

A large, modern, multi-story building with a grid of windows, identified as International Medical Welfare University. The building's name is written in large characters along the top edge. A large, leafy green tree is on the right side of the frame. In the foreground, there is a covered entrance area with a white car parked underneath. The sky is clear and blue.

地域医療計画と 地域連携クリティカルパス

国際医療福祉大学三田病院 副院長
国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

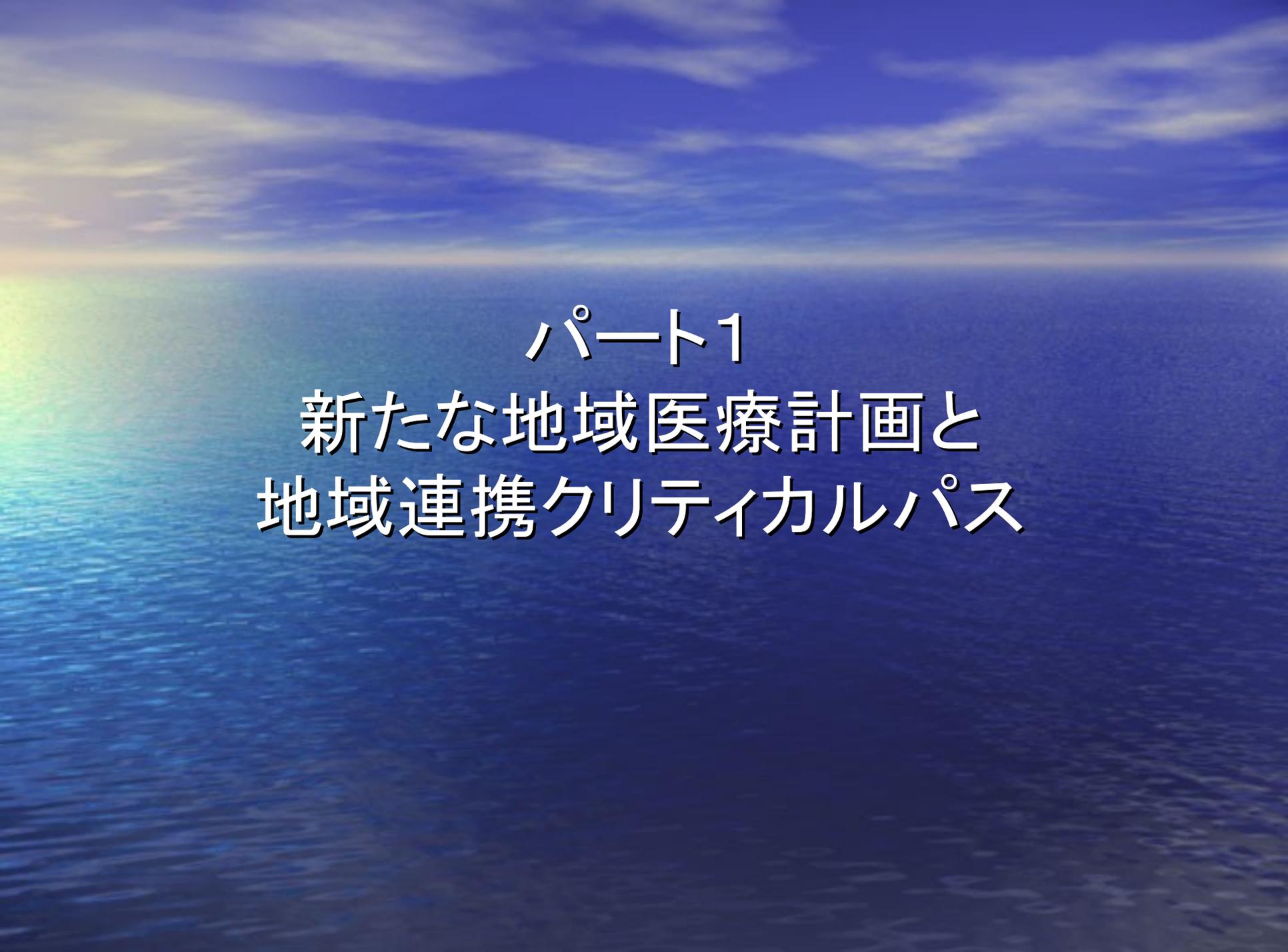


国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価65、000点
東京都認定がん診療病院
DPC対象病院

今日の目次

- パート1
 - － 新たな地域医療計画と連携パス
- パート2
 - － 脳卒中の連携パス
- パート3
 - － がん対策基本法とがん連携パス
- パート4
 - － 糖尿病の連携パス
- パート5
 - － 地域IT連携の3類型



パート1
新たな地域医療計画と
地域連携クリティカルパス

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し

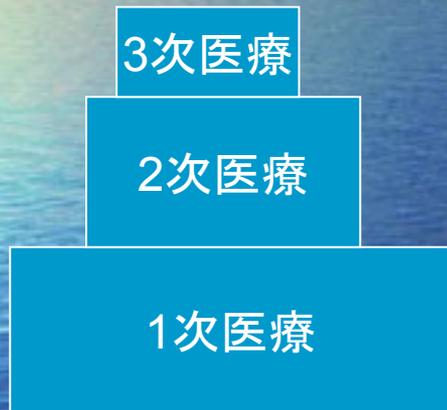


2008年4月より新たな医療計画がスタート

地域医療計画の見直し

疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方

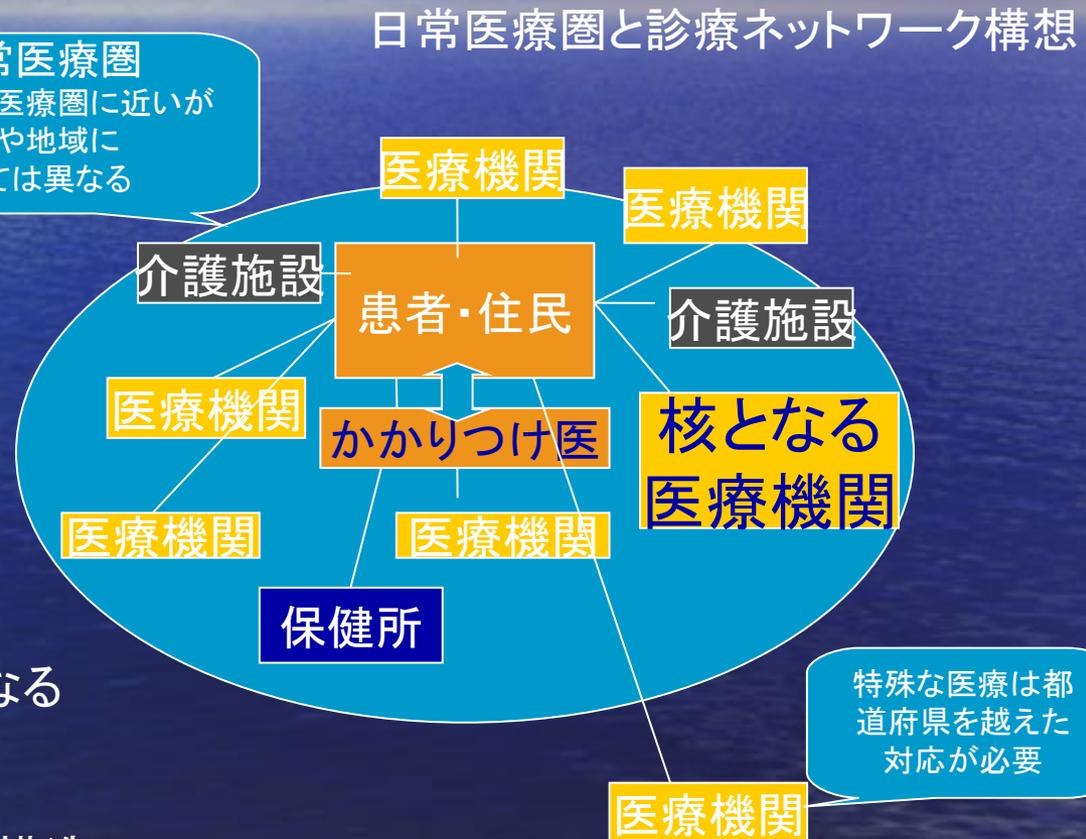


現在の医療計画の問題点

- 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

移行

日常医療圏
二次医療圏に近いが
疾患や地域に
よっては異なる



疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

4疾患5事業

- 4疾病

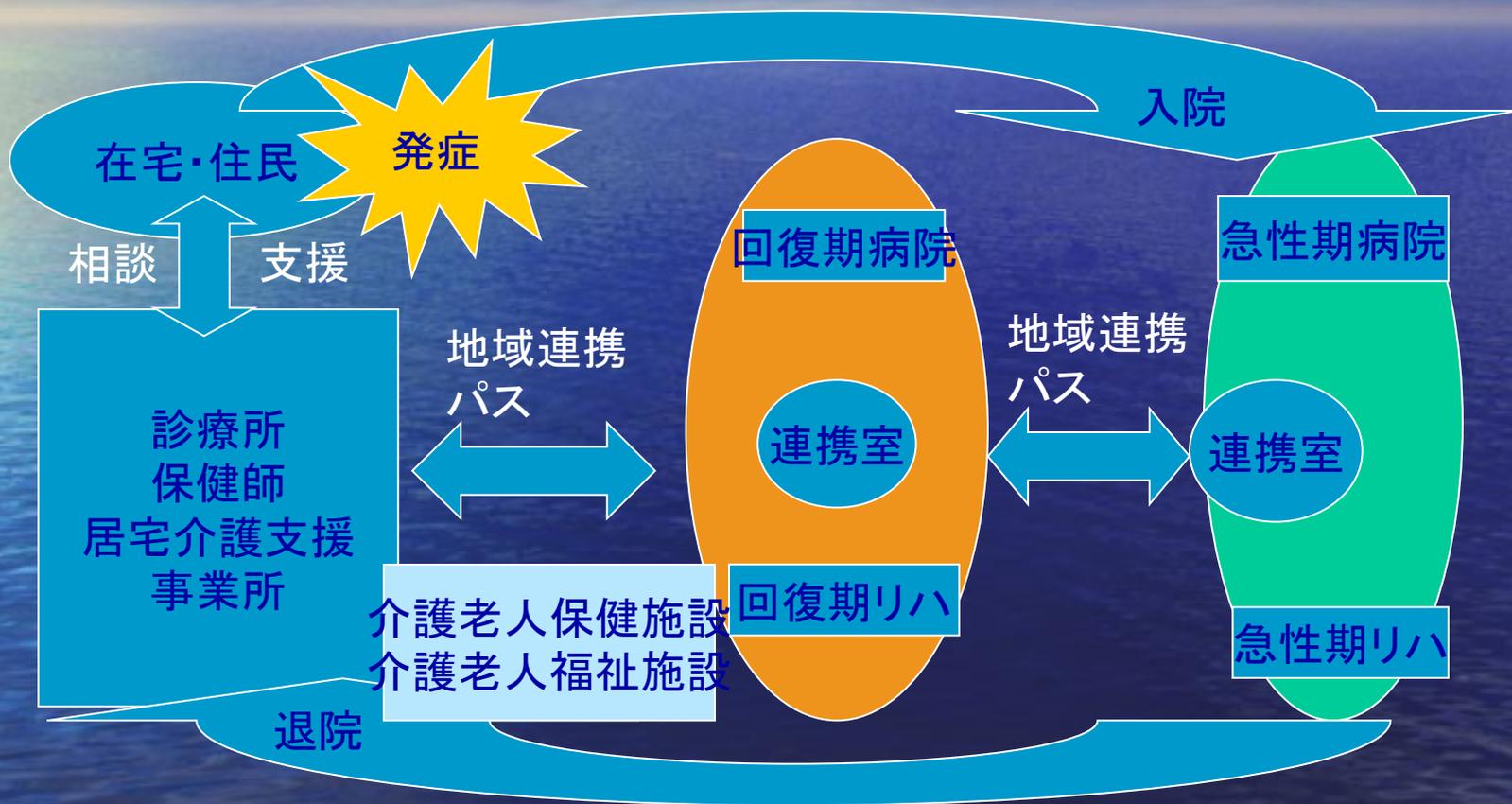
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

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

08年はまず脳卒中から！

脳卒中連携と地域連携パスの流れ



地域連携クリティカルパスが連携ツールとして位置づけられた

地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携パスの新規点数と運用

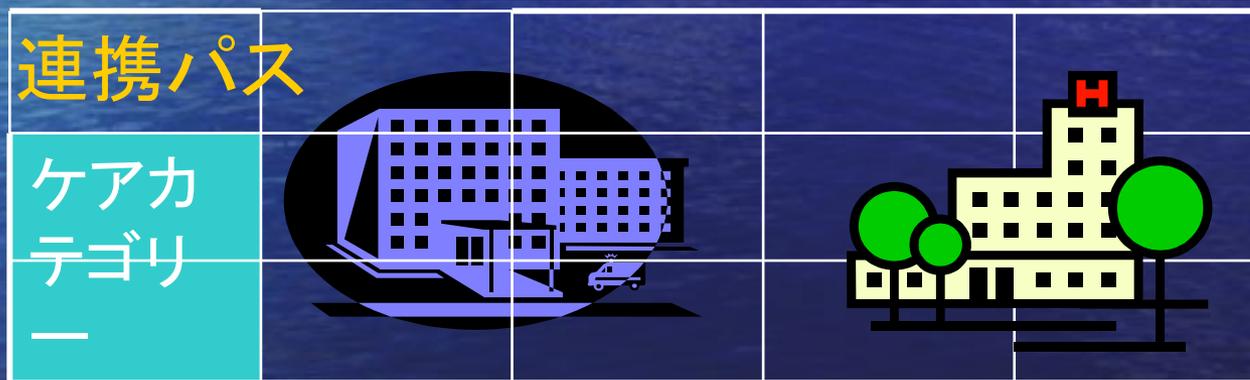
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点

地域連携診療計画退院時指導料
1500点



地域連携クリティカルパス 加算のモデル

熊本市のシームレスケア研究会の
整形疾患における地域連携パス

大腿骨頸部骨折

シームレスケア研究会(熊本)

- 研究会参加施設
 - － K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
 - － N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)
- 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)
 - － 会場:持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



熊本医療センター
野村先生

シームレスケア研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
 - － 平成15年10月
 - － 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(平成15年11月)
 - － 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
 - － 診療ガイドラインの検討
 - － 使用中の連携パスの提示
- 第2回(平成15年12月)
 - － 診療ガイドライン案作成
 - － 研究会連携パス
 - － データベース案の検討
- 第3回(平成16年1月)
 - － 連携パスの検討、連携パス
 - － データベースの電子化の検討
 - － 目標設定:4月からの連携パス運用開始
- 第4回(平成16年2月)
 - － 連携パスの検討、電子化案の検討
 - － 患者用連携パス案の検討
- 第5回(平成16年3月)
 - － 2施設加わる
 - － 連携パス試用結果検討
- 第6回(平成16年4月)
 - － 第6回研究会
 - － 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案 医療者用

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行 退院後:自宅・施設()

受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)

達成目標:移動能力	車椅子坐位	平行棒内歩行	歩行器歩行	杖歩行	階段昇降	屋外歩行	()
訓練開始日	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	〇/〇	自・監・介

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日~6日	術後7日	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	退院後 1週以内
排泄 清潔	尿道カテーテル 留置		尿道カテーテル 抜去		病棟内トイレ		病棟内トイレ						自・監・介
セルフ	【荷重制限 有無】		【他薬忌避 有無】		【内服薬 有無】		【下・靴の着脱 〇/〇】		【洗面所(立位で) 〇/〇】		【床からの起立 〇/〇】		自・監・介
薬剤	持参薬 確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴		疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)		疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 (常時・時々)						疼痛 有・無	
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血				X線(2R) 採血						X線(2R) 採血	有・無
処置	綱線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		処置なし					
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()										有・無	
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR 介護保険申請〇/〇		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊 退院時OR 訪問〇/〇	
退院時 情報	問題行動:有・無		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度		問題行動:有・無		可動域:股関節屈曲〇度、外転〇度		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		要介護度:〇
備考	痴呆:有・無・疑い		筋力: 痛み:有・無(部位:)		痛み:有・無(部位:)		薬:飲薬・坐薬(回/日)		サービス:有・無()				

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

急性期病院

リハビリ病院

【コメント】 平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 術後1~2週間 平成 年 月 日 〇〇病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(カードバック)して頂ければ幸いです。

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練			
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	入院時指導 自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)			

『リハビリ』 目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

歩行訓練進行の目安



歩くとき膝がグラグラしない。肩の力を抜いて歩ける。平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。階段昇降ができる。片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』 目標:(自宅・施設)

* 実生活そのものがリハビリとなります。
* リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室などは転倒しやすいので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

3) 脱臼しやすい姿勢に注意!

【右写真を参照】



家屋改修(自宅での生活が目標の方)

- * 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。
- * 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

急性期病院

『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院

* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			

入院診療計画予定表 大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

経日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	X線検査 血液検査
食	食事は夕食まで 飲水は22時まで	朝食後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます その後、食事が出来ます	制限ありません			
話	話に反応して訓練で 引っぱります (強くないように)	手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	術後で訓練します	リハビリにて訓練開始です		
歩		3時間たったら、身体を おこせます	空れます	平行棒内での起立から徐々に 歩き始めます		
ハ	訓練の指導、説明 おこないます	車椅子で移動出来ます	車椅子で退室出来ます	車椅子で退室出来ます	車椅子で退室出来ます	
リ	病室でのリハビリが 始まります			個人個人で退室の具合が違いますが 次のページを参考に受療前の移動レベル 獲得を目途に頑張ってください		
排	排便の確認をします	術後おしこの管が はいています	おしこの管が抜けて からトイレで可能です			
洗	必要に応じて毛を 剃ります		ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)		術後8日目まで全換えです 全換え後次のガーゼ交換日に 傷口の確認があります	
保	可能であれば 入浴できます		清拭		傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます	
内	検査の確認	麻酔科医の指示に従って薬の 調整をすることがあります				
輸	化膿止め注射の テストがあります	術前に化膿止めの点滴が あります	朝夕化膿止めの点滴があります → 術後2日目で終了です			
注						
検	必要時に血液検査、 他科受診があります		必要に応じて麻酔科 (全麻) 使用		必要に応じて麻酔科 (全麻) 使用	
診	入院時説明	術後説明				
明	手術時説明					
指	麻酔科医科診察 手術室看護補助 指導					

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

国立熊本病院 整形外科

※家屋環境のチェックが必要となります。

* 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

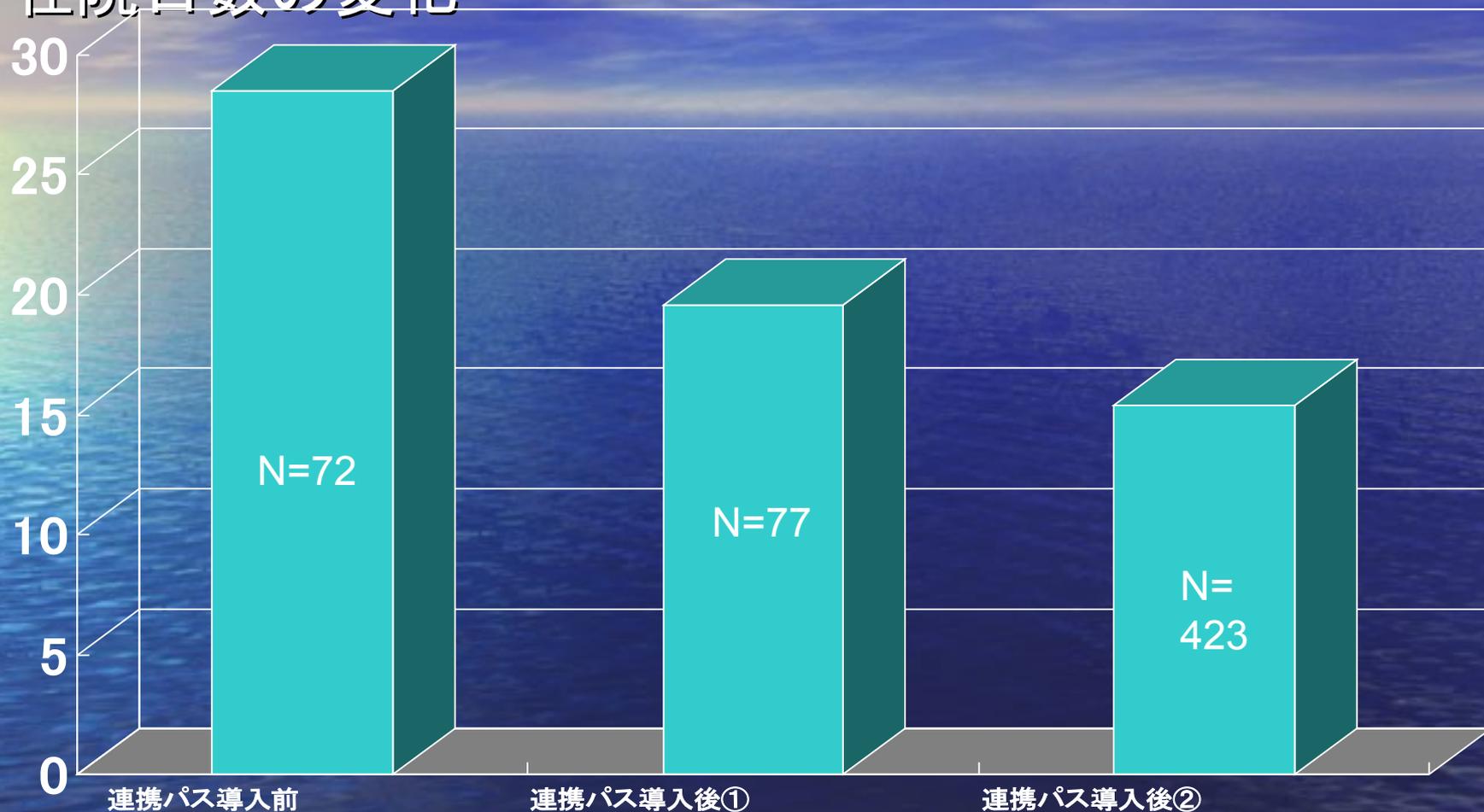
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

地域連携クリティカルパスの効果

- **患者家族の転院不安の解消**
 - － 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- **診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消**
 - － 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- **診療目標やプロセスの共有化**
 - － 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- **平均在院日数の短縮化**
 - － 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- **電子化により情報共有とパス見直しの促進**
 - － 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

連携パス(大腿骨頸部骨折)導入による 在院日数の変化

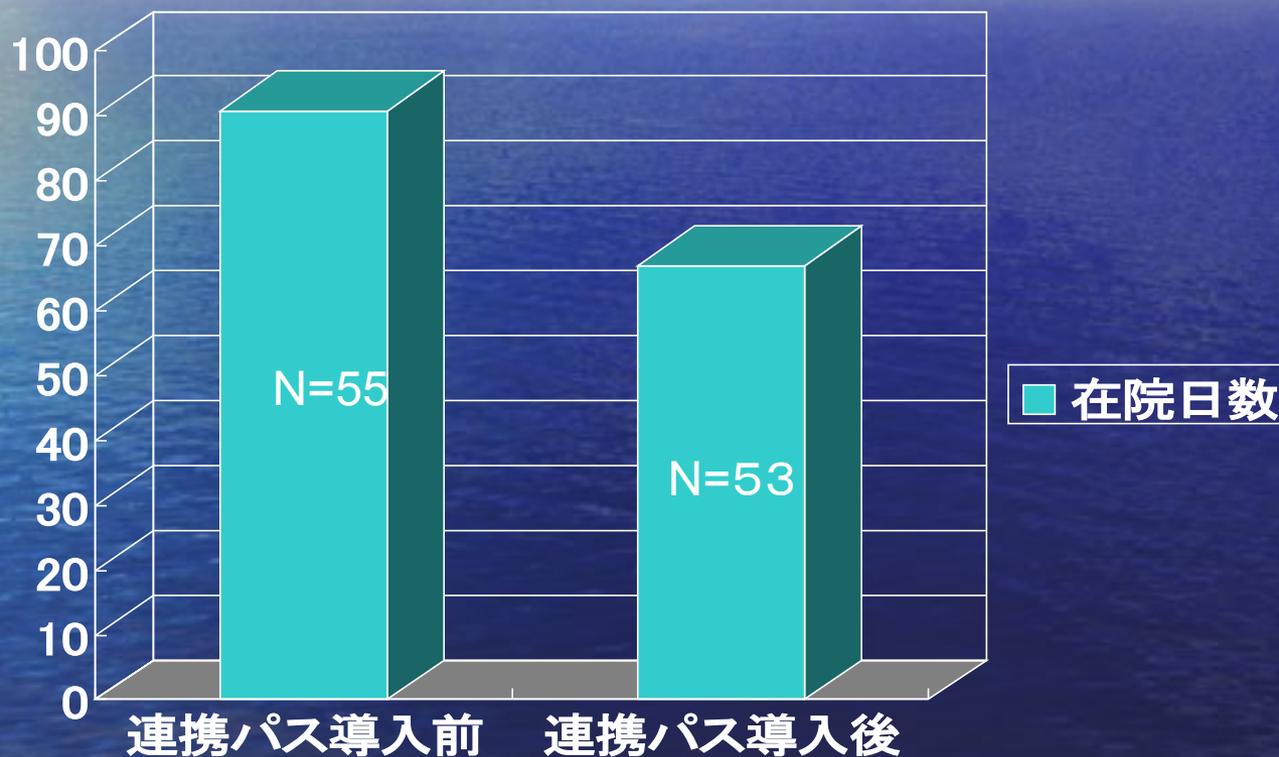


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

連携パス導入後②(平成15年1月-平成17年1月)

地域連携クリティカルパスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化



連携パス導入前:平成15年

連携パス導入後:平成16年

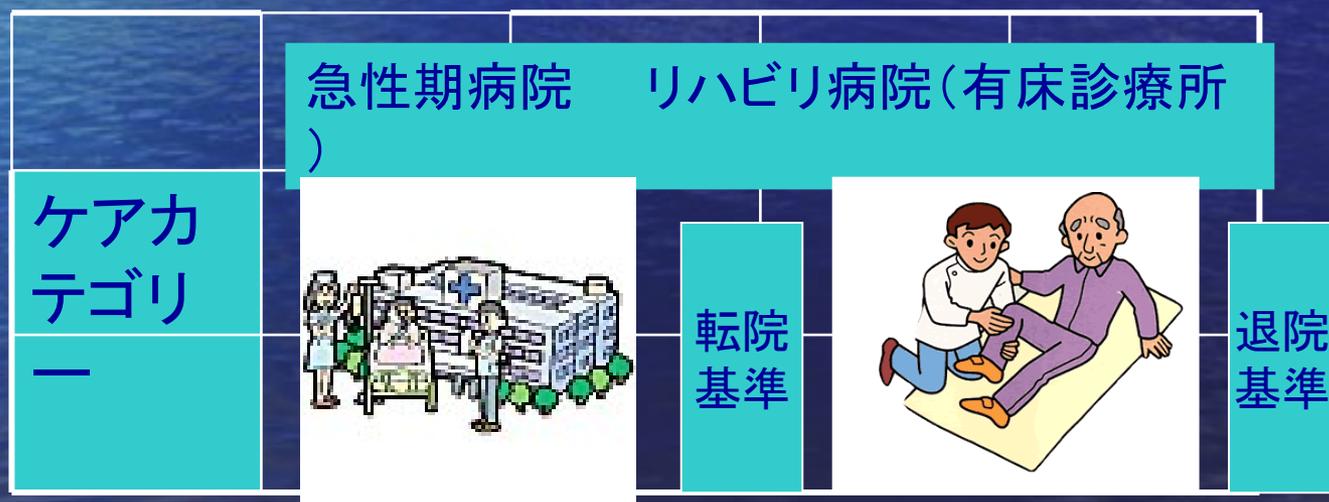
パート2 脳卒中の連携パス

08年診療報酬改定
脳卒中の地域連携パスが導入

脳卒中地域連携クリティカルパス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

- 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

月日	／	／	／		／	／		／
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		○日	1日目	2日目	○日 退院日
達成目標					転院日			(退院基準
治療 薬剤(点滴・内服)					転院基準)	
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医			退院時の日常生活機能評価合計点 ○点

脳卒中地域連携クリティカルパスの 東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク



慈恵医大リハビリテーション医学講座
安保雅博教授

連携PEGパス

PEG(経皮内視鏡的胃ろう造設術)



港区連携PEGパス研究会

国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

連携PEGパス研究会

ワーキンググループ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始(4回)



(メンバー) 港区内200床以上6病院のPEG施行Dr及び連携室、港区医師会、港区薬剤師会、訪問看護ST、NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容) 港区内PEGに関わる問題の抽出、ホームページ・管理マニュアル作成検討、PEG当番、パス作成等

2008年9月27日 第2回連携PEGパス研究会

実態調査アンケートを元に作成したPEG地域連携クリティカルパス・PEG依頼用紙等を検討

連携PEGパス

	地域連携クリティカルパス	患者氏名	病棟主治医	PEG造設医
造設年月日:		栄養剤投与方法(種類):	必要栄養量: kcal	交換予定日:
製品名:		8時 9時 12時 15時	18時 21時 24時	造設病院連絡先:
型名:	(バンパー or パルーン) (ボタン or チューブ)			*休診・夜間等緊急の場合
サイズ:	長さ cm×太さ Fr			
最新交換日:				
経過項目	退院時	2週間	1ヶ月	交換予定日1ヶ月前
達成目標	#PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解でき実施できる。			
栄養	#合併症の早期発見・対処ができる			
	<input type="checkbox"/> 摂取状況(有・無) (摂食量:)			
	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:)			
	<input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:
	<input type="checkbox"/> 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 胃瘻部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:
トラブル観察	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と漏れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
説明	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与方法 <input type="checkbox"/> トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			<input type="checkbox"/> 次回カテーテル交換説明 <input type="checkbox"/> 交換当日の食事について説明 朝7時まで注入を終了 <input type="checkbox"/> 内服は7時まで終わらせる <input type="checkbox"/> 交換依頼
備考				
バリエーション	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無
記入者				

詳細は武藤正樹の
Websiteに掲載

パート3 がん対策基本法と がん連携パス

切れ目のないがん医療連携を目指して

がん対策基本法(2006年6月)

● がん対策基本法

- がん対策のため、国、自治体の責務を明確にして、厚労省にがん対策推進協議会を設置することを定めた法律
- 当初、与党自民党と野党民主党の間で調整が手間取り成立が危ぶまれていた
- 山本孝史議員の自らのがんを告白して行った質問により与野党一致して法案が成立した
- 米国では1971年ニクソン政権時にナショナルキanserアクトが制定



山本孝史民主党参議院議員
58歳で胸腺がんのため亡くなる

がん対策推進基本計画

- 「がん対策推進基本計画」

- 2007年6月閣議決定

- 10年以内にがん死亡率20%減少

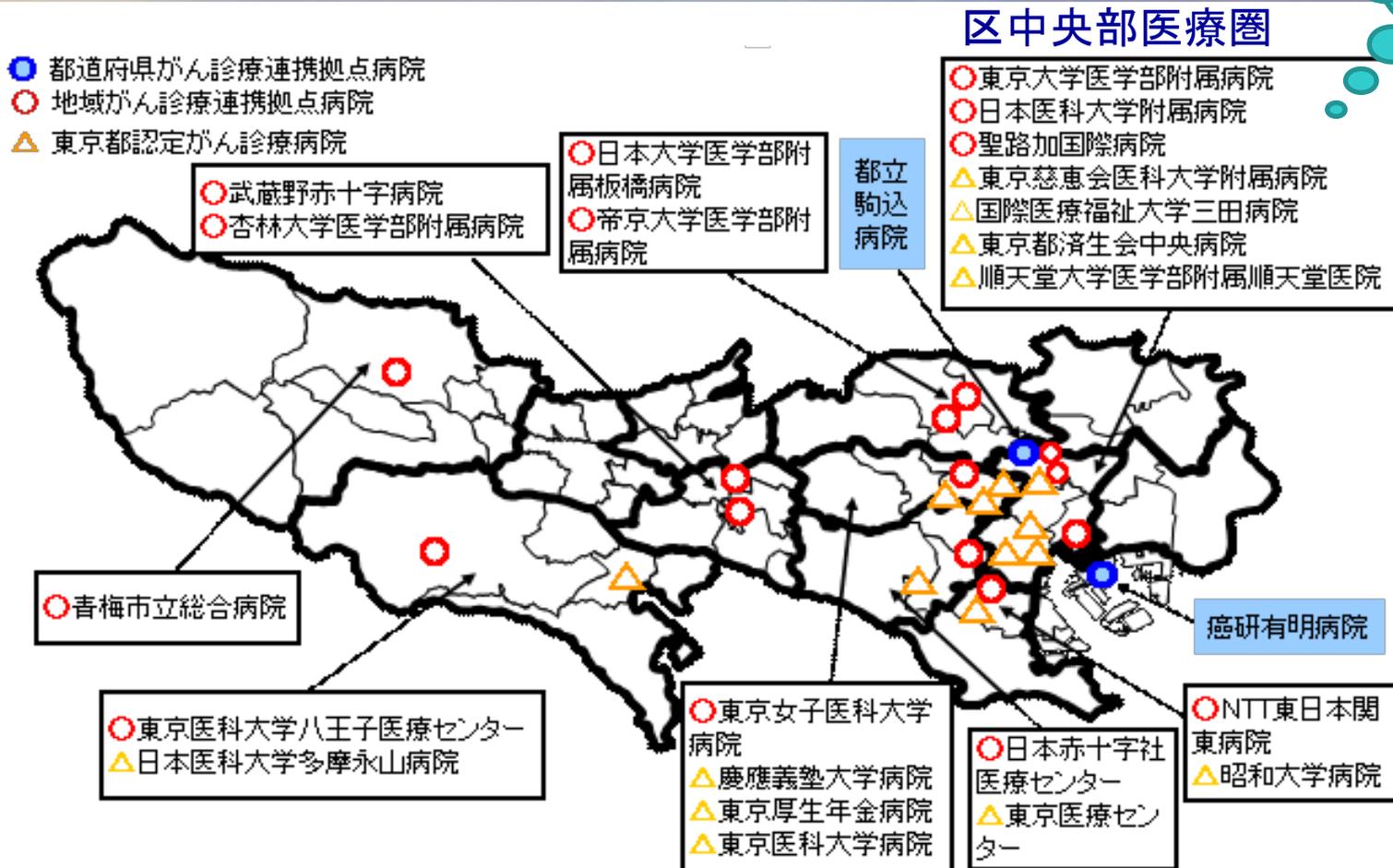
- 5年以内にがん検診受診率50%以上を目指す

- 5年以内にすべてのがん診療連携拠点病院で

5大がん(胃、大腸、肺、乳、肝がん)の地域連携クリティカルパスを整備する

東京都における地域がん診療連携拠点病院・都認定がん診療病院

区中央部医療圏には7つある



東京都の13の二次医療圏に24のがん診療拠点病院がある！

港区がん連携パス研究会

胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法の連携パス

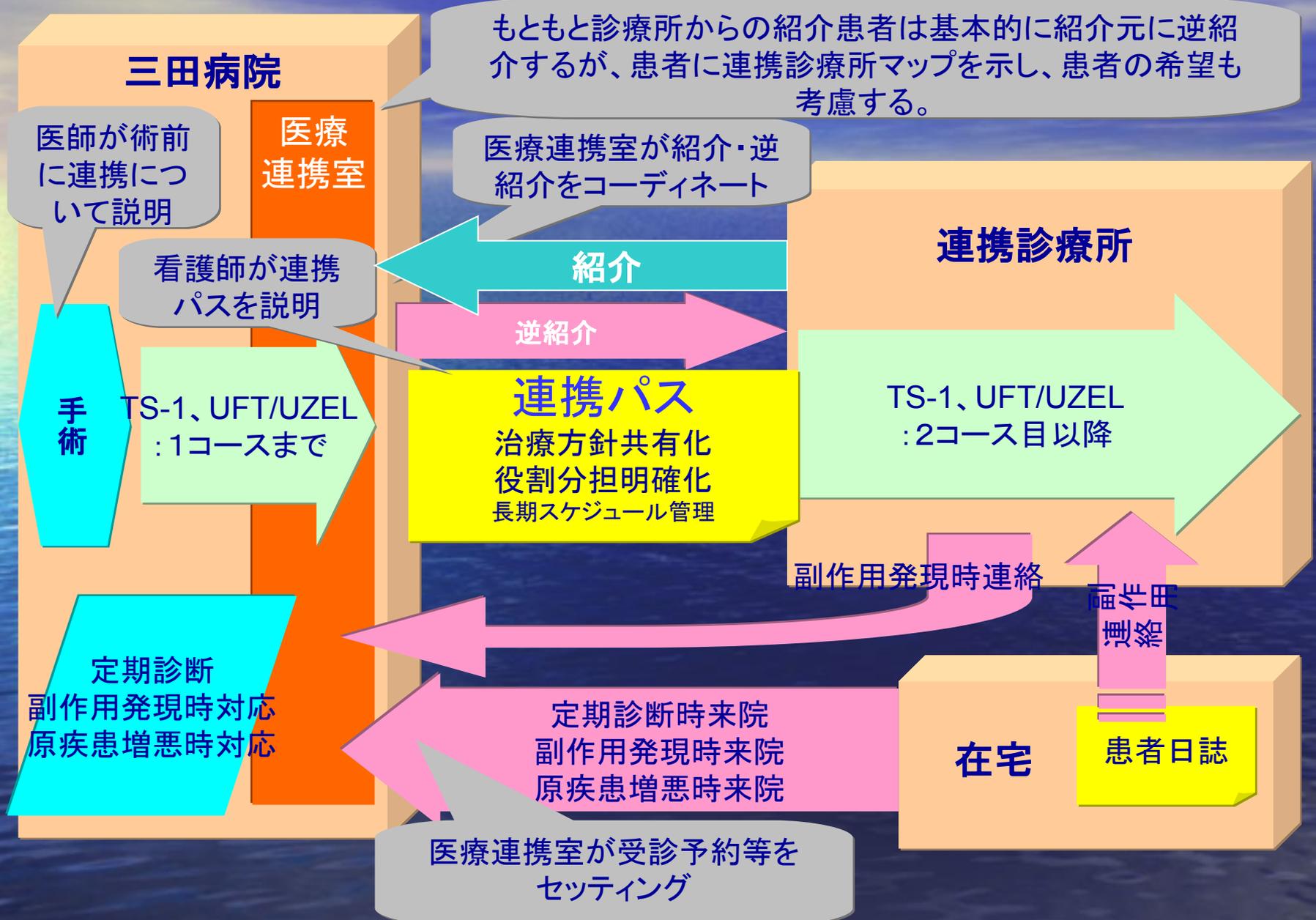
国際医療福祉大学三田病院
東京都済生会中央病院
山王病院



まずTS1のがん連携パスから

- TS1内服による病診連携パス
 - 服薬アドヒアランスの問題がある
 - 消化器がんの症例が多い
 - TS1内服の病診連携は応用範囲が広い
 - 胃がん、大腸がん
 - 頭頸部がん、手術不能例
 - 再発乳がん、膵臓がん、非小細胞肺がん、胆道がん
 - まずは胃がん・大腸がんのTS1連携から

TS1連携における術後治療患者の流れのイメージ



外来化学療法(TS1)の患者用連携パス

TS-1胃癌術後補助化学療法および検査スケジュール

さま

服薬開始日 年 月 日	3カ月後 年 月	6カ月後 年 月	9カ月後 年 月	1年後 年 月	1年 3カ月後 年 月	1年 6カ月後 年 月	1年 9カ月後 年 月	2年後 年 月	2年 6カ月後 年 月	3年後 年 月	3年 6カ月後 年 月	4年後 年 月	4年 6カ月後 年 月	5年後 年 月
----------------	-------------	-------------	-------------	------------	-------------------	-------------------	-------------------	------------	-------------------	------------	-------------------	------------	-------------------	------------

函館五稜郭病院	血液検査 腫瘍マーカー 	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー	血液検査 腹部CT 腫瘍マーカー 内視鏡	腹部CT	腹部CT	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT	腹部CT 内視鏡	腹部CT	腹部CT 内視鏡
	薬物 (TS-1) 治療 → 服薬日誌 服薬指導があります 副作用についての 説明があります  	 <p>気になる症状は主治医に 伝えてください。</p>													

6カ月後	9カ月後	1年後	1年 3カ月後	1年 6カ月後	1年 9カ月後	2年後	2年 6カ月後	3年後	3年 6カ月後	4年後	4年 6カ月後	5年後
------	------	-----	------------	------------	------------	-----	------------	-----	------------	-----	------------	-----

連携診療所	2週間毎に受診	1カ月毎に受診
	血液検査 	<3カ月毎> 血液検査 (腫瘍マーカー)
	薬物 (TS-1) 治療 → 服薬日誌  	気になる症状は主治医に 伝えてください。

函館五稜郭病院

連絡先:

主治医:

診療所名:

連絡先:

主治医:

【図2 TS-1による胃癌術後補助化学療法における地域連携パス (患者用)】

大腸がん(UFT/UZEL)地域連携パス

大腸癌StageIII 術後長期連携パス(医療者用)

様

病院主治医 _____ (電話: _____)
 診療所名: _____ 主治医 _____ (電話: _____)
 保険薬局名: _____ 薬剤師 _____ (電話: _____)

項目	病院	診療所における日常診療						
	退院	病院外来 6カ月後	病院外来 1年後	病院外来 1年半後	病院外来 2年後	病院外来 3年後	病院外来 4年後	病院外来 5年後
達成目標	/	/	/	/	/	/	/	/
連携、連絡		再発、副作用発生等の場合、横浜医療センターに連絡						
教育・指導		<input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明 服薬指導(保険薬局)						
投薬	チェック	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック						
	処方	<input type="checkbox"/> UFT/UZEL(4w) <input type="checkbox"/> UFT/UZEL(2w)						
検査・測定	消化器症状							
	皮膚症状							
	全身症状							
	薬物処置							
	PS							
	血圧							
	体温							
	体重							
	身長							
	心電図							
採血	2週毎		1ヶ月毎					
腫瘍マーカー	2ヶ月毎			3ヶ月毎				
採尿	1ヶ月毎							
検便								
腹部X線								
腹部超音波								
内視鏡								
CT								
MRI								

終末期の連携パス



在宅お看取りパスの作成
終末期の症状別薬剤パスの作成

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

終末期地域連携クリティカルパス

- 終末期連携パス

- 医師が記載する項目

- 患者状態(PS,栄養状態、精神状態、身体所見)、疼痛管理、麻薬、NSAID、補液、検査、病状説明

- 訪問看護の項目

- 食事、排泄、清拭、入浴、精神面と

- 訪問介助者の記載の項目

- 緊急時の連絡網の手順

- かかりつけ医→副主治医1→副主治医2→連携病院サポート医

在宅療養実施計画書（医療機関用）

作成日 年 月 日

_____様 歳 男・女

在宅介護人: _____ 続柄 _____

かかりつけ医(主治医) _____ TEL _____

副主治医1 _____ TEL _____

副主治医2 _____ TEL _____

連携病院 TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

アウトカム・方針

テキストで自由記載(テンプレート使用可)

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載(テンプレート使用可)

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

ケアマネージャー入力
氏名 _____

かかりつけ医が入力

在宅療養実施クリティカルパス (医療機関用)

パート4 糖尿病の地域連携パス

横浜医療センターの事例

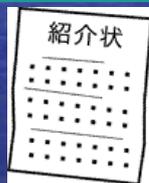


宇治原先生

横浜医療センターの糖尿病地域連携の概略

初期・安定期治療

かかりつけ医(非専門医)

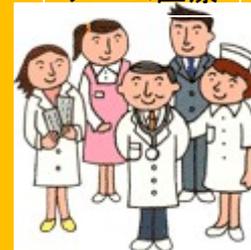


専門治療

横浜医療センター



チーム医療



教育入院パス(特に短期入院パス)

緊急対応

急性増悪時治療

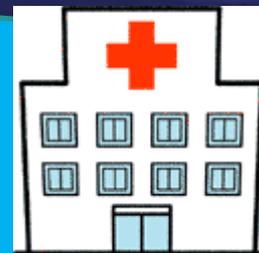


患者携帯型連携パス

慢性合併症治療



眼科クリニック



腎臓専門医

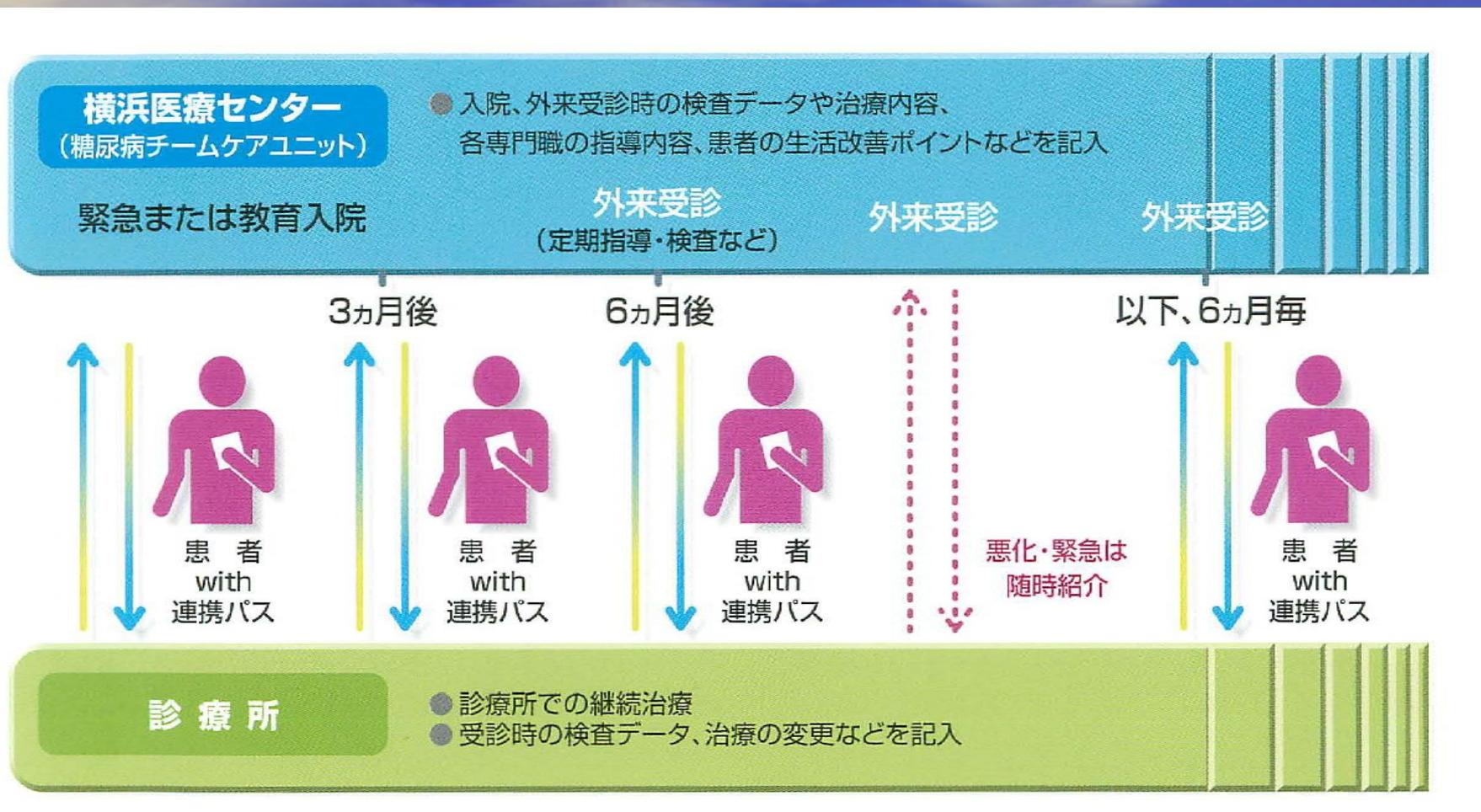
横浜医療センターでは・・・

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

糖尿病連携パスと大腿骨頸部骨折・脳卒中連携パスとの違い

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

糖尿病連携パスは双方向性



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

横浜医療センターの 糖尿病地域連携クリティカルパス



コンセプト

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

治療の目標値

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

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

かかりつけ医院のページ

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

横浜医療センターのページ

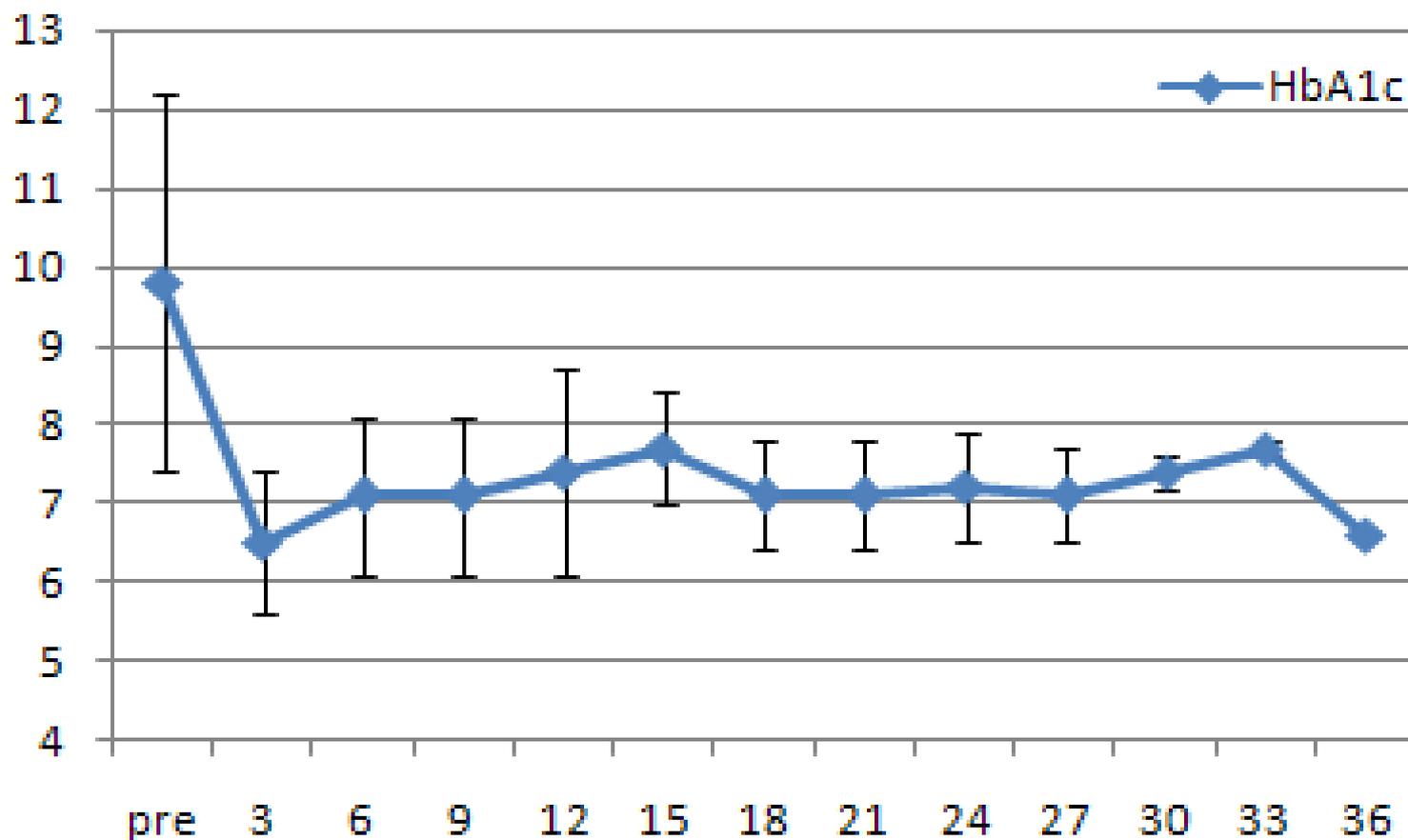
日 時	H 年 月 日
	ヵ月後
達成目標	HbA1c 6.5%以下
◆検査結果(採血)	
血糖値 空腹時 随時	-----
HbA1c(又はGA)	%
T-CHO	
TG	
HDL-CHO	
LDL-CHO	
Cre	
◆検査結果(尿)	
尿糖	
尿蛋白(ACR)	
◆体 重	kg
体脂肪率	%
ウエスト周囲径	cm
血 圧	/
◆眼所見	
糖尿病網膜症 右 左	(なし・単純・増悪前・増悪)
変 化 右 左	(改善・不変・悪化)
福田分類(右/左)	(/)
そ の 他	
患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。)	
備 考 (内服薬などの変更があれば記入してく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

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

時系列ページ(かかりつけ医と横浜医療のページ)

連携パス患者31名時点でのHbA1cの変動 (横浜医療センター)

HbA1c



地域連携パスの作り方



地域連携クリティカルパスの 作り方

- ステップ1 地域連携パス研究会
 - － 疾病単位に研究会を作る
 - 地域医療連携の実態調査を行う
 - 研究会には医師、看護師、コメディカルスタッフ、地域連携室が参加する
- ステップ2 診療ガイドラインやケアプロセスの共有
 - － 疾病のケアプロセスを見直して、診療ガイドラインに準拠した地域連携パスを作成
 - － 医療機関間の役割分担を明確にする
- ステップ3 地域連携パスを作る
 - － オーバービューパスを作る、患者用パスをつくる

地域連携クリティカルパスの 作り方

- ステップ4 運用マニュアルを作る
 - 運用のための連絡窓口や手順を作る
 - 患者紹介や転院、逆紹介の適応やタイミングを
取り決める
- ステップ5 IT化
 - 地域連携パスをIT化する、データベースを作る
- ステップ6 アウトカム評価
 - 臨床指標を用いてアウトカム評価を行う

パート5

地域IT連携の3類型



黒部市民病院整形 今田光一先生

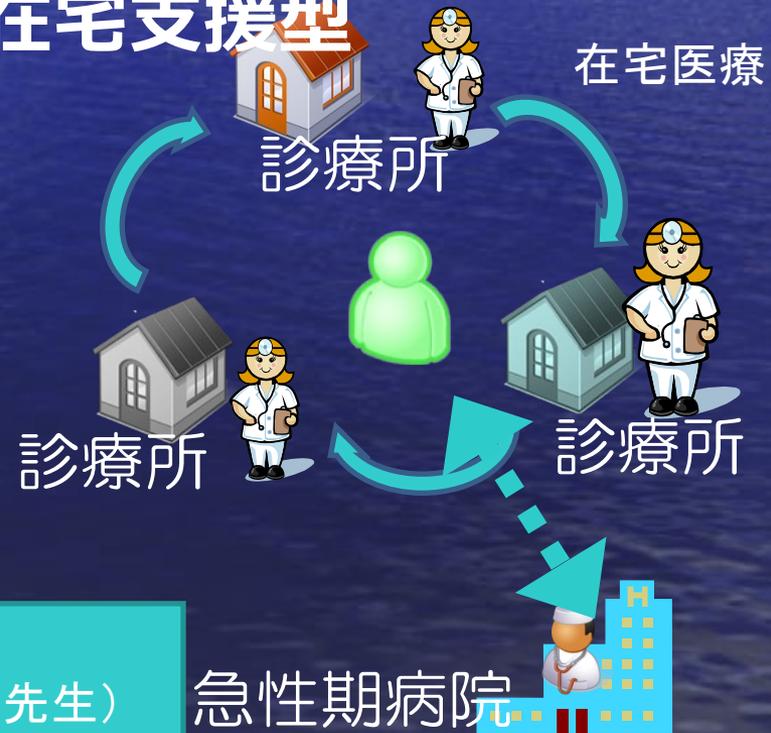
A. 一方向型 (双六上がり型) 大腿骨頸部骨折、脳卒中



B. 双方向型 糖尿病、がん



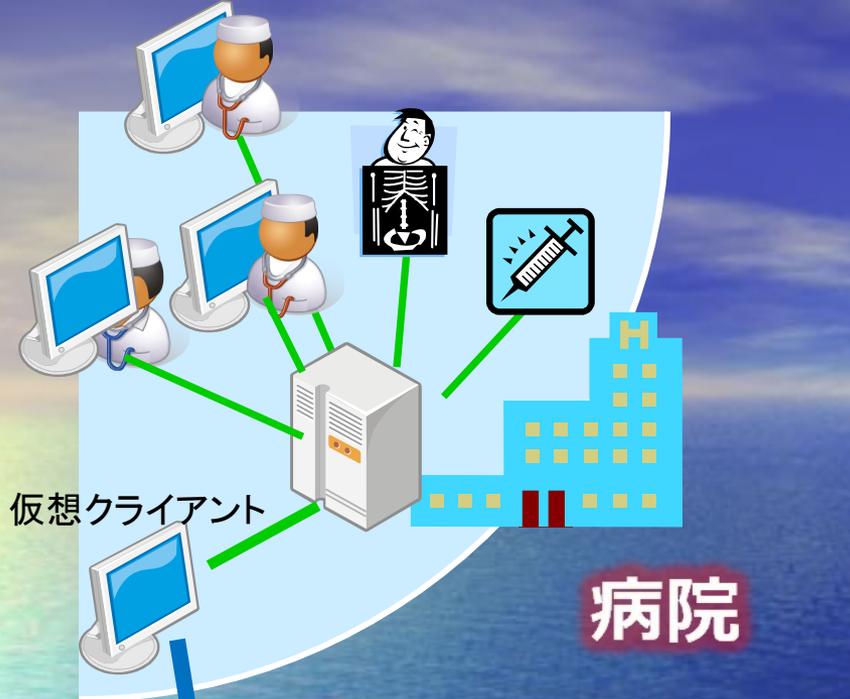
C. 在宅支援型



地域連携の3類型

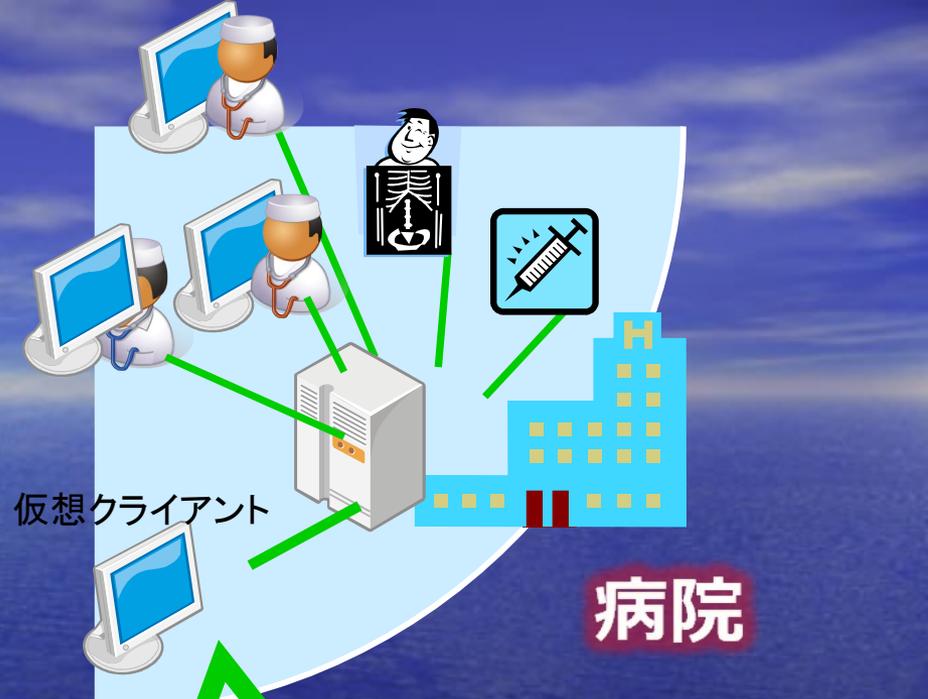
(黒部市民病院今田先生)

急性期病院



A

一方向型



B

双方向型

在宅での共同診療・看護・介護

C在宅支援型①

クライアント
サーバーモデル

訪問看護ステーション

診療所

看護師

患者

医師

医師

鶴岡市医師会
NET4U

医師・看護師

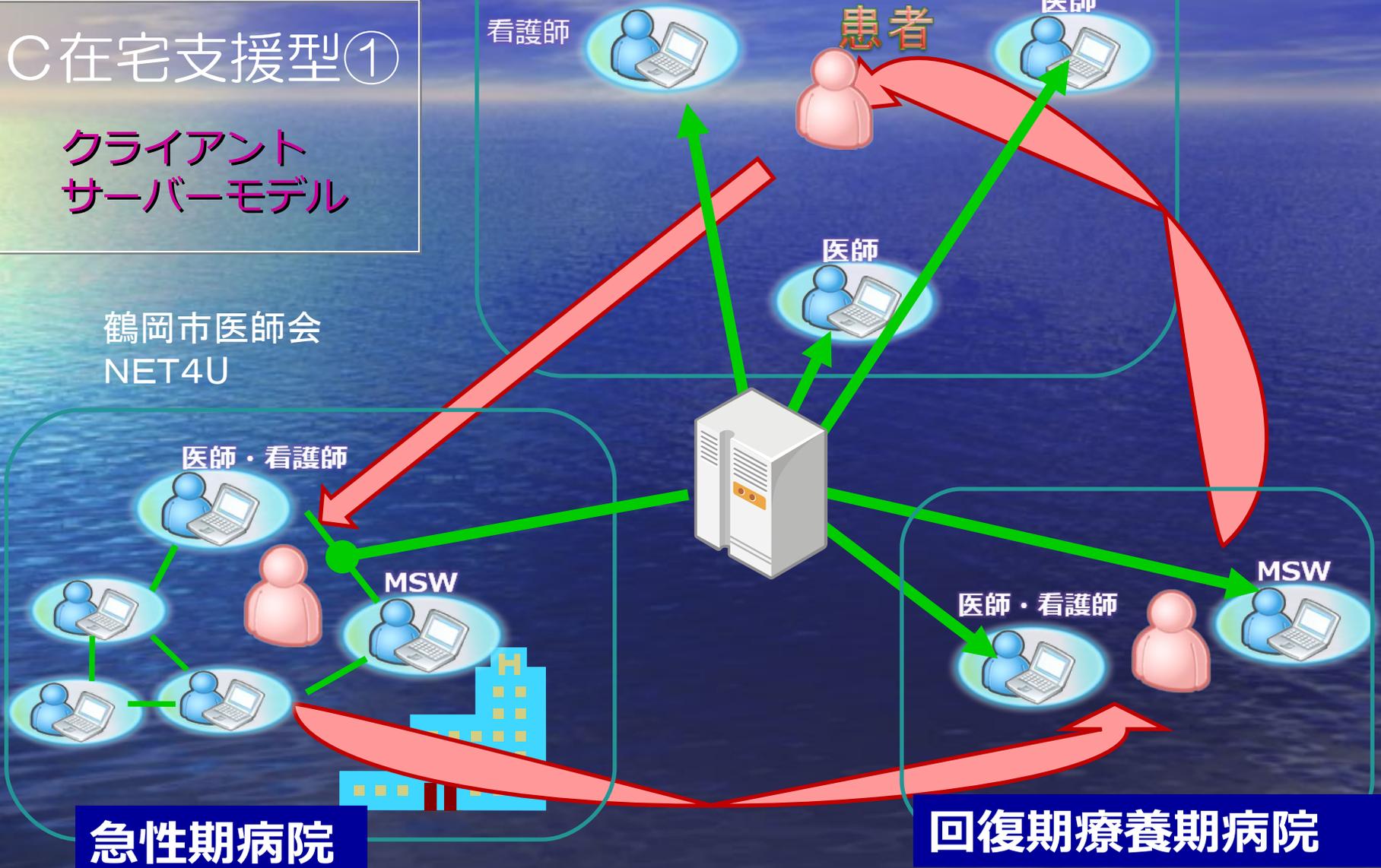
MSW

医師・看護師

MSW

急性期病院

回復期療養期病院



在宅での共同診療看護や診療所

C 在宅支援型②

Peer to Peerモデル



Peer to Peer
アプリケーション
を搭載したパソコン

黒部市医師会

訪問看護ステーション

診療所

看護師

患者

医師

医師

医師・看護師

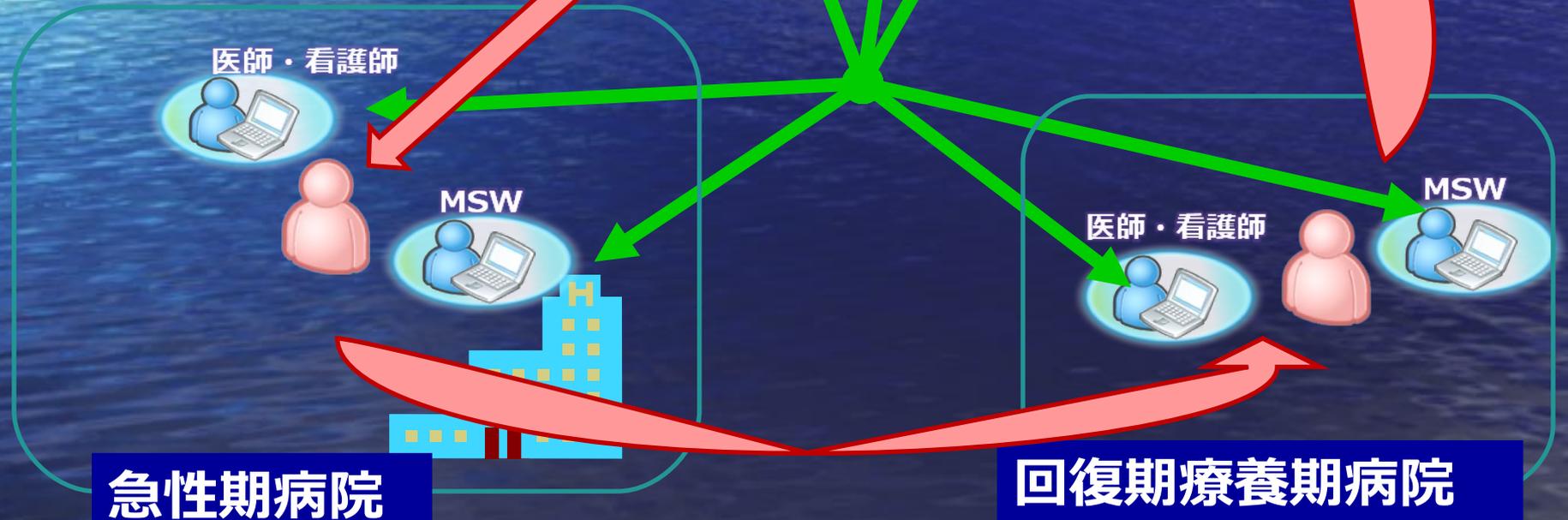
MSW

医師・看護師

MSW

急性期病院

回復期療養期病院



まとめと提言

- 地域医療計画が大きく変わる！
- 4疾患の地域連携ネットワークが始まる
- 診療報酬に脳卒中連携パスが導入
- 4疾患の地域連携クリティカルパスを作ろう
- 地域連携パスにはIT化が必須