

# 2012年診療報酬改定と 地域連携パス



国際医療福祉総合研究所長  
国際医療福祉大学大学院 教授  
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
  - 地域医療計画と地域連携パス
- パート2
  - 介護連携パス
- パート3
  - 医療計画見直しと地域連携パス
- パート4
  - 2012年診療報酬改定と連携パス
- パート5
  - クリティカルパスの電子化とその課題



# パート1

## 地域医療計画と 地域連携クリティカルパス



2006年第5次医療法改正

# 地域医療計画の見直し

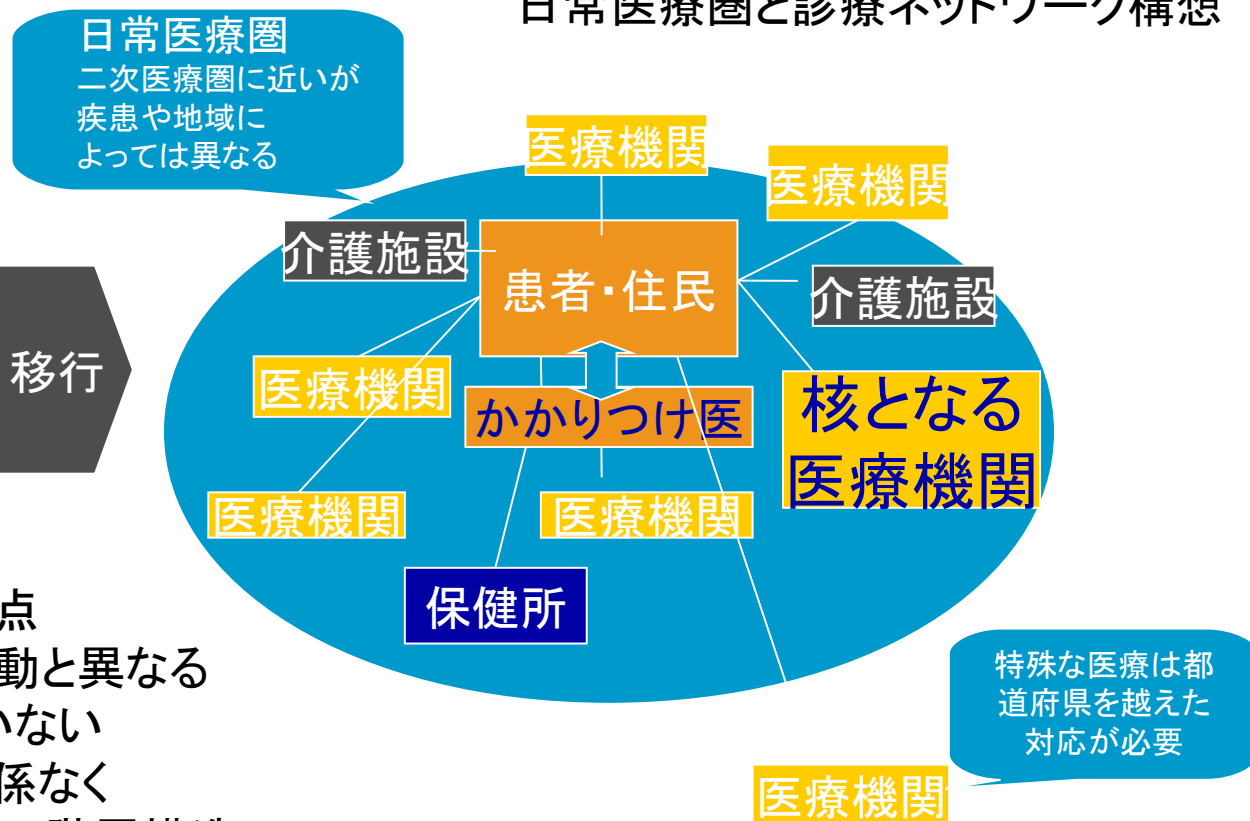
## 疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく

結果として大病院重視の階層構造

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

# 4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療

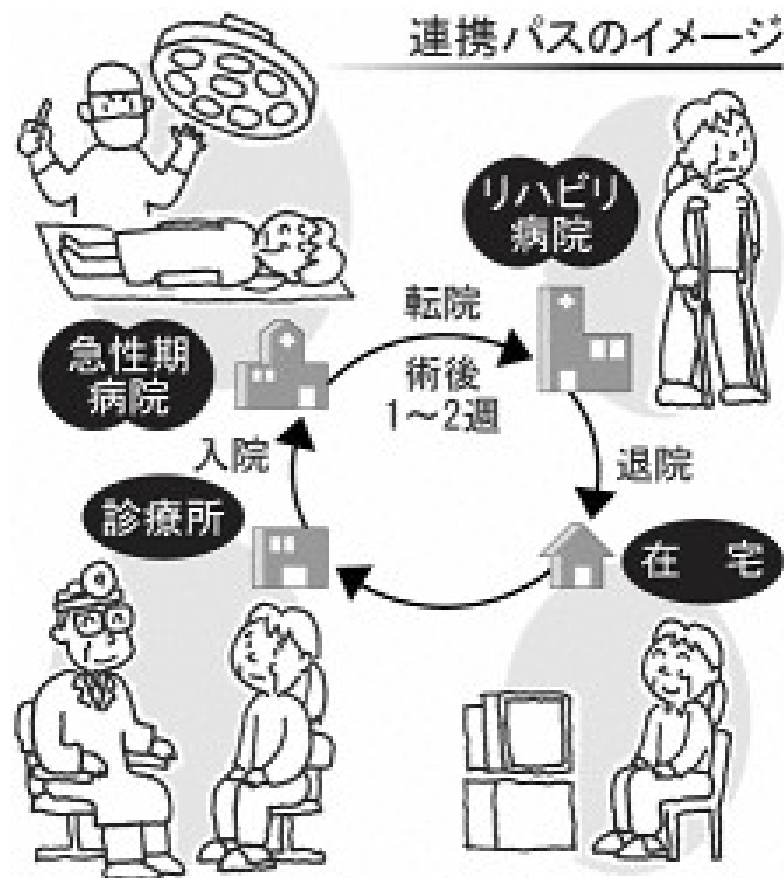
# 医療計画作成指針(07年7月通知)

- 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

# 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:

指示受ける看護師署名:

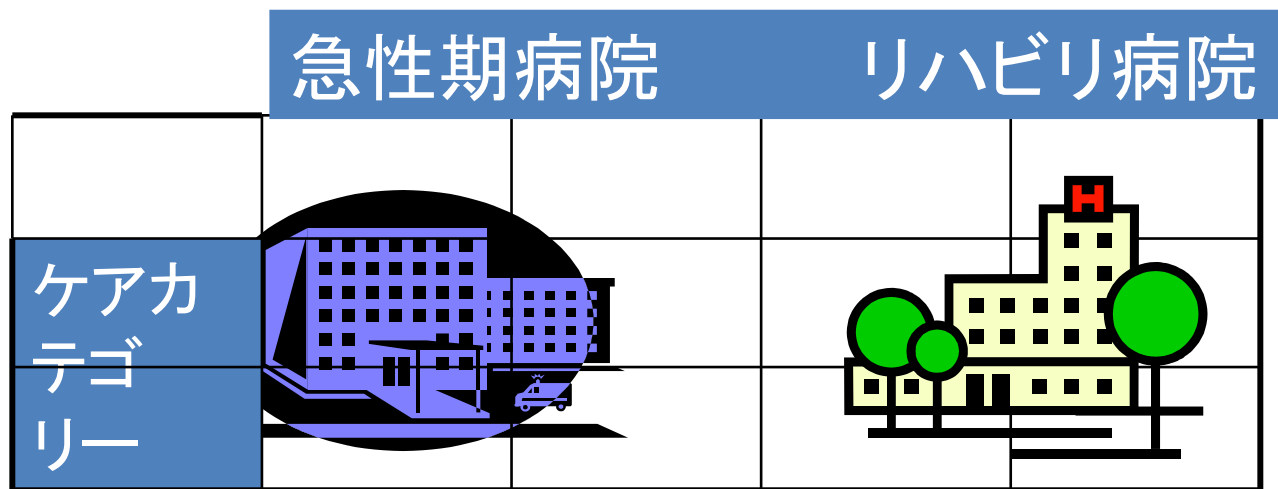
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴う合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット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(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)	口腔内清拭(インジナガーグル)
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	ベッド上安静	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	フリー	
栄養(食事)		入院前と同じ	絶飲食	絶飲食	水100ml × 3	水200ml × 3	濃厚流動食 100ml × 3	濃厚流動食 200ml × 3	濃厚流動食 300ml × 3	濃厚流動食 400ml × 3	
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC	身長・体重 TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)	
清潔		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ	
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服中止	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 <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) 脈拍( ) ( ) ( ) 血圧( ) ( ) ( ) SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( )
観察				創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) 喀痰( ) ( ) ( )	
記録											
バリアンス		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											

# クリティカル診療計画は患者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

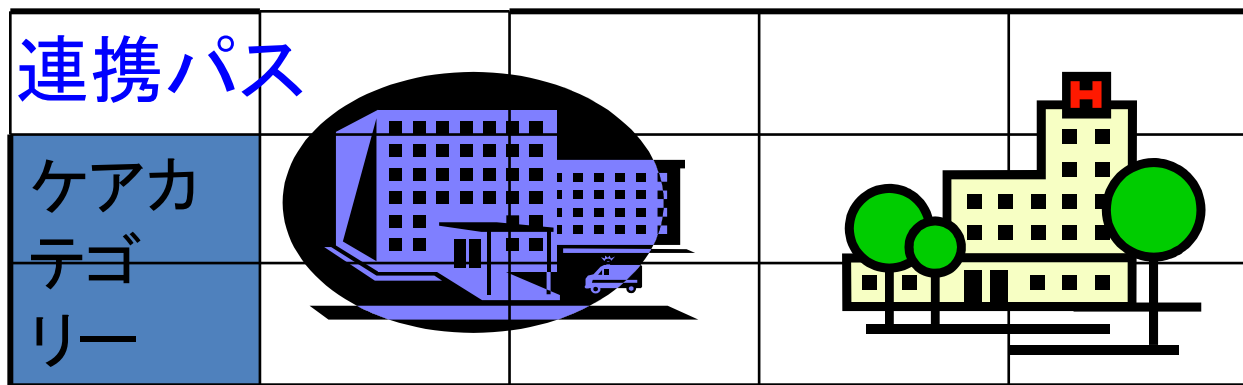
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



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

# 大腿骨頸部骨折 シームレスケア研究会(熊本)

- 研究会参加施設
  - K病院(急性期特定病院)、S病院(急性期特定病院)、C病院(急性期特定病院)
  - N病院(回復期リハ)、S病院(回復期リハ)、K病院(回復期リハ)、T医院(有床診療所)、K医院(無床診療所)
- 月1回会合(医師、看護師、理学療法士他)
  - 会場:持ち回り
- ネットワーク診療ガイドライン作成
- データベース作成
- 連携パスの作成・改訂



熊本医療センター副院長  
野村一俊先生

# 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	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)			
	入院時指導			

## 『リハビリ』 目標:(車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

### 歩行訓練進行の目安



歩くと膝がグラグラしない。 平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。  
肩の力を抜いて歩ける。 片手で平行棒内を歩ける。  
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

## 『日常生活、生活の場』 目標:(自宅・施設)

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

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下などは転倒し易いので注意しましょう。
- 2) 階段の昇りは良い方の足から降り方は悪い方の足から一段ずつ始めた方が楽です。

### 3) 脱臼し易い姿勢に注意!

【右写真を参照】



### 家屋改修(自宅での生活が目標の方)

\* 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。  
\* 家屋環境のチェックが必要となります。  
\* 家屋環境のチェックが必要となります。  
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

## 『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院

\* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			

入院診療計画予定表  
大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

経過	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	術後10週
食	食事は夕食まで □ 飲水は22時まで	□ 胃管が抜けて、3時間後、お腹の動く音を確認後、飲水できます その後、食事出来ます	□ 排便がありません			
歩	□ 歩みに応じて訓練で引張りします (疲くないように)	□ 歩行棒で訓練します	□ 歩行棒で訓練します	□ 歩行棒で訓練します	□ 歩行棒で訓練します	
入	□ 訓練の指導、説明	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	□ 車椅子で移動出来ます	
入	□ 病室でのリハビリが始まります	□ 病室で訓練出来ます	□ 病室で訓練出来ます	□ 病室で訓練出来ます	□ 病室で訓練出来ます	
排	□ 排便の確認をします	□ 排便おっこの管がはいています	□ おしっこが管が抜けてからトイレで可能です			
薬	□ 必要に応じて薬を服します	□ ガーゼ交換があります(月・水・土・日)				
保	□ 可能であれば入浴できます	□ 清拭				
内	□ 褥瘡の確認	□ 褥瘡科医の指示に従って褥瘡の観察をすることがあります				
輸	□ 化膿止め注射のテストがあります	□ 術前に化膿止めの点滴があります	□ 術後500mlの点滴が2本あります	□ 術後2日目で終了です		
検	□ 必要に応じて疼痛(痛み)を測定します	□ 必要に応じて疼痛(痛み)を測定します				
検	□ 必要時に血液検査、他科受診があります	□ 血液検査				
検	□ 入院時説明	□ 手術時説明	□ 手術室看護補助			
検		□ 術後説明				
検		□ 血液検査				
検		□ レントゲン撮影				
検		□ 経過説明				

※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。  
国立熊本病院 整形外科

※ 家屋環境のチェックが必要となります。  
家屋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



シーム...  
1  
レポート数: 10  
ソート済み

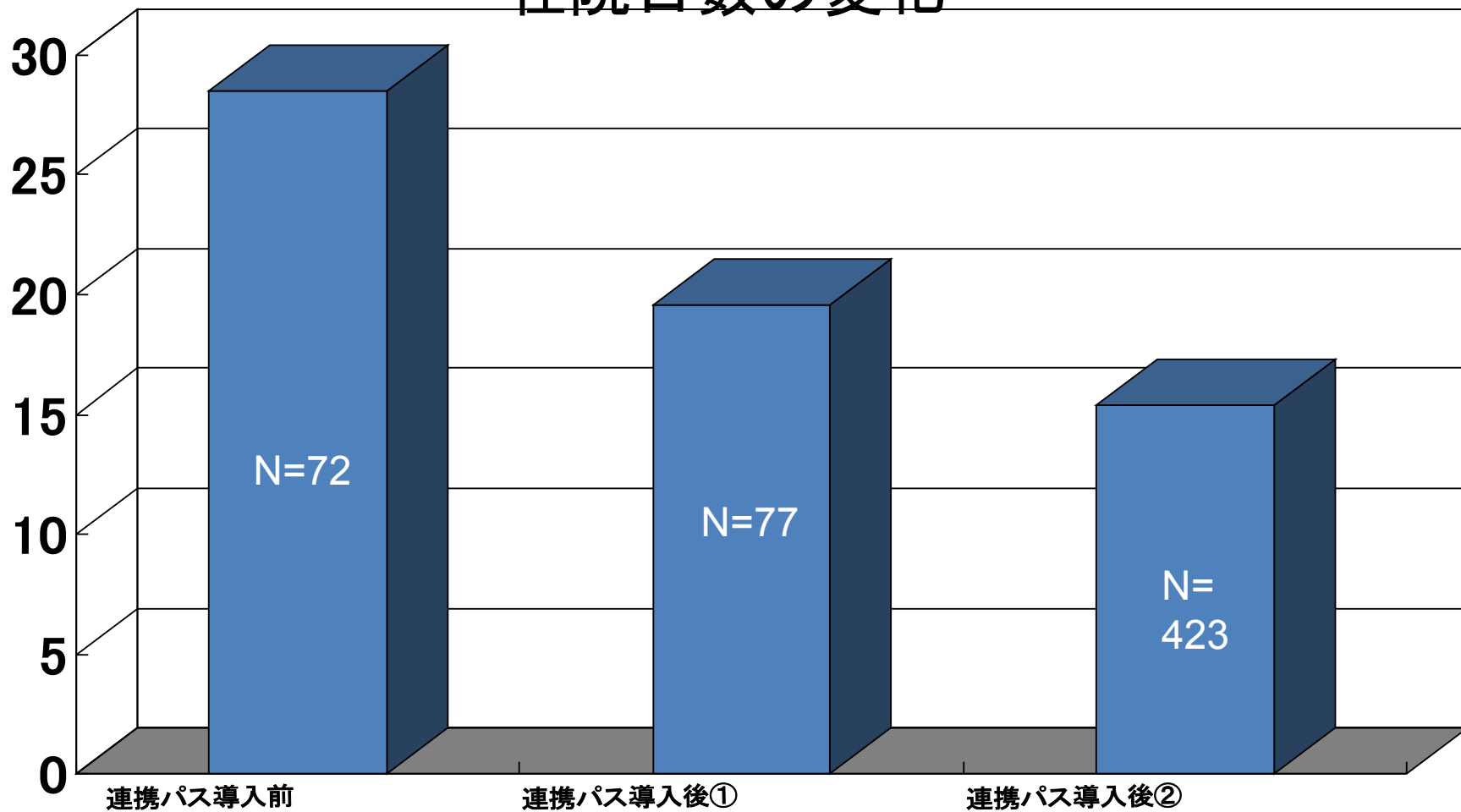
熊本医療センター → **いしくまもと病院** イニシャル: 氏 N. 名 S. 95歳 女性 診断名: 左 左大腿骨頸部骨折 患者No 1  
 ID 702557 ID 手術日: 平成16年3月24日 手術: γネイル  
 受傷日: 平成16年3月23日 受傷場所: 受傷機転:  
 受傷前歩行能力: 伝え歩き 補助道具: 伝え歩き 最終到達目標: 屋内: 屋外: 退院後:  
 到達目標: 移動能力 車椅子坐位 平行棒内歩行 歩行器歩行 杖歩行 階段昇降 屋外歩行 最終歩行獲得レベル  
 訓練開始日 3月26日 4月16日

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日				転院	4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケアル			上下更衣		靴下・靴の着脱		洗面所(立位で)		床から起立			
薬剤			疼痛対策: 無		疼痛対策:							痛み
検査	X線(2R)採血	X線(2R)採血	X線(2R)採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	
処置	綱線牽引	創処置ドレーン	創処置(1回/2日)	創処置抜糸								
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明: 介護保険説明:	入院時OR	家屋訪問調査	家屋改修指導	試験外泊	退院時訪問				
退院時情報	荷重制限: 無し 問題行動: 無し	禁忌肢位:	ROM: 股関節屈曲 95° 外転 35°	MMT: 大腿四頭筋力 3 中殿筋力 2	荷重制限: 問題行動:	禁忌肢位:	ROM: 股関節屈曲 ° 外転 °	MMT: 大腿四頭筋力 中殿筋力				
記載日	平成16年4月9日			【コメント】	記載日	【コメント】						
担当医	田中あづさ			動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。	担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	階橋 政和											
既往症				バリアンス								

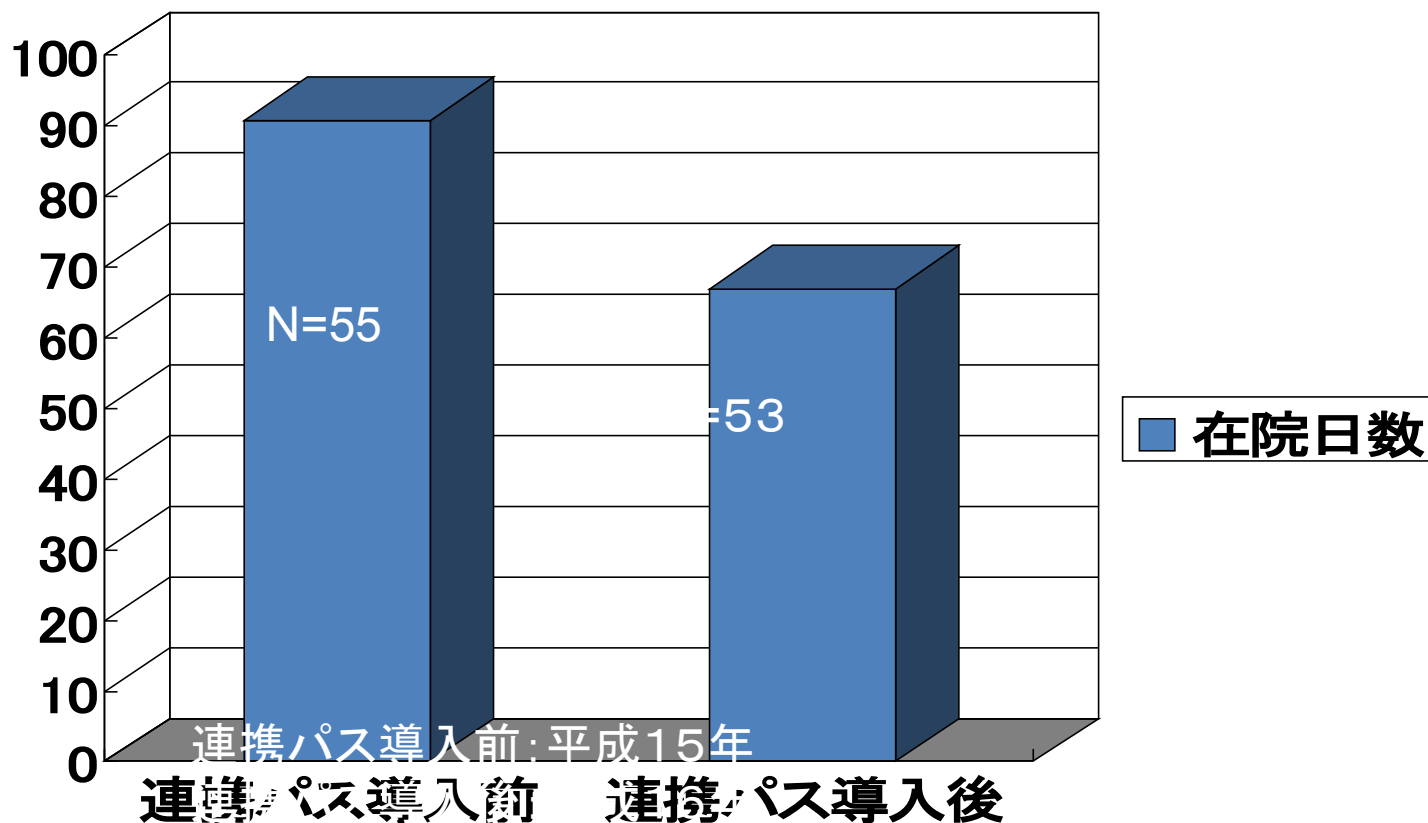
# 連携パスの効果

- 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

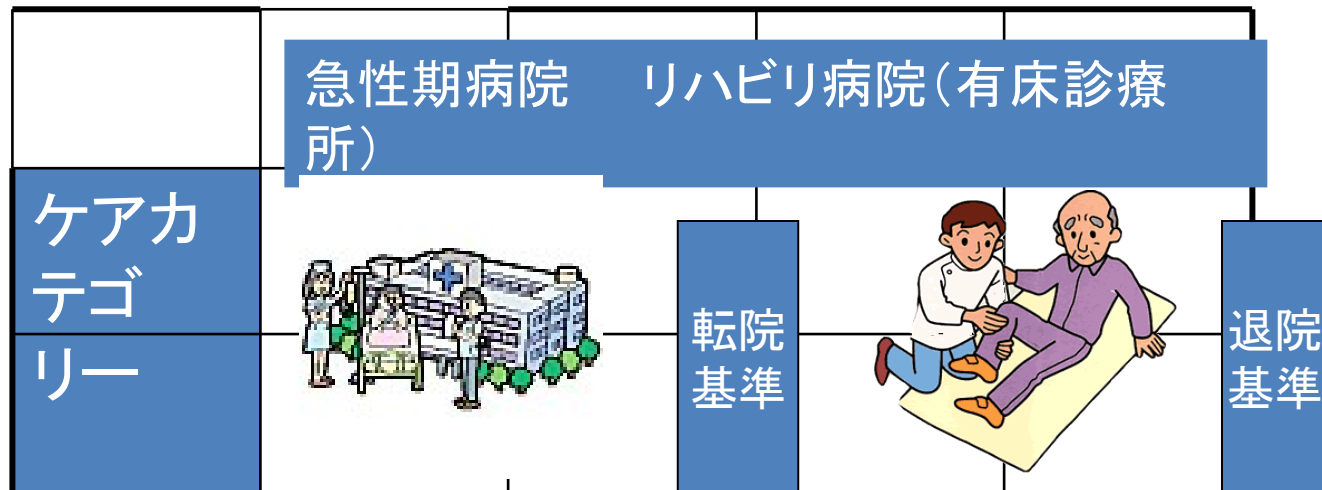


# 脳卒中の地域連携パス



# 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

# 都内の脳卒中連携パスネットワーク

- 東京東部脳卒中連携協議会
  - 聖路加国際病院副院長 石川陵一
- メトロポリタン・ストローク・ネットワーク研究会
  - 東京慈恵医大リハ医学講座 安保雅博
- 東京都区西部脳卒中医療連携検討会
  - 東京都保健医療公社豊島病院長 山口武兼
- 区西南部医療圏脳卒中医療連携検討会
  - JR東京総合病院リハセンター一部長 田中清和
- 足立区脳卒中情報ネットワーク
  - 西新井病院長 安部裕之
- 区東部脳卒中医療連携パス
  - 森山リハビリ病院 副院長 星野寛倫
- 西多摩地域脳卒中医療連携検討会
  - 青梅市立総合病院 神経内科部長 高橋真冬
- 北多摩脳卒中連携パス協議会
  - 東大和病院 院長 大高弘稔
- 北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会
  - 杉並リハビリ病院院長 門脇親房
- 北多摩北部脳卒中連携パス研究会
  - 小平中央リハビリ病院院長 鳥巢良一
- 南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会
  - 東海大医学部附属八王子病院 神経内科医療 徳岡健太郎

# 脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

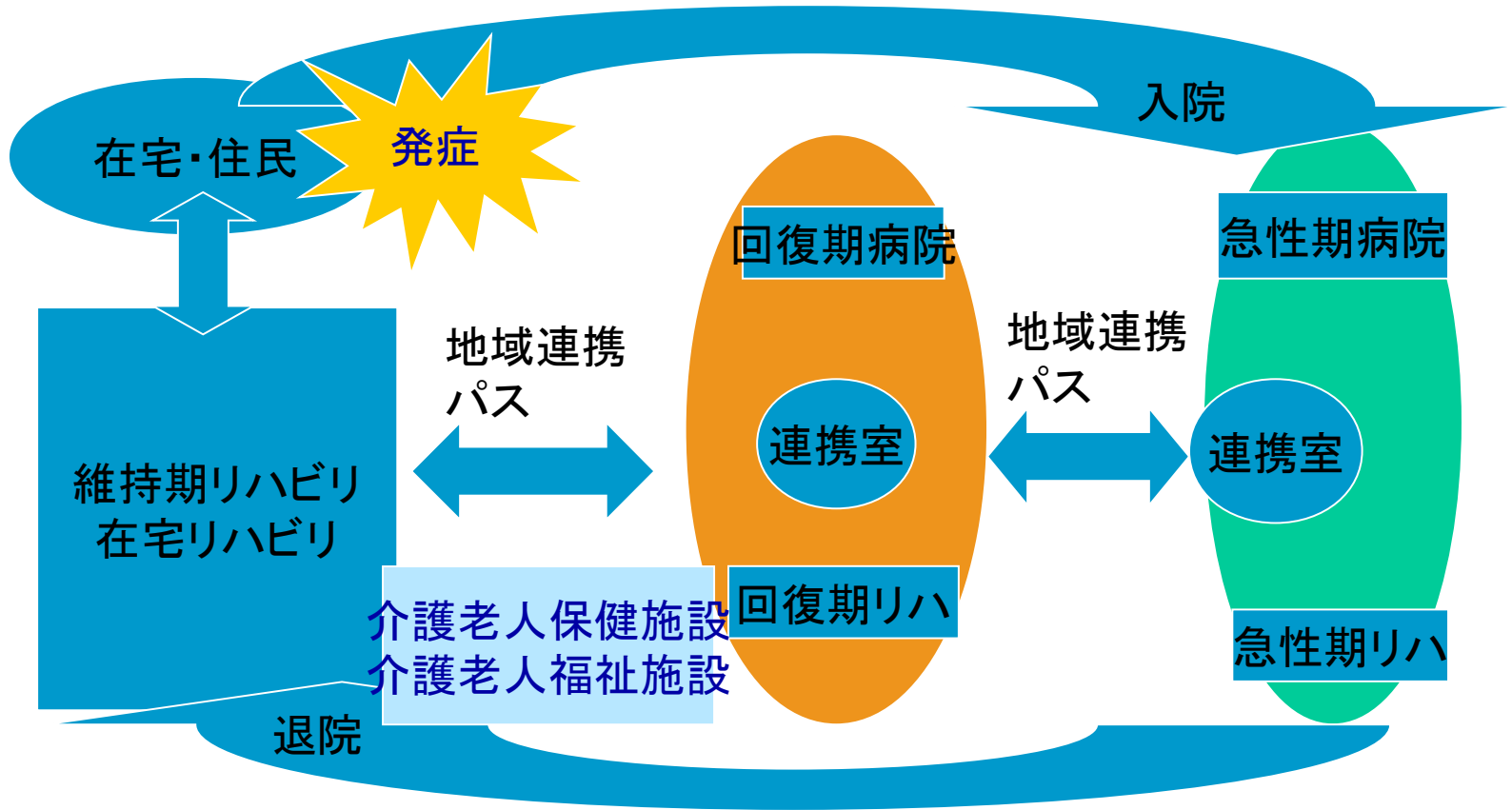
メトロポリタン・ストローク・ネットワーク  
慈恵医大リハビリテーション医学講座



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



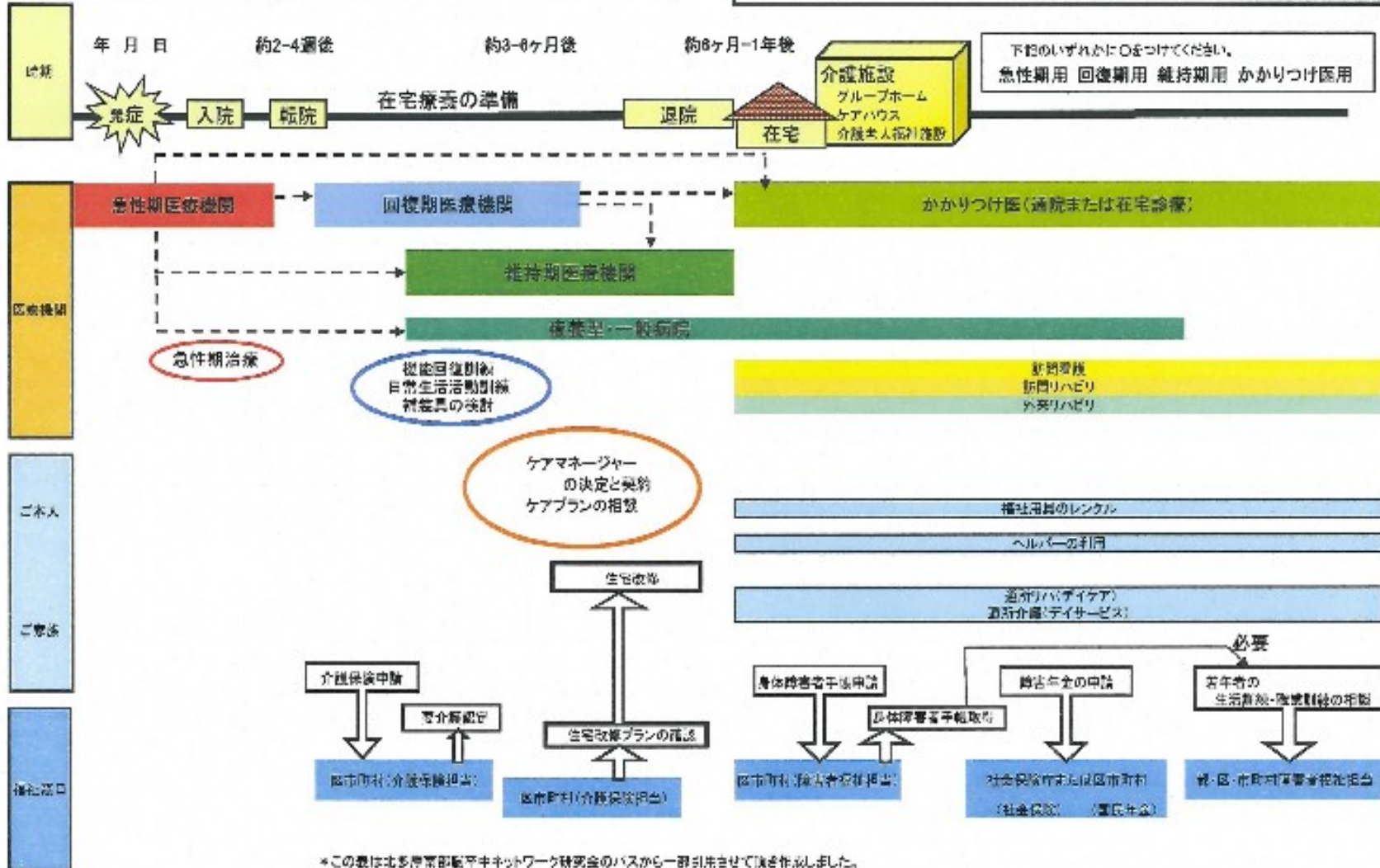
急性期(22施設)

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 \_\_\_\_\_





















































\*この表は北海道常務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



# 脳卒中連携パス(患者用)

脳卒中地域連携パス (患者様用) : 様 (脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

急性期病院	回復期/リハビリ病院			維持期/リハビリ施設		
現在の障害を説明します 	3つのリハコースを説明します 			ケアが必要なことを説明します 	療養型病床・介護老人保健施設 	
<input type="checkbox"/> 運動の障害 ( ) <input type="checkbox"/> 言葉の障害 <input type="checkbox"/> 食べることの障害 <input type="checkbox"/> 排泄の障害 <input type="checkbox"/> 認知の障害 <input type="checkbox"/> 車椅子の障害 <input type="checkbox"/> その他	<b>軽度リハコース (1ヵ月)</b> BI 85-100, FM110-126     退院 → 通院	<b>標準リハコース (2ヵ月)</b> BI 55-80, FM80-109     退院 → 通院	<b>重症リハコース (3ヵ月)</b> BI 0-50, FM13-79     退院	ケアが必要なことを説明します いろいろな事情で在宅が不可能な方は2つのケアコースでケアがすすむとします。維持期/リハビリ施設で詳しい評価がされます。 標準ケアコース (最少-最多介助) 重症ケアコース (全介助)	2つのケアコースを説明します 2-3ヵ月ごとにケアプランをつくり方針を相談します <b>標準ケアコース (BI 25以上)</b>    <b>重症ケアコース (BI 0-20)</b>   	
リハビリが必要であることを説明します 	詳しいリハ評価 バイセル指数 (BI) FM指数 (FM) いずれかの評価でコースが決まります	排泄訓練 	摂食・嚥下訓練 	コミュニケーション訓練 	在宅 グループホーム ケアハウス 介護老人福祉施設 かがりつ医療の選択 	生活習慣病の指導 
以上の障害でリハビリが必要です。詳しくは評価がリハビリ病院でされます。現在の移動能力で以下の3つのコースでリハビリがすすむと思われれます。	維持期/リハ(在宅、入所、転院)のためにいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しましょう。					
<b>軽度リハコース (1ヵ月)</b> ひとりで歩ける	<b>介護保険の説明</b> 	<b>要介護認定</b> 要支援1, 2 要介護1, 2, 3, 4, 5	<b>家庭調査・改修</b> 	<b>在宅医療 (かがりつ医療)</b> 	<b>訪問診療・訪問リハ</b> 	
<b>標準リハコース (2ヵ月)</b> ひとりで座れる ひとりで立てる	<b>介護保険の申請</b> 	<b>ケアマネジャー決定</b> 	<b>介護指導</b> 	<b>転院入所調整</b> 	<b>通所リハ・訪問看護</b>  	
<b>重症リハコース (3ヵ月)</b> ひとりで座れない	<b>認定調査</b> 	<b>ケアプラン作成</b> 	<b>サービス担当者会議</b> 		<b>在宅介護</b>  	
<b>治療の継続、管理</b> <input type="checkbox"/> 血圧のコントロール <input type="checkbox"/> 抗血小板薬 <input type="checkbox"/> ワーファリン (PT-INR)		<input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> インスリンコントロール <input type="checkbox"/> 栄養管理 	<b>インサリン</b> 	<input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> シャント圧 	※ 経過中に急変した時は急性期病院へ連携します   	

一般社団法人

# 「脳卒中地域連携医療パス協会」

- 脳卒中地域連携医療パス協会
  - メトロポリタンストロークネットワーク研究会から2012年4月発足
  - 東京23区内統一パスを使用し、ITネットワーク化を行う
- 理事長：安保 雅博（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座教授）

# 市民公開講座

一般社団法人脳卒中地域医療連携バス協会

入場無料 定員に達した場合は  
お申込みの順番で入場下さい。

第1部 14:30～

## 開演ご挨拶

一般社団法人 脳卒中地域医療連携バス協会

会長 **谷 修一** 先生

(学術法人 国際医療福祉大学名誉学長)



特別講演 14:35～

## 脳卒中上肢麻痺のリハビリテーション

～ボツリメス療法・磁気刺激療法～

東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座

講師 主任教授 **安保 雅博** 先生



河北総合病院

座長 副院長 **清水 秀昭** 先生

第2部 16:00～

## シンポジウム 脳卒中地域医療連携について

急性期代表：東京女子医科大学 **長尾 敏彦** 先生

副代表： **長尾 敏彦** 先生

回復期代表：総合病院神経リハビリテーション科

センター長 **宮野 佐年** 先生

維持期代表：大久野病院

院長・部長 **渡藤 晃** 先生

座長：国際医療福祉大学

副座長 **渡藤 正樹** 先生

平成24年

6月30日 土

14:30～17:00 (開演14:35)

◆ 全国町村会館「ホール」

定員330名 予約要 (詳細は後述)

〒100-0014 東京都千代田区会館1-11-31  
TEL: 03-5211-8987 FAX: 03-5211-8987

共催：一般社団法人 脳卒中地域医療連携バス協会 / グラクソ・スミスクライン株式会社  
後援：厚生労働省、東京都

共同主催  一般社団法人  
脳卒中地域医療連携バス協会

TEL: 03-5211-0927  
FAX: 03-5211-8987

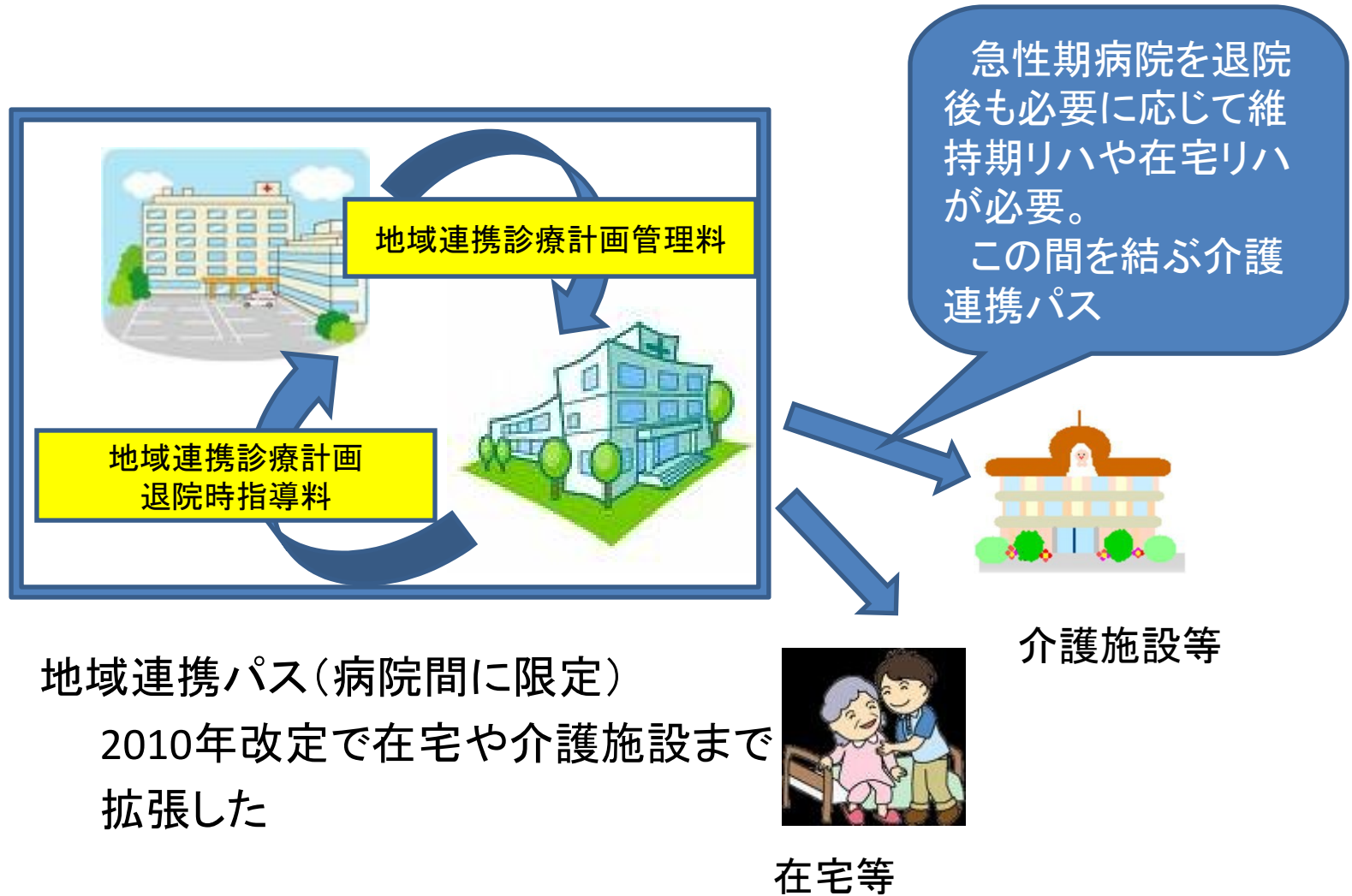
mail: tsmelke-club@mv1.biglobe.ne.jp HP: http://www.zenkel-pass.com 〒102-0093 東京都千代田区平河町 2-13-1 相原ビル5階

# パート2 介護連携パス

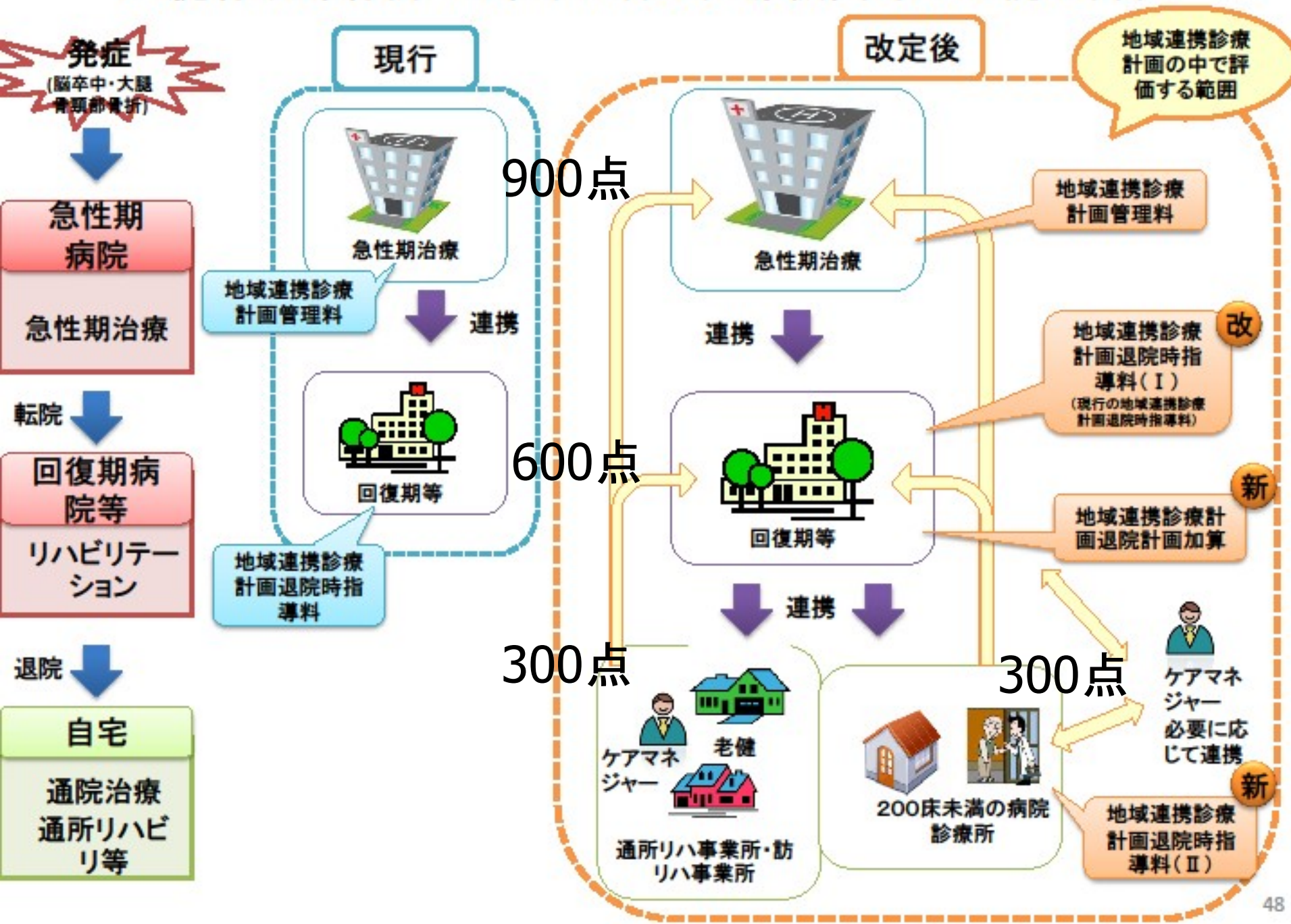
2010年診療報酬改定で  
地域連携パスが介護施設 にまで  
拡大した！



# 地域連携パスの介護施設への拡大



# 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

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？



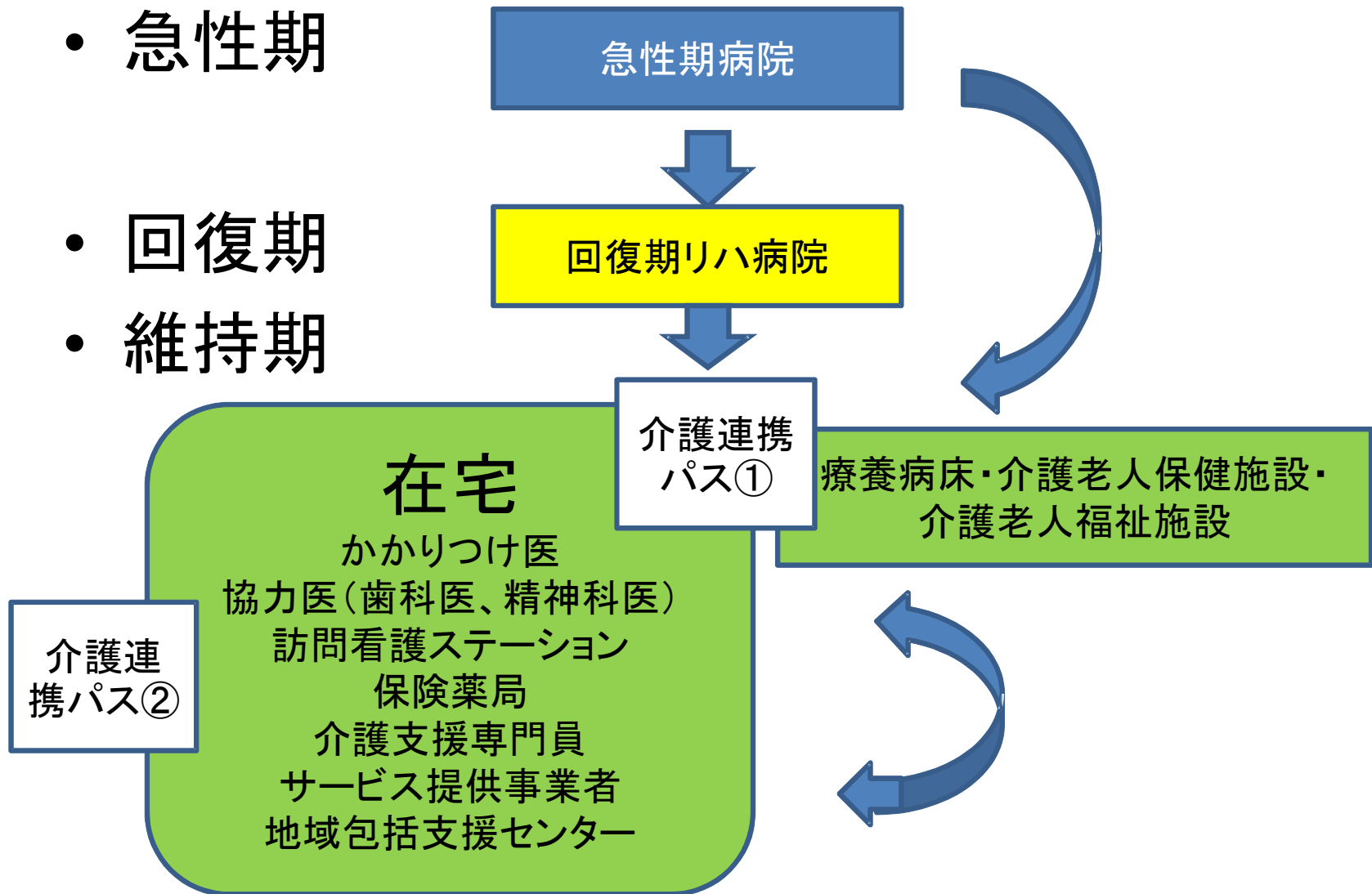
介護連携パス研究会  
(2010年3月28日青山)

# 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
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 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、介護サービスの質の向上に期待

# 2種類の介護連携パス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



# 在宅支援型介護連携パス

介護サービス



ケアマネージャー

大股骨頭部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

項目	手術前日	術後1日	術後3~4日	術後5日~10日
歩行	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします
食事	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします
入浴	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします
排泄	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします
睡眠	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします
その他	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします	歩行練習をします

※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。

連携



病院

病院



かかりつけ医  
副かかりつけ医



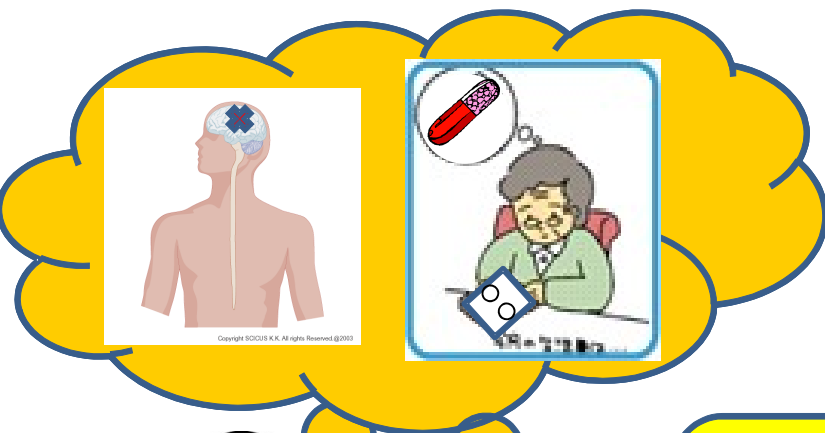
訪問看護師  
薬剤師  
管理栄養士  
ヘルパー

在宅支援型  
介護連携パス(終末期含む)

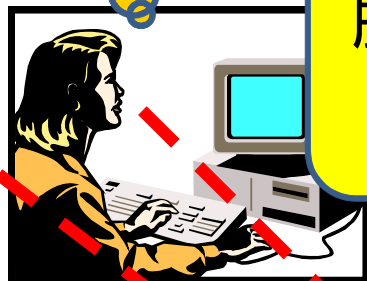
# 医療と介護の情報ギャップ

- 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情報共有ツールと相互理解と研修が必要
- 介護連携パスの情報フォーマットの開発とIT化が是非必要。
- 介護における地域連携パス「介護連携パス」が必要

医療職と介護・福祉職とでは、**見え方、考え方、モデルも異なる**  
国際医療福祉大学高橋泰教授講義スライドより



脳梗塞で右麻痺  
が...



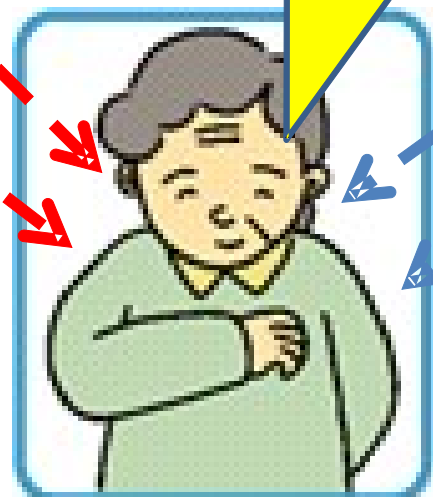
医療職



福祉職

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**」



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**」）



# 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



話題は在宅医療のIT化

# 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からの  
発表



プラタナスネットワーク

遠矢先生

# パート3

## 医療計画の見直しと地域連携パス



2006年6月第5次医療法改正  
地域医療計画の見直し

# 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

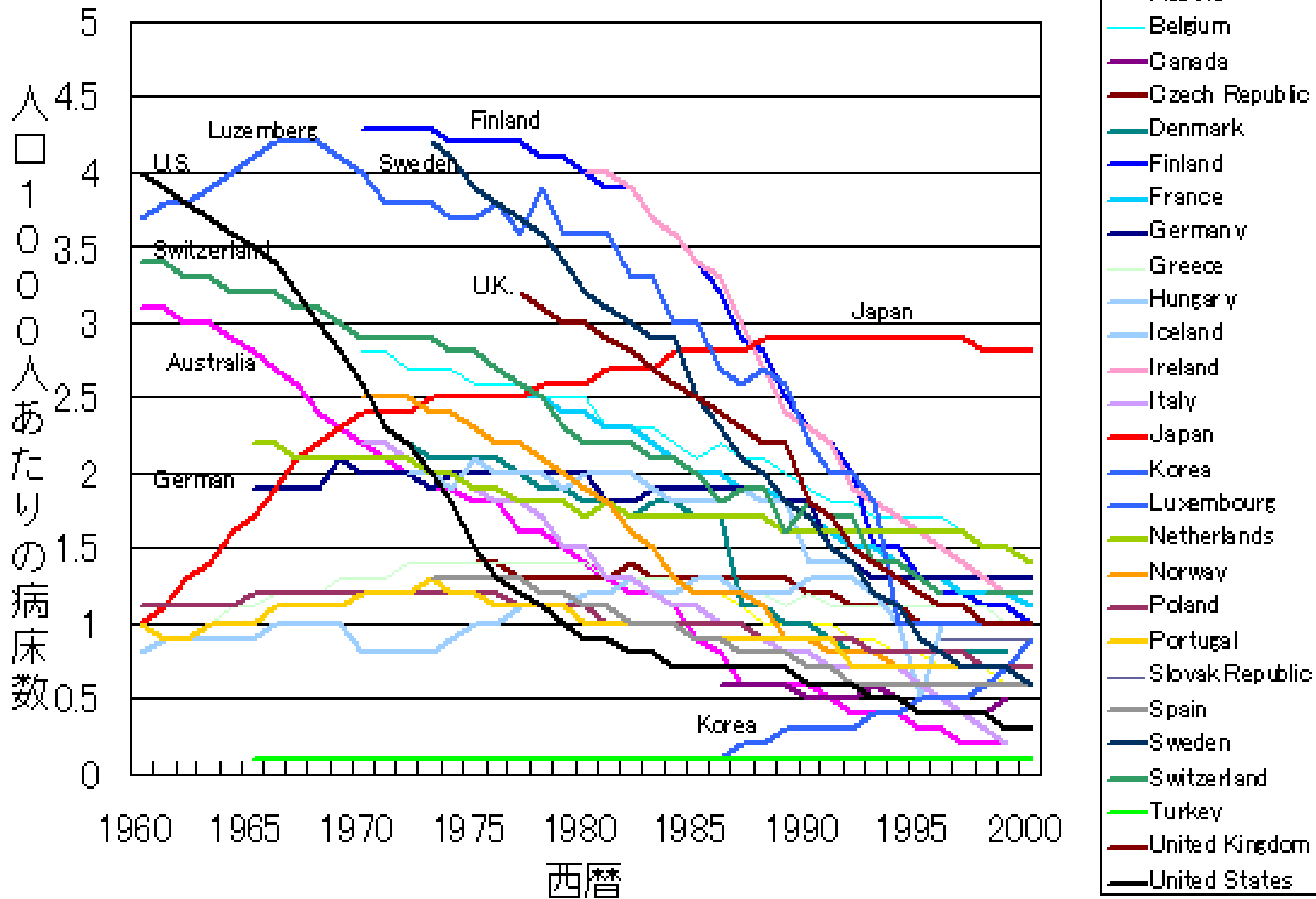
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- \* 在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

# ③精神科疾患を5疾患に追加

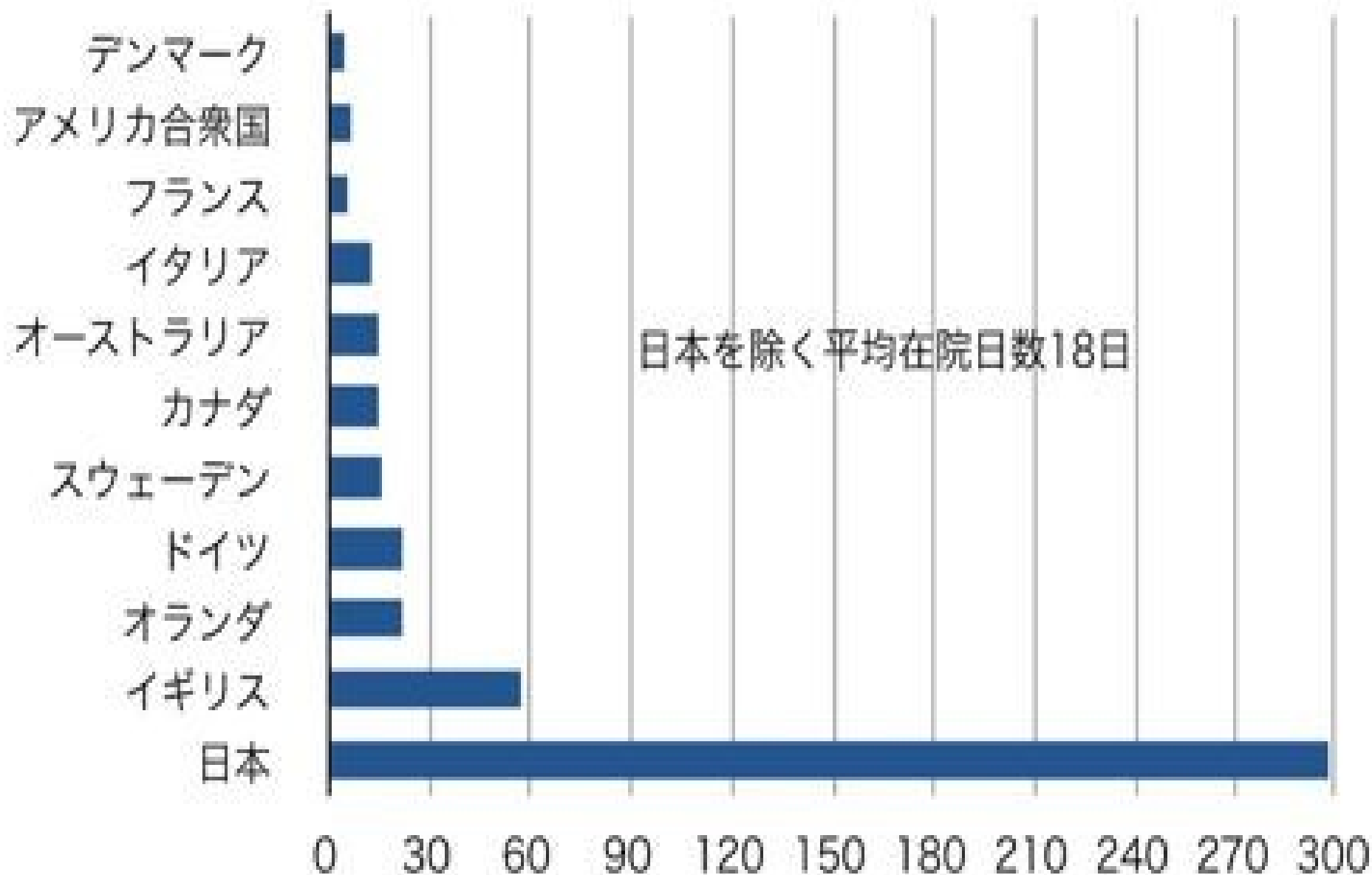
日本の精神医療の特殊性



# OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数



# 2005年退院者平均在院日数

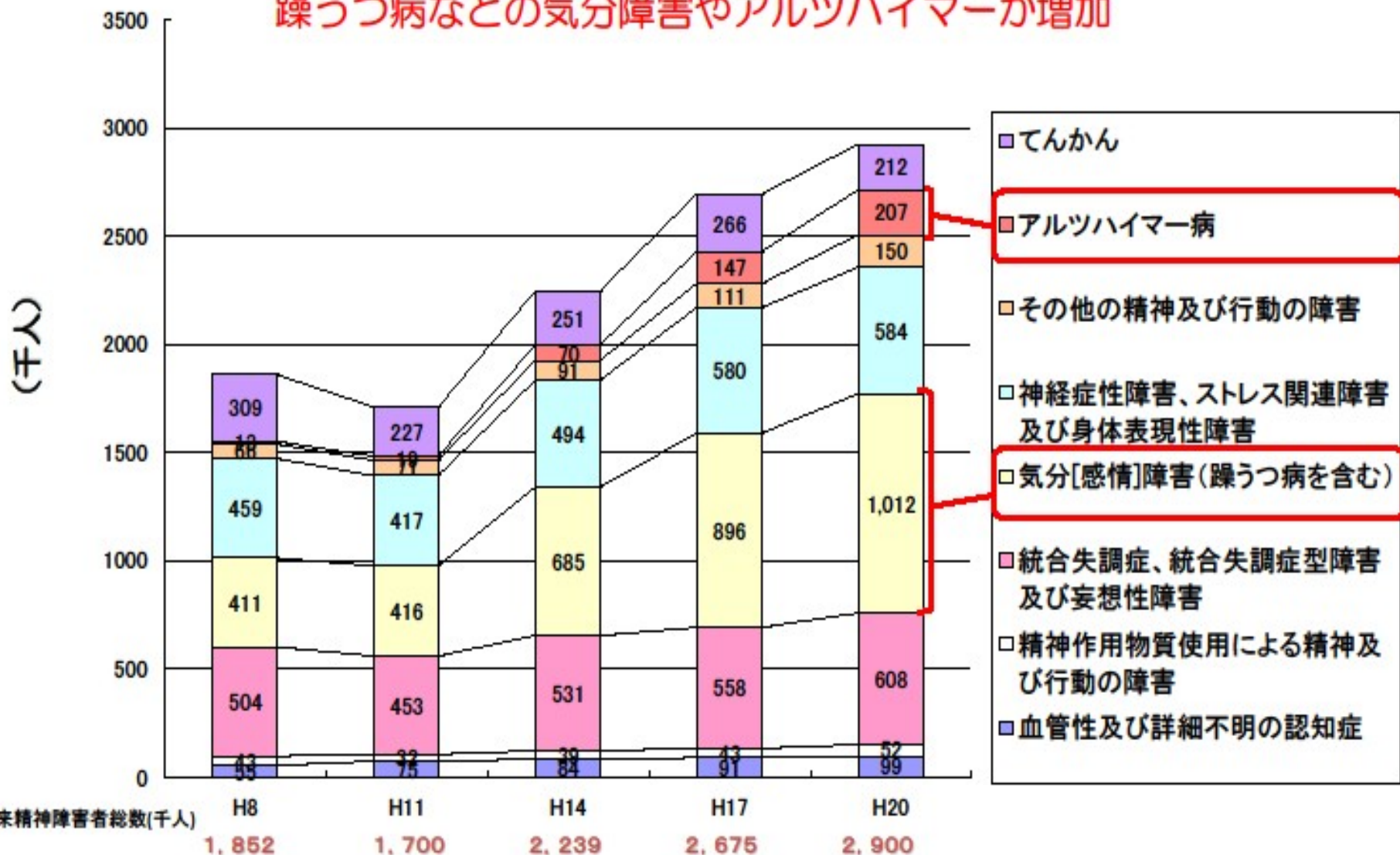


# 社会保障審議会医療部会 (2011年7月6日)

- 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

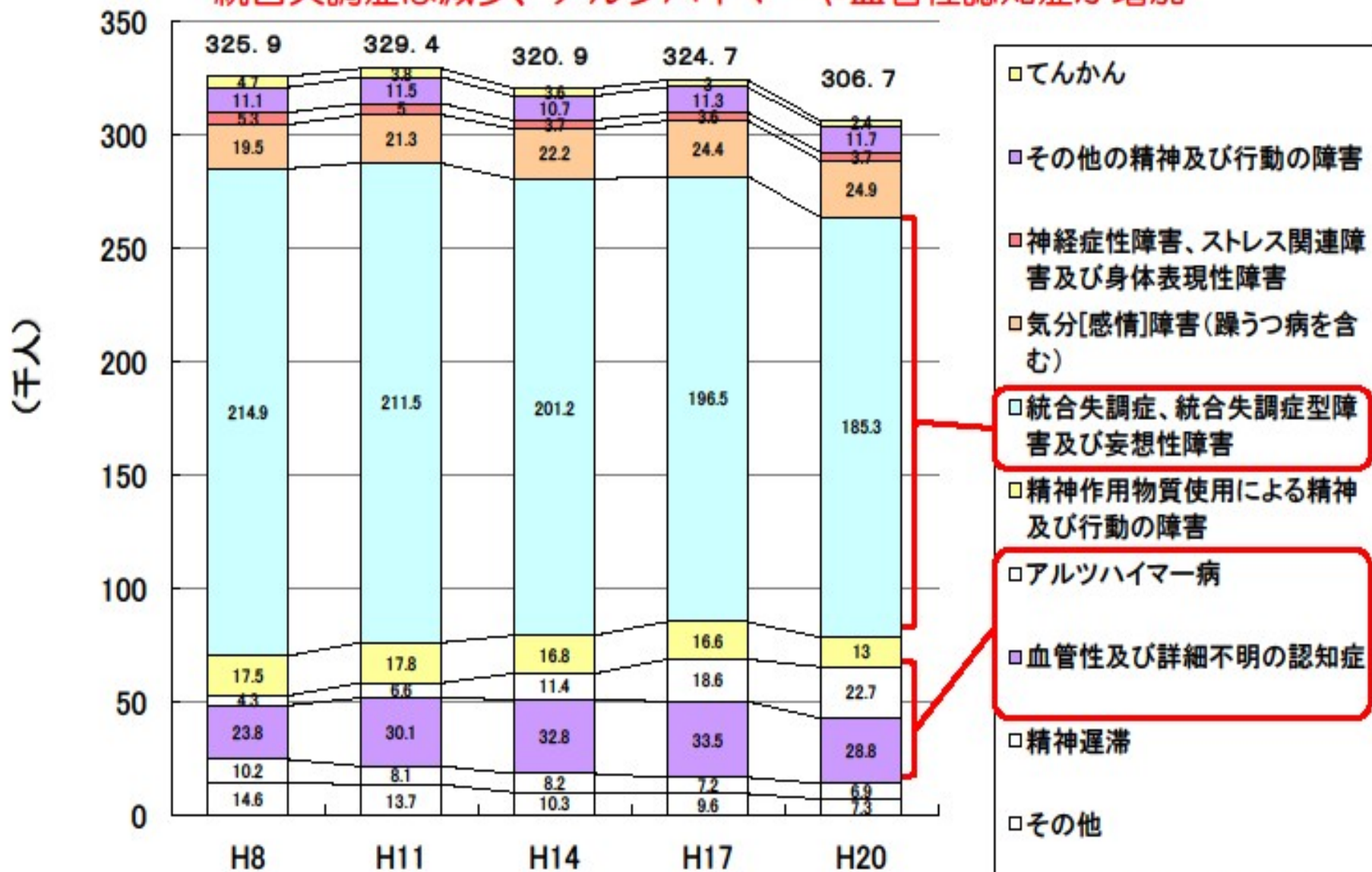
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



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

# 認知症地域連携クリティカルパス

世田谷区もの忘れ連携パス

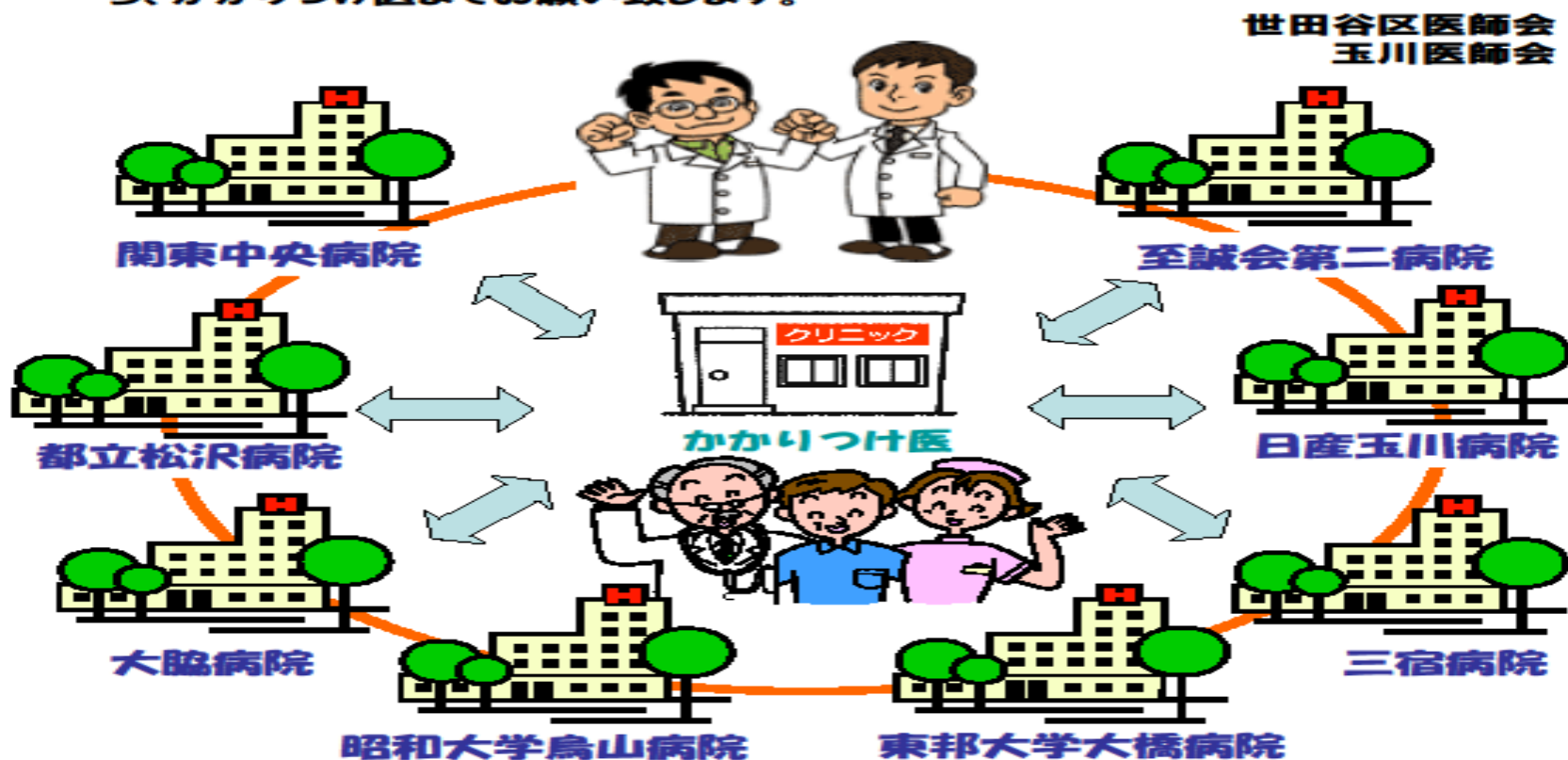


# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。





# 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



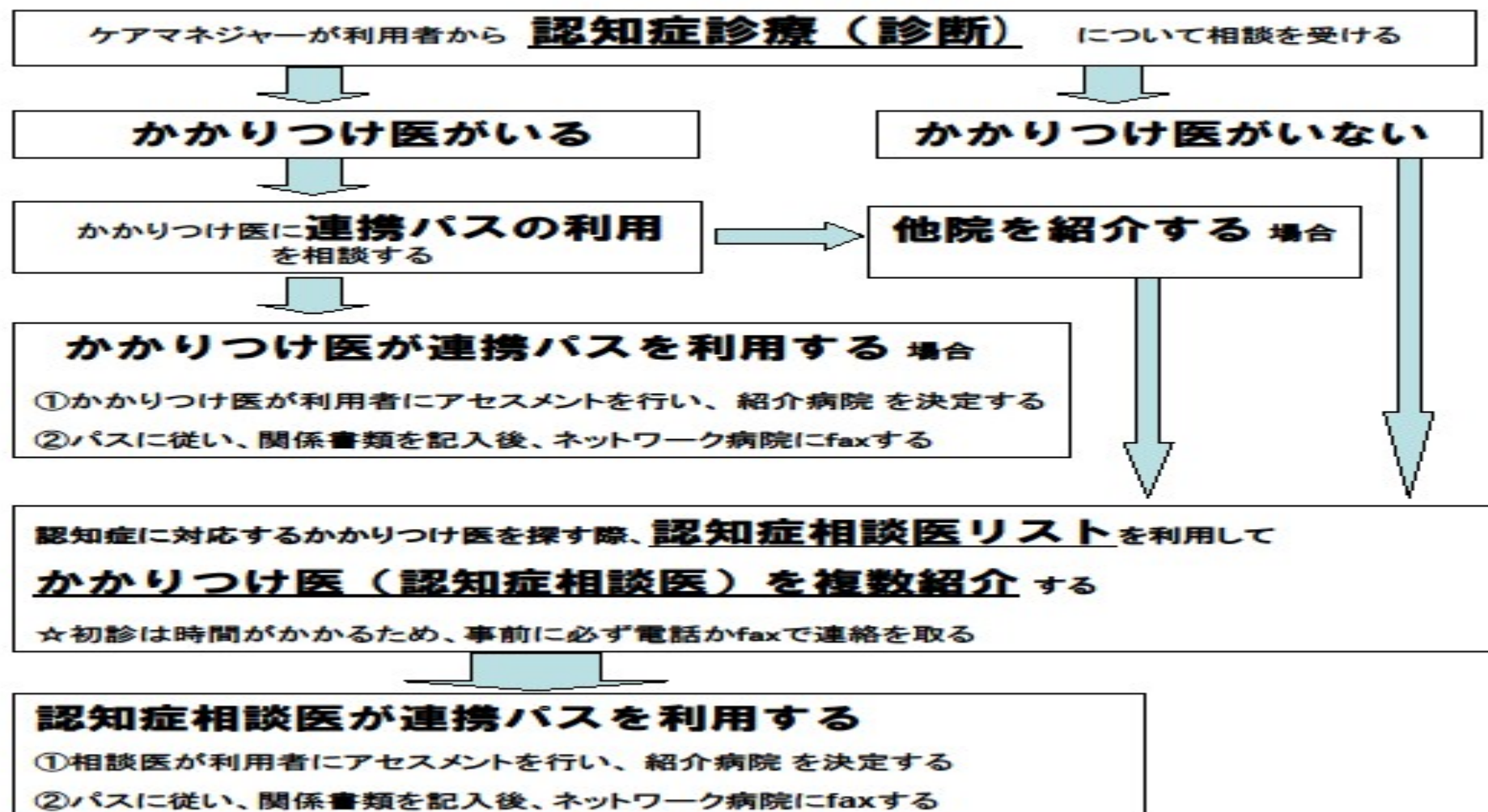
病状に変化が  
あった時には  
病院と連携を  
とります

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

# 世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。  
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

# 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！

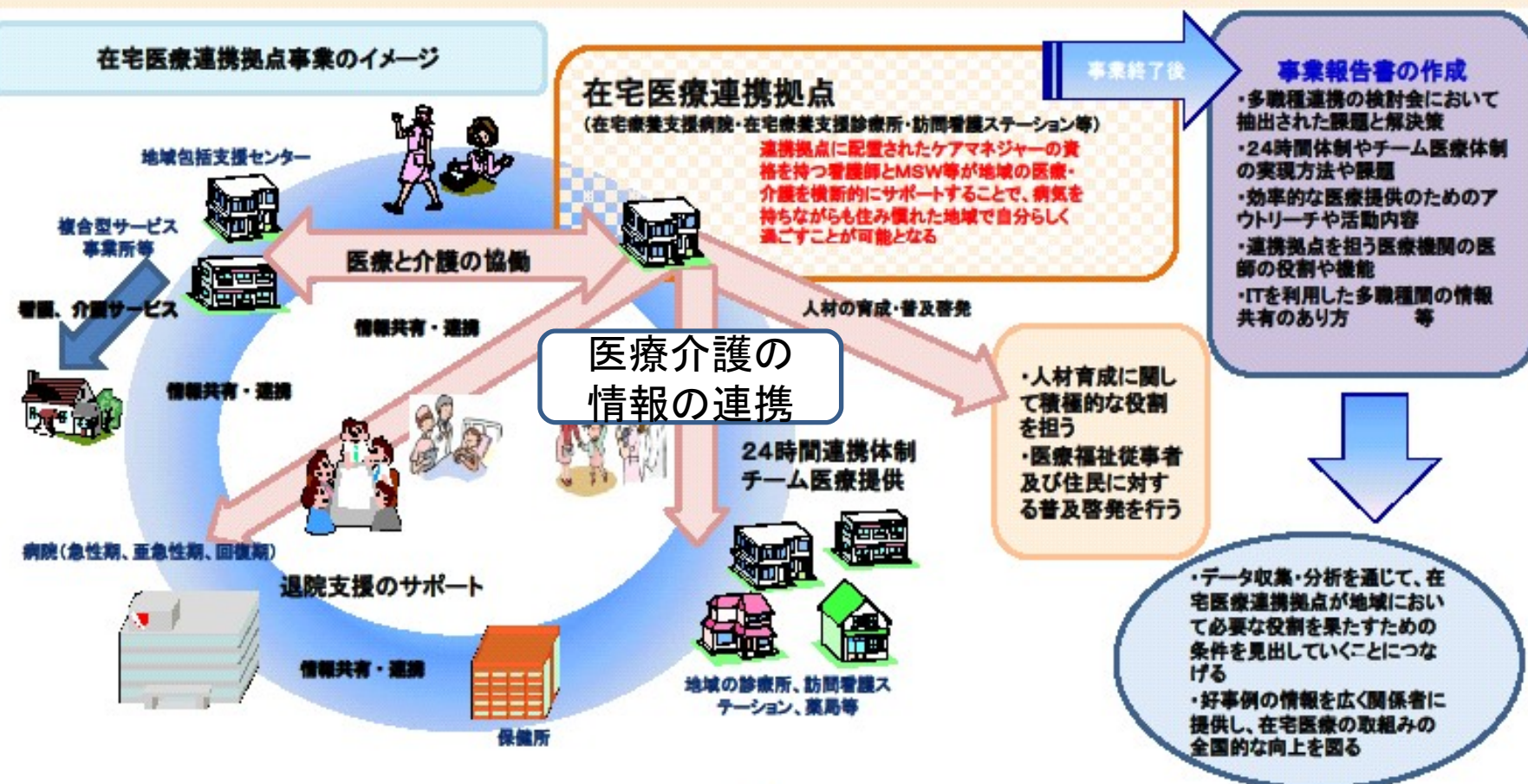
# ① 在宅医療連携拠点事業

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
- 在宅医療連携拠点事業にはICTが必須！



大谷医政局長



# パート4

## 2012年診療報酬改定と クリティカルパス



2月10日中医協答申

# 2012年診療報酬改定率

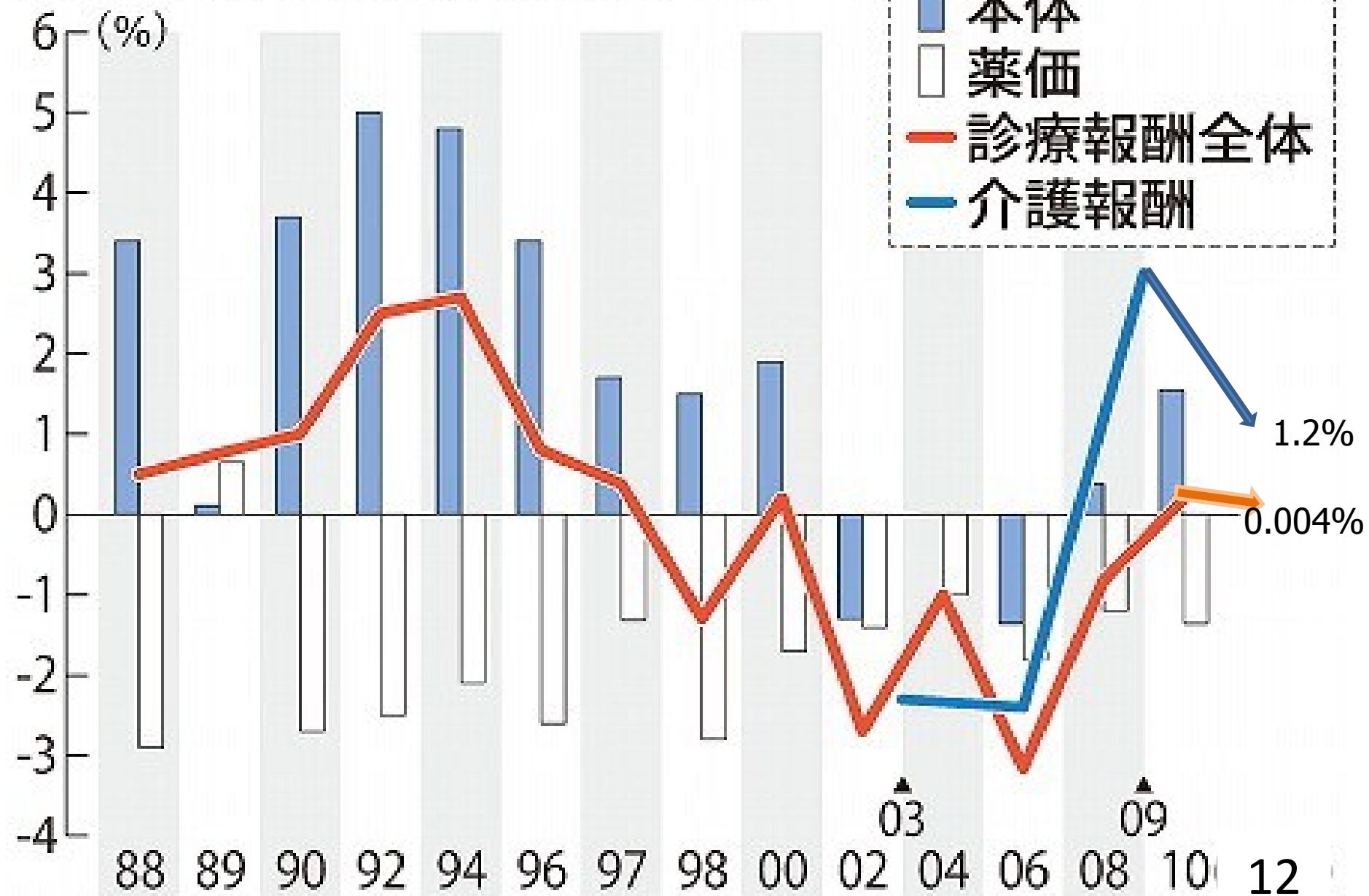
## 0.004%アップ

- 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」



# 診療・介護報酬 改定率の推移



※介護の06年度分は05年10月の一部見直し分も含む

# 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

# 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。

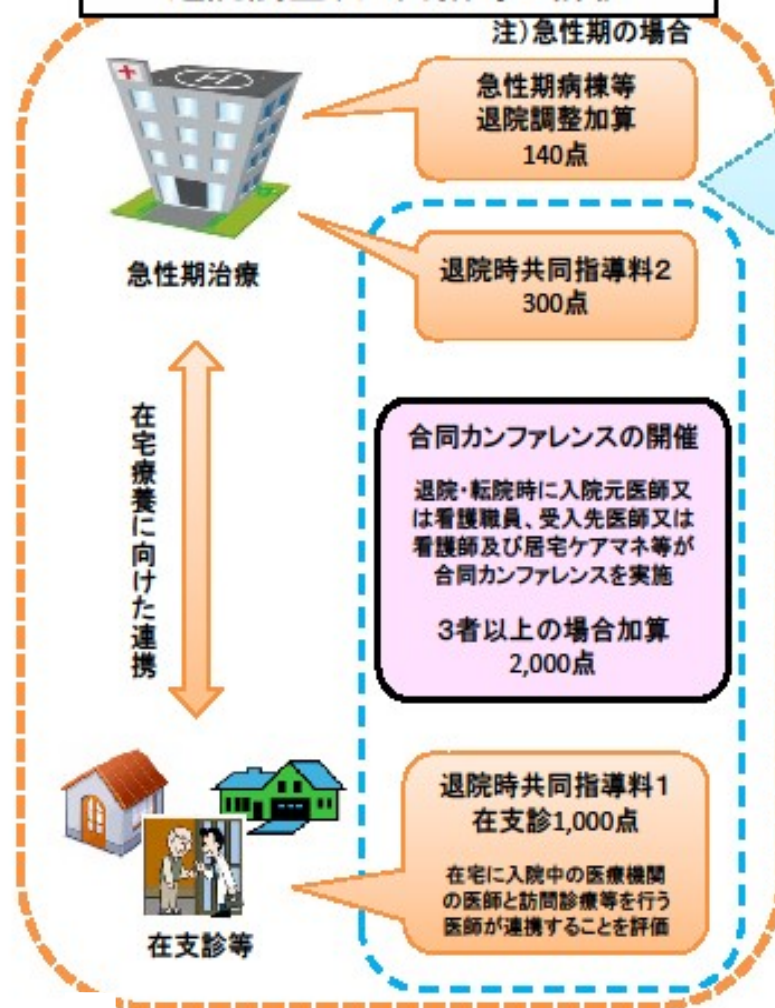
# 現行の退院調整等に関する評価のイメージ

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



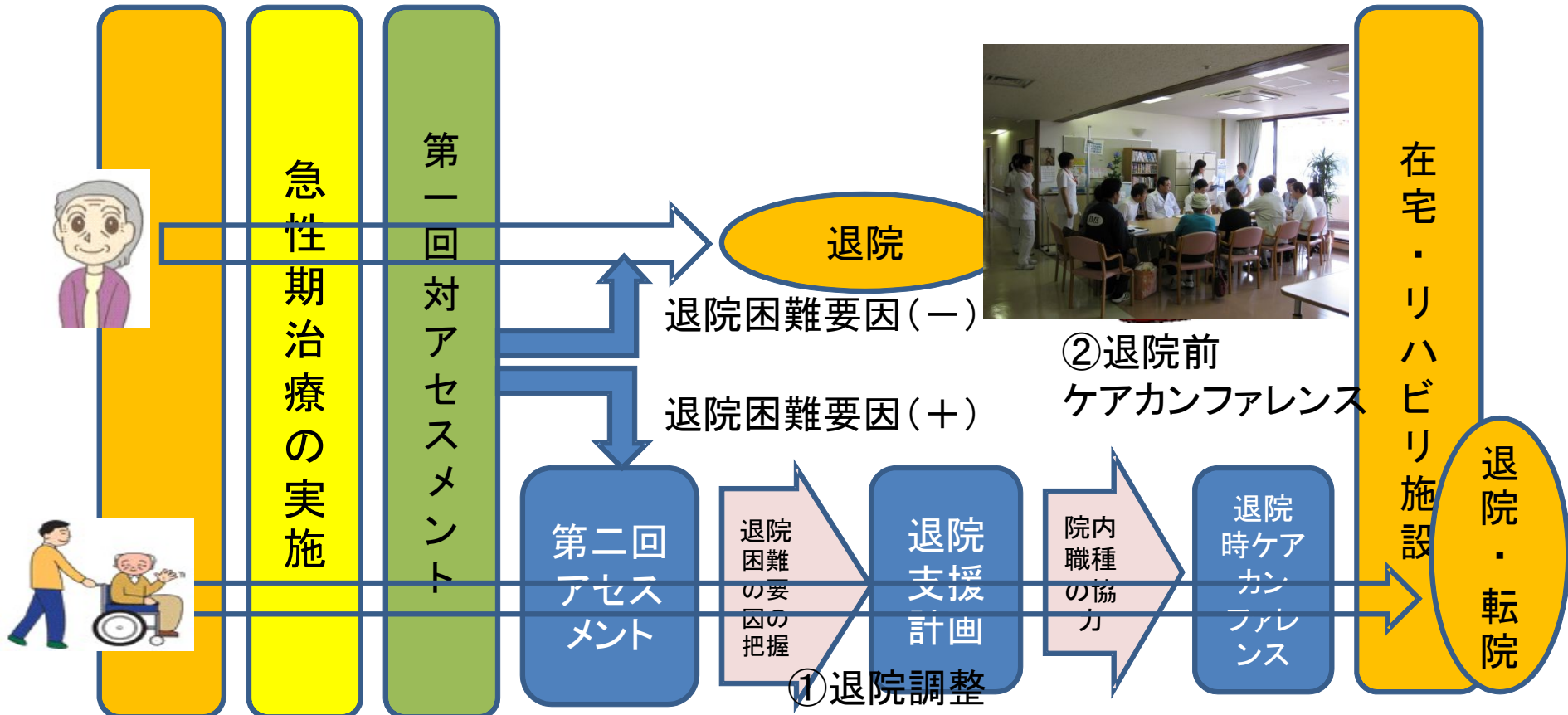
地域連携クリティカルパス

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

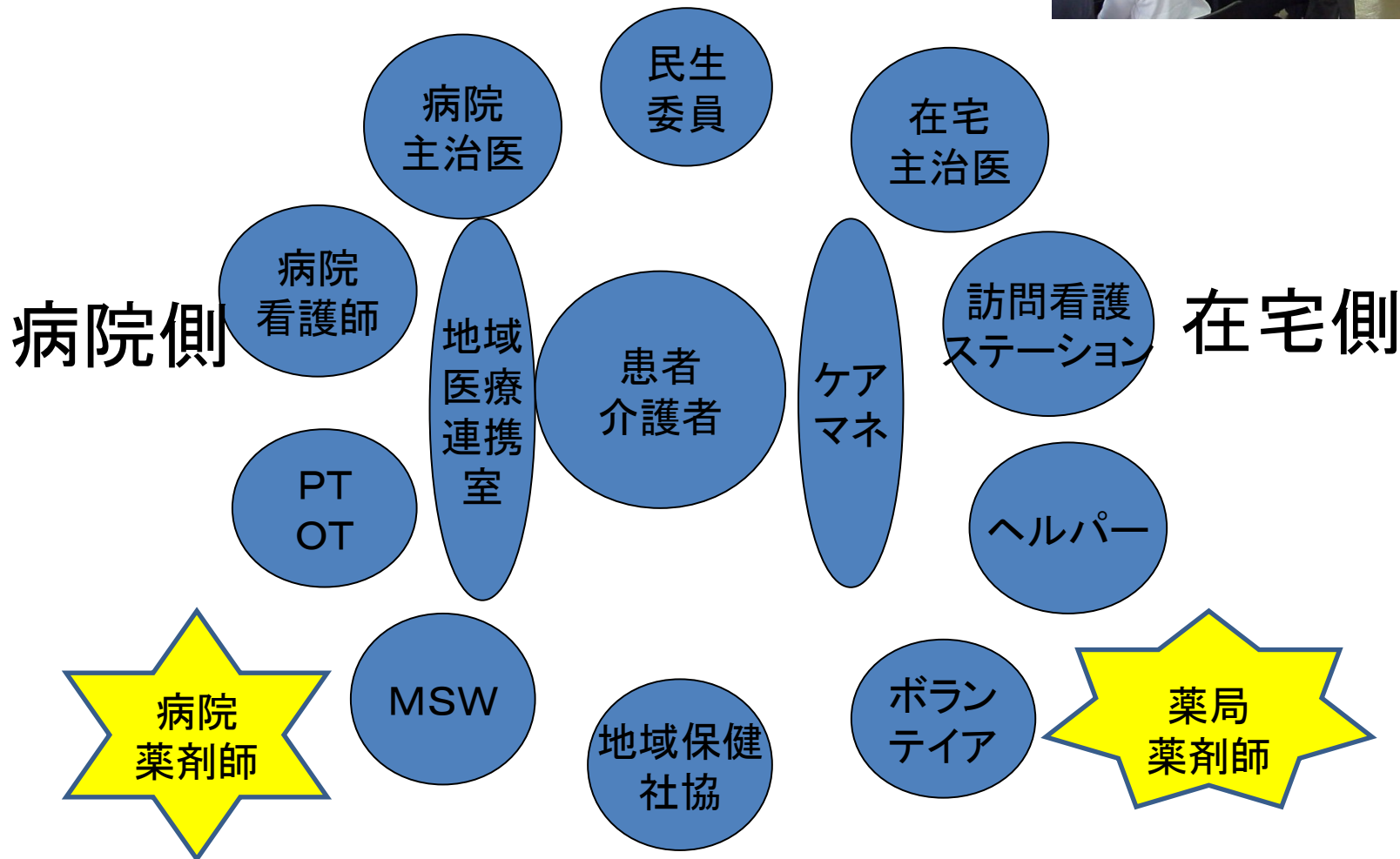
- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作（ADL）が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- \* 退院調整の必要な患者の出現頻度
  - 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

# 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



がん診療連携拠点病院



# がん診療連携拠点病院制度

47都道府県（388カ所）H23年4月1日現在

- ・都道府県がん診療連携拠点病院：51病院
- ・地域がん診療連携拠点病院：335病院
- ・国立がん研究センター中央病院及び東病院

厚生労働省

(独) 国立がん研究センター  
がん対策情報センター

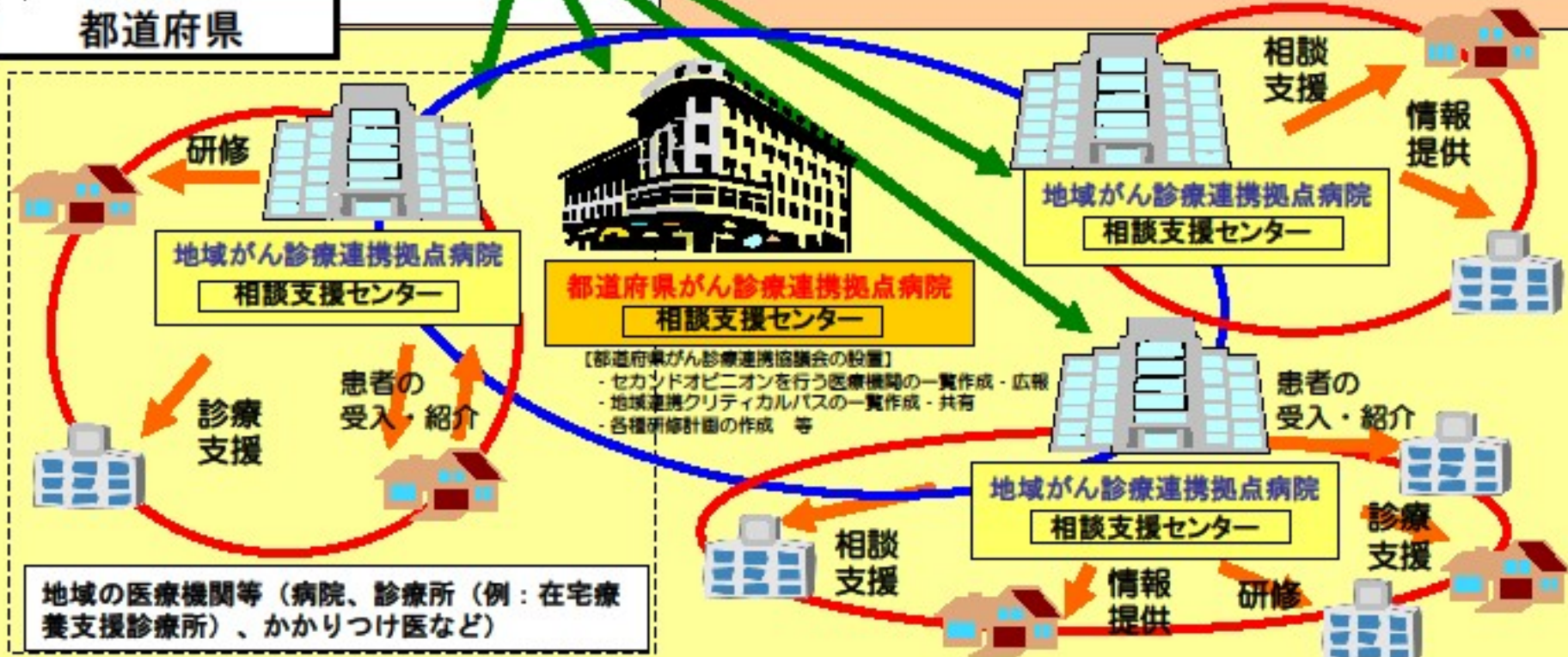


協力・支援

## ＜拠点病院の役割＞

- 専門的ながん医療の提供等 ※ 医師、看護師、薬剤師等によるチーム医療の提供  
(手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施や治療の初期段階からの緩和ケアの実施等)
- 地域のがん診療の連携協力体制の構築  
(研修や診療支援、患者の受入・紹介等)
- がん患者に対する相談支援及び情報提供

都道府県

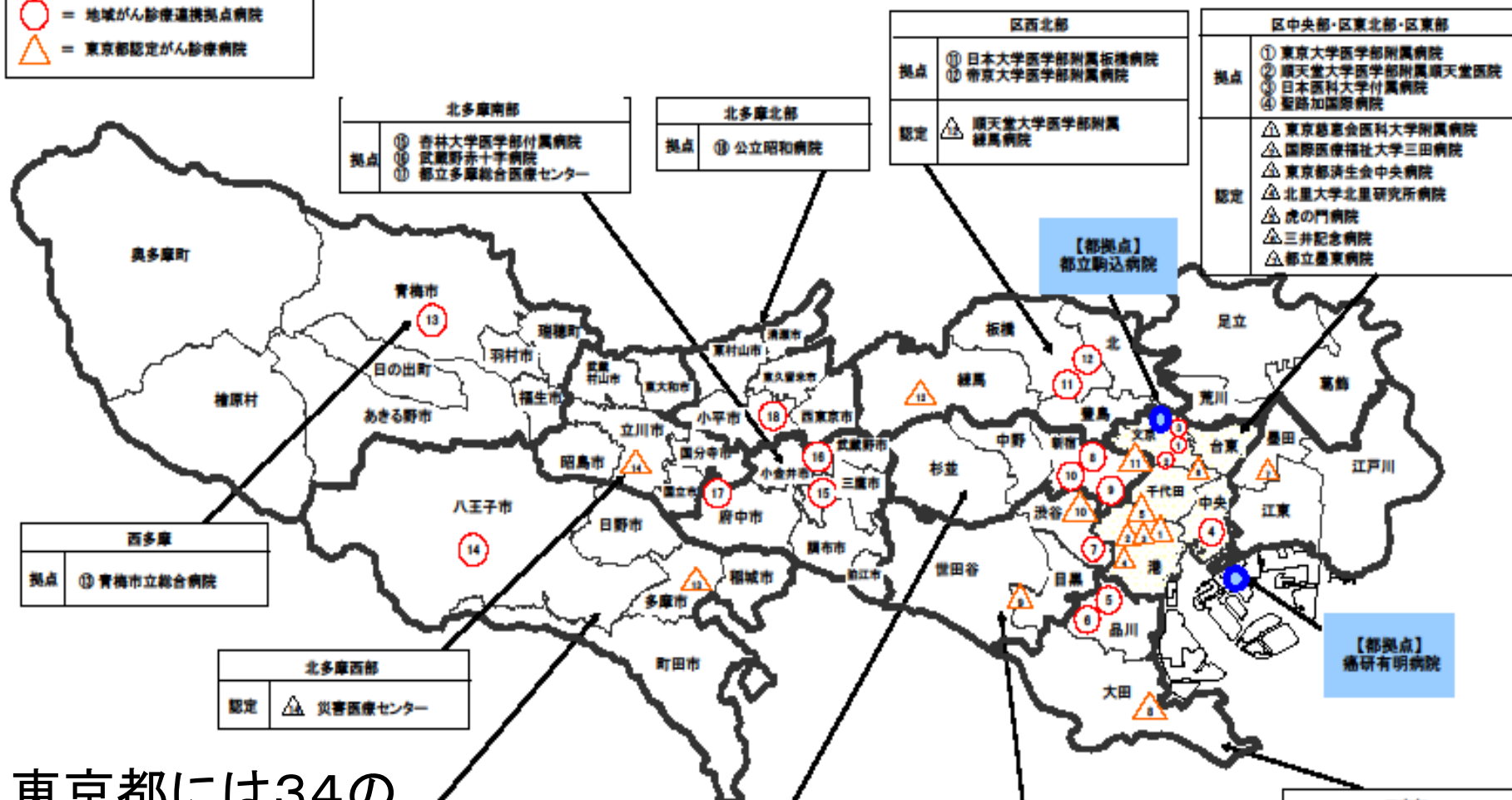


地域の医療機関等（病院、診療所（例：在宅療養支援診療所）、かかりつけ医など）

# 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23年4月1日予定

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



東京都には34の  
がん診療連携  
拠点病院がある  
そのうち東京都認定がん診療病院は14

南多摩	
拠点	⑭ 東京医科大学八王子医療センター
認定	△ 日本医科大学多摩永山病院

区西部	
拠点	⑮ 東京女子医科大学病院 ⑯ 慶應義塾大学病院 ⑰ 東京医科大学病院
認定	△ 東京厚生年金病院

区西南部	
拠点	⑰ 日本赤十字社医療センター
認定	△ 東京医療センター △ JR東京総合病院

区南部	
拠点	⑱ NTT東日本関東病院 ⑲ 昭和大学病院
認定	△ 東京大学医療センター △ 大森病院

区西北部	
拠点	⑩ 日本大学医学部附属板橋病院 ⑪ 帝京大学医学部附属病院
認定	△ 順天堂大学医学部附属 練馬病院

区中央部・区东北部・区東部	
拠点	① 東京大学医学部附属病院 ② 順天堂大学医学部附属順天堂医院 ③ 日本医科大学付属病院 ④ 聖路加国際病院
認定	△ 東京慈恵会医科大学附属病院 △ 国際医療福祉大学三田病院 △ 東京都済生会中央病院 △ 北里大学北里研究所病院 △ 虎の門病院 △ 三井記念病院 △ 都立墨東病院

# 港区内の 東京都認定がん診療病院

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

# がん診療連携拠点病院の施設要件

- 1 診療機能
  - 診療ガイドライン、クリティカルパス
  - 緩和医療
  - 地域医療機関への診療支援、地域連携クリティカルパス
- 2 医療従事者
  - がん治療専門医、薬剤師、看護師
- 3 医療施設
  - ICU、無菌治療室、放射線治療
- 4 研修体制
- 5 情報提供体制
  - 相談支援センター、セカンドオピニオン
- \* 概ね2次医療圏に一つ
- 全国388病院(2011年4月現在)

# 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(2012年まで)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

もって、がん医療の均てん化をはかる

# 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
治療歴	術後補助化学療法: FOLFOX6 4サイクル
転移	肝臓転移(多発)
検査値	ヘモグロビン: 11.5g/dl, 血小板: 15万/μl
副作用	軽度嘔吐、軽度下痢
薬剤	5-FU 400mg/m <sup>2</sup> qd, Oxaliplatin 85mg/m <sup>2</sup> q2w
経過	経過良好、副作用軽微



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。

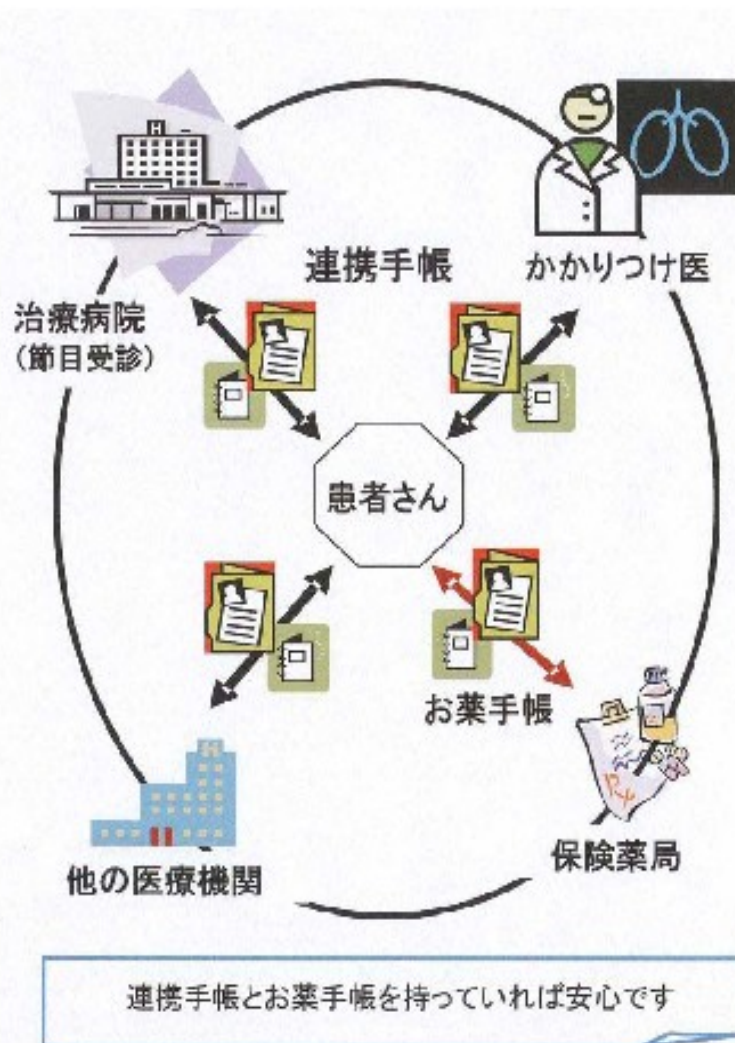
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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	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

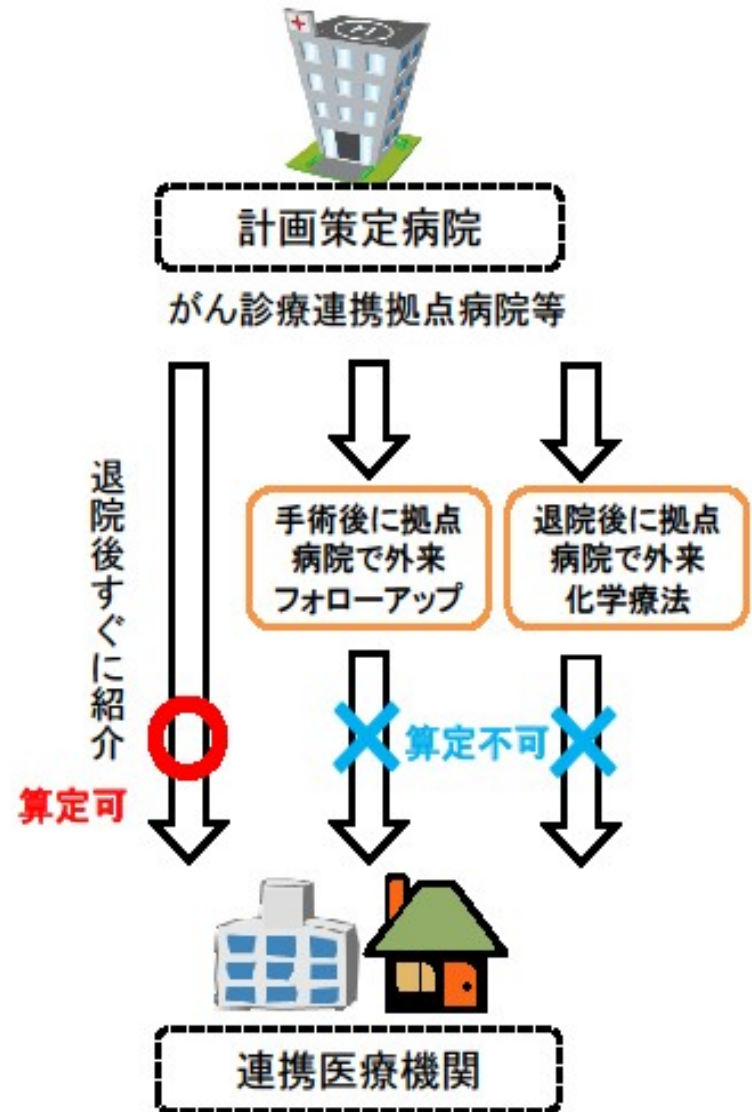
## がん診療の連携に関する評価と課題について②

### 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。



## パート5

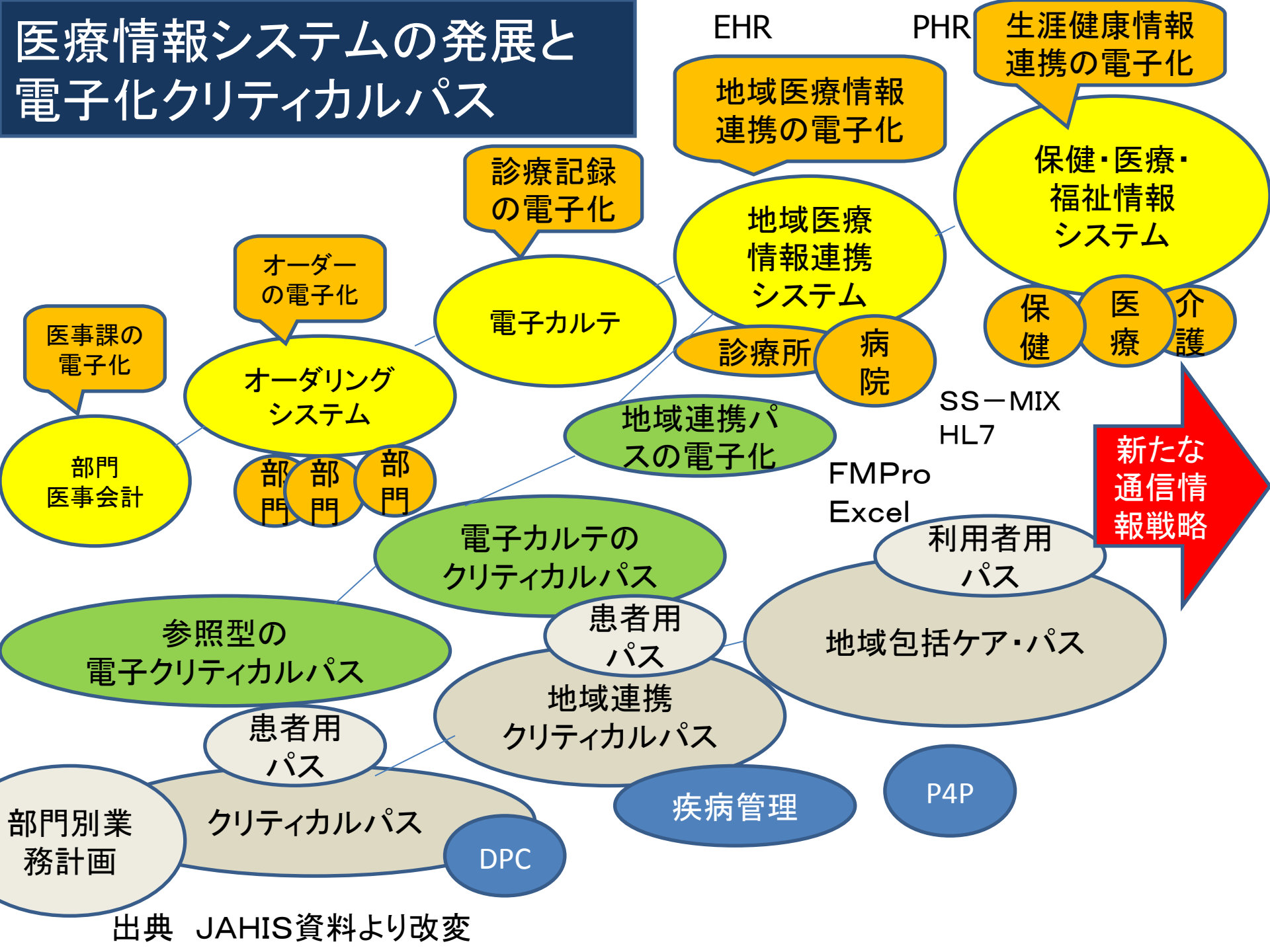
# クリティカルパスの電子化と課題

# クリティカルパスの電子化

- クリティカルパス
  - 院内の部門別業務計画を統合して、疾病別・処置別の標準フォーマットに統合したもの
- 電子化クリティカルパス
  - それまで独立していた院内の部門別情報システムの統合から可能となった
- 地域連携パス
  - 機能の異なる医療機関の間での院内クリティカルパスの連結統合から始まった
- 地域連携パスの広域化
  - 電子化が必須となっている
- 地域医療情報連携システム
  - 用語の標準化、データ交換形式の標準化や疾病別の情報項目の標準化が必要



# 医療情報システムの発展と電子化クリティカルパス



出典 JAHIS資料より改変

# IT国家戦略

厚生労働省は2001年のe-Japan戦略以降、医療分野のIT化を推進

厚生省三局長通知

1999, 3, 23

「診療録等の電子媒体による保存について」

e-Japan戦略

2001. 3. 29

厚生労働省 2001. 12. 26

保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン

電子カルテ普及目標  
レセプト電版普及目標

e-Japan計画

2001.3. 29

医療分野のIT化  
電子カルテ  
レセプト審査・支払いの  
電算化  
医療情報の連携活用  
ユビキタス健康医療  
遠隔医療

e-Japan戦略II

2003.7. 2

IT加速化パッケージ

2004. 2.6

診療録データの  
外部保存容認

e-Japan計画2004 2004.6. 15

電子カルテの普及促進

レセプトオンライン請求

の普及促進

IT政策パッケージ2005

2005. 2. 24

厚生労働省 2007.3.27  
医療・健康・介護・福祉分野の  
情報化グランドデザイン

IT新改革戦略

2006. 1.19

診療録データの外  
部保全の民間委  
託容認

i-Japan戦略2015

2009.7. 6

カルテ→電子カルテ  
レセプト→レセプトオンライン申請  
健診結果→健診結果の電子化


新たな情報通信技術戦略 2010. 5.11

# 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11日

- 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
    - 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
  - 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



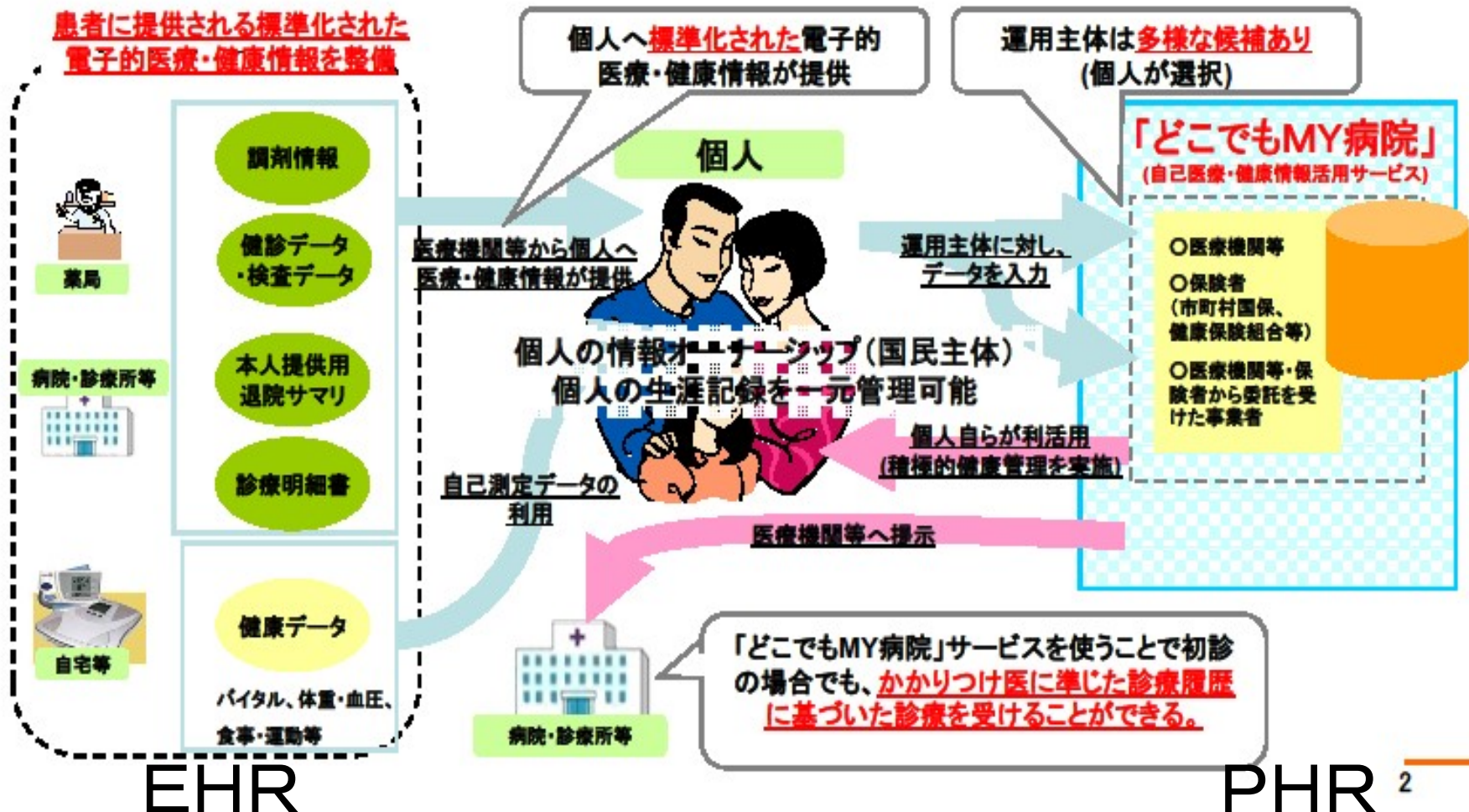
データベースの  
利活用

# 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



# 「どこでもMY病院」構想の具体的なサービス

「どこでもMY病院」構想は、医療機関等から個人へ提供された情報を活用することを目標としており、その実現には情報を提供する医療機関等の協力が必要となる。医療機関等から個人へ情報を提供する際には、機器の設置・改修等の負担や新しい情報を提供する際には、医師等の医療従事者においても情報の登録作業などの新しい負担が発生する。このため、この構想では、負担が発生する医療機関等にとってもメリットが明確な「初診時に有用と考えられる情報」、「地域医療において課題となっている生活習慣病等の慢性疾患の悪化抑制に対して有用と考えられる情報」を取り扱うサービスとして想定すべきとし、具体的なサービスとして電子版「お薬手帳」や「個人参加型疾病管理サービス」が挙げられた。

医療情報化に関するタスクフォース報告書付属資料「「どこでもMY病院」構想の実現について」より抜粋

## 「どこでもMY病院」構想の具体的なイメージ

以上のことから、「どこでもMY病院」の具体化に当たり、医療機関等に対するメリットが明確な、電子版「お薬手帳/カード」を提供するとともに、その後、検査データ、健診データ、健康データを用いて、個人参加型疾病管理サービス(例えば電子版「糖尿病連携手帳」)を開始する。



### ①電子版「お薬手帳/カード」(必要時に参考となる医療情報を提示)

- ・患者が服用している薬の内容を過去に処方された薬を含めて把握することで、重複投与の防止やアレルギーへの注意喚起などの医療安全の向上に資する。
- ・患者が自分が受診した診療について日時、医療機関名等を把握することで、問診時の参考とすることができる。



### ②個人参加型疾病管理サービス(例:電子版「糖尿病連携手帳/カード」)

- ・患者が、体重、血圧などを記録することで、医師は診療時に検査したデータだけではわからない患者の情報も診療に役立てることができる。
- ・患者が記録した健康データと診療時の検査データがまとめて管理されていることで、病診連携など地域連携医療へ役立てることができる。
- ・地域において、未受診の慢性疾患患者(例えば糖尿病患者)の掘り起しのためのツールとして役立てることができる。

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

## 横浜医療センターのページ

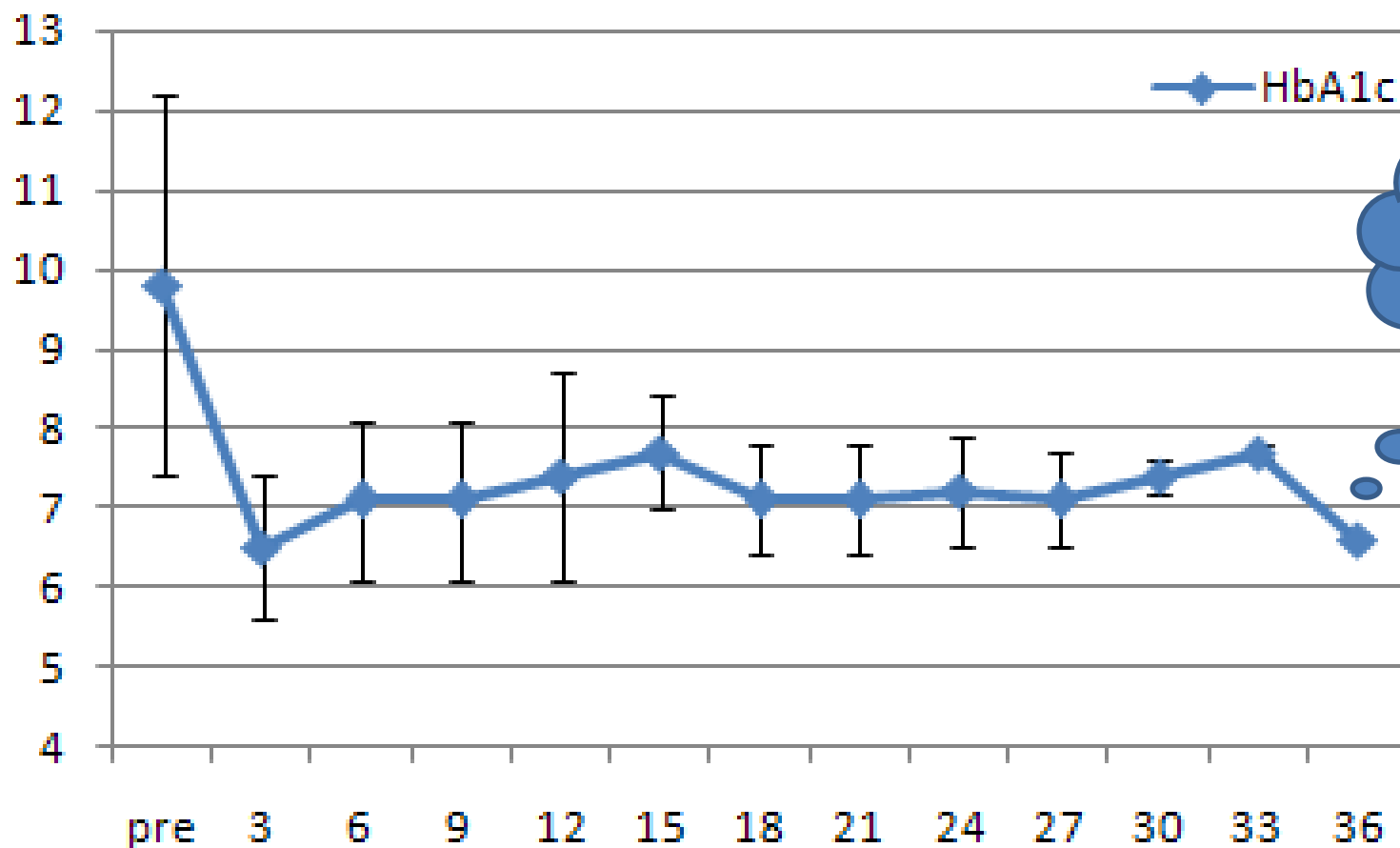
日 時	H 年 月 日
	ヵ月後
達成目標	HbA1c 6.5%以下
◆検査結果(採血)	
血糖値 空腹時 随時	
HbA1c(又はGA)	%
T-CHO	
TG	
HDL-CHO	
LDL-CHO	
Cre	
◆検査結果(尿)	
尿糖	
尿蛋白(ACR)	
◆体 重	kg
体脂肪率	%
ウエスト周囲径	cm
血 圧	/
◆眼所見	
糖尿病網膜症 右 左	(なし・軽微・増悪前・増悪)
変 化 右 左	(改善・不変・悪化)
福田分類(右/左)	( / )
そ の 他	
患者様記入欄 (生活変化、何か気づいた点があれば自由に記入してください。)	
備 考 (内服薬などの変更があれば記入してください。)	

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



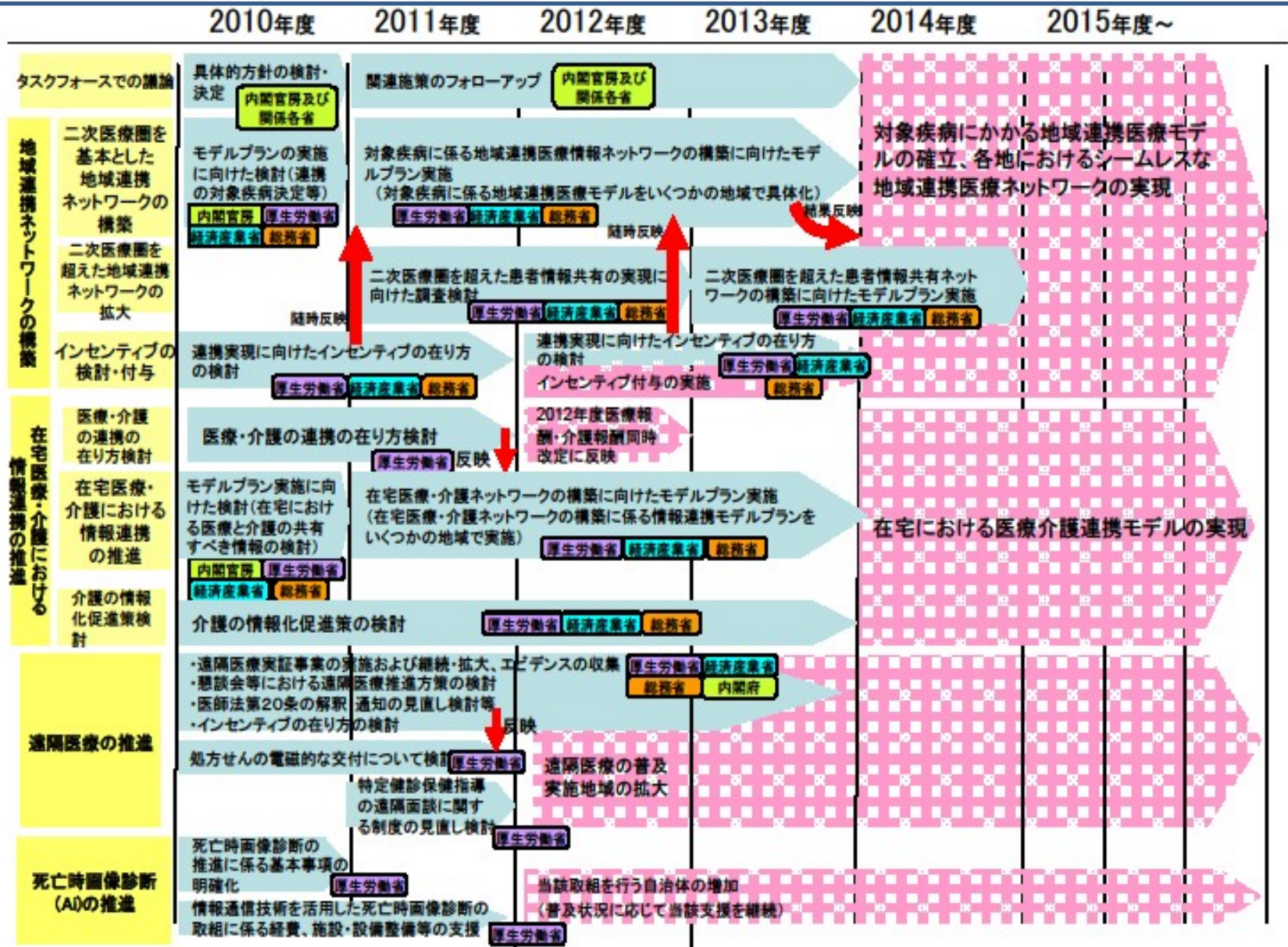
# 連携パス患者31名時点でのHbA1cの変動 (横浜医療センター)

## HbA1c



糖尿病手帳  
は疾病管理  
ツール

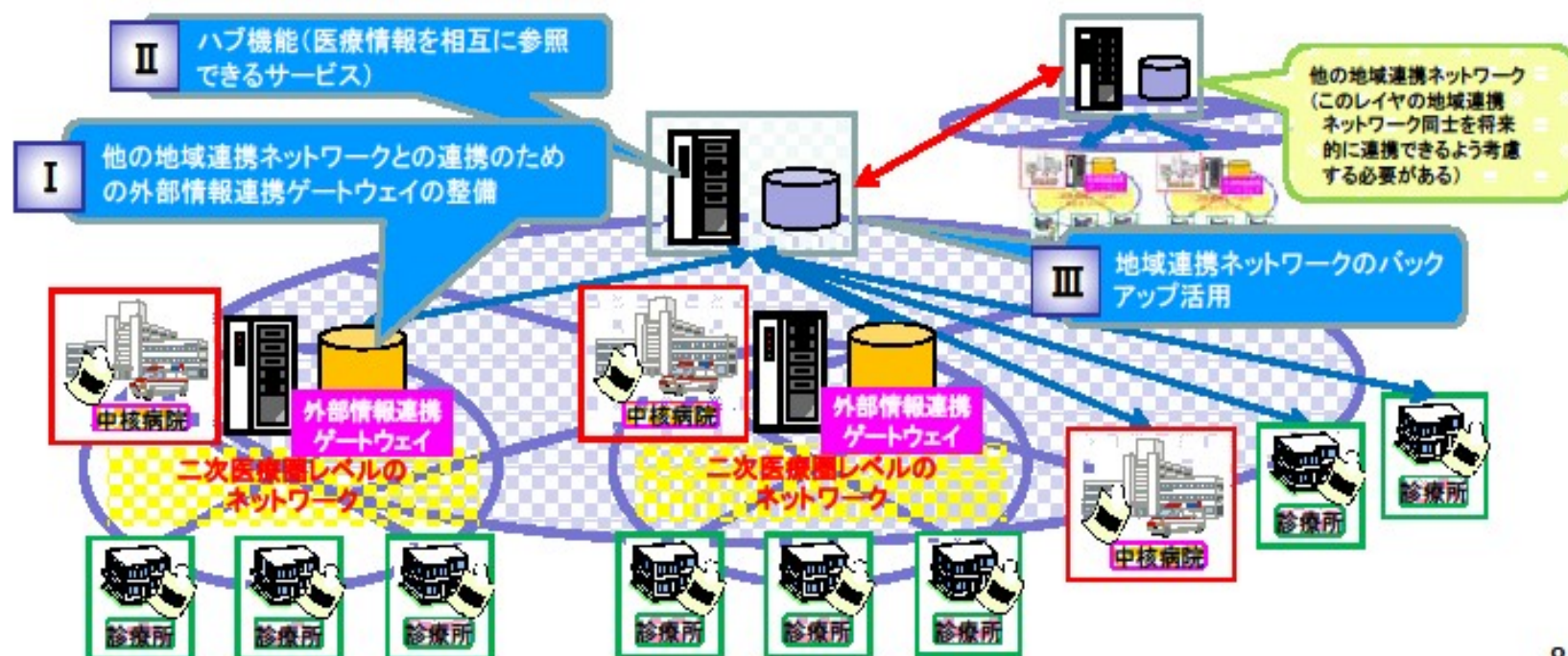
# ② シームレスな地域連携医療の実現



## 「標準的なアーキテクチャ」の概要

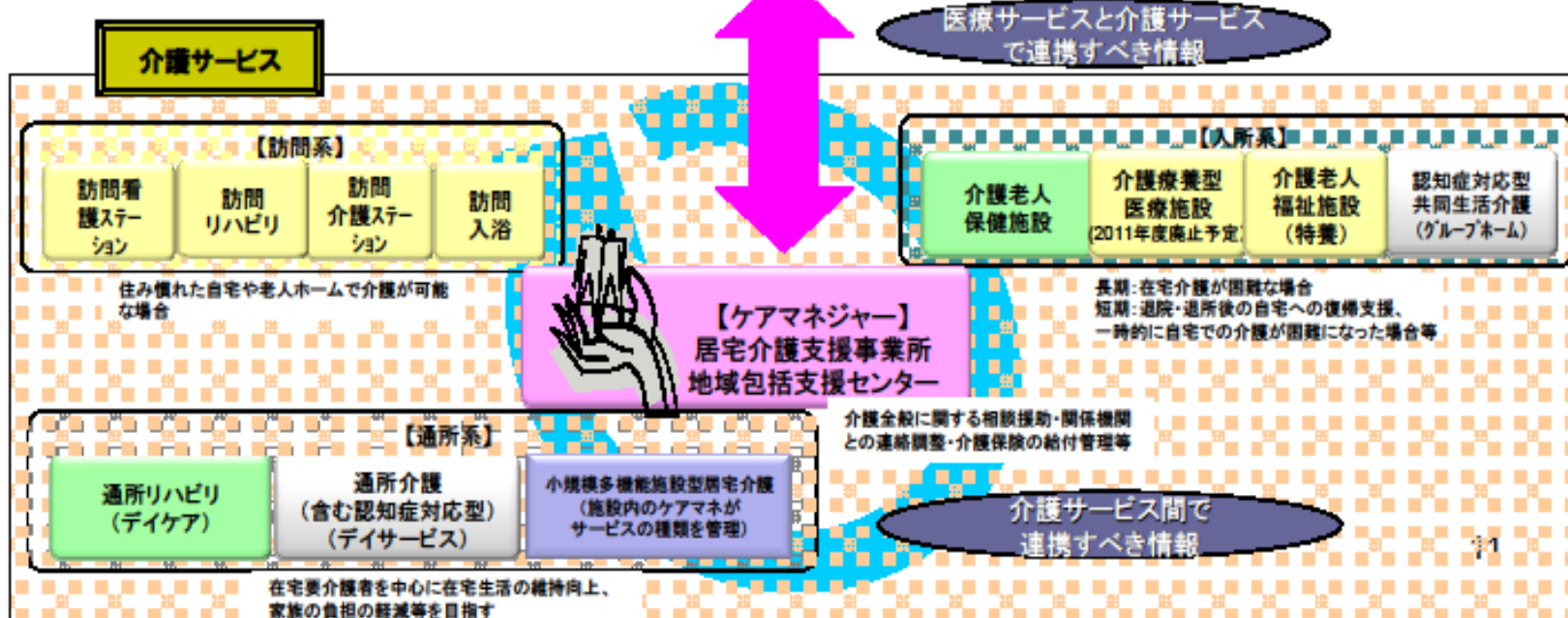
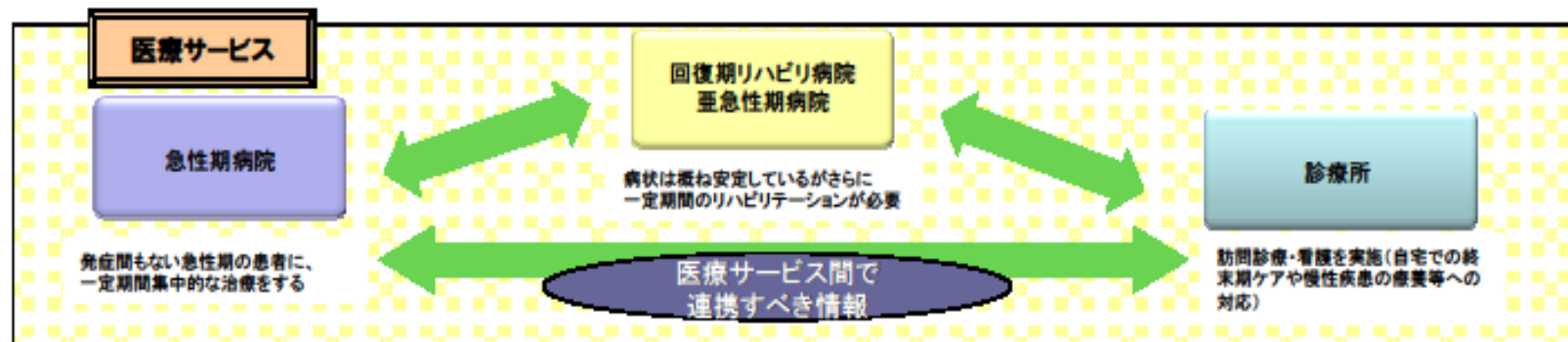
本作業部会では、各二次医療圏レベルの地域連携ネットワークが存在することを前提とした上で、二次医療圏レベルを超えて連携するために備えることが有効なシステム上の機能及び構成を「標準的なアーキテクチャ」と位置付け、地域連携ネットワーク同士がオンラインで連携する際の技術面、運営面の検討を行うことを目的とした。技術面の検討においては以下の3項目について検討を行った。

- I. 二次医療圏レベルのネットワークにおける外部情報連携ゲートウェイ
- II. 二次医療圏レベルを超えた連携における連携のハブ機能
- III. 二次医療圏レベルを超えた連携における地域連携ネットワークのバックアップ活用



# 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

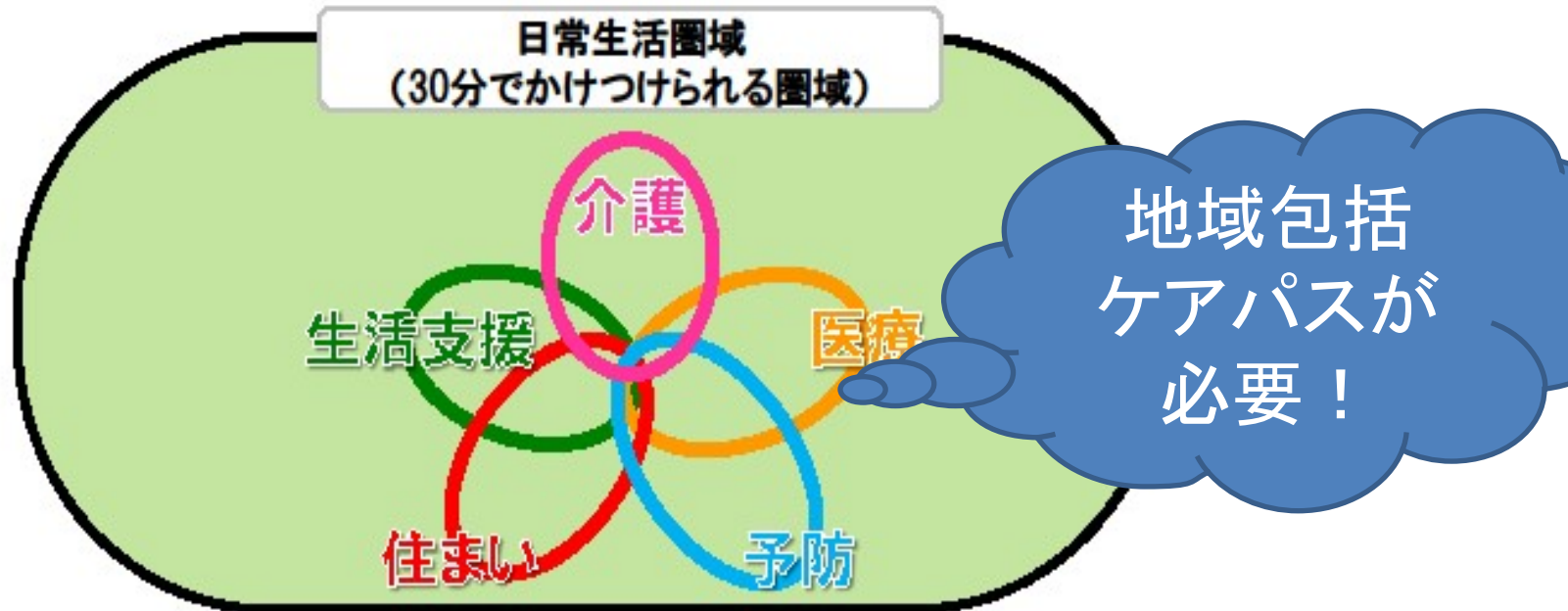
- ◆ 介護に於ける医療履歴の参照や要介護度の情報等、医療と介護で情報連携すべき状況は多く、情報の共有によるメリットは大きい  
が、両者で共有すべき情報は必ずしも明確化されていない。
- ◆ 医療・介護提供チームの中で共有すべき情報やその方法及び問題点等を整理し、それを踏まえて、地域の実情や、医療・介護提供  
チームの構成メンバー等に応じて、実現性の検討を含めたモデル化の検討を行う。



# 医療と介護で連携すべき情報

- 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)
  - 介護データベースには疾病情報がない
    - 医師意見書の電子化が遅れている
- 医療と介護・福祉の情報統合ツール
  - 地域包括ケアパスが必要！
  - いずれ地域包括ケア支払方式に移行する？

# 地域包括ケアシステムについて



## 【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。

### 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。

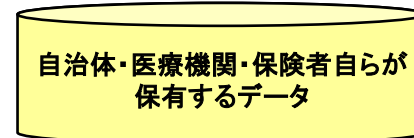
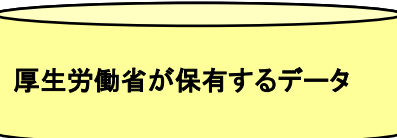
### ⑤高齢期になっても住み続けることのできるバリアフリーの高齢者住まいの整備(国交省)

・高齢者専用賃貸住宅と生活支援拠点の一体的整備、持ち家のバリアフリー化の推進

### ③レセプト情報等の活用

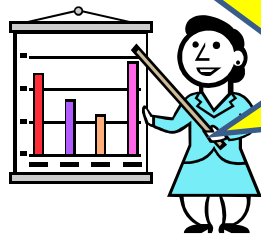
本作業部会では、ナショナルデータベースとは別に、自治体・医療機関・保険者自らが保有するレセプト情報等の活用を促進する観点で、下記の2項目に関して先進的な事例を調査し、より積極的に利活用するための具体的手法を検討するよう、タスクフォースより指示があった。

#### ●各種データの利活用



作業部会にて検討すべき事項

自治体による利用



- 自治体(市町村国保・広域連合等)が保有するレセプト情報等を利用し医療資源を見える化した先進的な分析事例を調査する。
- 分析事例を整理するとともに、自治体での活用時に留意すべき事項をまとめる。

データ  
ベース  
利活用

医療機関による利用



- 急性期病院でのプロセスベンチマーク事例をまとめる。
- 急性期以外の医療機関・介護機関におけるレセプト情報等を用いたプロセスベンチマークの可能性を検討するため、国内外の医療・介護の質評価事例をまとめ、事例から得られた知見・課題を明確化する。

※ナショナルデータベースの第三者提供については含まない。

# 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

- ・地域連携パスは大腿骨頸部骨折のパスから始まった
- ・地域連携パスは医療計画の作成指針にも採用され、  
脳卒中、がん連携パスなどが診療報酬収載された
- ・2012年診療報酬改定では地域連携パスが退院調整  
の応用を要件として疾病拡大された
- ・地域連携パスのIT化・データベース化が今後の課題
- ・医療・介護福祉を連携する「介護連携パス」を作ろう

# 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)