

4月改定とチーム医療・連携の新展開

～糖尿病透析予防チーム、精神科リエゾンチームほか～

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
 - 2012年診療報酬改定
- パート2
 - 病院勤務医の負担軽減とチーム医療
- パート3
 - 2012年診療報酬改定と地域連携パス
- パート4
 - 退院調整と薬局・薬剤師



パート1

2012年診療報酬改定



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
 - 看取りに至る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

重点課題1

医療従事者等の負担軽減

- ①病棟薬剤業務実施加算
- ②歯科等を含むチーム医療

①病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)



三田病院の病棟薬剤師



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

医薬品の医療安全にも貢献

持参薬管理

DPCになってから、
徹底した持参薬管理
が求められる
持参薬が3倍に
増えた

7階病棟担当
薬剤師の
石井さん



10.09 10:43

日本病院団体協議会要望 (2011年7月29日)

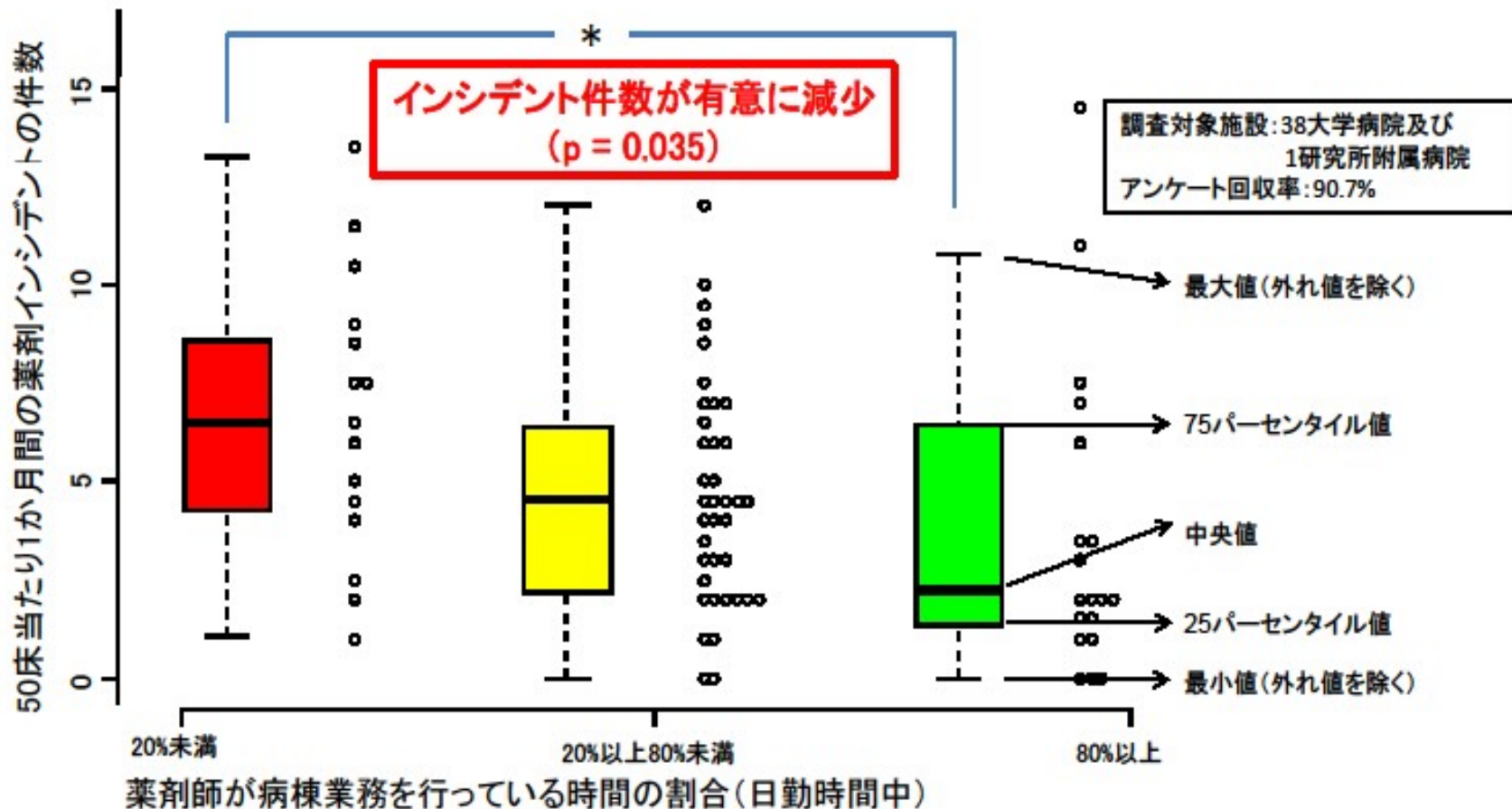
- チーム医療の評価(医療各職種**の病棟配置**)
 - チーム医療の重要性が論じられ、各病棟においては既に様々なチーム医療が行われている。
 - そのため**薬剤師、リハスタッフ、管理栄養士、社会福祉士、臨床工学技士、精神保健福祉士等の病棟配置に対する加算評価を要望する**



日病協議長 西澤寛俊

薬剤師の病棟配置時間と薬剤関連インシデント件数

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



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

薬剤師の病棟における業務に対する評価①

病棟薬剤業務実施加算の算定要件等

(1) 薬剤師が勤務医等の負担軽減等に資する業務を病棟で一定以上実施している場合に対する評価を新設し、勤務医の負担軽減等を図る。

(新) 病棟薬剤業務実施加算 100点(週1回)

[算定要件]

薬剤師が病棟において病院勤務医等の負担軽減及び薬物療法の有効性、安全性の向上に資する薬剤関連業務(病棟薬剤業務)を実施している場合に、週1回に限り所定点数に加算する。ただし、療養病棟又は精神病棟に入院している患者については、入院した日から起算して4週間を限度とする。

病棟薬剤業務

- ・ 当該保険医療機関における医薬品の投薬・注射状況の把握
- ・ 当該保険医療機関で使用している医薬品の医薬品安全性情報等の把握及び周知並びに医療従事者からの相談応需
- ・ 入院時の持参薬の確認及び服薬計画の提案
- ・ 2種以上(注射薬及び内用薬を1種以上含む。)の薬剤を同時に投与する場合における投与前の相互作用の確認
- ・ 患者等に対するハイリスク薬等に係る投与前の詳細な説明
- ・ 薬剤の投与にあたり、流量又は投与量の計算等の実施
- ・ その他、必要に応じ、医政局通知(平成22年4月30日医政発0430第1号)で定める業務 (③、⑥及び⑧を除く)

薬剤師の病棟における業務に対する評価②

「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」

(平成22年4月30日医政発0430第1号医政局長通知)(抜粋)

CDTM(共同薬物
治療マネジメント)

2. 各医療スタッフが実施することができる業務の具体例

(1) 薬剤師

1) 薬剤師を積極的に活用することが可能な業務

以下に掲げる業務については、現行制度の下において薬剤師が実施することができることから、薬剤師を積極的に活用することが望まれる。

- ① 薬剤の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコールに基づき、専門的知見の活用を通じて、医師等と協働して実施すること。
- ② 薬剤選択、投与量、投与方法、投与期間等について、医師に対し、積極的に処方提案すること。
- ③ 薬物療法を受けている患者(在宅の患者を含む。)に対し、薬学的管理(患者の副作用の状況の把握、服薬指導等)を行うこと。
- ④ 薬物の血中濃度や副作用のモニタリング等に基づき、副作用の発現状況や有効性の確認を行うとともに、医師に対し、必要に応じて薬剤の変更等を提案すること。
- ⑤ 薬物療法の経過等を確認した上で、医師に対し、前回の処方内容と同一の内容の処方提案すること。
- ⑥ 外来化学療法を受けている患者に対し、医師等と協働してインフォームドコンセントを実施するとともに、薬学的管理を行うこと。
- ⑦ 入院患者の持参薬の内容を確認した上で、医師に対し、服薬計画を提案するなど、当該患者に対する薬学的管理を行うこと。
- ⑧ 定期的に患者の副作用の発現状況の確認等を行うため、処方内容を分割して調剤すること。
- ⑨ 抗がん剤等の適切な無菌調製を行うこと。

2) 薬剤に関する相談体制の整備

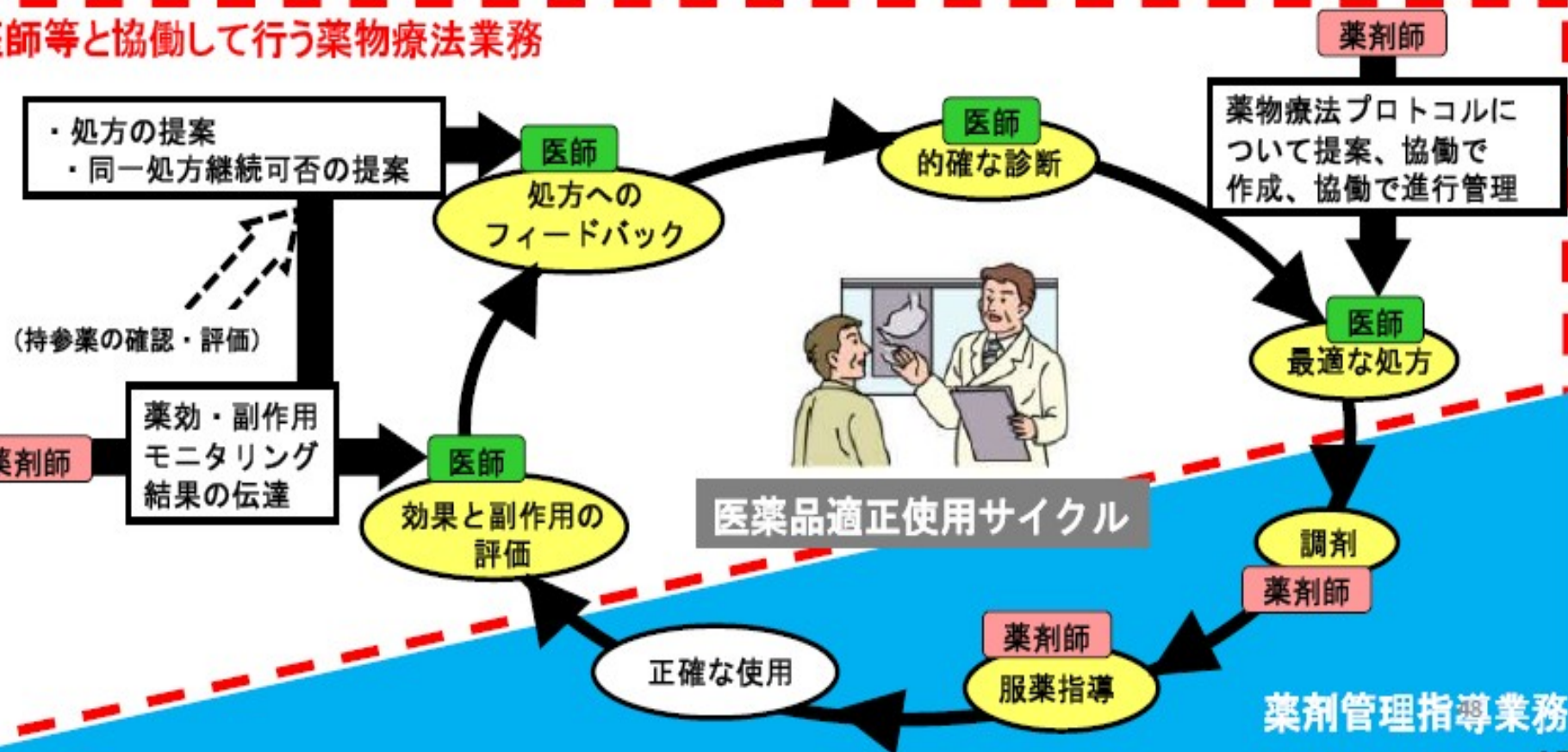
薬剤師以外の医療スタッフが、それぞれの専門性を活かして薬剤に関する業務を行う場合においても、医療安全の確保に万全を期す観点から、薬剤師の助言を必要とする場面が想定されることから、薬剤の専門家として各医療スタッフからの相談に応じることができる体制を整えることが望まれる。

薬物療法における医師と薬剤師の協働（イメージ）

安心と希望の医療確保ビジョン（抜粋）（平成20年6月厚生労働省）

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

医師等と協働して行う薬物療法業務

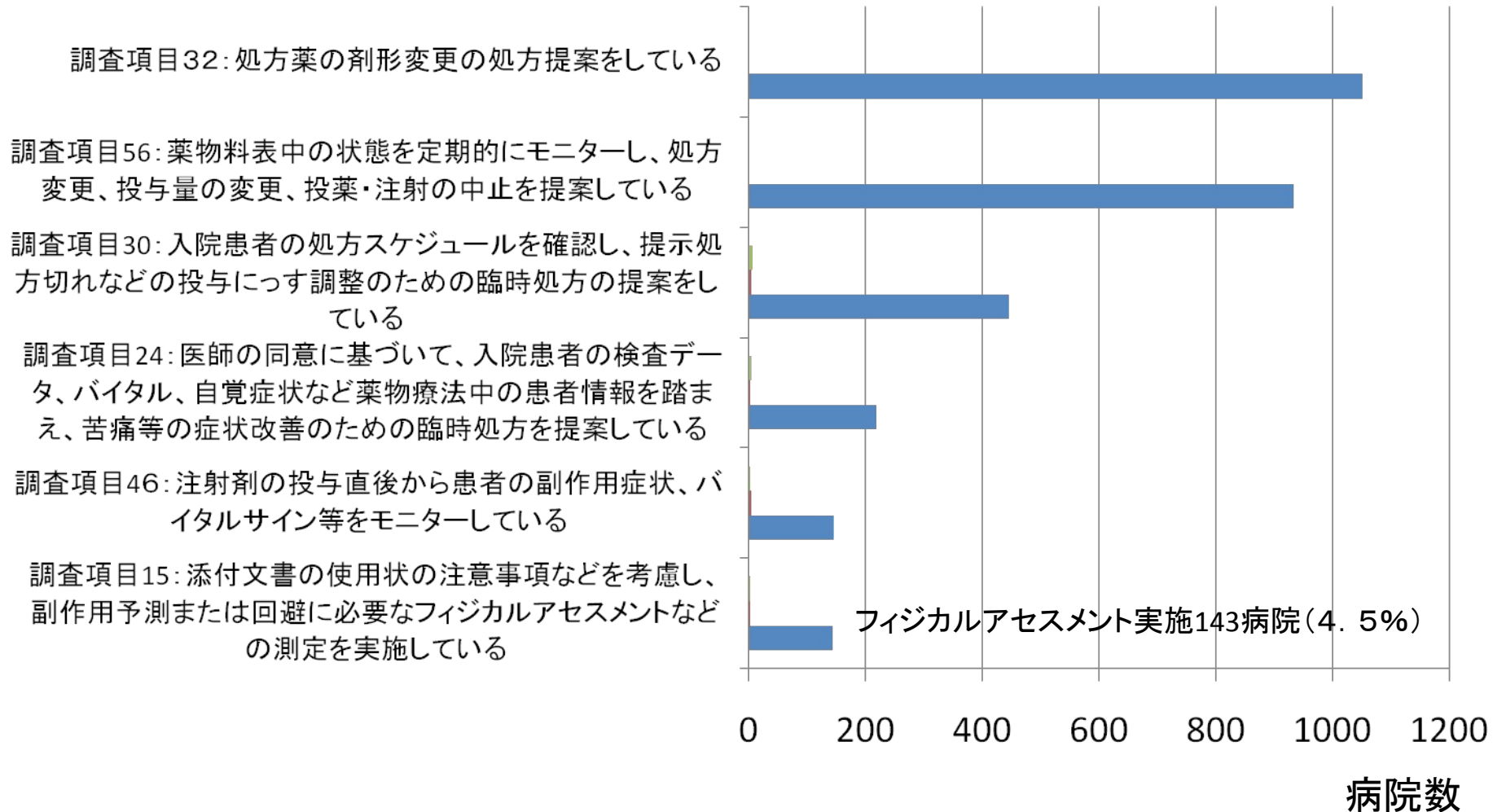


日本病院薬剤師会調査(09年1月)

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

薬剤師の新たな業務実態調査

回答3180病院中143病院で フィジカル・アセスメントがすでに実施



フィジカル・アセスメント

- 服薬指導や副作用早期発見の一環としての薬剤師のフィジカル・アセスメントの重要性が最近、強調されるようになった
- フィジカル・アセスメント
 - バイタルサイン(脈拍、血圧、体温、呼吸数など)
 - 心音、呼吸音の聴診
 - 皮膚所見の視診、触診など
- 薬剤師は患者の身体に触ってはならない？
 - 医師法17条「医師による医業の独占」

バイタルサインが読める薬剤師を目指して(九州保健福祉大学薬学部)



バイタルが取れる薬剤師をめざして



薬物血中濃度測定を目指して



各種薬物投与方法について



褥瘡ケアを目指して

薬害防止とフィジカルアセスメント

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

心電図やX線画像情報だって必要



薬剤使用情報の提供は 薬剤師の義務

薬剤師は、販売または授与の目的で調剤したときは患者又は現にその看護に当たっている者に対し、調剤した薬剤の適正な使用のために必要な情報を提供しなければならない。（薬剤師法第25条の2）

診療報酬改定 答申書附帯意見

診療報酬改定 答申書附帯意見(抜粋)

(平成24年2月10日)

4 次に掲げるチーム医療に関する評価について、調査・検証を行うこと。

- ・薬剤師の病棟業務(療養病棟又は精神病棟における業務を含む。)
 - ・歯科医師等による周術期等の口腔機能の管理
 - ・糖尿病透析予防指導による生活習慣病対策の推進・普及の実態
 - ・栄養障害を生じている患者への栄養状態改善に向けた取組
- 等

② 歯科等を含むチーム医療



周術期における口腔機能の管理等

周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進

周術期における口腔機能の管理

- がん患者等の周術期等における歯科医師の包括的な口腔機能の管理等を評価（術後の誤嚥性肺炎等の外科的手術後の合併症等の軽減が目的）

（新） 周術期口腔機能管理計画策定料 300点

【周術期における一連の口腔機能の管理計画の策定を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅰ） 190点

【主に入院前後の口腔機能の管理を評価】

（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅱ） 300点

【入院中の口腔機能の管理を評価】

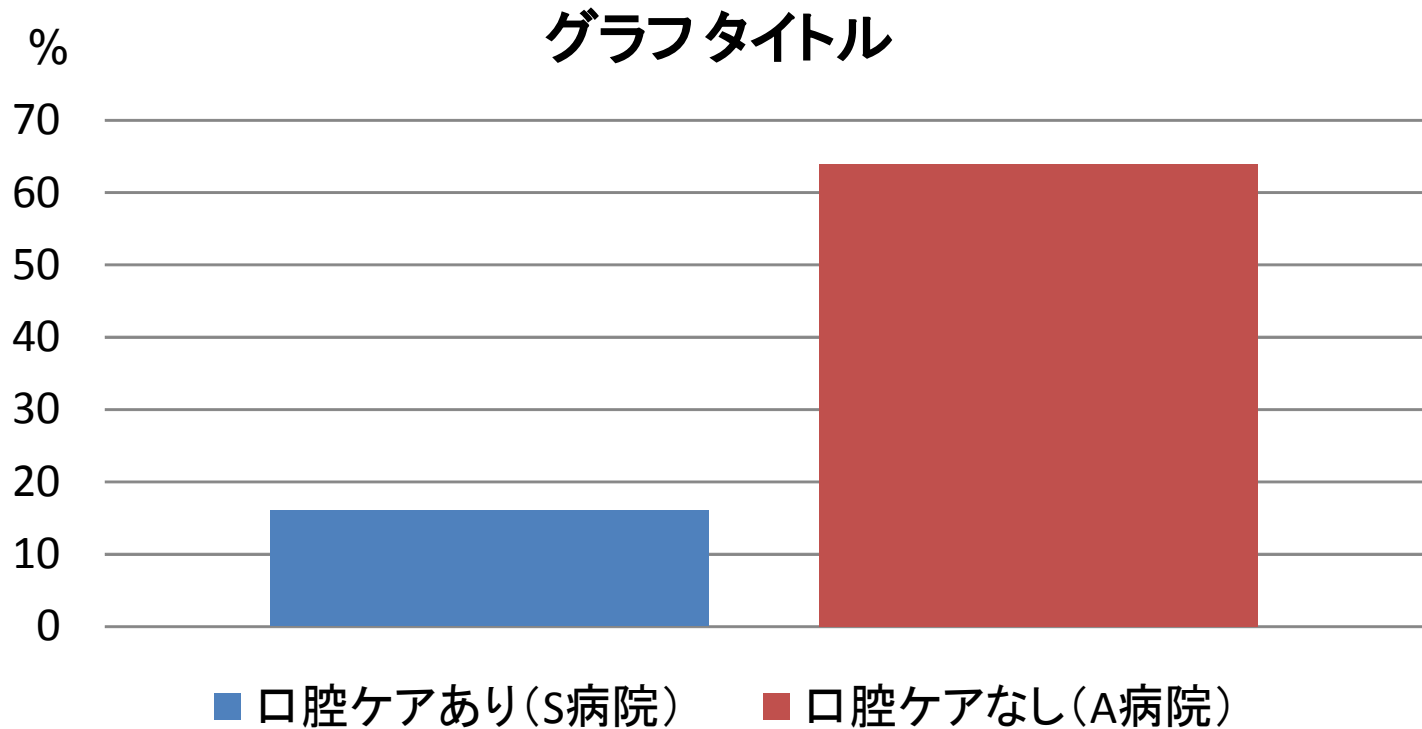
（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

【放射線治療や化学療法を実施する患者の口腔機能の管理を評価】

- 周術期における入院中の患者の歯科衛生士の専門的口腔衛生処置を評価

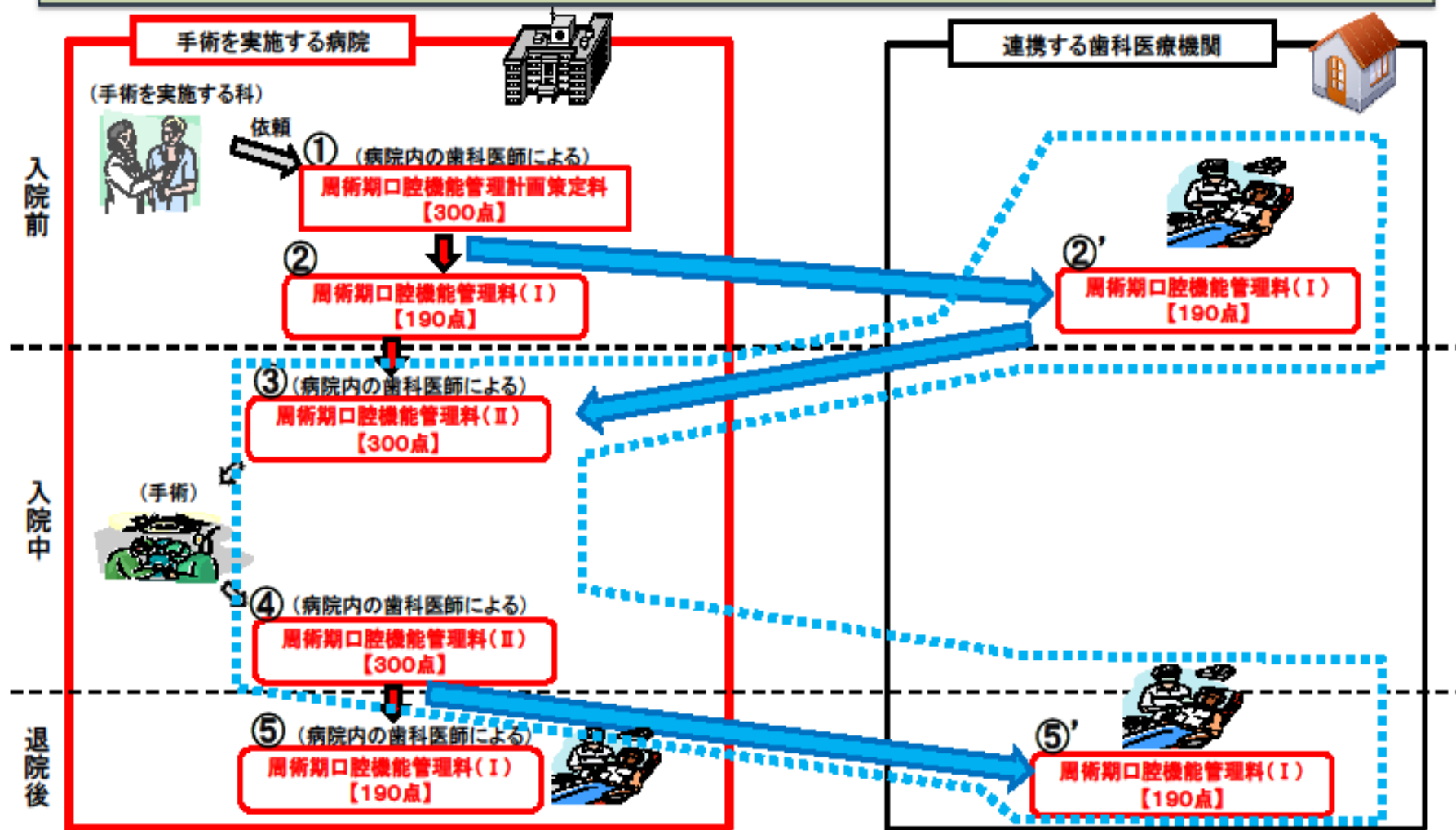
（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

口腔ケアの有無による 術後合併症発生率



頭頸部がん患者の口腔ケアを術前・術後に行った群(56人)では、行わなかった群(35人)に対して、創部感染、ろう孔形成、肺炎などの術後合併症の発生率が有意に低かった
厚生労働省がん研究助成金による研究報告2004年

周術期における口腔機能の管理のイメージ



※ 歯科の無い医療機関に入院する患者の入院中の周術期の口腔機能の管理が必要な場合は、連携する歯科医療機関の歯科訪問診療で実施。

※ 放射線治療や化学療法を実施する患者についても同様に連携して口腔機能の管理を実施。

パート2

病院勤務医の負担軽減と 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

2012年診療報酬改定と チーム医療加算

- ①感染防止対策加算(改)
- ②糖尿病透析予防指導管理料(新)
- ③精神科リエゾンチーム加算
- ④院内トリアージなど



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。

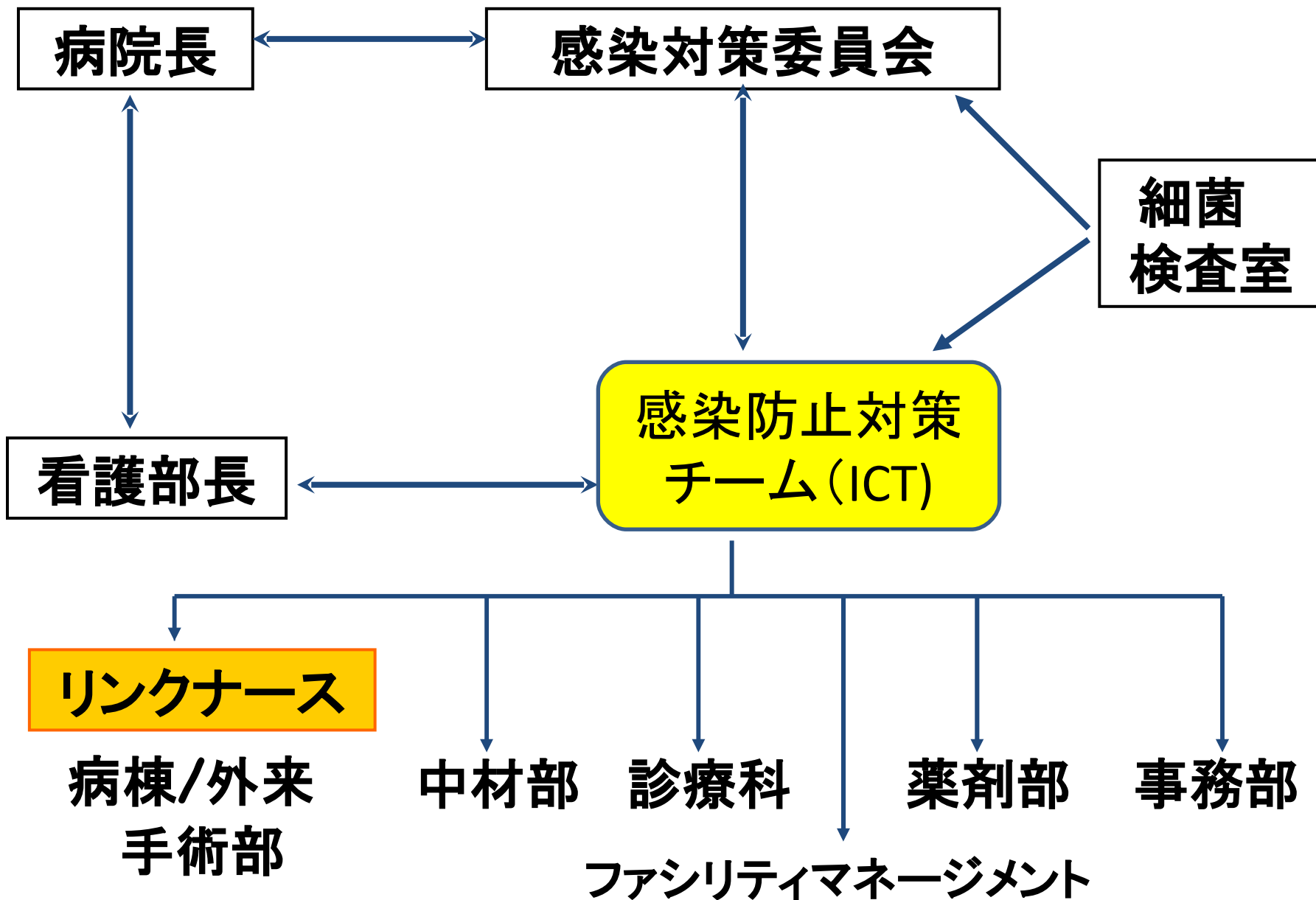
[施設基準]

- 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

(2010年診療報酬改定)



感染対策チーム (ICT) 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。

2012年診療報酬改定

- 感染防止対策加算
 - 感染防止対策加算1 (400点)
 - 感染防止対策加算2 (100点)
- 感染防止対策地域連携加算 (100点)

感染防止対策加算改定の影響

- 特筆すべきは感染防止対策加算では、これまでにない過去最高の400点という点数評価がなされたこと
- 感染防止対策地域連携加算(100点)と合わせると500点という高額な点数評価になる
 - 病床数が500床で病床稼働率が90%、平均在院日数15日の病院で年間1万人の入院患者数がある病院を想定すると、年間、約5000万円の収入となる。

感染防止対策加算(2012年改定)

感染防止対策の評価

➤ 院内における感染防止対策の評価を充実させ、院内感染対策に関する取組を推進する。

(新) 感染防止対策加算1 400点(入院初日)

(新) 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、感染防止対策部門を設置していること。
- ② 以下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。
 - ア 感染症対策に3年以上の経験を有する専任の常勤医師
 - イ 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修了した専任の看護師
 - ウ 3年以上の病院勤務経験をもつ感染防止対策に関わる専任の薬剤師
 - エ 3年以上の病院勤務経験をもつ専任の臨床検査技師(ア又はイのうち1名は専従であること。)
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関は、感染防止対策加算2を算定する医療機関と共同カンファレンスを開催すること。

感染防止対策加算2 (感染防止対策加算1と異なる部分を記載)

- 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 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。感染防止対策チームの構成員については、感染防止対策加算1の要件から、イに定める看護師の研修要件を不要とする。また、ア又はイのいずれも専任でも可能とする。
- ③ 年4回以上、感染防止対策加算1を算定する医療機関の主催する共同カンファレンスに参加すること。

➤ 感染防止対策加算1を算定する医療機関同士が年1回以上、互いの医療機関に赴い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し、院内感染防止対策のより一層の推進を図る。

(新) 感染防止対策地域連携加算 100点(入院初日)

中小規模の医療機関における院内感染対策の体制および医療機関間連携(概要)



中小規模の医療機関
(目安として300床未満)

院内感染対策委員会



病床規模の大きい医療機関
におけるような感染制御チ
ームによる病棟ラウンドが困難

感染防止対策加算1
(100点)

支援

地域の専門家等に相談

年4回以上の
共同カンファレンスで
感染防止対策加算2
(100点)

医療機関
(目安として300床以上)

ICTを有する300床
以上病院

相互チェックで
感染防止対策
地域連携加算
(100点)

感染制御
チーム

日常的な相互の
協力関係を築く

感染制御
チーム

地域における
ネットワークを支援



保健所
地方自治体

感染制御
チーム

感染制御
チーム

感染防止対策加算2
(400点)

医療機関間ネットワーク

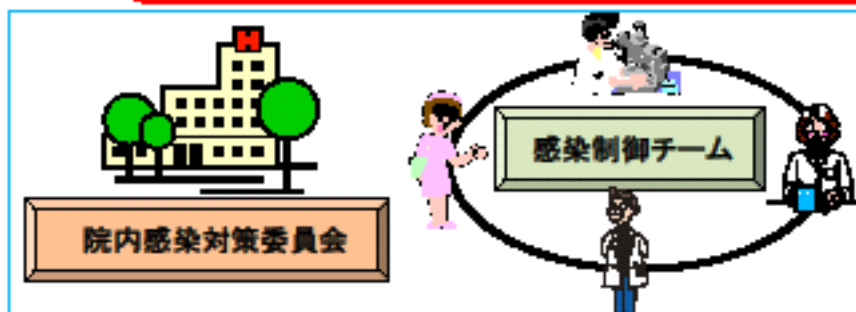
感染防止対策加算と アウトブレイク対策

地域で取り組む感染防止対策
とくに感染アウトブレイク対応が期待されている

大学病院におけるアウトブレイク事例

年度	大学	事例
2004年	秋田大学	心臓血管外科におけるMRSA及びVREアウトブレイク
2004年	新潟大学	耳鼻咽喉科・産婦人科でのセパシア・セラチア集団発生
2004年	大阪大学	心臓血管外科・小児外科術後患者での多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2004年	京都大学	血液内科における多剤耐性緑膿菌感染アウトブレイク
2005年	鳥取大学	VRE院内感染事例
2005年	金沢大学	術後輸血後HBs抗原陽転事例
2005年	長崎大学	多剤耐性緑膿菌感染症複数発生事例
2006年	高知大学	多剤耐性緑膿菌の院内感染事例
2006年	自治医科大学	<i>Bacillus cereus</i> 血流感染症アウトブレイク
2006年	神戸大学	心臓血管外科におけるMRSAアウトブレイク
2007年	大阪大学	気管支鏡を介した多剤耐性緑膿菌アウトブレイク
2008年	札幌医科大	高度救命救急センターにおける多剤耐性緑膿菌感染多発事例
2008年	山梨大学	多剤耐性緑膿菌多発検出事例
2009年	岐阜大学	心臓血管外科手術後縦隔炎多発事例
2009年	山口大学	心臓外科における術後縦隔洞炎多発事例
2010年	藤田保健衛生大学	多剤耐性 <i>Acinetobacter baumannii</i> 複数検出事例

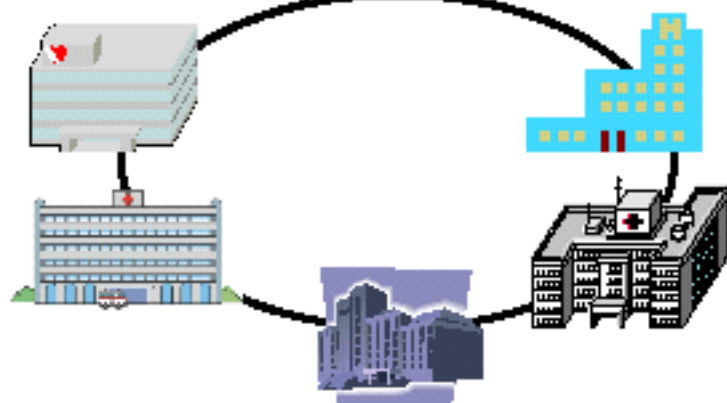
アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



院内感染によるアウトブレイクが疑われる場合
(多剤耐性菌一例目の発見から4週間以内に計3例以上の
感染症例の発病症例等)

医療機関内の対応: 院内感染対策委員会、感染制御チーム

支援 地域の専門家に相談



新たな感染症の発病症例を認める

地域のネットワークに参加する医療機関等の専門家に
感染拡大防止に向けた支援を依頼

報告

指導・助言



保健所

同一医療機関内で同一菌種による感染症の
発病症例が多数にのぼる場合 (目安として10名以上)

保健所に報告

東北地域：感染対策ネットワークの実例

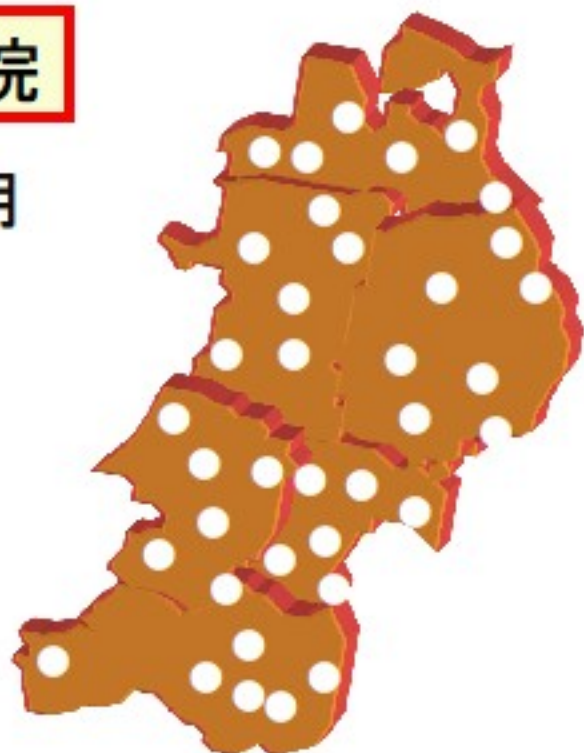
感染対策の支援

・地域厚生局との院内感染研修会の共同開催

東北地域では平成17年より毎年実施、東北6県の拠点病院を研修場所とし、保健担当者、近隣の医療施設の医療従事者も参加、午前中講義・午後ラウンド形式の実践的スタイル

平成22年までに地域36拠点病院

- * 地域全体でのレベルアップに有用
- * 行政指導機関と病院との相互理解に有用
- * 講義資料の共同利用
- * 行政機関側のネットワーク
(県を超えたネットワーク)



東北地域：感染対策ネットワークの実例-1

① 感染対策情報の共有化

- ・感染対策講習会の定期的開催 フォーラムの共同開催

地域における情報共有の場

2008年より年1回実施：毎回 約1,000名が参加



【フォーラム内容】

- ・新型インフルエンザシンポジウム
- ・感染制御ベーシックレクチャー
- ・アウトブレイク対応セミナー
- ・薬剤耐性菌制御ワークショップ
- ・ベストプラクティスシンポジウム
- ・微生物観察コーナー・手洗い体験実践コーナー(市民参加)

- ・Website・ホームページの活用 <http://www.tohoku-icnet.ac>

【各種感染対策情報の共有】

- ・パワーポイント資料
- ・DVD形式(新型インフルエンザ・アウトブレイク対応)
- ・各種マニュアル・ガイドライン
- ・各種講演会、フォーラムのお知らせ



東北地域：感染対策ネットワークの実例-2

② 感染対策の協力・連携

・ガイドライン・マニュアルの策定と共通利用

抗菌薬ガイドライン、消毒薬のガイドライン、介護・高齢者施設の感染防止マニュアル、ベストプラクティスマニュアル等



抗菌薬使用ガイドライン

- ・地域の専門家グループで作成
- ・感染症系統別に分かりやすく記載
- ・地域の薬剤感受性成績なども呈示
- ・東北全域の医療関連施設に配布

・共通ポスターの作成と配布

手洗い関連・咳エチケットポスター

- ・東北厚生局と共同制作
- ・東北全域の医療関連施設に配布
- ・施設玄関や外来、病棟などに掲示



東北地域：感染対策ネットワークの実例-3

② 感染対策の協力・連携

・共同サーベイランスの実施

病原体サーベイ・アンチバイオグラムの比較データ等

* 施設ごとの感受性サーベイランスデータの作成と情報交換

	PIPC	CAZ	CFPM	IPM/CS	MEPM	AZT	GM	AMK	MINO	LVFX	CPFX
A病院	83	70	76	67	73	45	80	84	1	73	
B病院	81	87	78	78	89	78	87	89	19	70	81
C病院	91	88	84	64	71	54	71	83	0	68	68

・啓発・教育セミナー

市民向け感染セミナー、Mediaとのワークショップ



- ・市民向けセミナーの積極的開催
グラム染色による微生物の観察
(自らの鼻や口の菌を観察)
手洗いやマスク着用のしかた等の指導
- ・メディアとの情報交換の場を設定
- * 積極的なリスクコミュニケーション

東北地域：感染対策ネットワークの実例-4

③ 感染対策の支援

・感染症相談窓口の開設（電話、FAX、インターネットによる相談受付）



- ・感染症の予防・治療・診断等に関する相談
- ・アウトブレイク発生時の対応
- ・さまざまな最新情報の提供

・施設を超えた院内感染対策ラウンドの実施・現場支援

院内感染対策・アウトブレイク支援（多剤耐性菌・新型インフルエンザ対応）

* 外部・第三者による客観的な
視点でチェック



- ・大学のスタッフが各施設や行政機関からの要望に応じて訪問
- ・アウトブレイク発生時の感染拡大防止策、原因究明の調査を支援
- ・各施設の病棟・外来・ICU・救急部などをラウンド、改善点の指摘

②糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

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の評価

- 透析患者数が増加している中、透析導入患者の原疾患は糖尿病性腎症が最も多くなっており、糖尿病患者に対し、外来において、医師と看護師又は保健師、管理栄養士等が連携して、重点的な医学管理を行うことについて評価を行い、糖尿病患者の透析移行の予防を図る。

(新) 糖尿病透析予防指導管理料 350点(月1回)

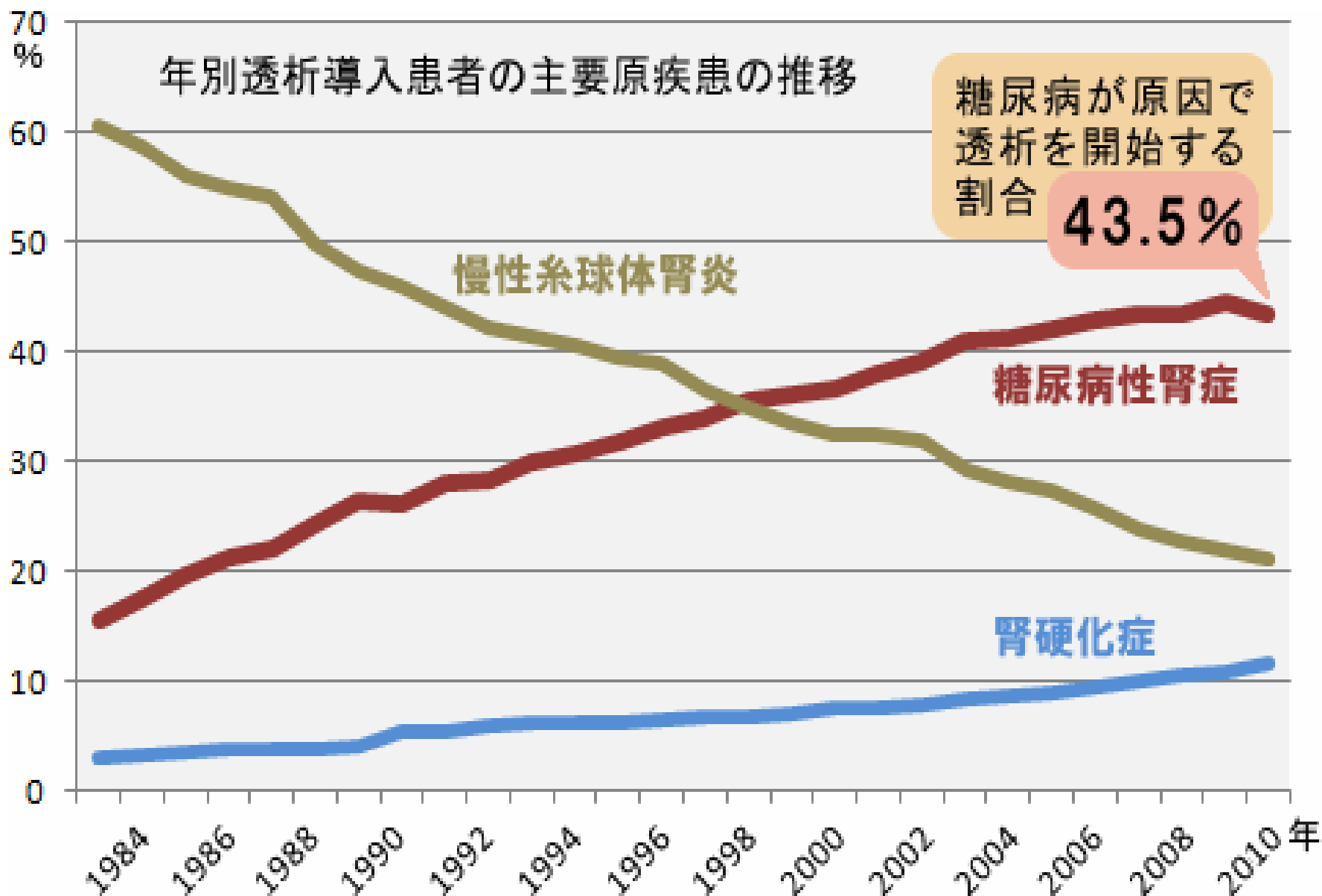
[算定要件]

1. 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。
2. 透析予防診療チームが、「1」の患者に対し、日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」等に基づき、患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて実施した場合に算定する。

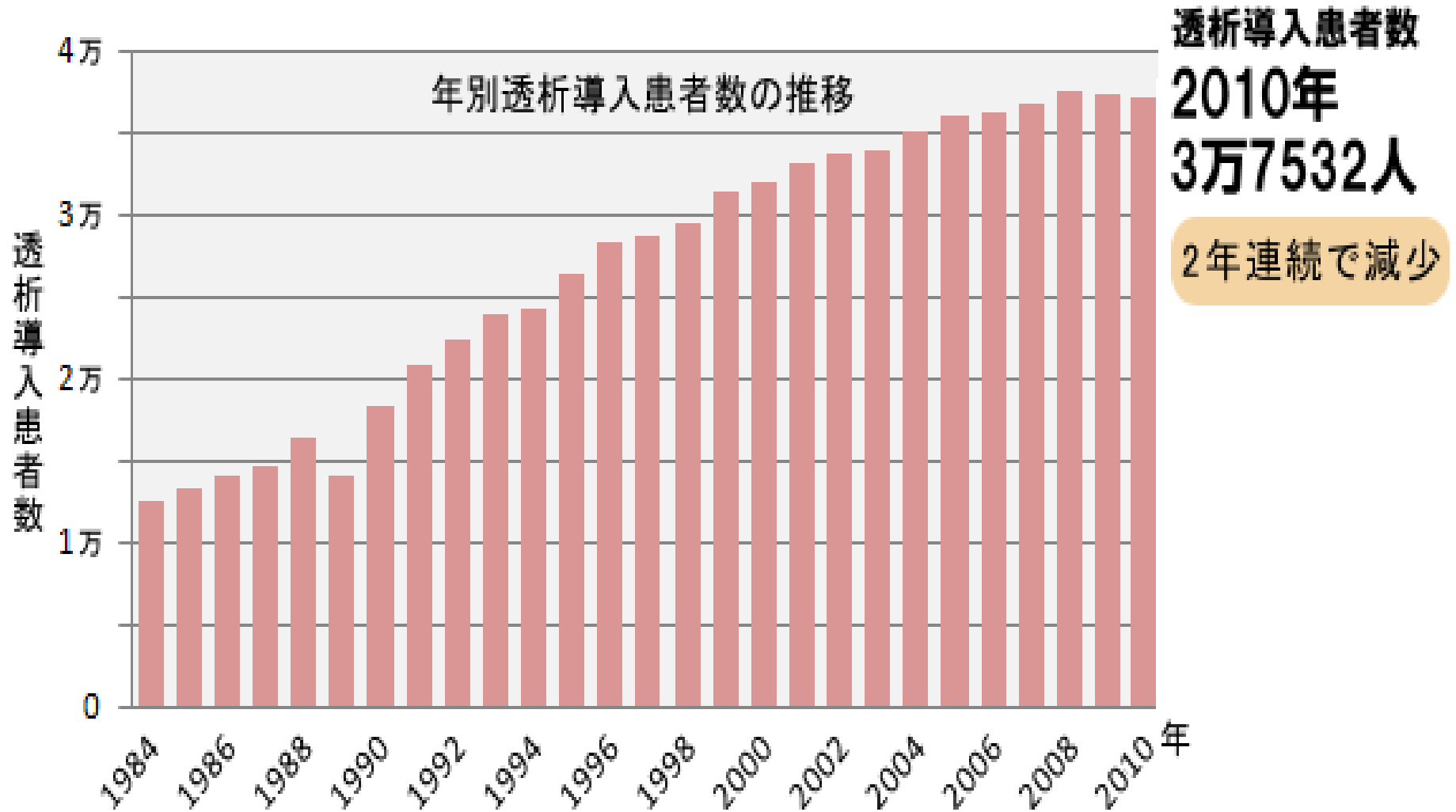
[施設基準]

- 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 糖尿病教室を定期的に実施すること等により、糖尿病について患者及びその家族に対して説明が行われていること。
- 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。
- ④ 薬剤師、理学療法士が配置されていることが望ましい。

糖尿病性腎症による透析導入



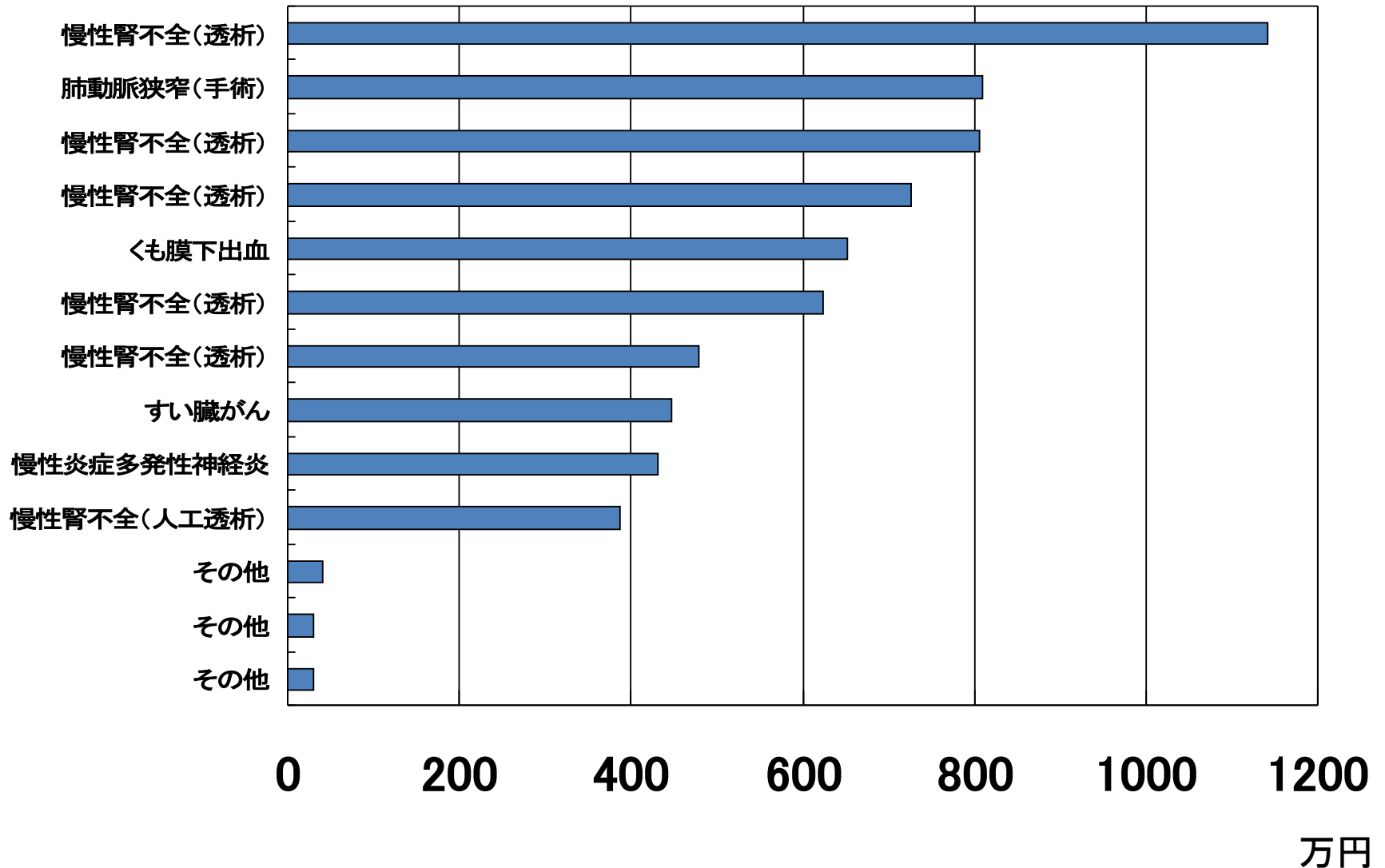
年別透析導入患者数推移



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
- 糖尿病性腎症による累積透析患者数
 - 10万2788人(2010年末)
 - 糖尿病腎症による透析医療費は年間、およそ5600億円

ある健保組合のレセプト分析より



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:130/80mmHg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

透析予防診療チーム

- 透析予防診療チームとその業務
 - 専任の医師、専任の看護師(又は保健師)、管理栄養士
 - 日本糖尿病学会の「糖尿病治療ガイド」に沿った個別指導等
 - 患者の病期分類、食塩制限及びタンパク制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等
 - リスク評価と指導計画策定
 - 成果報告
 - HbA1cが改善または維持された患者の割合
 - 血中クレアチニン値またはeGFRが改善または維持された患者の割合
 - 血圧が改善または維持された患者の割合

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: 2009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"/> 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"/> 尿潜血 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白 <input checked="" type="checkbox"/> 尿蛋白定量 <input checked="" type="checkbox"/> クレアチニン <input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	バリエーション(紹介の指標) ①浮腫による体重増加(0.5kg/日以上) (食べ過ぎ・運動不足による体重増加は別です) ②コントロールできない高血圧 ③腎機能悪化(クレアチン1.5倍悪化) ④新たな尿潜血出現 ⑤尿潜血悪化(2倍以上) ⑥持続する肉眼的血尿 ⑦尿蛋白の増加(2倍以上)	
<input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	↓ 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。	
<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	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。

地域で疾病の重症化予防の 取り組みが始まる

臨床検査データは疾病管理における

アウトカムデータ

地域で共有する仕組みが必要

③精神科リエゾンチーム加算

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。

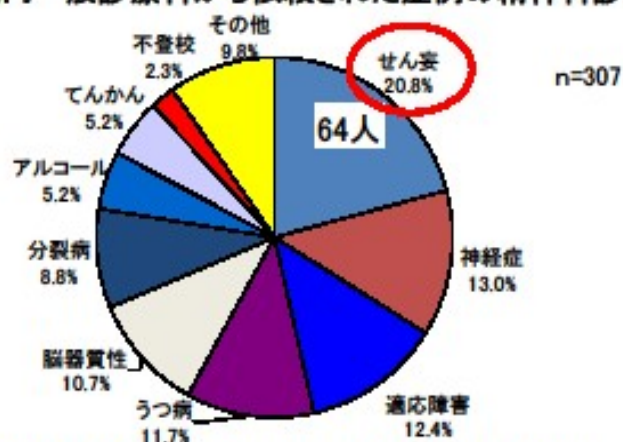
- ①精神科リエゾンについて十分な経験のある専任の精神科医
- ②精神科リエゾンに係る所定の研修を修了した専任の常勤看護師
- ③精神科リエゾンについて十分な経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師又は常勤臨床心理技術者のいずれか1人

精神科医や精神看護専門看護師に対する コンサルトの依頼理由

一般診療科や一般病棟から精神科医や精神看護専門看護師への依頼理由として、せん妄が依頼全体の20~30%を占めている

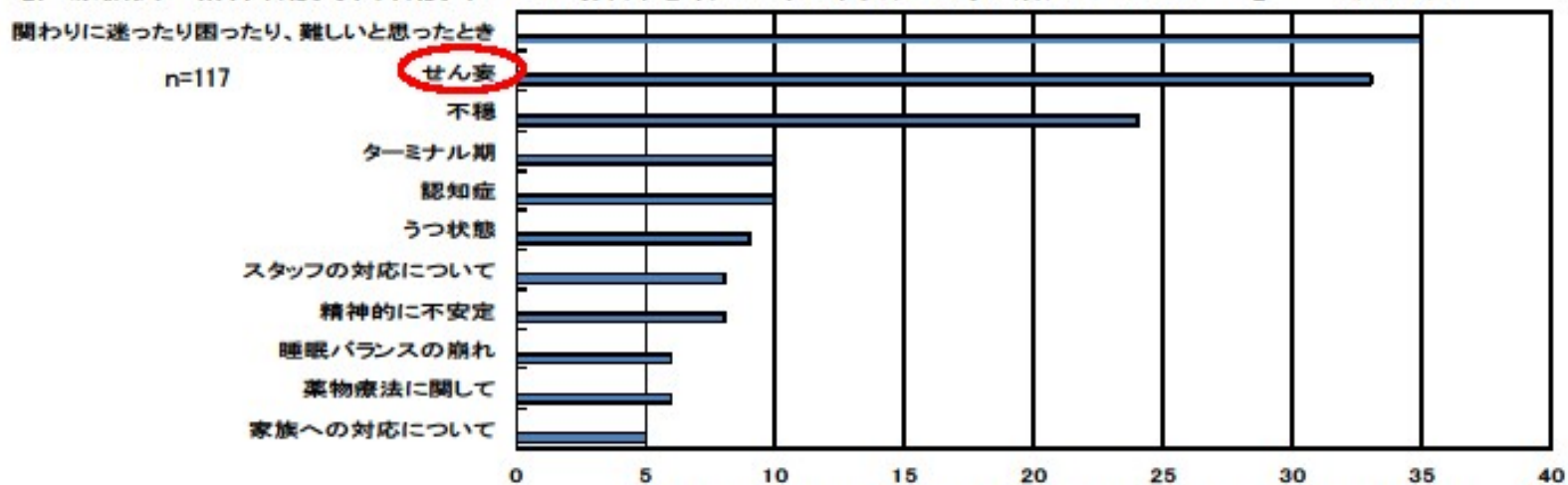


【院内一般診療科から依頼された症例の精神科診断】



三浦星治ら; 島根医科大学附属病院におけるコンサルテーション・リエゾン活動について, 島根医学, 21(4), 32-38, 2001

【医療機関に精神看護専門看護師がいた場合、患者がどういう状況の時に活用していたか?】 (複数回答)



金子亜矢子; 精神看護専門看護師の活動評価, 共済医報, 59(1), 59-64, 2010

海外におけるせん妄発症患者に対する介入とその効果(例)

多職種による包括的アプローチを実施することにより、せん妄の入院期間を有意に軽減することができる。

<対象> 70歳以上の内科患者400名(計8か月間)

① スタッフ教育を行い、受け持ち制にした病棟(介入群)

② 通常のケアを業務分担制により提供した病棟(対照群)



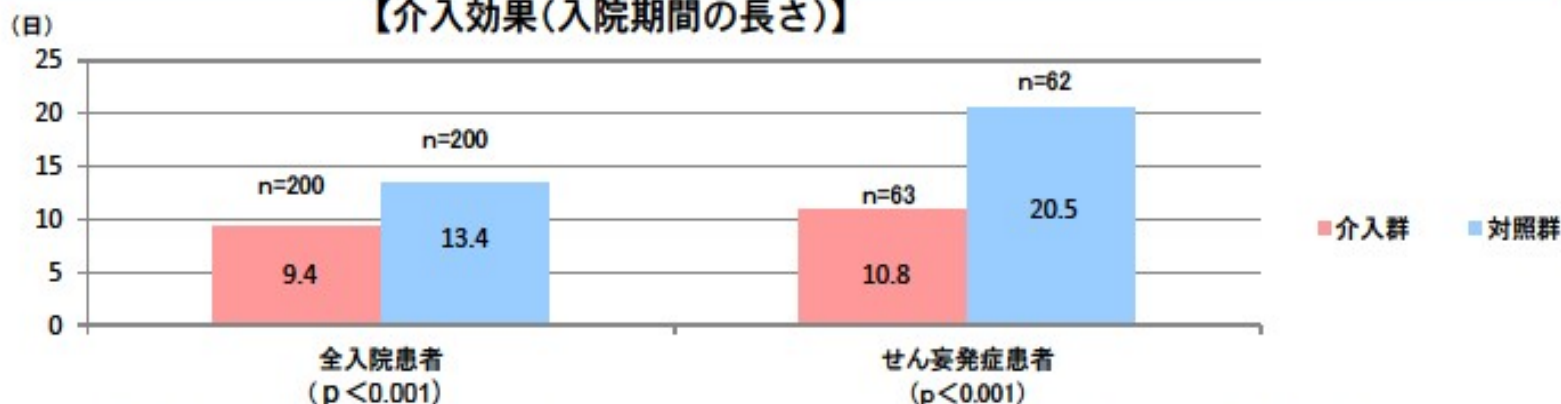
→ 入院24時間以内のせん妄発生率は、両群とも約31%で有意差はみられなかった

介入 = 教育プログラム^{※1} + 個別ケアを重視した受け持ち制への移行 + 看護職員への定期的指導^{※3}

※介入群の病棟で働く医療職に対して、せん妄のアセスメント、予防、治療、認知症・せん妄患者と医療者の相互作用に焦点をあてた老年医学に関する教育プログラムを実施(2日間)

※3個別あるいはグループ単位での患者と医療者の相互作用に関する指導を月に1度(1回15分から20分程度)

【介入効果(入院期間の長さ)】

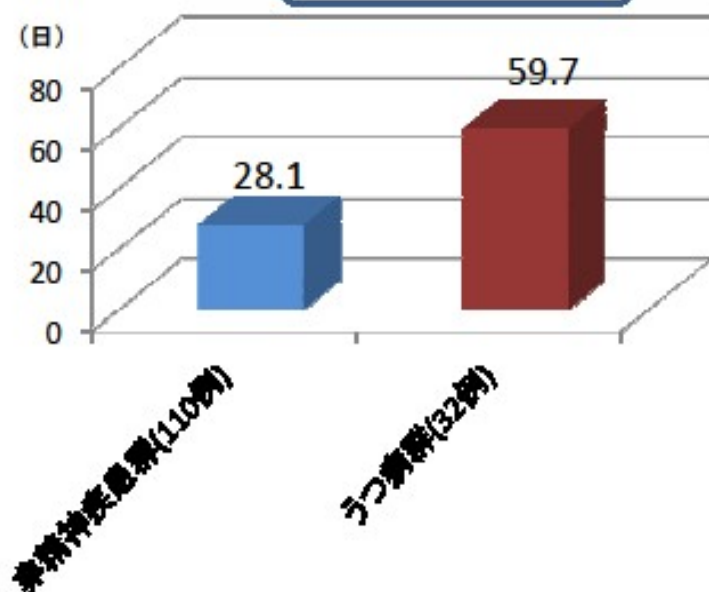


Lundstrom M, Edlund A, Karlsson S, et al : A multifactorial intervention program reduces the duration of delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. Journal of the American Geriatrics Society, 2005; 53(4) : 622- 628.

うつ病合併患者の入院期間

- 総合病院精神科が内科系の2つの病棟に入院中の患者211名を対象とし、精神疾患の有無にかかわらず2ヶ月間にわたり、毎週定期的に面接を続け、精神状態の経過を観察した。
- 対象211名のうち、32名(15.2%)にうつ病が合併し、入院期間が長期化していた。
- うつ病合併患者に抗うつ薬を用いた専門的な薬物療法を実施した場合、非薬物治療群と比べ約40日間入院期間が短縮した。

非精神疾患群とうつ病
群の入院期間の比較



薬物療法の有無に
よる入院期間の比較



参考文献: 保坂隆監修「在院日数短縮化をめざして」から作成

その他チーム医療

院内トリアージ、移植後患者指導管理料、
外来緩和ケア、

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。

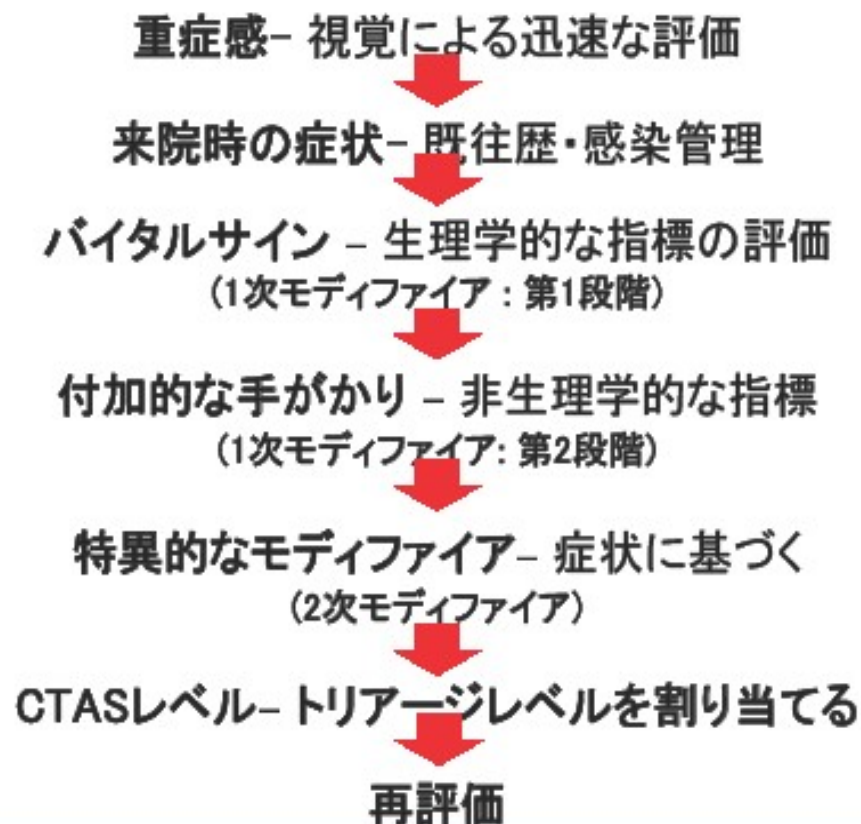
院内トリアージ実施料の新設に合わせ、地域連携小児夜間・休日診療料院内トリアージ加算は廃止する。

CTASの5段階レベルトリアージ



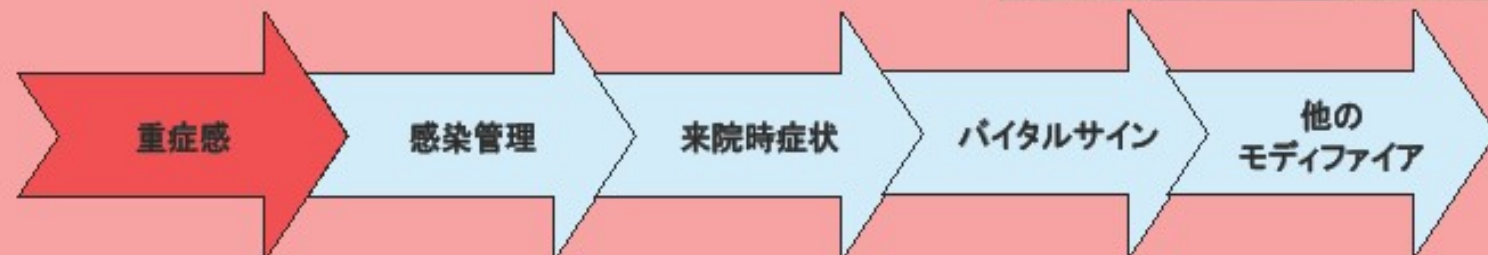
Canadian Triage & Acuity Scale

CTASでの救急外来トリアージの過程



CTASレベルは以下の項目に基づき決定:

1. 第一印象
2. 最適な主訴 (CEDIS) の選択、および
3. 緊急度をより正確に反映させるためにモディファイアを適応する。



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。

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
 - 看取りに至る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

地域連携クリティカルパスの見直し

胃腸StageIII 術後長期連携パス(医療者用)

項目	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携機関	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携内容	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携時期	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携担当者	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携頻度	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携手段	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価
連携評価	連携機関	連携内容	連携時期	連携担当者	連携頻度	連携手段	連携評価

情報共有による連携体制の強化

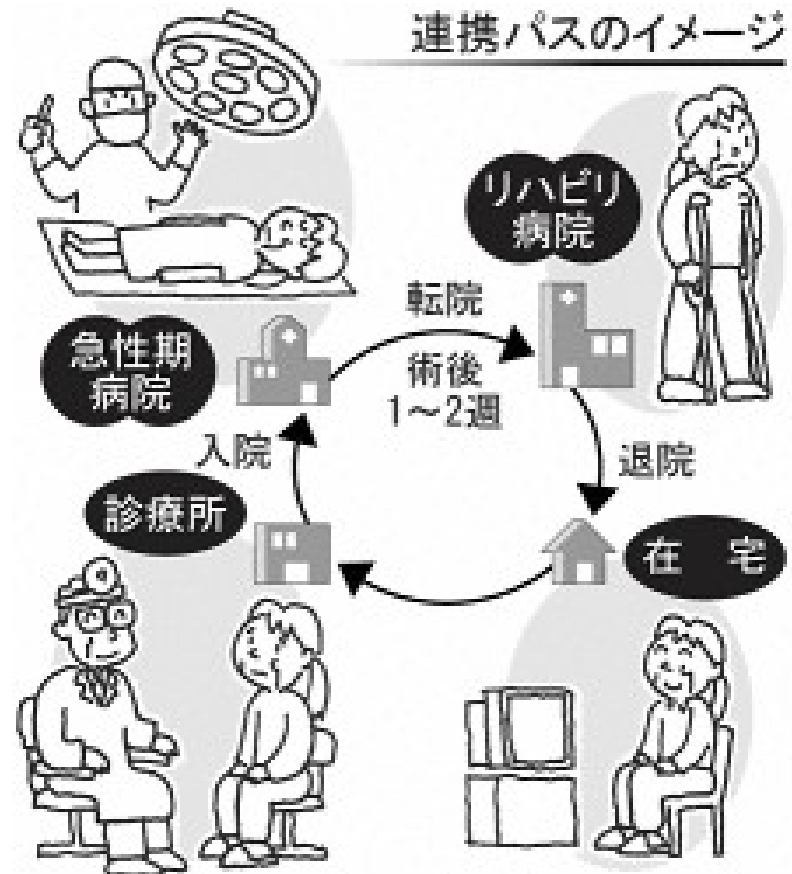
地域連携クリティカルパスとは？

- 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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

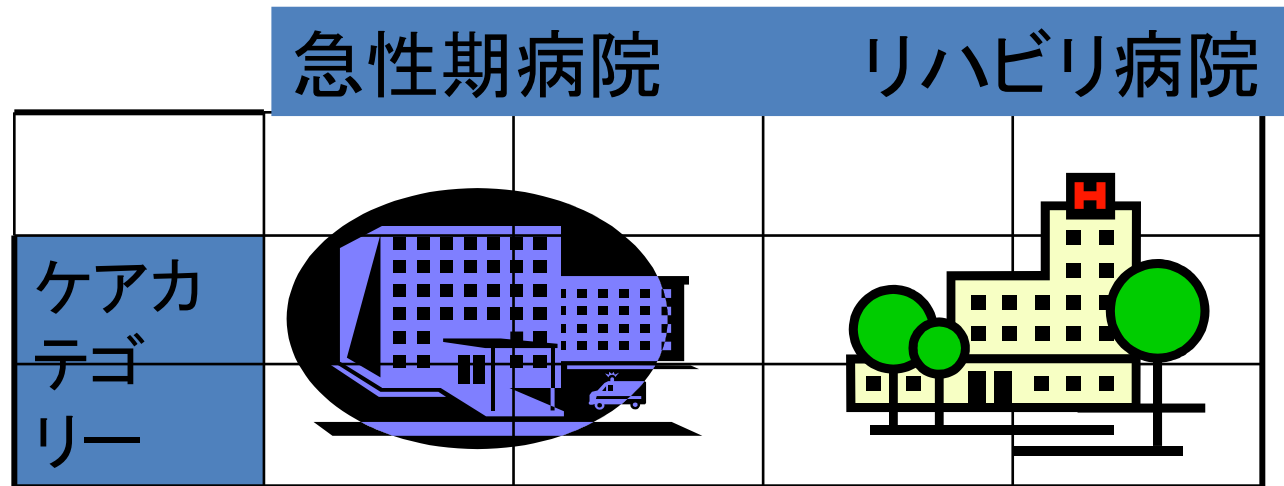
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
			口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP	RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 300ml × 3	濃厚流動食 400ml × 3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	
		体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()	体温() () () 脈拍() () () 血圧() () () SPO ₂ () () ()
観察				創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	創状態() () () 喀痰() () ()	
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

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。

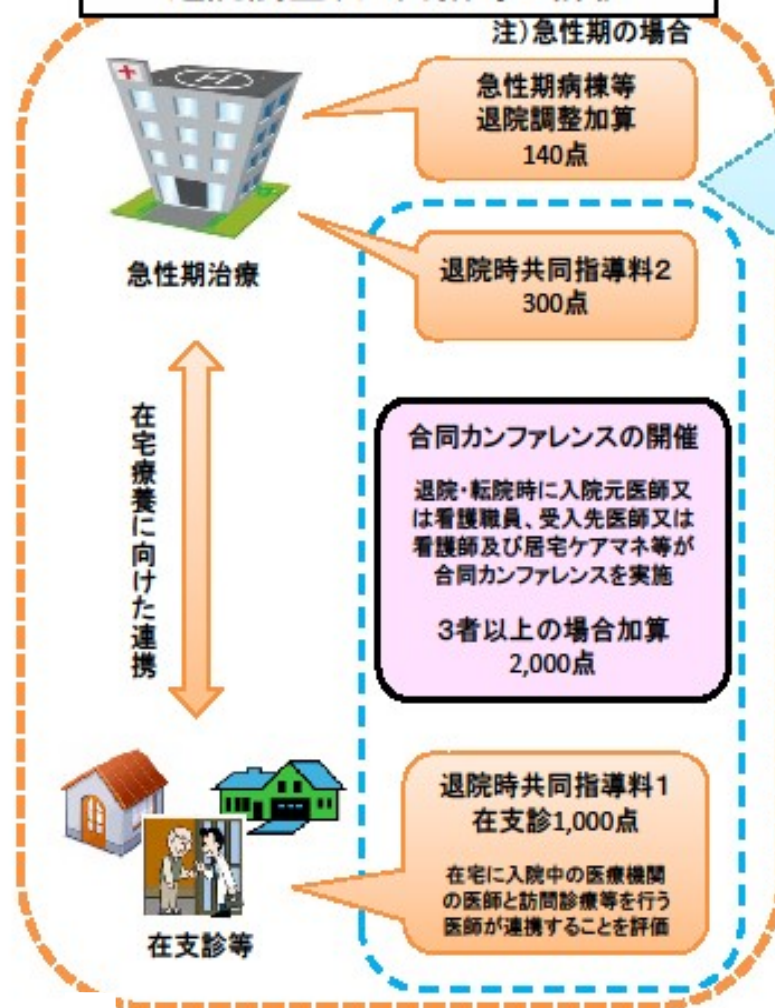
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

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。

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
治療歴	術後補助療法としてFOLFOX6を2クール実施済み
現在の治療	FOLFOX6 再投与
副作用	軽度嘔吐、食欲不振
検査値	ヘモグロビン 12.5g/dl, 白血球 8,500/mm ³
医師のコメント	治療継続を希望する。副作用は軽微で経過良好。



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。

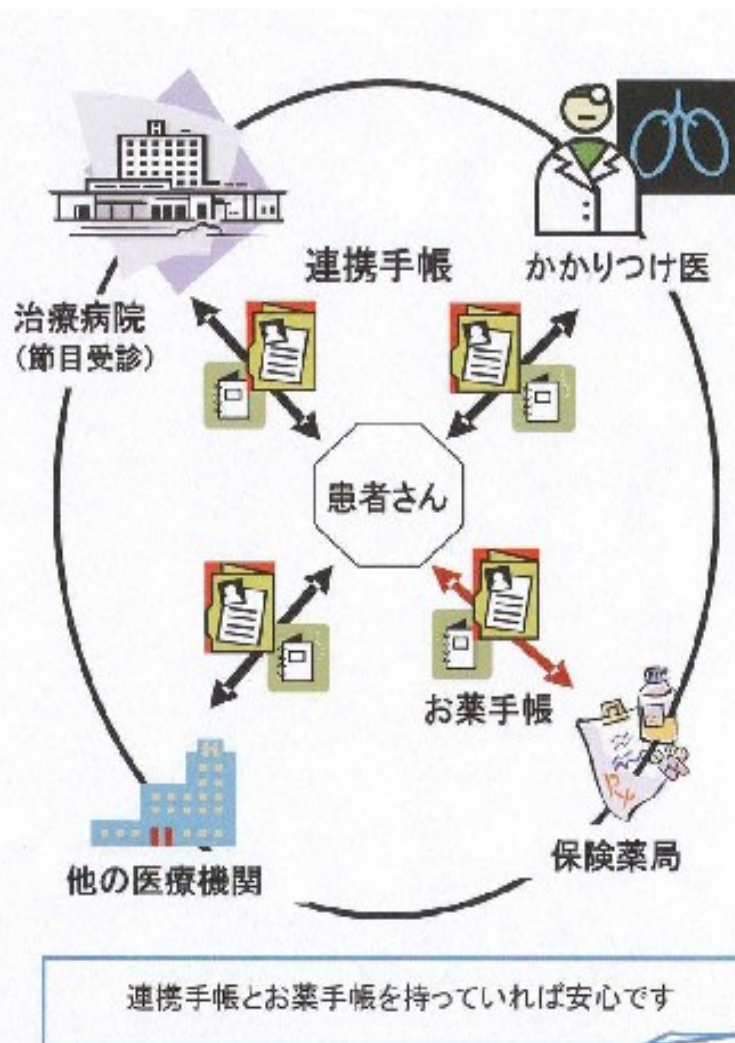
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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-I



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	8ヶ月	8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

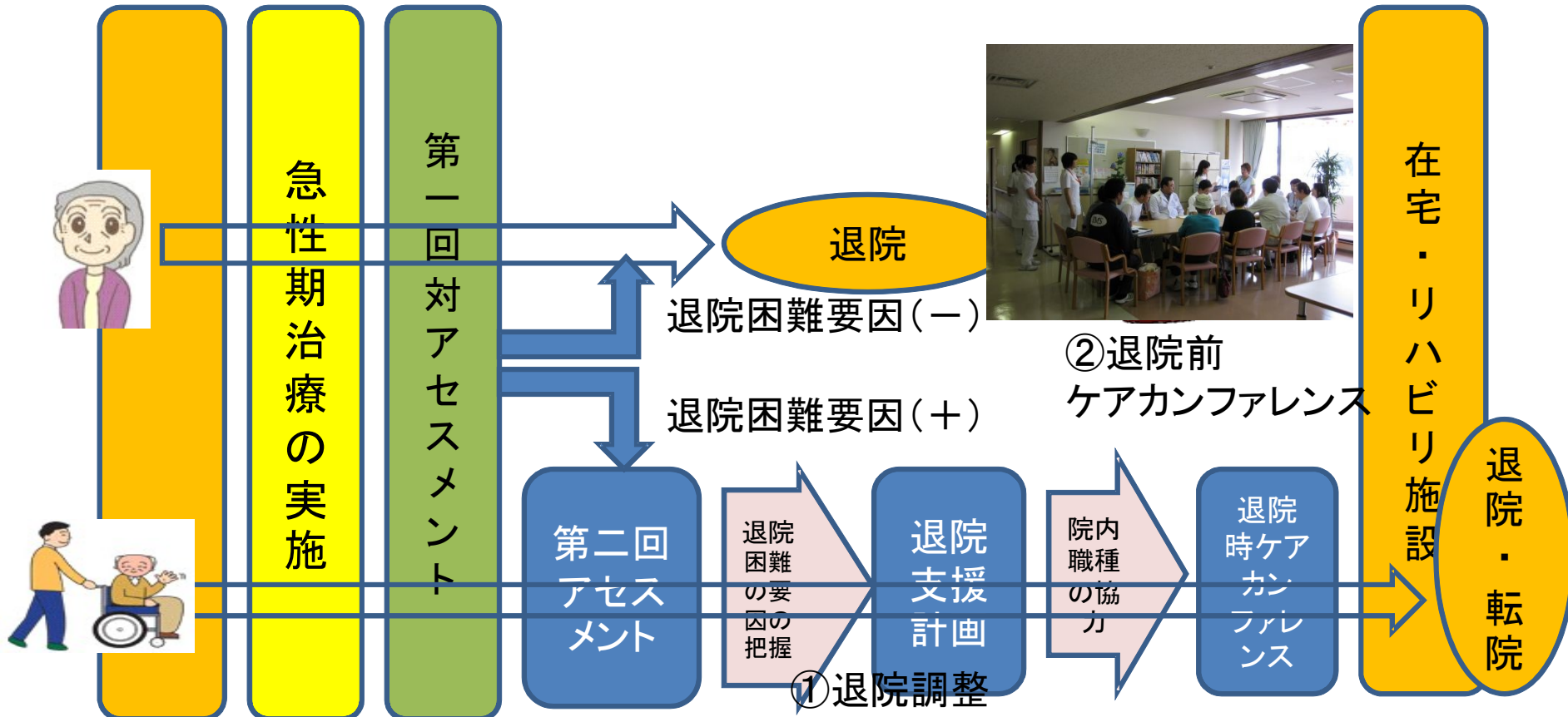
パート4

退院調整と薬局・薬剤師

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

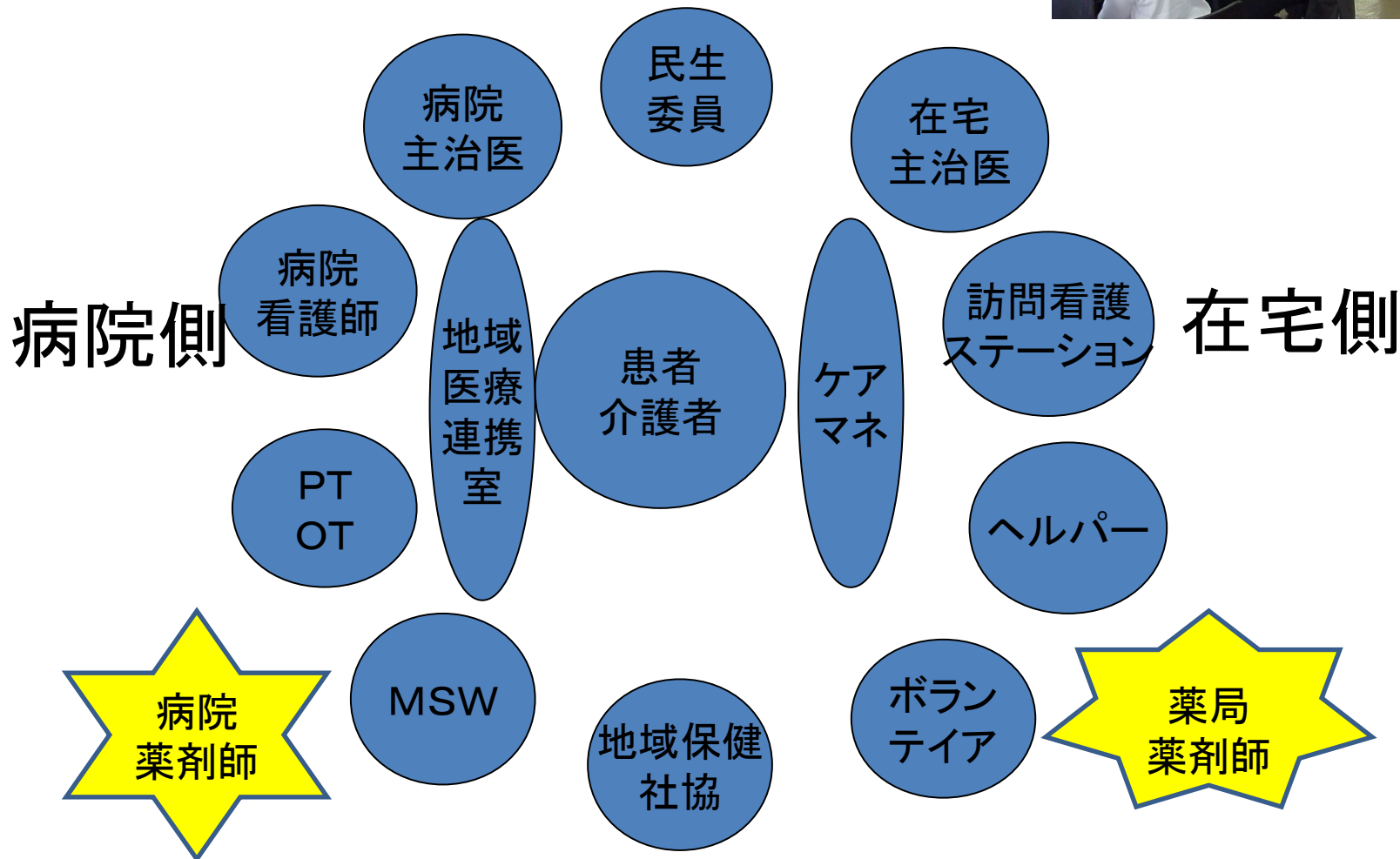
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

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

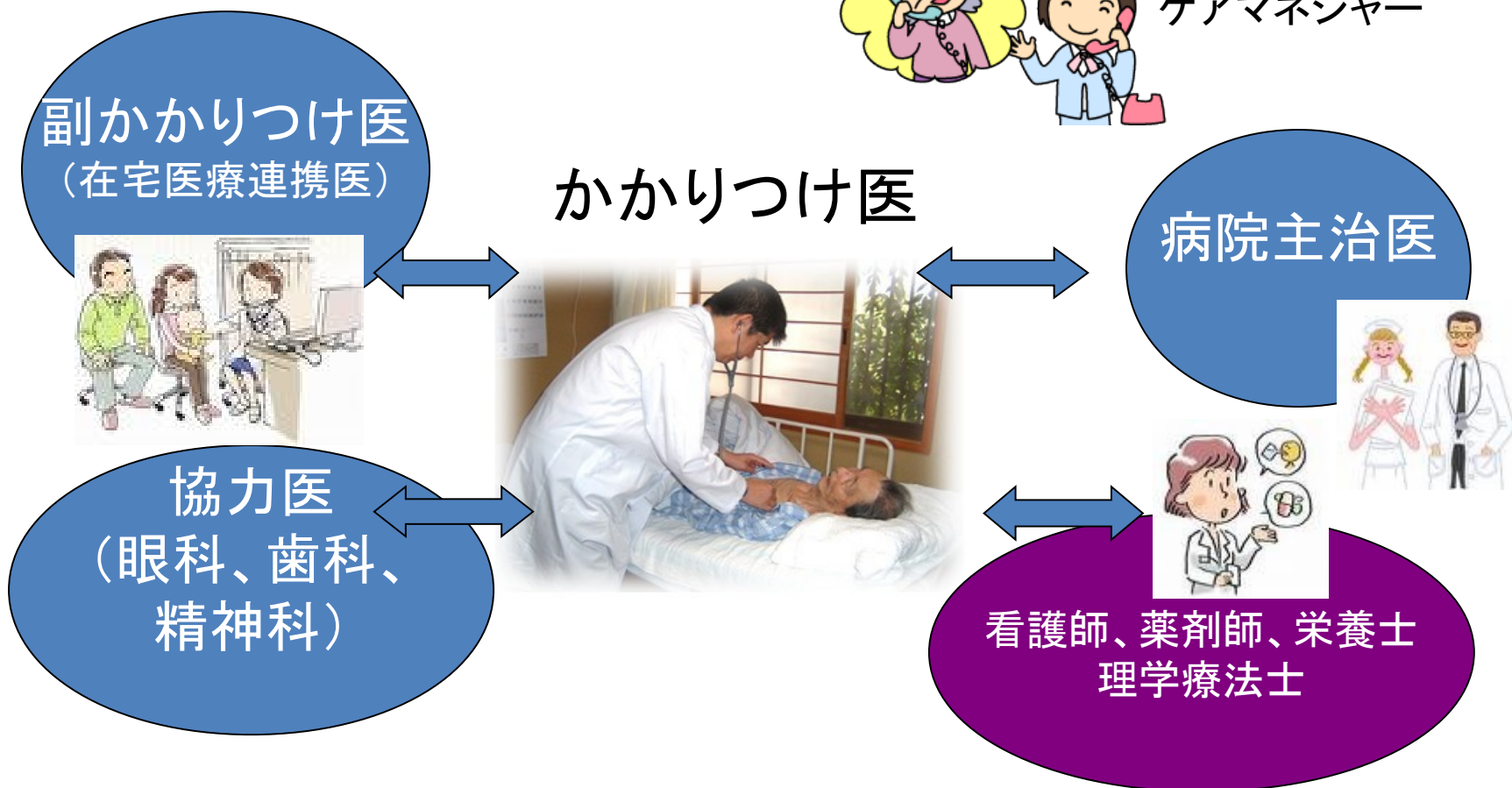
在宅医療と薬局・薬剤師

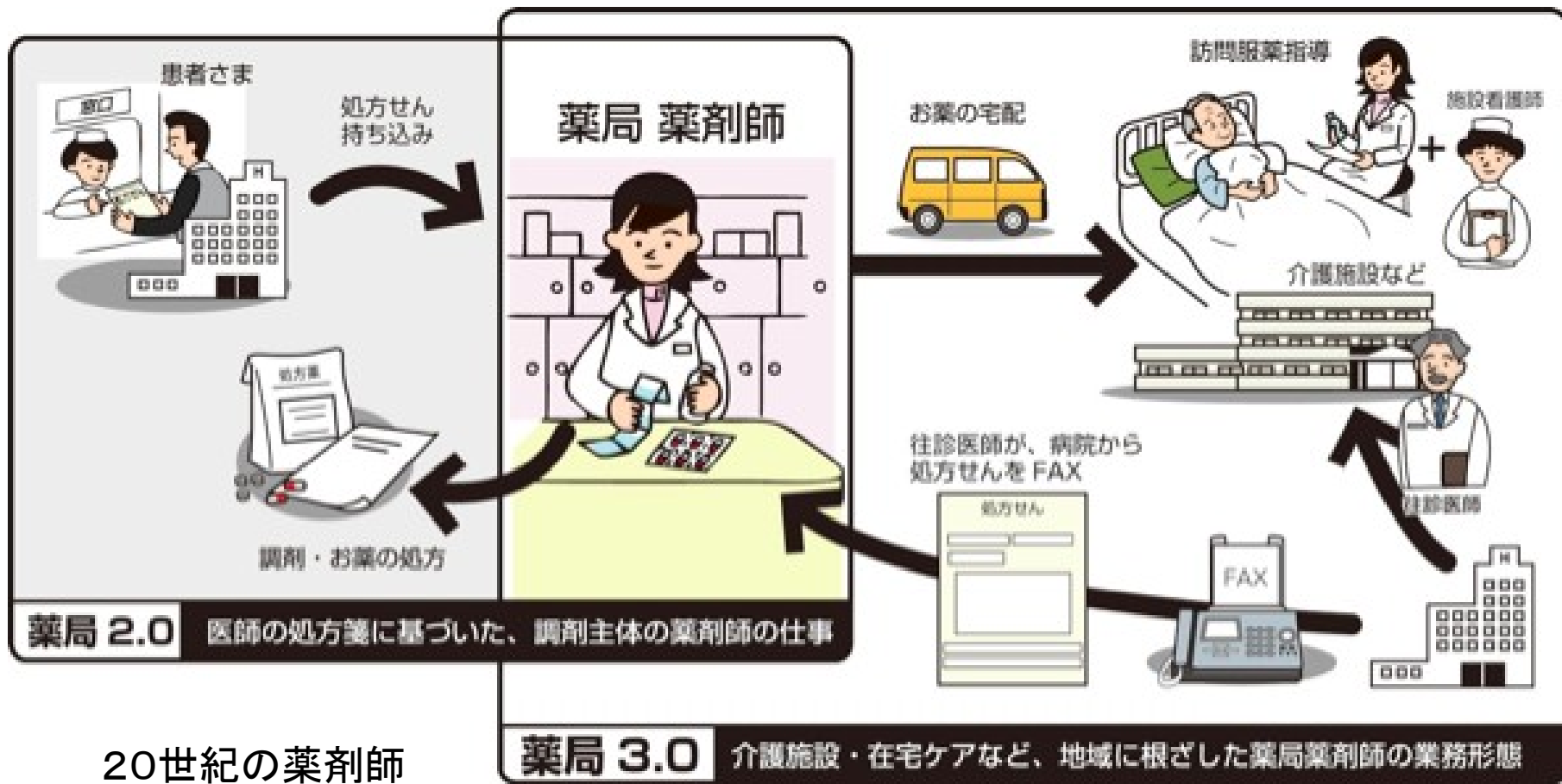


在宅医療連携は究極の連携医療

—病診、診診連携、多職種連携—

- 在宅医療連携





20世紀の薬剤師

21世紀の薬剤師

従来の処方箋調剤は行いつつ、在宅医療支援を行う



ハザマ薬局の狭間先生

(C) Kenji Hazama, M.D., Ph.D.

往診医師への同行



「まさか、薬局に就職してドクターの回診につくととは・・・」

特養での多職種連携



フロアでの申し送り



ケアカンファレンス

多職種から薬剤師への承認(acknowledgement)

医師・看護師による 在宅医療講習会



知識：薬理学・製剤学・解剖生理・病理病態・
TDM・ターミナルケア
技能：バイタルサイン・フィジカルアセスメント
態度：対医療者・対患者コミュニケーション
グリーフケア



バイタルサイン採集の基本手技を看護師が教える

在宅医療を行う保険薬局へ向け 医薬品分割販売

- 医薬品分割販売
 - 錠剤などは1シート単位、塗り薬・目薬などは1本単位から医薬品等を購入できる仕組み
 - 東邦薬品のPFP事業
 - PFPとは”Pharmacy for Pharmacies (薬局のための薬局)
 - 全国約10,000軒以上の保険薬局に商品を発送
 - 取扱品目(医薬品・医療材料)はおよそ4,000品目



薬局薬剤師の更なる近未来

CDTM(共同薬物治療管理)

CDTM (共同薬物治療管理)

- CDTM (Collaborative Drug Treatment Management)
 - 1970年代-カリフォルニア州及びワシントン州で制度が樹立
 - 患者のケアを向上させるために資格のある薬剤師が薬の処方をする。
 - 1980年代に法案が通過し、薬剤師が医師と共同で作成したプロトコルの基で処方することが可能になった。

CDTM（共同薬物治療管理）

- 医師及び薬剤師の間で交された、共同実践作業の契約を行う
- 薬剤師の行為、行動の順序を指導し、役割、手続き及び従うべき決定基準を示す（プロトコール）
- ある一定の状況の下では、薬剤師に処方権を移譲することもできる。
- 薬剤師の慢性疾患管理に寄与する
 - － 高脂血症、喘息、抗血液凝固、糖尿病、高血圧
 - － 予防接種

2012年診療報酬改定と 在宅薬剤管理指導業務

在宅薬剤管理指導業務の一層の推進

在宅業務に対する新規評価

在宅業務を推進するため、過去の実績も考慮した施設基準を満たす薬局が、在宅患者向けに調剤した場合の加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

かかりつけ薬局が対応できない場合に、あらかじめ連携しているサポート薬局が臨時に在宅訪問対応できるよう、制度を見直す。*

※ 現行では、薬局単独で実施した場合のみ算定可能。改定後は、サポート薬局が実施した場合であっても算定可能。

無菌調剤に係る薬局の負担軽減

無菌調剤に関する施設基準を合理的に見直す。*

※ 小スペースでも実施可能となるよう、専用の部屋(5平方メートル以上)の施設要件を削除。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

患家までの距離が遠い場合は緊急時に患者の不利益も予想されることから、16kmを超える場合には、原則、算定不可とする。

在宅業務に対する新規評価

在宅業務実施薬局に対する施設基準の新設と当該薬局での在宅調剤の評価

在宅業務に十分に対応するためには、相応の体制整備が必要となることから、在宅業務に十分に対応している薬局に対して、一定以上の過去の実績も考慮した施設基準を新たに設け、当該基準を満たす薬局が在宅患者に対する調剤を行った場合、調剤料への加算を新設する。

(新) 在宅患者調剤加算 15点(処方せん受付1回につき)

[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険薬局において、**区分番号15に掲げる在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者**その他厚生労働大臣が定める患者※¹に対する調剤を行った場合に、処方せん受付1回につき15点を加算する。

[施設基準]

- 地方厚生(支)局長に対して在宅患者訪問薬剤管理指導を行う旨の届出
- **当該加算の施設基準に係る届出時の直近一年間の在宅患者訪問薬剤管理指導料等の実績**※²
- 開局時間以外の時間における在宅患者に対する調剤並びに薬学的管理及び指導に対応できる体制整備
- 地方公共団体、医療機関及び福祉関係者等に対する、在宅業務実施体制に係る周知
- 在宅業務従事者に対する定期的な研修
- 医療材料及び衛生材料を供給できる体制
- 麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができる体制

※¹ (1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料
(3)在宅患者緊急時等共同指導料
(4)居宅療養管理指導費
(5)介護予防居宅療養管理指導費

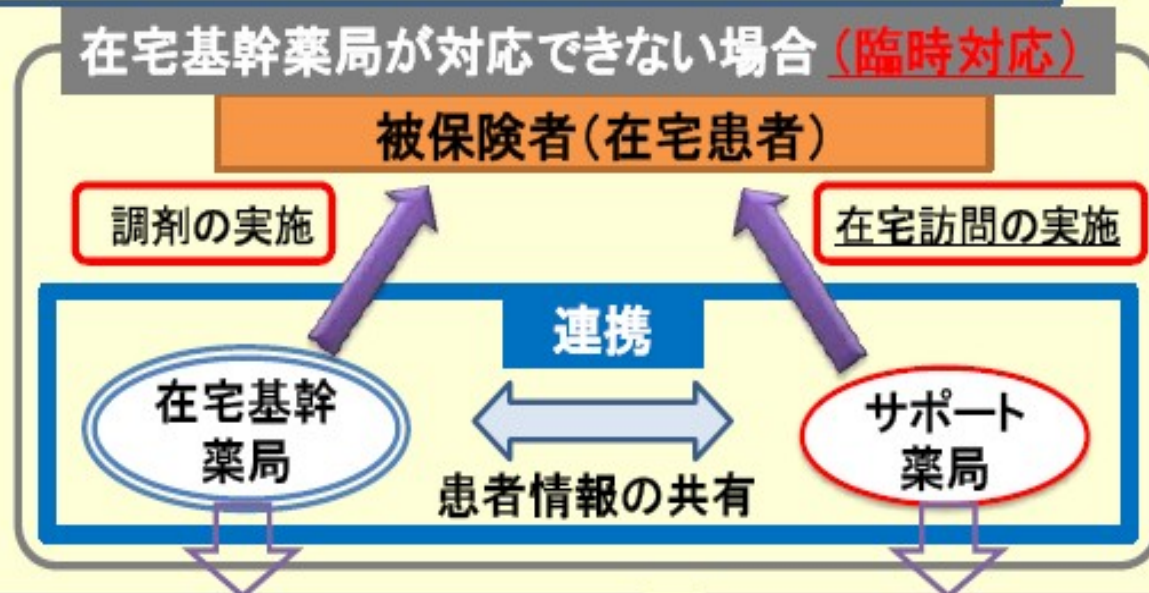
※² 在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績として、以下を合算して10回以上とする。
(1)在宅患者訪問薬剤管理指導料
(2)居宅療養管理指導費
(3)介護予防居宅療養管理指導費

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

小規模薬局間の連携による在宅業務の評価

小規模薬局であっても、近隣の薬局と連携することにより、在宅業務へ参画することが可能となるが、在宅患者訪問薬剤管理指導を主に担当する薬局（以下「在宅基幹薬局」）が、それを支援する薬局（以下「サポート薬局」）とあらかじめ連携している場合、**在宅基幹薬局が対応できない場合の臨時対応**として、サポート薬局が行った在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料についても算定できることとする。

1. サポート薬局が臨時に訪問薬剤管理指導のみを行った場合

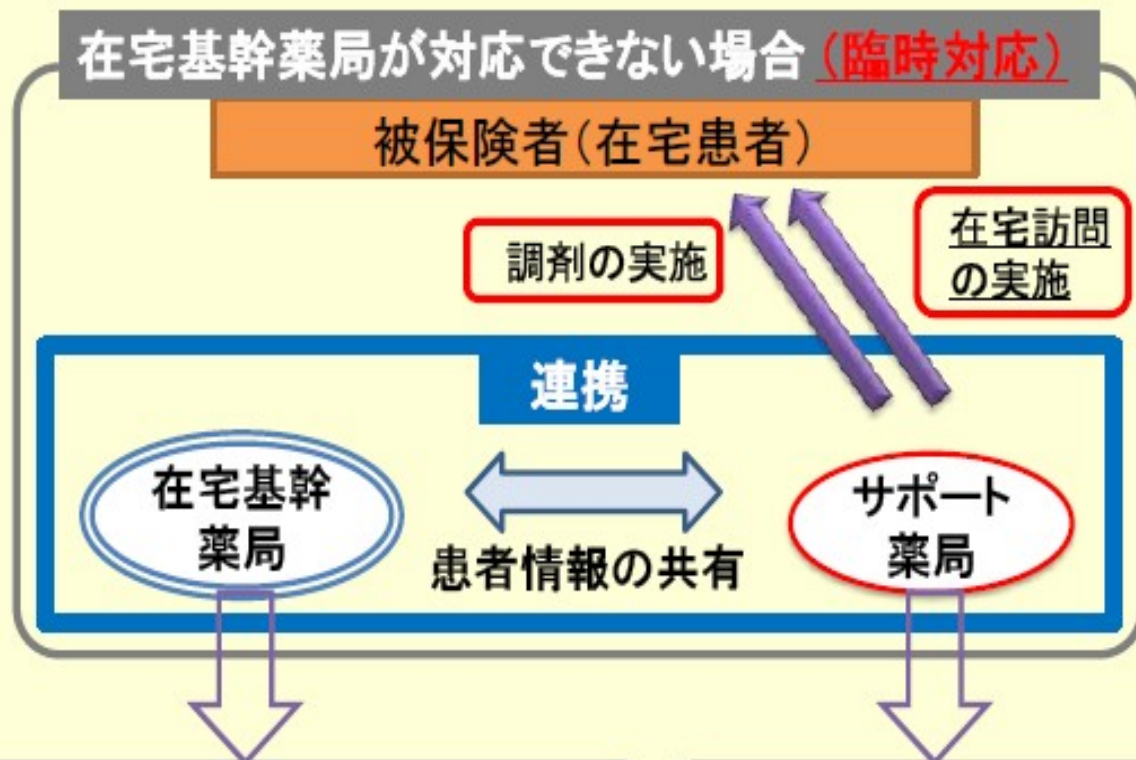


- 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- 薬剤服用歴の記載(在宅基幹薬局と記録の内容を共有)

2. サポート薬局が臨時に調剤及び訪問薬剤管理指導を行った場合

サポート薬局が処方せんを受け付け調剤を行い、訪問薬剤管理指導を行った場合は、調剤技術料、薬剤料等はサポート薬局が、一方、在宅患者訪問薬剤管理指導料は在宅基幹薬局が行うこととし、調剤報酬明細書の摘要欄にはサポート薬局が受け付けた旨を記載する。



- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料等の保険請求
- ・ 指示を行った医師又は歯科医師に対する報告

- ・ 薬剤服用歴の記載 (在宅基幹薬局と記録の内容を共有)
- ・ 調剤技術料、薬剤料等の保険請求

無菌製剤処理加算に関する施設基準の見直し

無菌調剤を行うためには、特別な施設が必要とされるが、現行の施設基準では一部不都合が生じていることから、より合理的な基準となるよう、無菌製剤処理の施設基準における「十分な施設を有している」との要件を「十分な施設又は設備を有している」と合理的に改める。

現 行	改 定 後
(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。	(調剤料に係る無菌製剤処理の施設基準) (1) 薬局であること。 (2) 無菌製剤処理を行うにつき十分な施設 <u>又は設備</u> を有していること。 (3) 無菌製剤処理を行うにつき十分な体制を有していること。

【留意事項通知にて】

「無菌製剤処理を行うための専用の部屋(5平方メートル以上)を有していること。」の要件を削除する。

在宅訪問可能な距離の目安を設定

在宅業務受入れ可能距離に係る目安の設定

緊急時の対応を求められた場合、薬局から患家までの距離が遠いと患者に不利益が生じるケースも予想されることから、在宅訪問が可能な距離について見直しを行い、在宅患者訪問薬剤管理指導料等の算定要件に患家との距離要件を設定する。

現 行	改 定 後
【在宅患者訪問薬剤管理指導料】等	【在宅患者訪問薬剤管理指導料】等
1 同一建物居住者以外の場合 500点	1 同一建物居住者以外の場合 500点
2 同一建物居住者の場合 350点	2 同一建物居住者の場合 350点
	[算定要件] <u>注 保険薬局の所在地と患家の所在地との距離が16キロメートルを超える場合にあっては、特殊の事情*がある場合を除き算定できない。</u>

※ **特殊の事情**とは、

- 患家の所在地から16キロメートルの圏域の内側に、訪問薬剤管理指導を行う旨を届け出ている薬局が存在しない等

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



まとめと提言

- ・2012年診療報酬改定ではチーム医療が大きく評価された
- ・薬剤師の病棟業務、歯科連携、糖尿病透析予防、精神科リエゾンなどさまざまなチーム医療が始まる
- ・2012年診療報酬改定では地域連携パスも見直された
- ・薬局薬剤師の在宅医療への取り組みも始まる

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