

地域医療連携とは？

～地域医療計画と地域連携クリティカルパス、
そしてIT連携～

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

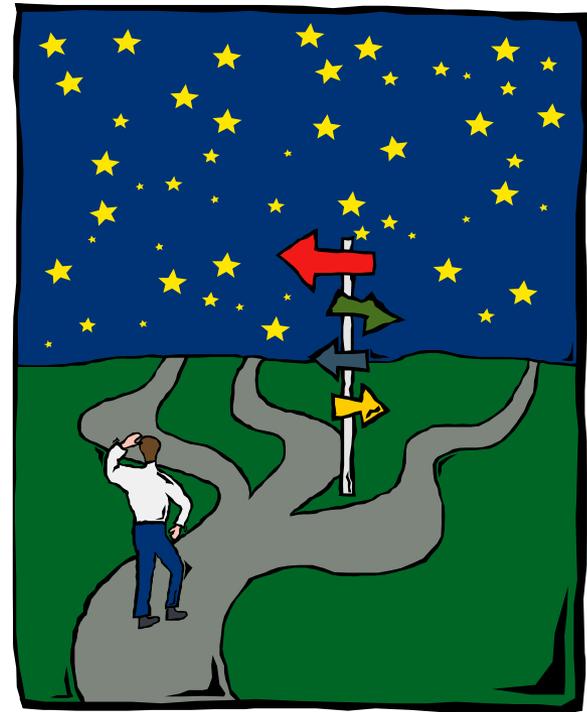


国際医療福祉大学三田病院

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5
 - 地域IT医療連携



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



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



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

薬局も医療機関

医療機関

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

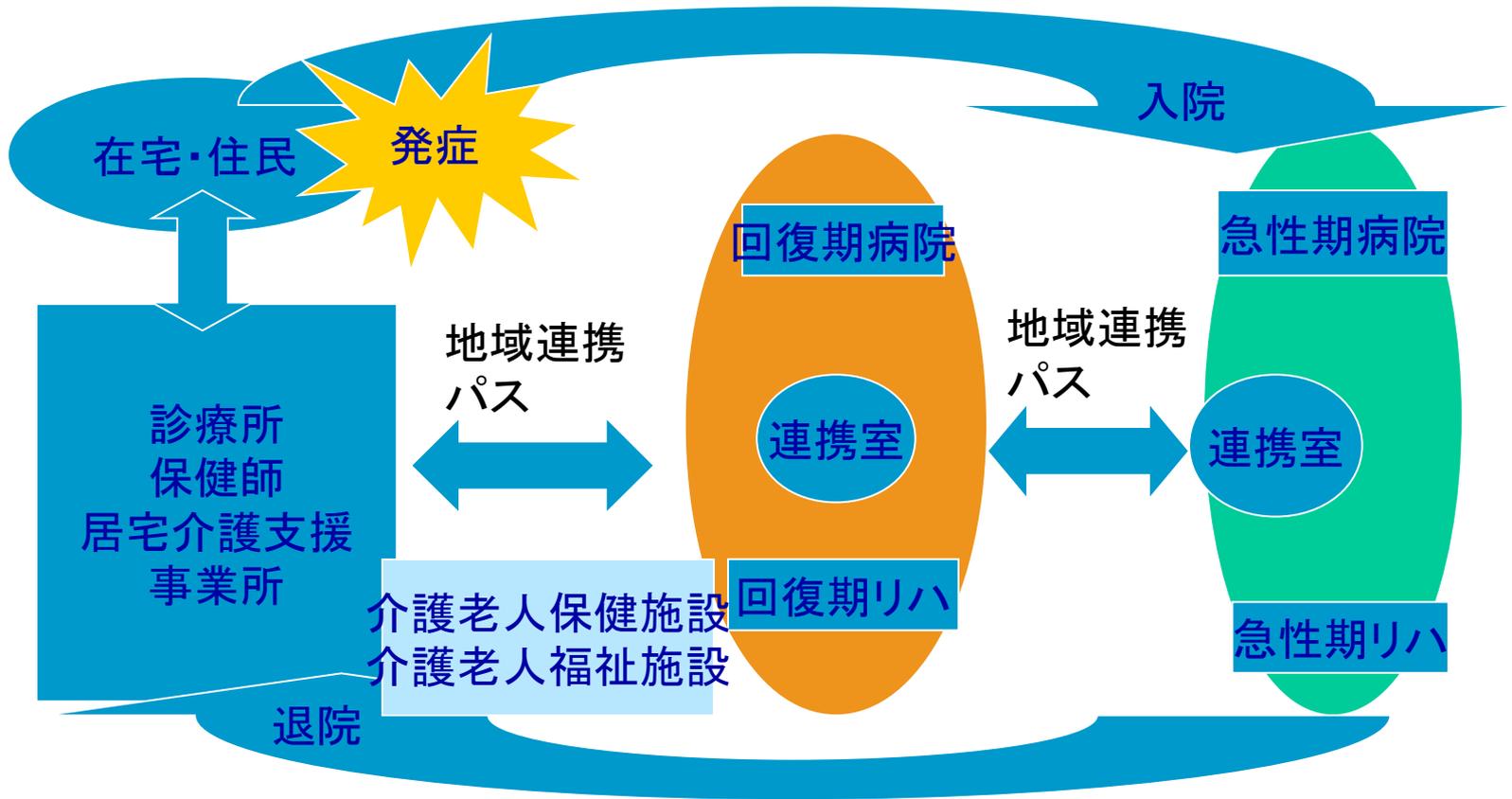
△△病院の医療機能
医師数、PT／OT数、
平均在院日数、
地域連携クリティカルパス
の使用状況

□□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

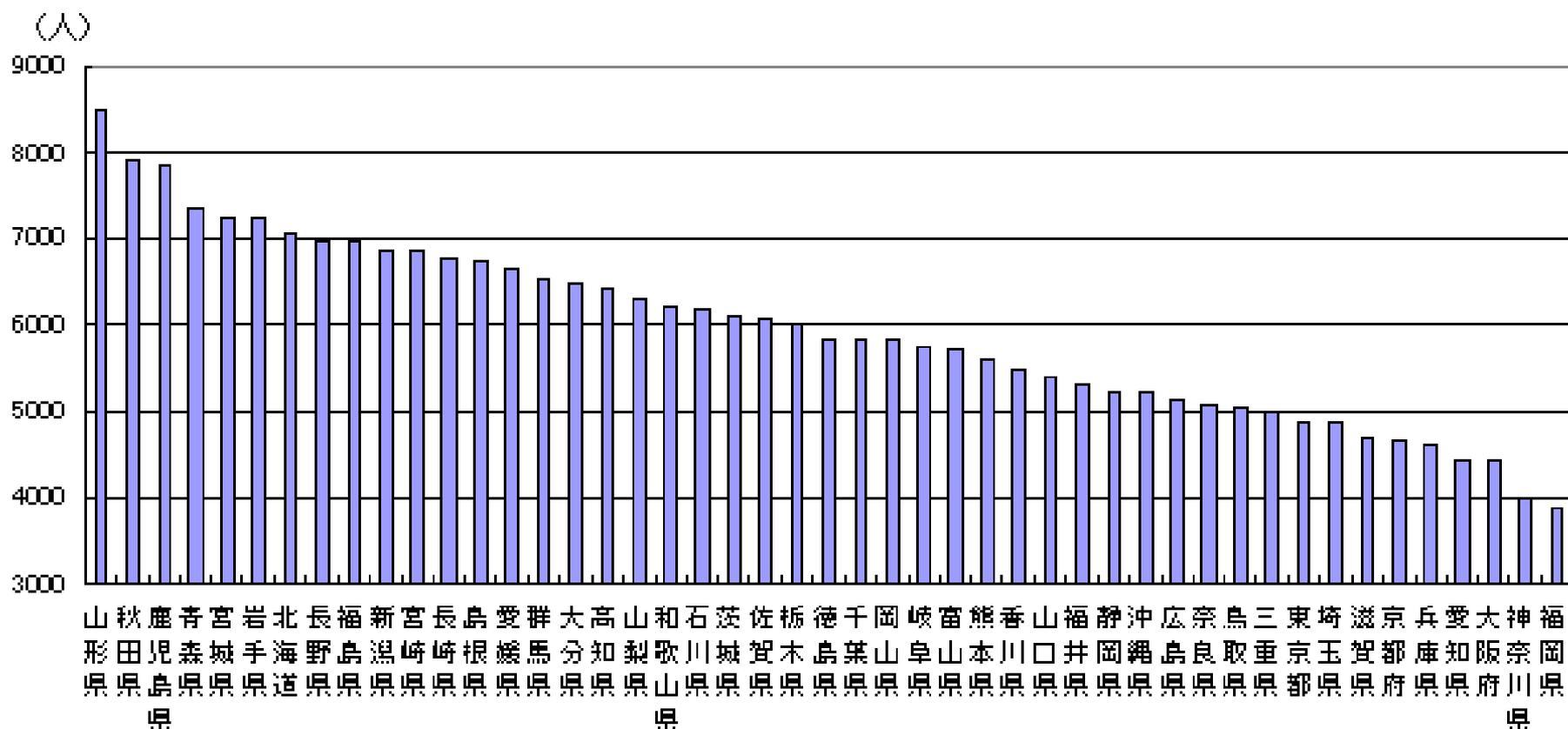
医療計画は5年計画
計画期間内に達成すべき数値目標を決める

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

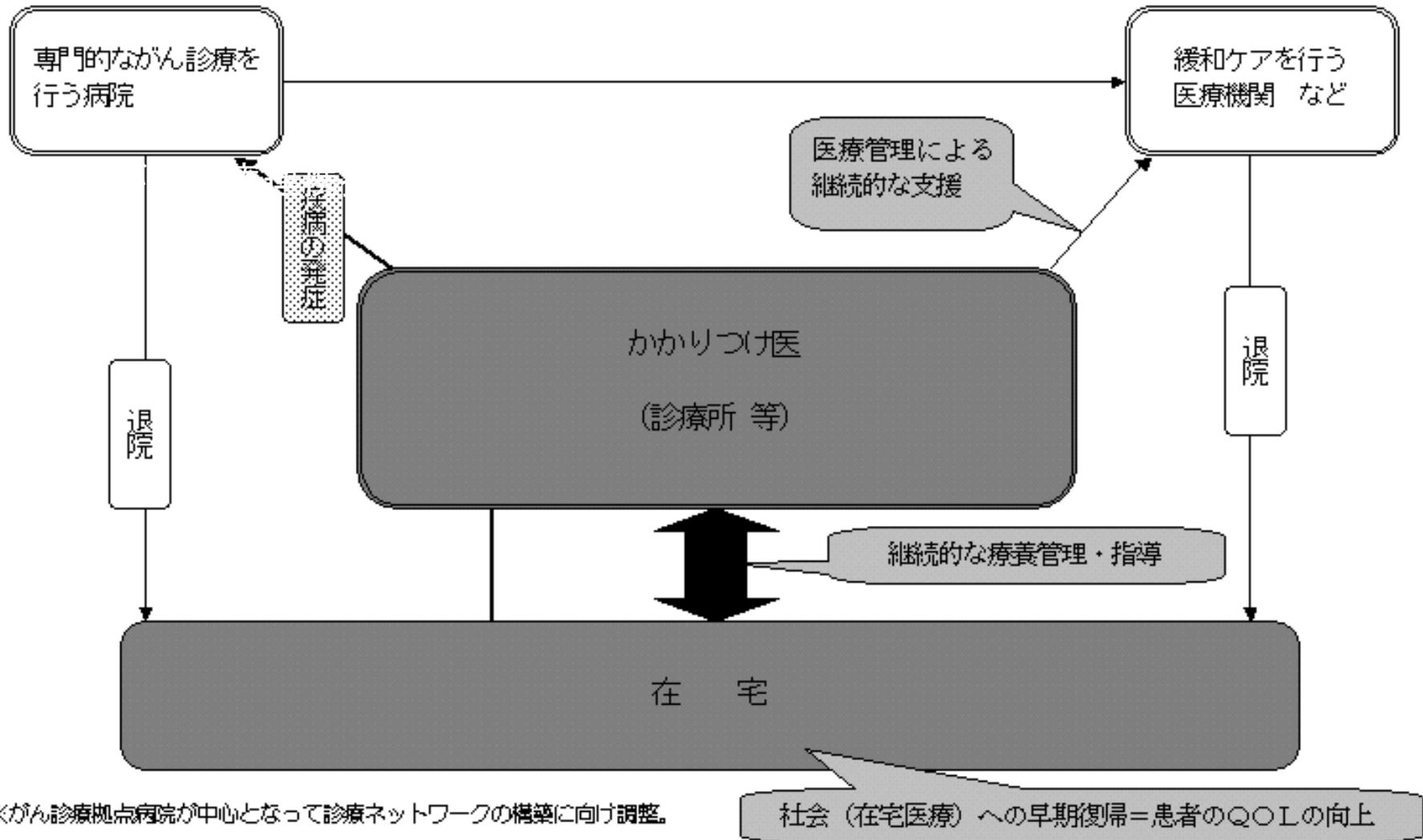
高血圧疾患の都道府県別患者率

都道府県別にみた高血圧疾患の患者率（人口10万対）



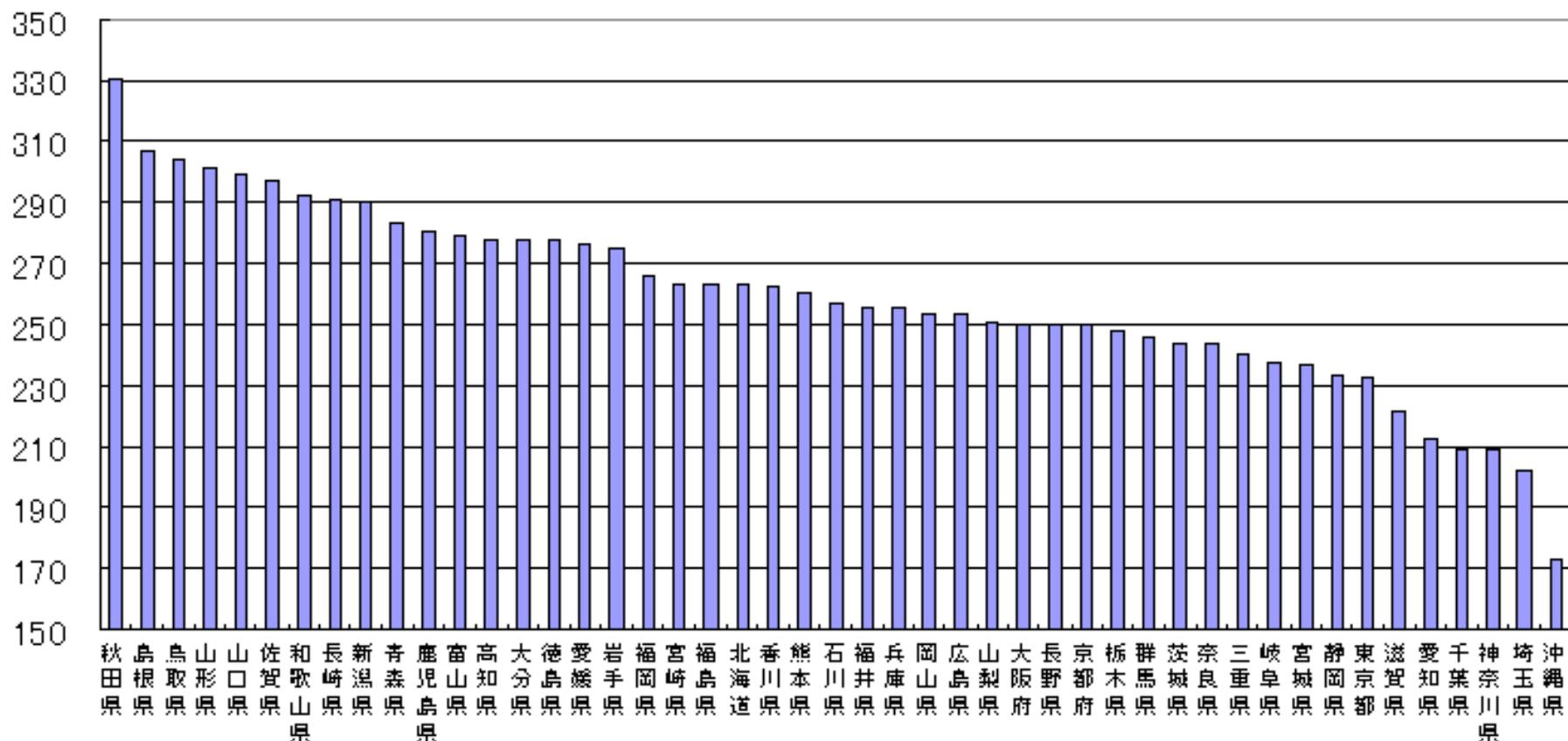
平成14年患者調査

がんの診療ネットワーク



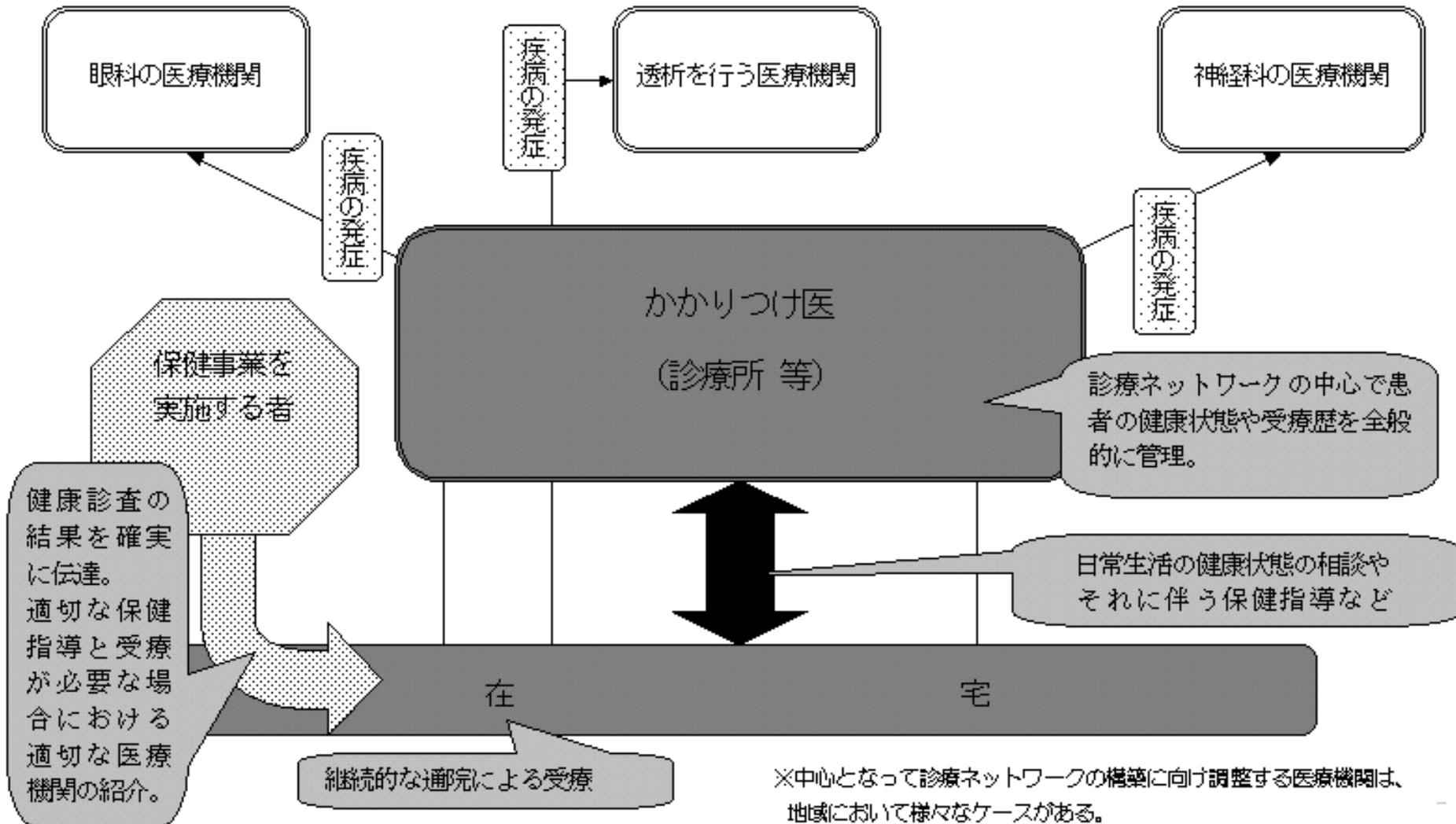
がんの都道府県別死亡率

(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)

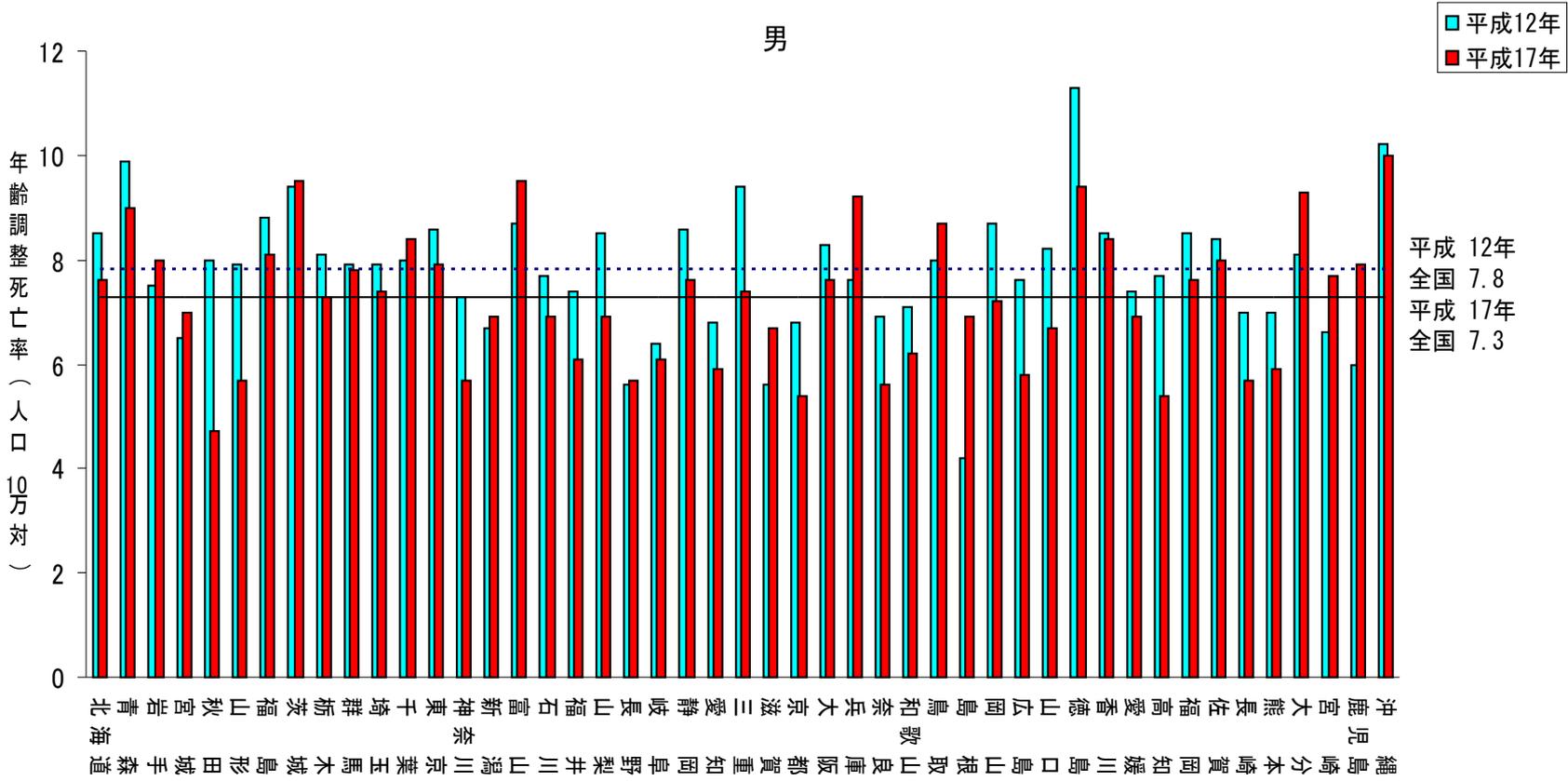


平成15年人口動態調査

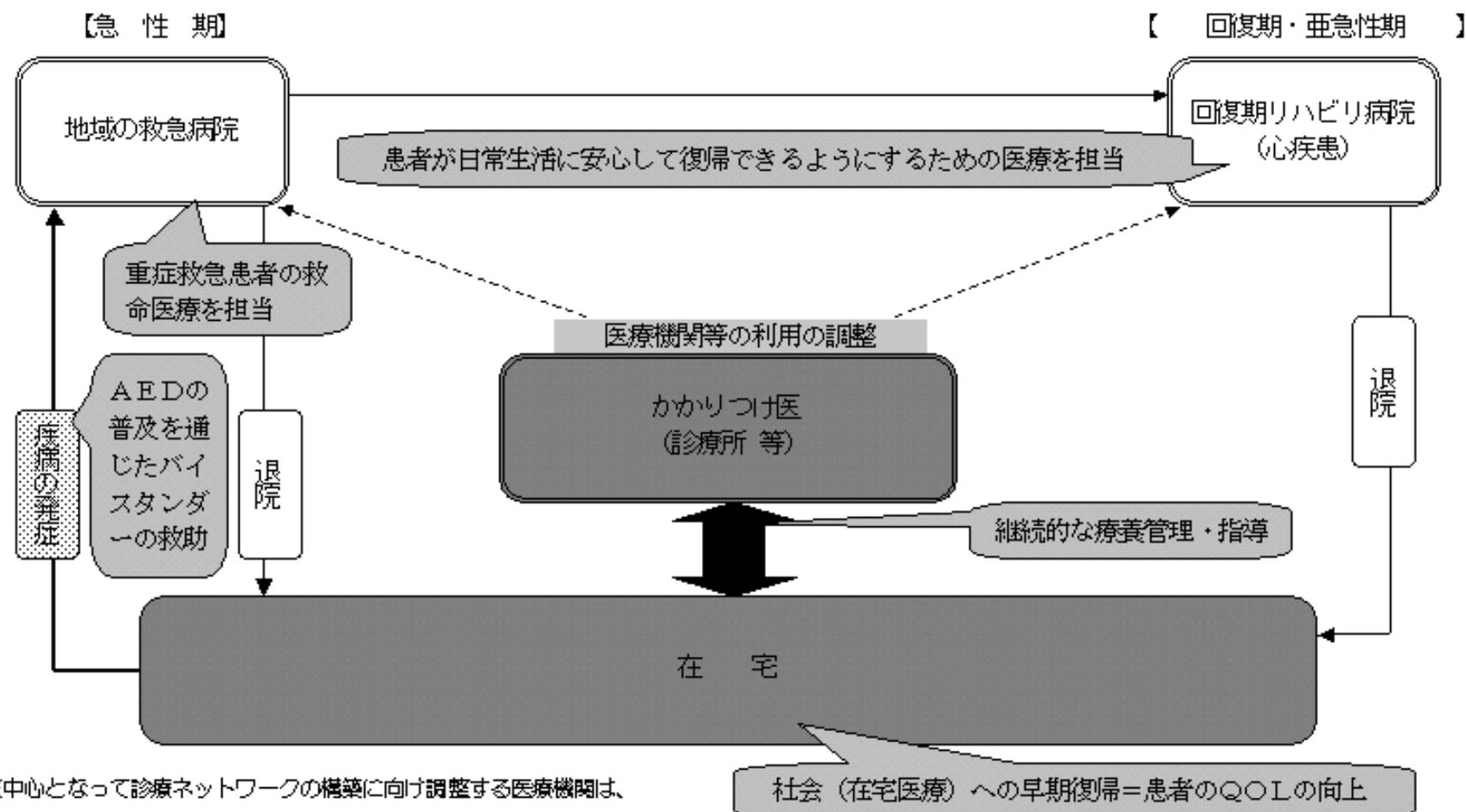
糖尿病の診療ネットワーク



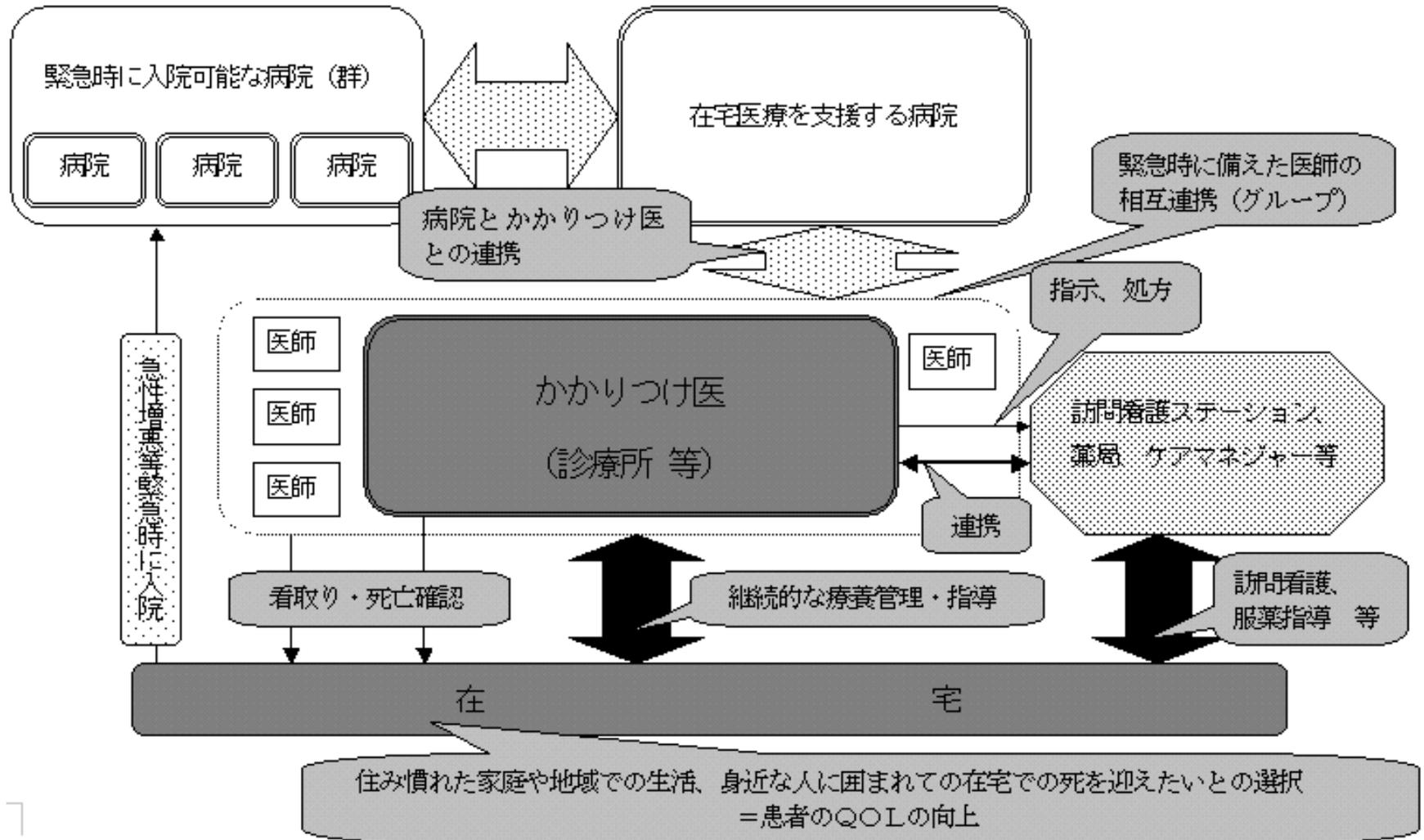
糖尿病の都道府県別ベンチマーク例



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

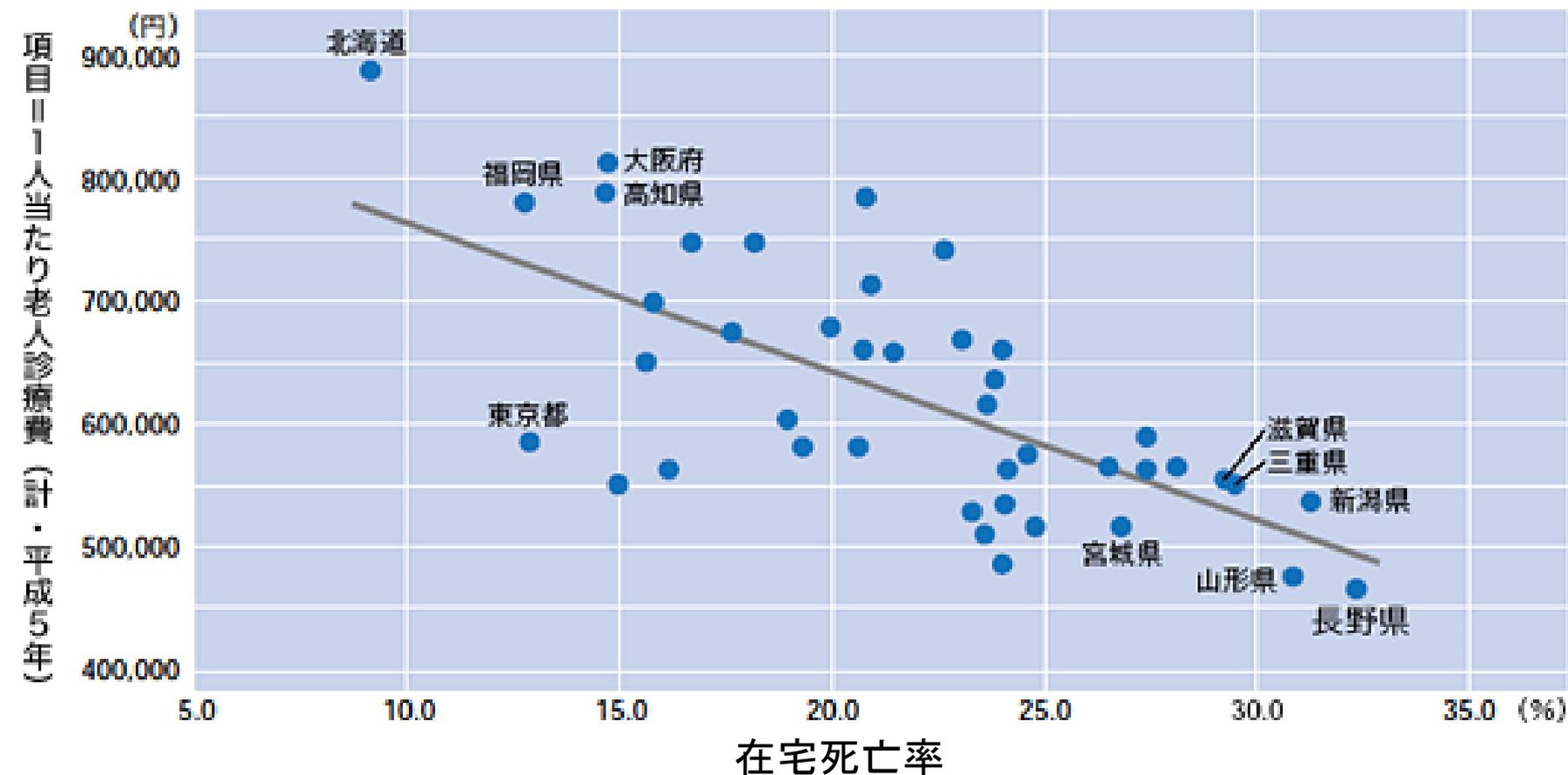


図表3-4-7 都道府県別 在宅等死亡率（2005年）

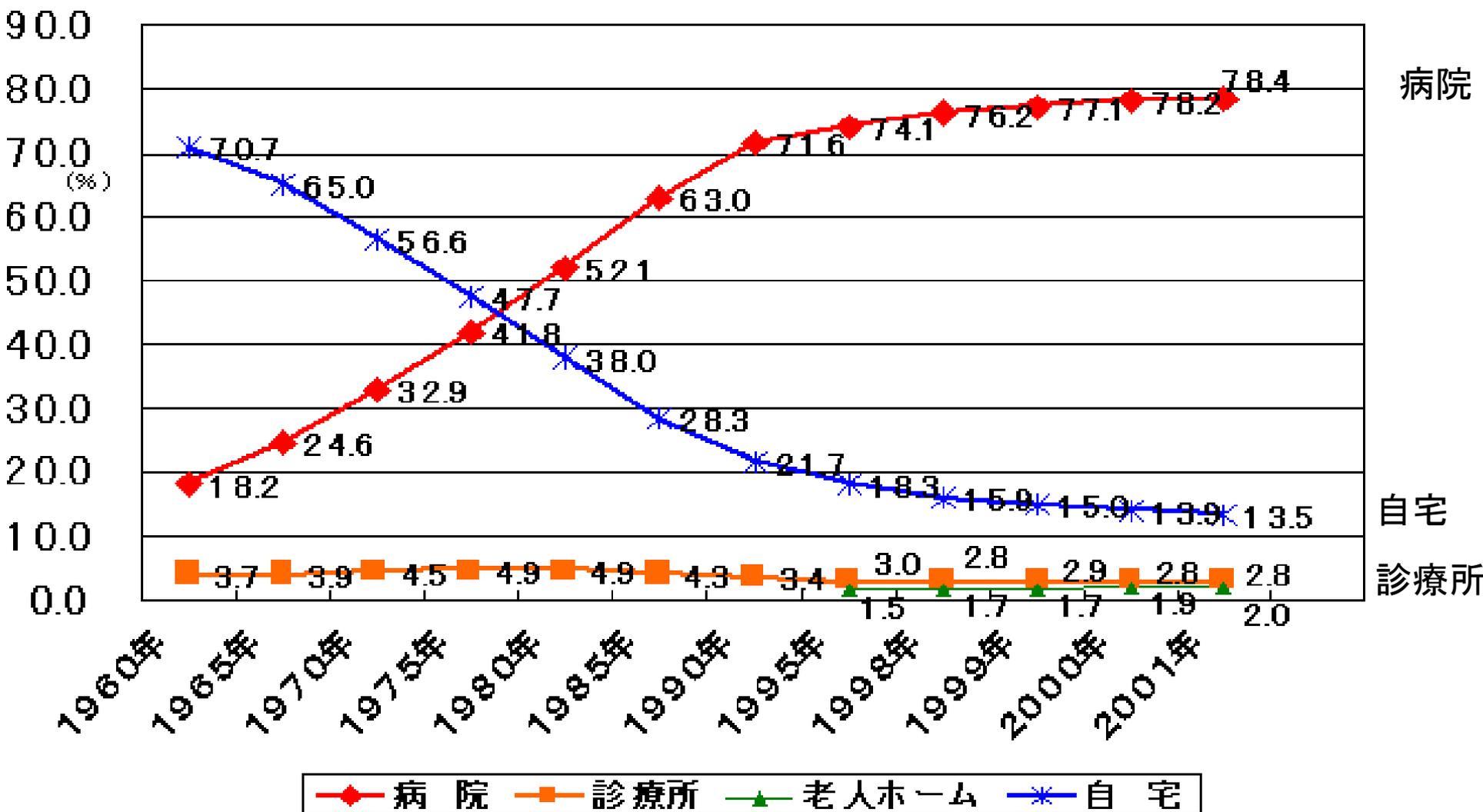


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」（2005年）

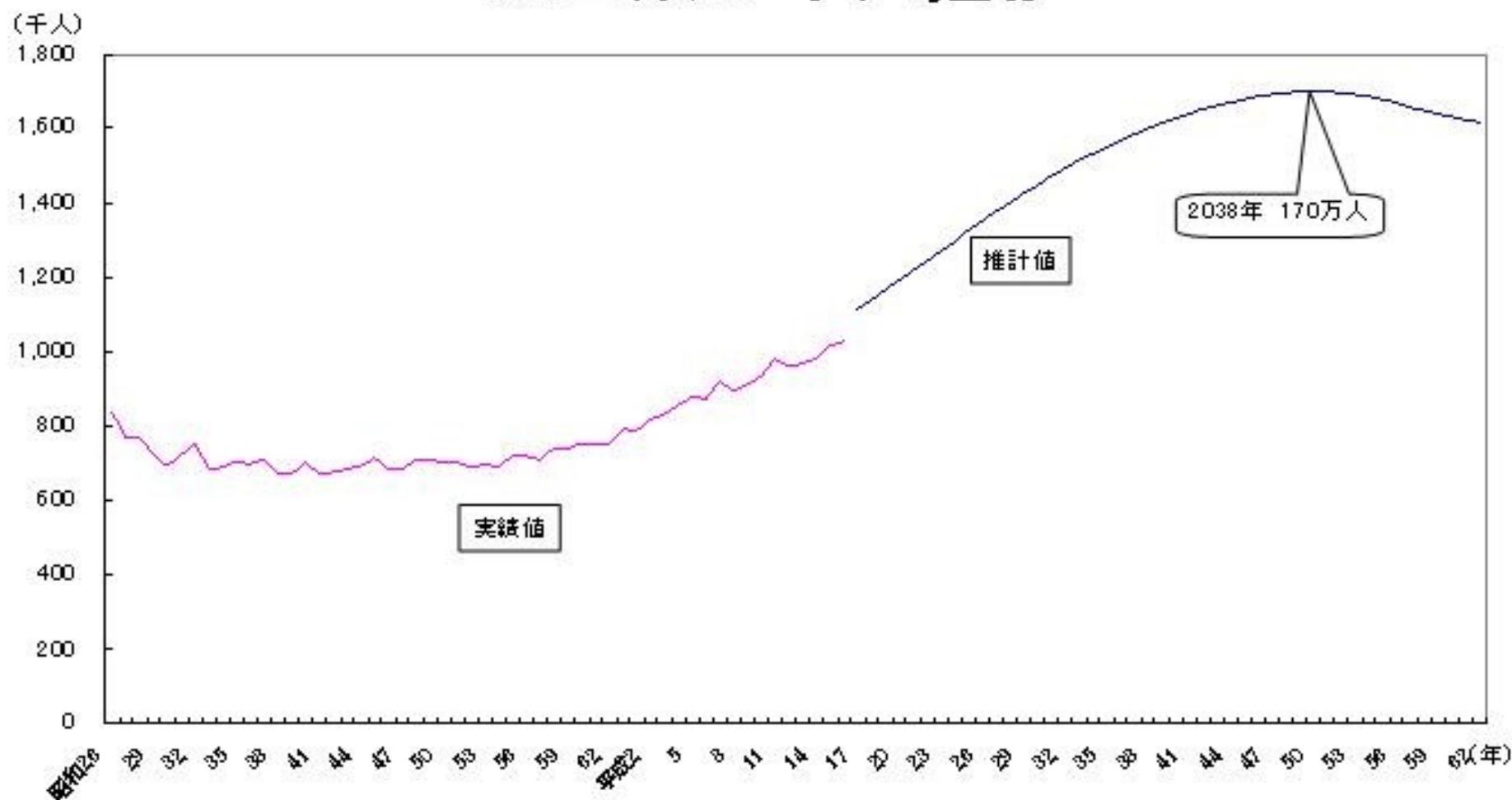
1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



死亡の場所の内訳推移



死亡数の年次推移



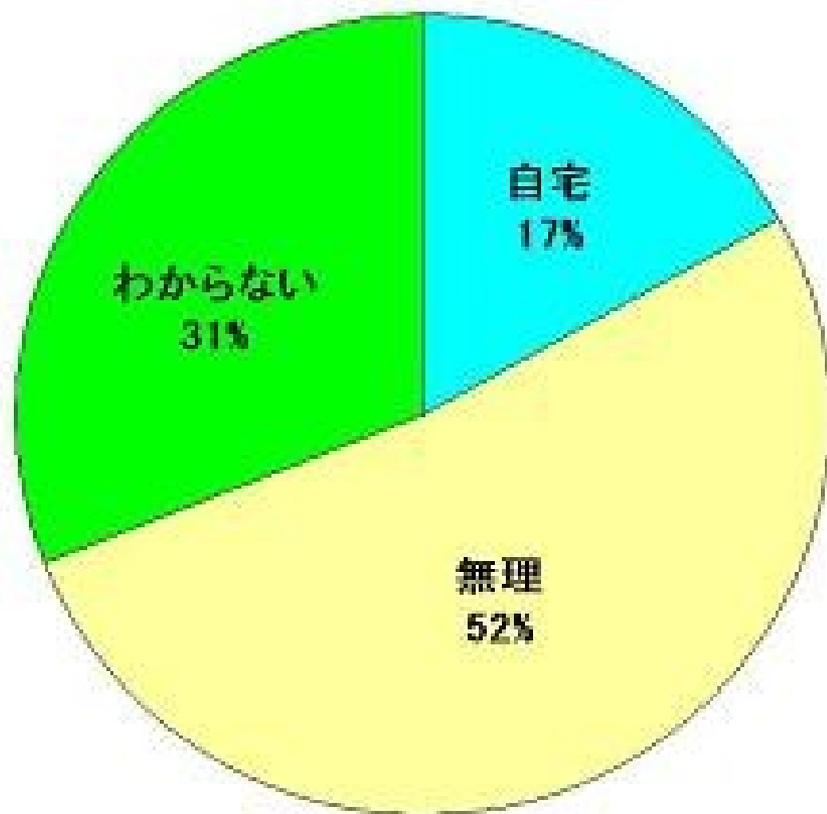
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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？

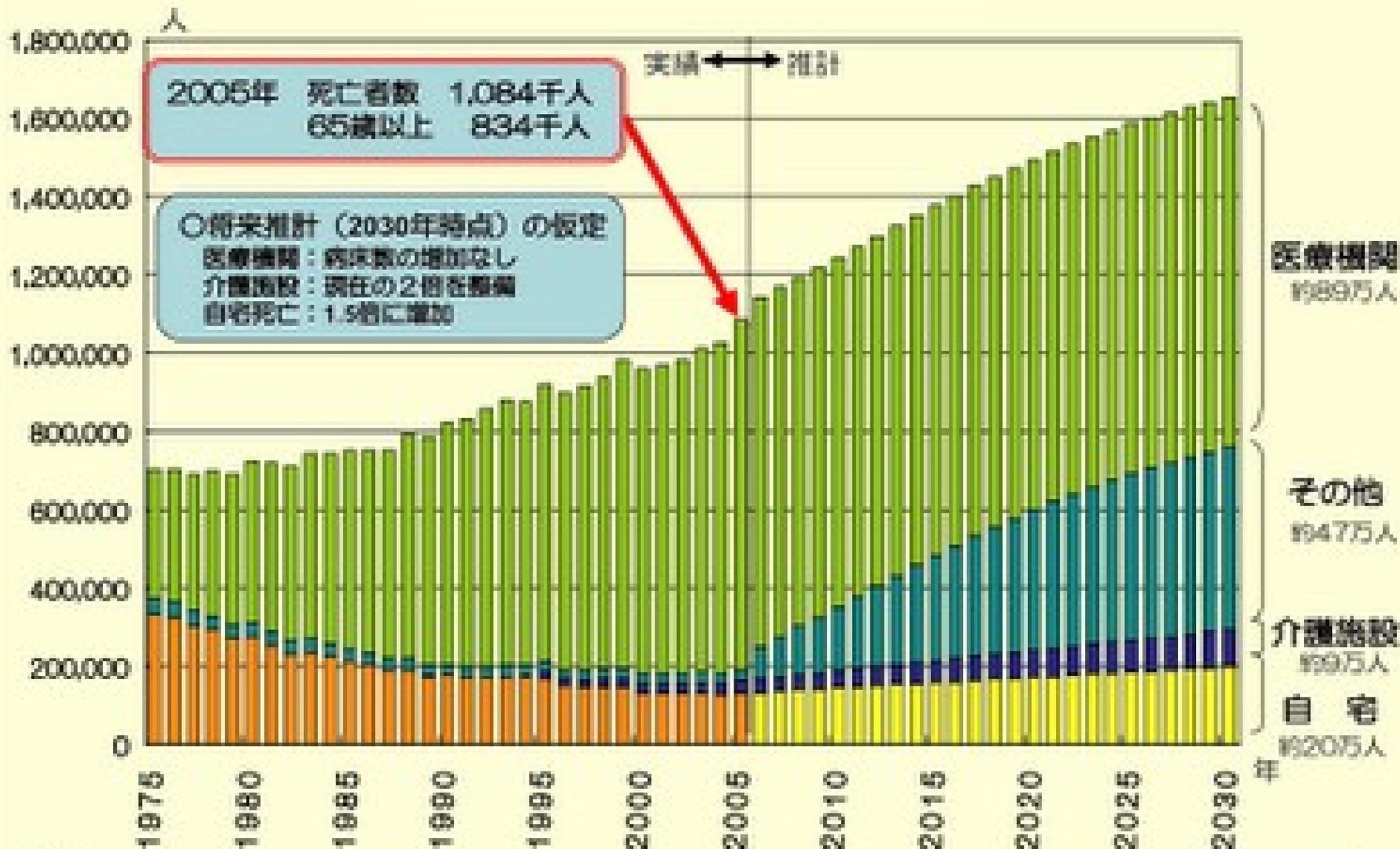


- 自宅で最期を迎える時の問題点

- 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)

今後の看取りの場は？



【資料】
2005年（平成17年）までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2006年（平成18年）以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集（2006年度版）」から推定

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

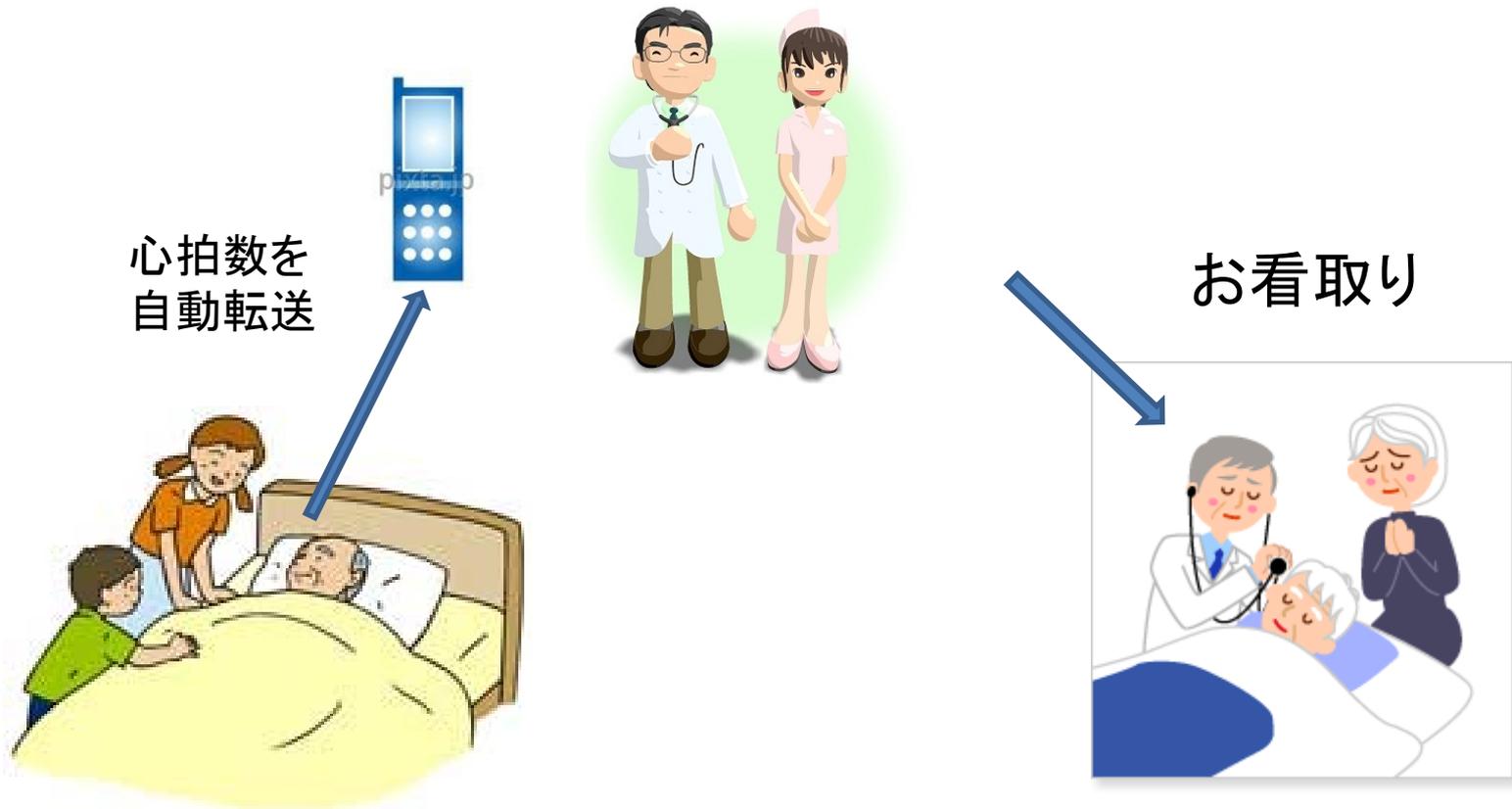


富士山の樹海林か？

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

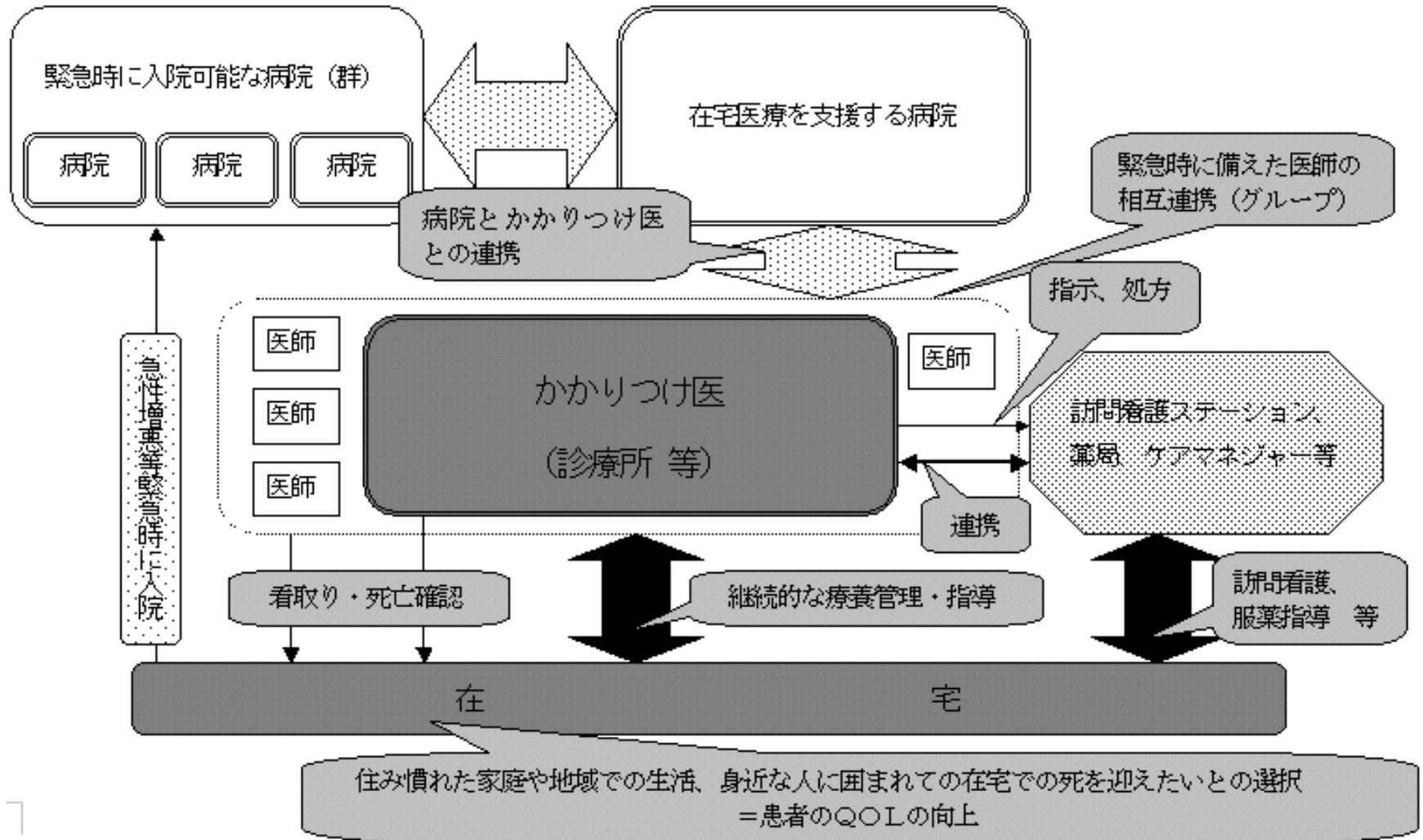
お看取りくん (遠隔バイタルサインモニター)



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



パート2

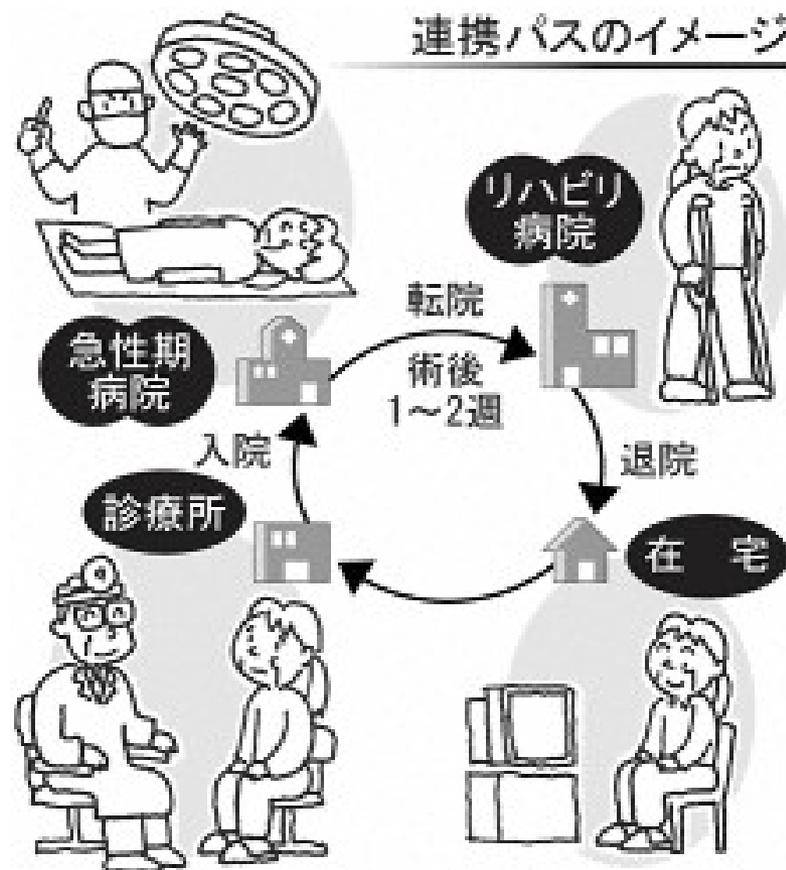
診療報酬改定と連携パス

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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

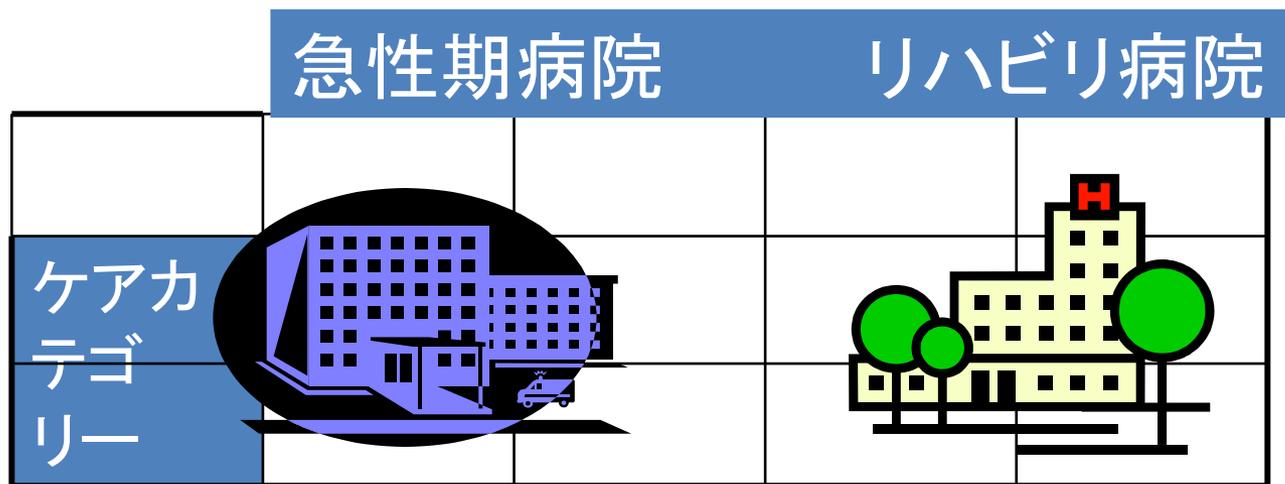
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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)								
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	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	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	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	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	
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 評価:(改善・不変・悪化)							
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	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	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	
		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

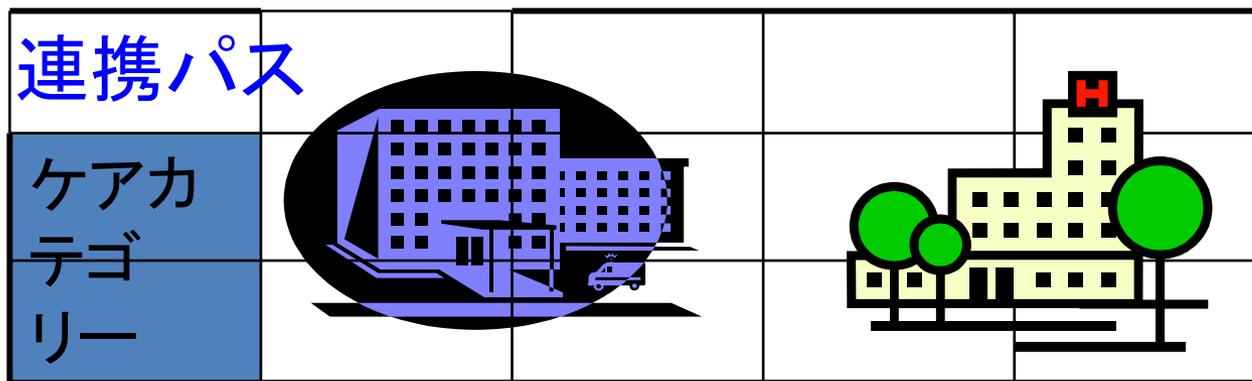
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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		入浴		退院〇/〇		自・監・介		
清潔	清拭		創子エッ		カワ-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 退院〇/〇		有・無	
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()								有・無

【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 → 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

平行棒内歩行 → 歩行器歩行 → 杖歩行 → 屋外歩行

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

平行棒内を杖だけで歩ける。階段昇降ができる。片手で平行棒内を歩ける。

『日常生活、生活の場』 目標:(自宅・施設)

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

1) 布団の上、畳の縁、廊下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】

横坐り 割り座

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

『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			
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

杖歩行 → 屋外歩行

杖だけで歩ける。階段昇降ができる。棒内を歩ける。

生活が目標の方
家屋改修指導 試験外泊

自宅・施設
生活の場を通して実践していきましょう。ずつ始めた方が楽です。

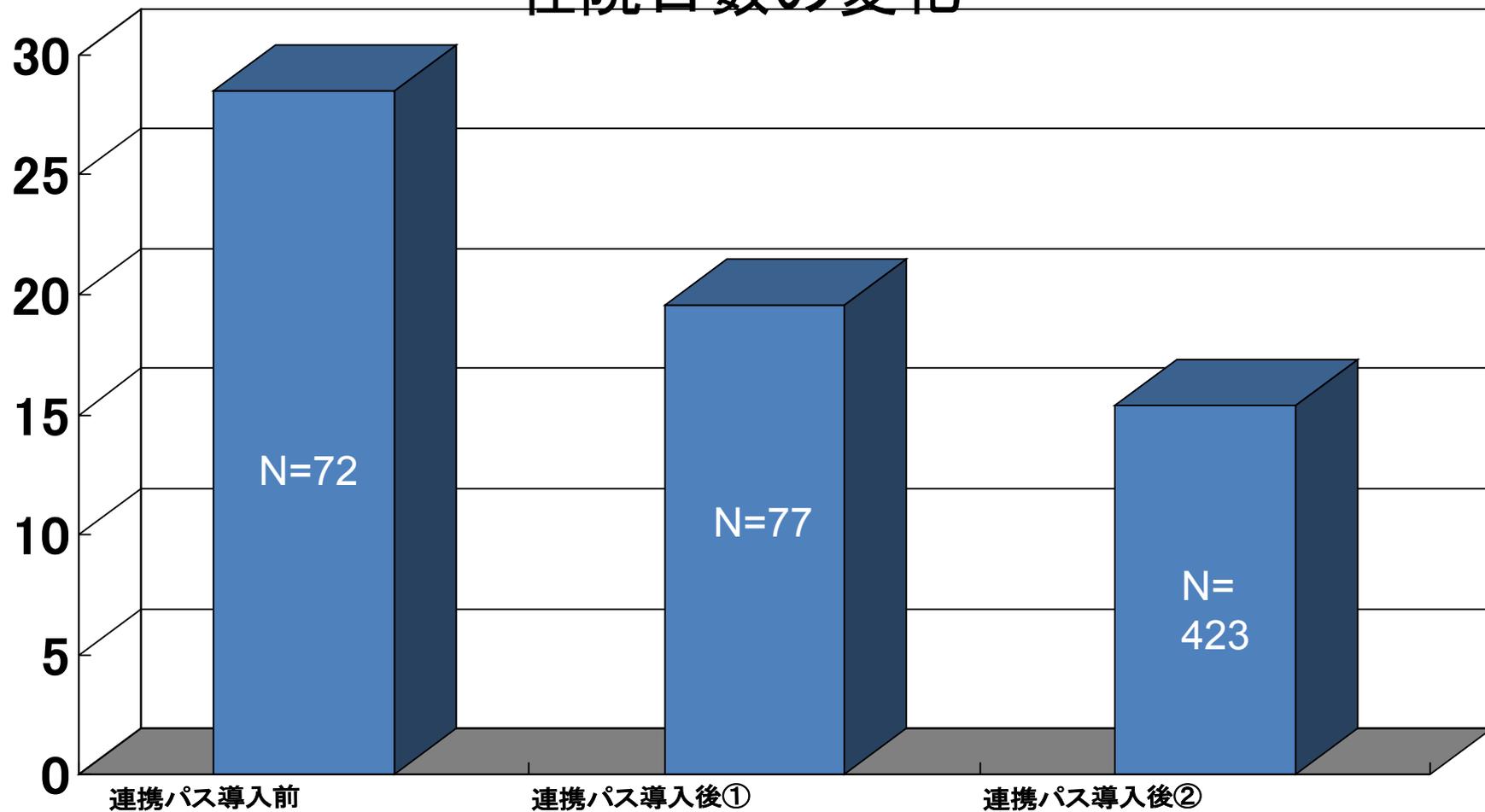
生活が目標の方
家屋改修指導 試験外泊

* 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。
* 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

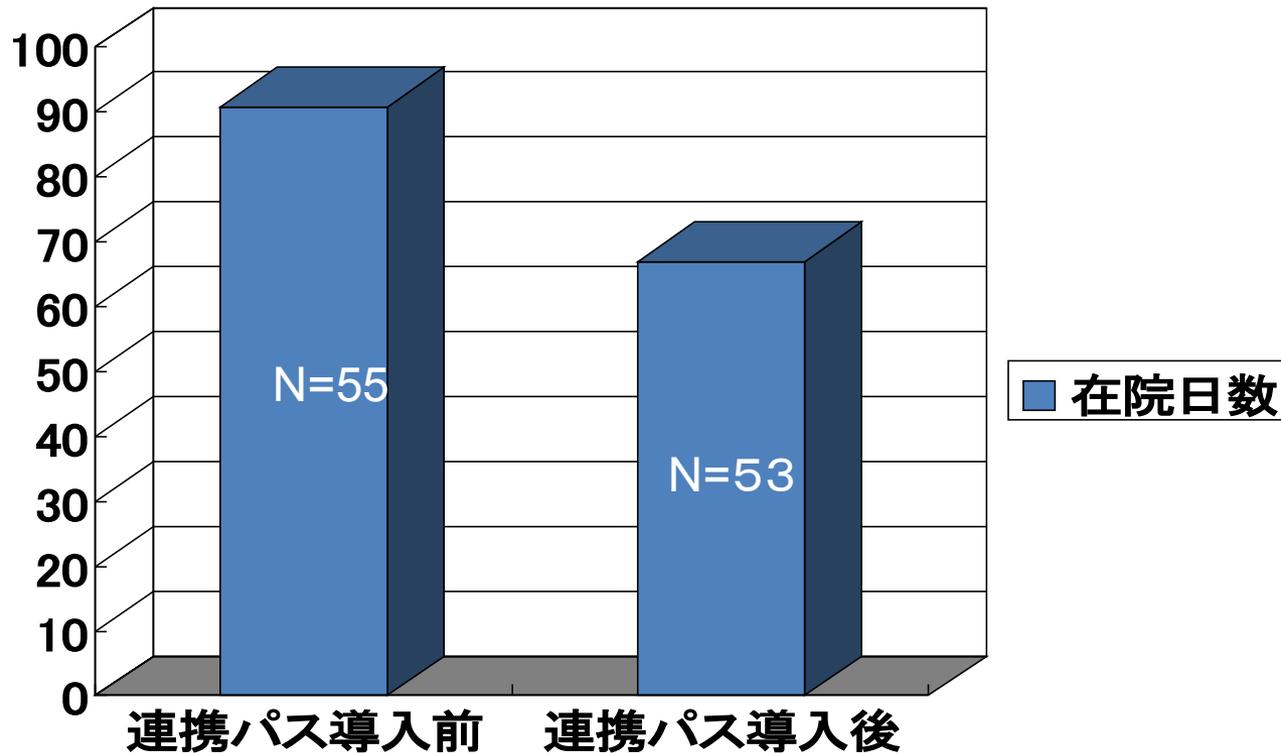
連携パスの効果

- 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

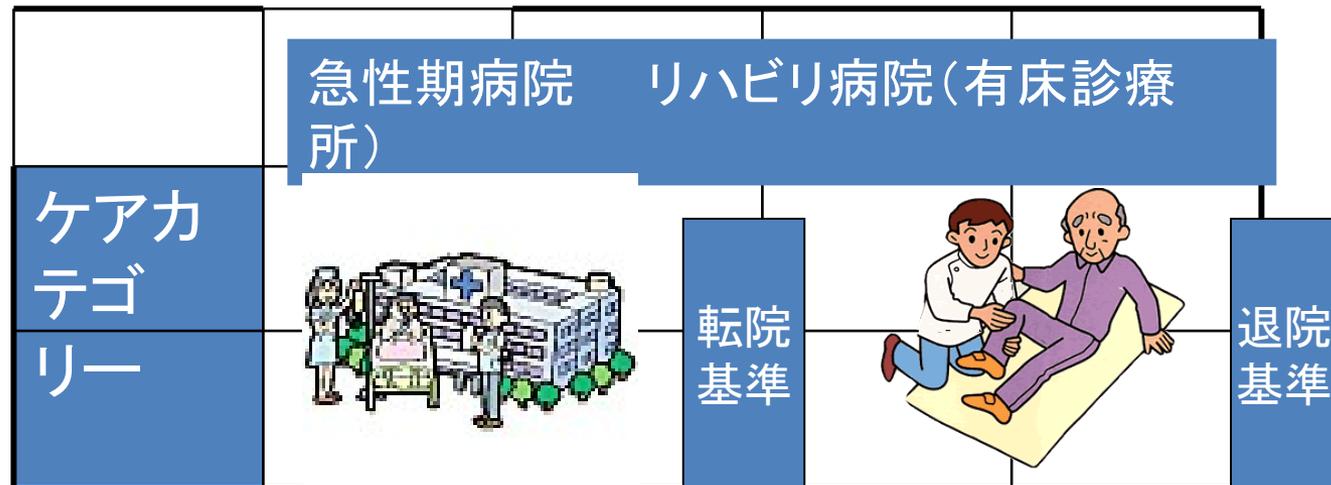


パート3

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		○日	1日目	2日目	○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○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

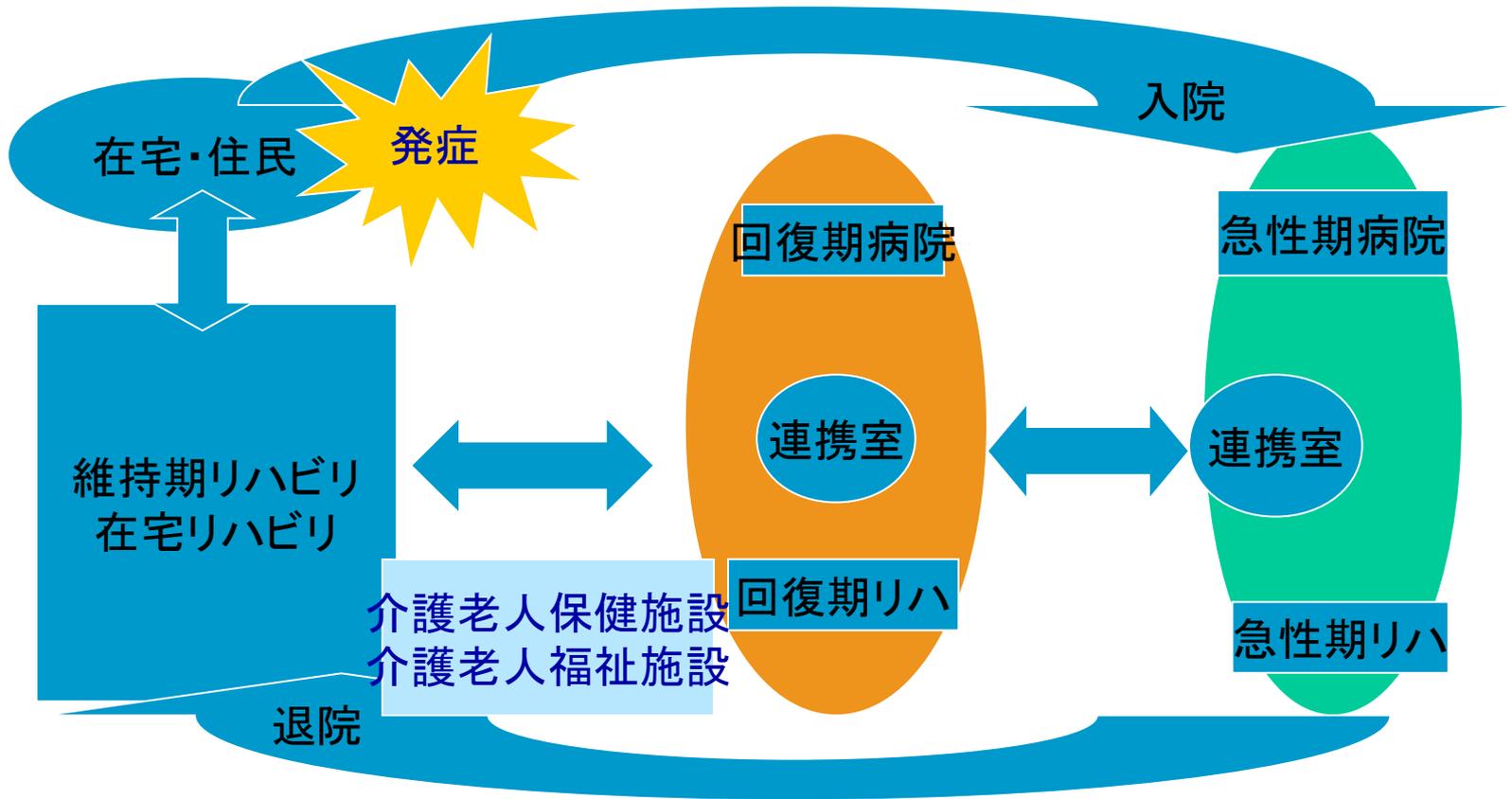
患者状態	0点	得点 1点	2点
床上安静の指示 どちらかの手を胸元まで持ち上げられる 寝返り 起き上がり 座位保持 移乗 移動方法 口腔清潔 食事摂取 衣服の着脱 他者への意思の伝達 診療・療養上の指示が通じる 危険行動	なし できる できる できる できる できる 介助を要しない で移動 できる 介助なし 介助なし できる はい ない	あり できない 何かにつかまればできる できない 支えがあればできる 見守り・一部介助が必要 介助を要する移動(搬送 を含む) できない 一部介助 一部介助 できる時とできない時がある いいえ ある	/ / できない / できない できない / / 全介助 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



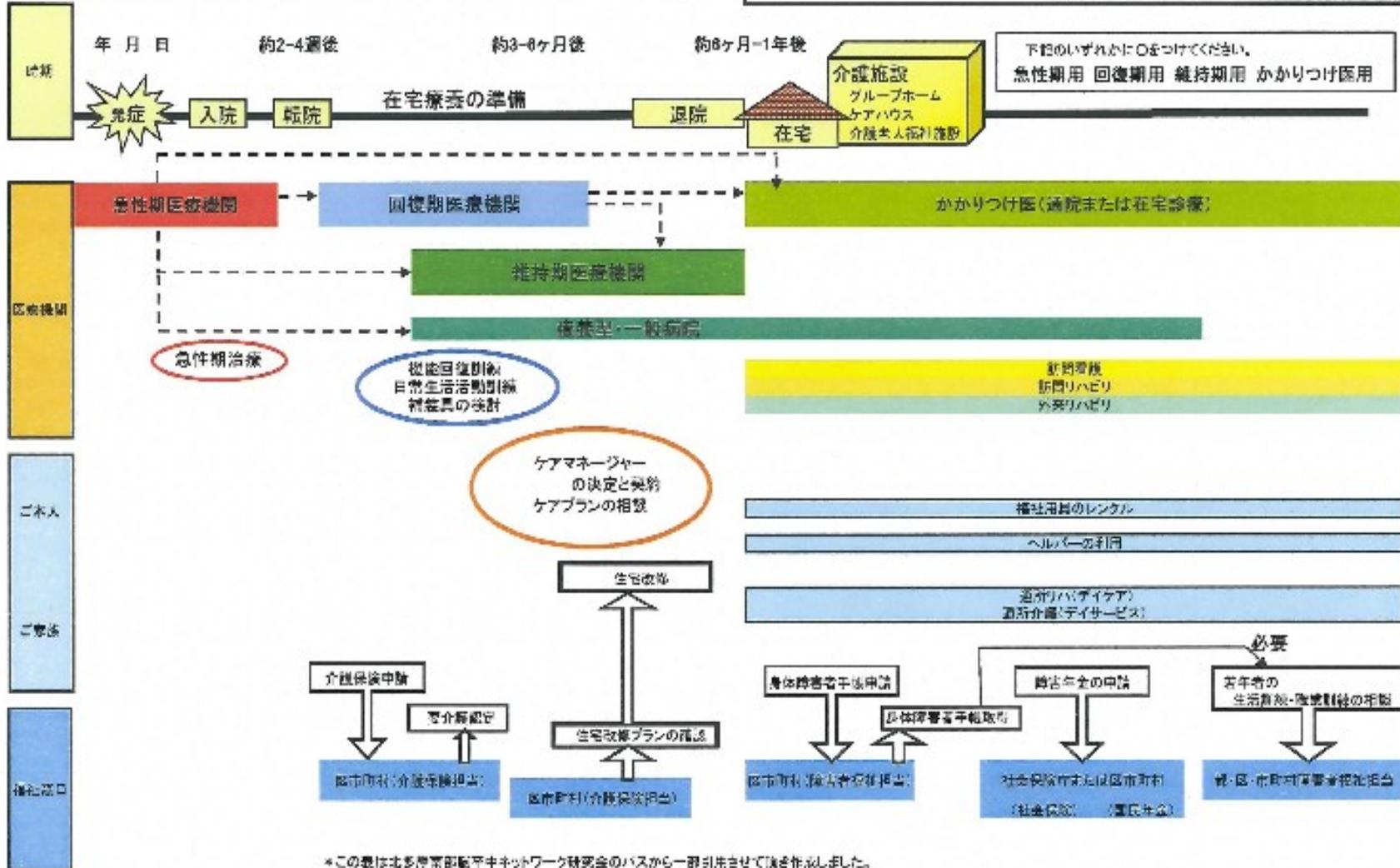
急性期(22施設)

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

介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含む
地域連携クリティ
カパスを、
「介護連携パス」
と呼んでは？



第2回介護連携パス研究会

- テーマ：医療と介護のシームレス連携を目指して
- 日時 2010年9月18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
 - 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー5階

第2回介護連携パス研究会

- 基調講演「香川シームレスケア研究会における脳卒中在宅地域連携パスの運用」
 - 香川労災病院 副院長・脳神経外科部長 藤本俊一郎
- 講演Ⅰ「介護の質検討プログラムの狙いと進捗報告」
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 講演Ⅱ「新宿区委託事業“退院調整モデル事業”の現状報告」
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子
- 講演Ⅲ「介護連携パス研究会の地方展開と茨城分科会の現状報告」
 - 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)
- パネルディスカッション
 - 司会:介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
 - 東京女子医科大学病院 地域連携室 下村裕見子
- 特別発言
 - 内閣官房IT担当室 野口聡参事官

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

港区連携PEGパス研究会は 港区内で拡大中

- 港区基幹6病院
 - 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
- 当初は三田病院と済生会中央病院(慶応大学系列)→港区全域に拡大
- PEGドクターネットワークの協力
- 訪問看護ステーション、保険薬局へ拡大
- 港区医師会、港区薬剤師会、港区歯科医師会へ拡大

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に関する問題の抽出、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

2009年9月5日 第3回連携PEGパス研究会

- ・伊東先生(南薩ケアほすぴたる)「鹿児島県の連携PEGパス事情」
- ・清水薬局、清水晴子「港区の在宅経管栄養患者の実態」

清水薬局

保険薬局
東京都薬剤師会



基準薬局

使用済み注射針
回収薬局
港区薬剤師会



子ども110番

スマイル商品券



東京都薬剤師会認定

エシエンター

清水薬局
〒100-0001
東京都千代田区千代田
1-1-1

3-15



子ども110番

患者氏名	病棟主治医	PEG施設医
------	-------	--------

造設年月日: 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): 6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。 #合併症の早期発見・対処ができる			
栄養	<input type="checkbox"/> 摂食状況(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"/> 摂食状況(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"/> 摂食状況(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"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼:) <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"/> 胃腹部の清潔の状態 [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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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. 皮膚障害と濡れ(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時まで終了 <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

連携PEGパス

港区医師会
「みなとe連携パス」に掲載

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

第4回連携PEGパス研究会

- 日時:9月11日(土) 14:00~17:00
- 場所:ホテルはあといん乃木坂
 - 14:00 開会の挨拶 港区医師会 会長 赤枝恒雄先生、港区みなと保健所長 大久保さつき 先生
 - 14:10 情報提供 「最近の経腸栄養の話題」
 - 14:25 港区地域連携PEGパス港区医師会HPへのリンクについて
 - ウスイ内科クリニック 白井一郎 先生
 - 15:00 港区PEGの現状報告(各15分)
 - 座長: せんぼ東京高輪病院 小山広人 先生
 - 1.病院からの現状報告: 国際医療福祉大学三田病院 小山秀彦 先生
 - 2.港区特養で療養している患者の実態 サンサン赤坂 小久保了太 先生
 - 16:00 特別講演 座長:国際医療福祉大学 武藤正樹 先生
『PEGの現状と課題～PEGの適応～(仮題)』
 - 国際医療福祉大学病院 外科 教授・上席部長 鈴木裕 先生
 - 17:00 閉会の挨拶 国際医療福祉大学 武藤正樹 先生

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)

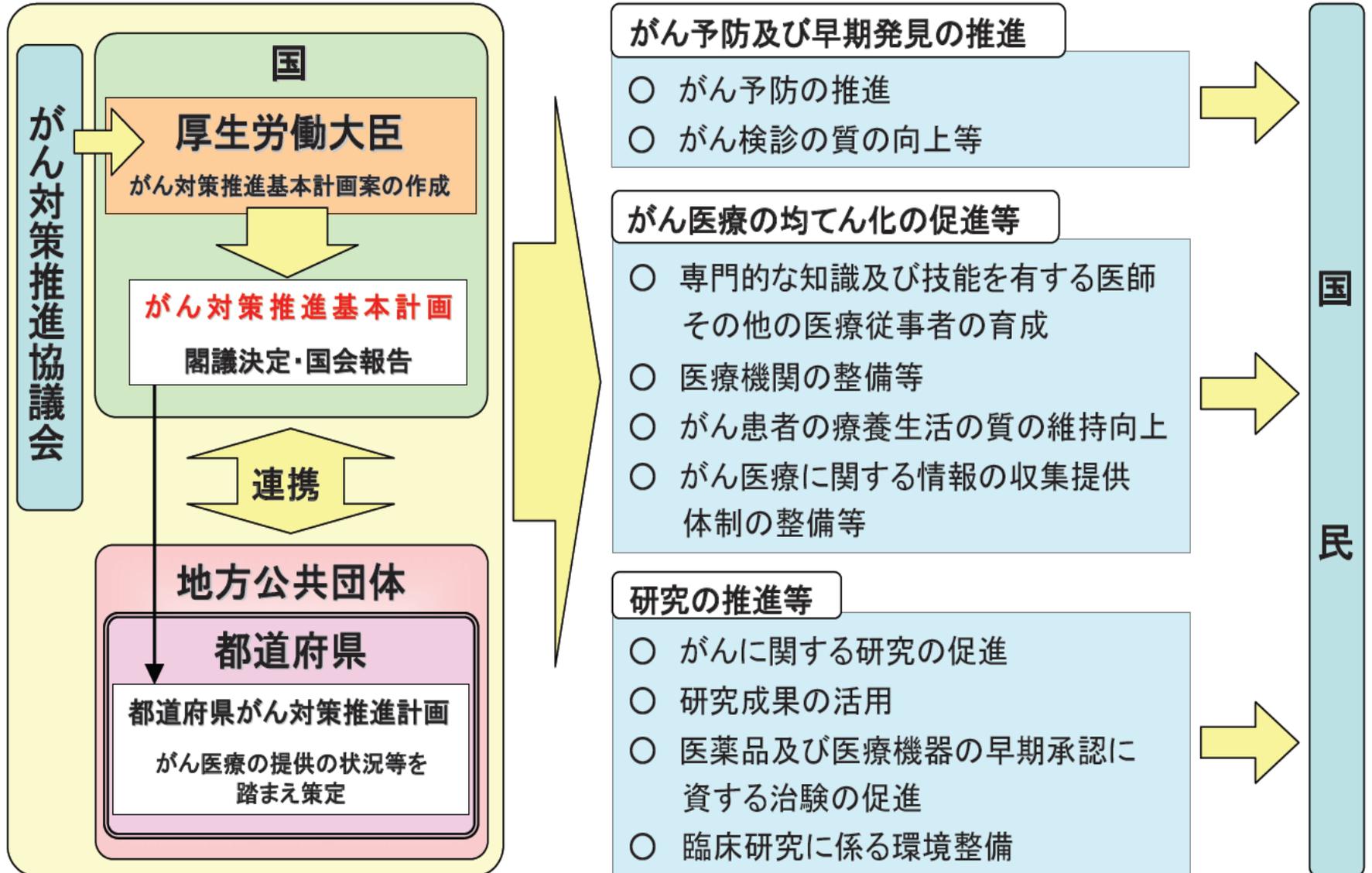
- がん対策基本法
 - がん対策のため、国、自治体の責務を明確にして、厚労省にがん対策推進協議会を設置することを定めた法律
 - 当初、与党自民党と野党民主党の間で調整が手間取り成立が危ぶまれていた
 - 山本孝史議員の自らのがんを告白して行った質問により与野党一致して法案が成立した
 - 米国では1971年ニクソン政権時にナショナルキanserアクトが制定



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



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

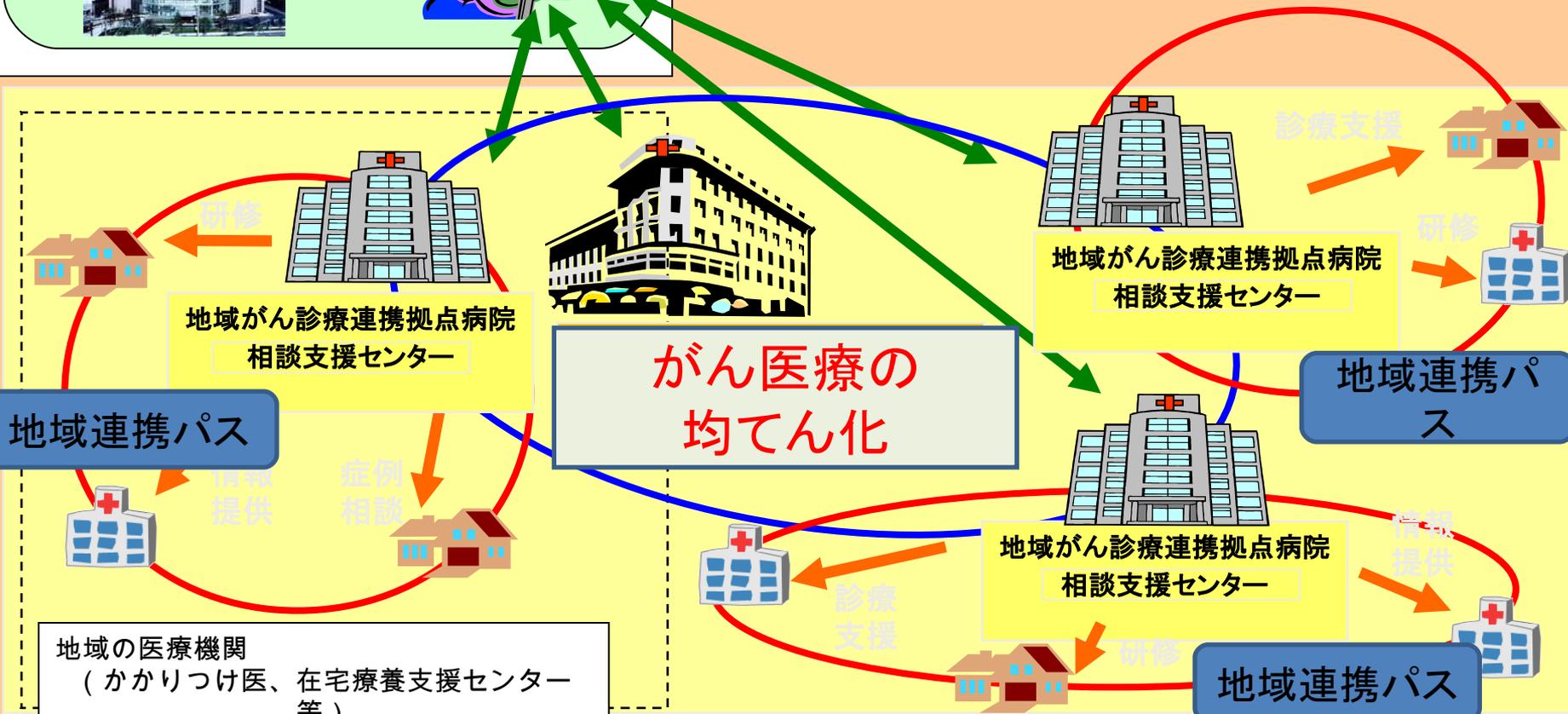
がん医療の
均てん化

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)



がん医療の均てん化

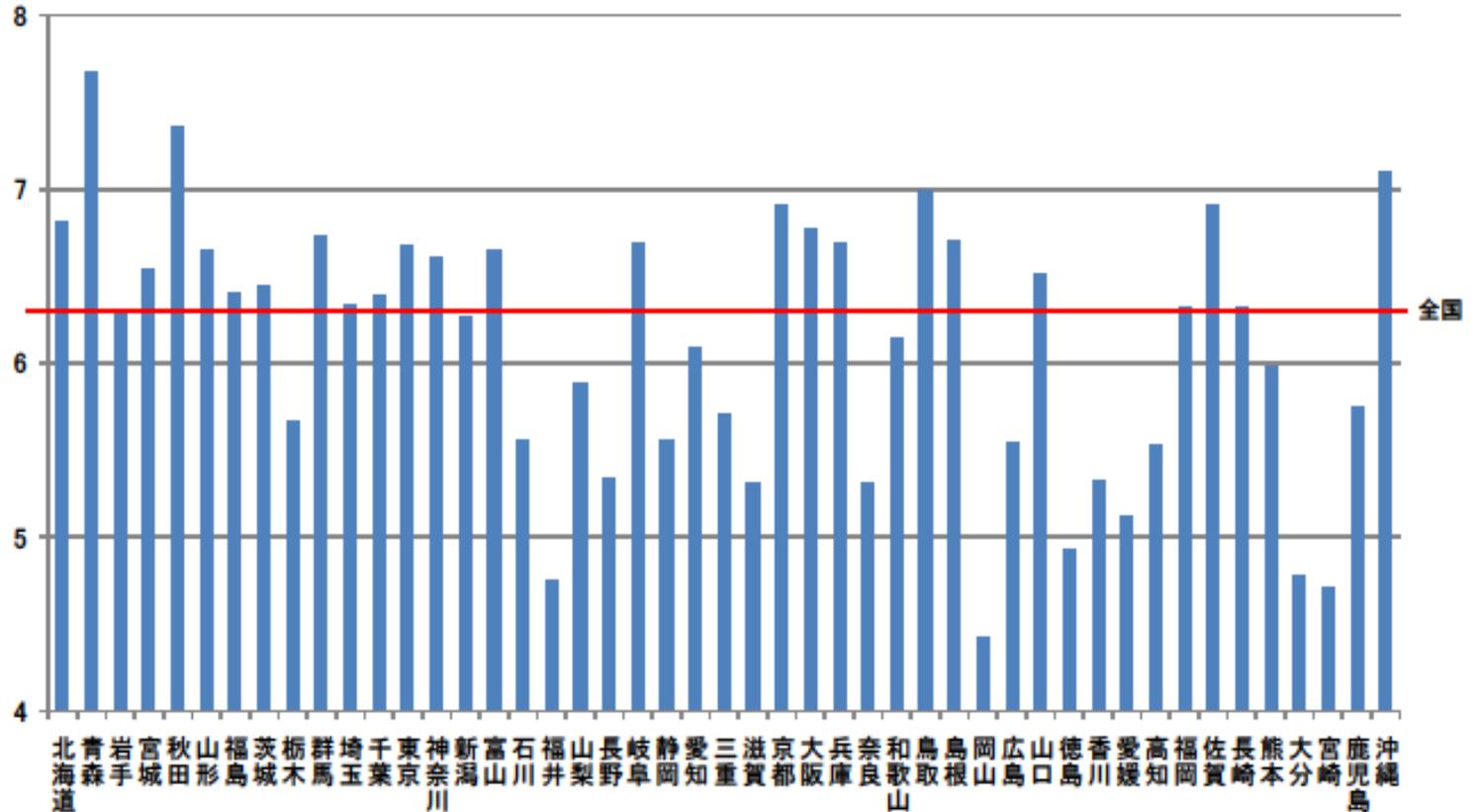
大腸がん・直腸がんの化学療法

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



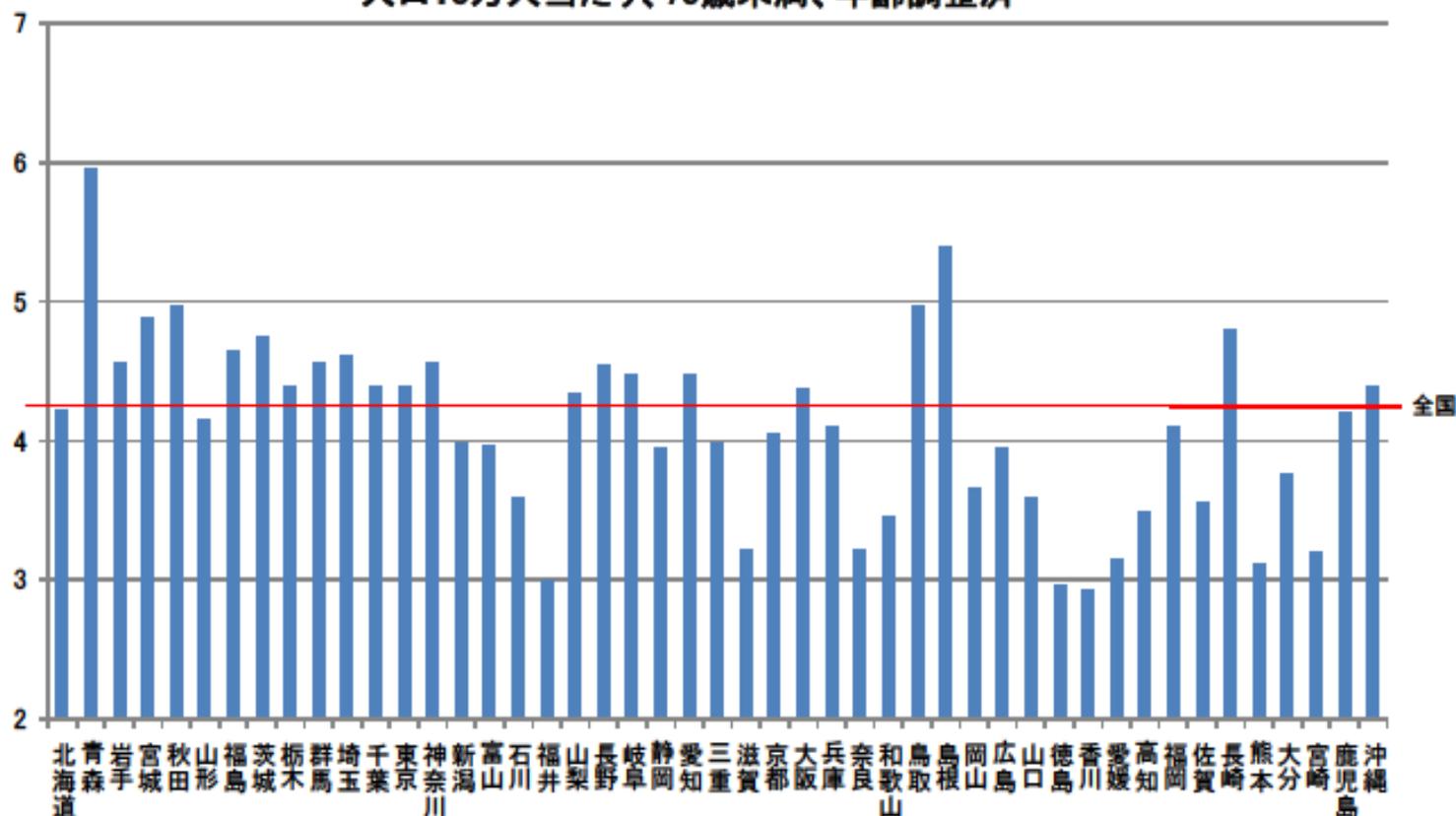
データソース：人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

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

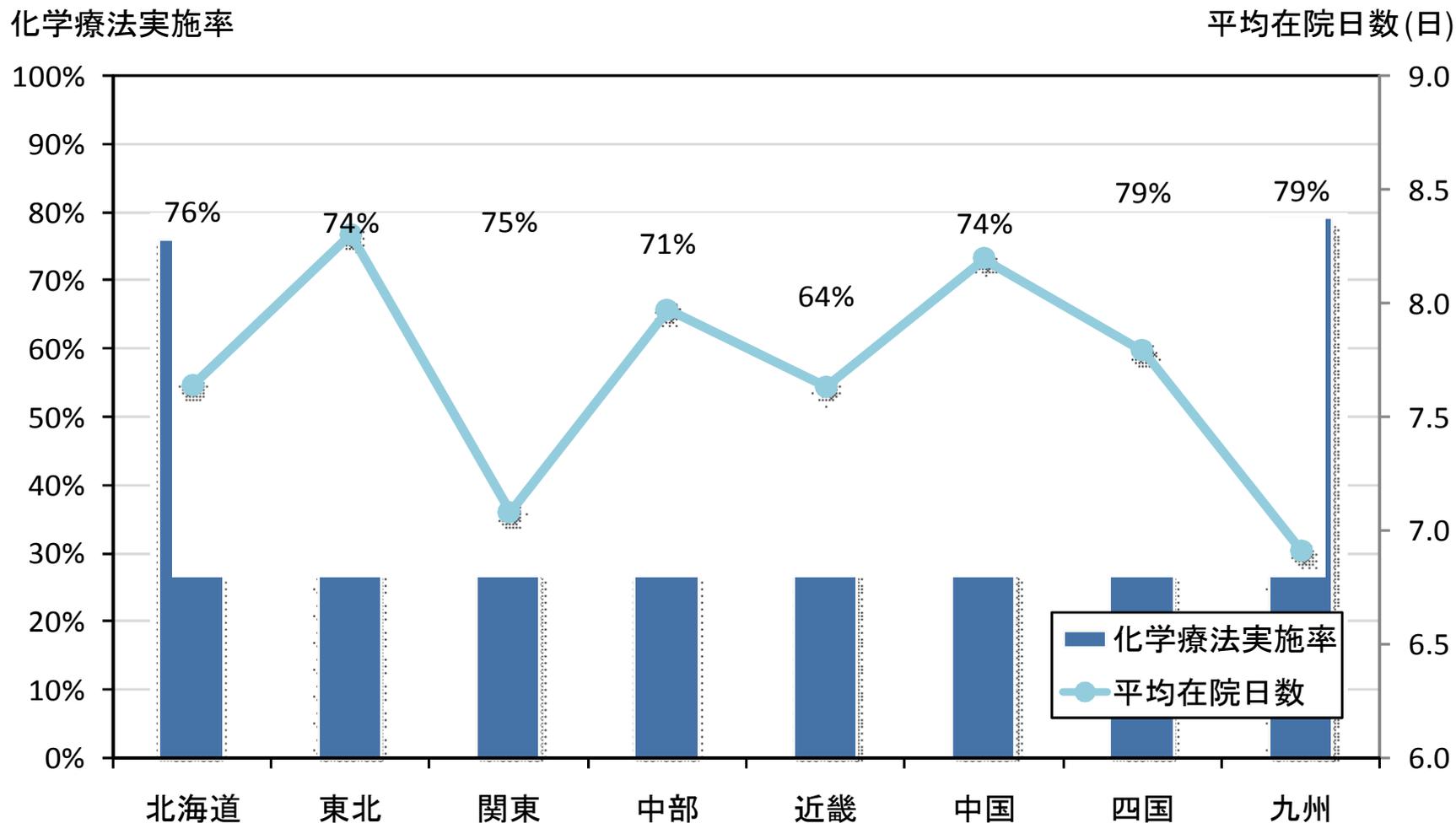
対象症例: 大腸の悪性腫瘍 (MDC6: 060035) の手術なし症例

直腸肛門の悪性腫瘍 (MDC6: 060040) の手術なし症例

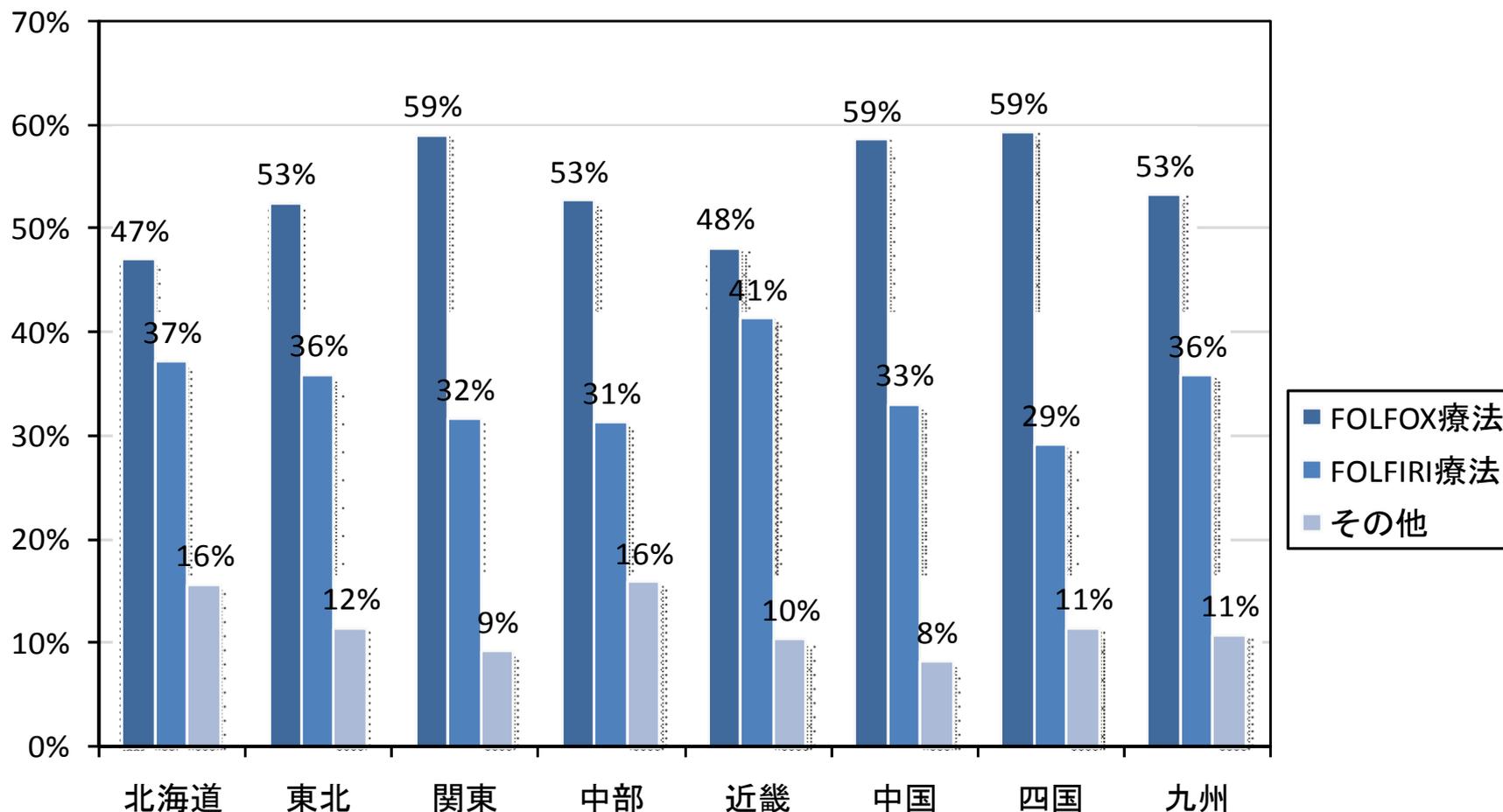
girasol 参加病院数

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）

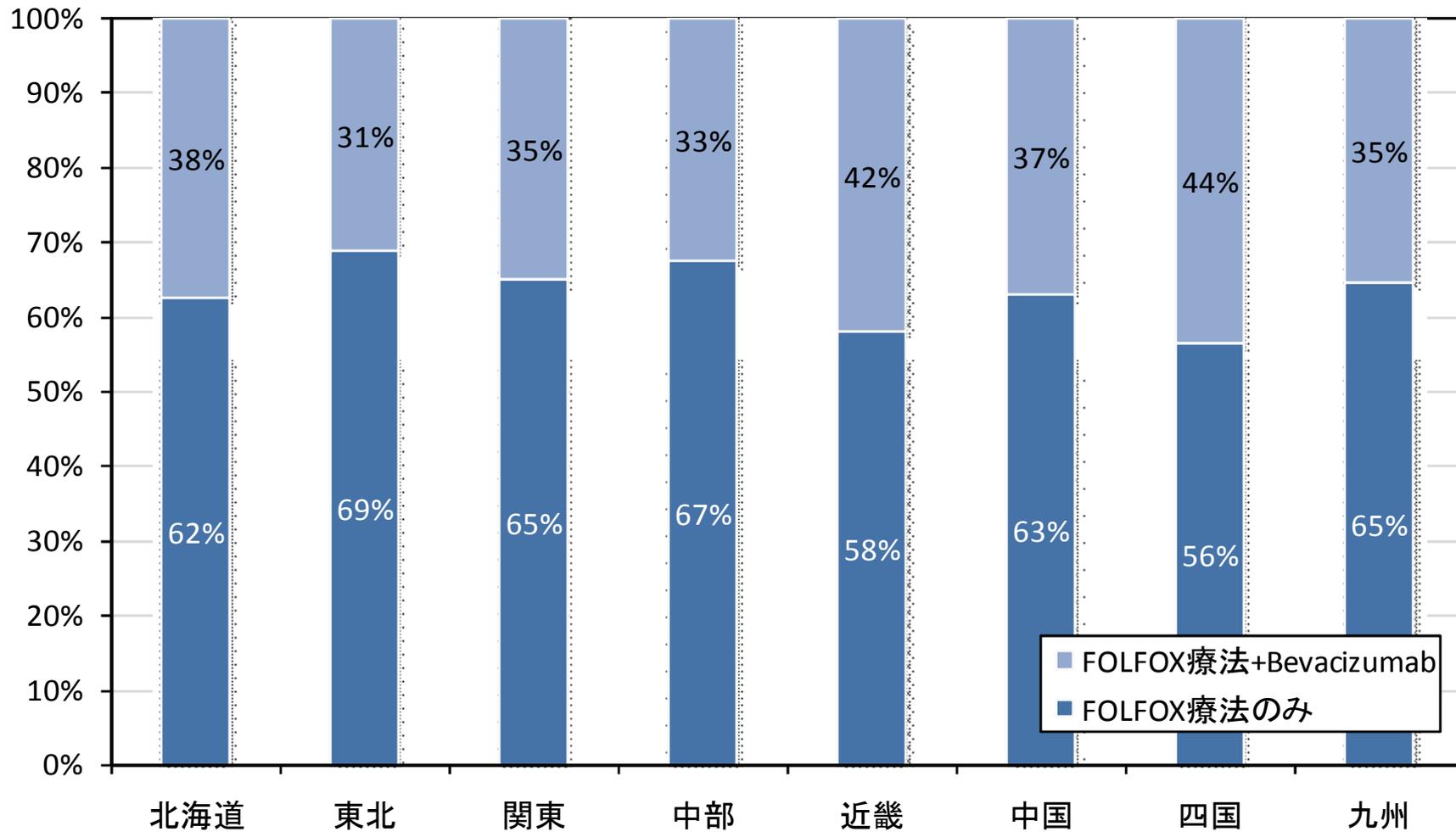


化学療法レジメン実施状況 / DPC 関連病院

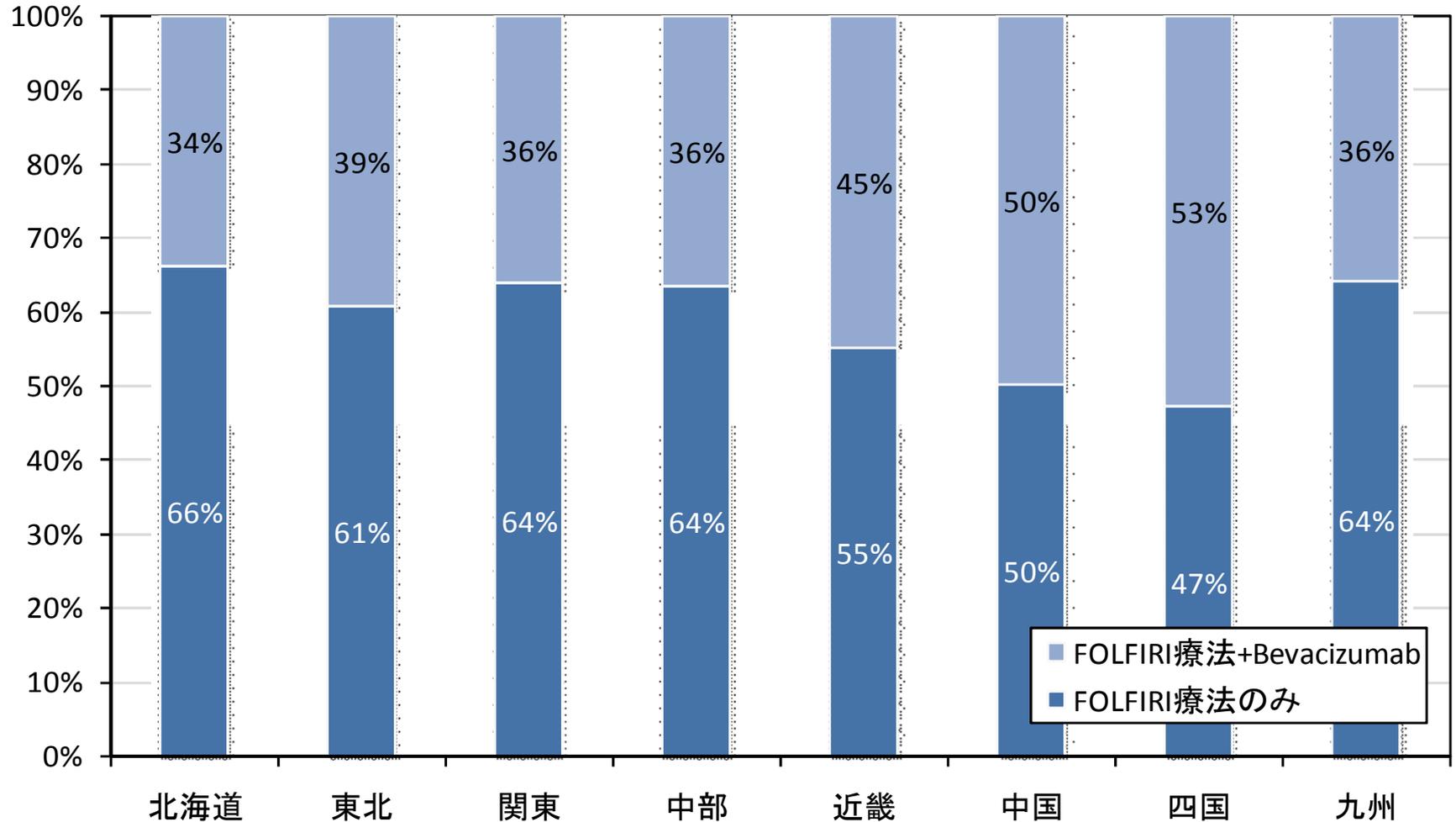


注: FOLFOX療法、FOLFIRI療法共に Bevacizumab 投与症例を含む

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



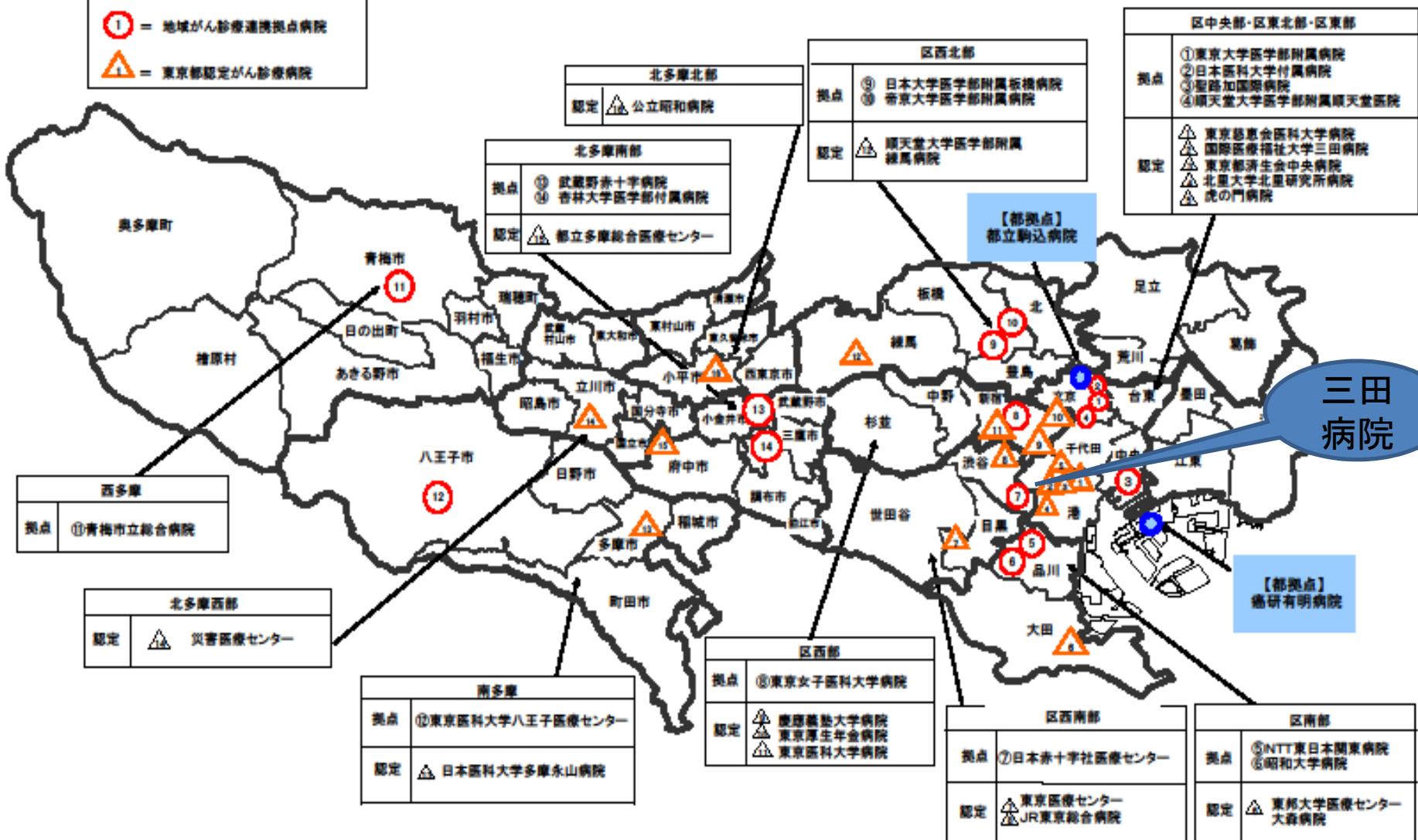
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法の連携パス

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（

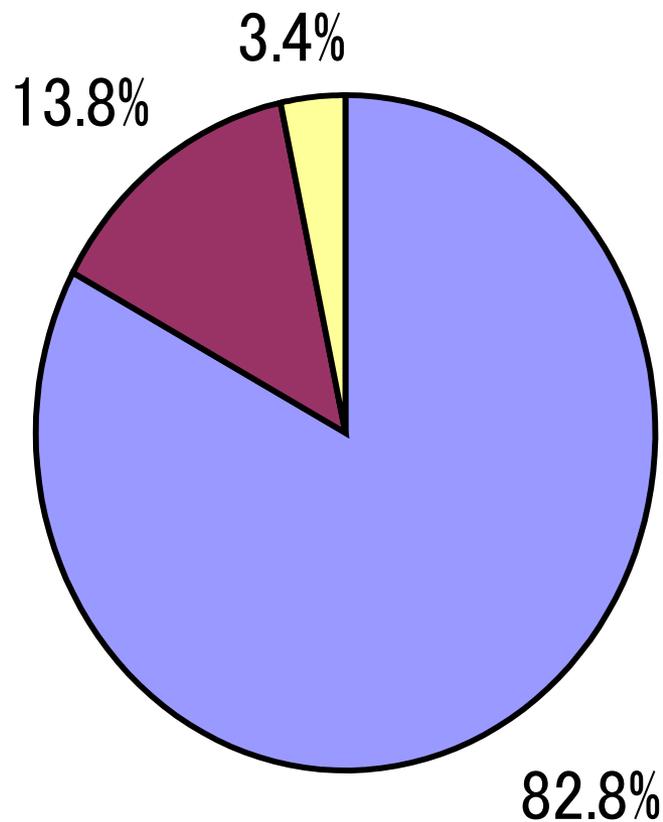
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

- 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

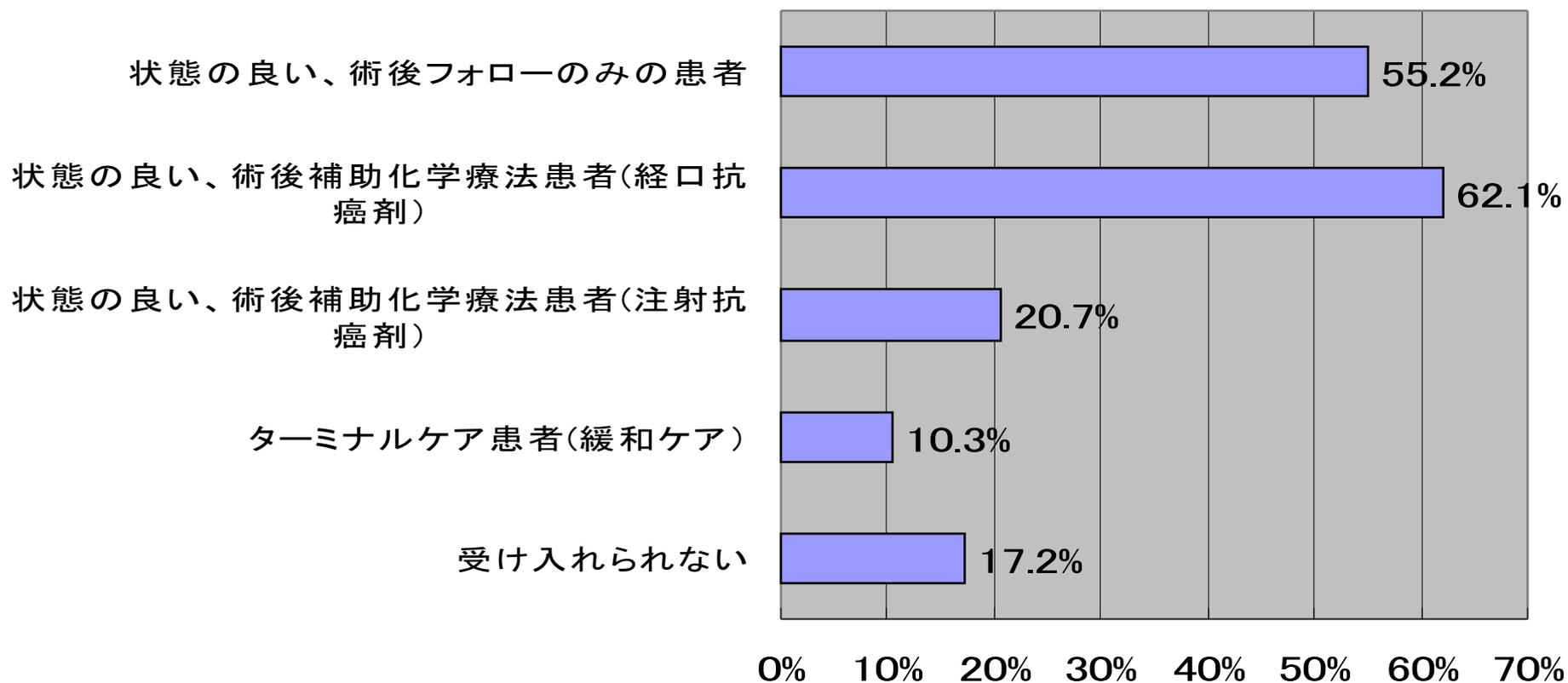


- はい
- いいえ
- 無回答

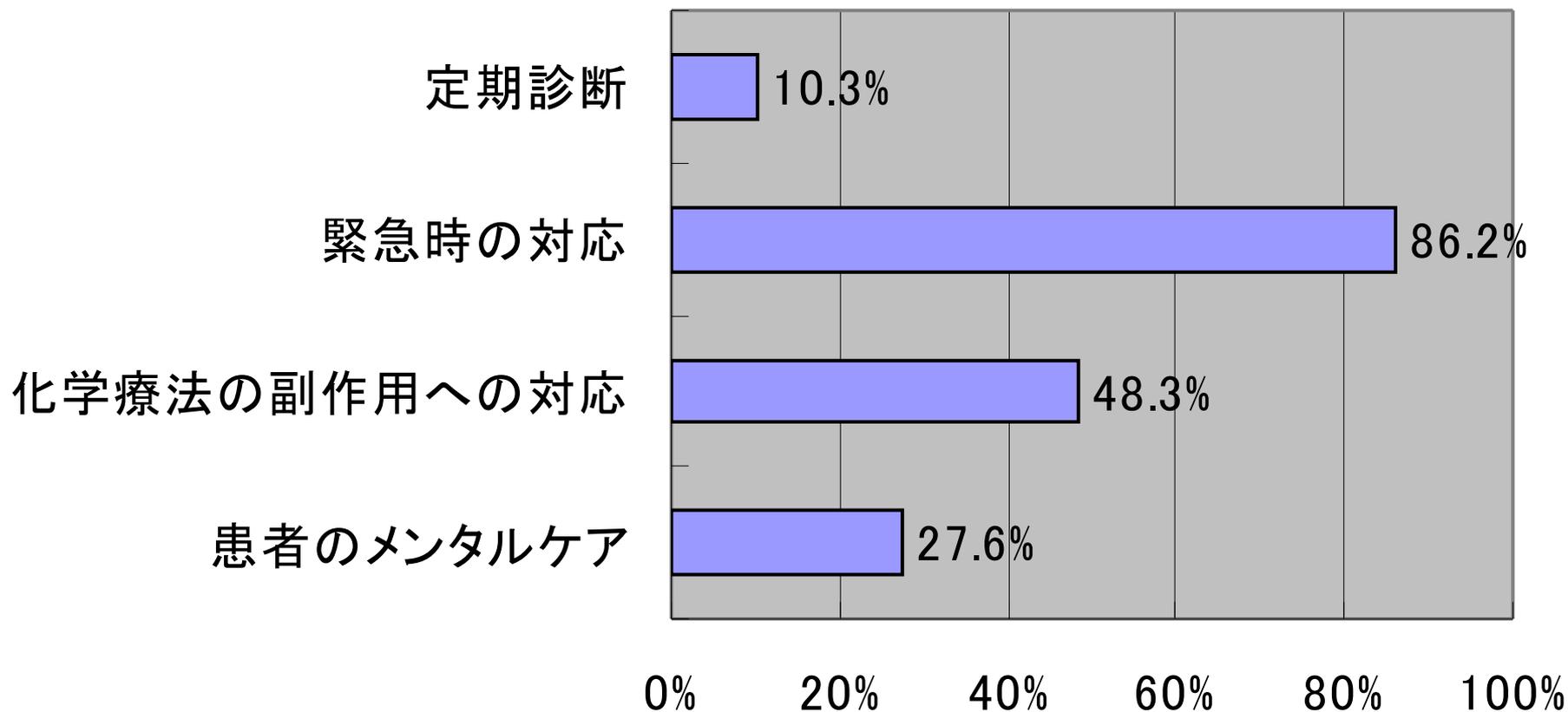
がん術後のフォローに興味を持つ理由

- 「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」

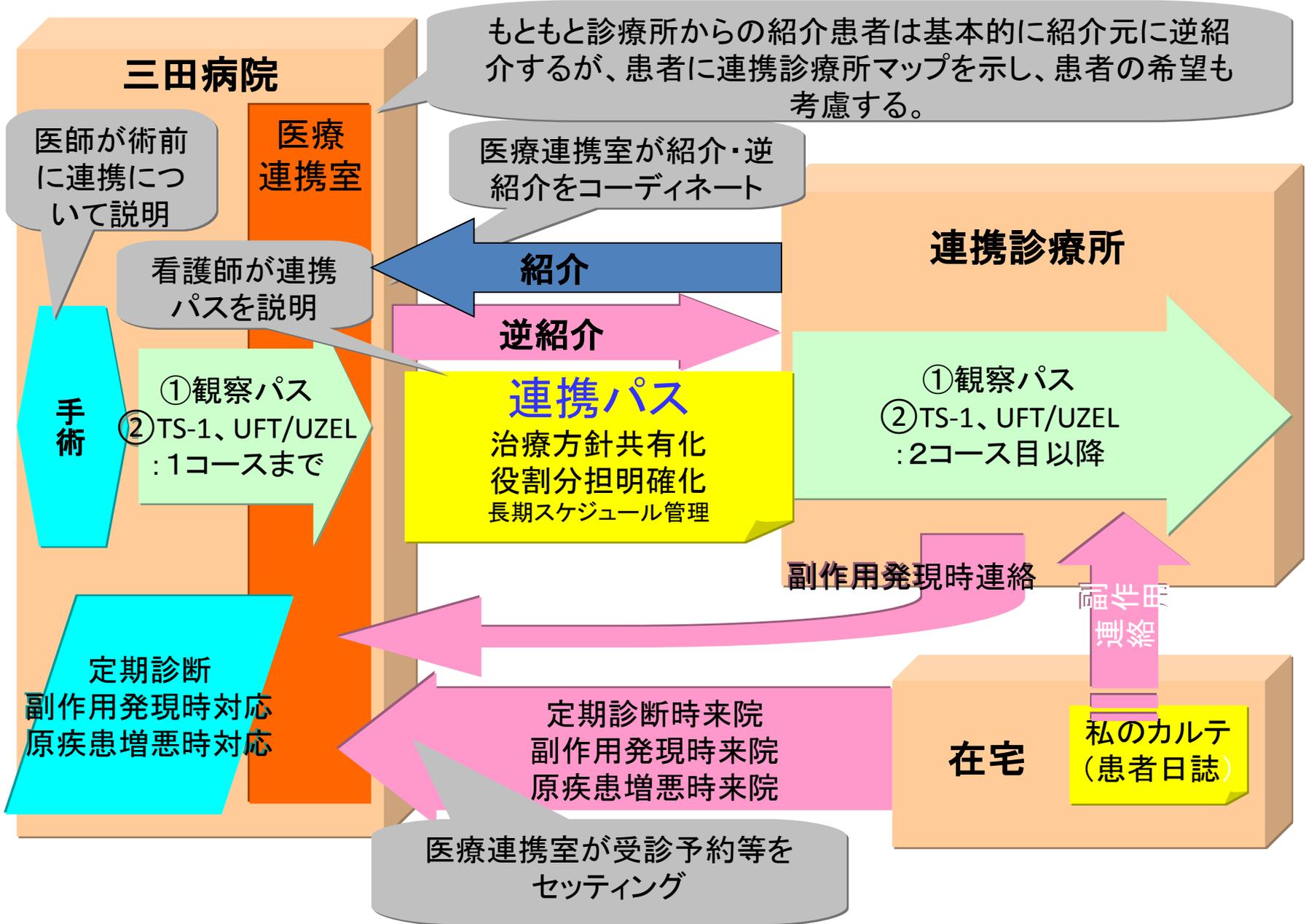
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



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）



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"/>							
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 CTS-1	<input type="checkbox"/> ステージ確定 <input type="checkbox"/> 服薬指導									
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)	<input type="checkbox"/>										

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。

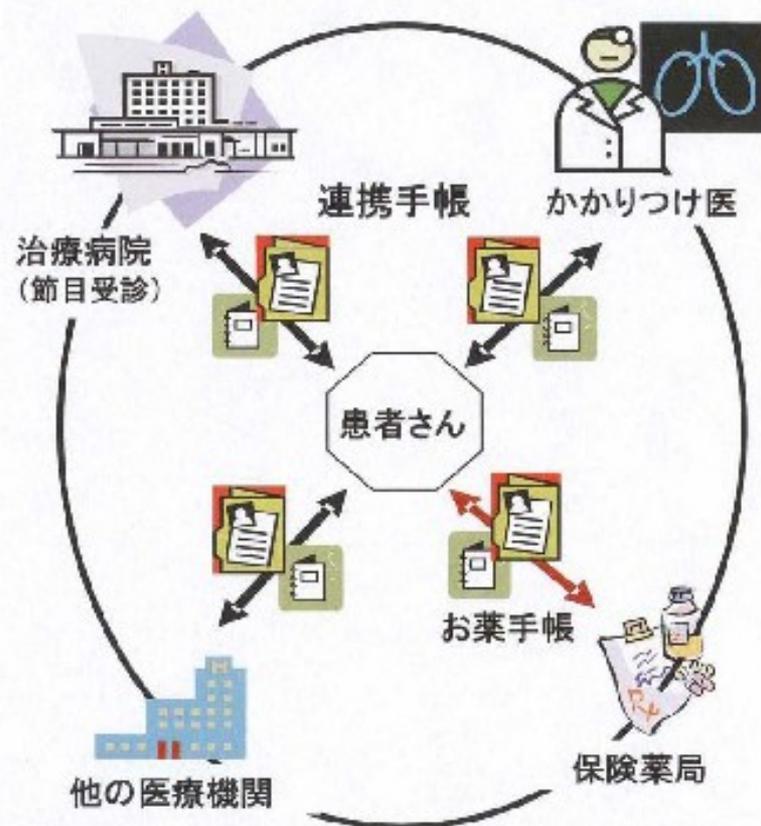
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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					◎			◎			◎		◎

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

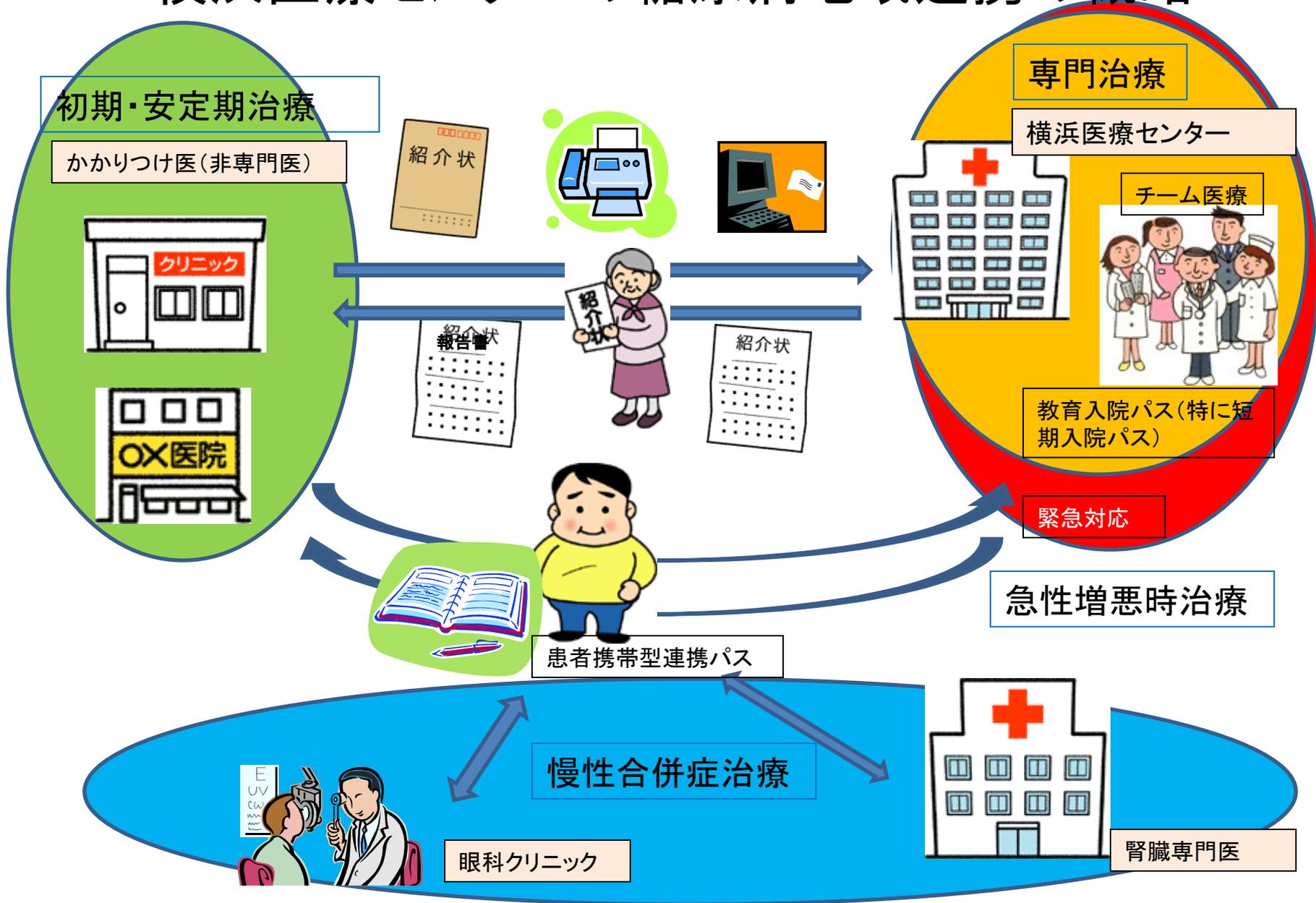
糖尿病の連携パス

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



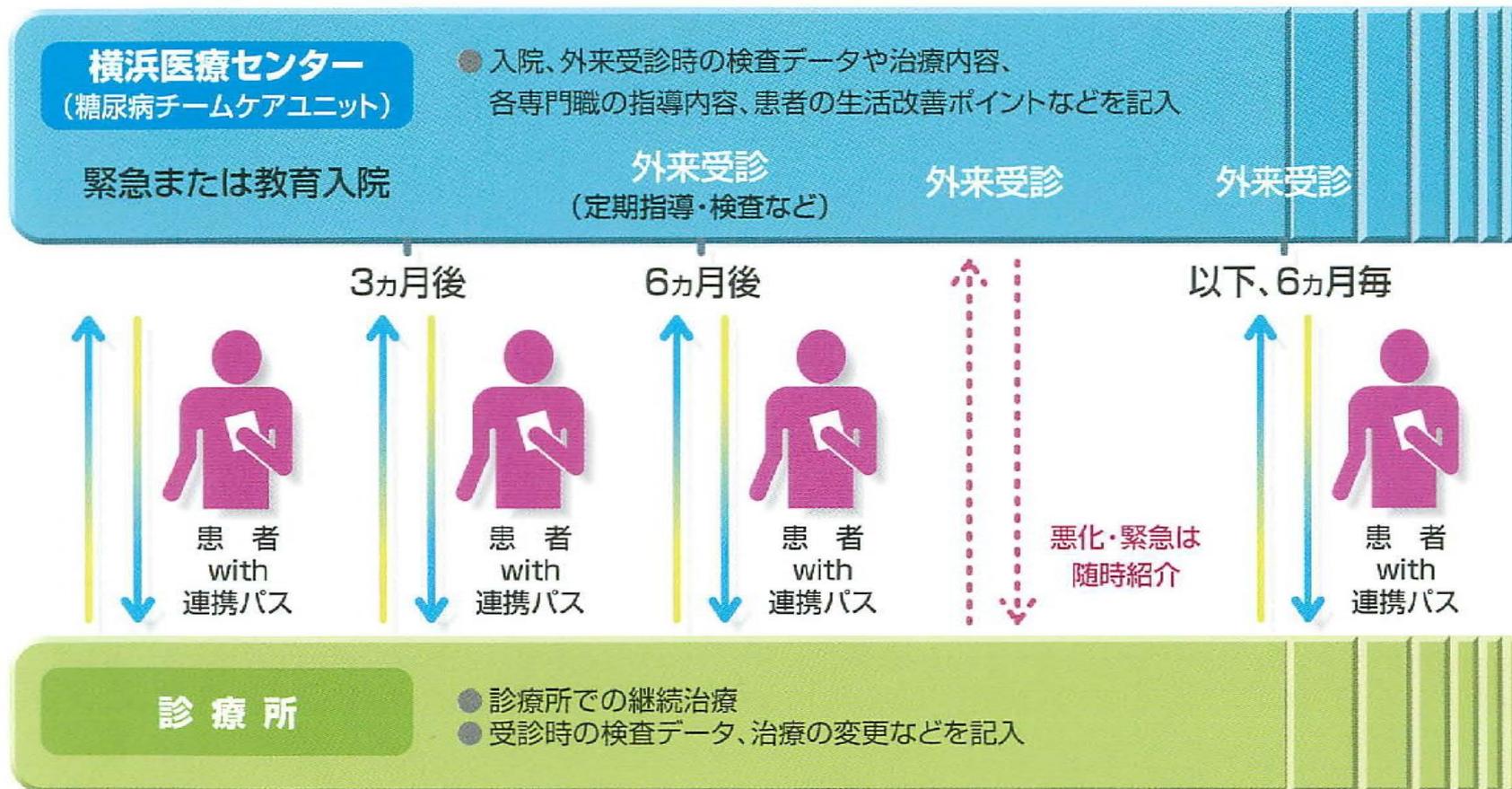
横浜医療センターでは・・・

- 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	看護師
	ヵ月後	
達成目標	HbA1c 6.5%以下	
◆検査結果(採血)		
血糖値 空腹時 随時		
HbA1c(又はGA)	%	
T-CHO		
TG		
HDL-CHO		
LDL-CHO		
Cre		
◆検査結果(尿)		
尿糖		
尿蛋白(ACR)		
◆体 重	kg	
体脂肪率	%	
ウエスト周囲径	cm	
血 圧	/	
◆眼所見		
糖尿病網膜症 右	(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。)		

担当:

栄養士

担当:

薬剤師

担当:

検査技師

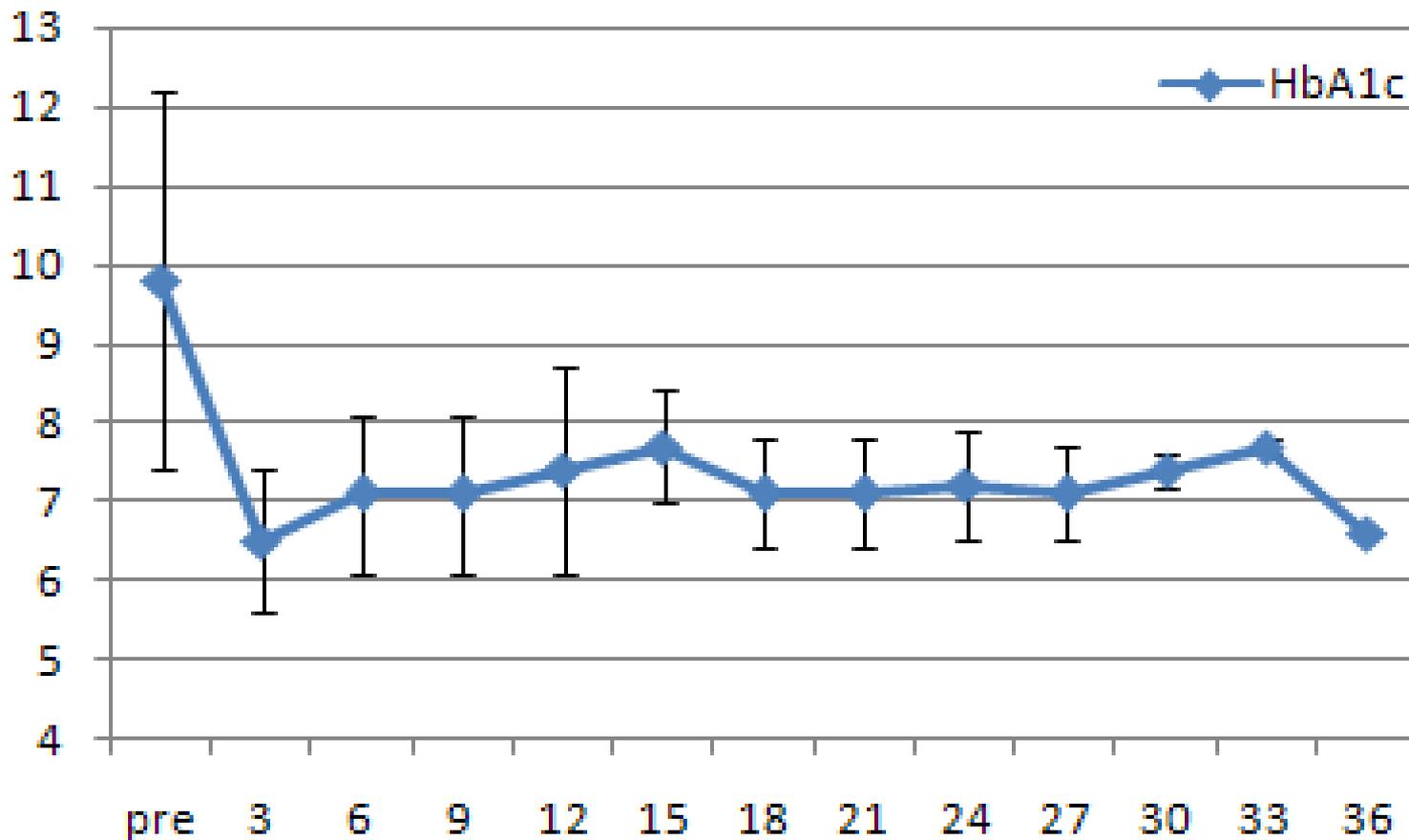
担当:

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	定期診察検査 FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	心電図、レントゲン写真 血液検査、CT検査() トレッドミル、心エコー、 ホルター心電図、 心筋シンチ(運動、薬物)	外来で検査結果を 説明します。
治療内容		内服薬が変更になる場合 があります		内服薬が変更になる 場合があります。入院 治療が必要になる場 合もあります。
患者さんへの 説明	病状と今後の通院加 療、日程の説明	この後は、6ヵ月後まで かかりつけ医での診察に なります。	竹田総合病院循環器科に事前 に電話で予約をとってください。 その時に連携パスの使用を伝え てください。	病状と今後の通院加 療、日程の説明

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

竹田総合病院の 循環器連携パス

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

地域連携パスの作り方

地域連携パスの作り方

- 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、連携情報を共有し、疾
病登録を行いデータベース化する

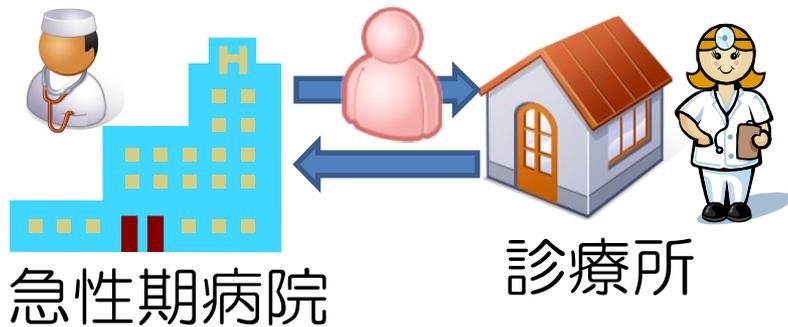
パート5

地域IT医療連携

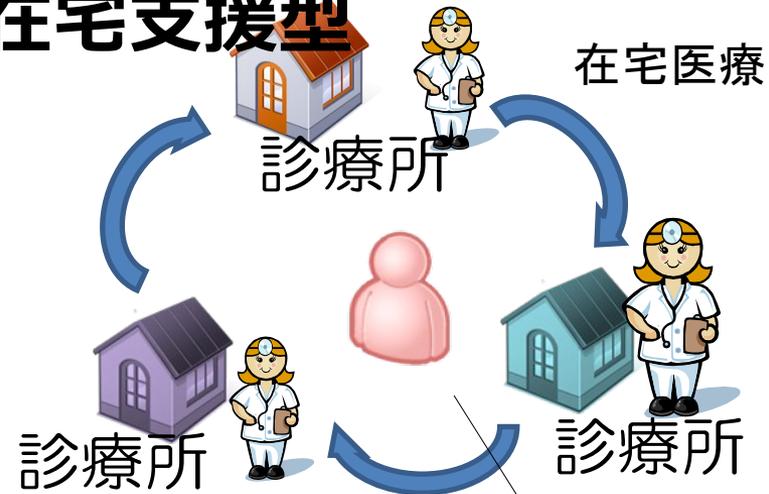
A. 一方向型 (双六上がり型) 大腿骨頸部骨折、脳卒中



B. 双方向型 糖尿病、がん



C. 在宅支援型

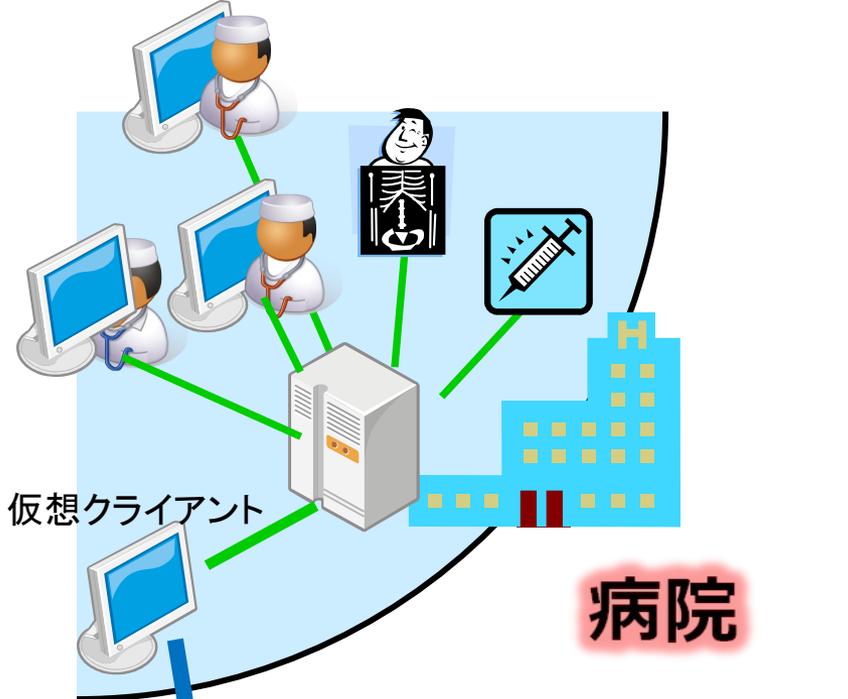


地域連携の3類型

(黒部市民病院今田先生)

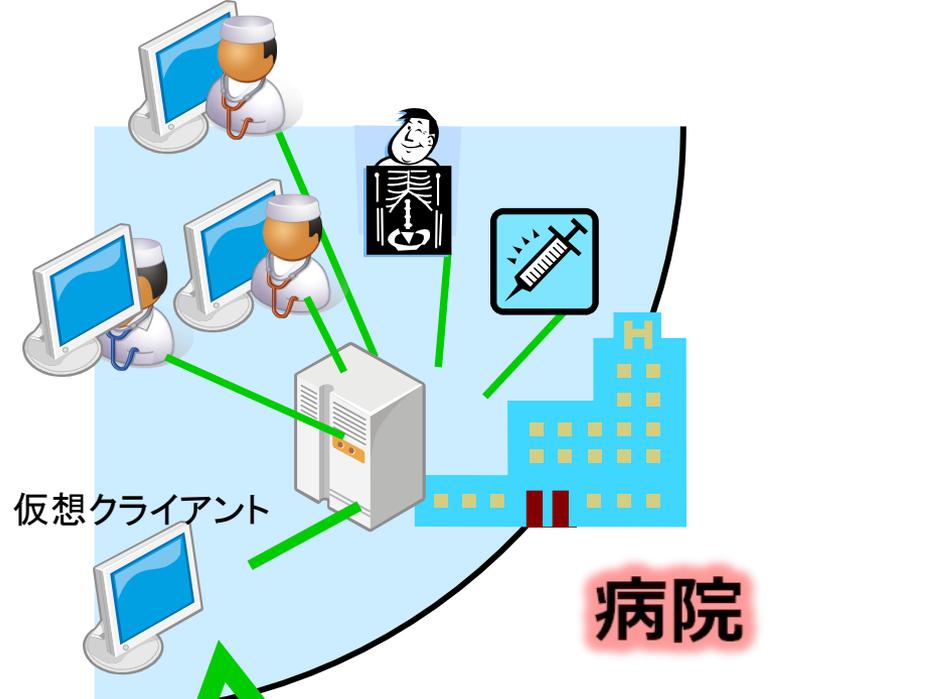
急性期病院





A

一方向型



B

双方向型

在宅での共同診療・看護・介護

訪問看護ステーション

診療所

看護師

医師

患者

医師

C在宅支援型①

クライアント
サーバーモデル

鶴岡市医師会
NET4U

医師・看護師

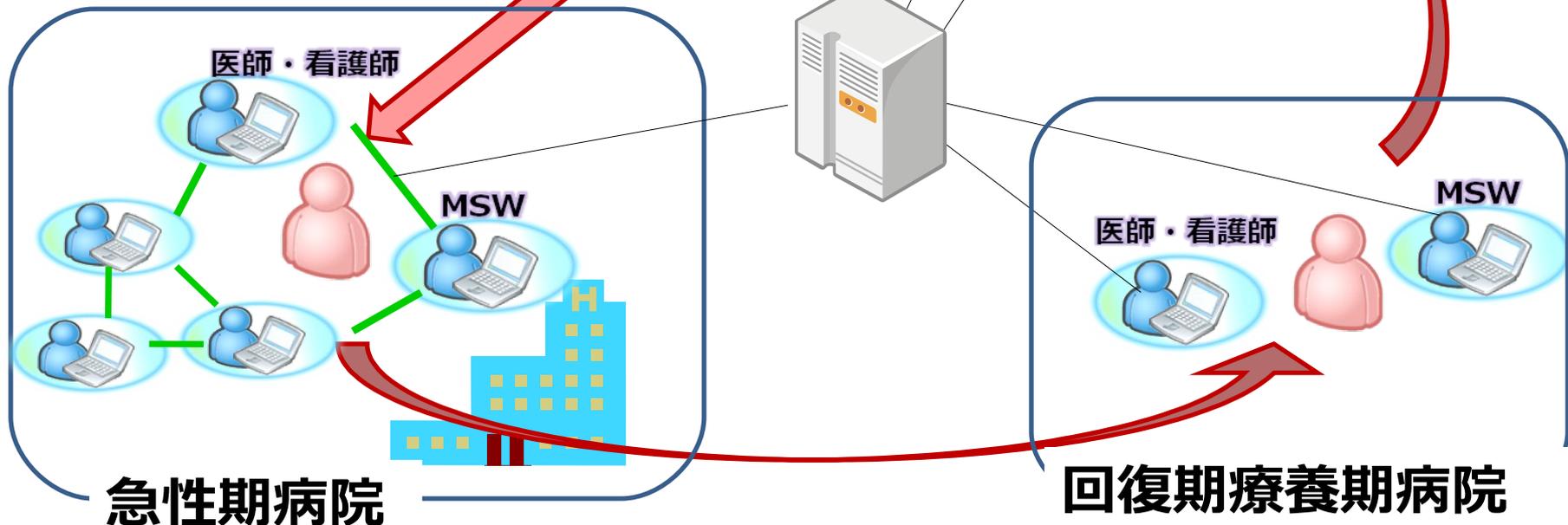
MSW

医師・看護師

MSW

急性期病院

回復期療養期病院



在宅での共同診療看護や診療所

C在宅支援型②

Peer to Peerモデル

ル



Peer to Peer
アプリケーション
を搭載したパソコン

黒部市医師会

訪問看護ステーション

診療所

看護師



患者



医師



医師



医師・看護師



MSW



急性期病院

医師・看護師



MSW



回復期療養期病院



スマートフォンを利用した地域医療連携

プラスネットワーク



桜新町アーバンクリニック
～スマートフォンを利用した在宅医療～

<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/blog/sakurauc/201007/515936.html>

桜新町アーバンクリニックと 用賀三丁目薬局と見学

- 9月1日(水)17:00東急田園都市線用賀駅改札集合(改札口は1箇所です)
- 徒歩で用賀三丁目薬局(主に高齢者施設業務を行っています)を訪問
- 桜新町アーバンクリニック(スマートフォンを利用した在宅療養支援診療所)を訪問
 - 〒154-0014 東京都世田谷区新町3-21-1 さくらウェルガーデン2階 TEL 03-3429-1192
 - ホームページ <http://www.plata-net.com/sakura/>

桜新町アーバンクリニック

- メディバの大石佳能子さんに案内していただきました。
- <http://www.mediva.co.jp/oishi-blog/>



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、がん、糖尿病、循環器の
連携パスに参加しよう

■ 地域IT医療連携を進めよう

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

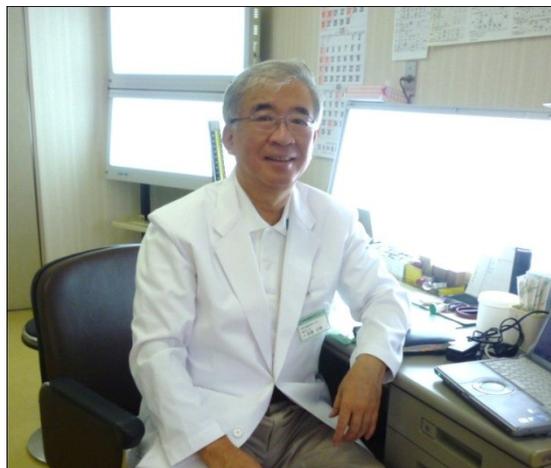


日本医学出版

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/>

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.jp](mailto:gt2m-mtu@asahi-net.or.jp)

在宅終末期連携 ～緩和ケア連携パス～

国際医療福祉大学大学院 武藤研究室
医療法人大和会 聖和看護専門学校 専任講師
学校法人 共立女子学園 非常勤講師
学校法人 産業能率大学 非常勤講師

後藤光世

Mitsuyo Goto, RN., MSG., 07292010

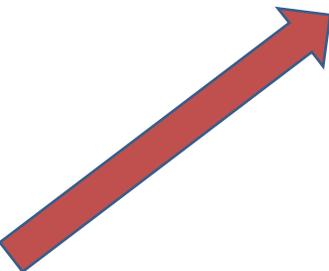
- パート1
 - 2010年診療報酬改定
- パート2
 - 診療報酬改定と地域医療連携
- パート3
 - 地域連携クリティカルパス
- パート4
 - 退院調整(退院支援)
- パート5
 - 地域医療連携室の役割

普及推進グループと先進事例の紹介

- 新川地域在宅医療療養連携協議会現地調査
(在宅末期医療連携パス)
- 東京都医療連携手帳(緩和ケア)試行版
協力機関: 東京都緩和ケアネットワーク

パート6

- 在宅終末期連携、
緩和ケア連携パス



地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

新川地域在宅医療療養連携協議会
現地調査(在宅末期医療連携パス)

調査日:平成21年9月3日(木)

場 所:黒部市民病院地域連携室

対象者:中川彦人

(協議会会長)

辻京子

(黒部市民病院地域連携室師長)



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

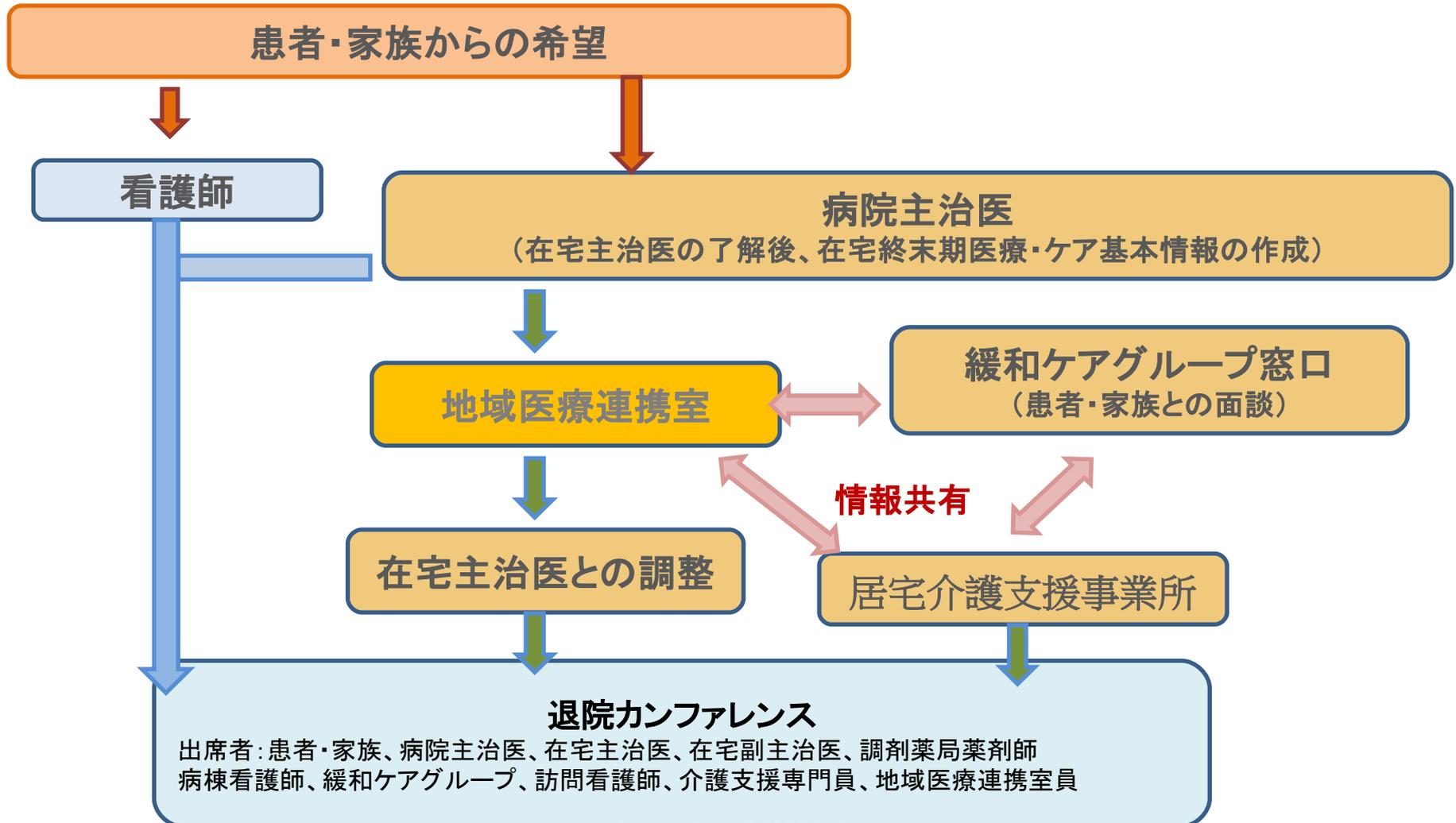
5病院、22診療所、**29調剤薬局**、6訪問看護事業所

- 連携パス導入の経緯等

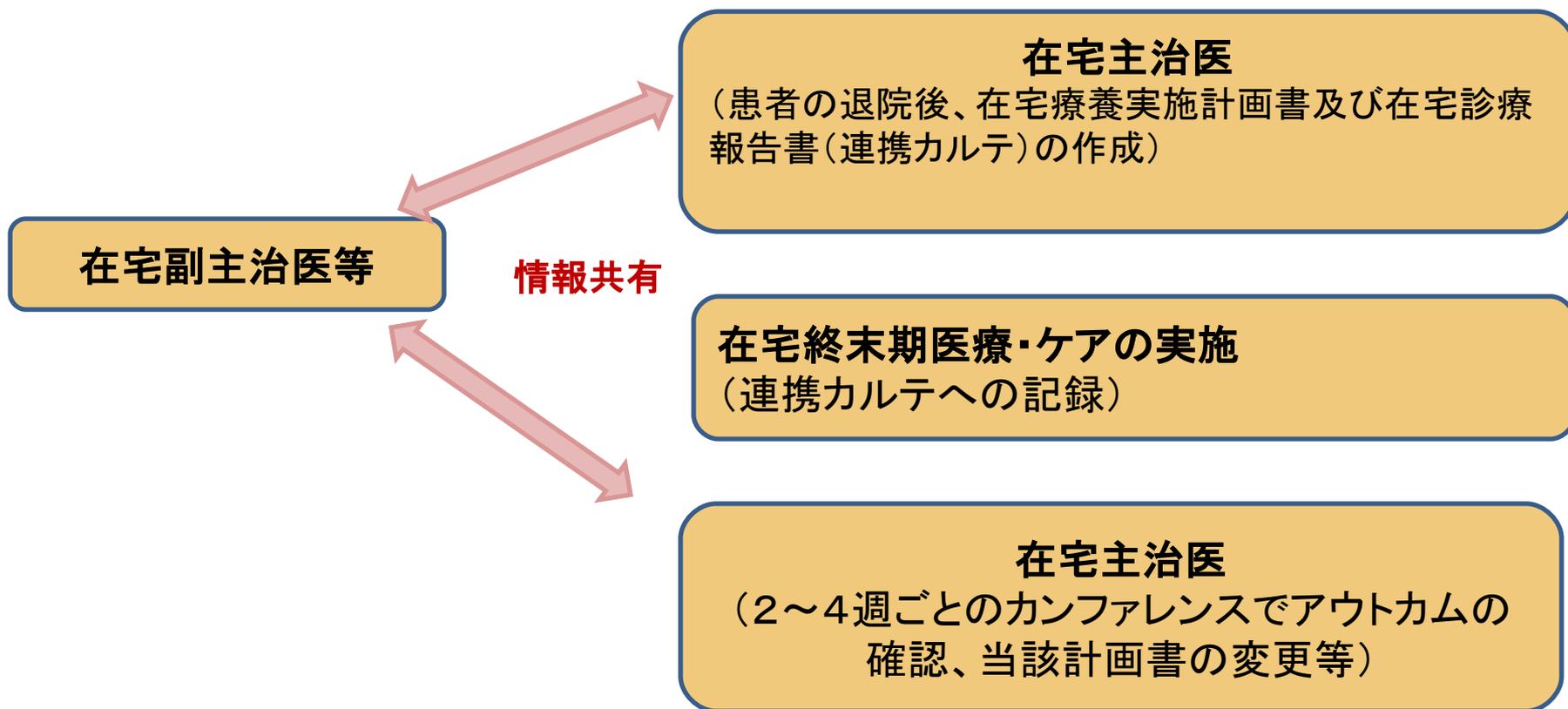
- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



入院中・退院前 連携パスの運用フロー



退院後 連携パスの運用フロー



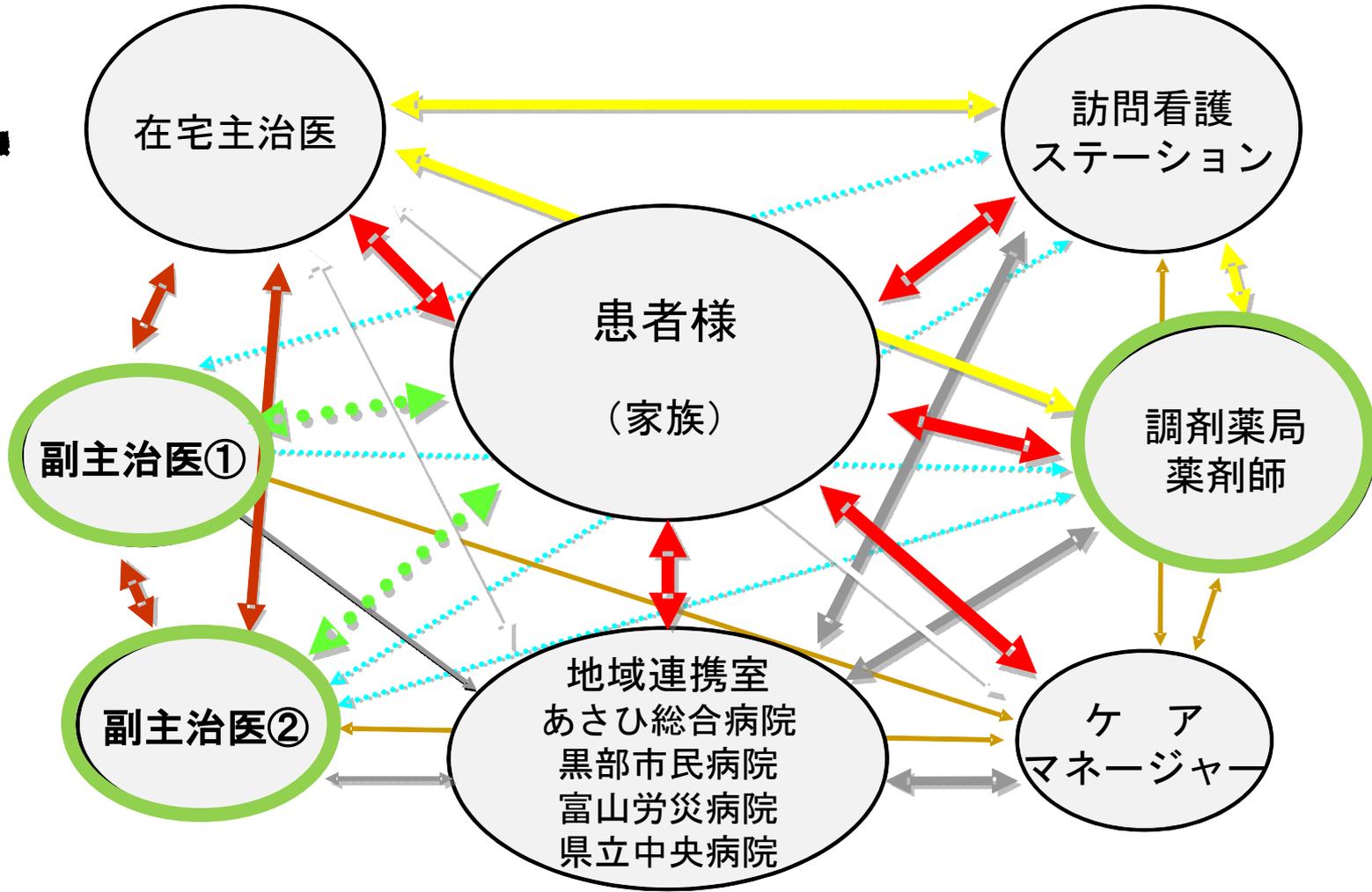
新川地域在宅終末期医療

● 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
- 他職種チーム診療による介入

在宅医グループ化、多職種連携のイメージ

(新川地域在宅医療療養連携協議会)

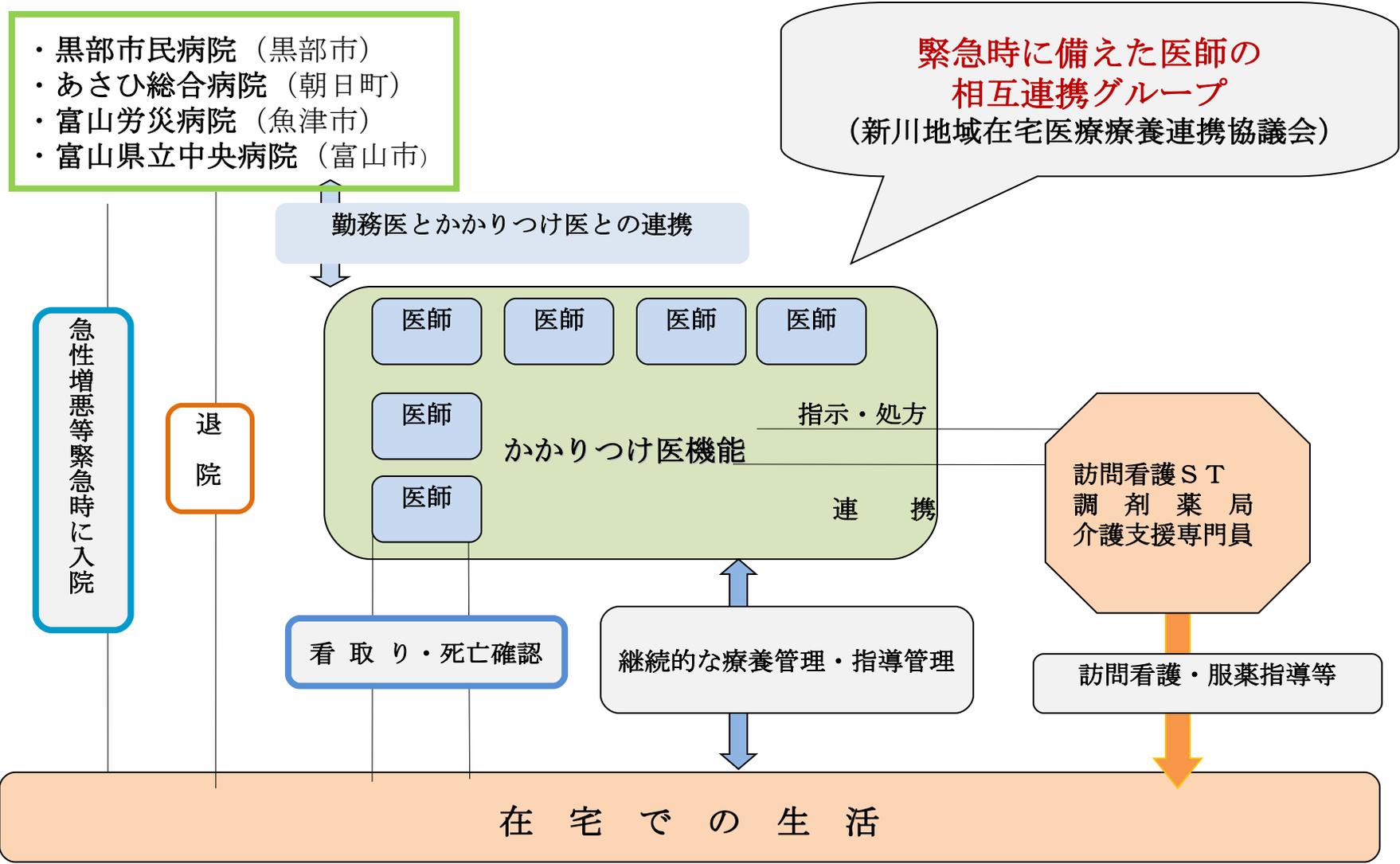


新川地域在宅終末期医療

- 他職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 …… 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束・負担軽減対応 …… 3人グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築 …… 緊急連絡網、役割の明確化、カルテ様式・告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

新川在宅医療（終末期ケア）の連携イメージ

～コミュニティ全体での支援～



新川地域在宅終末期医療

- 他職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 …… 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束・負担軽減対応 …… 3人グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築 …… 緊急連絡網、役割の明確化、カルテ様式・告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

(患者名) [] (生年月日) 年 [] 月 [] 日生 [] 歳 []

住所 [] TEL []

主たる介護人: [] 続柄 [] TEL [] FAX []

かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

副かかりつけ医(主治): [] TEL [] FAX []

連携病院: 病院 TEL [] FAX []

連携病院サポート医: 科 []

担当看護師 []

在宅介護支援所: []

介護保険 無 [] 有 [] 要介護 1 [] 2 [] 3 [] ケアマネージャー名 []

家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)

[] **終いに対する対応**

終いに対する対応 (本人・家族)

- 最後まで自宅
- 最後は連携病院
- 状況により判断

緊急連絡先

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

診断: 主 [] 癌 転移: []

副 1. [] 2. []

3. [] 4. []

既往歴: []

臨床経過: []

治療歴: 1. 手術 有 ([]) 無 []

2. 抗癌剤 有 ([]) 無 []

在宅移行時における病状の問題点 []

予後に影響を与える因子

臓器不全 (心、腎、肝、他 [])

栄養状態: []

出血 (消化管 []、他 [])

腹水: []

他: []

予後予測: [] ヶ月

連携病院への通院: 必要 [] 毎、不要 []

インフォームドコンセント

告知について

告知: 本人、家族 ([])

内容 []

本人: []

家族: [] **告知理解度について**

精神的サポート 要 [] 不要 []

告知理解度 [] 療養から死への不安点 []

本人: 十分 [] 不十分 []

家族: 十分 [] 不十分 []

療養方針 []

1. 全身状態の管理

- 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 []

2. 投薬内容 [] **疼痛管理について**

3. 疼痛管理 []

無 [] 有 [] 投与経路 経口 [] 経静脈 [] 座剤 [] 他 []

麻薬 []

NSAIDS []

訪問看護(指導ならびに実行状況)

- 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 []

介護

- ヘルパー 有 [] 無 []
- ティサービス 有 [] 無 []

入力者 []

自動入力 []

病院担当医 []

病院担当Ns []

緩和グループ担当者 []

ケアマネージャー []

在宅かかりつけ医 []

Mitsuyo Goto 07292010

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

作成日 年 月 日

様 歳 男・女

様 歳 男・女

在宅介護人： _____ 続柄 _____

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

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

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

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

連携病院 _____ TEL _____

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。

連携病院サポート医 _____

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

4 ○○ 病院 _____ TEL _____

TEL _____

連携病院サポート医 _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

薬局名
アウトカム・方針

TEL _____

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

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

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

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					

新川地域 在宅医療マップ

～医療関係者用～

平成21年3月現在のものです。

- 薬 局 ・ 薬局機能情報で在宅対応が可能と公表している薬局
 ・すべての薬局が麻薬対応可能です。
- 病院・診療所 ・平成20年度医療機能調査(平成20年7月実施)で住診・在宅患者訪問診療が可能と回答した病院・診療所

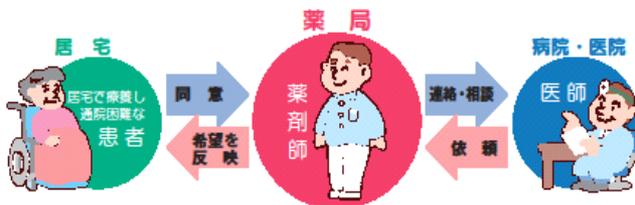
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。
 適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

● 薬剤師による居宅管理指導をはじめするには ●

次のいずれかの方法で

- その①▶ 処方せんに「訪問薬剤管理指導^{※1}」又は「居宅療養管理指導^{※2}」と記載
- その②▶ 「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」による指示
- その③▶ 電話での指示

※1-医療保険対象の場合 ※2-介護保険対象の場合



その他、訪問看護や介護などの関係者の方からの依頼でも結構です。
 かかりつけ薬局または地区窓口までご連絡ください。

新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成



薬剤師におまかせください

<訪問薬剤管理指導>

薬剤師が薬を持ってご自宅を訪問し、薬の服用方法や管理の仕方についてご説明します。

薬についての説明

処方された薬の効果と副作用についてご説明します。また、副作用の症状が出ていないかを確認し、疑いがあればすみやかに医師へ報告し、対応します。

薬が飲みづらい場合の工夫・対応

錠剤やカプセルが喉につかえるなど薬が飲みづらい場合には、薬剤師が医師に剤形の変更を依頼したり、ゼリーやオプアートを併せたりして飲みやすくします。



薬の保管・管理上の工夫・アドバイス

朝・昼・夕ごとに飲む薬をまとめたり、お薬カレンダーを利用したりして飲み忘れがなくなるように工夫します。また、薬を湿気・日光・高温から守るよう管理方法についてもご説明します。さらに、以前に処方された薬などについても、薬剤師がアドバイスします。

麻薬の適正使用のための管理

麻薬の選択・投与量・投与方法、疼痛管理、副作用対策のためのアドバイスを行います。

日	月	火	水	木	金	土
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

また、不要になった麻薬を回収しますので、薬剤師までお知らせください。

薬の飲み合わせや食品・健康食品との相性の確認

処方されている薬を大衆薬と一緒に飲んで安全かどうかをお調べします。また、普段召し上がっている食品や健康食品と薬の相性もお調べします。



介護用品や衛生用品などの相談

床ずれを予防するための介護用品の紹介や介護方法、その他衛生用品などについてご相談に応じます。

住環境等を衛生的に保つための指導・助言

シーツやお住まいの消毒方法などについてご説明します。



新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成

この在宅医療マップのお問い合わせ先

薬 局 … 各地区の窓口薬局または新川地域医療連携推進小委員会 (うなづき薬局 TEL0765-65-9383)
 その他 … 新川厚生センター (TEL0765-52-1224)

在宅診療報告の実際

在宅診療報告の実際

項目	11 W 3月21日	12 W 3月22日	13 W 3月23日
問題点(特記事項)	経口摂取量減少	本日IVHに注入ホ-ア導入	意識レベル低下(TEL前) PM-7時

(一般状態) 記載者	上田	藤田	上田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	脱水 浮腫	脱水 浮腫	脱水 浮腫 腹水(CT) 900ml 尿300ml

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理	疼痛+NSAIDs	疼痛+NSAIDs	
麻薬	オキシコドン(5)IT	オキシコドン(5)IT	
NSAIDs	ロキソニン300mg	ロキソニン300mg	
他			
補液	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100mg/100ml 100mg/100ml 100mg/100ml	0.9%NaCl 500ml オキシコドン注 100mg/100ml 100mg/100ml 100mg/100ml	0.9%NaCl 850ml オキシコドン注 100mg/100ml 100mg/100ml 100mg/100ml
(検査)	IVHホ-ア(1F) 自覚病下	IVHホ-ア(1F) 自覚病下	IVHホ-ア(1F) ホ-ア注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上気炎と IVHホ-アの副作用 を確認(理路)	添付薬500 ジニ72(1ml) 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分

(訪問看護) 記載者	上田	上田
食事	水分摂取量UP	果物、ビーチ摂取
排泄	排便 364	排便 400g
清拭	1000ml	1000ml
入浴		1000ml 有効
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃(40.0℃) あきか若狭氏 KT 37.0℃ P.30 BD 100/60 SpO2 98%	KT 36.6 P.72 P.16 BD 96/60 SpO2 98% 工身付新部為藤 腹囲 84.5cm 尿量 100ml (7時)

(訪問介助) 記載者

項目	13 W 3月23日	14 W 3月24日	15 W 3月25日	16 W 3月26日
問題点(特記事項)		1片血 80% 37.0度下 経口摂取低下	2片血 80% 37.0度下 経口摂取低下	4片血 80% 37.0度下 経口摂取低下

(一般状態) 記載者	藤田	上田	藤田
PS	4	4	4
栄養状態	Poor	Poor	Poor
精神状態	正常・安定	正常・安定	正常・安定
身体所見	脱水 浮腫	脱水 浮腫	脱水 浮腫 20時夜急いで 市立病院受診 入院

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田
疼痛管理			
麻薬			
NSAIDs			
他			
補液	0.9%NaCl 850ml オキシコドン注 100mg/100ml 100mg/100ml 100mg/100ml		
(検査)	IVHホ-ア(1F) 自覚病下	IVHホ-ア(1F) 自覚病下	IVHホ-ア(1F) 自覚病下
(病状説明)			
他	NS上気炎と IVHホ-アの副作用 を確認(理路)	添付薬500 ジニ72(1ml) 理路	BD118/92 P84 KT 369 呼吸数20回/分

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ 少量摂取
排泄	排便 364
清拭	1000ml
入浴	1000ml 有効
精神面	安定
他	体温37.0℃(40.0℃) あきか若狭氏 KT 37.0℃ P.30 BD 100/60 SpO2 98%

(訪問介助) 記載者

出所: 中川彦人

東京都医療連携手帳 (緩和ケアパス)

東京都緩和ケアネットワーク試行版

地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

東東京緩和ケアネットワーク

対象地区：

中央区、千代田区、港区、文京区、台東区、江東区、墨田区、江戸川区、足立区、荒川区、葛飾区など

事業内容：

- ◎緩和ケア提供機関の連携マップ作成（連携機関のみ使用）
- 「緩和ケア地域連携クリティカルパス」地域医療連携システムの開発推進/提案



緩和ケア地域連携クリティカルパス 東京都医療連携(緩和ケア)手帳 試行版

緩和ケア手帳

- ◆私の予定
- ◆連携先名簿
- ◆情報共有シート
- ①診断・現病歴・既往歴 ②保険情報
- ③医療処置・医療材料情報 ④日常生活身体情報
- ⑤家族歴 ⑥病名・予後の告知
- ⑦適応事項確認 ⑧連携先対応・緊急連絡の条件
- ◆入院/外来/在宅ケアの適応基準

お薬手帳

- ・痛みの✓
- ・症状パス
- ・処方内容

東京都福祉保健局 地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」



連携手帳を用いた診療の流れ

使用目的: 情報共有、医療・介護・福祉機関間でのサービスの安心・安全かつ効率的な連携移行

使用する時期: 退院時ケアカンファレンスの時などから

使う方の例: ①連携・依頼先へFAX ②カルテ内保存 ③ご本人保存携帯

記入者: 医療従事者など

手帳内容: 私の予定、連携先名簿、情報共有シート

- 1) 本人・家族などの連絡先
- 2) 私の予定 (適宜追加)
- 3) 連携先情報
- 4) 情報共有シート(適宜追加)
 - ① 診断・現病歴・既往歴
 - ② 保険情報
 - ③ 医療処置・医療材料情報
 - ④ 日常生活身体情報
 - ⑤ 家族歴
 - ⑥ 病名・予後の告知
 - ⑦ 適応事項確認
 - ⑧ 連携先対応・緊急連絡の条件

お名前		性別: 男 女	
生年月日	明・大 昭・平	年	月 日
住所			
電話番号			
携帯番号			
家族・友人連絡先			
1)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			
2)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			
3)ご本人との関係			
電話番号			
携帯番号			

私の予定		記入	月	日	
受診・検査予定					
年		月	日	場所	内容
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
* お薬の予定は薬手帳を使用します					

連携連絡先

記入 月 日

緊急受診(往診)先①

担当者名

電話番号

緊急受診(往診)先②

担当者名

電話番号

かかりつけ病院・医師①

担当者名

電話番号

住所

かかりつけ病院・医師②

担当者名

電話番号

住所

かかりつけ病院・医師③

担当者名

電話番号

住所

連携連絡先

記入 月 日

かかりつけ薬局

電話番号

住所

ヘルパー

担当者名

電話番号

住所

訪問看護ステーション

担当者名

電話番号

住所

その他①

担当者名

電話番号

住所

その他②

担当者名

電話番号

住所

記入 月 日

記入 月 日

診断名

現病歴

既往歴

医療処置・医療材料情報

医療処置

- 気管カニューレ 酸素供給装置 (l/分)
- 膀胱カテーテル
- 腎ろう ストーマ CAPD
- 経管栄養(胃ろう 腸ろう 経鼻)
- インスリン自己注
- 中心静脈栄養(ポート カテ)
- ポンプ種類()
- 持続注入ポンプ
- (皮下 静脈 硬膜外 くも膜下)
- 投与薬剤 (*お薬手帳を使用します)
- ポンプ種類()
- その他()
- その他()
- その他()

医療材料

- その他()

保険情報

- 社会保険 共済 国民健康保険 生活保護
- 公費制度適用 (種類)
- 負担割合 割
- 介護保険
- 申請中 認定済 (要介護1 2 3 4 5 要支援1 2)
- 介護保険サービス利用
- 限度額認定証 (有効期限 年 月 日)

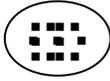
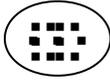
記入 月 日

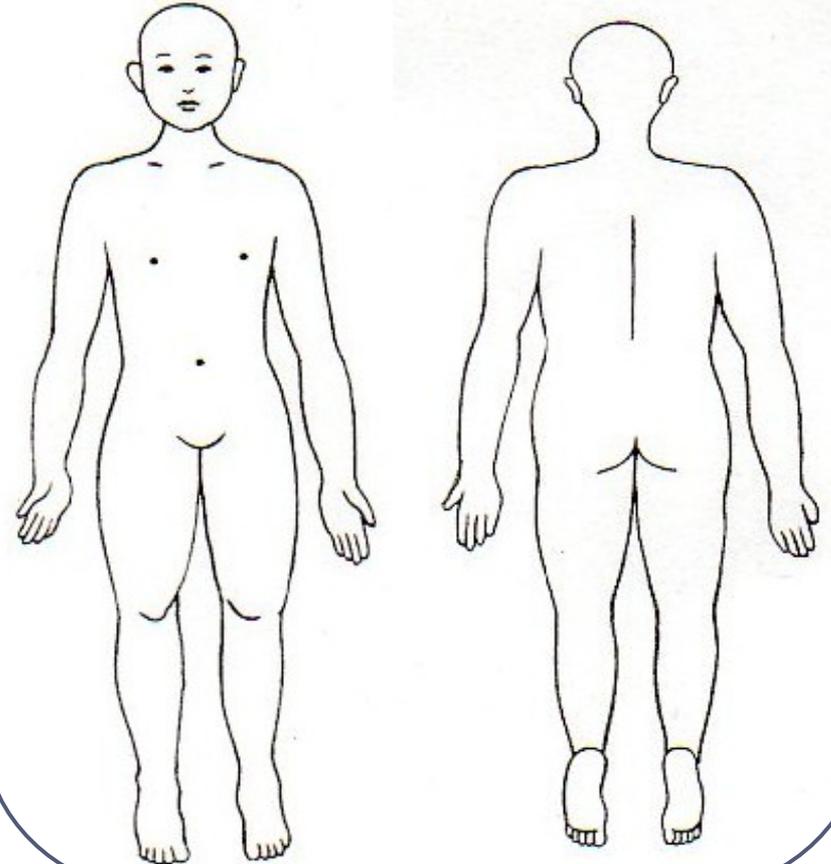
日常生活・心身状態

排泄	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 尿器 便()回/ ()日
食事	<input type="checkbox"/> 介助
	<input type="checkbox"/> 嚥下困難
移動	<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子
入浴	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
皮膚トラブル	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 口腔内 <input type="checkbox"/> ストーマ周囲
精神症状	<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> うつ <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> その他()
睡眠	<input type="checkbox"/> 入眠障害 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> その他()
感染症	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> その他()
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食品() <input type="checkbox"/> その他()
その他	

記入 月 日

疼痛部位・褥瘡部位

疼痛部位: 安静時  体動時 
 褥瘡部位:  



記入 月 日

記入 月 日

家族歴等

- 独居
- 家族あり
- キーパーソン: ★印

()

連絡先

()

- 意思決定代理人 : 印

()

連絡先

()

構成: (同居人は丸で囲む)

病名告知 本人 家族

<内容>

本人

家族

予後告知 本人 家族

<説明内容>

本人

家族

記入 月 日

適応事項確認

DNRの同意書	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
療養の希望場所 *複数回答可	本人 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 他() 家族 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 他()
急変時対応先 24時間365日体制	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> かかりつけ病院・医師 <input type="checkbox"/> かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> その他 ()

記入 月 日

連携先対応・緊急連絡の条件

病院 () 第1条件: 第2条件:
かかりつけ病院・医師①() 第1条件: 第2条件:
かかりつけ病院・医師②() 第1条件: 第2条件:
かかりつけ薬局 () 第1条件: 第2条件:
ヘルパー () 第1条件: 第2条件:
訪問看護ステーション() 第1条件: 第2条件:
その他 () 第1条件: 第2条件:

緩和ケア地域連携クリティカルパス 東京都医療連携(緩和ケア)手帳 試行版

緩和ケア手帳

- ◆私の予定
- ◆連携先名簿
- ◆情報共有シート
- ①診断・現病歴・既往歴 ②保険情報
- ③医療処置・医療材料情報 ④日常生活身体情報
- ⑤家族歴 ⑥病名・予後の告知
- ⑦適応事項確認 ⑧連携先対応・緊急連絡の条件
- ◆入院/外来/在宅ケアの適応基準

お薬手帳

- ・痛みの✓
- ・症状パス
- ・処方内容

東京都福祉保健局 地域連携クリティカルパス「東京都医療連携手帳」



Mitsuyo Goto 07292010

Mitsuyo Goto 06072010

在宅へ移行時必要な情報

予定

退院： 年 月 日

受診・検査予定

- 1) 年 月 日
- 2) 年 月 日
- 3) 年 月 日

薬処方 ()週間分 月 日までである

次回の処方： 病院 かかりつけ医師 処方不要

- ①()処方 (週間分 月 日までである)
- ②()処方 (週間分 月 日までである)
- ③()処方 (週間分 月 日までである)
- ④()処方 (週間分 月 日までである)

必要物品

- ①()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
- ②()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
- ③()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
- ④()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)

まとめ

<医療と介護の地域連携の普及・推進の要点と留意点>

1. 地域連携背景の理解
2. 普及・推進への理解
3. 地域連携クリティカルパスについて学習
4. 各地区・機関の機能(ネットワーク)把握
5. 地域クリティカルパス作成
6. 地域クリティカルパス運用
7. 地域クリティカルパス使用評価

<成功の7つのキーポイント>

1. 基礎となる連携組織(中心人物)がいる
2. 役割・機能の明確化とネットワーク(医師や看護師のいない地域の薬局の役割)
3. パスの試行、運用、改定が繰り返されている(予算がある)
4. 研修会や事例検討会を開催されている(共通認識)
5. 他職種のメデイカルスタッフの参加がある(ピラミッド型医療からの脱却)
6. パスの様式がシンプルである
7. 行政関与

<現状の課題>

1. 患者参加型ではない(選択肢の提供、患者自身の決定権を尊重)
2. 情報の非対称性(医療機関と居宅、中核病院同士(院内各科内)の調整)
3. 「在宅療養支援診療所」制度化の副主治医の診療報酬

株式会社KDDI総研 御中

Discussion Material

**どこでもMy病院 (Personal Health Record) へ
の取り組み**

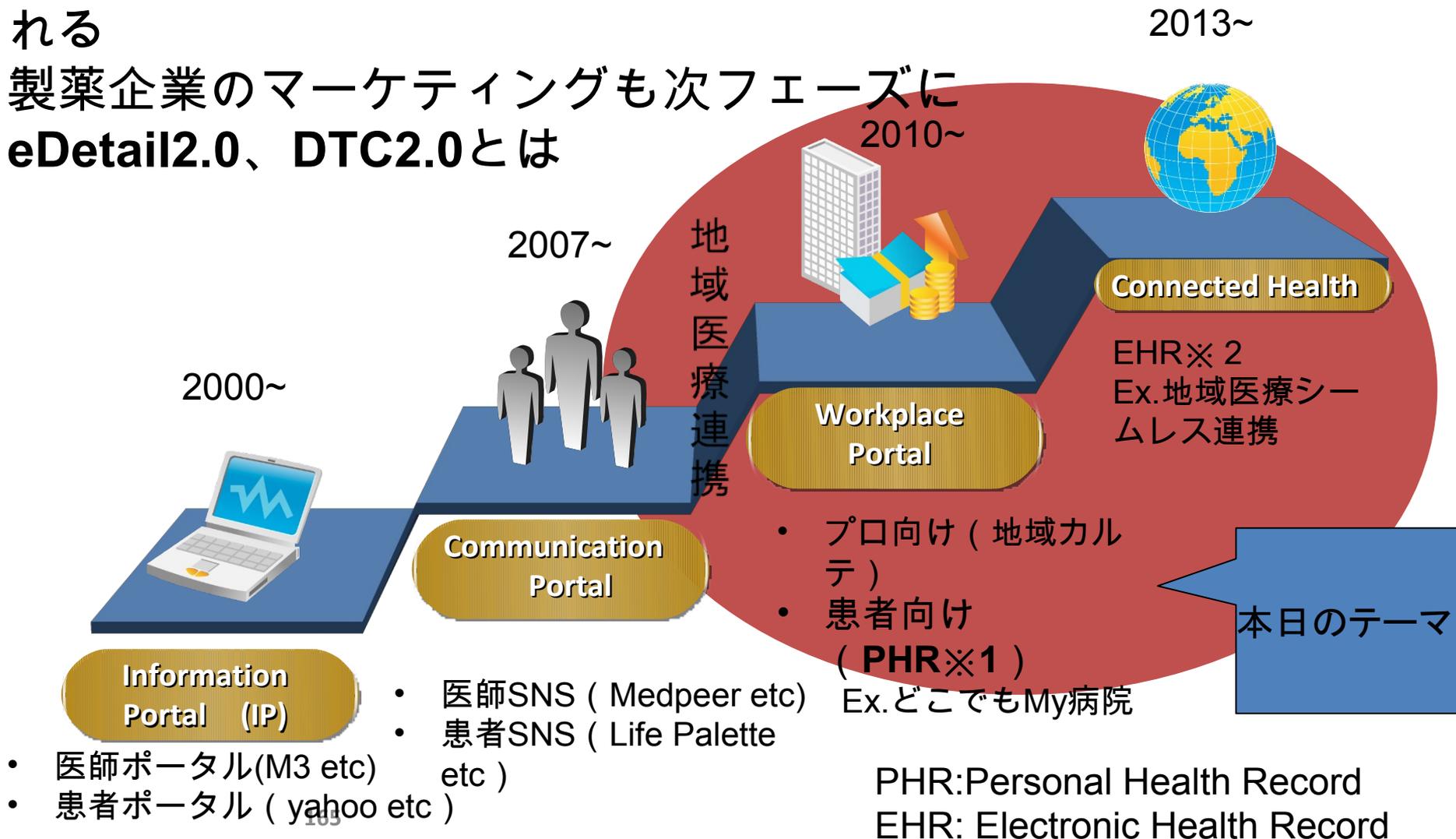
—なぜ医療ITにおいてPHRが戦略的に重要か—

国際医療福祉大学大学院

次世代の医療ITネットワークが求められている

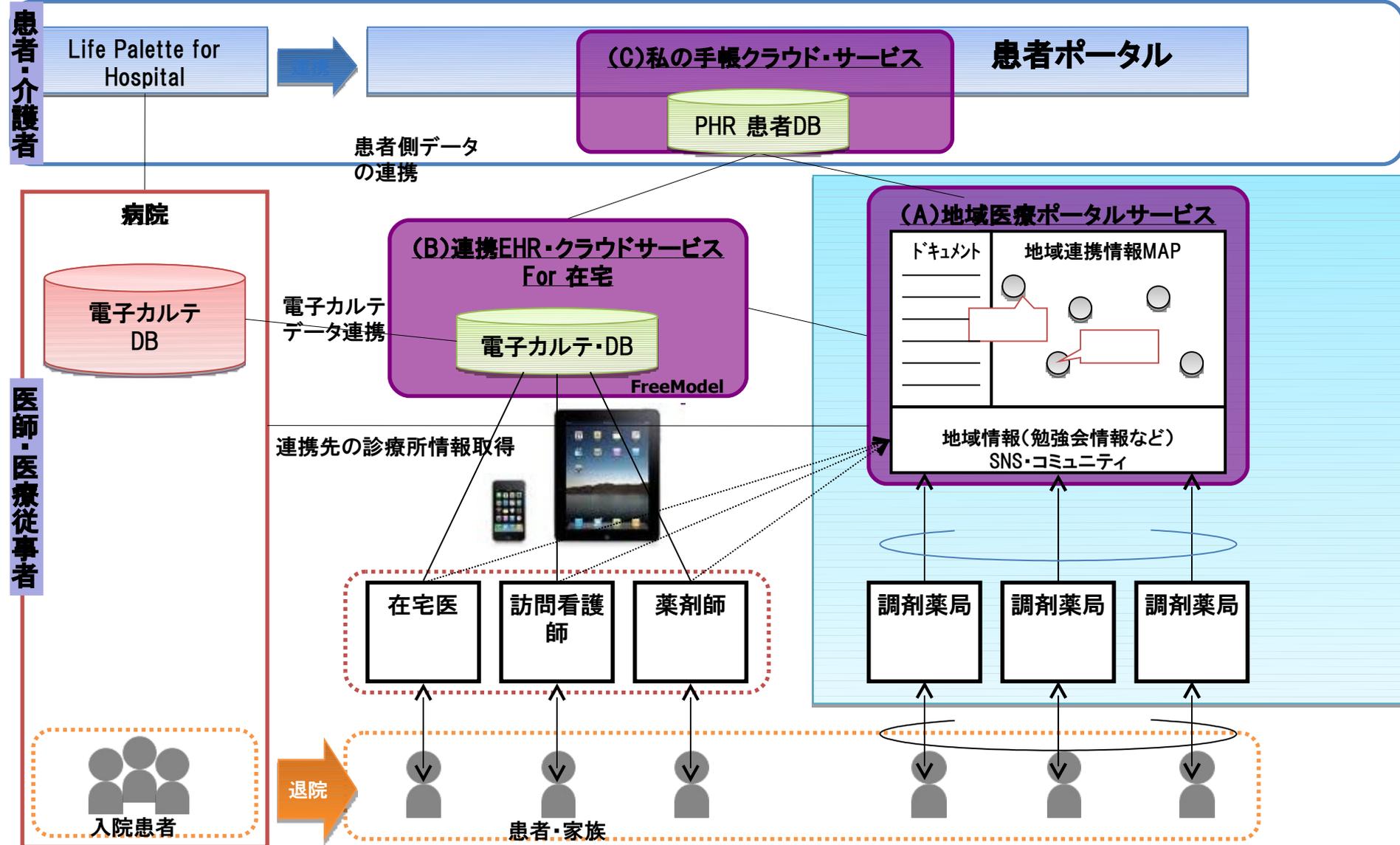
医療は患者（データ）を中心に繋ぎなおされる

製薬企業のマーケティングも次フェーズに
eDetail2.0、DTC2.0とは



地域連携への適用イメージ

現在



— VTR再生 —

NHK WORLD NEWSLINE 2010.08.26

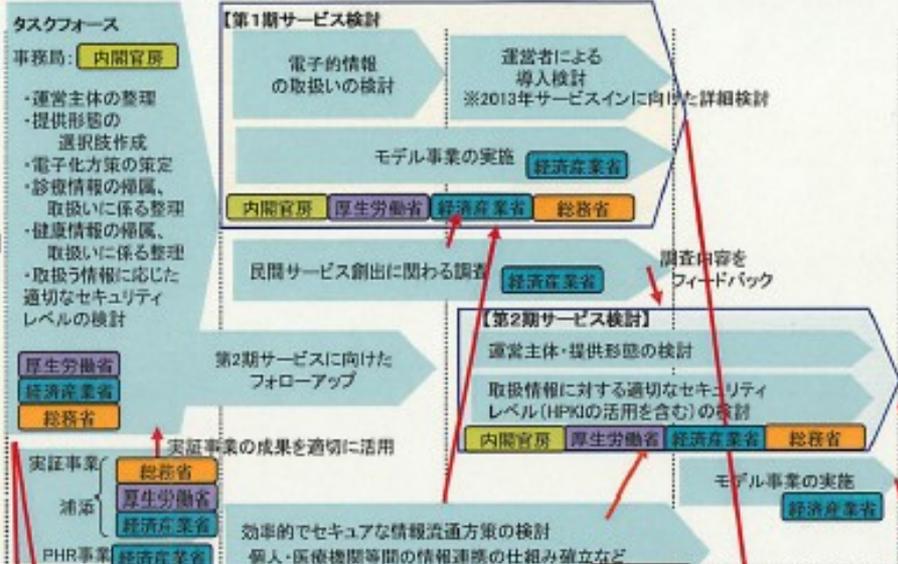
医療法人社団プラタナス 桜新町アーバンクリニック
地域連携カルテ

国家戦略としての 生涯マイカルテ

「どこでもMY病院」[※]構想の実現 工程表 (自己医療・健康情報活用サービス)

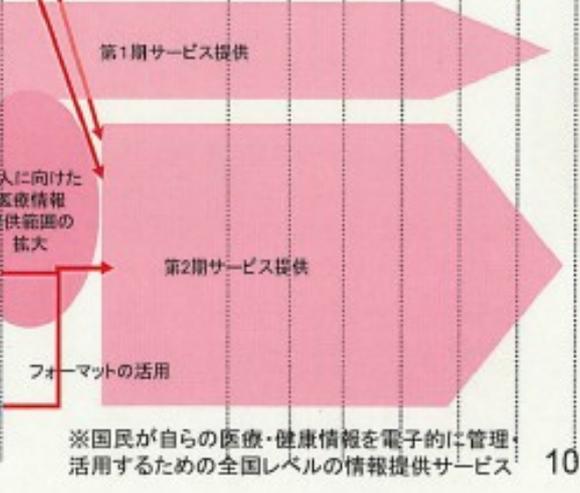
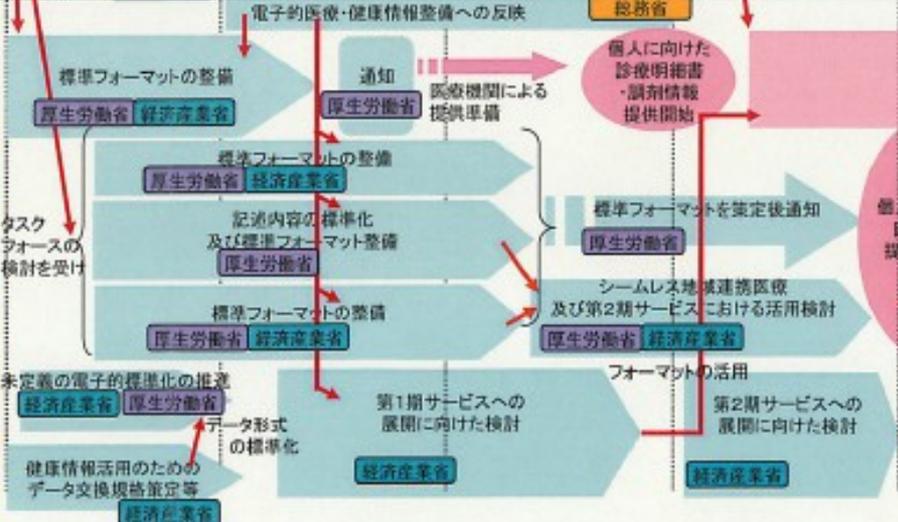
2010年度 2011年度 2012年度 2013年度 2014年度 2020年度

「どこでもMY病院」 (自己医療・健康情報 活用サービス) 枠組みの構築



電子的医療・健康情報の整備

- 診療明細書及び調剤情報
- 健診情報
- 本人提供用退院サマリ
- 検査データ(尿・血液検査・CT画像等)
- 健康情報
 - バイタル・体重・血圧・食事・運動等

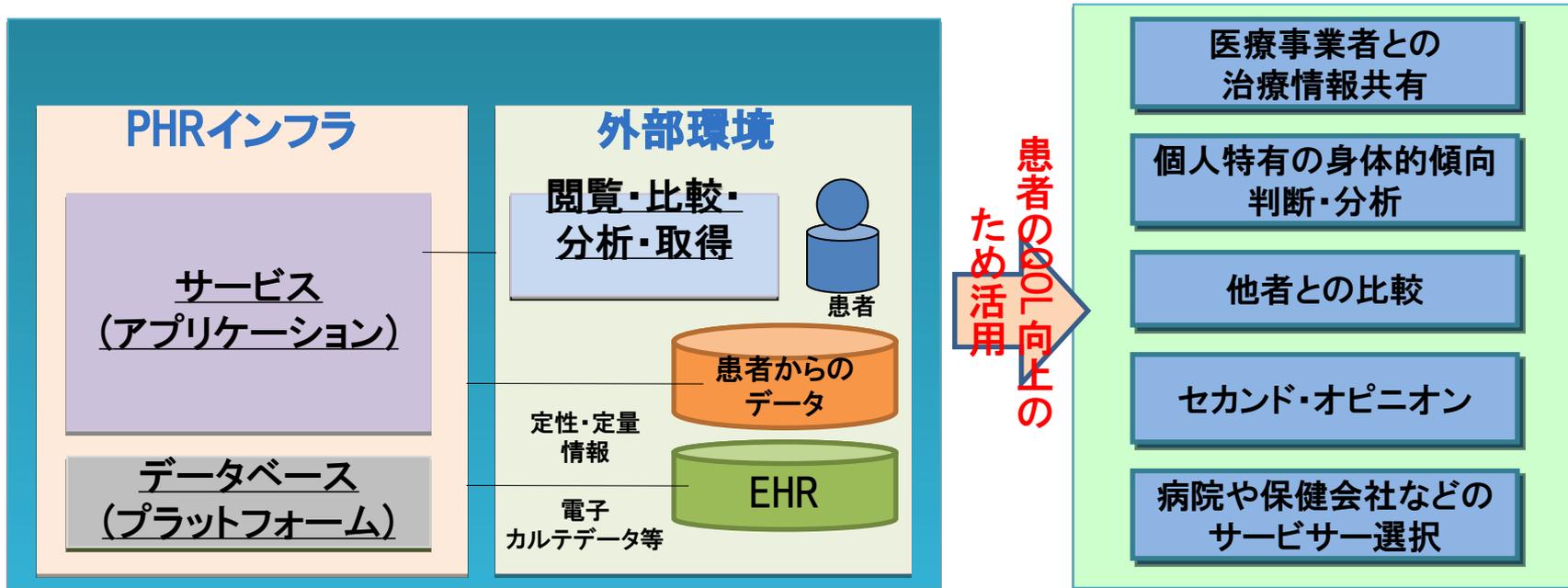


PHRサービスへの取り組み PHRとは

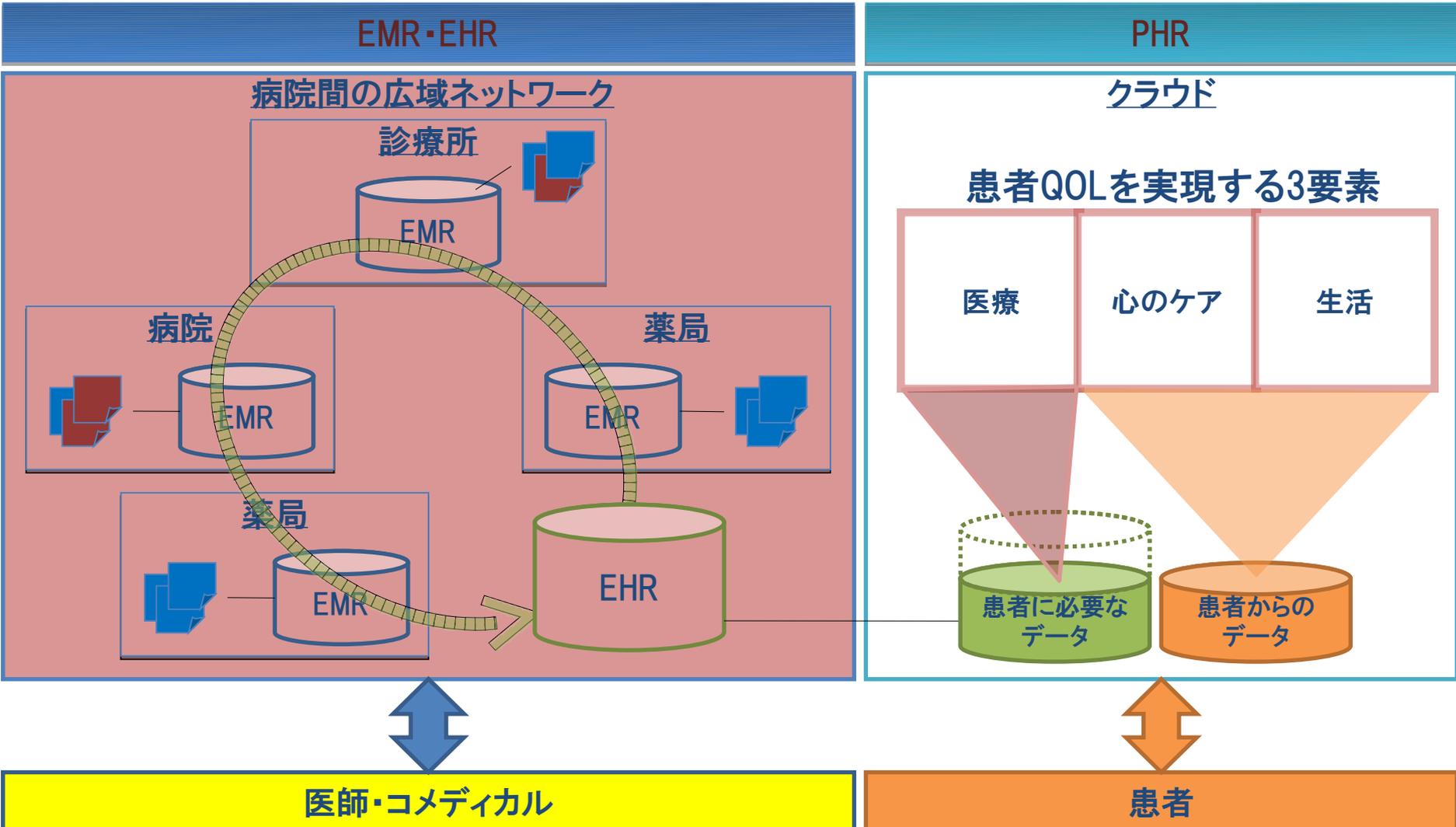
PHR: Personal Health Recordの略

一般に、個人向け生涯カルテと言われ、クラウド上に自分や自分の家族のカルテデータベースを持ち、健康管理、闘病に役立てる試みを言う。

2006年以降Googleやマイクロソフトがサービスを介している。



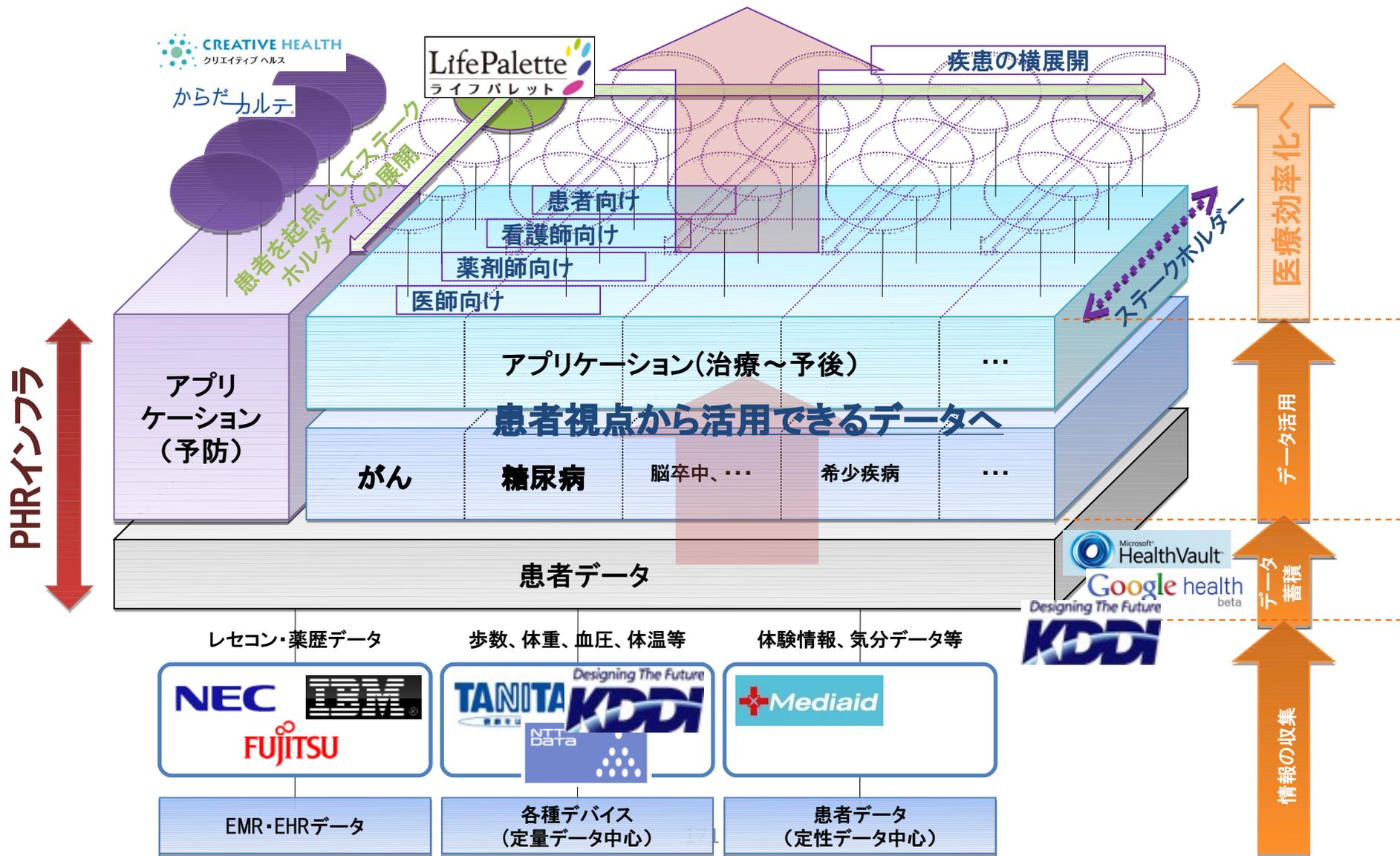
前提として考えるPHRの位置づけ



PHR = EMR・EHRからのデータ + 患者からのデータ
(患者の意思で同データをいつでもどこでも取得できる)

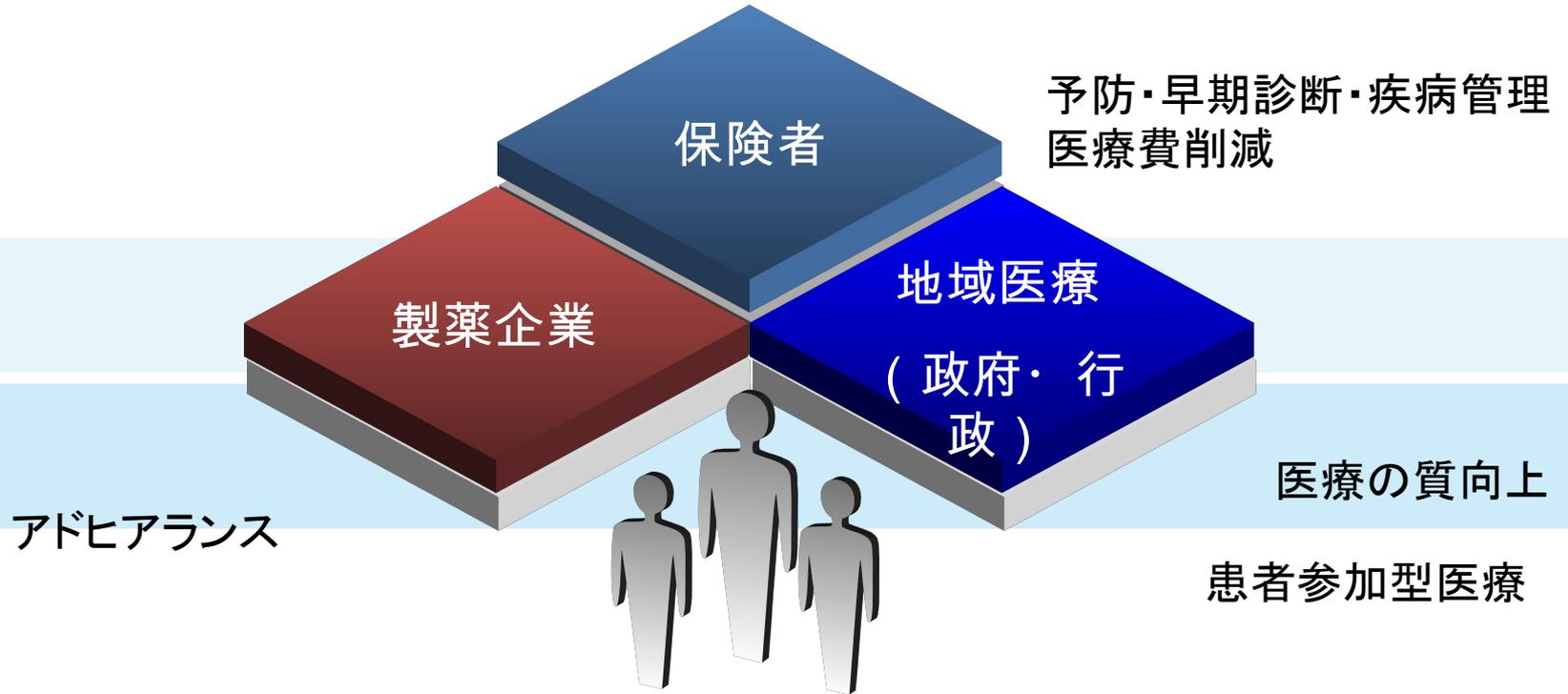
PHRインフラのあるべき姿

ケアサイクル全体をとらえた業務の効率化へ



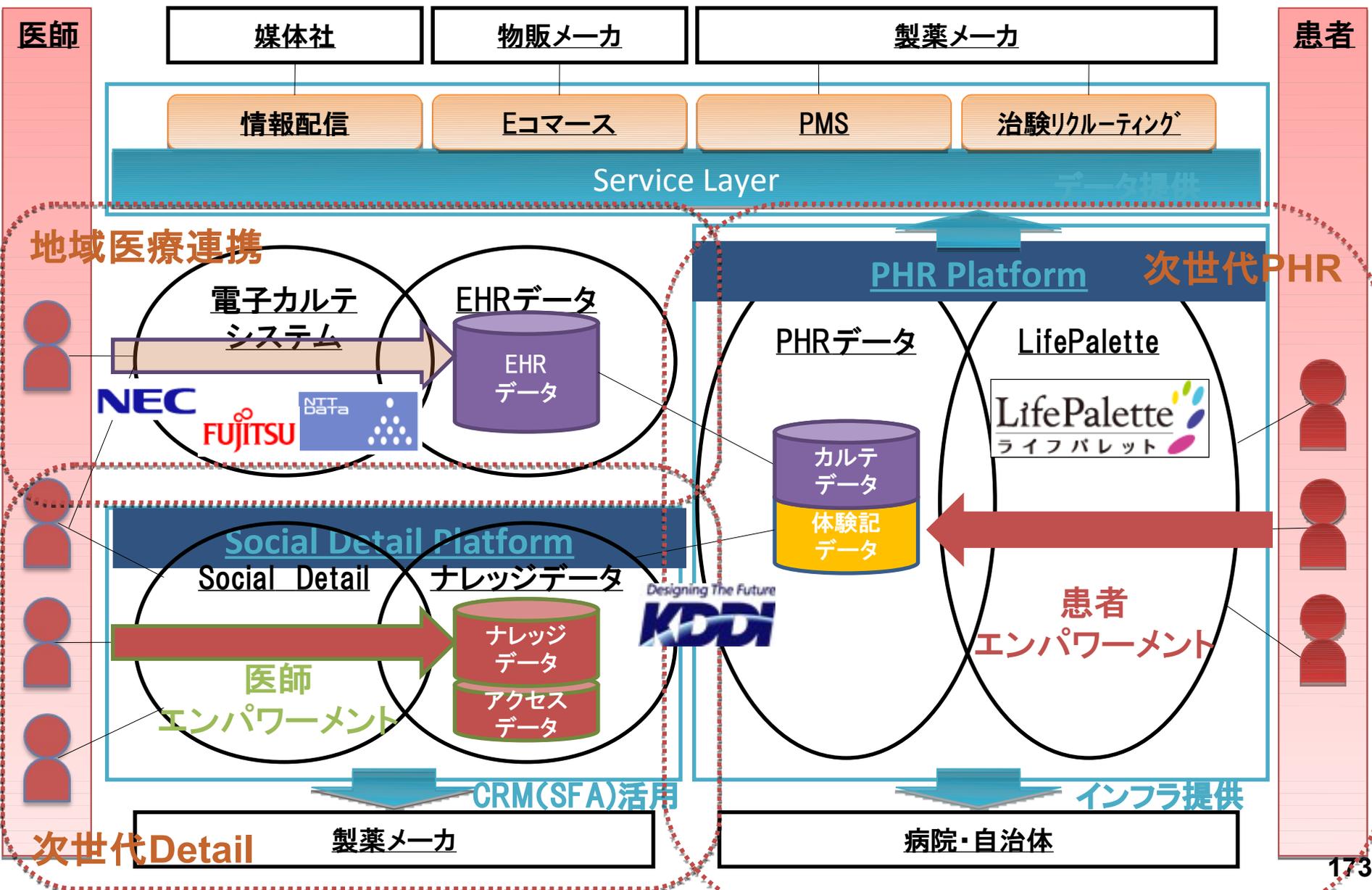
PHRの受益者=想定顧客

それぞれの使途場面に対して、文脈の違うPHR・インターフェースを用意することが重要



PHRのメディア化

PHRサービスへの取り組み



【ご参考】メディエイド 会社概要

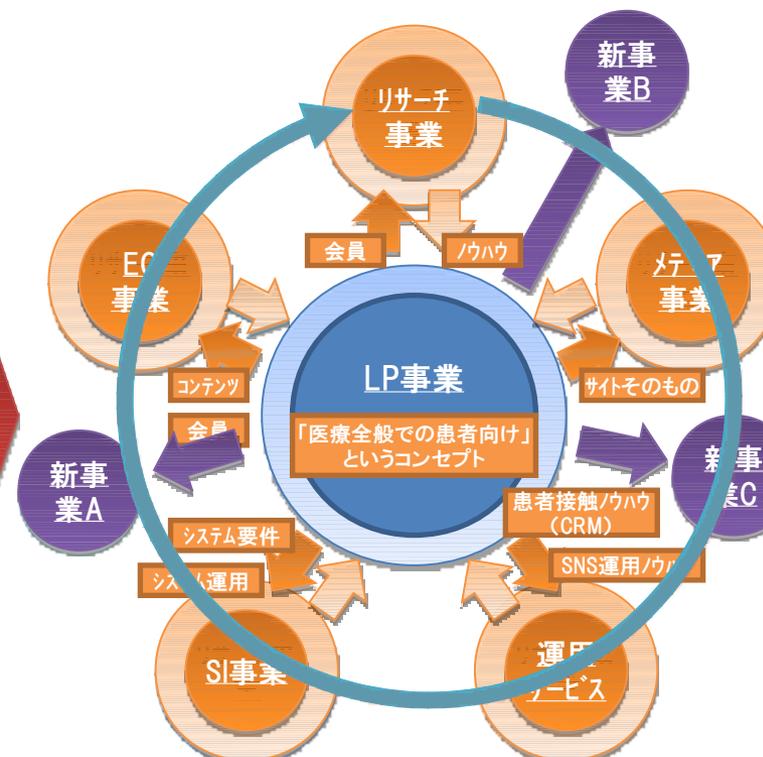
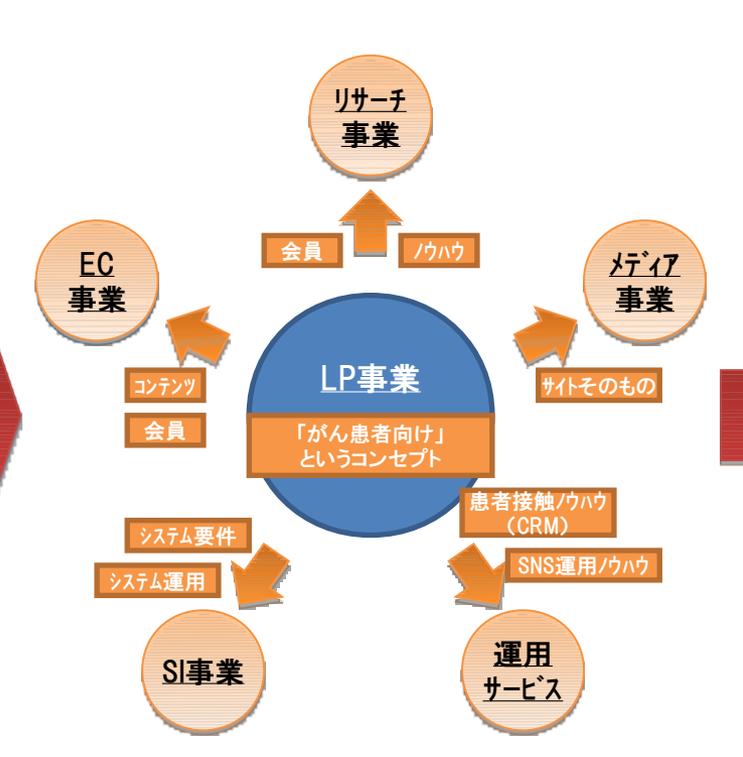
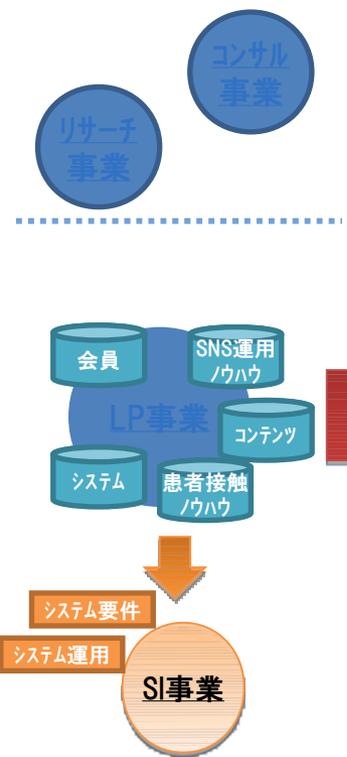
設立	2005年1月24日
資本金	3億6,000万円（資本準備金1億4,400万円）
代表者	杉山 博幸
事業内容	<ul style="list-style-type: none"> ・患者向けインターネットコミュニティ(LifePalette)事業 ・システムWEB構築 ・コンサルティング事業 ・マーケティング支援事業
役員紹介	<p>杉山 博幸 代表取締役 CEO 慶應義塾大学法学部卒。南カリフォルニア大学(コミュニケーション・経営学)修了、MA。プライス・ウォーターハウス・コンサルタント(株)(現日本IBM(株))、マイクロソフト(株)、慶應義塾大学医学部(慶應義塾大学病院)、(株)ケアネット等を経て当社設立、現職。</p> <p>小松 道賢 取締役 COO 慶應義塾大学 文学部 社会学専攻卒。 プライス・ウォーターハウス・コンサルタント(株)(現日本IBM(株))、日本オラクル(株)、サン・マイクロシステムズ(株)等を経て現職。</p> <p>中川 洋 取締役 ((株)マナオ・クリエーション代表、元メリルリンチ証券副会長) 和田 ちひろ 取締役 (いいなステーション 代表)</p> <p>矢島弘士 執行役員 (株)NTT、(株)野村総合研究所等を経て現職</p>

デジタルライフパレット (LP) 事業のビジネスモデル

ライフパレット初期
【ノウハウ・会員蓄積】

ライフパレットでの(社会)資源活用
【事業のコア化】

新規事業展開とプラットフォーム化
【プラットフォーム化】



・ライフパレット運営を通じて得られた各種ノウハウをライフパレットのブランド／ネットワーク(「がん特化サイト」)を活用して事業化。

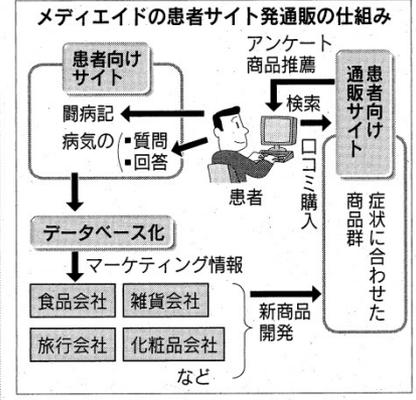
・各LP事業からLP事業へのノウハウ還元。
 ・各サービスの単販売ではなく、各サービスの組み合わせによる独自サービスの展開へ。
 ・各事業シナジーからさらに新規事業を立ち上げ。
 ⇒ 疾病対象は「医療全般」へ

患者交流サイトで通販

症状に合わせて商品紹介

メディエイド

患者向けコミュニティサイト運営のメディエイド(東京・千代田、杉山博幸社長)は8月から、コミュニティサイトを通じた通販販売事業を始める。患者向けコミュニティサイトが自ら通販事業を手掛けるのは珍しい。ネットコミュニティ上で商品を介した交流を生み出し、使い手側の情報を商品に添えていくことで、潜在需要の掘り起こしを図る。



患者向け製品を扱うネット通販のライフケアアプリス(東京・千代田)と組み、商品の流通・販売体制を整える。まず下着やカツラ、化粧品など乳がん患者向けの商品160点程度から始め、ほかのがんや生活習慣病の患者向けにも栄養食品など品ぞろえを拡充。来年3月末には300点以上を扱い、累計約2億円の売り上げを目指す。

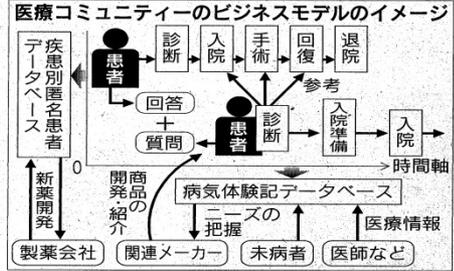
開病記や患者間の質疑応答を分析した上で、脱毛やむくみなど患者の症状に合わせた商品を紹介する予定。サイト内では商品に関する使用者の口コミ情報を蓄積し、広告の代わりとして活用できるようにする。購入に対するポイント付与やメールマガジンの配信により顧客の固定化を狙う。

患者の情報は匿名化したうえで、属性や購買履歴などから販売傾向を分析する。患者向けサイトのブランド力を生かし、プライベートブランド(PB)商品も開発する計画。患者数は約2億人。

メディエイドはマイクソフト、慶応義塾大学病院などで勤務経験のある杉山社長らが2005年に設立。医薬卸大手のスズケンなどが出資している。10年3月期の売上

インターネットを活用し、日常生活の悩みを含めた医療情報を患者同士や医師との間で共有する動きが世界的に広がり始めた。「ウェブ2.0」の機能を取り入れた医療分野でのこうした動きは、欧米では「ヘルスケア2.0」と呼ばれる。米国に比べ遅れていた日本でも登場してきたが、いかに収益力とコンテンツ(情報)の魅力を両立するかが課題になる。

患者や医師結ぶ「ヘルスケア2.0」



エンツ・ライク・ミーが痛みに関する患者SNSサイト運営の米リリーフインサイトを買収した。リリーフは痛みに関する検日記をつけて医師と共有することで短時間で正確な診断の助けとするサービスを提供。医療費が高く、保険カバー率の低い米国では医療と患者の距離が遠い。米国では医療サービス

日本にもサイトコンテンツ拡充と収益力の両立課題

点にある。匿名で自身の症例を公開し、開病生活の悩みや知恵、治療の選択肢などを共有する。匿名情報を使った市場調査などが主な収益源。核に訪問者を増やし、患者数を増やして、患者情報を集めるには十分な匿名情報を、患者向けな会員数とは言えない製品メーカーや製薬会社が、「匿名化のめどが立」の市場調査用に提供して収益を上げている。

日本でも成功しつつある事例が出てきた。メディエイド(東京・千代田)は月額3,500円で、健康が運営する患者SNSサイト「ライフパレット」はその1つ。胃がんと肺がんなどの患者の開病記話からの短い質問投稿を検索して読める。乳が多い。質問/回答の総数は日増しに増えている。10年3月時点で50万人が登録している。10年3月期の売上は約2億人。

症例公開、ニーズ知る好機

投稿記録430万件。毎月のサイト訪問者100万人。米メッドヘルプが運営するサイトは一般の質問に医師や薬剤師が回答する有名なサイト。先行する米国では早くも再編の波が押し寄せている。2月、収益化に最も成功したと言われる米患者SNS大手、ペインズが行き渡らない部分を医療コミュニティサイトが補っており、ビジネスチャンスが広がっている。患の患者にも自配りした生活の悩みを共有できる

医療・バイオ

どこでもMy病院 — 現存サービスの拡張利活用 —

ライフパレットのご紹介

ライフパレットは、みんなでつっていく、患者コミュニティサイトです。

SNSや検索など最新のインターネット技術を患者さんの意思決定、QOL向上に活かし、患者視点でPHRを実現

2010年8月

月間PV数(閲覧回数): 約105万PV

月間UU数(閲覧人数): 約10万人

※「がん」でGoogleで 上位2位以内 表示

— コミュニティ開始から二年、月間で約10万人※以上のがん患者さんが訪問するメディアになって参りました —
 (* 会員の約7割が癌患者、ユニークユーザー数)

悪性腫瘍 - Wikipedia

成人の**がん**に移動: 成人の「**がん**」は普通、上皮組織に形成され、遺伝的あるいは内因の特性を持つ人々が、外的要因に曝された影響による長期間にわたる生物学的プロセスの結果として生じるとおきた場合は考えられている。...

語義 - 定義 - 概念 - 疫学

ja.wikipedia.org/wiki/悪性腫瘍 - キャッシュ - 類似ページ

がん、乳がん 子宮がん 闘病記を、読む、書く、共有できる ...

LifePaletteは、みんなでつっていく、患者コミュニティサイトです。がん、乳がん、子宮がんなどの闘病記や日記を書いたり、読んだりして、他の患者さんとながら、よりよい闘病生活を送れることを目指しています。

lifepalette.jp/ - キャッシュ - 類似ページ

がん情報サービス トップページ

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報サービスのウェブサイトです。

医療関係者の方へ - 各種がんの解説(部位・臓器別もくじ) - 肺がん

ganicho.jp/ - キャッシュ

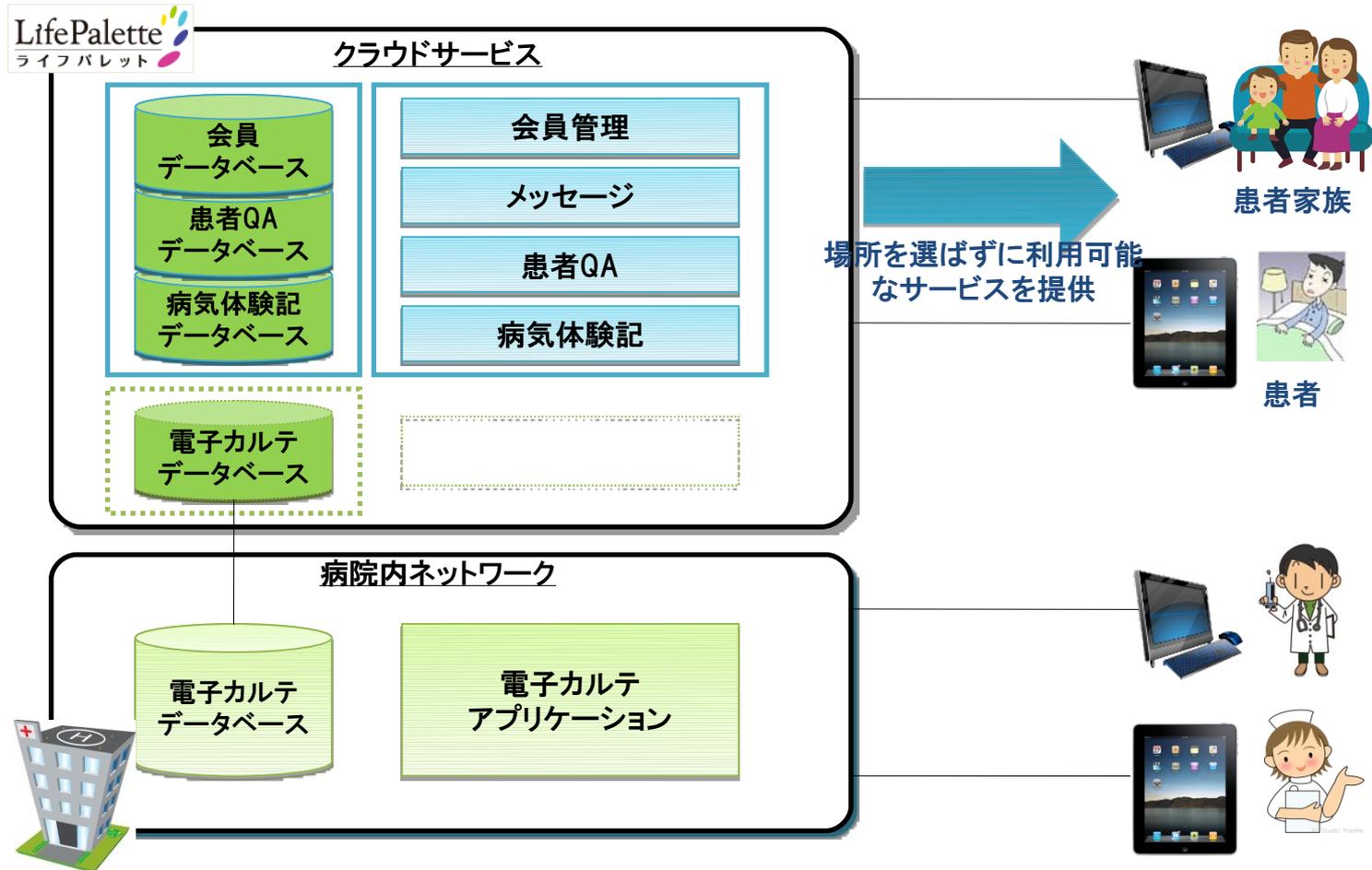
【サイトのコンセプト】

- ・ **がんの患者さん**と患者さんの**コミュニティ**として **闘病記コンテンツ**を中心にスタート。
- ・ 同じ境遇の患者さんご家族の方々が気持ちを共有。
- ・ **がんになった時の行動、病気との付き合い方**について先輩患者から学ぶ。
- ・ 「患者の生の声」を医療従事者に届け、**がん患者が何を考えているのか**を浮き彫りにする。
- ・ 今後は**生活面・病気/治療面の幅広いコンテンツ**を掲載。
- ・ 将来的には**医療従事者を含むチーム医療支援**サイトへ。

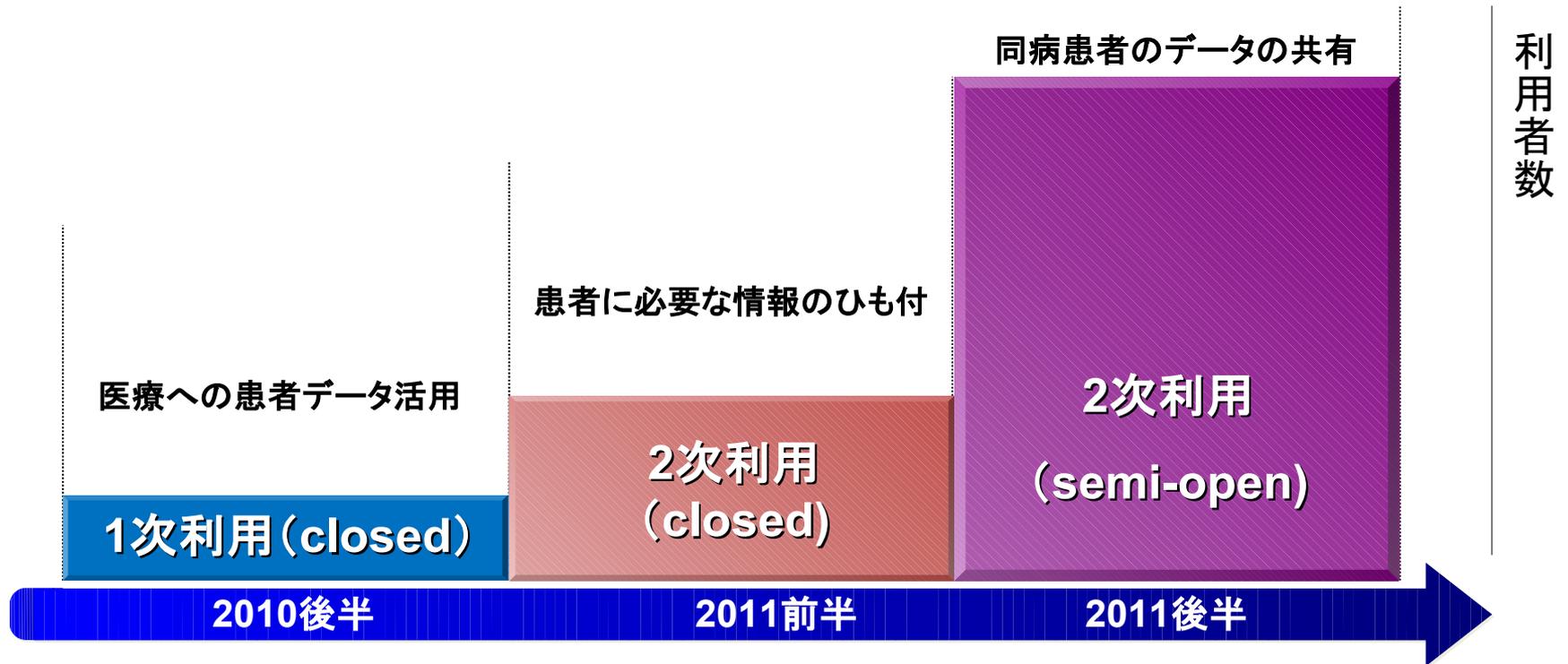
ライフパレットのサービス形態

・ ライフパレットのサービス形態

- 場所を選ばないサービス提供(クラウドサービス)。
- 利用したいサービスのみを選択的に利用者へ提供。
- ライフパレット上に保管されたデータ群は、セキュアな環境に保持。



患者情報データベースの活用ロードマップ



PHR実現への課題

- それぞれの業界リーダーの参加【産】
- 医学、医療系学会、団体等のお墨付き【学】
- ステークホルダー別のPHRメリット整理【顧客】
- メディアを巻き込んだPHRの認知度向上【ユーザー】(一般／医師向け)

コンソーシアム形成

官学の支援の下、民間主導で早期実現を達成

'11年1月中旬にシンポジウム

皮切りにシンポジウムを開催予定



スケジュール

年度末には、(世界初)癌PHRリリース

