

地域医療計画と 地域連携クリティカルパス



国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
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
 - 医療計画と地域連携クリティカルパス
- パート2
 - 脳卒中地域連携クリティカルパス
- パート3
 - 診療報酬改定と地域連携クリティカルパス
- パート4
 - 地域医療計画見直しと地域連携クリティカルパス



パート1
医療計画と
地域連携クリティカルパス

2006年6月第5次医療法改正で
医療計画が大きく見直された



医療計画の見直し

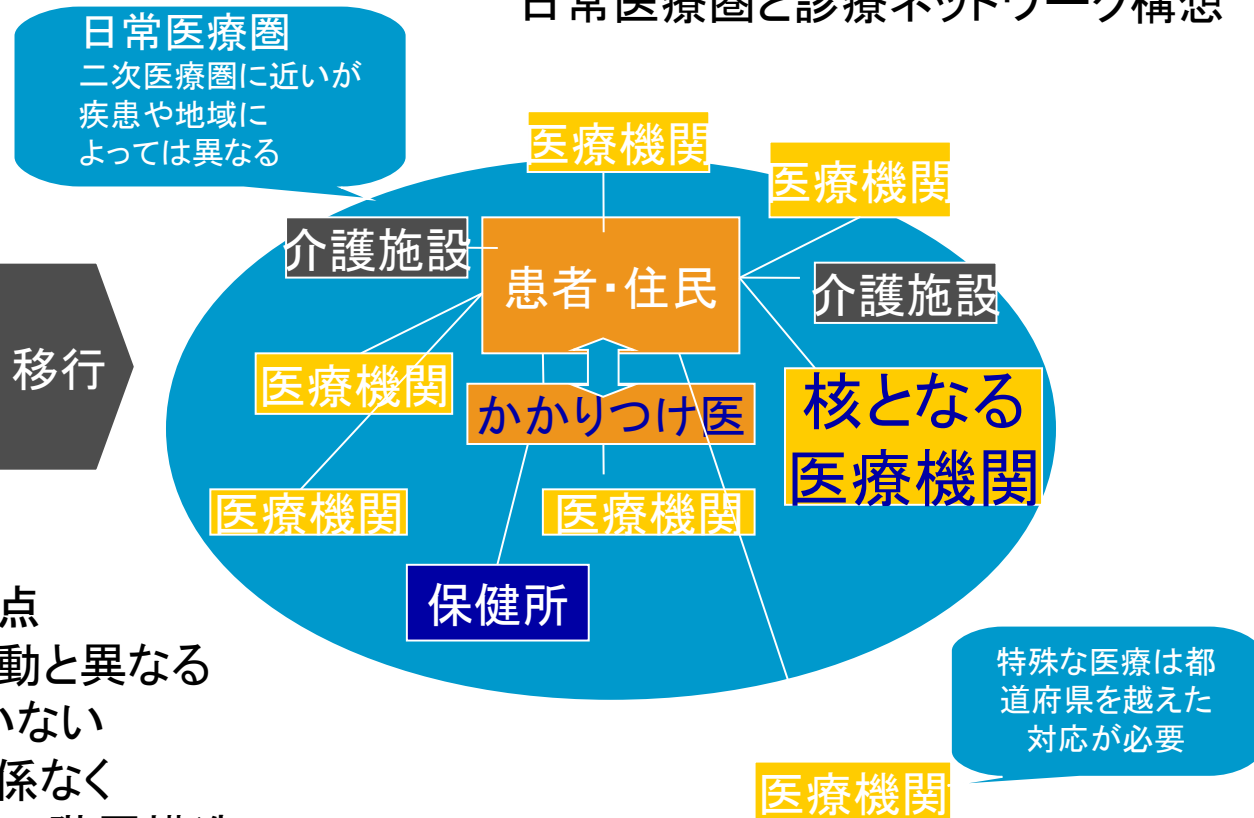
疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

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

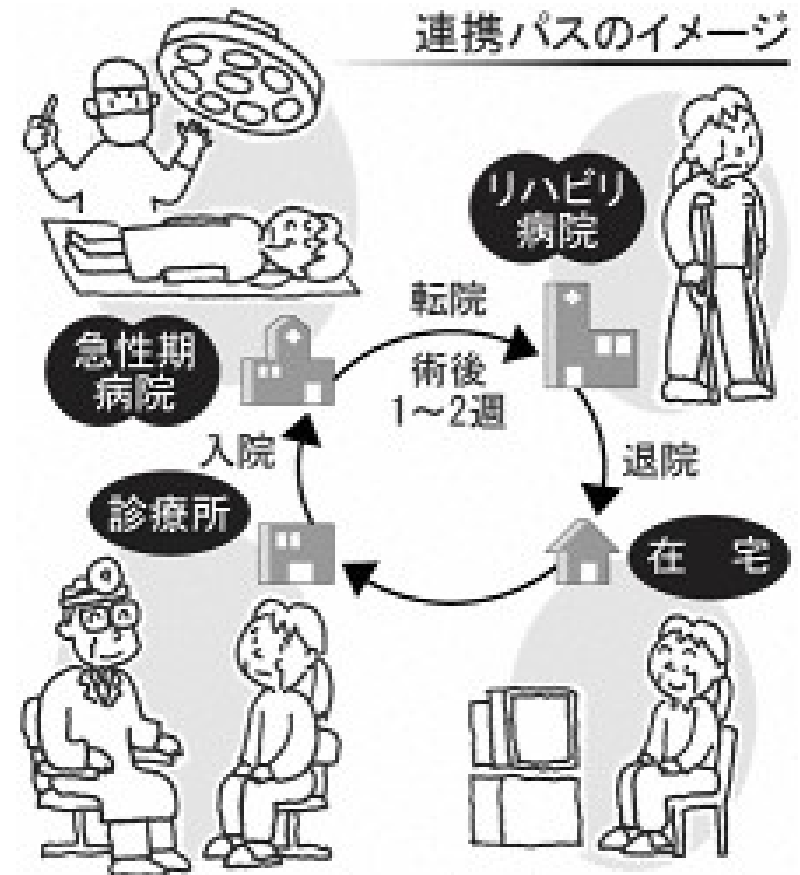
疾病別・事業別の医療提供体制と連携体制の構築

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
 - 病病地域連携クリティカルパス
 - 病診地域連携クリティカルパス
 - 介護連携クリティカルパス



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

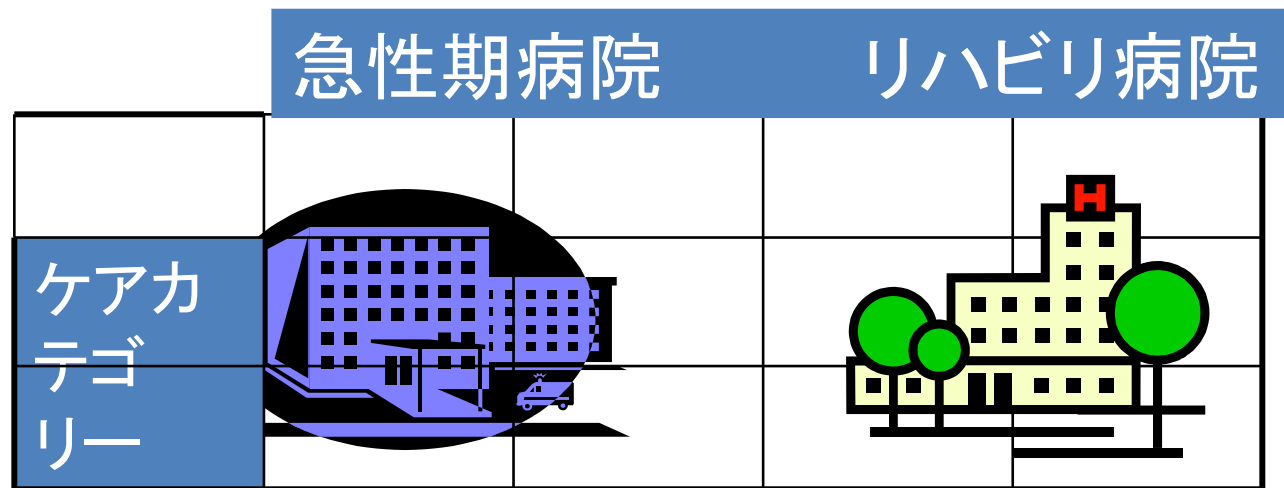
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマ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

クリティカルバスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携クリティカルパスの新規点数と運用

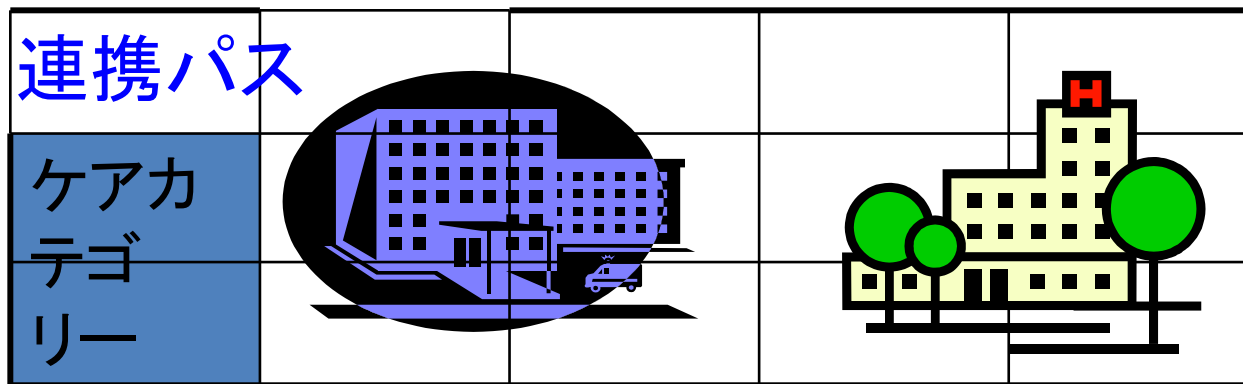
- 地域連携クリティカルパスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的な会合



定期的な会合

急性期病院

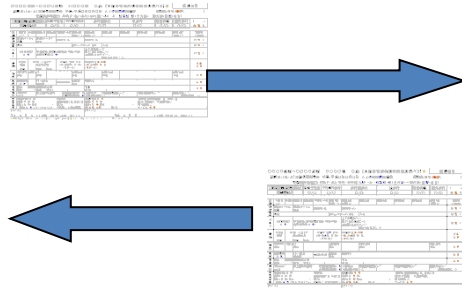
リハビリ病院



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



地域連携クリティカルパス 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クリティカルパス

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

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		カワイ浴可		入浴						自・監・介		
セルフ	【荷重制限有】		急性期病院		転院基準(術後合併症なし)		リハビリ病院		退院基準(受傷前歩行能力獲得)				自・監・介		
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)		疼痛時:坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜 常時・時々)						疼痛有・無			
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血	X線(2R) 採血						X線(2R) 採血	有・無		
処置	綱線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		処置なし						有・無	
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()				常食 特食()								有・無	
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR 家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇				試験外泊 退院時訪問〇/〇		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

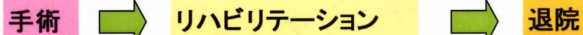
* 食事を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報提供をお願いいたします。

人工骨頭置換術を受けられる方へ

患者様用パス

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』



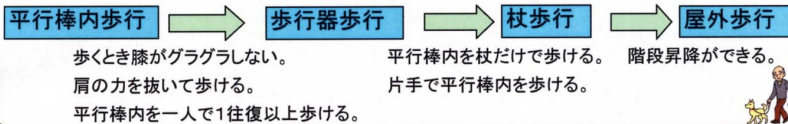
* 手術後に特別な合併症が無ければ1~2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます。

経過	入院...手術... 転院:術後1~2週	術後3週...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練		
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。		
検査	X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)		

『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



『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

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

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

3) 脱臼し易い姿勢に注意!

【右写真を参照】

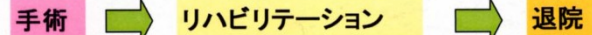


家屋改修(自宅での生活が目標の方)

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

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

『治療の流れ』



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

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

入院診療計画予定表

大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

() 様 担当医 () 担当看護師 () 担当理学療法士 ()

経日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	X線検査 血液検査
食	食事は夕食まで □飲水は22時まで	□胃管後、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	□制限ありません			
歩	□歩みに応じて訓練で 引ひ張ります (疲れないように)	□手術が終わって、3時間 はベッド上安静です	□褥瘡で訓練します	□リハビリにて訓練開始です		
歩	□3時間たったら、身体を おこせます	□空れます	□平行棒内での起立から後かに 歩きます			
歩	□訓練の指導、説明 おこないます	□車椅子で移動出来ます	□車椅子で退室出来ます	□車椅子で退室出来ます □車椅子で退室出来ます □車椅子で退室出来ます		
歩	□病室でのリハビリが 始まります			□老人入退室で退室出来ます □老人入退室で退室出来ます □老人入退室で退室出来ます		
歩	□排便の確認をします □必要に応じて毛を 剃ります	□術後おしっこが 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			
歩	□可能であれば 入浴できます		□ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)	□清拭	□術後8日目までに全抜糸です □全抜糸後次のガーゼ交換日に 傷口の確認があります □傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます	
歩	□持参薬の確認 □化膿止め点注の テストがあります	□麻酔科医の指示にて薬の 調整をすることがあります	□術前に化膿止め点注が あります □術後500mg点注が2本 あります	□朝夕化膿止め点注があります → 術後2日目で終了です		
歩	□必要に応じて疼痛 薬(坐薬)使用	□必要に応じて疼痛薬 (坐薬)使用	□必要に応じて疼痛薬 (坐薬)使用	□必要に応じて疼痛薬 (坐薬)使用		
歩	□入院時説明 □手術時説明 □手術室看護補助	□術後説明			□血液検査 □レントゲン撮影 □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

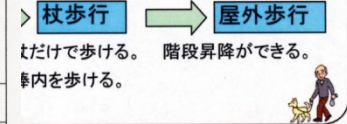
※家屋環境のチェックが必要となります。

* 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

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



『日常生活、生活の場』

目標:(自宅・施設)

生活の場を通して実践していきましょう。まずは杖だけで歩ける。階段昇降ができる。車椅子を歩ける。

家屋改修(自宅での生活が目標の方)

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

シーム...

1

レポート数: 10

ソート済み

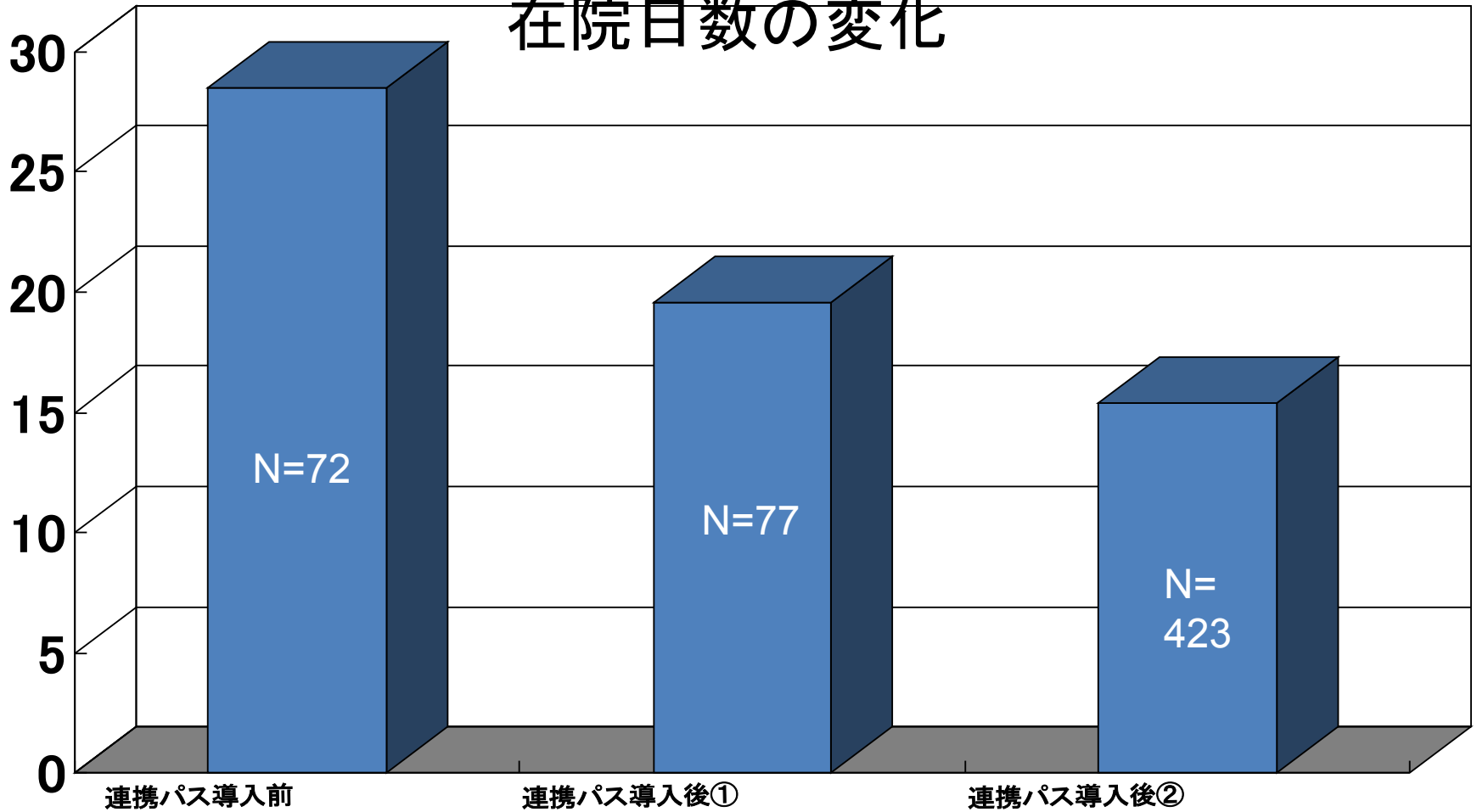
熊本医療センター → **いしくまもと病院** イニシャル:氏 N.名 S. 95歳 女性 診断名:左 左大腿骨頸部骨折 患者No 1
 ID 702557 ID 手術日:平成16年3月24日 手術:γネイル
 受傷日:平成16年3月23日 受傷場所: 受傷機転:
 受傷前歩行能力:伝え歩き 補助道具:伝え歩き 最終到達目標:屋内: 屋外:
 退院後:
 到達目標:移動能力 車椅子坐位 平行棒内歩行 歩行器歩行 杖歩行 階段昇降 屋外歩行 最終歩行獲得レベル
 訓練開始日 3月26日 4月16日

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	
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°	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	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							

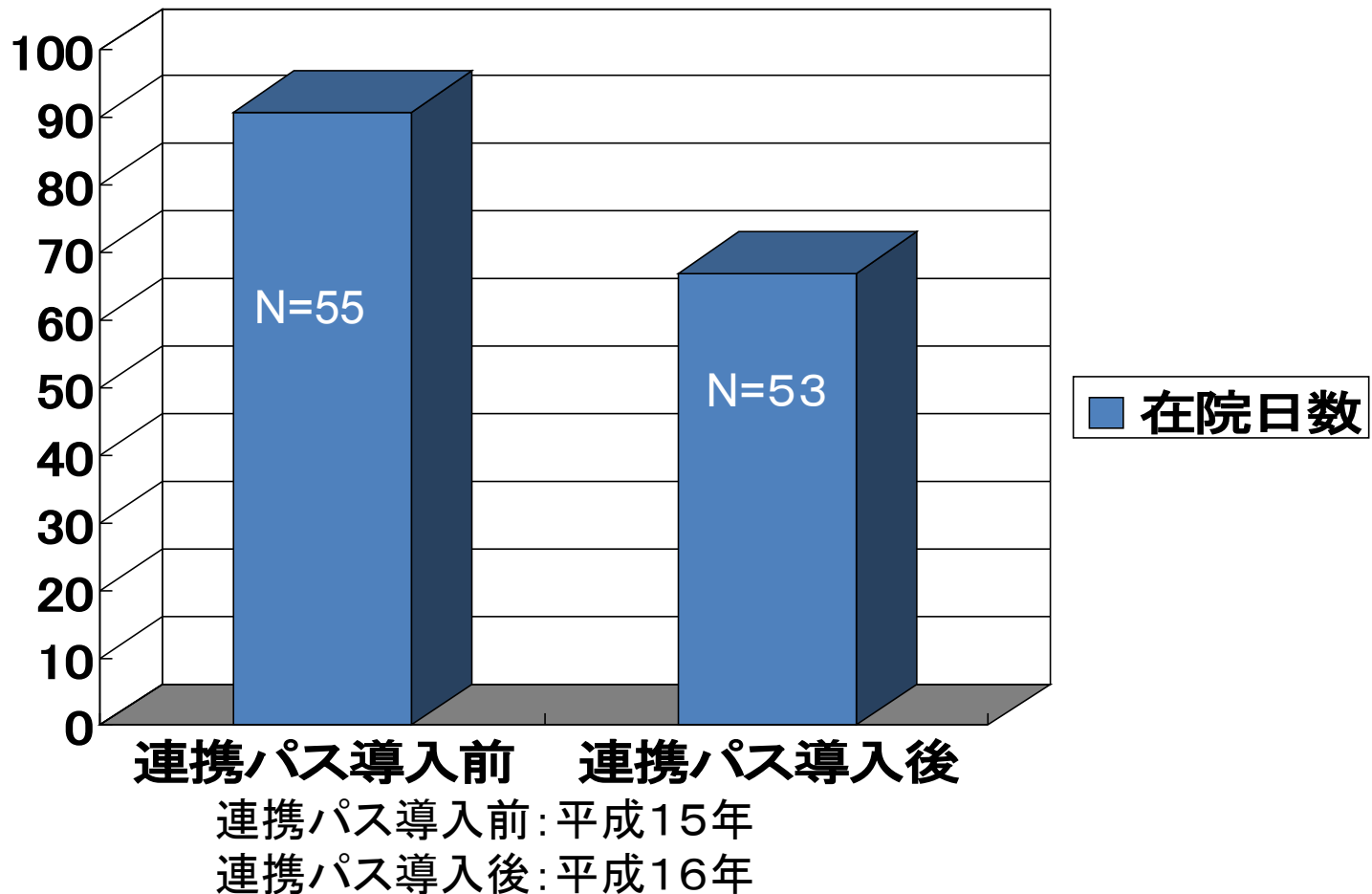
地域連携クリティカルパスの効果

- 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。

地域連携クリティカルパス (大腿骨頸部骨折)導入による 在院日数の変化



地域連携クリティカルパスの 連携先のリハビリ病院の在院日数変化

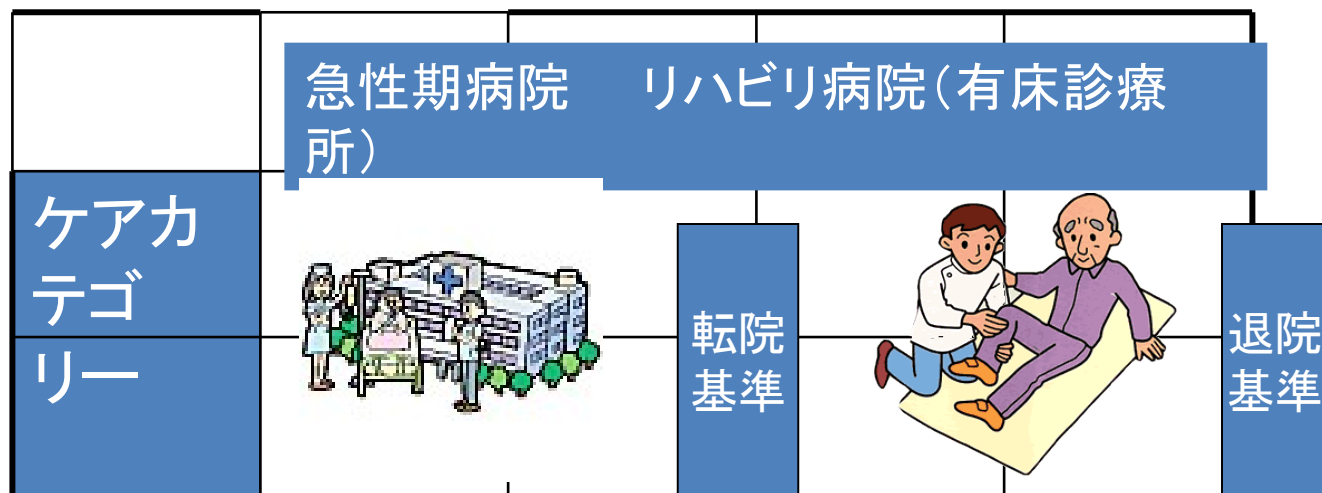


パート2
脳卒中の
地域連携クリティカルパス

脳卒中地域連携クリティカルパス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

- 医療計画に記載されている病院又は有床診療所であること
- 退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

月日	/	/	/		/	/		/
経過(日または週単位)	1日目 入院日	2日目	3日目		○日	1日目	2日目	○日 退院日
達成目標					転院日 転院基準		(退院基準)	
治療 薬剤(点滴・内服)								
処置 検査								
安静度・リハビリ (OT/PTの指導を含む)								
食事(栄養)								
清潔・排泄 患者様及びご家族への説明								
退院時情報	退院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成○年○月○日 主治医			退院時の日常生活機能評価合計点 ○点

都内の脳卒中地域連携クリティカル 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

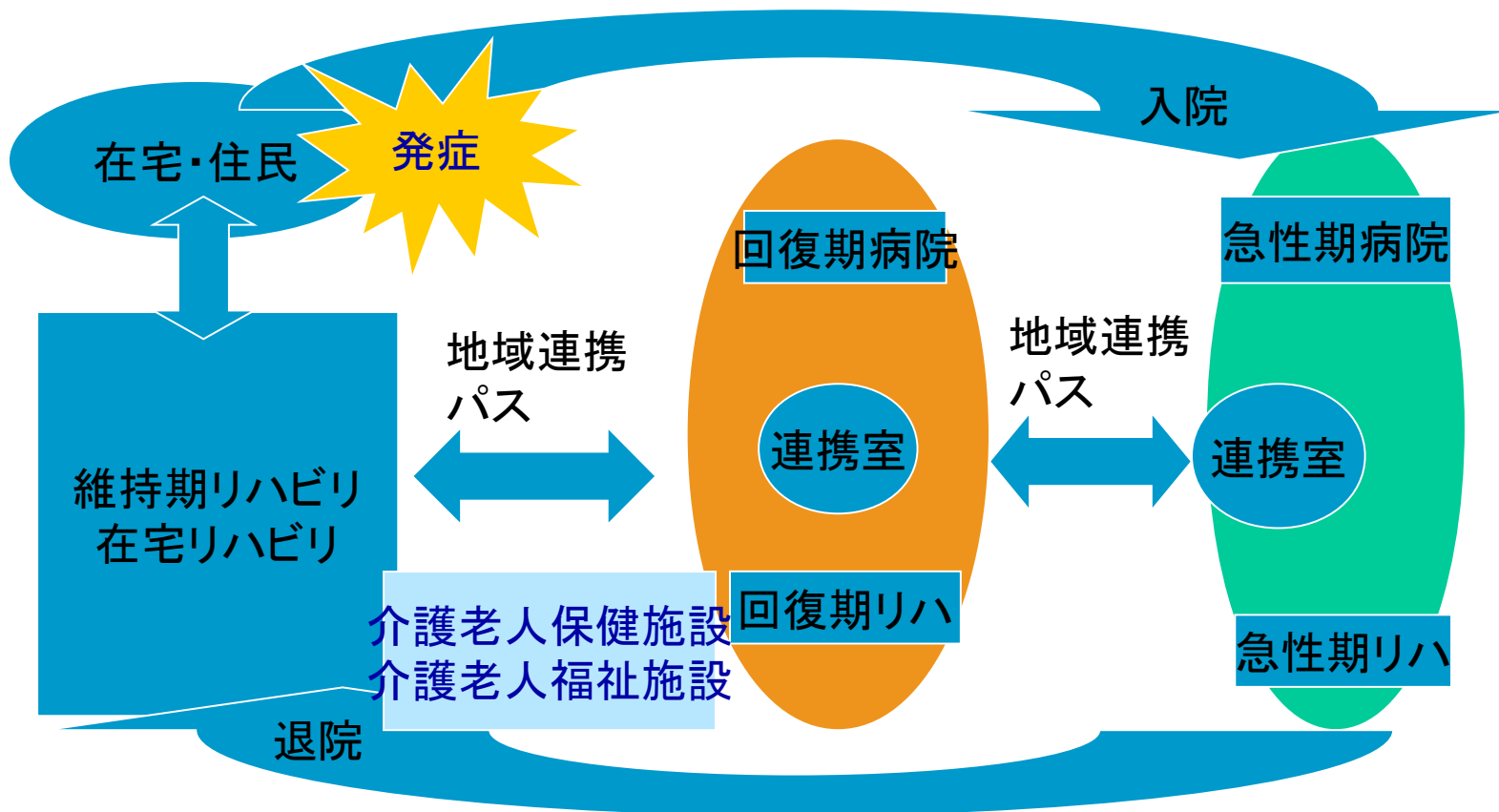
脳卒中地域連携 クリティカルパスの東京都内の事例

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 クリティカルパスの流れ



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



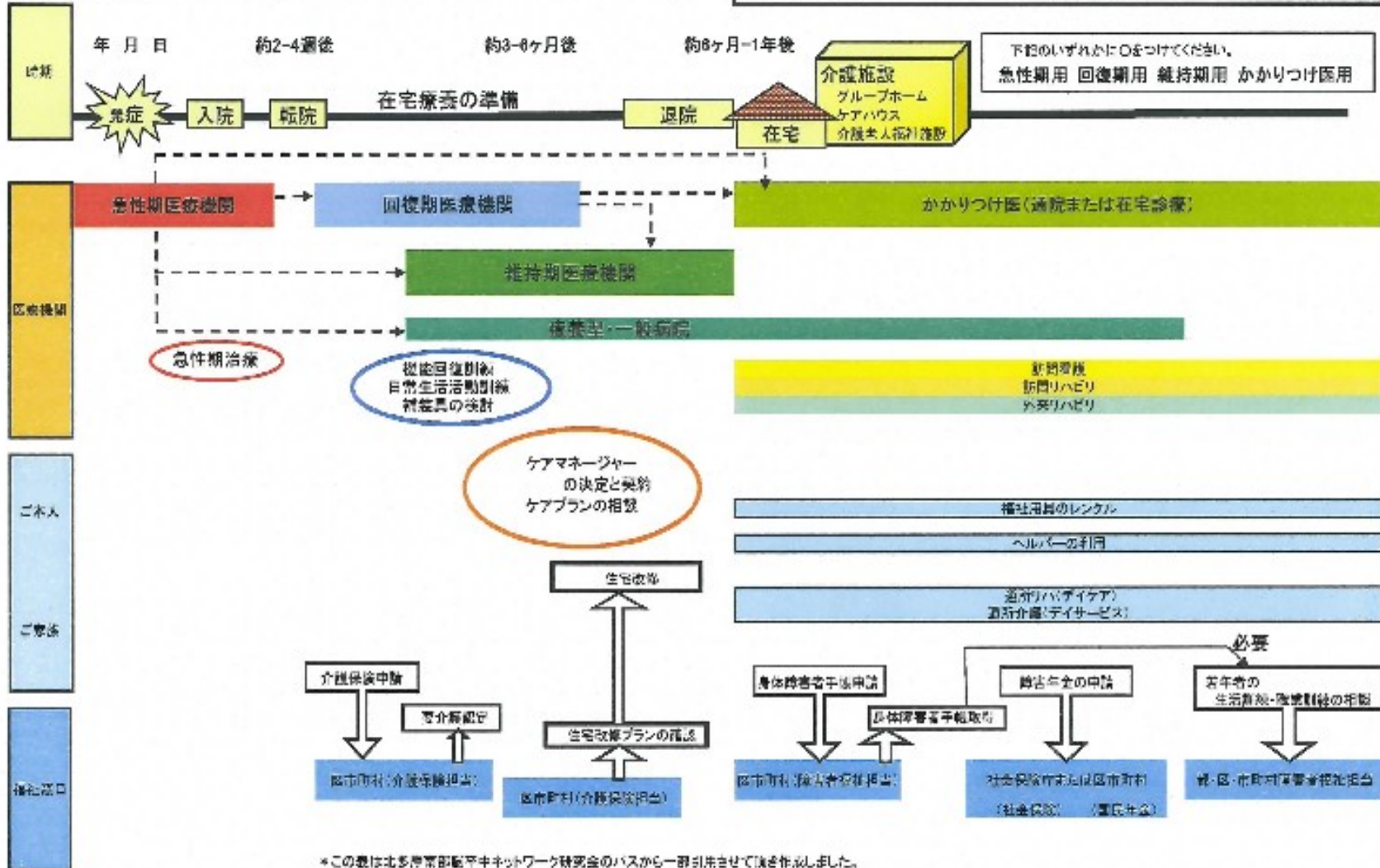
急性期(22施設)

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 _____



*この表は北多療養部臨床ネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂き作成しました。
 *状況により上記の内容が変更になる可能性があります。

慈恵医大のホームページからごらんになれます

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）

一般社団法人脳卒中地域連携パス協会
市民公開講座 2012年6月30日 全国町村会館



地域医療連携電子パスシステム機能一覧

【急性期担当】

- 急性期パス登録
(入院時・退院時)
- 入院時申込書
- 回復期担当申請・確定
- 維持期担当申請・確定
- 患者情報登録・検索
- パスワード変更

【回復期担当】

- 回復期パス登録
(入院時・退院時)
- 入院時申込書
- 受入情報確認・回答・登録
- 維持期担当申請・確定
- 患者情報検索
- 空き病床情報登録
- パスワード変更

【維持期担当】

- 在宅生活ノート
- 受入情報確認・回答・登録
- 患者情報検索
- 空き病床情報登録
- パスワード変更

ASP利用のネット入力システム



地域医療連携電子パス画面イメージ

■急性期パス登録 —基本動作・日常生活機能評価表— (急性期担当②⑧)

40MF F20110101 10:00

急性期パス登録 (入院時 [中込時])

診療科等 ▶ 基本動作・日常生活機能評価表 ▶ Basic Life Index ▶ NHSS - 認知症調査票 ▶ 確認・登録

※患者情報※

氏名 19月H

性別

年齢

入院日

退院日

担当医師

担当医師

※基本動作※

歩行	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	歩行杖の有無	<input type="text"/>
食事 (咀嚼)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	嚥下補助器具の有無 (咀嚼補助)	<input type="text"/>
排泄	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	排泄補助器具の有無	<input type="text"/>
入浴 (上着)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	入浴補助器具の有無	<input type="text"/>
立位	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7	立位補助器具の有無	<input type="text"/>

計 点

※日常生活機能評価※

以上5分以内	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1	歩行補助器具の有無	<input type="text"/>
片手片足の手指動を伴った持ち上げが可能	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1	排泄補助器具の有無	<input type="text"/>
歩行時	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2	入浴補助器具の有無	<input type="text"/>
足 (上着)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1	立位補助器具の有無	<input type="text"/>
圧位保持	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2		
排泄	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2		
移動 (片足)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1		
口腔機能	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1		
食事摂取	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2		
衣服の着脱	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2		
他者への意思伝達	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input checked="" type="radio"/> 2		
日常生活上の指示が理解できる	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1		
移動 (片足)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> 1		

計 点

香川シームレスケア研究会



(独法)労働者健康福祉機構
香川労災病院 脳神経外科部長
藤本 俊一郎 先生

香川シームレスケア研究会の 脳卒中連携パス

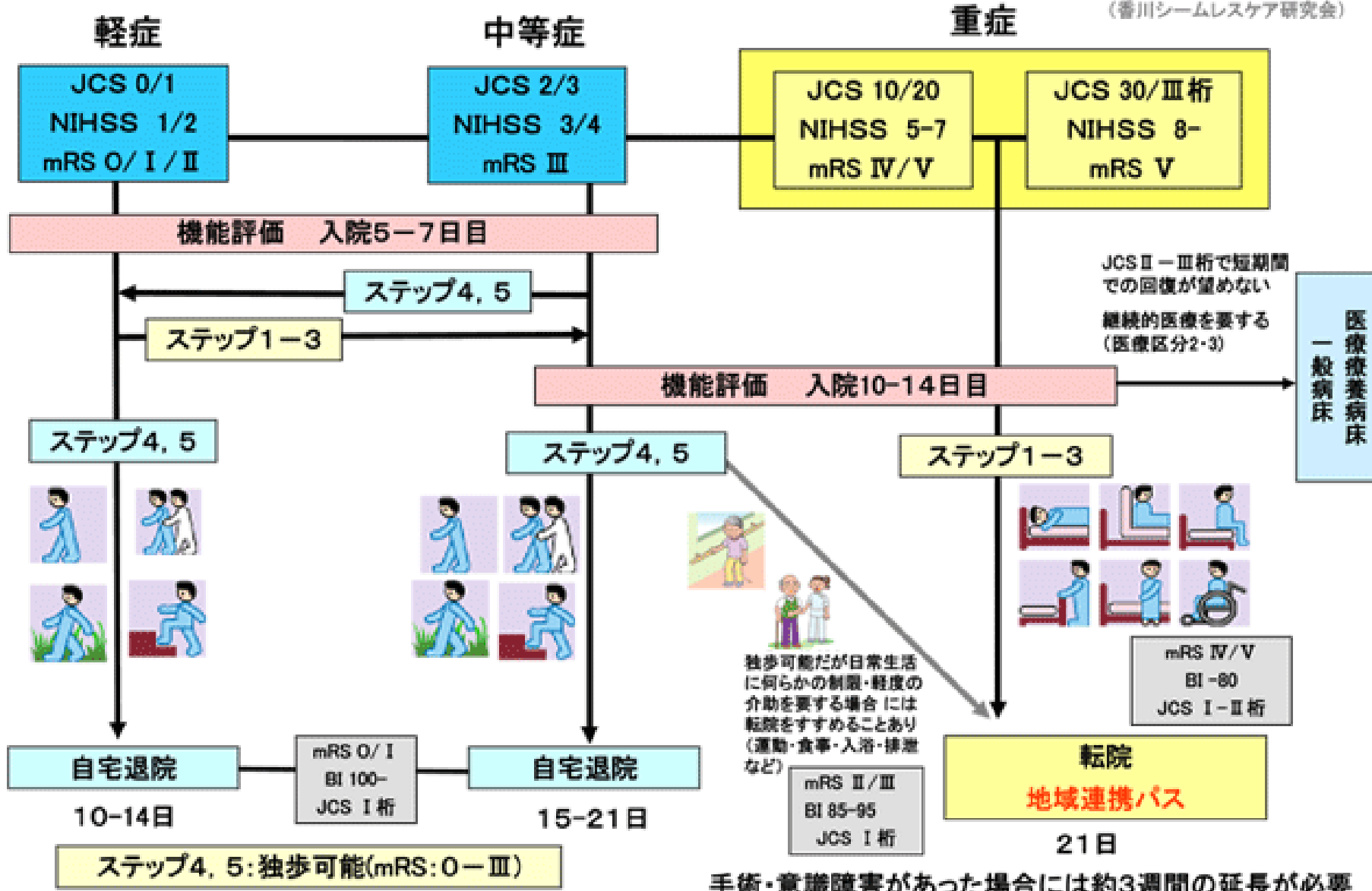
- 2005年11月「香川シームレスケア研究会」
 - 香川労災病院の呼びかけで17施設でスタート
- 目標
 - 急性期病院から在宅までを切れ目なく連携する「連携パス」を作成
 - 施設間で共通のリハビリステップ、評価方法を用いる
 - 患者さんにも情報を提供する

脳卒中の評価方法

- NIHSS
- mRS(modified Rankin Scale)
- FIM(functional Independence Measure)
- JCS(Japan Coma Scale)
- GCS(Glasgow Coma Scale)
- WFNS(World Federation of Neurological Societies)
- Hunt & Kosnik
- Fisher
- 障害老人の日常生活自立度判定基準
- 認知症のある老人の日常生活自立度判定基準
- 摂食・嚥下能力評価
- VF評価表
- 褥瘡ステージ

リハビリテーション・ステップの標準化

- ステップ1
 - ADL全介助レベル、ベッド上座位、ギャッジ座位
- ステップ2
 - ベッド上動作レベル
 - 寝返り、起き上がり、端座位
- ステップ3
 - 車椅子使用可能レベル
 - 車椅子移乗・駆動、つまかまり立ち、立位保持
- ステップ4
 - 歩行可能レベル
 - 歩行器歩行、杖歩行、独歩、
- ステップ5
 - 応用歩行可能レベル
 - 階段昇降、屋外歩行、トレッドミル・エアロビクス



脳梗塞/脳出血 退院基準・転院基準 (入院診療計画書: 医療者用)

かがわ遠隔医療ネットワーク(K-Mix)

- 香川県健康福祉部医務課
 - 地域医療計画における4疾患5事業の円滑な推進のためのIT化ツール
 - 尾崎医務課長
 - 医療連携は原則として地域医療機関が中心となって検討していくことが重要だ。行政主導で連携体制を実現できるかは疑問だ」
 - 藤本香川労災病院脳外科部長
 - K-Mixへの前向きな参加を検討

全体連携図

急性期病院

施設名	香川労災病院	
入...		入院...
退...		
退...		
最終的在宅...		

連携施設(1)

施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

連携施設(2)

施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

連携施設(3)

施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

患者		シームレ...	
疾...		退院...	
かかりつ...		在宅復帰...	
		紹介医	

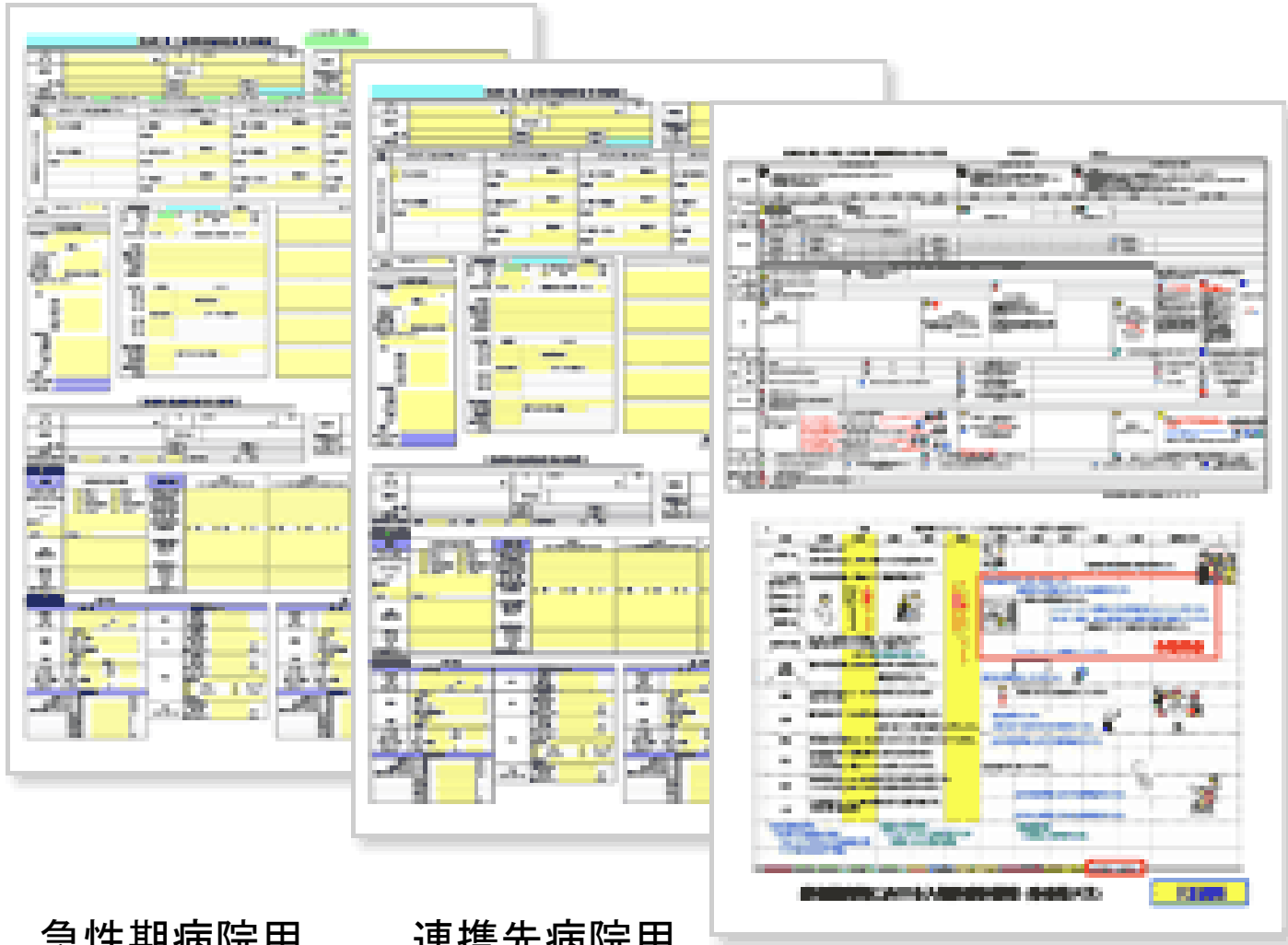
その他 診療所・病院

在宅

在宅療養支援診療所



脳卒中地域連携クリティカルパス



急性期病院用

連携先病院用

患者用

フルタイムメニューの使用による入力の効率化と共通言語の使用

回復期リハ病院 担当者 殿【患者様経過報告書兼依頼書】

フリガナ	氏名	性別	生年月日	年齢	
〇〇	●	男性	昭和30年1月1日	71	
診断名	脳梗塞 脳心症 高血圧	既往症	脳心症		
(部位)	みぎ脳半球・【脳梗塞(左内頸動脈高血圧等)	治療法	みぎ頸動脈内頸動脈	手術日 平成18年12月2日	
なし		手術日	平成18年11月14日	入院日	平成18年12月2日
1/42	■ mRS 1	■ Barthel Index 10	/100		

疾患名

- 脳血栓(穿通枝)
- 脳血栓(皮質下)
- 脳塞栓
- 脳出血
- くも膜下出血
- その他

介助度

- 自立
- 見守り
- 一部介助
- 全介助

術式

- 連続的・中大脳動脈吻合術
- 頸動脈血栓内膜剥離術
- 外流圧術
- 脳内血栓除去術
- 脳動脈瘤クランプ
- 脳動脈瘤塞栓術
- その他
- 保存的治療(意識障害あり)
- 保存的治療(意識障害なし)

登録

生活場所

- 在宅
- 入院
- 入院(連携医療機関)
- 介護老人保健施設
- 特別養護老人ホーム
- その他の介護施設

入院前後

生活場所: 在宅

入院理由: 入院

脳梗塞	平成18年9月19日	一般病室	
■ mRS	5 /42	■ Barthel Index 3 /100	
■ mRS	7 /42	■ Barthel Index 1 /129	
JCS	1		
要介護度	ランク1 (B2)	認知症老人自立度	ランク1
合併症	なし		
薬物-薬剤	ワロン		
行動行動	なし		

資格

- 医師
- 看護師
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚療法士
- MSW
- NST・PEG

介護認定

- 要支援 1
- 要支援 2
- 要介護 1
- 要介護 2
- 要介護 3
- 要介護 4
- 要介護 5

認知症老人の日常生活自立度(認知症)判定基準

生活自立	J	1 交通機関を利用して外出する 2 施設外へから外出する
歩行たまり	A	1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中もベッドから離れて生活している
寝たきり	B	1 室内での生活は専ら介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保持 2 介助により車椅子に移乗する
	C	1 一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 2 自力で歩行が困難

地域連携クリティカルパス 脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST

- 編集・藤本俊一郎 香川
労災病院脳神経外科
部長
- CD-ROM付き



港区連携PEGパス研究会

PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）



国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

連携PEGパス研究会の流れ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始(4回)



(メンバー)港区内200床以上6病院のPEG施行Dr及び連携室、港区医師会、港区薬剤師会、訪問看護ST、NPO法人PEGドクターズネットワーク
(活動内容)港区内PEGに関わる問題の抽出、ホームページ・管理マニュアル作成検討、PEG当番、パス作成等

2009年9月5日 第3回連携PEGパス研究会

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

清水薬局

保険薬局
東京都薬剤師会



基準薬局

使用済み注射針
回収薬局
港区薬剤師会



子ども110番
スマイル商品券



港区禁煙支援薬局
Tobacco Free
タバコに、さよう
港区みなと保健所・港区



東京都薬剤師会認定

東京都薬剤師会認定



3-15



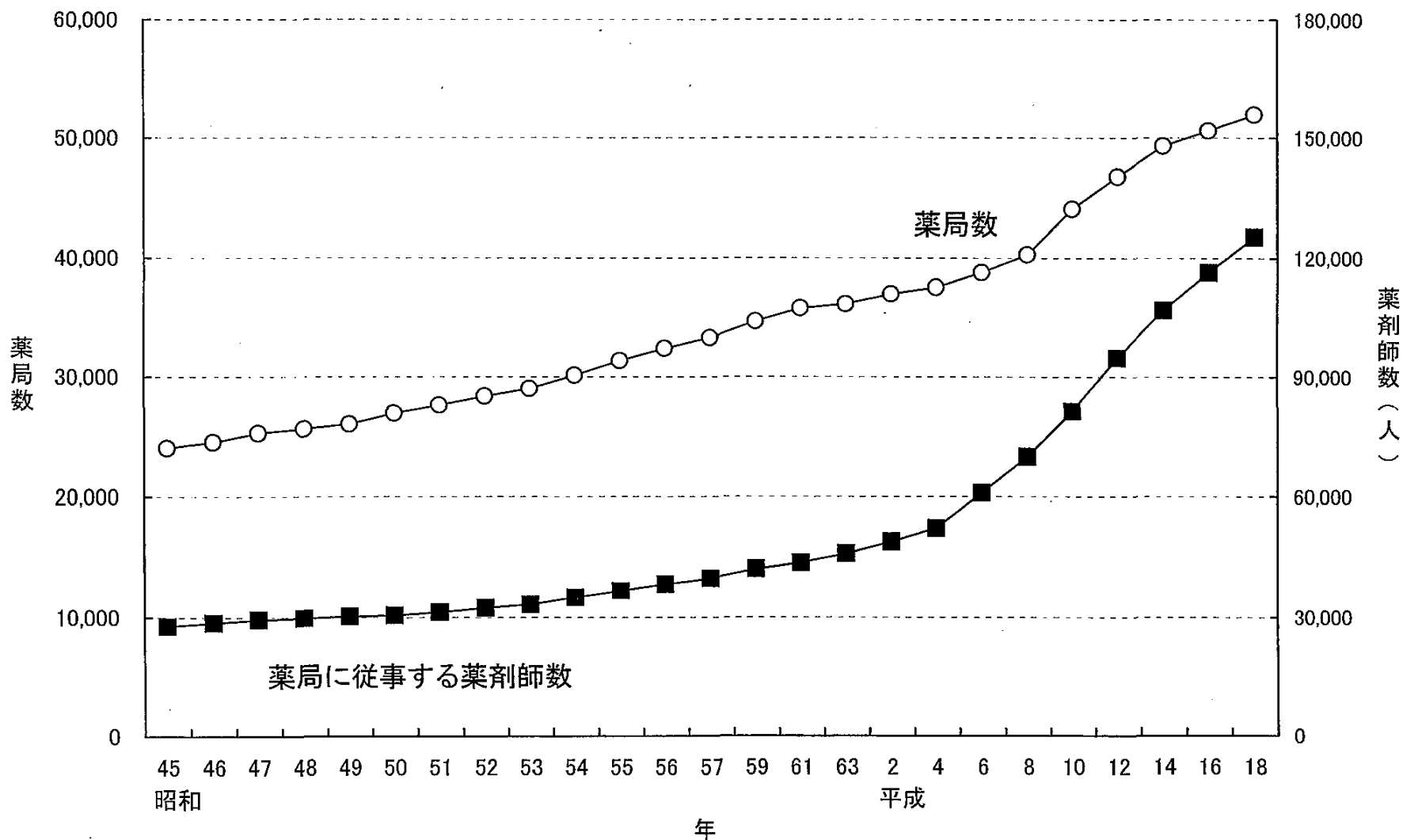
子ども110番

医療計画作成指針(07年7月通知)

• 「薬局の役割」

- 医療計画の「4疾病・5事業にかかる医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料の供給拠点としての役割を担うことが求められる」
- 「都道府県においては、医療機関と薬局の機能分担および業務の連携によって、時間外においても対応できることなどを計画に記載することにより、患者や住民に対し分かりやすい情報提供の推進を図る」
- 医療計画の案の作成の段階から、都道府県は「調剤に関する学識経験者の団体」すなわち都道府県の薬剤師会の意見を聞かなければならないと規定された。

薬局数と薬剤師数の推移



第4回港区PEGパス研究会

- 2010年9月11日健保会館
- 港区医師会より
 - 地域連携PEGパス港区医師会HPへのリンクについて
 - ウスイ内科クリニック 白井一郎 先生
- 港区PEGの現状報告
 - 1. 病院からの現状報告：国際医療福祉大学三田病院 小山秀彦 先生
 - 2. 港区特養で療養している患者の実態：サンサン赤坂 小久保了太 先生
 - 3. 特養新橋さくらの園での口腔ケア・マネジメントについて：
江里口
歯科医院 江里口裕康 先生

- 特別講演
 - 『PEGの現状と課題～PEGの適応～』
 - 国際医療福祉大学病院
外科 教授・上席部長
鈴木 裕 先生



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

造設年月日: 製品名: 型名: (バンパー or パルーン) (ボタン or チューブ) サイズ: 長さ cm×太さ Fr 最新交換日:	栄養剤投与方法(種類): 6時 9時 12時 15時	必要栄養量: kcal) 18時 21時 24時	交換予定日: 施設病院連絡先: *休診・夜間等緊急の場合
---	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

経過項目	退院時	2週間	1ヶ月	交換予定日1ヶ月前
達成目標	#PEGの仕組み・管理について患者・家族が理解でき実施できる。 #合併症の早期発見・対処ができる			
栄養	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼: 夜:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 摂食状況(有・無) (摂食量:) <input type="checkbox"/> 栄養剤投与量 (朝: 昼:) <input type="checkbox"/> 栄養評価 [良好・普通・問題有] 問題有:
保清	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:	<input type="checkbox"/> 口腔内の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有: <input type="checkbox"/> 胃腹部の清潔の状態 [良好・普通・問題有] 問題有:
トラブル観察	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応	1. 嘔吐(有・無) 2. 下痢(有・無) 3. 便秘(有・無) 4. 皮膚障害と濡れ(有・無) 5. 胃ろうのつまり(有・無) 6. 胃ろうが抜けた(有・無) 7. 胃ろうの浮き上がり(有・無) 8. 誤嚥・胃食道逆流(有・無) 9. 発熱・感染(有・無) 対応
説明	<input type="checkbox"/> 栄養剤投与方法 <input type="checkbox"/> トラブル対処法 説明実施相手: 患者との続柄:			<input type="checkbox"/> 次回カテーテル交換説明 <input type="checkbox"/> 交換当日の食事について説明 朝7時まで注入を終了 <input type="checkbox"/> 内服は7時までで終わらせる <input type="checkbox"/> 交換依頼
備考				
バリエーション	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無	有(逸脱・変動)・無

連携PEGパス

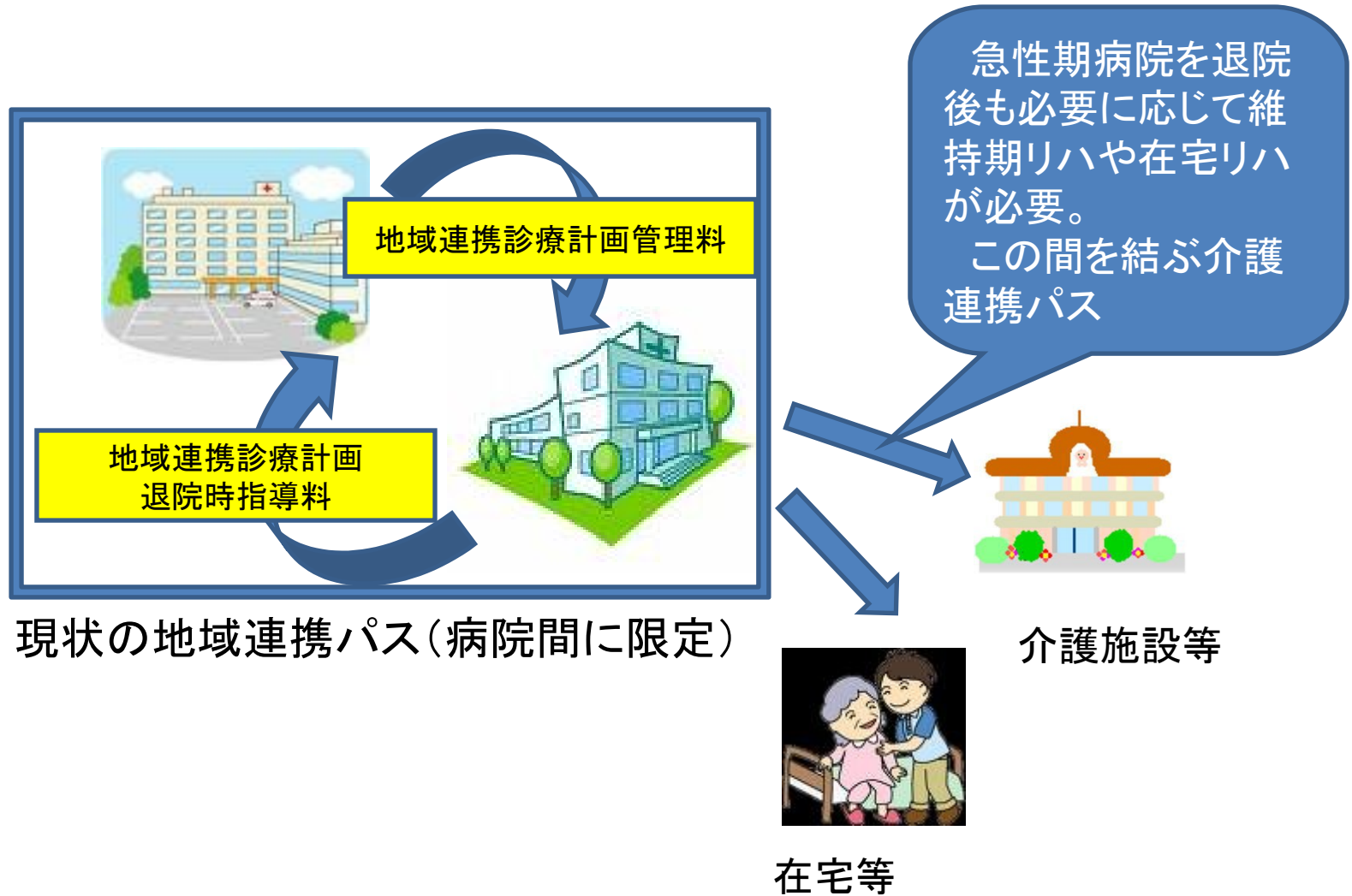
港区医師会
「みなとe連携パス」に掲載

パート3
診療報酬改定と
地域連携クリティカルパス

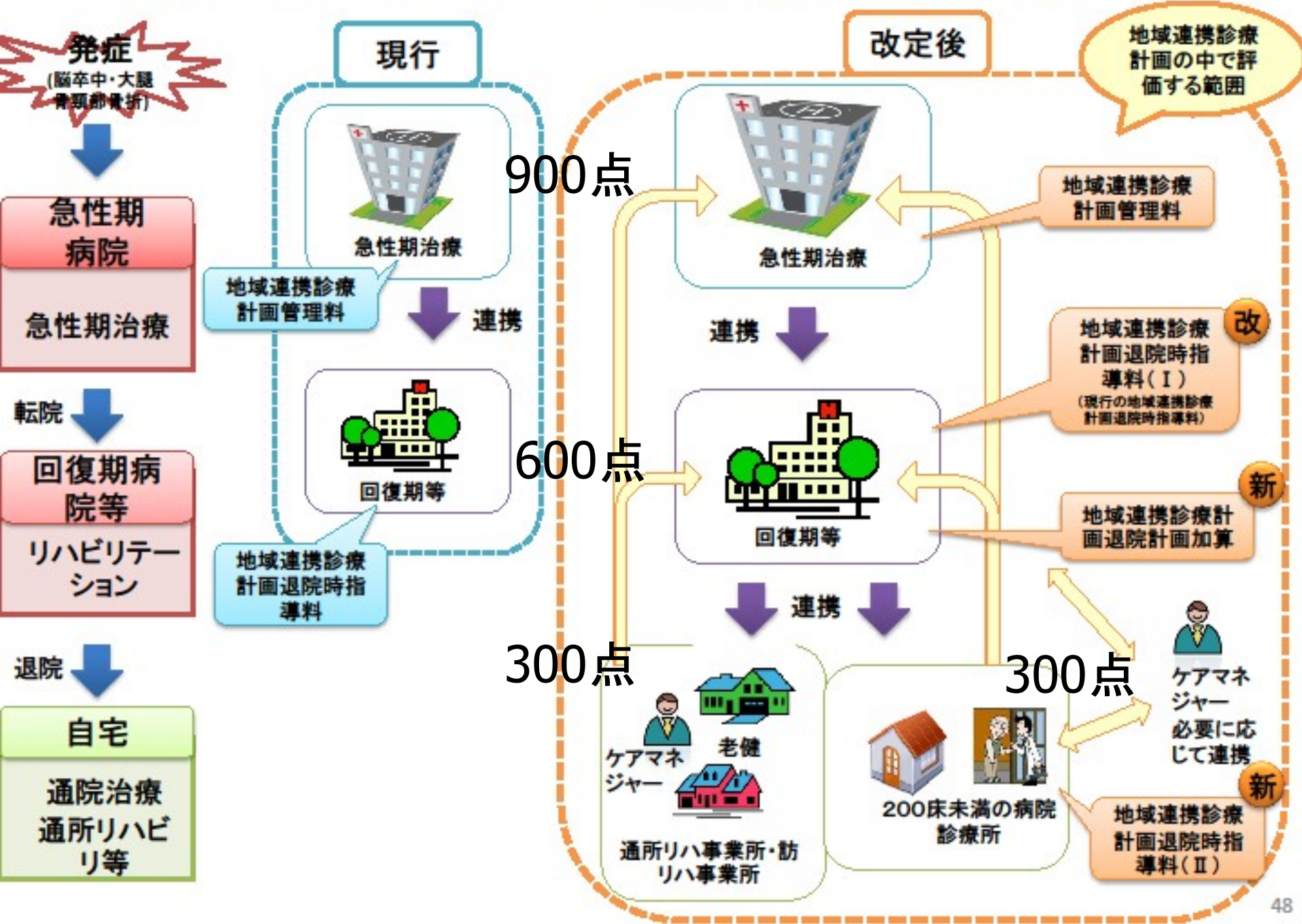
2010年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

- ①施設拡大(在宅、介護へ拡大)
- ②疾病拡大(がんへ拡大)

地域連携パスの介護領域への拡張



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

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

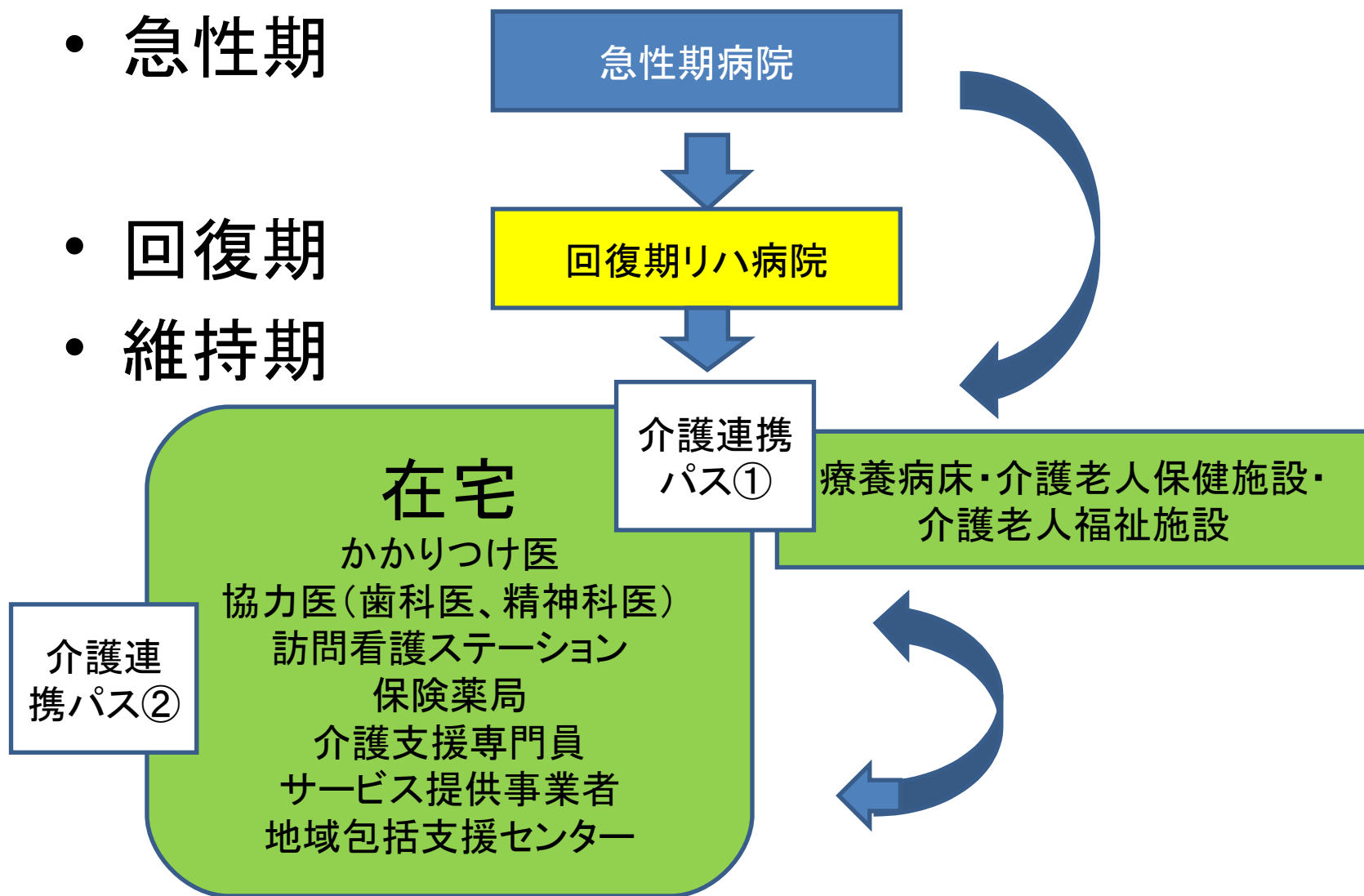


介護連携パスの必要性と期待

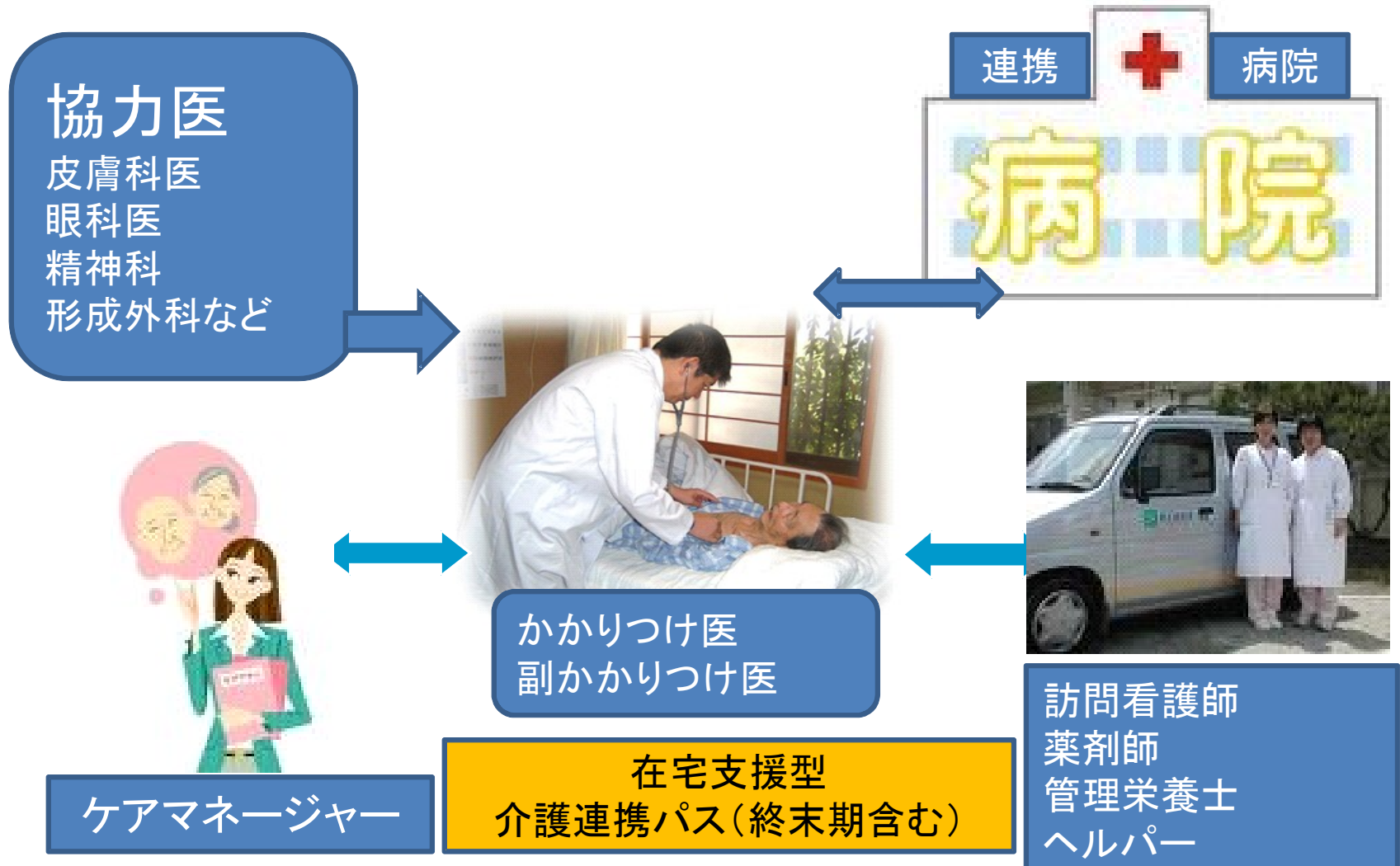
- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

2種類の介護連携パス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



②在宅支援型介護連携パス



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
報告



②地域連携クリティカルパスの 疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
がん地域連携パスに疾病拡大

がん地域連携クリティカルパス

2010年診療報酬改定

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

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

① がん治療連携計画策定料(計画策定病院)

750点(退院時)

[算定要件]

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

② がん治療連携指導料(連携医療機関)

300点(情報提供時)

[算定要件]

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

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

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



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

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



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

がん地域連携クリティカルパス

①病・病連携パス

②病・診連携パス

①病・病地域連携クリティカルパス

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

The image shows a large document titled "mFOLFOX6用クリティカルバス" (Critical Pathway for mFOLFOX6). It contains a detailed table with multiple columns and rows, likely detailing treatment protocols, patient information, and medical instructions. The text is in Japanese and appears to be a formal medical document.



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・診地域連携クリティカルパス

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

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

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。

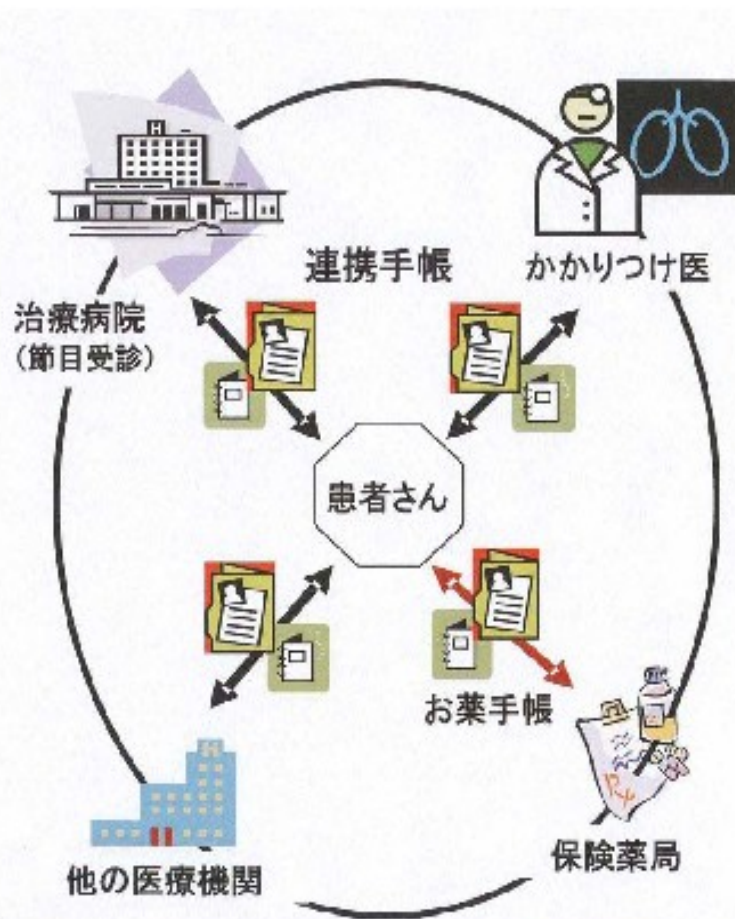
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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がかかりつけ医を受診できない場合は、手術した病院（電話番号は3ページにあります）までご連絡ください。

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

連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

お名前	
生年月日	明・大 明・平 _____年 _____月 _____日
身長 _____cm	体重 術前 _____kg 退院時 _____kg
手術病院	
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+ α ・D1+ β ・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 HOPDCY M0

(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年診療報酬改定と 地域連携パス



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定

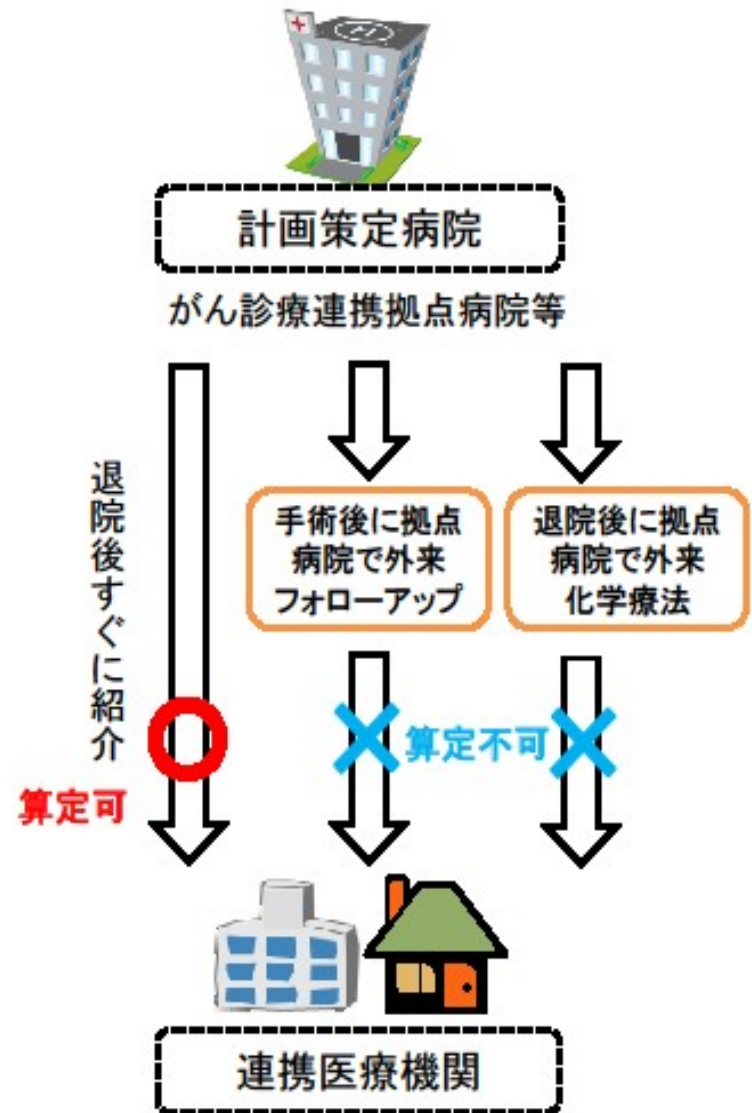
がん診療の連携に関する評価と課題について②

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。



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。

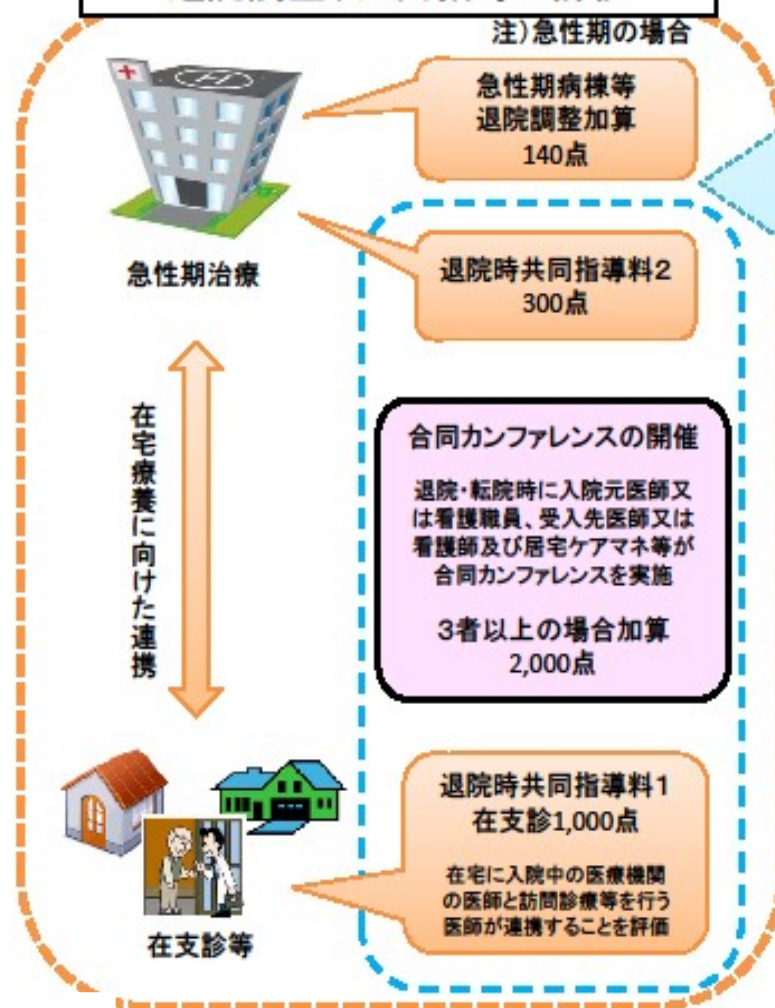
現行の退院調整等に関する評価のイメージ

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。

パート4

地域医療計画の見直しと 地域連携クリティカルパス



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

5事業および在宅医療



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

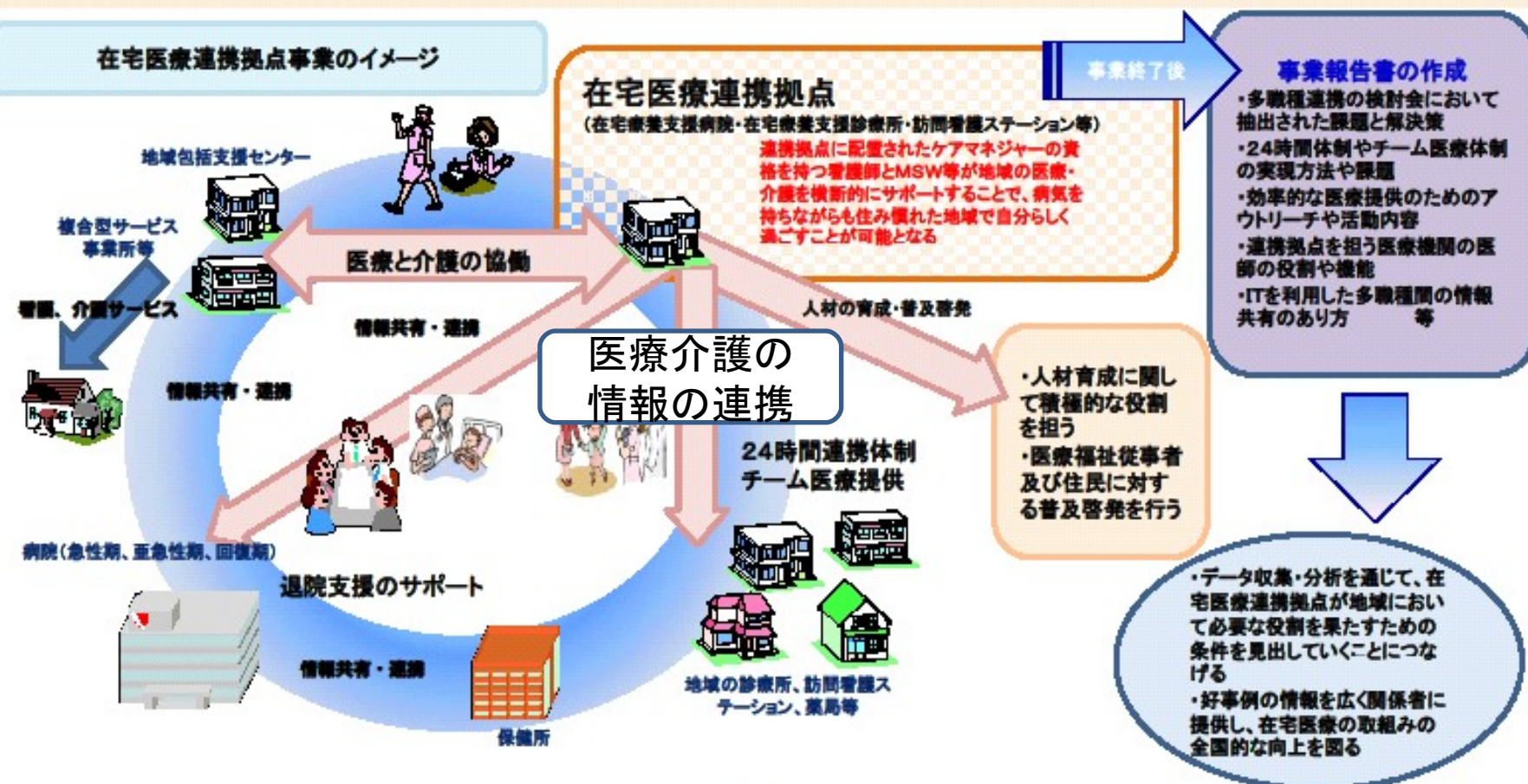
市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

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・地域包括ケア元年」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！



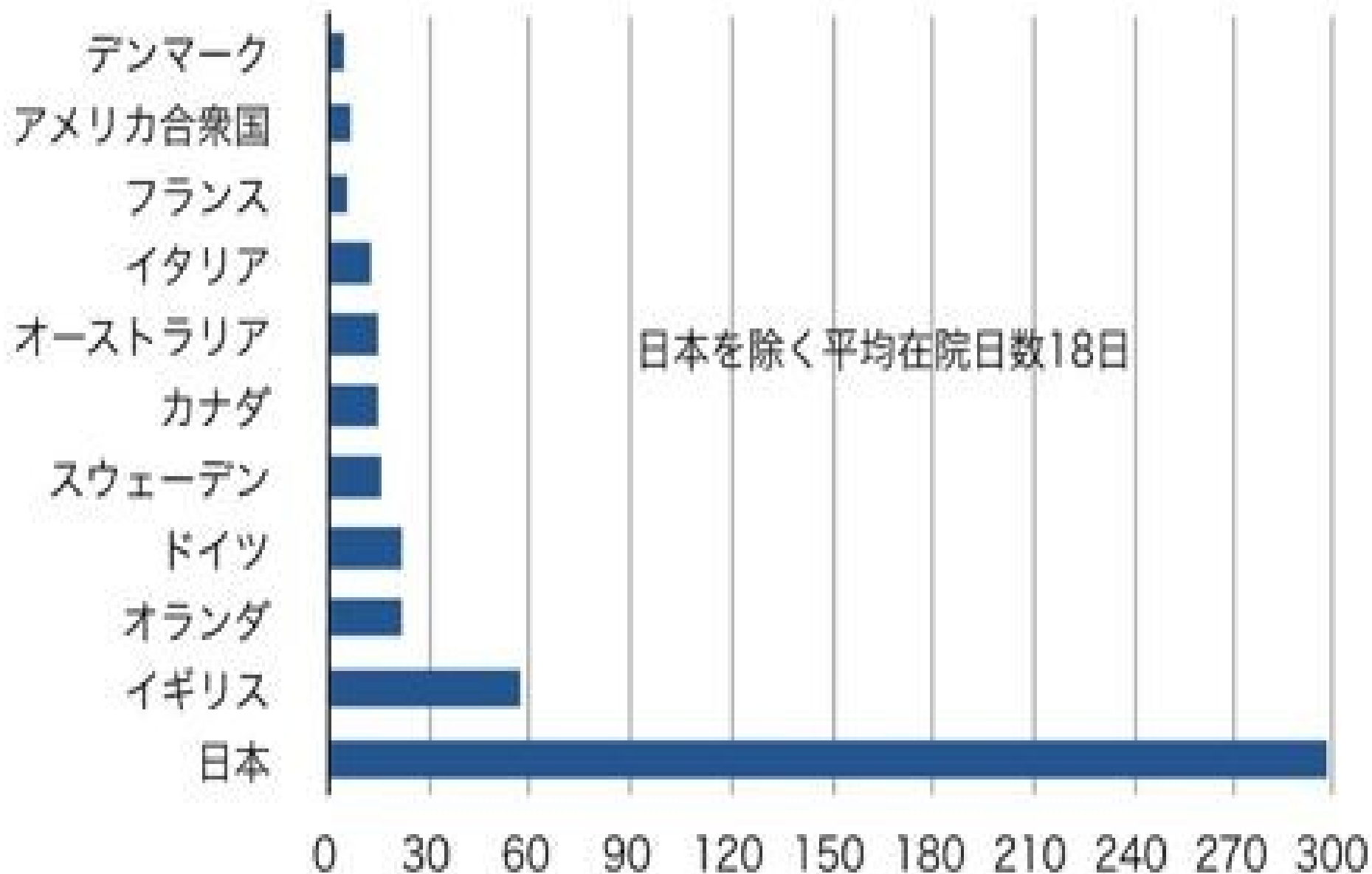
大谷医政局長

**在宅医療連携パス
(介護連携パス)の開発が必要！**

精神医療の見直し

多すぎる精神病床数と
長い在院日数

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)

精神疾患が地域医療計画の5疾患に 加えられると・・・

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

精神科地域連携クリティカルパス（北里東病院）

適応基準：うつ病 反復性うつ病

除外基準：認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準：うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害

5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感

8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 (月 日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 (月 日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 (月 日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 (月 日)	治療終結検討期 退院から24ヶ月後 (月 日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保っている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡感が得られる 抗不安薬を漸減中止できる <input type="checkbox"/> 同左 抗うつ薬を漸減中止できる 治療終結を楽観的に捉えられる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左
タスク	<input type="checkbox"/> 通院(月 日)(月 日)・・・ <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 服薬自己管理の教育 <input type="checkbox"/> かかりつけ医への情報提供書作成	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 職場担当者と面接 <input type="checkbox"/> 産業医への情報提供	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左	<input type="checkbox"/> 通院(月日)・・・ <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 再発サインと対処法に関する教育

2010年診療報酬改定 認知症連携パス

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

世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病 院:

紹介時
月 日

初診～1ヶ月
月 日

定期受診
月 日

半年又は1年後
月 日

その後の
定期受診

FAX
予約

FAX
予約



ご紹介

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

診断・治療

定期的な診察
検査・治療

各種検査等

各種検査等

- MMSE
- 神経学的所見

- MMSE
- 神経学的所見



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



血液検査

脳血流検査

心臓交感
神経検査



脳MRI



病院への紹介の
際は事前に予約
をお取り致します



検査前には事前に
病院予約を取って下さい

病状に変化が
あった時には
病院と連携を
とります

精神科連携パスを作ろう！

- 精神科連携パス作成手順

- 院内パス作成が基礎

- 急性期精神疾患から作成し慢性期精神疾患へ

- エビデンスやガイドラインに基づいて

- アウトカム指向で

- チームアプローチで

- 精神科退院調整パスの作成

- 精神科連携パスの作成へ

- 基本は院内パスと同じ

- アウトカム指向で、ガイドラインに基づいて、多職種協働で

精神科連携パスを開発しよう！



精神科連携パス勉強会
(大内病院、東京足立区 2011年5月11日)

まとめと提言

- ・医療計画は医療連携の基本計画
- ・地域連携パスは医療連携の情報共有ツール
- ・次期地域医療計画では災害医療、精神医療、在宅医療が大きなテーマ
- ・在宅医療では医療と介護の連携が必須
- ・2012年診療報酬改定で導入された地域連携計画加算を活用しよう

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
- 5月下旬発刊です！



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)