

地域医療計画と 地域連携パス

～精神科連携パスに着目して～

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院

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、00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
 - 地域医療計画と地域連携
- パート2
 - 地域連携パス
- パート3
 - 退院調整
- パート4
 - 精神科連携パス



パート1

地域医療計画と地域連携

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

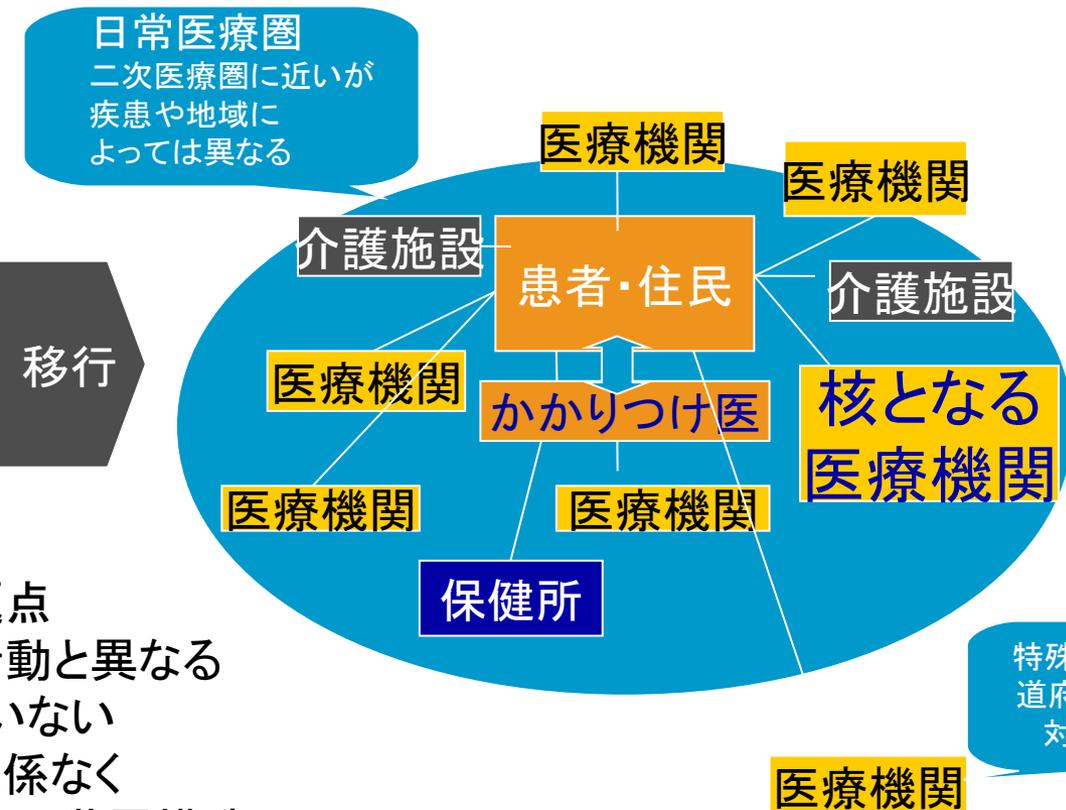
医療計画のポイント

- ① 疾病別・事業別ネットワーク
- ② 診療機能の情報公開
- ③ 数値目標の設定
- ④ 地域連携パス

地域医療計画の見直し(2008年)

① 疾病別・事業別の地域連携ネットワーク

これまでの医療計画の考え方



現在の医療計画の問題点

- ① 患者の実際の受療行動と異なる
- ② 疾病動向を勘案していない
- ③ 地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

* 4疾患(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)と5事業(救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医、小児医療)別のネットワーク形成

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精神疾患

- 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

2013年からは精神疾患が加わる！
5疾患5事業となる！？

②診療機能の情報開示 —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

③数値目標の設定

医療計画は5年計画

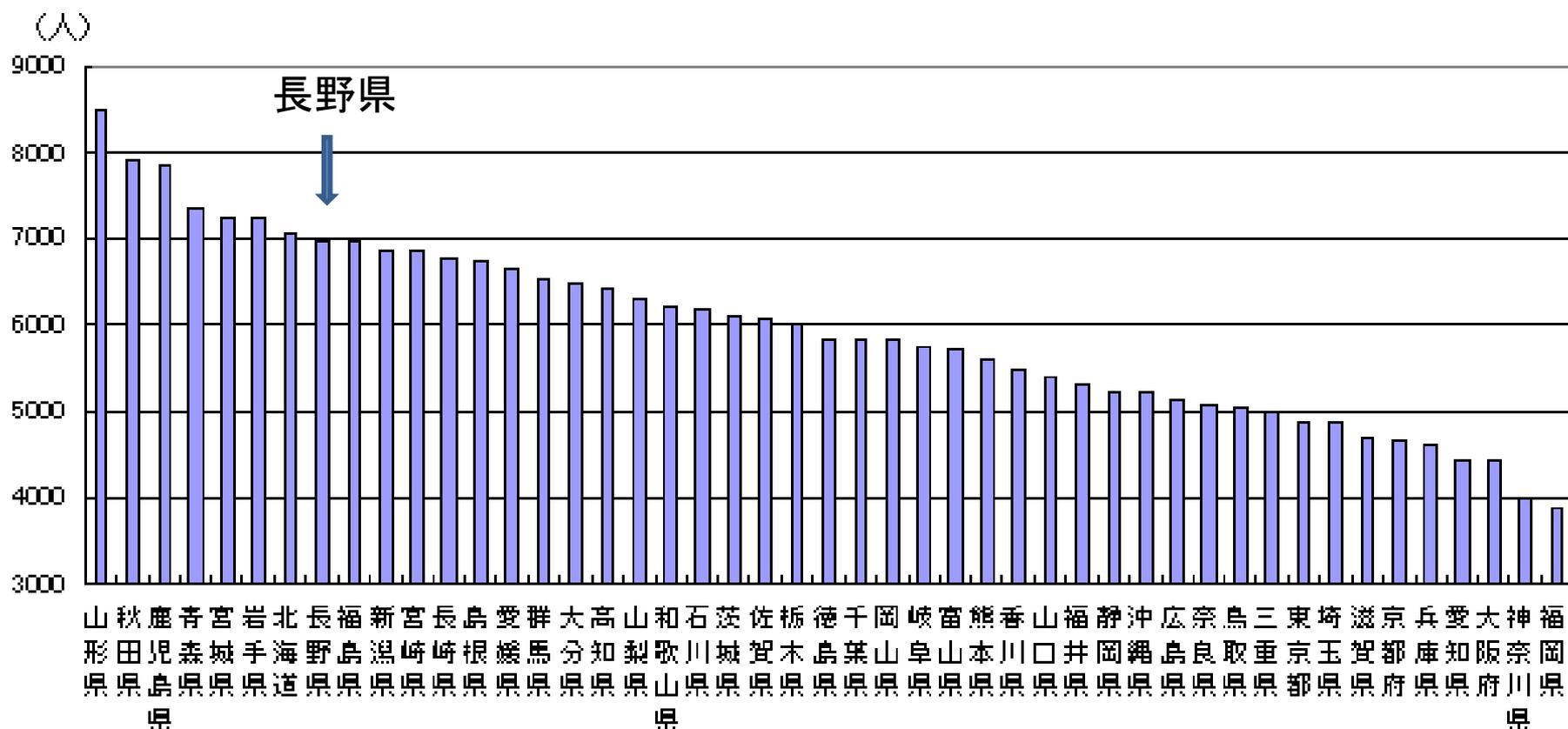
計画期間内に達成すべき数値目標を決める

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

長野は昔から 高血圧性疾患が多かった

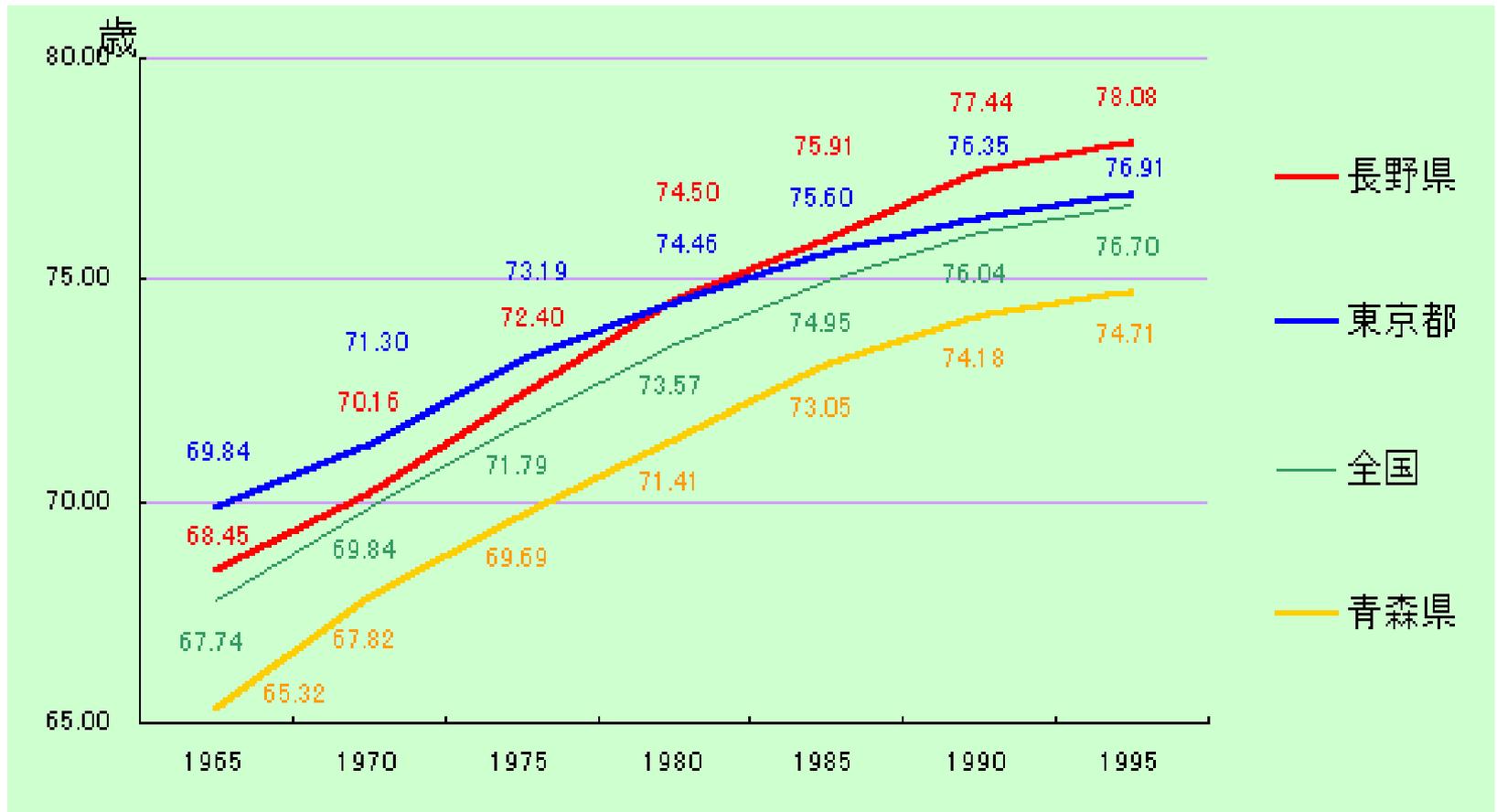
- 30年ほど前までは日本有数の脳卒中多発県であった
- 昭和26年から死因の第一位を脳卒中が占め、心臓病、ガンがこれに続き、脳卒中は全国2位、心臓病、ガンは全国4位という発生状況
- 長野は予防活動が盛ん
 - － 減塩運動、食生活改善推進員（食改さん）

食生活改善推進員（食改さん）

- 佐久町の食生活改善推進員による郷土の伝統料理に学ぶお料理教室



平均寿命の推移(県別)

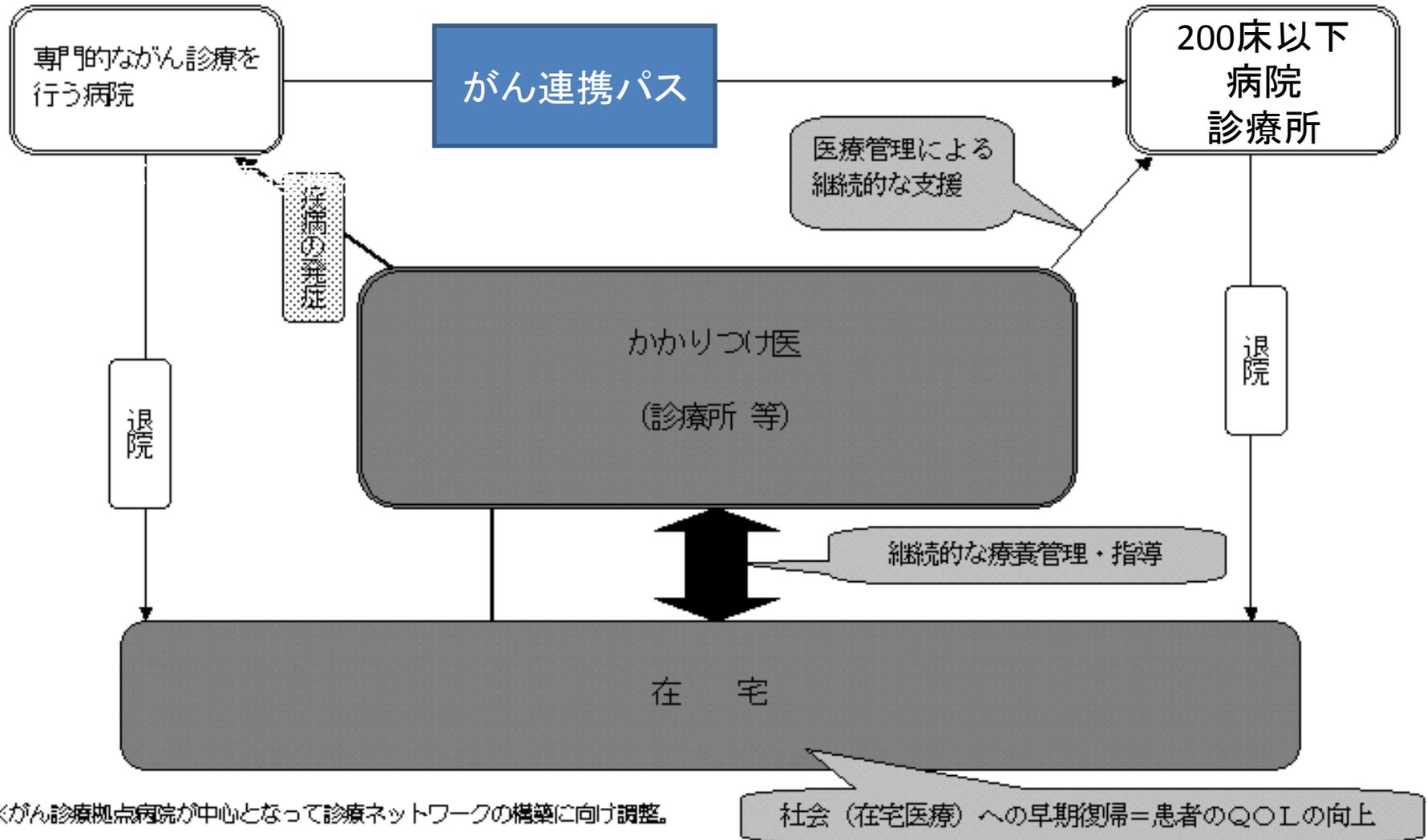


佐久総合病院の 若月先生の活躍があった

- 佐久総合病院 若月俊一先生
 - 「手遅れの患者を減らすには、病気を未然に防ぐことが必要だ。」
- 全村集団検診
 - 農閑期の冬、医師たちは集落の公民館まわり
- 手作り演劇
 - 医師たちは、皆に足を運んでもらえるよう、手作りの芝居を上演した
- 手作り味噌汁
 - 減塩みそしる
- 昭和41年、ついに八千穂村の一人あたりの医療費は全国平均を大きく下回った



がんの診療ネットワーク

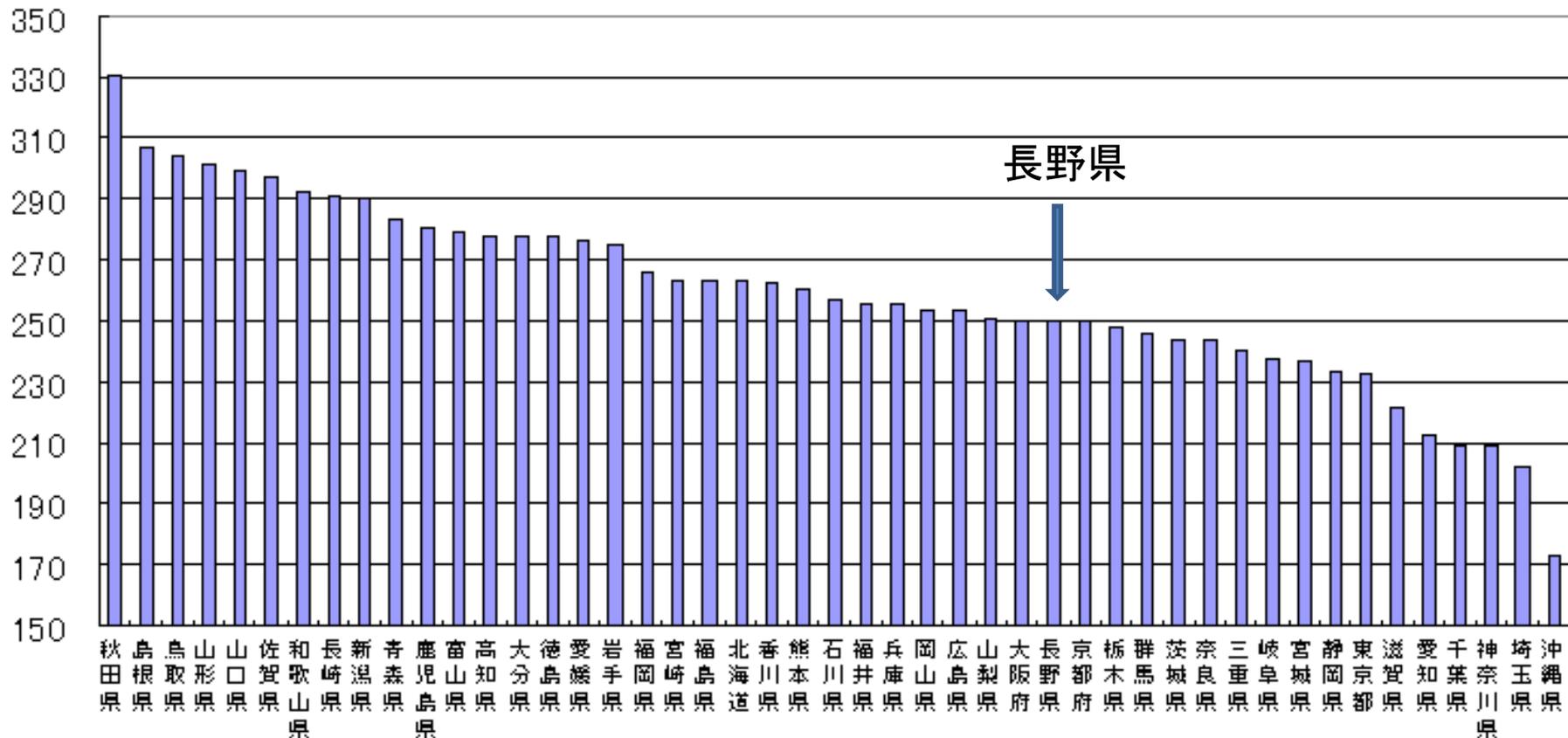


※がん診療拠点病院が中心となって診療ネットワークの構築に向け調整。

がんの都道府県別死亡率

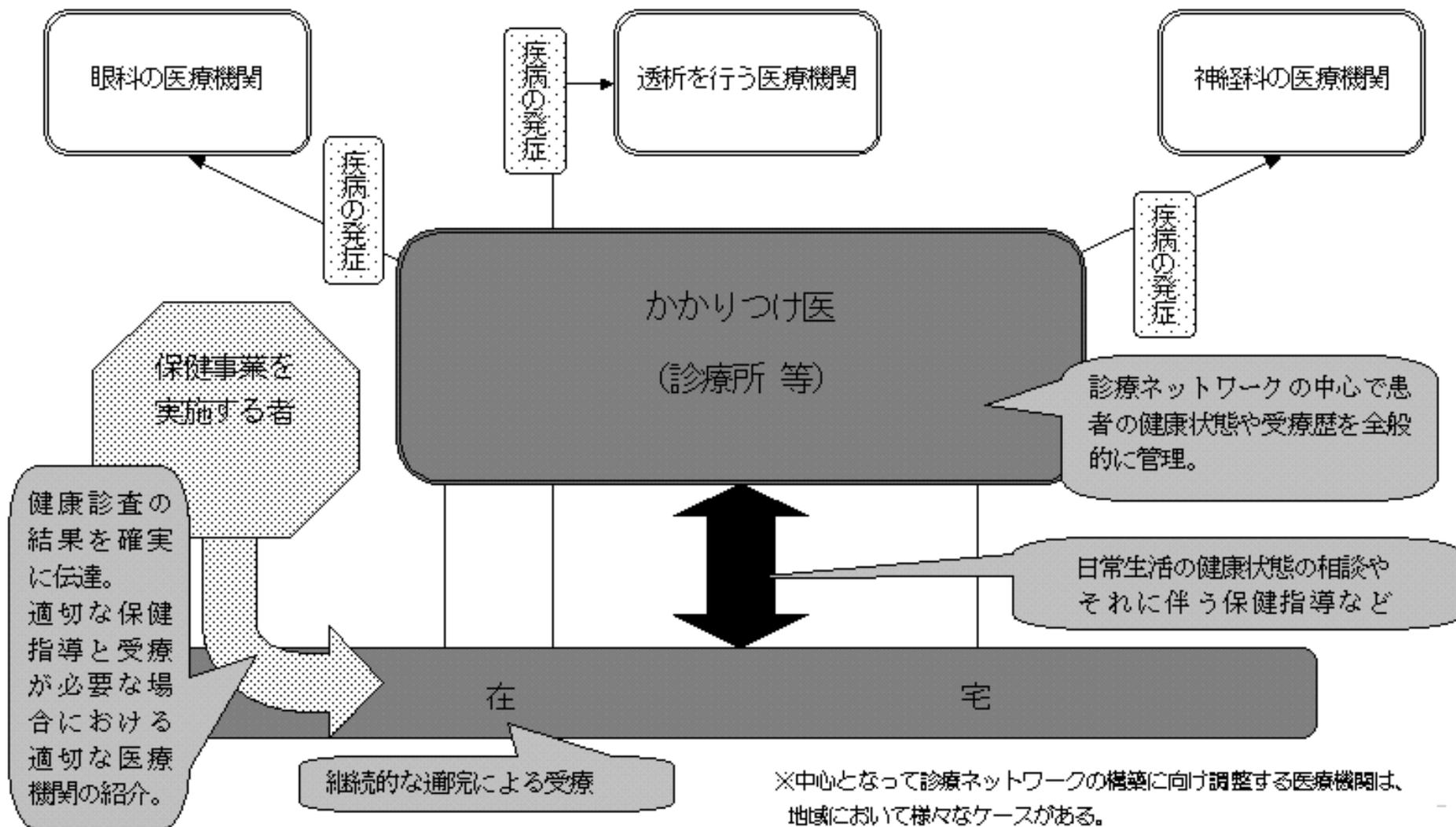
(人)

都道府県別にみた悪性新生物による死亡率(人口10万対)

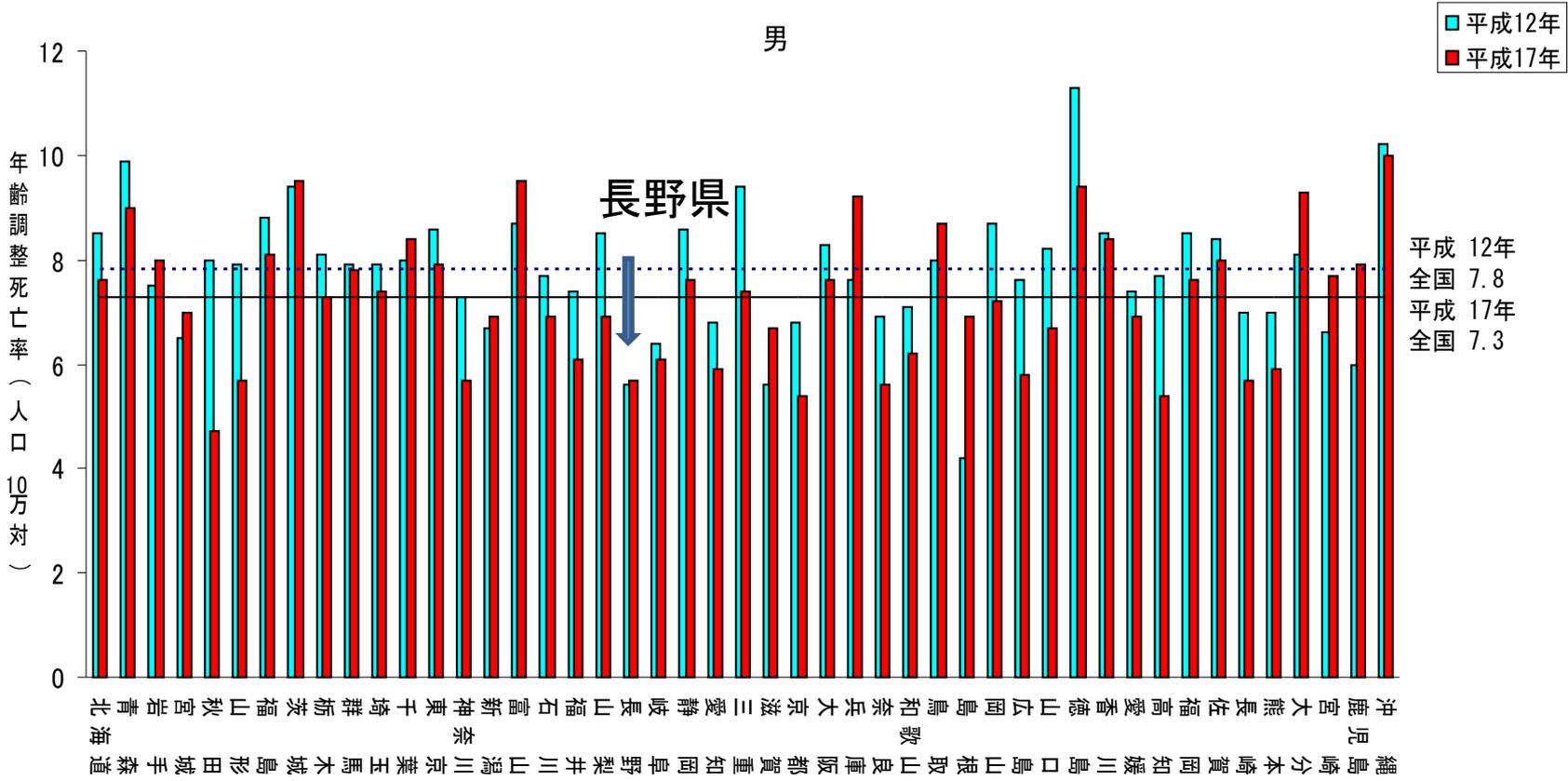


平成15年人口動態調査

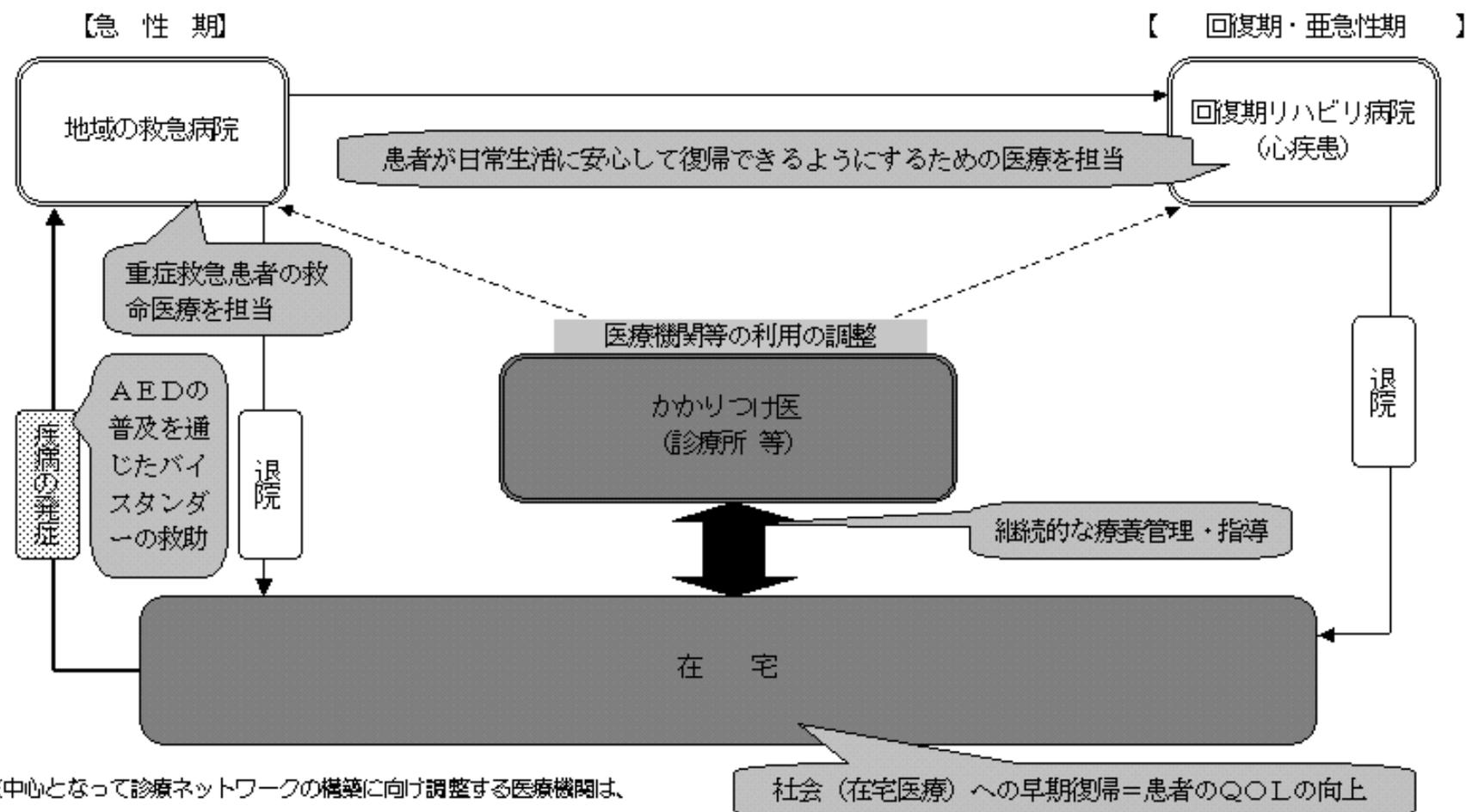
糖尿病の診療ネットワーク



糖尿病の都道府県別ベンチマーク例

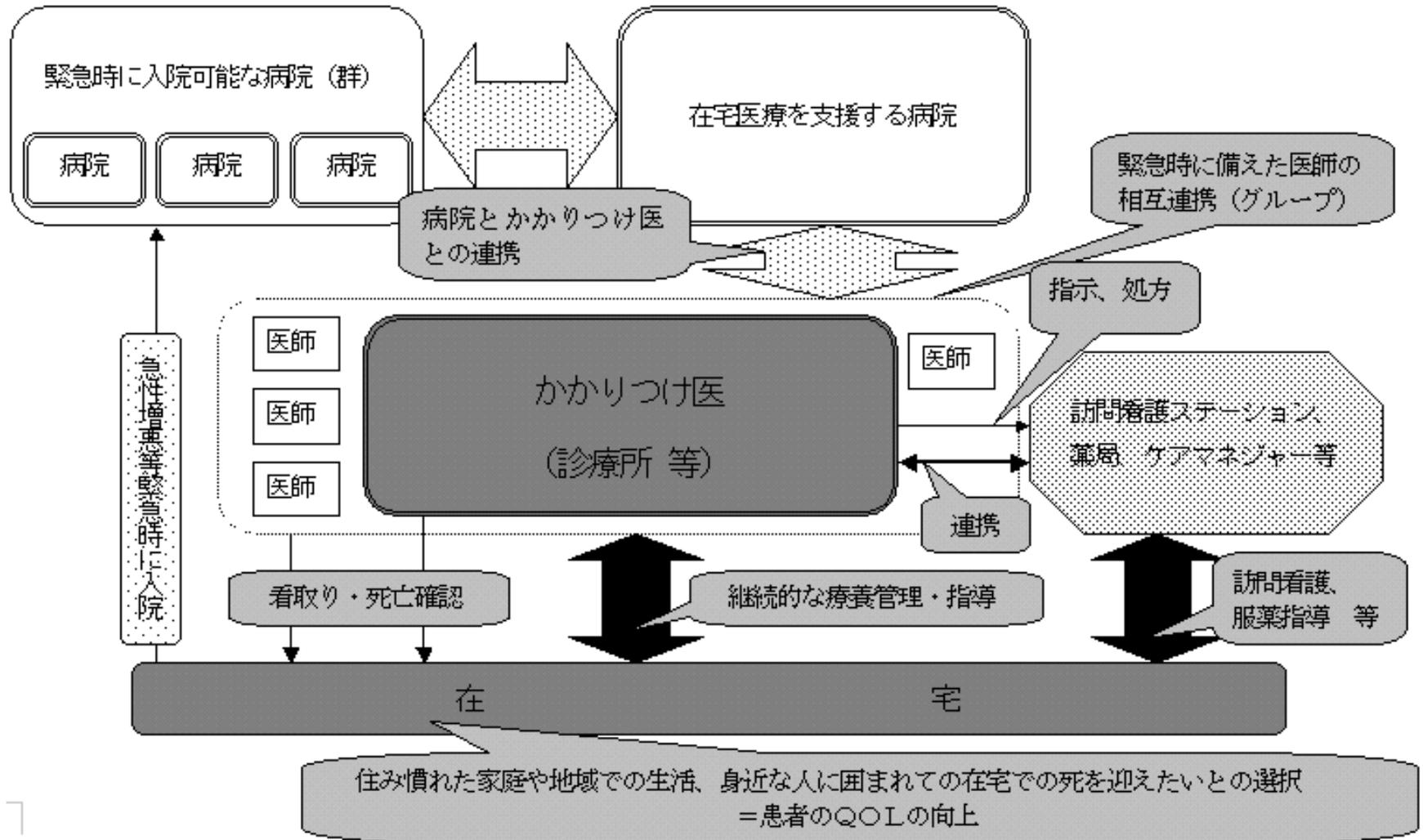


急性心筋梗塞の診療ネットワーク

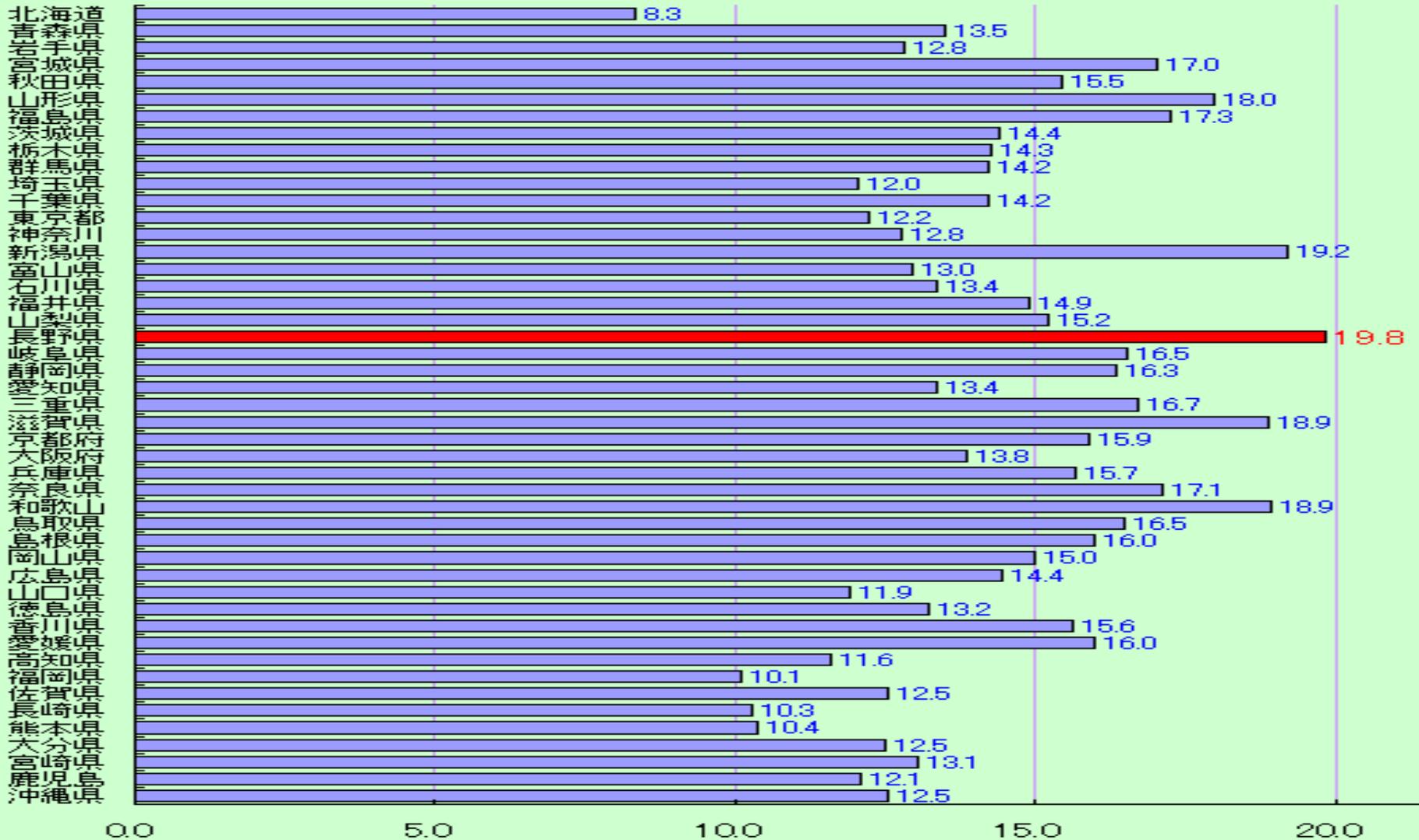


※中心となって診療ネットワークの構築に向け調整する医療機関は、地域において様々なケースがある。

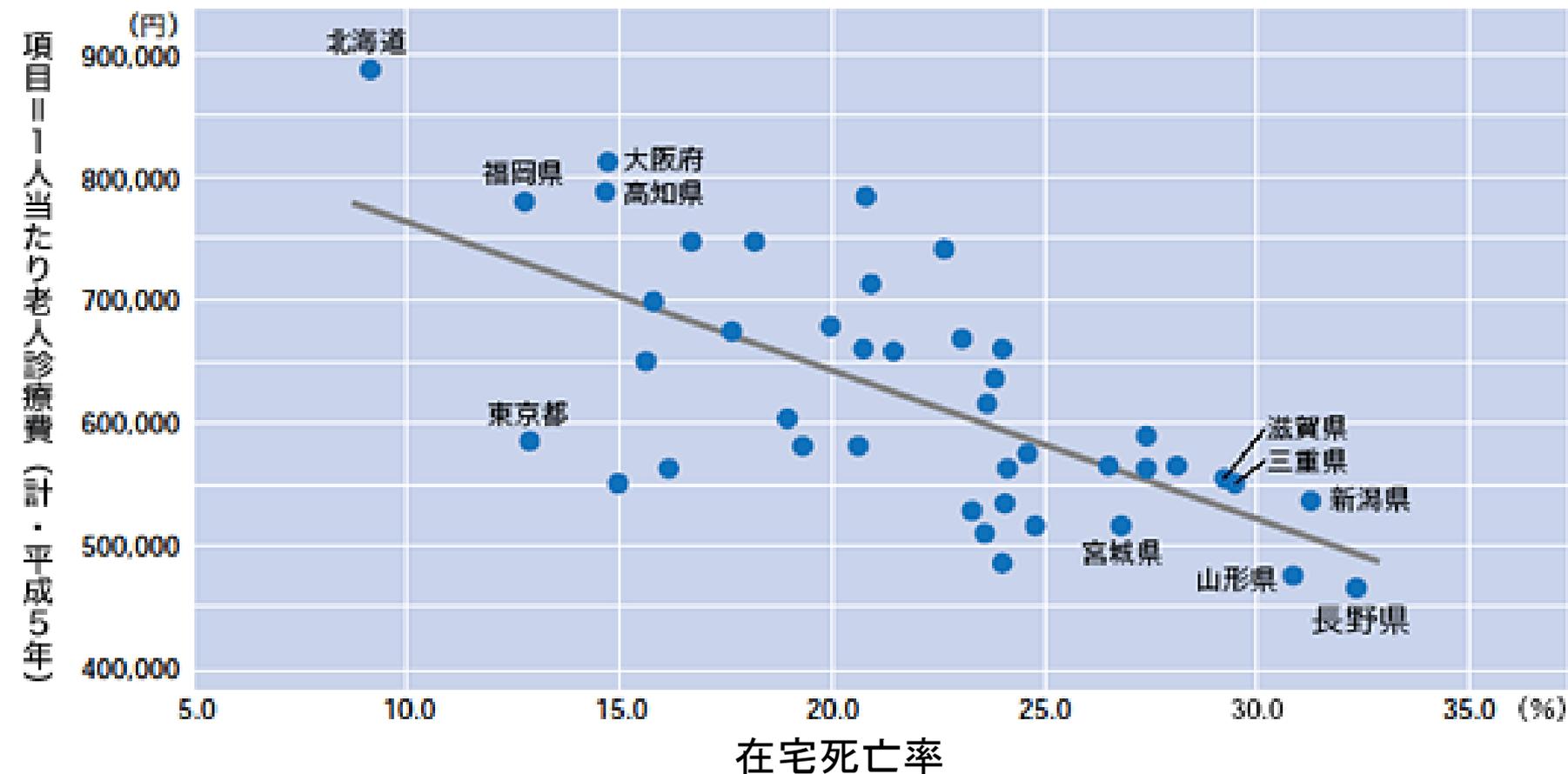
終末期ケアの診療ネットワーク



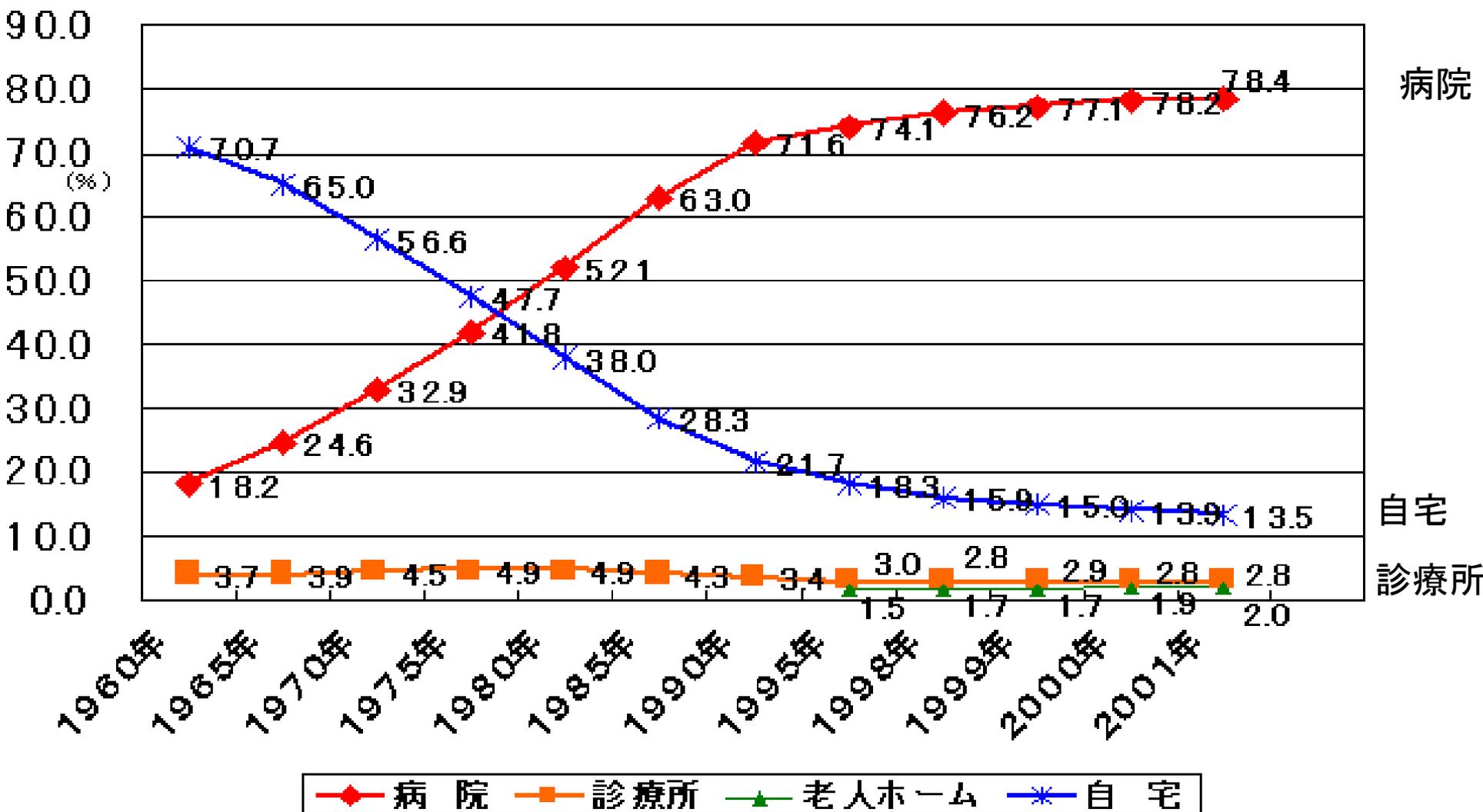
都道府県別在宅看取り率



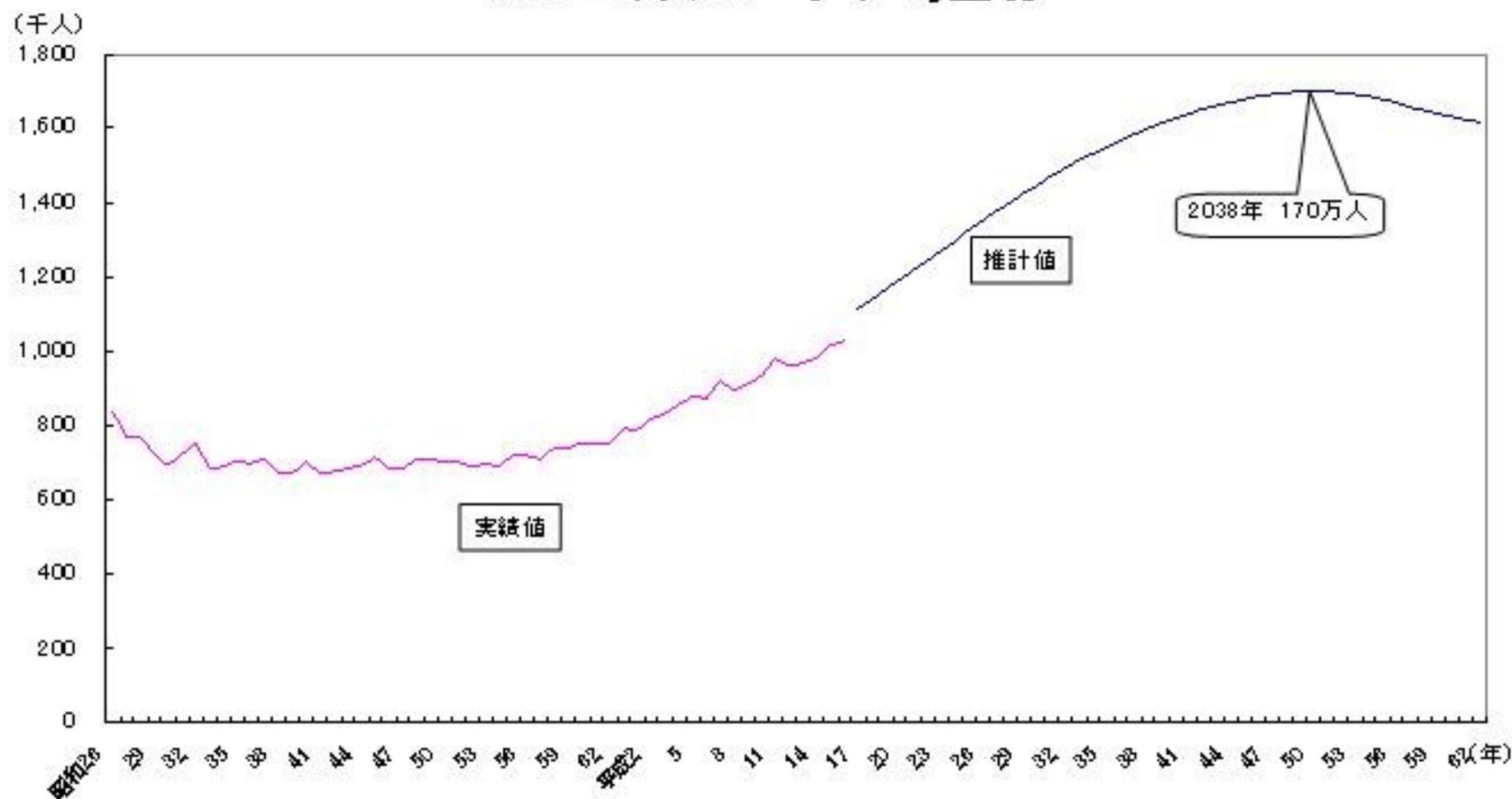
1人当たりの老人医療費と 在宅死亡率



死亡の場所の内訳推移



死亡数の年次推移



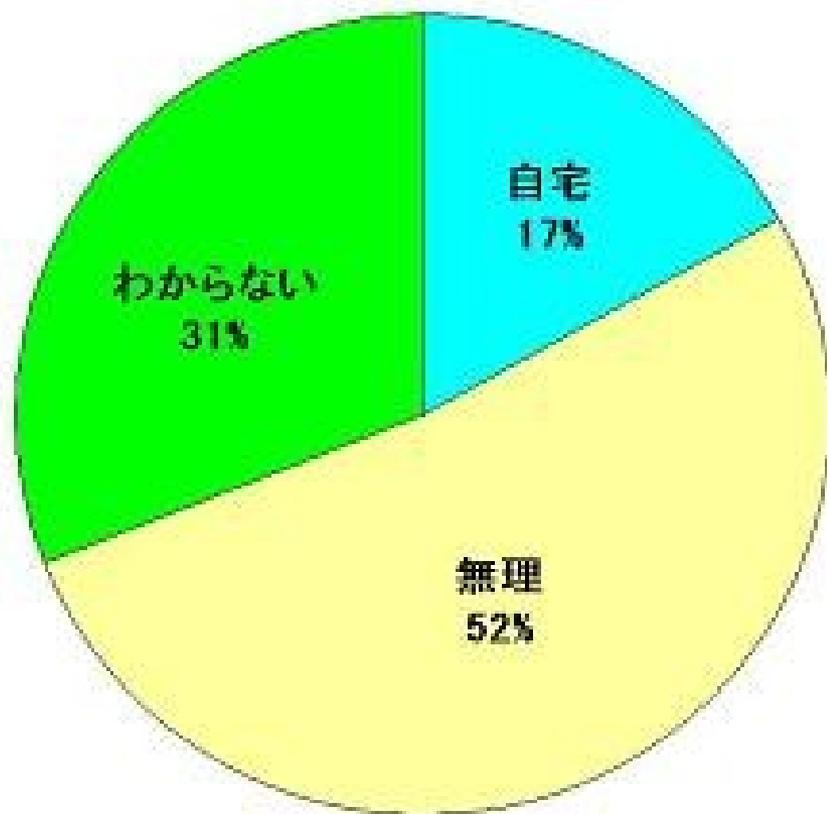
資料：平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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

新川医療連携懇話会

- 終末期医療における地域連携クリティカルパスの試み
 - 富山県新川(にいかわ)医療圏(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)で、2005年より開業医が中心となって、在宅終末期医療や栄養管理などの検討のために「新川医療連携懇話会」を立ち上げた
 - ターミナルケアでは単独の医師による24時間管理体制では、医師の疲弊が激しいので、複数主治医制をとること
 - 在宅医師同士の連携ミスによる医療事故の防止と回避、病院との連携確保等のために



中川先生

④地域連携クリティカルパス

医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 状況に応じて、**地域連携クリティカルパス**導入に関する検討を行う

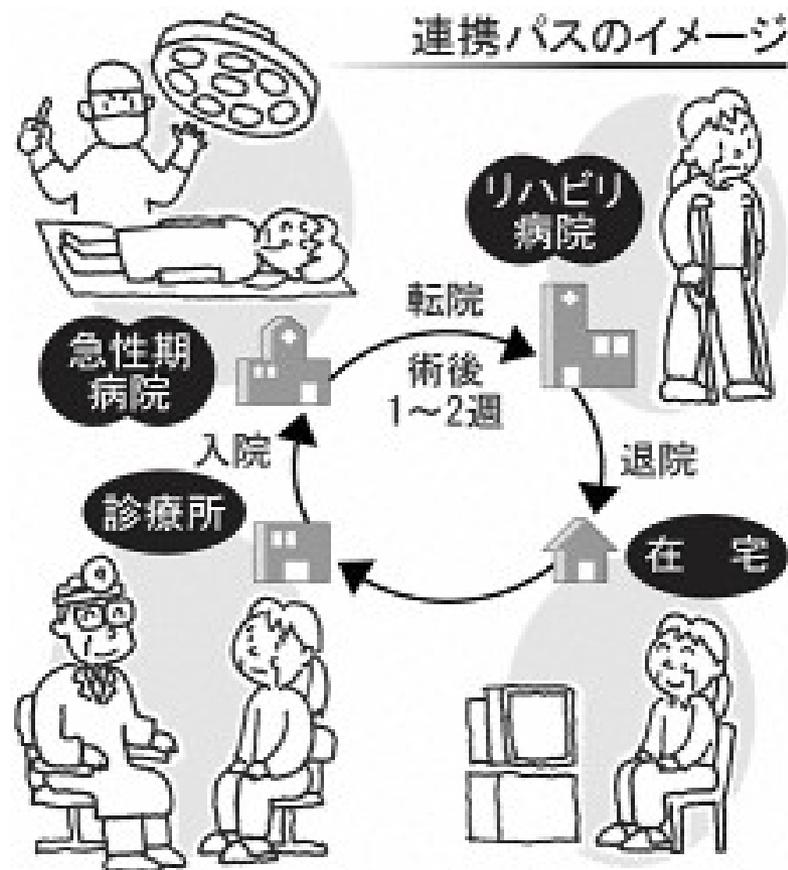
パート2

地域連携クリティカルパス

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:

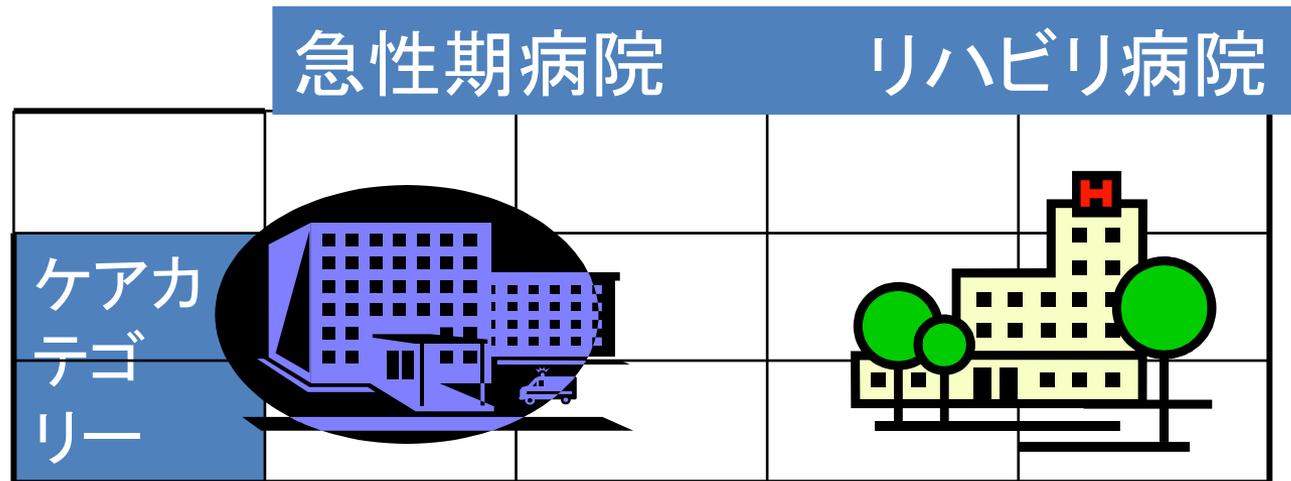
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴う合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
			口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	交包
検査		血算・血液型・生化学・腹レントゲン 心電図 咽頭培養	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		ベッド上安静		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							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)	
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ								
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	内服継続	内服中止	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	内服継続	
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	
				出血() () () ()	出血() () () ()						
					創状態() () () ()	創状態() () () ()					
					喀痰() () () ()	喀痰() () () ()					
							下痢() () () ()	下痢() () () ()			
							嘔吐() () () ()	嘔吐() () () ()			
							尿量() () () ()	尿量() () () ()			
記録											
バリアンス		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	
担当看護師署名		深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	深夜 日勤 準夜	

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

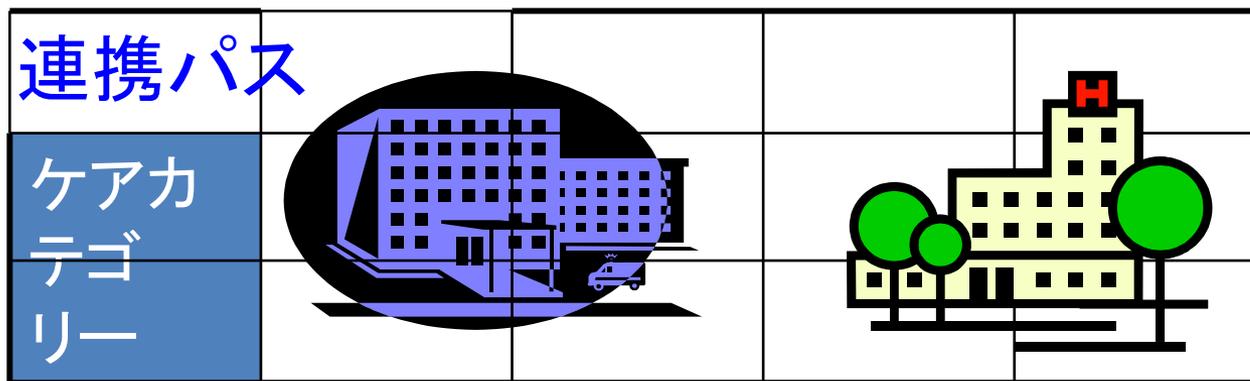
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

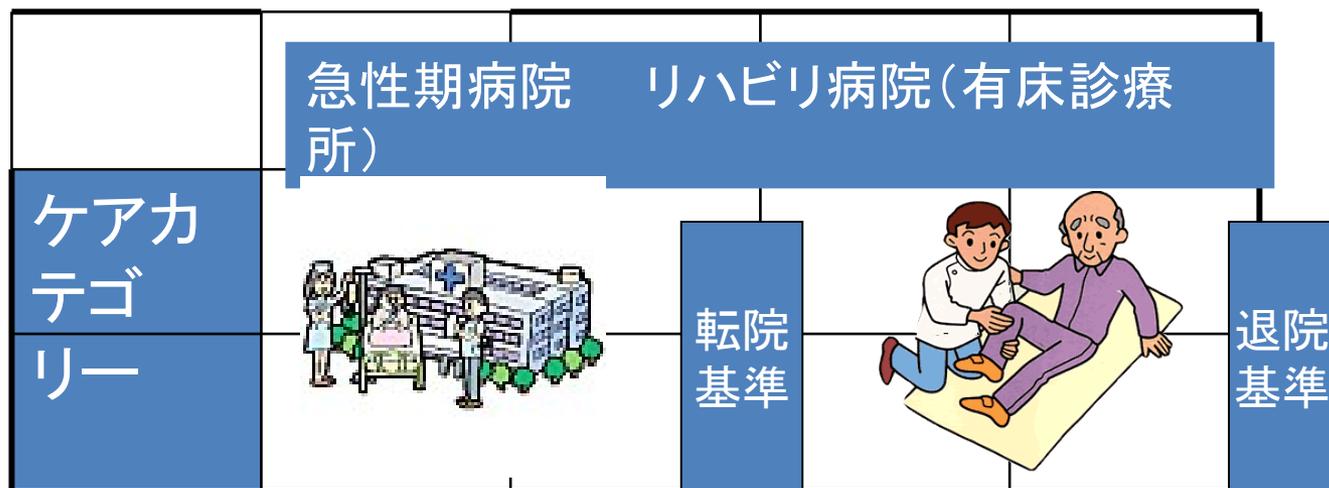


地域連携診療計画退院時指導料
1500点



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

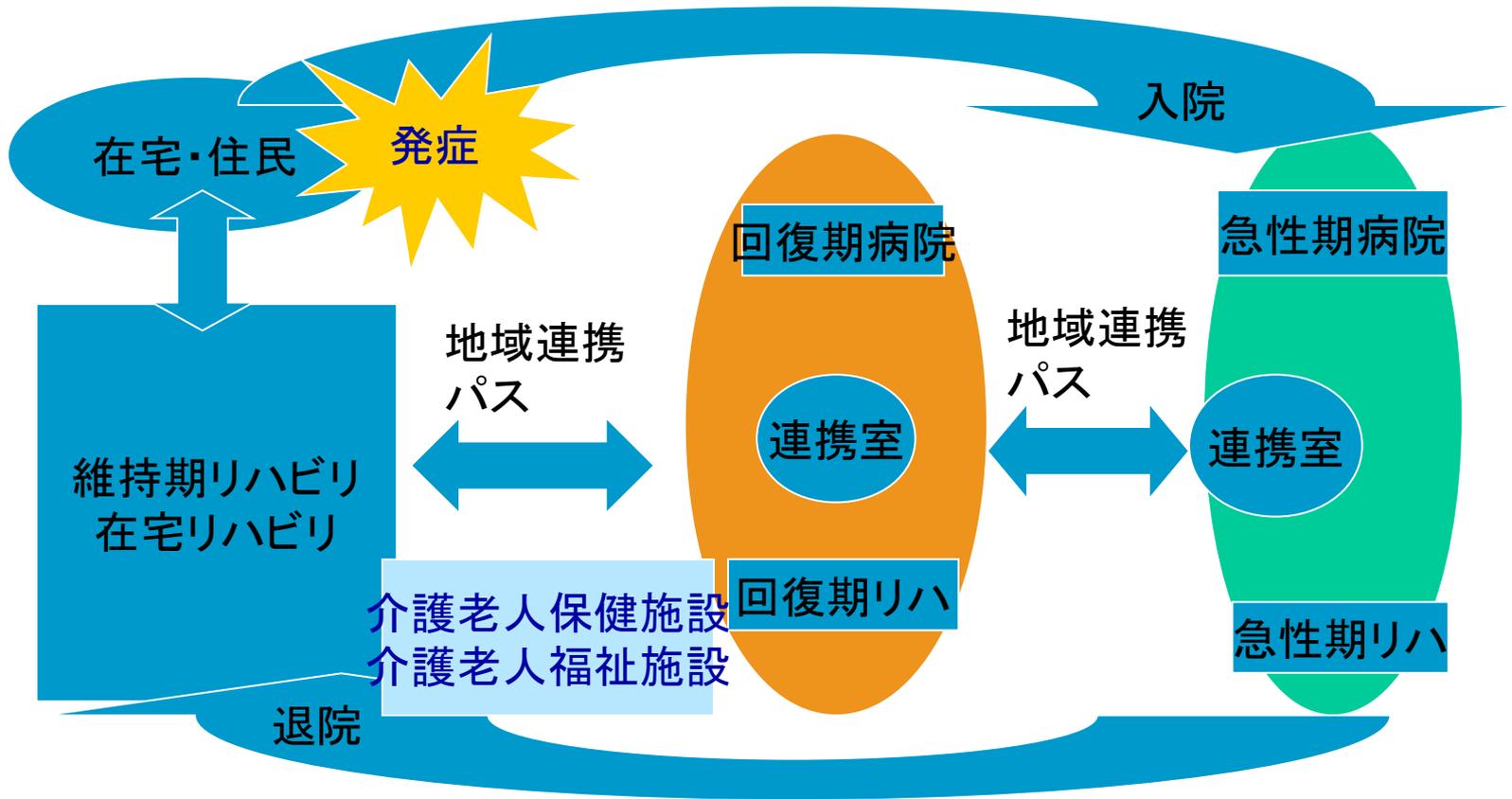
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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)

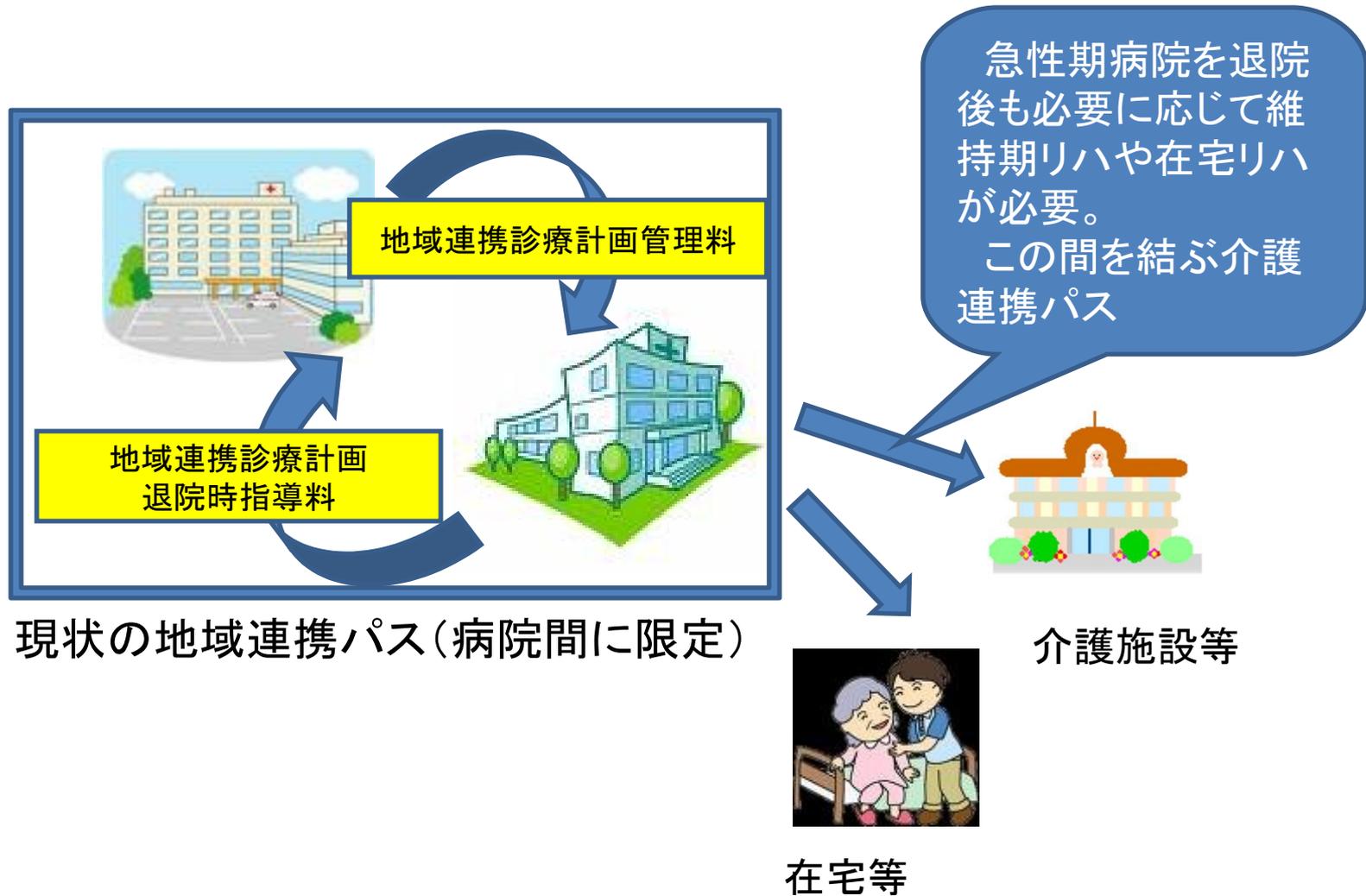
回復期(20施設)

維持期(11施設)

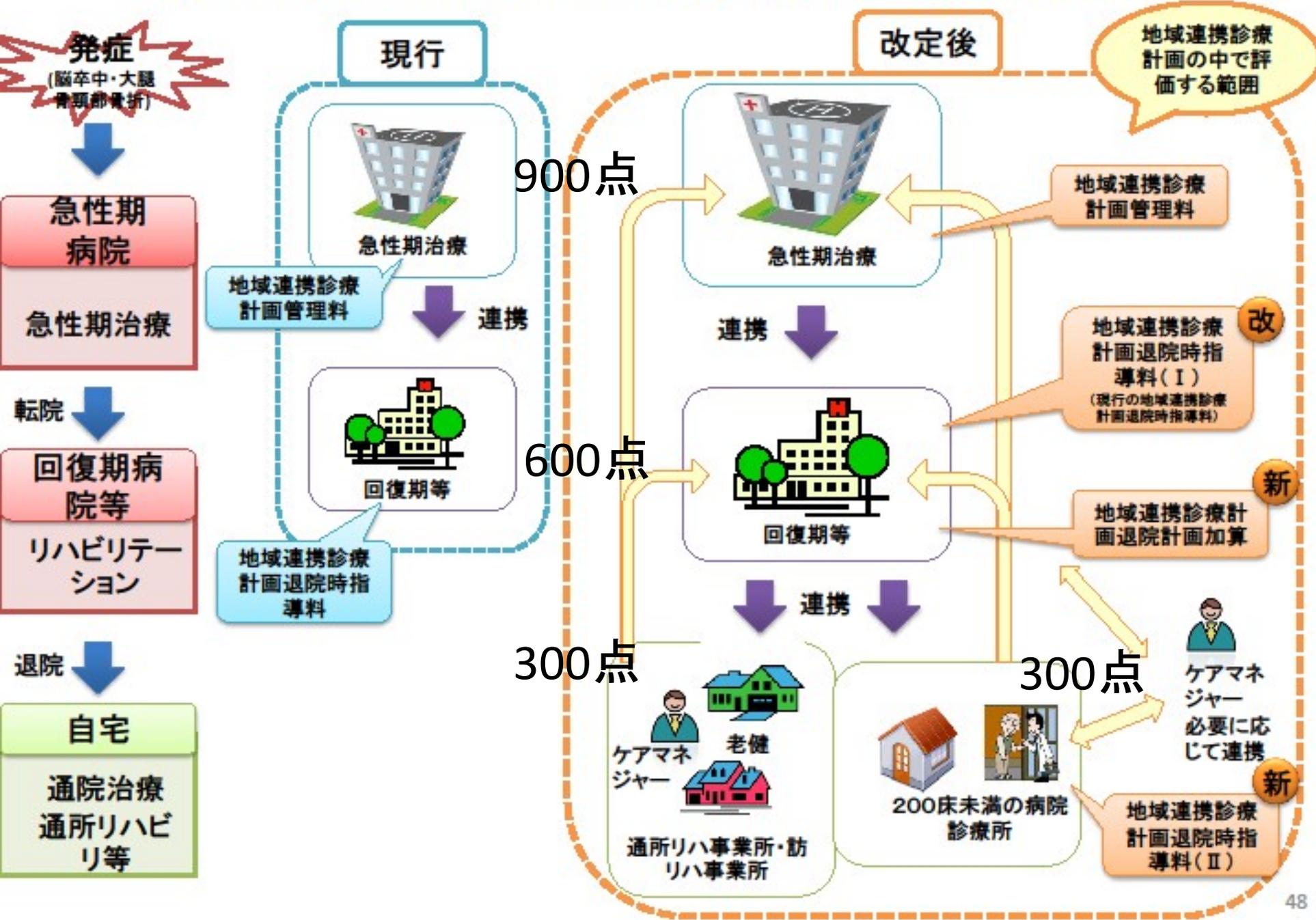
10年診療報酬改定 地域連携パスの2つの議論

- ①施設拡大
- ②疾病拡大

①地域連携パスの施設拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



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？



介護連携パスの必要性と期待

- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた介護サービスに係る人員、施設設備及び介護サービスに関する情報の共有
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

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
 - ー 〒107-0062 東京都港区南青山1-3-3 青山一丁目タワー5階



第3回介護連携パス研究会

- 日時

- 2011年3月21日(月、祝)13:00 ~ 17:00

- プログラム

- ご挨拶 東京都港区医師会 会長 赤枝恒雄

- 基調講演Ⅰ「日本医師会が目指す在宅医療・介護連携」 日本医師会 常任理事 三上裕司

- 基調講演Ⅱ「次期介護保険法改定と在宅医療・介護連携」 厚生労働省 老健局長 宮島俊彦

- 講演Ⅰ「介護連携パスとP4P」 武藤正樹

- 講演Ⅱ「地域包括ケア時代の在宅医療の実践とITを活用したチームケアの展開」 プラタナス 桜新町アーバンクリニック 院長 遠矢純一郎

- 講演Ⅲ「介護連携パスの現状と茨城分科会総会の報告」 あおぞらデイサービスひまわり 施設長 岩下馨歌里

- パネルディスカッション 司会:介護連携パス研究会 副代表幹事 下村裕見子

- (冒頭発言16:00~16:15)

内閣官房 IT担当室 内閣参事官 野口聡

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- 桜新町アーバンクリニック・用賀三丁目薬局
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場を9月1日に見学



②地域連携パスの疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
がん地域連携パスに疾病拡大

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成。患者に対して、退院後の治療を地域の医療機関と連携して行うことを説明する。



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

計画策定病院で作成された治療計画に基づき、外来医療、在宅医療を提供する。また、計画に基づき、適切に計画策定病院に対して適切に患者の診療情報を提供する。



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

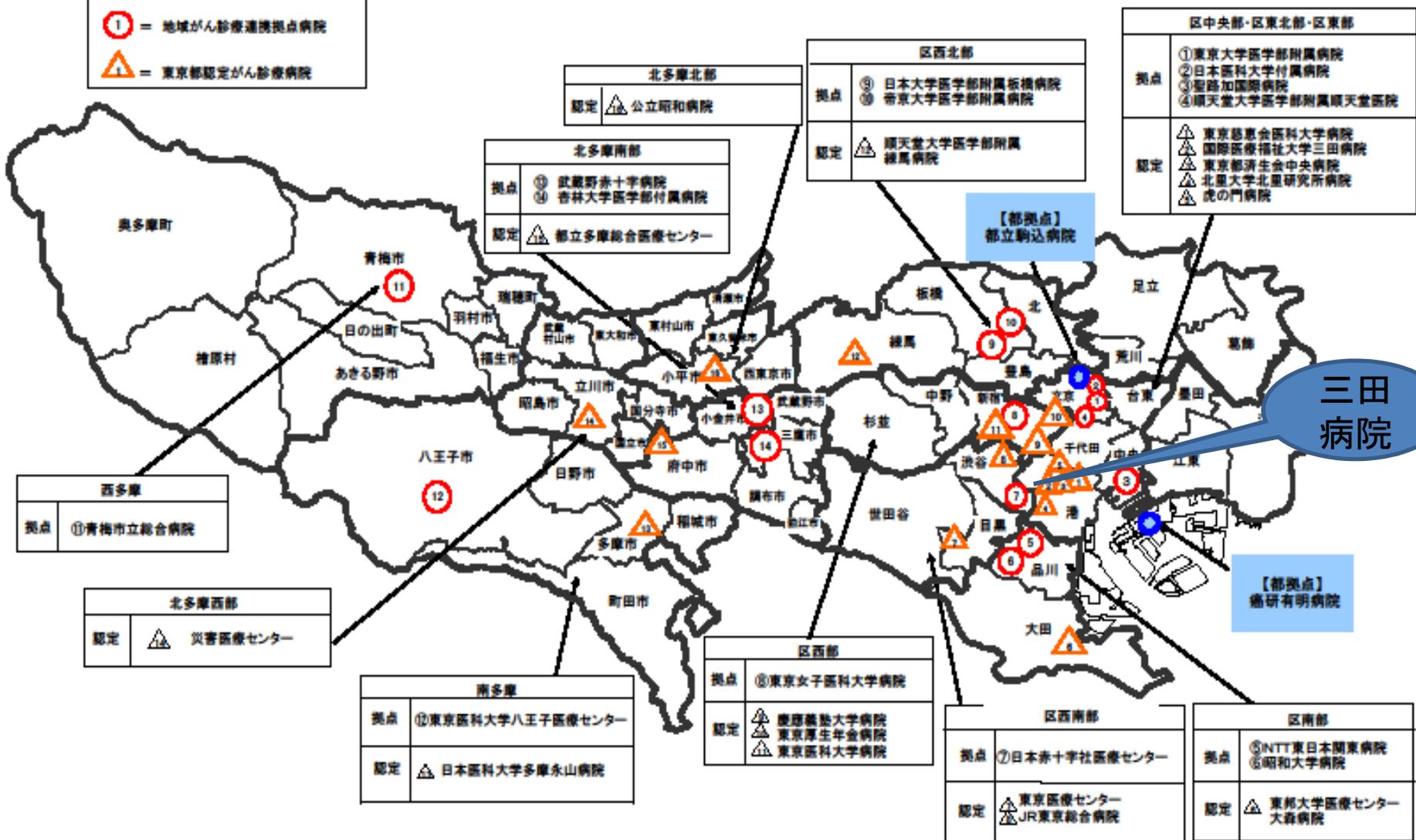
300点

200床未満の病院
診療所

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

港区内のがん診療連携拠点病院

- ①東京慈恵会医科大学
- ②国家公務員共済組合連合会虎の門病院
- ③東京都済生会中央病院
- ④国際医療福祉大学三田病院
- ⑤北里大学北里研究所病院

第2回港区がん連携パス研究会

- 港区内の5つのがん診療連携拠点病院で研究発表会を9月20日に開催
- プログラム
 - 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
 - 平成22年診療報酬改定とがん関連項目
 - 厚労省保険局医療課 前田彰久 先生
 - 東京都医療連携手帳について
 - 都立駒込病院 鶴田先生)
 - 事例発表
 - 虎ノ門病院の取り組み(竹内)
 - 国際医療福祉大学三田病院の取り組み(久保田)
 - 東京都済生会中央病院の取り組み(鳥海)
 - 港区薬剤師会 龍岡健一先生



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



都立駒込病院
鶴田 耕二先生

診察・検査予定表 (Stage IA・IB 胃がん)

手術日 年 月 日

問診・診察

探血

手術記録 (前・後・不明)

開経状況 T N M Stage

病期 平成 年 月 日

手術日

手術術式

病理

組織型 cm

pT n PgR HER2

ER NG

ly 断端 (陰性・陽性)

備考

退院後2週

1年	2年	3年	4年	5年
9ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月
●	○	○	○	○

放射線療法

平成 年 月 日

部位

総線量・回数

期間 平成 年 月 日

備考

化学療法

薬名・薬剤名・投与量 (/ m) ・回数

平成 年 月 日

胃癌(肺がん術後)

肝臓

連携元の担当医は患者さんに譲り前に、治療・検査の予定を記入して下さい

●手術病棟で施行
○かかりつけ病棟で施行
◎必要に応じて行います

3ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	1年	1年3ヶ月	1年6ヶ月	1年9ヶ月	2年	2年3ヶ月	2年6ヶ月	2年9ヶ月	3年	3年3ヶ月	3年6ヶ月	3年9ヶ月	4年	4年3ヶ月	4年6ヶ月	4年9ヶ月	5年
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

東京都医療連携手帳



東京都医療連携手帳を利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう!—



肝臓

肝がん治療

肝切除法 治療日

肝切除法 ラジオ波焼灼術 肝動脈腫瘍

肝切除法 その他 (

切除・焼灼・塞栓の部位(術式・使用薬剤など)

治療開始日

分化型 正常 肝臓 肝臓

well mod por

0 1 2 3 4

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: T163-8001

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。

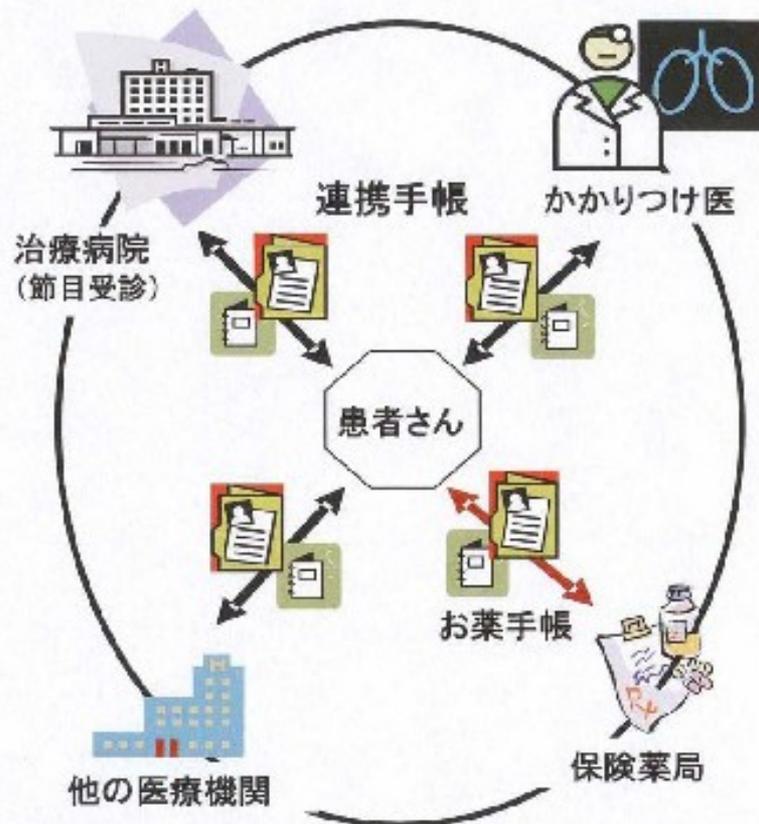
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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
- はかかりつけ医師で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医師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	
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					◎			◎		◎		◎	

肝炎インターフェロン連携パス 認知症連携パス

肝炎インターフェロン連携パス

- 1 肝炎インターフェロン治療計画料 700点(1人につき1回)新規点数
 - [算定要件]
 - 肝炎治療の専門医療機関において、肝炎インターフェロン治療に関する治療計画を策定し、副作用等を含めて患者に詳細な説明を行った場合に算定する。
 - [施設基準]
 - (1) 専門的な知識を持つ医師による診断及び治療方針の決定が行われていること。
 - (2) インターフェロンなどの抗ウイルス療法を適切に実施できること。
 - (3) 肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できること。
- 2. 肝炎インターフェロン治療連携加算の新設
 - 肝炎治療の専門医療機関の策定した治療計画に基づき、インターフェロン治療を行っている医療機関が計画策定病院に対して診療情報提供を行った場合の診療情報提供料の加算を新設する。

C型肝炎インターフェロン連携パス(医療者向け) かかりつけ医:

(地域医療連絡室用)

【患者情報】

カルテ番号
ふりがな
患者氏名 _____ 様
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 才)
性別 (男 ・ 女)
大阪市立総合医療センター
肝臓内科・消化器内科 _____

【検査値】 治療前検査値

身長	cm	体重	kg
肝組織	(F . A)		
合併症 (糖尿病 ・ 高血圧 ・ その他)			
HCVセロタイプ	(1 ・ 2 ・ 判定不能)		
HCV-RNA(TaqMan)	LogIU/ml		
白血球数	/μl	好中球数	/μl
ヘモグロビン	g/dl	血小板数	x10 ⁴ /μl
AST(GOT)	IU/l	ALT(GPT)	IU/l
AFP	ng/l	その他	
甲状腺機能異常	無 ・ 有		

【治療方法】

ベガシス単独 (_____ μg)
ベガシス(_____ μg) / コペガス(_____)mg
ペグイントロン(_____ μg) / レベートル(_____)mg

【予定治療期間】

24 / 48 週間 (スタート _____ 年 _____ 月 _____ 日)

【指導】

日常生活指導 (済 ・ 未済)
服薬指導 (済 ・ 未済)
栄養指導 (済 ・ 未済)

【備考】

記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

診療場所	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医								
経過(注射回数)	1週目(1本目)	2週目(2本目)	3週目(3本目)	4週目(4本目)	5週目(5本目)	6週目(6本目)	7週目(7本目)	8週目(8本目)	9週目(9本目)	10週目(10本目)	11週目(11本目)	12週目(12本目)
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
注射 (ベガシス/ペグイントロン)	μg											
内服 (コペガス/レベートル)	mg											
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿											
副作用(症状)												

診療場所	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
経過(注射回数)	13週目(13本目)	14週目(14本目)	15週目(15本目)	16週目(16本目)	17週目(17本目)	18週目(18本目)	19週目(19本目)	20週目(20本目)	21週目(21本目)	22週目(22本目)	23週目(23本目)	24週目(24本目)
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
注射 (ベガシス/ペグイントロン)	μg											
内服 (コペガス/レベートル)	mg											
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿											
副作用(症状)												

診療場所	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
経過(注射回数)	25週目(25本目)	26週目(26本目)	27週目(27本目)	28週目(28本目)	29週目(29本目)	30週目(30本目)	31週目(31本目)	32週目(32本目)	33週目(33本目)	34週目(34本目)	35週目(35本目)	36週目(36本目)
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
注射 (ベガシス/ペグイントロン)	μg											
内服 (コペガス/レベートル)	mg											
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿											
副作用(症状)												

診療場所	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医	総合医療センター	かかりつけ医	かかりつけ医	かかりつけ医
経過(注射回数)	37週目(37本目)	38週目(38本目)	39週目(39本目)	40週目(40本目)	41週目(41本目)	42週目(42本目)	43週目(43本目)	44週目(44本目)	45週目(45本目)	46週目(46本目)	47週目(47本目)	48週目(48本目)
受診月日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
注射 (ベガシス/ペグイントロン)	μg											
内服 (コペガス/レベートル)	mg											
検査	<input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 検尿											
副作用(症状)												

認知症連携パス

- 1 認知症専門診断管理料500点(1人につき1回)
 - [算定要件]
 - 認知症疾患医療センター等の専門医療機関において、認知症の個別診断を行い、療養方針を決定して患者及び家族に詳細な説明行った場合に算定する。
- 2 認知症専門医療機関連携加算50点(月1回)
 - かかりつけ医の外来で管理している認知症患者について、症状が増悪した場合や定期的な評価が必要な場合に、専門医療機関に紹介を行う際の診療情報提供料(I)に加算する。

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

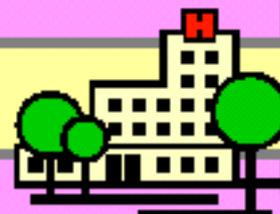
定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい



病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

パート3

退院調整（退院支援）

急性期病院から在宅への円滑な移行

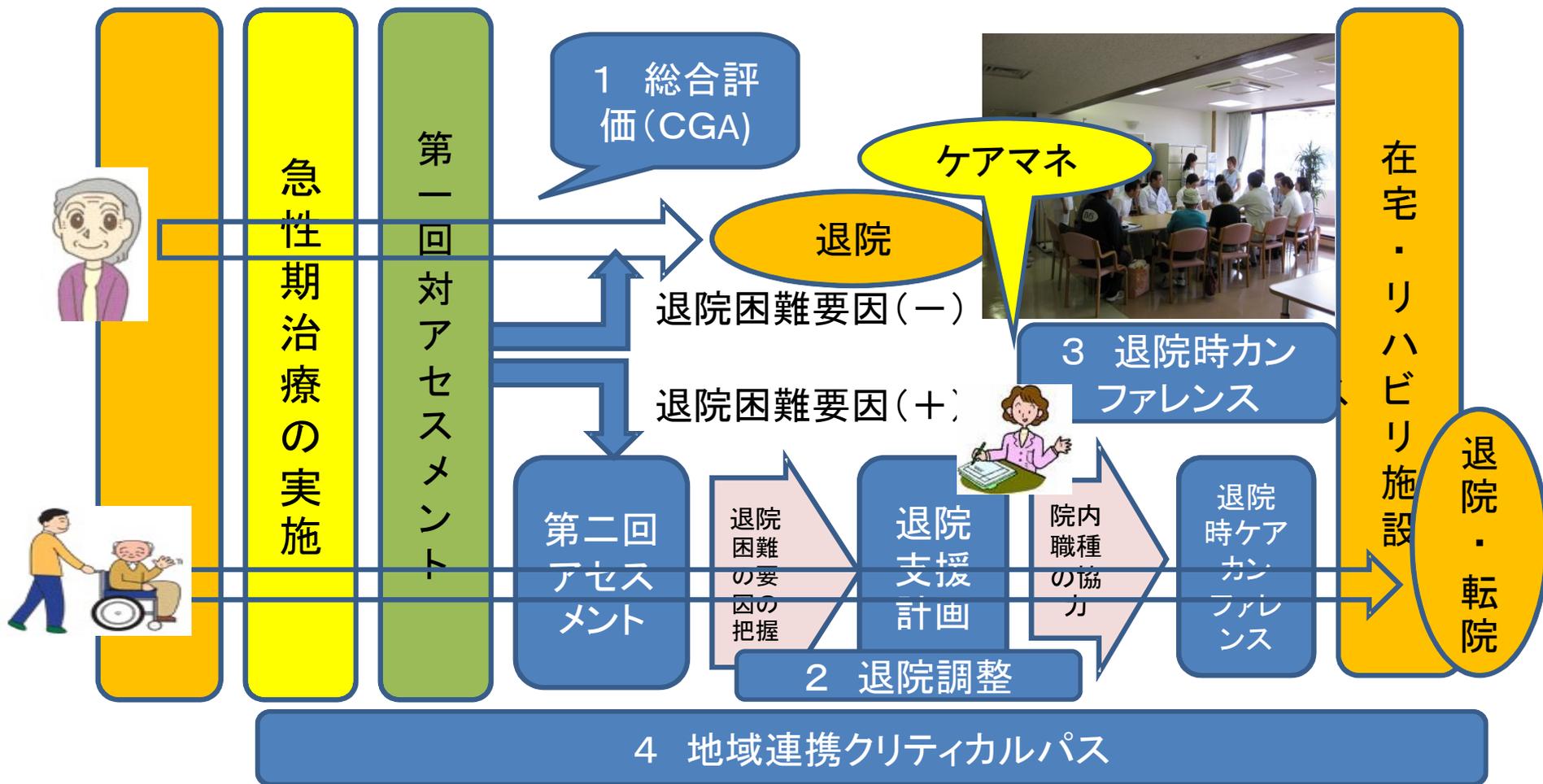
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院

退院患者の6%は退院困難を抱えている



退院調整の必要な患者

- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

退院時ケアカンファレンス

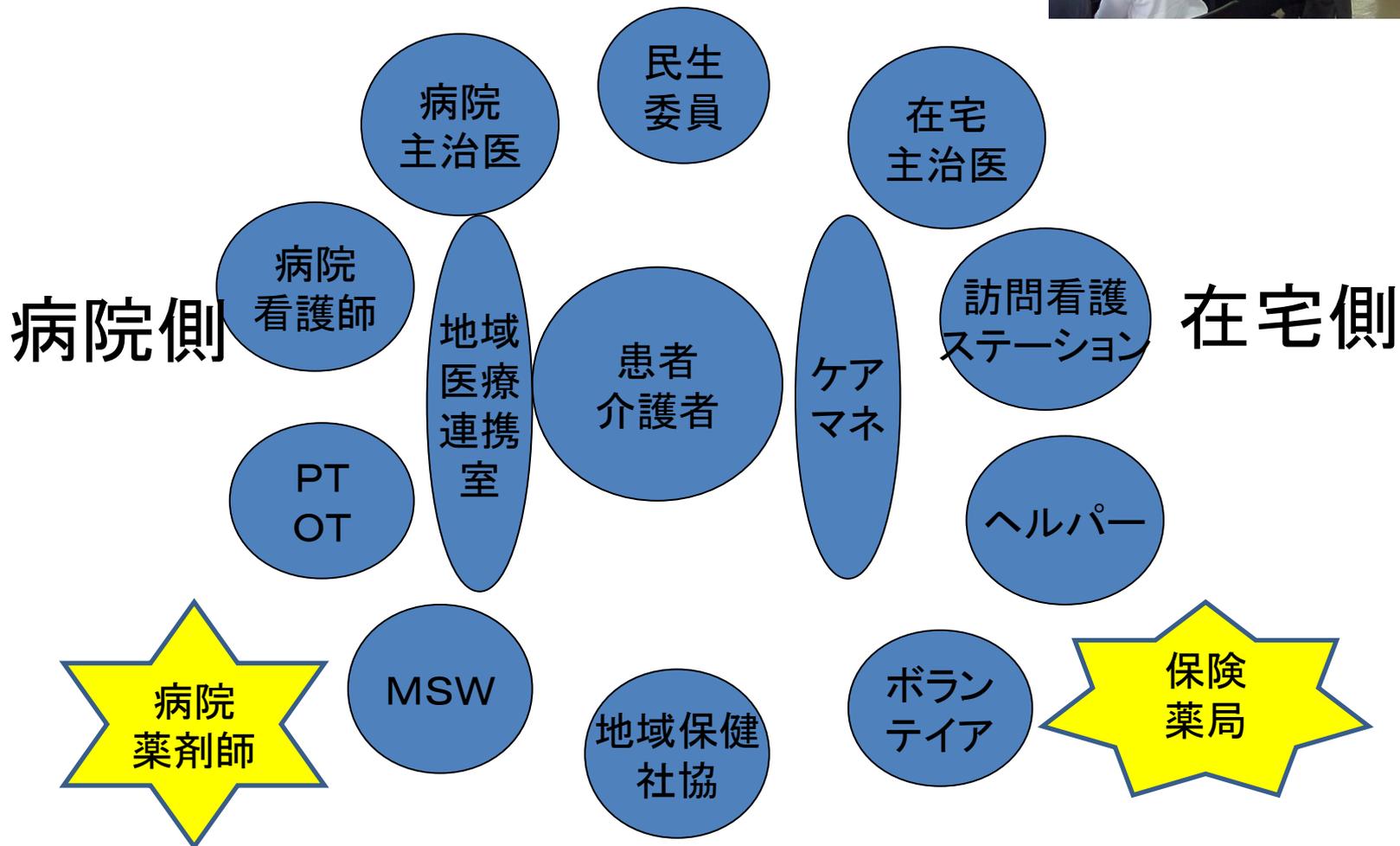
退院時共同指導料(08年)

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



～尾道市医師会と
尾道市民病院～

尾道方式の ケアカンファレンス



尾道方式のケアカンファレンス

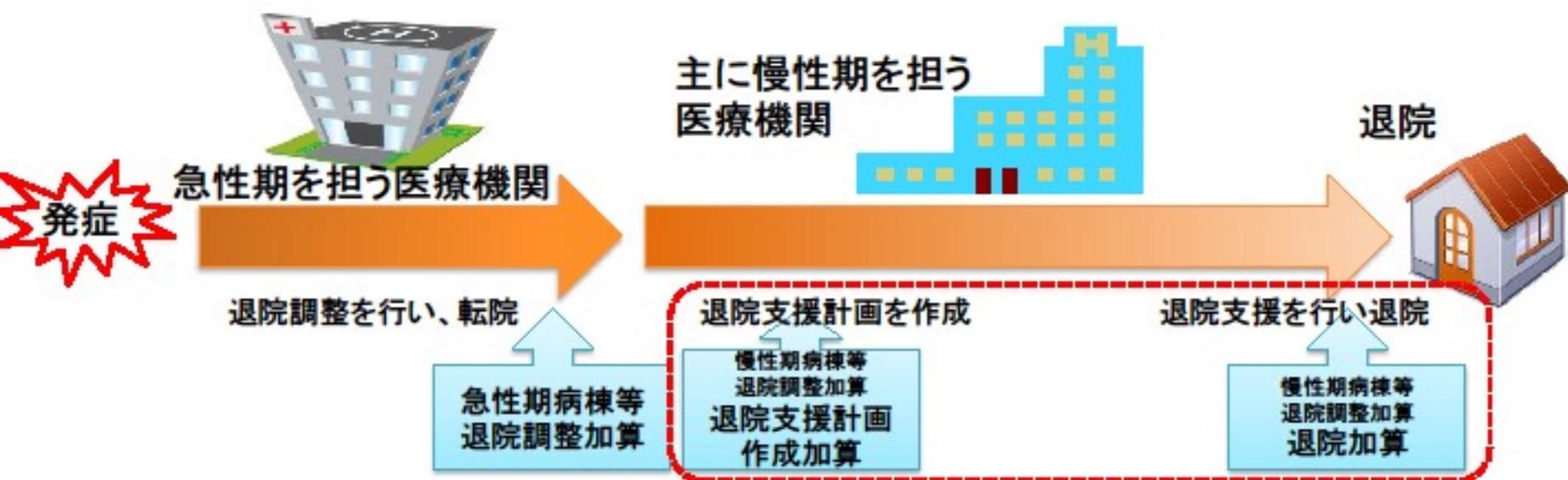
- 尾道方式3つの原則
 - 原則1 利用者本位
 - 利用者本人、介護者の参加
 - 原則2 利便性
 - 主治医のいる医療機関で行う
 - 原則3 効率性
 - 1件15分~20分で行う
 - 事前準備を徹底
- 事前準備
 - 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
 - 必要数の準備資料のコピー
- ケアカンファレンスの進め方
 - ケアマネに主導権を持たせる
 - ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
 - 主治医意見
 - 課題分析(問題点のみ)
 - サービスパッケージ
 - 利用者の意向確認
 - 利用者側のサイン、捺印
 - ケアカンファレンス終了
- 1件あたり15分から20分

退院調整加算の見直し

急性期病棟等退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整に係る評価①



従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

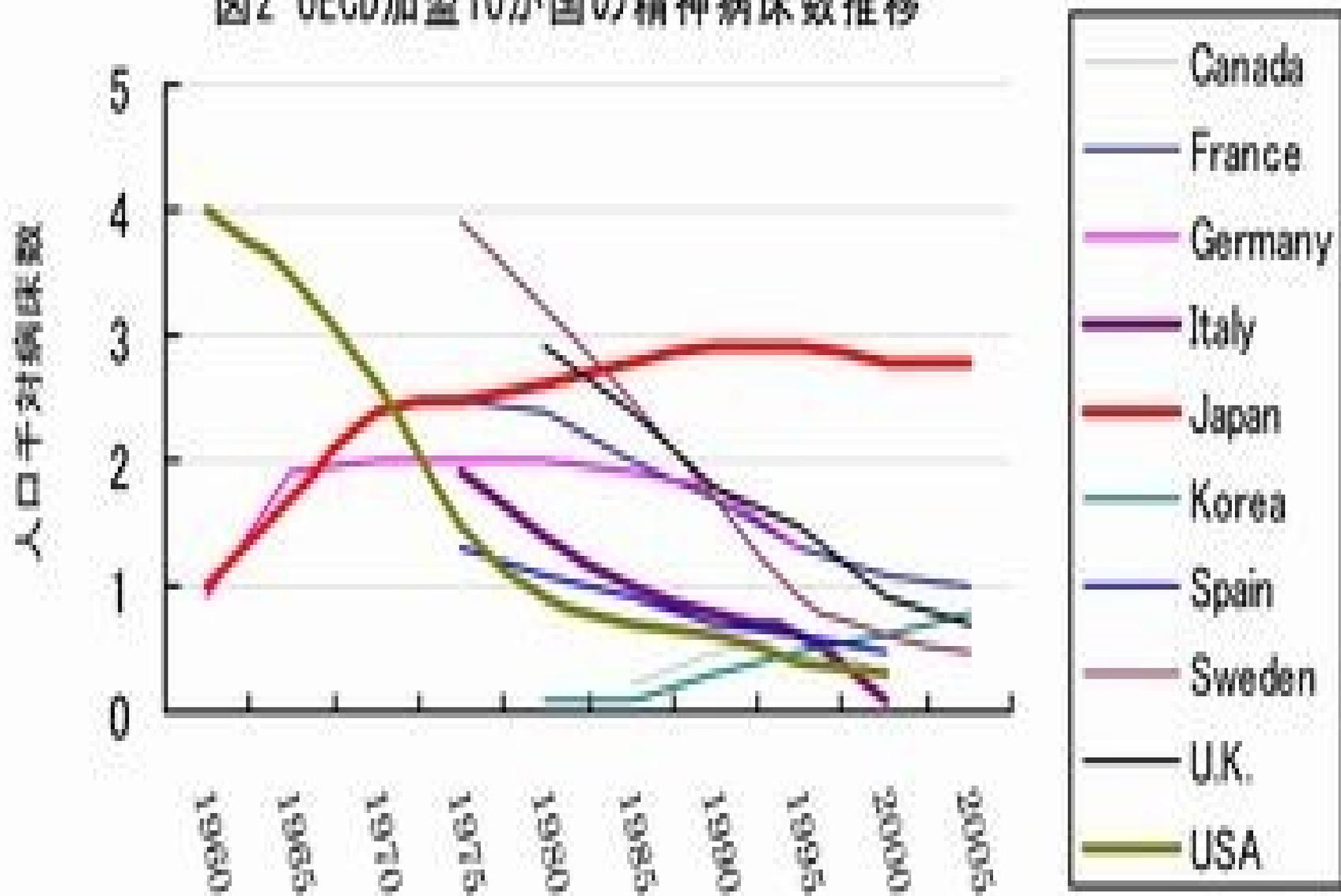
→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

パート4 精神科連携パス

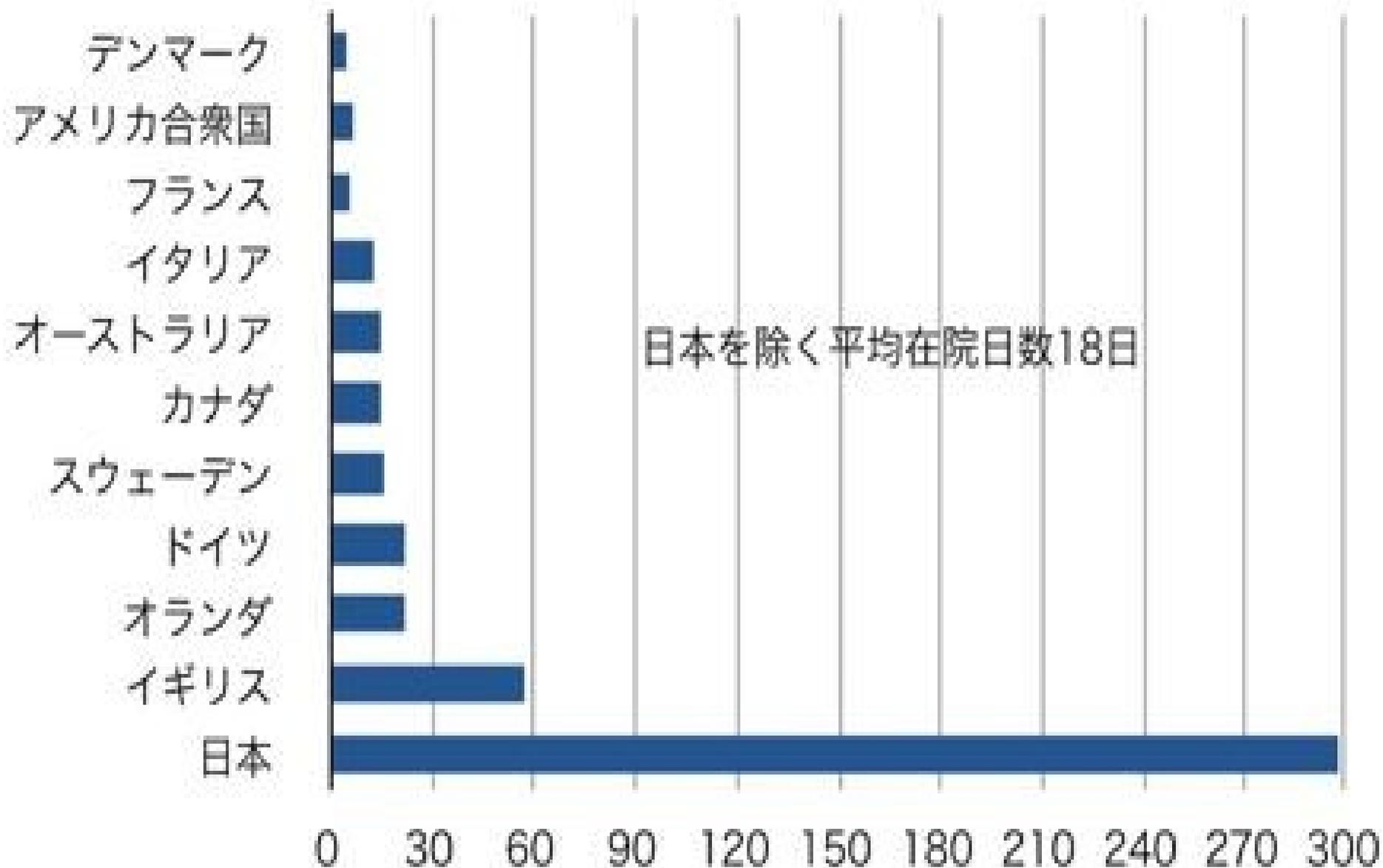
日本の精神医療の現状

多すぎる病床数と長い在院日数

図2 OECD加盟10か国の精神病床数推移

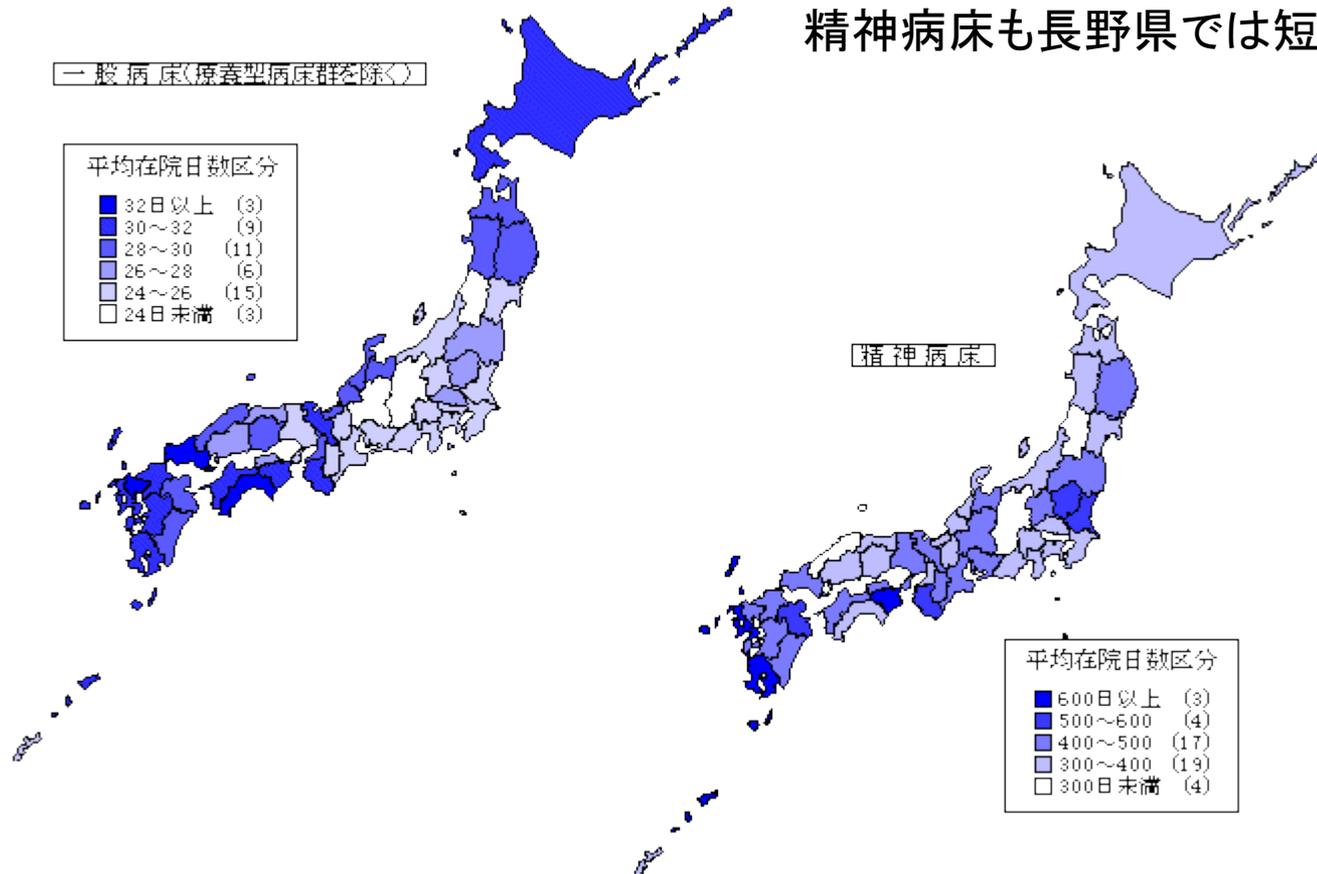


2005年退院者平均在院日数



都道府県別平均在院日数

長野県は全国でも平均在院日数が短い
精神病床も長野県では短い



なぜ諸外国で精神医療の 地域化が進んだのか？

入院から地域へ

バザーリア革命(イタリア・トリエステ)

- 精神医療の地域化の歴史の中で、最もドラスチックな改革を行ったのがイタリア。
- その主役を演じたのは、フランコ・バザーリア(Franco Basaglia 1924年～1980年)という精神科医であった
- 1978年、「180号法案」(バザーリア法)という画期的な法案がイタリア議会を通過する。
- この法案は、「今後は州立精神病院への入院を禁止する。2年後は再入院も禁止」という過激な法律だった
- 州立が殆んどイタリアでは、事実上これは、精神病者の收容取り込みを今後やらないという国家の意思表示であった。



(Franco Basaglia 1924年～1980年)

トリエステの サンジョバンニ病院は1979年閉鎖される



廃墟となったサンジョバンニ病院

サンジョバンニ病院の壁の標語 「自由こそ治療だ！」



そして日本も・・・

「精神保健医療福祉の更なる改革に
向けて」(今後の精神保健医療福祉
のあり方等に関する検討会報告書)
平成21年9月

【図1】「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」概要

～「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書(座長: 樋口輝彦 国立精神・神経センター)～
「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月から概ね10年間)の中間点において、
後期5か年の重点施策群の策定に向け、有識者による検討をとりまとめ【平成21年9月】

- ◎精神疾患による、生活の質の低下や社会経済的損失は甚大
- ◎精神障害者の地域生活を支える医療・福祉等の支援体制が不十分
- ◎依然として多くの統合失調症による長期入院患者が存在。これは、入院医療中心の施策の結果であることを、行政を含め関係者が反省

- 「改革ビジョン」の「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進
- 精神疾患にかかった場合でも
・質の高い医療
・症状・希望等に応じた適切な医療・福祉サービス
- 精神保健医療福祉の改革を更に加速

精神保健医療体系の再構築

- 地域医療の拡充、入院医療の急性期への重点化など医療体制の再編・拡充

- 人員の充実等による医療の質の向上

- 地域生活を支える障害福祉サービス、ケアマネジメント、救急・在宅医療等の充実、住まいの場の確保

地域生活支援体制の強化

精神医療の質の向上

- 薬物療法、心理社会的療法など、個々の患者に提供される医療の質の向上

- 患者が早期に支援を受けられ、精神障害者が地域の住民と暮らしていけるような精神障害に関する正しい理解の推進

普及啓発の重点的实施

目標値

- 統合失調症入院患者を15万人に減少<H26>
- 入院患者の退院率に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進

- 施策推進への精神障害者・家族の参画

地域を拠点とする共生社会の実現

2008年診療報酬改定

精神医療領域

●精神医療についての論点

以下の項目に対する診療報酬上の評価を検討

1. 地域生活への移行支援による長期入院の解消

- 長期入院患者等が円滑に地域移行するための更なる支援
- 障害福祉サービスの充実を踏まえ、精神科デイ・ケア等

2. 患者の病態や治療内容に応じた評価

- 薬物治療と比較しても効果が明らかな認知行動療法等(精神科専門療法)
- 患者の病態に応じた抗精神病薬の適切な選択
- 患者の状態像(児童・思春期の発達障害、長期療養が必要な患者等)に応じた入院医療

3. 急性期医療の評価

- 救急搬送の受け入れ体制の確保が課題となっている精神科救急
- 精神・身体合併症への総合的な機能を有する病床

地域医療計画の4疾病・5事業に
精神疾患が！

「地域医療計画の 5疾患目に精神科疾患を要望」 (日本精神科病院協会)

平成22年12月22日

- 社団法人 日本精神科病院協会長 山崎 學氏
- 今後増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある。
- このため、医療計画のいわゆる4疾病5事業の疾病に、精神疾患を追加し、5疾病5事業とすることについて検討していただきたい。

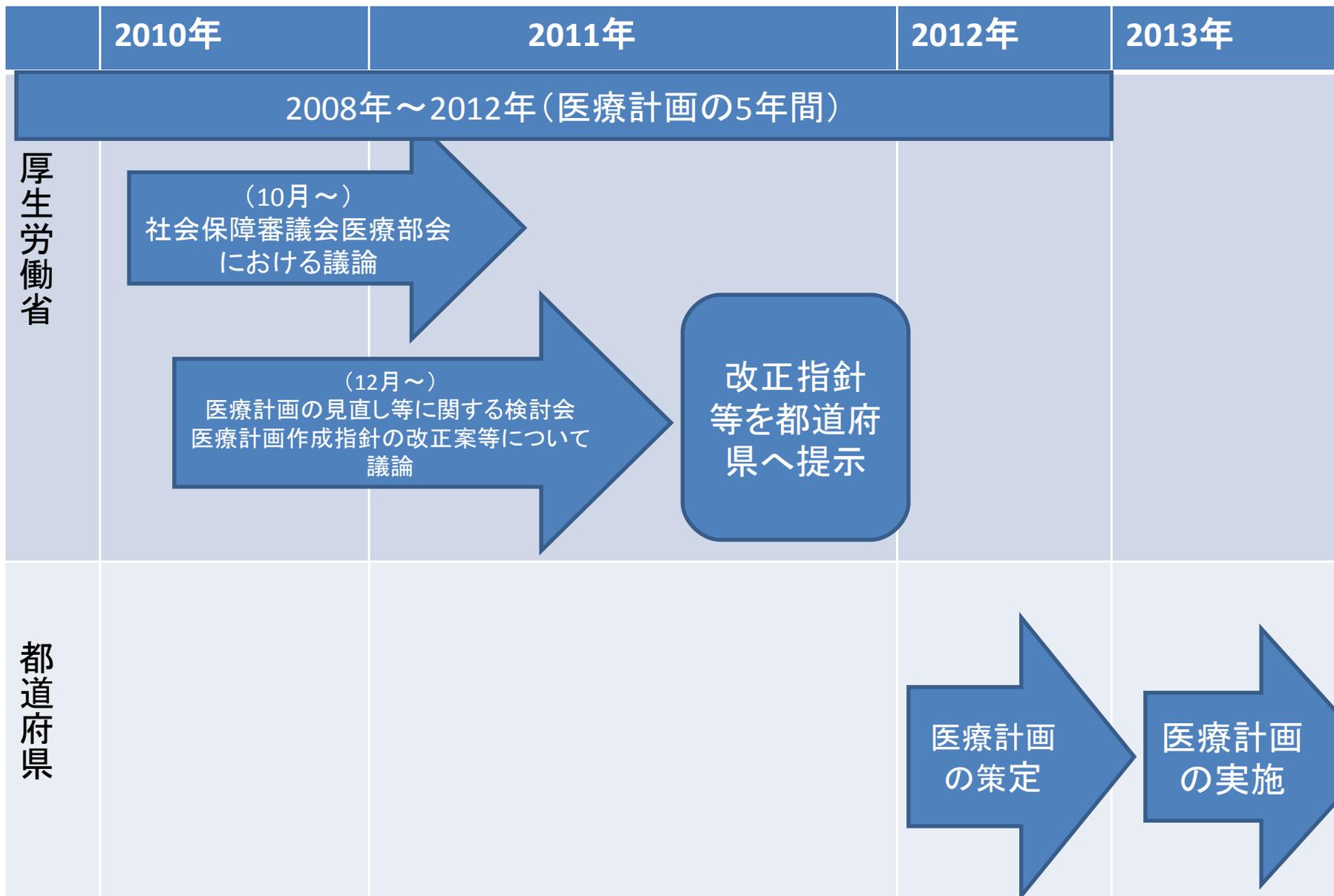
日本精神科病院協会の要望趣旨

- 精神疾患の患者数は、平成8年の218万人から、平成20年には323万人へ約1.5倍に急増し、統合失調症のほか、高齢者の認知症や勤労者世代のうつ病、発達障害など、国民に広く関わる疾患であり、新たな対策が急務となっている。
- 自殺者数は、平成10年以降12年連続で3万人を超え、自殺の背景として重要なうつ病などの気分障害の患者数についても、平成20年100万人を超える状況となっている。
- 現在では、医療機関を受療する患者数で見ると、がん、糖尿病、脳卒中、心筋梗塞をしのいでおり、国民病ともいえる状況である。

精神疾患が地域医療計画の5疾患に 加えられると・・・

- 精神科医療施設の診療機能の明示
- 地域医療計画における数値目標の明示
- 地域連携クリティカルパスの作成
- そしてそのための作成指針を作成しなければならない。

医療計画見直しスケジュール(案)



精神科医療の医療計画上の位置づけ

医療提供体制の確保に関する基本方針(平成19年厚生労働省告示第70号)(抜粋)

第四 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

二 疾病又は事業ごとの医療連携体制のあり方

2 事業ごとに配慮すべき事項

(一) 救急医療において、…(略)…。精神科救急医療については、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を強化することが求められる。

医療計画について(平成19年7月20日厚生労働省医政局長通知)(抜粋)

(別紙) 医療計画作成指針

第3 医療計画の内容

10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項

4 疾病5事業以外で都道府県における疾病の状況等に照らして特に必要と認められる医療等については、次の事項を考慮して、記載する。

(1) 精神保健医療対策

① 精神科医療に係る各医療提供施設の役割

② 精神科救急医療(重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応する中核的なセンター機能を有する医療機関の整備や他科診療科との連携による身体合併症治療体制の整備等)

③ うつ病対策(性別や児童、労働者、高齢者、産後等のライフステージ別の相談・治療体制、一般医療機関と精神科医療機関の連携体制、地域における理解の促進等)に関する取組

④ 精神障害者の退院の促進に関する取組

⑤ 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)第42条第1項第1号等に基づく決定を受けた者に対する医療の確保、社会復帰支援等(指定医療機関の整備、保護観察所との協力体制等)に関する取組

(2) 障害保健対策

障害者(高次脳機能障害者、発達障害者を含む。)に対する医療の確保等(都道府県の専門医療機関の確保、関係機関との連携体制の整備等)に関する取組

(3) 認知症対策

① 鑑別診断、急性期症状等に対応するための医療体制

② かかりつけ医と鑑別診断等を行う専門医療機関との連携体制

疾病又は事業ごとの医療体制について(平成19年7月20日厚生労働省医政局指導課長通知)(抜粋)

救急医療の体制構築に係る指針

第1 救急医療の現状

1 救急医療を取り巻く状況

(7) 精神科救急医療の動向

各都道府県において、地域の実情に応じた精神科救急医療体制が整備されており、夜間休日における精神科受診件数は人口万対年間2～3件、この中で、身体合併症があり、精神疾患、身体疾患とも入院医療を要する程度のは約2%の頻度で発生しているとの報告がある。

2 救急医療の提供体制

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療は、平成7年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきた。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに、休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連絡調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要がある。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要がある。

さらに、「自殺総合対策大綱」(平成19年6月8日閣議決定)に基づき、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐために、救急医療施設における精神科医による診療体制等の充実を図る必要がある。

精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

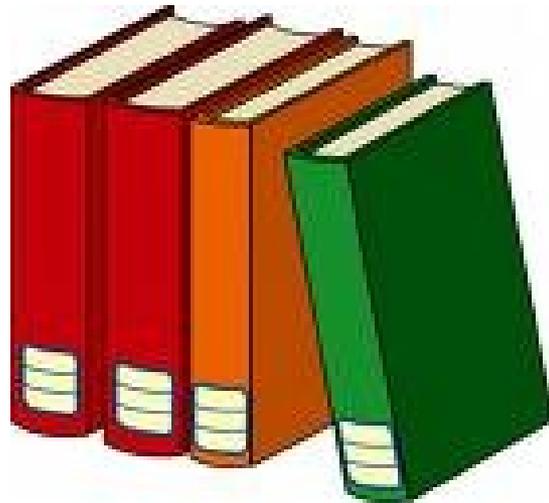
- 院内パス作成が基礎

- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ
 - エビデンスやガイドラインに基づいて
 - アウトカム指向で
 - チームアプローチで
 - 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ
 - アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

地域連携 参考書籍のお知らせ



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」

- 地域連携
- A4変型判 120頁 年6回(奇数月の末日)発行 入会金 3,000円 年間購読料 32,000円 追加1セットにつきプラス 8,000円(共に税込)
- 日総研出版



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

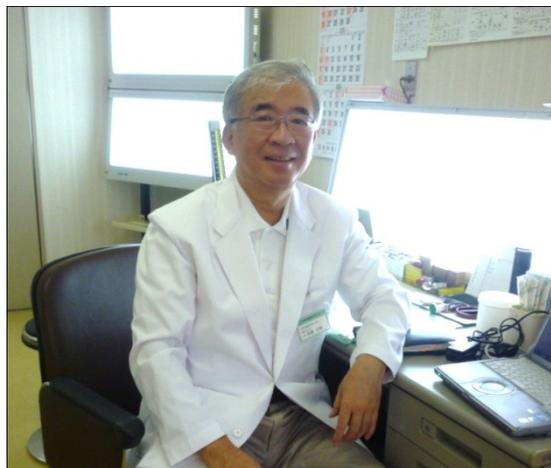
がん医療連携とコーディネート機能

[監修]

日本医療マネジメント学会



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・木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