

# 医療計画見直しと地域連携



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  
(株)医療福祉総合研究所代表取締役社長  
武藤正樹

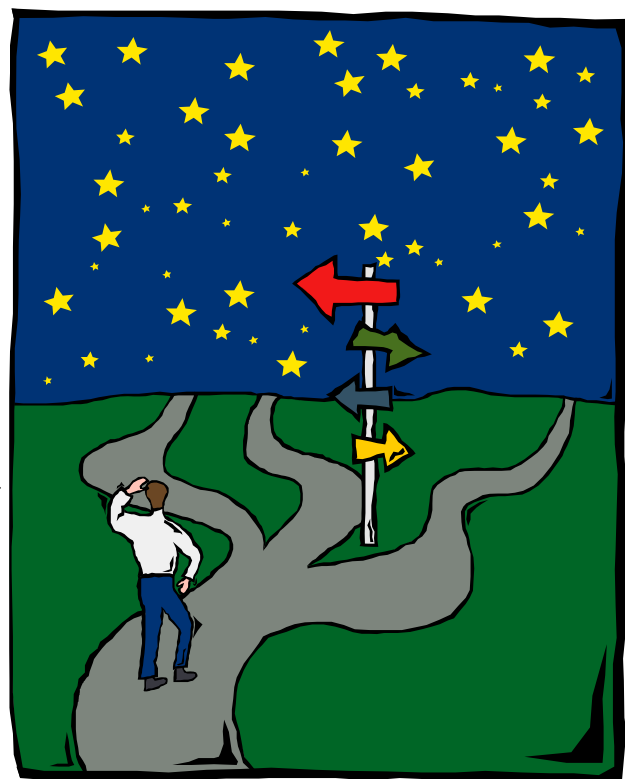


国際医療福祉大学三田病院

2月13日(月)新装オープン!

# 目次

- パート1
  - 社会保障・税の一体改革
- パート2
  - 医療計画見直し
- パート3
  - 2012年診療報酬改定と連携
- パート4
  - 2012年介護報酬改定と地域包括ケア
- パート5
  - どこでもMY病院
- パート6
  - 在宅終末期ケア連携とICT



# パート1

## 社会保障・税の一体改革



～2025年へ向けて、医療・介護のグランドデザインの  
『正念場』が始まる～

# 社会保障・税一体改革大綱閣議決定 (2月17日)

- 政府・与党は2012年2月17日、社会保障・税一体改革を素案のまま閣議決定した
- 現在5%の消費税率を14年に8%、15年に10%に引き上げることなどを盛り込んだ「社会保障と税の一体改革大綱」を閣議決定
- その背景は・・・  
団塊世代の高齢化と、激増する社会保障給付費問題

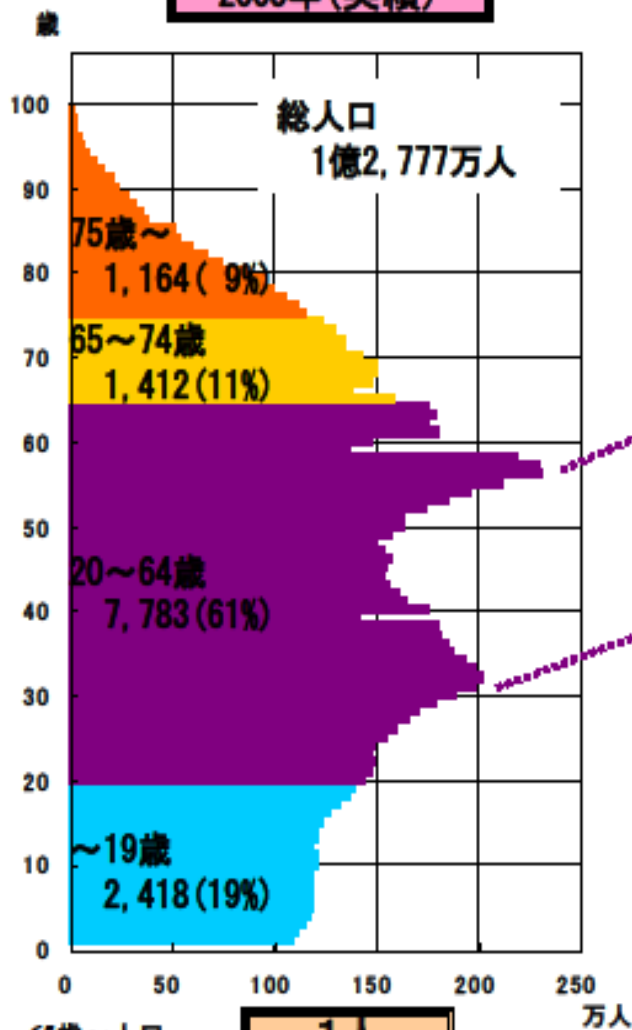


2012年2月17日  
社会保障・税一体改革大綱閣議決定

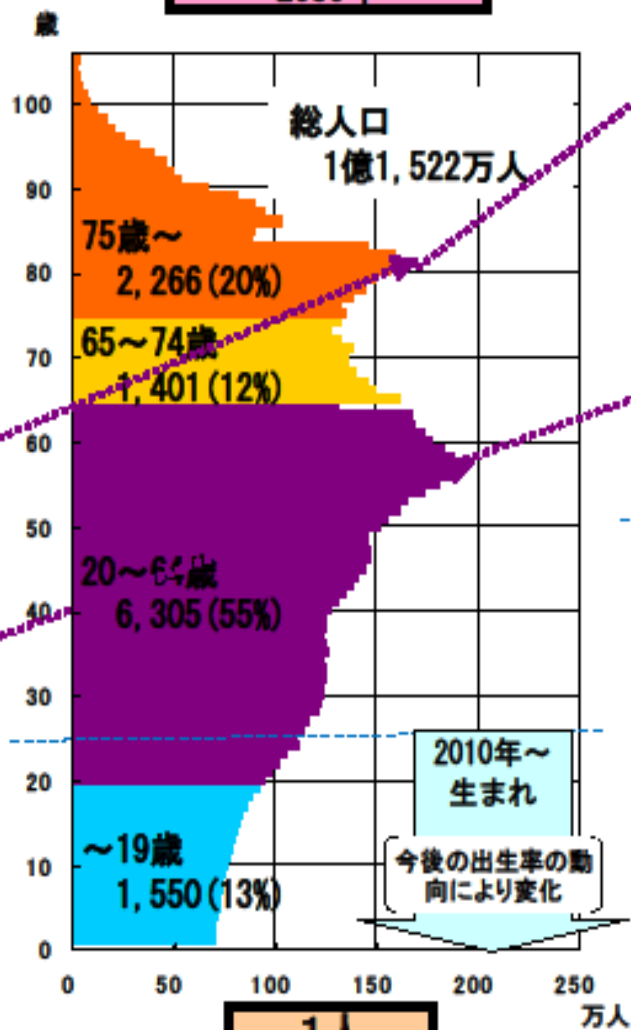
# 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

○ 我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定される。

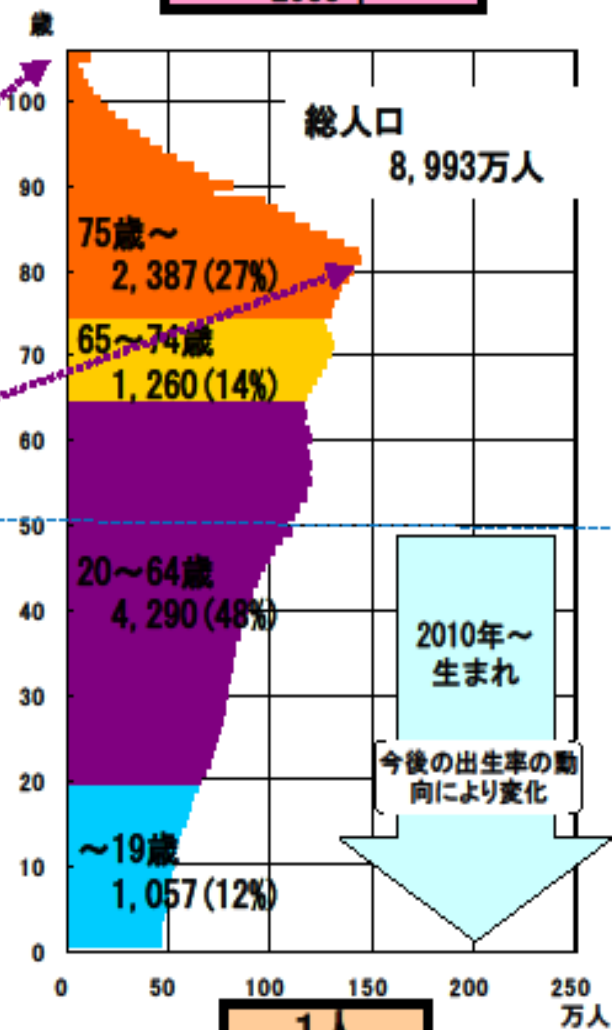
2005年(実績)



2030年



2055年

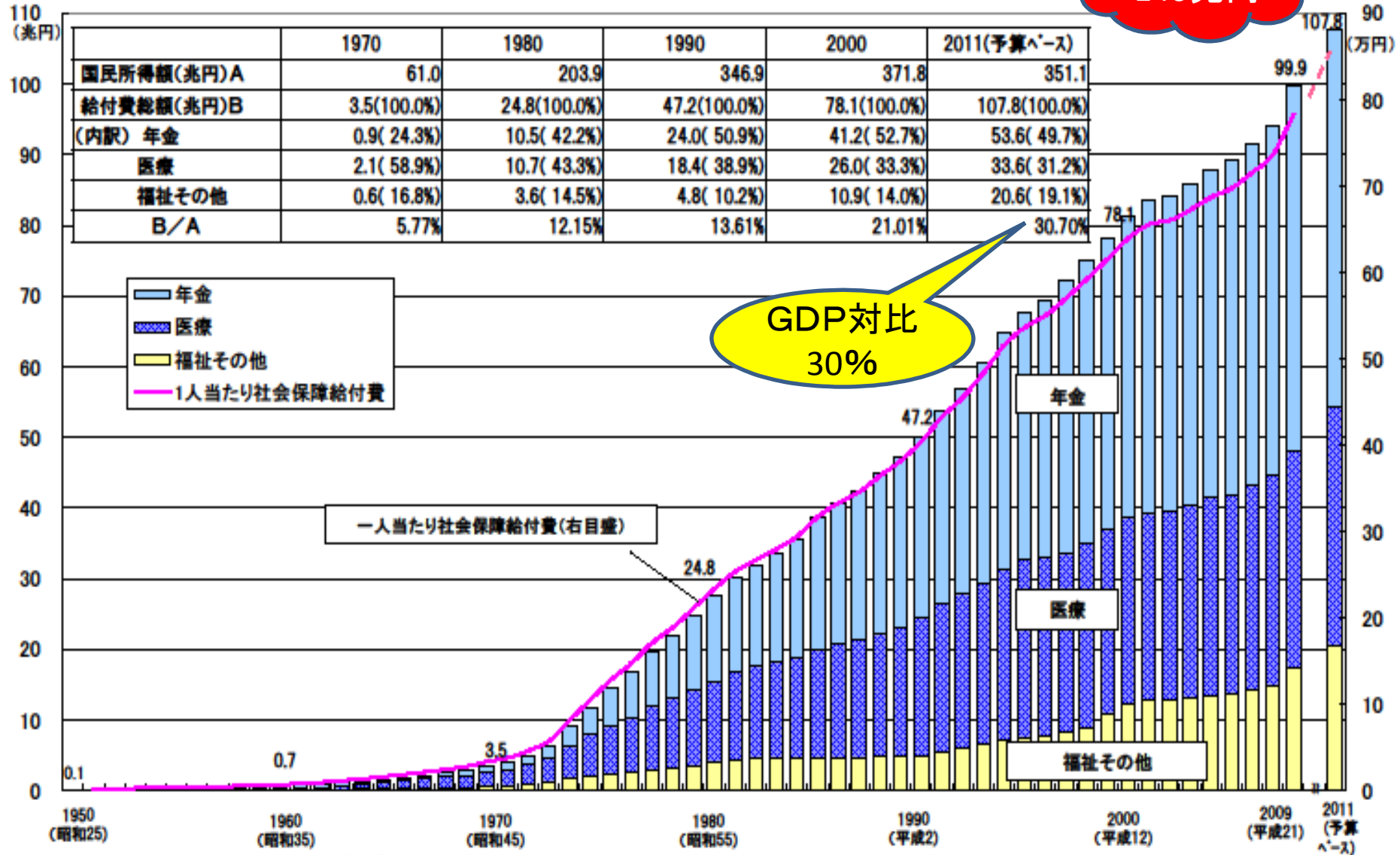


注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 社会保障給付費の推移

2025年  
140兆円



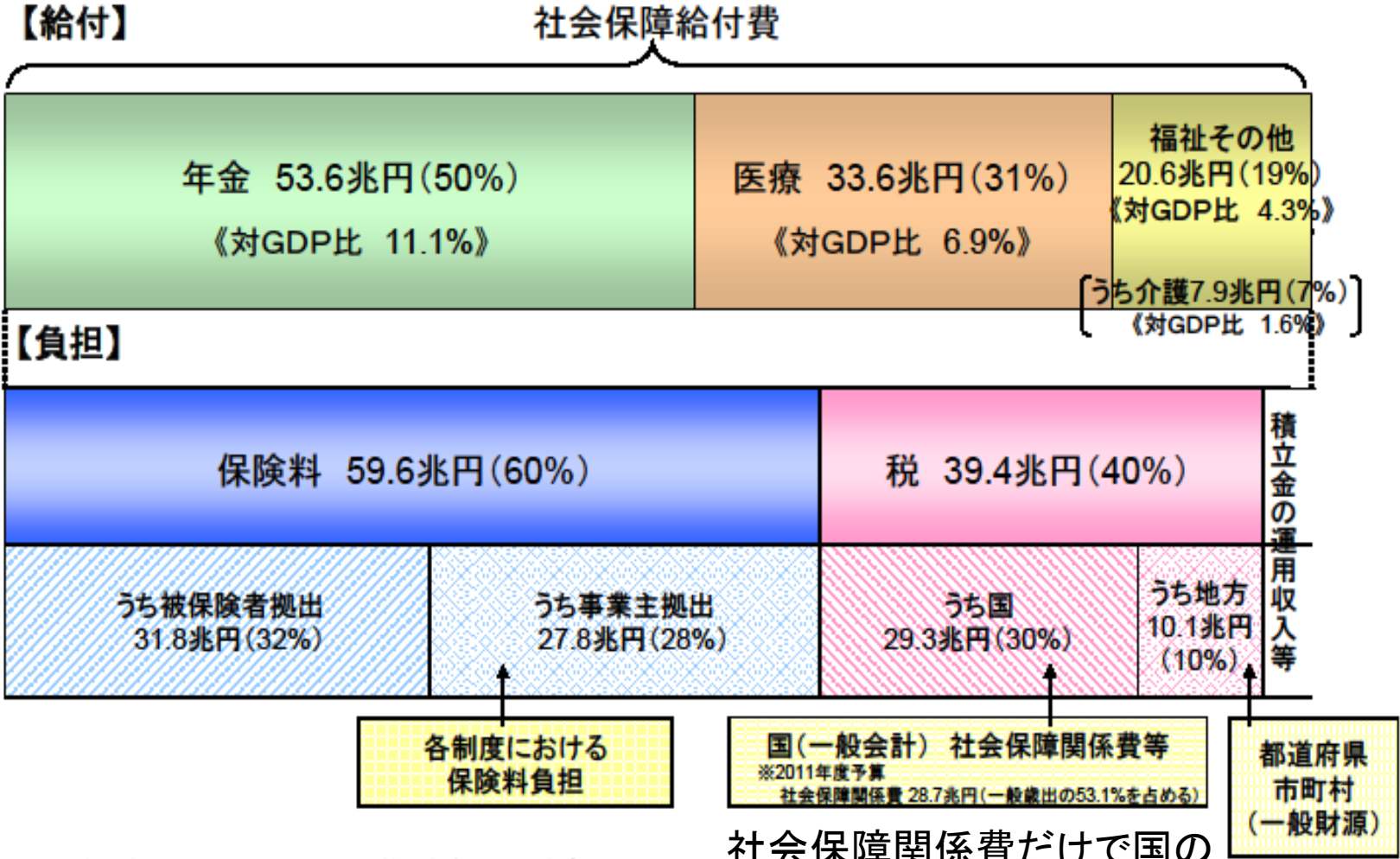
資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成21年度社会保障給付費」、2011年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2011年度の国民所得額は平成23年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成23年1月24日閣議決定)

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2008並びに2011年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

# 社会保障の給付と負担の現状(2011年度予算ベース)

社会保障給付費(※) 2011年度(予算ベース) 107.8兆円 (対GDP比 22.3%)



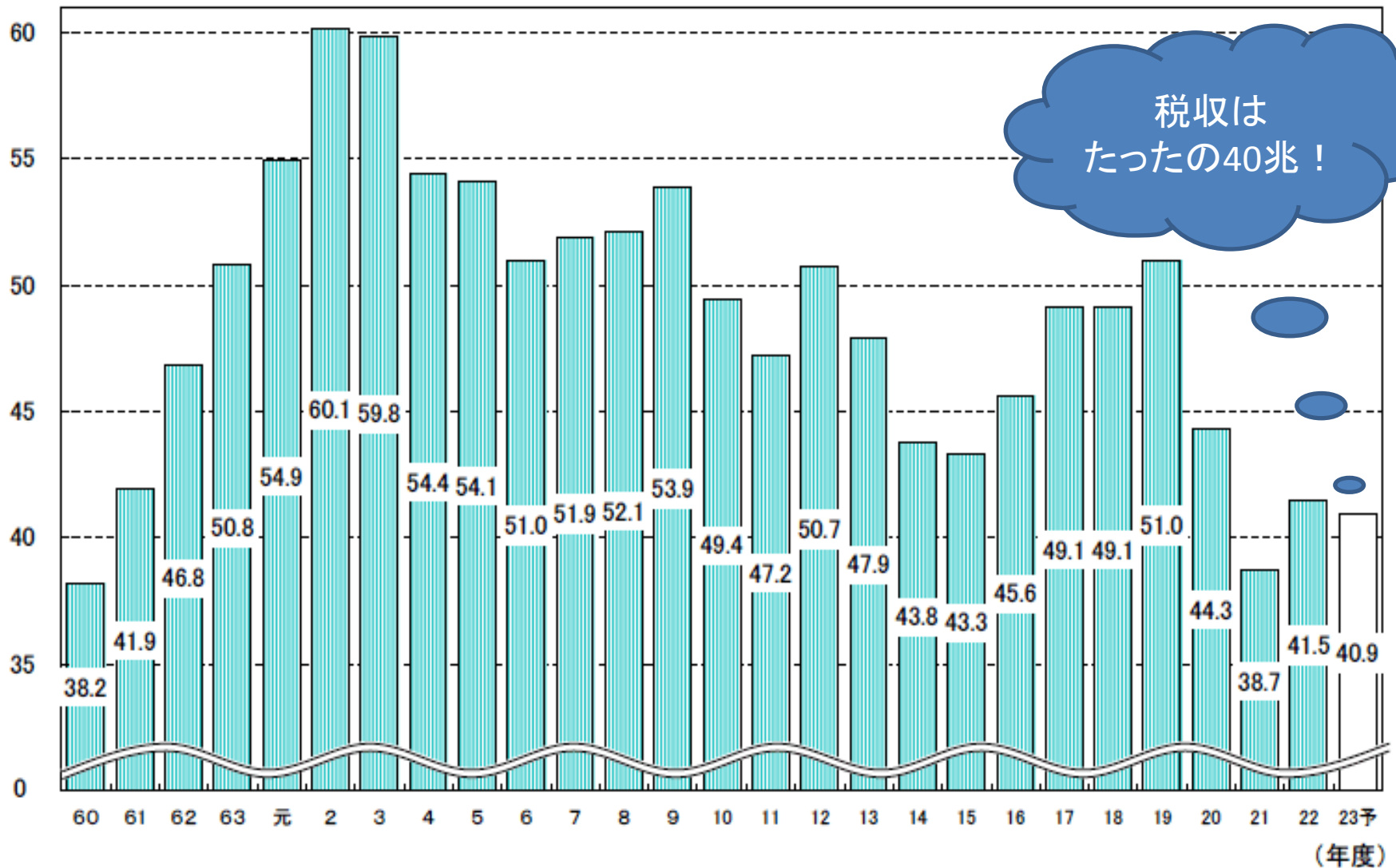
※ 社会保障給付の財源としてはこの他に資産収入などがある。

社会保障関係費だけで国の  
一般歳出の53%を占めている



# 一般会計税収の推移

(兆円)



# 社会保障改革 工程表

	2012(H24)年	2013(H25)年	2014(H26)年	2015(H27)年
<b>【子ども・子育て】</b> 子ども・子育て新システムの創設	● 新法提出		恒久財源を得て早期に本格実施(子ども・子育て会議(仮称)や国の基本指針など可能なものから段階的に実施)	
<b>【医療・介護】</b>				
① 医療サービス提供体制	● 同時改定 ● 法案提出検討	● 新医療計画 (25年度～29年度)	● 診療報酬改定	
② 地域包括ケア創設				● 介護報酬改定
③ 医療・介護保険制度 ・ 市町村国保低所得者保険料軽減、 財政基盤強化 等 ・ 介護保険料低所得者軽減 等 ・ 高額療養費の見直し	● 法案提出 ● 法案提出検討	改善に必要な財源と方策を検討	● 税制抜本改革と同時実施	● 新事業計画(27年度～29年度)
④ 高齢者医療制度	● 法案提出			
⑤ 難病対策	● 法案提出	<法制化も視野に入れ検討>		
<b>【年金】</b>				
① 新しい年金制度の創設		● 法案提出		
② 基礎年金国庫負担1/2の恒久化	● 法案提出		消費 平 平	
③ 物価スライド特例分の解消	● 法案提出	平成24年度から26年度の3年間で解消し、平成24	消費税は 2014年 8%2015年 1 0%へ	
④ 最低保障機能の強化等	● 法案提出検討			
⑤ 短時間労働者適用拡大 (医療保険も併せて実施)等	● 法案提出検討			
⑥ 被用者年金一元化	● 法案提出検討			
⑦ その他現行制度の改善	● 法案提出検討	<引き続き検討>		
<b>【就労促進、ディーセント・ワーク】</b>	● 必要な法案提出			
	非正規労働者のための総合 ビジョン策定			
<b>【貧困・格差】</b>				
① 生活困窮者対策・生活保護制度の見直し	● 生活支援戦略(仮称)策定 (運用改善は速やかに実施)		<法案提出も検討>	
② 生活保護基準の検証		● 必要に応じ生活保護基準の見直し		
<b>【医療イノベーション】</b>				
		<医療法・薬事法の改正も検討>	● 診療報酬改定	
<b>【障害者施策】</b>	● 法案提出			

# 社会保障・税の一体改革

# 医療・介護サービス提供体制の見直し

## 【子ども・子育て】

### 潜在的な保育ニーズにも対応した 保育所待機児童の解消

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○平日昼間の保育サービス(認可保育所等)	215万人	⇒	241万人
(3歳未満児の保育サービス利用率)	(75万人(23%))	⇒	(102万人(35%))
○延長等の保育サービス	79万人	⇒	96万人
○認定こども園	358か所(2008年)	⇒	2000か所以上
○放課後児童クラブ	81万人	⇒	111万人

※平成29年(2017年)には118万人(4.4%)

### 地域の子育て力の向上

	平成22(2010)年	⇒	平成26(2014)年
○地域子育て支援拠点事業	7100か所	⇒	10000か所
(市町村単独分含む)			
○ファミリー・サポート・センター事業	637市町村	⇒	950市町村
○一時預かり事業	延べ348万人(2008年)	⇒	延べ3952万人

## 【医療・介護】

	平成23(2011)年度		平成37(2025)年度	
【医療】	病床数、平均在院日数	107万床、19~20日程度	【高度急性期】	22万床 15~16日程度
			【一般急性期】	46万床9日程度
			【亜急性期等】	35万床 60日程度
	医師数	29万人		32~34万人
	看護職員数	141万		195~205万人
	在宅医療等(1日あたり)	17万人分		29万人分
【介護】	利用者数	426万人	641万人(1.5倍)	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防・重度化予防により全体として3%減</li> <li>・ 入院の減少(介護への移行):14万人増</li> </ul>	
	在宅介護	304万人分	449万人分(1.5倍)	
	うち小規模多機能	5万人分	40万人分(8.1倍)	
	うち定期巡回・随時対応型サービス	—	15万人分(—)	
	居住系サービス	31万人分	61万人分(2.0倍)	
	特定施設	15万人分	24万人分(1.6倍)	
グループホーム	16万人分	37万人分(2.3倍)		
介護施設	92万人分	131万人分(1.4倍)		
特養	48万人分(うちユニット12万人(26%))	72万人分(1.5倍)(うちユニット51万人分(70%))		
老健(+介護療養)	44万人分(うちユニット2万人(4%))	59万人分(1.3倍)(うちユニット29万人分(50%))		
介護職員	140万人	232万人から244万人		
訪問看護(1日あたり)	29万人分	49万人分		

一般病床  
107万床

機能分化し  
て103万床

居住系施設や外来・在宅医療は大幅増

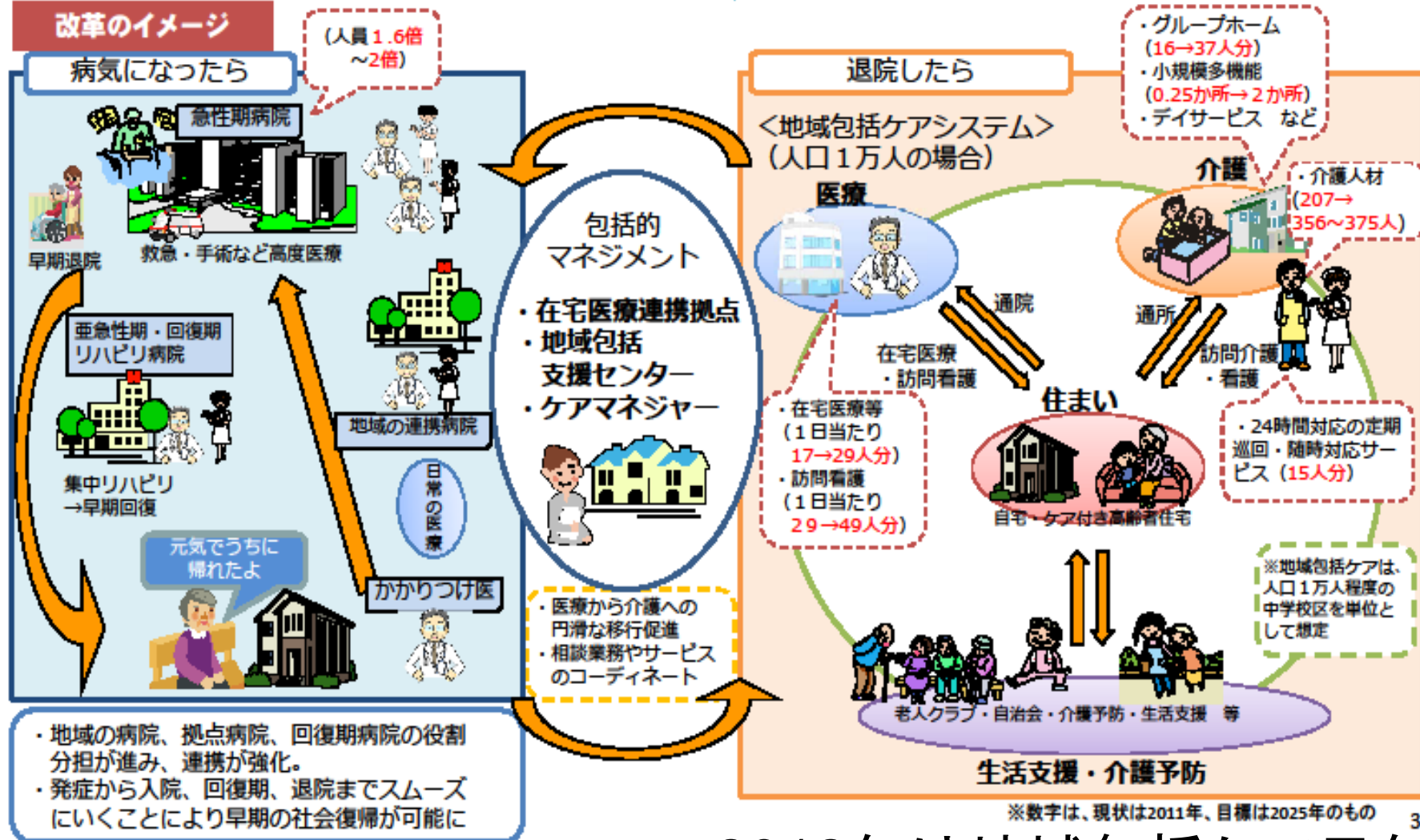
## 改革の方向性 ②

## 医療・介護サービス保障の強化

- 高度急性期への医療資源集中投入などの入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ

### 改革のイメージ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもの

# 2012年は地域包括ケア元年

# パート2

## 医療計画の見直し



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 第5次医療法改正(2006年) 地域医療計画の見直し(2008年施行)

## 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



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

\* 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

# 現行の医療計画～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

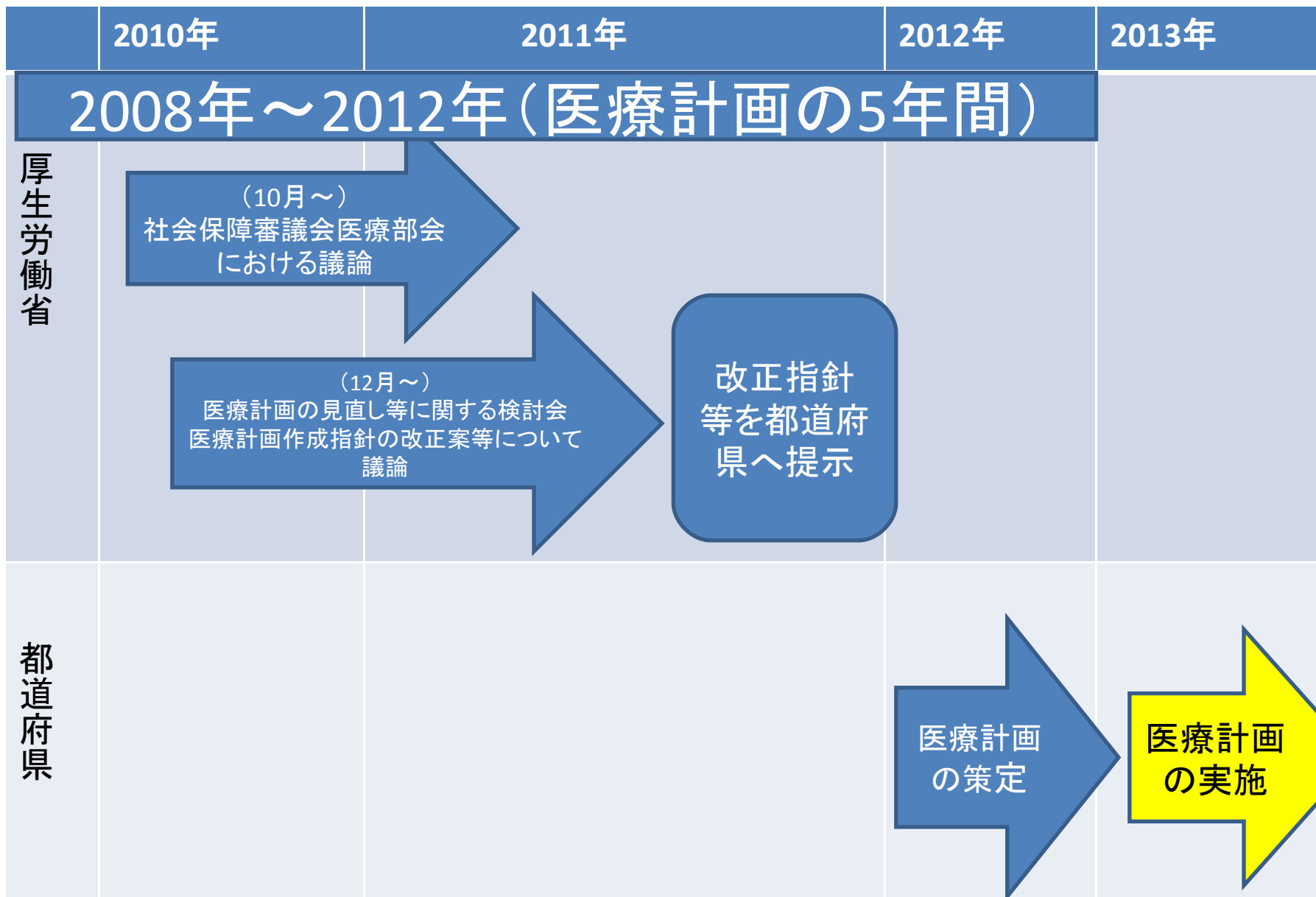
地域連携クリティカルパスが連携ツールとして  
地域医療計画作成指針に採用

# 2013年地域医療計画 次期見直し

地域医療計画は5年計画  
2008年～2012年



# 医療計画見直しスケジュール(案)



# 医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会  
2010年12月17日

# 4疾患5事業の見直しの方向性

- 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

2次医療圏見直し

- 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
- \*在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

# 医療計画見直しの方向性

- ①医療圏見直し
- ②数値指標の見直し
- ③精神疾患を5疾患目に追加
- ④医療従事者の確保に関する事項
- ⑤災害時における医療体制の見直し
- ⑥在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

# ①医療圏見直し

## • 医療圏

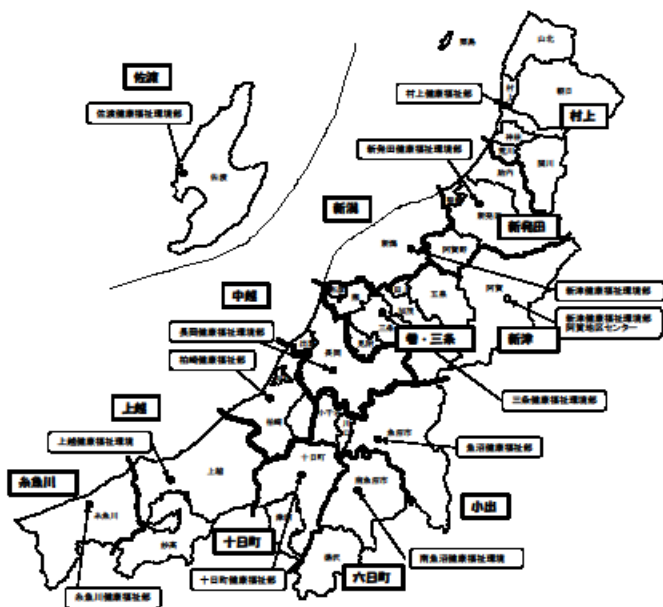
- 都道府県は、医療計画の中で、病院の病床及び診療所の病床の整備を測るべき地域的単位として区分する医療圏を定めることとする
- 1985年第1次医療法改正で導入
- 3次医療圏
  - 都道府県単位 52医療圏(北海道6医療圏)
  - 特殊な医療を提供(高度救命救急センター、都道府県がん診療連携拠点病院等)
- 2次医療圏
  - 349医療圏(2010年4月現在)
  - 一般の入院医療に係わる医療を提供
  - 地理的条件、患者需要、交通事情等

# 2次医療圏見直し

- 見直しの背景
  - 高速交通体系、医療情報の受発信・共有基盤の整備
  - 市町村合併の進展で13圏域の過半数が1～2市町村で構成、二次医療圏(広域市町村圏)の趣旨に合わなくなってきた
- 二次医療圏の見直し(新潟県の例)
  - 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

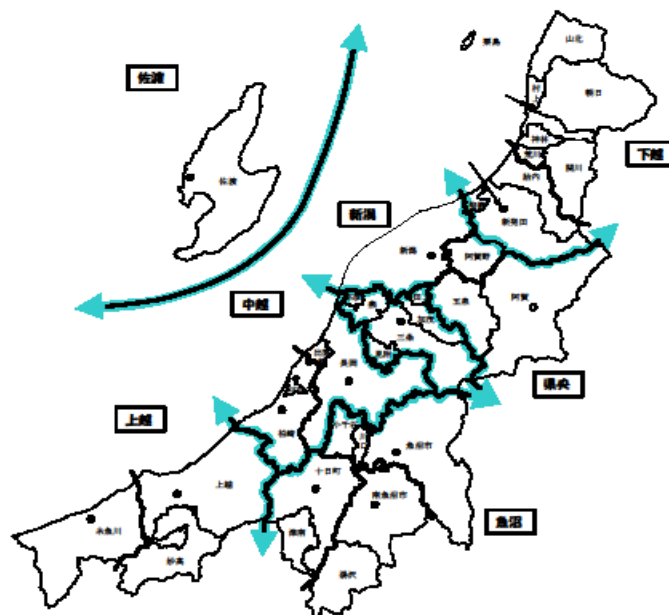
# 新潟県における二次医療圏見直し 13圏域(1987年)→7圏域(2006年)

平成 18 年 3 月 31 日までの二次保健医療圏



二次医療圏名

平成 18 年 4 月からの新たな二次保健医療圏



新しい二次医療圏

二次医療圏名

# 人口、流入流出でみた 二次医療圏のパターン



患者流入率 (%)

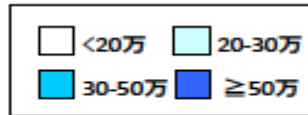
20%



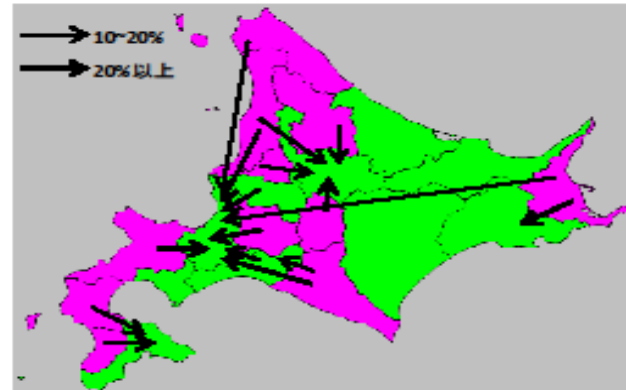
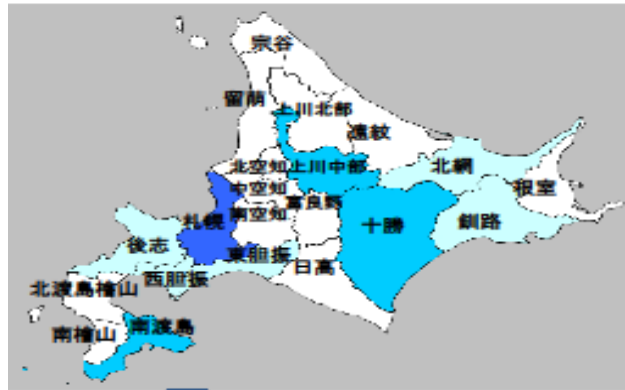
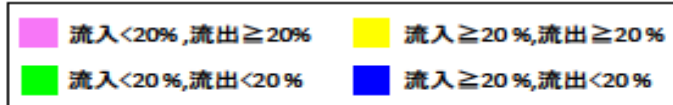
人口20万人未満で、  
流出率20%以上、流入20%未満の  
医療圏を見直すことになった

# (北海道)

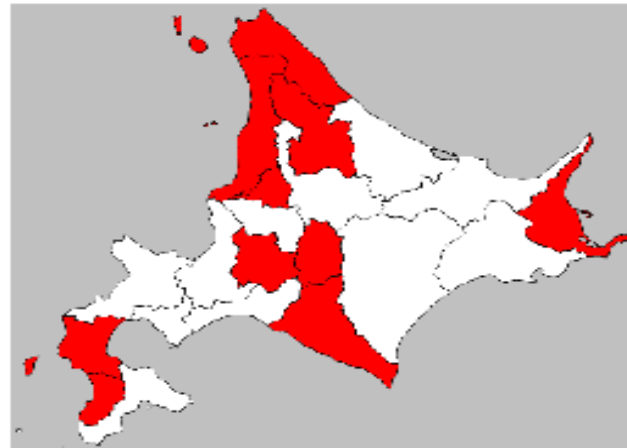
## 人口



## 流入出



■ 人口20万人未満  
かつ患者流入率20%未満  
かつ患者流出率20%以上



## ②医療計画における数値指標の設定

- 前回見直しより、5年間の計画期間内に達成すべき数値指標を決めることになった
- 疾患別、事業別に達成すべき数値指標を設定し、その達成度を住民を含む委員会等で評価を行い、PDCAサイクルを回すことになった。
- 今回のこの数値指標を整理した。
  - 必須指標
  - 推奨指標

# 必須指標・推奨指標選定の考え方

## 必須指標： 全都道府県で入手可能な指標

<p>①厚生労働省大臣官房統計情報部が実施している調査等の公開データに基づく指標 (例)患者調査、医療施設調査</p>	<p>(長所) ①都道府県間、医療圏間の比較ができる ②経年的な比較ができる</p>
<p>②都道府県が把握可能な機能をもった病院数等の指標 (例)地域医療支援病院数、地域がん診療連携拠点病院数</p>	<p>(短所) ①3年に一度など調査周期が長いものは、PDCAサイクルのための数値目標になりにくい ②病院数、医療従事者数など、ストラクチャー指標が多い</p>
<p>③診療報酬の施設基準届出数から得られる指標</p>	<p>③都道府県単位、2次医療圏単位など調査の範囲が固定されている</p>

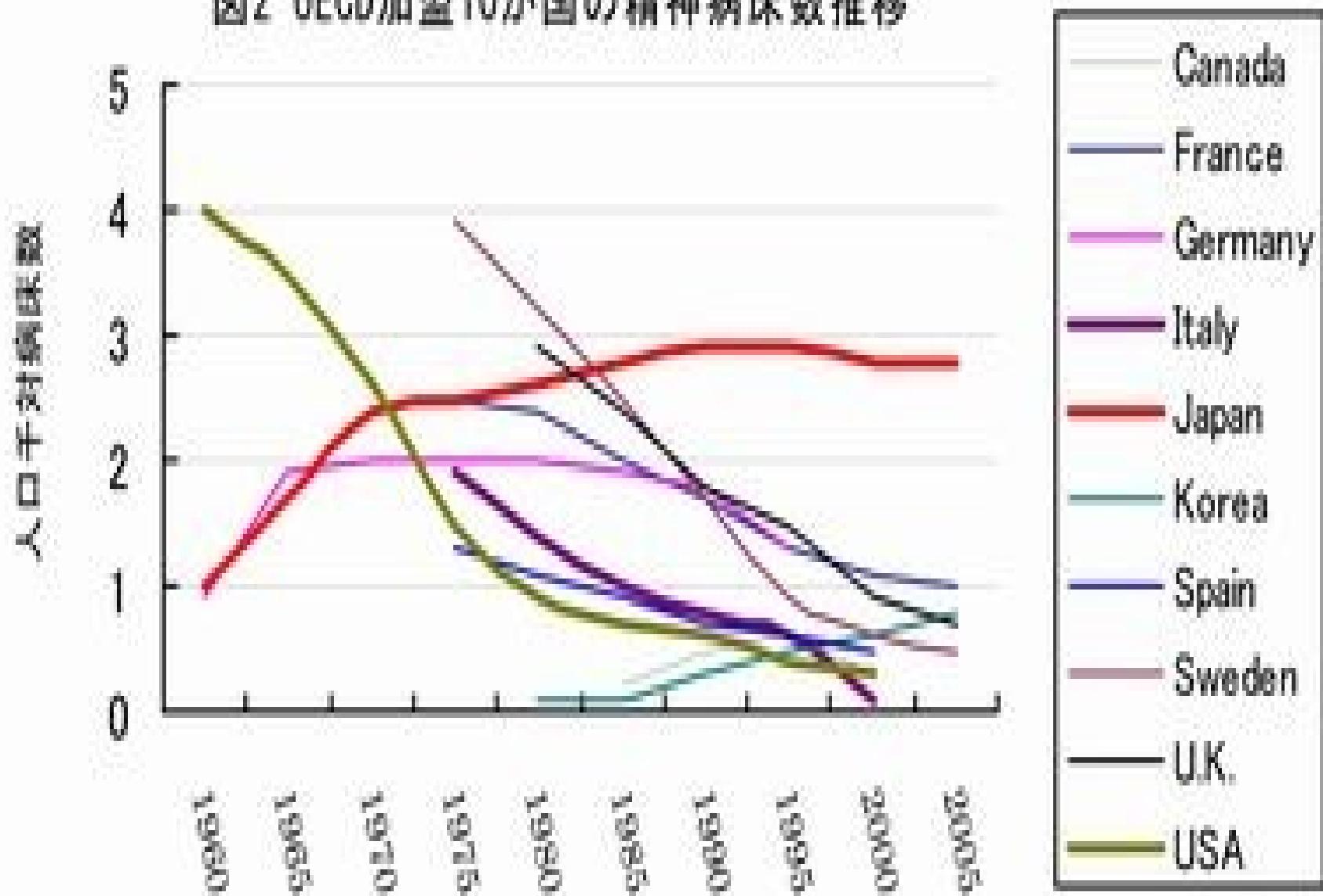
## 推奨指標： 独自調査、データの解析等が必要であるが、把握する必要性が高いと考えられる指標

<p>①分析を要するが、公的統計等から入手可能な指標</p>	<p>(例) 患者調査、医療施設調査等の個票解析で得られるデータ</p>
<p>②独自調査が必要であるが、医学的あるいは医療提供体制を検討する上で、把握する必要性が高いと考えられる指標</p>	<p>(例) 専門的治療が可能な医療機関 救急搬送件数、手術の実施件数 等 (消防、医療機関への調査が必要)</p>

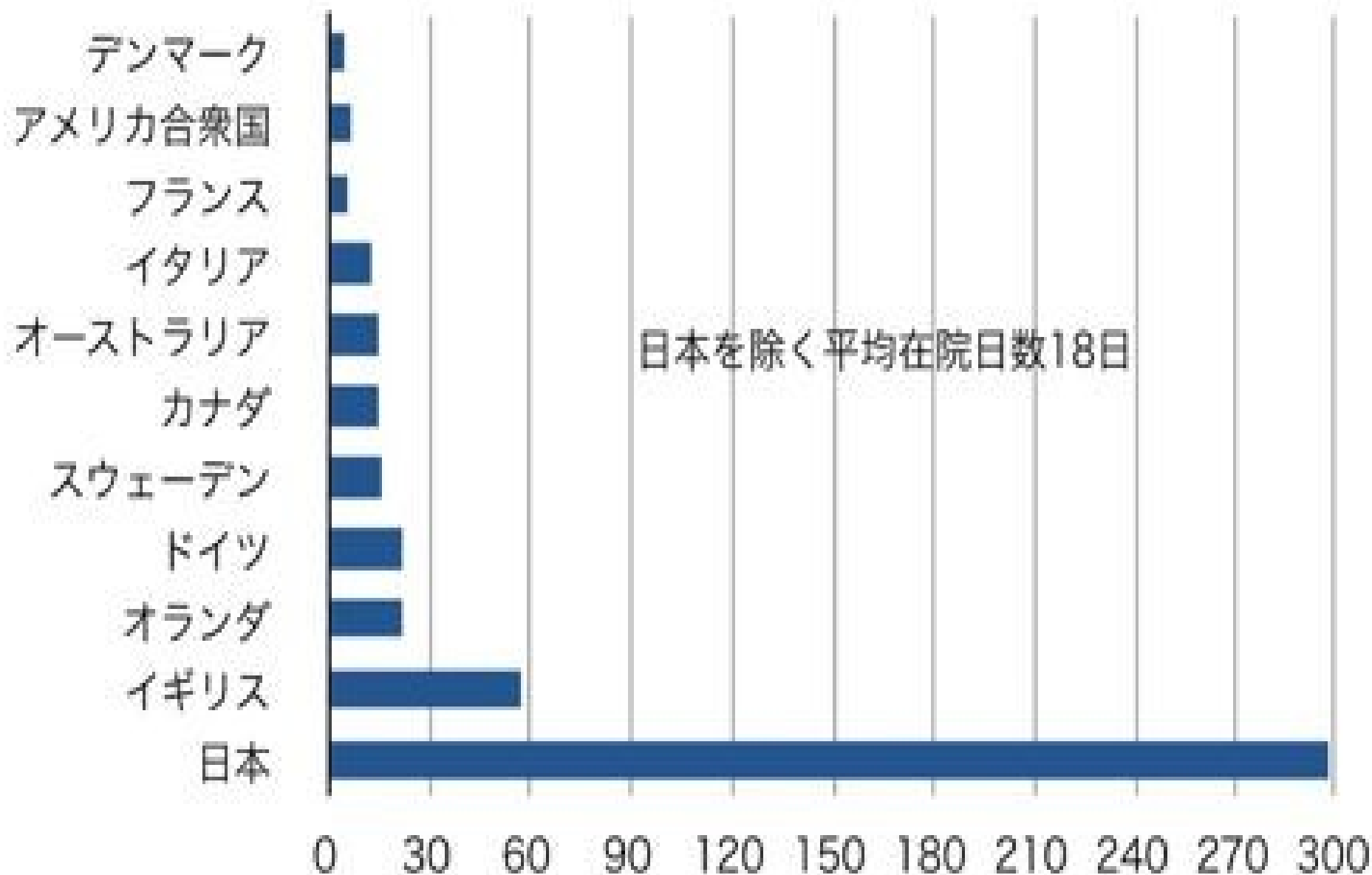
# ③精神科疾患を5疾患に追加

日本の精神医療の特殊性

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



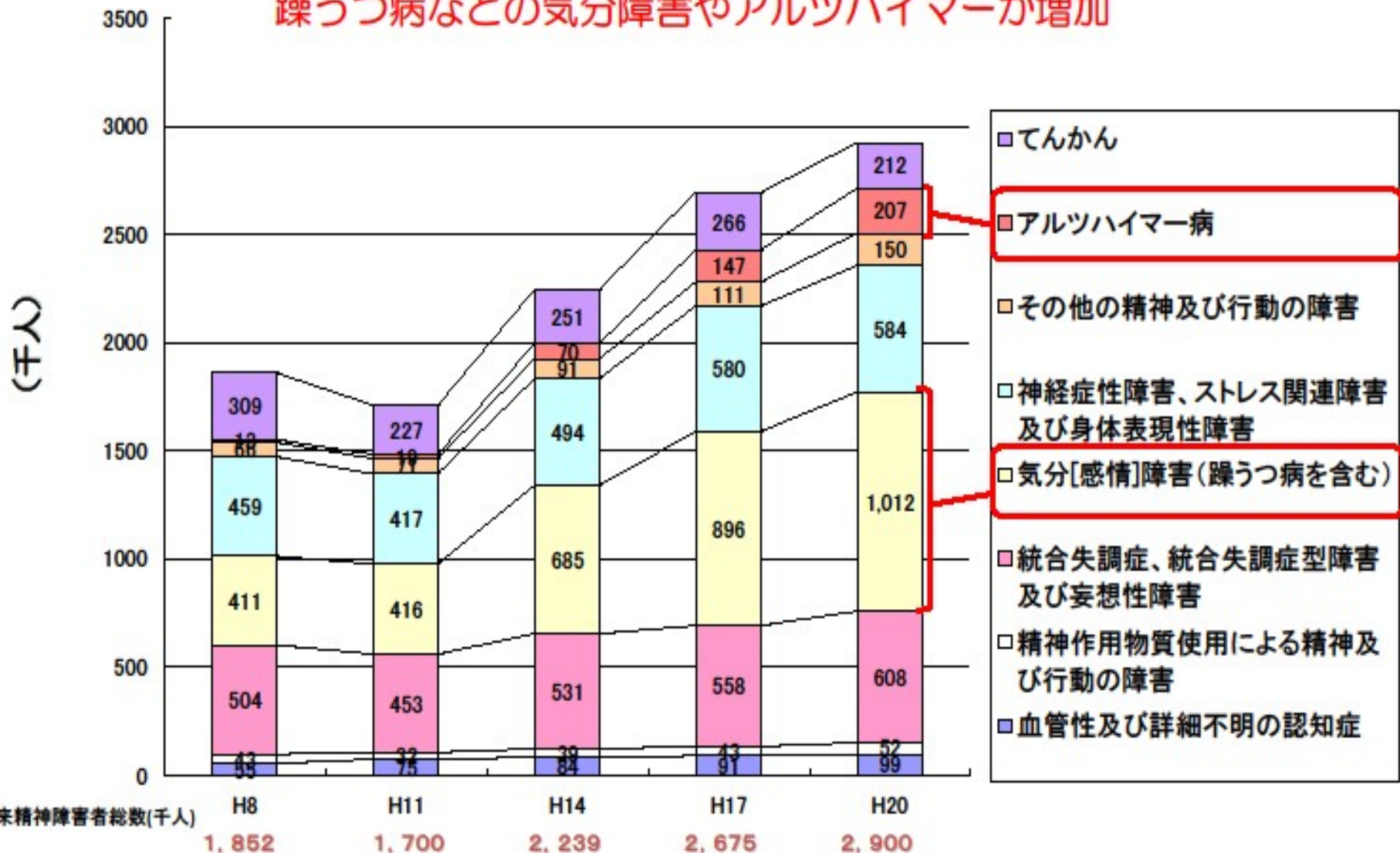
# 社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 医療計画の5疾患目に精神疾患を追加することで合意
  - 精神疾患の患者数は323万人(2008年患者調査)
  - 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)のいずれよりも多い
  - 自殺による死亡者数3.1万人(糖尿病死亡者数1.4万人より多い)
- 委員からは積極的に支援する意見があいついだ
  - 「精神疾患は社会全体で見守らなければならない」(高智英太郎健保連理事)
  - 「他の4疾病よりも地域連携が必要」(横倉義武日医副会長)



# 精神疾患外来患者の疾病別内訳

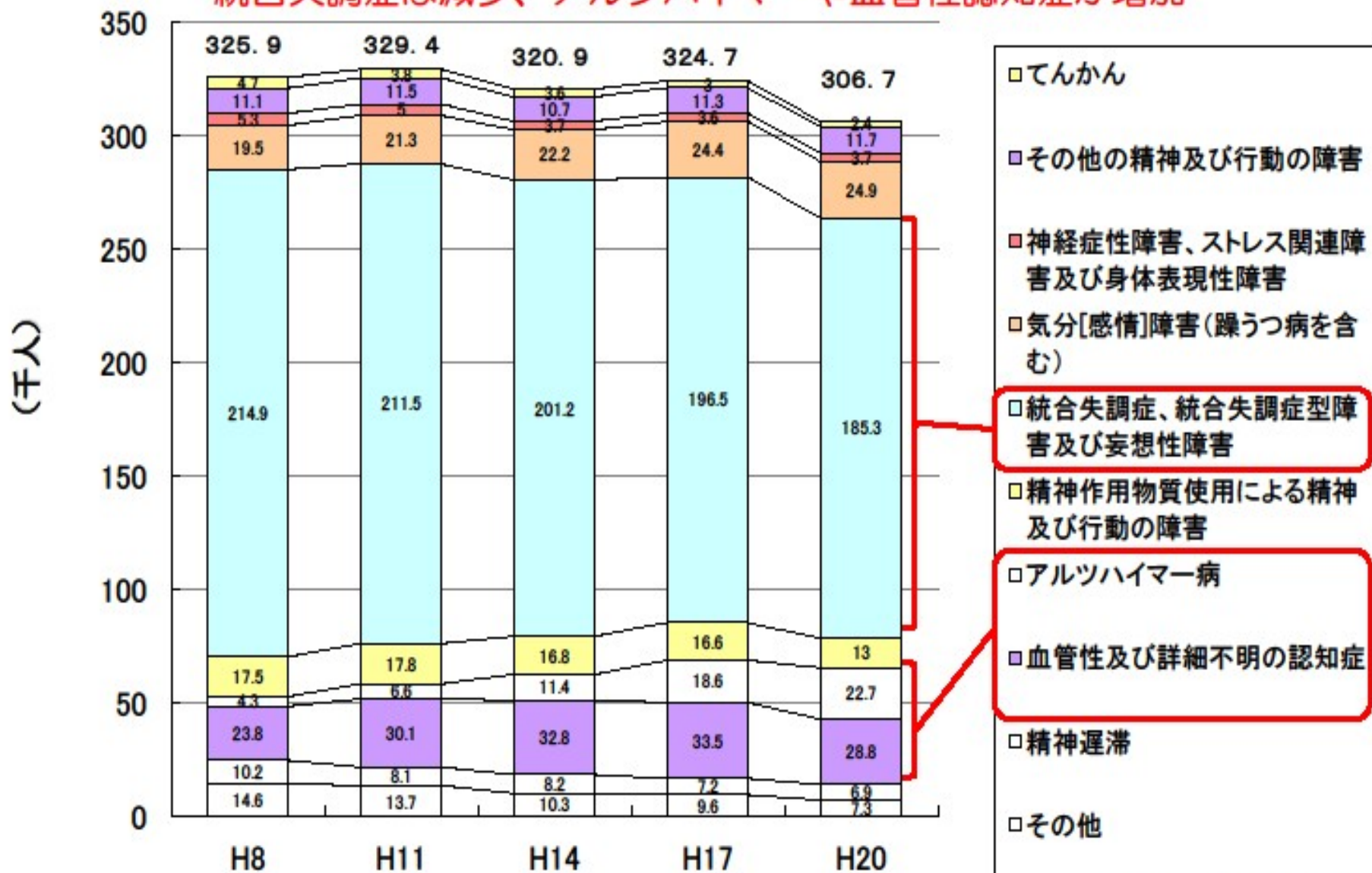
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

# 精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

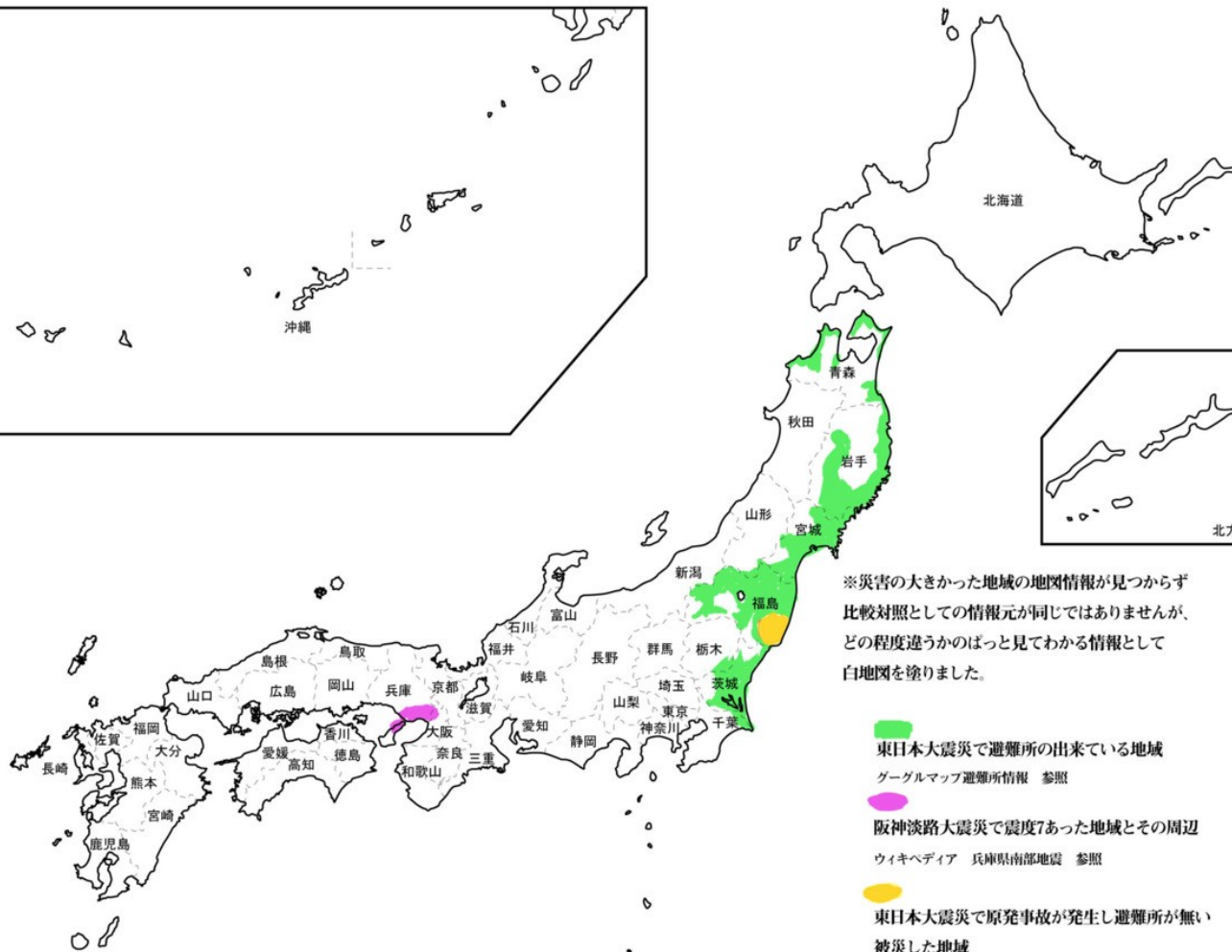
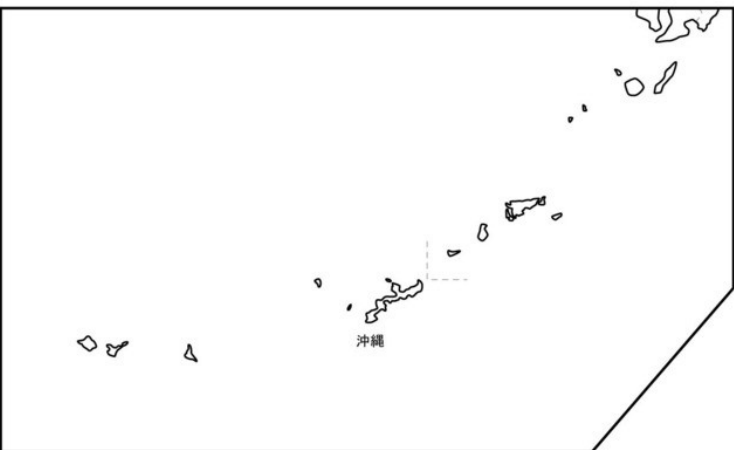
# 精神疾患が地域医療計画の5疾患に加えられると・・・

- 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
  - 「精神科連携パス」の作成が課題

# ④災害時における医療体制の見直し



# 災害拠点病院の要件見直し



## 東北3県9医療圏が被災した



朝日新聞調べ(4月15~22日)。①②は各病院や保健所に問い合わせた。③④は県や保健所、医師会の把握数。仙台医療圏は仙台市宮城野区、若林区と沿岸市町に限定。相双医療圏の①②は原発から半径30km圏内を含む

# 東日本大震災における災害拠点病院の被害状況

	病院数	東日本大震災による被害状況		診療機能の状況											
		全壊	一部損壊	外来の受入制限			外来受入不可			入院の受入制限			入院受入不可		
				被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在	被災直後	5/17現在	6/20現在
岩手県	11	0	11	11	0	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0
宮城県	14	0	13	5	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0
福島県	8	0	7	4	1※	1※	1	0	0	5	0	1※	0	1※	0
計	33	0	31	20	1	1	1	0	0	18	2	2	1	1	0

※緊急時避難準備区域

(7月1日時点: 医政局指導課調べ)

被災地の災害拠点病院のうち31病院は一部損壊で、全壊は0であった。(一部損壊には、建物の一部が利用不可能になるものから施設等の損壊まで含まれる。)

7月1日時点では、県立釜石病院(岩手県)、緊急時避難準備区域の南相馬市立総合病院(福島県)で入院・外来制限を行っている。

# 東日本大震災を受け 災害拠点病院の5つの課題

- ①建物の耐震性
- ②災害時の通信手段の確保
- ③広域災害救急医療情報システム  
(EMIS)
- ④ライフライン
- ⑤備蓄
- その他  
- ヘリポート

# 岩手県立釜石病院も被災した 全床再開に向け、耐震補強工事を 急ピッチで進めた



**岩手県立釜石病院**



釜石病院の耐震化工事を説明する遠藤院長(左)



# ⑥在宅医療に係わる医療体制 の充実・強化

# 「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
  - 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
  - 看取りまで行える医療のための連携体制
  - 認知症の在宅医療の推進
  - 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

# 在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

## ■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

- 北海道
  - ・在宅医療を実施する医療機関割合  
現状35.2%→目標値38.1%
- 山形
  - ・主任介護支援専門員研修受講者数  
44人(H18)→50人(H24)
- 福島
  - ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
  - ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
  - ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局  
76.9%(H18) → 81%(H24)
  - ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合  
84.1%(H18) → 85.9%(H24)
- 茨城
  - ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合  
6%(H18) → 50%(H24)
- 東京
  - ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)  
5自治体(H19) → 全市町村(H24)
- 山梨
  - ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数 1圏域(H18) → 4圏域(H24)
- 福井
  - ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区  
→5地区(H24)
- 福岡
  - ・在宅医療を受ける患者数  
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)
- 佐賀
  - ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)
- 熊本
  - ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
  - ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
  - ・往診や訪問看護を実施する医療機関数  
582(H18) → 640(H24)
  - ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合  
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)  
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
  - ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合  
82.9%(H18) → 100%(H24)
- 沖縄
  - ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)  
0.46(H18) → 0.82(H24)
  - ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)  
3.7(H18) → 4.5(H24)

# 在宅医療連携拠点事業

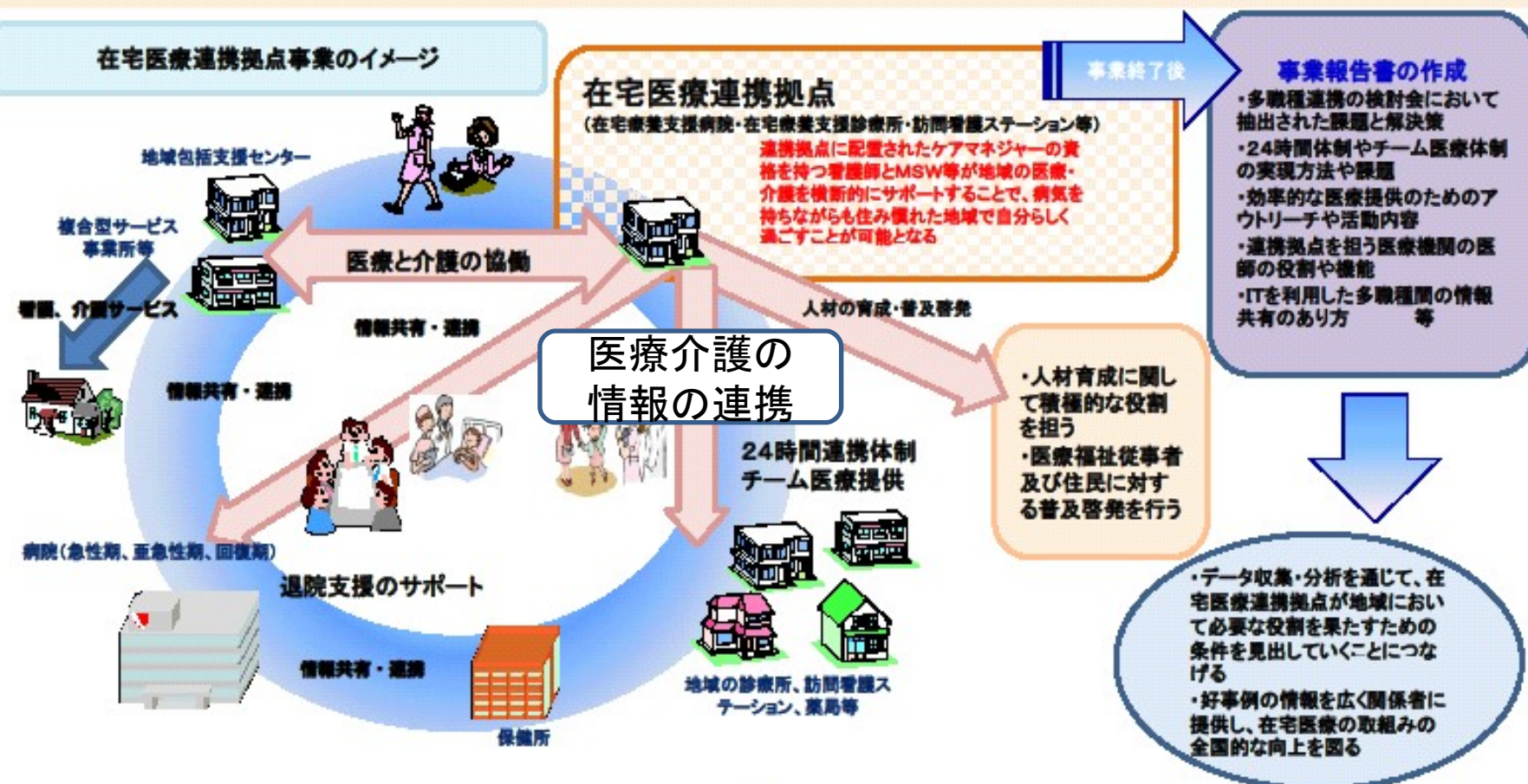
市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

# ① 在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

## ■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



# 新生在宅医療・介護元年

- 在宅医療連携拠点事業
  - ①在宅チーム医療を担う人材の育成
  - ②実施拠点となる基盤の整備
  - ③個別の疾患などに対応したサービスの充実・支援
- 2012年度を「新生在宅医療・介護元年」として立ち上げたい(大谷医政局長)



大谷医政局長

# パート3

## 2012年診療報酬改定と連携



中医協

# 2012年診療報酬改定率

## 0.004%アップ

- 2012年度診療報酬改定率  
全体 0.004%
  - 診療報酬本体部分 1.379%  
(5500億円)
    - 医科 1.55%(4700億円)
    - 歯科 1.70%(500億円)
    - 調剤 0.46%(300億円)
  - 薬価・材料費
    - ▲1.375%(5500億円)
    - 薬価改定▲1.26%(5000億円(薬価ベース6%))
    - 材料費改定▲0.12%(500億円)
- 2012年介護報酬改定率  
1.2%

- 小宮山厚労相(12月21日)
  - 「首の皮一枚でもプラスにすると行ってきた」





# 2012年診療報酬改定基本方針

- 社会保障審議会医療部会・医療保険部会  
(12月1日)
- 2つの重点課題と4つの視点
- 2つの重点課題
  - ①急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減
  - ②医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実

# 重点課題2

- 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進および地域生活を支える在宅医療などの充実
  - 在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の促進について
  - 看取りに至までの医療の充実について
  - 早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取り組みの促進について
  - 在宅歯科、在宅薬剤管理の充実について
  - 訪問看護の充実について
  - 医療・介護の円滑な連携について

# 2012年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

〇〇〇〇病院 担当医師		前略、下記患者様が病院へ転院されましたので御報告致します。					
【〇〇〇〇様経過報告書兼依頼書】 目標：受傷前歩行能力〇〇〇レベル							
〇歳：男・女性 診断名：右・左大腿骨頸部骨折		手術：平成〇〇年〇月〇日 ユーキール法施行					
<table border="1"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>歩行能力</p> <p>歩行開始</p> <p>歩行開始から10分以内</p> <p>歩行開始から30分以内</p> <p>歩行開始から1時間以内</p> <p>歩行開始から2時間以内</p> <p>歩行開始から4時間以内</p> <p>歩行開始から6時間以内</p> <p>歩行開始から8時間以内</p> <p>歩行開始から10時間以内</p> <p>歩行開始から12時間以内</p> <p>歩行開始から14時間以内</p> <p>歩行開始から16時間以内</p> <p>歩行開始から18時間以内</p> <p>歩行開始から20時間以内</p> <p>歩行開始から22時間以内</p> <p>歩行開始から24時間以内</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>歩行開始から26時間以内</p> <p>歩行開始から28時間以内</p> <p>歩行開始から30時間以内</p> <p>歩行開始から32時間以内</p> <p>歩行開始から34時間以内</p> <p>歩行開始から36時間以内</p> <p>歩行開始から38時間以内</p> <p>歩行開始から40時間以内</p> <p>歩行開始から42時間以内</p> <p>歩行開始から44時間以内</p> <p>歩行開始から46時間以内</p> <p>歩行開始から48時間以内</p> <p>歩行開始から50時間以内</p> <p>歩行開始から52時間以内</p> <p>歩行開始から54時間以内</p> <p>歩行開始から56時間以内</p> <p>歩行開始から58時間以内</p> <p>歩行開始から60時間以内</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>歩行開始から62時間以内</p> <p>歩行開始から64時間以内</p> <p>歩行開始から66時間以内</p> <p>歩行開始から68時間以内</p> <p>歩行開始から70時間以内</p> <p>歩行開始から72時間以内</p> <p>歩行開始から74時間以内</p> <p>歩行開始から76時間以内</p> <p>歩行開始から78時間以内</p> <p>歩行開始から80時間以内</p> <p>歩行開始から82時間以内</p> <p>歩行開始から84時間以内</p> <p>歩行開始から86時間以内</p> <p>歩行開始から88時間以内</p> <p>歩行開始から90時間以内</p> <p>歩行開始から92時間以内</p> <p>歩行開始から94時間以内</p> <p>歩行開始から96時間以内</p> <p>歩行開始から98時間以内</p> <p>歩行開始から100時間以内</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>歩行開始から102時間以内</p> <p>歩行開始から104時間以内</p> <p>歩行開始から106時間以内</p> <p>歩行開始から108時間以内</p> <p>歩行開始から110時間以内</p> <p>歩行開始から112時間以内</p> <p>歩行開始から114時間以内</p> <p>歩行開始から116時間以内</p> <p>歩行開始から118時間以内</p> <p>歩行開始から120時間以内</p> </td> </tr> </table>				<p>歩行能力</p> <p>歩行開始</p> <p>歩行開始から10分以内</p> <p>歩行開始から30分以内</p> <p>歩行開始から1時間以内</p> <p>歩行開始から2時間以内</p> <p>歩行開始から4時間以内</p> <p>歩行開始から6時間以内</p> <p>歩行開始から8時間以内</p> <p>歩行開始から10時間以内</p> <p>歩行開始から12時間以内</p> <p>歩行開始から14時間以内</p> <p>歩行開始から16時間以内</p> <p>歩行開始から18時間以内</p> <p>歩行開始から20時間以内</p> <p>歩行開始から22時間以内</p> <p>歩行開始から24時間以内</p>	<p>歩行開始から26時間以内</p> <p>歩行開始から28時間以内</p> <p>歩行開始から30時間以内</p> <p>歩行開始から32時間以内</p> <p>歩行開始から34時間以内</p> <p>歩行開始から36時間以内</p> <p>歩行開始から38時間以内</p> <p>歩行開始から40時間以内</p> <p>歩行開始から42時間以内</p> <p>歩行開始から44時間以内</p> <p>歩行開始から46時間以内</p> <p>歩行開始から48時間以内</p> <p>歩行開始から50時間以内</p> <p>歩行開始から52時間以内</p> <p>歩行開始から54時間以内</p> <p>歩行開始から56時間以内</p> <p>歩行開始から58時間以内</p> <p>歩行開始から60時間以内</p>	<p>歩行開始から62時間以内</p> <p>歩行開始から64時間以内</p> <p>歩行開始から66時間以内</p> <p>歩行開始から68時間以内</p> <p>歩行開始から70時間以内</p> <p>歩行開始から72時間以内</p> <p>歩行開始から74時間以内</p> <p>歩行開始から76時間以内</p> <p>歩行開始から78時間以内</p> <p>歩行開始から80時間以内</p> <p>歩行開始から82時間以内</p> <p>歩行開始から84時間以内</p> <p>歩行開始から86時間以内</p> <p>歩行開始から88時間以内</p> <p>歩行開始から90時間以内</p> <p>歩行開始から92時間以内</p> <p>歩行開始から94時間以内</p> <p>歩行開始から96時間以内</p> <p>歩行開始から98時間以内</p> <p>歩行開始から100時間以内</p>	<p>歩行開始から102時間以内</p> <p>歩行開始から104時間以内</p> <p>歩行開始から106時間以内</p> <p>歩行開始から108時間以内</p> <p>歩行開始から110時間以内</p> <p>歩行開始から112時間以内</p> <p>歩行開始から114時間以内</p> <p>歩行開始から116時間以内</p> <p>歩行開始から118時間以内</p> <p>歩行開始から120時間以内</p>
<p>歩行能力</p> <p>歩行開始</p> <p>歩行開始から10分以内</p> <p>歩行開始から30分以内</p> <p>歩行開始から1時間以内</p> <p>歩行開始から2時間以内</p> <p>歩行開始から4時間以内</p> <p>歩行開始から6時間以内</p> <p>歩行開始から8時間以内</p> <p>歩行開始から10時間以内</p> <p>歩行開始から12時間以内</p> <p>歩行開始から14時間以内</p> <p>歩行開始から16時間以内</p> <p>歩行開始から18時間以内</p> <p>歩行開始から20時間以内</p> <p>歩行開始から22時間以内</p> <p>歩行開始から24時間以内</p>	<p>歩行開始から26時間以内</p> <p>歩行開始から28時間以内</p> <p>歩行開始から30時間以内</p> <p>歩行開始から32時間以内</p> <p>歩行開始から34時間以内</p> <p>歩行開始から36時間以内</p> <p>歩行開始から38時間以内</p> <p>歩行開始から40時間以内</p> <p>歩行開始から42時間以内</p> <p>歩行開始から44時間以内</p> <p>歩行開始から46時間以内</p> <p>歩行開始から48時間以内</p> <p>歩行開始から50時間以内</p> <p>歩行開始から52時間以内</p> <p>歩行開始から54時間以内</p> <p>歩行開始から56時間以内</p> <p>歩行開始から58時間以内</p> <p>歩行開始から60時間以内</p>	<p>歩行開始から62時間以内</p> <p>歩行開始から64時間以内</p> <p>歩行開始から66時間以内</p> <p>歩行開始から68時間以内</p> <p>歩行開始から70時間以内</p> <p>歩行開始から72時間以内</p> <p>歩行開始から74時間以内</p> <p>歩行開始から76時間以内</p> <p>歩行開始から78時間以内</p> <p>歩行開始から80時間以内</p> <p>歩行開始から82時間以内</p> <p>歩行開始から84時間以内</p> <p>歩行開始から86時間以内</p> <p>歩行開始から88時間以内</p> <p>歩行開始から90時間以内</p> <p>歩行開始から92時間以内</p> <p>歩行開始から94時間以内</p> <p>歩行開始から96時間以内</p> <p>歩行開始から98時間以内</p> <p>歩行開始から100時間以内</p>	<p>歩行開始から102時間以内</p> <p>歩行開始から104時間以内</p> <p>歩行開始から106時間以内</p> <p>歩行開始から108時間以内</p> <p>歩行開始から110時間以内</p> <p>歩行開始から112時間以内</p> <p>歩行開始から114時間以内</p> <p>歩行開始から116時間以内</p> <p>歩行開始から118時間以内</p> <p>歩行開始から120時間以内</p>				
<p>歩行開始から122時間以内</p> <p>歩行開始から124時間以内</p> <p>歩行開始から126時間以内</p> <p>歩行開始から128時間以内</p> <p>歩行開始から130時間以内</p> <p>歩行開始から132時間以内</p> <p>歩行開始から134時間以内</p> <p>歩行開始から136時間以内</p> <p>歩行開始から138時間以内</p> <p>歩行開始から140時間以内</p>		<p>歩行開始から142時間以内</p> <p>歩行開始から144時間以内</p> <p>歩行開始から146時間以内</p> <p>歩行開始から148時間以内</p> <p>歩行開始から150時間以内</p> <p>歩行開始から152時間以内</p> <p>歩行開始から154時間以内</p> <p>歩行開始から156時間以内</p> <p>歩行開始から158時間以内</p> <p>歩行開始から160時間以内</p>					

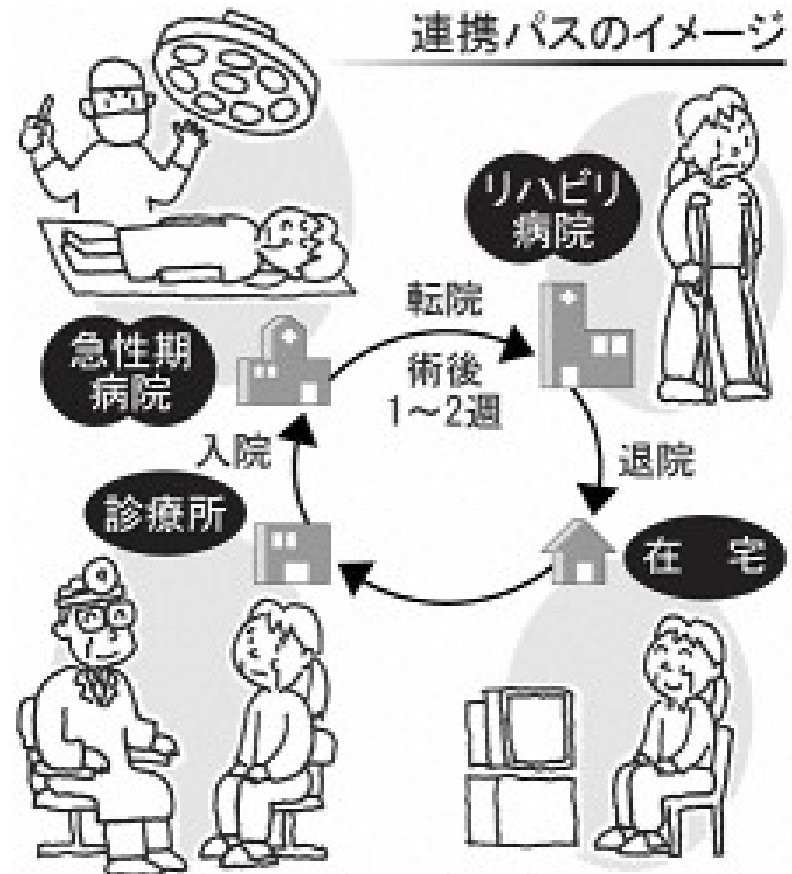
# 地域連携クリティカルパスとは？

- 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

- 地域連携クリティカルパスの目的

- ガイドラインに基づく医療の地域への普及
- 地域の医療機関の機能分化と役割分担



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

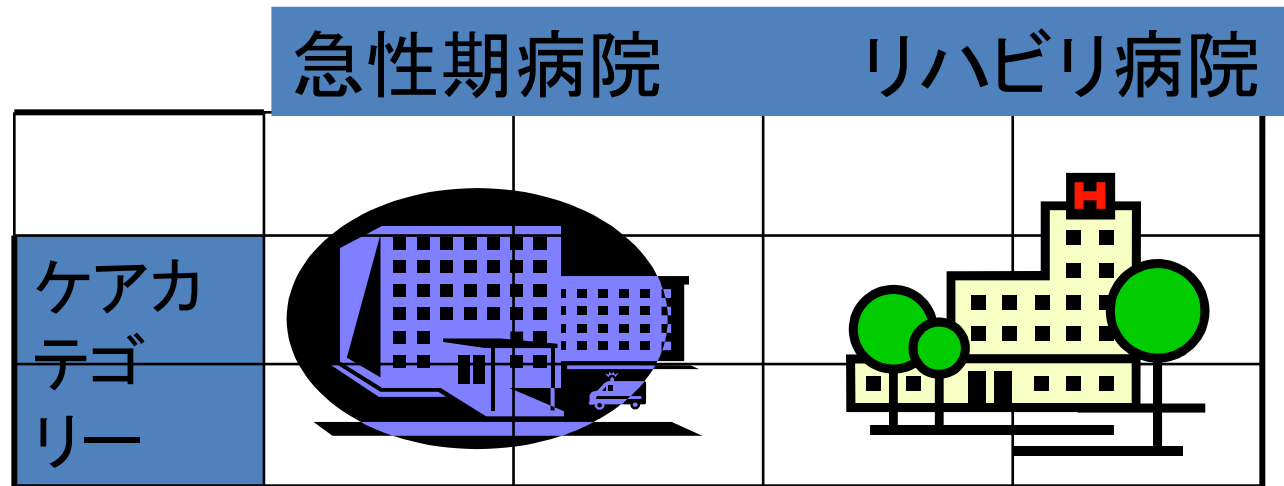
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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			
検査								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	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					内服継続	
観察		体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )					体温( ) ( ) ( ) ( )	
		脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )					脈拍( ) ( ) ( ) ( )	
		血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )					血圧( ) ( ) ( ) ( )	
		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )					SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	
				出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )					出血( ) ( ) ( ) ( )	
				創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )					創状態( ) ( ) ( ) ( )	
				喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )					喀痰( ) ( ) ( ) ( )	
										下痢( ) ( ) ( ) ( )	
										嘔吐( ) ( ) ( ) ( )	
										臍満( ) ( ) ( ) ( )	
		褥創( ) ( ) ( ) ( )	褥創( ) ( ) ( ) ( )	褥創( ) ( ) ( ) ( )	褥創( ) ( ) ( ) ( )					褥創( ) ( ) ( ) ( )	
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

2003年熊本市の「シームレスケア研究会」で急性期病院とリハビリ病院を結ぶ整形疾患のクリティカルパスから作られ始めた



大腿骨頸部骨折、脳卒中、がんで診療報酬に導入

# 2012年診療報酬改定と クリティカルパス

- ①院内クリティカルパスを入院診療計画へ代替
- ②地域連携クリティカルパスの退院調整への応用と疾病拡大

# ①入院診療計画を 院内クリティカルパスで代替

- 入院診療計画を院内クリティカルパスで代替
  - 入院診療計画を一定の基準を満たしたクリティカルパスで代替することができる。
- 入院診療計画書とは
  - 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること
  - 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること
  - 患者が入院した日から起算して7日以内に当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され説明がなされるものであること



# 入院診療計画書

別紙2

別紙2の2

入院診療計画書

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	
症状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治療計画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計画 (目標を含む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
その他 ・看護計画 ・退院に向けた支援 計画 ・入院期間の見込み等	

在宅復帰  
支援計画

退院へ向け  
た  
支援計画

- 注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。  
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。  
 注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあつては必ず記入すること。  
 注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

院内クリティカルパスで入院診療計画書を代用

## ②地域連携クリティカルパスの 退院調整への応用と疾病拡大

- 退院調整への地域連携クリティカルパスの応用
  - 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリティカルパスでも、一定の基準をみたしている場合や、退院調整クリティカルパスや退院時共同指導を行った場合に評価を行ってはどうか？
- 地域連携クリティカルパスの疾病拡大
  - 地域連携クリティカルパスを退院後の治療のより総合的な管理手法として、現行の大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん以外の疾患にも拡大して適応してはどうか？
- (新設)地域連携計画加算(300点)

# (新設)地域連携計画加算(300点)

- 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

# 退院調整の充実

## （地域との連携）

退院支援や退院時共同指導時に一定の基準を満たした地域連携 クリティカルパス を活用している場合の評価を行ってはどうか。

(氏名) <small>（退院支援担当者）</small>	退院支援計画書	現行の退院調整支援計画の参考様式
(患者氏名)	氏名	平成 年 月 日
病種(病名)		
基準 (主に考えられる病名)		
患者への相談者	医師(または他の関係者)	
退院支援計画の 対象者の氏名 (7名以内を記入)		
退院に必要な調整 項目等		
退院に向けた目標設定 支援体制 支援内容		
予定される退院先		
退院後に利用が予想される 地域福祉サービス等		
注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わらねばならない。		
	(医師または関係者)	印
	(患者)	

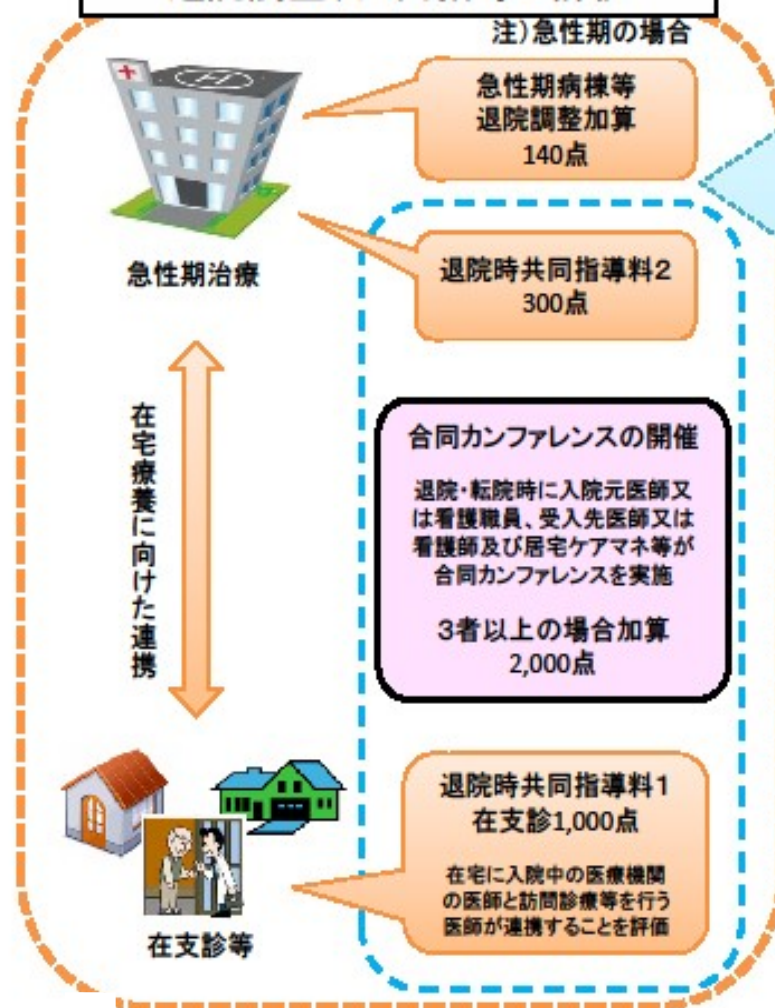
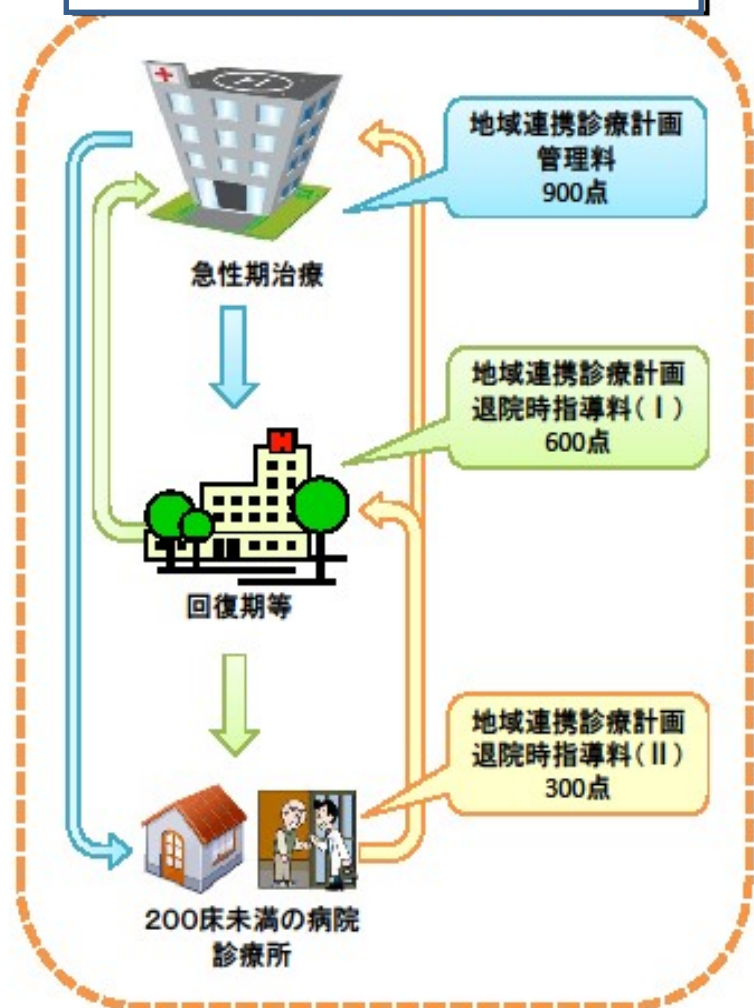
# 現行の退院調整等に関する評価のイメージ

脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

左記以外の退院困難な患者

地域連携クリティカルパスで評価

退院調整、共同指導で評価



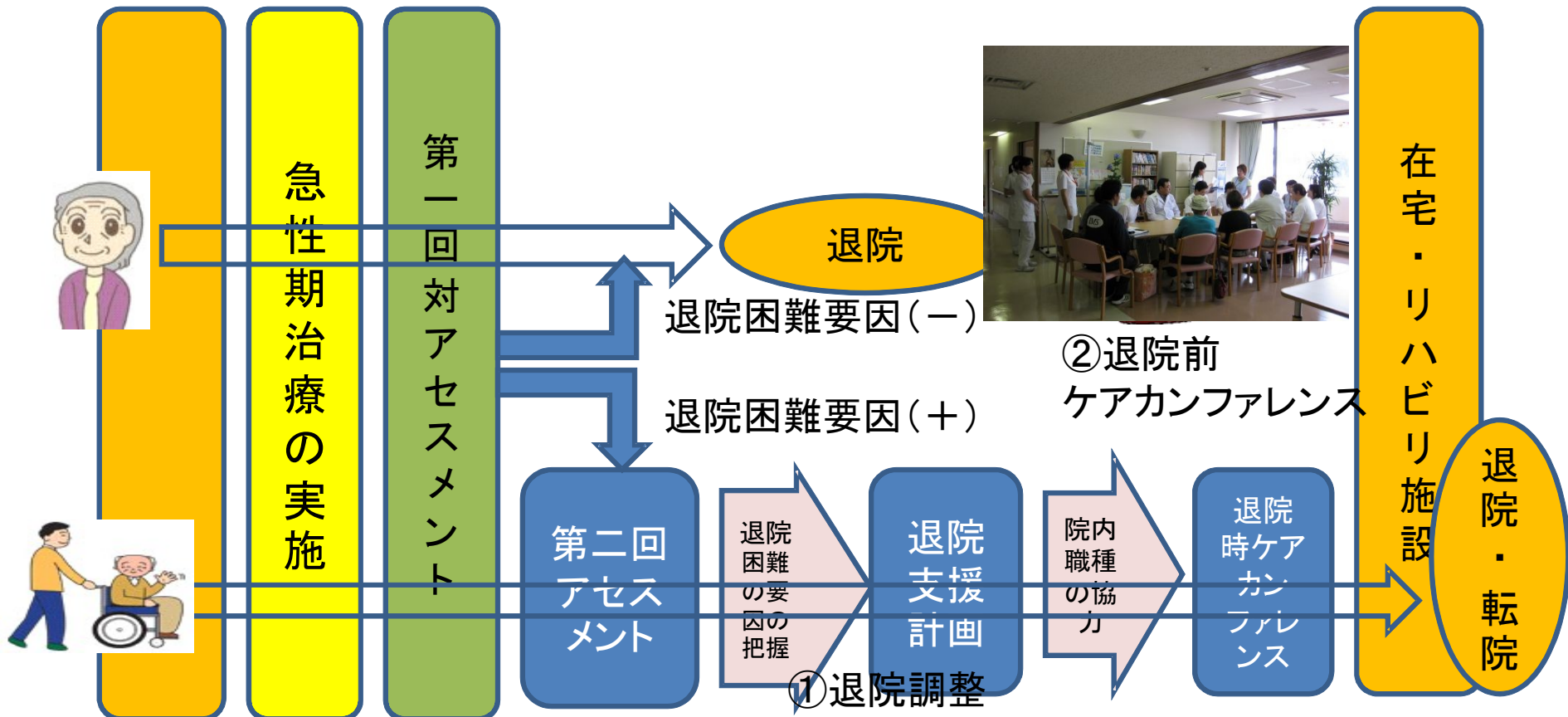
地域連携クリティカルパス

一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の  
を活用して、退院調整を行っている。

# 退院支援の流れ

入院

退院患者の約6%は退院困難を抱えている



院内クリティカルパス・地域連携クリティカルパス

# 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%

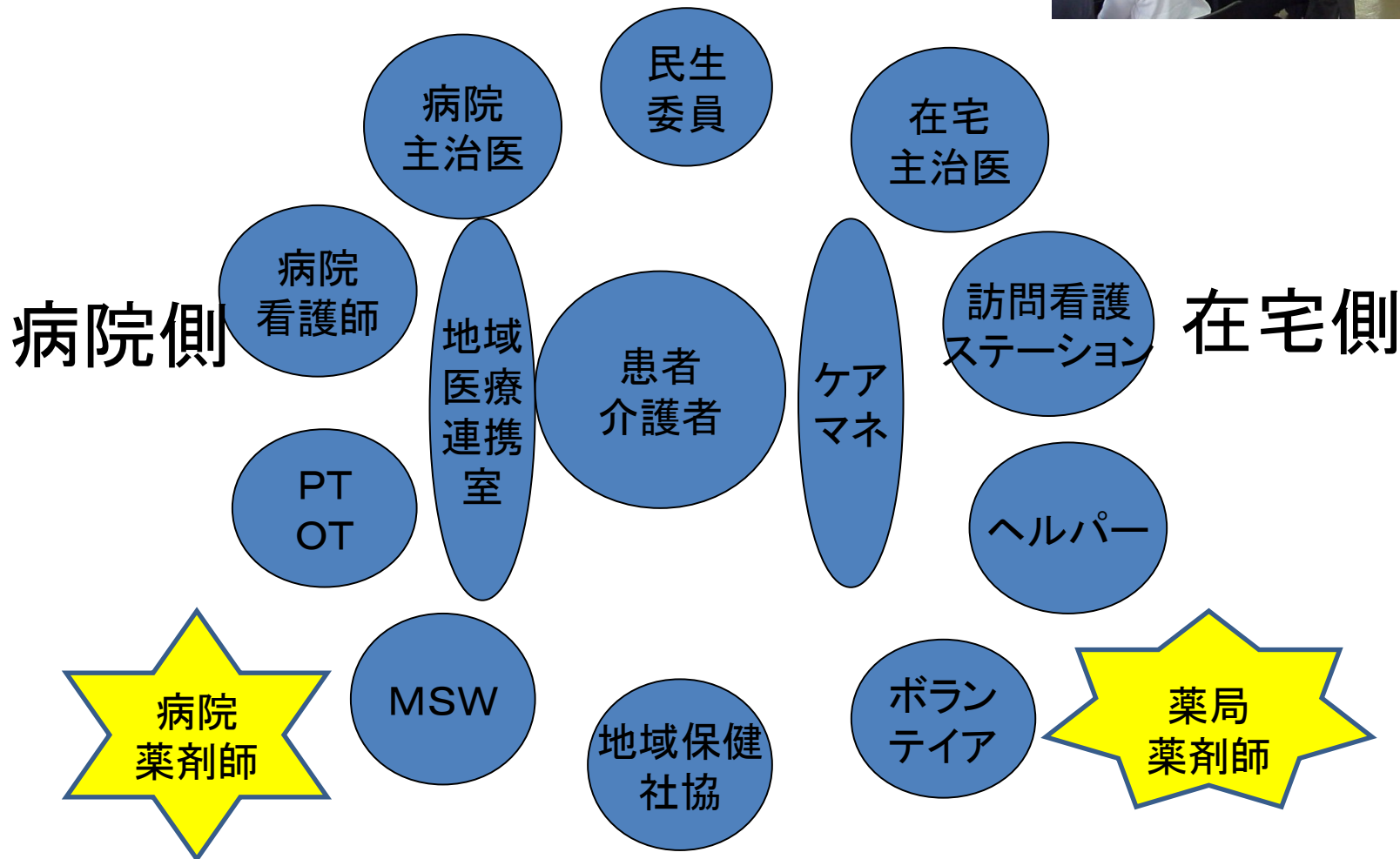
# 退院時ケアカンファレンスの重要性



～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



# 在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 直腸がんでFOLFOX療法を在宅で行うAさん
  - 病院で使用している輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない
  - 入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある
  - しかし、病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションとスタッフと意見交換を行う必要がある
  - 退院時ケアカンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一同に会して患者の情報共有をおこなったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行う必要がある

# がん地域連携パス

①病・病連携パス

②病・診連携パス

# がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

2010年  
診療報酬改定



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

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

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。



連携医療機関

300点

200床未満の病院  
診療所

# ①病・病連携パス

がん拠点病院と一般病院の  
がん化学療法による連携



埼玉医科大学総合医療センター

# 埼玉医科大学総合医療センター

## 埼玉医科大学総合医療センター



外来化学療法で  
外来が手一杯！

大腸癌  
Folfox, Folfiri  
連携パス



13病院と連携



医療法人直心会帯津三敬病院

# 地域連携による癌化学療法のメリット

- クリティカルバスの活用で、連携先でもがん診療連携拠点病院と同じ治療が受けられる
- 連携先での治療とフォローアップ情報が、がん診療連携拠点病院スタッフにも共有される
- 化学療法による短期入院が必要な治療(FOLFOX、FOLFIRI)は連携先で受け入れてもらえる
- 患者さんは自宅近くの病院で化学療法が受けられる
- がん診療連携拠点病院では満たされない患者さんのニーズが連携先で満たされる

## 地域連携のmFOLFOX6用 クリティカルバス

項目	内容
患者氏名	山田 太郎
性別	男
年齢	65歳
病歴	大腸癌(直腸癌) 術後1年
転移	肝臓、リンパ管
治療歴	手術、化学療法(FOLFOX6)
検査結果	CT: 肝臓に転移あり
薬剤	オキサリプラチン、5-FU、レボレボリン酸
投与量	オキサリプラチン 85mg、5-FU 400mg、レボレボリン酸 2mg
副作用	手足のしびれ、下痢
フォローアップ	定期的な血液検査、経過観察



連携先の案内状

平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定された埼玉医科大学総合医療センターでは、クリティカルバスを活用しながら、地域の病院やクリニックとの医療連携による癌化学療法を実施しています。同センターの石田秀行先生に、連携先の条件や具体的な連携内容、医療連携クリティカルバスのメリット、患者さんの反応などについて紹介いただきました。

## ②病・診連携パス

二人主治医制



がんの  
地域連携

⇒主治医2人制度

かかりつけ医

情報交換

がん診療連携  
拠点病院

外来治療



入院治療

がん診療連  
携拠点病院



# かかりつけ医と専門医の役割分担

- 1. かかりつけ医の役割
    - 日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当
    - がんやがん以外にお持ちの病気、高血圧、糖尿病などの診療を担当
  - 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
  - 2) 定期的なお薬の処方
  - 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
  - 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療
- 専門医の役割
    - 年に何回か病院に通院して、精密検査と診察を行います
    - 精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など
  - 検査結果
    - 「私のカルテ」内に記載して、かかりつけ医に報告
    - また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります

# 東京都の医療連携手帳

5大がん(胃、大腸、乳、肺、肝がん)＋前立腺がん  
地域連携クリティカルパス



## 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！—



### ○ この手帳に対するご意見

「東京都医療連携手帳」に対するご意見がありましたら、下記までお寄せください。

E-mail : [path@ciok.jp](mailto:path@ciok.jp)

FAX : 03(6388)1438

(東京都がん診療連携協議会クリティカルパス部会事務局)

郵送 : 〒163-8001 東京都西新井2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部医療政策課がん対策係

# 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@cick.jp](mailto:path@cick.jp)

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

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。

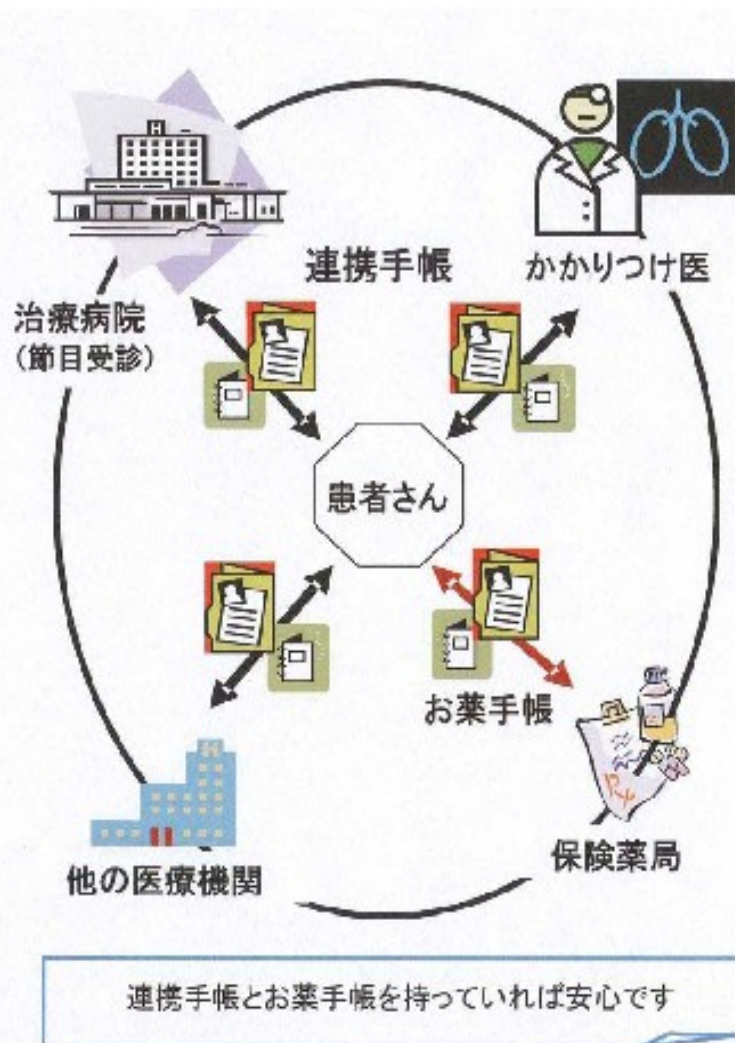
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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



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
手術病院	
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)

---



---



---



---



---

手術記録

手術日 平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

術式 開腹・腹腔鏡（補助）下  
 幽門保留胃切除・胃全摘・幽門保留胃切除・  
 幽門保存胃切除・分節胃切除・部分切除

郭清 D0・D1・D1+ $\alpha$ ・D1+ $\beta$ ・D2・D3

再建

幽門保留胃切除後

B-I



B-II



Roux en Y



PPG(幽門嚢嚢)



胃全摘後

空腸吻合



Roux en Y



幽門保留胃切除後  
空腸吻合



食道胃吻合



浸透度

T  ( ) N  H  P  C  Y M  0

(リンパ節転移個数 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Stage IA・IB

その他特記事項（通院時）

クレアチニン値 \_\_\_\_ mg/dl



## 診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前に行います
- 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	0ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	8ヶ月	8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



港区医師会地域連携担当理事  
臼井先生

# 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

# 2012年診療報酬改定

## がん診療の連携に関する評価と課題について②

### がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



がんの治療目的に入院した患者に対して退院時に算定できるが、**当該病院で外来フォローアップを行った後**に連携医療機関に紹介した等の場合には算定できない。



計画策定病院

がん診療連携拠点病院等

手術後に拠点  
病院で外来  
フォローアップ

退院後に拠点  
病院で外来  
化学療法

退院後すぐに紹介

算定可

算定不可



連携医療機関

# パート4

## 2012年介護報酬改定と地域包括ケア

**2012**年は  
地域包括ケアシステム元年

# 2012年介護報酬改定の基本方針

- 1 地域包括ケアシステムの基盤評価
  - ①高齢者の自立支援に重点を置いた在宅・居住系サービス
  - ②要介護度が高い高齢者や医療ニーズの高齢者に対応した在宅・居住系サービスの提供
- 2 医療と介護の役割分担・連携強化
  - ①在宅生活時の医療機能の強化へ向けた、新サービスの創設及び訪問看護、リハビリステーションの充実並びに看取りへの退行強化
  - ②介護施設における医療ニーズへの対応
  - ③入退院時における医療機関と介護サービス事業者との連携促進
- 認知症にふさわしいサービスの提供
- 質の高い介護サービスの確保

# 地域包括ケアシステムについて

医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への  
包括的な支援(地域包括ケア)を推進

## 【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目ないサービス提供)に行われることが必須。

### ①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

### ②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

### ③予防の推進

- ・できる限り要介護状態とならないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

### ④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

### ⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

※ 「地域包括ケアシステム」は、ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

(「地域包括ケア研究会報告書」より)

# 地域包括ケアシステムのイメージ

認知症患者へのサービス  
複合型サービス  
小規模多機能型居宅介護  
(訪問看護と組み合わせた  
複合型サービスを含む)  
グループホーム



在宅療養支援病院



定期巡回・随時対応型  
訪問介護看護



在宅療養支援診療所



介護保険施設



サービス付高齢者向け住宅などの住まい

NPO,  
住民参加、企業  
、自治体など



# 地域包括ケアシステムを支える 3つの新規サービス

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護
  - 改正介護保険法(2011年6月)
- ②複合型サービス
  - 介護給付費分科会(2011年5月)
- ③サービス付高齢者向け住宅
  - 改正高齢者住まい法(2011年10月)

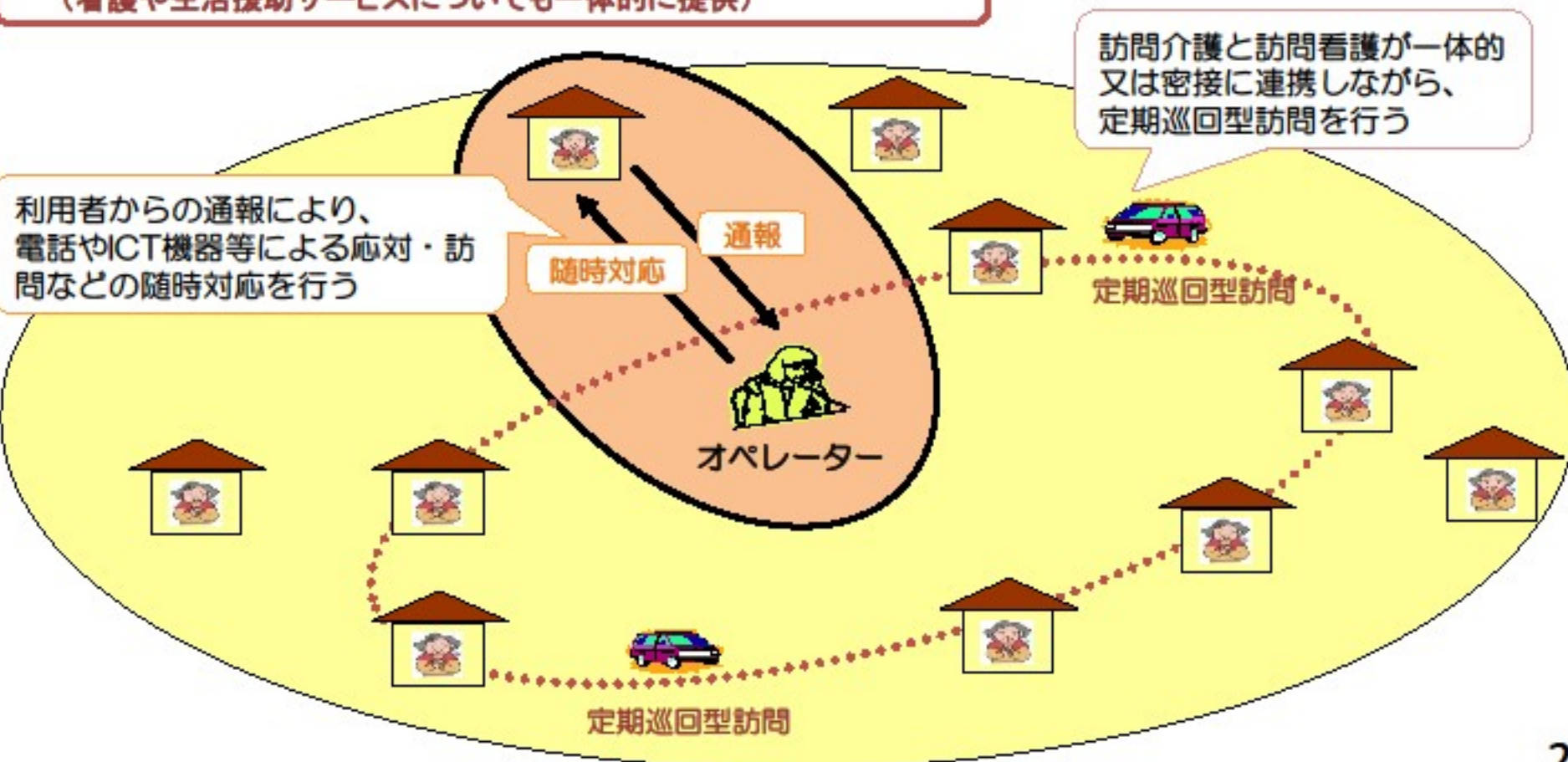
# ①定期巡回・随时対応型 訪問介護看護

改正介護保険法(2011年6月)

# I 制度概要について

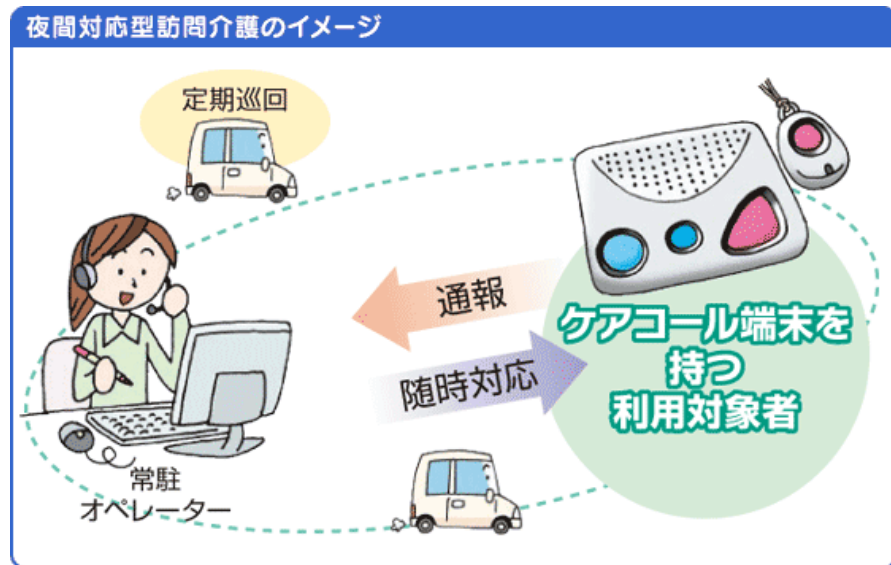
- 重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を創設（平成24年4月）。

- 地域密着型サービスの一類型として創設
- 対象者は要介護者のみ（介護予防サービスは規定していない）
- 身体介護サービスを中心とした一日複数回サービス  
（看護や生活援助サービスについても一体的に提供）



# 24時間対応型訪問介護サービス例

- 随時訪問の代表例(複数回答)
  - ①ベッドや車椅子からのずれ落ち(46%)
  - ②オムツ交換・トイレ介助(46%)
  - ③トイレやお風呂で転倒(26.9%)
  - ④体調が悪い(11.5%)
  - ⑤何となく不安(7.7%)



- 平成21年度世田谷区24時間随時訪問サービス当評価研究事業報告書

## ②複合型サービス

小規模多機能型居宅介護と  
訪問看護との組み合わせサービス  
介護給付費分科会(2011年5月)

# 小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複合型サービスの概要 (イメージ図)

○ 今般、小規模多機能型居宅介護と訪問看護の複数のサービスを組み合わせた複合型事業所を創設し、看護と介護サービスの一体的な提供により医療ニーズの高い要介護者への支援の充実を図る。

※ 地域密着型サービスとして位置づけ



- 要介護度が高く、医療ニーズの高い高齢者に対応するため、小規模多機能型居宅介護のサービスに加え、必要に応じて訪問看護を提供できる仕組みとする
- 別々に指定しサービス提供するよりも、小規模多機能型居宅介護事業所に配置されたケアマネジャーによるサービスの一元管理により、利用者のニーズに応じた柔軟なサービス提供が可能
- 事業者にとっても、柔軟な人員配置が可能

# ③サービス付高齢者向け住宅

改正高齢者住まい法(2011年10月)

# サービス付き高齢者住宅と介護保険の連携イメージ

日常生活や介護に不安を抱く「高齢単身・夫婦のみ世帯」が、特別養護老人ホームなどの施設への入所ではなく、住み慣れた地域で安心して暮らすことを可能とするよう、新たに創設される「サービス付き高齢者住宅」（高齢者住まい法：国土交通省・厚生労働省共管）に、24時間対応の「定期巡回・随時対応サービス」（介護保険法：厚生労働省）などの介護サービスを組み合わせた仕組みの普及を図る。

24時間対応の訪問介護・看護

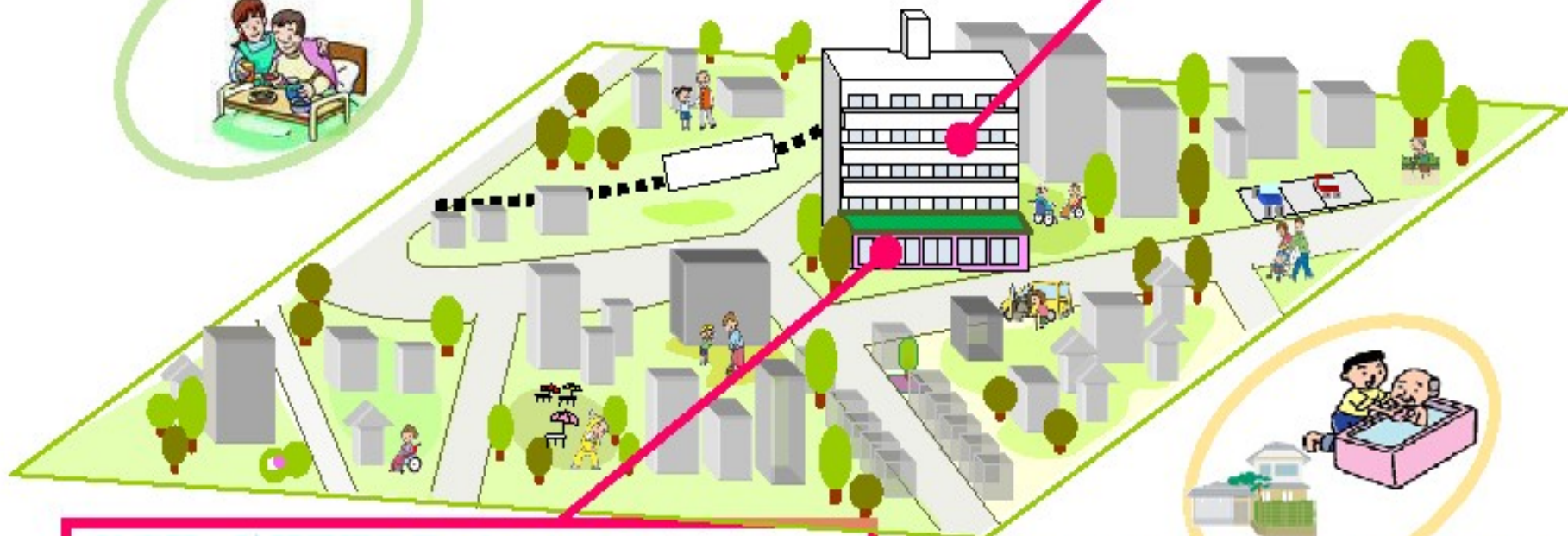
「定期巡回・随時対応サービス」

→介護保険法改正により創設

サービス付き高齢者住宅

（国土交通省・厚生労働省共管）

→高齢者住まい法改正により創設



診療所、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、デイサービスセンター、定期巡回・随時対応サービス（新設）

住み慣れた環境で必要なサービスを受けながら暮らし続ける



# 21世紀長屋モデル

- 高齢者の新しい暮らしのデザインは、『**長屋モデル**』
- 最新式のIT設備や医療・介護の緊急通報サービスや見守り、生活支援サービスと、旧来の古き良き長屋生活をマッチさせた新しいデザインが必要



- 江戸時代の長屋

# パート5 どこでもMY病院

新たな情報通信技術戦略

# 新たな情報通信技術戦略

## 高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部

2010年5月

- 1 国民本位の電子行政の実現
- 2 地域の絆の再生
  - 医療分野の取り組み
  - 高齢者等に対する取り組み
  - 教育分野の取り組み
  - 地域主権と地域の安心安全の確立に向けた取り組み
- 3 新市場の創出と国際展開

# 医療分野の取り組み

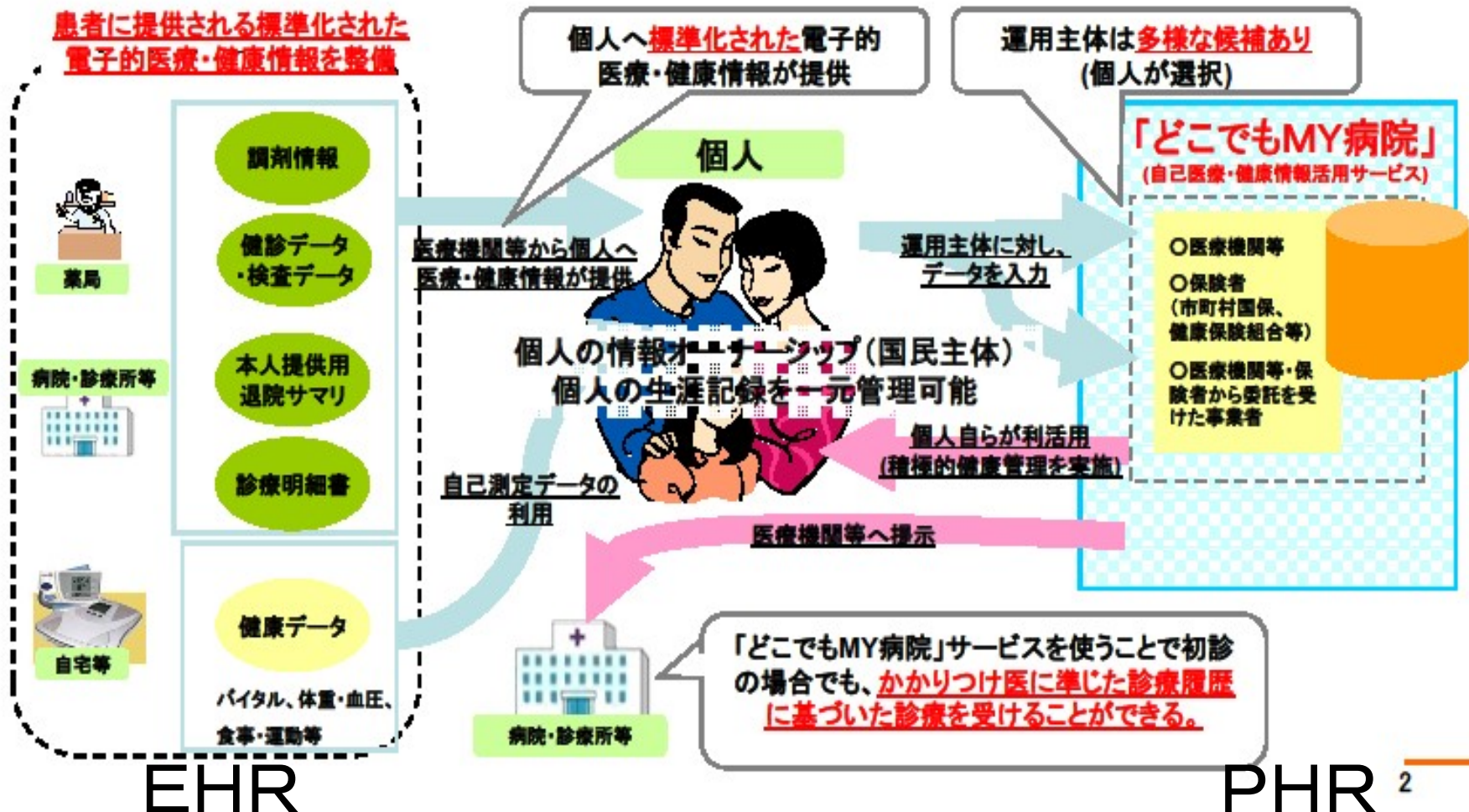
- ① 「どこでもMY病院」構想の実現
- ② シームレスな地域連携医療の実現
- ③ レセプト情報等の活用による医療の効率化
- ④ 医療情報データベースの活用による医薬品等の安全対策の推進

# ①どこでもMY病院構想の実現

「どこでもMY病院」(自己医療・健康情報活用サービス。以下、「どこでもMY病院」という。)構想は、個人が自らの医療・健康情報を医療機関等から受け取り、それを自らが電子的に管理・活用することを可能とするものである。

- ・個人に自らの医療健康情報を蓄積管理する「**機会**」を提供
- ・情報は蓄積により価値が増大。できるだけ**早期の実現が重要**(2013年に一部サービス)

患者に提供される標準化された電子的医療・健康情報を整備



調剤情報

健診データ  
検査データ

本人提供用  
退院サマリ

診療明細書

健康データ

バイタル、体重・血圧、  
食事・運動等

薬局

病院・診療所等

自宅等

病院・診療所等

米国版「どこでもMY病院」  
～ブルーボタン・イニシアティブ～



**Blue Button  
Download  
My Data**

# オバマ大統領が ブルーボタンを推奨

- 2010年8月、オバマ大統領がブルーボタン・イニシアティブを宣言
- 在郷軍人局と社会保険庁（CMS）のコラボでスタート



# 在郷軍人病院局の ブルーボタン(Blue Button)

- 在郷軍人局とメディケア(高齢者保険)を担当する社会保険庁(CMS)が始めた個人の医療情報をダウンロードするサービス
- 「ブルーボタン」
  - 個人の医療情報をダウンロードするボタン
  - 在郷軍人病院などの医療機関や保険者の医療情報を個人が自分のパソコンにダウンロードできるしくみ
- ウェブ上のPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)  
～米国版「どこでもMY病院」



# 在郷軍人局 (VA) のホームページ ブルーボタンDownload My Data

The screenshot shows the VA My HealtheVet homepage. At the top, there is a navigation bar with the VA logo and 'DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS'. Below that, a search bar and a 'GO' button are visible. The main navigation menu includes links for HOME, PERSONAL INFORMATION, PHARMACY, RESEARCH HEALTH, GET CARE, TRACK HEALTH, MHV COMMUNITY, and SECURE MESSAGING. A secondary menu below includes IN CASE OF EMERGENCY, PROFILES, DOWNLOAD MY DATA, ACCOUNT, and HEALTH INFORMATION CARD. The 'Personal Information' section is highlighted, and a large blue arrow points to the 'Download My Data' button in the 'My Profile' area. The 'Download My Data' button is a blue circle with a white download icon. To the right, there is a 'Member Logout' section with a 'Logout' button. Below the main content, there is a 'View My Links Information' section and a 'My Links' section at the bottom.

**Personal Information**

My HealtheVet (MHV) has made it easy to keep track of your Personal Information. MHV is all about you and your health. Part of your personal online health journal is your identification. When you registered for My HealtheVet, you entered important information about yourself. This is where you'll find it, along with other important facts like your login information, blood type and emergency contacts.

**Download My Data**

Use the Blue Button to easily download your health information... [More »](#)

**Member Logout**  
Logged On As: ONE  
[Logout](#)

**Quick Links**

- [VA National Suicide Prevention Hotline](#)  
**If you are in crisis call: 1-800-273-TALK (8255)**
- [In-Person Authentication](#)
- [Flu Information](#)
- [My HealtheVet Learning Center](#)
- [VA Mental Health Services](#)
- [View the MHV Virtual Tour](#) (Best viewed with Flash 8.0)
- [Rx Refill Guide](#)
- [Rx Refill](#)
- [View your VA Medication Names](#)
- [Quality of Care](#)
- [MOVE!](#)
- [HealthierUS Veterans](#)
- [Most Requested Forms](#)
- [Message from the Under Secretary for Health](#)
- [Veterans Health Initiative](#)
- [Medicare](#)
- [HHS](#)
- [VA Kids](#)

**View My Links Information (self-entered)**  
(Personal Health Journal of ONE MHHVETERAN)

You are viewing My Links information. If you would like to add an entry, click on the Add New button.

**My Links**

Department of Veterans Affairs

# 在郷軍人局のブルーボタン Text File Download

The screenshot shows the VA My HealthVet website interface. The top navigation bar includes 'HOME', 'PERSONAL INFORMATION', 'PHARMACY', 'RESEARCH HEALTH', 'GET CARE', 'IN CASE OF EMERGENCY', 'PROFILES', 'DOWNLOAD MY DATA', 'ACCOUNT', and 'HEALTH INFORMATION'. The 'Blue Button Download My Data' section is active, showing 'My Download Results'. Below this, there are instructions on how to use the downloaded data and a warning about protecting personal health information.

The 'Personal Health Information of ONE MHVVETERAN' section includes a table for downloading data:

File Contents	File Name	File Size	
All Health Data	mhv_MHVVETERAN_20110107.txt	23.6 kb	01/07/2011

A 'Cancel' button is visible below the table. A yellow warning banner at the bottom states: 'This is your personal health information. Your health care professional does not have access to this information unless you share it.'

Overlaid on the right is a Notepad window titled 'mhv\_MHVVETERAN\_20110107[3] - Notepad'. The text content is as follows:

```
----- MY HEALTHEVET PERSONAL HEALTH INFORMATION -----
*****CONFIDENTIAL*****
Produced by the Blue Button (v11.1)
01/07/2011 17:23

Name: MHVVETERAN, ONE A                      Date of Birth: 03/01/1900

----- DOWNLOAD REQUEST SUMMARY -----

System Request Date/Time: 01/07/2011 05:23 PM CST
User Request Type: Download all of my available data from My HealthVet
File Name: mhv_MHVVETERAN_20110107.txt

----- MY HEALTHEVET ACCOUNT SUMMARY -----

Source: VA

Authentication Status: Authenticated
Authentication Date: 08/19/2010
Authentication Facility ID: 979
Authentication Facility Name: SLC10 TEST LAB

VA Treating Facility                                Type
-----
AUSTIN PSIM                                         OTHER
DAYT29                                              M&ROC

----- DEMOGRAPHICS -----

Source: Self-Entered

First Name: ONE
Middle Initial: A
Last Name: MHVVETERAN
Suffix:
Alias: MHVVET
Relationship to VA: Patient, Veteran, Employee

Gender: Male   Blood Type: AB+   Organ Donor: Yes

Date of Birth: 03/01/1900
Marital Status: Married
Current Occupation: Truck Driver

Mailing Address: 123 Anywhere Road
Mailing Address2: Apartment 123
Mailing City: Anywhere
Mailing State: DC
Mailing Country: United States
Mailing Province:
Mailing Zip/Postal Code: 00001
```

# ブルーボタンで ダウンロードできる医療情報

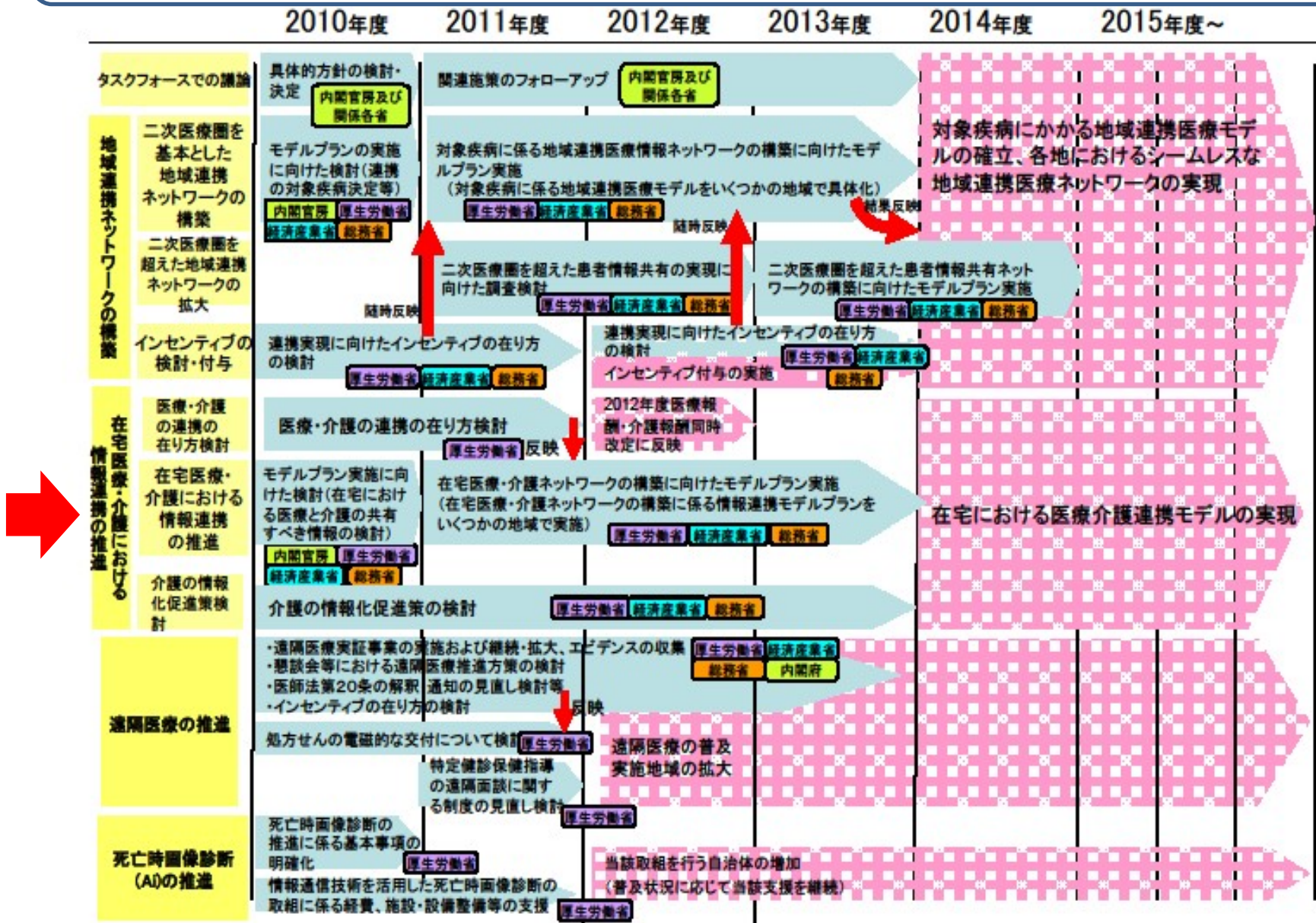
- 氏名、住所、連絡先
- 医療機関 かかりつけ  
医名と連絡先 病院名
- 過去の受診日
- 在郷軍人病院の病歴
- 処方医薬品名
- 保険薬局調剤データ
- OTC、サプリメント
- アレルギー歴
- 医療処置
- 予防接種歴
- バイタルサイン、検査  
値
- 従軍歴

# 震災とお薬手帳

- 震災で診療録も薬もお薬手帳も流された
- どんなお薬を服用していたかの記録がない！
- 避難所の診療所では明細書や飲みかけのお薬など、医薬品情報が欲しい！
- お薬クラウド手帳

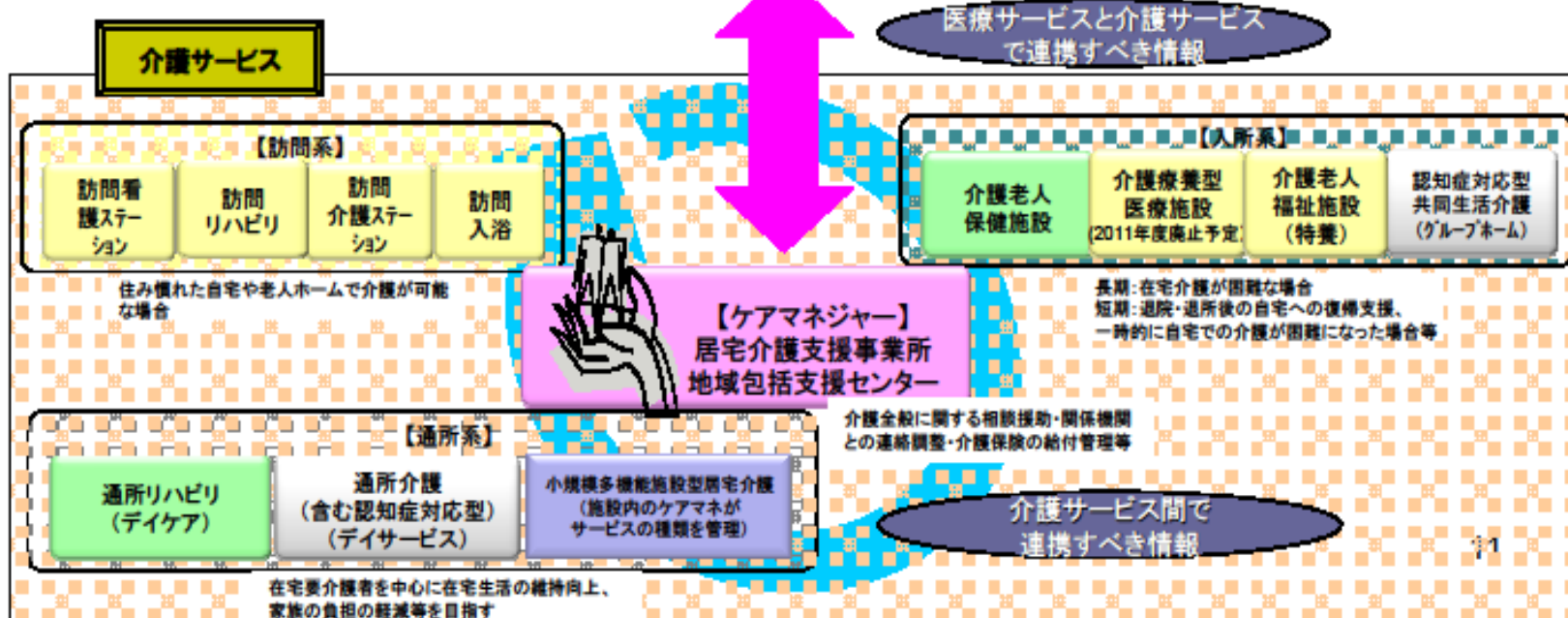
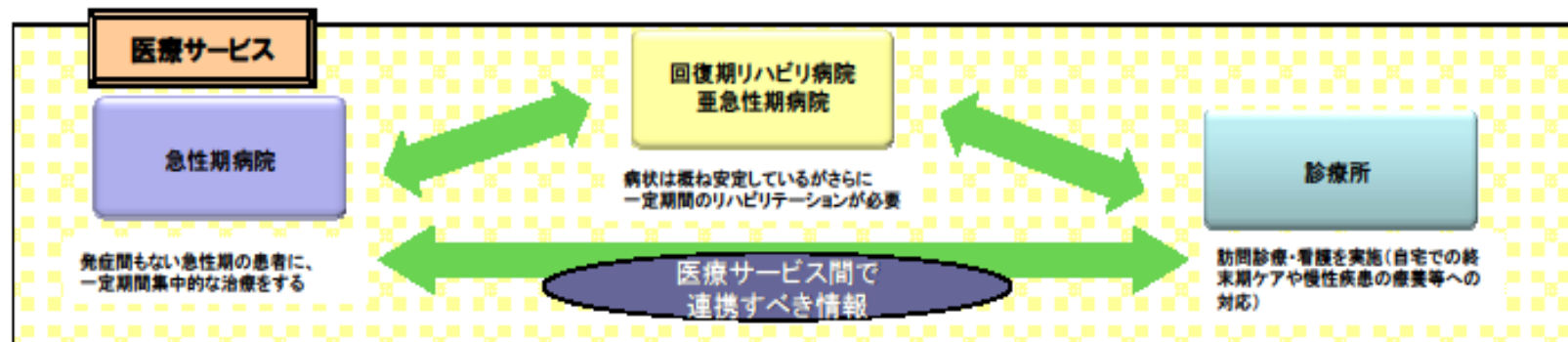


# ② シームレスな地域連携医療の実現



# 医療・介護連携の現状イメージ詳細と共有すべき情報の検討

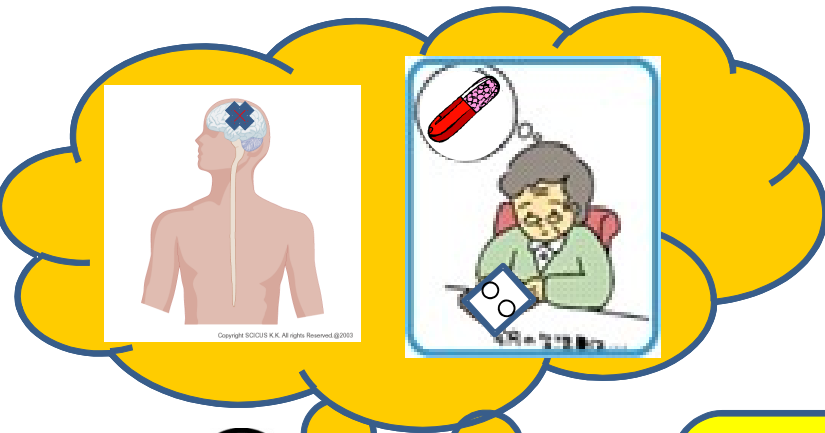
- ◆ 介護に於ける医療履歴の参照や要介護度の情報等、医療と介護で情報連携すべき状況は多く、情報の共有によるメリットは大きい  
が、両者で共有すべき情報は必ずしも明確化されていない。
- ◆ 医療・介護提供チームの中で共有すべき情報やその方法及び問題点等を整理し、それを踏まえて、地域の実情や、医療・介護提供  
チームの構成メンバー等に応じて、実現性の検討を含めたモデル化の検討を行う。



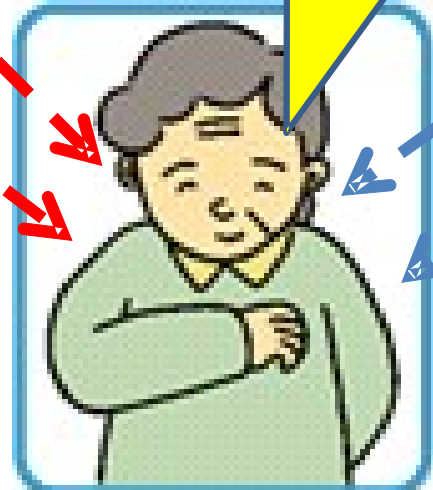
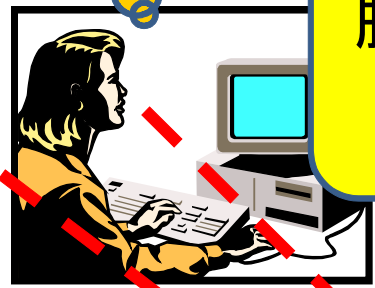
# 医療と介護の情報ギャップ

- 医療側は在宅介護・福祉を理解していない
- 介護側は医療を理解していない
- 医療と介護・福祉は言葉も違う、文化も違う
  - 医療は国際疾病分類(ICD)
  - 介護福祉は国際生活機能分類(ICF)
- 医療と介護・福祉の情報ギャップ、コミュニケーションギャップを埋めるための相互理解と研修が必要
- 医療ICT・データベースと介護ICT・データベースの統合が必要

# 医療と介護福祉ではモデルが異なり情報も異なる



脳梗塞で右麻痺が...



## 医療職

国際疾病分類 (ICD)

身体の中の**病態像**に着目し、本人の**疾病改善**を重視

「**疾病モデル**」

## 福祉職

国際生活機能分類 (ICF)

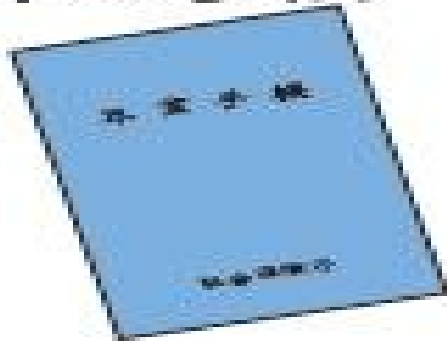
日常生活の**障害**に着目し、本人の**気持ち**や**生活の質**を重視

(「**障害モデル**・**生活モデル**」)

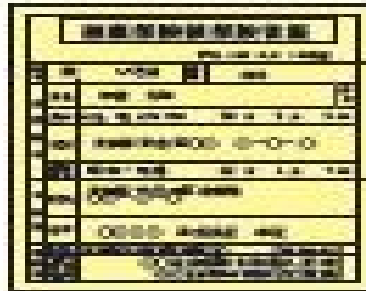


# マイナンバー制導入を！

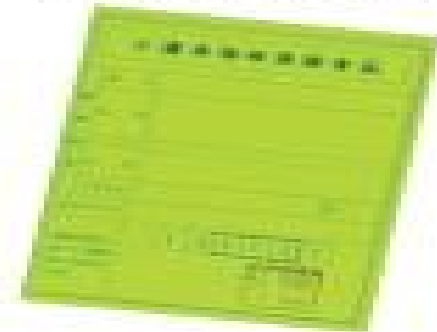
年金手帳



健康保険証



介護保険証



将来的には



この1枚に



社会保障カード  
(仮称)

2015年1月から  
運用開始予定

# 医療と介護福祉の 連携コーディネーター養成が課題

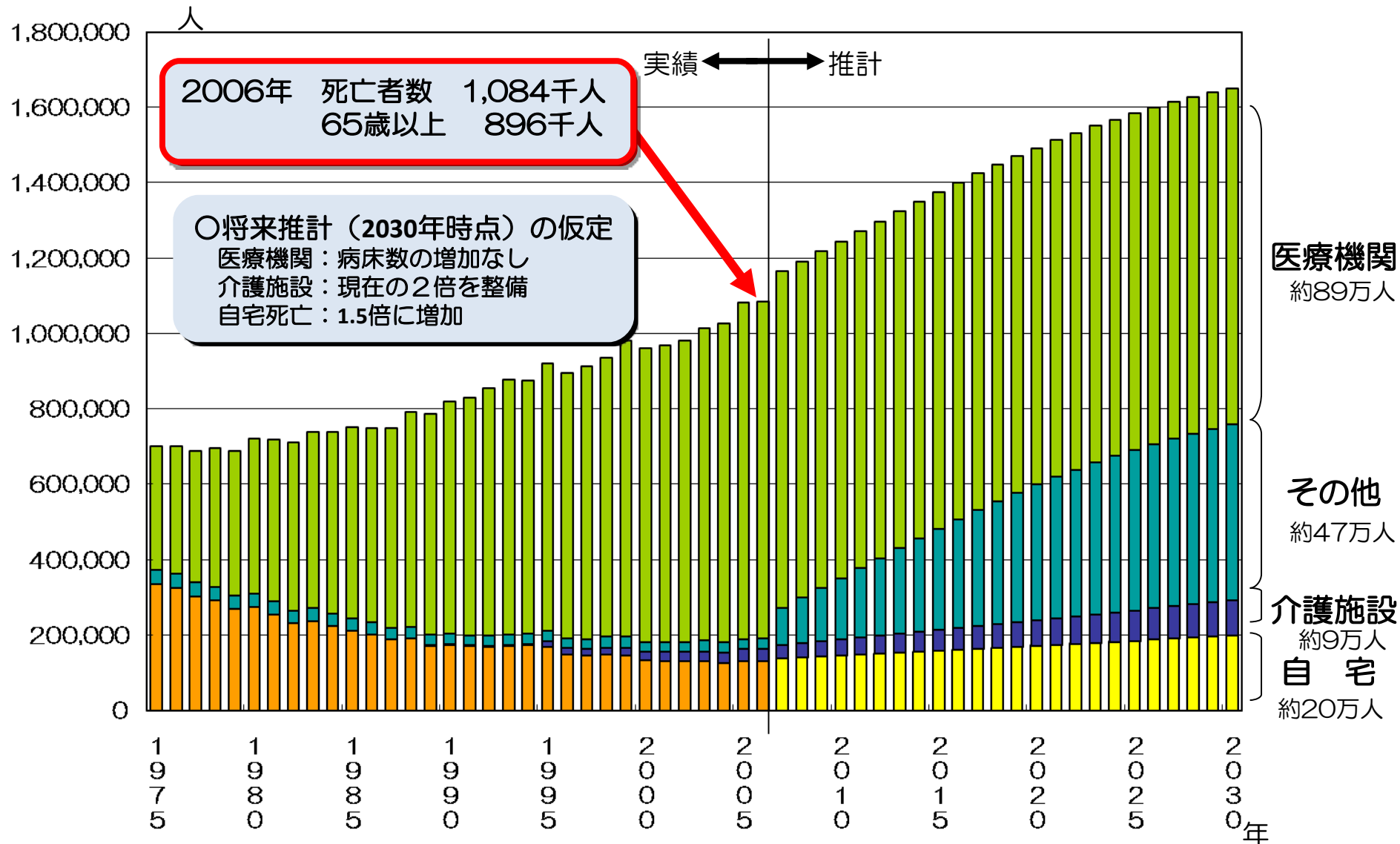
医療福祉連携士制度の創設を！

# パート6

## 在宅終末期ケア連携とICT

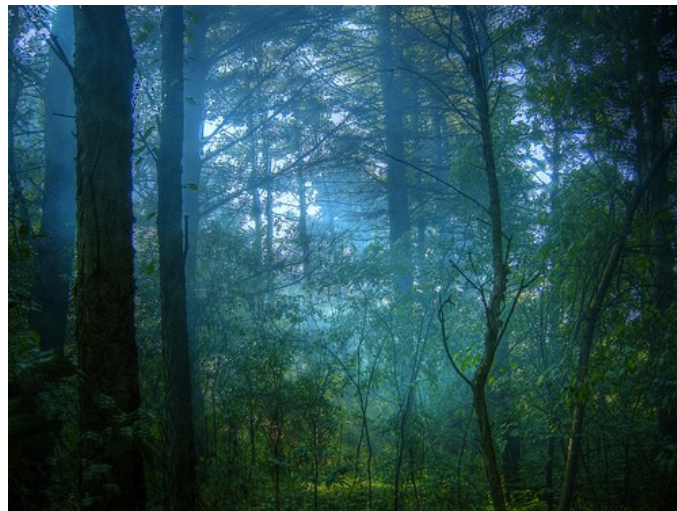
団塊の世代の死に場所探し

# 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】  
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2007年(平成19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

# 病院死には病床が足りない 2030年団塊世代47万人の 「死に場所」が不足



富士の樹海林

在宅終末期ケアは  
究極の連携システム

# 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

終末期医療は多職種連携が必要



中川先生

# 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 [ ]</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>[ ] <b>終いに対する対応</b></p> <p>終いに対する対応 (本人・家族)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>最後まで自宅</li><li>最後は連携病院</li><li>状況により判断</li></ol> <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><b>告知について</b></p> <p>告知: 本人、家族 ( [ ] )</p> <p>内容 [ ]</p> <p>本人: [ ]</p> <p>家族: [ ] <b>告知理解度について</b></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"><li>PS(performance status) [ ] 0、1、2、3、4</li><li>栄養: 経口 [ ] 非経口 [ ]</li><li>留置カテ: 有 ( [ ] )、無 [ ]</li><li>排泄: 自力 [ ] 介助 [ ]</li><li>褥瘡: 有 [ ] 無 [ ]</li><li>口腔ケア: 有 [ ] 無 [ ]</li><li>その他のケア内容 [ ]</li></ol> <p>2. 投薬内容 [ ] <b>疼痛管理について</b></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"><li>口腔ケア 有 [ ] 無 [ ]</li><li>入浴 自宅 [ ] サービス(自宅ティ) [ ]</li><li>褥瘡処理 有 [ ] 無 [ ]</li><li>清拭 指導 [ ] 家族 [ ] ヘルパー [ ]</li><li>他 [ ]</li></ol> <p>介護</p> <ol style="list-style-type: none"><li>ヘルパー 有 [ ] 無 [ ]</li><li>ティサービス 有 [ ] 無 [ ]</li></ol> <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

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 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

4 ○○病院 TEL \_\_\_\_\_

連携病院サポート医 \_\_\_\_\_

訪問介護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

ケアマネージャー名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

薬局名  
アウトカム・方針

訪問看護事業所名 \_\_\_\_\_ 担当 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

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

# 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
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日		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						

項目	11 W	12 W	13 W	14 W	15 W
問題点(特記事項)	経口摂取量減少	本日IVHに注入ホアア導入	経口摂取量減少(TELあり)	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	腹水・浮腫	腹水・浮腫	腹水・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	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg	①ホアアト500ml オキシコドン1000mg ②ホアアト500ml オキシコドン1000mg ③ホアアト500ml オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) ホアアト注入 100ml/h
(病状説明)			
他	NS上服薬とIVHホアトの服用法を確認(理路あり)	添付薬550mg オキシコドン1000mg 理路あり	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	排便回数364	排便回数364
清拭	1000ml	1000ml
入浴	1000ml	1000ml
精神面	安定	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20

(訪問介助) 記載者	上田	上田

項目	13 W	14 W	15 W	16 W	17 W
問題点(特記事項)	3月29日	3月30日	3月31日	4月1日	4月6日
		1片血80%	2片血80%	3片血80%	4片血80%

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

(投薬) 記載者	上田	藤田	上田	藤田
疼痛管理				
麻薬				
NSAIDs				
他				
補液	①オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ②オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ③オキシコドン500ml オキシコドン1000mg	①オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ②オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ③オキシコドン500ml オキシコドン1000mg	①オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ②オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ③オキシコドン500ml オキシコドン1000mg	①オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ②オキシコドン500ml オキシコドン1000mg ③オキシコドン500ml オキシコドン1000mg
(検査)	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下	IVHホアト(1F) 自注病下
(病状説明)				
他				

(訪問看護) 記載者	上田
食事	ビーチ少量摂取
排泄	排便回数364
清拭	全身清拭
入浴	1000ml
精神面	安定
他	体温37.0℃ 血圧120/80 脈拍78 呼吸数20

(訪問介助) 記載者	上田	上田

出所: 中川彦人

# 新川地域在宅医療療養連携協議会 在宅患者情報共有モデル事業

(平成21年12月～平成22年3月)

「あんしん在宅ネットにいかわ」  
—オフィス グループ 2007を用いて—

(マイクロソフト社製)



- ディスカッション - Microsoft Office Groove

ファイル(E) 編集(E) 表示(V) オプション(O) ヘルプ(H) ワークスペース(W)

ディスカッション

新規作成 ビュー

カテゴリ	件名	日付	作成者
	PCAポンプの設定について	2010/01/05 18:13	藤岡 照裕
	ファイル(ルート フォルダ)に検査結果と使用薬剤を追加。	2010/01/06 12:27	藤岡 照裕
	疼痛管理	2010/01/06 12:58	千代 英夫
	Re: 疼痛管理	2010/01/17 10:47	藤岡 照裕
	在宅療養実施計画書を更新しました。	2010/01/06 18:59	藤岡 照裕
	訪問入浴について	2010/01/08 17:48	フレンドイー
	排泄介助について	2010/01/08 18:06	フレンドイー
	訪問看護の臨時訪問希望について	2010/01/12 19:16	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセット交換回数について	2010/01/27 12:11	見澤 哲郎
	オピオイドの減量について	2010/02/02 16:46	見澤 哲郎
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/02 23:54	藤岡 照裕
	Re: オピオイドの減量について	2010/02/03 17:31	遠藤 幸枝
	デュロテックパッチの貼付部位について	2010/02/02 16:56	見澤 哲郎
	主治医往診を訪問看護に振り替えて欲しいとの希望に対して…	2010/02/02 22:19	藤岡 照裕
	2月2日撮影の右胸壁腫瘍の画像をアップしました。	2010/02/02 22:45	藤岡 照裕
	今後の方針	2010/02/04 18:19	藤岡 照裕
	Re: 今後の方針	2010/02/05 14:59	遠藤 幸枝
	PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 17:20	見澤 哲郎
	Re: PCAポンプのカセットの受け渡しなど取り扱いについて	2010/02/05 18:07	藤岡 照裕
	在宅に要する費用	2010/02/08 9:46	渡辺俊雄

件名 疼痛管理  
 カテゴリ  
 作成者: 千代 英夫 作成日時: 2010/01/06 12:58

ステロイドの併用はどうでしょうか。また、抗生剤投与の必要性はないか。

現在のビュー: カテゴリ別 | ビューのレコード数: 49

ファイル ディスカッション 1 予定表 画像

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
  - 千代 英夫
- 川瀬医院
  - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
  - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
  - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
  - 金谷 雅美
- 藤岡医院
  - 藤岡三郎
- ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- 中川医院
  - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
  - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
  - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
  - 藤岡 照裕
- メープル薬局
  - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加  
 名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

194 KB

出所: 中川彦人

予定表

新しい予定... 今日 日 週 月

日単位ウィンドウの表示

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
2月 28日	3月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	2日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	3日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	5日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護	6日
7日	8日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護	9日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	10日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	11日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	12日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:00 訪問介護 17:30 訪問介護	13日
14日	15日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	16日 10:30 訪問介護 15:00 訪問介護 17:15 訪問介護	17日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	18日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	19日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	20日
21日 13:30 訪問看護	22日	23日 藤岡主治医 訪問診... 10:30 訪問介護 16:00 訪問介護	24日 シメノドラッグ黒部薬局 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:00 訪問介護	25日	26日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 13:30 訪問介護 17:30 訪問介護	27日
28日	29日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	30日 10:30 訪問介護 13:00 訪問介護 16:00 訪問介護	31日 10:30 訪問介護 13:30 訪問看護 17:30 訪問介護	4月 1日 10:30 訪問介護 13:30 訪問介護 17:00 訪問介護	2日 10:00 訪問入浴 11:00 訪問看護 14:30 訪問介護 17:30 訪問介護	3日

ワークスペース メンバ

- 千代クリニック
  - 千代 英夫
- 川瀬医院
  - 川瀬紀夫
- 富山県立中央病院 地域連携室
  - 地域連携室
- 黒部市民病院 在宅介護支援センター
  - 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
  - 金谷 雅美
- 藤岡医院
  - 藤岡 三郎
- ストローハット
  - サポート (ストローハット)
- 中川医院
  - 中川 彦人
- 黒部訪問看護ステーション
  - 遠藤 幸枝
- 富山県立中央病院
  - 渡辺俊雄
- 藤が丘クリニック
  - 藤岡 照裕
- メープル薬局
  - 見澤 哲郎

ワークスペースに招待: 受信者の追加  
-名前または電子メールを入力 送信

チャット

よく使う機能

ファイル

ディスカッション

予定表

画像

画像

画像の追加...

R0011754s

1/20



ワークスペースメンバ

- 富山県立中央病院 地域...
- 地域連携室
- 藤が丘クリニック
- 藤岡 照裕
- ストローハット
- サポート (ストローハ...
- 中川医院
- 中川 彦人
- 藤岡医院
- 藤岡 三郎
- 川瀬医院
- 川瀬紀夫
- メープル薬局
- 見澤 哲郎
- 富山県立中央病院
- 渡辺俊雄
- 黒部市民病院 在宅介護...
- 稲場 智佳子
- シメノドラッグ 黒部薬局
- 金谷 雅美

ワークスペースに... 受信者の追加

-名前または電子... 送信

チャット

よく使う機能

- ツールの未読通知の無効化
- ツールの追加
- ワークスペースのプロパテ...
- 自分が使用している他のコ...

ファイル 1 | ディスカッション | 予定表 | 画像 1

出所: 中川彦人

Mitsuyo Goto 06072010

# ICT化のメリット

## あんしん在宅ネットにいかわ

- 1. 患者さまの情報が迅速にかつ適確に得られる。
- 2. 情報の種類が多く情報量も多い。
- 3. 情報がきれいで読みやすい。
- 4. Faxなどの紙媒体に比べ管理しやすい
- 5. 自分が往診や訪問をしていない日でもリアルタイムの情報が得られる
- 6. 連携相手の状況や時間を気にせず情報伝達ができる。
- 7. 稀にしか対応しない副主治医でも適確に情報が得られる。
- 8. 訪問看護や訪問調剤薬局では、訪問前の準備がしやすい。
- 9. ディスカッション機能の利用で、疑問点の解決につながる。
- 10. チーム医療の最大の目的である多職種が同じ目的と意識を持って患者さまに向き合うことができる

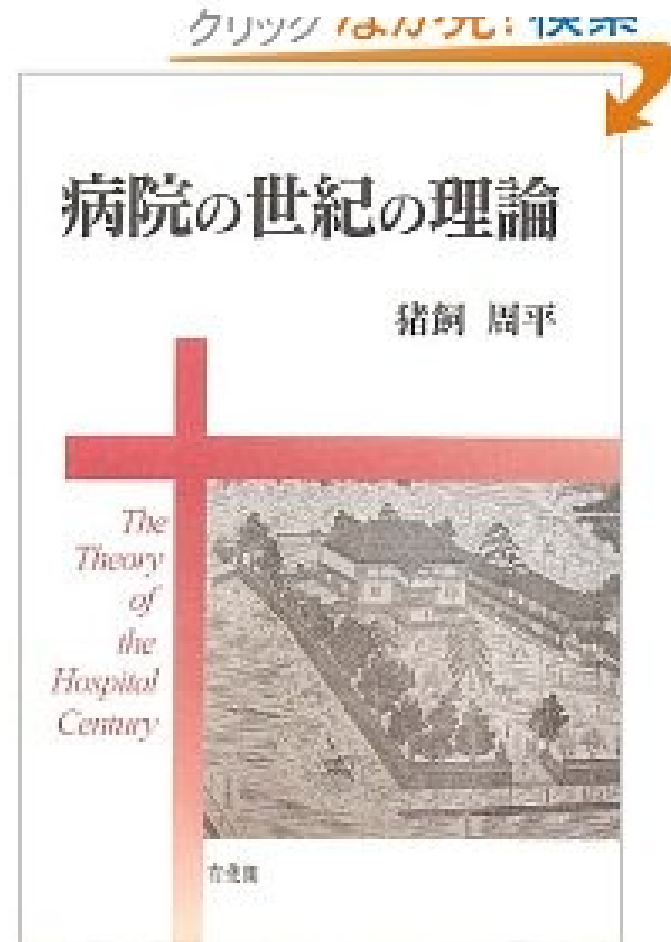


あんしん在宅ネットにいかわ  
患者さんが亡くなったあとの  
デスクンファレンスに発展



# 病院中心の時代から 地域包括ケアへ

- 猪飼(2010)「病院の世紀の理論」では、「病院の世紀の終焉の時代」が提唱されている。
- これは、20世紀の病院というシステムの興隆が極めて20世紀的な出来事であり、20世紀を「病院の世紀」と呼ぶことができる
- 21世紀に入った今日、病院中心の時代から「地域包括ケア」の時代へ移ろうとしている



# 医療が変わるto2020

- 武藤正樹著
- 医学通信社 5月発売
- A5判 320頁、2400円
- DPC/PDPS, 地域連携, P4P, 臨床指標, RBRVS, スキルミクス, etc
- 好評発売中



# まとめと提言

- ・社会保障・税一体改革は2025年へ向けてのグランドデザイン
- ・2012年同時改定、2013年新医療計画でも地域連携とくに医療と介護の連携が最大テーマ
- ・どこでもMY病院で、PHRの実現や、医療・介護の情報統合をめざそう
- ・20世紀の病院中心の時代から21世紀の地域包括ケアの時代へ向かう
- ・地域連携コーディネーターの養成が喫緊の課題

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