

2012年同時改定と看護管理



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

2月13日(月)新装オープン!

目次

- パート1
 - 社会保障・税の一体改革
- パート2
 - 医療計画見直し
- パート3
 - 2012年診療報酬改定とチーム医療
- パート4
 - 2012年診療報酬改定と地域連携パス
- パート5
 - 2012年診療報酬改定と訪問看護
- パート6
 - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート7
 - 在宅終末期ケア連携



パート1

社会保障・税の一体改革



～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの
『正念場』が始まる～

社会保障・税一体改革大綱閣議決定 (2月17日)

- 政府・与党は2012年2月17日、社会保障・税一体改革を素案のまま閣議決定した
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ「社会保障と税の一体改革大綱」を閣議決定
- その背景は・・・
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

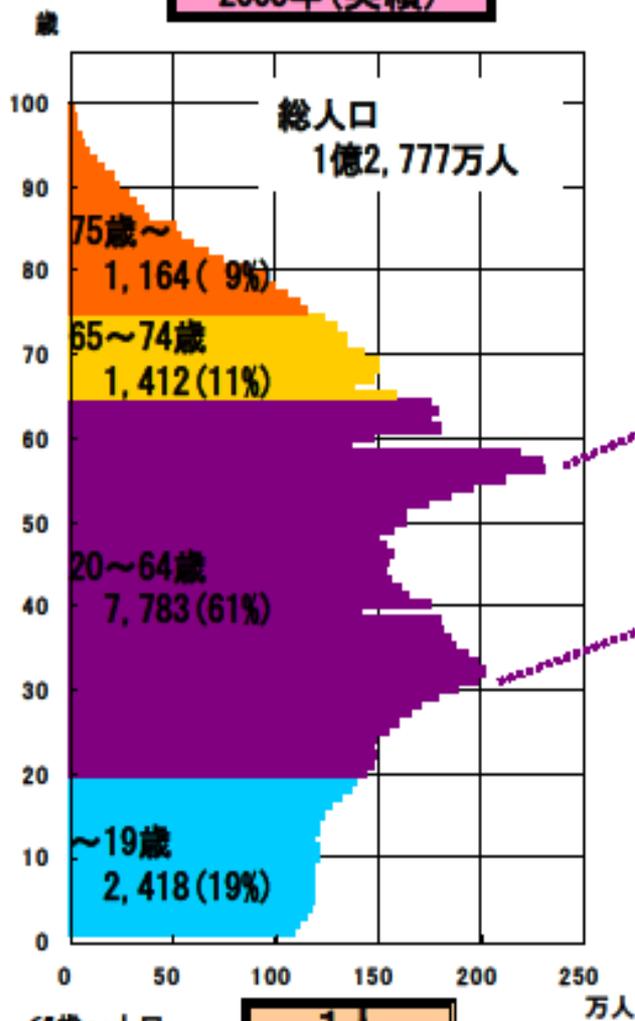


2012年2月17日
社会保障・税一体改革大綱閣議決定

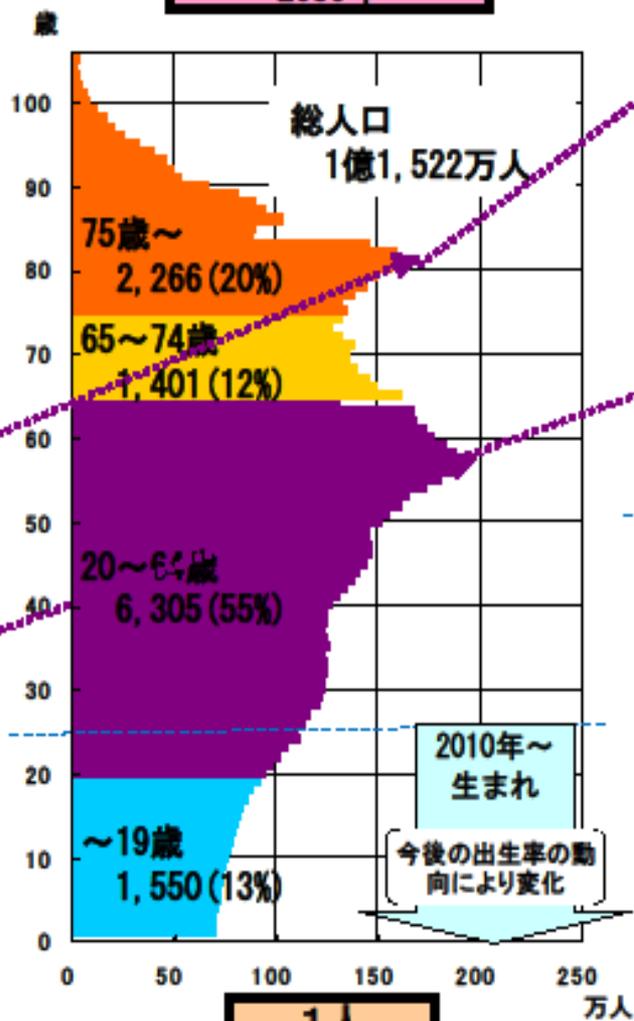
人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

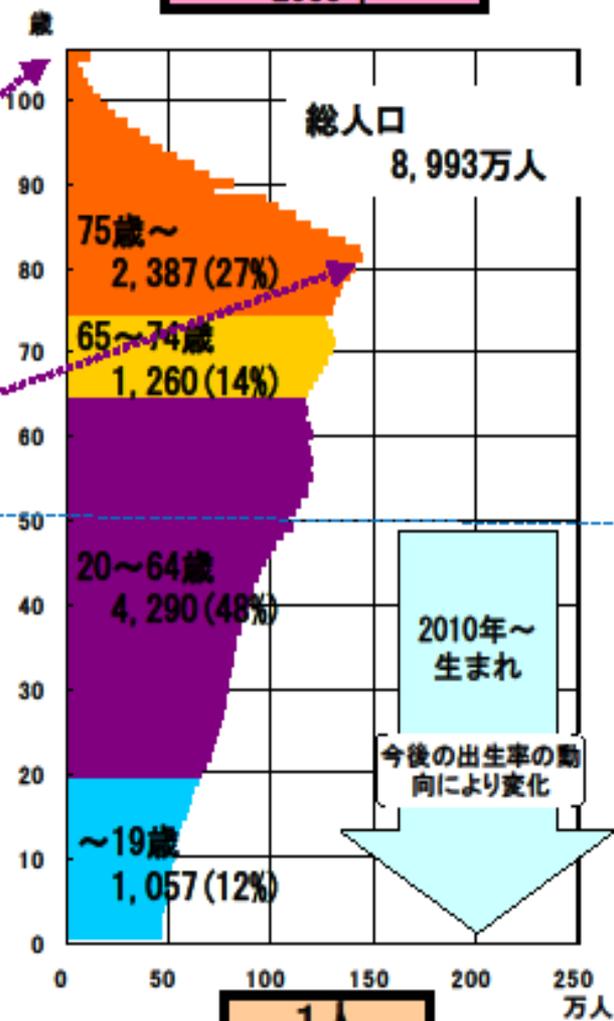
2005年(実績)



2030年



2055年

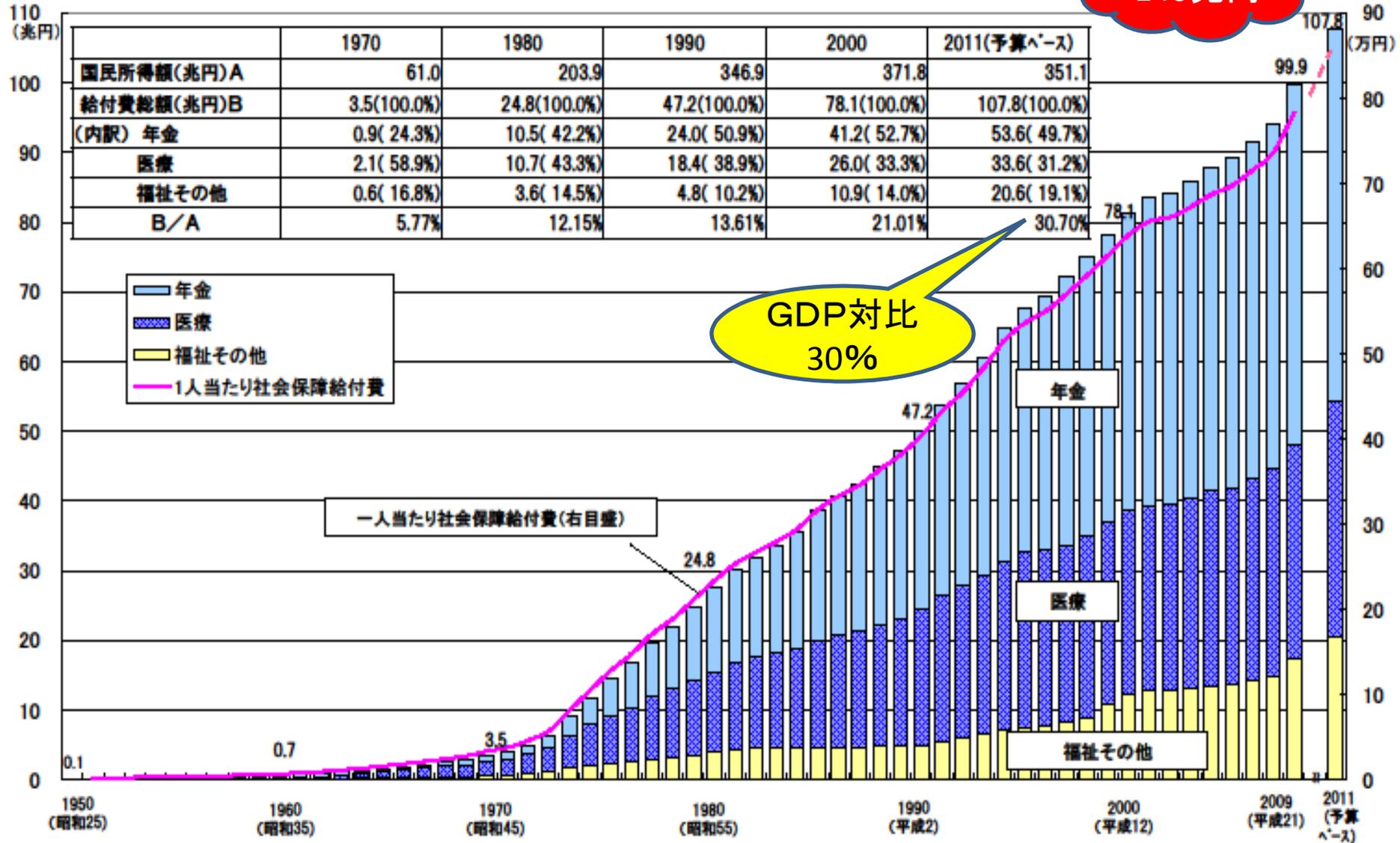


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

社会保障給付費の推移

2025年
140兆円



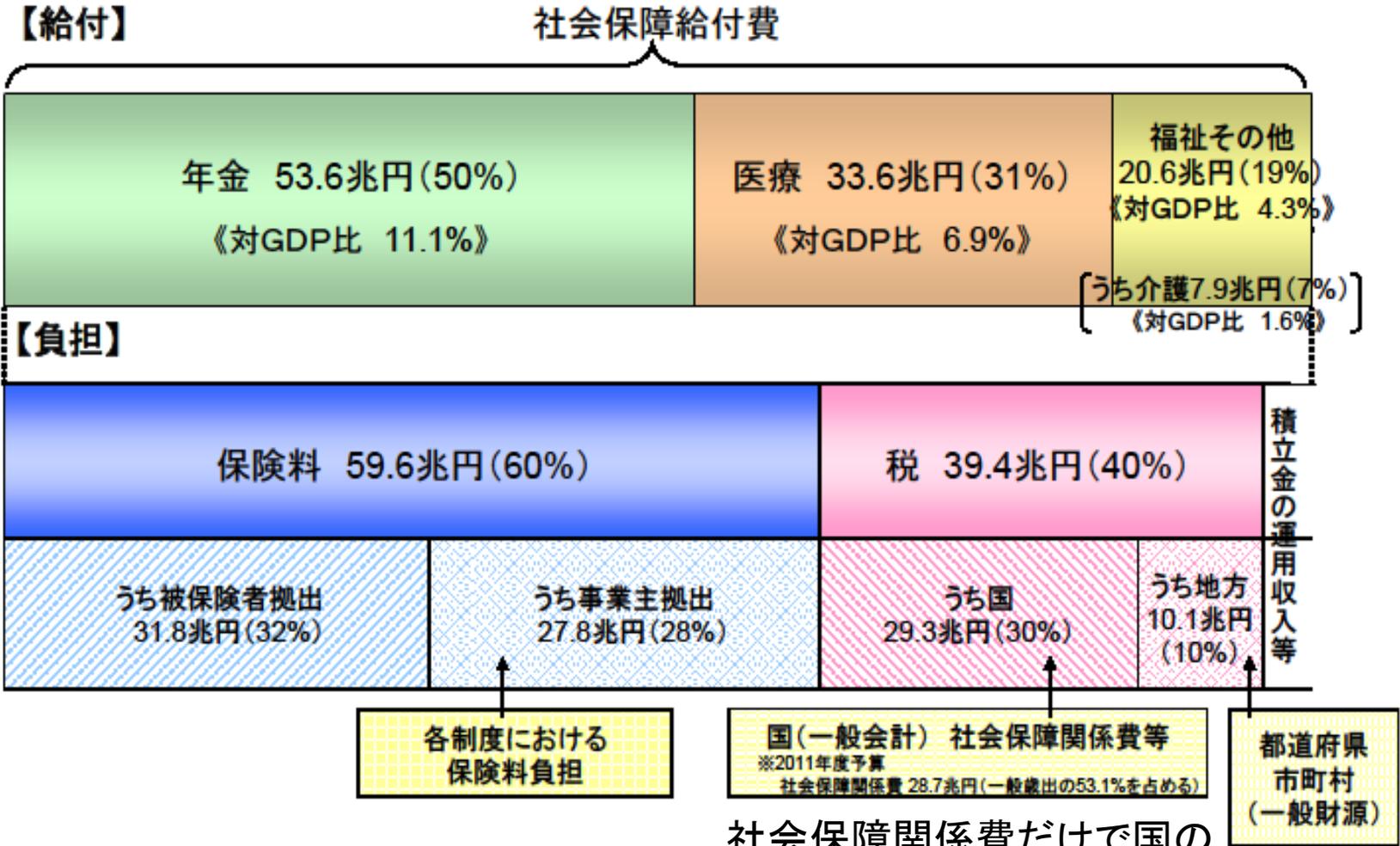
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)

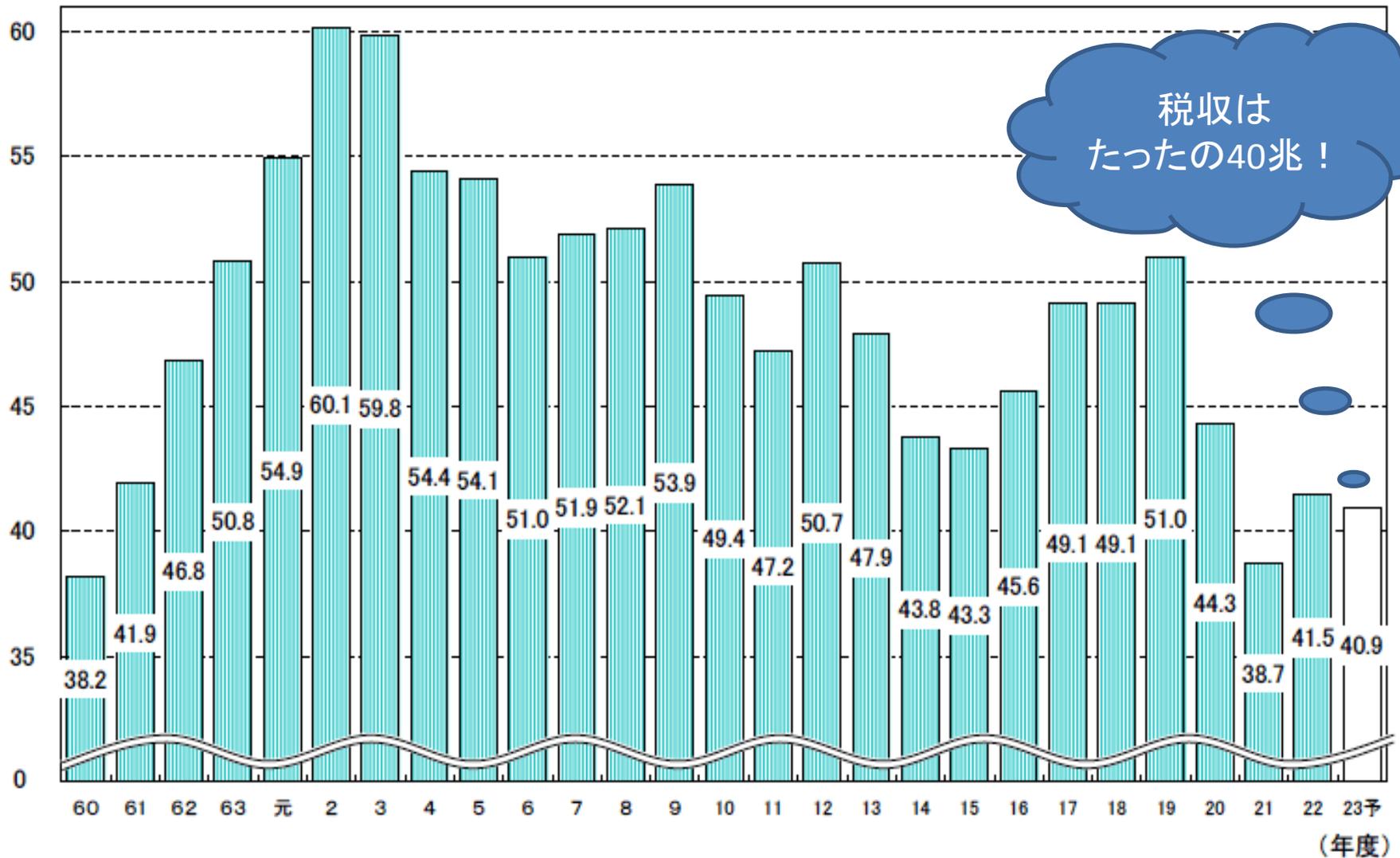


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の
一般歳出の53%を占めている

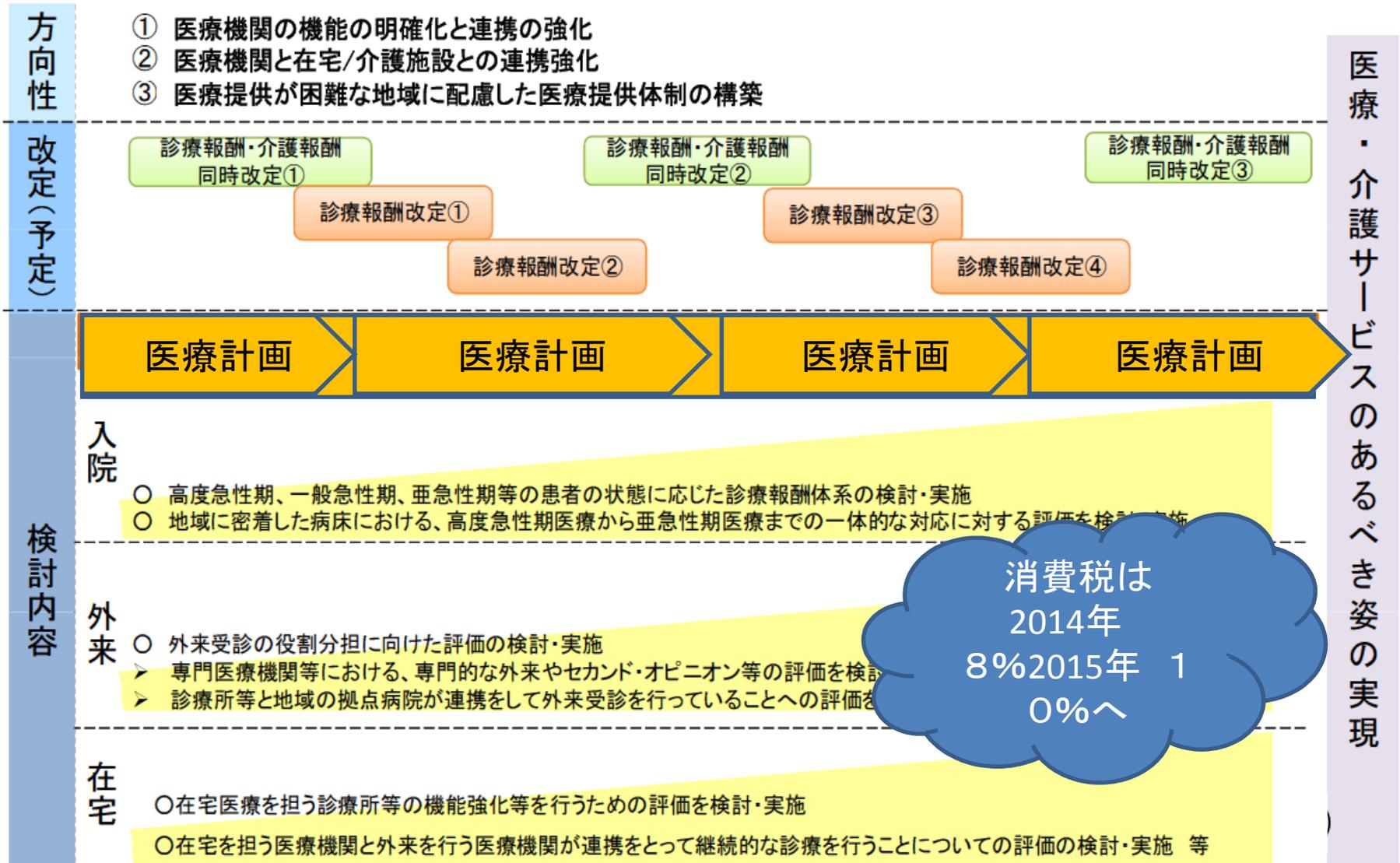
一般会計税収の推移

(兆円)



診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



社会保障・税の一体改革

医療・介護サービス提供体制の見直し

【子ども・子育て】

潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒ 241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒ 96万人
○認定こども園	358か所(2008年)	⇒ 2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒ 111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒ 10000か所
(市町村単独分含む)		
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒ 950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒ 延べ3952万人

【医療・介護】

	平成23(2011)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19~20日程度	【高度急性期】	22万床 15~16日程度
			【一般急性期】	46万床9日程度
			【亜急性期等】	35万床 60日程度
	医師数	29万人		32~34万人
	看護職員数	141万		195~205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分		29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍)	
			<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減 ・ 入院の減少(介護への移行):14万人増 	
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)	
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)	
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)	
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)	
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)	
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)		
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)		
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))		
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))		
介護職員	140万人	232万人から244万人		
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分		

一般病床
107万床

機能分化し
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

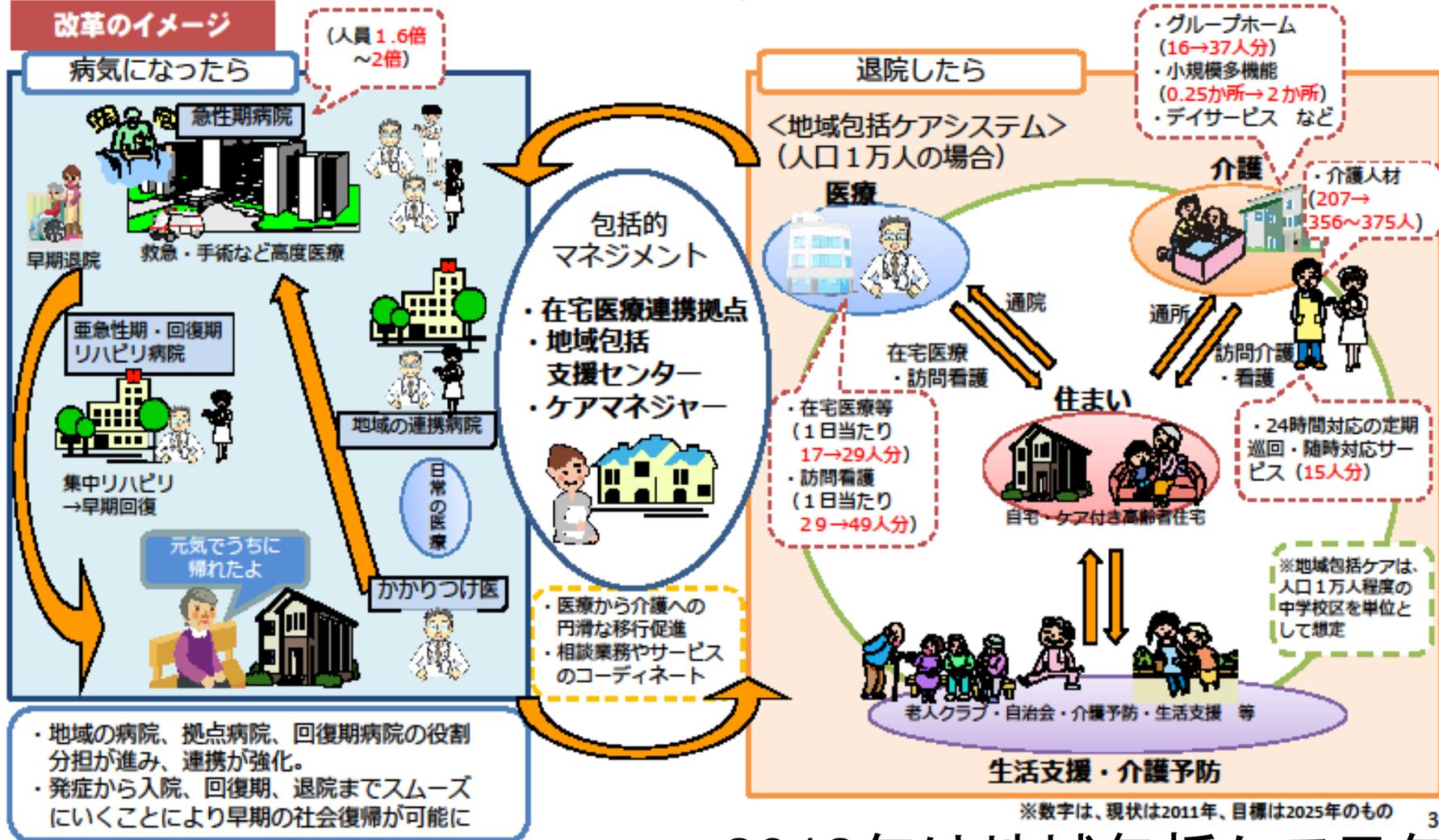
改革の方向性 ②

医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

改革のイメージ



2012年は地域包括ケア元年

パート2

医療計画の見直し

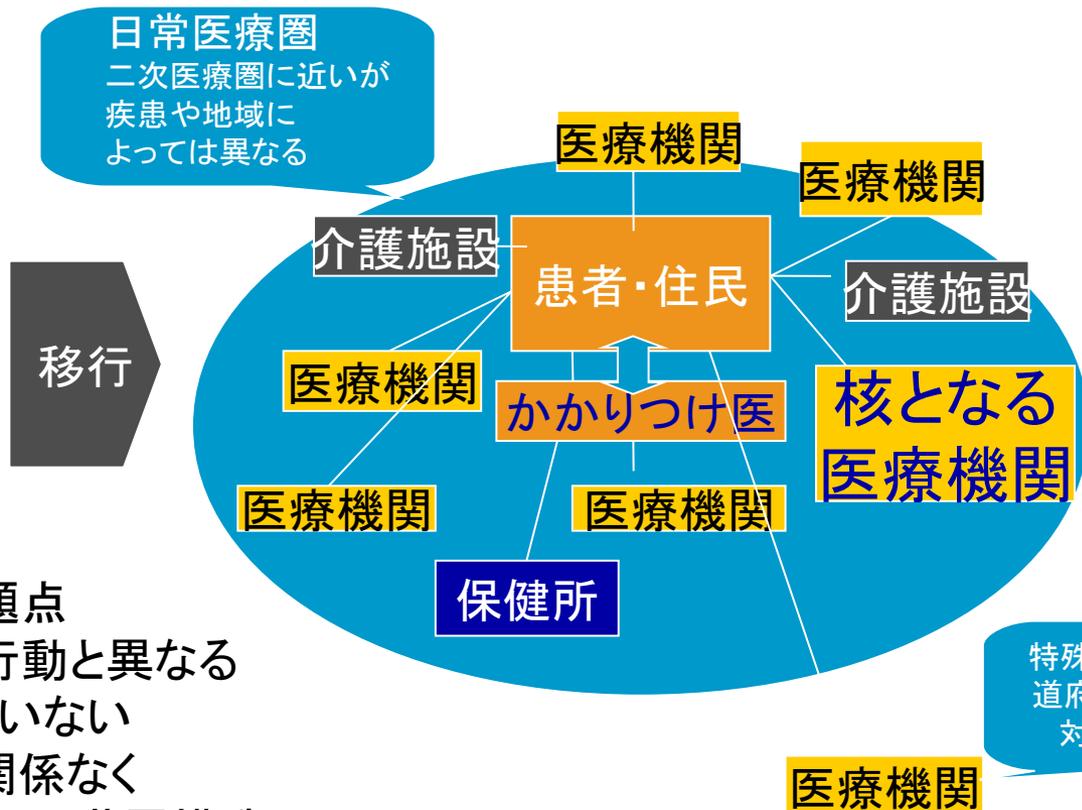


2006年6月第5次医療法改正
地域医療計画の見直し

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



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

現行の医療計画～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

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

在宅医療に係わる医療体制の 充実・強化

「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

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
 - ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
 - ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
 - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
 - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
 - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
 - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
 - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
 - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
 - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
 - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)
- 福岡
 - ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
 - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
 - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
 - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
 - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)
 - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
 - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
 - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
 - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療連携拠点事業

市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

新生在宅医療・介護元年

- 在宅医療連携拠点事業
 - ①在宅チーム医療を担う人材の育成
 - ②実施拠点となる基盤の整備
 - ③個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援
- 2012年度を「新生在宅医療・介護元年」として立ち上げたい(大谷医政局長)



大谷医政局長

パート3

2012年診療報酬改定とチーム医療



中医協

2012年診療報酬改定率

0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率
全体 0.004%
 - 診療報酬本体部分 1.379%
(5500億円)
 - 医科 1.55%(4700億円)
 - 歯科 1.70%(500億円)
 - 調剤 0.46%(300億円)
 - 薬価・材料費
 - ▲1.375%(5500億円)
 - 薬価改定▲1.26%(5000億円(薬価ベース6%))
 - 材料費改定▲0.12%(500億円)
- 2012年介護報酬改定率
1.2%

- 小宮山厚労相(12月21日)
 - 「首の皮一枚でもプラスにすると行ってきた」



2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会
(12月1日)
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
 - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな**医療従事者の負担軽減**
 - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における**連携体制の強化**の推進および地域生活を支える**在宅医療などの充実**

重点課題1

- 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな**医療従事者の負担軽減**
 - 救急・周産期医療の推進について
 - 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取り組みについて
 - 救急外来や外来診療の機能分化の推進について
 - 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について

重点課題2

- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実
 - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について
 - 看取りに至までの医療の充実について
 - 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進について
 - 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
 - 訪問看護の充実について
 - 医療・介護の円滑な連携について

2012年診療報酬改定基本方針

4つの視点

- 4つの視点
 - ① 充実が求められる分野の適切な評価
 - ② 患者などから見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の実現
 - ③ 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ④ 効率化の余地があると思われる領域の適正化

2012年診療報酬改定の4つの視点

- 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
 - がん医療の推進について
 - 生活習慣病対策の推進について
 - 精神疾患に対する医療の充実について
 - 認知症対策の推進について
 - 感染症対策の推進について
 - リハビリテーションの充実について
 - 生活の質に配慮した歯科医療の推進について
 - 医療技術の適正な評価について
 - イノベーションの適切な評価について

4つの視点

- 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
 - 医療安全対策等の推進について
 - 患者に対する相談支援体制の充実等について
 - 診療報酬点数表における用語・技術の平易化、簡素化について

4つの視点

- 視点3 医療機能の分化と連携等を通じて
、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - 病院機能にあわせた効率的な入院医療等について
 - 慢性期入院医療の適切な評価について
 - 医療の提供が困難な地域に配慮した評価について
 - 医療機関間の連携に着目した評価について
 - 調剤報酬について

4つの視点

- 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
 - 平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取り組みについて
 - 市場実勢価格等を踏まえた医薬品、医療材料等の適正評価 について

視点3

医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く
効率的な医療を実現する視点

病院機能にあわせた効率的な入院
医療等について

病院機能にあわせた効率的な入院医療等について

1. 一般病棟における7対1入院基本料の算定要件の見直し

- ① 当該病棟の入院患者の**平均在院日数が(19日→)18日以内**であること。
- ② **看護必要度の基準を満たす患者を(1割→)1割5分以上**入院させる病棟であること。

2. 一般病棟における10対1入院基本料の算定要件の見直し

- (1) 現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。
- (2) 看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

(新) 看護必要度加算1 30点

(新) 看護必要度加算2 15点

7対1 入院基本料

一般病棟における7対1 入院基本料の平均在院日数の短縮及び看護必要度の基準を満たす患者割合の引き上げを行う。

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が19日以内であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が28日以内であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が30日以内であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>	<p>【一般病棟入院基本料7対1、特定機能病院一般病棟7対1入院基本料、専門病院7対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[一般病棟入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>18日以内</u>であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p> <p>[特定機能病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>26日以内</u>であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること(救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p> <p>[専門病院入院基本料の施設基準]</p> <p>①当該病棟の入院患者の平均在院日数が<u>28日以内</u>であること。</p> <p>②看護必要度の基準を満たす患者を<u>1割5分以上</u>入院させる病棟であること(悪性腫瘍患者を一般病棟に7割以上入院させている保険医療機関及び救命救急入院料を算定する治療室を有している保険医療機関の病棟を除く)。</p>

[経過措置]

平成24年3月31日において7対1入院基本料を算定している病棟であって、平成24年4月1日以降において改定後の10対1入院基本料を算定する病棟に限り、平成26年3月31日までの間、改定後の7対1入院基本料を算定できる。

10対1 入院基本料

現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>一般病棟看護必要度評価加算 5点</p>	<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[施設基準] 当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。 (削除)</p>

[経過措置]

10対1入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成24年7月1日とする。

10対1入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

改定後

(新) 看護必要度加算1 30点

(新) 看護必要度加算2 15点

[算定要件] 看護必要度加算1

必要度基準15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

[算定要件] 看護必要度加算2

必要度基準10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。

10対1 入院基本料

現在の一般病棟10対1入院基本料における一般病棟看護必要度評価加算を廃止し、看護必要度に係る評価を要件として新設する。

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>一般病棟看護必要度評価加算 5点</p>	<p>【一般病棟入院基本料10対1、特定機能病院一般病棟10対1入院基本料、専門病院10対1入院基本料】(一日につき)</p> <p>[施設基準] 当該病棟における看護必要度の評価を行っていること。 (削除)</p>

[経過措置]

10対1入院基本料を算定する病棟に看護必要度の評価を導入するのは、準備期間を設け、平成24年7月1日とする。

10対1入院基本料について看護必要度の基準を満たす患者割合が一定以上の場合の加算を新設する。

改定後
<p>(新) <u>看護必要度加算1</u> 30点</p> <p>(新) <u>看護必要度加算2</u> 15点</p> <p>[算定要件] 看護必要度加算1 必要度基準15%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。</p> <p>[算定要件] 看護必要度加算2 必要度基準10%以上の基準を満たしている当該病棟に入院している患者について算定する。</p>

13対1 入院基本料

一般病棟入院基本料及び専門病院入院基本料の13対1入院基本料について、「一般病棟用の重症度・看護必要度に係る評価票」を用い継続的に測定を行い、その結果に基づき評価を行っている場合の加算を新設する。

改定後

(新) 一般病棟看護必要度評価加算 5点(1日につき)

[算定要件]

一般病棟13対1入院基本料、専門病棟13対1入院基本料を算定している病棟において、看護必要度の測定を行っている場合に算定する。

・救命救急入院料1及び3における看護配置については、明確な基準を設けていないため、適切な看護配置のもとで提供している医療機関が当該特定入院料を算定できるよう、看護配置基準の要件の明確化を行う。

重複「重点項目1-1-①」

・小児特定集中治療室管理料の新設等、小児救急医療に対して以下の見直しを行う。

重複「重点項目1-1-①」

金曜日入院 月曜日退院

金曜日入院、月曜日退院の割合が明らかに高い医療機関の土曜日、日曜日の入院基本料の適正化

改定後

金曜日入院、月曜日退院の者の平均在院日数は他の曜日の者と比べ長いことを勘案し、一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、金曜日入院、月曜日退院の割合の合計が40%を超える医療機関について、手術や高度の処置等を伴わない土曜日、日曜日に算定された入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]

以下のいずれも満たす医療機関

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ②入院全体のうち金曜日入院する者の割合と、退院全体のうち月曜日退院する者の割合の合計が40%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のいずれも満たす入院基本料

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、土曜日、日曜日に算定されたもの
- ②算定された日に手術、1,000点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

午前中の退院が多い医療機関

午前中の退院がそのほとんどを占める医療機関についての退院日の入院基本料の適正化

改定後

一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関のうち、午前中の退院の割合が90%を超える医療機関について、30日以上入院している者で、退院日に手術や高度な処置等の伴わない場合には、退院日に算定された入院基本料を8%減額する。

[対象医療機関]

以下のすべてを満たす医療機関

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料算定医療機関
- ②退院全体のうち午前中に退院するものの割合が90%を超える医療機関

[対象とする入院基本料]

以下のすべてを満たす入院基本料

- ①一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料及び専門病院入院基本料のうち、退院日に算定されたもの
- ②退院調整加算が算定されていないもの
- ③算定された日に手術、1,000点以上の処置を伴わないもの

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

一般病棟における長期療養患者の評価

- 適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、**特定除外制度の見直し**を行う。
 - (1) 90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。
 - (2) 90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
 - なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

特定除外制度の見直し

一般病棟における長期療養患者の評価について、適正化の観点から、一般病棟入院基本料13対1、15対1算定の病棟に限り、特定除外制度の見直しを行う。

(1)90日を超えて入院する患者を対象として、療養病棟と同等の報酬体系(医療区分及びADL区分を用いた包括評価)とする。

改定前	改定後
<p>【一般病棟入院基本料(13対1、15対1)】 特定患者(当該病棟に90日を超えて入院する患者(別に厚生労働大臣が定める状態等にあるものを除く。)をいう。)に該当する者については、特定入院基本料として928点を算定する。</p>	<p>【一般病棟入院基本料(13対1、15対1)】 <u>届出を行った病棟については、当該病棟に90日を超えて入院する患者については、区分番号A101に掲げる療養病棟入院基本料1の例により算定する。</u></p>

改定後

(2)90日を超えて入院する患者を対象として、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。

なお、上記の二つの取扱いについては、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

[経過措置]

上記の取り扱いについては、平成24年10月1日から施行する。

医療区分採用項目

医療区分3

【疾患・状態】

- ・スモン ・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態

【医療処置】

- ・中心静脈栄養 ・24時間持続点滴 ・人工呼吸器使用 ・ドレーン法 ・胸腹腔洗浄
- ・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管 ・感染隔離室における管理
- ・酸素療法(酸素を必要とする状態かを毎月確認)

医療区分2

【疾患・状態】

- ・筋ジストロフィー ・多発性硬化症 ・筋萎縮性側索硬化症 ・パーキンソン病関連疾患
- ・その他の難病(スモンを除く)
- ・脊髄損傷(頸髄損傷) ・慢性閉塞性肺疾(COPD)
- ・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍 ・肺炎 ・尿路感染症
- ・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内 ・脱水かつ発熱を伴う状態
- ・体内出血 ・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態 ・褥瘡 ・末梢循環障害による下肢末端開放創
- ・せん妄の兆候 ・うつ状態 ・暴行が毎日みられる状態(原因・治療方針を医師を含め検討)

【医療処置】

- ・透析 ・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養 ・喀痰吸引
- ・気管切開・気管内挿管のケア ・血糖チェック
- ・創傷(皮膚潰瘍 ・手術創 ・創傷処置)

医療区分1

医療区分2・3に該当しない者

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885 (入院基本料D)	1,320 (入院基本料B)	1,709 (入院基本料A)
ADL区分2	750 (入院基本料E)	1,198 (入院基本料C)	
ADL区分1			

重点課題1

医療従事者等の負担軽減

病院医療従事者の勤務体制の改善等の
取り組みについて

病院勤務医の負担軽減

病院勤務医の負担の現状に鑑み、より効果の期待できる勤務医負担軽減及び処遇改善のための体制を要件とする。

改定後

[施設要件]

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画を策定し、職員に対して周知徹底していること。

病院勤務医の負担の軽減及び処遇の改善に資する計画の具体例

改定前	改定後
<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み ・交代勤務制の導入 ・医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担 <p>【必須項目】 なし</p>	<p>【選択項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師事務作業補助者の配置 ・短時間正規雇用医師の活用 ・地域の他の医療機関との連携体制 ・外来縮小の取り組み(一部必須) ・交代勤務制の導入(一部必須) ・予定手術前の当直に対する配慮 <p>【必須項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・<u>医師と医療関係職種、医療関係職種と事務職員等における役割分担については、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u> ・<u>外来縮小の取り組みについては、特定機能病院及び一般病床500床以上の病院では、上記の①～⑮の項目全てにおいて必ず実施することとする。</u> ・<u>交代勤務制の導入については、「③ハイリスク分娩管理加算」、「⑦小児入院医療管理料1」、「⑧救命救急入院料 注3加算」、「⑨総合周産期特定集中治療室管理料」、「⑩小児特定集中治療室管理料」では、実施に向けた状況を定期的に報告することとする。</u> ・<u>なお、当該医療機関が実施している勤務医負担軽減策について、第三者の評価を受けているかどうかを報告することとする。</u>

医師事務作業補助体制加算

30対1、40対1の評価を新設する。また、50対1については、年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院も算定可能とする。

改定前	改定後
<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 15対1補助体制加算 810点 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 50対1補助体制加算 255点 5 75対1補助体制加算 180点 6 100対1補助体制加算 138点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1補助体制加算 2 20対1補助体制加算 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算 4 50対1補助体制加算 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>5 75対1補助体制加算 6 100対1補助体制加算 1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>	<p>【医師事務作業補助体制加算】(入院初日)</p> <p>1 15対1補助体制加算 810点 2 20対1補助体制加算 610点 3 25対1補助体制加算 490点 4 30対1補助体制加算 410点(新) 5 40対1補助体制加算 330点(新) 6 50対1補助体制加算 255点 7 75対1補助体制加算 180点 8 100対1補助体制加算 138点</p> <p>[施設基準]</p> <p>1 15対1補助体制加算、2 20対1補助体制加算 第三次救急医療機関、小児救急医療拠点病院、総合周産期母子医療センター、年間の緊急入院患者数が800名以上の実績を有する病院</p> <p>3 25対1補助体制加算、4 30対1補助体制加算、5 40対1補助体制加算 1の施設基準を満たしていること又は災害拠点病院、へき地医療拠点病院、地域医療支援病院、年間の緊急入院患者数が200名以上の実績を有する病院、全身麻酔による手術件数が年間800件以上の病院</p> <p>6 50対1補助体制加算、7 75対1補助体制加算、8 100対1補助体制加算 1又は2の施設基準を満たしていること若しくは年間の緊急入院患者数が100名以上の実績を有する病院</p>

急性期看護補助体制加算

現行の急性期看護補助体制加算1(50対1)の配置基準を上回る25対1の看護補助者を雇用・配置している場合及び夜勤帯に看護職員や看護補助者を手厚く配置している場合の評価を新設する。

改定後

(新) 急性期看護補助体制加算1 25対1(1日につき、14日を限度)

イ 看護補助者が5割以上※の場合 160点

ロ 看護補助者が5割未満※の場合 140点

※急性期看護補助体制加算1(25対1)の届出に必要な看護補助者全体(常勤換算)に占める看護補助者の割合

改定前

【急性期看護補助体制加算】(1日につき)

1 急性期看護補助体制加算1(50対1) 120点

2 急性期看護補助体制加算2(75対1) 80点

改定後

【急性期看護補助体制加算】(1日につき)

1 急性期看護補助体制加算1(25対1)

イ 看護補助者5割以上 160点(新)

ロ 看護補助者5割未満 140点(新)

2 急性期看護補助体制加算2(50対1) 120点

3 急性期看護補助体制加算3(75対1) 80点

【算定要件】 急性期看護補助体制加算1

① 急性期医療を担う病院であること。

② 看護必要度の基準を満たす患者を、7対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割5分以上、10対1入院基本料を算定する病棟にあっては1割以上入院させる病棟であること。ただし、平成24年3月31日まで7対1入院基本料を算定し、平成24年4月1日以降に新7対1入院基本料の要件を満たさないが、経過措置として新7対1入院基本料の点数を算定する病棟については算定できない。

③ 病院勤務医及び看護職員の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制が整備されていること。

看護補助者夜間配置加算

改定後

(新) 看護補助者夜間配置加算(1日につき、14日を限度)

イ 入院患者数※に対して常時 50対1以上 10点

ロ 入院患者数※に対して常時100対1以上 5点

※同一入院基本料を算定している病棟の入院患者数

[算定要件]

新たな急性期看護補助体制加算1、2、3を算定している病棟であること。

(新) 看護職員夜間配置加算 50点(1日につき、14日を限度)

[施設基準]

①急性期看護補助体制加算1を算定している病棟であること。

②当該病棟における看護職員の数は、夜勤の時間帯も含め、常時当該病棟の入院患者の数が12又はその端数を増すごとに1以上であること。

13対1の看護補助加算

医師と看護職員との役割分担を推進するため、13対1入院基本料を算定している病棟においても、看護必要度の基準を満たす患者が一定割合以上入院している場合、より手厚い看護補助加算1(30対1)を算定できるよう見直しを行う。

改定前	改定後
<p>【看護補助加算1】(1日につき) 109点 [施設基準] 15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。</p>	<p>【看護補助加算1】(1日につき) 109点 [施設基準] <u>13対1入院基本料</u>、15対1入院基本料、18対1入院基本料又は20対1入院基本料を算定する病棟であること。</p>

[算定要件]

13対1入院基本料を算定している病棟において看護補助加算1を算定する場合には、看護必要度の基準を満たす患者を、1割以上入院させていること。

重点課題1

医療従事者等の負担軽減

チーム医療

病院勤務医の負担を軽減する体制の評価

- (現行)
- ①総合入院体制加算
 - ②医師事務作業補助体制加算
 - ③ハイリスク分娩管理加算
 - ④急性期看護補助体制加算
 - ⑤栄養サポートチーム加算
 - ⑥呼吸ケアチーム加算
 - ⑦小児入院医療管理料1及び2
 - ⑧救命救急入院料 注3に掲げる加算を算定する場合

(新たに要件を加える項目)

- ⑨総合周産期特定集中治療室管理料
- ⑩(新) 小児特定集中治療室管理料
- ⑪(新) 精神科リエゾンチーム加算
- ⑫(新) 病棟薬剤業務実施加算
- ⑬(新) 院内トリアージ実施料
- ⑭(新) 移植後患者指導管理料
- ⑮(新) 糖尿病透析予防指導管理料
- ⑯(改) 感染防止対策加算

2010年診療報酬改定と チーム医療加算

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



①感染防止対策加算

感染防止対策チーム(ICT)加算



医療安全対策の推進について②

感染防止対策の充実

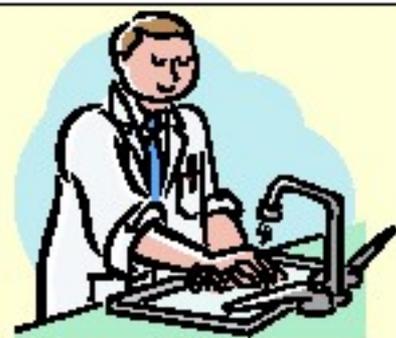
- 感染症の専門的な知識を有する医療関係職種から構成されるチームによる抗生剤の適正使用の指導・管理等の取組の評価

① **新 感染防止対策加算 100点**

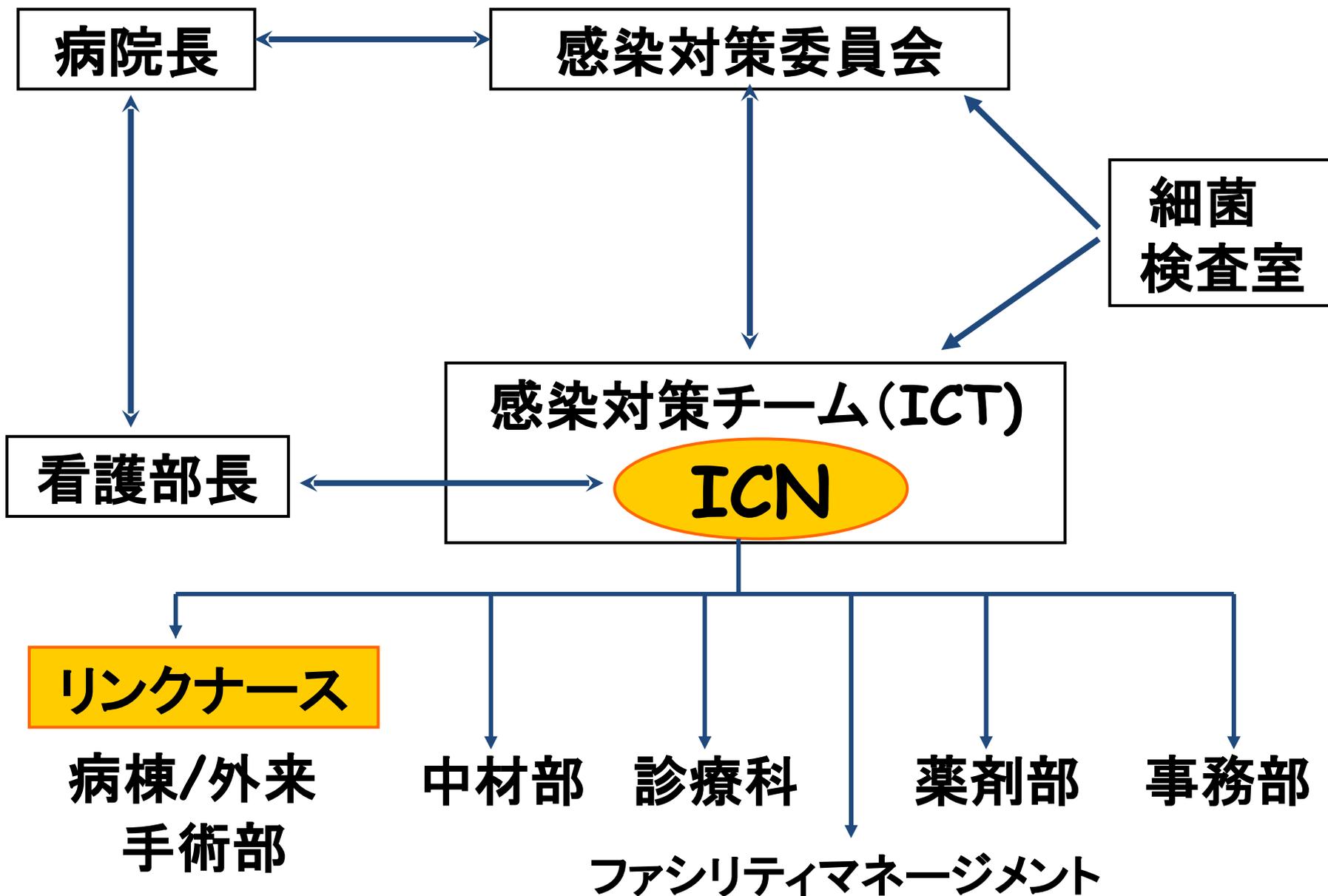
1回／週程度の病棟回診、院内感染状況の把握、抗生剤の適正使用、職員の感染防止等を行う。

[施設基準]

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



うち 1名専従
1名専任



感染対策チームに求められる活動内容

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

ICDの
働き

サーベイランスの種類

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

感染防止対策加算

感染防止対策加算について、医療安全対策加算とは別の評価体系に改める。また、感染防止対策チームの人員要件を緩和した感染防止対策加算2を新設し、感染防止対策加算2を算定している医療機関は感染防止対策加算1を算定する医療機関と連携していることとする。

改定後

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 感染防止対策加算2 100点(入院初日)

[施設基準]

感染防止対策加算1

- ① 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ② 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有し、感染管理に係る適切な研修を終了した専任の看護師(医師又は看護師のうち1名は専従)、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算2を算定する医療機関と合同の感染防止対策に関する取組を話し合うカンファレンスを開催していること。
- ④ 感染防止対策加算2を算定する医療機関から感染防止対策に関する相談を適宜受け付けること。

感染防止対策加算2

- ① 一般病床の病床数が300床未満の医療機関であることを標準とする。
- ② 専任の院内感染管理者が配置されており、感染防止に係る部門を設置していること。
- ③ 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師、5年以上感染管理に従事した経験を有する専任の看護師(医師、看護師とも専任で差し支えない)、3年以上の病院勤務経験を持つ感染防止対策にかかわる専任の薬剤師、3年以上の病院勤務経験を持つ専任の臨床検査技師からなる感染防止対策チームを組織し、感染防止に係る日常業務を行うこと。
- ④ 年に4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関が開催する感染防止対策に関するカンファレンスに参加していること。

感染防止対策加算の新設に合わせて、医療安全対策加算の感染防止対策加算を廃止する。

感染防止対策地域連携加算

感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が連携して相互に感染防止に関する評価を行った場合の加算を新設する。

改定後

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

[施設基準]

- ① 感染防止対策加算1を算定していること。
- ② 感染防止対策加算1を算定している医療機関同士が連携し、年1回以上、互いの医療機関に赴いて、相互に感染防止対策に係る評価を行っていること。

②呼吸ケアチーム加算



呼吸ケアチーム加算

一般病棟において、医師、看護師、臨床工学技士、理学療法士などからなるチームにより、人工呼吸器の離脱に向け、適切な呼吸器設定や口腔状態の管理等を総合的に行う場合の評価を新設する。

① 呼吸ケアチーム加算 150点(週1回)

[算定要件]

人工呼吸器離脱のための呼吸ケアに係る専任のチームによる診療が行われた場合に週1回に限り算定する。

[対象患者]

- (1) 48時間以上継続して人工呼吸器を装着している患者
- (2) 人工呼吸器装着後の一般病棟での入院期間が1か月以内であること。

[施設基準]

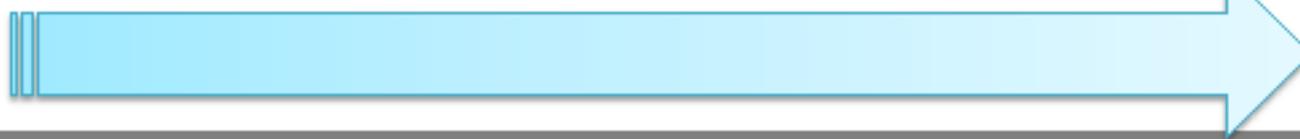
当該保険医療機関内に、専任の①～④により構成される呼吸ケアチームが設置されていること。

- ① 人工呼吸器管理等について十分な経験のある医師
- ② 人工呼吸器管理等について6か月以上の専門の研修を受けた看護師
- ③ 人工呼吸器等の保守点検の経験を3年以上有する臨床工学技士
- ④ 呼吸器リハビリテーションを含め5年以上の経験を有する理学療法士

呼吸ケアチームによる人工呼吸器の管理の例

病棟医による呼吸器設定等の管理
病棟の看護師による日常のケア

挿管



抜管



診療計画書に基づいた呼吸ケアチームによるケアの提供



呼吸ケアチーム
による回診

呼吸ケアチームの構成員

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

VAP
予防

呼吸ケアチームにより提供される診療の内容

- 抜管に向けた適切な鎮静や呼吸器の設定について、病棟医と人工呼吸器管理等に十分な経験を有する医師で相談
- 人工呼吸器の安全管理(臨床工学技士等)
- 口腔内の衛生管理(歯科医師、看護師、歯科衛生士等)
- 適切な排痰管理(看護師等)
- 廃用予防(看護師、理学療法士等)
- 呼吸器リハビリテーション(理学療法士等)

期待される効果の例 ・人工呼吸器関連肺炎の減少、人工呼吸期間短縮、再挿管率の減少等

呼吸ケアチームの役割は VAP(人工呼吸器関連肺炎)予防

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

昭和大学病院VAPチーム

エキスパートの知恵を結集して呼吸器ケアの質向上をめざす



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



日米VAPセミナー

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



VAP(人工呼吸器関連肺炎) サベールランス

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

③栄養サポートチーム加算



管理栄養士

栄養サポートチーム加算①

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

新 栄養サポートチーム加算 200点(週1回)

[対象患者]

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

[施設基準]

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

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

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

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

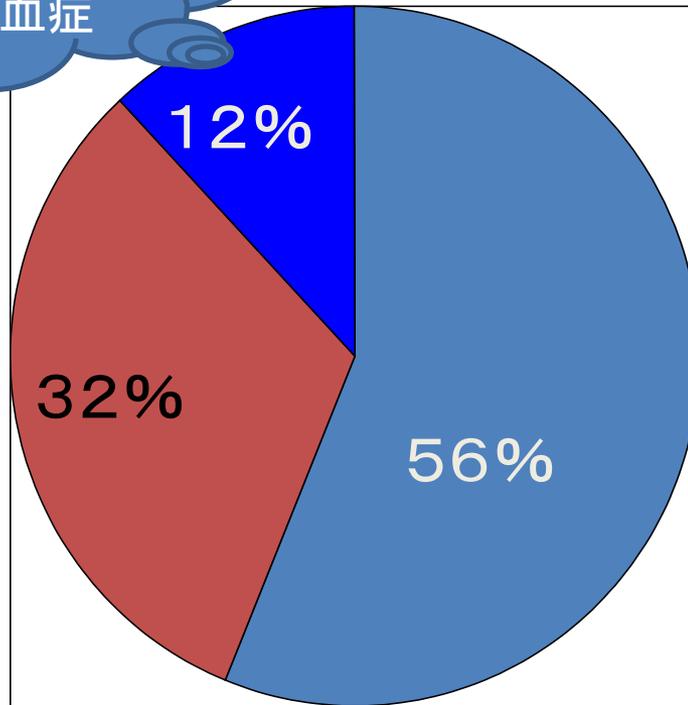
栄養サポートチームと 病院の栄養問題

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



高齢者入院患者の低アルブミン血症 (ある420床の急性期病院)

高齢入院患者
の12%が低ア
ルブミン血症



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

栄養サポートチーム

全病的に行う栄養マネジメント・チーム



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

栄養ケアサポートチームと栄養ケアマネジメント

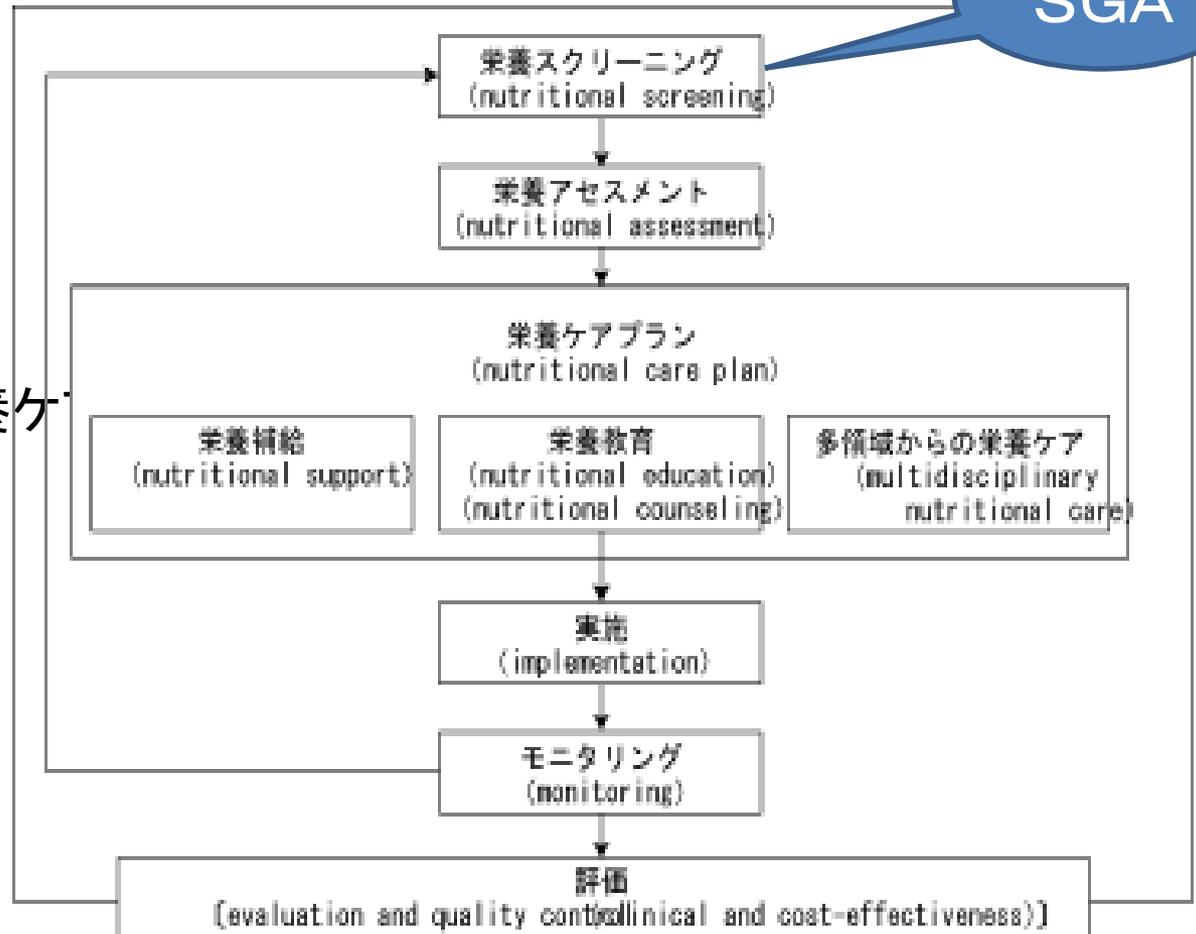
PDCAサイクルを回転する！

栄養ケアマネジメントの6段階

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

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

SGA



SGA(主観的包括的アセスメント)

• 問診・病歴(患者の記録)

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

• 理学的所見

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

栄養サポートチーム加算

栄養サポートチーム加算について、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、専門病院入院基本料(13対1)及び療養病棟入院基本料算定病棟でも算定可能とする。ただし、療養病棟入院基本料算定病棟においては入院の日から起算して6月以内のみ、算定可能とし、入院2月以降は月1回に限り算定可能とする。

改定前	改定後
<p>【栄養サポートチーム加算】(週1回) 200点 [算定可能病棟] 一般病棟入院基本料(7対1、10対1)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1)</p>	<p>【栄養サポートチーム加算】(週1回) 200点 [算定可能病棟] 一般病棟入院基本料(7対1、10対1、<u>13対1、15対1</u>)、特定機能病院入院基本料(一般病棟)、専門病院入院基本料(7対1、10対1、<u>13対1</u>)、<u>療養病棟入院基本料</u> <u>ただし、療養病棟については、入院日から起算して6月以内に限り算定可能とし、入院1月までは週1回、入院2月以降6月までは月1回に限り算定可能とする。</u></p>

2012年診療報酬改定

于一ム医療新設加算

糖尿病、認知症のチーム医療 (日本看護協会要望)

- 2012年診療報酬改定へ向けての要望
- 糖尿病チームケア加算
 - 糖尿病診療に関する連携体制の整備と糖尿病の合併症予防などを実施する場合に評価する
- 認知症患者管理加算
 - 一般病棟での認知症看護の専門性を評価、多職種チームによる認知症ケアを評価

糖尿病透析予防指導管理料

糖尿病患者に対し、外来において、透析予防診療チームで行う透析予防に資する指導の評価を新設する。

改定後

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点

[算定要件]

ヘモグロビンA1c(HbA1c)が6.1%(JDS 値)以上、6.5%(国際標準値)以上又は内服薬やインスリン製剤を使用している外来糖尿病患者であって、糖尿病性腎症第2期以上の患者(透析療法を行っている者を除く)に対し、透析予防診療チームが透析予防に係る指導管理を行った場合に算定する。

[施設基準]

- ① 以下から構成される透析予防診療チームが設置されていること。
 - ア 糖尿病指導の経験を有する専任の医師
 - イ 糖尿病指導の経験を有する専任の看護師又は保健師
 - ウ 糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士
- ② 糖尿病教室等を実施していること。
- ③ 一年間に当該指導管理料を算定した患者の人数、状態の変化等について報告を行うこと。

院内トリアージ

夜間、深夜、休日の救急外来受診患者に対し、患者の来院後速やかにあらかじめ定めた院内トリアージ実施基準に基づき、院内トリアージを実施した場合の評価を新設する。

改定後

(新) 院内トリアージ実施料 100点

[算定要件]

当該保険医療機関の院内トリアージ基準に基づいて専任の医師または専任の看護師により患者の来院後速やかに患者の状態を評価し、患者の緊急度区分に応じて診療の優先順位付けを行う院内トリアージが行われた場合に算定する。

[施設基準]

- ①院内トリアージの実施基準を定め、定期的に見直しを行っている。
- ②患者に対して、院内トリアージの実施について説明を行い、院内の見やすいところへの掲示等により周知を行っている。
- ③専任の医師または救急医療に関する3年以上の経験を有する専任の看護師が配置されている。

院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止する。

精神科リエゾンチーム加算

一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価を新設する。

改定後

(新) 精神科リエゾンチーム加算 200点(週1回)

[算定要件]

- ①一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した者が対象。
- ②精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンス実施(月1回程度)、精神療法・薬物治療等の治療評価書の作成、退院後も精神医療(外来等)が継続できるような調整等を行う。
- ③算定患者数は、1チームにつき1週間で概ね30人以内とする。

[施設基準]

当該保険医療機関内に、①～③により構成される精神科リエゾンチームが設置されていること。

- ①精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ②精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

移植後患者指導管理料

臓器移植後、造血幹細胞移植後の外来における医学管理の手間を勘案し、医師、専門性の高い看護師等のチームによる医学管理に対する評価を新設する。

改定後

(新) 移植後患者指導管理料

1 臓器移植後患者指導管理料 300点(月1回)

2 造血幹細胞移植後患者指導管理料 300点(月1回)

[対象患者]

1 臓器移植後患者指導管理料

臓器移植後の患者

2 造血幹細胞移植後患者指導管理料

造血幹細胞移植後の患者

[施設基準]

当該保険医療機関内に、専任の①～③により構成される臓器・造血幹細胞移植に係るチームが設置されていること。

1 臓器移植後患者指導管理料

①臓器移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②臓器移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③臓器移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

2 造血幹細胞移植後患者指導管理料)

①造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤医師

②造血幹細胞移植に係る所定の研修を修了した常勤看護師

③造血幹細胞移植に係る十分な経験を有する常勤薬剤師

(研修については、日本造血細胞移植学会等の実施する臓器・造血幹細胞移植に係る研修の修了者を想定)

外来緩和ケア管理料

がん患者がより質の高い療養生活を送ることができるよう、外来における緩和ケア診療の評価を新設する。

改定後

(新) 外来緩和ケア管理料 300点

[算定要件]

がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与しているがん患者に対して、緩和ケアチームが外来で緩和ケアに関して必要な診療を行った場合に算定する。

[施設基準]

①当該保険医療機関内に以下の4名から構成される専従の緩和ケアチームが設置されている。ただし、緩和ケア診療加算における緩和ケアチームと兼任であっても差し支えない。

ア身体症状の緩和を担当する常勤医師

イ精神症状の緩和を担当する常勤医師

ウ緩和ケアの経験を有する常勤看護師

エ緩和ケアの経験を有する薬剤師

② ①にかかわらず、①のア又はイのうちいずれかの医師及びエの薬剤師については、緩和ケアチームに係る業務に関し専任であって差し支えないものとする。

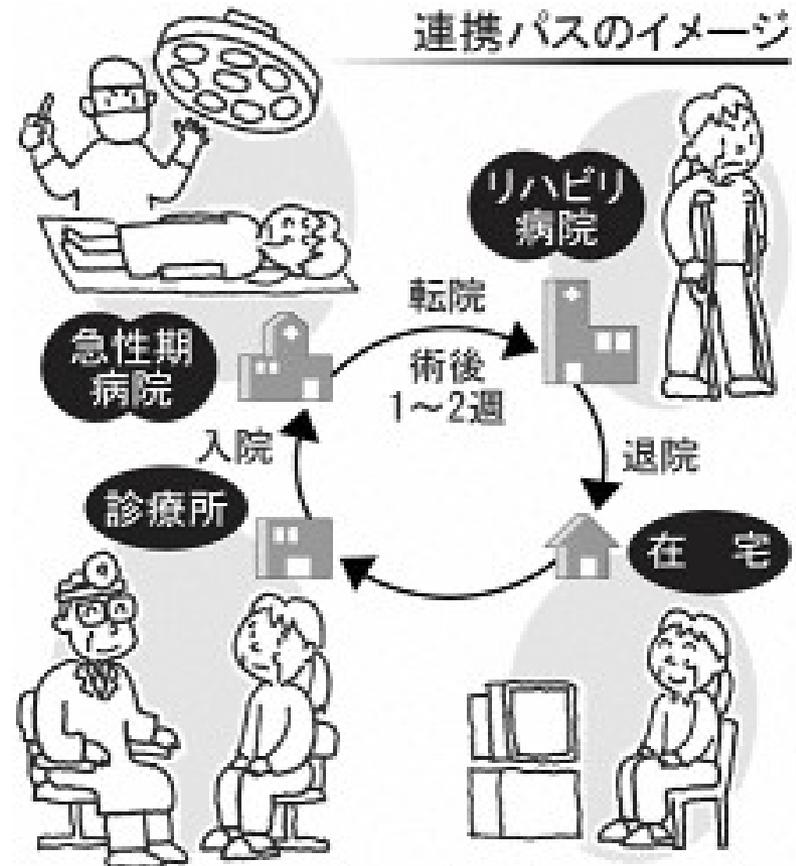
地域連携クリティカルパスとは？

- 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

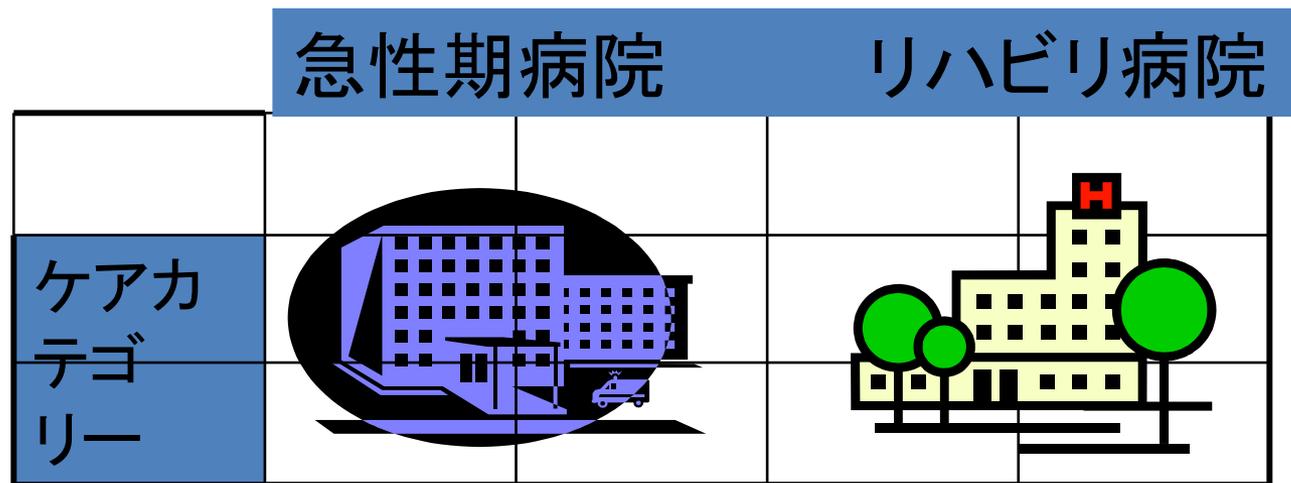
- 地域連携クリティカルパスの目的

- ガイドラインに基づく医療の地域への普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担



地域連携クリティカルパス

2003年熊本市の「シームレスケア研究会」で急性期病院とリハビリ病院を結ぶ整形疾患のクリティカルパスから作られ始めた



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がんで診療報酬に導入

2012年診療報酬改定と クリティカルパス

- ①院内クリティカルパスを入院診療計画へ代替
- ②地域連携クリティカルパスの退院調整への応用と疾病拡大

①入院診療計画を 院内クリティカルパスで代替

- 入院診療計画を院内クリティカルパスで代替
 - 入院診療計画を一定の基準を満たしたクリティカルパスで代替することができる。
- 入院診療計画書とは
 - 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること
 - 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること
 - 患者が入院した日から起算して7日以内に当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され説明がなされるものであること

入院診療計画書

別紙2

別紙2の2

入院診療計画書

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援 計画 ・入院期間の見込み等	

在宅復帰
支援計画

退院へ向け
た
支援計画

- 注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
 注3) *印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。
 注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

院内クリティカルパスで入院診療計画書を代用

②地域連携クリティカルパスの 退院調整への応用と疾病拡大

- 退院調整への地域連携クリティカルパスの応用
 - 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリティカルパスでも、一定の基準をみたしている場合や、退院調整クリティカルパスや退院時共同指導を行った場合に評価を行ってはどうか？
- 地域連携クリティカルパスの疾病拡大
 - 地域連携クリティカルパスを退院後の治療のより総合的な管理手法として、現行の大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん以外の疾患にも拡大して適応してはどうか？
- (新設)地域連携計画加算(300点)

(新設)地域連携計画加算(300点)

- 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

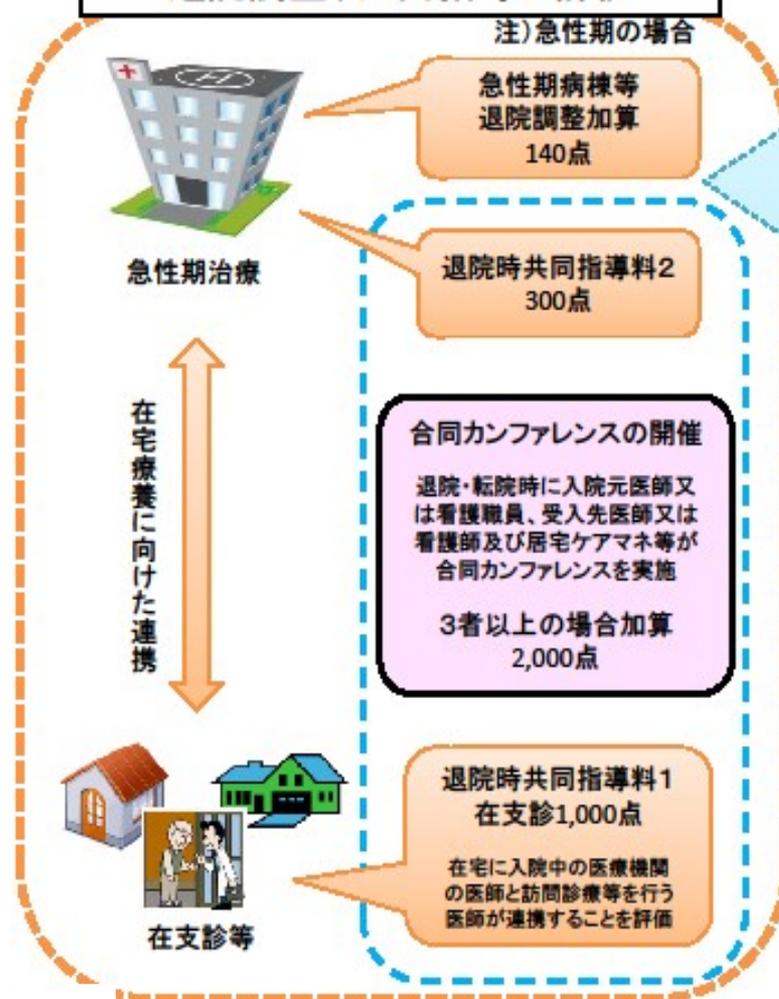
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

地域連携クリティカルパスで評価

退院調整、共同指導で評価



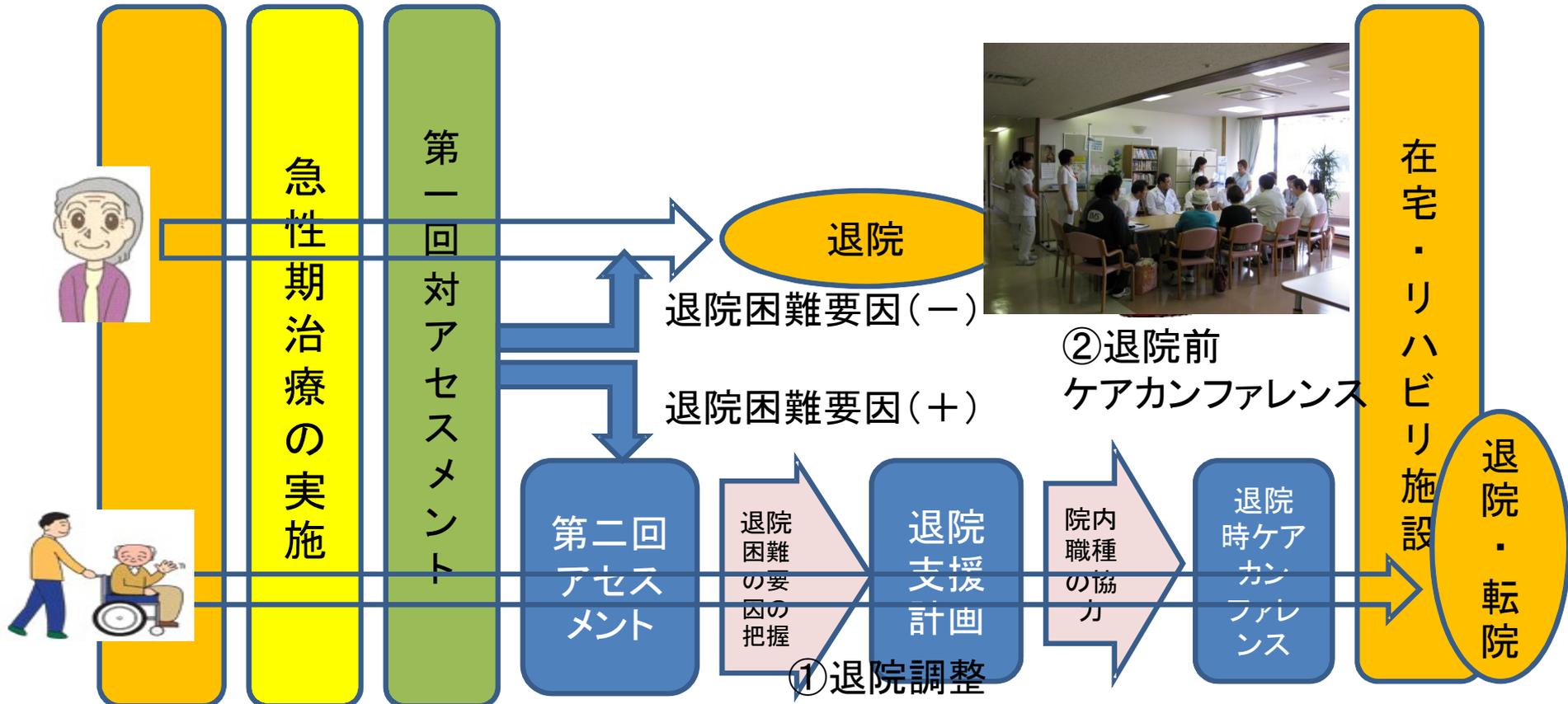
地域連携クリティカルパス

一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の
を活用して、退院調整を行っている。

退院支援の流れ

入院

退院患者の約6%は退院困難を抱えている



院内クリティカルパス・地域連携クリティカルパス

退院調整の必要な患者

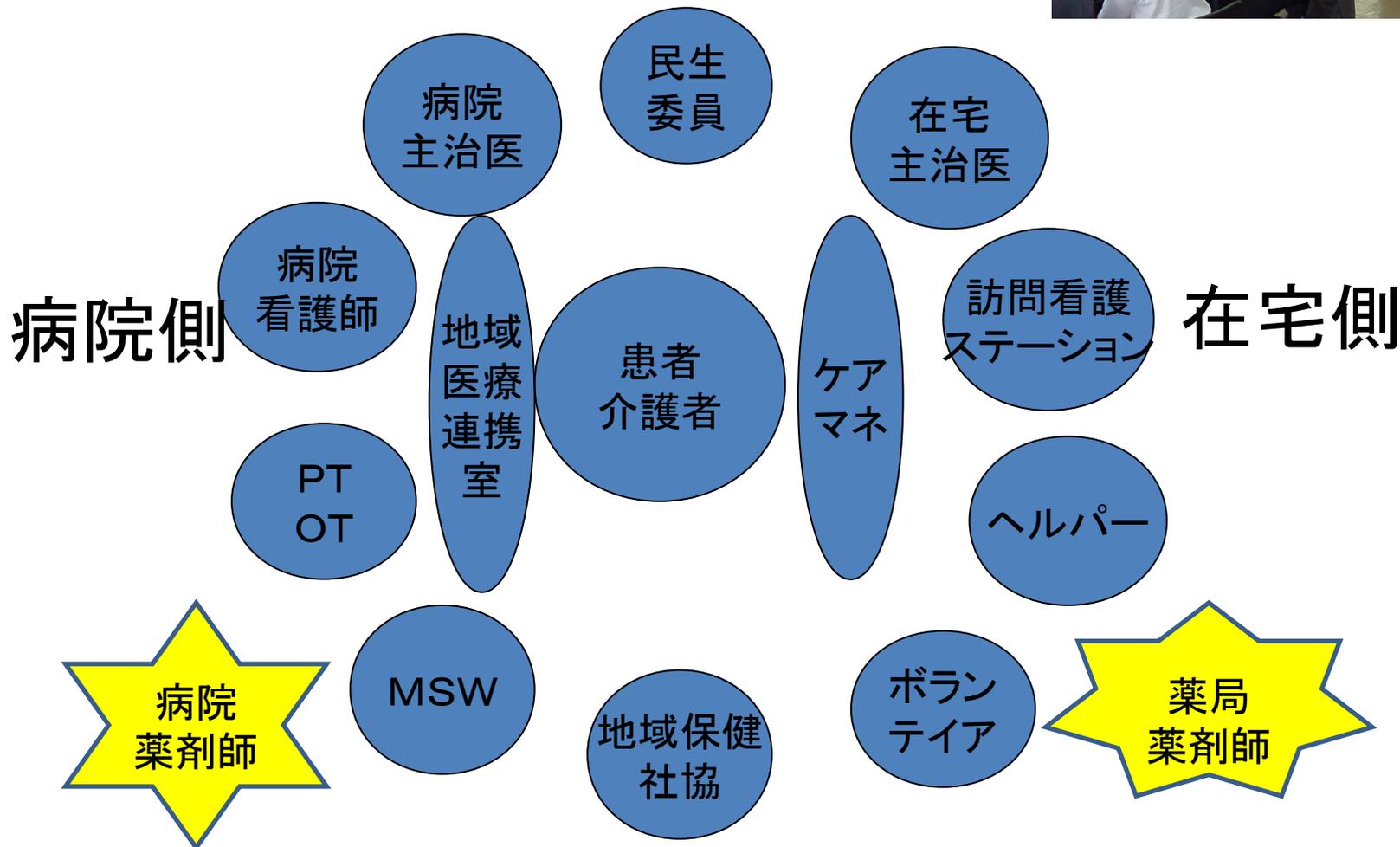
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

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

がん地域連携パス

①病・病連携パス

②病・診連携パス

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

2010年
診療報酬改定



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

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

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。



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

①病・病連携パス

がん拠点病院と一般病院の
がん化学療法による連携



埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター



外来化学療法で
外来が手一杯！

大腸癌
Folfox, Folfiri
連携パス



13病院と連携



医療法人直心会帯津三敬病院

地域連携による癌化学療法のメリット

- クリティカルバスの活用で、連携先でもがん診療連携拠点病院と同じ治療が受けられる
- 連携先での治療とフォローアップ情報が、がん診療連携拠点病院スタッフにも共有される
- 化学療法による短期入院が必要な治療(FOLFOX、FOLFIRI)は連携先で受け入れてもらえる
- 患者さんは自宅近くの病院で化学療法が受けられる
- がん診療連携拠点病院では満たされない患者さんのニーズが連携先で満たされる

地域連携のmFOLFOX6用 クリティカルバス

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
性別	男
年齢	65歳
病歴	大腸癌(直腸癌) 術後1年経過
治療方針	再発予防のための化学療法
薬剤	5-FU, Oxaliplatin, Leucovorin
投与量	5-FU 400mg/m ² (D1, D2), Oxaliplatin 85mg/m ² (D1), Leucovorin 5mg/m ² (D1)
副作用	嘔吐、下痢、手足しびれ、骨髄抑制
フォローアップ	投与後7-14日経過観察



連携先の案内状

平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定された埼玉医科大学総合医療センターでは、クリティカルバスを活用しながら、地域の病院やクリニックとの医療連携による癌化学療法を実施しています。同センターの石田秀行先生に、連携先の条件や具体的な連携内容、医療連携クリティカルバスのメリット、患者さんの反応などについて紹介いただきました。

②病・診連携パス

二人主治医制

がんの
地域連携

⇒主治医2人制度

かかりつけ医

情報交換

がん診療連携
拠点病院

外来治療



入院治療

がん診療連
携拠点病院

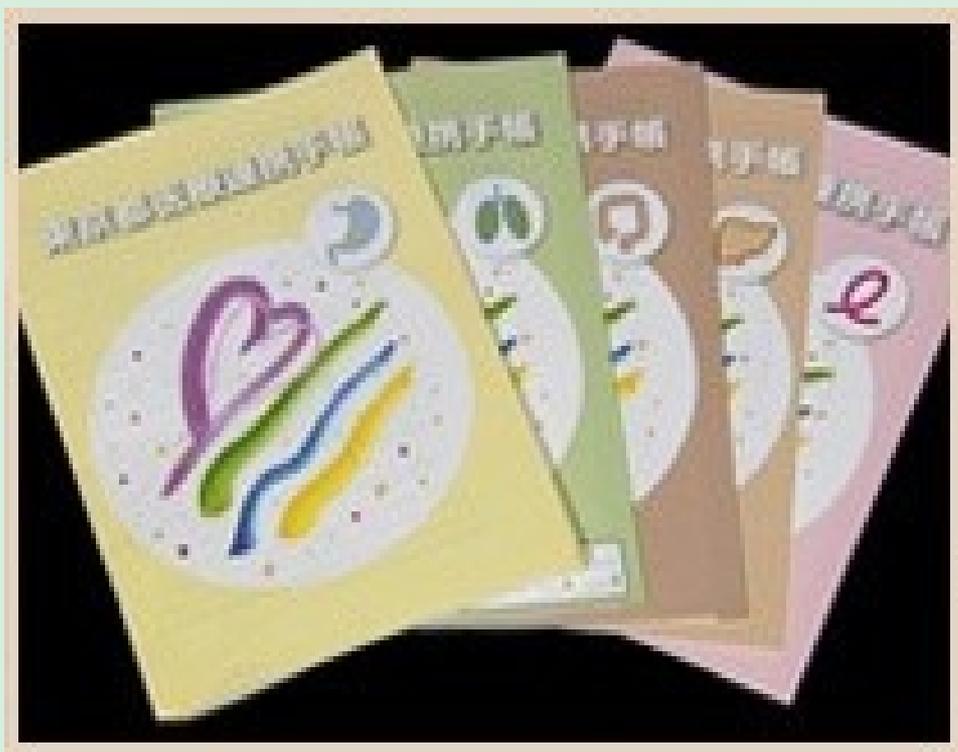


かかりつけ医と専門医の役割分担

- 1. かかりつけ医の役割
 - 日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当
 - がんやがん以外にお持ちの病気、高血圧、糖尿病などの診療を担当
 - 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
 - 2) 定期的なお薬の処方
 - 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
 - 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療
- 専門医の役割
 - 年に何回か病院に通院して、精密検査と診察を行います
 - 精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など
 - 検査結果
 - 「私のカルテ」内に記載して、かかりつけ医に報告
 - また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります

東京都の医療連携手帳

5大がん(胃、大腸、乳、肺、肝がん)＋前立腺がん
地域連携クリティカルパス



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！—



○ この手帳に対するご意見

「東京都医療連携手帳」に対するご意見がありましたら、下記までお寄せください。

E-mail : path@ciok.jp

FAX : 03 (6388) 1438

(東京都がん診療連携協議会クリティカルパス部会事務局)

郵送 : 〒163-8001 東京都西新井2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課がん対策係

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@cick.jp

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

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。

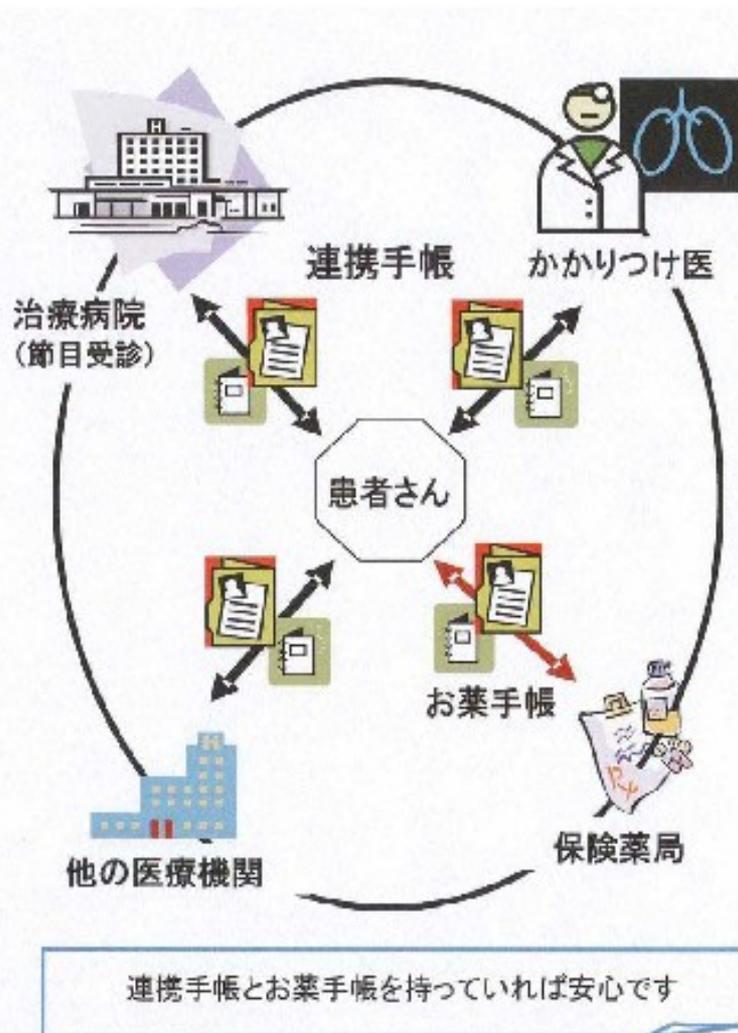
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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が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



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)

手術記録

手術日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

術式 開腹・腹腔鏡（補助）下
 幽門保留胃切除・胃全摘・幽門保留胃切除・
 幽門保存胃切除・分節胃切除・部分切除

郭清 D0・D1・D1+ α ・D1+ β ・D2・D3

再建

幽門保留胃切除後

B-I



B-II



Roux en Y



PPG(幽門嚢嚢)



胃全摘後

空腸吻合



Roux en Y



幽門保留胃切除後
空腸吻合



食道胃吻合



浸透度

T () N HOPDCY M0

(リンパ節転移個数 ____ / ____)

Stage IA・IB

その他特記事項（通院時）

クレアチニン値 ____ mg/dl

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前に行います
- 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	0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					◎			◎			◎		◎

港区医師会がん連携パス説明会

- 2010年9月28日
 - 港区医師会でがん連携パス説明会を開催
 - 地域連携担当理事の臼井先生
 - 地方厚生局への登録の手続きなどについて
 - 意見交換



港区医師会地域連携担当理事
臼井先生

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

2012年診療報酬改定

がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



がんの治療目的に入院した患者に対して退院時に算定できるが、**当該病院で外来フォローアップを行った後**に連携医療機関に紹介した等の場合には算定できない。



計画策定病院

がん診療連携拠点病院等

手術後に拠点
病院で外来
フォローアップ

退院後に拠点
病院で外来
化学療法

退院後すぐに紹介

算定可

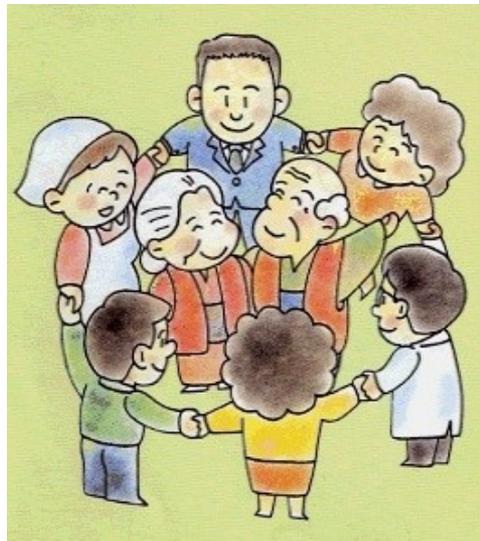
算定不可



連携医療機関

パート5

2012年診療報酬改定と 訪問看護



訪問看護ステーション



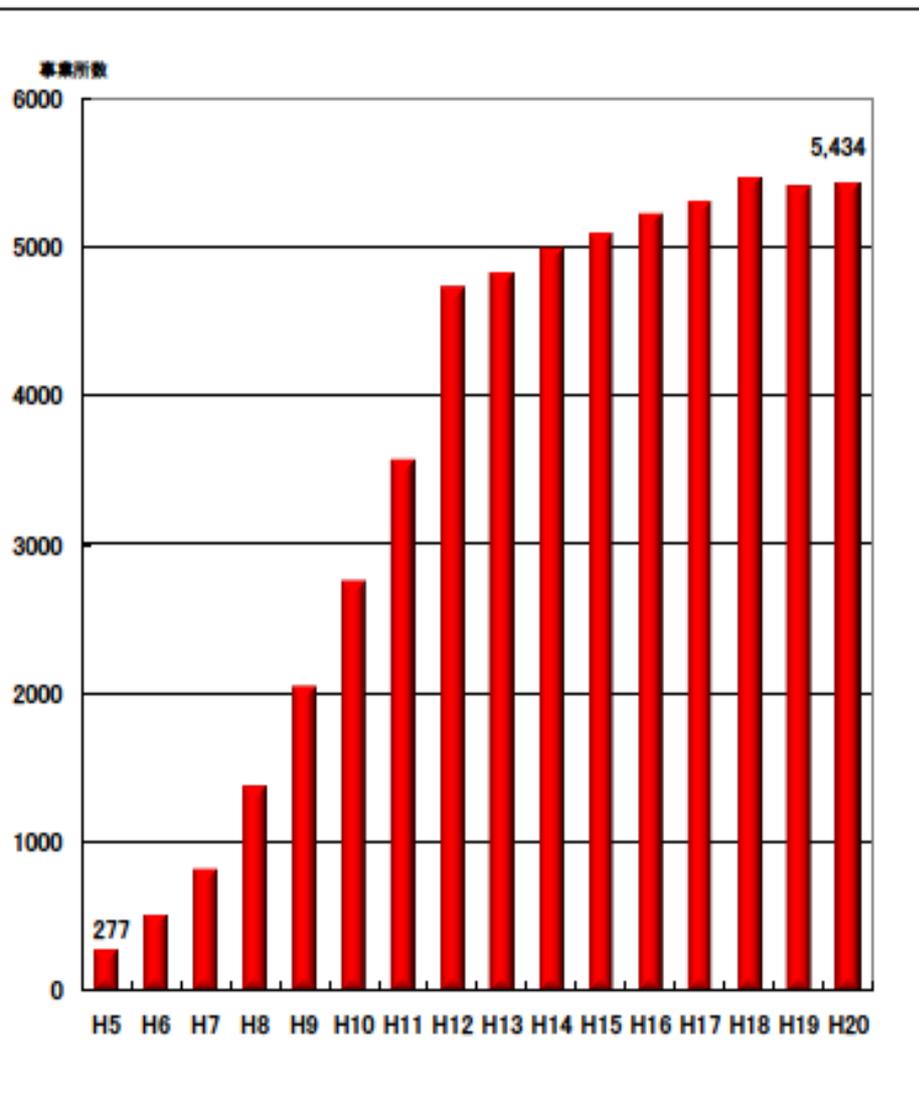
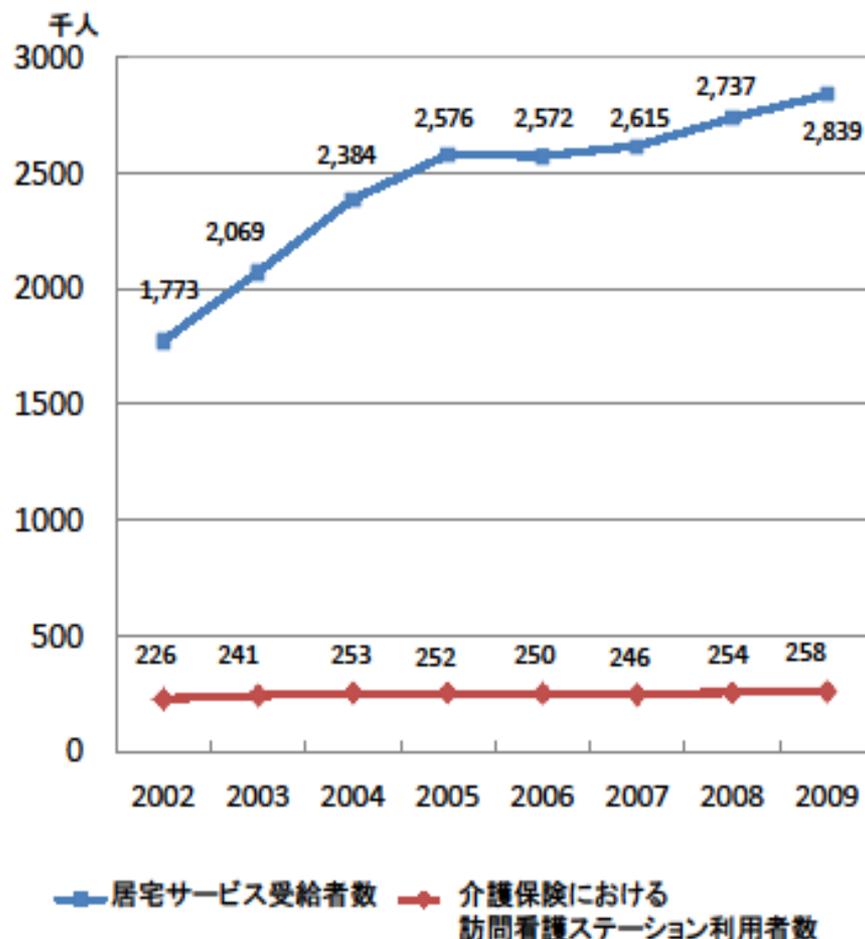
伸びなやむ訪問看護ステーション

訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

■ 訪問看護ステーション数の変化

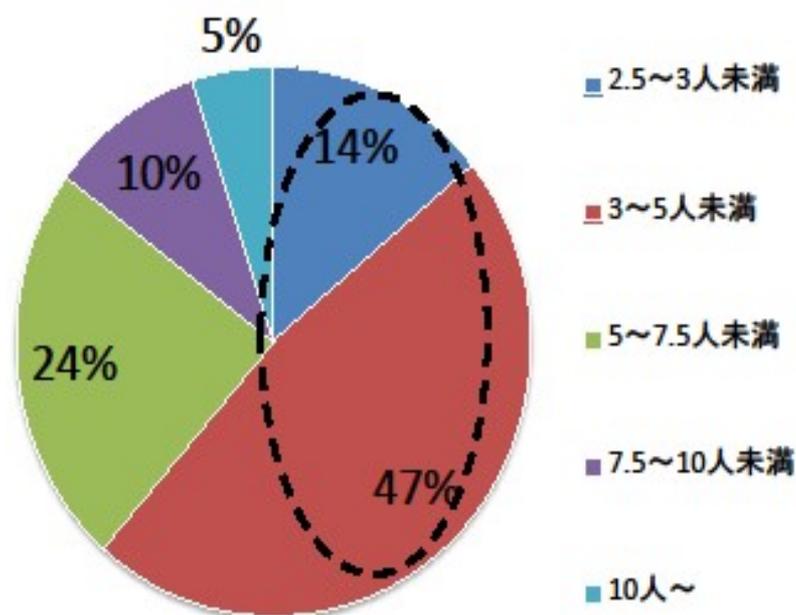
居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



訪問看護事業所の規模別状況①

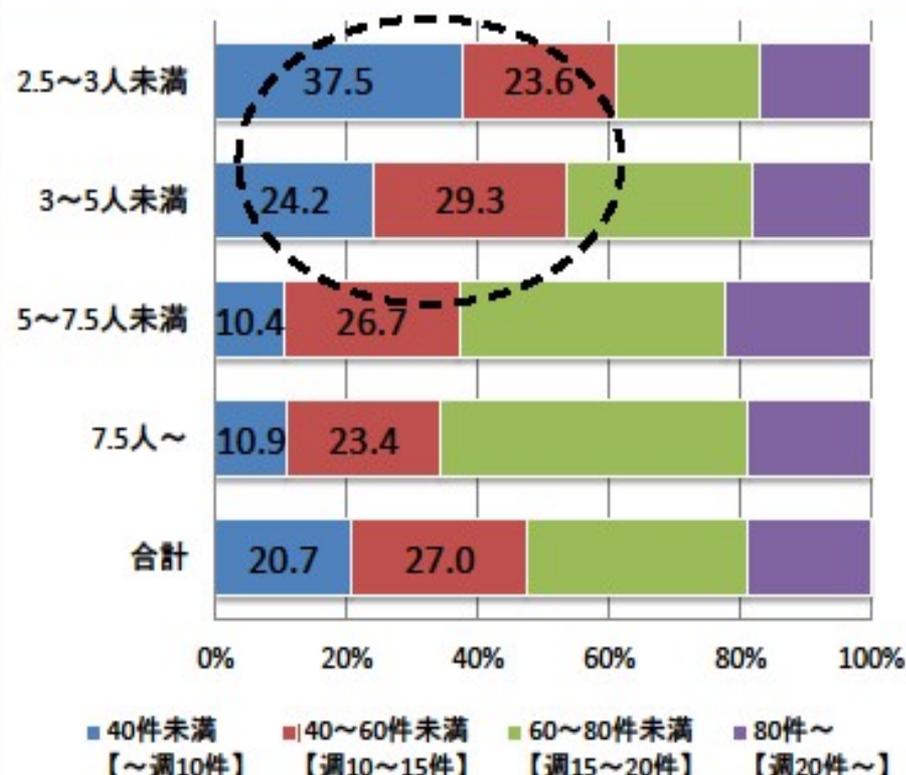
- 5人未満の小規模な訪問看護事業所が約60%を占めている。
- 小規模な訪問看護事業所であるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員※数規模別にみた
職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)



伸び悩み要因

①人材の確保・定着の課題

- ▶ 高い離職率、人材確保の難しさ
- ▶ 確保・定着の問題の背景には、処遇の悪さ
- ▶ 新人看護職員を教育・育成する体制が不足

②事業運営の課題

- ▶ 医療保険と介護保険で制度的な齟齬があり、経営管理が難しい
- ▶ 直接的ケア以外に周辺業務が多く、看護職がそれらの業務に携わっている場合は多くの訪問ができない

③ケアマネジメントの課題

- ▶ ケアマネジャーは、「支給限度額」「訪問看護の必要性の判断」に課題を感じている

訪問看護の現状の課題

- 退院直後などの医療ニーズの高い患者への訪問看護が十分でない
 - 退院後、病状が落ち着くまでに1週間以上2週間未満の期間が必要
- 5人未満の小規模訪問看護ステーションが65%を占めている。職員数が少ないと24時間対応の負担が大きい
- 環境整備や体位変換など「看護職員以外の実施可能」な業務が一定程度ある
- 訪問看護ステーションから看護職員と介護職員の2名以上で訪問したケースが3割を占めるが、複数名訪問看護加算は同行者が看護補助者や介護職員では算定できない

訪問看護改訂の方向

- 医療ニーズの高い患者への手厚い訪問看護に対する評価
 - 要介護認定者であっても例外的に医療保険の適応となる「特別訪問看護指示書」に基づく訪問看護について、指示書を交付できる対象を拡大
- 複数名訪問看護加算の要件を緩和
 - 複数名訪問看護加算の要件を緩和し、看護補助者や介護職員が同行した場合の点数を新設

特別訪問看護指示加算(100点)

- 医療依存度の高い状態の要介護被保険者等である患者に対し、退院直後の2週間に限り、特別訪問看護指示に基づき訪問看護が提供できることを明示する。
- 算定要件
 - 患者の主治医が、診療に基づき急性増悪、終末期、退院直後等の事由により、週4回以上の頻回の指定訪問看護を一時的に当該患者に対して行う必要性を認めた場合であって、特別訪問看護指示書を当該患者が選定する訪問看護ステーションに対して交付した場合に算定する

複数名訪問看護加算

- 複数名訪問看護加算
 - イ 看護師等が他の保健師、助産師又は看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 430点
 - ロ 看護師等が他の准看護師と同時に訪問看護・指導を行う場合 380点
 - ハ 看護師等が看護補助者と同時に訪問看護・指導を行う場合 300点(新)



Visiting Nurse Service of New York

ニューヨークに約70ある在宅ケアエージェンシーのうち、
非営利団体としては最大の組織。

ニューヨーク訪問看護サービス (VNSNY) の事業規模とスタッフ

• 訪問看護サービス

- ケアの対象は、新生児から95歳以上の高齢者まで。自立、回復期リハビリ状態、要介護者、終末期まで。
- 毎日約31,000人への訪問を、総勢12,330人のスタッフが提供している
- 1年間でのべ11万人以上の患者に、220万件訪問(2005年実績)

• スタッフ

- 看護師(2505人)、リハビリセラピスト(695人)、ソーシャルワーカー(594人)、ヘルパー(5777人)、栄養士(136人)、医師、心理療法士など

• ICT

- 多職種チームをコーディネートするためにICT化が必須
- ICT機器によって、文書整理・集計・サマリー作成作業など大幅に省力化した。自社「ペンタブレット」を開発

ニューヨーク訪問看護サービス Visiting Nurse Services of NY (VNSNY)

- 1893年、2人の若い看護師が、貧しい人たちの結核のために設立した。
 - リリアン・ウォルドとマリー・ブリュスター
- 以来120年、今ではニューヨーク中から近郊までカバーし、ニューヨークに約70ある在宅ケア事業所のうち、非営利団体としては最大。



VNSNYの創始者リリアンが、近道をするため マンハッタンのビルの屋上から患者宅を訪問



1890年代のマンハッタン

そして現在のVNSNYの 訪問看護師さんたち



パート5

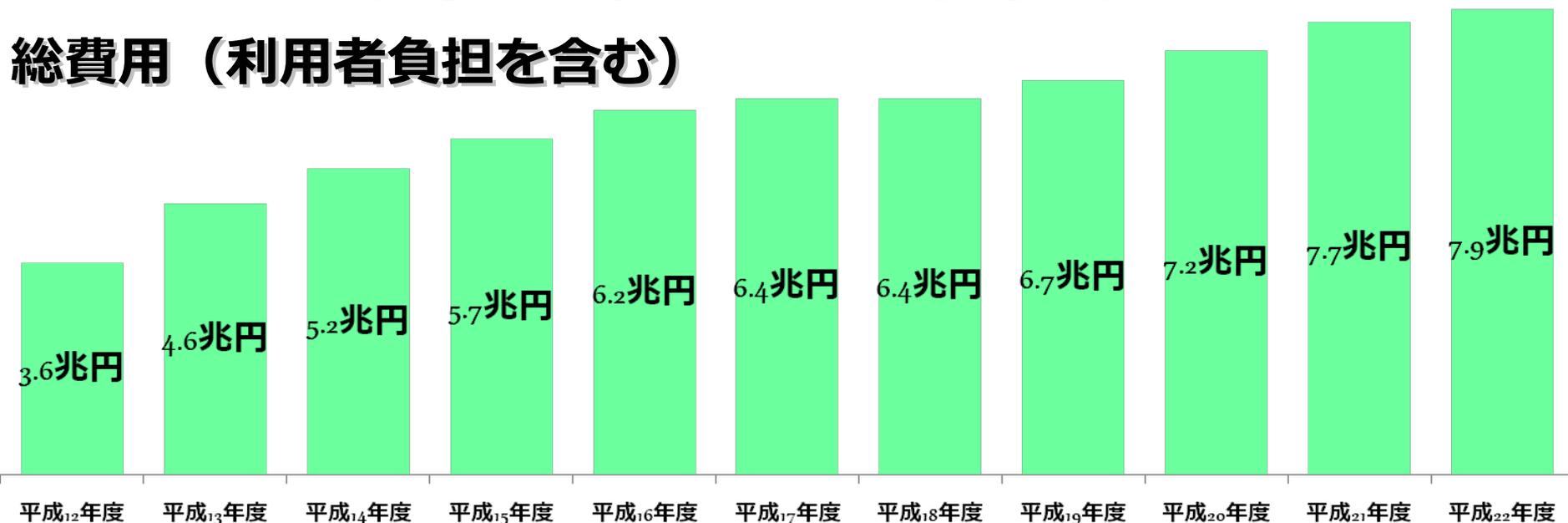
2012年介護報酬改定



社会保障審議会・介護給付費分科会

介護保険の総費用と保険料の動向

総費用（利用者負担を含む）



(注) 平成12年度～平成19年度は実績、平成20年度は補正後予算、平成21年度（介護報酬改定+3.0%）、平成22年度は当初予算

65歳以上が支払う保険料〔全国平均（加重平均）基準月額〕

第1期

(平成12～14年度)

2,911円

第2期

(平成15～17年度)

3,293円

(+13%)

第3期

(平成18～20年度)

4,090円

(+24%)

第4期

(平成21～23年度)

4,160円

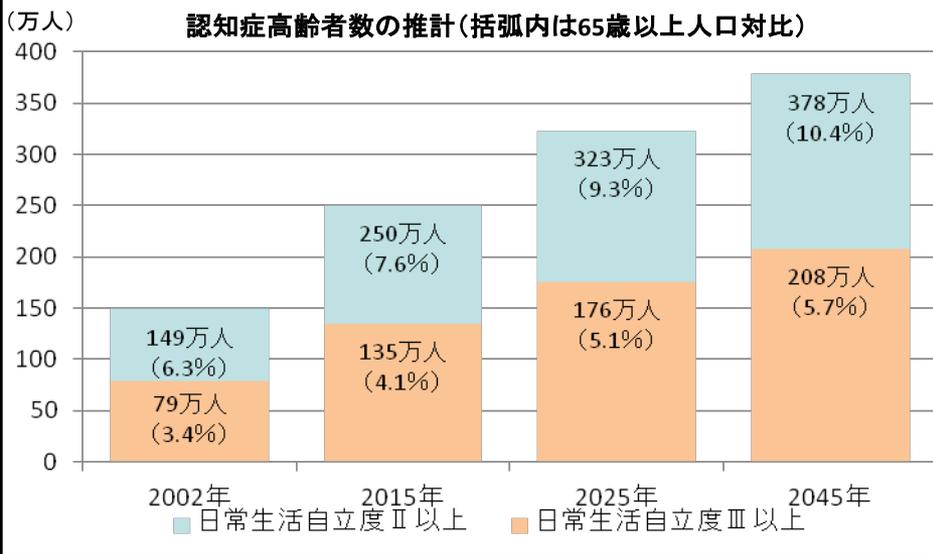
(+1.7%)

今後の介護保険を取り巻く状況について

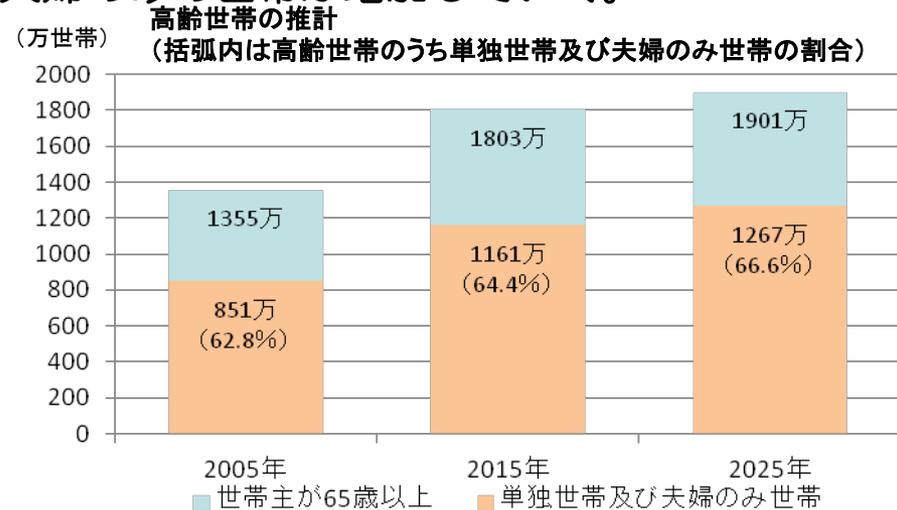
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	2008年	2015年	2025年	2055年
75歳以上高齢者の割合	10.4%	13.1%	18.2%	26.5%

② 65歳以上高齢者のうち、認知症高齢者が増加していく。



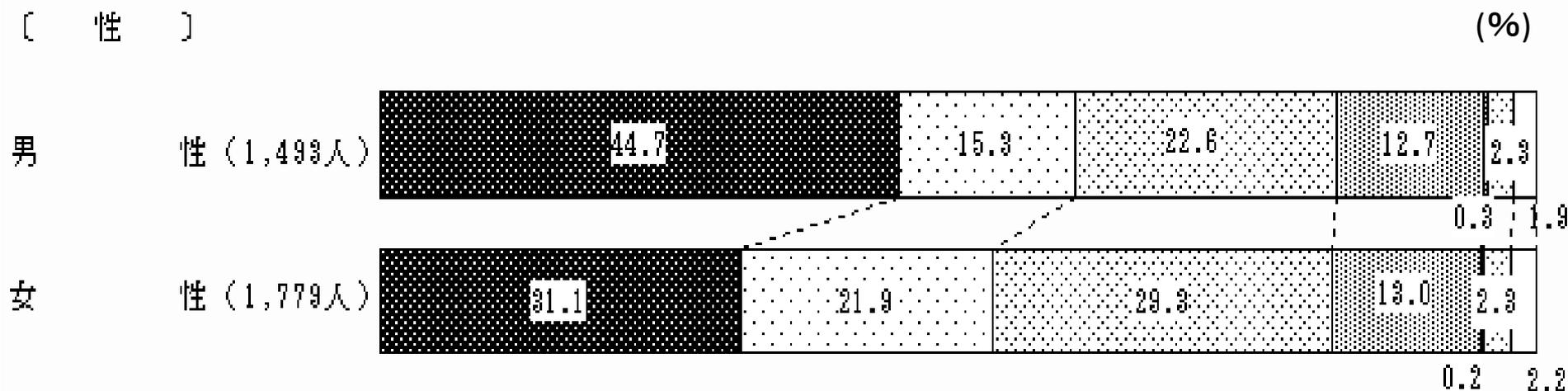
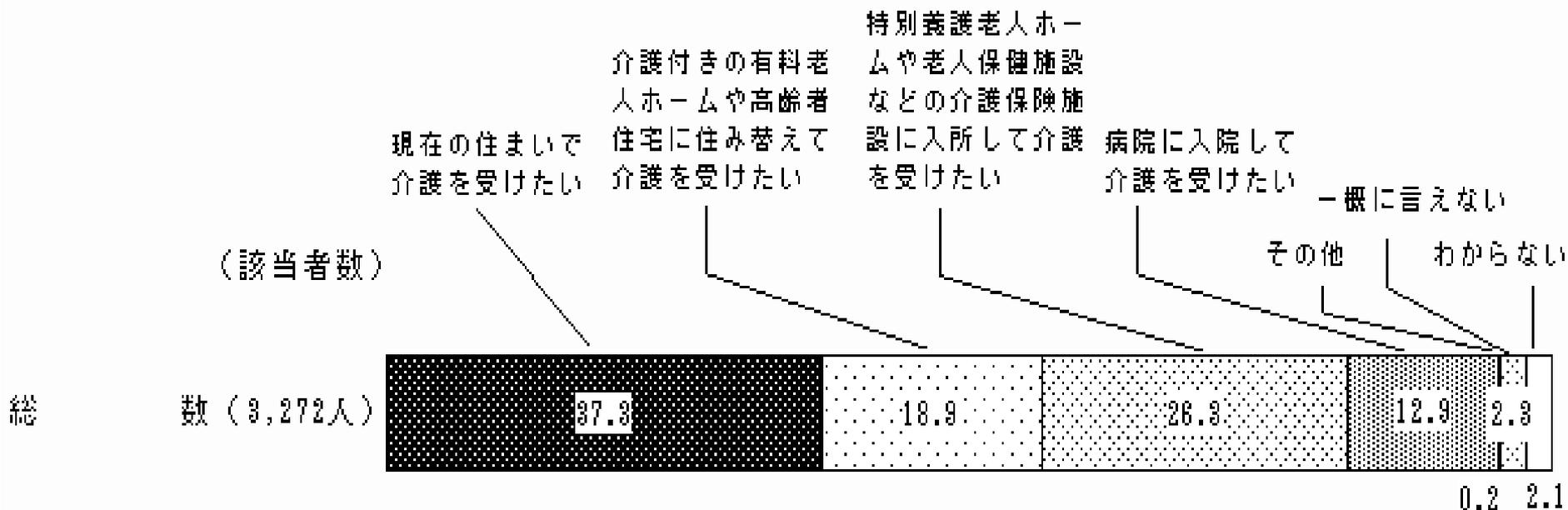
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



④ 首都圏をはじめとする都市部において、今後急速に高齢化が進む。

	埼玉県	千葉県	神奈川県	秋田県	山形県	鹿児島県
2005年時点での高齢者人口	116万人	106万人	149万人	31万人	31万人	44万人
2015年時点での高齢者人口 (括弧内は増加率)	179万人 (+55%)	160万人 (+50%)	218万人 (+47%)	34万人 (+11%)	34万人 (+10%)	48万人 (+10%)

自分自身が介護を受けたい場所

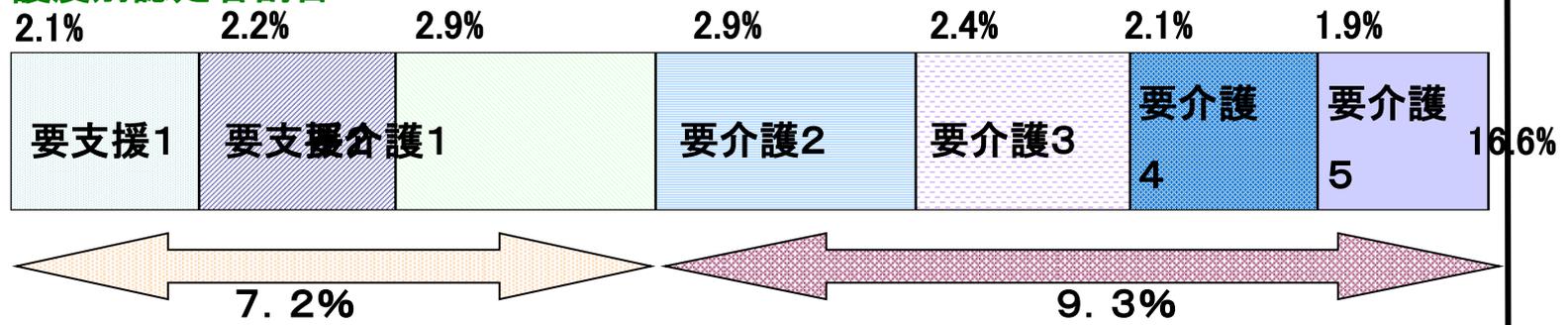


65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

○要介護度別認定者割合

【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



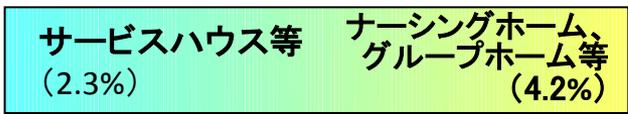
○各国の高齢者の居住状況(定員の比率) (全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合)

日本 (2005)



スウェーデン (2005) ※3

※制度上の区分は明確ではなく、
類型間の差異は小さい。 6.5%



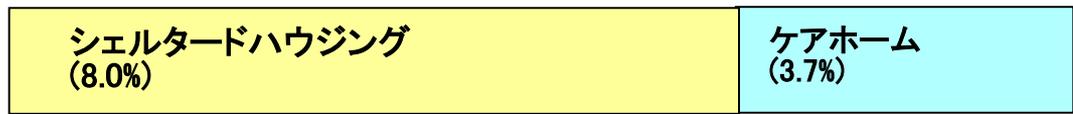
デンマーク (2006) ※4

10.7%



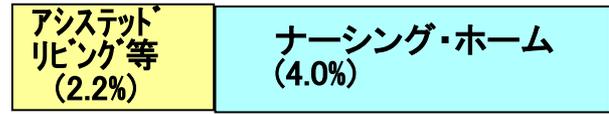
英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

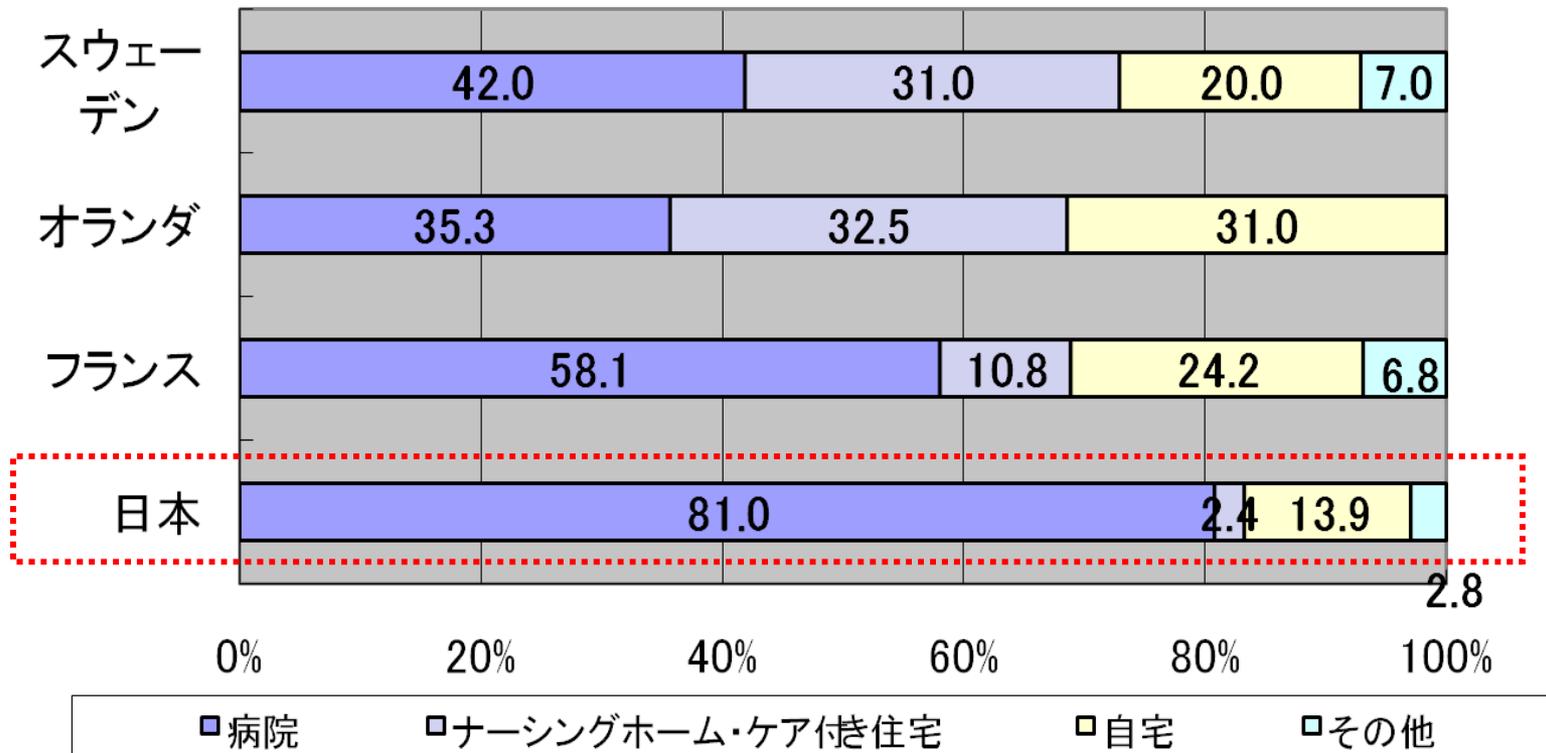
6.2%



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。 ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen (スウェーデン社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 ※4 Denmark Socialministeriet (デンマーク社会省) 聞き取り調査時の配布資料 (2006)
 ※5 Elderly Accommodation Counsel (2004) 「the older population」
 ※6 医療経済研究機構「米国医療関連データ集」(2005)

死亡の場所(各国比較)

死亡場所の内訳



(注)「ナースィングホーム・ケア付き住宅」の中には、オランダとフランスは高齢者ホーム、日本は介護老人保健施設が含まれる。オランダの「自宅」には施設以外の「その他」も含まれる。

(資料)スウェーデン: Socialstyrelsen Döden angår oss alla による1996年時点(本編 p48)

オランダ: Centraal Bureau voor de Statistiek による1998年時点(本編 p91)

フランス: Institut National des Études Démographiques による1998年時点(本編 p137)

日本: 厚生労働省大臣官房統計情報部『人口動態統計』による2000年時点

※他国との比較のため、日本のデータは2000年時点のデータを使用

出典: 医療経済研究機構

「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」

2012年介護報酬改定の 基本方針

地域包括ケアシステム

2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
 - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
 - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
 - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
 - ②介護施設における医療ニーズへの対応
 - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への
包括的な支援(地域包括ケア)を推進

【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス
複合型サービス
小規模多機能型居宅介護
(訪問看護と組み合わせた
複合型サービスを含む)
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい



NPO,
住民参加、企業
、自治体など

地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
 - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
 - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

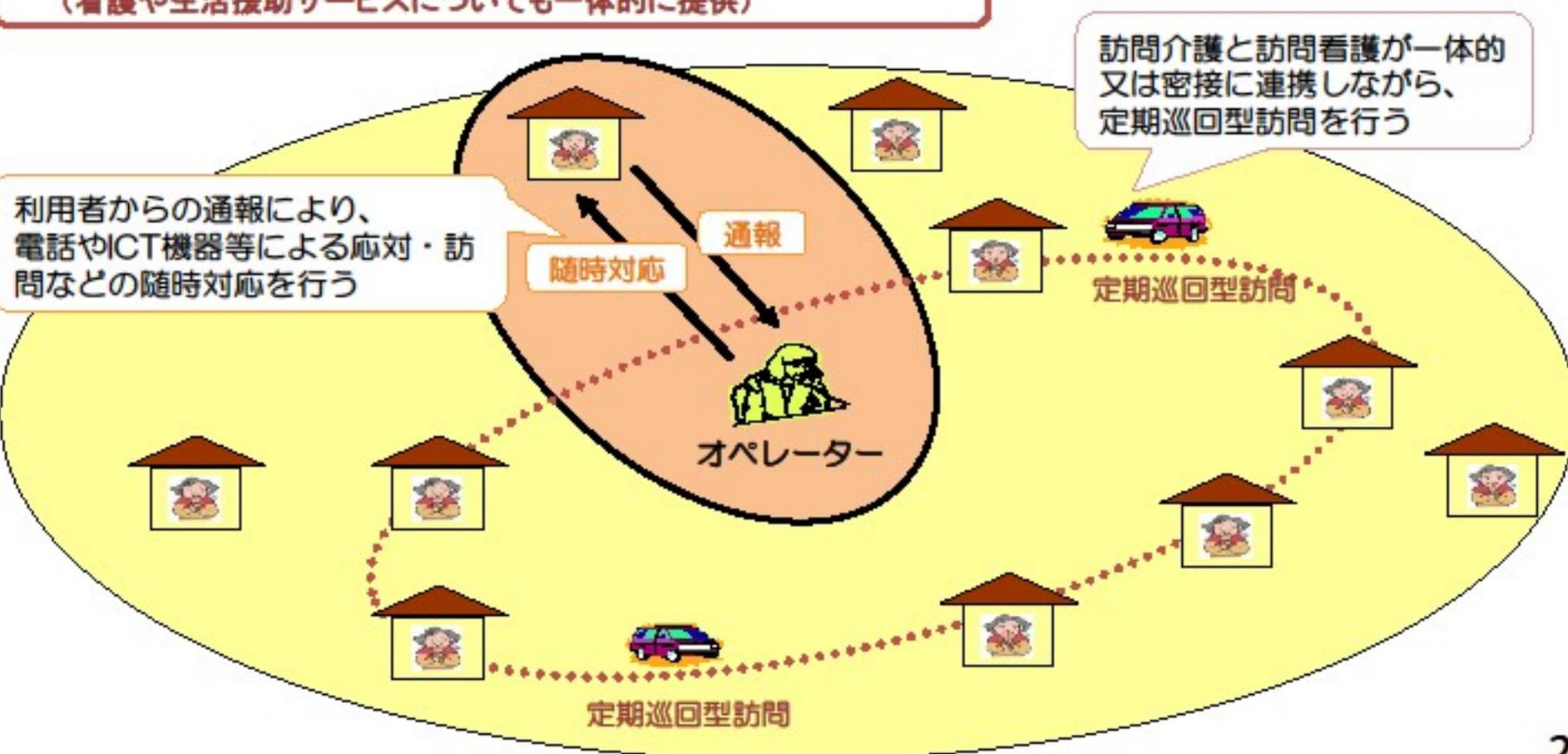
①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

I 制度概要について

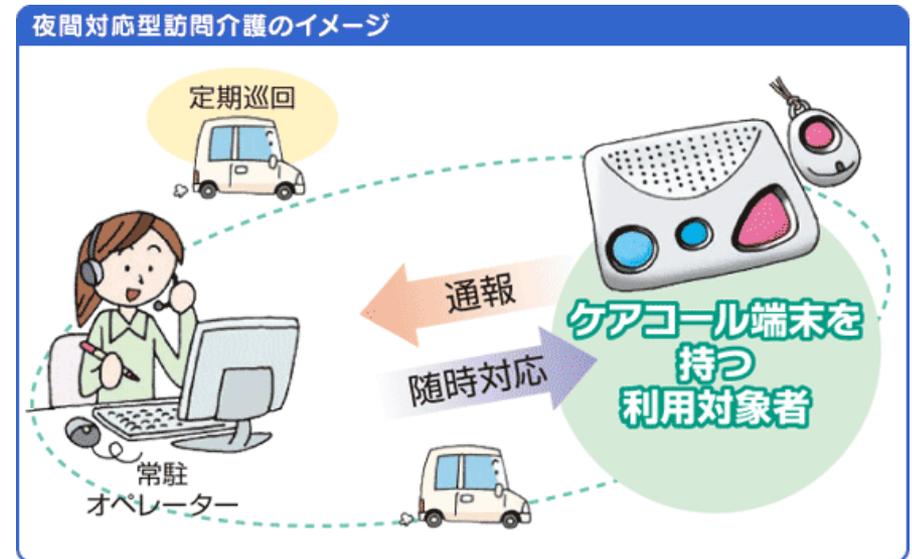
○ 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
 - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
 - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
 - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
 - ④体調が悪い(11.5%)
 - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と
訪問看護との組み合わせサービス
介護給付費分科会(2011年5月)

小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
- 別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

③サービス付高齢者向け住宅

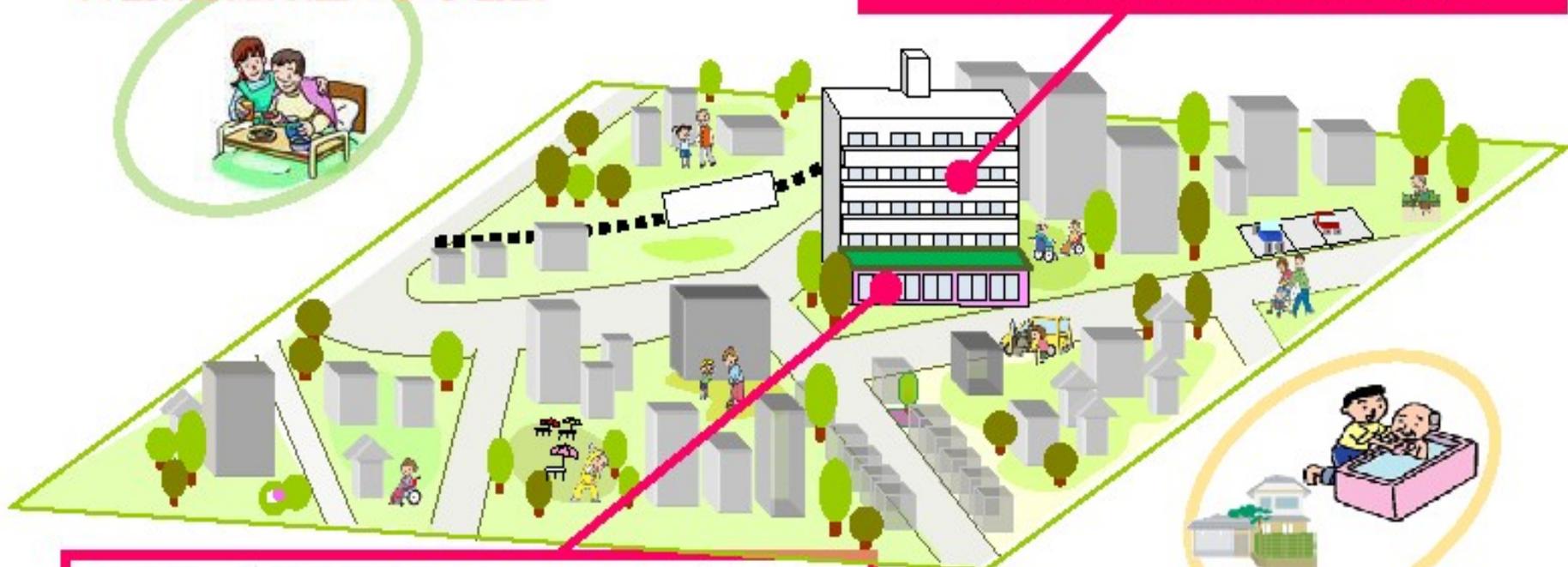
改正高齢者住まい法(2011年10月)

サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護
「定期巡回・随時対応サービス」
→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅
(国土交通省・厚生労働省共管)
→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける

21世紀長屋モデル

- 高齢者の新しい暮らしのデザインは、『**長屋モデル**』
- 最新式のIT設備や医療・介護の緊急通報サービスや見守り、生活支援サービスと、旧来の古き良き長屋生活をマッチさせた新しいデザインが必要

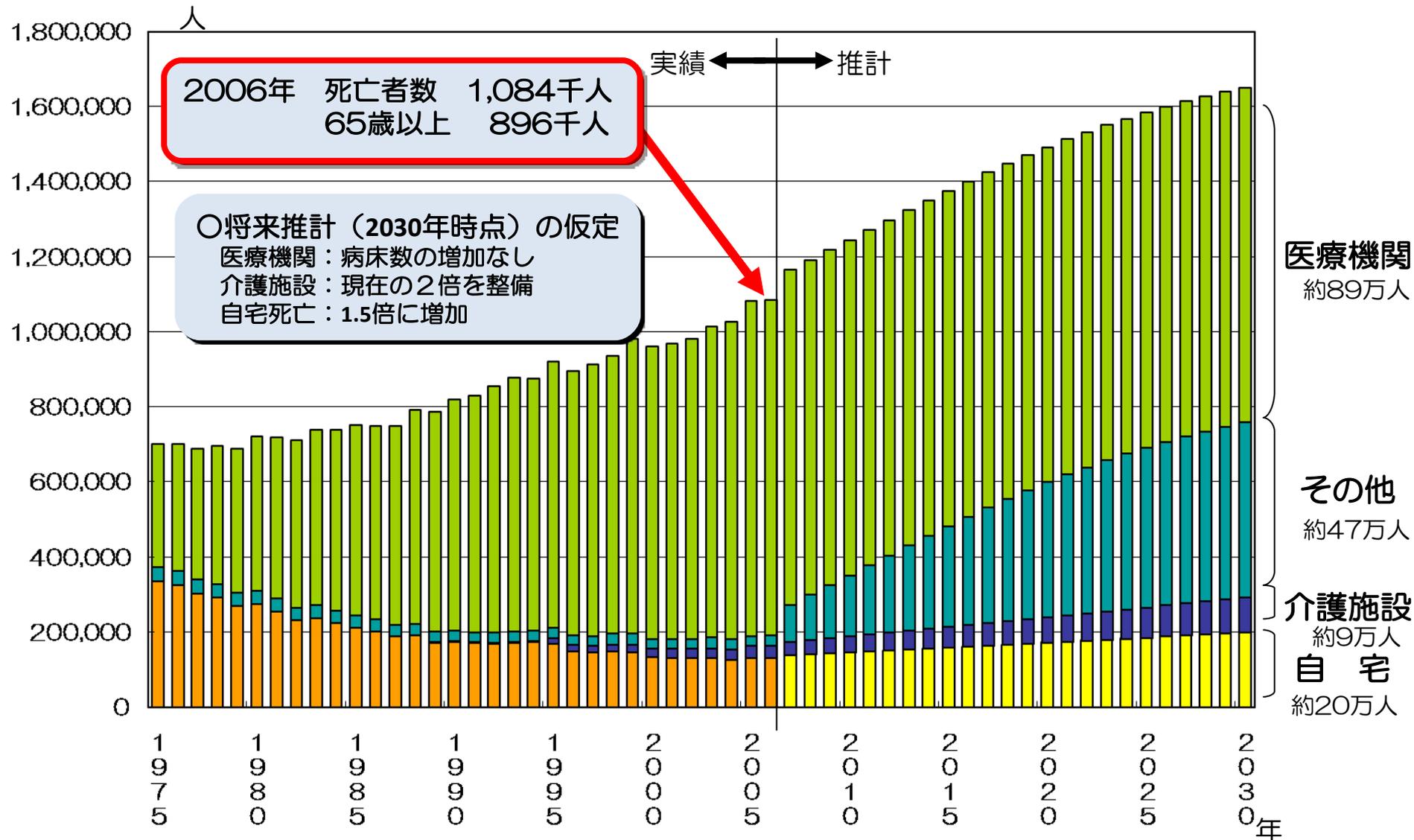


- 江戸時代の長屋

パート7

在宅終末期ケア連携

死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

病院死には病床が足りない
2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足



富士の樹海林

地域で支える終末期ケア連携の 仕組みが必要

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足

在宅お看取りパスが必要

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

新川医療連携懇話会

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



中川先生

緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

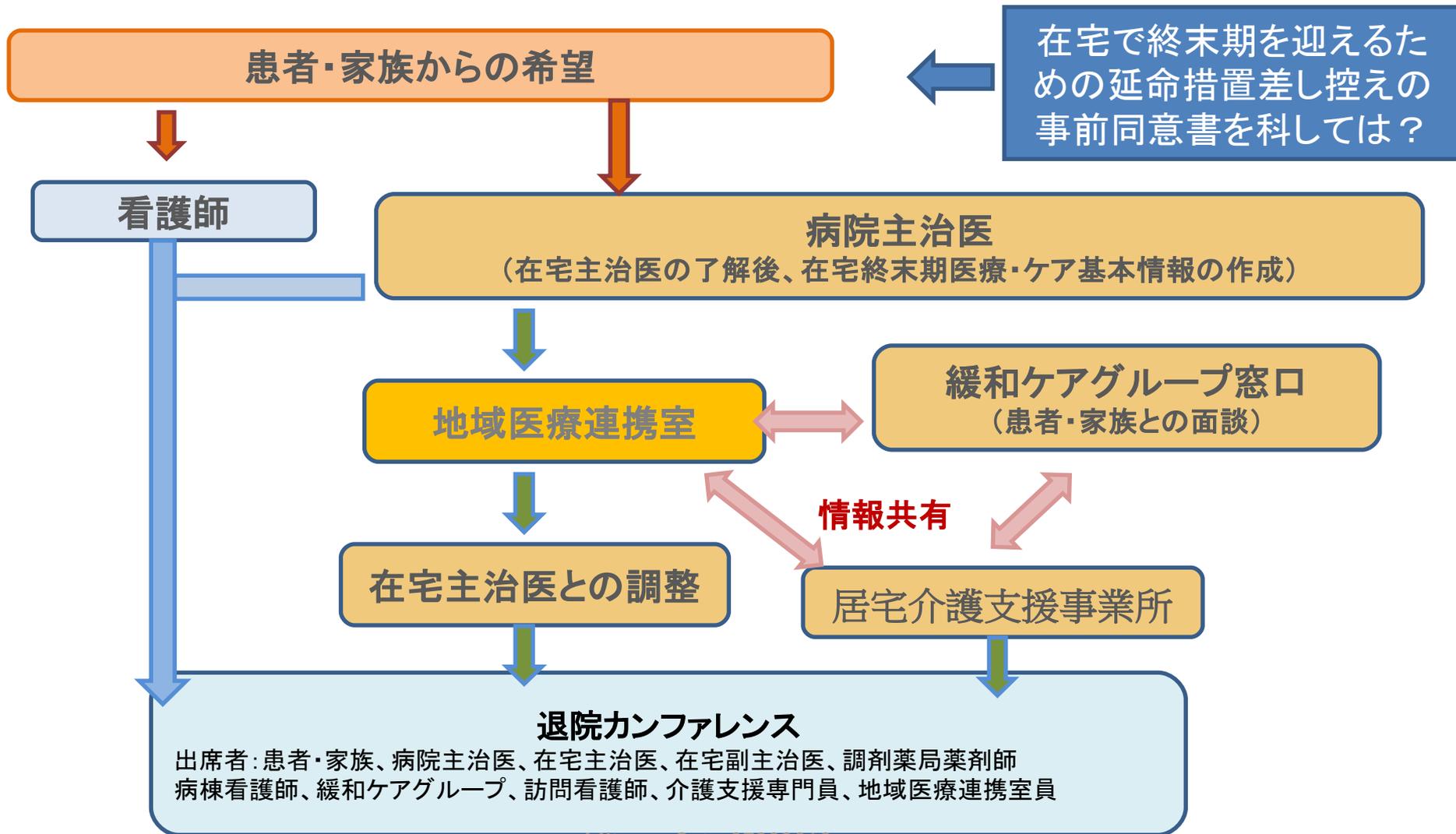
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

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



病院入院中・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・書式の統一

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

<p>(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 [] 性 []</p> <p>住所 [] TEL []</p> <p>主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []</p> <p>かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []</p> <p>連携病院: 病院 TEL [] FAX []</p> <p>連携病院サポート医: 科 [] []</p> <p>担当看護師 []</p> <p>在宅介護支援所: []</p> <p>介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []</p> <p>家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)</p> <p>[] 終いに対する対応</p> <p>終いに対する対応 (本人・家族)</p> <ol style="list-style-type: none">最後まで自宅最後は連携病院状況により判断 <p>緊急連絡先</p> <p>かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外来</p> <p>診断: 主 [] 癌 転移: []</p> <p>副 1. [] 2. []</p> <p>3. [] 4. []</p> <p>既往歴: []</p>	<p>臨床経過: []</p> <p>治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 []</p> <p>2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []</p> <p>在宅移行時における病状の問題点 []</p> <p>予後に影響を与える因子 []</p> <p>臓器不全 (心、腎、肝、他 [])</p> <p>栄養状態: []</p> <p>出血 (消化管 []、他 [])</p> <p>腹水: []</p> <p>他: []</p> <p>予後予測: [] ヶ月</p> <p>連携病院への通院: 必要 [] 毎、 不要 []</p> <p>インフォームドコンセント</p> <p>告知について</p> <p>告知: 本人、家族 ([])</p> <p>内容 []</p> <p>本人: []</p> <p>家族: [] 告知理解度について</p> <p>精神的サポート 要 [] 不要 []</p> <p>告知理解度 [] 療養から死への不安点 []</p> <p>本人: 十分 [] 不十分 []</p> <p>家族: 十分 [] 不十分 []</p> <p>療養方針 []</p>	<ol style="list-style-type: none">全身状態の管理1. PS(performance status) [] 0、1、2、3、42. 栄養: 経口 [] 非経口 []3. 留置カテ: 有 ([])、無 []4. 排泄: 自力 [] 介助 []5. 褥瘡: 有 [] 無 []6. 口腔ケア: 有 [] 無 []7. その他のケア内容 [] <p>2. 投薬内容 [] 疼痛管理について</p> <p>3. 疼痛管理 []</p> <p>無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []</p> <p>麻薬 []</p> <p>NSAIDS []</p> <p>訪問看護(指導ならびに実行状況)</p> <ol style="list-style-type: none">1. 口腔ケア 有 [] 無 []2. 入浴 自宅 [] サービス(自宅 ティ) []3. 褥瘡処理 有 [] 無 []4. 清拭 指導 [] 家族 [] ヘルパー []5. 他 [] <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none">1. ヘルパー 有 [] 無 []2. ティサービス 有 [] 無 [] <p>入力者 []</p> <p>自動入力 []</p> <p>病院担当医 []</p> <p>病院担当Ns []</p> <p>緩和グループ担当者 []</p> <p>ケアマネージャー []</p> <p>在宅かかりつけ医 []</p>
---	---	---

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

患者・家族用

作成日 年 月 日
____ 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					

項目	11W 3月21日	12W 3月22日	13W 3月23日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少	本日IVHに注入ホアア導入	意識レベル低下(TEL前) PM-7時

(一般状態) 記載者	上田	藤田	上田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	脱水 浮腫	脱水 浮腫	脱水 浮腫 腹水(CTH) 900ml 尿300ml

(投薬) 記載者	藤田	上田	藤田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs	疼痛+NSAIDs	疼痛+NSAIDs
麻薬	オキシコドン(5)IT	オキシコドン(5)IT	オキシコドン(5)IT
NSAIDs	ロキソニン300mg	ロキソニン300mg	ロキソニン300mg
他			
補液	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホト(1F) 自注病下	IVHホト(1F) 自注病下	IVHホト(1F) ホアアト注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホトの服用法 を確認(理路)	添付55c 300mg 理路	BD118/92 P84 KT 369 尿量200ml

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

(訪問介助) 記載者		

項目	13W 3月23日	14W 3月24日	15W 3月25日	16W 3月26日	17W 3月27日
問題点(特記事項)		1片血尿80% 37.0℃ 経口摂取低下	2片血尿80% 37.0℃ 経口摂取低下	←	← 永眠

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

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田	藤田
疼痛管理				
麻薬				
NSAIDs				
他				
補液	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg	①オキシコドン1000mg ②オキシコドン1000mg ③オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホト(1F) ホアアト注入 100ml/h	IVHホト(1F) ホアアト注入 100ml/h	IVHホト(1F) ホアアト注入 100ml/h	IVHホト(1F) ホアアト注入 100ml/h
(病状説明)				
他				

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ少量摂取
排泄	排便364
清拭	全身清拭
入浴	1000ml
精神面	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸20 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者		

出所: 中川彦人

社外スタッフとのチーム作業が **スピードアップ!**

効率よく共同作業ができる

Microsoft®
Office Groove® 2007

マイクロソフト オフィスグルーヴ 2007

Microsoft®
Office

新登場



部長

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



**パートナー
企業
斉藤さん**
よろしくね!



中村君

ガンバります!



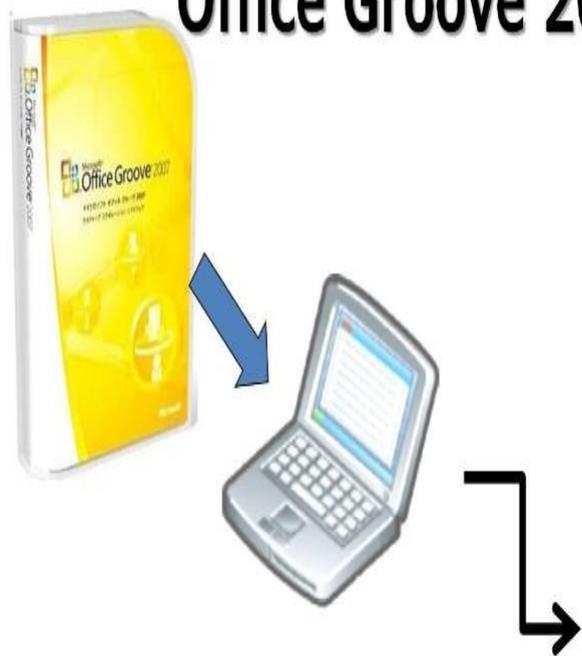
**パートナー企業
伊藤さん 武藤さん**
頑張ろう!



出所:中川彦人

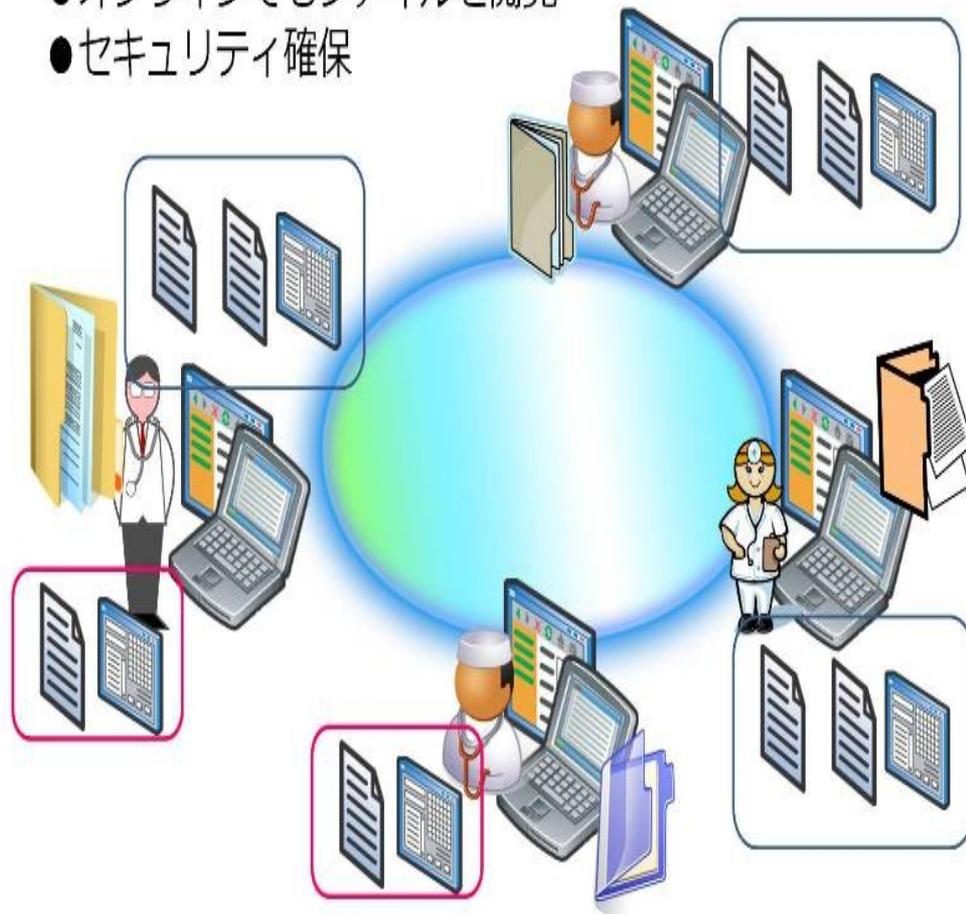
マイクロソフトGroove

Office Groove 2007



インターネット接続

- パスのファイルをメンバーで共有して更新
- オフラインでもファイルを開覧
- セキュリティ確保



※ 今年バージョンアップして
SharePoint Workspace 2010
に商品名変更

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

日単位ウィンドウの表示

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

ワークスペース メンバ

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

ワークスペースに招待: 受信者の追加
 -名前または電子メールを入力 - 送信

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像



- ワークスペースメンバ
- 富山県立中央病院 地域...
 - 地域連携室
 - 藤が丘クリニック
 - 藤岡 照裕
 - ストローハット
 - サポート (ストローハ...
 - 中川医院
 - 中川 彦人
 - 藤岡医院
 - 藤岡 三郎
 - 川瀬医院
 - 川瀬紀夫
 - メープル薬局
 - 見澤 哲郎
 - 富山県立中央病院
 - 渡辺俊雄
 - 黒部市民病院 在宅介護...
 - 稲場 智佳子
 - シメノドラッグ 黒部薬局
 - 金谷 雅美
- ワークスペースに... 受信者の追加
- 名前または電子... 送信

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

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

ICT化のメリット

あんしん在宅ネットにいかわ

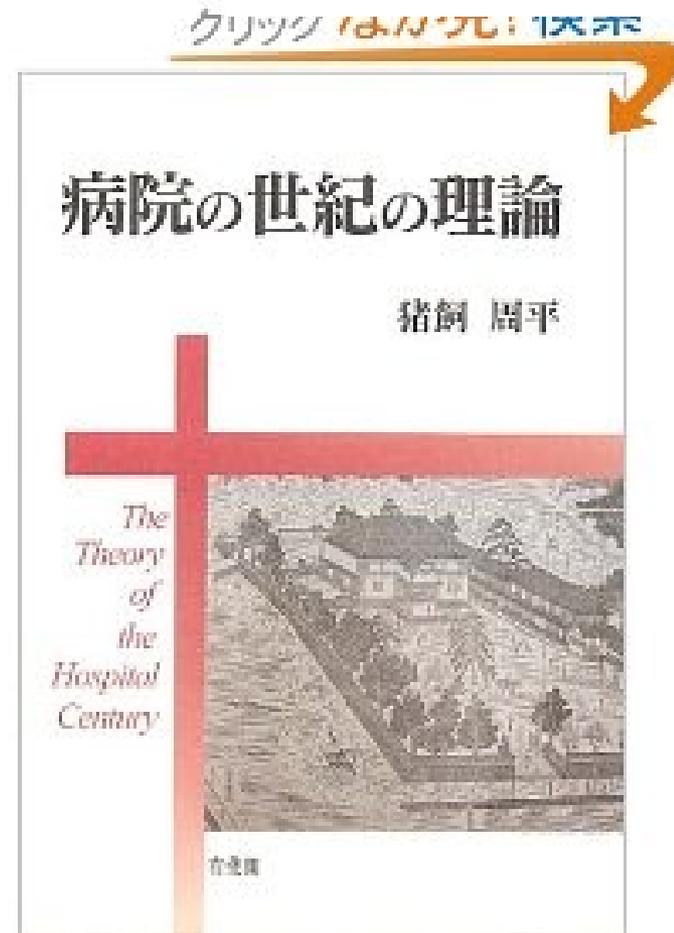
- 1. 患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- 2. 情報の種類が多く情報量も多い。
- 3. 情報がきれいで読みやすい。
- 4. Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- 5. 自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- 6. 連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- 7. 稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- 8. 訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- 9. ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- 10. チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる



あんしん在宅ネットにいかわ
患者さんが亡くなったあとの
デスクンファレンスに発展

病院中心の時代から 地域包括ケアへ

- 猪飼(2010)「病院の世紀の理論」では、「病院の世紀の終焉の時代」が提唱されている。
- これは、20世紀の病院というシステムの興隆が極めて20世紀的な出来事であり、20世紀を「病院の世紀」と呼ぶことができる
- 21世紀に入った今日、病院中心の時代から「地域包括ケア」の時代へ移ろうとしている



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
- 好評発売中



即効！

12年度診療・介護報酬 同時改定 活用ガイド

武藤正樹

資料編 平成24年度診療報酬改定について

まとめと提言

- ・2012年は診療報酬は2025年へ向けての社会保障・税一体改革の一里塚。
- ・病院病床の機能分化と絞り込み、在宅医療へのシフトが始まる。
- ・2012年診療報酬改定ではチーム医療の充実強化と地域連携クリティカルパスの拡大がされた。
- ・介護報酬改定では地域包括ケアがキーワード
- ・在宅終末期ケアがこれからの課題

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