



地域医療計画と 地域連携クリティカルパス

国際医療福祉総合研究所長
国際医療福祉大学大学院 教授
(株)医療福祉経営審査機構CEO
武藤正樹

国際医療福祉大学・高邦会グループの概要

平成7年栃木県大田原市に、日本初の保健・医療・福祉分野の総合大学として設立。看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、診療放射線技師、社会福祉士、介護福祉士、薬剤師等のメディカルスタッフを育成している。

国際医療福祉大学 大学院(東京青山 キャンパス)



大学院 医療福祉学研究科

大学院 医療福祉学研究科

修士課程: 保健医療学専攻、医療福祉経営専攻

臨床心理学専攻

博士課程: 保健医療学専攻

- 栃木本校のほかサテライトキャンパスも設置
(東京・小田原・熱海・福岡・大川)
- 同時双方向遠隔授業
- 医療職のための本格的な生涯学習コース、
「乃木坂スクール」開講

保健医療学部

看護学科、理学療法学科、作業療法学科、言語
聴覚学科、視機能療法学科、放射線・情報科学科

医療福祉学部

医療経営管理学科、医療福祉学科

薬学部

薬学科

福岡リハビリテーション学部

(福岡県 大川キャンパス)

理学療法学科、作業療法学科、
言語聴覚学科(平成19年4月開設)

小田原保健医療学部

(神奈川県 小田原キャンパス)

看護学科、理学療法学科、作業療法学科

大学附属施設

(269床)



熱海病院

(291
床)



三田病院

(206
床)



国際医療福祉
大学病院

(300床)



塩谷病院

東京本部 (乃木坂)

総務部
人事部
企画部
医療管理部





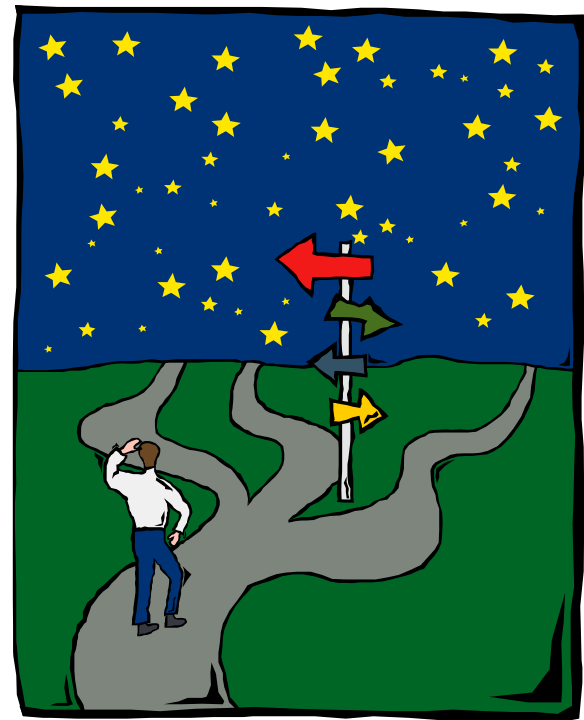
国際医療福祉大学三田病院

2005年旧東京専売病院より継承
医師数120名、290床、
平均在院日数10日
入院単価65000点
東京都認定がん診療病院
2008年7月からDPC対象病院

目次

- パート1
 - － 地域医療計画と連携パス
- パート2
 - － 脳卒中連携パス
- パート3
 - － 診療報酬改定と連携パス
- パート4
 - － 退院調整(退院支援)
- パート5
 - － 地域医療支援病院の在り方

* 終末期連携



パート1

地域医療計画と 地域連携クリティカルパス

2006年6月第5次医療法改正 地域医療計画の見直し



医療連携の法制化

地域医療計画の見直し

疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

これまでの医療計画の考え方



現在の医療計画の問題点

- ①患者の実際の受療行動と異なる
- ②疾病動向を勘案していない
- ③地域の医療機能に関係なく
結果として大病院重視の階層構造

移行

日常医療圏
二次医療圏に近いが
疾患や地域に
よっては異なる



4疾患5事業

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病

- 5事業

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

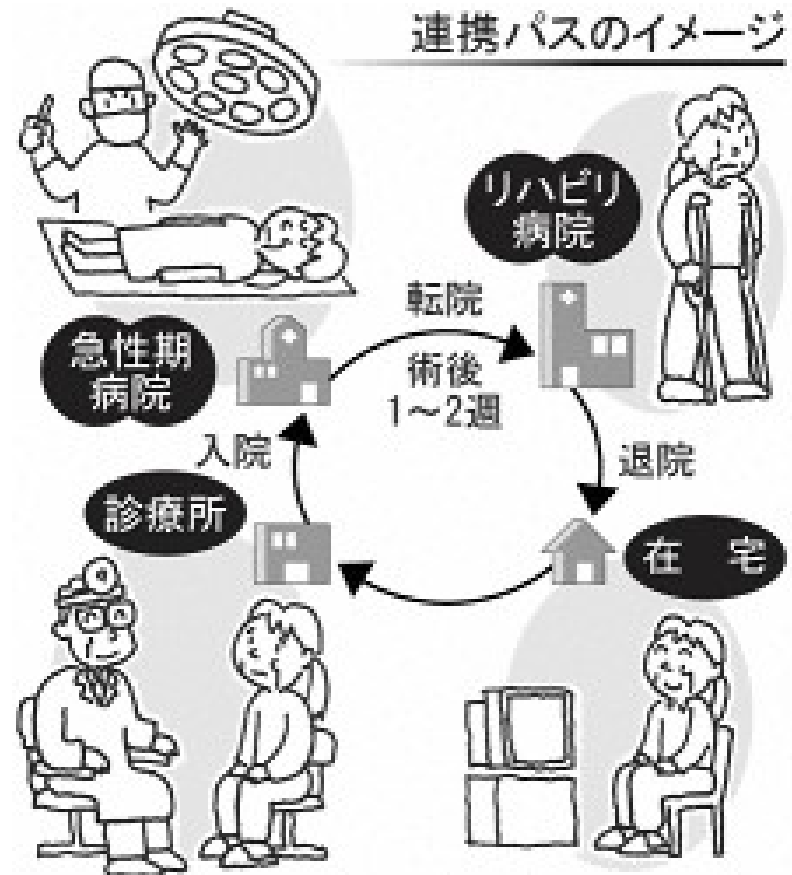
08年はまず脳卒中から！

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

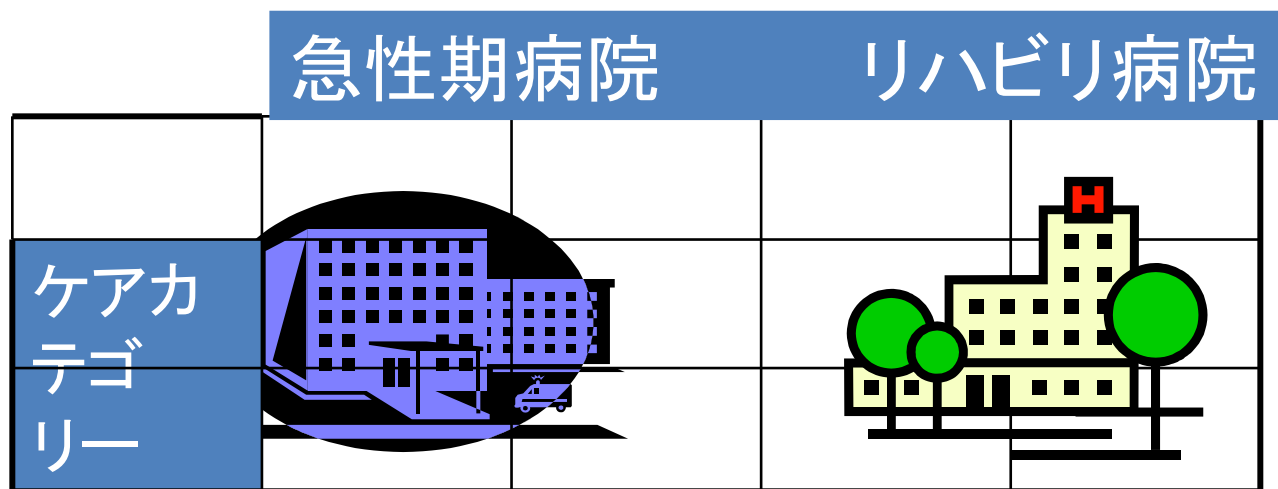
地域連携クリティカルパスとは？

- 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
 - － 病病連携パス
 - － 病診連携パス
 - － 在宅医療パス



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 地域連携パスの新規点数と運用

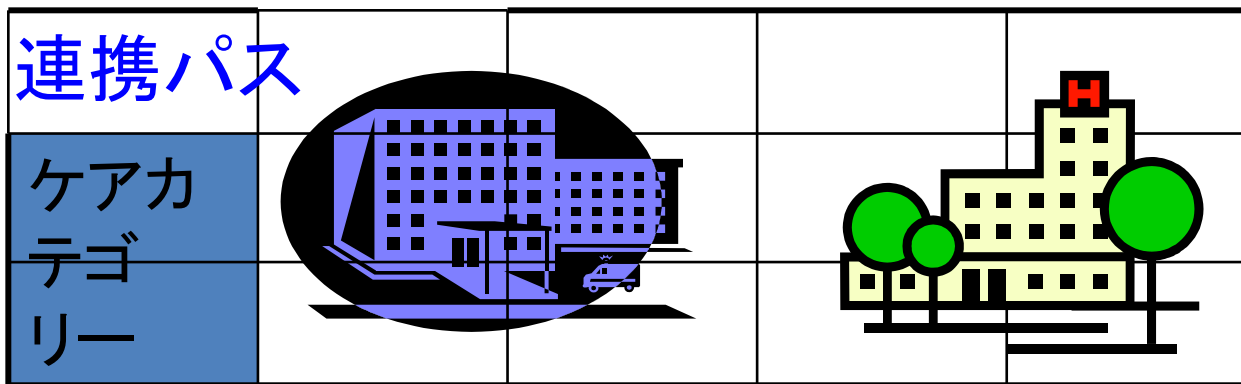
- 地域連携パスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



有床診療所
でもOK

地域連携診療計画管理料
1500点



地域連携診療計画退院時指導料
1500点



地域連携パス加算のモデル

熊本市のシームレスケア研究会の
整形疾患における地域連携パス

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						自・監・介			
清潔	清拭				創チエック		シャワー浴可		入浴				自・監・介			
セルフ	【荷重制限】 有・無		歩行補助具 有・無		歩行補助具 有・無		上下衣更衣〇/〇		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				X線(2R) 採血		有・無		
処置	綱線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		置なし						有・無		
食事	常食 特食()	腹鳴音確認後飲水可 常食 特食()						常食 特食()						有・無		
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導		家屋調査説明有 介護保険説明有		入院時OR 介護保険申請〇/〇		家屋訪問調査〇/〇		家屋改修指導〇/〇		試験外泊 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 術後1～2週間														平成 年 月 日 〇〇 病院 人工骨頭 術後8週間 骨接合 術後10週間		
* 貴院を転院・退院された時は、お手数ですが当院へ情報 ハードバックして頂ければ幸いです。																

急性期病院

転院基準(術後合併症なし)

リハビリ病院

退院基準(受傷前歩行能力獲得)

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

平行棒内歩行

歩行器歩行

杖歩行

屋外歩行

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。

『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、浴室などは転倒しやす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) 脱臼しやすい姿勢に注意!

【右写真を参照】



家屋改修(自宅での生活が目標の方)

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

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501

『治療の流れ』

手術

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			
------	----------	--	--	--

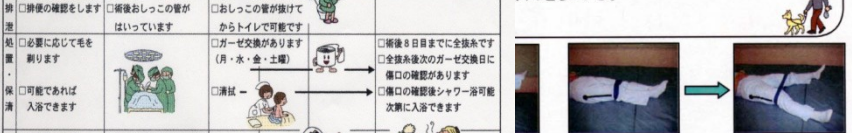
経過	入院...手術...転院:術後1~2週	術後3週...	...	術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練			
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始。			
検査		X線検査 血液検査		X線検査 血液検査
教育	入院時指導	自宅での生活が目標の方 (家屋訪問調査 家屋改修指導 試験外泊)		

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

杖歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。



杖歩行

屋外歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。

杖歩行

屋外歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。

杖歩行

屋外歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。

杖歩行

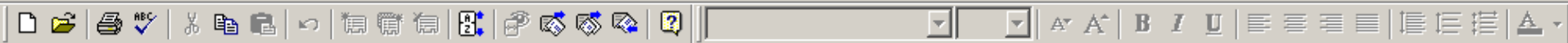
屋外歩行

ただで歩ける。 階段昇降ができる。
棒内を歩ける。

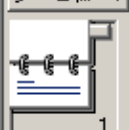
※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。
独立熊本病院 整形外科

* 家屋環境のチェックが必要となります。
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます。詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター 整形外科
電話番号:096-353-6501



シーム...

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 → にしきもと病院 イニシャル:氏 N. 名 S. 95歳 女性 診断名:左 左大腿骨頸部骨折 患者No 1

ID 702557 ID 手術日:平成16年3月24日 手術:γネイル

受傷日:平成16年3月23日 受傷場所: 受傷機転:

受傷前歩行能力:伝え歩き 補助道具:伝え歩き 最終到達目標:屋内: 屋外: 退院後:

到達目標:移動能力 車椅子坐位 平行棒内歩行 歩行器歩行 杖歩行 階段昇降 屋外歩行 最終歩行獲得レベル

訓練開始日 3月26日 4月16日

経過 入院日 手術日 術後1日 術後2日 術後3~6日 術後7日 術後2週 術後4週 術後6週 術後8週 退院日 退院後1週以内

経過 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 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

ケセル 上下更衣 靴下・靴の着脱 洗面所(立位で) 床から起立

薬剤 疼痛対策:無 疼痛対策:

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

処置 鋼線牽引 創処置 トレーン 創処置 (1回/2日) 創処置 採糸

食事 腹鳴音確認後飲水可

教育 入院時OR 床上動作 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

教育 NsOR の指導 介護保険説明: 介護保険申請 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:

退院時情報 問題行動:無し ROM:股関節屈曲 95° 問題行動: ROM:股関節屈曲 °

退院時情報 痲痺: 痲痺: 痲痺: 痲痺:

退院時情報 痛み:有り MMT:大腿四頭筋力 3 痛み: MMT:大腿四頭筋力

退院時情報 意欲:有り 中殿筋力 2 意欲: 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 担当医

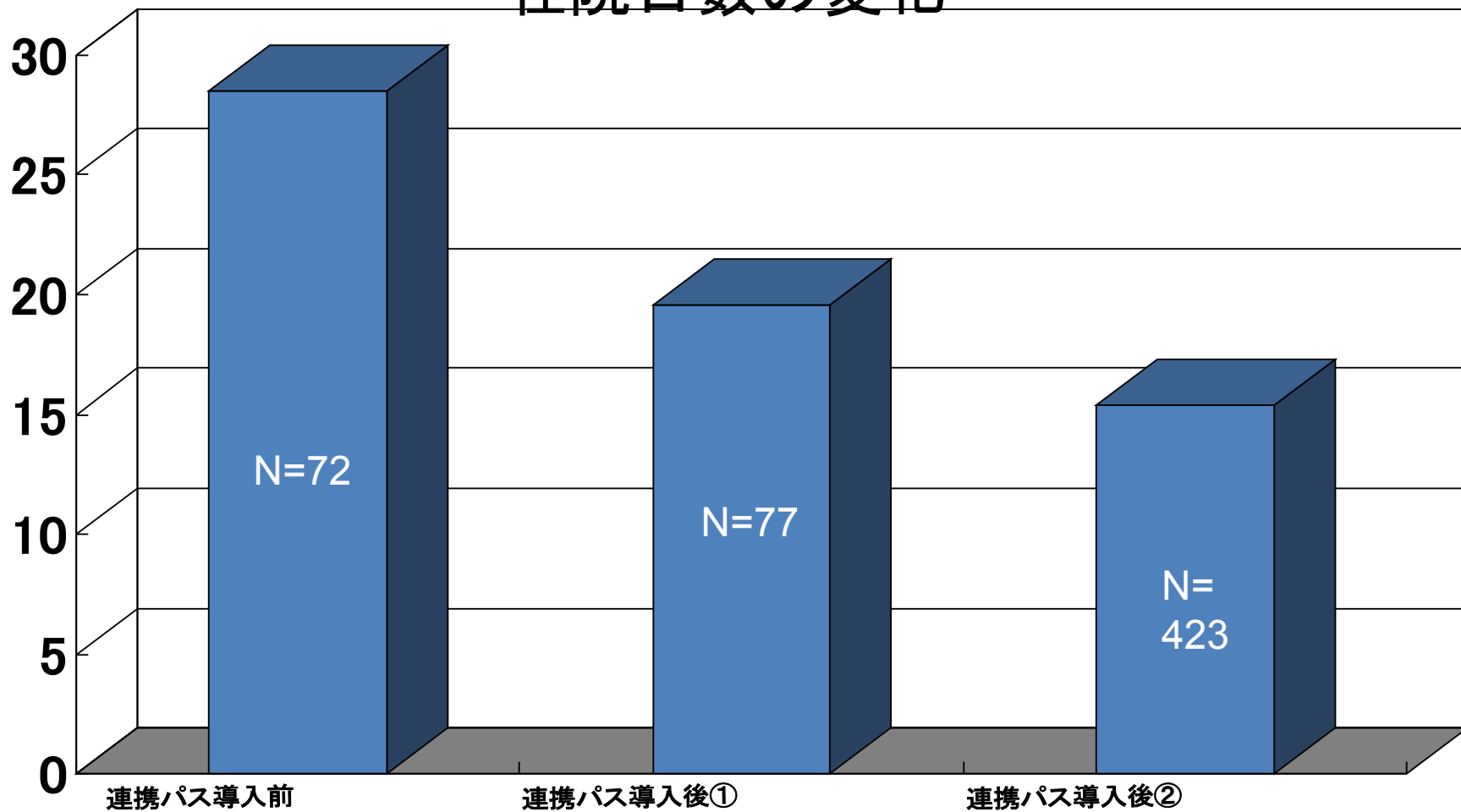
看護師 理学療法士 階橋 政和 看護師

既往症 バリアンス

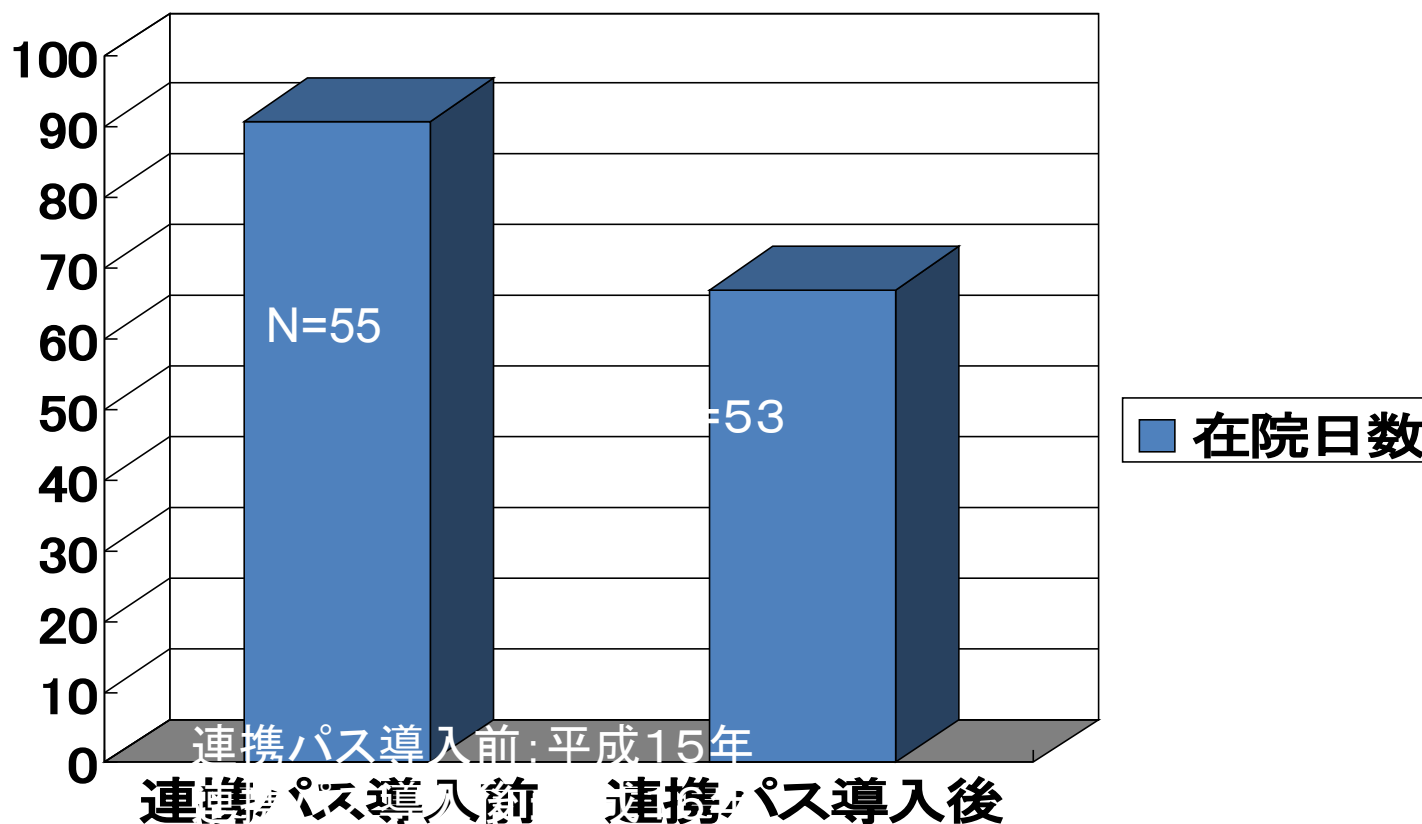
連携パスの効果

- 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 在院日数の変化



連携パスの連携先の リハビリ病院の在院日数変化

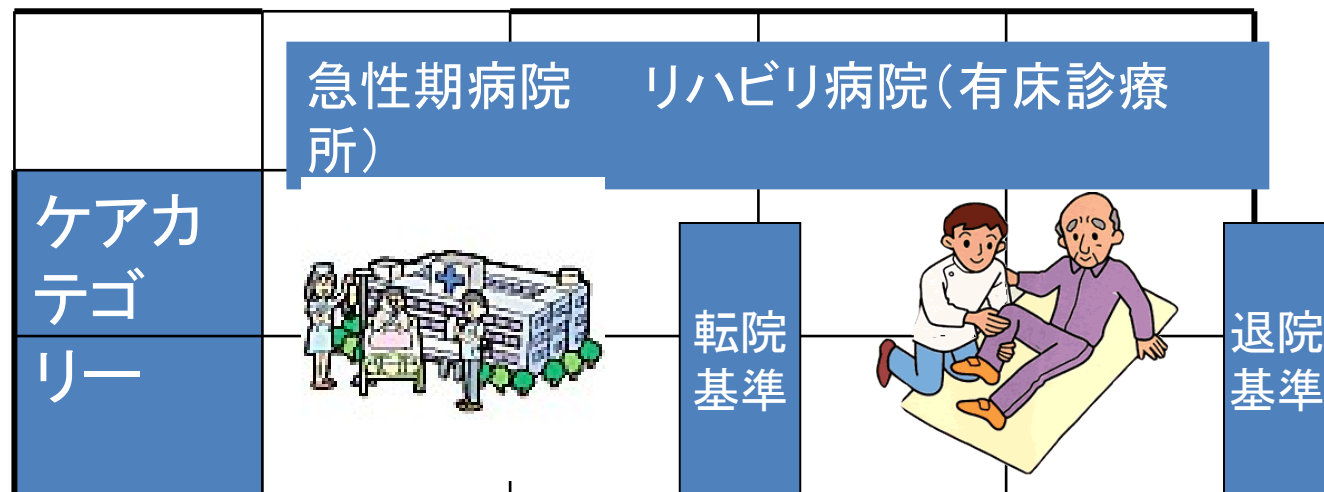


パート2

脳卒中の地域連携パス

脳卒中地域連携パス (08年診療報酬改定)

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



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

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

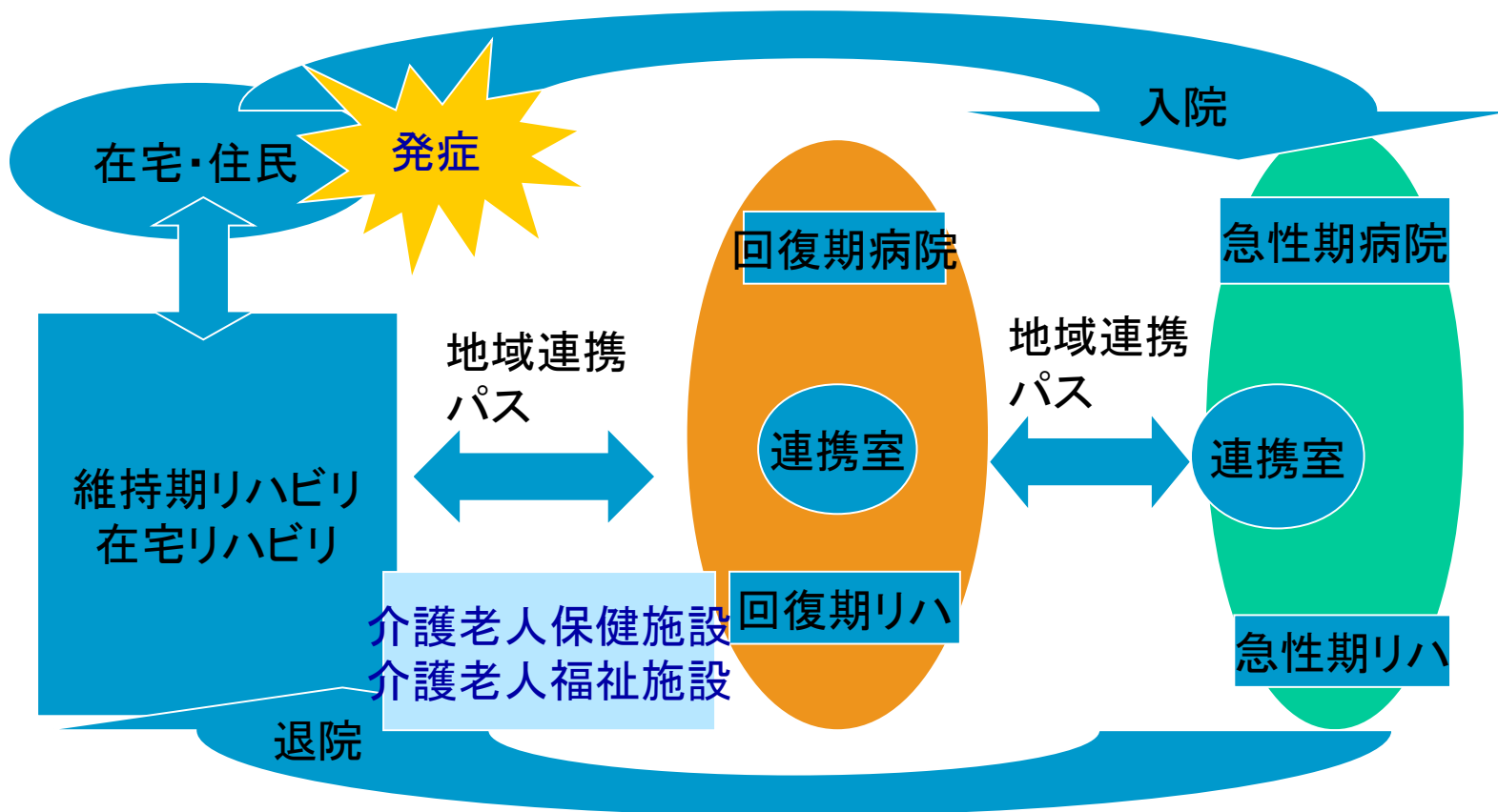
脳卒中地域連携パスの 東京都内の事例

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パスの流れ



東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて



急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

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 ☐慢性肺病 ☐陳旧性心筋梗塞 ()
感染症: ☐HSV ☐HCV ☐MRSA ☐MRDP ☐ESBL ☐その他 ()。部位: ()

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

Barthel Index

	自立	一部介助	全介助
食事	☐ 10	☐ 5	☐ 0
移動	☐ 15	☐ 10	☐ 5
整容	☐ 5	☐ 0	☐ 0
トイレ動作	☐ 10	☐ 5	☐ 0
入浴	☐ 5	☐ 0	☐ 0
更衣	☐ 10	☐ 5	☐ 0
排便管理	☐ 10	☐ 5	☐ 0
排尿管理	☐ 10	☐ 5	☐ 0
平地歩行	☐ 15	☐ 10	☐ 5
階段	☐ 10	☐ 5	☐ 0

計 /100 点

日常生活機能評価表	申込時 点	退院時 点
床と室の指示	0 (無)・1 (有)	0 (無)・1 (有)
どちらかの手を両腕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
移動	0・1・2	0・1・2
移動方法	0・1	0・1
口嚥調整	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
浴室への意思伝達	0・1・2	0・1・2
診療機上の指示が通じる	0・1	0・1
危険行動	0・1	0・1

0:できない(介助なし) 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	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	1b 意識障害-質問	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	1c 意識障害-従命	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	2 最良の注視	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2
	3 視野	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	4 顔面麻痺	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	5 上肢の運動 (右)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	(左)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	6 下肢の運動 (右)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	(左)	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 9 (切断、関節癒合)
	7 運動失調	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 9 (切断、関節癒合)
8 感覚	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	
9 最良の言語	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
10 構音障害	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 9 (構音、身体的障害)	
11 消去減少と注意障害	☐ 0 ☐ 1 ☐ 2	
計 点		
基本動作	寝返り: 6・5・4・3・2・1	
	起き上がり: 6・5・4・3・2・1	
	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	
計 /30 点		
6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 (安静度が解離されていない場合)		

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

全身状態が安定し、重篤な合併症が無い。 ☐
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が 期待できる。 ☐
身体・精神機能、日常生活動作能力の向上が 期待できない。 ☐
在宅環境整備、社会資源活用が必要だが 高い。 ☐
在宅環境整備、社会資源活用が必要だが 低い。 ☐
将来、(☐歩行能力獲得 ☐車椅子移動 ☐ベッド上生活) が予測される。

診療計画

☐リハビリテーション継続 ☐リハビリテーション終了
☐自宅退院
☐転院 (回復期リハビリテーション病院・療養型病院・他)
☐施設 (老人保健施設・老人ホーム・他)

備考

香川シームレスケア研究会



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

香川シームレスケア研究会の 脳卒中連携パス

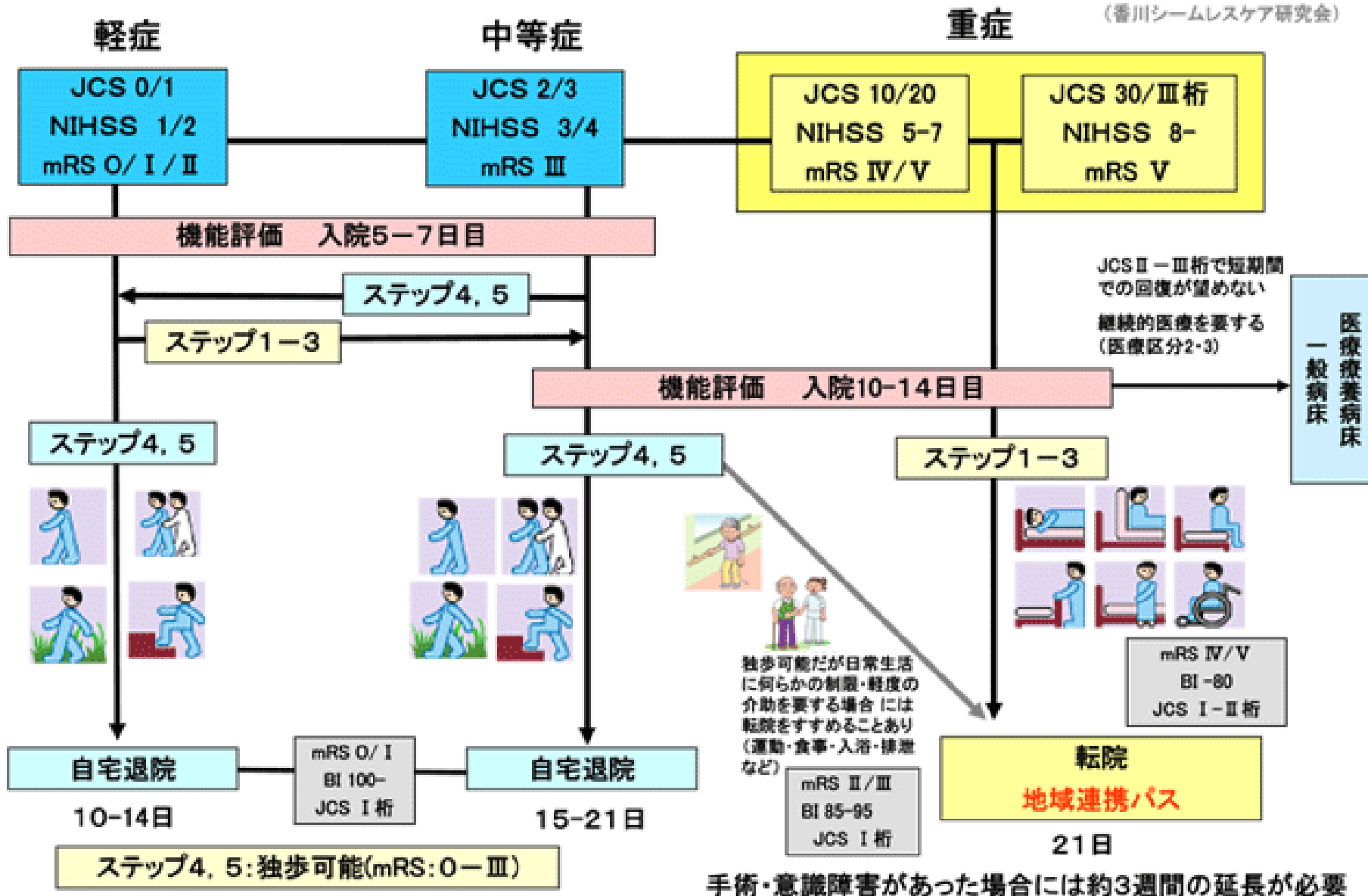
- 2005年11月「香川シームレスケア研究会」
 - － 香川労災病院の呼びかけで17施設でスタート
- 目標
 - － 急性期病院から在宅までを切れ目なく連携する「連携パス」を作成
 - － 施設間で共通のリハビリステップ、評価方法を用いる
 - － 患者さんにも情報を提供する

脳卒中の評価方法

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

リハビリテーション・ステップの標準化

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



[illegible]

「指標における現状把握」

- ・脳卒中の専用病室を有する医療機関および病床数
- ・t-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準
(日本脳卒中学会によるもの)を満たす医療機関数
- ・リハビリテーションが実施可能な医療機関等の数
- ・訪問看護ステーション数

- ・健康診断・健康診査の受診率
- ・発症から救急通報を行なうまでに要した平均時間
- ・救急要請から医療機関収容までに要した平均時間
- ・t-PAによる脳血管溶解療法適用患者への同療法実施率及び実施数
- ・地域連携クリティカルパス導入率
- ・入院中のケアプラン策定率

- ・在宅生活の場に復帰した患者の割合
- ・発症1年後におけるADLの状況
- ・脳卒中を主な原因とするよう介護認定患者数(要介護度別)
- ・年齢調整死亡率

意識障害なし、歩行や日常生活に介助を要する場合
（標準：2～3ヵ月コース）



様

経過日数	入院～1週間	2週間～4週間	4週間～8週間	8週間～12週間	12週目～退院
主治医（ ）	定期的に回診を行います →病状の変化に合わせて必要な検査を行います			退院後のかかりつけ医に情報を提供します	
歯科医（ ）	必要に応じて、歯科受診をしていきましょう				
理学療法士（ ）	身体状況を評価し、計画をたて、訓練を開始します 		外出・外泊練習を通して自宅の生活に慣れていきましょう。 自宅で過ごした際に出てきた問題点をスタッフにご報告下さい 		
作業療法士（ ）					
言語聴覚士（ ）					
看護師（ ）	入院中にお困りの事があれば気軽に申し出下さい		1. ご自宅の環境に合わせた動作の検討及び練習を行います 2. ご家族に負担の少ない介助方法の検討及び指導を行います 3. 施設・病院への退院の場合も、退院先の環境に応じて検討します 4. 必要に応じてカンファレンスを開催していきます  日常生活機能評価		
移動	患者様に合わせた移動手段を検討していきます				
食事	食堂で食べましょう 食事形態及び摂取方法の検討をしていきます				
整容	患者様に合わせた、方法・道具を工夫していきます				
更衣	日中は普段着に、夜はパジャマに着替えましょう				
排泄	可能な限りトイレで排泄を行っていきましょう				
入浴	患者様に合わせた入浴方法を検討していきます				
薬剤師（ ）	必要に応じて、お薬の説明や服薬方法の指導を行います		 自分で薬の管理ができるよう頑張りましょう		
栄養士（ ）	栄養指導を行います。必要に応じて食事の作り方も指導します				
説明 医療ソーシャルワーカー （ ）	 介護保険の説明	退院先の検討を開始します →退院先の情報提供を行います  ＊その他必要な福祉サービスのご案内をいたします	介護保険申請の開始 →訪問調査 →主治医の意見書作成 →認定審査 	要介護認定（ ） ケアマネージャーの決定 →外出練習を通して、環境調整及び利用サービスについて検討しましょう 	→必要な情報を提供し退院へのスムーズな流れをお手伝いします ケアプランの作成 サービス担当者会議の開催 

	在宅への退院基準	施設入所基準（介護老人保健施設）	転院基準（医療療養病床）
退院先の基準	外来での通院が可能。日常生活動作が自立または、家族介護にて在宅生活が可能 	日常生活動作に介助が必要で、家族による介護が困難 	継続した医療が必要
	必要時：訪問診療・訪問リハ 通所リハ・訪問看護 在宅介護 		入院中に急変された場合にも急性期病院と連携していますので、ご安心下さい



香川シームレスケア研究会
2008/3/27

かがわ遠隔医療ネットワーク(K-Mix)

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

全体連携図

急性期病院

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

連携施設(1)

施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

患者

疾...

かかりつ...

シームレ...

退院...

在宅復帰...

紹介医

連携施設(2)

施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

連携施設(3)

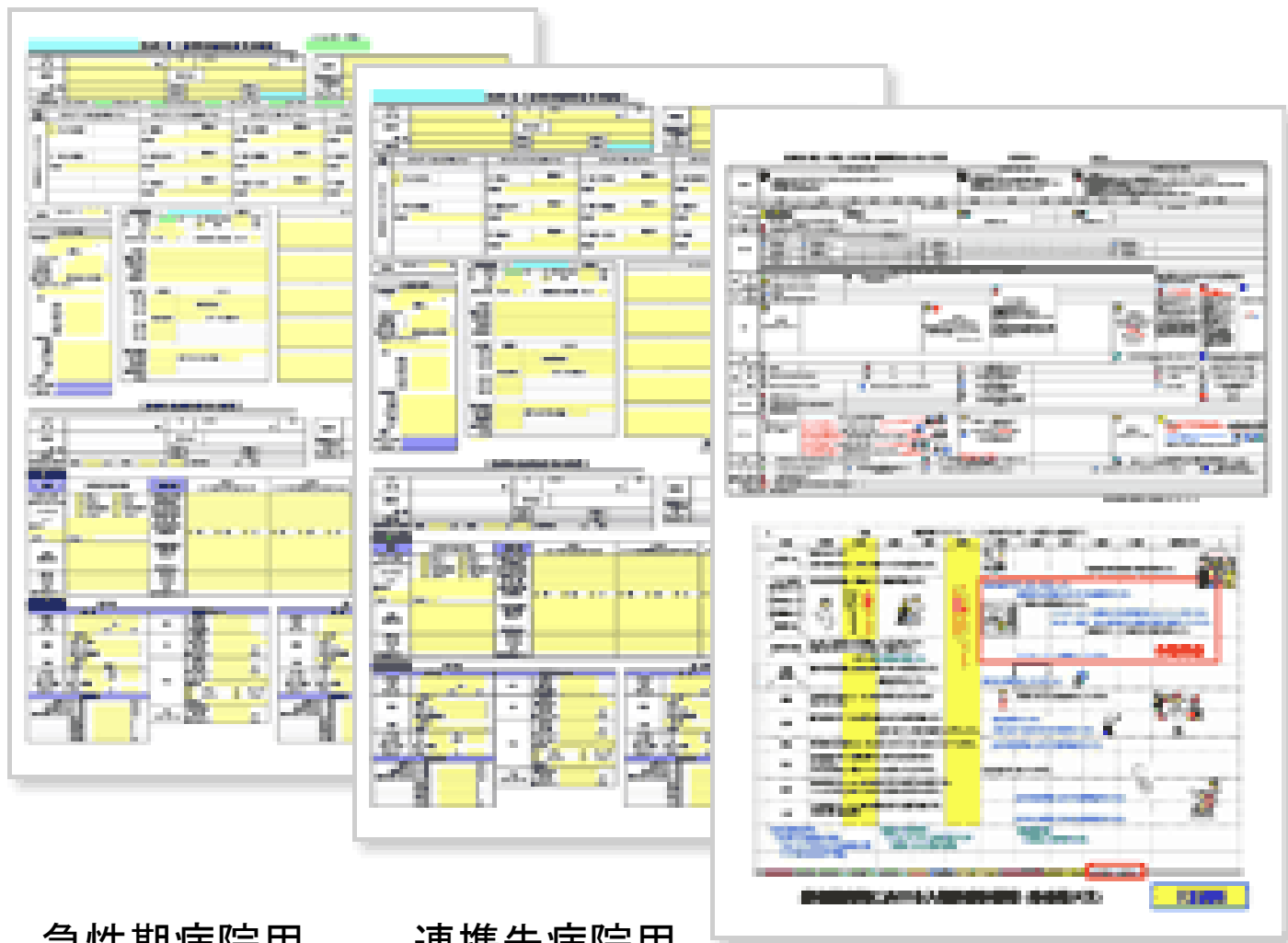
施設名		
入...		入院...
退...		
退...		

その他 診療所・病院

在宅

在宅療養支援診療所

脳卒中連携パス



急性期病院用

連携先病院用

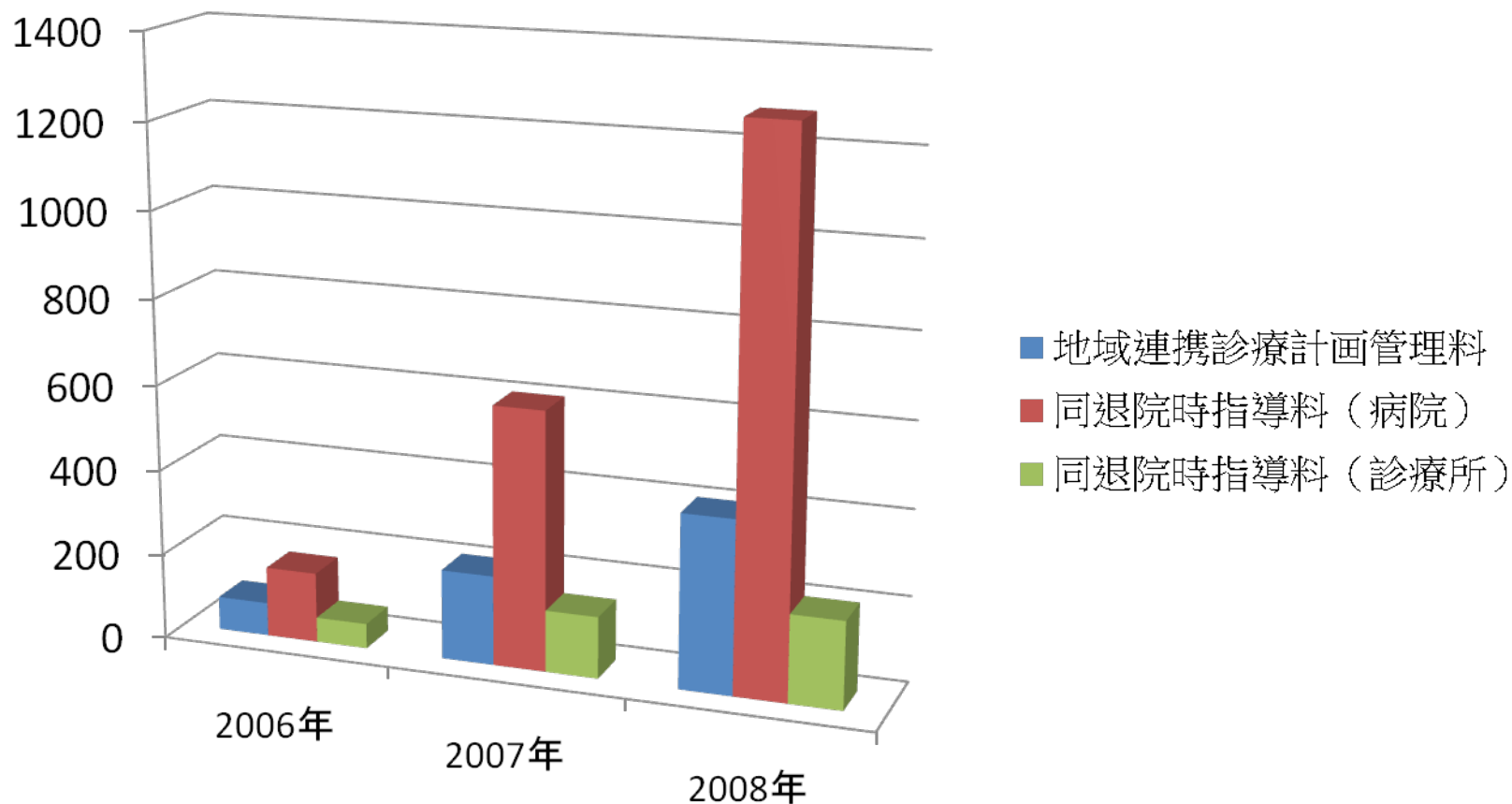
患者用

地域連携クリティカルパス 脳卒中・大腿骨頸部骨折・NST

- 編集・藤本俊一郎 香川
労災病院脳神経外科
部長
- CD-ROM付き



地域連携クリティカルパスの増加



港区連携PEGパス研究会

PEG（経皮内視鏡的胃ろう造設術）



国際医療福祉大学三田病院

東京都済生会中央病院

慈恵大学病院

虎の門病院

北里研究所病院

せんぽ東京高輪病院

港区医師会

港区薬剤師会

港区訪問看護ステーション連絡協議会

NPO法人PEGドクターズネットワーク

連携PEGパス研究会の流れ

2007年9月22日 第1回連携PEGパス研究会

2007年11月29日～ ワーキンググループ開始(4回)



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

2009年9月5日 第3回連携PEGパス研究会

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

清水薬局

保険薬局
東京都薬剤師会



基準薬局



港区薬剤師会

使用済み注射針
回収薬局



まちかど相談薬局



おとうと
2020年11月10日(土)開催
日本薬剤師会(株)おとうとプロジェクト

港区禁煙支援薬局



Tobacco Free
タバコに、さよう
港区みなと保健所・港区

東京都薬剤師会認定



足立門
二丁目

3-15



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

造設年月日:	栄養剤投与方法(種類:	必要栄養量:	交換予定日:
製品名:	8時 9時 12時 15時	18時 21時 24時 kcal)	造設病院連絡先:
型名:	(パンパー or バルーン)		
	(ボタン or チューブ)		
サイズ:	長さ cm×太さ Fr		*休診・夜間等緊急の場合
最新交換日:			

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

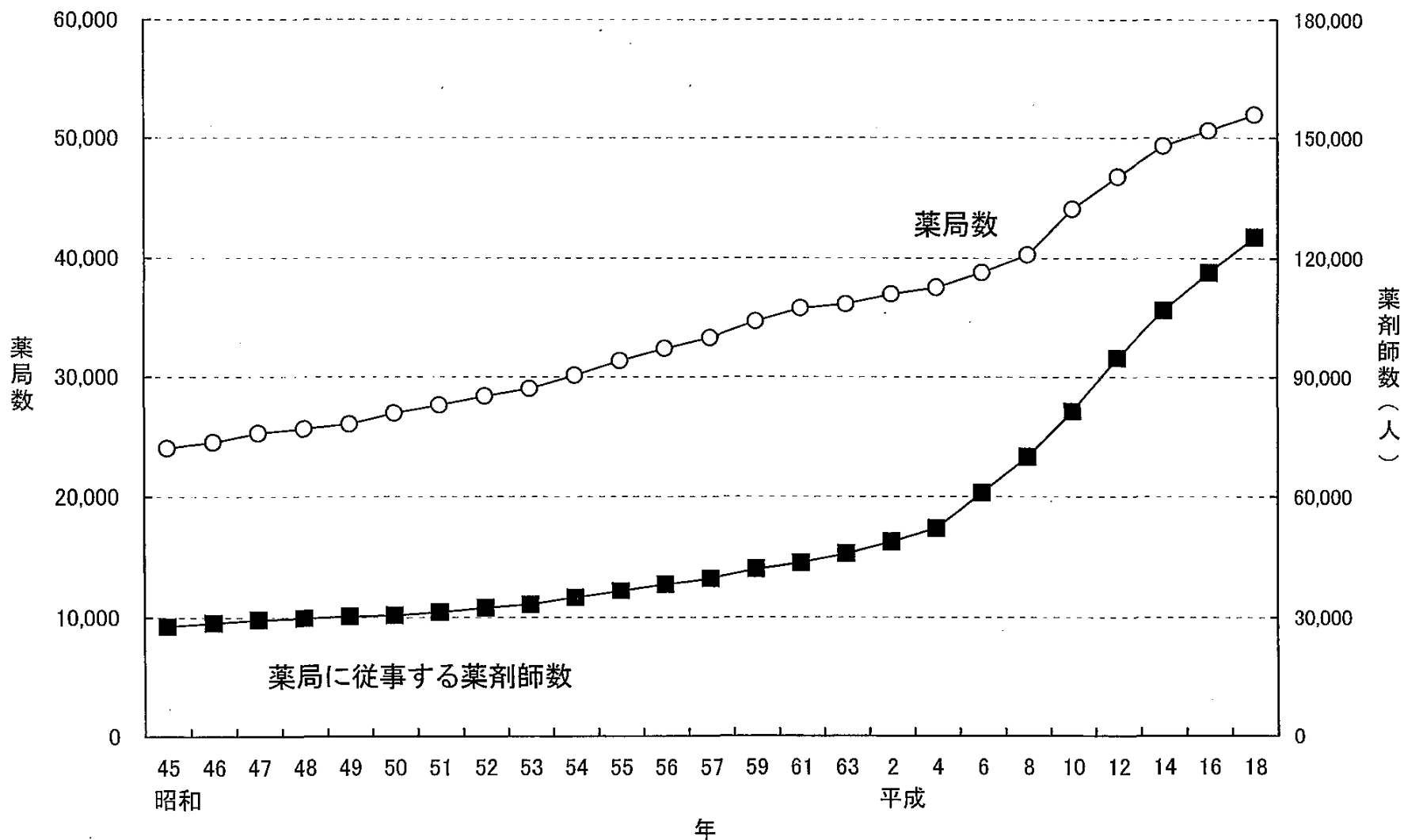
連携PEGパス

医療計画作成指針(07年7月通知)

• 「薬局の役割」

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

薬局数と薬剤師数の推移



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！

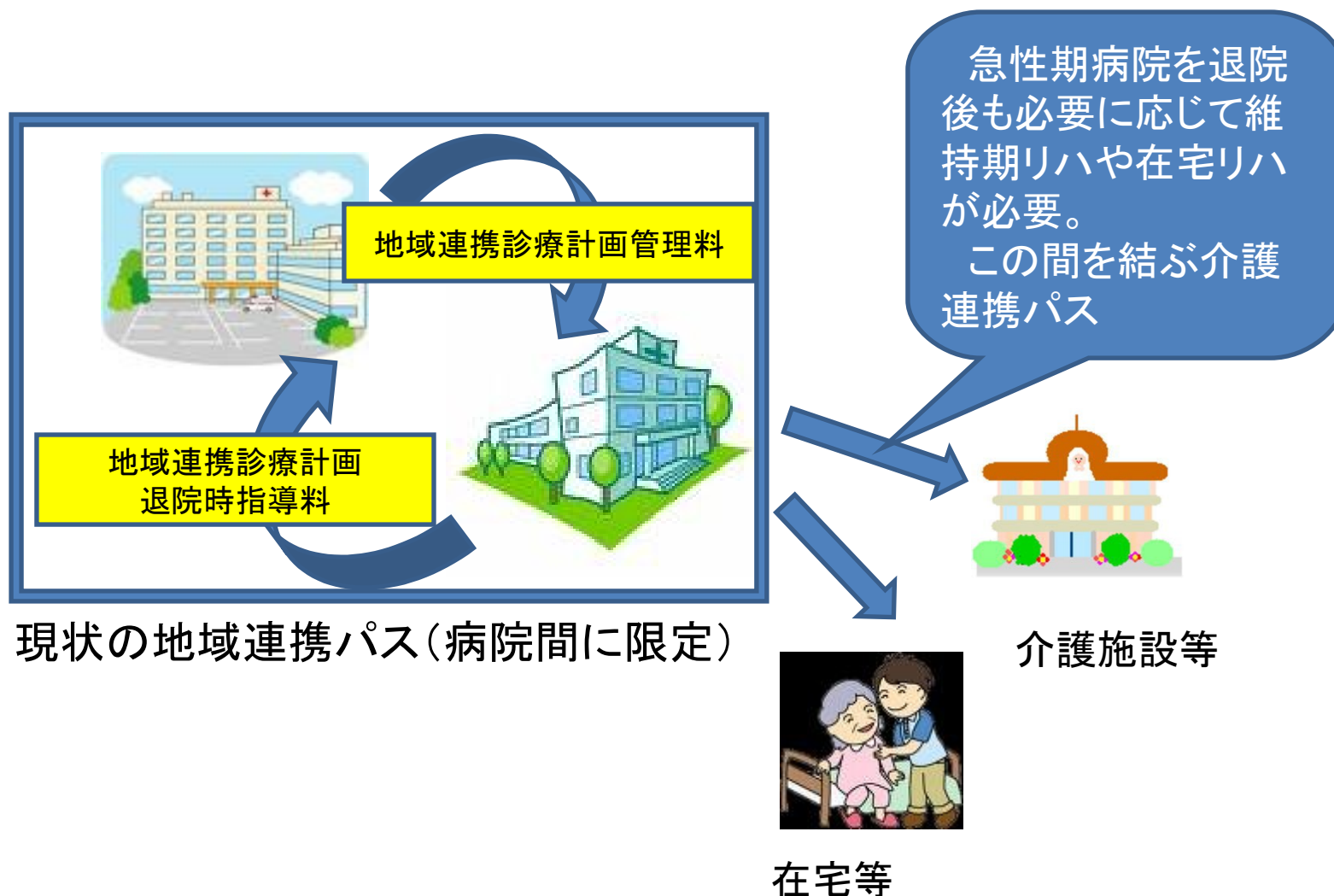
<http://medicalnet-minato.jp/peg/>

パート3

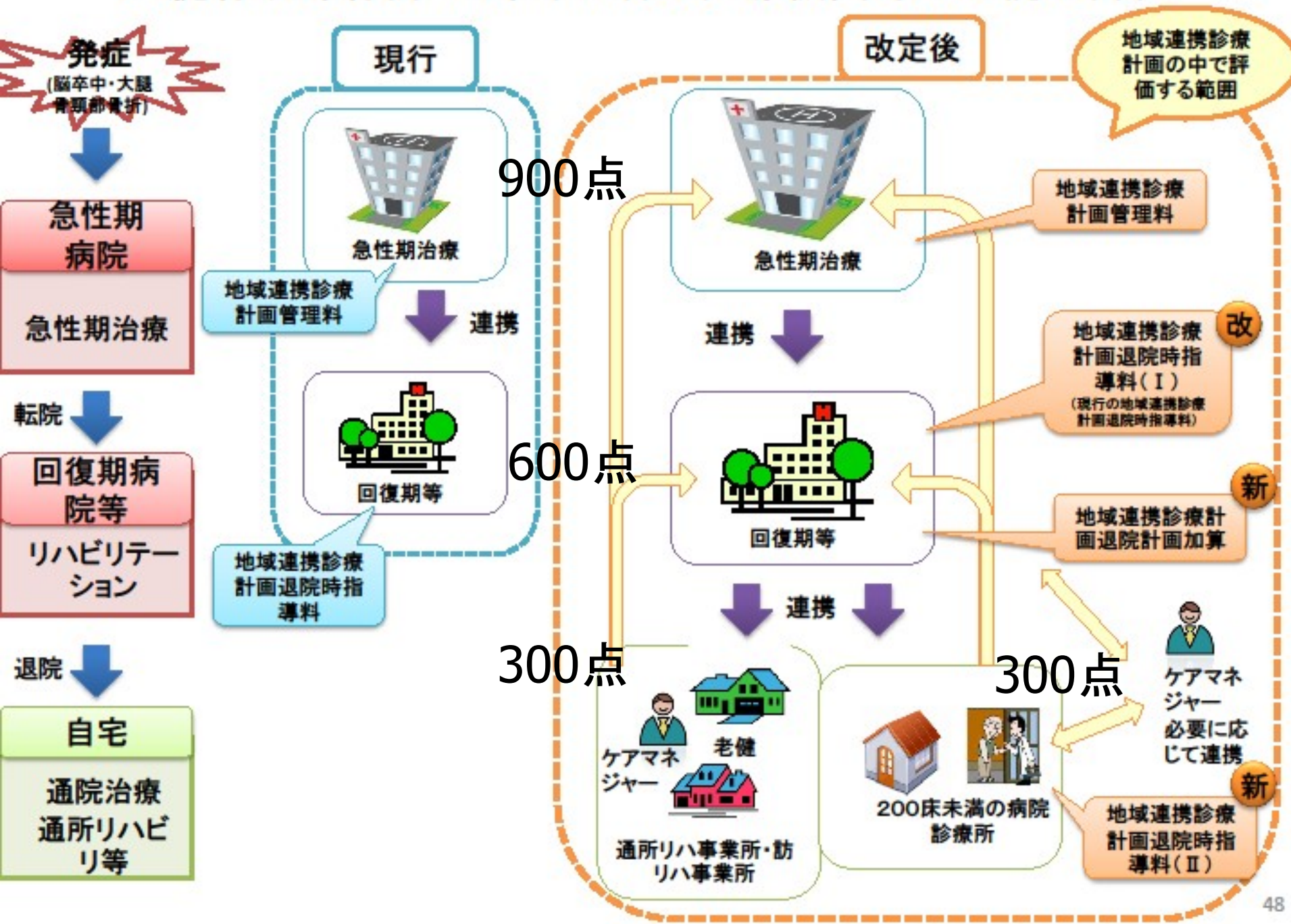
10年診療報酬改定と地域連携パス

- ①施設拡大(在宅、介護へ拡大)
- ②疾病拡大(がんへ拡大)

①地域連携パスの施設拡大



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



介護連携パスの提案

- 介護連携パスは、地域において医療と介護の連携や、各種介護サービス間連携に用いる「地域連携クリティカルパス」のことである
- ①病院と介護施設や在宅介護サービスを結ぶ連携パスと、②在宅支援型（終末期を含む）の連携パスを想定している
- 介護連携パスを2012年診療報酬・介護報酬同時改定期に導入してはどうか？
- 介護連携パスのアウトカム評価も行ってはどうか？

介護連携パス研究会

①病院と介護サービスを 連携する介護連携パス



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

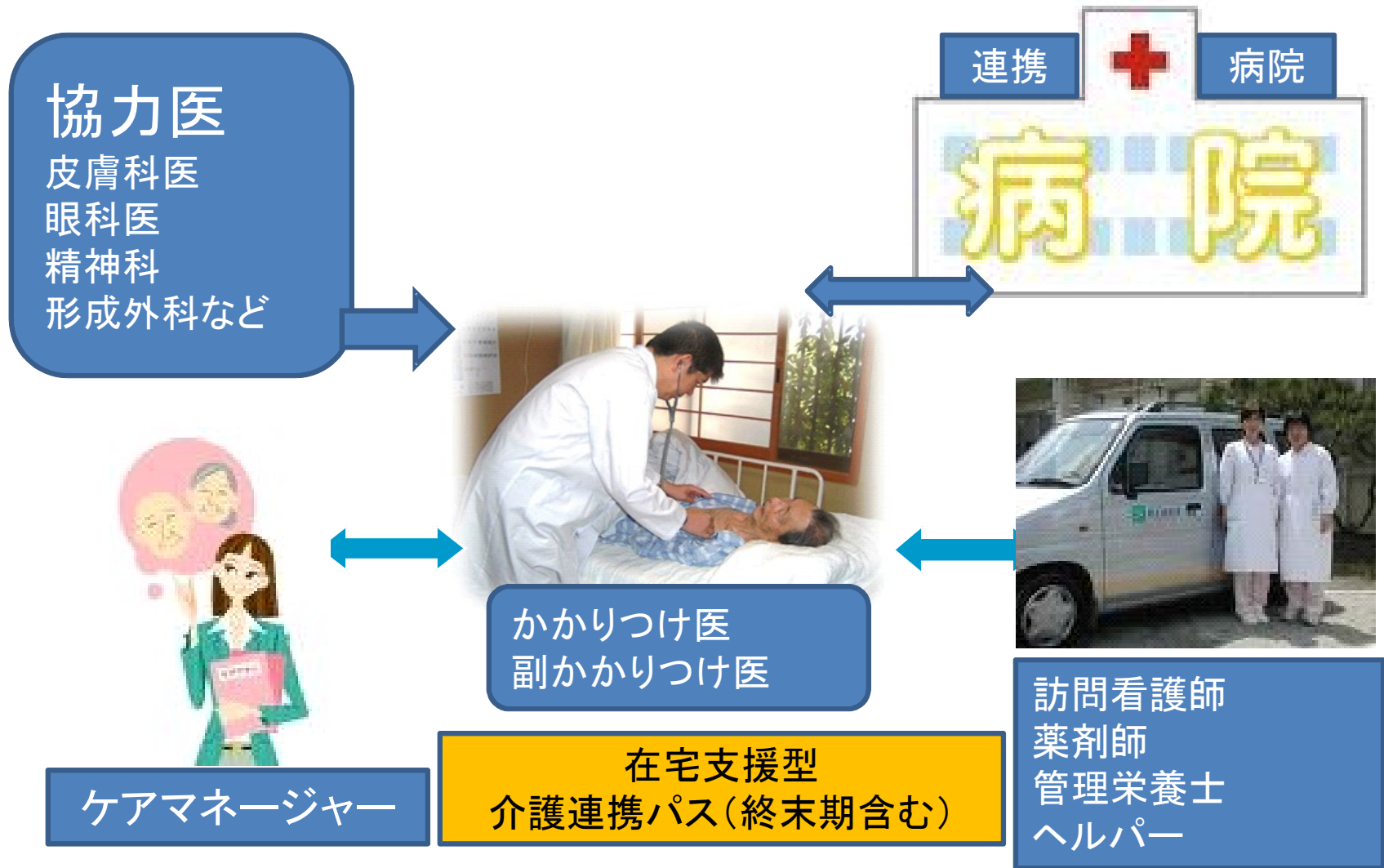


介護施設等

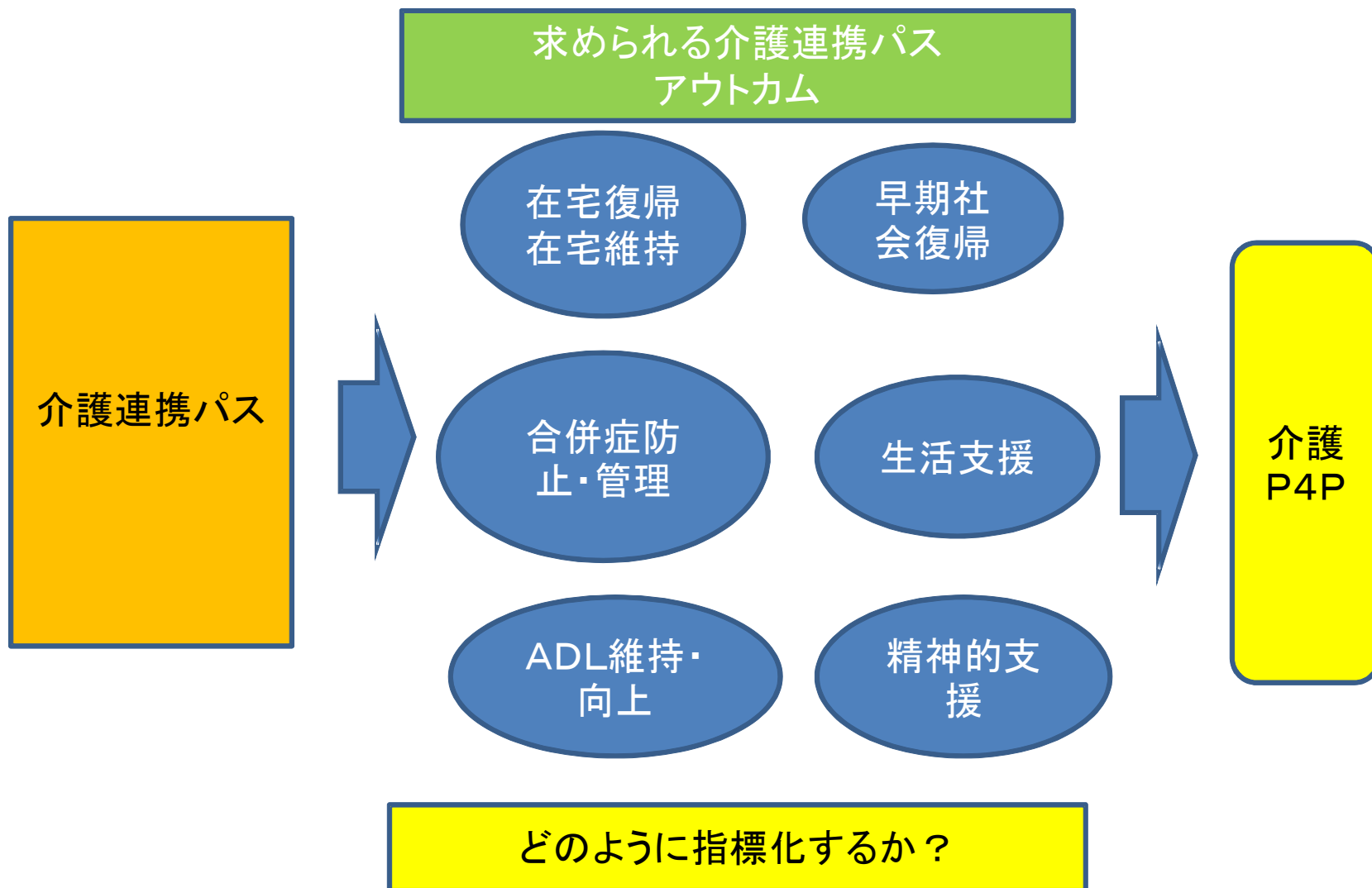


在宅等

②在宅支援型介護連携パス



介護連携パス・アウトカム



介護連携パス研究会



日時 2010年3月27日(土)13:00
～ 17:00

会場 国際医療福祉大学大学院
東京青山キャンパス5階ホール

第1回介護連携パス研究会

- プログラム
- 13:00～13:10 開会のあいさつ
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 13:10～14:00 基調講演「地域包括ケアシステムにおける介護サービス評価の考え方」
 - 国立保健医療科学院 福祉サービス部福祉マネジメント室 室長 筒井孝子
- 14:00～14:35 講演Ⅰ「介護連携パスと介護P4P(Pay for Performance:質に基づく支払い方式)」
 - 介護連携パス研究会 代表幹事 武藤正樹
- 14:35～15:10 講演Ⅱ「介護連携パスの活用事例とIT化の可能性」
 - 有限会社ファイブアローズ あおぞら介護塾 塾長 岩下由加里
 - 株式会社アイ・シー・キューブ 代表取締役 江幡博明
- 15:10～15:45 講演Ⅲ「北多摩南部脳卒中ネットワークにおける在宅支援パスの試み」
 - 武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科 部長 高橋紳一
- 15:45～16:00 休憩
- 16:00～16:50 パネルディスカッション

「介護サービスの質の評価の在り方に係る検討に向けた事業」検討委員会

- 小坂健 東北大学大学院歯科学研究科国際歯科保健分野 教授
- 河口洋行 国際医療福祉大学大学院医療経営管理分野 准教授
- 近藤克則 日本福祉大学大学院 医療・福祉マネジメント研究科 科長
- 田中 慶応義塾大学大学院経営管理研究科 教授
- 筒井孝子 国立保健医療科学院福祉サービス部福祉マネジメント室 室長
- 栃本一三郎 常置大学総合人間科学部社会福祉学科 教授
- 藤井賢一郎 日本社会事業大学専門職大学院ビジネスマネジメントコース 准教授
- 掘田聰子 東京大学社会科学研究所 特任准教授
- 武藤正樹 国際医療福祉総合研究所所長

介護サービスの質の評価の階層図(詳細なイメージ)

介護保険の 理念

この法律は(中略)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービスおよび福祉サービスにかかる給付を行う。(※1)

地域が 達成すべき 具体的な目標

利用者等のQOLの確保

地域との連携・参画

目標を 達成するため のサービス等

その人らしい生活の実現に向けた工夫

質が高く安全な専門技術の提供

地域の保健・医療・福祉資源の活用と連携

地域社会への貢献

適切な 事業運営

従事者がやりがいを感じる職場づくり

施設・設備の管理

適切な財務管理

情報を活用した事業戦略

注) 必ずしもサービスの全側面を事業所単位で提供することを求めるものではなく、事業所規模に応じて、事業者全体で取り組む必要がある。

②地域連携パスの疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
がん地域連携パスに疾病拡大

がん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。

⑧ 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。

⑨ がん治療連携指導料(連携医療機関) 300点(情報提供時)

[算定要件]

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

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価



計画策定病院

750点

がん診療連携拠点病院等



あらかじめがんの種類や治療法ごとに治療計画を策定し連携医療機関と共有



連携医療機関

300点

200床未満の病院
診療所

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



計画に基づき、外来における専門的ながん診療を提供。

がん治療連携指導
(情報提供時)

診療情報提供

がん治療連携計画策定料(退院時)

紹介

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



港区がん連携パス研究会



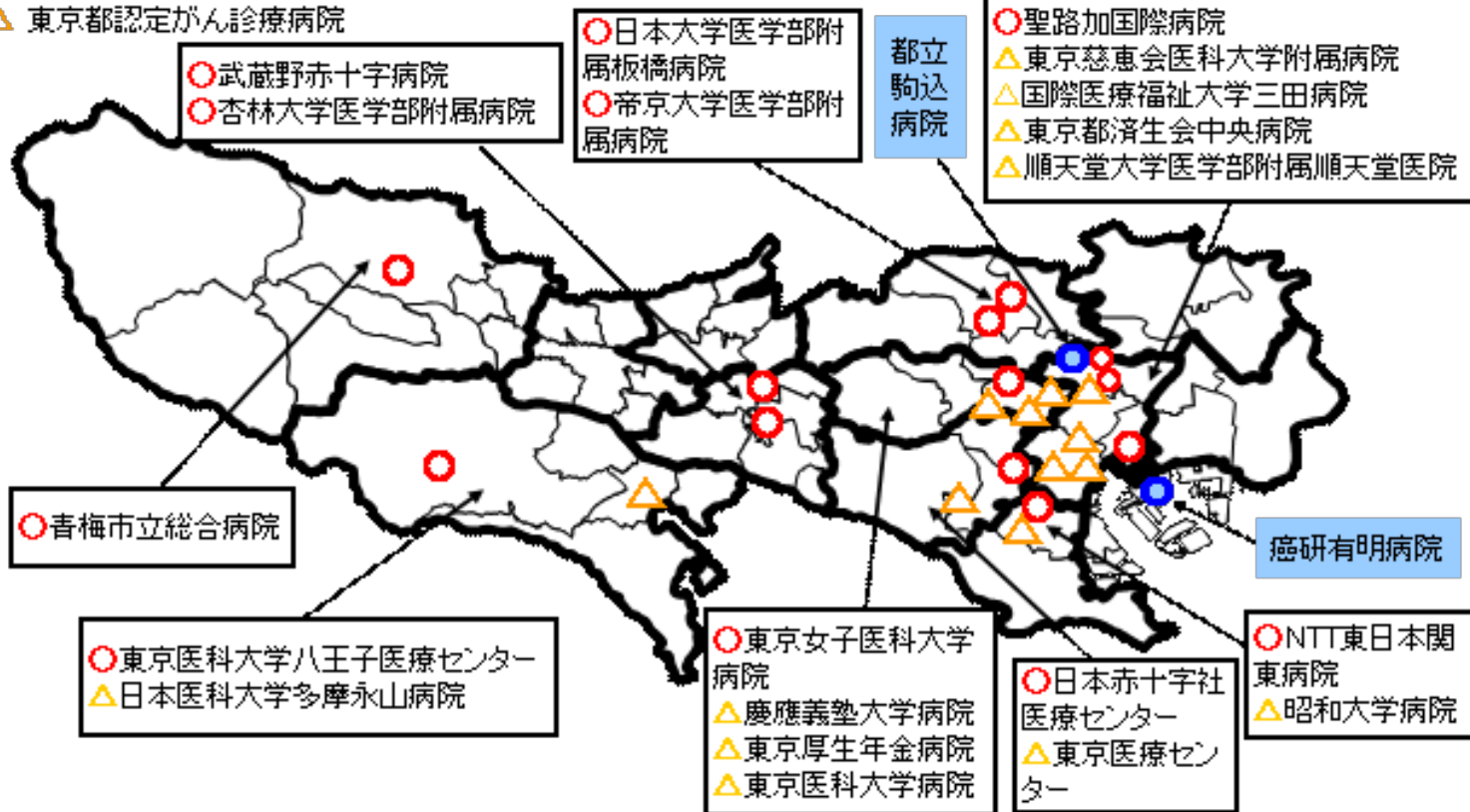
胃がん・大腸がん手術後
外来経口抗がん剤療法(TS-1)の連携パス

国際医療福祉大学三田病院
東京都済生会中央病院
山王病院

東京都における地域がん診療連携拠点 病院・都認定がん診療病院

区中央部
医療圏に
は7つあ
る

- 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



東京都の13の二次医療圏に24のがん診療拠点病院がある！

港区医師会アンケート調査

1. がん患者の診断を行うことがありますか。

☐ はい ☐ いいえ

2. がん治療の経験はありますか。

☐ はい ☐ 以前所属していた施設で経験がある ☐

↓

どのようながん種の患者さまを診ていますか？（複数回答）

☐ 胃がん ☐ 大腸がん ☐ 肺がん ☐ 乳がん ☐ 肝がん
☐ 前立腺がん ☐ 子宮がん ☐ その他（

3. がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか。

☐ はい ☐ いいえ

☐ その他（

4. 検査、診断可能な項目を教えてください。（複数回答）

☐ 一般血液検査の迅速検査

☐ 可能でない→（何日後に結果が出ますか： 日

☐ 腫瘍マーカー ☐ 内視鏡検査 ☐ X線

☐ エコー ☐ CT ☐ MRI ☐ マ

☐ その他（

5. どの程度の状態のがん患者なら逆紹介で受け入れることが可能か？

☐ 状態の良い、術後フォローのみの患者

☐ 状態の良い、術後補助化学療法患者（経口抗癌剤）

☐ 状態の良い、術後補助化学療法患者（注射抗癌剤）

☐ 状態の良い、進行再発がんの化学療法（経口・注射抗

☐ 終末期の患者（緩和ケアの患者）

☐ 受け入れられない

☐ その他（

6. 術後フォローのがん患者を受け入れた場合の不安な点（複数回答）

☐ 定期の診断・治療

☐ 緊急時の対応

☐ 化学療法の副作用への対応

☐ 患者のメンタルケア

☐ その他（

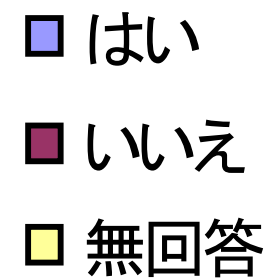
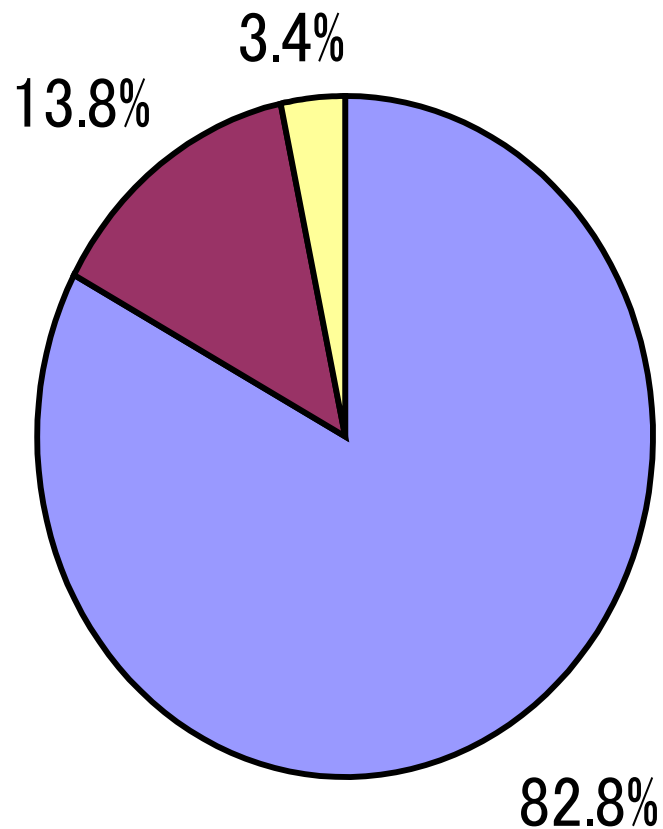
7. 在宅医療、往診を行っていますか。

☐ はい ☐ いいえ

8. 終末期がん患者を在宅で看取ったことがありますか。

☐ はい ☐ いいえ

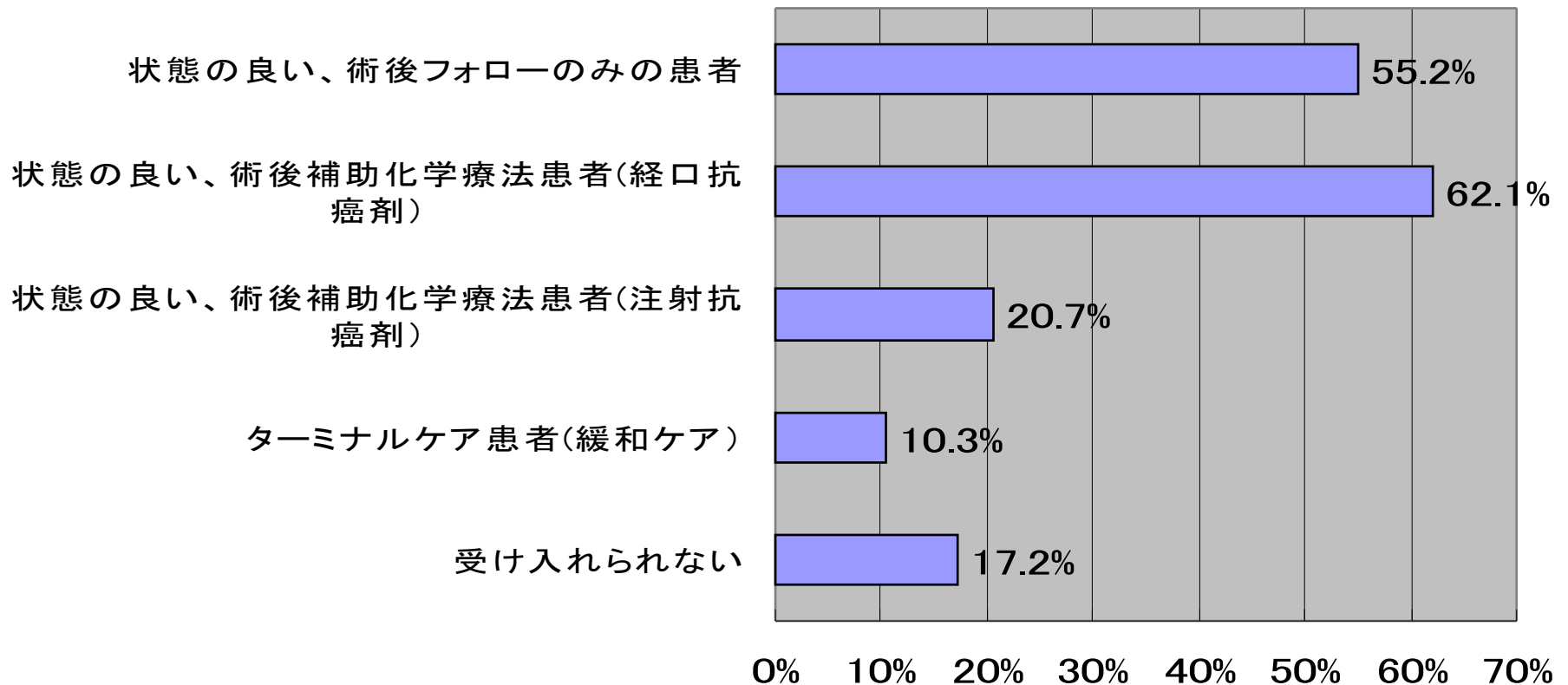
がん術後フォローアップの病診連携に興味がありますか



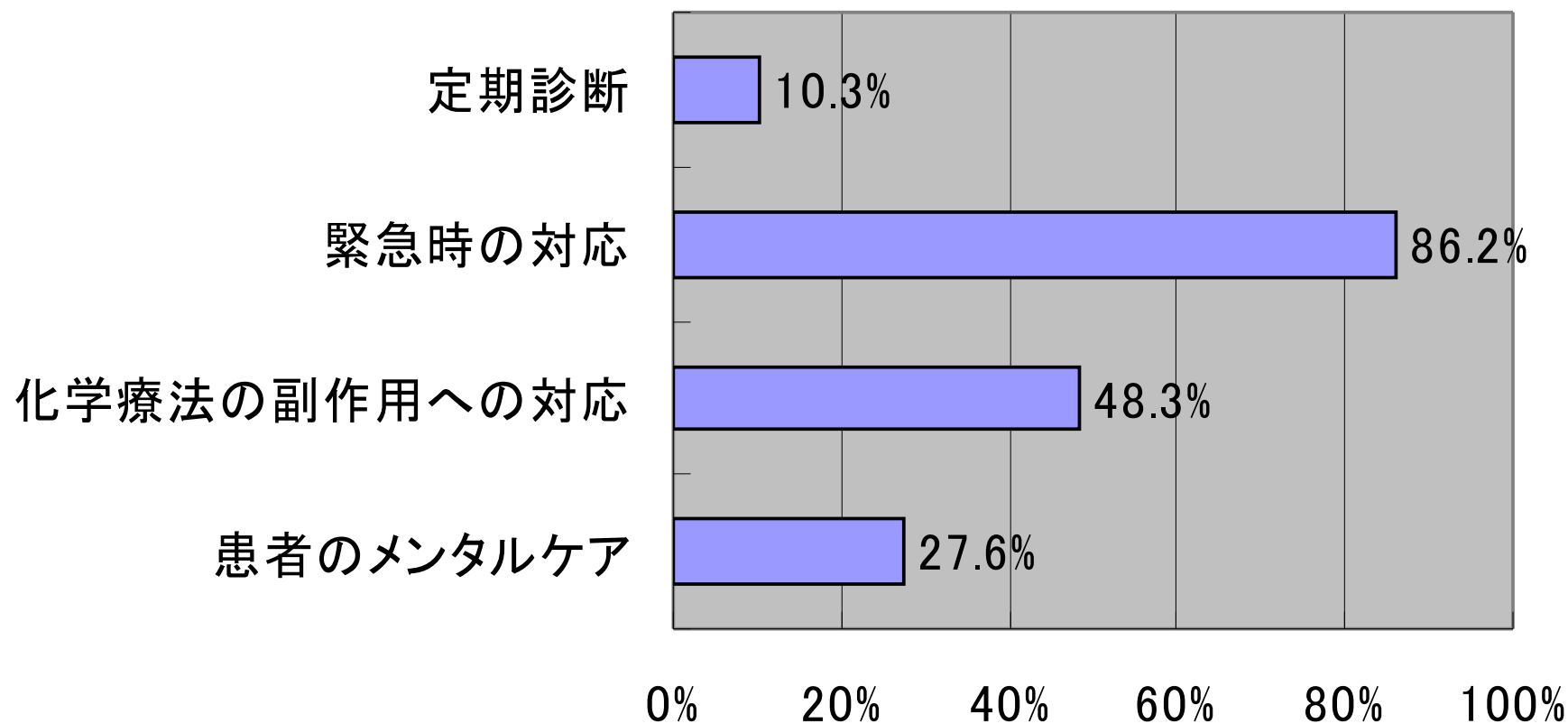
がん術後のフォローに 興味を持つ理由

- 「現在すでにがんのフォローアップ中の患者がいる」
- 「消化器外科に携わっていた経験が役立てられるから」
- 「勤務医時代はがん診療に携わっていたから」
- 「以前は一般外科医だったから」
- 「がん専門施設に勤務していたから」
- 「当院から紹介先で手術を受け、状態が安定した患者さんが再び当院への通院を希望された場合に必要だから」
- 「悪化時にはすぐに受け入れていただける体制になればできるだけ自宅で過ごさせてあげたいから」
- 「患者さんのニーズから」
- 「地域医療の一環として」

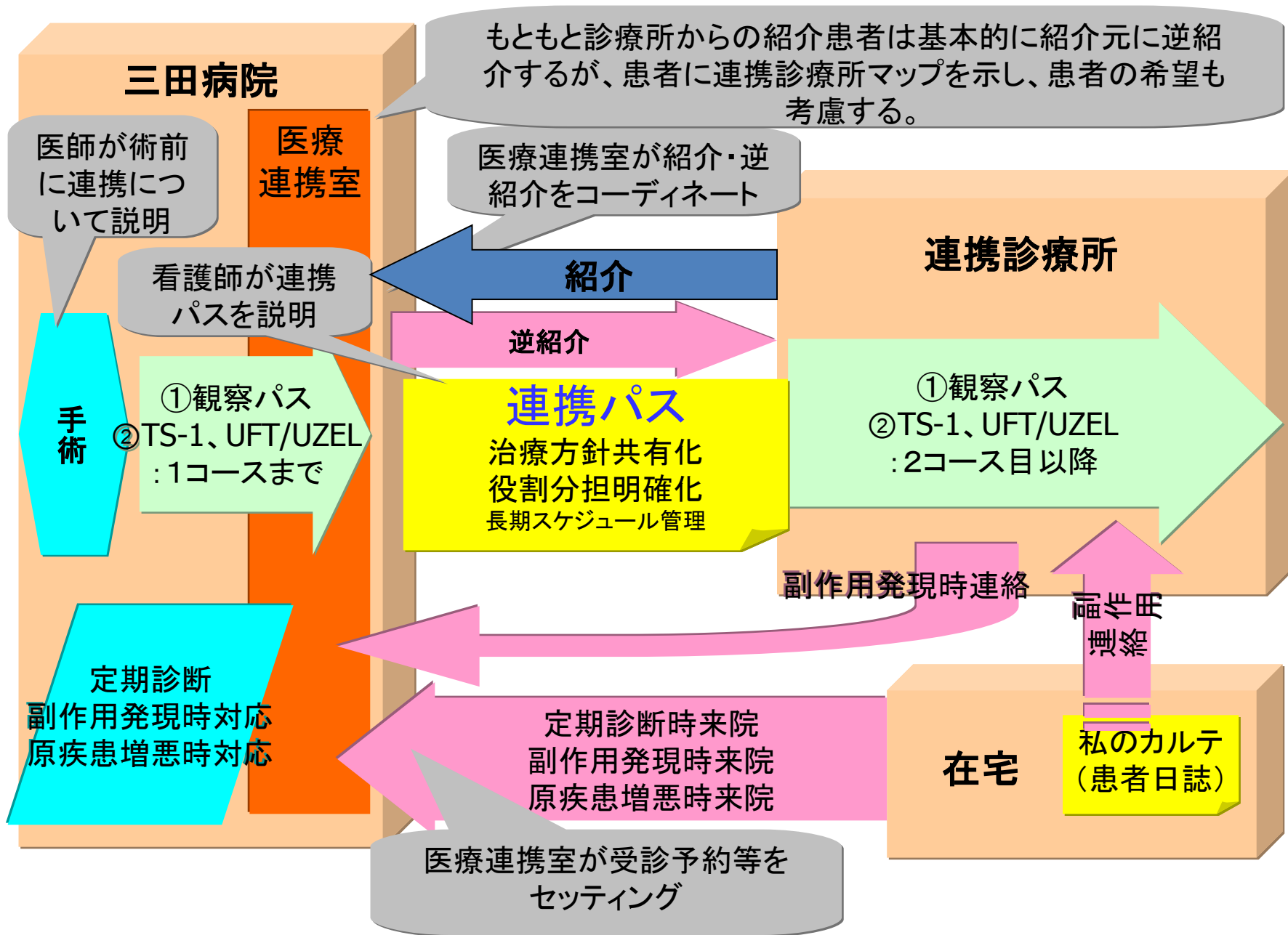
どんながん患者さんを フォローしたいですか？



病院に期待すること



胃がん・大腸がん連携パス（まずは観察パスから）



- ・地域連携パス患者用説明書
- ・診療情報提供書
- ・連携先医療機関一覧
- ・連携元病院情報
- ・胃癌stage I（フォローアップ連携パス）チェックシート
- ・胃癌stage II・III（TS-1連携パス）チェックシート
- ・TS-1適正使用について
- ・連携パスの運用方法/紹介・逆紹介の流れ/緊急時の対応について（副作用発現時・再発時）
- ・連携パスITシステムのご紹介（東計電算）
- ・病院緊急時連絡先（診療所→病院連携室）

[illegible]

私のカルテ

港区版胃がん連携パス

港区胃がん連携パス(目次)

- 地域連携パス患者説明書
- 診療情報提供書
- 連携先医療機関一覧
- 連携元病院情報
- 胃がんステージⅠ 観察パス
- 胃がんステージⅡ・Ⅲ連携パス(TS-1連携パス)
- TS-1適正使用について
- 連携パスの運用方法、紹介・逆紹介の流れ、緊急時の対応(副作用発現時、再発時)
- 連携パスITシステムの紹介
- 病院緊急時連絡先

がん連携パスをIT化する

済生会若草病院の
メディカル・ネットワーク・パスの事例



外科 佐藤靖郎先生

ログイン者: 済生会 若草病院 佐藤 靖郎

前回ログイン
2008/05/20 9:34:39

新着情報 infomation

現在、新着のメッセージはありません。

▼TOPへ

▼マスターメニュー

▼パラメーターメニュー

▼メッセージメニュー

▼胃癌メニュー

▼大腸癌メニュー

▼EBM DATABASE

▼服薬情報

▼服薬情報

▼ツール

▼パスワード変更



医療情報検索



連携パス



患者情報

大腸癌・患者情報一覧

患者情報登録

大腸癌基本パス作成

大腸癌パス連携設定

大腸癌パスシート作成



服薬情報

服薬情報



EBM database



ツール

ドクターツール

連携クリティカルパス画面

TOPへ戻る

2年以降

カルテNo																				
患者手術日	年		月		日															
連携機関登録																				
	退院				6ヶ月後				1年後				1年半後							
術後経過日	年		月		日		年		月		日		年		月		日			
連携・連絡	-----				-----				-----				-----							
教育・指導	☐ 治療スケジュール説明				☐ 治療スケジュール説明				☐ 治療スケジュール説明				☐ 治療スケジュール説明							
	☐ 患者様用パス説明				☐ 患者様用パス説明				☐ 患者様用パス説明				☐ 患者様用パス説明							
	☐ 服薬指導				☐ 服薬指導				☐ 服薬指導				☐ 服薬指導							
Adjuvant chemotherapy	☐ 残薬チェック				☐ 残薬チェック				☐ 残薬チェック				☐ 残薬チェック							
	☐ 併用薬チェック				☐ 併用薬チェック				☐ 併用薬チェック				☐ 併用薬チェック							
	▼選択してください				▼選択してください				▼選択してください				▼選択してください							
採血	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
CEA	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
CA19-9	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
採尿	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
検便	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
直腸指診 (※直腸癌)	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
胸部X線	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
腹部超音波	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
腹部CT	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
骨盤CT (※直腸癌)	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
大腸内視鏡	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	
PS	☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼		☐	--		▼	

▼TOPへ

▼マスターメニュー

▼パラメーターメニュー

▼メッセージメニュー

▼胃癌メニュー

▼大腸癌メニュー

>大腸癌・患者情報一覧

>患者情報登録

>大腸癌基本パス作成

>大腸癌パス連携設定

>大腸癌パスシート作成

>大腸癌パス実績入力

>服薬指導実績入力

▼EBM DATABASE

▼服薬情報

▼ツール

▼パスワード変更

パート4

退院調整（退院支援）

急性期病院から在宅への円滑な移行

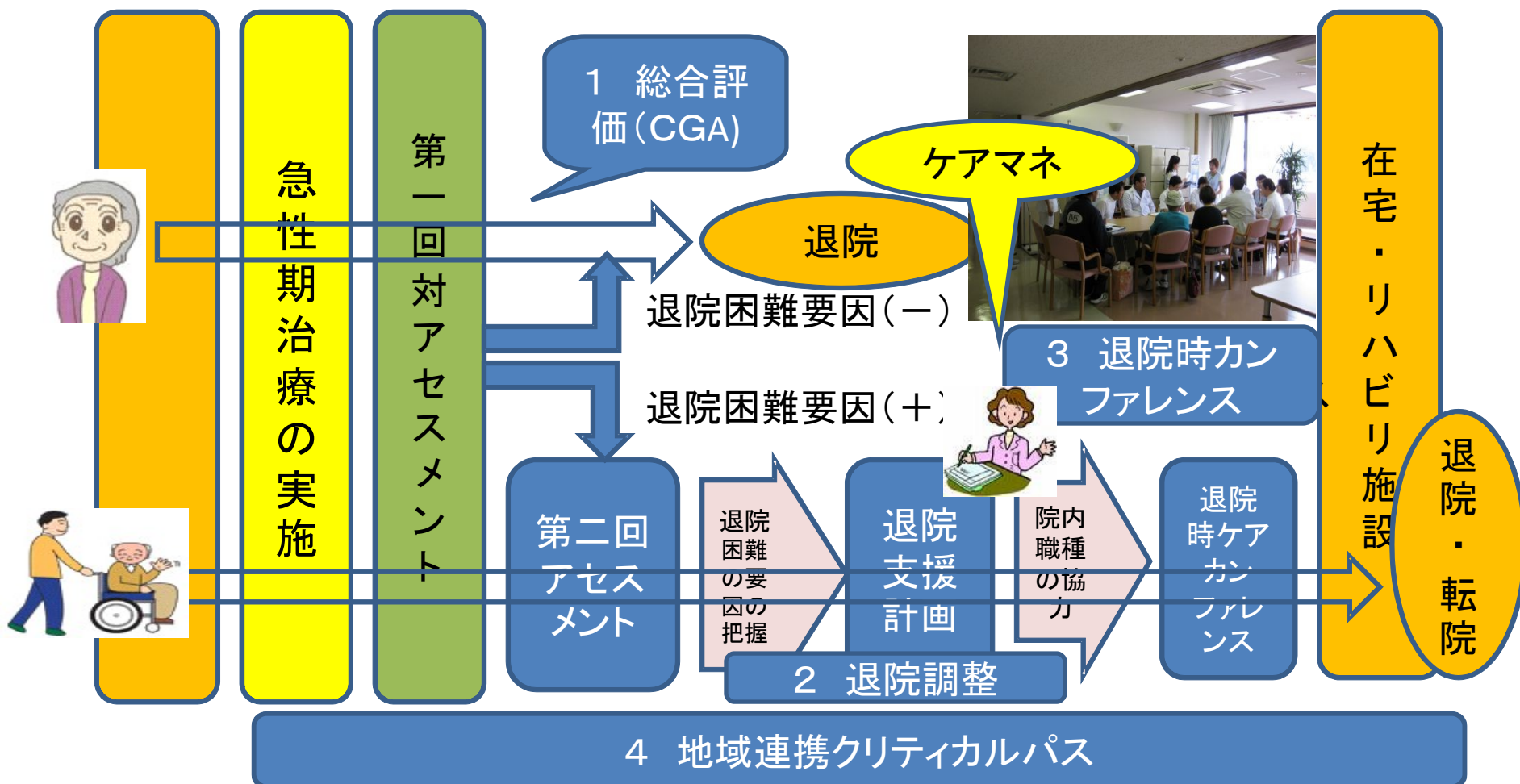
10年改定で
後期高齢者医療が
廃止され前期高齢
者にまで拡張

08年診療報酬改定

後期高齢者医療での病院での退院支援の流れ

入院

退院患者の6%は退院困難を抱えている



退院調整の必要な患者

- ①再入院を繰り返している患者
- ②退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者
- ③入院前にくらべ日常生活動作(ADL)が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ④独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ⑤現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者等。
- * 退院調整の必要な患者の出現頻度
 - － 平成19年度の厚生労働省の老人保健健康増進等事業の調査によると入院患者の約6.3%

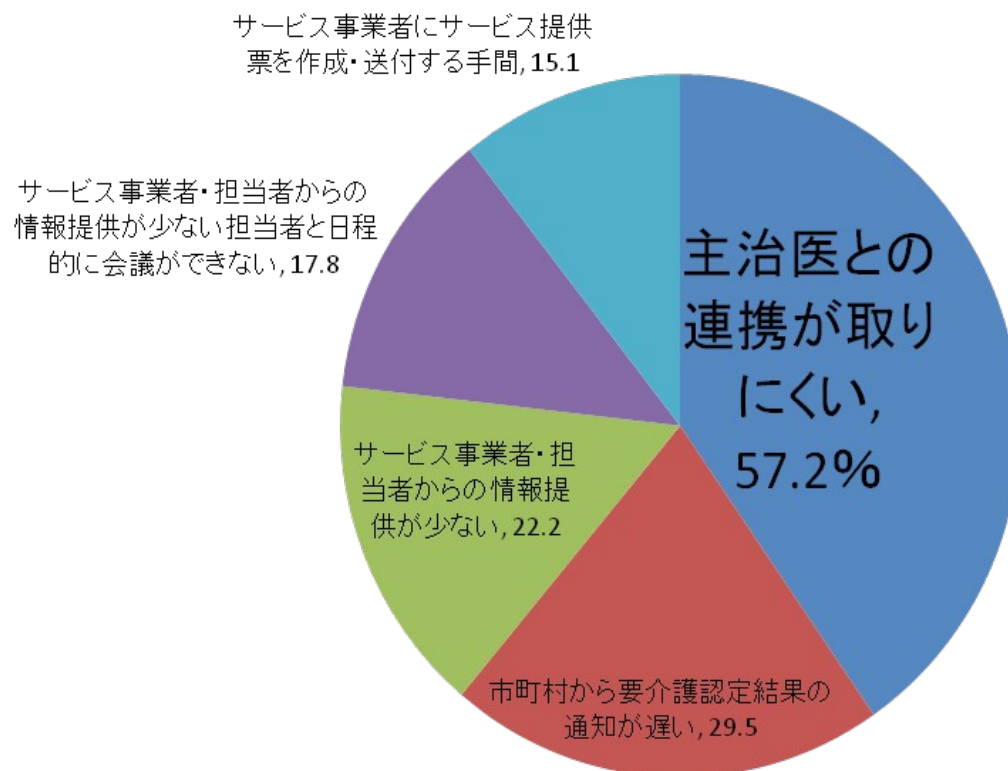
介護支援連携指導料 300点

(10年診療報酬改定で新設)

- 入院中の医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師・薬剤師・理学療法士等が、入院中の患者の同意を得て、居宅介護支援事業者等と退院の介護サービス等について共同して指導を行った場合に、入院中2回に限り算定する。
- 退院時共同指導料の多職種連携加算を算定する場合には、同日に行った指導について、介護支援連携指導料は算定できない。

ケアマネージャーの悩み

%



N=2,062人(複数回答)

居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査
(平成19年株式会社三菱総合研究所)

退院時ケアカンファレンス

退院時共同指導料(08年)

- 退院時カンファレンス
 - － 退院時共同指導料で評価
 - － 退院前カンファレンスは、患者を中心として病院職員と地域医療従事者が一同に会する得難い情報交換の場
 - － とくに在宅主治医、訪問看護師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー等のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合には2000点加算



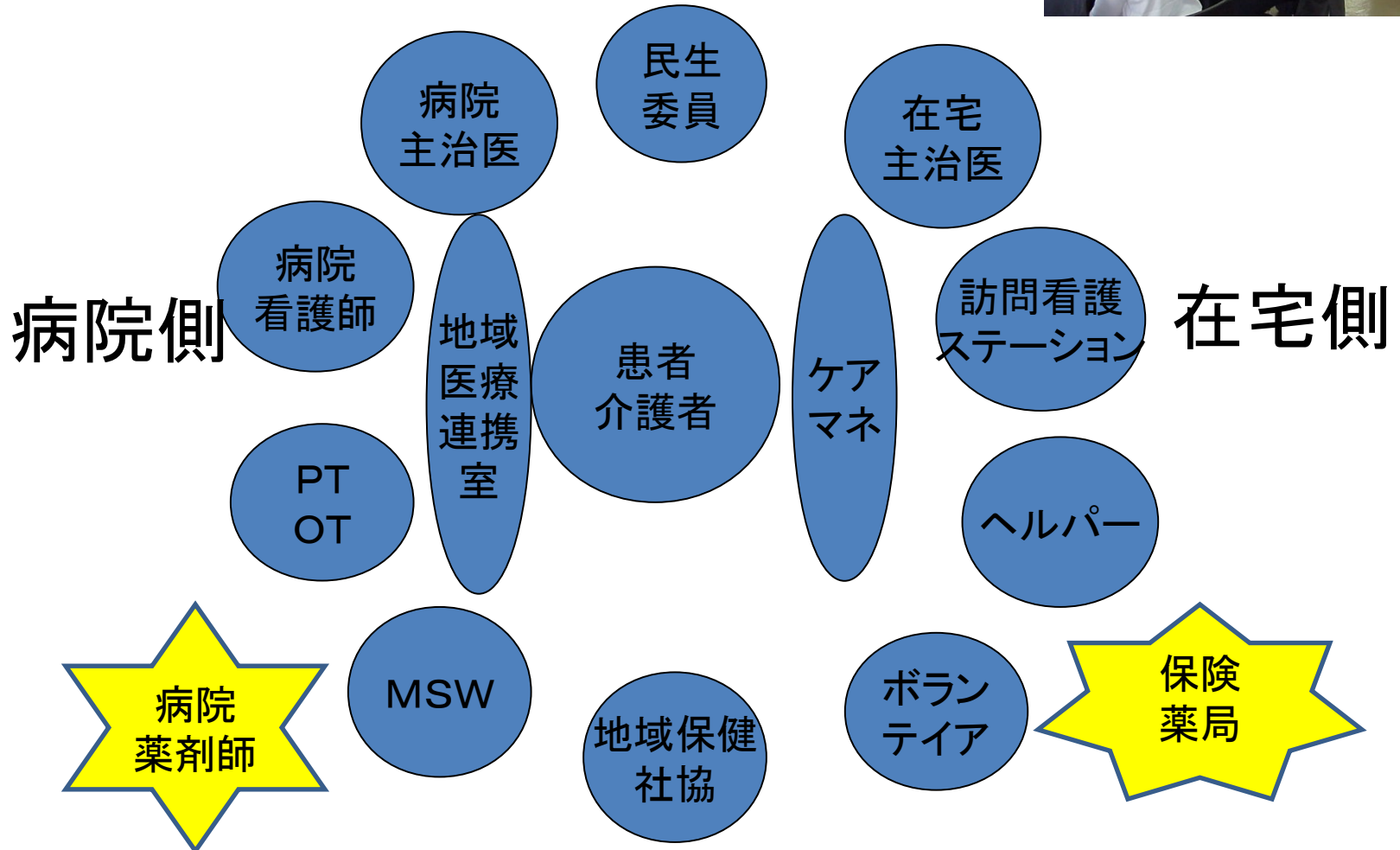
～尾道市医師会と
尾道市民病院～

退院時ケアカンファレンスの重要性



～尾道市医師会と尾道市民病院～

尾道方式の ケアカンファレンス



在宅で輸液療法を行う がん患者の退院例

- 直腸がんでFOLFOX療法を在宅で行うAさん
 - 病院で使用している輸液ポンプを在宅でも準備しなければならない
 - 入院中に服用している抗がん剤や麻薬、輸液セットや注射針などの医療材料も在宅で準備する必要がある
 - しかし、病院で使用している薬剤や医療材料がそのまま在宅でも調達可能、使用可能かについては、実際に在宅で患者を担当する在宅主治医や訪問看護ステーションとスタッフと意見交換を行う必要がある
 - 退院時ケアカンファレンスで病院主治医、在宅主治医、病院薬剤師、薬局薬剤師、訪問看護師などが一同に会して患者の情報共有をおこなったり、調達すべき必要な医薬品や医療材料の細かな調整を行う必要がある

尾道方式のケアカンファレンス

- 尾道方式3つの原則

- － 原則1 利用者本位

- 利用者本人、介護者の参加

- － 原則2 利便性

- 主治医のいる医療機関で行う

- － 原則3 効率性

- 1件15分~20分で行う
 - 事前準備を徹底

- 事前準備

- － 関係者への開催時間の連絡の徹底と時間厳守
 - － 必要数の準備資料のコピー

- ケアカンファレンスの進め方

- － ケアマネに主導権を持たせる
 - － ケアマネが患者プロフィールと利用者意向を説明
 - － 主治医意見
 - － 課題分析(問題点のみ)
 - － サービスパッケージ
 - － 利用者の意向確認
 - － 利用者側のサイン、捺印
 - － ケアカンファレンス終了

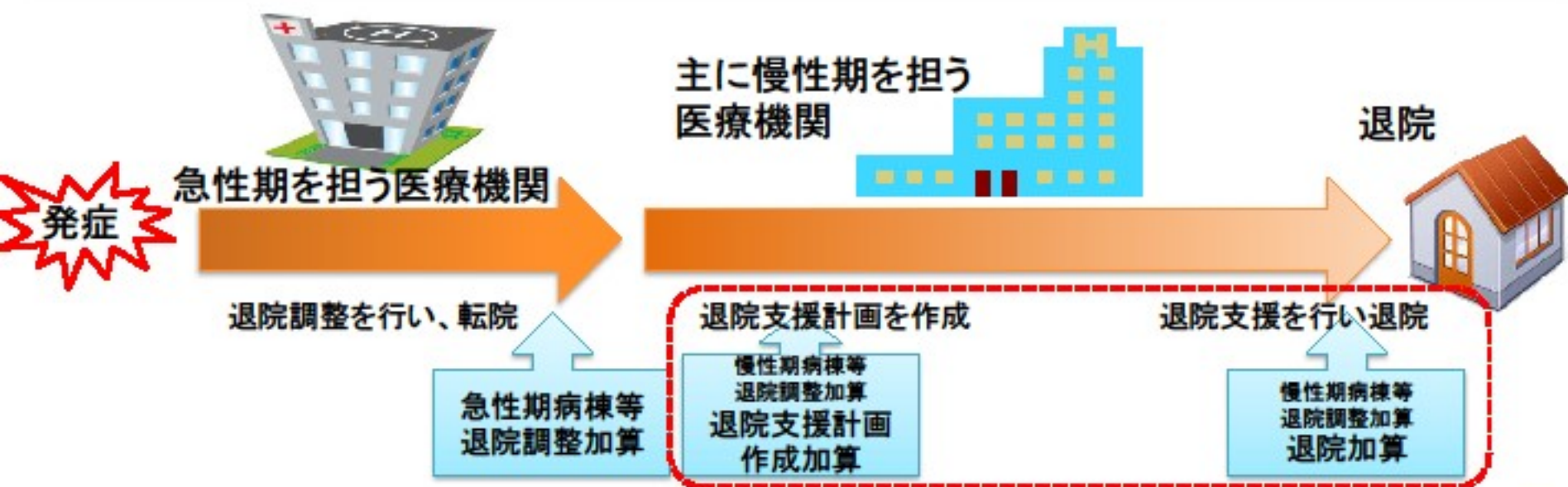
- 1件あたり15分から20分

退院調整加算の見直し

急性期病棟等退院調整加算

慢性期病棟等退院調整加算

退院調整に係る評価①



従来の退院調整加算について、**看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価を新設するとともに、名称を変更**

退院調整加算 退院加算 100点(退院時)

→慢性期病棟等退院調整加算1 退院加算 140点(退院時)
慢性期病棟等退院調整加算2 退院加算 100点(退院時)

急性期病棟等退院調整加算

- [算定要件]

- 適切なサービスの選択や手続き等について、患者及び患者家族に必要な情報提供や、適切な施設への転院等の手続きを行った場合に算定する

- [施設基準]

- 急性期病棟等退院調整加算1

- 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師及び専任の社会福祉士又は専任の看護師及び専従の社会福祉士が配置されていること。

- 急性期病棟等退院調整加算2

- 退院調整部門が設置されており、退院調整に関する経験を有する専従の看護師又は社会福祉士が1名以上配置されていること

国際医療福祉大学大学院 公開講座乃木坂スクール

「地域連携コーディネーター養成講座」
東京青山キャンパス4月17日開講



プログラム

①4月17日(土) 18:30～20:00

「医療福祉連携士制度 創設の狙い」

筑波大学大学院人間総合科学研究科

ヒューマン・ケア科学専攻保健医療政策学分野

教授(社会医学系) 大久保 一郎

②5月8日(土) 18:30～20:00

「東京都におけるがん医療提供と 東京都統一がん地域連携パス

都立駒込病院 副院長 鶴田 耕二

③5月15日(土) 18:30～20:00

「退院支援における看護の役割」

聖路加看護大学 看護実践開発研究センター 教授 山田 雅子

プログラム

④ 5月22日(土) 18:30～20:00

「地域で暮らす 一を支える医療と高次脳機能障害」 医師 山田 規畝子

⑤ 5月29日(土) 18:30～20:00

「医療と介護の連携」社会福祉法人こうほうえん 理事長廣江 研

⑥ 6月5日(土) 18:30～20:00

「看取りパス」中川医院 院長 中川 彦人

⑦ 6月19日(土) 18:30～20:00

「難病コーディネーターと がん地域連携コーディネータの役割」
国立病院機構 愛媛病院 保健師、看護師、MSW 生駒 真由美

プログラム

⑧6月26日(土) 18:30～20:00

「全国在宅療養支援診療所連絡会の活動報告ならびに在宅におけるペインコントロールの普及」 おやま城北クリニック
理事長 太田 秀樹

⑨7月3日(土) 18:30～20:00

「道南在宅連携協議会活動と地域連携におけるかかりつけ医の役割」 北美原クリニック 理事長 岡田 晋吾

⑩7月10日(土) 18:30～20:00

「患者視点のリハビリテーションのあり方」 初台リハビリテーション病院 理事長 石川 誠

⑪7月17日(土) 18:30～20:00

「地域医療とIT」 三原皮膚科 院長 三原 一郎

スーパー連携士、 スーパー・ケアマネを養成しよう！

3つのライセンス（お茶、お花、お習字）
看護師＋ケアマネ＋社会福祉士

パート5

地域医療支援病院の在り方



(財)東京都保健医療公社東部地域病院

地域医療支援病院とは？

- 1997年（平成9年）

第3次医療法改正

－ 3つの病院類型

①一般病院

②特定機能病院

③地域医療支援病院

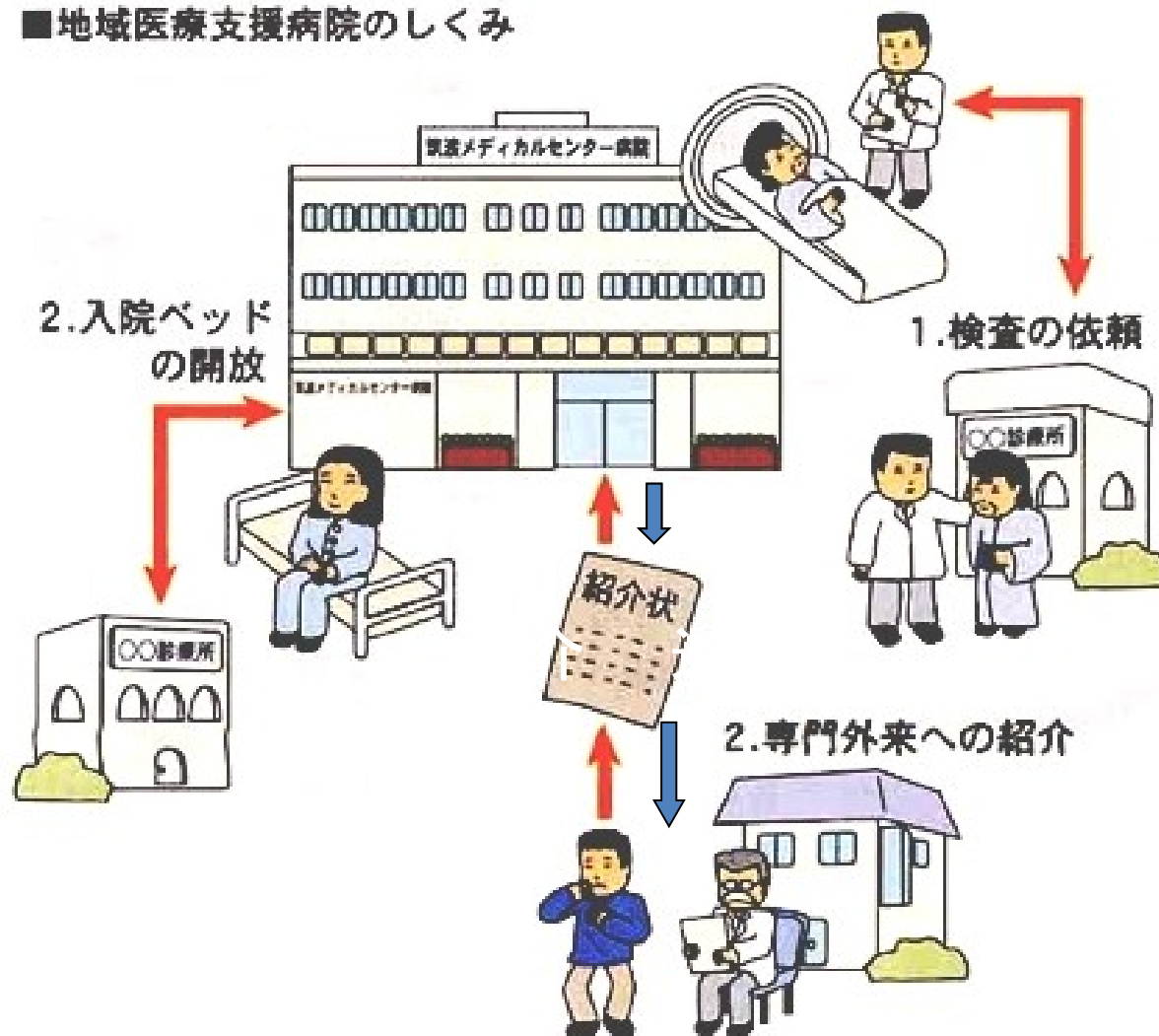
－ 総合病院は廃止

- 地域医療支援病院の趣旨

- － かかりつけ医からの紹介患者に対する医療の提供とかかりつけ医への逆紹介
- － 病床をふくむ病院施設、CT、MRI、RIなどの設備等の共同利用の実施
- － 救急医療の提供
- － 地域医療従事者の研修
- － 病院諮問委員会を通じてひろく住民の意見の聴取
- － その他

かかりつけ医との連携

■地域医療支援病院のしくみ



地域医療支援病院の承認要件 (97年)

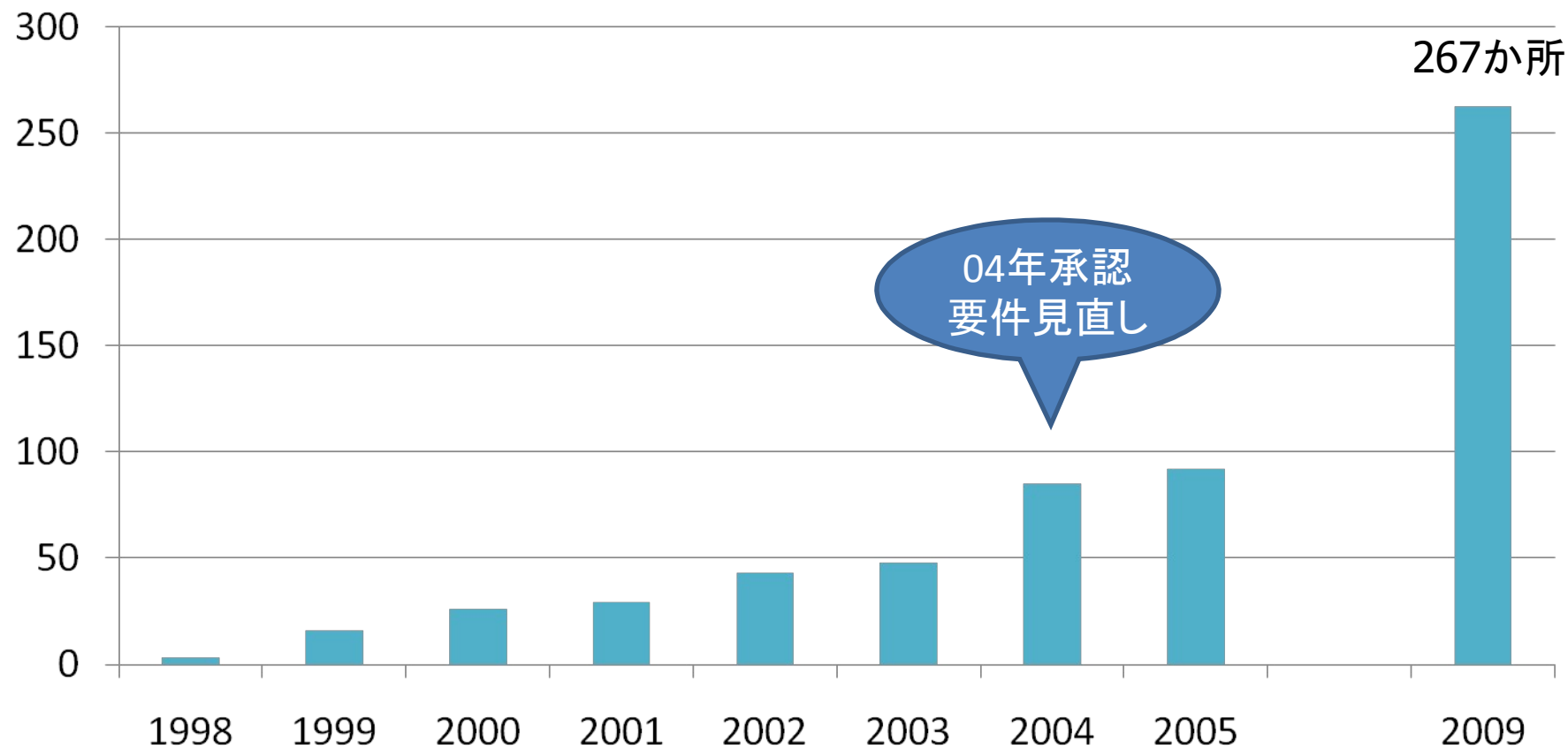
- 地域医療支援病院
 - 200床以上(原則)
 - 救急医療
 - 共同利用(病床、機器)
 - 地域医療従事者研修
 - 紹介率 60%以上(2年以内に80%以上)
 - 諮問委員会(病院職員以外の委員で構成)
 - 患者搬送車
- 都道府県地域医療審議会の審議を経て、都道府県知事が承認

紹介率を緩和、逆紹介率追加

- 「紹介率が80%を上回っていること(紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成することが見込まれる場合を含む)」
- (ア) 紹介率が60%を上回り、かつ、逆紹介率が30%を上回ること
- (イ) 紹介率が40%を上回り、かつ、逆紹介率が60%を上回ること
- * 逆紹介率 = (逆紹介患者の数 / 初診患者の数) × 100
- * 逆紹介患者の数とは、地域医療支援病院から他の病院又は診療所に紹介したもので、診療情報提供料を算定したものの前年度の数

地域医療支援病院数の推移

病院数



地域医療支援病院は 全国で267施設（2009年9月）

- 地域医療支援病院は全国で267病院
 - － 厚生労働省は2010年2月26日、「地域医療支援病院」として承認を受けた病院が、2009年9月30日現在、全国で267施設と発表
 - － 都道府県別では、福岡が19施設で最高だったのに対し、奈良、山梨はゼロ
 - － 2010年度に承認を受けた病院は、富山県立中央病院（富山市）や大分県立病院（大分市）など26施設
 - － 地域医療支援病院全国リスト

40 博士學 大學圖書館學人與圖書館學士學位論文與圖書館學士學位論文

[illegible]

95	福井県	医療法人福井心臓山研センター	399	平成21年1月31日	福
96	長野県	社会福祉法人慈光寺看護会	471	平成13年9月2日	信
97	長野県	独立行政法人国立病院機構長野病院	416	平成14年11月14日	信
98	長野県	諏訪赤十字病院	425	平成4年11月14日	信
99	長野県	長野赤十字病院	635	平成13年6月6日	信
100	長野県	飯田市立病院	429	平成16年7月10日	信
101	岐阜県	岐阜市民病院	629	平成12年2月9日	岐
102	岐阜県	社会福祉法人厚生会 本羽記念病院	462	平成25年9月22日	岐
103	岐阜県	岐阜県総合医療センター	520	平成29年9月22日	岐
104	岐阜県	岐阜赤十字病院	362	平成21年9月8日	岐
105	岐阜県	岐阜赤十字総合病院	681	平成21年9月8日	岐
106	岐阜県	岐阜県子ども病院	272	平成21年4月1日	岐
107	岐阜県	岐阜県総合医療センター	606	平成13年2月23日	岐
108	静岡県	社会福祉法人聖徳福祉事業団総合医療センター	744	平成16年5月29日	河
109	静岡県	社会福祉法人聖徳福祉事業団総合医療センター三方野病院	814	平成16年4月29日	西
110	静岡県	静岡市立静岡病院	506	平成16年9月21日	静
111	静岡県	静岡県立総合病院	720	平成21年4月1日	静
112	静岡県	沼津市立病院	550	平成22年7月8日	静
113	静岡県	浜松赤十字病院	312	平成21年9月18日	西
114	愛知県	名古屋第二赤十字病院	872	平成17年9月30日	名
115	愛知県	名古屋第一赤十字病院	862	平成18年9月29日	名
116	愛知県	名古屋共立病院	156	平成18年9月29日	名
117	愛知県	社会福祉院中原病院	883	平成19年9月29日	名
118	愛知県	独立行政法人国立病院機構名古屋総合センター	304	平成19年9月29日	名
119	愛知県	名古屋社会病院	962	平成19年9月29日	名
120	愛知県	愛知県立看護専門学校センター	286	平成19年10月1日	尾
121	愛知県	名古屋記念病院	464	平成21年8月25日	名
122	愛知県	岡崎市立病院	610	平成21年9月11日	西
123	三重県	厚生労働省中部総合病院	460	平成16年9月8日	北
124	三重県	厚生労働省中部総合病院	440	平成14年1月10日	南
125	三重県	山田赤十字病院	635	平成16年3月10日	南
126	三重県	民間財団済生会総持総合病院	430	平成21年7月14日	南
127	滋賀県	大津赤十字病院	824	平成16年8月28日	大
128	滋賀県	大津市立病院	505	平成16年8月28日	大
129	滋賀県	南ヶ丘医療事業病院	381	平成21年5月17日	滋
130	滋賀県	長浜赤十字病院	243	平成21年5月17日	滋
131	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	467	平成21年3月17日	滋
132	京都府	京都市第二赤十字病院	660	平成16年4月1日	京
133	京都府	京都市第一赤十字病院	746	平成18年2月27日	京
134	京都府	京田病院	200	平成18年12月27日	京
135	京都府	京都市立西京病院	236	平成18年12月27日	京
136	京都府	独立行政法人国立病院機構京都医療センター	890	平成20年6月12日	京
137	京都府	済生会京都府病院	366	平成20年1月18日	京
138	京都府	独立行政法人国立病院機構京都医療センター	552	平成20年1月19日	京
139	京都府	京都市立病院	543	平成21年9月1日	京
140	大阪府	区・複合更生社会事業	323	平成15年2月28日	大
141	大阪府	七尾バザール東淀川区	302	平成15年2月28日	大
142	大阪府	ベネッセ総合病院	622	平成20年11月21日	大
143	大阪府	社会福祉法人新大阪病院	477	平成17年12月28日	三
144	大阪府	区・複合更生社会事業	457	平成17年12月28日	大
145	大阪府	医療法人若菜生命事業一病	230	平成13年12月28日	中
146	大阪府	厚生年金事業振興会大阪厚生年金病院	606	平成13年12月28日	大
147	大阪府	市立病院	386	平成15年12月28日	南
148	大阪府	民間法人会津社会保険協会会津厚生年金病院	586	平成15年12月28日	北
149	大阪府	医療法人山善堂 北摂総合病院	217	平成25年11月21日	三
150	大阪府	独立行政法人大阪府立病院機構 大阪府工務部・総合医療センター	764	平成26年11月21日	大
151	大阪府	独立行政法人市立病院機構 大阪府保健センター	606	平成26年11月21日	大
152	大阪府	独立行政法人市立病院機構 大阪府保健センター	526	平成26年11月21日	大
153	兵庫県	兵庫県立総合病院	452	平成10年10月22日	淡
154	兵庫県	神戸赤十字病院	310	平成13年9月27日	神
155	兵庫県	社会福祉法人明石協会立明石医療センター	247	平成21年3月18日	三
156	和歌山県	独立行政法人労働者健康福祉機構和歌山労務病院	206	平成16年6月24日	和
157	和歌山県	独立行政法人和歌山県立和歌山病院	375	平成16年6月12日	和
158	和歌山県	日本赤十字社和歌山医療センター	865	平成18年12月3日	和
159	和歌山県	独立行政法人市立病院機構和歌山保健センター	216	平成15年6月1日	和
160	徳島県	独立行政法人労働者健康福祉機構徳島労務病院	336	平成20年7月16日	四
161	徳島県	徳島赤十字病院	428	平成20年7月16日	高
162	徳島県	徳島県立中央病院	431	平成21年7月28日	高
163	徳島県	社会福祉院徳島センター	343	平成10年10月30日	松
164	徳島県	独立行政法人国立病院機構徳島医療センター	354	平成17年12月27日	松
165	徳島県	徳島赤十字病院	730	平成19年7月1日	松
166	徳島県	徳島赤十字病院	377	平成19年8月1日	松
167	岡山県	岡山中央病院	167	平成13年3月30日	岡
168	岡山県	赤松区総合病院	186	平成16年7月1日	岡
169	岡山県	独立行政法人国立病院機構岡山医療センター	580	平成19年10月2日	岡
170	岡山県	独立行政法人労働者健康福祉機構岡山労務病院	416	平成19年10月2日	岡
171	岡山県	心臓病センター 赤松病院	249	平成19年10月2日	岡
172	岡山県	赤松中央病院	1135	平成21年8月5日	岡
173	広島県	広島県立総合病院	207	平成11年11月17日	呉
174	広島県	三田市立総合病院	200	平成11年11月17日	呉
175	広島県	厚生労働省広島総合病院	570	平成16年8月12日	広島
176	広島県	独立行政法人国立病院機構広島医療センター	410	平成16年8月31日	広島
177	広島県	広島赤十字・赤松病院	668	平成13年8月27日	広島
178	広島県	独立行政法人国立病院機構広島医療センター	66	平成12年8月27日	広島
179	広島県	広島市立市民病院	706	平成13年8月27日	広島
180	広島県	広島市立市民病院	53	平成20年11月25日	広島
181	広島県	広島市立市民病院	462	平成20年11月25日	広島
182	広島県	広島市立市民病院	743	平成20年11月25日	広島
183	広島県	広島市立市民病院	597	平成20年11月25日	広島
184	広島県	独立行政法人労働者健康福祉機構中国労務病院	410	平成20年11月25日	広島
185	広島県	国公立広島市立総合病院 広島市立病院	250	平成21年11月13日	広島
186	広島県	国公立広島市立総合病院 広島市立病院	440	平成21年12月12日	広島
187	広島県	独立行政法人国立病院機構広島医療センター	451	平成21年12月12日	広島
188	広島県	福山市立病院	420	平成21年12月12日	福山

185	山口県	週国市医療センター 医療センター	221	平成10年12月21日
190	山口県	徳山医療センター	281	平成13年12月3日
191	山口県	独立行政法人国立病院機構徳山医療センター	530	平成20年4月30日
192	山口県	独立行政法人労働者健康福祉機構 山口労災病院	313	平成21年4月30日
193	徳島県	徳島赤十字病院	405	平成12年10月1日
194	徳島県	阿南医療センター	240	平成12年10月1日
195	徳島県	徳島県立中央病院	500	平成13年12月5日
196	徳島県	徳島市立病院	239	平成20年11月27日
197	香川県	医療法人財団大徳会総合病院	402	平成18年7月25日
198	香川県	独立行政法人労働者健康福祉機構香川労災病院	384	平成19年7月24日
199	香川県	喜多郡赤十字病院	589	平成19年11月22日
200	愛媛県	喜多郡赤十字病院	216	平成17年8月17日
201	愛媛県	松山市立病院	345	平成13年5月25日
202	高知県	高知市立中央病院	358	平成15年9月25日
203	高知県	高知赤十字病院	482	平成17年8月15日
204	高知県	高知市立中央病院	632	平成18年4月25日
205	福岡県	福岡市立中央病院	164	平成12年3月31日
206	福岡県	福岡市立中央病院	350	平成12年3月31日
207	福岡県	福岡市立中央病院	150	平成15年3月13日
208	福岡県	独立行政法人国立病院機構九州医療センター	700	平成16年2月21日
209	福岡県	社会保険小倉中央病院	658	平成17年4月1日
210	福岡県	新井八幡中央病院	429	平成14年4月1日
211	福岡県	戸畑中央病院	199	平成17年4月1日
212	福岡県	福岡市立中央病院	1118	平成17年4月1日
213	福岡県	公立学校共済組合九州中央病院	330	平成18年4月1日
214	福岡県	福岡市立中央病院	214	平成13年9月1日
215	福岡県	独立行政法人国立病院機構福岡医療センター	581	平成19年4月19日
216	福岡県	福岡大学附属病院	345	平成19年4月19日
217	福岡県	九州厚生年金病院	515	平成19年4月19日
218	福岡県	独立行政法人国立病院機構小倉病院	400	平成20年4月1日
219	福岡県	医療法人社団六恒会福岡中央病院	500	平成20年4月1日
220	福岡県	聖マリア病院	1351	平成20年4月1日
221	福岡県	西野会医療共済組合連合会済生会病院	520	平成21年4月1日
222	福岡県	独立行政法人労働者健康福祉機構九州労災病院	535	平成21年4月1日
223	福岡県	財団法人徳川会済生会大牟田病院	538	平成21年4月1日
224	佐賀県	佐賀県立病院	341	平成19年11月1日
225	佐賀県	独立行政法人国立病院機構佐賀医療センター	424	平成18年10月21日
226	佐賀県	佐賀赤十字病院	337	平成19年7月31日
227	長崎県	独立行政法人国立病院機構長崎医療センター	590	平成19年8月25日
228	長崎県	長崎県立病院	330	平成16年4月22日
229	長崎県	独立行政法人国立病院機構長崎川島医療センター	214	平成16年6月28日
230	長崎県	長崎市立中央病院	414	平成17年10月1日
231	長崎県	医療法人白十字会生涯中央病院	412	平成20年7月27日
232	長崎県	医療法人社団長崎中央病院	353	平成20年10月22日
233	熊本県	天草地区医療センター	210	平成11年3月28日
234	熊本県	熊本地区医療センター	227	平成12年7月28日
235	熊本県	独立行政法人国立病院機構熊本医療センター	550	平成14年3月28日

236	熊本県	健康福祉人吉総合病院	274	平成17年10月11日
237	熊本県	社会福祉法人天理財団済生会熊本病院	430	平成15年12月27日
238	熊本県	熊本労務病院	410	平成20年1月21日
239	熊本県	熊本市立病院	274	平成21年7月28日
240	大分県	大分市総合市民医療センター	385	平成10年12月25日
241	大分県	111市医師会立ニホモ人病院	202	平成12年10月1日
242	大分県	医療法人社団中央大分病院	22	平成15年10月5日
243	大分県	独立行政法人国立病院機構大分医療センター	380	平成18年12月5日
244	大分県	大分県立病院	507	平成21年4月30日
245	宮崎県	宮崎市立中央病院	248	平成10年12月1日
246	宮崎県	宮崎市立中央病院	128	平成19年1月19日
247	宮崎県	独立行政法人国立病院機構宮崎医療センター	430	平成19年11月28日
248	宮崎県	宮崎県立中央病院	259	平成18年11月28日
249	宮崎県	社会福祉法人国立病院機構宮崎医療センター	267	平成21年7月27日
250	鹿児島県	鹿児島市立中央病院	236	平成16年10月27日
251	鹿児島県	川内市医師会立川内病院	220	平成17年1月24日
252	鹿児島県	出水市医師会立出水市民病院	251	平成17年5月24日
253	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	254	平成18年2月23日
254	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	213	平成17年5月24日
255	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	230	平成19年5月25日
256	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	338	平成17年5月25日
257	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター	170	平成13年7月28日
258	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	104	平成13年9月12日
259	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	400	平成13年8月31日
260	鹿児島県	独立行政法人国立病院機構鹿児島医療センター	217	平成20年3月25日
261	鹿児島県	鹿児島市医師会立鹿児島市民病院	173	平成21年3月31日
262	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	202	平成15年6月28日
263	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	328	平成16年11月18日
264	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	550	平成17年2月14日
265	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	236	平成17年3月30日
266	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	356	平成15年9月4日
267	沖縄県	医療法人社団済生会沖縄病院	380	平成19年12月5日

全国267施設(2009年9月現在)

医療施設体系のあり方に関する検討会

2006年7月～2007年7月

厚生労働省医政局



検討会メンバー

氏 名 所 属

- 五十里 明 愛知県健康福祉部健康担当局長
- 内田 健夫 社団法人日本医師会常任理事
- ○遠藤 久夫 学習院大学経済学部教授
- 太田 謙司 社団法人日本歯科医師会常務理事
- 齋藤 康 千葉大学医学部附属病院長
- 島崎 謙治 国立社会保障・人口問題研究所
政策研究調整官
- 島村 勝巳 日本通運健康保険組合理事長
- 鈴木 満 社団法人日本医師会常任理事
- ◎田中 滋 慶應義塾大学経営大学院教授

- 西澤 寛俊 社団法人全日本病院協会副会長
- 藤川 康立 東芝人事・業務企画部部長付
- 古橋 美智子 社団法人日本看護協会副会長
- 武藤 正樹 特定非営利活動法人日本医療マ
ネジメント学会理事(地域医療委員会委員長)
- 梁井 皎 順天堂大学医学部附属順天堂医院長
- 山崎 學 社団法人日本精神科病院協会副会長
- 山本 信夫 社団法人日本薬剤師会副会長
- 和田 ちひろ 特定非営利活動法人ヘルスケア・
リレーションズ理事長
- ◎ 座長
- ○ 座長代理

検討会の目的

- 1 地域医療支援病院
- 2 特定機能病院
- 3 医療連携体制、かかりつけ医、医師確保
- 4 専門医
- 5 医療法に基づく人員配置基準

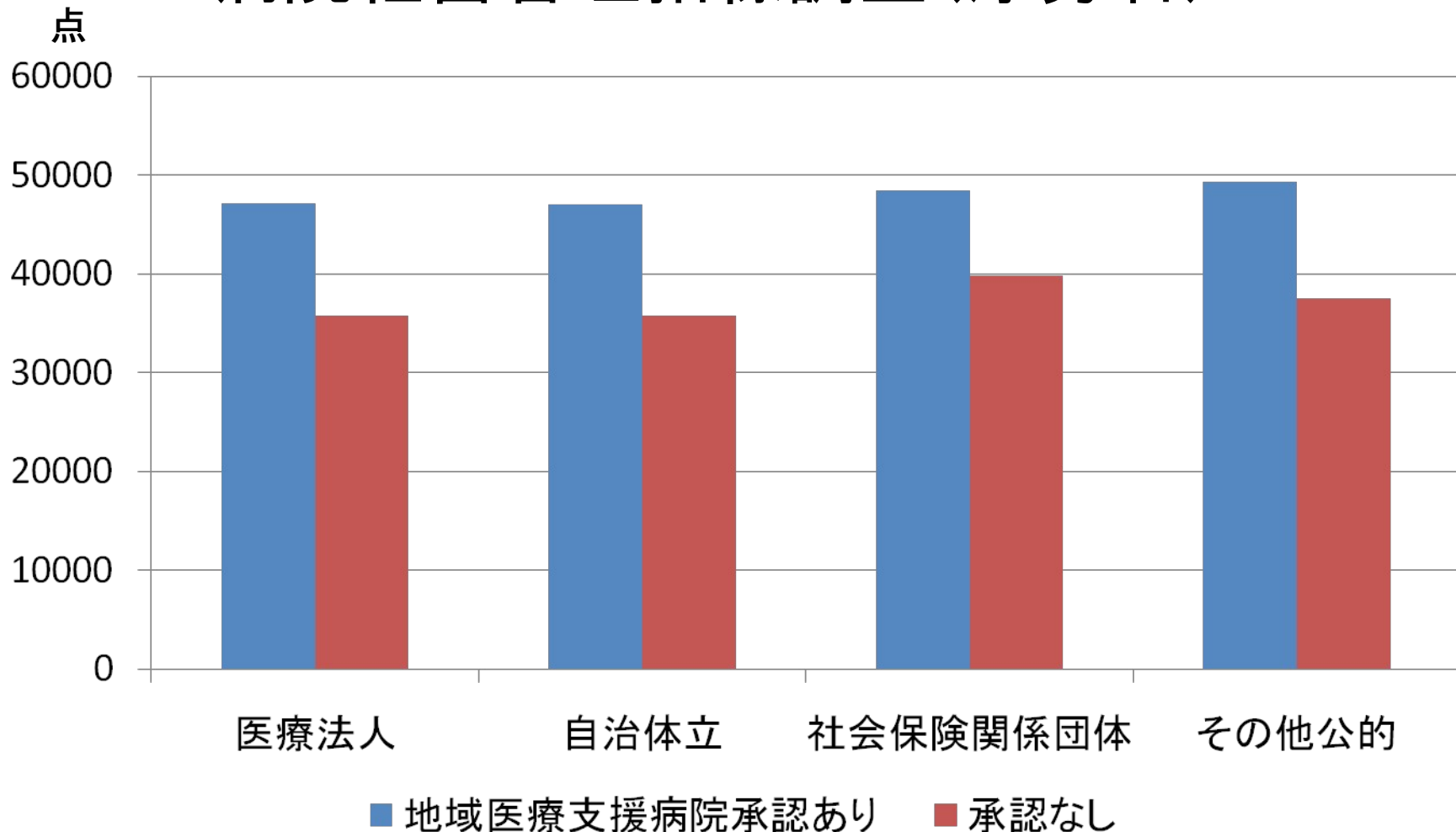
地域医療支援病院の 問題点を指摘する声が続出

- 1997年「地域医療支援病院」制度が創設されて以来、10年がたった2007年、制度の在り方を検討する「医療施設体系のあり方に関する検討会」が2007年4月23日に開かれた
- 委員の中から、現在のままでは一般の地域病院との役割の違いが明確でなく、具体的に地域医療連携のためにどのようなことを行っているか分からないという問題点を指摘する声が続出した。
- 島村勝巳委員（日本通運健康保険組合理事長）は、「役割がはっきりしないものに対して診療報酬が加算されることに納得がいかない」と保険者としての立場から現状を非難。
- 和田ちひろ委員（特定非営利活動法人ヘルスケア・リレーションズ理事長）も「地域医療支援病院が、一体何をしているか一般市民や患者からみて明確でない。他の病院とどのように違うのか？」
- 一時は、地域医療支援病院の廃止説も飛び出した。

地域医療支援病院と診療報酬

- ① 地域医療支援病院入院診療加算(1,000点)
 - 地域医療支援病院になると、1人につき入院初日に1回、上記点数を加算
- ② DPC機能評価係数加算(0.0294)
 - 診断群分類(DPC)請求を導入している医療機関は、地域医療支援病院になると、医療機関別係数に上記②の係数を加算できます。この加算後の医療機関別係数に年間入院請求点数を乗じたものが増収となる。
 - ただし、上記①の地域医療支援病院入院加算はできない
- 地域医療支援病院は診療報酬で優遇されている！

2008年(平成20年)度 病院経営管理指標調査(厚労省)



調査対象: 1, 663病院

地域医療支援病院と診療報酬

- このため、診療報酬狙いで、地域医療支援病院を取得するではないかと思われる病院も出てきた
- 一部の病院で、外来を診療所として分離して、病院の本院の外来の初診患者を減じて、紹介率をアップさせ、地域医療支援病院を取得しようとした病院もあった
- また、初診患者の定義を意図的に操作して、初診患者数を見かけ上、減じることで紹介率をアップしようとした病院もあった。

地域医療支援病院の 本来の在り方とは？

一般病院とどこが違うのだろうか？

地域医療支援病院と 一般病院の機能の違いは？

- 地域医療支援病院は
 - 紹介患者に対する医療の提供
 - 医療機器の共同利用の実施
 - 救急医療の提供
 - 地域の医療従事者に対する研修の実施等
- 地域における医療の確保のために必要な支援に関する要件を満たす医療機関として、医療法上位置づけられているものである
- しかし、その果たしている紹介患者に対する医療の提供、救急医療の提供等の役割については、急性期医療を担う病院であれば一般的な機能である
- このことも念頭に置きながら、地域医療支援病院にふさわしい新しい姿・要件を考えていくことが必要だろう。

地域医療支援病院についての 検討会の問題意識

- 医療連携体制の構築を各地域で行うこととし、これを医療計画に位置付けていくことと、地域医療支援病院制度についてどう考えるか。
- 地域医療支援病院に本来求められる機能は
どういうものか。
- 地域医療支援病院の承認要件はいかにあるべきか。
- その他、地域医療支援病院制度全般についてどう考えるべきか。

地域医療支援病院の 要件の考え方

- 地域医療支援病院の姿・要件を考えていくにあたっては・・・
 - － 今後、各都道府県ががん対策、脳卒中対策等の主要な疾患・事業に係る医療連携体制を記載した医療計画を策定していくこととなる状況の中で・・・
 - － 果たすべき機能・役割の多様性、地域の特性・実情を踏まえたあり方について、目的の明確化が必要という視点も踏まえつつ、検討していく必要があるのではないか？
- 医療計画の4疾病5事業の中で、位置付けを考えていくべきでは？

**「医療施設体系のあり方に関
する検討会」における
地域医療支援病院見直し案**

2007年7月18日

地域医療支援病院の見直し案

- 地域医療支援病院の承認要件として、また一層の取り組みを求める項目として以下の項目について検討してはどうか？
 - － 1 地域の医師確保対策への協力
 - － 2 地域の在宅療養支援診療所、中小病院との連携
 - － 3 地域連携パスへの取り組み
 - － 4 医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
 - － 5 精神科救急・合併症対応等地域の精神科医療等の支援

注目される 地域医療支援センター機能

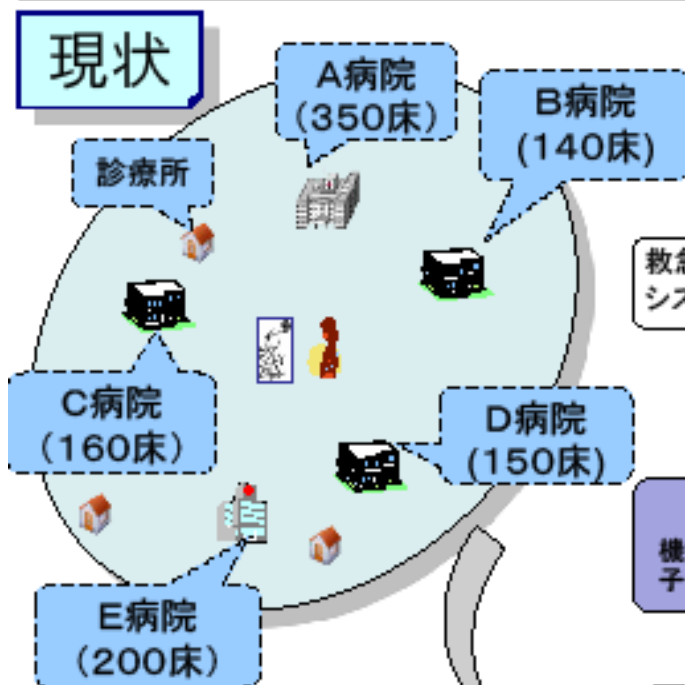
地域医療支援病院の機能に
地域医療支援センター機能が必要

地域医療支援センター機能

- 09年地域医療再生計画の中で提案
 - － 地域医療支援センターの設置と関係者による協議会の開催
 - － 地域の医療資源の役割分担（機能分化）と連携を図るため、保健所や医師会等に地域医療支援センターを設置し、地域における患者動態の情報等を収集・分析・共有するとともに、地域の連携を推進するため関係者からなる連携協議会を開催して、具体的対策を立案
 - － 地域医療支援病院に地域医療支援センターを設置することもある

地域医療再生計画モデル例①(救急・周産期医療等に重点化)

現状



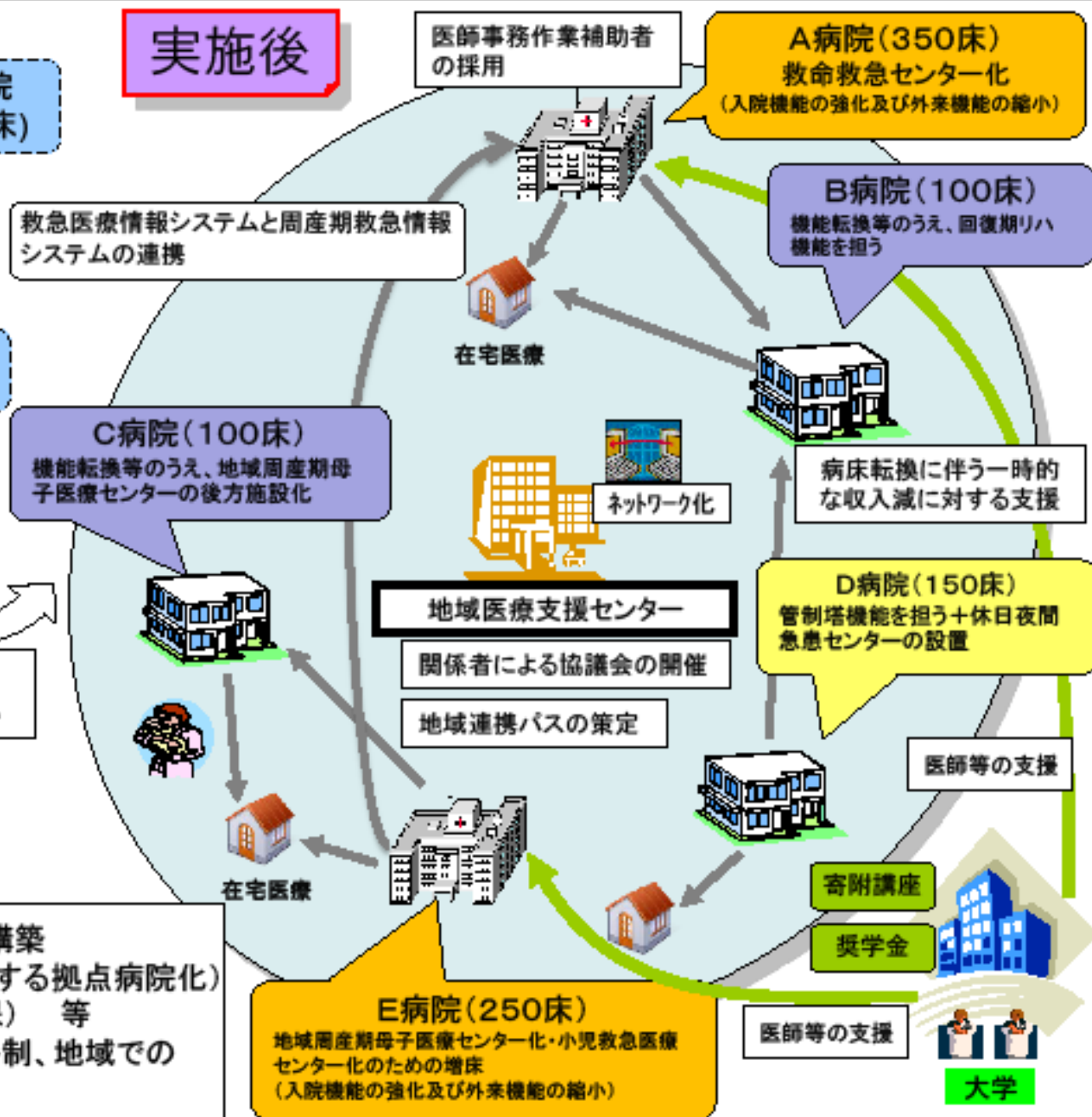
課題

- 地域の医療資源が不足している
- 施設間で機能分化と連携ができていない

方策

- 役割分担の明確化、連携体制の構築
 - ・ 救急やハイリスク分娩等に対応する拠点病院化)
 - ・ 回復期医療等を担う病院の確保) 等
- 県・大学の共同での医師のプール制、地域での研修プログラムの開発

実施後



まとめと提言

- 2010年診療報酬改定では
地域連携パスと退院調整がキーワード
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定で
医療介護の大連携が始まる
- 連携とは医療・介護サービス提供体制そのもの
- 連携なくして医療・介護サービスの提供はありえない
- 地域連携コーディネーターの養成が必要！
- 連携の成果（アウトカム）を評価することが必要！

地域医療支援病院と医療連携のありかた

- 医療マネジメント学会
／監修 武藤正樹／
企画・編集
- 出版社名：じほう
- 発行年月：2004年01月



地域連携クリティカルパスと 疾病ケアマネジメント



- 日本疾病管理研究会＝監修／武藤正樹、田城孝雄、森山美知子、池田俊也＝編集 ISBN: 978-4-8058-3149-6 在庫状況：注文受付中 判型：A4 体裁：並製 頁数：226頁 発行日：2009年04月20日

一步進んだ医療連携実践Q & A

- 編著 武藤 正樹／監修
東京都連携実務者協
議会／編
- 版型 A5 発行日 2009
年4月 ページ 200
- 単価 ¥2,940 在庫 予
約受付中



地域連携コーディネーター養成講座

- 武藤正樹著・編
- 単行本: 202ページ
- 出版社: 日本医学出版 (20
- 言語 日本語
- ISBN-10: 4902266504
- ISBN-13: 978-4902266504
- 発売日: 2010/4/23
- ￥ 2,940
- 本書は国際医療福祉
- 大学大学院公開講座
- 乃木坂スクール
- 「地域連携コーディネーター養成講座」
- の講師陣により執筆

地域連携 コーディネーター養成講座

地域連携クリティカルパスと退院支援

武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授



日本医学出版

日本医療マネジメント学会

Japan Society for Health Care Management

- 会長
 - 国立病院機構熊本医療センター名誉院長
宮崎久義
- 学会テーマ
 - クリティカルパス
 - 医療安全
 - 地域医療連携
 - 電子カルテ
 - その他
- 会員数 5700人



第12回日本医療マネジメント学会学術総会

チームでめざすこれからの医療 -良質で安全な医療サービスの提供のために

- 6月11日(金)、12日(土)、札幌市
- 大会長 秦温信(札幌社会保険総合病院院長)



演題数 900題！クリティカルパス、医療安全、地域連携の演題が満載

ご清聴ありがとうございました



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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで
gt2m-mtu@asahi-net.or.jp

地域医療計画と地域連携クリティカルパス ～終末期連携パス～

国際医療福祉大学大学院博士課程3年生
医療法人社団大和会 聖和看護専門学校 専任講師
学校法人 共立女子学園 非常勤講師
学校法人 産業能率大学 非常勤講師

後藤光世

パート1

地域医療計画と連携パス

パート2

脳卒中連携パス

パート3

診療報酬改定と連携パス

パート4

退院調整(退院支援)

パート5

地域医療支援病院の在り方

*** 終末期連携**

普及推進グループと先進事例の紹介

- 東東京緩和ケアネットワーク
- 新川地域在宅医療療養連携協議会
現地調査(在宅末期医療連携パス)

地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

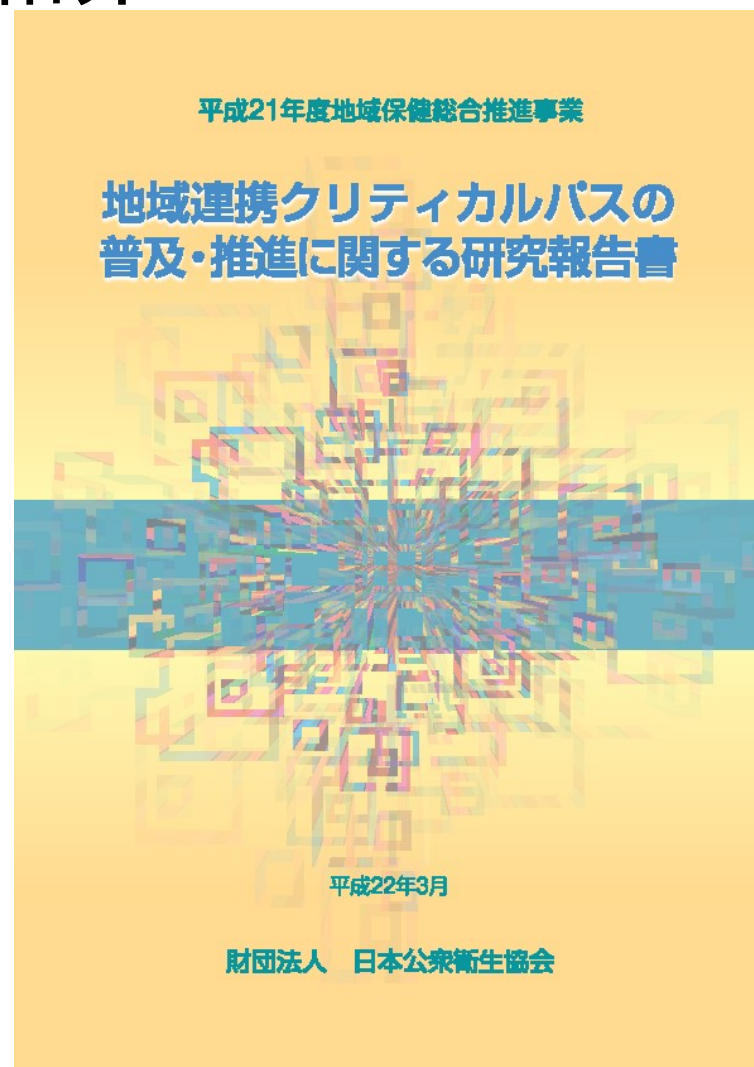
新川地域在宅医療療養連携協議会
現地調査(在宅末期医療連携パス)

調査日:平成21年9月3日(木)

場所:黒部市民病院地域連携室

対象者:中川彦人協議会会長

辻京子黒部市民病院地域連携室師長



新川地域在宅終末期医療

- 新川圏域の概要

- 2市2町(魚津市、黒部市、入善町、朝日町)
- 人口約13万人

- 連携病院: 4公的病院

- ①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

- 連携バス導入の経緯等

- a. 在宅での終末期医療のニーズ増加
- b. かかりつけ医単独での医療限界
- c. 平成17年4月新川圏域8診療所からなる協議会設立
- d. 新川厚生センター・在宅医療部会を通じて在宅医療体制推進



新川地域在宅終末期医療

- 連携病院: 4公的病院

①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院

- 主な在宅対応医療機関

5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所

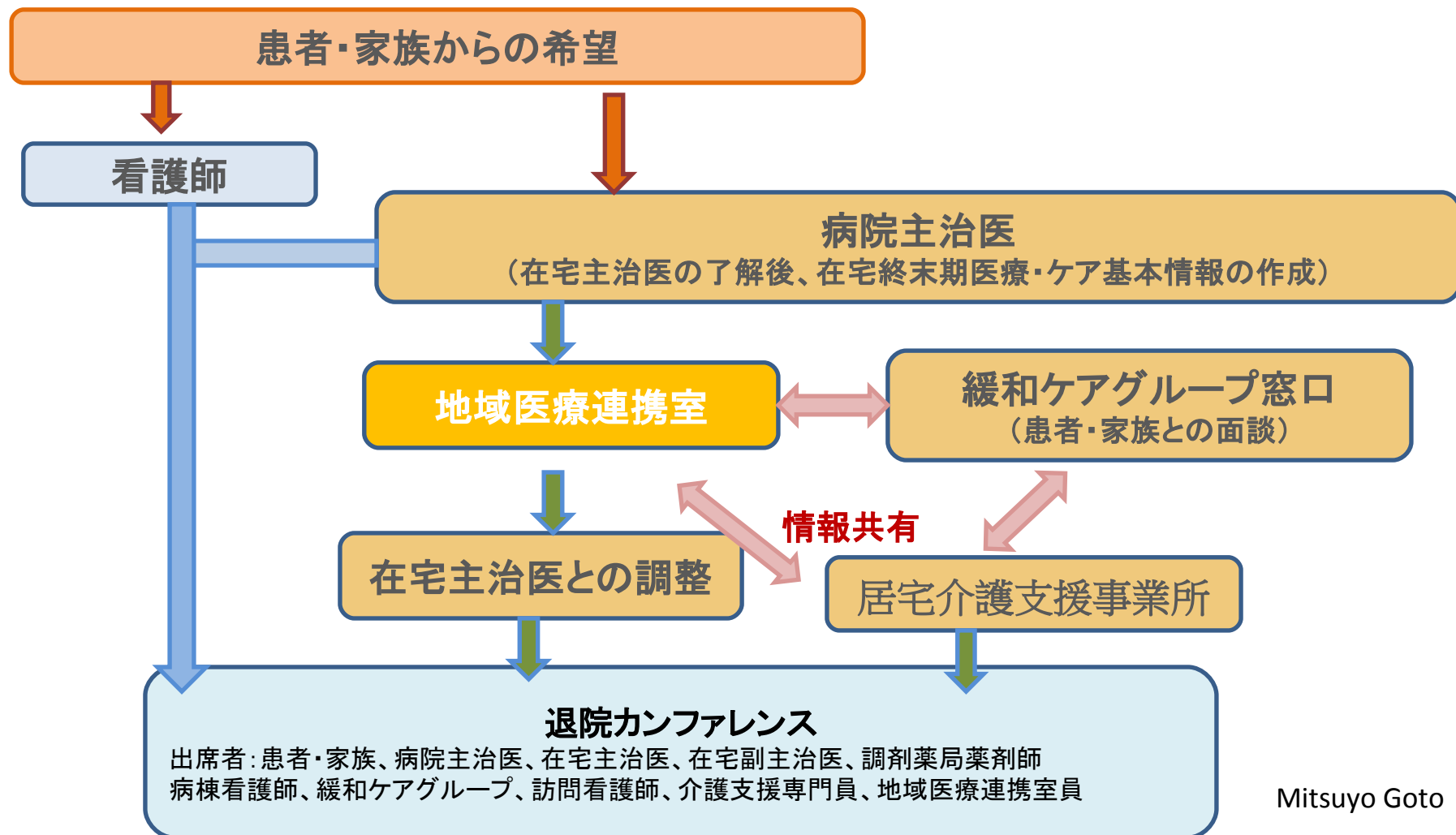
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点

- 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
- 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
- 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
- 病診連携における役割分担
- 多職種チーム診療による介入

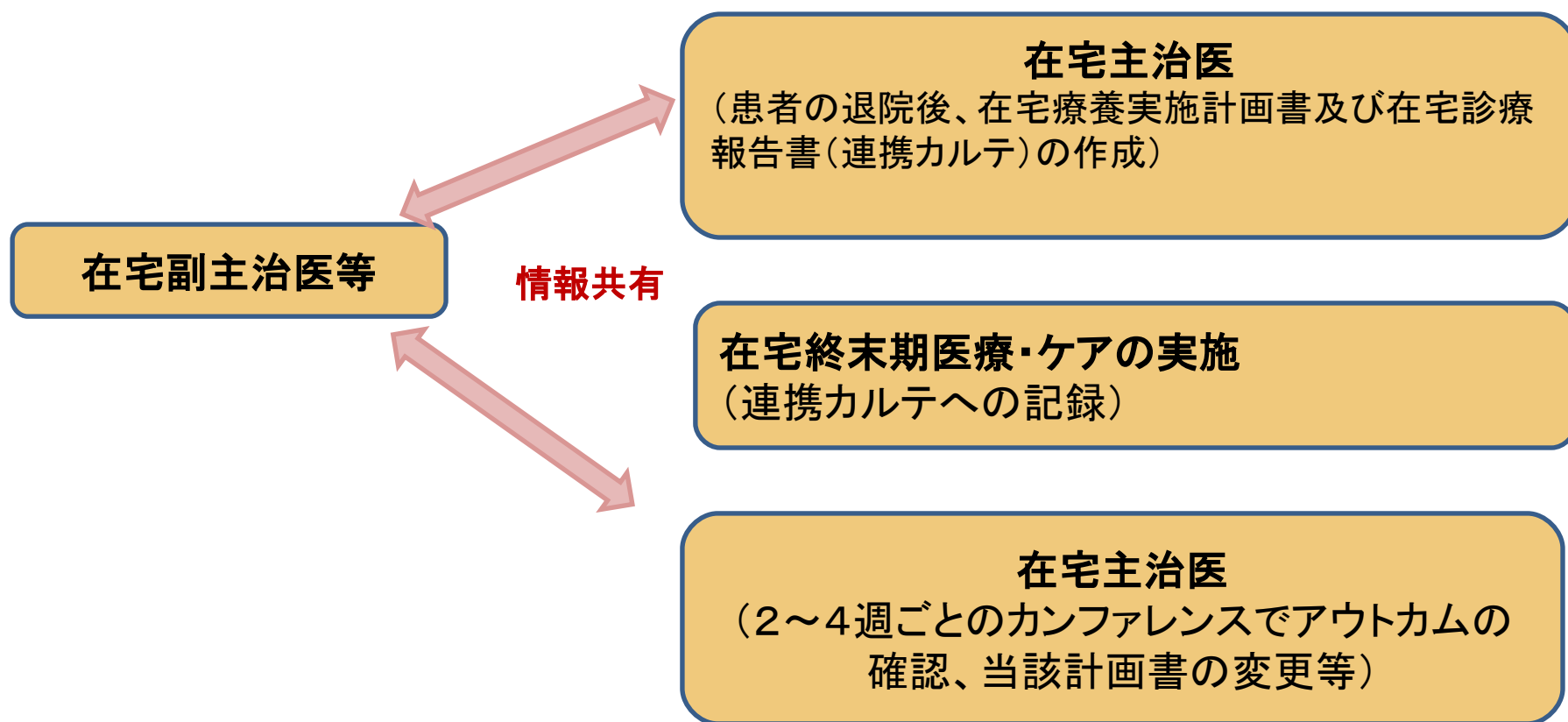
- 多職種チーム診療による介入ポイント

- 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
- 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
- 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、
カルテ様式統一、告知内容の統一
- 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

入院中・退院前 連携パスの運用フロー



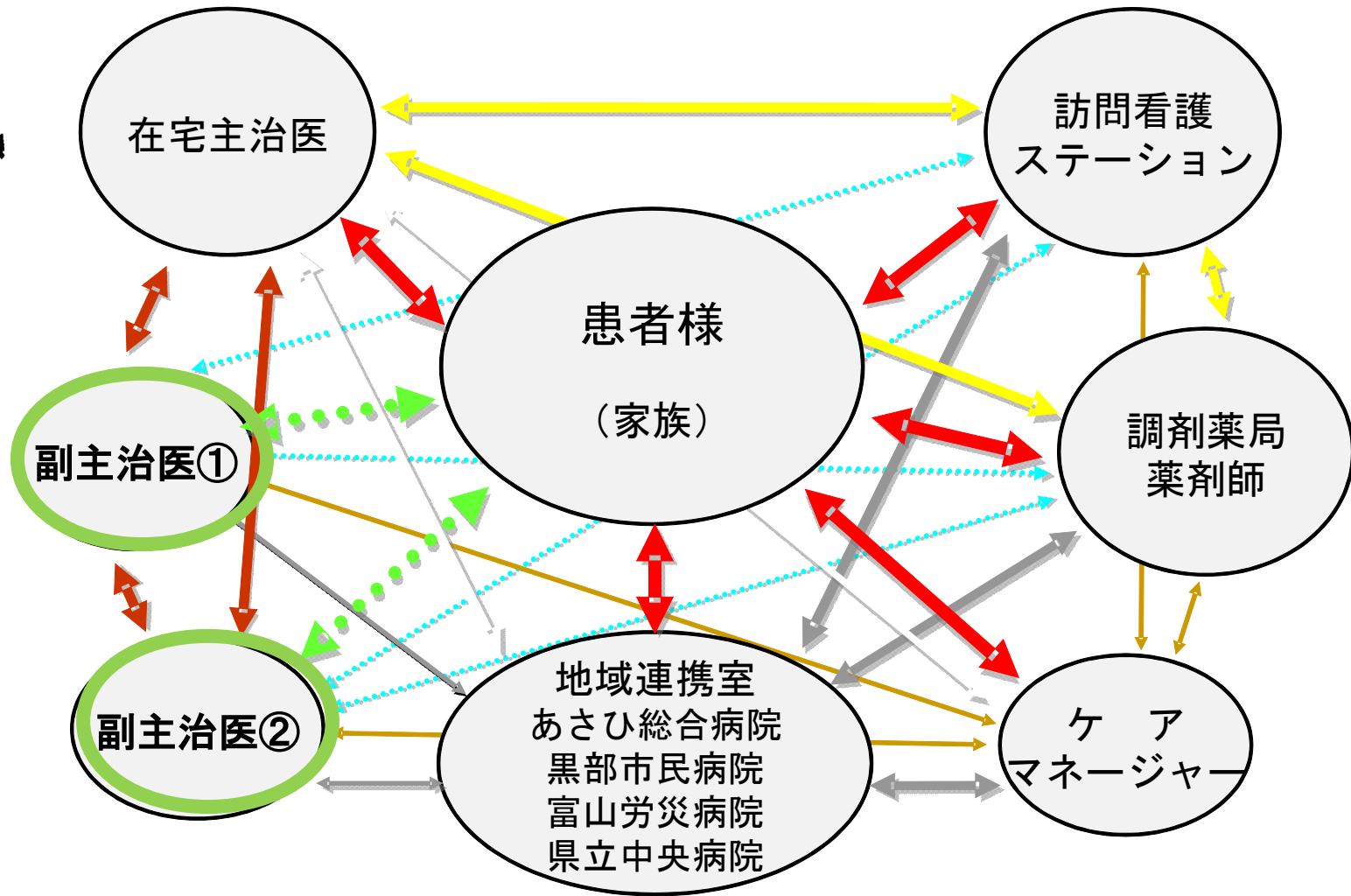
退院後 連携パスの運用フロー



新川地域在宅終末期医療

- 連携病院: 4公的病院
①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点
 - 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
 - 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
 - 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
 - 病診連携における役割分担
 - 多職種チーム診療による介入
- 多職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、カルテ様式統一、告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

在宅医グループ化、多職種連携のイメージ (新川地域在宅医療療養連携協議会)

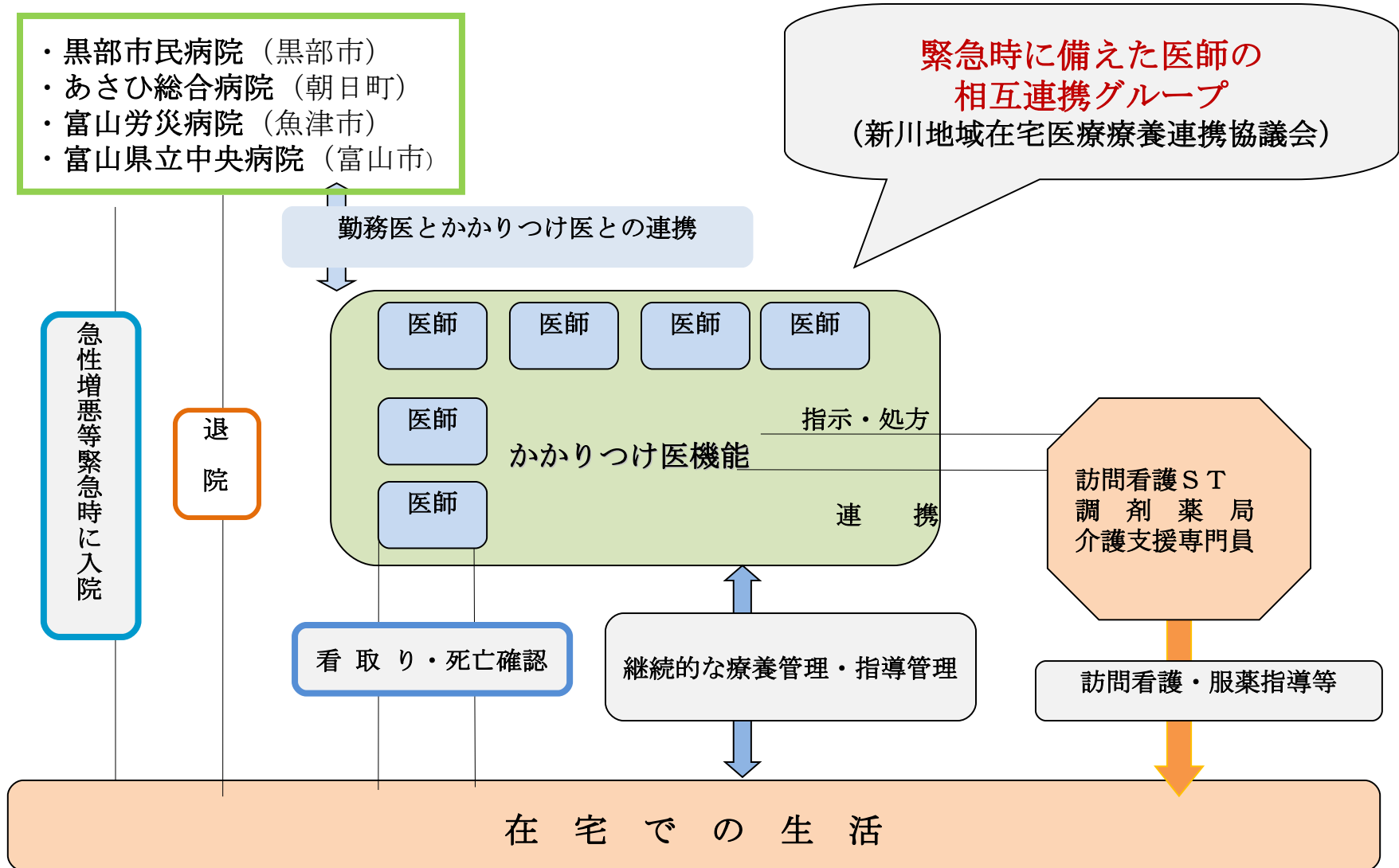


新川地域在宅終末期医療

- 連携病院: 4公的病院
①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点
 - 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
 - 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
 - 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
 - 病診連携における役割分担
 - 多職種チーム診療による介入
- 多職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、カルテ様式統一、告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

新川在宅医療（終末期ケア）の連携イメージ

～コミュニティ全体での支援～



新川地域在宅終末期医療

- 連携病院: 4公的病院
①富山労災病院、②黒部市民病院、③あさひ総合病院、④富山県立病院
- 主な在宅対応医療機関
5病院、22診療所、29調剤薬局、6訪問看護事業所
- 在宅終末期医療の運用基準・留意点
 - 対象者: がん等で余命6カ月以内と想定される患者
 - 在宅医の選択: 患者家族の希望第1優先、往診移動時間30分以内(原則)
 - 診診連携(主治医・副主治医)による在宅主治医の弊害防止
 - 病診連携における役割分担
 - 多職種チーム診療による介入
- 多他職種チーム診療による介入ポイント
 - 緊急時の対応 … 在宅主治医の対応可能な診療内容の明確化(連携パス使用)
 - 長期間の拘束 … 3人体制の在宅主治医の8グループ体制(主治医1、副主治医2)
 - 利用者との信頼構築と告知内容 … 緊急連絡網、他職種の役割の明確化、カルテ様式統一、告知内容の統一
 - 診療内容・レベルの標準化と疼痛管理

様式の統一

在宅終末医療・ケア基本診療情報様式

(患者名) (生年月日) 年 月 日生 歳	
住所	TEL
主たる介護人: 続柄	TEL FAX
かかりつけ医(主治):	TEL FAX
副かかりつけ医(主治):	TEL FAX
副かかりつけ医(主治):	TEL FAX
連携病院: 病院	TEL FAX
連携病院サポート医: 科	
担当看護師	
在宅介護支援所:	
介護保険	無 有 要介護 1 2 3 ケアマネージャー名
家族構成 (介護相談窓口および決定権者を記入下さい)	
終いに対する対応	
終いに対する対応 (本人・家族)	
1. 最後まで自宅	
2. 最後は連携病院	
3. 状況により判断	
緊急連絡先	
かかりつけ医→副かかりつけ医1→副かかりつけ医2→救急外	
診断: 主	癌 転移:
副1.	2.
3.	4.
既往歴:	

臨床経過:
治療歴: 1. 手術 有 () 無
2. 抗癌剤 有 () 無
在宅移行時における病状の問題点
予後に影響を与える因子
臓器不全 (心、腎、肝、他)
栄養状態:
出血 (消化管、他)
腹水:
他:
予後予測: 月 年
連携病院への通院: 必要 毎、 不要
インフォームドコンセント
告知: 本人、家族 ()
内容
本人:
家族: 告知理解度について
精神的サポート 要 不要
告知理解度
療養方針

1. 全身状態の管理
1. P S (performance st at us) 0、1、2、3、4
2. 栄養: 経口 非経口
3. 留置カテ: 有 ()、無
4. 排泄: 自力、介助
5. 褥瘡: 有 無
6. 口腔ケア: 有 無
7. その他のケア内容
2. 投薬内容
3. 疼痛管理
無 有 投与経路 経口 経静脈 座剤 他
麻薬
NSAIDs
訪問看護 (指導ならびに実行状況)
1. 口腔ケア 有 無
2. 入浴 自宅 サービス (自宅 ティ)
3. 褥瘡処理 有 無
4. 清拭 指導 家族 ヘルパー
5. 他
介護
1. ヘルパー 有 無
2. デイサービス 有 無
入力者
自動入力
病院担当医
病院担当 N s
緩和グループ担当者
ケアマネージャー
在宅かかりつけ医

様式の統一

在宅療養実施計画書様式

医療機関用

作成日	年	月	日
様	歳	男・女	

在宅介護人： _____ 続柄 _____

かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

副主治医 1 _____ TEL _____

副主治医 2 _____ TEL _____

連携病院 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

_____ ケアマネージャー入力
氏名 _____

_____ かかりつけ医が入力

患者・家族用

作成日	年	月	日
様	歳	男・女	

在宅介護人： _____ 続柄 _____

連絡先
（下記の医師コールの基準にあてはまるようになった場合や、その他、状況が悪化し連絡が必要と思われる場合は下記連絡先の 1 に連絡し、連絡が取れない場合や、その先生の指示があれば、以後 2、3、4 の順に連絡してください。）

1 かかりつけ医（主治医） _____ TEL _____

2 副主治医 1 _____ TEL _____

3 副主治医 2 _____ TEL _____

4 ○○ 病院 _____ TEL _____

連携病院サポート医 _____

ケアマネージャー名 _____ TEL _____

訪問看護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

訪問介護事業所名 _____ 担当 _____

TEL _____

薬局名
アウトカム・方針

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

疼痛をできるだけ抑制する

褥瘡を悪化させない

医師コールの基準

テキストで自由記載（テンプレート使用可）

テンプレート例

呼びかけに応じない

呼吸をしていない

様式の統一

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

開始日 _____ 様 4 w						_____ 様 8 w					
日付	開始日	1 W	2 W	3 W	4 W	日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	項目	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
問題点（特記事項）						問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者						（一般状態）記載者					
P S						P S					
栄養状態						栄養状態					
精神状態						精神状態					
身体所見						身体所見					
（投薬）記載者						（投薬）記載者					
疼痛管理						疼痛管理					
麻薬						麻薬					
NSAIDS						NSAIDS					
他						他					
補液						補液					
（検査）						（検査）					
（病状説明）						（病状説明）					
他						他					
（訪問看護）記載者						（訪問看護）記載者					
食事						食事					
排泄						排泄					
清拭						清拭					
入浴						入浴					
精神面						精神面					
他						他					

新川地域 在宅医療マップ

～医療関係者用～

平成21年3月現在のものです。

- 薬 局
 - ・薬局機能情報で在宅対応が可能と公表している薬局
 - ・すべての薬局が麻薬対応可能です。
- 病院・診療所
 - ・平成20年度医療機能調査(平成20年7月実施)で在宅・在宅患者訪問診療が可能と回答した病院・診療所

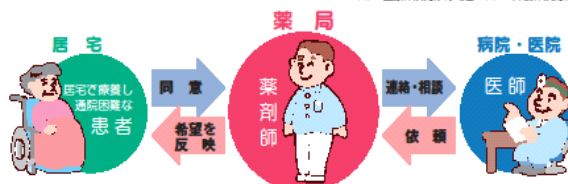
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。
適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

● 薬剤師による居宅管理指導をはじめるには ●

次のいずれかの方法で

- その① ▶ 処方せんに 訪問薬剤管理指導^{※1}又は 居宅療養管理指導^{※2}と記載
- その② ▶ 「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」による指示
- その③ ▶ 電話での指示

※1…医療保険対象の場合 ※2…介護保険対象の場合



その他、訪問看護や介護などの関係者の方からの依頼でも結構です。
かかりつけ薬局または地区窓口までご連絡ください。

新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成



薬剤師におまかせください

<訪問薬剤管理指導>

薬剤師が処方箋を持ってご自宅を訪問し、薬の服用方法や管理の仕方についてご説明します。

薬についての説明

処方された薬の効果と副作用についてご説明します。また、副作用の症状が出ていないかを確認し、疑いがあればすみやかに医師へ報告し、対応します。



薬が飲みづらい場合の工夫・対応

錠剤やカプセルが喉につかえるなど薬が飲みづらい場合には、薬剤師が医師に利形の変更を依頼したり、ゼリーやオブラートを使ったりして飲みやすくします。

薬の保管・管理上の工夫・アドバイス

朝・昼・夕ごとに飲む薬をまとめて、お薬カレンダーを利用したりして飲み忘れがなくなるように工夫します。また、薬を湿気・日光・高温から守るよう管理方法についてもご説明します。さらに、以前に処方された薬などについても、薬剤師がアドバイスします。

経管の適正使用のための管理

経管の選択・投与量・投与方法、疼痛管理、副作用対策のためのアドバイスを行います。

日	月	火	水	木	金	土
1	2	3	4	5	6	7

また、不要になった薬を回収しますので、薬剤師までお知らせください。

薬の飲み合わせや食品・健康食品との相性の確認

処方されている薬を大衆薬と一緒に飲んで安全かどうかをお調べします。また、普段召し上がっている食品や健康食品と薬の相性もお調べします。



介護用品や衛生用品などの相談

床ずれを予防するための介護用品の紹介や介護方法、その他衛生用品などについてご相談に応じます。



住環境等を衛生的に保つための指導・助言

シーツやお住まいの消毒方法などについてご説明します。

新川地域在宅医療医薬連携推進検討会作成

この在宅医療マップのお問い合わせ先

薬 局 … 各地区の窓口薬局または新川地域医療連携推進小委員会 (うなづき薬局 TEL0765-65-9383)

その他 … 新川厚生センター (TEL0765-52-1224)

地域連携クリティカルパス 先進事例の紹介

東東京緩和ケアネットワーク

目的:がん治療医、PC医、在宅医との連携構築

発足:平成19年10月

対象地区:東東京11区

中央区、千代田区、港区、文京区、台東区、江東区、墨田区、江戸川区、
足立区、荒川区、葛飾区など

* 東京区部 4地域分け(城北、城南、PC緩和ケア、東東京)の1つ

事業内容:

◎緩和ケア提供機関の連携マップ作成(連携機関のみ使用)

○「症状別緩和ケア地域連携クリティカルパス」地域医療連携システムの開
発推進/提案(平成20年2月～)

- マイカルテ
- 痛みの日記
- 情報共有表



事前調査

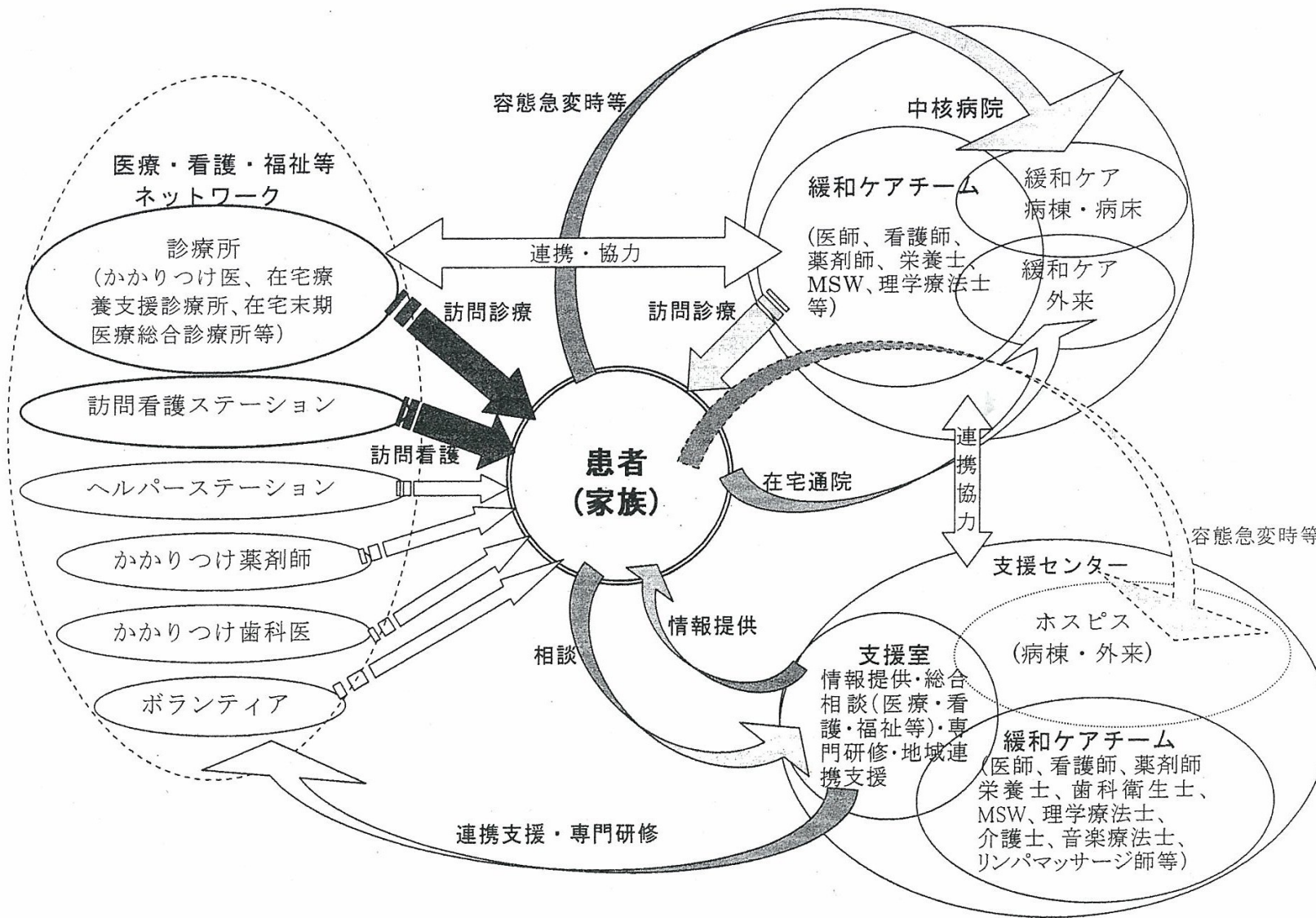
対象： 東京都港区で緩和ケアや地域連携に携わっている多職種
サンプル N=41（医療機関関係者 N=20、居宅介護事業所関係者 N=21）

調査内容： 「あなたの所では、緩和ケアはどうですか」
「他との連携は、どうですか」

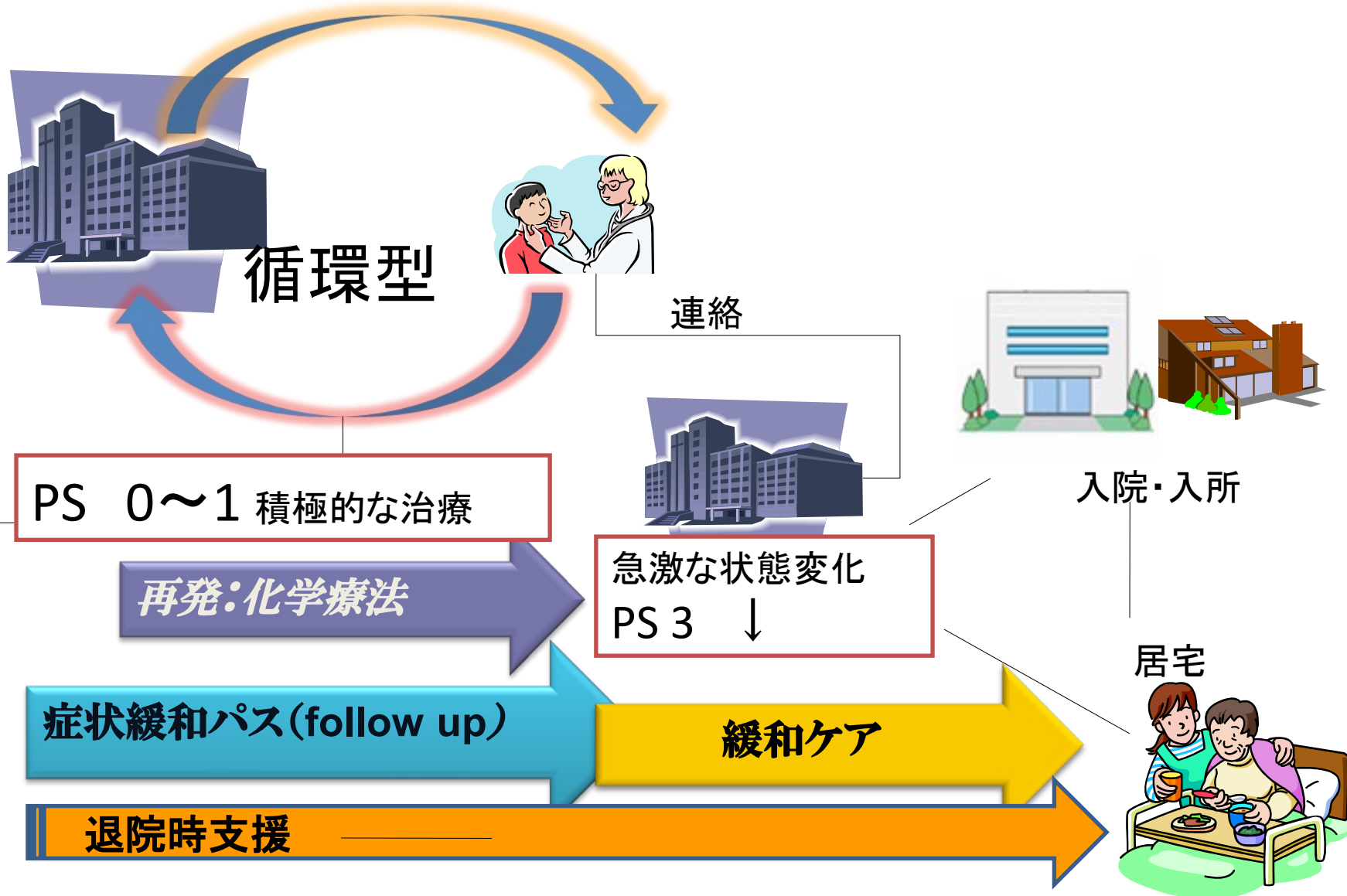
データ分析： グランデッド・セオリー・アプローチ
調査期間： 2008年9月～11月

【図】港区在宅緩和ケア・ホスピスケア支援システムのイメージ

ー区内診療所、訪問看護ステーション、中核病院等の連携・協力の仕組みー



誰が(Who)何を(What)どうする(How)という観点？



結果と考察

地域医療連携(連係) 3パターン関係

課題 並行性の関係・従属的关系

医療行為・地域連携(連係)が断片的 サービスの不均一性・矛盾

課題 協調性の関係

役割・機能の不明確



退院調整(退院支援)の連携課題

1. 連携・在宅イメージがもてない

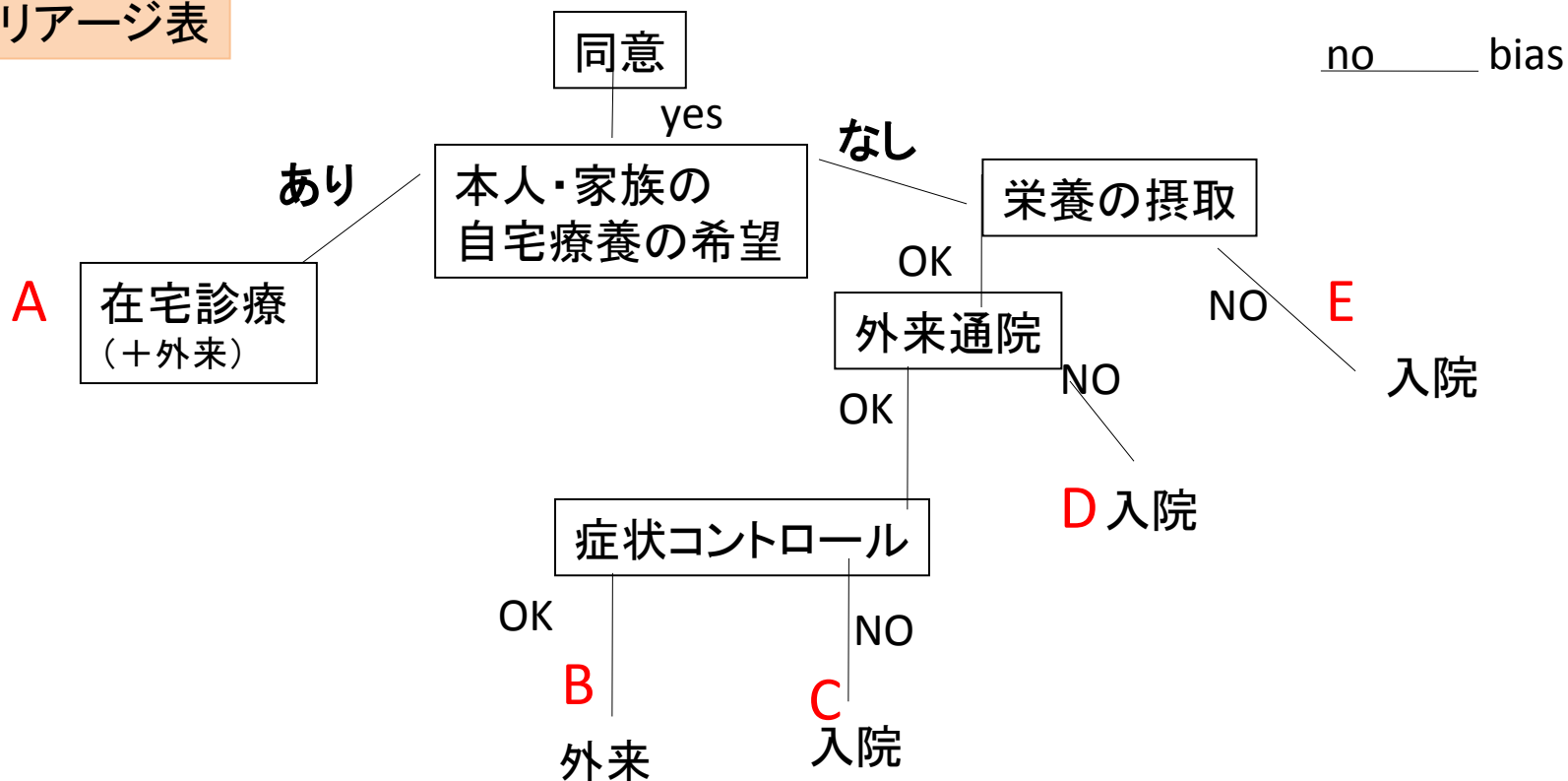
医療従事者・本人・家族、在宅医療・ケアの知識、経験がない

患者・家族の選択できる条件提供がされていない

＝> 受容支援と自立支援が困難

医療管理上: 通院可能、かかり医、訪問診療、在宅療養指導管理で発生する場合＝> 請求先は？ 物品調達、薬剤調達

トライアージ表

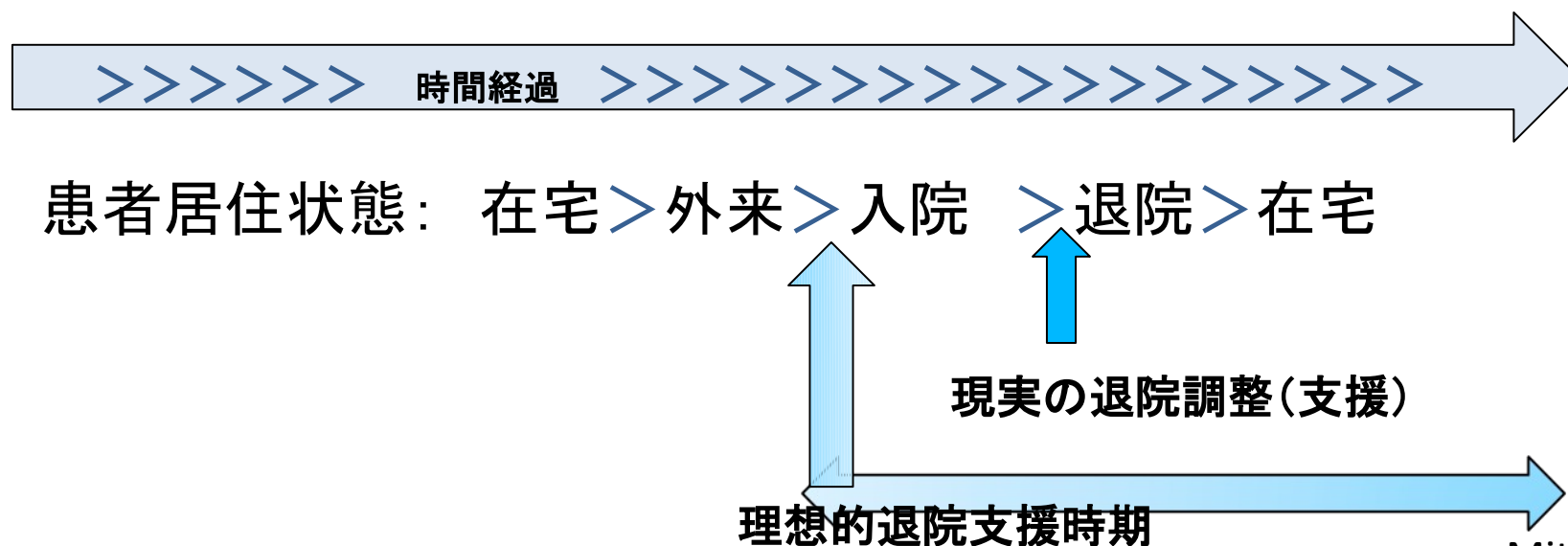


退院調整(退院支援)の連携課題

2. 長い時間軸でとらえられない

治療・療養を非常に短い時間軸でとらえがちである⇒支援の介入が遅れる

<退院支援／調整の概略図>



アグレッシブ・トリートメント

ラダー2段階：モルヒネ60mg経口中

内服2週目
嘔気・嘔吐症状薬剤パス

訪問日/バス	2月7日																			
成果・目標	☐ 夜間の睡眠が確保できる ☐ 安静時の疼痛が緩和される				☐ 夜間の睡眠が確保できる ☐ 安静時の疼痛が緩和される ☐ 動作時の疼痛が緩和される				☐ 夜間の睡眠が確保できる ☐ 安静時の疼痛が緩和される ☐ 動作時の疼痛が緩和される											
食事	☐ () () () ()				☐ () () () ()				☐ () () () ()				☐ () () () ()							
安静度	☐ 室内フリー				☐ 室内フリー															
清潔	☐ 清拭 ☐ 洗髪				☐ 清拭 ☐ 洗髪															
排泄																				
全身管理																				
体温																				
血圧																				
脈拍																				
呼吸数																				
SpO2																				
疼痛の程度	0 1 2 3 4 5 薬物量検討 濃注意				0 1 2 3 4 5 薬物量検討 濃注意															
嘔気	強 3 2 1 弱 0				強 3 2 1 弱 0															
眠気	強 3 2 1 弱 0				強 3 2 1 弱 0															
その他の症状	有・無 有・無 有・無				有・無 有・無 有・無				有・無 有・無 有・無				有・無 有・無 有・無							
期間中継続：排泄障害、呼吸苦症状、かゆみ・発汗症状薬剤パス																				
薬剤変更の 必要性	無・考慮・有				無・考慮・有				無・考慮・有				無・考慮・有							
治療・検査																				
指導・説明	☐ 使用薬剤について ☐ 副作用対策について ☐ NRS疼痛について				☐ 痛み日記について				☐ 痛み日記について											
サマリー																				
バリエーション	無・変動・逸脱				無・変動・逸脱				無・変動・逸脱				無・変動・逸脱							
医師サイン																				
看護師サイン																				

～数日 眠気症状パス

多量投与時
ミオクローヌス症状パス

退院調整(退院支援)の連携課題

3. 入院管理優先順位の主流

転倒予防、誤薬予防、身体データの安定優先管理

＝＞退院後の生活空間とのギャップ、生活構築のためギャップが生じる
在宅への移行が困難になる

4. 書式・情報の統一化がない

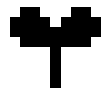
断片的・欠落したケア、情報の非対称性

＝＞病態変化への対応や在宅療養の継続(在宅見取り)困難

緩和ケア地域連携クリティカルパス

- 苦痛(疼痛)・前兆候の
 - ・ セルフチェックリスト
- 症状別薬剤パス
 - ・ 疼痛
 - ・ 嘔気・嘔吐
 - ・ 排泄障害
 - ・ 呼吸苦
 - ・ 浮腫
 - ・ 不安、抑うつ、せん妄等
 - ・ 他
- 入院/外来/在宅ケアの適応基準
- 共有の提供書





マイ・カルテ



緊急受診(往診)先①:

担当者名:

(TEL:)

家族・友人:

本人との関係:

(TEL)

緊急受診(往診)先②:

担当者名:

(TEL:)

家族・友人:

本人との関係

(TEL:)

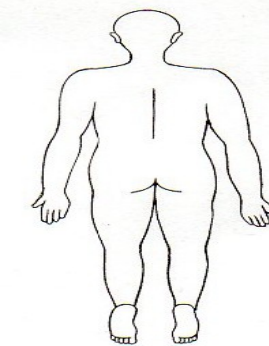
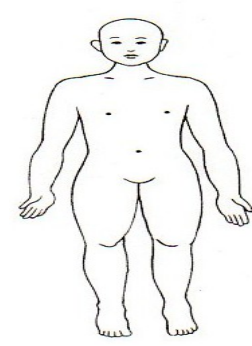
* 名刺添付

患者氏名		生年月日M T S H 年 月 日		住所	
性別： 男 女					
診断名				既往歴	
保険情報		保険(□社会保険 □共済 □国民健康保険 □生活保護)負担割合 割 □公費制度適用 (種類) 負担割合 割 介護保険 □申請中 □認定済 (要介護1 2 3 4 5 要支援1 2) □介護保険サービス利用 □限度額認定証 (有効期限 年 月 日)			
医療処置・薬剤情報					
医療処置		□気管カニューレ □酸素供給装置 □膀胱カテーテル □腎ろう □ストーマ □CAPD □経管栄養(□胃ろう □腸ろう □経鼻) □インスリン自己注 □中心静脈栄養(□ポート□カテーテル) ポンプ種類() □持続注入ポンプ (□皮下 □静脈 □硬膜外 □くも膜下) 投与薬剤() ポンプ種類() □その他()		現 在 の 処 方	
医療材料				調 剤 □粉碎 □ 1包化 ヒート() 別包()	
<薬事添付できない場合記入>					

家族歴等		構成：		病名告知 □本人 □家族	
□ 独居		本人		予告告知 □本人 □家族	
□ 家族あり (同居人は丸で囲む)				治療病気の受け止め方内容 本人	
□ キーパーソン：★印 () 連絡先 ()				家族	
□ 意思決定代理人 () 連絡先 ()				協力体制 □連携病院・他 () 住所： 電話 () 住所： 電話： ：	
特記すべき事項					

日常生活・心身状態	
排泄	□ボータブルトイレ □オムツ使用 □尿器使用
	便()回/ ()日
食事	□介助
	□嚥下困難
移動	□杖歩行 □車椅子
入浴	□介助 □訪問入浴
スキントラブル等	□褥瘡 □口腔内 □ストーマ周囲
精神症状	□せん妄 □うつ □認知 □その他
睡眠	□入眠障害 □中途覚醒 □傾眠 □その他
感染症	□MRSA □HCV □HBV □その他
アレルギー歴	□薬剤() □食品() □その他()
その他	

疼痛部位： 安静時 体動時 褥瘡部位：



機関名 記入者

私の予定

退院： 年 月 日

受診・検査予定

- 1) 年 月 日
2) 年 月 日
3) 年 月 日

~~薬処方 ()週間分 月 日までである~~

~~次回の処方： 病院 かかりつけ医師 処方不要~~

- ① ()処方 (週間分 月 日までである)
② ()処方 (週間分 月 日までである)
③ ()処方 (週間分 月 日までである)
④ ()処方 (週間分 月 日までである)

必要物品

- ① ()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
② ()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
③ ()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)
④ ()オーダー (未・済)(依頼先： 届く予定： 月 日)

私の連携連絡先名簿

記入： 年 月 日

緊急受診(往診)先①:

担当者名:

(TEL:)

かかりつけ病院:

(TEL:)

緊急受診(往診)先②:

担当者名:

(TEL:)

かかりつけ医師:

(TEL:)

訪問看護ステーション:

(TEL:)

家族・友人:

本人との関係:

(TEL:)

ヘルパー:

(TEL:)

かかりつけ薬局:

(TEL:)

家族・友人:

本人との関係:

(TEL:)

その他:

(TEL:)



痛みの日記



痛みとは

痛みのパターンとお薬



痛みには大きく分けて2種類あります。持続痛と突出痛です。

持続痛は 長く続く痛みで、この痛みに使われる痛み止めは長時間にわたって効果がつづくお薬がよく使われます。

このお薬を **定時薬** (決まった時間にのむお薬) といいます。
 (例 プMTパッチなど)

(例MSコンチン錠、オキシコンチン錠、デュロテッ

定時にのむお薬で痛みを抑えていても突然くる痛みがあります
これを突出痛といいます。この痛みに対しては効果がすぐでる
お薬が使われます。

このお薬を **レスキュー(薬)** といいます。

(例 オプソ内服液、オキノーム散など)

ただし定期的のにのんで持続痛を取るために使う場合もあります。

どんな痛みにどの薬を使うのか医師によく確認してください。



日記記入例

- 痛みを感じた時刻やレスキューを服用した時刻を記入してください。

(痛みが発生しやすい時間などから痛みを誘発する原因などを予測することができます。)



痛みの程度やレスキュー薬を飲んだ時間を記入してください。

午前中	午後～夜間
1時	13時
2時	14時 外出時買い物 痛み2
3時	15時 痛み0～1
4時	16時
5時	17時
6時 起床 痛み0～1	18時
7時 定時の薬のんだ	19時
8時 8:15オプソ	20時定時の薬のんだ
9時 9:30	21時少し吐き気がした
10時	22時
11時	23时就寝中 痛み4 オプソ2包
12時	24時

強い痛みがあり
オプソを服用した
場合

オプソ服用によ
り痛みがよくな
った

軽い痛みはあった
がオプソを服用し
なかった場合

痛み以外のこと
を記入してもかま
いけません

痛み以外のことを記入してもかまいません。

日常生活のパターンから痛みを感じやすくなる原因や場合がわかってきます。

- 痛みを数値で表現する

痛みを数値で表現することで以前のいたみと比較したり、いたみの程度を理解しやすくしたりするためのものです。

0を痛みなしとして10をいままでのなかで考えられる一番ひどい痛みとして記入してください。

痛み無し



中程度の痛み



非常に強い痛み

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



強い痛み

考えられる一番ひどい痛み



軽い痛み

院内でのオピオイド導入パス

オピオイド導入臨床パス

		導入前日		導入2日目		導入3日目		導入4日目		導入5日目	
処方	使用基準	○直観良観ができる ○安静時疼痛が消失する ○体動時疼痛が消失する		○直観良観ができる ○安静時疼痛が消失する ○体動時疼痛が消失する		○直観良観ができる ○安静時疼痛が消失する ○体動時疼痛が消失する		○直観良観ができる ○安静時疼痛が消失する ○体動時疼痛が消失する		○直観良観ができる ○安静時疼痛が消失する ○体動時疼痛が消失する	
	NSAIDs	ロキソニン(101T) 分1 朝食後 ロキソニン(603T) 分3 毎食後 ロカール(2008T) 分4 毎食後・就寝前		ロキソニン(101T) 分1 朝食後 ロキソニン(603T) 分3 毎食後 ロカール(2008T) 分4 毎食後・就寝前		ロキソニン(101T) 分1 朝食後 ロキソニン(603T) 分3 毎食後 ロカール(2008T) 分4 毎食後・就寝前		ロキソニン(101T) 分1 朝食後 ロキソニン(603T) 分3 毎食後 ロカール(2008T) 分4 毎食後・就寝前		ロキソニン(101T) 分1 朝食後 ロキソニン(603T) 分3 毎食後 ロカール(2008T) 分4 毎食後・就寝前	
	オピオイド 定時処方	○MSコンドン10mg () 錠 ○オキシコンドン1mg () 錠 ○デュロップMT/バッチ2.1mg () 錠 ※痛みが強い場合は追加の○で事前にチェック		○MSコンドン10mg () 錠 ○オキシコンドン1mg () 錠 ○デュロップMT/バッチ2.1mg () 錠 ※痛みが強い場合は追加の○で事前にチェック		○MSコンドン10mg () 錠 ○オキシコンドン1mg () 錠 ○デュロップMT/バッチ2.1mg () 錠 ※痛みが強い場合は追加の○で事前にチェック		○MSコンドン10mg () 錠 ○オキシコンドン1mg () 錠 ○デュロップMT/バッチ2.1mg () 錠 ※痛みが強い場合は追加の○で事前にチェック		○MSコンドン10mg () 錠 ○オキシコンドン1mg () 錠 ○デュロップMT/バッチ2.1mg () 錠 ※痛みが強い場合は追加の○で事前にチェック	
	レスキュー	○オプソ 5mg () 包 ○オキノム 2.5mg () 包		○オプソ 5mg () 包 ○オキノム 2.5mg () 包		○オプソ 5mg () 包 ○オキノム 2.5mg () 包		○オプソ 5mg () 包 ○オキノム 2.5mg () 包		○オプソ 5mg () 包 ○オキノム 2.5mg () 包	
	制吐剤	○ロパレド(5) 3T 分3 毎食後 ○プロピラン(5) 3T 分3 毎食後		○ロパレド(5) 3T 分3 毎食後 ○プロピラン(5) 3T 分3 毎食後		○ロパレド(5) 3T 分3 毎食後 ○プロピラン(5) 3T 分3 毎食後		○ロパレド(5) 3T 分3 毎食後 ○プロピラン(5) 3T 分3 毎食後		○ロパレド(5) 3T 分3 毎食後 ○プロピラン(5) 3T 分3 毎食後	
必須処方	鎮下剤 (定時)	○マゾミト(130) 3T 分3 毎食後 ○センノサイド(12) 2T 分1 就寝前		○マゾミト(130) 3T 分3 毎食後 ○センノサイド(12) 2T 分1 就寝前		○マゾミト(130) 3T 分3 毎食後 ○センノサイド(12) 2T 分1 就寝前		○マゾミト(130) 3T 分3 毎食後 ○センノサイド(12) 2T 分1 就寝前		○マゾミト(130) 3T 分3 毎食後 ○センノサイド(12) 2T 分1 就寝前	
	鎮下剤 (服用)	○ラキソペロン 10滴 分1 就寝前 ○アローゼン 2P 分1 就寝前		○ラキソペロン 10滴 分1 就寝前 ○アローゼン 2P 分1 就寝前		○ラキソペロン 10滴 分1 就寝前 ○アローゼン 2P 分1 就寝前		○ラキソペロン 10滴 分1 就寝前 ○アローゼン 2P 分1 就寝前		○ラキソペロン 10滴 分1 就寝前 ○アローゼン 2P 分1 就寝前	
	NSAIDs処方時 には必須処方	○タケプロンOD(15) 1T 分1 就寝前 ○ムコスタ(1003T) 分3 毎食後		○タケプロンOD(15) 1T 分1 就寝前 ○ムコスタ(1003T) 分3 毎食後		○タケプロンOD(15) 1T 分1 就寝前 ○ムコスタ(1003T) 分3 毎食後		○タケプロンOD(15) 1T 分1 就寝前 ○ムコスタ(1003T) 分3 毎食後		○タケプロンOD(15) 1T 分1 就寝前 ○ムコスタ(1003T) 分3 毎食後	
	疼痛の評価	痛みのためほとんど眠れない 痛みのためよく目が覚める 痛みのため時々目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 休夜時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		痛みのためほとんど眠れない 痛みのためよく目が覚める 痛みのため時々目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 休夜時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		痛みのためほとんど眠れない 痛みのためよく目が覚める 痛みのため時々目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 休夜時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		痛みのためほとんど眠れない 痛みのためよく目が覚める 痛みのため時々目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 休夜時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない		痛みのためほとんど眠れない 痛みのためよく目が覚める 痛みのため時々目が覚める 痛みで眠れないことはない 痛みで身のおどろきがない 頻回に安静時疼痛を訴える 休夜時のみの疼痛 日中の疼痛がほとんどない	
	疼痛の評価 NRS	最高 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最低 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 平均 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 現在 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		最高 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最低 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 平均 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 現在 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		最高 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最低 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 平均 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 現在 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		最高 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最低 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 平均 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 現在 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		最高 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 最低 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 平均 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 現在 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
アセスメント	レスキュー回数	○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上	
	副作用	○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上		○ 1回 ○ 2回 ○ 3回 ○ 4回以上	
	アセスメント	医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師	
	評価者	医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師		医師 薬剤師 看護師 薬剤師	
	説明指導	理解を得るまで 繰り返し指導が 必要です。		理解を得るまで 繰り返し指導が 必要です。		理解を得るまで 繰り返し指導が 必要です。		理解を得るまで 繰り返し指導が 必要です。		理解を得るまで 繰り返し指導が 必要です。	
指示医サイン											
コメント											



まとめ

<普及・推進の要点と留意点>

1. 地域連携背景の理解
2. 普及・推進への理解
3. 地域連携クリティカルパスについて学習
4. 各地区・機関の機能(ネットワーク)把握
5. 地域クリティカルパス作成
6. 地域クリティカルパス運用
7. 地域クリティカルパス使用評価

<成功の7つのキーポイント>

1. 基礎となる連携組織(中心人物)がいる
2. 行政側の関与
3. パスの試行、運用、改定が繰り返されている(予算がある)
4. 研修会や事例検討会を開催されている
5. 多職種のメデイカルスタッフの参加がある
6. パスの様式がシンプルである
7. 役割・機能の明確化

<現状の課題>

1. 患者参加型ではない
2. 中核病院同士(院内各科内)の調整