



地域連携クリティカルパス概論Ⅰ

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

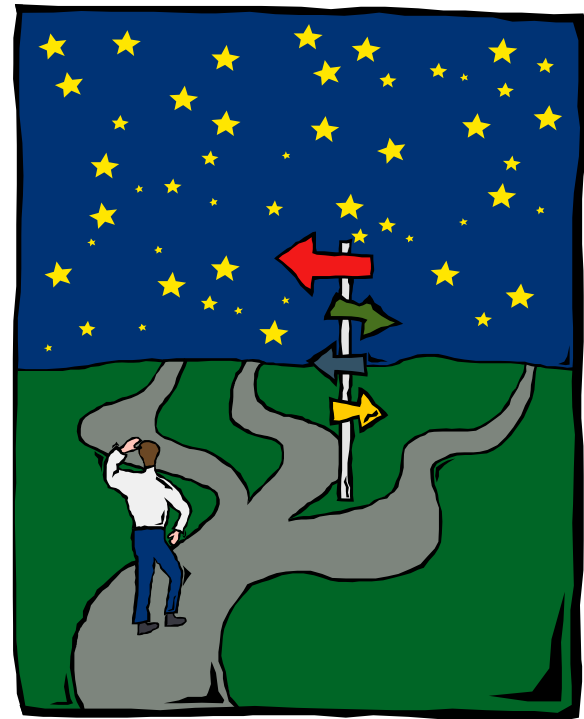


国際医療福祉大学三田病院

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
 - 連携パスの作り方



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

二次医療圏に近いが
疾患や地域に
よっては異なる



特殊な医療は都道府県を越えた対応が必要

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

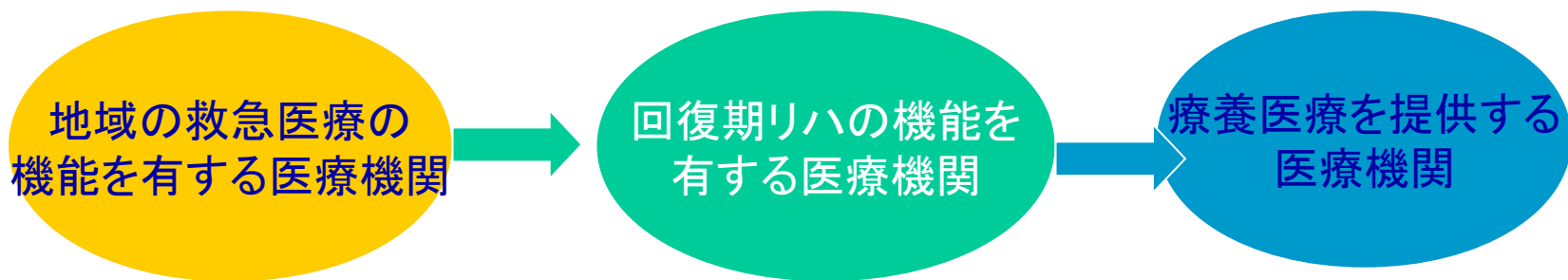
- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 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

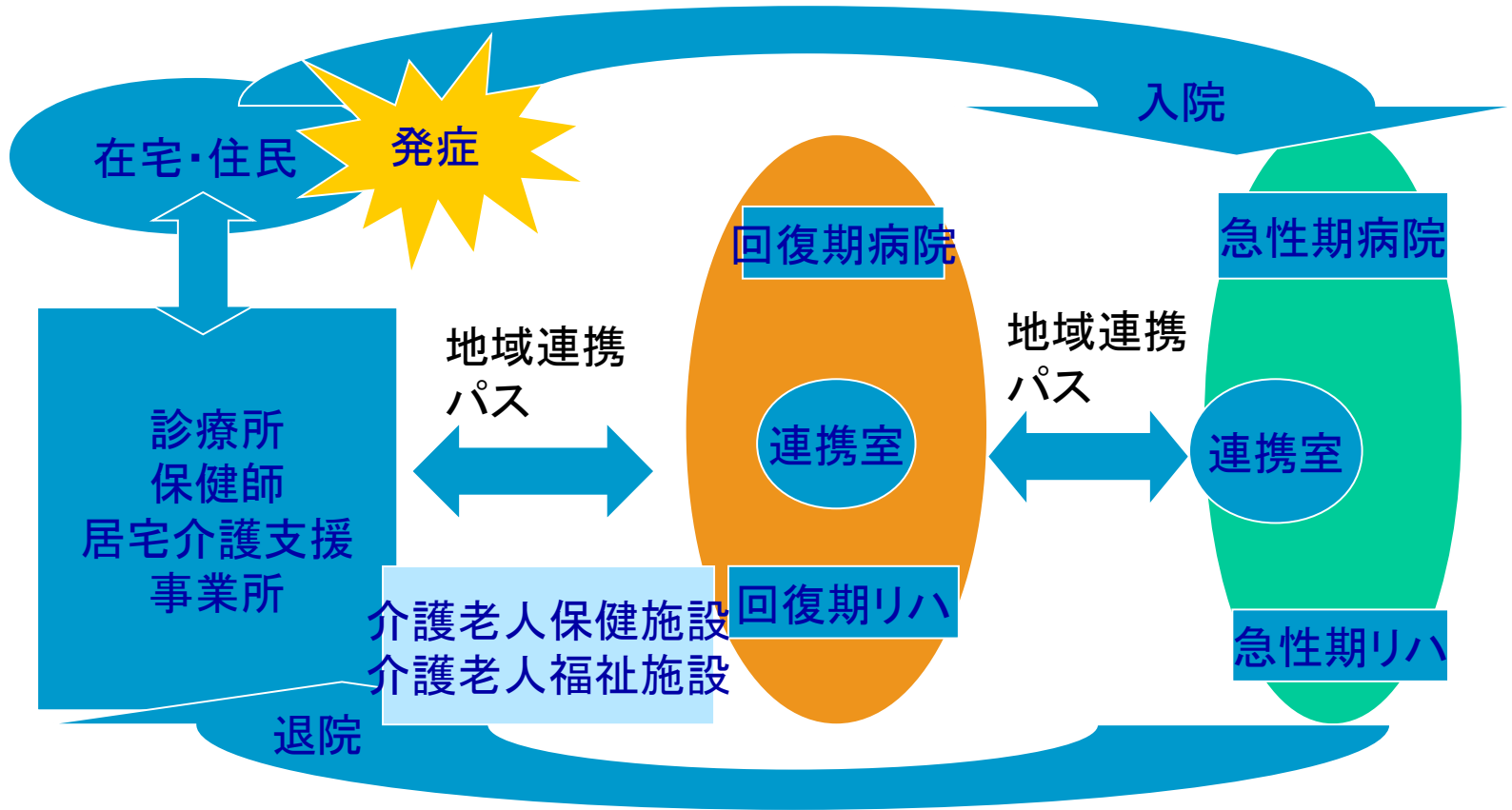
△△病院の医療機能
医師数、PT／OT数、
平均在院日数、
地域連携クリティカルパス
の使用状況

□□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

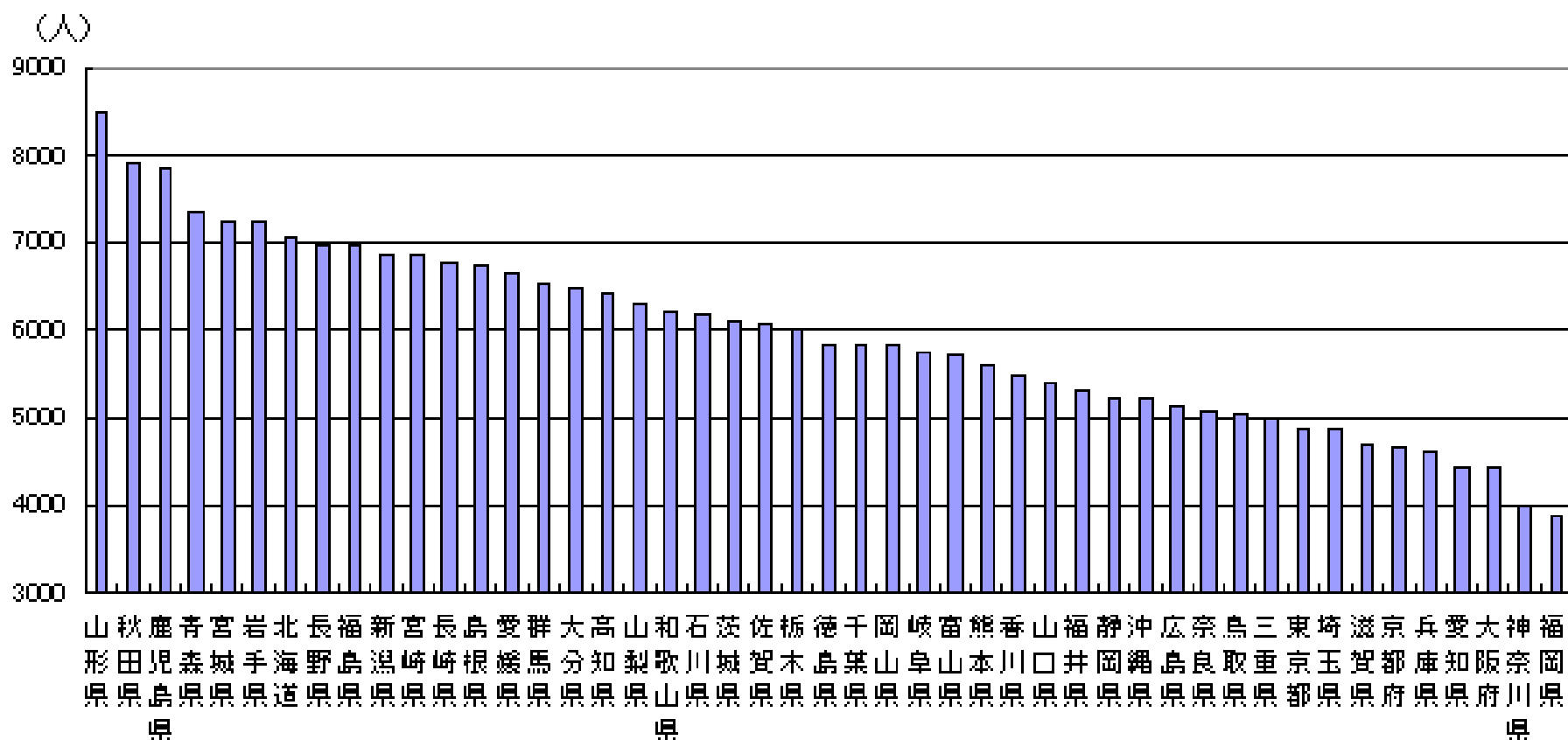
医療計画は5年計画
計画期間内に達成すべき数値目標を決める

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

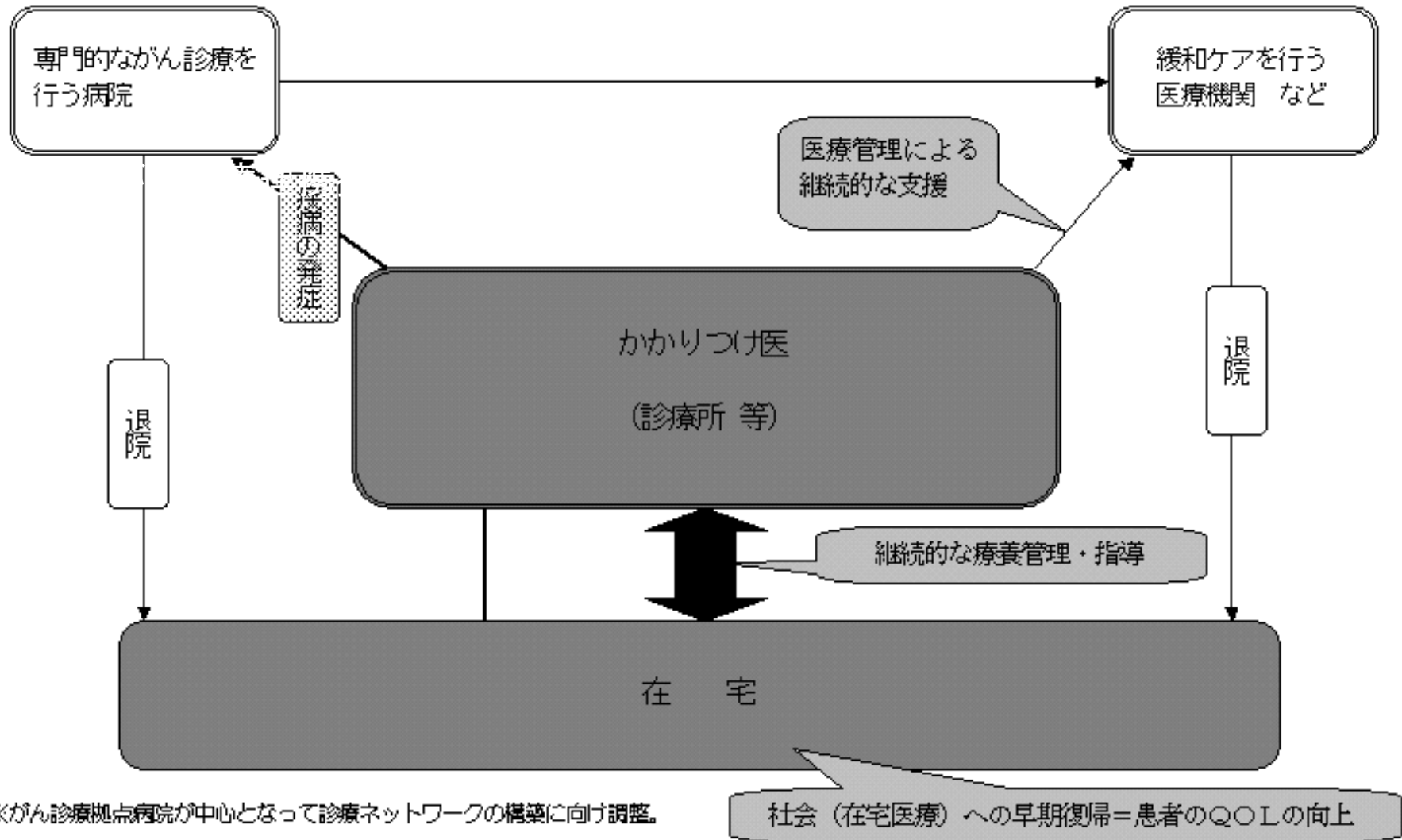
高血圧疾患の都道府県別患者率

都道府県別にみた高血圧疾患の患者率（人口10万対）



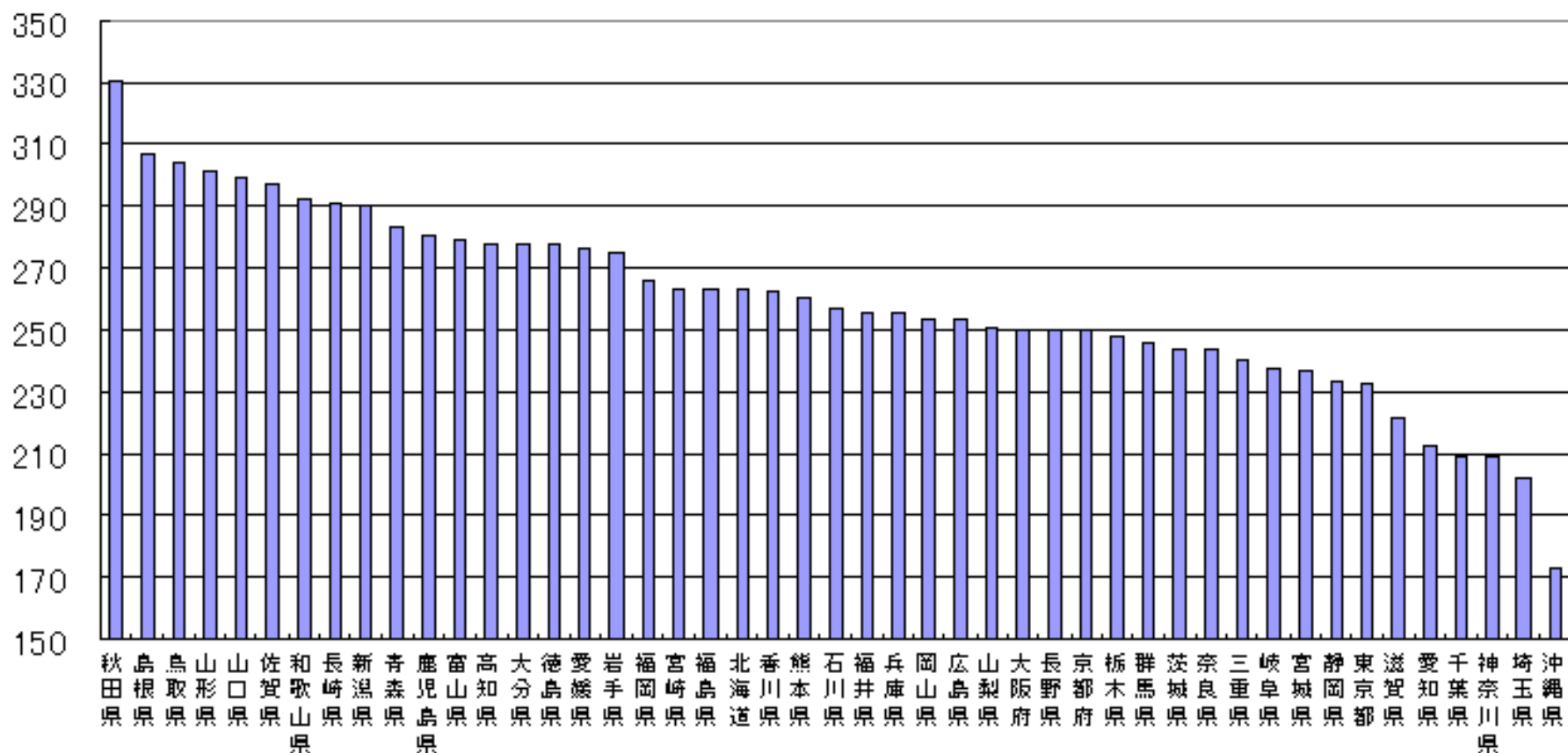
平成14年患者調査

がんの診療ネットワーク



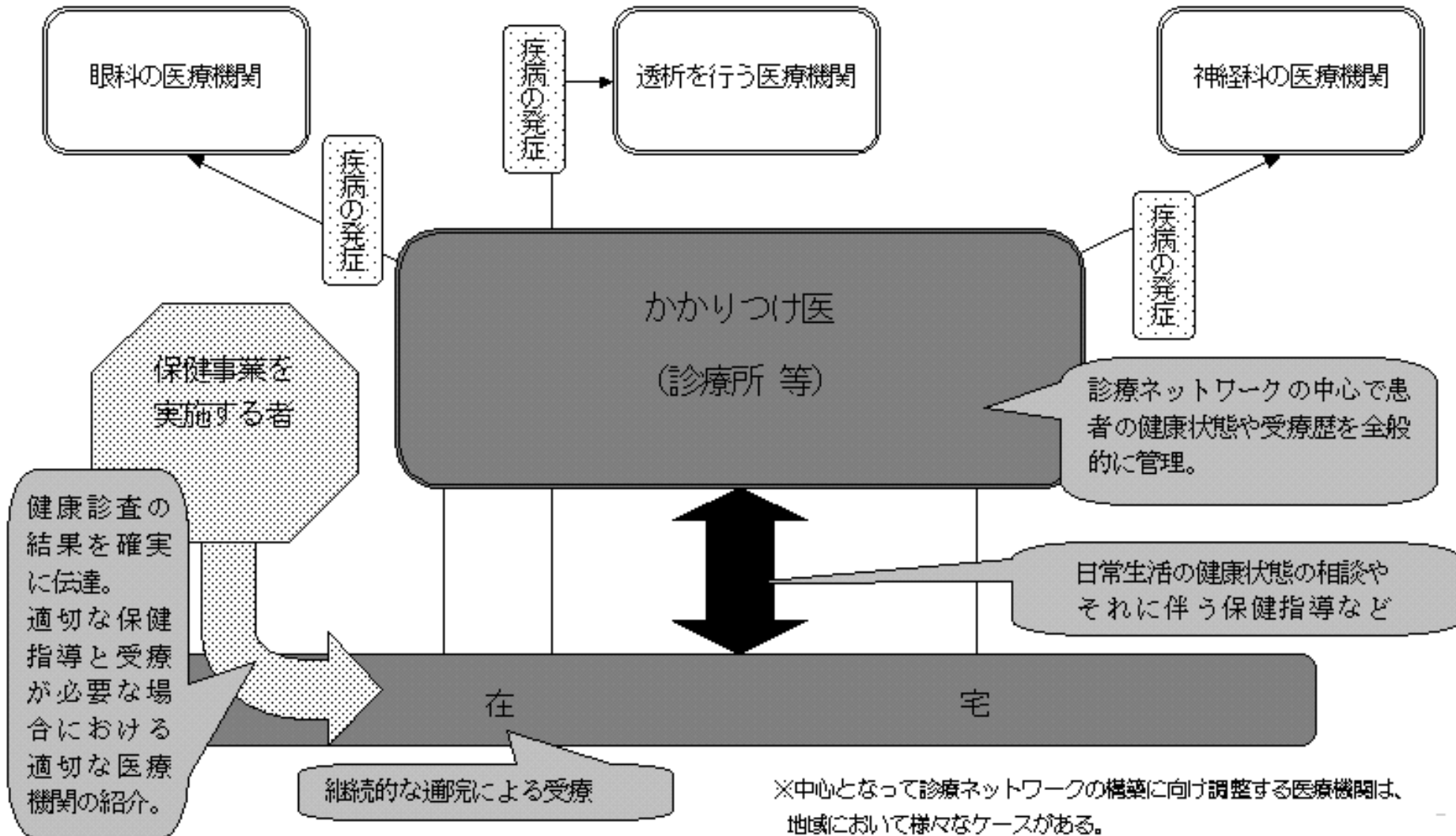
がんの都道府県別死亡率

(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)

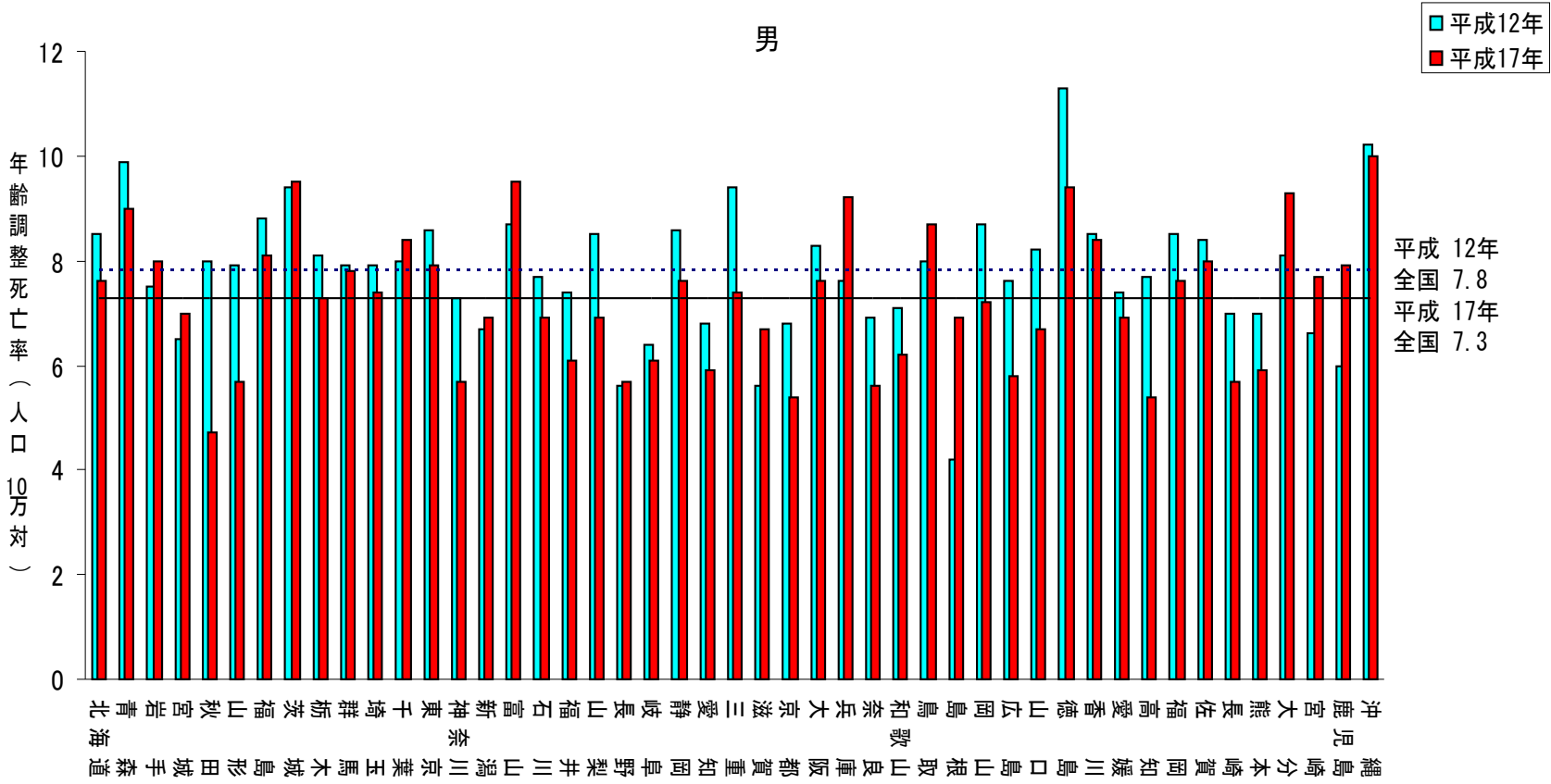


平成15年人口動態調査

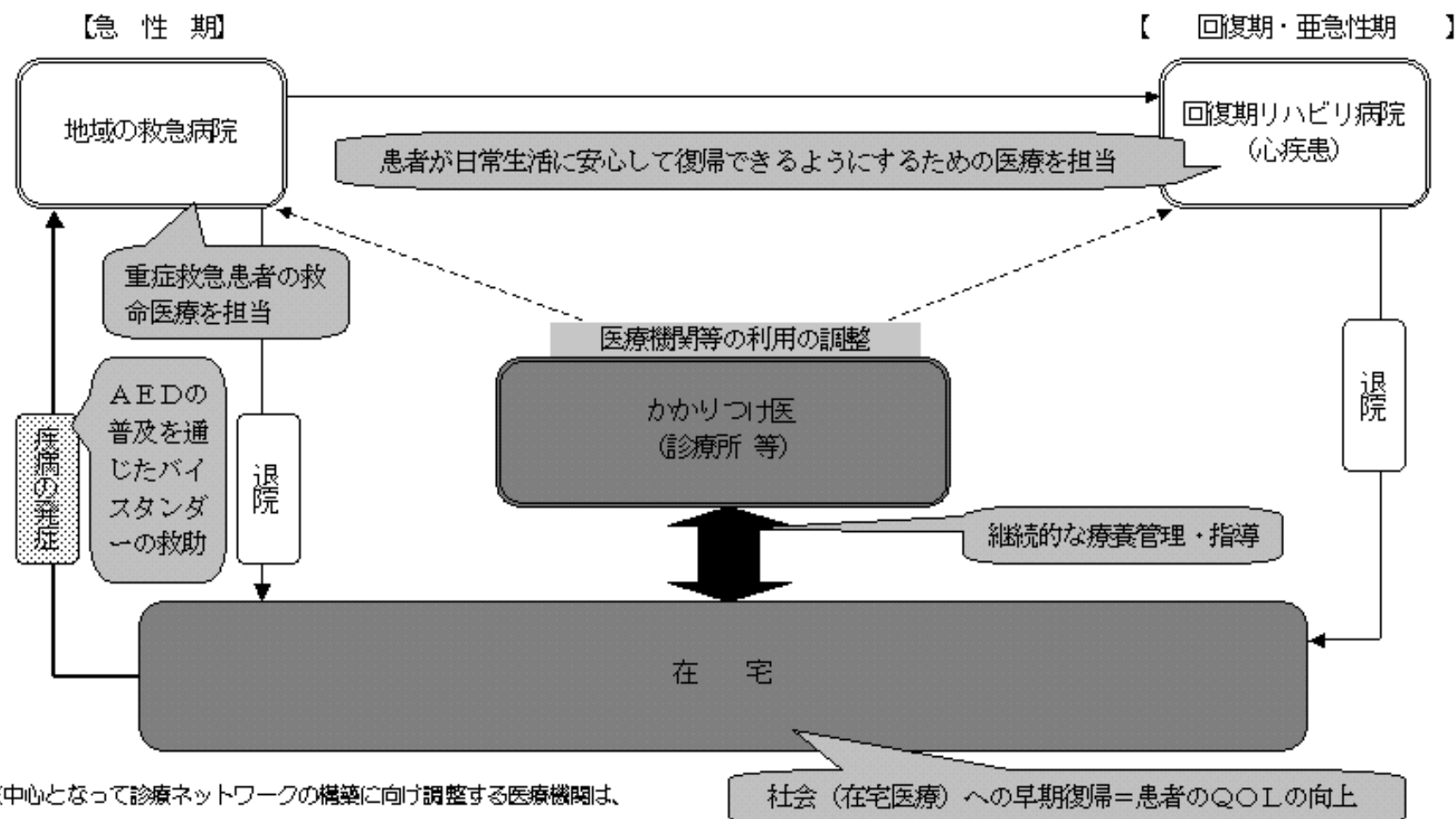
糖尿病の診療ネットワーク



糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



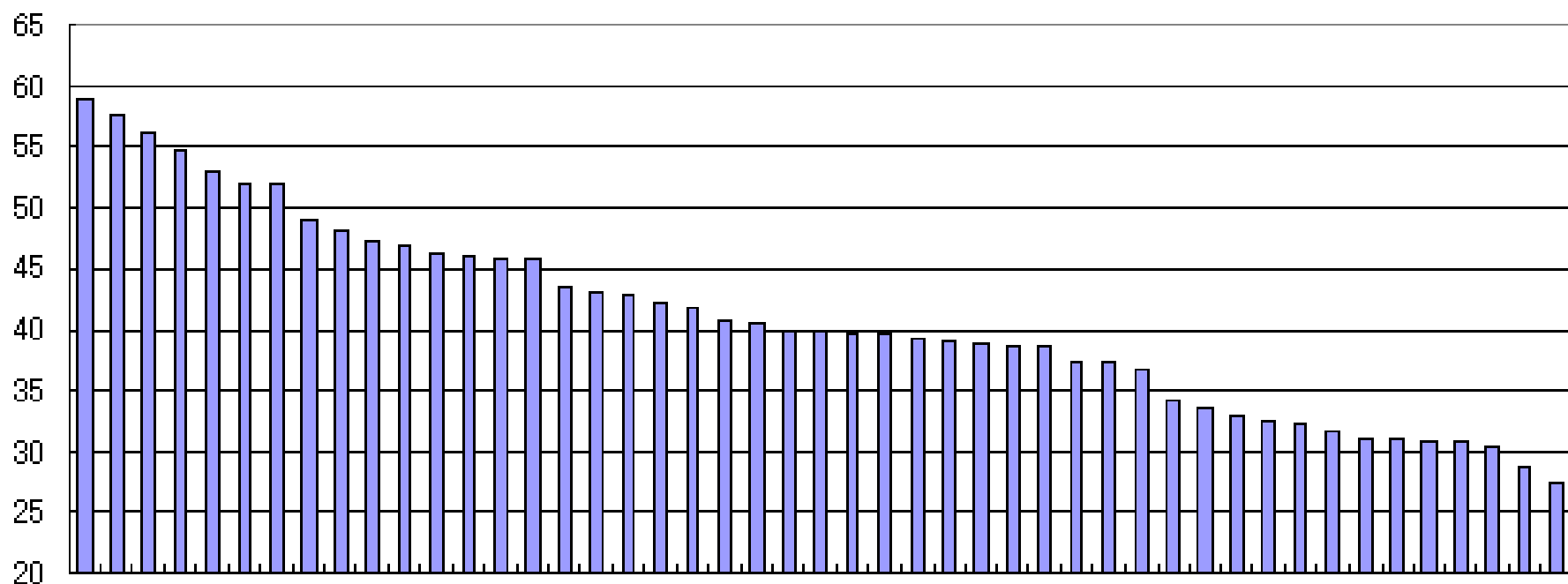
急性心筋梗塞の診療ネットワーク



急性心筋梗塞の都道府県別死亡率

(人)

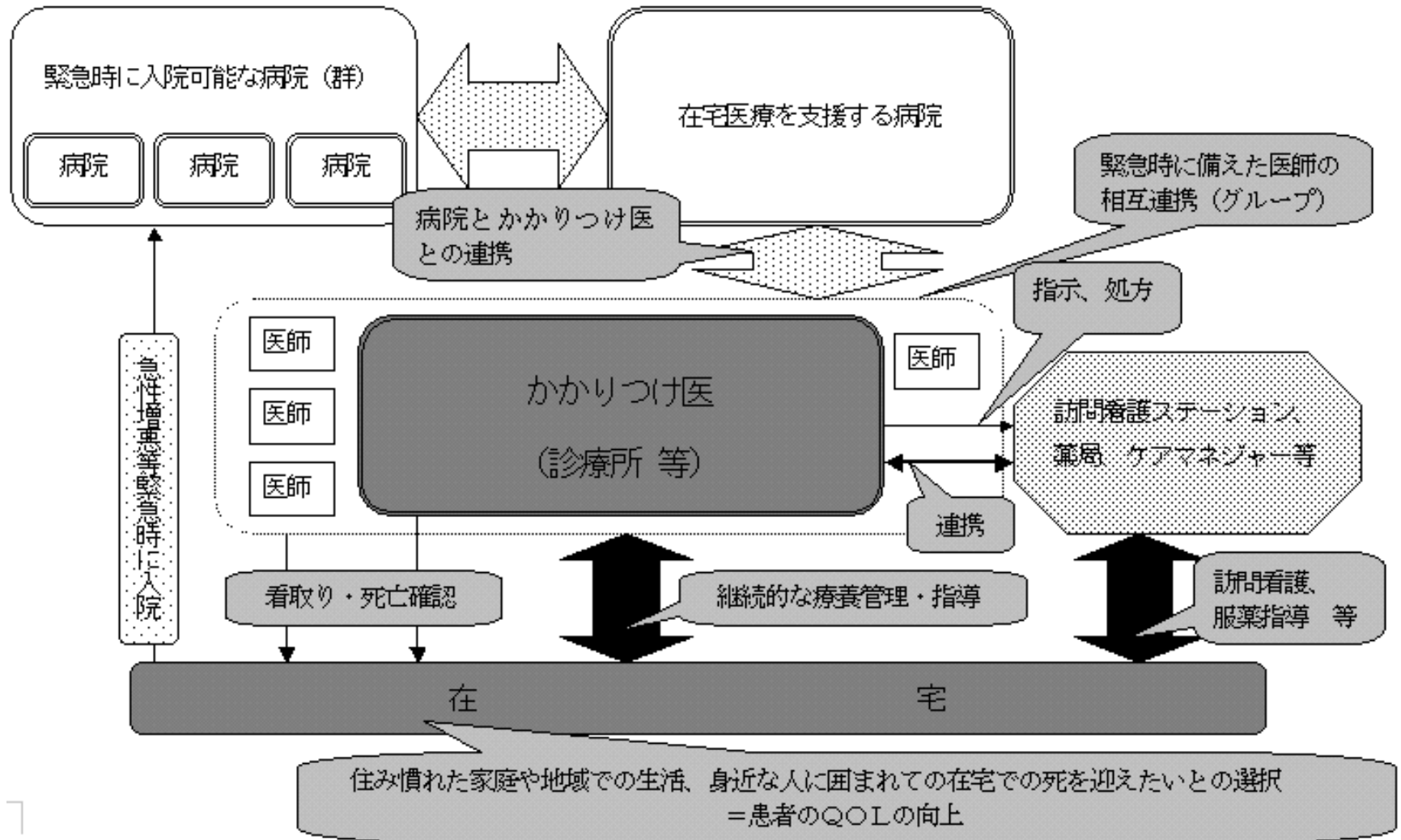
都道府県別にみた急性心筋梗塞による死亡率(人口10万対)



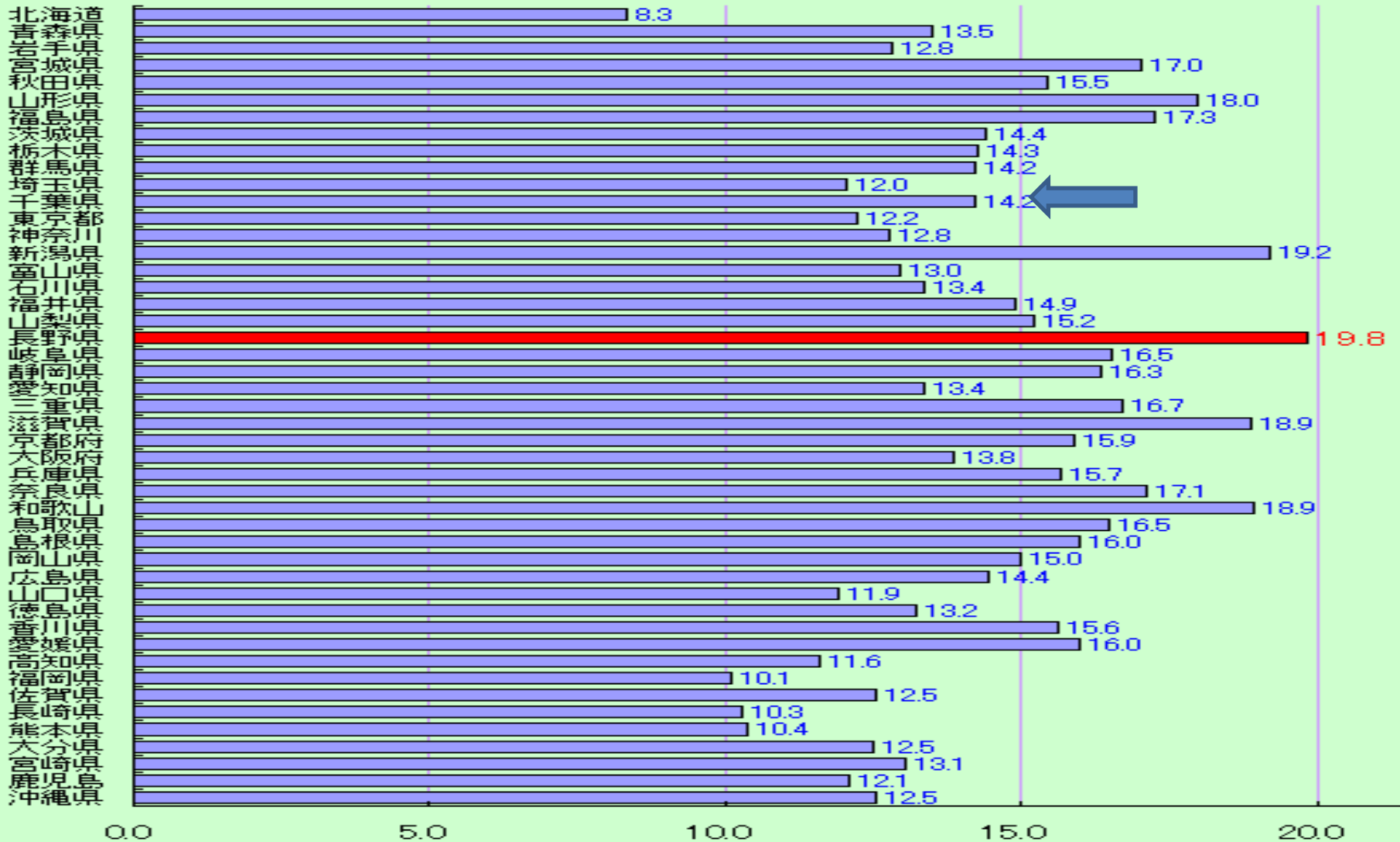
大分県 三重県 高知県 岩手県 和歌山県 福井県 茨城県 青森県 山形県 長野県 新潟県 山梨県 鹿児島県 鹿嶋市 長崎県 徳島県 福島県 宮城県 岡山県 香川県 北海道 北見市 秋田県 石川県 鳥取県 富山県 兵庫県 宮崎県 奈良県 山梨県 熊本県 佐賀県 静岡県 滋賀県 沖縄県 岐阜県 福井県 群馬県 広島県 千葉県 愛知県 埼玉県 東京都 神奈川県 大阪府 京都府 東大阪府

平成15年人口動態調査

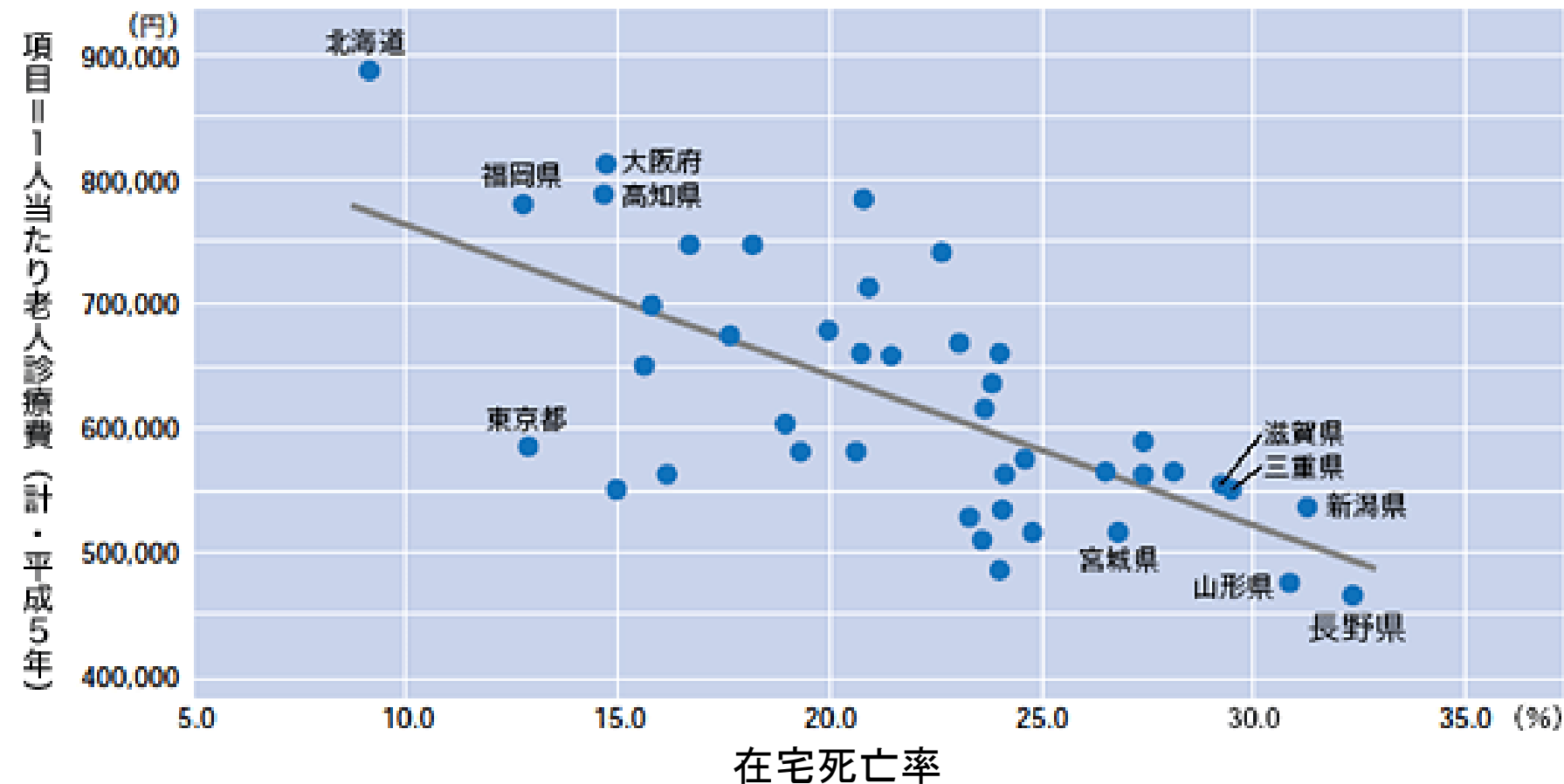
終末期ケアの診療ネットワーク



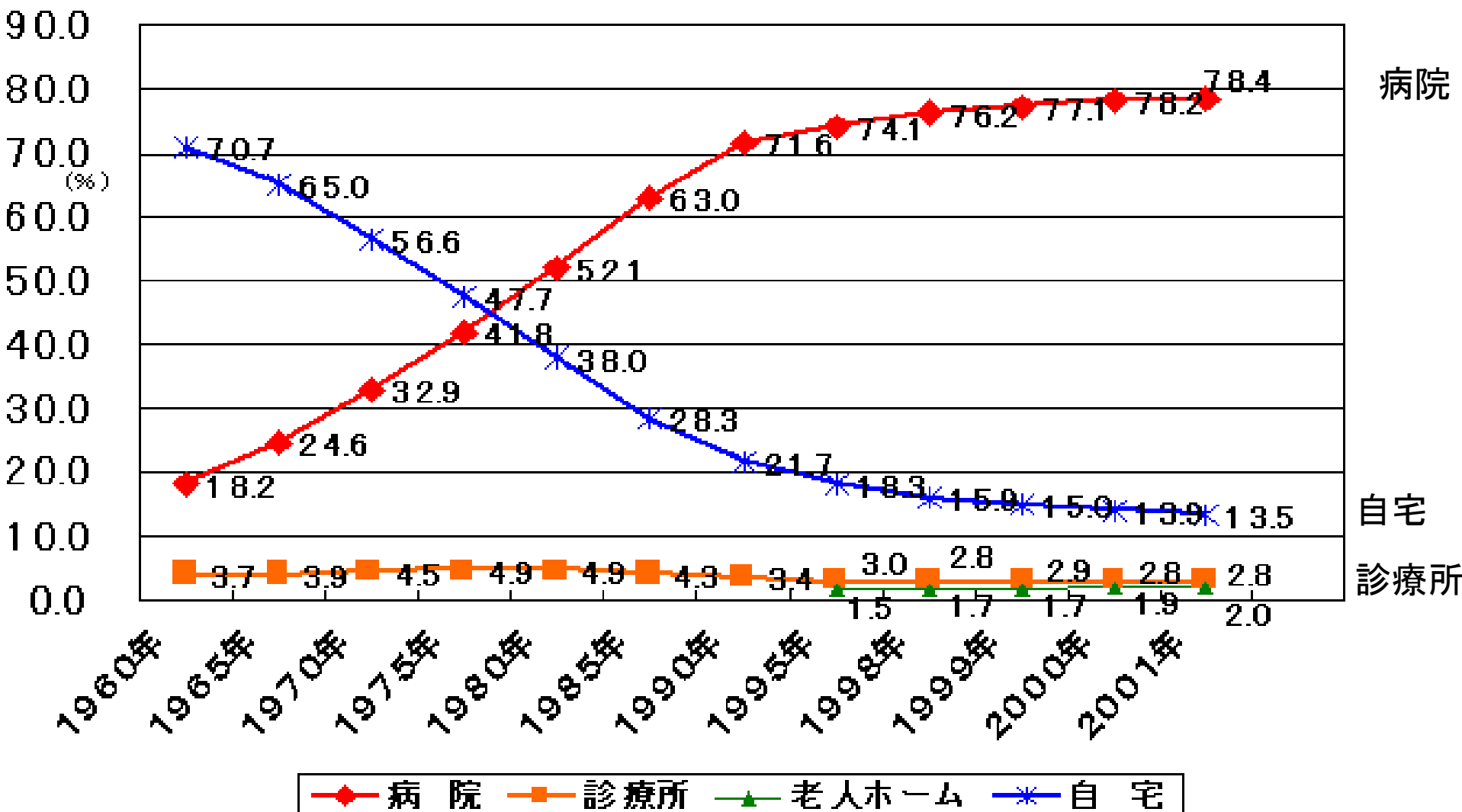
都道府県別在宅看取り率



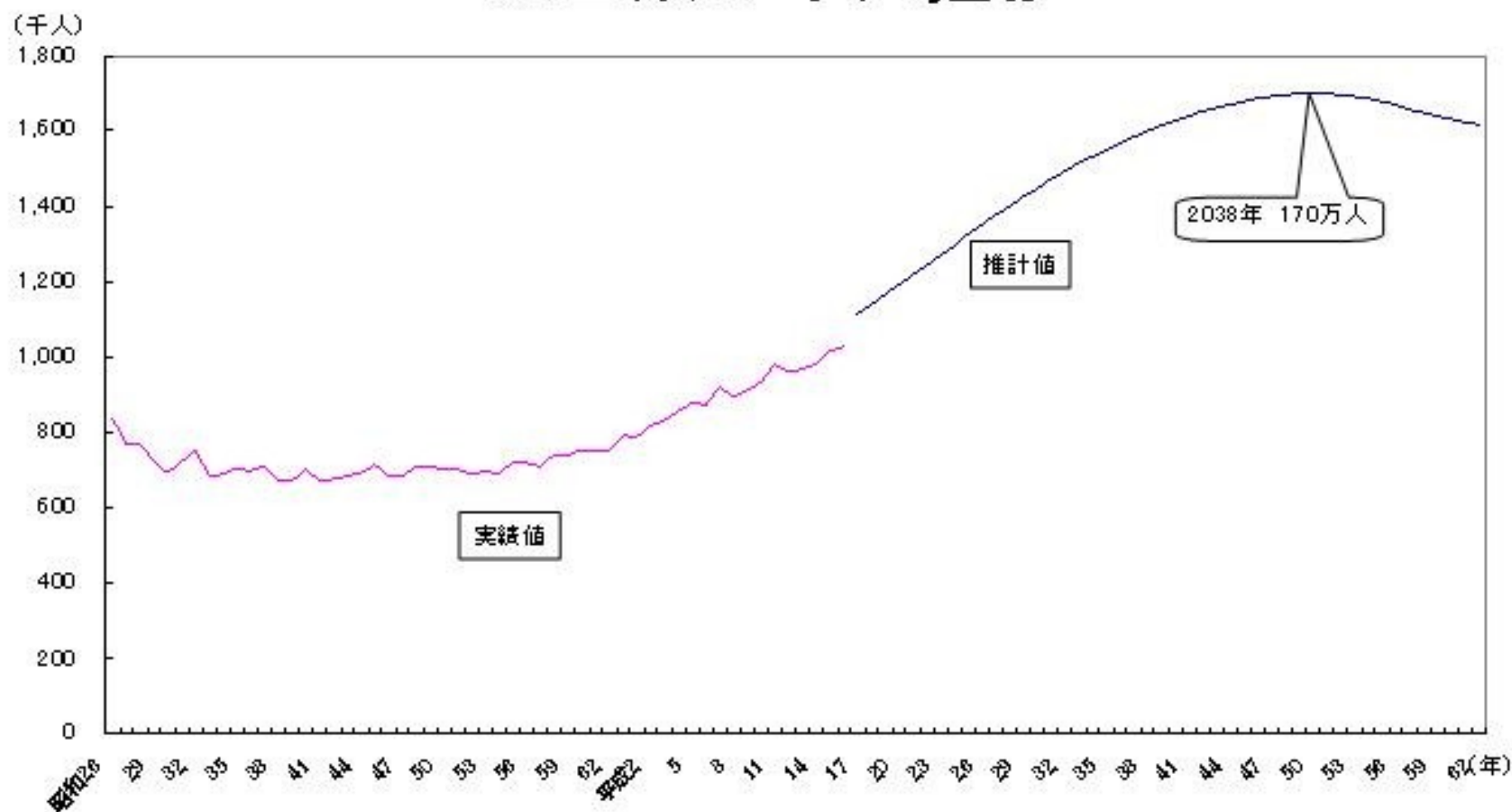
1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



死亡の場所の内訳推移



死亡数の年次推移



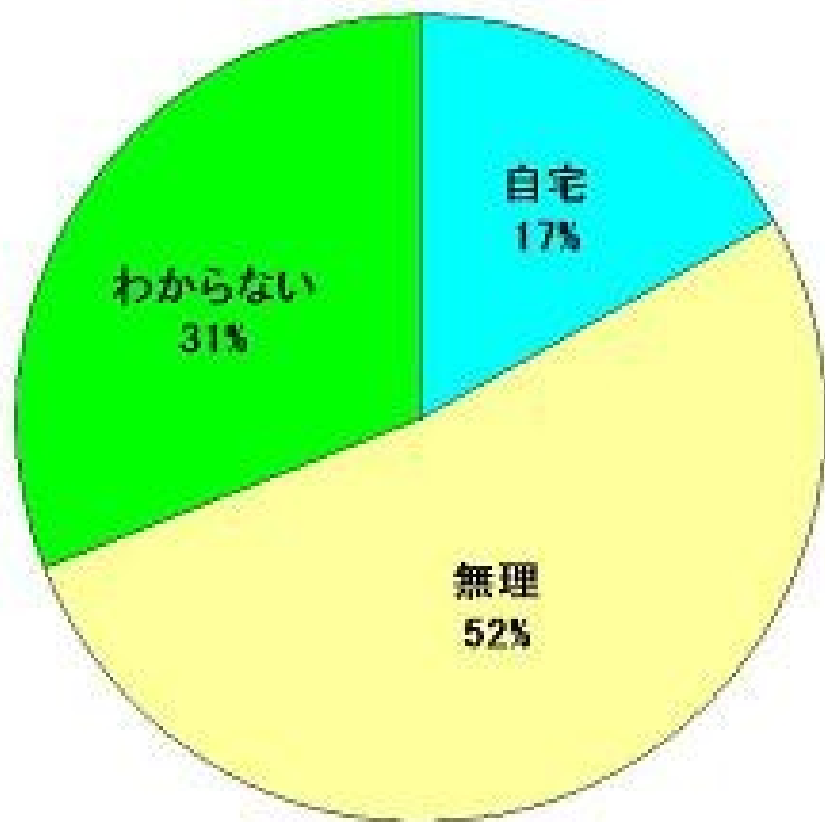
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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いない 34%
- 居住環境が整っていない 32%

「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)

**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

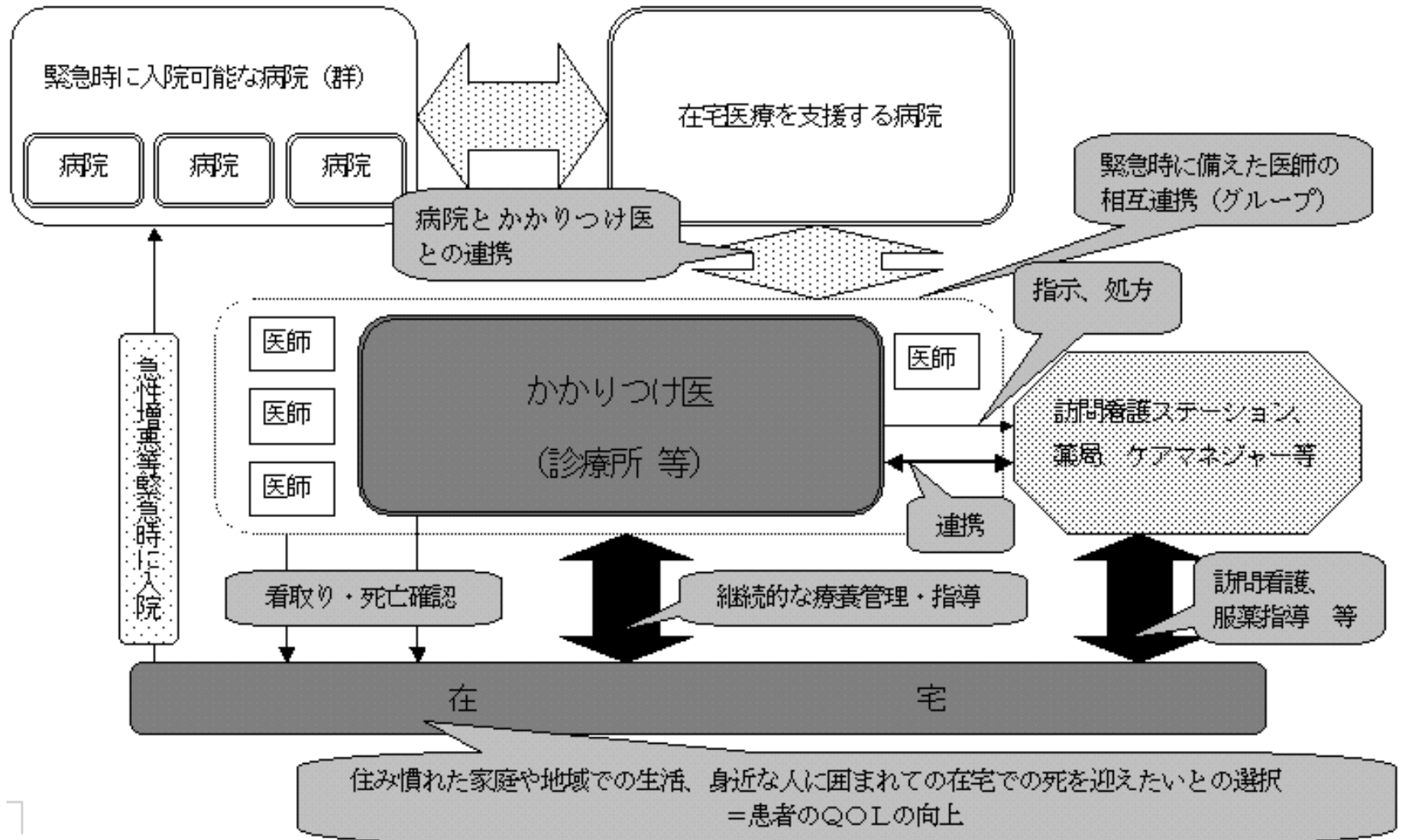
在宅お看取りパスが必要

- 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

**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
在宅終末期ケアネットワークが必要

在宅終末期ケアネットワーク



新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



緩和ケア 在宅ねと

2009.11

8

ふろんと・ふえーす

中川彦人さん

解説

退院時共同指導料(退院前カンファレンス)について

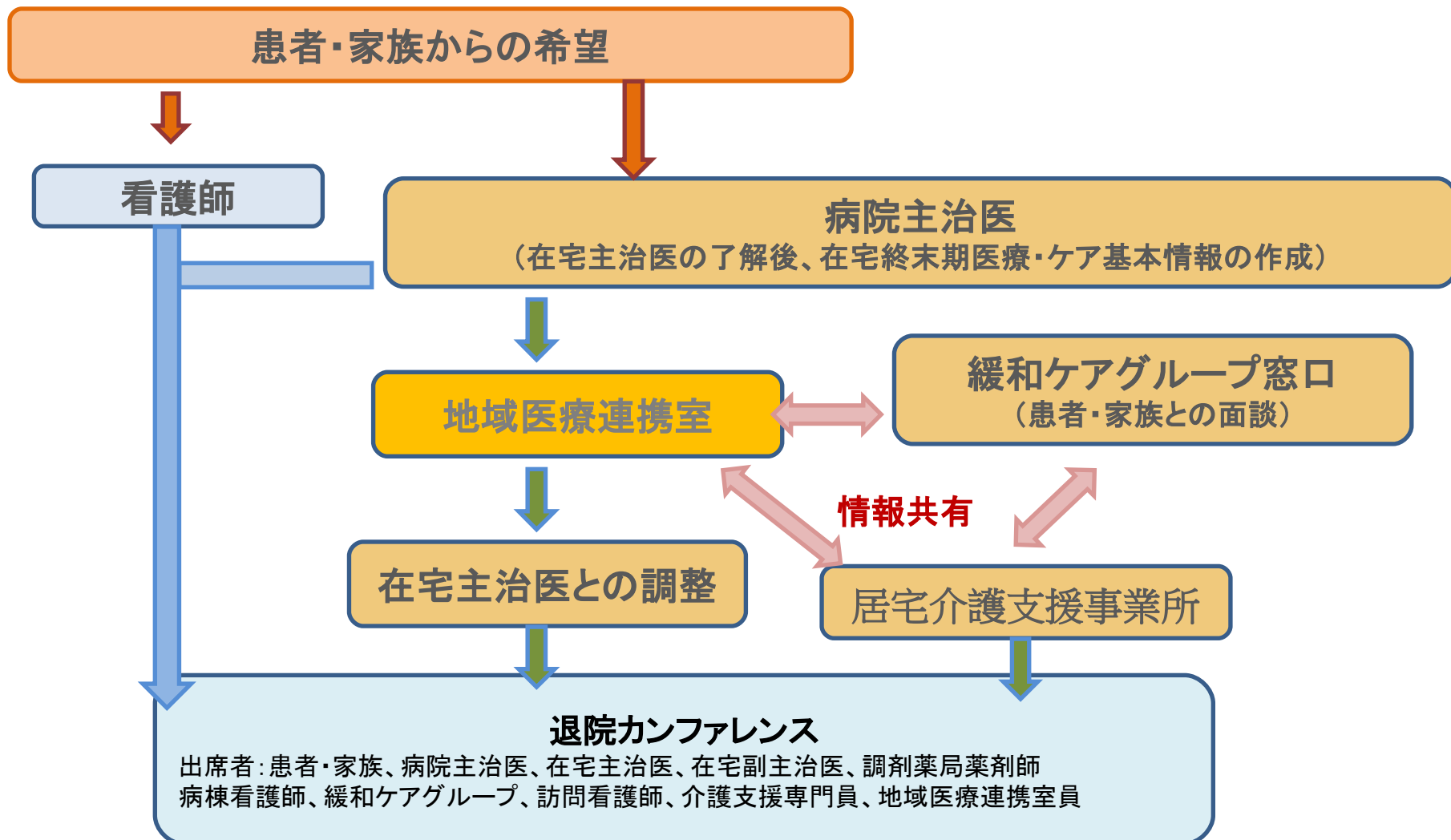
緩和ケア キーポイント・チェック

在宅で患者自らが痛みをコントロールする鎮痛法PCA

Today's Viewpoint

緩和ケアへの道程

入院中・退院前 在宅終末期連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

● 運用基準・留意点

- 対象者：がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択：患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内（原則）
- 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の弊害防止
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

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

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

患者・家族用

作成日 年 月 日
____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 _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

_____ ケアマネージャー入力

氏名

_____ かかりつけ医が入力

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 _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w					_____ 様 8 w						
日付	開始日	1W	2W	3W	4W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
P.S						P.S					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
（検査）						（検査）					
（病状説明）						（病状説明）					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

パート2

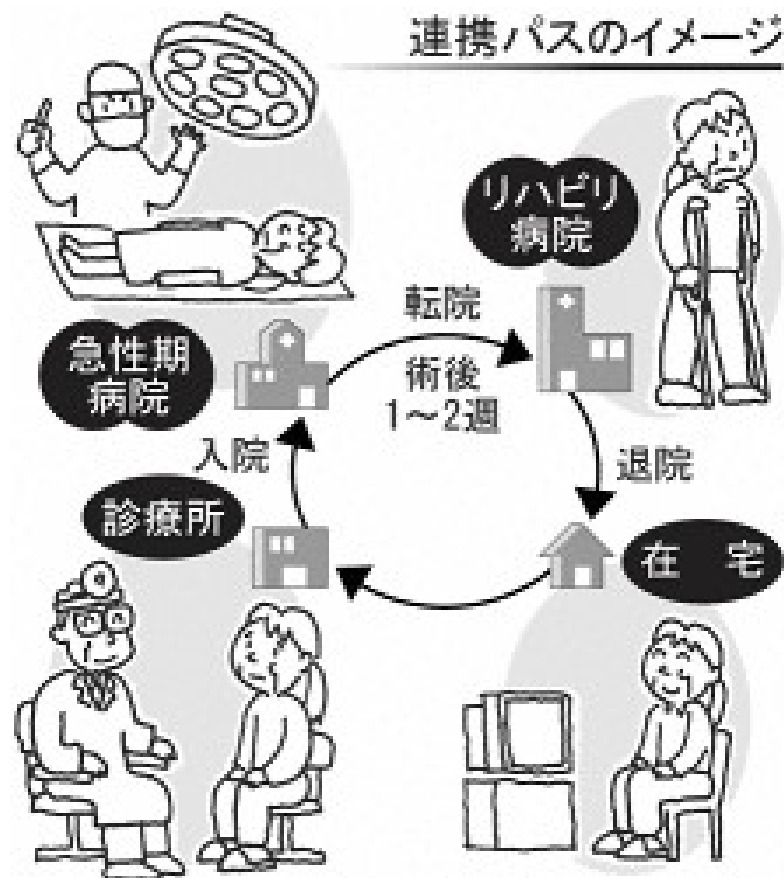
診療報酬改定と連携パス

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:

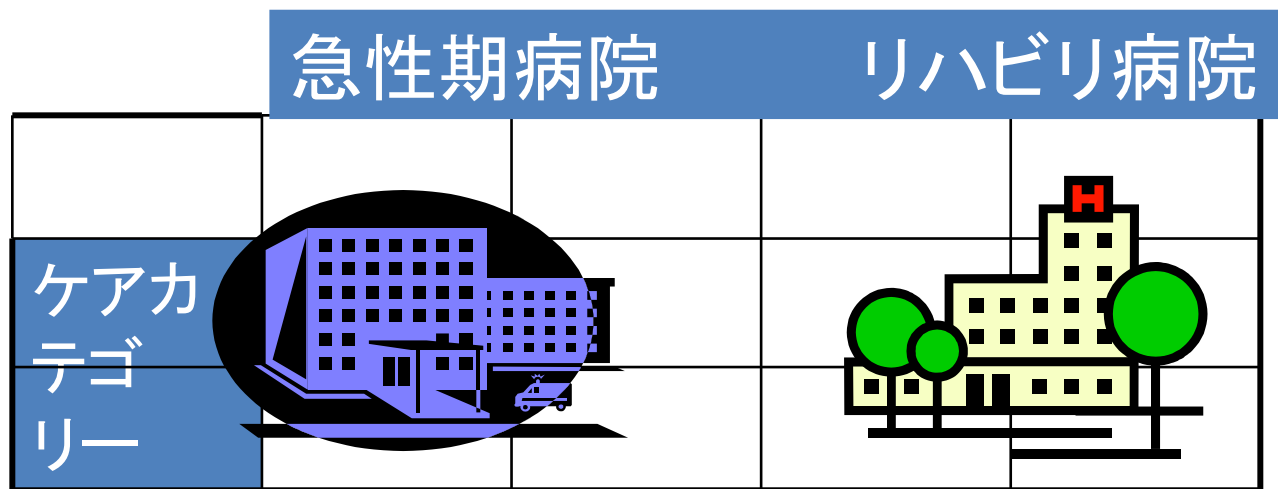
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×1本		
			口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	口腔内清拭(インジソングーグル)	
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	RBP, TTR, CRP	RBP, TTR, CRP	RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー	フリー	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml×3	水200ml×3	濃厚流動食100ml×3	濃厚流動食200ml×3	濃厚流動食300ml×3	濃厚流動食400ml×3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	
		体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()
観察											
記録											
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカルパスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 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

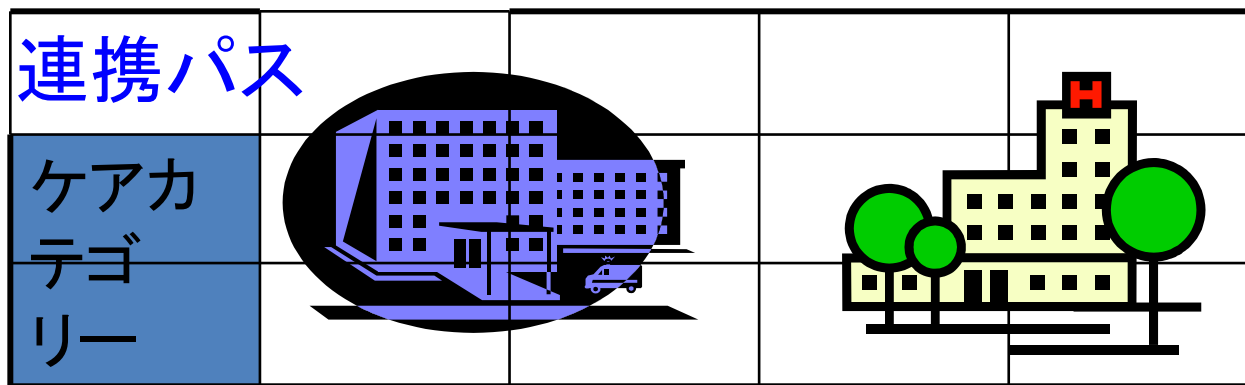
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

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		病棟内トイレ		病棟内トイレ		病棟内トイレ		自・監・介	
清潔	清拭		創子エッ		シャワー浴可		入浴						自・監・介	
セルフ	【荷重制限有】		急性期病院		転院基準(術後合併症なし)		リハビリ病院		退院基準(受傷前歩行能力獲得)				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	家屋訪問調査〇/〇	家屋改修指導〇/〇				試験外泊 退院時OR	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()							

【コメント】 (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

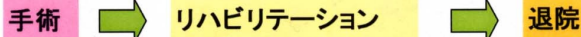
* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

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	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)		
	入院時指導		

『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。肩の力を抜いて歩ける。平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける。階段昇降ができる。片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

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

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下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】

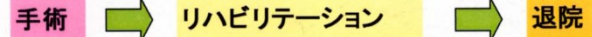


家屋改修(自宅での生活が目標の方)

* 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

() 様 担当医 () 担当看護師 () 担当理学療法士 ()

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
経日	() / ()	() / ()	() / ()	() / ()	() / ()
食	食事は夕食まで □ 飲水は22時まで	□ 胃管後、お腹の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□ 排便ありません		
歩	□ 歩みに応じて訓練で 引ひ張ります (疲れないように)	□ 歩行棒で訓練します はベッド上安静です	□ 歩行棒で訓練します □ 空れます	□ 歩行棒で訓練開始です □ 歩行棒内での起立から後かに 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 おこないます	□ 車椅子で移動出来ます おこないます	□ 車椅子で移動出来ます おこないます	□ 車椅子で移動出来ます おこないます
リ	□ 病室でのリハビリが 始まります				□ 車椅子で移動出来ます おこないます
排	□ 排便の確認をしまし ます	□ 排便おっこの管が はいています	□ おっこの管が抜けて からトイレで可能です		
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日目までに全抜糸です □ 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
内服	□ 持参薬の確認 薬をすることがあります	□ 麻酔科医の指示にて薬の 調整をすることがあります			
輸	□ 化膿止め点注の テストがあります	□ 術前に化膿止め点注が あります □ 術後500mlの点注が2本 あります	□ 朝夕化膿止め点注があります → 術後2日目で終了です		
注	□ 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			
検	□ 必要時に血液検査、 他科受診があります	□ 術後説明			□ 血液検査 □ レントゲン撮影 □ 経過説明
診	□ 入院時説明 □ 手術時説明 □ 手術室看護補助				

※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

必要に応じて鎮痛剤(坐薬)使用

* 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

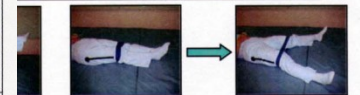
生活が目標の方
家屋改修指導 試験外泊

伝い歩き・歩行器・杖・独歩

目安



杖だけで歩ける。階段昇降ができる。車内を歩ける。



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

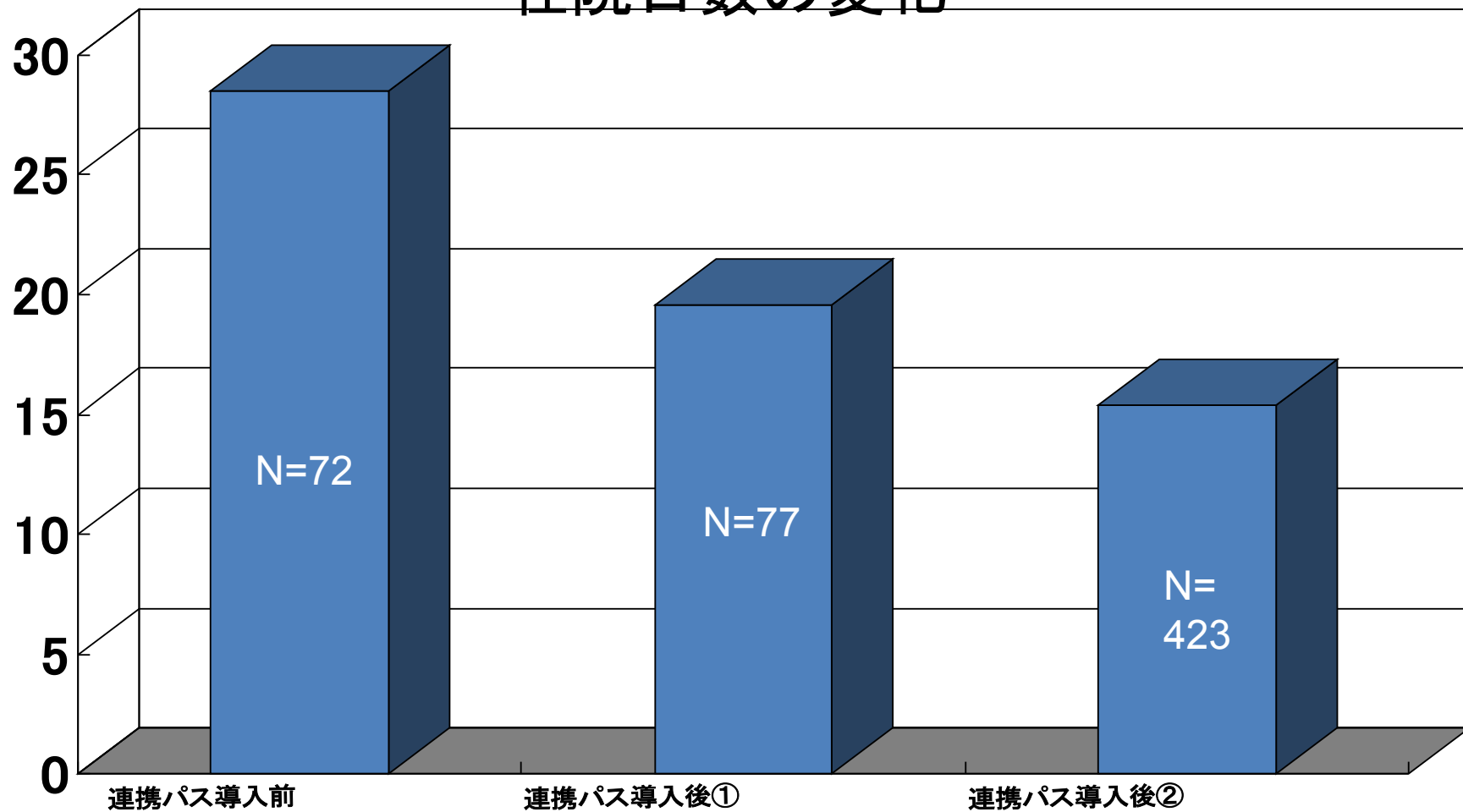
ます。リハビリスタッフにご相談ください。

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

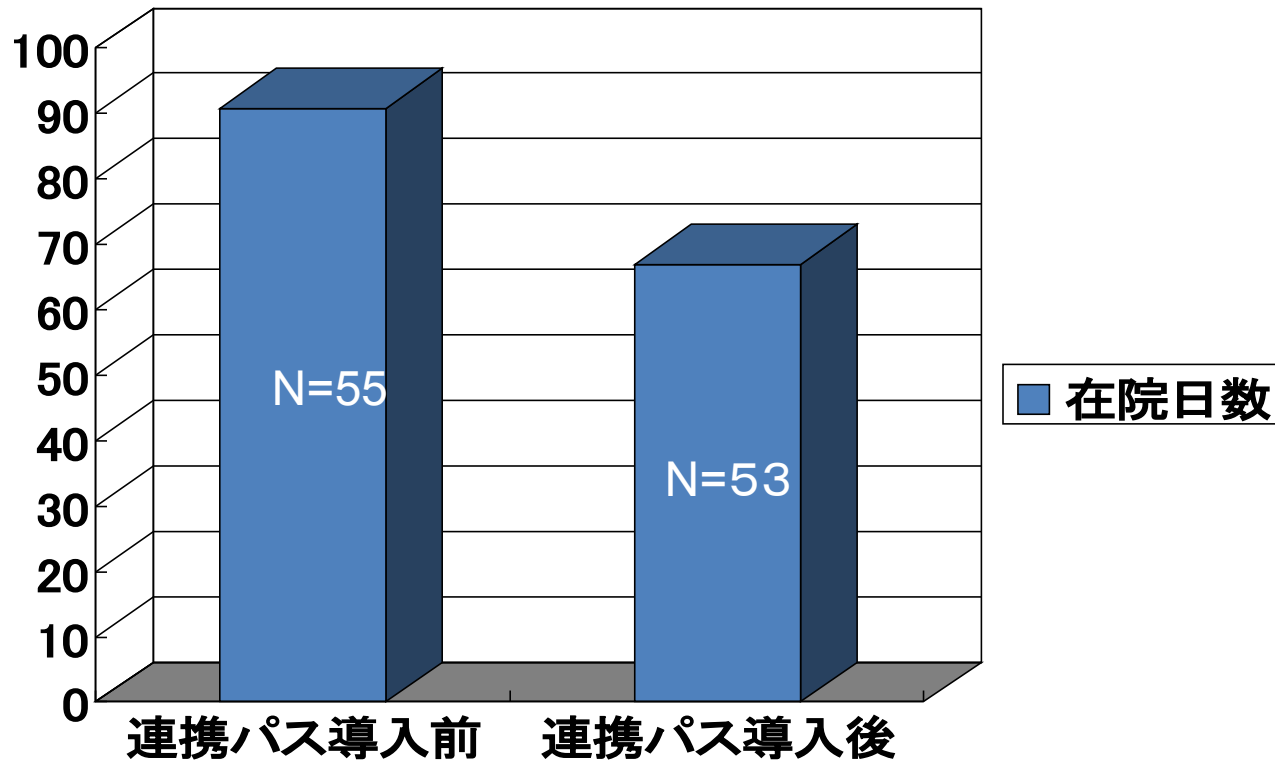
連携パスの効果

- 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



連携パスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化

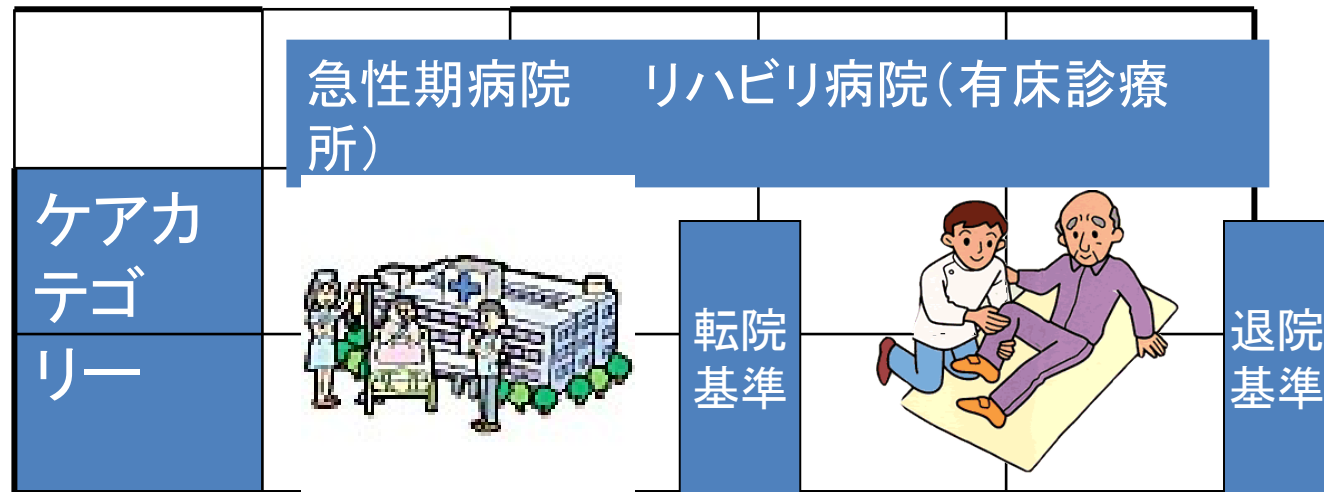


パート3

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		〇日	1日目	2日目	〇日 退院日
達成目標					転院日 転院基準		(退院基 準)	
治療 薬剤(点滴・内服)								
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

日常生活機能評価表

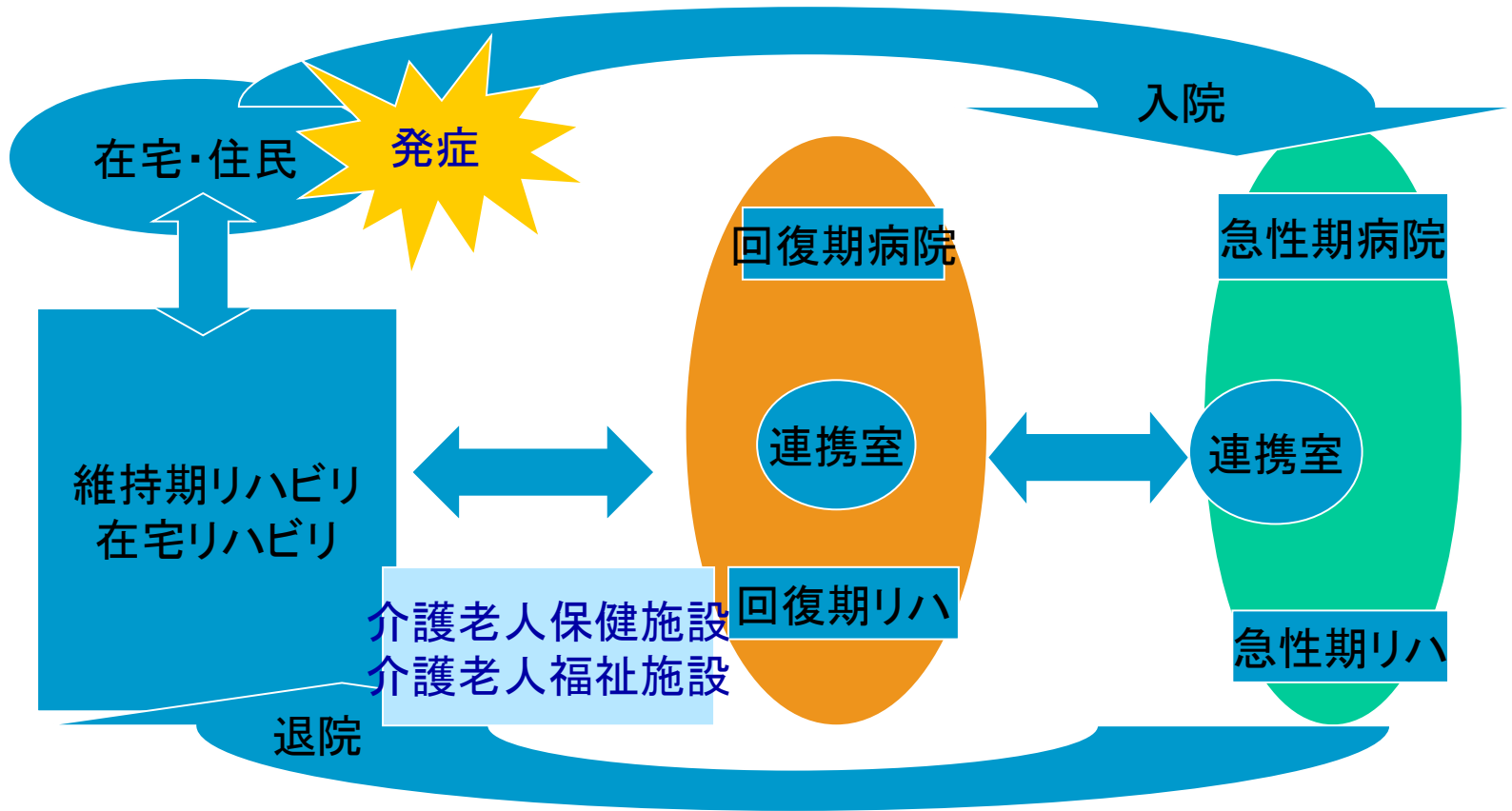
患者状態	0点	得点 1点	2点
床上安静の指示 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 寝返り 起き上がり 座位保持 移乗 移動方法 口腔清潔 食事摂取 衣服の着脱 他者への意思の伝達 診療・療養上の指示が通じる 危険行動	なし できる できる できる できる できる 介助を要しない で移動 できる 介助なし 介助なし できる はい ない	あり できない 何かにつかまればできる できない 支えがあればできる 見守り・一部介助が必要 介助を要する移動(搬送 を含む) できない 一部介助 一部介助 できる時とできない時がある いいえ ある	/ / できない / できない できない / / 全介助 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



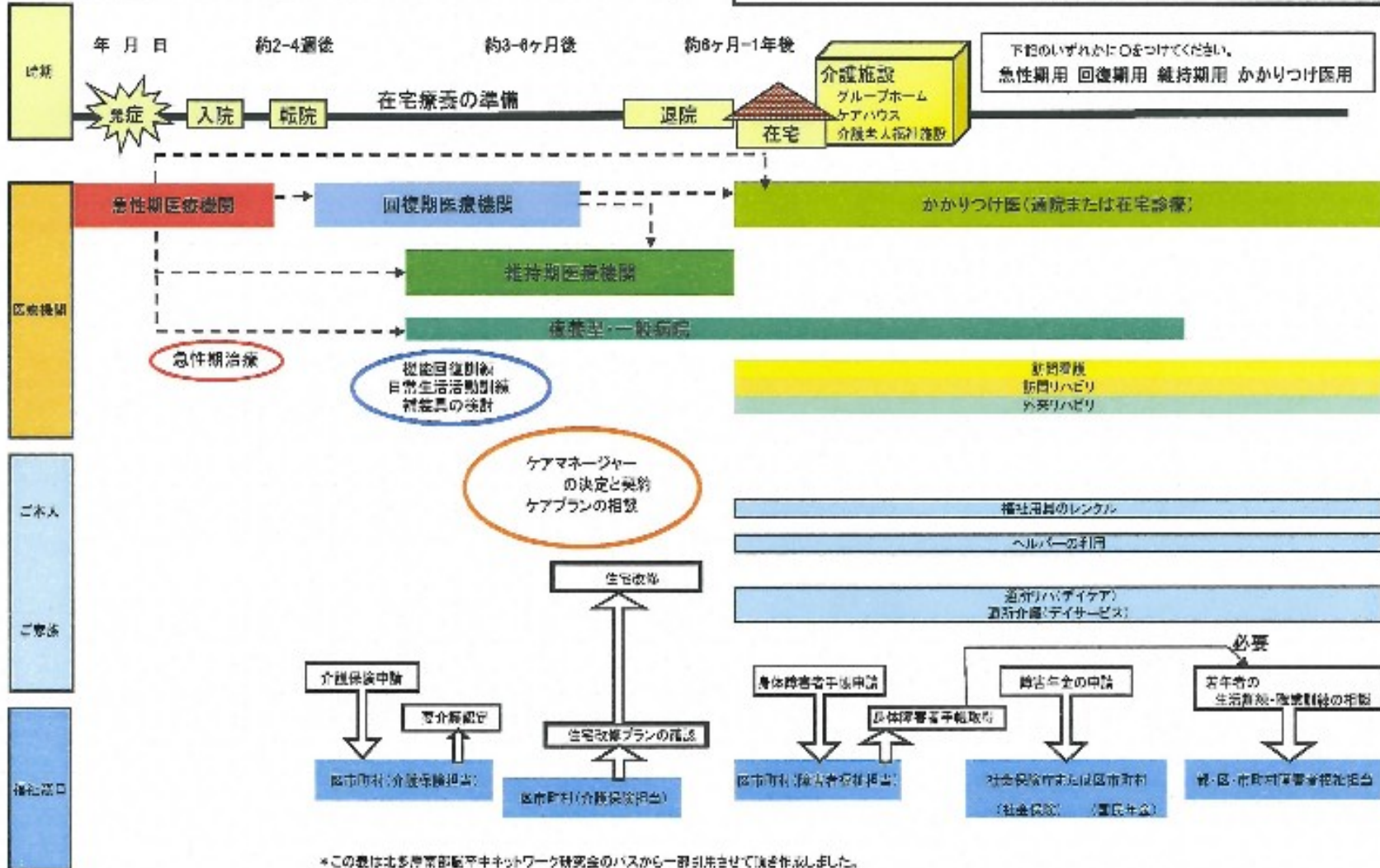
急性期 (22施設)

回復期 (20施設)

維持期 (11施設)

診療計画

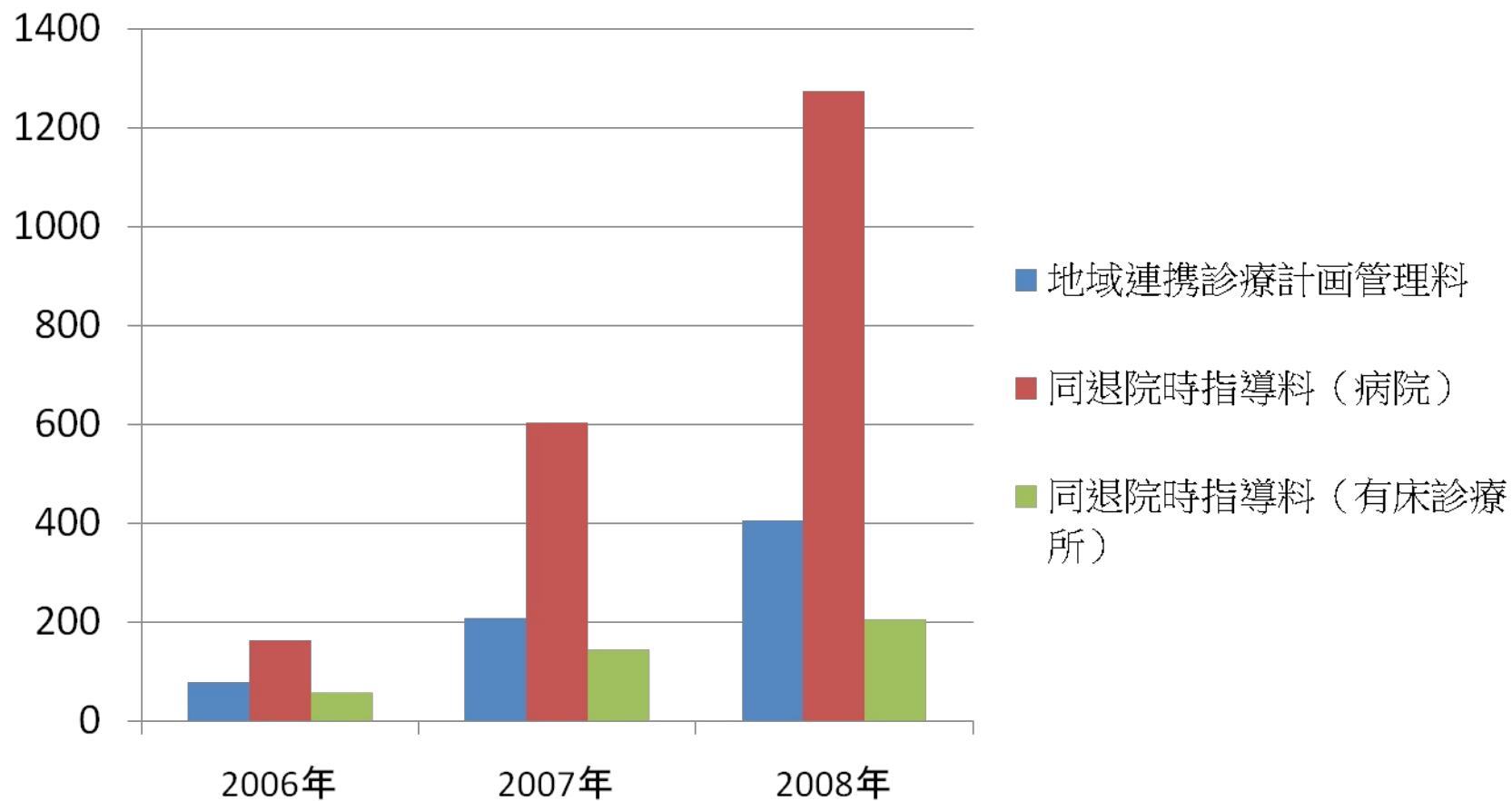
私は、下記の地域連携診療計画に関する説明を受けました。
 記載された診療情報が、各連携施設間で共有されることに同意します。
 説明・同意日 年 月 日 施設名 _____
 患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



*この表は北海道常任副知事ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

地域連携クリティカルパスの増加



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

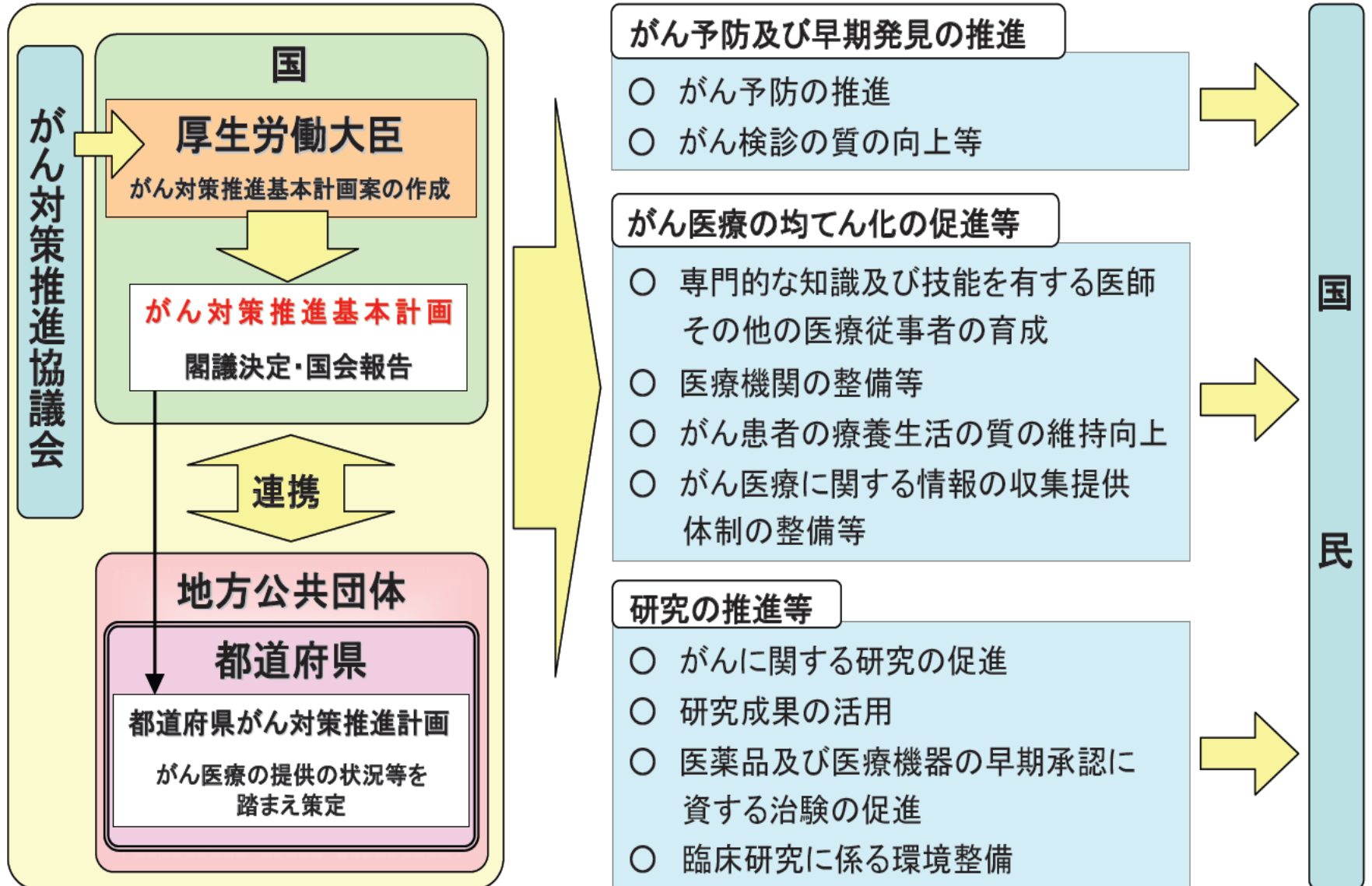
- がん対策のため、国、自治体の責務を明確にして、厚労省にがん対策推進協議会を設置することを定めた法律
- 当初、与党自民党と野党民主党の間で調整が手間取り成立が危ぶまれていた
- 山本孝史議員の自らのがんを告白して行った質問により与野党一致して法案が成立した
- 米国では1971年ニクソン政権時にナショナルキャンサーアクトが制定



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

がん対策を総合的かつ計画的に推進



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(2011年10月まで)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

がん診療連携拠点病院制度 47都道府県(377カ所)

厚生労働省

協力・支援

都道府県

< 拠点病院の役割 >

- 専門的ながん医療の提供等
- 地域のがん医療連携体制の構築
- 情報提供、相談支援の実施

国立がんセンター



がん対策情報センター



がん医療の
均てん化

地域がん診療連携拠点病院
相談支援センター

地域がん診療連携拠点病院
相談支援センター

地域がん診療連携拠点病院
相談支援センター

地域連携パス

地域連携パス

地域連携パス

地域の医療機関

(かかりつけ医、在宅療養支援センター等)

研修

診療支援

研修

情報提供

症例相談

診療支援

情報提供

研修

がん医療の均てん化

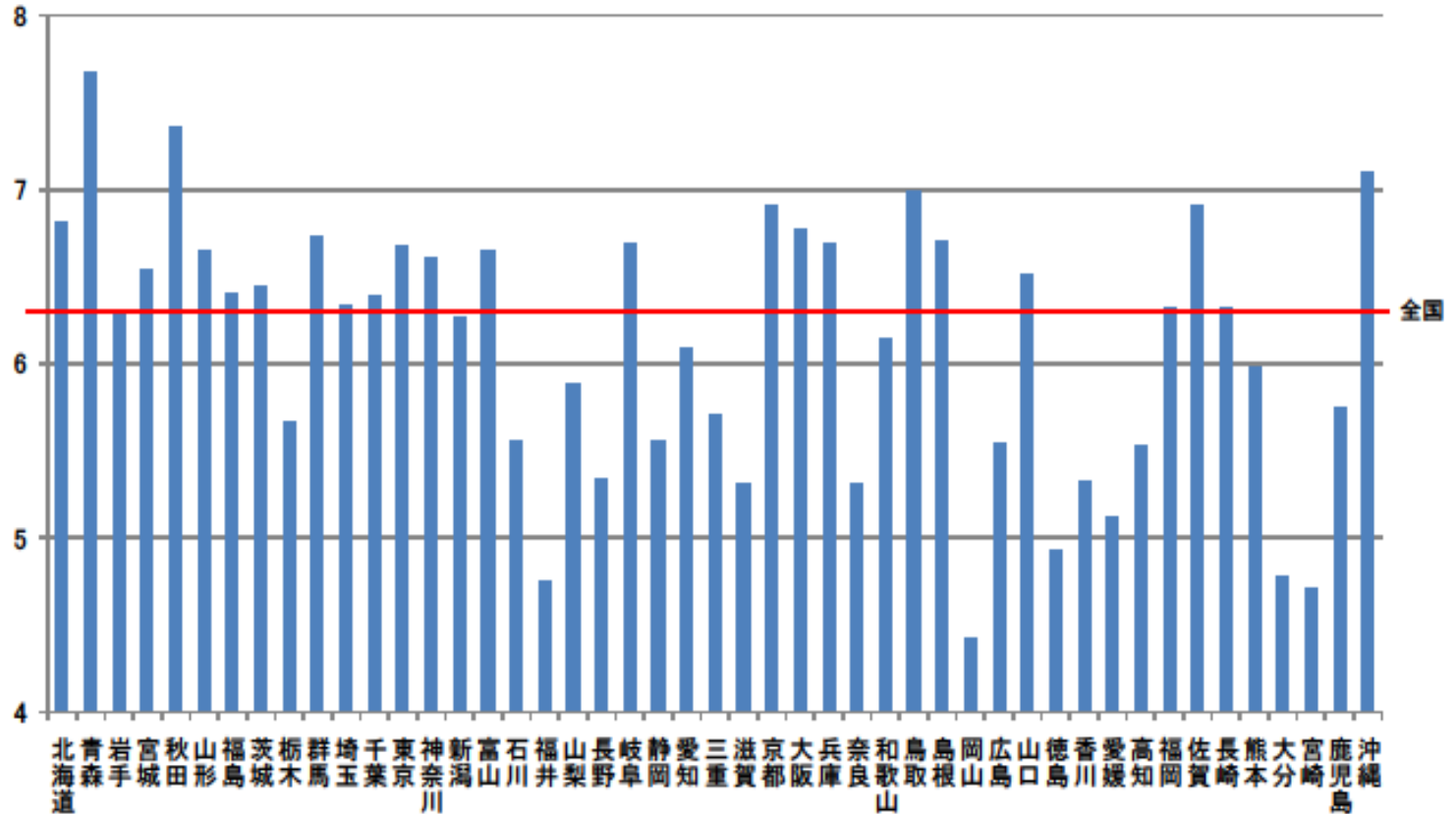
大腸がん・直腸がんの化学療法

がん医療の均てん化

大腸がん・直腸がん

結腸がん死亡率格差(男女計)(2008年)

人口10万人当たり、75歳未満、年齢調整済



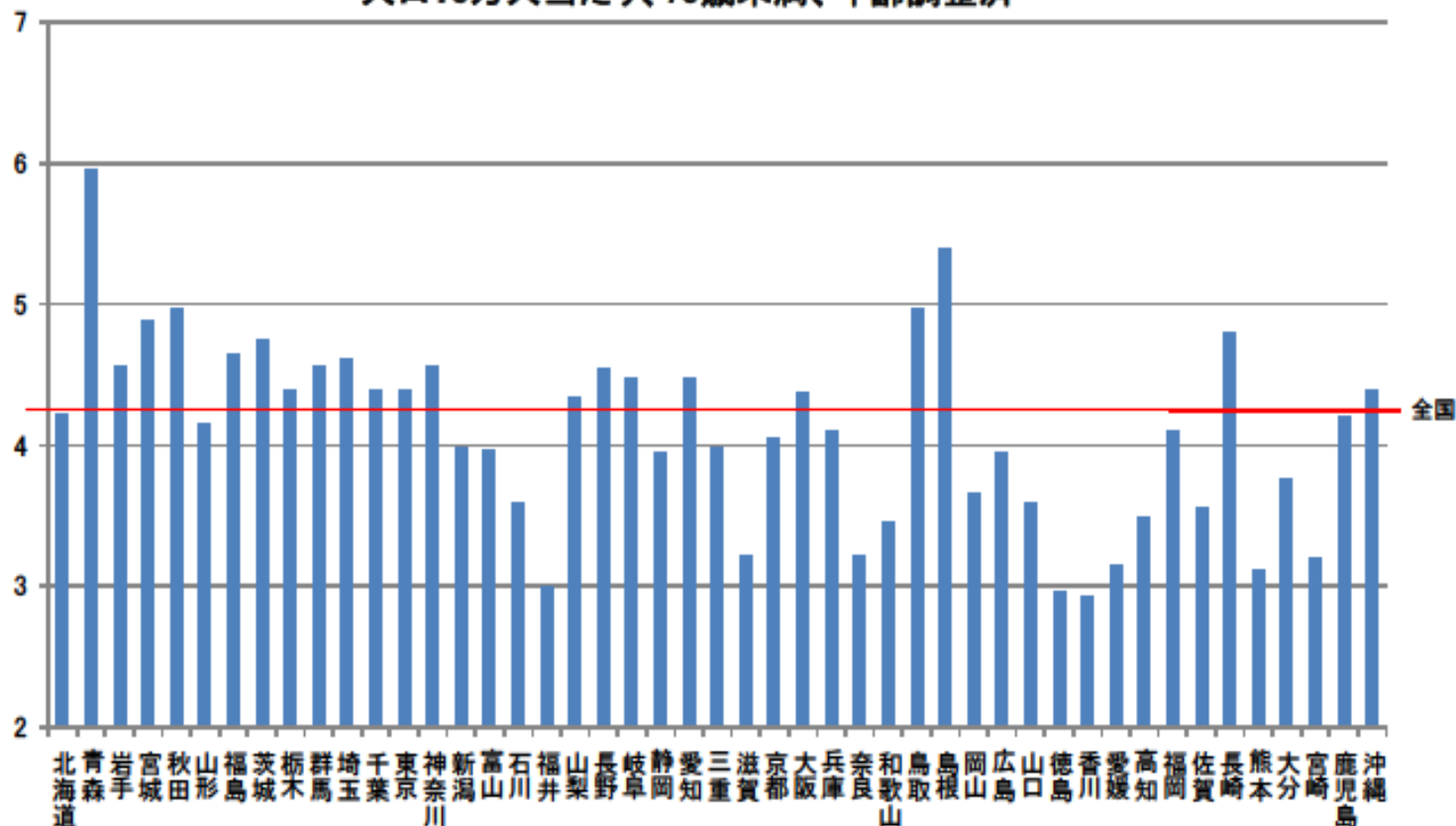
データソース：人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンターがん対策情報センター

加工：日本医療政策機構がん政策情報センター

直腸がん死亡率格差(男女計)(2008年)

人口10万人当たり、75歳未満、年齢調整済



データソース：人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンターがん対策情報センター

加工：日本医療政策機構 がん政策情報センター

DPCデータ分析概要

データ期間: 2008年7～12月

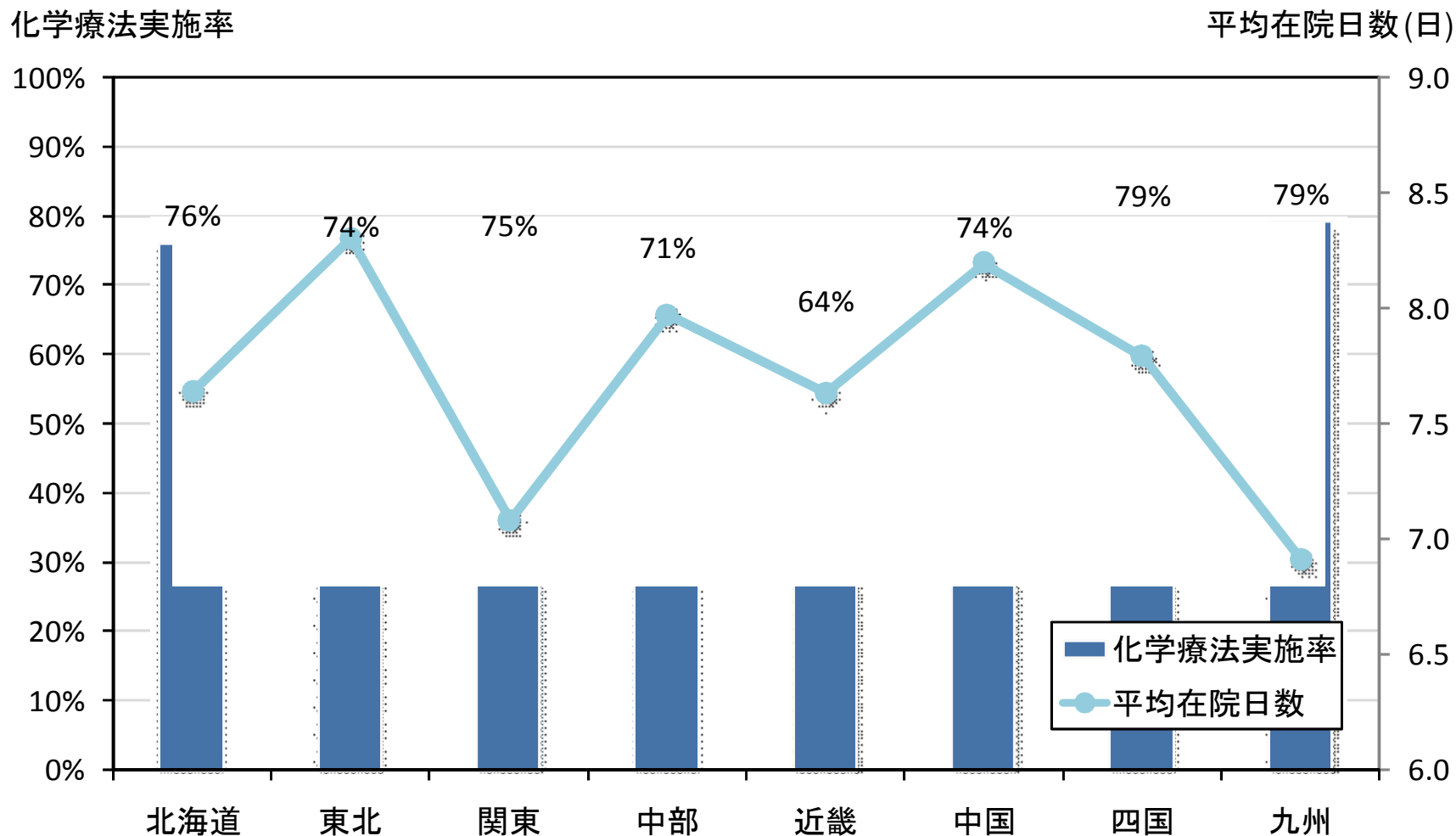
対象症例: 大腸の悪性腫瘍 (MDC6: 060035) の手術なし症例

直腸肛門の悪性腫瘍 (MDC6: 060040) の手術なし症例

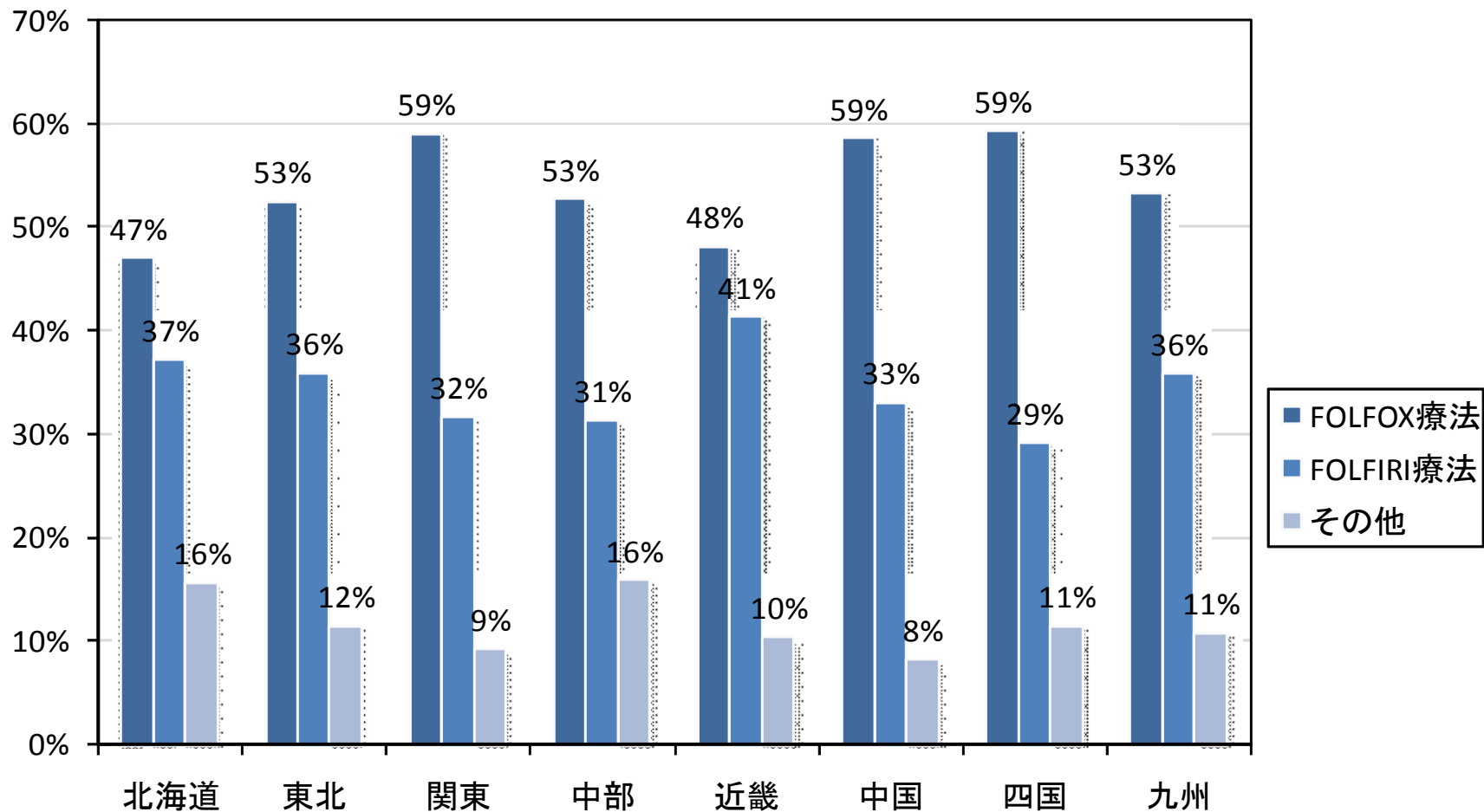
girasol 参加病院数

地方	DPC関連 病院数	girasol参加 病院数	girasol カバー率	がん診療連携 拠点病院数	girasol参加 がん診療連携 拠点病院数	girasol カバー率
北海道	96	20	21%	20	6	30%
東北	101	51	50%	43	25	58%
関東	388	129	33%	76	25	33%
中部	240	127	53%	69	40	58%
近畿	303	109	36%	60	34	57%
中国	106	42	40%	35	14	40%
四国	63	23	37%	18	11	61%
九州	262	86	33%	54	24	44%
総計	1,559	587	38%	375	179	48%

大腸・直腸手術なし症例における化学療法の地域別実施率（DPC 関連病院）

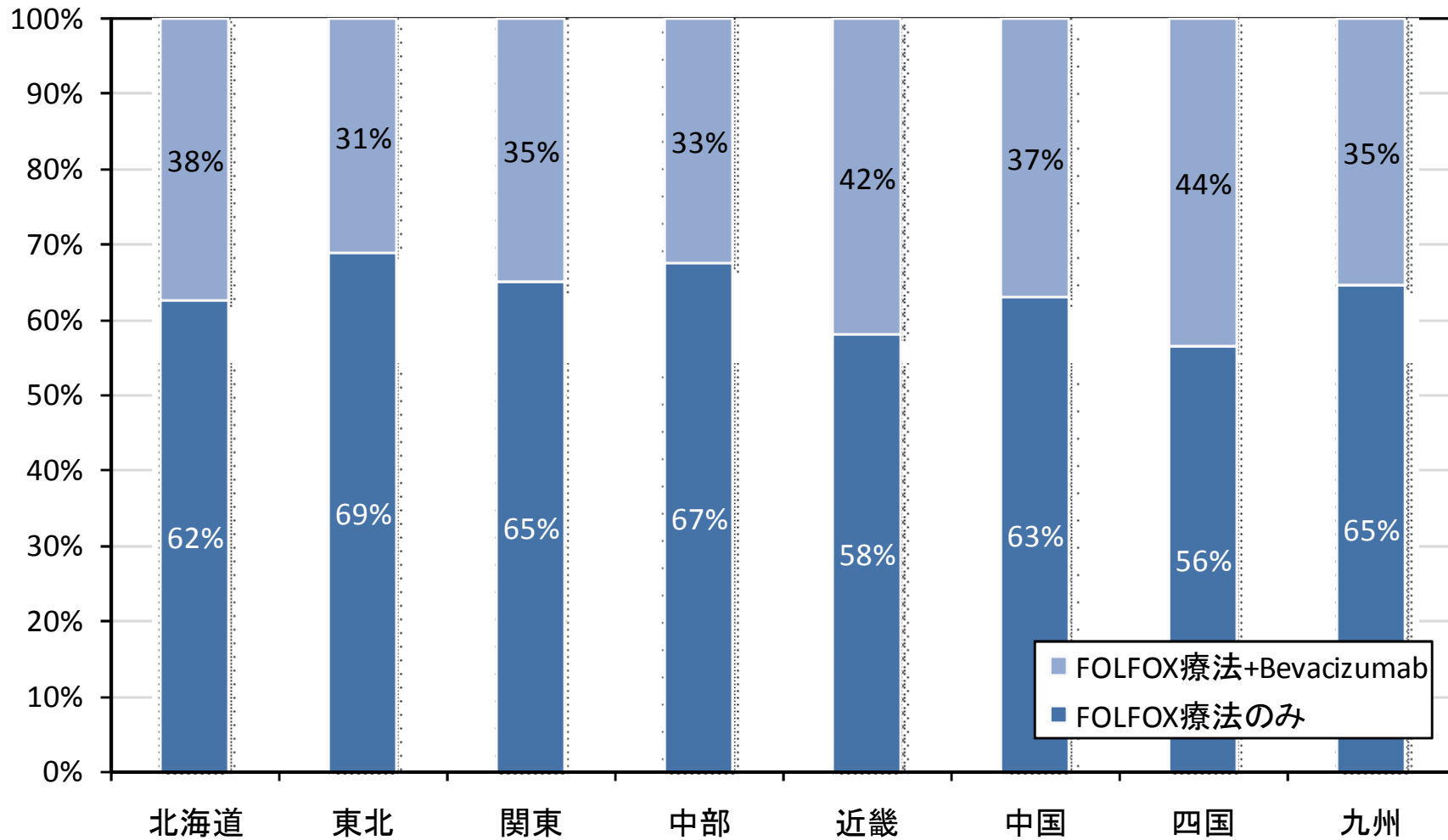


化学療法レジメン実施状況 / DPC 関連病院

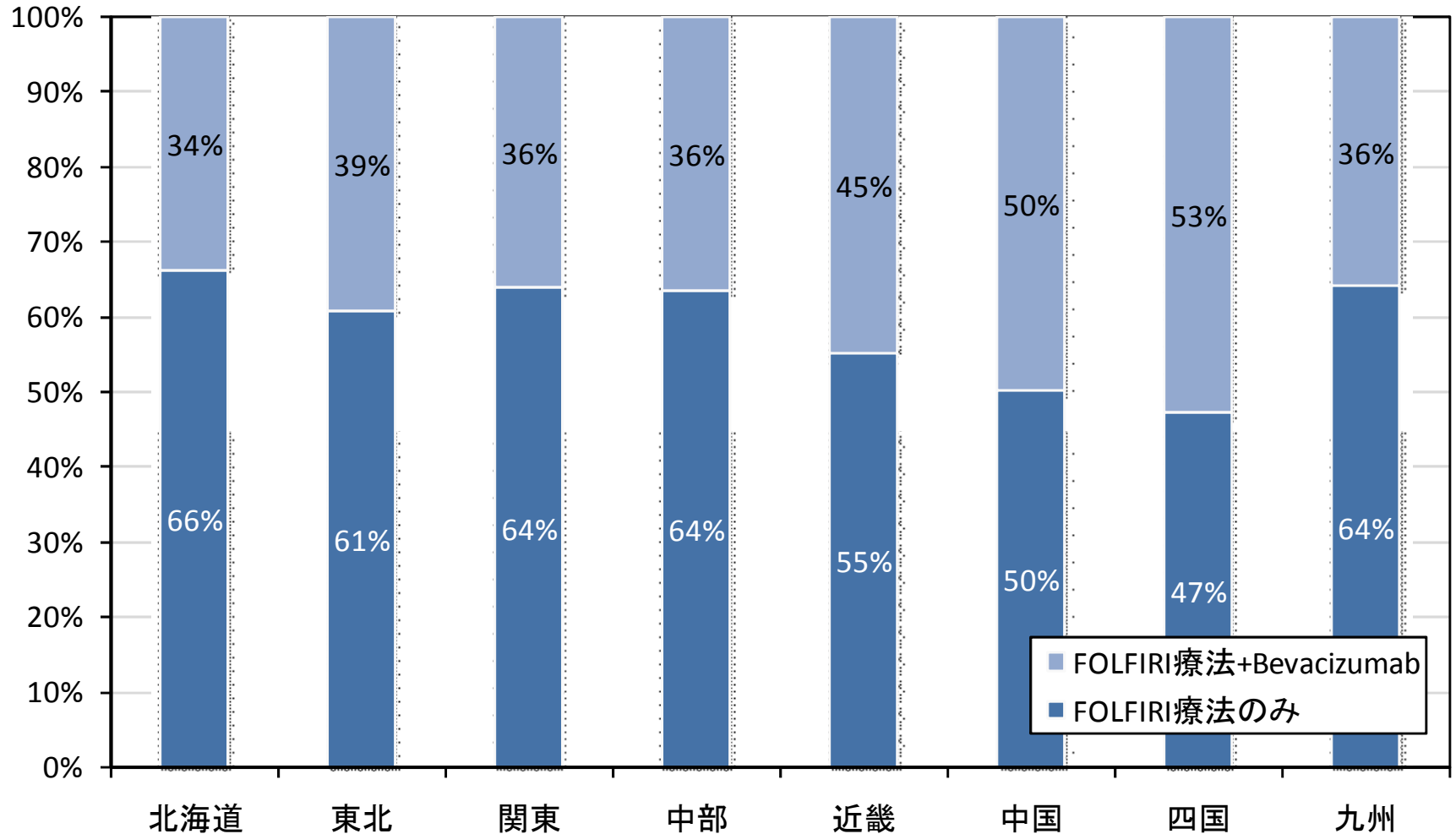


注: FOLFOX療法、FOLFIRI療法共に Bevacizumab 投与症例を含む

FOLFOX 療法実施状況 / DPC 関連病院



FOLFIRI 療法実施状況 / DPC 関連病院



港区がん連携パス研究会



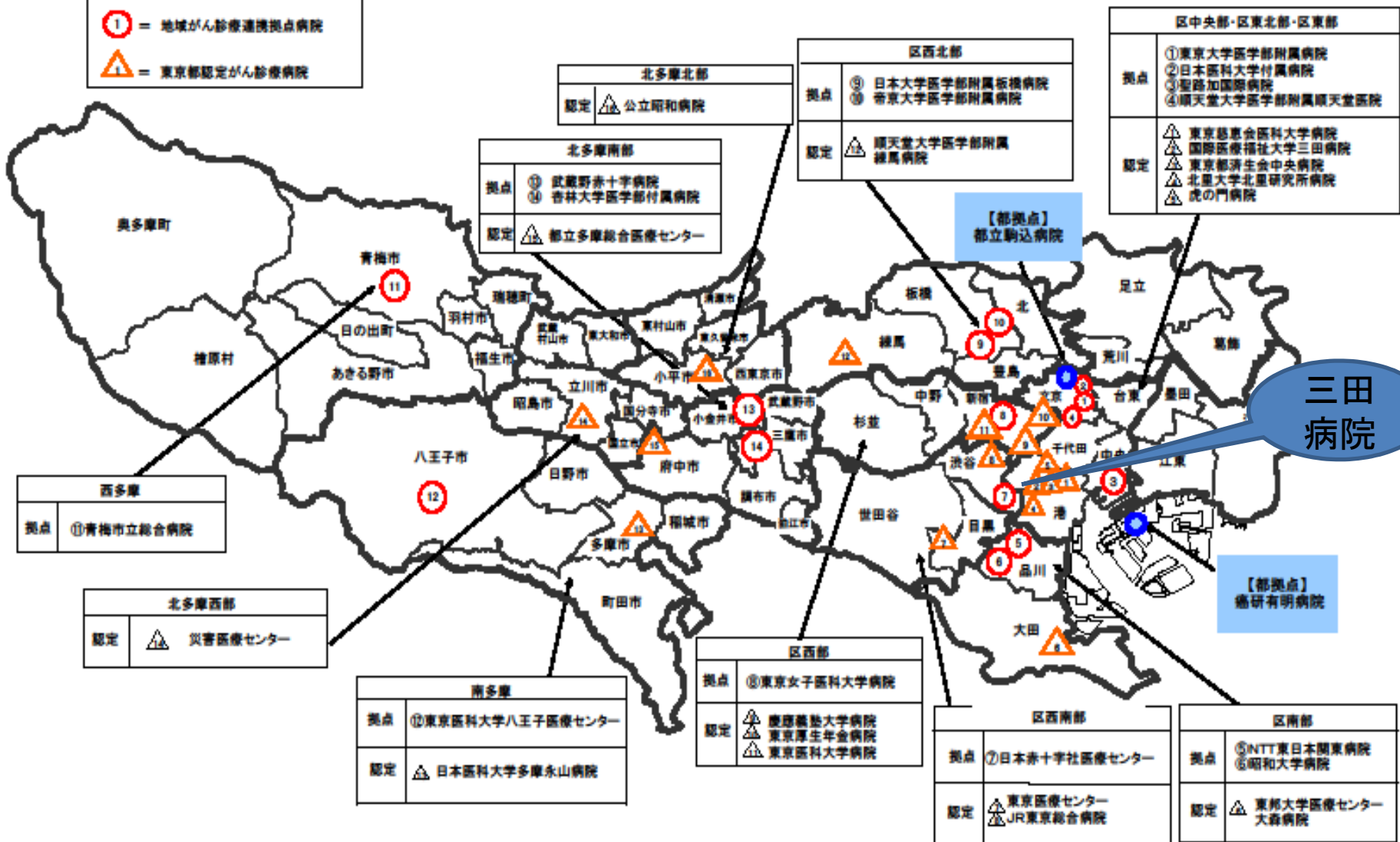
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法の連携パス

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

がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院整備状況

平成22年4月1日現在

- = 都道府県がん診療連携拠点病院
- 1 = 地域がん診療連携拠点病院
- △ = 東京都認定がん診療病院



東京都がん診療連携拠点病院は30カ所

港区医師会アンケート調査

1. がん患者の診断を行うことがありますか。

- はい いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

- はい 以前所属していた施設で経験がある いいえ

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答）

- 胃がん 大腸がん 肺がん 乳がん 肝がん
 前立腺がん 子宮がん その他（

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

- はい いいえ
 その他（

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答）

- 一般血液検査の迅速検査
 可能でない→（何日後に結果が出ますか： 日後）
 腫瘍マーカー 内視鏡検査 X線
 エコー CT MRI マンモグラ
 その他（

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れること

- 状態の良い、術後フォローのみの患者
 状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌薬）
 状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌薬）
 状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射）
 終末期の患者（緩和ケアの患者）
 受け入れられない
 その他（

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点

- 定期的診断・治療
 緊急時の対応
 化学療法の副作用への対応
 患者のメンタルケア
 その他（

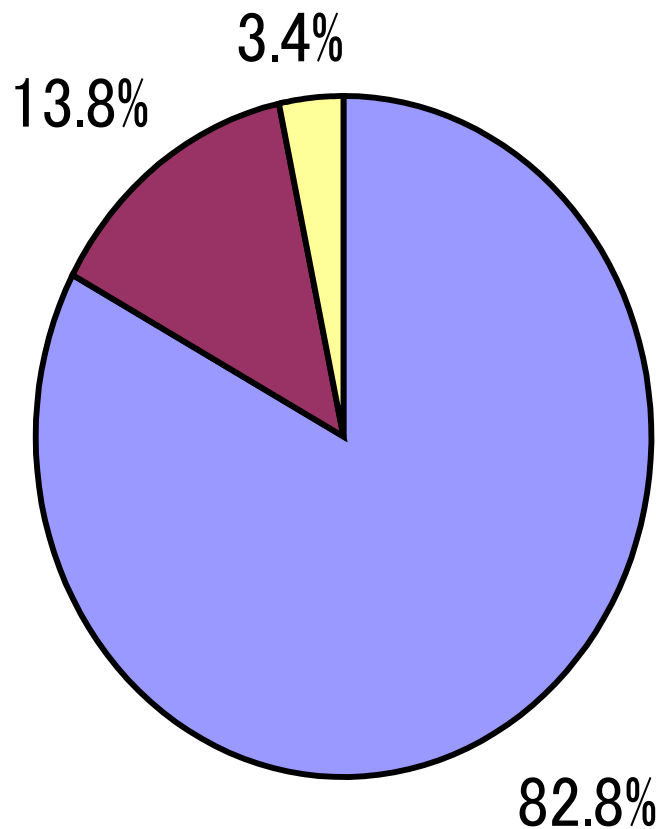
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- はい いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

- はい いいえ

がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか

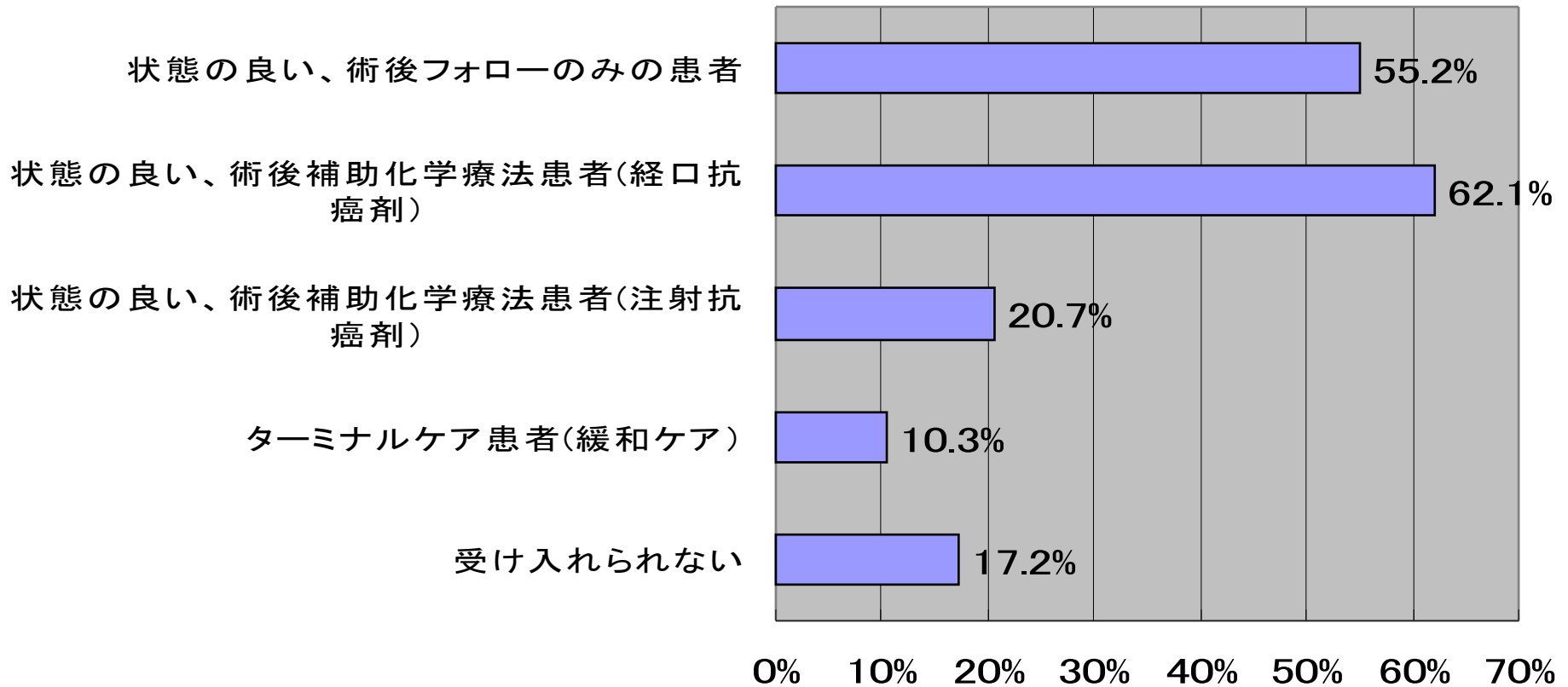


- はい
- いいえ
- 無回答

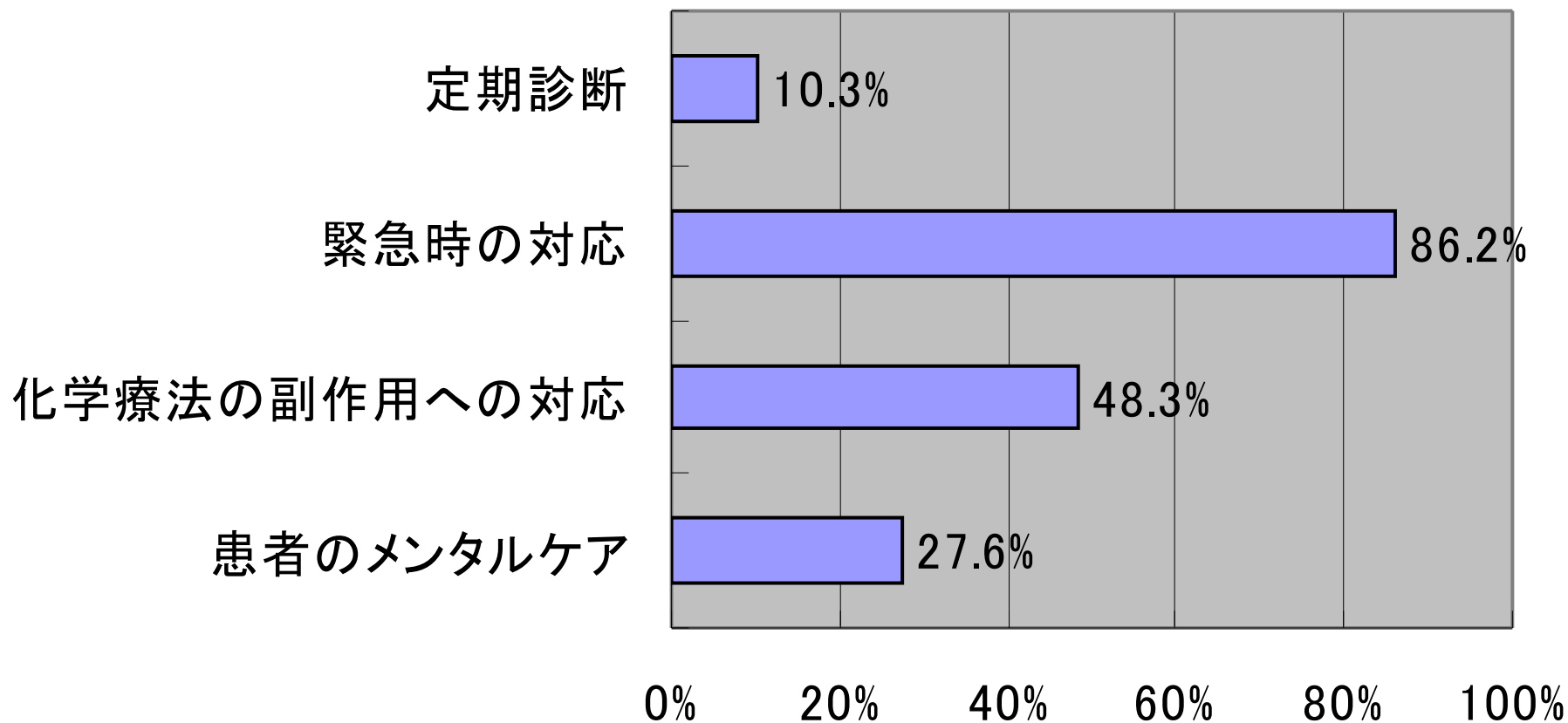
がん術後のフォローに 興味を持つ理由

- 「現在すでにがんのフォローアップ中の患者がいる」
- 「消化器外科に携わっていた経験が役立てられるから」
- 「勤務医時代はがん診療に携わっていたから」
- 「以前は一般外科医だったから」
- 「がん専門施設に勤務していたから」
- 「当院から紹介先で手術を受け、状態が安定した患者さんが再び当院への通院を希望された場合に必要だから」
- 「悪化時にはすぐに受け入れていただける体制になればできるだけ自宅で過ごさせてあげたいから」
- 「患者さんのニーズから」
- 「地域医療の一環として」

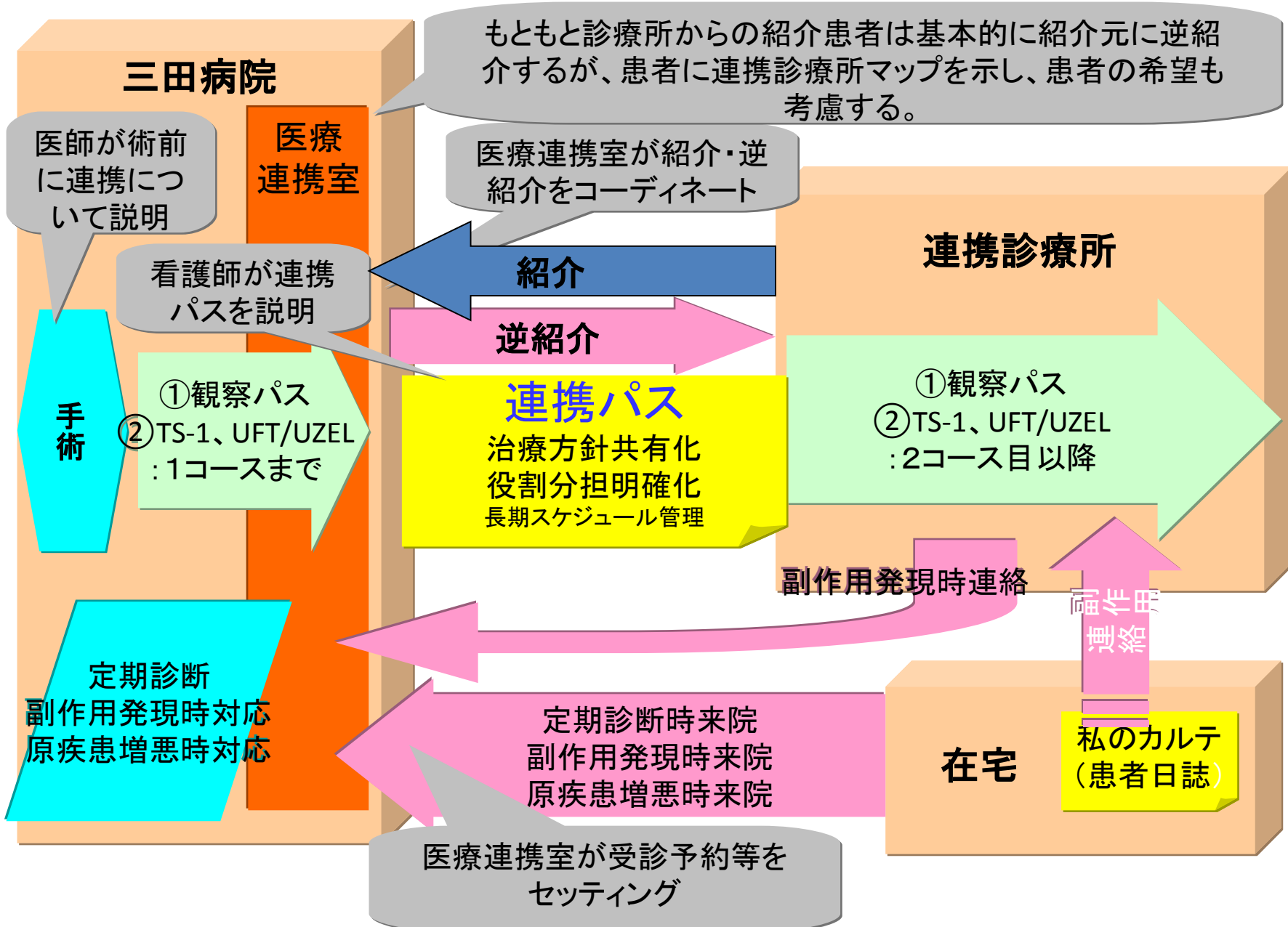
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



病院に期待すること



胃がん・大腸がん連携パス（まずは観察パスから）



目次

- ・ 地域連携パス患者用説明書
- ・ 診療情報提供書
- ・ 連携先医療機関一覧
- ・ 連携元病院情報
- ・ 胃癌stage I (フォローアップ連携パス)チェックシート
- ・ 胃癌stage II・III (TS-1連携パス)チェックシート
- ・ TS-1適正使用について
- ・ 連携パスの運用方法/紹介・逆紹介の流れ/緊急時の対応について(副作用発現時・再発時)
- ・ 連携パスITシステムのご紹介(東計電算)
- ・ 病院緊急時連絡先(診療所→病院連携室)

を予定されている患者様およびご家族の皆様へ

「連携後の診療と地域連携クリティカルパスについて」

「連携後の診療と地域連携クリティカルパスについて」
「連携後の診療と地域連携クリティカルパスについて」
「連携後の診療と地域連携クリティカルパスについて」
「連携後の診療と地域連携クリティカルパスについて」

胃癌Stage II, III 術後長期連携パス

0000病院主治医

連携先	連携元
連携先	連携元
連携先	連携元

0000病院

入院	外来
入院	外来
入院	外来

共同診療計画書(胃癌Stage I)

施設名	担当医	担当医	施設名	担当医	担当医
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名
施設名	施設名	施設名	施設名	施設名	施設名

※ ダンピング症候群、異位、骨粗鬆症、逆流性食道炎
※ 必要時に施行 経胃造瘻、注射、CF
※ 5年後以降は基本再診、継続

私のカルテ
港区版胃がん連携パス

港区胃がん連携パス(目次)

- 地域連携パス患者説明・同意書
- 診療情報提供書
- 連携先医療機関一覧
- 連携元病院情報
- 胃がんステージⅠ 観察パス
- 胃がんステージⅡ・Ⅲ連携パス(TS-1連携パス)
- TS-1適正使用について
- 連携パスの運用方法、紹介・逆紹介の流れ、緊急時の対応(副作用発現時、再発時)
- 連携パスITシステムの紹介
- 病院緊急時連絡先

医療者用連携パス（胃がん連携パス）

胃癌StageII, III 術後長期連携パス 案

様

〇〇〇〇病院主治医： _____ (電話： _____)

診療所名： _____ 主治医 _____ (電話： _____)

		〇〇〇〇病院										
		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
達成目標		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
手術		順調な回復										
検査・診断	心電図 腹部X線 腹部超音波 内視鏡 CT MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紹介	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
連携、連絡 教育・指導	<input type="checkbox"/> 連携説明 <input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 連携パス説明	診療所 再発、副作用発生等の場合、〇〇〇〇病院に連絡										
投薬	チェック 処方 消化器症状 皮膚症状 全身症状 薬物処置	<input type="checkbox"/> 残薬チェック <input type="checkbox"/> 併用薬チェック <input checked="" type="checkbox"/> ITS-1										
検査・測定	PS 血圧 体温 採血 腫瘍マーカー 採尿	2週毎 → 1ヶ月毎 1ヶ月毎 1ヶ月毎										
診療報酬	特定疾患療養管理料(225x2) 診療情報提供料 I (250) 悪性腫瘍特異物質治療管理料(400)											85

東京都がん診療連携拠点病院 協議会

5大がん連携手帳を作成

東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@ciok.jp

F A X: 03 (5388) 1436

☎ 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局健康政策部

医療政策課がん対策係



連携手帳とは

この手帳は、治療を施行した専門病院とかかりつけ医療機関が協力して専門的な医療と総合的な診療をバランスよく提供する共同診療体制を構築することを目的に作成されました。

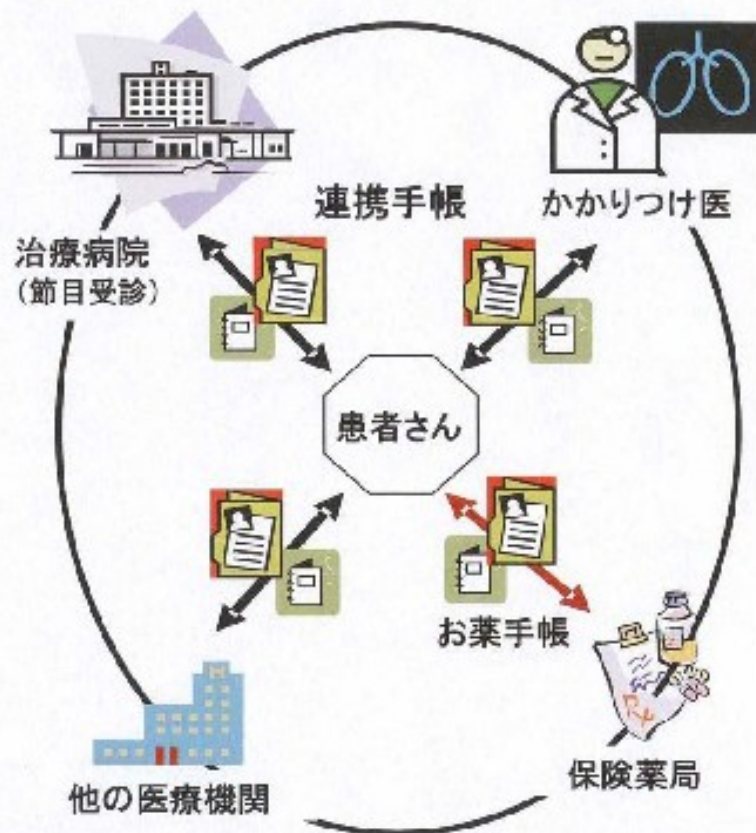
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

Stage IA・IB の患者さんは、一般的に術後の抗がん剤治療を行う必要はないとされています。しかし、再発の危険性はゼロではなく、定期的な検査が必要です。

病状が落ち着いているときの投薬や日常の診療はかかりつけ医が行い、手術を行った病院へは節目に受診して頂きます（予定表をご覧ください）。何か心配なことがある時には、まずかかりつけ医にご相談ください。適宜必要に応じて手術病院を受診して頂きます。また、緊急を要する場合で休日や夜間等でかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は 3 ページにあります）までご連絡ください。

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

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病棟	
TEL	
I D	
担当医	
手術日	_____年 _____月 _____日 _____年 _____月 _____日
かかりつけ医療機関 (1)	
医師名	
TEL	
かかりつけ医療機関 (2)	
医師名	
TEL	
かかりつけ薬局	
TEL	

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内服薬 (お薬手帳がある時は記入不要)

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前まで行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	手術後 2週	3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	○	●	○	●	○	●
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎			◎		◎		◎	
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎			◎		◎		◎	
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎			◎		◎		◎	

東京都医療連携手帳の 診療報酬請求手順

- 東京都がん診療連携拠点病院協議会と東京都医師会の連携で以下、地方厚生局へ届け出準備中
 - 東京都医師会が診療所アンケート調査実施中(6月)
 - 診療所のがん地域連携クリティカルパスへの参加意向調査
 - 参加希望診療所リストをがん診療連携拠点病院に配布(7月)
- 地方厚生局へ届け出(7月中)
 - がん診療連携拠点病院から地方厚生局に連携先診療所リストを届け出
 - 診療所から連携先がん診療連携拠点病院リストを地方厚生局に届け出
 - 胃がん、大腸がんはステージⅠのみ
- 港区がん連携パスはステージⅡ、Ⅲを含むので別途届け出

届出様式

様式13の2

がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について(いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院 ・ ②がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内)がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間: 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

- 1 2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。
- 2 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 3 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の4を参考にすること。
- 4 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式13の3

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類

[記載上の注意]

- 1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
- 2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

〇〇〇治療に関する連携計画書

様 計画策定病院(A): 担当医師: 連絡先:
 連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

術後又は退院後からの期間	退院時	術後1ヶ月	...	術後1年	...	術後3年	...				
受診予定日(又は月)	△月△日	○月○日	...	×月×日	...						
医療機関	A	B	B	A	B	...					
達成目標											
患者自覚 症状	具体的な項目										
	...										
診察	具体的な項目										
	...										
検査	血液検査 (腫瘍マーカー等)										
	...										
	画像診断項目										
	...										
説明・指 導	説明項目										
連携	診療情報の提供										

[記載上の注意]

- 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
- 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
- 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
- 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。

みなとe連携パス

みなとe
連携パス

みなと-e-連携パス

見て下さいね！

<http://medicalnet-minato.jp/peg/>



臼井 一郎先生 港区医師会理事

港区医師会がん連携パス説明会

- 2010年9月28日
 - 港区医師会でがん連携パス説明会を開催
 - 地域連携担当理事の臼井先生
 - 地方厚生局への登録の手続きなどについて
 - 意見交換



第2回港区がん連携パス研究会

- 日 時：平成22年9月20日(月・祝日)
 - 13:00～17:30
- 場 所：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
 - 東京都港区南青山1-3-3
TEL03-6406-8621



東京青山キャンパス

第2回港区がん連携パス研究会

- 13:00～13:15 Opening Remarks
港区医師会 会長 赤枝恒雄 先生
みなと保健所 所長 大久保さつき 先生
- 13:15～14:00「がん対策基本法とがん地域連携クリティカルパス」
国際医療福祉大学大学院 教授 武藤正樹 先生
- 14:00～14:50 「東京都医療連携手帳について」
東京都立駒込病院 副院長 鶴田耕二 先生
- 15:00～15:45 「癌連携パス事例報告」
虎の門病院 副院長 医療連携部長 竹内和男 先生
国際医療福祉大学三田病院 外科 吉田 昌 先生
済生会中央病院 外科 鳥海史樹 先生
- 16:00～17:00 パネルディスカッション
座長 武藤正樹
- 17:00～17:20 特別発言 (厚労省) 予定
- 17:20～17:30 Closing Remarks
国際医療福祉大学 学長 北島政樹 先生

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



東京女子医科大学病院 地域連携室

下村 裕見子さん

2009.3.8

[方法]

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)

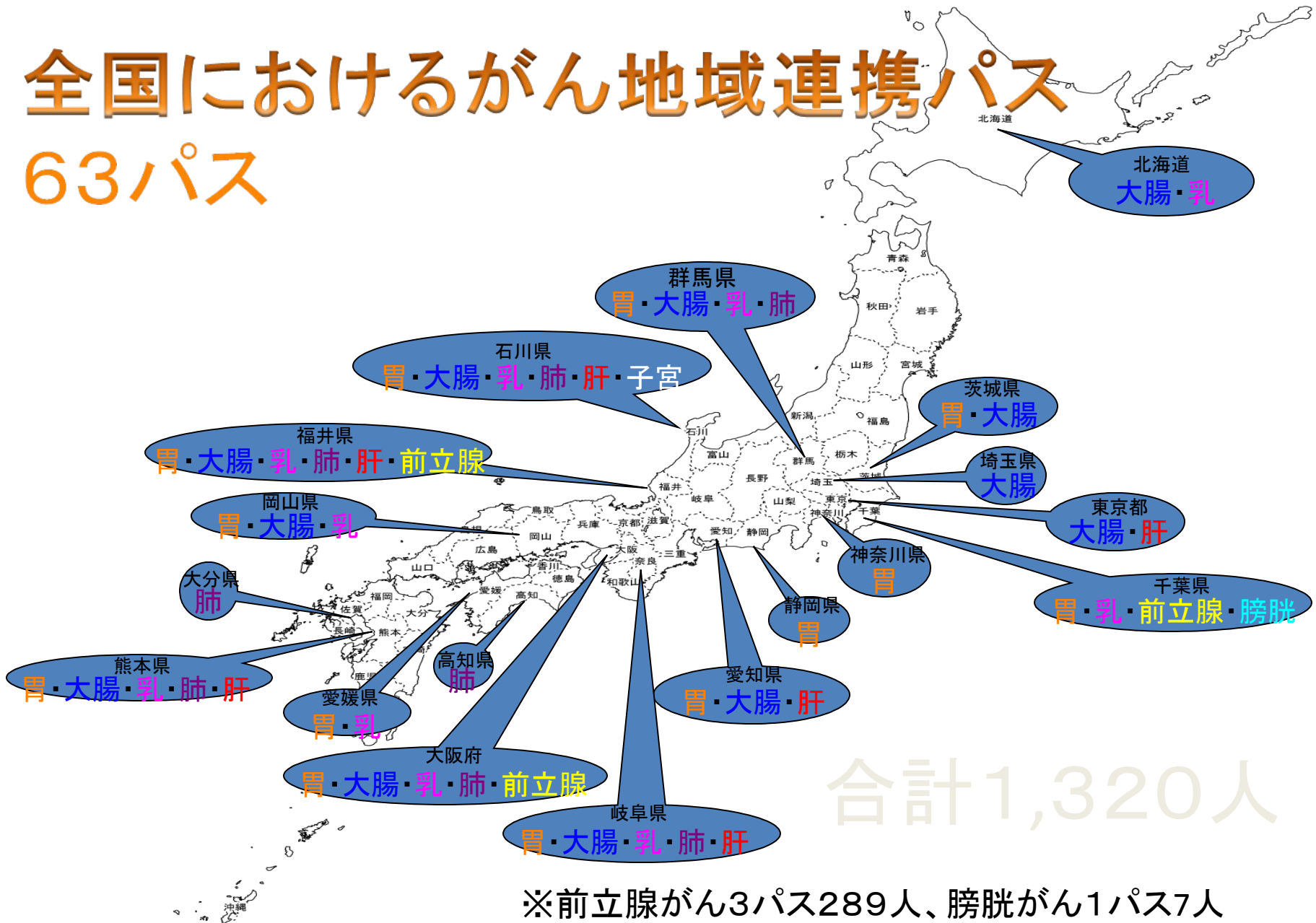
病院長宛に郵送にてアンケートを実施。

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%)

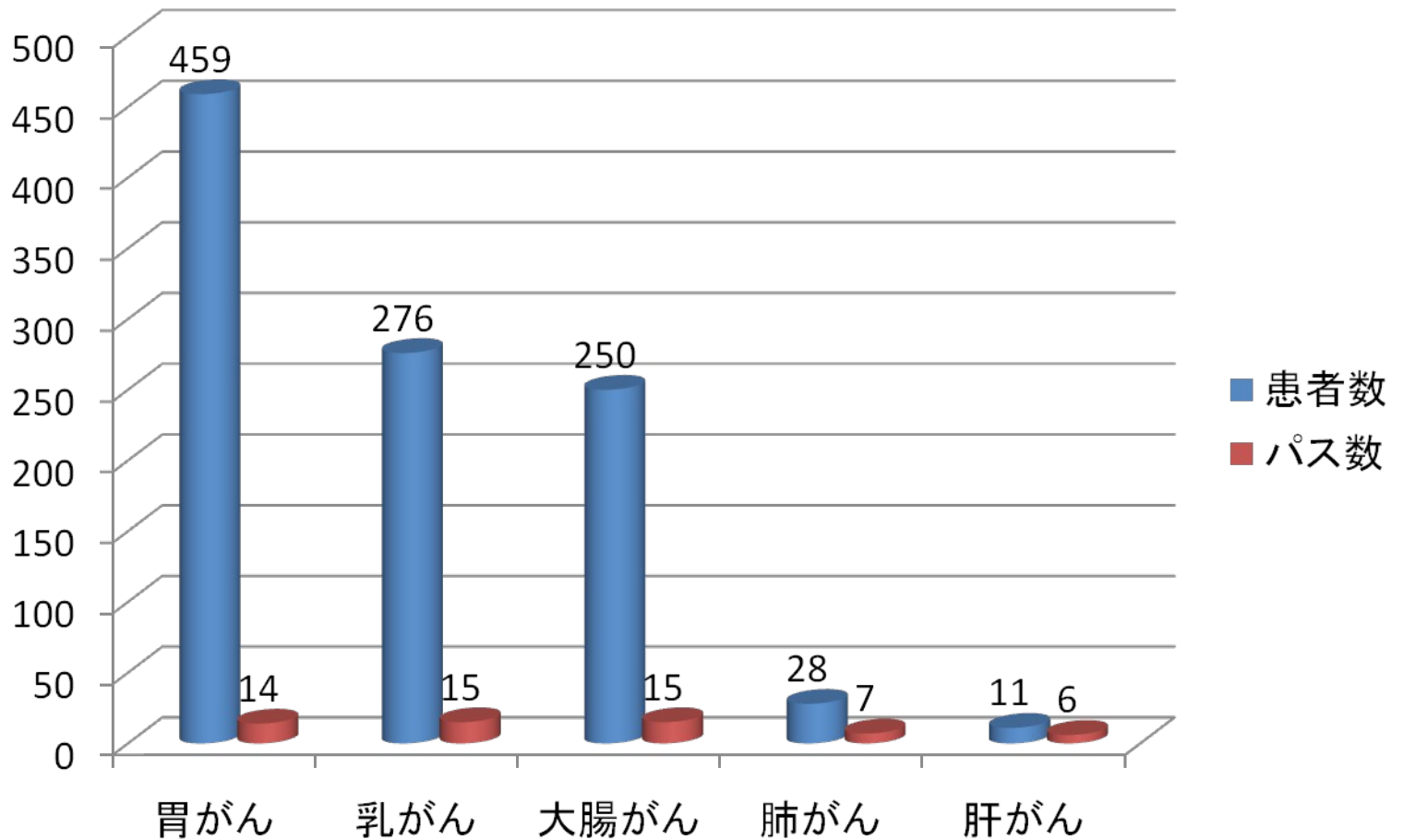
全国におけるがん地域連携パス 63パス



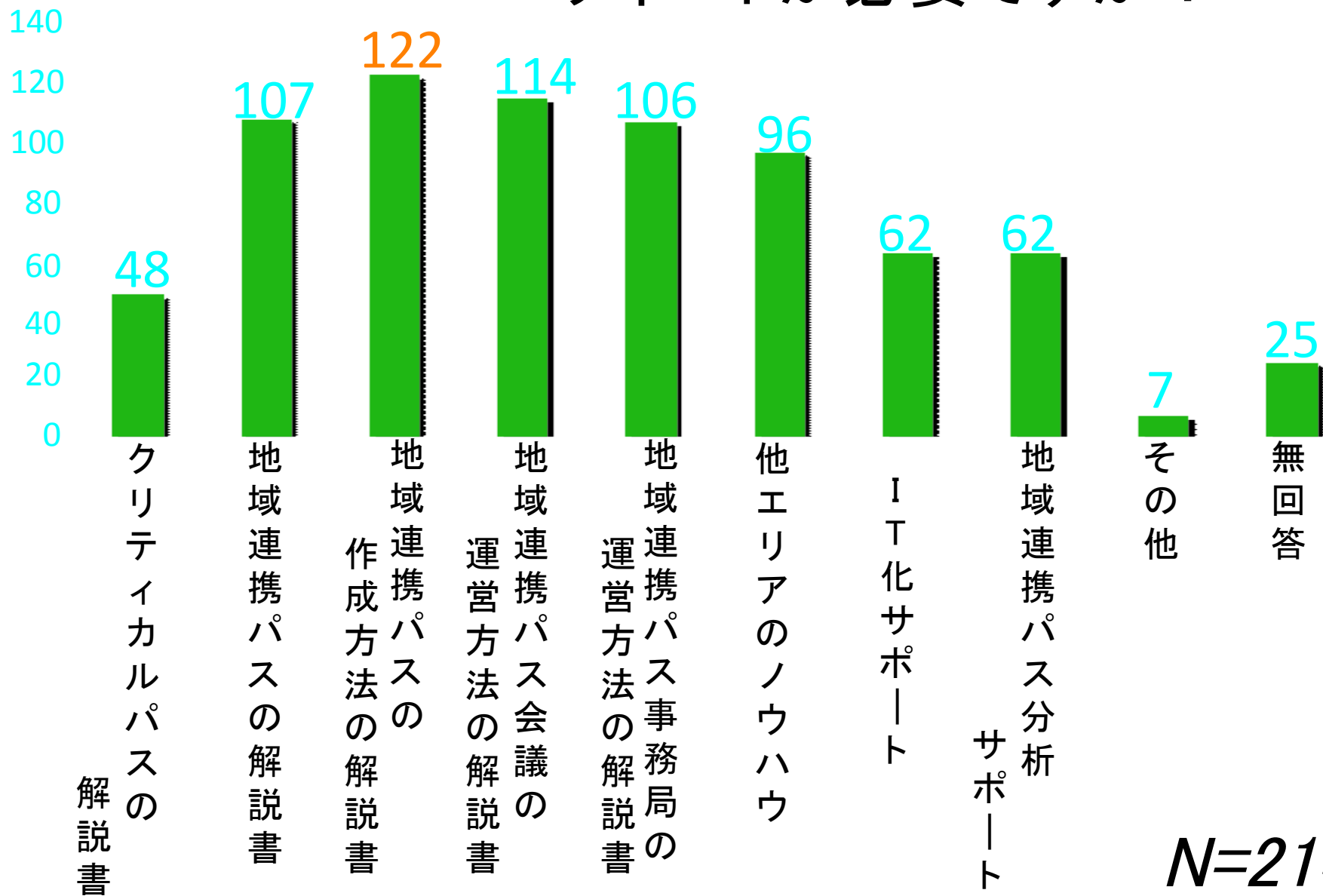
合計1,320人

※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

連携パス適応患者数

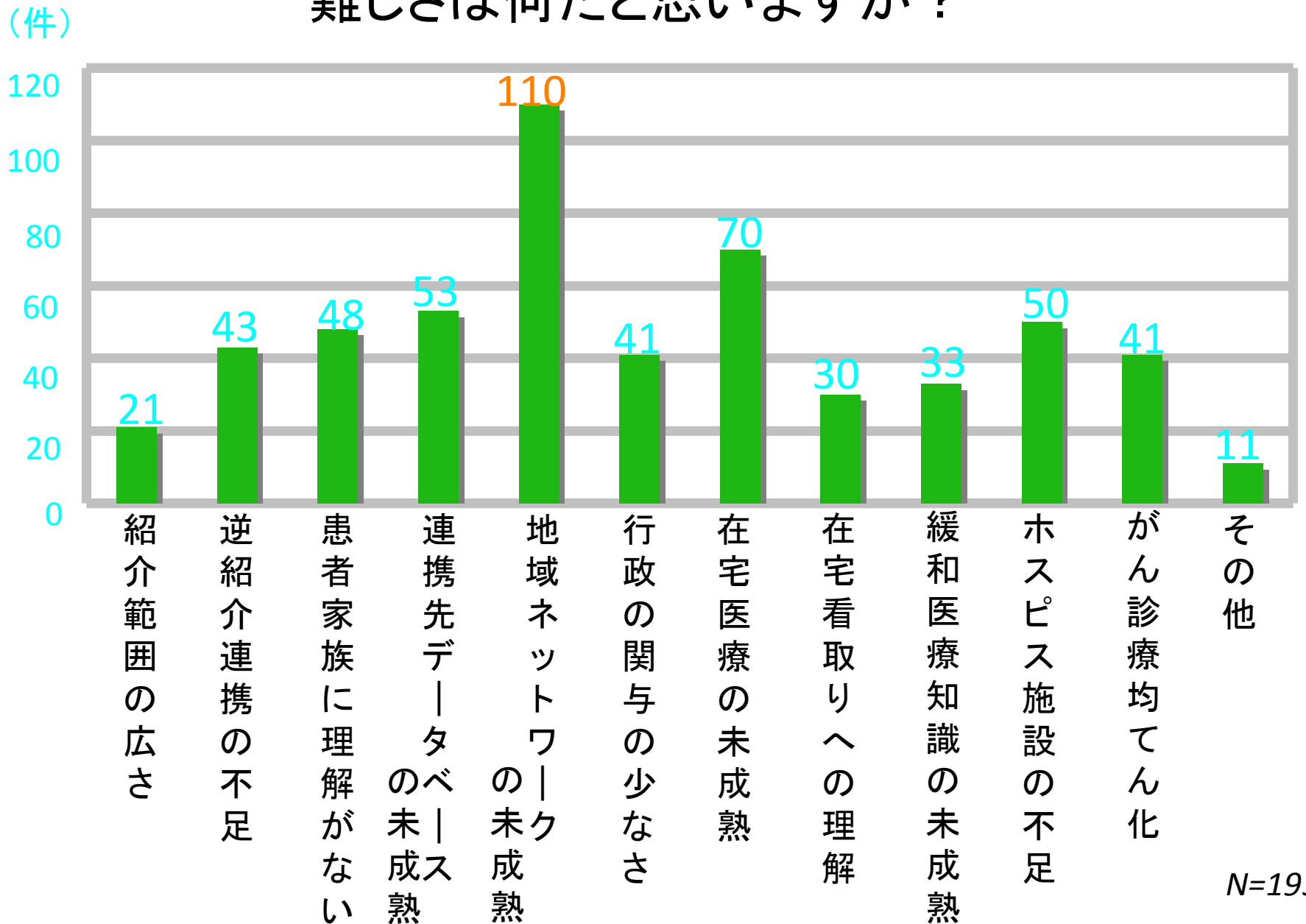


Q10: がん連携パスを作成する上でどのようなサポートが必要ですか？



N=214

Q4.4) がん診療における連携の 難しさは何だと思えますか？



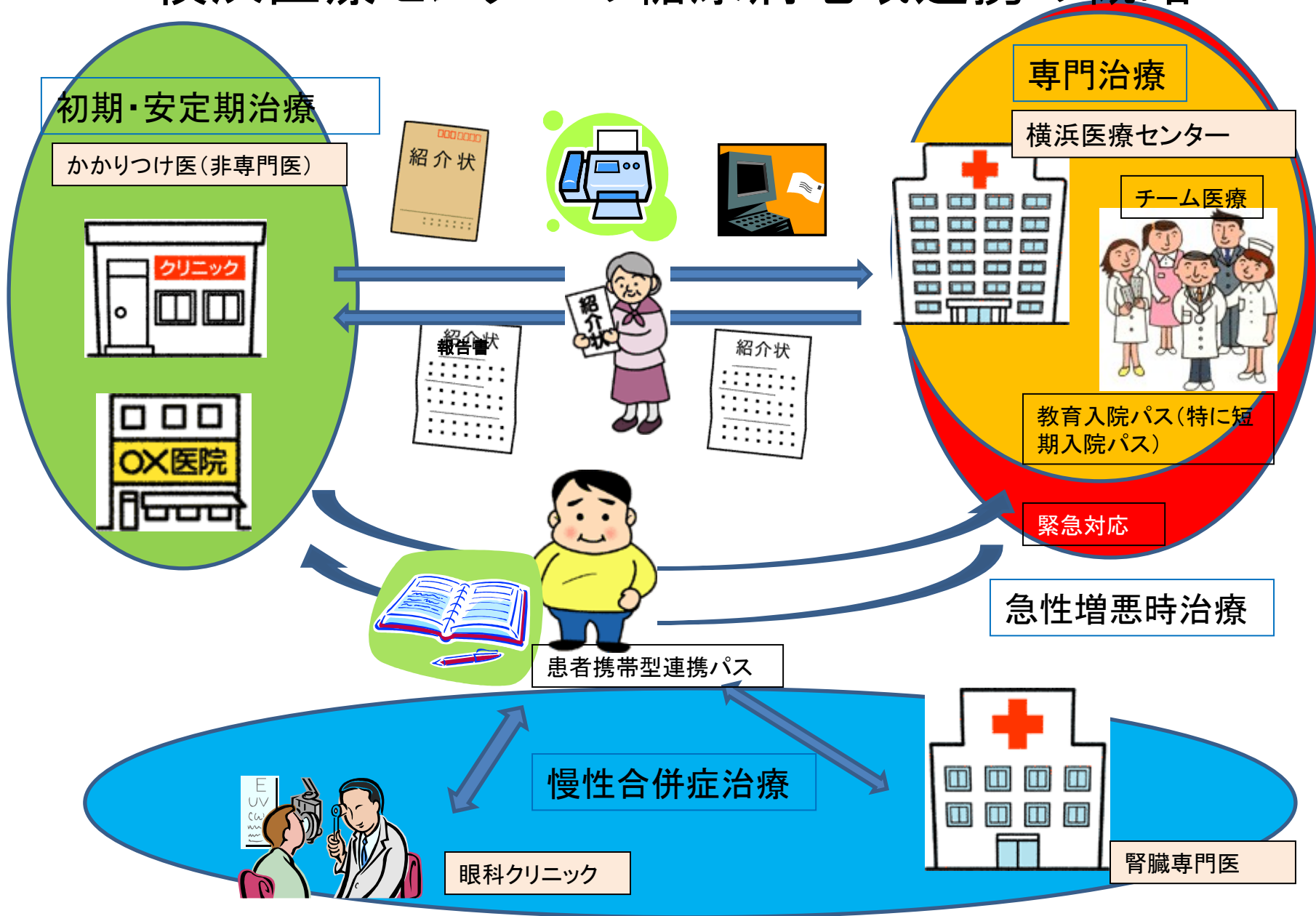
糖尿病の連携パス

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



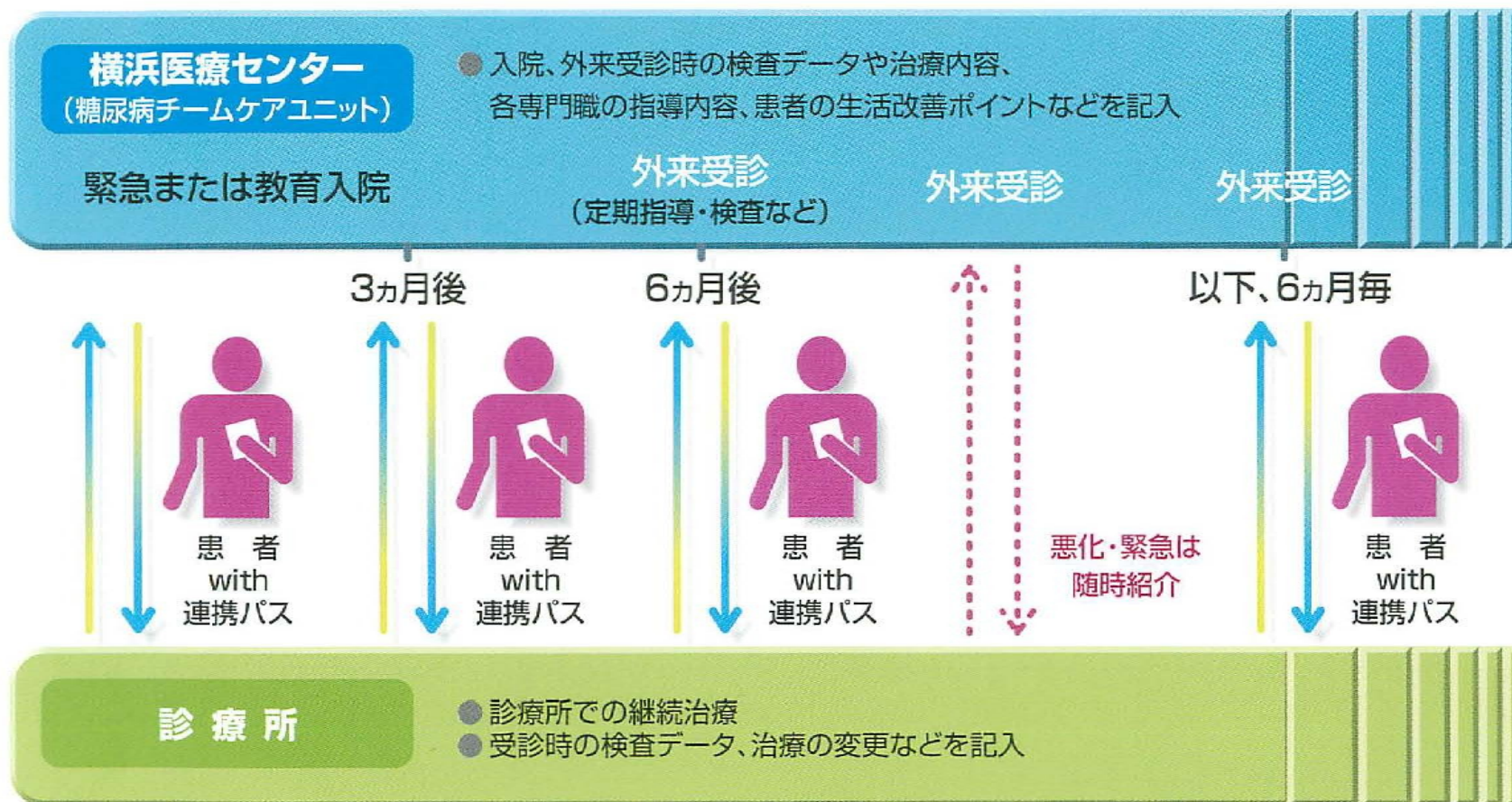
横浜医療センターでは・・・

- 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

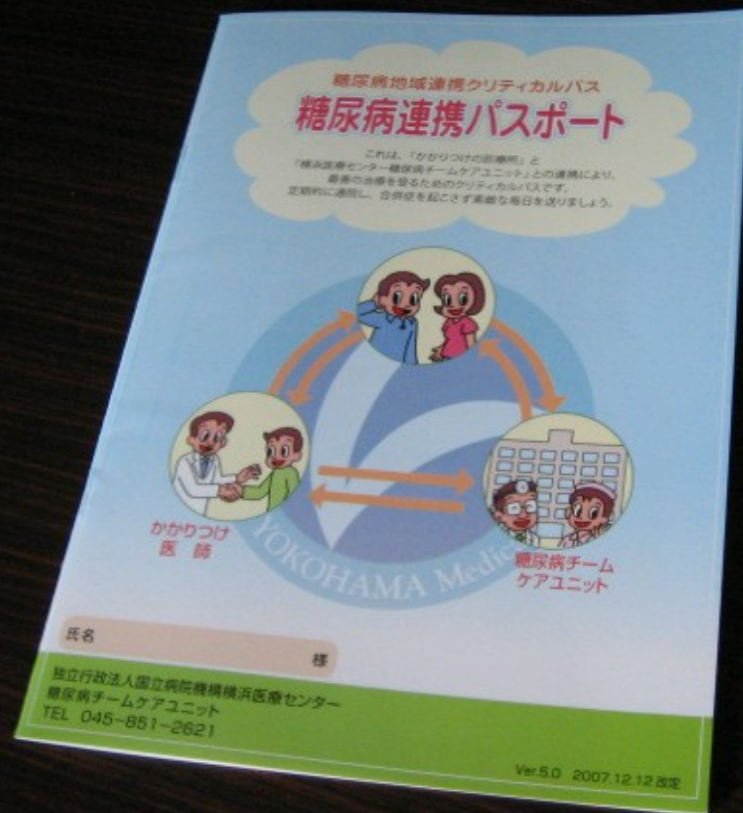
	大腿骨頸部骨折連携パス 脳卒中連携パス (すごろく上がり型連携パス)	糖尿病連携パス 心筋梗塞後連携パス、がん連携パス (循環型連携パス)
原疾患の病態	順調にいけば回復に向かう	再悪化しやすい。 合併症を併発しやすい。
適用患者の状態	入院、在宅	日常生活をしている
急性期病院側から見た連携先	回復期リハ病院、療養型病院、在宅関係施設、医院	診療所
連携の方向性	順調にいけば1方向 入院→入院→入院→在宅	双方向・多方向性 病院外来→診療所 病院(外来)←診療所
連携施設の専門性	専門病院(回復期リハ、療養病院、在宅)	診療所には糖尿病や循環器病やがんの専門医は少ない

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	(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)
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	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)
左	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)	(改善・不変・悪化)
福田分類(右/左)	(/)	(/)	(/)	(/)
そ の 他				
患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。)				
備 考 (内服薬などの変更があれば記入してください。)				

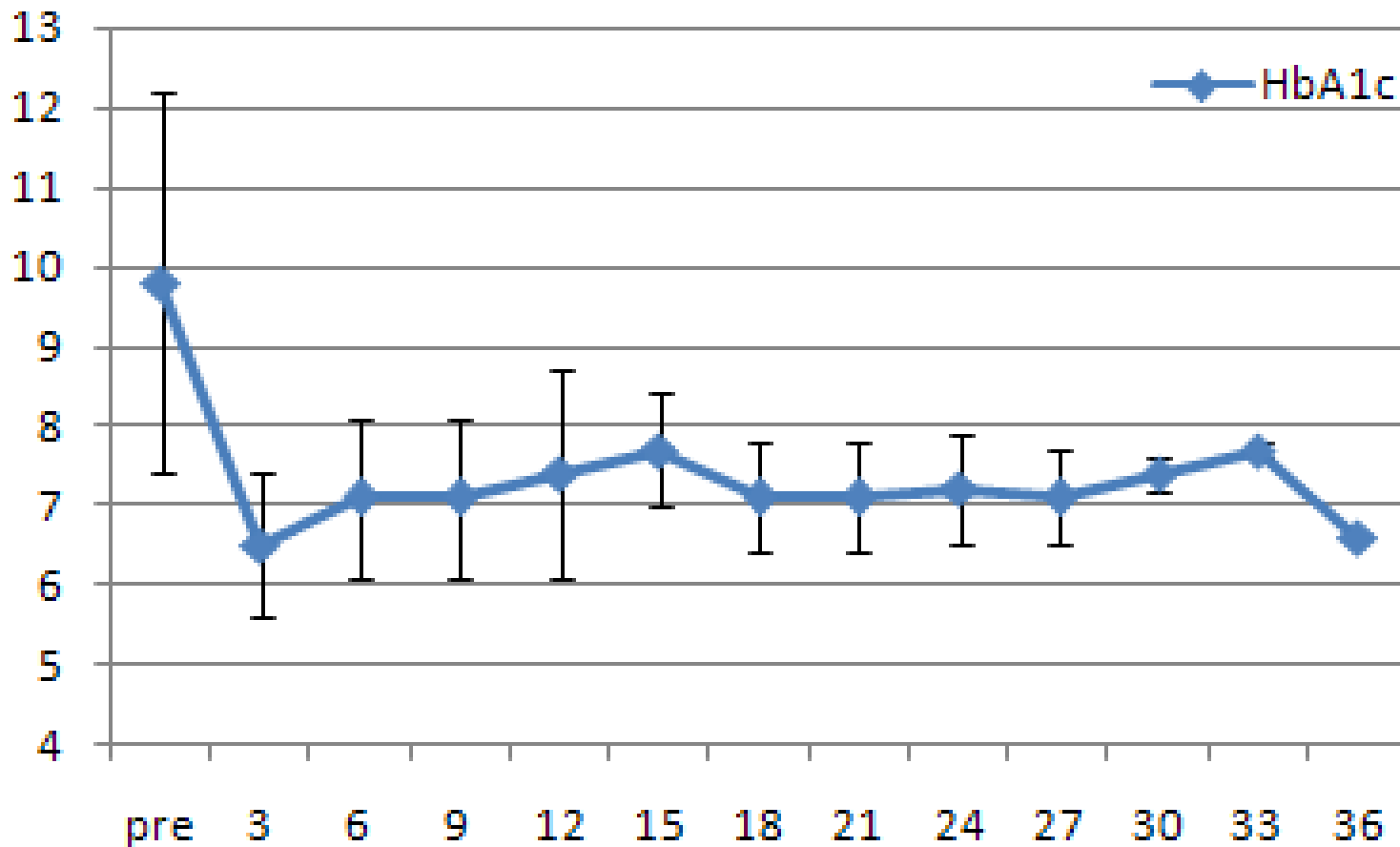
横浜医療センターのページ

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

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

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	定期的な検査 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 医療機関の役割分担
 - 連携実態調査から、医療機関間の役割分担を明確にする

地域連携パスの作り方

- ステップ3 患者フロー図を作る
 - 状態別に遷移する患者フロー図(患者連携アルゴリズム)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4 地域連携パスをつくる
 - 患者のメインフローのオーバービューパスを作る
 - 患者用パスをつくる
- 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

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
- まず、作りやすい疾患から
地域連携パスパスを作ってみよう

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



好評発売中！
じほうベスト10

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

地域連携コーディネーター養成講座

- 武藤正樹著・編
- 単行本: 202ページ
- 出版社: 日本医学出版 (20
- 言語 日本語
- ISBN-10: 4902266504
- ISBN-13: 978-4902266504
- 発売日: 2010/4/23
- ¥ 2,940
- 本書は国際医療福祉
- 大学大学院公開講座
- 乃木坂スクール
- 「地域連携コーディネーター養成講座」
- の講師陣により執筆

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

武藤 正樹 国際医療福祉大学人文学部教授



日本医学出版

がん地域連携クリティカルパス

- がん地域連携クリティカルパス
—がん医療連携とコーディネート機能
- 編著 日本医療マネジメント学会／監
- 判型 B5 発行日 2010年5月刊
- ページ 220
- 定価(税込) \4,200

がん地域連携 クリティカルパス

がん医療連携とコーディネート機能

[監修]

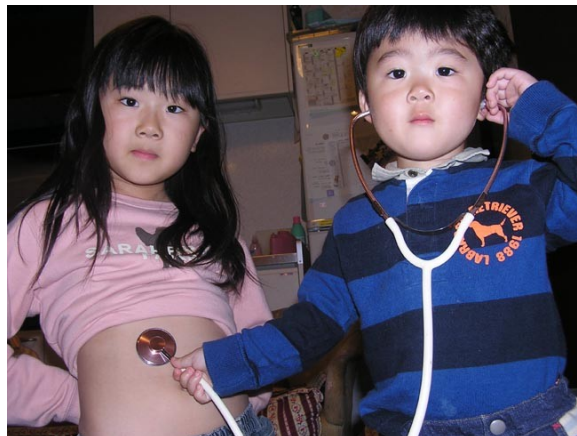
日本医療マネジメント学会



連携パス研究会のお知らせ

- 9月11日(土) 第4回港区連携PEGパス研究会
– 14:00~17:00 はあといん乃木坂
- 9月18日(土) 第2回介護連携パス研究会
– 13:00~17:00 国際医療福祉大学大学院東京青山キャンパス
- 9月20日(月) 第2回港区がん連携パス研究会
– 13:00~17:30 国際医療福祉大学大学院東京青山キャンパス
- 案内の詳細とお申し込みは「HCI21研究会」のホームページより <http://www.hci21.org/>
- 三田病院の地域連携室見学

ご清聴ありがとうございました



国際医療福祉大学クリニック<http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月曜外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp