

がん地域連携クリティカルスの 現状と課題



国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹

東京都認定がん診療病院



2016年1月

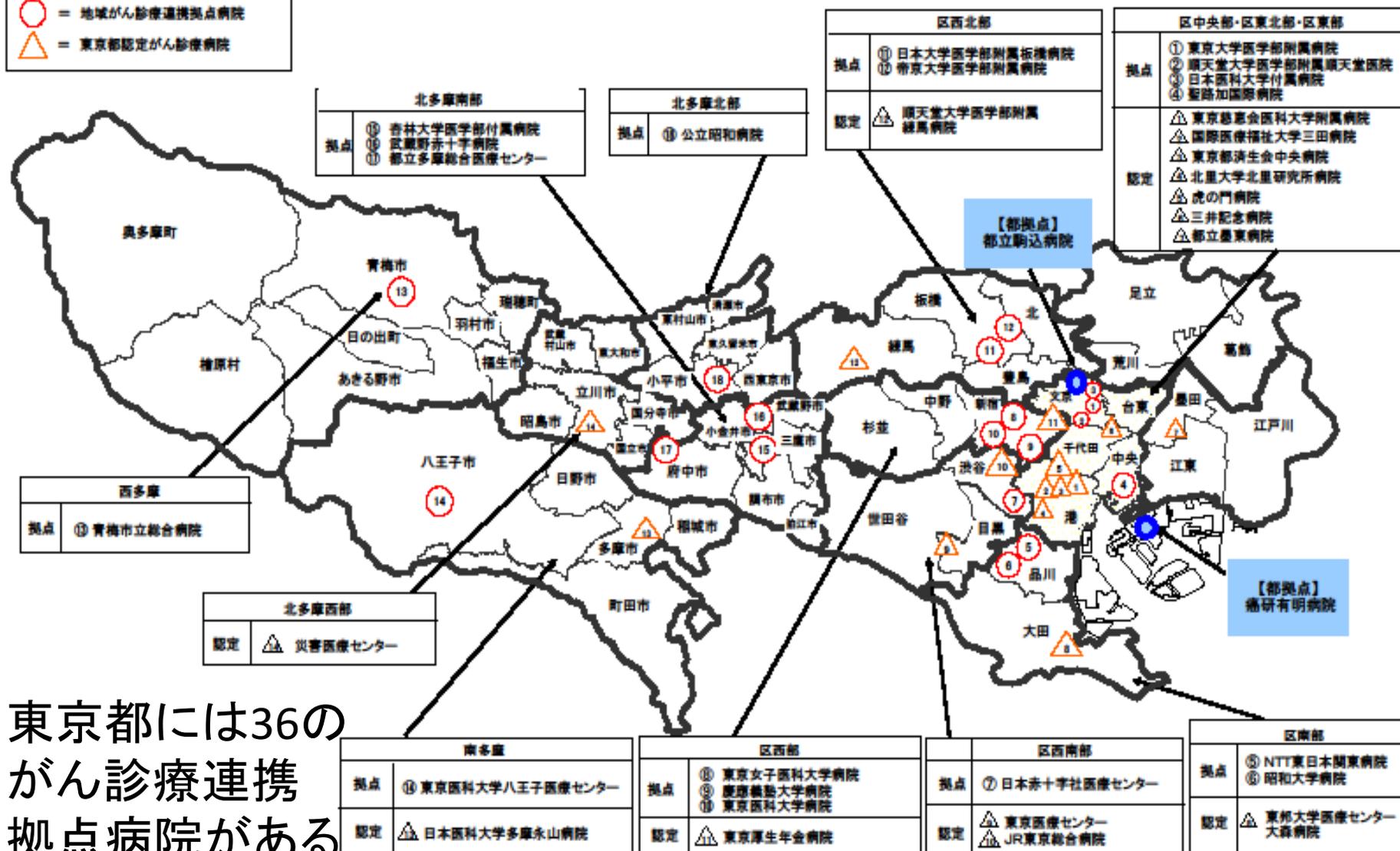
国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！



がん診療連携拠点病院・東京都認定がん診療病院 整備状況

平成23年4月1日予定

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



東京都には36の
がん診療連携
拠点病院がある
そのうち東京都認定がん診療病院は14病院

港区内の 東京都認定がん診療病院

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

目次

- パート 1
 - 増えるがん死と団塊世代の死に場所さがし
- パート 2
 - 第2期がん対策推進基本計画とがん緩和ケア
- パート 3
 - がん地域連携パス
- パート 4
 - 全国がん地域連携パス事情
- パート 5
 - 診療報酬改定とがん地域連携パス
- パート 6
 - 第7次医療計画とがん地域連携



パート1

増えるがん死と 団塊世代の死に場所さがし



人口ピラミッドの変化(1990~2060年)

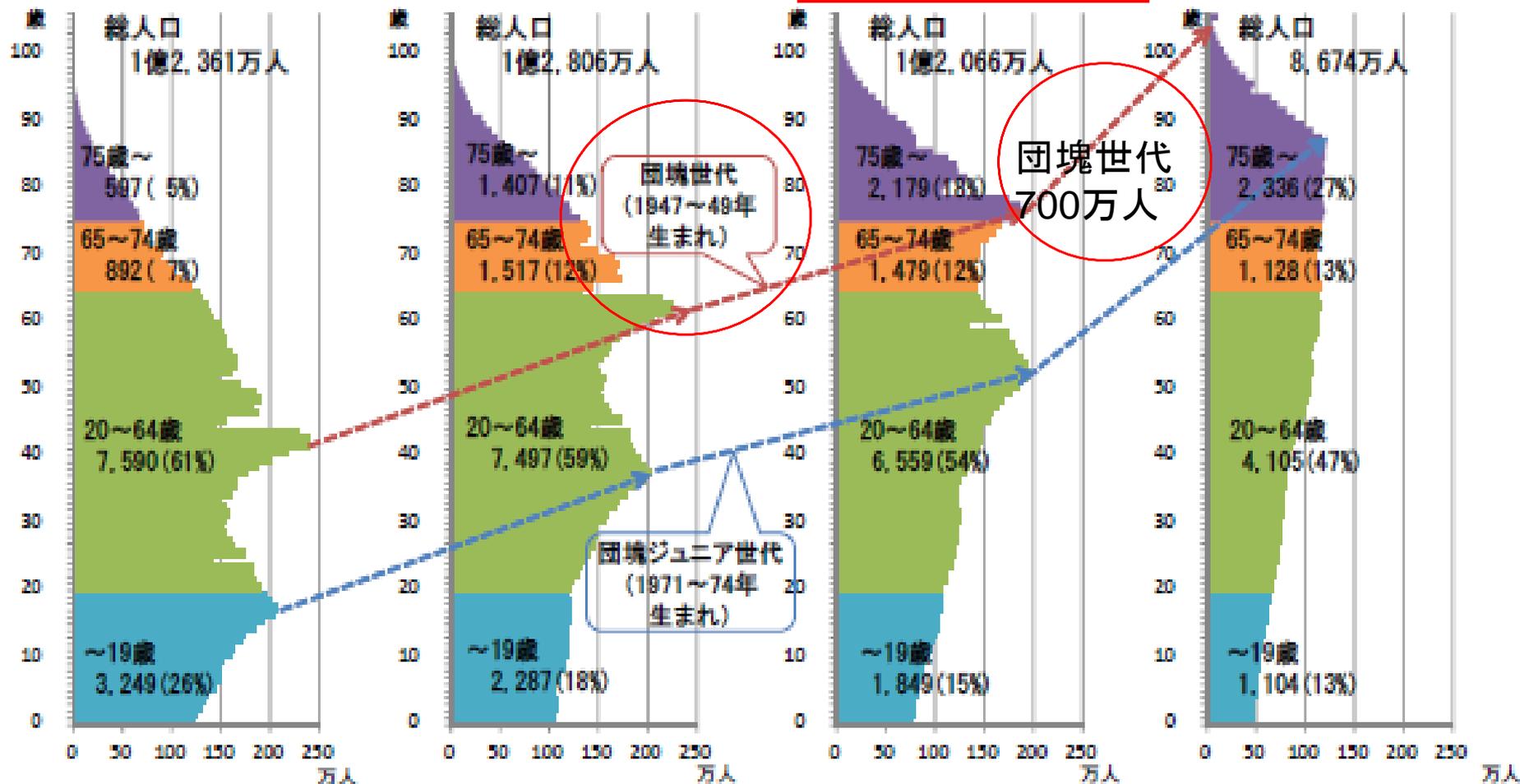
○ 日本の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

平成2年 (1990年) (実績)

平成22年 (2010年) (実績)

平成37年 (2025年)

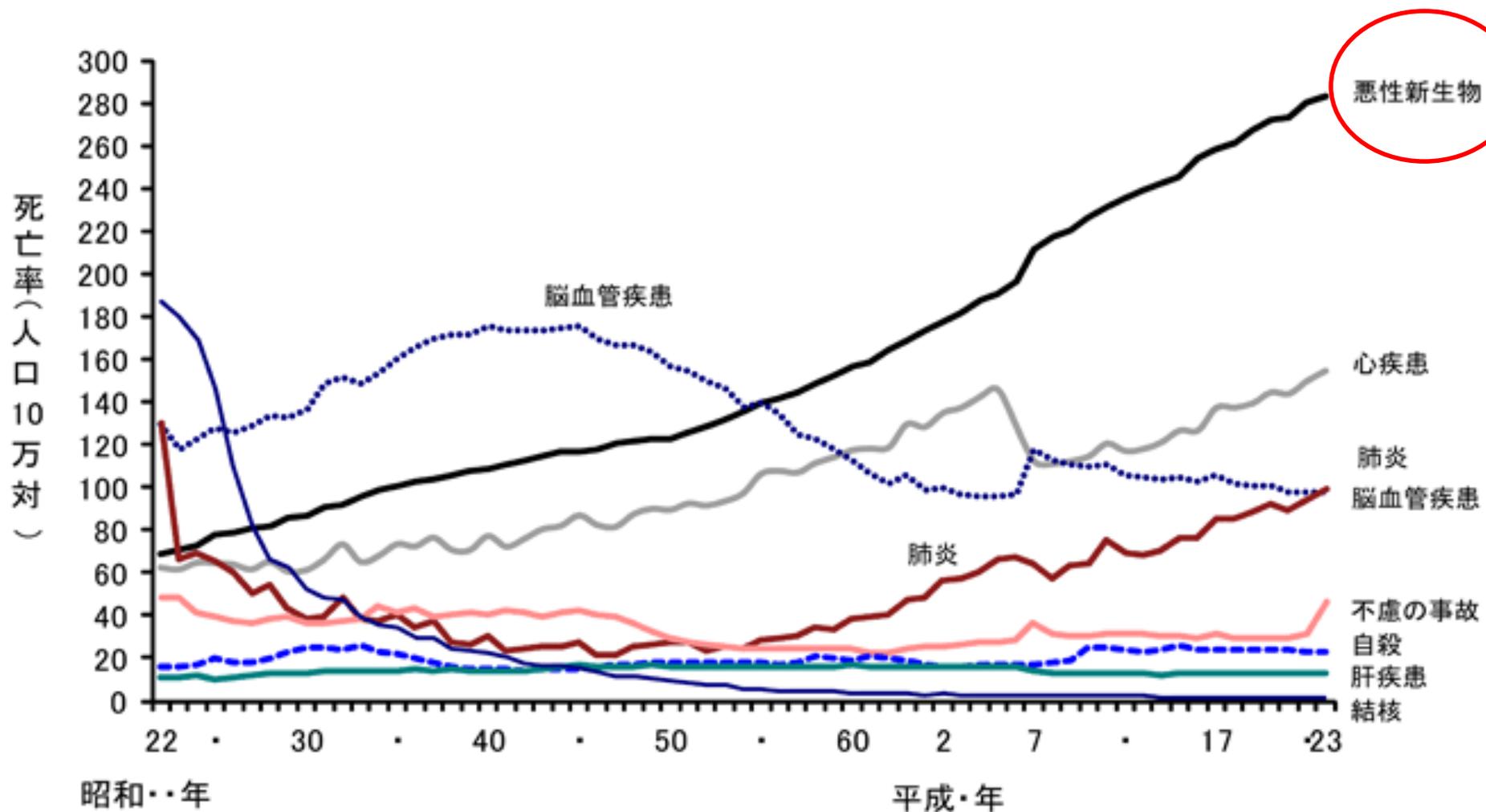
平成72年 (2060年)



都道府県別高齢者人口(65歳以上)の増加数 (2005年 → 2025年)



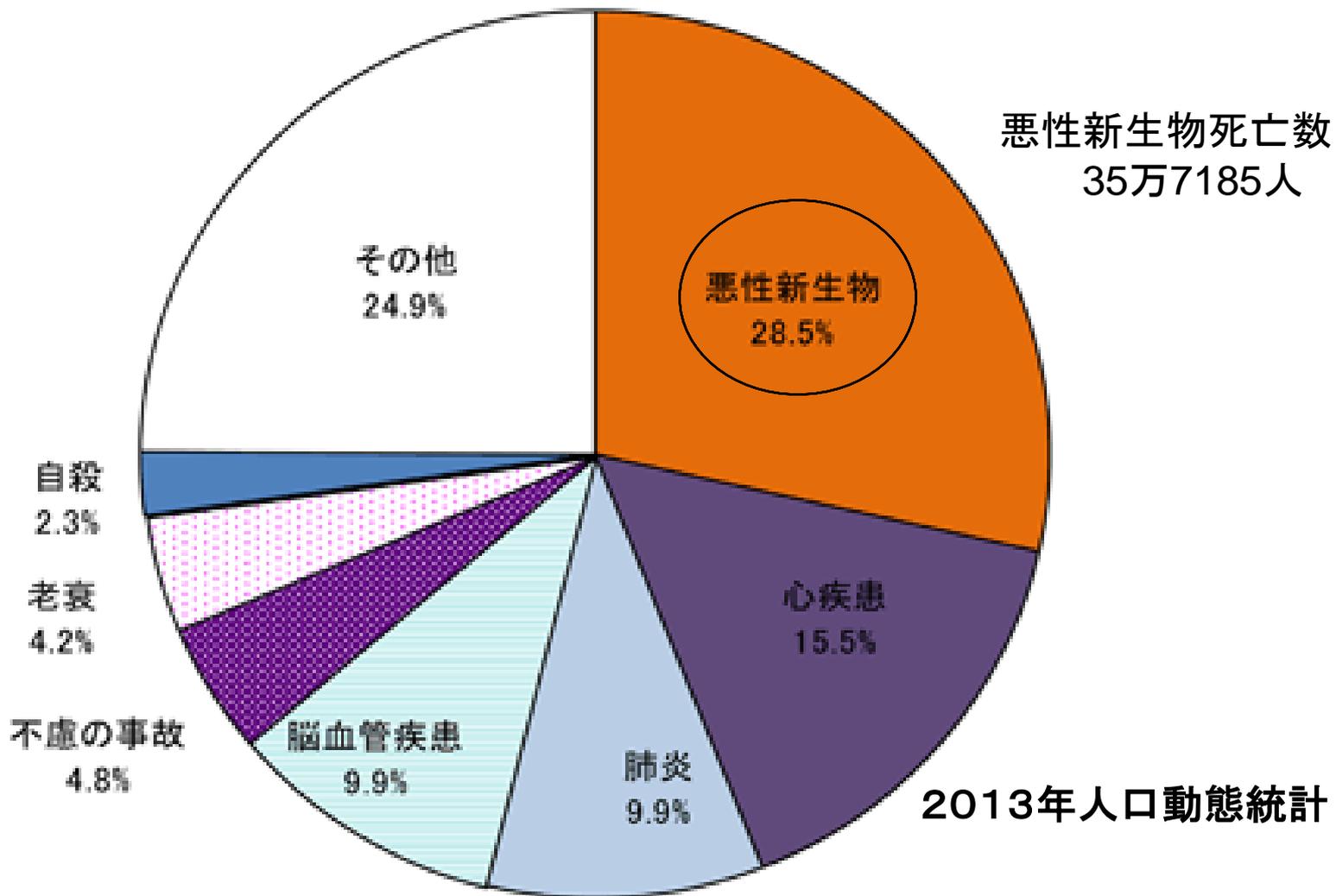
主な死因別にみた死亡率の年次推移



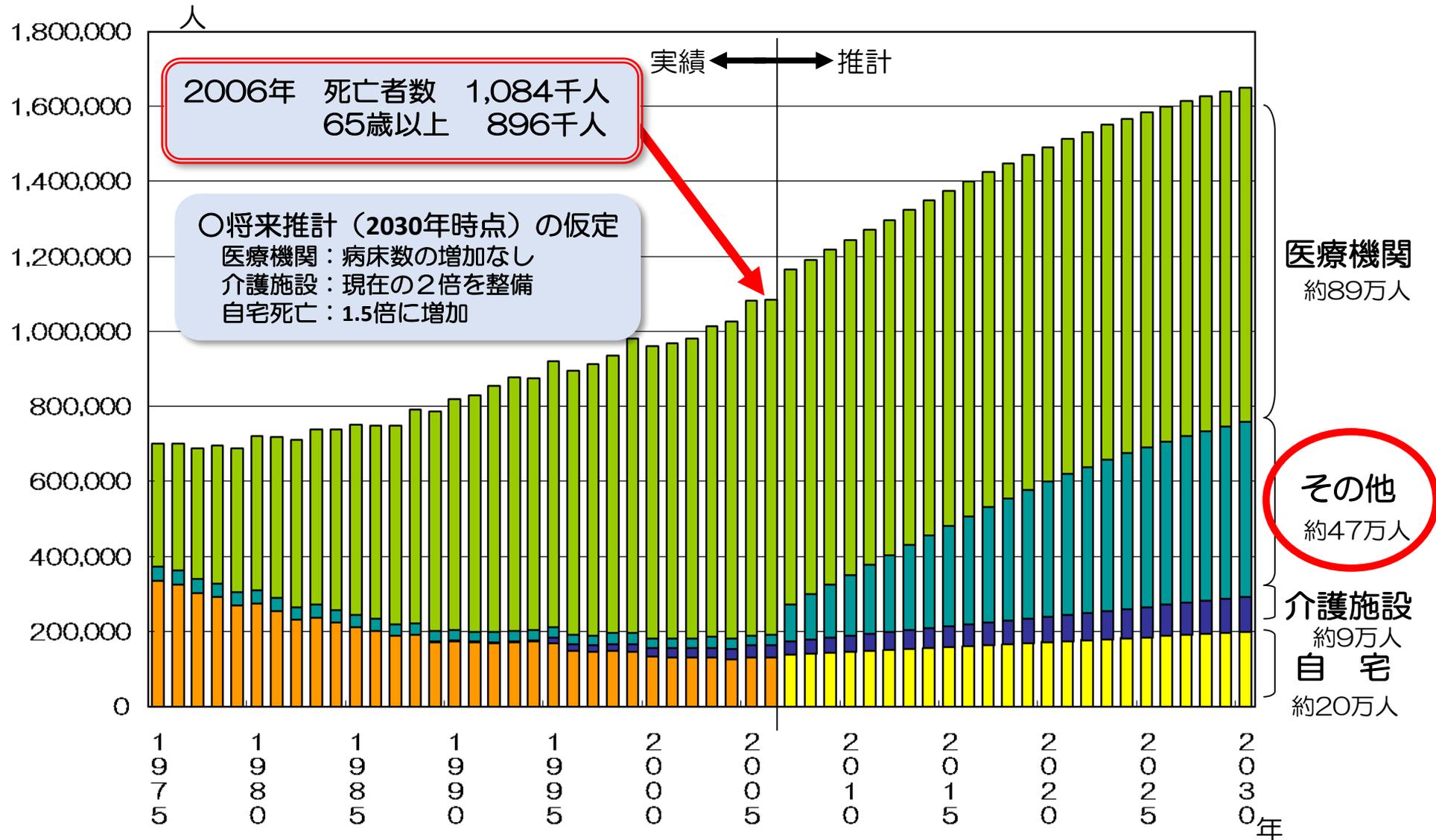
平成23年人口動態統計

主な死因別死亡数の割合（2013年）

総死亡数の30%はがんによる死亡



死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】
2006年(平成18年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」
2007年(平成19年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定

※介護施設は老健、老人ホーム

2030年団塊世代47万人の
「死に場所」が不足
～そのうち30%、14万人が
がん末期難民～



富士の樹海林

パート 2

第2期がん対策推進 基本計画とがん緩和ケア

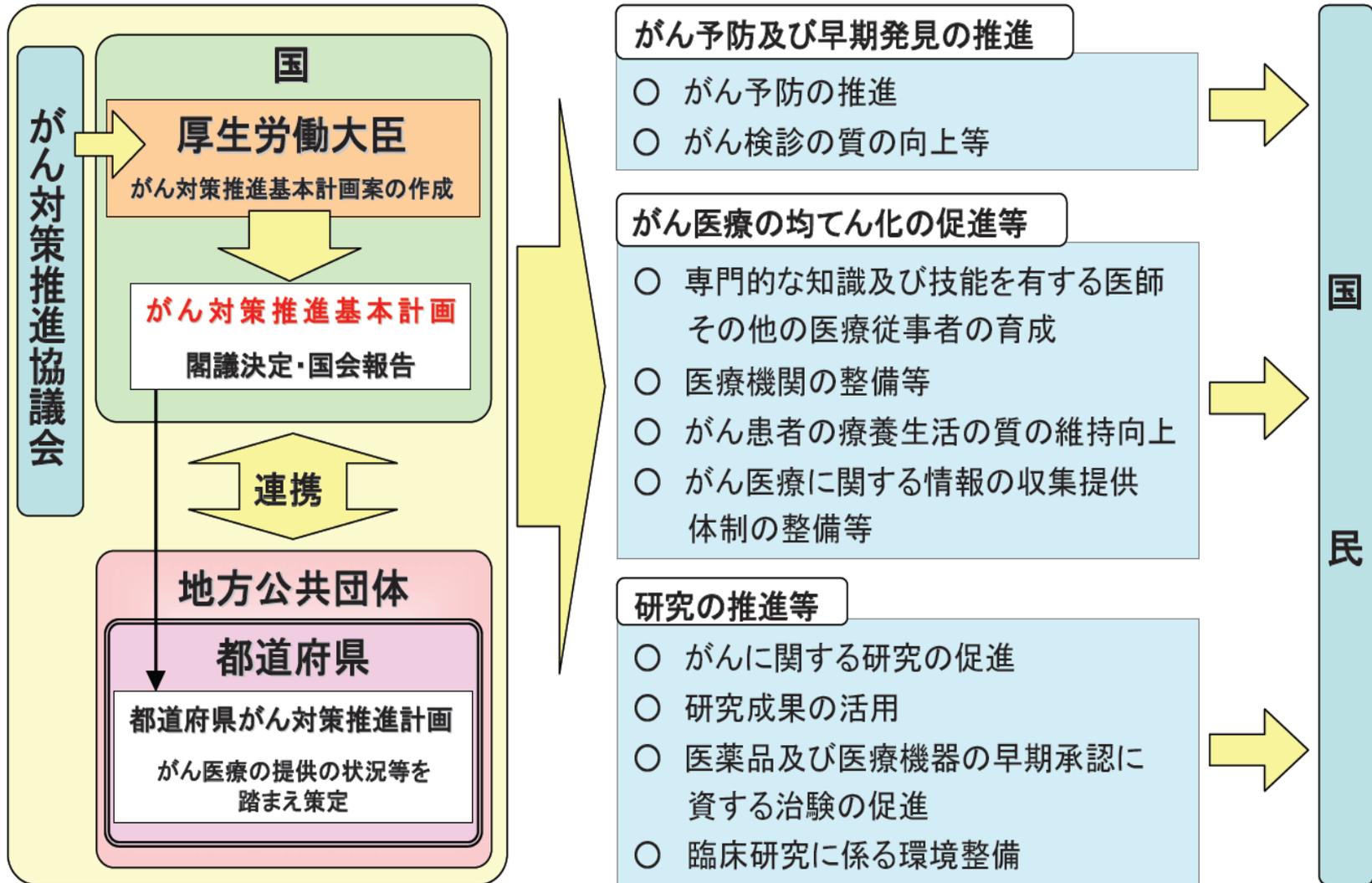


これまでのがん対策

- 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
- 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



がん対策基本法に 「緩和ケアを促進すること」が明記

- （がん患者の療養生活の質の維持向上）
- 第16条 国及び地方公共団体は、がん患者の状態に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養性格の質の維持向上となめに必要な施策を講じるものとする。

第1期がん対策推進基本計画 2007年6月閣議決定

- 全体目標
 - (1) がんによる死亡者数の減少
 - (2) すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上
- 重点的に取り組むべき課題
 - (1) 放射線療養及び化学療法への推進
 - (2) 治療の初期段階からの緩和ケアの実施
 - (3) がん登録の推進

がん対策推進基本計画の見直し

- 第1期がん対策推進基本計画（2007年6月閣議決定）
 - がん対策推進協議会で5年に一度の見直し
- がん対策推進協議会
 - 小児がん、緩和ケア、がん研究の専門委員会
 - がん診療連携拠点病院、支援・情報提供体制、がん医療、在宅医療・チーム医療、がん予防・検診、がん登録、就労経済負担、サバイバーシップ等について検討
- 2012年は見直し年
 - 第2期がん対策推進基本計画

第2期がん対策推進基本計画 2012年6月閣議決定

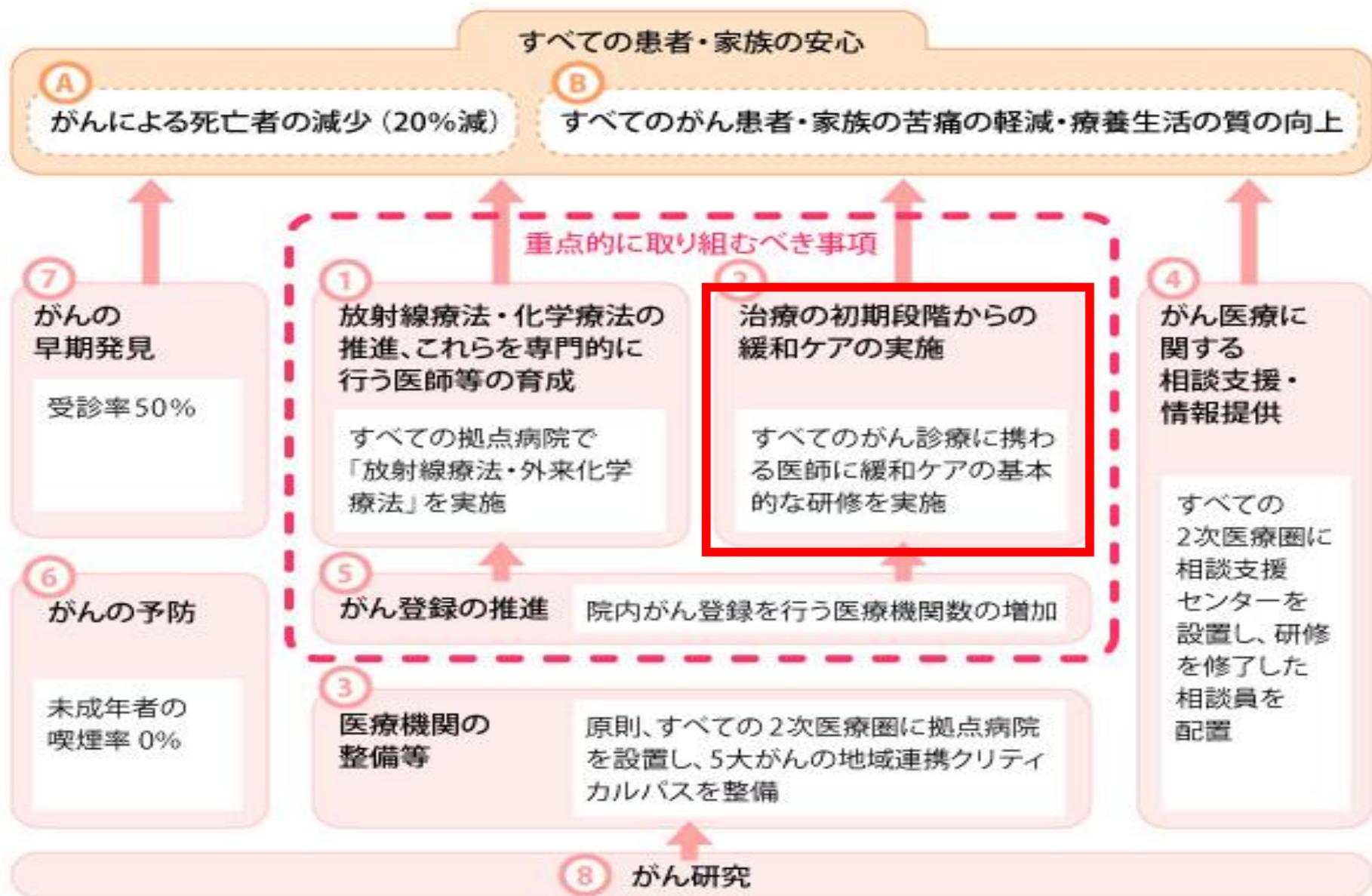
- 全体目標

- (1) がんによる死亡者の減少
- (2) すべてのがん患者とその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の維持向上
- (3) がんになっても安心して暮らせる社会の構築

- 重点的に取り組むべき課題

- (1) 放射線、化学療法、手術療法の更なる充実とこれらを専門的に行う医療従事者の育成
- (2) がんと診断された時からの緩和ケアの推進
- (3) がん登録の推進
- (4) 働く世代や小児へのがん対策の充実

第2期がん対策推進基本計画



緩和ケア推進検討会の設置

- 2012年4月に厚生労働省に設置
- 今後の緩和ケア対策について、俯瞰的かつ戦略的な対策等を検討し、今後の対策に反映していくことを目的とする。
- 2013年9月 緩和ケア推進検討会第2次中間とりまとめ

緩和ケア推進検討会 ～第二次中間とりまとめ～

平成24年6月に閣議決定された「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき4つの課題のひとつとして、「がんと診断された時からの緩和ケアの推進」が掲げられた。この趣旨に沿って、平成24年4月より、「緩和ケア推進検討会」において、緩和ケア推進のため、緩和ケアの現状等を踏まえた俯瞰的かつ戦略的な方策を検討しており、平成24年9月には、基本的緩和ケアに求められる方策や「緩和ケアセンター」の設置等を盛り込んだ「中間とりまとめ」を行った。

その後、本検討会では、「中間とりまとめ」を具体化するため、「拠点病院に求められる緩和ケア」、「緩和ケアセンターの具体的推進方策」、「緩和ケアに関する地域連携」、「緩和ケアに関する研修体制」、「緩和ケアに関する普及啓発」等についても検討を行ってきた。また、緩和ケアの提供体制を支える基盤として、「緩和ケアに関する研修体制」、「緩和ケアに関する普及啓発」等についても検討を行った。

今後、平成26年度概算要求に位置付けるなど緩和ケアの推進に向けた方策を早急を実現するため、これまで検討を行った項目のうち、必要な方策に関し、第二次の中間的などりまとめを行った。

【緩和ケアセンターの設置】平成25年度は都道府県拠点を対象として取組を開始。将来的には全てのがん診療を行う施設への普及を図る。

- 緊急緩和ケア病床の確保
- 地域の医療機関に対する相談連絡窓口の設置
- 外来看護業務の支援・強化
- 高次の専門相談支援
- がん患者カウンセリング
- 医療従事者に対する院内研修会等の運営
- がん看護体制の強化
- 診療情報の集約・分析機能
- 地域の緩和ケアの提供体制の実状把握と適切な緩和ケアの提供体制の構築

今後、「地域における専門的緩和ケアの提供」等、必要に応じて先進的な取組を「緩和ケアセンター」にて推進し、普及を図る

【拠点病院に求められる緩和ケア】

- (1)患者とその家族等の心情に配慮した意思決定環境の整備
- (2)苦痛のスクリーニングの徹底
- (3)基本的緩和ケアの提供体制
- (4)専門的緩和ケアへのアクセスの改善
- (5)専門的緩和ケアの提供体制
- (6)相談支援の提供体制
- (7)切れ目のない地域連携体制の構築
- (8)緩和ケアに関するPDCAサイクルの確保

拠点病院等の指定要件に反映

緩和ケアの推進を支える基盤

【研修体制】

1) 医師を対象とした緩和ケア研修

- ・研修会受講者を増加させる施策
- ・患者の視点を取り入れた研修
- ・地域の実情にあった研修会の実施
- ・指導者研修会の今後のあり方

2) 看護師を対象とした緩和ケア研修

- ・指導者の教育体制の構築
- ・院内教育の標準化

【普及啓発】

- 個別の対象ごとの取組の推進
- 拠点病院等による地域を対象とした普及啓発
- 普及啓発の取組に関する定性・定量的な効果検証の実施

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）にすべてのがん診療連携拠点病院で

5大がん（胃、大腸、肺、乳、肝がん）の地域連携クリティカルパスを整備する

もって、がん医療の均てん化をはかる

がん診療連携拠点病院制度

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

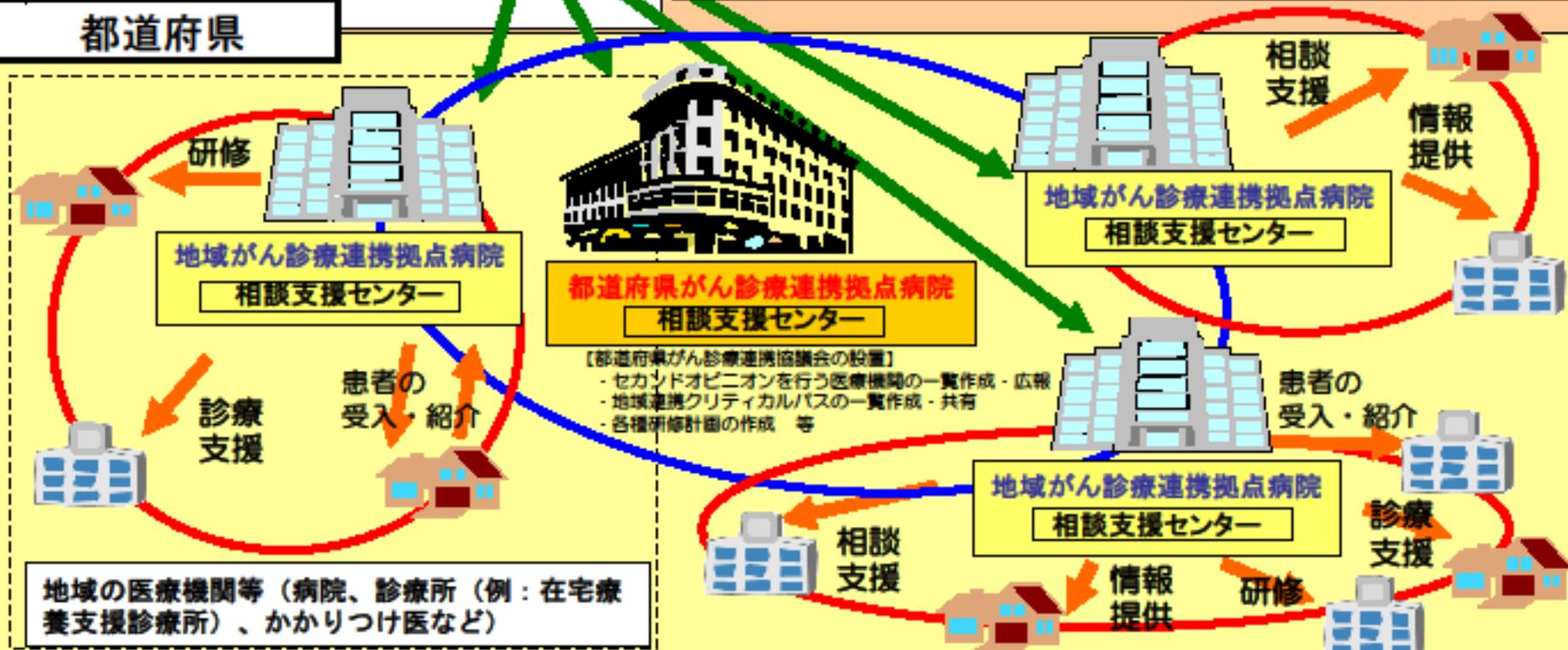


協力・支援

〈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）

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。

取り組むべき施策

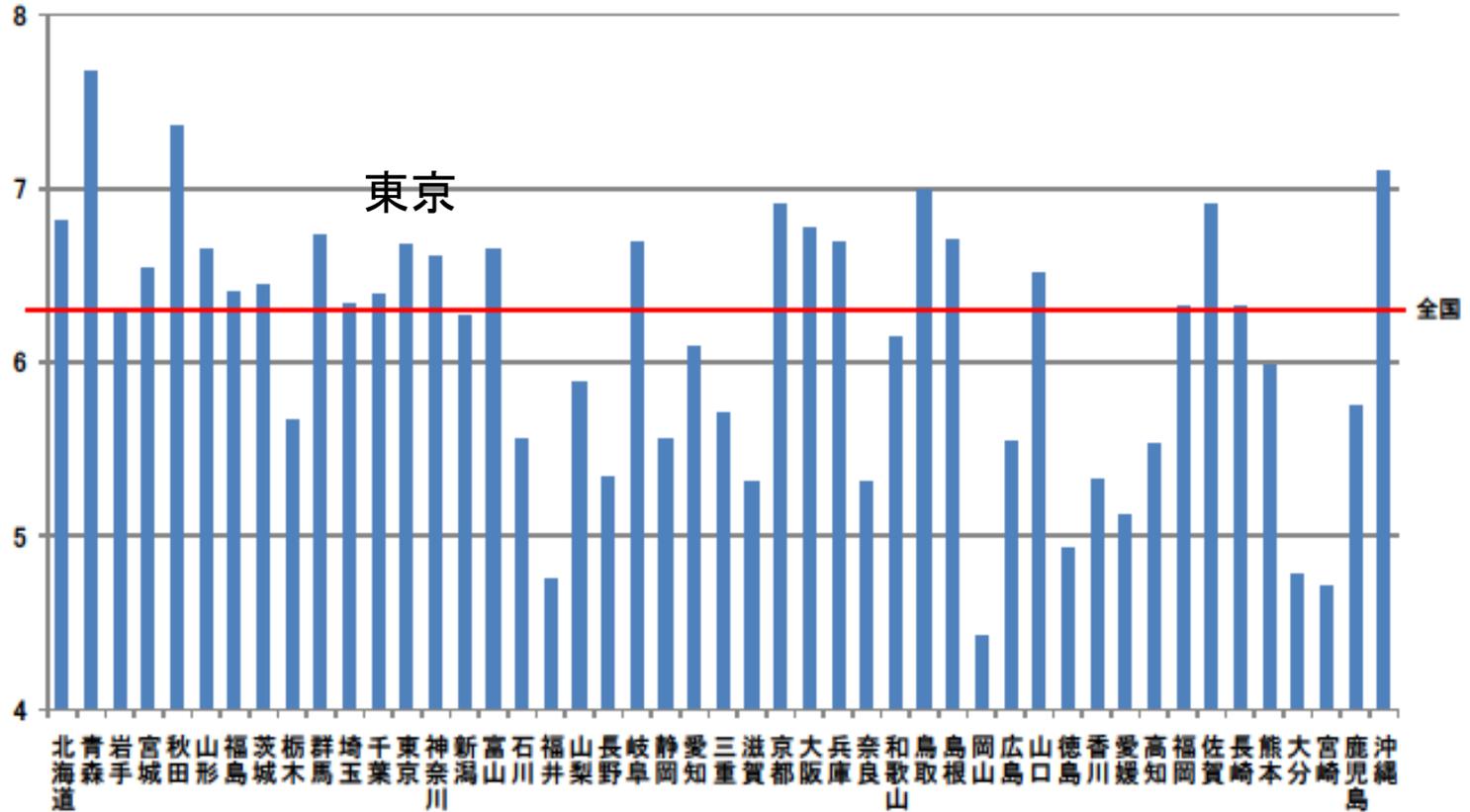
- 拠点病院のあり方（拠点病院の指定要件、拠点病院と都道府県が指定する拠点病院の役割、国の拠点病院に対する支援、拠点病院と地域の医療機関との連携、拠点病院を中心とした地域のがん医療水準の向上、国民に対する医療・支援や診療実績等の情報提供の方法、拠点病院の客観的な評価
- 地域連携クリティカルパスの運用等について、各地域の医療提供体制を踏まえた上で検討する。

がん医療の地域格差

大腸がん・直腸がんを例に

結腸がん死亡率格差(男女計)(2008年)

人口10万人当たり、75歳未満、年齢調整済



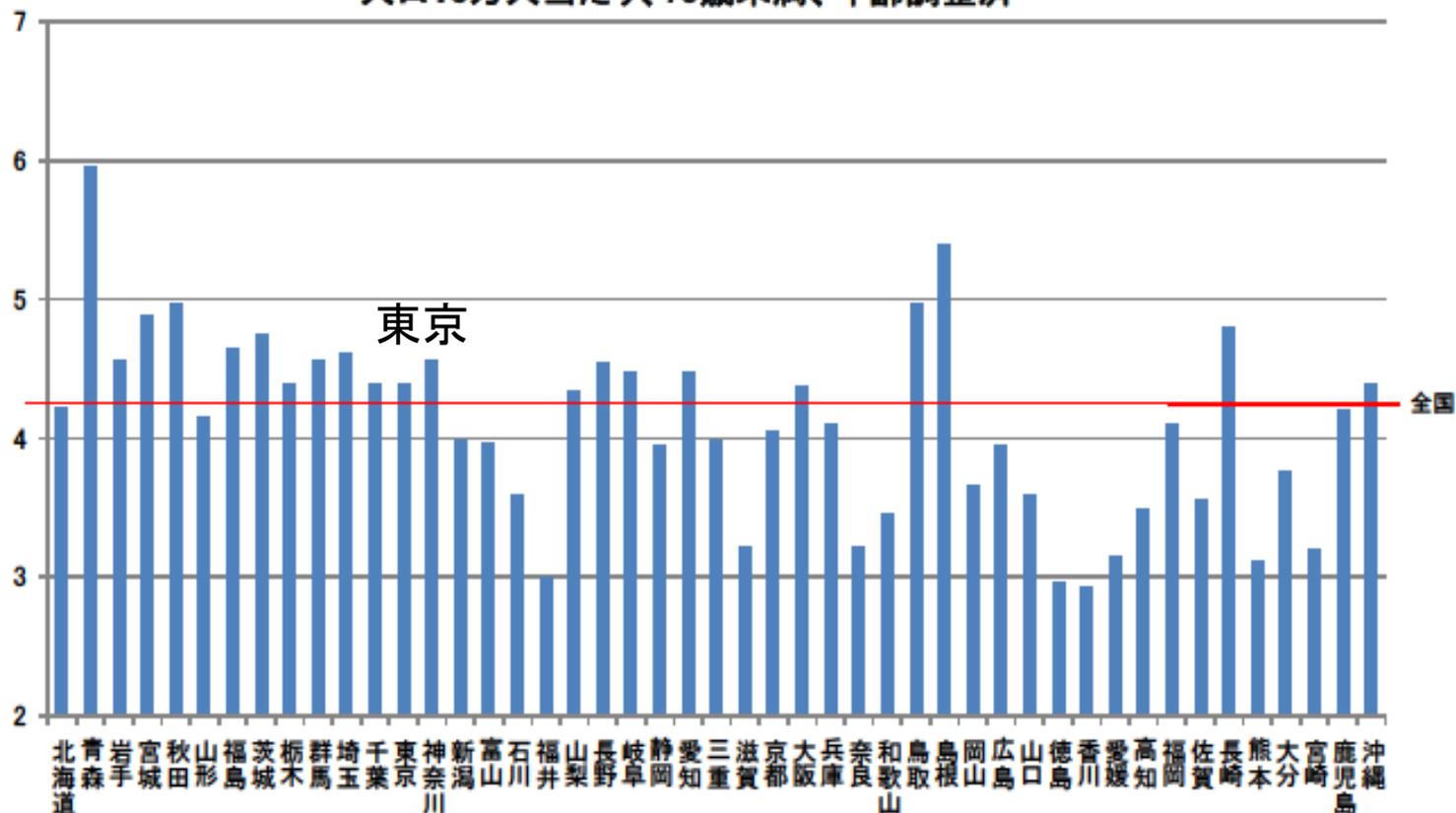
データソース：人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンターがん対策情報センター

加工：日本医療政策機構がん政策情報センター

直腸がん死亡率格差(男女計)(2008年)

人口10万人当たり、75歳未満、年齢調整済



データソース：人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

出典：国立がんセンターがん対策情報センター

加工：日本医療政策機構 がん政策情報センター

DPCデータ分析概要

データ期間: 2008年7～12月

対象症例: 大腸の悪性腫瘍 (MDC6: 060035) の手術なし症例

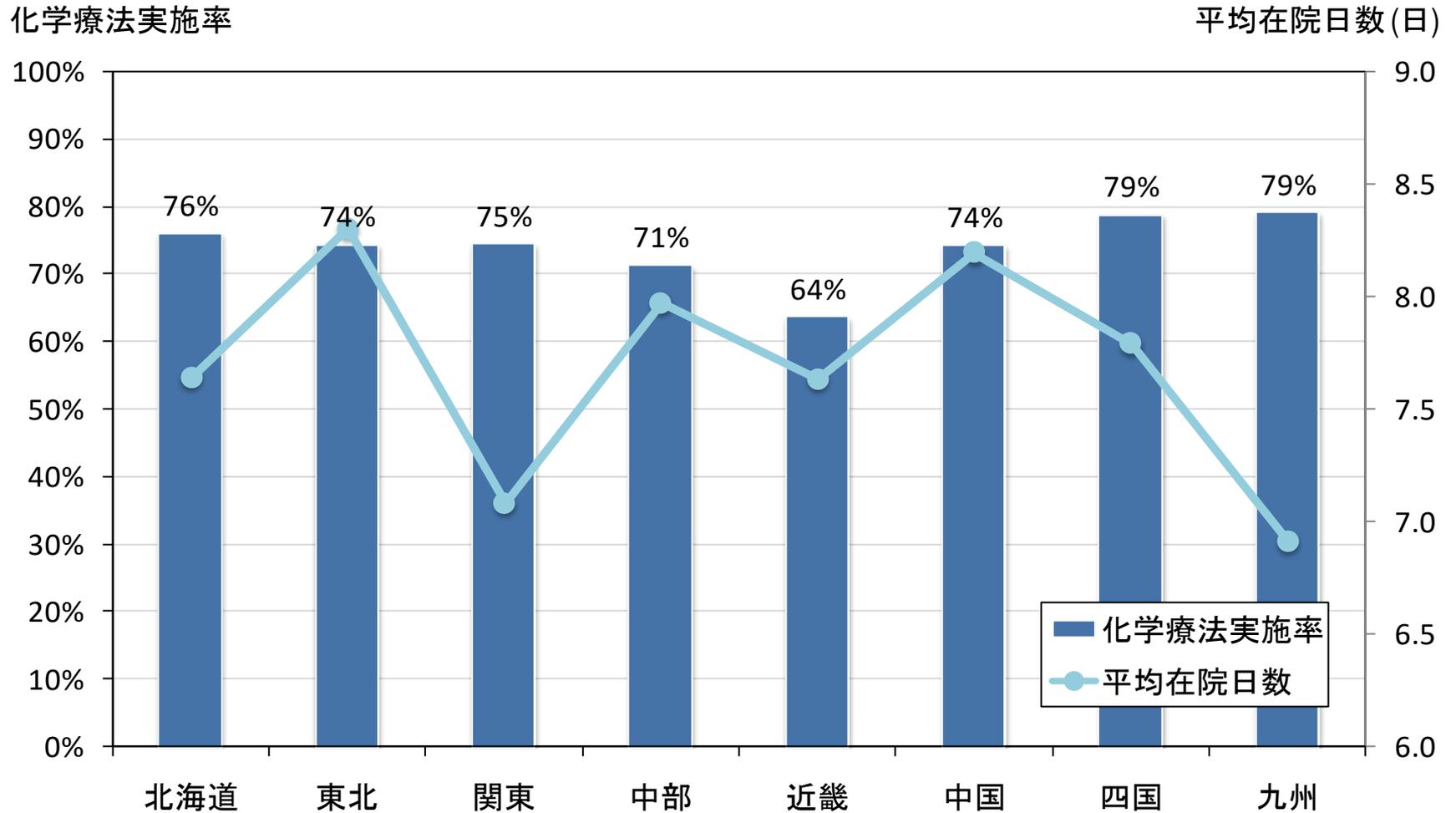
直腸肛門の悪性腫瘍 (MDC6: 060040) の手術なし症例

girasol参加病院数

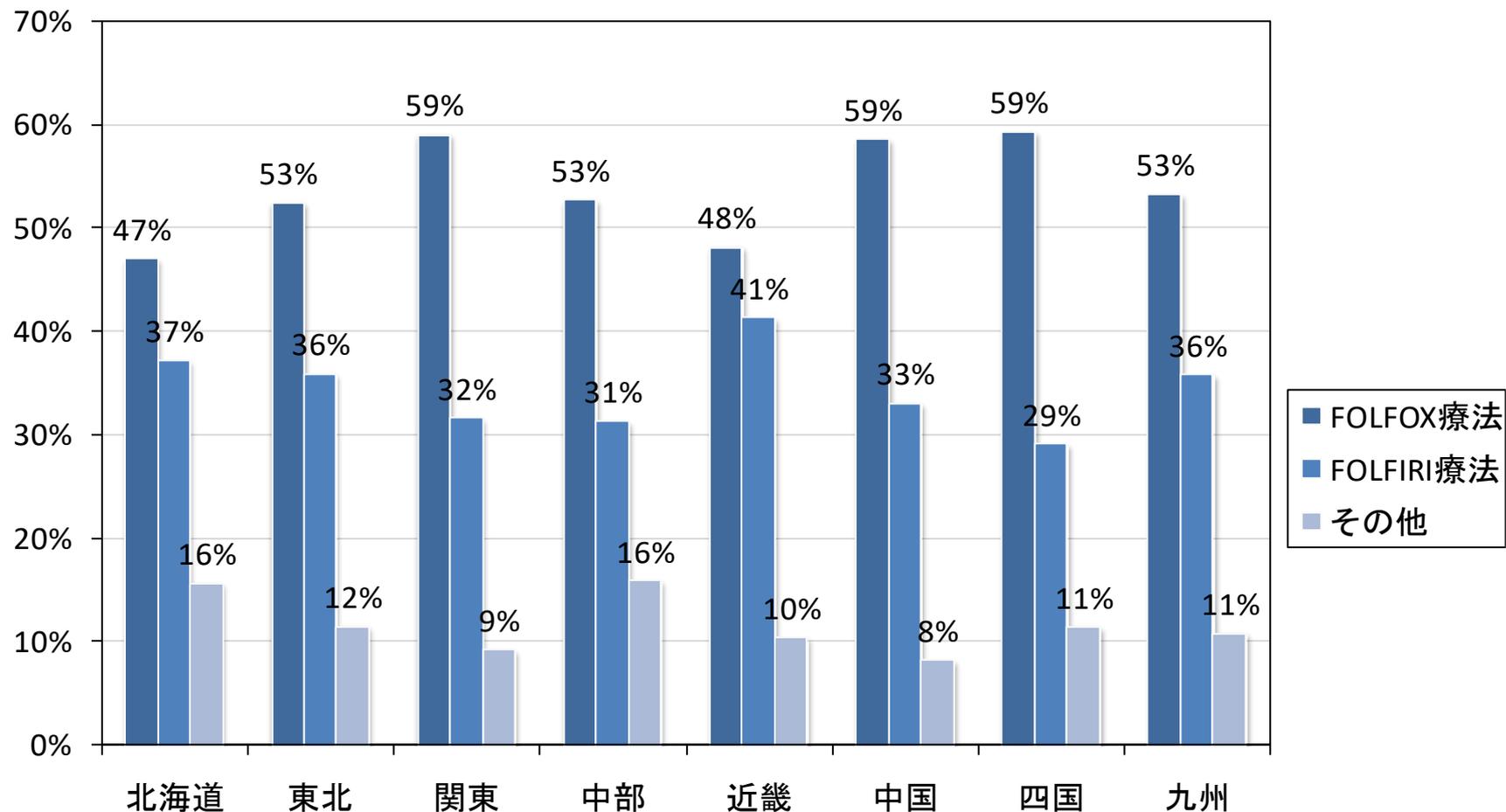
地方	DPC関連 病院数	girasol参加 病院数	girasol カバー率	がん診療連携 拠点病院数	girasol参加 がん診療連携 拠点病院数	girasol カバー率
北海道	96	20	21%	20	6	30%
東北	101	51	50%	43	25	58%
関東	388	129	33%	76	25	33%
中部	240	127	53%	69	40	58%
近畿	303	109	36%	60	34	57%
中国	106	42	40%	35	14	40%
四国	63	23	37%	18	11	61%
九州	262	86	33%	54	24	44%
総計	1,559	587	38%	375	179	48%

(株)メディカルアーキテクト作成

大腸・直腸手術なし症例における化学療法の地域別実施率（DPC 関連病院）

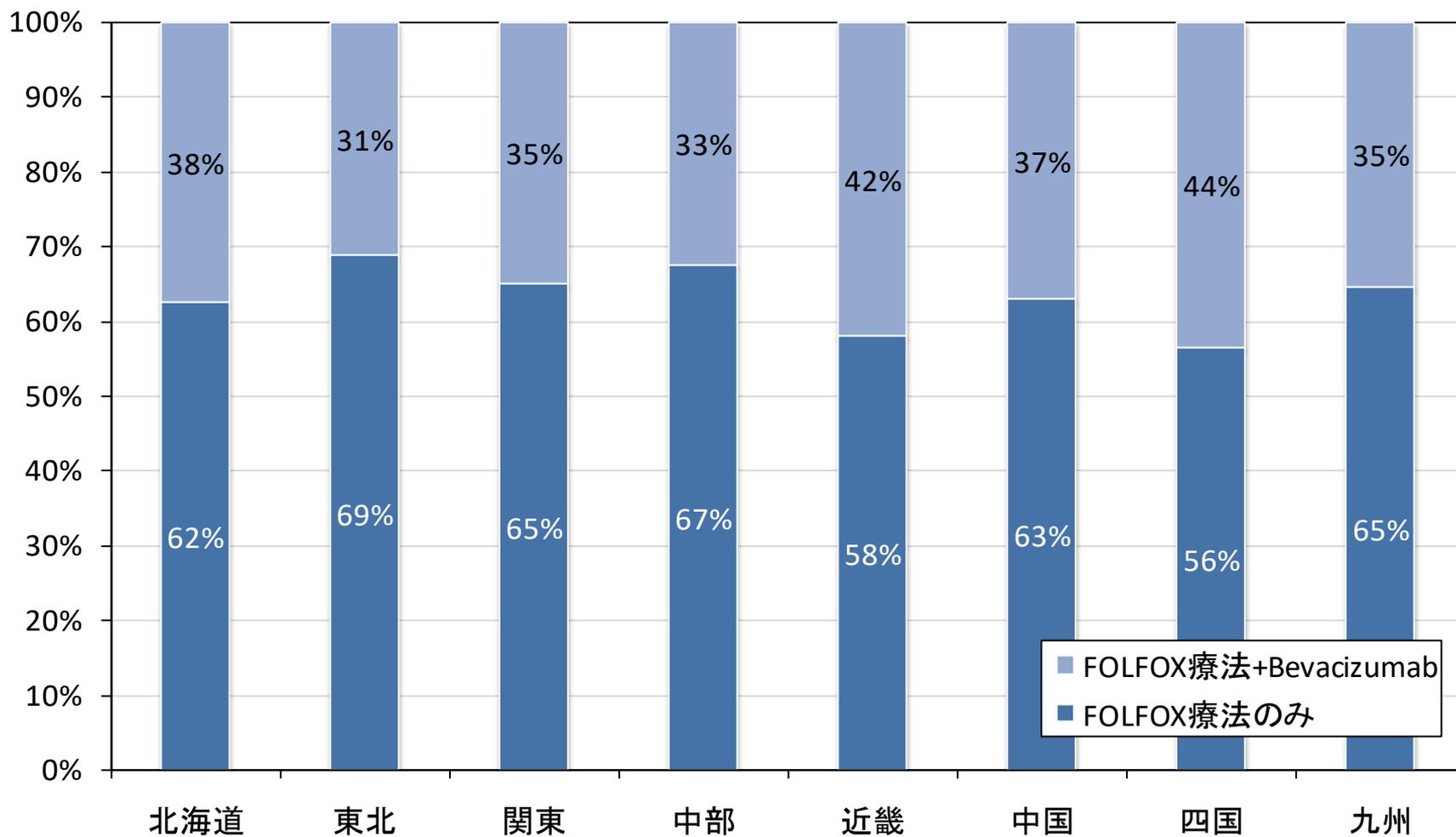


化学療法レジメン実施状況 DPC 関連病院

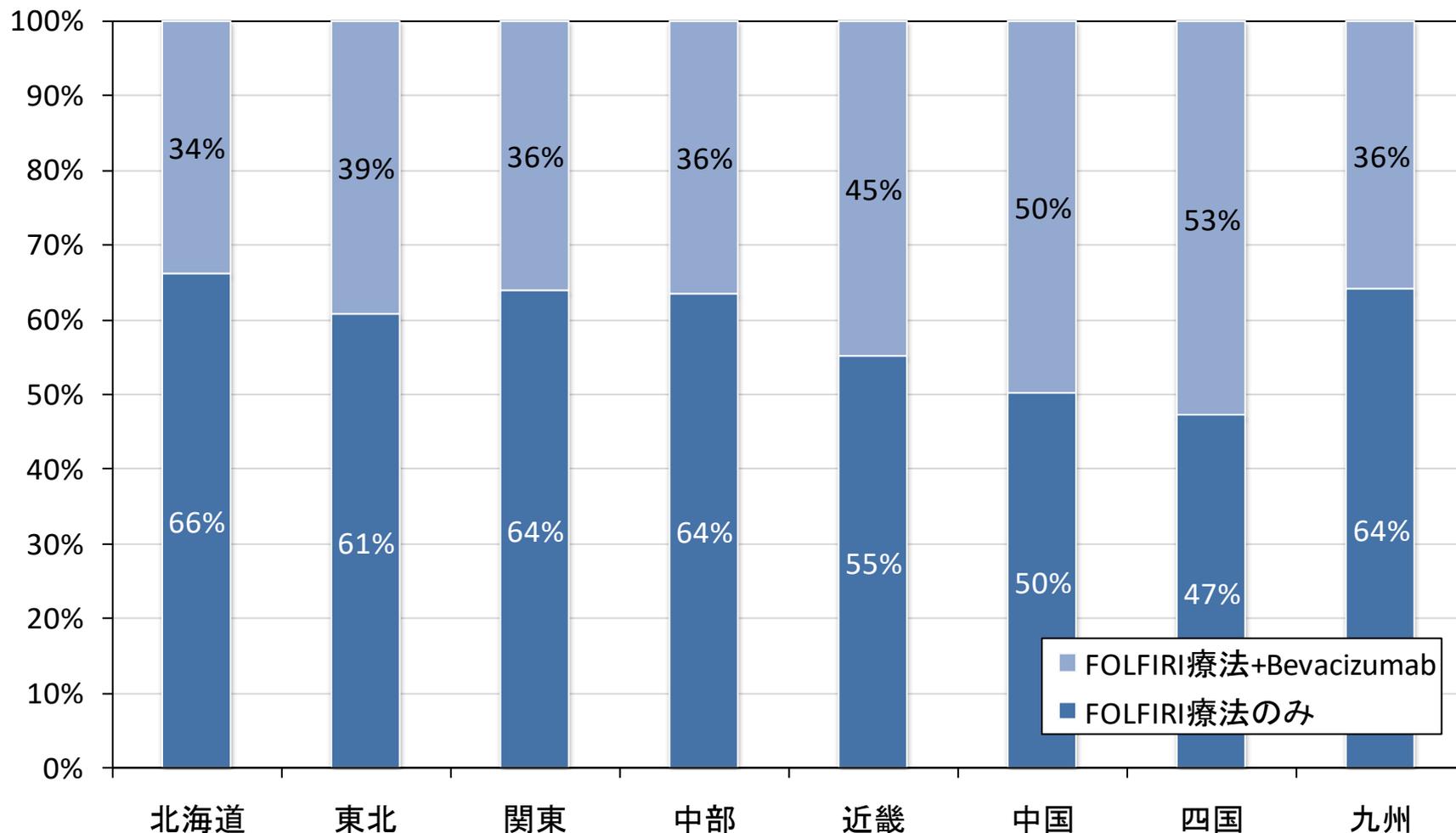


注: FOLFOX療法、FOLFIRI療法共に Bevacizumab 投与症例を含む

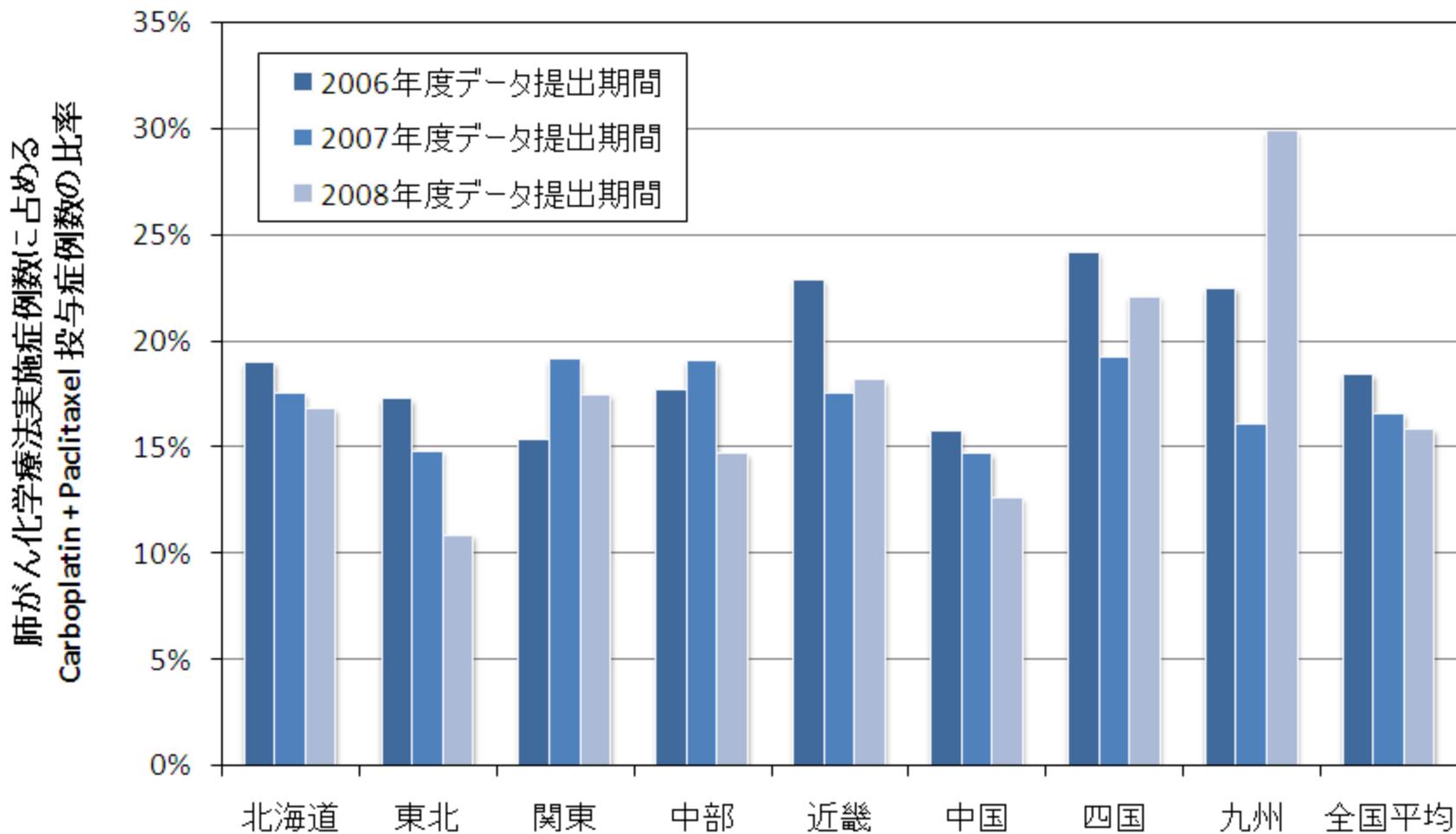
FOLFOX 療法実施状況 / DPC 関連病院



FOLFIRI 療法実施状況 / DPC 関連病院



肺がん化学療法症例数に占める Carboplatin + Paclitaxel 投与状況



医療の地域格差と その標準化

標準レジユメンの普及
地域連携クリティカルパスの普及

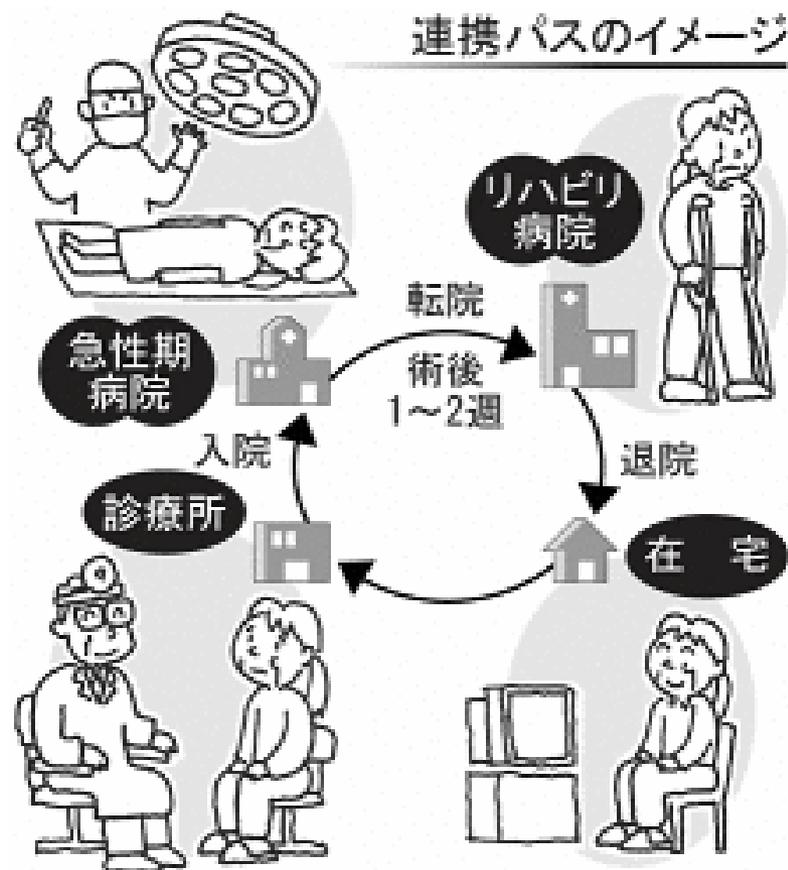
地域連携クリティカルパスとは？

• 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

- 連携パスの目的

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



患者氏名

指示医署名:

指示受け看護師署名:

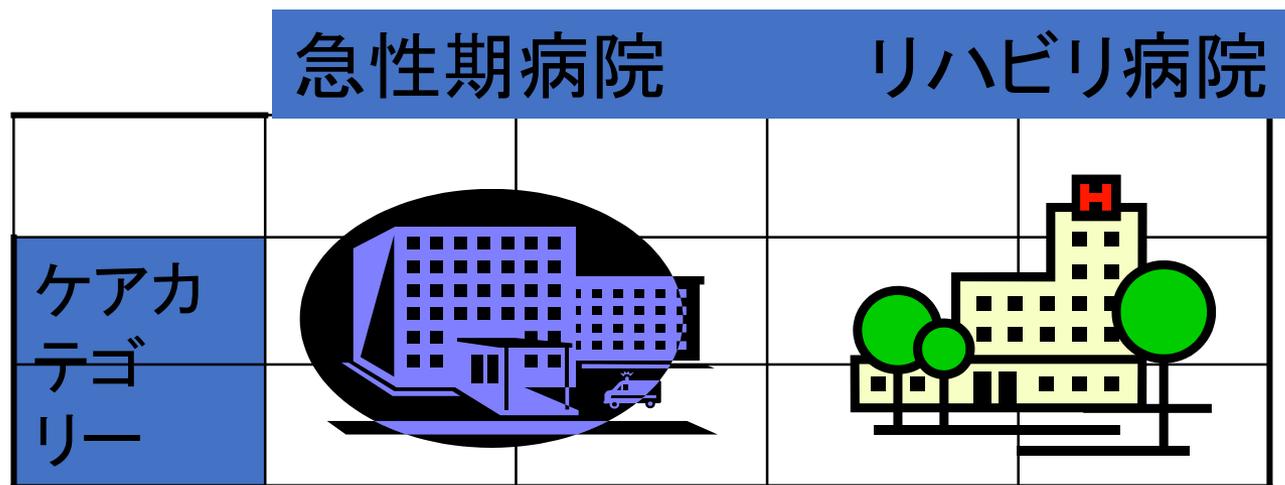
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	
達成目標		#1 胃瘻創別に伴なう合併症(出血,創感痛,肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する									
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ポタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
			口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	口腔内清拭(インジアンガーグル)	交包
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 RBP, TTR, CRP	血算			RBP, TTR, CRP		RBP, TTR, CRP	
活動・安静度		フリー		ベッド上安静		フリー		フリー	フリー	フリー	
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	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 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		内服中止						内服継続	
観察		体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()	体温() () () ()					体温() () () ()	
		脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()	脈拍() () () ()					脈拍() () () ()	
		血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()	血圧() () () ()					血圧() () () ()	
		SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()	SPO ₂ () () () ()					SPO ₂ () () () ()	
				出血() () () ()	出血() () () ()					出血() () () ()	
				創状態() () () ()	創状態() () () ()					創状態() () () ()	
				喀痰() () () ()	喀痰() () () ()					喀痰() () () ()	
										下痢() () () ()	
										嘔吐() () () ()	
										臍満() () () ()	
記録										臍満() () () ()	
バリアンス		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	
担当看護師署名											

クリティカル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

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

2010年
診療報酬改定



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等

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



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有

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



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

がん地域連携パス

- ①病・病連携パス
- ②病・診連携パス

①病・病連携パス

がん拠点病院と一般病院の
がん化学療法による連携



埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター



外来化学療法で
外来が手一杯！

大腸癌
Folfox, Folfiri
連携パス



13病院と連携



医療法人直心会帯津三敬病院

地域連携による癌化学療法のメリット

- クリティカルパスの活用で、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 クリティカルパス

項目	内容	実施日
1	患者の病歴、検査結果を確認する。	入院時
2	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
3	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
4	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
5	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
6	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
7	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
8	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
9	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
10	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
11	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
12	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
13	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
14	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
15	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
16	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
17	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
18	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
19	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時
20	患者の状態を確認し、治療方針を決定する。	入院時



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、クリティカルパスを活用しながら、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パスのメリット、患者さんの反応などについて紹介いただきました。

②病・診連携パス 二人主治医制

がんの
地域連携

⇒主治医2人制度

かかりつけ医

情報交換

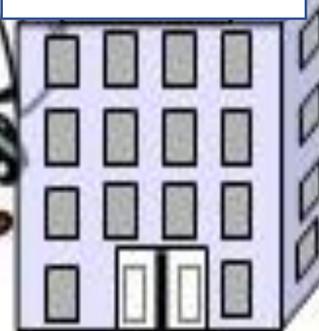
がん診療連携
拠点病院

外来治療



入院治療

がん診療連携
拠点病院



かかりつけ医と専門医の役割分担

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

東京都医療連携手帳(5大がん＋前立腺がん)



肺がん



胃がん



肝がん



大腸がん



乳がん



前立腺がん

パート4

全国がん連携パス事情

がん地域ネットワーク構築をめざして

～地域連携クリティカルパスの導入に向けて～



東京女子医科大学病院
地域連携室、クリニカルパス推進
室

下村 裕見子

2011年5月9日

[方法]

がん診療連携拠点病院ら

(都道府県認定病院 含む)

病院長宛に郵送にてアンケートを実施。

回収期間: 2010年12月25日～2011年1月20日

郵送数: **469**通

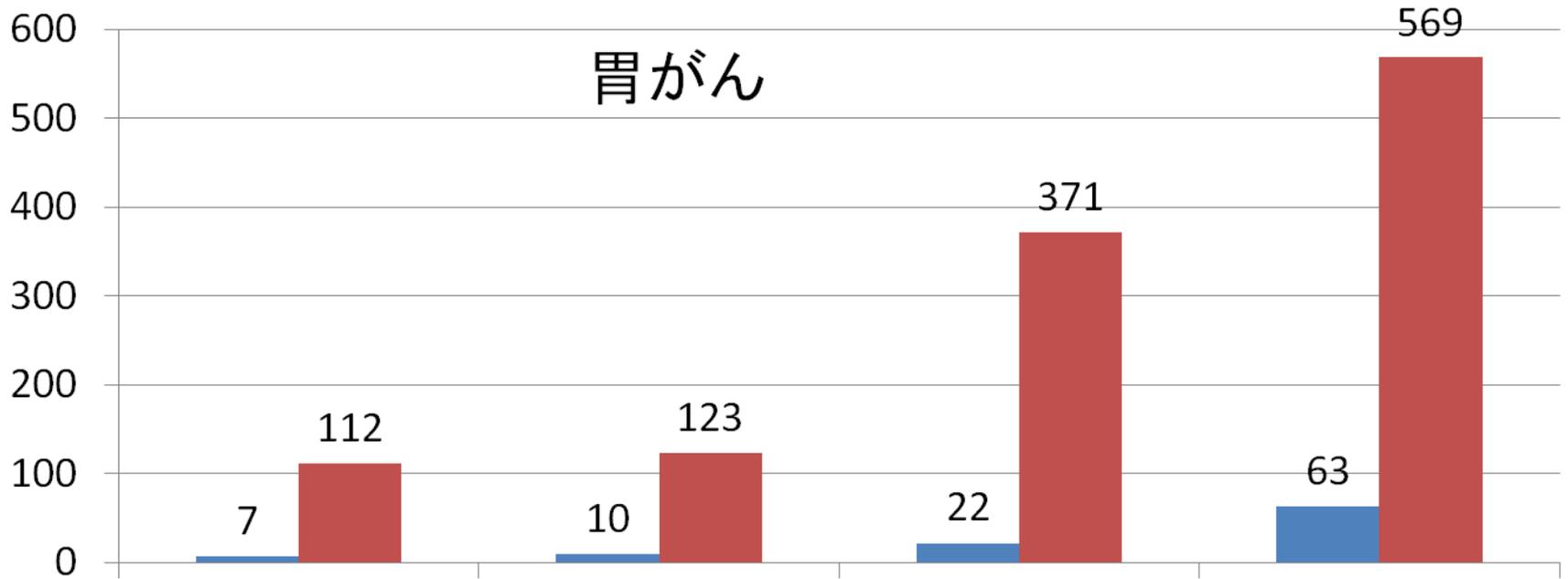
回答数: **207**通 (回収率 **42.33%**)



がん地域連携クリティカルパス現状

	H20.3月以前			H20.4月～H21.3月末			H21.4月～H22.3月末			H22.4月～H22.12月末			(診療報酬)再掲	
	病院(数)	有(数)	人	病院(数)	有(数)	人	病院(数)	有(数)	人	病院(数)	有(数)	人	有(数)	人
胃	65	7	112	67	10	123	72	22	371	104	63	569	46	310
大腸	52	4	53	54	9	56	60	18	266	88	41	443	26	240
肺	46	1	1	47	2	5	49	6	19	68	18	95	12	59
肝	41	2	7	42	1	2	46	5	22	58	14	27	9	14
乳	46	5	256	48	8	416	51	12	643	70	33	928	22	514
前立腺	11	2	112	11	2	255	14	7	617	21	10	437	3	74
緩和	1	0	0	2	1	10	2	2	8	5	3	46	0	0
膀胱	1	0	0	2	1	10	3	1	31	3	3	83	1	1
子宮	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	3	0	0
卵巣	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
胆道、膵臓	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2
甲状腺	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
その他	1	1	3	1	1	28	1	1	28	1	1	41	0	0
	266	22	544	276	35	905	300	74	2,005	424	188	2,674	120	1,214

胃がん



2008年3月以前

2008年4月~2009年3月末

2009年4月~2010年3月末

2010年4月~2010年12月末

■ 胃がん連携パス数

■ 胃がん連携パス適応数

胃

<パス適応人数>

H20.3月以前

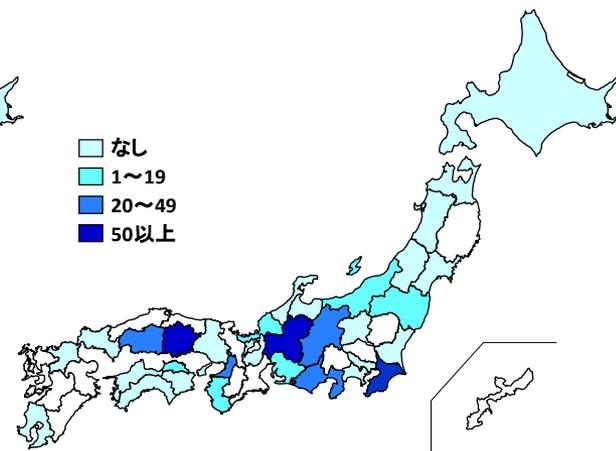
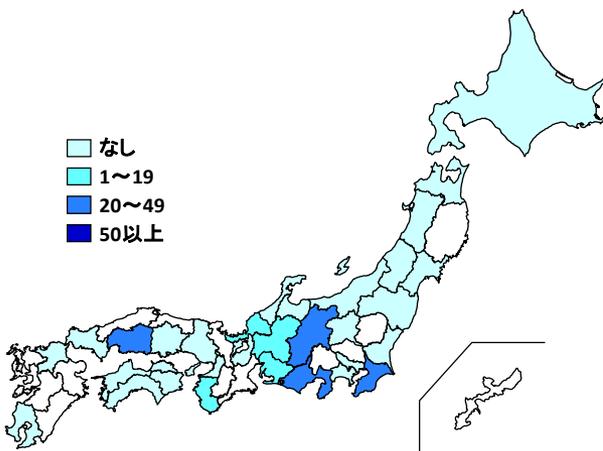
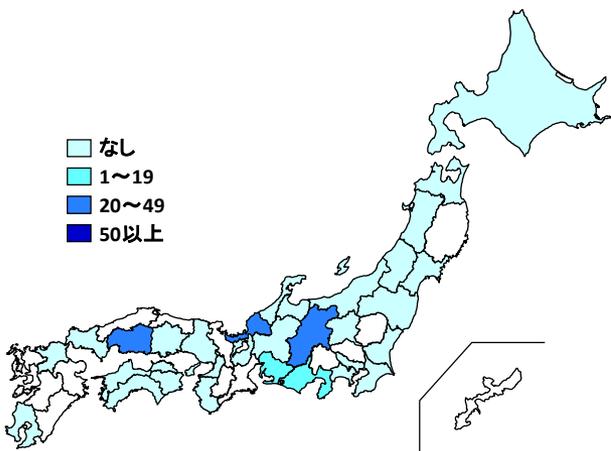
H20.4月～H21.3月末

H21.4月～H22.3月末

なし
1～19
20～49
50以上

なし
1～19
20～49
50以上

なし
1～19
20～49
50以上



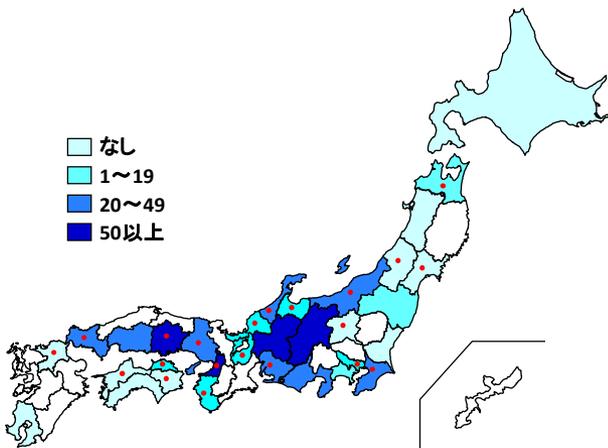
H22.4月～H22.12月末

診療報酬

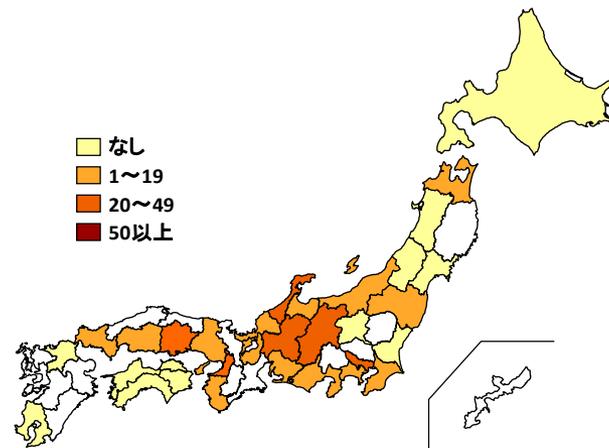
<都道府県統一パス>

- ・青森県 ・滋賀県
- ・宮城県 ・大阪府
- ・山形県 ・兵庫県
- ・群馬県 ・和歌山県
- ・千葉県 ・岡山県
- ・東京都 ・山口県
- ・新潟県 ・徳島県
- ・富山県 ・香川県
- ・石川県 ・愛媛県
- ・福井県 ・福岡県
- ・愛知県

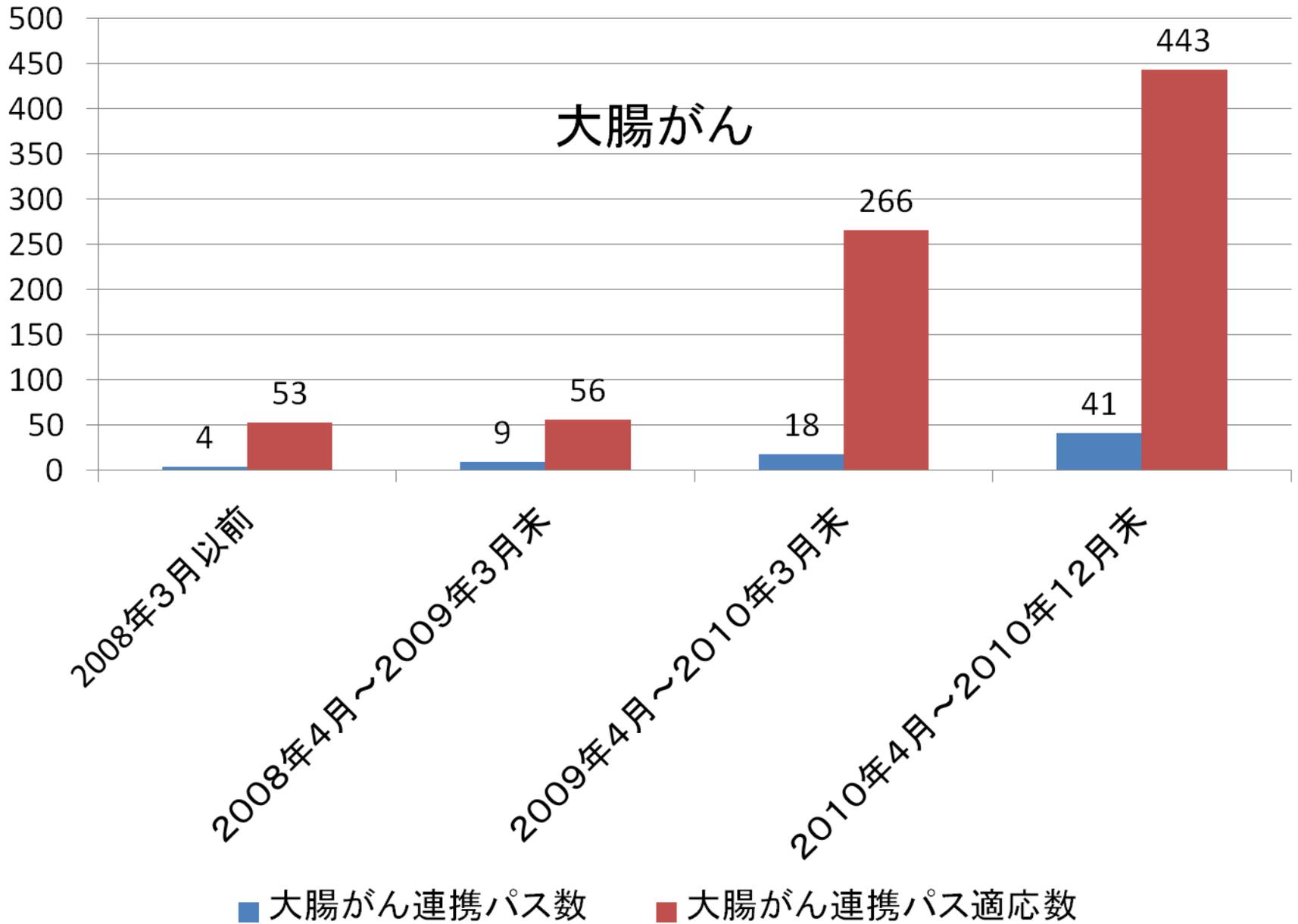
なし
1～19
20～49
50以上



なし
1～19
20～49
50以上



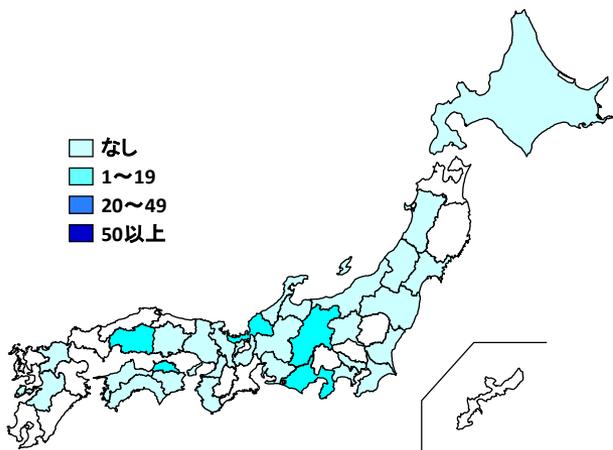
大腸がん



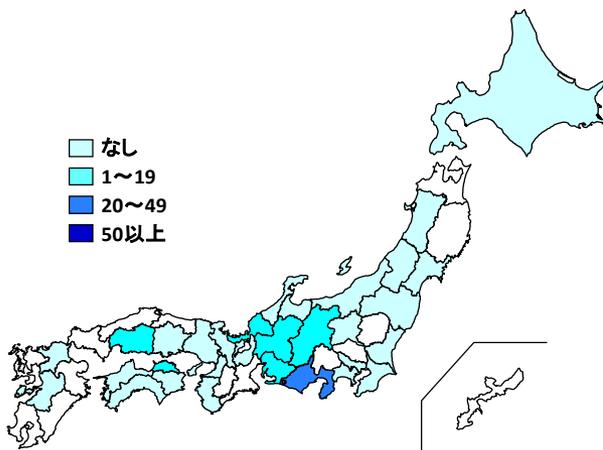
大腸

<パス適応人数>

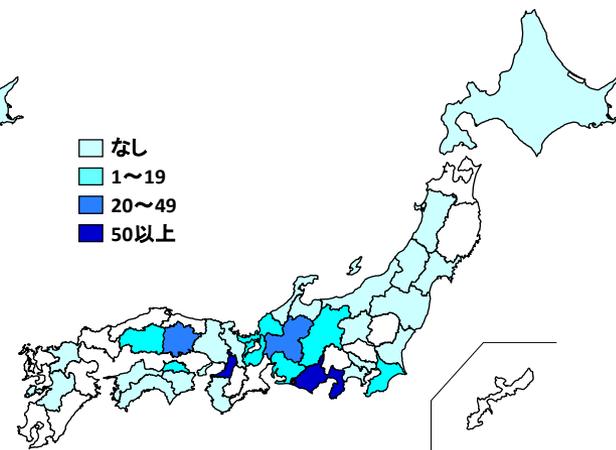
H20.3月以前



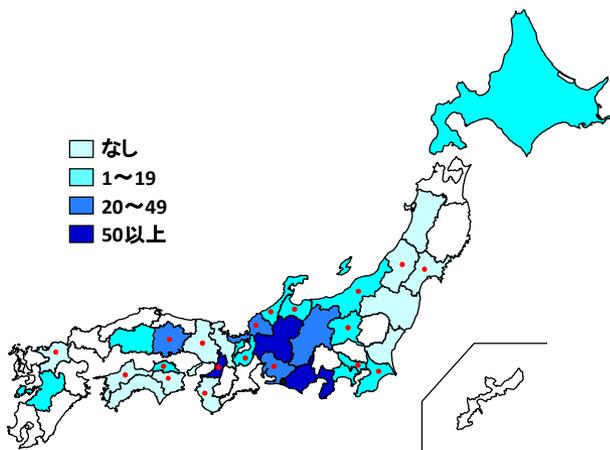
H20.4月~H21.3月末



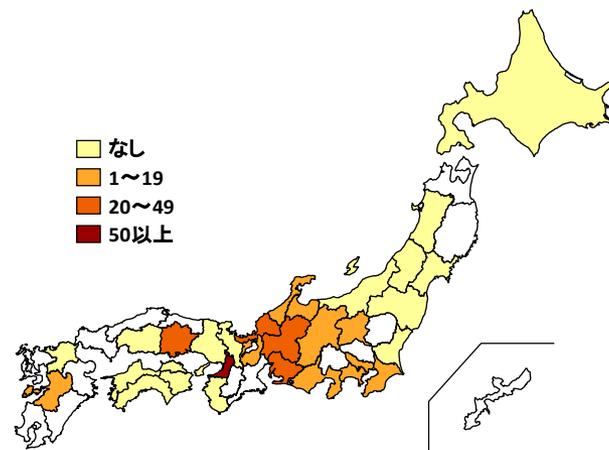
H21.4月~H22.3月末



H22.4月~H22.12月末

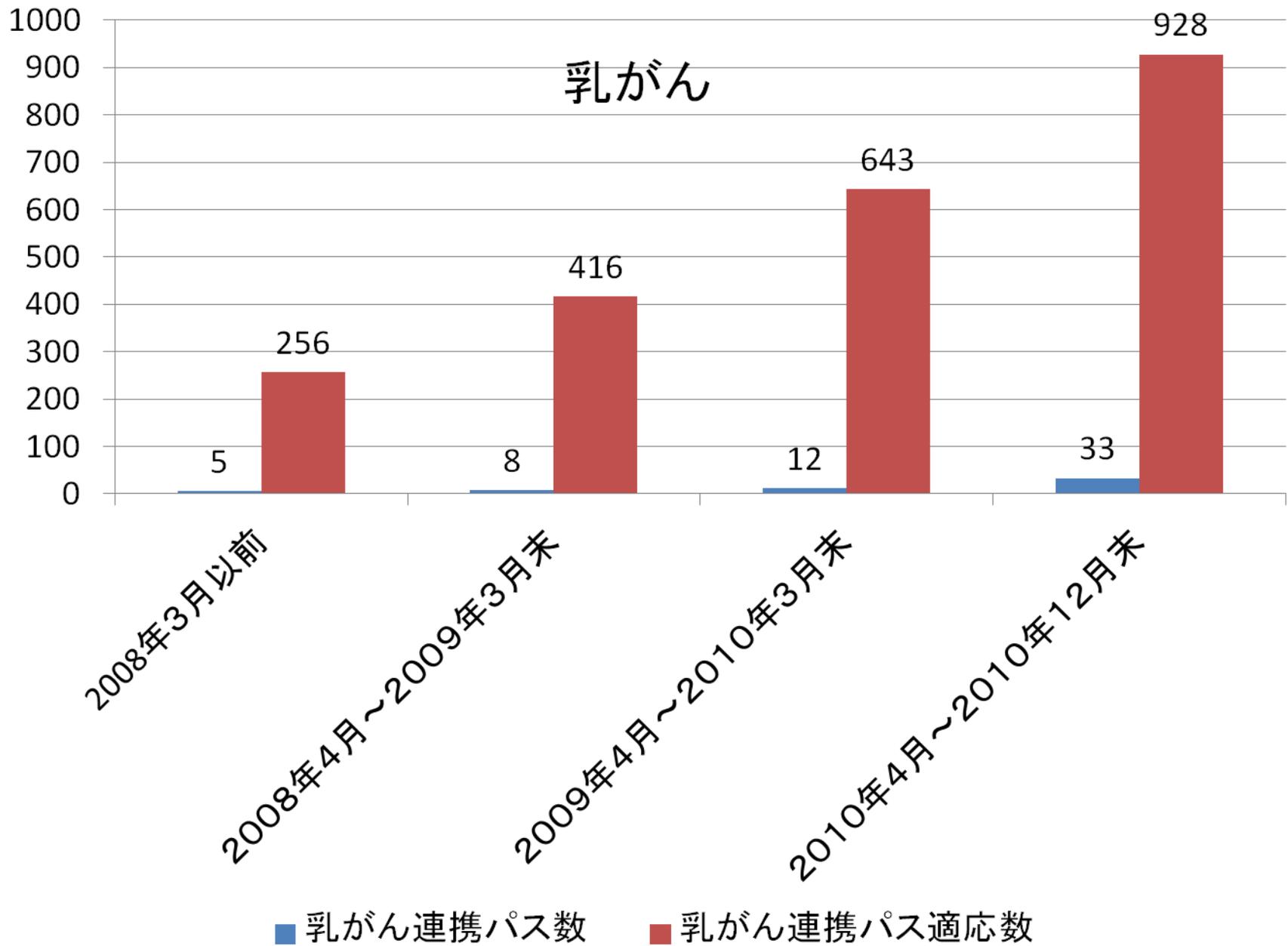


診療報酬



<都道府県統一パス>

- ・宮城県 ・滋賀県
- ・山形県 ・大阪府
- ・群馬県 ・兵庫県
- ・千葉県 ・和歌山県
- ・東京都 ・岡山県
- ・新潟県 ・徳島県
- ・富山県 ・香川県
- ・石川県 ・愛媛県
- ・福井県 ・福岡県
- ・愛知県



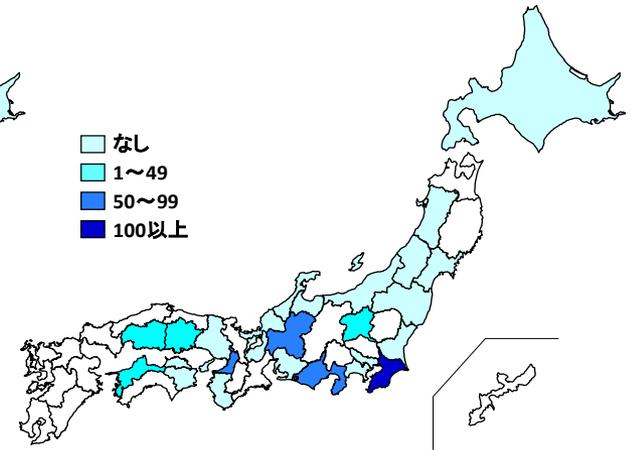
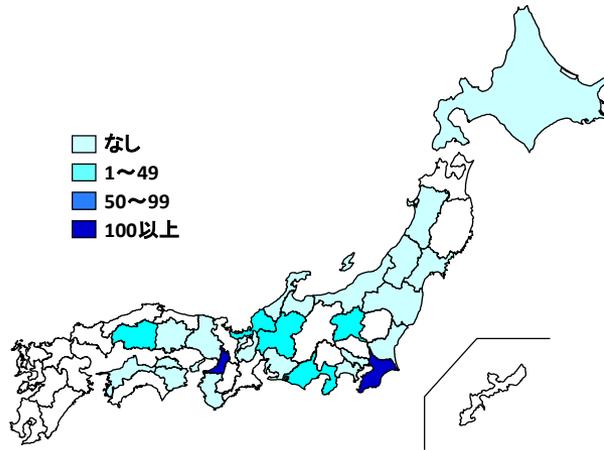
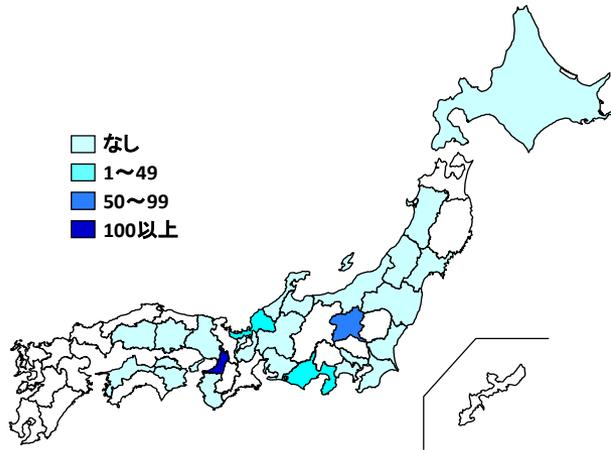
乳がん

<パス適応人数>

H20.3月以前

H20.4月～H21.3月末

H21.4月～H22.3月末

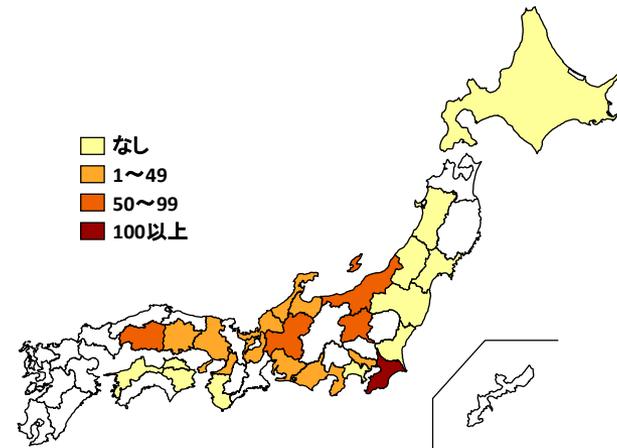
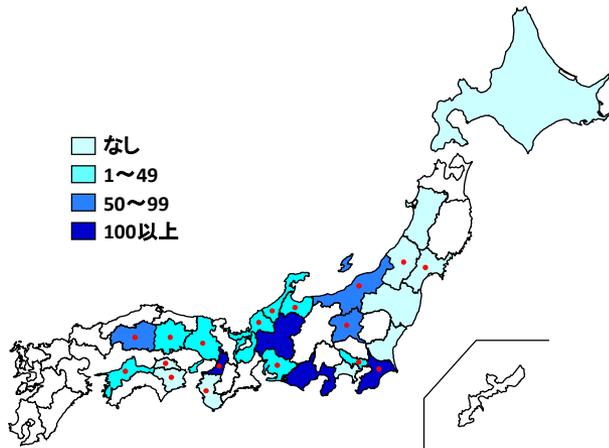


H22.4月～H22.12月末

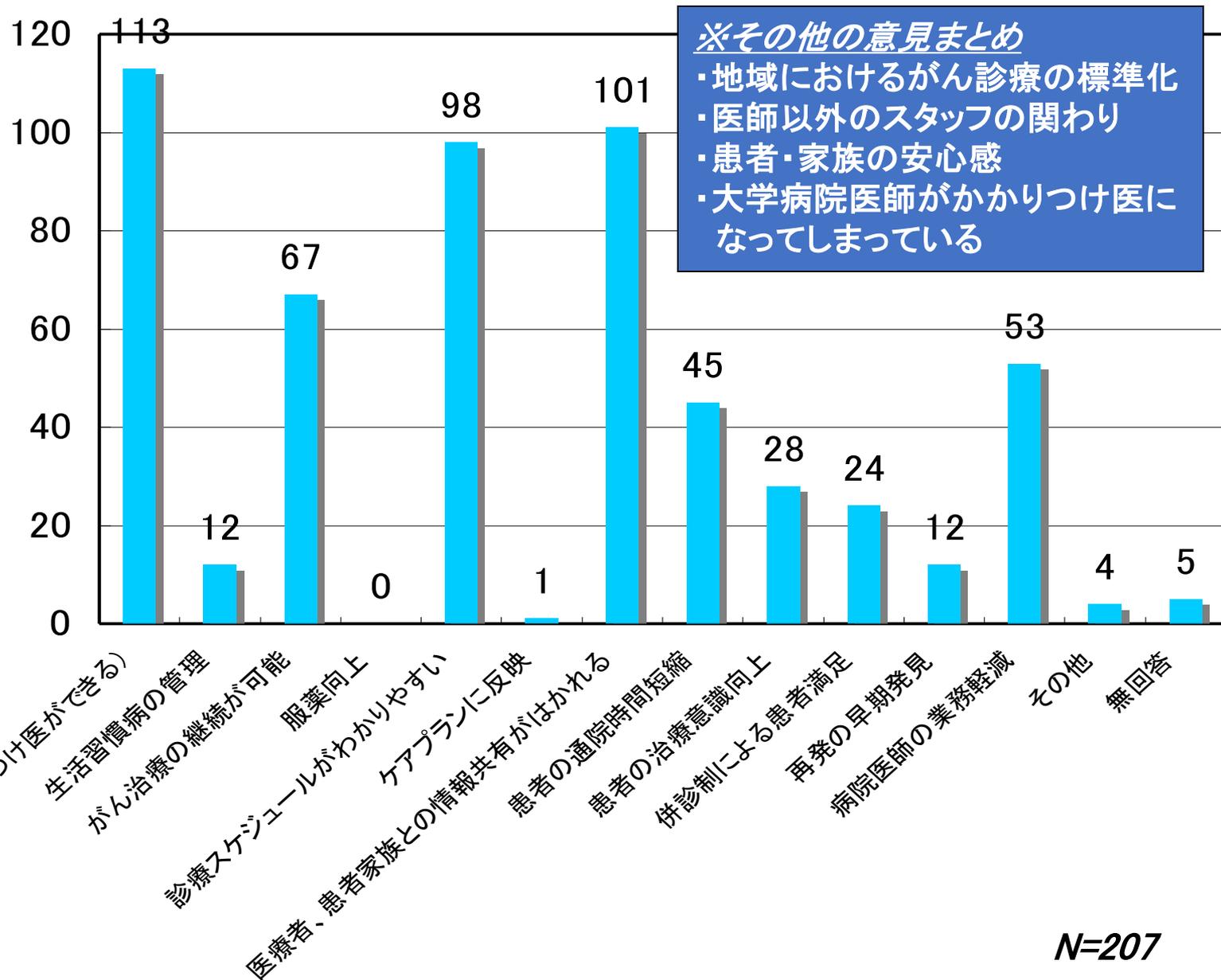
診療報酬

<都道府県統一パス>

- ・宮城県 ・愛知県
- ・山形県 ・大阪府
- ・群馬県 ・兵庫県
- ・千葉県 ・和歌山県
- ・東京都 ・岡山県
- ・新潟県 ・広島県
- ・富山県 ・徳島県
- ・石川県 ・香川県
- ・福井県 ・愛媛県

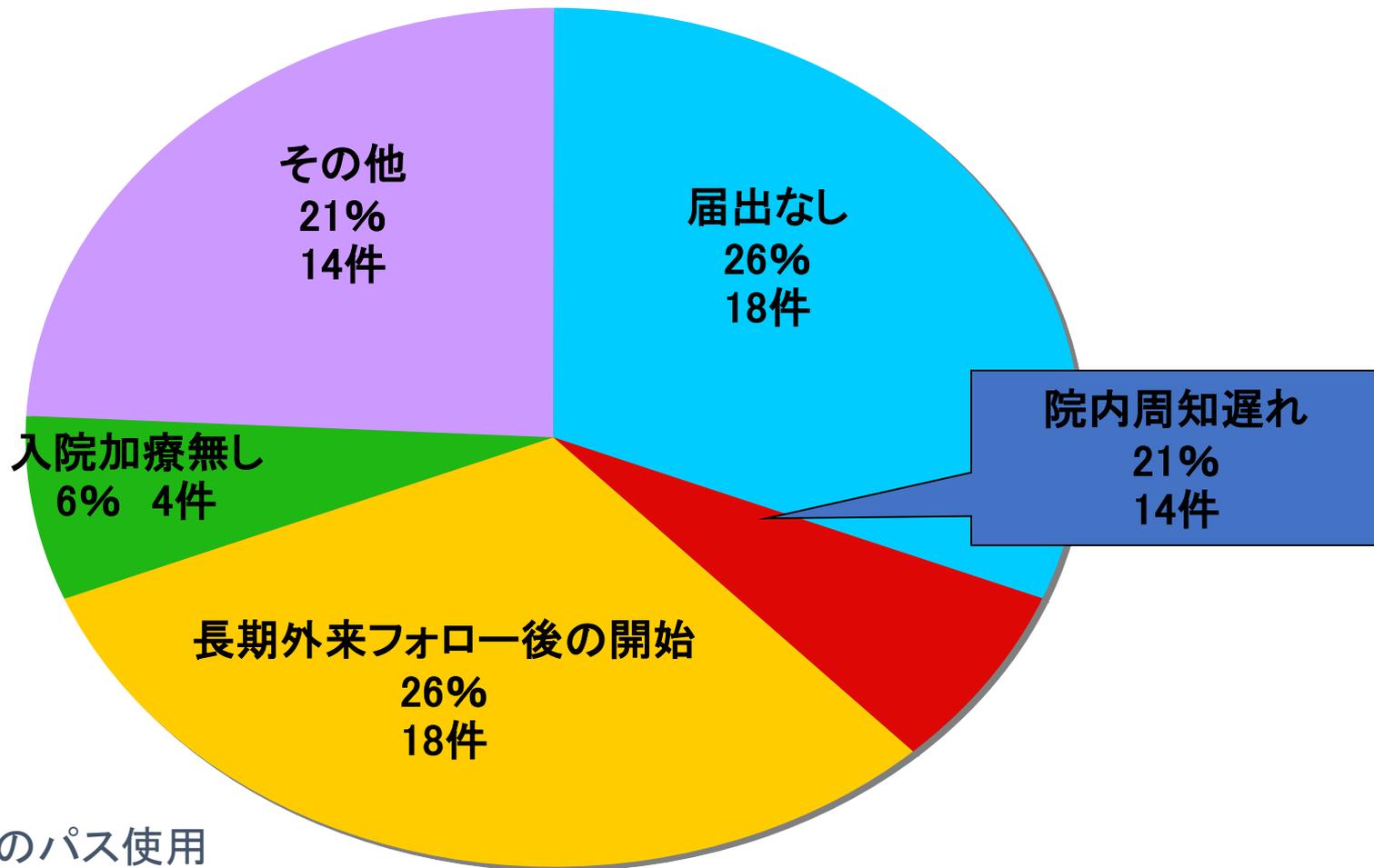


Q. がん地域連携パスのメリットは何だと思われますか？



N=207

Q:H22.4月～診療報酬算定できなかった理由は何ですか？



その他:

- がん疑いでのパス使用
- 初回入院ではない
- 病理が未到着
- 都道府県統一パスを申請していなかった

N=62
複数回答有

アンケート総括

- がん地域連携パス作成完了は増加傾向にある。
- がん地域連携パス適応増加は一部の地域・病院に限局している。
- がん地域連携パス運用しているが、診療報酬を算定できなかった要因には、①運用上の問題点（届出なし、連絡の遅れ） ②制度設計上の課題（入院加療なし、長期の外来フォロー後、要件該当外）があった。
- 都道府県統一がん地域連携パスが作成されている傾向にある。
- 運用手順整備等、地域連携室などの連携パス運用事務局の役割は大きい。

2012年診療報酬改定

がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



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



計画策定病院

がん診療連携拠点病院等

手術後に拠点
病院で外来
フォローアップ

退院後に拠点
病院で外来
化学療法

退院後すぐに紹介

算定可

算定不可



連携医療機関

パート5
診療報酬改定と
地域連携パス

中医協入院医療分科会

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

ストラクチャーではなく、アウトカムを評価すべき

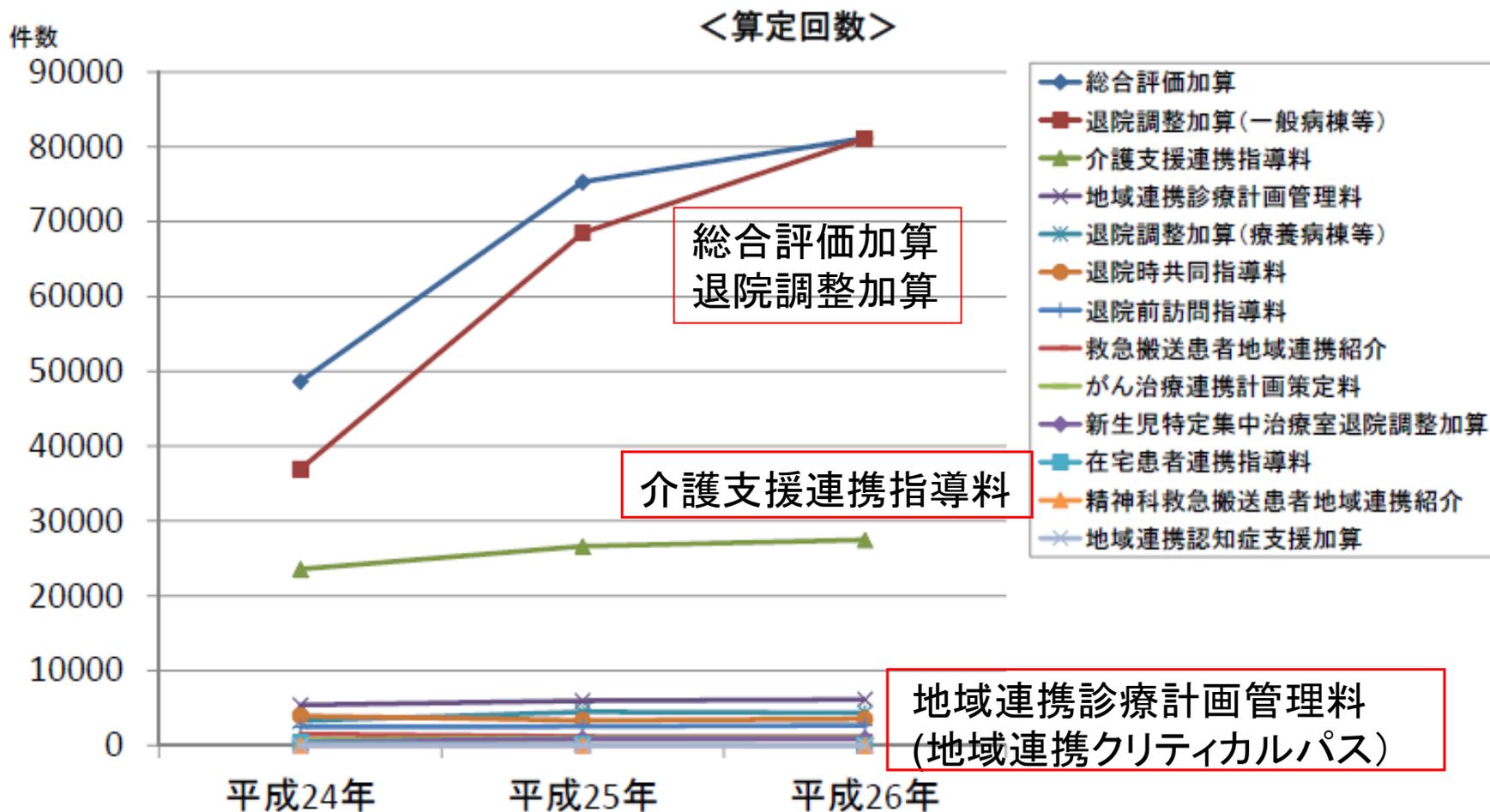
連携パスがあまり算定されていない。退院調整加算に整理しては？

退院支援の専従者などの配置が在宅復帰に効果的

入院医療等調査・評価分科会
(2015年7月1日)

退院支援に係る主な診療報酬上の評価の算定状況

○ 退院支援に係る診療報酬上の評価は多く存在するが、退院調整加算、総合評価加算、介護支援連携指導料等一部の項目を除き、算定回数はそれほど多くない。



地域包括ケアシステム推進のための取組の強化

退院支援に関する評価の充実

- 患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、保険医療機関における退院支援の積極的な取組みや医療機関間の連携等を推進するための評価を新設する。

(新) 退院支援加算 1

イ 一般病棟入院基本料等の場合	600点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	1,200点

(改) 退院支援加算 2

イ 一般病棟入院基本料等の場合	190点
ロ 療養病棟入院基本料等の場合	635点



[算定要件・施設基準]

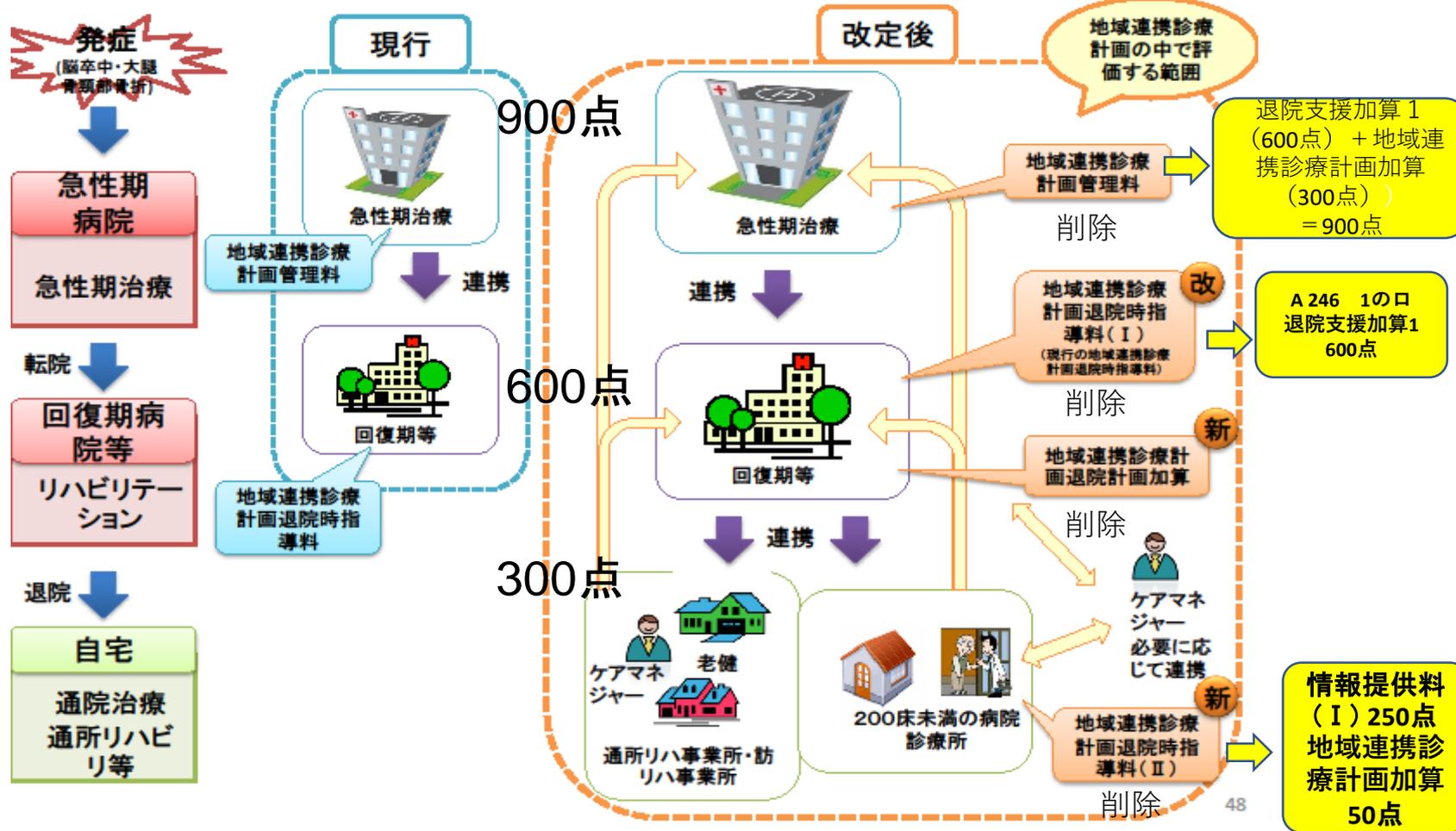
	退院支援加算 1	退院支援加算 2 (現在の退院調整加算と同要件)
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に退院困難な患者を抽出	7日以内に退院困難な患者を抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に患者・家族と面談	できるだけ早期に患者・家族と面談
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	カンファレンスを実施
退院調整部門の設置	専従1名（看護師又は社会福祉士）	専従1名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置 (2病棟に1名以上)</u>	-
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20か所以上）の職員と 定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	-
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績</u>	-

廃止された項目

- (1) 新生児特定集中治療室退院調整加
- (2) 救急搬送患者地域連携紹介加算
- (3) 救急搬送患者地域連携受入加算
- (4) 地域連携認知症支援加算
- (5) 地域連携認知症集中治療加算
- (6) 地域連携診療計画管理料
- (7) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅰ)
- (8) 地域連携診療計画退院時指導料 (Ⅱ)

地域連携診療計画管理料等は廃止されたが、地域連携クリティカルパスが廃止されたわけではない

大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価 2016年改定



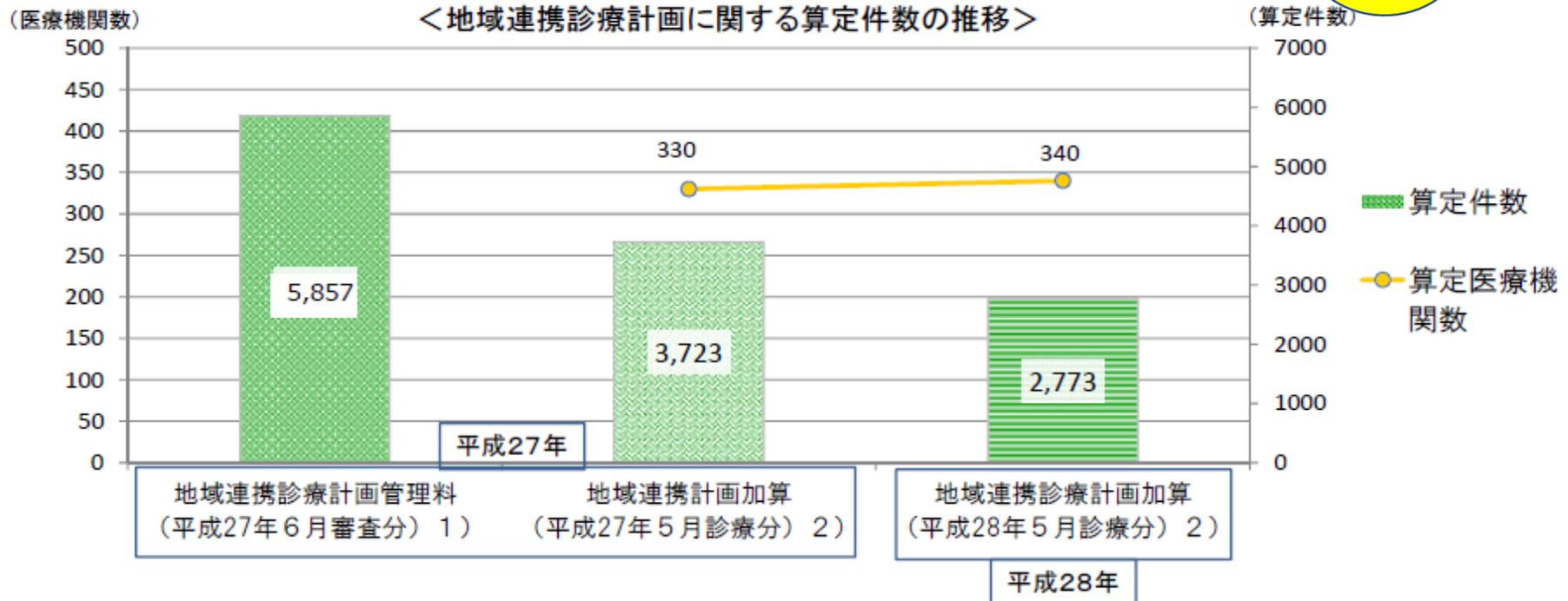
地域連携診療計画③

- 退院支援加算の地域連携診療計画加算の算定件数は、平成28年度診療報酬改定前の退院調整加算の地域連携計画加算及び地域連携診療計画管理料の算定件数に比べ、減少している。

平成28年度診療報酬改定

- 退院支援加算(退院調整加算)の地域連携診療計画(地域連携計画)加算
加算対象：退院調整加算を算定 → 退院支援加算1又は3を算定
- 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(I)(II) → 廃止

地域連携パス
(地域連携計画
加算) 激減!



これだけ地域連
携計画加算が
減っていること
に驚いている

退院支援加算 2 で地域連
携診療計画加算を認めな
いことを見直すべき

地域連携診療計画は
回りハではよく使わ
れている。一方、回り
ハでは退院支援加算
の算定が少ない。現
状に合っていない

2017年8月24日 入院医療分科会

2018年診療報酬改定へ向けて

退院支援から
入退院支援へ

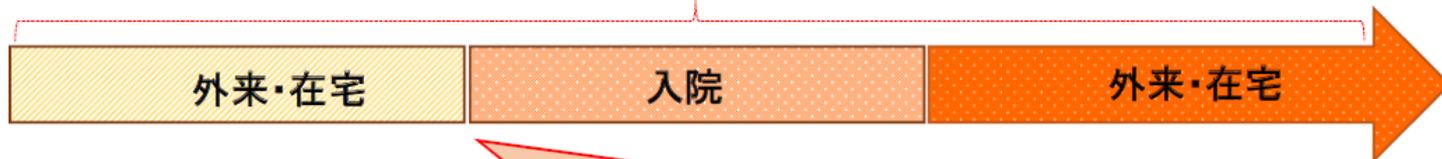
2018年診療報酬改定へむけて「入退院支援」の議論が始まった（入院医療分科会6月21日）



入院基本料の評価の見直しに向けた議論を始めた分科会（21日、厚労省）

地域包括ケアシステムの構築～入退院支援

切れ目のない支援



退院支援から
入退院支援
へ！

退院後も住み慣れた地域で生活するための支援として、

- 外来や入院時から退院後の地域生活を見据えた支援が必要
- 外来部門と入院部門(病棟)との連携、地域と入院医療機関等との連携が重要



日本医療マネジメント学会 (仙台) 2017年7月7日、8日



東北大学病院の 入退院支援センター

- 東北大学病院（1225床）
 - 2015年から一部の診療科で「入退院センター」の運用を開始
 - 入退院センターでは入院が決定した患者に、入院案内や情報収集、退院阻害要因のスクリーニングを行い、必要時に病棟の多職種に情報提供がなされる。
 - 病棟では入退院センターから情報提供のあった退院阻害要因の内容を分析し、退院支援に活用する
 - 退院阻害要因は、介護力が最も多く、次いで経済状態、ADL低下、服薬管理、退院先の選択、問題行動、その他であった
 - 退院阻害要因はこのように入院前から明らかになっていて、支援可能なものも数多い
 - このため入退院センターにおける情報収集によって、早期からの退院支援を可能になったという

中部徳洲会病院（沖縄）の 入退院サポートセンター

- 沖縄の中部徳洲会病院（331床）
 - 2016年から「入退院サポートセンター」を設置し、ソーシャルワーカーの配置を行い運用を始めた
 - 入退院サポートセンターのソーシャルワーカーは看護師とともに入院予定患者の問診を行い、退院先の移行確認、各種制度案内を行い退院支援に関する患者教育を行う
 - 従来はソーシャルワーカーは患者が入院後に退院困難な患者を抽出し、患者・家族面談を行っていたが、これを入院前から行うことにより早期介入が図れるようになったという。

群馬中央病院の 入退院支援センター

- JCHO群馬中央病院（333床）
 - 2016年に入退院支援センターの運用を開始した。
 - 体制は看護師5名、クラーク1名の専従として、予定入院患者に対して入退院に係る薬剤部、医事課、栄養、MSW,リハビリ、歯科と協同して患者の入退院に係る説明を行った
 - これにより患者からは「医療費のことが心配だったけど安心した」「詳しく説明してもらってありがたい」と意見が聞かれた
 - また病棟、外来スタッフからは「書類の記入や基礎情報が入力してあるので助かっている」など院内連携にも役立っているとのことだ

パート 6

第7次医療計画とがん医療

2018年～2023年（6年間）

診療報酬における社会保障改革の実現に向けたスケジュール(粗いイメージ)

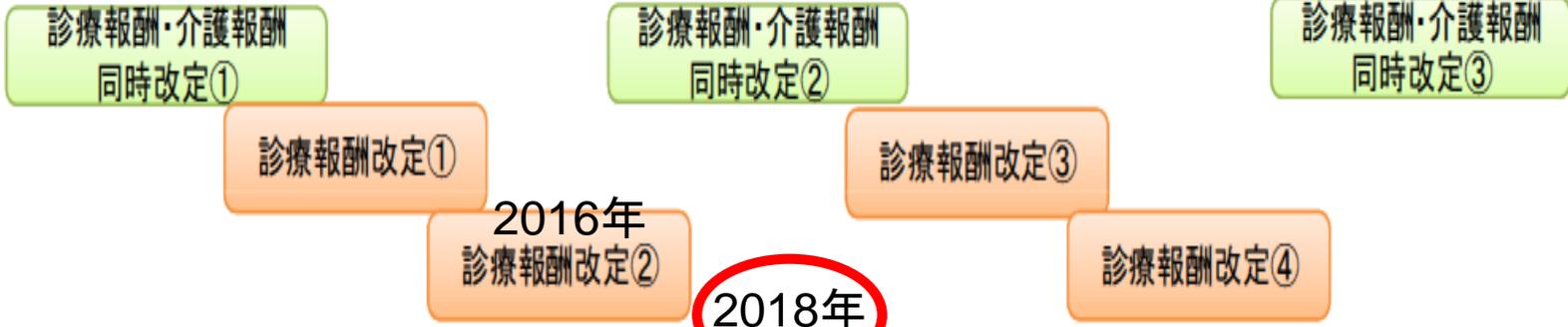
2012年 2014年 2016年 2018年 2020年 2022年 2024年 2025年



方向性

- ① 医療機関の機能の明確化と連携の強化
- ② 医療機関と在宅/介護施設との連携強化
- ③ 医療提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の構築

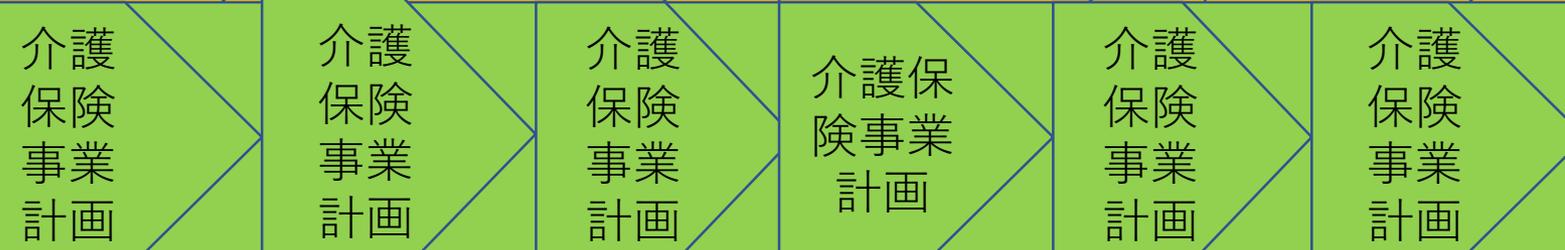
報酬改定



医療計画



介護保険事業計画



医療介護のあるべき姿

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 医療法制定	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○病院の施設基準を創設
昭和60年 第一次改正 1985年	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、 <u>医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進</u> を目指したもの。	○ <u>医療計画制度の導入</u> ・二次医療圏ごとに必要病床数を設定
平成4年 第二次改正	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○特定機能病院の制度化 ○療養型病床群の制度化
平成9年 第三次改正	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、 <u>医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進</u> 等を行ったもの。	○診療所への療養型病床群の設置 ○地域医療支援病院制度の創設 ○ <u>医療計画制度の充実</u> ・二次医療圏ごとに以下の内容を記載 地域医療支援病院、療養型病床群の整備目標 医療関係施設間の機能分担、業務連携
平成12年 第四次改正	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○療養病床、一般病床の創設 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・基準病床数へ名称を変更
平成18年 第五次改正	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、 <u>医療計画制度の見直し</u> 等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○都道府県の医療対策協議会制度化 ○ <u>医療計画制度の見直し</u> ・4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置付け

第6次医療計画見直し等検討会 (2013年～2017年)

- 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

第6次医療計画

4疾患5事業の見直しの方向性

• 4 疾病

- ①がん
 - （第2期がん対策推進計画）
- 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
- *在宅医療構築に係わる指針を別途通知する

2次医療圏見直し

第7次医療計画見直し検討会



2016年11月9日 医療計画見直し等に関する検討会
(座長遠藤久夫 学習院大学経済学部長)

第7次医療計画の課題

- 課題①医療圏見直し
- 課題②基準病床数見直し
- 課題③5疾患・5事業＋在宅医療と指標
 - 5疾患：**がん（第3期がん対策推進計画）**、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
- 課題④総合確保方針

がんの医療体制

【概要】

- これまでがん医療の均てん化を目指し体制整備を行ってきたが、がん医療が高度化、複雑化してきていることを踏まえ、均てん化が必要な分野、集約化が必要な分野を検討し、今後のがん医療体制を整備する。
- がんの予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取り組む。

均てん化の取組

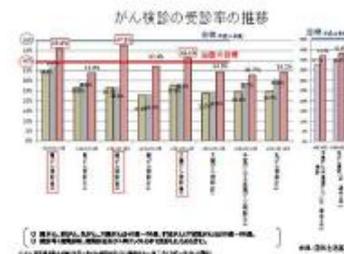
- ・ 拠点のない二次医療圏に地域がん診療病院の整備を進める。
- ・ 外来におけるがん診療に関し、拠点病院等を中心とした、その他医療機関(在宅医療提供施設含む)との地域における連携体制を構築する。

集約化の取組

- ・ がんの放射線治療やゲノム医療、希少がん、小児がん等の高度・希少な分野については、それぞれの拠点病院等が担う機能の分化・連携を進める。
- ・ がんの高精度放射線治療や粒子線治療、ゲノム医療等の高度な医療の実施のため、それぞれの拠点病院等の機能分化・連携と合わせ、それを担う人材についても集約化や育成を進める。

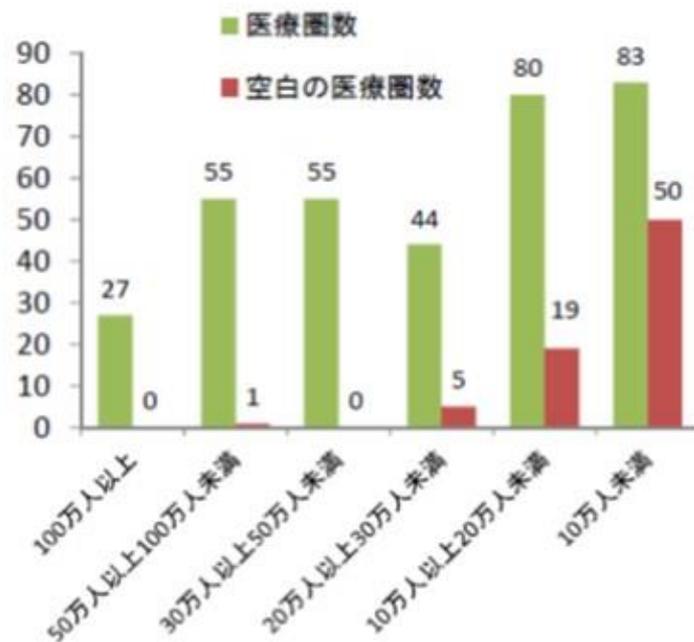
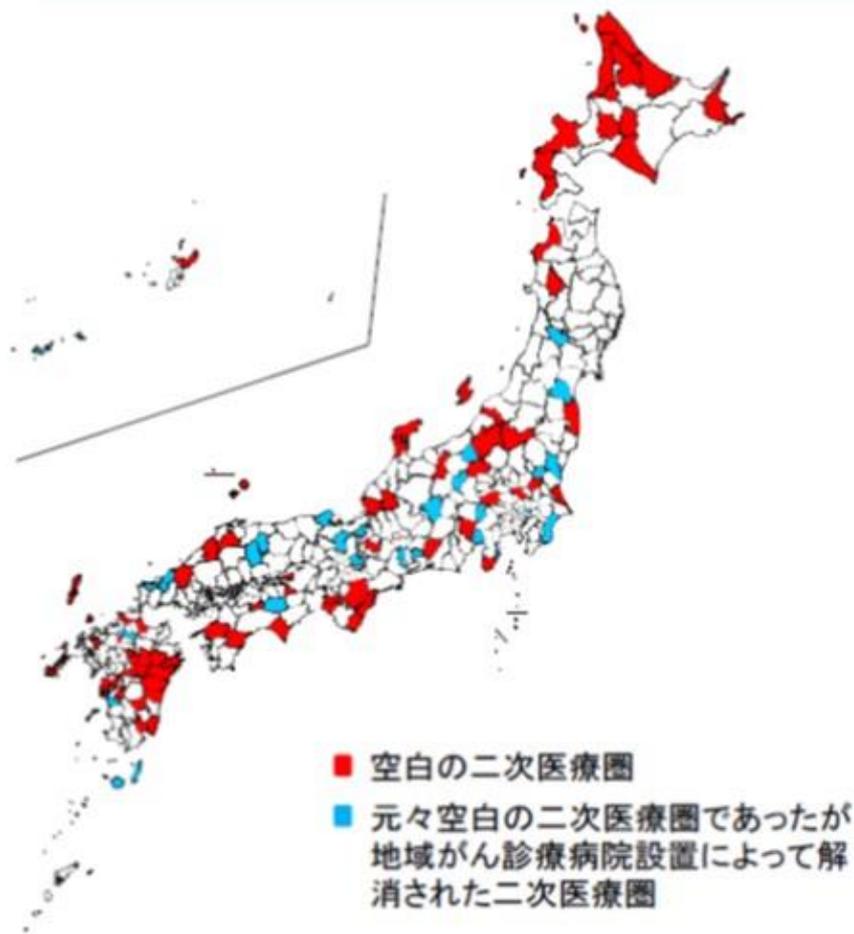
がんの予防、検診

- ・ 科学的根拠に基づいたがん検診の実施、精度管理、受診率向上に取り組む。



全国における空白の二次医療圏の分布状況

○ 地域がん診療病院の設置によって、全国的に、空白の二次医療圏であった地域が一定程度解消された（108地域→75地域）。



現時点における空白の二次医療圏数
→ 75地域

全国がん拠点病院 427箇所
(2018年4月現在)

現状と今後の方向性のまとめ

拠点病院体制による均てん化の維持



(今後)

ゲノム医療等の
高度・専門的医療



一定の集約化
を検討

がん連携パス

- がん診療の均てん化

- がん診療連携拠点病院や地域がん診療病院の整備により、これまでの拠点病院空白2次医療圏は2014年4月108か所あったものが、2016年4月にはその数は75か所に減少した。

- 一方、最新のゲノム医療や高度な放射線治療機器（粒子線治療機器）などをすべての拠点病院で実施する体制の整備は非現実的であることから、これらの拠点施設の連携や集約化も必要とされた。

- このため医療計画の進捗を評価するための指標としては「拠点病院のない2次医療圏における地域がん診療病院の整備状況」を追加する。

- さらに現在例示している「診療ガイドライン等に基づき作成されたクリティカルパスを整備している医療機関数」を「地域連携クリティカルパスに参加している登録医療機関数および適応患者数」に改める必要性も指摘された。

- がん対策の具体的内容については「がん診療提供体制のあり方に関する検討会」で検討を行う。

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



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
mutoma@iuhw.ac.jp