



国際医療福祉大学

三田病院

脳卒中地域連携クリティカルパスと P4P (Pay for Performance) ~2010年診療報酬改定を踏まえて~

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、薬剤師等のメディカルスタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



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

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部



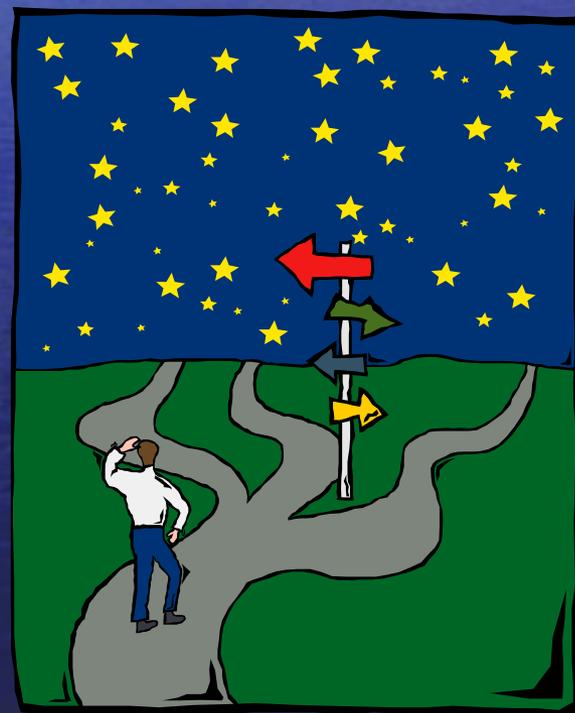


国際医療福祉大学三田病院

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
急性期リハ(PT12人、OT3人)

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
 - 10年診療報酬改定と脳卒中連携パス
- パート5
 - 介護P4Pと介護連携パス





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

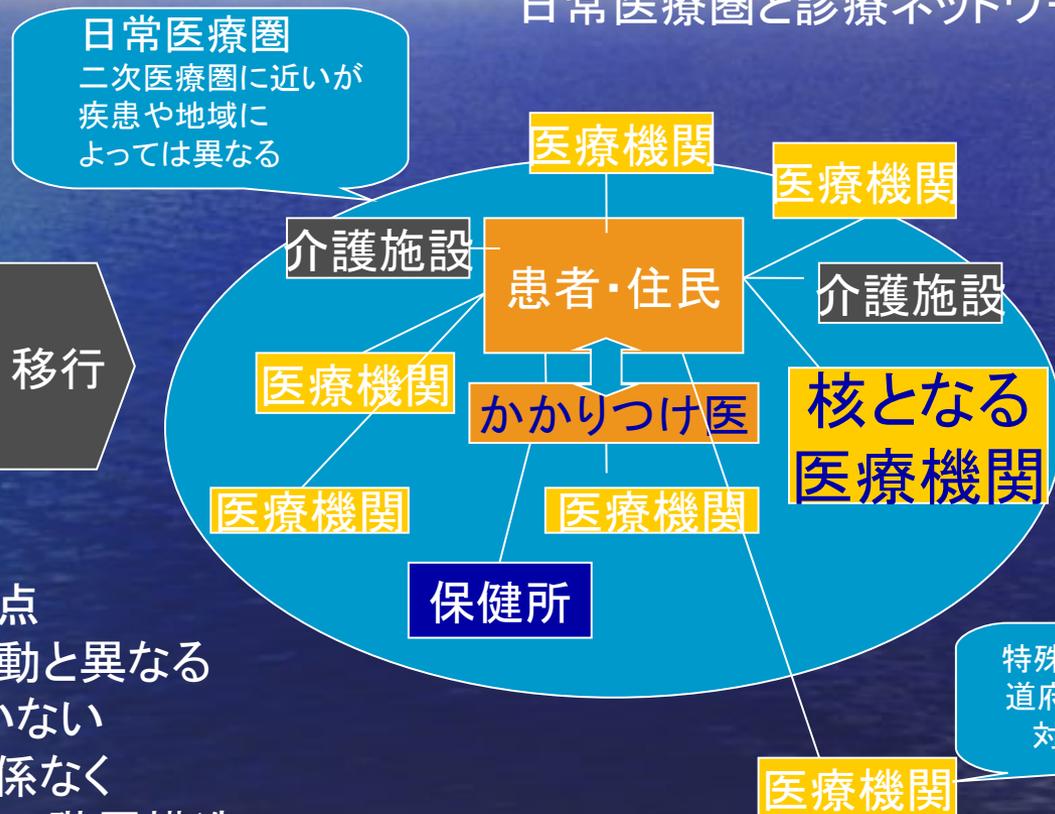
疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



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

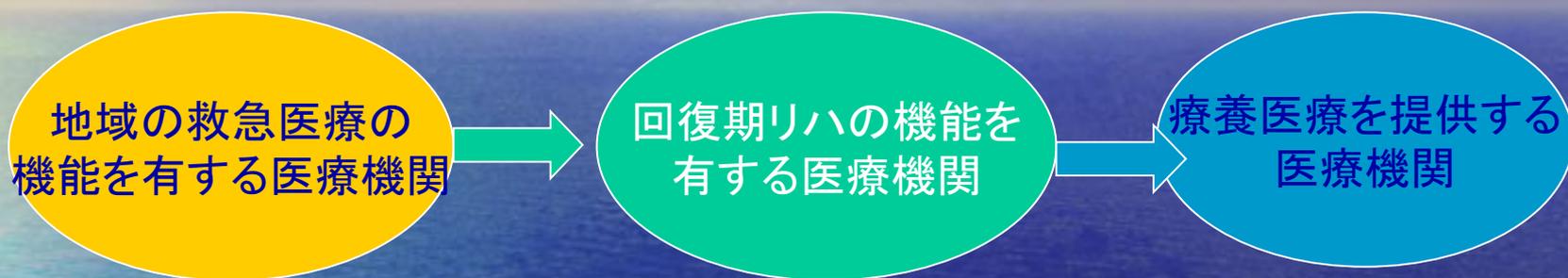
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 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

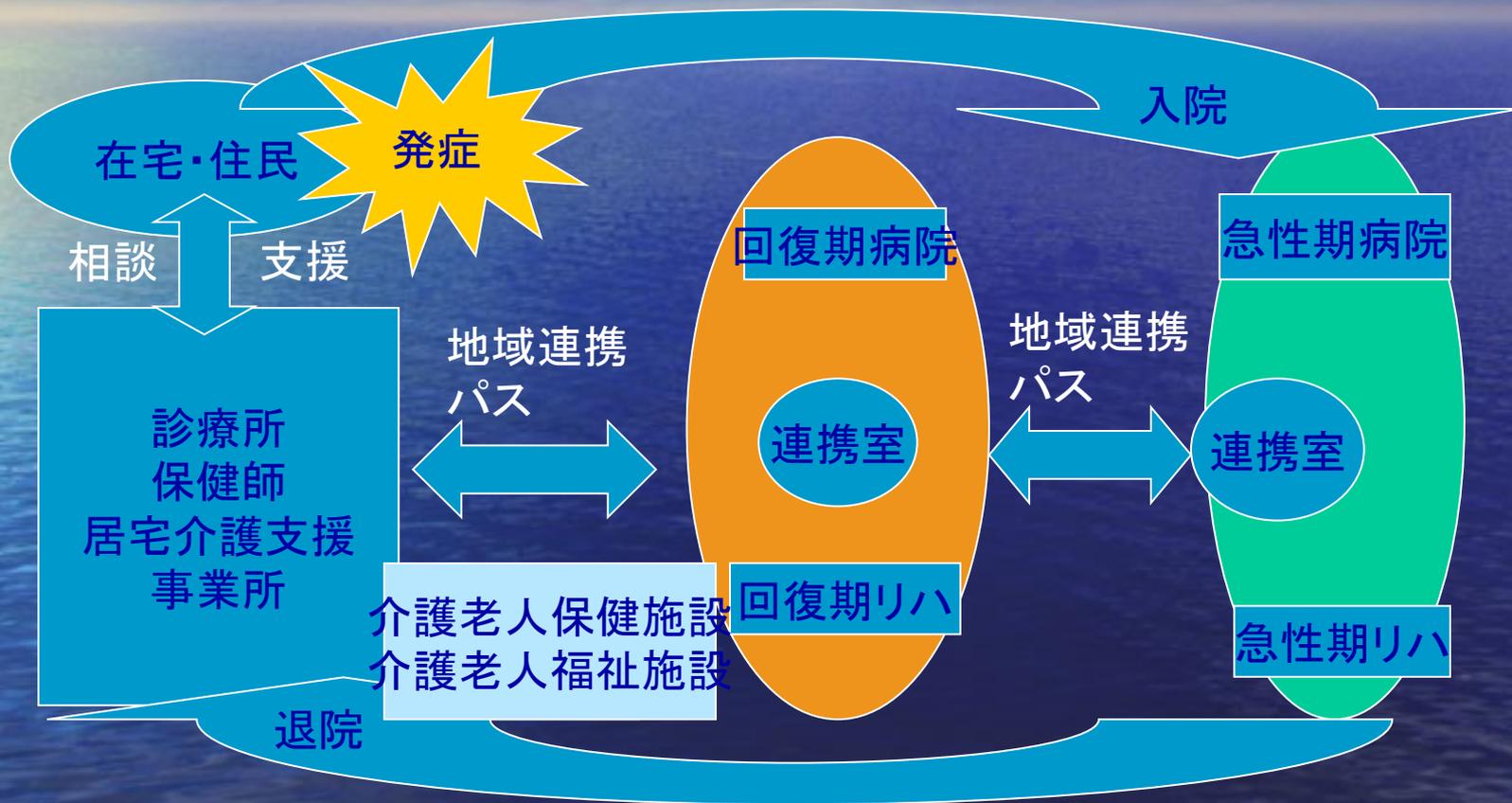
△△病院の医療機能
医師数、PT／OT数、
平均在院日数、
地域連携クリティカルパス
の使用状況

□□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

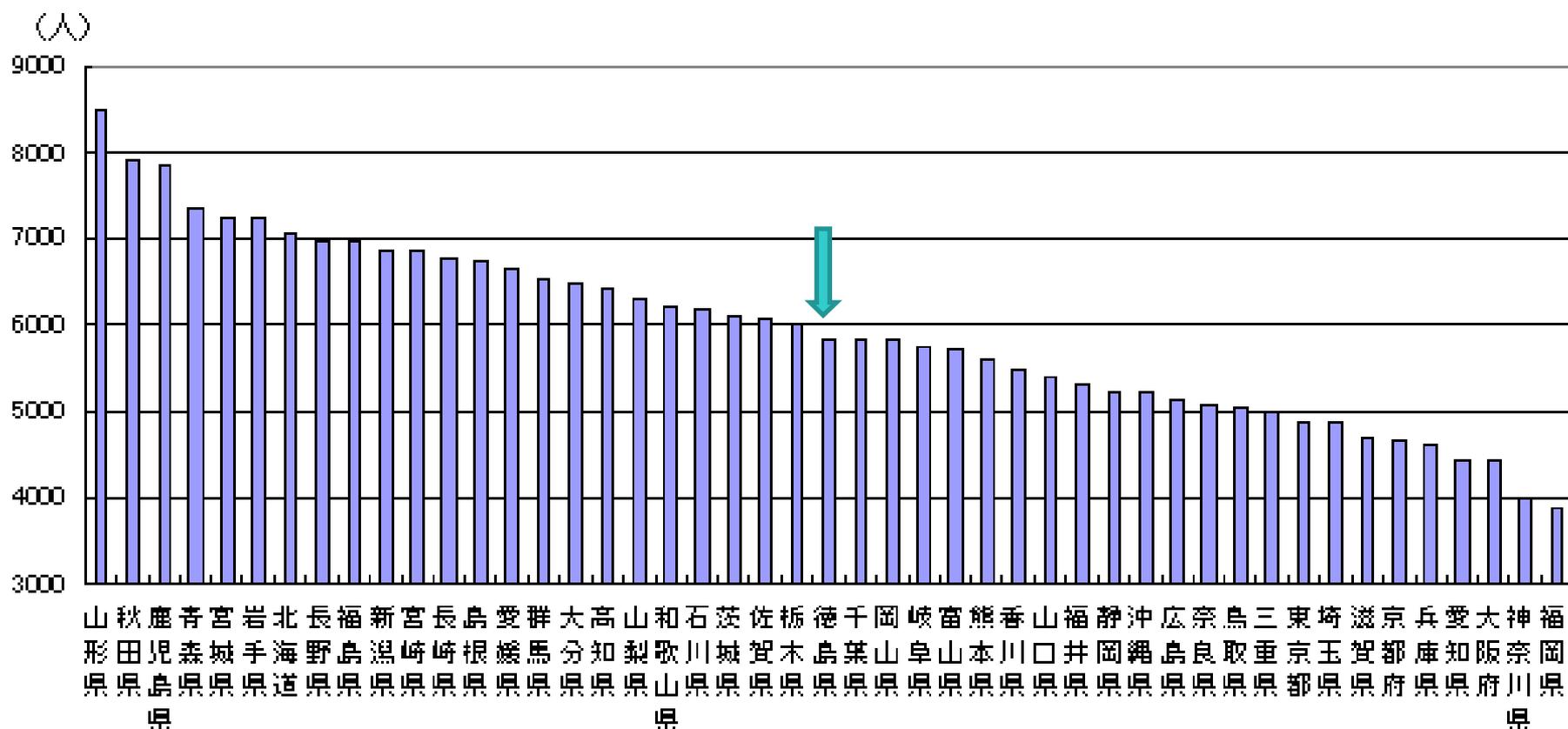
医療計画は5年計画
計画期間内に達成すべき数値目標を決める

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

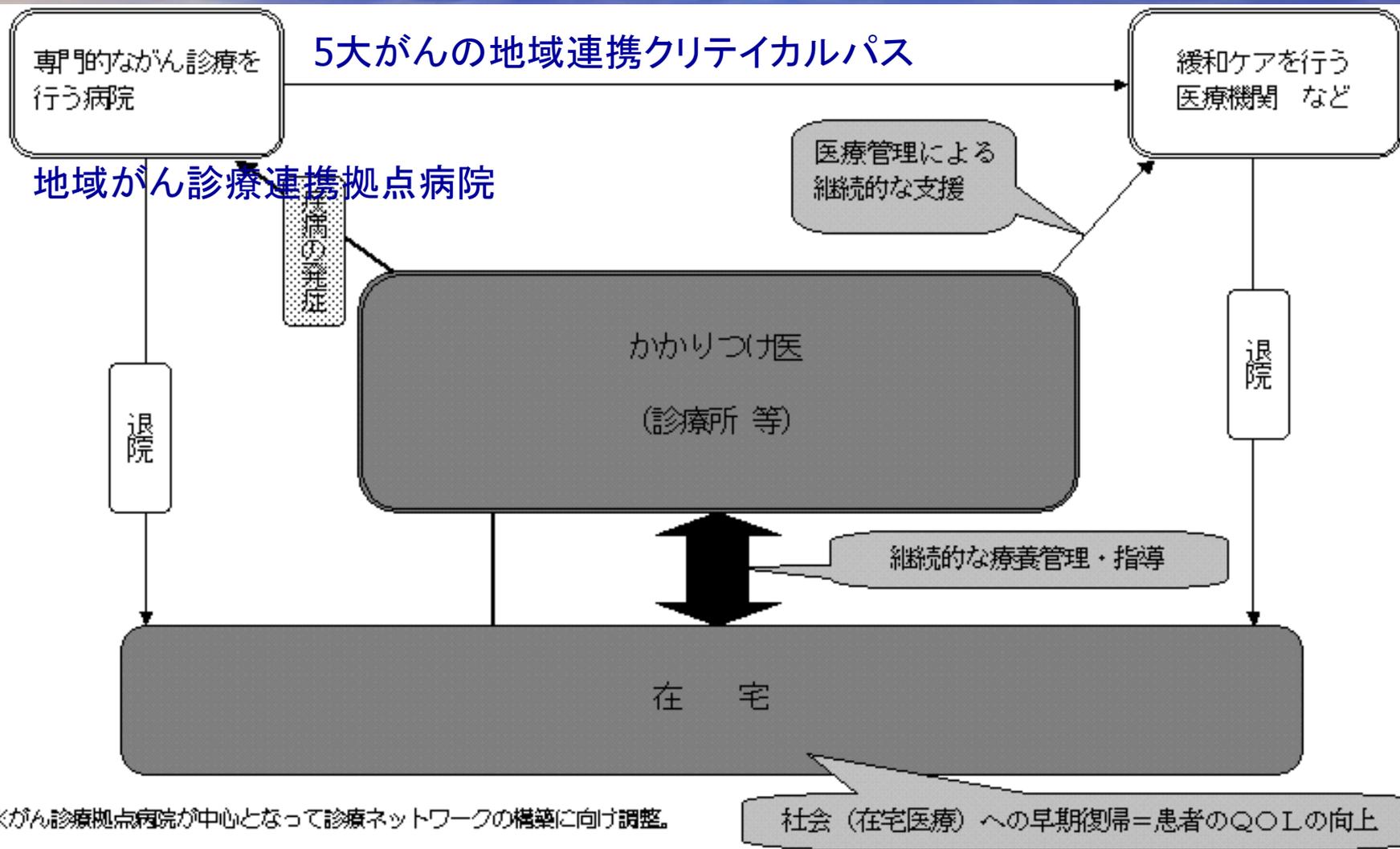
高血圧疾患の都道府県別患者率

都道府県別にみた高血圧疾患の患者率（人口10万対）



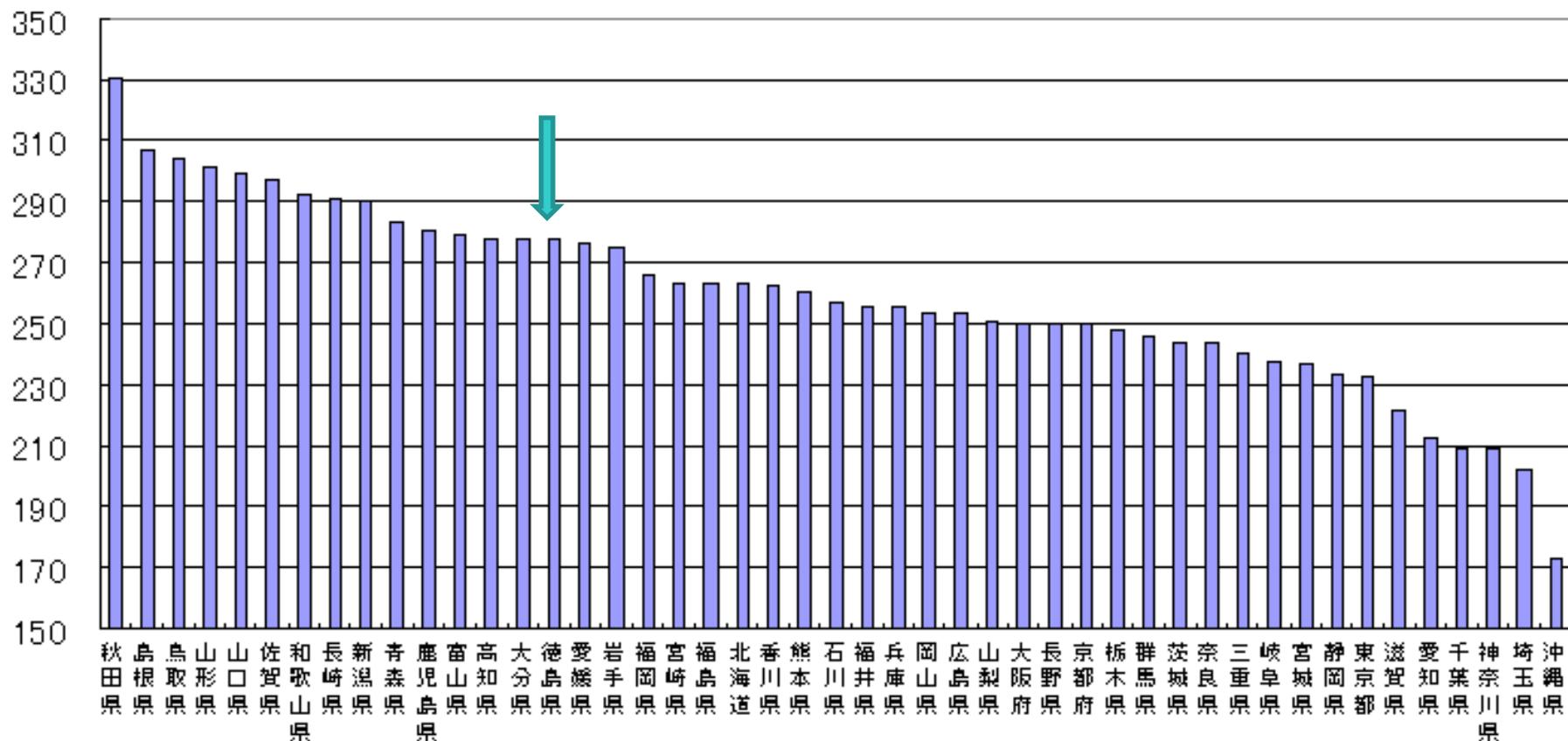
平成14年患者調査

がんの診療ネットワーク



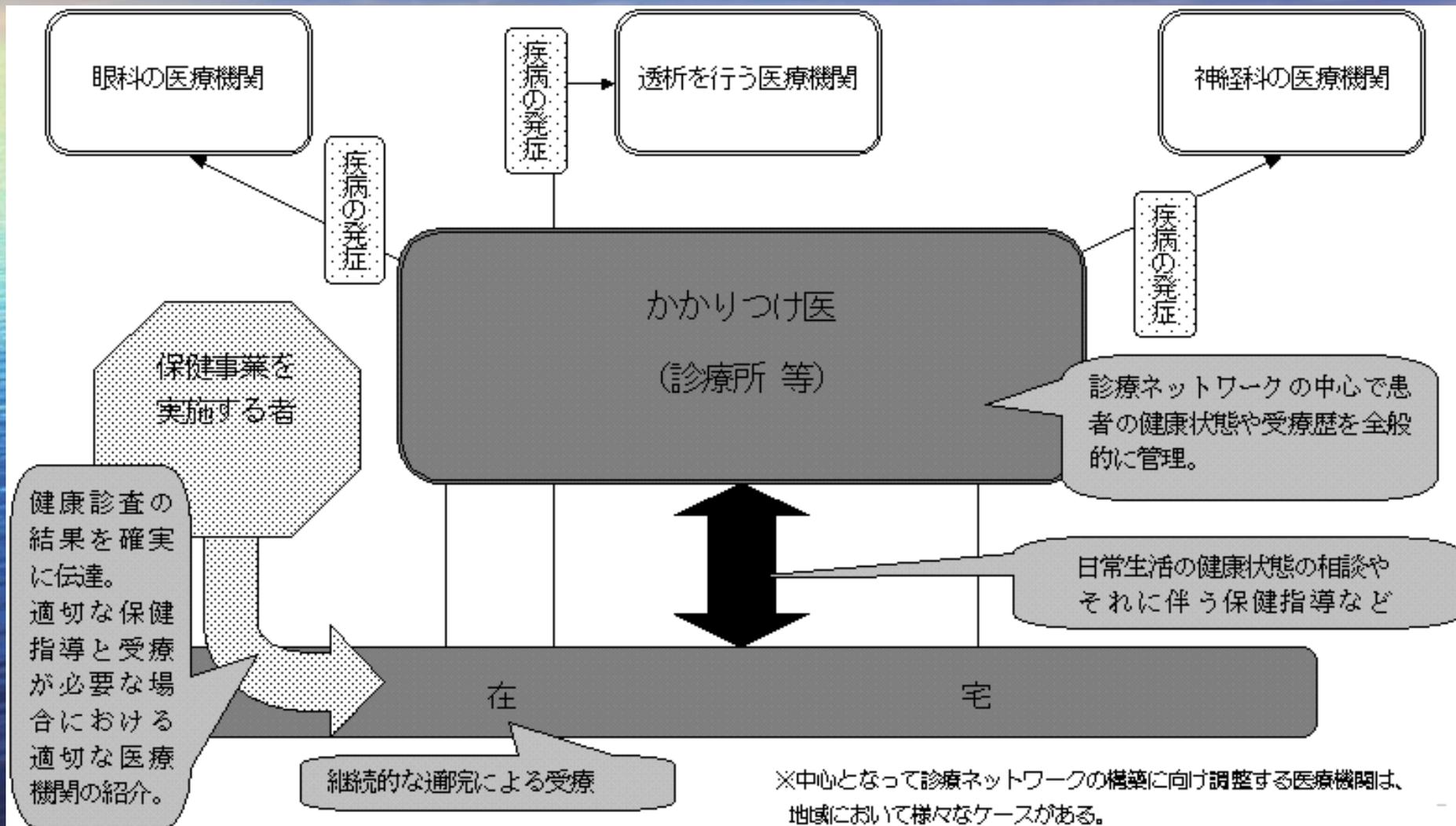
がんの都道府県別死亡率

(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)

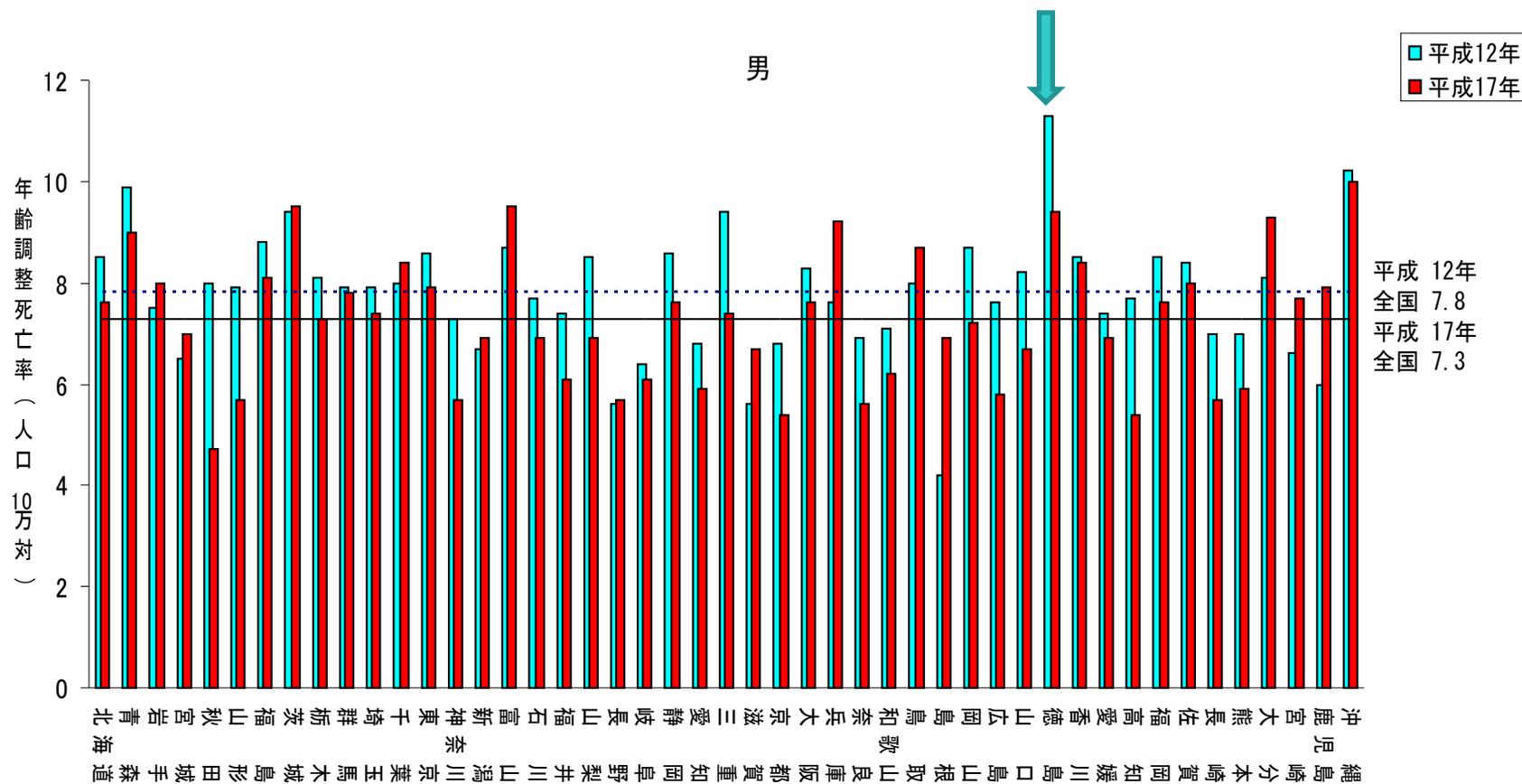


平成15年人口動態調査

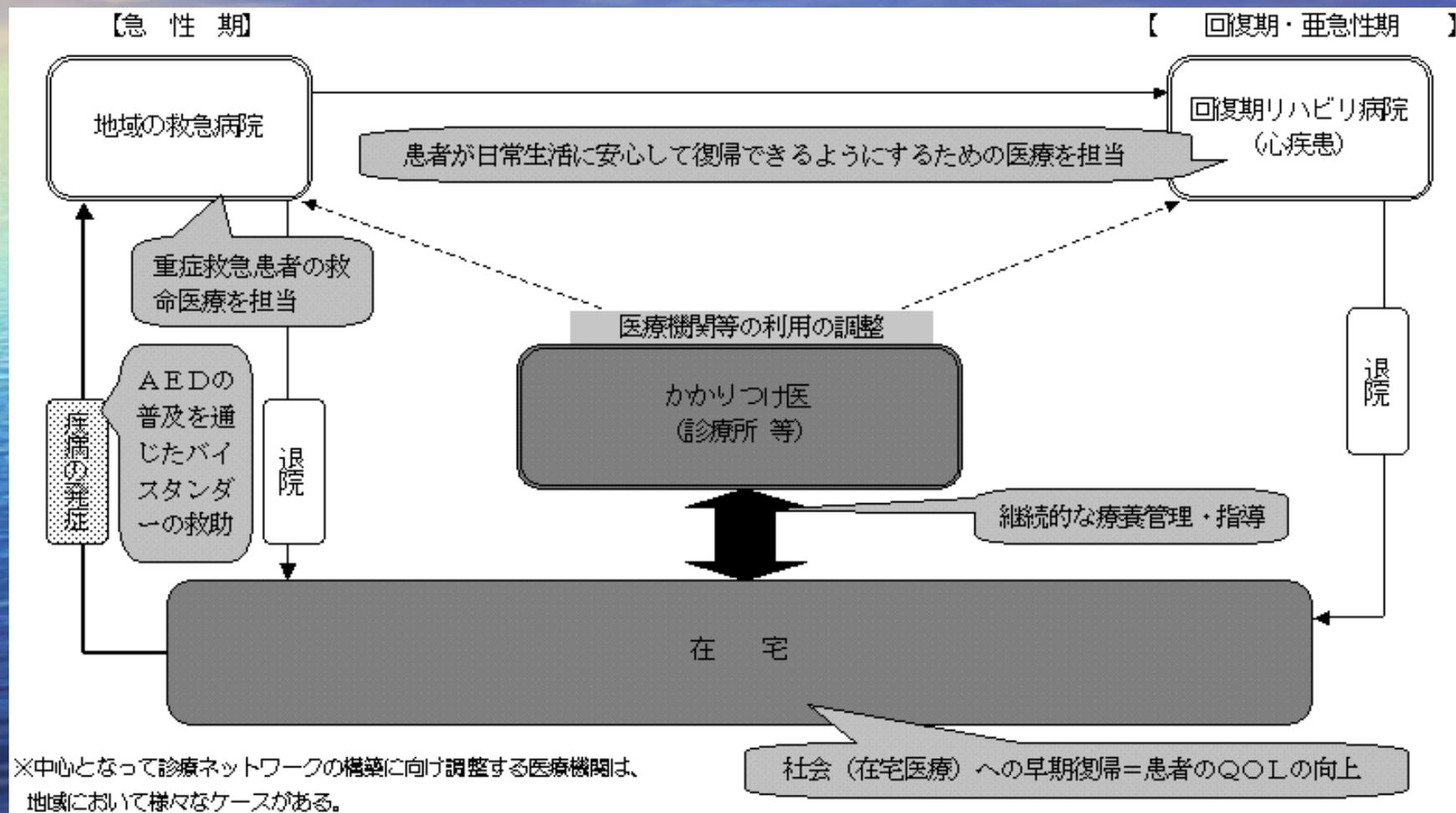
糖尿病の診療ネットワーク



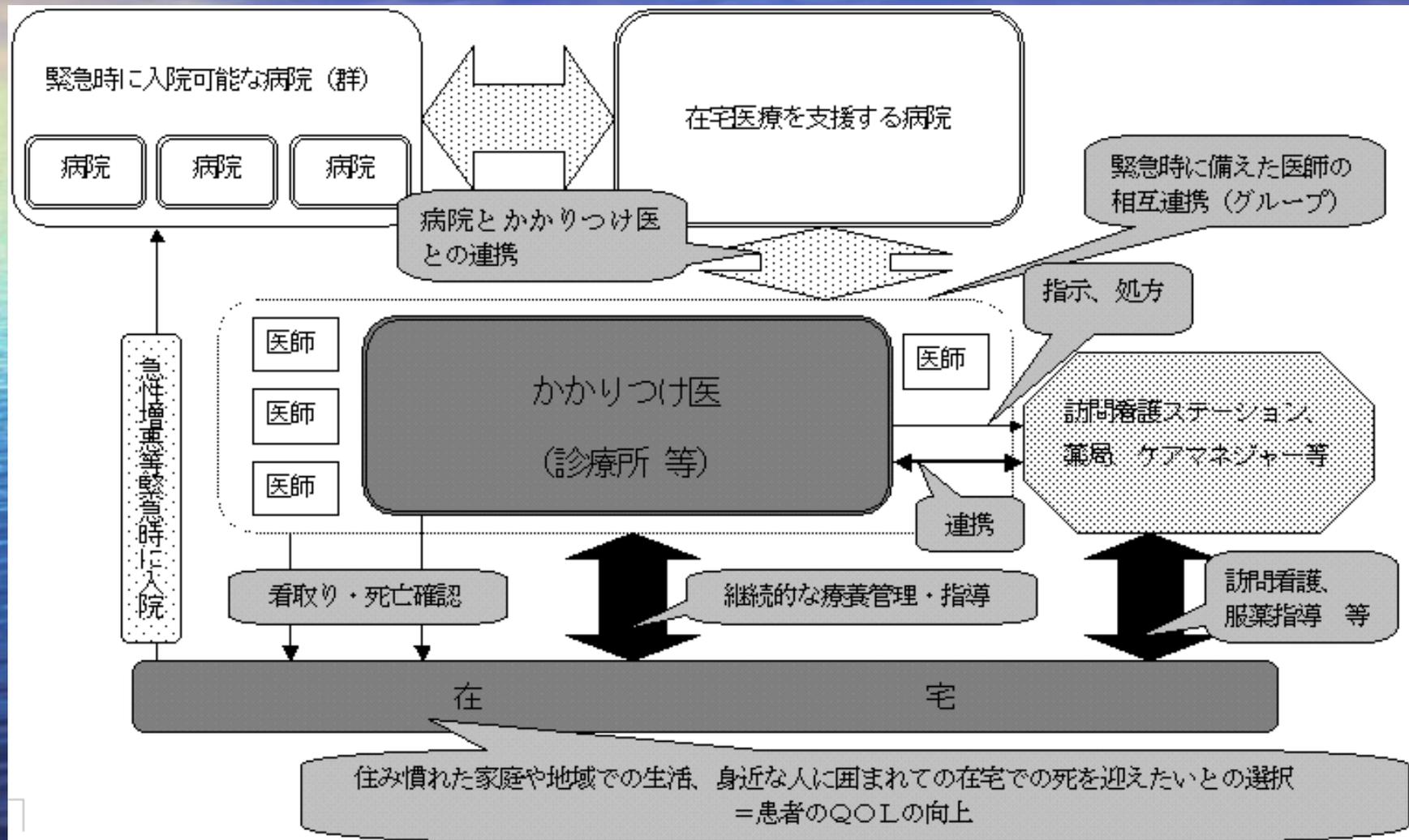
糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



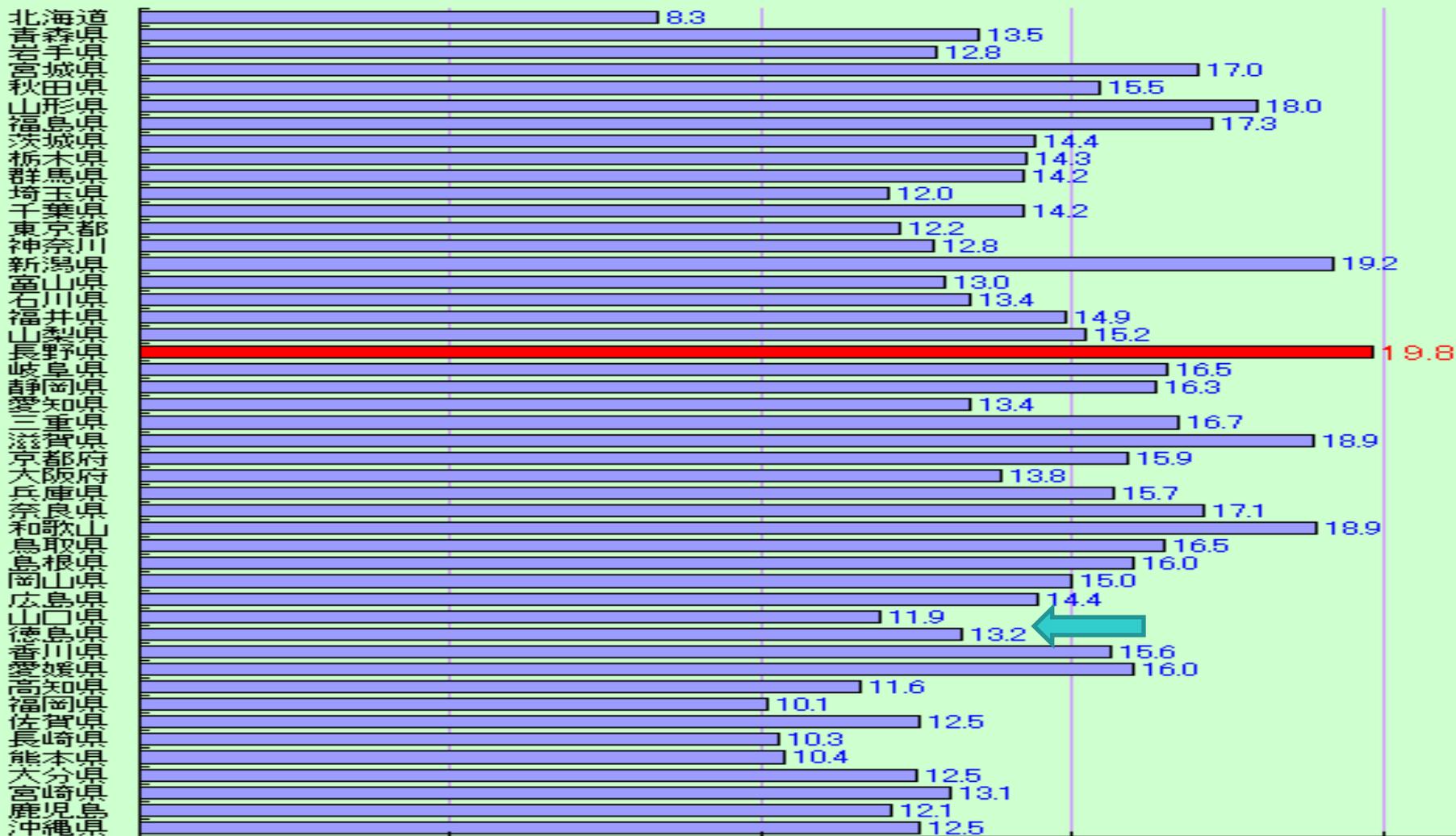
急性心筋梗塞の診療ネットワーク



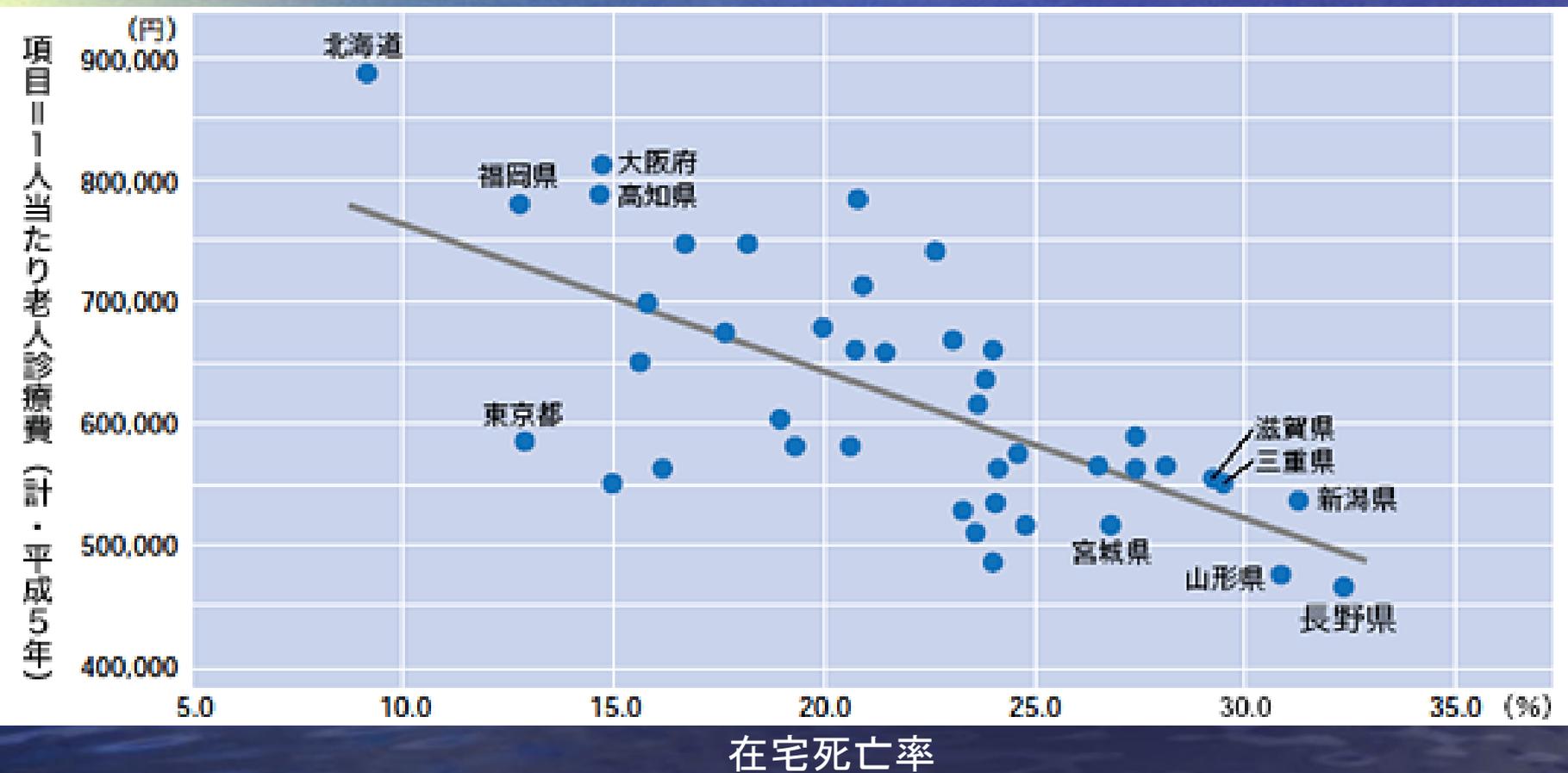
終末期ケアの診療ネットワーク



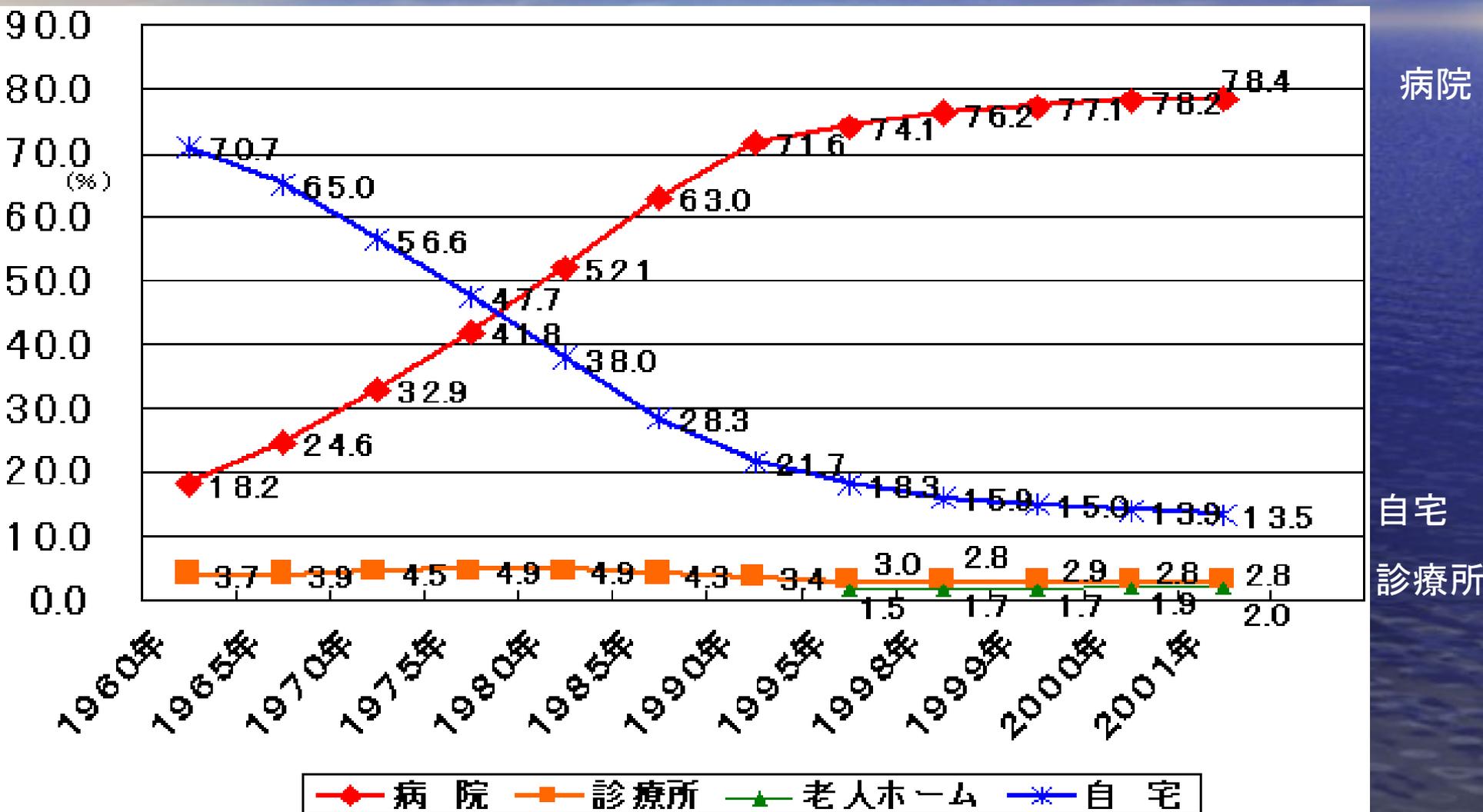
都道府県別在宅看取り率



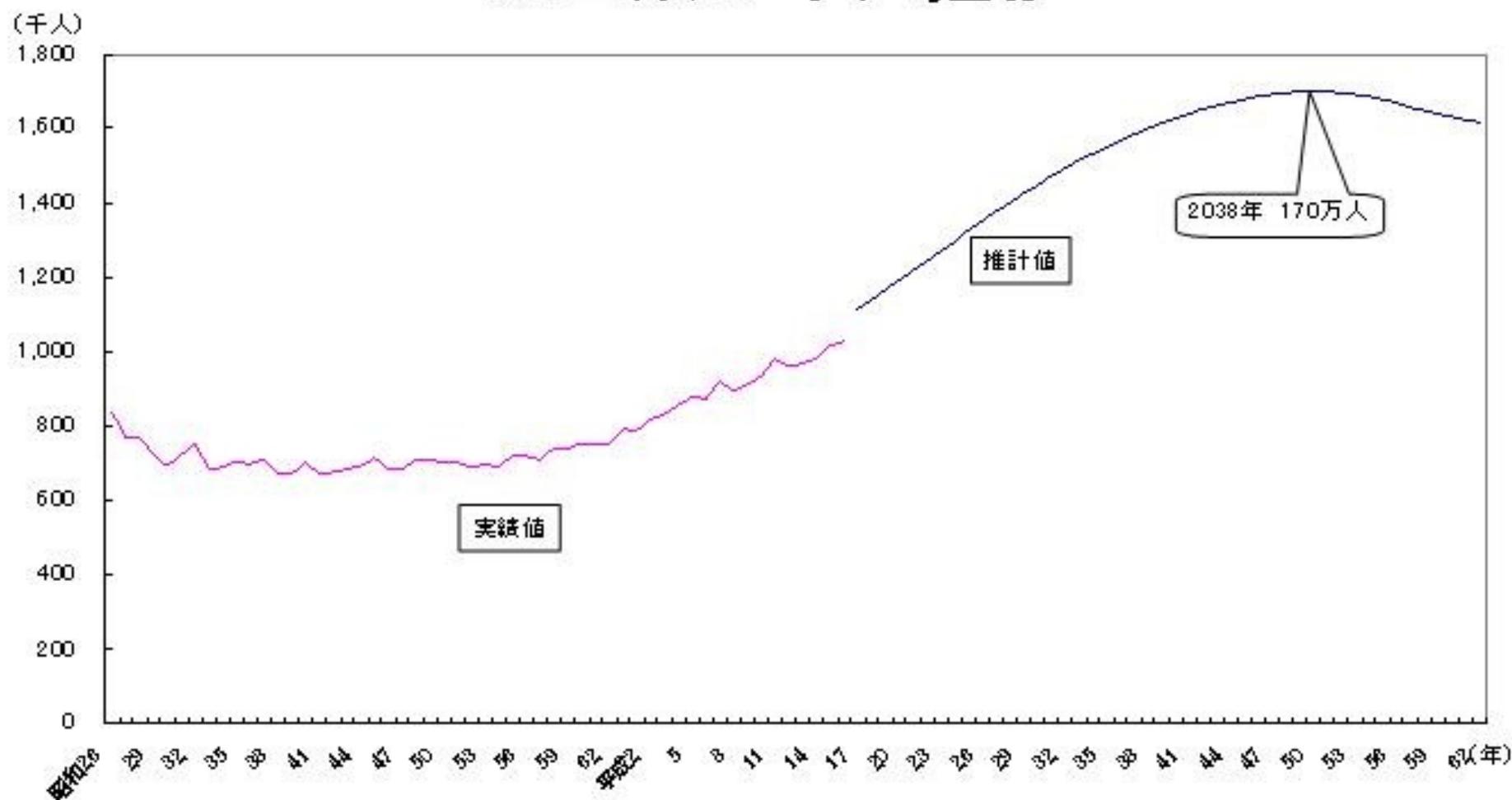
1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



死亡の場所の内訳推移



死亡数の年次推移



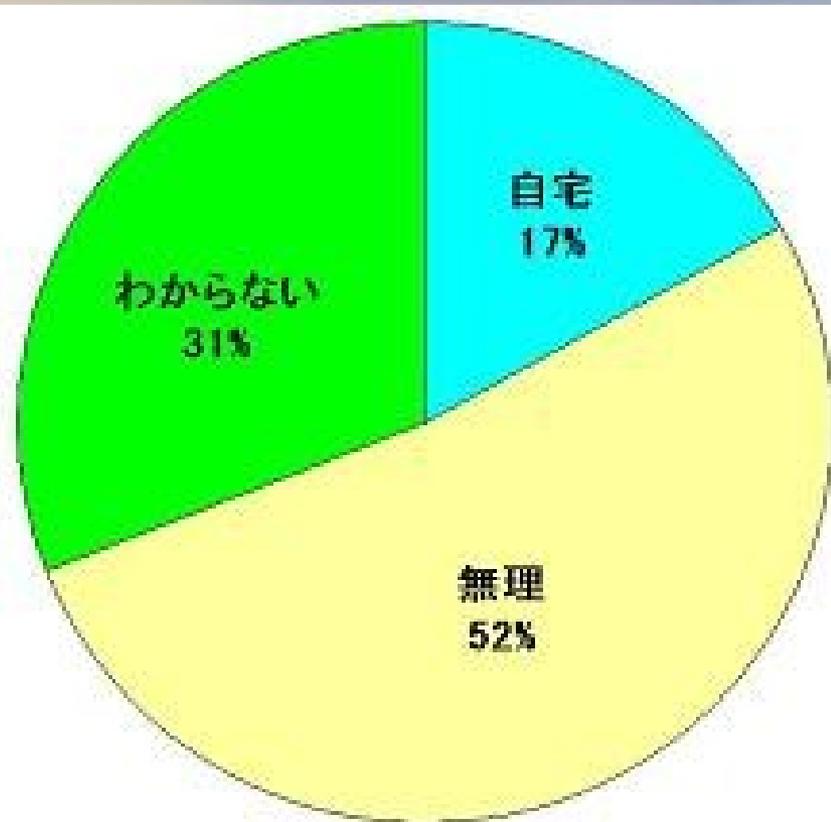
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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）

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)

パート2

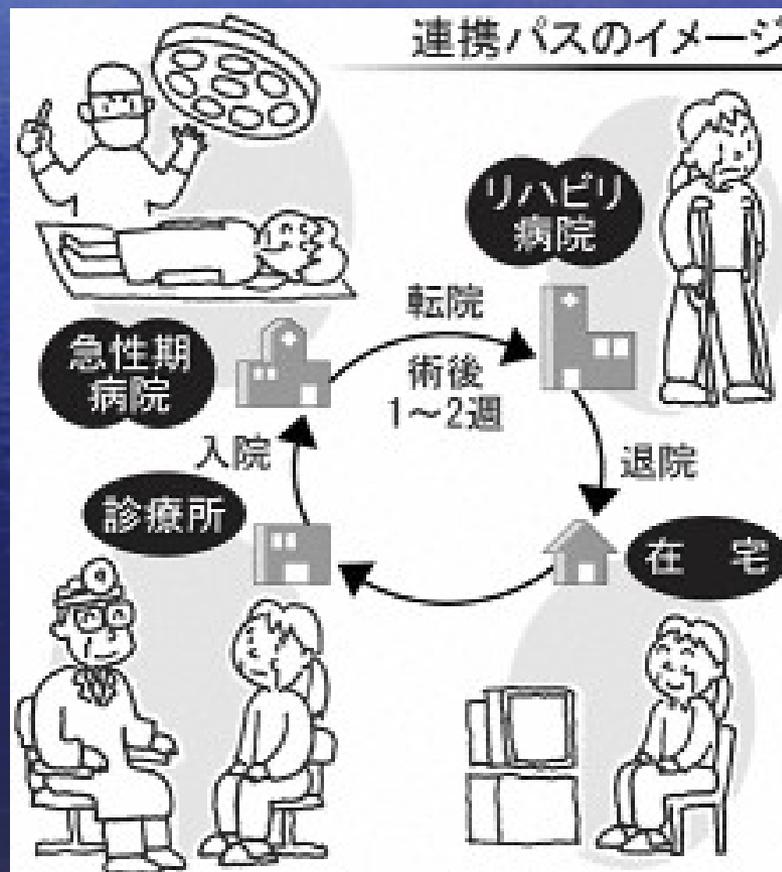
診療報酬改定と連携パス

2006年大腿骨頸部骨折、2008年脳卒中の
連携パスが点数化された

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					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 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() () () ()
						尿量() () () ()					尿量() () () ()
						腸満() () () ()					腸満() () () ()
			褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()	褥創() () () ()					褥創() () () ()
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

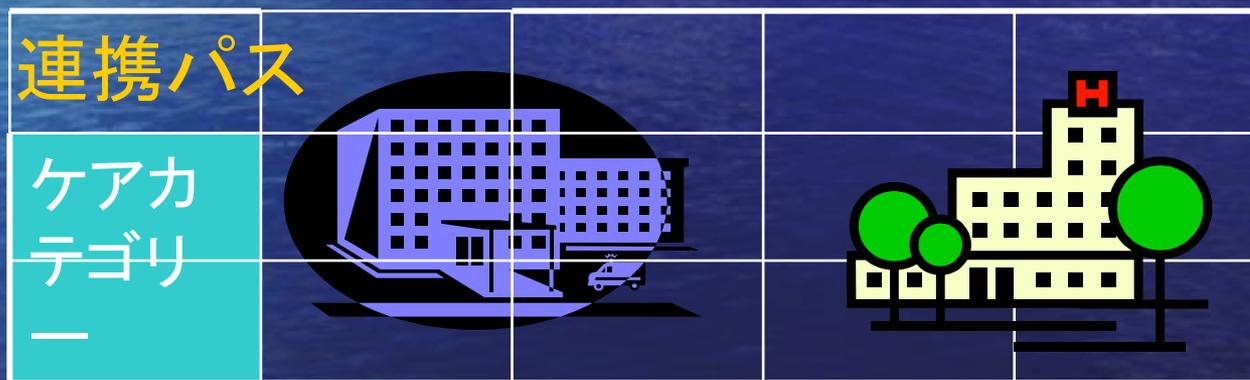
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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()												有・無
教育	入院時OR	床上動作の指導		家屋調査説明有		介護保険申請有		入院時OR	家屋訪問調査〇/〇	家屋改修指導〇/〇	試験外泊		退院時OR	
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		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		問題行動:有・無		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		痛み:有・無(部位:)		筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇		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)

リハビリ病院

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。
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

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 退室の目安は退院前の移動レベル 獲得を目安に頑張ってください		
リ	病室でのリハビリが 始まります			個人個人で退室の目安は退院前の移動レベル 獲得を目安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	麻酔科医の指示による薬の 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		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					
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

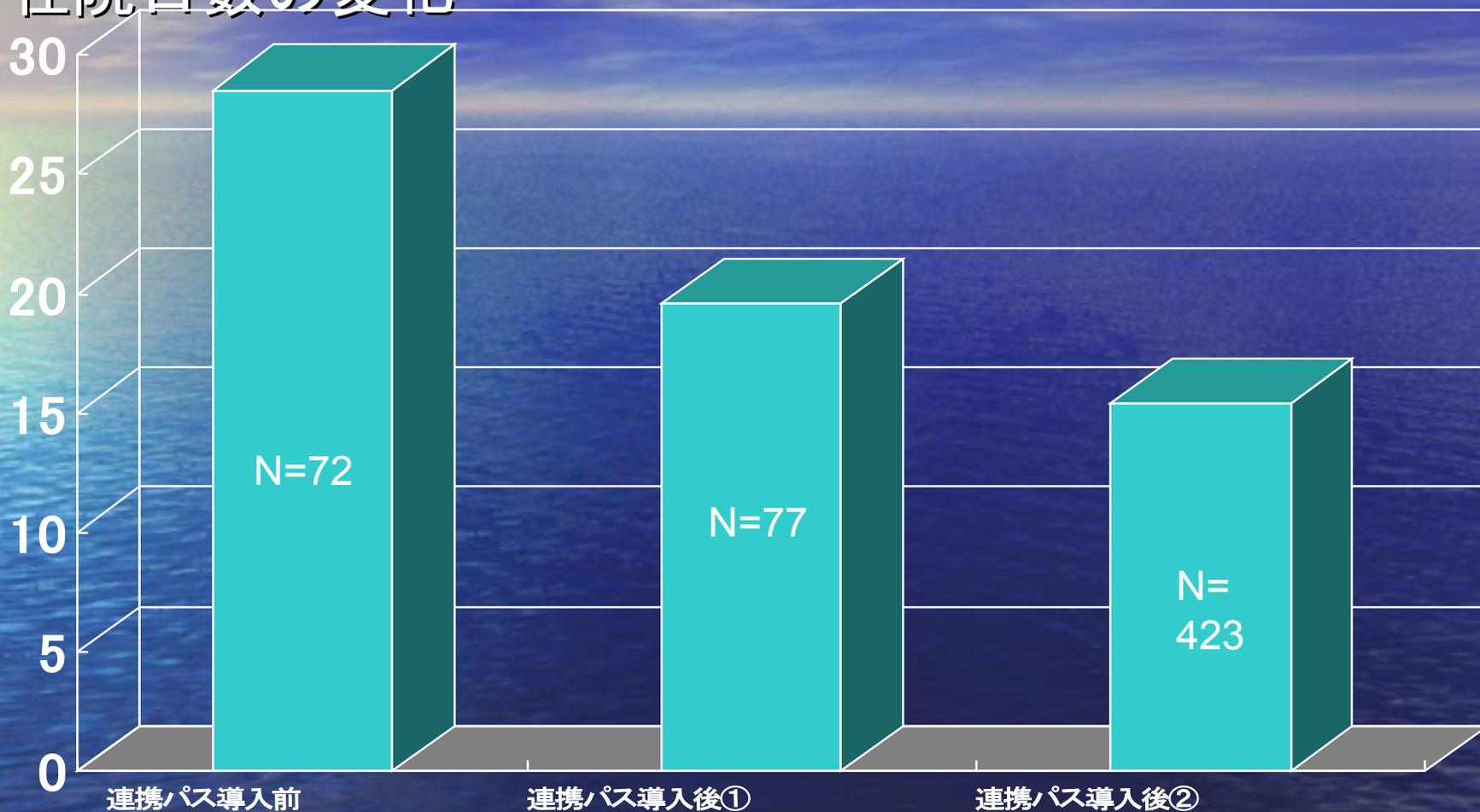
熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

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

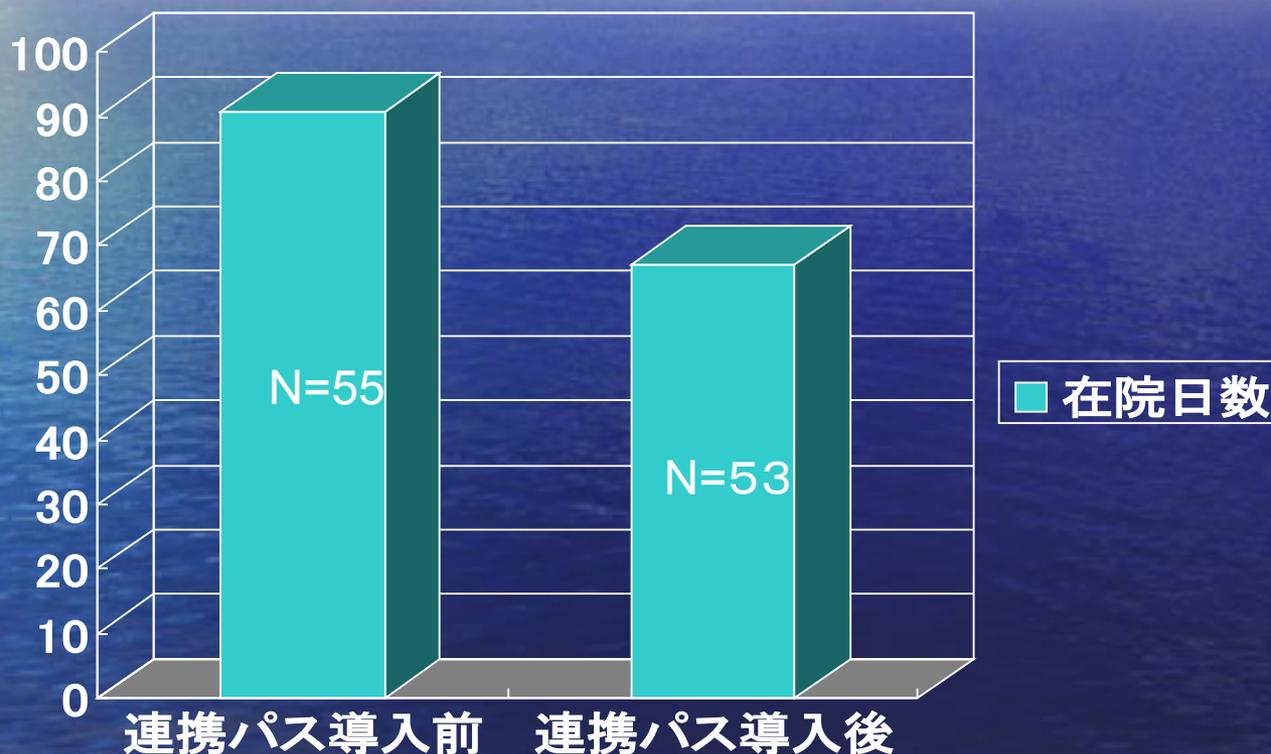


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

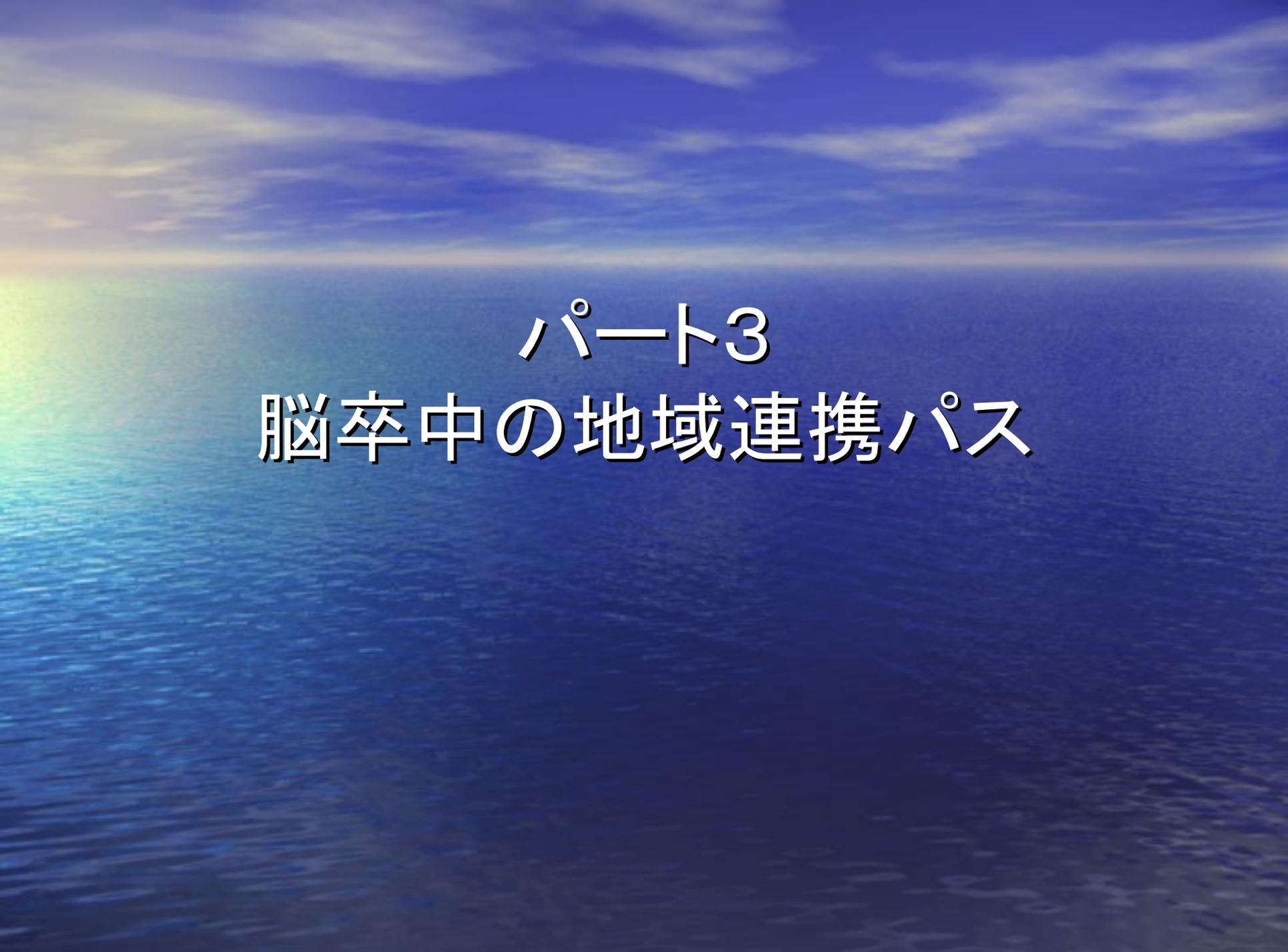
連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

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

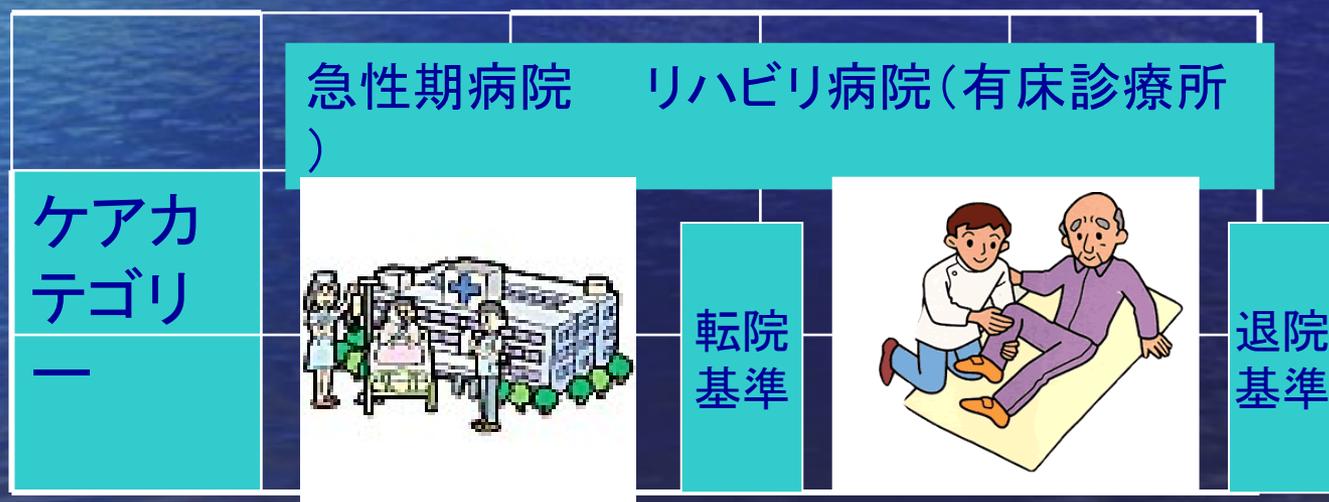


パート3
脳卒中の地域連携パス

脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

- ー 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
- ー 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)

地域連携診療計画書 (Ver.1) : 急性期 _____ 病院

様 (男性・女性) 生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

発症日: _____ 年 月 日 *既往歴・現病歴・内服薬等は別紙紹介状をご参照下さい。
 入院日: _____ 年 月 日 ⇒⇒⇒ 退院日: _____ 年 月 日

診断名: 脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血 その他 (_____)
 病巣部位: 左側 右側 両側 多発性
ACA MCA PCA 皮質下 放射冠 被殻 視床 中脳 橋 延髄 小脳 その他 (_____)
 障害名: 左片麻痺 失語症 嚥下障害 膀胱直腸障害 その他 (_____)
右片麻痺 構音障害 高次脳機能障害 失調 (_____)
 合併症: 高血圧 糖尿病 高脂血症 神経因性膀胱 その他 (_____)
狭心症 心房細動 慢性肺炎 陈旧性心筋梗塞 (_____)
 感染症: HBV HCV MRSA MRDP ESBL その他 (_____)、部位 _____

申し込み時 (評価日 年 月 日)	
栄養	<input type="checkbox"/> 食事制限 _____ kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (口胃管、口経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養
膀胱貯り	<input type="checkbox"/> 常時留置 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ナイトパルーン <input type="checkbox"/> 不要
呼吸管理	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 回/日)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 _____)
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
抑制	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 日中必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 不要 (抑制種類: <input type="checkbox"/> モミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> センサー)
転倒	<input type="checkbox"/> たびたびあり <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし

Barthel Index

	自立	一部介助	全介助
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
移動	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

計 _____ /100点

日常生活機能評価表	申込時 _____ 点	退院時 _____ 点
床と安物の指示	0(無)・1(有)	0(無)・1(有)
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0・1	0・1
寝返り	0・1・2	0・1・2
起き上がり	0・1	0・1
座位保持	0・1・2	0・1・2
移乗	0・1・2	0・1・2
移動方法	0・1	0・1
口腔清潔	0・1	0・1
食事摂取	0・1・2	0・1・2
衣服の着脱	0・1・2	0・1・2
他者への意思伝達	0・1・2	0・1・2
診療機上での指示が通じる	0・1	0・1
危険行動	0・1	0・1

0:できない(介助なし) 1:できる(一部介助) 2:できる(全介助)

		申し込み時 (評価日 年 月 日)					
NIHSS	1a 意識水準	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	1b 意識障害-質問	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	1c 意識障害-従命	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	2 最良の注視	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	3 視野	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	4 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	5 上肢の運動(右)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	6 下肢の運動(右)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	7 運動失調	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)		
計 _____ 点	8 感覚	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	9 最良の言語	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	10 構音障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9 (構音、身体的障害)		
	11 除去減少と注意障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
基本動作	寝返り:	6	5	4	3	2	1
	起き上がり:	6	5	4	3	2	1
	端座位:	6	5	4	3	2	1
	立ち上がり:	6	5	4	3	2	1
	立位保持:	6	5	4	3	2	1
計 _____ /30点	5点 完全自立 5点 修正自立 (手や手すりを使用する場合など) 4点 監視・口頭修正 3点 部分介助 2点 全介助 1点 禁止 (安静度が保たれていない場合)						

社会的背景 患者職業: _____ 介護保険: 未申請 申請済
 同居家族: _____
 主介護者: _____
 介護者状況: 問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙
 家屋: 戸建 マンション アパート 公営住宅 その他 (_____)
 階数: _____ 階 (エレベーター: 有 無)

退院・転院基準	備考
全身状態が安定し、重要な合併症が無い。	<input type="checkbox"/>
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が期待できる。	<input type="checkbox"/>
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が期待できない。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用が必要が高。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用が必要が低い。	<input type="checkbox"/>
将来、(<input type="checkbox"/> 歩行能力獲得 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> ベッド上生活) が予測される。	
診療計画	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション継続 <input type="checkbox"/> リハビリテーション終了	
<input type="checkbox"/> 自宅退院	
<input type="checkbox"/> 転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・他 _____)	
<input type="checkbox"/> 施設 (老人保健施設・老人ホーム・他 _____)	

香川シームレスケア研究会



(独法)労働者健康福祉機構
香川労災病院 脳神経外科部長
藤本 俊一郎 先生

香川シームレスケア研究会の 脳卒中連携パス

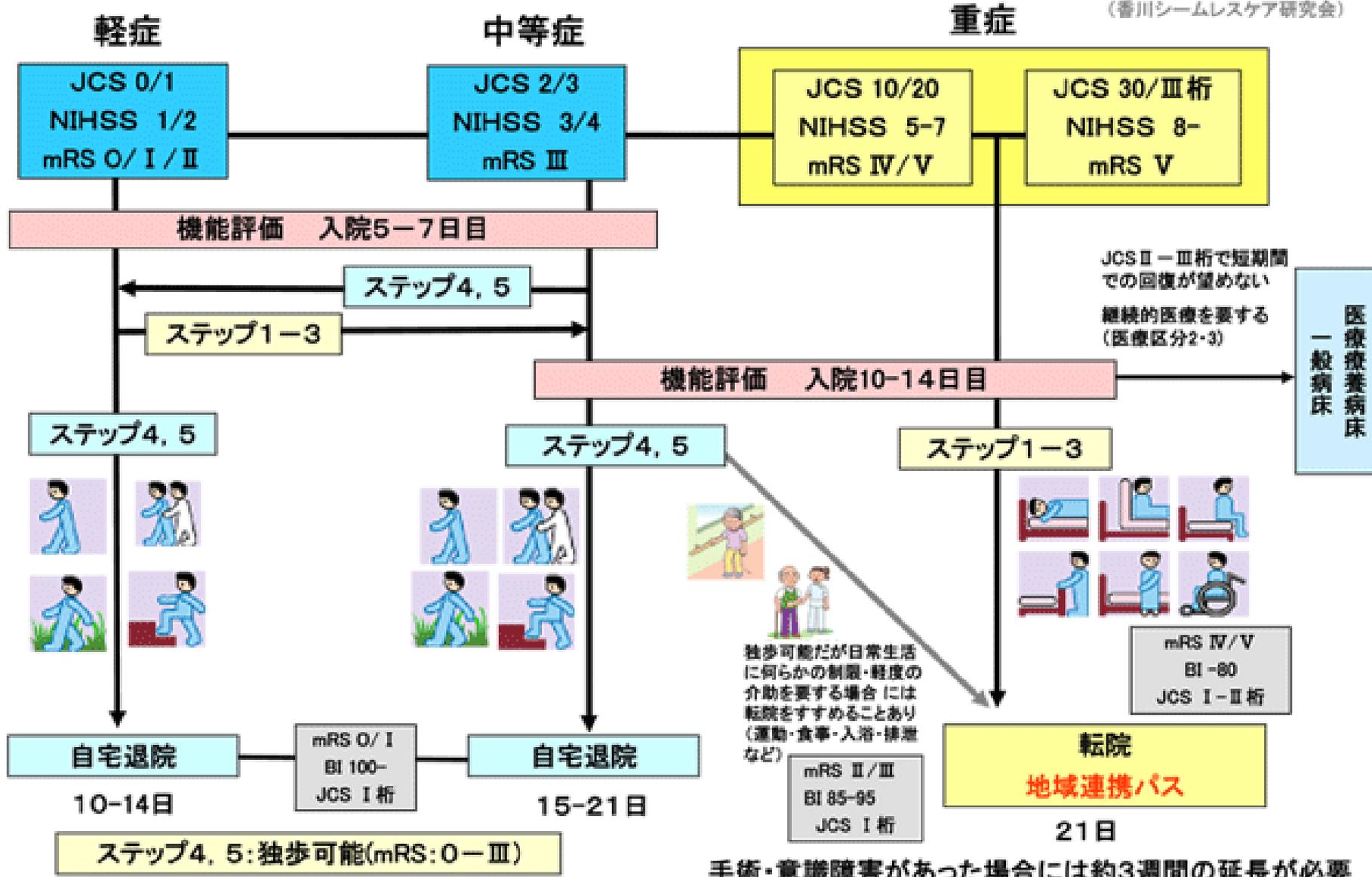
- 2005年11月「香川シームレスケア研究会」
 - － 香川労災病院の呼びかけで17施設でスタート
- 目標
 - － 急性期病院から在宅までを切れ目なく連携する「連携パス」を作成
 - － 施設間で共通のリハビリステップ、評価方法を用いる
 - － 患者さんにも情報を提供する

脳卒中の評価方法

- NIHSS
- mRS(modified Rankin Scale)
- FIM(functional Independence Measure)
- JCS(Japan Coma Scale)
- GCS(Glasgow Coma Scale)
- WFNS(World Federation of Neurological Societies)
- Hunt & Kosnik
- Fisher
- 障害老人の日常生活自立度判定基準
- 認知症のある老人の日常生活自立度判定基準
- 摂食・嚥下能力評価
- VF評価表
- 褥瘡ステージ

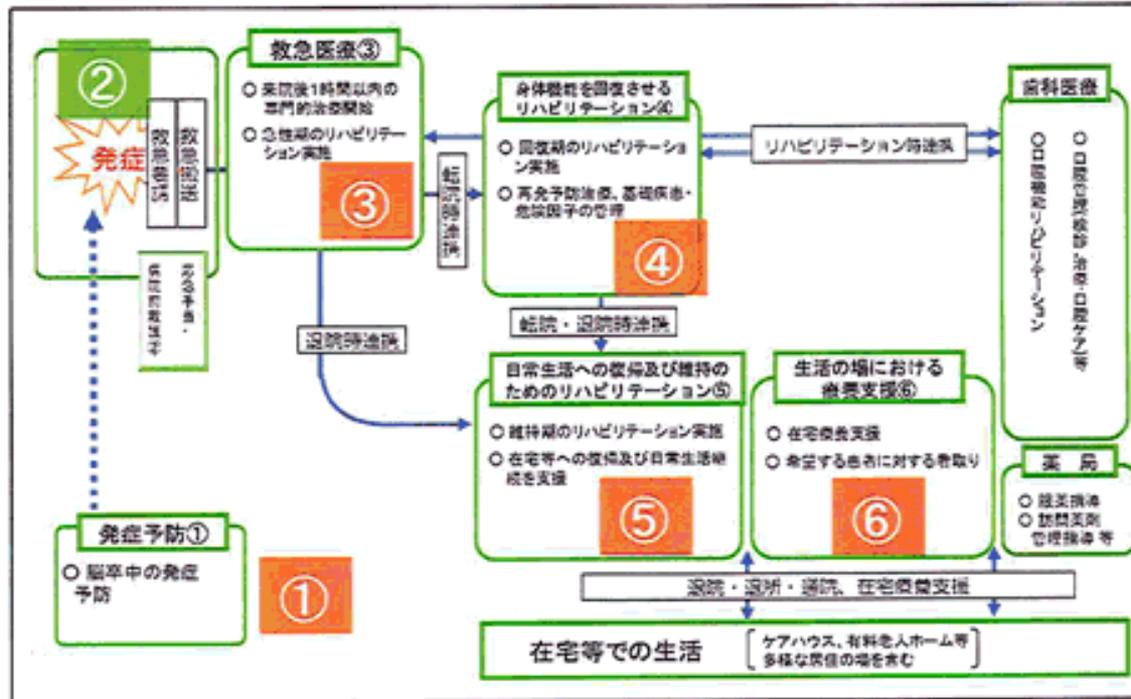
リハビリテーション・ステップの標準化

- ステップ1
 - － ADL全介助レベル、ベッド上座位、ギャッジ座位
- ステップ2
 - － ベッド上動作レベル
 - 寝返り、起き上がり、端座位
- ステップ3
 - － 車椅子使用可能レベル
 - 車椅子移乗・駆動、つまかまり立ち、立位保持
- ステップ4
 - － 歩行可能レベル
 - 歩行器歩行、杖歩行、独歩、
- ステップ5
 - － 応用歩行可能レベル
 - 階段昇降、屋外歩行、トレッドミル・エアロビクス



脳梗塞/脳出血 退院基準・転院基準 (入院診療計画書: 医療者用)

香川県における脳卒中 の医療連携体制



平成19年7月20日付医政指発720001号厚生労働省医政局
指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」

「指標における現状把握」

○ストラクチャー指標

- ・脳卒中の専用病室を有する医療機関および病床数
- ・t-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準
(日本脳卒中学会によるもの)を満たす医療機関数
- ・リハビリテーションが実施可能な医療機関等の数
- ・訪問看護ステーション数

○プロセス指標

- ・健康診断・健康診査の受診率
- ・発症から救急通報を行なうまでに要した平均時間
- ・救急要請から医療機関収容までに要した平均時間
- ・t-PAによる脳血管溶解療法適用患者への同療法
実施率及び実施数
- ・地域連携クリティカルパス導入率
- ・入院中のケアプラン策定率

○アウトカム指標

- ・在宅生活の場に復帰した患者の割合
- ・発症1年後におけるADLの状況
- ・脳卒中を主な原因とするよう介護認定患者数(要介護度別)
- ・年齢調整死亡率

《脳卒中地域連携バス～回復期リハビリテーション病棟～》（患者様用）

意識障害なし、歩行や日常生活に介助を要する場合
（標準：2～3ヵ月コース）



様

経過日数	入院～1週間	2週間～4週間	4週間～8週間	8週間～12週間	12週目～退院
主治医（ ）	定期的に回診を行います → 病状の変化に合わせて必要な検査を行います			退院後のかかりつけ医に情報を提供します	
歯科医（ ）	必要に応じて、歯科受診をしていきましょう				
理学療法士（ ）	身体状況を評価し、計画を立て、訓練を開始します 		外出・外泊練習を通して自宅の生活に慣れていきましょう。 自宅で過ごした際に出てきた問題点をスタッフにご報告下さい		
作業療法士（ ）					
言語聴覚士（ ）					
看護師（ ）	入院中にお困りの事があれば気軽にお申し出下さい		1. ご自宅の環境に合わせた動作の検討及び練習を行います 2. ご家族に負担の少ない介助方法の検討及び指導を行います 3. 施設・病院への退院の場合も、退院先の環境に応じて検討します 4. 必要に応じてカンファレンスを開催していきます 日常生活機能評価		
移動	患者様に合わせた移動手段を検討していきます				
食事	食堂で食べましょう 食事形態及び摂取方法の検討をしていきます				
整容	患者様に合わせた、方法・道具を工夫していきます				
更衣	日中は普段着に、夜はパジャマに着替えましょう				
排泄	可能な限りトイレで排泄を行っていきましょう				
入浴	患者様に合わせた入浴方法を検討していきます				
薬剤師（ ）	必要に応じて、お薬の説明や服薬方法の指導を行います		自分で薬の管理ができるよう頑張りましょう		
栄養士（ ）	栄養指導を行います。必要に応じて食事の作り方も指導します				
説明 医療ソーシャルワーカー （ ）	介護保険の説明 介護保険の説明 ＊その他必要な福祉サービスのご案内をいたします	退院先の検討を開始します → 退院先の情報提供を行います 	介護保険申請の開始 → 訪問調査 → 主治医の意見書作成 → 認定審査 	要介護認定（ ） ケアマネージャーの決定 → 外出練習を通して、環境調整及び利用サービスについて検討しましょう 	→ 必要な情報を提供し退院へのスムーズな流れをお手伝いします ケアプランの作成 サービス担当者会議の開催

	在宅への退院基準	施設入所基準（介護老人保健施設）	転院基準（医療療養病床）
退院先の基準	外来での通院が可能。日常生活動作が自立または、家族介護にて在宅生活が可能 	日常生活動作に介助が必要で、家族による介護が困難 	継続した医療が必要
	必要時：訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護 	入院中に急変された場合にも急性期病院と連携していますので、ご安心下さい	香川シームレスケア研究会 2008/3/27

回復期リハ病院 標準コース(2～3ヵ月)

全体連携図

急性期病院

施設名	香川労災病院	
入...	<input type="text"/>	入院...
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
最終的在宅...	<input type="text"/>	

連携施設(1)

施設名	<input type="text"/>	
入...	<input type="text"/>	入院...
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

連携施設(2)

施設名	<input type="text"/>	
入...	<input type="text"/>	入院...
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

連携施設(3)

施設名	<input type="text"/>	
入...	<input type="text"/>	入院...
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>
退...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

患者...	<input type="text"/>	シームレ...	<input type="text"/>
疾...	<input type="text"/>	退院...	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	在宅復帰...	<input type="text"/>
かかりつ...	<input type="text"/>	紹介医	<input type="text"/>

その他 診療所・病院

在宅

在宅療養支援診療所

脳卒中連携パス

This form is designed for use in acute care hospitals. It features a grid layout with various colored sections (yellow, blue, and white) for recording patient information, medical history, and treatment plans. The text is in Japanese and includes fields for patient identification, medical history, and treatment details.

急性期病院用

This form is designed for use in collaborating hospitals. It follows a similar grid layout to the acute care version but includes additional fields for recording patient status and treatment during the transfer period. The text is in Japanese and includes fields for patient identification, medical history, and treatment details.

連携先病院用

This form is designed for use by the patient. It features a large, clear grid layout with a prominent yellow vertical bar on the left side. The text is in Japanese and includes fields for patient identification, medical history, and treatment details. A red box highlights a specific section of the form.

患者用

フルタイムメニューの使用による入力の効率化と共通言語の使用

回復期リハ病院 担当者 殿【患者様経過報告書兼依頼書】

フリガナ	氏名	性別	生年月日	年齢	
○●▲□	○●▲□	男性	昭和30年1月1日	71	
診断名	脳梗塞 脳心症 高血圧	既往症	脳心症		
(部位)	みぎ脳半球・【脳梗塞(左内頸動脈高血圧等)	治療法	みぎ頸動脈内頸動脈	手術日 平成18年12月2日	
なし		手術日	平成18年11月14日	入院日	平成18年12月2日
/42	■ mRS 1	■ Barthel Index 10	/100		

疾患名

- 脳血栓(穿通枝)
- 脳血栓(皮質下)
- 脳塞栓
- 脳出血
- くも膜下出血
- その他

介助度

- 自立
- 見守り
- 一部介助
- 全介助

術式

- 遠隔調-中大脳動脈吻合術
- 頸動脈血栓内膜剥離術
- 外流圧術
- 脳内血栓除去術
- 脳動脈瘤クランプ
- 脳動脈瘤塞栓術
- その他
- 保存的治療(意識障害あり)
- 保存的治療(意識障害なし)

登録

生活場所

- 在宅
- 入院
- 入院(連携医療機関)
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム
- その他の介護施設

入院前後

生活場所: 在宅

入院理由: 入院

脳梗塞	平成18年9月19日	一般病室	
■ mRS	5 /42	■ Barthel Index	3 /100
■ mRS	7 /42	■ Barthel Index	1 /129
JCS	1		
要介護度	ランク1 (B)	認知症老人自立度	ランク1
合併症	なし		
薬物-薬剤	ワロン		
行動行動	なし		

資格

- 医師
- 看護師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚療法士
- MSW
- NST・PEG

介護認定

- 要支援 1
- 要支援 2
- 要介護 1
- 要介護 2
- 要介護 3
- 要介護 4
- 要介護 5

認知症老人の日常生活自立度(認知症)判定基準

生活自立	J	1 交通機関を利用して外出する 2 施設外へから外出する
歩行たまり	A	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中もベッドから離れて生活している
認知たまり	B	1 室内での生活はほぼ自立しているが、介助なしには外出しない 2 介助により車椅子に移乗する
	C	1 自力で歩行が困難 2 自力で歩行が困難でない

かがわ遠隔医療ネットワーク(K-Mix)

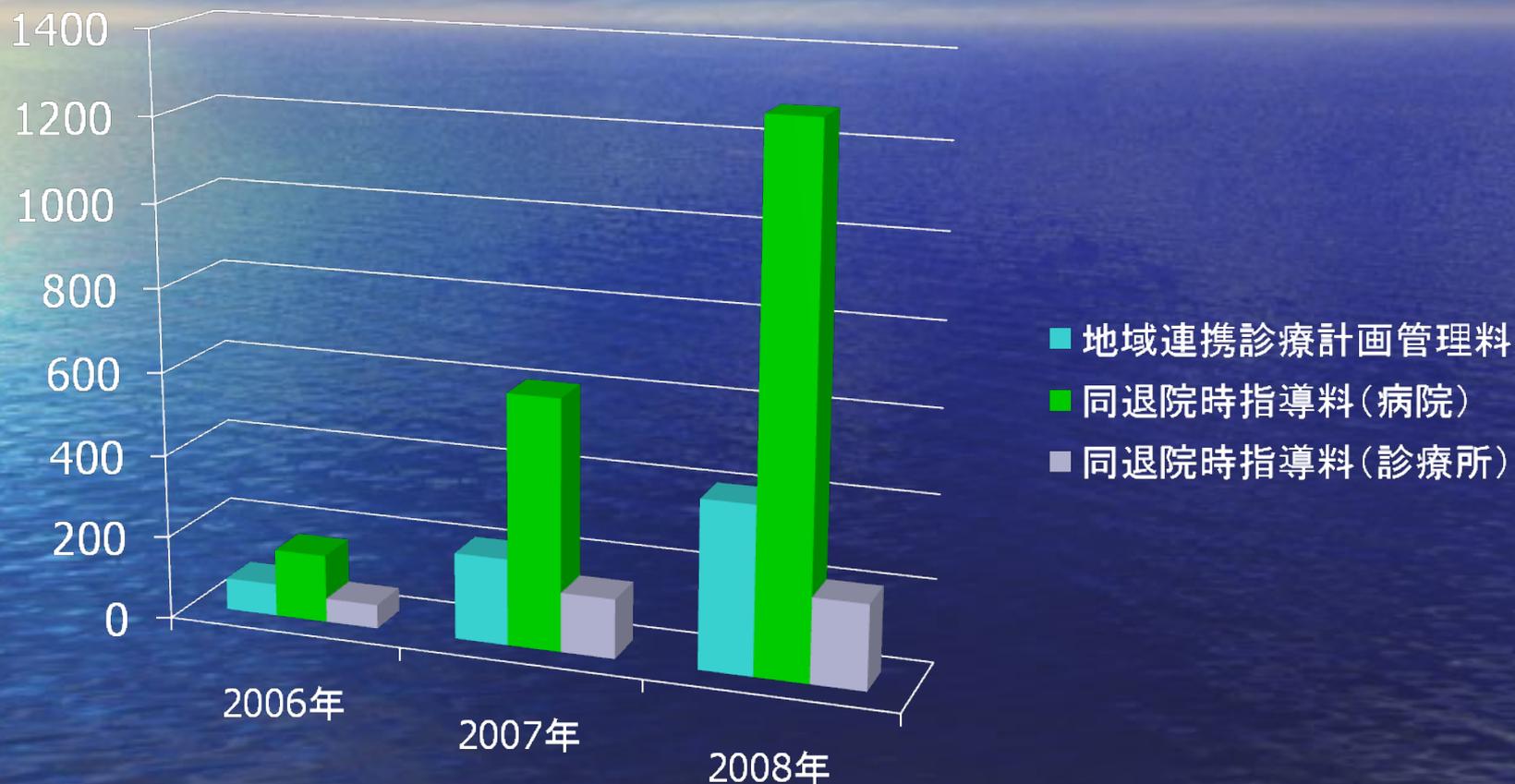
- 香川県健康福祉部医務課
 - － 地域医療計画における4疾患5事業の円滑な推進のためのIT化ツール
 - － 尾崎医務課長
 - 医療連携は原則として地域医療機関が中心となって検討していくことが重要だ。行政主導で連携体制を実現できるかは疑問だ」
 - － 藤本香川労災病院脳外科部長
 - K-Mixへの前向きな参加を検討

地域連携クリティカルパス 脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST

- 編集・藤本俊一郎 香川
労災病院脳神経外科
部長
- CD-ROM付き



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"/> 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)	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
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				

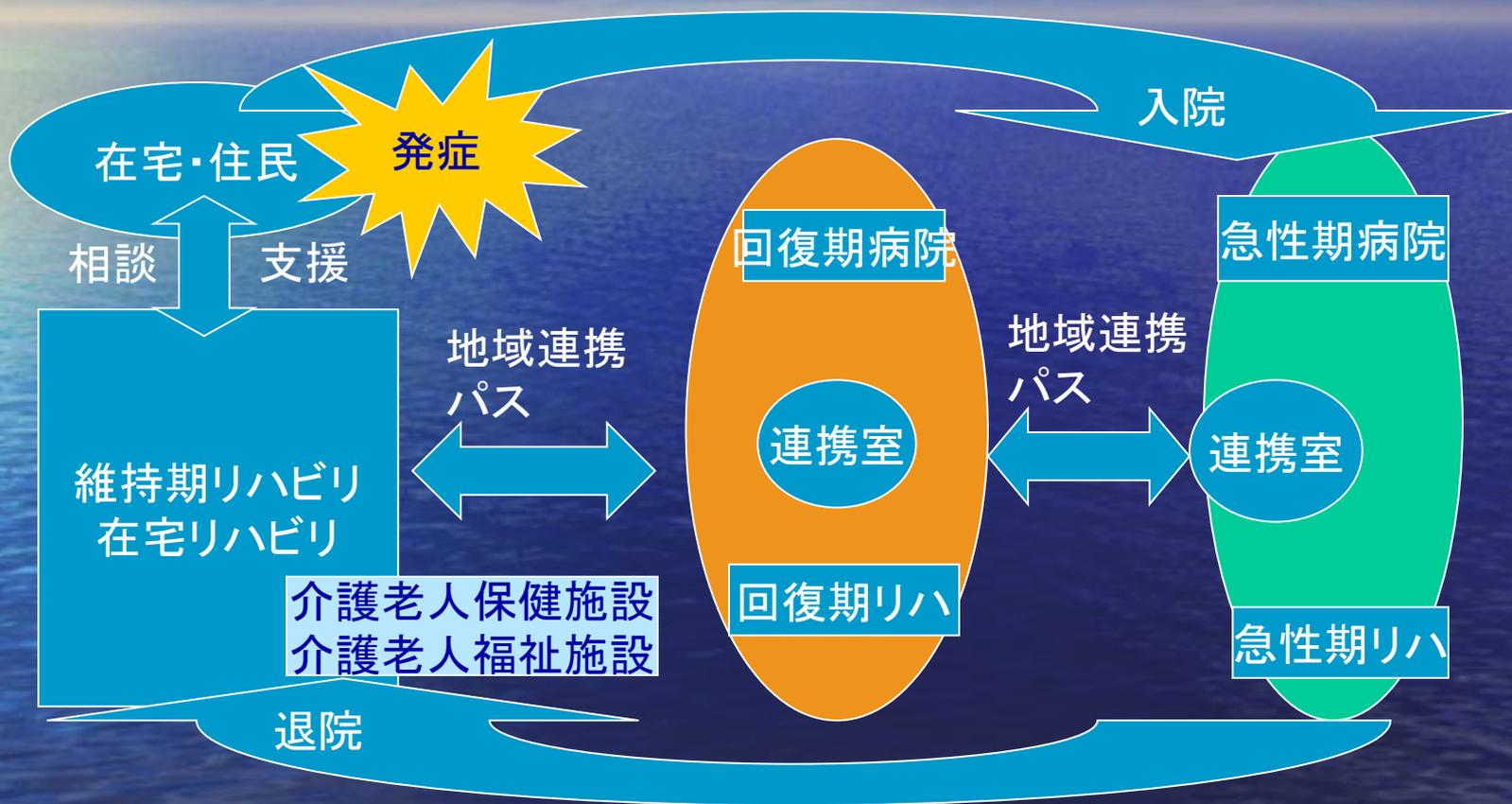
パート4

2010年診療報酬改定と
脳卒中連携パス

地域連携パスの 介護施設への拡張

2010年診療報酬改定

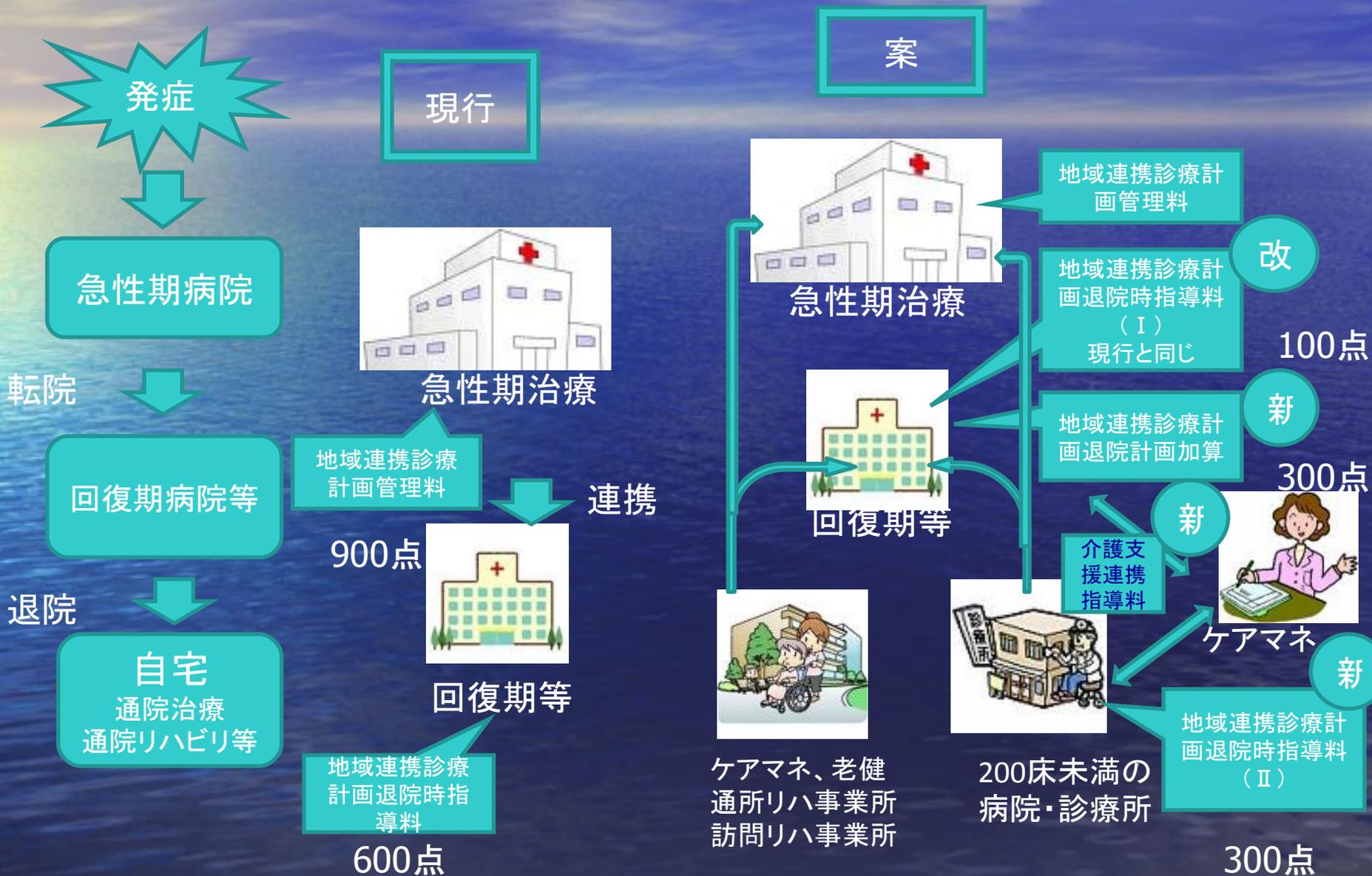
脳卒中連携と地域連携パスの流れ



地域連携パスの介護施設への拡張

- 中医協・診療報酬基本問題小委員会(09年11月13日)
- 地域連携パスは現在、急性期病院と後方病院(有床診療所も含む)の間でしか算定できない
- これを施設拡大して維持期のリハビリを行う介護施設まで拡大してはどうか？
- たとえば脳卒中の地域連携パスの参加施設は、急性期病院と回復リハ病院以外にも維持期のリハを行う介護老人保健施設、介護老人福祉施設も連携に参加することが多い。

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



病院と地域を結ぶ 地域連携4点セット

- ①総合評価（CGA）
- ②退院調整
- ③退院前カンファレンス
- ④地域連携クリティカルパス

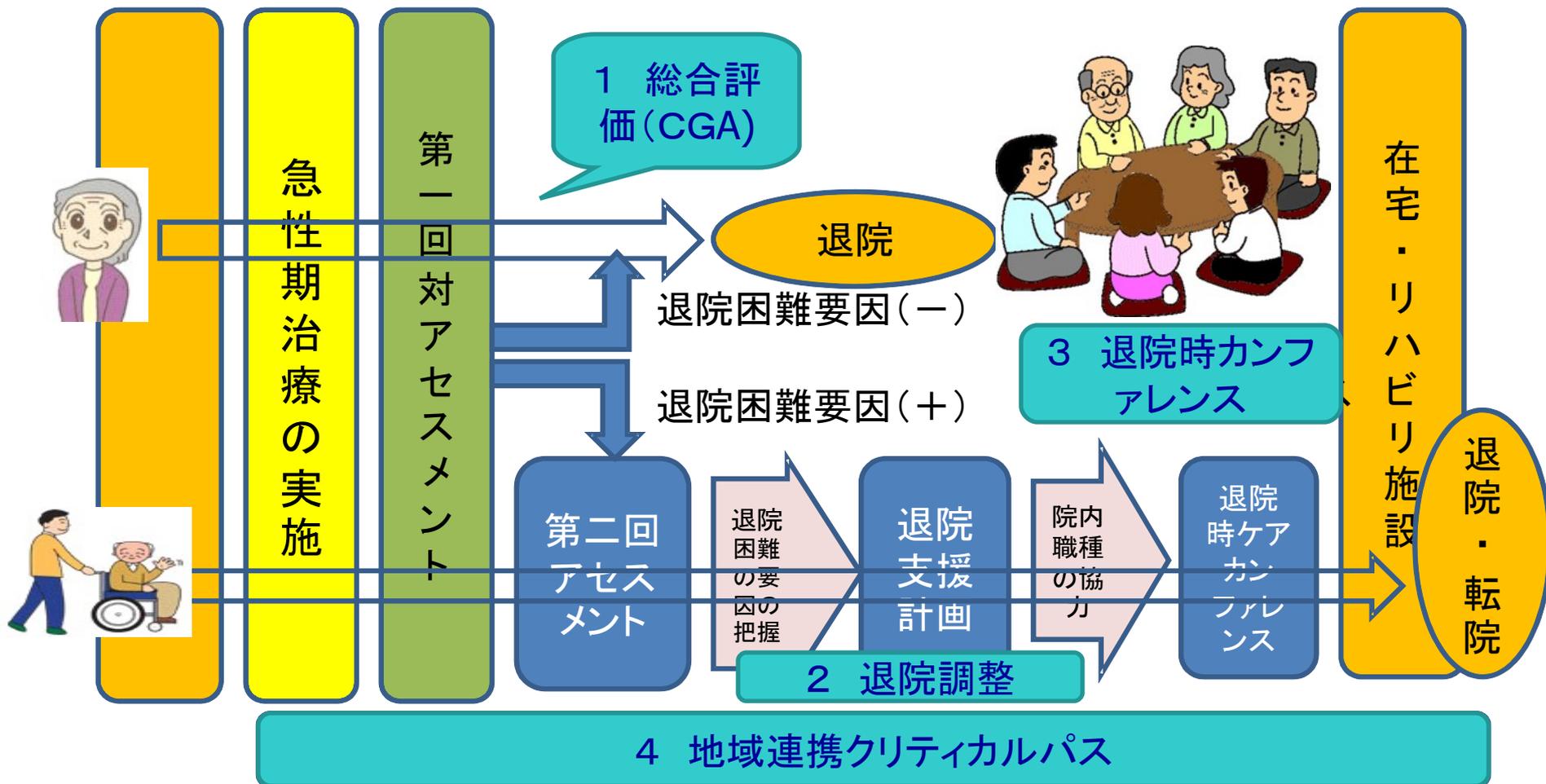
10年診療報酬改定では、地域連携4点セットの範囲が拡大され強化された

10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院



1. 総合評価加算

- (旧:後期高齢者総合評価加算)
 - － 対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
- 総合的な機能評価と、それを踏まえた介護サービスの情報を提供
- 総合評価票 (CGA: Comprehensive Geriatric Assessment)を用いる

高齢者総合評価 (CGA)

- 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
- 身体的評価
 - 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

2 退院支援

退院支援計画作成加算、退院加算(08年診療報酬改定)

● (1) 退院支援計画作成加算

ア 入院後病状の安定が見込まれた後早期に、患者の病態安定後を見越して退院に関する支援の必要性の評価を行い、患者の同意を得て別紙様式6を参考として具体的な退院支援計画作成すること。

イ 当該計画を文書で患者に説明を行い、交付するとともに、その写しを診療録に添付すること。

ウ 当該計画に基づき患者又は家族に必要な支援を行うこと。

エ 患者の病態が急変した場合には、適宜、当該計画を見直し、改めて(1)アからウに係る事項を行うこと。なお、その場合であっても当該加算は入院中に1回算定するものであ

(2) 退院加算

ア 退院支援計画作成加算を算定した患者が当該計画に基づき退院できた場合に当該加算を算定するものであり、退院日に算定する入院基本料等に応じて、当該加算を算定すること。

イ 退院先について診療録に記載すること。

ウ 死亡による退院又は他の病院若しくは診療所に入院するために転院した患者については、算定できない

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

10年診療報酬改定

～退院調整に施設基準が設定

- 退院支援計画作成加算→慢性期病棟等退院調整加算
 - － 退院加算1 140点
 - 施設基準
 - － 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配備されていること
 - － 退院加算2 100点
 - 施設基準
 - － 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること

急性期病棟等退院調整加算1 (140点)

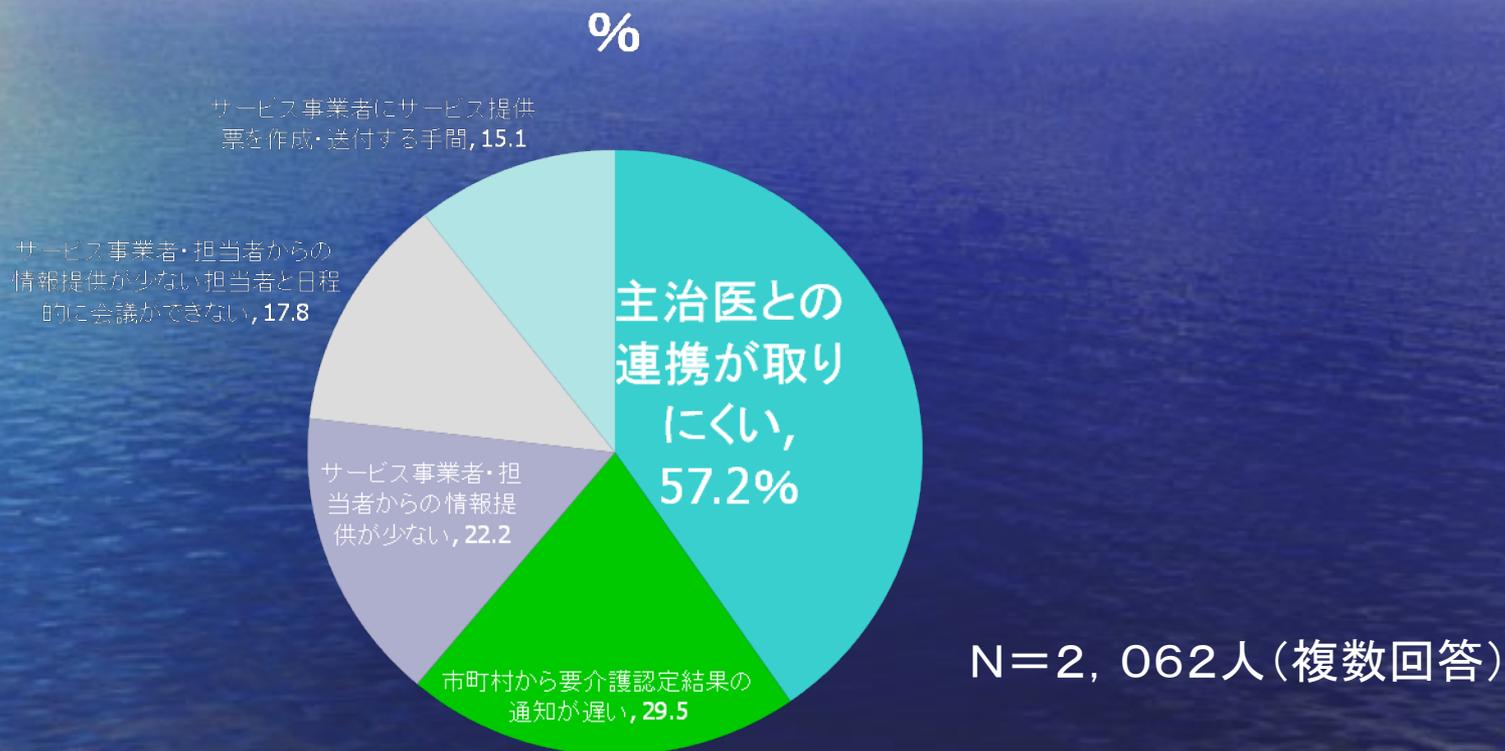
- (旧:後期高齢者退院調整加算)
- 対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
 - － 退院後の適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する。
- 施設基準
 - － 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び**専任の社会福祉士**又は**専任の看護師**及び専従の社会福祉士が配置されていること

介護支援連携指導料 300点

(10年診療報酬改定で新設)

- 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- 退院時共同指導料の多職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

ケアマネージャーの悩み



居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
(平成19年株式会社三菱総合研究所)

3 退院時ケアカンファレンス 退院時共同指導料(08年)

● 退院時カンファレンス

- 退院時共同指導料で評価
- 退院前カンファレンスは、患者を中心として病院職員と地域医療従事者が一同に会する得難い情報交換の場
- とくに在宅主治医、訪問看護師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー等のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合には2000点加算

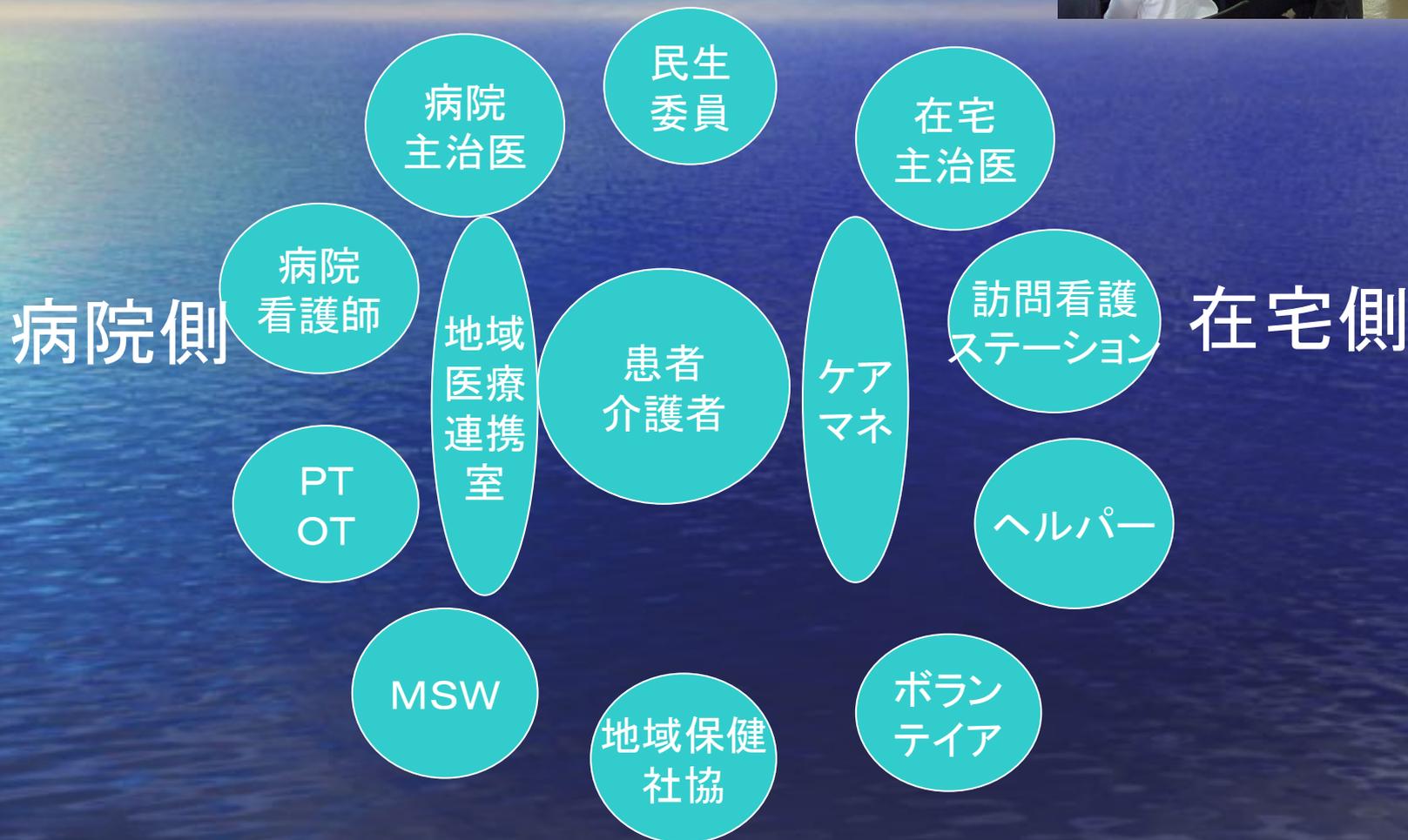


～尾道市医師会と
尾道市民病院～

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

尾道方式の ケアカンファレンス



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)						

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組み

- 総合評価加算
 - － 高齢者野入院時に総合的な機能の評価を行い問題点の抽出
- 介護支援連携指導料
 - － 総合評価の結果に基づき、退院前の段階で、ケアマネージャーとともに退院後野介護サービスに係る情報提供を含めた共同指導を行う
- 退院時共同指導料
 - － 合同カンファレンス
- 急性期病棟等退院調整加算 140点
 - － 退院困難な者に対して、一連の調整を行った結果、退院できた場合に算定する

急性期病院における退院後の介護サービス等を見越した取り組みの評価(10年診療報酬改定)

改

取り組みの一例

高齢者の特性に応じた入院早期の総合的評価

総合評価加算

(旧:後期高齢者総合評価加算)
・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大
・総合的な機能評価と、それを踏まえた介護サービスの情報を提供

発症



急性期治療

転院

300点



慢性期治療

介護支援連携指導料

新

要介護認定結果の通知(区分変更等が必要な場合)

退院後の介護サービス等との連携
退院・転院時に入院元医療職種と施設ケアマネージャーが共同し、退院後に必要な介護サービス等を確認

合同ケアカンファレンス
退院・転院時に入院元医師または看護師、受け入れ先医師または看護師および居宅ケアマネージャー等が実施

介護支援連携指導料

・地域のケアマネージャーとの連携を評価

新

300点

退院時共同指導料

・在宅に入院中の医療機関の医師と訪問診療等を行う医師が連携することを評価
・在宅医療・介護を担う多職種が一同に会して指導した場合に加算

改

急性期病棟等退院調整加算

(旧:後期高齢者退院調整加算)
・対象年齢を介護保険サービスの対象年齢に拡大

140点

ケアマネージャーが退院時点で最も適切なケアプランを立案

→退院

(速やかに介護サービスの利用を開始)



在宅 介護施設等



パート5

介護P4Pと介護連携パス

P4Pとは？

P4Pのすべて

- 医療の質に基づく支払方式とは

P4P研究会 編

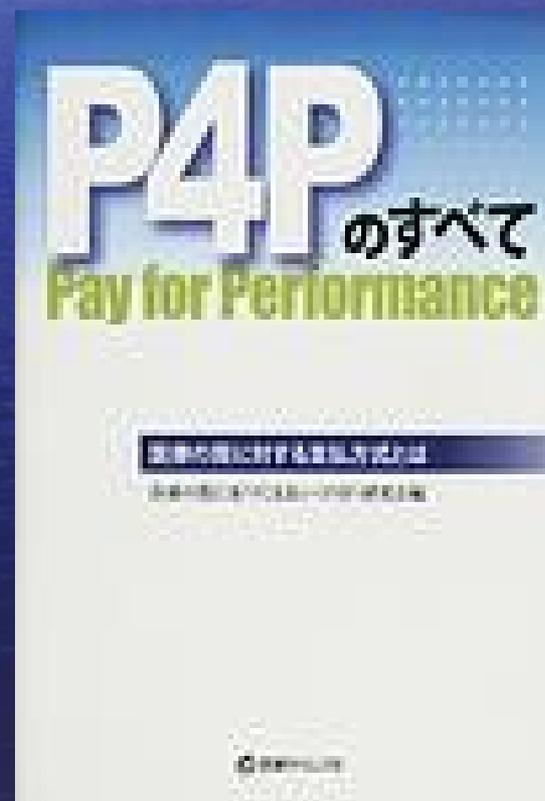
医療タイムス社 版

2007年12月 発行 ページ

229P サイズ A5ソフトカバー

2,940円

- ・P4Pは医療をどのように変えるか
- ・病院経営の視点から見たP4P
- ・看護とP4P
- ・日本版P4Pへの期待と不安
- ・英米のp4P臨床指標(資料集)



P4P研究会編(武藤ら)

P4Pの定義とは？

- P4P(Pay for Performance)とは**高質の医療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、**高質の医療への改善プロセス**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
- 医療分野ばかりでなく福祉介護領域にも拡大している

08年診療報酬改定と 日本版P4P

回復期リハビリテーション病棟入院料1
褥瘡評価実施加算

回復期リハビリテーション病棟に 対する質の評価の導入

リハビリP4P

回復期リハビリに対する 質評価導入の基本的な考え方

- 今後の急速な人口高齢化による脳卒中患者の増加等に的確に対応するため、回復期リハビリテーション病棟の要件に、試行的に質の評価に関する要素を導入し、居宅等への復帰率や、重症患者の受入割合に着目した評価を行うとともに、病棟におけるリハビリテーションの実施状況を踏まえて、当該病棟における医師の専従配置を緩和する。

回復期リハビリテーション病棟に 対する質の評価の基準

- 基準1 在宅復帰率
 - 60%以上
- 基準2 重症患者の入院率
 - 15%以上
- 基準3 重症患者の改善率
 - 30%以上

回復期リハビリテーション病棟入院料1

- 算定要件

- 回復期リハビリテーションを要する状態の患者を8割以上入院させており、かつ以下の要件を満たすこと
 - 1 当該病棟において新規入院患者のうち1割5分以上が重症の患者であること
 - 2 当該病棟において退院患者のうち、他の保険医療機関への転院した者等を除く者の割合が6割以上であること

- 施設基準

- 心大血管疾患リハビリテーション料(I)、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)、(II)若しくは(III)、運動器リハビリテーション料(I)又は呼吸器リハビリテーション料(I)の届出を行っていること

【重症者回復加算】 50点(1日につき)

- [算定要件]

- 重症の患者の3割以上が退院時に日常生活機能が改善していること

- [施設基準]

- 回復期リハビリテーション病棟入院料1の届出を行っている病棟であること

日常生活機能評価

- 回復期リハ病棟入院料1 における重症患者とは
 - － 重症患者とは入院時に10点以上の患者
- 回復期リハ病棟入院料1 における重症患者回復加算の施設基準とは
 - － 重症患者の30%以上が退院時に日常生活機能評価で3 点以上改善している

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

介護P4P

- 09年2月国際医療福祉大学主催の医療経営セミナーで厚生労働省の宮島俊彦老健局長は、以下のように述べて注目を集めた
- 「介護サービスの質の評価に当たって P4P (Pay for Performance) といった評価を介護報酬に導入できないかという考えが上っている」



宮島俊彦老健局長

介護の質評価の背景

009年度介護報酬改定においては、介護従事者の人材確保・処遇改善を基本的な視点の一つとして、介護従事者の専門性等のキャリアに着目した評価等を行った。

かしながら、本来は、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことにより、処遇改善を推進するべきとの観点から、サービスの質の評価を行うための指標について、早急に検討することとされたところ。

で、介護保険における質評価については、事業所の介護サービスの質の評価に関しては06年、09年に以下の項目で評価項目が導入されている

。

－ ①在宅復帰支援可能加算、②事業所評価加算

在宅復帰支援可能加算(09年)

- 介護P4Pの例①
 - 「在宅復帰支援可能加算」(介護老人保健施設)
 - 在宅への退所者の割合を成果指標として、その割合に応じて段階的な介護報酬による評価を行っている

事業所評価加算(09年)

- 介護P4Pの例②

- 「事業所評価加算」

- 介護予防リハなどを受けた者のうち要支援度のランク維持やランクアップした利用者の割合が多い事業所を評価して加算を与える

- 「事業所評価加算」は事業所の介護サービスの質、とくに介護予防サービスの評価を要支援度の維持や改善度という介護アウトカム指標を用いて評価したところが、介護P4Pと呼ばれる所以

在宅復帰支援機能加算(介護老人保健施設) 15単位/日、5単位/日

【2009年度改定での対応】

在宅への退所者の割合に応じた段階的な評価に見直しを行った。

在宅復帰支援機能加算 10単位/日 ⇒
※在宅復帰率が50%以上

- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅰ) 15単位/日
※在宅復帰率が50%以上
- ・ 在宅復帰支援機能加算(Ⅱ) 5単位/日
※在宅復帰率が30%以上

事業所評価加算(介護予防通所リハ・介護予防通所介護) 100単位/月

【2009年度改定での対応】

事業者の目標達成に向けたインセンティブを高め、利用者により適切なサービスを提供する観点から、要支援状態の維持をより高く評価する方向で算定要件の見直しを行った。

要支援度の維持者数
+1ランク改善者数×5
+2ランク改善者数×10

>2 ⇒

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

要支援度の維持者数
+改善者数×2

>0.7

運動機能向上サービス、栄養改善サービスまたは口腔機能向上サービスを利用後に更新・変更認定を受けた者の数

2012年介護報酬改定へ向け
介護P4Pの拡大検討をしては？

介護P4Pの課題

厚労省老人保険局
介護サービスの質評価検討会
(座長 武藤正樹)

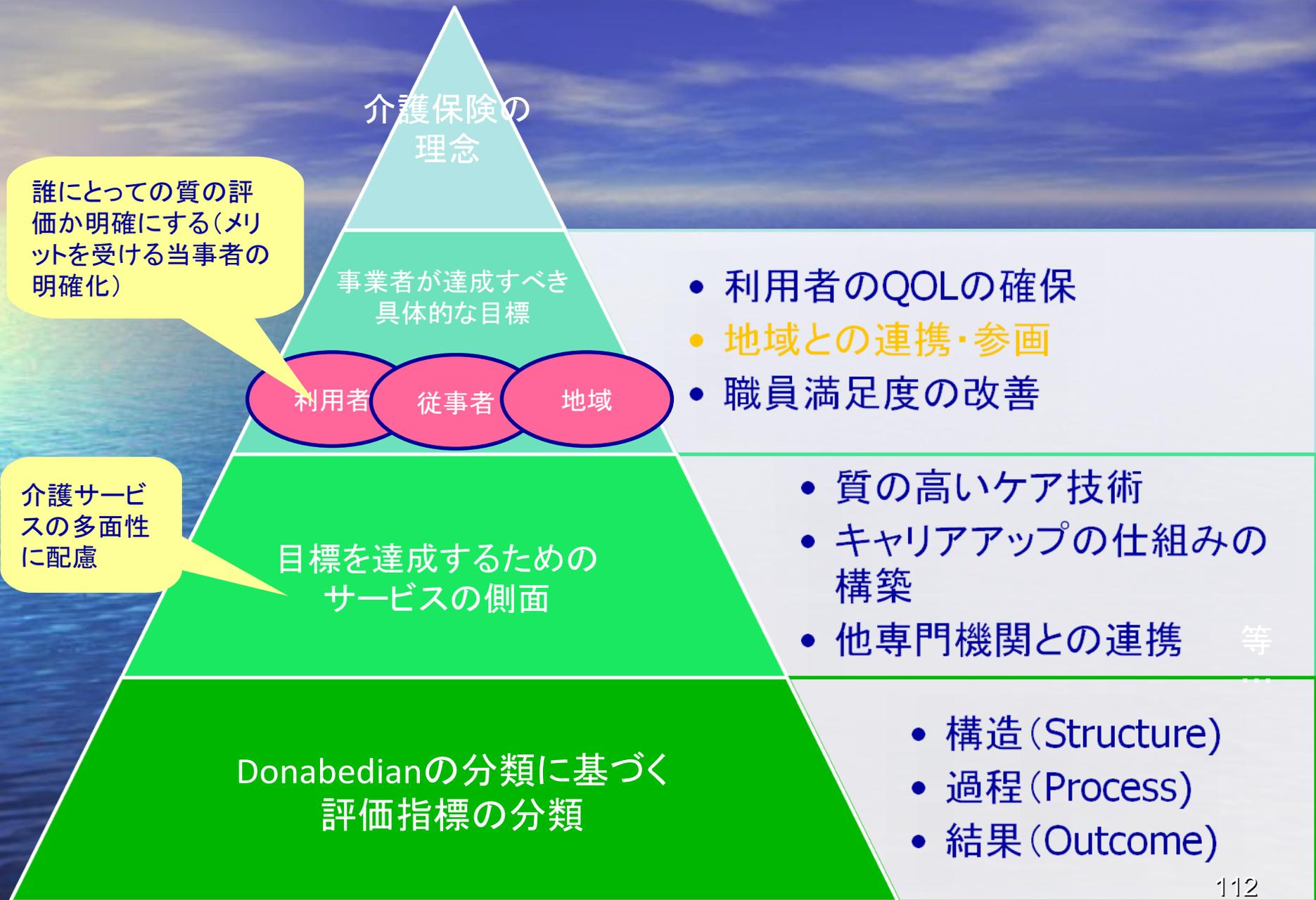
介護質指標について

- 国内データベースや国内外の研究や事例から介護の質にかかわる評価指標を収集し、以下の点に留意し、項目にそって整理する。
- 指標選択の留意点
 - － 定義が明確であること(実数、分子、分母の定義が明確であること)
 - － 正確なデータを容易に収集できること(既存のデータベースをできるだけ活用すること)
 - － 質指標としての代表性が高いこと
 - － 施設間・サービス間比較(ベンチマーク)ができること。
 - － サービス改善への努力が反映されやすいこと
 - － 卓越した事例(ベストプラクティス)を示せること

質評価指標項目の整理

- 介護の質評価の領域設定
 - － 利用者のQOL、職員満足、地域等
- ドナベディアン・モデル
 - － 構造(ストラクチャー)
 - － 過程(プロセス)
 - － 結果(アウトカム)
- 既存の質評価データをできるだけ活用
 - － 要介護度認定データ
 - － 都道府県の介護サービスの情報公表制度
 - － 指定地域密着型サービスの自己評価・外部評価
 - － 福祉サービスの第三者評価事業(都道府県が認証)

介護サービスの質の評価の階層図(基本的なイメージ)



介護の質の構成要素と 介護P4P

①構造
(ストラクチャー)

施設設備、組織、職員配置、勤続年数、有資格者割合、研修、キャリアラダー

②過程
(プロセス)

ケア技術、ケアマネジメント、安全管理、各種マニュアルの整備活用
他専門機関との連携

③結果
(アウトカム)

在宅復帰、合併症予防・管理、日常生活機能やQOLの維持・向上、褥瘡・転倒発生率、離職率

09年介護報酬改定(介護
マンパワー
評価)

12年介護報酬・診療報酬同時改定

介護
P4P

介護連携パスの提案

- 介護連携パスは医療と介護の連携を見据えた地域連携クリティカルパスのことである。
- 介護連携パスには①病院と介護施設を結ぶ施設連携型パスと②在宅支援（終末期を含む）型連携パスの2種類がある。
- こうした介護連携パスを2012年の診療報酬、介護報酬同時改定時に介護報酬に収載してはどうか？
- さらに介護連携パスの質評価をおこない介護P4Pに反映させてはどうか？

介護連携パスプロジェクトチーム

介護連携パス

- 介護連携パスは、地域において医療と介護の連携や、各種介護サービス間連携に用いる「地域連携クリティカルパス」のことである
- ①病院と介護施設や在宅介護サービスを結ぶ連携パスと、②在宅支援型（終末期を含む）の連携パスを想定している
- 介護連携パスを2012年診療報酬・介護報酬同時改定期に導入してはどうか？
- 介護連携パスのアウトカム評価も行ってはどうか？

① 病院と介護サービスを 連携する介護連携パス



現状の地域連携パス(病院間に限定)

急性期病院を退院後も必要に応じて維持期リハや在宅リハが必要。
この間を結ぶ介護連携パス

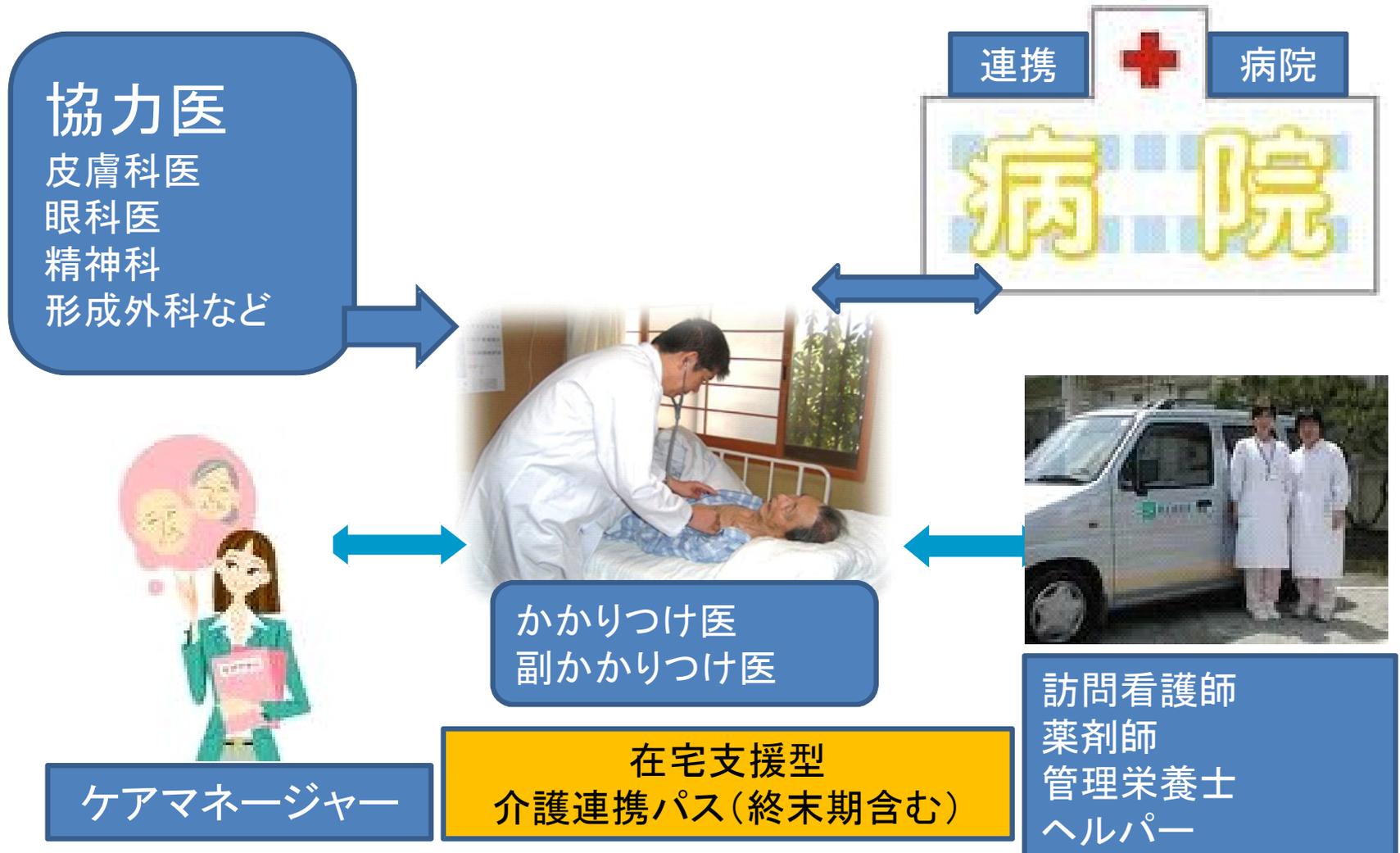


介護施設等

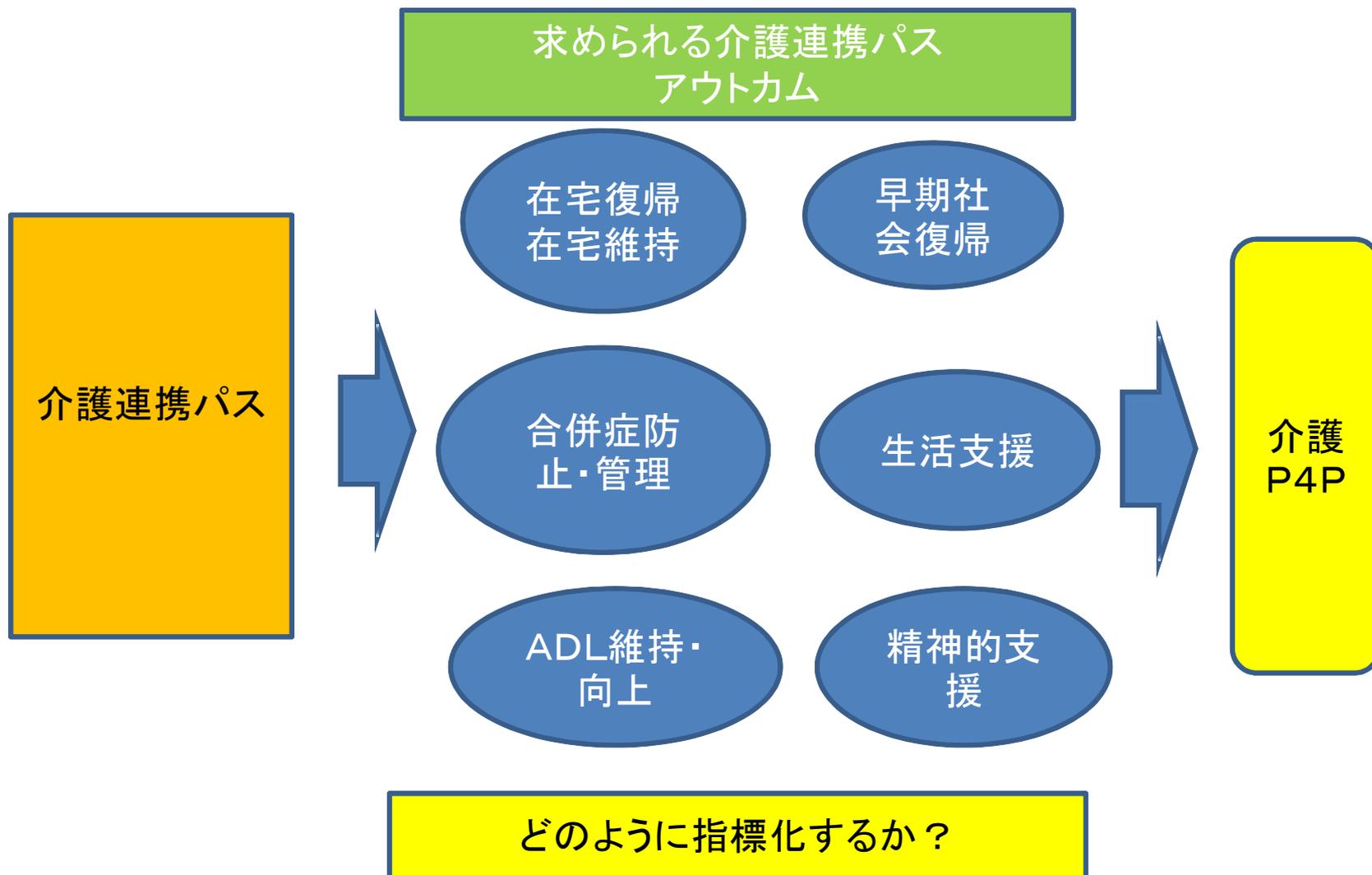


在宅等

②在宅支援型介護連携パス



介護連携パス・アウトカム



介護連携パス研究会



日時 2010年3月27日(土)
13:00 ~ 17:00

会場 国際医療福祉大学大学院
東京青山キャンパス5階ホール

第1回介護連携パス研究会

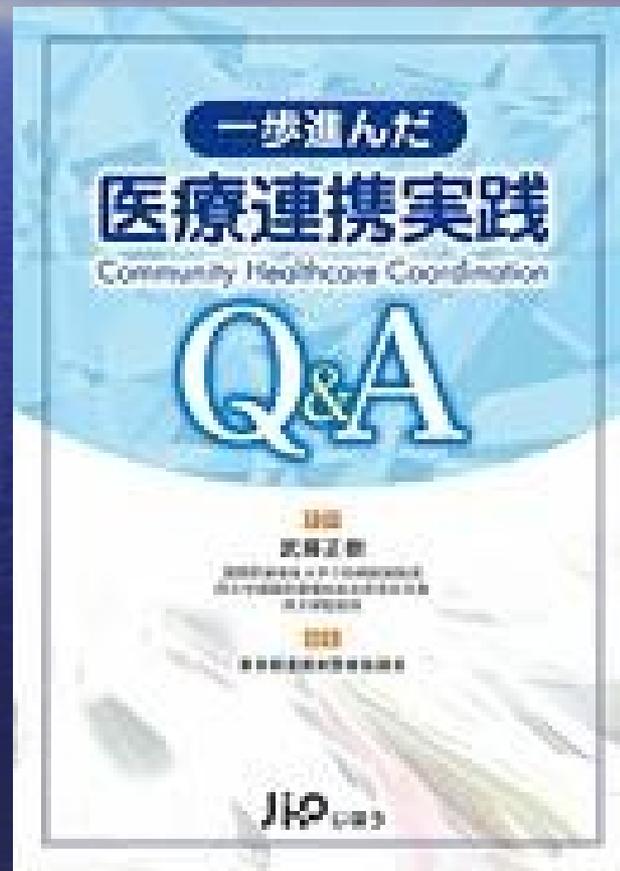
- プログラム
- 13:00～13:10 開会のあいさつ
 - － 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 13:10～14:00 基調講演「地域包括ケアシステムにおける介護サービス評価の考え方」
 - － 国立保健医療科学院 福祉サービス部福祉マネジメント室 室長 筒井孝子
- 14:00～14:35 講演Ⅰ「介護連携パスと介護P4P(Pay for Performance:質に基づく支払い方式)」
 - － 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 14:35～15:10 講演Ⅱ「介護連携パスの活用事例とIT化の可能性」
 - － 有限会社ファイブアローズ あおぞら介護塾 塾長 岩下由加里
 - － 株式会社アイ・シー・キューブ 代表取締役 江幡博明
- 15:10～15:45 講演Ⅲ「北多摩南部脳卒中ネットワークにおける在宅支援パスの試み」
 - － 武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 部長 高橋紳一
- 15:45～16:00 休憩
- 16:00～16:50 パネルディスカッション

まとめと提言

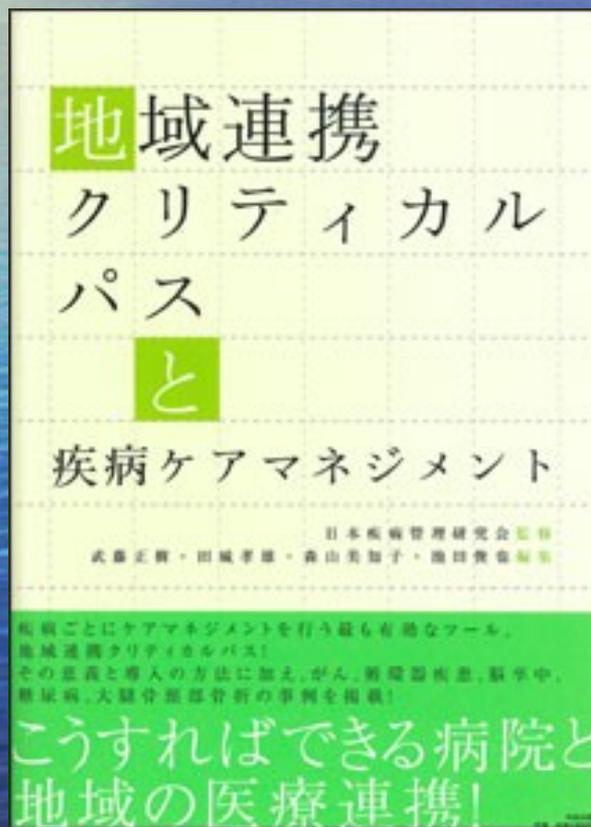
- 地域医療計画が大きく変わる！
疾病別・事業別連携
- 脳卒中の地域連携パスが進化している
- 医療と介護の連携がトレンド
- 介護P4Pや介護連携パスに着目しよう

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