

A large, modern, multi-story building with a grid of windows, identified as International Medical Welfare University. The building is partially obscured by lush green trees on the right side. A covered entrance area is visible in the foreground.

# 地域医療計画と地域連携

～地域連携クリティカルパスと退院支援～

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
  - － 診療報酬改定と脳卒中連携パス
- パート3
  - － がん対策基本法とがん連携パス
- パート4
  - － 糖尿病と循環器疾患の連携パス
- パート5
  - － 後期高齢者と地域連携

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

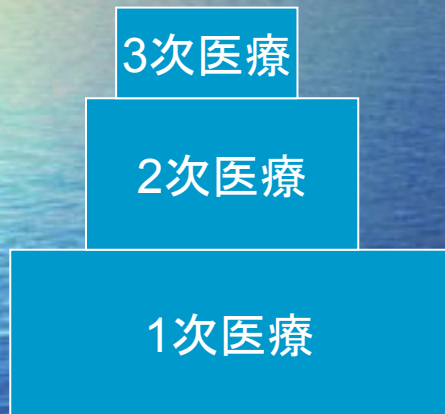


医療連携の法制化

# 地域医療計画の見直し

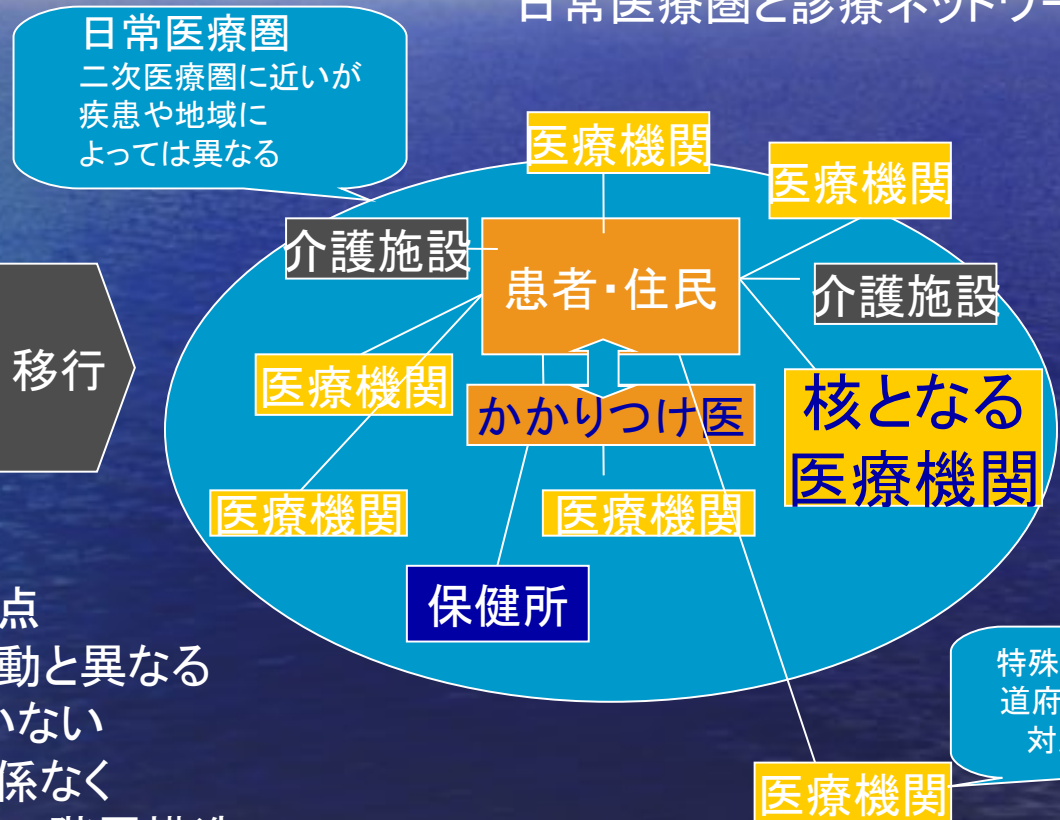
## 疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想



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

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

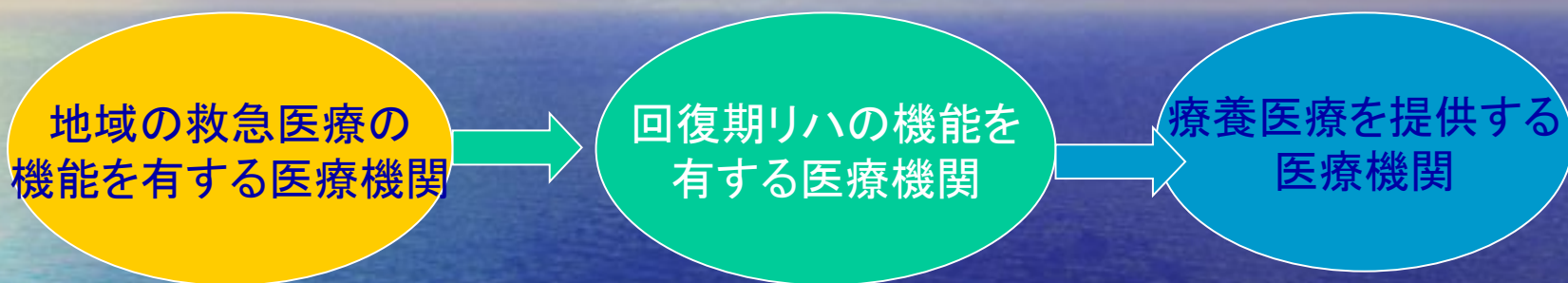
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 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！

# 診療機能の情報開示がまず第一歩 —脳卒中の医療連携マップの作成—



〇〇病院の医療機能  
医師数、医療機器、  
施設基準等、手術件数

△△病院の医療機能  
医師数、PT／OT数、  
平均在院日数、  
地域連携クリティカルパス  
の使用状況

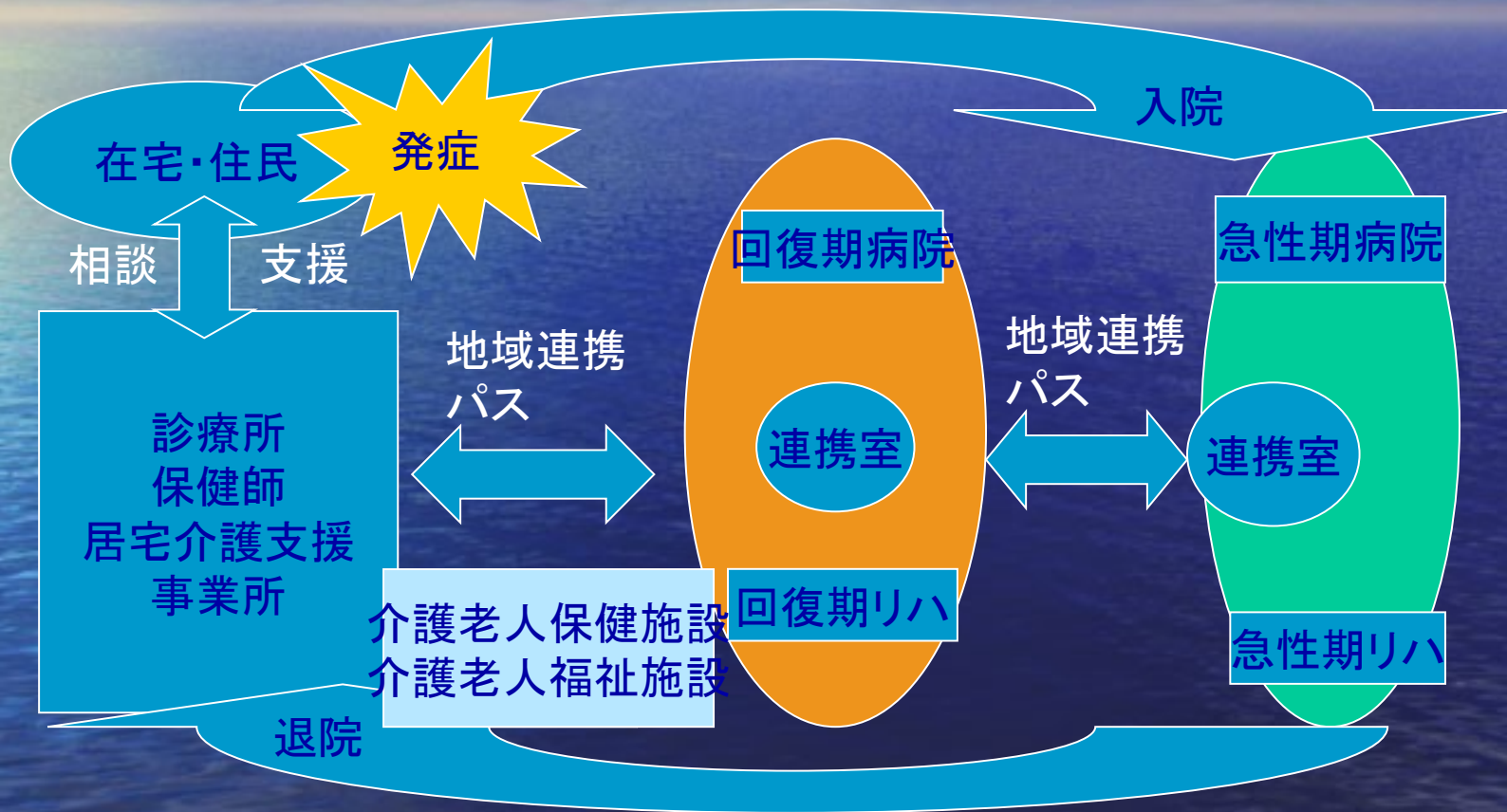
□□診療所の医療機能  
医師数、看護師数  
平均治療日数  
在宅医療の実施状況



# 各医療施設に求められる病院機能

- 急性期病院
  - － 4時間以内に検査(CT・MRI等を含む)が可能
  - － 外科治療を含む専門的な治療が24時間可能
  - － 来院後3時間以内のt-PA治療が可能
- 回復期リハビリ病棟
  - － 高度障害に対する集中的なリハビリテーションが可能
  - － 急性期～維持期の連携
- 維持期リハ
  - － 再発予防のリハビリテーションが可能
- 急性期～維持期の連携

# 脳卒中連携と地域連携パスの流れ



# 新医療計画では 数値目標が設定される

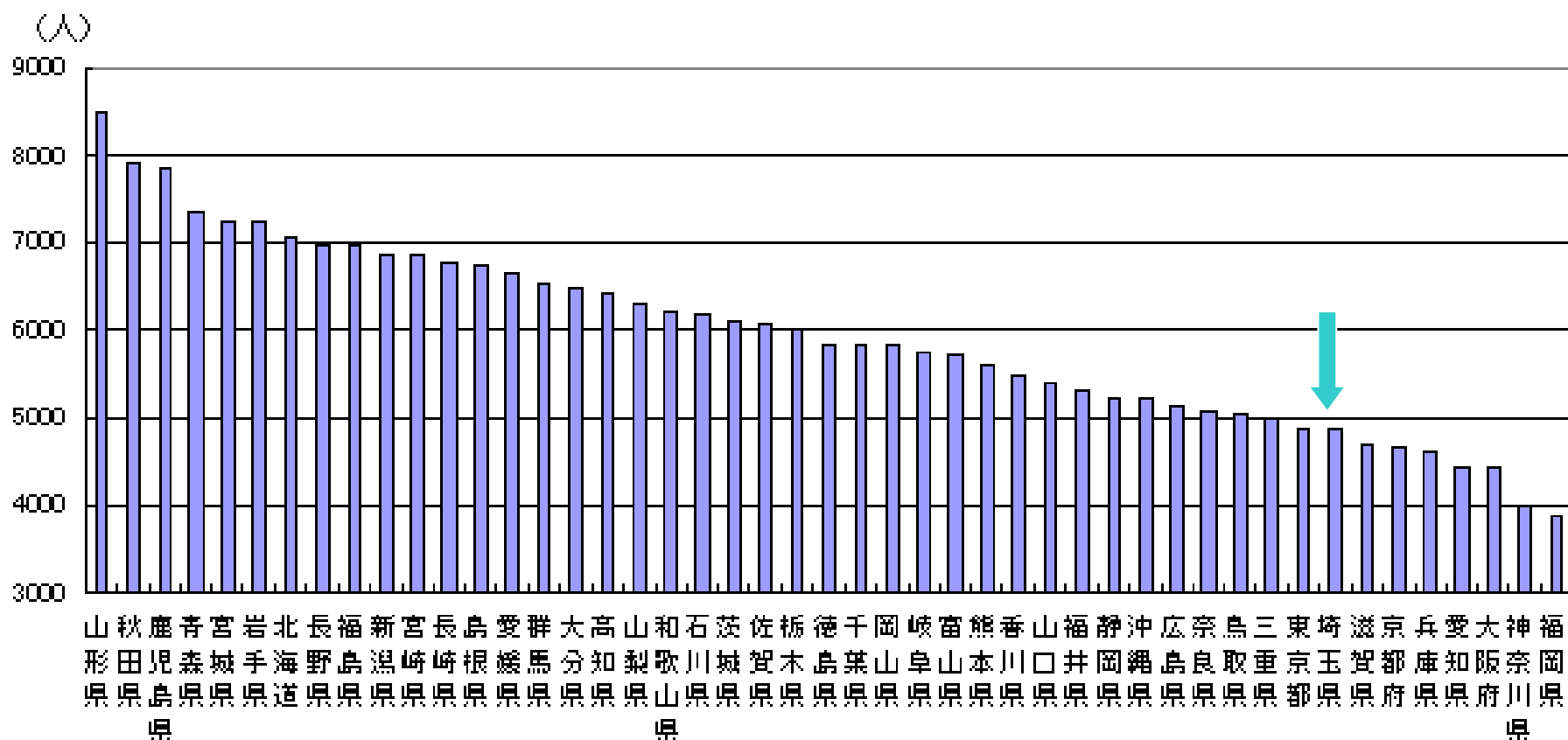
医療計画は5年計画  
計画期間内に達成すべき数値目標を決める

# 地域医療計画における数値目標

- 脳卒中などの年間総入院日数の短縮(〇〇日から〇〇日へ)
- 地域連携クリティカルパスの使用率(〇〇%へ)
- 在宅復帰率の向上(〇〇%へ)
- 在宅での看取り率(〇〇%)
- 都道府県、2次医療圏ごとにベンチマークする

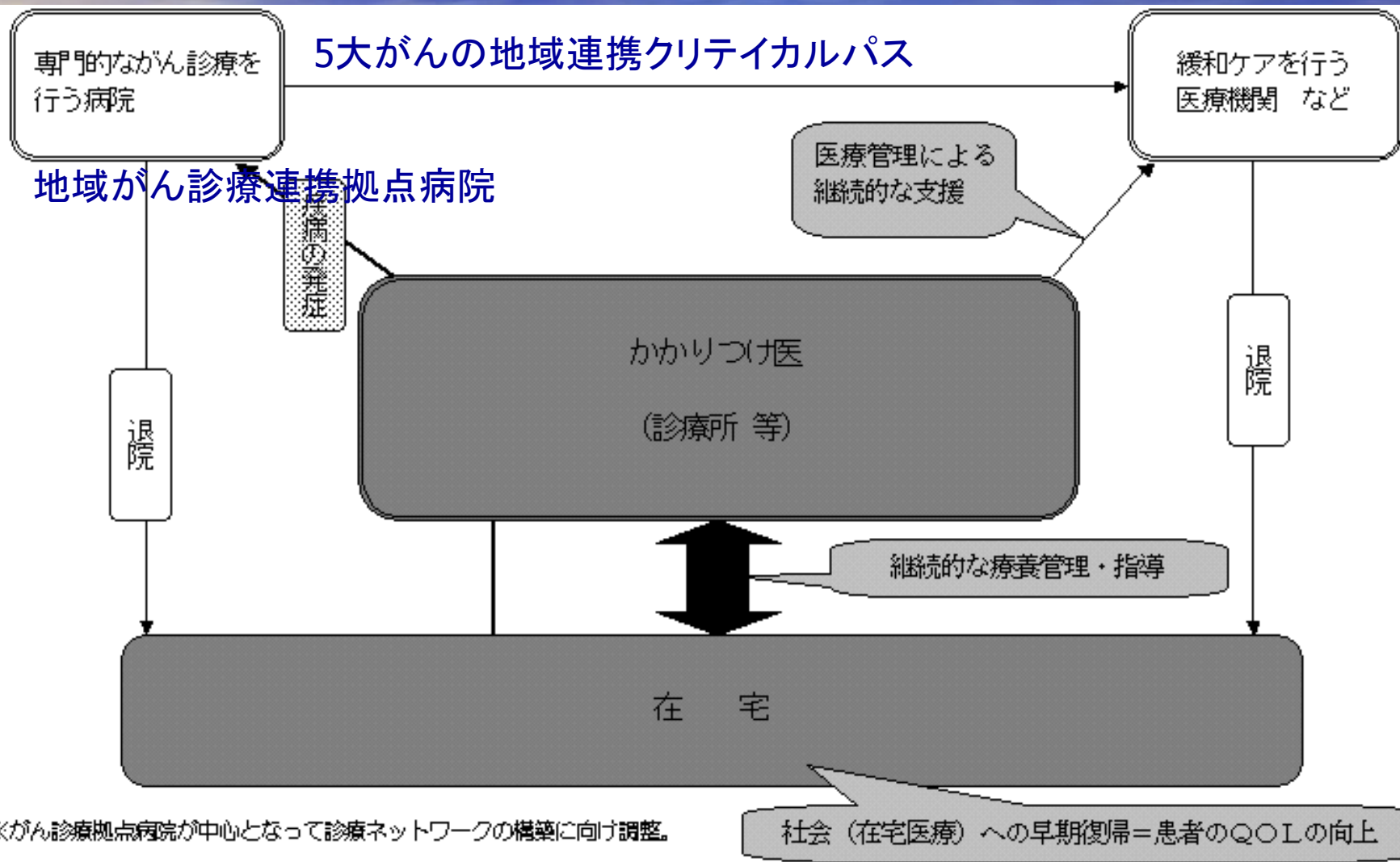
# 高血圧疾患の都道府県別患者率

都道府県別にみた高血圧疾患の患者率（人口10万対）



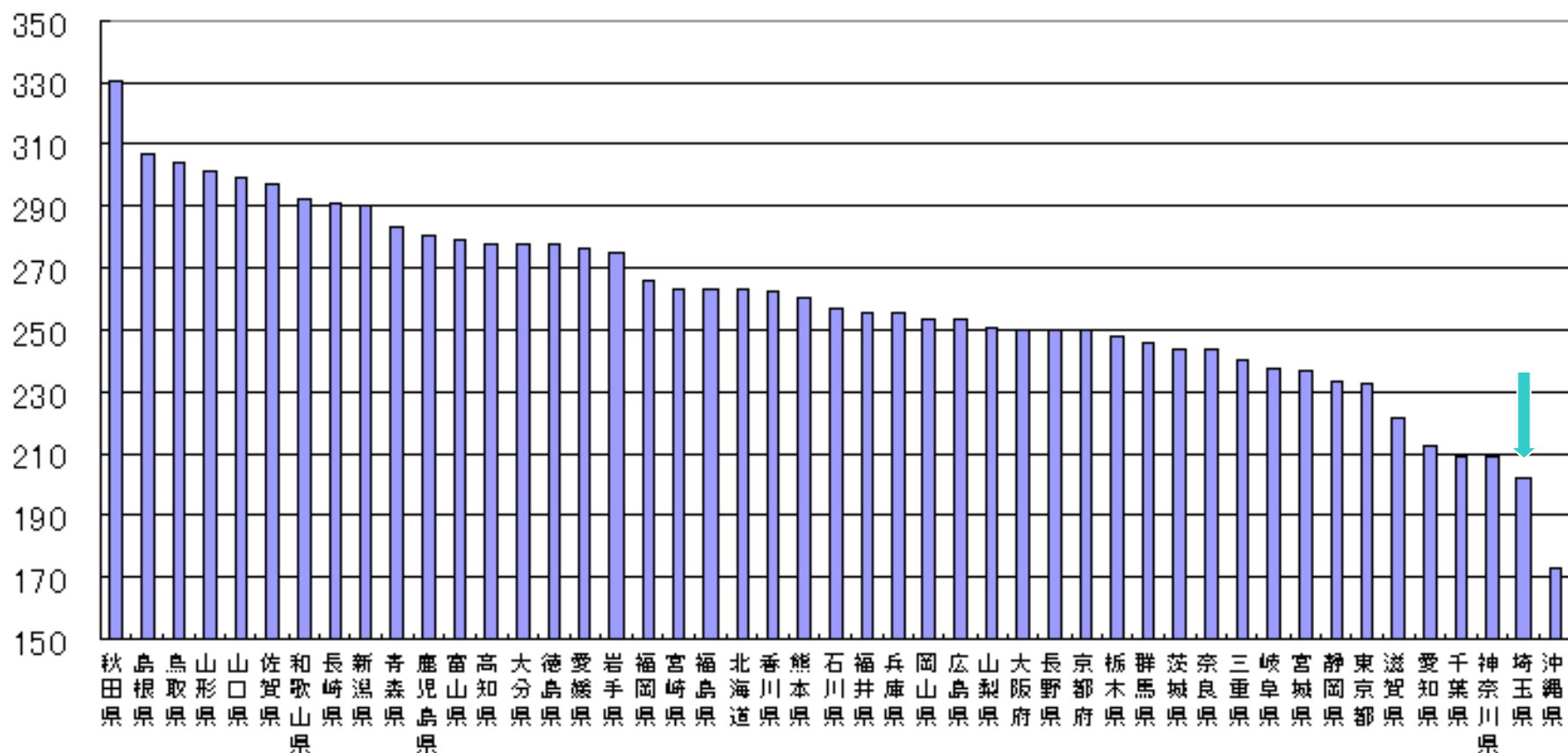
平成14年患者調査

# がんの診療ネットワーク



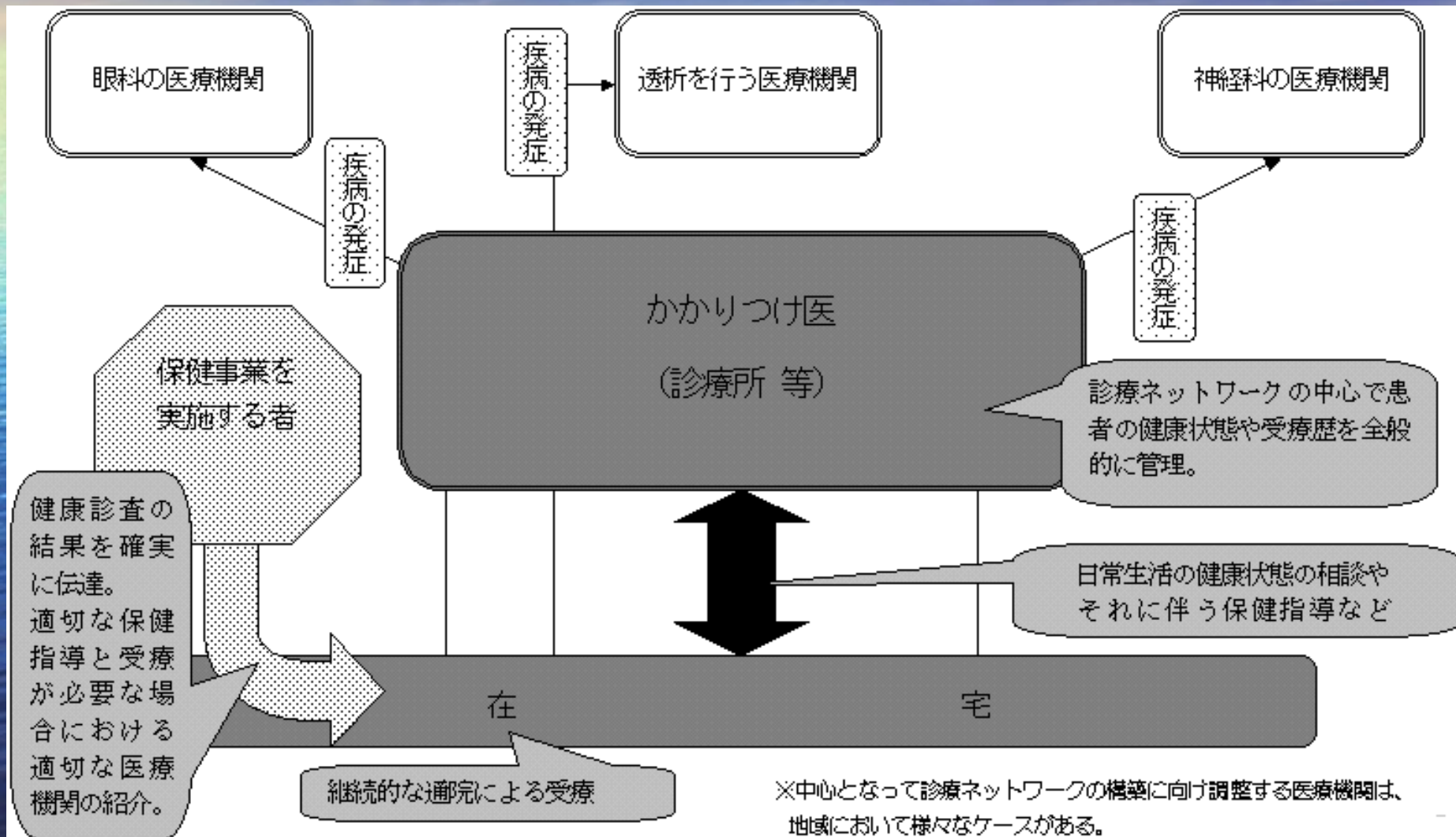
# がんの都道府県別死亡率

(人) 都道府県別にみた悪性新生物による死亡率(人口10万対)



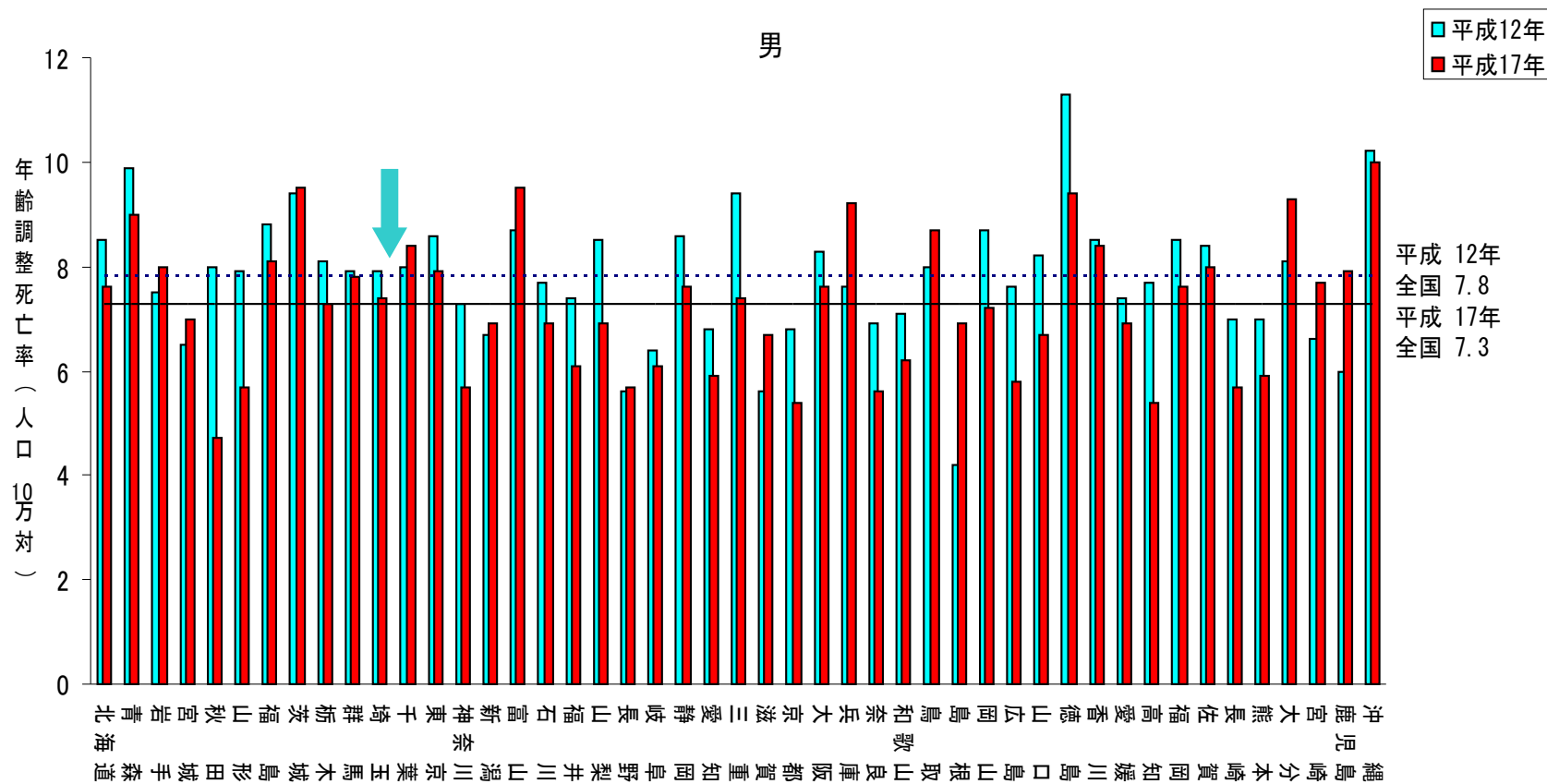
平成15年人口動態調査

# 糖尿病の診療ネットワーク

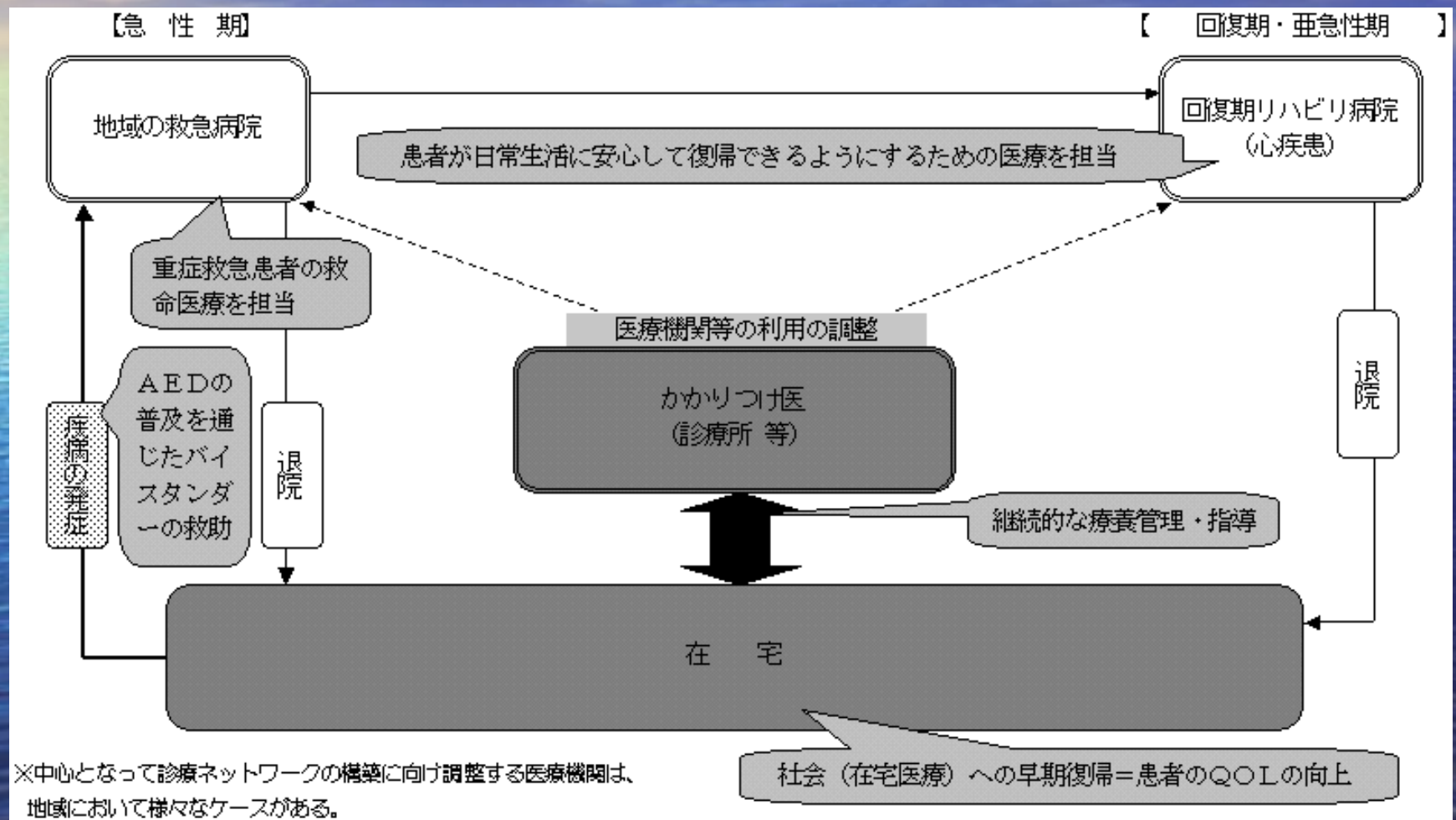




# 糖尿病の都道府県別ベンチマーク例

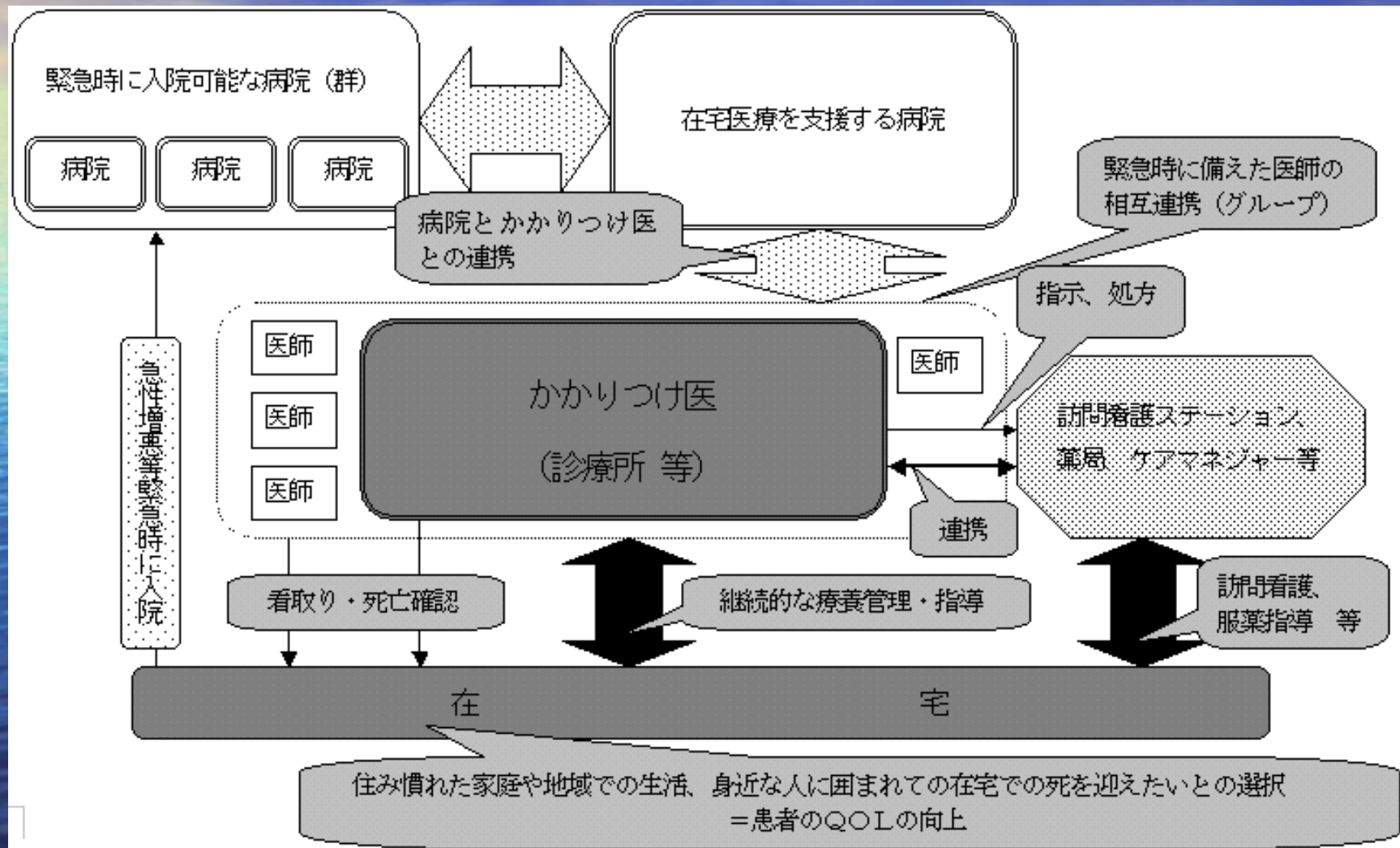


# 急性心筋梗塞の診療ネットワーク

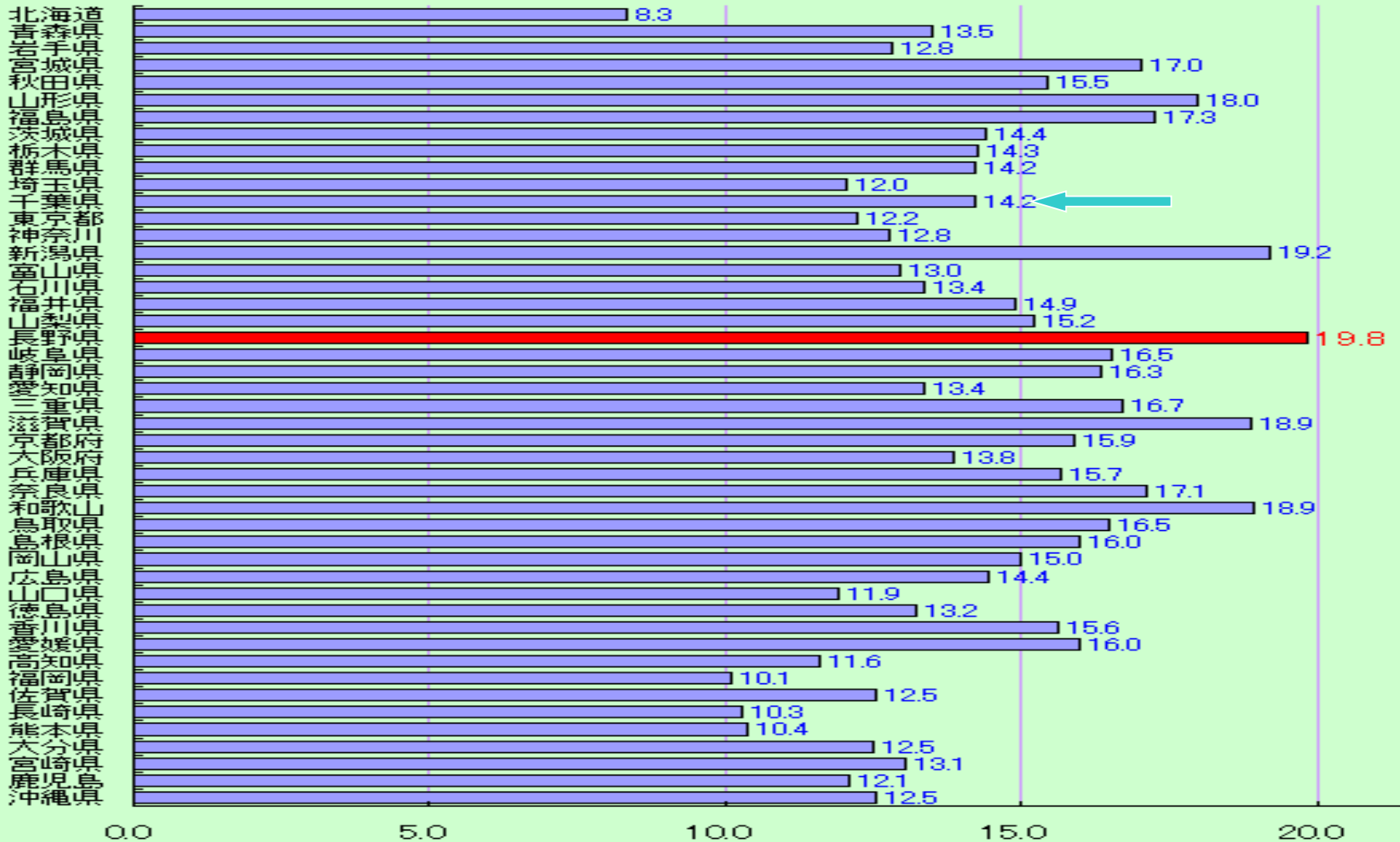




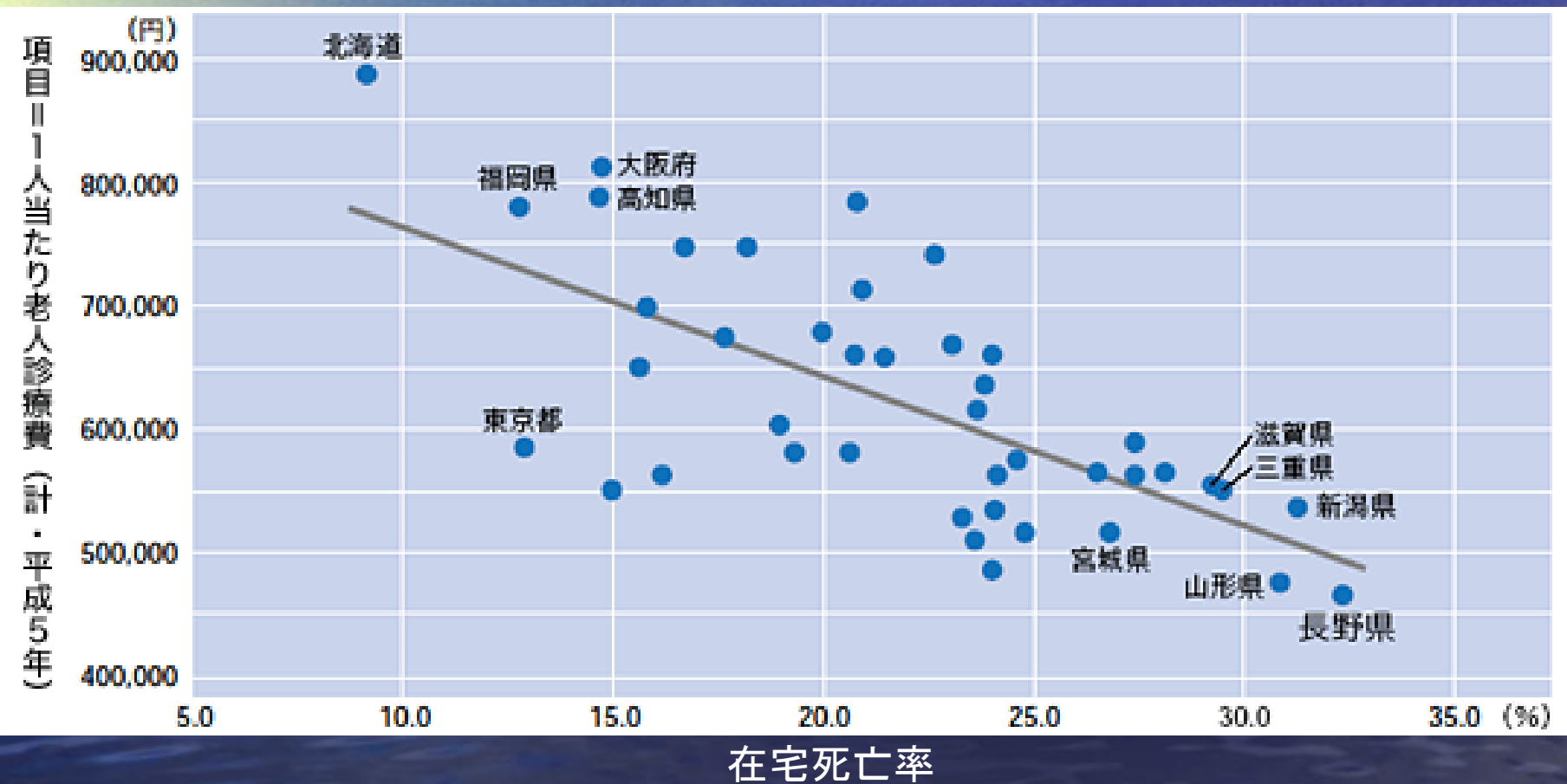
# 終末期ケアの診療ネットワーク



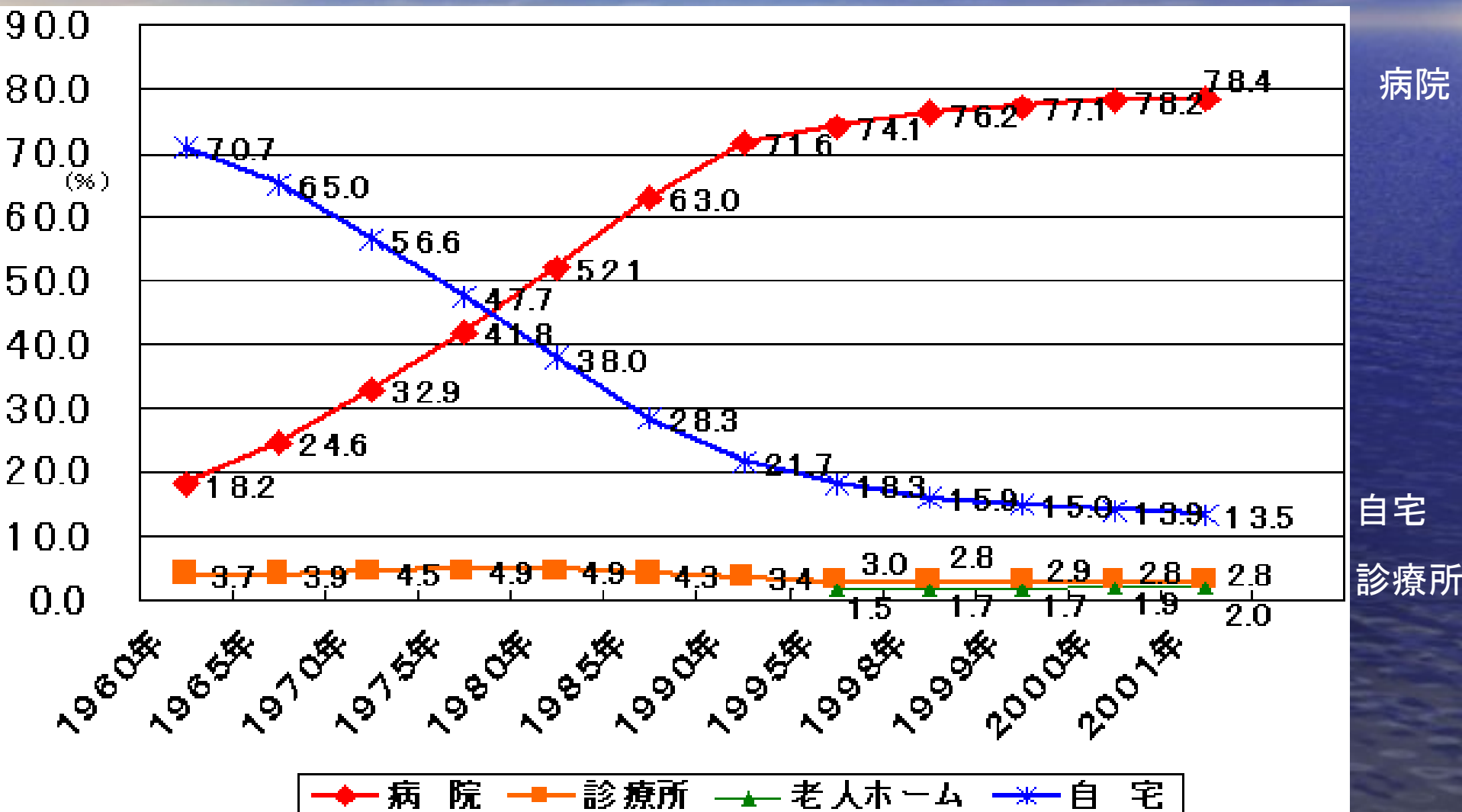
# 都道府県別在宅看取り率



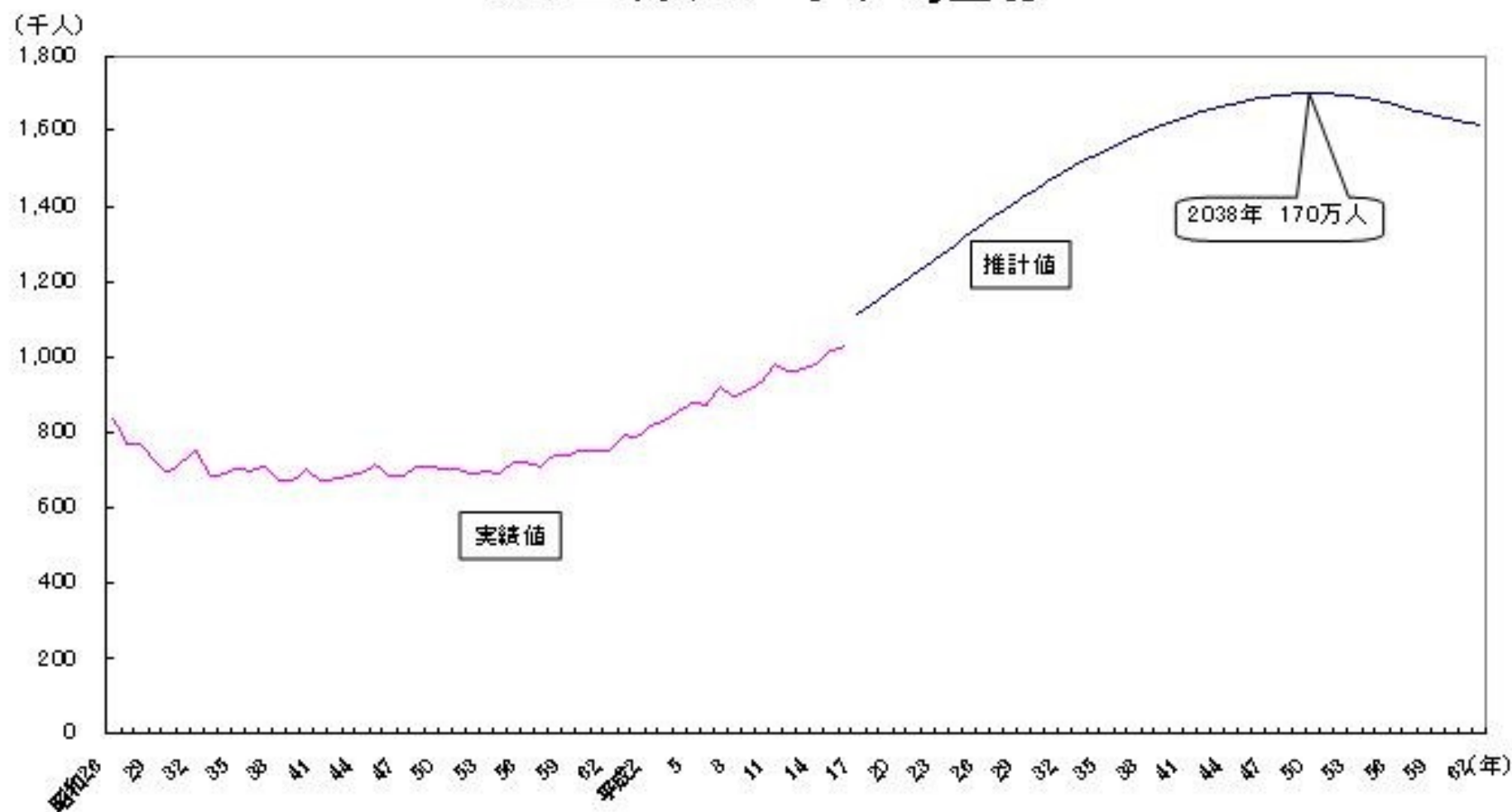
# 1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



# 死亡の場所の内訳推移



# 死亡数の年次推移



資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」（中位推計）



# 2040年火葬場が足りない！



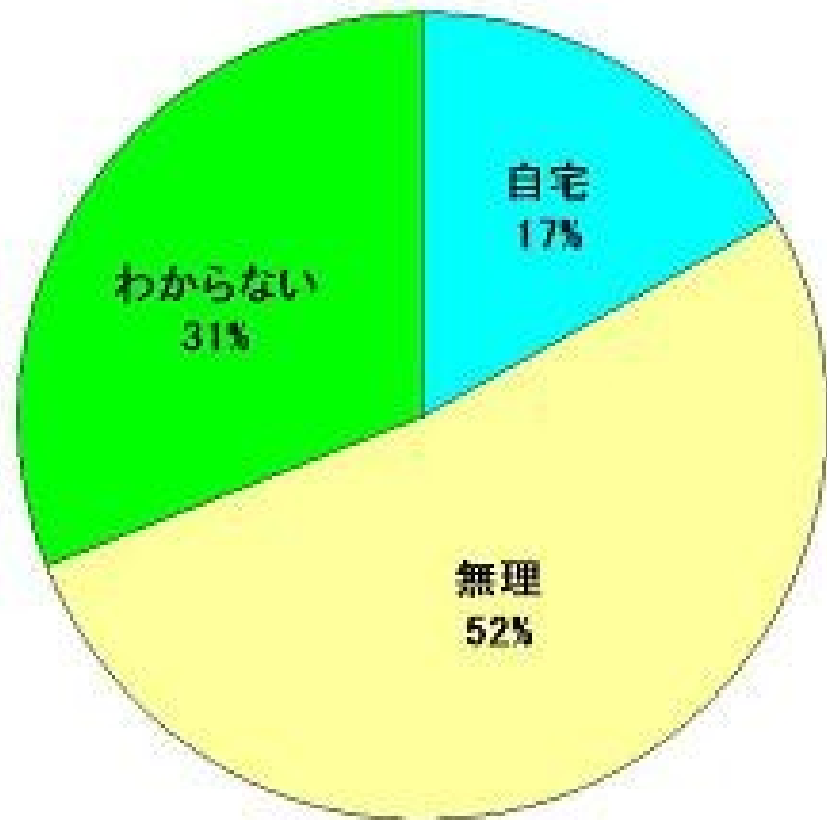
火葬船構想

3000トン級のフェリーで火葬する(日本財団)

# 在宅死目標25%

- 自宅など医療機関以外で死亡する割合を現在の13%から25%に引き上げる 目標を設定
- 在宅死目標25%が達成できれば、10年後に2000億円、20年後には5000億円の医療給付費を削減

# あなたの家族は自宅で看取ってくれますか？



「自宅で看取ってくれますか」という問いに対する高齢者の回答割合(青森県保険医協会提供)

## ● 自宅で最期を迎える時の問題点

- 家族の負担が大きすぎる  
62%
- 急変した時の対応に不安  
55%
- 介護してくれる人が高齢化  
42%
- 介護してくれる家族がない  
34%
- 居住環境が整っていない  
32%

在宅死25%を目標  
でも、死に場所がない！

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

# 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2

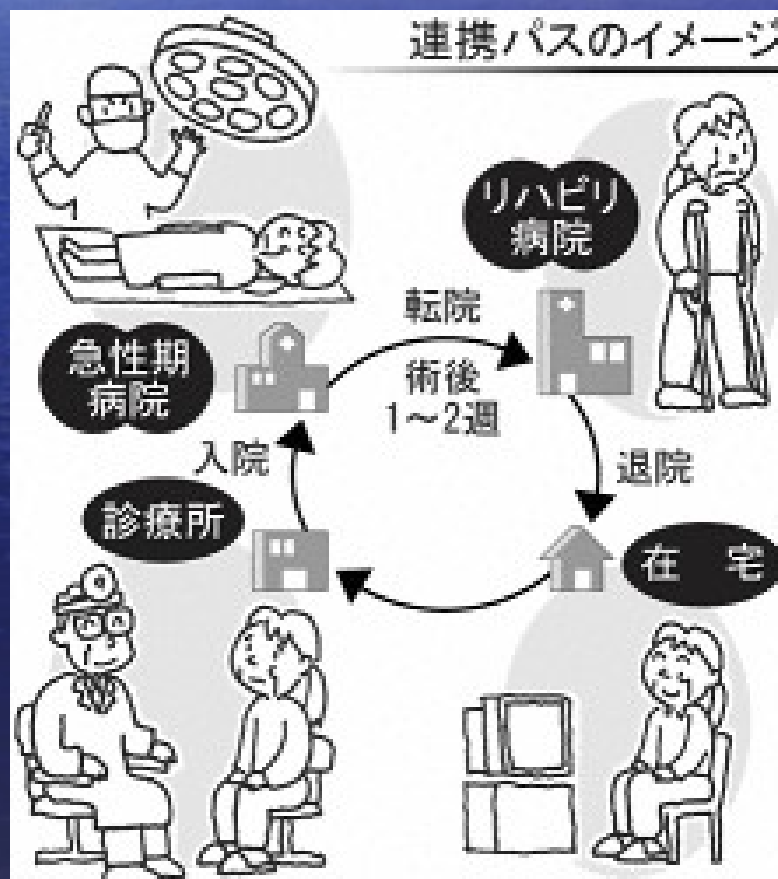
# 診療報酬改定と脳卒中連携パス

大腿骨頸部骨折で連携パスが点数化された  
2008年4月脳卒中の連携パスが点数化される

# 地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス

- 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
- 一方向型パス
- 双方向型パス
- 在宅支援型パス



クリティカルパス名

胃瘻

職員用

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(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)						交包
検査		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		ベッド上安静	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	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	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 300ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3	水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								TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	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								
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		内服中止	内						内服継続
観察		体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )						体温( ) ( ) ( ) ( )
		脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )						脈拍( ) ( ) ( ) ( )
		血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )						血圧( ) ( ) ( ) ( )
		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )						SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )
				出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )						出血( ) ( ) ( ) ( )
				創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )						創状態( ) ( ) ( ) ( )
				喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )						喀痰( ) ( ) ( ) ( )
											下痢( ) ( ) ( ) ( )
											嘔吐( ) ( ) ( ) ( )
											臍満( ) ( ) ( ) ( )
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	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名											

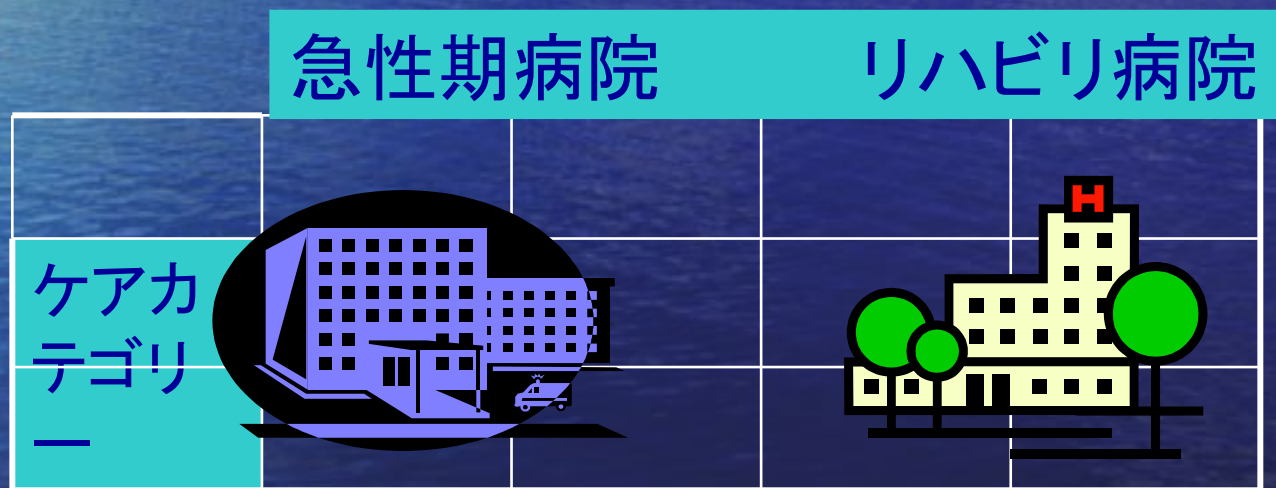
クリティカルパス標準診療計画  
疾患別に作る標準診療計画



クリティカルパスは患者さんにも好評

# 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

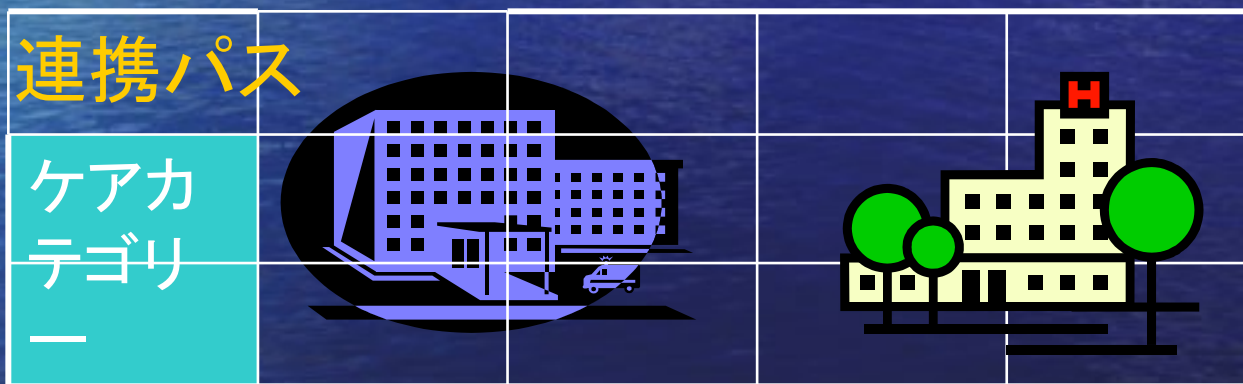
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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	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					退院〇/〇	自・監・介
清潔	清拭					創チェック	シャワー浴可	入浴					自・監・介
セルフ	【急性期病院】 有無						リハビリ病院						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				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					有・無
食事	常食 特食( )	腹鳴音確認後飲水可	常食 特食( )				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 退院〇/〇	有・無
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			要介護度:〇
	痴呆:有・無・疑い		筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇			痴呆:有・無・疑い	筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇			痛み:有・無(部位: )			サービス:有・無( )
	痛み:有・無(部位: )					痛み:有・無(部位: )				薬:飲薬・坐薬( 回/日)			

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

人工骨頭 術後8週間  
骨接合 術後10週間

# 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



歩くと膝がグラグラしない。 平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。  
肩の力を抜いて歩ける。 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、浴室などは転倒し易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) 脱臼し易い姿勢に注意!

【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

## 『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、食事出来ます	制限ありません			
話	話にのびて訓練で 引ひ強ります (痛くないように)	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	リハビリ室にて訓練開始です		
歩		3時間たったら、身体を おこせます	車椅子で移動出来ます	歩行棒内での起立から徐々に 歩き始めます		
入	訓練の指導、説明 おこないます	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	個人入浴で済み具合は違いますが 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		
入	病室でのリハビリが 始まります					
排	排便の確認をします					
薬	必要に応じて薬を 服します		ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)		術後8日目まで全抜糸です 全抜糸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	必要に応じて疼痛 (坐薬) 使用		必要に応じて疼痛 (坐薬) 使用			
検	必要時に血液検査、 他科受診があります		血液検査		血液検査 レントゲン撮影	
診	入院時説明	術後説明			経過説明	
明	手術時説明					
診	麻酔科医科診察					
指	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

リハビリ科スタッフへ

\* 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

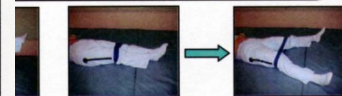
生活が目標の方  
家屋改修指導 試験外泊)

## 伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

### 目安

### 杖歩行 → 屋外歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。  
棒内を歩ける。



### 自宅・施設)

生活の場を通して実践

しましょう。

ずつ始めた方が楽です。

### 目標の方)

ます。リハビリスタッフにご相談ください。

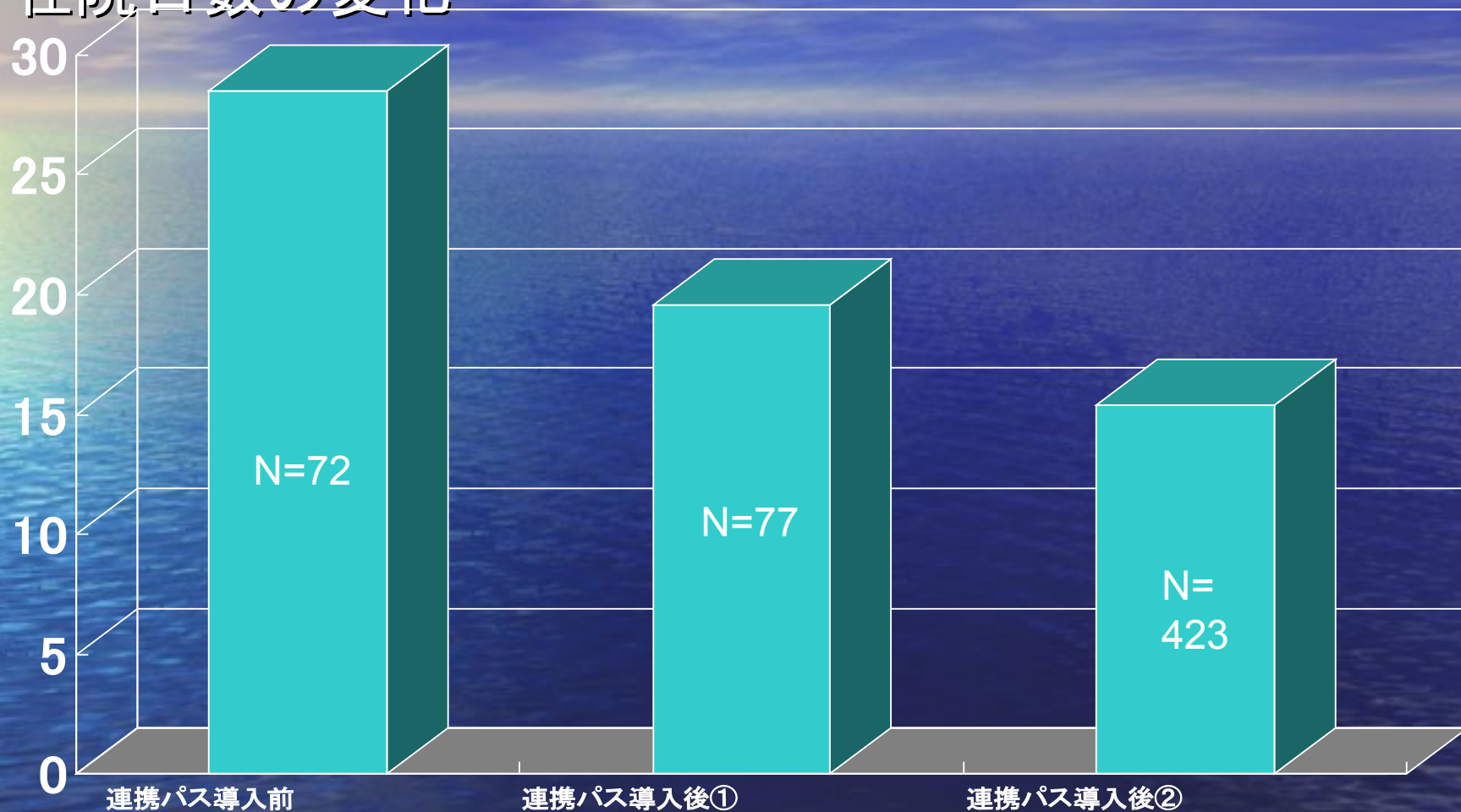


熊本医療センター 整形外科  
電話番号:096-353-6501

# 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

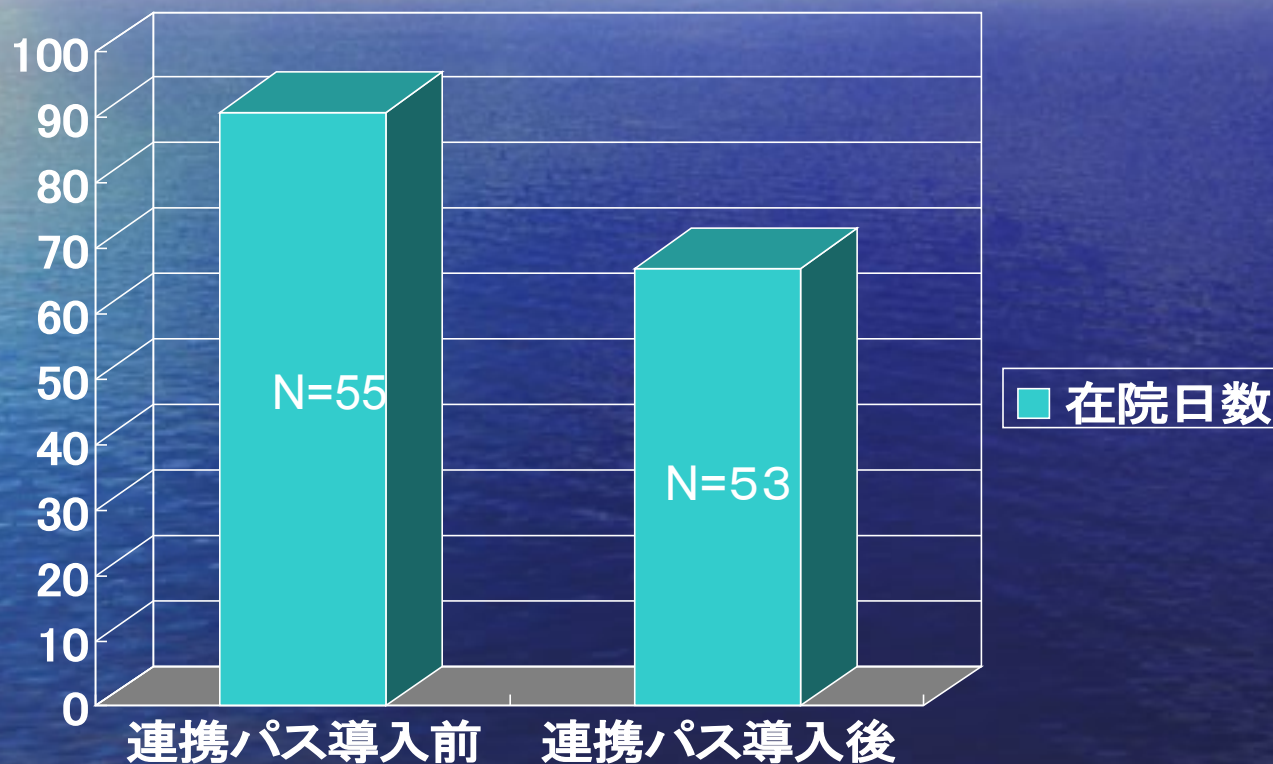


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

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

シーム...

1

レポート数: 10

ソート済み

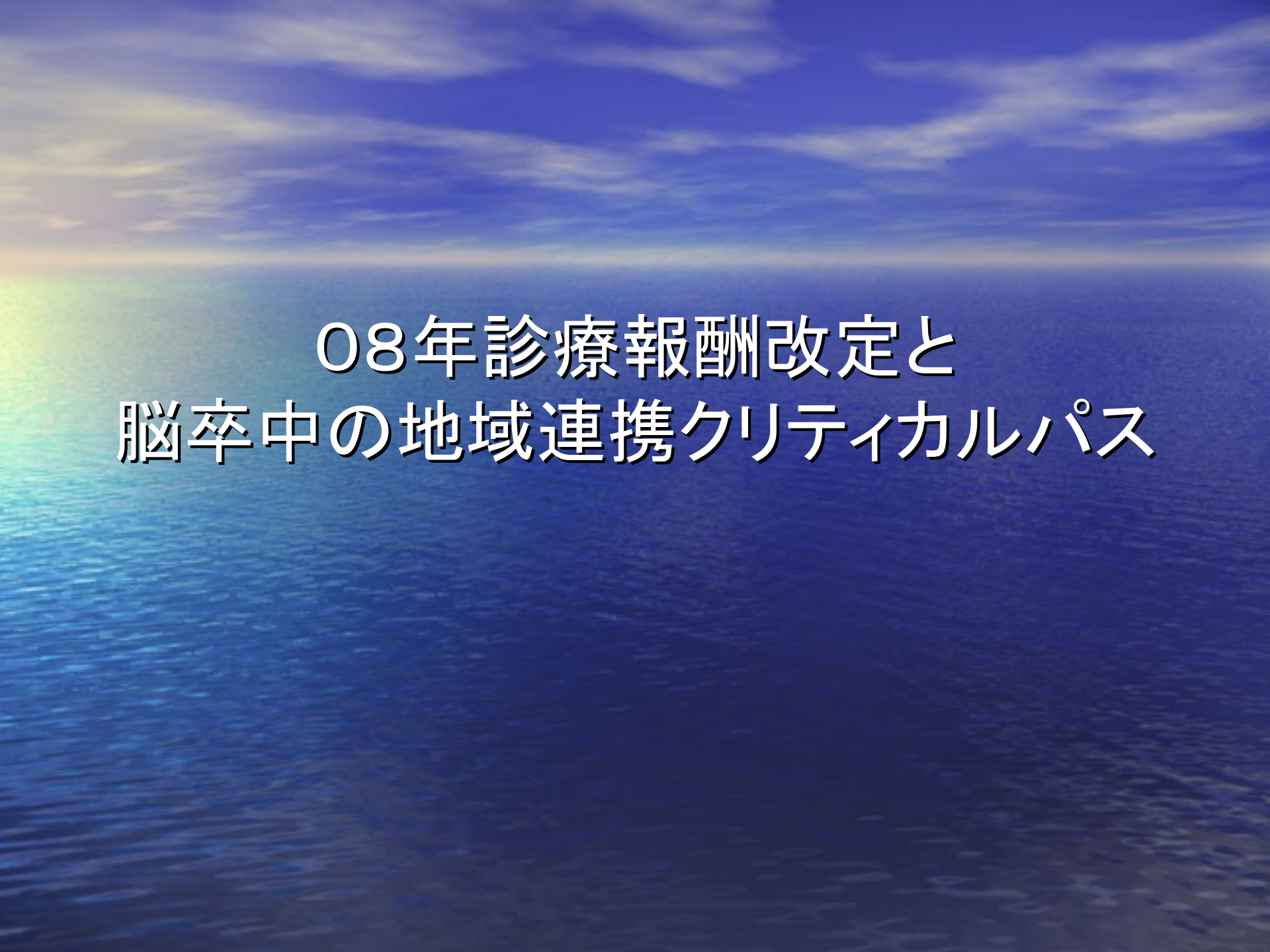
熊本医療センター → **いしくまもと病院** イニシャル:氏 N.名 S. 95歳 女性 診断名:左 左大腿骨頸部骨折 患者No 1  
 ID 702557 ID 手術日:平成16年3月24日 手術:γネイル  
 受傷日:平成16年3月23日 受傷場所: 受傷機転:  
 受傷前歩行能力:伝え歩き 補助道具:伝え歩き 最終到達目標:屋内: 屋外:  
 退院後:  
 到達目標:移動能力 車椅子坐位 平行棒内歩行 歩行器歩行 杖歩行 階段昇降 屋外歩行 最終歩行獲得レベル  
 訓練開始日 3月26日 4月16日

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日				転院	4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケアル			上下更衣		靴下・靴の着脱		洗面所(立位で)		床から起立			
薬剤			疼痛対策:無		疼痛対策:							痛み
検査	X線(2F)採血	X線(2F)採血			X線(2F)採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	
処置	綱線牽引	創処置ドレーン	創処置(1回/2日)	創処置抜糸								
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明: 介護保険説明:	入院時OR	家屋訪問調査	家屋改修指導	試験外泊	退院時訪問				
退院時情報	荷重制限:無し 問題行動:無し	禁忌肢位:	ROM:股関節屈曲 95° 外転 35°	MMT:大腿四頭筋力 3 中殿筋力 2	荷重制限: 問題行動:	禁忌肢位:	ROM:股関節屈曲 ° 外転 °	MMT:大腿四頭筋力 中殿筋力				
記載日	平成16年4月9日			【コメント】	記載日	【コメント】						
担当医	田中あづさ			動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。	担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	階橋 政和											

既往症

パリアンス

**連携パスの情報はインターネットで地域で共有**

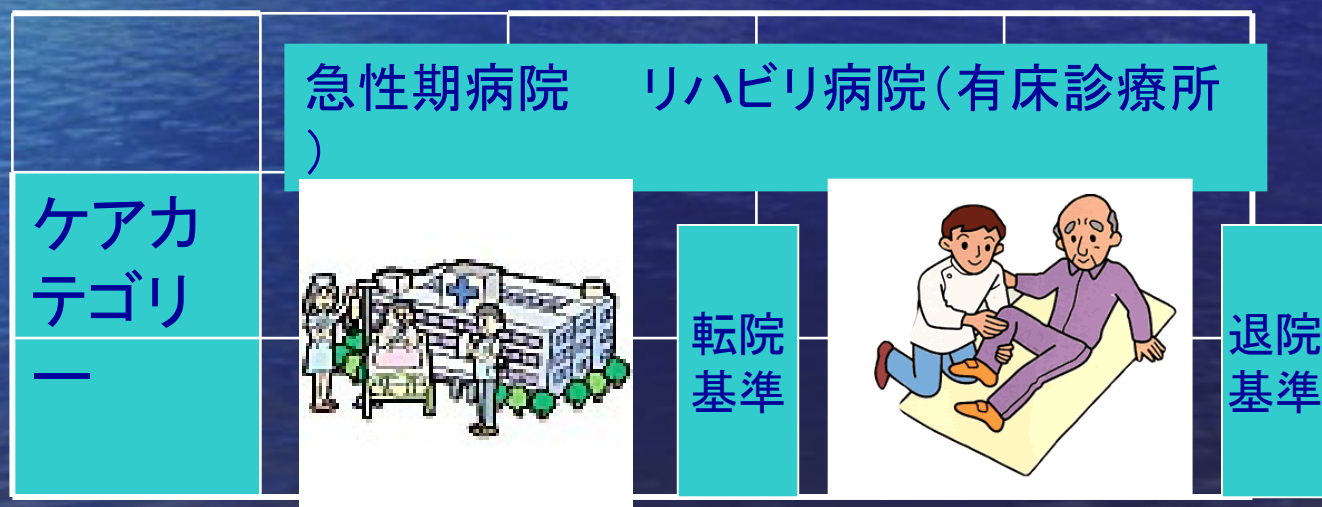


# 08年診療報酬改定と 脳卒中の地域連携クリティカルパス

# 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		〇日	1日目	2日目	〇日 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 平成〇年〇月〇日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成〇年〇月〇日 主治医			退院時の日常生活機能評価合計点 〇点

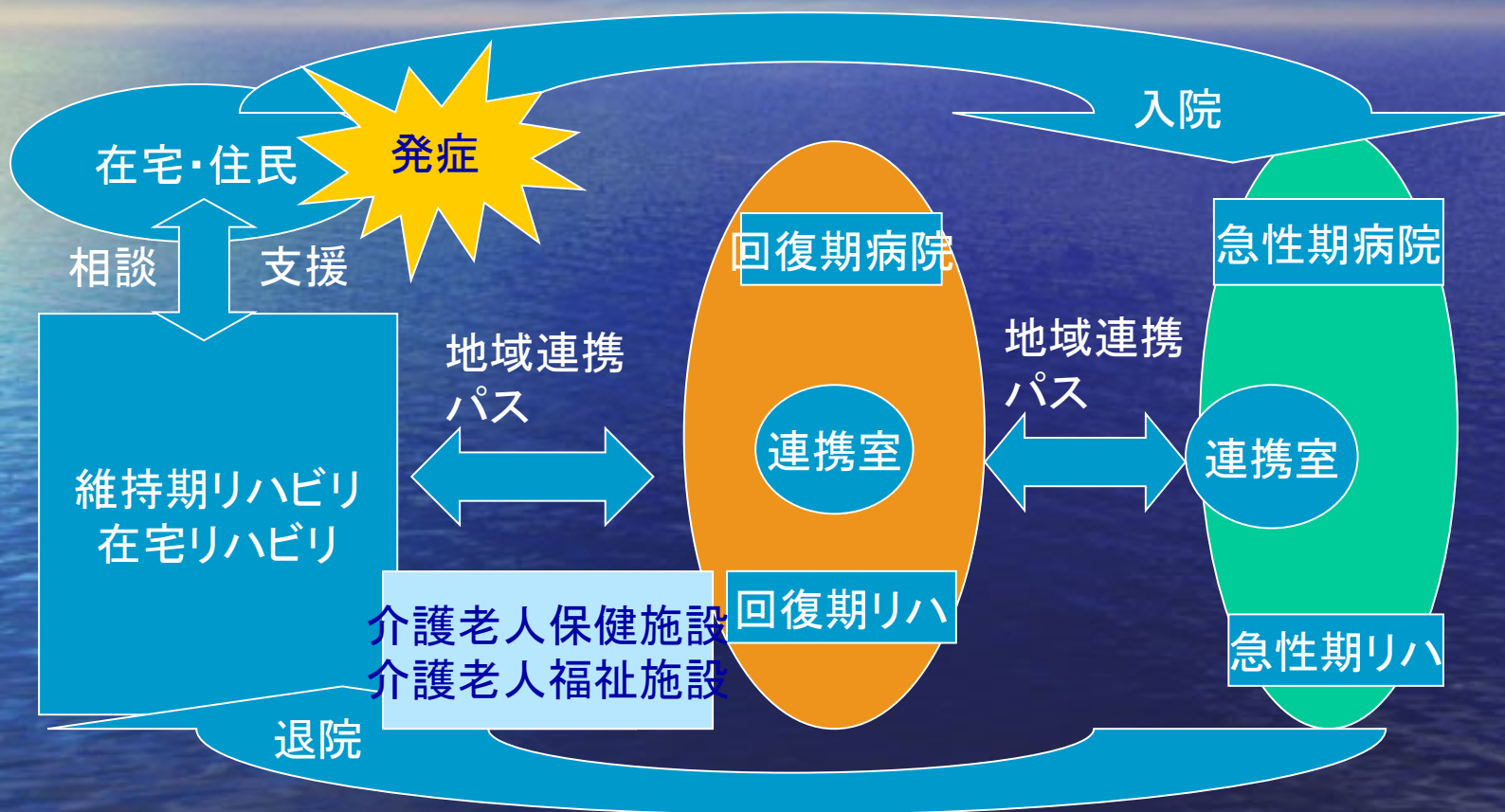
# 脳卒中地域連携クリティカルパスの 東京都内の事例

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

# 脳卒中連携と 地域連携クリティカルパスの流れ



# 東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)



# 港区連携PEGパス研究会

PEG(経皮内視鏡的胃ろう造設術)



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

詳細は武藤正樹  
のWebサイトに  
掲載しています

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
<b>施設年月日:</b> <b>製品名:</b> <b>型名:</b> <b>サイズ:</b> <b>最新交換日:</b>	<b>栄養剤投与方法(種類):</b> 8時 9時 12時 15時	<b>必要栄養量: kcal</b> 18時 21時 24時	<b>交換予定日:</b> <b>施設病院連絡先:</b>  *休診・夜間等緊急の場合	
<b>経過項目</b>	<b>退院時</b>	<b>2週間</b>	<b>1ヶ月</b>	<b>交換予定日1ヶ月前</b>
<b>達成目標</b>	#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。			
<b>栄養</b>	#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"/> 摂取状況(有・無) (摂食量: )	<input type="checkbox"/> 摂取状況(有・無) (摂食量: )	<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"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜: )	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜: )	<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:
<b>保清</b>	<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:
<b>トラブル観察</b>	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)	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)	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)	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	8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
<b>説明</b>	<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
<b>備考</b>				
<b>パリアンス</b>	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無
<b>記入者</b>				



# 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

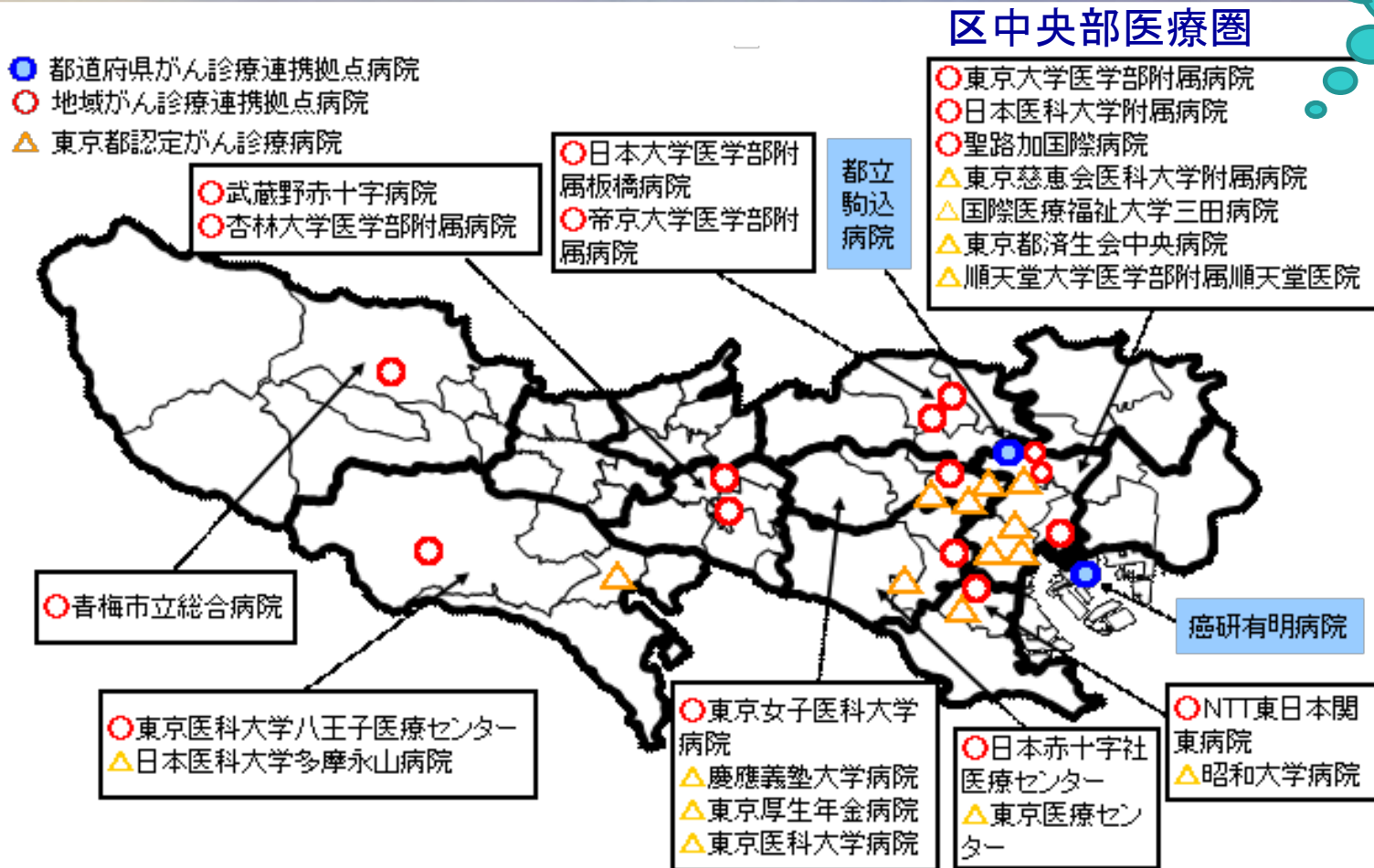
- 5年以内にがん検診受診率50%以上を目指す

- 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

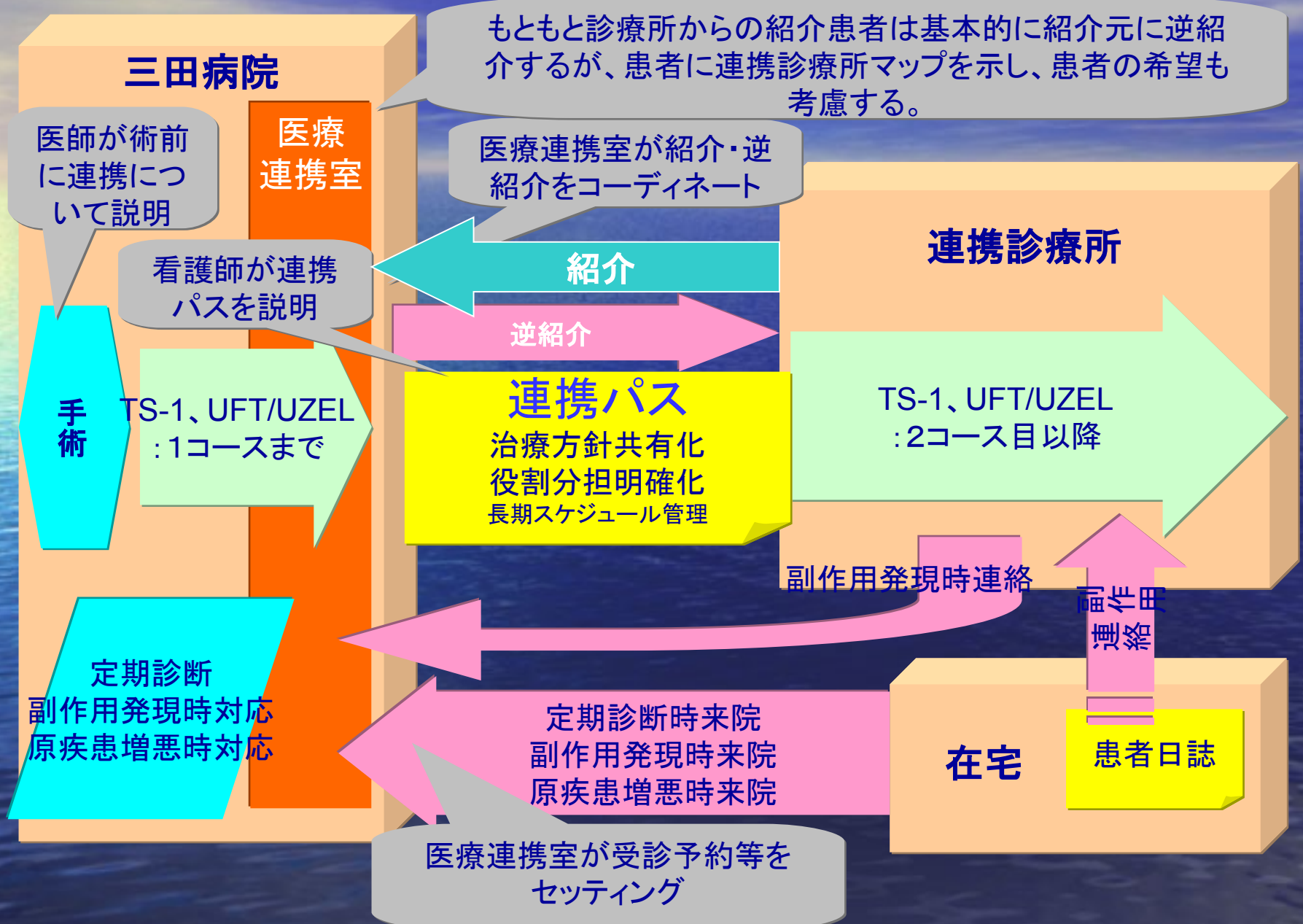
国際医療福祉大学三田病院  
東京都済生会中央病院  
山王病院



# 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								

# 将来的には

- 胃がん・大腸がんのほかに
  - － 肺がん、乳がんの連携パス
- リザーバー療法による化学療法患者の連携パス
- 緩和ケア、がんターミナル連携パス
  - － リバプール・ケア・パスウェイを参考にする

平成20年度厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究事業  
全国のがん診療連携拠点病院において活用が  
可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発

## 谷水班（四国がんセンター）



# 全国のがん診療連携拠点病院において活用が可能な地域連携クリティカルパスモデルの開発 研究班(谷水班)

- 班長
  - － 谷水正人:四国がんセンター
- 班員
  - － 池垣淳一:兵庫県立がんセンター
  - － 望月 泉:岩手県立中央病院
  - － 奈良林至:埼玉医科大学国際医療センター
  - － 武藤正樹:国際福祉大学三田病院
  - － 河村 進:四国がんセンター
  - － 藤 也寸志:九州がんセンター
  - － 佐藤靖郎:済生会若草病院
  - － 住友正幸:徳島県立中央病院
  - － 梨本 篤:新潟県立がんセンター

# 谷水班のがん連携パス4点セット

- ①医療機関の機能・役割分担表
- ②共同診療計画表(連携パス)
- ③私のカルテ
- ④医療連携のポスター

# ① 医療機関の機能・役割分担表

機能	専門的ながん診療	かかりつけ医	緩和ケア	居宅
診断	確定診断、精密診断(ステージ診断)、再発時の診断	初期診断、再発時の診断、精査の必要性の判断		
検査	精密(画像、血液)検査、経過観察のための(血液、画像)検査	スクリーニング検査、経過観察のための検査	経過観察のための検査	
治療	縮小手術、内視鏡手術、定型手術、拡大手術、化学療法、術後補助化学療法、術前化学療法、放射線療法、臨床試験、症状緩和治療	術後症状コントロール、専門施設と連携した化学療法、術後補助化学療法の継続、症状緩和治療	症状緩和治療(疼痛、食思不振、倦怠感、呼吸困難等)	担当医による症状コントロール、症状緩和治療の継続
経過観察、対応、ケア	定期観察、かかりつけ医と連携した副作用・合併症の対応	日常の指導・管理、専門施設と連携した副作用・合併症の対応、レスパイト入院、ショートステイ	ホスピスケア、デイホスピス、レスパイト入院	療養の場の提供、デイケア、ショートステイ、レスパイト入院

# ②共同診療計画表

## 胃癌・大腸癌Stager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: )

項目	病院	診療所における日常診療						
	返院 /	病院内来 6ヵ月後 /	病院内来 1年後 /	病院内来 1年半後 /	病院内来 2年後 /	病院内来 3年後 /	病院内来 4年後 /	病院内来 5年後 /
達成目標				化学療法の実施				
連携、連絡	再発等の場合、横浜医療センターに連絡							
教育・指導	<input type="checkbox"/> 患者様用パス説明							
検査・測定	PS							
	血圧							
	体温							
	体重							
	身長							
	心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	採血	1ヶ月毎						
腫瘍マーカー	3ヶ月毎							
採尿	1ヶ月毎							
排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
腹部X線	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
腹部超音波	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
内視鏡	<input type="checkbox"/>							
CT	<input type="checkbox"/>							
MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

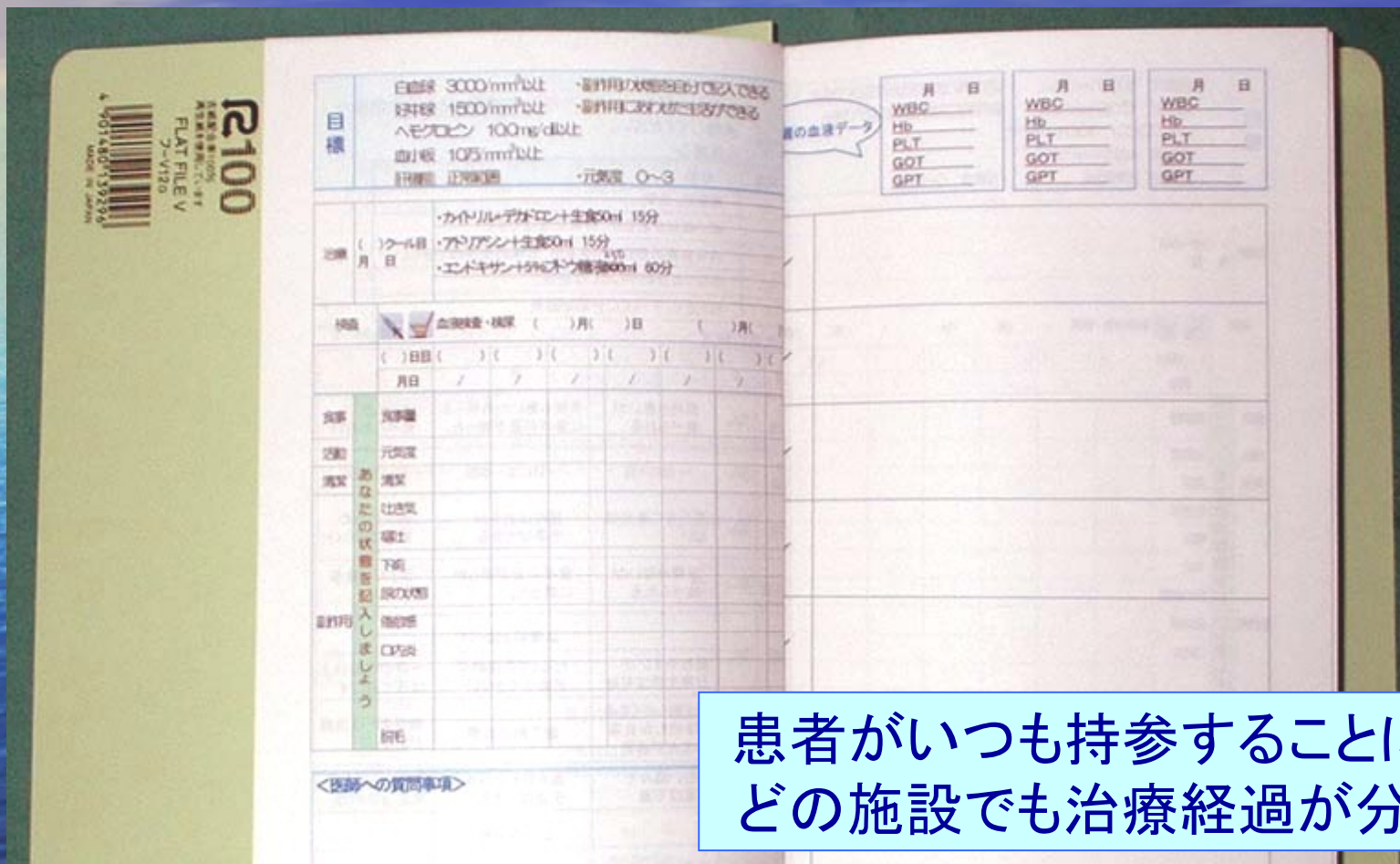
医療者用のパス  
術後パスであれば最低限  
必要な診察や検査、化学療法  
パスであれば投与計画  
(間隔など)、標準的な診療  
計画を提示する

# 共同診療計画表作成の方針

- 汎用性を意識したひな型を作成する。
  - － オリジナリティを尊重しつつ、好先進例を生かす。
  - － 標準的治療、診療ガイドラインという観点からのチェック。
  - － ひな型の形式を固定するのではなく、要件、項目を決定する。
- 作成するもの
  - － オーバービューの共同診療計画表：医療者用、患者用
    - 共同診療計画表に医療機関(と担当者)を記入する。
  - － 医療者用シート、患者用シート、自己チェックシート
- 専門的ながん診療を行う医療機関で押さえるポイントと間隔、かかりつけ医等で押さえるポイントと間隔を示す。
- 精査、対応(紹介、移動)が必要と判断されるチェックポイント(タイミング)を示す。
- 多職種チーム活動の視点を入れる(薬剤管理(薬剤師の視点)、看護・療養管理(看護師の視点)等)。



# ③私のカルテ(患者日誌)



患者がいつも持参することにより  
 どの施設でも治療経過が分かる

セルフマネージメント用パスを連携に利用

# 私のカルテ作成の方針

- 共有する情報
  - － 病歴情報、診療情報提供書、訪問看護管理表をわかりやすく記載したもの
  - － インフォームドコンセント(連携の必要性、メリット等を説明)の用紙
  - － 検査情報、画像診断情報、服薬指導、栄養管理指導
  - － 自己管理データ記録表
  - － 情報伝達用の記入用紙
- 支援ツール 患者用支援ツール
  - － 服薬スケジュール、副作用説明
  - － セルフアセスメントツール(患者用シート、自己チェックシート)
  - － コスト説明、高額医療申請ツール
- サイズは統一する
  - － 4疾患5事業のパスを見据え、サイズを統一したい(A4?)。
  - － 様々な支援ツールにA5等のサイズが混じるのは制限しない
  - － おくすり手帳 サイズ・項目について薬剤師会と相談が必要

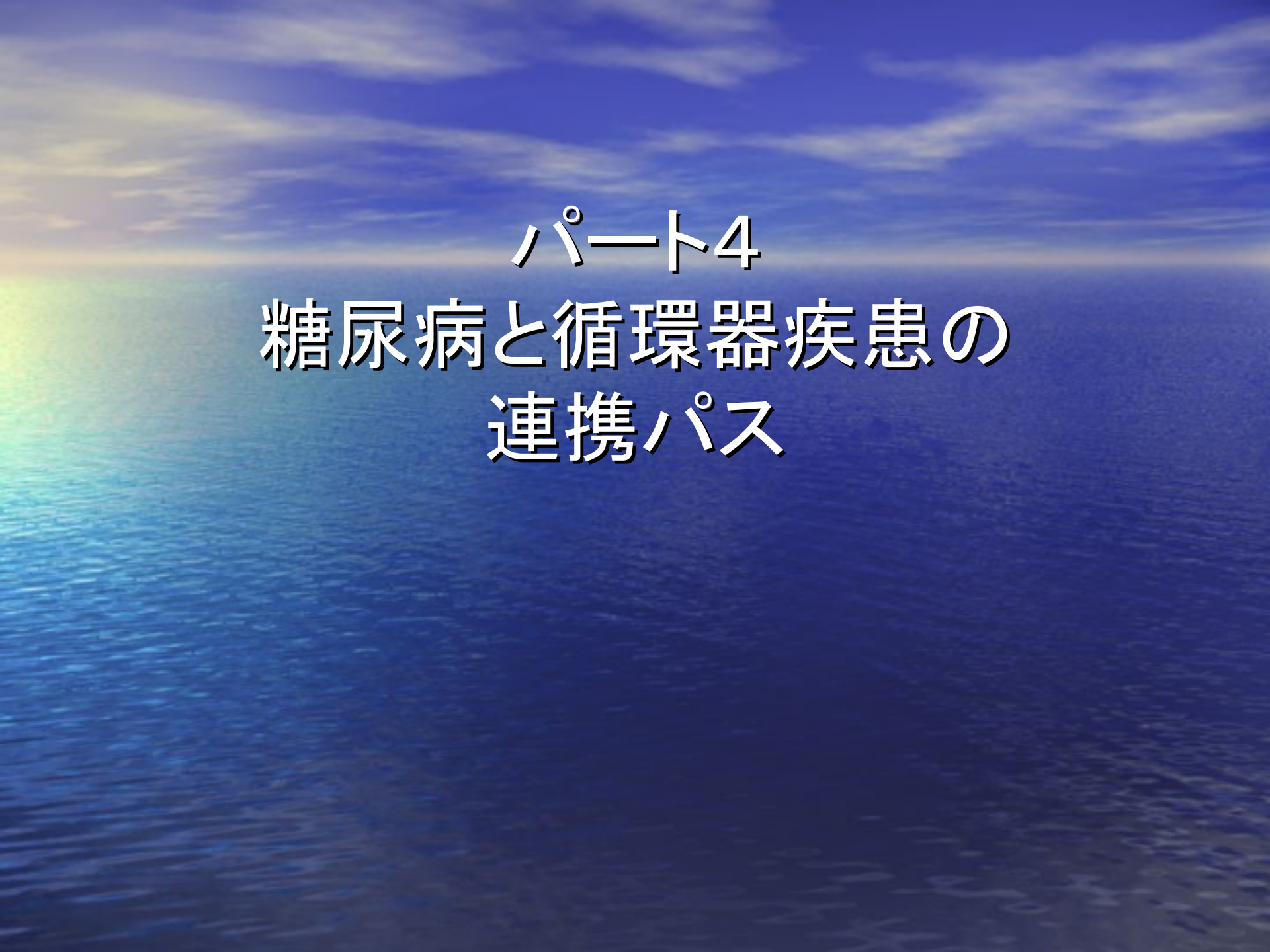
# ④医療連携ポスター

## 安心と信頼を支える医療の連携

がん診療連携拠点病院と地域医療機関は連携してあなたの療養を支えます

私のカルテを持ちましょう





パート4  
糖尿病と循環器疾患の  
連携パス

# 糖尿病の連携パス

## 横浜医療センターの事例

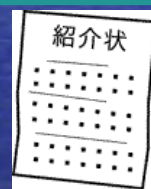


宇治原先生

# 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)

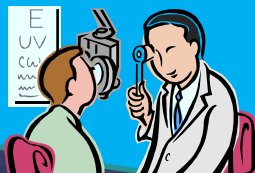
緊急対応

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・・・

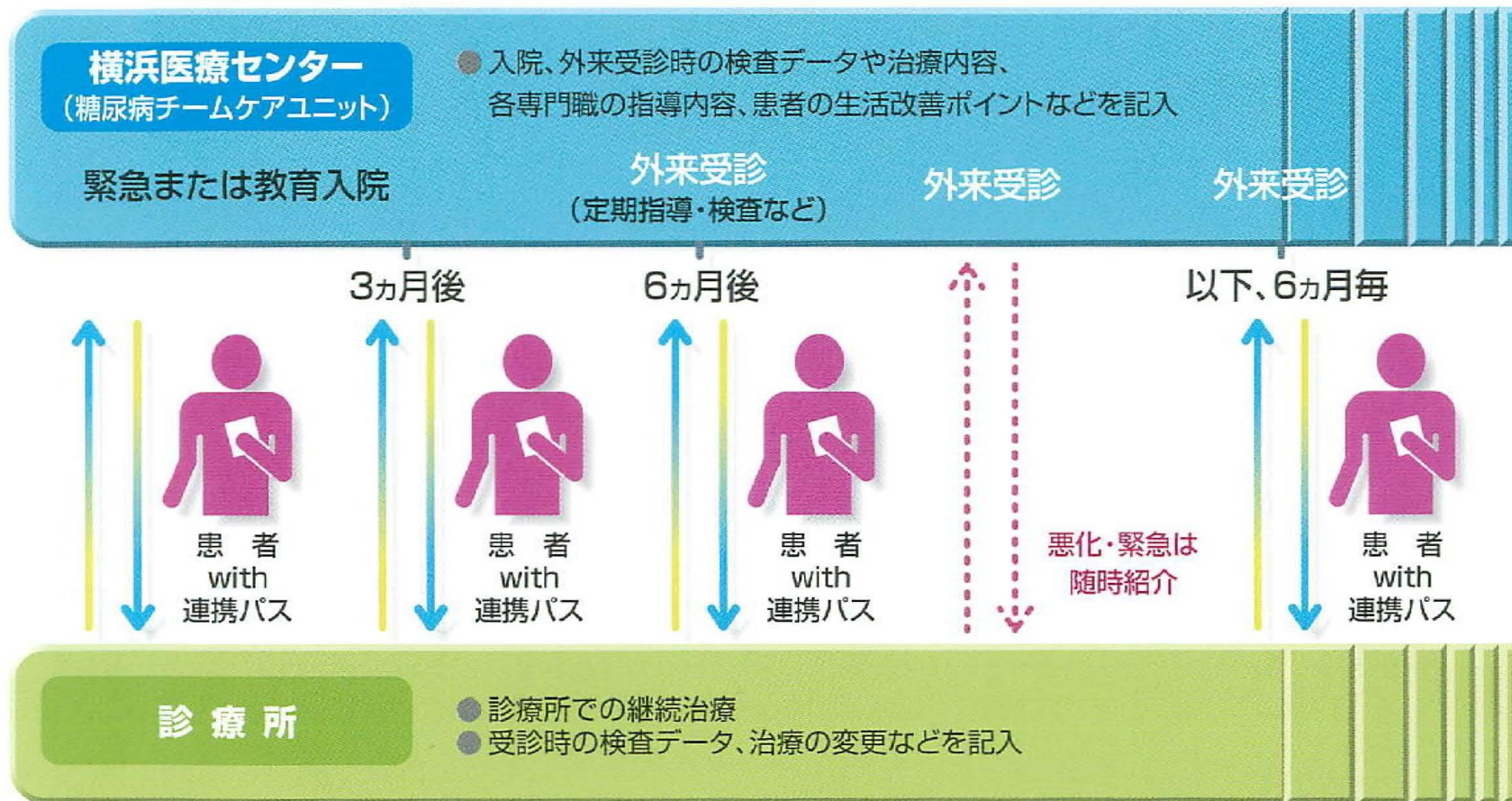
- 2004年に、糖尿病の連携パスを作成し、運用を開始した。
  - － 教育入院後に地域に戻る患者の血糖コントロールの維持が目的
- しかし、開始当初は問題が山積み
- 糖尿病の連携パスは、従来の連携パスと違いがある

# 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・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)	(なし・軽微・増悪前・増悪)
変 化 右 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	看護師
	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・軽微・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。)		

担当:

栄養士

担当:

薬剤師

担当:

検査技師

担当:

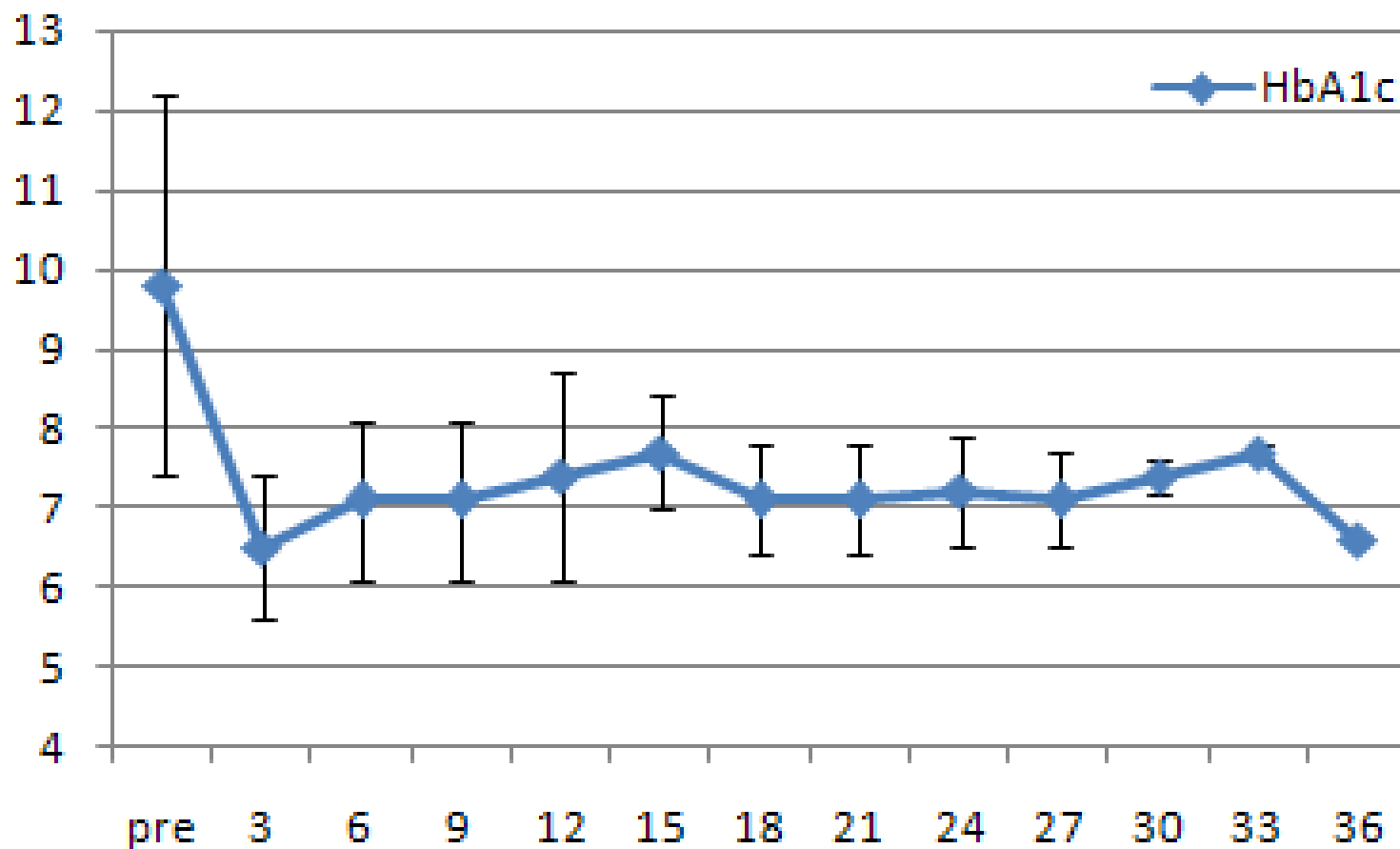
医師

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



# 循環器疾患の連携パス

- 循環器疾患
  - － 竹田総合病院
  - － 佐世保中央病院
  - － 国立病院機構和歌山病院
  - － 松波総合病院
  - － なるみやハートクリニック

# PCI、心臓ペースメーカー埋め込み術 の連携パス(竹田総合病院)

## 循環器疾患患者の連携パス(6ヶ月)

医師 財団法人竹田総合病院 循環器科

患者氏名 様 病名

	今の状態 竹田総合病院で診察	2ヶ月以降 かかりつけ医での診察	6ヵ月後 竹田総合病院で検査	検査後 竹田総合病院で診察
日時	H 年 月 日	H 年 月 頃	H 年 月 頃	H 年 月 頃
安静度	制限なし 制限あり( )	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
食事	塩分制限7g 水分制限 ml Kcal	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
検査、処置	FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	定期診察検査 FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	心電図、レントゲン写真 血液検査、CT検査( ) トレッドミル、心エコー、 ホルター心電図、 心筋シンチ(運動、薬物)	外来で検査結果を 説明します。
治療内容		内服薬が変更になる場合 があります		内服薬が変更になる 場合があります。入院 治療が必要になる場 合もあります。
患者さんへの 説明	病状と今後の通院加 療、日程の説明	この後は、6ヵ月後まで かかりつけ医での診察に なります。	竹田総合病院循環器科に事前 に電話で予約をとってください。 その時に連携パスの使用を伝え てください。	病状と今後の通院加 療、日程の説明

あなたの病気はかかりつけ医と竹田総合病院が協力して治療していきます。調子が悪いときはいつでもご相談ください。  
竹田総合病院 循環器科 電話番号 0242-29-9914



# 竹田総合病院の 循環器連携パス

- 2004年よりPCI、ペースメーカー患者で竹田病院と診療所との間で開始
- 91施設が参加
- 地域連携パス勉強会の開催(年2回)
- 遠隔地から通院する患者の負担軽減ができるので、患者適応の範囲拡大に努めている

# 地域連携パスの作り方

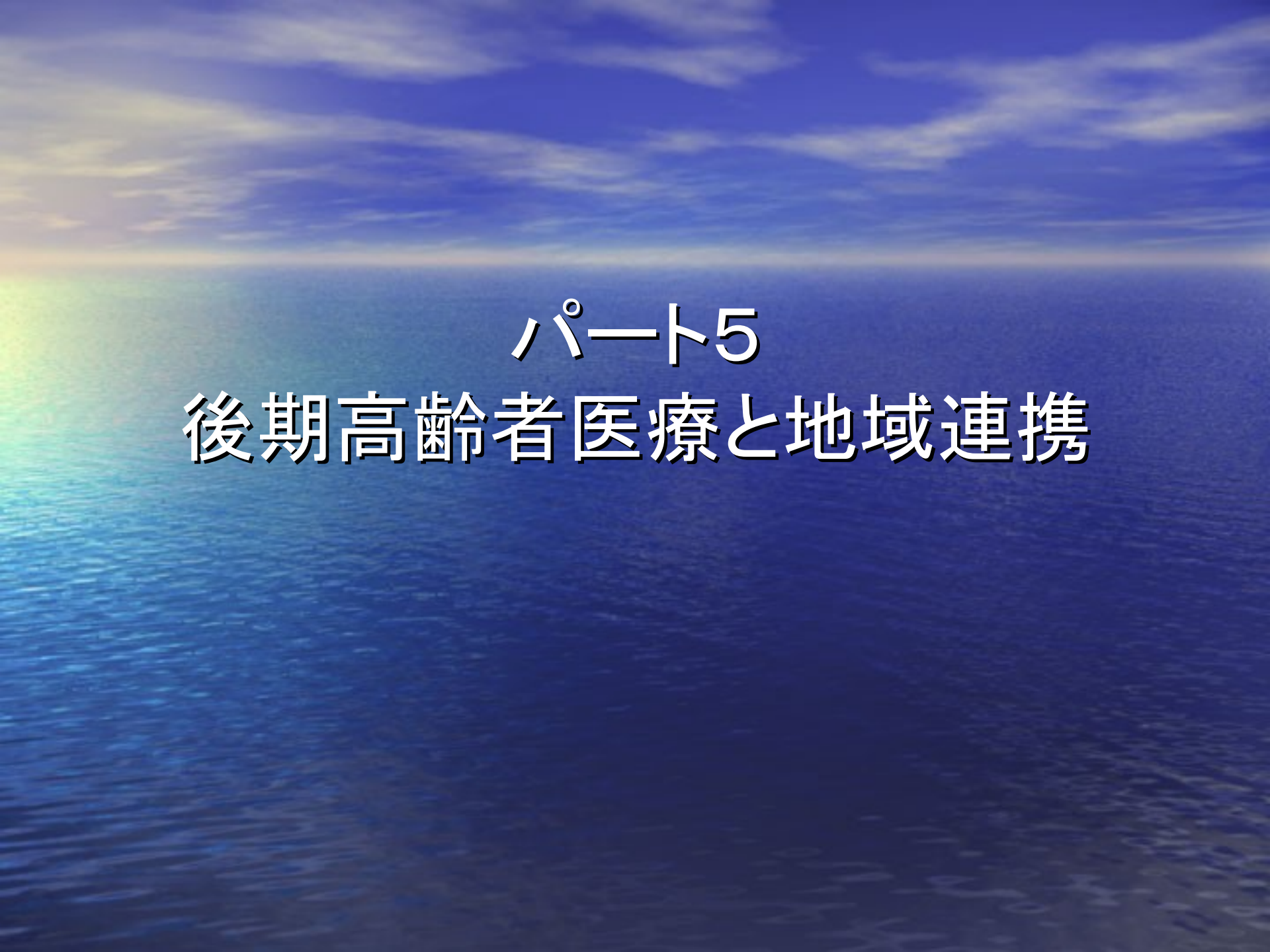


# 地域連携クリティカルパスの 作り方

- 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  
後期高齢者医療と地域連携

# 後期高齢者の入院医療

- 後期高齢者の入院の問題点

- 長期入院

- 疾患は軽快しても、日常生活動作の改善や退院後の受け皿問題でしばしば長期入院になりがちなこと

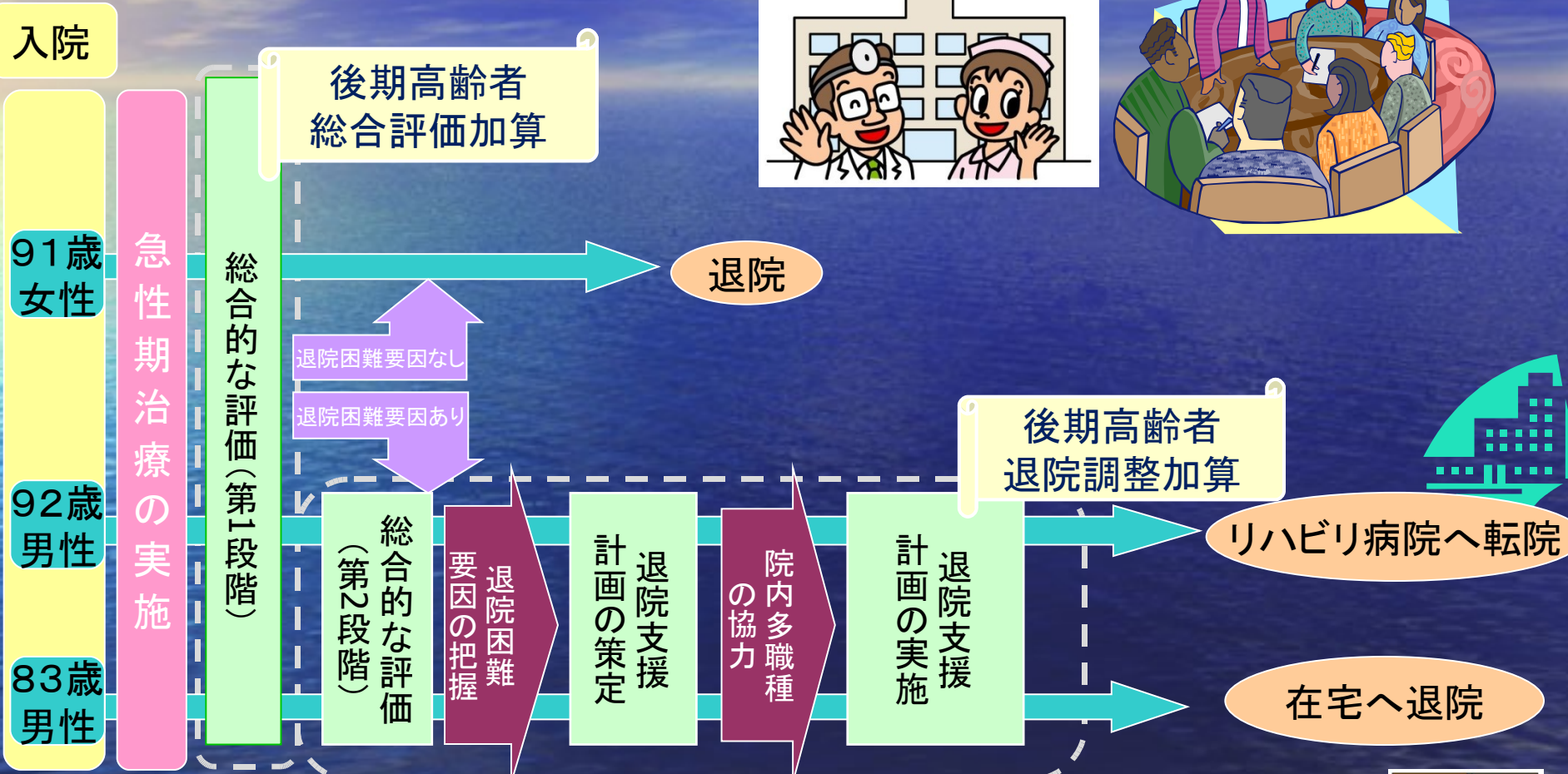
- 高齢者の特性

- 多病、障害、社会的背景等

- 総合評価

- 医学的評価、身体活動評価、心理的評価、社会環境評価などの「総合評価」が必要
- 後期高齢者総合評価加算(50点)
  - 退院リスクを抱えた患者について医師、看護師、薬剤師、ケースワーカー、リハビリスタッフなどの多職種チームがそれぞれの専門性を生かして、有効な評価方法とケア加入する
- 後期高齢者退院調整加算(100点)
  - 多職種チームによる退院調整

# 後期高齢者の入院から退院までの流れ



# 高齢者総合評価 (CGA)

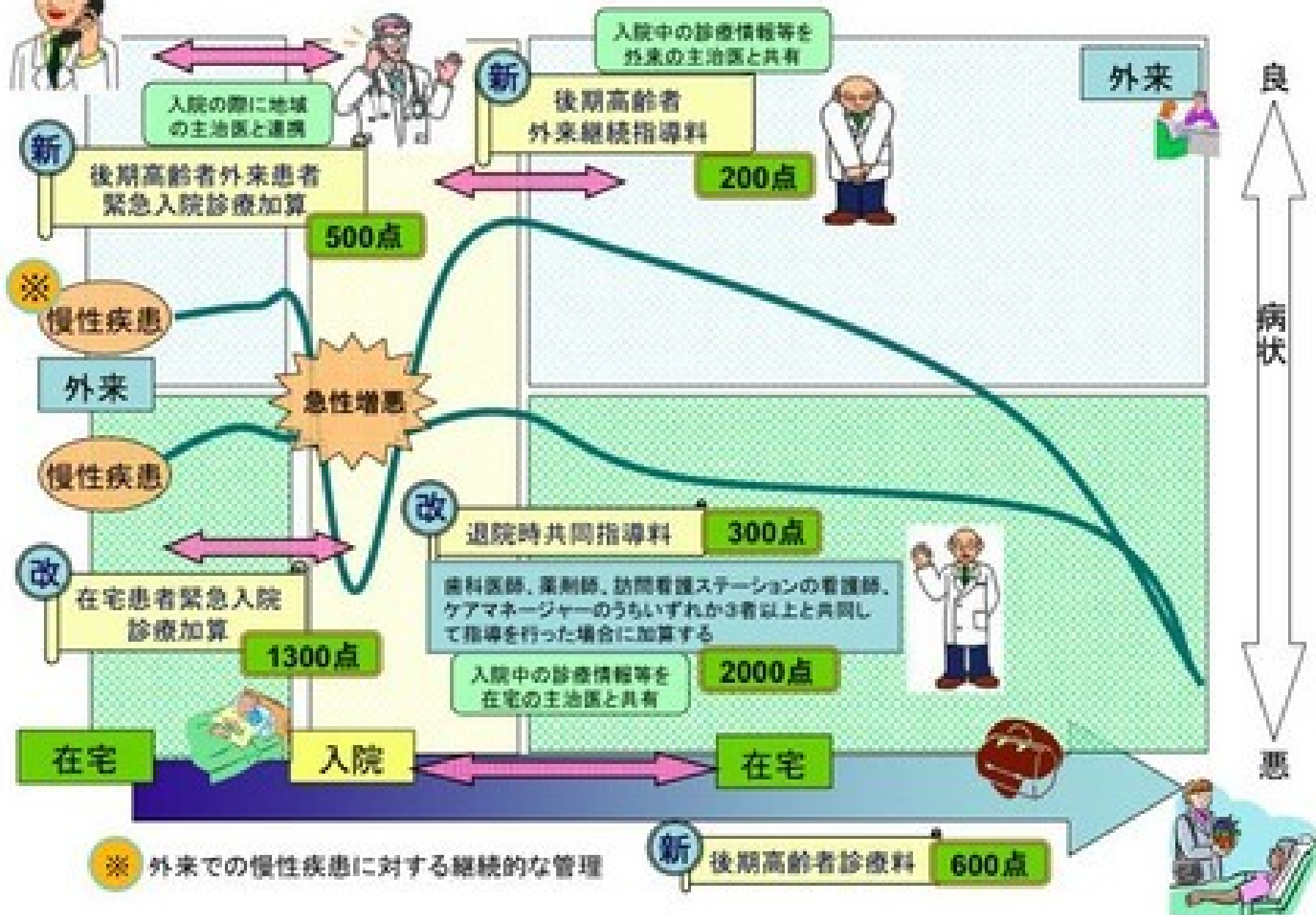
- 高齢者総合評価 (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment)
  - 高齢者の心身の状態に対して多角的に評価
  - 医師、看護師、薬剤師、リハビリスタッフ、ケースワーカーなどの多職種チームがそれぞれの専門性を生かして、有効な評価方法とケア介入法を提案し実施
  - 初期の治療・ケアから長期的なフォローアップまで含む総合的なケアプランを作ることが可能となる。



# 高齢者総合評価 (CGA) の構成要素

CGA構成要素	項目
医学的評価	診断的問題リスト 合併症リスト 薬剤リスト 栄養評価
身体活動評価	日常生活動作 ( ADL ) 機能的ADL 歩行と平衡機能 運動レベルスケール
心理的評価	認知 ( 痴呆 ) テスト 気分 ( うつ状態 ) テスト
社会環境評価	居住形態 経済状態 介護保険 自宅環境 交通や電話などによるコミュニケーション

# 後期高齢者における医療連携のイメージ



# 尾道方式のケアカンファレンス

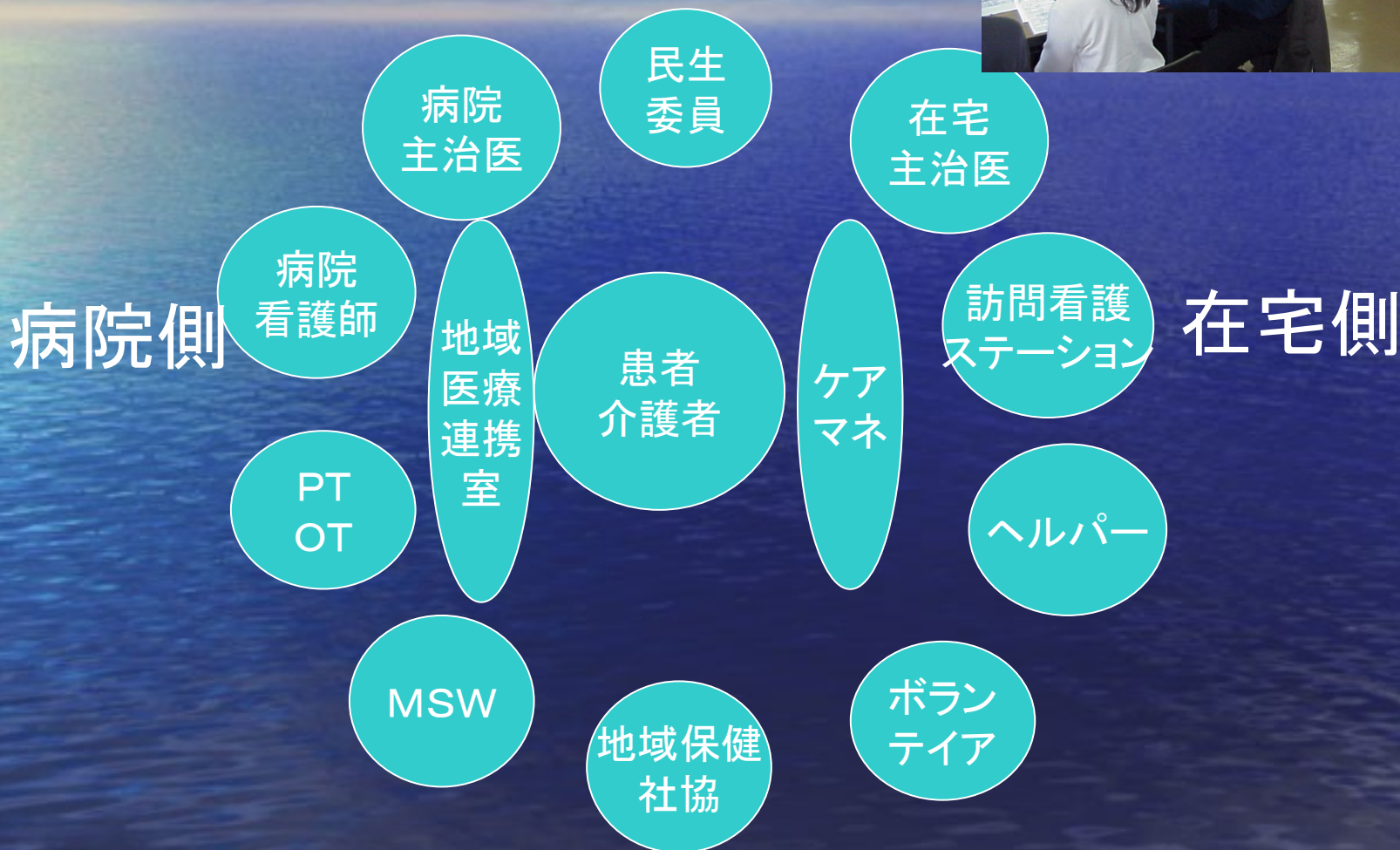


尾道方式

# 尾道方式のケアカンファレンス

- 利用者本位
  - － 利用者本人、介護者の参加
- 利便性
  - － 主治医のいる医療機関で行う
- 効率性
  - － 1件15分～20分で行う
  - － 事前準備を徹底
- 事前準備
  - － 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
  - － 必要数の準備資料のコピー
- ケアカンファレンスの進め方
  - － ケアマネに主導権を持たせる
  - － ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
  - － 主治医意見
  - － 課題分析(問題点のみ)
  - － サービスパッケージ
  - － 利用者の意向確認
  - － 利用者側のサイン、捺印
  - － ケアカンファレンス終了
- 1件あたり15分から20分

# 尾道方式の ケアカンファレンス



## 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はじまる
- 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
- がん診療拠点病院はがん連携パスを作ろう
- 後期高齢者医療では総合評価・退院支援や退院前ケアカンファレンスが必要

# 一歩進んだ医療連携実践Q&A

- 一歩進んだ医療連携実践Q&A
- 商品コード 39726 編著 武藤 正樹／監修 東京都連携実務者協議会／編
- 版型 A5 発行日 2009年4月 ページ 200
- 単価 \2,940 在庫 予約受付中



# 地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 日本疾病管理研究会  
＝監修／武藤正樹、田  
城孝雄、森山美知子、  
池田俊也＝編集  
ISBN：  
978-4-8058-3149-6 在  
庫状況：注文受付中  
判型：A4 体裁：並製  
頁数：226頁 発行日：  
2009年04月20日





2009年前期乃木坂スクール  
地域連携コーディネーター養成講座  
～地域連携クリティカルパスと退院支援～

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)

下村裕美子(東京女子医大地域連携室)

# 趣旨

- 2008年4月より、新たな地域医療計画がスタートしました
- 新たな地域医療計画では、4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)ごとに医療連携ネットワークを構築することになっています
- その連携ツールとして、地域連携クリティカルパスがあげられています
- 本講座では、地域連携クリティカルパスや退院支援・在宅医療における医療・介護連携の実践にかかわる諸問題を取り上げ、病院の連携業務に携わる方(医師、看護師、MSW、事務等)、ケアマネージャー、訪看ステーション、包括支援センター、保健所、製薬メーカー、医療関係出版社等の方々とともに学んでいきたいと思います。

# プログラム

- 1. 『医療計画と医療連携』  
4月11日(土) 18:00~19:30  
前厚生労働省 保健医療技術調整官 宮崎市健康管理部 参事 伊東芳郎
- 2. 『地域医療連携が安心な医療を生み出す』  
4月25日(土) 18:00~19:30  
野中医院 院長 野中 博
- 3. 『5大がん地域連携パスとコーディネーター機能』  
5月2日(土) 18:00~19:30  
国立病院機構 四国がんセンター消化器内科 外来部長  
谷水 正人
- 4. 『チームで行う退院支援;退院調整と退院時共同カンファレンス』  
5月9日(土) 18:00~19:30  
NTT東日本関東病院総合相談室 宗川 千恵子
- 5. 『地域連携パスの実際 喘息(病院医師立場)』  
5月16日(土) 18:00~19:30  
前橋赤十字病院 呼吸器内科 堀江 健夫
- 6. 『地域連携パスの実際 乳癌(看護師の立場)』  
5月23日(土) 18:00~19:30  
四国がんセンター 宮内 一恵
- 7. 『地域連携パス事務局のあり方』  
5月30日(土) 18:00~19:30  
岐阜市民病院 医療連携室 室長 高橋 健
- 8. 『地域医療連携における行政の役割』  
6月6日(土) 18:00~19:30  
富山県健康増進センター 所長 大江 浩
- 9. 『医療連携とは;連携室と連携ネットワーク構築』  
6月20日(土) 18:00~19:30  
宮崎県立日南病院 地域医療連携科医長 木佐貫 篤
- 10. 『全国在宅療養支援診療所連絡会の活動』  
6月27日(土) 18:00~19:30  
おやま城北クリニック 理事長 太田 秀樹
- 11. 『平成21年度介護報酬改定改訂の対応と課題』  
7月4日(土) 18:00~19:30  
ASK梓診療報酬研究所 所長 中林 梓
- 12. 『ケアマネジメントの立場から』  
7月11日(土) 18:00~19:30  
国際医療福祉大学大学院 教授 竹内 孝仁



## インターネット同時中継講座

- 本講座は、大学院授業「地域医療ネットワーク論」を公開講座として開講するものです
- 4月18日地域医療ネットワーク論演習は休講です。
- 講座はインターネット同時中継を行うとともに、1週間以内はインターネットにより好きな時間に受講することができます。



地域連携コーディネーター養成講座は  
現在、日本医療マネジメント学会認定  
講座に申請中です！

講座の最終日に  
日本医療マネジメント学会認定  
「地域連携コーディネーター講座修了証書」(仮称)を  
お渡しできる予定です

# ご静聴ありがとうございました



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

ご質問は以下のメールアドレスまで  
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp