

# 2025年のあるべき 医療・介護の姿とは？

～自治体病院の役割と課題～



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  
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

2月5日(日)10:00~15:00見学会

2月13日(月)新装オープン!

# 目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革と医療計画見直し
- パート2
  - 2012年診療報酬・介護報酬同時改定
- パート3
  - 在宅終末期ケア連携とICT
- パート4
  - 新たな情報通信技術戦略
- パート5
  - 自治体病院の役割と課題



# パート1

## 社会保障・税の一体改革と 医療計画の見直し



～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(6月26日)

- 6月26日に社会保障と税の一体改革関連法案が衆院本会議で賛成多数で可決され、参院に送付された
- 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。
- 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

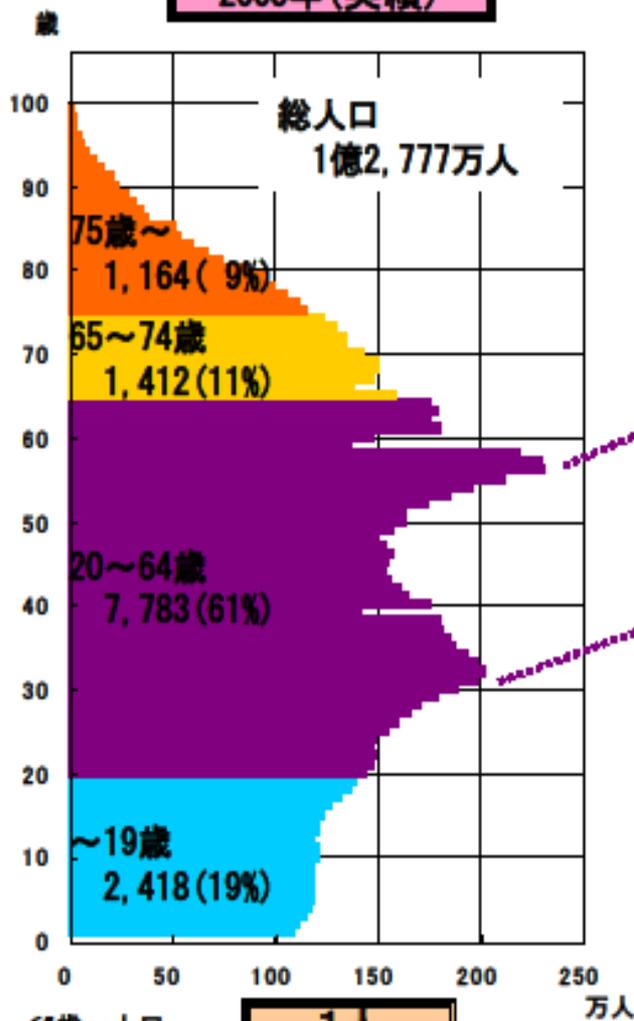


2012年6月26日、衆議院を通過

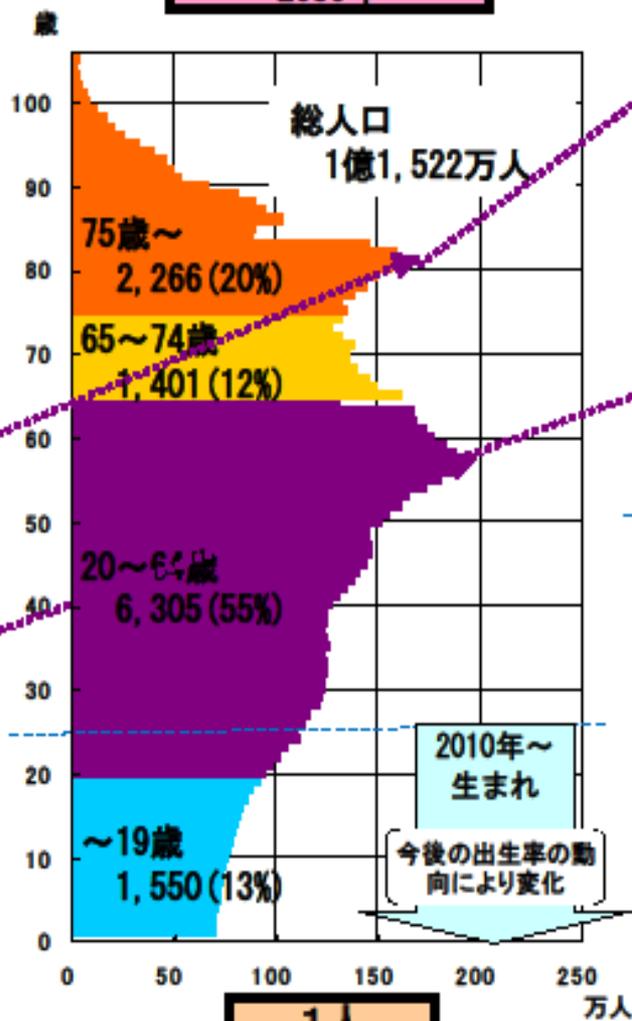
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 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。

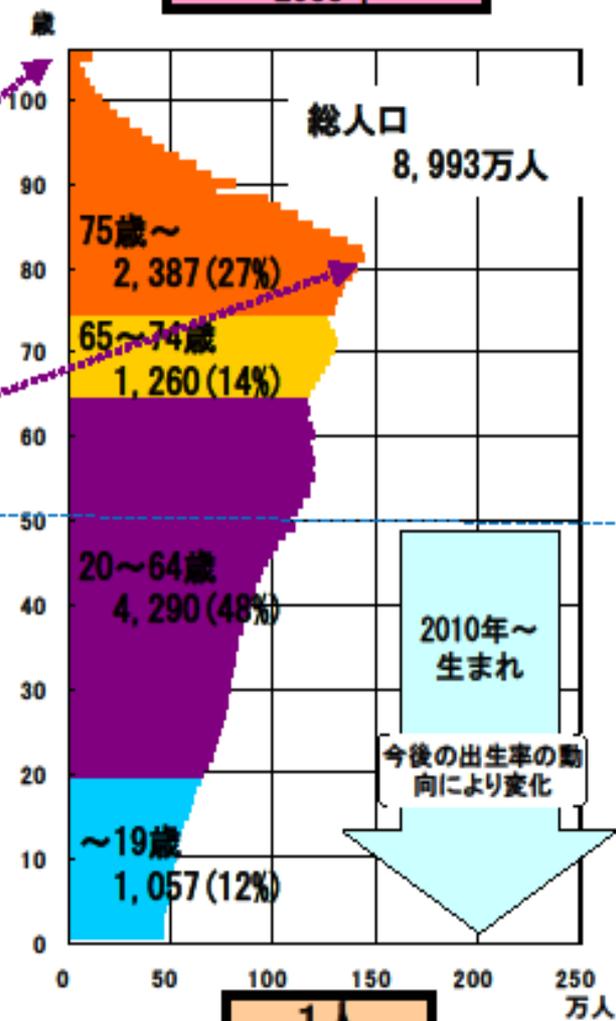
2005年(実績)



2030年



2055年

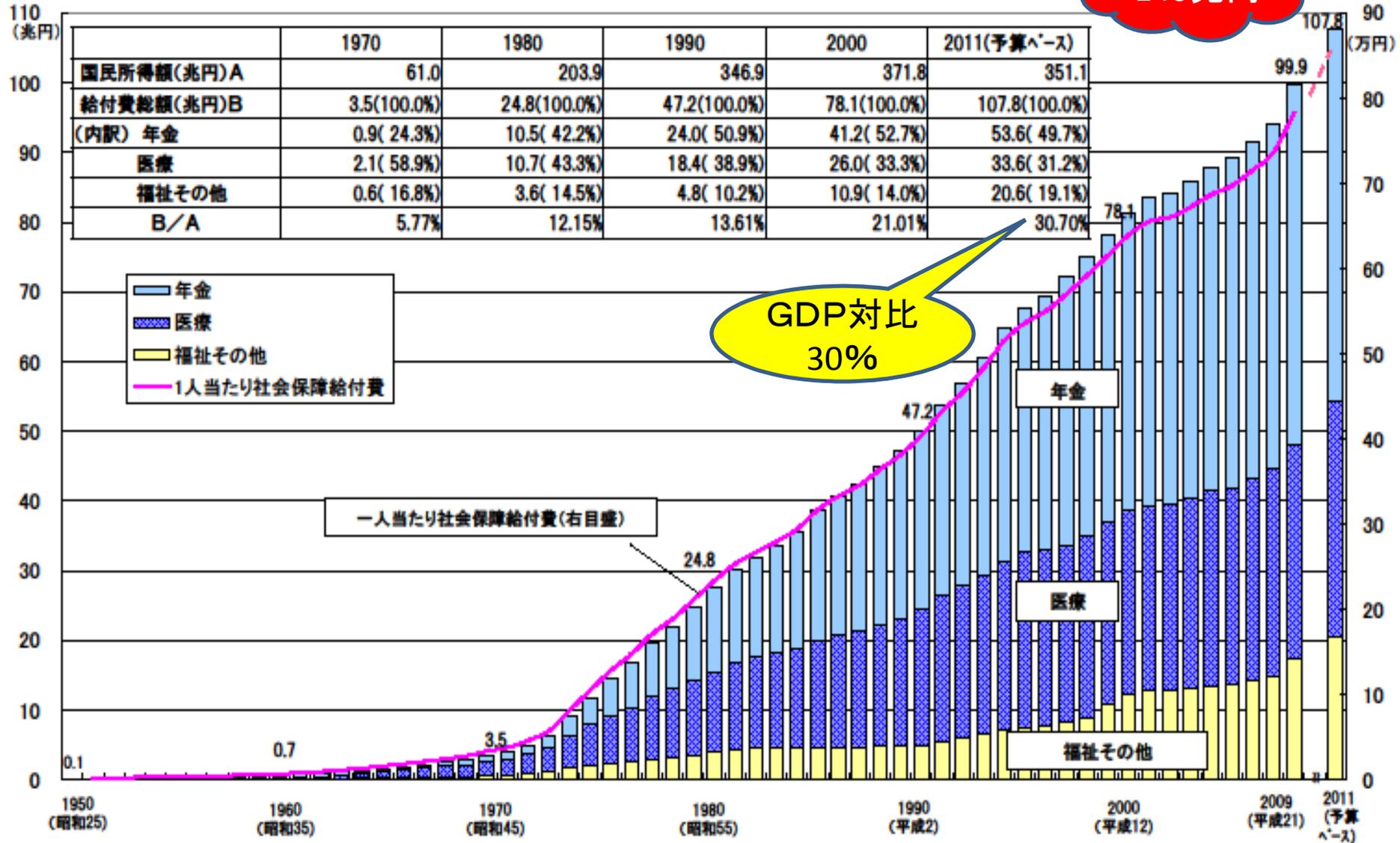


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

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



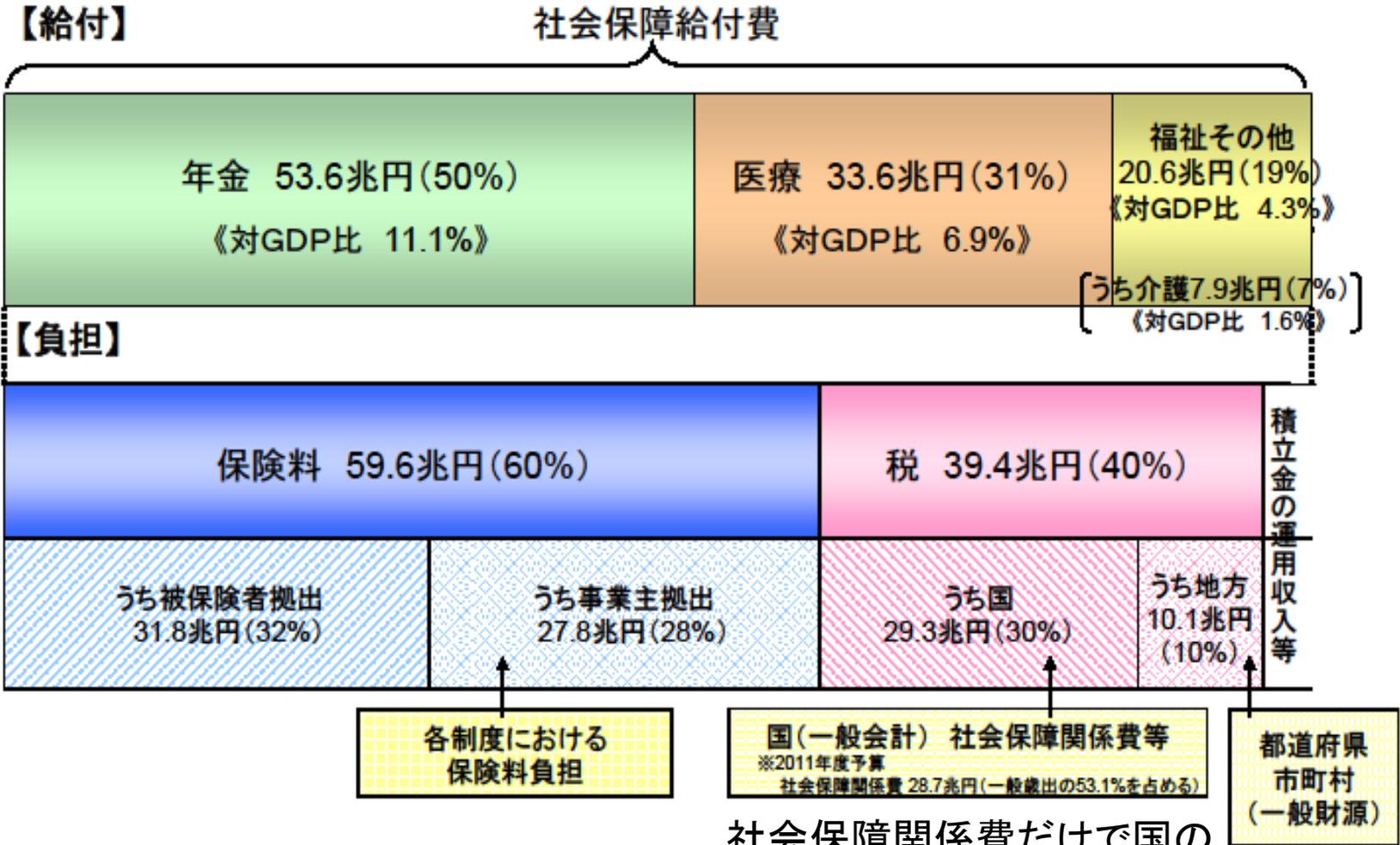
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

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%)

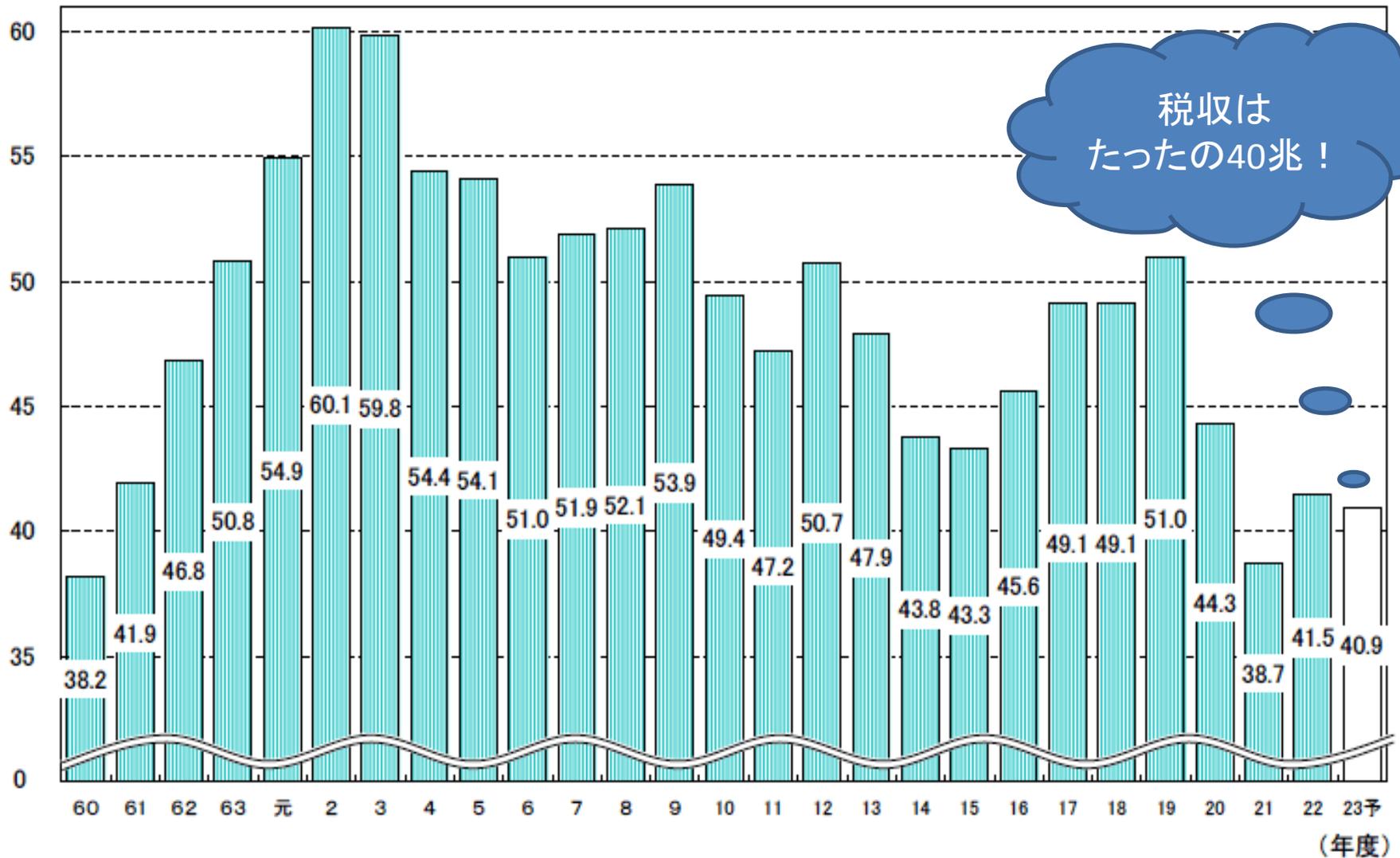


※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の  
一般歳出の53%を占めている

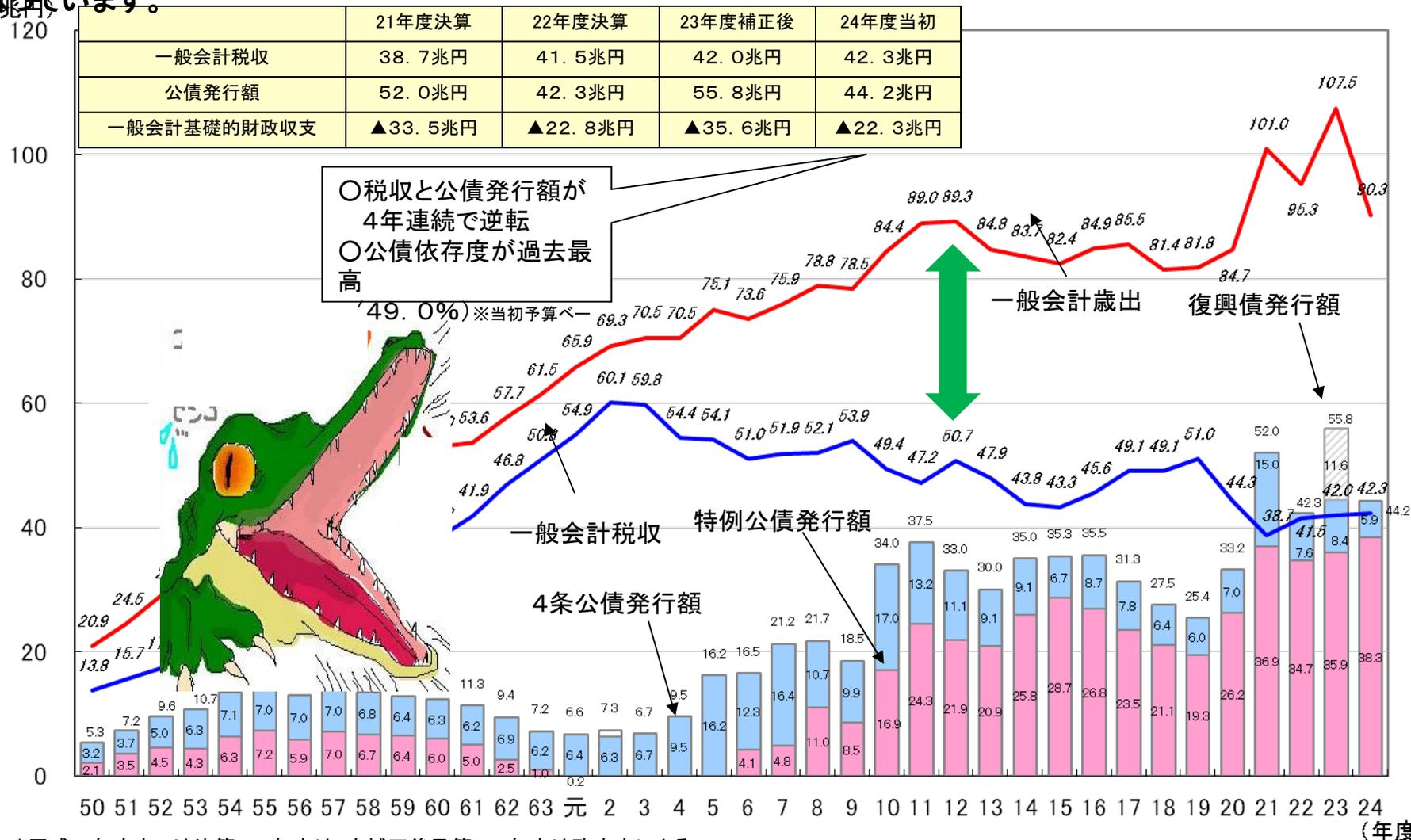
# 一般会計税収の推移

(兆円)



# 一般会計税収、歳出総額及び公債発行額の推移 財政健全化の必要性②

社会保障関係費の増加等により、歳出は増加傾向にあり、90兆円を超える規模となっています。一方、税収については、景気の低迷等を背景に、ピークの平成2年度の2/3程度の40兆円にまで落ち込んでおり、公債発行額を下回るようになってきています。この結果、歳出と税収の乖離は大きくなっており、グラフの形がまるで「ワニの口」のようになっています。



(注1) 平成22年度までは決算、23年度は4次補正後予算、24年度は政府案による。

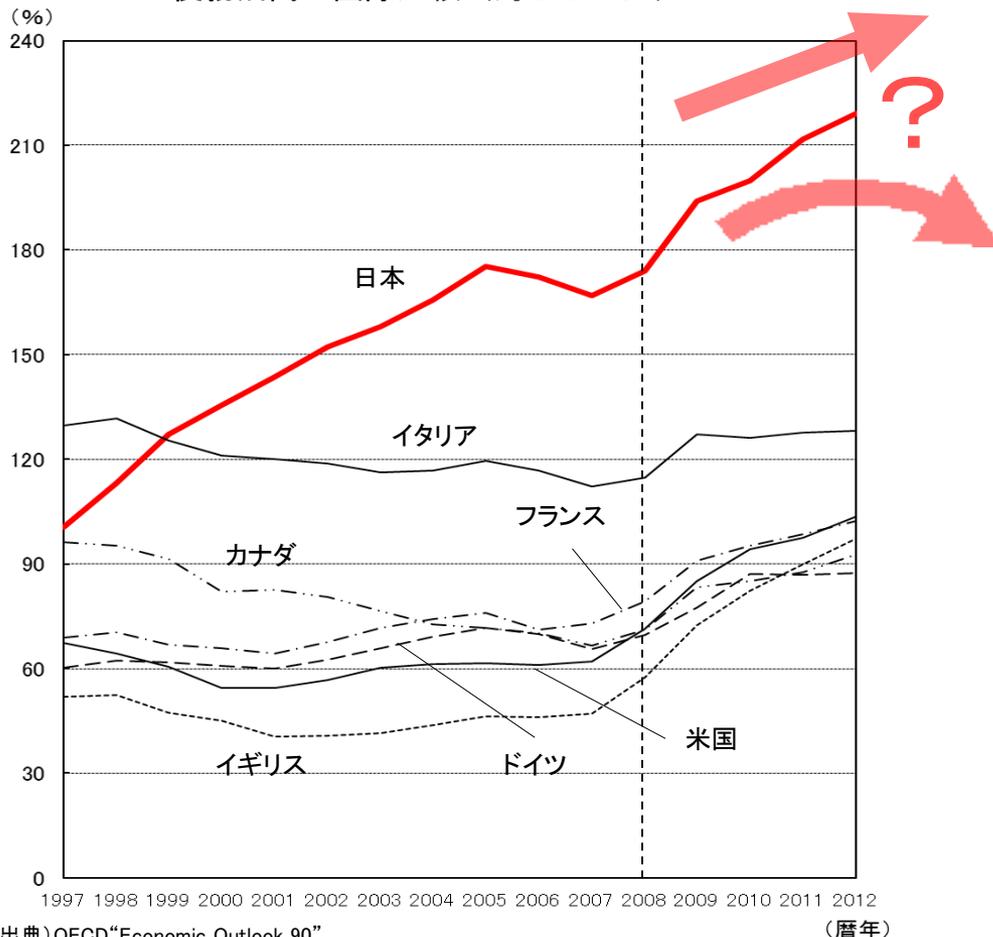
(注2) 平成2年度は、湾岸地域における平和回復活動を支援するための財源を調達するための臨時特別公債を約1.0兆円発行。

(注3) 平成23年度は、東日本大震災からの復興のために平成23年度～平成27年度まで実施する施策に必要な財源について、復興特別税の収入等を活用して確保することとし。

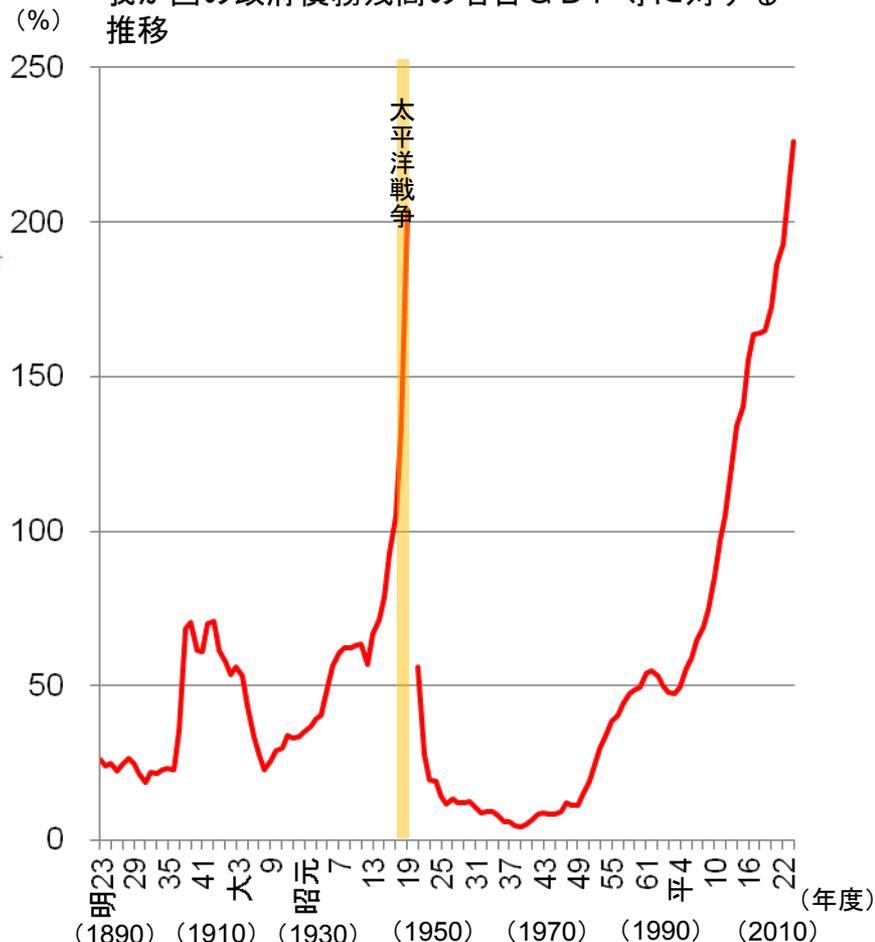
# 政府債務残高の現状

我が国の財政は、毎年の多額の国債発行が積み重なり、  
 国際的にも歴史的にも最悪の水準にあります(太平洋戦争末期と同水準)。  
 欧州諸国のような財政危機の発生を防ぐために、  
 GDP(返済の元手)との対比で債務残高が伸び続けないう、収束させていくことが重要です

債務残高の国際比較 (対GDP比)



我が国の政府債務残高の名目GDP等に対する推移

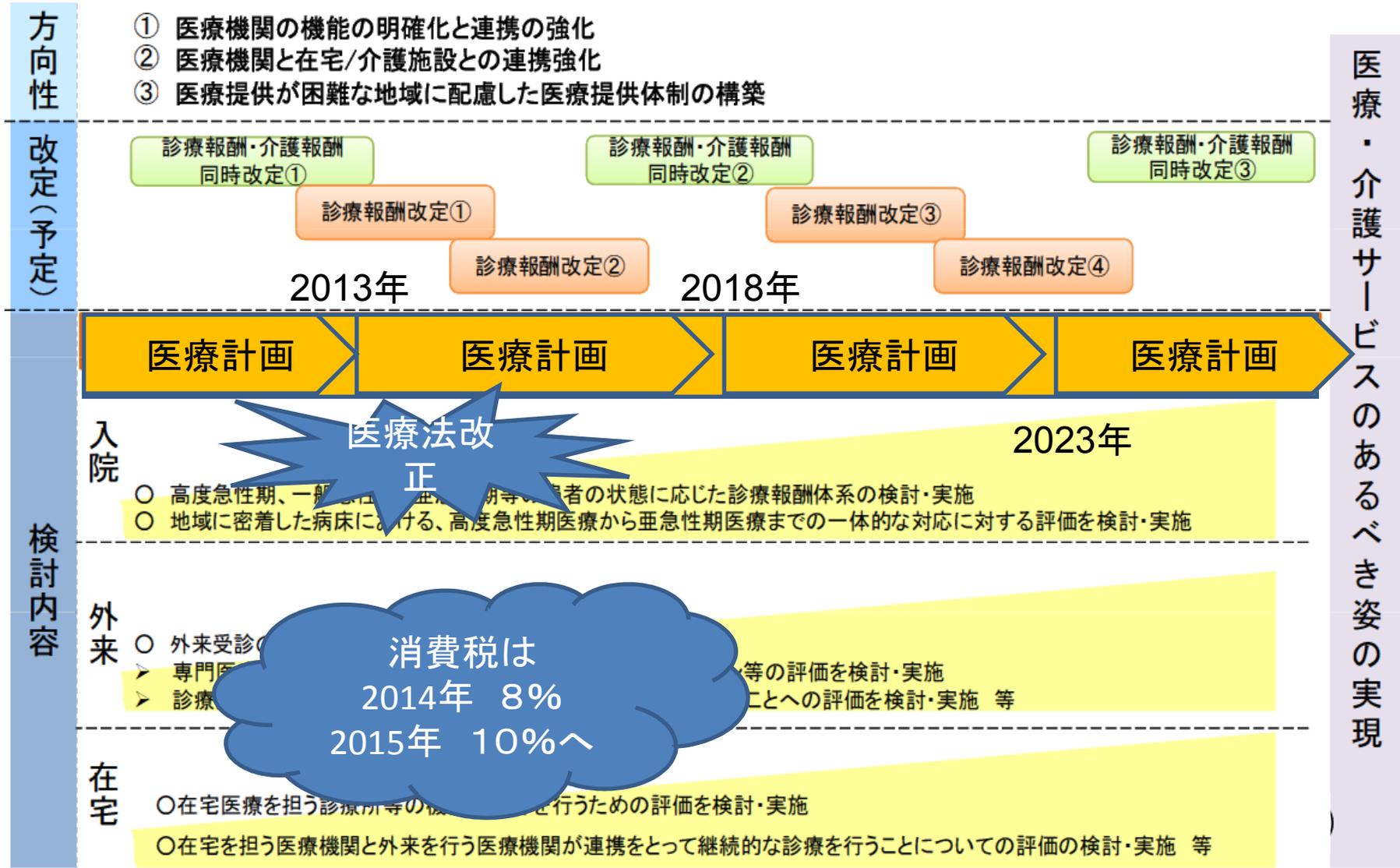


(出典) OECD "Economic Outlook 90"  
 (注) 国際比較のため、債務残高の値は国民経済計算の体系(SNA)に基づく一般政府ベースのものを使用しており、

(出所) 債務残高は「国債統計年報」(国債及び借入金現在高)等  
 GDPは「日本長期統計総覧」(国民経済計算)等

# 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】

### 2011年度

### 2025年度

	2011年度	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
	<b>一般病床 107万床</b>	【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)
		・ 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

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

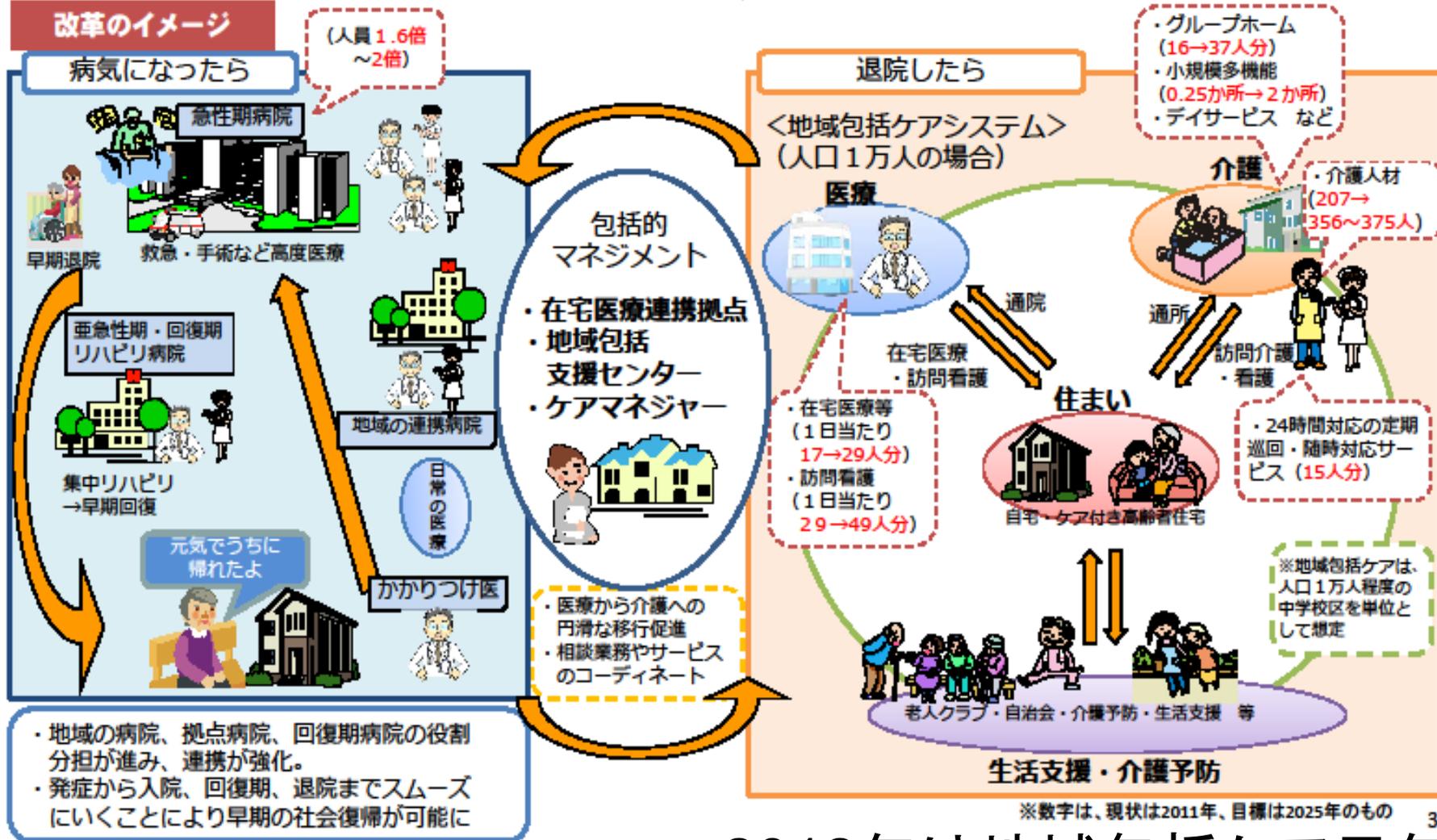
## 改革の方向性 ②

## 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

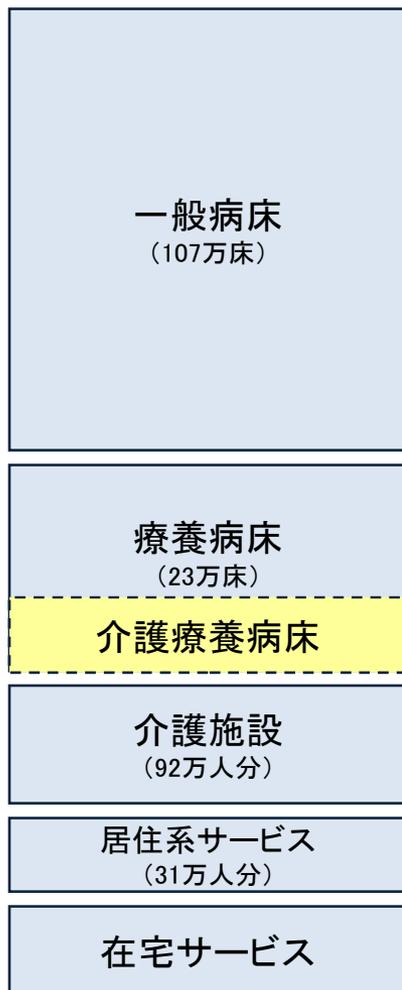
# 医療・介護機能の再編（将来像）

医療・介護の充実①

患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

【2011(H23)年】

【2025(H37)年】



## 【取組の方向性】

### ○入院医療の機能分化・強化と連携

- ・急性期への医療資源集中投入
- ・亜急性期、慢性期医療の機能強化 等

### ○地域包括ケア体制の整備

#### ・在宅医療の充実

- ・看取りを含め在宅医療を担う診療所等の機能強化
- ・訪問看護等の計画的整備 等

#### ・在宅介護の充実

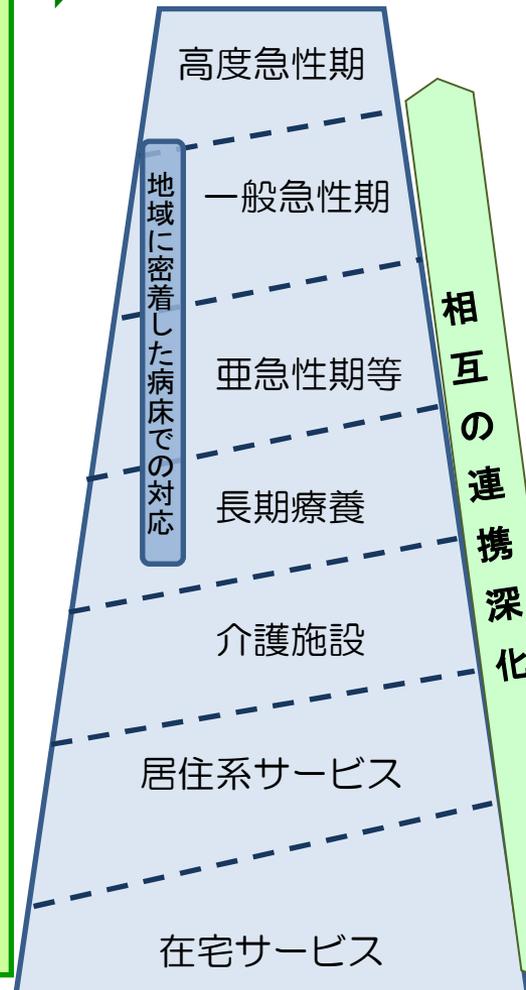
- ・居住系サービスの充実・施設ユニット化
- ・ケアマネジメント機能の強化 等

2012年診療報酬・介護報酬の同時改定を第一歩として取り組む

医療法等関連法を順次改正

## 【患者・利用者の方々】

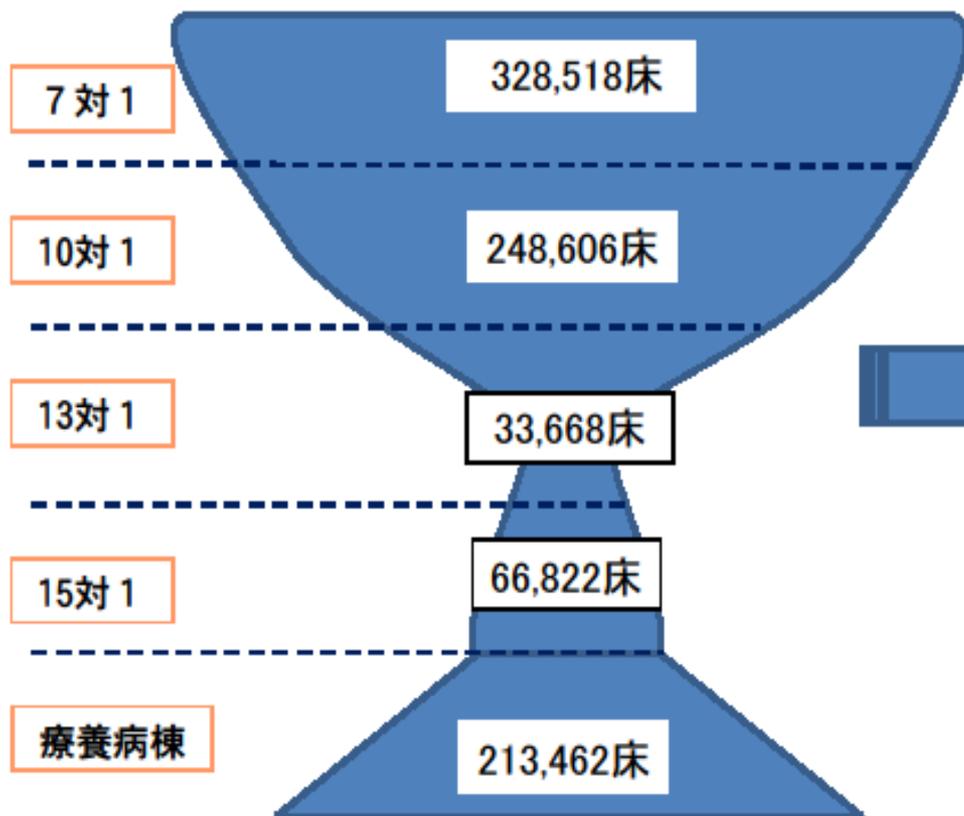
- ・病気になっても、職場や地域生活へ早期復帰
- ・医療や介護が必要になっても、住み慣れた地域



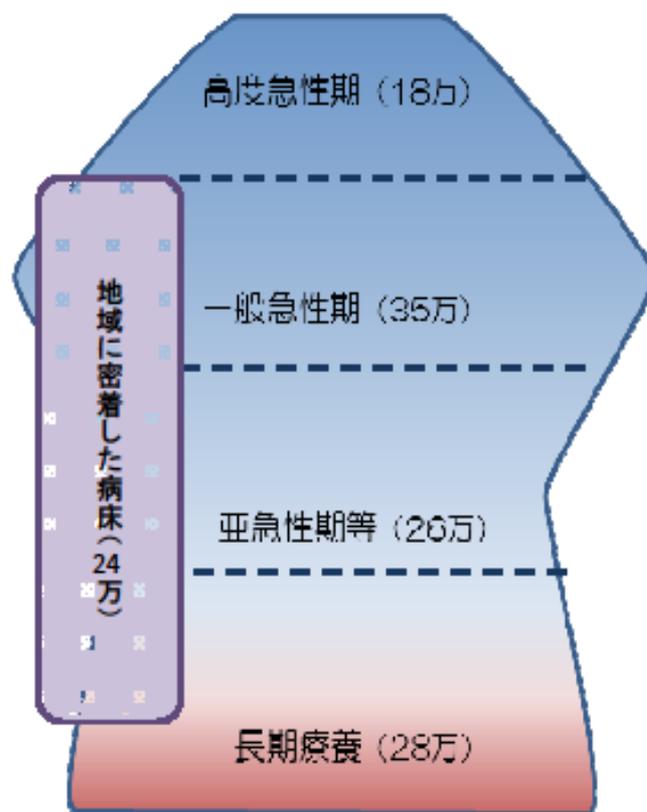
「施設」から「地域」へ・「医療」から「介護」へ

地域での暮らしを継続  
医療・介護の基盤整備・再編のための集中的・計画的な投資

<2010(H22)年の病床数>



<2025(H37)年のイメージ>



保険局医療課調べ

- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。



入院医療等調査・評価分科会(8月1日)

# 調査項目

## 【基本的な考え方(平成24年6月27日中医協総会に提示)】

施設基準を新設するなど検証の効果が明らかになるまで一定程度の期間が必要である項目については、平成25年度調査として実施することとし、それ以外の項目について平成24年度調査として実施する。ただし、平成24年度調査についても、改定による効果がより明らかになるように、出来る限り年度後半での調査を実施する。

## 【平成24年度】(案)

### (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)
- ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し
- ③ 特殊疾患病棟や障害者施設等から療養病棟に転換した場合に対する経過措置の実態 等

### (2) 医療機関における褥瘡の発生等の状況の検討

### (3) 診療報酬点数表における簡素化の検討

### (4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の検討

## 【平成25年度】(案)

### (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

- ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その2)
- ② 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に係る経過措置の実態

### (2) 入院医療や外来診療の機能分化の推進や適正化に向けた検討

## (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

### ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)

#### 【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

#### 【関係する改定内容】

- ① 一般病棟入院基本料(新7対1)算定要件の見直し  
平均在院日数及び一般病棟用の重症度・看護必要度(以下、看護必要度という。)の見直し
- ② 一般病棟入院基本料(10対1)における看護必要度に係る評価の要件化及び、看護必要度の高い患者が入院している病棟の評価の新設
- ③ 一般病棟入院基本料(13対1)における入院患者の看護必要度に係る評価の新設

#### 【調査内容案】

- 一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)算定病棟の設定に関する影響調査  
調査対象: 一般病棟入院基本料(新7対1、経過措置7対1、10対1)、専門病院入院基本料、結核病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料を届出している医療機関  
調査内容: (1) 平均在院日数の変化  
(2) 看護必要度の分布や基準を満たす患者割合の状況

## (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

### ① 一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響(その1)

#### 【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

#### 【関係する改定内容】

- ① 亜急性期入院医療管理料の評価体系の見直し
- ② 回復期リハビリテーション病棟入院料の評価体系の見直し

#### 【調査内容案】

- ① 「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」の算定患者像の比較調査  
調査対象: 「亜急性期入院医療管理料」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を届出している医療機関  
調査内容: 「亜急性期入院医療管理料2」「回復期リハビリテーション病棟入院料1」を算定している患者の患者像の比較
- ② 幅広い患者を対象とする病棟(「亜急性期入院医療管理料」等)の患者像の調査  
調査対象: 亜急性期入院医療管理料、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料を届出している医療機関  
調査内容: 「亜急性期入院医療管理料1」を算定している患者及び一般病棟(13対1、15対1)、療養病棟に入院する患者のうち、救急・在宅支援病床初期加算を算定している患者の患者像

# (1) 病院機能に合わせた効率的な入院医療の推進

## ② 慢性期入院医療の適切な評価の見直し

### 【附帯意見8】

病院機能に合わせた効率的な入院医療を図るため、一般病棟入院基本料、亜急性期入院医療管理料等の見直しについての影響を調査・検証するとともに、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。特に、一般病棟入院基本料(13対1、15対1)算定病棟における特定除外制度の見直しについても、平均在院日数の変化等の影響を調査・検証をすること。さらに、一般病棟(7対1、10対1を含む)、療養病棟、障害者病棟等における長期入院の詳細かつ横断的な実態の調査も含め、慢性期入院医療の適切な評価の見直しについて引き続き検討を行うこと。

### 【関係する改定内容】

一般病棟入院基本料(13対1、15対1)における特定除外制度を廃止し、90日を超えた場合

- (1) 平均在院日数の計算対象とした上で、出来高の算定とするか、
- (2) 療養病棟入院基本料1と同じ評価とし、平均在院日数の対象外とした。

### 【調査内容案】

- ① 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟、障害者病棟等を有する医療機関における長期入院の実態調査

調査対象: 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を届出している医療機関

調査内容: 一般病棟入院基本料(7対1、10対1を含む。)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を算定している医療機関における長期入院患者の患者像

- ② 慢性期の中でも評価すべき患者像の調査

調査対象: 一般病棟入院基本料(13対1、15対1)、療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料等を届出している医療機関

調査内容: 超重症児(者)入院診療加算、準超重症児(者)入院診療加算等の長期療養患者を対象とする加算を算定している患者の患者像等

## (4) 医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが 困難な地域に配慮した評価の検討

### 【附帯意見11】

医療提供体制が十分ではなく医療機関の機能分化を進めることが困難な地域に配慮した評価の見直しについて影響を調査・検証するとともに、診療所を含む当該地域全体の医療の状況の把握なども踏まえ、その結果を今後の診療報酬改定に反映させること。

### 【関係する改定内容】

地域に密着した医療提供を行うことが困難な地域等において、下記の改定を行った。

- ①一般病棟入院基本料の届出について、病棟毎の届出を可能とした。
- ②亜急性期入院医療管理料について看護配置等を緩和した評価を新設した。
- ③チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設する。チームで診療を行う入院基本料等加算について、専従要件を緩和した評価を新設した。
- ④1病棟のみの小規模な病院について、病棟に応じた評価を新設した。

### 【調査内容案】

地域に配慮した評価に関する影響調査

調査対象：地域に配慮した評価の対象となった医療圏にある医療機関等

調査内容：今回改定により評価した項目の算定状況、改定後の医療機関の動向等

## 医療提供しているが、医療資源の少ない地域

都道府県	二次医療圏	市町村
北海道	中空知	芦別市、赤平市、滝川市、砂川市、歌志内市、奈井江町、上砂川町、浦臼町、新十津川町、雨竜町
	東胆振	苫小牧市、白老町、安平町、厚真町、むかわ町
	北網	北見市、網走市、大空町、美幌町、津別町、斜里町、清里町、小清水町、訓子府町、置戸町
	十勝	帯広市、音更町、士幌町、上士幌町、鹿追町、新得町、清水町、芽室町、中礼内村、更別村、大樹町、広尾町、幕別町 池田町、豊頃町、本別町、足寄町、陸別町、浦幌町
	釧路	釧路市、釧路町、厚岸町、浜中町、標茶町、弟子屈町、鶴居村、白糠町
秋田県	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市
山形県	置賜	米沢市、長井市、南陽市、高島町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町
	庄内	鶴岡市、酒田市、三川町、庄内町、遊佐町
福島県	会津	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
東京都	島しょ	大島町、利島村、新島村、神津島村、三宅村、御蔵島村、八丈町、青ヶ島村、小笠原村
新潟県	下越	村上市、新発田市、胎内市、関川村、粟島浦村、聖籠町
	上越	上越市、妙高市、糸魚川市
	佐渡	佐渡市
長野県	飯伊	飯田市、下伊那郡(松川町、高森町阿南町、清内路村、阿智村、平谷村、根羽村、下條村、売木村、天龍村、泰阜村、喬木村、豊丘村、大鹿村)
岐阜県	飛騨	高山市、飛騨市、下呂市、白川村
和歌山県	田辺	田辺市、みなべ町、白浜町、上富田町、すさみ町
鳥根県	隠岐	海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町
岡山県	津山・英田	津山市、美作市、鏡野町、勝央町、奈義町、西粟倉村、久米南町、美咲町
香川県	小豆	小豆郡(土庄町、小豆島町)
高知県	幡多	宿毛市、土佐清水市、四万十市、大月町、三原村、黒潮町
長崎県	五島	五島市
	上五島	新上五島町、小値賀町
	壱岐	壱岐市
	対馬	対馬市
熊本県	球磨	人吉市、錦町、あさぎり町、多良木町、湯前町、水上村、相良村、五木村、山江村、球磨村
鹿児島県	熊毛	西之表市、熊毛郡(中種子町、南種子町、屋久島町)
	奄美	奄美市、大島郡(大和村、宇検村、瀬戸内町、籠郷町、喜界町、徳之島町、天城町、伊仙町、和泊町、知名町、与論町)
沖縄県	宮古	宮古島市、多良間村
	八重山	石垣市、竹富町、与那国町

流出率20%未満、人口密度の低い二次医療圏

# 医療計画の見直し

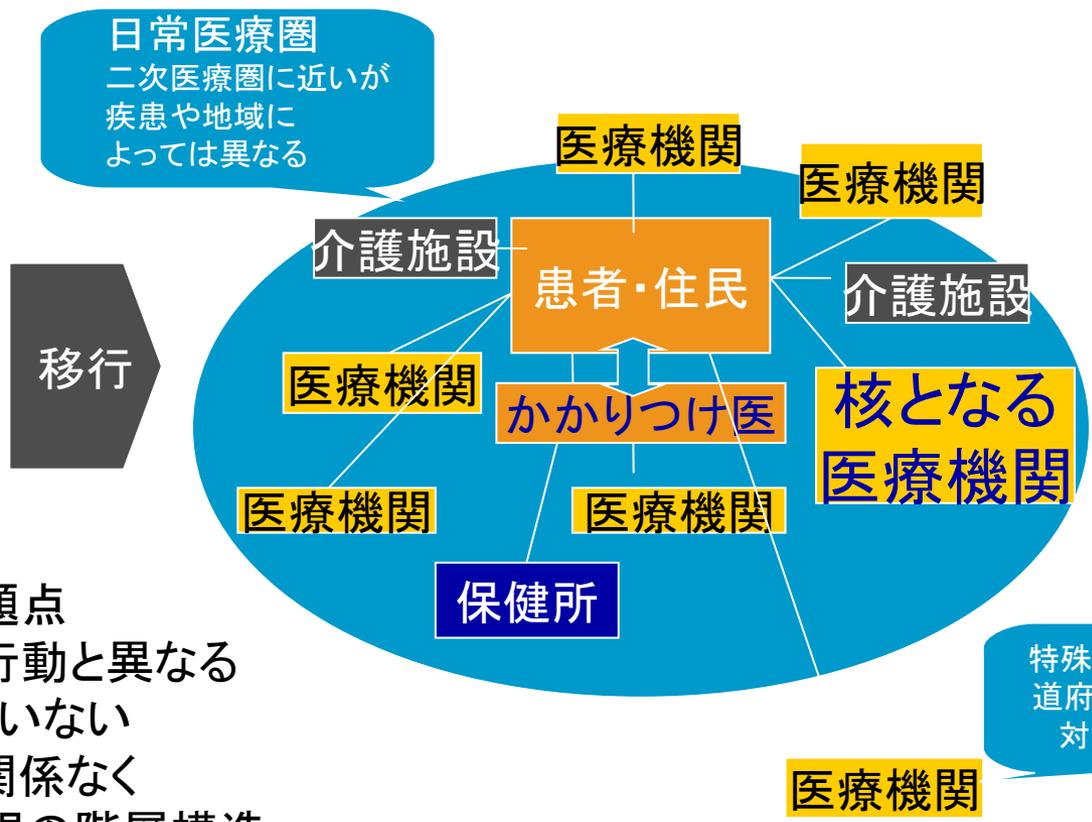
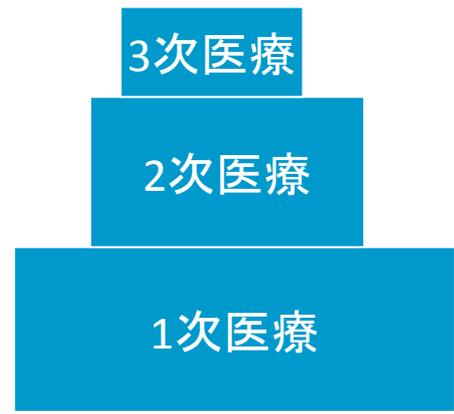


2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 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、周産期医療、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

# 医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

# ①医療圏見直し

# 医療圏について

## 概要

○都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとされている。

## 三次医療圏

52医療圏(平成22年4月1日現在)

※都道府県ごとに1つ  
北海道のみ6医療圏

### 【医療圏設定の考え方】

都道府県の区域を単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

↓  
**特殊な医療を提供**

## 二次医療圏

349医療圏(平成22年4月1日現在)

### 【医療圏設定の考え方】

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

↓  
**一般の入院に係る医療を提供**

## 特殊な医療とは…

- (例)
- ① 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療(高度救命救急センターなど)
  - ② 経皮的カテーテル心筋焼灼術、腎移植等の先進的技術を必要とする医療(都道府県がん診療連携拠点病院など)
  - ③ 高圧酸素療法、持続的血液濾過透析等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
  - ④ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療 等

## 医療圏の設定に関する課題

- 二次医療圏は、都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)設定されている三次医療圏で行うべき特殊な医療を除き、「一体の区域として病院における入院に係る医療を提供することが相当である単位」として都道府県が設定しているが、昭和60年の設置後、変更されていない地域も存在し、医療提供体制について医療圏格差があることが指摘されている。
- 現行の医療計画作成指針においては、医療圏の設定について、人口構造、患者の受療の状況等を検討することになっているが、数値による目安は示されていない。
- 医療計画作成指針の見直しにおいて、現行二次医療圏における、人口、患者の受療状況(医療圏を超えた流入、流出割合)等を評価し、その特徴をとらえることが必要である。

# 都道府県別、二次医療圏数の推移

都道府県名	二次医療圏数		増減	都道府県名	二次医療圏数		増減
	S63年	H22年			S63年	H22年	
北海道	21	21	0	滋賀県	7	7	0
青森県	6	6	0	京都府	6	6	0
岩手県	9	9	0	大阪府	4	8	+4
宮城県	5	7	+2	兵庫県	10	10	0
秋田県	8	8	0	奈良県	3	5	+2
山形県	4	4	0	和歌山県	6	7	+1
福島県	7	7	0	鳥取県	3	3	0
茨城県	6	9	+3	島根県	6	7	+1
栃木県	5	5	0	岡山県	5	5	0
群馬県	10	10	0	広島県	10	7	-3
埼玉県	9	10	+1	山口県	9	8	-1
千葉県	12	9	-3	徳島県	3	6	+3
東京都	13	13	0	香川県	5	5	0
神奈川県	8	11	+3	愛媛県	6	6	0
新潟県	13	7	-6	高知県	4	4	0
富山県	4	4	0	福岡県	10	13	+3
石川県	4	4	0	佐賀県	3	5	+2
福井県	4	4	0	長崎県	9	8	-1
山梨県	8	4	-4	熊本県	10	11	+1
長野県	10	10	0	大分県	10	6	-4
岐阜県	5	5	0	宮崎県	6	7	+1
静岡県	10	8	-2	鹿児島県	12	9	-3
愛知県	8	12	+4	沖縄県	5	5	0
三重県	4	4	0	計	345	349	+4

S63→H22年にかけて、増加14、減少9、不変24

医政局指導課調べ

# 二次医療圏の見直しの実例

## 新潟県

二次医療圏：13圏域(S62.6)→7圏域(H18.3)

### <見直しの背景>

- 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備の進展により、患者の受療動向や医療機関の連携は13圏域を超えて広域化しており、13圏域のほとんどで完結度が低く、患者の需要に十分応えられていないとの問題が発生

### <二次医療圏を取り巻く状況>

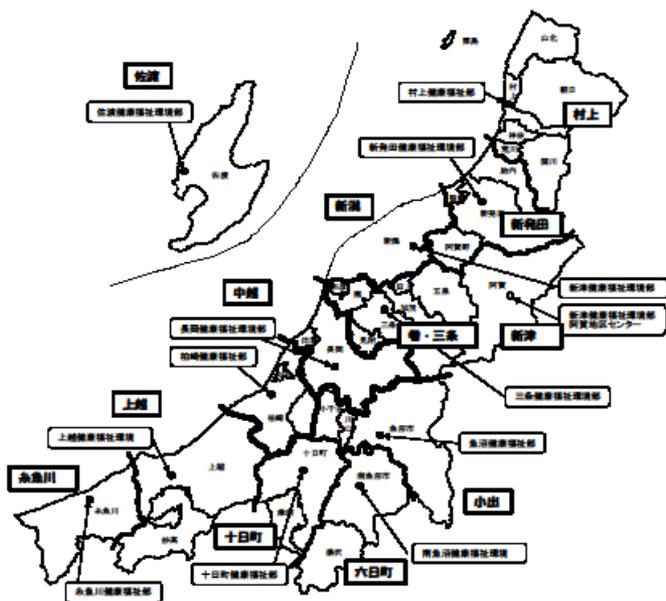
- ・ 13圏域の多くで人口規模が小さく、医療需要もこれに比例して少ないことから、機能整備が進まない要因の一つとなっている
- ・ 市町村合併の進展により、13圏域の過半数が1～2市町村で構成されることとなり、二次医療圏の設定目的に一致しなくなってきた 等

### <見直しの方針>

- 二次医療圏を広域化し、二次医療圏で担うべき機能が果たせるよう、政策医療の充実と医療機関の役割分担と連携の促進により、高度・専門的な医療提供を図るとともに、二次医療圏内での完結度の向上を目指す
- 見直しにあたっては、県、市町村、関係機関等が連携して、へき地等の医師確保や地域医療支援等の整備充実に努める

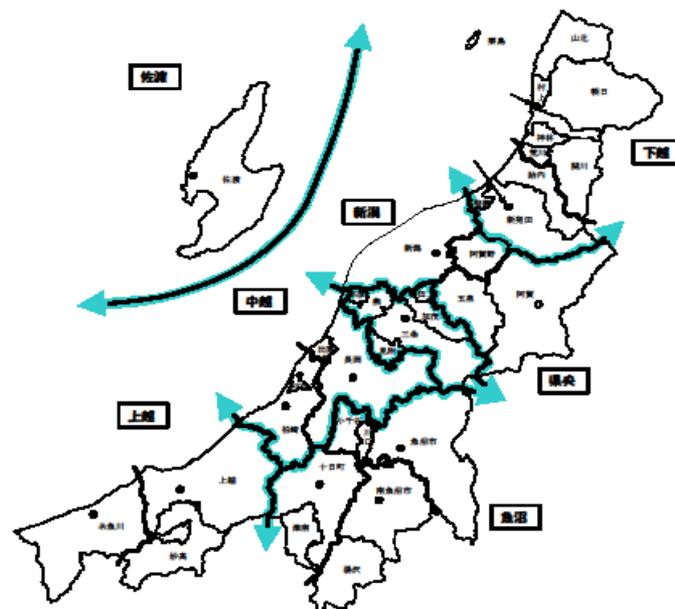
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

# 患者調査を用いた二次医療圏の現状分析について

二次医療圏の現状については、本検討会等において、二次医療圏間の格差があるとのこと指摘を受けていることから、患者の流入出割合、人口規模、面積規模に関して分析を行った。

## 患者調査の利用

各二次医療圏内で整備すべき病床は一般病床・療養病床であることから、「二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合」について、特別集計を行い分析した。

※精神病床、結核病床、感染症病床は都道府県単位で整備するため、分析から除外した。

**推計流入患者割合**（当該地域内の医療施設で受療した推計患者数のうち、当該地域外に居住する患者の割合）

$$\text{推計流入患者割合 (流入率)} = \frac{\text{当該地域内の医療施設で受療した当該地域外に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の医療施設で受療した推計患者数(住所不詳を除く)}} \times 100$$

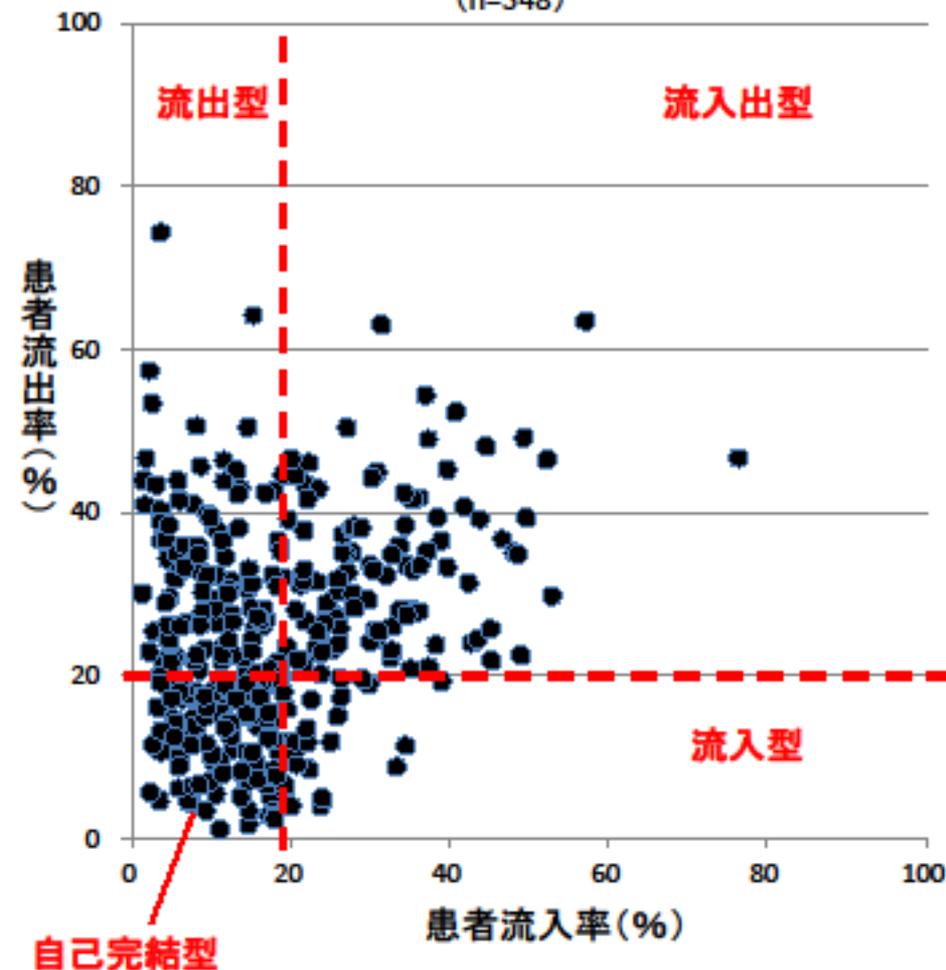
**推計流出患者割合**（当該地域内に居住する推計患者数のうち、当該地域外の医療施設で受療した患者の割合）

$$\text{推計流出患者割合 (流出率)} = \frac{\text{当該地域外の医療施設で受療した当該地域内に居住する推定患者数}}{\text{当該地域内の居住する推計患者数}} \times 100$$

# 二次医療圏の流入・流出割合

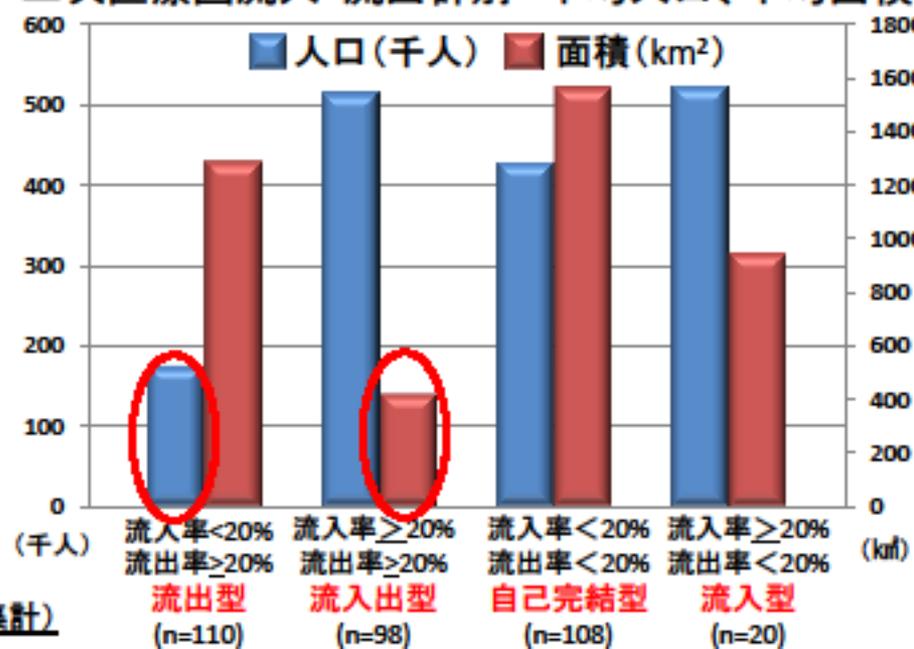
二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合  
【20%をcut-offとした場合】

(n=348)



患者流出率(%)	110医療圏(離島9を除く) 人口 17.6±26.1万人 面積 1290±1116km <sup>2</sup> 人口密度 306±826人/km <sup>2</sup> <b>流出型</b>	98医療圏 人口 51.5±42.7万人 面積 424±353km <sup>2</sup> 人口密度 2922±3967人/km <sup>2</sup> <b>流入外型</b>	
	20%	108医療圏(離島3を除く) 人口 42.8±40.6万人 面積 1566±1384km <sup>2</sup> 人口密度 466±790人/km <sup>2</sup> <b>自己完結型</b>	20医療圏 人口 52.3±57.3万人 面積 950±764km <sup>2</sup> 人口密度 1120±2500人/km <sup>2</sup> <b>流入型</b>
	患者流入率(%)	20%	数値:平均±標準偏差

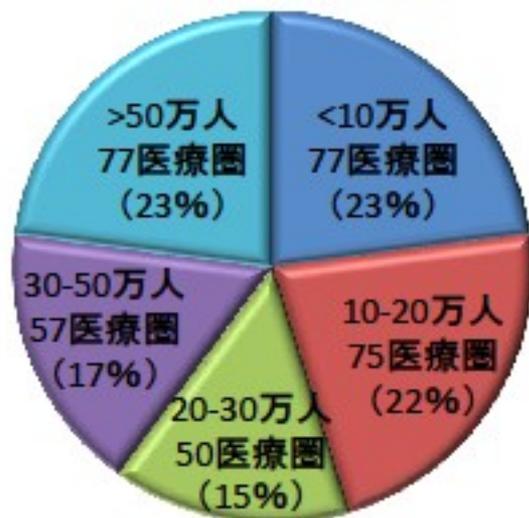
二次医療圏流入・流出群別 平均人口、平均面積



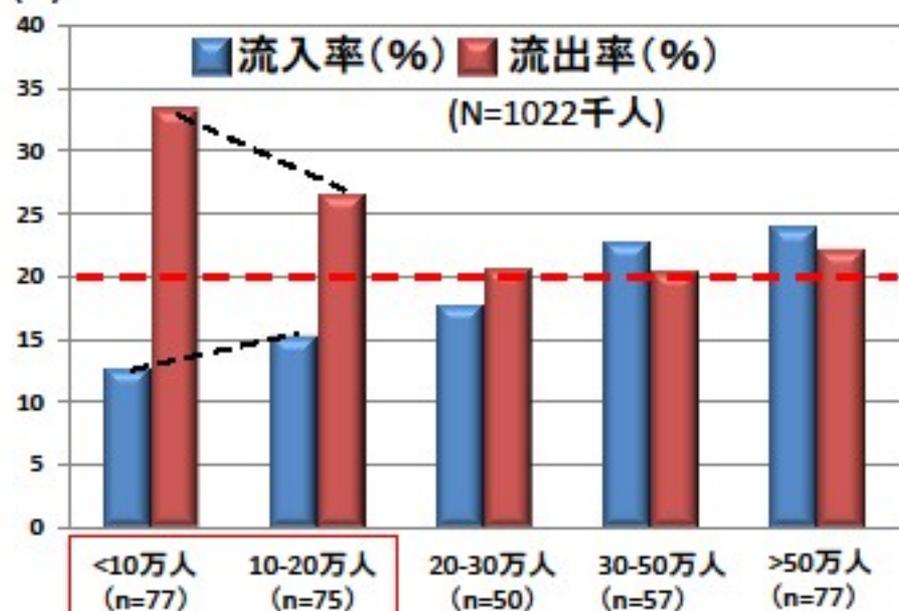
出典:平成20年患者調査(医政局指導課による特別集計)

# 人口別、二次医療圏の特徴

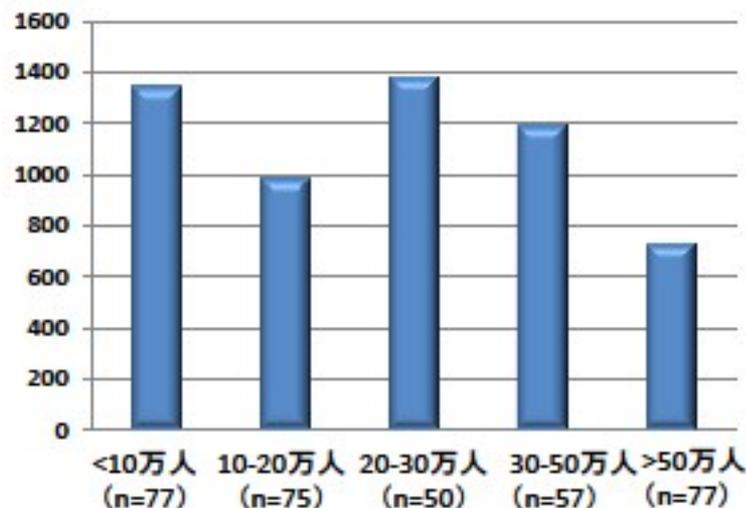
二次医療圏人口別割合  
(離島12医療圏を除く)



二次医療圏人口群別、病院の療養病床及び一般病床入院患者における平均流入・流出割合 (%)



二次医療圏人口群別、平均面積 (km<sup>2</sup>)



人口20万人以下では、流入率<<流出率の傾向が顕著

人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入率20%未  
満の医療圏を見直すことになった

# 二次医療圏の見直しに向けた検証の手順

現行二次医療圏の人口規模を確認

人口20万人未満の2次医療圏

人口20万人以上の2次医療圏

病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の  
受療状況(流入患者割合、流出患者割合を確認)

流出型

(流入率<<流出率)

流入率20%未満、流出率20%以上

流出型以外

面積、基幹病院までのアクセスなども考慮し、  
主な流出先の医療圏との一体化など、二次医療圏の見直しを検討

※二次医療圏の設定を変更しない場合には、  
その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うこと

二次医療圏  
の検証

※なお、医療計画の見直しに際しては、従来どおり、人口規模に限らず、すべての医療圏の現状について検証を行い、現在の医療圏の設定が適切かどうか検討を行う必要がある。

# (参考)各都道府県の人口20万人未満の二次医療圏の現状

都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上	都道府県	二次医療圏数 (カッコ内は島部)		人口20万人未満の 二次医療圏数 (島部を除く)	人口20万人未満 かつ患者流入率20%未満 かつ患者流出率20%以上
	S63年	H22年				S63年	H22年		
北海道	21	21 (0)	12	10	滋賀県	7	7 (0)	4	2
青森県	6	6 (0)	3	3	京都府	6	6 (0)	3	2
岩手県	9	9 (0)	<7>	<5>	大阪府	4	8 (0)	0	0
宮城県	5	7 (0)	<4>	<4>	兵庫県	10	10 (0)	3	1
秋田県	8	8 (0)	7	3	奈良県	3	5 (0)	1	1
山形県	4	4 (0)	1	0	和歌山県	6	7 (0)	6	4
福島県	7	7 (0)	<3>	<3>	鳥取県	3	3 (0)	1	0
茨城県	6	9 (0)	0	0	鳥根県	6	7 (1)	5	4
栃木県	5	5 (0)	0	0	岡山県	5	5 (0)	3	2
群馬県	10	10 (0)	6	0	広島県	10	7 (0)	2	1
埼玉県	9	10 (0)	1	1	山口県	9	8 (0)	4	2
千葉県	12	9 (0)	1	0	徳島県	3	6 (0)	5	3
東京都	13	13 (1)	0	0	香川県	5	5 (1)	2	1
神奈川県	8	11 (0)	0	0	愛媛県	6	6 (0)	4	2
新潟県	13	7 (1)	0	0	高知県	4	4 (0)	3	2
富山県	4	4 (0)	2	0	福岡県	10	13 (0)	7	4
石川県	4	4 (0)	2	2	佐賀県	3	5 (0)	4	1
福井県	4	4 (0)	3	2	長崎県	9	9 (4)	2	2
山梨県	8	4 (0)	3	1	熊本県	10	11 (0)	10	4
長野県	10	10 (0)	5	4	大分県	10	6 (0)	4	3
岐阜県	5	5 (0)	1	0	宮崎県	6	7 (0)	6	3
静岡県	10	8 (0)	2	0	鹿児島県	12	9 (2)	5	4
愛知県	8	11 (0)	2	0	沖縄県	5	5 (2)	1	1
三重県	4	4 (0)	1	0	計	345	349 (12)	151 <14>	87 <12>

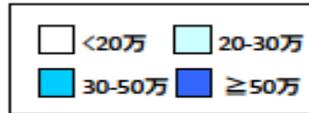
(カッコ内は被災3県における二次医療圏数)

※二次医療圏数は平成22年4月現在

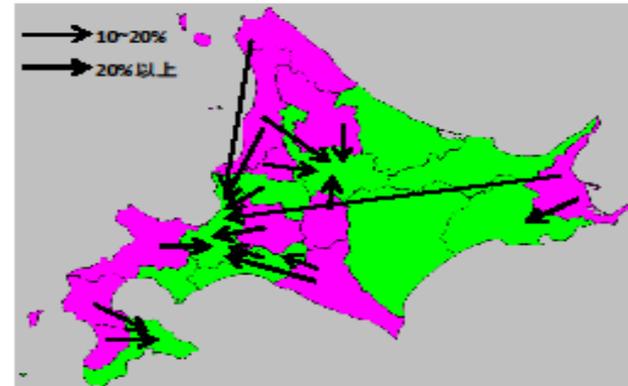
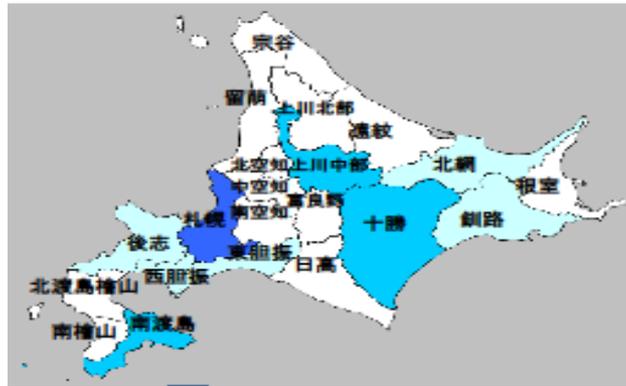
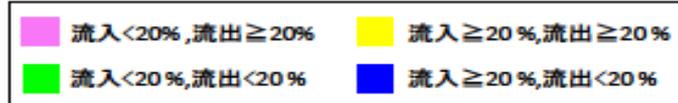
出典：平成20年患者調査（医政局指導課による特別集計：二次医療圏別、病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の圏内への流入患者割合、圏外への流出患者割合）

# (北海道)

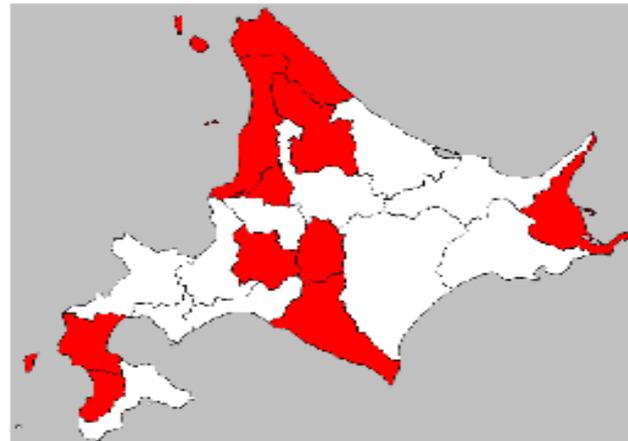
## 人口



## 流入出



■ 人口20万人未満  
かつ患者流入率20%未満  
かつ患者流出率20%以上



# 2次医療圏見直しの影響

- 2次医療圏見直しは以下の事項に影響を与える
  - 基準病床
  - 医療圏に関連した病院整備
    - 地域医療支援病院
    - がん診療連携拠点病院
    - 災害拠点病院等
- 医療圏見直しは地域特性に配慮すべき

## ②医療計画における数値指標の設定

- 前回見直しより、5年間の計画期間内に達成すべき数値指標を決めることになった
- 疾患別、事業別に達成すべき数値指標を設定し、その達成度を住民を含む委員会等で評価を行い、PDCAサイクルを回すことになった。
- 今回のこの数値指標を整理した。
  - 必須指標
  - 推奨指標

# 医療計画作成指針の見直しのポイント(PDCAサイクル)

## ○5疾病・5事業及び在宅医療の現状把握の指標について

5疾病・5事業及び在宅医療の指針において、指標例を提示するにあたっては、

- ①病期や医療機能ごとに分類した、②ストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標を、
- ③5疾病・5事業、在宅医療ごとの指針の別表に記載し、④基本的に各指標の情報源を併せて提示することで、都道府県が情報を把握しやすくする。

その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標(必須指標)、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標(推奨指標)を定め、医療計画に原則記載する。

### 【現状の医療計画作成指針】

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。



### 【見直し案】

都道府県は、医療連携体制を構築するにあたって、患者動向、医療資源及び医療連携に関する情報等を収集し、現状を把握する必要がある。

具体的には、5疾病・5事業及び在宅医療の指針に別表で例示する指標(病期・医療機能ごとに分類されたストラクチャー・プロセス・アウトカムに関する指標)等を用いて、現状を把握する。

その際、公的統計等により全都道府県で入手可能な指標(必須指標)、独自調査やデータの解析等により入手可能な指標(推奨指標)として例示されたものについては、医療計画に原則記載し、地域の医療提供体制について十分な現状把握に努める。

# 医療計画作成指針の見直しのポイント(PDCAサイクル)

## ○課題の抽出、数値目標の設定、施策・事業の策定について

指標により把握した現状を分析した上で、地域の医療提供体制の課題を抽出し、抽出した課題をもとに数値目標を設定する。

さらに、数値目標を達成し、医療提供体制をより充実させるために策定した施策・事業を記載する。

### 【現状の医療計画作成指針】

(課題の抽出について記載なし)

疾病又は事業ごとに、がん対策推進計画や介護保険事業支援計画、健康増進計画等で定められた目標を勘案し、地域の実情に応じて、評価可能で具体的な数値目標を定め、記載する。



### 【見直し案】

都道府県は、5疾病・5事業及び在宅医療について、それぞれの指針の別表で示す指標等により把握した現状を分析した上で、求められる医療機能とその連携体制を踏まえ、都道府県あるいは医療圏ごとに医療体制の課題を抽出する。

さらに、抽出した課題をもとに、評価可能で具体的な数値目標を設定し、目標達成のために策定した施策・事業を記載する。

なお、数値目標を設定する際は、がん対策推進計画や介護保険事業支援計画、健康増進計画等で定められた目標も勘案する。

# 都道府県医療計画における数値目標の設定状況

S:Structure 医療サービスを提供する物質資源、人的資源及び組織体制を測る指標  
 P:Process 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標  
 O:Outcome 医療サービスの結果としての住民の健康状態や満足度を測る指標

都道府県ごとのSPO指標設定状況(上位・下位3県)

単位:件

	都道府県	S	P	O	合計
上位 3 県	A県	37	36	14	87
	B県	39	32	13	84
	C県	26	23	7	56
下位 3 県	D県	3	2	0	5
	E県	1	1	1	3
	F県	0	2	1	3

A県の実例(脳卒中) ※数値は目標値

S:t-PAを用いた血栓溶解療法が可能な病院数55ヶ所

P:t-PAを用いた血栓溶解療法の実施件数460件

O:年齢調整死亡率(人口十萬対)男49.6女23.1

B県の実例(救急) ※数値は目標値

S:1時間以内に救命救急センターに搬送可能な地域の  
人口カバー率83%

P:救急搬送するまでに30分以上を要した件数(現状維持)

O:心肺停止患者の1ヶ月後の予後(3.3%より向上)

# 都道府県医療計画における評価体制の記載状況

数値目標の評価時期(毎年等)が医療計画に記載されている都道府県数	22
評価の場(医療審議会等)が医療計画に記載されている都道府県数	35
評価結果の公表(ホームページ等)について医療計画に記載されている都道府県数	17

[医政局指導課調べ](#)

## ○保健医療計画の進捗状況の評価例(長野県)

### 第4章 第2節 急性心筋梗塞対策

記載種別: 長野県医療計画

<p>(中略)</p> <p>進捗の概要</p> <p>○ 急性期から回復期及び再発予防期(在宅療養に対する支援を含む。)までの医療について、地域連携クリニックカギパスの導入等により地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進します。</p>									
<p>(中略)</p> <p>事業の進捗</p> <p>○ 急性期から回復期及び再発予防期まで、地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進している。</p> <table border="1"> <tr> <td>地域連携クリニックカギパスを導入する急性期の病院数</td> <td>119年度</td> <td>120年度</td> <td>121年度</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0病院</td> <td>4病院</td> <td>11病院</td> </tr> </table>	地域連携クリニックカギパスを導入する急性期の病院数	119年度	120年度	121年度		0病院	4病院	11病院	
地域連携クリニックカギパスを導入する急性期の病院数	119年度	120年度	121年度						
	0病院	4病院	11病院						
<p>(中略)</p> <p>数値目標</p> <p>○ 地域連携クリニックカギパスを導入する急性期の病院数</p> <table border="1"> <tr> <td>平成19年度の現状</td> <td>平成23年4月の現状 (21病院中)</td> <td>平成24年度の設定目標</td> </tr> <tr> <td>0病院</td> <td>11病院</td> <td>急性期の医療機関の例 に掲げるすべての病院</td> </tr> </table>	平成19年度の現状	平成23年4月の現状 (21病院中)	平成24年度の設定目標	0病院	11病院	急性期の医療機関の例 に掲げるすべての病院			
平成19年度の現状	平成23年4月の現状 (21病院中)	平成24年度の設定目標							
0病院	11病院	急性期の医療機関の例 に掲げるすべての病院							
<p>計画進捗状況</p> <p>全体的に実現 <input type="checkbox"/> 部分的に実現 <input type="checkbox"/> 部分的に未実現 <input type="checkbox"/> 全体的に未実現 <input type="checkbox"/></p>									
<p>(中略)</p> <p>課題と今後の取組方針</p> <p>○ 引き続き、急性期から回復期及び再発予防までの医療について、地域連携クリニックカギパスの導入等により地域の医療機関が連携する医療提供体制の整備を推進する。</p>									

## 指標設定・評価に関する論点

- 都道府県の医療計画の実行性を高めるためには、現状の把握、課題の抽出、目標の設定、施策の実施、目標達成状況の評価、施策の見直しを一環して行うこと(PDCAサイクル)が重要である。
- 医療計画のPDCAサイクルをより機能的に循環させるために、
  - 全都道府県で入手可能な、現状把握のための指標を指針に位置づけ、都道府県が原則記載すること
  - 進捗状況を評価する時期(1年毎など)を記載すること
  - 住民等に上記の情報を収集して公開することなどの手段が考えられるが、どのように見直すべきか。

# 必須指標・推奨指標選定の考え方

## 必須指標： 全都道府県で入手可能な指標

<p>①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例)患者調査、医療施設調査</p>	<p>(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる</p>
<p>②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例)地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数</p>	<p>(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い</p>
<p>③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標</p>	<p>③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている</p>

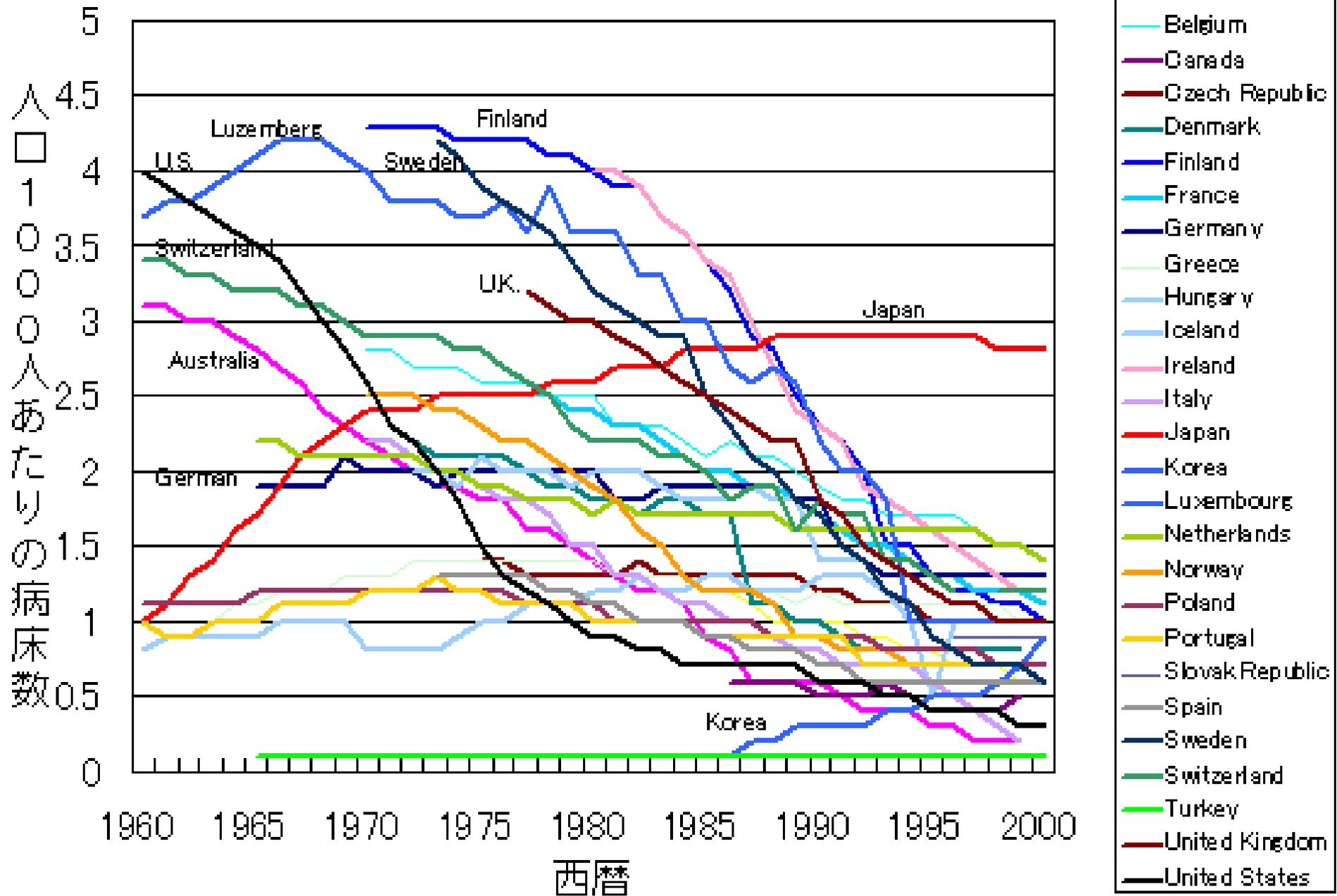
## 推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

<p>①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標</p>	<p>(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ</p>
<p>②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標</p>	<p>(例) 専門的治療が可能な医療機関 救急搬送件数、手術の実施件数 等 (消防、医療機関への調査が必要)</p>

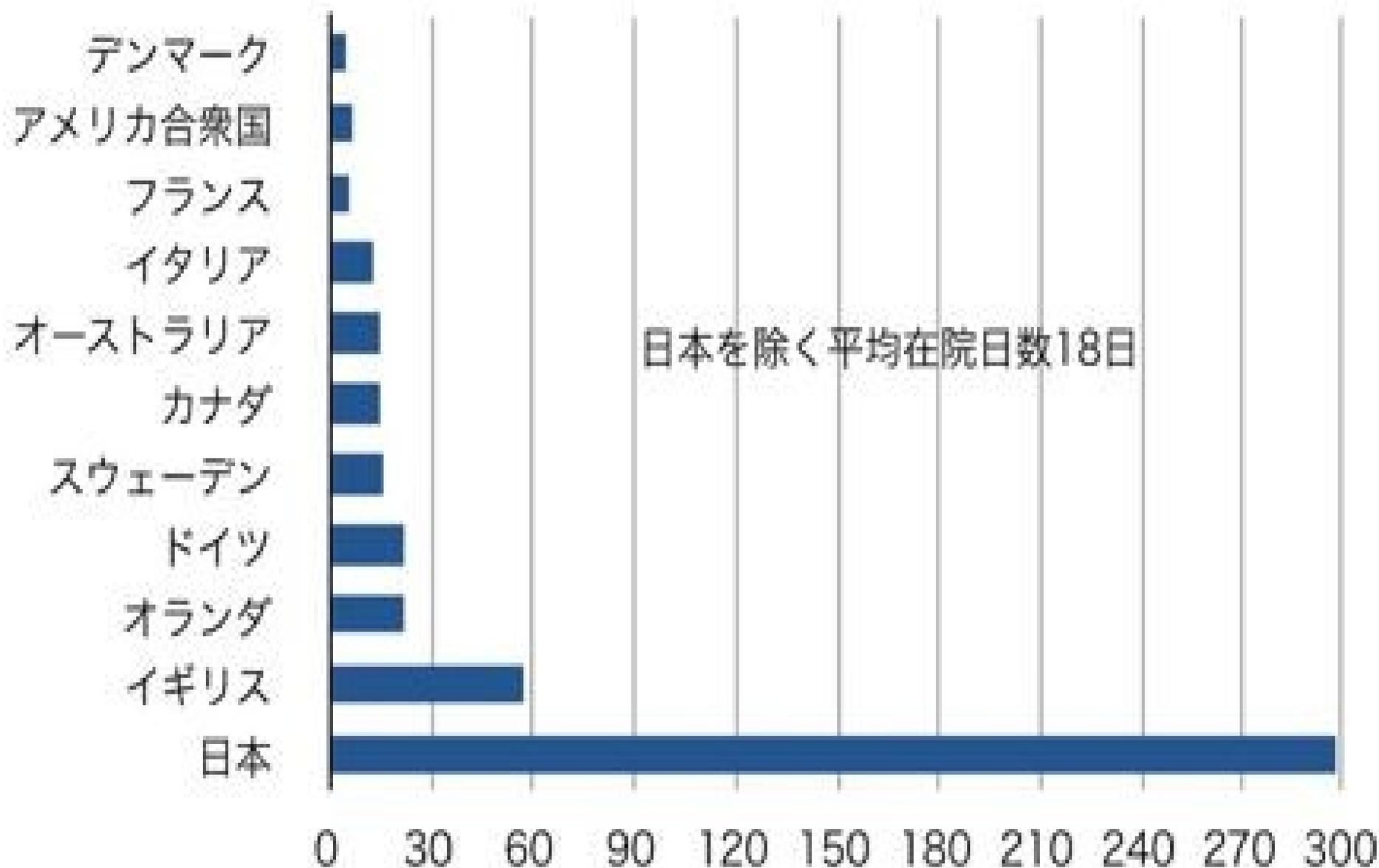
# ③精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



## 2005年退院者平均在院日数

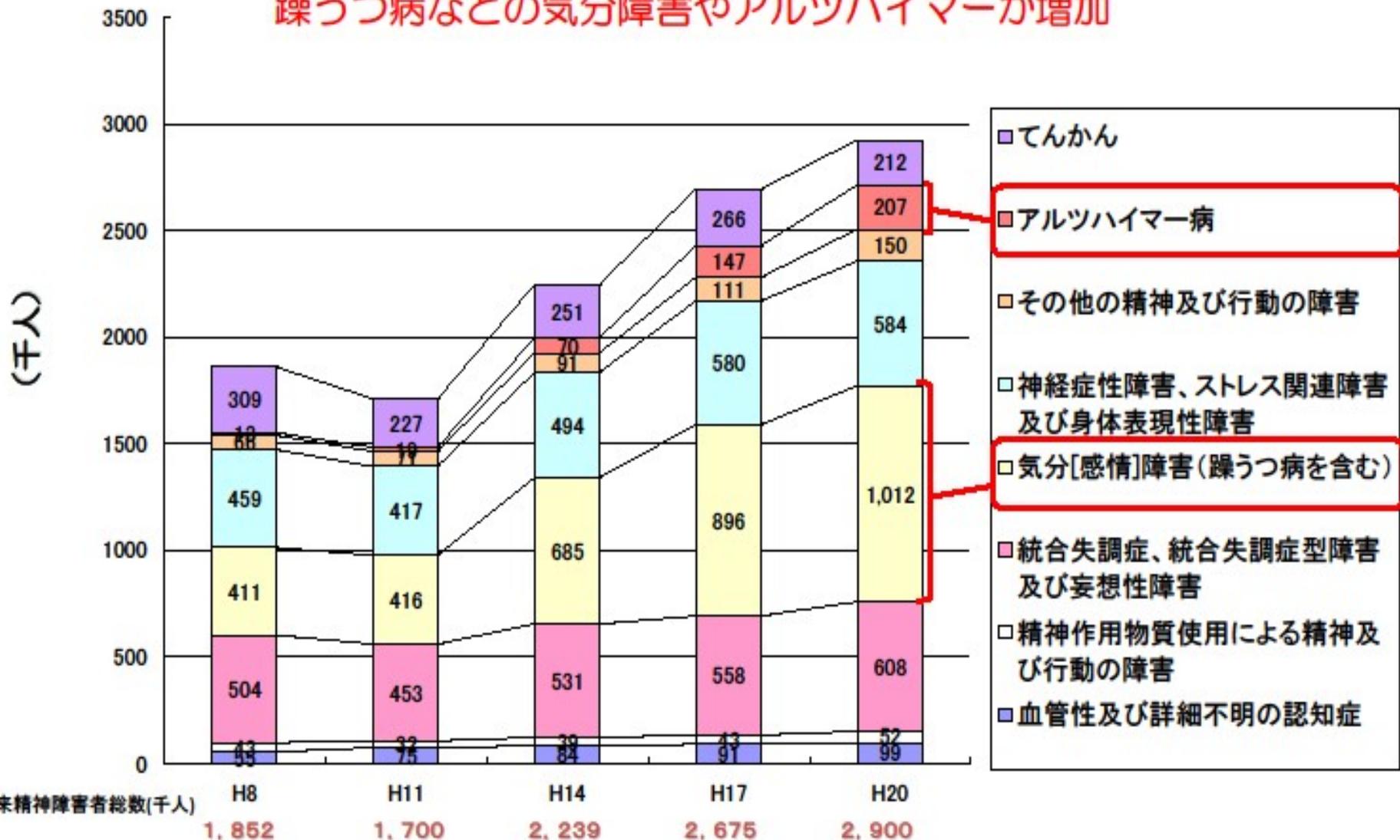


# 社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

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

# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

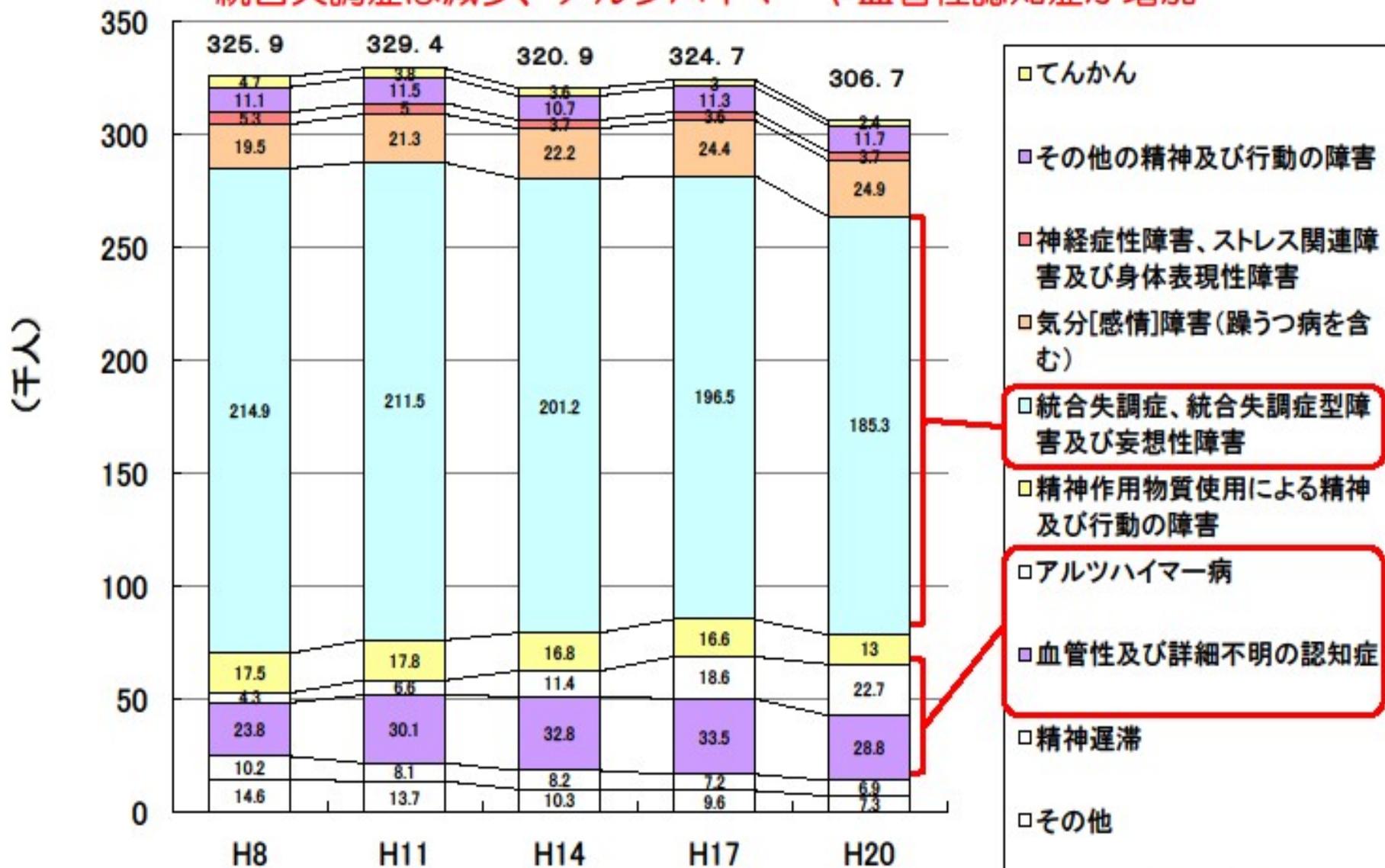
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

# 精神疾患が地域医療計画の 5疾患に加えられると...

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成

# 認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス

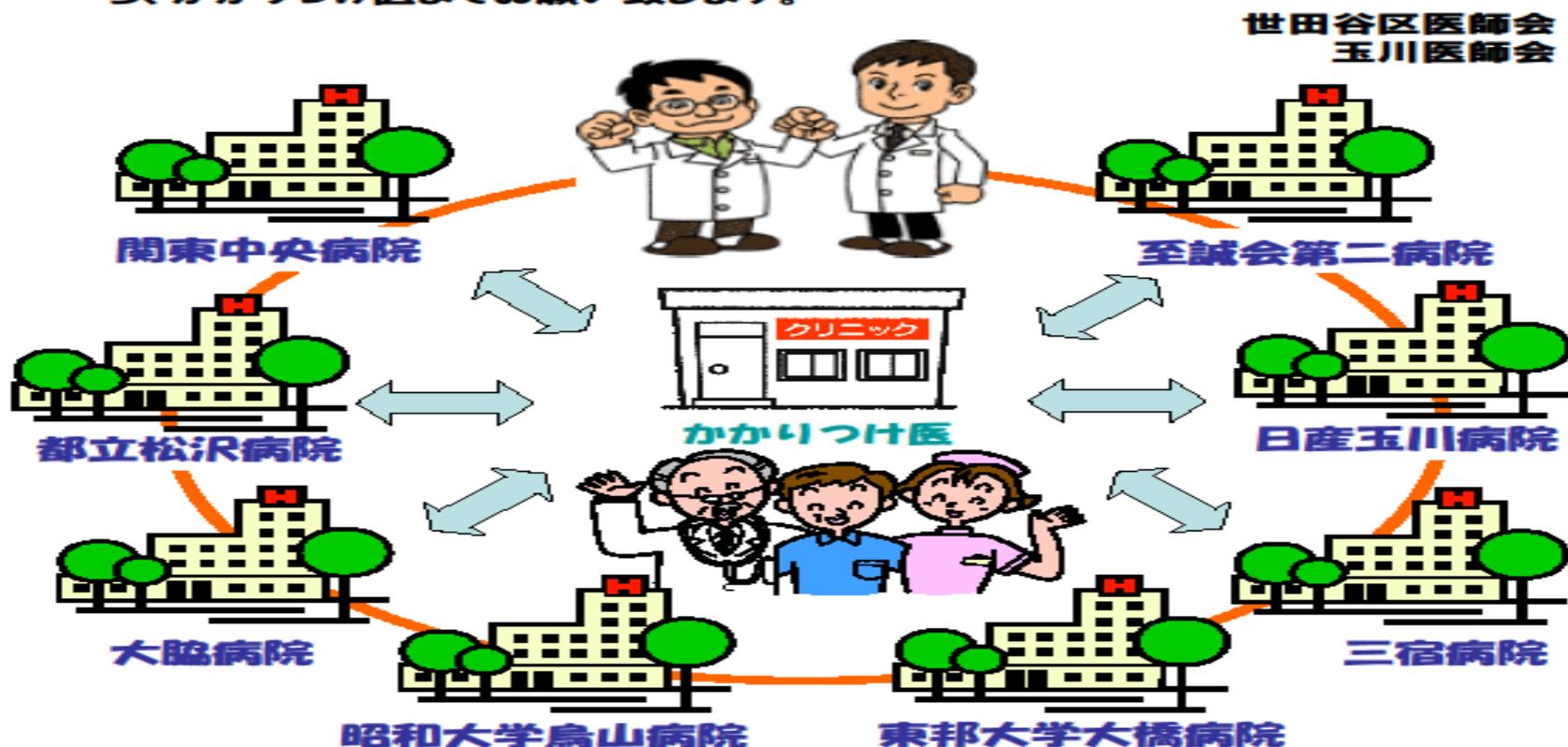


# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時  
月 日

初診～1ヶ月  
月 日

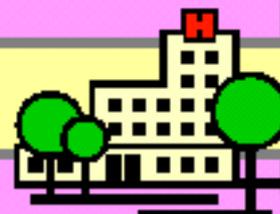
定期受診  
月 日

半年又は1年後  
月 日

その後の  
定期受診

FAX  
予約

FAX  
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察  
検査・治療

診断・治療

定期的な診察  
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感  
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感  
神経検査



脳MRI



病院への紹介の  
際は事前に予約  
をお取り致します

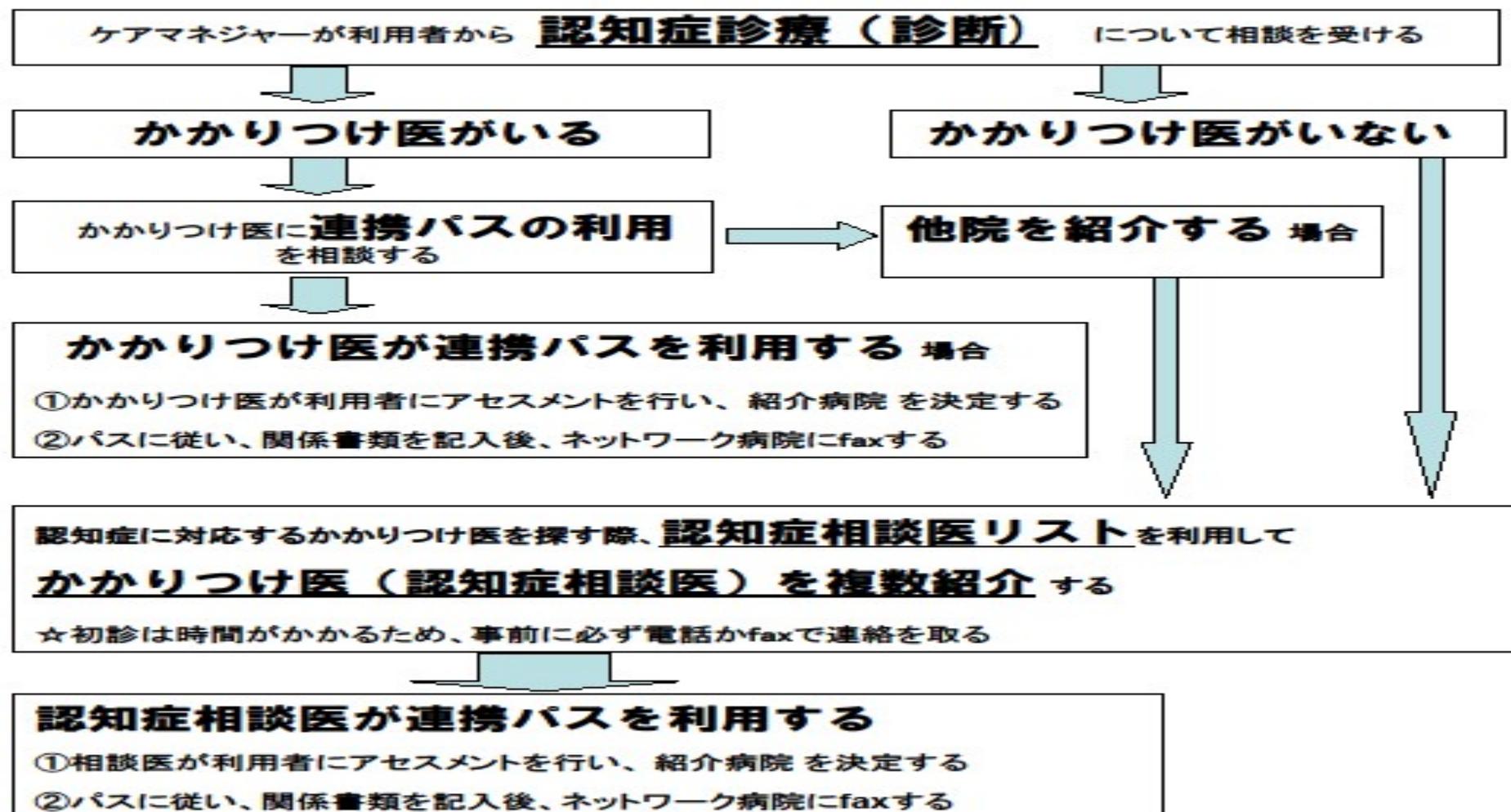


検査前には事前に  
病院予約を取って下さい



病状に変化が  
あった時には  
病院と連携を  
とります

# 世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。  
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

# 「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」

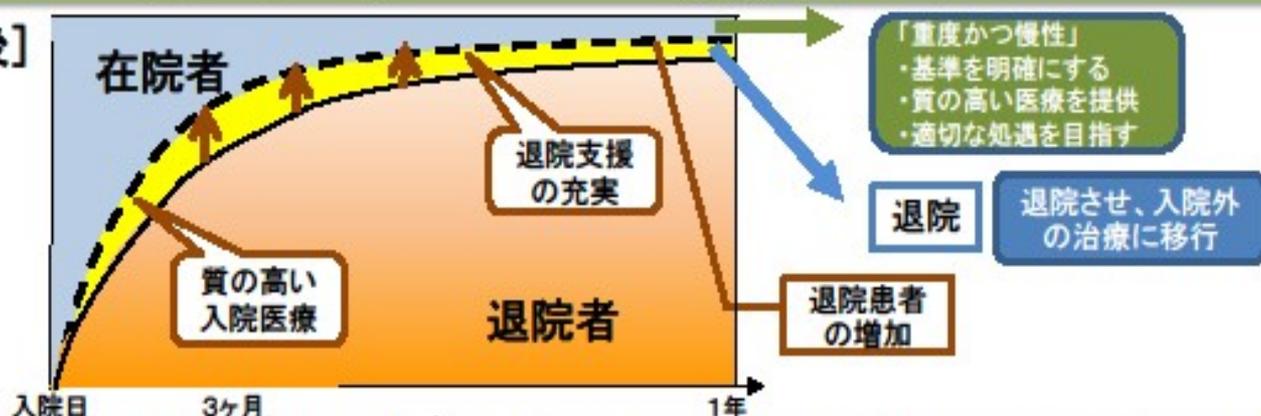
- 精神科病床の機能分化と人員配置を検討
  - 3ヶ月未満の急性期医療
  - 3か月～1年未満
  - 重度かつ慢性
  - 1年以上の長期高齢者入院



「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」[座長：武藤)  
2012年4月19日厚労省

# 新たな入院患者への精神科医療

[今後]

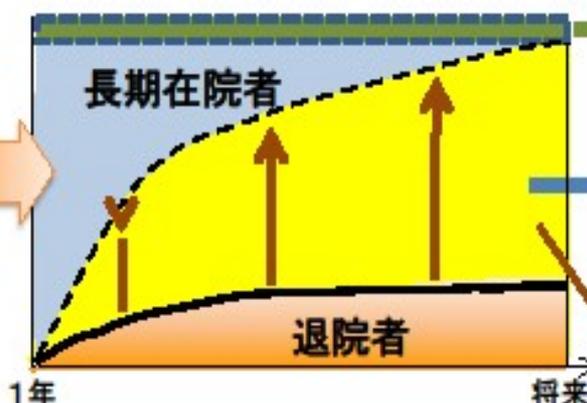


	3か月未満(精神症状が活発で入院治療が必要な患者)	3か月～1年未満(急性期の症状はある程度改善しているが、リハビリテーションや退院後の生活環境調整等に時間を要する患者)
人員体制、地域移行の取組など	<ul style="list-style-type: none"> <li>○安全で質の高い入院医療を提供できるようにするため、チーム医療を前提とした上で、医療法施行規則上、</li> <li>・医師・看護職員について一般病床と同等の配置とする</li> <li>・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○生活機能の向上などの退院支援をより充実させる観点から、医療法施行規則上、</li> <li>・医師は、現在の精神病床と同等の配置とする</li> <li>・看護職員で3対1の配置を基本としつつ、そのうち一定割合は、精神保健福祉士や作業療法士等の従事者の配置を可能とする</li> <li>・精神保健福祉士、作業療法士等の退院支援に関わる従事者の配置を規定する</li> </ul>
	<b>重度かつ慢性 (地域で生活することが非常に困難な状態にあり、長期に入院治療が必要な患者)</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「重度かつ慢性」の患者の基準については、調査研究等を通じて明確化するとともに、新たな長期在院患者を増やすことのないよう明確かつ限定的な取り扱いとする</li> <li>○「重度かつ慢性」の患者については、質の高い医療を提供し適切な処遇を目指すとともに、新たな治療やアウトリーチ(訪問支援)などにより地域移行を可能にするモデルを検討する</li> <li>○人員体制については、①対象を医療の必要性が高い患者とするならば一般病床と同様の配置にすべきとの意見、②多職種で3対1の人員配置とし、状態に応じた職種を配置できるようにすべきとの意見、があった</li> </ul>	
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>○機能分化は、実現可能な方策を講じながら、地域の状況を考慮しつつ、段階的に進めていく</li> <li>○機能分化を進みやすくするため、一つの病棟で複数の状態像の患者のミックスが可能となるような仕組みを検討する</li> <li>○アウトリーチ(訪問支援)やデイケアなどの外来医療の充実や、医療と福祉の複合的なサービスや、入院中から退院後の準備を地域と連携して始める方法など、新たな1年以上の長期在院者を作らないための取り組みを推進する。併せて、新たな長期在院者を作らないことを明確にするため、「重度かつ慢性」を除き、精神科の入院患者は1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作る</li> <li>○機能分化については状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していく</li> </ul>	

# 現在の長期在院者への対応

[今後]

- ・地域移行の取組を推進する
- ・生活支援、退院支援に重点をおいた人員配置とする
- ・地域生活に近い療養環境とする



「重度かつ慢性」へ分類

適切な処遇を目指す

退院

地域移行の取り組みをより一層促進する

退院患者の増加

現在の長期在院者（「重度かつ慢性」を除く）（精神症状や行動障害はある程度落ち着いており医療の必要性は高くないが、生活機能障害が重い等により、必要なサービス支援や適切な退院先が地域にないなどのためこれまで退院できなかった患者）

地域移行の取組

- 長期在院者の地域移行を推進するため、
  - ・できる限り、退院、地域移行が進むような取組を重点的に行う
  - ・アウトリーチ（訪問支援）やデイケアなどの外来部門にも人員の配置が実現可能な方策を講じていくと同時に、地域移行のための人材育成を推進する
  - ・高齢者で要介護度が高い場合に、精神疾患のある人でも、退院して介護サービス等が使いやすくなるような方策を検討する

人員体制

- 退院支援や生活支援などの患者像に応じた支援を提供できるよう、医療法施行規則上、
  - ・医師は、現在の精神病床の基準よりも少ない配置基準とする
  - ・看護職員、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、看護補助者（介護職員）等の多職種で3対1の配置基準とする

その他の意見

- 地域移行を進めるためには、医療、福祉、介護などでできるだけ選択肢が多い方がよい
- 地域の受け皿として、医療と福祉のサービスを複合的に提供できるような新たな仕組みを検討すべき
- 長期高齢の在院者の受け皿として、精神病床でも介護老人保健施設に転換できるようにすべきとの提案があった。これに対して、精神疾患がある人でも、介護保険の対象かどうか状態像に応じて個別に判断すべき、介護保険の対象にならない者は引き続き医療や障害福祉サービス等に対応すべきとの意見があった。
- 地域移行を進めるためには、退院しても安心して暮らせる住居の確保が極めて重要である
- 長期在院者の地域移行の状況を確認しつつ、一定期間ごとに見直していくべき

療養環境

- 長期の療養や地域移行のためには、より地域生活に近い環境が適切であるとの観点から、
  - ・開放的な環境を確保する
  - ・外部の支援者との関係を作りやすい環境とする
  - ・長期在院者のための病棟では、原則として、隔離や身体拘束は行わないこととする

# 医療法施行規則

- 入院期間別の人員配置を医療法施行規則に書き込めるのか？
- 精神保健福祉法に書き込んで、それを引用する？

## 精神病床の医師・看護職員の配置標準

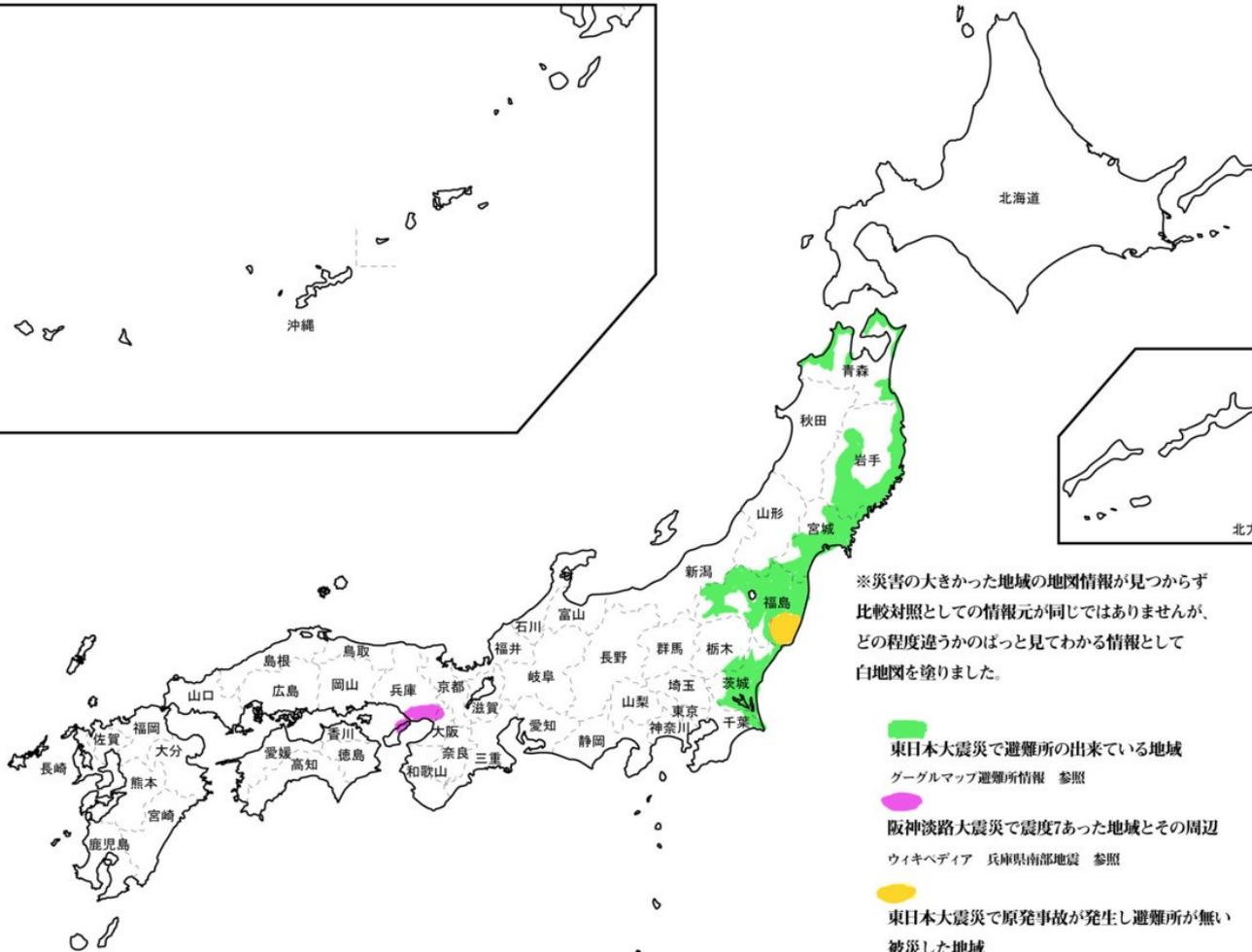
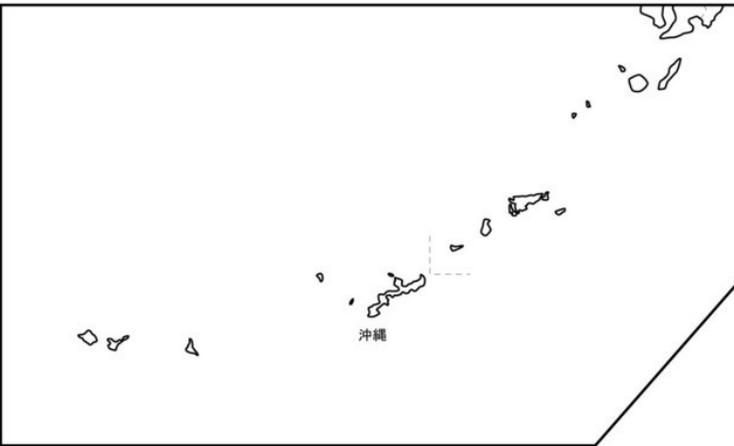
現行	今後の方向性	
医師 48 対 1	【入院 3 か月未満】 医師 <b>16 対 1</b>	【入院 3 か月以上 1 年未満】 医師 48 対 1
看護職員 4 対 1	看護職員 <b>3 対 1</b>	看護職員 <b>基本的に 3 対 1</b> ※一定割合は、PSW や OT などを 含めることができる

厚労省の資料などを基に作成

# ④災害時における医療体制の見直し



# 災害拠点病院の要件見直し



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

# 東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

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

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

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

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

# 東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

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

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



**岩手県立釜石病院**



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)

# ⑥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！

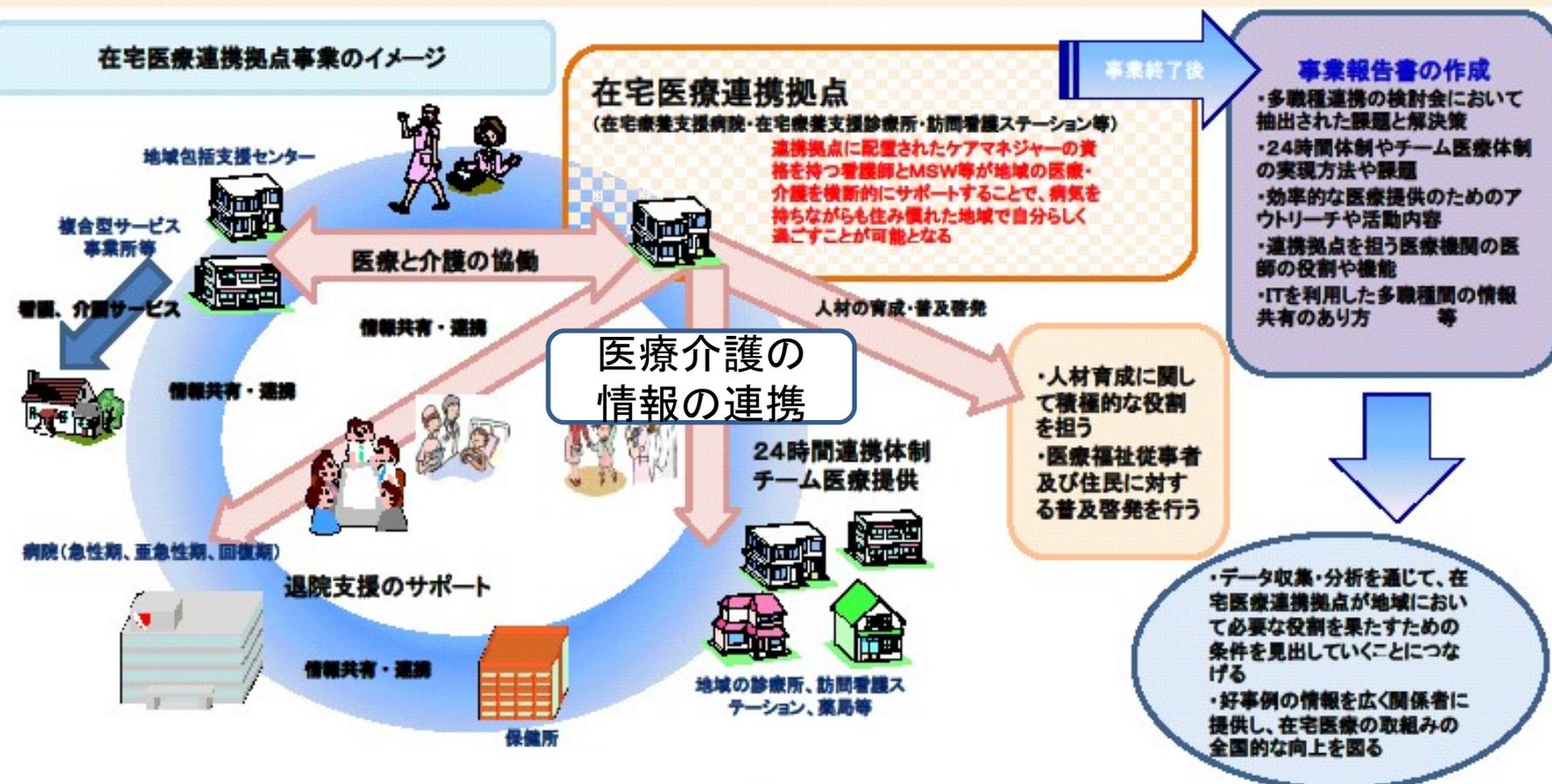
# ① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

## ■本事業の目的

○高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

○このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



# 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
- 在宅医療連携拠点事業にはICTが必須！



大谷医政局長

# パート2

## 2012年診療報酬・介護報酬同時改定



2月10日中医協答申

# 2012年診療報酬改定率

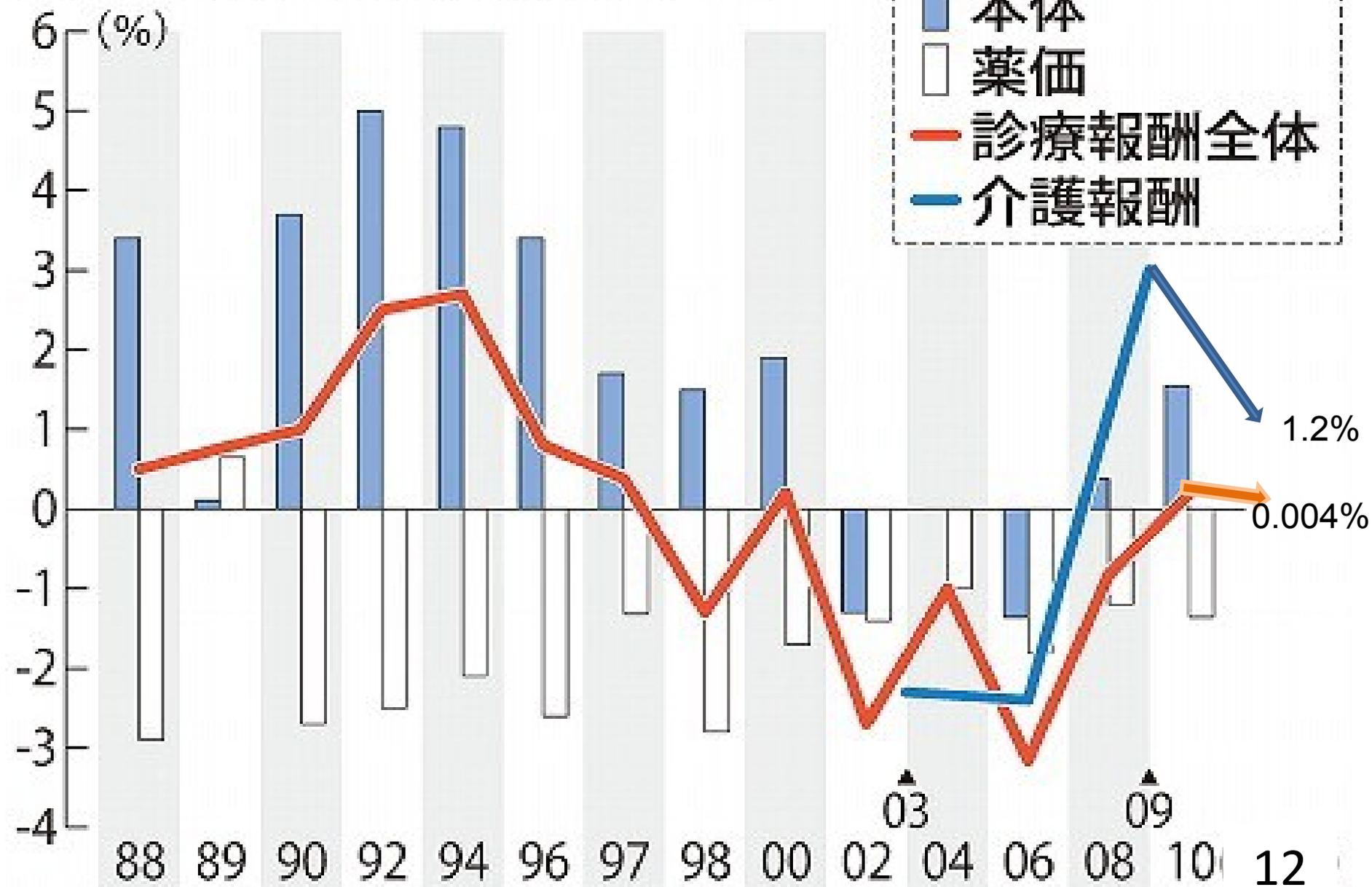
## 0.004%アップ

- 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」



# 診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

# 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

## 病院勤務医の負担軽減と チーム医療



## 【重点課題1-2】

# 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

\* 歯科等を含むチーム医療

H24.1.27 中医協  
総会

# ① 糖尿病透析予防管理指導料



血液透析

## 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)**

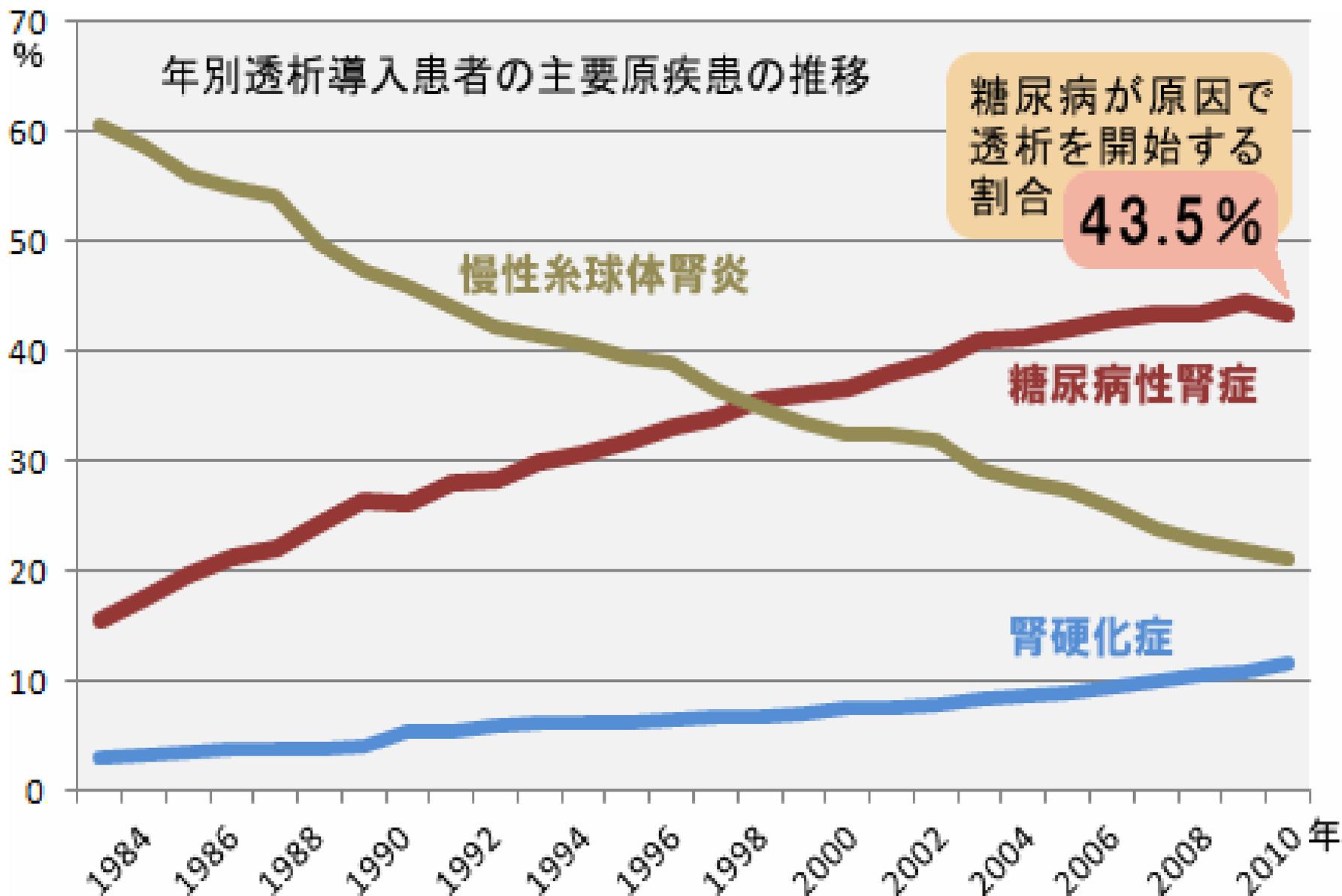
## [算定要件]

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。

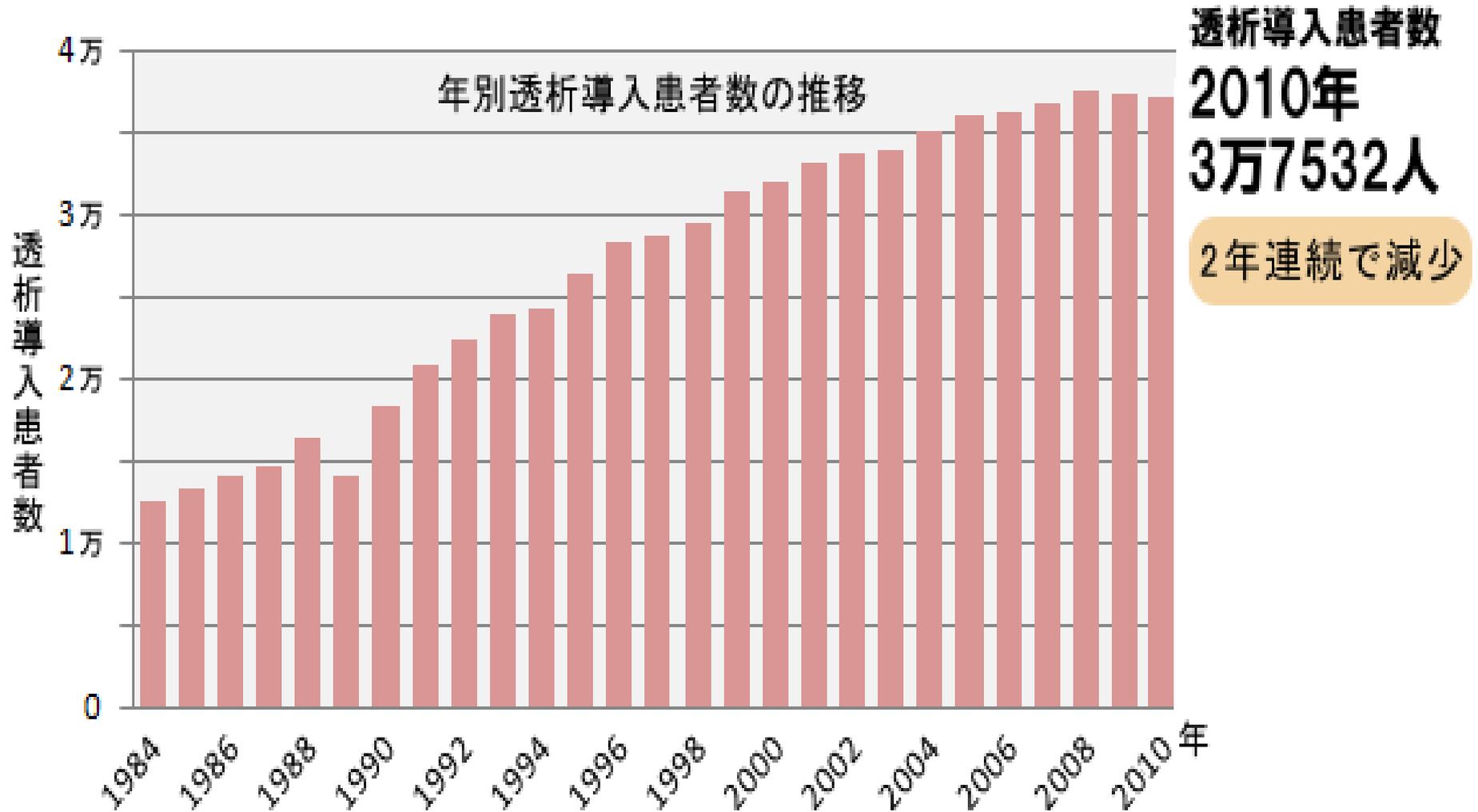
## [施設基準]

- 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



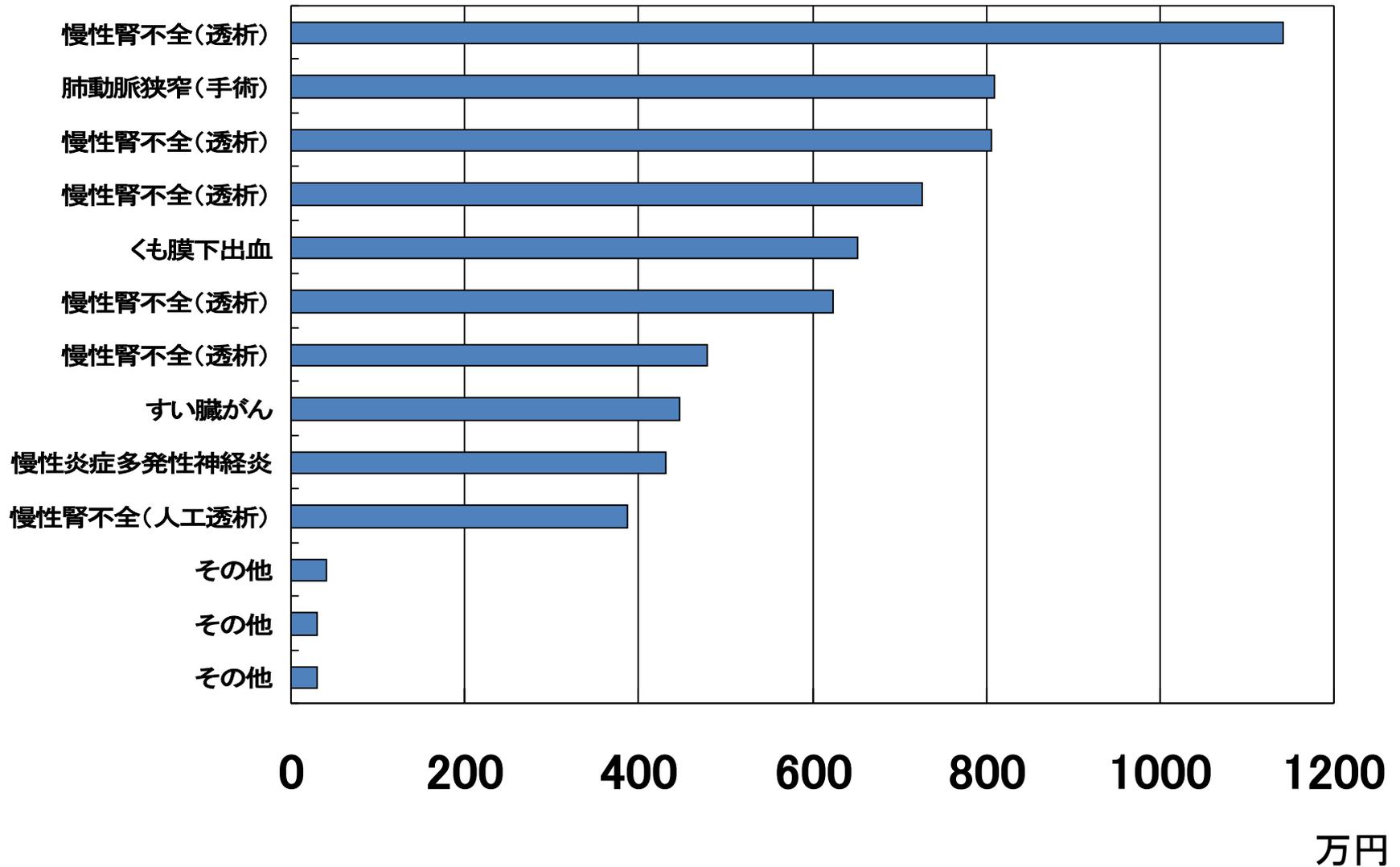
# 年別透析導入患者数推移



# 糖尿病性腎症

- 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



# 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: 2008年03月04日

ダミー 1  
 患者氏名: ダミー予約 地域1 性別: 男 生年月日: 1975年01月01日  
 北野病院ID: 90100000

アウトカム(達成目標)  
 I CKDステージ進展防止  
 II CKD合併症の予防・早期発見・早期治療

北野病院		⇔		かかりつけ医(以下の内容の継続診療をお願いいたします)		
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 checked="" 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"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 血液検査	<input checked="" type="checkbox"/> 推算GFR <input checked="" type="checkbox"/> 採血(3ヶ月に1回) <input checked="" type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 合併症出現の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 体重 <input checked="" type="checkbox"/> 血圧	<b>バリエーション(紹介の指標)</b> 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 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	<input type="checkbox"/> 浮腫の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 血圧	<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		
検査結果(別紙添付)						
全身状態						
バリエーション発生時は、北野病院受診予約を取ってください。 次回北野病院受診日:						

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。

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

## ②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。

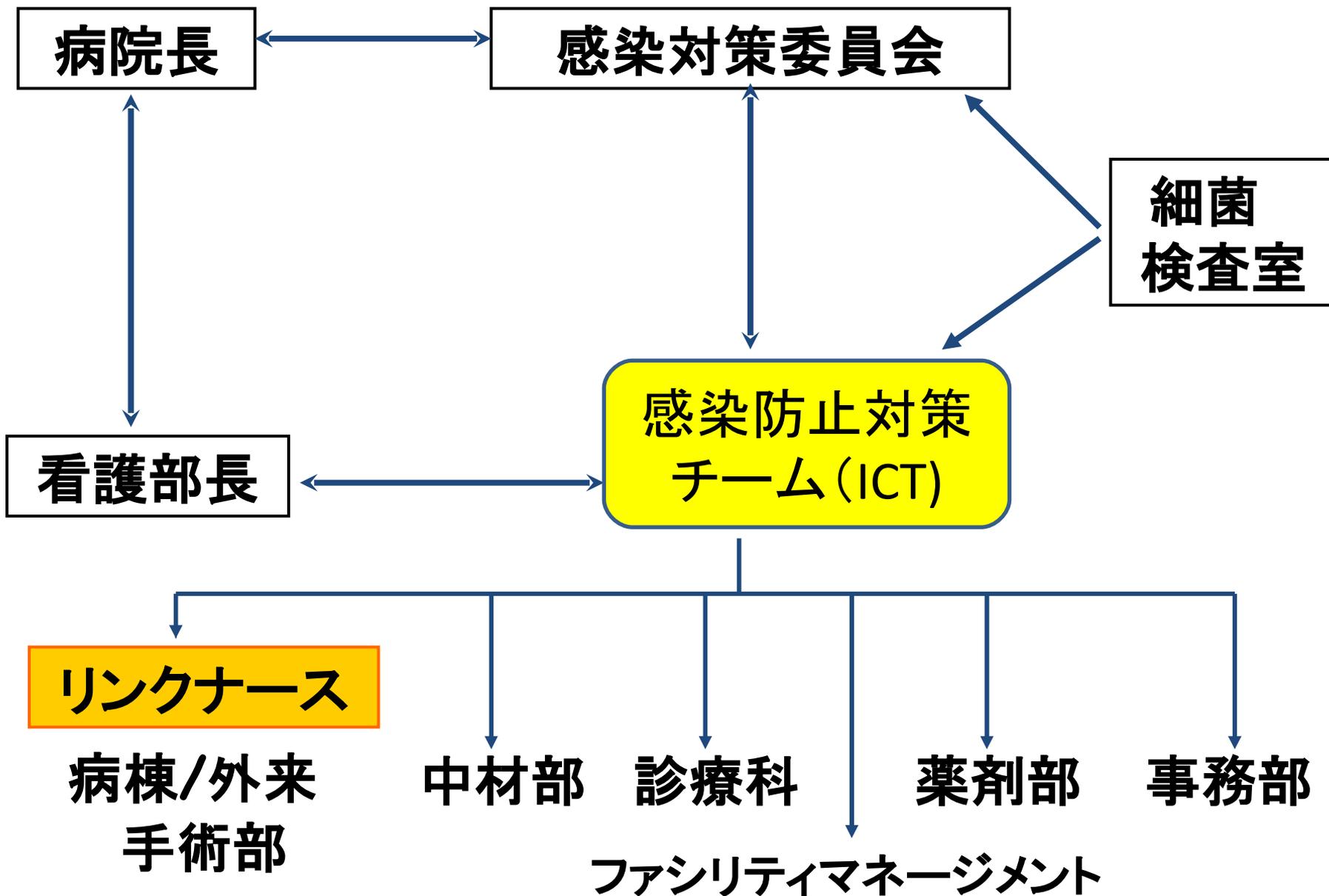
[施設基準]

- 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

# 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)

感染制御  
チーム

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

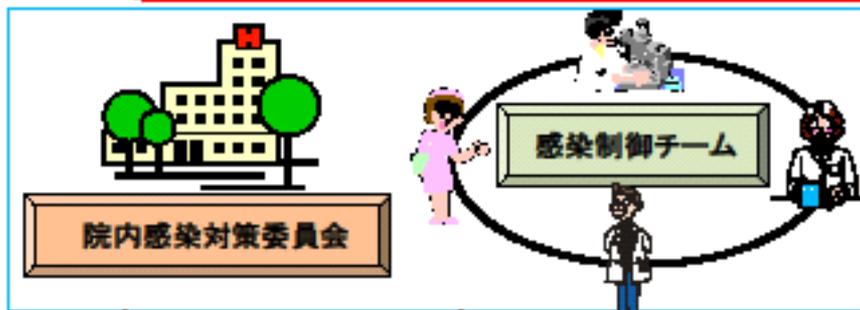
地域で取り組む感染防止対策

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

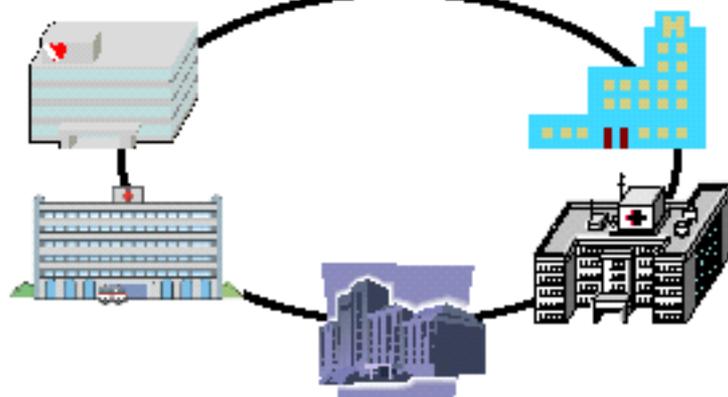
# アウトブレイク時の対応 (多剤耐性菌を想定)



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



医療機関間ネットワーク

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

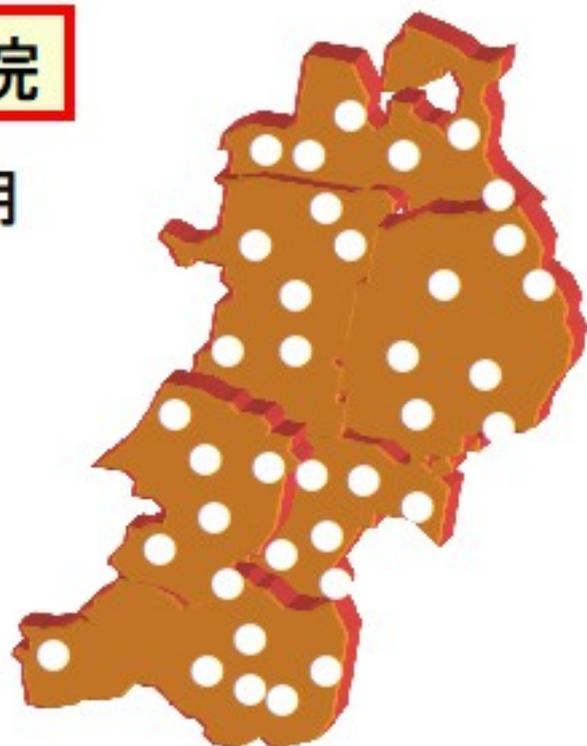
## 感染対策の支援

### ・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

### ③ 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】

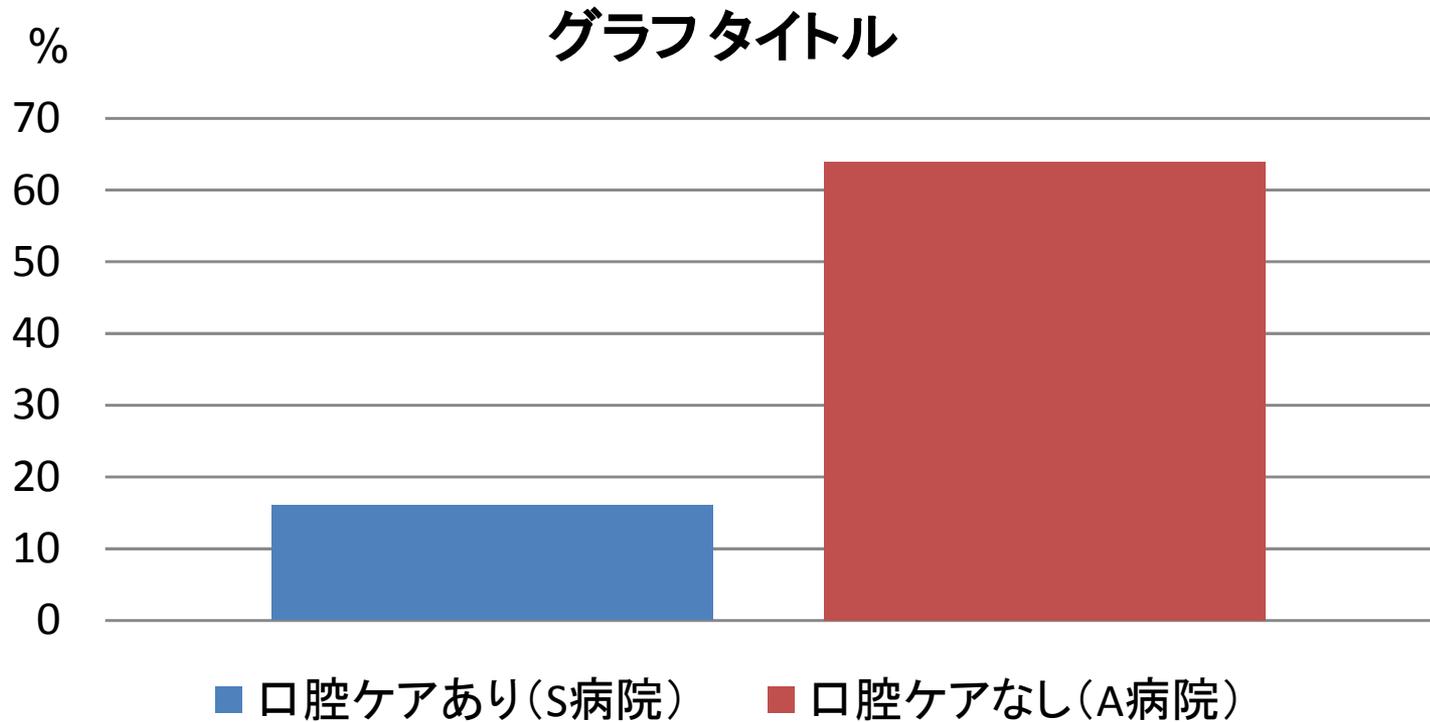
（新） 周術期口腔機能管理料（Ⅲ） 190点

【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

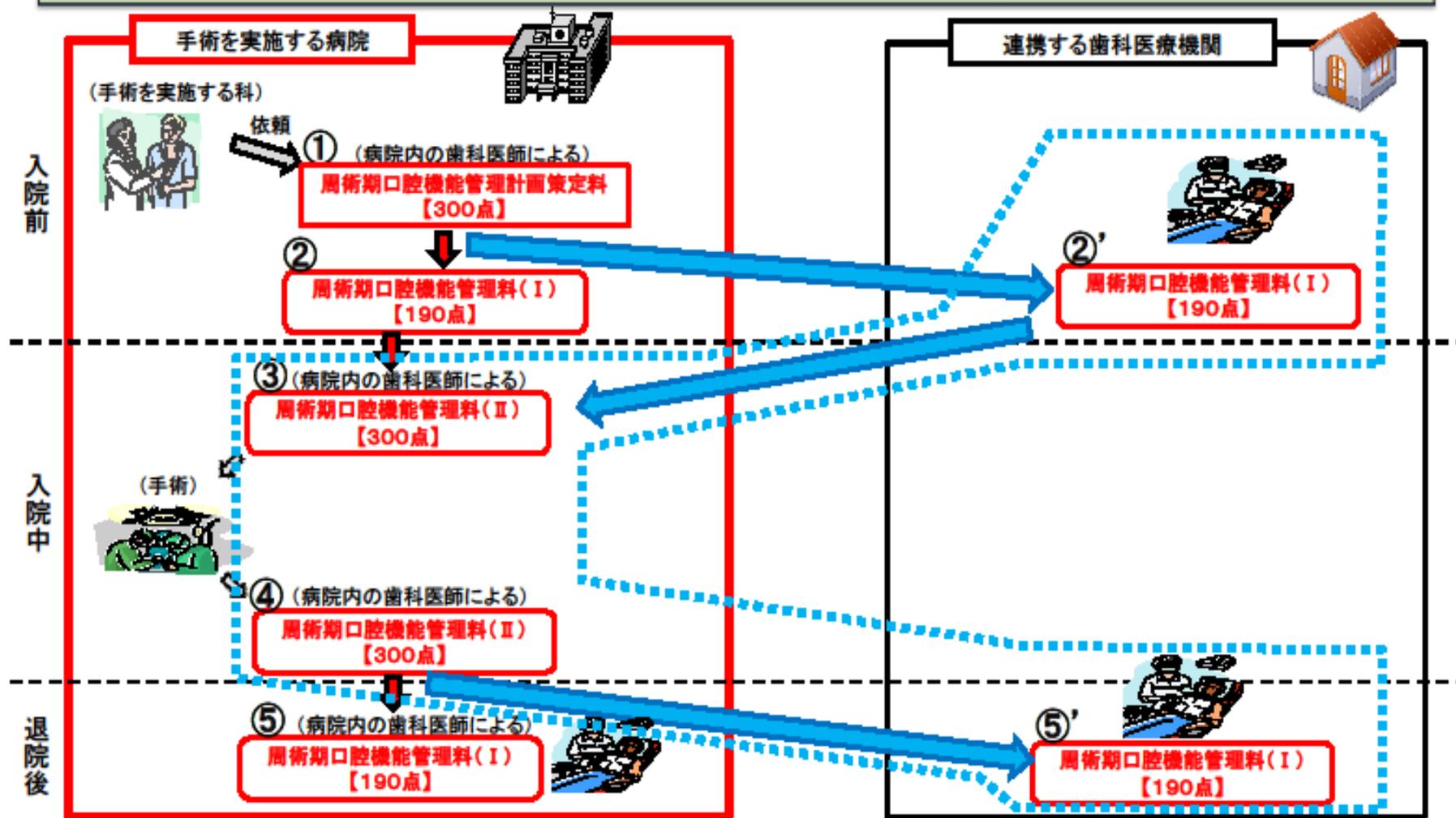
（新） 周術期専門的口腔衛生処置 80点

# 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。

## 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



# 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



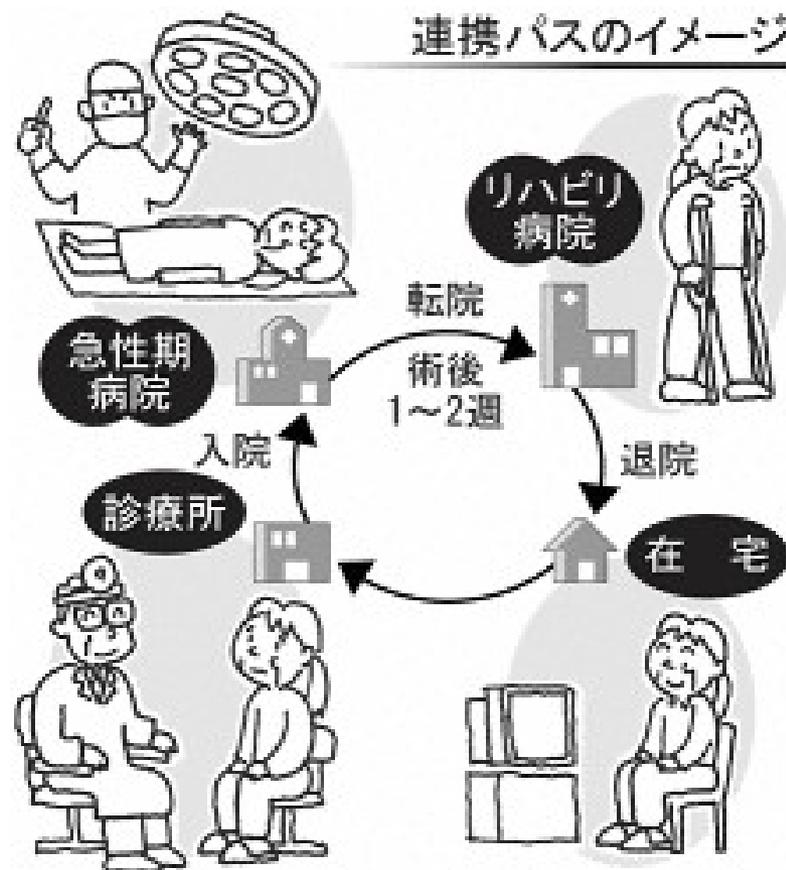
# 地域連携クリティカルパスとは？

- 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:

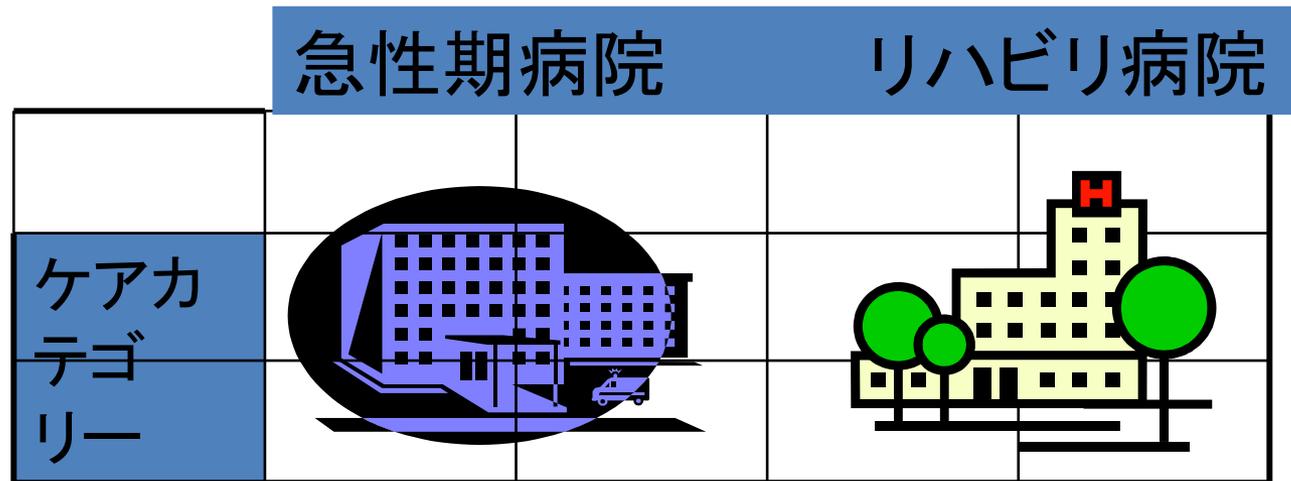
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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(インジソングーグル)								
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								
清潔			清拭								
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	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 <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )
観察				創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評  
疾患別に作る標準診療計画



# 地域連携クリティカルパス

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っ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。

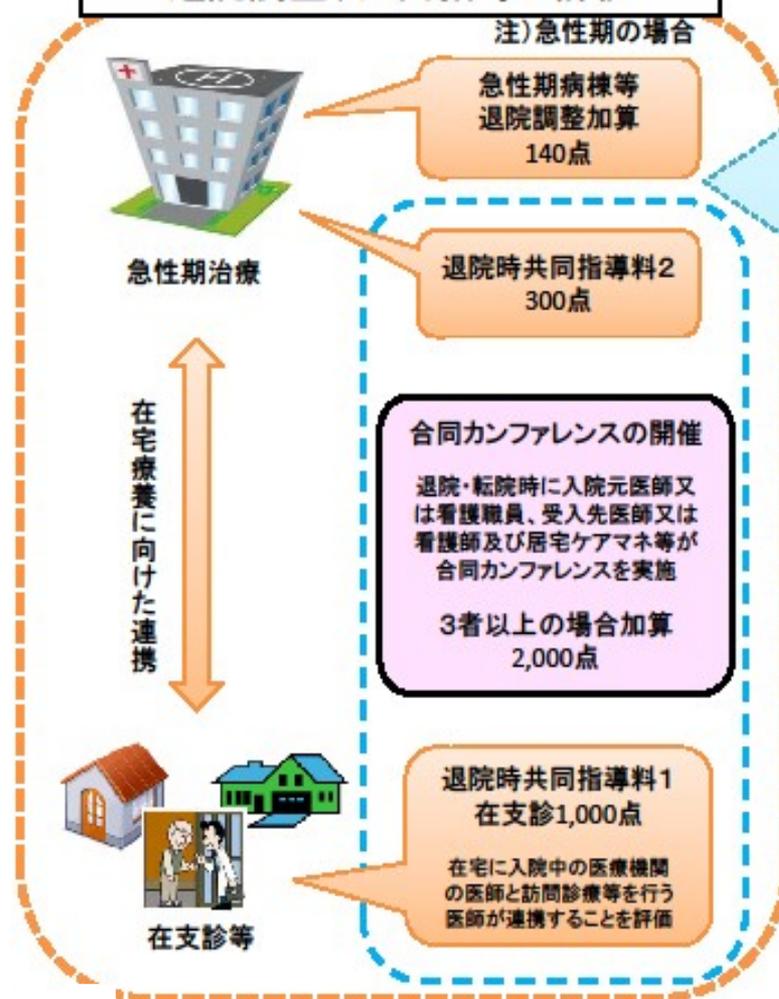
# 現行の退院調整等に関する評価のイメージ

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	75歳
病歴	大腸がん(進行性)
治療歴	手術(大腸切除術) 化学療法(FOLFOX6)
検査結果	CT: 大腸周囲リンパ節腫大 肝臓転移あり
治療方針	全身化学療法(転移性)
薬剤	オキシプラチン 50mg 日1回 1週間
用量	体表面積1.8m <sup>2</sup> 1.0mg/m <sup>2</sup> 180mg
副作用	嘔吐、下痢、手足しびれ、食欲不振
フォローアップ	1週間後再診 血液検査実施



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

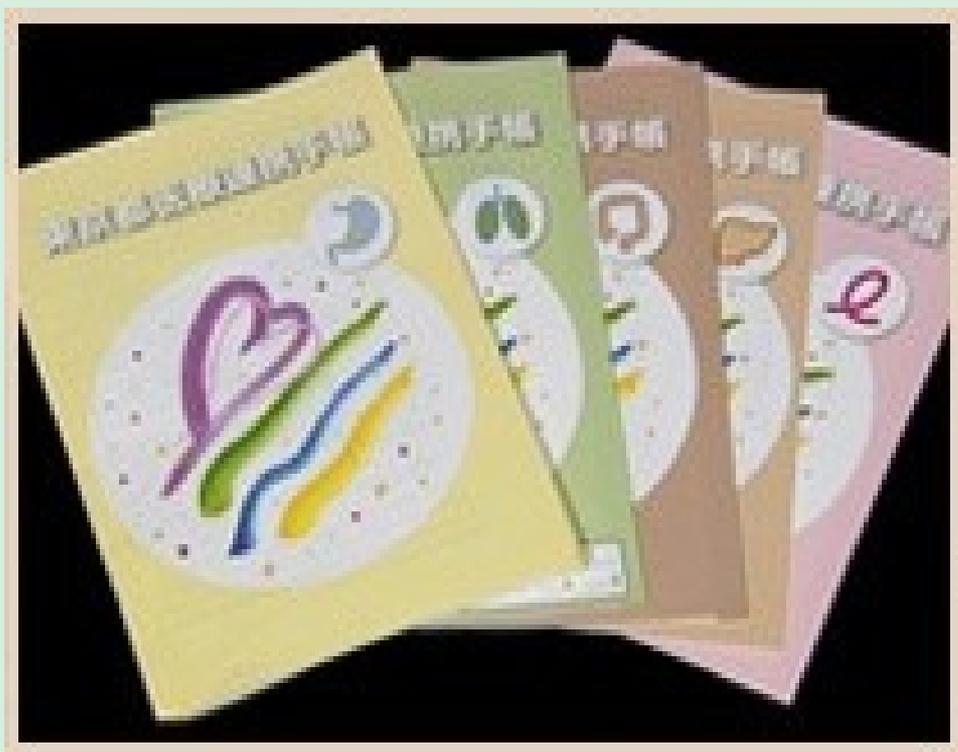


# かかりつけ医と専門医の役割分担

- 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](mailto: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](mailto: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。

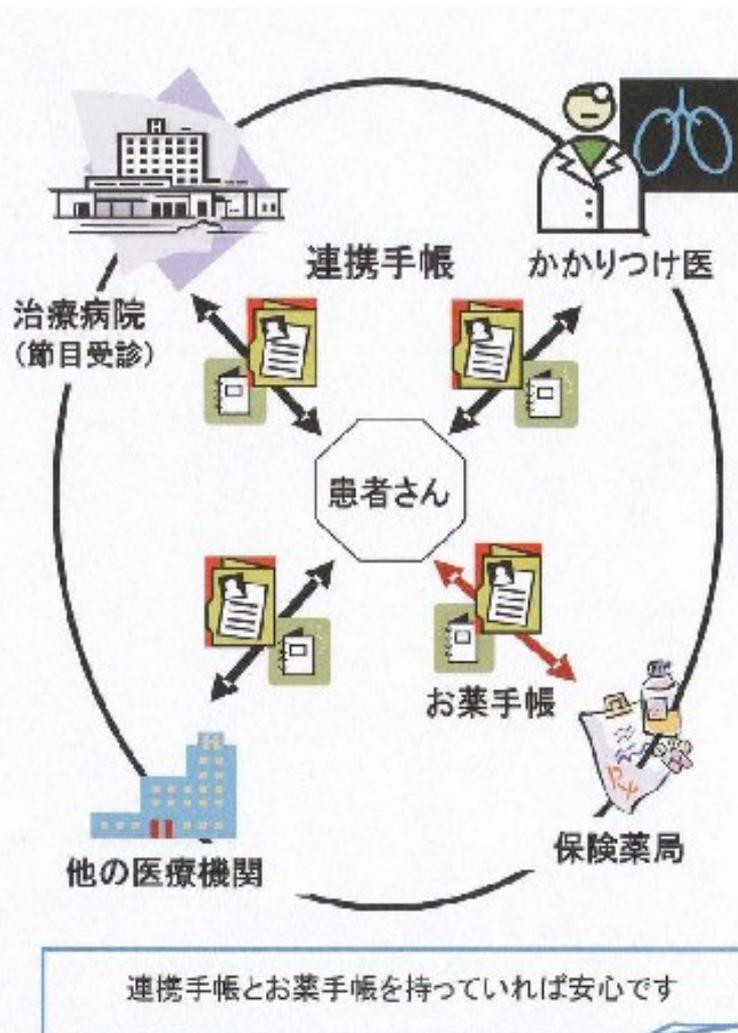
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

なお、胃がん以外のがん（肺がん、肝がん、大腸がん、乳がん、婦人科がん、前立腺がんなど）は検査の対象外となります。かかりつけの先生に相談するか、地域の健康診断などをお受け下さい。

## 連携手帳を用いた診療の流れ



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+ $\alpha$ ・D1+ $\beta$ ・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	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

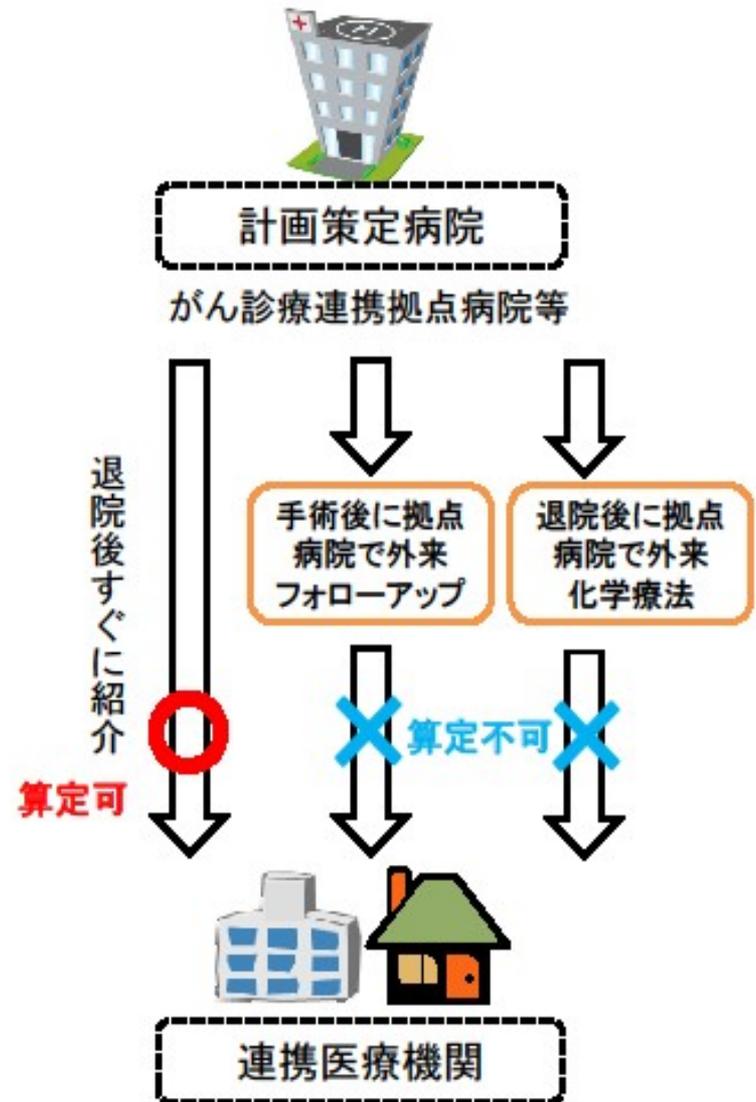
## がん診療の連携に関する評価と課題について②

### 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。

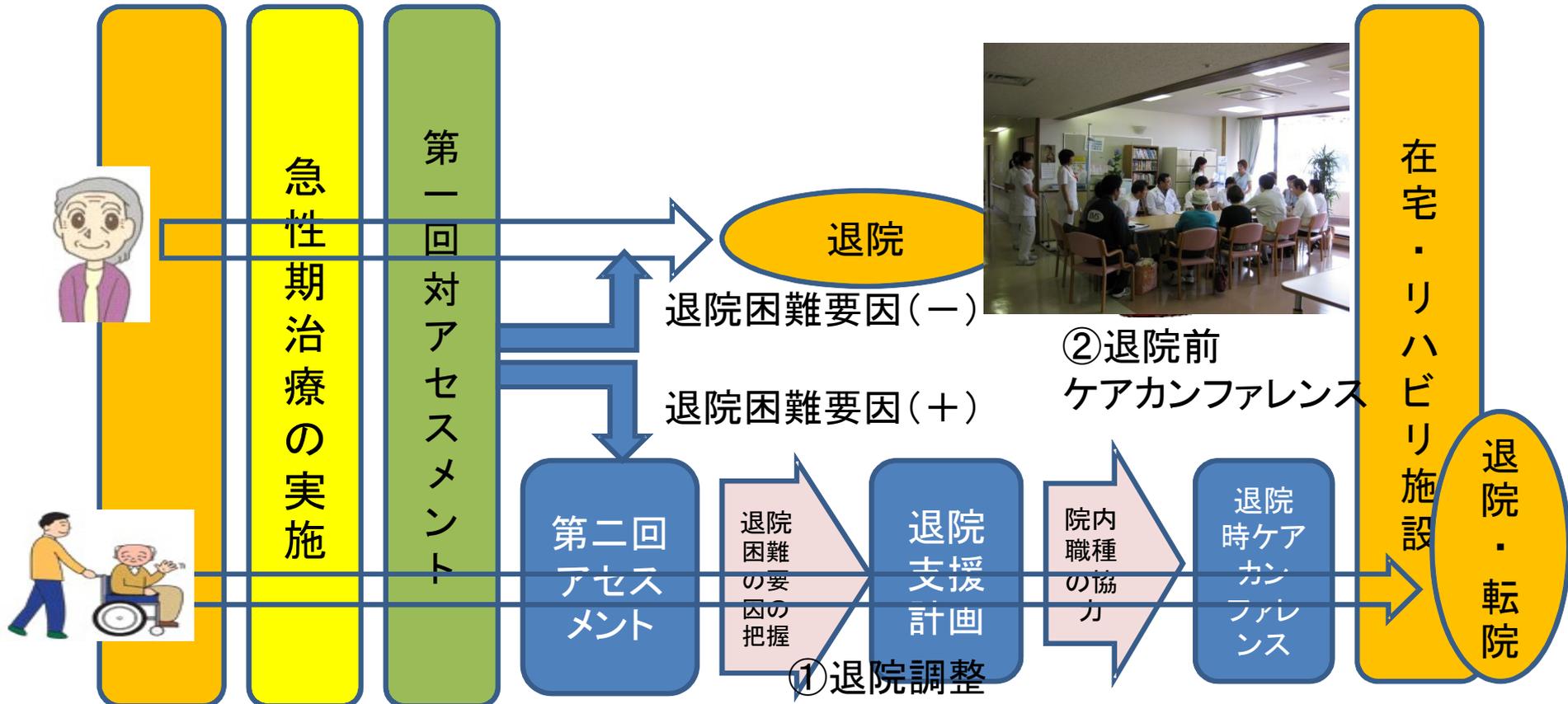


# 退院支援と薬局・薬剤師

# 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

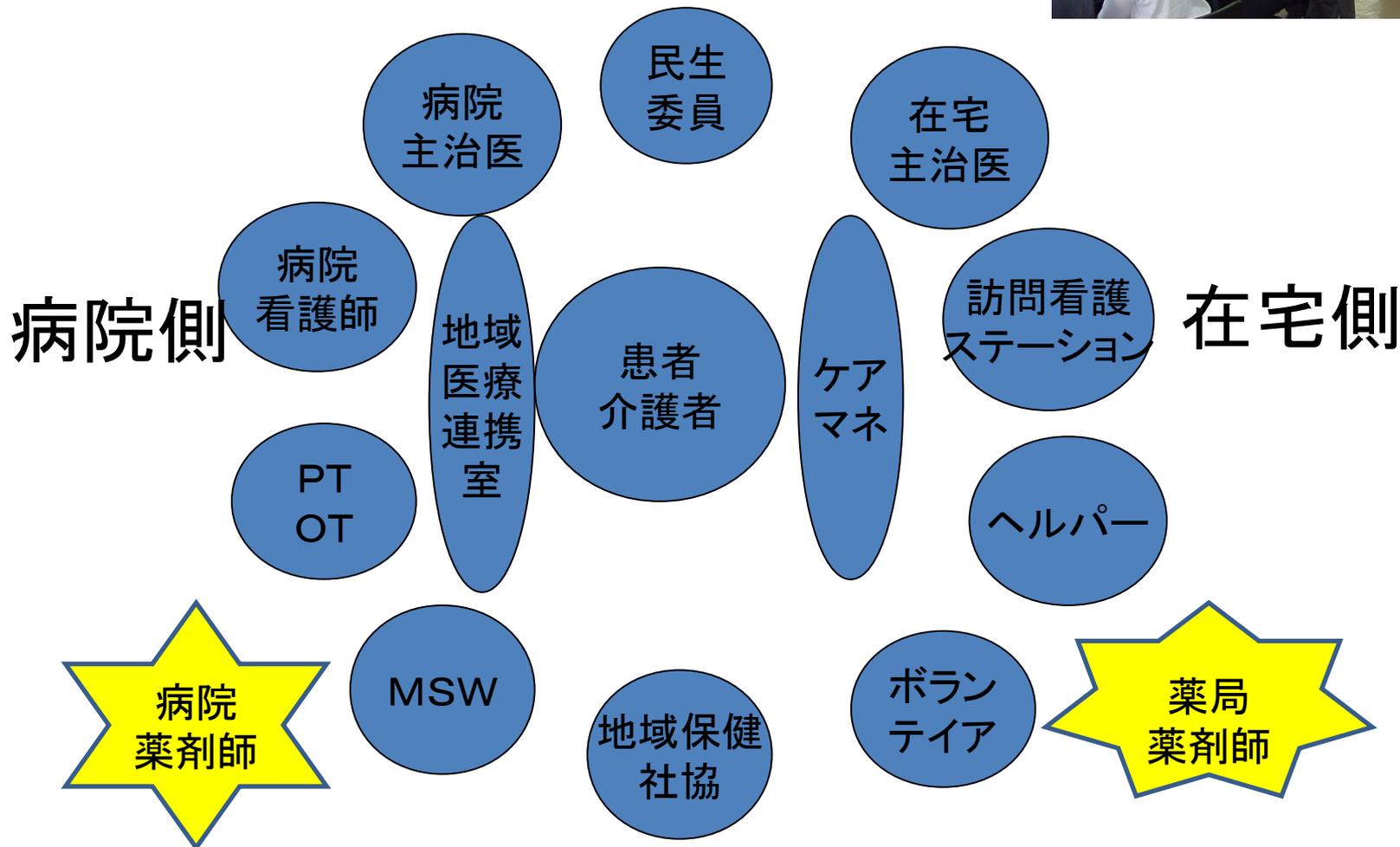
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- \* 退院調整の必要な患者の出現頻度
  - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

# 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



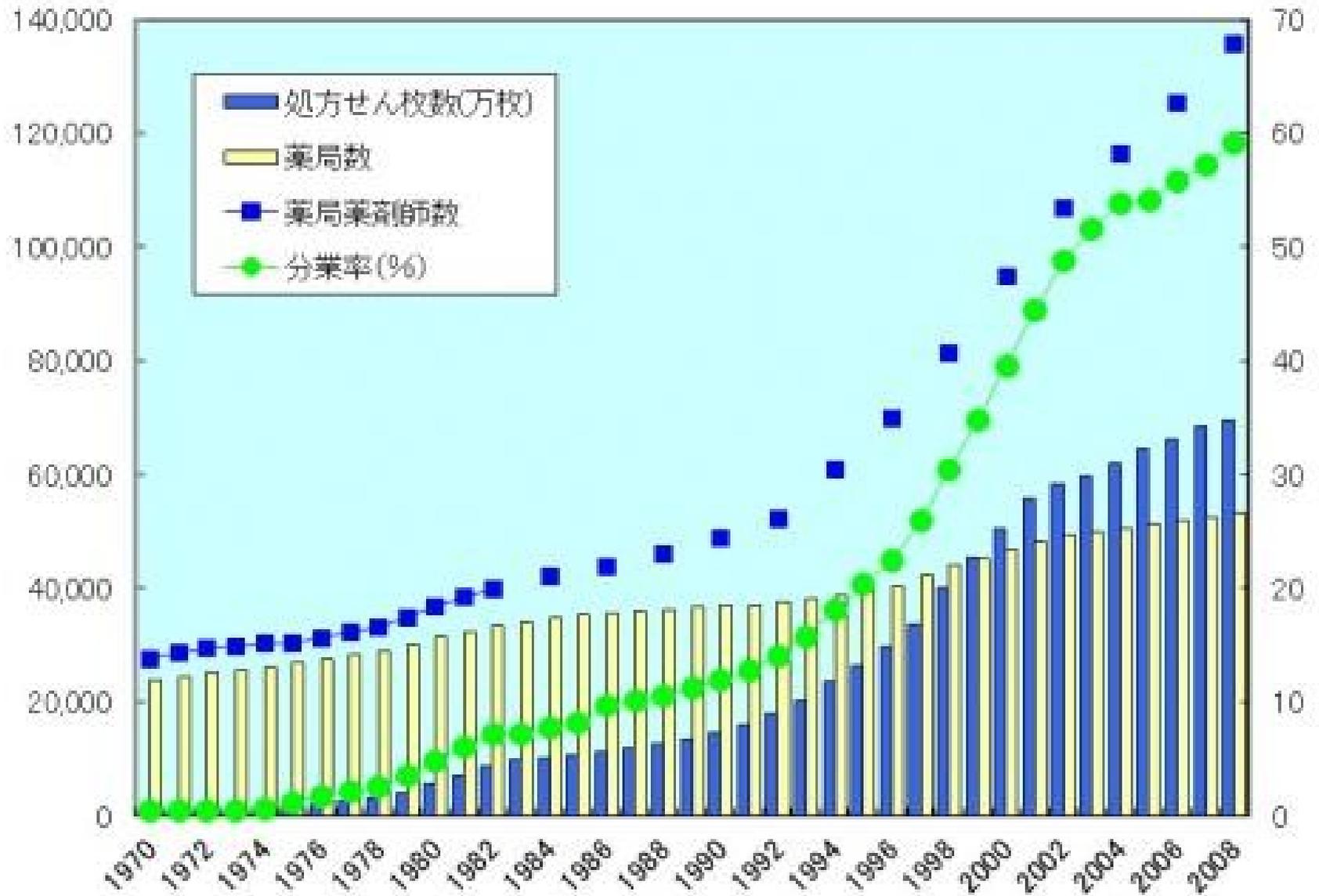
# 在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 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



# 薬局数・薬剤師数・処方箋枚数・分業率の推移



# 清水薬局

保険薬局  
東京都薬剤師会



基準薬局

使用済み注射針  
回収薬局  
港区薬剤師会



子ども110番

スマイル商品券



東京都薬剤師会認定



3-15



子ども110番

# 在宅療養支援診療所と 在宅療養支援病院



諏訪共立在宅療養支援診療所

# 06年在宅療養支援診療所の新設

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



特養  
有料老人ホームなど

死亡前24時間以内に訪問して患者を看取れば1万点

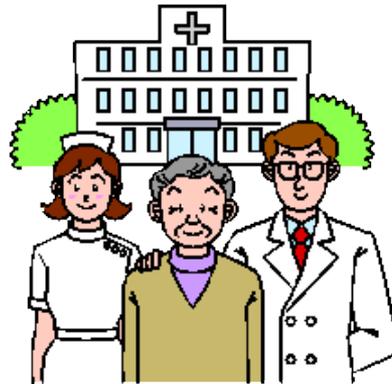


B診療所  
(連携先)



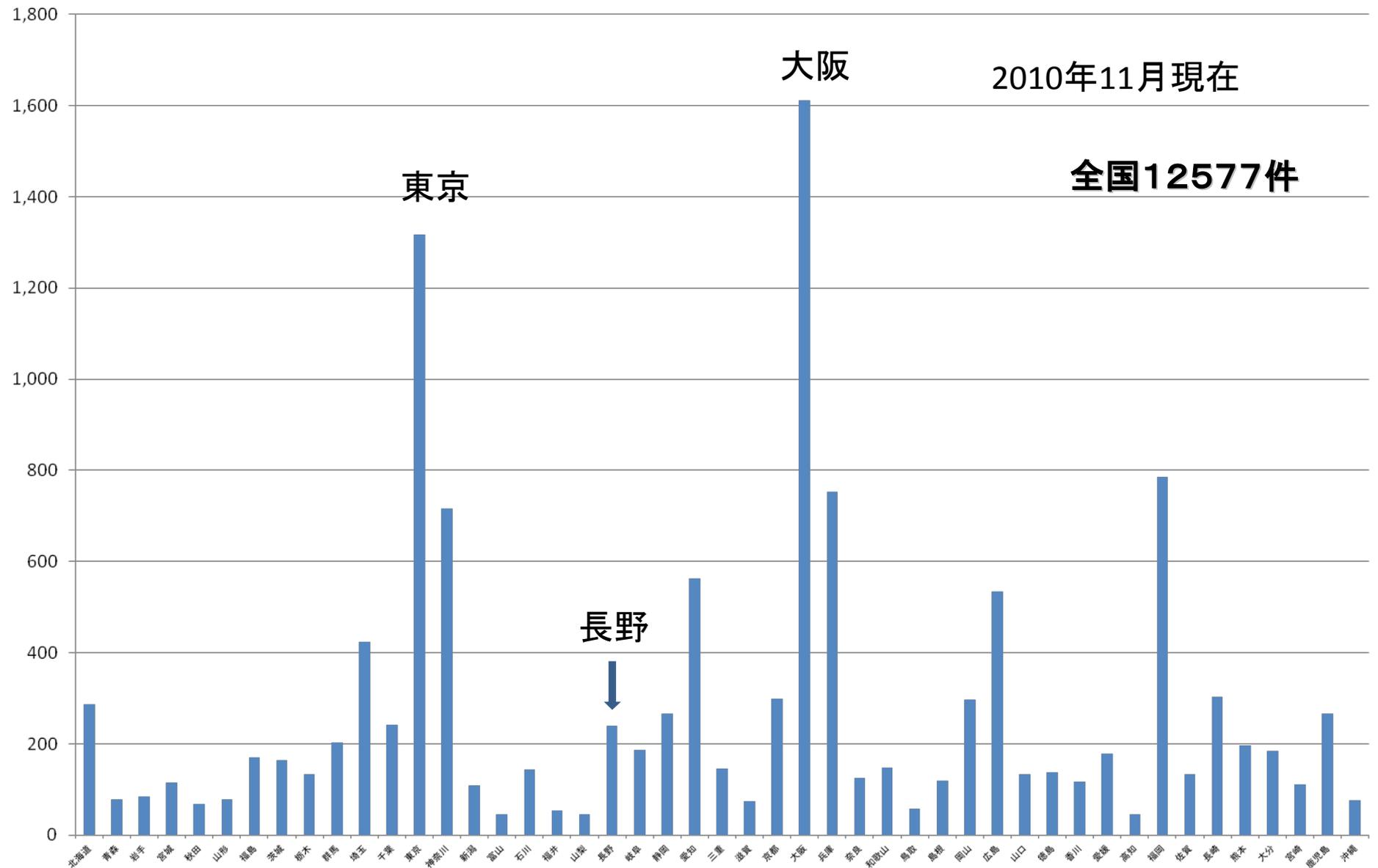
往診料や訪問診察料に高い加算

A診療所  
在宅療養支援診療所



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

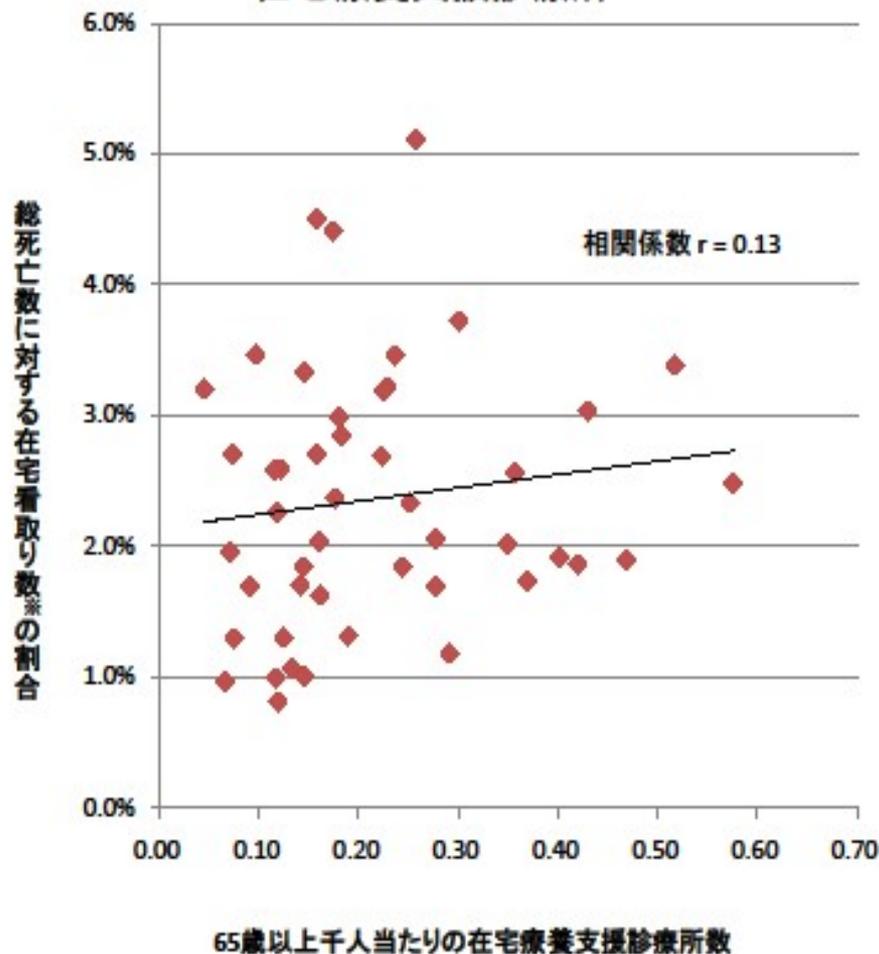
# 在宅療養支援診療所



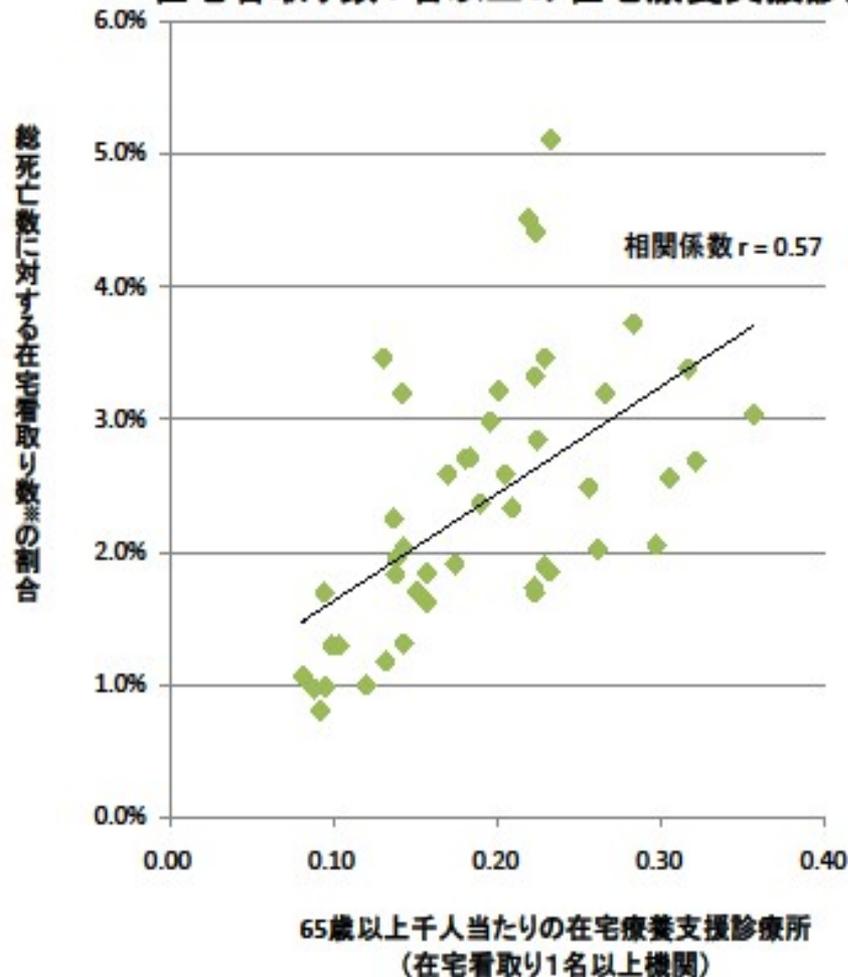
※地方厚生局施設基準届け出データより【2010年11月】

# 在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

## 在宅療養支援診療所



## 在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所



(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

# 在宅療養支援診療所の課題

- 過去1年間に1人も看取りを行っていない在宅療養支援診療所が50%に上る
- 在宅療養支援診療所の約7割は医師1人体制で、24時間対応に負担を感じている
- 在宅医療提供上の課題として緊急入院受け入れ病床の確保や24時間体制に協力可能な医師の存在が挙げられる
- 在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院の役割分担が不明確

# 在宅療養支援病院とは？



# 在宅療養支援病院の規制緩和 (2010年診療報酬改定)

- 2008年診療報酬

- 在宅療養支援病院の要件は「半径4km以内に診療所が存在しないもの」とされていたので、僻地等地域において在宅療養を提供する診療所がない地域のみ限定されていた
- このため届け出は11病院に限定

- 2010年、この4Km要件が撤廃された

- この要件撤廃の影響は？

# 在宅療養支援病院

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

# 在宅療養支援病院

## － 在宅末期医療総合診療料

- ・ 処方せん交付で1495点、処方せんなしで1685点と、高い評価

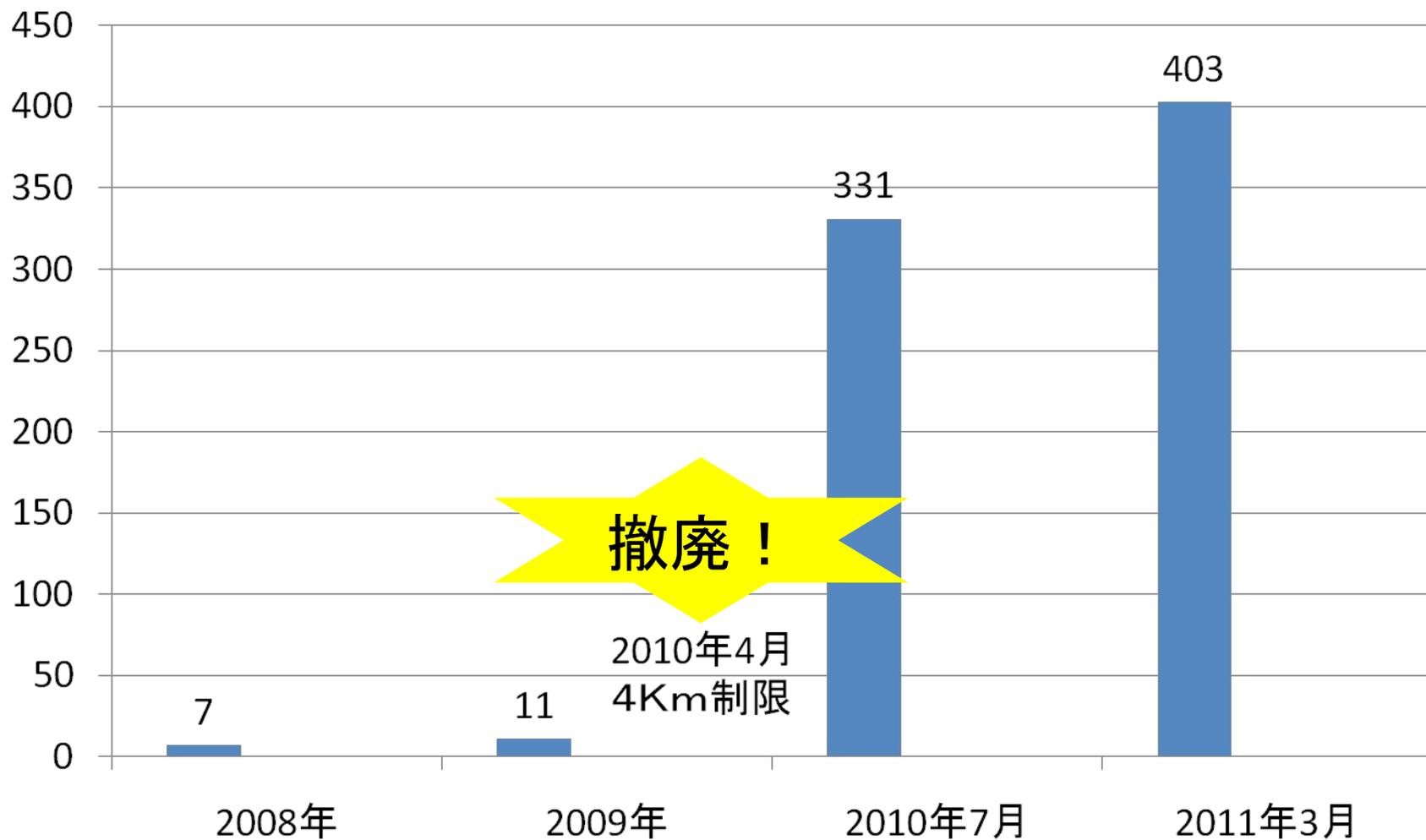
## － 在宅時医学総合管理料

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

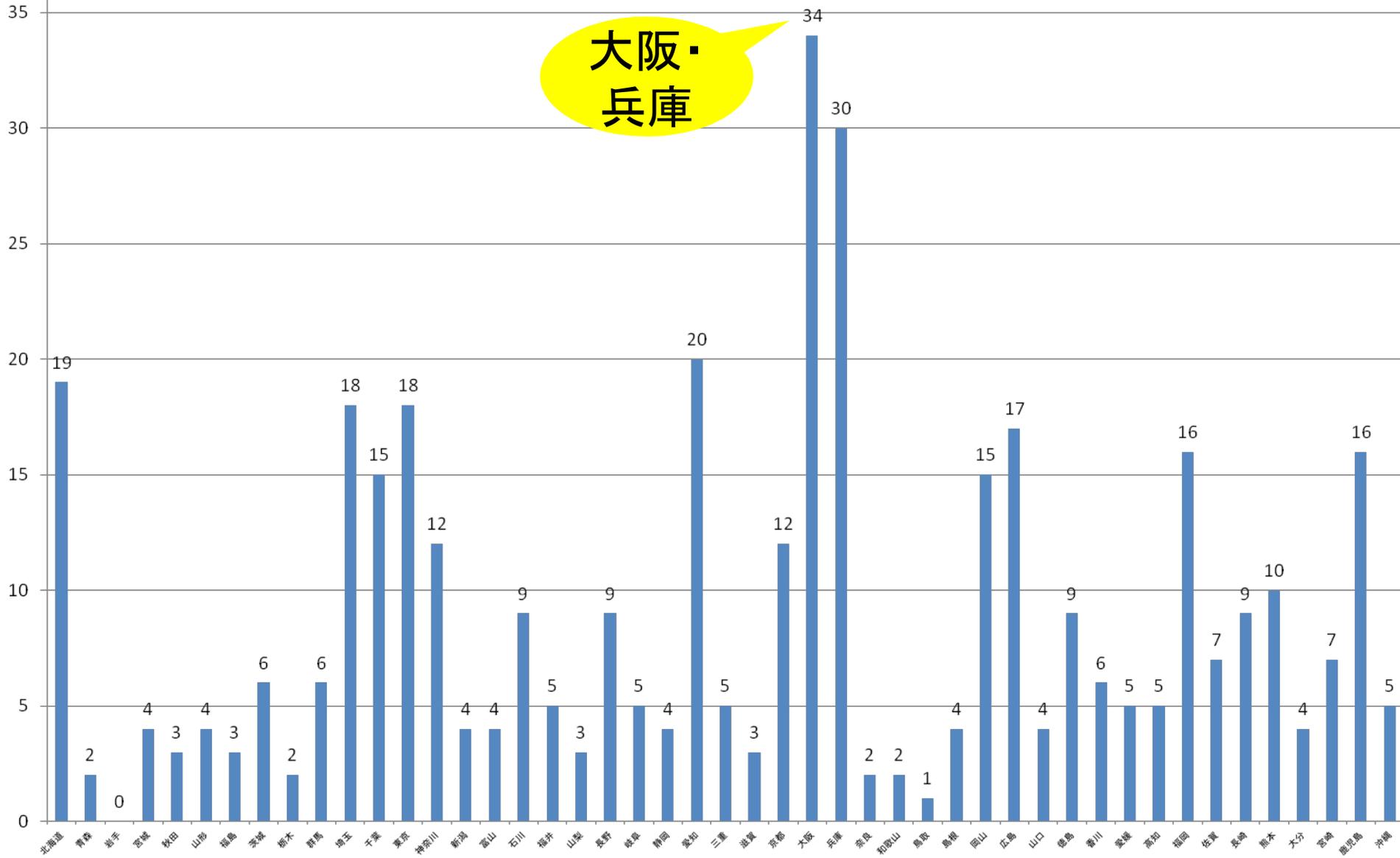
## － 特定施設入居時等医学総合管理料

## － 退院時共同指導料

# 在宅療養支援病院数の推移



# 在宅療養支援病院（403病院）2011年3月



# 医療法人財団厚生会古川橋病院

東京都で第1号の在宅療養支援病院

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



鈴木先生



2012年診療報酬改定と  
機能強化型  
在宅療養支援診療所・病院

# 機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ①従前の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の要件に以下を追加する。
  - －イ 所属する常勤医師3名以上
  - －ロ 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
  - －ハ 過去1年間の看取り実績2件以上

機能強化型  
在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院



# 機能強化した在宅療養支援診療所・ 在宅療養支援病院等への評価

- ②複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は、以下の要件を満たすこと。
  - －イ 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
  - －ロ 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
  - －ハ 連携する医療機関数は10未満
  - －ニ 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

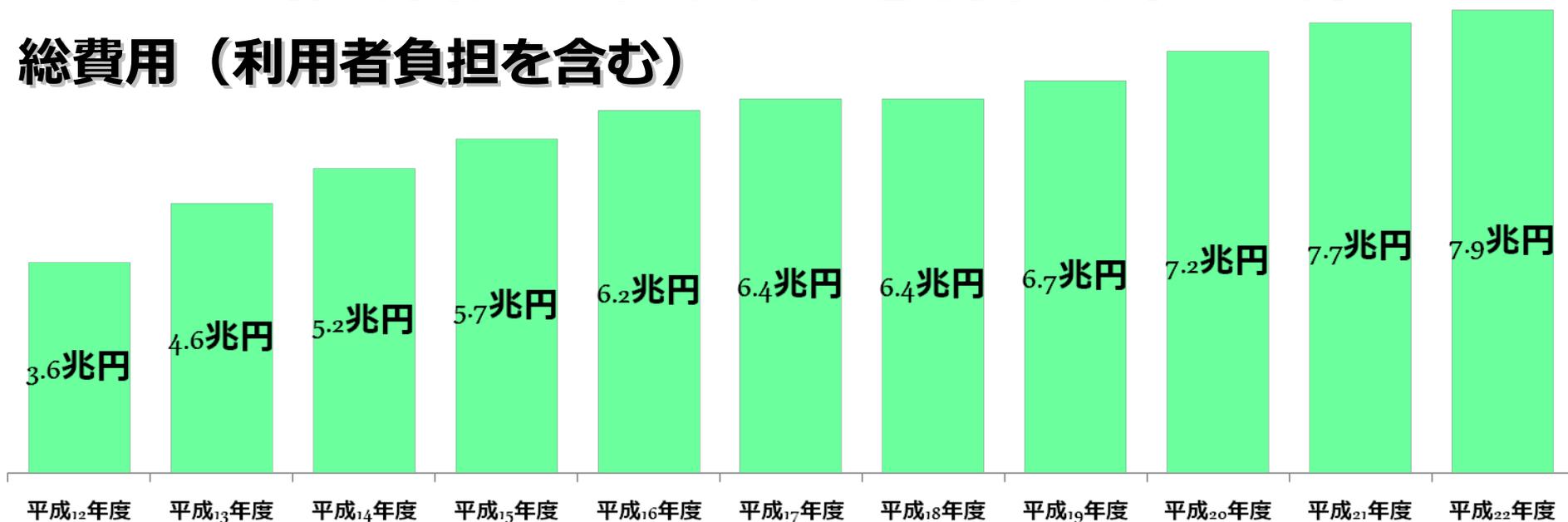
# 2012年介護報酬改定



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

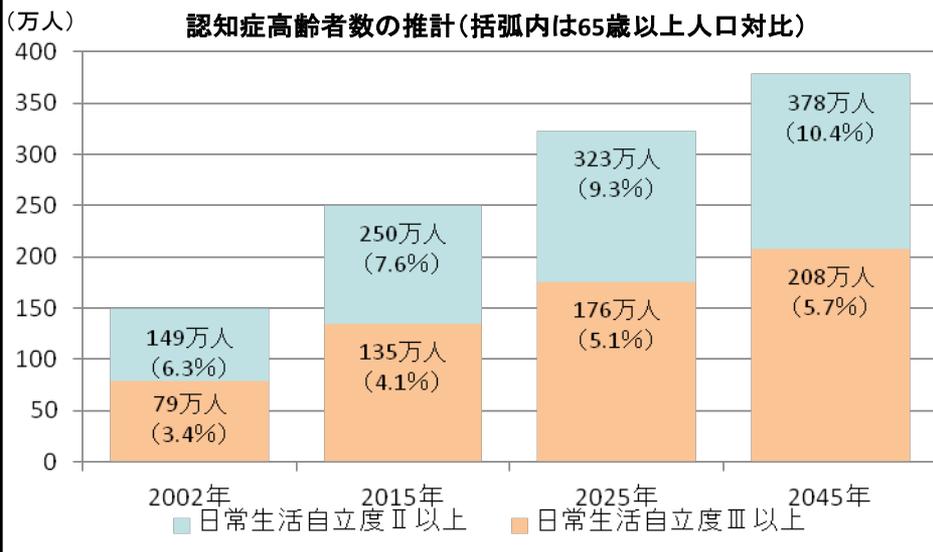
(+1.7%)

# 今後の介護保険を取り巻く状況について

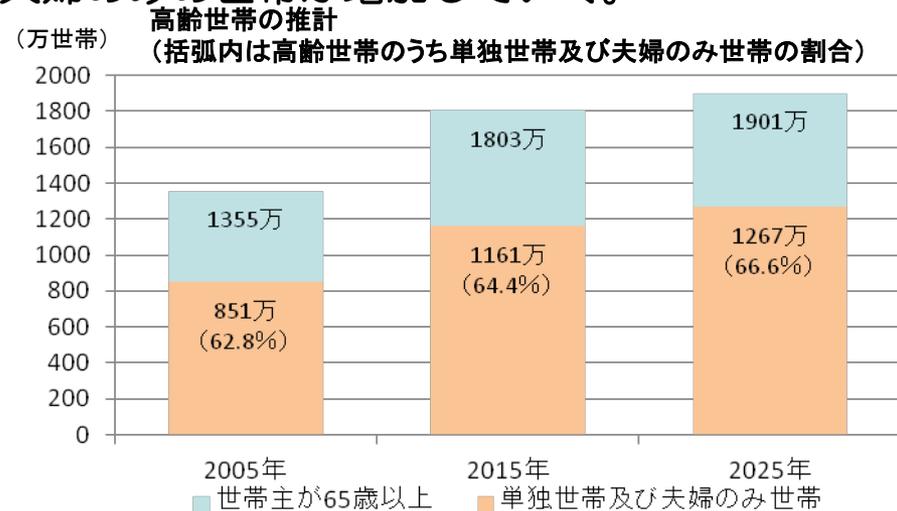
① 75以上高齢者の全人口に占める割合は増加していき、2055年には、25%を超える見込み。

	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。



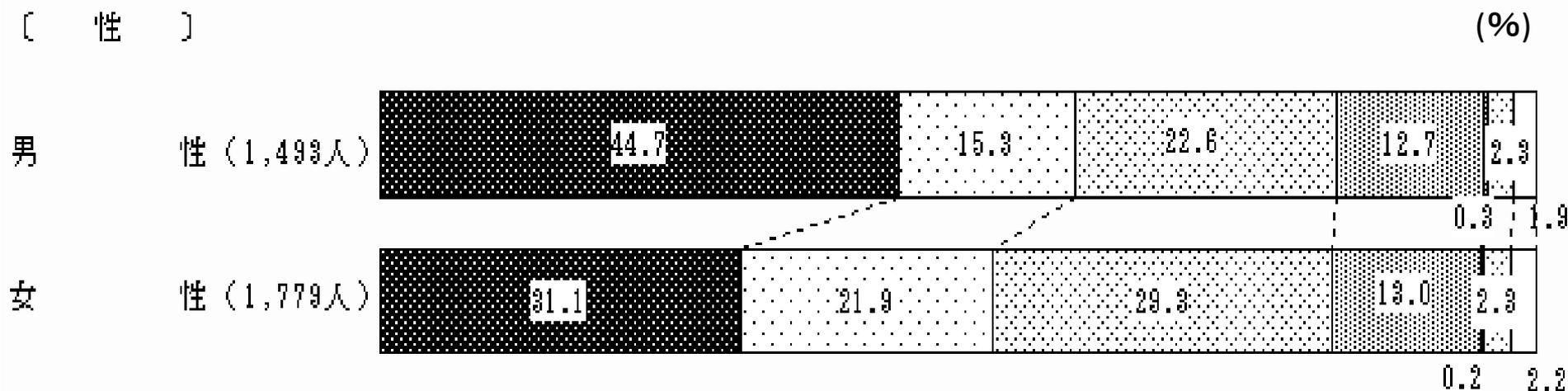
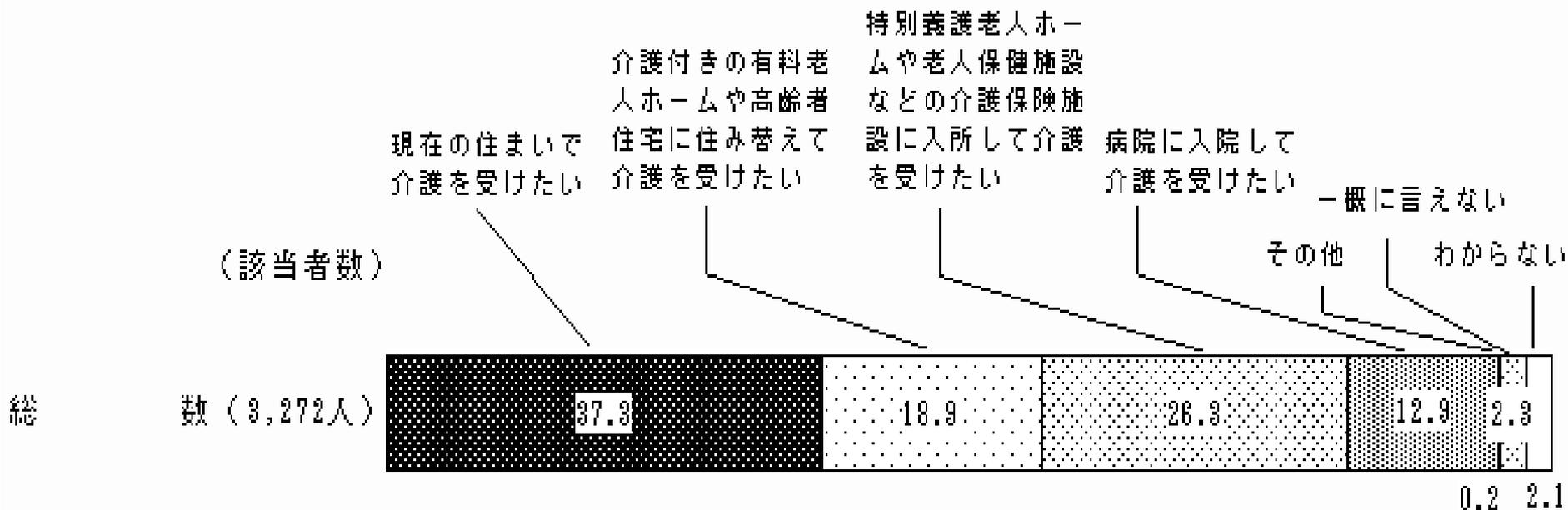
③ 世帯主が65歳以上の世帯のうち、単独世帯や夫婦のみの世帯が増加していく。



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

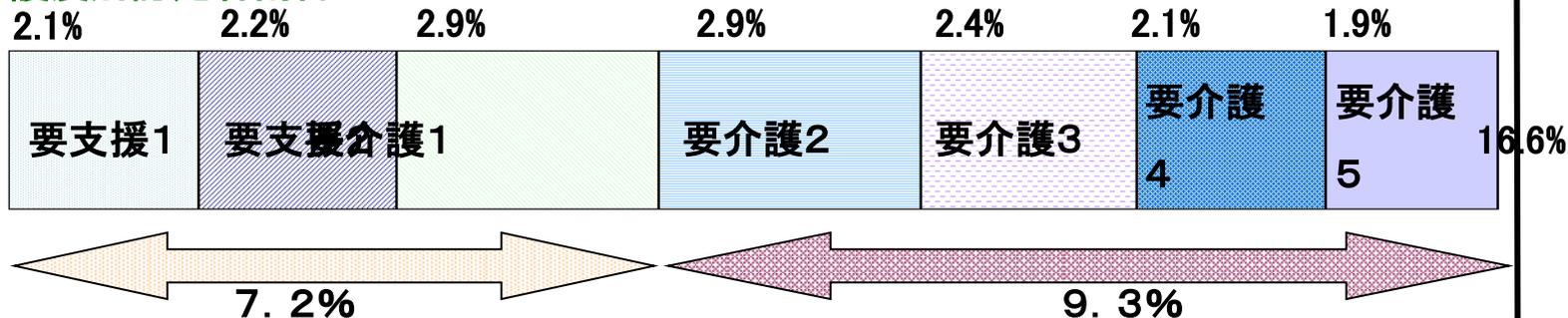


# 65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 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

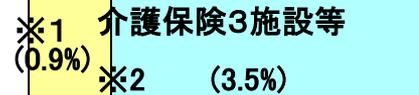
【出典】平成22年6月 介護保険事業状況報告



## ○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)

4.4%



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%



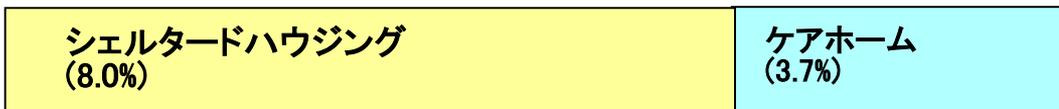
デンマーク (2006) ※4

10.7%



英国 (2001) ※5

11.7%



米国 (2000) ※6

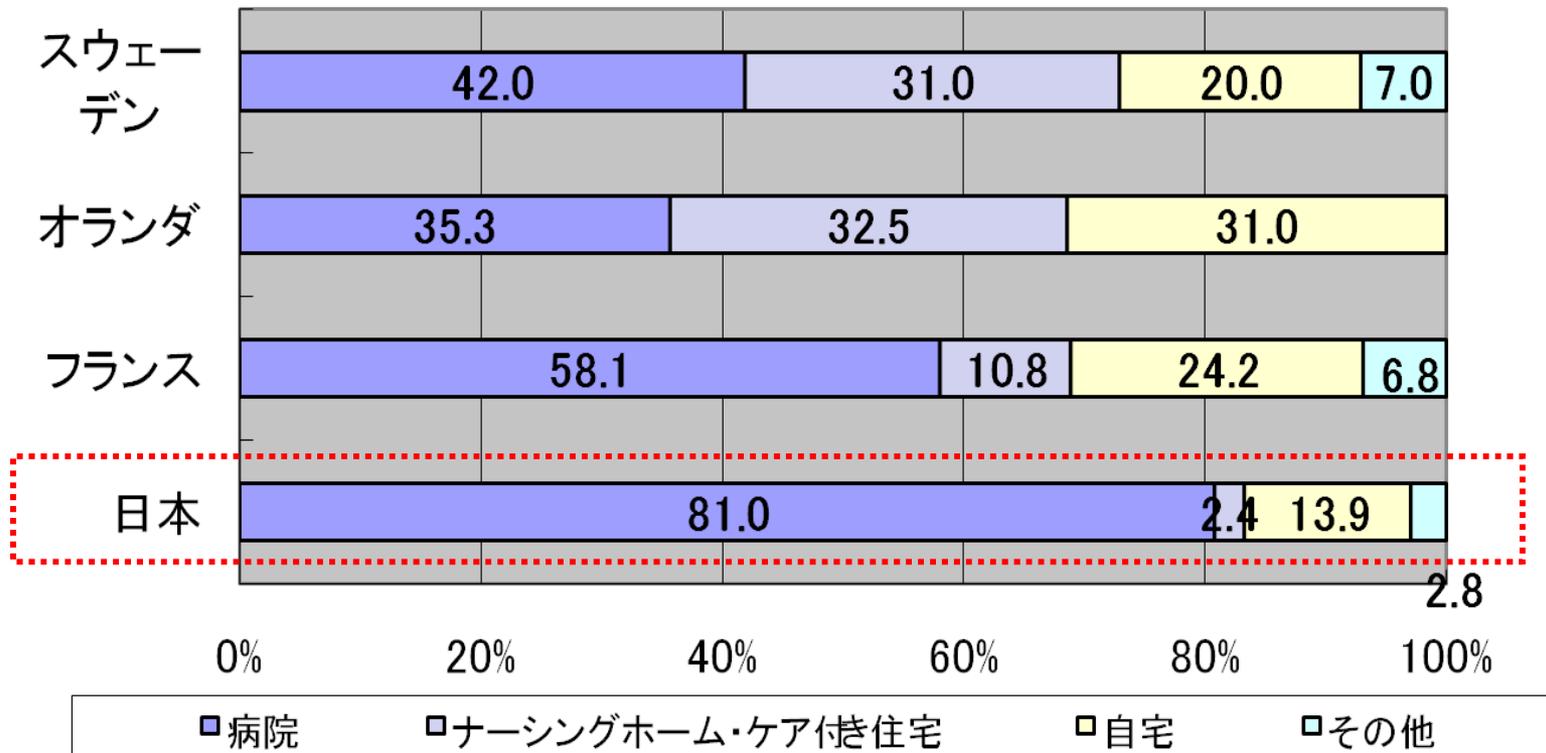
6.2%



※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

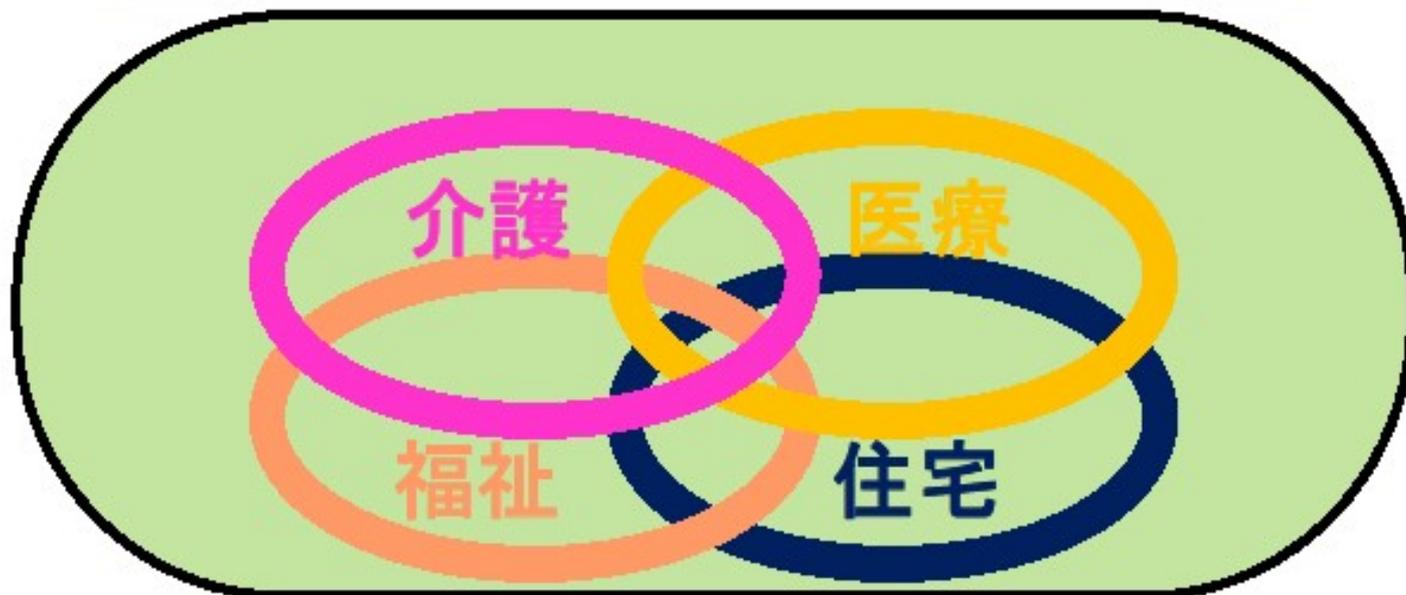
### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・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



## 【地域包括ケアの四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4つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～④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。

### 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時間対応の在宅サービスの強化

### ③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。

### ④高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住宅の整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備

・持ち家のバリアフリー化の推進

# 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)

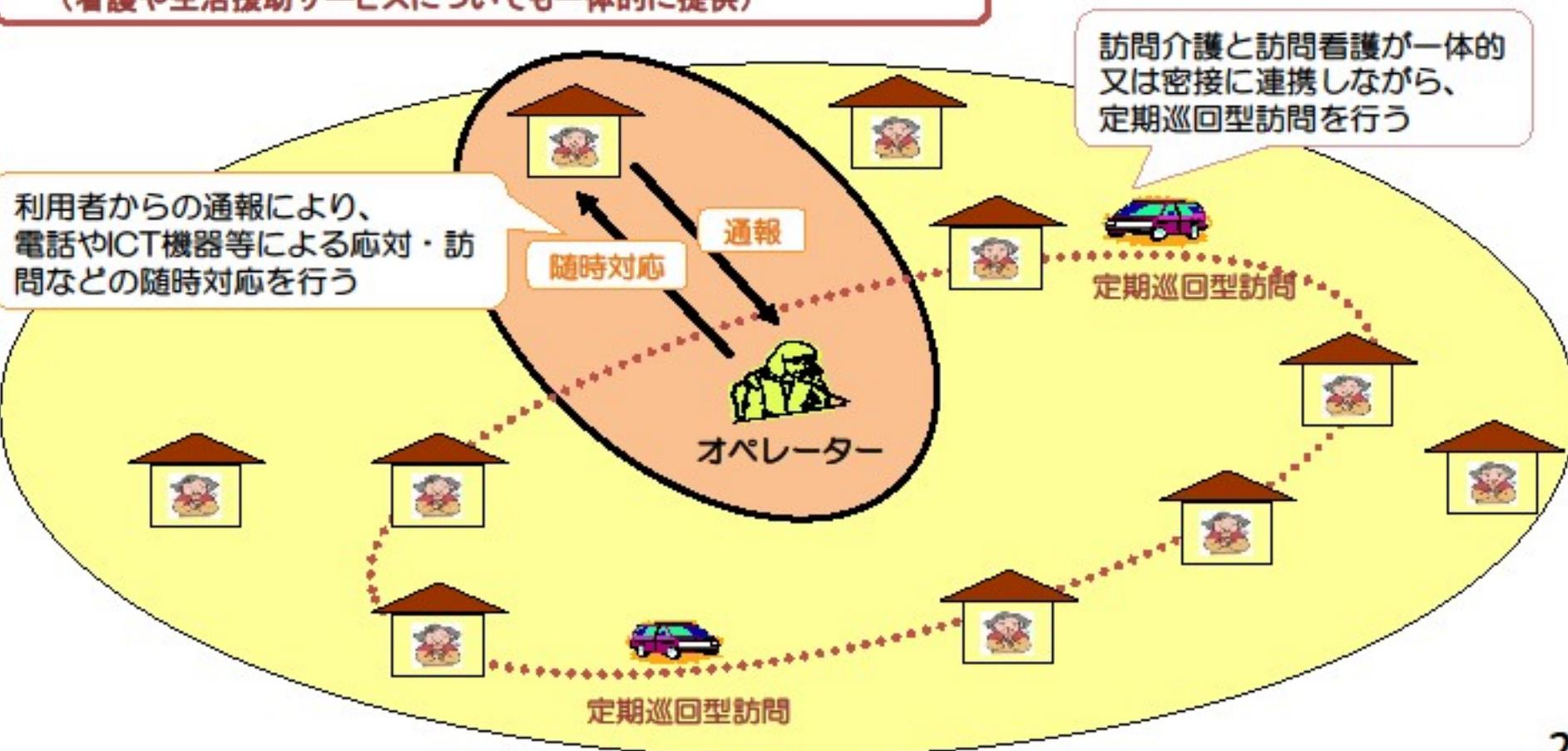
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

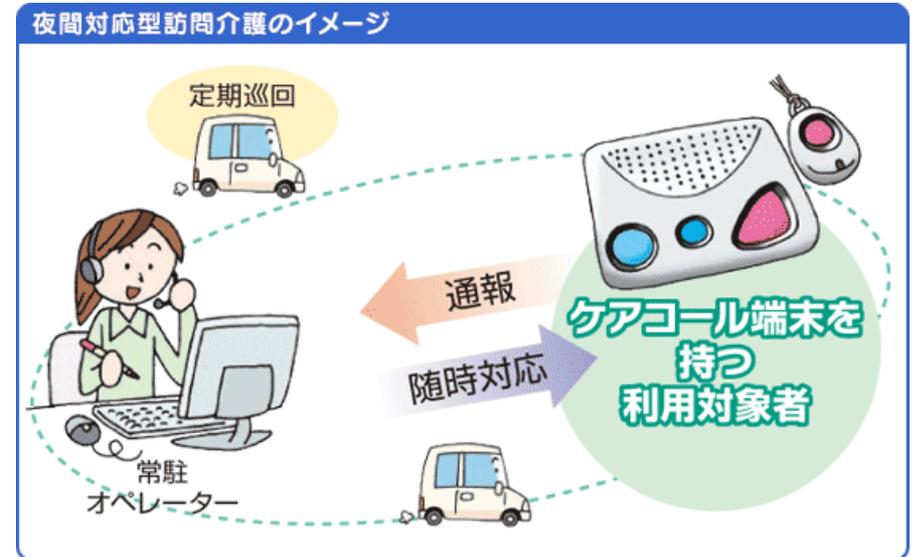
○ 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 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

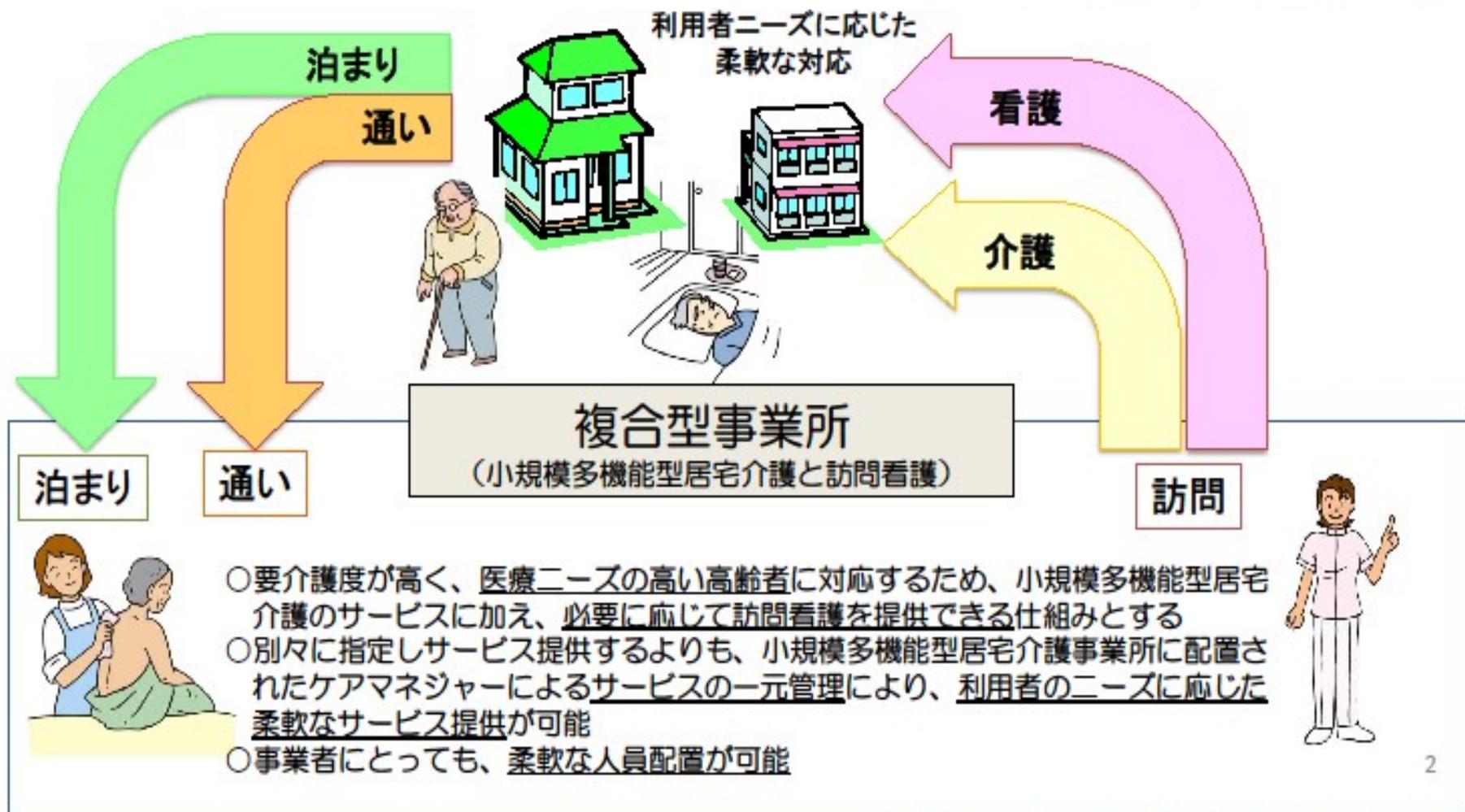
## ②複合型サービス

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



# ③サービス付高齢者向け住宅

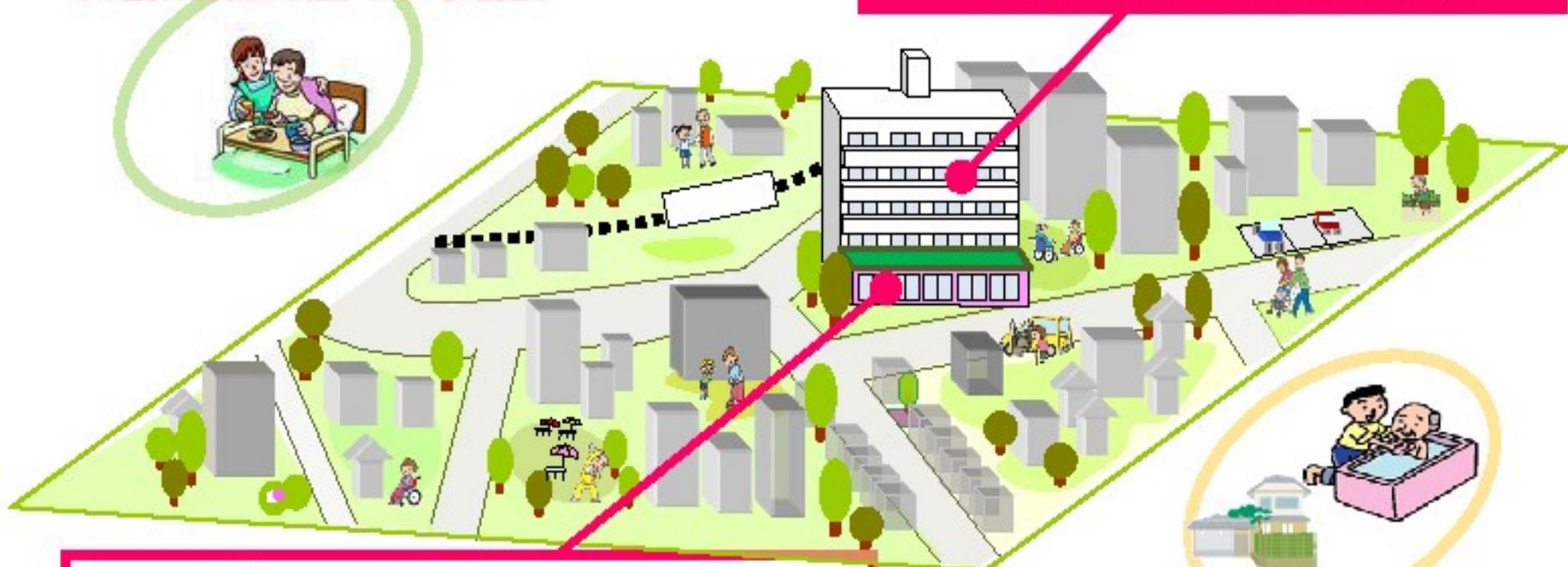
改正高齢者住まい法(2011年10月)

# 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

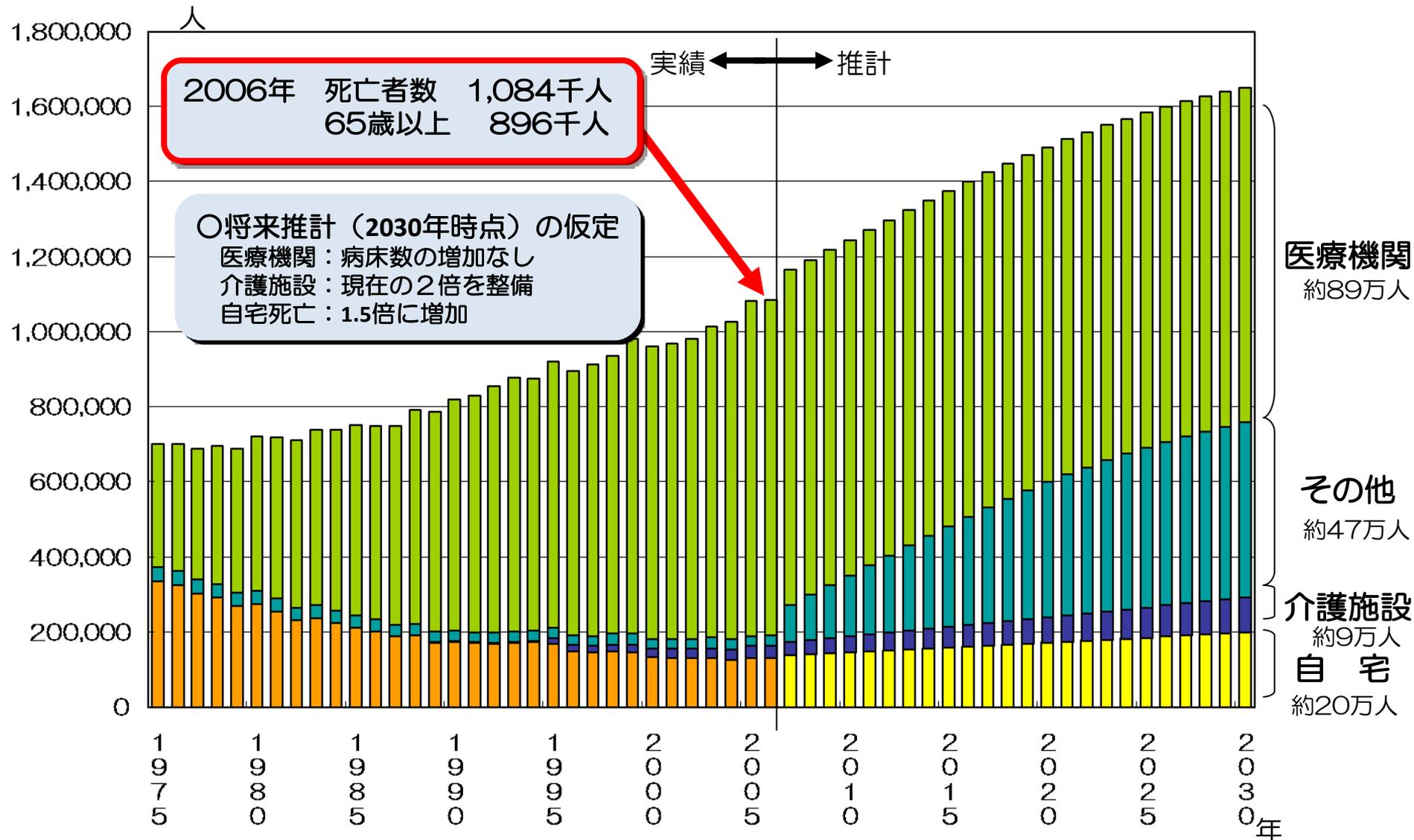


- 江戸時代の長屋

# パート3

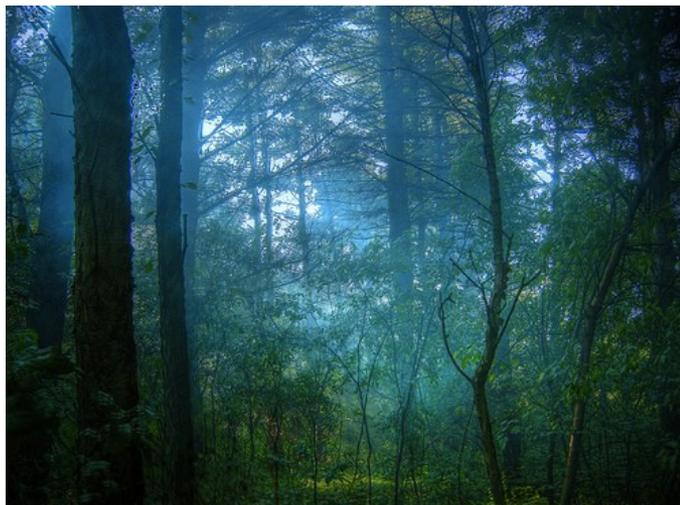
## 在宅終末期ケア連携

# 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

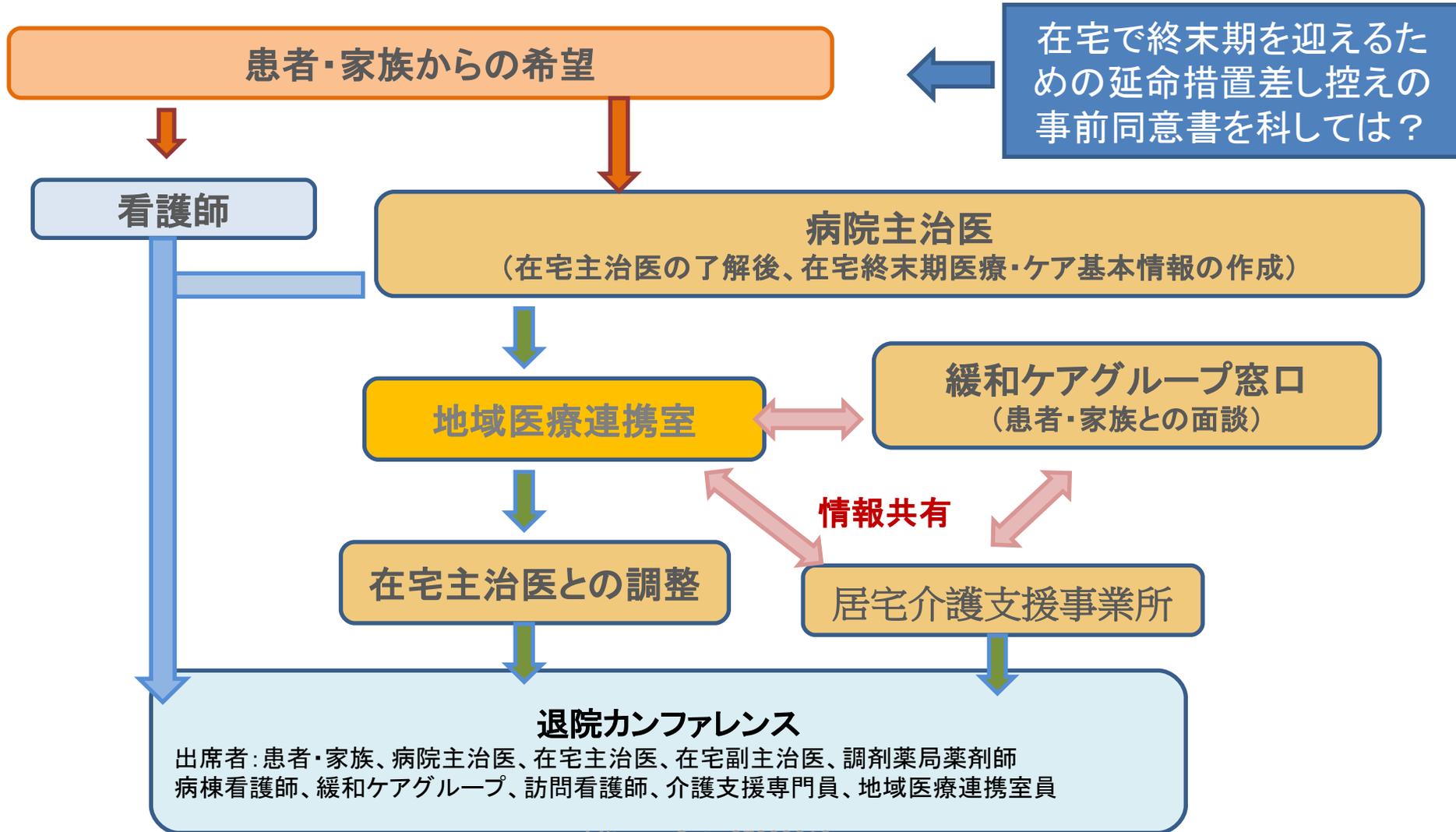
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

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

# 様式の統一

## 在宅療養実施計画書様式

### 医療機関用

### 患者・家族用

作成日 年 月 日

作成日 年 月 日

様 歳 男・女

様 歳 男・女

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

在宅介護人： \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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

副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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

連携病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

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。

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

1 かかりつけ医（主治医） \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

2 副主治医 1 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

3 副主治医 2 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

4 ○○ 病院 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

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

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

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

# 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
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
項目						項目					
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	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19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)	

(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	腹水・浮腫	腹水・浮腫	腹水・浮腫 腹水(CT) 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 150ml/1000ml ②ホアアト500ml オキシコドン 150ml/1000ml	①ホアアト500ml オキシコドン 150ml/1000ml ②ホアアト500ml オキシコドン 150ml/1000ml	①ホアアト500ml オキシコドン 150ml/1000ml ②ホアアト500ml オキシコドン 150ml/1000ml
(検査)	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) ホアア注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホアトの服用法 を確認(理路)	添付薬550 300mg 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分

(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 400g
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70 呼吸数20 SpO2 98%	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍70 呼吸数20 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者	上田	上田

項目	13 W 3月29日	14 W 4月5日	15 W 4月12日	16 W 4月19日
問題点(特記事項)		片血 80%	血尿 80%	血尿 80%

(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	腹水・浮腫	腹水・浮腫	20時夜急いで 市立病院受診 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理			
麻薬			
NSAIDs			
他			
補液	①オキシコドン500ml オキシコドン 150ml/1000ml ②オキシコドン500ml オキシコドン 150ml/1000ml		主治医藤田の 小児科内診での 診察で、市立病 院急いで入院中 にいた。
(検査)	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下
(病状説明)			
他	NS上服薬と IVHホアトの服用法 を確認(理路)	添付薬550 300mg 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分

(訪問看護) 記載者	上田	上田
食事	ビーチ 少量摂取	ビーチ 少量摂取
排泄	排便 364	排便 400g
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70 呼吸数20 SpO2 98%	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍70 呼吸数20 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者	上田	上田

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**

ガンバリます!



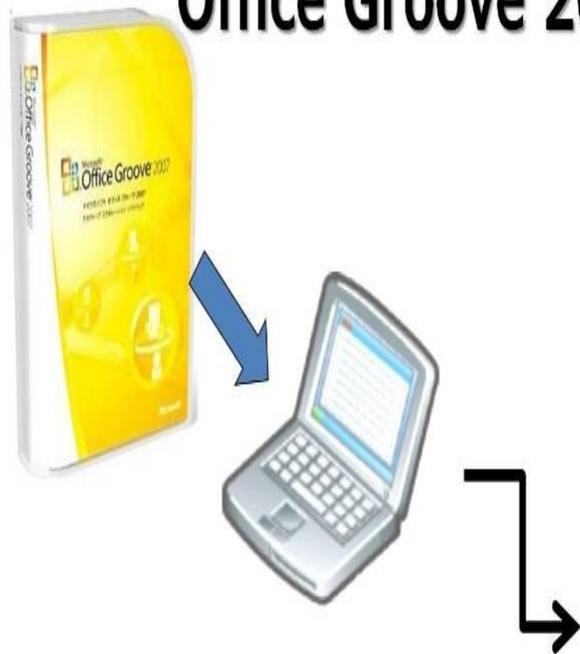
**パートナー企業  
伊藤さん 武藤さん**  
頑張ろう!



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

- ディスカッション - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ディスカッション

新規作成 ビュー

カテゴリ	件名	日付	作成者
	PCAポンプの設定について	2010/01/05 18:13	藤岡 照裕
	ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。	2010/01/06 12:27	藤岡 照裕
	疼痛管理	2010/01/06 12:58	千代 英夫
	Re: 疼痛管理	2010/01/17 10:47	藤岡 照裕
	在宅療養実施計画書を更新しました。	2010/01/06 18:59	藤岡 照裕
	訪問入浴について	2010/01/08 17:48	フレンドイー
	排泄介助について	2010/01/08 18:06	フレンドイー
	訪問看護の臨時訪問希望について	2010/01/12 19:16	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセット交換回数について	2010/01/27 12:11	見澤 哲郎
	オピオイドの減量について	2010/02/02 16:46	見澤 哲郎
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/02 23:54	藤岡 照裕
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/03 17:31	遠藤 幸枝
	デュロテックパッチの貼付部位について	2010/02/02 16:56	見澤 哲郎
	主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して…	2010/02/02 22:19	藤岡 照裕
	2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。	2010/02/02 22:45	藤岡 照裕
	今後の方針	2010/02/04 18:19	藤岡 照裕
	Re: 今後の方針	2010/02/05 14:59	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 17:20	見澤 哲郎
	Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 18:07	藤岡 照裕
	在宅に要する費用	2010/02/08 9:46	渡辺俊雄

件名 疼痛管理  
 カテゴリ  
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

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
- シメノドラッグ 黒部薬局
  - 金谷 雅美
- 藤岡医院
  - 藤岡三郎
- ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- 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

194 KB

出所: 中川彦人

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
- ⊕ ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- ⊕ 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

画像

画像の追加...

R0011754s

1/20



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...

ファイル 1 | ディスカッション | 予定表 | 画像 1

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

# パート4

## 新たな情報通信技術戦略

- ・「どこでもMY病院」構想の実現
- ・シームレスな地域連携医療の実現
- ・レセプト情報等の活用による医療の効率化

# 新たな情報通信技術戦略

## 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部

2010年5月

- 1 国民本位の電子行政の実現
- 2 地域の絆の再生
  - 医療分野の取り組み
  - 高齢者等に対する取り組み
  - 教育分野の取り組み
  - 地域主権と地域の安心安全の確立に向けた取り組み
- 3 新市場の創出と国際展開

# 医療分野の取り組み

- ① 「どこでもMY病院」構想の実現
- ② シームレスな地域連携医療の実現
- ③ レセプト情報等の活用による医療の効率化
- ④ 医療情報データベースの活用による医薬品等の安全対策の推進

# ① 「どこでもMY病院」構想の実現



# ①どこでもMY病院構想の実現

「どこでもMY病院」(自己医療・健康情報活用サービス。以下、「どこでもMY病院」という。)構想は、個人が自らの医療・健康情報を医療機関等から受け取り、それを自らが電子的に管理・活用することを可能とするものである。

- ・個人に自らの医療健康情報を蓄積管理する「**機会**」を提供
- ・情報は蓄積により価値が増大。できるだけ**早期の実現が重要**(2013年に一部サービス)

患者に提供される標準化された電子的医療・健康情報を整備

個人へ標準化された電子的医療・健康情報が提供

運用主体は多様な候補あり(個人が選択)

「どこでもMY病院」  
(自己医療・健康情報活用サービス)

- 医療機関等
- 保険者(市町村国保、健康保険組合等)
- 医療機関等・保険者から委託を受けた事業者

個人

医療機関等から個人へ医療・健康情報が提供

運用主体に対し、データを入力

個人の情報オーナーシップ(国民主体)  
個人の生涯記録を一元管理可能

個人自らが利活用(種々の健康管理を実施)

自己測定データの  
利用

医療機関等へ提示

「どこでもMY病院」サービスを使うことで初診の場合でも、**かかりつけ医に準じた診療履歴に基づいた診療を受けることができる。**

EHR

PHR 2

# 「どこでもMY病院」構想の具体的なサービス

「どこでもMY病院」構想は、医療機関等から個人へ提供された情報を活用することを目標としており、その実現には情報を提供する医療機関等の協力が必要となる。医療機関等から個人へ情報を提供する際には、機器の設置・改修等の負担や新しい情報を提供する際には、医師等の医療従事者においても情報の登録作業などの新しい負担が発生する。このため、この構想では、負担が発生する医療機関等にとってもメリットが明確な「初診時に有用と考えられる情報」、「地域医療において課題となっている生活習慣病等の慢性疾患の悪化抑制に対して有用と考えられる情報」を取り扱うサービスとして想定すべきとし、具体的なサービスとして電子版「お薬手帳」や「個人参加型疾病管理サービス」が挙げられた。

医療情報化に関するタスクフォース報告書付属資料「「どこでもMY病院」構想の実現について」より抜粋

## 「どこでもMY病院」構想の具体的なイメージ

以上のことから、「どこでもMY病院」の具体化に当たり、医療機関等に対するメリットが明確な、電子版「お薬手帳/カード」を提供するとともに、その後、検査データ、健診データ、健康データを用いて、個人参加型疾病管理サービス(例えば電子版「糖尿病連携手帳」)を開始する。



### ①電子版「お薬手帳/カード」(必要時に参考となる医療情報を提示)

- ・患者が服用している薬の内容を過去に処方された薬を含めて把握することで、重複投与の防止やアレルギーへの注意喚起などの医療安全の向上に資する。
- ・患者が自分が受診した診療について日時、医療機関名等を把握することで、問診時の参考とすることができる。



### ②個人参加型疾病管理サービス(例:電子版「糖尿病連携手帳/カード」)

- ・患者が、体重、血圧などを記録することで、医師は診療時に検査したデータだけではわからない患者の情報も診療に役立てることができる。
- ・患者が記録した健康データと診療時の検査データがまとめて管理されていることで、病診連携など地域連携医療へ役立てることができる。
- ・地域において、未受診の慢性疾患患者(例えば糖尿病患者)の掘り起しのためのツールとして役立てることができる。

米国版「どこでもMY病院」  
～ブルーボタン・イニシアティブ～



**Blue Button  
Download  
My Data**

# オバマ大統領が ブルーボタンを推奨

- 2010年8月、オバマ大統領がブルーボタン・イニシアティブを宣言
- 在郷軍人局と社会保険庁（CMS）のコラボでスタート



Blue Button  
Download  
My Data

# 在郷軍人病院局の ブルーボタン(Blue Button)

- 在郷軍人局とメディケア(高齢者保険)を担当する社会保険庁(CMS)が始めた個人の医療情報をダウンロードするサービス
- 「ブルーボタン」
  - 個人の医療情報をダウンロードするボタン
  - 在郷軍人病院などの医療機関や保険者の医療情報を個人が自分のパソコンにダウンロードできるしくみ
- ウェブ上のPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)  
～米国版「どこでもMY病院」

# 在郷軍人局 (VA) のホームページ ブルーボタンDownload My Data

The screenshot shows the VA My HealtheVet website interface. At the top, there is a navigation bar with the VA logo and the text 'UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS'. Below this is a search bar and a 'GO' button. The main navigation menu includes links for HOME, PERSONAL INFORMATION, PHARMACY, RESEARCH HEALTH, GET CARE, TRACK HEALTH, MHV COMMUNITY, and SECURE MESSAGING. A secondary menu includes IN CASE OF EMERGENCY, PROFILES, DOWNLOAD MY DATA, ACCOUNT, and HEALTH INFORMATION CARD. The 'Personal Information' section is highlighted, and a large blue arrow points to the 'Download My Data' button in the 'My Profile' area. The 'Download My Data' button is a blue circle with a white download icon. Below the button, the text reads: 'Use the Blue Button to easily download your health information... More >'. Other buttons in the 'My Profile' area include 'In Case of Emergency', 'My Profile', 'My Account', and 'Change your Password'. The 'My Profile' area also contains a 'Member Logout' button and a 'Logged On As: ONE' indicator. A 'Quick Links' section on the right side of the page lists various services and resources, including the VA National Suicide Prevention Hotline, In-Person Authentication, Flu Information, My HealtheVet Learning Center, VA Mental Health Services, View the MHV Virtual Tour, Rx Refill Guide, Rx Refill, View your VA Medication Names, Quality of Care, MOVE!, HealthierUS Veterans, Most Requested Forms, Message from the Under Secretary for Health, Veterans Health Initiative, Medicare, HHS, and VA Kids.

UNITED STATES DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS

VA Home

December 2010  
Happy Holidays!

VA Facility Locator About MHV Help FAQs Contact MHV Search:  GO

HOME PERSONAL INFORMATION PHARMACY RESEARCH HEALTH GET CARE TRACK HEALTH MHV COMMUNITY SECURE MESSAGING

IN CASE OF EMERGENCY PROFILES DOWNLOAD MY DATA ACCOUNT HEALTH INFORMATION CARD

## Personal Information

My HealtheVet (MHV) has made it easy to keep track of your Personal Information. MHV is all about you and your health. Part of your personal online health journal is your identification. When you registered for My HealtheVet, you entered important information about yourself. This is where you'll find it, along with other important facts like your login information, blood type and emergency contacts.

**Member Logout**  
Logged On As: ONE  
**Logout**

**In Case of Emergency**

Keep your emergency contacts in one place...  
[More >](#)

**My Profile**

Your name, address and identifying information...  
[More >](#)

**Download My Data**

Use the Blue Button to easily download your health information...  
[More >](#)

**My Account**

Manage your account, in-person authentication...  
[More >](#)

**Change your Password**

Change your My HealtheVet password here...  
[More >](#)

### Quick Links

- VA National Suicide Prevention Hotline  
**If you are in crisis call: 1-800-273-TALK (8255)**
- In-Person Authentication
- Flu Information
- My HealtheVet Learning Center
- VA Mental Health Services
- View the MHV Virtual Tour (Best viewed with Flash 8.0)
- Rx Refill Guide
- Rx Refill
- View your VA Medication Names
- Quality of Care
- MOVE!**
- HealthierUS Veterans
- Most Requested Forms
- Message from the Under Secretary for Health
- Veterans Health Initiative
- Medicare
- HHS
- VA Kids

**View My Links Information (self-entered)**  
(Personal Health Journal of ONE MHHVETERAN)

You are viewing My Links information. If you would like to add an entry, click on the Add New button.

**My Links**

Department of Veterans Affairs

# 在郷軍人局のブルーボタン Text File Download

The screenshot shows the VA My HealthVet website interface. The top navigation bar includes 'HOME', 'PERSONAL INFORMATION', 'PHARMACY', 'RESEARCH HEALTH', 'GET CARE', 'IN CASE OF EMERGENCY', 'PROFILES', 'DOWNLOAD MY DATA', 'ACCOUNT', and 'HEALTH INFORMATION'. The 'Blue Button Download My Data' section is active, showing 'My Download Results'. Below this, there are instructions on how to use the downloaded data and a warning about protecting personal health information.

The 'DOWNLOAD YOUR DATA' section shows a table with the following content:

File Contents	File Name	File Size	
All Health Data	mhv_MHVVETERAN_20110107.txt	23.6 kb	01/07/2011

A 'Cancel' button is visible below the table. A warning message states: 'Protect your information and your identity. Send to a safe site or device.' A yellow banner at the bottom reads: 'This is your personal health information. Your health care professional does not have access to this information unless you share it.'

The Notepad window displays the following text file content:

```
mhv_MHVVETERAN_20110107[3] - Notepad
File Edit Format View Help
----- MY HEALTHEVET PERSONAL HEALTH INFORMATION -----
*****CONFIDENTIAL*****
Produced by the Blue Button (v11.1)
01/07/2011 17:23
Name: MHVVETERAN, ONE A Date of Birth: 03/01/1900
----- DOWNLOAD REQUEST SUMMARY -----
System Request Date/Time: 01/07/2011 05:23 PM CST
User Request Type: Download all of my available data from My HealthVet
File Name: mhv_MHVVETERAN_20110107.txt
----- MY HEALTHEVET ACCOUNT SUMMARY -----
Source: VA
Authentication Status: Authenticated
Authentication Date: 08/19/2010
Authentication Facility ID: 979
Authentication Facility Name: SLC10 TEST LAB
-----
VA Treating Facility Type
-----
AUSTIN PSIM OTHER
DAYT29 M&ROC
----- DEMOGRAPHICS -----
Source: Self-Entered
First Name: ONE
Middle Initial: A
Last Name: MHVVETERAN
Suffix:
Alias: MHVVET
Relationship to VA: Patient, Veteran, Employee
Gender: Male Blood Type: AB+ Organ Donor: Yes
Date of Birth: 03/01/1900
Marital Status: Married
Current Occupation: Truck Driver
Mailing Address: 123 Anywhere Road
Mailing Address2: Apartment 123
Mailing City: Anywhere
Mailing State: DC
Mailing Country: United States
Mailing Province:
Mailing Zip/Postal Code: 00001
```

# ブルーボタンで ダウンロードできる医療情報

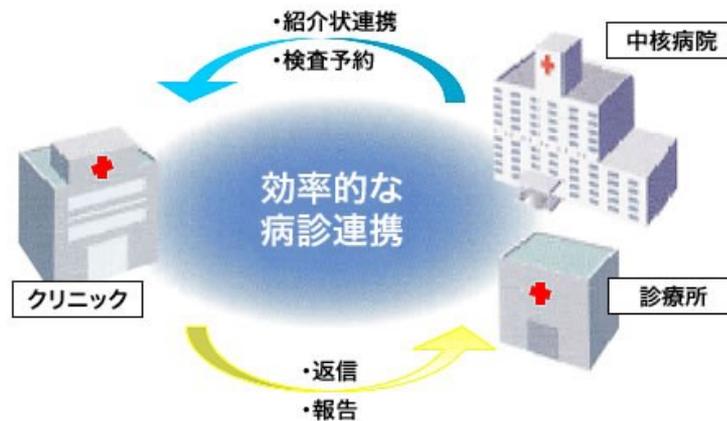
- 氏名、住所、連絡先
- 医療機関 かかりつけ  
医名と連絡先 病院名
- 過去の受診日
- 在郷軍人病院の病歴
- 処方医薬品名
- 保険薬局調剤データ
- OTC、サプリメント
- アレルギー歴
- 医療処置
- 予防接種歴
- バイタルサイン、検査  
値
- 従軍歴

# 震災とお薬手帳

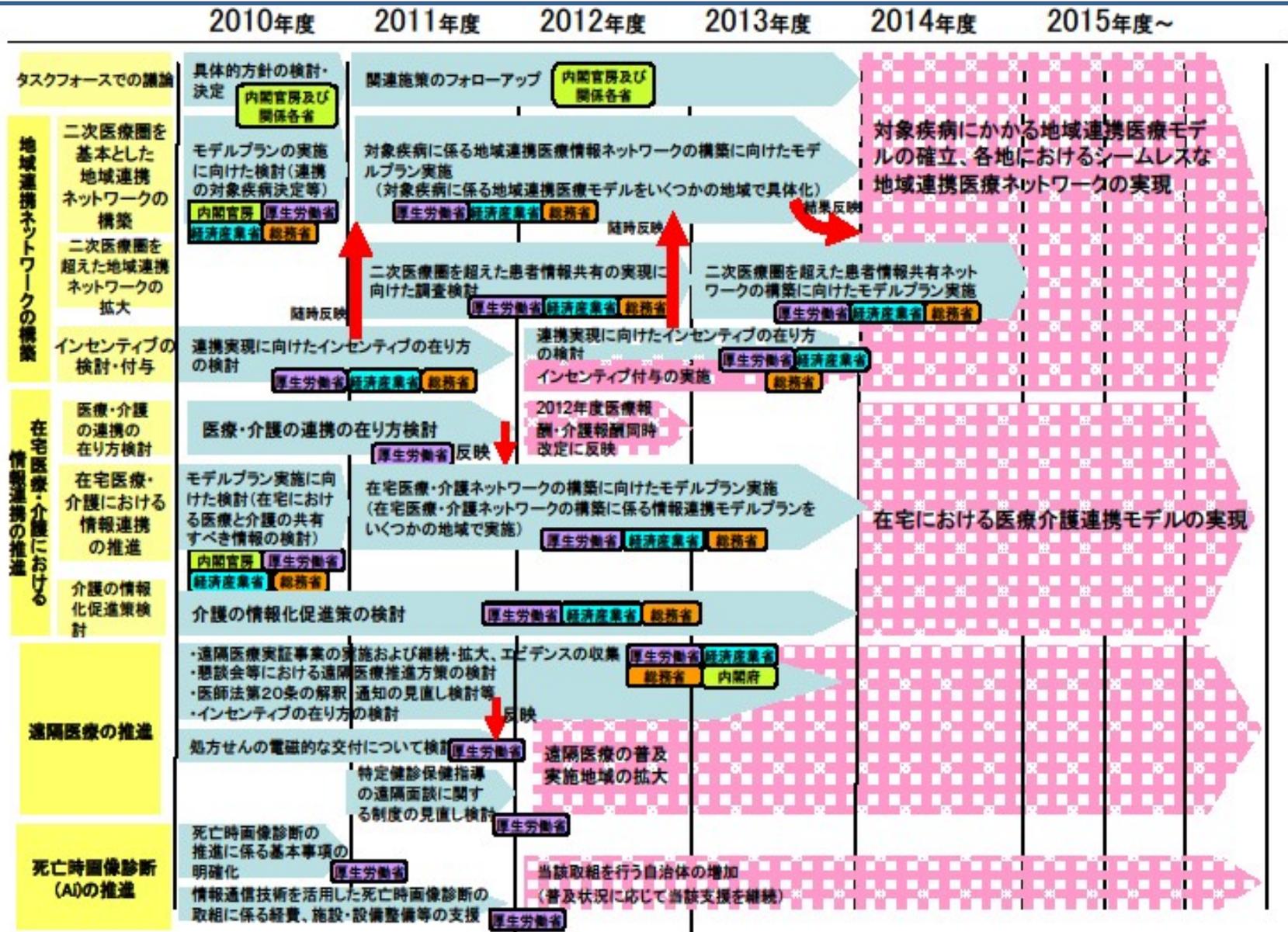
- 震災で診療録も薬もお薬手帳も流された
- どんなお薬を服用していたかの記録がない！
- 避難所の診療所では明細書や飲みかけのお薬など、医薬品情報が欲しい！
- お薬クラウド手帳



## ②シームレスな地域連携医療



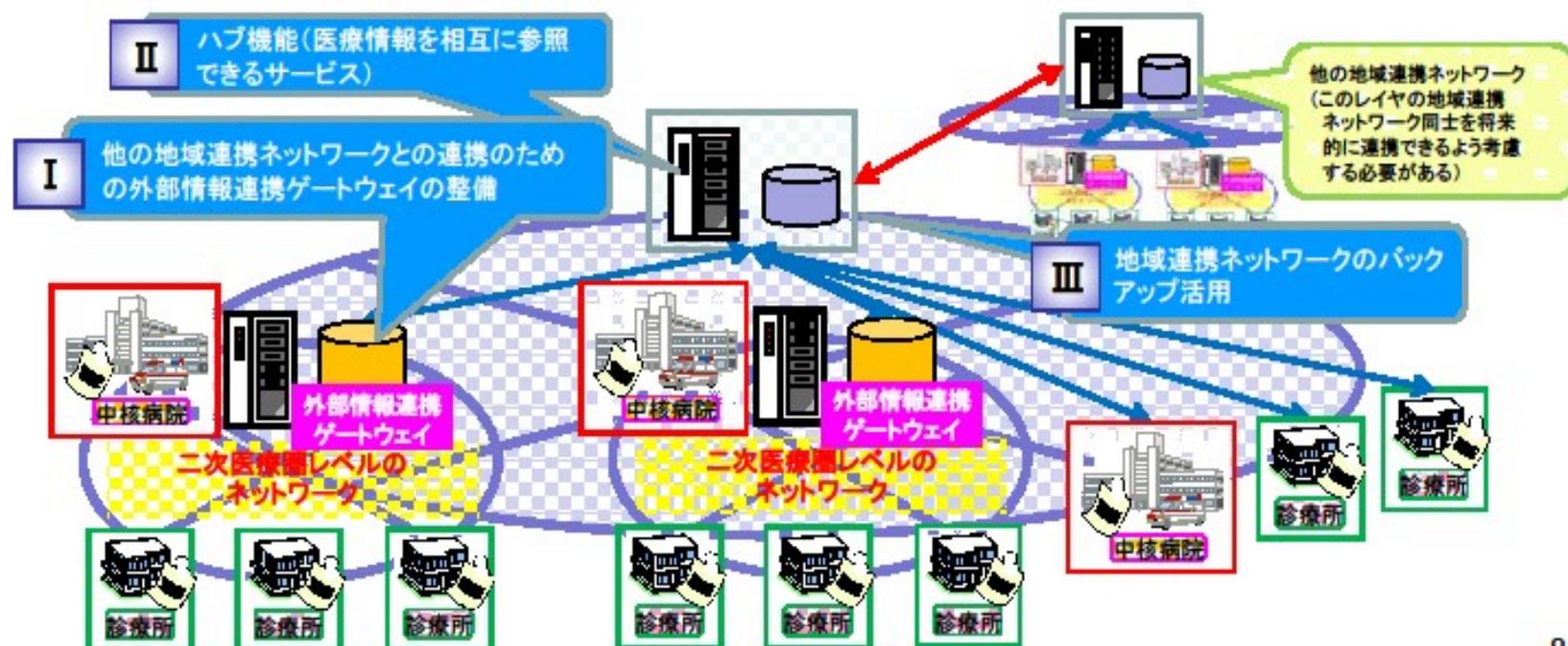
# ② シームレスな地域連携医療の実現



## 「標準的なアーキテクチャ」の概要

本作業部会では、各二次医療圏レベルの地域連携ネットワークが存在することを前提とした上で、二次医療圏レベルを超えて連携するために備えることが有効なシステム上の機能及び構成を「標準的なアーキテクチャ」と位置付け、地域連携ネットワーク同士がオンラインで連携する際の技術面、運営面の検討を行うことを目的とした。技術面の検討においては以下の3項目について検討を行った。

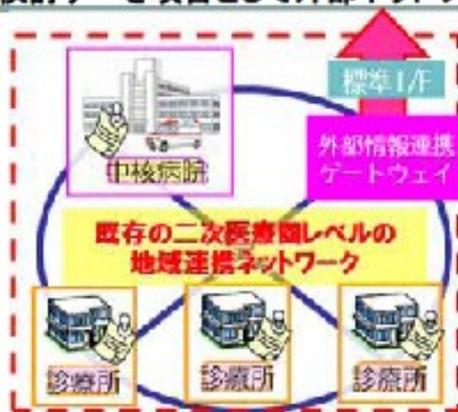
- I. 二次医療圏レベルのネットワークにおける外部情報連携ゲートウェイ
- II. 二次医療圏レベルを超えた連携における連携のハブ機能
- III. 二次医療圏レベルを超えた連携における地域連携ネットワークのバックアップ活用



# I

## 外部情報連携ゲートウェイにおいて採用すべき標準

外部情報連携ゲートウェイにおいては、他の地域連携ネットワークと連携するために、厚生労働省標準規格をはじめとする医療情報の連携のための標準的な形式(マスタ、フォーマット等)が定められているものについては、それを積極的に採用して整備することが重要である。また、ユースケースに応じて地域連携ネットワークの運営主体が個々に検討すべき項目として外部ネットワークとの連携方式、リポジトリの有無が挙げられた。



### 標準化の必要性

他の地域連携ネットワークと連携するためには、厚生労働省標準規格をはじめとする医療情報の連携のための標準的な形式(マスタ、フォーマット等)が定められているものについては、それを積極的に採用して整備することが重要である。

視点	種別	必要な機能(例)	問題
外部ネットワークとの連携方式	ファイル転送型	・連携可能な地域連携用の実データ(ファイル)に変換する機能	・連携方式(HTTP,FTP等)として何を採用するか ・連携するデータ量が多くなる ・参照時に参照できる形式にデータ変換が必要
	Web参照型	・Webで参照可能なデータ形式に変換する機能	・連携方式(HTTP,FTP等)として何を採用するか ・データ変換時にWeb参照に関わらない一部の情報が落ちてしまい、Web参照以外への利用時に影響が出る可能性がある
リポジトリの有無	リポジトリ有	・情報を連携可能な方式に変換する機能 ・連携情報を蓄積する機能	・連携方式(HTTP,FTP等)として何を採用するか
	リポジトリ無	・情報を連携可能な方式に変換する機能	・連携方式(HTTP,FTP等)として何を採用するか ・外部情報連携ゲートウェイが利用できない場合に他のネットワークとの連携が困難

## I

## 外部情報連携ゲートウェイが備えるべき標準規格の整理

地域連携ネットワークで連携することが考えられる情報の種類は多数考えられ、標準化が必要な情報は標準化に向けた検討を行っていくことが必要であると考えられる。但し、サマリ等の文書による記述を中心としたデータについては、その多くはテキストベースのデータで情報連携ができればよいと考えられる。従って、どの情報をどのレベルまで標準化するか検討を行った上で、標準規格の整備を進めることが重要である。

地域連携ネットワークで連携することが考えられる情報(案)と標準規格の整理 ※[ ]内の[HSXXX]はHELICS標準化指針申請受付番号、[JAHIS 標準 XX-XXX]はJAHIS標準番号

分類	情報の種類	標準規格の有無	
		フォーマット	マスタ
患者基本属性情報	属性情報(氏名、性別、生年月日等)	各JAHIS交換規約の患者識別セグメントで定義	
	アレルギー情報	各JAHIS交換規約の患者アレルギー情報セグメントで定義	※1
	禁忌情報	※1	※1
治療履歴(文書)	医師の記録		※2
	退院サマリ		※2
	看護サマリ		※2
	手術記録/処置記録		※2
	診療情報提供書	診療情報提供書フォーマット[HS008]	
治療履歴情報	処方歴(処方/調剤)	JAHIS処方データ交換規約 [JAHIS標準07-003]※3※4	医薬品マスタ[HS001] 用法マスタ※5
	注射歴(実施)	JAHIS注射データ交換規約※3 [JAHIS標準10-003]	医薬品マスタ[HS001]
	入退院歴	JAHIS病名情報データ交換規約 ※3※6[JAHIS標準11-003]	
	担当医情報	※1	
病名情報	病名情報	JAHIS病名情報データ交換規約※3 [JAHIS標準11-003]	医科病名マスタ[HS005] 歯科病名マスタ[HS013]
		JAHIS臨床検査データ交換規約[HS012]	臨床検査マスタ[HS014]
検体検査結果	検体検査結果	JAHIS臨床検査データ交換規約[HS012]	
	病理レポート	※2	
画像検査結果	放射線画像	画像データフォーマット[HS011]	
	放射線レポート	※2	
	エコー画像	画像データフォーマット[HS011]	
	エコーレポート	※2	
	内視鏡画像	画像データフォーマット[HS011]	
	内視鏡レポート	※2	
	生理検査結果(心電図、脳波等)	波形データフォーマット[HS010]	
生理検査レポート	※2		
経過表(温度板)	経過表(温度板)	※1	※1
地域連携パス	地域連携パス	※1	※7

- ※1:現在候補となる標準規格が存在せず、今後標準規格の検討を要する情報
- ※2:現状ではテキストベースの自由記述のデータが主体と想定される情報
- ※3:JAHIS標準ではあるが厚生労働省標準、HELICS標準化指針のどちらでもない情報
- ※4:処方歴(調剤)のデータ交換規約は策定されていない
- ※5:標準化申請に向けたドラフト段階の情報
- ※6:JAHIS病名情報データ交換規約の患者情報(入退院歴)照会メッセージ部にて定義されている
- ※7:処方・投薬履歴、検体検査結果等の標準規格の流用が可能であり、地域連携パス用のマスタは不要と考えられる情報

# ③レセプト情報等の活用による 医療の効率化

# 本年度の検討の進め方

本作業部会では、ナショナルデータベースとは別に、自治体・医療機関・保険者自らが保有するレセプト情報等の活用を促進する観点で、下記の2項目に関して先進的な事例を調査し、より積極的に利活用するための具体的手法を検討するよう、タスクフォースより指示があった。

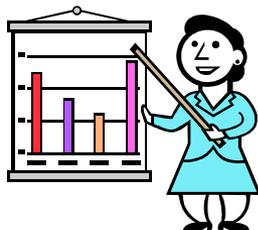
## ●各種データの利活用

厚生労働省が保有するデータ

自治体・医療機関・保険者自らが保有するデータ

作業部会にて検討すべき事項

### 自治体による利用



- 自治体(市町村国保・広域連合等)が保有するレセプト情報等を利用し医療資源を見える化した先進的な分析事例を調査する。
- 分析事例を整理するとともに、自治体での活用時に留意すべき事項をまとめる。

### 医療機関による利用



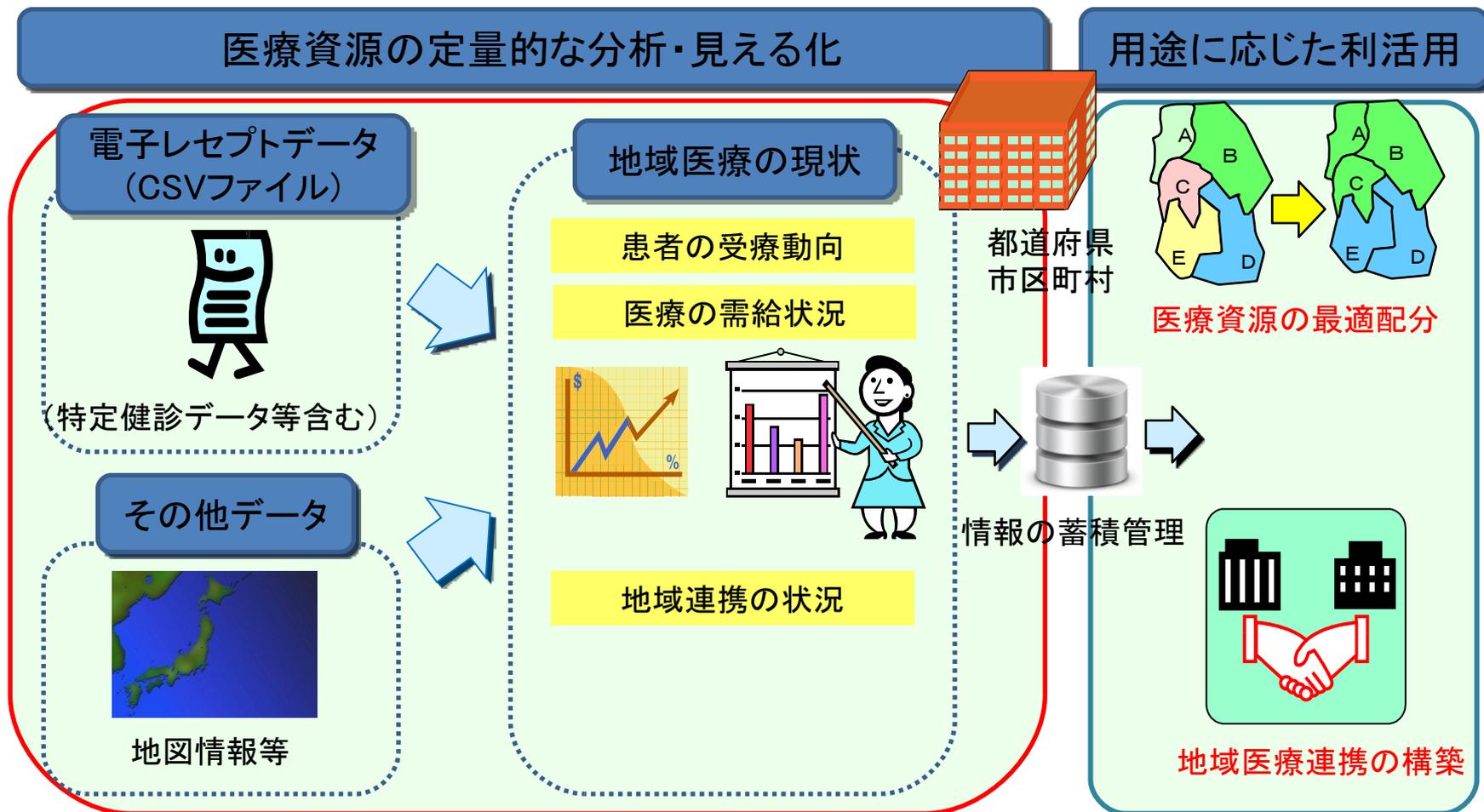
- 急性期病院でのプロセスベンチマーク事例をまとめる。
- 急性期以外の医療機関・介護機関におけるレセプト情報等を用いたプロセスベンチマークの可能性を検討するため、国内外の医療・介護の質評価事例をまとめ、事例から得られた知見・課題を明確化する。

※ナショナルデータベースの第三者提供については含まない。

**①レセプト情報等を利用した  
医療資源の見える化について  
（自治体における利活用）**

# (1)自治体における医療資源の見える化等の事例調査

自治体自らが保有するレセプト情報等の分析により地域の医療資源の現状を見える化した事例について、文献等により調査を行った。



# (1)自治体における医療資源の見える化等の事例

## ① 自治体におけるレセプト情報等活用の用途について

レセプト情報等は、市町村国保等の支払い請求業務の中で自治体に収集されるが、自治体における行政分野の利活用として、主に以下のような用途があった。

適正な医療実施状況把握のための指標

- 医療費適正化の目的で、重複・頻回受診、重複服薬等の状況を把握や、自治体における後発医薬品推進の状況把握にレセプト情報等を活用。  
先進的な事例では被保険者個人に後発医薬品の推奨に関する通知を行う自治体もあった。
- 自治体は、必要に応じ地域の医師会や被保険者である住民と意見交換を実施したり、個人情報への配慮に関して自治体の個人情報審査会による審査の実施や医療機関からの誓約書を得た上で、分析を実施。

保健指導・疾病管理等のための指標

- 糖尿病性腎症等の重症化予防等の目的で、保健指導を行うにあたっての基礎資料(アプローチすべきハイリスク者の抽出等)としてレセプト情報等を活用。
- このような用途においても、自治体は地域の医師会や医療機関への事前説明等を実施した上で、分析を実施。

適正な医療資源配分の検討や地域連携構築等のための指標

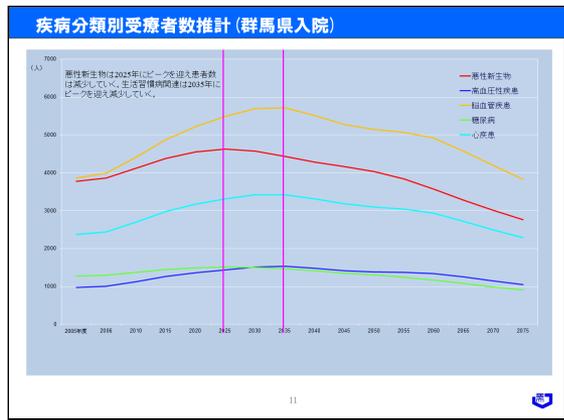
- 地域人口推計、患者移動距離や医療機関ごとの地域患者シェア等による医療の地域遍在の把握等を目的とするもの。
- このような用途は、より広域での統計的な受療動向を把握するためのものであり、必ずしも個人を特定する情報は必要ない。今回調査した事例では、自治体は匿名化などの処理を行った上で分析を実施。

# (1)自治体における医療資源の見える化等の事例

## ② 複数種類のレセプト情報等、及び他データとの連結

- 調査した事例では、自治体が保有する複数種類のレセプト情報等(医科レセプト、調剤レセプト、歯科レセプト、介護レセプト、特定健診等データ)を連結して分析を行うことで、より多様な分析を実施している例があった。
- また、調査した事例では、以下のようなデータとの連結事例もあり、より多様な分析が行われていることがわかった。

<p>地図情報 (GIS)</p>	<p>・ 医療の需給状況を統計的に分析する目的で、レセプト情報等と地図情報とを連結して受療動向を可視化し表示する事例があった。実名を含むレセプト情報等を用いる場合については、実名を含むレセプト情報等を用いる場合については、自治体の個人情報保護条例の下で分析を行っていた。</p>
<p>主治医意見書</p>	<p>特に介護レセプトデータの分析を行う場合、要介護者の主傷病を介護レセプトから把握することができない。調査した事例では、医療保険のレセプトと介護保険のレセプトを連結したり、主治医意見書の「傷病に関する意見」から主傷病を把握することで介護レセプトの分析を行う事例があった。(詳細は後述)</p>
<p>自治体ごとの将来推計人口</p>	<p>市区町村別将来推計人口等と、地域におけるレセプト情報等を連結して分析をすることで、地域別・施設別の受療者数推計等将来の医療資源需要を推測することが可能になり、医療機関の建て替えや移設にあたっての基礎資料として活用している事例があった。</p>



将来推計人口とレセプト情報等を連結することで、疾病分類別に受療者数の推計をした例

## (2) 自治体におけるレセプト情報等分析時の留意点①

データに記載されている情報に関する課題

- **記載されている傷病名に関する課題。**  
いわゆる「保険病名」や、主傷病フラグ、未コード化傷病名の扱い等の課題もある。
- **医療機関コードの維持整備に関する課題。**  
医療機関コードが変更されることがあるため、分析に当たっては適切に変更をする必要がある。
- **日付に関する課題。**
  - 傷病名に関する日付: 終了した病名が削除されていなかったり、不適切な開始日が記述されている場合がある。
  - 行為に関する日付: 診療行為及び投薬の詳細な行為の実施日が明示されていない(\*)場合や、退院日及び当月の再入院日が明示されていない場合がある。
- **介護レセプトにおける主傷病名に関する課題。**
  - 介護レセプトには主傷病が記載されていないため、被保険者が要介護者になった契機を知る手段がない。
  - 主傷病名が記載されている主治医意見書と連結する事例があったが、主治医意見書を電子的に扱うための枠組みが整理されていないため容易に連結・分析ができるわけではない。

(\*)平成24年3月以前のレセプトの場合。平成24年4月以降は、診療行為や投薬の日付が記載されることとなった。

自治体が分析を行うための人材育成・体制の構築

レセプトデータの分析には、個人情報保護の観点からも自治体の中にレセプトデータの分析ができる人材が存在し、分析作業が自治体内で完結することが理想。しかしながら、自治体の担当者は必ずしもデータ分析に関する専門的な知識を持たないため、以下のような環境整備・サポートが必要。

- **分析できる人材の育成:** e-ラーニングやセミナーなどを展開することが望ましい。
- **分析手法の標準化、分析ソフトウェアのパッケージ化、データ分析委託等のサポート:**  
分析結果をExcelやAccessのマクロ等の形式にすることで、基礎自治体担当者でも簡単に操作が可能にすることが望ましい。
- **継続して解析できる体制の構築:**  
新たな管理組織の立ち上げ、または都道府県保険者協議会など既存の枠組みの活用といった意見があった。

## (2) 自治体におけるレセプト情報等分析時の留意点②

データ及び  
分析結果の  
取扱いに関  
する留意事  
項

- 調査した事例においては、自治体から委託される場合にあっても、自治体の個人情報保護条例に従い適切な取扱いがなされていた(個人情報保護審査会に諮る等)。また、個人情報を必要としない用途の場合には、その用途に応じ個人情報に配慮した匿名化等の処理がなされていた(広域における患者の受療動向の把握など)。
- レセプト情報等を匿名化していても連結を行うことで個人を特定することが可能になるなど、より取り扱いに注意すべき情報となることがある(GISデータとの連結等)。
- 自治体や国保が情報を扱う際の機密保持、個人情報保護等の考え方やルールについて、個人情報の流出、不適切な活用がないよう自治体の担当者に徹底・教育が必要。また、自治体が保有するレセプト情報等の第三者提供に関しても、「レセプト情報等の提供に関する有識者会議」において検討されている、第三者提供に関する考え方の検討結果を踏まえ、これを参考にすべきとの意見があった。
- 自治体で扱われる他の機密情報同様、物理的セキュリティや技術的セキュリティなど情報セキュリティに関する対策を講じるべきとの意見があった。

その他

自治体が保有するレセプト情報等の範囲は、市町村国保および後期高齢者広域連合であるため、したがって、被用者保険への加入率が高い若年層の割合は低くなる点に留意が必要。

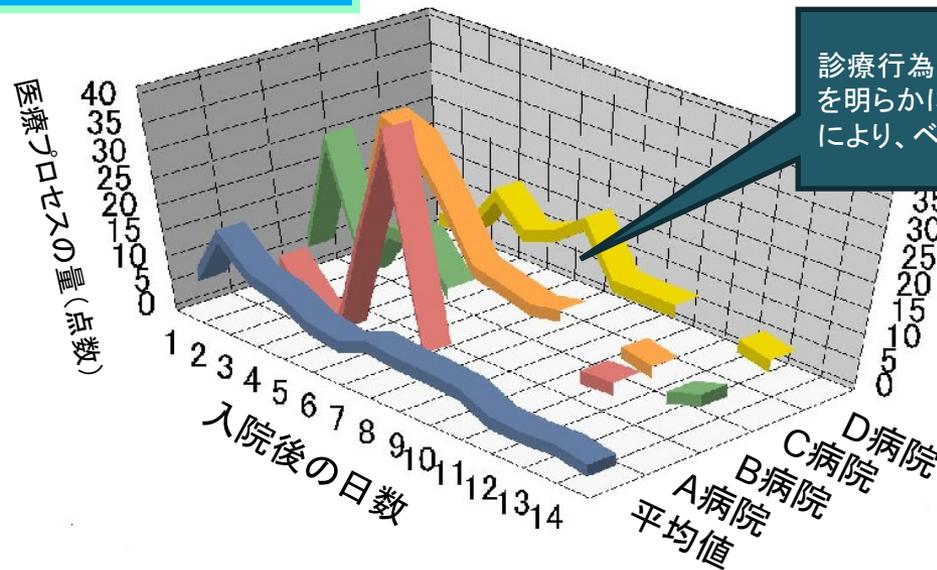
**②医療機関・介護機関のプロセスベンチマーク  
（医療機関・介護機関における利活用）**

# プロセスベンチマークについて

- プロセスベンチマークとは、**医療プロセス**(医療行為をいつどれだけ行ったか)を定量化し、病院同士や平均値と比較・評価することを通じ、**医療プロセスの改善を図り医療の質の向上につなげる**こと。現在、急性期病院では、診療プロセスに係る固有のデータ(DPC<sup>(注)</sup>データ)を用いることで詳細なプロセス分析が可能。
- 本作業部会では、**急性期以外の医療機関・介護機関においてレセプト情報等によるプロセスベンチマークが可能性かどうか**検討するため、国内外の医療・介護の質評価に関する事例をまとめ、そこから得られた知見・課題を明確にする。

## 急性期病院におけるプロセスベンチマークの例

右の事例は、急性期病院を対象に、狭心症・虚血性心疾患に関し、病院別に入院経過日毎の医療資源投入量を比較し、病院毎の医療プロセス比較を行ったもの。



急性期病院間の診療プロセスの分析・可視化例(第7回医療情報化タスクフォースより)

急性期以外の医療機関(慢性期・維持期・診療所等)や介護機関のプロセスベンチマークの可能性について、レセプトデータに着目

# (1)医療機関・介護機関における医療・介護の質の評価事例

## 調査対象

### 国内事例

- 医療の質に関する評価・公表等推進事業  
平成22年度：国立病院機構、全日本病院協会、日本病院会  
平成23年度：日本慢性期医療協会(\*)
- 介護サービスの質の評価の在り方に係る検討に向けた事業
- 「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」  
(厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)指定研究)
- 民間サービス事例

### 海外事例

- 米国：メディケア及びメディケイドに関連する医療機関(精神、リハ及び慢性期病院を除く)のQの評価・公表(HHS: Department of Health and Human Services)  
ナーシングホームへのQによる評価・公表(NHC: Nursing Home Compare)  
入院医療の質指標、予防質指標、患者安全指標、小児質指標(AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality)
- 英国：病院のQの評価・公表、一般開業医対象のQOF(Quality and Outcomes framework)  
(NHS: National Health Service)
- 仏：診療所のQ評価(疾病金庫)
- 豪州：病院の治療成績の評価(AIHW: 健康福祉研究所)
- 韓国：適正性評価(HIRA: 健康保険審査評価院)
- OECD(医療安全指標、心疾患指標、プライマリケア指標、糖尿病指標、精神医療指標)

(\*)平成23年度の実施団体のうち、社会福祉法人 恩賜財団済生会、全日本民主医療機関連合会については、調査時点において指標が未公表であったため、調査対象から除外している。

# (1)医療機関・介護機関における医療・介護の質の評価事例

## 調査ポイント

実施者	•どの国のどの組織が主体となって活用しているか。
活用のフェーズ (対象となる施設)	•対象となった急性期、慢性期、診療所、介護のうちどこに属しているか。
指標の種類	•各指標がストラクチャー、プロセス、アウトカムのどの指標に属するか。
情報源	•評価にあたって情報源として用いられるデータは何か。  (1)診療録等 (電子)カルテ、看護記録、介護記録、検査値・画像等の結果データ等  (2)医事データ レセプト、特定健診等の請求に関するデータ、その他の医事データ(急性期病院におけるDPC調査用データ(様式1/E/Fファイル等))  (3)その他データ 米国のMDSデータや日本の医療機能評価機構報告書等、ヒアリング、アンケート等

# (1)医療機関・介護機関における医療・介護の質の評価事例

医療・介護の質評価に関する国内外の事例を整理したところ、以下のとおりとなった。

区分	指標	急性期	慢性期	診療所	介護
国内事例	プロセス	・平成22年度医療の質に関する評価・公表等推進事業 (日:国立病院機構等)	・平成23年度医療の質に関する評価・公表等推進事業 (日本慢性期医療協会)		・「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」指標
	アウトカム	・平成22年度医療の質に関する評価・公表等推進事業 (日:国立病院機構等)	・平成23年度医療の質に関する評価・公表等推進事業 (日本慢性期医療協会)		・「介護サービスの質の評価のあり方に係る検討委員会」指標  ・「介護保険の総合的政策評価ベンチマーク・システムの開発」(厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)指定研究)指標
海外事例	プロセス	・メディケア及びメディケイドに関連する医療機関(精神、リハ及び慢性期病院を除く)のQIの評価・公表(米:連邦政府(HHS)) ・病院のQIの評価・公表(英:NHS(National Health Service)) ・入院医療の質指標、予防質指標、患者安全指標、小児質指標(米: AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)) ・適正性評価(韓:HIRA(健康保険審査評価院))		・疾病金庫による診療所のQI評価(フランス)  ・一般開業医対象の「医療の質と成果のフレームワーク(QOF)」(英国)	・ナーシングホームへのQIによる評価・公表(米: NHC(Nursing Home Compare))
	アウトカム	・適正性評価(韓:HIRA(健康保険審査評価院)) ・病院の治療成績の評価(豪: AIHW(豪健康福祉研究所))		・一般開業医対象の「医療の質と成果のフレームワーク(QOF)」(英国)	・ナーシングホームへのQIによる評価・公表(米: NHC(Nursing Home Compare))

※   は指標において情報源をレセプトとしているもの。

# 健康保険審査評価院(HIRA)と 韓国P4Pの事例

서 초 평 화

COFFEE & WINE

365 아코너

우리은행



# 健康保険審査評価院(HIRA)

## (Health Information Review & Assessment)の歴史

### 歴 史

- 1977年 健康保険制度導入 → 1979年 6月 保険者団体(医療保険連合会) 診療費審査機構を設置
- 1979年 7月 審査開始、審査の電算化
- 2000. 7月 全国350の医療保険連合会の統合 → 審健康保険審査評価院
- 2004年 レセプト電算化100%達成

### 役 割

- レセプト審査(年間10億件)
- 医療の質向上、医療費適正性評価(年間10項目以上)
- 診療報酬・薬価・材料代等の審査管理、支援
- 診療情報処理、S/W 品質検査および指導
  - 保健医療情報統計のHUB、e-HealthのCore 役割遂行

### 運 営

- 職員数 約1500名、1本部、7支院
- 全体事業費中 IT 部門が50%以上

# HIRA 組織

- 管理部
  - 革新計画室
  - 総務部
  - 顧客支援部
  - IT及び通信部
- 業務部
  - 審査部
  - 評価部
  - 監査部
  - 医療扶助部
- 開発部
  - 総合管理システム開発室
  - 医療給付基準部
  - 薬剤管理部
  - 診療報酬点数表開発支援室
- 研究開発センター
  - 審査及び評価研究部
  - 政策及び情報分析部
- 韓国薬剤情報サービス
  - 薬剤情報管理チーム
  - 薬剤情報分析チーム

# HIRA 概要

(2008年年報より)

- 医療費の審査ならびに医療の適正性評価を一元的に行う公法人
- ソウル本部＋7支部
- 職員数1760人(管理106人, 審査職員991人, 事務418人, 研究者73人, IT技術者155人, その他17人)
- 2007年取り扱い件数10億件, 電子化率99.7%

가 입 자 성 명	홍길동	총액	500215	-	0000000	명 칭	연세대학교 의과대 세브란스정신건강병
수 진 자 성 명	홍길동	분류기호	K25.0	수술	진료과목	상해외인	특정기호
상 병 명	출혈이 있는 급성위궤양	분류기호	D62.		01		
급성 출혈후 빈혈		분류기호	E10.2				
당뇨 (신장) 합병증을 동반한 인슐린		분류기호	K76.0				
달리 분류되지 않은 지방(변화성) 간		분류기호	K59.0				
변비		분류기호	R06.4				
과호흡							

구 분	일 수	기 약 재 료 ( I )	진 료 행 위 ( II )	처 방 전 교 부 번 호	검 정 번 호	단 가	처 방 일 수	총 부 약 일 수	총 부 약 일 수
1.진찰료 (외래병원 관리료 포함)	1회	15,530 원	1회	AA156010	초진진찰료-나 군	15,530	1.00	1	
	2회	5,780 원	회	AL607	외래의약품관리료 (7일)	220	1.00	1	
	1회	15,410 원	회	AL657	입원의약품관리료 (7일)	5,560	1.00	1	
				AC105	응급의료관리료	15,410	1.00	1	
2.입원료	6일	205,320 원	원	AB200004	종합병원입원료 (계)-내.소.경	34,220	1.00	6	2
3.투약 및 처방전료	4일	20,963 원	3,050 원	J1070	조제료 (7일분/1회)	1,460	1.00	1	
				J2000	처방.조제.복약지도료 (1일당)	530	1.00	3	
				A13101851	아기오과립6G (부평)	180	1.00	3	
4.주사료	22회	55,912 원	40,000 원	A04504681	알마겔에프현탁액1P (유한)	199	3.00	10	
				A07404061	아마릴2mg (한독)	345	1.00	1	
				A07404061	아마릴2mg (한독)	345	2.00	1	
				A07650141	굴투코파치경500mg (한국머크)	94	2.00	1	
				A01504611	가스터경20mg (종아)	354	2.00	10	
5.마취료	회	원	원	A21401471	메디락에스장용캡셀 (한미)	118	3.00	10	
6.이 학 요법료	회	원	원						
7.정 신 요법료	회	원	원						
8.처치및 수술료	회	7,092 원	42,590 원	KK010	피하근육내주사	830	2.00	4	
		1,720 원	133,360 원	A35540621	노보린알주100단위 (녹십자상아)	13	10.00	1	
				A35540621	노보린알주100단위 (녹십자상아)	13	18.00	1	
				A35540621	노보린알주100단위 (녹십자상아)	13	22.00	1	
				A35540621	노보린알주100단위 (녹십자상아)	13	24.00	1	
10.영상진단 및 방사선 치료료	회	2,570 원	10,980 원	A20750491	말레인산페니라민 (신일) 주 2ml	122	1.00	1	
C.CT	회	원	원	KK052	점적주사 500ML	1,720	1.00	13	
M.MRI	회	원	원	KK053	점적주사 1000ML	2,200	1.00	5	
C T 총 액		0 원							
M R I 총 액									
11. 소 계		331,381 원	236,640 원						
12. 가 산 율	25 %		59,160 원						
13. 요양급여비용 총액			627,180 원						
14. 본인일부부담금			125,430 원						
15. 청 구			501,750 원						
16. 본인부담상한액 초과금			0 원						
일련번호	18-								

韓國의 診療費請求明細書

Data項目 : 約120

多重バーコード 最大4000Byte記録



# HIRAのデータベース

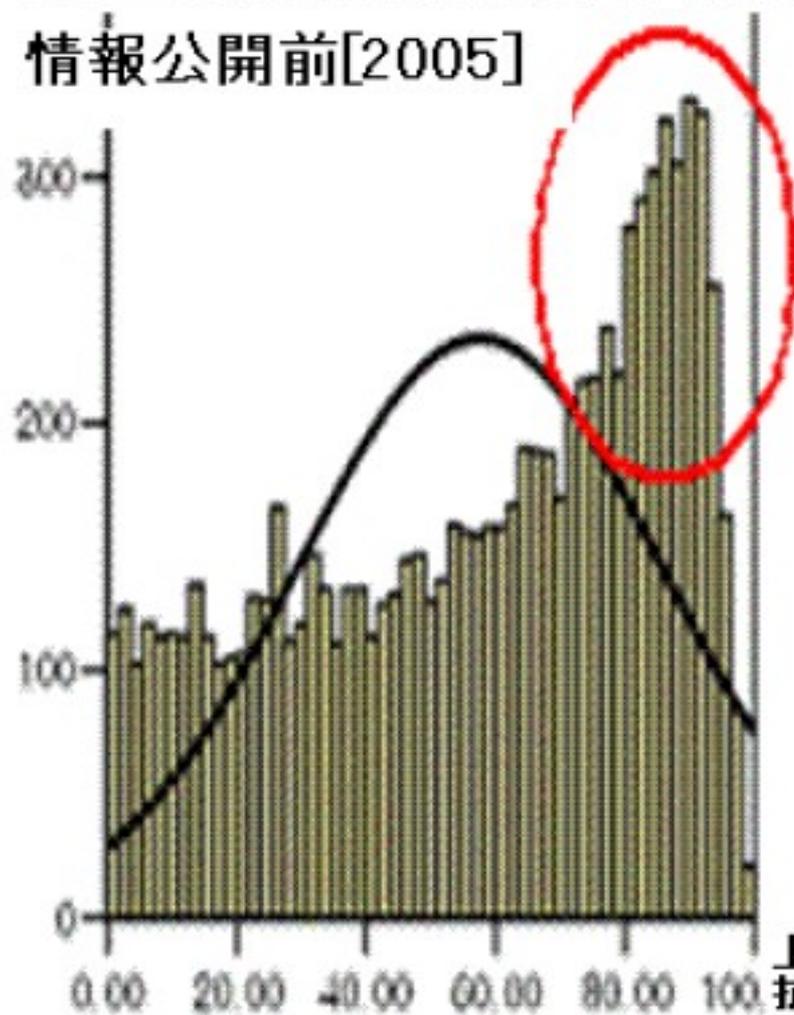


# 適正医療の評価

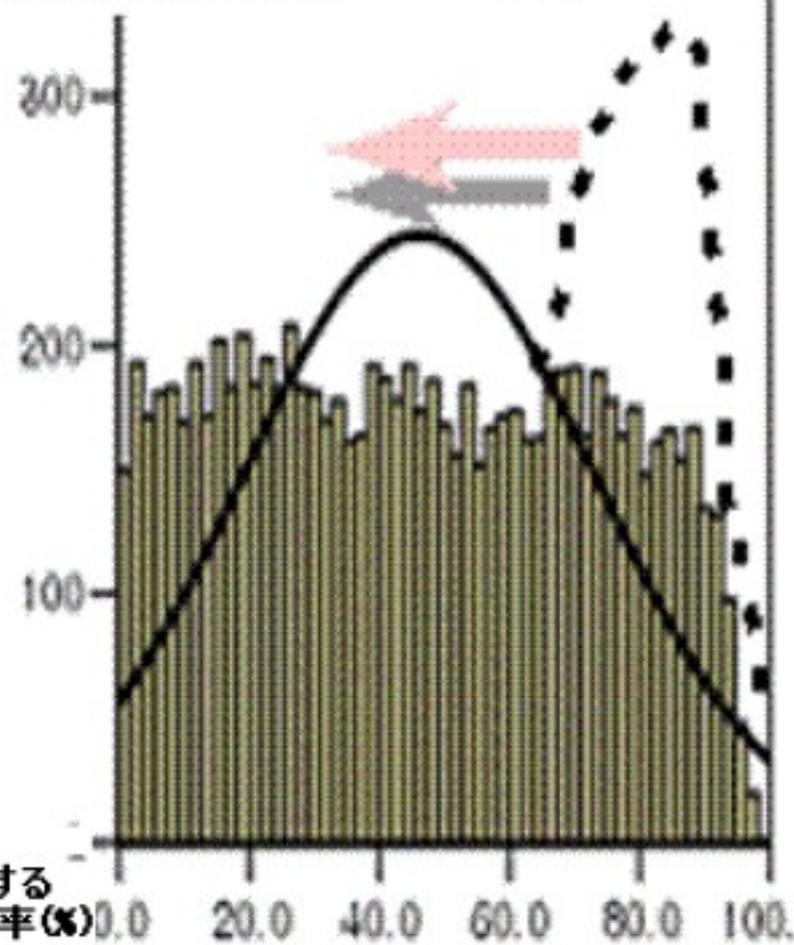
- 上気道感染への抗菌剤の処方率
- 外来における注射剤処方率
- 帝王切開分娩率
- 抗菌剤の適正使用

上気道炎に対する抗生物質処方率別の医療機関数の分布  
[韓国健康保険審査評価院による]

情報公開前[2005]



情報公開後[2006年]



上気道炎に対する  
抗生物質処方率(%)

# 適正医療の評価

- 外来患者に処方する注射剤の使用適正化
  - 外来患者の注射剤の処方率を公表
    - 39.11%(2002年)→23.23%(2006年)
- 医薬品の適正使用
  - 骨関節炎の非ステロイド抗炎症剤
  - バゾプレシン処方率
  - 1単位輸血実施率
  - 血液製剤使用率

# 適正医療の評価

- ビアーズ基準 (Beer's criteria)
  - 高齢者の薬剤使用に関するガイドライン
  - 2005年の6835万件の処方中876万件(12.8%)がビアーズ基準による不適切処方であることも判明
- 帝王切開率
  - WHOの推奨値である5～15%の2倍以上と高かった。このため帝王切開分娩率の値を医療機関別に公表することとした。
- 医療機器の適正使用
  - CT実施率分析

# 韓国版P4P

2007年からP4Pのパイロットプロジェクト(HIRA-Value Incentive Program)を42の急性期病院でスタートさせた

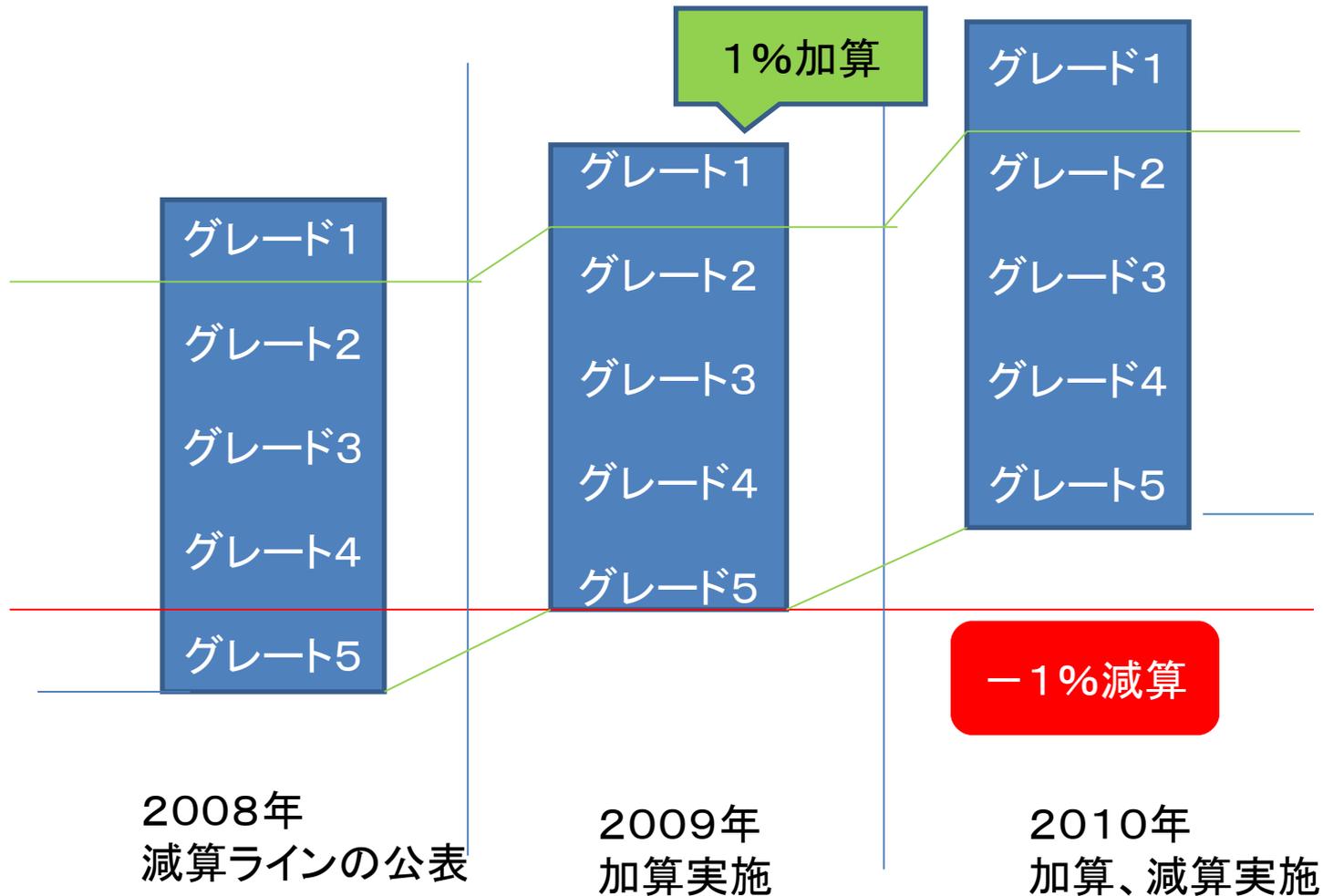
# P4Pの定義とは？

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

# 韓国版P4P

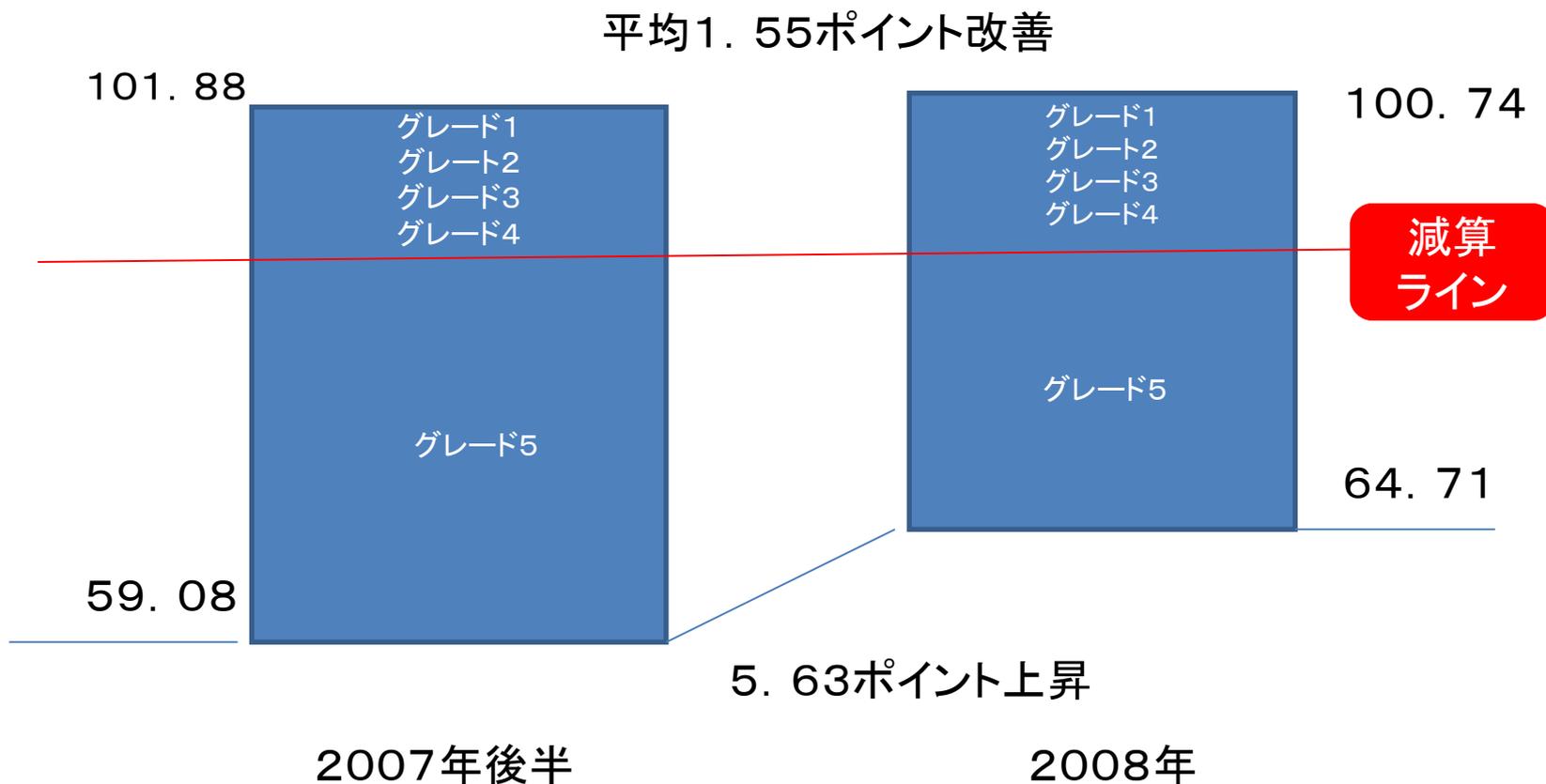
- 急性心筋梗塞
  - 罹患率や死亡率が韓国内で増加していること、先進各国のP4Pの指標であること
  - 急性心筋梗塞診療件数、PCIまでの時間、入退院時のアスピリンやβブロッカー投与率、入院中死亡率など
- 帝王切開
  - 韓国の高い帝王切開率は、情報開示だけでは是正できないとの考えたから
  - リスク調整後の帝王切開率

# 韓国P4Pの加算・減算方式



# 韓国版P4P

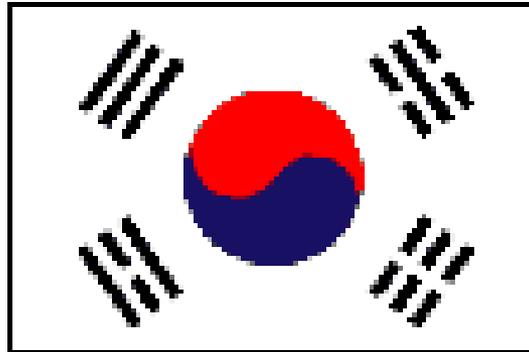
## 急性心筋梗塞P4Pスコアの改善



# 今後の韓国版P4Pの予定

- 2011年からは対象病院数を360病院に拡大
- さらにグレードを5段階から9段階に精緻化
- インセンティブも1%から2%に増加させてP4Pを実施予定
- 脳卒中や予防的抗菌剤投与などの領域に拡大して行う予定

HIRAと韓国版P4Pに学ぼう！



# パート5

## 自治体病院の役割と課題

公立病院改革ガイドライン

# 公立病院改革ガイドライン

- 背景
  - 公立病院経営悪化
  - 自体財政悪化
- 公立病院改革プラン
  - 2008年プラン作成
- 公立病院改革プランの3つの柱
  - ①経営効率化
    - 3年程度(2010年ごろまで)
  - ②再編・ネットワーク化
    - 5年程度(2012年ごろまで)
  - ③経営形態の見直し
    - 5年程度(2012年ごろまで)

# 公立病院改革はなぜ必要か？

- ① 自治体病院の経営状態・コスト構造の改革
- ② 地方自治体財政の健全化の要請
- ③ 「民間でできることは民間へ」民営化の流れ  
→独立行政法人化・指定管理者制度導入の  
推進
- ④ 医師不足解消  
→研修制度・医師引き上げによる人材不足の  
影響を公立病院は強く受ける  
⇒診療科の閉鎖・廃院に追い込まれる病院も

## 民間病院と公立病院の収支比較 平成20年度データ

	民間病院	公立病院
1病床当たり収入	13,159千円	16,006千円
人件費率	53.3%	58.5%
材料費率	20.0%	26.8%
委託費率	5.4%	9.3%
<b>医業収支比率</b>	1.4%	<b>-13.7%</b>

## 民間病院と公立病院の収支比較 平成20年度データ

- 1病床当たり売上高について、公立病院は民間病院と比べて280万円高い
- 人件費率について、公立病院は民間病院と比べて5.2ポイント高い
- 材料費率について、公立病院は民間病院と比べて6.8ポイント高い
- 委託費率について、公立病院は民間病院と比べて3.9ポイント高い
- 医業収支比率について、公立病院は民間病院と比べて12.3ポイント低く赤字である

### 【公立病院】

病床を多く抱え、1病床あたりの収入も多いが、高コスト体質のため医業収支(利益)が民間病院よりも低くなっている。

公立病院は民間病院と比べて、利益を出しにくい体質である。

# 公立病院改革プランの3つの柱

- ①経営効率化
  - 経常収支比率
  - 人件費率
  - 病床利用率
    - 3年連続で病床利用率70%未満の場合、診療所への転換や病床削減
- ②再編ネットワーク化
  - 公立病院同士の再編
  - 診療科の再編
- ③経営形態の見直し
  - 地方公営企業法全部適用
  - 独立行政法人非公務員型
  - 指定管理者制度

# ①経営の効率化

- 経営指標に係る数値目標を設定
  - － 1) 財務の改善関係(経常収支比率、職員給与費比率、病床利用率など)
  - － 2) 公立病院として提供すべき医療機能の確保など
- 一般会計からの所定の繰出後、「経常黒字」が達成される水準を目途
  - － (地域に民間病院が立地している場合、「民間病院並の効率性」達成を目途)
  - － 病床利用率が過去3年連続して70%未満の病院は病床数等を抜本的見直し

# 公立病院改革プラン状況

出典：総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

①	改革プランの策定団体数、病院数	635団体、904病院 (99.7%)
②	①の内、21年度において経常黒字の病院	369病院(40.8%)
③	①の内、目標年度である23年度までに経常黒字が見込まれる病院	628病院(69.5%)
④	プラン策定市町村のうち点検評価済の団体	616団体(97.8%)

## ②再編・ネットワーク化

- 都道府県は、再編・ネットワーク化に医療計画の改定と整合を確保しつつ、主体的に参画
- 二次医療圏等の単位での経営主体の統合を推進
- 医師派遣拠点機能整備推進。病院間の機能重複を避け、統合・再編含め検討

パターンⅠ

再編前



A市立病院(250床)



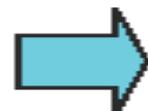
B市立病院(200床)



C町立病院(50床)



D町立診療所(無床)



再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



新設S病院(400床)



B地区診療所(無床)



C地区診療所(無床)



D地区診療所(無床)

パターンⅡ



再編後

地方独立行政法人化



A地区診療所(無床)



B地区病院(基幹病院・400床に増床)



C地区診療所(19床・救急機能)



D地区診療所(無床)

パターンⅢ

再編前



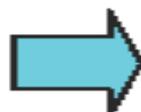
日赤S病院



A町立病院(50床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



日赤S病院  
(A、Bに医師派遣等)



A町立診療所(無床)



B町立診療所(無床)

パターンⅣ

再編前



S総合病院  
(S医療法人)



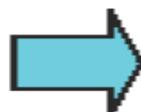
A県立病院(200床)



A市立病院(200床)



B町立病院(50床)



再編後

指定管理者



S総合病院  
(S医療法人)

A県立病院とA市立病院を統合



公立A医療センター  
(350床)



B町立診療所(19床・救急機能)

### ③経営形態の見直し

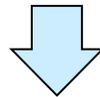
- 人事・予算等に係る実質的権限、結果への評価・責任を経営責任者に一体化
- 選択肢として、地方公営企業法全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度、民間譲渡を提示
- 診療所化や老健施設、高齢者住宅事業等への転換なども含め、幅広く見直し

# 公立病院改革ガイドラインより

## 経営形態の見直し

地方公営企業法の全部適用については、比較的取り組み易い側面がある半面、逆に民間的経営手法の導入が不徹底に終わりがちであることに留意すべき。また、いずれの経営形態によっても、権限と責任が一体化される予必要がある。

- 地方公営企業法の全部適用 → 効果がない場合は見直しが必要
- 地方独立行政法人化(非公務員型) → 公務員型は認められない
- 指定管理者制度の導入 → 適切な管理者の選定に留意



- ・ 地方公営企業法全部適用による「改革したフリ」はNG。
- ・ 独立行政法人化・指定管理者制度導入等の抜本的な改革が求められる。

## 参照：公立病院事業の主な経営形態

	地方公営企業法 全部適用	独立行政法人 非公務員型	指定管理者制度
開設者	地方公共団体	地方独立行政法人	地方公共団体
事業責任者	病院事業管理者	法人の長(理事長)	受託事業者(公益法人、医療法人等)
病院の位置づけ	都道府県が設置する地方公営企業	都道府県が設置する地方独立行政法人	公設民営
職員の身分	地方公務員	民間職員と同様	受託者の職員(民間職員)となる
経営	管理者の権限と責任において経営を行う	設立団体の長(知事)が中期目標を設定する	受託契約の範囲内で受託者が事業を実施する

# 公立病院改革プラン策定・公表後の現状

## 2010年9月末現在の経営形態見直し計画の状況

出典：総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

	平成22年9月 末現在の経営 形態	経営形態の見直しの実施予定の病院			
		経営形態の 見直しを実施 予定の病院	経営形態の見 直しの内容を 決定済の病院		経営形態の見 直しの実施予 定なしの病院
			経営形態の見 直しの内容を 決定済の病院	経営形態の見 直しの内容を 検討中の病院	
経営形態の見直し を行っていない病 院(地方公営企業 法一部適用)	467	423	54	369	44
既に経営形態の 見直しを行って いる病院	437	193	22	171	134
地方公営企業 法全部適用	338	175	22	153	89
指定管理者制 度	59	18	—	18	34
地方独立行政 法人	40	—	—	—	11
合 計	904	616	(※)76	540	178

# (※) 経営形態の見直しの内容を決定済みの 病院の見直し後の経営形態

出典:総務省「公立病院改革プラン実施状況等の調査結果」平成22年9月30日調査

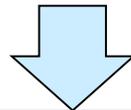
	平成22年 9月末現在 の経営形態	見直し後の経営形態				
		地方公営企業法 全部適用	指定管理者 制度	地方 独立行政法人	診療所	民間 譲渡
一部 適用の 病院	54	27	8	10	6	3
全部 適用の 病院	22	—	4	9	5	4
合 計	76	27	12	19	11	7

# 公立病院改革ガイドラインより

## 公立病院の果たすべき役割の明確化

採算性等の面から民間医療機関による提供が困難な医療を提供すること

- ①山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地域の一般医療
- ②救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療
- ③がん・循環器等、高度・先進医療
- ④研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能



例えばこれらの内容について自らの果たすべき役割を見直し、明確化し、これを踏まえた市財政からの経費負担の基準を設定する  
ただし、これらの事業は**マネジメントできない赤字**となりやすいため、運営資金等格別の配慮が必要

# 医療計画の 実施主体としての公立病院

5疾患5事業に着目しよう！

# 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

- 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

# まとめと提言

- ・団塊の世代が高齢化する2020年へむけて、医療と介護の在り方が大きく変る。
- ・社会保障・税一体改革は2025年へ向けてのグランドデザイン
- ・2012年同時改定、2013年新医療計画でも在宅医療が最大テーマ
- ・どこでもMY病院、シームレスな地域連携、レセプト情報利活用に着目しよう
- ・自治体病院は地域医療のかなめ、地域医療計画の中で、今後の自治体病院の在り方を考えよう

# 2012年後期乃木坂スクール 病院再生セミナーのお知らせ

コーディネーター

武藤正樹(国際医療福祉大学大学院教授)

成田徹朗(国際医療福祉大学大学院准教授)

# 趣旨

- 危機的な状況にある地域病院の再生について、セミナーでは以下について学びます
- 4つの再生
  - ①病院の人的再生
  - ②病院の質・安全を担保した経営再生
  - ③病院建築・設備再生
  - ④病院資金再生
- 3つの視野
  - ①業際的・複眼的視野
  - ②制度的な視野
  - ③国際的な視野

# プログラム

- ① 9/24(水) 18:30～20:00
  - 地域医療再生とは
  - 厚労省医政局指導課 課長 井上誠一 氏
- ② 10/1(水) 18:30～20:00
  - 暴かれた地域医療の実像
  - 城西大学経営学部 教授 伊関友伸 氏
- ③ 10/8(水) 18:30～20:00
  - 上野原市地域医療再生事業の現状
  - 上野原市 市長 江口 英雄 氏
- ④ 10/15(水) 18:30～20:00
  - 佐渡地域医療改革について
  - 厚生連佐渡総合病院 外科部長 佐藤賢治 氏

# プログラム

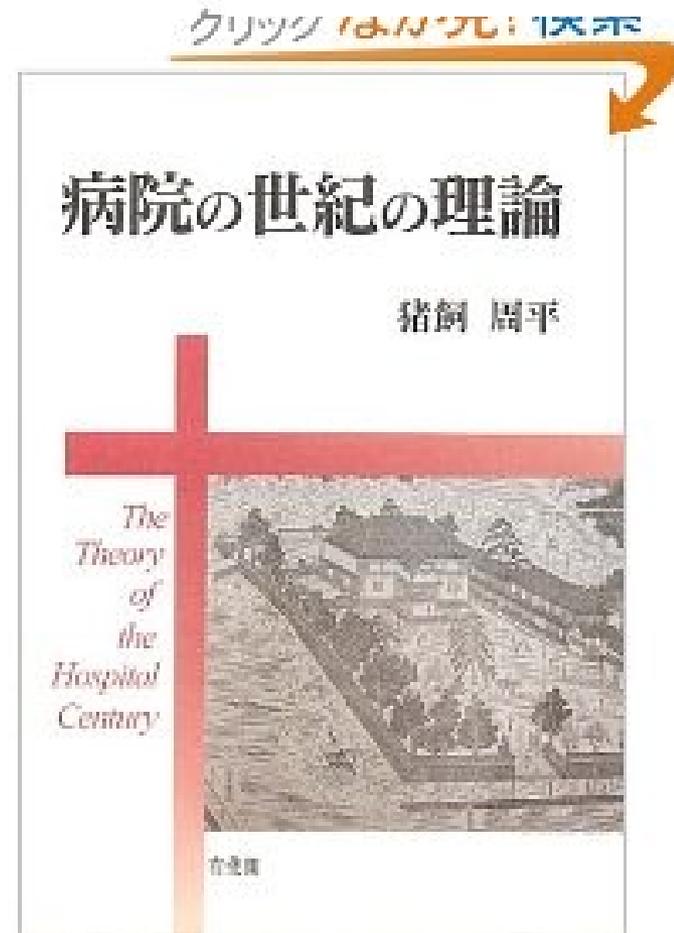
- ⑤ 10/22(水) 18:30～20:00
  - 豊川市民病院の経営改革の現状
  - 豊川市民病院 事業管理者 佐々木信義 氏
- ⑥ 10/29(水) 18:30～20:00
  - 利根医療圏での地域医療連携システム
  - 加須保健所 所長 中島守 氏
- ⑦ 11/5(水) 18:30～20:00
  - 独立行政法人国立病院機構滋賀病院の改革
  - 独立行政法人国立病院機構滋賀病院 院長 井上修平 氏
- ⑧ 11/12(水) 18:30～20:00
  - 置賜地域医療連携システム事例
  - 公立置賜総合病院 院長 新澤陽英 氏

# プログラム

- ⑨ 11/19(水) 18:30～20:00
  - 地域医療再生基金とその効果
  - 日本政策投資研究所 主任研究員 吉田英克氏
- ⑩ 11/26(水) 18:30～20:00
  - 医療機関再生のための基金とは
  - 中井生活経済研究所 所長 中井恵美子 氏
- ⑪ 12/3(水) 18:30～20:00
  - 病院経営破綻を招かないために
  - 企業再生支援機構 社長 西沢宏繁 氏
- ⑫ 12/10(水) 18:30～20:00
  - 公的医療機関の医療再生の現状と将来
  - 総務省自治財務局準公営企業室 室長 松田浩樹 氏

# 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



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