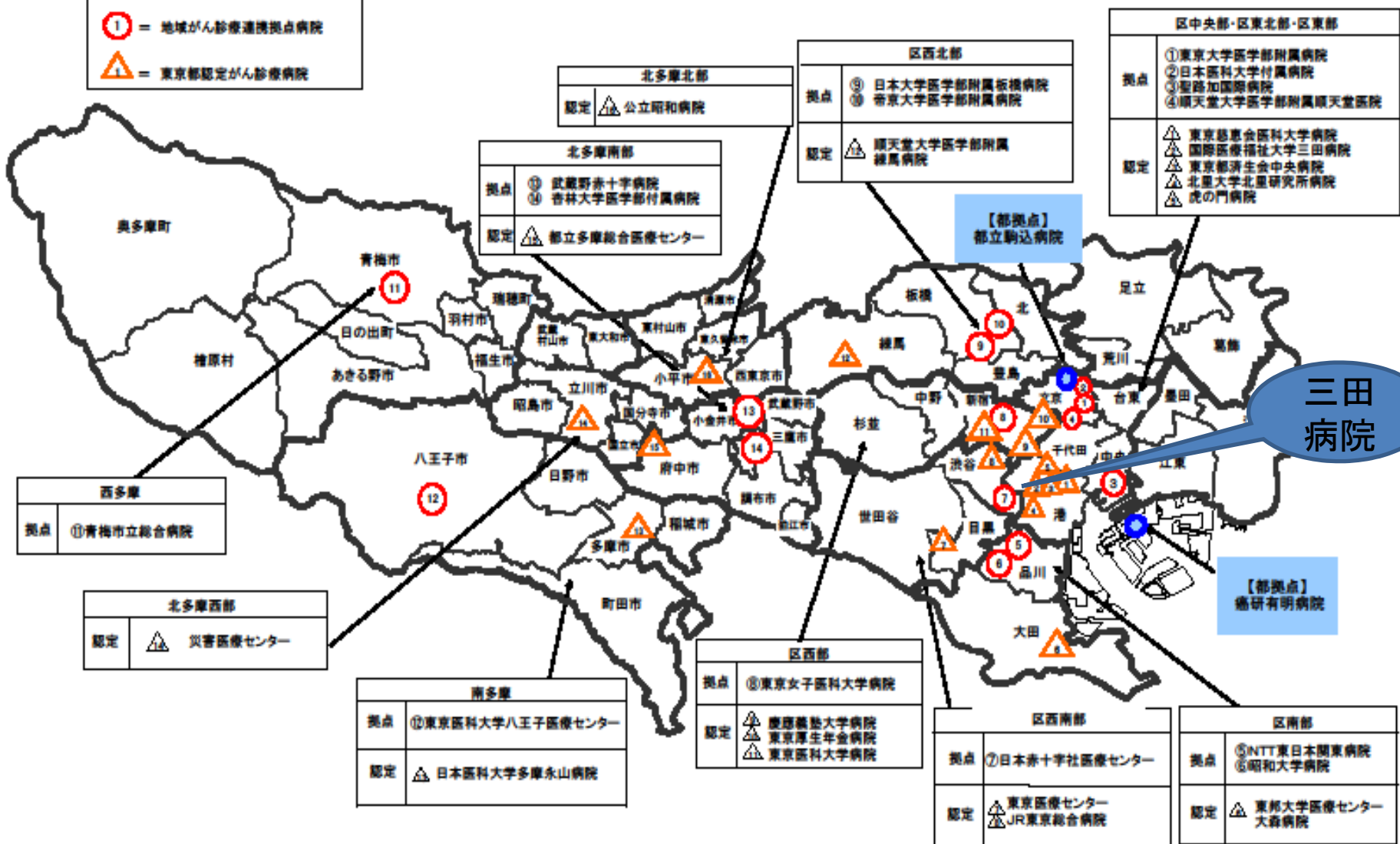
港区がん連携パス研究会



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

第2回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
 - 港区医師会 会長 赤枝恒雄 先生
 - みなと保健所 所長 大久保さつき 先生
 - 平成22年診療報酬改定とがん関連項目
 - 厚労省保険局医療課 前田彰久 先生
 - 東京都医療連携手帳について
 - 都立駒込病院 鶴田先生)
 - 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)
 - 港区薬剤師会 龍岡健一先生



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



都立駒込病院
鶴田 耕二先生

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

退院後2週

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
●	○	○	○	○

放射線療法

平成 年 月 日

部位

総線量・回数

期間 平成 年 月 日

備考

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 (/ m) ・回数

平成 年 月 日

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

●手術病棟で施行
○かかりつけ病棟で施行
◎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

病期

分化度

門脈浸透

肝臓転移

肝臓腫瘍

正常 肝臓 肝臓

悪性化 (0 1 2 3 4)

well mod por

+

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: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

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。

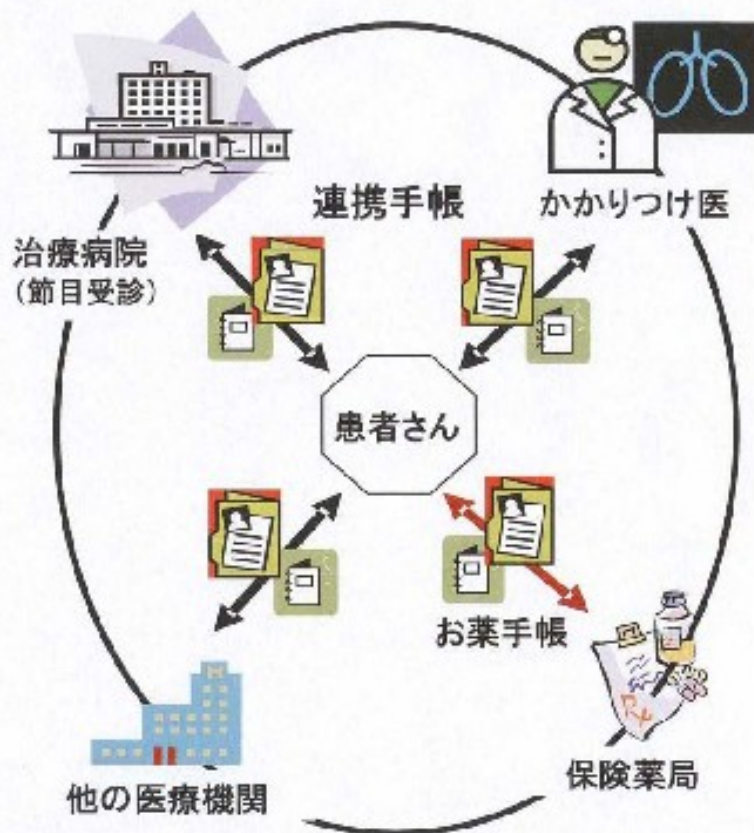
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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
手術病院	
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					◎			◎			◎		◎

連携パスの「連携疾患」における さらなる報酬拡大を！

「連携疾患」とは専門医と診療所医師との連携が必要な慢性疾患のこと
慢性疾患の疾病管理の診療報酬インセンティブがこれからは必須

連携疾患の要件

- 要件① 慢性疾患で患者数が多く、専門医だけではとても診きれない疾病
- 要件② 診療ガイドラインが明確で、地域連携パスがある
- 要件③ 専門医とかかりつけ医との役割分担が明確で、二人主治医が成り立つ
- 要件④ 専門医に紹介すべき基準が明確、緊急時や合併症発生時の専門医の受け入れが可能

連携疾患の例

- 脳梗塞、がん(胃がん、大腸がん、乳がん、肺がん、肝がんなど)、糖尿病、肝炎、認知症
- 糖尿病慢性腎臓病(CKD)、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、成人喘息、心房細動(af)、慢性心不全、骨粗しょう症、関節リュウマチ、変形性関節症、逆流性食道炎、軽症の特発性造血疾患など

パート4

チーム医療と診療報酬改定



2012年4月20日中医協の新会長に森田東大教授が就任
「エビデンスに基づき、権威のある議論を進める」

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)

2010年診療報酬改定と チーム医療加算

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



チーム医療をさらに進めて
スキルミクス（多職種協働）へ！



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内り方や機能が議論された結果、生まれた概念である。
- スキルミクスは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

日本でも始まった ナースプラクティショナー養成コース



NP養成大学名	NPプログラムの特徴	開始年
大分県立看護科学大学	慢性期NP(老年/小児)	2008年
国際医療福祉大学	慢性期/周術期 (周術期は2010年開始)	2009年
聖路加看護大學	小児/麻酔 (麻酔は2010年開始)	2009年
東京医療保健大学東が丘	クリティカル	2010年
北海道医療大学	プライマリ・ケア	2010年
聖マリア学院大学	家族	2010年

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

ナースプラクティショナー養成講座2年生



東京青山ライフを満喫しています！

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

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



項目

特定の医行為

検査など

- ▽患者の重症度の評価や治療の効果判定などのための身体所見の把握や検査
- ▽動脈血ガス測定のための採血など、侵襲性の高い検査の実施
- ▽エコー、胸部単純エックス線撮影、CT、MRIなどの実施時期の判断、読影の補助など(エコーについては実施を含む)
- ▽IVR時の造影剤の投与、カテーテル挿入時の介助、検査中・検査後の患者の管理など

処置

- ▽人工呼吸器装着中の患者のウイニング、気管内挿管、抜管など
- ▽創部ドレーンの抜去など
- ▽深部に及ばない創部の切開、縫合などの創傷処置
- ▽褥瘡の壊死組織のデブリードマンなど

患者の状態に応じた薬剤の選択・使用

- ▽疼痛、発熱、脱水、便通異常、不眠などへの対症療法
- ▽副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止

特定看護師モデル事業

2011年4月開始

- 特定看護師(仮称)の養成に関する調査試行事業
 - 大分県立看護科学大(看護学研究科)
 - 国際医療福祉大(医療福祉学研究科)
 - 東京医療保健大(看護学研究科)
 - 北海道医療大(看護福祉学研究科)
- 事業目的
 - 同事業は、特定看護師の要件などを検討する際に必要なデータ収集が目的
 - 調査期間中は、十分な安全管理体制の整備を前提に、保助看法上の「診療の補助」の範囲に含まれているかどうかが不明確な行為に関する実習も可能となる。

2010年診療報酬改定 チーム医療加算で「薬剤師」が注目！



がん診療連携拠点病院加算

がん診療連携拠点病院加算

- **【がん診療連携拠点病院加算】**(入院初日)
400点→500点
- **【算定要件】**
 - がん診療連携拠点病院加算の施設基準
 - カンサーボードを設置しており、看護師、薬剤師等の医療関係職種の参加
 - 院内がん登録をさらに評価すべき
 - がん治療法の多様化と評価
 - 複雑化した外来化学療法への対応
 - 放射線治療病室のさらなる評価
 - 告知への配慮
 - 緩和ケア診療の充実、がんのリハビリテーション料

三田病院のキヤンサーボード

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



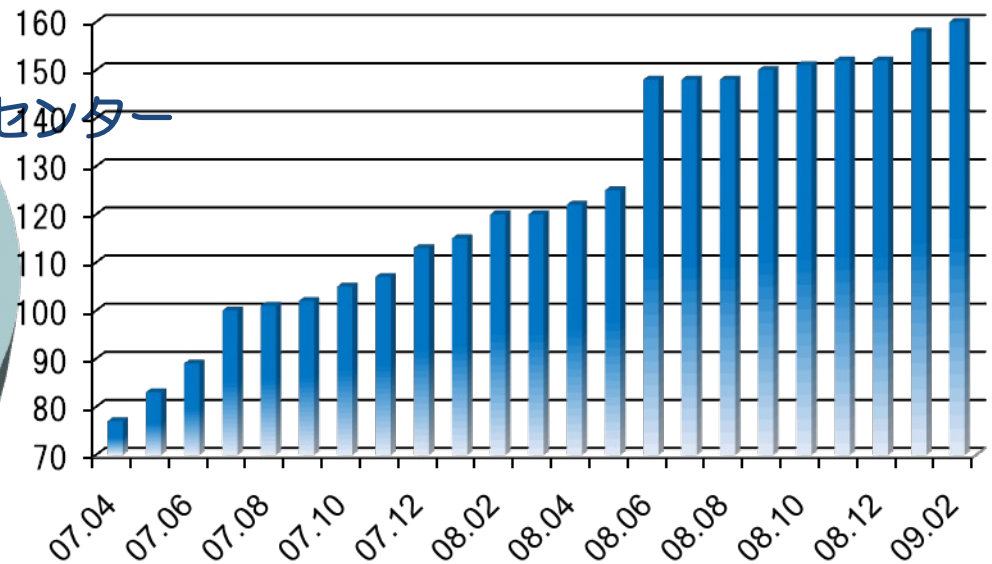
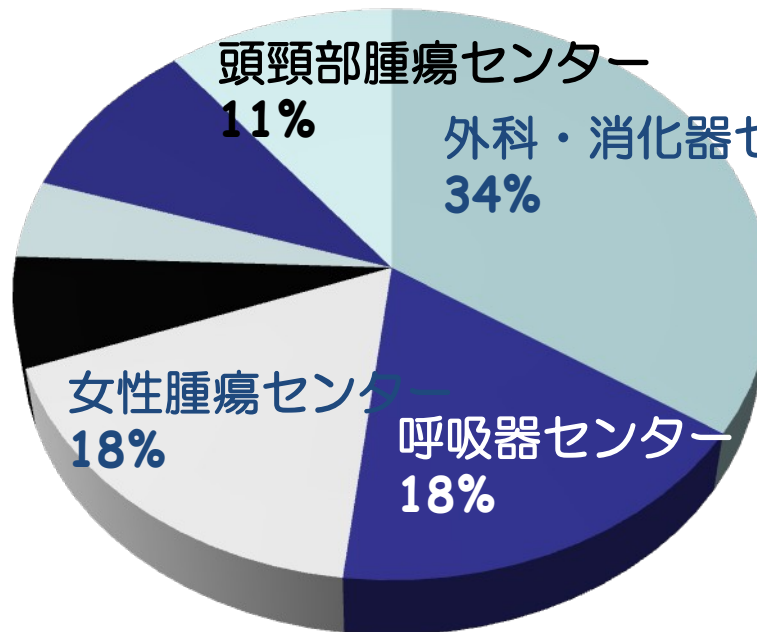
議長は泌尿器科部長
副議長は薬剤部長

三田病院のキヤンサーボード

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

三田病院の がん化学療法レジメン管理

レジメン登録数 (平成21年2月末現在)



診療科別(n=160)

三田病院病棟薬剤師



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

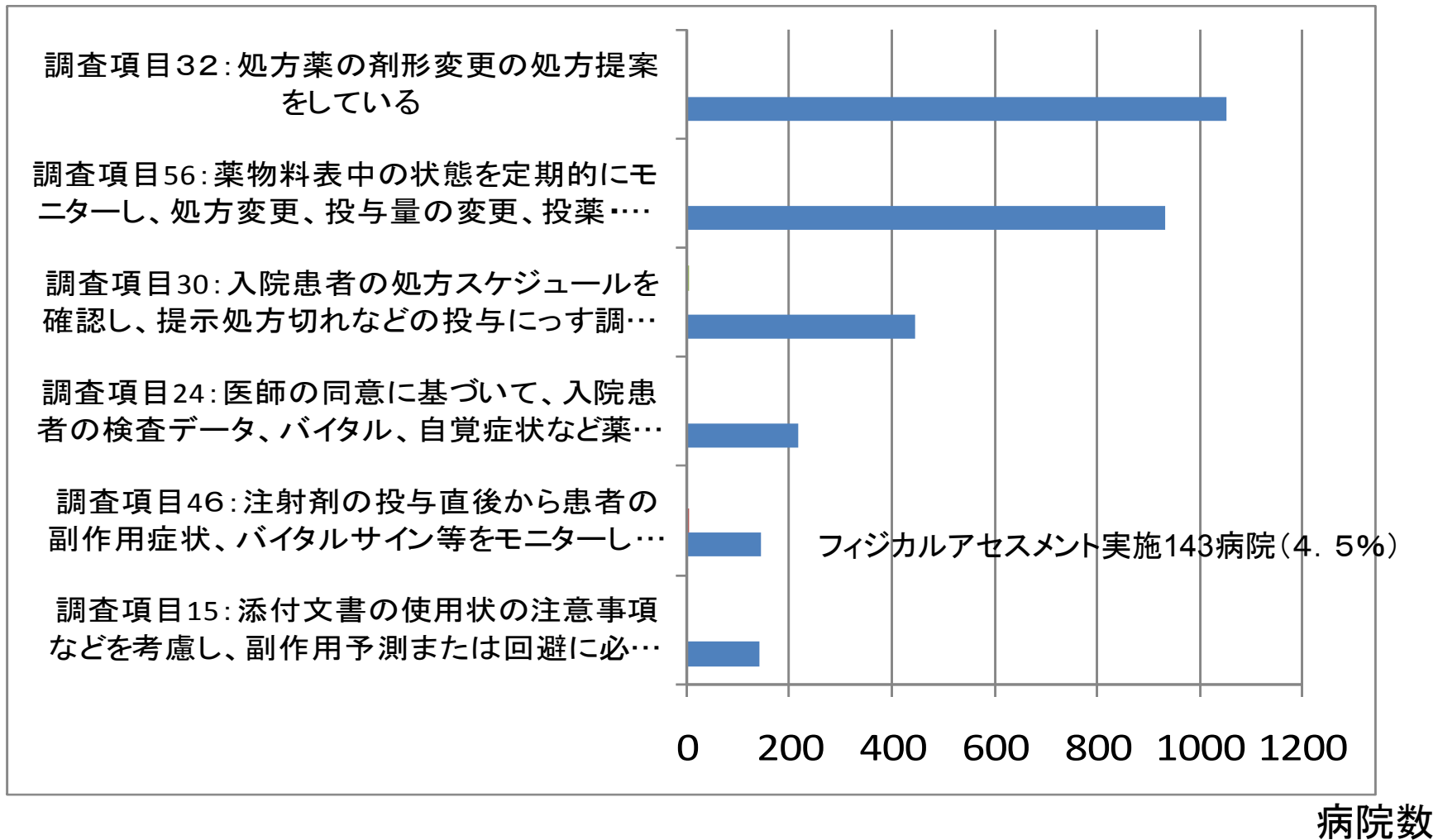
新たな病棟薬剤師業務

日本病院薬剤師会調査(09年1月)

日本病院薬剤師会調査(09年1月)

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

薬剤師の新たな業務実態調査 モニターや処方提案など



フィジカルア・セスメントができる薬剤師を目指して(九州保健福祉大学薬学部)



バイタルが取れる薬剤師をめざして



薬物血中濃度測定を目指して



各種薬物投与方法について

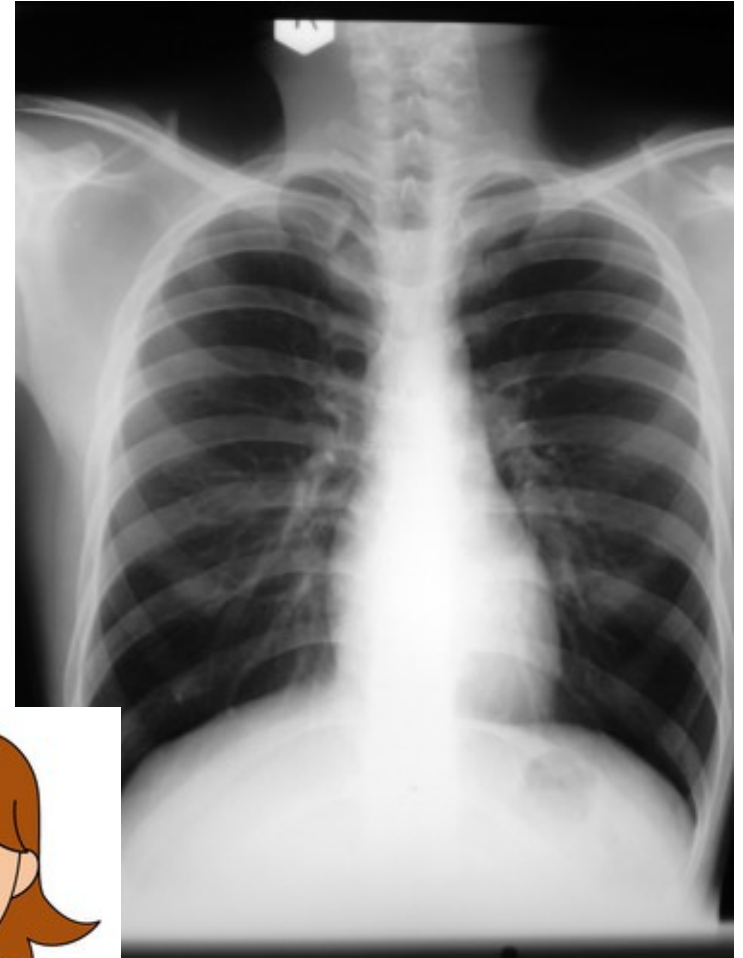


褥瘡ケアを目指して

薬害防止とフィジカル・アセスメント

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

心電図やX線画像情報だって 薬害防止には必要



心電図

心電図が読める薬剤師、
胸部X線が読める薬剤師



X線検査

2012年診療報酬改定

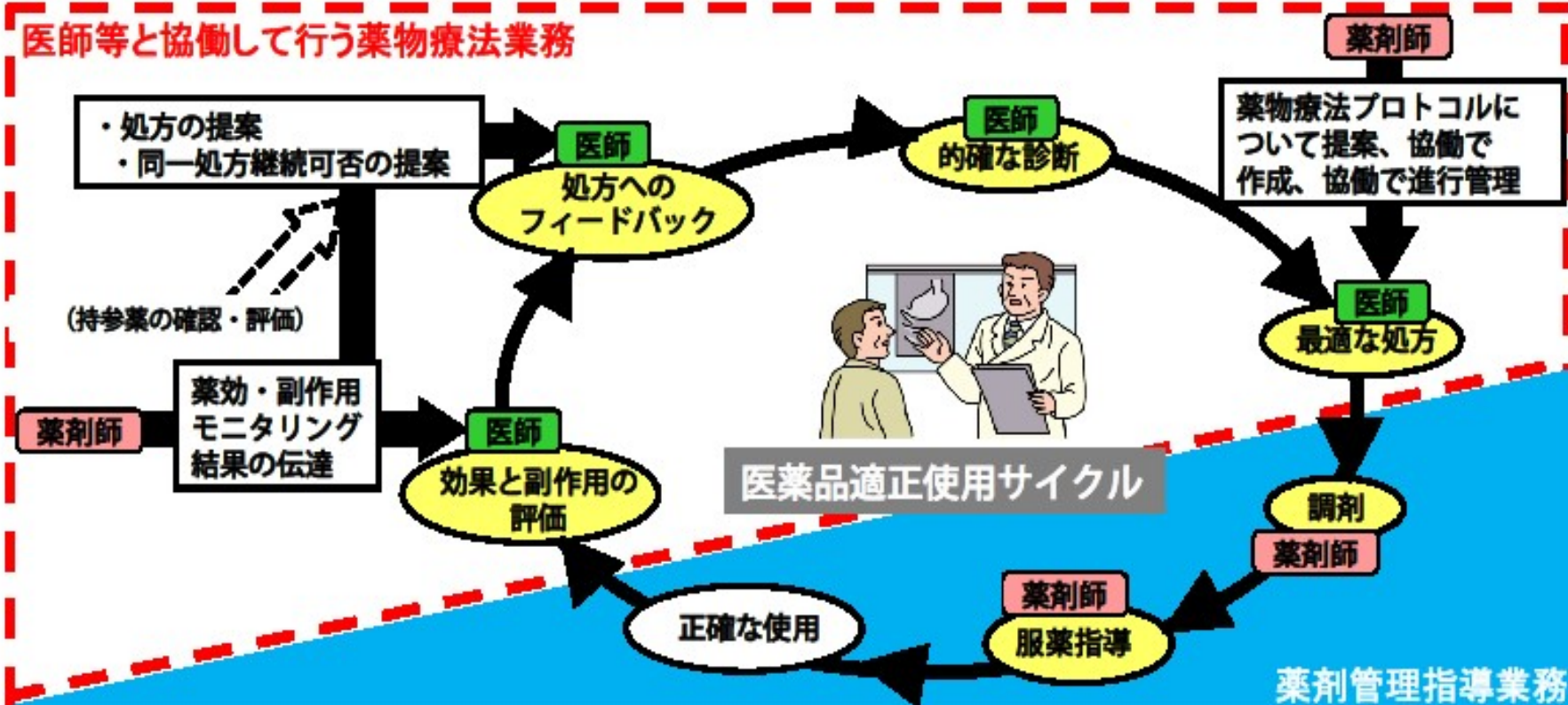
薬剤師の病棟業務が論点

薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）

安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）（平成20年6月厚生労働省）

医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。

医師等と協働して行う薬物療法業務



薬剤師の病棟業務による効果の具体的事例

血栓塞栓症患者のワルファリン療法における投与プロトコル^(※)作成

(※)INRに基づき、投与量を調整する方法

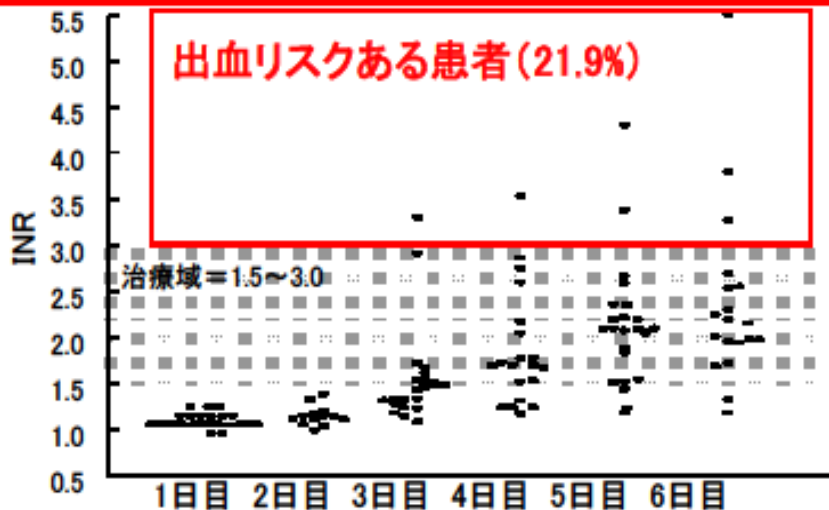
<現状と注意点>

- ・ ワルファリンは、脳梗塞予防等の目的で多くの患者に使用される。
- ・ 投与量が少ないと致死的血栓が生じる一方、投与量が多過ぎると出血のリスクがある。
- ・ 薬の投与量に大きな個人差がある。

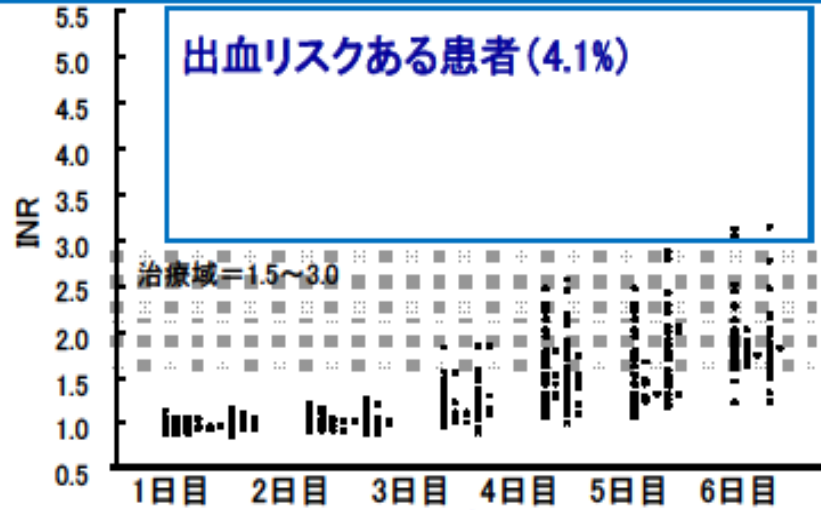
医師・薬剤師の協働による投与プロトコルの作成と効率化

医師の負担軽減
+
薬物療法の質の向上

p値<0.01



プロトコルによらずに投与した群:32人

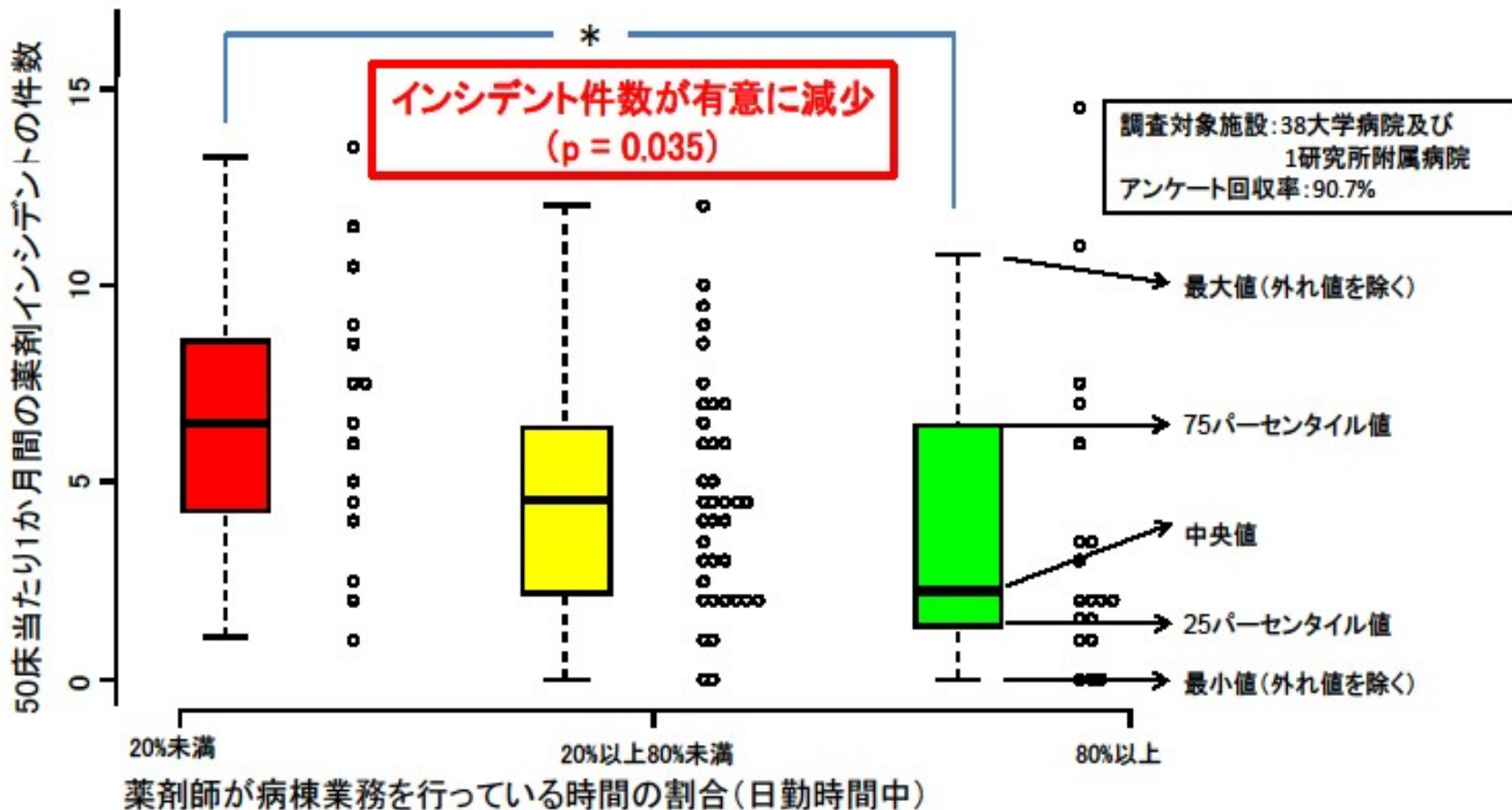


ワルファリン療法投与プロトコルに基づき投与した群:73人

出典 : TDM研究(平成21年)「ワルファリン導入ノモグラム作成とその評価」(五十嵐正博ほか)

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

- 薬剤師の病棟業務時間が80%以上の内科病棟においては、20%以下の内科病棟と比較して**薬剤関係のインシデント件数が有意に減少**した。



出典: 「薬剤師の病棟勤務時間が長いほど薬剤が関連するインシデント発生数は少ない—国立大学病院における調査」
(松原和夫ほか、薬学雑誌、131、635-641 (2011))

薬剤師の病棟配置について 調査すべき主な項目(案)

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋) (平成22年2月12日)

- 7 薬剤師の病棟配置の評価を含め、チーム医療に関する評価について、検討を行うこと。



- 薬剤師による積極的な処方¹の提案等により、医師等の負担がどの程度軽減されるのか、また、それが患者の恩恵にどのようにつながるのか調査すべきではないか。
- どのような病棟においてどのような業務を薬剤師が担うことにより医療安全及び薬物療法²の質が向上するのか調査すべきではないか。

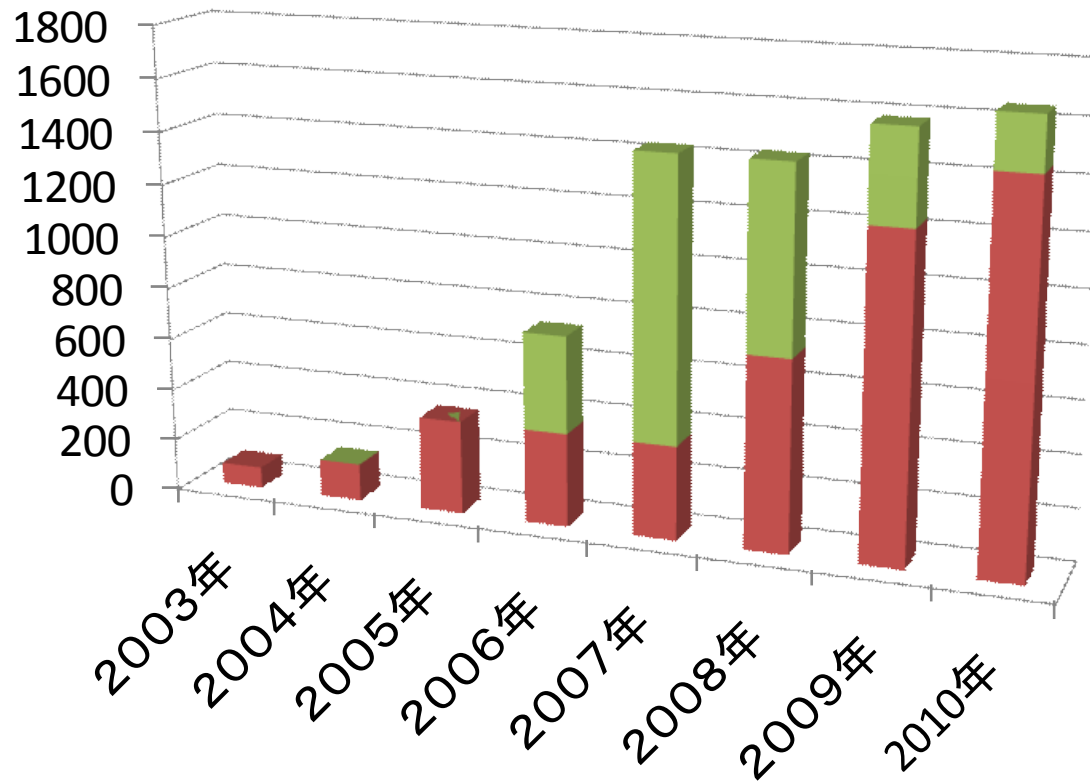
2012年改訂では病棟薬剤師 が評価されるだろう

入院基本料に
患者当たりの病棟薬剤師配置数基準

パート5 DPC報酬改定



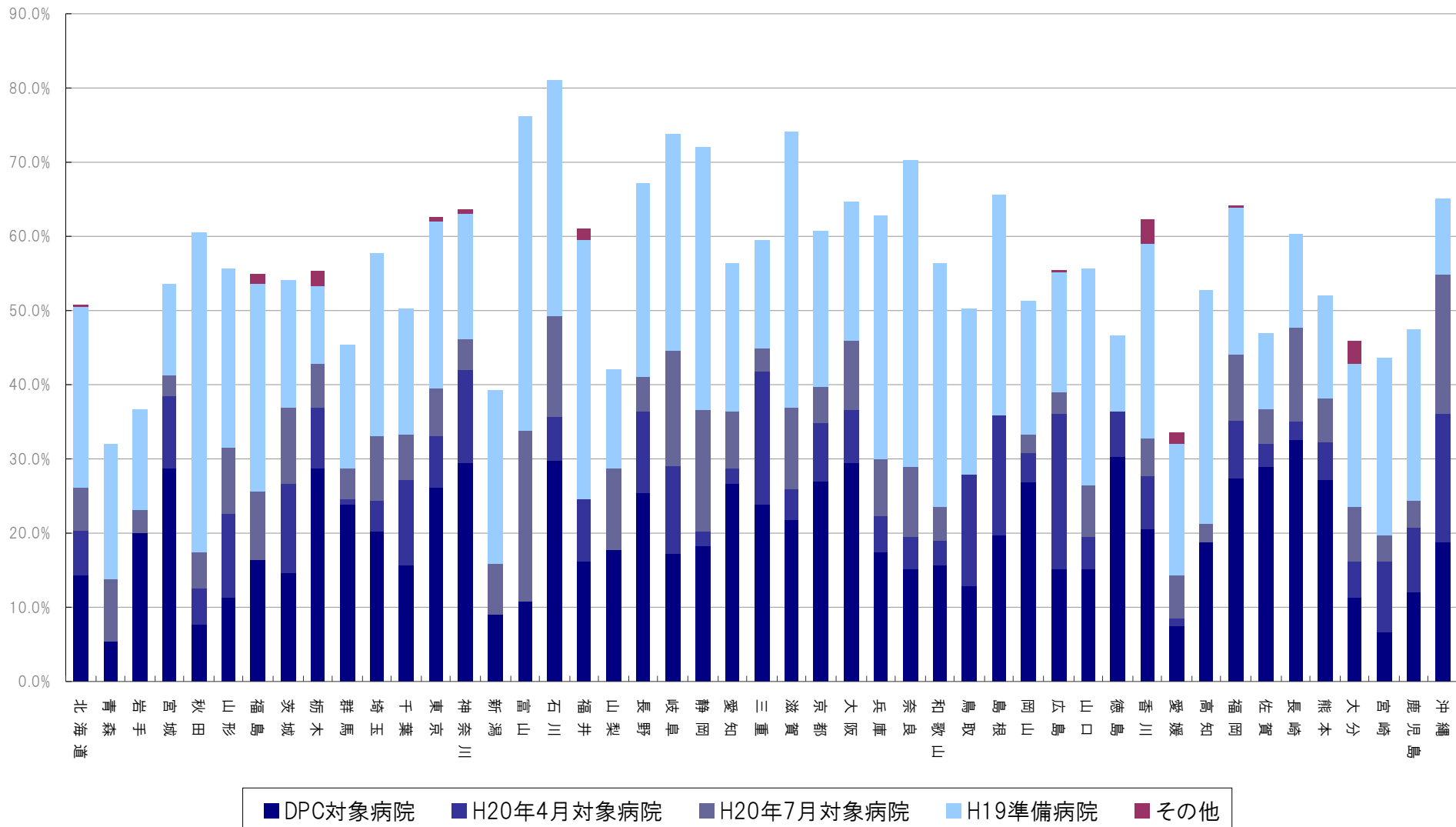
DPC関連病院の拡大 1650病院、50万床へ



2011年4月から
DPC対象病院数
1449病院
DPC準備病院
201病院
合計 1650病院(50万床)

■ D P C 準備病院
■ D P C 準備病院

一般病床に占めるDPC関連病床割合



DPCにおける 診療報酬支払い方式



3. DPC制度における診療報酬



DPC制度における診療報酬の額

診療報酬 = 包括評価部分 + 出来高評価部分

- ・ 包括評価部分
入院基本料、検査(一部を除く)、投薬、注射、等
「診断群分類」毎の1日当たりの包括評価
医療機関別係数による評価・調整
包括範囲点数
= 診断群分類毎の1日当たり点数 × 医療機関別係数 × 在院日数
- ・ 出来高評価部分
手術料、麻酔料、等
「医科点数表」に基づいた評価

2010年改訂

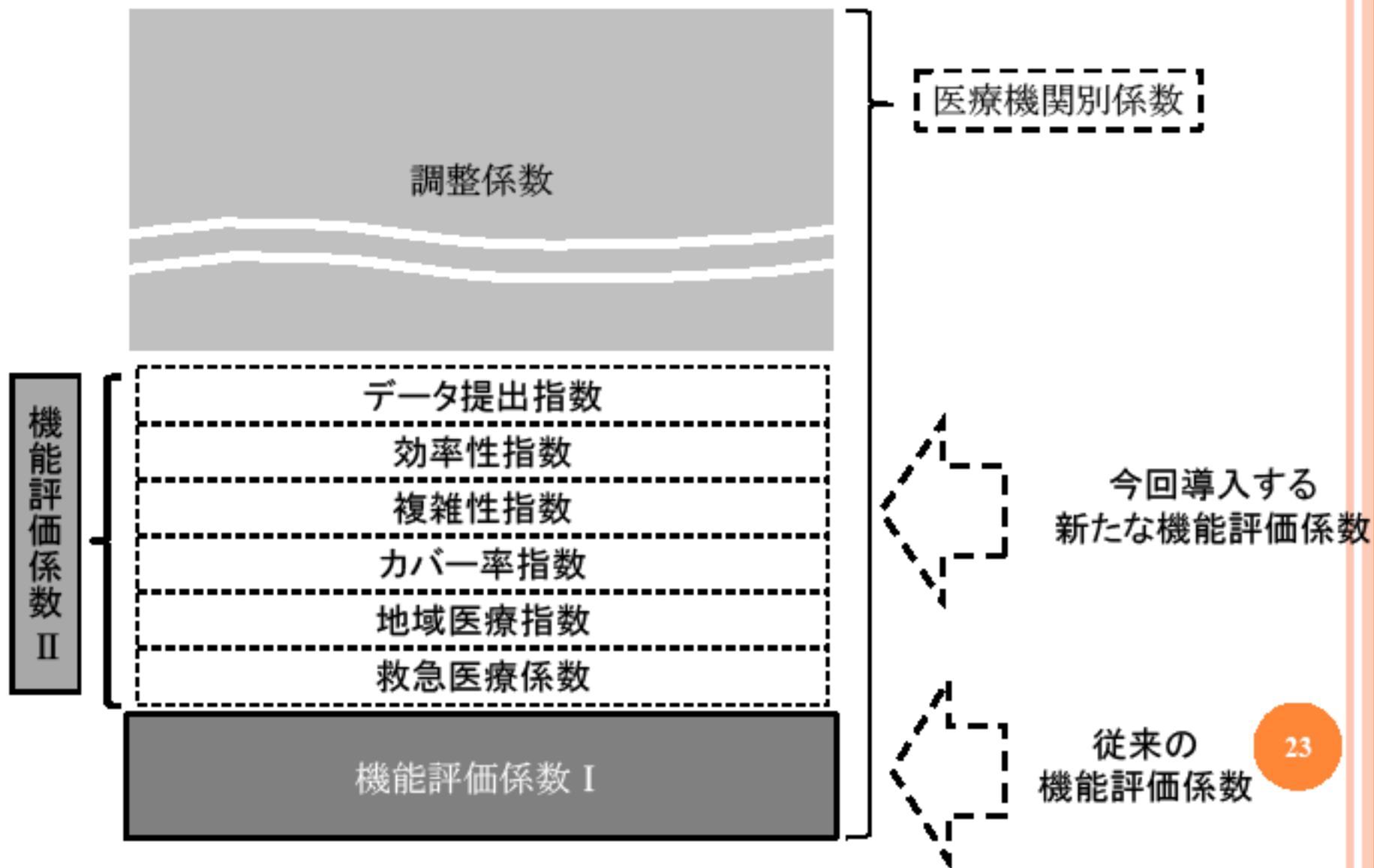
DPC報酬改定の基本的な考え方

- (1) 診療報酬改定に連動したDPC報酬改定
 - 診断群分類点数表の改定
 - 医療機関別係数の改定
- (2) 調整係数の見直し
 - 調整係数を段階的に新たな機能評価係数への置き換える
- (3) DPC包括範囲見直し
 - 診療実態に即した見直しを行う
- (4) 出来高部分の見直し
 - 手術料の評価

(2) 調整係数の見直し

新たな機能評価係数の新設

3-3. 医療機関別係数の概念図



従来の機能評価係数 (機能評価係数 I)

- A 1 0 0 一般病棟入院基本料
- A 2 0 0 総合入院体制加算
- A 2 0 4 地域医療支援病院入院診療加算
- A 2 0 4 - 2 臨床研修病院入院診療加算
- A 2 0 7 診療録管理体制加算
- A 2 0 7 - 2 医師事務作業補助体制加算
- A 2 0 7 - 3 急性期看護補助体制加算
- A 2 1 4 看護補助加算
- A 2 3 4 医療安全対策加算
- A 2 3 4 感染防止対策加算
- D 0 2 6 の注 3 検体検査管理加算 (I) ~ (IV)

新機能評価係数（機能評価係数Ⅱ）

- 新機能評価係数

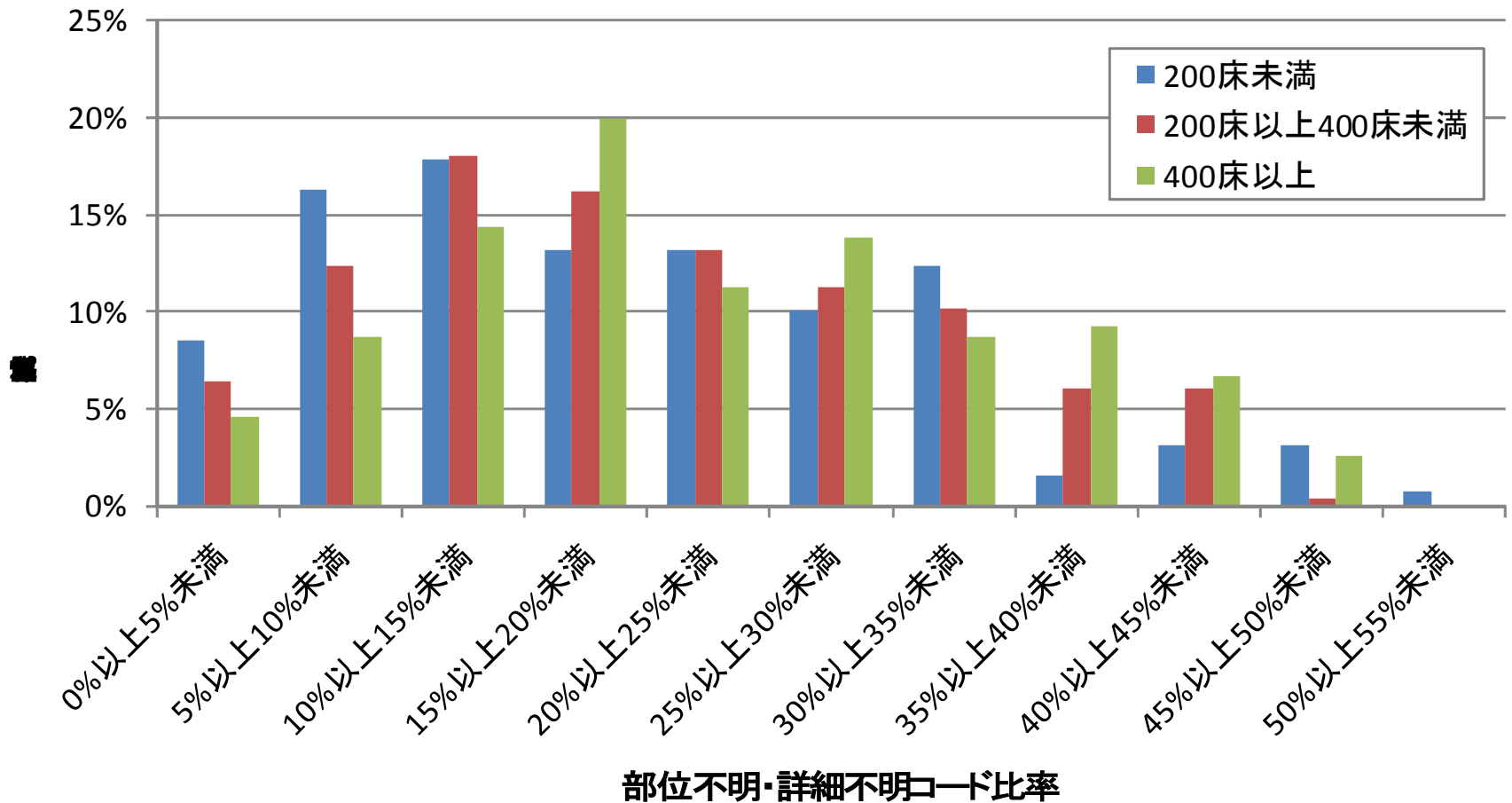
- 調整係数から置き換える割合は25%

- 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

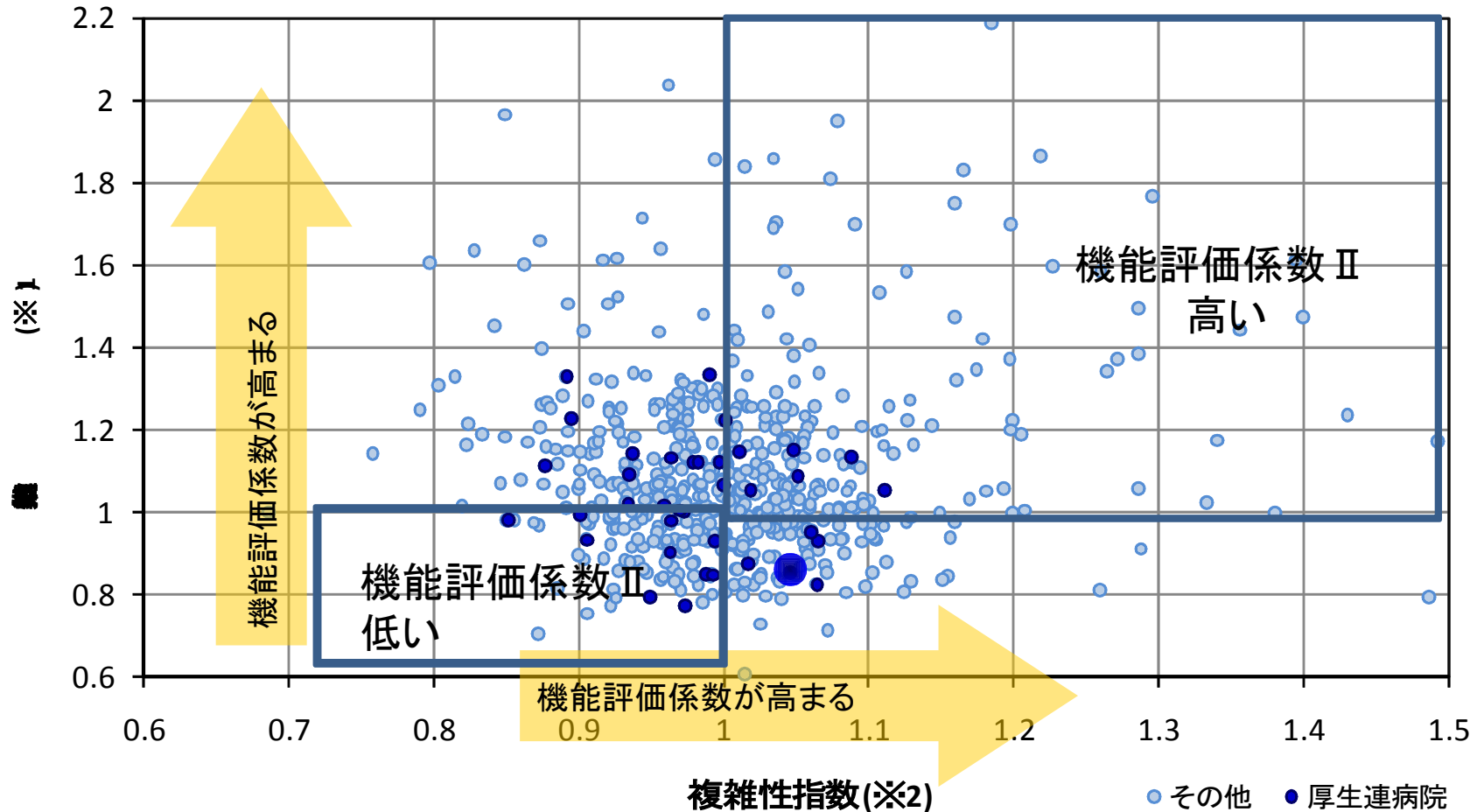
1-① DPC 病院として正確なデータを提出していることの評価



(株) メディカルアーキテクト girasol による分析

病床規模別部位不明・詳細不明コードの発生頻度 (2008年7～12月)

②効率性指数、③複雑性指数に対する評価

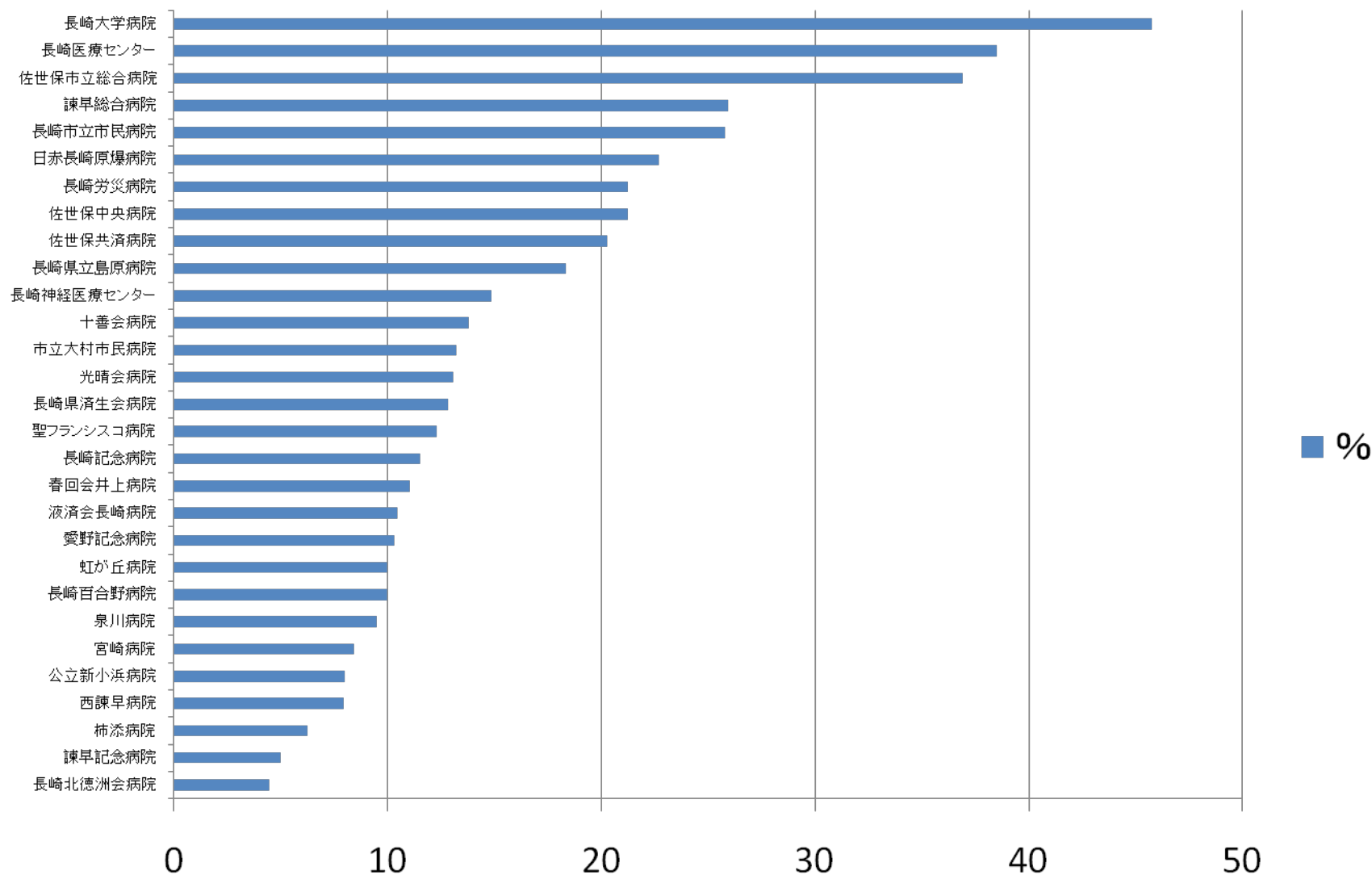


- ・(※1) girasol データベース内の全病院の ALOS を、当該医療機関の患者構成が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS で除した値。
- ・(※2) 当該医療機関の各診断群分類毎の在院日数が girasol データベース内の全病院と同じと仮定した場合の ALOS を、girasol データベース内の全病院の ALOS で除した値。
- ・注: girasol データベース内における効率性指数・複雑性指数であって、厚生労働省が算出する複雑性指数・効率性指数とは異なる。

(ヒラソルによる)

病院別診断群分類カバー率（長崎県）

%



2012年DPC報酬改定

新機能係数、基礎係数

現 行

機能評価係数 II

機能評価係数 I

調整係数



見 直 し 後

(新) 機能評価係数 II
診療実績や医療の質的向上等を評価

機能評価係数 I
医療機関単位での構造的因子
(人員配置等) への評価

医療機関
群 A

基礎係数

医療機関群 B

基礎係数

医療機関
群 C

基礎係数

基本的な診療機能に対する評価

基礎係数（新設）

- **基礎係数**は、機能評価係数Ⅰ、Ⅱでは評価しきれない、基本的な診療機能に対する診療報酬を算定するために導入
- **基礎係数**は、DPC 病院の診療機能（施設特性）を反映させるため、いくつかの医療機関群にわけて、医療機関群で共通の係数とする
- **医療機関群の例**
 - － 高度・先進医療
 - － 地域における基本診療機能（4疾患）
 - － 重症者診療機能
 - － 政策医療機能（5事業）