



クリティカルパスの未来へ向かって
地域包括ケアクリティカルパスの実現を目指して

国際医療福祉大学大学院教授
(医療経営管理分野責任者)
武藤正樹

目次

- パート1
 - クリティカルパスのこれまで
- パート2
 - 地域包括ケアシステム
- パート3
 - 地域包括ケアクリティカルパスの構築
- パート4
 - 医療と介護を結ぶ人材



パート1

クリティカルパスのこれまで



クリティカルパスとの初めての出会い、1995年3月のシカゴ

私とクリティカルパスとの出会い

- 1995年3月
- JCAHOで病院機能評価の10日間研修
- 病院訪問
 - シカゴ郊外のコミュニテイホスピタルを訪問
 - クリティカルパスに出会う！！



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所

シカゴの病院で・・・パスに出会う(1995年)

- 研修最終日にシカゴ郊外の病院見学(1995年3月)
 - 整形病棟で、「クリティカルパスを発見！」
 - 最初の印象「へ～、これまで、なんでこんなことに気づかなかったんだろう？」
 - 看護師さんにインタビュー
 - 「年配のアテンディング・ドクターの中には、こんな定型的なプログラムで縛られるのはかなわないという人もいるけど、レジデントには好評ですよ」
 - 「それにアウトカムも明確になっているので、みんなが目標を共有できる。それで看護師はみんな熱心にとりくんでいるのよ」
 - 業務改善委員会(PI委員会)で作成していた



Central Dupage Hospital

セントラル・デュページ病院(米国イリノイ州)の頸椎手術クリティカルパス(1995年)

問題/ニード	手術日	術後第1日	術後第2日	アウトカム
疼痛	4時間ごとに疼痛評価 鎮痛剤投与 弛緩薬投与			疼痛緩和 不眠解消
運動	2~3時間ごとに体位交換 移動介助	自力による体位交換		自立歩行
内服薬に関する知識 創傷処置 行動制限 ソフト頸椎カラー	患者教育 1体位交換 2後屈 3鎮痛剤 4食事 5身体状況 6ソフト頸椎カラー	補強 補強 補強 補強 補強 創傷処置		患者、家族が手術の処置、 薬剤、身体の状態、行動制 限についての理解
輸液	末梢静脈輸液 8時間ごとの水分出納チェック 4時間ごとのバイタルチェック	生食ロック 包帯交換 バイタルチェック		バイタルサインが正常範囲
退院計画		家庭環境評価 退院支援評価 退院指示計画作成	退院指示書作成 退院準備	自宅への退院

医療におけるクリティカルパスとは？

- 1986年、看護師カレン・ザンダー氏によって臨床に導入
- 疾患別・処置別に、ケアに係る医療チーム全員で作成する診療計画表（ケアマップ）
- アウトカム（達成目標）に向かってできる限り無駄を削減して在院日数を短縮した診療計画によってケアをおこなう



ニューイングランド・メデイカルセンター（ボストン）
カレン・ザンダーさん

東京済生会中央病院 (脳梗塞のパス)1996年

東京都済生会中央病院
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

平成8年11月11日

◆患者 _____ 男 女 _____ 歳
 ◆医師 _____
 ◆入院日：平成____年____月____日
 ◆既往歴： _____

確定診断名
 ① アテローム血栓性
 ② 心源性脳梗塞
 ③ ラクナ梗塞
 ④ その他

バス

 へ移行

主治医 _____

◆注意：バスは、ガイドラインです。患者には個人差があり、治療・回復にも影響します。

	入院前 生活アセスメント	入院当日		3日目	
		年 月 日 時 発症	月 日	月 日	月 日
活動	ADLレベル 睡眠	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静	ベッド上安静
食事	内容・摂食行動・入歯	NPO	NPO	NPO	NPO
コンサルテーション	キー・パーソン	PT ST MSW			
検査		MR依頼 HCT CXR EKG 血液（一般、血型、生化学、 凝固系、感染症） 尿一般 ← ヘパリン使用時 APTT	頸部エコー (B)ホルター心電図 (B)心エコー → ヘパリン使用時 APTT	MR ヘパリン使用時 APTT	
ナースング		バイタルサイン 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	V Sチェック 神経学的観察 尿量チェック 体位変換 呼吸管理 清潔 感染予防(肺・尿路)	
薬物療法	常用薬	高浸透性利尿剤(クリセオール) DIV 抗凝固剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノン・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗凝固剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	
おもな 患者アウトカム	①ADLレベルの明確化 ②健康レベルの明確化 ③キー・パーソンの明確化	①ベッド上安静 ②ストレス・フリー ③頭蓋圧亢進症状が無い ④併存症マネジメント良好	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	①同様 ②同様 ③同様 ④同様 ⑤合併症が無い	
特記事項		無 有 ① ②	無 有 ① ②	無 有 ① ②	
サイン	医師				
	看護師				
	PT				
	ST				
	MSW				

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞栓性)の治療を指す。

済生会中央病院の脳梗塞クリティカルパス：脳梗塞の治療は、病型によって様々であるが、病型診断まではどれも大体一定している。このパスは、脳梗塞で入院した患者に対して一律に用いるものであり（パスの適用についての判断は医師が下す）、病型が確定した後は、各病型ごとのパスに移行する。入院当日にPT、OT、MSWへ連絡され、それらの職能を含めた早期チームアプローチが行なわれる。

日本で最初の
クリティカルパス



山崎 絳氏

「基礎からわかるクリティカルパス 作成・活用ガイド」(1997年)

1万部の
大ヒット！

・ 目次

- ・ 第1章 クリティカルパスの基本的知識の理解
- ・ 第2章 クリティカルパスを活用して、病院の経営管理はどのように行う
- ・ 第3章 臨床でのクリティカルパス導入と活用の実際
- ・ 第4章 バリエーションとクリティカルパスの評価
- ・ 第5章 クリティカルパスと看護記録・電子化
- ・ 第6章 クリティカルパスの現在、そして未来
- ・ 第7章 資料集 10のクリティカルパス
- ・ 第8章 本書を理解するための用語集



坂本すかがさん

1997年日総研出版

診療報酬改定と クリティカルパス



中医協

クリティカルパスと診療報酬

- 2000年診療報酬改定
 - 詳細な入院診療計画として保険収載
- 2003年DPCの導入
 - 特定機能病院83病院からDPCが導入
- 2006年診療報酬改定
 - 大腿骨頸部骨折の地域連携パスが導入
- 2008年診療報酬改定
 - 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入
- 2010年診療報酬改定
 - がんの地域連携クリティカルパスが導入
- 2012年診療報酬改定
 - 院内クリティカルパスを入院診療計画へ代替
 - 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

パート2 地域包括ケアシステム



医療介護一括法可決成立(2014年6月18日)

地域医療介護一括法のポイント

医療

基金の創設： 医療提供体制を見直す医療機関などに補助金を配るための基金を都道府県に創設(2014年度)

病床機能報告制度： 医療機関が機能ごとの病床数を報告する制度を導入(2014年10月)

地域医療構想： 都道府県が「地域医療構想」を作り、提供体制を調整(2015年4月)

医療事故を第三者機関に届けて出て、調査する仕組みを新設(2015年10月)

介護

「要支援」の人への通所・訪問看護サービスを市町村に移管(2015年4月から段階的に)

一定の所得がある利用者の自己負担割合を1割から2割に引き上げ(2015年8月)

所得が低い施設入居者向けの食費・部屋代補助の対象を縮小(2015年8月)

所得が低い高齢者の保険料軽減を拡充(2015年4月)

特養への新規入居者を原則「要介護3以上」に限定(2015年4月)

6月18日可決
成立

(カッコ内は施行時期)

5月14日衆院
厚生労働委員会で
強行採決！



衆議院
TVインターネット審議中継
Welcome to the House of Representatives Internet-TV

HOME

お知らせ

利用方法

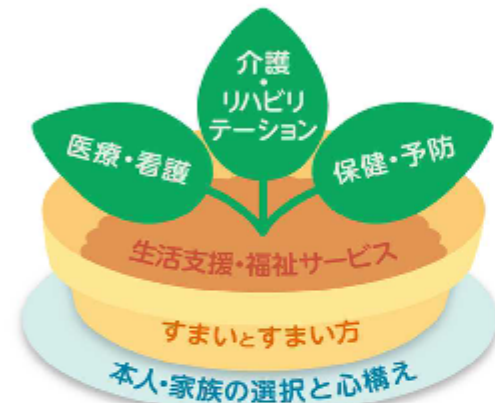
FAQ

アンケート



強行採決の前日、5月13日衆議院厚生労働委員会参考人招致
「地域包括ケアシステムにおける看護師・薬剤師の役割と課題」

地域包括ケアシステム



地域包括ケアシステムとは？

介護が必要になっても、住み慣れた地域で、その人らしい自立した生活を送ることができるよう、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供するシステム

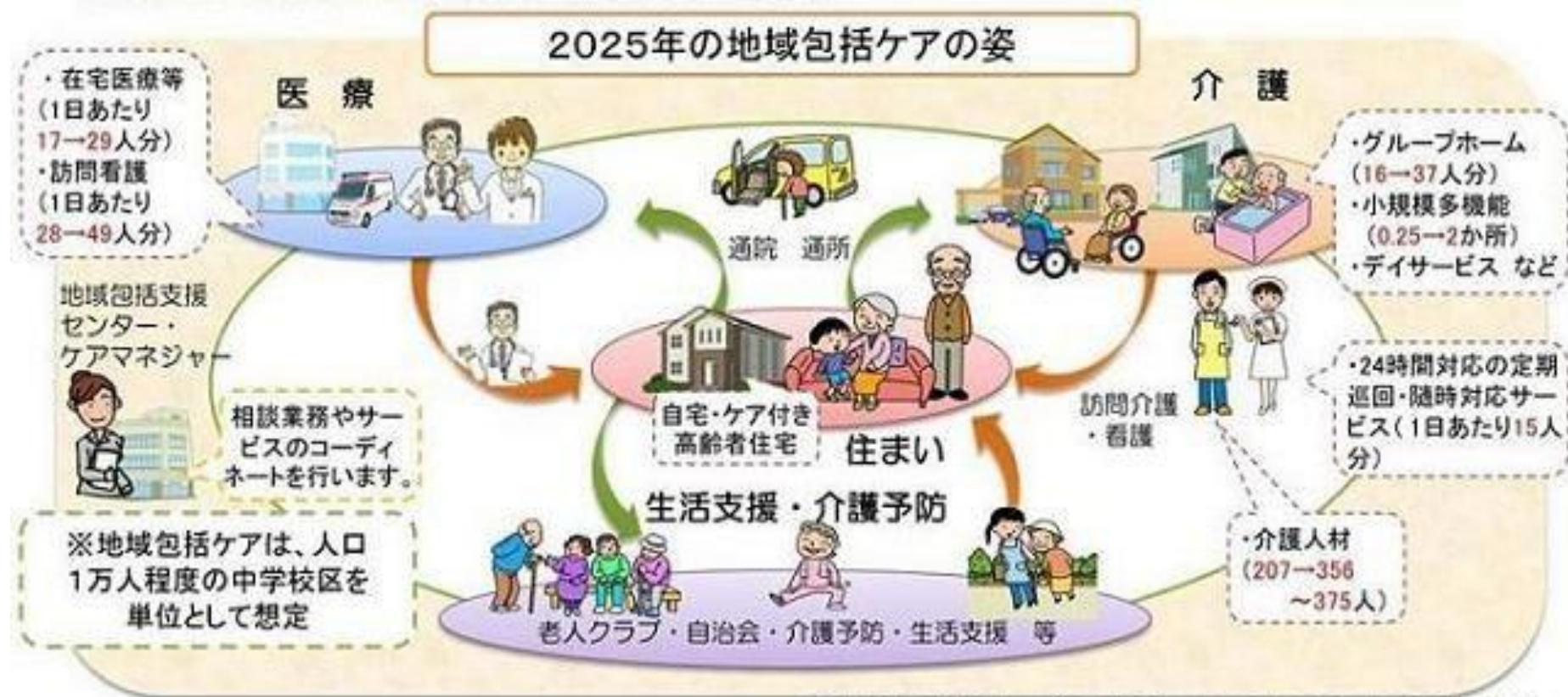
Aging in Place

社会保障・税一体改革成案による介護の将来像

○住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアの実現により、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるようになる。

＜改革の主な具体策＞

- ・24時間対応の訪問サービス、グループホームや小規模多機能型サービスなどのサービスが充実。
- ・介護予防事業等により要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発になる。
- ・介護職員の処遇を改善し、キャリアパスを確立することにより、介護に必要な労働力が安定的に確保され、介護職員が誇りを持って仕事に取り組むことができる。



※数字は、現状は2011年、目標は2025年のもので、人口1万人の場合

地域包括ケアシステムが 必要なワケ



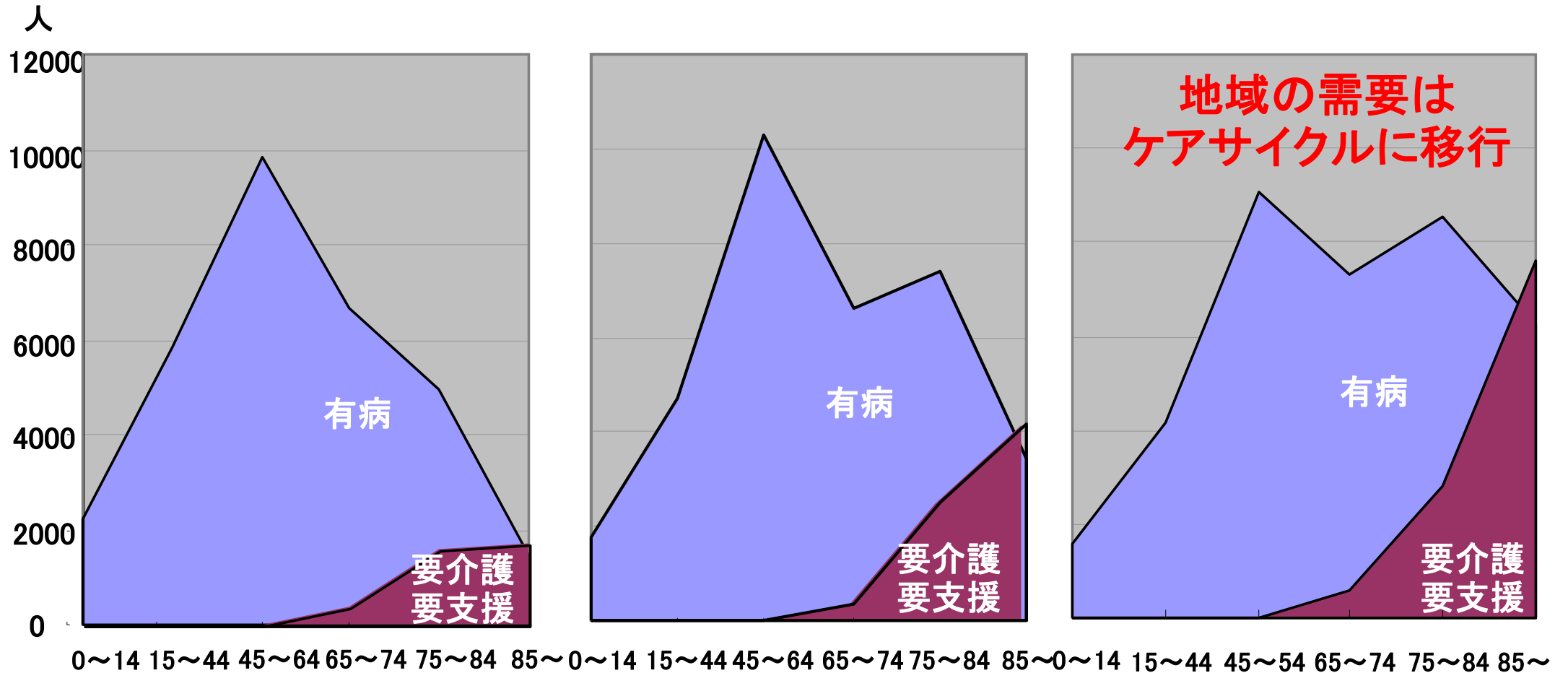
地域包括ケアには
ケアサイクル論が最適

長谷川敏彦氏（元日本医科大学教授）
文部科学省 科学技術・学術政策研究所 客員研究官

ケアサイクル需要の変遷

有病・要介護・要支援者人口10万当たり

2010 2030 2060



一人の患者・要介護者の
個表を時系列で繋いだもの

例 **76歳男性／脳卒中**

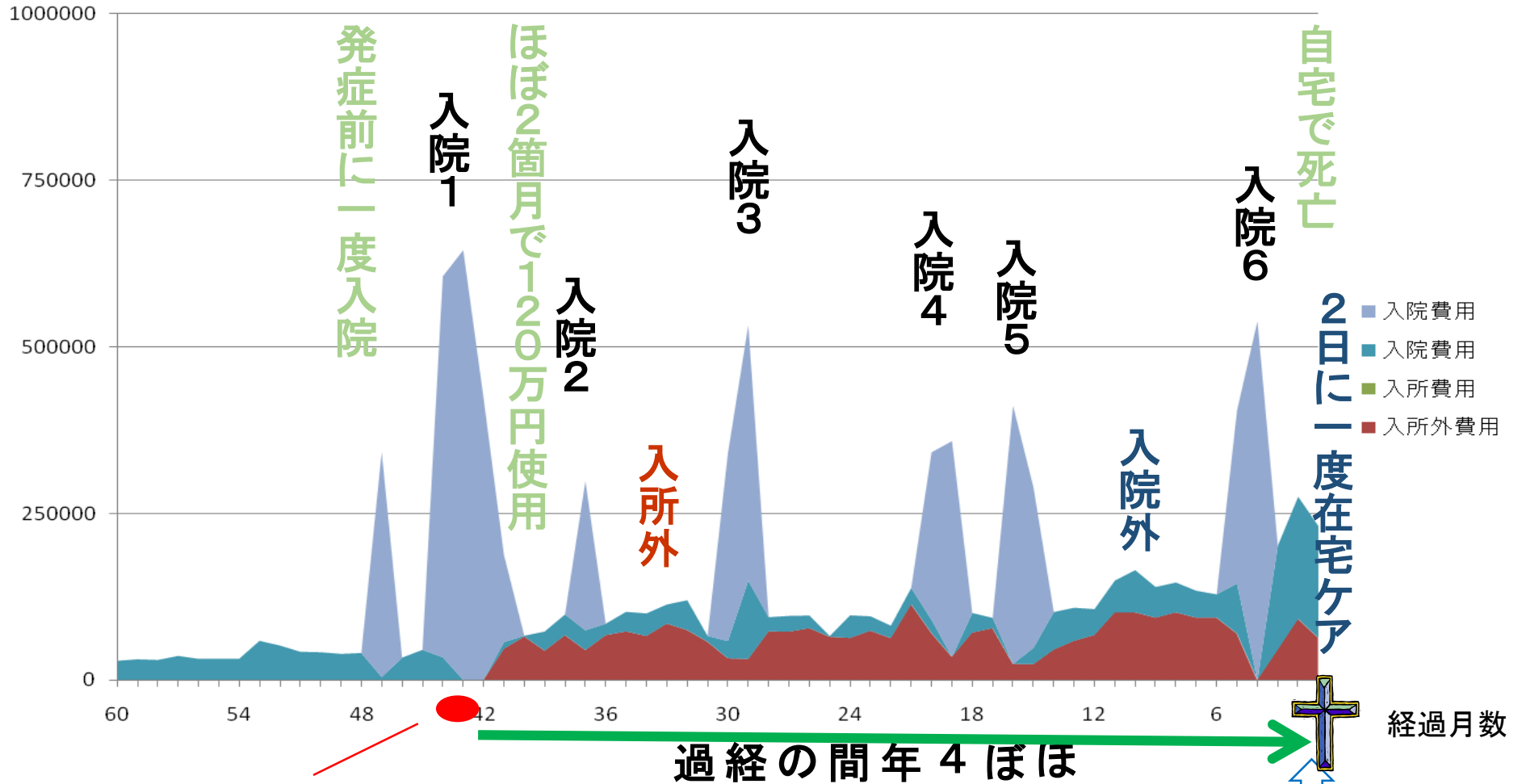
ケアサイクルを見てみよう！

No.48 死亡前60ヶ月間の医療・介護費推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中

費用(円)

1ヶ月個人単位請求額

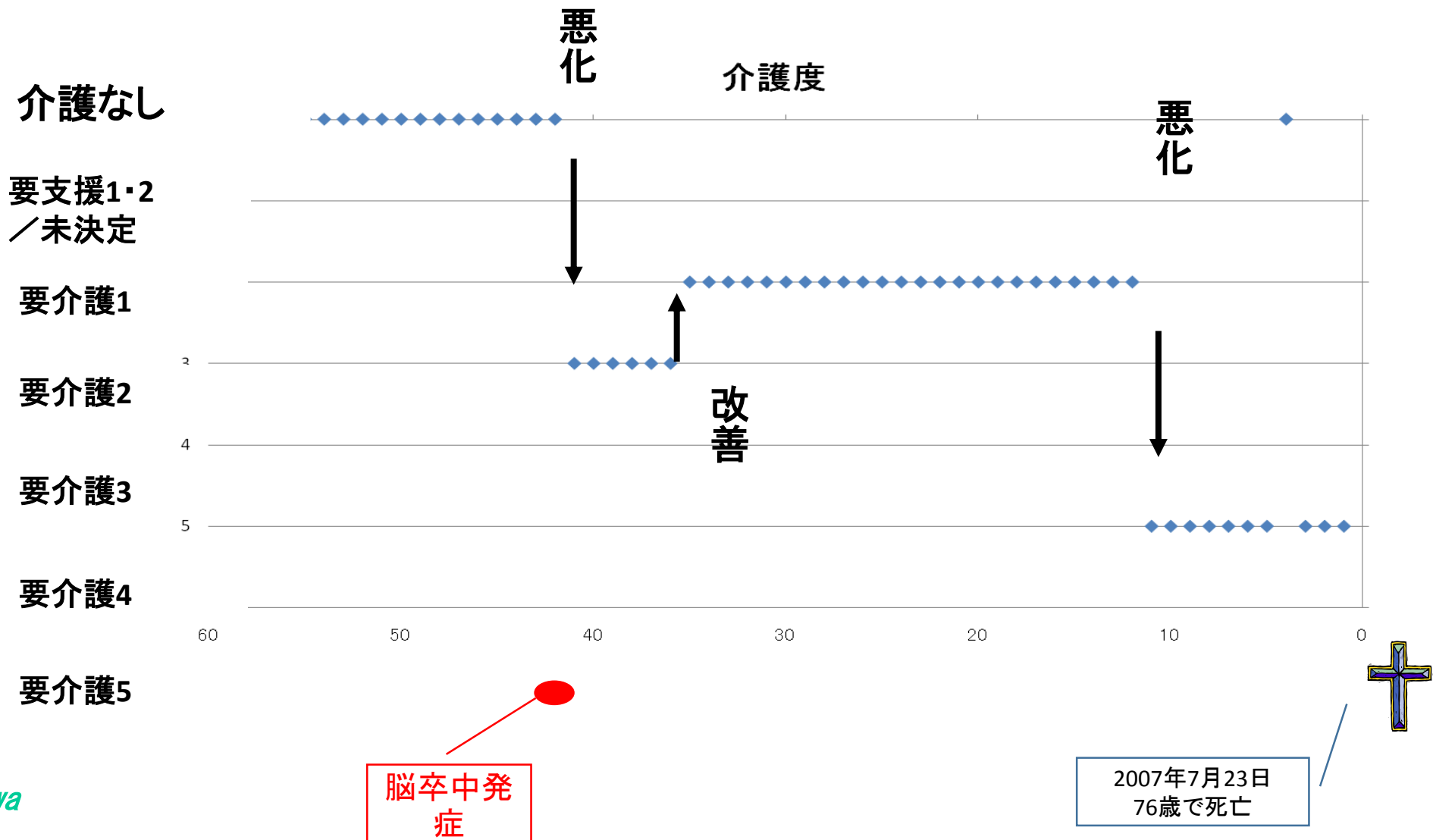


脳卒中発症

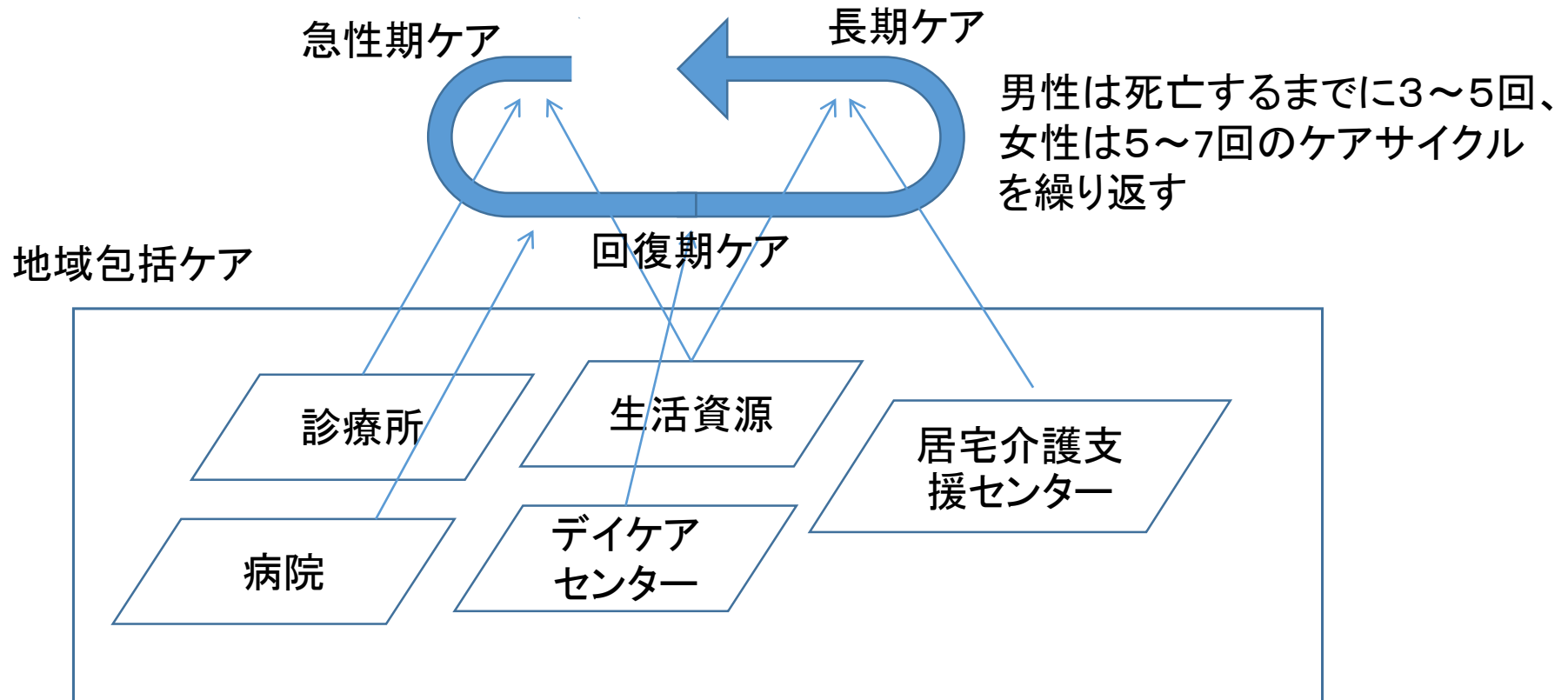
2007年7月23日 76歳で死亡

No.48 死亡前60ヶ月間の介護度推移

76歳男性／介護主病名：脳卒中



ケアサイクル



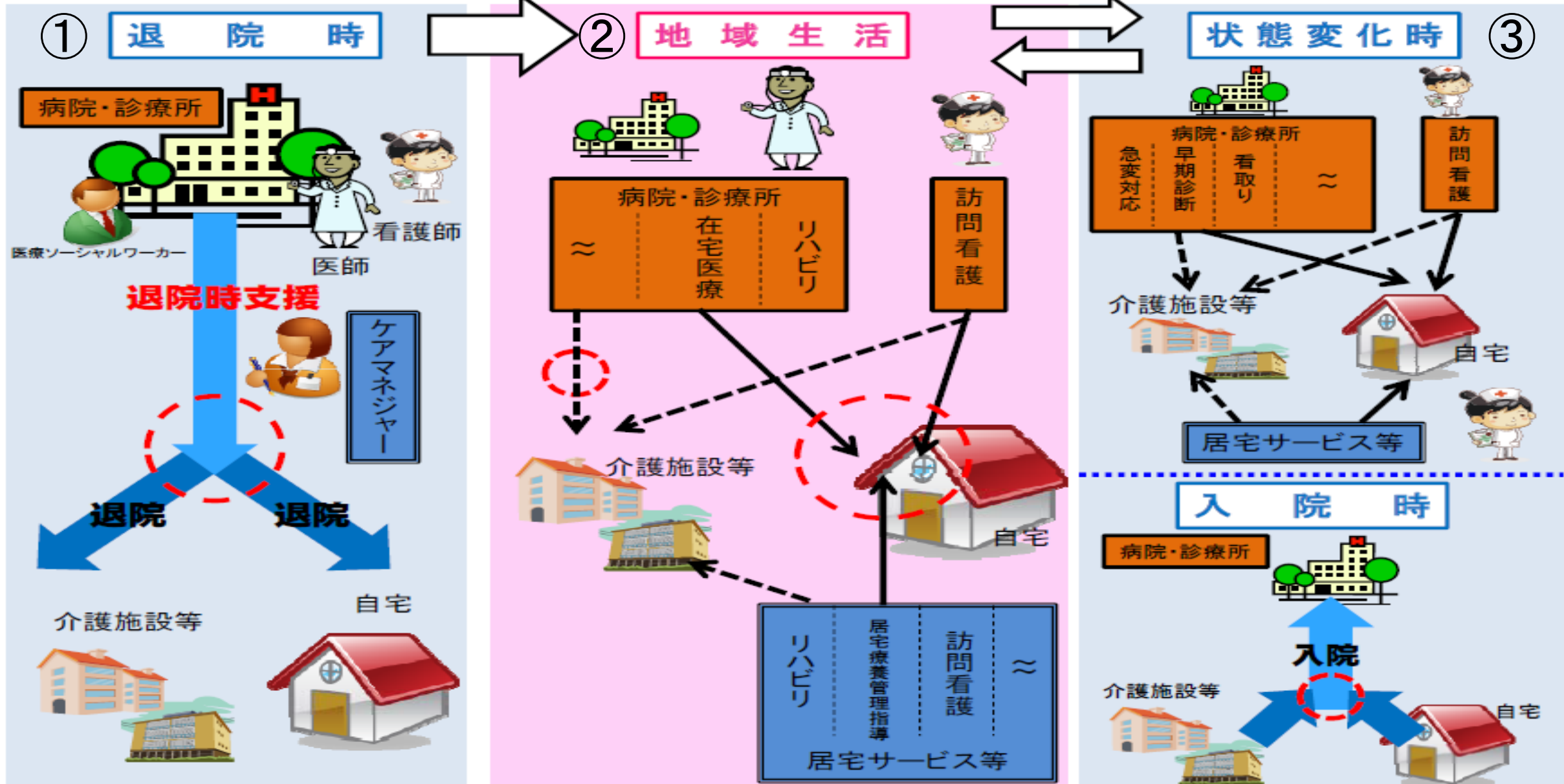
医療・介護のケアサイクル

- 後期高齢者で医療・介護は不可分、医療と介護のケアサイクルを循環する
 - 男性は死亡するまでに3～5回のケアサイクル、
女性は5～7回のケアサイクルの回転がある
- 医療保険と介護保険は75歳以上は統合しては？
- 統合した上で、支払方式は医療・介護包括支払方式「地域包括ケア払い」にしては？

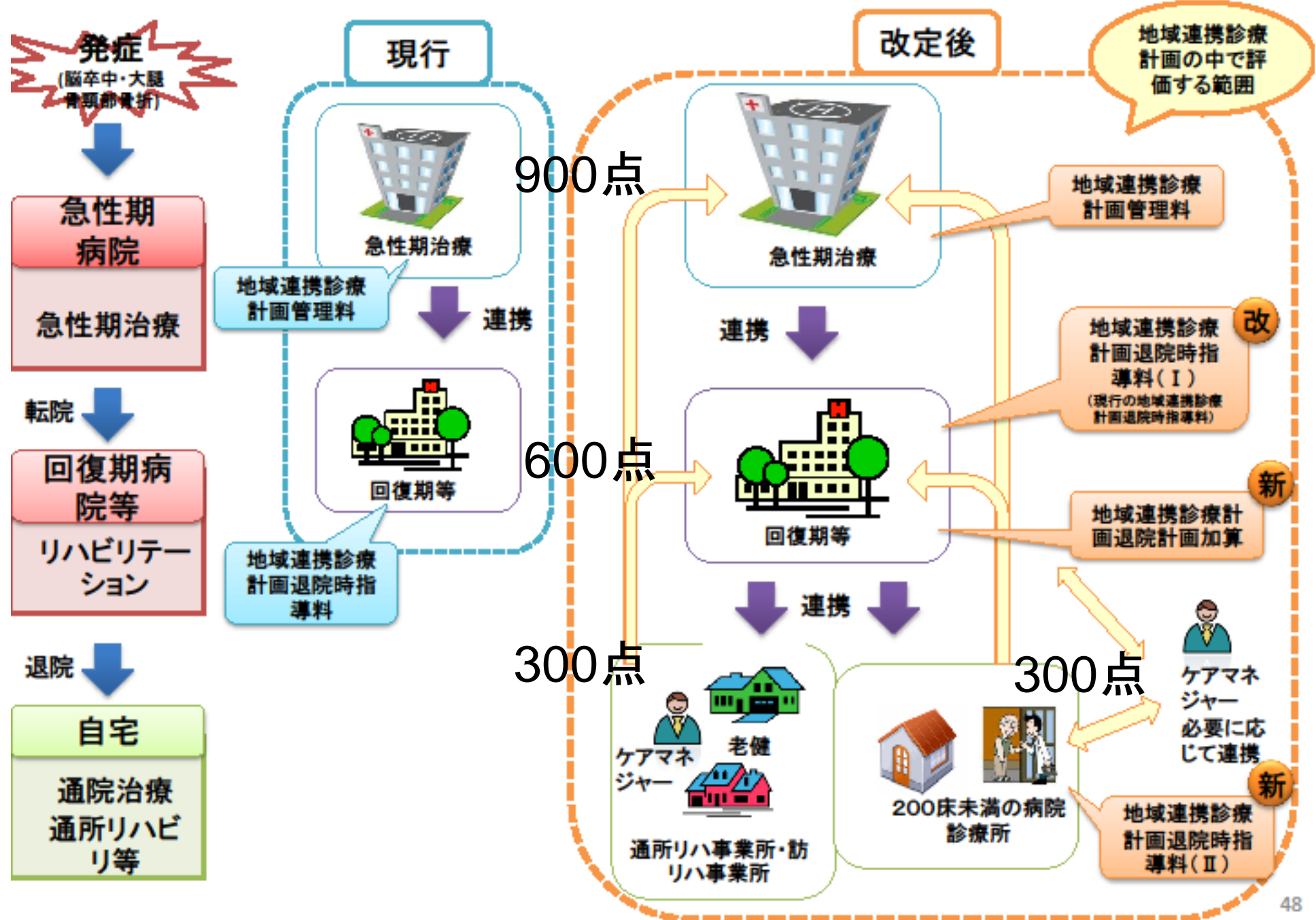
パート3

地域包括ケアクリティカルパス の構築

要介護・要支援高齢者等の視点からみた医療・介護の提供のイメージ

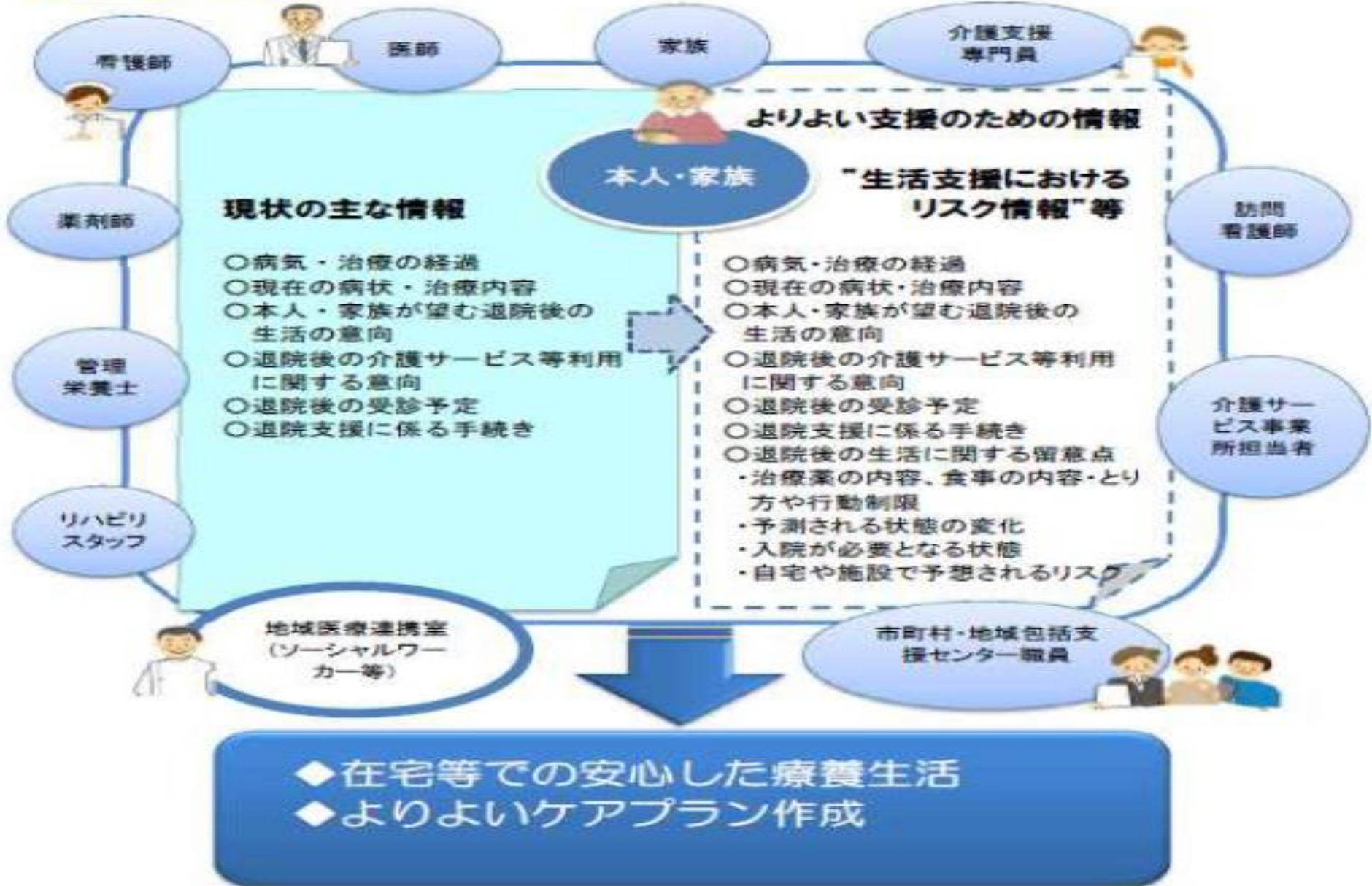


大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



退院時

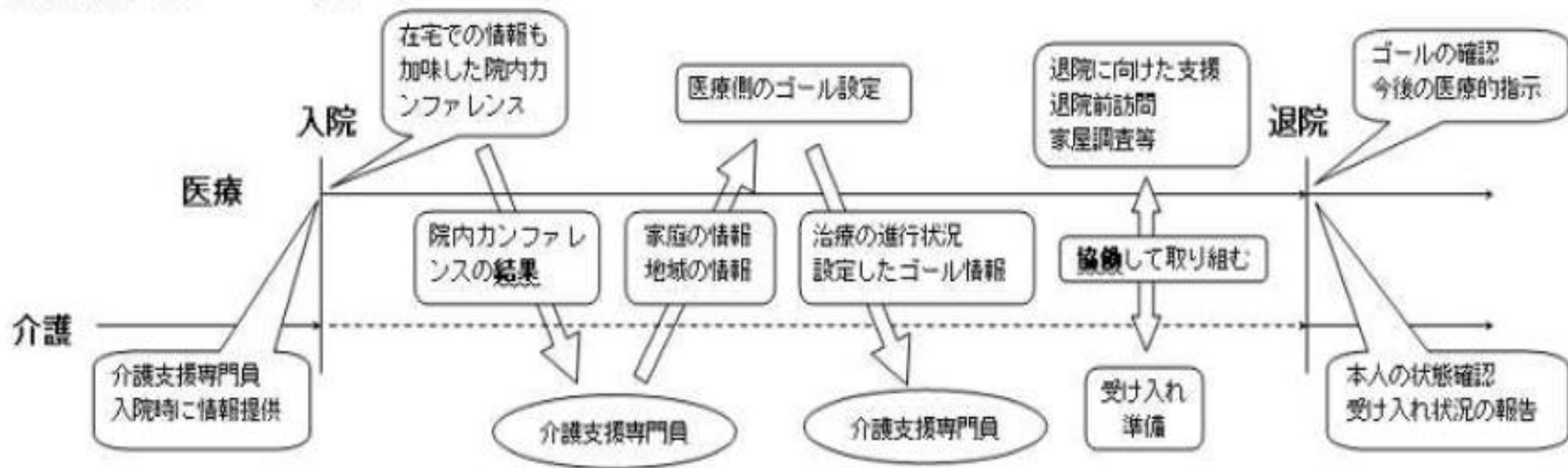
退院時ケアカンファレンス



医療と介護の連携情報

ゴール(達成目標、結果、アウトカム)情報の共有が必要

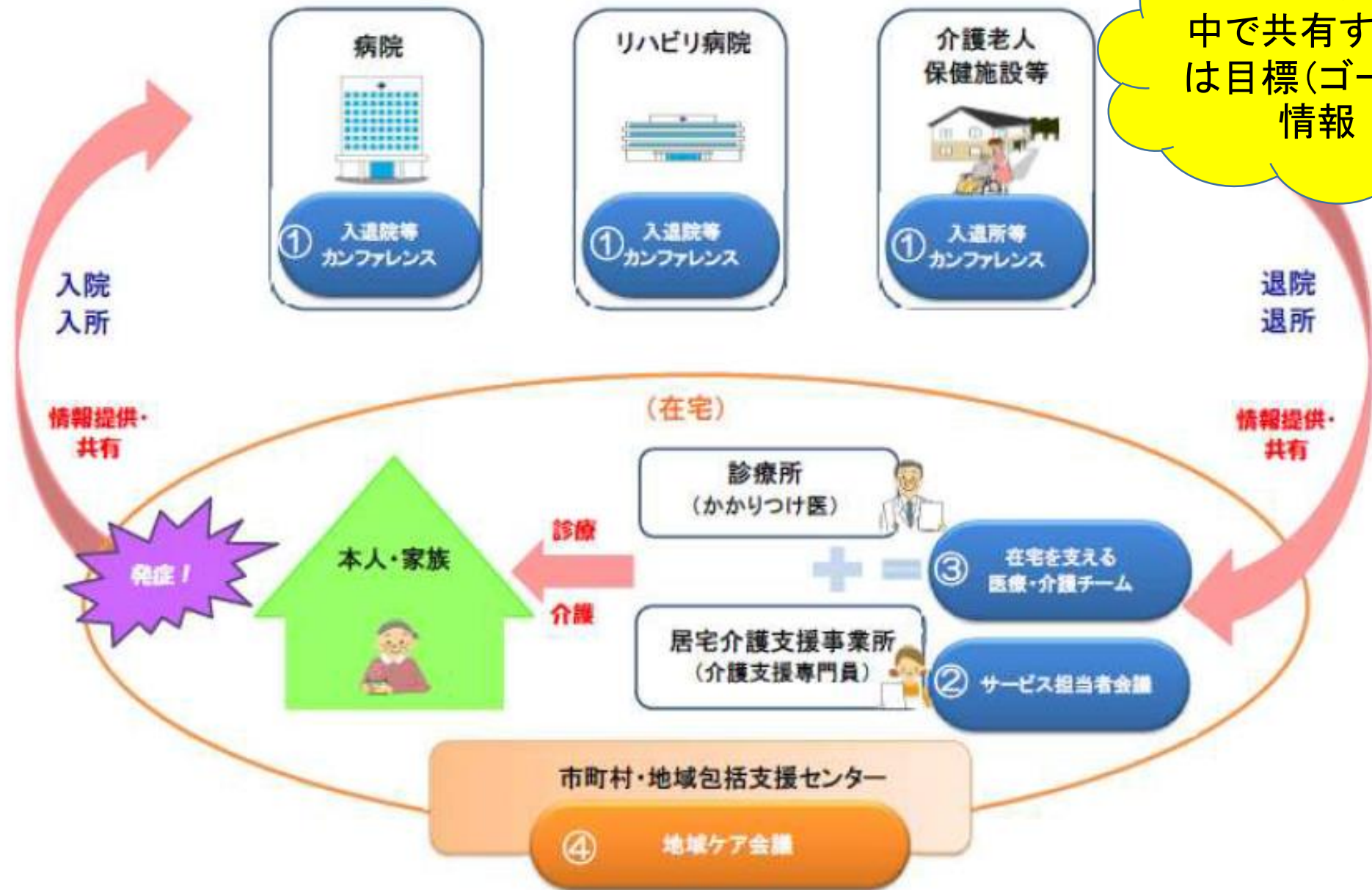
<既に介護保険認定を受けている場合>



介護支援専門員と病院との情報共有・連携の場面は、入退院時だけではない。
入院時からの相互の情報提供、協働により在宅生活への移行がスムーズに行える。

※ 病院からの情報は、院内カンファレンスの情報すべてが介護側に伝えられる必要はない。
院内カンファレンスの結果が伝えられればよい。(在宅復帰に必要な情報)

医療と介護の流れと連携



ケアサイクルの中で共有すべきは目標(ゴール)情報

発症!

本人・家族

診療所 (かかりつけ医)

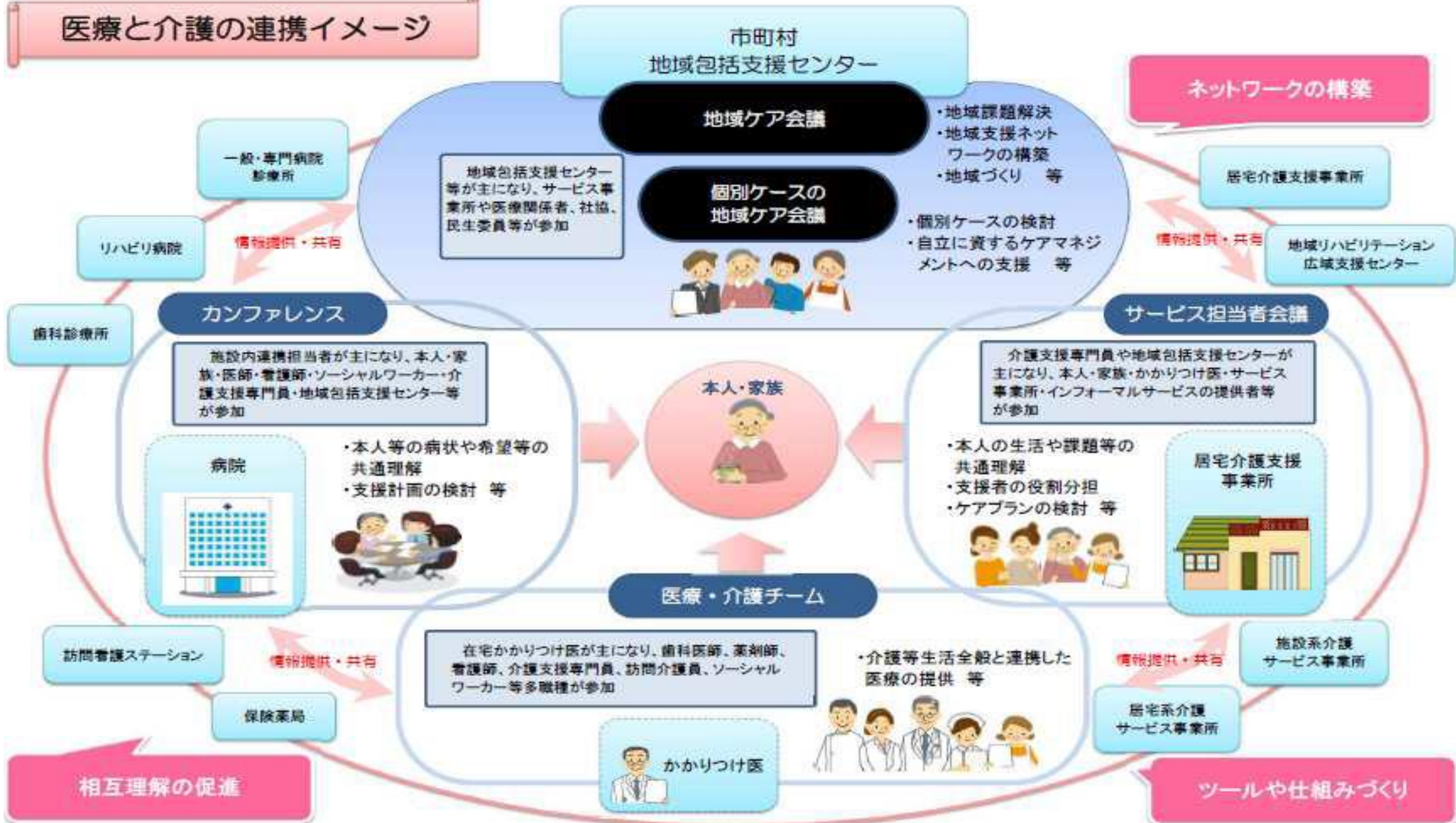
居宅介護支援事業所 (介護支援専門員)

③ 在宅を支える医療・介護チーム

② サービス担当者会議

市町村・地域包括支援センター
④ 地域ケア会議

医療と介護の連携イメージ



ケアプランに欠けている点

- ケアプランに欠けている点
 - 医療プランが不足している
 - 目標志向（アウトカム志向）が不足している
 - ケアプランを評価して、PDCAサイクルで改善していく仕組みが不足している。
 - 改良型ケアプランの試みも始まっている
- ケアプランと地域連携クリティカルパスを統合して地域包括ケアクリティカルパスを作る？

目標志向型に改良したケアプラン

「介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と
今後のあり方に関する検討会」(座長 田中滋 慶応大学大学院教授)資料より

居宅サービス計画書(評価表)

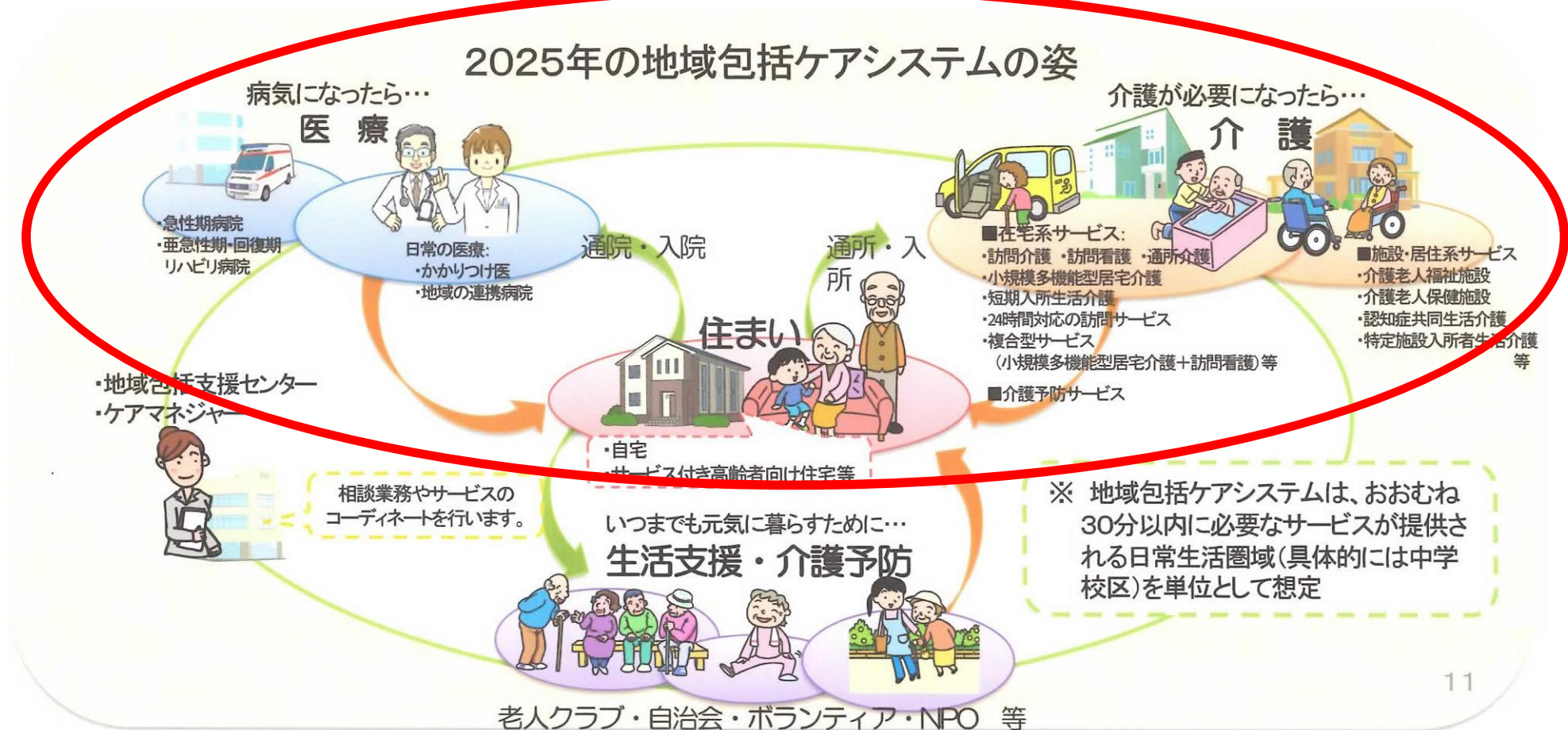
利用者名 (利用者番号) E 殿		目標		サービス内容	結果		コメント (効果が認められたもの/見直しを要するもの)
サービス種別	※1	短期目標	期間		判断の 時期※2	※3	
医師	△△クリニック	下肢の浮腫みと痛みを軽減させることができる。	H22.12～ H23.5.31	・主治医に状態確認をしてもらい、痛みを抑える。 ・体重を確認する。 ・定期的に受診する。	H23.5.31	△	体重は2kg減少しました。運動と食事の管理をして、続けて体重を減らす努力をして下さい。中性脂肪はまだ高いです。
		血糖値を安定させる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	
訪問看護	××訪問看護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。 栄養指導を行う。 栄養指導を行う。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。 栄養指導を受け、食事内容は改善しつつある。
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	
		血糖値を安定させる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	
訪問介護	□□訪問介護ステーション	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	浮腫みの状態を確認し、下肢を動かすことや足浴等を行う。 日常生活の導線の確認と移動範囲の整理整頓をする。 一緒に食事を作る。 一緒に掃除、洗濯、買物などを行う。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。 もう少し距離を伸ばして、ポストまで歩けるようにしましょう。 今後も継続しましょう。 買い物にも行けるようになりましょう。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	○	
		手伝ってもらいながら食事の準備ができる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	
		家事を一緒に行う。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	○	
通所介護	○○デイサービスセンター	下肢の浮腫みと痛みを少なくできる。	H22.12～ H23.5.31	マッサージ・機能訓練で両下肢の状態を観察していく。 膝にリポーターを使用し、四点杖で歩行訓練をする。 ・安全な入浴方法、入浴動作を検討する。 ・本人の出来ない部分の介助を行う。 ・皮膚観察とケアの方法をアドバイスする。	H23.5.31	△	浮腫みはやや軽減した。 室内で10m程度は歩けるが、不安定なため、訓練は継続する。同時に、大腿部の筋力をつけていく。 安全に入浴できるようになった。安全な入浴動作を継続して行う。 フットケアの継続は必要。
		10m程度歩くことができる。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	
		週に2日は入浴する。	H22.12～ H23.5.31		H23.5.31	△	

パート4 医療と介護を結ぶ人材

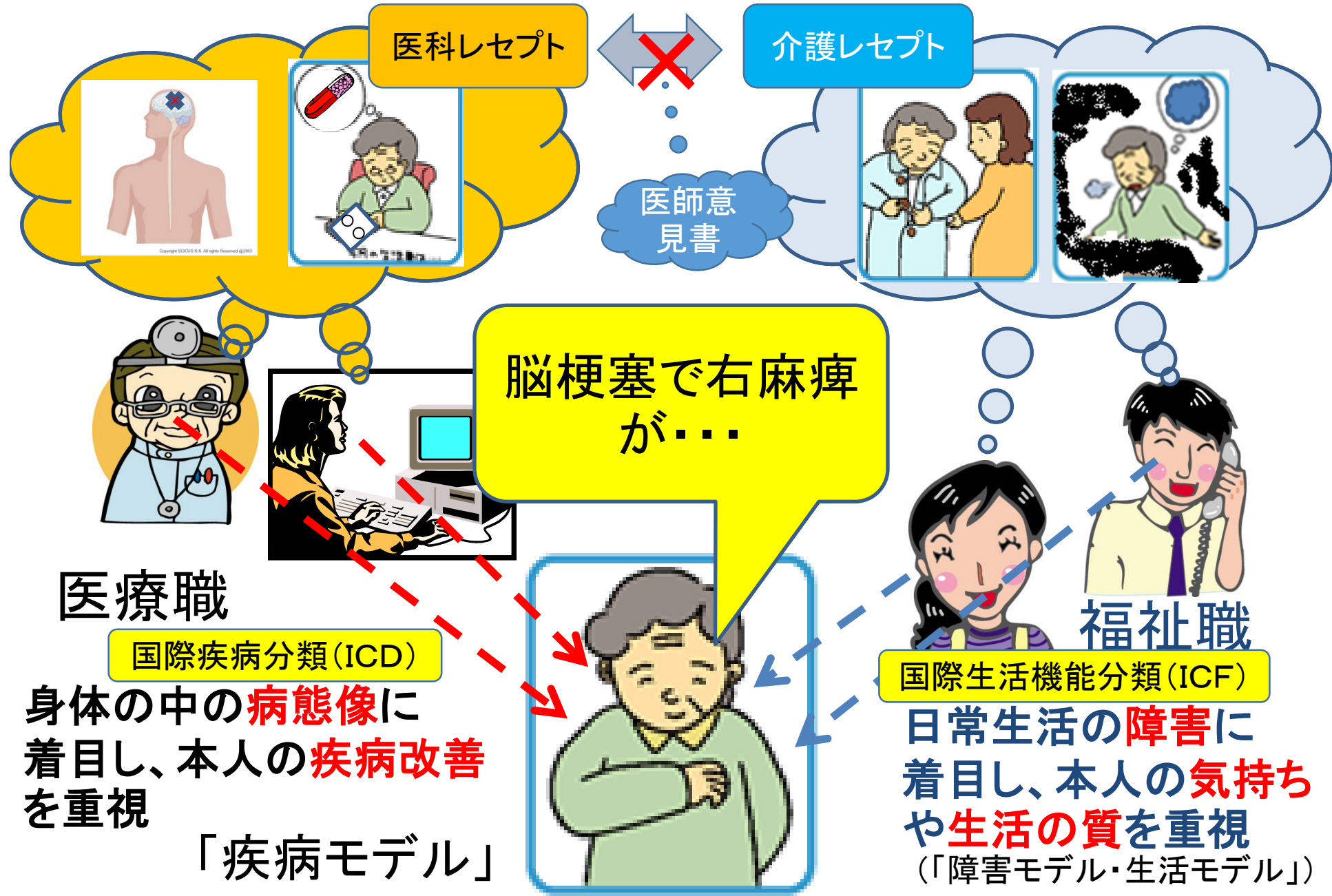


医療福祉連携士

地域包括ケアシステムでは、 医療と介護の連携が課題



医療と介護福祉ではモデルが異なり情報もレセプトも異なる



医療と介護の情報ギャップとその連携

- 医療と介護・福祉は制度も違う、職種も違う
- 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情報連携が必要
- レセプトも医科レセと介護レセで異なる
 - 両者を結ぶのは医師意見書のみ

医療福祉連携士

～医療と介護福祉を結ぶ人材育成～



日本医療マネジメント学会

医療福祉連携講習会

学会認定「医療福祉連携士」

- 日本医療マネジメント学会は学会認定の医療福祉連携士制度を創設した
- 目的
 - 地域の急性期医療機関から在宅までの切れ目のないサービスを効率的に提供し、
 - 患者にとって最適な連携を推進するため、
 - 医療と福祉を連携コーディネートする「医療福祉連携士」の育成と認定制度を創設する

医療福祉連携士

- 病院などの地域医療連携室や、地域の包括支援センターで連携業務に従事するスタッフを対象にした初めての学会認定制度
- 2011年からスタートし、現在までに学会認定の初の「医療福祉連携士」がこれまで200名が誕生
- 全国では初めての医療と福祉の連携コーディネーター制度
- スーパー連携士、スーパーケアマネをめざす制度

研修科目（共通科目）

○講義

- 1 地域医療連携概論
- 2 医療政策・関係法規概論
- 3 診療報酬制度概論
- 4 福祉連携論
- 5 ケアマネジメント論
- 6 病院運営概論
- 7 医療情報システム概論
- 8 クリティカルパス概論
- 9 クリティカルパス演習 I
- 10 クリティカルパス演習 II

- 11 地域連携クリティカルパス概論 I
- 12 地域連携クリティカルパス概論 II
- 13 地域連携クリティカルパス演習 I
- 14 地域連携クリティカルパス演習 II
- 15 在宅医療概論
- 16 カウンセリング概論

○地域連携の実習

- 1 地域医療連携実習
- 2 地域連携クリティカルパス実習

○フォローアップ研修

* すべての座学と実習を履修すること。

* 座学1コマ :90分 実習1コマ:6時間

専門科目

医学系科目

○座学

- 1 臨床医学概論Ⅰ
- 2 臨床医学概論Ⅱ
- 3 臨床医学概論Ⅲ
- 4 臨床医学概論Ⅳ
- 5 臨床医学概論Ⅴ
- 6 臨床医学概論Ⅵ
- 7 臨床看護概論
- 8 地域看護概論

○実習

- 1 臨床医学実習Ⅰ（急性期病院）
- 2 臨床医学実習Ⅱ（回復期病院）
- 3 臨床医学実習Ⅲ（地域診療所）
- 4 保健行政実習（保健所、保健センター）

社会・福祉系科目

○座学

- 1 医療福祉論
- 2 精神保健福祉論
- 3 退院支援論Ⅰ
- 4 退院支援論Ⅱ
- 5 地域移行支援論
- 6 福祉制度論
- 7 福祉施設論
- 8 在宅介護論

○実習

- 1 介護療養型施設実習（入所施設）
- 2 在宅福祉実習（地域包括支援センター）
- 3 福祉行政実習（福祉事務所、自相等）
- 4 居宅介護支援施設実習

* 座学は全て、実習は2つ以上を履修すること

認定試験

- 受講資格者が学会が主催する研修会において、必要な科目を履修することにより、受験資格を得る。
- 学会以外が主催する研修会や講義の一部を学会主催の科目として認定することもできる。
- 受験希望者は個別に学会に受験資格の認定を受けるために必要な手続き(書類等の提出)を行う。
- 認定試験は受験資格にかかわらず、全ての科目から出題される。

研修日程と場所

- 研修場所

- 日本医科大学教育棟2階(東京)、実習は各地

- 研修日程

- 5月16日から11月18日の間の土日、10日間
- 共通科目
- 医療系科目
- 福祉系科目
- 課題講習
- 施設実習

目指そう、医療福祉連携士！

詳細は日本医療マネジメント学会ホームページから



「医療福祉連携士」を取得



修了証を手に「医療福祉連携士の認知度が広がれば」と話す尾関さん

医療福祉連携士の取得・認定(認定書)が、日本医療福祉協会から発行された。尾関さんは「医療福祉連携士」を取得した。医療福祉連携士は、医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることを目的として、医療従事者と福祉関係者が協力して取り組む必要がある。尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。

(尾関さん)

尾関さんが「医療福祉連携士」を取得した。医療福祉連携士は、医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることを目的として、医療従事者と福祉関係者が協力して取り組む必要がある。尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。

尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。医療福祉連携士は、医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることを目的として、医療従事者と福祉関係者が協力して取り組む必要がある。尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。

地域包括ケア築きたい

内目 道
2人目

尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。医療福祉連携士は、医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることを目的として、医療従事者と福祉関係者が協力して取り組む必要がある。尾関さんは、この資格を取得することで、地域での医療と福祉の連携を促進し、患者の生活の質を向上させることに貢献したいと考えている。

医療福祉連携士の力で
地域包括ケアの花を咲かせよう！



2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc

• 4月発刊



これは
良く分
かる

日野原先生にもお読みいただいています。

ご清聴ありがとうございました



フェイスブックで
「お友達募集」
をしています

国際医療福祉大学クリニック <http://www.iuhw.ac.jp/clinic/>
で月・木外来をしております。患者さんをご紹介ください

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイトに公開しております。
ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

gt2m-mtu@asahi-net.or.jp