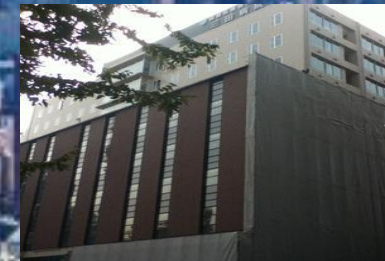


# 地域連携クリティカルパス



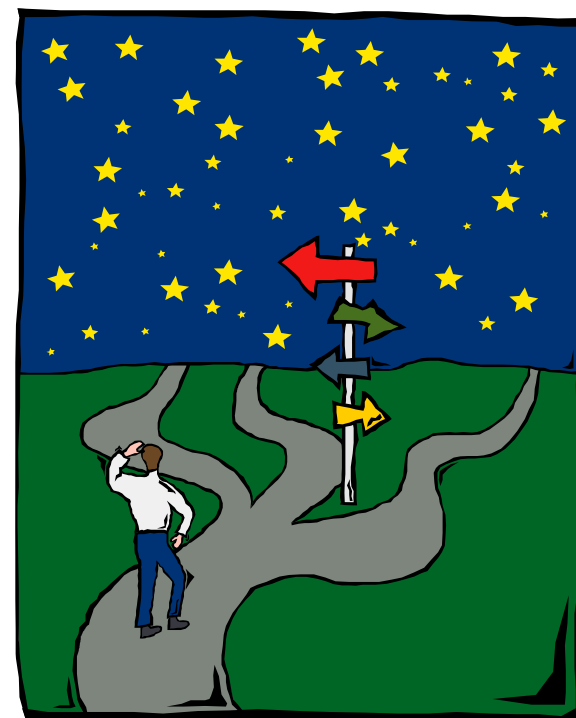
国際医療福祉大学大学院 教授  
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院  
2012年2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
  - 診療報酬改定と地域連携クリティカルパス
  - 脳卒中
- パート3
  - がん連携クリティカルパス
- パート4
  - 精神科連携クリティカルパス
- パート5
  - 在宅医療・介護連携クリティカルパス
- パート6
  - 2016年診療報酬改定



# パート1

## 医療計画と地域連携クリティカルパス



医療計画は医療提供体制の基本計画

# 第6次医療計画(4疾患5事業)2008年

## • 4疾患

- 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

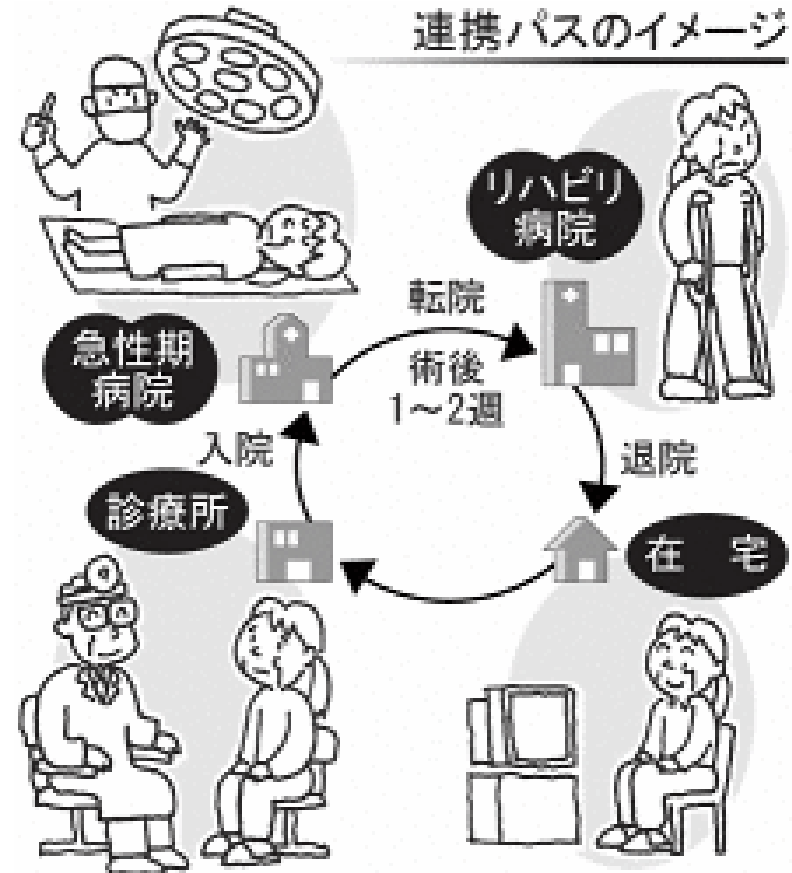
# 医療計画作成指針(07年7月通知)

- 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 胃瘻創設に伴う合併症(出血,創感染,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 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコール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)				交差スプレーヤー切除	交包
検査				出血時間・凝縮時間 RBP, TTR, CRP				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
栄養(食事)		入院前に同じ	入院前に同じ	絶飲食		水100ml×3	水200ml×3 濃厚流動食100ml×3	水300ml×3 濃厚流動食200ml×3	水300ml×3 濃厚流動食300ml×3	水300ml×3 濃厚流動食400ml×3
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ							
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続		内服継続	内服中止	内服中止				胃瘻チューブの取り扱い説明 胃瘻周囲皮膚のケア 濃厚流動食説明
			内服継続	内服中止	内服中止				内服継続	内服継続
観察		体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )	体温( ) ( ) ( ) ( )
		脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )	脈拍( ) ( ) ( ) ( )
		血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )	血圧( ) ( ) ( ) ( )
		SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	SPO <sub>2</sub> ( ) ( ) ( ) ( )	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( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )	出血( ) ( ) ( ) ( )
				創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )	創状態( ) ( ) ( ) ( )
				喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )	喀痰( ) ( ) ( ) ( )
						腹満( ) ( ) ( ) ( )	腹満( ) ( ) ( ) ( )	腹満( ) ( ) ( ) ( )	腹満( ) ( ) ( ) ( )	腹満( ) ( ) ( ) ( )
		褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )	褥創( )
記録										
バリエーション		有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
担当看護師署名		深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜	深夜 日動 準夜

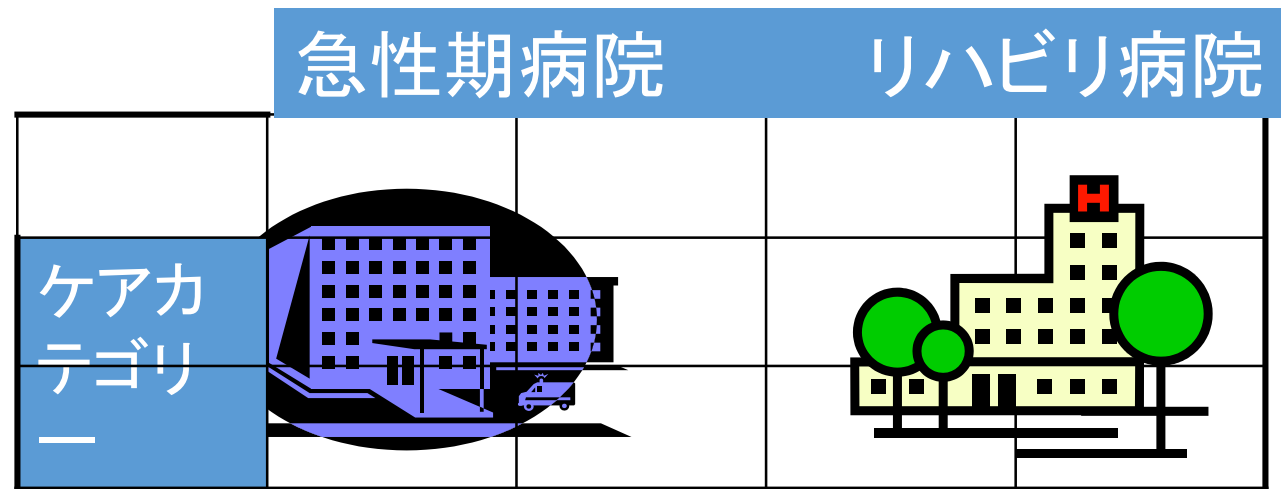
クリティカルパスは患者さんにも好評  
 疾患別に作る標準診療計画





# 地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院と一緒に作るパス、使うパス



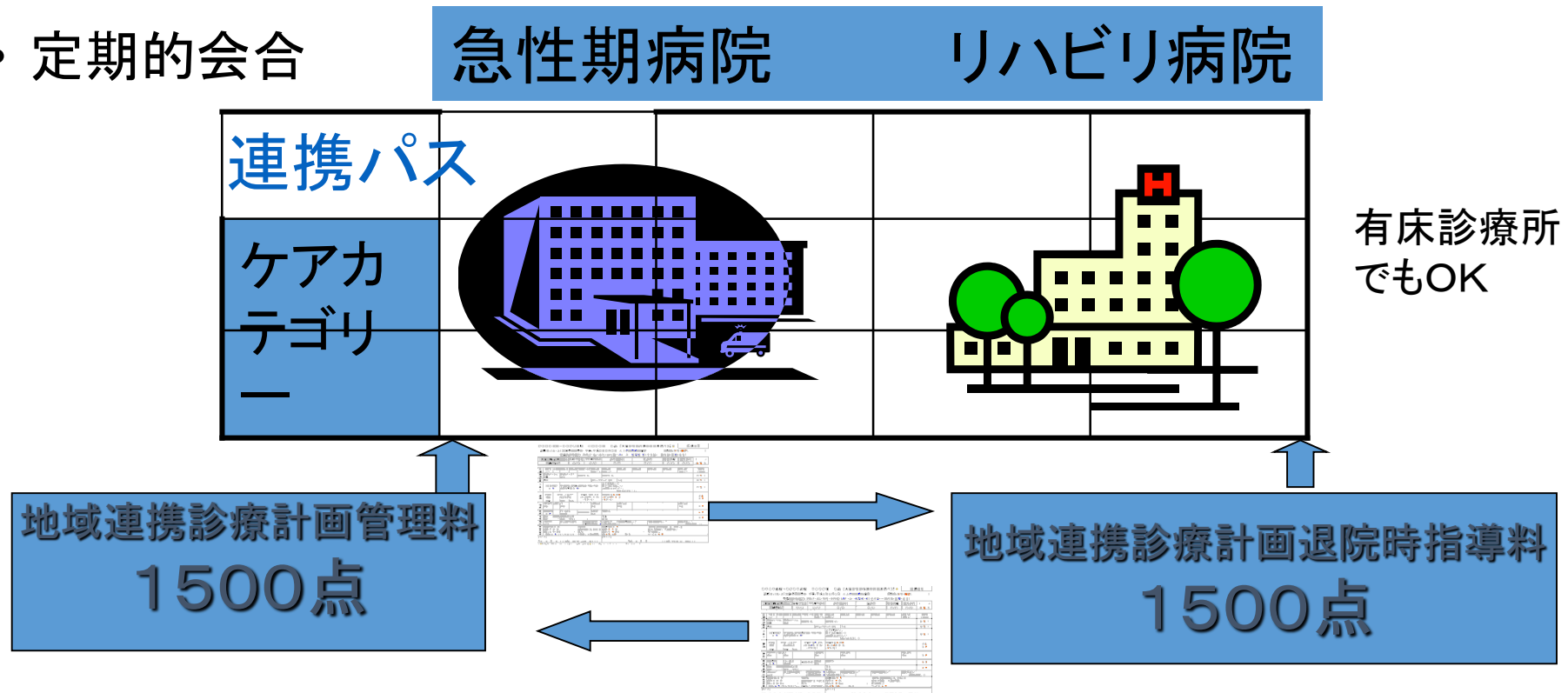
整形外科疾患や脳卒中で始まった

# 2006年4月診療報酬改定 地域連携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



# 地域連携クリティカルパス 事例

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		病棟内トイレ		病棟内トイレ		自・監・介
清潔	清拭	創チェック		入浴可		入浴		入浴		入浴		自・監・介	
セルフ	【荷重制限】有・無	急性期病院		リハビリ病院		リハビリ病院		リハビリ病院		リハビリ病院		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		X線(2R) 採血		X線(2R) 採血		有・無
処置	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		創処置 抜糸		創処置 抜糸		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( )		常食 特食( )		常食 特食( )		常食 特食( )		有・無	
教育	入院時OR	床上動作の指導		家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		家屋改修指導〇/〇		退院後訪問〇/〇	
退院時情報	問題行動: 有・無	痲呆: 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		退院後訪問〇/〇	

転院基準(術後合併症なし)

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

【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 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間

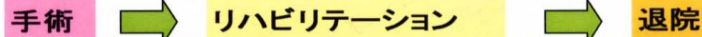
\* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過)をメールバックして頂ければ幸いです。

# 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	入院時指導	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

#### 平行棒内歩行

歩くとき膝がグラグラしない。  
肩の力を抜いて歩ける。  
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

#### 歩行器歩行

平行棒内を杖だけで歩ける。  
片手で平行棒内を歩ける。

#### 杖歩行

階段昇降ができる。

#### 屋外歩行

## 『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す。

- 1) 布団の上、畳の縁、廊下、浴室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】

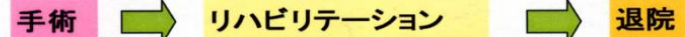


### 家屋改修(自宅での生活が目標の方)

- \* 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				
入浴	開始。				
検査		X線検査 血液検査			X線検査 血液検査
教育	入院時指導	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)			

### ( )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
食	食事は夕食まで □飲水は22時まで	□胃置後、お腹の動く音を 確認後、飲水できます その後、食卓出来ます	□制限ありません		
話	□痛みに応じて訓練で 引く強ります (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	□術棟で訓練します	□リハビリにて訓練開始です	
歩	□3時間たったら、身体を おこせませ	□車椅子で移動出来ます	□歩行棟内での起立から徐々に 歩き始めます		
入	□病室でのリハビリが 始まります	□個人個人で退室機会がありますが 次のページを参考に受検前の移動レベル 獲得を目標に頑張ってください			
排	□排便の確認をします	□術後おしっこが はいています	□おしっこの管が付けて からトイレで可能です		
薬	□必要に応じて毛を 剃ります	□ガーゼ交換があります (月・水・金・土曜)	□術後9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		
保	□可能であれば 入浴できます	□清拭	□傷口の確認後シャワー浴可能 次第に入浴できます		
内	□褥瘡の予防	□麻酔科医の指示にて薬の 調整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500mgの点滴が2本 あります	□朝夕化膿止めの点滴があります → 術後2日目で終了です		
検	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用	□必要に応じて鎮痛剤 (注射)使用	□必要に応じて鎮痛剤 (坐薬)使用		
検	□入院時検査 他科受診があります	□術後説明	□血液検査 □レントゲン撮影 □経過説明		
説	□手術説明 □麻酔科医説明 □手術室看護説明				

※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

家屋改修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

### 開始。

検査	X線検査 血液検査
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	

目標:(自立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩)

### 進行の目安

#### 杖歩行

平行棒内を杖だけで歩ける。 階段昇降ができる。

#### 屋外歩行

Fで平行棒内を歩ける。



目標:(自宅・施設)

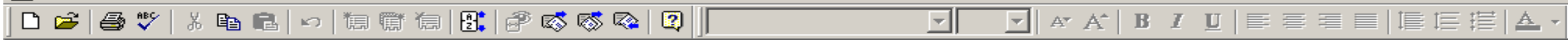
生活を生活の場を通して実践

で注意しましょう。

から一段ずつ始めた方が楽です。

生活が目標の方)

と異なります。リハビリスタッフにご相談ください。



シーム...

1

レポート数: 10

ソート済み

一覧画面 印刷 骨接合 人工骨頭

熊本医療センター → **こくまもと病院** | インシャル: 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 | | | | | |

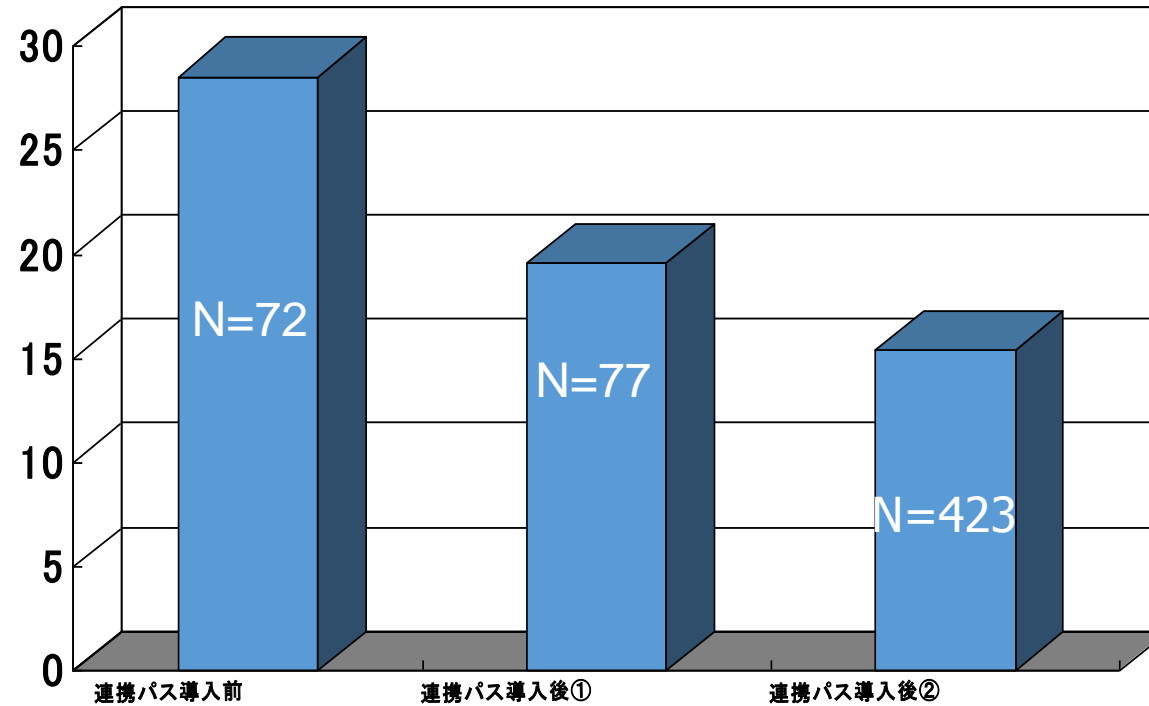
経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日					転院4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置		尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ									
清潔	清拭		シャワー浴		入浴							
ケセアルフ			上下更衣		靴下・靴の着脱		洗面所(立位で)		床から起立			
薬剤			疼痛対策: 無		疼痛対策:						痛み	
検査	X線(2R)採血	X線(2R)採血			X線(2R)採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	X線採血	
処置	網線牽引		創処置 トレーン		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	床上動作の指導	家屋調査説明:		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		禁忌肢位:		荷重制限:		禁忌肢位:					
	問題行動: 無し		ROM: 股関節屈曲 95°		問題行動:		ROM: 股関節屈曲 °					
	痲痺: 有り		ROM: 外転 35°		痲痺:		ROM: 外転 °					
	痛み: 有り		MMT: 大腿四頭筋力 3		痛み:		MMT: 大腿四頭筋力					
	意欲: 有り		MMT: 中殿筋力 2		意欲:		MMT: 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	酒橋 政和				理学療法士							
既往症	バリエンス											



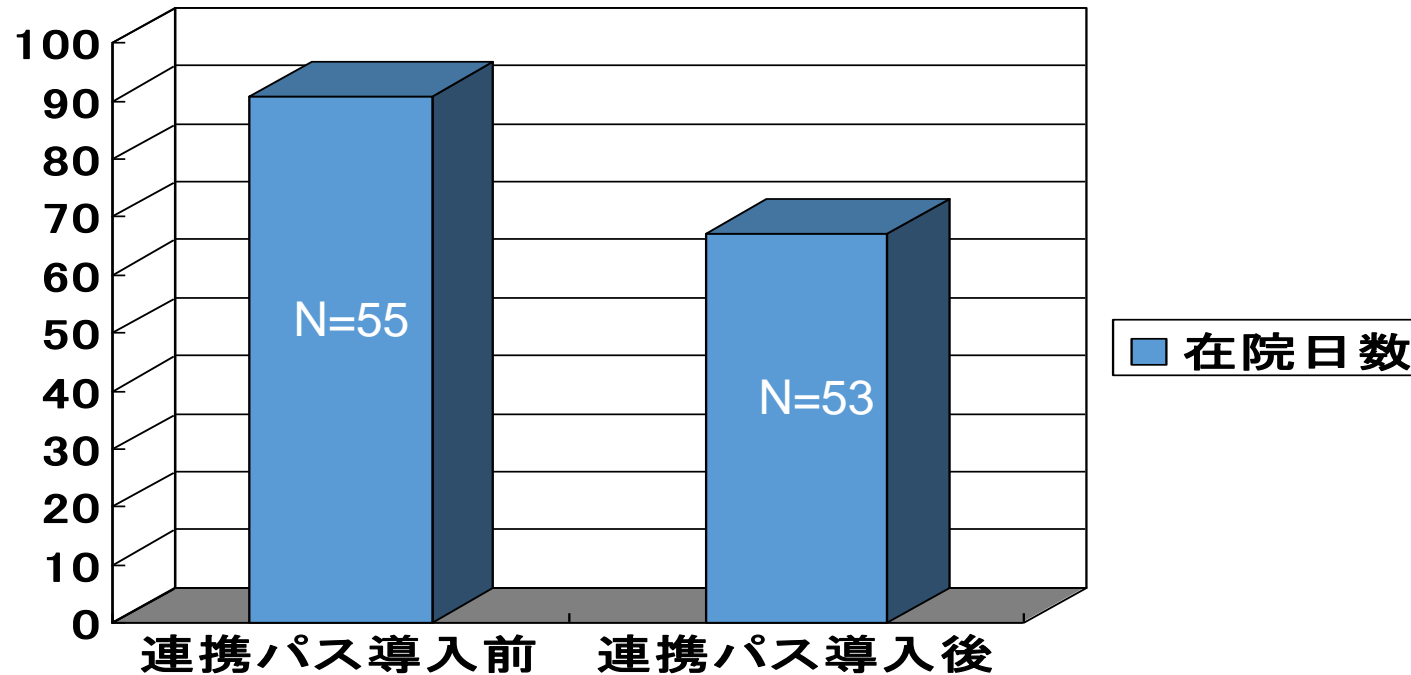
# 地域連携クリティカルパスの効果

- 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



連携パス導入前:平成15年

連携パス導入後:平成16年

# パート2

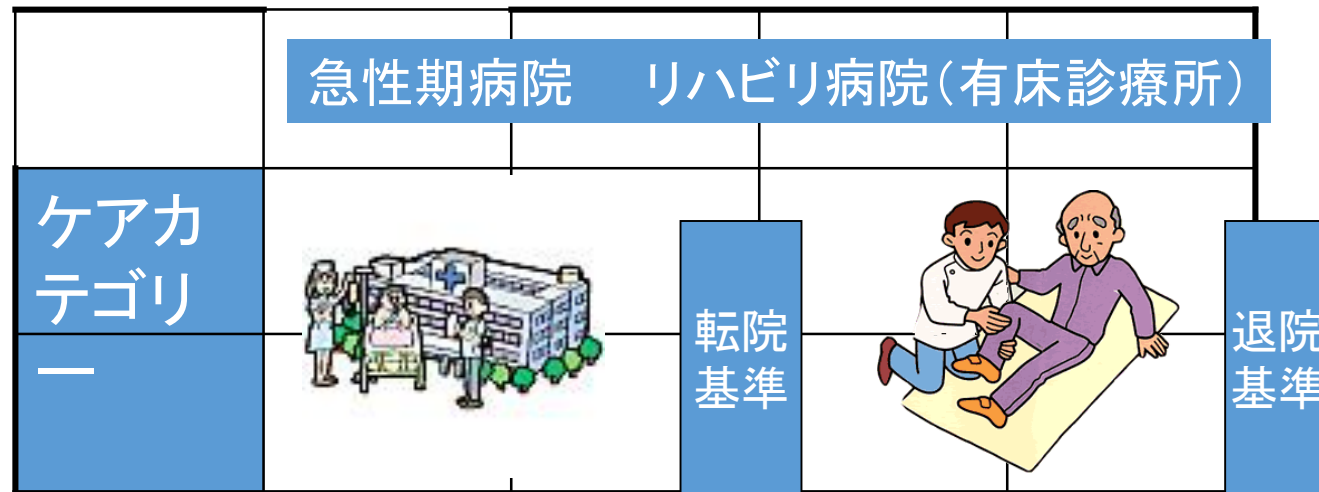
## 診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス



# 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		〇日 転院日	1日目	2日目	〇日 退院日
達成目標					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 平成〇年〇月〇日 主治医				転院時患者状態 病院名 平成〇年〇月〇日 主治医		退院時の日常生活機能評価合計点 〇点	

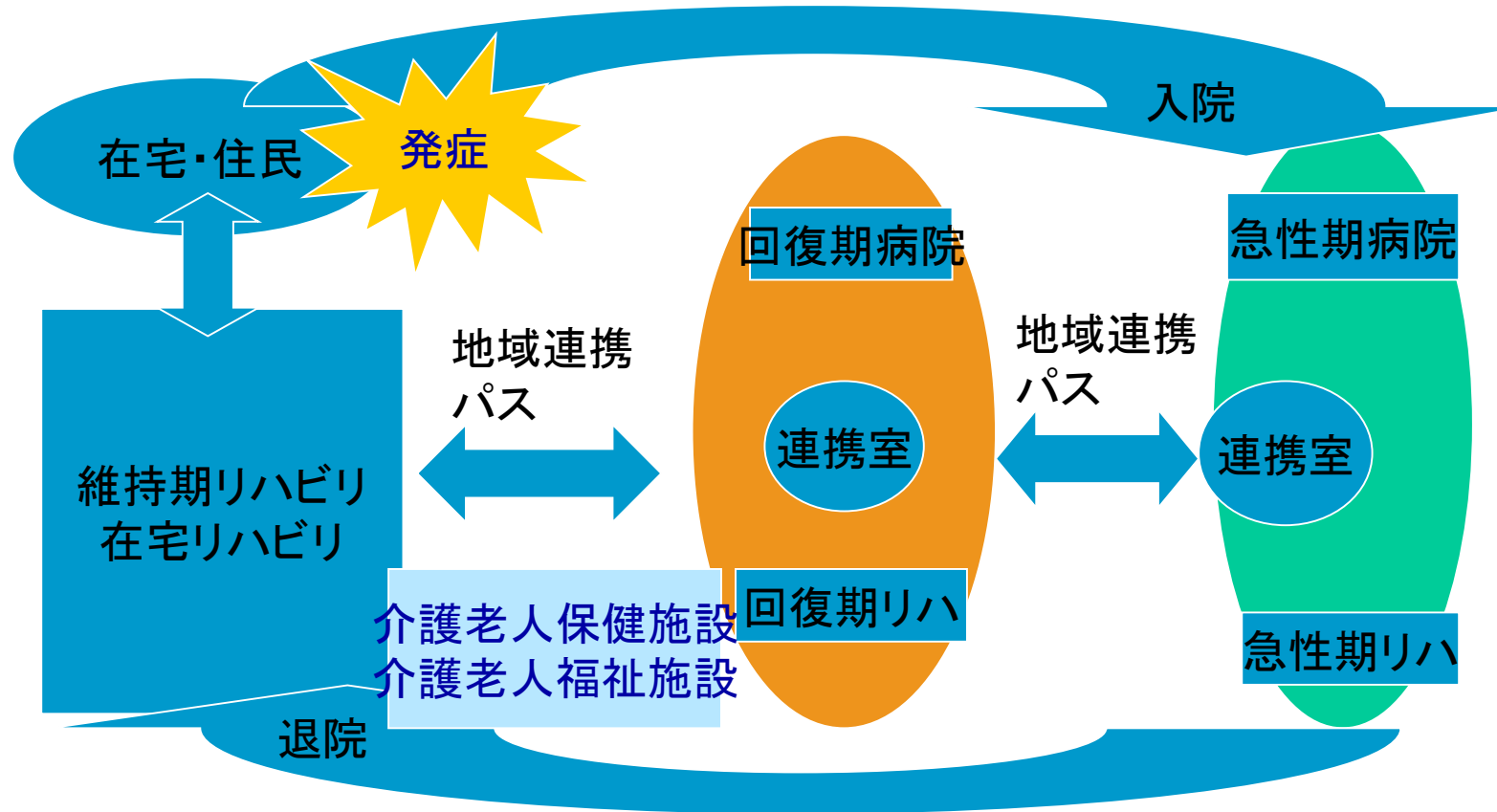
# 脳卒中地域連携 クリティカルパスの東京都内 の事例

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

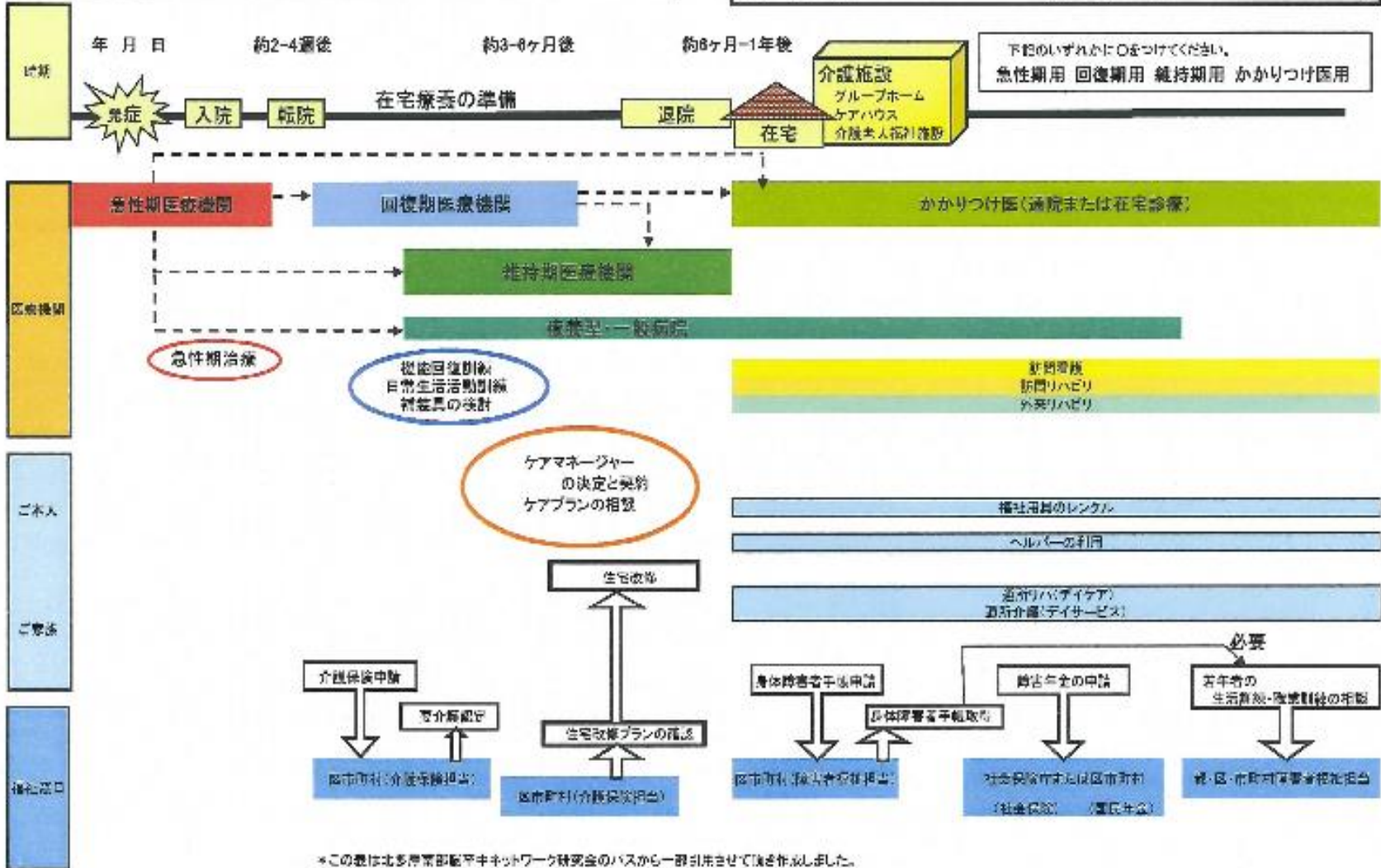
維持期(20施設)



地域連携診療計画書 (Ver.2) \_\_\_\_\_ 様

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 \_\_\_\_\_



\*この冊子は北海道医療センターネットワーク研究会のパスから一部引用させて頂いております。  
 \*症状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

地域連携診療計画書 (Ver.1) : 急性期 病院

様 (男性・女性) 生年月日 年 月 日 ( 歳)

発症日: 年 月 日 \*既往歴・現病歴・内服薬等は別紙紹介状をご参照下さい。  
入院日: 年 月 日 ⇒⇒ 退院日: 年 月 日

診断名: 脳梗塞 脳内出血 くも膜下出血 その他 ( )  
病巣部位: 左側 右側 両側 多発性  
ACA MCA PCA 皮質下 放射冠 被殻 視床 中脳 橋 延髄 小脳 その他 ( )  
障害名: 左片麻痺 失語症 嚥下障害 膀胱直腸障害 その他 ( )  
右片麻痺 構音障害 高次脳機能障害 失調 ( )  
合併症: 高血圧 糖尿病 高脂血症 神経因性膀胱 その他 ( )  
狭心症 心房細動 慢性肺炎 陈旧性心筋梗塞 ( )  
感染症: HBV HCV MRSA MRDP ESBL その他 ( )、部位

申し込み時 (評価日 年 月 日)	
栄養	<input type="checkbox"/> 食事制限 _____ kcal <input type="checkbox"/> 経管栄養 (口胃管、口経鼻胃管) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養
膀胱代行	<input type="checkbox"/> 常時留置 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> ナイトパルーン <input type="checkbox"/> 不要
呼吸管理	気管切開: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 酸素投与: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 喀痰吸引: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 回/日)
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 _____)
昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
徘徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし
抑制	<input type="checkbox"/> 常時必要 <input type="checkbox"/> 日中必要 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 不要 (抑制種類: <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> センサー)
転倒	<input type="checkbox"/> たびたびあり <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし

Barthel Index

	自立	一部介助	全介助
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
移動	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

計 \_\_\_\_\_ /100 点

日常生活機能評価表	申込時 _____ 点	退院時 _____ 点
床と安静の指示	0(無)・1(有)	0(無)・1(有)
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	0・1	0・1
寝返り	0・1・2	0・1・2
起き上がり	0・1	0・1
座位保持	0・1・2	0・1・2
移乗	0・1・2	0・1・2
移動方法	0・1	0・1
口嚥機能	0・1	0・1
食事摂取	0・1・2	0・1・2
衣服の着脱	0・1・2	0・1・2
聴覚への意思伝達	0・1・2	0・1・2
診療機上での指示が通じる	0・1	0・1
危険行動	0・1	0・1

0:できない(行動なし) 1:できない(一部介助) 2:できない(全介助)

		申し込み時 (評価日 年 月 日)					
NIHSS	1a 意識水準	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	1b 意識障害-質問	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	1c 意識障害-従命	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	2 最良の注視	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	3 視野	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	4 顔面麻痺	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	5 上肢の運動 (右)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	6 下肢の運動 (右)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	(左)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)
	7 運動失調	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9 (切断、関節癒合)		
8 感覚	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
9 最良の言語	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3			
10 構音障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 9 (構音、身体的障害)			
11 消去減少と注意障害	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
基本動作	寝返り:	6・5・4・3・2・1					
	起き上がり:	6・5・4・3・2・1					
計 _____ /30 点	端座位:	6・5・4・3・2・1					
	立ち上がり:	6・5・4・3・2・1					
	立位保持:	6・5・4・3・2・1					
	5点 完全自立	5点 修正自立 (手や手すりを使用する場合など)				4点 監視・口頭修正	
	3点 部分介助	2点 全介助			1点 禁止 (安静度が保たれていない場合)		

社会的背景 患者職業: \_\_\_\_\_ 介護保険: 未申請 申請済  
同居家族: \_\_\_\_\_  
主介護者: \_\_\_\_\_  
介護者状況: 問題なし 高齢 病弱 仕事あり 育児・介護等で多忙  
家屋: 戸建 マンション アパート 公営住宅 その他 ( )  
階数: \_\_\_\_\_ 階 (エレベーター: 有 無)

退院・転院基準	備考
全身状態が安定し、重要な合併症が無い。	<input type="checkbox"/>
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が期待できる。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用が必要だが期待できない。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用が必要が高。	<input type="checkbox"/>
在宅環境整備、社会資源活用が必要が低い。	<input type="checkbox"/>
将来、( <input type="checkbox"/> 歩行能力獲得 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> ベッド上生活 ) が予測される。	
診療計画	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション継続 <input type="checkbox"/> リハビリテーション終了	
<input type="checkbox"/> 自宅退院	
<input type="checkbox"/> 転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・他 _____)	
<input type="checkbox"/> 施設 (老人保健施設・老人ホーム・他 _____)	

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



市民公開講座  
一般社団法人脳卒中地域連携パス協会 クラフンスミスライン株式会社 後援: 厚生労働省・東京都

## 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

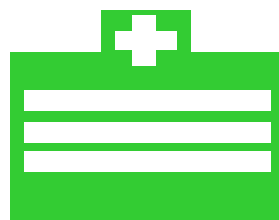
### 【回復期担当】

- 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



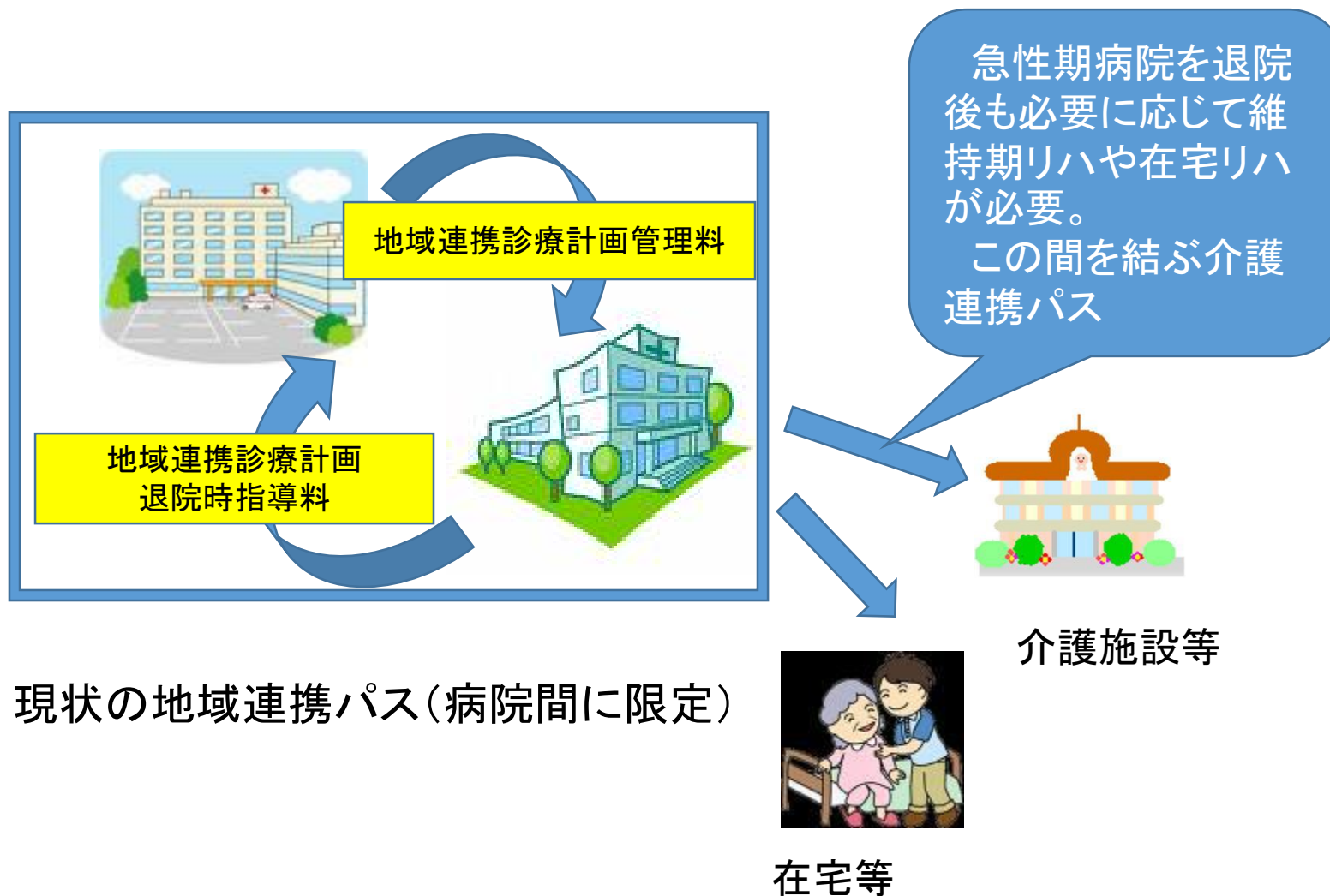


# 2010年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

- ①施設拡大(在宅、介護へ拡大)
- ②疾病拡大(がんへ拡大)



# ①地域連携パスの介護領域への拡張



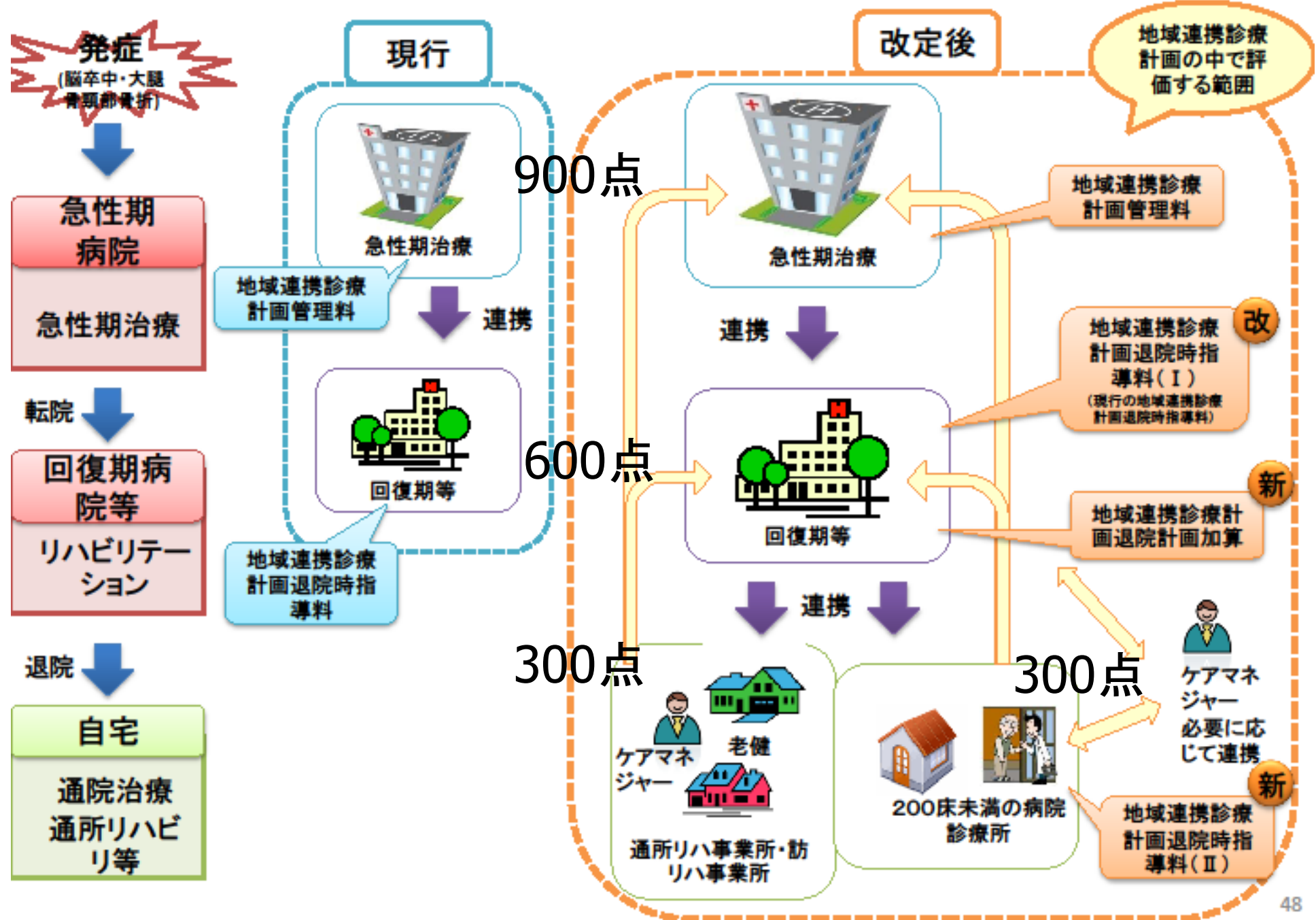
現状の地域連携パス(病院間に限定)

急性期病院を退院後も必要に応じて維持期リハや在宅リハが必要。  
この間を結ぶ介護連携パス

介護施設等

在宅等

# 大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



# 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

パート3

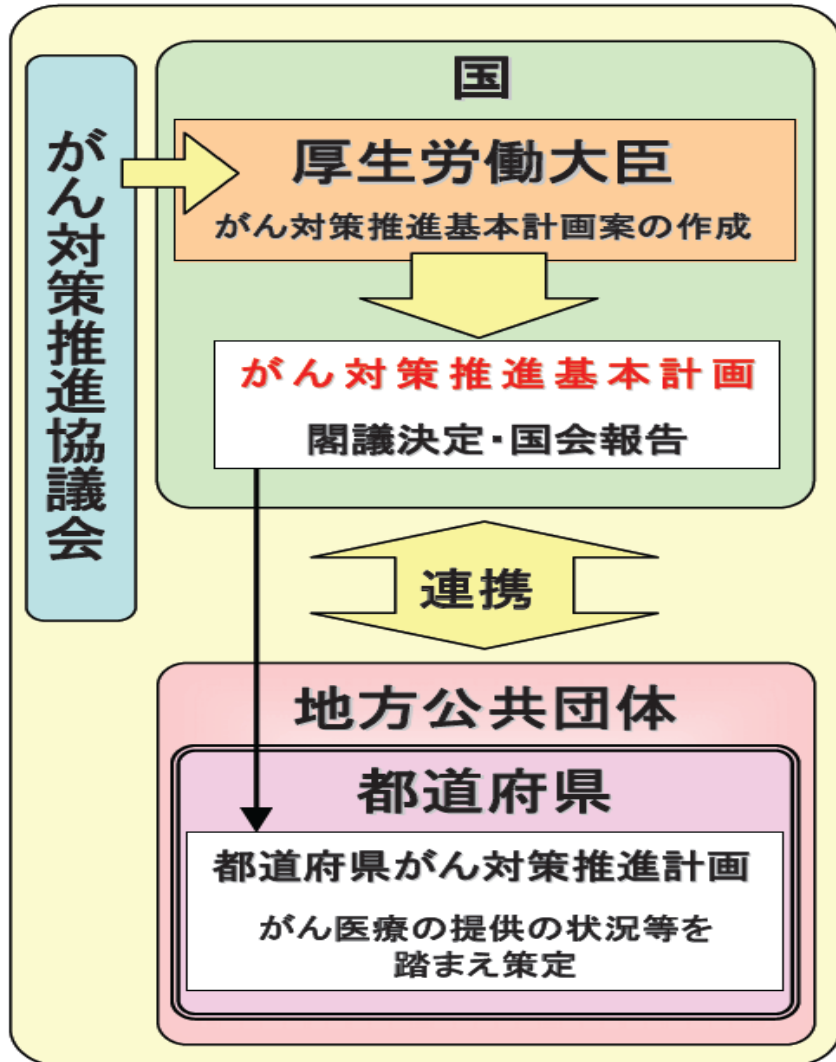
がん連携クリティカルパス

# がん対策と地域連携パス

- 1981年 悪性新生物が死亡原因の第一位となる
- 1984年 対がん10か年総合戦略
- 1994年 がん克服新10か年総合戦略
- 2004年 第3次対がん10か年総合戦略
- 2006年6月 がん対策基本法成立
- 2007年4月 がん対策基本法施行
- 6月 第1期がん対策推進基本計画 策定  
がん地域連携クリティカルパスを導入
- 2012年6月 第2期がん対策推進基本計画 策定

# がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進



## がん予防及び早期発見の推進

- がん予防の推進
- がん検診の質の向上等

## がん医療の均てん化の促進等

- 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成
- 医療機関の整備等
- がん患者の療養生活の質の維持向上
- がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等

## 研究の推進等

- がんに関する研究の促進
- 研究成果の活用
- 医薬品及び医療機器の早期承認に資する治験の促進
- 臨床研究に係る環境整備

国

民

# がん対策推進基本計画

- 「第1期がん対策推進基本計画」

- 2007年6月閣議決定
- 10年以内にごん死亡率20%減少
- 5年以内にごん検診受診率50%以上を目指す
- 5年以内(2012年まで)にすべてのご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

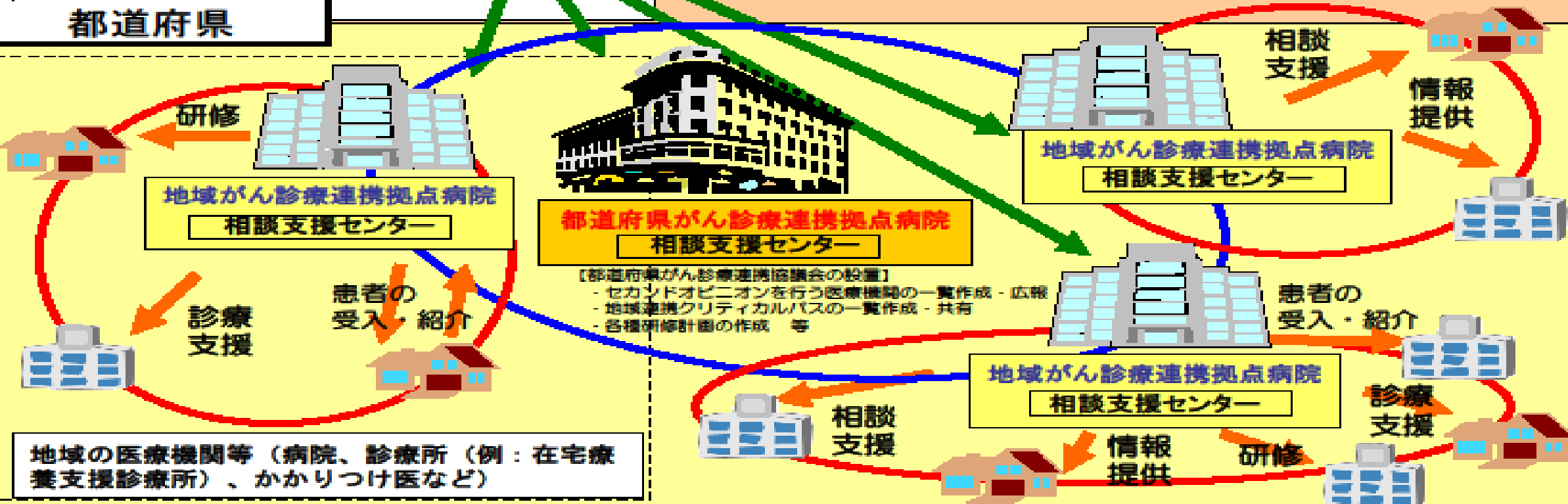


協力・支援

## ＜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





# 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]

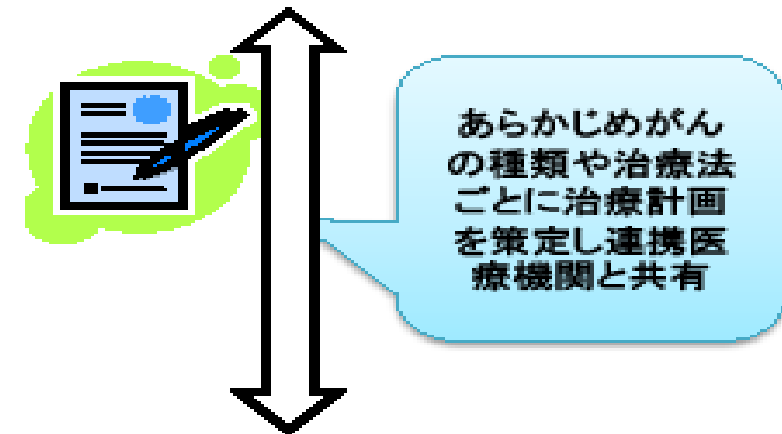
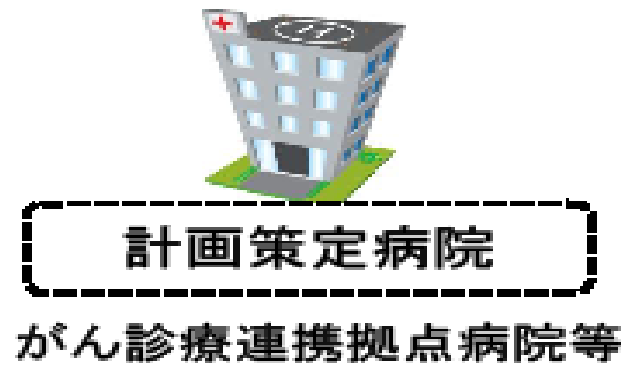
がん診療連携拠点病院又は準ずる病院において、がんの治療目的に初回に入院した患者に対して、地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの治療計画を作成し、患者に説明した上で文書にて提供した場合に退院時に算定する。

## 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]

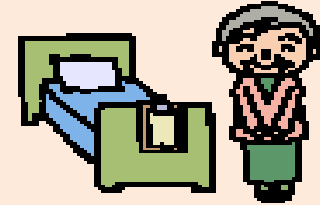
連携医療機関において、患者ごとに作成された治療計画にもとづく診療を提供し、計画策定病院に対し患者の診療に関する情報提供をした際に算定する。

# がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



750点

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

300点

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。



# 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特長

- 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
生年月日	1950-01-15
性別	男
診療科	内科
担当医師	石田 秀行
連携先病院	埼玉県立中央病院
治療内容	mFOLFOX6
薬剤	5-FU, L-OHP, 530
投与量	5-FU 400mg/m <sup>2</sup> , L-OHP 70mg/m <sup>2</sup>
投与回数	1回
副作用	なし
検査結果	血液検査: 正常



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



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 : [pmh@doc.jp](mailto:pmh@doc.jp)

FAX : 03 (5388) 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

東京都新宿区石神井 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

医療連携がん対策課



## 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。

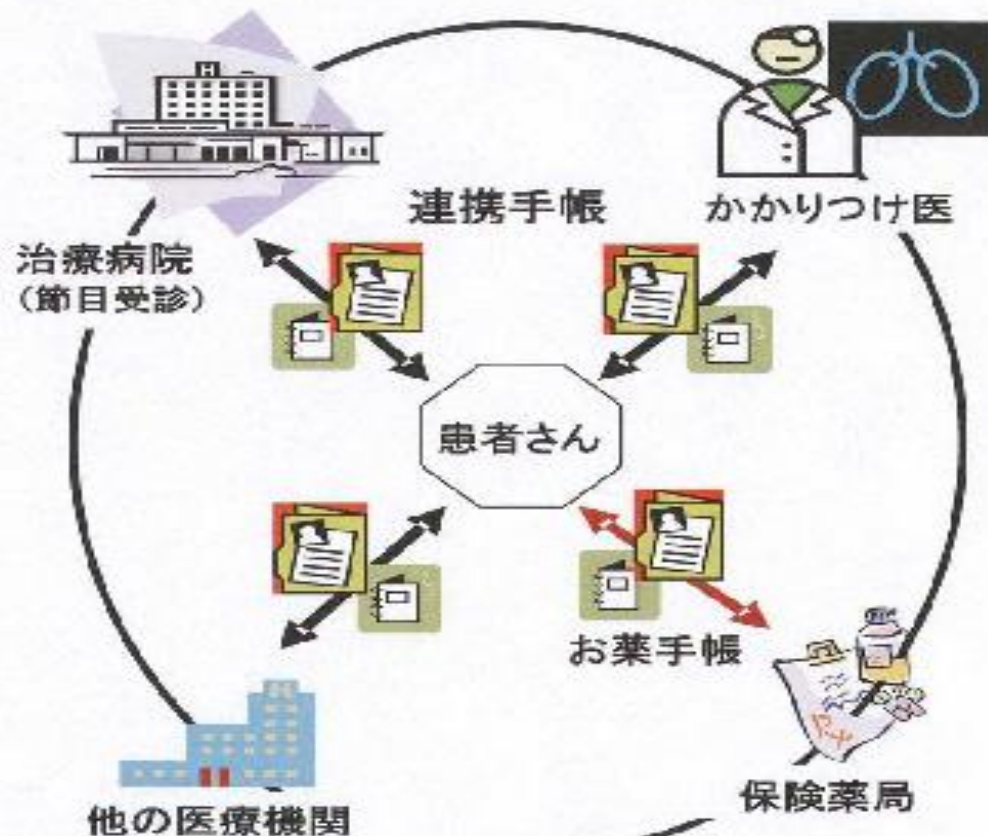
胃がんの手術を受けられた方は手術後5年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子7・8ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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 昭・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  
幽門胃切除・胃全摘・幽門胃切除・  
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

## 再産

## 幽門胃切除後

B-I



B-II



Roux en Y



PPG(幽門保存)



## 胃全摘後

空腸吻合



Roux en Y

幽門胃切除後  
空腸吻合

食道胃吻合



## 浸透度

T  ( ) N  H0 P0 C Y M0

(リンパ節転移個数 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Stage IA・IB

## その他特記事項(退院時)

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を行います

手術日 年 月 日	経過観察	3ヶ月	6ヶ月	1年		2年		3年		4年		5年	
				9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

## 第2期がん推進基本計画(2012年6月)

- 地域連携については、がん医療の均てん化を目的に、地域の医療連携のツールとして、2008年より地域連携クリティカルパスの整備が開始された。
- しかし、多くの地域で地域連携クリティカルパスが十分に機能しておらず、十分な地域連携の促進につながっていないと指摘されている。
- また、在宅医療・介護サービスについては、がん患者の間でもそのニーズが高まっているが、例えば、がん患者の自宅での死亡割合は過去5年間大きな変化が見られていない。

# 医療 計画見直し(2013年)

## 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

# パート4 精神科連携クリティカルパス

精神医療の見直し  
多すぎる精神病床数と  
長い在院日数

# 第7次医療計画(4疾患5事業)2013年

## • 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

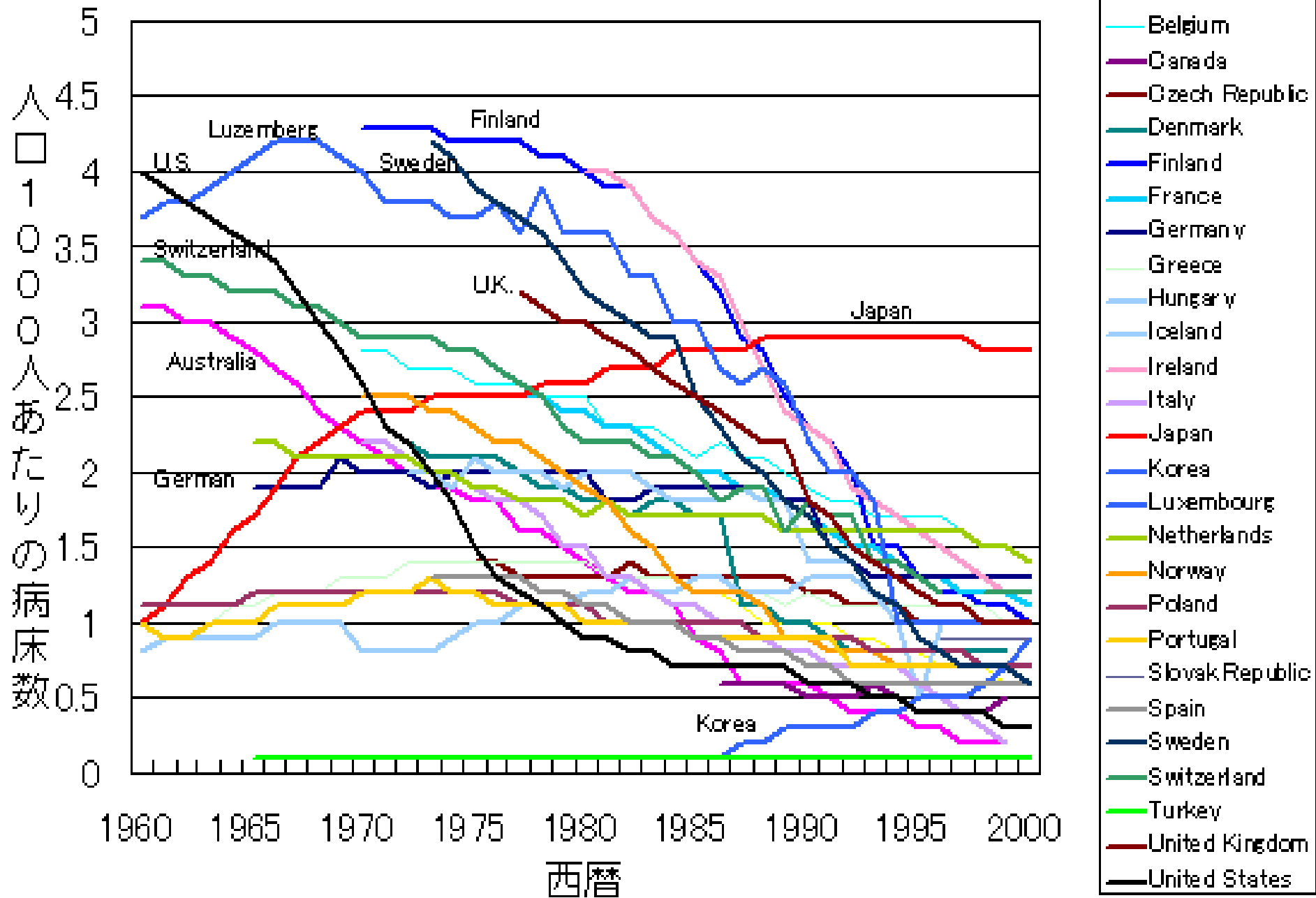
## • 5事業

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

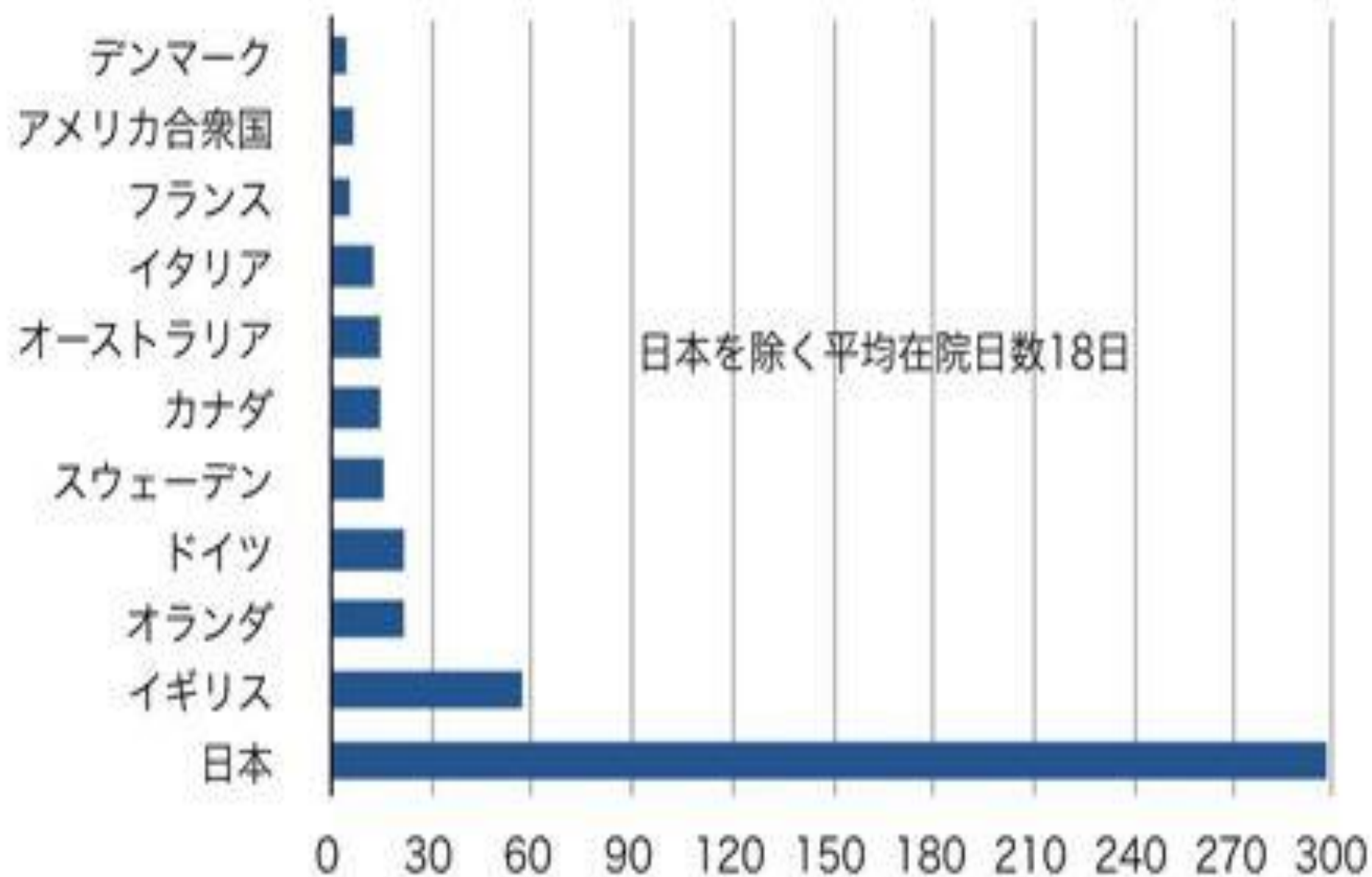
疾病別・事業別の医療提供体制と連携体制の構築



# 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



# 精神疾患の医療体制の構築に係る指針

## (2) 医療資源・連携等に関する情報

- ・ 従事者数、医療機関数（病院報告、医療施設調査、事業報告）
- ・ 往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 精神科訪問看護を提供する病院・診療所数（医療施設調査）
- ・ 訪問看護ステーション数、薬局数（「在宅医療」を参照）
- ・ 精神科救急医療施設数（事業報告）
- ・ 精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターの開設状況（事業報告）
- ・ 医療観察法指定通院医療機関数
- ・ 地域連携クリティカルパス導入率
- ・ GP（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携会議の開催地域数及び、紹介システム構築地区数
- ・ 向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、睡眠薬、抗不安薬）の薬剤種類数
- ・ 抗精神病薬の単剤率

**地域連携クリティカルパス導入率（推奨）**

<http://www.ncnp.go.jp/nimh/syakai/wp-content/uploads/2012/04/notice02.pdf>

# 精神科クリティカルパス



伊藤弘人 (国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 社会精神保健研究部 部長).

## 全国で行われている医療連携の事例について 地域連携による精神障害者支援の取組み（富山県）

- 砺波厚生センター（精神障害者の地域医療の推進を目指した退院支援のための企画立案研究）
- 医療機関及び授産施設、地域生活支援センター、行政が協力して実施。
- 連携クリティカルパスを作成するとともに、円滑に退院し、地域で安心した生活が送れるようにすることが目的

平成17年10月24日 新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会（第2回）

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8c.html>

## 統合失調症急性期の入院医療パス(例)\*

	入院時	1週目	2~3週	4~6週	7~10週	アウトカム
検査 診断	血液検査			血液検査		
治療ケ ア方針	治療計画策定 家族への説明	治療チームへ の指針の策定	作業療法導入の 検討、家族面談	治療計画・治療チ ームへの指針、家族面 談、服薬指導導入や デイケア導入検討		自立的な生活
薬物 療法	非定型抗精神病 薬初回量投与	効果を見て投 与量を上げる	効果を見て抗精 神病薬変更	不必要な薬の整理 薬物の効果を見て ECT検討	薬物継続	維持量
看護 ケア	自殺・興奮リス ク、睡眠食事把 握	同左	睡眠食事把握 不安への傾聴 他患との関係援 助	入院経緯の振り返り 外出・外泊の振り返り	服薬指導	服薬 自己管理
行動 範囲	病棟内静養	同左（興奮等 があれば一時 隔離室使用）	同伴外出	単独外出 外泊	退院日決定	自由
アウトカ ム	安全性確保	睡眠・休息 確保	睡眠/休息の量 的・質的確保、 食事・洗面入 浴・洗濯自立	外出・外泊の安定		退院

\*土佐病院パス(2003)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

## 退院促進クリティカルパス（単身生活・アパート）\*

	退院導入期	退院準備期	退院時
医師	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> 退院支援に関して本人の意志確認 <input type="checkbox"/> 退院への不安の確認	<input type="checkbox"/> 診察・面接 <input type="checkbox"/> デイ・ケア見学	<input type="checkbox"/> 診察・面接
OT・看護部			
自立生活能力の援助	（身の回りのこと） <input type="checkbox"/> 生活リズムを整える <input type="checkbox"/> 1か月のやりくりができる <input type="checkbox"/> 入浴準備ができる  （時間の活用） <input type="checkbox"/> 趣味をみつける <input type="checkbox"/> 自転車の練習	（対人関係） <input type="checkbox"/> 挨拶ができる （社会資源の利用） <input type="checkbox"/> 銀行・図書館の利用 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 携帯電話の使用 （安全管理） <input type="checkbox"/> 服薬遵守の方法 <input type="checkbox"/> 火の後始末の方法	<input type="checkbox"/> 私物確認 <input type="checkbox"/> 最終評価 <input type="checkbox"/> 受診日確認 <input type="checkbox"/> 看護計画評価
精神面の対応	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる	<input type="checkbox"/> 心配事を話せる <input type="checkbox"/> 安定した生活が送れる	
緊急時対応	<input type="checkbox"/> 不安なときの対応 <input type="checkbox"/> 災害時の対応	<input type="checkbox"/> 対人トラブル時対応 <input type="checkbox"/> 病院への対応	

\*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

# 精神科デイケアクリティカルパス (例)\*

	試験通所	開始時	～1週間	～1か月	～半年	～1年
書類	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 週間プログラム <input type="checkbox"/> 試験通所指示 (主治医)	<input type="checkbox"/> 通所申込書 <input type="checkbox"/> 本人・家族の記録 <input type="checkbox"/> 開始指示 (主治医)		<input type="checkbox"/> 個別評価表	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示	<input type="checkbox"/> 個別評価表 <input type="checkbox"/> 継続/退所指示
支援内容	<input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 施設案内 <input type="checkbox"/> ルール確認 <input type="checkbox"/> 食事説明 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認 <input type="checkbox"/> 本人の意向の確認	<input type="checkbox"/> 居場所の確保 <input type="checkbox"/> 場への慣れ <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認	<input type="checkbox"/> 面接及び評価 <input type="checkbox"/> 問題点の明確化 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> 個別アプローチの検討 <input type="checkbox"/> 診察日・服薬確認		
確認事項	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療制度 <input type="checkbox"/> 通所方法 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整 <input type="checkbox"/> 退院予定 <input type="checkbox"/> 通所意思 <input type="checkbox"/> 家族の意向	<input type="checkbox"/> 障害者手帳の提示 <input type="checkbox"/> 自立支援医療カードの確認	<input type="checkbox"/> 通所意思の確認 <input type="checkbox"/> 関係機関との調整			



## 再入院防止クリティカルパス (例)\*

	退院当日～ 2週目	～1か月目	～3か月目	3か月～
目標	<input type="checkbox"/> 通院・服薬ができる <input type="checkbox"/> 作った生活リズムを崩さない	<input type="checkbox"/> 生活ペースに慣れる <input type="checkbox"/> 外来スタッフと話せる	<input type="checkbox"/> 生活ペースの確立 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談	<input type="checkbox"/> 生活の幅の拡大 <input type="checkbox"/> 通院・服薬の必要性を理解 <input type="checkbox"/> 外来スタッフに自発的に相談
基本的生 活の援助	<input type="checkbox"/> ADLの変化の確認 <input type="checkbox"/> 生活状況を把握			
通院・服 薬の援助	<input type="checkbox"/> 通院・服薬の重要性の説明 <input type="checkbox"/> 服薬時間の適切性を把握	<input type="checkbox"/> 服薬に支障をきたす要因に対応 <input type="checkbox"/> 受診状況の把握		<input type="checkbox"/> 処方変更に伴う不安への対応 <input type="checkbox"/> 単独での通院可能性の検討
社会生活 の援助	<input type="checkbox"/> 自立支援医療制度の申請の検討 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳の申請の検討 <input type="checkbox"/> 障害年金申請の検討	<input type="checkbox"/> ケアカンファレンスの開催 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況を把握 <input type="checkbox"/> 社会参加に向けた社会資源の検討	<input type="checkbox"/> 社会参加の状況の再評価
家族への 援助	<input type="checkbox"/> 不安の傾聴 <input type="checkbox"/> 家族の本人への接し方を評価		<input type="checkbox"/> 本人への対応についてのアドバイス	<input type="checkbox"/> 家族機能の変化に対応して生じる問題の解決

\*揖保川病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012


# どんな精神科疾患から 精神科地域連携パスを作成するか？

- 1: 典型的うつ病を想定した入院治療希望
- 2: 典型的統合失調症を想定した入院治療希望
- 3: プライマリケア医からのうつ病疑い精査加療希望
- 4: 認知症が疑われる高齢者の精査加療希望
- 5: アルツハイマー型認知症のBPSDを想定した入院治療希望
- 6: 基礎疾患のある高齢者のせん妄精査加療希望

パート5  
在宅医療・介護連携  
クリティカルパス

# 医療介護一括法と 地域包括ケアシステム



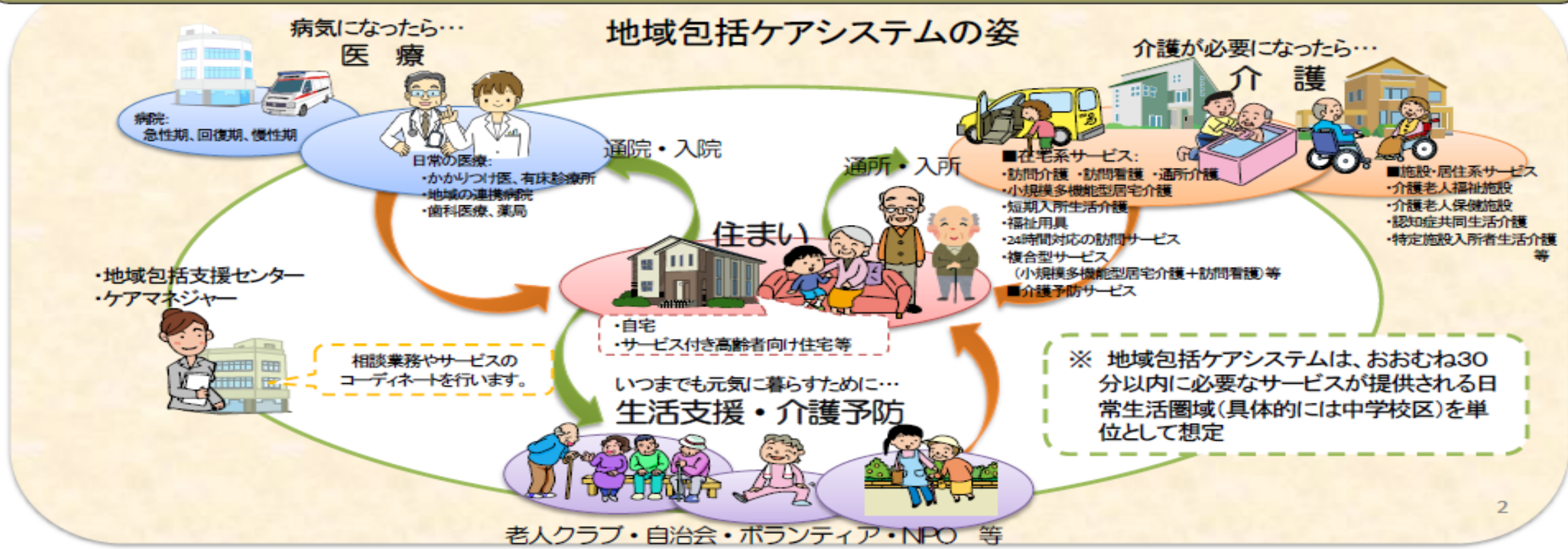


# 医療介護一括法の成立

2014年6月18日

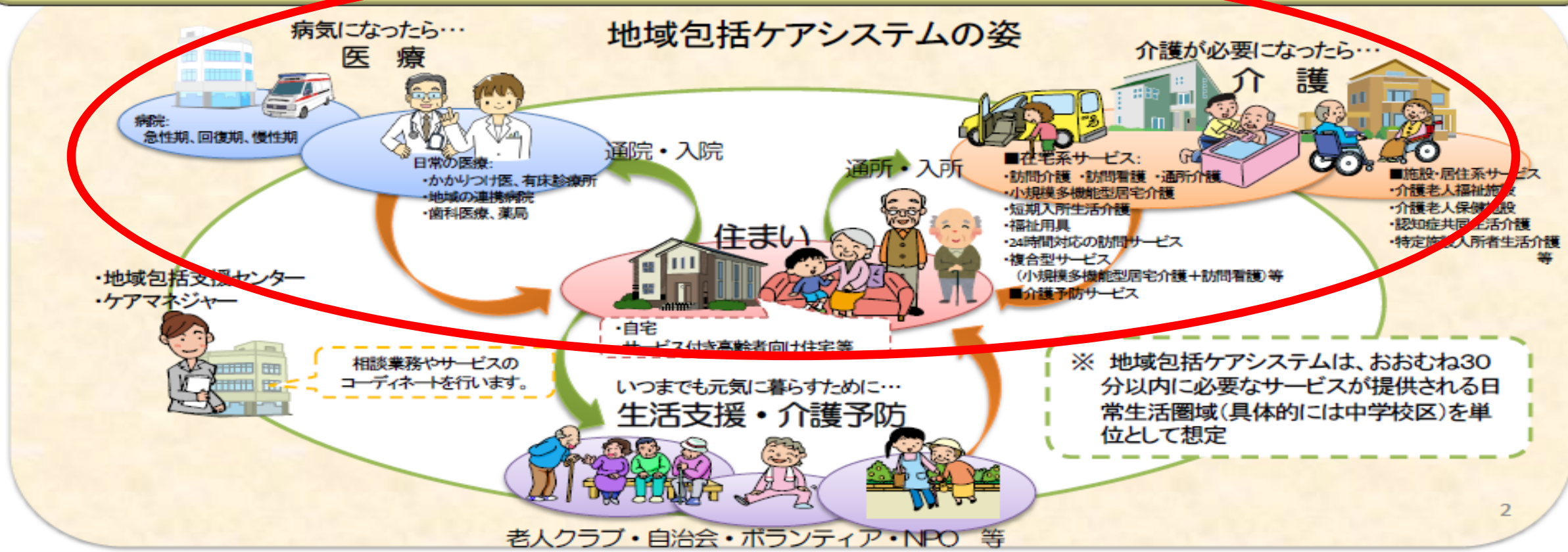
# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- **地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



# 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、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、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



# 在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の中核的医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

## ○事業項目と取組例

### （ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



### （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

### （キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



### （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

### （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

### （ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

### （カ）医療・介護関係者の研修

- ◆ 地域の医療・介護関係者がグループワーク等を通じ、多職種連携の実際を習得
- ◆ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催等

### （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討



## (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を含めた情報共有ツールを整備し、地域の医療・介護関係者間の情報共有の支援を行う。

※情報共有ツール:情報共有を目的として使用される、情報共有シート、連絡帳、地域連携クリティカルパス等



### ポイント

- 既存の情報共有ツールの改善や、情報共有ツールを新たに作成する場合は、医療・介護関係者の双方が利用しやすい様式等になるよう考慮する。

### 実施内容・方法

#### 1. 情報共有ツールの作成

- (1) 地域における既存の情報共有ツールとその活用状況を把握し、その改善等や新たな情報共有ツール作成の必要性について、関係する医療機関や介護サービス事業者の代表、情報共有の有識者等からなるWGを設置して検討(※地域の实情に応じて、既存の情報共有ツールの改善でも可)
- (2) 作成又は改善を行う場合、WGにおいて、情報共有の方法(連絡帳、連絡シート、地域連携クリティカルパス、ファックス、電子メール等)や内容等を検討し、情報共有ツールの様式、使用方法、活用・手順等を定めた手引き(利用者の個人情報の取り扱いを含む)等を策定。  
※ 実際に情報共有ツールを使用する地域の医療・介護関係者等の意見を十分に踏まえること。

#### 2. 情報共有ツールの導入支援と活用状況の把握

- (1) 地域の医療・介護関係者を対象に、使用方法の説明等、情報共有ツールの導入を支援するための研修会を開催や、情報共有ツールの使用方法や情報共有の手順等を定めた手引き等を配布。
- (2) アンケート調査、ヒアリング等によって、情報共有ツールの活用状況とその効果、うまく活用できた事例やできなかった事例等について把握し、改善すべき点がないかなどについて検討。
- (3) 必要に応じて、情報共有ツールの内容や手引き等を改定し、関係者に対し、十分周知。

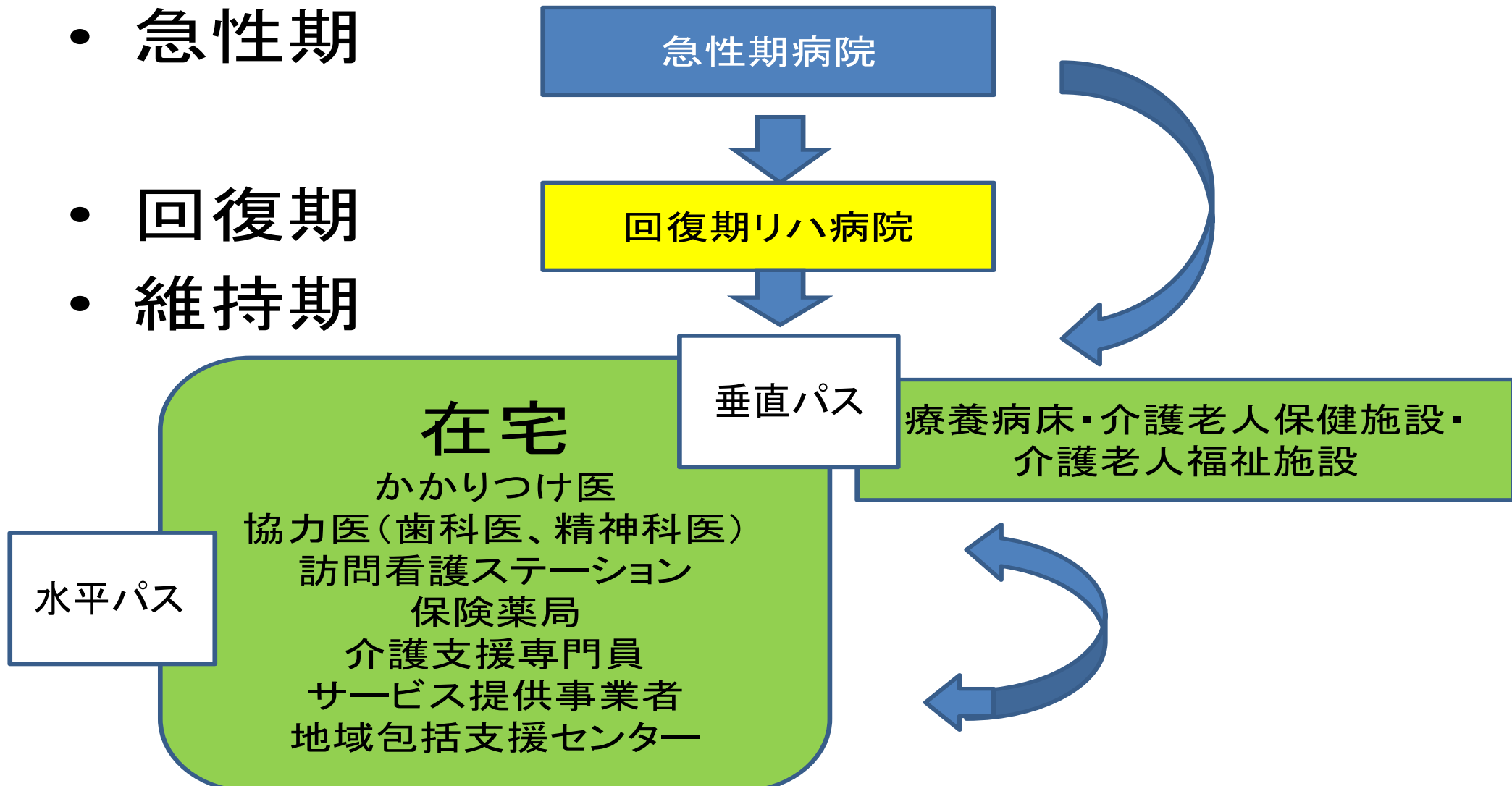
### 留意事項

- 職員の交代時期を考慮し、例えば、定期的に医療機関等や介護事業所で実際に従事する職員に対して手引きを周知するよう配慮する。



# 2種類の地域連携クリティカルパス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



# 在宅医療・介護連携クリティカルパス

介護サービス



大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

入院日	手術前日	術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目
<ul style="list-style-type: none"> <li>手術室で麻酔をかけ、手術を行います。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> <li>手術後、病室で安静に過ごします。</li> </ul>

連携



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



ケアマネージャー

在宅医療・介護連携  
クリティカルパス

# がん地域連携クリティカルパス

- がん地域連携クリティカルパス  
ーがん医療連携とコーディネート機能
- 編著 日本医療マネジメント学会  
／監
- 判型 B5 発行日 2010年5月刊
- ページ 220
- 定価(税込) ¥4,200

## がん地域連携 クリティカルパス

がん医療連携とコーディネート機能

[監修]  
日本医療マネジメント学会



JiP じほう

# 2025年へのカウントダウン

～地域医療構想・地域包括ケアはこうなる！～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 270頁、2800円
- 地域医療構想、地域包括ケア  
診療報酬改定、2025年へ向  
けての医療・介護トピックスetc
- **2015年9月発刊**



パート6  
2016年診療報酬改定

中医協  
入院医療等調査評価分科会より

# 中医協診療報酬調査専門組織 入院医療等の調査・評価分科会





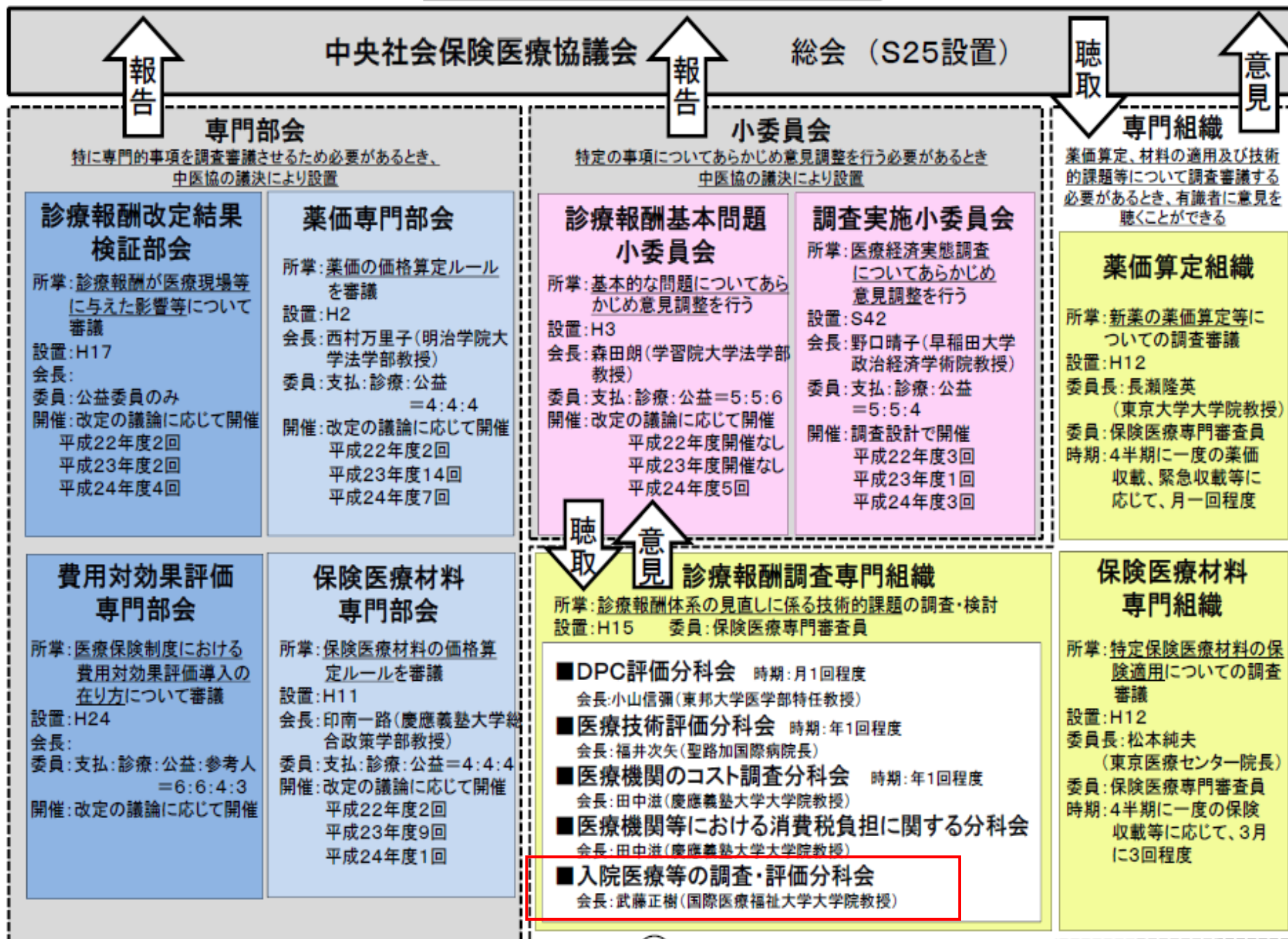
診療報酬調査専門組織・入院医療等の調査・評価分科会  
委員名簿

氏名	所属
安藤 文英	医療法人西福岡病院 理事長
池田 俊也	国際医療福祉大学大学院 教授
池端 幸彦	医療法人池慶会 理事長
石川 広己	社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会 理事長
香月 進	福岡県保健医療介護部 理事
神野 正博	社会医療法人財団董仙会 理事長
佐柳 進	特定医療法人西会 昭和病院長
鳴森 好子	公益社団法人東京都看護協会 会長
筒井 孝子	兵庫県立大学大学院 経営研究科 教授
藤森 研司	東北大学大学院 医学系研究科・医学部 医療管理学分野 教授
發坂 耕治	公益財団法人 岡山県健康づくり財団 理事
本多 伸行	健康保険組合連合会 理事
武藤 正樹	国際医療福祉大学大学院 教授

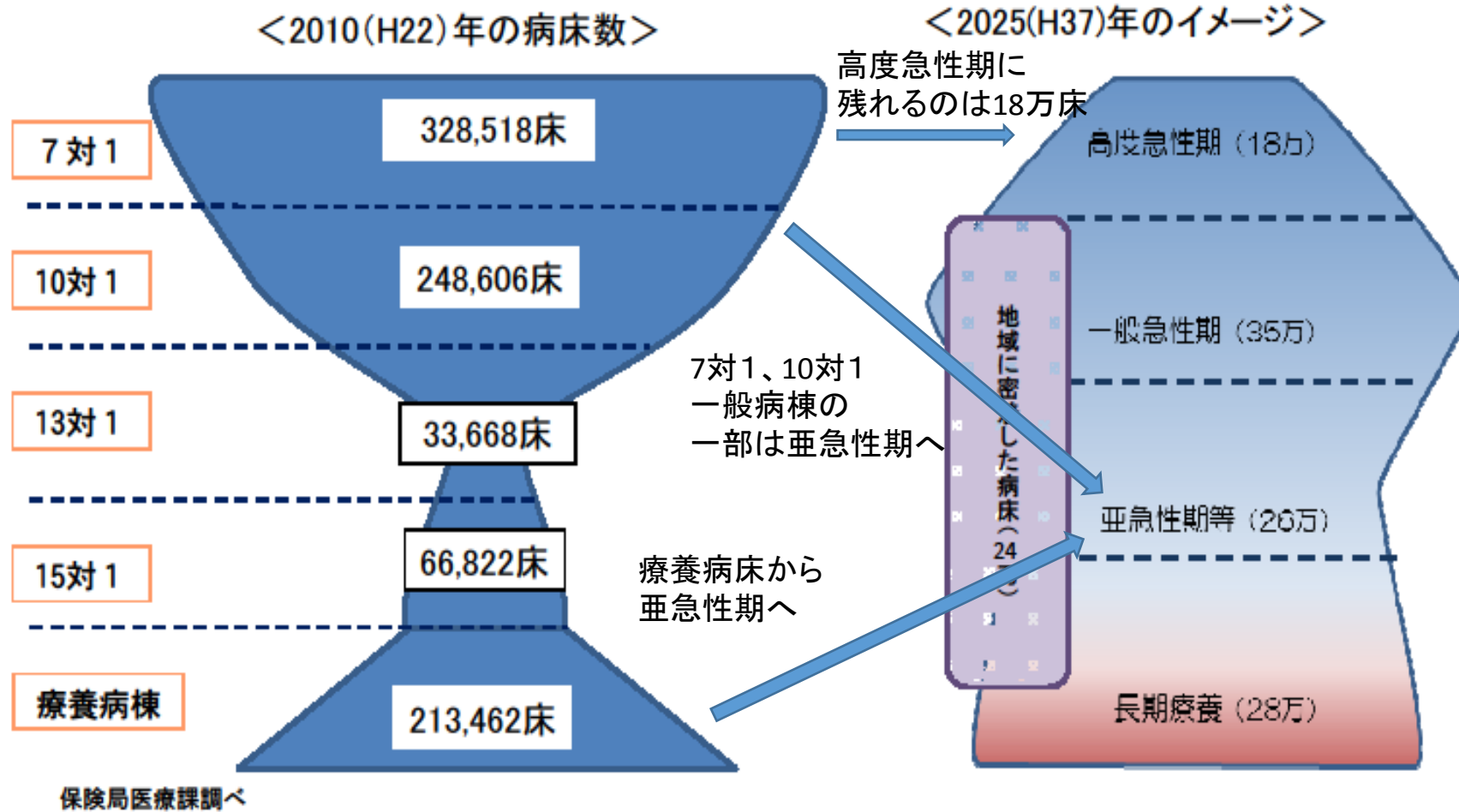
○

○：分科会長

# 中央社会保険医療協議会の関連組織



# 診療報酬による病床機能分化 ～ウィングラス型からヤクルト型へ～



- 届出医療機関数で見ると10対1入院基本料が最も多いが、病床数で見ると7対1入院基本料が最も多く、2025年に向けた医療機能の再編の方向性とは形が異なっている。

# 次期報酬改定へ向けての 3つの課題

課題① 7対1病床の要件見直し

課題② 地域包括ケア病棟の要件見直し

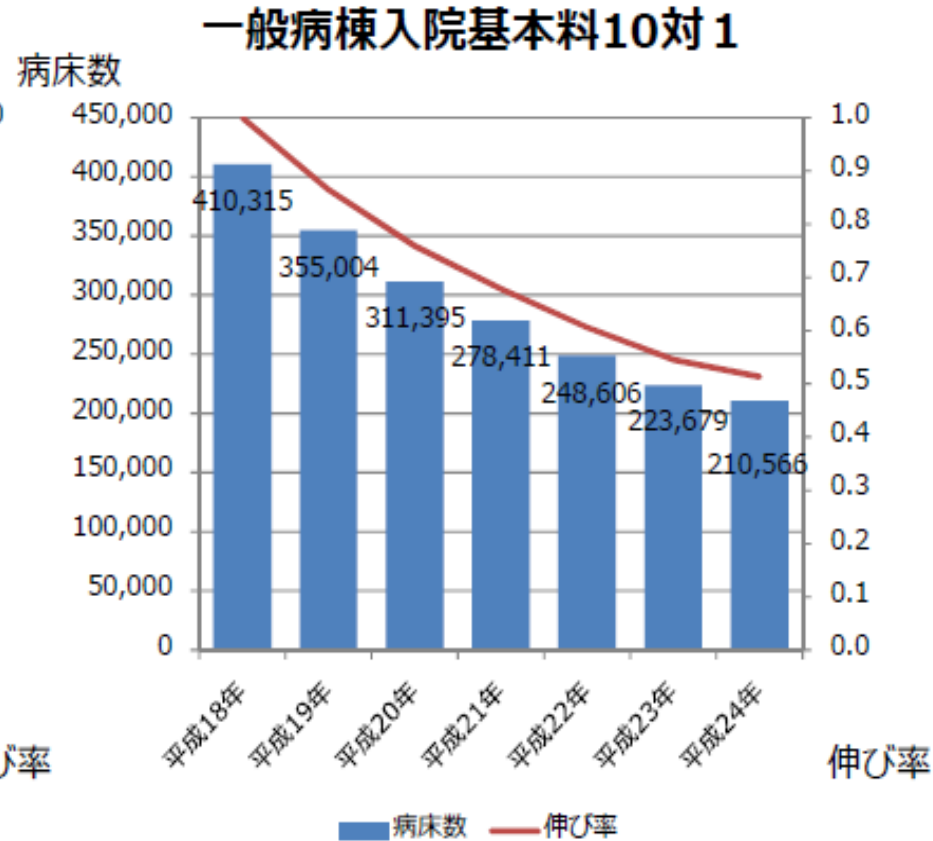
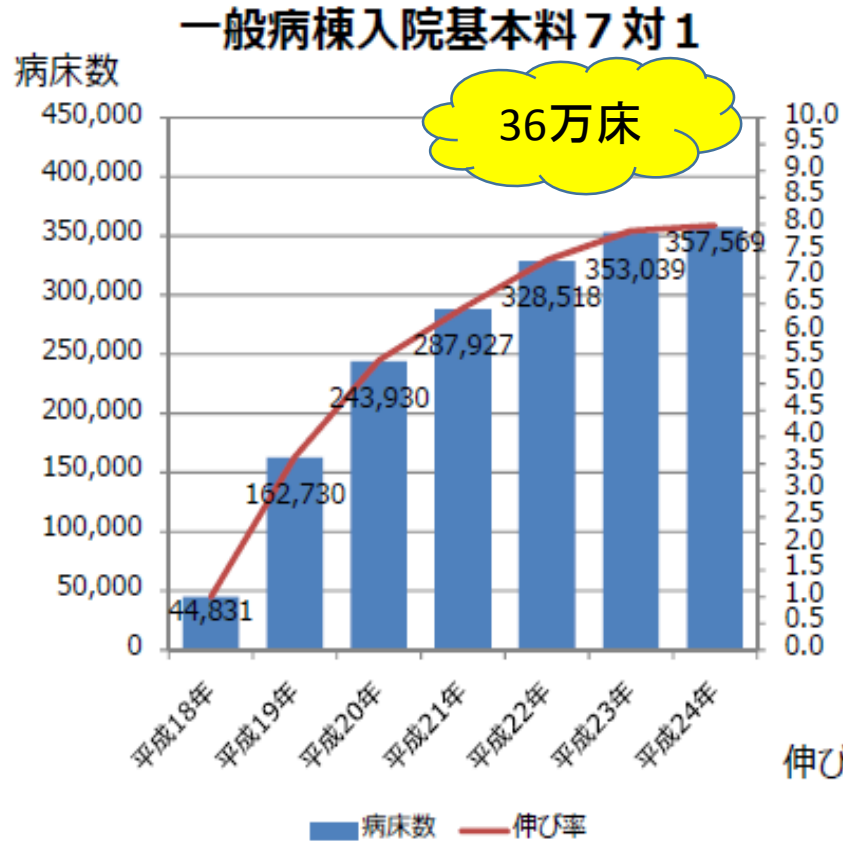
課題③ 慢性期病床の要件見直し

課題①7対1病床の要件見直し

# 一般病棟入院基本料（7対1と10対1）の届出病床数の割合と推移

診調組 入 - 1  
25.5.16

- 7対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降増加。平成24年度の伸び率は、緩やか
- 10対1入院基本料の届出病床数は平成18年以降減少



※ 平成18年を1とした時の伸び率  
 ※※ 平成24年は暫定値

(平成24年保険局医療課調べ)

# 7対1入院基本料の要件

- ①平均在院日数 18日以下
- ②看護師配置 患者7人に看護師1名
- ③患者重症度
  - 重症度、医療・看護必要度  
A項目（モニター、処置）、B項目（患者ADL）  
重症患者割合が15%以上
- ④在宅復帰率 75%以上

## 平成26年度診療報酬改定（7対1入院基本料等の見直し）

▶ 7対1入院基本料等について以下のような見直しを行った。

- ① 特定除外制度について、平成24年度診療報酬改定で見直しを行った13対1、15対1一般病棟入院基本料と同様の見直しを行う。  
(※1)
- ② 「一般病棟用の重症度・看護必要度」について、名称と項目内容等の見直しを行う。
- ③ 自宅や在宅復帰機能を持つ病棟、介護施設へ退院した患者の割合について基準を新設。在宅復帰率75%以上
- ④ 短期滞在手術基本料3について、対象の手術を拡大し、検査も一部対象とする。また、本点数のみを算定する患者について、平均在院日数の計算対象から除外する。(※2)
- ⑤ データ提出加算の届出を要件化。

※1 10対1入院基本料等についても同様の取扱い。

※2 7対1入院基本料以外の入院料(診療所等を除く)についても同様の取扱い。



# ①特定除外制度の見直し

## 平成26年度診療報酬改定①

### 一般病棟における長期療養の適正化

➤7対1、10対1の病棟についても特定除外制度の見直しを行う。

- ① 90日を超えて入院する患者について、出来高算定とするが、平均在院日数の計算対象とする。
- ② 90日を超えて入院する患者について、療養病棟と同等の報酬体系とする。(平成26年3月31日に入院している患者は医療区分3と見なす)

①、②の取扱いについて、病棟単位で、医療機関が選択することとする。

※ 本取扱いは平成26年10月1日から実施することとする。また、②を選択する病棟のうち1病棟は、平成27年9月30日まで、2室4床までに限り、出来高算定を行う病床を設定できる。当該病床の患者は平均在院日数の計算対象から除外する。

### ＜上記の②を選択した場合の対応＞

90日を超えて入院している患者については療養病棟入院基本料1と同様に医療区分、ADL区分を用いて算定するが、以下の2点の対応を行う

1. 平成26年3月31日に入院している患者については、当分の間医療区分を3と見なす。
2. 平成27年9月30日までの間は、当該病棟の2室4床を指定し、出来高算定が可能。



入院90日以内の患者は通常通り出来高で算定。

90日を超えて入院している場合、療養入院基本料1と同様の算定を行うが、平成26年3月31日に入院している患者について医療区分3とみなす。

90日を超えて入院している場合であっても、平成27年9月30日までの間、2室4床まで、出来高算定が可能(平均在院日数の計算対象から除外)。

3.7%  
6.5%

## 90日超患者のうちの特定除外患者割合

	全体	入院期間90日超		うち 特定除外患者に該当する	
		人数	割合	人数	割合
7対1一般病棟入院基本料	3,810	223	5.9%	142	3.7%
10対1一般病棟入院基本料	1,727	147	8.5%	112	6.5%
療養病棟入院基本料1	1,703	1,374	80.7%	-	-
療養病棟入院基本料2	1,080	800	74.1%	-	-

○ 7対1、10対1一般病棟入院基本料を届出している医療機関においても90日を超えて長期入院する患者がある程度存在した。

32  
no

# 特定除外患者の内訳(平成24年度調査)

		7対1 一般病棟入院基本料		10対1 一般病棟入院基本料	
		件数	割合	件数	割合
全体		142	100.0%	112	100.0%
特定除外患者該当状況	[01] 難病患者等入院診療加算を算定する患者	4	2.8%	3	2.7%
	[02] 重症者等療養環境特別加算を算定する患者	—	—	3	2.7%
	[03] 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者および難病患者等	7	4.9%	10	8.9%
	[04] 悪性新生物に対する治療を実施している状態	37	26.1%	16	14.3%
	[05] 観血的動脈圧測定を実施している状態	—	—	—	—
	[06] リハビリテーションを実施している状態(入院日から起算して180日間に限る)	45	31.7%	20	17.9%
	[07] ドレーン法もしくは胸腔または腹腔の洗浄を実施している状態	4	2.8%	3	2.7%
	[08] 頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態	13	9.2%	6	5.4%
	[09] 人工呼吸器を使用している状態	11	7.7%	6	5.4%
	[10] 人工腎臓、持続緩徐式血液濾過または血漿交換療法を実施している状態	6	4.2%	36	32.1%
	[11] 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態(当該手術日から30日間に限る)	4	2.8%	—	—
	[12] 上記 [1]～[11] に掲げる状態に準ずる状態にある患者	9	6.3%	6	5.4%
[99] 未記入	2	1.4%	3	2.7%	

# 90日を超えて入院している患者の変化

## <7対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日	→	平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	2.04人/50人		1.74人/50人

## <10対1一般病棟入院基本料>

	平成24年6月1日	→	平成26年11月6日
入院患者50人あたり90日を超える患者の人数	4.63人/50人		3.77人/50人

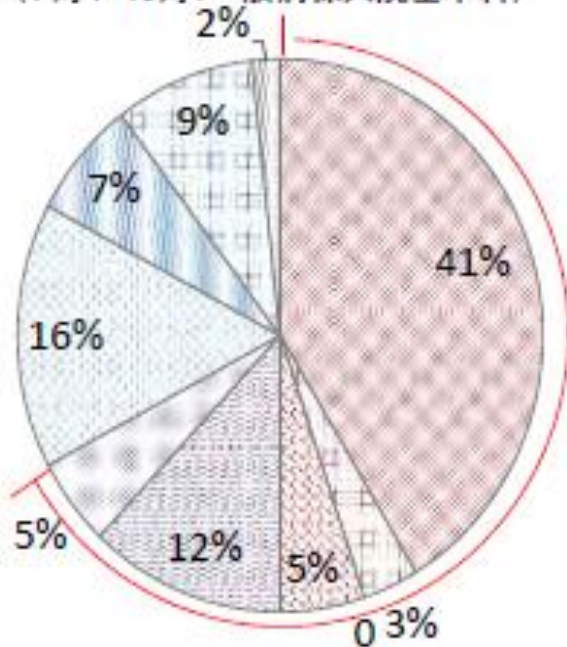
## <90日を超えて入院している患者の増加／減少した医療機関>



# 90日を超えて入院している患者の退棟状況について

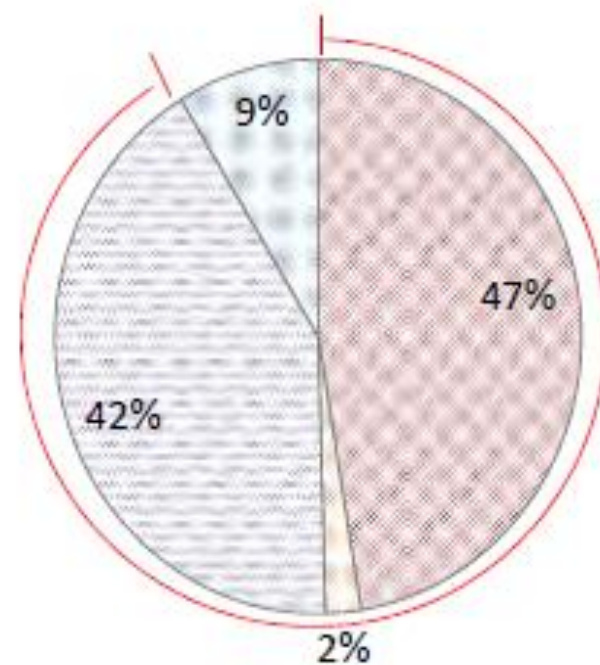
- 90日を超えて入院している患者の退棟先は、自宅が最も多い。また、自宅や療養病棟、介護施設等への退棟が全体の7割弱であった。
- なお、90日を超えて入院している患者が減少した医療機関のうち、約90%に退院支援室又は地域連携室が設置されていた。

＜90日を超え患者の退棟先＞  
(7対1・10対1一般病棟入院基本料)



- 自宅
- 自院の療養病棟
- 他院の療養病棟
- 自院の一般病床
- 他院の一般病床
- 自院の地域包括ケア・回りハ病床
- 他院の地域包括ケア・回りハ病床
- 介護施設等
- 自院のその他病床
- 他院のその他病床

＜90日超え患者が減少した医療機関の退院支援＞



- いずれも設置
- 退院支援室のみ設置
- 地域連携室のみ設置
- いずれも設置していない

## ②重症度、医療・看護必要度の見直し

### 平成26年度診療報酬改定②

#### 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

▶急性期病床における患者像ごとの評価の適正化を図るため、モニタリング及び処置等の項目(A項目)について、急性期患者の特性を評価する項目とし、「一般病棟用の重症度、医療・看護必要度」に名称を変更する。

現行(A項目)	
1	創傷処置
2	血圧測定
3	時間尿測定
4	呼吸ケア
5	点滴ライン同時3本以上
6	心電図モニター
7	シリンジポンプの使用
8	輸血や血液製剤の使用
9	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用、② 麻薬注射薬の使用 ③ 放射線治療、④ 免疫抑制剤の使用、⑤ 昇圧剤の使用、 ⑥ 抗不整脈剤の使用、⑦ ドレナージの管理



改定後(A項目)	
1	創傷処置 (①創傷の処置(褥瘡の処置を除く)、②褥瘡の処置) (削除) (削除)
2	呼吸ケア(呼吸吸引のみの場合を除く)
3	点滴ライン同時3本以上の管理
4	心電図モニターの管理
5	シリンジポンプの管理
6	輸血や血液製剤の管理
7	専門的な治療・処置 ① 抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ) ② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理 ③ 麻薬の使用(注射剤のみ) ④ 麻薬の内服・貼付、坐剤の管理 ⑤ 放射線治療、 ⑥ 免疫抑制剤の管理、⑦ 昇圧剤の使用(注射剤のみ) ⑧ 抗不整脈剤の使用(注射剤のみ) ⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用 ⑩ ドレナージの管理

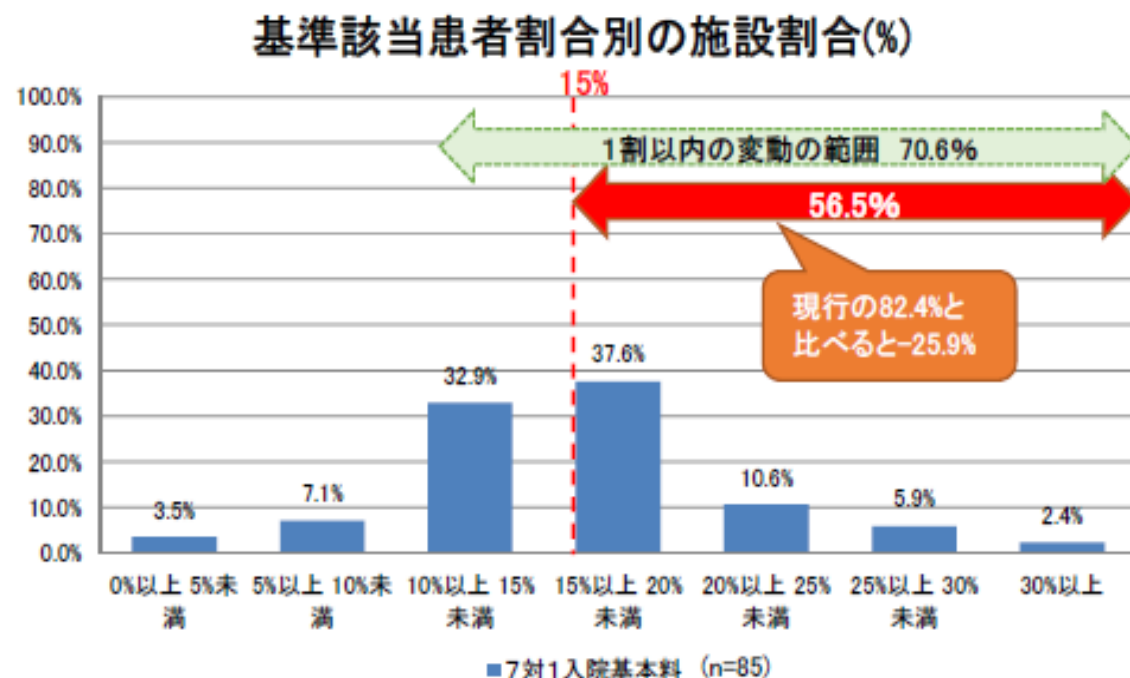
・1～6は各1点  
 ・7は①～⑩のいずれかに該当した場合2点

※ B項目については変更なし。  
 【経過措置】  
 ・上記の取り扱いについては、平成26年10月1日から施行する。

※A項目2点以上かつB項目3点以上の該当患者割合 1割5分以上 については変更なし。  
 ※救命救急入院料を算定する治療室を有する保険医療機関の病棟、及び、  
 専門病院入院基本料(悪性腫瘍7割以上)についても、1割5分以上の基準を適用。

パターン2:  
入院医療等分科会とりまとめを踏まえた見直しの方角性に対応した場合

＜必要度基準該当患者の割合の施設分布＞



見直し後の必要度基準該当患者の割合が1割5分以上の医療機関は56.5%であった。

# 7対1病床はどれくらい減る のか？

36万床の4分の1、  
9万床減るといわれているが...



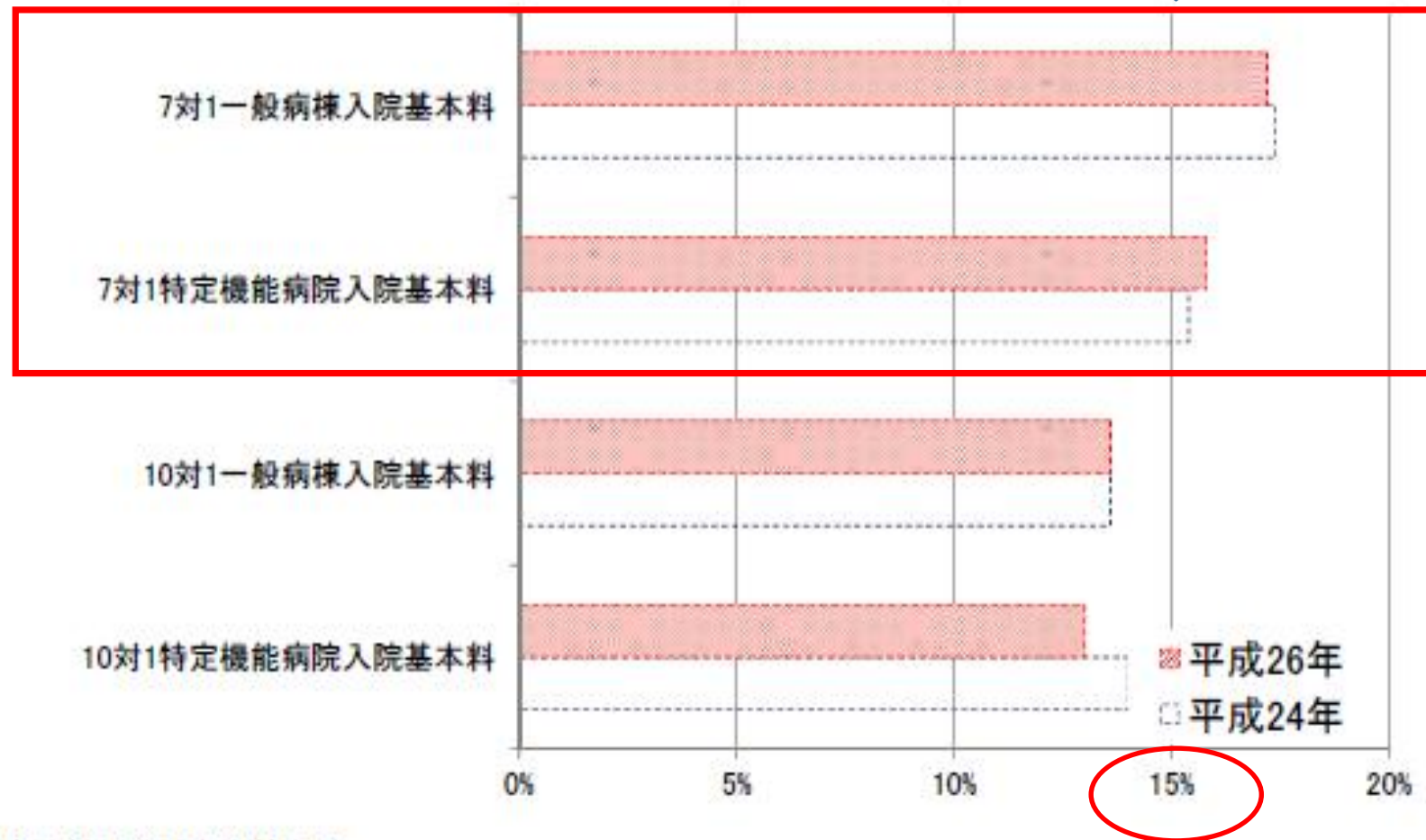
# 入院料別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

15%ライン

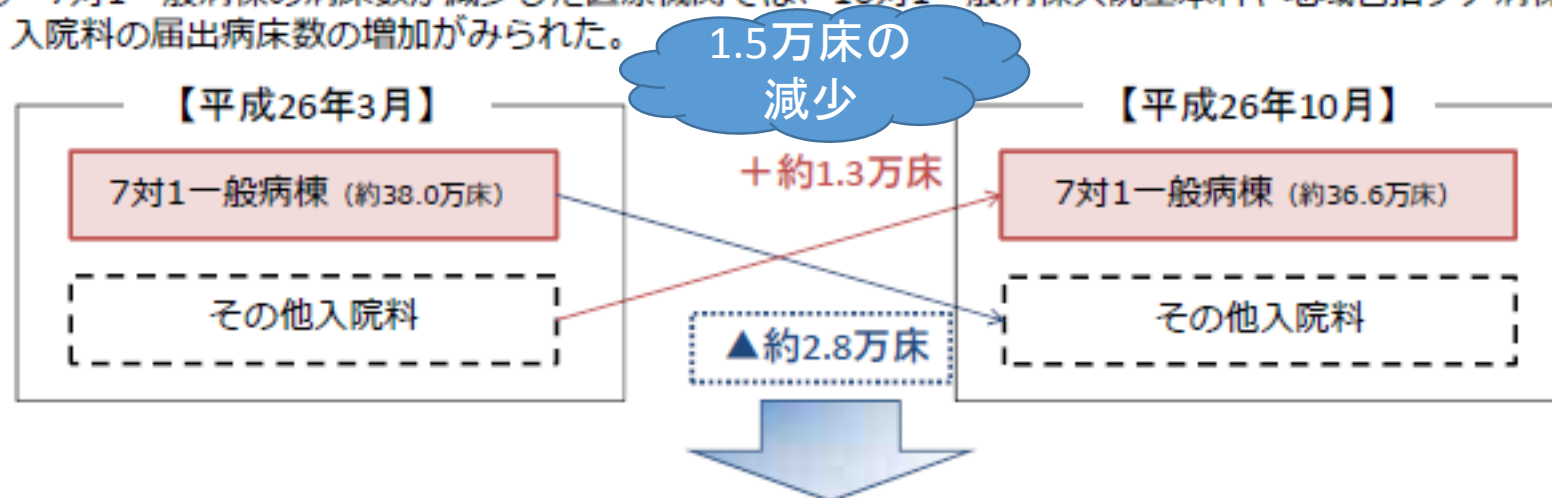


<入院料別の該当患者割合>



## 7対1一般病棟入院基本料の届出病床数の動向

- 平成26年度診療報酬改定後、7対1一般病棟入院基本料から他の入院料へ移行した病床数は約2.8万床であった。
- 7対1一般病棟の病床数が減少した医療機関では、10対1一般病棟入院基本料や地域包括ケア病棟入院料の届出病床数の増加がみられた。



### 【7対1病床数が減少した医療機関における主な届出病床数の動向】

	平成26年3月 (病床数；千床)	平成26年10月 (病床数；千床)	増加した 病床数 (千床)	増加した届出 医療機関数
10対1一般病棟入院基本料	0	16	16	約170か所
回復期リハビリテーション 病棟入院料1	2.2	3.5	1.3	約30か所
地域包括ケア病棟入院料1	-	6.5	6.5	約150か所

出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報をとりまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。

# 重症度、医療・看護必要度の 見直し

A項目、B項目の見直し

## 開胸手術実施患者の術後の経過について

- 開胸手術を実施した患者は、全て入院7日目まで入院しているが、重症度、医療・看護必要度の基準に該当患者は、術直後でも50%程度であり、術後3日には25%を下回る結果となった。



# 術後の早期離床等に関するガイドライン

## ERASプロトコールについて

- ERAS(enhanced recovery after surgery)プロトコールは、ERAS Society、ESPEN（ヨーロッパ静脈経腸栄養学会）、IASMEN(国際外科代謝栄養学会)により提唱されている周術期のケアに関するプロトコールで、エビデンスのあるケアの手法を集約し構成されている。
- ERASプロトコールは、術前・術中・術後におけるケアプログラムを通じて、患者の術後合併症のリスク低減やケア時間の短縮等をもたらし、術後の早期回復・退院を実現することを目的とするものである。

### <直腸/骨盤内手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	術当日の2時間の離床、翌日からの6時間の離床	low	strong
術後栄養管理	術後4時間での経口摂取の開始	Moderate	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

### <大腸手術における推奨例>

項目	具体的内容	エビデンスレベル	推奨度
早期離床	早期の理学療法の開始	low	strong
術後栄養管理	早期の経腸栄養の開始	High	strong
	術後のONS(経口的栄養補充)	low	strong

※その他、膀胱癌手術、膵十二指腸切除術、胃切除術においても同様のガイドラインが定められている。

# 早期離床、早期経口のERAS プログラムと重症度、医療・看 護必要度とは矛盾する

早期離床、早期経口摂取は  
A項目、B項目の点数を下げる

# A項目について

- A項目のみによる評価
  - 術後の一定日数等の患者においては、B項目の点数によらずA項目のみで基準を満たすこととしてはどうか？
- A項目の専門的な治療処置追加
  - A項目の専門的な治療処置の項目に「無菌治療室」の項目の追加

## 認知症の有無と、B項目(ハイケアユニット用13項目)の関係②

- 既存のB項目においては2点以下となる患者のみを対象として、認知症の有無と、B項目との関係をみた場合も、「診療・療養上の指示が通じる」「他者への意思の伝達」「危険行動」の3項目は、認知症と特に関係が強かった。

＜7対1入院基本料：B項目2点以下の者＞

B項目	認知症あり(n=1,484)		認知症なし(n=40,672)		相対危険度
	1点以上	0点	1点以上	0点	
[1] 寝返り	48	1,436	1,689	38,983	0.8
[2] 起き上がり	3	1,481	123	40,549	0.7
[3] 座位保持	7	1,477	214	40,458	0.9
[4] 移乗	305	1,179	3,538	37,134	2.4
[5] 口腔清潔	50	1,434	1,497	39,175	0.9
[6] 食事摂取	90	1,394	1,459	39,213	1.7
[7] 衣服の着脱	287	1,197	6,052	34,620	1.3
[8] 床上安静の指示	0	1,484	124	40,548	0.0
[9] どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	2	1,482	44	40,628	1.2
[10] 移動方法	82	1,402	1,621	39,051	1.4
[11] 他者への意思の伝達	40	1,444	39	40,633	28.1
[12] 診療・療養上の指示が通じる	27	1,457	49	40,623	15.1
[13] 危険行動	31	1,453	92	40,580	9.2

7対1病棟で評価を要する7項目

7対1病棟では評価がなされない項目



A モニタリング及び処置等

現行の項目	→	見直しの方向性
創傷処置	定義の見直し②	創傷処置
		褥瘡処置
血圧測定	削除①	
時間尿測定	削除①	
呼吸ケア	定義の見直し(削除)③	呼吸ケア(人工呼吸器の管理等 喀痰吸引以外)
		喀痰吸引のみ
点滴ライン同時3本	(不変)	点滴ライン同時3本
心電図モニター	(不変)	心電図モニター
シリンジポンプの使用	(不変)	シリンジポンプの使用
輸血や血液製剤の使用	(不変)	輸血や血液製剤の使用
専門的な治療・処置		専門的な治療・処置
①抗悪性腫瘍剤の使用	(不変)	①抗悪性腫瘍剤の使用
		追加④ ②抗悪性腫瘍剤の内服
②麻薬注射薬の使用	(不変)	③麻薬注射薬の使用
		追加④ ④麻薬の内服・貼付
③放射線治療	(不変)	⑤放射線治療
④免疫抑制剤の使用	(不変)	⑥免疫抑制剤の使用
⑤昇圧剤(注射)の使用	(不変)	⑦昇圧剤(注射)の使用
⑥抗不整脈剤の使用	(不変)	⑧抗不整脈剤の使用
		追加④ ⑨抗血栓塞栓薬の持続点滴
⑦ドレナージの管理	(不変)	⑩ドレナージの管理

B 患者の状態

現行の項目	→	見直しの方向性
寝返り	(不変)	寝返り
起き上がり	(不変)	起き上がり
座位保持	(不変)	座位保持
移乗	(不変)	移乗
口腔清潔	(不変)	口腔清潔
食事摂取	(不変)	食事摂取
衣服の着脱	(不変)	衣服の着脱

項目の追加 赤字  
 項目の削除 青字  
 定義の見直し 紫字

診療上・療養上の指示が通じる

危険行動

専門的な治療・処置  
 「無菌治療室での管理」

# 重症度、医療・看護必要度

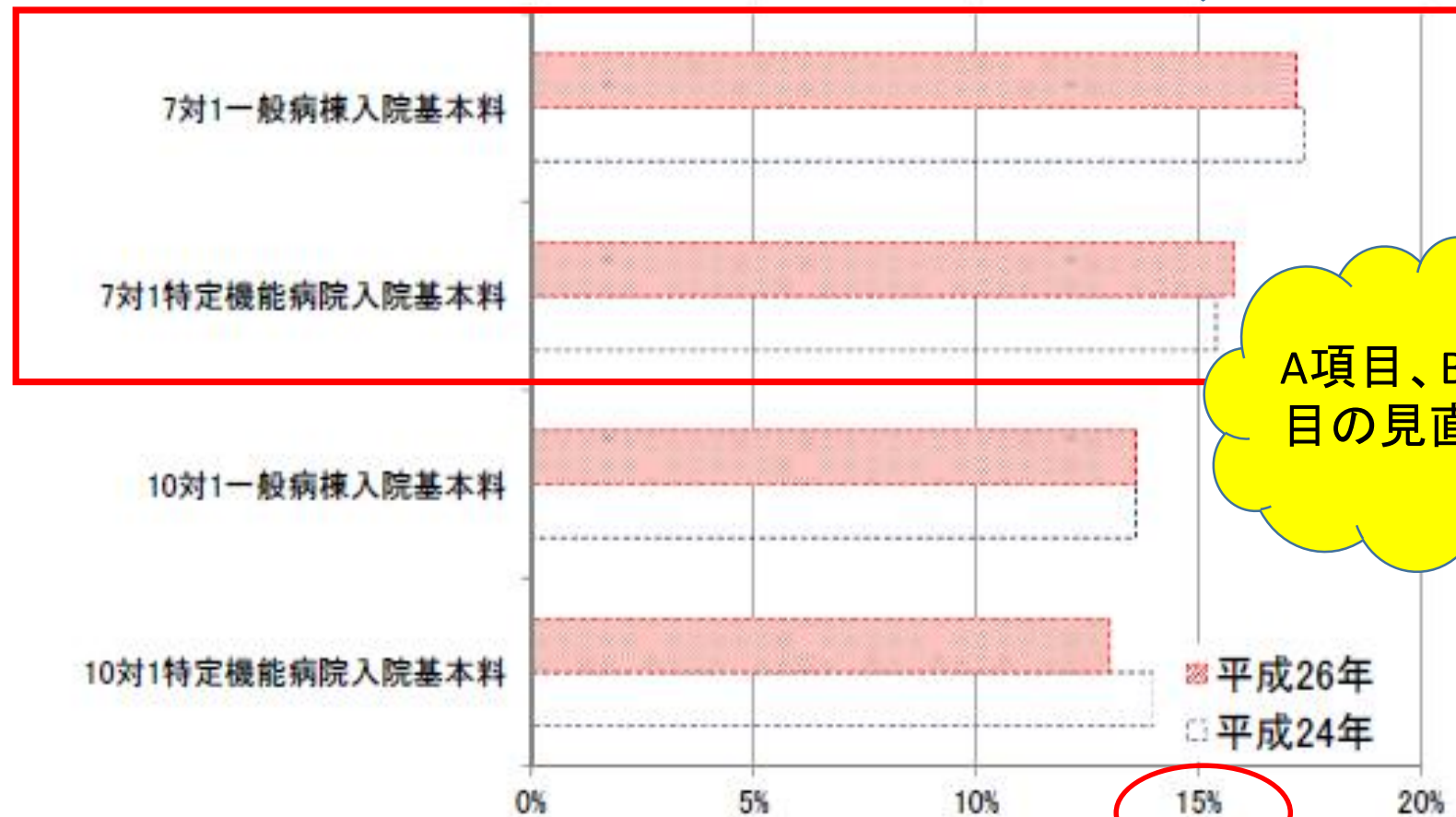
- 看護必要度の評価の対象となる処置などの実施者を、看護職員以外の薬剤師やセラピストなどにも広げてはどうか？
  - 薬剤師による薬剤師庸に関する指導
  - セラピストによる体位交換等
- 「重症度、医療・看護必要度の記録をDPCデータに日計表として添付してはどうか？
- 10対1入院基本料の届け出病院でもDPCデータの提出を義務化してはどうか？

# 入院料別の重症度、医療・看護必要度の該当患者割合

- 7対1・10対1入院基本料において、平成26年度診療報酬改定の前後で、「重症度、医療・看護必要度」の該当患者割合に大きな変化はなかった。また、特定機能病院よりも一般病棟入院基本料を算定している医療機関の方が該当患者割合が高かった。

15%ラインの見直し

<入院料別の該当患者割合>



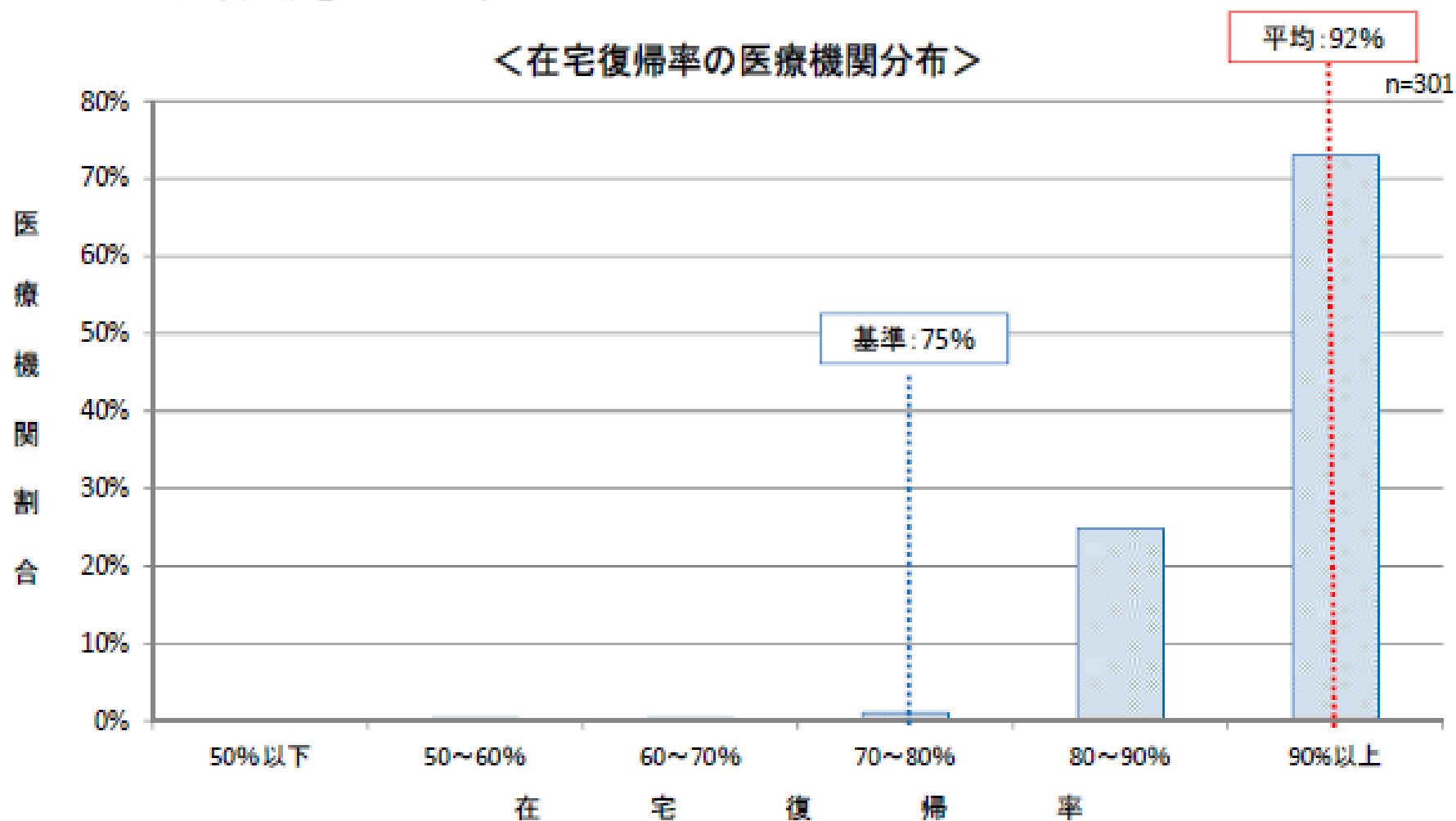
A項目、B項目の見直し

### ③在宅復帰率など

- **在宅復帰率75%**
  - 退院支援の取り組みの評価としての**在宅復帰率**(自宅、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病棟、在宅復帰機能強化加算を届けている療養病床への退院)
- 7対1入院基本料を算定している医療機関の診療実態を明らかにし、継続的に調査分析を行うために**DPCデータの提出を要件**とすること
- 早期リハ
  - 急性期病棟におけるADL低下や関節拘縮等の予防のための早期リハによる介入ができる体制を評価する指標

## 7対1一般病棟における在宅復帰率の状況

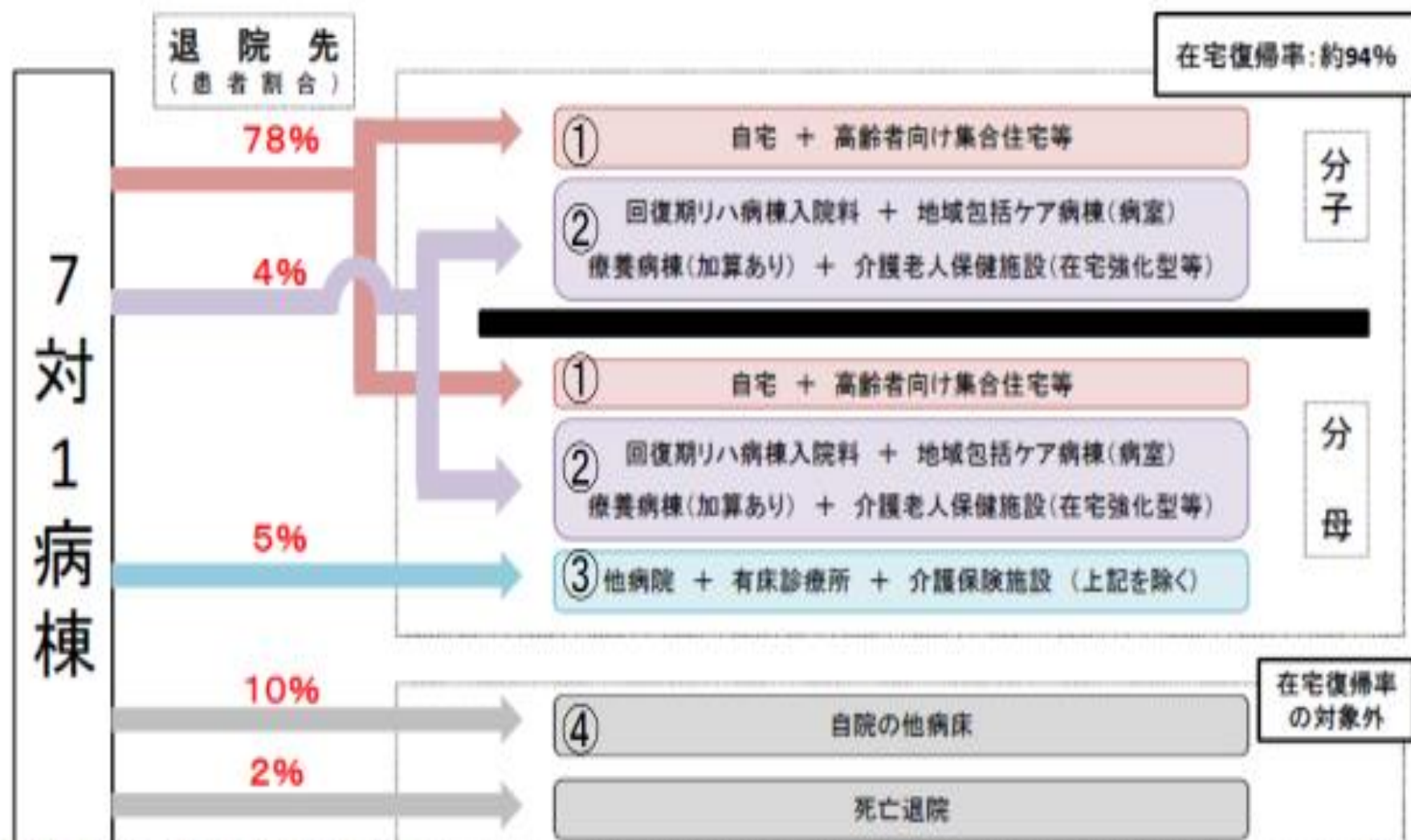
- 7対1一般病棟における在宅復帰率は平均92%であり、ほとんどの医療機関が施設基準の要件となっている75%よりも高い値を示している。



# 7対1病棟における在宅復帰率(患者別)

診調組 入-1  
27.5.29

○ 7対1病棟からの退院患者全体の在宅復帰率は約94%であるが、直接、自宅及び高齢者向け集合住宅等に退院した患者の割合は78%であった。



高度急性期・急性期



# 在宅復帰の流れ(イメージ)

(改)中医協 総-3  
25.3.13

亜急性期・回復期等



**在宅復帰率**  
回復期リハ病棟1: 7割以上  
回復期リハ病棟2: 6割以上  
亜急性期: 6割以上

7対1病棟  
在宅復帰率75%

地域包括ケア病棟  
在宅復帰率70%

居宅

居住系(特定施設・グループホーム等)

家庭



診療所等

外来・訪問サービス等

老健



長期療養



在宅復帰機能強化加算  
在宅復帰率50%

【参考】在宅復帰率(介護保険)  
在宅復帰支援型の老健 > 5割  
上記以外※ > 3割  
※在宅復帰・在宅療養支援機能加算を算定する場合

**在宅復帰率における自宅至上主義が導入**

## ④

## 短期滞在手術基本料の見直し

▶一定程度治療法が標準化し、短期間で退院可能な検査・手術が存在していることを踏まえて、短期滞在手術基本料3の対象を21種類に拡大するとともに、包括範囲を全診療報酬点数とする。

## ＜対象検査＞

D237 終夜睡眠ポリグラフィー1 携帯用装置を使用した場合  
 D237 終夜睡眠ポリグラフィー2 多点感圧センサーを有する  
 睡眠評価装置を使用した場合  
 D237 終夜睡眠ポリグラフィー3 1及び2以外の場合  
 D291-2 小児食物アレルギー負荷検査  
 D413 前立腺針生検法

## ＜対象手術＞

K008 腋臭症手術2皮膚有毛部切除術  
 K093-2 関節鏡下手根管開放手術  
 K196-2 胸腔鏡下交感神経節切除術(両側)  
 K282 水晶体再建術1 眼内レンズを挿入する場合 ロその  
 他のも  
 K282 水晶体再建術2 眼内レンズを挿入しない場合  
 K474 乳腺腫瘍摘出術1長径5cm未満  
 K617 下肢静脈瘤手術1抜去切除術  
 K617 下肢静脈瘤手術2硬化療法  
 K617 下肢静脈瘤手術3高位結紮術  
 K633 ヘルニア手術5鼠径ヘルニア  
 K634 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術  
 K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術1長径2cm未満  
 K721 内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術2長径2cm以上  
 K743 痔核手術 2硬化療法(四段階注射法)  
 K867 子宮頸部(腔部)切除術  
 K873 子宮鏡下子宮筋腫摘出術

短期滞在手術・検査は  
1入院包括になる！

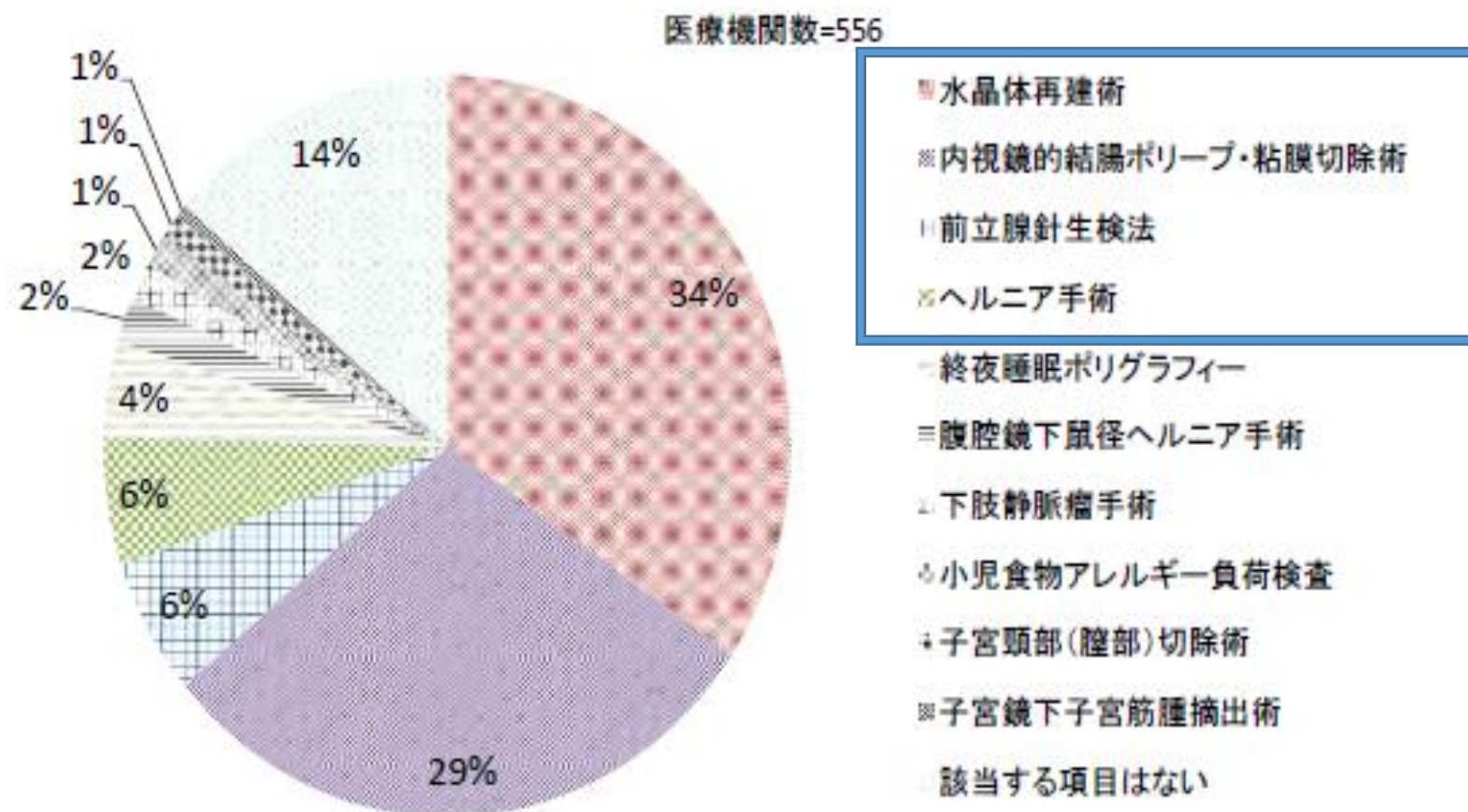
※ 入院5日目までに該当手術・検査を実施した患者については、他に手術を実施した場合を除き、本点数を算定する。また、本点数のみを算定した患者は平均在院日数の計算対象から除く。



# 短期滞在手術等基本料の算定状況

- 各医療機関において、短期滞在手術等基本料3の各項目のうち、「最も算定回数が多かった」と回答した医療機関が最も多かったのは「水晶体再建術」、「内視鏡的結腸ポリープ・粘膜切除術」であった。

＜短期滞在手術等基本料3のうち最も算定回数が多い項目＞



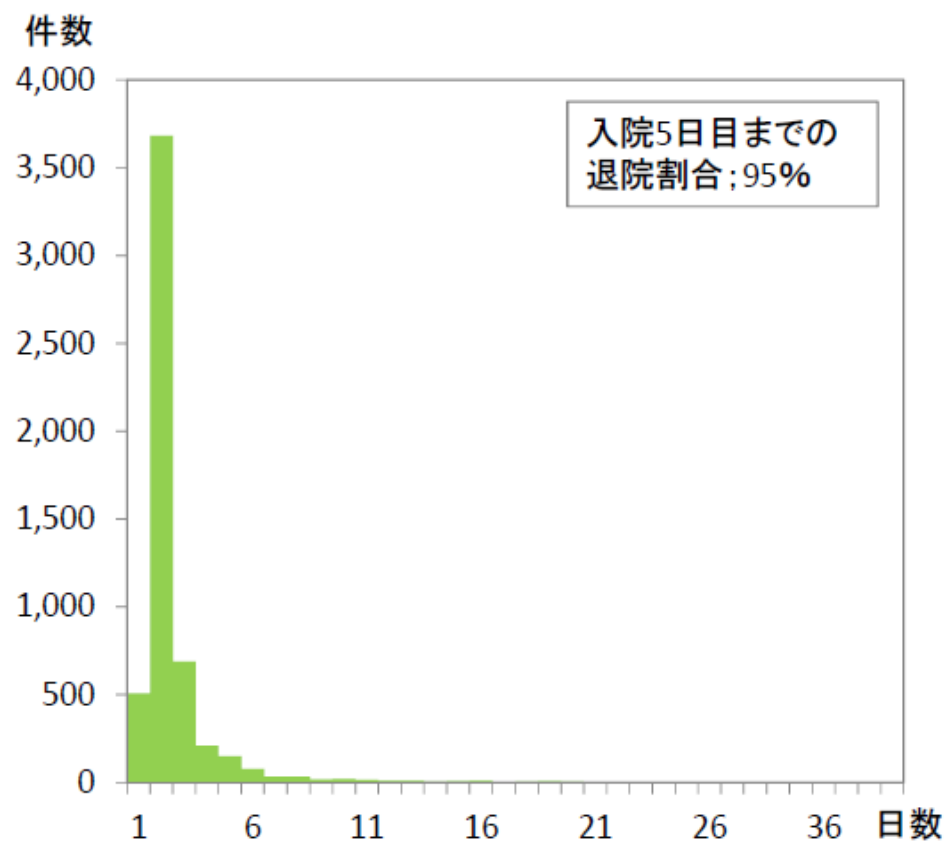
# 2016年診療報酬改定

短期滞在手術・検査

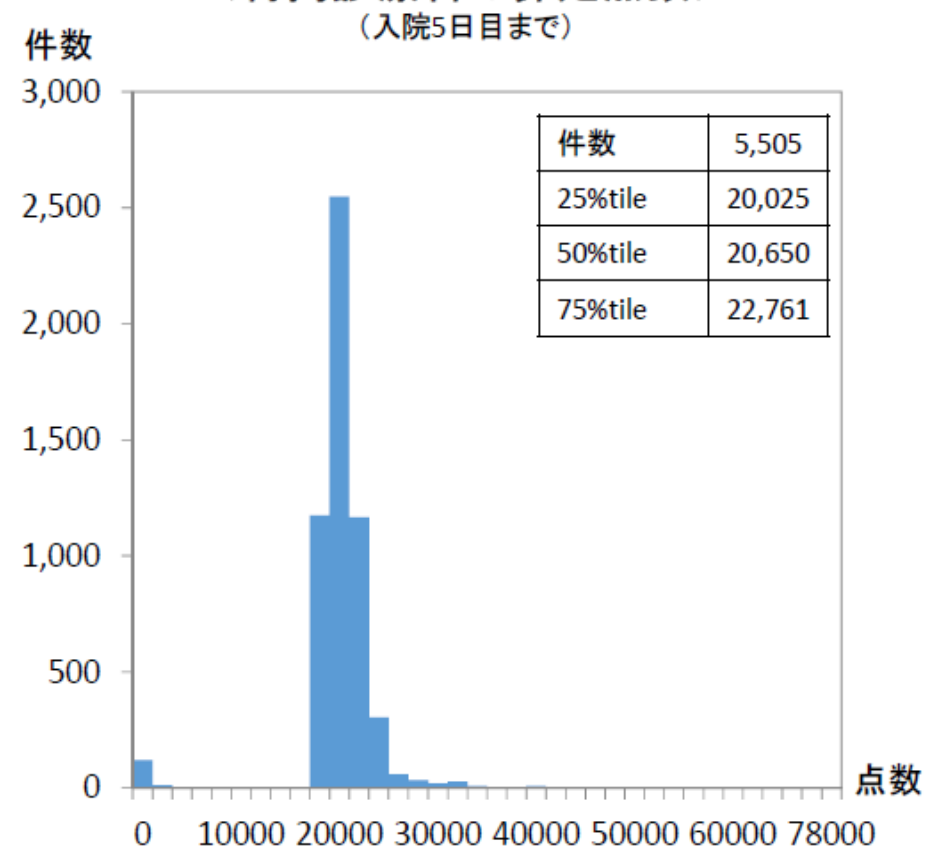
## K768 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術

- 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術については、入院5日目までに95%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の15%程度であった。

＜入院日数＞



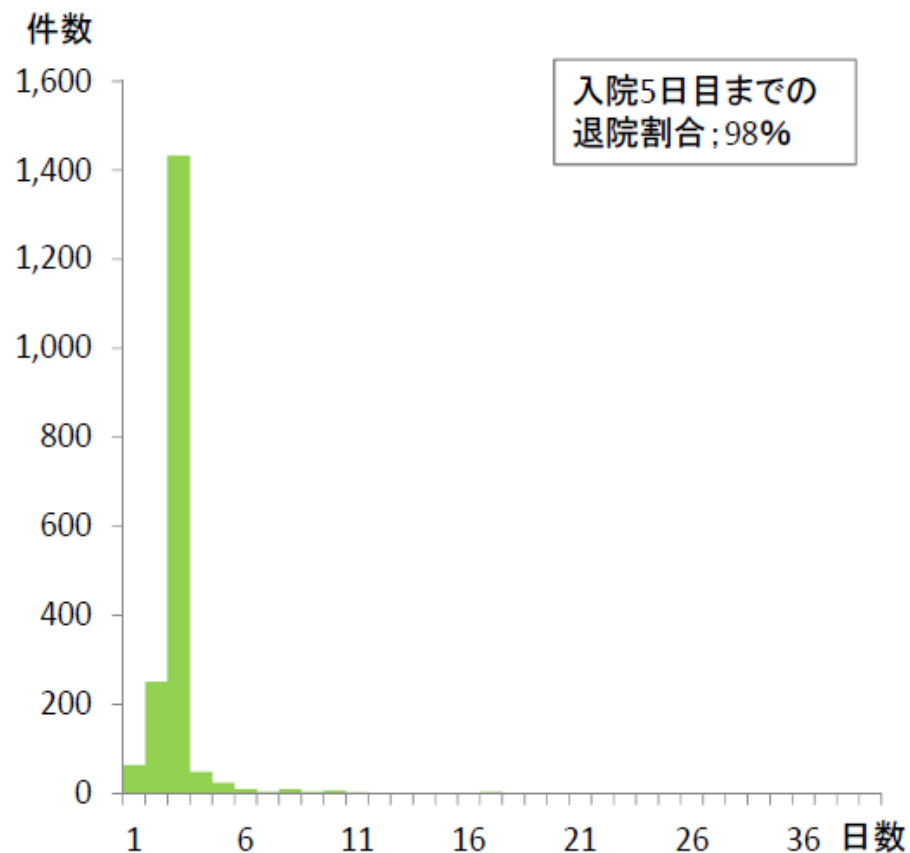
＜特掲診療料の算定点数＞



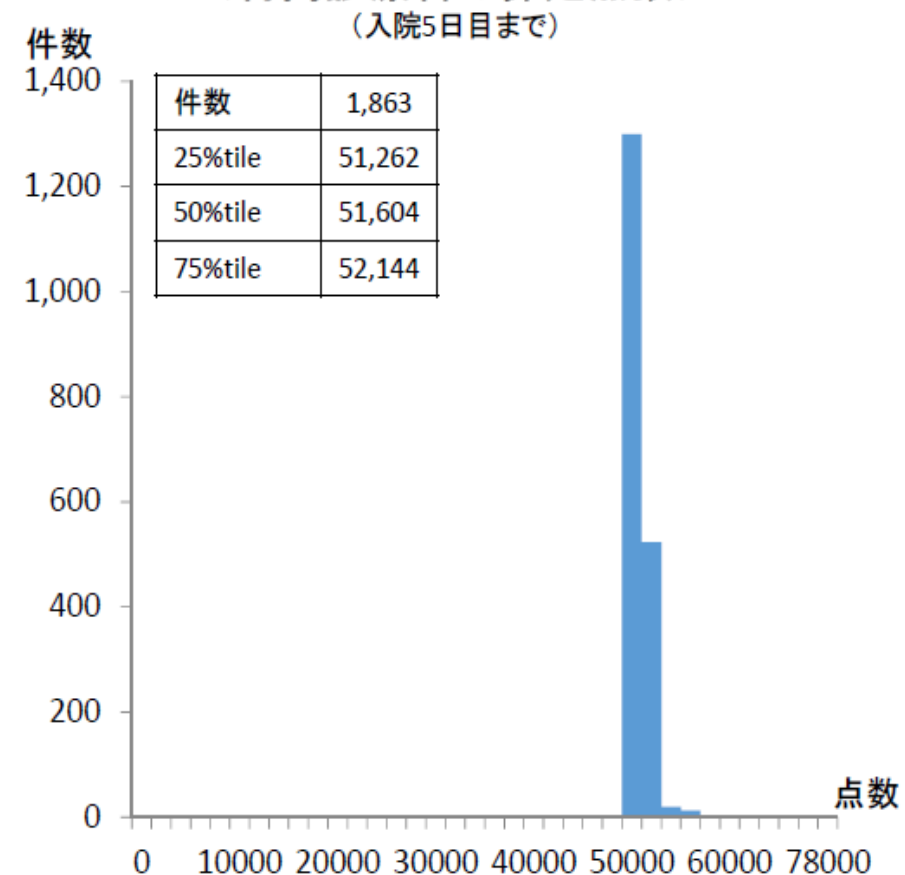
## M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療

- ガンマナイフによる定位放射線治療については、入院5日目までに98%の患者が退院し、入院5日以内の特掲診療料の算定点数の25-75%tile幅は50%tile値の2%程度であった。

<入院日数>



<特掲診療料の算定点数>



# 課題②地域包括ケア病棟の 要件見直し

# 地域包括ケア病棟

- 地域包括ケア病棟の役割・機能

- ①急性期病床からの患者受け入れ

- 重症度・看護必要度

- ②在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ

- 二次救急病院の指定や在宅療養支援病院の届け出

- ③在宅への復帰支援

- 在宅復帰率

- データ提出

- 亜急性期病床の果たす機能を継続的に把握する必要性を踏まえ、提供されている医療内容に関するDPCデータの提出

## 急性期後・回復期の病床の充実と機能に応じた評価

## 地域包括ケアを支援する病棟の評価

▶ 急性期後の受入をはじめとする地域包括ケアシステムを支える病棟の充実が求められていることから新たな評価を新設する。

(新) 地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1 2,558点 (60日まで)

地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)2 2,058点 (60日まで)

看護職員配置加算 150点

看護補助者配置加算 150点

救急・在宅等支援病床初期加算 150点(14日まで)

## 〔施設基準等〕

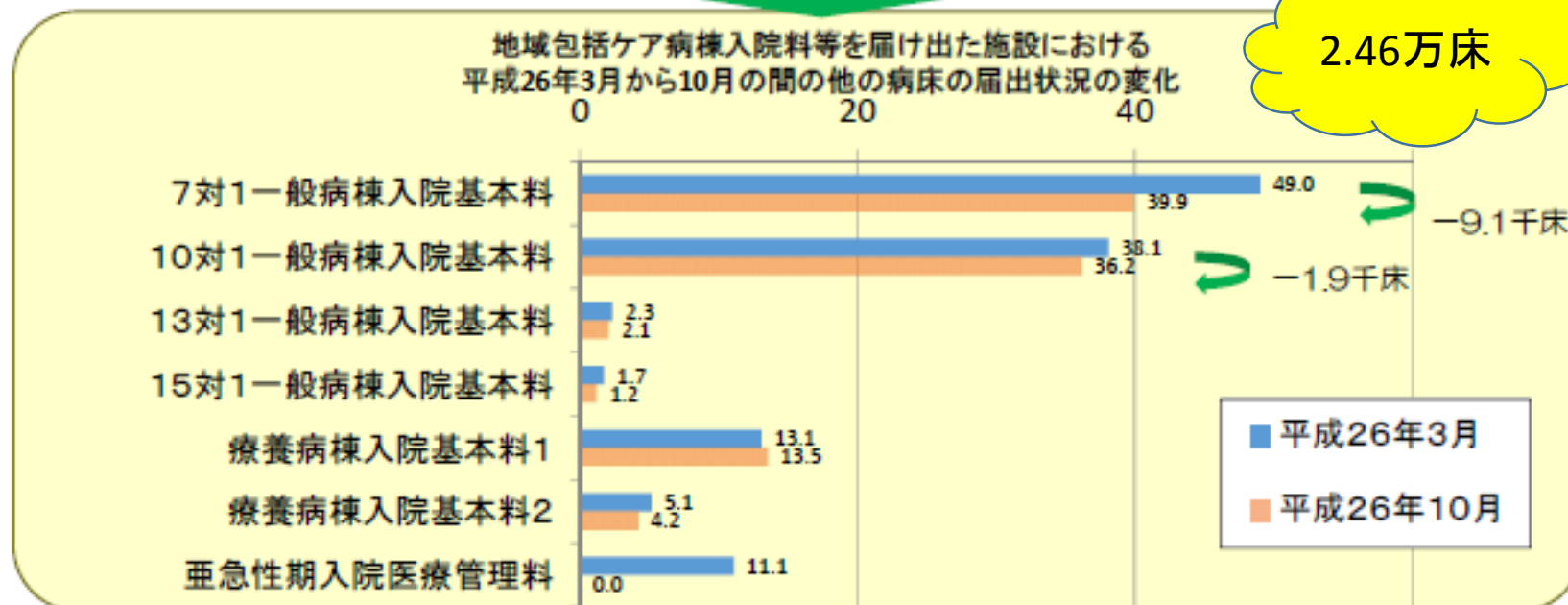
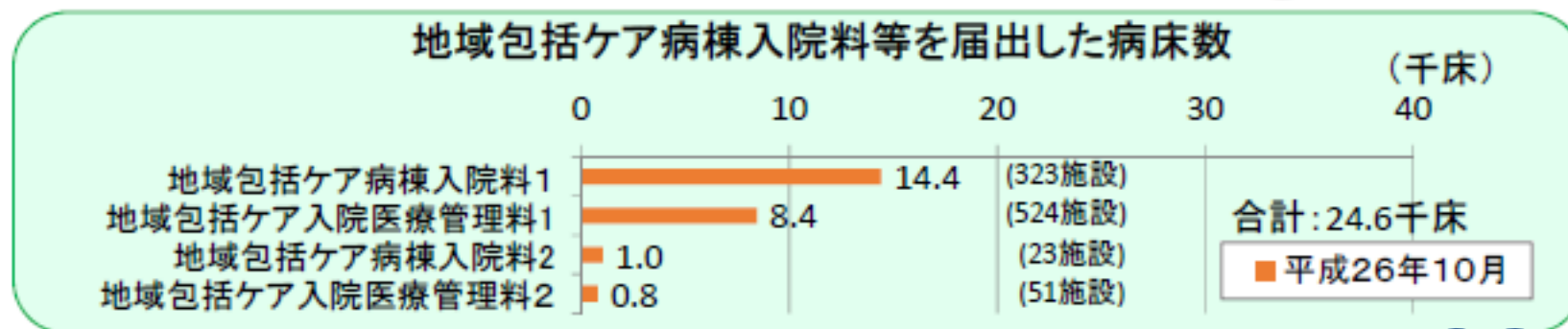
- ① 疾患別リハビリテーション又はがん患者リハビリテーションを届け出ていること
- ② 入院医療管理料は病室単位の評価とし、届出は許可病床200床未満の医療機関で1病棟に限る。
- ③ 療養病床については、1病棟に限り届出することができる。
- ④ 許可病床200床未満の医療機関にあっては、入院基本料の届出がなく、地域包括ケア病棟入院料のみの届出であっても差し支えない。
- ⑤ 看護配置13対1以上、専従の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士1人以上、専任の在宅復帰支援担当者1人以上
- ⑥ 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A項目1点以上の患者が10%以上
- ⑦ 以下のいずれかを満たすこと ア) 在宅療養支援病院、イ) 在宅療養後方支援病院(新設・後述)として年3件以上の受入実績、ウ) 二次救急医療施設、エ) 救急告示病院
- ⑧ データ提出加算の届出を行っていること
- ⑨ リハビリテーションを提供する患者について、1日平均2単位以上提供していること。
- ⑩ 平成26年3月31日に10対1、13対1、15対1入院基本料を届け出ている病院は地域包括ケア病棟入院料を届け出ている期間中、7対1入院基本料を届け出ることとはできない。
- ⑪ 在宅復帰率7割以上 (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)
- ⑫ 1人あたりの居室面積が6.4㎡以上である (地域包括ケア病棟入院料(入院医療管理料)1のみ)

看護職員配置加算:看護職員が最小必要人数に加えて50対1以上

看護補助者配置加算:看護補助者が25対1以上(原則「みなし補助者」を認めないが、平成27年3月31日までは必要数の5割まで認められる。)

救急・在宅等支援病床初期加算:他の急性期病棟(自院・他院を問わず)、介護施設、自宅等から入院または転棟してきた患者について算定

# 地域包括ケア病棟の届出状況①



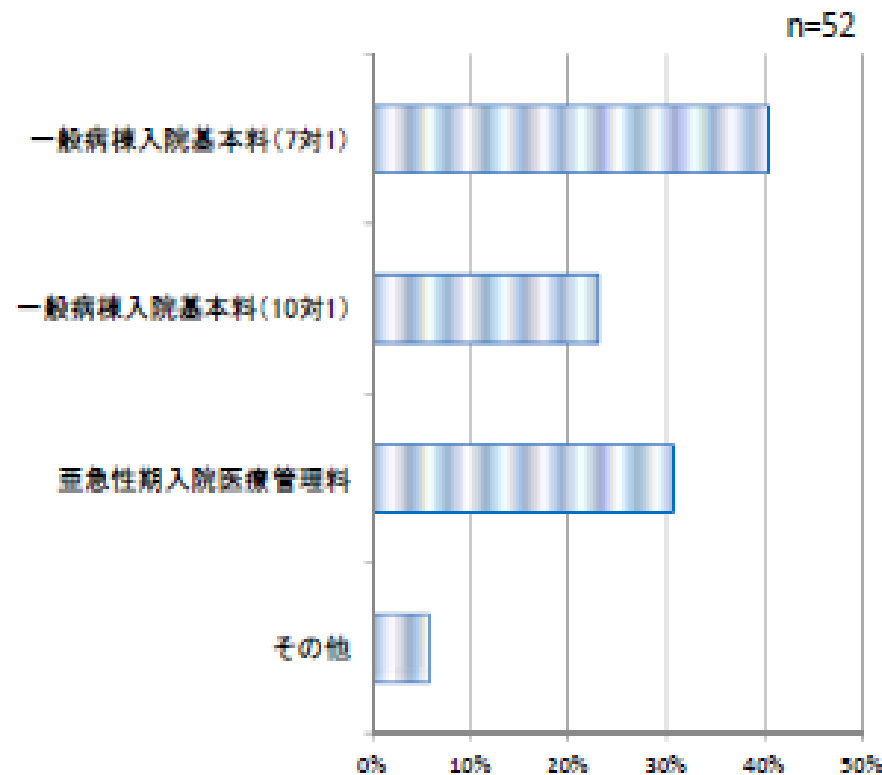
出典：平成26年3月末及び10月末時点の病床数を、各地方厚生局の有する情報を取りまとめて集計したもの（病床数の増減が微小なため届出を要しない場合等、誤差がありうることに留意が必要）。



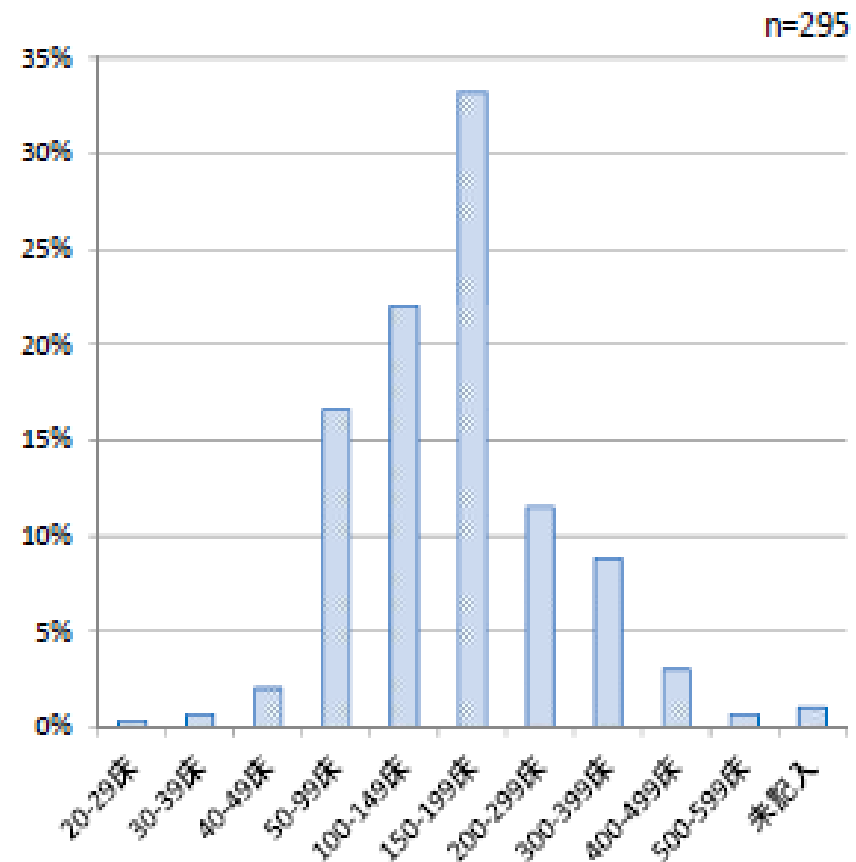
# 地域包括ケア病棟届出医療機関の動向

- 地域包括ケア病棟について、7対1・10対1一般病棟入院基本料と亜急性期入院医療管理料からの転換が9割以上を占めている。
- 届出を行った医療機関の病床規模については、100～200床の医療機関が過半数を占める一方、200床以上の医療機関も一定程度存在している。

＜地域包括ケア病棟(管理料)に転換する前の入院料＞



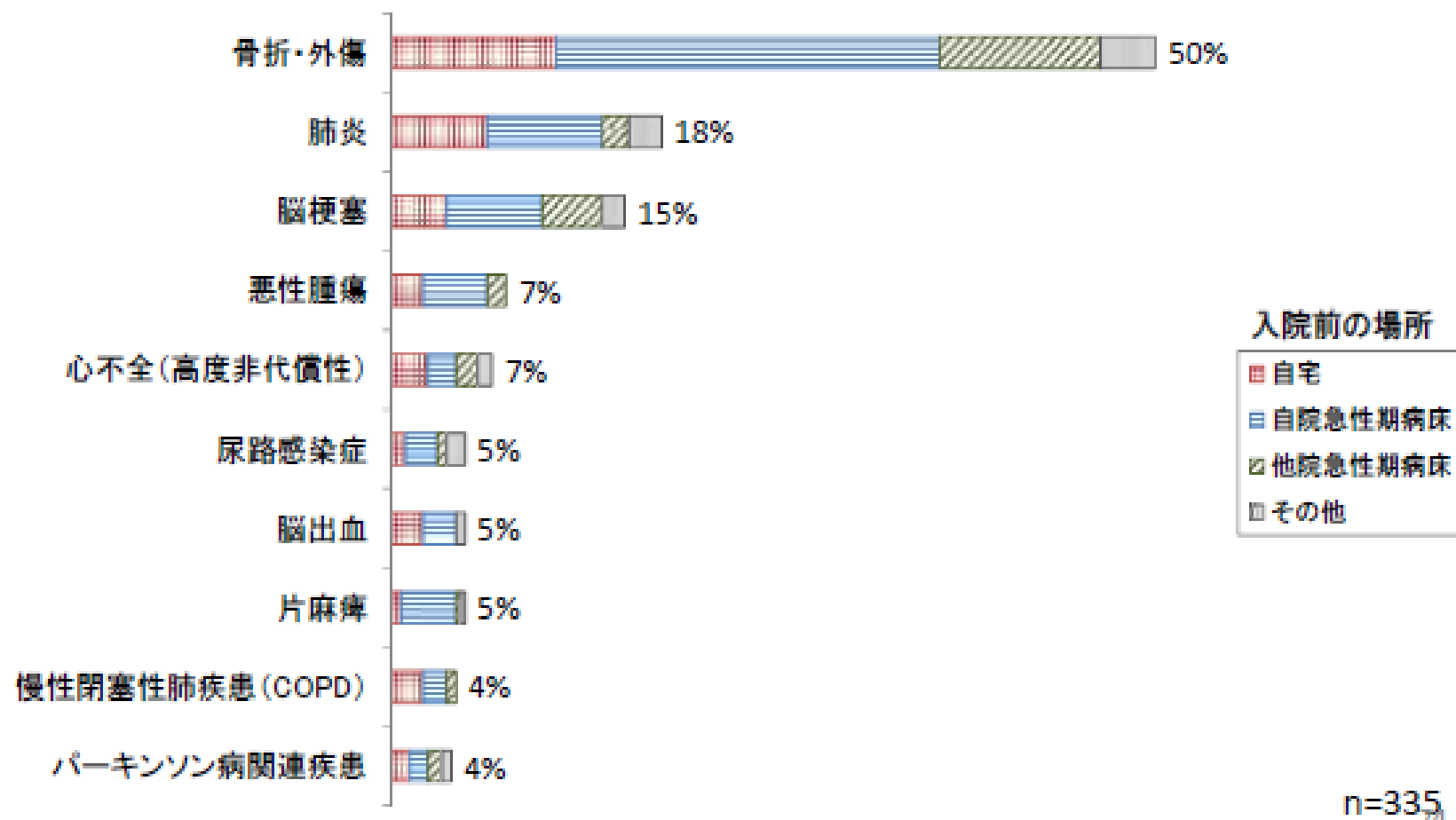
＜地域包括ケア病棟(管理料)届出医療機関の病床数＞



## 地域包括ケア病棟における入院患者の疾患

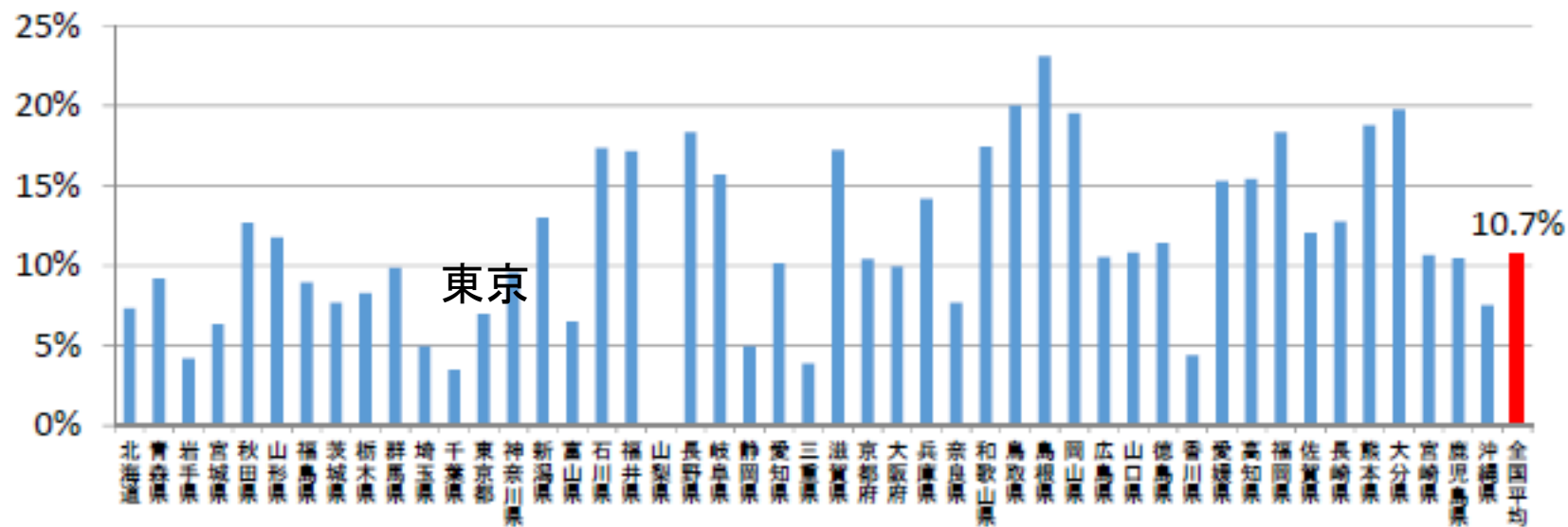
- 地域包括ケア病棟入院患者の疾患は骨折・外傷が最も多く、その他肺炎や脳梗塞等の患者がみられた。

＜疾患別の患者割合＞



## 地域包括ケア病棟入院料等の届出状況②

各都道府県の病院における  
地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た割合(※)



※各都道府県で地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料を届け出た医療機関の数を、各都道府県の病院数(病床種別は問わない)で除したもの。

平成26年10月現在 医療課調べ

# 地域包括ケア病棟における手術料の取り扱いについて

- 地域包括ケア病棟では手術料・麻酔料は包括となっている
- このため行われていた手術は創傷処置や皮膚切開、胃ろう造設術等の軽微な手術料が多く、その出来高実績点数は入院1日あたり平均2.9点であった。
- 手術料についてはこのまま包括とすべきという意見
- しかし一方、地域包括ケア病棟が、その役割の「在宅等にいる患者の緊急時の受け入れ(サブアキュート)」を行うにあたり、手術料や麻酔料を包括外とすべきという意見もあった。

## まとめ

- 地域連携クリティカルパスは医療計画作成指針の中にまず書き込まれた
- 地域連携クリティカルパスに診療報酬インセンティブがついた
- 精神科疾患や在宅医療・介護連携でのこれからの地域連携クリティカルパスが期待されている
- 2016年診療報酬改定でも重症度医療看護必要度の要件厳格化、在宅復帰率も厳格化

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