

# 診療報酬・医療制度と クリティカルパスの関わり



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

相談役 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

# 衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、  
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、  
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、  
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

## ■ 病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん) 特養(衣笠ホーム) 訪問診療クリニック 訪問看護ステーション  
通所事業所(長瀬ケアセンター) など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



富士山

箱根

小田原

横浜

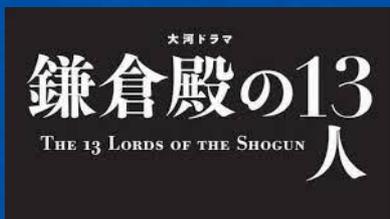
江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ

三浦



長瀬  
ケアセンター

浦賀

# 目次

- パート1
  - 私とクリティカルパス
- パート2
  - DPCとクリティカルパス
    - DPCパス、ジェネリック導入、ERAS
- パート3
  - 地域連携クリティカルパスと診療報酬
- パート4
  - 入退院支援とクリティカルパス
- パート5
  - 次世代医療基盤法と地域連携クリティカルパス



# パート1

## 私とクリティカルパス



それは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ィホスピタルを訪問
  - クリティカルパスに出会



JCAHO本部



国立医療・病院管理研究所(新宿)

# 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こんでいるのよ」
    - 退院計画は入院第1日目から作成！
    - 業務改善委員会(PI委員会)で作成していた



Central Dupage 病院

問題/ニーズ	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、身体状況、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

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)

# 医療におけるクリティカルパスとは？

- クリティカルパスはプロジェクト・マネジメントの技法のひとつ
- 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 平成8年11月11日  
脳梗塞クリティカル・パス：入院から確定診断まで

◆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

主治区 \_\_\_\_\_ へ移行

◆注意：パスは、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		
		2日目	3日目	4日目
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
食事	内容・摂食行動・入歯	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
ナーシング		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(グリセロール) DIV 抗潰瘍剤(ガスター) IV 補液 DIV 抗血栓薬(スロノンin・キサン ボン・ヘパリン) DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗潰瘍剤 IV 補液 DIV 抗血栓薬 DIV	高浸透性利尿剤 DIV 抗潰瘍剤 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				

日本で最初の  
クリティカルパス



山崎 絳氏

(注) 表中(B)は、EMBOLISM(脳塞性)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。

# 「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

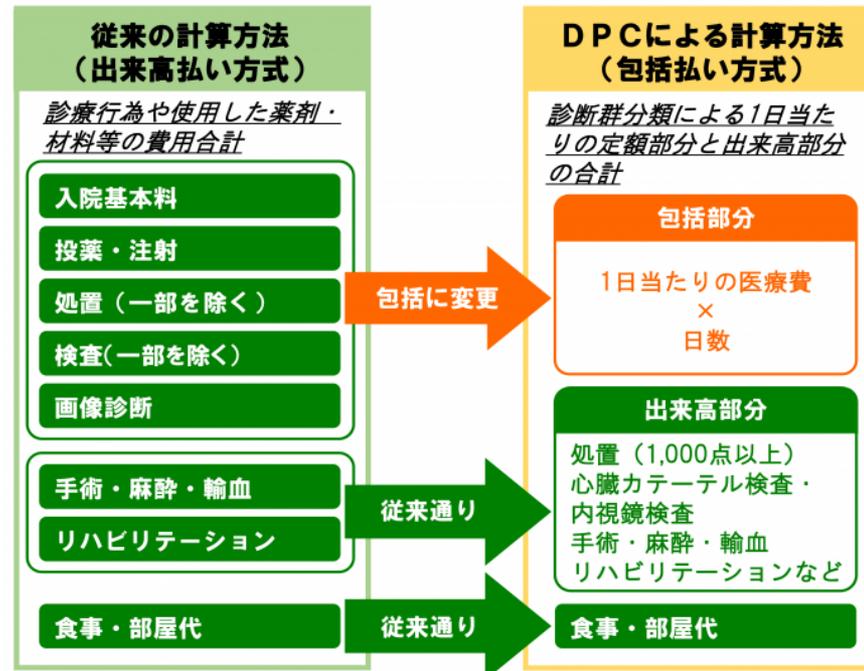


坂本すかがさん

1997年日総研出版

# パート2

## DPCとクリティカルパス



# クリティカルパスの定義

- 米国でのクリティカルパスの定義
- 「クリティカルパスとはDRGが決められている入院期間内に標準的な結果を得るために患者に対して最も係わる医師、看護師がおこなうべき手順と時間のリスト」
- マッケンジー1989年

# クリティカルパスの効果

- 標準的な治療計画が明示
  - 担当医の違いによる治療のばらつきをなくすことができ、治療の標準化と均質な医療の提供が可能となる
- 治療アウトカムが明確
  - 医療チームがアウトカムを目指してスムーズに診療が進むこと
- 患者さんの治療参加
  - 患者自身にとってもスケジュールが明確であるため、主体的に治療に参加できるようになる。
- 入院期間の短縮効果
- 医療費削減効果

# クリティカルパスは ストリームラインで

- ムダな動き減らしてスピードを出す

## 水泳姿勢とストリームライン



反りすぎて腰が落ちている



腹圧を意識したフラットなストリームライン

# DPCとクリティカルパス 4つのポイント

- ポイント① DPCデータ分析ソフトとパス
- ポイント② DPC対応型パス
- ポイント③ DPCと医薬品マネジメントと  
医療材料マネジメント
- ポイント④ DPCと周術期マネジメント

# ポイント①

## DPC分析ソフトとパス

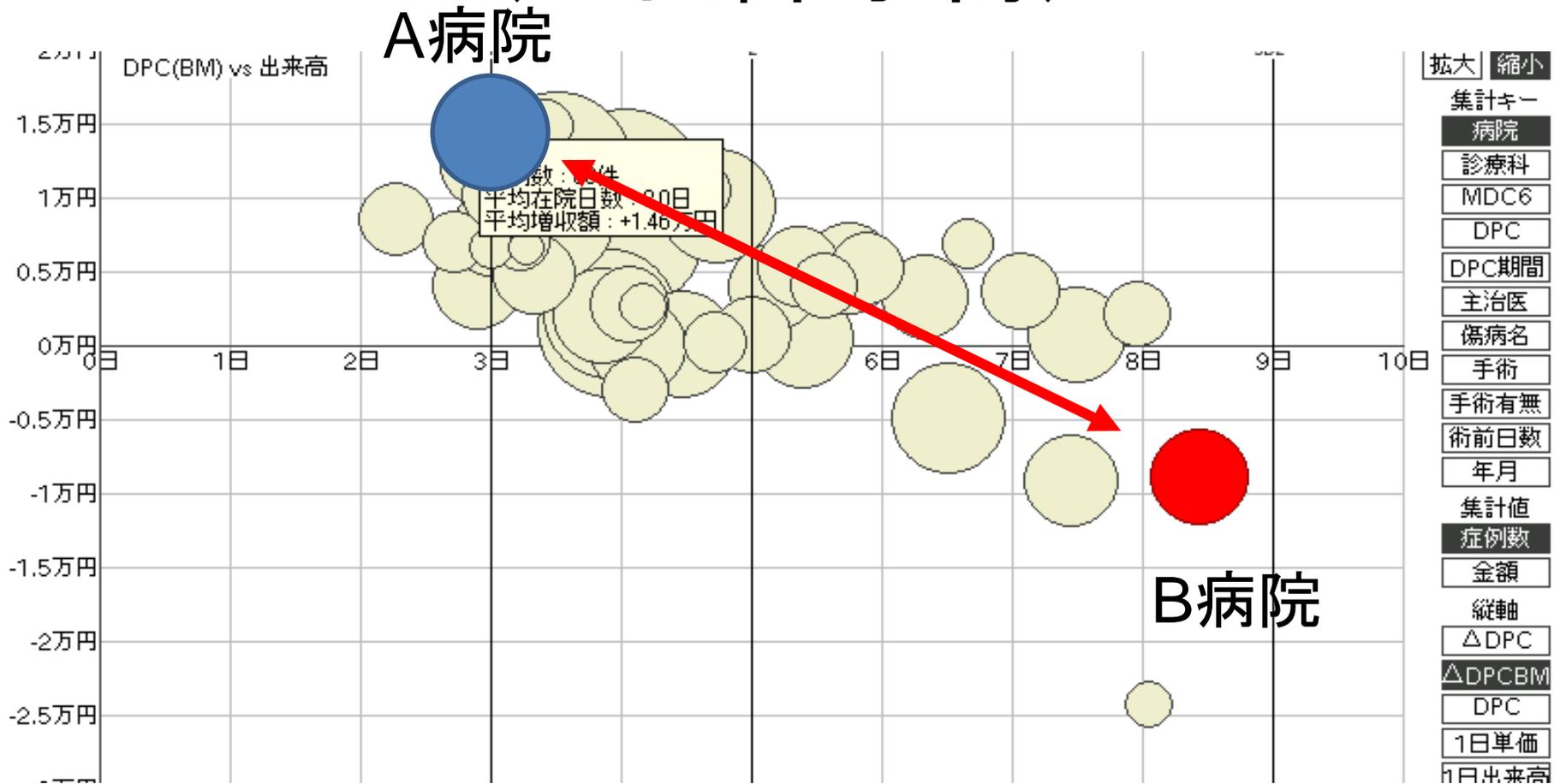


国際医療福祉大学附属三田病院ではDPC分析ソフト(ヒラソル)を使って  
疾病単位で分析した

# DPC分析ソフト「ヒラソル」の機能

- DPC別病院間ベンチマーク
- 診療行為明細別マイクロベンチマーク
- シミュレーション機能
- クリティカルパス作成
- クリニカルオーディット（医療の質評価）
- 分析ロジック搭載

# DPC別病院間ベンチマーク (白内障手術)



2006.7-10

020110xx97x0x0:白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼

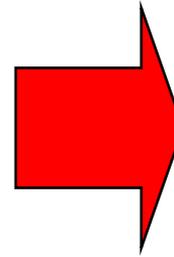


# DPC対応型パスシミュレーション

## 赤パスを黒パスに変える！

020110xx97x0x0:白内障、水晶体の疾患 手術あり 処置2なし 片眼 Aのシミュレーション

	98.5%	術前2日	術前1日	術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日
診察		¥3,500 ■薬剤管理指						¥500 ■退院時服薬
投薬		¥3,870 クラビット点 ジクロード点 フルメトロン						
注射				¥60 アタラックス 皮下、皮下及	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥3,000 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射	¥1,500 スルベラゾン ★生食溶解液 静脈内注射
処置					¥450 創傷処置1			
手術				¥150,490 ■水晶体再建 オベガン0.6 ヒーロン 1%				
検査	¥5,960 角膜内皮細胞 超音波(Aモー 角膜曲率	¥380 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥1,790 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥380 スリットM(前)	¥1,230 精密眼圧 スリットM(前)	
画像								
その他								
入院	¥21,000 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対	¥20,200 一般病棟7対
食事	¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	¥950 ■入院時食事 ■食事療養指

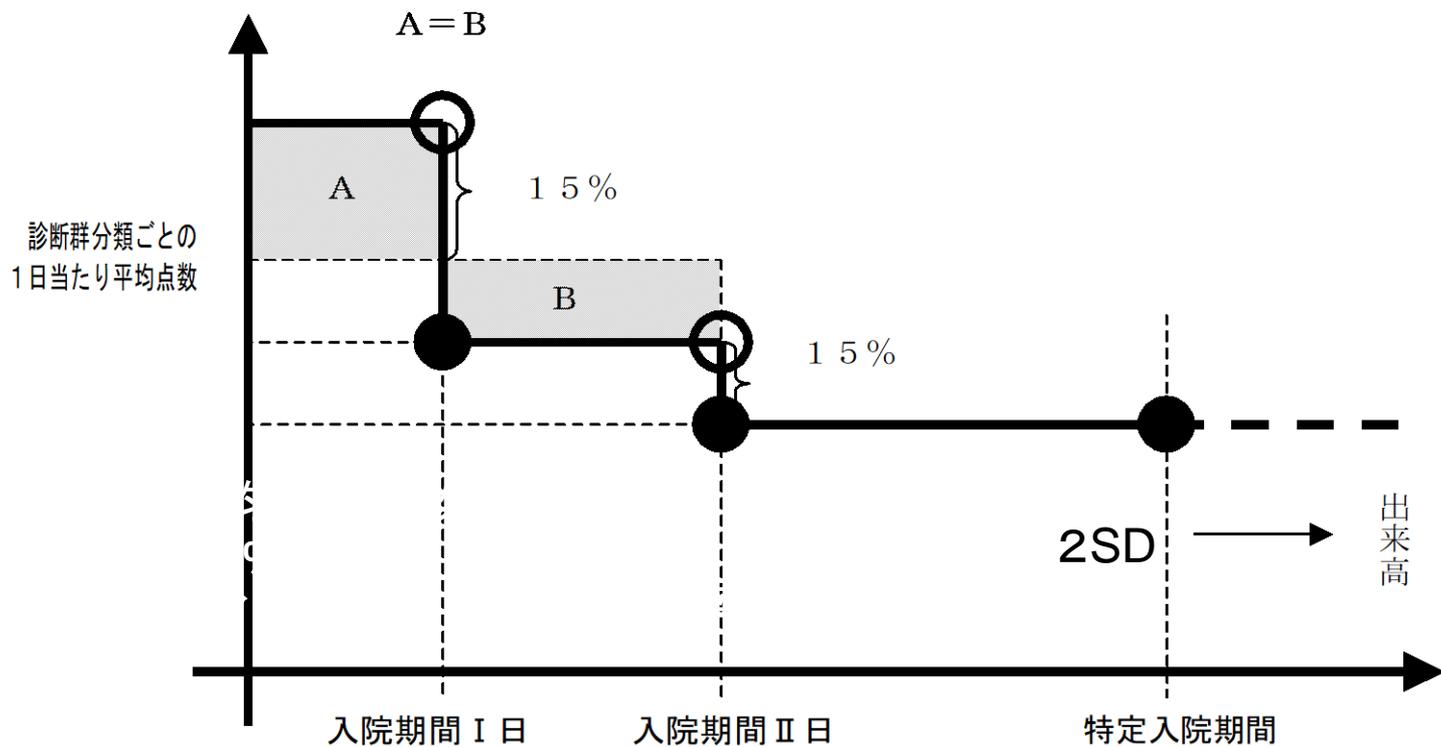


	術前1日	術日	術後1日	術後2日
診察	☒ ¥3,500 ■薬剤管理指			
投薬	☒ ¥2,670 フルメトロン ジクロード点 クラビット点			
注射		☒ ¥60 アタラックス 皮下、皮下		
処置			☒ ¥450 創傷処置1	
手術		☒ ¥150,490 ■水晶体再建 オベガン0.6 ヒーロン 1%		
検査	☒ ¥5,960 角膜内皮細胞 超音波(Aモー 角膜曲率	☒ ¥380 スリットM(前)	☒ ¥1,790 精密眼圧 精密眼底(片) スリットM(前)	☒ ¥380 スリットM(前)
画像				
その他				
入院	☒ ¥21,000 一般病棟7対	☒ ¥20,200 一般病棟7対	☒ ¥20,200 一般病棟7対	☒ ¥20,200 一般病棟7対
食事	☒ ¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥1,850 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指	☒ ¥2,750 ■入院時食事 ■食事療養指

## ポイント② DPC対応型パス

- 条件1
    - 在院日数が「入院期間Ⅱ」の範囲内にあること
  - 条件2
    - 外来診療、在宅医療、医療連携が考慮されていること
  - 条件3
    - 使用薬剤・医療材料の適正化が図られていること
  - 条件4
    - 原価計算に対応していること
  - 条件5
    - 臨床指標が組み込まれていること
- (池田俊也ら)

# DPC入院期間 I、II をチェック



# ポイント③

DPCと医薬品マネジメント  
医療材料マネジメント

Table with 17 columns (Day 1 to Day 17) and 11 rows (Viewpoint 1-11). Includes medical details like '手術説明', 'ICU転棟', '血液検査', '呼吸環境', '食事', '排泄', '清潔', '活動安全・安楽', and '予測される問題'.

出来高部分

包括部分

包括部分の医薬品と医療材料を見直す

DPC対応型のクリティカルパス

# 三田病院のDPC導入と ジェネリック医薬品



国際医療福祉大  
三田病

～08年7月からDPC突入～

# 三田病院で ジェネリック医薬品への置き換え

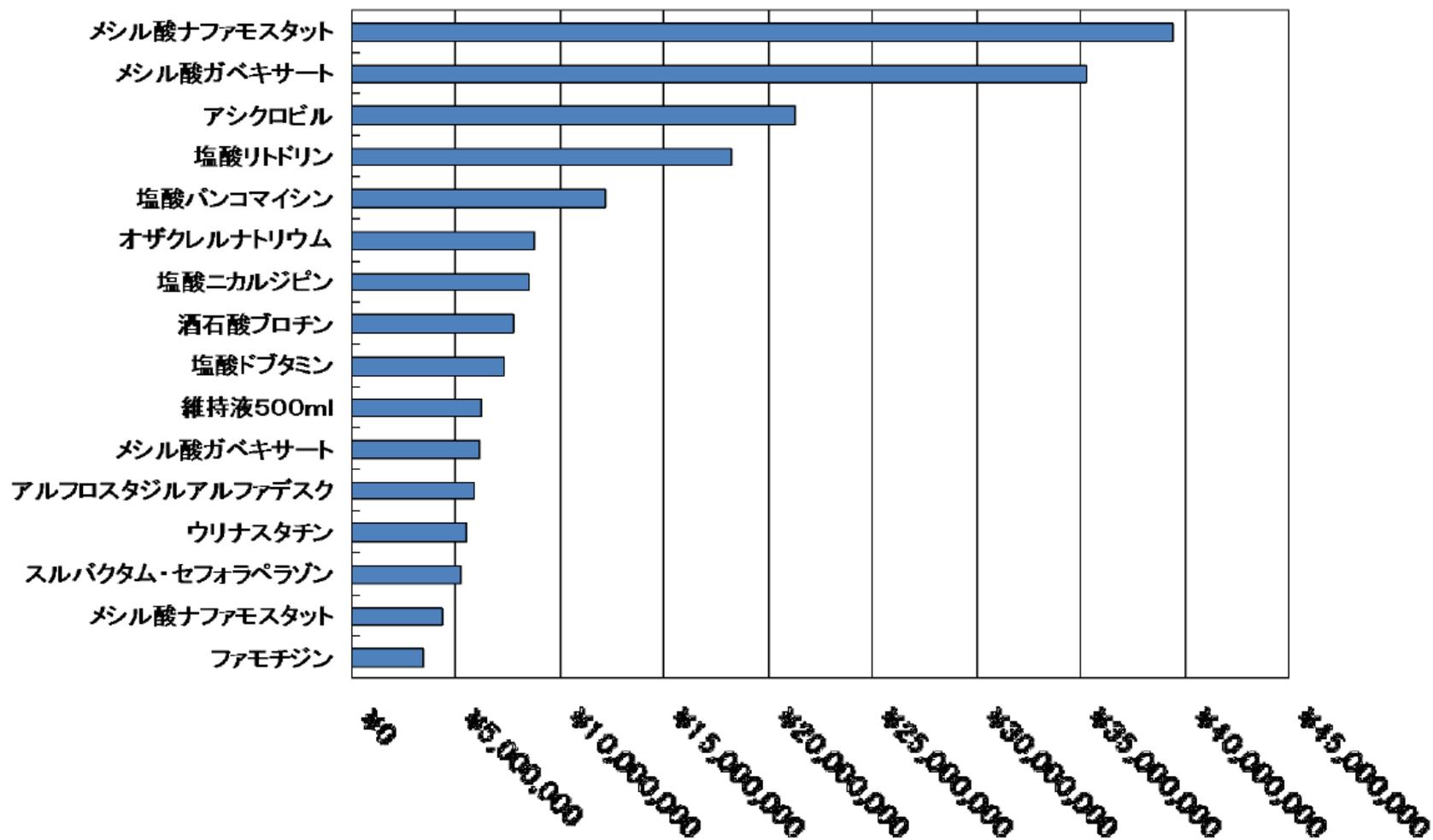


注射薬65品目の一斉置き換え(2008年)

# 聖マリアンナ医大の事例も参考にした

- 2003年4月1日よりDPC導入
- 全採用品目数約1700品目、年間医薬品購入費50億円
- 67品目の注射剤を先発品から後発品に切り替え  
→年間2億円の削減効果
- 切り替えプロセス
  - 後発品のあるすべての注射薬120–130品目について検討
  - 品質、情報、安定供給を確認したうえで、67品目を切り替え

# 削減効果の多い注射薬(2005年)



聖マリアンナ医大

■ 削減額

# 三田病院で抗がん剤のジェネリック 置き換えに当たって医師の意見を 聞きました



# 後発品切り替えに対する医師意見 「抗がん剤」(2008年)

- 外科医師

- 抗がん剤の後発薬は安全性や有効性が保障されているのか？ 合併症発生時や緊急時の情報提供体制は大丈夫か？

- 原薬はどこから来ているのか？

- メーカーの説明会を実施

- タキソール→パクリタキセル(日本化薬)
- パラプラチン→カルボプラチン(サンド)

# 入院患者さんへジェネリック 医薬品のお知らせ

- 当院ではジェネリック医薬品を使用することがあります。
- ジェネリック医薬品に対するご質問がありましたら担当医や薬剤師にお聞きください。
- 患者クレームは2件
  - 医師の入院患者からのクレーム1件のみ「ゾロは使ってもらいたくない！」
  - VIP患者さんから「抗がん剤のジェネリックはいやだ」
  - 抗菌剤アレルギー体質の患者から、抗菌剤のジェネリックを使って欲しくないという要望

# 包括部分の医療材料の見直し

特に非償還材料の見直し



# 医療材料コスト削減ステップ

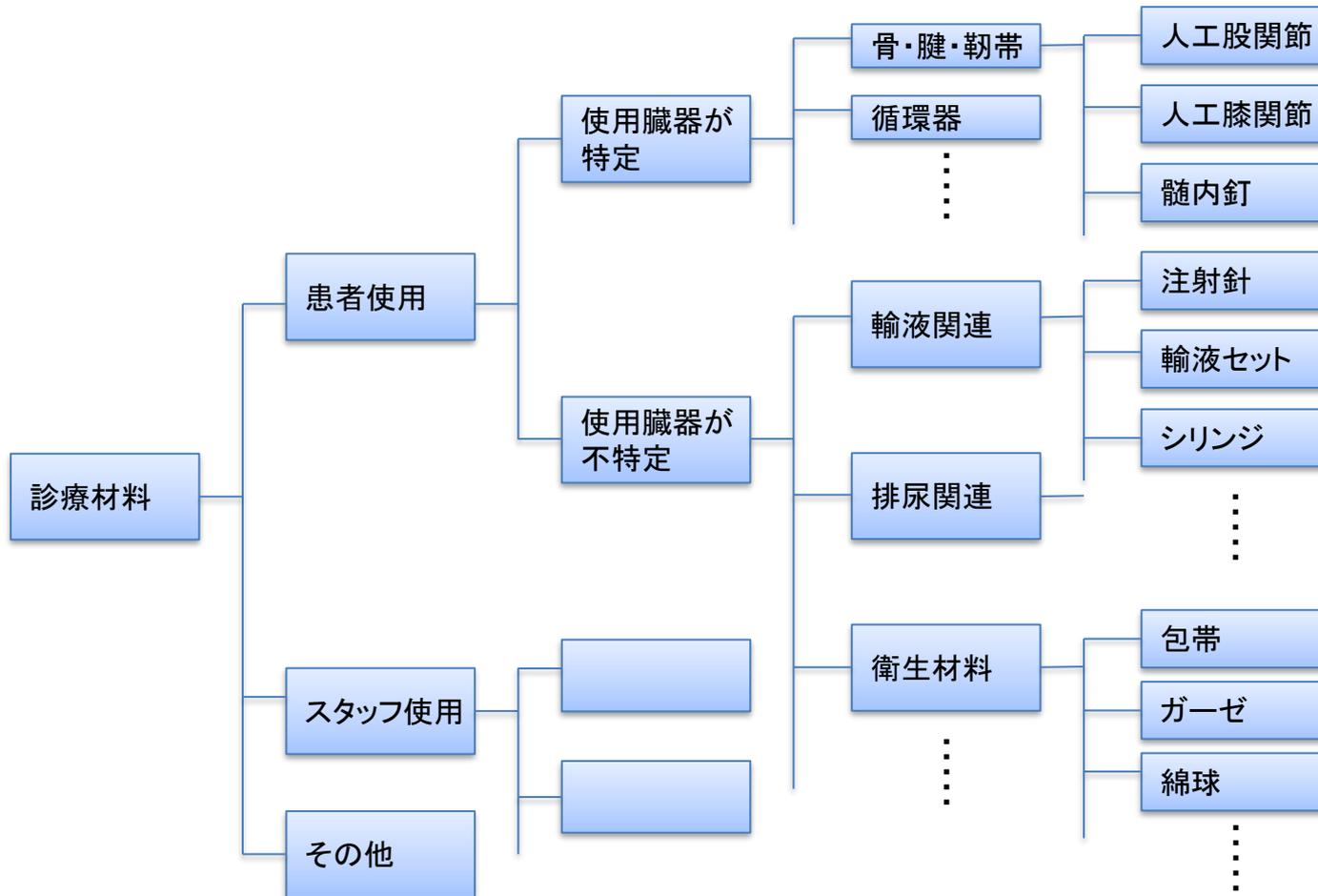
- ①医療材料の機能分類
  - 同種同効品を明らかにする
- ②医療材料のターゲットを決める
  - パレート分析
- ③医療材料の標準化を行う
  - 医師・看護師による使用適応決めと使用品目の標準化作業
- ④価格交渉
  - メーカーの切り替えや置き換えを前提に交渉
- ⑤モニター
  - 定期的に実態調査、価格モニター

# 用途分類別にパレート分析

## この表ができればほとんど成功！

用途分類	合計	累計	シェア	順位
[患者][不特定][－][－][血糖測定][測定用チップ・センサ]	9,345,220	9,345,220	20.3%	1
[スタッフ][－][－][－][手袋][検査・検診用]	2,876,136	12,221,356	26.5%	2
[患者][不特定][－][－][血液浄化][ダイアライザ]	2,345,604	14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][延長チューブ]	1,983,059	16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][－][－][血糖測定][穿刺針]	1,921,874	18,471,893	40.0%	5
[患者][不特定][－][－][その他][オムツ]	1,908,141	20,380,034	44.2%	6
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][輸液セット]	1,399,165	21,779,199	47.2%	7
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]	1,041,504	22,820,702	49.5%	8
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][注射針]	1,007,040	23,827,742	51.6%	9
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]	986,630	24,814,372	53.8%	10
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][シリンジ]	936,149	25,750,521	55.8%	11
[患者][不特定][－][－][感染対策][手術キット(カスタム品)]	916,602	26,667,123	57.8%	12
[患者][不特定][－][－][輸液・輸血][留置針]	900,800	27,567,923	59.8%	13
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][気道確保][気管切開チューブ]	796,396	28,364,319	61.5%	14
[患者][不特定][－][－][縫合][針付縫合糸]	782,275	29,146,594	63.2%	15
[患者][不特定][－][－][血液浄化][血液回路]	713,880	29,860,474	64.7%	16
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][専用商品][トロッカー]	669,155	30,529,629	66.2%	17
[患者][不特定][－][－][吸引・排液][排液バック]	620,897	31,150,526	67.5%	18
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][綿]	613,308	31,763,834	68.9%	19
[患者][不特定][－][－][固定・保護][ドレッシング]	594,832	32,358,666	70.1%	20
[患者][不特定][血行動態モニタリング][－][造影・診断][心電図電極]	589,692	32,948,358	71.4%	21
[スタッフ][－][－][－][－][エプロン]	586,602	33,534,960	72.7%	22
[患者][不特定][－][－][消毒・洗浄][ガーゼ]	525,709	34,060,669	73.8%	23
[患者][不特定][内視鏡関連][腹腔・胸腔鏡][縫合][自動縫合器]	484,177	34,544,846	74.9%	24
[患者][特定臓器][皮膚][皮膚][固定・保護][創傷被覆材]	468,848	35,013,694	75.9%	25

# メッカル分析・協和医科器械(株) 同種同効品分析を支える用途分類の概念



# 用途分類別ABC分析 同種同効品 メッカル分析

## 用途分類別ABC

期間：2009/01～2009/12

NO	用途分類	購買金額	購買シェア	累計	累計シェア	時系列グラフ (同一期間)	単価ベンチマーク (過去12ヶ月)
1	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][ステント]	30,485,028	18.4%	30,485,028	18.4%		
2	[器械専用雑品][検査][専用試薬]	9,875,783.8	5.9%	40,160,811.6	24.3%		
3	[患者][不特定][画像診断][フィルム]	8,179,000	4.9%	48,334,711.6	29.2%		
4	[患者][特定臓器][循環器系][心臓][経皮的冠動脈形成術][バルーンカテーテル]	6,000,000	3.6%	54,334,887.6	32.9%		
5	[患者][不特定][輸液・輸血][輸液セット]	5,000,000	3.0%	59,334,887.6	36.2%		
6	[器械専用雑品][検査][専用消耗品]	4,000,000	2.4%	63,334,887.6	38.8%		
7	[患者]	3,000,000	1.8%	66,334,887.6	40.6%		
8	[患者]	3,077,060	1.9%	70,572,763.8	42.5%		
9	[患者]	3,071,187	1.9%	73,643,950.8	44.5%		
10	[患者]	3,016,650	1.8%	76,660,600.8	46.4%		
11	[患者][不特定][感染対策][手術キット(カスタム品)]	2,891,297.5	1.7%	79,551,898.3	48.1%		
12	[患者][不特定][縫合][針付縫合系]	2,758,550.9	1.7%	82,310,449.2	49.8%		
13	[患者][不特定][輸液・輸血][延長チューブ]	2,699,274.2	1.6%	85,009,723.4	51.4%		
14	[患者][不特定][縫合][自動縫合器]	2,447,333	1.5%	87,457,056.4	52.9%		
15	[患者][不特定][画像診断][カラースリントバック]	2,409,197	1.5%	89,866,253.4	54.3%		
16	[器械専用雑品][洗浄][消毒剤]	2,337,264.3	1.4%	92,203,517.7	55.8%		

•クリックすると商品群の内訳を表示

•用途分類別の購買金額と構成比

•単価ベンチマークボタン  
•詳細は次画面

# 手袋使用適応と種類を決める

## 検査・検診用手袋の内訳

用途分類	合計	累計	シェア	順位			
[患者][不特定][ ][ ][ ][血糖測定][測定用チップ・センサ]	9,345,220	9,345,220	20.3%	1			
[スタッフ][ ][ ][ ][手袋][検査・検診用]	2,876,136	12,221,356	26.5%	2			
坂本産業 ラテックス手袋 パウダーフリー	760,546	種類がリスク！！ 無駄が大きい！！					
西レメディカル ノーパウダープラスチック手袋	595,481						
サップ プラナチュラ ラテックスグローブ	493,259						
レミディーPVCメディカルグローブ	354,879						
レミディーエグザミグローブ	231,546						
トップPVCエグザミグローブ	165,781						
カンバリー スターリングニトリル検査検診用グローブ	80,454						
オカサキ エコソフトグローブ	68,450						
ニルモ 検査用グローブ グルベックス・ニトリル	35,001						
イワツキ クリーンハンドグローブ	793						
テプロ ノンパウダーラテックスグローブ	0						
[患者][不特定][ ][ ][ ][血液浄化][ダイアライザ]	2,345,604				14,566,960	31.6%	3
[患者][不特定][ ][ ][ ][輸液・輸血][延長チューブ]	1,983,059				16,550,019	35.9%	4
[患者][不特定][ ][ ][ ][血糖測定][穿刺針]	1,921,874	18,471,893	40.0%	5			
[患者][不特定][ ][ ][ ][その他][オムツ]	1,908,141	20,380,034	44.2%	6			
[患者][不特定][ ][ ][ ][輸液・輸血][輸液セット]	1,399,165	21,779,199	47.2%	7			
[患者][特定臓器][泌尿器科][膀胱][吸引・排液][バルーンカテーテル]	1,041,504	22,820,702	49.5%	8			
[患者][不特定][ ][ ][ ][輸液・輸血][注射針]	1,007,040	23,827,742	51.6%	9			
[患者][特定臓器][呼吸器系][気管][吸引・排液][吸引カテーテル]	986,630	24,814,372	53.8%	10			
[患者][不特定][ ][ ][ ][輸液・輸血][シリンジ]	936,149	25,750,521	55.8%	11			
[患者][不特定][ ][ ][ ][感染対策][手術キット(カスタム品)]	916,602	26,667,123	57.8%	12			

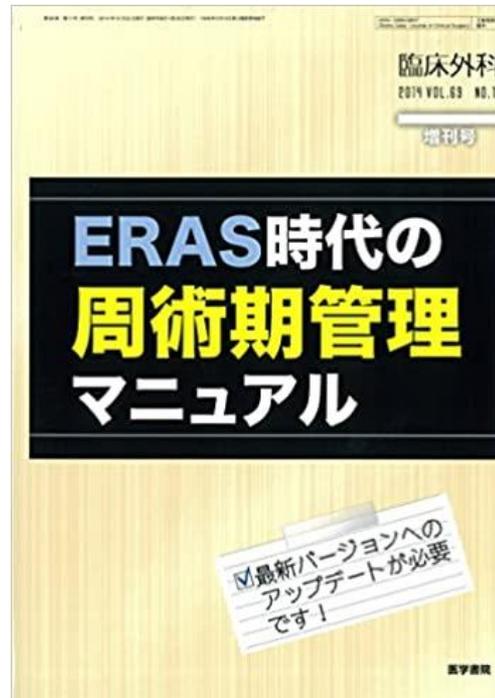
医師、看護師で使用基準をつくる、使用基準にみあう商品に絞り込む

コスト削減は  
用度係だけでは限界  
医師・看護師の協力が必須



# ポイント④

## DPCと周術期マネジメント



# ERAS

(Enhanced Recovery After Surgery)

周術期早期回復プログラム



周術期の処置や  
手順を見直す

Henrik Kehlet外科教授(コペンハーゲン大学)

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

## What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 3

### 周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

		プログラム	ERAS(イーラス)	従来(非ERAS)
術前	1	入院前カウンセリング	従来からの説明に加え、目標の明確化(退院目標、社会復帰の目標等)をする。患者の目標や要望を医師のみならず薬剤師、栄養士等チーム全員で共有。	病気の進行度、治療の内容(手術方法)、危険性等の説明等。 チーム全体での共有が不十分。
	2	腸管の前処置なし	下剤を出来るだけ使用しない。 下剤を使い手術をしたほうが良いというのには科学的な根拠はない。	手術しやすいよう、下剤を投与し腸の中を空にする。
	3	絶食見直し	絶食を見直すことで、患者は口渴空腹感を和らげるため、リラックスできる。 薬だけに頼らない。	前日から絶食。点滴で栄養補給(スタッフの業務増)
	4	前投薬なし	絶食を見直したり、下剤を軽くすることで、患者の不安を取る。ERASでは患者自身が歩いて手術室へ行く。	術前の患者の緊張を解くため、睡眠薬を使用。 前投薬(睡眠薬)の過剰により、呼吸停止や血圧低下等の事故のリスクあり。
術中	5	胃管留置なし	ERASでは覚醒前に手術室で抜去。 胃管を留置しないことで、呼吸合併症のリスク、術後の悪心・嘔吐を誘発する刺激を低減。	腹部手術の後に胃管の留置(鼻から胃まで管を挿入)が日常的に行われていた。
	6	硬膜外鎮痛	痛みが完全に取れる。 早期の食事提供を考慮し、腸の動きを妨げない。 離床を促進する。	全身的な麻薬の投与。 (術後の悪心・嘔吐を誘発する)
	7	短時間作用型麻酔薬	早期覚醒。 離床および経口摂取促進のため、効果発現が速やかに持続時間が短い麻酔を使用。	長時間作用型の麻酔薬が主流であった。 覚醒が不良。
	8	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避ける	輸液、塩分の過剰投与・摂取を避けることで、腸の動きをよくし、術後の回復を早める。	点滴による水分補給では水分過剰になり、腸の動きが悪くなったり、傷の治りが遅くなったりする。
	9	小切開・ドレーン留置なし	小切開により、傷が小さくなり、痛みも少ない。 ドレーン留置は感染機会を増強させ、痛みも増強させるので行わない。	腹部の手術後、主に出血や縫合不具合の監視のためにドレーンを挿入していた。
	10	体温管理・温風式保温	手術室で低体温にならないよう努める。(低体温にならないことで、出血量や輸血量を減らすことができ、術後回復が早いと考えられている。)	保温の意識が低かった。

# 術前点滴のかわりに経口補水液



消費者庁許可  
個別評価型  
病者用食品

**経口補水液**  
Oral Rehydration Solution  
**オーエスワン®**



許可表示

オーエスワンは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。

無果汁 500ml



許可表示

オーエスワンは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。

無果汁 280ml



許可表示

オーエスワンゼリーは、電解質と糖質の配合バランスを考慮した経口補水液です。軽度から中等度の脱水状態の方の水・電解質を補給・維持するのに適した病者用食品です。感染性肺炎、感冒による下痢・嘔吐・発熱を伴う脱水状態、高齢者の経口摂取不足による脱水状態、過度の発汗による脱水状態等に適しています。そして、かん下困難な場合にも用いることができますが、医師とご相談の上、ご使用下さい。

摂取上の注意

下記の日当たり目安を参考に、脱水状態に合わせて適宜増減してお飲み下さい。

学童～成人(高齢者を含む)	500～1000g/日
幼児	300～600g/日
乳児	体重1kg当たり 30～50g/日

### 周術期早期回復プログラム(ERAS)と従来の医療行為との比較

## 早期経口摂取 (Early Feeding)

術後

術後	11 離床促進バス	ERASは「動ける、食べれる、痛くない」手術。 看護師や理学療法士のサポートのもと、患者に当日又は翌日から歩行を開始させることで、体力回復を促す。	従来は「動けない、食べられない、痛い」手術。 患者は術後は寝たきり、管だらけで、除痛も不十分であることから、数日は歩くことができなかった。
	12 麻薬非使用の鎮痛薬	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤は使用しない。沈痛は非ステロイド性抗炎症薬やアセトアミノフェンを使用する。	モルヒネなどいわゆる麻薬系の薬剤使用が通常。
	13 悪心・嘔吐予防	術中から悪心・嘔吐を予防する薬剤を使用。 患者にとって耐え難い悪心・嘔吐は早期の離床、早期の食事を遅らせるだけでなく、合併症の原因にもなる。	麻薬系の薬剤や吸入麻酔薬を使用のため、悪心・嘔吐の出現が多かった。
	14 腸管蠕動運動促進	積極的に腸を動かす。 動かすために早期経口摂取をする。場合によっては、腸管蠕動促進薬を使用する。	積極的に腸を動かさなかった。
	15 カテーテル早期抜去	手術中なるべく胃管やドレーンを入れないようにする。 入れた場合も早期に抜去するよう心がける。尿道カテーテルや点滴も早く抜去するよう心がける。	カテーテル早期抜去を心がけなかった。
	16 周術期経口栄養	術前にはなるべく直前まで食事をし、術後はなるべく早く食事を開始。例えば、術後1日目から固形食。術後食は早期に形態・量をアップ。	術前・術後、長期にわたる絶食と、点滴による栄養補給が続く。
	17 予後・順守状態の調査	患者の術後を調査・追跡、フィードバックし、ERASのレベル向上を目指す。	必ずしも行われていなかった。

# 術後早期経口摂取パス導入による経口補水療法の効果

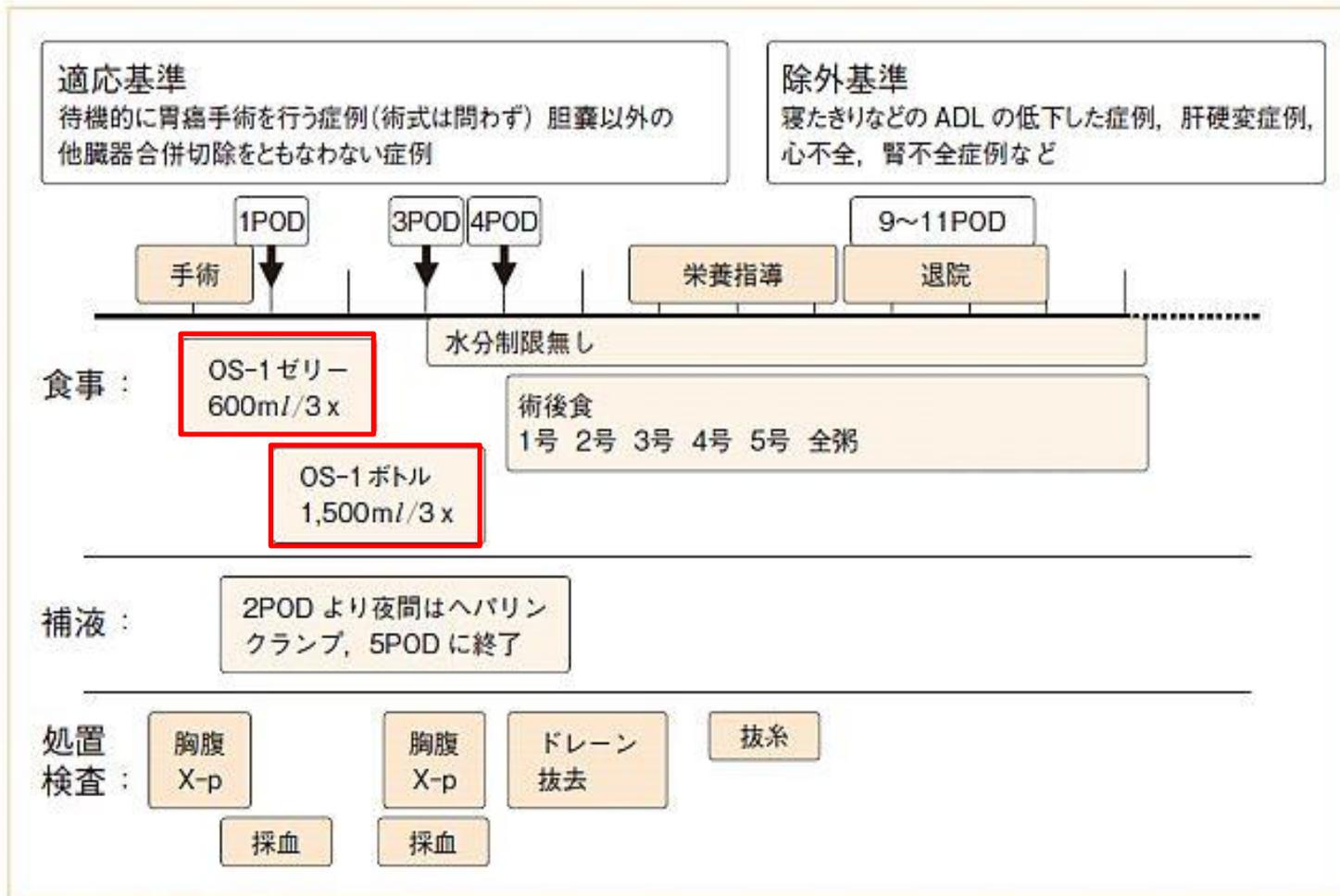


図1 胃癌術後クリニカルパスの概略

臨床栄養:120巻1号 p.42-48



オーエスワンゼリー  
 内容量:200g



オーエスワンPETボトル  
 内容量:280ml



オーエスワンPETボトル  
 内容量:500ml

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

## What is ERAS ?

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 7

### 手稲溪仁会病院（札幌）での周術期早期回復プログラム(ERAS)導入事例

2011年9月より大腸がん手術において  
周術期早期回復プログラム(ERAS)を導入し、  
注目すべき成果を上げている

#### 1 在院日数の短縮化

平均で3.1日短縮術後の回復力アップ・早期退院を実現！

3.1日短縮

#### 2 医療費の削減

1入院あたり平均約20万円の削減 限りある医療費を有効に活用！

約20万円削減

患者の窓口負担（3割負担の場合） 約5万85百円削減

#### 3 薬剤費の軽減

1症例あたり平均8,300円の削減 1日あたりの平均単価が21,000円向上

8,300円軽減

#### 4 手術後の再入院

※2011年8月～2014年3月現在

※ERASに起因する再入院

0件

# 周術期早期回復プログラム “ERAS”

Enhanced Recovery After Surgery

# ERASの報道状況

www.vectorinc.co.jp | ERAS Public Affairs | 15

【産経新聞\_2014年2月26日】

【文藝春秋\_2014年5月10日】

産経 産経 産経 産経 平成26年(2014年)2月26日 水曜日 12頁 1冊 4

産経 Health

国民皆保険制度の日本。ある程度大きな病院なら、どこにいかっても治療レベルは同等で、費用も変わらないと思っている人は多い。ところが病院の實力は千差万別で、同じ手術を受けても、ある病院なら1週間でも経過できることが、ある病院では数カ月かかる。それに伴ってかかる費用も当然大きく異なる。また、長期入院を要する病院が必ずしも手術の質を落としているというわけではなく、実態としてはむしろその逆の場合が多い。同僚間の入院期間短縮に取組んでいる病院を取材した。

直前まで食事、早期離床…

## 術後の早期回復「ERAS」

国際医療福祉大学病院 外科 鈴木裕先生

手術後の早期回復  
 手術後1日以内(術後2日目以降)に退院する患者の割合が20%以上ある  
 手術後の早期回復  
 手術後1日以内(術後2日目以降)に退院する患者の割合が20%以上ある  
 手術後の早期回復  
 手術後1日以内(術後2日目以降)に退院する患者の割合が20%以上ある

40歳以上の約半数に「腹形性胆汁酸異常症」

「腹形性胆汁酸異常症」は、胆管に胆汁酸が溜まり、腹痛や嘔吐、下痢などの症状をきたす病気。胆管に胆汁酸が溜まる原因は、胆管が狭くなることや、胆汁酸の排泄がうまくいかないことなど。この病気は、胆管に胆汁酸が溜まることで、胆管が狭くなることや、胆汁酸の排泄がうまくいかないことなど。この病気は、胆管に胆汁酸が溜まることで、胆管が狭くなることや、胆汁酸の排泄がうまくいかないことなど。

国際医療福祉大学病院  
外科 鈴木裕先生

### 手術の苦痛を取り除く画期的メソッド

谷口英喜 国際医療福祉大学教授

食べられない、痛い、動けない  
 手術の苦痛を取り除く画期的メソッド

空腹に耐えながら手術を持つ、沢山の苦み止めは、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術後も術後も長時間意識が制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低い。どうしてこんな状態になるのか？

これまで入院といえは、術後の苦痛が患者にあるとされた。それは、食べられない、動けない、痛い、動けないこと、寝られないこと、傷が痛いと訴えて初めて与えられ、病棟のベッドでは寝たきり。術後も術後も長時間意識が制限され、水も清尿に飲めない。入院前は元気だったのに、家に戻って来たら認知症になったり、車いす生活になる。手術はうまくいったはずなのに、退院したらなぜか日常生活レベルが低い。どうしてこんな状態になるのか？

手術の前は、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮静剤を使うことが多くありました。鎮痛剤に副作用として呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

手術の前は、飲食をしなければ、身体は緊張し喉はカラカラです。不安を感じるために鎮痛剤を打ったり鎮静剤を使うことが多くありました。鎮痛剤に副作用として呼吸停止や血圧低下の危険がありました。

しかし絶食には、いくつもの弊害があります。まず、食物が通らないと、腸管機能が低下してしまふ。腸管は食物が通過することによる刺激で免疫機能が刺激されます。腸管も、食事により常分泌をしておかないとインスリンが分泌されにくくなるのです。すると手術後の血糖値は糖尿病ではなくても上昇し、「サージカルディアベセス(外科的糖尿病)」になる恐れもある。その結果、手術後の合併症が増加しました。

そのため喉に管をいれます。その時に胃に残留物があると嘔吐してしまい、下手をすると肺に入って肺炎性肺炎になる。その心配から日本では、最低でも十二時間は絶食にして胃を空っぽにするのが術前ケアの基本になっていました。

BUNGEI SHUNBU 2014. 5 (181)

# パート3

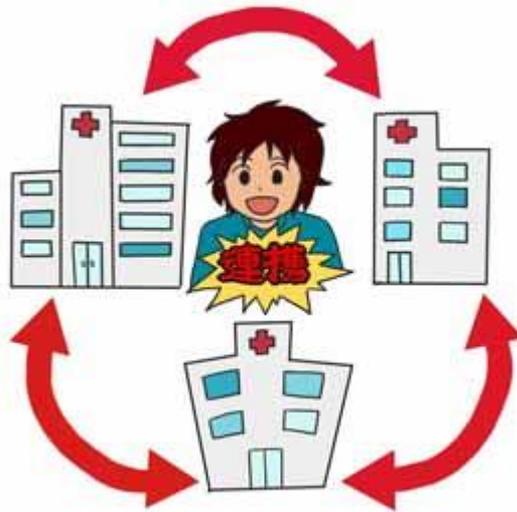
## 地域連携クリティカルパスと 診療報酬改定

2016年改定で地域連携クリティカルパスの  
報酬点数を見直した

# 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
- 2016年診療報酬改定
  - 地域連携クリティカルパスが退院支援加算の加算に整理
- 2018年診療報酬改定
  - 地域連携クリティカルパスの要件緩和

# 地域連携クリティカルパス



# シームレスケア研究会 (熊本)2003年

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



熊本医療センター副院長  
野村一俊先生

# シームレス研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
  - 2003年10月
  - 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(2003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(2003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(2004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(2004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(2004年3月)
  - 2施設加わる
  - 連携パス試用結果検討
- 第6回(2004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

# 大腿骨頸部骨折連携パス(熊本医療センター)

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		
	〇/〇					転院〇/〇	転院〇/〇					退院〇/〇	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								自・監・介		
清潔	清拭		創チェック		シャワー浴可	入浴							自・監・介		
セルフ	【荷重制限】 有・無		禁忌肢位;股関節過度屈曲・内転・内旋 他禁忌事項:有・無( )		上下衣更衣〇/〇 靴下・靴の着脱〇/〇 洗面所(立位で)〇/〇 床からの起立〇/〇								自・監・介		
薬剤	持参薬確認	術後1~2日まで 抗生剤点滴	疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)		疼痛時;坐薬・飲薬 (朝・訓練前・昼・夜) (常時・時々)								疼痛 有・無		
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血			X線(2R) 採血						X線(2R) 採血		有・無		
処置	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置	創処置(回/2日)		創処置 抜糸		処置なし						有・無		
食事	常食 特食( )	腹鳴音確認後 常食 特食( )	確認後飲水可				常食 特食( )						有・無		
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明有・無 介護保険説明有・無		入院時OR	家屋訪問調査〇/〇 介護保険申請〇/〇	家屋改修指導〇/〇	試験外泊〇/〇 退院後訪問〇/〇							
退院時情報	問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位: ) 意欲:有・無・どちらとも言えない		可動域: 股関節屈曲〇度、外転〇度 筋力: 中殿筋〇、大腿四頭筋〇		問題行動:有・無 痴呆:有・無・疑い 痛み:有・無(部位: ) 薬:飲薬・坐薬( 回/日)		可動域:股関節屈曲〇度、外転〇度 筋力:中殿筋〇、大腿四頭筋〇 要介護度:〇 サービス:有・無( )								
【コメント】				【コメント】											
平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション科 PT:〇〇				平成 年 月 日 〇〇病院 リハビリテーション 担当:〇〇											

急性期病院

リハビリ病院

\* 食院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報(経過・チェック項目・コメント)をフィード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 → リハビリテーション → 退院

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

経過	入院...手術...	転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後7週
リハビリ	関節を動かす訓練 筋力訓練 歩行訓練				
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。				
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査	
教育	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



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。

平行棒内を杖だけで歩ける。階段昇降ができる。片手で平行棒内を歩ける。

## 『日常生活、生活の場』 目標:(自宅・施設)

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

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

### 3) 脱臼し易い姿勢に注意!

【右写真を参照】



### 家屋改修(自宅での生活が目標の方)

- \* 家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります。リハビリスタッフにご相談ください。
- \* 家屋環境のチェックが必要となります。
- \* 家屋環境のチェックが必要となります。

家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科  
電話番号:096-353-6501

急性期病院

## 『治療の流れ』 手術 → リハビリテーション → 退院

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

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

入院診療計画予定表

### 大腿骨頸部骨折に対し骨接合術を受けられる方へ

( ) 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	□ 胃管後、お腹の動く音を確認後、飲水できます その後、食事を出来ます	□ 制限ありません		
歩	□ 歩みに応じて訓練で引っ張り歩ける(疲くないように)	□ 手術が終わって、3時間おこなわれます	□ 病棟で訓練します	□ リハビリ室にて訓練開始です	
入	□ 訓練の指導、説明	□ 3時間たったら、身体をおこないます	□ 車椅子で移動出来ます	□ 平行棒内での起立から徐々に歩き始めます	
排	□ 排便の確認をします	□ 術後おしっこがはいていきます	□ おしっこが管が付けてからトイレで可能です		
入	□ 必要に応じて毛を剃ります	□ 清潔であれば入浴できます	□ ガーゼ交換があります(月・水・金・土曜)	□ 清潔	□ 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 □ 傷口の確認後シャワー浴可能 □ 次第に入浴できます
内	□ 内服薬の確認	□ 麻酔科医の指示にて薬の調整をすることがあります			
輸	□ 化膿止めの注射のテストがあります	□ 術前に化膿止めの点滴があります □ 術後500mlの点滴が2本あります	□ 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	□ 必要に応じて疼痛薬(坐薬)使用	□ 必要に応じて疼痛薬(坐薬)使用	□ 必要に応じて疼痛薬(坐薬)使用	□ 必要に応じて疼痛薬(坐薬)使用	
検	□ 必要時に血液検査、他科受診があります	□ 術後説明	□ 術後説明	□ 血液検査 □ レントゲン撮影 □ 経過説明	

\* 術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

国立熊本病院 整形外科

リハビリ科スタッフへ

\* 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

生活が目標の方  
家屋改修指導 試験外泊

## 伝い歩き・歩行器・杖・独歩

### 目安



杖だけで歩ける。階段昇降ができる。車内を歩ける。



### 自宅・施設

生活の場を通して実践

しましょう。ずつ始めた方が楽です。

### 目標の方

ます。リハビリスタッフにご相談ください。

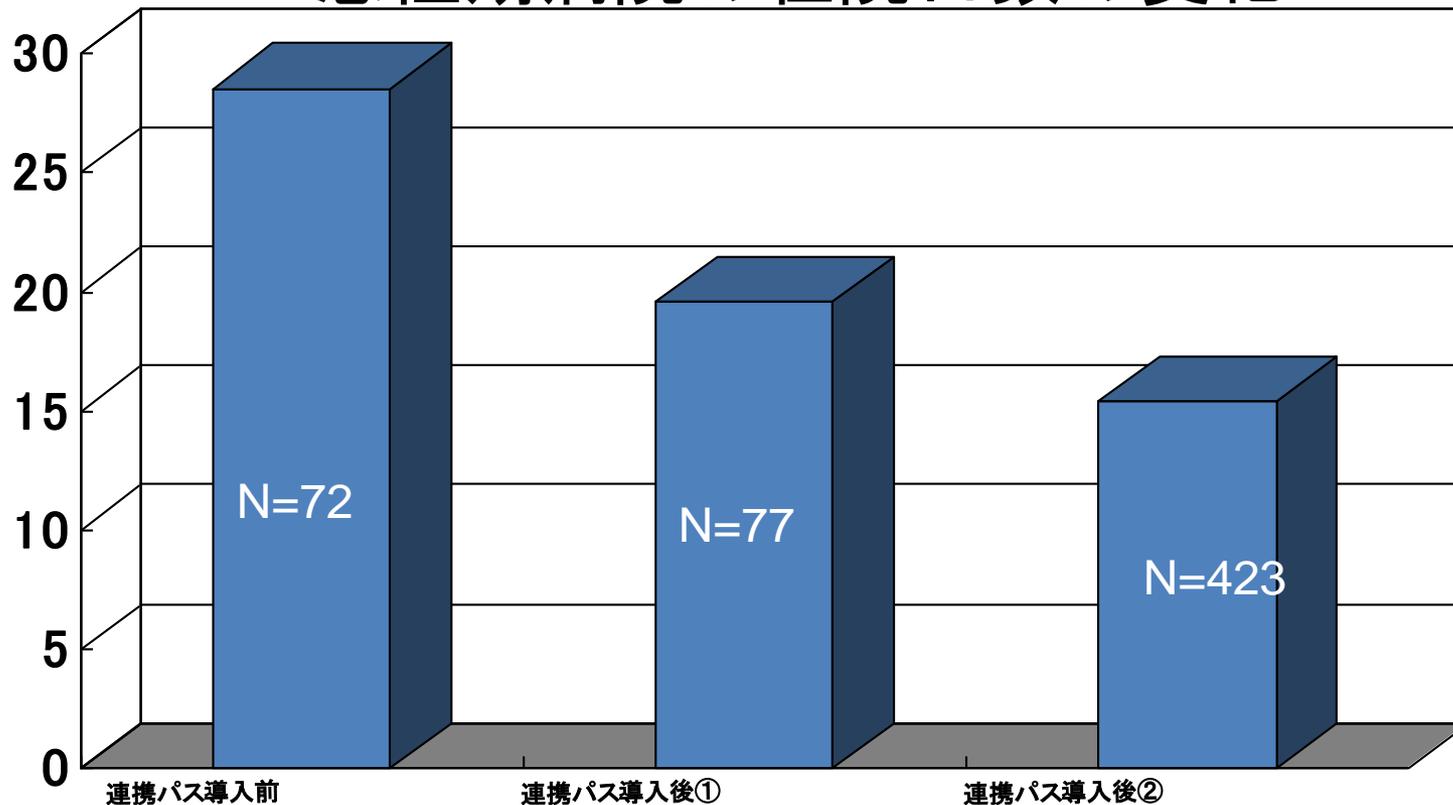
熊本医療センター 整形外科  
電話番号:096-353-6501

リハビリ病院

# 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。

# 連携パス(大腿骨頸部骨折)導入による 急性期病院の在院日数の変化

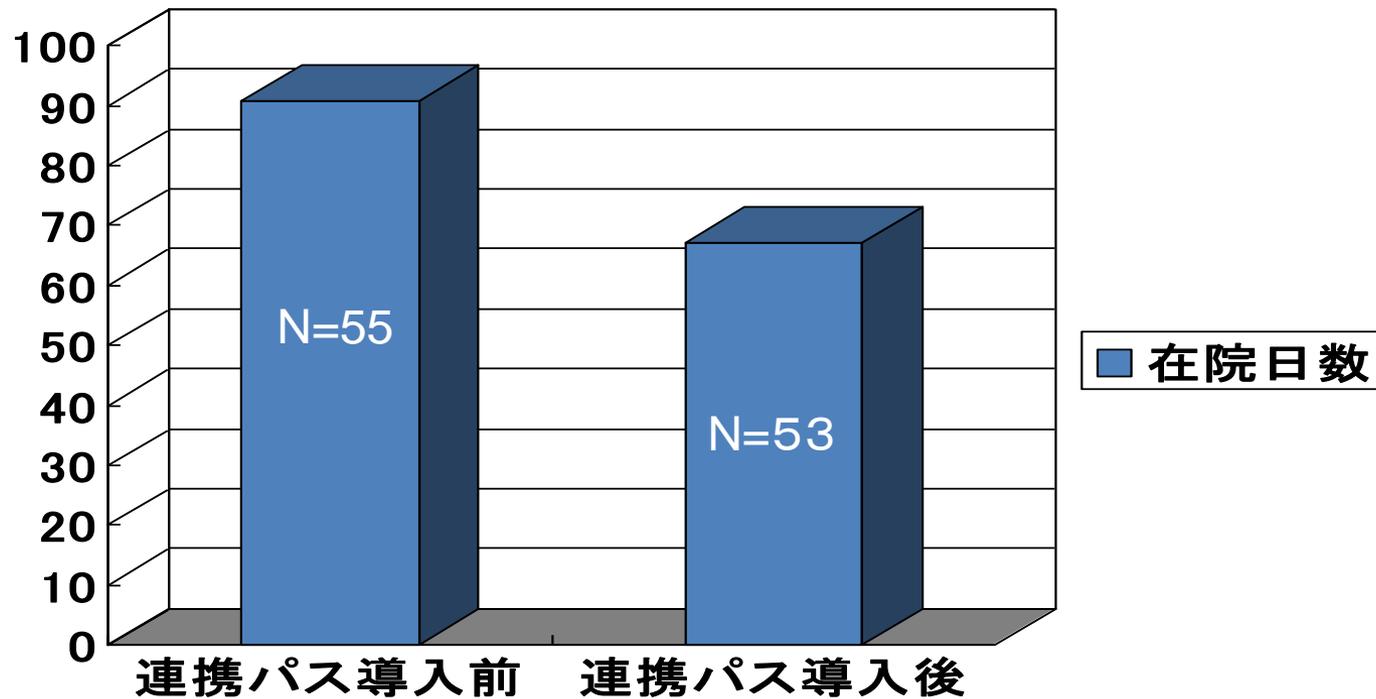


連携パス導入前(平成11年1月-12月)

連携パス導入後①(平成13年1月-8月)

連携パス導入後②(平成15年1月-平成17年1月)

# 連携パスの連携先病院 (回復期リハ)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

地域連携パスによって  
地域全体の平均在院日数を短縮できる

急性期病院から回復期病院への  
タイムリーな転院が可能となる

# 地域連携クリティカルパスが 診療報酬に導入

- 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

# 東京都の医療連携手帳

5大がん(胃、大腸、乳、肺、肝がん)＋前立腺がん  
地域連携クリティカルパス



## 東京都医療連携手帳を 利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう！—

○ この手帳に対するご意見

「東京都医療連携手帳」に対するご意見がありましたら、下記までお寄せください。

E-mail : [path@ciok.jp](mailto:path@ciok.jp)

FAX : 03 (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保険課がん対策係



# 東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: [path@cick.jp](mailto:path@cick.jp)

F A X: 03 (5388) 1436

郵 送: 〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都福祉保健局医療政策部

医療連携がん対策課



## 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。

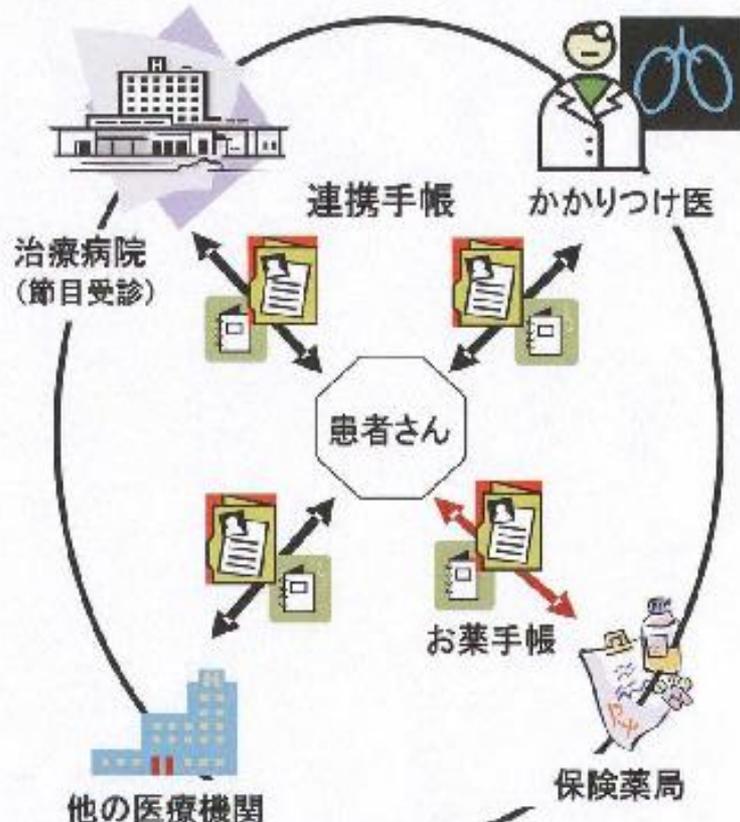
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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

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

## 連携手帳を用いた診療の流れ



連携手帳とお薬手帳を持っていれば安心です

## 診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

- は手術前に行います
- はかかりつけ医で行います
- ◎は手術前またはかかりつけ医どちらかで行います

手術日 年 月 日				1年		2年		3年		4年		5年	
	退院後 2週	3ヶ月	6ヶ月	0ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6ヶ月	6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

# 地域連携クリティカルパスの 見直し期

ストラクチャーではなく、アウトカムを評価すべき

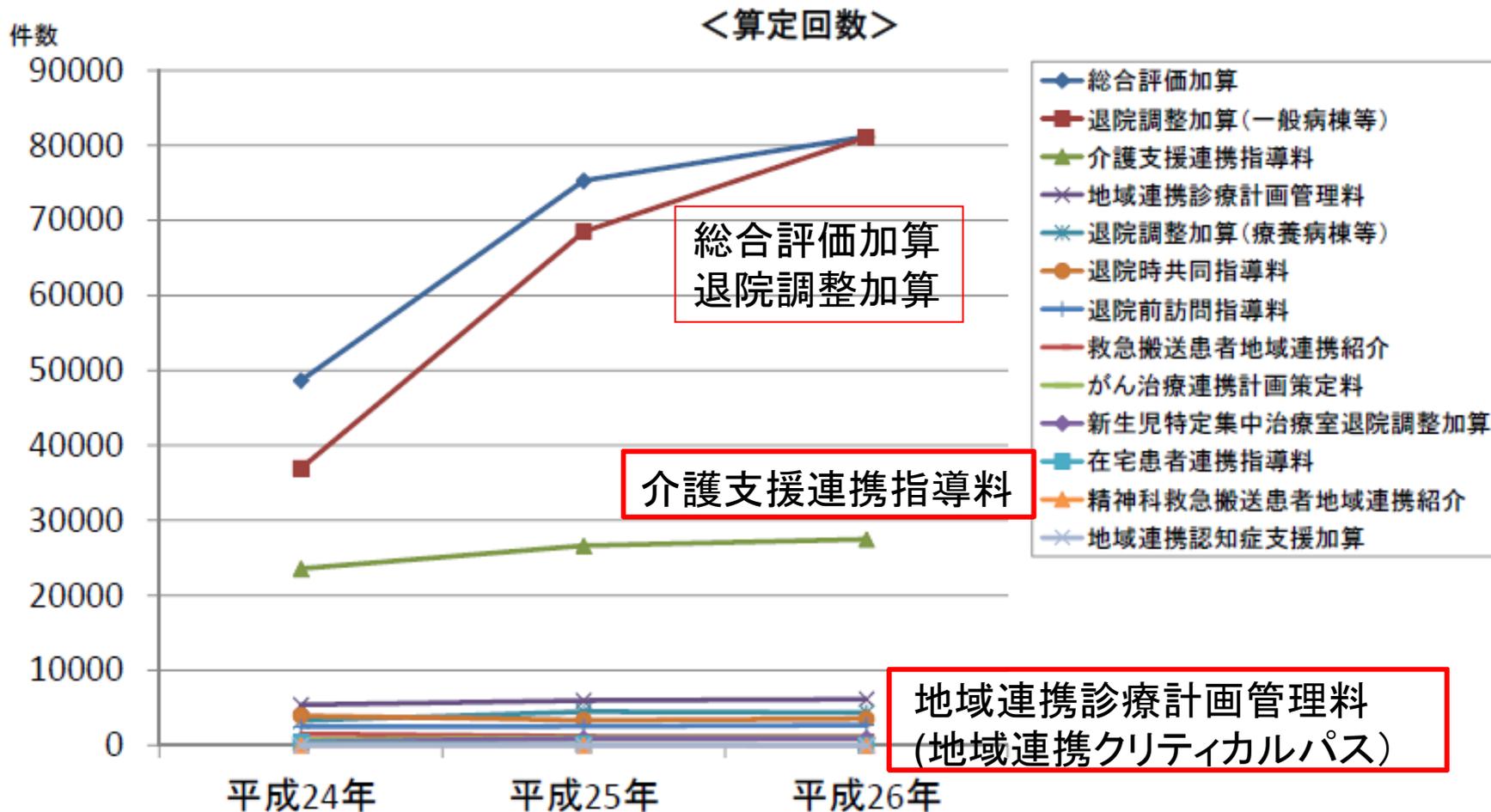
地域連携パスは使われていないので、退院調整加算に整理しては？

退院支援の専従者などの配置が在宅復帰に効果的

中医協専門組織入院医療等調査・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。



# 退院調整加算の見直し

- 退院調整加算の見直し

- (1) 施設基準を厳格化するとともに、点数を引き上げることで退院支援を充実させる

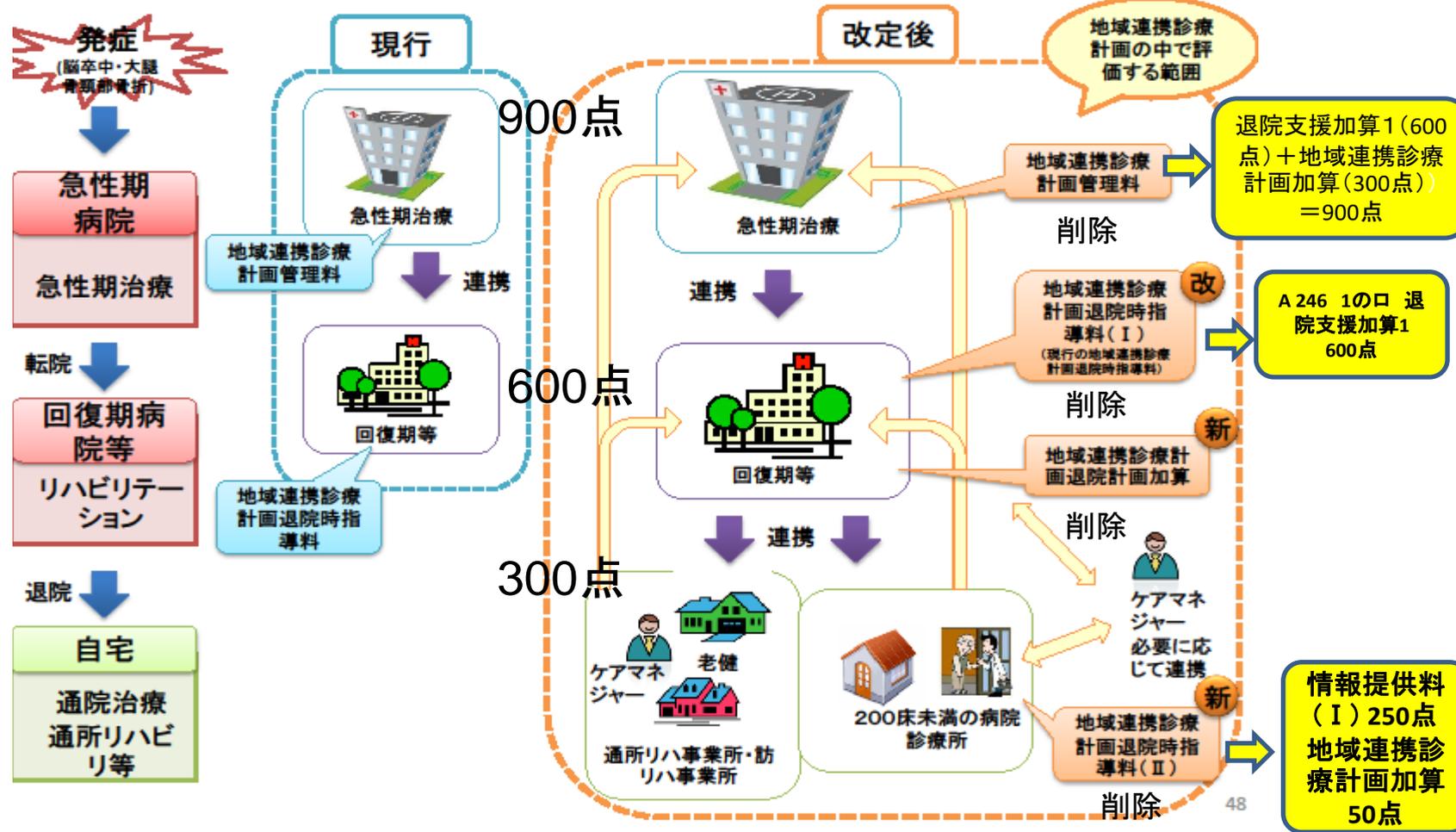
- 退院支援に専従する職員が、複数の病棟を担当として受け持ち、多職種カンファレンスを実施して、入院後早期に退院支援に着手する体制
    - 医療機関が他の医療機関などと恒常的に顔の見える連携体制の整備

- (2) 「地域連携診療計画管理料(地域連携クリティカルパス)」などを、退院支援加算の加算(地域連携計画加算)とする

# 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)

# 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



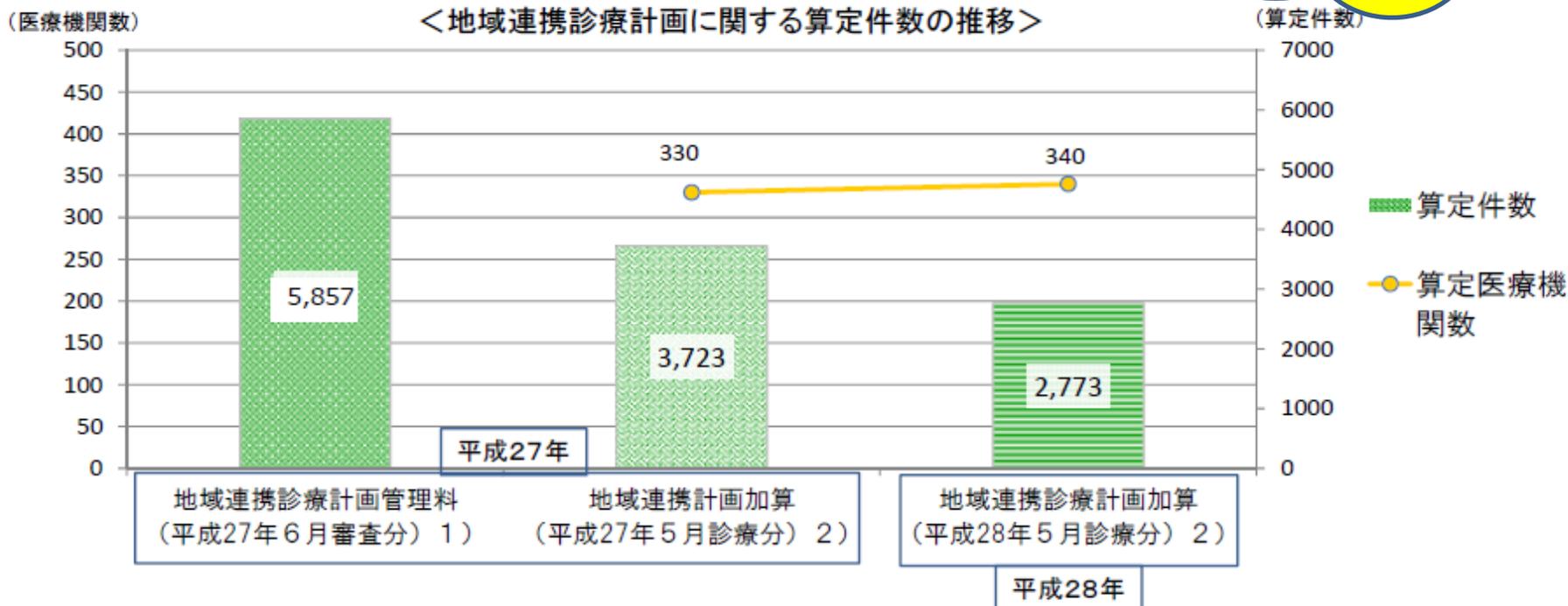
# 地域連携診療計画③

- 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

# 2017年12月6日 中医協総会



「退院支援加算2を届け出ている医療機関でも(地域連携診療計画加算を)算定可能としてはどうか？」



# パート4 入退院支援と 地域連携クリティカルパス

PFM、退院調整と地域連携クリティカルパス

# 退院支援に係る診療報酬の変遷

2000年

## 【入院治療計画の策定】

平成8年:入院治療計画加算(入院時医学管理料)

- ・総合的な入院治療計画の策定に対する評価(現在、入院基本料の算定要件)

平成12年:急性期病院加算、急性期特定病院加算として「詳細な入院診療計画」を評価

平成14年:急性期入院加算、急性期特定入院加算(改)

- ・詳細な入院診療計画に加え、退院指導計画を作成し、退院後の療養上の留意点に関する説明や指導を実施

クリティカルパス

2006年

## 【医療機関の連携の推進】

平成18年:地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画管理料退院指導料

- ・対象疾患:大腿骨頸部骨折

平成20年:地域連携診療計画管理料等の対象疾患に脳卒中が追加

地域連携

クリティカルパス

2008年

## 【退院支援計画の策定と退院時の情報共有の推進】

平成20年:退院調整加算、総合評価加算

平成22年:介護支援連携指導料、急性期病棟等退院調整加算、慢性期病棟等退院調整加算、  
新生児退院調整加算

平成24年:退院調整加算1・2、新生児退院調整加算1・2、地域連携計画加算

退院支援

①PFM、②退院調整と  
クリティカルパス

# ① PFM (Patient Flow Management)

- 予定入院患者の情報を入院前に把握し、問題解決に早期に着手すると同時に、病床の管理を合理的に行うことなどを目的とする病院内の組織。入退院センター、患者支援センターとも呼ばれている。
- PFMは日本では1999年、東海大学医学部付属病院から始まった。

# 東海大学医学部付属病院



病院管理学助教授  
田中豊氏(当時)が1999年より  
PFMを始めた

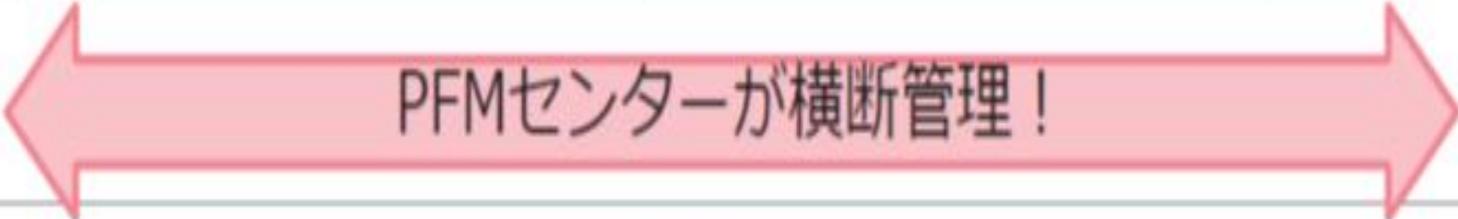


# PFMは東海大学病院から始まった

- 1999年に入院未収金および社会的入院患者対策を検討していた、東海大学医学部付属病院の企画部長(当時)の田中豊らが、患者の社会的・身体的・精神的リスクは入院前に把握できることに気がした。
- これらの問題に対して入院前から対策を講じる組織を設ける判断をし、この組織をPFMと名付けた。その後、PFMの運営ノウハウ等を蓄積し、2006年新病院開院を機会に、PFMを全面的に機能させた。
- 2006年に東海大学が設定したPFMの機能
  - ①外来初診患者の受診科振り分け
  - ②PFM看護師のサポートによる医療連携の充実
  - ③予定入院患者入院申込み時のPFM看護師による患者情報収集と各種リスクのアセスメント、必要に応じた医療ソーシャルワーカーなどの介入
  - ④病床管理(ベッドコントロール)
- PFMの成功もあり、新東海大学付属病院の経営は大幅な黒字化を達成した。

# PFM (Patient Flow Management) の流れ

	紹介予約	入院前 スクリーニング	病床管理	後方連携
業務	患者受付 科別振分	入院前 患者情報収集	ベッドコントロール	退院調整
部署	地域連携室 (事務)	病棟 (看護師) 地域連携室(MSW)	看護部	患者サポートセンター (看護師・MSW)

 PFMセンターが横断管理！

# PFMを取り入れた3病院



牧野 憲一氏 (旭川赤十字病院院長)

西澤 延宏氏 (佐久総合病院・佐久医療センター副統括院長兼副院長)

鬼塚 伸也氏 (長崎リハビリテーション病院)

# 3病院のPFMの現状

		佐久医療センター 患者サポートセンター	旭川赤十字病院 入退院支援室	長崎みなとメディカルセ ンター入院支援センター
設立の経緯		2007年に外科の予定手術入院患者対象の術前検査センターを開設。14年の病院分割時に全予定入院患者対象となった。入退院支援室、医事課などを含む。	2013年に入院支援センターを開設。18年4月に退院支援部門と統合した。全予定入院患者と一部の当日入院患者が対象。	2012年に外科を対象に設立。18年4月に医療連携センター（医療連携部門、患者相談部門など）を統合し、患者総合支援センター（みなとさぼーと）に一元化。
2017年のPFM実績		5800人（全入院患者の41.5%）	6673人（全入院患者の51.8%、予定入院患者の99.6%）	5365人（予定入院患者の83.8%）
人員	医師	1人（兼任）	1人（兼任）	1人（兼任）
	看護師	24人（入退院支援19人、退院支援5人）	13人	8人（嘱託職員含む）
	医師事務 作業補助者	5人	0人	4人
	その他	MSW 5人、事務職員等22人、薬剤師1人、管理栄養士1人。歯科医や歯科衛生士と連携。	MSW 8人、事務職員3人の他、薬剤師、管理栄養士が常駐。	薬剤部、栄養係、歯科衛生士と連携体制。患者総合支援センターに看護師4人、MSW 8人、事務職員5人などが在籍。

# ②退院調整とクリティカルパス

乳房の手術を受けられる方へ(リンパ郭清なし・術後5日目退院)

	入院日・手術前日	術前	術後	術後1日目	術後2日目	術後3-4日目	術後5日目(退院日)
検査 処置	手術する側の腕の毛を剃ります 手術にネームバンドをつけます  ◀手術前の準備▶ 手術着を着て付けておくための、肌着を 準備します ご家族などの誘導をお願いします 3でこのように準備し、お返しのまじゅう (手術当日、お返りはしないで下さい)	手術室に入室して手術を行います	胸に麻酔管が1本入っています3日目まで ・傷を保護し圧迫等で固定します ・心電図モニターをつけます ・鼻から酸素吸入をします ・……※3時間毎に換えます ・尿の量が入っています……	→ 観察します → 換えます	→ 3日目に換えます → 圧迫帯を外して、 専用下着を使用します	→ 3日目に換えます → 絆創膏を使用して いますので、 脱所の必要は ありません	
薬 注射	・腫れが起きている薬があれば、 お知らせ下さい ・ご希望があれば輸液薬を お渡します	・弾性ストッキングをはき ます※腫れ予防のため	・持続点滴を始めます ・手術室に付く患部に、 麻酔をかりやすくなる ための注射をします	→ 1本で終了です			◀入院費減額▶ 3割減額 約 2万円 老人保険1割減額 約 5万円 老人保険2割減額 約 10万円 ※減額が適用されます ※減額の適用は、 資料送付が完了されます
安静 リハビリ	・リハビリテーションのプログラムを お知らせ下さい	・手術しない方の腕に、 持続点滴を始めます ・手術室に付く患部に、 麻酔をかりやすくなる ための注射をします	・ベッドの上でなら、 自由に動くことができます ※無理はできません ・積極的に 体を動かしましょう	・尿の量を測いた後は歩けます (最初は看護士が行います) ・午後から理学療法士 によるリハビリが 始まります			
食事	・夕食まで経過良好です ・夜更時は食事しないで下さい ただし、水、お茶のみ飲めます	・食事はできません ・水、お茶のみ ・午前手術の開始は朝の時点で 午後手術の場合は朝の時点で 飲めます	・排便ら排便後より水出しが 飲めます	・朝は流動食 ・昼は半流食 ・夕食は粥 です	→ 経過です		
清潔	・脇の処置後、入浴していただきます			・身体を試みます		・3日目より 看護士の説明後 シャワーが出来ます	
説明	・主治医より手術について説明が あります(手術の同意書をお出下さい) ・入院について説明があります	手術後、主治医より説明があります ご家族の方は3回の家族待合室でお待ち下さい	痛みが強い時は 痛み止めをいただきますので、 我慢せずにお知らせ下さい	※ 術後1日目に「リンパ浮腫について」の パンフレットをお渡しします ※ 帰院準備についてお知りになりたい方は ご相談下さい ※ 本院では、乳がんの手術を受けた方 母との交流の場「スマイル友の会」を開催 しております 入会をご希望の方はお申し出下さい		◀退院後の生活や 治療について 説明があります	

福井県済生会病院 乳腺科

※ 各患者の状態により、内容を変更する場合があります。また、入院費減額は、  
入院経費の中継内訳により適用する場合がありますので、予めご了承ください。

Ver.1.08 2015.04.11

退院支援加算に地域連携クリティカルパスが取り入れられた

# 退院調整と宇都宮宏子氏

- 2002年ごろからの京都大学附属病院地域ネットワーク医療部での看護師の宇都宮宏子氏が退院調整のステップを整理
- 退院調整の3ステップ
- ステップ1
  - 外来の時点から入院後3日以内に退院支援が必要になる患者の把握
- ステップ2
  - 入院3日目から退院までに受容支援・地域支援と暮らしの場に戻るためのチームアプローチ
- ステップ3
  - 在宅支援チームとの共同によるサービス調整であるという



宇都宮宏子氏

# 退院支援・退院調整の3段階プロセス



## STEP1 第1段階 外来(入院決定)～入院後3日以内

退院支援が必要になる患者の把握 病気の理解・受けとめ、どうありたい？

- 入院(発症)前の生活状況を把握 **すでに在宅支援チームがいれば連携**
- 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像を予測 暮らしが変わる？
- 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有

## STEP2 第2段階 入院3日目～退院まで **第2・3段階は重なる時期もある**

受容支援・自立支援 暮らしの場に帰るためのチームアプローチ

- 継続的にアセスメントし、チーム(在宅&病院)で支援
- 患者・家族の疾患理解・受容への支援 **医療選択の場面**
- 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築 **未来の姿**
  - ①病状・病態から考える医療・看護上の視点
  - ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点
- 経済的・社会的な課題がある場合、MSW・行政などによる支援を検討・実施  
**在宅支援チームとの相談・協働**

## STEP3 第3段階 必要になった時点～退院まで

サービス調整(退院調整) **在宅支援チームとの協働!**

- 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整 **インフォーマルな繋がりも大事に**
- 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施
- 看護の継続が必要⇒訪問看護導入or自院から訪問 **安定在宅着地!**



# 診療報酬と入退院支援加算・ 入院時支援加算

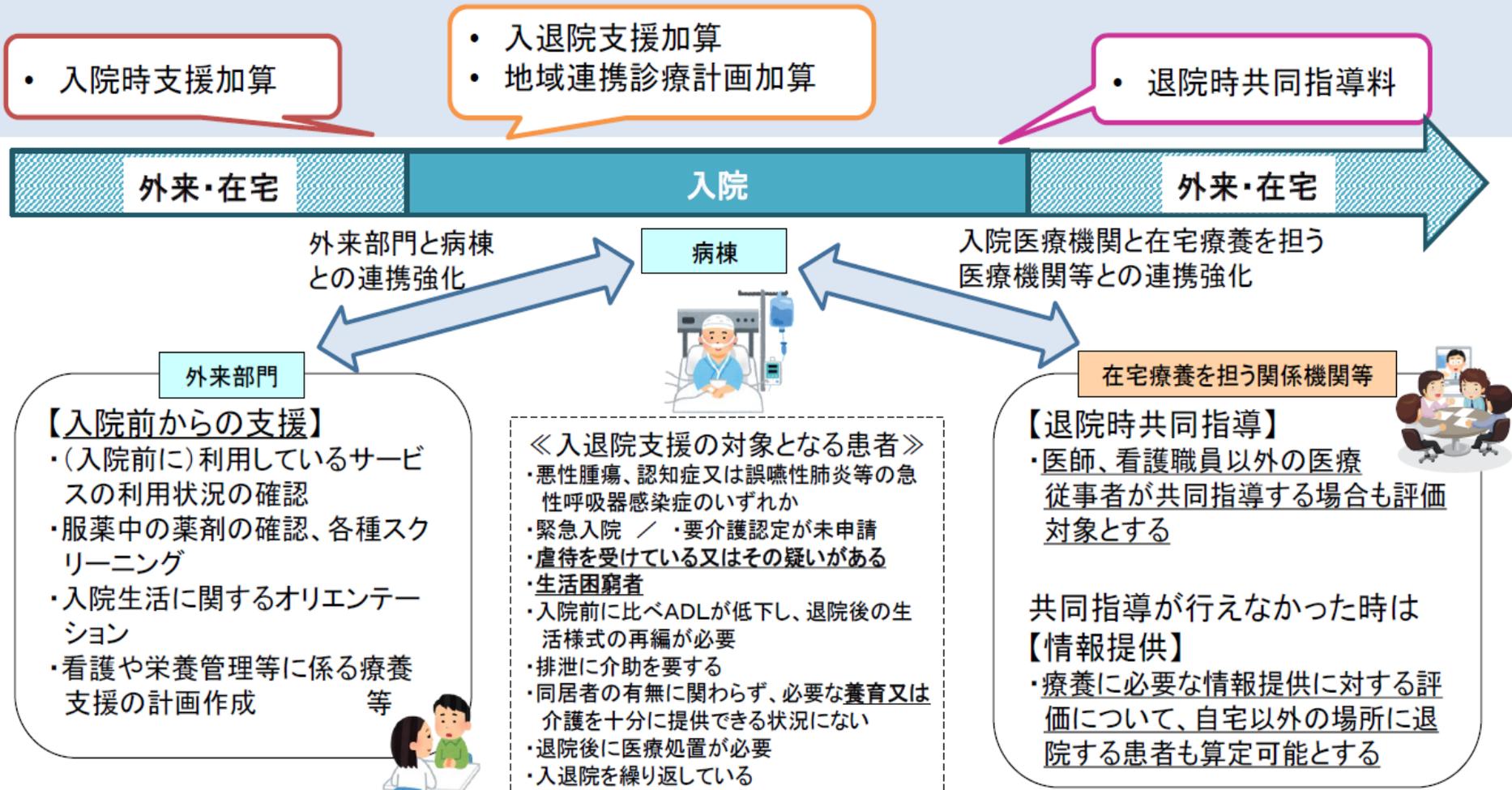
PFM、退院調整とクリティカルパスの  
考え方がもとになっている

# ①入退院支援加算

2018年診療報酬改定で  
入退院支援加算が導入

# 入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



# 入退院支援加算の要件

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2
点数	一般病棟：600点 療養病棟：1200点	一般病棟：190点 療養病棟：635点
退院困難な患者の早期抽出	3日以内に抽出	7日以内に抽出
入院早期の患者・家族との面談	一般病棟： 7日以内に面談 療養病棟： 14日以内に面談	出来るだけ早期に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	7日以内にカンファレンスを実施	出来るだけ早期にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う	
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	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）	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）	—
介護保険サービスとの連携	介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）	—

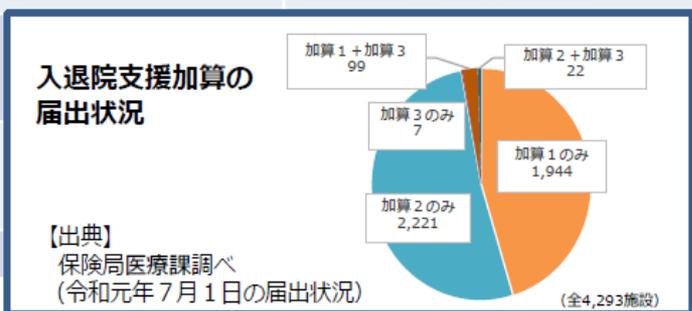
# 入退院支援加算の概要①

## A 2 4 6 入退院支援加算（退院時1回）

- 施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価。
- **入退院支援加算 1** イ 一般病棟入院基本料等の場合 600点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 1,200点
- **入退院支援加算 2** イ 一般病棟入院基本料等の場合 190点 □ 療養病棟入院基本料等の場合 635点
- **入退院支援加算 3** 1,200点
- 入退院支援加算 1 又は 2 を算定する患者が15歳未満である場合、所定点数に次の点数を加算する。  
小児加算 200点

[主な算定要件・施設基準]

	入退院支援加算 1	入退院支援加算 2	入退院支援加算 3
退院困難な要因	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症 イ. 緊急入院 ウ. 要介護状態の疑いがあるが要介護認定が未申請であること エ. 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある オ. 生活困窮者 カ. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要 キ. 排泄に介助を要する ク. 同居の有無に関わらず、必要な養育又は介を十分に提供できる状況にない ケ. 退院後に医療処置が必要 コ. 入退院を繰り返していること サ. その他患者の状況から判断して上記要因に準ずると認められるもの	ア. 天奇形 イ. 染色体異常 ウ. 出生体重1,500g未満 エ. 新生児仮死（Ⅱ度以上のものに限る） オ. その他、生命に関わる重篤な状態
①退院困難な患者の抽出 ②・患者・家族との面談 ・退院支援計画の着手 ③多職種によるカンファレンスの実施	①原則入院後3日以内に退院困難な患者を抽出 ②・原則として、患者・家族との面談は一般病棟入院基本料等（は7日以内 療養病棟入院基本料等（は14日以内）に実施 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③入院後7日以内にカンファレンスを実施	①原則入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②・できるだけ早期に患者・家族と面談 ・入院後7日以内に退院支援計画作成に着手 ③できるだけ早期にカンファレンスを実施	①入院後7日以内に退院困難な患者を抽出 ②③ ・7日以内に家族等と面談 ・カンファレンスを行った上で、入院後1か月以内に退院支援計画作成に着手
入退院支援部門の設置	入退院支援及び地域連携業務を担う部門の設置		
入退院支援部門の人員配置	入退院支援及び地域連携業務の十分な経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上かつ、①もしくは②（※） ①専従の看護師が配置されている場合は、専任の社会福祉士を配置 ②専従の社会福祉士が配置されている場合は、専任の看護師を配置		5年以上の新生児集中治療に係る業務の経験を有し、小児患者の在宅移行に係る適切な研修を修了した専任の看護師又は専任の看護師並びに専従の社会福祉士
病棟への入退院支援職員の配置	各病棟に入退院支援等の業務に専従として従事する専任の看護師又は社会福祉士を配置（2病棟に1名以上）		
連携機関との面会	連携機関（保険医療機関、介護保険法に定める居宅サービス業者等）の数が20以上かつ、連携機関の職員と面会を年3回以上実施		
介護保険サービスとの連携	相談支援専門員との連携等の実績		



※週3日以上常態として勤務しており、所定労働時間が22時間以上の非常勤2名以上の組み合わせも可。

## ②入院時支援加算

# 入退院支援加算の概要②

## 入院前からの支援を行った場合の評価

### ▶ 入院時支援加算 1 230点

[算定対象]

- ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ② 入退院支援加算を算定する患者であること。

[施設基準]

- ① 入退院支援加算 1、2 又は 3 の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する  
《許可病床数200床以上》
  - ・ 専従の看護師が 1 名以上 又は
  - ・ 専任の看護師及び専任の社会福祉士が 1 名以上  
《許可病床数200床未満》
  - ・ 専任の看護師が 1 名以上が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。

### 入院時支援加算 2 200点（退院時 1 回）

[算定要件]

入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、①入院前に以下の 1) から 8) を行い、②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。  
入院前にア) からク) まで全て実施した場合は、入院時支援加算 1 を、患者の病態等によりア)、イ) 及びク) を含む一部項目を実施した場合は加算 2 を算定する。

- ア) 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ) 入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握 (※)
- ウ) 褥瘡に関する危険因子の評価 / 工) 栄養状態の評価
- オ) 服薬中の薬剤の確認 / 力) 退院困難な要因の有無の評価
- キ) 入院中に行われる治療・検査の説明 / ク) 入院生活の説明  
(※) 要介護・要支援状態の場合のみ実施

## 医療機関間の連携に関する評価

### ▶ 地域連携診療計画加算 300点（退院時 1 回）

[算定要件]

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画が作成され、一連の治療を担う連携保険医療機関等と共有されている。
- ② 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、当該計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後 7 日以内に個別の患者ごとの診療計画を作成し、文書で家族等に説明を行い交付する。
- ③ 患者に対して連携保険医療機関等において引き続き治療が行われる場合には、当該連携保険医療機関に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供する。また、当該患者が、転院前の保険医療機関において地域連携診療計画加算を算定した場合には、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供する。

# 入退院支援加算、入院時支援加算

PFM、退院調整、地域連携クリティカルパスの概念がもとになって作られた

# パート5

## 次世代医療基盤法と 地域連携クリティカルパス

# もう一度、 クリティカルパスの原点に帰ろう

- 原点は4つのアウトカム
  - ①臨床の質アウトカム
  - ②患者満足度アウトカム
  - ③平均在院日数アウトカム
  - ⑤コストアウトカム
- 地域連携クリティカルパスのアウトカムも同じ
- 地域連携クリティカルパスのアウトカムに重要な影響を与えるプロセスを検出し、改善することが地域連携マネジメントのポイント

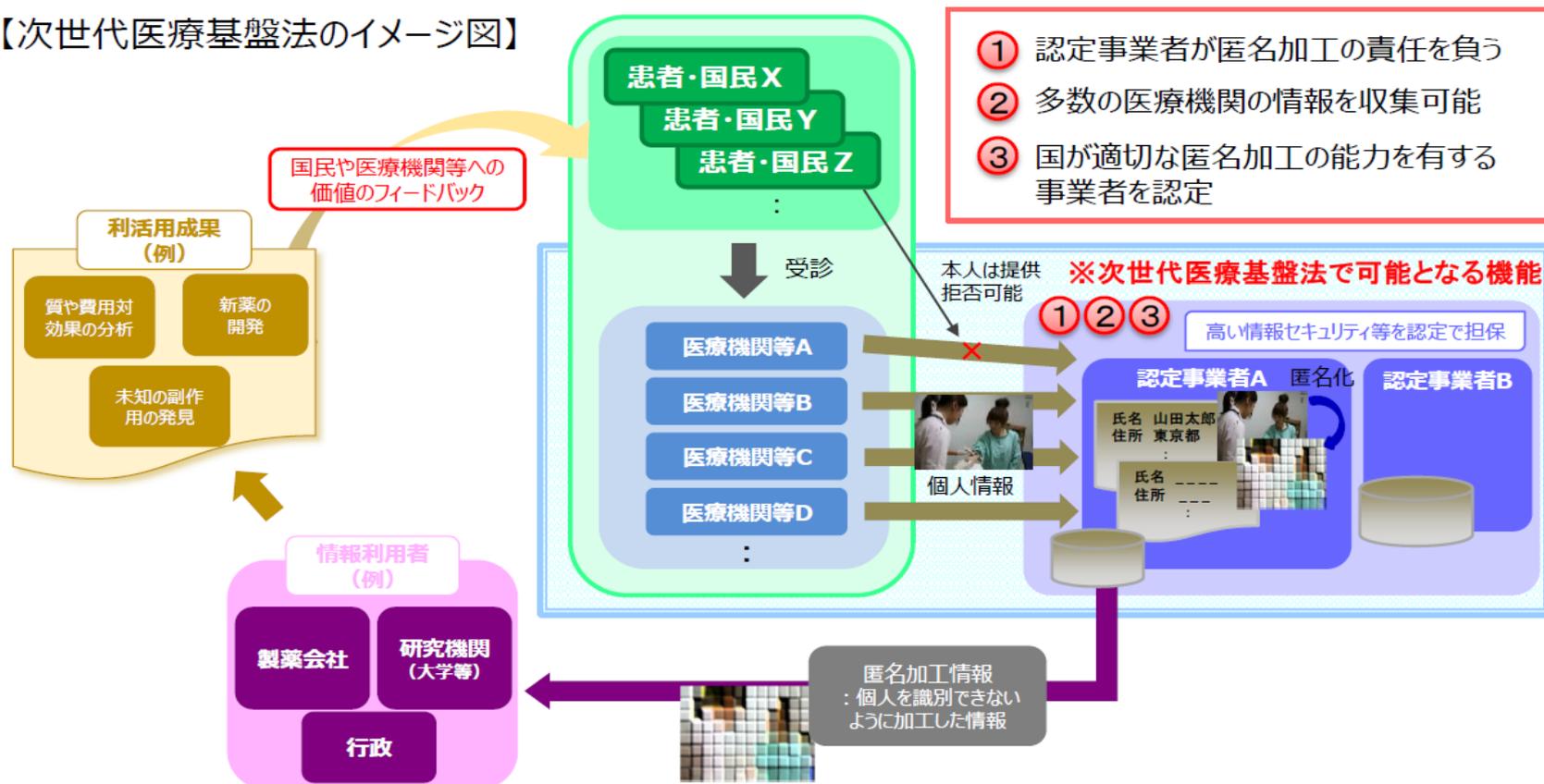
# 次世代医療基盤法（2015年）

## 次世代医療基盤法の全体像（匿名加工医療情報の円滑かつ公正な利活用の仕組みの整備）

個人の権利利益の保護に配慮しつつ、匿名加工された医療情報を安心して円滑に利活用することが可能な仕組みを整備。

- ① 高い情報セキュリティを確保し、十分な匿名加工技術を有するなどの一定の基準を満たし、医療情報の管理や利活用のための匿名化を適正かつ確実に行うことができる者を認定する仕組み（＝認定匿名加工医療情報作成事業者）を設ける。
- ② 医療機関等は、本人が提供を拒否しない場合、認定事業者に対し、医療情報を提供できることとする。  
認定事業者は、収集情報を匿名加工し、医療分野の研究開発の用に供する。

### 【次世代医療基盤法のイメージ図】



# 次世代医療ICT基盤とデータ利活用の方向性

## 事例1 治療効果・効率性の分析

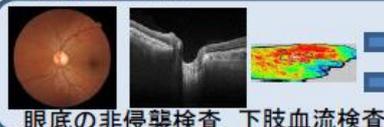
・医療機関横断的な個人単位のアウトカムデータから、効果の高い治療法を分析し、患者負担を軽減

治療  
効果



## 事例2 眼底検査や下肢血流検査による全身疾患の把握

・侵襲性のない眼底検査や下肢血流等の検査により全身疾患の状態が把握可能になり、早期診断、早期治療を実現

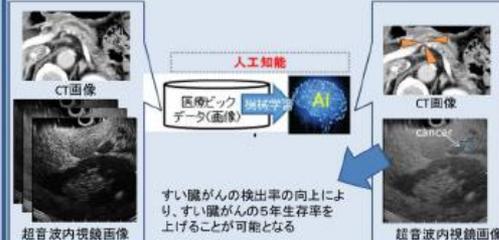


眼底の非侵襲検査 下肢血流検査

## 事例3 CTや内視鏡 画像診断支援AIの開発

・CTや内視鏡画像データの収集が容易になり、病変検出支援AIが開発。検査の効率化や早期発見を実現

・予後不良のすい臓がんをCTや超音波内視鏡画像の画像解析により、早期診断・早期治療



## 医療の向上・新興国等への展開

- データに基づく医療機関の診療・経営分析
- エビデンスベースの診断・治療支援の実装

## データに基づく医療行政の展開

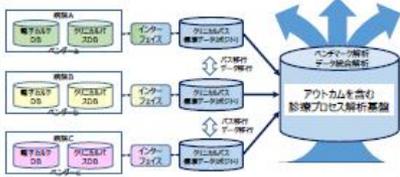
- 俯瞰的データに基づく医療行政
- ・都道府県医療計画の策定等

## 患者の主体的情報活用による患者・国民の行動変容

- PHRの普及による医療の見える化
- 診療情報と連携したヘルスケアサービスによる疾病予防

## 事例4 次世代電子カルテの標準的な方向

・クリニカルパスを含めた医療情報を、医療機関間の壁を越えて大量に集約。



医療

医療行政

患者・国民

医薬品

医療機器

ヘルスケア  
サービス

人工知能/  
機械学習

デジタルデータ  
収集・利活用基盤

次世代医療ICT基盤

## 医薬品企業の行動変容や 研究開発環境の提供

- 治験・開発の効率化
- 安全対策の効率化

## 医療界の行動変容をベースにした 医療機器産業政策

- 開発ニーズの把握
- 治験・開発の効率化

## 新たなヘルスケアサービスの創出 による経済成長

- 本人の希望に基づく診療情報等を利用したヘルスケアサービスの提供

# 次世代医療基盤法の認定事業者

- 一般社団法人ライフデータイニシアティブ (LDI)
  - LDIは2018年4月に設立した法人（京都市）で、株式会社NTTデータが委託事業者となっている。2022年現在、国立病院機構等を含む53医療機関、123万人の電子カルテ、レセプト、DPCデータ等を集めている。
- 一般財団法人日本医師会医療情報管理機構 (J-MIMO)
  - J-MIMOは2019年3月に設立した法人（東京都）で、委託事業者はICI株式会社で、診療所を中心に51施設、17万人の電子カルテ等の情報を集めている。

地域の中で移動する患者の名寄せができる。連携が追える。地域連携クリティカルパス解析ができる

# 次世代医療基盤法のデータベースから 地域連携クリティカルパス解析を！

- 次世代医療基盤法のデータベースから名寄せにより地域連携クリティカルパスの診療プロセスとアウトカム検証をおこなっては？
- 臨床の質アウトカム
  - 在宅復帰率、ADL改善効果
- 在院日数アウトカム
  - 総在院日数の短縮
- コストアウトカム
  - 入院医療費の削減効果



厚労科研で実施  
を検討しては？

## まとめと提言

- ・クリティカルパスは、診療の質向上と効率化の必須ツール
- ・クリティカルパスの4つのアウトカムに注目しよう。
  - ①臨床アウトカム、②患者満足アウトカム
  - ③在院日数アウトカム、④コストアウトカム
- ・次世代医療基盤法のデータベースを用いて地域連携クリティカルパスのプロセスとアウトカム解析を行おう

# コロナで変わる 「かかりつけ医」制度



次のコロナの備えをするのは、今だ!!

- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか
- なぜ、今かかりつけ医制度が必要なのか
- かかりつけ医の制度化に必要なポイントとは何か  
—コロナで変わる「かかりつけ医」や「総合診療医」の在り方を  
最新情報をまじえてやさしく解説!



- 武藤正樹著
- なぜ、コロナでかかりつけ医がクローズアップされたのか？
- なぜ、いまかかりつけ医制度が必要なのか
- 発売日：2022/09/22
- 出版社：[ぱる出版](#)
- ISBN：978-4-8272-1360-7

# ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで内科外来(月・木)、老健、在宅クリニック(金)を担当しています。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

[muto@kinugasa.or.jp](mailto:muto@kinugasa.or.jp)