

地域連携クリティカルパス概論 I



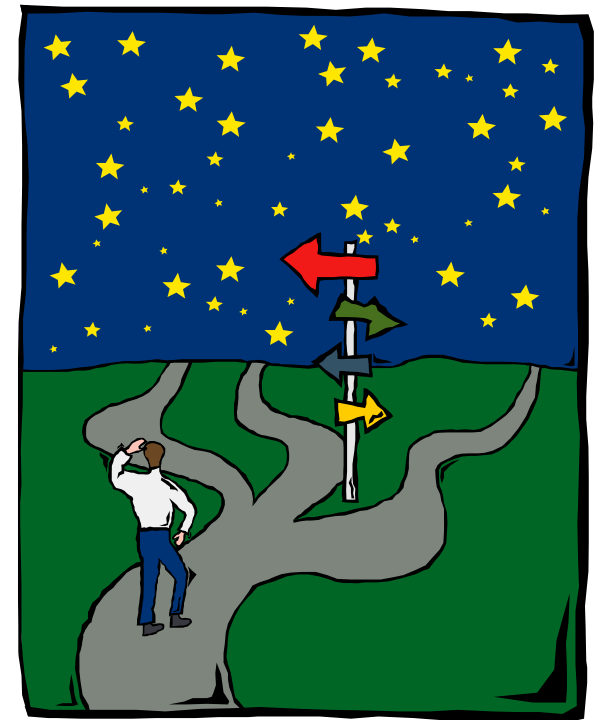
国際医療福祉大学大学院 教授
武藤正樹



国際医療福祉大学三田病院
2012年2月新装オープン！

目次

- パート1
 - － 医療計画と地域連携クリティカルパス
- パート2
 - － 診療報酬改定と地域連携クリティカルパス
 - － 脳卒中、がん
- パート3
 - － 医療計画見直しと地域連携クリティカルパス
 - － 在宅医療、精神科疾患



パート1

医療計画と 地域連携クリティカルパス



2006年6月第5次医療法改正で
医療計画が大きく見直された

医療計画の見直し(2006年医療法改正)

疾病別・事業別の診療ネットワーク構想

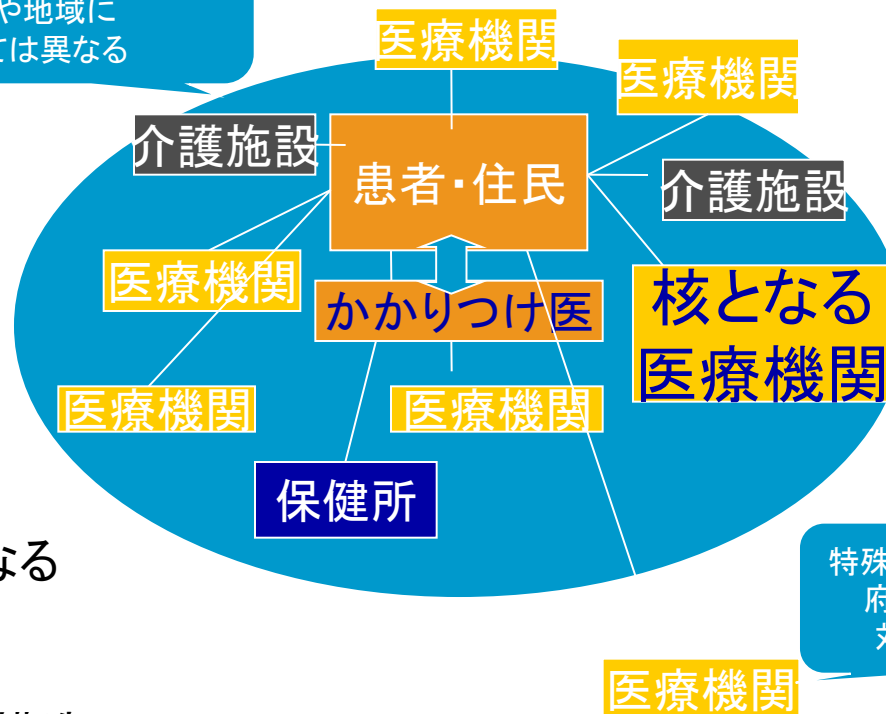
これまでの医療計画の
考え方



移行

日常医療圏と診療ネットワーク構想

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



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

疾病別、事業別(がん、脳卒中、糖尿病、小児救急など)

4疾患5事業（2008年医療計画）

- 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

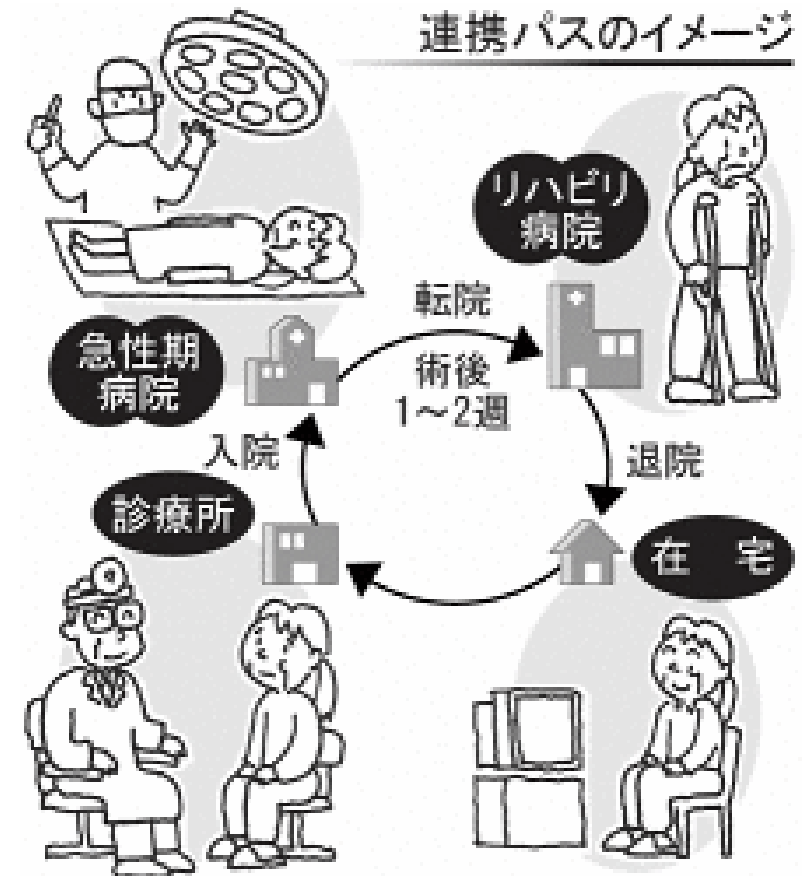
疾病別・事業別の医療提供体制と連携体制の構築

医療計画作成指針(07年7月通知)

- 医療計画における医療連携の考え方
 - 各医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し、円滑な連携が推進されるよう実施する。
 - 関係者すべてが認識・情報を共有した上で、各医療機能を担う医療機関を決定する
 - 医療連携の必要性について認識の共有
 - 医療機関等に係る人員、施設設備及び診療機能に関する情報の共有
 - 当該疾病及び事業に関する最新の知識・診療技術に関する情報の共有
- 状況に応じて、**地域連携クリティカルパス**導入に関する検討を行う

地域連携クリティカルパスとは？

- 地域連携クリティカルパス
 - － 疾病別に疾病の発生から診断、治療、リハビリまでを、診療ガイドラインに沿って作成する一連の地域診療計画
 - － 病病地域連携クリティカルパス
 - － 病診地域連携クリティカルパス
 - － 介護連携クリティカルパス



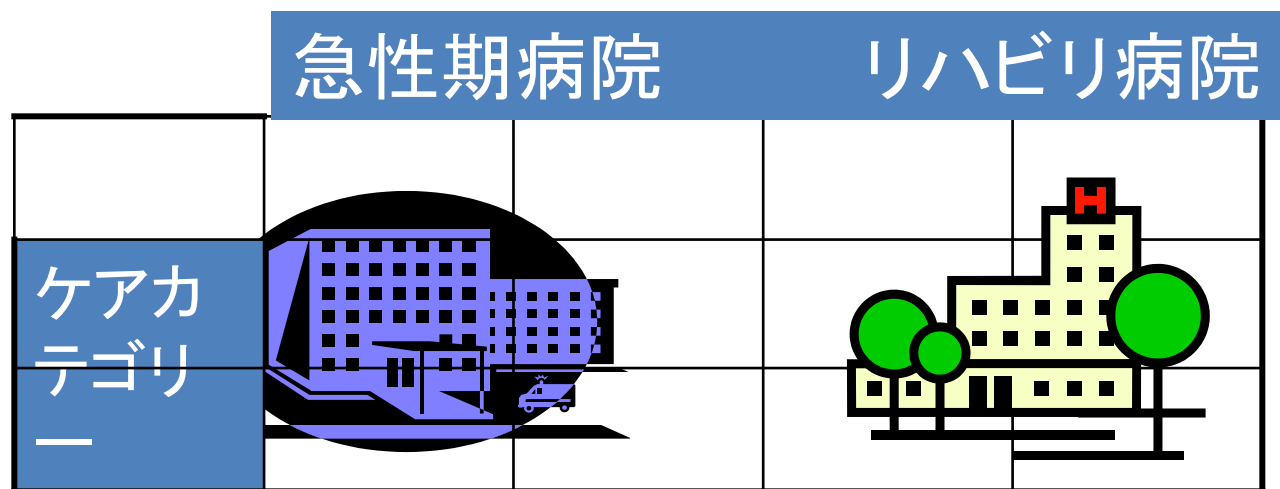
	クリティカルバスの名	胃瘻					職員用			
	患者氏名				指示医署名:			指示受け看護師署名:		
項目	時間	入院	前日	当日	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目
達成目標		#1 胃瘻創部に伴なう合併症(出血、創感染、肺炎等)がない。 #2 胃瘻チューブからの注入に滞りない #3 家族が胃瘻注入手技を習得し、瘻孔部のケアを理解する。								
治療・処置・薬剤・リハビリ			フルマリンキット1g×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×2本 ソルデム3A500ml×2本	フルマリンキット1g×2本 ボタコールR500ml×1本 ソルデム3A500ml×2本	ソルデム3A500ml×2本 ソルデム3A500ml×1本			
		口腔内清拭 (インジシガール)	口腔内清拭 (インジシガール)	口腔内清拭 (インジシガール)						
				内臓触下(腸管)				胃管・チューブの固定	交包	交包
検査		血算・血源型・生化学 胸・腹レントゲン 心電図 咽頭培養		血算・血源型・生化学 RBP, TTR, CRP			RBP, TTR, CRP			RBP, TTR, CRP
活動・安静度		フリー		ベッド上安静		フリー	フリー	フリー	フリー	フリー
栄養(食事)		入院前に同じ		絶飲食		水100ml × 3	水200ml × 3 濃厚流動食 100ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 200ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 300ml × 3	水300ml × 3 濃厚流動食 400ml × 3
栄養ケアマネジメント		栄養アセスメント スクリーニング	身長・体重 TSF・AC・AMC							TSF・AC・AMC 評価:(改善・不変・悪化)
清潔			清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭	清拭
排泄		オムツ又はポータブルトイレ	オムツ又はポータブルトイレ							
教育・指導(栄養・服薬)・説明		胃瘻の適応・方法・合併症とその対策 入院時オリエンテーション 内服薬確認・継続 承諾書確認 入院診療計画書 内服継続	内服継続	内服中止	内服中止					内服継続
観察		体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () ()	体温() () () () 脈拍() () () () 血圧() () () () SPO ₂ () () () () 出血() () () () 創状態() () () () 喀痰() () () () 下痢() () () () 嘔吐() () () () 尿満() () () () 褥創() () () ()					
記録										
バリエーション		有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜	有・無 深夜 日動 準夜
担当看護師署名										

クリティカルバスは患者さんにも好評
疾患別に作る標準診療計画



地域連携クリティカルパス

- 急性期病院とリハビリ病院
と一緒に作るパス、使うパス



整形外科疾患や脳卒中で始まった

2006年4月診療報酬改定 地域連携クリティカルパスの新規点数と運用

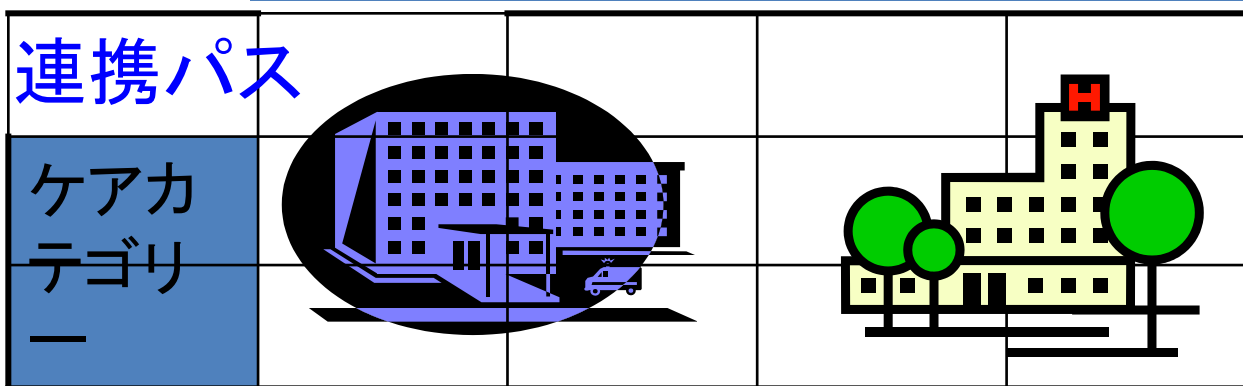
- 地域連携クリティカルパスを相互に交わす
- 複数の医療機関
- 定期的会合



定期的な会合

急性期病院

リハビリ病院



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



地域連携クリティカルパス 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クリティカルパス

大腿骨頸部骨折 シームレスケア研究会(熊本)

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

シームレスケア研究会の経緯

- 研究会立ち上げ
 - 平成15年10月
 - 世話人会立ち上げ(6施設)
- 第1回研究会(平成15年11月)
 - 各施設のパス、手術適応、術式、後療法の提示
 - 診療ガイドラインの検討
 - 使用中の連携パスの提示
- 第2回(平成15年12月)
 - 診療ガイドライン案作成
 - 研究会連携パス
 - データベース案の検討
- 第3回(平成16年1月)
 - 連携パスの検討、連携パス
 - データベースの電子化の検討
 - 目標設定:4月からの連携パス運用開始
- 第4回(平成16年2月)
 - 連携パスの検討、電子化案の検討
 - 患者用連携パス案の検討
- 第5回(平成16年3月)
 - 2施設加わる
 - 連携パス試用結果検討
- 第6回(平成16年4月)
 - 第6回研究会
 - 連携パス使用実績、問題点の検討
- 以後毎月1回研究会を開催

国立病院機構熊本医療センター連携パス

〇〇〇〇病院→〇〇〇〇病院 〇〇〇〇様 〇歳 【大腿骨頸部内側骨折用連携パス】案										医療者用						
診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成〇年〇月〇日 人工骨頭置換術施行										退院後:自宅・施設()						
受傷前歩行能力:車椅子・伝い歩行・歩行器・シルバーカー・松葉杖・杖(全介助・一部介助・監視・自立)																
達成目標:移動能力		車椅子坐位		平行棒内歩行		歩行器歩行		杖歩行		階段昇降		屋外歩行		()		
訓練開始日		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		〇/〇		自・監・介		
経過	入院日 〇/〇	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	【荷重制限あり】 急性期病院内転院基準(術後合併症なし)				上下衣更衣〇/〇 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 坐薬	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	鋼線牽引 有・無	ドレーン抜去 創処置		創処置(1回/2日)		創処置 抜糸		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】				

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

『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
----	---------------------	---------	-----	-------

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

経過	入院日	手術当日	術後1日	術後2日	術後3~4日	術後5日~3週	X線検査 血液検査
食	食事は夕食まで 飲み物は22時まで	術後、お粥の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	術後1日、お粥の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	術後2日、お粥の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	術後3~4日、お粥の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	術後5日~3週、お粥の動きを 確認後、飲水できます その後、食事出来ます	
着	病室に着て着替えて	手術着に着替えて	手術着に着替えて	手術着に着替えて	手術着に着替えて	手術着に着替えて	
動	ベッド上で安静です	ベッド上で安静です	ベッド上で安静です	ベッド上で安静です	ベッド上で安静です	ベッド上で安静です	
歩	歩行訓練	歩行訓練	歩行訓練	歩行訓練	歩行訓練	歩行訓練	
入	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	入浴	
検	X線検査 血液検査	X線検査 血液検査	X線検査 血液検査	X線検査 血液検査	X線検査 血液検査	X線検査 血液検査	
教	入院時指導	入院時指導	入院時指導	入院時指導	入院時指導	入院時指導	

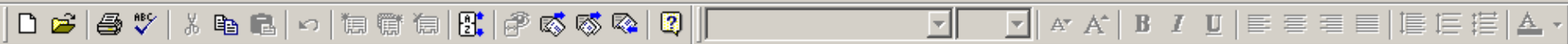
※術後合併症がなく、受け入れ可能な施設があれば、転院となる場合があります。

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...

一覧画面

印刷

骨接合

人工骨頭

熊本医療センター	→	いしくもと病院	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					

レポート数:10

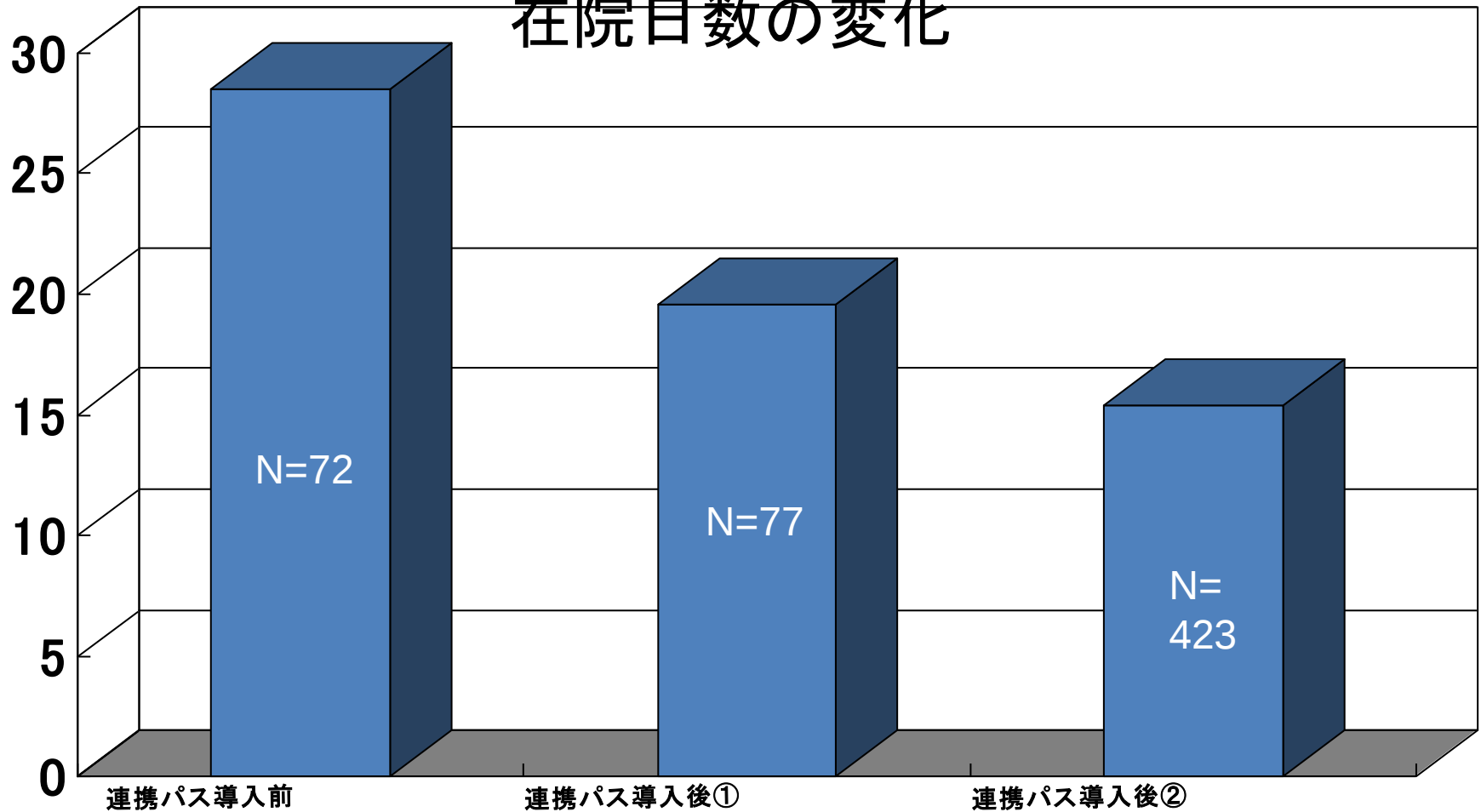
ソート済み

経過	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3~6日	術後7日	術後2週	術後4週	術後6週	術後8週	退院日	退院後1週以内
	3月23日	3月24日					転院4月2日	4月21日		5月19日		
排泄	尿道カテーテル留置	尿道カテーテル病棟内トイレ病棟内トイレ										
清潔	清拭		シャワー浴	入浴								
ケセル					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							痛み
検査	X線(2F)採血	X線(2F)採血			X線(2F)採血	X線採血	X線採血	X線採血		X線採血		
処置	鋼線牽引	創処置ドレーン	創処置(1回/2日)	創処置抜糸								
食事	腹鳴音確認後飲水可											
教育	入院時OR NsOR	床上動作の指導	家屋調査説明: 介護保険説明:		入院時OR	家屋訪問調査	家屋改修指導		試験外泊		退院時訪問	
退院時情報	荷重制限:無し 問題行動:無し 痴呆:疑い 麻痺: 痛み:有り 意欲:有り	禁忌肢位: ROM:股関節屈曲 95° 外転 35° MMT:大腿四頭筋力 3 中殿筋力 2	荷重制限: 問題行動: 痴呆: 麻痺: 痛み: 意欲:		禁忌肢位: ROM:股関節屈曲 ° 外転 ° MMT:大腿四頭筋力 中殿筋力							
記載日	平成16年4月9日	【コメント】			記載日	【コメント】						
担当医	田中あづさ	動作中、左股関節の痛みを頻繁に訴えます。今後の指導をお願いします。			担当医							
看護師					看護師							
理学療法士	階橋 政和											
既往症					バリアンス							

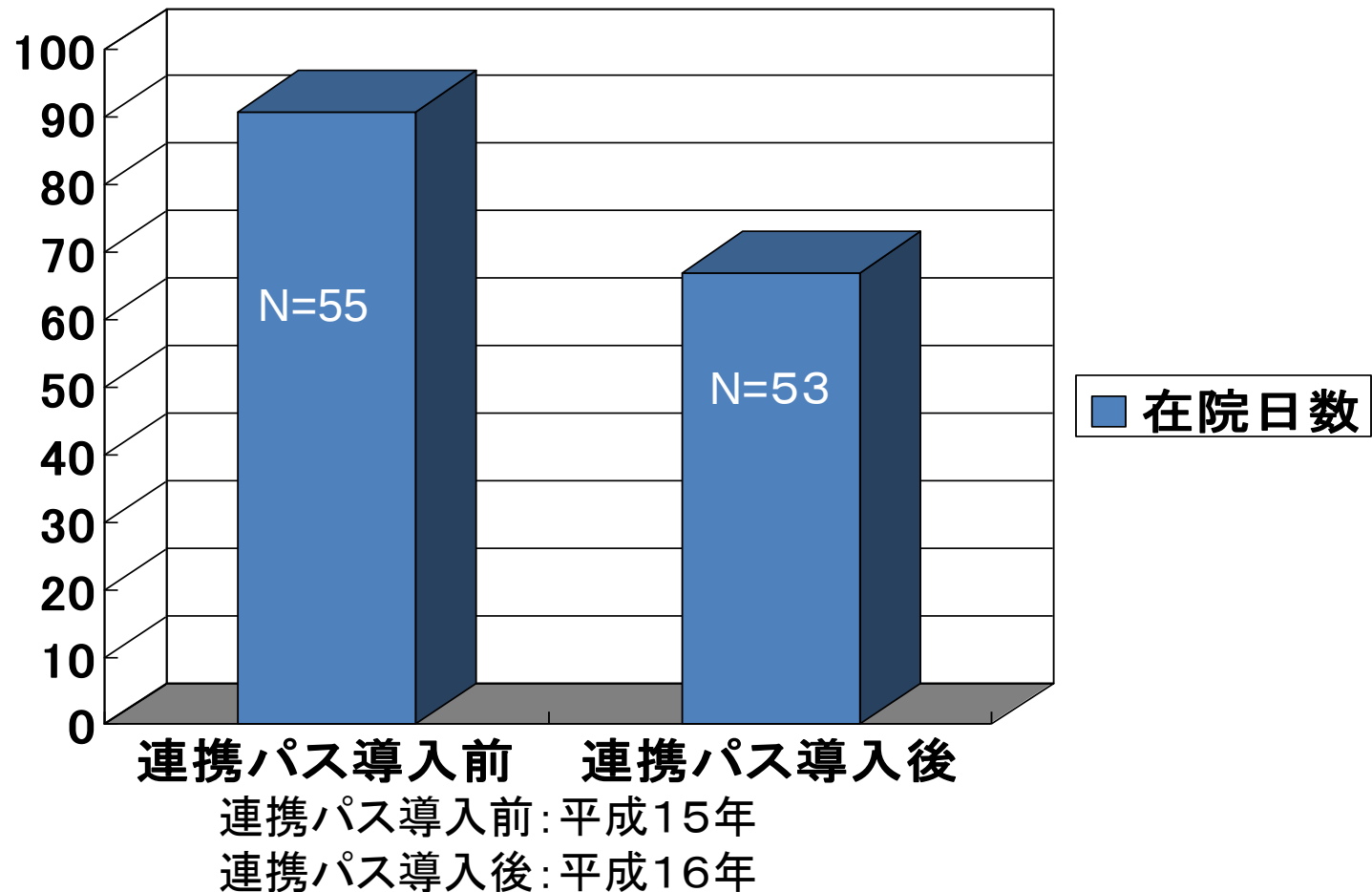
地域連携クリティカルパスの効果

- 患者家族の転院不安の解消
 - － 急性期病院から回復期リハビリテーション施設への転院に対する患者・家族の不安・不満の解消が図られた
- 診療内容に関する病院間の説明の不一致の解消
 - － 診療内容に関する医療機関間での説明の不一致の解消が図られた
- 診療目標やプロセスの共有化
 - － 診療の目標やプロセスを医療機関間で共有することにより、より効果的で効率的な医療サービスの提供が行われた
- 平均在院日数の短縮化
 - － 急性期・回復期を通じての平均在院日数の短縮が図られた
- 電子化により情報共有とパス見直しの促進
 - － 電子化されたデータベースを作成したことにより、容易に目標達成状況等の分析を行うことが可能となり、連携パスの見直しを通じて、連携医療の質と効率の向上につなげていくことができるようになった。

地域連携クリティカルパス (大腿骨頸部骨折)導入による 在院日数の変化



地域連携クリティカルパスの 連携先のリハビリ病院の在院日数変化



パート2

診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

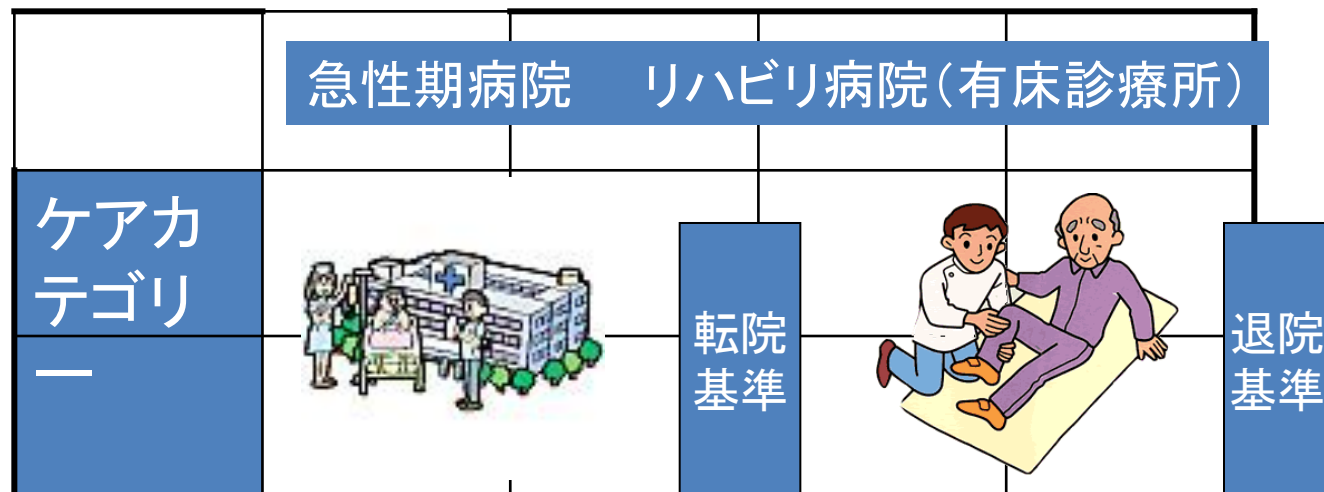


中医協総会

脳卒中地域連携クリティカルパス (08年診療報酬改定)

- 算定要件

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



地域連携診療計画管理料
900点

地域連携診療計画退院時指導料
600点

地域連携診療計画書

説明日 年 月 日
患者氏名 病名

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

都内の脳卒中地域連携クリティカル パスネットワーク

- 東京東部脳卒中連携協議会
 - 聖路加国際病院副院長 石川陵一
- メトロポリタン・ストローク・ネットワーク研究会
 - 東京慈恵医大リハ医学講座 安保雅博
- 東京都区西部脳卒中医療連携検討会
 - 東京都保健医療公社豊島病院長 山口武兼
- 区西南部医療圏脳卒中医療連携検討会
 - JR東京総合病院リハセンター一部長 田中清和
- 足立区脳卒中情報ネットワーク
 - 西新井病院長 安部裕之
- 区東部脳卒中医療連携パス
 - 森山リハビリ病院 副院長 星野寛倫
- 西多摩地域脳卒中医療連携検討会
 - 青梅市立総合病院 神経内科部長 高橋真冬
- 北多摩脳卒中連携パス協議会
 - 東大和病院 院長 大高弘稔
- 北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会
 - 杉並リハビリ病院院長 門脇親房
- 北多摩北部脳卒中連携パス研究会
 - 小平中央リハビリ病院院長 鳥巢良一
- 南多摩保健医療圏脳卒中医療連携協議会
 - 東海大医学部附属八王子病院 神経内科医療 徳岡健太郎

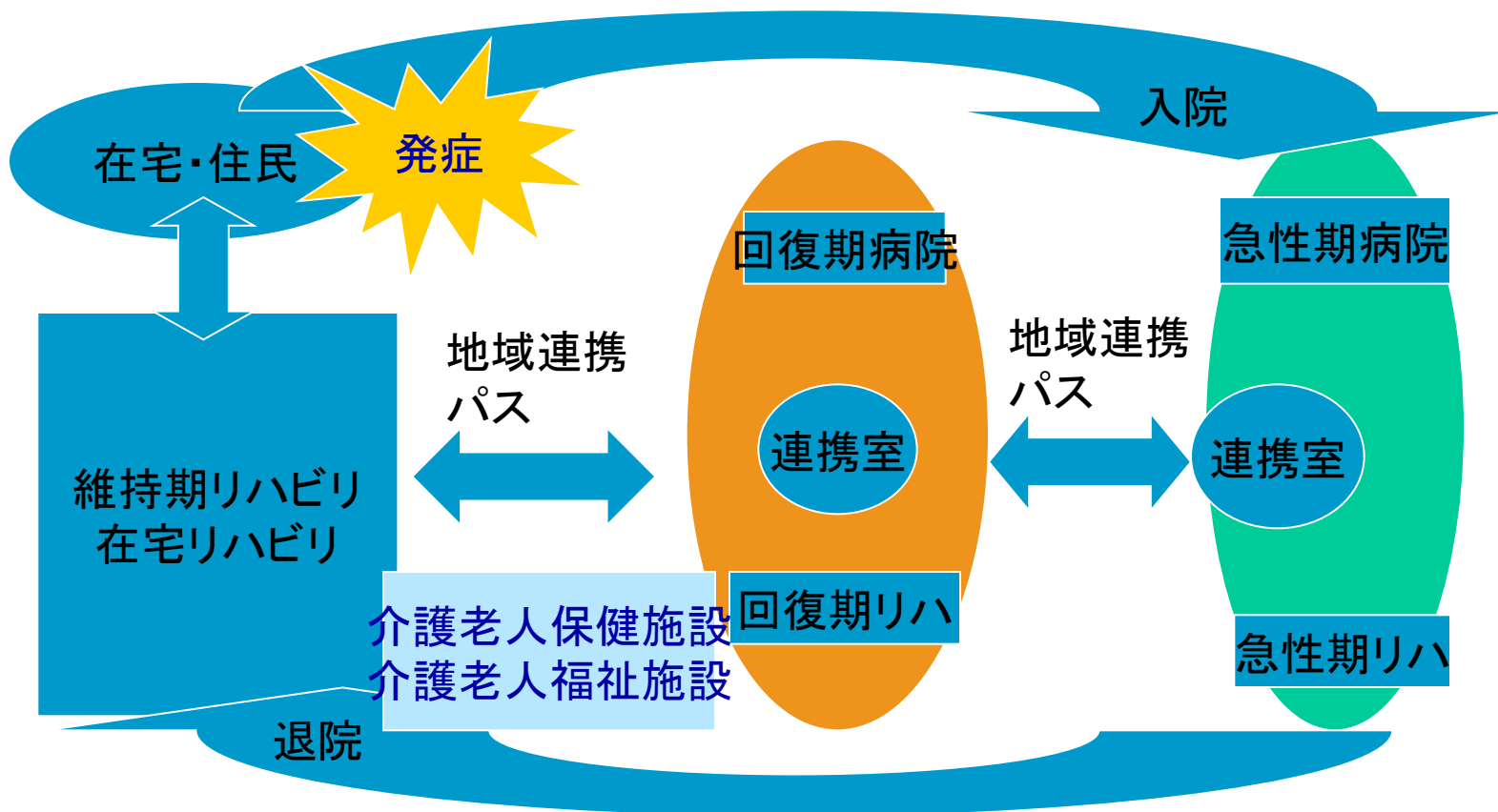
脳卒中地域連携 クリティカルパスの東京都内の事例

メトロポリタン・ストローク・ネットワーク
慈恵医大リハビリテーション医学講座



安保雅博教授

脳卒中連携と地域連携 クリティカルパスの流れ



東京都内近郊の脳卒中地域連携ネットワーク構築にむけて

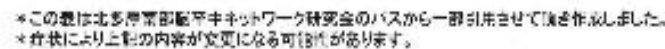


急性期(22施設)

回復期(20施設)

維持期(11施設)

患者・家族氏名 _____ 説明者氏名 _____



慈恵医大のホームページからごらんになれます

地域連携診療計画書 (Ver.1) : 急性期 病院

様 (男性・女性) 生年月日 年 月 日 (歳)

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

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

申し込み時 (評価日 年 月 日)	
栄養	☐ 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

一般社団法人

「脳卒中地域連携医療パス協会」

- 脳卒中地域連携医療パス協会
 - メトロポリタンストロークネットワーク研究会から2012年4月発足
 - 東京23区内統一パスを使用し、ITネットワーク化を行う
- 理事長：安保 雅博（東京慈恵会医科大学リハビリテーション医学講座教授）

一般社団法人脳卒中地域連携パス協会 市民公開講座 2012年6月30日 全国町村会館



地域医療連携電子パスシステム機能一覧

【急性期担当】

- 急性期パス登録
(入院時・退院時)
- 入院時申込書
- 回復期担当申請・確定
- 維持期担当申請・確定
- 患者情報登録・検索
- パスワード変更

【回復期担当】

- 回復期パス登録
(入院時・退院時)
- 入院時申込書
- 受入情報確認・回答・登録
- 維持期担当申請・確定
- 患者情報検索
- 空き病床情報登録
- パスワード変更

【維持期担当】

- 在宅生活ノート
- 受入情報確認・回答・登録
- 患者情報検索
- 空き病床情報登録
- パスワード変更

ASP利用のネット入力システム



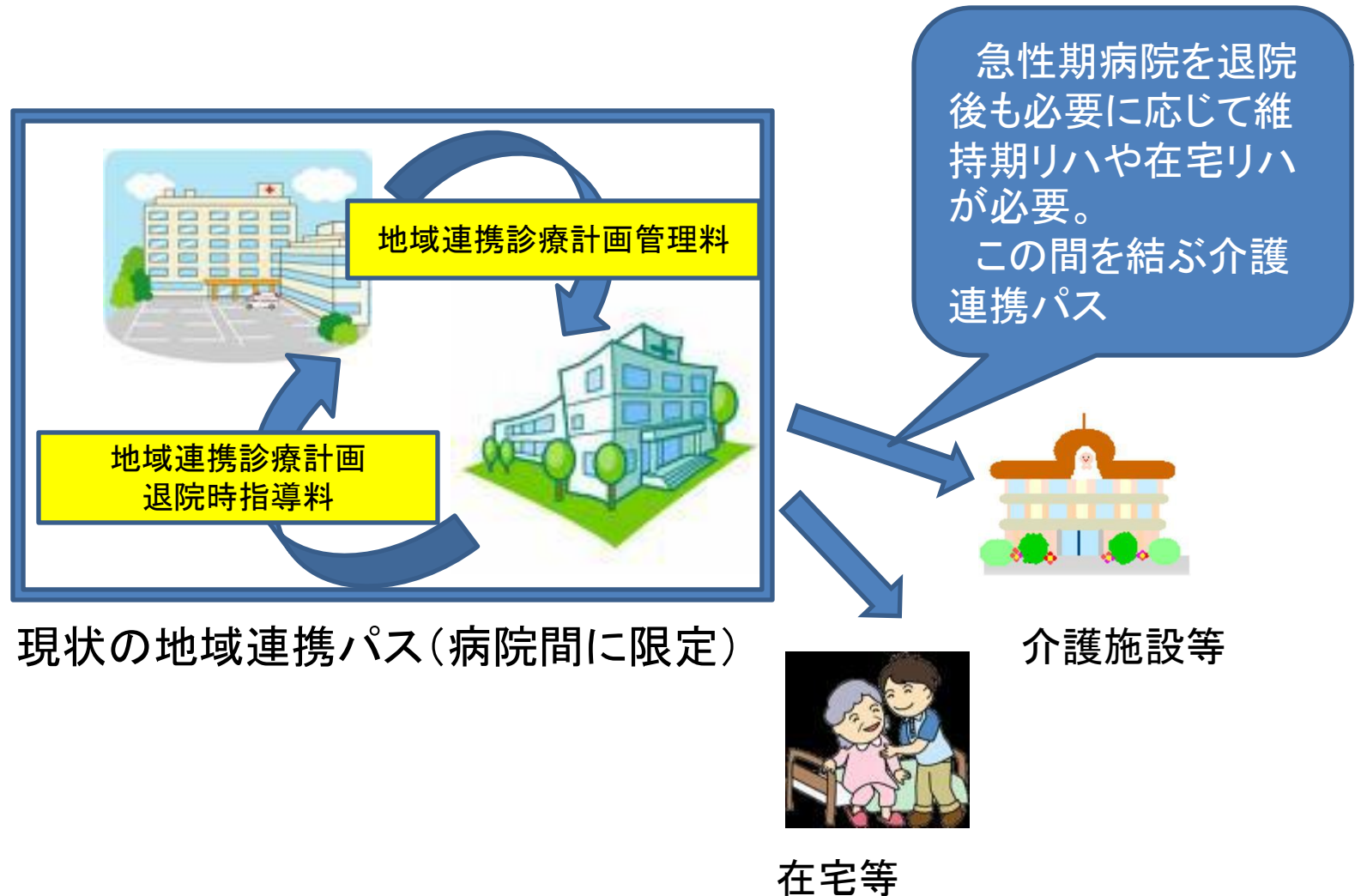
■急性期パス登録 ー基本動作・日常生活機能評価表ー (急性期担当②⑧)

18

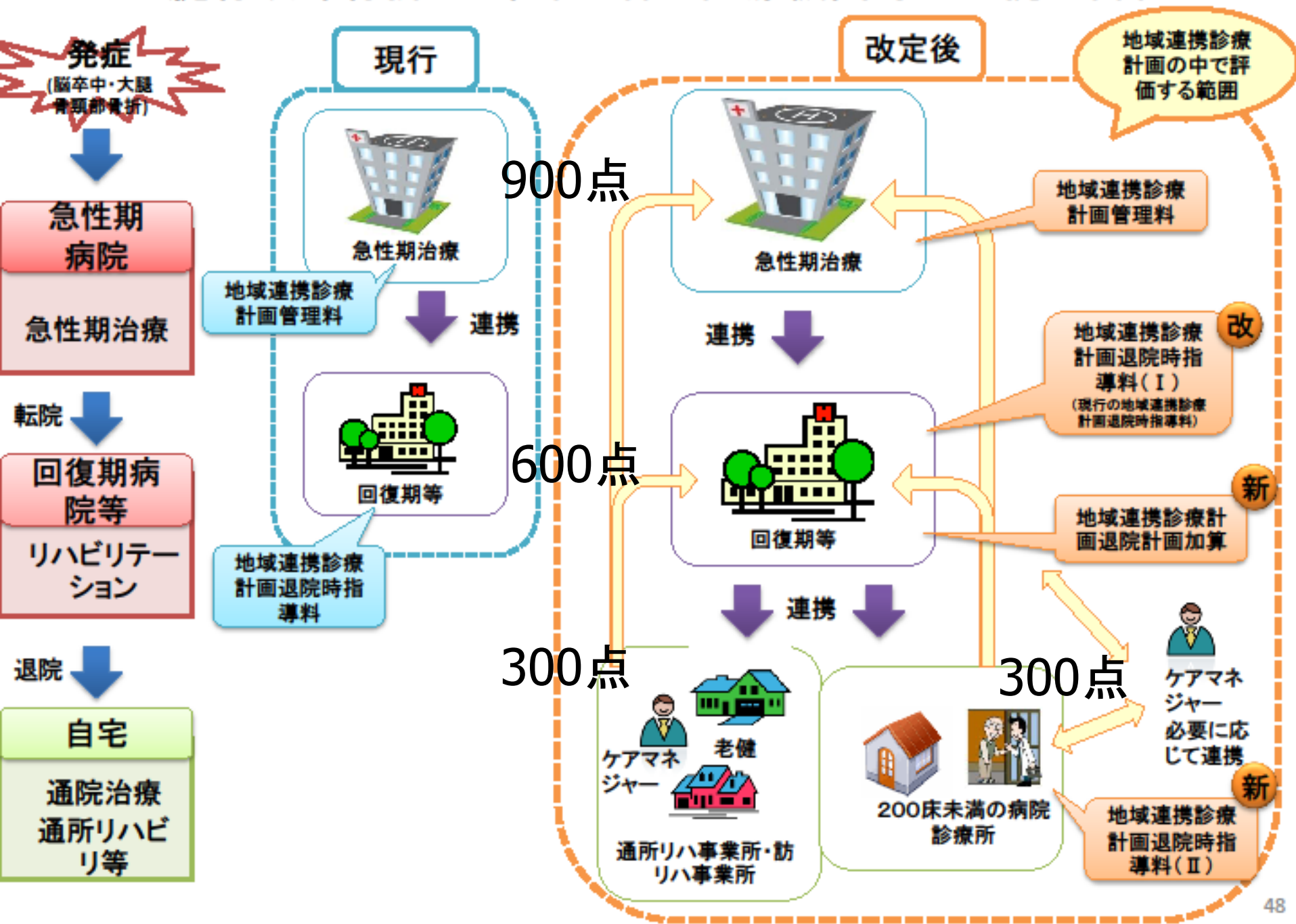
2010年診療報酬改定と 地域連携クリティカルパス

- ①施設拡大(在宅、介護へ拡大)
- ②疾病拡大(がんへ拡大)

①地域連携パスの介護領域への拡張



大腿骨頸部骨折・脳卒中に係る医療機関等の連携の評価



介護連携パス研究会 (2010年3月28日青山)

介護サービスを含
む地域連携クリティ
カパスを、
「介護連携パス」
と呼んでは？

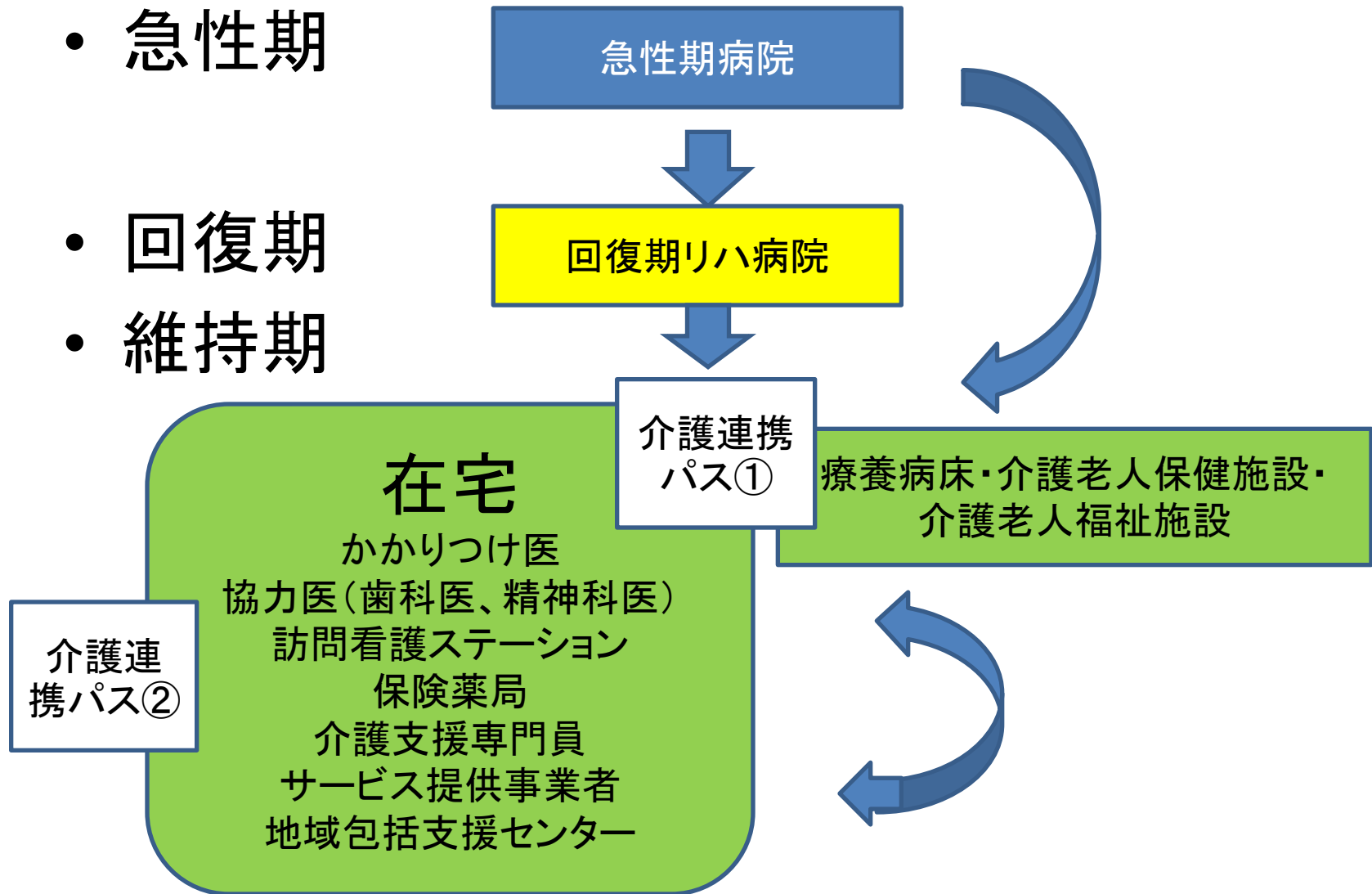


介護連携パスの必要性和期待

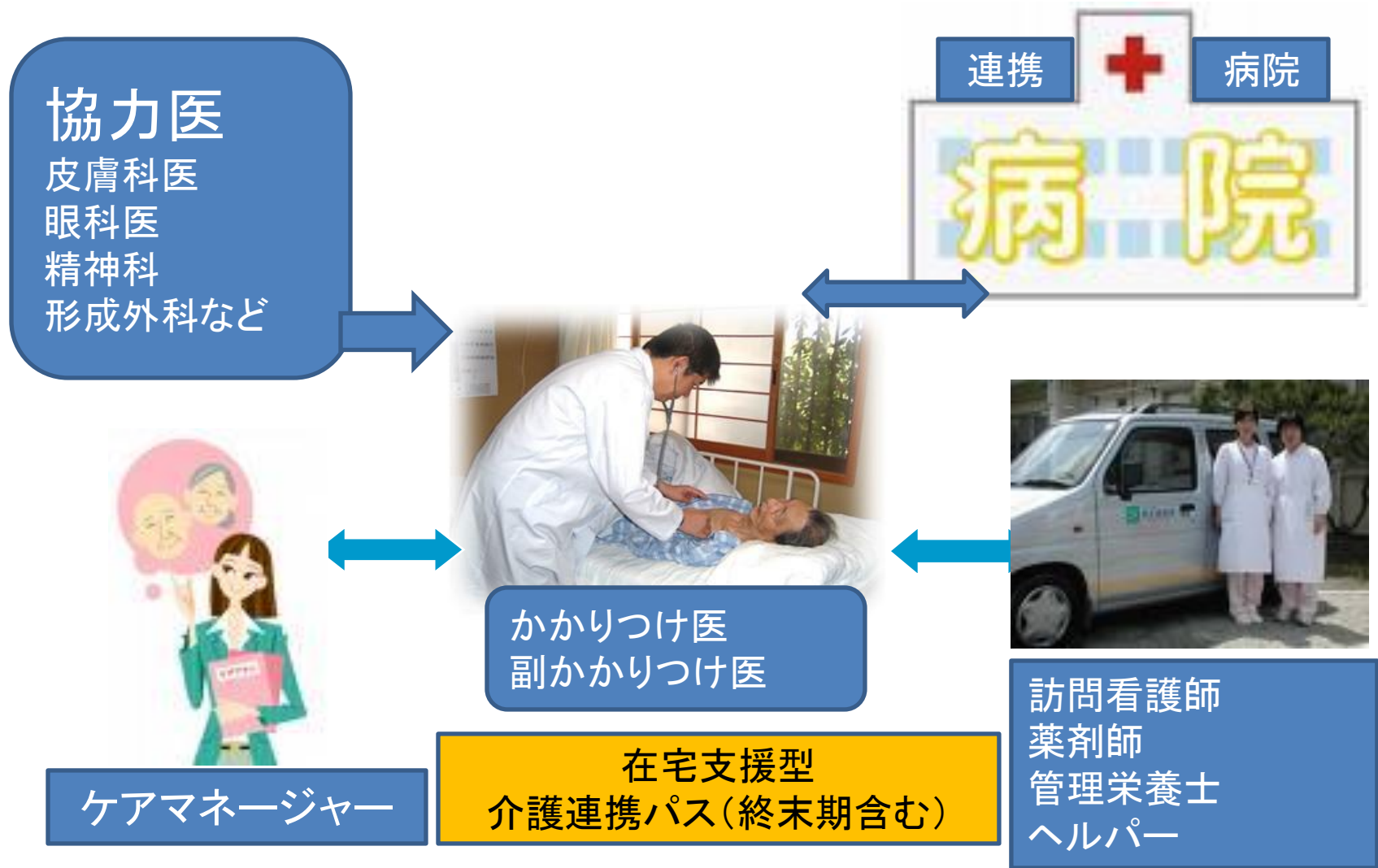
- 医療サービスと介護サービスの切れ目のない連携を図ることが必要
- とくに在宅サービスには医療と介護の連携が必要
- 介護サービス提供を担う関係者間の相互の連携が必要
- 連携を通じた、介護サービスの質の向上に期待
- 2012年診療報酬・介護報酬同時改定時に介護連携パスを保険収載しては？

2種類の介護連携パス

- 急性期
- 回復期
- 維持期



②在宅支援型介護連携パス



ケアプランに欠けている点

- 医療プランが不足している
- 目標志向（アウトカム志向）が不足している
- ケアプランを評価して、PDCAサイクルで改善していく仕組みが不足している。
- 改良型ケアプランの試みも始まっている
- ケアプランに地域連携クリティカルパスの要素を盛り込んで？

目標志向型に改良したケアプラン

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

居宅サービス計画書(評価表)

利用者名 (利用者番号) E 殿

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

スマートフォンやi-PADを利用した 地域カルテ

- ・ 桜新町アーバンクリニック・用賀三丁目薬局
– スマートフォンを利用した在宅医療の現場からの
報告



SNSを使った
地域連携が始
まっている

②地域連携クリティカルパスの 疾病拡大

大腿骨頸部骨折、脳卒中から
がん地域連携パスに疾病拡大

がん地域連携クリティカルパス

2010年診療報酬改定

がん診療連携拠点病院等を中心とした連携の評価

患者が身近な環境で質の高いがん医療を受けられる医療提供体制を推進する観点から、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、がん患者の退院後の治療をあらかじめ作成・共有された計画に基づき連携して行うとともに、適切に情報交換を行うことを評価する。

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。



がん地域連携クリティカルパス

①病・病連携パス

②病・診連携パス

①病・病地域連携クリティカルパス

がん拠点病院と一般病院の
がん化学療法による連携



埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター

埼玉医科大学総合医療センター



外来化学療法で
外来が手一杯！

大腸癌
Folfox, Folfiri
連携パス



13病院と連携



医療法人直心会帯津三敬病院

地域連携による癌化学療法の特長

- クリティカルパスの活用で、連携先でもがん診療連携拠点病院と同じ治療が受けられる
- 連携先での治療とフォローアップ情報が、がん診療連携拠点病院スタッフにも共有される
- 化学療法による短期入院が必要な治療(FOLFOX、FOLFIRI)は連携先で受け入れてもらえる
- 患者さんは自宅近くの病院で化学療法が受けられる
- がん診療連携拠点病院では満たされない患者さんのニーズが連携先で満たされる

地域連携のmFOLFOX6用 クリティカルパス

mFOLFOX6用クリティカルパス

1. 目的: がん診療連携拠点病院と連携先の医療機関間で、mFOLFOX6を用いた化学療法の治療とフォローアップを円滑に行うこと。

2. 対象: がん診療連携拠点病院と連携先の医療機関で、mFOLFOX6を用いた化学療法を受ける患者さん。

3. 内容:

項目	がん診療連携拠点病院	連携先の医療機関
1. 診断	がん診療連携拠点病院で診断確定。	連携先の医療機関で診断確定。
2. 治療方針	がん診療連携拠点病院で決定。	連携先の医療機関で決定。
3. 治療実施	がん診療連携拠点病院で実施。	連携先の医療機関で実施。
4. フォローアップ	がん診療連携拠点病院で実施。	連携先の医療機関で実施。

4. 備考:

1. がん診療連携拠点病院と連携先の医療機関間で、mFOLFOX6を用いた化学療法の治療とフォローアップを円滑に行うこと。

2. がん診療連携拠点病院と連携先の医療機関で、mFOLFOX6を用いた化学療法を受ける患者さん。

3. がん診療連携拠点病院と連携先の医療機関で、mFOLFOX6を用いた化学療法を受ける患者さん。

連携先の案内状

平成19年1月に地域がん診療連携拠点病院に指定された埼玉医科大学総合医療センターでは、クリティカルパスを活用しながら、地域の病院やクリニックとの医療連携による癌化学療法を実施しています。同センターの石田秀行先生に、連携先の条件や具体的な連携内容、医療連携クリティカルパスのメリット、患者さんの反応などについて紹介いただきました。

②病・診地域連携クリティカルパス

二人主治医制

がんの
地域連携

⇒主治医2人制度

かかりつけ医

情報交換

がん診療連携
拠点病院

外来治療

入院治療

〇〇医院

がん診療連
携拠点病院



かかりつけ医と専門医の役割分担

• 1. かかりつけ医の役割

- 日頃の診療は、地域のかかりつけ医の先生が担当
 - がんやがん以外にお持ちの病気、高血圧、糖尿病などの診療を担当
- 1) 定期的な診察、血液検査、画像検査など
 - 2) 定期的なお薬の処方
 - 3) 痛みや吐き気など各種症状の診察や治療
 - 4) 風邪をひいたり、熱が出たときの診察と治療

• 専門医の役割

- 年に何回か病院に通院して、精密検査と診察を行います
 - 精密検査としては、血液検査、超音波検査、CT検査、MRI検査など
- 検査結果
 - 「私のカルテ」内に記載して、かかりつけ医に報告
 - また、病状が変化したときなど、かかりつけ医の判断で、臨時に病院で診察を行うこともあります

東京都の医療連携手帳

5大がん(胃、大腸、乳、肺、肝がん)＋前立腺がん
地域連携クリティカルパス



東京都医療連携手帳を 利用される方へ

—かかりつけ医を持ちましょう！—

○ この手帳に対するご意見

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

E-mail : 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政策課がん対策係



東京都医療連携手帳

ご意見がございましたら下記にお寄せ下さい

E-mail: path@cick.jp

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

医療政策課がん対策係



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。

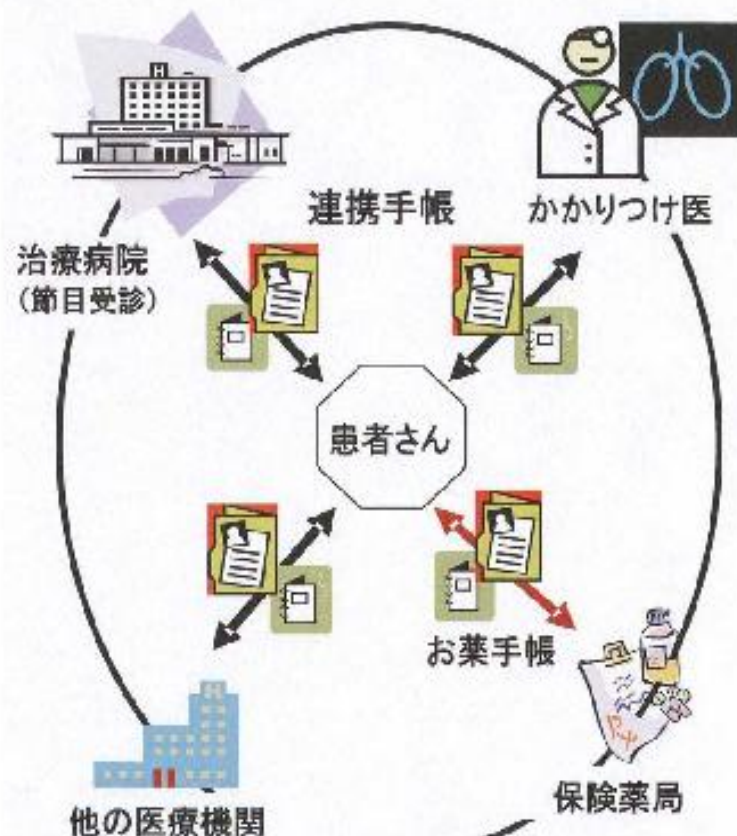
胃がんの手術を受けられた方は手術後 5 年間、定期検査を受ける必要があります。この冊子 7・8 ページの「診療・検査予定表」に定期検査の予定をまとめました。

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

お 名 前

生年月日 明・大 _____年 _____月 _____日
明・平

身長 _____cm 体重 術 前 _____kg
退院時 _____kg

手術病院

T E L

I D

担 当 医

手 術 日 _____年 _____月 _____日
_____年 _____月 _____日

かかりつけ医療機関 (1)

医師名

T E L

かかりつけ医療機関 (2)

医師名

T E L

かかりつけ薬局

T E L

既往歴および現在治療中の病気

高血圧、糖尿病

アレルギー (薬、食べ物等)

内臓病 (お薬手帳がある時は記入不要)

手術記録

手術日 平成 年 月 日

術式 開腹・腹腔鏡（補助）下
幽門側胃切除・胃全摘・幽門側胃切除・
幽門保存胃切除・分節胃切除・部分切除郭清 D0・D1・D1+ α ・D1+ β ・D2・D3

再建

幽門側胃切除後

B-I



B-II



Roux en Y



PPG（幽門嚢嚢）



胃全摘後

空腸吻合



Roux en Y

幽門側胃切除後
空腸吻合

食道胃吻合



浸透度

T□()N□H□PCY M□

(リンパ節転移個数 — / —)

Stage IA・IB

その他特記事項（通院時）

クレアチニン値 _____ mg/dl

診察・検査予定表 (Stage I A・I B 胃がん)

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

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	9ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	4ヶ月	8ヶ月	6ヶ月	8ヶ月				
問診・診察	●	○	○	○	●	○	○	●	○	○	●	○	●	○
採血 (血算、生化、CEA and/or CA19-9)		○	○	○	◎	○	○	◎	○	◎	○	◎	○	◎
上部消化管内視鏡検査 胃全摘後の上部消化管内視鏡検査は、1年目は行いますが、2年目以降は症状がある場合に行います。					◎		◎		◎		◎		◎	
腹部CT検査 and/or 腹部超音波検査					◎		◎		◎		◎		◎	
胸部X線検査 and/or 胸部CT検査					◎		◎		◎		◎		◎	

港区医師会がん連携パス説明会

- 2010年9月28日
 - 港区医師会でがん連携パス説明会を開催
 - 地域連携担当理事の臼井先生
 - 地方厚生局への登録の手続きなどについて
 - 意見交換



港区医師会地域連携担当理事
臼井先生

みなとe連携パス

みなとe
連携パス

みなと-e-連携パス

見て下さいね！

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



臼井 一郎先生 港区医師会理事

2012年診療報酬改定と 地域連携パス



2月10日中医協答申

2012年診療報酬改定

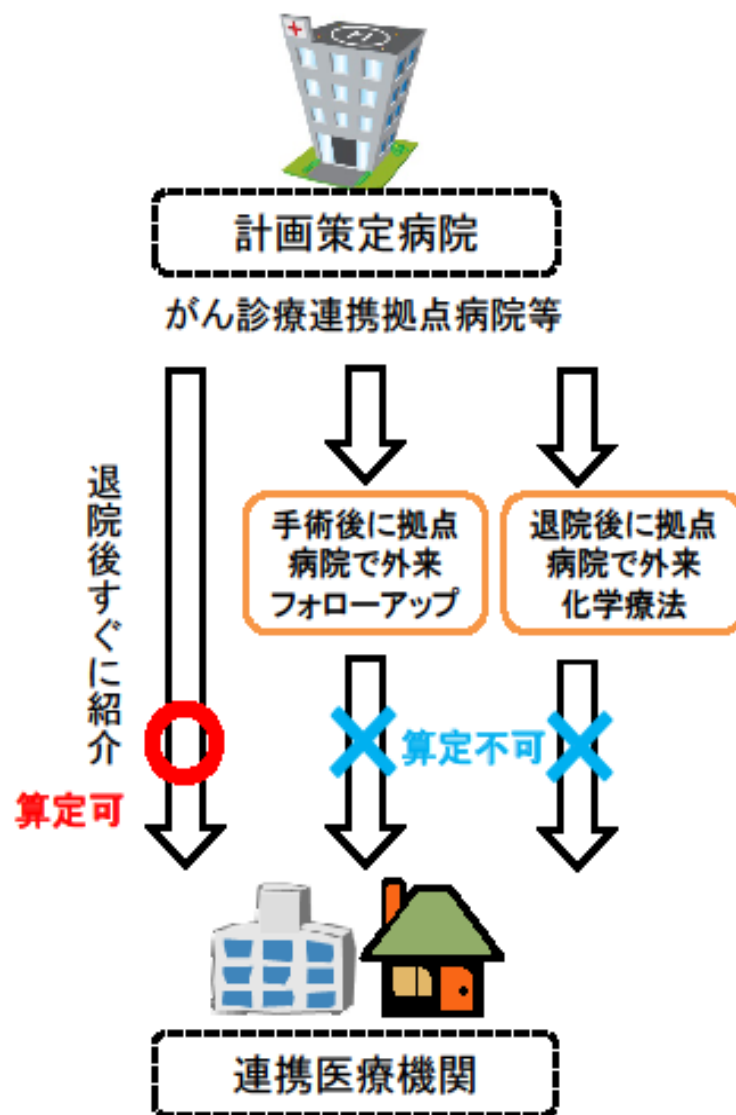
がん診療の連携に関する評価と課題について②

がん治療連携計画策定料

750点(退院時)



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



2012年診療報酬改定と クリティカルパス

- ①院内クリティカルパスを入院診療計画へ代替
- ②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

①入院診療計画を 院内クリティカルパスで代替

- 入院診療計画を院内クリティカルパスで代替
 - 入院診療計画を一定の基準を満たしたクリティカルパスで代替することができる。
- 入院診療計画書とは
 - 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画であること
 - 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画であること
 - 患者が入院した日から起算して7日以内に当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され説明がなされるものであること

入院診療計画書

別紙2

別紙2の2

入院診療計画書

入院診療計画書

(患者氏名) 殿

(患者氏名) 殿

平成 年 月 日

平成 年 月 日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名 *	
病名 (他に考え得る病名)	
症 状	
治 療 計 画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
そ の 他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画 *	
総合的な機能評価 ◇	

在宅復帰
支援計画

- 注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。
 注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。
 注3) *印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあっては必ず記入すること。
 注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
病 名 (他に考え得る病名)	
症 状 治療により改善 すべき点等	
全身状態の評価 (ADLの評価を含む)	
治 療 計 画 (定期的検査、日常 生活機能の保持・ 回復、入院治療 の目標等を含む)	
リハビリテーションの 計 画 (目 標 を 含 む)	
栄養摂取に関する計画	
感染症、皮膚潰瘍等の 皮膚疾患に関する対策 (予防対策を含む)	
そ の 他 ・看護計画 ・退院に向けた支援 計画 ・入院期間の見込み等	

退院へ向けた
支援計画

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後、状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(主治医氏名) 印

(本人・家族)

院内クリティカルパスで入院診療計画書を代用

②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

- 退院調整への地域連携クリティカルパスの応用
 - 大腿骨頸部骨折及び脳卒中以外の地域連携クリティカルパスでも、一定の基準をみたしている場合や、退院調整クリティカルパスや退院時共同指導を行った場合に評価を行ってはどうか？
- 地域連携クリティカルパスの疾病拡大
 - 地域連携クリティカルパスを退院後の治療のより総合的な管理手法として、現行の大腿骨頸部骨折、脳卒中、がん以外の疾患にも拡大して適応してはどうか？
- (新設)地域連携計画加算(300点)

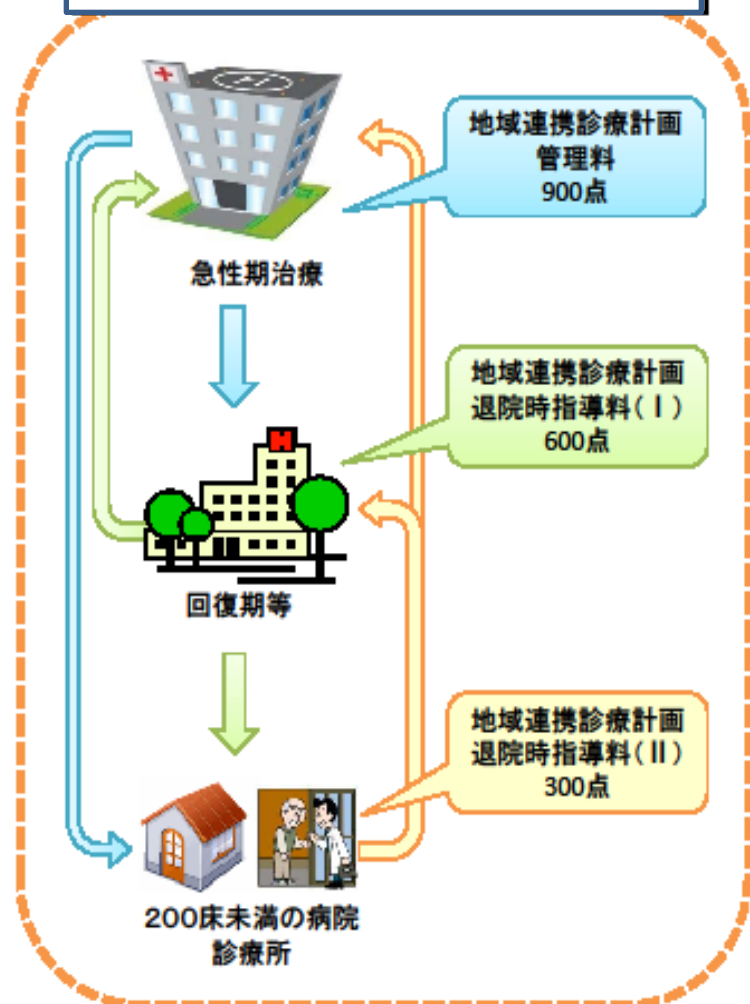
(新設)地域連携計画加算(300点)

- 入院時の症状、標準的な入院期間、退院後に必要とされる診療等の在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を作成し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の治療を担う別の保険医療機関と共有した場合の評価を行う。

現行の退院調整等に関する評価のイメージ

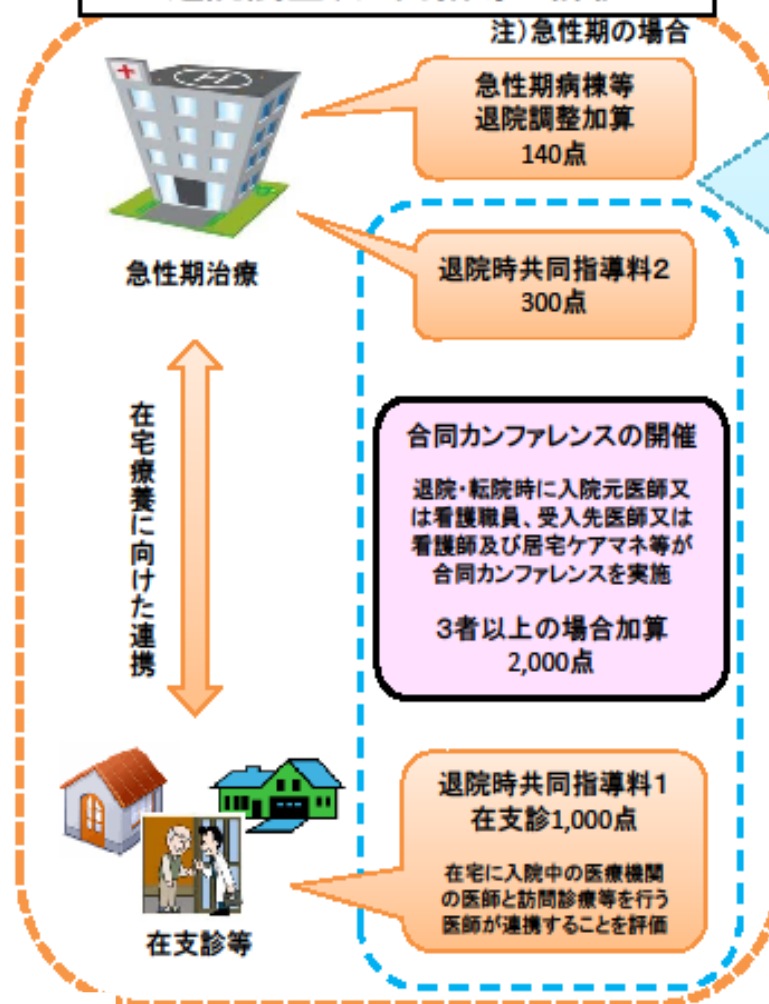
脳卒中または大腿骨頸部骨折の患者

地域連携クリティカルパスで評価



左記以外の退院困難な患者

退院調整、共同指導で評価



地域連携クリティカルパス

一部の医療機関では、脳卒中・大腿骨頸部骨折以外の
を活用して、退院調整を行っている。

パート3

医療計画の見直しと 地域連携クリティカルパス



医療計画の見直し

医療計画見直しスケジュール(案)



医療計画見直し等検討会

- 伊藤 伸一 日本医療法人協会副会長
- 尾形 裕也 九州大学大学院医学研究院教授
- 神野 正博 全日本病院協会副会長
- 齋藤 訓子 日本看護協会常任理事
- 末永 裕之 日本病院会副会長
- 鈴木 邦彦 日本医師会常任理事
- 池主 憲夫 日本歯科医師会常務理事
- 中沢 明紀 神奈川県保健福祉局保健医療部長
- 長瀬 輝誼 日本精神科病院協会副会長
- 伏見 清秀 東京医科歯科大学大学院教授
- 布施 光彦 健康保険組合連合会副会長
- **○武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院教授**
- 山本 信夫 日本薬剤師会副会長
- 吉田 茂昭 青森県立中央病院長



第1回検討会
2010年12月17日

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

5事業および在宅医療



在宅医療に係わる医療体制の充実・強化

「在宅医療指針」

- 国立長寿医療研究センターが中心になって取りまとめた「在宅医療体制構築に係る指針案」を参考にする方針。
 - － 24時間365日、患者の生活の視点に立った多職種連携医療の確保
 - － 看取りまで行える医療のための連携体制
 - － 認知症の在宅医療の推進
 - － 介護との連携—などの観点から、各都道府県が地域の実情に合わせて計画を策定すべき

在宅医療に関する医療計画の内容(数値目標)

■数値目標の例(各都道府県の医療計画より)

○北海道

- ・在宅医療を実施する医療機関割合
現状35.2%→目標値38.1%

○山形

- ・主任介護支援専門員研修受講者数
44人(H18)→50人(H24)

○福島

- ・在宅療養支援診療所 148(H18) → 196(H24)
- ・訪問看護ステーション 121(H18) → 128(H24)
- ・保険薬局に占める訪問薬剤管理指導料の届出薬局
76.9%(H18) → 81%(H24)
- ・保険薬局に占める麻薬小売業免許取得薬局の割合
84.1%(H18) → 85.9%(H24)

○茨城

- ・医療機関と連携し在宅医療に取り組む薬局の割合
6%(H18) → 50%(H24)

○東京

- ・医療保健政策区市町村包括補助事業の実施(在宅医療推進に資する事業)
5自治体(H19) → 全市町村(H24)

○山梨

- ・在宅ホスピス連絡体制が整備されている保健福祉事務所圏域の数
1圏域(H18) → 4圏域(H24)

○福井

- ・在宅医療推進のためのコーディネーター設置地区
→5地区(H24)

○福岡

- ・在宅医療を受ける患者数
2100人/1日(H18) → 30%増(H24)

○佐賀

- ・自宅での死亡の割合8.1%(H18) → 12.2%(H24)

○熊本

- ・訪問看護ST数 107(H17) → 120(H24)
- ・訪問看護師の就業者数 429(H18) → 554(H24)
- ・往診や訪問看護を実施する医療機関数
582(H18) → 640(H24)

- ・緊急時24時間対応訪問看護ST割合
24時間対応可能 22.1%(H16) → 30%(H24)
24時間連絡可能 94.2%(H16) → 98%(H24)
- ・麻薬小売業免許を取得している保険調剤薬局の割合
82.9%(H18) → 100%(H24)

○沖縄

- ・在宅療養支援診療所(75歳以上人口千人あたり)
0.46(H18) → 0.82(H24)
- ・訪問看護ステーション(人口10万人あたり)
3.7(H18) → 4.5(H24)

在宅医療連携拠点事業

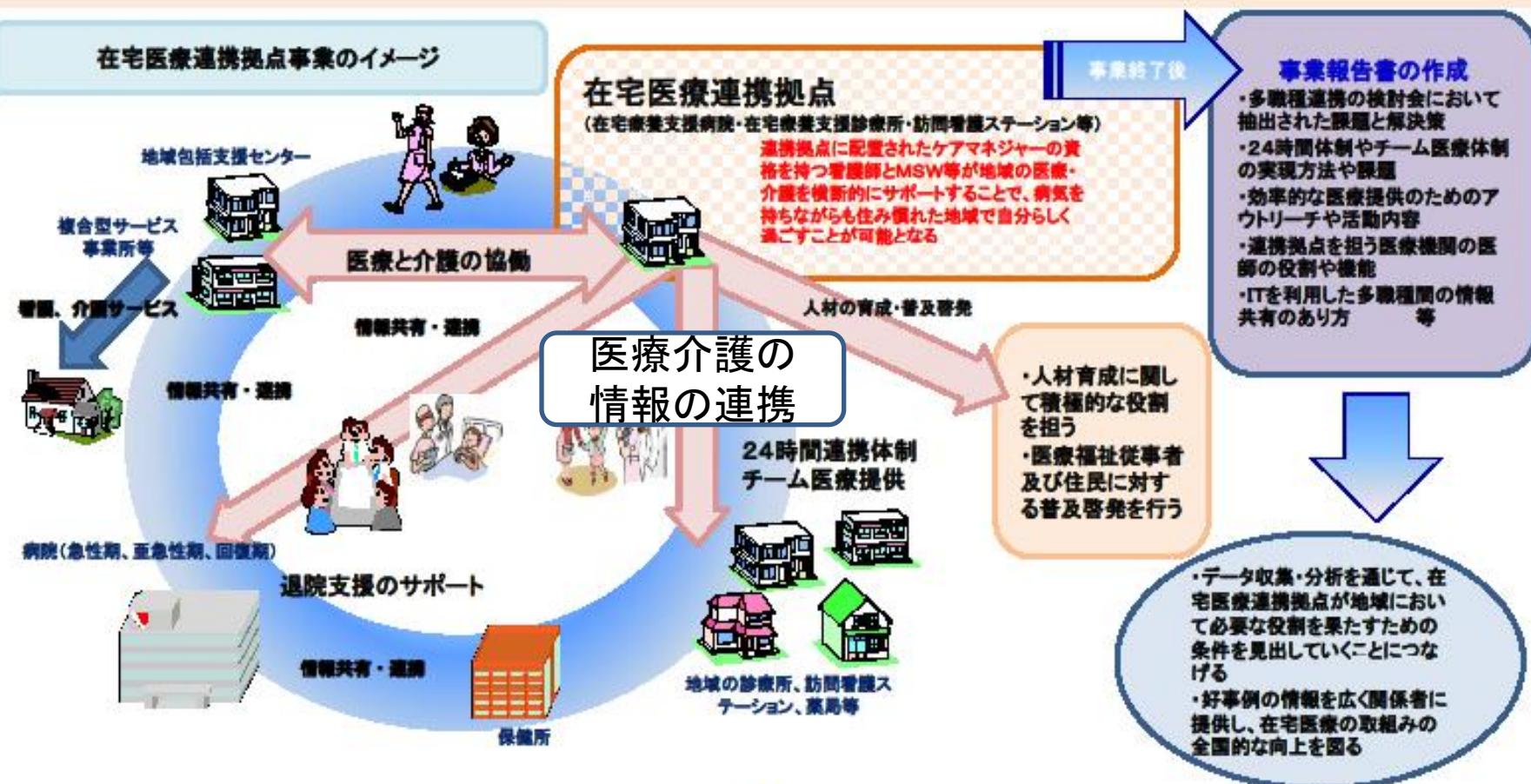
市町村ごとに2000拠点の設置をめざす！

□ ①在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。



在宅医療連携パス
(介護連携パス)の開発や
電子化が必要！

4疾患5事業の見直しの方向性

- 4疾病

- ①がん
- ②脳卒中
- ③急性心筋梗塞
- ④糖尿病
- ⑤精神疾患

2次医療圏見直し

- 5事業

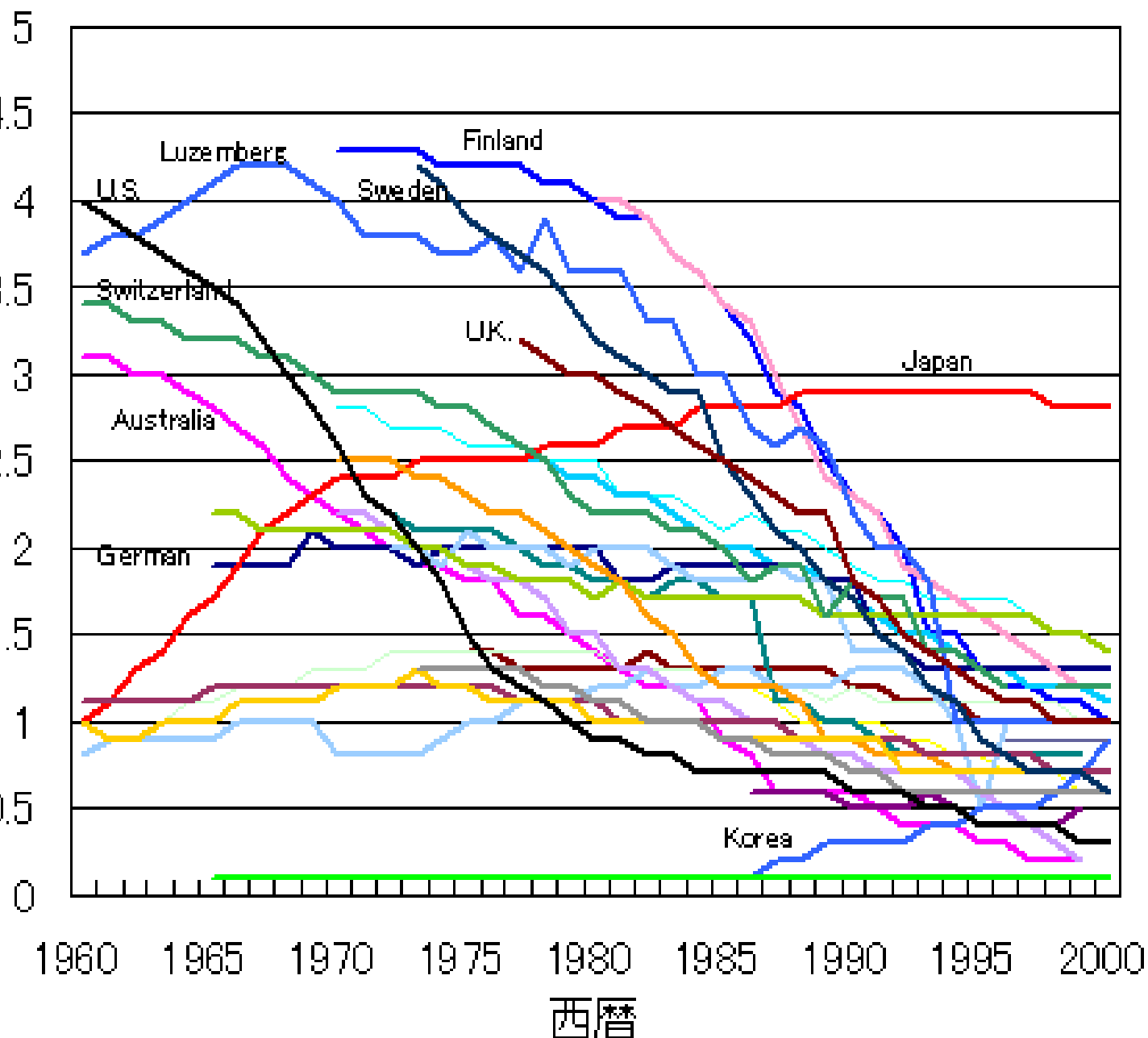
- ①救急医療
- ②災害医療
- ③へき地医療
- ④周産期医療
- ⑤小児医療
- * 在宅医療構築
に係わる指針を
別途通知する

精神医療の見直し

多すぎる精神病床数と
長い在院日数

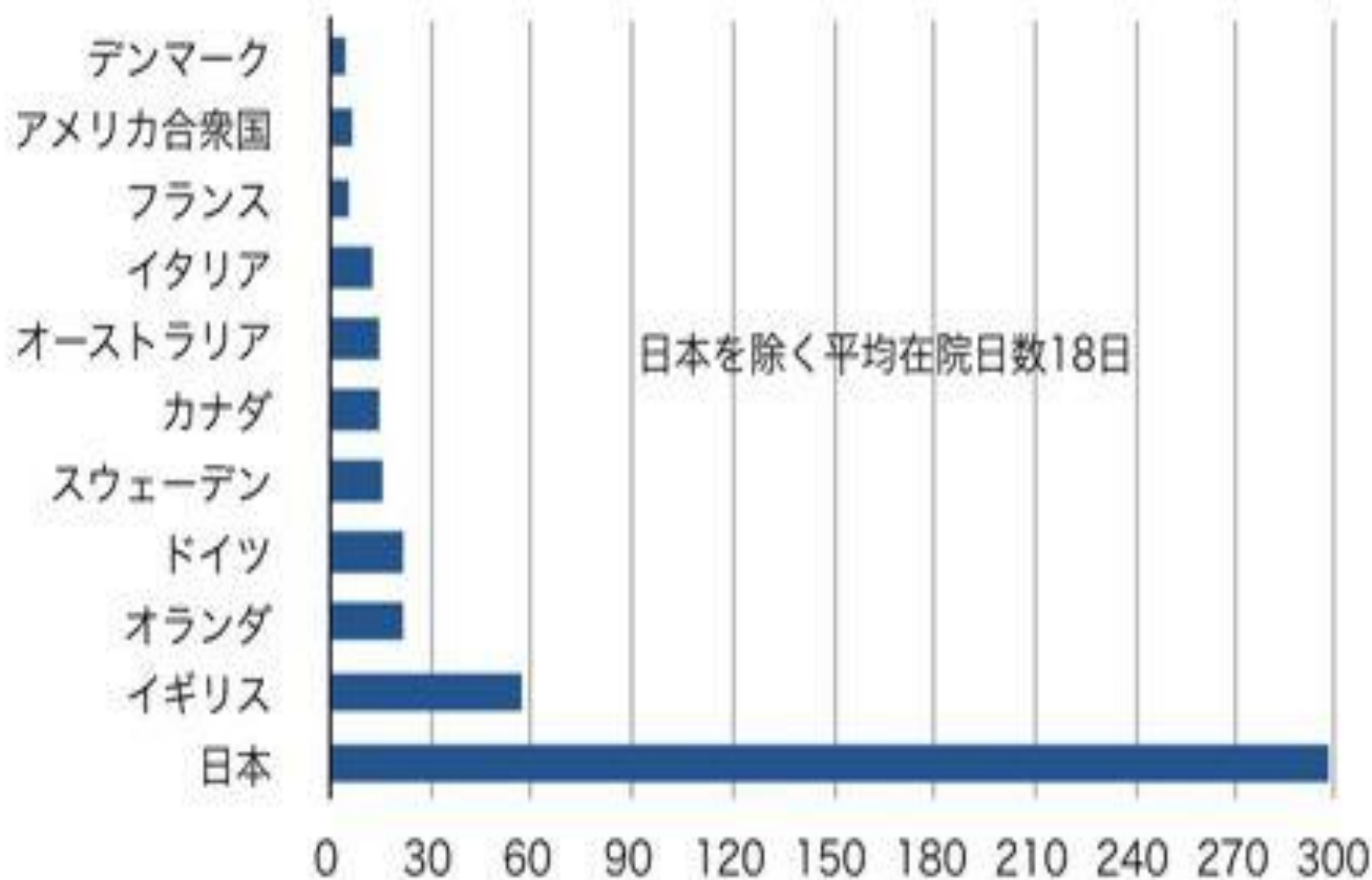
OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

人口1000人あたりの病床数



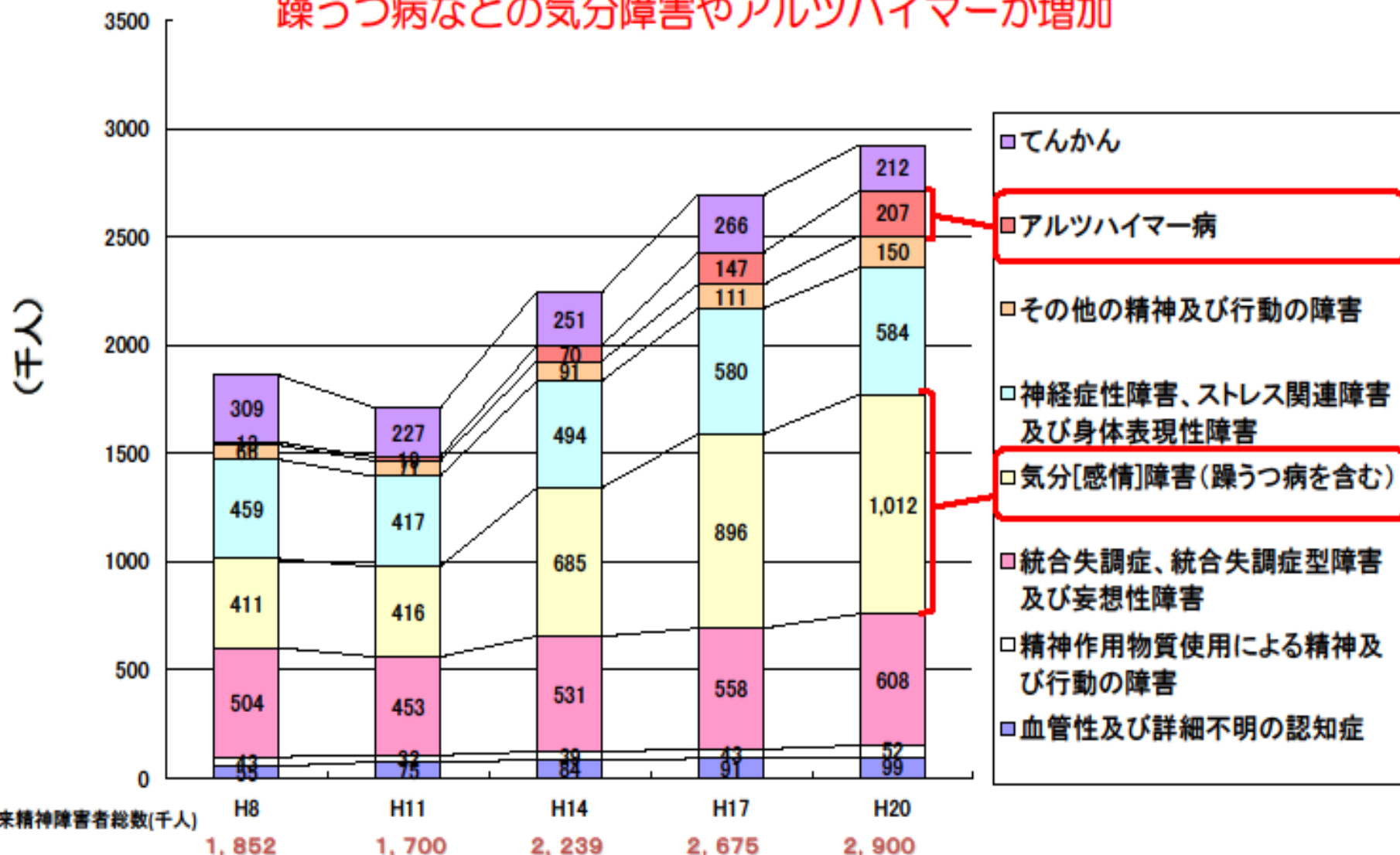
- Australia
- Austria
- Belgium
- Canada
- Czech Republic
- Denmark
- Finland
- France
- Germany
- Greece
- Hungary
- Iceland
- Ireland
- Italy
- Japan
- Korea
- Luxembourg
- Netherlands
- Norway
- Poland
- Portugal
- Slovak Republic
- Spain
- Sweden
- Switzerland
- Turkey
- United Kingdom
- United States

2005年退院者平均在院日数



精神疾患外来患者の疾病別内訳

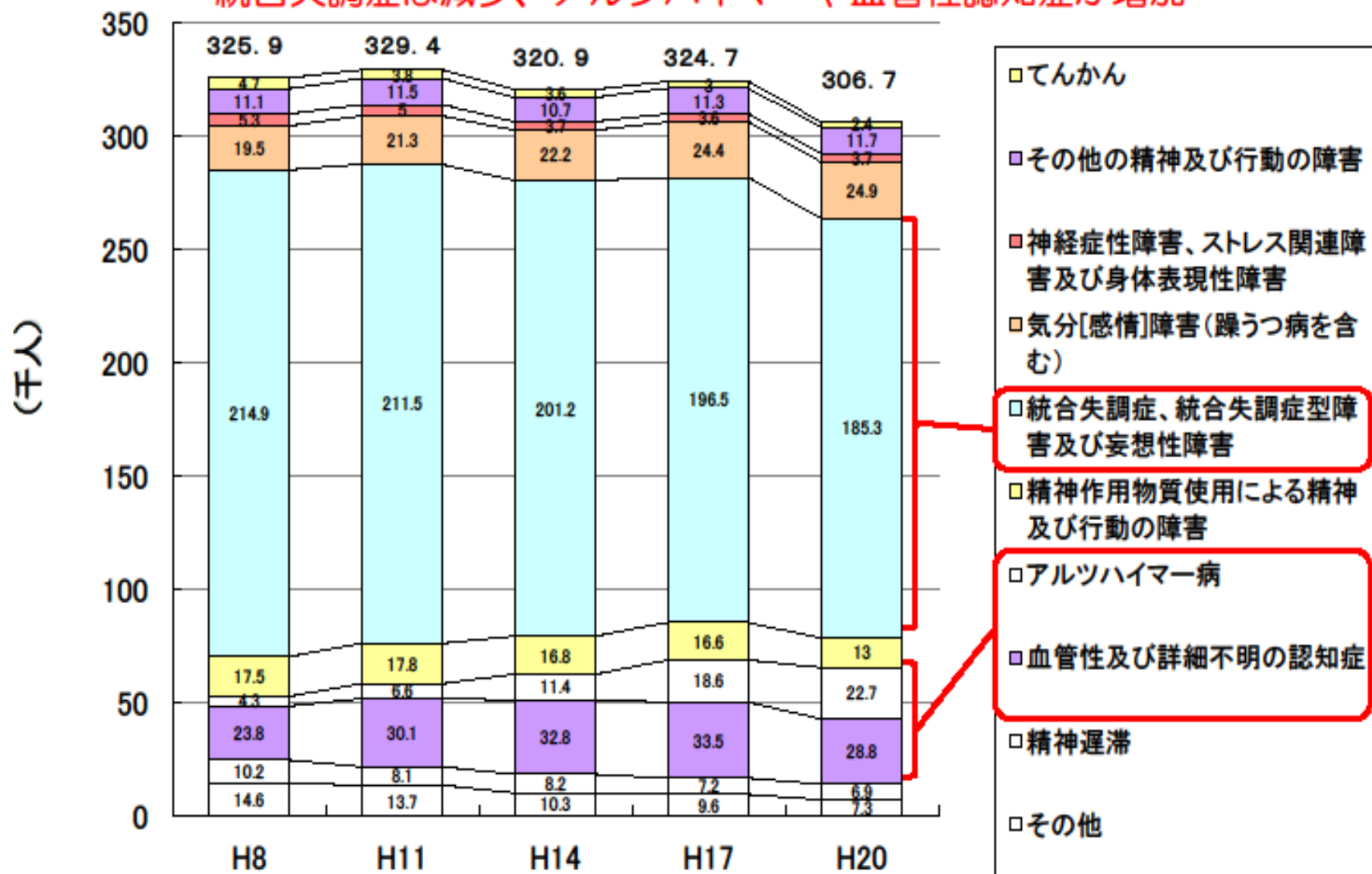
躁うつ病などの気分障害やアルツハイマーが増加



資料：患者調査

精神病床入院患者の疾病別内訳

統合失調症は減少、アルツハイマーや血管性認知症が増加



資料：患者調査

精神疾患に関する医療計画 目指すべき方向(案)

精神疾患患者やその家族等に対して、

1. 住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
2. 精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の総合的な支援を受けられる体制
3. 症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
4. 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
5. 医療機関等が、提供できるサービスの内容や実績等についての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境

を、提供することを目指す。

精神疾患の医療体制の構築に係る指針

(2) 医療資源・連携等に関する情報

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

地域連携クリティカルパス導入率（推奨）

精神科クリティカルパス



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

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

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

平成17年10月24日 新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会（第2回）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8c.html>

統合失調症急性期の入院医療パス(例)*

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

*土佐病院パス(2003)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科クリティカルパスにみられるアウトカムの例

到達度アウトカム	入院初期	● 自己の安全確保 ● 睡眠・休息の確保 ● 摂取状況の改善 ● 入院目的・退院時目標の共有	● 抑うつ気分の改善 ● 希死念慮の軽減 ● 興奮状態の改善
	中期以降	● 病的体験の改善 ● 生活のリズムを整える ➢ 入浴・洗濯の自立、整容 ● 病棟内生活・大部屋レベルの自立 ● 入院目的・退院時目標の共有 ➢ 入院に至る経緯の振り返り ➢ 入院している意味がわかる ● 服薬の必要性が理解できる	● 対人交流の増加 ➢ スタッフとの会話ができる ➢ スタッフと意味ある会話ができる ● 退院後の生活を具体的に考える
到達度の過程		● 治療・ケア方針の共有 ● 副作用の早期発見	● 転院先・アパートの確保
退院時アウトカム (≡退院基準)		● 服薬管理ができる ● 病状増悪の前兆を知り対処法を身につける ● 症状の安定	● 外泊時の自宅での安定した状態 ● 家族の受け入れ準備の完了

参考：社会復帰のための簡便スケール

し：社会的行動（対人関係）

や：やりくり（経済管理）

か：活動（生活リズム）

い：飲食（栄養管理）

ふ：服薬（服薬管理）

つ：つきあい

き：きれい（保清）

①よくできる

～

⑤ほとんどできない

REHABとの相関： $r = .633, p < .001$.（澤ほか、1999）

退院促進クリティカルパス（単身生活・アパート）*

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

*西紋病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

精神科デイケアクリティカルパス (例)*

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

再入院防止クリティカルパス (例)*

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

*揖保川病院(2009)

出典:伊藤弘人. 日本精神科病院協会通信教育資料、2012

どんな精神科疾患から 精神科地域連携パスを作成するか？

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

認知症パス：認知症を早期に診断し、専門医に紹介・治療を開始しかかりつけ医に再度紹介するパス

（一般開業医→診断→専門医に紹介（診断治療）→再紹介）

＜目的＞早期に認知症の知識を得ることで、地域で安心して生活することができ

＜対象者＞家人と同居されていて、かかりつけ医に通院している患者

＜適応基準＞検討中

＜除外基準＞検討中

	1. かかりつけ医（通院）	2. 専門医療機関受診時	3. かかりつけ医（通院）
アウトカム	・専門医療機関へ受診を納得できる	・診断を受け、治療を開始できる ・介護支援体制・医療保険サービスの情報が得られる ・家族が患者への接し方を理解できる	・治療を継続できる ・必要時介護支援が受けられる ・予防支援が受けられる
評価項目	・家人と本人が一緒に受診できる ・専門医療機関が決められる	・検査を受けられる ・診断・治療の説明を受け同意する ・介護支援体制・医療保険サービスの情報の説明が受けられる ・説明に対して患者家族から具体的な質問をする ・かかりつけ医での継続受診に同意する	・定期的な受診ができる ・地域包括・居宅介護支援事業所に連絡できる ・介護保険の申請に行く
タスク	・家人と本人が一緒に受診するするように説明する ・専門医へ受診のメリットを説明する ・専門医への診療情報提供書を書く ・専門医療機関に関する情報を伝える ・専門医療機関の外来予約をする ・可能であれば簡易検査を行う	・検査を行う（医師・臨床心理士・放射線科） ・診断をする ・病状・治療計画・接し方の説明を行う ・介護支援・医療保険サービスの説明（PSW・MSW・ケアマネ・保健師） ・必要な指導を行う（栄養士・薬剤師・看護師・作業療法士） ・かかりつけ医への診療情報提供書を書く	・治療を継続する ・予防支援のICを行う ・介護保険の意見書を提出する ・ケアマネの紹介する（地域包括・居宅介護支援事業所）

精神科地域連携クリティカルパス(北里東病院)

適応基準: ☐うつ病 ☐反復性うつ病

除外基準: 認知症を含む器質性・薬剤性精神障害、統合失調症、神経症性障害

再紹介基準: うつ病再発の特徴がみられ、かつ薬物調整で改善傾向を示さない

1. 強いうつ気分, 2. 興味や喜びの喪失, 3. 食欲の障害, 4. 睡眠の障害

5. 精神運動の障害(制止または焦燥), 6. 疲れやすさ、気力の減退, 7. 強い罪責感

8. 思考力や集中力の低下, 9. 死への思い

	家庭内安定期 退院から3ヶ月後 (月 日)	地域安定期 退院から6ヶ月後 (月 日)	社会参加検討期 退院から9ヶ月後 (月 日)	社会参加安定期 退院から12ヶ月後 (月 日)	治療最終検討期 退院から24ヶ月後 (月 日)
アウトカム	病状悪化をもたらす困難やストレスがない 睡眠や生活リズムが保たれている 服薬自己管理が出来る 精神症状が安定している 家族等と良好な関係が保てている 支援が必要な際の自覚がもてる 支援が必要な際の救助方法(電話、相談)が理解出来ている 自宅での活動を自発的に行える 通院が可能である 近所を中心に外出できる	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 単独で地域住民や親戚 とつきあえる 単独で遠方へ外出できる	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 仕事への復帰を検討で きる	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 制限を設けず就労できる 睡眠薬を服用せずとも熟睡 感が得られる 抗不安薬を漸減中止できる	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 抗うつ薬を漸減中止できる 治療最終を楽観的に捉えられる
生活能力評価	1. 精神状態(安定、ほぼ安定、要援助) 2. 症状管理(自立、ほぼ自立、要援助) 3. 服薬管理(自立、ほぼ自立、要援助) 4. 睡眠コントロール(自立、ほぼ自立、要援助) 5. 排泄(自立、ほぼ自立、要援助) 6. 食事、健康管理(自立、時々偏向あり、要援助) 7. 個人衛生、清潔(自立、ほぼ自立、要援助) 8. 金銭管理(自立、ほぼ自立、要援助) 9. 対人関係(良好、時々偏向あり、不良)	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左	☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左
タスク	☐ 通院(月 日)(月 日)・・・ ☐ 栄養相談 ☐ 服薬自己管理の教育 ☐ かかりつけ医への情報提供書作成	☐ 通院(月日)・・・ ☐ 同左 ☐ 同左	☐ 通院(月日)・・・ ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 職場担当者と面接 ☐ 産業医への情報提供	☐ 通院(月日)・・・ ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 同左	☐ 通院(月日)・・・ ☐ 同左 ☐ 同左 ☐ 再発サインと対処法に関する 教育

精神科地域連携クリティカルパス(イメージ)

—かかりつけ医が精神科紹介時に患者に手渡す—

表紙



表紙裏

<使い方>
患者用
...
精神科医
...

患者・関係者

・患者氏名:
・かかりつけ
医氏名:
連絡先:

・精神科医氏
名:
連絡先:

診療情報

(かかりつけ医が
紹介時に記載)

既往歴

内服薬
(身体科)

うつ等
治療方針

(逆紹介時に精神
科医が記載)

診断

精神科治療経過

今後の方針

特記事項

クリティカルパスシート本体
(地域連携診療計画書イメージ)

	逆 紹介 日	1 ヶ 月	3 ヶ 月	6 ヶ 月	処 方 変 更	1 年	処 方 終 結	...
問診・診察(2項目)	○	○	○	○	●	○	●	...
症状評価		○		○	●	○	●	...
服用状況確認	○	○	○	○	●	○	●	...
処方薬変更・中止					●		●	...

○: かかりつけ医 ●: 精神科医

患者・家族セルフチェックシート
(アウトカム)

	逆 紹介 日	1 ヶ 月	3 ヶ 月	6 ヶ 月	処 方 変 更	1 年	処 方 終 結	...
症状								...
服薬								...
... (下記※参照)								...

◎: とてもよい ○: よい ×: よくない

通信欄

精神科医→
かかりつけ医

症状の特徴:

増悪時のサイン:

ご本人との約束事項:

どんな時に紹介が望ましいか:

通信欄

かかりつけ医
→精神科医

精神科受診依頼ポイント:
(増量・減量・変更・他)

裏
表
紙

(必要で
あれば
追加)

作成者

※生活能力・身体評価: 精神状態、症状管理、服薬管理、睡眠コントロール、食事、清潔、金銭管理、対人関係、疼痛、活動意欲

連携パスで意識する必要があること

対象者:どのような患者さんに？

- あなたは目標を設定していますか？

どうなることを目指して(ゴール)？

- その目標を書きとめていますか？

ゴールを共有できるどのようなツールを用いて？

- 目標達成の計画はありますか？

内容:何を、いつ、提供するのか

まとめと提言

- ・地域連携クリティカルパスとは医療連携における情報共有ツール
- ・医療計画と診療報酬改定の中で地域連携クリティカルパスが注目された。
- ・大腿骨頸部骨折、脳卒中、がんをはじめとして地域連携クリティカルパスの疾患範囲が広がっている
- ・在宅連携クリティカルパス、精神科連携クリティカルパスがこれからの課題

2025年へのロードマップ

～医療計画と医療連携最前線～

- 武藤正樹著
- 医学通信社
- A5判 220頁、2600円
- 地域包括ケア、医療計画、診療報酬改定と連携、2025年へ向けての医療・介護トピックスetc
- **4月発売**
- <http://www.igakutushin.co.jp/index1.php?contenturl=book1.php?id=615>



ご清聴ありがとうございました



フェイスブック
でお友達募集
中です。

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

本日の講演資料は武藤正樹のウェブサイト
に公開しております。ご覧ください。

武藤正樹

検索



クリック

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