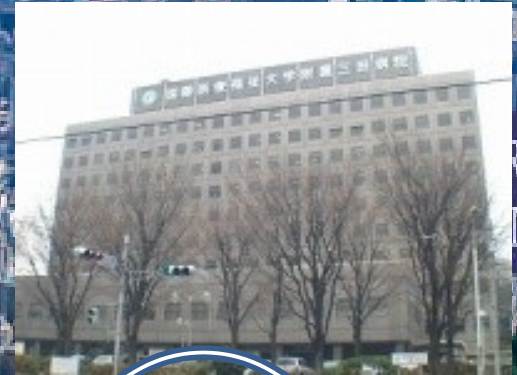


医療が変わるto2020

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
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長
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

新三田病院建設中

2012年2月オープン予定



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)



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



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

目次

- パート1
 - 2012年診療報酬改定
- パート2
 - チーム医療と臨床検査
- パート3
 - 地域医療計画の見直し
- パート4
 - 地域連携パス
- パート5
 - 疾病管理
- パート6
 - 糖尿病疾病管理
- パート7
 - 疾病管理とP4P







パート1

2012年診療報酬改定

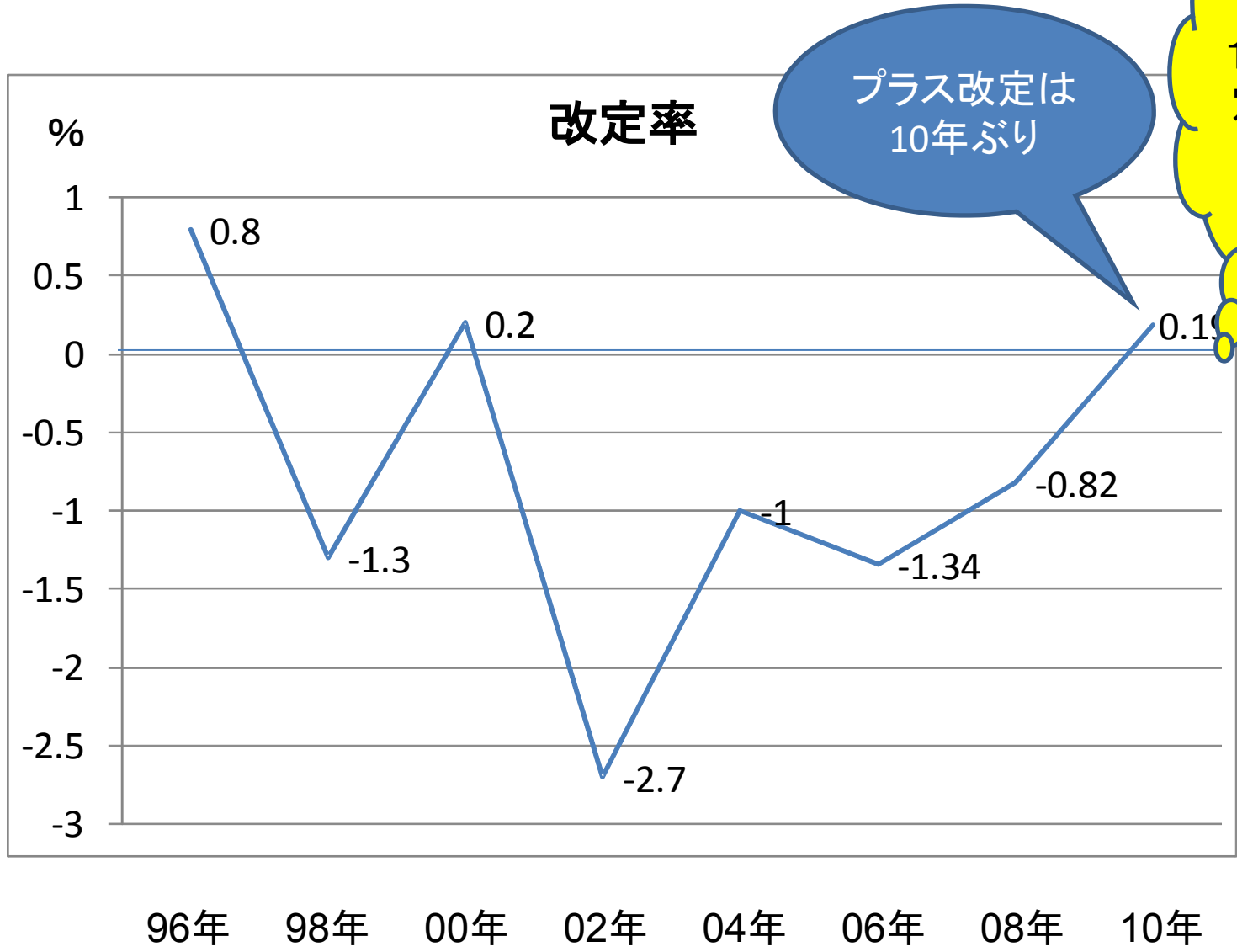


4月20日中医協

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%

診療報酬改定率

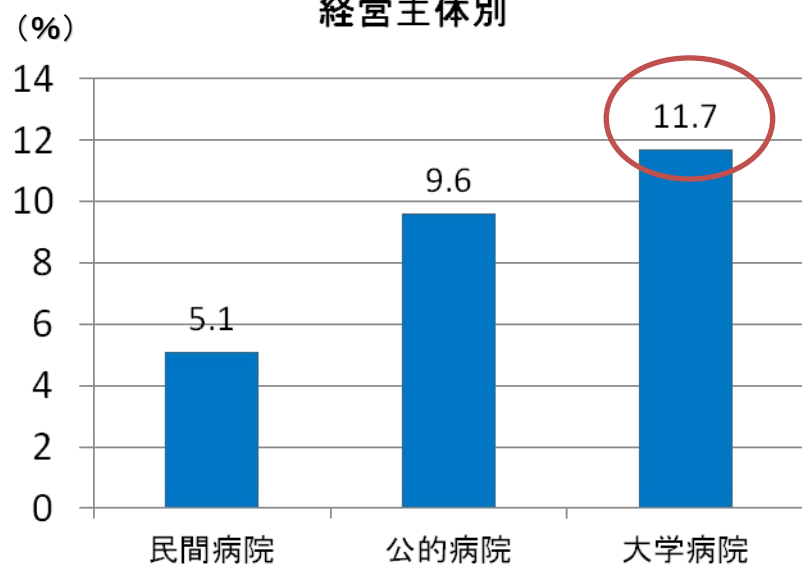


プラス改定は
10年ぶり

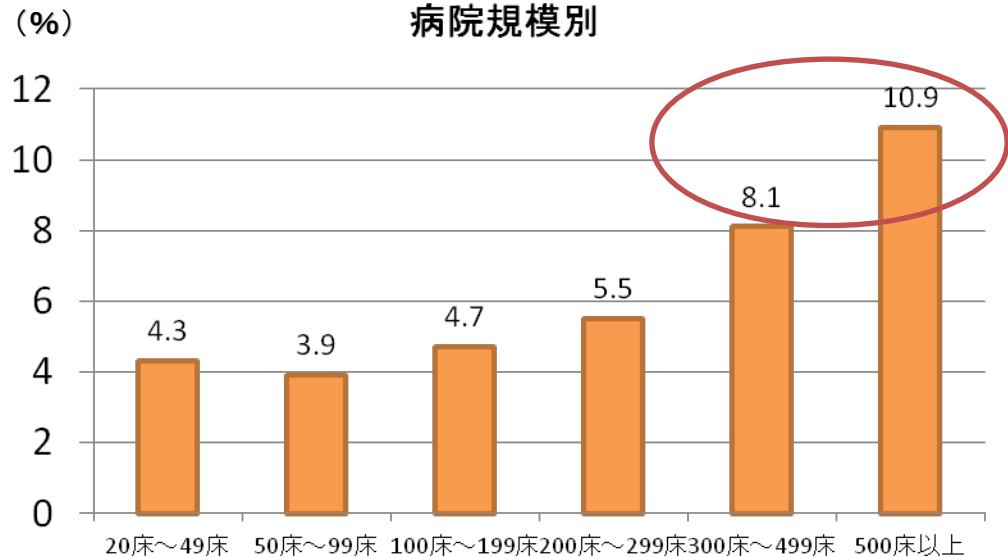
12年改定は？

平成22年度診療報酬改定後の一日あたり医療費の伸び率 (平成22年4月～平成23年2月対前年同期比)

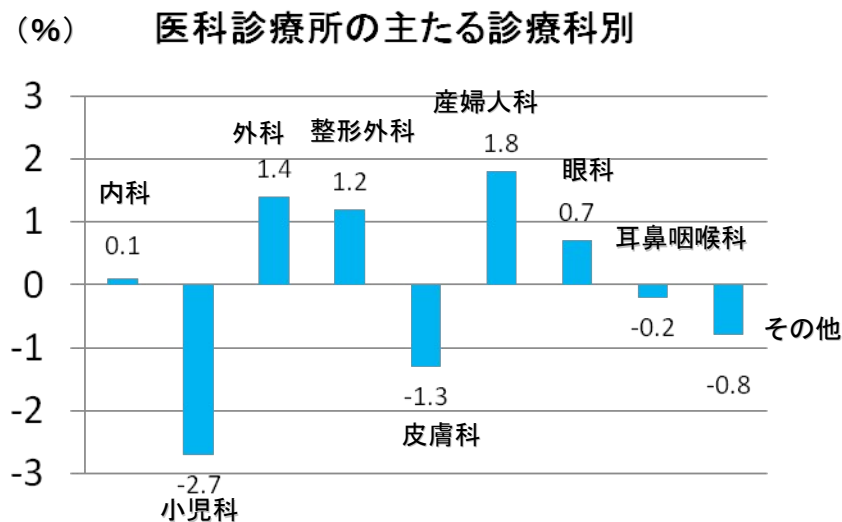
経営主体別



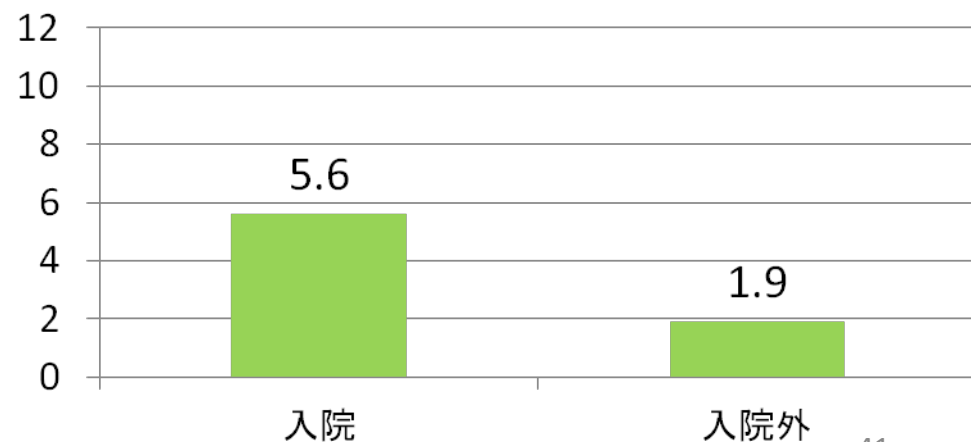
病院規模別



医科診療所の主たる診療科別



診療種類別



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)

次期診療報酬改定へむけたプロセス

平成22年 2月 9月 10月 11月 12月 平成23年 1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 平成24年 1月 2月 3月 4月

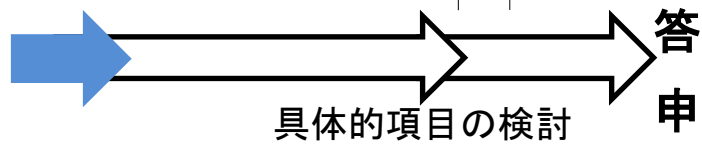
診療報酬改定

社会保障・税一体改革成案
(政府・与党社会保障改革検討本部決定)

改定率

基本方針提示

- 基本方針に向けた議論
- ㊦ 基本方針案
 - ㊧ 具体的な視点・方向
 - ㊨ 視点・方向の概論
 - ㊩ スケジュール等



被災地訪問の報告

歯科診療
精神医療
医療従事者の負担軽減
医療と介護の連携
基本診療料
1号側・2号側
優先して議論すべき事項
平成22年度改定答申
附帯意見

各種報告

慢性期入院医療の包括評価分科会
22年改定結果検証
医療経済実態調査
23年改定結果検証 (速報)
DPC評価分科会
薬価部会
保険医療材料部会
医療技術評価分科会

コスト調査分科会

内閣

医療部会
医療保険部会

総会

中央社会保険医療協議会

部会・組織・小委

社会保障審議会医療保険部会 (2011年9月16日)

- 2010年改定の4つの視点については踏襲してはどうか？
- 2012年改定は診療報酬・介護報酬の同時改定であるので、医療・介護の連携体制の構築について評価すべきではないか？
- 社会保障・税一体改革成案において掲げられた病院・病床機能の分化・強化と連携や、在宅医療の充実についてどのように考えていくのか？
- 東日本大震災を踏まえて災害に強い医療の在り方に対する評価や被災地への診療報酬上の対応を考える必要があるのではないか？

社会保障改革に関する 集中検討会議

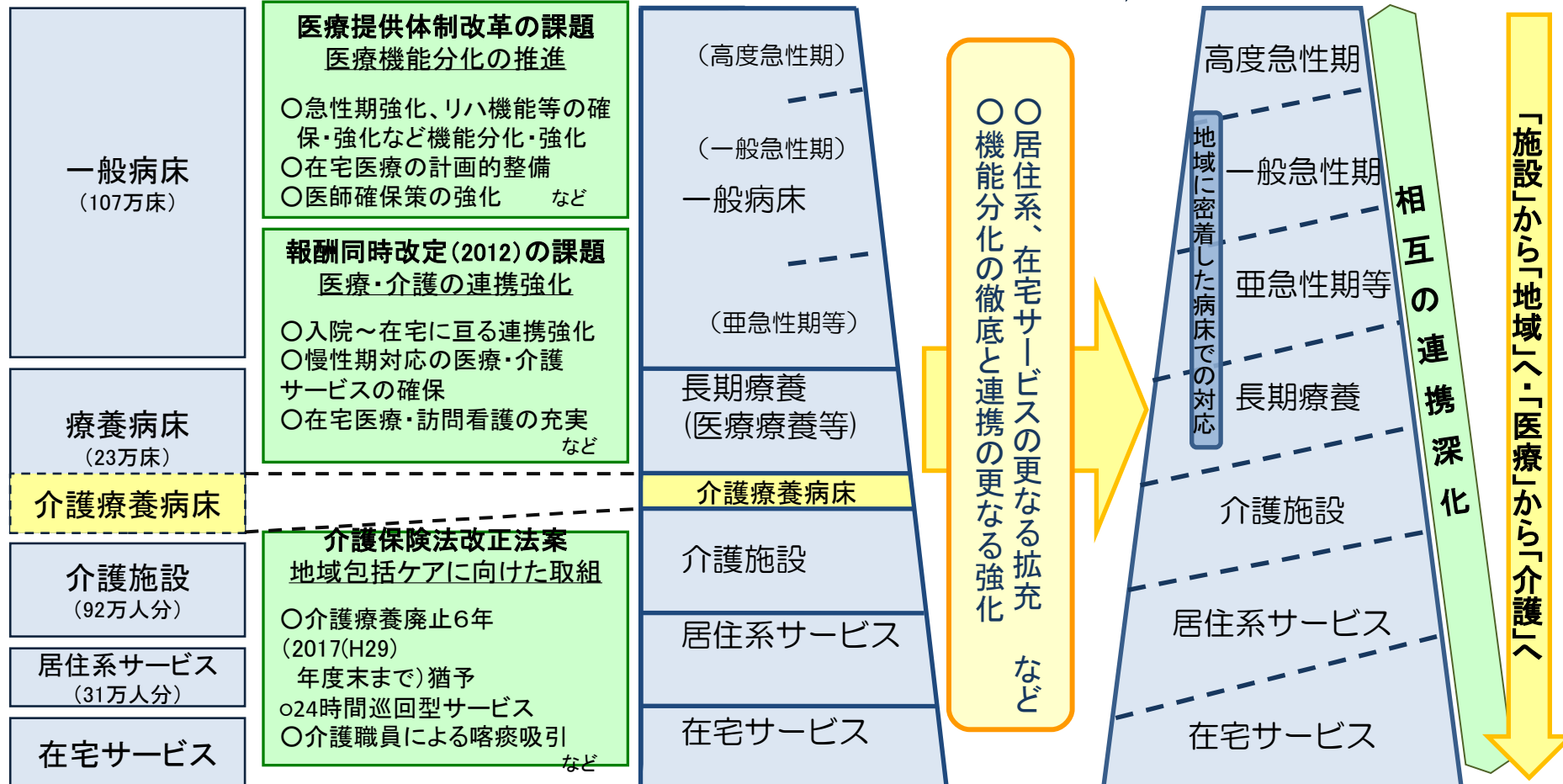
第10回会議(2011年6月2日)



将来像に向けての医療・介護機能強化の方向性イメージ

- 病院・病床機能の役割分担を通じてより効果的・効率的な提供体制を構築するため、「高度急性期」、「一般急性期」、「亜急性期」など、ニーズに合わせた機能分化・集約化と連携強化を図る。併せて、地域の实情に応じて幅広い医療を担う機能も含めて、新たな体制を段階的に構築する。医療機能の分化・強化と効率化の推進によって、高齢化に伴い増大するニーズに対応しつつ、概ね現行の病床数レベルの下でより高機能の体制構築を目指す。
- 医療ニーズの状態像により、医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスを充実する。

【2011(H23)年】 → 【2015(H27)年】 → 【2025(H37)年】



医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

(参考)改革シナリオにおける主な機能強化、効率化・重点化要素(2025年)

| | | 2025年 |
|------------------|---|---|
| 機能強化 | 急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等) | <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期の職員等 2倍程度増(単価 約1.9倍)(現行一般病床平均対比でみた場合) ・一般急性の職員等 6割程度増(単価 約1.5倍)(") ・亜急性期・回復期リハ等の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増) |
| | 長期療養・精神医療の改革 (医療資源の集中投入等) | <ul style="list-style-type: none"> ・長期療養の職員 コメディカルを中心に1割程度の増(単価5%程度増) ・精神病床の職員 コメディカルを中心に3割程度の増(単価15%程度増) |
| | 在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ、認知症への対応) | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療利用者数の増 1.4倍程度 ・居住系・在宅介護利用者 約25万人/日程度増加(現状投影シナリオに対する増)・グループホーム 約10万人/日、小規模多機能 約32万人/日分程度増加(現状投影シナリオに対する増) ・定期巡回、随時対応 約15万人/日分程度整備 |
| | 医療・介護従事者数の増加 | <ul style="list-style-type: none"> ・全体で2011年の1.5～1.6倍程度まで増 |
| | その他各サービスにおける充実、サービス間の連携強化など | <ul style="list-style-type: none"> ・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大等各種サービスの充実 ・介護職員の処遇改善(単価の上昇) ・地域連携推進のためMSW等の増(上記医療機関の職員増に加えて1～2中学校区に1名程度増)など |
| 効率化・重点化 | 急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等) | <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期 : 平均在院日数 15～16日程度 ・一般急性期 : 平均在院日数 9 日程度 ・亜急性期・回復期等 : 平均在院日数 60 日程度 (パターン1の場合) |
| | ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い患者のQOLも向上 | (現行一般病床についてみると、平均在院日数19～20日程度[急性期15日程度(高度急性19～20日程度、一般急性13～14日程度)、亜急性期等75日程度]とみられる。) |
| | 長期療養・精神医療の改革 (平均在院日数の短縮等) | <ul style="list-style-type: none"> ・長期療養 在院日数1割程度減少 ・精神病床 在院日数1割程度減少、入院2割程度減少 |
| | 在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ) | <ul style="list-style-type: none"> ・入院・介護施設入所者 約60万人/日程度減少(現状投影シナリオに対する減) |
| | 予防(生活習慣病・介護)・地域連携・ICTの活用等 | <ul style="list-style-type: none"> ・生活習慣病予防や介護予防・地域連携・ICTの活用等により、医療については外来患者数5%程度減少(入院ニーズの減少に伴い増加する分を除く)、介護については要介護者等3%程度減少 |
| | 医薬品・医療機器に関する効率化等 | <ul style="list-style-type: none"> ・伸び率として、△0.1%程度(医療の伸び率ケース①の場合) (現状投影シナリオでも織り込み。後発医薬品の使用促進については、設定した伸び率に、最近の普及の傾向が含まれている。) |
| 医師・看護師等の役割分担の見直し | <ul style="list-style-type: none"> ・病院医師の業務量△2割程度(高度急性期、一般急性期) | |

医療・介護サービスの需要と供給（必要ベッド数）の見込み

| パターン1 | 平成23年度 (2011) | 平成37(2025)年度 | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|---|
| | | 現状投影シナリオ | 改革シナリオ | | |
| | | | 各ニーズの単純な病床換算 | 地域一般病床を創設 | |
| 高度急性期 | 【一般病床】 107万床 75%程度 19~20日程度 退院患者数 125万人/月 | 【一般病床】 129万床 75%程度 19~20日程度 (参考) 急性 15日程度 高度急性 19~20日程度 一般急性 13~14日程度 亜急性リハ等 75日程度 亜急性リハ等 57~58日程度 長期コース 190日程度 ※推計値 152万人/月 | 【高度急性期】 30万人/月 22万床 70%程度 15~16日程度 | 【高度急性期】 25万人/月 18万床 70%程度 15~16日程度 | |
| 一般急性期 | | | 【一般急性期】 40万人/月 70%程度 9日程度 | 【一般急性期】 82万人/月 70%程度 9日程度 | 【地域一般病床】 24万床 77%程度 19~20日 29万人/月 |
| 亜急性期・回復期リハ等 | | | 【亜急性期等】 35万床 90%程度 60日程度 | 【亜急性期等】 12万人/月 26万床 90%程度 60日程度 | |
| 長期療養（慢性期） | 23万床、91%程度 150日程度 | 34万床、91%程度 150日程度 | 28万床、91%程度 135日程度 | | |
| 精神病床 | 35万床、90%程度 300日程度 | 37万床、90%程度 300日程度 | 27万床、90%程度 270日程度 | | |
| （入院小計） | 166万床、80%程度 30~31日程度 | 202万床、80%程度 30~31日程度 | 159万床、81%程度 24日程度 | 159万床、81%程度 25日程度 | |
| 介護施設 特養 老健（老健+介護療養） | 92万人分 48万人分 44万人分 | 161万人分 86万人分 75万人分 | 131万人分 72万人分 59万人分 | | |
| 居住系 特定施設 グループホーム | 31万人分 15万人分 16万人分 | 52万人分 25万人分 27万人分 | 61万人分 24万人分 37万人分 | | |

2012年診療報酬改定の 4つの視点と例示

2012年診療報酬改定の4つの視点と例示

- 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
 - 身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価
 - 認知症の早期診断等、認知症に対する精神科医療の適切な評価
 - 緩和ケア、小児がんを含む、がん医療の適切な評価
 - 生活の質に配慮した歯科医療の適切な評価
 - 手術等の医療技術の適切な評価
 - 医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価 等

4つの視点と例示

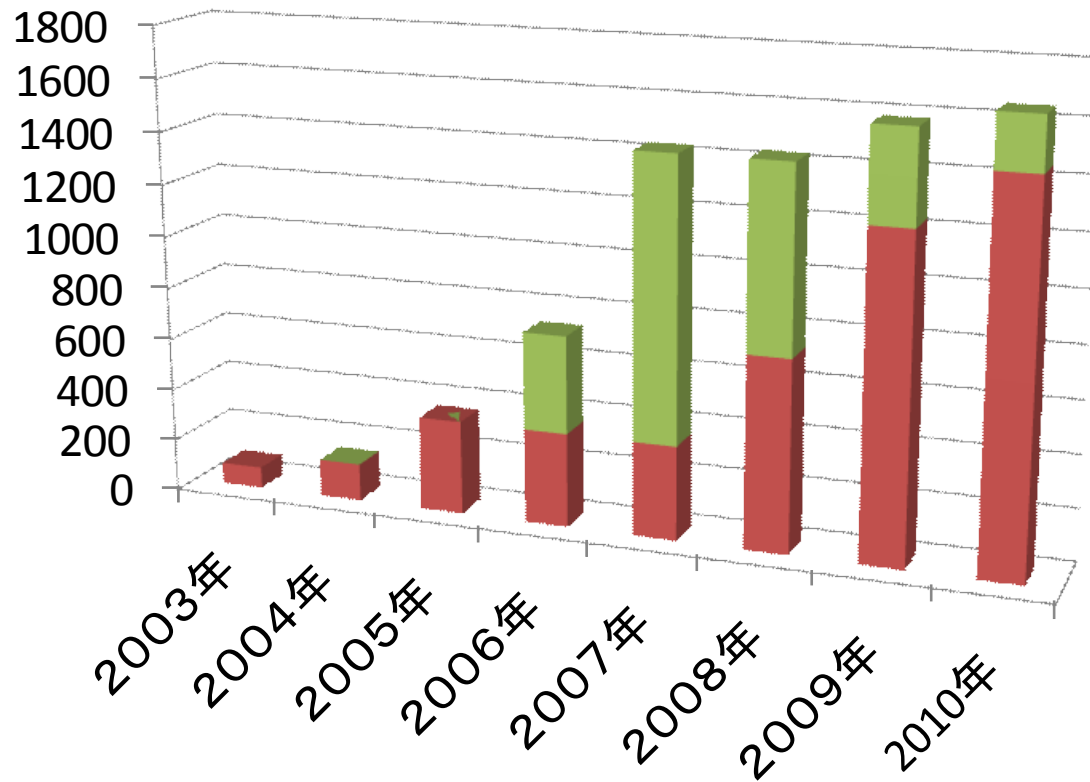
- 視点2 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質に配慮した医療
 - 高度急性期、急性期等の病院機能にあわせた入院医療の評価
 - 慢性期入院医療の適正な評価
 - 医療従事者の負担軽減に向けた評価の在り方（勤務体制等の改善の評価、外来診療の適正な評価、医師と病棟薬剤師等の他職種と役割分担と連携等の評価）

急性期医療の評価

DPC/PDPS



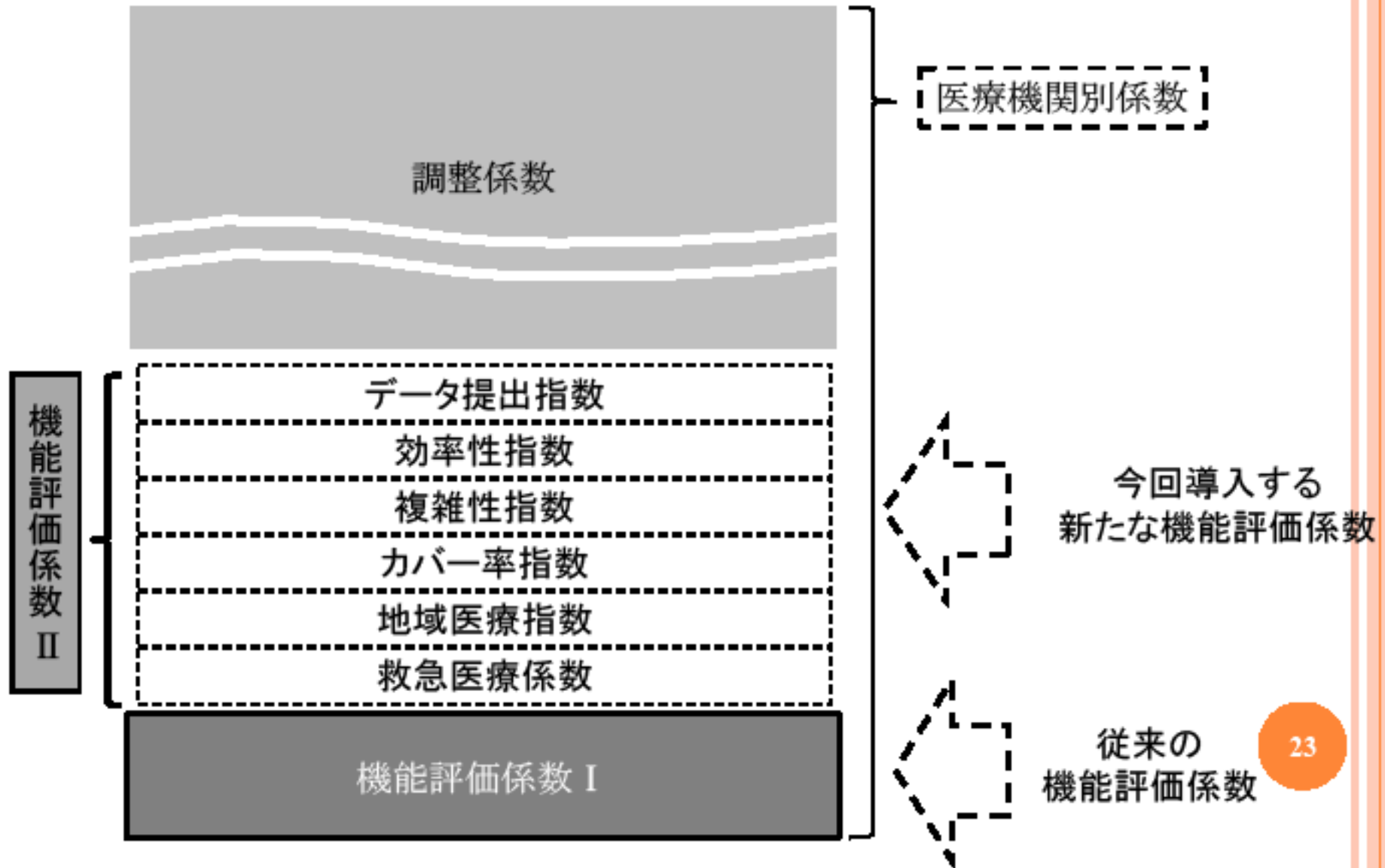
DPC関連病院の拡大 1650病院、50万床へ



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

2010年診療報酬改定とDPC



2012年改定では
調整係数が基礎係数となる

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
 - － A群：大学病院本院群
 - － B群：**高診療密度病院群**
 - － C群：それ以外の病院群

2010年改定 検体検査体制の評価

特定機能病院等の大規模病院における
検査の質を確保する観点から導入

検体検査評価の充実について

- 基本的な考え方
 - 各種検体検査は診断や治療に必須のものであり、良質かつ適切な医療を提供するために、その質の確保及び迅速化は重要な課題である。このため、検体検査の質の確保や迅速化について重点的な評価を行う。
- 具体的な内容
 - 特定機能病院等の大規模病院においては、高度な医療の提供を求められている。こうした検査の質を確保する観点から、より充実した体制で検体検査を実施する場合の評価を新設する。

検体検査管理加算(Ⅳ) 500点

- 算定要件

- 入院中の患者に対して、1人につき月1回算定する

- 施設基準

- ①院内検査を行っている病院又は診療所であること
- ②当該保健医療機関内に臨床検査を専ら担当する常勤の医師が配置されていること
- ③当該保健医療機関内に常勤の臨床検査委技師が10名以上配置されていること
- ④当該検体検査管理を行うにつき十分な体制が整備されていること

- 461施設

4つの視点と例示

- 視点3 医療と介護の機能強化・連携に関するもの
 - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の評価
 - 早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価
 - 在宅での療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実
 - 退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実
 - 維持期のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携
 - 介護施設における医療提供の評価の在り方

4つの視点と例示

- 視点4 効率化余地がある領域を適正化する視点
 - 後発医薬品の使用促進
 - 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の評価等
- その他
 - 東日本大震災を踏まえた災害対応に関するもの
 - 今後の災害対策の充実を促進するための評価の在り方
 - 補助金や補償との役割分担を踏まえた被災地における診療報酬上の対応策

パート2

チーム医療と臨床検査



2010年診療報酬改定と チーム医療加算

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



①感染防止対策加算

感染防止対策チーム(ICT)加算



感染防止対策加算(入院初 日)100点

• 算定要件

- ①医療安全対策加算①の届け出を行っている医療機関において、感染防止対策について更なる取り組みを行っている場合に算定する。
- ②感染症対策に3年以上の経験を有する常勤医師、感染管理に係る6か月以上の研修を修了した看護師のうち専従1名、専任1名以上が配置されていること
- ③3年以上の病院勤務経験をもつ専任の薬剤師、臨床検査技師が配置されていること
- ④感染防止対策部門の設置、感染対策チームが広域抗生剤等(カルバペネム、バンコマイシン等)の使用を管理していること

③栄養サポートチーム加算



管理栄養士

栄養サポートチーム加算 (週1回200点)

- 栄養サポートチーム加算の対象患者
 - 7対1または10対1入院基本料の届出病棟に入院
 - 栄養管理実施加算が算定されている栄養障害を有する患者など
 - 算定は週1回に限る。
- 算定要件
 - [1]週1回以上の栄養カンファレンスと回診
 - [2]栄養治療計画に基づくチームによる診療
 - [3]1日当たり算定患者数は1チームにつき概ね30人以内
- 専任チーム
 - 栄養管理に関する所定の研修を修了した常勤の医師、看護師、薬剤師、管理栄養士による編成を必須条件とする。
 - 歯科医師や臨床検査技師らの参加については、望ましい規定とする

栄養サポートチーム

全病的に行う栄養マネジメント・チーム



医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床検査技師
による栄養サポートチーム回診とカンファレンス
現在、全国431病院が取得

2012年度改定へ向けて チーム医療加算の要望

- チーム医療推進協議会（代表 北村善明・日本放射線技師会理事）
 - 救命救急チーム医療加算
 - 病棟チーム医療加算
 - リハビリテーション医療加算
 - 透析患者チーム医療加算
 - がん患者外来チーム医療加算
 - 生活習慣病チーム医療加算
- 日本看護協会
 - 糖尿病チームケア加算

パート3

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

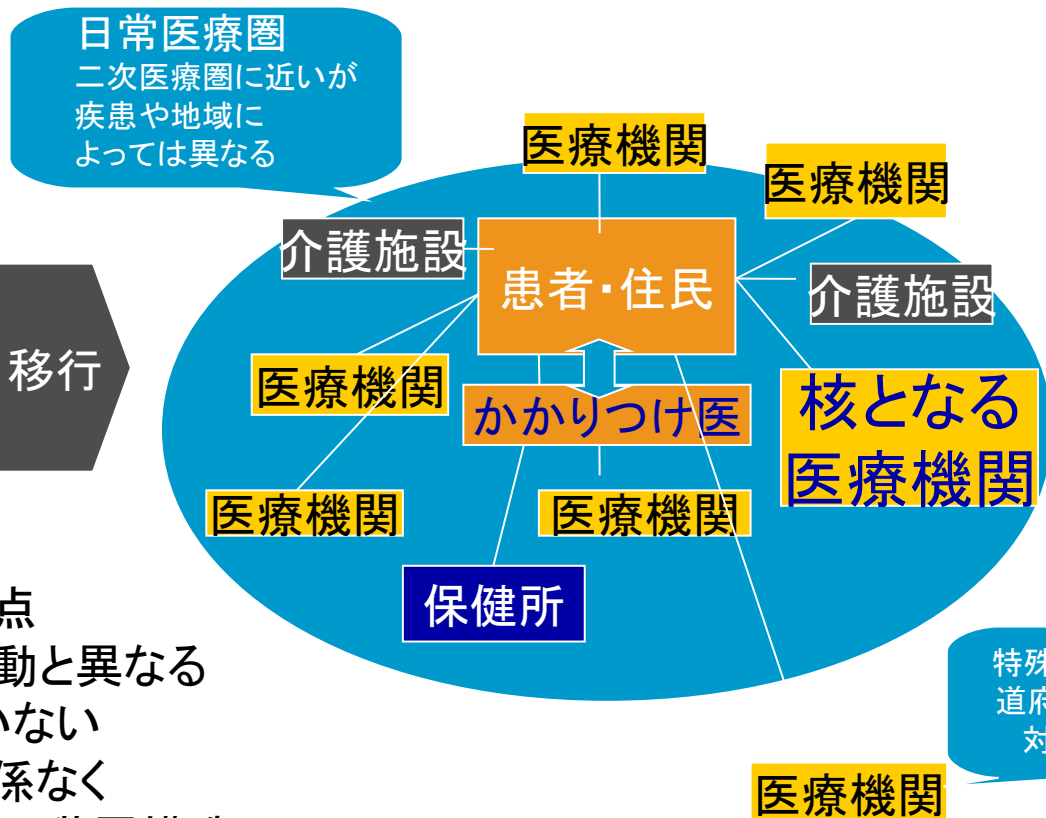
第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

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

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

4疾患5事業の見直しの方向性

- 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

2次医療圏見直し

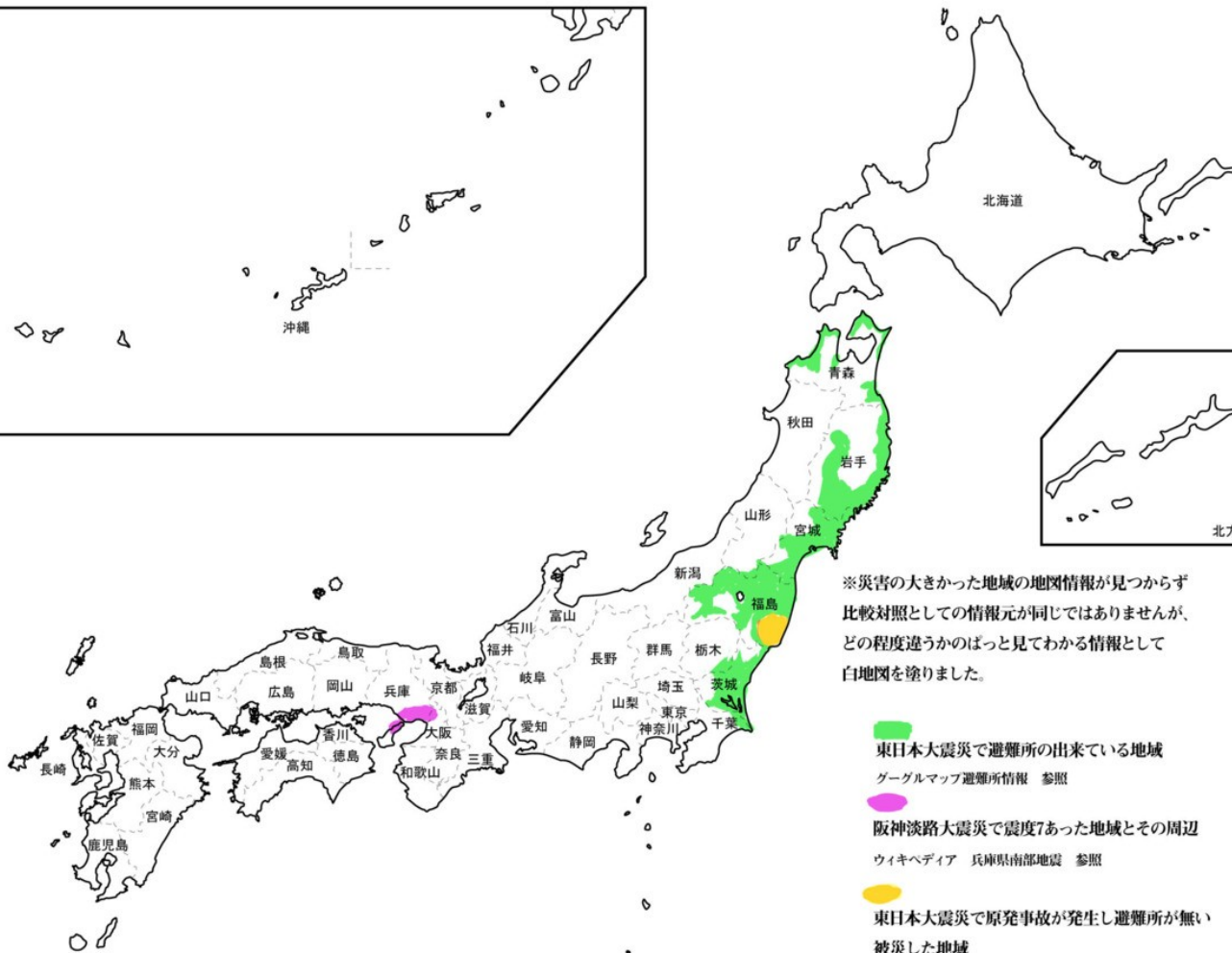
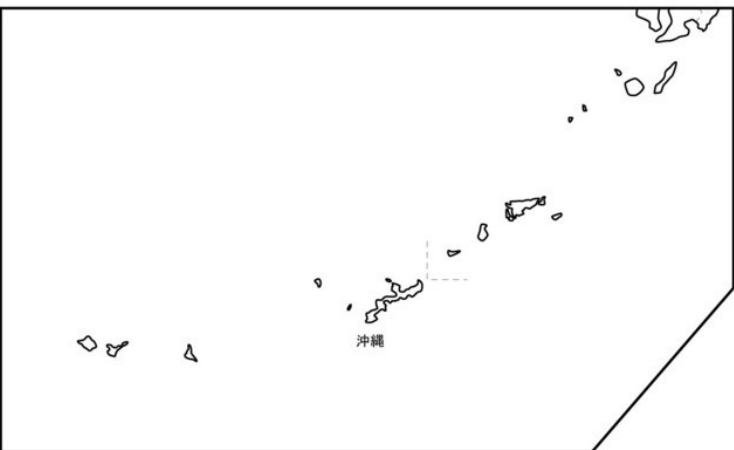
- 5事業

- 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
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

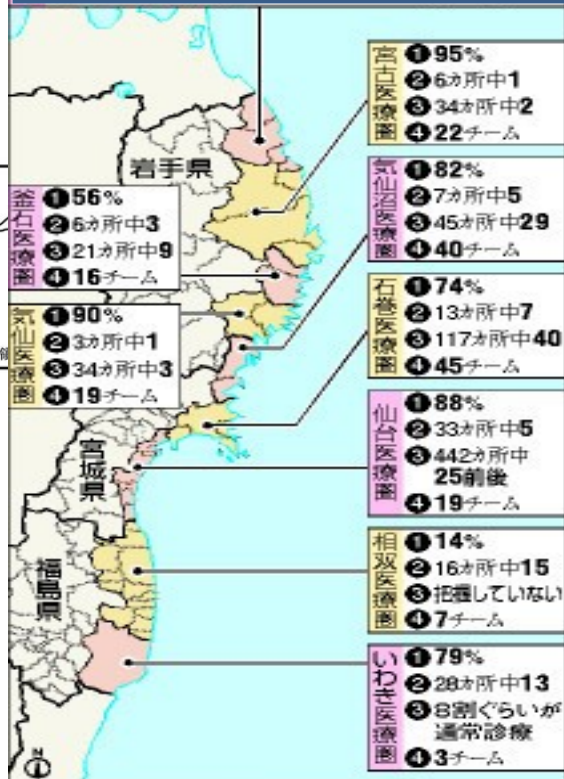
医療計画見直しの方向性 その① 災害拠点病院の見直し



災害拠点病院の要件見直し



東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む

東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

| | 病院数 | 東日本大震災による被害状況 | | 診療機能の状況 | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|---------------|------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | 全壊 | 一部損壊 | 外来の受入制限 | | | 外来受入不可 | | | 入院の受入制限 | | | 入院受入不可 | | |
| | | | | 被災直後 | 5/17現在 | 6/20現在 | 被災直後 | 5/17現在 | 6/20現在 | 被災直後 | 5/17現在 | 6/20現在 | 被災直後 | 5/17現在 | 6/20現在 |
| 岩手県 | 11 | 0 | 11 | 11 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 宮城県 | 14 | 0 | 13 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 福島県 | 8 | 0 | 7 | 4 | 1※ | 1※ | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 | 1※ | 0 | 1※ | 0 |
| 計 | 33 | 0 | 31 | 20 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 18 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 |

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム
(EMIS)
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他
- ヘリポート

岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



岩手県立釜石病院



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

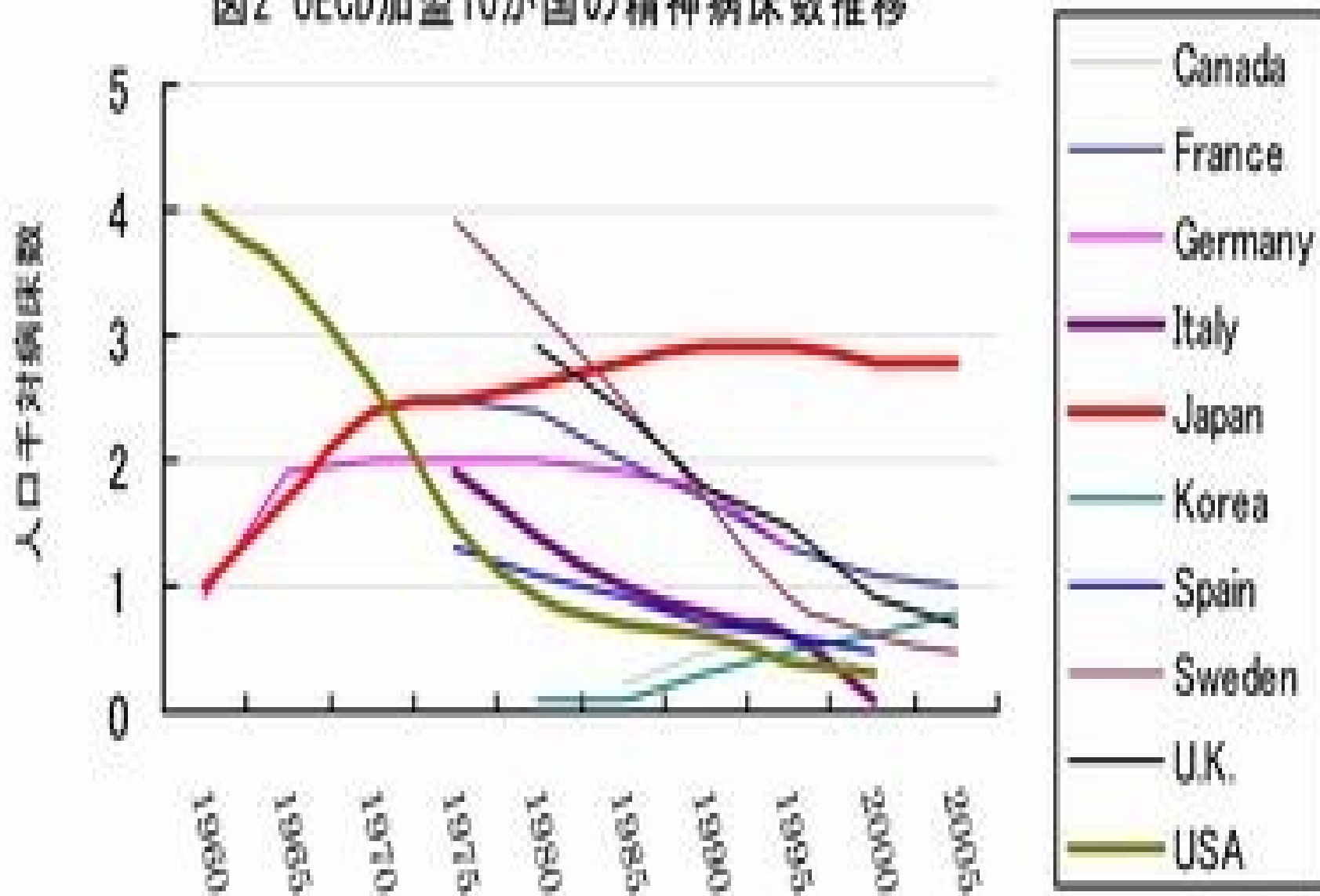
災害拠点病院要件の見直し

- 災害医療等のあり方に関する検討会(座長:大友康裕・東京医科歯科大救急災害医学分野教授)2011年9月30日
 - 基幹災害拠点病院(3次医療圏)
 - 全施設での耐震構造
 - DMAT養成
 - 救命救急センターの指定
 - 敷地内ヘリポート
 - 災害拠点病院(2次医療圏)
 - 全施設での耐震構造が望ましい
 - 衛星電話、衛星回線インターネット
 - EMISへの情報入力
 - 自家発電容量(通常の電力消費の6割程度)

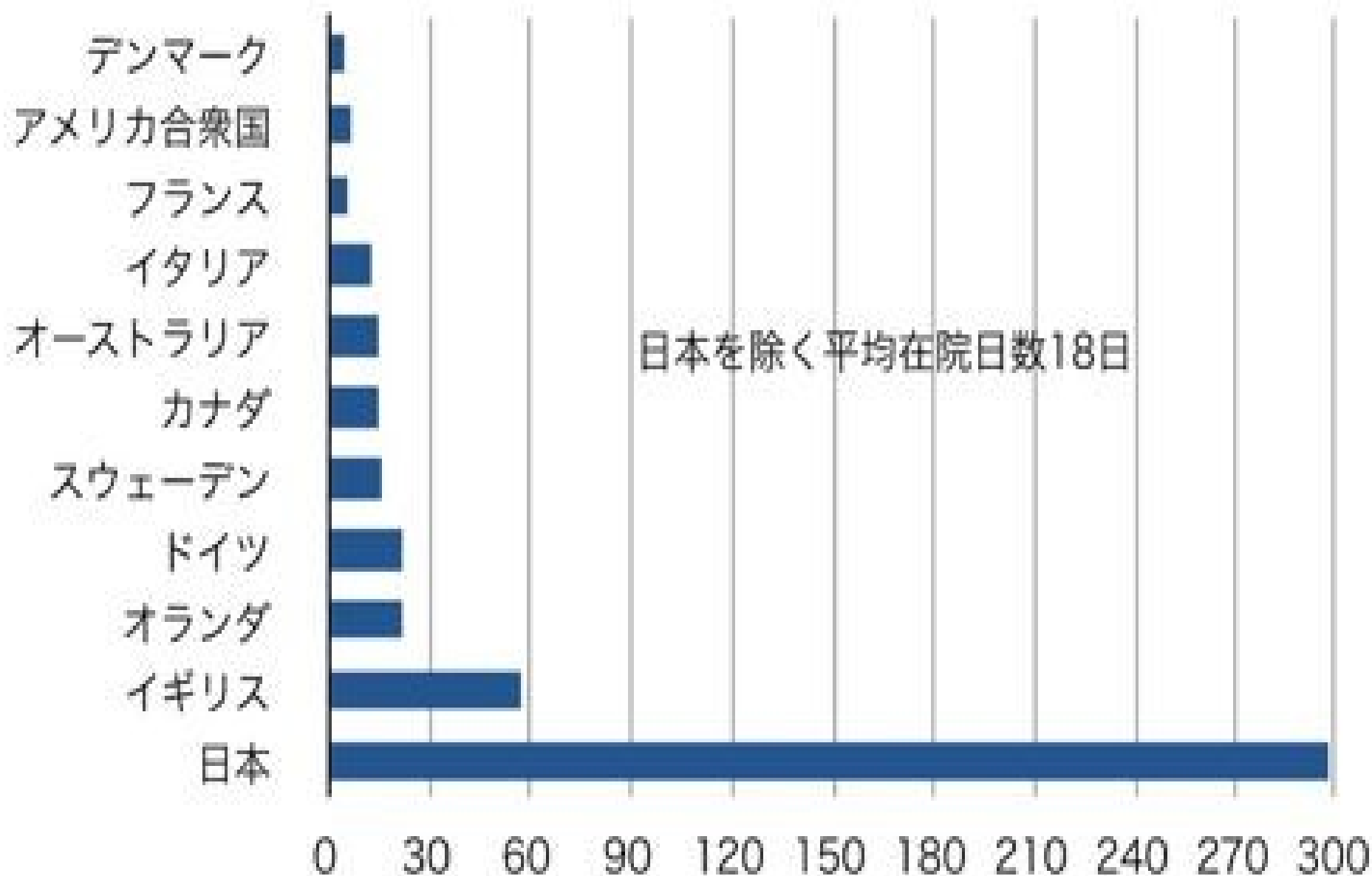
医療計画見直しの方向性 その② 精神医療の見直し

日本の精神医療の特殊性

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

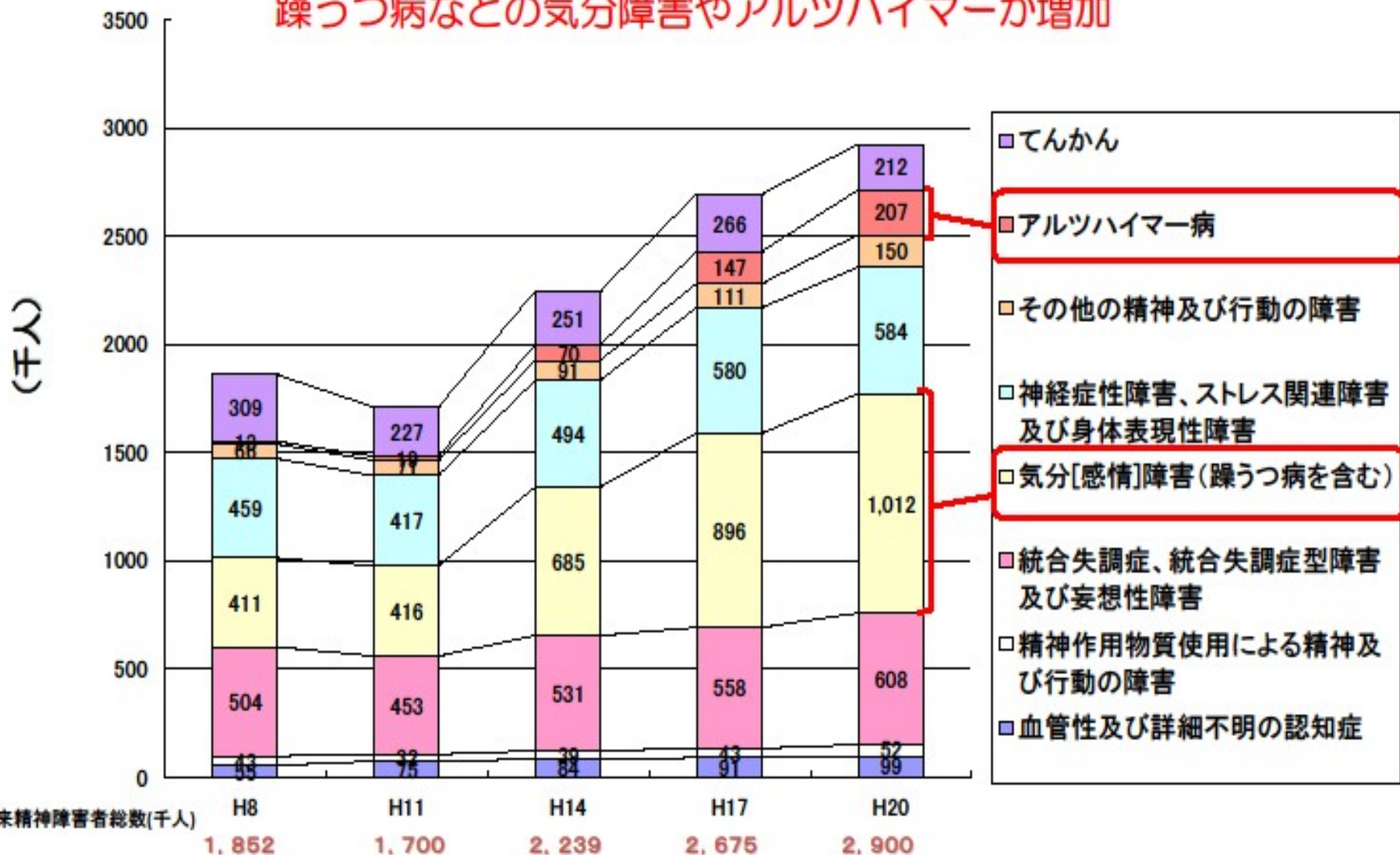
- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
 - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
 - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
 - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
 - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
 - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)

精神疾患外来患者の疾病別内訳

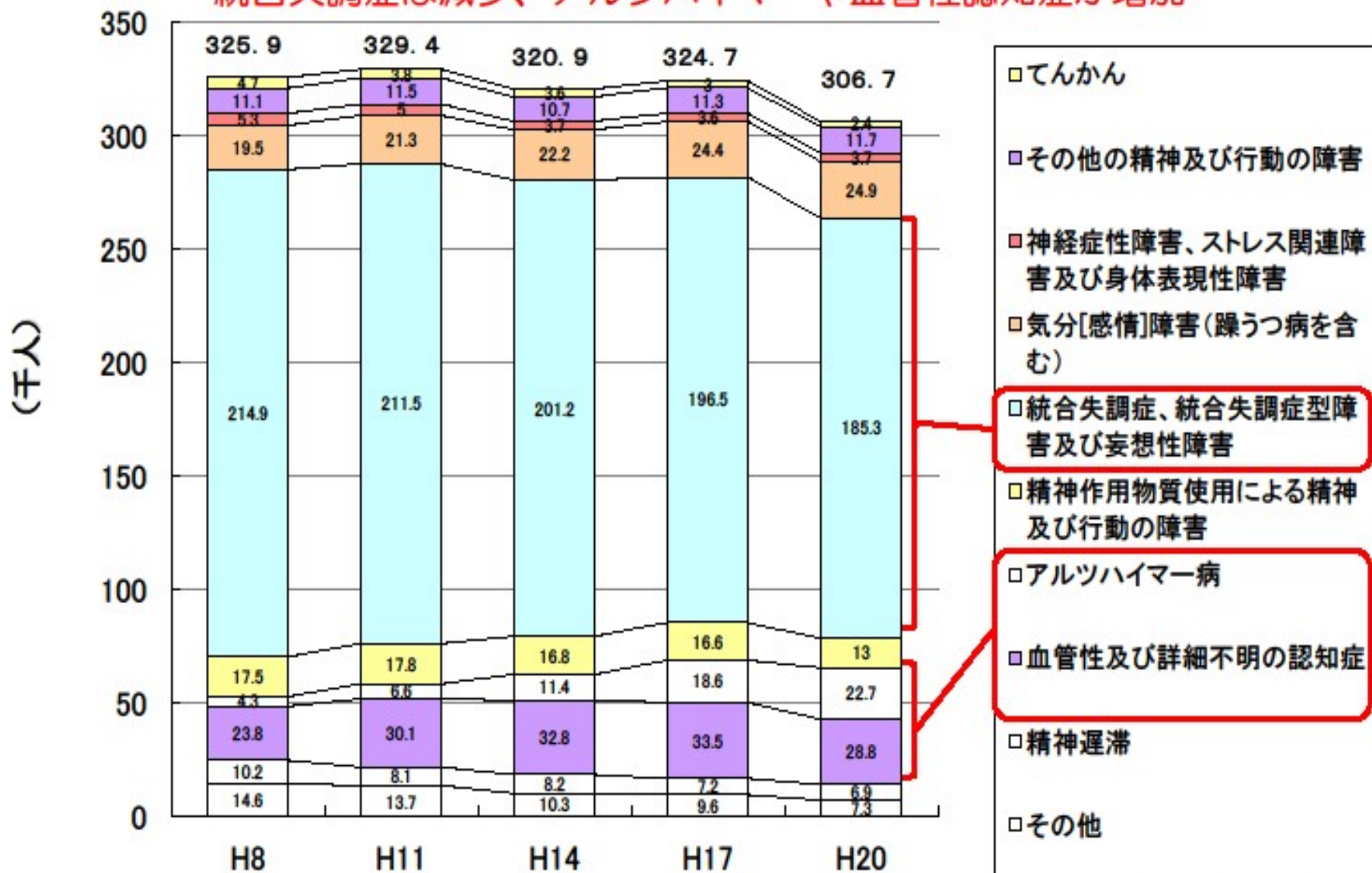
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

医療計画見直しの方向性

その③ 在宅医療の見直し

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - 看取りまで行える医療のための連携体制
 - 認知症の在宅医療の推進
 - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

パート4

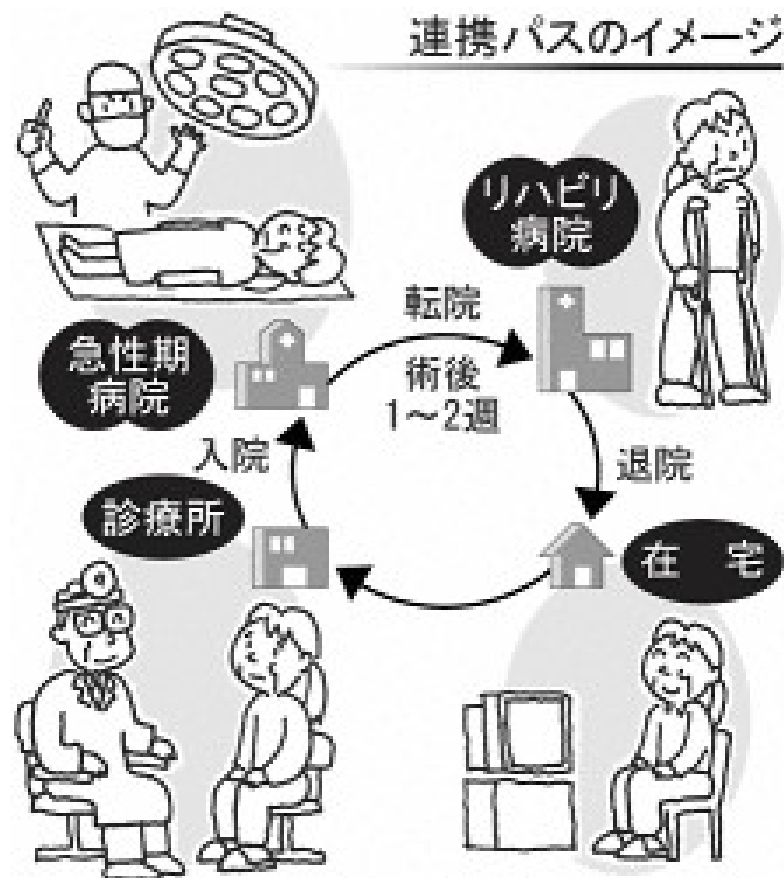
地域連携クリティカルパス

医療連携の情報共有ツールとして
医療計画作成指針に表記

地域連携クリティカルパスとは？

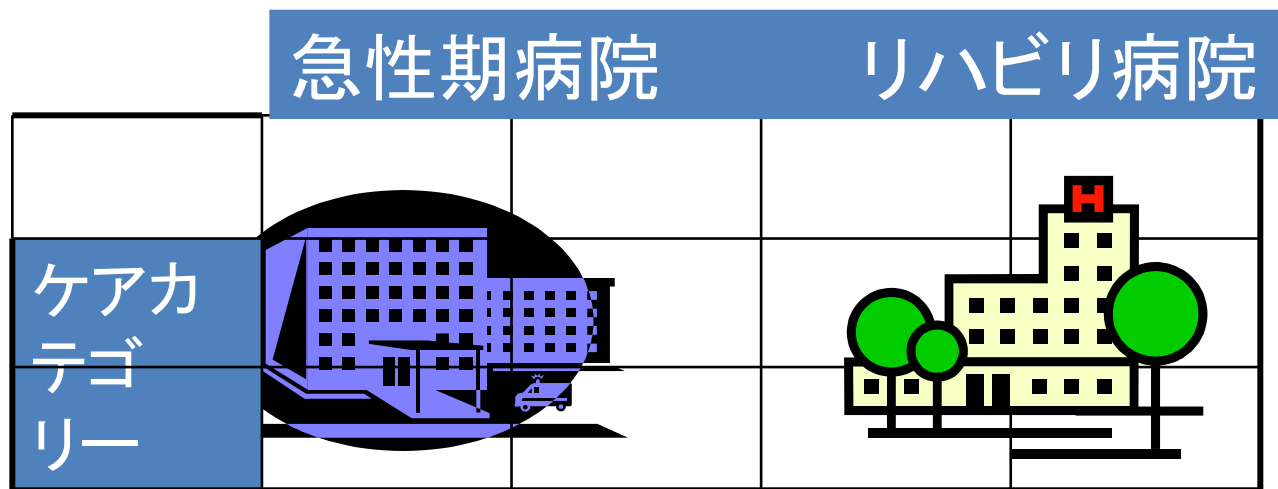
- 地域連携クリティカルパス

- 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

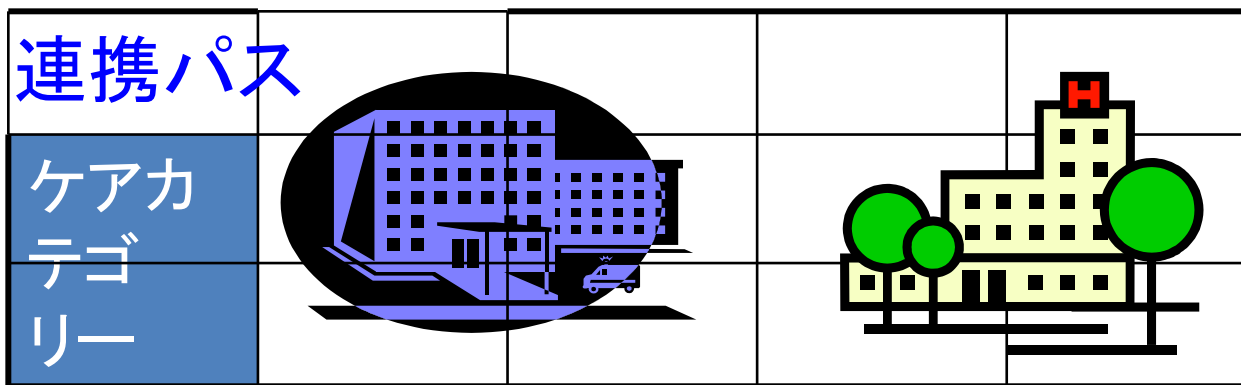
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



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

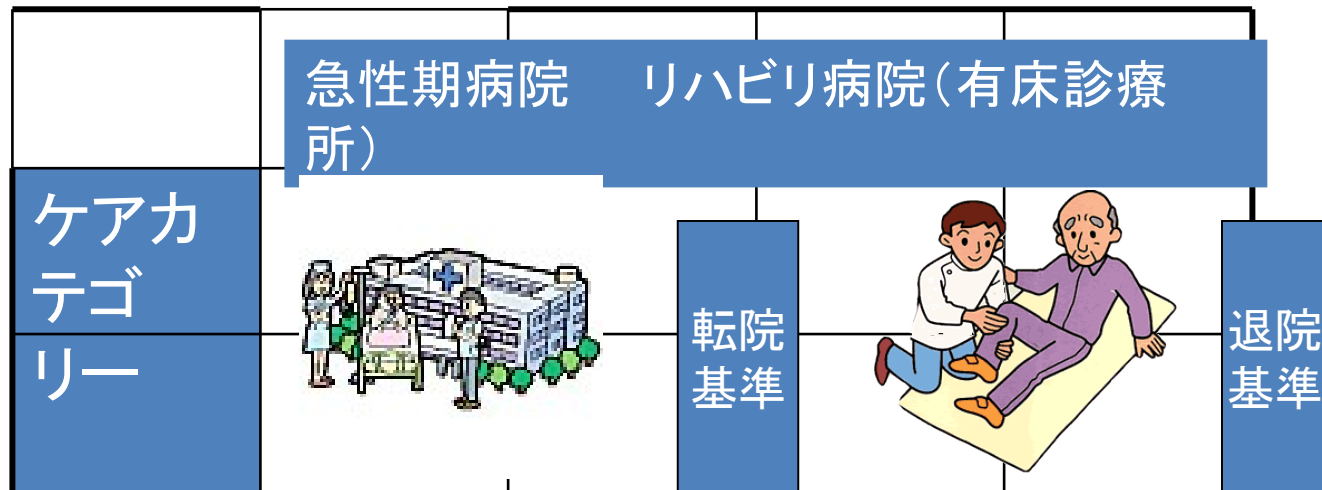


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

糖尿病の地域連携パス

新たな医療計画と連携パス

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

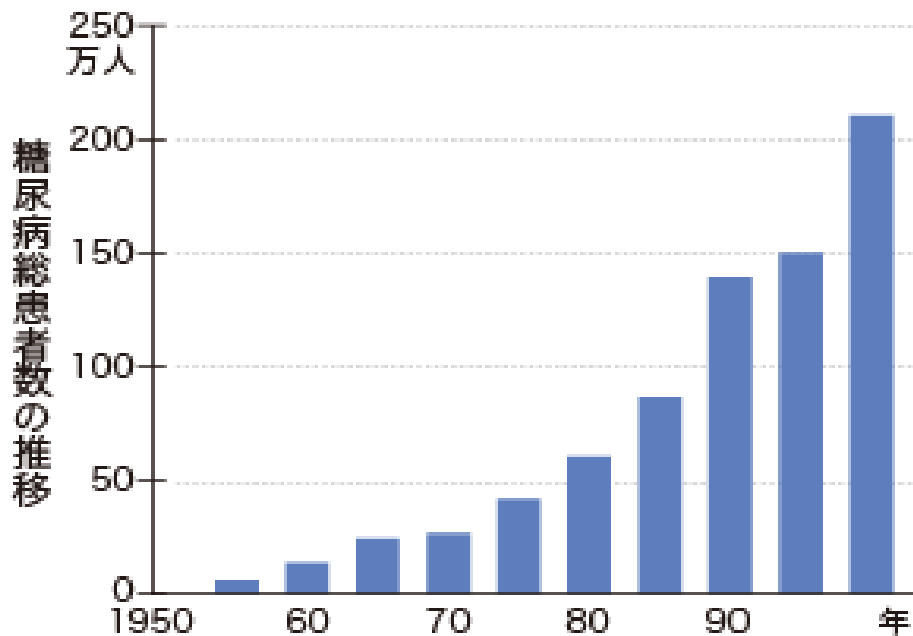
- 5事業

- 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
- * 在宅医療

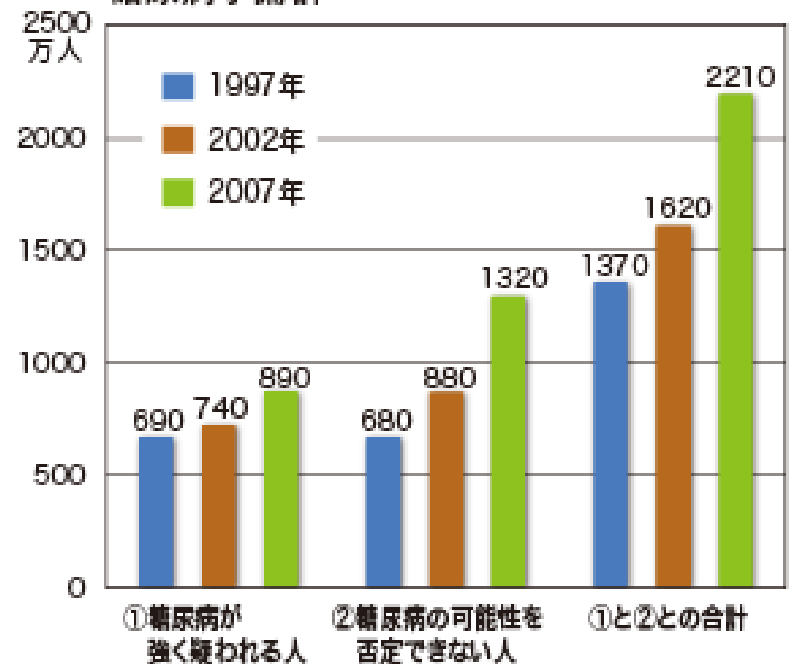
新たな地域医療計画では連携ツールとして
地域連携パスが導入された

糖尿病総患者数と予備軍の増加

糖尿病総患者数の推移

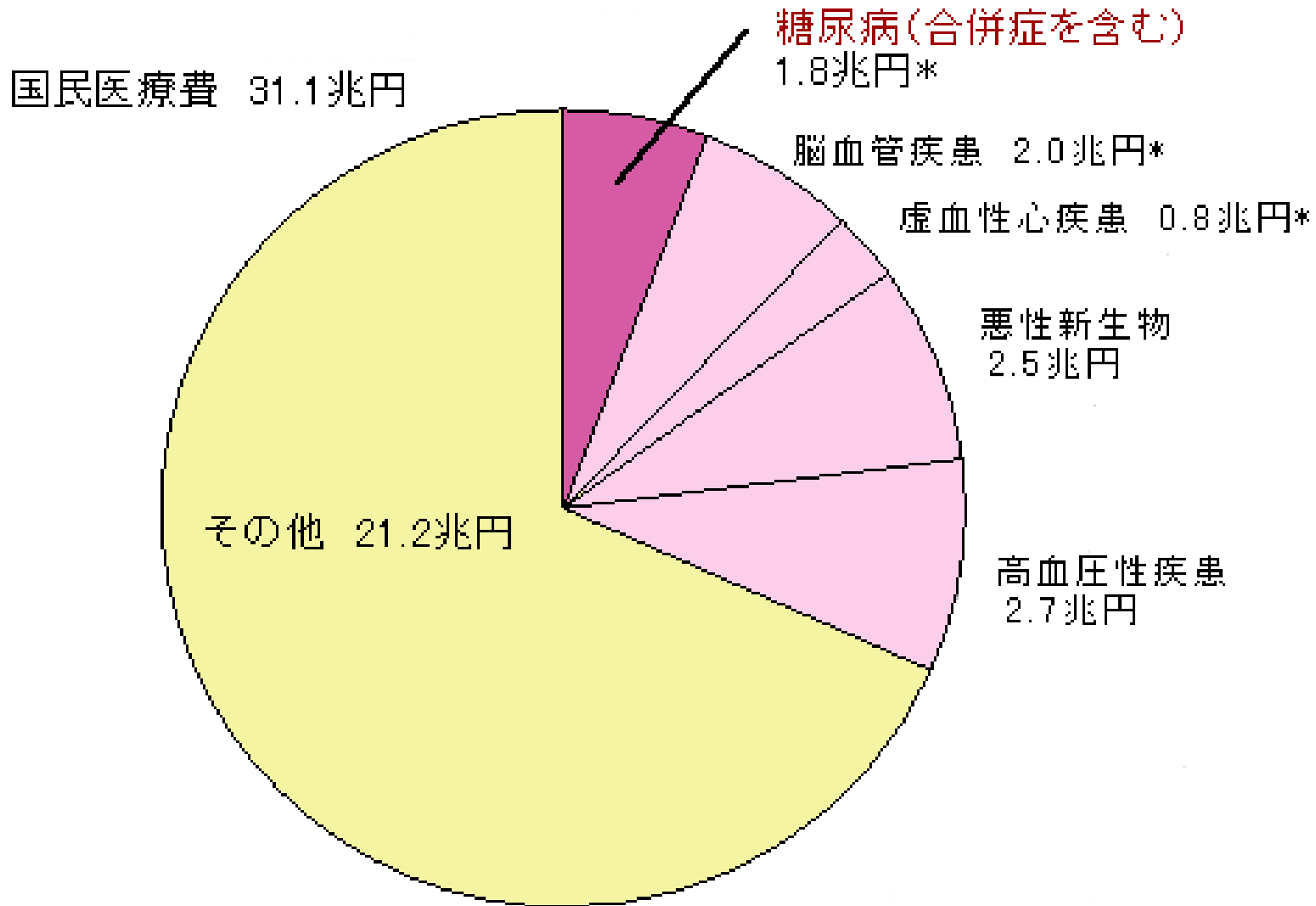


糖尿病予備群

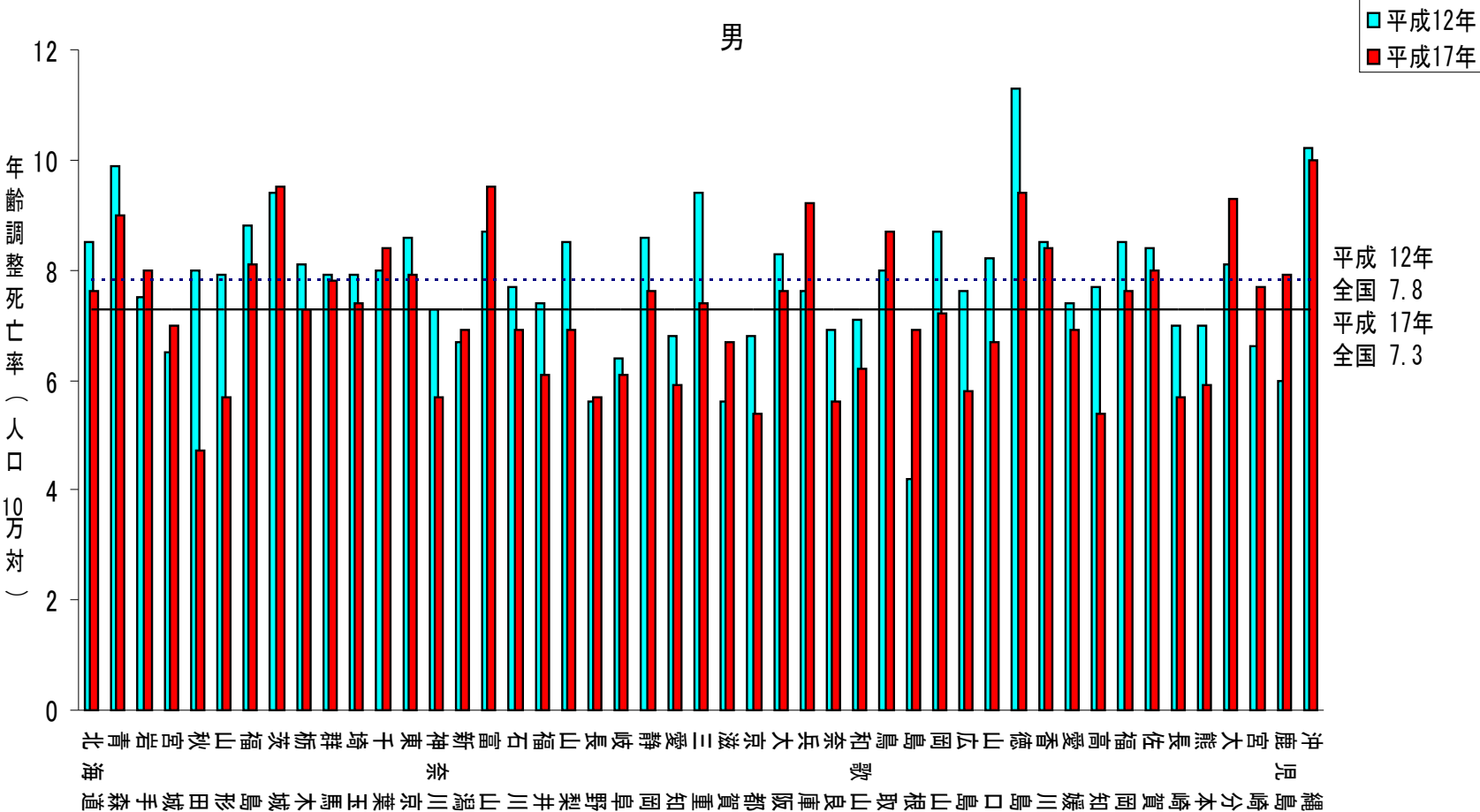


厚生労働省「2007年国民健康・栄養調査国民健康・栄養調査」

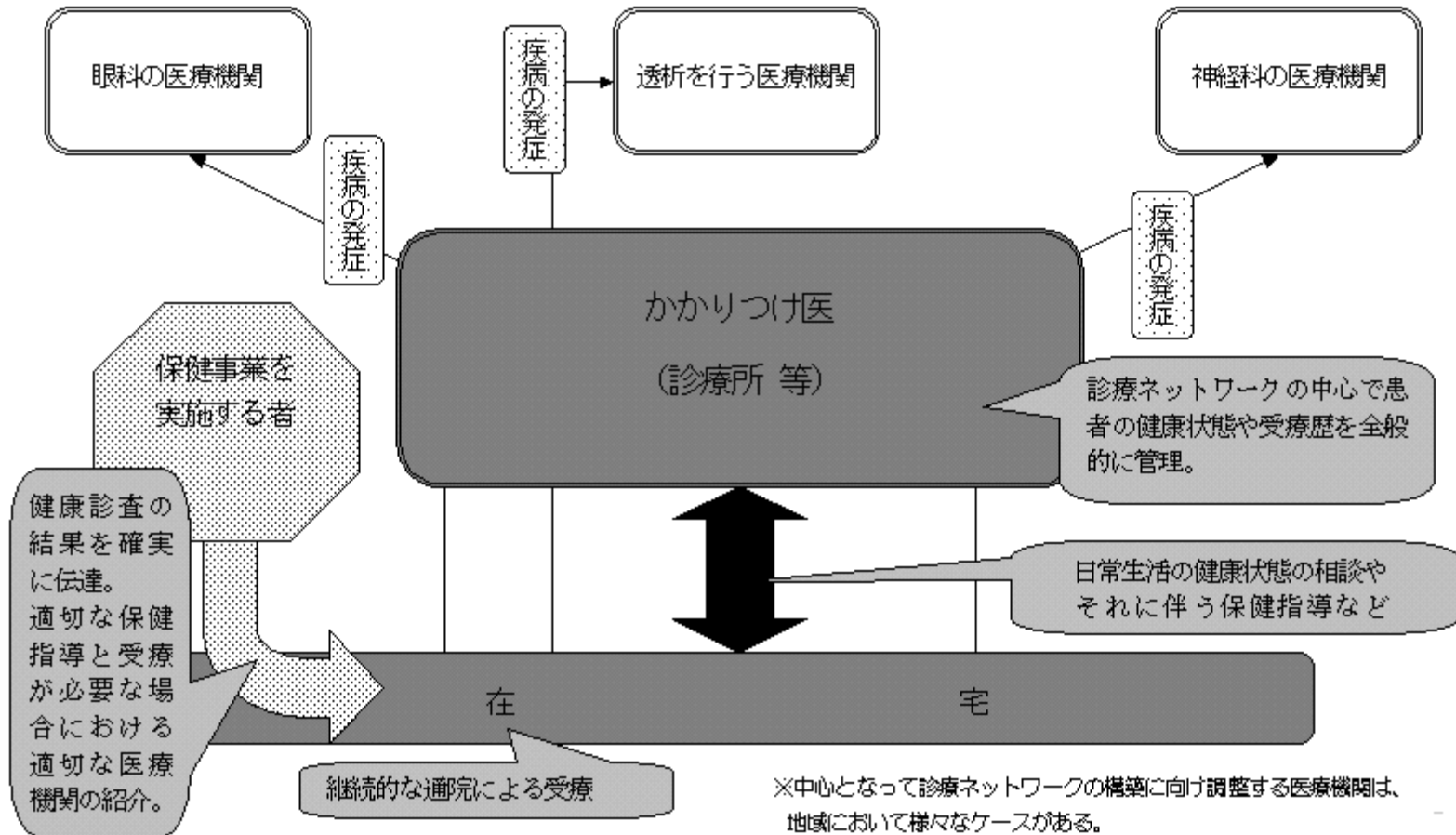
糖尿病対策が喫緊の課題



糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



糖尿病の診療ネットワーク



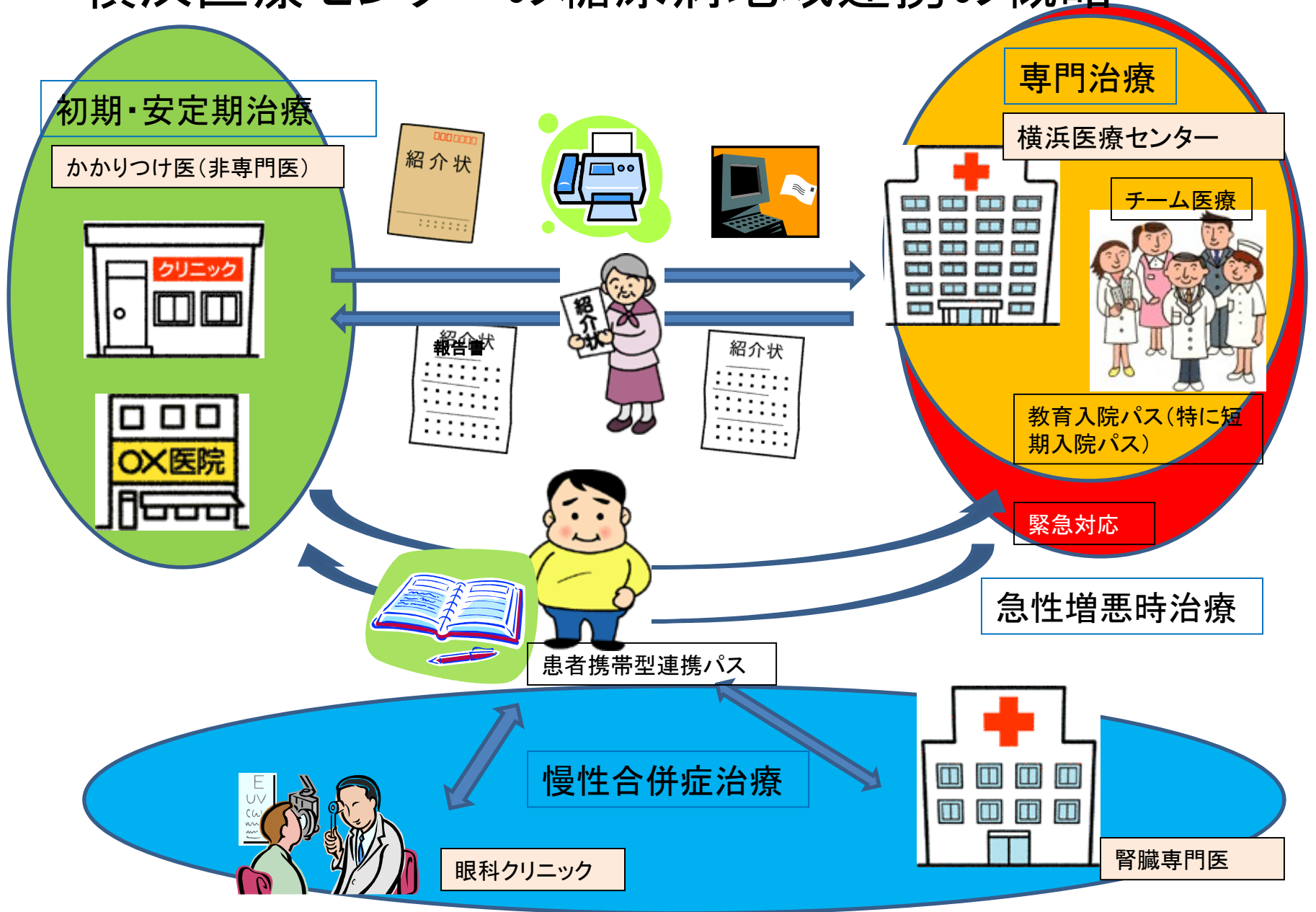
糖尿病の地域連携パス

国立病院機構横浜医療センター
統括診療部長 宇治原 誠



宇治原先生

横浜医療センターの糖尿病地域連携の概略



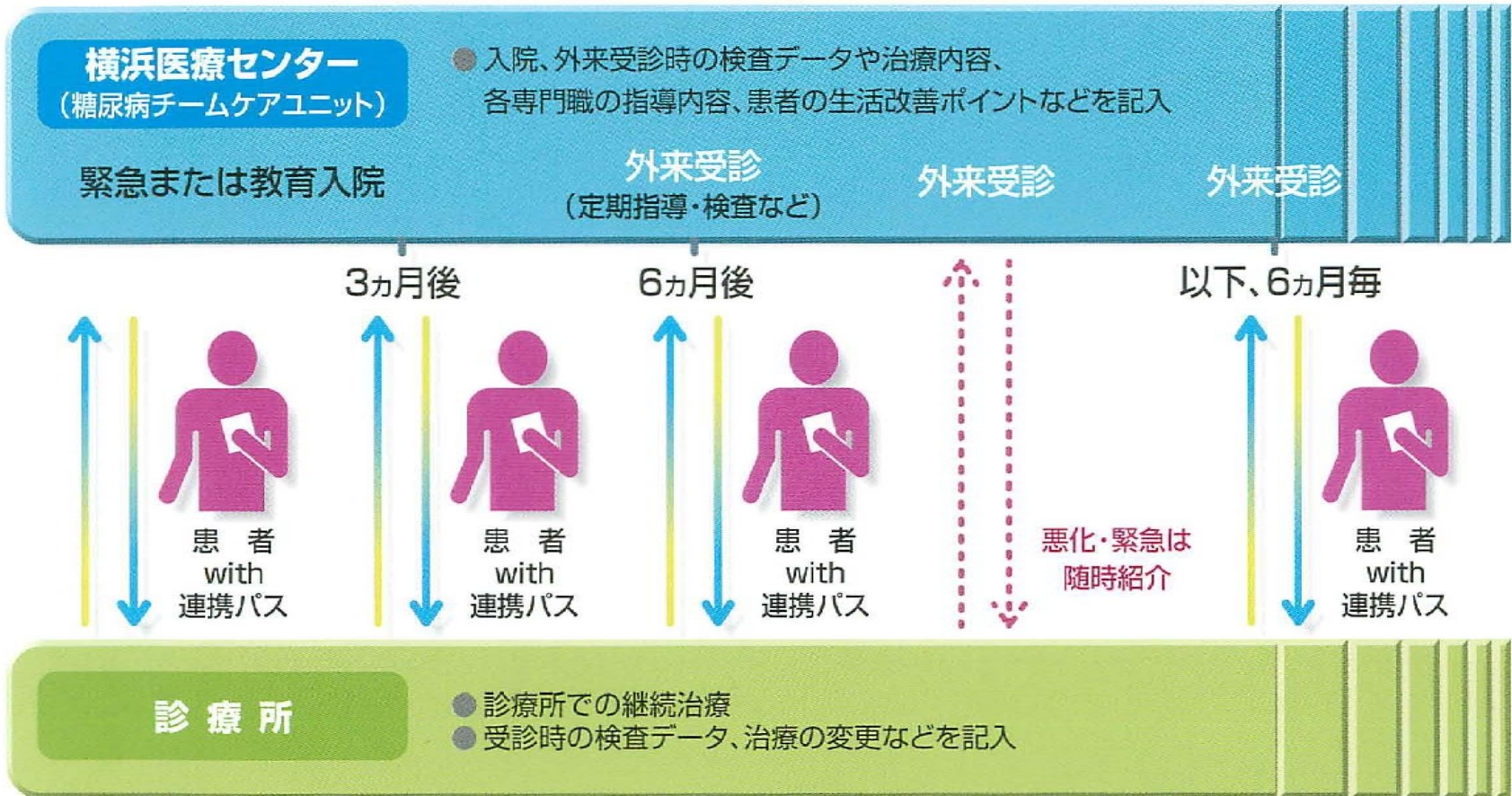
横浜医療センターでは・・・

- 2004年に、糖尿病の連携パスを作成し、運用を開始した。
 - 教育入院後に地域に戻す患者の血糖コントロールの維持が目的
- しかし、開始当初は問題が山積み
- 糖尿病の連携パスは、従来の連携パスと違いがある

糖尿病連携パスと大腿骨頸部骨折・脳卒中連携パス との違い

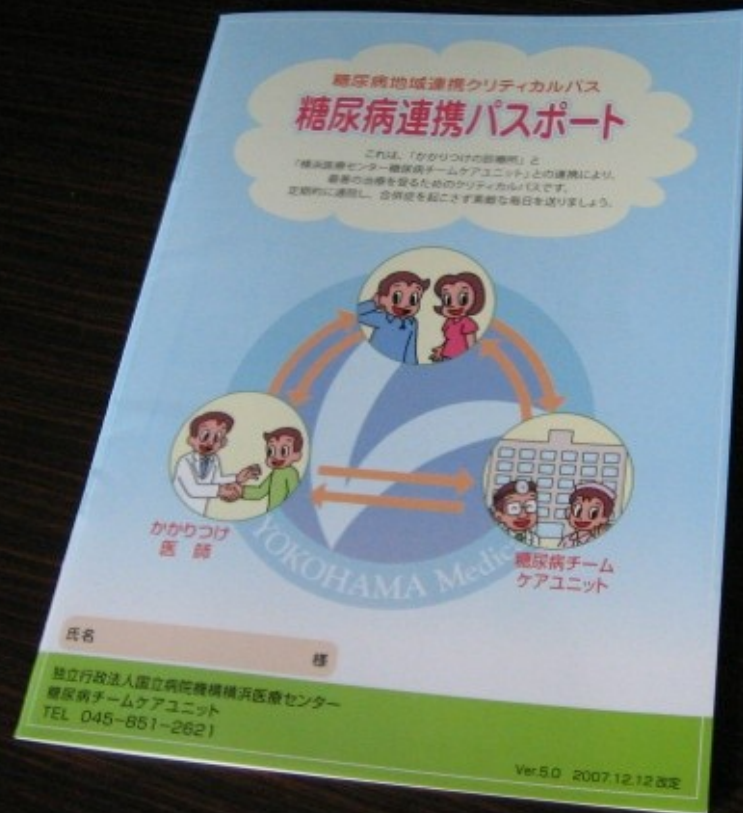
| | 大腿骨頸部骨折連携パス 脳卒中連携パス (すごろく上がり型連携パス) | 糖尿病連携パス 心筋梗塞後連携パス、がん連携パス (循環型連携パス) |
|---------------|--|--|
| 原疾患の病態 | 順調にいけば回復に向かう | 再悪化しやすい。 合併症を併発しやすい。 |
| 適用患者の状態 | 入院、在宅 | 日常生活をしている |
| 急性期病院側から見た連携先 | 回復期リハ病院、療養型病院、 在宅関係施設、医院 | 診療所 |
| 連携の方向性 | 順調にいけば1方向 入院→入院→入院→在宅 | 双方向・多方向性 病院外来→診療所 病院(外来)←診療所 |
| 連携施設の専門性 | 専門病院(回復期リハ、療養病 院、在宅) | 診療所には糖尿病や循環器病やが んの専門医は少ない |

糖尿病連携パスは双方向性



横浜医療センターから連携医への一方通行のパスではない。定期的に横浜医療センターで療養生活の確認と指導する双方向性のパス

横浜医療センターの 糖尿病地域連携クリティカルパス



コンセプト

- 患者携帯型
- 医療者患者パス合体化
- 書き込むデータはシンプル&ミニマム
- 日常生活指導を重点に

治療の目標値

| | |
|-------------|-----------|
| 朝食前血糖値 | 130 未満 |
| 食後 2 時間後血糖値 | 180 未満 |
| HbA1c | 6.5 未満 |
| 総コレステロール | 200 未満 |
| 悪玉コレステロール | 120 未満 |
| 血 圧 | 130/80 未満 |

1. 上の治療の目標値を目指して糖尿病をコントロールしましょう。この目標値を超えると、糖尿病の合併症（神経障害、網膜症、腎症、心筋梗塞、脳梗塞、足壊疽）の可能性が高くなります。
2. 禁煙も重要です。タバコを吸う糖尿病の方は、心筋梗塞、足壊疽になりやすいからです。
3. かかりつけの先生に定期的に受診し、血液、尿検査をしてもらいましょう。結果をこのパスポートに書いてもらいましょう。
4. 年に一回は受診して網膜を、お近くの眼科医院で診てもらいましょう。結果はこのパスポートに書いてもらいましょう。
5. 3ヶ月間、HbA1c が 8.0 を超え続けるのは、とてもよくありませんので、まず、ご自分の食事、運動を見直し、かかりつけの先生の指導に従ってください。

かかりつけ医院のページ

| 日 時 | H 年 月 日 | H 年 月 日 | H 年 月 日 | H 年 月 日 |
|--|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| | ヵ月後 | ヵ月後 | ヵ月後 | ヵ月後 |
| 達成目標 | HbA1c 6.5%以下 | | | |
| ◆検査結果(採血) | | | | |
| 血糖値 空腹時 随時 | | | | |
| HbA1c(又はGA) | % | % | % | % |
| T-CHO | | | | |
| TG | | | | |
| HDL-CHO | | | | |
| LDL-CHO | | | | |
| Cre | | | | |
| ◆検査結果(尿) | | | | |
| 尿糖 | | | | |
| 尿蛋白(ACR) | | | | |
| ◆体重 | kg | kg | kg | kg |
| 体脂肪率 | % | % | % | % |
| ウエスト周囲径 | cm | cm | cm | cm |
| 血圧 | / | / | / | / |
| ◆眼所見 | | | | |
| 糖尿病網膜症 右 | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) |
| 左 | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) | (なし・軽微・増悪前・増悪) |
| 変化 右 | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) |
| 左 | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) | (改善・不変・悪化) |
| 福田分類(右/左) | (/) | (/) | (/) | (/) |
| その他 | | | | |
| 患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。) | | | | |
| 備考 (内服薬などの変更があれば記入してください。) | | | | |

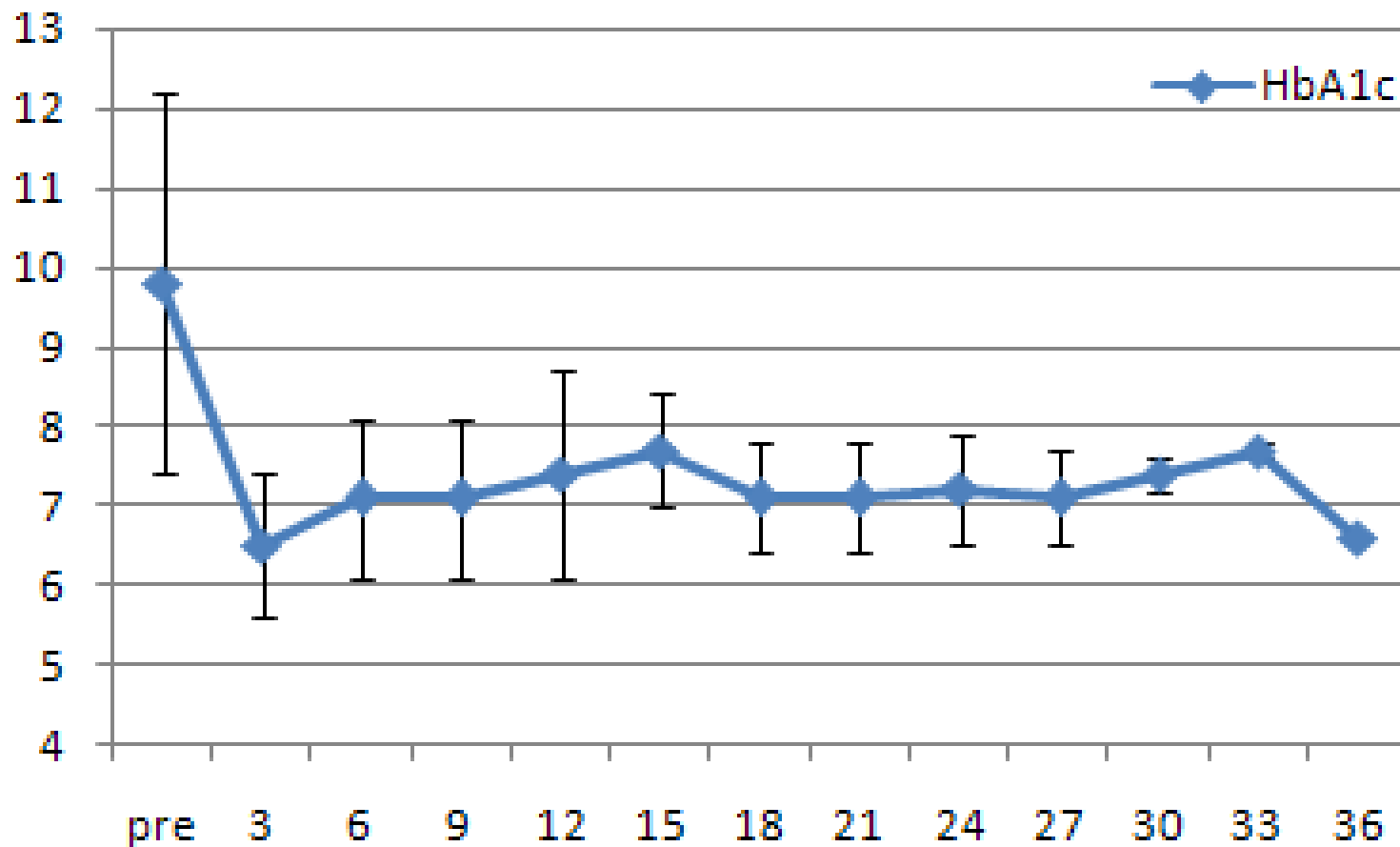
横浜医療センターのページ

| 日 時 | H 年 月 日 |
|--|-----------------|
| | ヵ月後 |
| 達成目標 | HbA1c 6.5%以下 |
| ◆検査結果(採血) | |
| 血糖値 空腹時 随時 | |
| HbA1c(又はGA) | % |
| T-CHO | |
| TG | |
| HDL-CHO | |
| LDL-CHO | |
| Cre | |
| ◆検査結果(尿) | |
| 尿糖 | |
| 尿蛋白(ACR) | |
| ◆体重 | kg |
| 体脂肪率 | % |
| ウエスト周囲径 | cm |
| 血圧 | / |
| ◆眼所見 | |
| 糖尿病網膜症 右 | (なし・軽微・増悪前・増悪) |
| 左 | (なし・軽微・増悪前・増悪) |
| 変化 右 | (改善・不変・悪化) |
| 左 | (改善・不変・悪化) |
| 福田分類(右/左) | (/) |
| その他 | |
| 患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。) | |
| 備考 (内服薬などの変更があれば記入してください。) | |

| | |
|------|-----|
| 看護師 | 担当: |
| 栄養士 | 担当: |
| 薬剤師 | 担当: |
| 検査技師 | 担当: |
| 医師 | 担当: |

連携パス患者31名時点でのHbA1cの変動 (横浜医療センター)

HbA1c



横浜医療センター糖尿病連携パス

- 連携パスは糖尿病の連携診療の有力なツール
- 基幹病院から地域の診療所に戻し紹介/逆紹介するときの医療者の情報共有
- 基幹病院から診療所への逆紹介の有力なツール
- 患者の糖尿病生活の指針(患者と医療者の情報共有)
- 地域の診療所医師への糖尿病診療技術の情報提供、治療の標準化

パート5 疾病管理

地域連携パスは進化する

病診連携は進化する

病診連携→連携パス→地域疾病管理

ステップ0

1

2

3

4

顔の見えない連携

急性期病院
と診療所の間で紹介率、
逆紹介率も
低い

顔の見える連携

疾病別・
診療科別
連携が
はじまる
紹介率・
逆紹介率
も増える

診療情報の共有

症例検討や
診療情報の
共有化
共同診療
がはじまる

連携パス

連携パスも
施設別連携
パスから
地域連携
パスへ
進化する

地域
疾病
管理

そして
P4Pへ

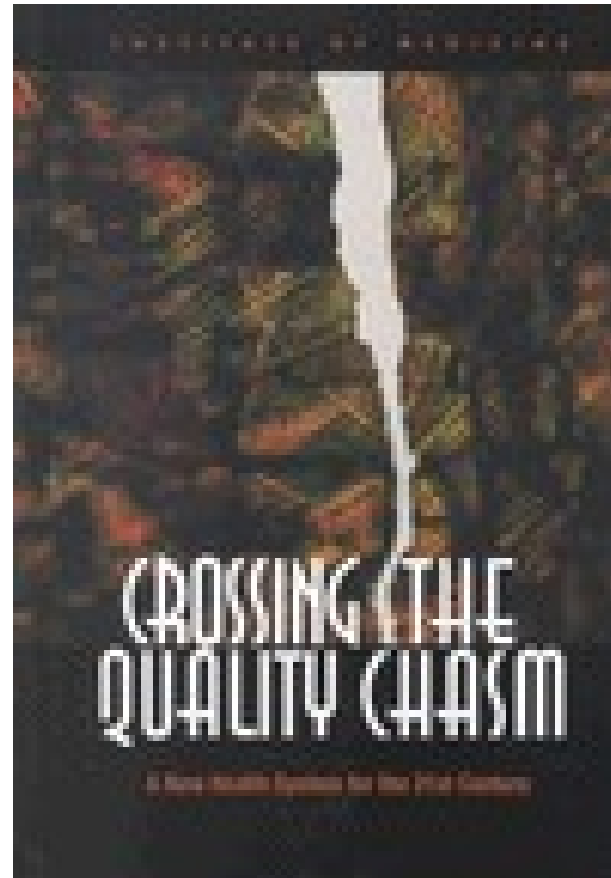
地域疾病管理は先進各国のテーマ

- 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

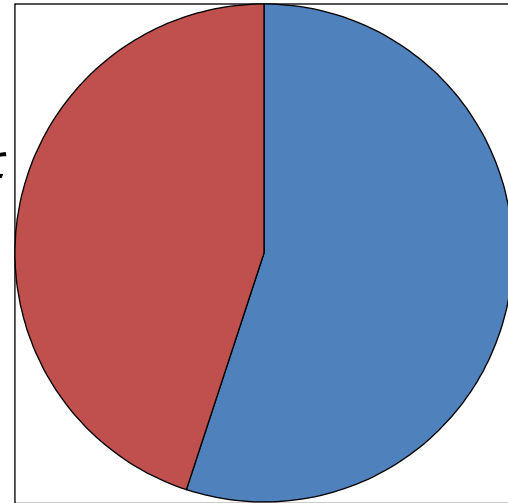


IOM報告書

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

疾病管理モデル

外注型疾病管理モデル

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
- ⑥アウトカム測定を行う

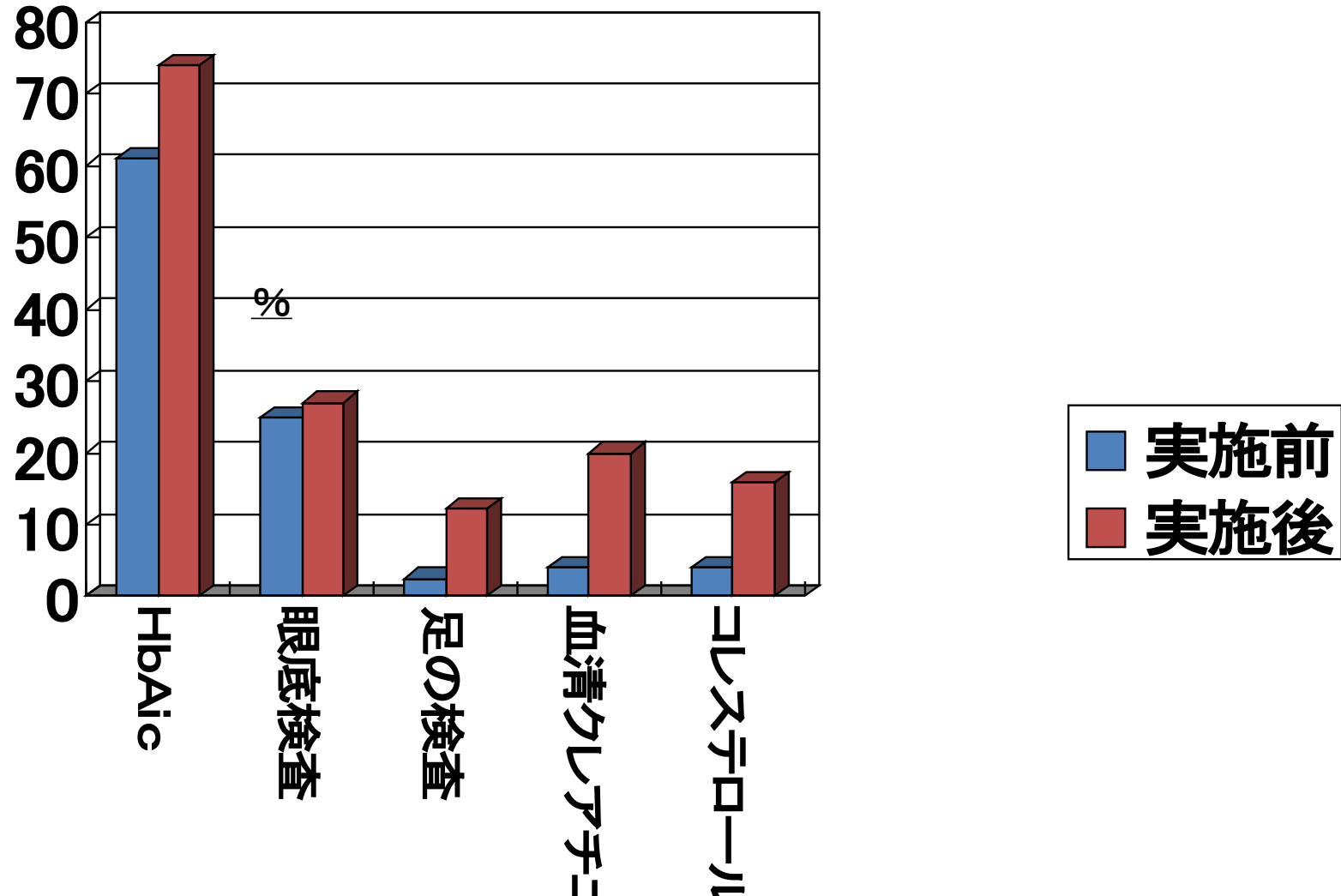
地域疾病管理に適した疾患

- 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

糖尿病疾病管理会社

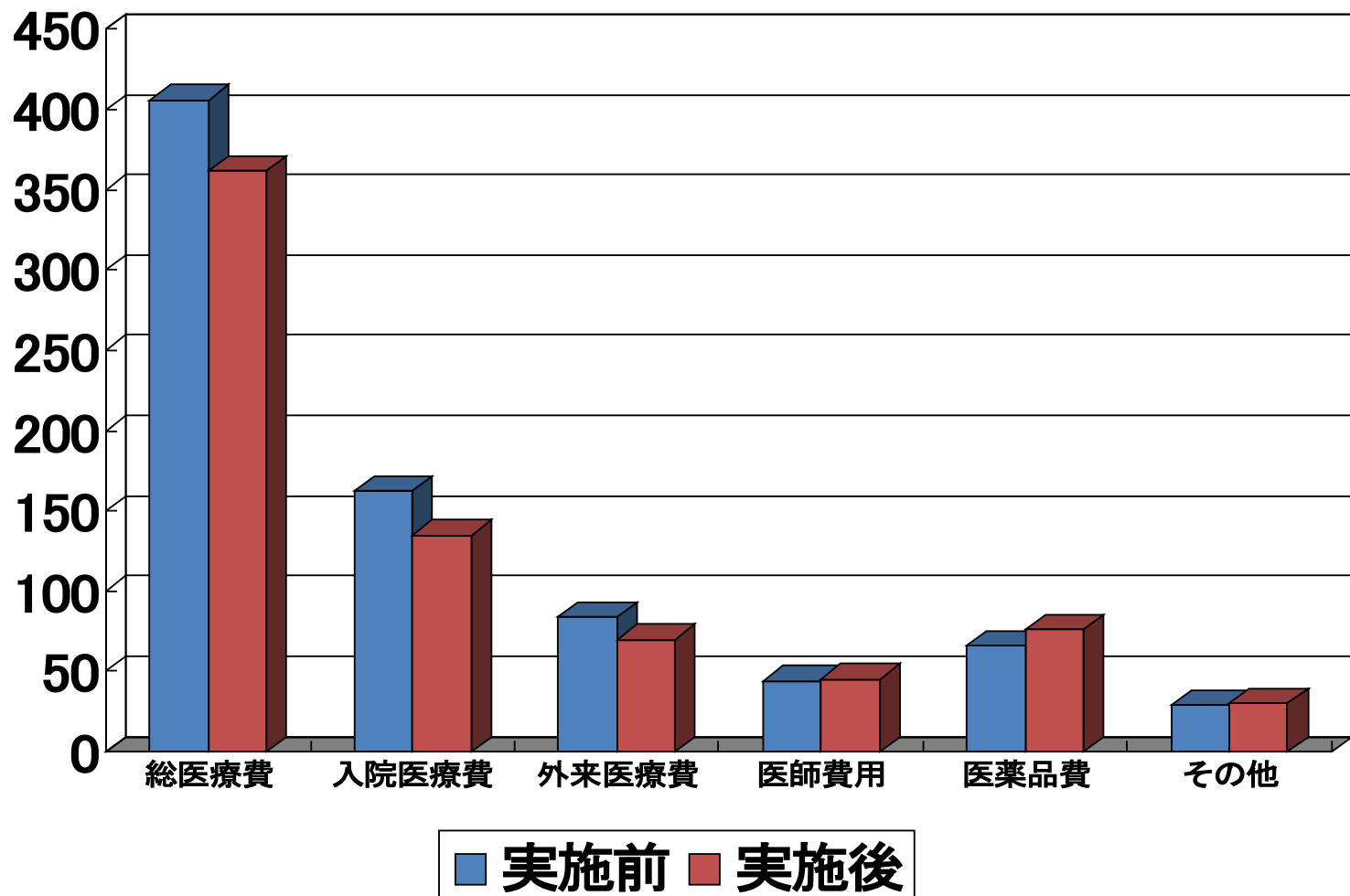
- Healthways社
- 糖尿病の疾病管理プログラムの成果
 - メディケアの糖尿病患者20、539人の参加
 - 患者1名について1ヶ月あたり114ドル(17%)の医療費削減
 - 医療費削減効果は入院費用の削減で最大
 - 1名について1ヶ月あたり67.91ドル(23%)が削減された

ヘルスウェイ社の糖尿病疾病管理プログラム実施前後の受診率の変化



ヘルスウェーイ社の糖尿病疾病管理前後 の医療費の変化

●



ヘルスウェイ社の成功の鍵 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

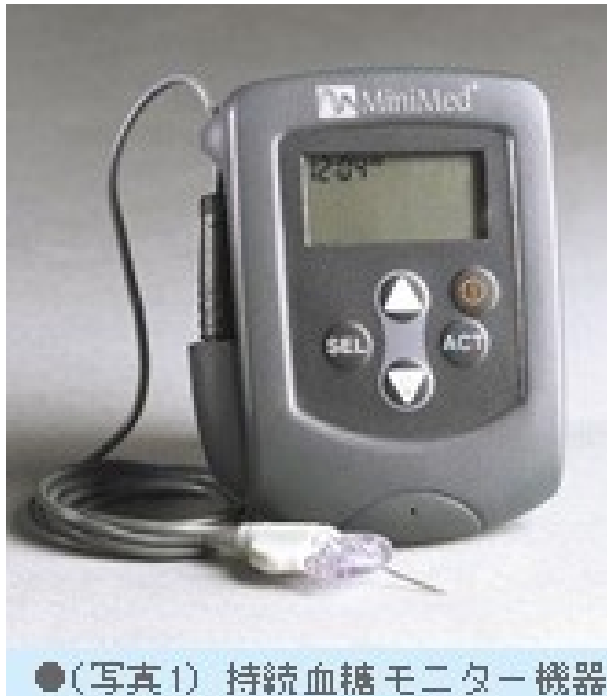
糖尿病疾病管理のITツール

- 糖尿病の疾病管理ツール

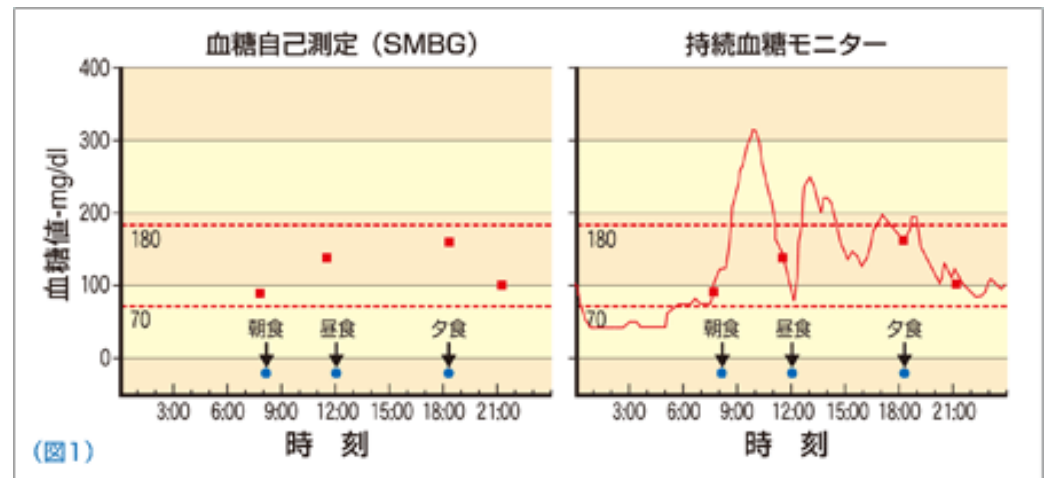
- 患者教育ツール、在宅用血糖測定キット、糖尿病専門の疾病管理看護師やコールセンター
- コンピューター支援ツール(カイザー財団のHMO)
 - コンピューターによる患者受診促進システム(リマインダー・システム)を使って検査率をあげている
 - リマインダー・システムと通常の電話による受診促進を比較した研究
 - 通常の電話では患者のHbA1c検査率は44%であったのに対して、コンピューター支援によるリマインダー・システムでは検査率が77%にアップ
- 持続血糖モニター(CGM)

持続血糖モニター（CGM）

- 腹部に電極を挿入して持続的に血糖値をモニターする



●(写真1) 持続血糖モニター機器



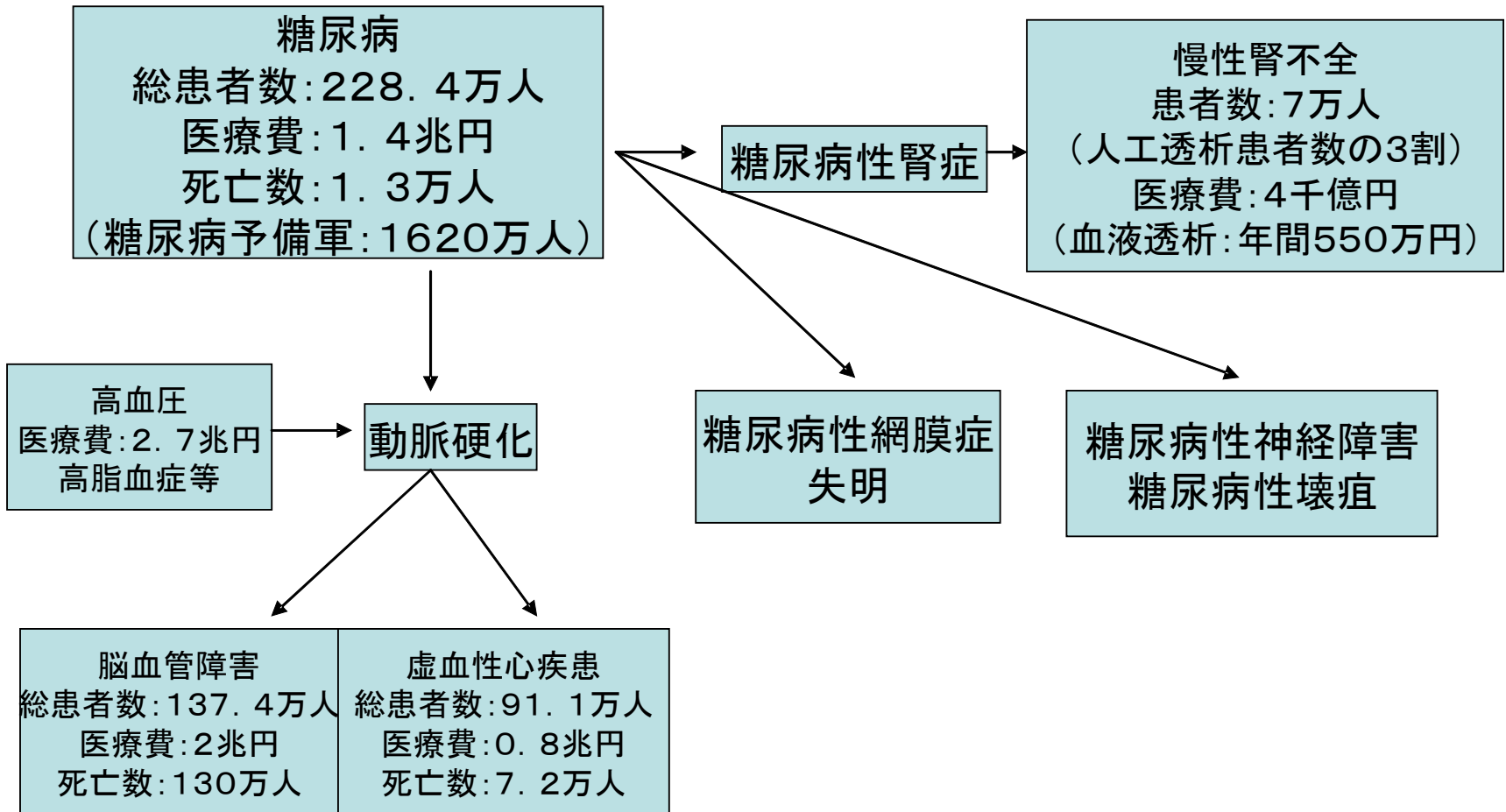
皮下グルコース測定電極に係る 技術料の評価

- D231-2 皮下連続式グルコース測定
 - 700点(一連につき)
- 算定要件
 - ①糖尿病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有する常勤の専門医が2名以上配置されていること
 - ②持続皮下インスリン注入療法を行っている保険医療機関であること。
- 全国194病院が取得

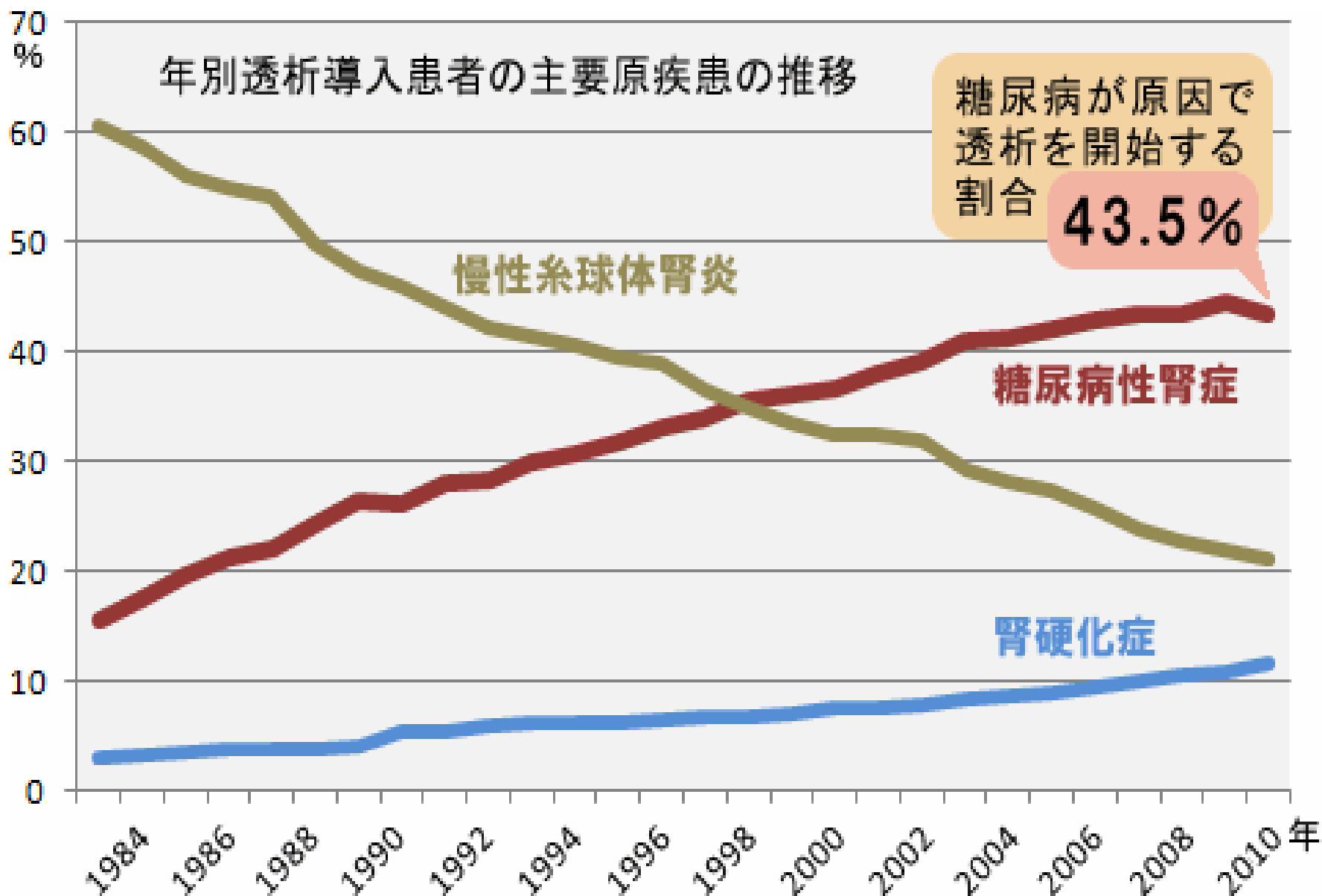
パート4

糖尿病疾病管理

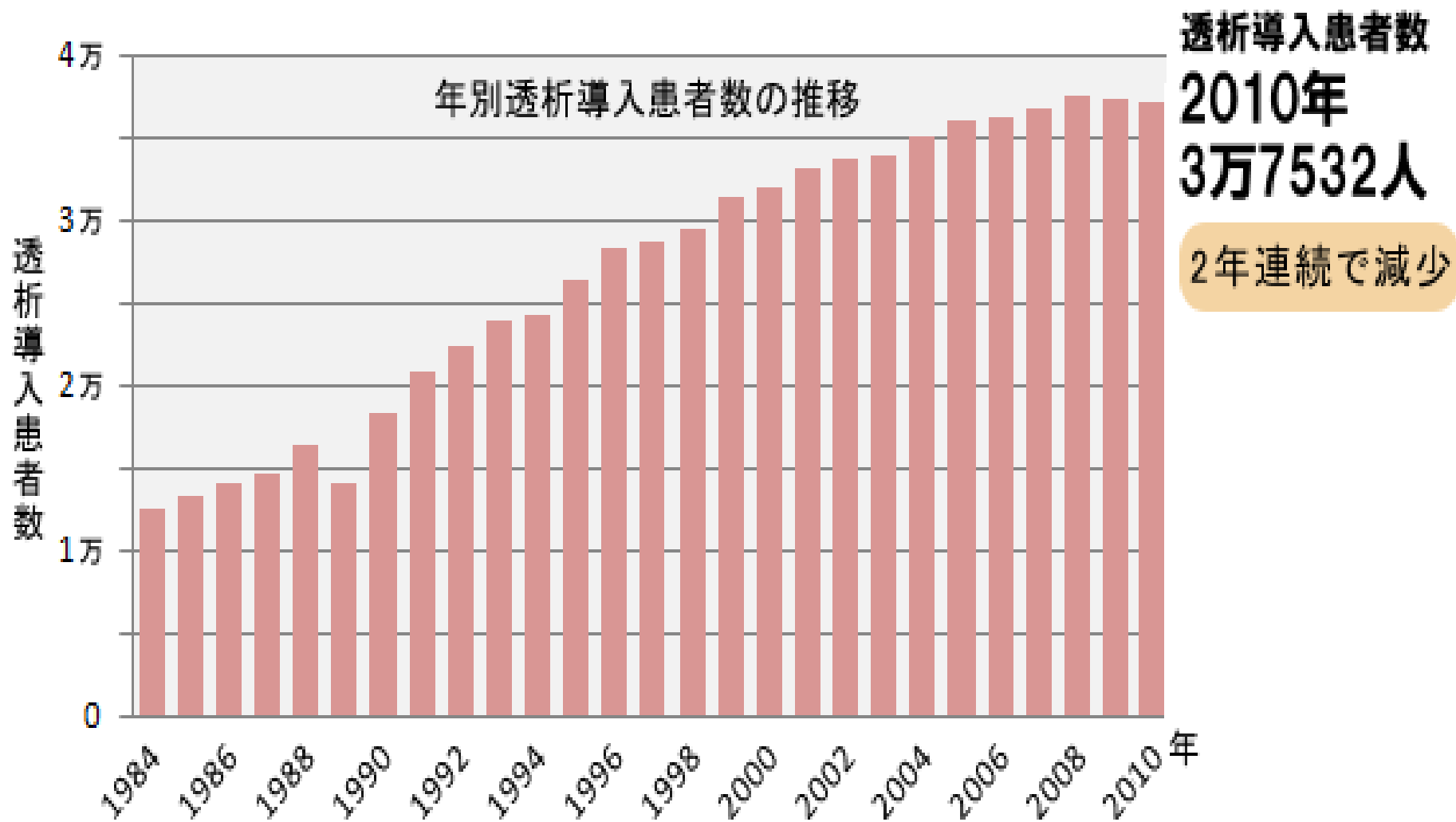
糖尿病を中心とした 生活習慣病の合併症と医療費



糖尿病性腎症による透析導入



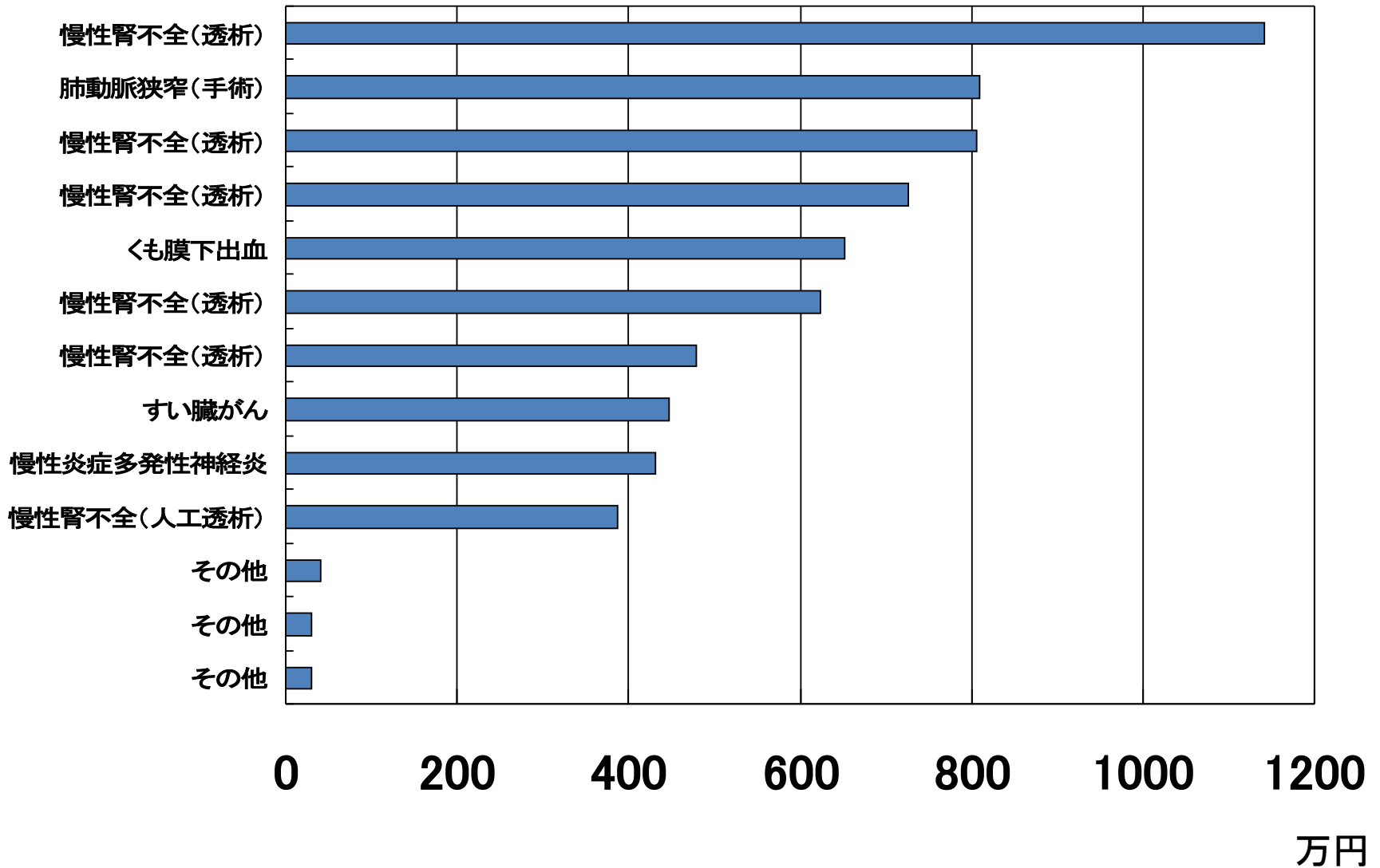
年別透析導入患者数推移



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

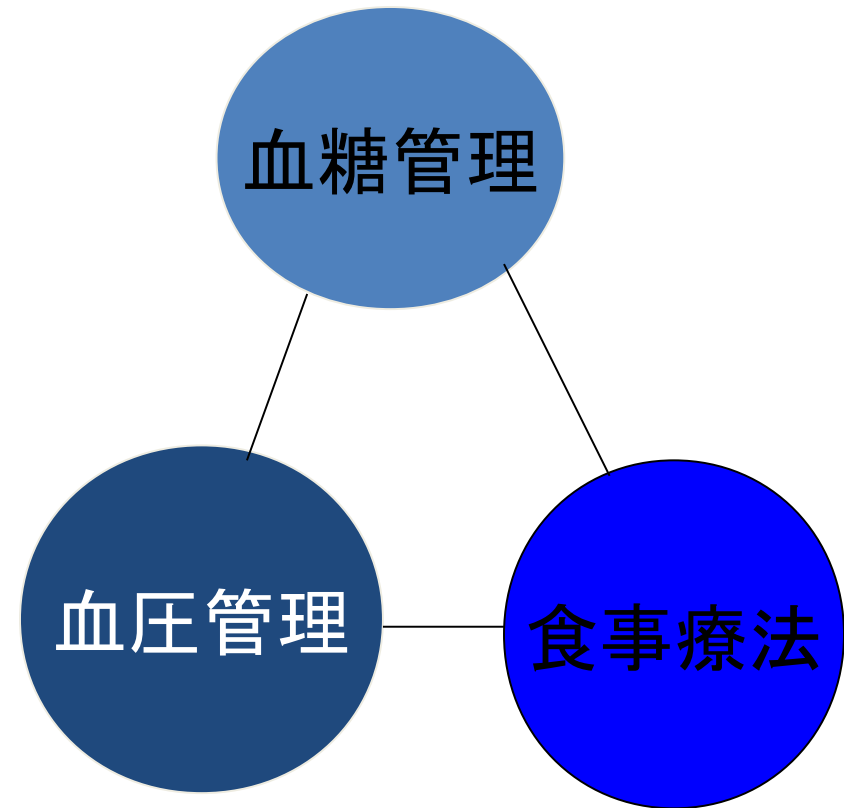


糖尿病の地域疾病管理で
透析導入患者を減らすことはできないか？

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

RMS社のプレダイアリシス疾病管理

- RMS社（イリノイ州）

- 患者同定

- メディケイド患者についてICD-9と請求データからCKD患者を同定重症度で階層化
 - 看護師の疾病マネージャーによる電話、家庭訪問
 - 開業医と腎臓内科医との連携プログラムを実施

- アウトカム評価

- 開業医における検査率の向上
 - 病院の入院率の低下
 - 1年間のプログラム実施により15.3%の医療費削減を達成

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 あり なし
- 塩分 g カリウム制限 あり なし
- 蛋白 g 療法選択説明 あり なし

身長 cm 運動制限 あり なし
 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

○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"/> 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 |
| 検査結果(別紙添付) | <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | <p>バリエーション(紹介の指標)</p> 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) | |
| 全身状態 | <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 | ↓ 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。 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 |

パート7

疾病管理とP4P

医療の質に基づく支払い方式
(Pay for Performance:P4P)が
地域疾病管理を推進する

P4Pの定義とは？

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

英国では2004年よりP4Pを導入

- Quality and Outcome Framwork:QOF
 - 2004年より新たに英国版P4PであるQOFが追加された
 - 10の疾病グループと146の臨床指標を設定
 - 臨床指標ごとに標準的な達成目標数値を設定し、目標を達成すれば成果報酬が支払われるという方式である。
 - 点数スライド制

QOFの仕組み

- 10疾患・146臨床指標の設定
- 10疾患
 - ①喘息、②がん、③慢性閉塞性肺疾患（COPD）、④冠動脈疾患、⑤糖尿病、⑥てんかん、⑦高血圧性疾患、⑧甲状腺機能低下症、⑨重篤な長期療養を必要とする精神疾患、⑩脳卒中および一過性虚血発作

糖尿病

- 糖尿病(最高点99ポイント)
 - 糖尿病の患者登録が可能 最高6ポイント
 - BMI記録 最高3ポイント 25~90%
 - 喫煙状態の記録 最高3ポイント 25~90%
 - 禁煙指導 最高5ポイント 25~90%
 - HbA1c記録 最高3ポイント 25~90%
 - HbA1cが7.4%以下 最高16ポイント 25~50%
 - HbA1cが10%以下 最高11ポイント 25~85%
 - 網膜症スクリーニング記録 最高5ポイント 25~90%
 - 末梢動脈の拍動記録 最高3ポイント 25~90%
 - 末梢神経障害記録 最高3ポイント 25~90%

 - * 1ポイントは175ポンド

糖尿病

- 血圧記録 最高3ポイント 25~90%
- 血圧 145/85mmHg以下 最高17ポイント 25~55%
- 微量アルブミン尿試験 最高3ポイント 25~90%
- 血清クレアチニン値 最高3ポイント 25~90%
- ACE阻害剤/A2拮抗剤の服用(蛋白尿、微量アルブミン尿)最高3ポイント 25~70%
- 総コレステロール値記録 最高3ポイント 25~90%
- 総コレステロール193mg/dl(5mmol/l)以下 最高6ポイント 25~60%
- インフルエンザワクチン接種率 最高3ポイント 25~85%

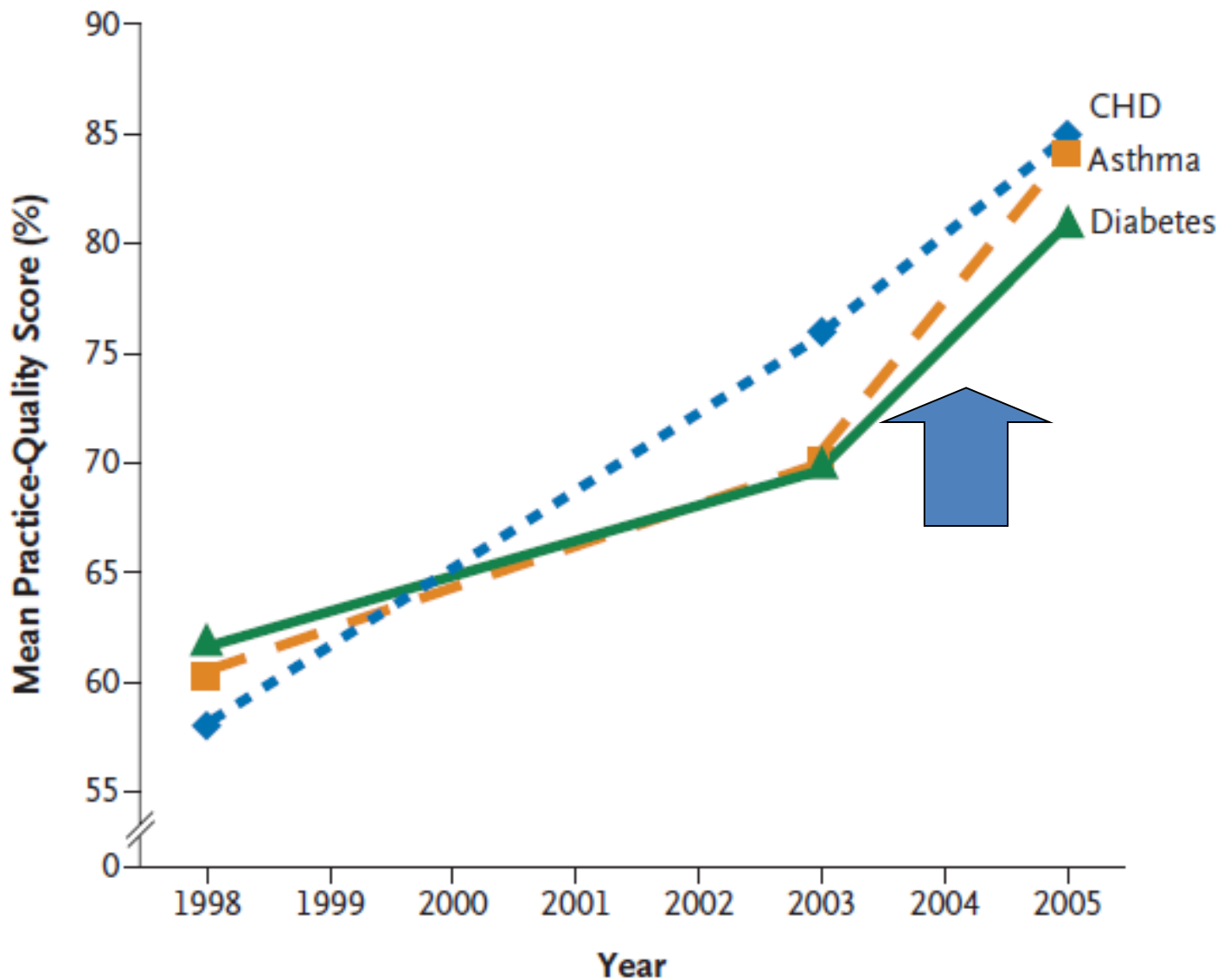
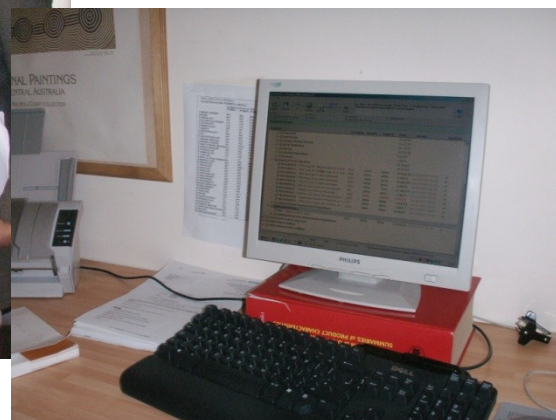


Figure 1. Mean Scores for Clinical Quality at the Practice Level for Coronary Heart Disease, Asthma, and Type 2 Diabetes, 1998 to 2005.

[Campbell et al., 2007]

サウスロンドンのGPクリニック



2007年10月 Dr Marie

マリー先生のP4Pに対する意見

- クリニックの女医のマリーさんが説明してくれた。
 - 「まずNHSのインフォメーションシステムを見せましょう」と言って、電子カルテの前に案内してもらった。
 - 「この患者は冠動脈疾患の患者ですが、テンプレートを開けて、この患者が12ヶ月以内に血圧の記録があるかどうかチェックします。また禁煙指導をおこなったかどうかもチェックするわけです。していなかったら電話で呼び出して次の診察の予約をとるわけです。これがポイントになって収入になるわけですから、患者のフォローの仕方が、QOF(クオーフ)導入の2004年前とはだいぶ変わりましたね。」

マリー先生のP4Pに対する意見

- Q「収入はどうですか？」
- A「このクリニックでは15%ぐらいの増収ですね。増収分はクリニックの人の雇用に当てました。患者を電話で呼び出したりするのも人手もかかりますからね。QOFのおかげで患者の日常のケアに目が行き届くようになったし、診療の質はあがりましたね。」
- Q「患者データの電子カルテへの入力の手間ではありませんか？」
- A「そうでもないです。テンプレートのチェックボックスを選んでいけば良いので、そんなに手間でもないです。」
- Q「デメリットはありましたか？」
- A「QOFではNHSの監査が増えたのが、ちょっとわずらわしいですね」とのことだった。

地域疾病管理による診療アウトカムを 診療報酬で評価する

- 英国のP4Pの成功の秘訣
 - 疾病管理の診療成果にポイント制で点数をつけた
 - HbA1cのコントロール良好患者が多ければ多いほど、ポイントがつく
 - P4Pを支えるITシステム
 - まず日本では地域連携パスのアウトカム評価からはじめては？
 - 臨床検査データを地域で活用する時代へ

地域連携クリティカルパスの アウトカム評価を診療報酬に 結び付けては？

日本版P4Pは地域連携クリティカルパスの
アウトカム評価から

まとめと提言

・今後の医療動向理解のために

チーム医療、地域連携パス、疾病管理
P4P

・医療の大きな変化を感じ取ろう

・時代の変化に即応する臨床検査を目指そう

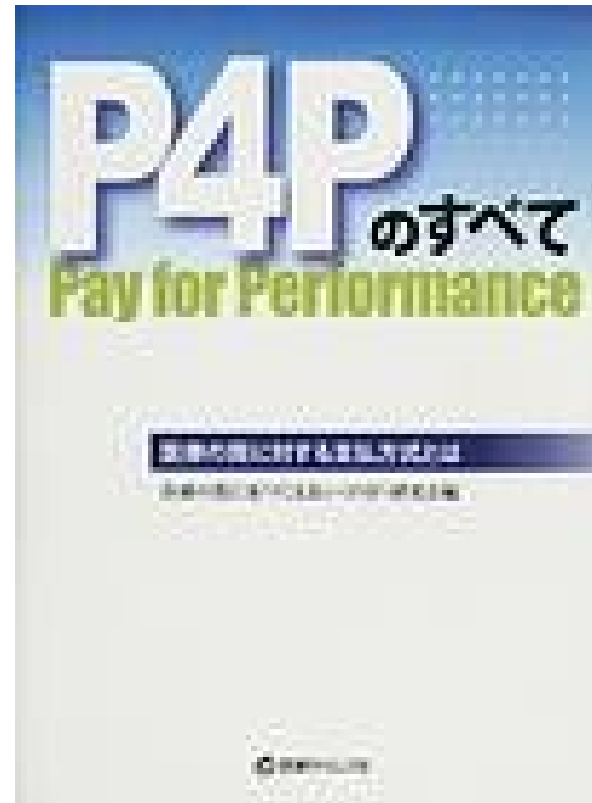
地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 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 ISBN：
978-4-8058-3149-6 在
庫状況：注文受付中
判型：A4 体裁：並製
頁数：226頁 発行日：
2009年04月20日

P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは
P4P研究会 編 医療タイムス社
版
2007年12月 発行 ページ 229P
サイズ A5ソフトカバー 2,940
円
- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安
- ・英米のp4P臨床指標(資料編)



P4P研究会編(武藤ら)

医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 5月下旬発刊です！



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・木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