

A large, modern, multi-story building with a grid of windows, identified as International Medical Welfare University. The building is light-colored with a prominent entrance canopy. The sky is clear and blue, and there are lush green trees on the right side of the frame. The text '国際医療福祉大学' and '三田病院' is visible on the upper part of the building's facade.

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・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のコメディカルを育成している。

国際医療福祉大学



東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程：保健医療学専攻、医療福祉経営専攻
臨床心理学専攻

博士課程：保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置（東京・小田原・熱海・福岡・大川）
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291床)



三田病院

(206床)

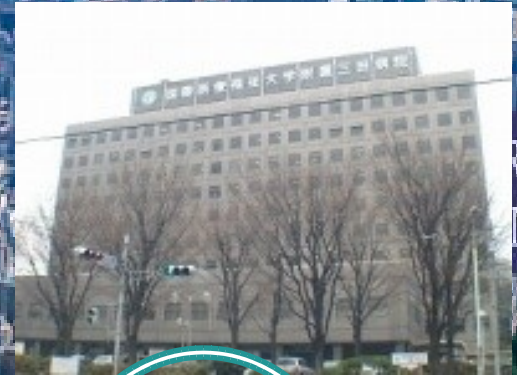


国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

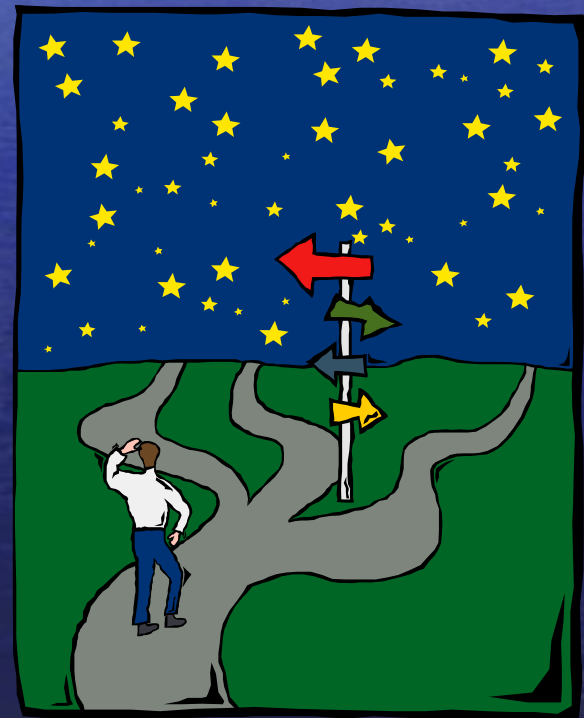


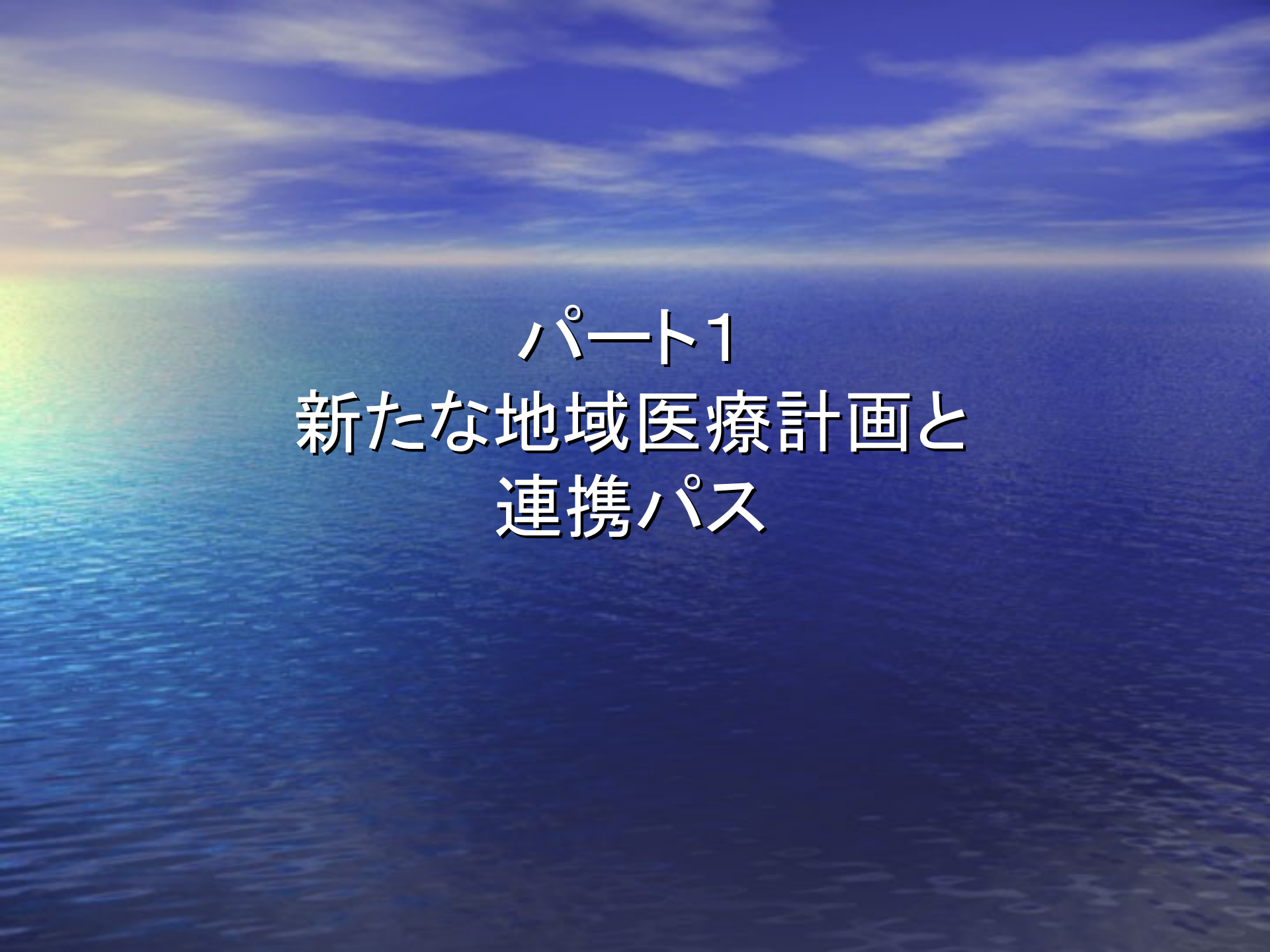
国際医療福祉大学三田病院

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
2008年7月からDPC対象病院

目次

- パート1
 - － 新たな地域医療計画と連携パス
- パート2
 - － 診療報酬改定と連携パス
- パート3
 - － 脳卒中の連携パス
- パート4
 - － がん、糖尿病、循環器の連携パス
- パート5
 - － 病院・在宅連携





パート1
新たな地域医療計画と
連携パス

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し

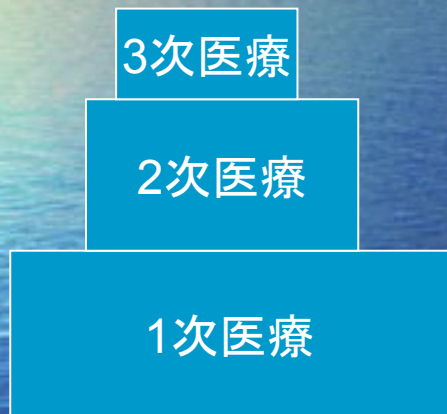


医療連携の法制化

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

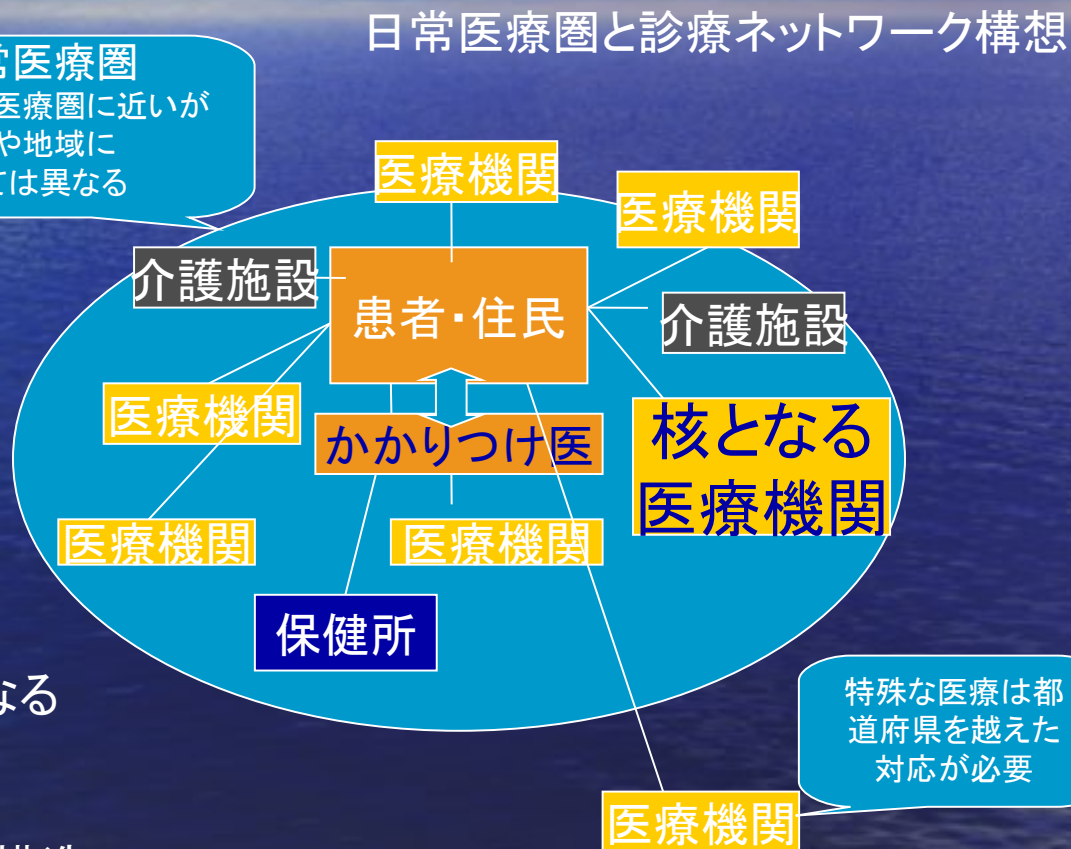


現在の医療計画の問題点

- 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

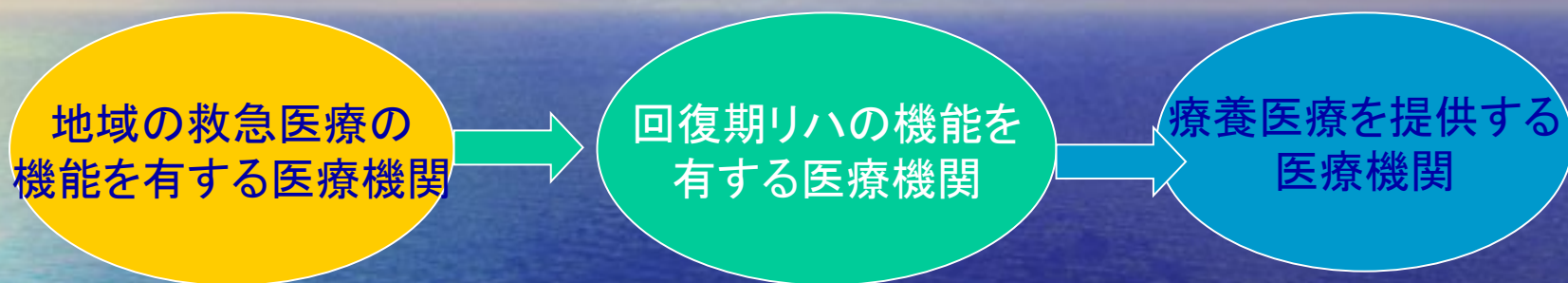
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 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！

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

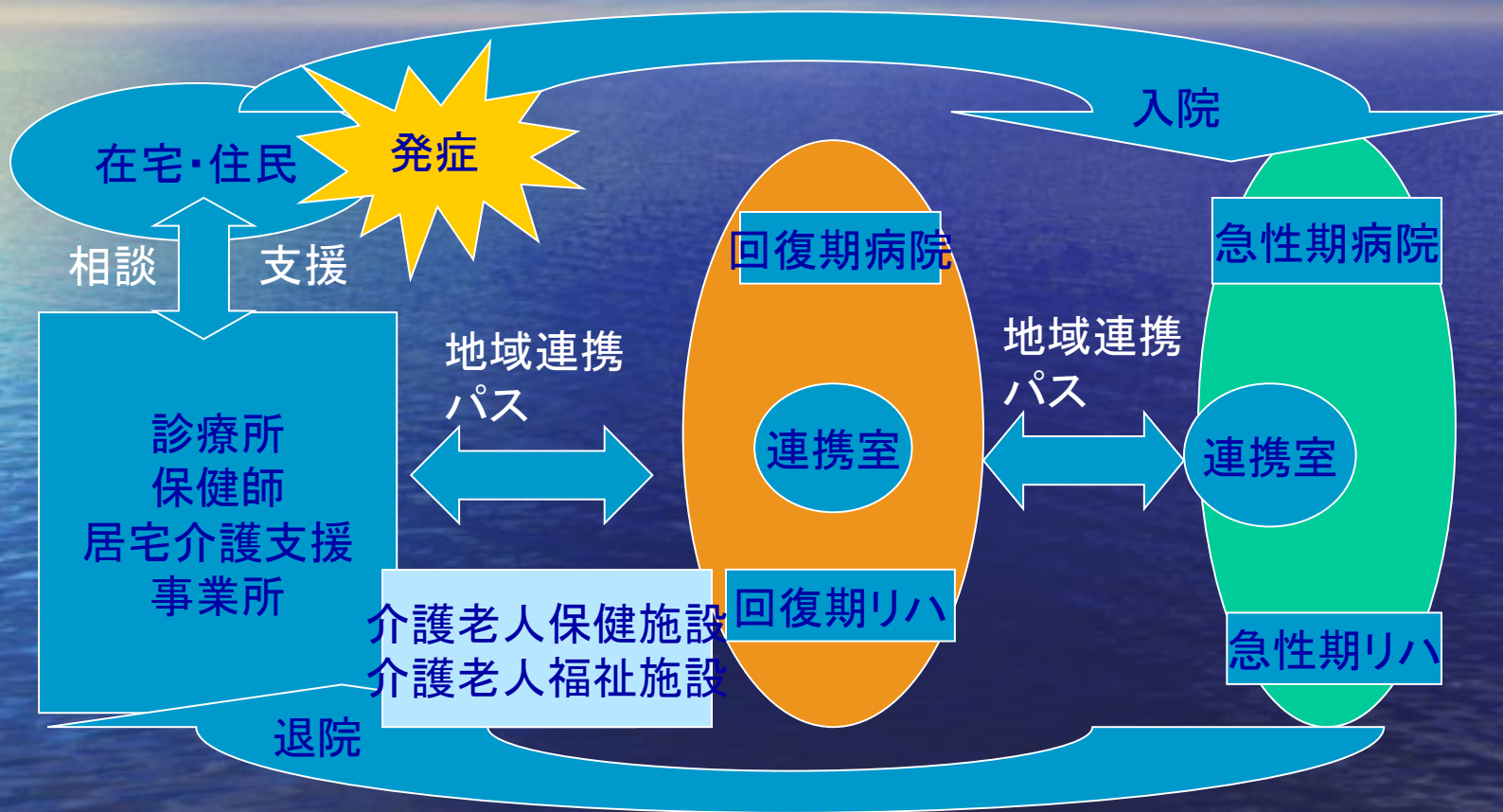
△△病院の医療機能
医師数、PT／OT数、
平均在院日数、
地域連携クリティカルパス
の使用状況

□□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



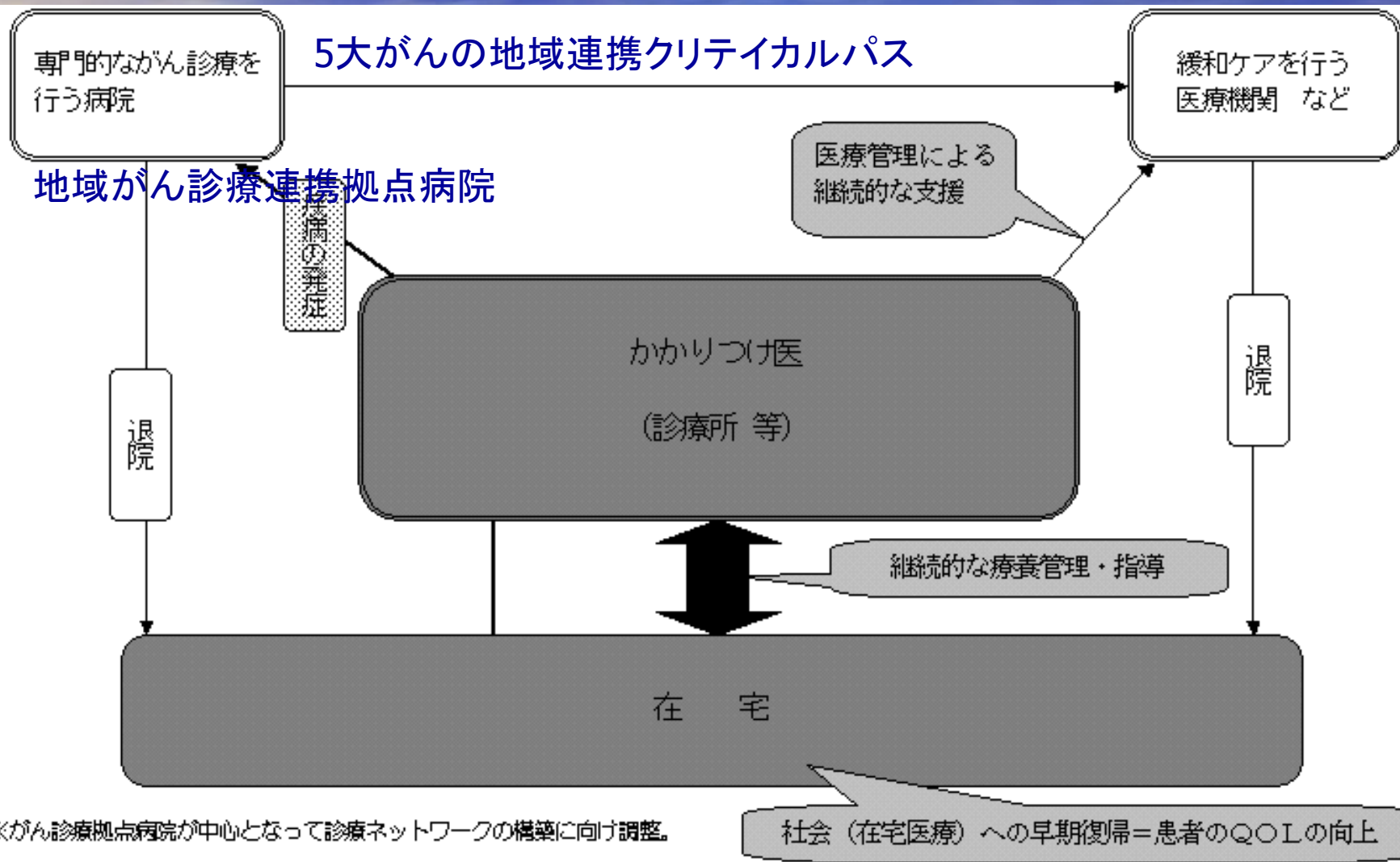
新医療計画では 数値目標が設定される

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

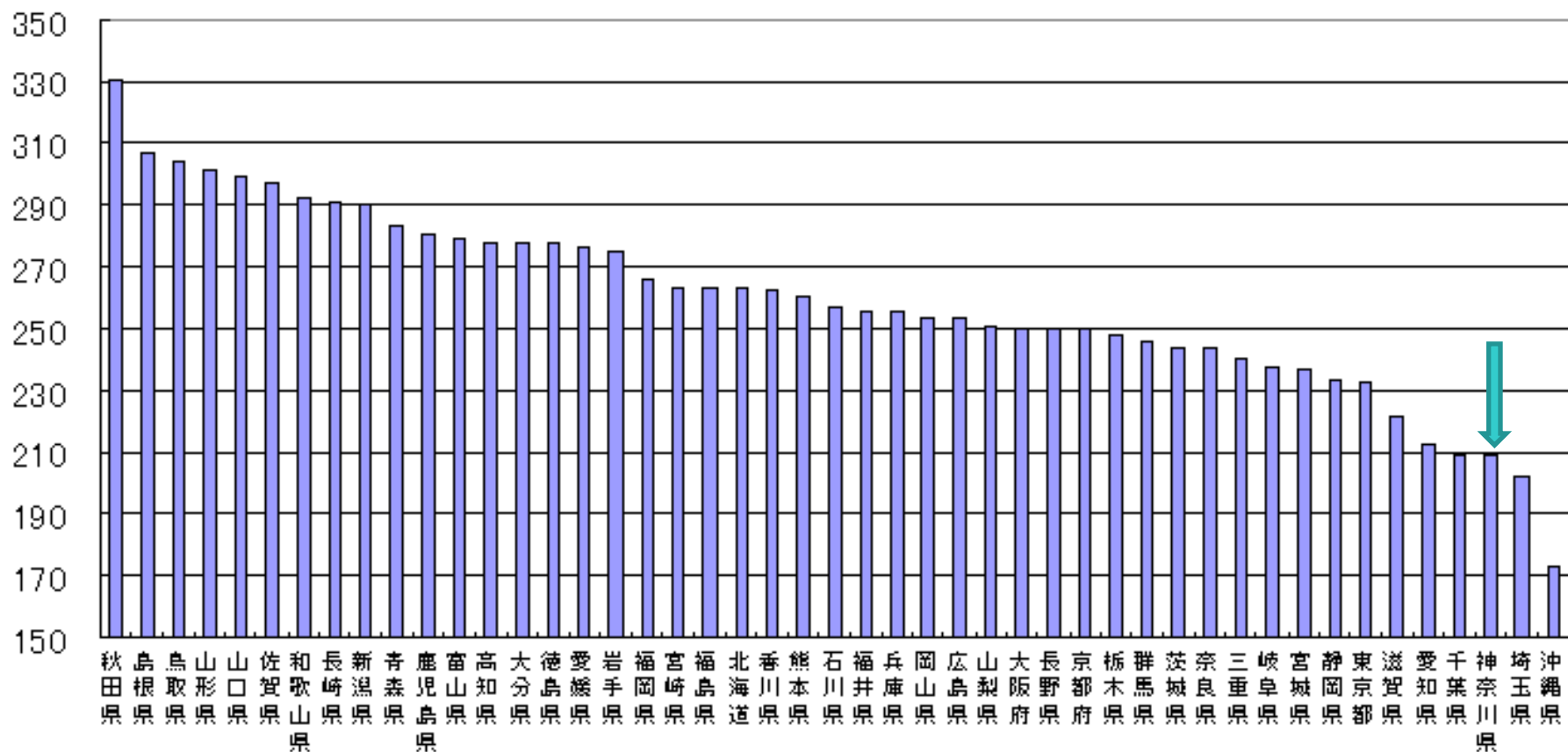
- 脳卒中などの年間総入院日数の短縮(〇〇日から〇〇日へ)
- 地域連携クリティカルパスの使用率(〇〇%へ)
- 在宅復帰率の向上(〇〇%へ)
- 在宅での看取り率(〇〇%)
- 都道府県、2次医療圏ごとにベンチマークする

がんの診療ネットワーク



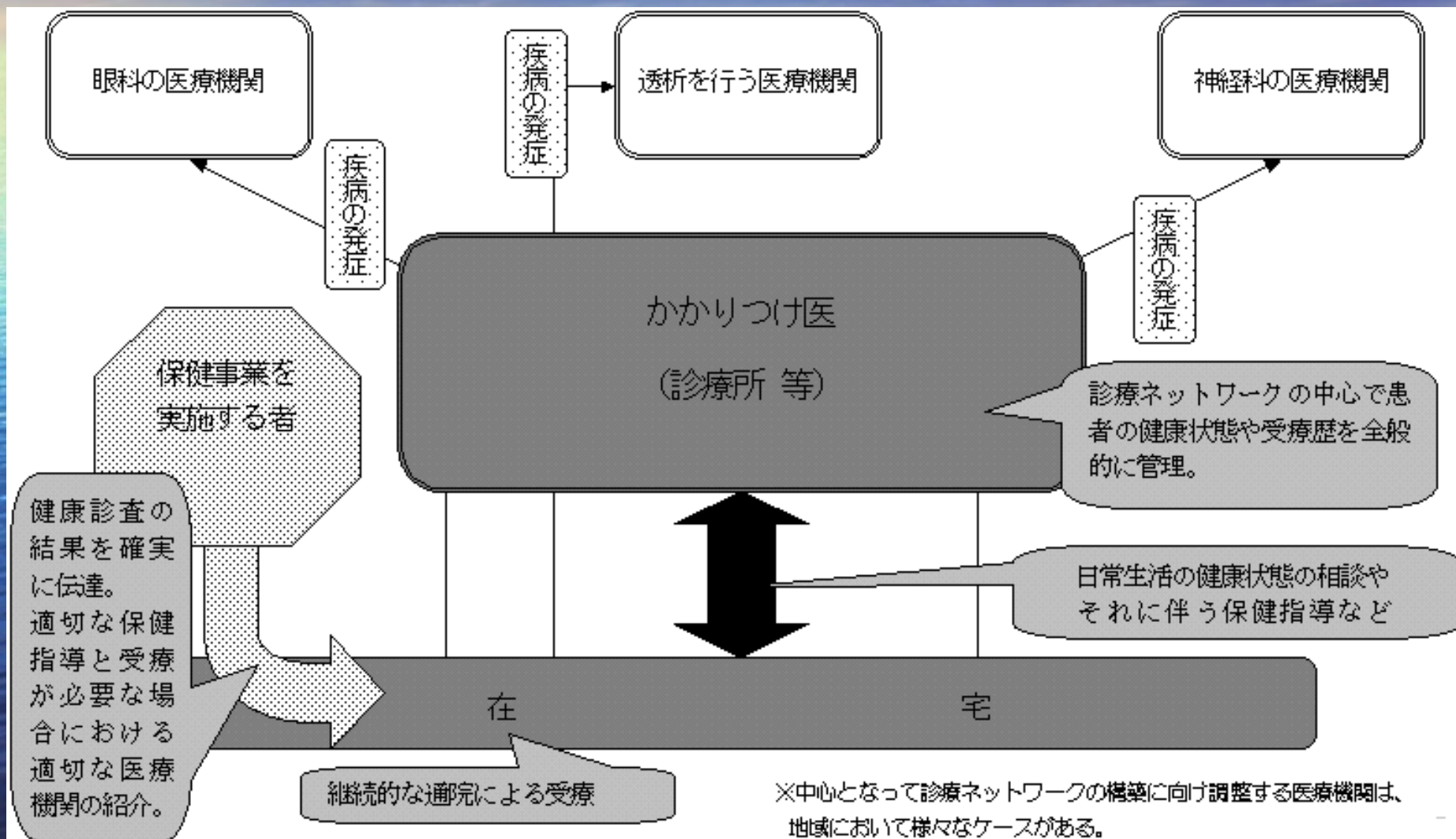
がんの都道府県別死亡率

(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)

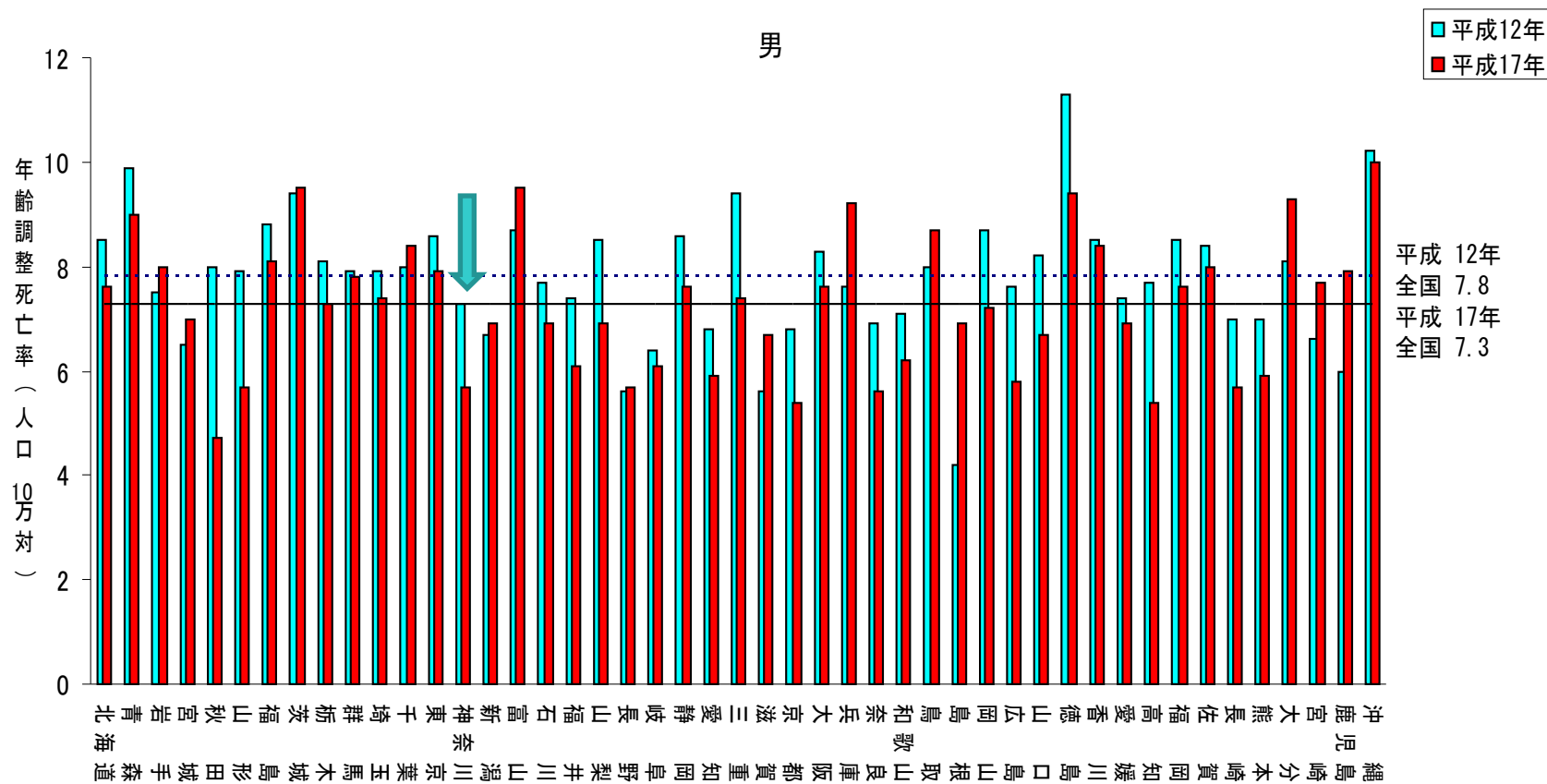


平成15年人口動態調査

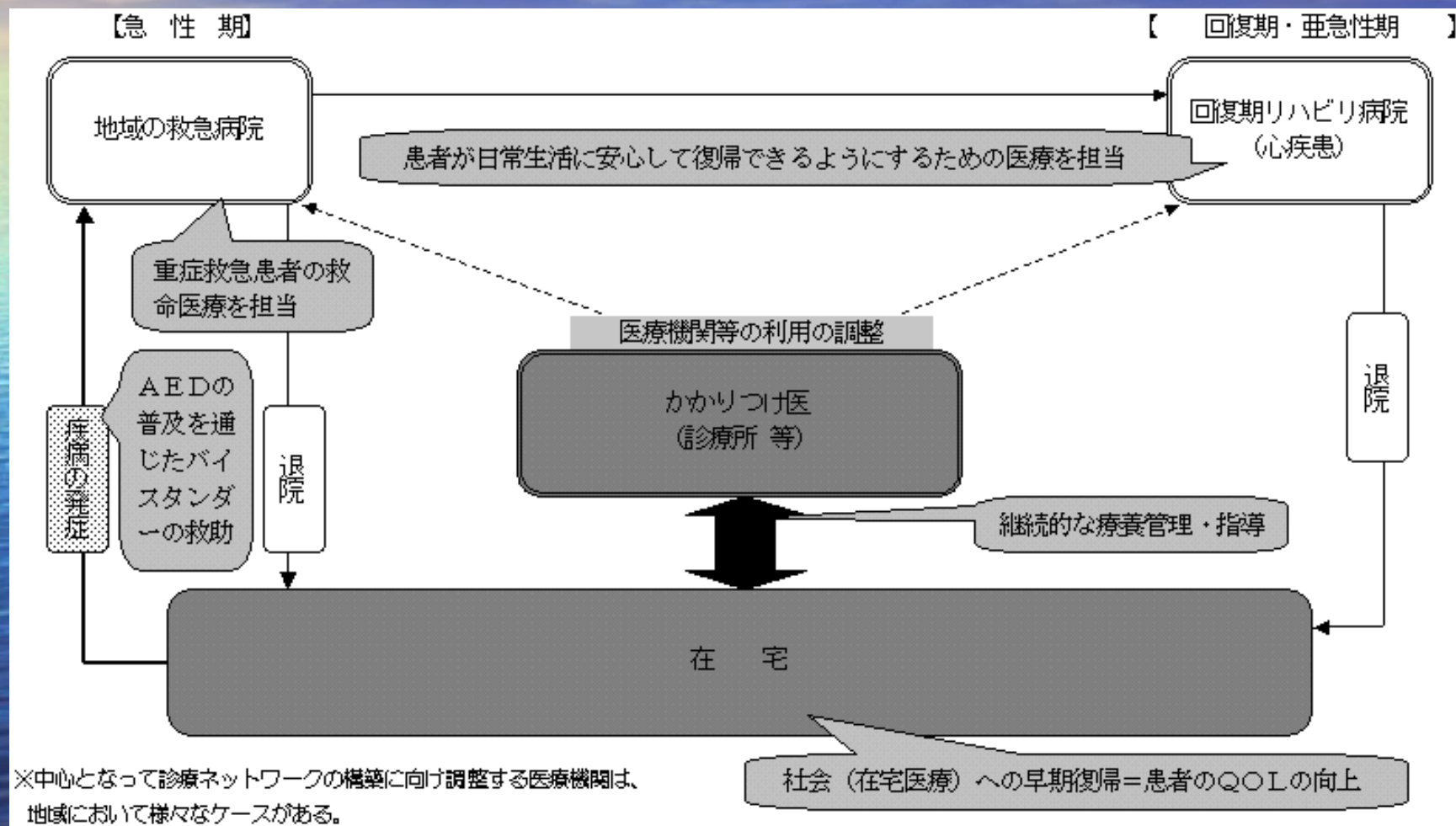
糖尿病の診療ネットワーク



糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



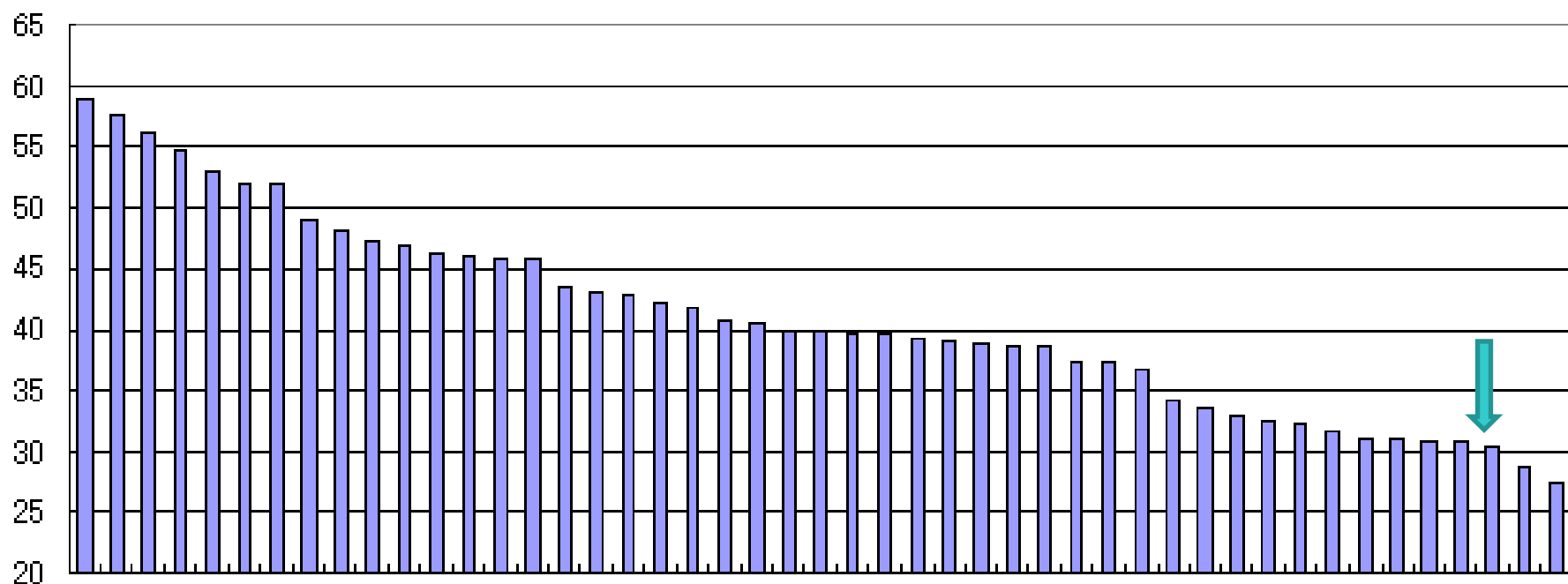
急性心筋梗塞の診療ネットワーク



急性心筋梗塞の都道府県別死亡率

(人)

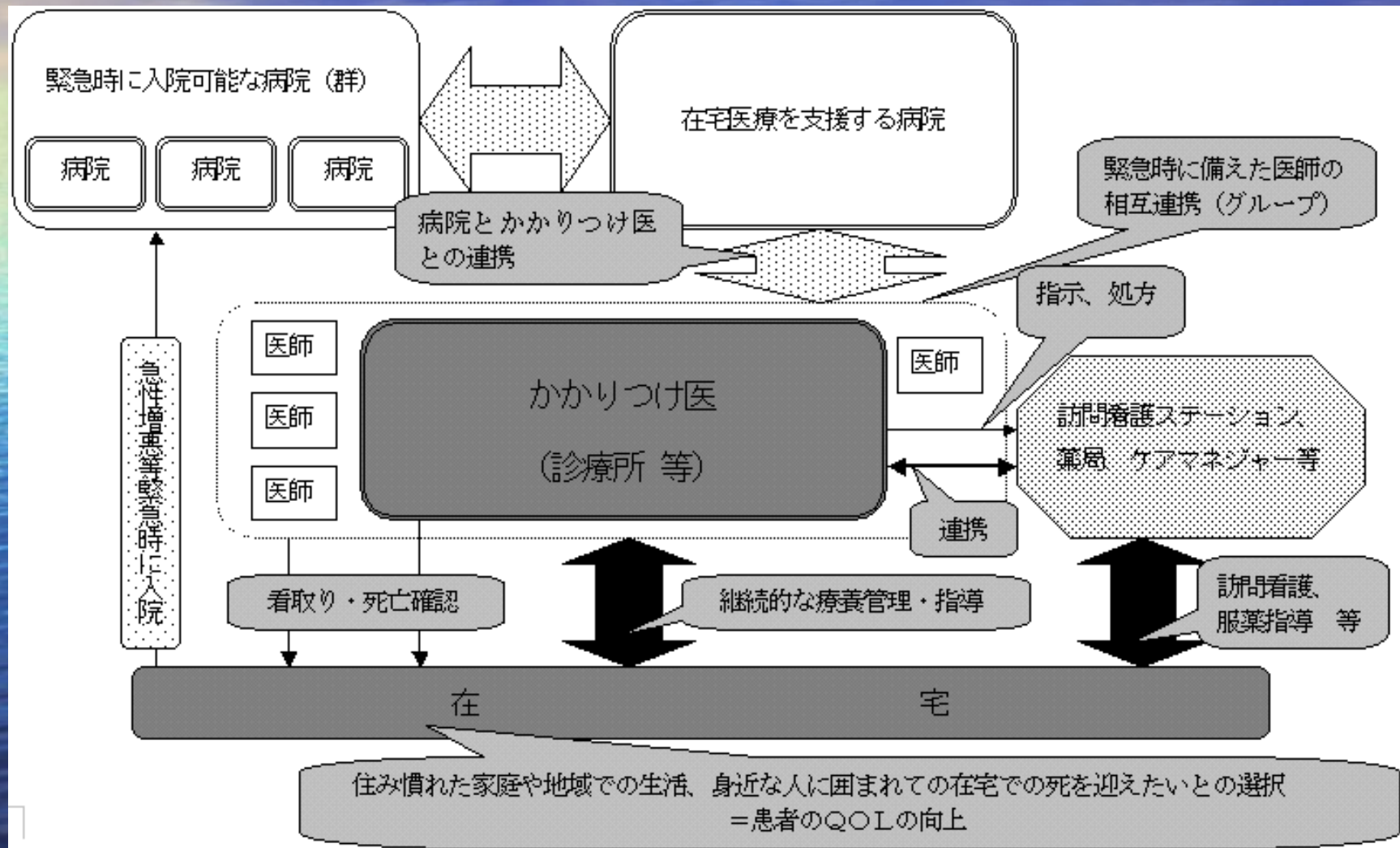
都道府県別にみた急性心筋梗塞による死亡率(人口10万対)



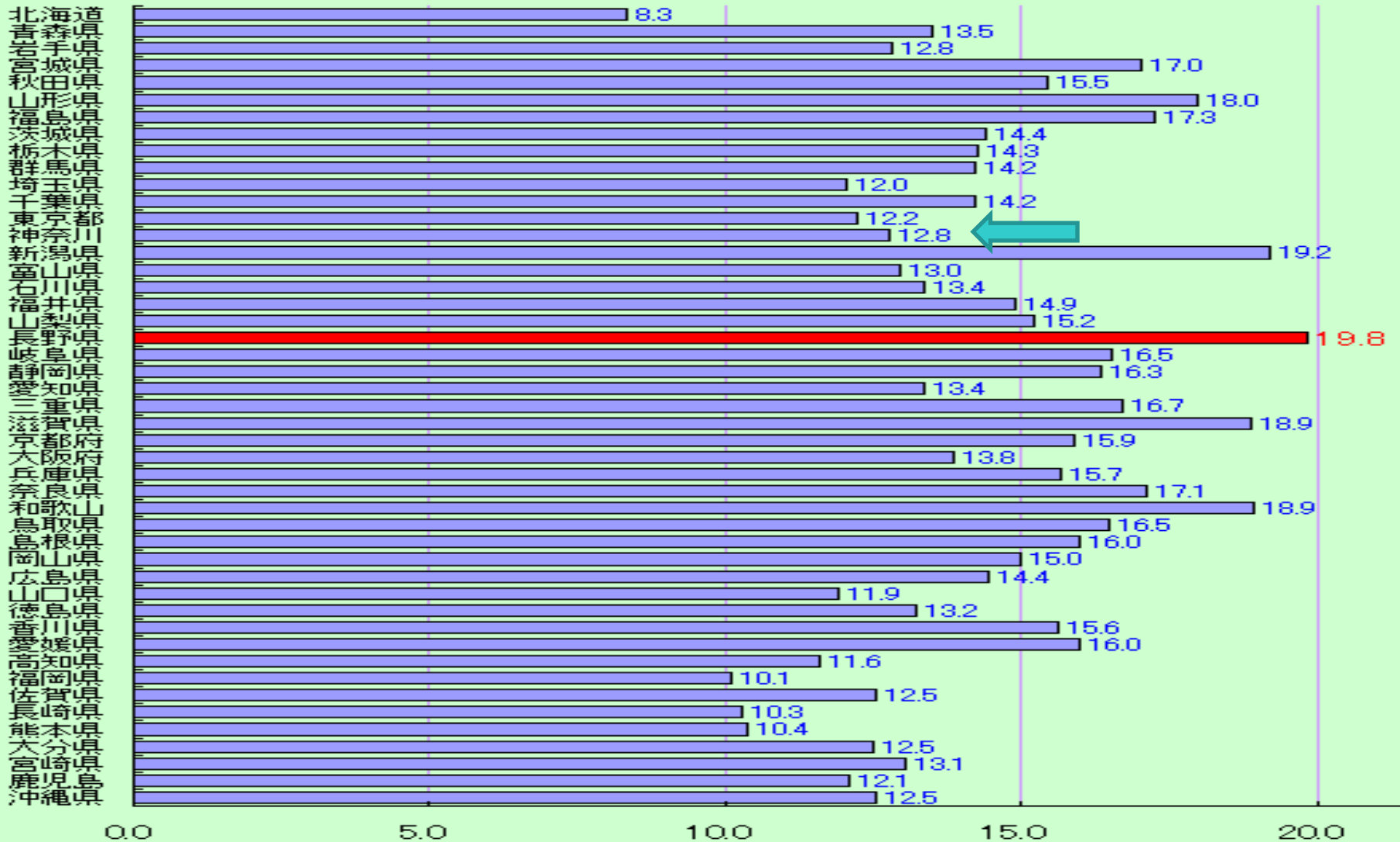
大分県 三重県 高知県 岩手県 和歌山県 福島県 茨城県 青森県 山形県 長野県 新潟県 山梨県 鹿児島県 鹿儿岛県 長崎県 徳島県 福井県 宮城県 岡山県 香川県 北海道 北海道上川 秋田県 石川県 鳥取県 富山県 兵衛庫 宮城良 奈良県 山梨県 熊本県 佐賀県 静岡県 滋賀県 沖縄県 福岡県 群馬県 広島県 千葉県 愛知県 埼玉県 東京都 神奈川県 大阪府 東京都

平成15年人口動態調査

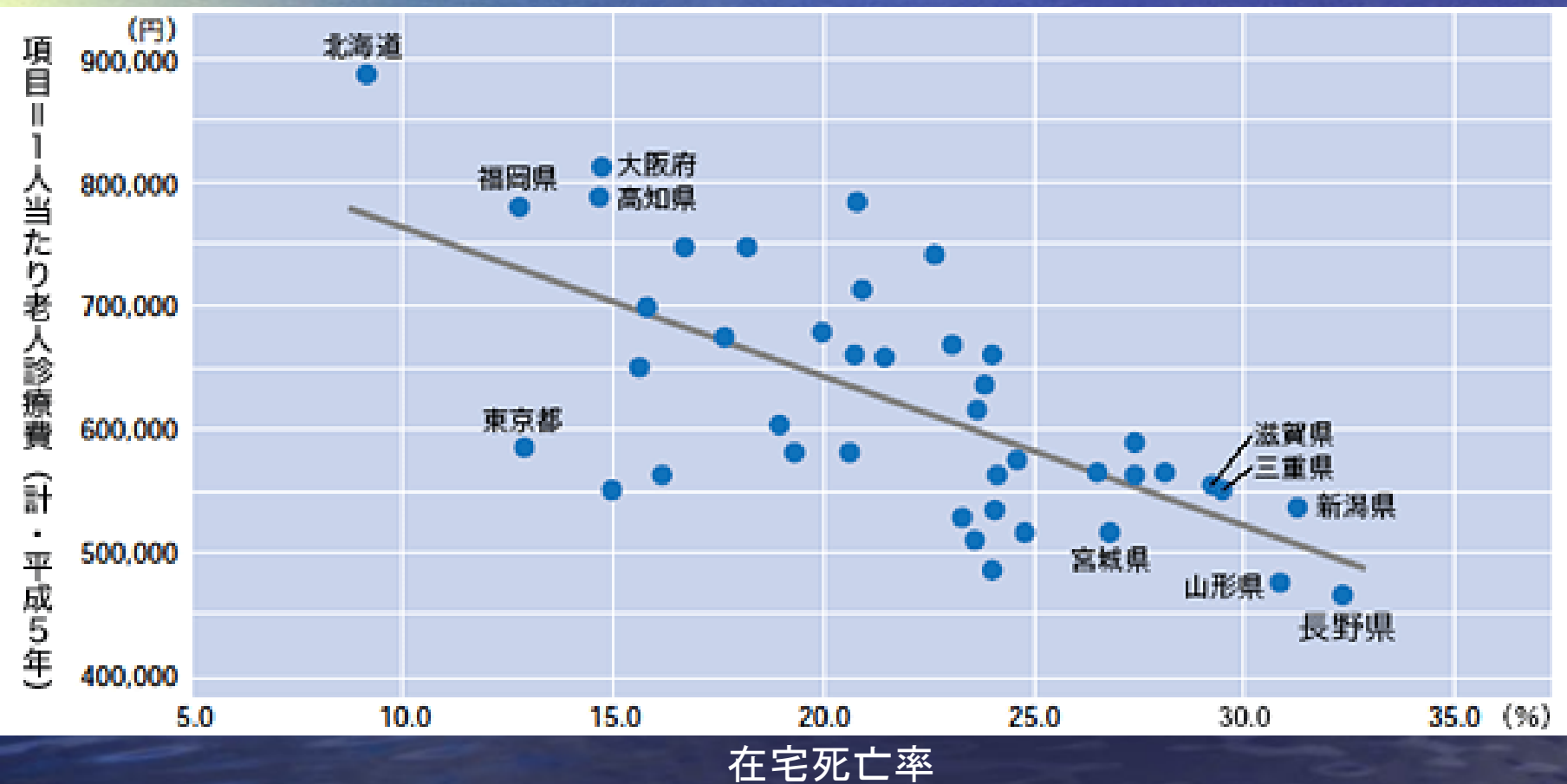
終末期ケアの診療ネットワーク



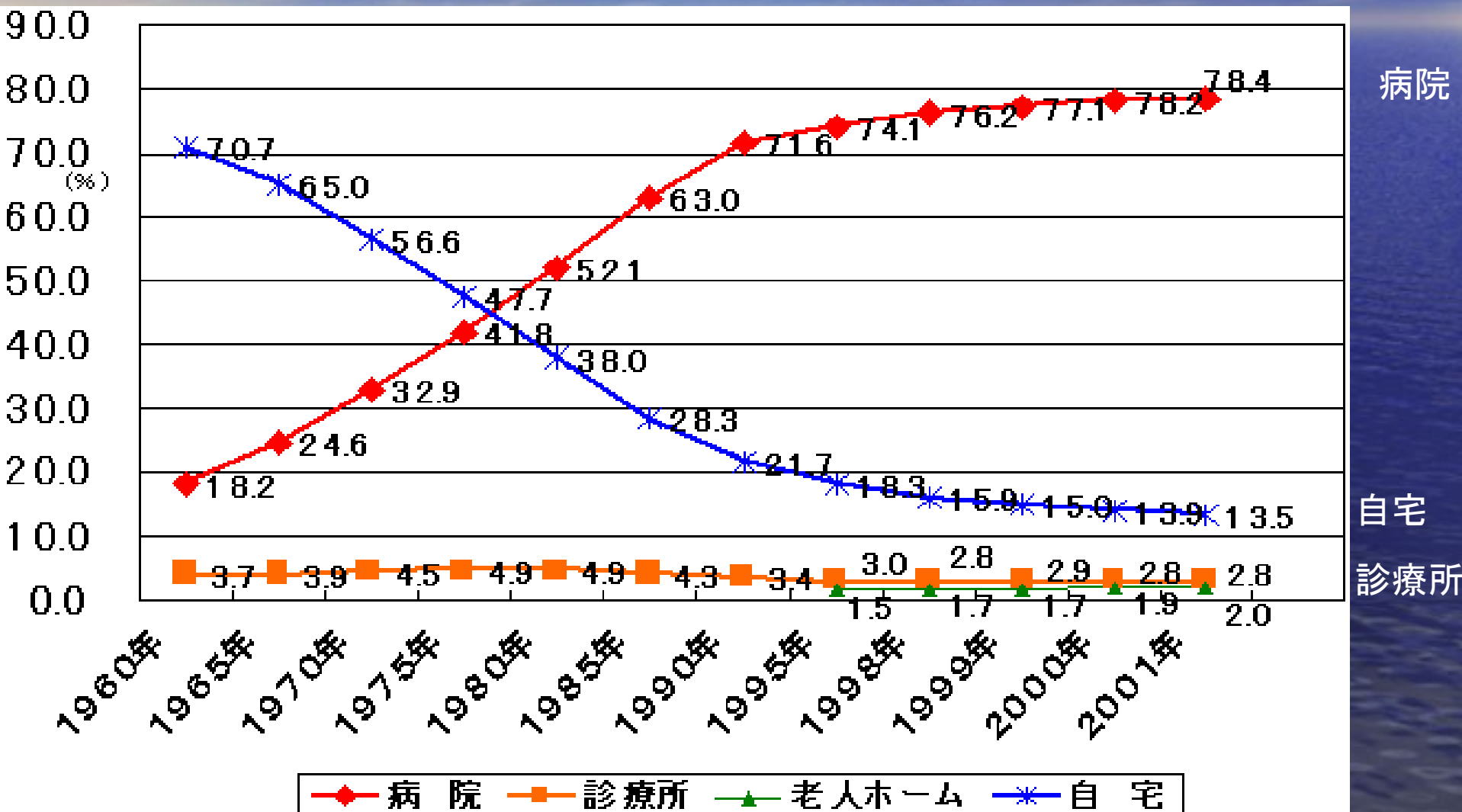
都道府県別在宅看取り率



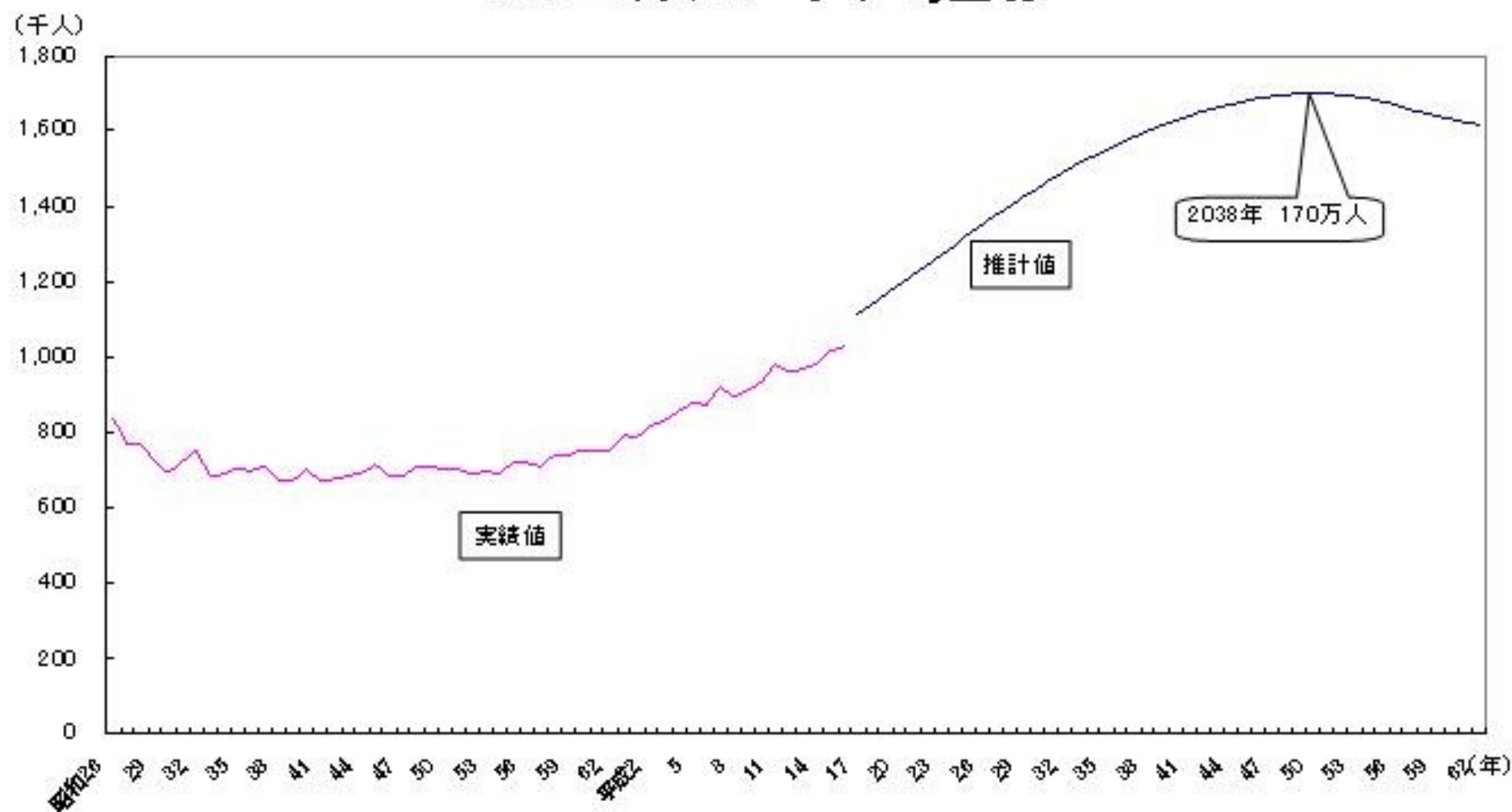
1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



死亡の場所の内訳推移



死亡数の年次推移



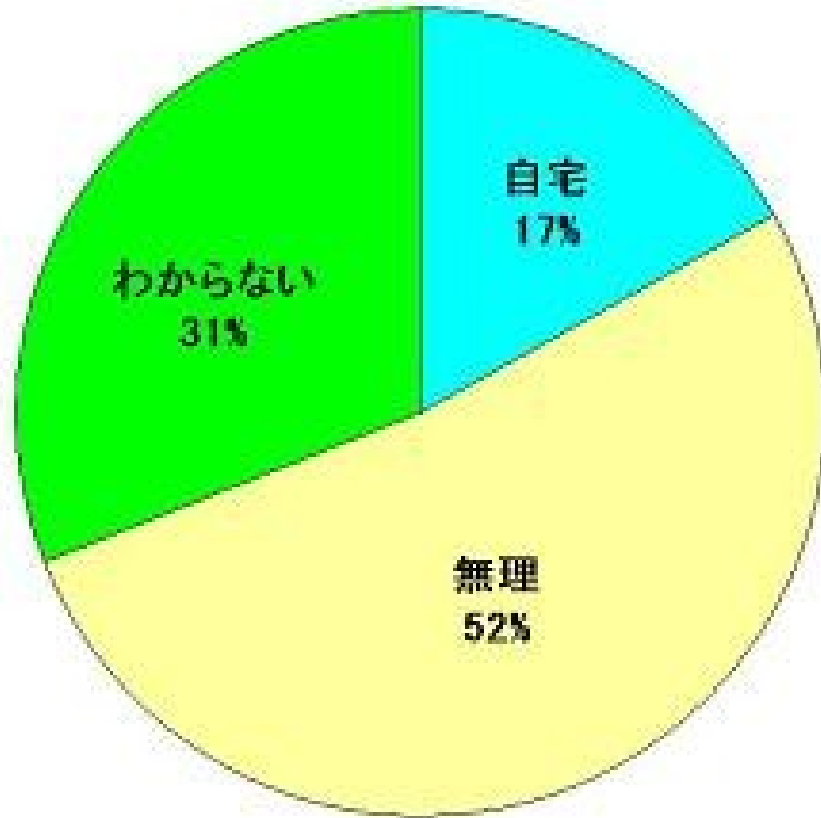
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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）

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

終末期連携パス

- 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)

在宅療養実施計画書（患者家族用）

作成日 年 月 日

____様 歳 男・女
在宅介護人： _____ 続柄 _____

連絡先 （下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の1に連絡し、連絡が取れない場合や、その先生の指示があれば、以後2、3、4の順に連絡してください。）

- 1 かかりつけ医(主治医) _____ TEL _____
- 2 副主治医1 _____ TEL _____
- 3 副主治医2 _____ TEL _____
- 4 ○○病院 TEL _____
- 連携病院サポート医 _____
- ケアマネージャー名 _____ TEL _____
- 訪問看護事業所名 _____ 担当 _____
TEL _____
- 訪問介護事業所名 _____ 担当 _____
TEL _____

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

在宅療養実施クリティカルパス
(患者家族用)

東東京緩和ケアネットワーク 緩和ケア連携パス作成部会

- 第1回作成部会(09年2月19日)
- 作成部会長 太田恵一郎(国際医療福祉大学三田病院)、
顧問 武藤正樹
- 症状別パス作成
 - － 疼痛管理、嘔気・嘔吐、不眠、呼吸苦など
- 済生会若草病院外科佐藤靖郎先生の講演
 - － フェンタニル・パッチの連携パス



東東京緩和ケアネットワーク
連携パス作成部会

リバプール・ケア・パスウェイ (Liverpool Care Pathway: LCP)

- 王立リバプール病院で2003年に開発
- ①初期アセスメント
- ②経過記録表
 - アウトカム項目としては①疼痛、②不穏、③気道分泌、④嘔気嘔吐の4領域で、それぞれにアウトカム設定と評価アルゴリズムがついている
 - ケア領域としては口腔ケア、排尿ケア、排便ケア、褥瘡ケア、心理的支援、宗教的支援、家族支援の7つのケア領域
- ③死後ケア
 - グリーフケア

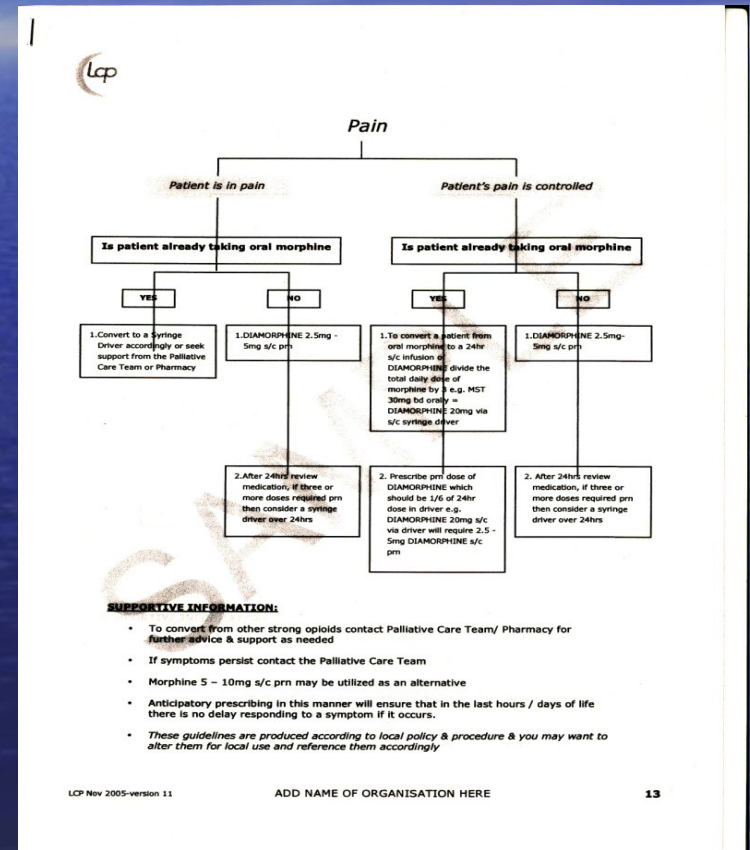
緩和ケア連携パス

- 緩和ケアの症状別に使用薬剤のアルゴリズムを作成する

－ 症状項目

- ①疼痛、②不穏、③気道分泌、④嘔気嘔吐の4領域で、それぞれにアウトカム設定と薬剤アルゴリズムを薬剤ガイドラインに基づいて作成

- 病院と診療所で共有する薬剤連携パスを作成する



疼痛緩和の薬剤アルゴリズム

パート2

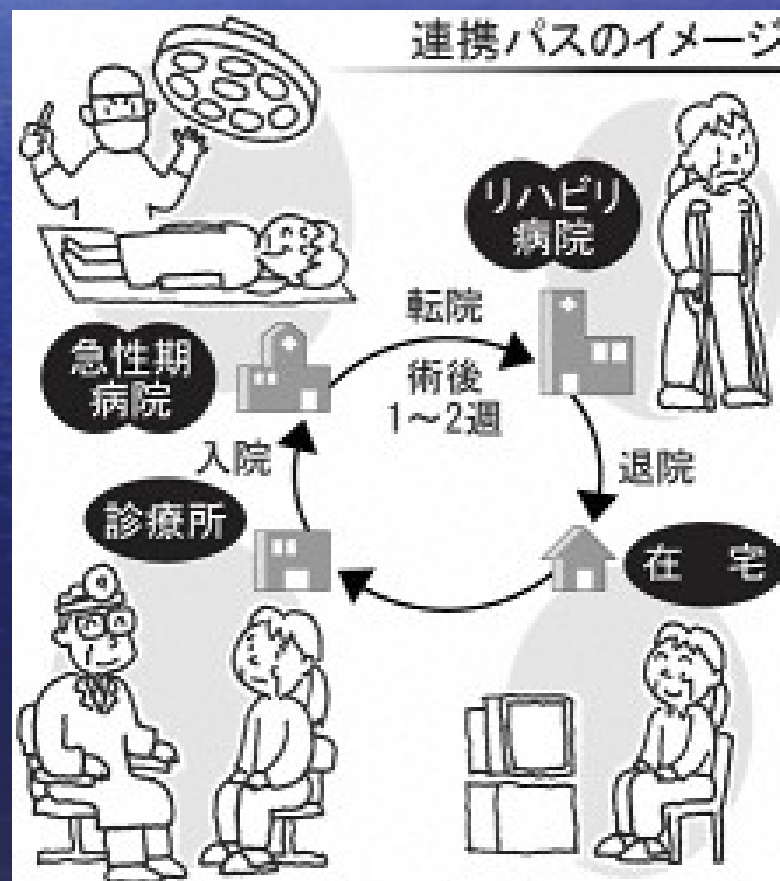
診療報酬改定と連携パス

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
- 病病連携パス
- 病診連携パス
- 在宅医療パス



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)		入院前に同じ	入院前に同じ	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	内服継続	内服中止	内服継続						内服継続
観察	体温() () () ()		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()
	脈拍() () () ()		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()
	血圧() () () ()		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()
	SPO ₂ () () () ()		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()
				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() () () ()
褥創()		褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	褥創()	
記録											
バリエーション		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
担当看護師署名		深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	

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

平成16年7月9日作成
月 日 改訂

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

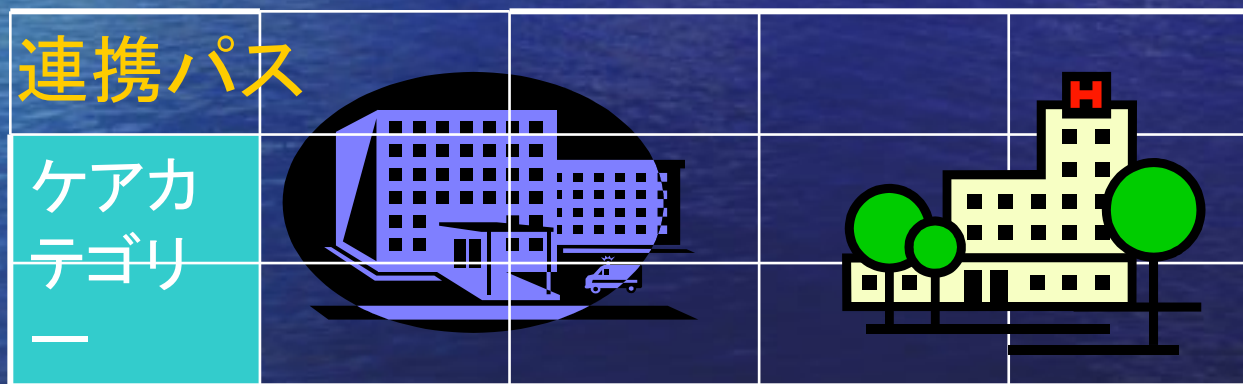
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

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						自・監・介	
清潔	清拭				創チエツ		シャワー浴可		入浴				自・監・介	
セルフ	【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		【荷重制限有】急性期病院		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	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							有・無	
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後 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	訪問〇/〇	
退院時情報	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 意欲:有・無・どちらとも言えない		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		問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位:) 薬:飲薬・坐薬(回/日)		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 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。
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

『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、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	□痛みに応じて訓練で 引っぱります (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	□疼痛で訓練します	□8部屋にて訓練開始です		
歩	□3時間たったら、身体を おこせます	□空れます	□歩行棒内での起立から後々に 歩き始めます			
ハ	□訓練の指導、説明 おこなえます	□車椅子で移動出来ます	□個人入浴で退室具合は違いますが 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			
リ	□病室でのリハビリが 始まります					
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	□排せ物の確認	□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	□化膿止めの注射の テストがあります	□術前に化膿止めの点滴が あります □術後500mlの点滴が2本 あります	□朝夕化膿止めの点滴があります → 術後2日目終了です			
検	□必要時に血液検査、 他科受診があります	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬) 使用	□必要に応じて鎮痛剤 (注射) 使用			
診	□入院時説明	□術後説明				
手	□手術時説明					
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

※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

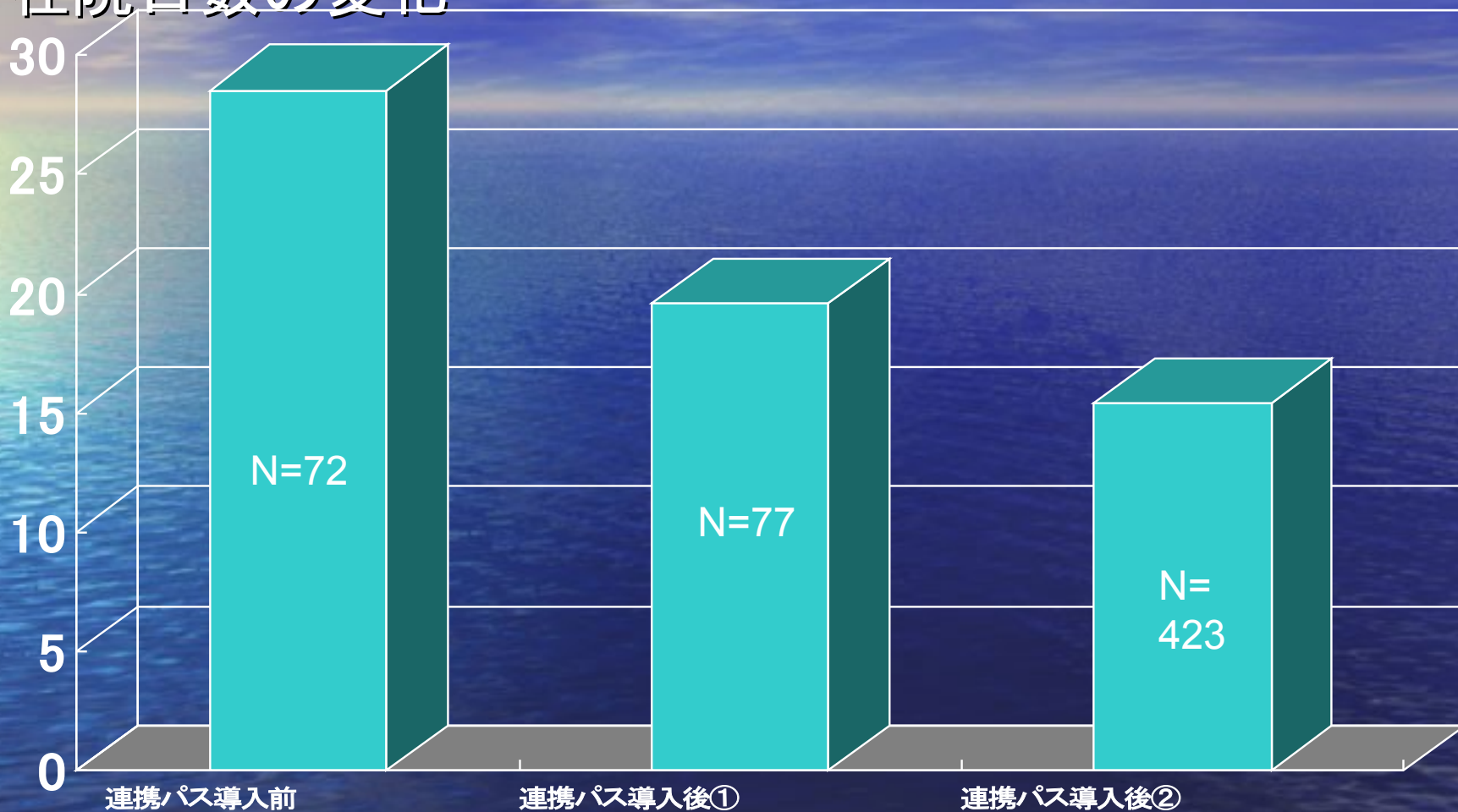
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

連携パスの効果

- **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

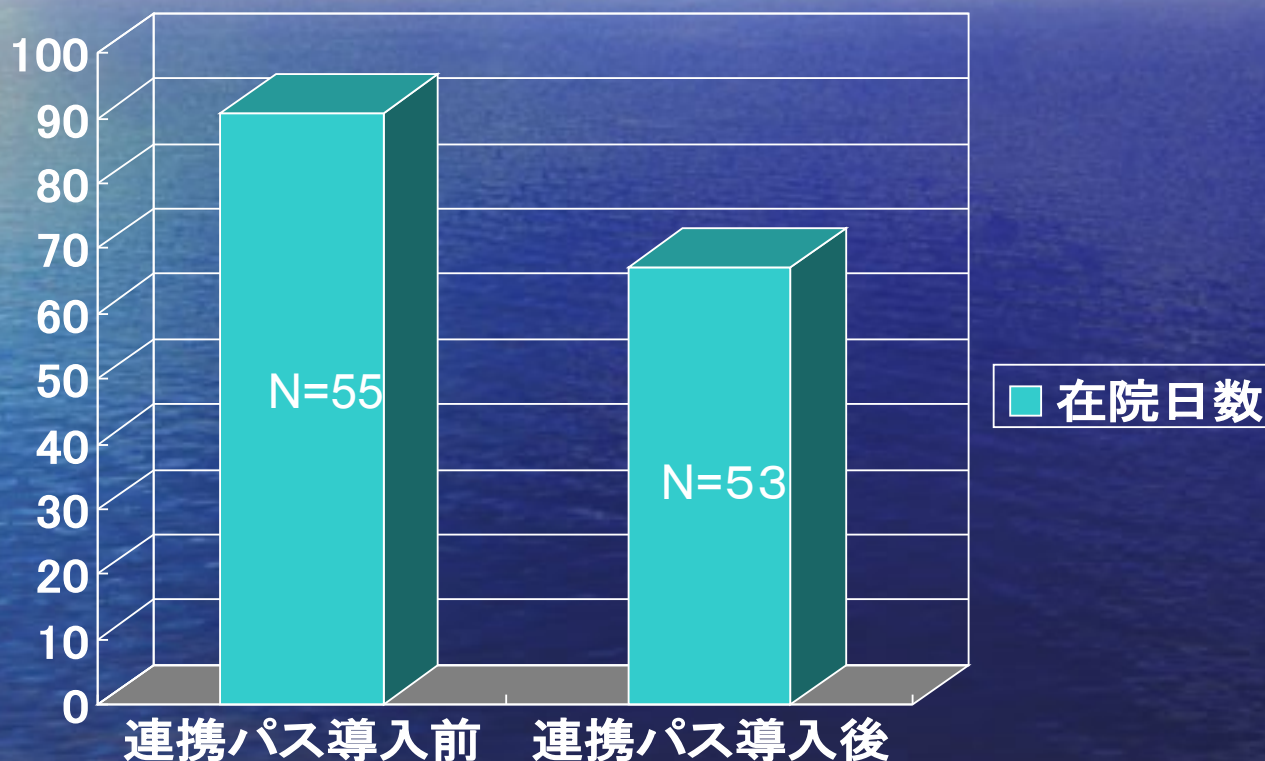


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

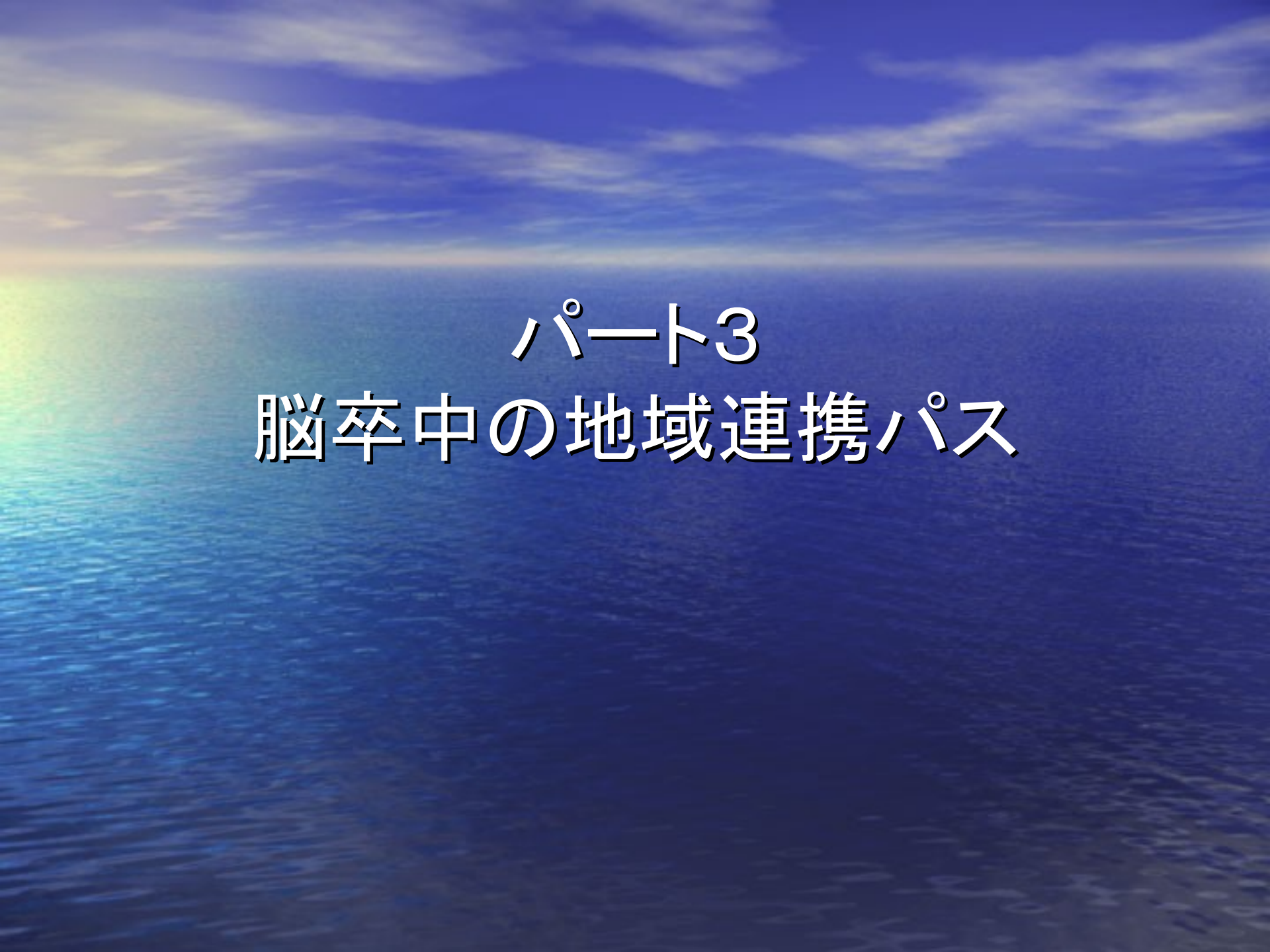
連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

連携パス導入後②(平成15年1月-平成17年1月)

連携パスの連携先の 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

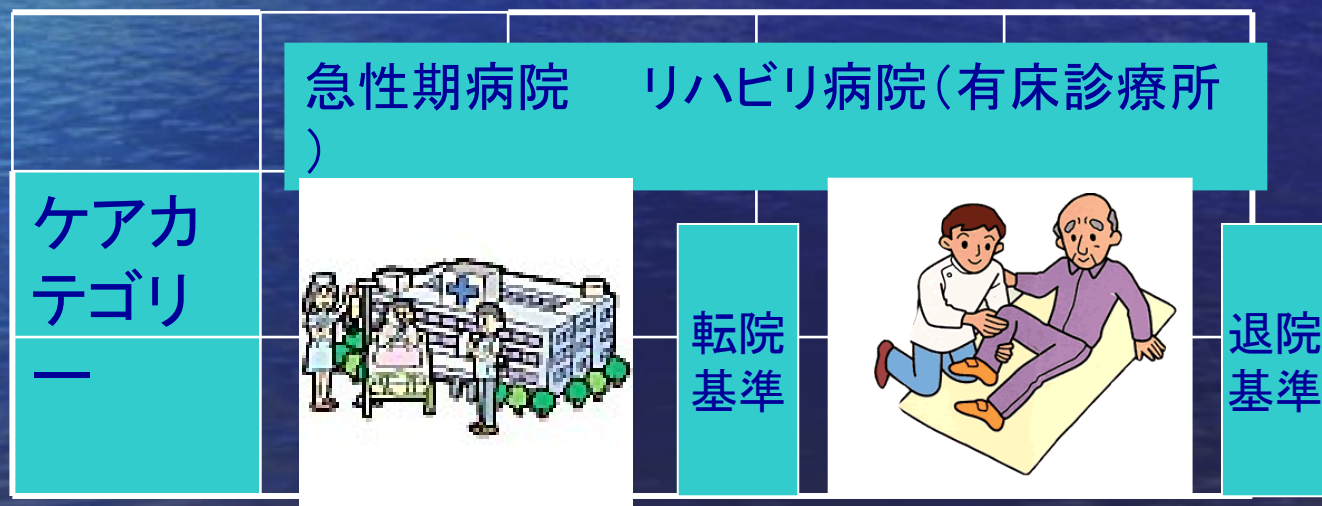


パート3
脳卒中の地域連携パス

脳卒中地域連携パス (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

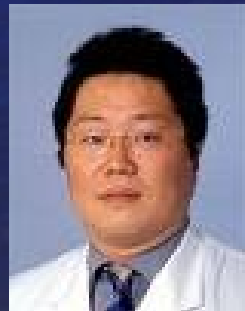
月日	／	／	／		／	／		／
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		○日	1日目	2日目	○日 退院日
達成目標					転院日			(退院基準
治療 薬剤(点滴・内服)					転院基準)	
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医			退院時の日常生活機能評価合計点 ○点

日常生活機能評価表

患者状態j	0点	得点 1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	/
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	/
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	/
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない で移動	介助を要する移動(搬送 を含む)	/
口腔清潔	できる	できない	/
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	でない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	/
危険行動	ない	ある	/
			合計点 点

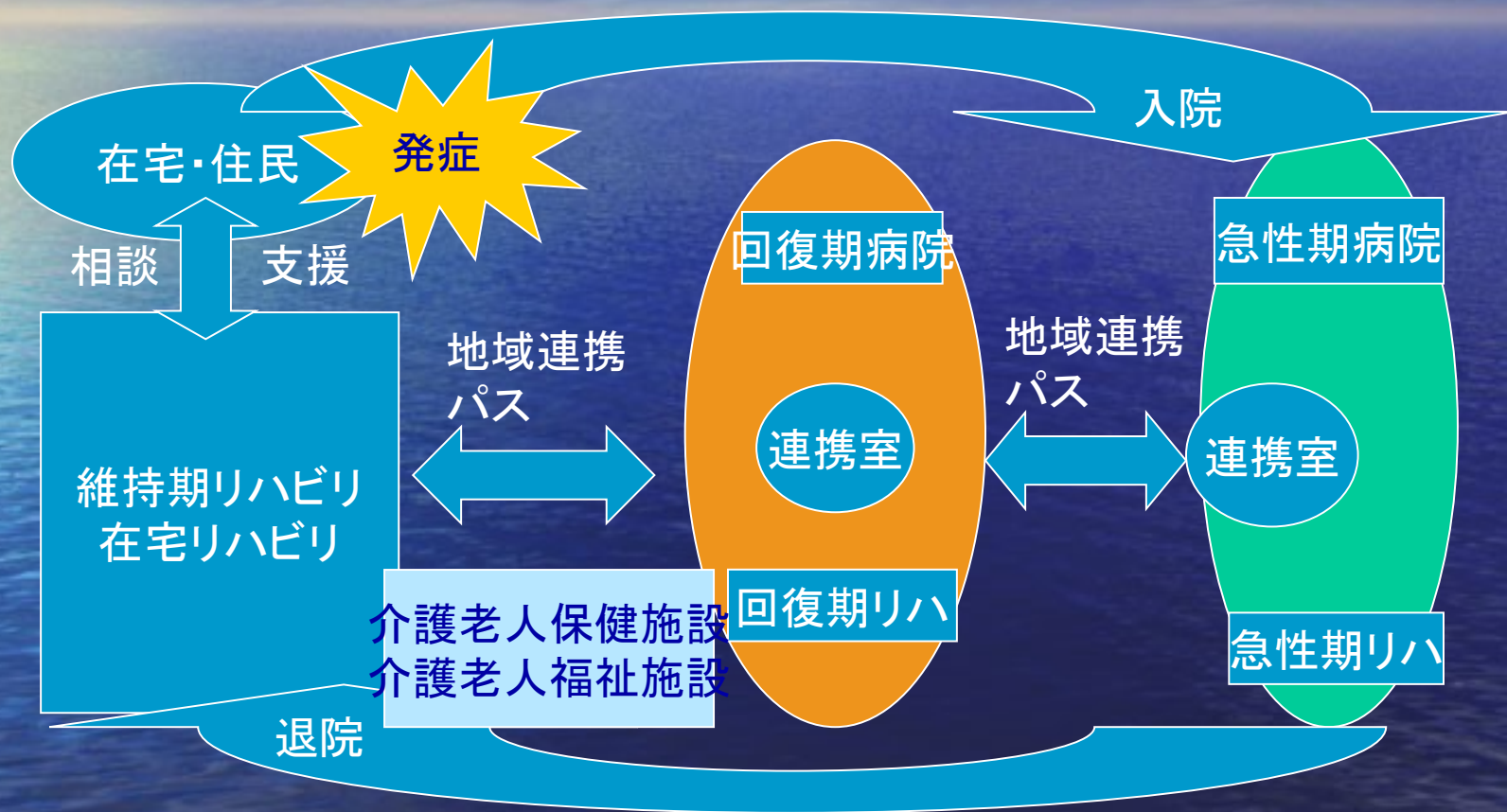
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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

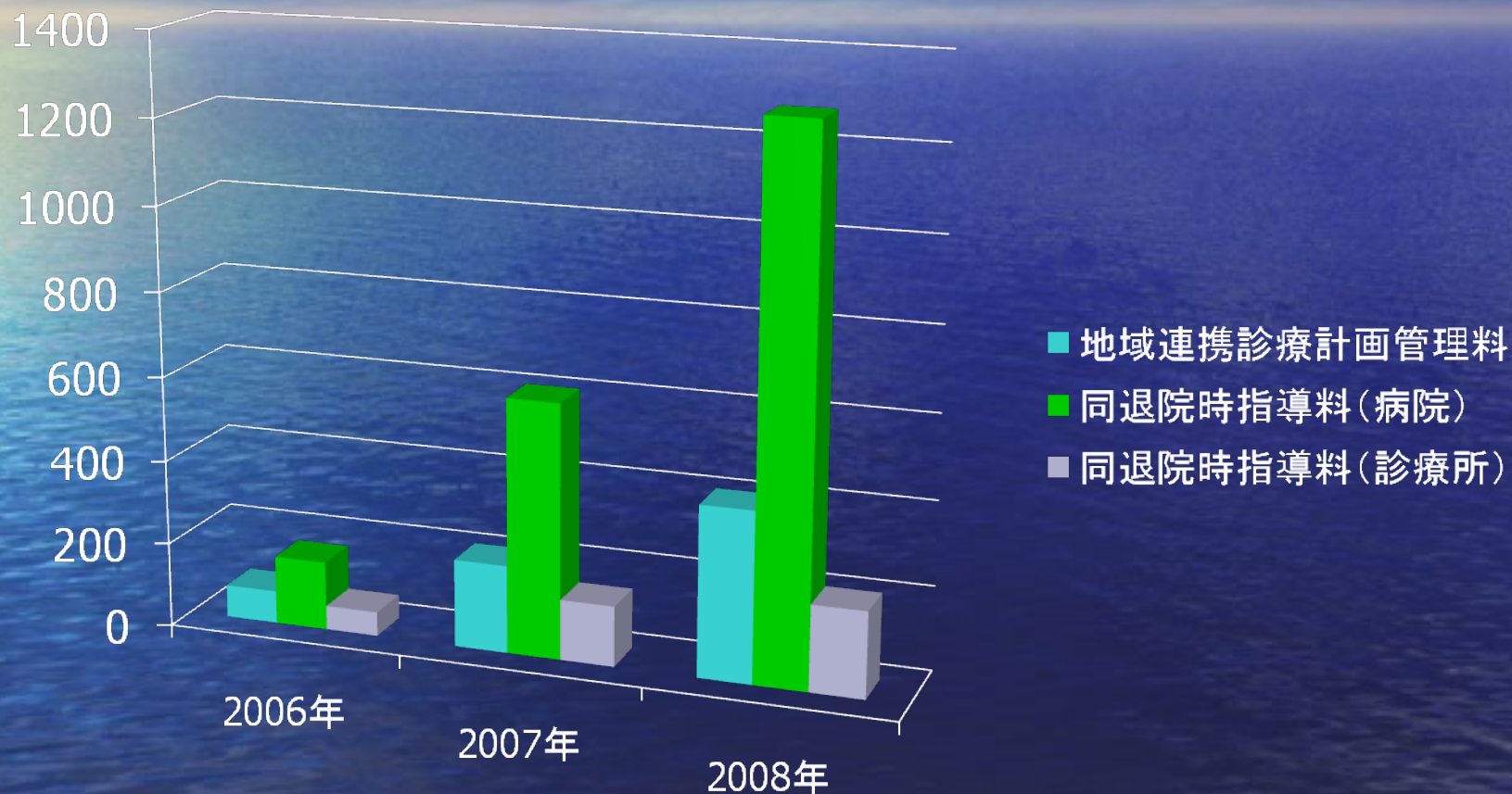


急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

地域連携クリティカルパスの増加



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パス研究会の流れ

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)



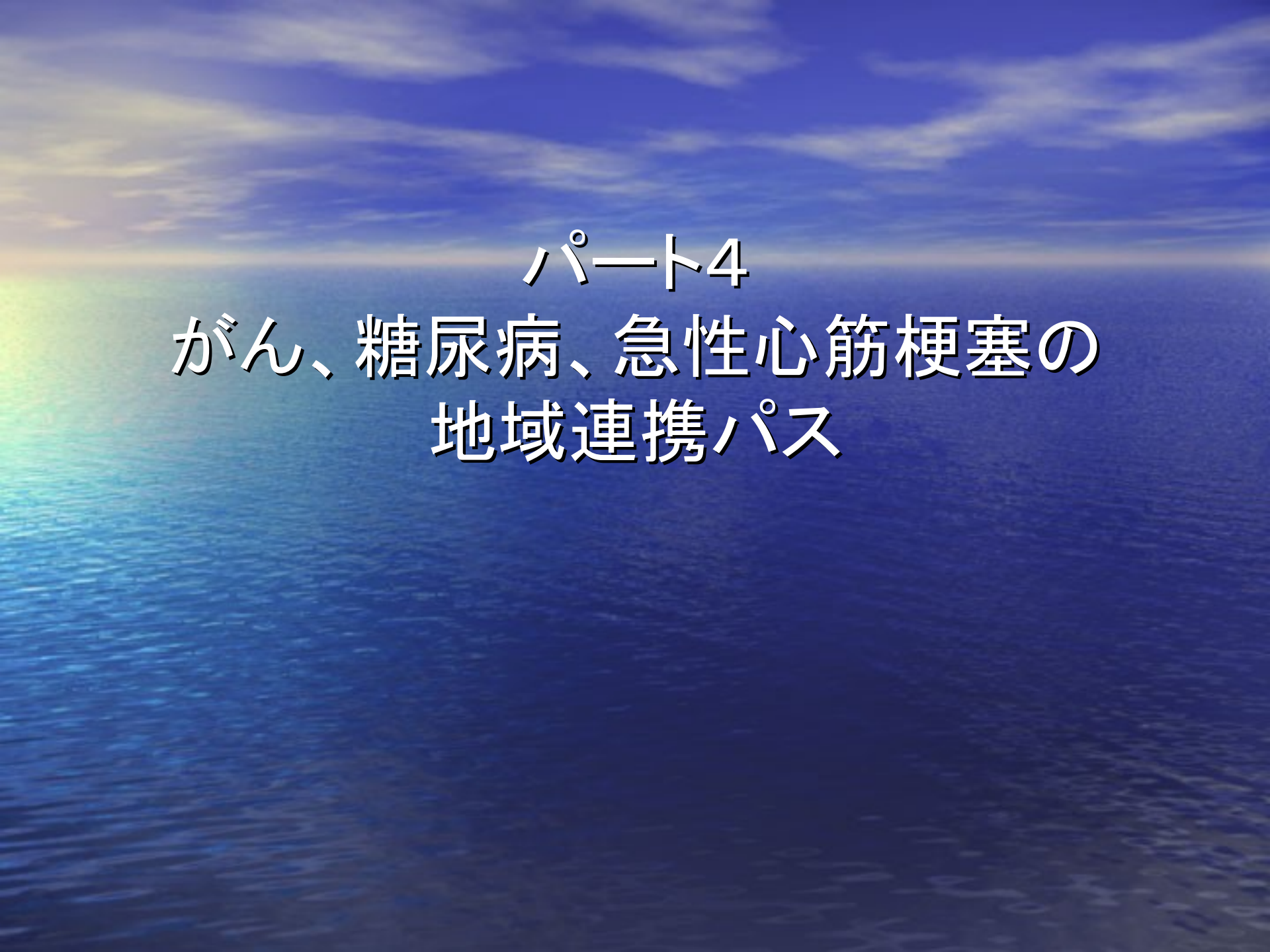
(メンバー) 港区内200床以上6病院のPEG施行Dr及び連携室、港区医師会、港区薬剤師会、訪問看護ST、NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容) 港区内PEGに関わる問題の抽出、ホームページ・管理マニュアル作成検討、PEG当番、パス作成等

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
施設年月日: 製品名: 型名: (バンパー or パルーン) (ボタン or チューブ) サイズ: 長さ cm×太さ Fr 最新交換日:		栄養剤投与方法(種類): 8時 9時 12時 15時		必要栄養量: kcal) 18時 21時 24時
				交換予定日: 施設病院連絡先: *休診・夜間等緊急の場合
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"/> 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:
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				



パート4
がん、糖尿病、急性心筋梗塞の
地域連携パス

がん連携パス

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

がん対策基本法

- がんの**予防**及び早期発見の推進
 - － がんの予防の推進
 - － がん検診の質の向上等
- がん医療の均てん化の促進等
 - － 専門的な知識及び技能を有する**医師**その他の**医療従事者**の育成
 - － **医療機関**の整備等
 - － がん患者の療養生活の質の維持向上
- **研究**の推進等

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

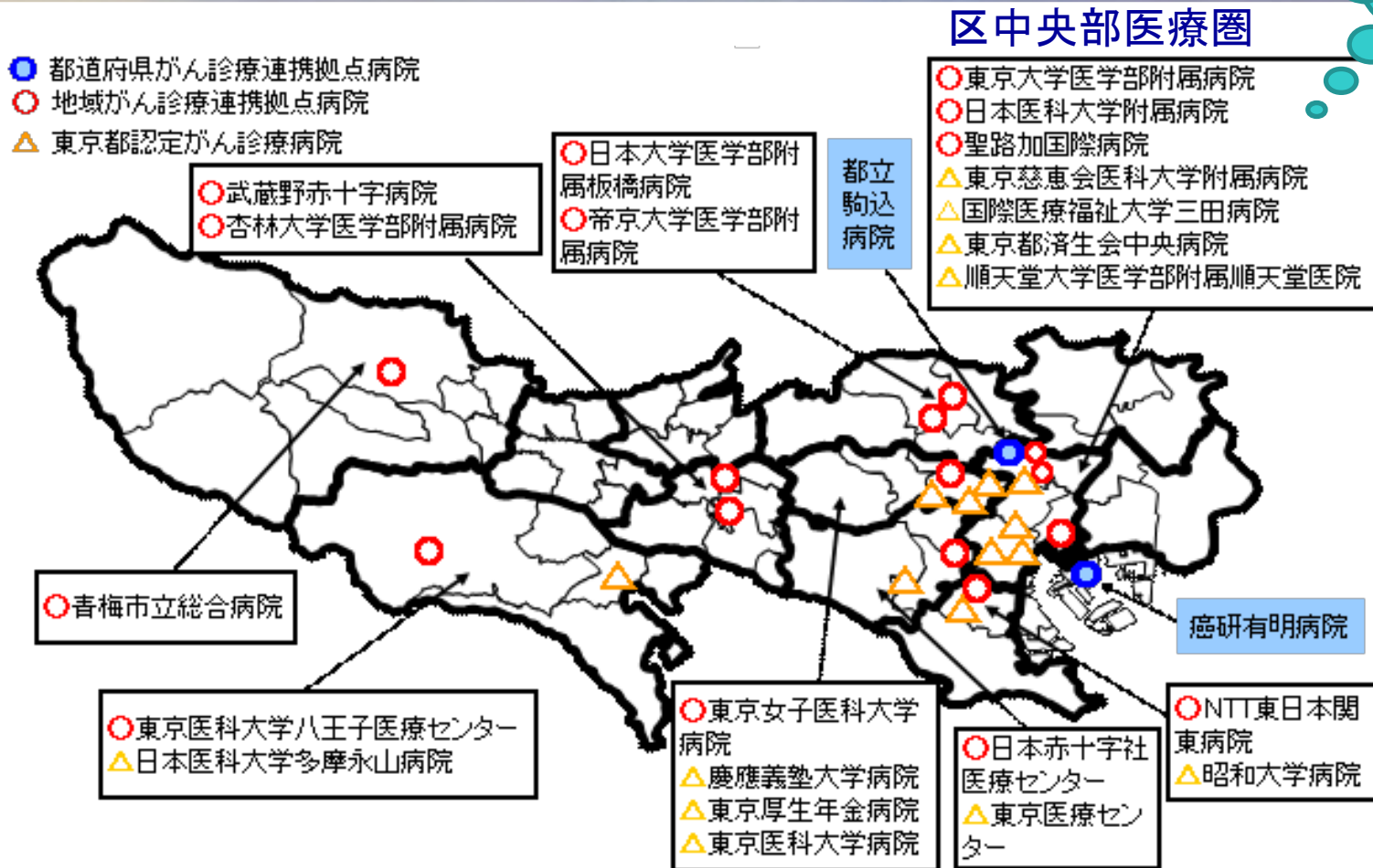
- 5年以内にがん検診受診率50%以上を目指す

- 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

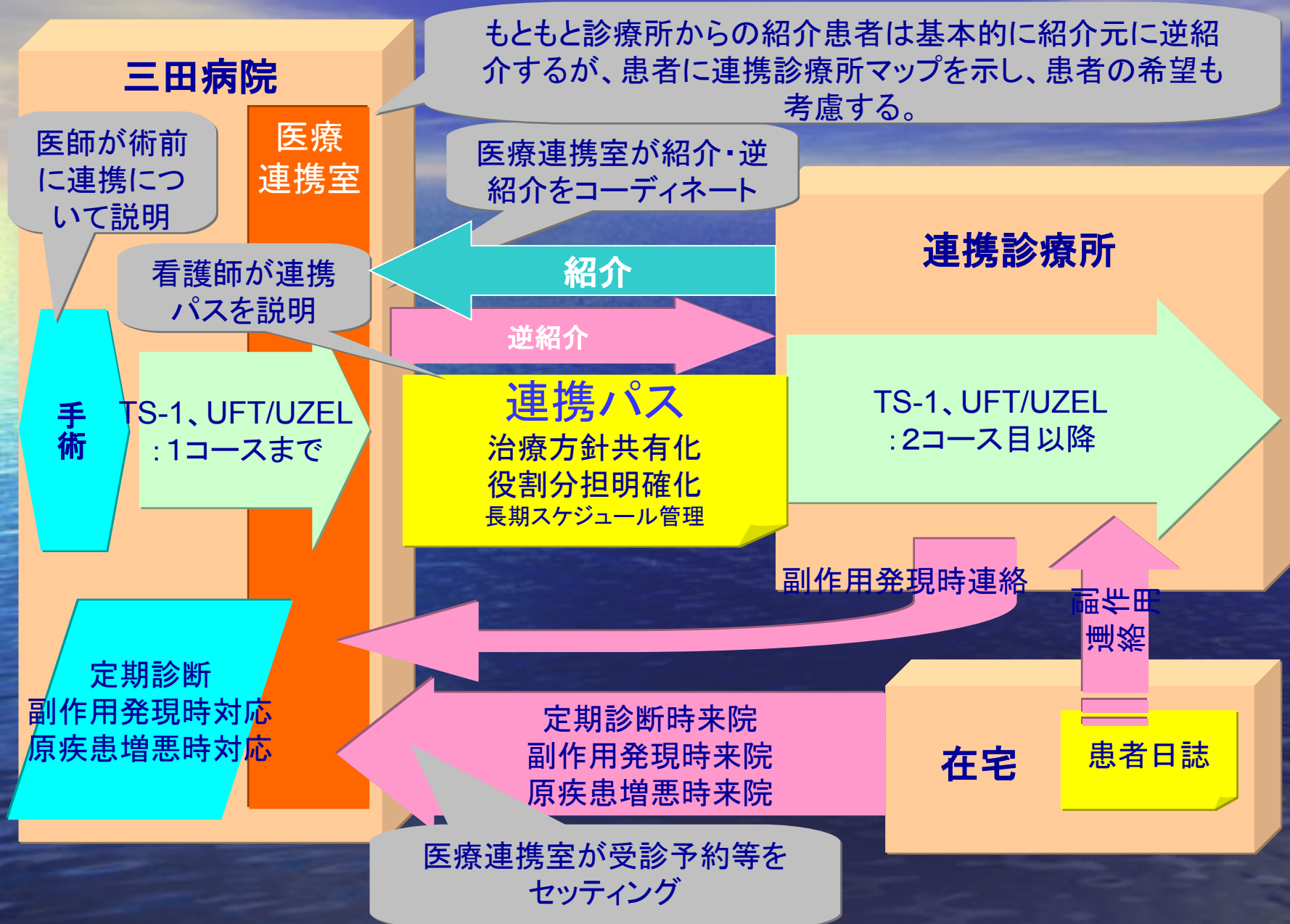
国際医療福祉大学三田病院
東京都済生会中央病院
山王病院



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)】

谷水班の紹介

厚生労働科学研究

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

(H20-がん臨床-一般-002)



谷水班として作成すべき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、呼吸困難感等)	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

胃がん・大腸がんの連携パス

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:)

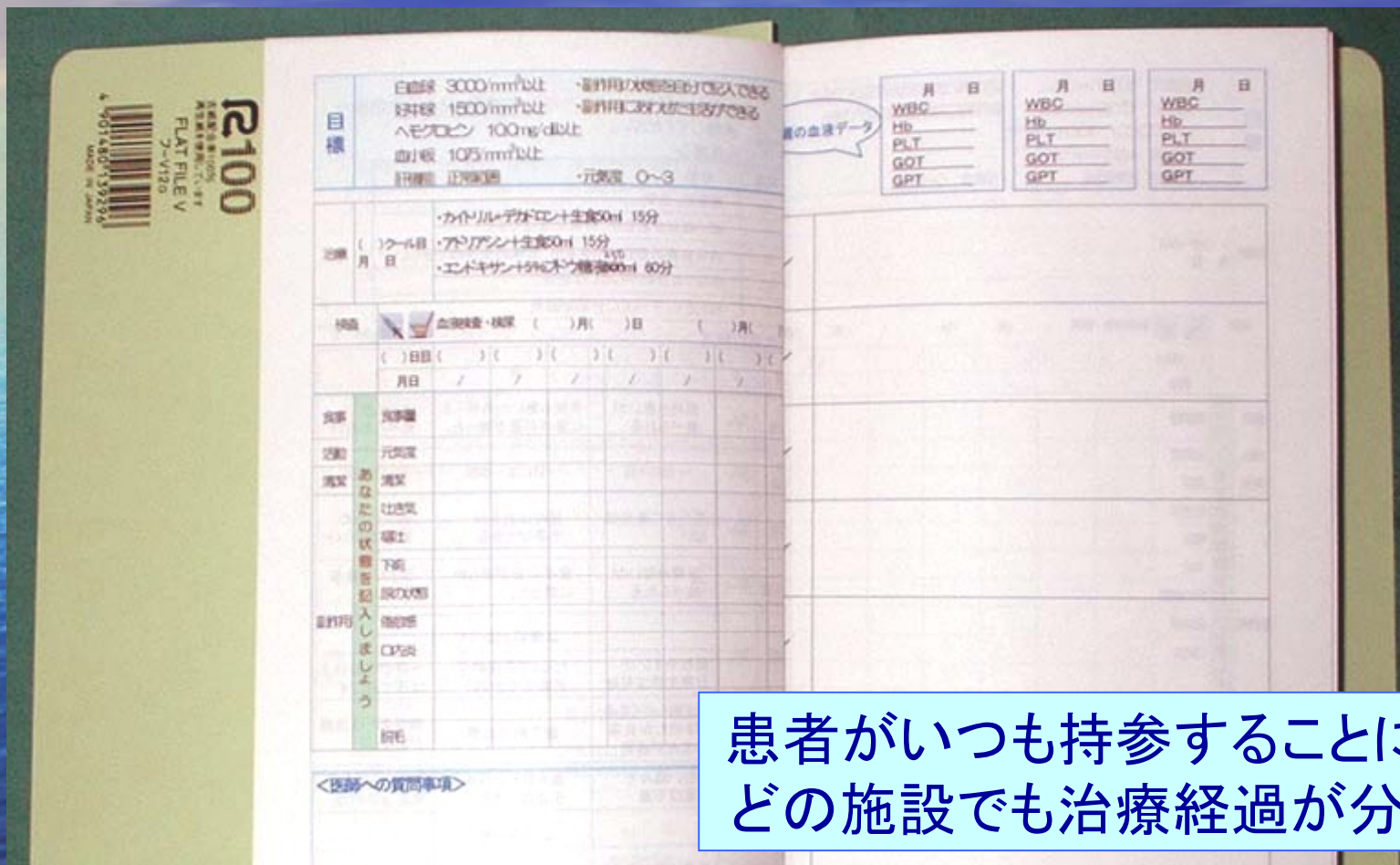
診療所名: 主治医 (電話:)

項目	病院	診療所における日常診療							
		入院 /	病院外来 6ヵ月後 /	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					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"/>	<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							
	検便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>								

医療者用連携パス
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

横浜医療センター

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

患者用連携パス

私のカルテ




- 地域連携パスの説明書・同意書
- 決定した連携先医療機関の一覧
- 知っておきたい私の診療情報
- 患者用連携パス
- 自己チェックシート
- おくすり手帳、副作用の説明書

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)】

私のカルテ（服薬記録）

服薬記録

診察時には、この手帳を担当の
医師または薬剤師に見せましょう。



氏名

有害事象（自覚症状の
早期発見役立つ。

電話番号

担当医師名

本資料は製薬会社様提供のものです。©2014 大塚製薬株式会社

提供： 大塚製薬工業株式会社
http://www.taho.co.jp/

< 服薬記録 > 記入例

	日		月		火		水		木		金		土	
	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕	朝	夕
服薬期間 (予定)	2月 / 日 ~ 2月28日													
服薬数			2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状														
休薬期間 (予定)	3月 / 日 ~ 3月4日													
服薬数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
症状														⑨
飲み薬	カプセルの種類													
カプセルの種類	□ 1日(2)カプセル×2回													
変更があった場合 (2月16日)	↓													
カプセルの種類	□ 1日(2)カプセル×2回													
症状	⑨	⑨	⑨	⑨										⑧
日付	21	22	23	24	25	26	27							
服薬数	2	2	2	2	2	2	2							
症状				⑦										
日付	28	31	2	3						5	6			
服薬数	2	2	2	×										
症状														
日付	7	次のページに書く												
服薬数														
症状														

自覚症状の
番号を記入

記入方法

- 日付けを入れ、飲んだ薬の数を服薬数の欄に記入し、調子が悪かったり、飲み忘れて飲まなかった時は服薬数の欄に×印を付けてください。(飲み忘れても絶対に2回分を1度に飲まないでください。)
- 休薬期間には斜線、受診日には0印をつけておきましょう。

この薬以外の治療薬

月	日	~	月	日
月	日	~	月	日
月	日	~	月	日

メモ

上記以外の症状や気になることなどをメモしておきましょう。

2/13 口内炎ができた
2/14 朝朝食み忘れ
2/15 診察、口内炎のための薬かわる (自カセル)
2/20 午後下痢1回
2/24 少しはき気があった 3/1 朝の服用

症状

次のような症状が起きたら、症状の番号を記載しておきましょう。

- ① のどの痛み、発熱
- ② 出血(あざができる・紫色・赤色)
- ③ めまい、たちくらみ
- ④ からだがだるい
- ⑤ しびれ、舌のもつれ、歩行時のふらつき、物忘れ
- ⑥ 息切れ、せき、発熱あるいはかぜのような症状
- ⑦ 吐きけ、食欲がない
- ⑧ 下痢、腹痛、血便
- ⑨ 口内炎
- ⑩ 口や目の結膜のただれ
- ⑪ 目の充血、痛み
- ⑫ 涙が多く出る、目のかすみ、目がかわく
- ⑬ 目や皮膚が黄色い
- ⑭ 膝や手足などがむくむ
- ⑮ 尿量が減る、血尿
- ⑯ にどいがわかりにくい
- ⑰ 発熱、かゆみ、色澤沈着、手足の皮膚炎
- ⑱ 手足に力が入らない、唇が痛い

④医療連携ポスター

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



がんの地域連携クリティカルパス4点セット

- ①病院と診療所の役割分担表
- ②共同診療計画表(医療者用連携パス)
- ③わたしのカルテ(患者用連携パス)
- ④連携ポスター

がん専門病院



連携
ポスター



私の
カルテ

診療所



日常診療

手術
定期検査(CT、内視鏡など)
再発時の抗がん剤治療など

腫瘍マーカーなどの検査
術後経口抗がん剤投与

胃癌Stagell, III 術後長期連携パス 案

項目	入院	退院	外来	6ヵ月後	1年後	1年半後	2年後	2年半後	3年後	4年後	5年後
経過観察											
検査・診断			紹介								
腫瘍マーカー											
治療・手術											
フォローアップ											
再発											
転移											
再発・転移											
経過観察											
検査・診断											
腫瘍マーカー											
治療・手術											
フォローアップ											
再発											
転移											
再発・転移											

共同診療計画表(地域連携クリティカルパス)

がん診療連携拠点病院における 5大がん地域連携クリティカルパス 現状アンケート



がん診療連携拠点病院ら361
(がん診療連携拠点病院351、東京都がん診療認定病院10)
病院長宛に郵送にてアンケートを実施。

郵送期間：平成21年1月5日～1月20日
郵送数：361通
回答数：214通(回収率59.3%)

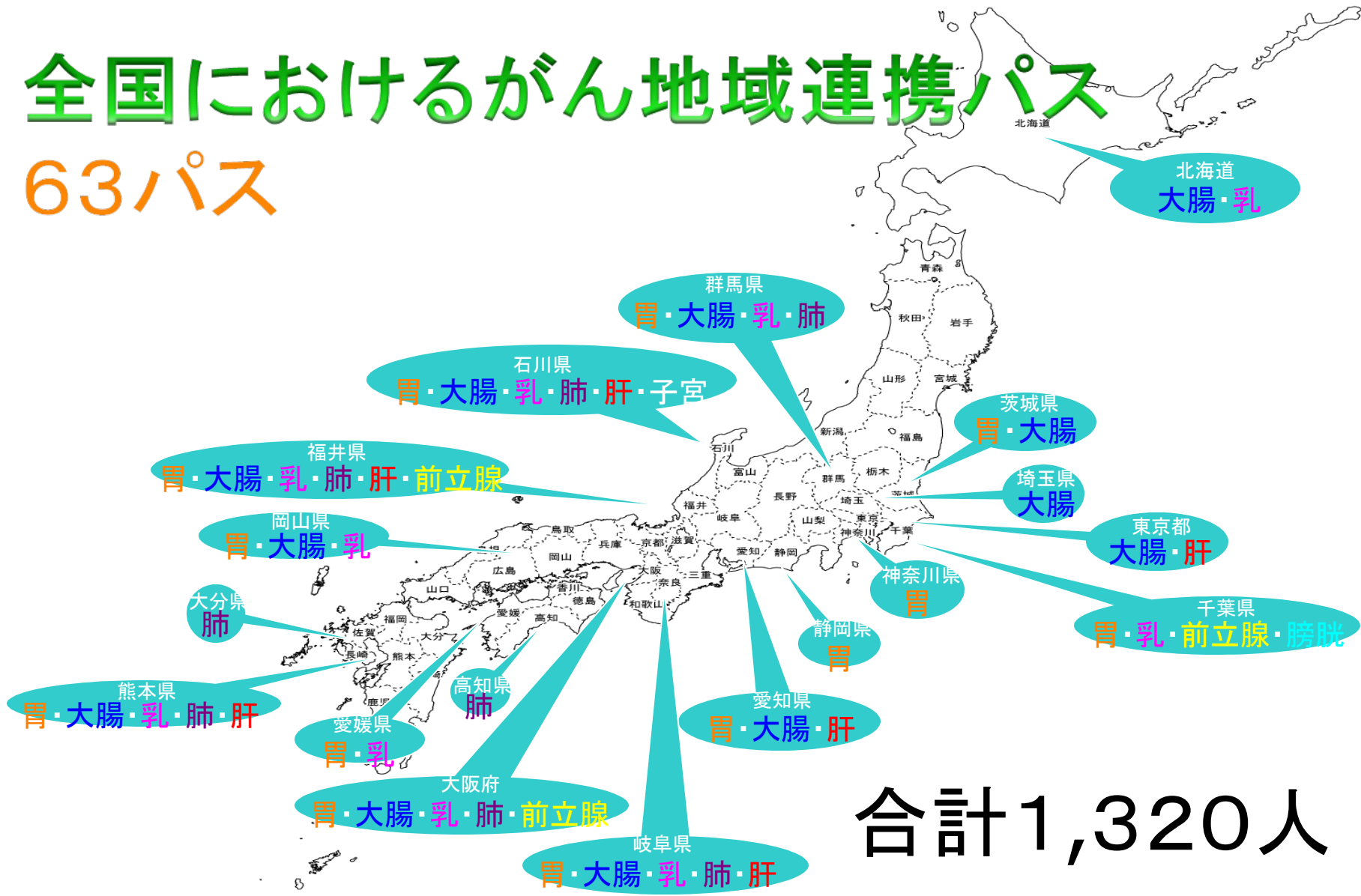
東京女子医科大学病院 地域連携室

下村 裕見子

2009.3.8

全国におけるがん地域連携パス

63パス

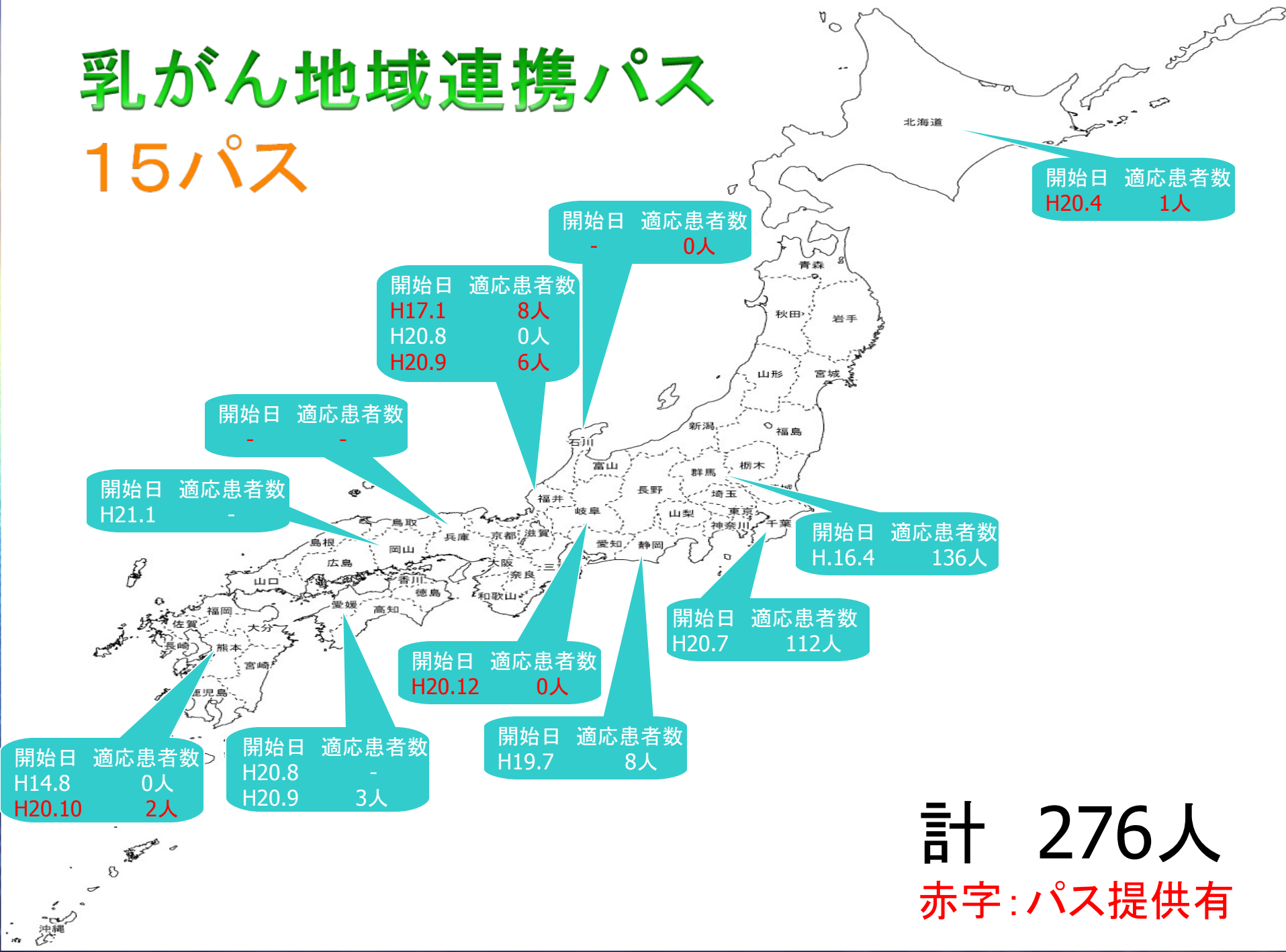


合計1,320人

※前立腺がん3パス289人、膀胱がん1パス7人
子宮がん1パス0人、緩和パス1パス0人

乳がん地域連携パス

15パス

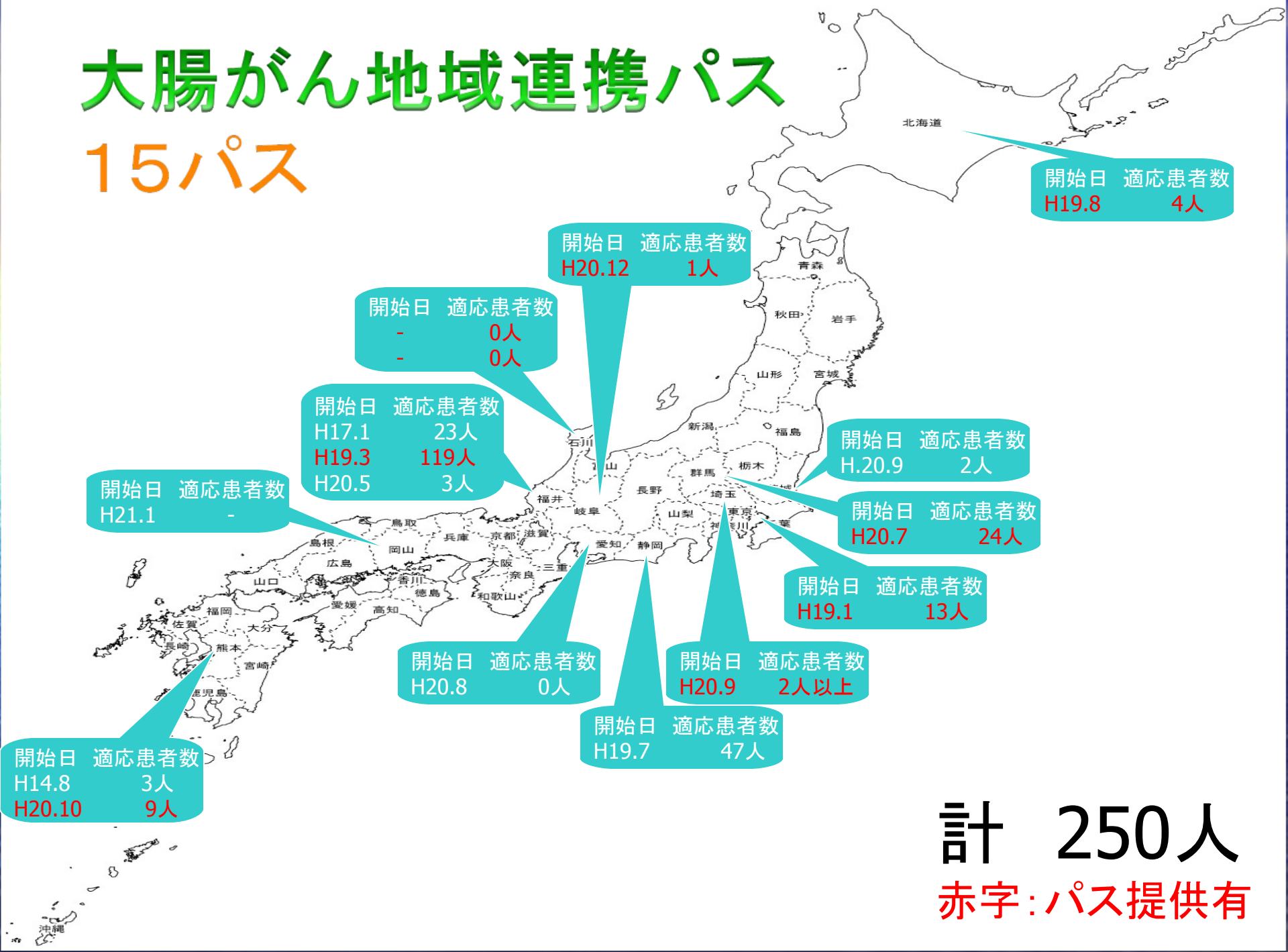


計 276人

赤字:パス提供有

大腸がん地域連携パス

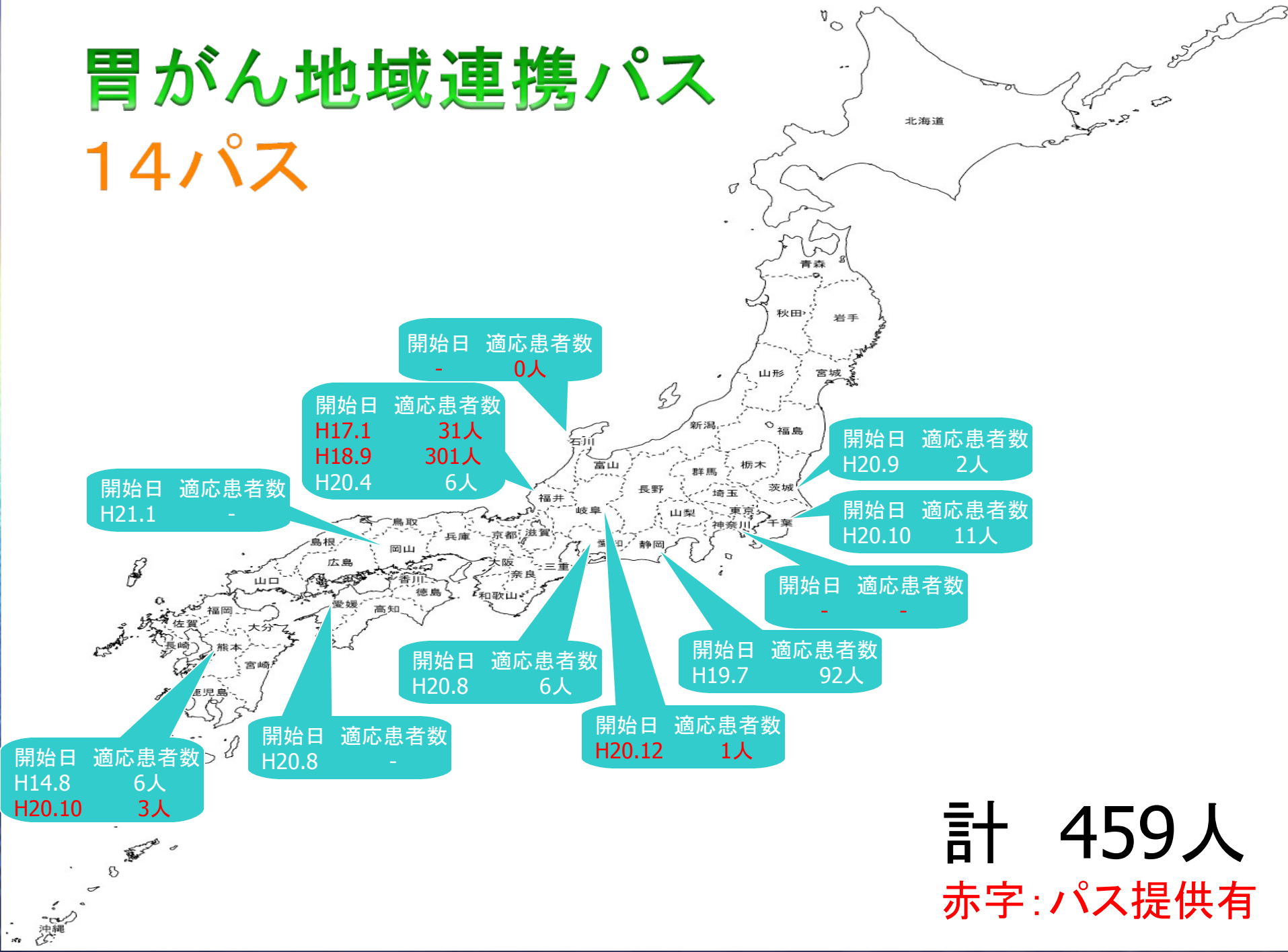
15パス



計 250人
赤字: パス提供有

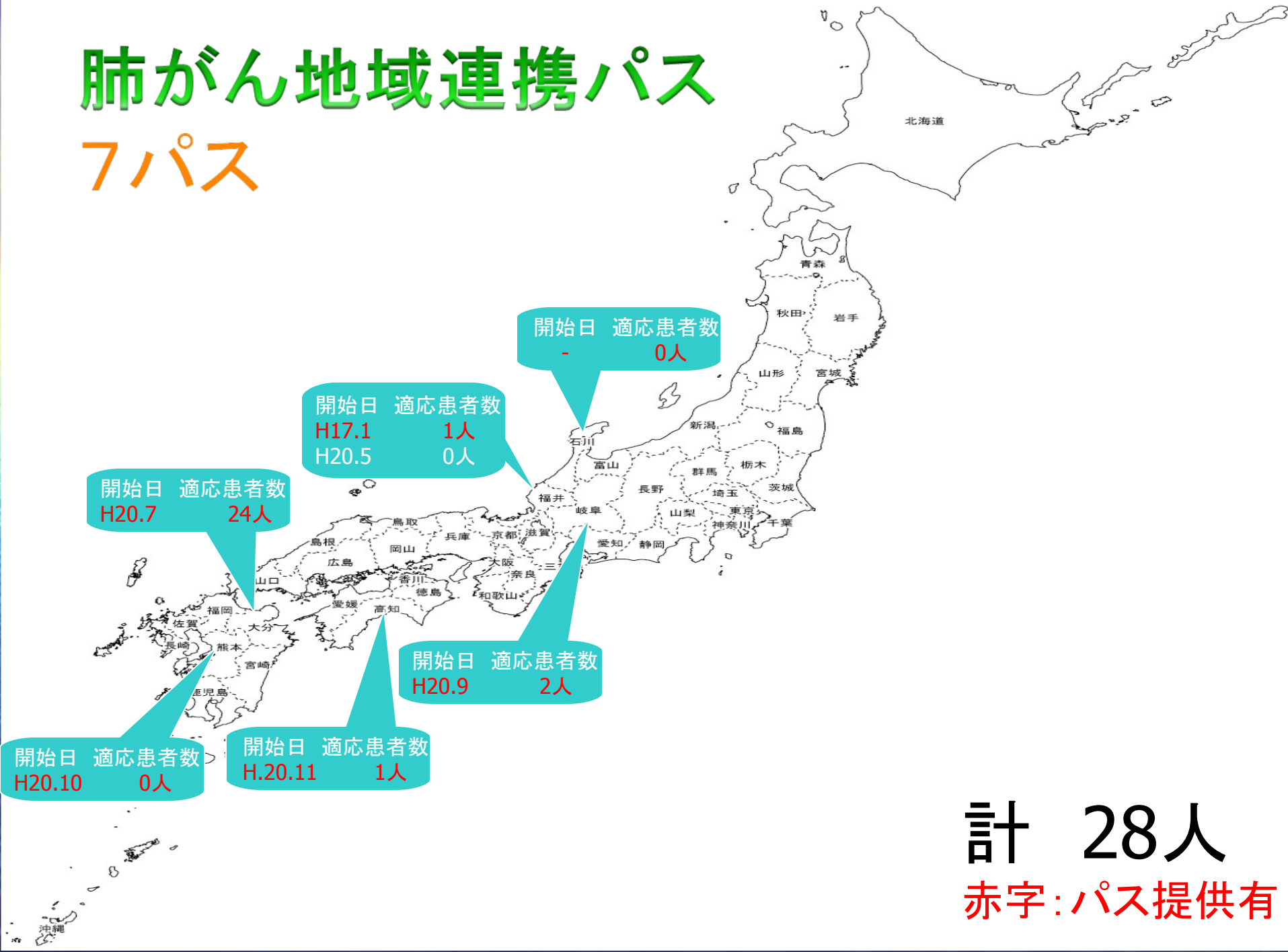
胃がん地域連携パス

14パス



計 459人
赤字:パス提供有

肺がん地域連携パス 7パス



計 28人
赤字:パス提供有

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)

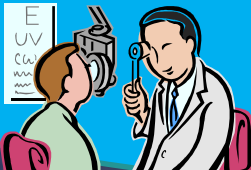
緊急対応

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

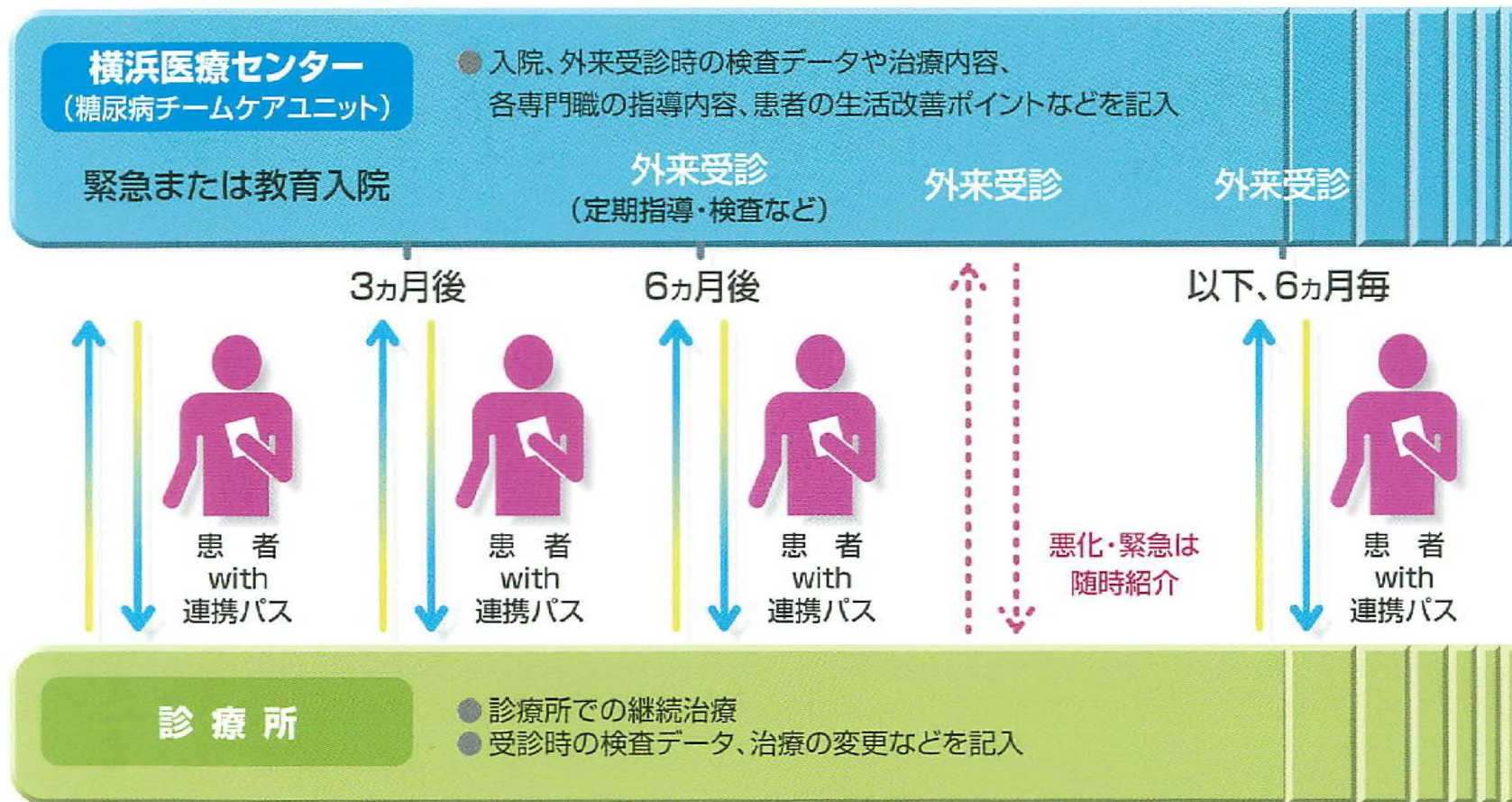
横浜医療センターでは・・・

- 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・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。)				

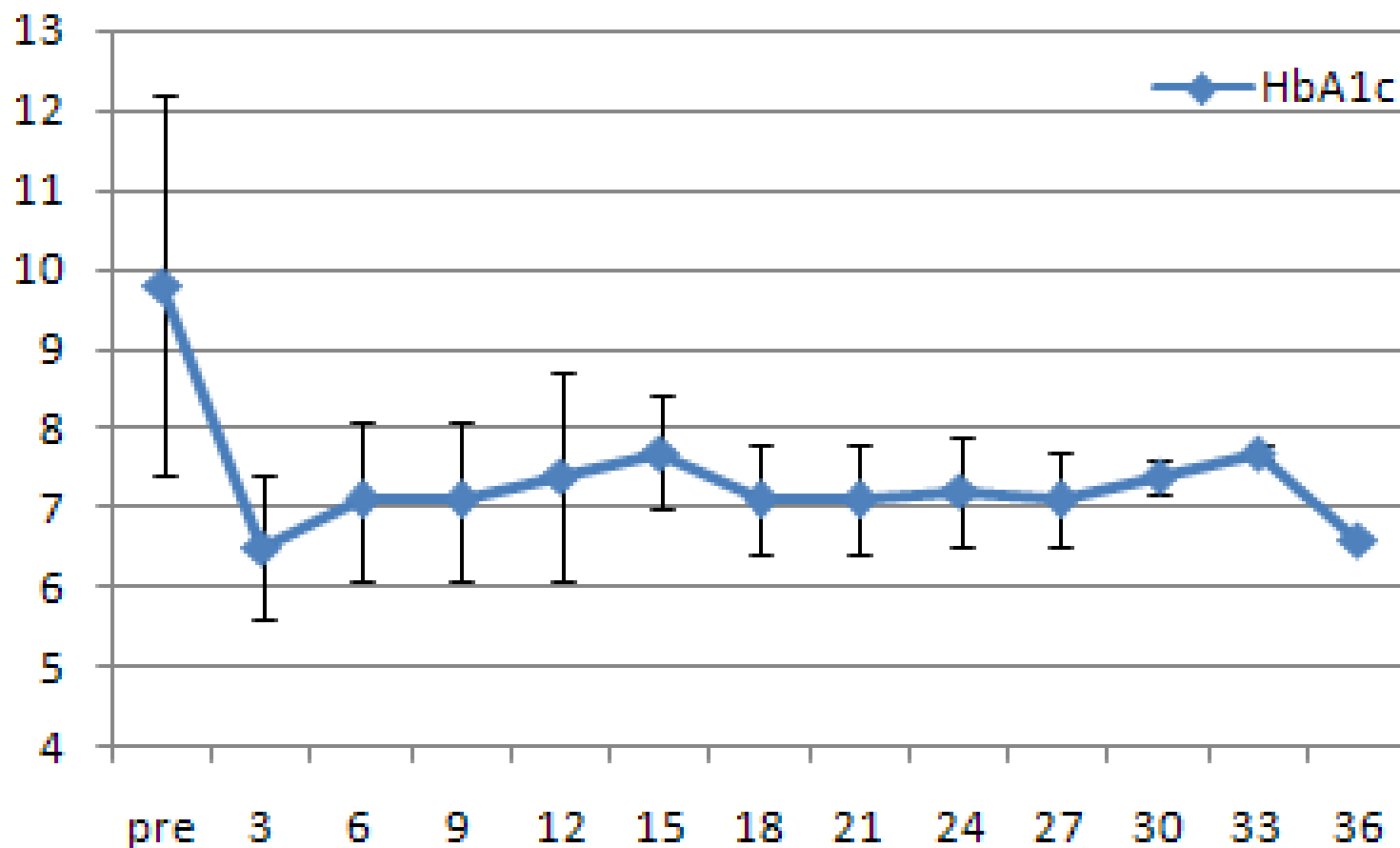
横浜医療センターのページ

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)	%	担当:
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:

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



パート5
病院・在宅連携

病院と在宅との連携

平均在院日数短縮



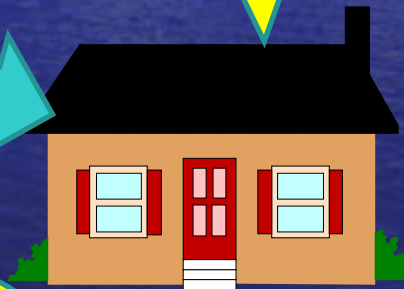
療養病床の絞り込み

在宅連携

・退院直後の時期を重点的に支える体制(訪問看護)

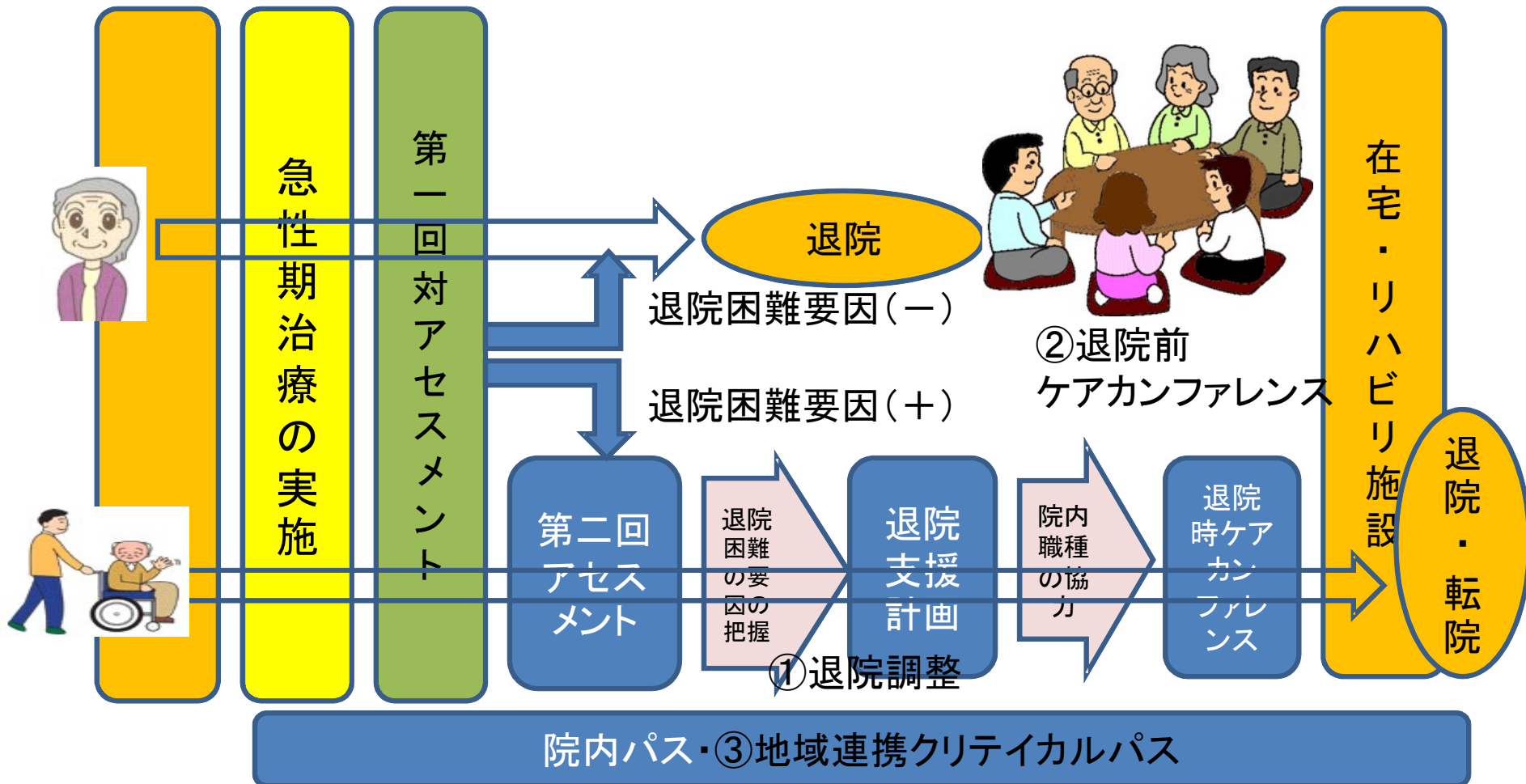
・退院後の生活を念頭においた医療(包括的評価)

- ・退院支援計画を作成、退院調整
- ・退院時の病院*在宅サイドの共同指導
- ・薬剤情報提供
- ・栄養情報の提供
- ・退院後の外来診療の継続



後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院



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%

退院調整の流れ

- ①退院調整アセスメント・シート
 - － 患者の基本情報、症状、医療処置、ADL、家庭環境、希望する退院先、退院調整の必要性
- ②退院調整(支援)部門
 - － 退院調整部門(在宅医療移行支援部門)を設置し、責任者を配置すべき
 - － 責任者としては看護師や社会福祉士等で、5年以上業務経験をもつ中堅クラスが当たる
 - － できれば在宅医療業務(訪問看護等)に従事した経験を持つものがのぞましい
- ③在宅移行支援計画書。
 - － 在宅移行支援計画書には在宅医療への移行に関する課題や問題点
 - － 入院中の支援計画、在宅移行後の支援計画を作成

退院時ケアカンファレンス



～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

- 尾道方式3つの原則
 - － 原則1 利用者本位
 - 利用者本人、介護者の参加
 - － 原則2 利便性
 - 主治医のいる医療機関で行う
 - － 原則3 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

退院時カンファレンス記録

利用者名

様

担当者氏名

開催日 年 月 日

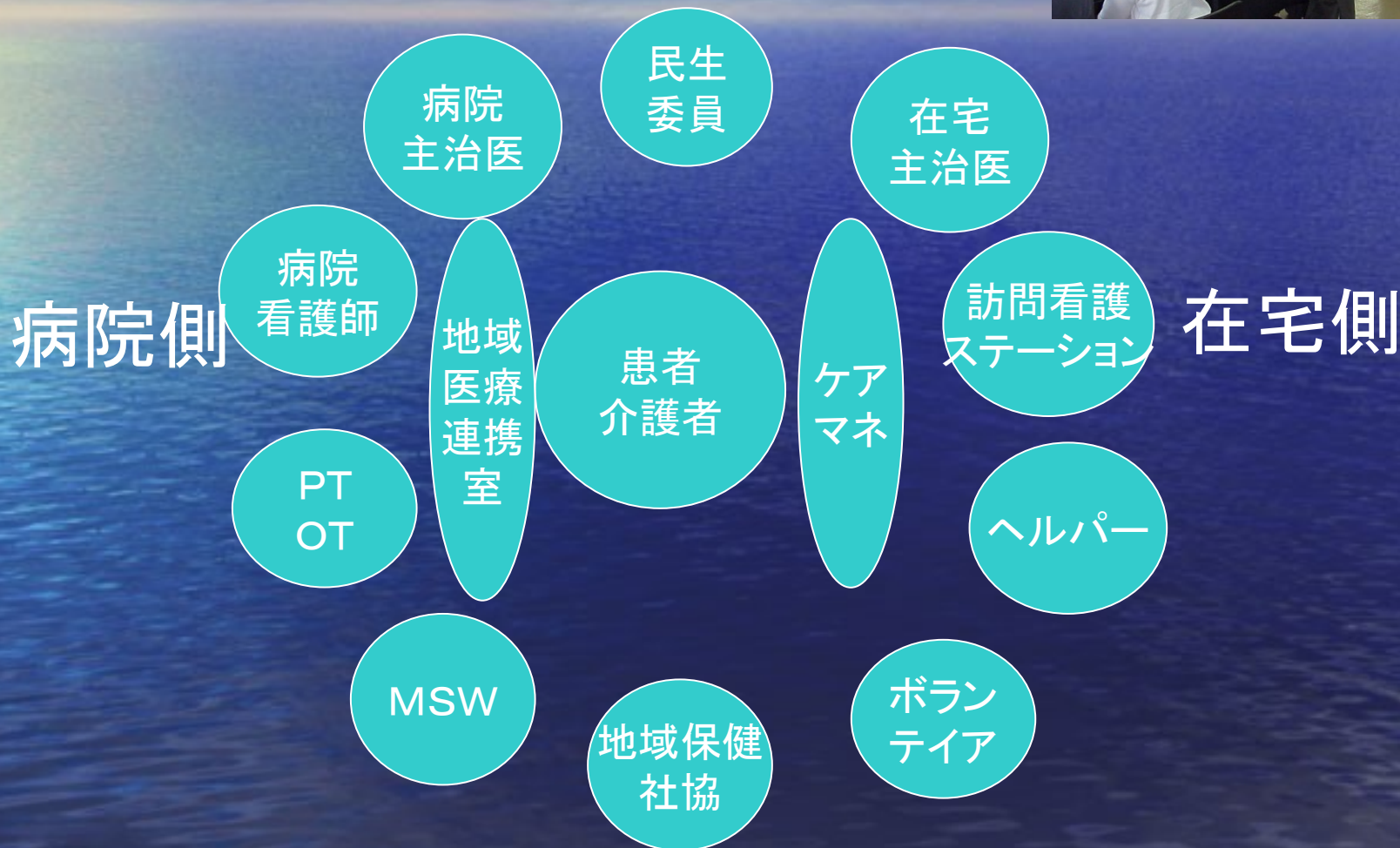
開催場所

開催時間

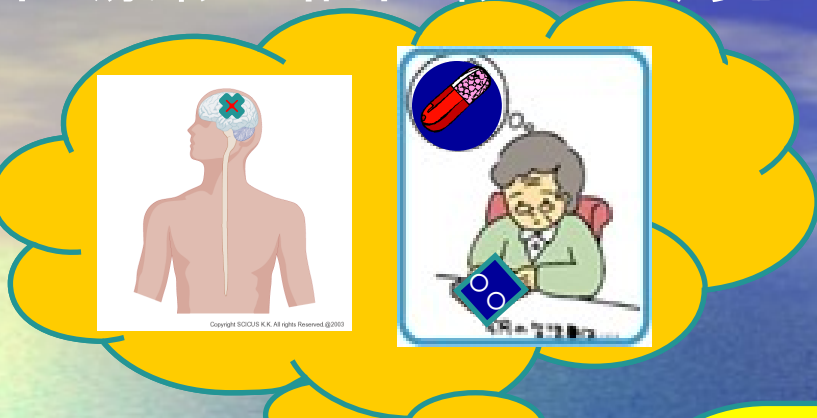
開催回数

会議出席者	所 属 種	氏 名	所 属 種	氏 名	所 属 種	氏 名
	(職 種)		(職 種)		(職 種)	
検討した項目						
検討内容						
結論						
残された課題 (次回の開催時期)						

尾道方式の ケアカンファレンス



ケアカンファレンスをする 医療職と福祉職では、見え方、考え方が異なることに気づく

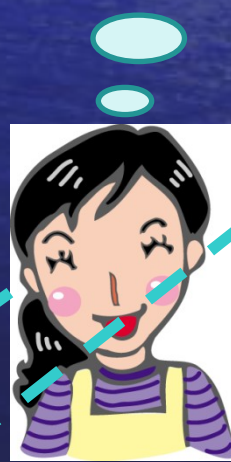
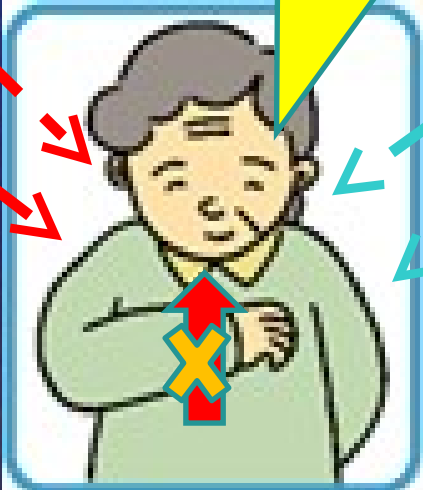


最近、急に
右腕が上がらな
くなってきて...



医療職

身体の中の**病態像**に
着目し、本人の**健康維持**
を重視



福祉職

日常生活の**障害**に
着目し、本人の**気持ち**
や**生活の質**を重視

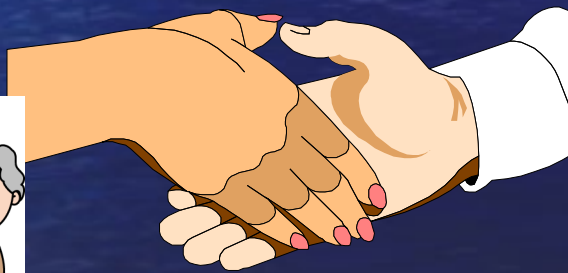
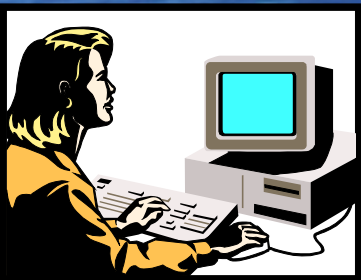
私達が必要とするのは、生活を守るサービス。

医療だけでも、福祉だけでも不十分。



これからの時代

医療と福祉が手を結ぶことが不可欠



医療サイド

福祉サイド

医療と福祉は田舎の温泉



長野県穂高の中房温泉

まとめと提言

- 地域医療計画が大きく変わる！
疾病別・事業別連携
- 脳卒中の地域連携パスに参加しよう
- がん、糖尿病、循環器の
連携パスに注目しよう
- 医療と福祉の連携をはかろう

一步進んだ医療連携実践Q&A

- 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

ご清聴ありがとうございました



今日の講演のパワーポイントは武藤正樹のウェブサイトに公開しております。

武藤正樹

検索



グーグルで武藤正樹を検索してください。

お問い合わせは以下に

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp