平成21年度地域保健総合推進事業

地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究報告書



平成22年3月

財団法人　日本公衆衛生協会

平成21年度地域保健総合推進事業

地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究報告書

平成22年3月

財団法人　日本公衆衛生協会

はじめに

平成19年７月の厚生労働省通知において、「保健所が地域医師会等と連携して圏域連携会議を主催し、積極的な役割を果たす。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」とされ、医療連携における保健所の役割への期待は、ますます大きなものとなってきています。新たな医療計画では、都道府県ごとに医療連携体制を構築する４疾病として脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病が挙げられています。医療施設の機能分化が進み連携の推進と切れ目のない医療提供が求められる中で、医療連携の在り方は、脳卒中、がんなどの疾患別の連携へとシフトしてきています。地域連携クリティカルパスとは、急性期から回復期、さらに維持期まで切れ目なく、一貫して地域の医療機関が共有して活用できる診療計画書のことであり、治療ステージ毎に複数の医療機関が、一つの診療計画書に基づいて治療を行えるため、医療連携構築の際に、医療の標準化や効率化、質の向上などを目指すためのツールとして活用が広がってきています。

平成21年度の「地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究」班では、昨年度にひき続き、現地調査等を行い、先進事例の情報を収集しました。研究班で作成した「地域連携クリティカルパスの普及・推進方策の骨子」の改訂３版を作成しました。また、富山市保健所、千葉県安房健康福祉センターが其々に地域における医療連携を進めました。全国各地における取り組みに、この報告書を参考にして頂けましたら幸いです。最後に、大変お忙しい中、現地調査にご協力いただきました皆様方ならびに貴重な資料をご提供頂きました方々に、厚く御礼を申し上げます。

平成22年3月

平成21年度地域保健総合推進事業
地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究
分担事業者　**岸本 益実**

目　次

【はじめに】

【研究総括】…… 1

【本　　編】

普及・推進グループ …… 5

・現地調査報告 …… 7

①黒部市民病院 …… 7

②福井赤十字病院 …… 18

③横須賀市医師会・横須賀共済病院 …… 40

④武蔵野赤十字病院 …… 68

⑤日野市立病院 …… 78

⑥前橋赤十字病院 …… 84

・地域連携クリティカルパスの普及・推進方策（改訂３版）……106

・地域連携パスの普及・推進にあたってのQ&A ……123

・（参考資料）平成22年度診療報酬改定について ……125

脳卒中地域連携パスグループ ……141

循環型地域連携パスグループ ……167

【平成21年度 地域保健総合推進事業発表会抄録】……178

【研究組織】……181

研 究 総 括

医療施設の機能分化が進み連携の推進と切れ目のない医療提供が求められる中で、医療連携の在り方は、疾患別の連携へとシフトしてきている。治療ステージ毎に複数の医療機関が、一つの診療計画書に基づいて治療を行える「地域連携クリティカルパス」の活用が地域において急速に普及してきており、地域連携クリティカルパス導入における、地域での保健所への期待はますます大きなものとなってきている。平成２１年度の「地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究」班では、昨年度にひき続き、現地調査等を行い、先進事例の情報を収集した。今年は慢性肝炎、慢性腎不全、ＣＯＰＤといった４疾病以外の地域連携パスの事例収集にも力を入れた。医療機能情報提供制度の全国における進捗状況を把握し、研究班で作成した「地域連携クリティカルパスの普及・推進方策の骨子」の改訂3版を作成した。さらに、富山市保健所、千葉県安房健康福祉センターが其々に地域における医療連携を進めた。

【研究班の目的】

地域連携クリティカルパスの運用事例を集積するとともに、医療機関と連携した地域連携パスの開発・運用・評価及び住民に対する啓発や調査等を通じて、医療制度改革を踏まえた地域連携クリティカルパスの普及・推進を図る。

普及・推進グループ

地域連携クリティカルパスが先進的に運用されている地域に伺い、その中心となる人物に面接調査（項目として；検討開始～運用開始の経緯、運用後の展開、創意工夫、今後の課題、行政の関与など）を行った。また、インターネット調査等を並行して行い、がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病（4疾病）等について、参考となる地域連携パス事例を収集した。

以上の調査と研究班員それぞれの取り組みをもとに、昨年度作成した「地域連携パス普及・推進方策の骨子」の改訂３版を作成した。改訂３版の概略を以下に記す。

○地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化

１．改正医療法における医療（福祉）連携の規定、医療計画による医療連携体制の構築
２．医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度の実施
３．地域医療再生計画による医療圏単位での医療機能の強化
４．がん対策推進計画の策定・推進

5．医療連携体制推進事業等の実施
6．診療報酬改定における地域連携パスの評価
7．介護報酬、診療報酬における「医療と介護の連携」推進
8．各種診療ガイドラインの推進

○地域連携クリティカルパスの普及・推進に保健所の関与が期待される場面

1．医療機関相互の調整（中核病院間、中核病院と連携医療機関等）
2．連携医療機関の拡大、介護サービス事業所、保険薬局、保健福祉関係機関の参画
3．地域連携クリティカルパスのデータベース
4．地域住民の啓発、相談対応
5．各種情報の収集・整理・提供

○普及・推進にかかる13項目の要点および留意事項

①医療（福祉）連携の背景を理解
②保健所が地域連携パスの普及・推進に関与する意義を理解
③地域連携クリティカルパスについて学習
④管内の医療機関、介護サービス事業所等の機能を把握
⑤既存のネットワークを活用
⑥活用できる予算を検討
⑦病院地域医療連携室、医師会、介護サービス事業所等との打ち合わせ
⑧地域連携クリティカルパスに関する研修会を開催
⑨地域連携クリティカルパスの作成
⑩地域連携クリティカルパスの運用
⑪地域住民に対する啓発普及、相談対応
⑫地域連携クリティカルパス運用後の評価
⑬電子化・IT化の検討

○地域連携パスの普及・推進にあたってのQ&A

脳卒中地域連携パスグループ

医療機関側からの要請により、富山市保健所（中核市）が調整し、市内の急性期病院5ヵ所、回復期病院3ヵ所、医師会、介護保険事業所と「富山市脳卒中地域連携パス研究会」設置した。平成19年5月

から10月まで研究会のワーキンググループを開催し、地域連携パスを作成した。平成19年11月から作成した地域連携パス素案について、説明会を開催し。平成20年4月から、本格運用を開始した。パスの運用後も研究会、連携の会、作業部会を並行して開催し、パスの改定や運用による効果（指標として入院日数、退院時の機能、在宅復帰率、ファックス紹介後の転院日数など）の評価を実施している。

中核市保健所が脳卒中地域連携パスを推進している背景として、平成17年度から富山市脳卒中総合対策検討委員会を設置し総合的な対策に取り組んでいること、日常業務を通じて回復期病院や介護保険事業所等との関わりがあり、まとめ役として期待されていたこと、県と連携して医療機能調査や医療計画を推進していること、保健所が中立的な立場にあり、利害関係の調整が可能であったこと等が挙げられる。

循環型地域連携パスグループ

安房地域保健医療協議会において糖尿病連携図を作成、地域連携クリティカルパス作成ワーキンググループ設置、作業グループの開催（同時に千葉県全県共有パスを目指した県医師会・県行政合同の糖尿病ワーキングが９月から立ち上げ）した。連携パス作成の基礎調査として、医師会と連携して管内の診療所に対するかかりつけ医機能・地域連携に対する調査を実施した。糖尿病の地域連携をテーマとしたフォーラムを開催（医師、コ·メディカル、行政対象）した。今後、基礎調査が地域連携パスの作成・運用にどのような利点があるか評価の検討を行う。

【考察·まとめ】

先進地調査、保健所における実際の取り組み等の経験を踏まえ、地域連携クリティカルパスの普及・推進方策骨子の改訂３版をまとめた。２つの地域において、保健所が支援し、脳卒中、糖尿病、結核の地域連携クリティカルパスの作成・運用を進め、その取り組み過程についてまとめた。新たな医療計画において、地域連携クリティカルパスの普及・推進に保健所が果たす役割が一層大きくなっている。その際、地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化を的確に理解し対応する必要がある。

【現地調査】

昨年度にひき続き、現地調査等を行い、先進事例の情報を収集した。今年は慢性肝炎、慢性腎不全、ＣＯＰＤといった４疾病以外の地域連携パスの事例収集にも力を入れた。地域連携クリティカルパスが先進的に運用されている地域に伺い、その中心となる人物に面接調査（項目として；検討開始

～運用開始の経緯、運用後の展開、創意工夫、今後の課題、行政の関与など）を行った。

疾　　病	地域連携クリティカルパス事例	調　査　先
在宅医療	新川地域在宅医療システム	黒部市民病院（富山県）
が　　ん	福井赤十字病院胃・大腸がん地域連携パス	福井赤十字病院（福井県）
が　　ん	横須賀共済病院胃・大腸がん地域連携パス	横須賀市医師会・横須賀共済病院（神奈川県）
慢性肝炎	武蔵野赤十字病院慢性肝炎地域連携パス	武蔵野赤十字病院（東京都）
慢性腎炎	日野市立病院慢性腎臓病地域連携パス	日野市立病院（東京都）
ＣＯＰＤ	前橋COPD呼吸リハ地域連携パス	前橋赤十字病院（群馬県）

調査結果を簡潔に記す。

①いずれの地域も、基礎となる連携組織が存在している。

②連携パスの試行、運用、改定を行っている

③連携パスにかかる研修会や事例検討会を積極的に開催している。

④医師だけではなく、コメディカルの役割が大きい。

⑤簡素な様式を工夫し、運用の簡略化を図っている。

⑥医療連携体制を対外的に積極的にPRしている。

⑦課題としては、患者の脱落防止、連携パスのIT管理、中核病院同士の調整、広域的連携等が挙げられる。

⑧保健所に関しては、医療計画、医療機能情報提供制度、中核病院同士の調整、地域住民に対する啓発等で、役割が大きく期待されている。

普及・推進グループ

新川地域在宅医療療養連携協議会　現地調査(在宅終末期医療連携パス)報告

調査日　平成21年9月3日（木）15:00～17:00
調査員　恵上博文（山口県宇部環境保健所長）、大江　浩（富山県健康増進センター所長）
　　佐藤靖郎（済生会若草病院副診療部長）、後藤光世（国際医療福祉大学大学院）
場　所　黒部市民病院地域医療連携室
応対者　中川彦人協議会会長（中川医院院長、下新川郡医師会副会長、
　　黒部市民病院地域医療連携室院外部長）、
　　辻　京子（黒部市民病院地域医療連携室師長）

◎ 新川圏域の概要

○ ２市２町（魚津市、黒部市、入善町及び朝日町）から構成される人口約13万人の圏域。

○ 連携病院は、圏域の富山労災病院（一般300床）、黒部市民病院（一般405床のうち開放型病床15床）及びあさひ総合病院（一般194床のうち開放型病床５床）のほか、富山市の富山県立中央病院(一般665床)の４公的病院。

○ 圏域の主な在宅対応医療機関は、５病院、22診療所、29調剤薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導、居宅療養管理指導、麻薬管理指導）及び6訪問看護ステーション。



※ 黒部市民病院の概要

- **沿　革**　昭和23年下新川厚生病院として開設し、昭和29年市制施行で黒部厚生病院に名称変更、昭和51年には、黒部市民病院に名称変更。
- **病床施設**　一般病床（405床のうち開放型病床15床）、結核病床5床及び感染症病床4床の合計414床に加え、介護老人保健施設50床併設。
- **医療機能**　ヘリポート併設2.5次地域救命センター、圏域小児救急センター、地域周産期母子医療センター、臨床研修指定病院、僻地中核病院、開放型病床（平成6年開設）、地域医療連携室（平成12年開設）

◎ 連携パスの運用の考え方

○ 診診連携（主治医・副主治医）による在宅主治医の疲弊を防止する。病診連携、多職種チーム診療による在宅主治医・患者・家族への安心感の提供を図る。在宅終末期医療連携体制の整備によって、住み慣れた家庭で身近な人に囲まれて生活・療養し、最期を迎えられる選択肢を提供する。

○ このため、標記協議会を推進母体として、診診連携、病診連携及び多職種チーム診療を目指し、そのツールとして、連携パスを運用する。

◎ 連携パスの導入前の経緯

○ 嚥下障害に対する経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）の急速な普及と在院日数の制限などによってPEG装着患者が在宅療養に移行するケースが増加し、かかりつけ医として対応せざるを得ない状況になった。また、在宅での終末期医療が必要なケースも増えてきたが、かかりつけ医単独での医療には限界があった。

○ 平成17年４月、中川院長の呼び掛けで、かかりつけ医同士の診診連携と病診連携構築のため、新川圏域の８診療所から成る新川地域医療連携懇話会（新川地域在宅医療療養連携協議会の前身）を設立。平成17年７月から協議会・勉強会として懇話会を開催。

○ 平成18年４月の第6回懇話会（８診療所、４病院、５訪問看護ステーション）で、運用合意。

○ 平成18年７月の第10回懇話会で連携パスを完成後、その運用を開始。

※ 主な検討課題に対する対応方策

① 緊急時の対応
　在宅主治医が対応可能な診療内容を明確化、診療所の主導で連携パスを作成。
② 長期間の拘束
　3人体制の在宅主治医の８グループ編成（主治医1人、副主治医2人）
③ 患者家族との信頼構築と告知の内容
　緊急時連絡網の整備、カルテ様式の統一、他職種の役割の明確化、告知内容の統一
④ 診療内容と疼痛管理
　診療レベル標準化のための病院主治医・在宅主治医の合同研修会

※ 病診連携における役割分担

① 病院側（専門医によるＥＢＭに基づいた診療）
- 高度医療への対応
- 病態の診断、治療方針の決定、予後の予測、フォロアップ計画の策定
- 終末期への対応

② 診療所側（家庭医としてトータルライフの管理）
- 生活習慣病など慢性疾病の管理
- 専門医への紹介・逆紹介
- 健診による健康管理
- 終末期への対応

◎ 連携パスの導入後の経過

○ 懇話会において、新川圏域内の医療機関や介護保険施設の参加拡充の要望があり、平成19年3月に新川厚生センターによる保健・医療・福祉関係者活動研修会を開催。

○ 平成19年6月　新川地域医療連携懇話会が、新川地域在宅医療療養協議会に発展。

構成員：医師会、公的病院、在宅主治医、薬剤師会、調剤薬局、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、介護支援専門員、在宅理学療法士、市町、厚生センター等

○ 平成19年９月　下新川地域医療ネットワーク（扇状地ネット)が本格運用され、参加医療機関が黒部市民病院の電子カルテの閲覧が可能に。

※ 下新川地域医療ネットワークの概要

ネットワークへの参加を希望する下新川郡医師会員のパソコンから、患者の了解を得て、黒部市民病院の電子カルテ内の情報を閲覧できるもの（事務局：黒部市民病院）。

○ 平成20年３月　新川厚生センターによる保健・医療・福祉関係者活動研修会で、在宅終末期医療に関するシンポジウムを開催。
〃　４月　下新川郡医師会で「下新川地域医療連携とクリティカルパス検討委員会」を設立し、医師会として連携パスを普及する方針を決定。
〃　５月　下新川郡医師会による在宅終末期医療等に関するアンケート調査
〃　７月　下新川郡医師会と隣接の魚津市医師会との合同生涯教育講座
〃　９月　県薬剤師会が受託した在宅医療医薬連携推進事業（国庫補助事業）の一環として、新川医療圏薬剤師会が、当該検討会を設置し、関係機関と連携しながら、調剤薬局の薬剤師による麻薬管理・服薬指導等をモデル実施。
〃　10月　下新川郡医師会による研修会
平成21年２月　新川厚生センター及び県薬剤師会による保健・医療・福祉関係者活動研修会及び在宅医療医薬連携推進研修会
〃　３月　当該検討会が、新川地域在宅医療マップ（医療関係者用）を作成。
〃　５月　下新川郡医師会が新しい在宅主治医のグループ編成（8グループ：診療所14人、病院2人）を承認

◎ 地域連携パスの概要

○ 連携パスの対象
原則として、がん等で代表される余命6か月以内と想定される患者（終末期）及びPEG装着等の患者（栄養管理）

○ 在宅主治医の選択
在宅主治医は、連携病院の地域連携室から選択されるが、その基準は、次のとおり。

※ 在宅主治医の選択基準

- 患者家族の希望を最優先し、専門性は考慮せず、往診は原則30分以内で移動可能な範囲。
- 特定の医師の希望がない場合は、患者に近い主治医を選択。
- 距離が同じような場合は、各医師の在宅支援患者の件数で選択。

○ 連携パスの構成
・在宅終末期医療・ケア基本情報
患者・家族からの希望を受けて、病院主治医の了解の下、地域連携室が、在宅主治医の受入を確認した後、病院主治医が、上記基本情報（案）を作成し、患者・家族も参加するカンファレンスで合意点を確認した上、上記基本情報を仕上げ、関係者間で共有する。

・在宅療養実施計画書

地域連携室は、病院主治医の了解の下、医療機関用・患者家族用の上記計画書（案）を作成し、在宅主治医が、カンファレンスの合意点を確認した上、副主治医を含む関係者間で共有した上、これを管理する。

・在宅診療報告書（連携カルテ）

在宅主治医は、上記の基本情報及計画書に基づき、連携カルテを作成し、副主治医など関係者と共有した上、適宜、医療、看護及び介護の実施内容を記録し、在宅主治医が管理する。

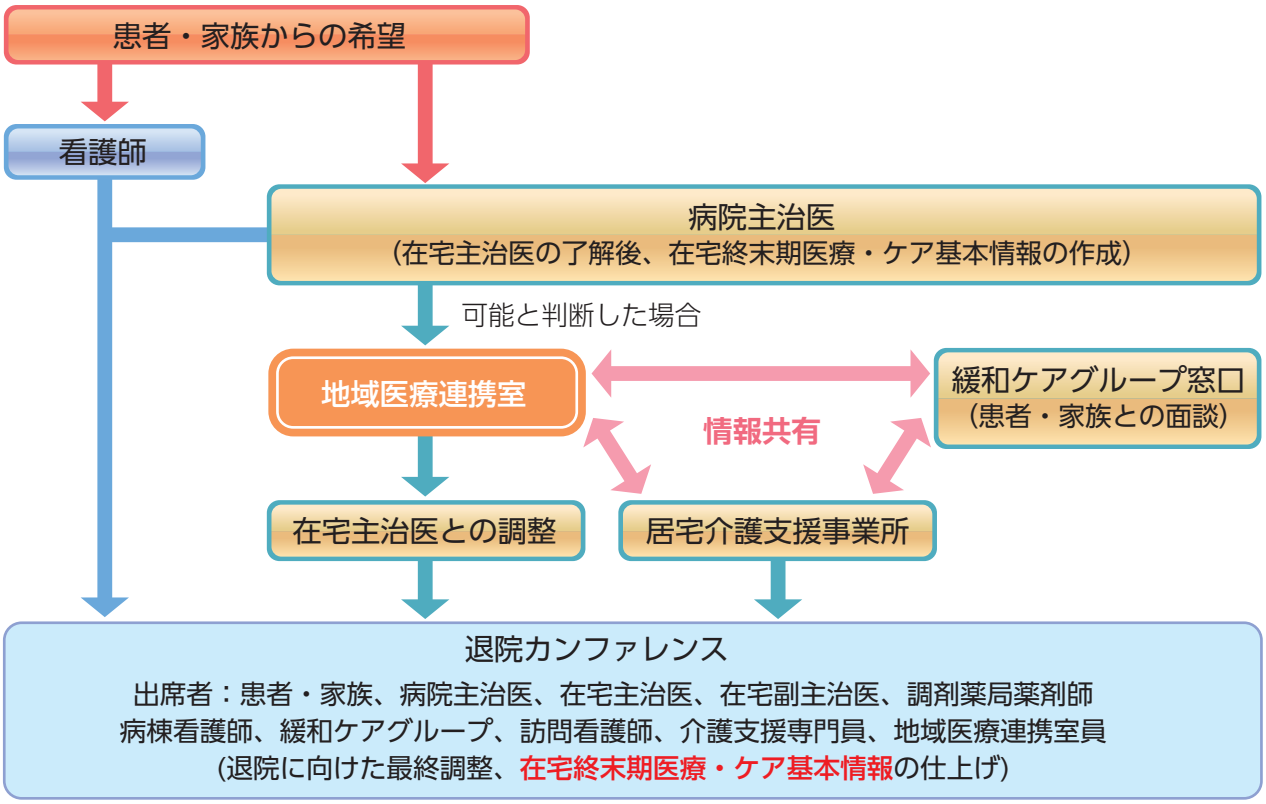
※ 終末期医療連携パスの利点

① 患者家族
- 緊急時の連絡先、対応方法が明確になる。
- 最期の看取り場所を家族が事前に考える機会になっている。

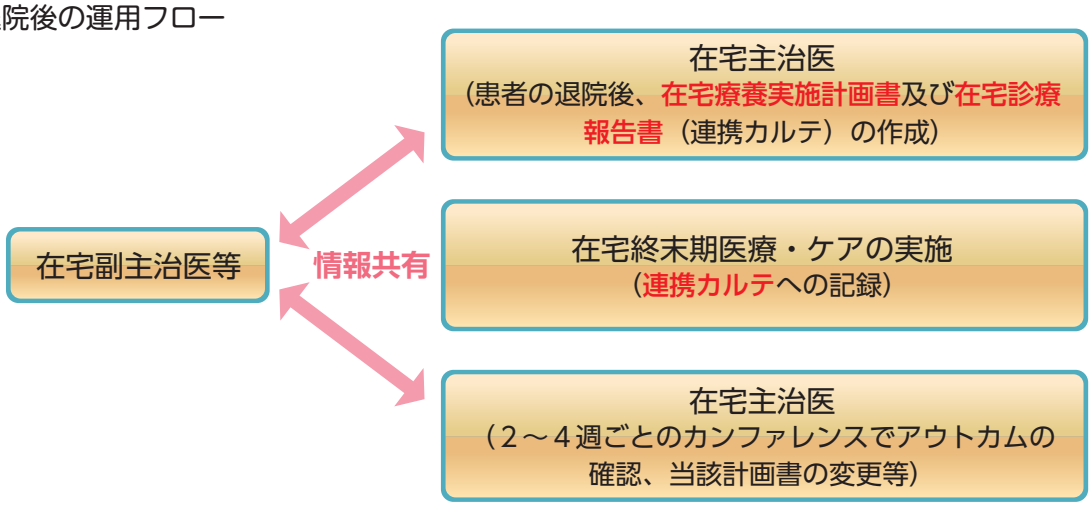
② 在宅主治医
- 入院中の情報・方針を引継ぎやすい。
- 終末期患者の受入でスケジュール変更が不要。
- 難しい患者の管理方法を相談しやすい。アウトカムを検討できる。

◎ 連携パスの運用のフロー

○ 退院前の運用フロー



○ 退院後の運用フロー



◎ 終末期連携パスの運用実績

○ 平成18年7月から平成21年7月までの3年間で20例
○ 20例のうち、①告知済みは15例、②麻薬使用は10例及び③薬剤師の関与10例。
○ 〃 、副主治医の対応は4例（往診3例、電話1例）。
○ 〃 、死亡18例（自宅11例、病院7例）、在宅療養中1例及び入院中1例。

◎ 連携パスの創意工夫

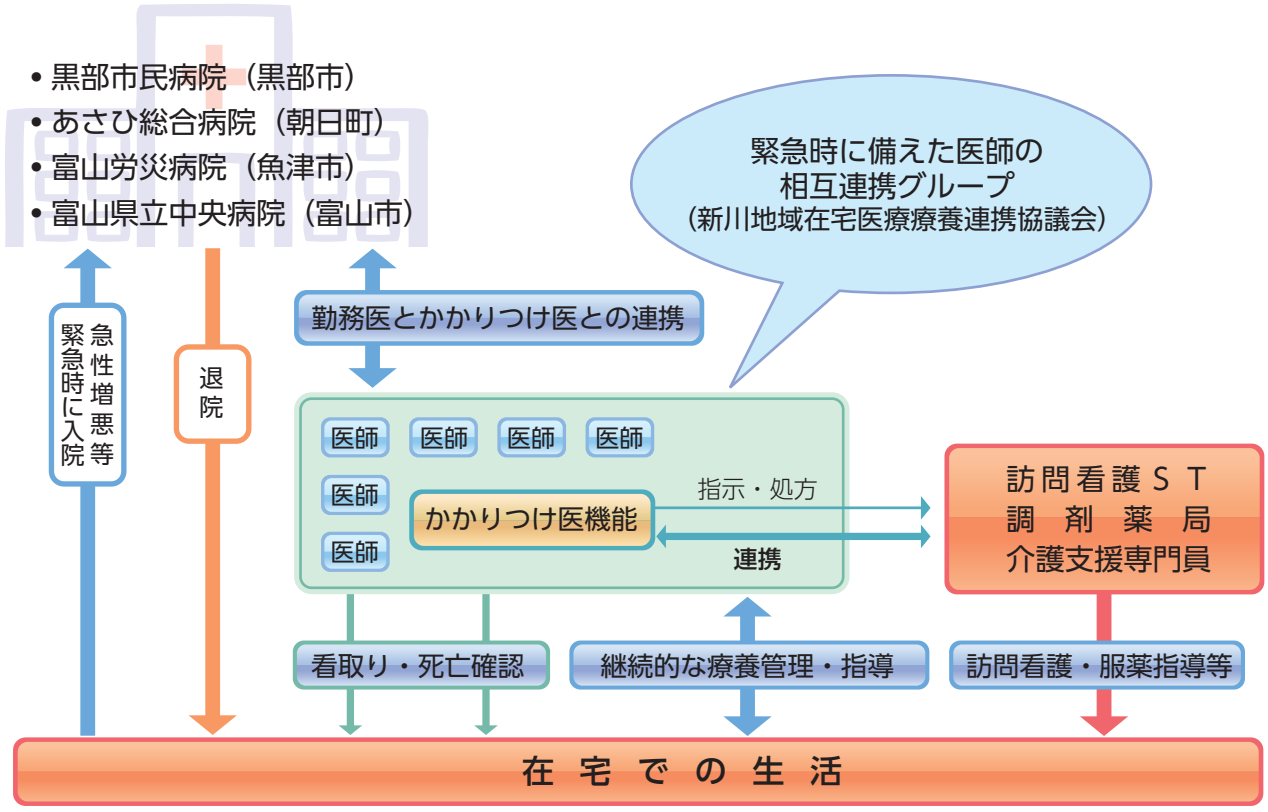
・過疎・高齢の地域で在宅支援診療所に限らない診療所が、施設間連携によって、こつこつとできる範囲内の医療・看護・介護などをお互いに持ち寄って成立する連携体制の整備を志向していること。医師1人で3～4人までの対応としている。
・黒部市民病院の地域医療連携室を開設し、専任職員とともに、医師会の代表を地域医療連携室院外部長として、それぞれ配置していること。
・退院前カンファレンスには、患者・家族が参加することで、その要望・不安を十分確認・軽減できるようにするとともに、在宅主治医、病院主治医なども参加することで、療養方針を共有し、病院のサポート体制を確認できるようにしていること。
・連携パスは、必要事項を簡潔に記載できるよう電子カルテ仕様にするとともに、これをモデルにした各病院仕様でも、対応できるようにしていること。
・連携パスによって、在宅副主治医の対応も的確に行われるようにしているため、在宅主治医も不在時の懸念がなくなり、応分の負担で対応できるようにしていること。
・在宅療養実施計画書に緊急時の連絡の基準、手順及び連絡先を明記したことで、患者・家族にとって、急変時にも混乱することもなく、対応できるようにしていること。
・調剤薬局薬剤師が、退院時カンファランスにも参加し、医療用麻薬の適正使用による疼痛緩和を含めた訪問服薬指導を行うことによって、在宅主治医及び訪問看護師による疼痛管理の不安が軽減され、地域連携への参加医師の増加に寄与していること。
・調剤薬局同士の工夫としては、地域でグループを組み、「麻薬小売業者間譲渡許可」を申請して、医療用麻薬の譲渡・譲受が可能な体制を構築するなど、医療用麻薬の在庫不足発生の可能性にも対応していること。

○ 今後の課題
・応分の負担で取組むための在宅主治医及び訪問看護師の確保
・在宅終末期医療に関する敷居を下げるための地域住民に対する啓発
・円滑な在宅への移行のための地域医療連携室の機能強化及びその認知度の向上
・他職種チームが、お互いの仕事内容を知り尽くし、お互いの仕事の「見える化」
・多職種チームが効果的・効率的に情報共有できる下新川地域医療ネットワークの拡充
・連携体制を客観的に評価できるようにするための患者・家族の満足度調査
・Microsoft Office Grooveを用いた連携パスの電子管理化（現在調整中）

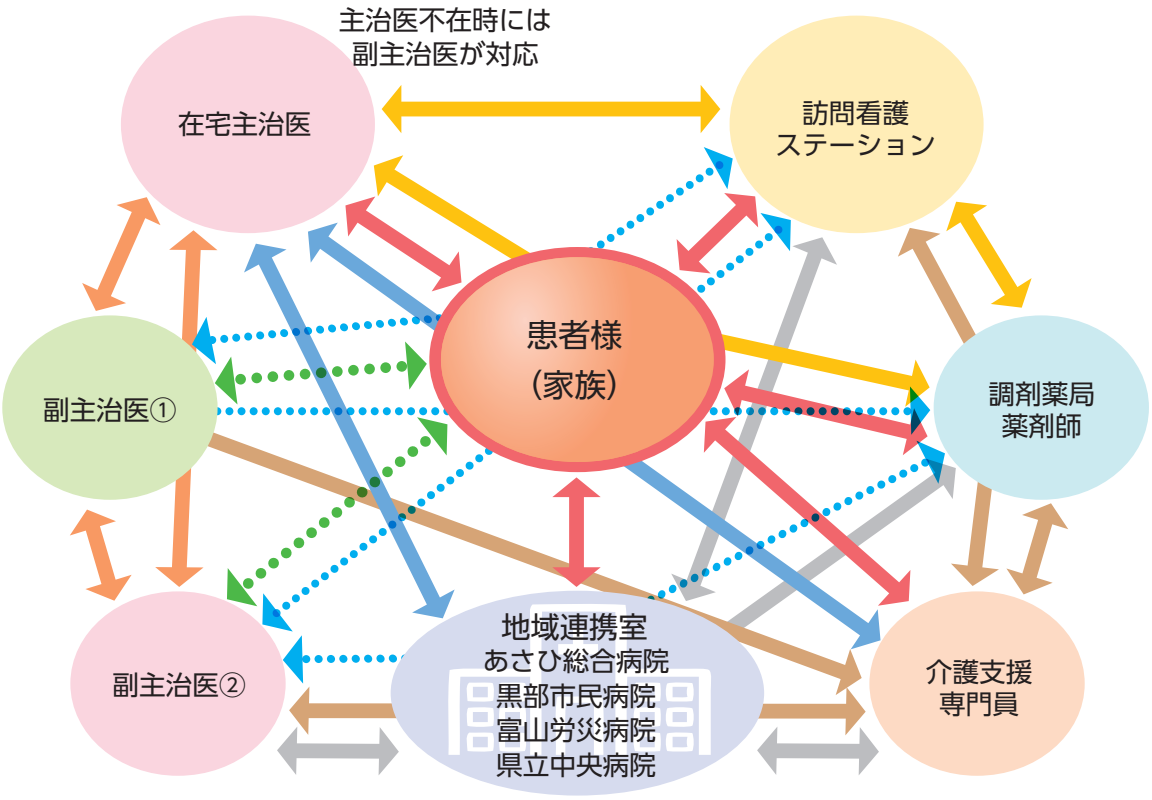
◎ 行政側の関与

○ 新川厚生センターは、圏域内の3公的病院、2医師会などの関係機関間及び保健・医療・福祉の多職種間の連携の調整・促進役として、連携体制を地域に普及している。
○ 平成18年度から在宅医療をテーマにした保健・医療・福祉関係者活動研修会によって、在宅終末期医療の取組を関係機関に周知してきている。
○ 平成19年度の当該研修会で新川医療圏薬剤師会が、麻薬管理を中心に在宅終末期医療に参加することを表明し、次年度の在宅医療医薬連携推進事業の取組に発展してきている。
○ 新川厚生センターは、新川医療圏の医療計画の事務局を担当し、在宅医療部会を通じて在宅医療体制を推進している。

図　在宅医療（終末期ケア）の連携イメージ



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）



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　男・女

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→救急外来

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：　ヶ月
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

告知について

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　療養から死への不安点

本人：十分　不十分
家族：十分　不十分

療養方針

1. 全身状態の管理
*1. PS（performance status）*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

疼痛管理について

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（自宅デイ）
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
2. デイサービス

入力者
自動入力
病院担当医
病院担当Ns
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

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

ケアーマネージャー名　　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（テンポレート使用も可）
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

ケアーマネージャー名　　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（テンポレート使用も可）
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

在宅診療報告書様式（連携カルテ）

様　開始日　4ｗ

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

様　8ｗ

日付	5W	6W	7W	8W	9W
項目	月　日	月　日	月　日	月　日	月　日
問題点（特記事項）					
（一般状態）記載者					
PS					
栄養状態					
精神状態					
身体所見					
（投薬）記載者					
疼痛管理					
麻薬					
NSAIDS					
他					
補液					
（検査）					
（病状説明）					
他					
（訪問看護）記載者					
食事					
排泄					
清拭					
入浴					
精神面					
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)で往診・在宅患者訪問診療が可能と回答した病院・診療所

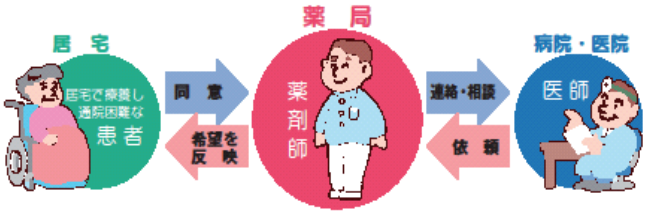
各医療機関の在宅対応状況は変更されることがあります。
適宜、かかりつけ医、かかりつけ薬局や地区窓口までお問い合わせください。

●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＞

薬剤師がお薬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、薬剤師が医師に剤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たり、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。

麻薬の適正使用のための管理



麻薬の選択・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します。
また、不要になった麻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清掃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関連小委員会（うなづき薬局TEL0765-65-9383）
その他 … 新川厚生センター（TEL0765-52-1224）

福井赤十字病院　現地調査（胃がん・大腸がん連携パス）報告書

調査日　　平成21年8月10日（月）14：00～16：00
調査員　　嶋村清志（滋賀県甲賀保健所）、岸本益実（広島県北部保健所）
場所　　福井赤十字病院　地域医療連携課
調査応対者　第１外科　廣瀬由紀部長　　医療社会事業部地域医療連携課　青柳芳重係長

○病院の概要

- 大正14年開院（病床数616床、23科、7対1看護、DPC採用、電子カルテ対応）
- 地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院、第二次救急指定病院、災害拠点病院、難病医療協力病院、エイズ協力病院等
- 平成11年6月　開放型病床設置
- 平成15年8月　地域がん診療連携拠点病院
- 平成16年3月　新本館開院　電子カルテ導入
- 平成19年6月　地域医療支援病院
- 平成20年5月　財）日本医療機能評価による病院機能評価認定更新（Ver5.0）

○がん地域連携クリティカルパス導入までの経緯

- 平成15年9月「がん診療に関するアンケート」を開業医に対して実施した。当時すでに院内パスは運用していたが、いわゆる地域連携パスという概念はなかった。そこで開業医の先生方を対象に、がん診療における術後管理や緩和ケア、化学療法など何をしてもらえるのか調査をした。′福井県で最初の取り組みであり、がん地域連携クリティカルパス導入の始まりとなった。
- 平成17年1月から連携パスの運用を開始。がん診療連携ガイドブックを作成し、各診療所へ配布した。そのガイドブックは前方連携・後方連携を骨格とするがん診療ガイドラインとなるお披露目となった。
- 「地域医療支援病院」として、地域医療連携パンフレットには開放型病床登録医として医科診療所だけでなく歯科医院も掲載されている。

○がん地域連携クリティカルパス導入後

- 現在の平均在院日数は約13日、紹介率約65%、逆紹介率約55%である。
- 連携パス適用症例実績は平成16年度から始めて、現在85例。胃がん32例、大腸がん27例だけでなく、肝がん3例、前立腺がん14例、乳がん8例、肺がん1例と、多くの種類のがん地域連携クリティカルパスを運用してきた実績がある。
- 現在、約300の対象医療機関中、連携医療機関は約50カ所となっている。
- 別途、県庁が各病院を対象にがん地域連携クリティカルパスに関するアンケートを実施しており、全県統一のパスとして大腸がんにおいては、ステージⅠⅡおよび胃がんについてはIAIBを対象としたパスを考案しているところである。
- 福井県内のがん拠点病院会議も別途開催されており、全県統一の共通パスを創ろうとする動きがある。胃がん・大腸がんにおいてはワーキンググループを立ち上げ共通パスを作成している。

○創意工夫点

- 各種がん治療（胃がん、大腸がん、肝がん、前立腺がん、乳がん、肺がん）に関するガイドラインとしての「がん診療連携ガイドブック」として、一冊にまとめることができたこと。
- 現在さらにそのガイドブックを改定中である。開業医の中にはガイドブックをぼろぼろになるまで使い込んでくれている先生もいる。
- 福井赤十字病院連携医療機関登録証を発行。また連携医療機関の医師名を医療社会事業部地域医療連携課に掲示している。できれば病院の玄関に掲示したいとの思いがある。
- 精通していない医師でも状態を容易に判断できるように治療スケジュールを単純化して示す。
- 連携パス様式はできるだけチェックのみで済むように簡略化。

○今後の課題

- 各医師会との連携について、個々の医院、診療所との関係は構築できているが、医師会という団体となるといろいろな意見を集約してくるので理解をえられにくい場合がある。
- 再発リスクのある症例について責任問題を出してくる先生もおられる。また医師会の先生との症例検討会もあまり進んでいない。
- 連携パスを運用するにあたり福井赤十字病院と連携医療機関（医師会）との間で、同意書の作成を求められている。
- 院内は既に電子化しているが、ITによるパスは開業医側が対応できないため、将来的な課題。できればサーバーが地域（行政）にあって、共同利用ができると良いと考えている。
- 現在、多くの種類のがんパスが運用され85症例実績があるが、中規模の病院などへ紹介するとその病院で術後検査なども完結してしまい1方向性のパスになっている症例がある。双方向性の連携パスとして運用を図りたい。

○行政側の関与

- 地域医療支援病院の運営協議会はあるが、行政側の関与はあまりない。行政や保健所には協力してほしいと思っている。
- 広域的な連携パスの調整や、特に医師会との調整役として行政の協力を得たい。

○その他

- バリアンスやアウトカムの設定についてはあまり拘らず、再発をさせないことを最も重視した。患者自身がスケジュール表に基づいて受療し、術後検査などを確実に受けてもらえるようなパスを目指した。
- 文献：青柳芳重ほか　地域がん診療連携の取り組みと課題．日赤医学　第58巻　第2号　411-414　2007

その後、福井赤十字病院のご厚意で、甲賀保健所管内の関係者とともに再度視察させていただく機会を持つことができました。バスにて多くの関係者とともに視察研修を実施させていただきました。その際、関連資料をいただき、また福井赤十字病院の関係者の皆様から励ましのお言葉を頂きましたことに感謝を申し上げます。概要（写真）は別添のとおりです。



写真１　左：嶋村保健所長　中央：青柳係長　右：廣瀬部長



写真２　右：青柳係長　左：岸本保健所長



写真３　県庁バスにて視察　中央：嶋村保健所長



写真４　甲賀保健所管内関係者による病院内視察



写真５　甲賀保健所管内関係者による視察（講義風景）



写真６　甲賀管内関係者による病院内視察（全体写真）

福井赤十字病院の概要



福井赤十字病院　地域医療連携担当副院長　塚原　敏治
地域医療連携課　高久　秀二
918-8501 福井市月見2－4－1 TEL 0776-36-3630(代)

2009.11.20(金)

福井赤十字病院の概要
2009年10月

- 常勤医師：118人、診療科：23科
- 病床数：616床
  【一般 586床(開放型30、ドック5、感染4床含む)結核26床、感染4床】
- 外来患者数：1,215人／日
- 入院患者数：　469人／日



- 地域医療支援病院
- 第二次救急指定病院
- 地域災害医療センター
- 地域周産期母子医療センター
- エイズ協力病院
- 臨床研修指定病院
- 病院機能評価認定病院(一般病院種別B)Ver.5
- 地域がん診療連携拠点病院　ほか

地域医療支援センター



院長

副院長

訪問看護ステーション	居宅介護支援センター	医療社会事業課	地域医療連携課
看護師:5	看護師:1	MSW:4 事務:3	事務:5

地域医療連携のあゆみ

平成 4年	放射線科:CT／MRIなどの共同利用　OB中心	
平成 9年 9月	総務課に病診連携室を設置:病診連携(契約制)開始	0.5
平成10年10月	開放病床20床設置(院内分散型)	
平成11年 7月	福井赤十字病院「病診連携医会」設立:OB+登録医	
平成12年 1月	県歯科医師会との病診連携	
6月	2次医療圏→嶺北地区に病診連携を拡大	
平成13年 4月	地域医療連携室として独立:オーダーリング末端設置	1.5
平成14年 4月		2
平成16年 3月	開放病床30床に増床	3
平成17年 3月	地域医療連携課に組織改変	4
平成19年 4月		5
6月	地域医療支援病院　取得	

福井赤十字病院の概要と地域医療連携課
2009年10月

■ スタッフ:室長(副院長)、専任職員5名

①紹介患者様(診察・検査)の予約受付
②紹介患者様受診の報告
④紹介・逆紹介情報の管理
⑤連携業務に関する苦情・要望の処理
⑥各種研修会の案内
⑦広報誌連携通信「パートナー」の発行
⑧連携医マップの作成
⑨連携ガイドラインの作成支援
⑩がん診療センター事務



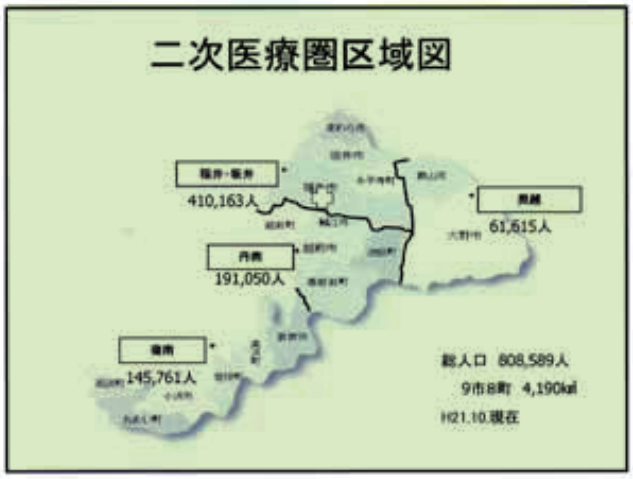
TEL 36-4110(直通)，　FAX 36-0240(専用)

福井県内での当院の位置

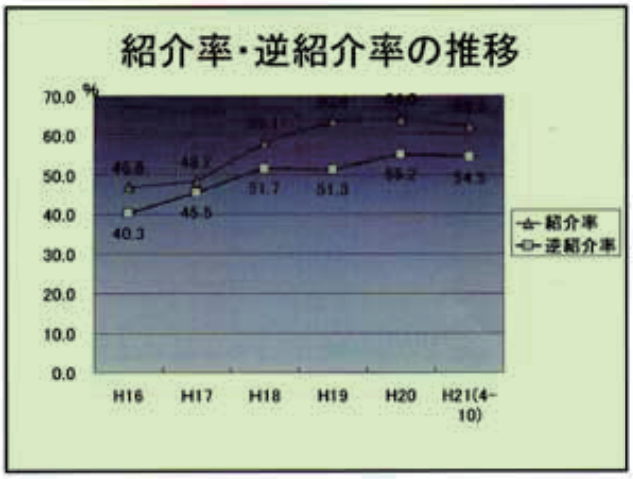


同一医療圏に4つの中核病院が存在

二次医療圏区域図



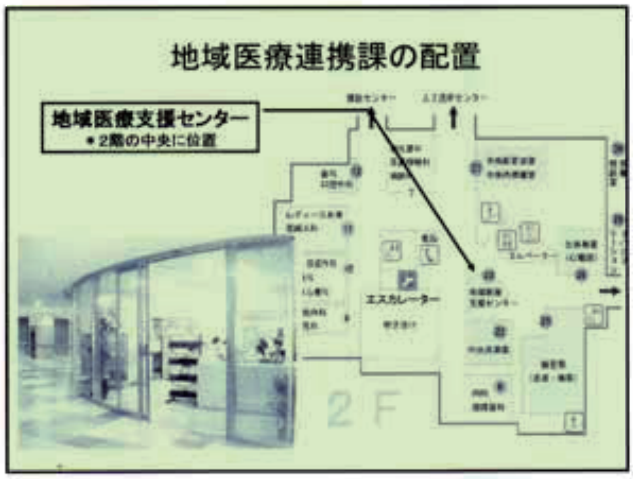
紹介率・逆紹介率の推移



開放型病床登録医の推移



地域医療連携課の配置





福井赤十字病院

がん診療センターの紹介

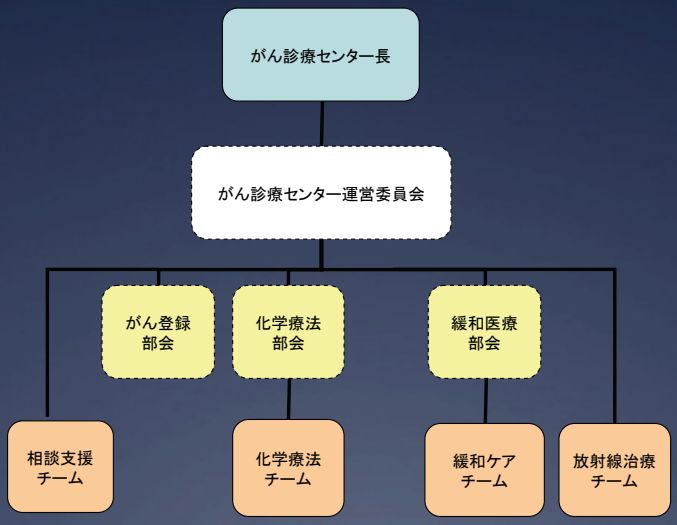
総合病院内がんセンター

- 相談支援
- セカンドオピニオン
- Cancer Board
- 研修会
- 院内がん登録
- その他

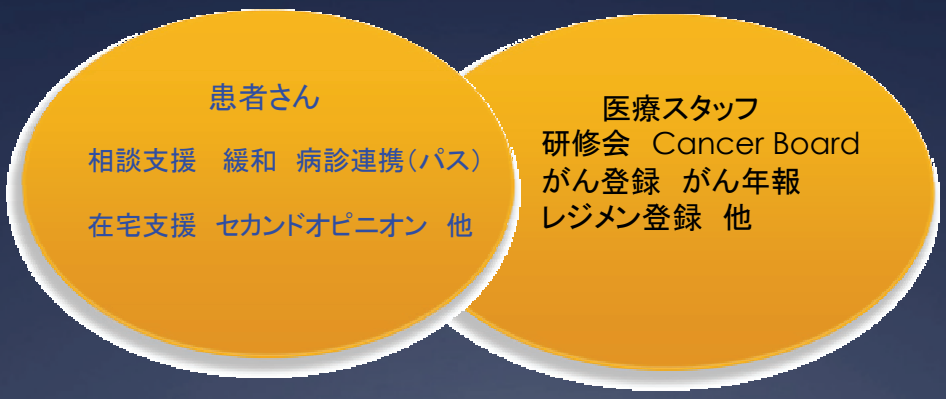


業務の統合（センター化）

福井赤十字病院
がん診療センター組織図



当院のがん診療センターの目指すところ



福井日赤がん診療センター
活動報告1相談支援



直通電話

相談カウンター

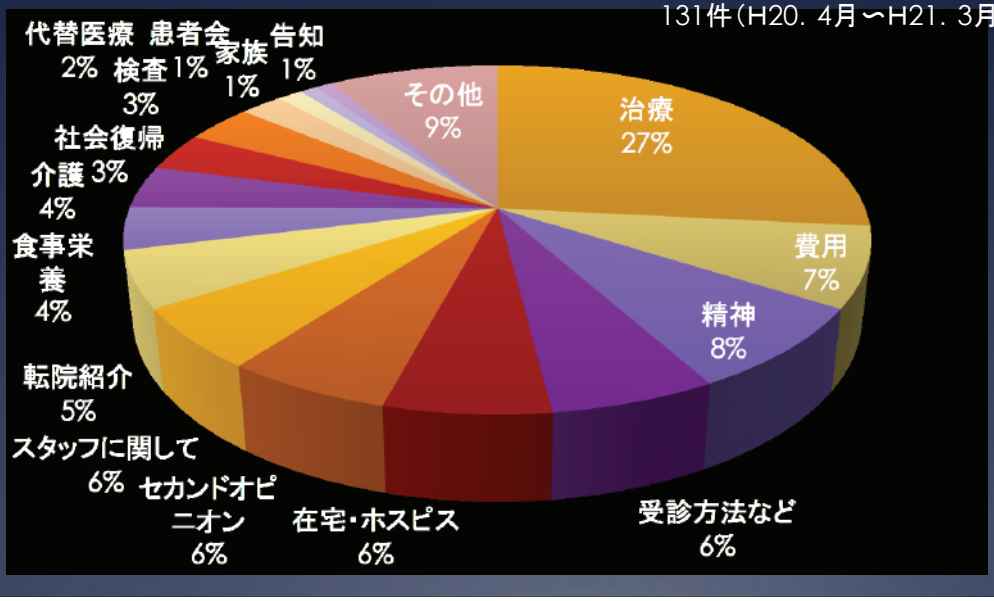
患者図書室（スマイル）

各科外来・病棟

相談支援スタッフ
看護師2名
MSW1名

福井日赤がん診療センター
活動報告1相談支援内容

131件（H20．4月～H21．3月）



福井日赤がん診療センター
活動報告2　がんサポート教室

サロン風の勉強会





がんサポート教室

2008　July～

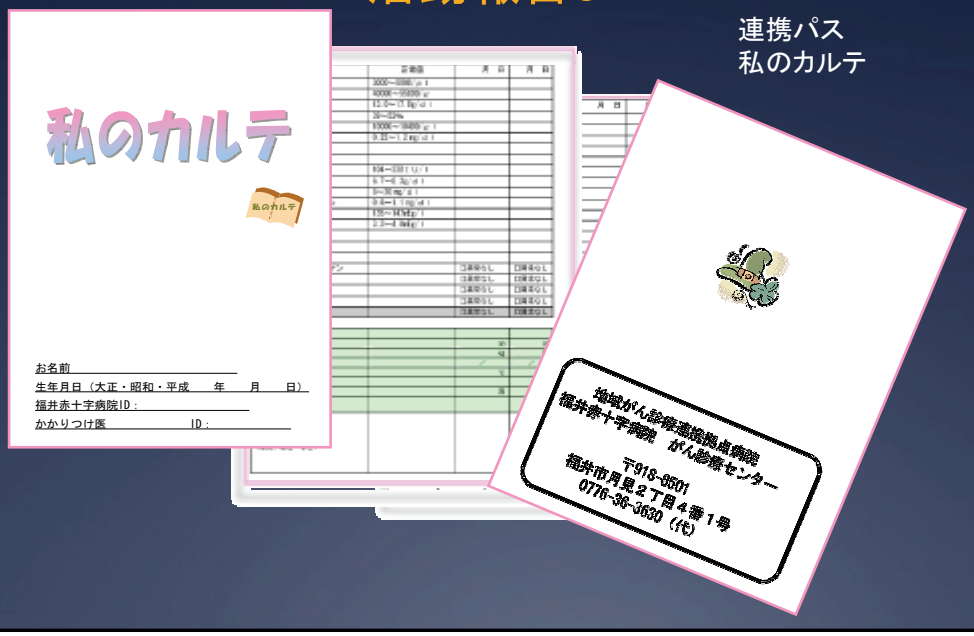
福井日赤がん診療センター
活動報告2　がんサポート教室

H21年間スケジュール

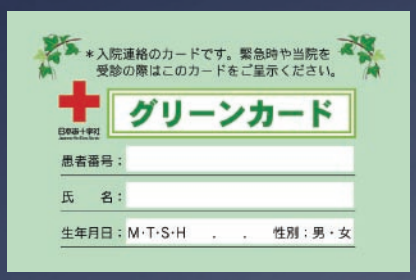
行事名	月	日	内容	担当者
がんサポート教室	4月	8日（水）	がん患者のがん予防　partⅡ	廣瀬先生 広田認定看護師
		23日（木）	相談員と語る会＋アロマ	相談員
がんサポート教室	5月	19日（火）	乳がん	田中文恵先生
		27日（水）	（相談員と語る会）	相談員
がんサポート教室	6月	日（　）	化学療法中の食事	栄養士
		日（　）	相談員と語る会＋アロマ	相談員
第1回患者会（設立総会）	7月	日（　）		
がんサポート教室	8月	日（　）	消化器系がん	外科医師
		日（　）	（相談員と語る会）	相談員
がんサポート教室	9月	日（　）	放射線治療	放射線科医師
		日（　）	相談員と語る会＋アロマ	相談員
がんサポート教室	10月	日（　）	肺がん	呼吸器科医師
		日（　）	（相談員と語る会）	相談員
がんサポート教室	11月	日（　）	痛みをやわらげる方法	薬剤師
		日（　）	相談員と語る会＋アロマ	相談員
がんサポート教室	12月	日（　）	子宮がん	産婦人科医師
		日（　）	（相談員と語る会）	相談員
がんサポート教室	1月	日（　）	がんと上手につきあう方法	ストレス心療科医師、臨床心理士
		日（　）	相談員と語る会＋アロマ	相談員
第2回患者会	2月	日（　）		
がんサポート教室	3月	日（　）	前立腺がん	泌尿器科医師
		日（　）	（相談員と語る会）	相談員

福井日赤がん診療センター
活動報告3

連携パス
私のカルテ



福井日赤がん診療センター
活動報告4グリーンカード





グリーンカード

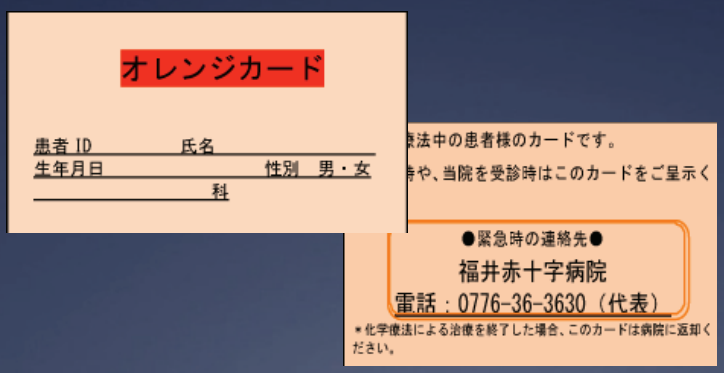
ターミナル患者さんのパスポート！



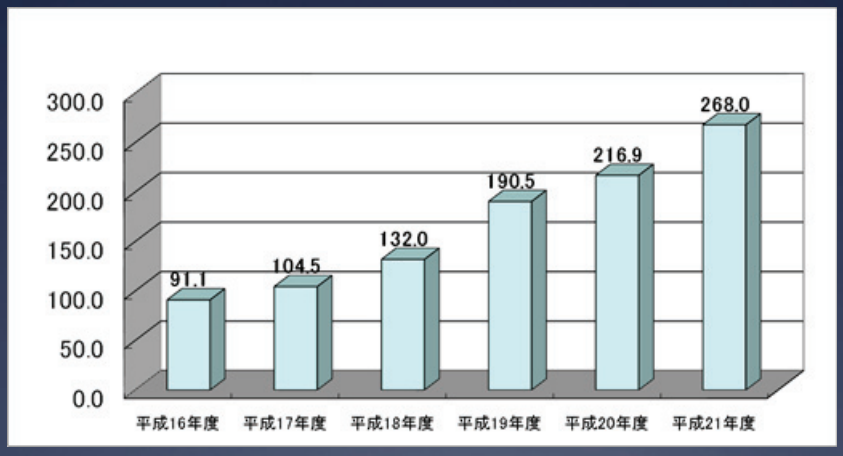
福井日赤がん診療センター

活動報告5　オレンジカード

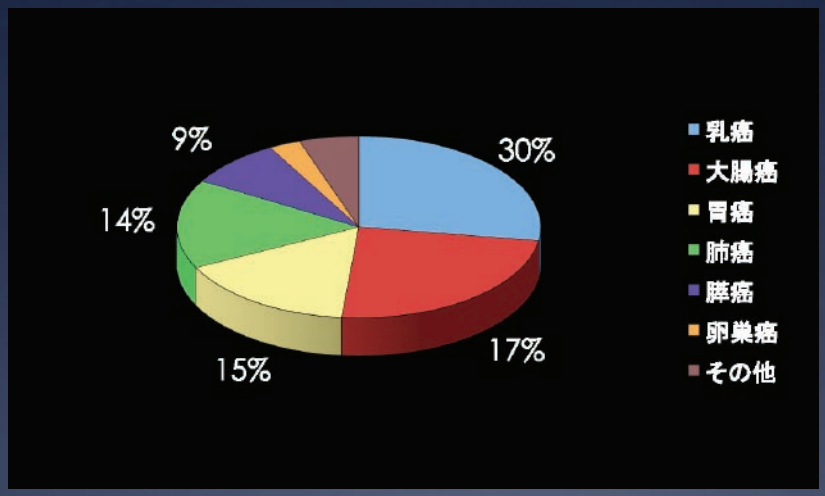
化学療法中であることがすぐ分かる！



外来化学療法室 (2004.3～2009.3)



外来化学療法室 (2004.3～2007.8)



外来化学療法レジメン登録

* エビデンスレベルの高いもの（臨床試験PhaseⅢ）
* 臨床試験に参加しているもの
* 信頼できるCAT あるいは二次情報源

レジメン登録

117レジメン（2009 Aug.）

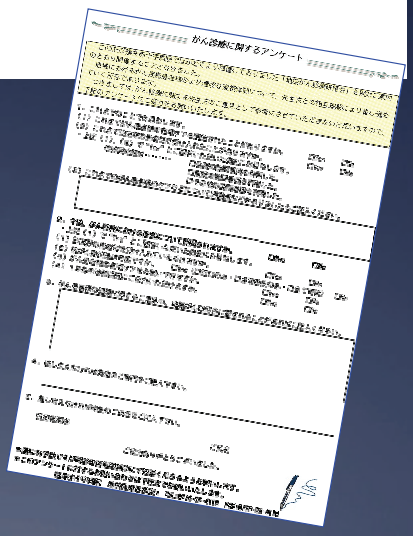
連携パスに関するこれまでの経緯

①疾患別の連携ガイドライン・連携パスの作成

②地域レベルの研修会の開催

まずは・・・・・・

<u>かかりつけ医の先生方に</u>
<u>アンケート実施</u>



がん診療に関するアンケート集計結果
（平成１５年１０月実施）【回収率　６５．３%】

＊ がん診療における連携について賛同されますか？

Yes	No	不明
79%	8%	14%

＊ 抗がん剤療法は可能ですか。
【複数回答可】

Yes	No	不明
74%	15%	11%

＊ がん患者様の在宅ケアをお願いできますか。

Yes	No	不明
64%	26%	11%

＊ 終末期の患者様を受け入れていただけますか。

Yes	No	不明
68%	20%	12%

ガイドブックの発行

平成１７年１月発行

Ⅰ：各がん疾患の病診連携
1）最近の動向
2）1次予防と2次予防、ハイリスク
3）院内パスの提示
4）治療後の経過観察方法
⇒連携パス

Ⅱ：がん治療成績の提示
1）がん疾患の内訳
2）生存率



＊ 配布先
（1）医科登録医186名
（2）院内各外来・病棟

運用手順（1）

1．紹介先の決定

（1）紹介先は患者と相談し決定することとするが、下記を優先とする。

①紹介先は原則登録医である紹介医（Uターン）

②患者（家族）の希望

2．患者様への説明および紹介先への依頼

（1）後方連携パス様式【患者様用・連携医用】

①主治医は地域医療連携課に、当該患者名を連絡するとともに、該当パス様式を依頼し患者に説明をおこなう。

②パス様式を用い患者に紹介先への受診と次回当院受診日等の説明を行なう。

運用手順（2）

3．紹介先に対する事前調整

①紹介元に逆紹介（Uターン）の場合

転院の場合：FAX送信による事前調整

外来通院の場合：事前調整は行なわない

②新規逆紹介（Iターン・Jターン）の場合：

転院、外来通院の場合ともFAXによる事前調整

＊場合によっては（①主治医、②退院調整係）が電話連絡による連絡を行なう。

運用手順(3)

4. 紹介に伴う書類

①紹介状は診療情報提供書[連携パス用]を用いる。

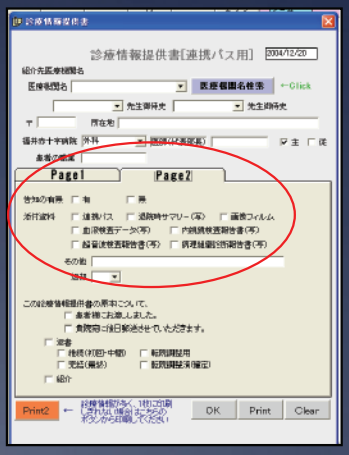
①がん診療退院サマリー

②KEYとなる画像の検査所見

③手術所見

④病理所見

⑤後方連携パス様式【連携医用】



運用手順(4)

5.パスに添った予約申し込み

(1)紹介先連携医に、地域医療連携課を経由して受診および検査の予約を依頼してもらう。

(2)地域医療連携課は、紹介先から依頼を受け、主治医の診療および検査の予約を電子カルテでオーダする。

悪性パスの実績(1)　H17.1～H21.6

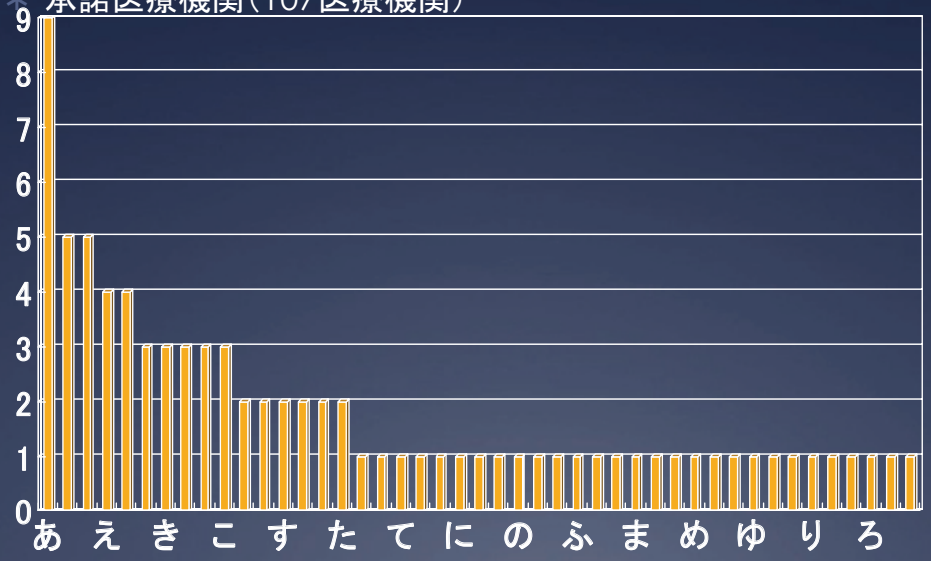
病名	病期	計	総計
胃	stage Ⅰ	3	
	stage ⅠA	8	31
	Stage Ⅰb	1	
	stage Ⅱ	2	
	stage Ⅱa	4	
	stage Ⅱc	11	
	stage Ⅲa	1	
	stage Ⅲb	1	
大腸	stage Ⅰ	10	25
	stage Ⅱ	4	
	stage Ⅱa	3	
	stage Ⅲ	1	
	stage Ⅲa	6	
	stage Ⅲb	1	

悪性パスの実績(2)

病名	病期	計	総計
乳	stage Ⅰ	6	8
	stage Ⅱb	2	
肺	stage ⅠB	1	1
肝	stage Ⅰ	2	3
	stage Ⅲ	1	
前立腺	stage Ⅱ	4	14
	stage Ⅱc	1	
	stage Ⅲ	2	
	stageⅣ	2	
	stageB	1	
	stageC1	1	
	stageD2	1	
	不明	3	
総計			83

実績の医療機関数

＊ 発信した医療機関数83件中45医療機関
＊ 承諾医療機関（107医療機関）



課題

＊ 緊急時のため病院とつながっていたい患者と家族の気持ちへの対応
＊ 忙しすぎる医師
＊ ステージの考慮
＊ かかりつけ医の専門性

（在宅）

＊ 病院側の誤った在宅移行条件
＊ 最期まで治療をあきらめず、治療を希望する患者と家族への対応
＊ 病院スタッフの在宅ケアの関心の薄さ
＊ 患者・家族が得られない在宅ケア情報

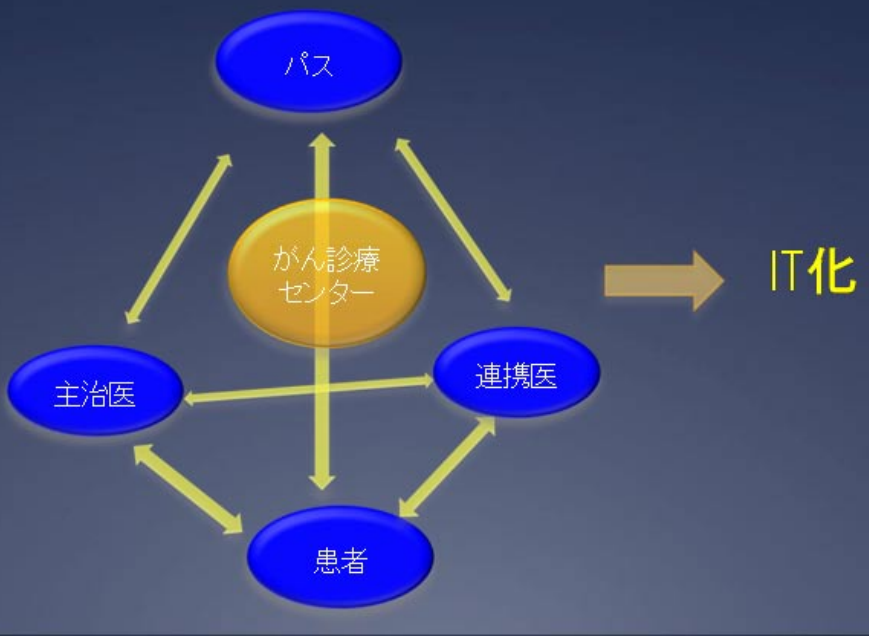
★①いつ、②どのような場面で、③誰が、
コーディネートしていくのか

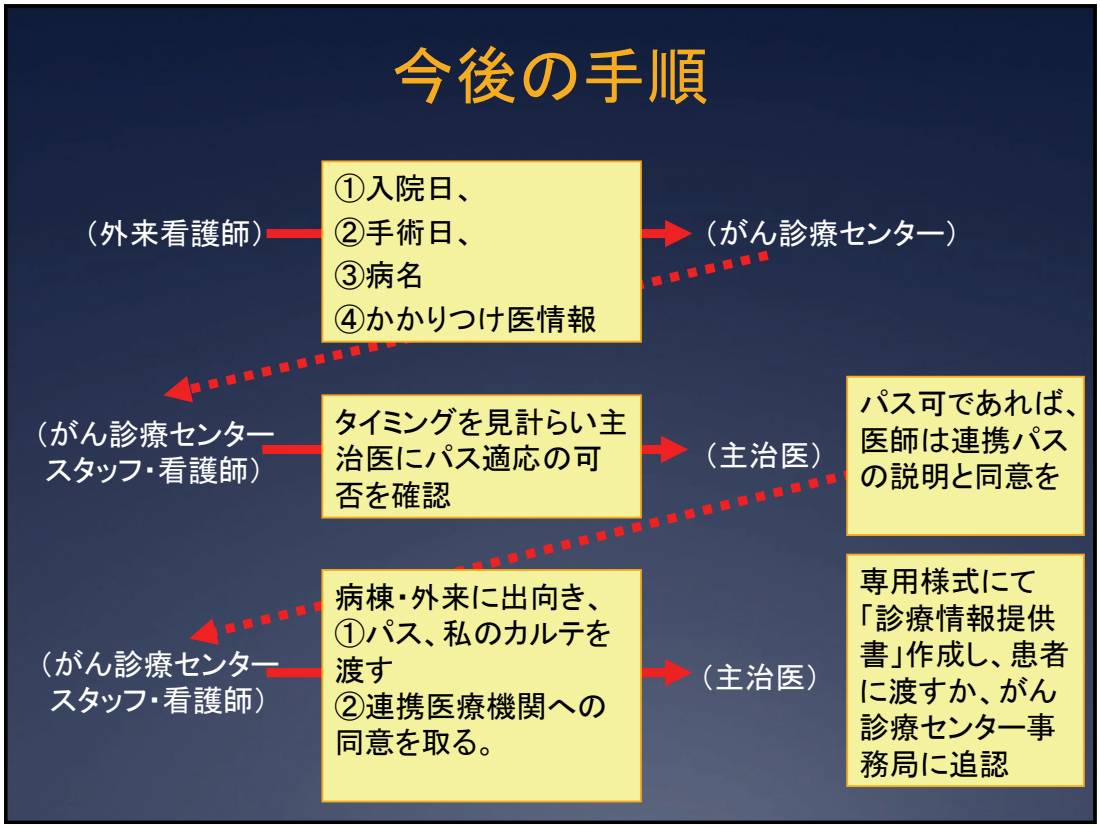
今後の運用

不安のない連携パスでの紹介を目的として

＊コーディネータ役の設置
＊手順の変更

連携パスの運用




今後の手順
（外来看護師）
①入院日、
②手術日、
③病名
④かかりつけ医情報
（がん診療センター）
（がん診療センター
スタッフ・看護師）
タイミングを見計らい主治医にパス適応の可否を確認
（主治医）
パス可であれば、医師は連携パスの説明と同意を
（がん診療センター
スタッフ・看護師）
病棟・外来に出向き、
①パス、私のカルテを渡す
②連携医療機関への同意を取る。
（主治医）
専用様式にて「診療情報提供書」作成し、患者に渡すか、がん診療センター事務局に追認

横須賀市医師会・横須賀共済病院
現地調査（胃がん大腸がん連携パス）報告

調査日	1．平成21年8月26日（水）　13:30～15:00
	2．平成21年8月26日（水）　16:30～18:00
	3．平成21年8月26日（水）　18:30～19:30
調査員	嶋村 清志（滋賀県甲賀保健所）、後藤 宙人（船橋市保健所）
場所	1．横須賀市医師会
	2．国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院　第二会議室
	3．同病院　診療部長（副院長）室
調査応対者	1．横須賀市医師会理事　千場 純先生、同会理事　山下 隆司先生
	同会事務局　曽我 るみ子氏
	2．横須賀共済病院　外科部長　舛井 秀宣先生
	同院　地域医療推進課　徳松 茂樹課長
	3．横須賀共済病院　副院長　長堀 薫先生
	同院　地域医療推進課　徳松 茂樹課長

○横須賀市医師会の概要

- 1907年（明治40年）発足、本年度初現在、会員医療機関数249（病院12、診療所237）、会員医師数447名。
- 中核市（保健所設置要件あり）の医師会であり、市からの委託事業も多数受ける。
（市立看護専門学校、市救急医療センター、市民検診、特定検診、がん検診、予防接種等）。
- 地域完結型の医療連携体制を志向し、1998年（平成10年）に地域医療連携推進事業の委託を受け、高度医療機器の共同利用・予約システムを開始、翌年病診連携室を設置。

○横須賀共済病院の概要

病院の概要

参照：http://www.ykh.gr.jp/gaiyo/index.html

本院の沿革

- 1903年（明治36年）、横須賀海軍工廠職工共済会医院として発足
- その後、日本有数の軍港・横須賀の発展とともに、横須賀海軍共済病院として発展
- 1945年（昭和20年）、太平洋戦争終戦後、横須賀共済病院に改称
- 1958年（昭和33年）国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院に改称
- 病床数735床、28科、10対１看護
- 臨床研修指定病院、各種リハビリテーション対応、健康管理センター（人間ドック）
- 「地域がん連携拠点病院」の指定を受ける（平成18年8月24日付）
- 外科手術件数　総計1450（2008年）
　胃がん：130（うち腹腔鏡下19）

結腸がん：152（うち腹腔鏡下23）
直腸がん：80（うち肛門温存63、腹腔鏡下６）

分院の沿革

参照：http://www.ykh.gr.jp/bunin/his.html

- 1914年（大正３年）、横須賀海軍工廠長浦職工共済会病院として開設
- 1918年（大正７年）、海軍共済組合横須賀病院長浦分院と改称
- その後、横須賀海軍共済病院の分院として発展
- 1945年（昭和20年）、太平洋戦争終戦後、横須賀共済病院長浦分院へ改称
- 1946年（昭和21年）、田浦共済病院として独立
- 1987年（昭和62年）、国家公務員共済組合連合会横須賀北部共済病院へ改称
- 2009年（平成21年）、国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院分院へ改称
- 病床数293床（一般病床203床、療養病床54床、介護療養型医療施設36床）10科

○医療圏について

- 二次医療圏：「神奈川県三浦医療圏」横須賀市、鎌倉市、逗子市、三浦市、葉山町
- 保健所：　横須賀市保健所（中核市）
  鎌倉保健所（神奈川県）、三浦保健所（神奈川県）

○がん地域連携クリティカルパス導入までの経緯

- 平成10年に病診連携の一環として、高度医療機器予約システムがスタート。その後、平成12年にかけて在宅医療の一層の連携を図るために、神奈川県・横須賀市の補助事業である「地域医療推進事業」で助成金を交付され、在宅医療の登録事業を軌道に乗せた。
- 上記事業は現在では、横須賀市単独の補助事業に切り替わっている。
- 平成18年度から3ヶ年計画で「かかりつけ医推進事業」と「地域医療連携体制推進事業」を開始したが、翌19年から地域連携パスへの切り替えを行い、現在は心筋梗塞、糖尿病、脳卒中、がん（胃・大腸）の4パスが策定され、運用が進められている。
- がん（胃・大腸）については、平成19年度にワーキンググループが2回行われ、病院側から9名、医師会側から9名の18名が参加して策定された。

  他疾患の状況について（参考）

心筋梗塞	WG開催回数	2回	病院側6名	医師会側8名
糖尿病	WG開催回数	5回	病院側8名	医師会側9名
脳梗塞（脳卒中）	WG開催回数	7回	病院側9名	医師会側8名
				オブザーバー2名

- 現在では医師会加盟医療機関のうち62機関が参加している。

○がん地域連携クリティカルパス導入後

～病院側～

- 病院側は外来診療に余裕が持てるようになり、予約制が機能するようになった（従来から予約制だったが、患者が殺到するため、名ばかりの予約制であり、非常に心苦しい思いをしていたとのこと）。
- 医師やその他スタッフのストレスが減り、勤務時間にも余裕が生まれクレームが減った。

• 手術件数も多くなり、スムーズな連携を図ることが出来るようになった。

～医師会側～

• 開業医の意見も取り入れられ、病院との信頼関係が深まった。
• 勉強会も製薬会社の担当者が入って適宜行われており、医師会会員全体のレベルアップにつながっている。

○創意工夫点

• がんのステージ別にパスを分けており、観察期間中のフォローアップ方法を変えている。
パスA：基本的に基幹病院→医療機関の片道型。年１回の報告を求めるのみ。
パスB：年１回以上、基幹病院を受診させる双方向型。
パス導入の目安

	大腸がん	胃がん
パス A	Stage 0、Ⅰ	Stage ⅠA
パス B	Stage Ⅰのリスク症例、Ⅱ	Stage ⅠB

＊各パスの適用件数は別添資料参照

• 在宅（外来）での化学療法も推進。横須賀共済病院には、専門スタッフが常駐する「外来化学療法室」を設けている。
• 在宅医療、介護関連とも勉強会を行っており、「がんの看取り」のパスの策定を考えている。
• 生活習慣と密接な関わりがあり、栄養管理の重要性から、管理栄養士との連携や県立大学栄養学科との共同研究も行っている（他に糖尿病、脳卒中のパスでも導入している）。
• 病院では「専門外来制」を採用している。これは主治医制ではなくすることで、医師の人事等による治療方針のブレをなくす（常に同じ患者を診察できるわけではないので標準化される）効果があった。
• IT化（会員医療機関における電子カルテ導入率10%台）を極力推進するために、会員限定のSNS（ソーシャルネットワークサービス）の導入など検討をしている。
• 医療だけでなく、介護までの連携も視野において、各パスを有機的に連携することを目標にしている。
• パスに乗れない患者（＝バリアンス）は病院側の連携外来で管理するようにしている。

○今後の課題

• 医療機関側の電子カルテの導入がコスト等の面で徹底されていないこともあり、医師会が完全導入までは行っていない。
• 一方、電子カルテ導入した医療機関側も情報共有は簡単そうに見えるが、個人情報の管理には非常に気を遣う。
• IT化して情報共有もネットでつなぎたいが、セキュリティの問題が大きく立ちはだかる。
• 他パスとの関係については、疾患によって得意の病院が限られており、赴任した医者の得意の疾患や人脈などで左右されている部分がある（問題意識はあるが、限界もあると思っている）。
• がんは比較的うまく行っているが、他のパスは要件を厳しくするあまりパスに乗る患者が少ない

ものもあり、がんのパス改定の際などは注意が必要である。
- 県の事業から独立したことから、県の医療計画との連動性に懸念がある。
- 市民サイドからの意識の底上げが必要であると感じており、市に啓発活動などでニーズの掘り起こしを推進して欲しい。
- 病院側では、大学派遣の医師も多いことから、病院内並びに対医師会との人間関係の構築が課題である。

○行政側の関与

- 現在では横須賀市が補助金を拠出して市立病院が中心となって事業を推進している。
- パス策定の全体会議（医師会・談「親の会」、年3～4回行われる）には行政（保健所）の関与があり、市保健所長と圏域の県保健所長がメンバーになっているが、ワーキンググループ（同「子の会」）への関与はない。
- 全体会議には積極的に関与しており、医師会側も満足している。
- バリアンスの場合の評価など、中立的な立場での関与が出来ればもっと良いのではないか。

○本事例の所感について

- 長い歴史と定評のある地域の中核病院と医師会が協力し合い、理想的な連携を保っている。
- 導入の素地として、高度医療機器利用の効率化の要請があった。これはどの医療圏でも問題意識が深いものと思われ、連携のきっかけとして良い例であると言える。
- 医師会も事務局以下各会員医療機関が非常に協力的であり、連携パスへの理解も深く、他地域にも参考になる面が大きい。
- 会員医療機関が自らの研鑽に励んでいることからも、地域の医療レベルの向上に寄与し、自主自立の医療を守る面でも好循環を保っている。
- 一方、IT化や情報共有の面で問題を抱えており、今後の課題と言えるが、一地域のみで処理するには酷な問題である面もある。
- 行政（市当局、保健所）の関与も他地域と比較して深く、他地域にも参考になると考えるが、より一層の関与が期待される。



写真１　左から：千場先生、山下先生、後藤、嶋村　（横須賀市医師会にて）



写真２　左から：後藤、曽我氏、嶋村、千場先生　（横須賀市医師会にて）



写真３　左から：嶋村、舛井先生、後藤　（横須賀共済病院外科外来にて）



写真４　左から：後藤、長堀先生、嶋村　（横須賀共済病院副院長室にて）



写真５　外来化学療法室の看護師と嶋村　（横須賀共済病院外来化学療法室にて）

地域連携パス患者様経過報告書

横須賀共済病院　　外科　　外科太郎　　先生御机下

患者氏名	横須賀太郎　様	連携先診療所	○×診療所
住所	横須賀市米が浜通1-16	連携先診療所医師	○山×太郎
生年月日	昭和16年12月8日　68　歳　男		〒238－8558　横須賀市本町1
横須賀共済病院患者番号	50000000		046－822－0000

診　　断	(例)　胃がん　Stage　Ⅰ
治療施行日	(例)手術日　平成20年11月10日(月)　ＢⅠ法にて施行
治療内容	(例)手術にて病巣除去
病理診断	○×・・・　Stage　Ⅰ

上記患者様の治療後　1　年目の経過をご報告します。

再発の有無

①　ＣＴ　　○　有　　○　無　その他の所見

②内視鏡　　○　有　　○　無　その他の所見

③胸部X-P　　○　有　　○　無　その他の所見

④腫瘍ﾏｰｶｰの上昇

○　有　　○　無　その他の所見

※その他特記すべき所見

以上です。宜しくお願いいたします。

地域連携パス患者様診療情報提供書（ＣＴ読影依頼）

横須賀共済病院　　外科　　外科太郎　　先生御机下

患者氏名	横須賀太郎　様	連携先診療所	○×診療所
住所	横須賀市米が浜通1-16	連携先診療所医師	○山×太郎
生年月日	昭和16年12月8日　64　歳　男	〒238-8558	横須賀市本町1
横須賀共済病院患者番号	50000000	046-822-0000	

診　　断	（例）　胃がん　Stage　Ⅰ
治療施行日	（例）手術日　平成20年11月10日（月）　ＢⅠ法にて施行
治療内容	（例）手術にて病巣除去
病理診断	○×・・・　Stage　Ⅰ

上記患者様の治療後　1年　目のCT読影をよろしくお願いいたします。

地域連携パス患者様診療情報提供書（大腸内視鏡検査依頼）

横須賀共済病院　　外科　　外科太郎　　先生御机下

患者氏名	横須賀太郎　様	連携先診療所	○×診療所
住所	横須賀市米が浜通1-16	連携先診療所医師	○山×太郎
生年月日	昭和16年12月8日　68　歳　男	〒238-8558	横須賀市船越1-8
横須賀共済病院患者番号	50000000	046-822-2710	

診　　断	（例）　胃がん　Stage　Ⅰ
治療施行日	（例）手術日　平成20年11月10日（月）　ＢⅠ法にて施行
治療内容	（例）手術にて病巣除去
病理診断	○×・・・　Stage　Ⅰ

上記患者様の治療後　1　年目の大腸内視鏡検査をよろしくお願いいたします。

地域連携パス患者様診療情報提供書

横須賀共済病院　　外科　　外科　太郎　　先生御机下

患者氏名	横須賀　太郎　様	連携先診療所	○×診療所
住所	横須賀市米が浜通1-16	連携先診療所医師	○山×太郎
生年月日	昭和16年12月8日　68　歳　男	〒238-8558	横須賀市船越町1-1
横須賀共済病院患者番号	50000000	046-822-0000	

診　　断	(例)　胃がん　Stage　Ⅰ
治療施行日	(例)手術日　平成20年11月10日(月)　ＢⅠ法にて施行
治療内容	(例)手術にて病巣除去
病理診断	○×・・・　Stage　Ⅰ

上記患者様の治療後　1　年目の診察をよろしくお願いいたします。

再発の有無

①　ＣＴ	○　有	○　無　その他の所見	(例)胃がんの肝転移の疑いあり。
②内視鏡	○　有	○　無　その他の所見	(例)胃がんの再発の疑いあり。
③胸部X-P	○　有	○　無　その他の所見	(例)胃がんの肺転移の疑いがあり。
④腫瘍ﾏｰｶｰの上昇			
	○　有	○　無　その他の所見	

※その他特記すべき所見

(例)当該患者は平成20年10月1日に胃癌疑いにて当院外科入院。Etc・・・

以上です。宜しくお願いいたします。

胃がんパス手帳の例

胃がん手帳A
患者さん用

患者氏名	横須賀太郎
診療担当医療機関	
紹介元病院	横須賀共済病院

1

従来では，胃がん・大腸がんの手術とともに外来診療・検査なども手術担当施設で行っていました．
がん術後の定期通院は大切ですが，定期的外来通院には診察待ち時間の長さが問題になってきています．
　特に仕事をお持ちの患者さん，病院から遠くへお住まいの患者さん，高齢などで通院に支障のある患者さんには定期的な外来通院を負担に感じられておられる方もいらっしゃると思われます．
　そこでかかりつけ医として近所の診療所の先生方に定期通院していただき，がん治療の定期診察をしていただき，病院へは年に1度（あるいは問題なければ，受診不要）受診していただくだけであれば患者さんの負担が時間的にも経済的にも軽減されると思われます．
そこで，横須賀医師会では，衣笠病院・横須賀市立うわまち病院・横須賀市立病院・横須賀共済病院と連携して，胃がん・大腸がんの定期診察のシステムを作りました．

　胃・大腸がんのステージ別に治療方針を明確にし，それをもとに診療，検査計画を立て，治療方針は現在の医学レベルで妥当なものとなっております．診療所の先生にも診察計画に沿って診察して頂けるようになっています．
これを「がん診療地域連携パス」と言いますが，患者さんにとっては，通院時間，待ち時間短縮，自分に対する診療計画の把握，診療所にとっては家庭医としての役割の充実，病院にとっては待ち時間短縮，診療効率の向上など大きなメリットが考えられます。
がん術後は5年間の定期健診が必要です．病院，診療所での共通の手術後5年間の長期診療計画書で，ご自分の検査，治療の予定をわかるようになっています．
病院に受診していただくのは年に1回または受診なしで，それ以外は診療所に受診していただきます．
診療所は午後，夕方，土曜にも診療していることが多く患者さんのご都合に合わせて検査，治療等が可能です．診療所で診察を受けた際，病院での診療が必要と判断された場合には，病診連携によりスムーズに病院受診することができます．

　がん術後は5年間の定期健診が必要です．病院，診療所での共通の手術後5年間の長期診療計画書で，ご自分の検査，治療の予定をわかるようになっています．
病院に受診していただくのは年に1回または受診なしで，それ以外は診療所に受診していただきます．
診療所は午後，夕方，土曜にも診療していることが多く患者さんのご都合に合わせて検査，治療等が可能です．診療所で診察を受けた際，病院での診療が必要と判断された場合には，病診連携によりスムーズに病院受診することができます．

がん定期健診では，CT検査は重要です．診療所よりの予約で診療担当病院で検査を受けることができ，検査結果は当日お持ち帰りできます．
基本的に内視鏡検査などは診療所で行っていただきますが，病院での内視鏡検査，他の診療所での内視鏡検査にも対応できます．

　この手帳にはあなたが，診療所の先生と病院と共有する診療計画書（パス）が記載されています．計画書は病院と診療所に一人の患者さんにつき，1通ずつ保管し，それをもとに診療所の先生が具体的な投薬，採血，画像検査，内視鏡検査を行いますので大切に保管してください．

2

患者情報

①登録患者氏名	横須賀太郎	
②性別	男	
③生年月日・年齢	昭和16年12月8日	68　歳
④地域連携パス種類	胃がんパス（A）	
⑤パス発行日	平成21年9月1日	
⑥紹介先医療機関		
⑦担当医師名		
⑧紹介元病院名	横須賀共済病院	
⑨担当科・医師名	外科	外科太郎

診療情報

①疾患名	胃がん
②手術年月日	平成21年8月1日
③手術	
④取り扱い規約	
⑤Ｓtage	
⑥化学療法	

3

患者さんへの病状説明

(例)退院後は○×診療所に3ヶ月ごとに受診していただきます。横須賀共済…

4

手術日		術後３M	６M	９M	１Y
受診日					
達成目標	再発早期発見				
	ileusなどの早期対応				
連携／連絡　異常時には病院受診					
投薬　抗がん剤以外の投薬					
全身状態	吐き気				
	食欲				
	食事摂取				
	疲れやすい				
	動悸・息切れ				
	発熱＞37.5℃				
消化器症状	腹痛				
	下痢				
	便秘				
	その他の症状				
胃内視鏡検査					
病院受診					

5

１Y３M	１Y６M	１Y９M	２Y	２Y３M	２Y６M	２Y９M

6

手術日		術後３Y	３Y３M	３Y６M	３Y９M
受診日					
達成目標	再発早期発見				
	ileusなどの早期対応				
連携／連絡　異常時には病院受診					
投薬　抗がん剤以外の投薬					
全身状態	吐き気				
	食欲				
	食事摂取				
	疲れやすい				
	動悸・息切れ				
	発熱＞37.5℃				
消化器症状	腹痛				
	下痢				
	便秘				
	その他の症状				
胃内視鏡検査					
病院受診					

7

４Y	４Y６M	５Y

8

地域連携クリティカルパス
胃がん・大腸がん

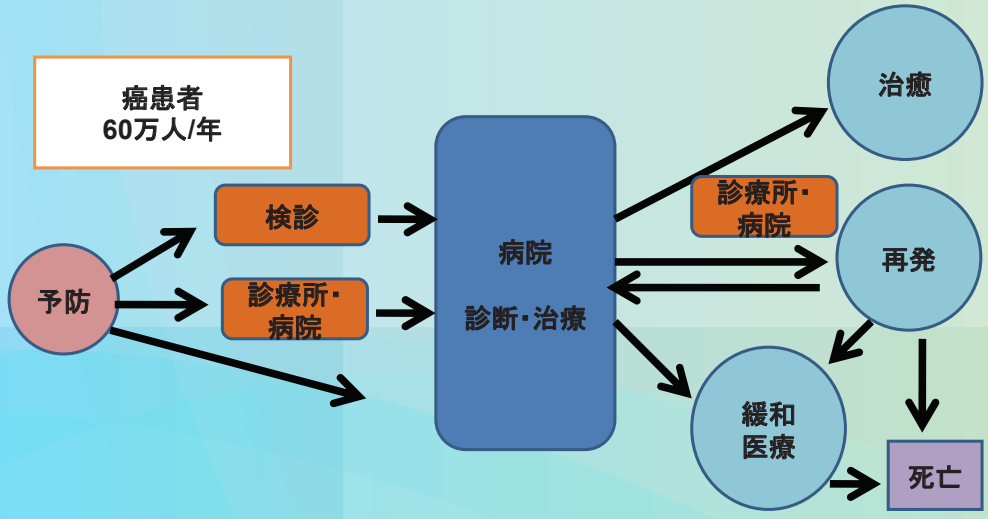
横須賀共済病院
舛井秀宣

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.

2

がん患者診療の流れ



3

クリティカルパス関係会議

【ワーキンググループ合同ミーティング】
第1回：平成19年12月17日（月） 午後7時30分
【がん（胃・大腸）ワーキンググループ】
第1回：平成20年 3月 5日（水） 午後7時30分
第2回：平成20年 4月 9日（水） 午後7時30分
【クリティカルパス説明会】
＜がん（胃・大腸）＞
「がん（胃・大腸）パス」
参加医療機関への説明会 33名出席
平成20年 7月30日（水） 午後7時30分
横須賀共済病院平成20年 11月1日運用開始

4

がんクリティカルパス・ワーキンググループ

- 大畑医院
- 小倉医院
- 中央内科クリニック
- 鎌倉医院
- しざわクリニック
- 野村内科クリニック
- きくち消化器・内科クリニック
- 山下ファミリークリニック
- 青山医院

5

がんクリティカルパス・ワーキンググループ

- 横須賀市民病院
- 横須賀市立うわまち病院
- 衣笠病院
- 横須賀共済病院

6

【ワーキンググループ合同ミーティング】
第1回：平成19年12月17日（月）

①原則として紹介医に逆紹介して，連携パスを運用する.
②4病院の統一パスを用いて行う.

③抗癌剤投与中患者の診療には不安がある.
④高再発率Stage患者のサーベイランスをどのように行っていけばよいか.

7

サーベイランスの目的

（1） 再発の早期発見・治療
（2） 異時性多発癌，重複癌の診断・治療
（3） 患者の再発不安に対する精神的ケア

8

大腸癌再発とその特徴

- 大腸癌は再発をきたした場合でも再度根治切除がなされれば一定の治癒成績が得られる.
- 治癒が得られない場合でも，無症状の時点での早期化学療法開始により予後の延長が期待される.

→ intensiveなFollowUp

9

「大腸癌術後のフォローアップに関する研究」

10

大腸癌の再発の特徴とこれに基づくサーベイランスの基本原則

- Stage 0は切除断端が陰性であれば再発は認められない.
- 再発率はStage IのpSM癌では1.3%ときわめて低率

→Stage 0およびStage IのpSM症例は大腸癌再発に関するサーベイランスは省略し得る.

11

大腸癌の再発の特徴とこれに基づくサーベイランスの基本原則

Stage進行に伴い再発率は上昇.

Stage IIIでは再発が高率. CTなどの画像検査の積極的な活用が推奨される。

- 再発時期に関しては再発例の80%以上が術後3年以内.

→術後3年以内は診療間隔を密にする.

- Stageが高いほど再発時期が早い傾向
- 術後5年以降に再発した症例はいずれのStageにおいても全対象症例中の1%以下→ガイドラインではサーベイランスの終了をStageに関わらず，術後5年.
- 治癒切除後大腸癌再発率は17%(Stage 0除)

12

横須賀大腸がん地域連携パス

①大腸がん地域連携パスA
　Stage0, StageI without Risk
②大腸がん地域連携パスB
　StageI with Risk, StageII

Risk：脈管侵襲

13

大腸がんAサーベイランス

①内視鏡：1年ごとのCF (最初は6か月）
②他の画像診断なし
③腫瘍マーカーなどの測定なし
④病院受診なし
⑤1年ごとに診療所から経過報告

14

大腸がんBサーベイランス

	1Y				2Y				3Y				4Y				5Y	
術後経過時間	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	6	12
診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CEA/CA19-9	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●				●		●
胸部X線写真		●		●		●		●		●		●				●		●
CT		●		●		●		●		●		●				●		●
内視鏡検査		●		●		●		●				●				●		●
病院受診				●				●				●				●		●

15

胃癌治療ガイドライン

- 胃切除後症候群に対する治療および生活指導と再発や二次癌の早期発見のために，再発リスクに応じて計画的にフォローアップし，内視鏡，US，CTなどの検査を適宜行う．術後5年以降は，毎年基本検診を受けるように勧める．なお，胃全摘後の大球性巨赤芽球性貧血など術後障害に対しては適切な治療や予防が必要である．

16

胃がん定型術(D2)後の生存率

Stage	5年生存率
IA	93.4
IB	87.0
II	68.3
IIIA	50.1
IIIB	30.8
IV	16.6
Total	73.3

17

横須賀胃がん地域連携パス

①胃がん地域連携パスA

StageIA

②胃がん地域連携パスB

StageI B

18

胃がんAサーベイランス

①内視鏡：1年ごとのGIF(最初は6か月）
②他の画像診断なし
③腫瘍マーカーなどの測定なし
④病院受診なし
⑤1年ごとに診療所から経過報告

19

胃がんBサーベイランス

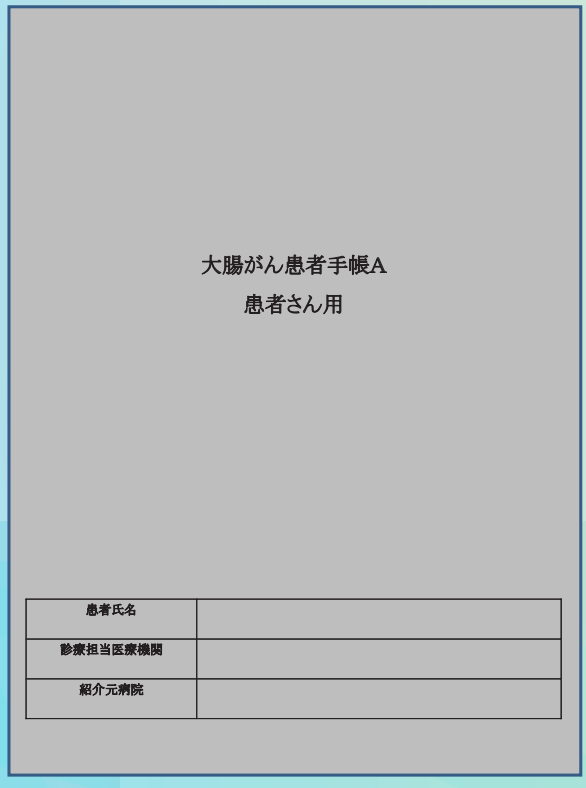
	1Y				2Y				3Y				4Y				5Y	
術後経過時間	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12	6	12
診察	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
CEA/CA19-9	●	●	●	●	●	●	●	●		●		●		●		●		●
*AFP/CA125																		
胸部X線写真		●		●		●		●		●		●				●		●
CT		●		●		●		●		●		●				●		●
内視鏡検査		●		●		●		●				●				●		●
病院受診				●				●				●				●		●

20

外来での連携パスの運用

①組織診断によるStageの確認.
②患者への病状説明と地域連携パスの説明.
③地域連携パス適応への同意.
④地域連携パスがん手帳, 関係書類の作成.
⑤病診連携室への連絡.

21



22

従来では，胃がん・大腸がんの手術とともに外来診療・検査なども手術担当施設で行っていました．
がん術後の定期通院は大切ですが，定期的外来通院には診察待ち時間の長さが問題になってきています．

特に仕事をお持ちの患者様，病院から遠くへお住まいの患者様，高齢などで通院に支障のある患者様には定期的な外来通院を負担に感じられておられる方もいらっしゃると思われます．

そこでかかりつけ医として近所の診療所の先生方に定期通院していただき，がん治療の定期診察をしていただき，病院へは年に1度（あるいは問題なければ，受診不要）受診していただくだけであれば患者様の負担が時間的にも経済的にも軽減されると思われます．

そこで，横須賀医師会では，衣笠病院・横須賀市立うわまち病院・横須賀市立病院・横須賀共済病院と連携して，胃がん・大腸がんの定期診察のシステムを作りました．

胃・大腸がんのステージ別に治療方針を明確にし，それをもとに診療，検査計画を立て，治療方針は現在の医学レベルで妥当なものとなっております．診療所の先生にも診察計画に沿って診察して頂けるようになっています．

23

患者情報

① 登録患者氏名	
② 性別	
③ 生年月日・年齢	
④ 地域連携パス種類	
⑤ パス発行日	
⑥ 紹介先医療機関	
⑦ 担当医師名	
⑧ 紹介元病院名	
⑨ 担当科・医師名	

診療情報

①疾患名	
②手術年月日	
③手術	
④取り扱い規約	
⑤Stage	
⑥化学療法	

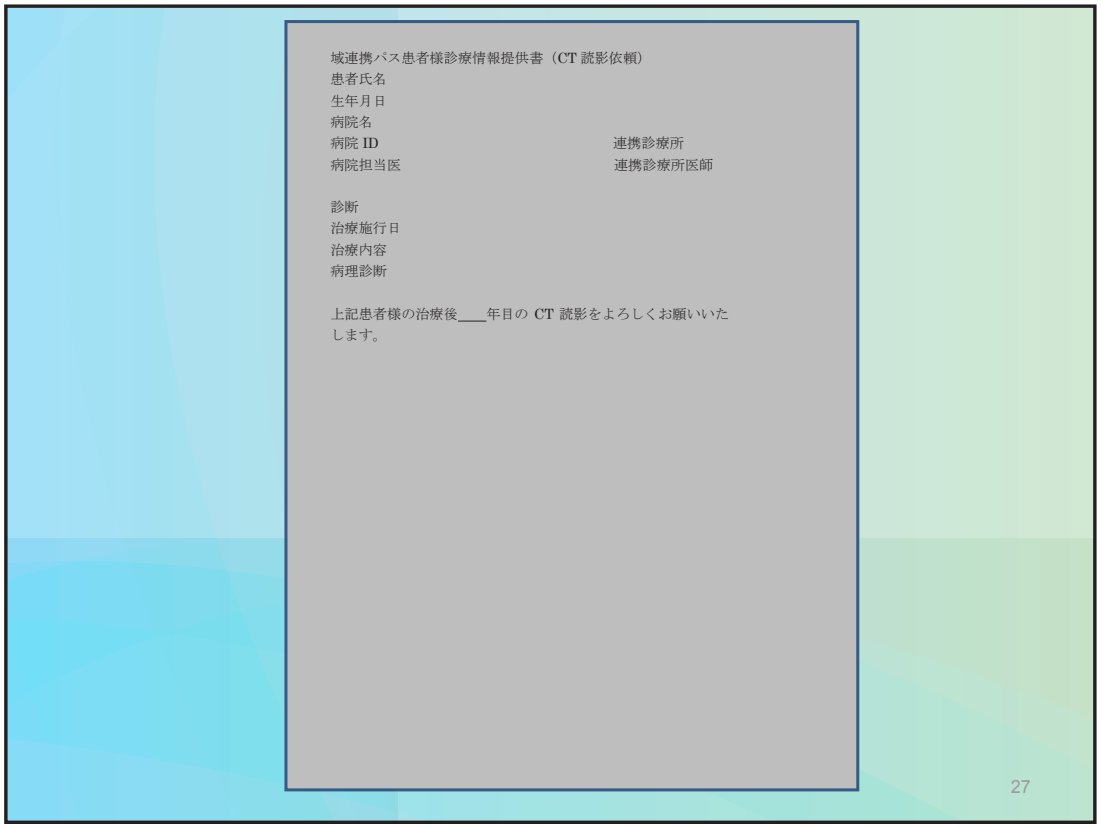
24

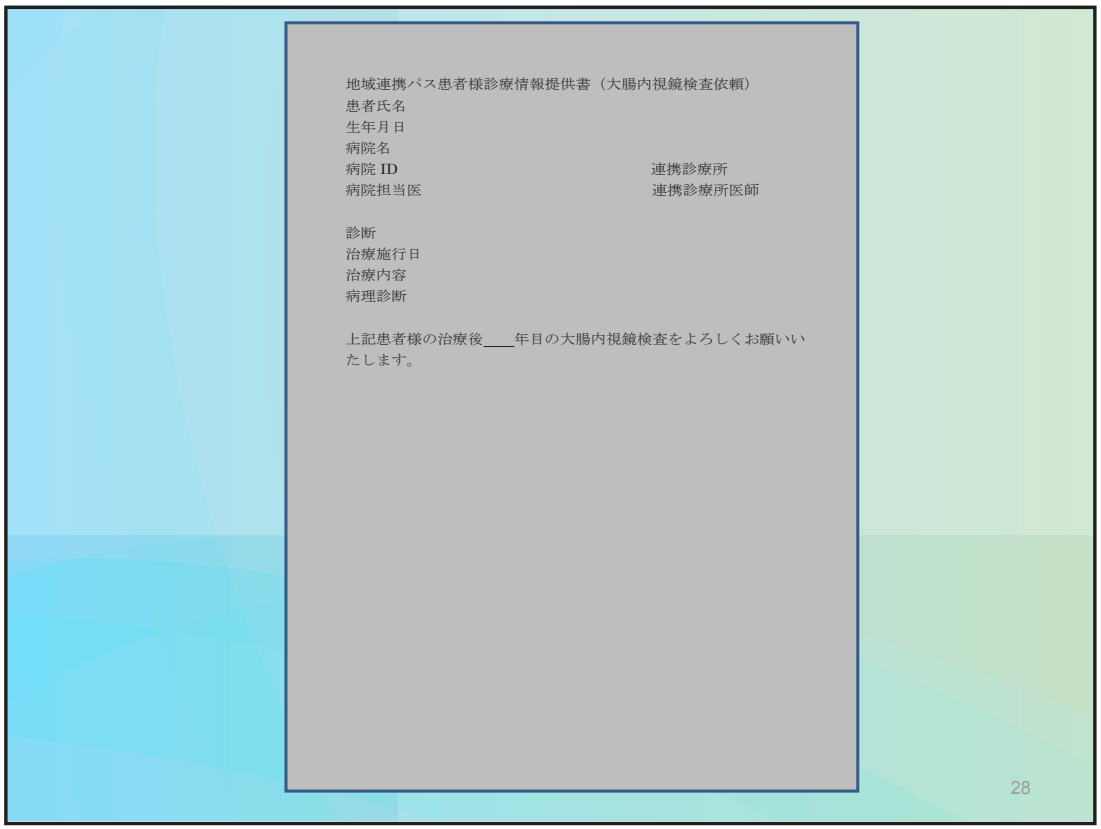
患者さまへの病状説明.

25

手術日		術後 3M	6M	9M	1Y
受診日		/ /	/ /	/ /	/ /
達成目標	再発早期発見 ileus などの早期対応				
連携/連絡	異常時には病院受診				
投薬	抗がん剤以外の投薬				
全身状態	吐き気				
	食欲				
	食事摂取				
	疲れやすい				
	動悸・息切れ				
	発熱＞37.5℃				
消化器症状	腹痛				
	下痢				
	便秘				
	血便				
	その他の症状				
末血・生化学					
大腸内視鏡検査					
病院受診					

26


域連携パス患者様診療情報提供書（CT 読影依頼）
患者氏名
生年月日
病院名
病院 ID
連携診療所
病院担当医
連携診療所医師
診断
治療施行日
治療内容
病理診断
上記患者様の治療後____年目の CT 読影をよろしくお願いいたします。
27


地域連携パス患者様診療情報提供書（大腸内視鏡検査依頼）
患者氏名
生年月日
病院名
病院 ID
連携診療所
病院担当医
連携診療所医師
診断
治療施行日
治療内容
病理診断
上記患者様の治療後____年目の大腸内視鏡検査をよろしくお願いいたします。
28

地域連携パス患者様経過報告書

患者氏名
生年月日
病院名
病院 ID　　連携診療所
病院担当医　　連携診療所医師

診断
治療施行日
治療内容
病理診断

上記患者様の治療後＿＿年目の経過をご報告します。

再発の有無
①CT　　有　　無
その他所見
（　　）

②内視鏡　　有　　無
その他所見
（　　）

③胸部 X-P　　有　　無
その他所見
（　　）

④腫瘍マーカーの上昇（　　）
有　　無
その他所見
（　　）
その他特記すべき所見

以上です。宜しくお願いいたします。

29

地域連携パス適応症例

地域連携パス	適応症例数	
胃がんA	51例	76例
胃がんB	25	
大腸がんA	39	87
大腸がんB	48	

注意：上記はスライド作成時現在。2009年11月30日現在では以下の通り。

地域連携パス	適応症例数	
胃がんA	78例	122例
胃がんB	44	
大腸がんA	71	148
大腸がんB	77	

30

今後の課題

①地域連携パス適応患者の登録
②画像，内視鏡検査などのオーダリングシステム
③胃癌StageII，大腸癌StageIII症例への地域連携パス適応
④アウトカムの評価

31

武蔵野赤十字病院　現地調査（慢性肝炎連携パス）報告

調査日	平成22年1月27日（水）　15:30～16:40
調査員	山中朋子（青森県弘前保健所）、大江 浩（富山県健康増進センター）
場所	武蔵野赤十字病院　応接室
調査応対者	消化器科部長（兼）医療連携センター副センター長 朝比奈靖浩先生、 医療連携センター患者サービス課長 谷嘉章氏、医療連携課 平賀さゆり係長

○病院の概要

- 昭和24年開設の武蔵野市（人口約13万人）の中核病院（611床；一般591床・感染症20床）、21科、一般病床平均在院日数11.9日（平成20年度）、7対1看護、紹介率64.6%（平成20年度）。
- がん診療連携拠点病院、地域周産期母子医療センター、エイズ治療拠点病院、救命救急センター、地域リハビリテーション支援センター、臨床研修病院等。
- 平成18年5月9日付で「地域医療支援病院」の承認。
- 肝臓専門医（日本肝臓学会）7人。

○慢性肝炎地域連携クリティカルパス導入までの経緯

- 平成14年度からの肝炎ウイルス検診がきっかけとなり、武蔵野市医師会・三鷹市医師会の有志とともに「地域肝炎研究会」を立ち上げ、検診での肝炎ウイルス感染者が発見された場合のフォローアップ体制（三鷹・武蔵野方式と呼ばれるフローチャート作成）を構築。
- 他の医療機関からの紹介率が向上したが、インターフェロン療法の適用があっても実施率は2割程度（平成19年まで）であった。
- 希望しない理由は、①通院が困難、②仕事との両立が困難、③副作用が心配、④経済的に困難等であったが、それらは医療連携により解決可能と考えられた。
- 平成19年、C型慢性肝炎の地域連携パス様式を作成し、医師会の連携懇話会に提案するとともに、地域肝炎研究会で医師会員対象の研修会を開催（年2～3回）。
- 試験運用を経て、平成19年10月から本格運用スタート。
- 平成20年、武蔵野赤十字病院、武蔵野市医師会、三鷹市医師会、杏林大学（同一医療圏内にあるがん診療連携拠点病院）で四者会議を設置し、肝がん・慢性肝炎も含めて、がんの地域連携パスについて協働で推進することになった。

○慢性肝炎地域連携クリティカルパス導入後

- 平成20年11月まで、慢性肝炎の地域連携パスは20例余で、連携先は消化器専門医10施設が大半であるが、最近、非専門医とも連携するようになった。
- 平成20年度からの公費助成で、インターフェロン治療件数が増加するとともに、質の担保が求められるようになったが、地域連携パスの運用によって、検診陽性者の専門医への紹介が的確に行われるとともに、インターフェロン治療において副作用のチェックが確実に行われるようになった。

- 地域連携パスの運用は、当初、武蔵野市医師会、三鷹市医師会の2医師会であったが、最近、小金井市医師会からも四者会議に参画するようになった。また、他県の医療機関とも地域連携パスを運用するようになった。
- 最近、Ｂ型の慢性肝炎の地域連携パスを作成し、今後、運用する予定。

○創意工夫点

- 地域連携パスは、患者の病態に応じて、分けて運用している（①ペグインファーフェロンα2a＋リバビリン併用療法用治療連携パス、②ペグインファーフェロンα2b＋リバビリン併用療法用治療連携パス、③ペグインファーフェロンα2a単独療法用治療連携パス、④C型慢性肝炎・肝硬変に対するインターフェロンβ単独療法用治療連携パス、⑤肝がん早期発見のための連携パス、⑥肝がん治療後の連携パス）。
- 地域連携パスはできるだけ簡素化し、かかりつけ医において、副作用チェックが容易にできるようにしている。
- 患者さん用とかかりつけ医用の説明パンフレットを地域連携パスと併せて使用。
- 医療連携センターでは、登録医療機関のリストを作成。

○今後の課題

- 地域連携パスを運用する医療機関を拡充する必要がある。特に、肝炎ウイルス検診が行われている非専門医療機関との連携が必要。
- 経過観察中のドロップアウトを減らす必要。
- 十分なバリアンス分析をおこなって地域連携パスの改良を加える必要。
- 都内で地域連携パス様式の統一の動きがあるが、現状の使い慣れたものとの調整が必要になる。
- 将来的には、コンピューターネットワークを利用したIT化が必要。

○行政側の関与

- 保健所は、脳卒中と糖尿病の連携パスを推進しているが、慢性肝炎地域連携パスには行政（武蔵野市、管轄保健所）はこれまで関与なし。
- 行政側には、肝炎治療の公費拡充、医療計画、肝疾患診療連携拠点病院などに関する様々な情報提供を期待。また、住民に対する慢性肝炎に関する普及啓発や肝炎ウイルス検診の受診率向上等を期待。

○その他

- 医療連携のポイントは、①エビデンスに基づく質の高いプロトコールを地域のコンセンサスとして共有すること、②患者の視点に立つこと、③患者及び連携医療機関の利便性を重視すること、④専門医療機関とかかりつけ医が同じ目線でディスカッションできること、⑤目的の明確化と関係者間での共有等。
- 地域連携パスの推進には、本来的には医療連携コーディネーターが必要。

肝臓がんスクリーニング用　連携クリニカルパス(画像3・6M毎)

様　　年　月　日生　　男・女

ID:

基本情報	年齢　　歳	身長
	BMI	体重

疾患	合併症	ゴール設定	基本ルール
□C型慢性肝炎 □ALT持続陽性HCVキャリア □代償性肝硬変 □非代償性肝硬変 □HCC □CCC	□食道静脈瘤L F C RC Lg □糖尿病 □高血圧 □高脂血症 □	□ALT正常化 □肝癌がない □肝不全がない	網掛けは武蔵野赤十字病院で検査 白抜きはかかりつけ医で検査 検査・診察を実施し問題なければ○をつける ▲記号がついたら要注意 著しい異常は× ×記号がついたら武蔵野赤十字病院を受診

			基準・記号など	診療週数 0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44
日付				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
武蔵野赤十字病院で診察・検査				●			●			●			●		
連携かかりつけ医で診察・検査					○	○		○	○		○	○		○	○
検査	血算	WBC	正常値は○												
		Hb	変化ありは▲または×												
		血小板	血小板15以下は要注意												
	肝機能検査														
		Alb	正常値は○												
		AST	変化ありは▲または×												
		ALT	異常値は要注意												
		T.Bil													
	プロトロンビン時間		正常値は○		この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検	
	ヘパプラスチン		低下は▲または×												
	HCVコア蛋白		いずれか1項目を検査												
	HCVRNA定量														
肝癌スク	AFP		正常値は○												
	PIVKA-II		上昇は▲または×												
	肝画像診断				この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検	
		超音波	いずれか1つを検査												
		ダイナミックCT	SOLありは×												
		ダイナミックMRI													
診察	下腿浮腫 腹水 黄疸 肝性脳症 便秘		症状有りは▲または×												
内服	ウルソ 肝庇護薬 BCAA製剤		投与は○												
注射・点滴	強ミノC IFN		投与は○												
備考															

患者状態		肝不全と肝癌がない
知識・教育		C型肝炎の病態を理解し通院することができる 肝硬変への進展・肝発癌のリスクを理解している 日常生活の注意点が理解できている
合併症		①混合型クリオグロブリン血症　⑥メサンギウム増殖性糸球体腎炎 ②B細胞性非ホジキンリンパ腫　⑦心筋炎 ③単クローン性ガンマグロブリン血症　⑧膜性増殖性糸球体腎炎 ④晩発性皮膚ポルフィリン症　⑨膜性腎症 ⑤扁平苔癬(口腔、四肢など)　⑩自己免疫性甲状腺炎

cm	ゲノタイプ　型	AFP L3	肝組織: A　F（　年　月　日）	インターフェロン治療歴
kg	AFP	PIVKA II	腹腔鏡:	血小板:

	肉眼的stage	Child-Pugh	前回治療
	☐Stage I	☐A	☐ラジオ波
	☐Stage II	☐B	☐エタノール局中
	☐Stage III	☐C	☐肝動脈塞栓
	☐Stage IV		☐肝動注
	☐		☐肝切除
			☐

ALT31以上、血小板15万以下は
インターフェロンの適応

武蔵野赤十字病院消化器科:

かかりつけ医:

48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●			●			●			●			●
	○	○		○			○	○		○	○	
	この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検		
	この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検		

Child-Pughスコア（参考）			
	1点	2点	3点
T.Bil	＜2	2〜3	＞3
Alb	＞3.5	3.5〜2.8	＜2.8
PT%	＞80	50〜80	＜50
腹水	なし	制御可能	制御不可
肝性脳症	なし	I〜II度	III〜IV度

Class A: 5〜6点
Class B: 7〜9点
Class C: 10〜15点

⑪自己免疫性血小板減少性紫斑病	⑯腹水
⑫Sjogren症候群	⑰黄疸
⑬ぶどう膜炎、強膜炎	⑱肝性脳症
⑭特発性肺線維症	⑲食道静脈瘤
⑮肝不全	⑳

肝臓がんスクリーニング用　連携クリニカルパス(画像4M毎)

様　　年　月　日生　　男・女

ID:

基本情報	年齢　歳	身長
	BMI	体重

疾患	合併症	ゴール設定	基本ルール
□C型慢性肝炎 □ALT持続陽性HCVキャリア □代償性肝硬変 □非代償性肝硬変 □HCC □CCC	□食道静脈瘤L F C RC Lg □糖尿病 □高血圧 □高脂血症 □	□ALT正常化 □肝癌がない □肝不全がない	網掛けは武蔵野赤十字病院で検査 白抜きはかかりつけ医で検査 検査・診察を実施し問題なければ○をつける ▲記号がついたら要注意 著しい異常は× ×記号がついたら武蔵野赤十字病院を受診

			基準・記号など	診療週数											
日付				0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44
				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
武蔵野赤十字病院で診察・検査				●				●				●			
連携かかりつけ医で診察・検査					○	○			○		○		○	○	○
検査	血算	WBC	正常値は○ 変化ありは▲または× 血小板15以下は要注意												
		Hb													
		血小板													
	肝機能検査														
		Alb	正常値は○ 変化ありは▲または× 異常値は要注意												
		AST													
		ALT													
		T.Bil													
	プロトロンビン時間		正常値は○ 低下は▲または×		この間に1〜2回検				この間に1〜2回検				この間に1〜2回検		
	ヘパプラスチン														
	HCVコア蛋白		いずれか1項目を検査												
	HCVRNA定量														
肝癌スク	AFP		正常値は○ 上昇は▲または×												
	PIVKA-II														
	肝画像診断				この間に1〜2回検				この間に1〜2回検				この間に1〜2回検		
		超音波	いずれか1つを検査 SOLありは×												
		ダイナミックCT													
		ダイナミックMRI													
診察	下腿浮腫 腹水 黄疸 肝性脳症 便秘		症状有りは▲または×												
内服	ウルソ 肝庇護薬 BCAA製剤		投与は○												
注射・点滴	強ミノC IFN		投与は○												
備考															

患者状態			肝不全と肝癌がない
知識・教育			C型肝炎の病態を理解し通院することができる 肝硬変への進展・肝発癌のリスクを理解している 日常生活の注意点が理解できている
合併症			①混合型クリオグロブリン血症　⑥メサンギウム増殖性糸球体腎炎 ②B細胞性非ホジキンリンパ腫　⑦心筋炎 ③単クローン性ガンマグロブリン血症　⑧膜性増殖性糸球体腎炎 ④晩発性皮膚ポルフィリン症　⑨膜性腎症 ⑤扁平苔癬(口腔、四肢など)　⑩自己免疫性甲状腺炎

cm kg	ゲノタイプ　型 AFP	AFP L3 PIVKA II	肝組織: A　F（　年　月　日） 腹腔鏡:　血小板:	インターフェロン治療歴

	肉眼的stage	Child-Pugh	前回治療（年月日）
	☐Stage I ☐Stage II ☐Stage III ☐Stage IV ☐	☐A ☐B ☐C	☐ラジオ波 ☐エタノール局中 ☐肝動脈塞栓 ☐肝動注 ☐肝切除 ☐

ALT31以上、血小板15万以下は
インターフェロンの適応

武蔵野赤十字病院消化器科:

かかりつけ医:

48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●				●				●				●
	○	○			○		○		○	○	○	

この間に1〜2回検

この間に1〜2回検

この間に1〜2回検

この間に1〜2回検

この間に1〜2回検

この間に1〜2回検

Child-Pughスコア（参考）			
	1点	2点	3点
T.Bil	＜2	2〜3	＞3
Alb	＞3.5	3.5〜2.8	＜2.8
PT%	＞80	50〜80	＜50
腹水	なし	制御可能	制御不可
肝性脳症	なし	I〜II度	III〜IV度

Class A: 5〜6点
Class B: 7〜9点
Class C: 10〜15点

⑪自己免疫性血小板減少性紫斑病
⑫Sjogren症候群
⑬ぶどう膜炎、強膜炎
⑭特発性肺線維症
⑮肝不全
⑯腹水
⑰黄疸
⑱肝性脳症
⑲食道静脈瘤
⑳

肝臓がんスクリーニング用　連携クリニカルパス(画像3・6M毎)

様　　年　月　日生　　男・女

ID:

基本情報	年齢　　歳	身長
	BMI	体重

疾患	合併症	ゴール設定	基本ルール
□C型慢性肝炎 □ALT持続陽性HCVキャリア □代償性肝硬変 □非代償性肝硬変 □HCC □CCC	□食道静脈瘤L F C RC Lg □糖尿病 □高血圧 □高脂血症 □	□ALT正常化 □肝癌がない □肝不全がない	網掛けは武蔵野赤十字病院で検査 白抜きはかかりつけ医で検査 検査・診察を実施し問題なければ○をつける ▲記号がついたら要注意 著しい異常は× ×記号がついたら武蔵野赤十字病院を受診

日付			基準・記号など	診療週数 0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44
				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
武蔵野赤十字病院で診察・検査				●			●			●			●		
連携かかりつけ医で診察・検査					○	○		○	○		○	○		○	○
検査	血算	WBC	正常値は○ 変化ありは▲または× 血小板15以下は要注意												
		Hb													
		血小板													
	肝機能検査														
		Alb	正常値は○ 変化ありは▲または× 異常値は要注意												
		AST													
		ALT													
		T.Bil													
	プロトロンビン時間		正常値は○		この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検	
	ヘパプラスチン		低下は▲または×												
	HCVコア蛋白		いずれか1項目を検査												
	HCVRNA定量														
肝癌スク	AFP		正常値は○												
	PIVKA-II		上昇は▲または×												
	肝画像診断				この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検	
		超音波	いずれか1つを検査 SOLありは×												
		ダイナミックCT													
		ダイナミックMRI													
診察	下腿浮腫 腹水 黄疸 肝性脳症 便秘		症状有りは▲または×												
内服	ウルソ 肝庇護薬 BCAA製剤		投与は○												
注射・点滴	強ミノC IFN		投与は○												
備考															

患者状態			肝不全と肝癌がない
知識・教育			C型肝炎の病態を理解し通院することができる 肝硬変への進展・肝発癌のリスクを理解している 日常生活の注意点が理解できている
合併症			①混合型クリオグロブリン血症　⑥メサンギウム増殖性糸球体腎炎 ②B細胞性非ホジキンリンパ腫　⑦心筋炎 ③単クローン性ガンマグロブリン血症　⑧膜性増殖性糸球体腎炎 ④晩発性皮膚ポルフィリン症　⑨膜性腎症 ⑤扁平苔癬(口腔、四肢など)　⑩自己免疫性甲状腺炎

cm kg	ゲノタイプ　型 AFP	AFP L3 PIVKA II	肝組織: A　F（　年　月　日） 腹腔鏡:	インターフェロン治療歴 血小板:

	肉眼的stage	Child-Pugh	前回治療
	☐Stage I ☐Stage II ☐Stage III ☐Stage IV ☐	☐A ☐B ☐C	☐ラジオ波 ☐エタノール局注 ☐肝動脈塞栓 ☐肝動注 ☐肝切除 ☐

ALT31以上、血小板15万以下は
インターフェロンの適応

武蔵野赤十字病院消化器科：

かかりつけ医：

48	52	56	60	64	68	72	76	80	84	88	92	96
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
●			●			●			●			●
	○	○		○			○	○		○	○	
	この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検		
	この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検			この間に1回検		

Child-Pughスコア（参考）			
	1点	2点	3点
T.Bil	＜2	2〜3	＞3
Alb	＞3.5	3.5〜2.8	＜2.8
PT%	＞80	50〜80	＜50
腹水	なし	制御可能	制御不可
肝性脳症	なし	I〜II度	III〜IV度

Class A: 5〜6点
Class B: 7〜9点
Class C: 10〜15点

⑪自己免疫性血小板減少性紫斑病	⑯腹水
⑫Sjogren症候群	⑰黄疸
⑬ぶどう膜炎、強膜炎	⑱肝性脳症
⑭特発性肺線維症	⑲食道静脈瘤
⑮肝不全	⑳

C 型慢性肝炎・肝硬変または肝がん治療後の患者さんへ

武蔵野赤十字病院　消化器科

1. わが国の肝がんの主な原因は C 型肝炎ウイルスの感染です

現在わが国では、毎年 3 万人以上の方が肝がんで亡くなっています。肝がんのほとんどは C 型肝炎ウイルスの感染が原因で、約 75%を占めます。C 型慢性肝炎からの発がんは、肝臓の線維化が進行するにつれ増加し、C 型肝硬変(F4)からの発がんは年率 6-8%と高率です。最近、肝機能検査(ALT)が基準値以下でも肝臓の線維化が進んでいる方では発がんすることが明らかとなり、特に血小板数が 15 万未満または ALT が 31 以上の人は要注意です。

肝がんの特徴のひとつに、高い再発率が挙げられます。肝がんをラジオ波療法などで完全に治療しても、年率約 20%の割合で他の部位に再発します。肝がんの発生および治療後の再発を早期に見つけることが、この連携パスの最大の目的です。

2. C 型肝炎・肝硬変・肝がんの一般的な症状

一般的には、無症状です。肝不全（肝臓の機能が働かなくなること）の症状としては、腹水、浮腫（むくみ）、黄疸、肝性脳症などが挙げられ、消化管出血も合併することがあります。肝不全などの合併症を早期に発見しコントロールすることも、この連携パスのもうひとつの目的です。このような症状が疑われるときは、直ちに担当医を受診してください。

3. C 型慢性肝炎・肝硬変・肝がん治療後の経過観察

肝がんの発見は、おもに画像診断でおこなわれ、3〜6ヶ月毎に行うことが多いです。画像診断には、超音波検査、造影超音波検査、造影 CT（ＭＤＣＴ）検査、造影 MRI 検査などがあります。もうひとつの柱が、腫瘍マーカーで AFP や PIVKA II があり、1〜3ヶ月毎に測定することが多いです。検査間隔やどれをどう組み合わせるは、患者さん毎に異なりますので、この連携パスを用いて専門病院とかかりつけ医が連携して計画を立てて経過を観察していきます。

4. 連携パスの運用方法

この連携パスは、患者さんご自身が保管し、専門病院やかかりつけ医を受診する際には担当医に提出してください。担当医は必要事項を記入し診察終了後にまたご返却しますので、次の来院まで保管しておいてください。担当医が必要な場合にはコピーを作成しカルテに保管いたします。連携パスに記載されているスケジュールは、あくまでも「めやす」でありますので、病状や患者さんにより異なることと、実際と多少異なることが生じることをご了承ください。

付）　日常生活指導上の要点

規則正しく食事をして適度なタンパクとカロリーを摂る様にします。インスタント食品やスナック菓子、鉄分の多い食品はひかえたほうがよく、アルコールは原則禁止です。腹水や黄疸のある場合を除いて特別な運動制限はなく、むしろ適度な運動が必要です。生活習慣病への配慮も重要です。

以上、何かご不明な点がありましたら、専門病院またはかかりつけ医にご相談ください。

連絡先

専門病院: 武蔵野赤十字病院　消化器科　TEL: 0422-32-3111

かかりつけ医:

改訂　2009 年 2 月

C 型慢性肝炎・肝硬変または肝がん治療後のフォローアップをお願いする先生方へ

武蔵野赤十字病院　消化器科

1. わが国の肝がんの主な原因は C 型肝炎ウイルスの感染です

現在わが国では、毎年 3 万人以上の方が肝がんで亡くなっています。肝がんのほとんどは C 型肝炎ウイルスの感染が原因で、約 75%を占めます。C 型慢性肝炎からの発がんは、F1(軽度線維化)例からは年率 0.5%、F2（中等度線維化）からは 1.5%、F3(前硬変)からは 3-4%と線維化が進行するにつれ増加し、C 型肝硬変(F4)からの発がんは年率 6-8%と高率です。最近、ALT が基準値以下でも線維化進行例では発がんすることが明らかとなり、特に血小板数が 15 万未満または ALT が 31 以上の人は要注意です。

肝がんの特徴のひとつに、高い再発率が挙げられます。肝がんをラジオ波療法などで完全に治癒せしめても、年率約 20%の割合で他の部位に再発します。肝がんの発生およびその治療後再発を早期に見つけることが、この連携パスの最大の目的です。

2. C 型肝炎・肝硬変・肝がんの一般的な症状

一般的には、無症状です。肝不全兆候としては、腹水、浮腫、黄疸、肝性脳症などが挙げられ、消化管出血も合併することがあります。肝不全などの合併症を早期に発見しコントロールすることも、この連携パスのもうひとつの目的です。このような症状が疑われるときは、直ちにご紹介ください。

3. C 型慢性肝炎・肝硬変・肝がん治療後のフォローアップ

肝がんの発見は、おもに画像診断でおこなわれ、3〜6ヶ月毎に行います。画像診断には、超音波検査、造影超音波検査、造影 CT（ＭＤＣＴ）検査、造影 MRI(Gd-EOB、SPIO)検査があります。もうひとつの柱が、腫瘍マーカーで AFP、AFP L3 分画、PIVKA II があります。1〜3ヶ月毎に測定します。F1〜F4 などの線維化の程度により、また初回肝がんの発生状況により、発がんの危険が異なるため、検査間隔やどれをどう組み合わせるが症例ごとに若干異なります。連携開始時に先生方とご相談して診療計画を立てさせていただきます。

4. 連携パスの運用方法

この連携パスは、3 部作成することとし、1 部は当院保管用、1 部は貴院保管用、そして残りの1部が患者さん持参用で実際の連携はこの持参用を通じで行います。診断名や肝予備能・肝がん肉眼的進行度、合併症などの症例の基本的な情報は上段に記載されます。下段の診療スケジュールにしたがい、診察・検査・投薬を行っていただければと思います。異状や検査値の異常等変化があれば、該当する欄に記号を付し患者さんに持参していただき当院を受診させてください。当院の診療で異状を認めた場合も同様にこのパスに記載し、先生のところに持参していただきます。

付）　日常生活指導上の要点

規則正しく食事をして適度なタンパクとカロリーを摂る様に指導します。インスタント食品やスナック菓子、鉄分の多い食品はひかえたほうがよく、アルコールは原則禁止です。肝不全兆候のある非代償期を除いて特別な運動制限はなく、むしろ適度な運動が必要です。生活習慣病への配慮も重要です。

以上、何かご不明な点がありましたら、当院にご連絡いただくが、ご紹介いただければ幸いです。

連絡先
武蔵野赤十字病院　消化器科
TEL: 0422-32-3111　FAX: 0422-32-9551

改訂　2009 年 2 月
文責：朝比奈靖浩

日野市立病院　現地調査（慢性腎臓病連携パス）報告

調査日　　平成21年10月9日（金）　16:00～17:15
調査員　　山中朋子（青森県弘前保健所）、大江 浩（富山県健康増進センター）
場所　　日野市立病院　応接室
調査応対者　副院長 村上円人先生、地域連携室 仲田浩淳氏

○病院の概要

- 昭和36年開設の日野市（人口約17万人）の中核病院（一般病床300床、16科、平均在院日数15.3日、10対1看護、平成21年7月からDPC採用）。
- 臨床研修指定病院、二次救急指定病院のほかに特別な政策医療はない。
- 紹介患者加算（平成18年度廃止）にあわせて、地域連携室設置。
- 腎臓内科の外来患者数は月間約1000人、年間入院患者数は約300人、腎生検数は約30件、血液透析12床。

○CKD地域連携クリティカルパス導入までの経緯

- 平成8年から日野市医師会にて、村上副院長が講演会を高血圧、腎疾患診療について開催（現在までに6回）。医師会の中で、腎疾患診療の質向上に向けてモチベーションが高まった。
- 医師会長が協力的で、市内に腎疾患の専門医が1名のみであること等も連携パスのニーズにつながった。
- 平成19年11月に、日野市医師会・日野市立病院共催で、CKD地域連携パスに向けた勉強会を開催し、平成20年2月に地域連携パスを構築した。当初、医師会の10名の医師とCKD地域連携パスの運用を開始。
- また、院内クリニカルパス委員会(委員長は村上副院長)を中心に各種疾患パスを作成（現在80の院内パス）。看護師スタッフと毎週15分の勉強会を開催し、プロトコールの徹底を図っている。

○CKD地域連携クリティカルパス導入後

- CKD地域連携パスの開始後、日野市医師会・日野市立病院共催の勉強会にて、症例検討会を開催（平成20年7月、平成21年1月）。また、日野市医師会にてCKDの治療戦略について講演会を開催（平成21年9月）。
- 多摩腎臓高血圧研究会でCKD地域連携パスを紹介し、八王子市の医師も参画。現在約20名の地域の医師が運用。
- 平成21年4月から9月までの６ヶ月で69名の患者が、連携パスによって地域医療機関から紹介。

○創意工夫点

- 連携パスは、CKD診療ガイドラインに基づいて作成。患者の振り分けに重点を置き、様式はできるだけ簡略化。
- 患者用とスタッフ用の連携パスを作成し、病院のホームページに掲載。
- スタッフ用の連携パスは紹介状や診療情報提供書とともに運用。
- ステロイドや免疫抑制剤使用の患者については、主として病院でみるが、病院からは限定した地域医療機関に逆紹介することもある。
- 地域の医療機関からの紹介で、病院が約30分間の栄養指導を行うコースを設けている。

○今後の課題

- CKDの地域連携パスは透析率の低下を目標にしており、今後評価が必要。
- 連携医療機関の拡大を図るとともに、病院内のスタッフに連携パスの浸透を図る必要がある。
- 地域住民に対してCKDの啓発を行い、初期治療の徹底が必要。
- 連携パスのネット管理は将来的な課題。セキュリティの問題がなければ、考えてみたい。
- 市立病院の糖尿病専門医の確保が重要（現在は腎臓内科が兼務）。地域医療機関における糖尿病腎症の診療向上が課題（微量アルブミン測定など）。
- 「地域連携室」の通常業務にＣＫＤ連携パスの窓口や事務を移行し、病院全体の取り組みとすること

○行政側の関与

- CKD地域連携パスには行政(日野市、管轄保健所)はこれまで関与なし。
- 保健所には市民公開講座等による地域住民への普及啓発を行ってほしい。
- 保健所には業務で協力することが少なくないが、行政に対してどのように依頼していけばよいかわからない。

○その他

- 地域連携パスを行うためには、まずは院内のガイドラインの統一と院内パスを徹底する必要がある。
- CKD地域連携パスには、地域の医療機関と病院の信頼関係の構築が不可欠である。
- CKD地域連携パスは診療の質の向上を最大の目的にしている。一定の質のもとで軽症患者はできるだけ地域の医療機関で対応してもらうもので、病院の数少ない専門医の負担軽減にもつながる。

CKD連携パスⅠ： 慢性腎臓病

患者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　性別（男・女）　　年齢 ＿＿＿＿歳

適応基準	判定基準の1～4のいずれかを満たしていて、かつ、患者が連携パスに同意。

合併症 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

	月　日 お送りいただいた日	月　日 日野市立病院　初診日
達成目標	患者が腎臓病であることを知っている 日野市立病院に、連携パスで行くことを理解している	検査の説明に同意
検査・指導	検査日 ＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日 〈判定基準のいずれかを選んでください 〉 1　尿タンパク２＋以上 2　尿タンパクと尿潜血がともに陽性 3　eGFRが、50ml/分/1.73m2　以下 4　尿タンパクが 0.5g/gクレアチニン値　※以上 〈 検査結果があれば記載してください 〉 尿検査 尿蛋白　（ －　1＋　2＋ 3＋ ） 血尿　（ －　1＋　2＋ 3＋ ） 尿中タンパク濃度（A）＿＿＿＿mg/dL 尿中クレアチニン値(B)＿＿＿＿mg/dL A÷B＝尿タンパク量＿＿＿＿g/日　※ 血液検査 血清クレアチニン値＿＿＿＿mg/dL eGFR＿＿＿＿ml/分/1.73m2	血液検査 BUN　タンパク電気泳動 Cre　C3 UA　C4 Na　ASO K　トランスフェリン Cl　ANA Ca　antiDNA抗体 P　MPO-ANCA TP　PR3-ANCA Alb IgG　＊ IgE IgA　＊ anti-GBM Ab IgM　＊ IEP免疫電気泳動 尿検査 部分尿 一般検尿・尿沈渣 ＊　特殊項目 Na Cre タンパク濃度 IgG トランスフェリン 尿中NAG ＊ BJタンパク 蓄尿検査の容器を渡す 腹部エコーの予約
薬剤	薬剤確認(常用薬)	
説明・同意	事前説明 □なし　□あり	
その他	紹介元病医院名 医　師　名	

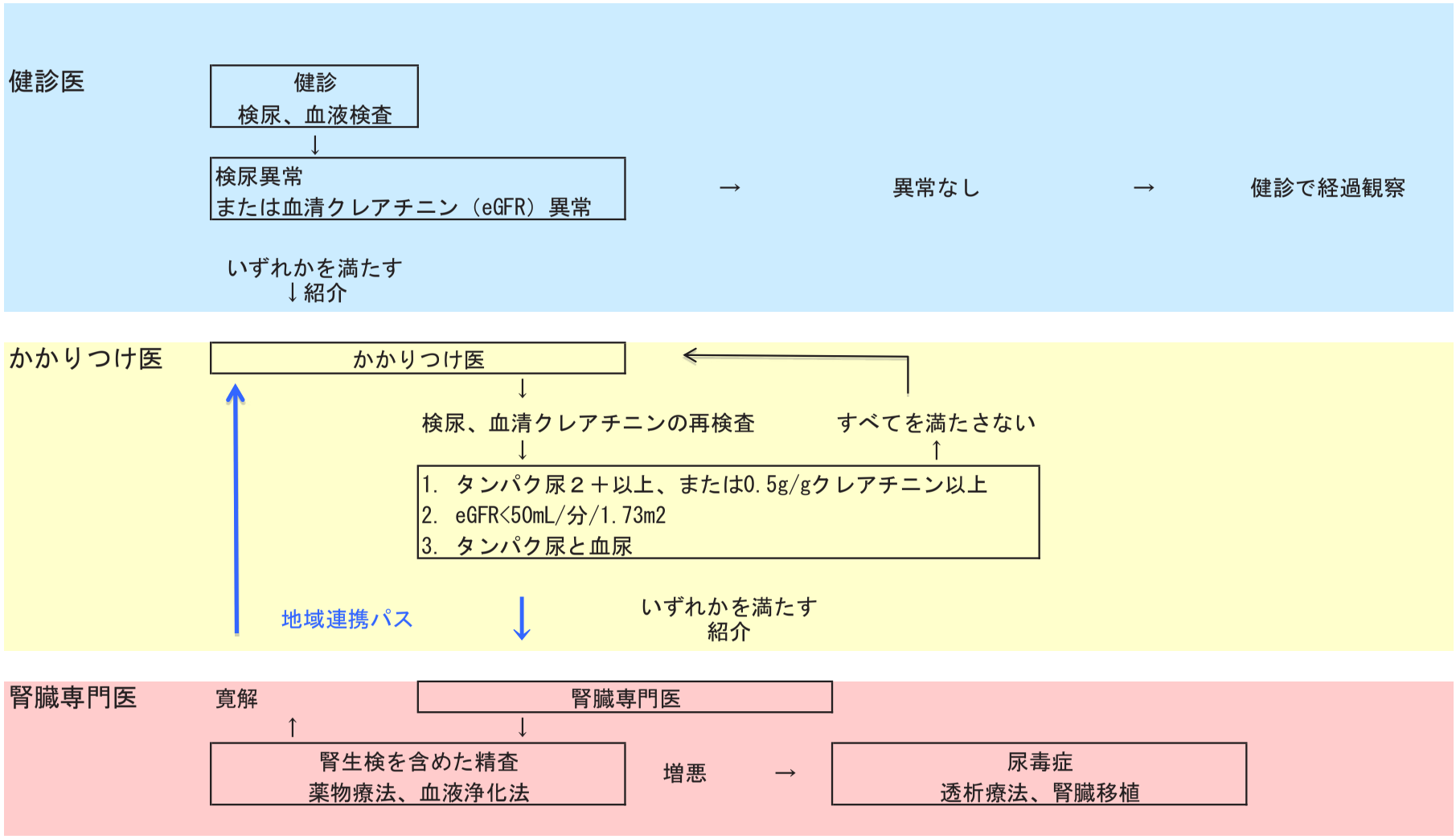
日野市立病院　　（医療者用）

慢性腎臓病の検査を受けられる方へ（患者様用パス）

＿＿＿

南多摩ＣＫＤネットワークの概念図

日野市立病院



地域連携クリニカルパス・南多摩CKDネット

日野市立病院担当医 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月　日 日野市立病院　2回目受診日	月　日 お返事
検査結果を説明する	検査結果から治療方針が決定されている 患者が病状説明を理解し、医師の指示に同意する
蓄尿　□月□日 タンパク定量 BUN Cre Na K Cl Ca P UA **腹部超音波検査** □月□日 **栄養指導を予約** □月□日 熱量 □カロリー 塩分 □ g タンパク □ g **腎臓病教室を予約（オプション）** □月□日	診断名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ CKDステージ　1・2・3・4・5 □ 当院にて精査・加療が必要です □腎生検が必要です □ステロイドや免疫抑制剤などの専門治療が必要です □ □ヶ月後に再検査といたしました。 □ 下記の定期的検査をお願いします。 □ヶ月の検査をお願いします。 尿蛋白 □以上 血清クレアチニン値が □mg/dL　以上 その他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ になりましたら、再紹介をお願いします。
	変更薬剤 □なし　□あり　（　　）
	今後方針の同意 □なし　□あり

前橋赤十字病院　現地調査（ＣＯＰＤ連携パス）報告

調査日　　平成21年12月11日（金）　15:30～17:30
調査員　　岸本　益実（広島県北部保健所）、後藤　宙人（船橋市保健所）
場所　　前橋赤十字病院４Ｆ　会議室
調査応対者
前橋赤十字病院　宮崎　瑞穂院長、堀江 健夫呼吸器内科副部長、
須賀　一夫地域医療連携課長、小野里譲司薬剤部係長
群馬大学医学部保健学科
土橋　邦生教授
群馬大学医学部付属病院リハビリテーション部
長谷川　信理学療法主任
群馬県看護協会訪問看護ステーション
山路　聡子管理者、棚橋　さつき理事・総括所長

○前橋赤十字病院の概要

- 大正2年設立（病床数592床、30科、7対1看護、DPC採用、電子カルテ対応）
- 地域がん診療連携拠点病院、臨床研修指定病院、高度救命救急医療センター、災害拠点病院、エイズ治療拠点病院等
- 平成14年1月地域医療支援病院
- 平成16年8月地域医療支援・連携センター開設

○ＣＯＰＤ呼吸リハビリテーション地域連携パス導入までの経緯

- ＣＯＰＤ(Chronic Obstructive Pulmonary Disease：慢性閉塞性肺疾患)は、気道に進行性の非可逆性狭窄をきたす慢性疾患であり、近年患者数が増加傾向にある。治療には薬物療法、禁煙、運動療法、在宅酸素療法など多方面からの介入を要する。
- 平成17年5月から、地域の呼吸器疾患の基幹病院である前橋赤十字病院と群馬大学付属病院の理学療法士と医師、在宅医療プロバイダーらによるコアチームを結成。それぞれの施設、在宅における呼吸リハビリテーションの現状、問題点について協議を重ねた。
- 平成17年9月、在宅呼吸リハビリテーションに関するアンケート調査を実施。訪問看護師の訪問先での呼吸リハビリテーション実施率は74%に達するものの、病院からの申し送り内容を把握して継続実施しているものは22%と低い状況が明らかとなった。
- 平成17年10月、コアチームは地域基幹病院と在宅ケアを結び、患者中心の医療を提供するための何らかの枠組みが必要との認識に達し、ＣＯＰＤ急性増悪後の患者に焦点を当てた地域連携プロジェクトを始動させた。

- 平成18年3月には、地域看護師との包括的呼吸ケアを目指した地域医療推進事業研修会を開催し、群馬県看護協会訪問看護ステーション、前橋赤十字病院訪問看護ステーション、前橋赤十字病院呼吸器科病棟看護師がプロジェクトメンバーに加わった。
- パスのアウトカムとして「急性増悪をきたすことを予防する」を設定。医療行為を時系列で羅列したパスではなく、患者がアウトカムを達成するために、どのような行動変容が必要で、そのために何をすべきか、という視点からパスを作成した。
- 平成19年4月から連携パスの運用を開始した。

○ＣＯＰＤ呼吸リハビリテーション地域連携パス導入後

- 患者に提携医療機関を提示し、連携パスのインフォームドコンセント（地域医療連携によって得られるメリットを説明）を実施。
- 連携パスの対象は、ＣＯＰＤ急性増悪にて入院、その後、後述の適応基準を満たす患者とした。
- 適応基準は、疾病基準として、呼吸器学会ＣＯＰＤガイドラインに重症度分類Ⅱ～Ⅳ。患者の状態として歩行可能で、動作時呼吸困難がある。（酸素投与の有無を問わず）安静時SpO2が90%以上。患者理解力がMMSE (Mini-Mental State Examination)で21点以上。希望予後が自宅への退院であり、退院後、群馬大学医学部付属病院に通院可能であること。さらに医師から呼吸リハビリテーションの内容の説明を受け、継続して実行する意欲のある者とした。
- 平成21年１月までに13例に適用した。
- 診療時間の限られた担当医の負担が軽減し、より多くの患者と関わることが可能となった。
- 地域連携パスの概要に示すように、前橋赤十字病院への急性増悪入院後、理学療法を開始し、パスを導入、自己管理指導を実施する。訪問看護ステーションが退院前からの病棟訪問から在宅ケアを担う。退院後の約３ヶ月間の通所リハビリテーションは群馬大学医学部付属病院が担っている。
- 退院時カンファランスは、患者・家族を含めて、パスに関わる全ての専門職が参画する。
- 治療バリアンスが生じた場合、医療者が連絡を取りながら、多職種による問題対応・解決を図っている。
- 地域連携パスの改訂は微修正のみ２回実施している（退院後の看護師の最初の訪問、及び群馬大学医学部での呼吸器リハ開始のタイミング）。
- パスの適用例からは、再度の急性増悪事例による再入院事例が激減してきている。
- 連携パスの取り組みから、医療者のプロフェッショナリズムが育まれ、患者中心の医療実現に繋がってきている。

○創意工夫点

- パスを含めたフレームワークの構築手法に「Process Flow Sheet(PFS)」を取り入れ、関係者のお互いの相違点を可視化。建設的な意見交換に役立てた。
- 継続したケアに必要と考えた患者情報をパス導入時より記載し、連携医療機関で共有できる、患

者プロファイルシートを作成。ＡＤＬ評価についても共通評価票を作成。

- 理学療法士は共通の呼吸リハビリテーション評価チャートを用いて、急性期病院退院時、通院リハ終了時にその効果を評価して、急性期病院、大学病院、訪問看護ステーションにフィードバックを行っている。
- 地域連携パスの中にLINQ(Lung Information Needs Questionnaire：患者が必要とする情報の定量的な把握が可能な自己記入式の質問票)を取り入れ、入院時、退院時、訪問看護開始時、通院リハ終了時、維持期に施行し、多職種での自己管理への介入を実施している。
- パスメンバーに薬剤師、ＭＳＷ、管理栄養士が加わり、服薬アドヒアランスの低い患者に対する吸入手技等の訪問服薬指導を実施。

○今後の課題

- 軽症から中等症の潜在ＣＯＰＤ患者をくみ上げるシステムについて検討中である。
- 在宅ケア・スタッフの教育から、さらに英国のIntermediate Careや米国のHospital at Homeのような仕組みが実現できれば、さらに急性期の在院日数を短縮できる可能性がある。
- 前橋地域でのＣＯＰＤ連携パスは軌道にのっているが、他の地域での、地域の特性に応じた診療フレームワーク構築への支援も考えたい。
- 前橋赤十字病院地域連携室が事務局を担っているが、他の疾患のパスの事務局も担っている。負担感あり、行政からの支援に期待している。

○行政側の関与

- 地域医療支援病院の運営協議会に保健所長が参画しているが、これまで地域連携パスに関する話題は少ない。
- 医療計画や医療機能情報制度に関しても保健所との関わりは少ないが、情報を得たい。
- 介護関係の参画や広域的な連携パスの調整に保健所の協力を得たい。

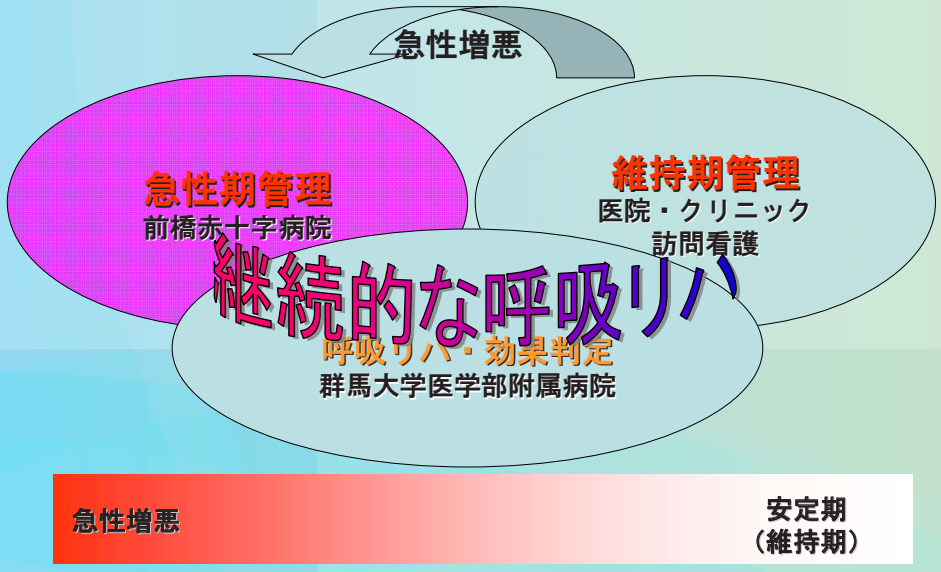




各施設の特性

	前橋日赤	群大病院
形　態	急性期病院･地域医療支援病院	特定承認保険医療機関（高度先進医療）
急性増悪受け入れ	○	×
急性期リハ	○	△
通院リハ	×	○
呼吸器専門医	○	○

COPD呼吸リハビリテーション地域連携パスの概要



地域連携パスのアウトカム

COPD急性増悪の予防にむけ

- 自宅での運動療法が継続できる
- 自宅での自己管理が行える

地域連携パスの対象・適用基準

＜対　象＞

COPD急性増悪にて入院、その後適用基準を満たす患者

＜適用基準＞

適用基準	疾病基準	ステージ	呼吸器学会COPDガイドラインの重症度分類Ⅱ～Ⅳ
	患者状態	ADL	歩行可能
		その他	動作時の呼吸困難あり
			安静時SpO2　90%以上（酸素投与の有無問わず）
	患者理解	理解力	MMSE　21点以上
	希望予後	退院先	自宅への退院
			退院後　群馬大学医学部附属病院に通院可能
	その他	その他	医師から呼吸リハビリテーションの内容の説明を受け、継続して実行する意欲がある

呼吸リハビリテーションの禁忌

- 心疾患の合併
  不安定狭心症、発症から短期間の心筋梗塞、非代償性心不全、急性肺性心、コントロール不良の不整脈、重篤な大動脈弁狭窄症、活動性の心筋炎、心膜炎
- コントロール不良の高血圧
- 急性全身性疾患または発熱
- 最近の肺塞栓症、重度の肺高血圧症の合併
- 重篤な肝、腎機能障害の合併
- 運動を妨げる重篤な整形外科的疾患の合併
- 高度の認知障害、重度の精神障害の合併
- 他の代謝異常（急性甲状腺炎など）

日本呼吸管理学会/日本呼吸器学会
「呼吸リハビリテーションマニュアル –運動療法-」, 2003

連携パスの概要





急性増悪

群馬大学医学部附属病院

前橋赤十字病院

通院リハ

地域診療所

定期診察

入院

理学療法開始

パス導入

セルフマネジメント教育開始

退院



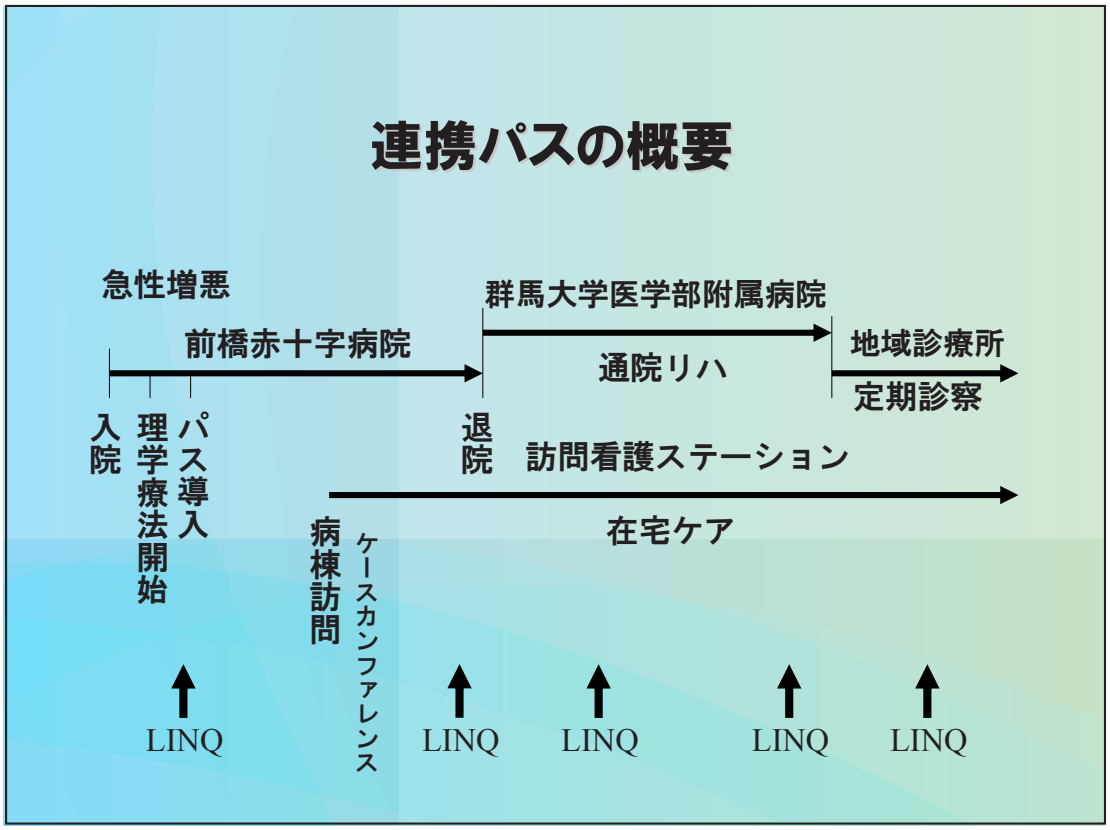
訪問看護ステーション

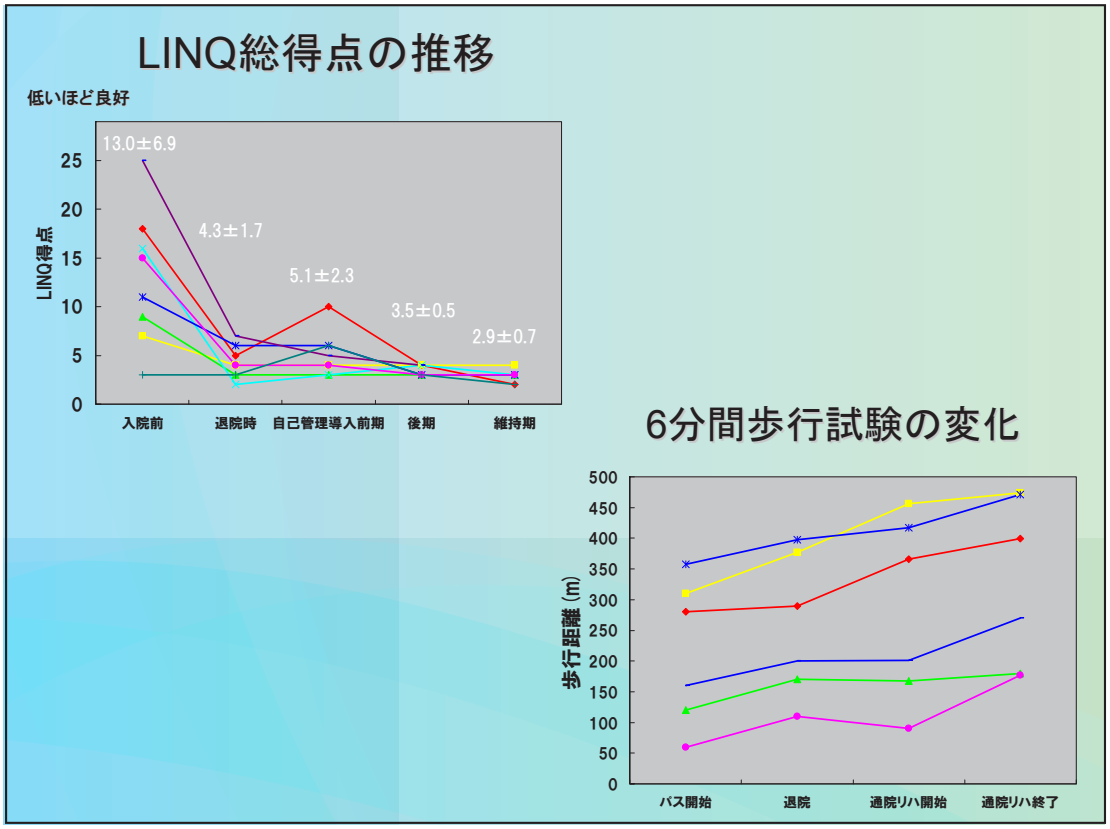
カンファレンス

病棟訪問



在宅ケア


連携パスの概要
急性増悪
群馬大学医学部附属病院
前橋赤十字病院
地域診療所
通院リハ
定期診察
入院
理学療法開始
パス導入
退院
訪問看護ステーション
病棟訪問
ケースカンファレンス
在宅ケア
LINQ
LINQ
LINQ
LINQ
LINQ


LINQ総得点の推移
低いほど良好
LINQ得点
25
20
15
10
5
0
13.0±6.9
4.3±1.7
5.1±2.3
3.5±0.5
2.9±0.7
入院前
退院時
自己管理導入前期
後期
維持期
6分間歩行試験の変化
歩行距離（m）
500
450
400
350
300
250
200
150
100
50
0
パス開始
退院
通院リハ開始
通院リハ終了

COPD呼吸リハビリテーション地域連携パス

			入院		
治療目標			開始フェーズ	第2フェーズ	退院準備フェーズ
患者状態	バイタルサイン	体温	平熱（熱発なし）	⇒	⇒
		脈	通常（不整脈なし・頻脈なし）	⇒	⇒
		血圧	通常血圧（変化なし）	⇒	⇒
		呼吸	安静時呼吸苦なし	⇒	⇒
		酸素飽和度	安静時SpO2　90%以上		ADL時SpO2　90%以上 運動療法時SpO2　85%以上
		体重			
	精神状態	精神	治療に対しての不安が表出できる	⇒	⇒
	食事	食事内容	入院前と同様の食事を食べられる	⇒	⇒
		食事摂取状況			呼吸困難感なく摂取可能
生活動作	ADL	ADL清潔		入浴できる	
		ADL排泄		排泄に伴う呼吸困難がない	
		ADL睡眠		起床時の頭痛や、熟睡感の欠如がない	
		ADL全体	病室内トイレ・洗面可能		
治療合併症・副作用	治療・入院に伴う合併症		治療の進行を妨げるような合併症なし	⇒	⇒
患者・家族の理解	インフォームド・コンセント		CI.リハビリの必要性を理解し同意している CI.訪問看護の必要性を理解し同意している		退院の理由を理解し同意している 通院の必要性を理解し同意している
	治療上の知識・技術	治療・検査・投薬・手術など	疾患を理解し、症状や必要な治療法について述べることができる	自己の脈拍を測定できる	薬物療法の必要性を知る
		食事療法			望ましい栄養摂取方法を知る
		運動療法	運動療法の必要性を知る 呼吸方法を練習できる 必要時に排痰方法を行なうことができる	CI.処方された運動療法を行なえる （ストレッチ・呼吸体操） (筋力トレーニング) (歩行練習)	練習内容を把握し実行できる 適切な運動量を知る CI.練習継続の必要性を述べることができる
		生活習慣の改善			呼吸困難を起こしにくい動き方を知る 呼吸困難時の対処方法を知る
		その他	療養日誌記入の必要性がわかる	療養日誌の記入ができる	⇒
治療行為					
評価	バイタルチェック・観察	検温	1検	⇒	⇒
		脈拍	1検	⇒	⇒
		血圧	1検	⇒	⇒
		酸素飽和度	SpO2測定：各勤務で測定	1検	⇒
	検査	血液検査・血液ガス	血液ガス分析		
		画像診断	X線写真：胸部	CT：胸部	
		生理検査	心電図（12誘導） 肺機能検査 簡易型PSG検査		
処置	検査・治療・手術前処置		食事・排泄（便）前後のSpO2測定	入浴前後のSpO2測定	
	呼吸管理処置		必要に応じ酸素投与	⇒	⇒
薬剤	その他		薬剤師による吸入・服薬指導		
食事・栄養	食事・栄養		NSTラウンド	栄養士による栄養指導	
ADL確認	安静度・活動性		基本的に院内フリー	⇒	⇒
	食事				
	清潔		シャワー浴を許可	入浴を許可	
	排泄				
	その他				ADL評価
教育（情報提供）	自己管理方法	運動療法	オリエンテーション 評価・評価表記入 呼吸練習（安静時） リラクセーション 排痰方法指導	呼吸練習（安静時→動作時） ストレッチ・呼吸体操 筋力トレーニング 歩行	パニックコントロール 呼吸練習 ストレッチ・呼吸体操 筋力トレーニング 歩行 退院後の自主トレ・適切な運動量の指導 退院時評価・評価表記入
		その他	療養日誌記入方法の指導	療養日誌記入状況の確認	⇒
各種手続き	関連機関への情報提供		訪問看護指示書	訪問看護師の訪室	診療情報提供書作成（医師・看護師・PT）
	その他事務手続き		必要に応じ業者連絡	⇒	⇒
重要な判断・決定	決定・判断すべきこと	その他			

アウトカム

COPD急性増悪の予防にむけ
・自宅での運動療法の継続が行える
・自己管理が行える

通院			在宅
自己管理導入期（前期）		自己管理導入期（後期）	自己管理維持期
⇒		⇒	⇒
⇒		⇒	⇒
⇒		⇒	⇒
⇒		⇒	⇒
⇒		⇒	⇒
			体重減少がない
在宅療法での不安の表出ができる		⇒	⇒
食事がとれる		⇒	⇒
呼吸困難感なく食べられる・途中休まず食べられる		⇒	⇒
在宅で整容・入浴動作ができる		⇒	⇒
在宅で排泄に伴う呼吸困難感がない		⇒	排泄のｺﾝﾄﾛｰﾙができる
在宅で起床時の頭痛・中途覚醒・熟睡感の欠如がない		⇒	⇒
Cl.呼吸困難感をコントロールしながら移動できる		Cl.呼吸困難感をコントロールしながら生活できる	⇒
体調の変化を表出できる		⇒	⇒
継続リハ必要性を述べることができる		⇒ Cl.通院リハの終了・自宅での継続について同意している	継続リハ必要性の理解し実施できている
薬物療法の必要性を理解し、施行できている		⇒	⇒
望ましい栄養摂取ができる			
通院でトレーニングが実施できる Cl.自主トレーニングが実施できる		在宅で自主トレーニングが実施できる 自分に適切な運動量を調節できる 運動療法の継続ができる	在宅で自主トレーニングが実施できる 自分に適切な運動量を調節できる 運動療法の継続ができる
Cl.自己の呼吸困難が出る動作が述べられる 呼吸困難をコントロールして運動できる パニックコントロールができる		⇒	⇒
⇒	⇒	⇒ Cl.急性増悪について理解・対処ができる	⇒

群馬大学医学部附属病院	訪問看護ステーション	群馬大学医学部附属病院	訪問看護ステーション
通院時	訪問時	通院時	訪問時
通院時	訪問時	通院時	訪問時
通院時	訪問時	通院時	訪問時
通院時	訪問時	通院時	訪問時
通院時		通院時	
肺機能検査（リハ評価時）		肺機能検査（リハ評価時）	
運度療法前後のSpO2測定	自主トレ前後のSpO2のモニタリング	運度療法前後のSpO2測定	自主トレ前後のSpO2のモニタリング
運動療法時の酸素飽和のモニタリング 必要に応じた酸素投与	(在宅酸素使用時)自宅での機器の管理の確認 医師の指示による酸素流量の調整	運動療法時の酸素飽和のモニタリング 必要に応じた酸素投与	(在宅酸素使用時)自宅での機器の管理の確認 医師の指示による酸素流量の調整
内服の確認	内服の確認（投薬は前橋赤十字病院管理）	内服の確認	内服の確認（投薬は前橋赤十字病院管理）
	栄養状態スクリーニング		栄養状態スクリーニング
運動量・活動性の確認	運動量・活動性の確認	運動量・活動性の確認	運動量・活動性の確認
	食事時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導		食事時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導
	清潔動作時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導		清潔動作時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導
	排泄時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導		排泄時の呼吸困難の確認・問題点抽出・指導
ＡＤＬ評価	ＡＤＬ評価	ＡＤＬ評価	ＡＤＬ評価
パニックコントロール（急性増悪について理解・対処） ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ADL練習	自主トレーニングの実施状況の確認・指導 日常生活活動練習 (在宅酸素使用時)自宅での機器の管理の確認	パニックコントロール 呼吸練習 ストレッチ・呼吸体操 筋力トレーニング 歩行 ＡＤＬ指導 呼吸コントロールした上での日常生活注意点の指導 自主トレの適切な運動量の確認と指導	自主トレーニングの実施状況の確認・指導 日常生活活動練習
⇒	⇒	⇒	⇒
訪問看護師・紹介先病院へ情報提供	医師・PTへ情報提供	訪問看護師・紹介先病院へ情報提供	医師・PTへ情報提供
⇒		⇒	⇒
通院リハ継続の確認		通院リハ終了・定期評価時の確認	

診療計画書

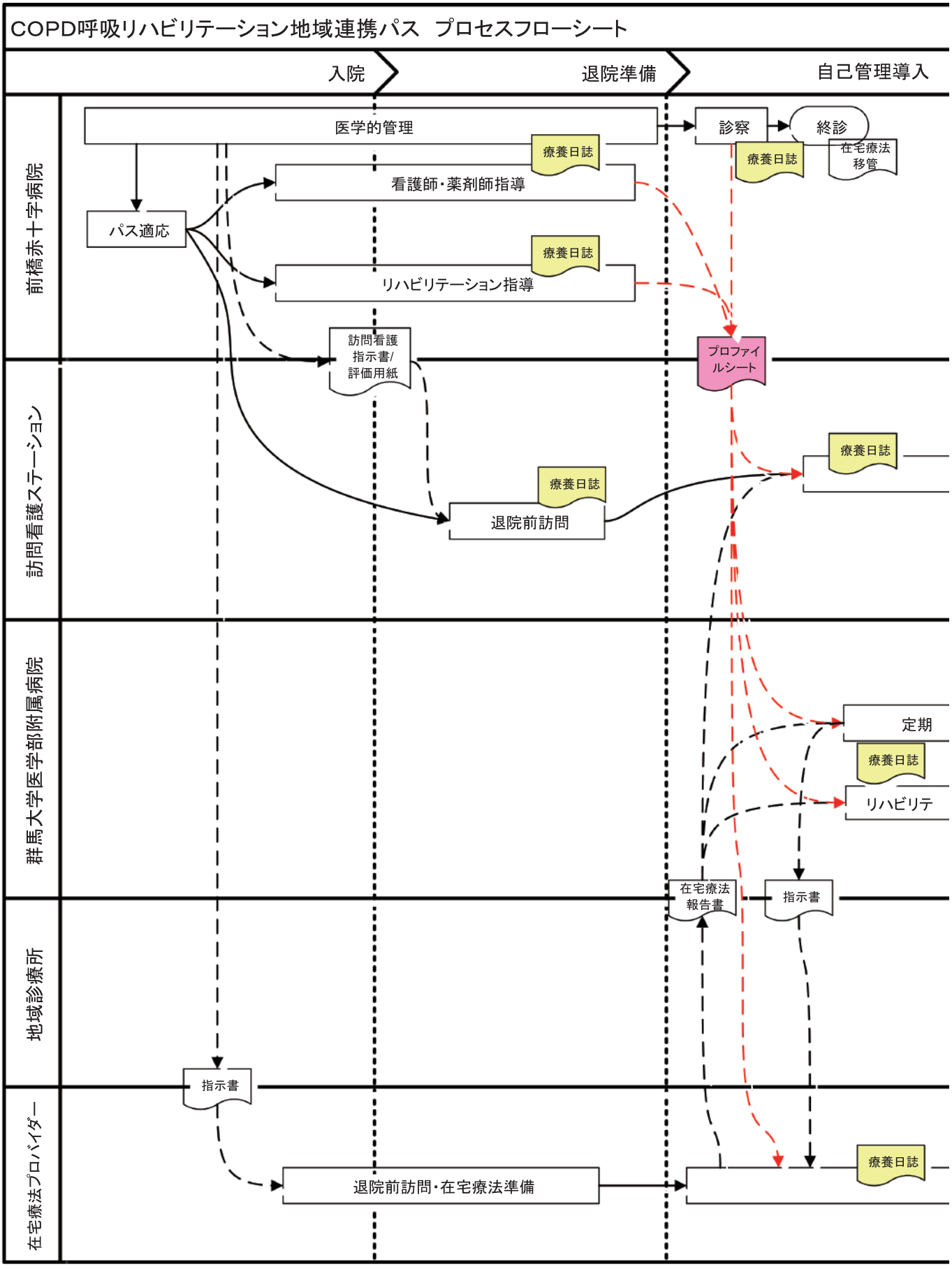
入院(前橋赤十字病院)

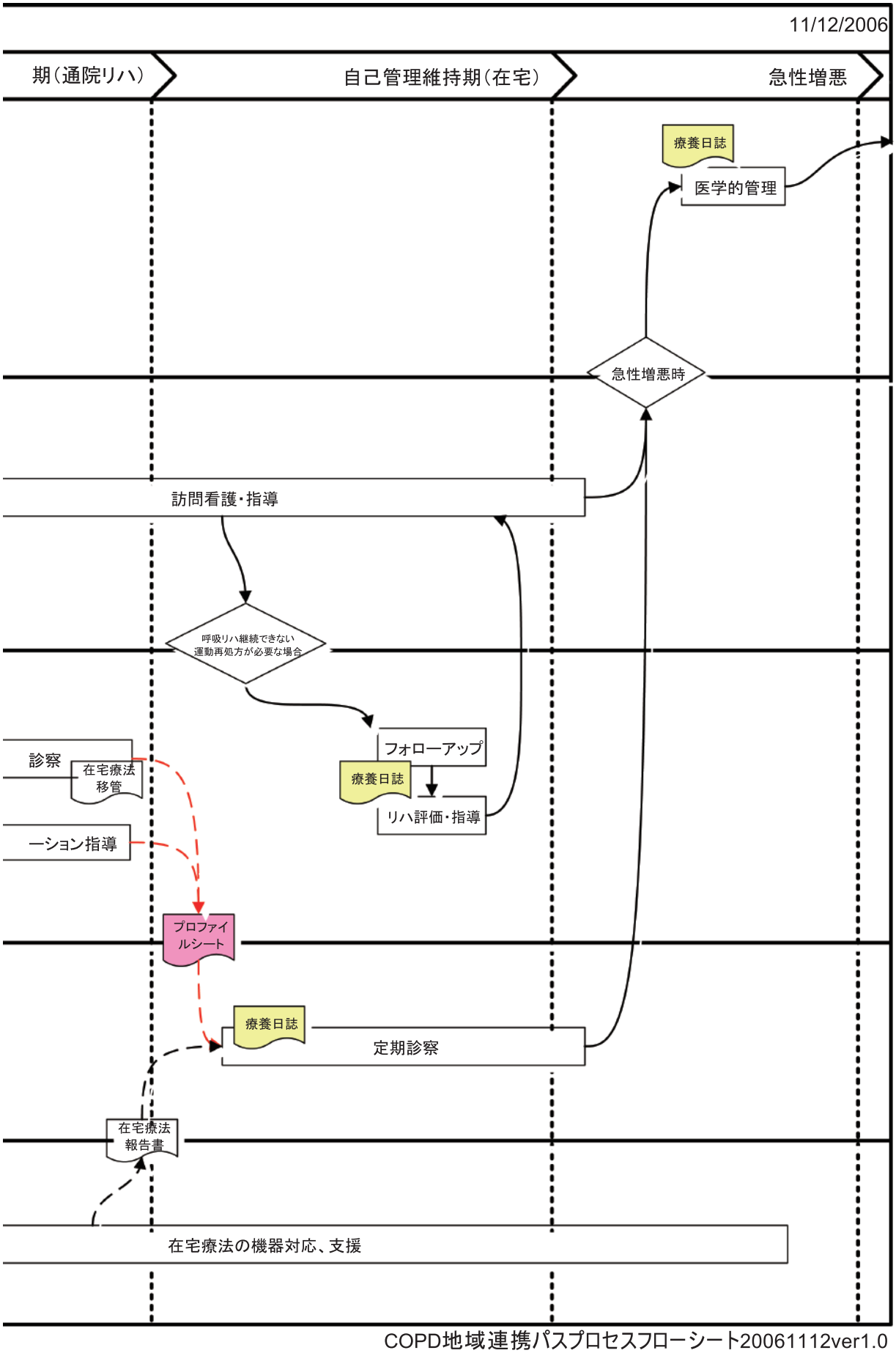
		開始フェーズ	第2フェーズ	退院準備フェーズ
目標		疾患・治療、自宅でのリハビリ・管理方法を学ぶこと		
体の状態		血圧、脈、血液中の酸素濃度をはかります 日常生活動作による息切れ、酸素濃度の変化をみます		⇒
呼吸器治療		必要に応じて酸素治療等を続けます	⇒	⇒
検査		胸部レントゲンを撮影します 心電図・肺機能検査を行います 動脈からの血液を採取して呼吸の状態を評価します	胸部ＣＴを撮影します	
くすり		薬剤師による吸入・服薬指導があります 薬についてわからないことがありました 遠慮無く質問してください		
栄養		栄養サポートチームが訪問し、あなたの栄養状態を評価します	栄養士による栄養指導があります	
生活	活動度	制限のある場合は医療者から説明があります		⇒
	食事	ご希望の食事（ご飯、おかゆ、麺、パン）などありましたら相談ください（治療食の場合もあります）		
	清潔	シャワー浴ができます	入浴ができます	
	その他			日常生活動作についておたずねします
学習	疾患・治療	病気に関してパンフレットで知識を深めていただきます 病気についての質問票にお答えいただきます 	⇒ 	⇒ 病気についての質問票にお答えいただきます
	呼吸リハビリ	呼吸練習・運動を開始します	⇒ 	自宅での練習方法を確認します
その他		主治医から治療の流れの説明があります 訪問看護についての説明があります	訪問看護師の訪室があります	退院後の治療計画について説明があります

COPD呼吸リハビリテーション
地域連携パス

通院（群大・訪問看護）	在宅（訪問看護）
自己管理導入期	自己管理維持期
自宅での生活に慣れ、リハビリを継続します	自分の体調に合わせた管理をしていきます
⇒	⇒
【自宅】日常生活動作（運動、入浴など）による息切れ、酸素濃度を評価し 	
⇒	⇒
【病院】肺機能検査を行います	
【自宅】訪問看護師が服薬状況の確認があります 	
【自宅】食事・栄養状態（内容・量）の確認があります	
⇒	⇒
⇒	⇒
息切れしやすい動作を確認し、練習します	【自宅】日常生活動作についておたずねします
病気に関してのわからないこと、不安なことがあればおたずねください 病気についての質問票にお答えいただきます 病気以外のことで困ったことや心配なことを伺います ⇒  週1回程度の通院で練習の継続と自宅での運動を確認します	【自宅】指導された運動を継続します
担当医師より通院、訪問看護での治療について説明があります 	リハビリの評価、今後の通院先、治療方針について医師から説明があります 訪問看護を継続するか確認いたします ご自分で運動ができるようになれば通院でのリハビリは終了になります

20080125_診療計画書ver1.0


COPD呼吸リハビリテーション地域連携パス　プロセスフローシート
入院
退院準備
自己管理導入
前橋赤十字病院
訪問看護ステーション
群馬大学医学部附属病院
地域診療所
在宅療法プロバイダー
医学的管理
診察
終診
療養日誌
在宅療法移管
看護師・薬剤師指導
パス適応
リハビリテーション指導
訪問看護指示書/評価用紙
プロファイルシート
退院前訪問
定期
リハビリテ
在宅療法報告書
指示書
退院前訪問・在宅療法準備



COPD地域連携パスプロセスフローシート20061112ver1.0

ID

基本情報		
	入院日	＿＿＿年＿＿月＿＿日
	退院日	＿＿＿年＿＿月＿＿日
	身長 ＿＿＿cm、体重 ＿＿＿kg	
	BMI	
	過去6ヶ月の体重変化	□増加 □減少 □不変
	NST介入	□有 □無
	塩分制限	□有 □無
	□現在の喫煙 □過去の喫煙 □喫煙歴無 喫煙本数＿＿本/日 x ＿＿年	
	同居者の喫煙	□有 □無

薬剤に関する情報		
	吸入薬	□スピリーバ □セレベント □吸入ステロイド（□MDI □DPI） □アトロベント □テルシガン □SABA
	内服等	□キサンチン製剤 □プレドニン □β2刺激剤（□内服 □貼付） □その他（ ）
	副作用	□無し □有り（□口渇 □頻尿 □尿閉 □嗄声 □口腔違和感 □口腔内真菌感染 □振戦 □動悸）

健康に関する情報		
	COPD急性増悪による入院歴	□有 □無
	インフルエンザワクチン接種	□有 □無
	肺炎球菌ワクチン接種	□有 □無
	併存疾患 □高血圧症 □虚血性心疾患 □糖尿病 □陳旧性肺結核症 □悪性新生物（ ） □うつ病 □前立腺肥大 □緑内障 □その他	

呼吸に関する情報			
	COPD重症度		Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ
	最終肺機能 （ 年 月 日）		VC L（ %） FVC L（ %） FEV1.0 L（ %） FEV1.0% %
	動脈血液ガス （ 年 月 日） □室内気 □酸素＿＿＿L/min		pH ＿＿＿＿＿. PaCO2 ＿＿＿＿torr PaO2 ＿＿＿＿torr HCO3- ＿＿＿＿mEq
	在宅酸素療法	使 用	□有 □無
		プロバイダー名	
		酸素流量	安静時 ＿＿＿＿ L/min
			労作時 ＿＿＿＿ L/min
			就寝時 ＿＿＿＿ L/min
	非侵襲換気療法	使 用	□有 □無
		プロバイダー名	
		モード・圧設定	□S/T □T □その他 IPAP ＿＿＿＿cmH2O EPAP ＿＿＿＿cmH2O
		酸素併用	□有（＿＿＿L/min） □無

環境チェック項目				
家屋状況	階段	寝具	トイレ	浴室
□一戸建て □アパート1階 □アパート2階以上 □マンション	□階段あり 利用 □有 □無 □階段なし	□布団 □一般ベッド □介護ベッド	□和式（手すり有） □和式（手すり無） □洋式（手すり有） □洋式（手すり無） □ポータブルトイレ	□シャワー有 □シャワー無 □椅子有 □椅子無 □浴室内手すり有 □浴室内手すり無

急性増悪時		
	急性増悪の病態を理解	□有 □無
	対応方法の説明	□有 □無
	対応方法	症状出現時 ①□メプチン □サルタノール 吸入（1回2吸入） ②20分経っても改善ない場合 □プレドニン＿＿錠内服開始 （投与期間 □3日間 □5日間 □7日間） オプション 膿性痰のある場合 □クラビット □フロモックス □クラリス 内服開始 （投与期間 □3日間 □5日間 □7日間） 通常の生活動作が困難である場合、呼吸困難が著しい場合 □１１９番通報にて前橋日赤救急外来へ

担当医	㊞	担当ＰＴ	㊞	担当訪問Ns	㊞	最終確認者	㊞
担当看護師	㊞	担当薬剤師	㊞			最終確認日	

Copyright (C)2007
前橋呼吸リハビリテーション地域連携パスプロジェクト
All rights reserved

COPD地域連携パス　フェイスシートADL

生活状況		
	社会的役割	□ 仕事(デスクワーク)　□ 仕事（その他：　　） □ 家事動作　□ 身辺動作
	趣　味	□ 戸外で身体を動かす趣味　□ 屋内で身体を動かす趣味 □ 屋内で身体を動かさない趣味　□ 趣味なし　□ その他（　　）
	外出方法	□ 徒歩　□ 自転車　□ 自動車運転　□ 自動車同乗 □ その他（　　）
	歩行量	□ 屋内のみ　□ 散歩程度　□ 買い物程度 □ その他（　　）
	入浴	□ 主に湯船につかる　□ 主にシャワー　□ 清拭 □ デイサービス利用　□ 自宅で介助入浴
	特記事項	

日常生活活動状況	評価項目	自立度	速度	息切れ	酸素
	食　事	□自立　□部分介助　□全介助			
	排　泄	□自立　□部分介助　□全介助			
	整　容	□自立　□部分介助　□全介助			
	更　衣	□自立　□部分介助　□全介助			
	入　浴	□自立　□部分介助　□全介助			
	平地歩行	□自立　□部分介助　□全介助			
	（　　）	□自立　□部分介助　□全介助			
	（　　）	□自立　□部分介助　□全介助			
	階段昇降	□自立　□部分介助　□全介助			
	外出・買い物	□自立　□部分介助　□全介助			
				小　計	
	連続歩行距離	□50m以内（0）　□50～200m(2)　□200～500m（4） □500m～1000m（8）　□1000m以上(10)			
				ADLスコアー合計	
	特記事項 食事の際の経皮的酸素飽和度　食事前　％　食事中　％　食事後　％				

スコアリング

動作速度
0：動作ができないか、かなり休みを取らないとできない
1：動作途中で一休みしないと出来ない
2：ゆっくりならば動作を行う事が出来る
3：動作がスムーズに出来る

息切れ
0：非常に強い息切れを伴う（息切れのため会話できない）
1：かなり強い息切れを伴う（会話が途切れ途切れになる）
2：軽い息切れを伴う
3：全く息切れがない

酸素流量
0：2L以上　1：1～2L（含む2L）　2：1L以下（含む1L）　3：酸素なし

評価時の基準

食事	食事を取る行為のみ（食物を食べる行為のみ），食事の準備は含まれない
排泄	排泄行為のみ（トイレ内での更衣，処理の行為のみ），トイレまでの移動は含まれない
整容	整容行為のみ（歯磨き，洗顔，整髪行為のみ），洗面所までの移動は含まれない
入浴	脱衣室から浴室内の行為のみ（更衣，洗体，洗髪，浴槽の行為のみ），浴室までの移動は含まれない
更衣	就寝着から普段着への着替え行為のみ
平地歩行	屋内のADLに関する移動動作
階段昇降	1階分の昇降
外出・買い物	外出，買い物に出かける行為（隣近所以外）

Copyright (C)2007
前橋呼吸リハビリテーション地域連携パスプロジェクト
All rights reserved

20070309ver1.0ADL評価用紙

Scoring Instructions for the

Lung Information Needs Questionnaire (LINQ)

この質問票は、患者さんが COPD の情報をどのくらい必要としているかの傾向を測定するものです。スコアは総スコアと 6 つのドメインごとのスコアを算出することができます。

スコアは答えによって得点が異なり、次のページに配点を載せています。

喫煙の項目以外は、下記の質問番号にそって、スコアを加えていき、各ドメインごとのスコアを出します。

質問番号	ドメイン	スコア幅
1-4	病気の理解度	0-4
5-7	薬	0-5
8-9	自己管理	0-6
13-15	運動	0-5
16	栄養	0-2

禁煙のドメインでは、質問番号 10 のスコアが 0 ならば(今は、もう喫煙をしていない)、質問 11、12 に関わりなく、禁煙のドメインのスコアは 0 となります。
質問番号 10 のスコアが 1 ならば、質問番号 11、12 のスコアも加えていきます。

10-12	禁煙	0-3

総スコアは 6 つのドメインすべてのスコアを加えて算出します。
　最小スコア(情報の必要度は小さい)は 0
　最大スコア(情報の必要度は大きい)は 25

注意：高いスコアほど患者の情報の必要度が高い(多くの情報提供が必要)

注意：記入時間はおおよそ 6 分程度

注意：バージョン 9 ではスコアに男女で有意な差がみられたため、バージョン 10 では男女のスコアが追加されています。

LINQ

1　あなたは自分の肺の病名を知っていますか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

2　医師あるいは看護師があなたの病気で肺の働きにどのような影響を与えるかについて説明をしてくれましたか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

3　医師あるいは看護師は将来、どんなことが起こるかもしれないかについて説明をしましたか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

4　次の文の中で、これから 2、3 年のうちにもっとも起こりやすいことを表しているのはどれですか？

ひとつだけ選んでください

病気は悪くなるだろう	0	☐
現在、私は治療を受けているので、 おそらく悪くならないが、良くもならないだろう	1	☐
現在、私は治療を受けているので、良くなるだろう	1	☐
わからない	1	☐

5　医師あるいは看護師は吸入薬や内服薬を使用する**理由**について説明をしてくれましたか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

6　あなたは医師あるいは看護師に指導されたとおりに正確に吸入薬や内服薬を**使用するように**していますか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

7　あなたは医師あるいは看護師からの吸入薬や内服薬の説明に満足していますか？　**ひとつだけ選んでください**

知っておかなければならないことは全て理解している	0	☐
説明されたことは理解しているが、もっと知りたいことがある	1	☐
薬について少しわからないことがある	2	☐
薬について全くわからない	3	☐

8　もし、あなたの呼吸状態が悪くなったとき、息切れが強くなったときにするようにいわれていることは、次の文の中のどれですか？（例：吸入薬を使用するなど）　**ひとつだけ選んでください**

どうすべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている	0	☐
どうすべきかは説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない	1	☐
どうすべきかは説明されていないが、どうしたらいいかは知っている	2	☐
説明されたこともないし、知らない	3	☐

9　どのような時に救急車を呼んだらいいか説明されていますか？
ひとつだけ選んでください

どうすべきか説明されており、医師あるいは看護師から方法を書いた資料をもらっている	0	☐
どうすべきか説明されているが、方法を書いた資料はもらっていない	1	☐
どうすべきか説明されていないが、どうしたらいいかは知っている	2	☐
説明されたこともないし、知らない	3	☐

10　タバコについてお尋ねします?　**ひとつだけ選んでください**

今までにタバコを吸ったことはない（質問 13 へ）	0	☐
以前タバコを吸っていたが、今は禁煙している（質問 13 へ）	0	☐
まだ、タバコを吸っている（質問 11 へ）	1	☐

11　医師あるいは看護師はあなたに禁煙をするようにアドバイスとしましたか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

12　医師あるいは看護師はあなたが禁煙するのに役立つ方法を提案してくれましたか？（例：ニコチンパッチ、ニコチンガムの処方や禁煙クリニックへの紹介）

はい	0	☐
いいえ	1	☐

13　医師あるいは看護師から運動（例：毎日歩くことや体操など）をするように説明されていますか？

はい	0	☐
いいえ	1	☐

14　医師あるいは看護師は**どのような**運動(例：散歩、早足で歩くこと、そのほかの運動方法など）をしたら良いかについて説明をしましたか?

はい。どのような運動をしたら良いかはわかっている	0	☐
はい。でも、どのような運動をしたら良いのかわからない	1	☐
はい。でも、運動はできない	1	☐
いいえ	2	☐

15　あなたはどのくらい運動をしていますか？

精一杯している	0	☐
努力してするようにしている	1	☐
できる限り最小限にしている	2	☐

16　医師あるいは看護師から食事の大切さやダイエットについて説明がありましたか？　　当てはまるもの**全て**を選んでください

いくつか選んでいる場合、何も説明されていないがあればスコアは 2、体重を増やすまたは減らすがあればスコア 1、何回か少量の食事をとるがあればスコア 0 とする。

１回の食事量を減らして１日の食事回数を増やす ″(例：１日３回の食事量を６回に分けてとる)″	0	☐
体重を減らす、あるいは増やす	(1)	☐
健康的な食事をとる	(1)	☐
何も説明されていない	(2)	☐

17　あなたの肺の病気について質問や知りたいと思うことがありますか？
もしありましたら、下の空欄にお書きください

18　性別	男	0	
	女	1	
19　生年月日	年　月　日		

地域連携クリティカルパスの普及・推進方策（改訂3版）

この地域連携クリティカルパスの普及・推進方策は、地域連携クリティカルパスが運用されている先進地への現地調査、文献調査及び保健所における実際の取り組みの経験などを踏まえ、保健所が実際に取り組む際の参考としてまとめたものである。地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化、地域連携クリティカルパスの普及・推進に保健所の関与が期待される場面、普及・推進方策の13項目に関するポイント、留意事項について整理した。なお、13項目については必ずしも順番でなければならないということはない。

○地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化

1．改正医療法における医療（福祉）連携の規定、医療計画による医療連携体制の構築

- 医療法（第一条の四4項、第六条の四3項、5項）において医療（福祉）連携が努力義務規定。
- 医療計画によって4疾病（脳卒中、がん、急性心筋梗塞、糖尿病）、5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）の医療連携体制（医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制）を構築。数値指標の一つに「地域連携パス利用率（利用医療機関数／医療機関数）」を位置づけ。
- 医療計画では、居宅等における医療（在宅医療）の確保に関する事項を規定。

2．医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度の実施

- 医療法（第六条の二、三）に医療機能情報提供制度が規定。「地域連携クリティカルパスの実施の有無」は医療機能情報の項目の一つ。
- 医療計画では、医療連携体制における医療機能に関する情報の提供の推進に関する事項を規定。
- 医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度によって、医療機関、保険薬局、介護サービス事業所の機能や連携体制の把握が容易に。

3．地域医療再生計画による医療圏単位での医療機能の強化

- 地域医療再生計画モデル例として「救急・周産期医療等に重点化」「機能分化・連携に重点化」。
- 地域医療支援センターの機能の一つとして、「地域連携パスの策定、データベース化」。

4．がん対策推進計画の策定・推進

- 5年以内にすべてのがん診療連携拠点病院でがんの地域連携パスを整備（胃、大腸、肝、肺、乳の5大がんは必須、他のがんは望ましい）。
- がん診療連携拠点病院の指定要件の一つとして5大がんの地域連携パスの整備（平成24年4月1日施行）。

5．医療連携体制推進事業等の実施

- 平成18年度からの「医療連携体制推進事業」において、地域連携パス作成・運用の取り組みが可能。
- 平成21年度に示された「地域医療再生基金」を財源に「医療連携体制総合調整事業」による地域連携パスの取り組みが可能。

6．診療報酬改定における地域連携パスの評価

- 平成18年度の診療報酬改定で「地域連携診療計画管理料」、「地域連携診療計画退院時指導料」を創設。平成18年度から大腿骨頚部骨折を対象、平成20年度改定で脳卒中追加。
- 平成22年度改定で、回復期病院を退院した後の中小病院や診療所、介護施設を加えた3段階の評価に。
- 平成22年度改定で「がん治療連携計画策定料」「がん治療連携指導料」、「肝炎インターフェロン治療計画料」「肝炎インターフェロン治療連携加算」が新設。

7．介護報酬、診療報酬における「医療と介護の連携」推進

- 平成21年度介護報酬改定で居宅介護支援費に「退院・退所加算」、「医療連携加算」。
- 平成22年度診療報酬改定で「介護支援連携指導料」が新設　等。

8．各種診療ガイドラインの推進

- 診療ガイドラインの普及によって診療の標準化が推進。

＜診療報酬に係る施設基準の届出機関（中医協　平成21年3月25日資料）＞

○地域連携診療計画管理料
平成18年7月1日　78件　→平成19年7月1日　209件　→平成20年7月1日　405件

○地域連携診療計画退院時指導料
平成18年7月1日　病院164件・診療所58件　→平成19年7月1日　病院604件・診療所144件　→平成20年7月1日　病院1274件・診療所205件

※実際には診療報酬適用外の医療機関での運用や対象疾患以外での運用が少なくない。
※医療機能情報提供制度において「地域連携クリティカルパスの実施」が公表項目の一つ。
※今後、①回復期と維持期との連携パス、②複数の計画管理病院間協働の広域的な連携パス、③循環型（双方向型）の連携パスの普及・推進が必要

○地域連携クリティカルパスの普及・推進に保健所の関与が期待される場面

1．医療機関相互の調整（中核病院間、中核病院と連携医療機関等）

- 医療計画における具体的な医療連携推進の一環として；圏域連携会議や協議会など（脳卒中の地域連携診療計画・同退院時指導料は医療計画に記載されている保険医療機関であることが要件）
- 地域連携パスに係る情報交換の会合（診療報酬の地域連携診療計画管理料の要件；年3回程度）の調整

2．連携医療機関の拡大、介護サービス事業所、保険薬局、保健福祉関係機関の参画

- 医療機能情報提供制度、薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度の活用やアンケー

ト調査等による診療マップや連携ガイドの作成
- コメディカル、ケアマネジャー、保険薬局薬剤師等対象の研修会など

3．地域連携クリティカルパスのデータベース
- 地域連携パスの収集・統計分析に対する支援

4．地域住民の啓発、相談対応
- ホームページやパンフレット等による具体的な医療（福祉）連携体制について周知
- 地域住民対象の講演会やシンポジウム等を通じて地域医療（福祉）連携を啓発
- 圏域の医療安全支援センターとして地域住民の相談対応

5．各種情報の収集・整理・提供
- 医療（福祉）連携に係る各種法令、事業、予算等について、関係団体・機関への情報提供
- 医師臨床研修や学生実習における医療（福祉）連携の啓発

※保健所は業務上、地域の医療（福祉）連携をアシストしやすい立場にある

※保健所は地域連携パス事務局との連携が必要

①医療（福祉）連携の背景を理解
- 第5次医療法改正において、医療計画の基本的枠組みを医療法に規定し、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供すること、早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図ることが打ち出されている。
- 中核病院を頂点・診療所を底辺にした「ピラミッド型」連携から、患者を中心に各施設による「水平型」医療（福祉）連携ネットワークが求められている。

※医療法第三十条の三第一項「医療提供体制の確保に関する基本方針」（平成19年3月30日；厚生労働省告示第70号）、政府「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（平成19年5月）参照
- 病院は、経営戦略上、前方連携（新規紹介、診療予約、検査予約等）と後方連携（逆紹介、退院調整、退院時共同指導等）、院内連携（院内パス）を推進する必要。
- 平成18年度の診療報酬改定で紹介率を要件とする入院基本料等加算が廃止され、病院は後方連携に力を入れる必要。
- DPC（Diagnosis Procedure Combination；診断群別包括支払制度）の導入により、急性期・専門病院の平均在院日数短縮化・医療標準化・診療情報管理体制等への取り組みが不可欠に。平成22年度診療報酬改定で、段階的廃止の調整係数に代わる新たな機能評価係数の一つに効率性指数（全DPC対象病院の平均在院日数／当該医療機関の患者構成が 全DPC対象病院と同じとした場合の平均在院日数）が導入。
- 日本医療機能評価機構の評価項目として、「1.6.1 地域の保健・医療・福祉施設などとの連携が適切に図られている；地域における病院の役割・機能が明確である、地域連携のための院内の体制が整備されている、地域における連携機能が発揮されている」が位置づけられている。
- 病期によって、疾患の診療が異なるため、効率的な医療のためには、医療スタッフや医療機器など医療機関の機能分化と連携による「地域完結型医療」が不可避。
- 平成18年度の診療報酬改定で医療リハビリに算定日数上限が設定され、介護リハビリとの連携

が一層必要に。

- 平成20年度の診療報酬改定で退院時における円滑な情報共有や支援が評価（退院時共同指導料等）。平成21年度の介護報酬改定で医療と介護の連携の強化・推進を目的として居宅介護支援に「医療連携加算」「退院・退所加算」等が新設。平成22年度診療報酬改定で医療スタッフとケアマネジャーとの連携を促し退院時のスムーズな介護サービスの導入につなげる「介護支援連携指導料」が新設。
- 地域連携クリティカルパスは、診療の標準化、関係者間の情報と診療方針の共有化を図り、連携の質の確保と向上のためのツールの一つ。

②保健所が地域連携パスの普及・推進に関与する意義を理解

- 保健所は、地域における保健・医療・福祉の各関係機関及び行政・民間・住民をつなぐ中立・公正で身近な専門機関。地域の医療機関及び介護サービス事業所全体を見渡せること、医療計画による総合的なビジョンを推進できること、地域住民へのアプローチがしやすいことなどの利点がある。
- 地域保健法第6条において、保健所は「公共医療事業の向上及び増進に関する事項」について企画、調整、指導及び必要な事業を行うと規定されている。
- 地域保健法第4条による「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において、保健所の運営として、保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携等について企画及び調整を推進する、とされている。
- 平成19年7月20日の厚生労働省通知（医政発第0720003号、医政指発第0720001号）において、「保健所が地域医師会等と連携して圏域連携会議を主催し、医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど、積極的な役割を果たすものとする。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。」とされている。
- 平成19年1月15日の全国保健所長会 地域保健の充実強化に関する委員会の「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」において、地域連携クリティカルパスなどの医療機関間の連携調整と医療福祉連携の推進として、「保健所の公平・専門的な立場を活かして、地域毎（圏域毎）に地域医療連携の関係者が情報共有する場づくりをするなど、連携推進のためのコーディネーションをする。」とされている。

※全国保健所長会ホームページ参照　http://www.phcd.jp/katsudou/iryoseido_kaikaku_kinkyu_appeal.html

- 全国医政関係主管課長会議（平成22年2月26日）において、医療計画の進捗管理として「保健所等を中心にして、地域ごとに患者の流れ等を把握し地域における医療の需要と供給、患者の受療行動等の課題を抽出し、地域の各医療機能を担う関係者が改善策等について議論を行うことが重要である。また、地域の医療連携のためには、介護・福祉も含めた関係者間で情報を共有する必要がある。さらに、本庁が各地域の取組を積極的に支援することが重要である。」と示されている。また、地域の患者・住民への働きかけとして、「医療資源の状況、医療機関の役割分担及び連携の体制等について、地域の患者・住民に分かりやすく示し、患者・住民への働きかけを行うことが重要である。」とされている。

③地域連携クリティカルパスについて学習

- 厚生労働省資料による地域連携クリティカルパスの定義は、「診療にあたる複数の医療機関が、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするもの。内容としては、施設ごとの治療経過に従って、診療ガイドライン等に基づき、診療内容や達成目標等を診療計画として明示。」とされている。
- がんの地域連携クリティカルパスの定義は、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針において、「がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等が作成する診療役割分担表、共同診療計画表及び患者用診療計画表から構成されるがん患者に対する診療の全体像を体系化した表をいう。」とされている。
- 院内パスは実際の業務や投薬について日ごとに詳しく記載するのに対して、地域連携クリティカルパスは連携施設・支援者間で共有すべき重要な情報と診療方針を記載。情報共有ツール、診療ガイドラインの地域への普及ツール、医療安全ツールとしての役割が期待され、運用にはヒューマンネットワークとコミュニケーションが不可欠。
- 地域連携パスは「ツール」であって、「ロール」（役割・機能分担）と「ルール」（手引き、指針）を含めた「ルル3条」が重要。
- 地域連携クリティカルパスは、院内パスが作られている疾患で他の施設との連携が必要な疾患に適応するもので、疾病管理の一つ。但し、転院・退院基準や情報共有が確実に行えるのであれば院内パスの運用実績がなくても地域連携パスの導入は可能。連携する施設は、対象疾患に応じて、計画管理病院、連携医療機関、介護サービス事業所、保険薬局など。
- 「バリアンス」とは予定外のイベントのことで、地域連携パスの途中経過が遅れた場合（変動）や地域連携パスの続行が不可能になった場合（逸脱）がある。バリアンス分析によって、地域連携パスの改善を図る。
- 連携パスの種類　※関連学会では明確に定義されていない

  1）一方向型（リレー型、リハビリ型、すごろく上がり型）

  急性期・回復期・維持期と病期が変わるごとに異なる診療チームを繋ぐ

  →大腿骨頚部骨折、脳卒中（在宅になれば循環型もある）など

  2）循環型（双方向型、サイクル型）

  かかりつけ医と専門病院を定期的に循環して診療

  →糖尿病、がん術後、心筋梗塞PCI後など

  3）在宅支援型

  かかりつけ医グループ・介護サービス事業所等が対応し、後方病院が必要時支援

  →在宅終末期ケア、在宅栄養管理など

※1つの計画管理病院と1つあるいは複数の医療機関とのパスの共有を「連携パス」、複数の計画管理病院と複数の医療機関が地域全体でパスを作成する場合を「地域連携パス」と区別すべきとの指摘もある。

• 連携パスの効果

1）患者側

急性期・専門病院と繋がっている・治療の流れが理解できる安心感、通院負担の軽減など

2）医療側

急性期・専門病院の専念化、在院日数短縮化、診療プロセス標準化、非専門医の診療レベル向上、脱落患者の減少、施設間の説明不一致の解消、スタッフ間のコミュニケーション向上など

＜地域連携クリティカルパスの参考書籍、雑誌、ホームページ＞

1）書籍

- 「地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント」、中央法規出版、2009年
- 「一歩進んだ医療連携実践Q&A」、武藤正樹監修、じほう、2009年
- 「地域連携クリティカルパス」、藤本俊一郎編集、メディカルレビュー社、2009
- 「地域医療連携 実践ガイドブック　治療2008年3月増刊号」、南山堂、2008
- 「クリティカルパス最近の進歩2008」、日本医療マネジメント学会編集、じほう、2008
- 「変化の時代に対応するクリニカルパス」、副島秀久・岡田晋吾編集、照林社、2007
- 「地域連携パスの作成術・活用術」、岡田晋吾編集、医学書院、2007
- 「わかる!できる!今日から始める地域連携クリティカルパス」、野村一俊編集、メディカ出版、2007
- 「脳卒中リハビリテーション連携パス」、日本リハビリテーション医学会監修、医学書院、2007
- 「地域連携クリティカルパスの進め方」、遠藤英俊・諏訪免典子著、ぱる出版、2007
- 「脳卒中クリニカルパス実例集 基幹病院編」、橋本洋一郎編集、メディカルレビュー社、2006

2）雑誌、冊子

- 「新・医療連携」、エルゼビア・ジャパン
- 「パス最前線」、第一三共株式会社
- 「地域連携クリティカルパスの意義と今後の展開」、中外製薬株式会社
- 「脳梗塞治療戦略と地域連携パス」、三菱ウェルファーマ株式会社
- 「地域連携パス現場レポート」、大塚製薬株式会社
- 「Clinical Path Report」、エーザイ株式会社
- 「Path Report別冊　チャート式　わかりやすい地域医療連携のつくりかた」、医薬情報センター
- 「Path Report別冊　わかりやすい地域連携パスのつくりかた」、医薬情報センター

3）ホームページ

- 日本医療マネジメント学会　http://jhm.umin.jp/
- 日本クリニカルパス学会　http://www.jscp.gr.jp/index.html
- 日本疾病管理研究会　http://www.medi-net.or.jp/dmaj/index.htm
- 武藤正樹のWebサイト　http://www.asahi-net.or.jp/~gt2m-mtu/index.html
- クリニカルパスライブラリー　http://epath.medis.jp/
- 地域連携パス現場レポート　http://www.otsuka.co.jp/medical/useful.php
- 千葉県共用地域連携パス　http://www.renkei-path.org/
- 日本医科大学千葉北総合病院地域連携　http://www.hokuso-renkei.jp/index.php
- 東播磨地域 生活習慣病と脳卒中地域連携クリティカルパス
  http://web.pref.hyogo.jp/eh02/eh02_4_000000028.html
- 大阪府立急性期・総合医療センター地域連携パス　http://www.gh.opho.jp/medical/863.php
- 大阪市立総合医療センター地域医療連携パス
  http://www.city.osaka.lg.jp/contents/wdu270/ocgh/re_pass/index.htm
- 埼玉県済生会川口総合病院地域連携クリニカルパス　http://www.saiseikai.gr.jp/kikan/pass.html

- 佐世保中央病院地域連携クリニカルパス
  http://www2.hakujyujikai.or.jp/chuo/04_iryoukankei/01_chiiki_iryou/pci_pas.html
- 板橋区医師会医療連携　http://www.itb.tokyo.med.or.jp/renkei/
- 大垣市民病院地域連携クリニカルパス　http://www.omh.ogaki.gifu.jp/pasu%20HP/TOP.html

○脳卒中

- 備後脳卒中ネットワーク　http://www.bingo-stroke.net/
- 長崎県央版　脳卒中地域連携パス　http://plaza.umin.ac.jp/kenostrk/
- 高知脳卒中地域連携パス
  http://www.kenkou.med.pref.kochi.lg.jp/clipath/
- 札幌市脳卒中地域連携パスネット協議会　http://www.renkei-pass.net/index.html
- 印旛脳卒中地域連携パス　http://plaza.umin.ac.jp/~mishina/path/
- 東播磨脳卒中地域医療連携協議会　http://www.higashiharima-stroke-renkei.org/
- 東京慈恵会医科大学脳卒中地域連携クリニカルパス
  http://jikei-reha.com/cgi-bin/index.cgi?menu=clinical&act=disp
- 南多摩脳卒中地域連携パス　http://www.tokyo-med.ac.jp/hmc/information/m-renkeipath.html
- 北多摩脳卒中連携パス
  http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/nousottyuutorikumi/kitatama_pass/index.html
- 静岡県西部地区脳卒中地域連携パス
  http://www.seirei.or.jp/hamamatsu/hama/information/0806JUNC/default.htm
- NPO版脳卒中地域連携クリティカルパス　http://www.medinet-tokai.com/npo/stroke_path/
- 大分県北部圏域脳卒中地域連携パス　http://www.pref.oita.jp/12089/pathsetumei.html
- 能登脳卒中地域連携クリティカルパス
  http://www.pref.ishikawa.jp/nanaohc/tiikirenkei/21tiikirenkeipasu.html
- 青森県地域連携パス　http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/care/path.html
- 三重脳卒中医療連携研究会　http://homepage3.nifty.com/rehab/miecva/
- 神戸広域脳卒中地域連携協議会　http://www.ksn.umin.jp/
- 西宮協立脳神経外科病院脳卒中連携パス　http://www.nk-hospital.or.jp/noge/cooperation.html
- 輝城会脳卒中地域連携クリティカルパス
  http://www.kijoukai-gr.jp/nnhp/bumon/chiikirenkei/nou-pass1.html
- 新川地域連携パス（脳卒中版）　http://plaza.umin.ac.jp/ni-reha/keibu/newpage0809.html

○糖尿病

- 戸塚糖尿病ネットワーク　http://www003.upp.so-net.ne.jp/ujihara/TDMnet/index.htm
- 泉大津市立病院糖尿病地域連携パス　http://www.hosp-ozu-osaka.jp/tounyopass.html
- 茨城県立中央病院糖尿病地域連携パス
  http://www.pref.ibaraki.jp/bukyoku/hoken/cyubyo/medical/renkei/tonyo-pass.html
- 徳島県医師会糖尿病地域連携パス　http://www2.tokushima.med.or.jp/article/0001939.html
- 南加賀糖尿病地域連携クリティカルパス
  http://www.pref.ishikawa.jp/minamikaga/toppage/kikaku/criticalpass/kuritelikarupas.htm
- 岡山済生会総合病院　糖尿病病診連携パス　http://www.okayamasaiseikai.or.jp/cooperation/
- 焼津市立病院糖尿病地域連携クリニカルパス
  http://www.hospital.yaizu.shizuoka.jp/medical/pass/tiiki-pass.html
- 福井県立病院地域連携パス　http://info.pref.fukui.jp/imu/fph/community/path2/path2.html
- 糖尿病地域連携クリニカルパス（DM net ONE）　http://www.jouto.com/medical/clinical.html
- 糖尿病克服プロジェクト「チーム香川」　http://www.med.kagawa-u.ac.jp/~dmpath/

• 糖尿病　新川地域連携クリティカルパス
http://www.pref.toyama.jp/branches/1268/00-renkei/dm.htm

○心筋梗塞

• 佐世保中央病院PCI連携パス
http://www2.hakujyujikai.or.jp/chuo/04_iryoukankei/01_chiiki_iryou/pci_pas.html
• 泉州圏域＜急性心筋梗塞＞地域連携パス
http://www.pref.osaka.jp/izumisanohoken/kikakutyousei/sens.html
• 急性心筋梗塞　新川地域連携クリティカルパス
http://www.pref.toyama.jp/branches/1268/00-renkei/ami.html

○がん

• 5大がんの地域連携クリティカルパスモデルの開発
http://soudan-shien.on.arena.ne.jp/hina/index.html
• 大阪がん診療地域連携パス　http://www.mc.pref.osaka.jp/ganshinryou-chiikirenkei.htm
• 東京都医療連携手帳（がん地域連携クリティカルパス）
http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/iryo_hoken/gantaisaku/critical.path/
• 青森県がん地域連携パス　http://www.pref.aomori.lg.jp/welfare/care/g_path.html
• 済生会若草病院胃・大腸がん術後地域連携パス
http://www.wakakusa.saiseikai.or.jp/geka-rennkeipasu.htm
• 市立函館病院大腸癌術後Follow地域連携パス・乳がん術後連携パス
http://www.hospital.hakodate.hokkaido.jp/clinicalpath.html
• 前立腺がん地域医療連携（CaPMnet）
http://plaza.umin.ac.jp/capmnet/
• 大手前病院前立腺がん地域連携パス　http://www.geocities.jp/uromasters/newpage18.html

＜診療報酬による地域連携パスの評価＞

○地域連携診療計画管理料　平成18年度改定1,500点 →平成20年度改定で900点

→平成22年度改定では介護サービス事業所との連携も追加

計画管理病院が連携病院又は介護サービス事業所との連携で算定

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（計画管理病院）が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定する」

○地域連携診療計画退院時指導料　平成18年度改定1,500点 →平成20年度改定で600点

→平成22年度改定でⅠ地域連携診療計画退院計画加算100点追加、Ⅱ300点

回復期病院や回復期病院を退院した患者を引き受ける医療機関が算定

Ⅰ

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、患者の同意を得た上で、規定する診療計画に基づいて、地域において当該患者の退院後の治療等を担う保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書に

より提供した場合には、地域連携診療計画退院計画加算として、所定点数に100点を加算する。」

Ⅱ

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画管理病院を除く。）が、他の保険医療機関において地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を算定して当該他の保険医療機関を退院した患者であって入院中の患者以外のものに対して、規定する診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、当該退院した日の属する月の翌月までに計画管理病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、所定点数を算定する。」

※対象疾患

大腿骨頸部骨折の患者；大腿骨頚部骨折骨接合術、大腿部頚部骨折人工骨頭置換術等

※計画管理病院の算定条件

- 複数の連携医療機関を記載した地域連携パスを有し、地方社会保険事務局長に届出
- 平均在院日数17日以内の急性期病院
- 連携医療機関と地域連携パスに係る情報交換の会合を定期的に開催（年3回程度）

※平成20年度診療報酬改定で対象に「脳卒中」を追加

- 医療計画に記載されている病院・有床診療所について行う
- 地域連携診療計画には、退院基準、転院基準及び退院時日常生活機能評価を明記
- 地域連携診療計画に係る評価を引き下げ

※平成22年3月5日保険局医療課長通知「診療報酬の算定方法の一部改定に伴う実施上の留意事項について」（保医発第0305第1号）、「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取り扱いについて」（保医発第0305第3号）参照

○がん治療連携計画策定料　750点（平成22年度診療報酬改定で新設）

計画策定病院が算定

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関（計画策定病院）」が、あらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中のがん患者に対して、患者の同意を得た上で、当該計画に基づき当該患者の治療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、退院時に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合（がんと診断されてから最初の入院に係るものに限る。）に、退院時に1回に限り所定点数を算定する。」

○がん治療連携指導料　300点（平成22年度診療報酬改定で新設）

計画策定病院と連携している医療機関が算定

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関（計画策定病院を除く。）が、がん治療連携計画策定料を算定した患者であって入院中の患者以外のものに対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、患者の同意を得た上で、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、月1回に限り算定する。」

○肝炎インターフェロン治療計画料　700点（平成22年度診療報酬改定で新設）

計画策定病院が算定

「別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関が、長期継続的にインターフェロン治療が必要な肝炎の患者に対して、患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域において治療を担う他の保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、1人につき1回に限り所定点数を算定する。」

○肝炎インターフェロン治療連携加算　50点（平成22年度診療報酬改定で新設）

肝炎治療の専門医療機関と連携して肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関を評価

④管内の医療機関、介護サービス事業所等の機能を把握

- 連携施設に求められる医療機能については、平成19年7月20日付医政局指導課長通知「疾病又は事業ごとの医療体制について」（医政指発第0720001号）を参考。
- 計画管理（策定）病院としては、DPC導入（準備）病院、がん診療連携拠点病院、肝疾患診療連携拠点病院、地域医療支援病院等が考えられる。
- 医療機能情報提供制度（全項目）により、地域連携クリティカルパス対象疾患に関係する、専門医等のスタッフ、施設設備、対応可能な疾患・治療内容、専門外来、地域医療連携体制（医療連携窓口、地域連携クリティカルパス）、地域保健医療福祉サービスとの連携体制、院内クリティカルパス、診療情報管理体制、症例検討体制、手術件数、平均在院日数等を把握。
- DPC導入（準備）病院については、院内パス委員会（TQM；Total Quality Managementの一環としても）の活動状況を聞き取りで把握。
- 医療機能情報は、圏域の医療安全支援センターにおける、患者・住民からの相談対応や医療安全確保に係る情報収集等の一環、医療広告の取締（医療法第六条の八）の参考としても把握が必要。
- 維持期の介護保険サービスは、介護サービス情報公表制度により把握。
- 在宅医療に関する保険薬局の機能については、薬局機能情報提供制度により把握。
- 必要に応じて、関係団体の了解を得た上で、アンケート調査によって各施設の機能を把握する方法も有用。
- 関連施設のマップ作成や連携ガイド（脳卒中連携ガイド、リハビリ施設マップ、糖尿病診療マップ、在宅ケア関連施設マップ、肝炎診療マップ等）も有用。

⑤既存のネットワークを活用

- 地域連携クリティカルパスは、共通の情報・目標・認識を持って診療にあたるためのツールであり、face to faceのヒューマンネットワークによる信頼関係の醸成（互いの役割を明確にし、尊重し利点・欠点を補完しあうパートナーシップ）が不可欠。

- 既存の組織をベースにできないか検討する。専門別・疾患別・職種別の研究会や勉強会、病院運営協議会など。
- 院内パス委員会が活動している場合は、地域連携パスへの展開を検討。
- 疾患によっては、行政が関係する組織の活用も検討。地域医療対策協議会、地域リハビリテーション協議会など。
- 疾患によっては、介護保険関係、薬局関係の組織の活用も検討。
- 普段から患者の紹介・逆紹介を行っている医療機関の間での取り組みから拡げる方法もある。既に複数の医療機関の間で連携パスが運用されている場合は、参加医療機関の拡大ができないか検討。

⑥活用できる予算を検討

多額の予算がなくても地域連携クリティカルパスを作成・推進することは可能

- 医療連携体制推進事業（国庫補助）※医師会に委託されている場合は、医師会側と協議

（1）各医療機関の医療機能を適切に情報提供するための事業、急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切な医療サービスが切れ目なく提供するための事業

具体的な治療連携計画による機能分担、 医療連携窓口の設置、ITの活用による住民向けの情報提供や診療連携、医療機関診療機能データベースの作成など

（2）地域の医療従事者などの人材養成に向けての事業

医療従事者向けの研修会の実施、合同症例検討会の実施など

- 地域医療再生基金等による医療連携体制総合調整事業

地域医療支援センター機能の一環として、地域連携パスの策定補助等

- 地域リハビリテーション支援体制整備事業（単独）

リハビリ型の連携パス（脳卒中、大腿骨頚部骨折等）に取り組むことが可能

※その他、地域医療推進対策事業、保健・福祉サービス調整推進事業、訪問看護推進事業、糖尿病支援体制整備事業などの事業

→医療（福祉）連携に関する会議や研修会等に活用できる事業を検討

⑦病院地域医療連携室、医師会、介護サービス事業所等との打ち合わせ

- まずは、代表者、取りまとめ役と事前協議

当初から計画管理病院（予定）の地域医療連携室に参画してもらう

地域連携パスの対象疾患、対象範囲を協議

地域連携パス作成・運用に向けて具体的な取り組み、タイムスケジュールについて協議

- 「保健所は取締機関」のイメージを変えることが必要

ネットワーク構築を支援する立場として、「仲人」、「黒子」、「御用聞き」としてのスタンスが重要

※必要に応じて、以下の説明を行う

（1）地域連携クリティカルパスの必要性や利点の説明

医療計画、がん対策推進計画、医療機能情報提供、医療広告、診療報酬など

(2) 各地の地域連携クリティカルパスの運用状況の説明
書籍・文献・ネット、医療機能情報提供制度などによる
身近な事例（県内や隣県等）があると参考にしやすい
(3) 地域連携パスの作成に向けての具体的な取り組みの説明
研修会の開催、連携パス作成委員会の設置、診療マップや連携ガイドの作成など

⑧地域連携クリティカルパスに関する研修会を開催

- 研修会（勉強会）は対象者によって目的を明確にし、入門編、実践編を行う。
- 対象疾患に応じて、コメディカル、介護サービス事業所等の参加を呼びかける。
- 連携施設を増やしていくためには、継続的な研修会の開催やシンポジウム形式の研修等も検討。その際、医師会をはじめとする関係機関との連携・協力が不可欠。
- 研修会に参加しやすい会場や時間帯を考慮する必要。
- 身近な講師の活用（院内パス委員会のメンバー等）は、予算がかからないだけではなく、ネットワークの中核としても期待が持てる。
- 地域連携パスの先進地域に関する研修や現地視察も検討。
- 保健所から地域連携パスに係る状況（医療計画、がん対策推進計画、医療機能情報提供制度等）の説明を行うことも検討。
- 研修会資料や要約について、ホームページや会報等への掲載を検討。

⑨地域連携クリティカルパスの作成

- ワーキンググループを組織
  対象疾患に応じて、急性期・専門病院、医師会、介護サービス事業所、行政が参画
  ※どの疾患を対象とするか、どの地域で行うか、どの職種をメンバーにするか等の基本を十分協議
  頻繁に集まり連携パス案を作成する中核メンバーを考慮
  計画管理病院と連携医療機関を考慮（小規模の連携から開始する方法もある）
  ※研修会と兼ねたアンケート調査で参加を募る方法もある
  各施設の役割分担の理解、連携の再確認、共通の評価方法に基づく患者情報と診療方針の共有化の視点が重要
- 事務局機能が重要
  急性期・専門病院の地域連携室、脳卒中等では回復期病院やリハビリテーション支援センター、医師会事務局等
  保健所は事務局をバックアップ（関係機関・団体との調整、関係資料の収集・整理など）
- 各地で運用されている連携パス様式を参考にする
  書籍（CD-R付のものもある）・文献・ネット情報を参考
- 運用マニュアルを作成
  あらかじ運用マニュアルを作成し、研修会での周知徹底が不可欠
- 地域連携パスに対して難しく考えすぎないことが大切
  地域連携パスができたからといって連携が図れるものではない

連携パスの最大の効果はその作成過程でもたらされるともいわれる
　→対象疾患の地域連携ネットワークづくりがスタート
あまり細かい設定を行うと実施が困難になることも考慮
　→対象疾患や連携医療機関によって「シンプル＆ミニマム」の方がうまくいく場合がある
運用結果を検証しながら持続的に改善
必要に応じて他の資料（診療情報提供書、看護添書等）とともに運用
小規模連携の地域連携パスから拡げる方法もある

＜地域連携クリティカルパスの必要条件と作成手順＞

○必要条件
- 連携施設のスタッフ参加のもとに作成されていること
- 施設間を越えた一貫した診療計画であること
- 評価可能な達成目標が設定されていること
- 達成目標に対するバリアンス収集分析が可能なこと
- 医療者用と患者用がセットで作成されていること

○作成手順
1.連携パス作成対象疾患の地域ネットワークづくり
2.診療方針の統一
3.達成目標の設定
4.オーバービュー連携パスの作成
5.患者用連携パス作成
6.バリアンス収集システムの構築
7.連携パスを検証する定期的な会合
※国立病院機構熊本医療センター　野村 一俊統括診療部長による

＜地域連携パスの作り方＞

ステップ１　地域連携パス研究会
- 疾病単位に研究会を作る
　研究会には医師、看護師、コメデイカルスタッフ、地域連携室が参加する

ステップ２　医療機関の役割分担
- 疾病のケアプロセスを見直して、医療機関間の役割分担を明確にする

ステップ３　患者フロー図をつくる
- 患者紹介や転院、逆紹介の適応やタイミングを取り決める

ステップ４　地域連携パスをつくる
- オーバービューパスを作る、患者用パスをつくる

ステップ５　ＩＴ化
- 地域連携パスをＩＴ化する、データーベースを作る

※国際医療福祉大学三田病院　武藤正樹副院長 による

＜連携パスをこれから手がける医療機関へのアドバイス＞

- ネットワーク構築
- 問題点の把握
- １つパスを導入すると後は楽
- 各部門ごとに話し合い
- 小規模から開始
- 定期的な会合
- 連携室看護師による連携先訪問
- 全ての職種、施設に配慮
- 実績ある病院から開始
- 地道な努力

※国際医療福祉大学三田病院　武藤正樹副院長 による

＜地域連携パスの事務局の運営＞

- 事務局

  地域の実情や対象疾患に応じて、計画管理病院である中核・専門病院、回復期リハビリ病院、地域リハビリ支援センター、医師会、大学医局などに事務局を設置

  ※地域医療連携室がカギ

  ※連携医療機関と地域連携パスのワーキングループ設置

- 業務内容

  連携会議や研修会の企画・案内・開催、連携機関からの問い合わせ対応、運用事例の取りまとめ・評価など

  ※状況に応じて保健所が支援

- 効率的な運営

  地域内で計画管理病院同士での連携パス様式の統一

  総会と疾患別分科会

  メーリングリストを活用した案内・情報提供・意見交換など

⑩地域連携クリティカルパスの運用

- 試行的運用が望ましい。

  作成した連携パス案を連携施設間で暫定的に運用

  ワーキンググループで検証し改善

- 本格運用にあたっては関係する連携施設間の了解を得ておく。

  必要に応じて説明会や研修会を組み入れる

- 地域連携パスに関して、連携施設からの問合せに随時対応できる体制を構築。

  計画管理病院の地域連携室等が対応,、必要に応じて地域連携室から連携施設を訪問

  電子メールの活用も有効（メーリングリストによるQ&Aも）

- 連携パスを検証する定期的な会合が必要。

  定期的な症例検討会等によるバリアンス収集

  ワーキンググループによる改定作業を継続

  連携パスをPDCAサイクル（策定 ～ 運用 ～ 点検 ～ 見直し）にのせる

• 電子カルテ導入の医療機関では連携パス用のテンプレート作成も考慮。

⑪地域住民に対する啓発普及、相談対応

• 医療機関では個別の患者・家族に対する医療（福祉）連携についてのインフォームドコンセントが不可欠。
• 保健所は圏域の医療安全支援センターとして、地域住民、患者・家族からの相談に対応。
　医療計画、医療機能情報提供制度、介護情報公表制度等をもとに対応
• 地区組織の講演会、健康づくり推進協議会等を通じて、医療機能の分化・連携による切れ目のない医療の必要性と施設の機能分担状況・連携の仕組み等について啓発。
　患者側にとっても急性期・専門病院と繋がっている・治療の流れが理解できる安心感、通院負担の軽減（時間的・経済的・身体的・心理的）のメリットがあること等を啓発
• 地域住民対象の病院や医師会の公開講座を通じて啓発。
　連携施設や患者会等によるシンポジウム等も考慮
• ホームページや広報等を通じて啓発。
　医療計画に記載された医療連携体制をホームページ掲載
　医療機能情報提供制度をもとにした診療マップ、連携ガイドをホームページ掲載
• 地域連携パスによる連携体制について連携施設内に掲示。

＜連携パスの患者に対する説明＞

• 医療の質と継続性の保証

病院を離れるのではなく共同診療であること　　問題があればすぐに専門病院で診療を受けられること
必ず1年に1度は専門病院で診療を受けること　　情報が相互に十分伝わっていること

• 地域医療連携により得られるメリット

物理的に通院が楽になること　　待ち時間が短くなること
併存疾患の診療が同時にできること

※国際医療福祉大学三田病院　武藤正樹副院長 による

⑫地域連携クリティカルパス運用後の評価

• 地域連携パス運用の際には評価指標の検討が必要

（1）アウトプット（量）

連携医療機関数・介護サービス事業所数、連携パス使用患者数、研修会の開催回数・参加人数など

（2）プロセス（過程）

促進・阻害要因など；ワーキンググループでの協議やアンケートで把握

（3）アウトカム（成果）

平均在院日数、総治療期間、在宅復帰率など

※上記は診療報酬の地域連携診療計画管理料では毎年、地方社会保険事務局に届出する必要
患者・家族の満足度、連携施設の満足度　→アンケート調査、連携施設の座談会等による把握
その他、連携パスの記載項目によるアウトカム評価を検討　→ADL達成度、合併症率、ドロップアウト率等

- 評価分析方法について、ワーキンググループで協議
  運用した地域連携パスのデータベース構築について検討
  継続的な評価ができるようにする
  評価のためには地域連携パスの返書や回収が必要（ネット管理でない場合）
- 評価結果について、ワーキンググループを通じて連携施設へ還元し、パス改善の参考に

⑬電子化・IT化の検討

- 地域連携クリティカルパスが今後のITソリューションのカギとされている
- 電子化により、データベースによる評価が容易に
- 地域連携パスをインフラとして、コーディネーターとして疾病ケアマネジャーを育成
- 低コスト・高セキュリティで、簡単で、楽になる運用を検討する必要
- IT化する連携のパターンと範囲を決めて、各連携施設における電子化対応能力を考慮する必要
- 電子カルテ導入の医療機関では連携パス用のテンプレート作成も考慮
- 連携施設間でCD-Rによる運用を行う方法もある
- パスワードによるネット管理の方法もある
  VPN（Virtual Private Network）やASP（Application Service Provider）などのセキュリティが確保されたネットワークを検討

＜地域連携クリティカルパスを成功に導くポイント＞

- 小さなネットワークから大きなネットワークへ進めること
- 機能分担と達成目標を明確にすること
- 内容は、ネットワーク内で合意できるところから設定すること
- 情報のフィードバックとバリアンス収集分析の重要性を認識すること
- 地域連携クリティカルパスは、進化していくことを認識すること

※国立病院機構熊本医療センター　野村 一俊統括診療部長による

＜地域連携クリティカルパスへの期待＞

- 地域連携クリティカルパスの疾患範囲や連携範囲が拡大する。
- 地域連携クリティカルパスで診療ガイドラインが地域に広まる。
- 地域連携クリティカルパスで疾患別患者データベースが構築できる。
- 地域連携クリティカルパスの見直しで地域ケアの改善が図れる。
- 地域連携クリティカルパスのアウトカム評価を行う。

※国際医療福祉大学三田病院　武藤正樹副院長 による

＜地域連携の5原則＞

①情報の共有　②目標の共有　③方法の標準化　④評価・改善　⑤コーディネーター

※国際医療福祉大学三田病院　武藤正樹副院長 による

○留意事項

- 保健所内のチームが重要

  医療計画担当、医療事務担当、保健福祉研修担当、地域リハビリ担当、糖尿病事業担当など

  →職員の意欲、資質向上を図る（情報提供、研修参加等を通じて）

- 普段から地元の医療・福祉関係者との交流を心がける

  医療機関立入検査等において地域医療連携室と交流し、医療（福祉）連携の取り組みを把握

  中核病院や専門職能団体等による研修会、会議、行事等への出席

  医師会報や病院広報誌等の入手、投稿、事業案内

  関係機関とのメーリングリストの構築

  身近にいる人材を発掘

- 本庁各課との意思疎通が大切

  本庁から国資料（通知、要綱・要領、事務連絡、会議資料等）、本庁の取組方針、予算などを随時把握

  本庁に地域における取り組みや動きを知らせる

  本庁と保健所担当者とのメーリングリスト活用も検討

- 地域連携クリティカルパスの波及効果

  医療（福祉）連携の推進は普段の保健福祉事業にも役立つ

  →健康危機管理対策、難病対策、生活習慣病対策など

地域連携パスの普及・推進にあたってのQ&A

Q1. 地域連携パスの推進に保健所が関与する意義は何ですか？

医療（福祉）連携には医療機関や介護サービス事業所の利害関係が影響する可能性がありますが、保健所は中立・公正な立場から関与できます。また、保健所には医師、保健師、薬剤師、管理栄養士等の専門技術職がいること、立入検査や医療従事者の免許事務等を通じて日頃から医療機関とのコンタクトがあること、各種統計・調査等の圏域全般に係る情報収集がしやすいこと、専門職能団体や住民組織へのアプローチがしやすいことなど、保健所は業務上、地域医療（福祉）連携をアシストしやすい立場にあるといえます。

医療計画における具体的な医療（福祉）連携を推進する一環として、保健所の積極的な関与が期待され、平成19年7月の厚生労働省通知（医政発第0720003号）でも保健所の役割が明記されています。

Q2. 管内に医療機関や専門医が少ない場合の地域連携パスはどうするのですか？

地域連携パスはあくまで連携のツールの一つであって、医療機関同士で患者情報や診療方針の共有化が必要な場合に運用が期待されるものです。地域連携パスの対象疾患によって、連携する地域やスタッフが異なってきます。まずは、どの疾患を対象とするか、どの地域で行うのか、どの職種と連携するのか等について、ワーキンググループで十分協議する必要があります。

Q3. 地域連携パス対象疾患の診療実態を把握するにはどうすればよいですか？

医療機能情報提供制度（全項目）により、地域連携クリティカルパス対象疾患に関係する、専門医等のスタッフ、施設設備、対応可能な疾患・治療内容、専門外来、地域医療連携体制（医療連携窓口、地域連携クリティカルパス）、地域保健医療福祉サービスとの連携体制、院内クリティカルパス、診療情報管理体制、症例検討体制、手術件数、平均在院日数等が把握できます。また、維持期の介護サービス事業所については介護サービス情報公表制度、在宅医療に関する保険薬局については薬局機能情報提供制度によって把握できます。必要に応じて、関係団体の了解を得た上で、アンケート調査によって各施設の機能を把握する方法も有用です。

Q4. 病院や医師会主導で進められている場合の保健所の役割は何ですか？

医療計画における具体的な医療（福祉）連携を推進する一環として、保健所の積極的な関与が期待されます。中核病院間の調整が必要な場合、介護サービス事業所や保険薬局との連携が必要な場合、健診や保健指導を組み入れる場合などに、関係機関や職能団体にアプローチする保健所の役割が期待されます。また、地域住民に医療（福祉）連携の必要性や各施設の機能分担と連携の仕組みを普及啓発することも期待されます。

Q5. 中核市の保健所は地域連携パスに取り組む必要がありますか？

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」における、保健、医療、福祉のシステムの構築、医療機関の機能分担と連携等について企画及び調整を推進する保健所の運営は、市型保健所にも適用されています。市型保健所では、県型よりも管内の医療機関数や介護サービス事業所数が多く、医療（福祉）連携が要請されています。県当局と連携した医療計画の推進の一環として、市型保健所の積極的な関与が期待され、地域連携パスの推進に取り組む市型保健所も出てきています。

Q6. 地域連携パスの広域的な運用は必要ですか？

計画管理病院である中核・専門病院ごとに内容が異なった地域連携パスを運用すると、連携する医療機関が複数の計画管理病院と連携している場合、それぞれの連携会議への出席が負担になるとともに、地域連携パスの内容が大きく異なると現場では混乱することが少なくありません。診療報酬における地域連携診療計画管理料、同退院時指導料の算定について、「計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年3回程度定期的に開催すること」が要件の一つになっていることもあり、地域連携パスに係る定期的な会議が欠かせません。しかし、「複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、会合を合同で行っても差し支えない」と通知（平成22年3月5日、保医発第0305第3号）されており、地域連携パスの広域的な運用は有力な方法です。最近では、一つの計画管理病院と一つあるいは複数の医療機関とのパスの共有を「連携パス」、複数の計画管理病院と複数の医療機関が地域全体でパスを作成する場合を「地域連携パス」と区別すべきとの指摘がありますが、事務局が円滑に運用できるのであれば、「連携パス」よりも「地域連携パス」が望ましいのはいうまでもありません。しかし、地域連携パスは様式が統一されるだけではスムーズな運用ができないことは明らかで、顔の見えるヒューマンネットワークとコミュニケーションが不可欠です。

Q7. 地域連携パスの参加医療機関を増やすにはどうすればよいですか？

既に地域連携パスが運用されている地域では、小規模な連携から徐々に拡大しているところがほとんどです。地元医師会とタイアップし、地域連携パスに係る研修会（勉強会）を地道に繰り返し行うことが必要です。また、地域連携パスの紹介を兼ねたアンケート調査で、参加を募る方法もあります。

Q8. 介護サービス事業所との連携を進めるにはどうすればよいですか？

平成19年7月の厚生労働省通知（医政発第0720003号）では、保健所が圏域連携会議において医療機関と介護サービス事業所との調整を行うことが示されています。まずは、リハビリ関係職能団体、ケアマネジャーや訪問看護関連団体等にアプローチし、介護サービス事業所職員を対象に地域連携パスに関する研修会（勉強会）を開催して下さい。医療計画においては、介護サービス事業所も含めた医療（福祉）連携を推進（脳卒中、在宅医療等）しており、地域の実情に応じて、保健所の積極的な関与が期待されます。

保発０３０５第１号
平成２２年３月５日

地方厚生（支）局長
都道府県知事
殿

厚生労働省保険局長

平成22年度診療報酬改定について

標記については、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）等の関係告示等が別添のとおり公布され、本年４月１日から適用されることとなった。

これらの改正の趣旨及び概要は、別紙「平成22年度診療報酬改定の概要」のとおりであるので、貴管内の関係団体への周知徹底について格段の御配慮をお願いしたく通知する。

在宅復帰後を見越した地域連携の評価

在宅復帰後も含めた地域連携診療計画の評価

➢ 回復期等の病院を退院した後の療養を担う医療機関・介護施設等との連携を含めた**3段階の地域連携診療計画**を評価

現行		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料	600点

改定後		
急性期	地域連携診療計画管理料	900点
回復期	地域連携診療計画退院時指導料1	600点
(新)	地域連携診療計画退院計画加算	100点
(新) 在宅復帰後	地域連携診療計画退院時指導料2	300点

介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携の評価

➢ **入院中の医療機関の医師等とケアマネジャーが共同**して、患者に対し、退院後に利用可能な介護サービス等について指導を行った場合の評価を新設

(新) 介護支援連携指導料　300点（入院中2回）

がん医療の推進について

がん診療連携拠点病院に係る評価

➢ **がん診療連携拠点病院**におけるキャンサーボード、院内がん登録等の更なる充実を評価

がん診療連携拠点病院加算　400点 → 500点

➢ **がん診療**に係る地域連携の評価

(新) がん治療連携計画策定料　750点（退院時）
(新) がん治療連携指導料　300点（情報提供時）

がん治療の評価

➢ 複雑化、高度化する**外来化学療法**の評価

外来化学療法加算1　500点 → 550点

➢ **放射線治療病室**におけるRI内用療法等の管理の評価

放射線治療病室管理加算　500点 → 2,500点

がん患者リハビリテーションの評価

➢ がんの特性に配慮した**がん患者リハビリテーション**の評価

(新)がん患者リハビリテーション料　200点（1単位につき）

地域の連携による疾患対策の評価について

肝炎対策の充実

- **肝炎治療の専門医療機関**において、**肝炎患者に対するインターフェロン治療計画**を策定し、**副作用等を含めた詳細な説明**を行うことを新たに評価

  (新) 肝炎インターフェロン治療計画料　700点

- 肝炎治療の専門医療機関と連携して**肝炎インターフェロン治療を行う地域の医療機関**の評価

  (新) 肝炎インターフェロン治療連携加算　50点

認知症医療の評価

- **認知症の専門医療機関**において、**認知症の鑑別診断及び療養方針の決定**を行うことを評価

  (新) 認知症専門診断管理料　500点

- 認知症の専門医療機関と連携した**地域の医療機関における認知症患者の診療**の評価

  (新) 認知症専門医療機関連携加算　50点

保医発0305第１号
平成22年３月５日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長
殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）等が公布され、平成22年４月１日より適用されることとなったところであるが、実施に伴う留意事項は、医科診療報酬点数表については別添１、歯科診療報酬点数表については別添２及び調剤報酬点数表については別添３のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

従前の「診療報酬の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」（平成20年３月５日保医発第0305001号）は、平成22年３月31日限り廃止する。

Ｂ００５－２　地域連携診療計画管理料、Ｂ００５－３　地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)
Ｂ００５－３－２　地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)

(1) 地域連携診療計画は、あらかじめ計画管理病院において作成され、当該計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う複数の連携保険医療機関（必要に応じて、計画管理病院から転院後の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関を含む。また、特別の関係であっても差し支えない。）又は介護サービス事業所との間で共有して活用されるものであり、病名、入院時の症状、予定されている診療内容、標準的な転院までの期間、転院後の診療内容、連携する保険医療機関を退院するまでの標準的な期間（以下本区分において「総治療期間」という。）、退院に当たり予想される患者の状態に関する退院基準、その他必要な事項が記載されたものであること。

(2) 地域連携診療計画は、患者の状態等により、異なる連携が行われることが想定されることから、あらかじめ複数の地域連携診療計画を作成しておき、患者の状態等に応じて最も適切な地域連携診療計画を選択することは差し支えない。また、計画は必ず、計画管理病院、計画管理病院からの転院後又は退院後の治療を担う保険医療機関（以下「２段階目の保険医療機関」という。）又は介護老人保健施設（以下「２段階目の保険医療機関等」という。）、２段階目の保険医療機関を退院後の外来診療を担う保険医療機関（以下「３段階目の保険医療機関」という。）又は介護サービス事業所（介護老人保健施設、通所リハビリテーション事業所、訪問リハビリテーション事業所）（以下「３段階目の保険医療機関等」という。）の３段階の連携に限られる必要はなく、必要に応じて、計画管理病院及び２段階目の保険医療機関等の２段階の連携も活用されるべきものである。

(3) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の対象疾患は、大腿骨頸部骨折（大腿骨頸部骨折骨接合術、大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術等を実施している場合に限る。）又は脳卒中（急性発症又は急性増悪した脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血の治療を実施している場合に限る。）である。なお、脳卒中における急性発症又は急性増悪とは、脳梗塞、脳出血又はくも膜下出血を発症した患者について、画像診断等を用いて診断されたものであること。

(4) 地域連携診療計画管理料は、地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、入院後７日以内に地域連携診療計画に基づく個別の患者ごとの診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、転院時又は退院時に計画管理病院において算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。

(5) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)は、地域連携診療計画管理料を算定した患者に対し、診療計画に基づいた療養を提供するとともに、患者の同意を得た上で、地域連携診療計画に基づく退院後の診療計画を作成するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合であって、計画管理病院に対し文書にて報告した場合に、２段階目の保険医

療機関において退院時に算定する。その際、患者に交付した診療計画の写しを診療録に貼付すること。

(6) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の「注３」に掲げる地域連携診療計画退院計画加算は、２段階目の保険医療機関及び３段階目の保険医療機関等を含んだ診療計画に基づき患者の同意を得て、当該保険医療機関の退院後、３段階目の保険医療機関等で行われるべき診療等の計画を作成するとともに、患者、家族に説明し、３段階目の保険医療機関等と適切に情報共有を行うことについて評価したものである。

(7) 地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)は、３段階目の保険医療機関等において、診療計画に基づく療養を提供するとともに、退院時の患者の状態や、在宅復帰後の患者の状況等について、退院の属する月又はその翌月までに計画管理病院に対して情報提供を行った場合に、情報提供時に算定する。

(8) 地域連携診療計画管理料を算定する計画管理病院からの転院時、２段階目の保険医療機関からの退院時及び３段階目の保険医療機関における退院後の初回受診時においては、別紙様式 10 に定める日常生活機能評価を行い、その結果を地域連携診療計画書に記入すること。また、連携保険医療機関が退院時に行った日常生活機能評価の結果は、計画管理病院に対し文書にて報告すること。

Ｂ００５－６ がん治療連携計画策定料、Ｂ００５－６－２ がん治療連携指導料

(1) がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料は、がん診療連携拠点病院等を中心に策定された地域連携診療計画に沿ったがん治療に関わる医療機関の連携により、がん患者に対して地域における切れ目のない医療が提供されることを評価したものである。

(2) 地域連携診療計画は、あらかじめがん診療連携拠点病院等において、がんの種類や治療方法等ごとに作成され、当該がん診療連携拠点病院等からの退院後の治療を共同して行う複数の連携保険医療機関との間で共有して活用されるものであり、病名、ステージ、入院中に提供される治療、退院後、計画策定病院で行う治療内容及び受診の頻度、連携医療機関で行う治療の内容及び受診の頻度、その他必要な項目が記載されたものであること。

(3) がん治療連携計画策定料は、がんと診断され、がんの治療目的に初回に入院した際に、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、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するとともに、説明し、それを文書にて患者又は家族に提供した場合に、退院時に計画策定病院において算定する。その際、患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。

(4) 病理診断の結果が出ない等の理由で、個別の患者の治療計画を入院中に策定できない

場合であっても、退院後の療養を地域連携診療計画に基づき連携医療機関と協力して行うことについて患者の同意を得た上で、適用する可能性のある地域連携診療計画やその場合の連携医療機関等について説明し、可能になった段階で速やかに個別の治療計画を策定するとともに、文書にて患者又は家族に提供した場合にあっては、算定可能とする。その際、交付した治療計画の写しを診療録に添付すること。

（5）計画策定病院は、治療計画に基づき、患者に対して治療を提供するとともに、患者の同意を得て、適切に連携医療機関と情報共有を図るとともに、必要に応じて適宜治療計画を見直すものとする。

（6）がん治療連携指導料は、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。計画策定病院に対する情報提供の頻度は、基本的には治療計画に記載された頻度に基づくものとするが、患者の状態の変化等により、計画策定病院に対し治療方針等につき、相談・変更が必要となった際に情報提供を行った際にも算定できるものである。

Ｂ００５－８ 肝炎インターフェロン治療計画料

（1）肝炎インターフェロン治療計画料は、インターフェロン治療を受ける肝炎患者に対して、治療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で、治療計画を作成し、副作用等を含めて患者に説明し、文書により提供するとともに、地域で連携して当該インターフェロン治療を行う保険医療機関に当該患者に係る治療計画及び診療情報を文書により提供した場合に、１人につき１回に限り算定する。患者に交付した治療計画の写しを診療録に貼付すること。

（2）治療計画の策定にあたっては、患者の求めに応じて夜間や休日に診療を行っている医療機関を紹介するなど、当該患者が長期の治療を継続できるよう配慮を行うこと。

（3）入院中の患者については退院時に算定すること。

保医発0305第３号
平成22年３月５日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
　後期高齢者医療主管課（部）長
殿

厚生労働省保険局医療課長

厚生労働省保険局歯科医療管理官

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

標記については、本日、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）の公布に伴い、「特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第73号）が公布され、平成22年４月１日より適用されることとなったところであるが、保険医療機関及び保険薬局からの届出を受理する際には、下記の事項に留意の上、貴管下の保険医療機関及び保険薬局並びに審査支払機関に周知徹底を図り、その取扱いに遺漏のないよう特段の御配慮を願いたい。

なお、従前の「特掲診療料の施設基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」（平成20年３月５日保医発第0305003号）は、平成22年３月31日限り廃止する。

第 10 地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)及び(Ⅱ)

１　地域連携診療計画管理料、地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に関する施設基準
(1) あらかじめ計画管理病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携保険医療機関と共有されていること。

(2) 計画管理病院と連携する保険医療機関との間で、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年３回程度定期的に開催され、診療情報の共有、地域連携診療計画の評価と見直しが適切に行われていること。

(3) 複数の計画管理病院で共通の内容の地域連携診療計画を作成し運用している場合は、地域連携診療計画に係る情報交換のための会合を合同で行っても差し支えない。

(4) 脳卒中において地域連携診療計画管理料又は地域連携診療計画退院時指導料を算定する際には、医療法第 30 条の４の規定に基づき各都道府県が作成する医療計画において脳卒中に係る医療提供体制を担う医療機関として記載されている保険医療機関であること。なお、計画管理病院と連携する保険医療機関が別の都道府県の医療計画に記載されている保険医療機関であっても差し支えないこと。

(5) 計画管理病院における一般病棟の入院患者の平均在院日数が 17 日以内であることの要件については、暦月で３か月を超えない期間の１割以内の一時的な変動である場合には、要件を満たすものであること。

２　届出に関する事項
(1) 地域連携診療計画管理料及び地域連携診療計画退院時指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 12、様式 12 の２及び様式 12 の３を用いること。これに添付する地域連携診療計画は様式 12 の４に準じた様式を用いること。

(2) 計画管理病院及び連携する保険医療機関は、それぞれ、次に掲げる事項を毎年度地方厚生（支）局長に報告すること。なお、報告に当たっては計画管理病院が連携する保険医療機関の分も併せて行うこと。

ア計画管理病院
(イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
(ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
(ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
(ニ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる地域連携診療計画に沿った平均総治療期間
(ホ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、最終的に在宅復帰した患者数（連携する保険医療機関における治療を終えた患者を含む。）及び連携する保険医療機関に転院した患者数

イ連携する保険医療機関
(イ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用した患者数
(ロ) 対象疾患で入院した患者のうち、地域連携診療計画を適用しなかった患者数
(ハ) (イ)及び(ロ)の患者にかかる自院における平均在院日数
(ニ) (イ)及び(ロ)の患者のうち、退院した患者数

第 11 の２ がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料

１ がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料の施設基準
あらかじめ計画策定病院において疾患や患者の状態等に応じた地域連携診療計画が作成され、連携医療機関と共有されていること。

２ がん治療連携計画策定料の施設基準
がん診療連携の拠点となる病院とは、「がん診療連携拠点病院の整備について」（平成 20 年３月１日健発第 0301001 号）に基づき、がん診療連携拠点病院の指定を受けた病院をいう。
がん診療連携拠点病院に準じる病院とは、都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院をいう。

３ 届出に関する事項
（1）がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 の２を用いること。
がん治療連携指導料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 の３を用いること。

（2）がんの種類や治療法ごとに作成され、連携医療機関とあらかじめ共有されている地域連携診療計画を添付すること。なお、その様式は別添２の様式 13 の４を参考にすること。

第 11 の４ 肝炎インターフェロン治療計画料

１ 肝炎インターフェロン治療計画料に関する施設基準
（1）肝疾患に関する専門的な知識を持つ医師による診断（活動度及び病期を含む。）と治療方針の決定が行われていること。

（2）インターフェロン等の抗ウイルス療法を適切に実施できる体制を有していること。

（3）肝がんの高危険群の同定と早期診断を適切に実施できる体制を有していること。

２ 届け出に関する事項
肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 13 の６を用いること。

様式12

地域連携診療計画管理料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

(1) 地域連携診療計画担当医師について

	脳卒中	大腿骨頸部骨折
担当医師名		

(2) 一般病棟の平均在院日数等について

病床数	床	平均在院日数	日
届出入院基本料の区分		（算出期間：　年　月　日～　年　月　日）	（※17日以内であること。）

2. 連携保険医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院から転院後の入院医療を担う保険医療機関又は介護老人保健施設

大腿骨頸部骨折 連携先　（　　）件			脳卒中 連携先　（　　）件		
連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分	連携施設の名称	連絡先	届出入院基本料の区分

(2) (1)の医療機関を退院した後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先　（　　）件		脳卒中 連携先　（　　）件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

大腿骨頸部骨折			脳卒中		
会合の名称	出席医療機関	開催頻度	会合の名称	出席医療機関	開催頻度

[記載上の注意]

1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
2 地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式12の4を参考にすること。
3 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。
4 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

様式12の2

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)の施設基準に係る届出書添付書類

1. 受入病棟に係る事項

届け出入院料の区分	病床数

2. 連携する医療機関に係る事項

(1) 計画管理病院

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

(2) 退院後の外来医療を担う保険医療機関又は介護サービス事業所

大腿骨頸部骨折 連携先　(　　)件		脳卒中 連携先　(　　)件	
連携施設の名称	連絡先	連携施設の名称	連絡先

3. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし

3. 脳卒中についての届け出

1 届け出あり 2 届け出なし

[記載上の注意]

1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。

2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

3 脳卒中について届け出る場合は、当該医療機関が都道府県の作成する医療計画に記載されていることがわかる書類を添付すること。

様式12の3

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画管理病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	対象疾患	担当医師名

2. 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合に係る事項

参加の有無	1 参加あり 2 参加なし

[記載上の注意]
1 計画管理病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関等と共有された地域連携診療計画を添付すること。
2 地域連携診療計画書は、計画管理病院及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式 12 の 4

地域連携診療計画書（様式例）

説明日
患者氏名　　殿
病名（検査・手術名）:

月日	／	／	／	／		／	／	／		／
経過（日又は週・月単位）	１日目	２日目	３日目	４日目		○日目	１日目	○日目		○日目
日時（手術日・退院日など）	入院日					転院日				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（栄養士の指導も含む。）										
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						【退院時患者状態】　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

※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。
※2　入院期間については現時点で予想されるものである。
※3　転院先退院時に本計画書の写し等を紹介元病院へ送付する。
※4　「退院時の日常生活機能評価」の点数は、別表の日常生活機能評価表の合計点を記入すること。

様式13の2

がん治療連携計画策定料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 計画策定病院に係る事項

(1) 指定等について(いずれかに○をつける)

①がん診療連携拠点病院　・　②がん診療連携拠点病院に準じる病院

(2) がん診療の状況について

年間入院患者数	名	(内)がんによる入院患者数	名
年間悪性腫瘍手術件数	件	年間化学療法件数	件
年間放射線療法件数	件	(算出期間:　年　月　日～　年　月　日)	

2. 連携保険医療機関に係る事項

がんの種類	連携保険医療機関名	病床数(病院)	連絡先

[記載上の注意]

1　2の連携保険医療機関は地域連携診療計画が作成されているがんの種類ごとに、連携する保険医療機関を全て記載すること。ただし、地域連携診療計画やがんの種類により、連携する保険医療機関が変わらない場合には、同一の枠に複数のがんの種類を記載することができる。

2　計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関と共有された地域連携診療計画を添付すること。

3　地域連携診療計画書の作成に当たっては、様式13の4を参考にすること。

4　地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式13の3

がん治療連携指導料の施設基準に係る届出書添付書類

1. 連携する計画策定病院に係る事項

保険医療機関の名称	連絡先	治療を担うがんの種類

[記載上の注意]
1 計画策定病院においてあらかじめ作成され、連携保険医療機関において共有された地域連携診療計画を添付すること。
2 地域連携診療計画書は、計画策定及び連携保険医療機関ともに同じものを届け出ること。

様式13の4

がん治療連携計画策定料・がん治療連携指導料連携計画の届出に係る連携計画の例

○○○治療に関する連携計画書

様

計画策定病院(A): 担当医師: 連絡先:
連携医療機関(B): 担当医師: 連絡先:

術後又は退院後からの期間		退院時	術後1ヶ月	・・・		術後1年	・・・		術後3年	・・・			
受診予定日(又は月)		△月△日	○月○日	・・・		×月×日	・・・						
医療機関		A	B	B	B	A	B	・・・					
達成目標													
患者自覚症状	具体的な項目												
	・・・												
診察	具体的な項目												
	・・・												
検査	血液検査(腫瘍マーカー等)												
	・・・												
	画像診断項目												
	・・・												
説明・指導	説明項目												
連携	診療情報の提供												

[記載上の注意]
1 示したものはあくまで様式例であることから、それぞれにおける連携のしかたがわかる計画書であれば必ずしもここに示した様式に準じる必要はない。
2 各項目もあくまで例示であることから、がんの種類や治療法に応じて、必要な項目を追記又は不必要な項目を削除して作成すること。
3 各診療において観察・検査等を行うべき項目について、あらかじめ、当該診療日に印をつけるとともに、結果等を書き込んで使用する形式が望ましい。
4 届出に際しては、各疾患又は治療法ごとに作成した連携計画を全て添付すること。

様式13の６

肝炎インターフェロン治療計画料の施設基準に係る届出書添付書類

肝疾患に関する専門的な知識を有する常勤医師の氏名等	
常勤医師の氏名	肝疾患診療の経験年数
	年

［記載上の注意］
　当該医師の肝疾患治療に係る経験、当該保険医療機関における勤務状況がわかる書類を添付すること。

脳卒中地域連携パスグループ

脳卒中地域連携クリティカルパス事業

富山市保健所　　高橋洋一

研究要旨

平成19年度には中核市である富山市において、医療から介護まで連携する全脳卒中患者を対象とするクリティカルパスを作成した。平成20年度はこれを実際の医療、介護現場で使用し、パスの問題点として以下の3点が認められた。①パスを使用する患者の選定、②維持期でのパスの活用状況が低い、③パスを記載する負担（記載項目が多い）。このため、平成21年度にパスの改定を行うこととした。前回は回復期病院スタッフを中心としたワーキンググループであったが、今回は急性期病院、維持期の機関の意見を広く集約するため、急性期病院医師、開業医、介護支援専門員、訪問看護師、回復期病院のスタッフ等からなるワーキンググループを作った。ワーキンググループを5回開催し、改定内容の検討を行い、案を作成した。案を富山脳卒中地域連携パス研究会で再検討して、パスの改定を決定した。

目的

医療機関の機能分化が進み、脳卒中の診療も急性期病院、回復期リハビリ病院、維持期病院、在宅での医療・介護と一人の患者に連続して多くの機関が関わるようになって来ている。そのため、患者の情報が切れ目なくスムーズに伝わり、医療と介護の連携が円滑に行われるように、平成19年度に富山脳卒中地域連携パスを作成した。平成20年度はパスを実際の医療、介護現場で使用した。病院間、病診及び医療機関と福祉機関との連携が円滑に行くように、「富山の脳卒中地域連携の会」（以下連携の会）等を開催した。平成21年度は使用実績を集計し、使用しての問題点を確認する。さらなる円滑な連携推進のため、必要があれば、パスを改定する。

方法

平成20年度のパス使用実績を集計評価するとともに、パスを使用しての問題点を確認する。年3回「連携の会」を開催し、使用している機関からのパスの問題点に関する意見も直接聞く。「連携の会」での意見を踏まえ研究会を開催し、必要があれば、パス等の改定を決定する。

パス改定にあたっては、今回は急性期病院、維持期の機関の意見を広く集約するため、急性期病院医師、開業医、介護支援専門員、訪問看護師、回復期病院のスタッフ等からなるワーキンググループを作る。ワーキンググループでパス改定案を作成する。研究会で改定したパスを決定する。

実施事項

①脳卒中地域連携クリティカルパスの医療・介護の現場での使用

②年3回の連携の会の開催と、使用状況の報告

③年2回の研究会の開催とパス等の改定

⑤ワーキンググループ作成

⑥年5回のワーキンググループの開催とパス改定案を作成

（1）脳卒中地域連携パス

①実施状況

日時・会場	内　　容	参加
平成２１年 ５月２７日（水） 午後５時～６時 富山市民病院	**第１回富山脳卒中地域連携の会 作業部会** 議題 ①患者状況の集計結果（平成 20 年 4 月～12 月分） ②各施設でのパスの適用状況 ③次回の当番幹事について 検討事項 ①急性期病院では、回復期病院へ転院する人にパスを適用 ②急性期病院の記載項目が多く負担が大きい ③回復期病院では、パスの運用により受け取る情報量が増え、リハビリが充実 ④次回の当番幹事は富山赤十字病院とする	40 名
５月２７日（水） 午後７時～８時 富山市民病院	**第１回富山脳卒中地域連携の会** ①急性期病院より運用状況の報告 （済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院 富山県立中央病院、富山市民病院） ②回復期病院より運用状況の報告 （アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテーション病院、八尾総合病院） ③意見交換	100名
７月１３日（月） 午後７時～ ８時３０分 富山市保健所	**第１回富山市脳卒中地域連携パス研究会** 議題 ①富山脳卒中地域連携パスの適用について ②富山脳卒中地域連携パスの改訂について ③連携の会の幹事病院 検討事項 ①パスの適応を急性期病院から回復期・維持期（在宅を含む）へ転院する人とする 施設入所は適応しない ②パスの記載内容を見直し改訂する ③ワーキンググループを開催し、改訂作業を行う ④連携の会の当番幹事は次回富山赤十字病院	14 名
９月３日（木） 午後５時～ ５時４５分 富山赤十字病院	**第２回富山脳卒中地域連携の会　作業部会** 議題 ①患者状況の集計結果 （平成 20 年 4 月～平成 21 年 3 月分） ②当番幹事の病院について ③患者状況のデータ収集について ④パスの様式の改訂について 検討事項 ①次回の当番幹事は済生会富山病院 時期は来年１～２月頃 ②患者状況のデータ収集は継続 ③各施設に委員を推薦してもらいワーキングを設置 改訂作業を行い、素案を作成	46 名

日時・会場	内　　容	参加
９月３日（木） 午後６時～ ７時５０分 富山赤十字病院	**第２回富山脳卒中地域連携の会** ①急性期病院より運用状況の報告 （済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院 富山県立中央病院、富山市民病院） ②回復期病院より運用状況の報告 （アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテーション病院、八尾総合病院） ③意見交換	88 名
１０月５日（月） 午後７時～ ８時３０分 富山市保健所	**第１回富山市脳卒中地域連携パスワーキング** 議題 ①富山脳卒中地域連携パスの見直しについて ②パスの改訂作業について 検討事項 ①パスの目的 ②パスの適応患者について ③様式（重複を避ける、維持期の望む情報） ④次回までの検討事項	23 名
１０月２６日（月） 午後７時～ ８時３０分 富山市保健所	**第２回富山市脳卒中地域連携パスワーキング** 検討事項 ①パスの目的・目標設定 ②パスの適応患者について ③アウトカムについて ④様式の改訂 ⑤運用について ⑥次回までに各施設にて改定案を提出	23 名
１２月１４日（月） 午後７時～ ８時３０分 富山市保健所	**第３回富山市脳卒中地域連携パスワーキング** 検討事項 ①各施設でのパス改定案について ②FAX 送信票とパス基本情報の一体化 ③紹介状やサマリーの必要性 ④今後のスケジュールの確認	18 名
平成２２年 １月２８日（木） 午後6時30分～７時 名鉄トヤマホテル	**第３回富山脳卒中地域連携の会 作業部会** 議題 ①パスの改訂状況 ②各施設からの意見の報告及び検討 ③FAX の送信票について	40 名

日時・会場	内　　容	参加
１月２８日（木） 午後７時～ ８時５０分 名鉄トヤマホテル	**第３回富山脳卒中地域連携の会** ①作業部会での検討事項についての報告 ②脳卒中地域連携パスの使用状況と診療報酬加算状況 ※学術講演会 講演Ⅰ「南砺市における地域医療連携の取り組み」 南砺波市民病院　院長　南　眞司　氏 講演Ⅱ「かかりつけ医からみた地域リハビリテーションの問題点」 矢野神経内科医院　院長　矢野　博明　氏 ※情報交換会	99 名
２月４日（木） 午後７時～ ８時３０分 富山市保健所	**第４回富山市脳卒中地域連携パスワーキング** 検討事項 ①これまでの意見を集約したパス改定案について ②マニュアルについて	19 名
２月２５日（木） 午後７時～８時 富山市保健所	**第５回富山市脳卒中地域連携パスワーキング** 検討事項 ①パス改定案についての検討 ②マニュアルについて ③運用状況の集計方法	19 名
３月４日（木） 午後７時～８時 富山市保健所	**第２回富山市脳卒中地域連携パス研究会** 検討事項 ①改定様式の決定 ②運用状況の集計方法の検討	14 名

②富山市脳卒中地域連携パスワーキング構成

区　　分	職　　種	人　数
急性期	医師	7
	看護師	2
	作業療法士	1
	理学療法士	1
	医療ソーシャルワーカー	1
回復期	医師	5
	理学療法士	3
	看護師	1
	医療ソーシャルワーカー	1
維持期	医師	2
	看護師	1
介　護	作業療法士	1
	介護支援専門員	1
	看護師	1

計　　２８

富山脳卒中地域連携パスVer.2　FAX送信票

取扱注意・紹介先FAX番号再確認
送信日　平成　　年　　月　　日

宛　先	紹介病院名
病院　　様 (FAX:　　)	病院　地域連携室 電話: FAX:　　担当者

平素は格別のご配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。脳卒中地域連携クリニカルパス対応の患者様が入院されており貴院への転院を希望されておられます。ご配慮のほどよろしくお願い申し上げます。

紹介患者基本情報

フリガナ 患者氏名	様	性別	男 ・ 女	生年月日	M・T・S・H　年　月　日（　）歳
		主治医名	科		
住所		電話	－　－	職業	
入院日	平成　年　月　日	初発・再発	□初発 □再発（初回　年　月　日）		
病型	□脳内出血 □脳梗塞 □くも膜下出血	今回発症日	平成　年　月　日		
部位	□右麻痺 □左麻痺 □両麻痺 □その他（　　） □無	手術日	平成　年　月　日		
		術式			
認知症	□有（軽度・ 中等度・ 重度） □無	発症前身障手帳	□有（種類　　級） □無		
発症前介護保険	□無 □有（要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5）				
既往歴及び受傷前に治療中の疾患	□高血圧（□継続中） □糖尿病（□継続中） □脂質異常症（□継続中） □心房細動（□継続中） □心筋梗塞/狭心症心不全（□継続中） □腎不全（□継続中） □肝不全 □継続中） □胃潰瘍（□継続中） □神経因性膀胱（□継続中） □アレルギー（□継続中） □整形外科的疾患（　□継続中） □白内障（□継続中） □緑内障（□継続中） □高次脳機能障害 □継続中） □抑うつ状態（□継続中） □その他（　）				
感染症既往	□肺炎（□継続中） □尿路感染（□継続中） □その他（　）	身長	cm	体重	kg
感染症	□検査無 □検査有　HBS（　）、HCV（　）、MRSA（　）、多剤耐性菌（　）、緑膿菌（　）				

発症前ADL □自宅 □施設 □その他		現在のADL	0点	1点	2点
食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	床上安静の指示	□なし	□あり	
排泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	どちらかの手を胸元	□できる	□できない	
更衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	寝返り	□できる	□つかまればできる	□できない
整容	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	起き上がり	□できる	□できない	
入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	座位保持	□できる	□支えがあればできる	□できない
移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	移乗	□できる	□見守り・介助必要	□できない
意思疎通	□良好 □やや困難 □困難（失語その他）	移動方法	□介助不要	□介助必要	
現在の摂食状態	□経口摂取 □経管栄養（　fr） □胃ろう（造設日　年　月　日　fr） □TPN □その他（　）	口腔清潔	□できる	□できない	
		食事摂取	□介助なし	□一部介助	□全介助
		衣服の着脱	□介助なし	□一部介助	□全介助
現在の食種	□常食 □ソフト食 □きざみ □ミキサー □ゼリー □とろみ □その他（　）	他者への意思の伝達	□できる	□できない時がある	□できない
		指示が通じる	□はい	□いいえ	
排泄動作	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	危険行動	□ない	□ある	
使用排泄用品	□トイレ □ポータブル □尿器 □留置カテーテル □おむつ	日常生活機能評価合計点	／19点		
		評価日	平成　年　月　日		
キーパーソン	続柄（　） 連絡先（　）	リハ終了後の退院希望先	□自宅 □施設（　） □他病院（　）□その他（　） □未定		

富山脳卒中地域連携パスVer.2　FAX返信票

取扱注意・紹介先FAX番号再確認
返信日　平成　　年　　月　　日

返信先	返信元病院名
病院　地域連携室 担当者様 FAX	病院　地域連携室 担当者 FAX
患者　　様	年齢　　歳　　性別　男　・　女

貴院よりご依頼のあった上記患者様は

□ 1　　月　　日（　　）、　転院予定としました。

　　時頃までに転院の準備をして当院にお越しください。

□ 2　転院の検討をさせていただきたく、事前に　　診察　・　面談　　をさせてください。

□ 診察は、　　月　　日（　　）　　時　　分　頃の予定です。

□ 面談は、　　月　　日（　　）　　時　　分　頃の予定です。

当日は　ご家族様　・　ご本人様　が、　紹介状　・　保険証

を持っておいでください。

□ 3　残念ながら、今回はお受けできません。理由は以下の通りです。

（　　）

備考

富山脳卒中地域連携パスVer.2（患者用）

説明日　平成

患者氏名　　様　　病名 □脳梗塞 □脳出血

病院名	急性期病院（　　）病院				
予定期間	全身状態がよければ1～（　　）週間で転院できます				
退院基準	病状が安定していること				
月日	／	／	／	／	／
経過	入院日	発症～1週目	1～2週目	2週～（　　）週目	転院前
治療内容	診断と治療の決定 手術 □有 □無	病状に応じた適切な治療を行います	症状により 治療、離床・リハビリを進めます	転院の準備をします	退院先と連絡をとります
検査	CT,MRIなど	患者さんの状態などにより、CT,MRIなどの検査を行います			
薬剤	常用薬・中止薬を確認します	点滴・内服などが行われます			薬剤師から薬の説明・指導を行います
安静度・リハビリ	今後のリハビリの仕方などを説明します	状態により異なりますが、一般には以下の順でリハビ 座る練習 → 立つ練習 → 平行棒内歩行練習 → 杖・歩行器歩行練習 → トイレ動作や着替えなどの日常生活動作の訓練もし 患者さんの状態により、訓練内容が決まります。また、自宅での訓練			
食事	原則、飲食はできません	食事が開始されます 経管栄養の場合あります	通常の食事になります しかし、患者さんによっては治療食になります		
清潔整容	身体拭き（清拭）をします	状態により清拭・洗髪をします		シャワーまたは入浴ができます （手術患者さんでは抜糸後）	
排泄	ベッド上での排泄になります	状態により尿の管が入っていることがあります	状態によって排泄方法を選択します		
患者・家族への説明	検査結果と治療方針 の説明があります	今後の方向性などスタッフと相談し決定します	地域連携室担当者が転院先や地域に連携をとり、退院後の調整をします		
入院時症状／退院時状態	【入院時症状】 □意識障害 □麻痺 □言語障害 □その他 （　　）	【退院時患者状態】平成　　年　　月　　日 移動能力 □独歩 □杖歩行 □車椅子移動 □車椅子要介助 □寝たきり 病院名 住所 電話番号 主治医		日常生活機能評価※※ 合計点　　／19点	
メモ					

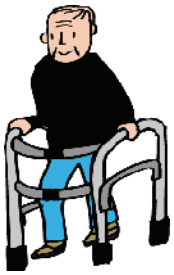
※上記の内容は、あくまでも計画であり、患者さんの状態などにより変更がありますので、ご了承く

治療計画の説明を受けましたので、地域連携診療計画書（患者用及び医療者用）を使っ

平成

年　月　日　説明者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

☐くも膜下出血

連携先病院（　　）病院		自宅・施設（　　）
合併症などがなければ、1～（　　）ヶ月間で退院できます 状態が安定し、支援の体制が整っていること		目標：再発予防と健康生活の維持
／ 転院時	／ 1～（　　）か月	／ 退院前
脳卒中と合併症などの基本的な検査をします	退院の方向性を決めます。外泊で自宅での生活に慣れましょう	退院後の支援体制が整っていることを確認しましょう
現在できる身の周り動作を続け、さらにできることを増やしましょう 閉じこもりを避け、社会参加を進めましょう 転倒予防と健康生活の維持を図ります		
転院時に血液検査や心電図、CT、MRIなどの基本的な検査が行われます		かかりつけ医などで定期的診察・検査を受けましょう
持参薬の確認と内服を継続します	内服薬や自己注射がご自分で管理ができるようにしましょう	内服薬や自己注射がご自分で管理できるようにしましょう 再発予防の薬の内服を忘れないようにしましょう
リが行われます 屋外歩行、階段昇降練習 ます 方法を学びましょう。		家事や外出をして、生活を豊かにしましょう 施設では生活に密着した日常生活動作を中心に訓練します 余暇活動にも積極的に参加しましょう 時々、装具のチェックもしてもらいましょう 新たに病気になったり、再発しないように適度な運動をしましょう
通常の食事になります 患者さんによっては治療食になります 可能であれば歯みがき、入浴などができます 車椅子・歩行器・杖でトイレまで移動して排泄を行いま	自宅への試験外泊をします スタッフによる住宅訪問などがあります	自宅では状態により各種介護サービスを利用しましょう 通所系サービス ☐通所リハビリ（☐短時間型） ☐通所介護 ☐短期入所療養介護 ☐短期入所生活介護 訪問系サービス ☐訪問介護　☐訪問リハビリ ☐訪問看護　☐訪問入浴
転倒予防や院内感染予防などの説明があります 介護教室などに参加しましょう	介護認定申請をします 住宅改修には介護保険を利用することができます 詳しくは地域連携室担当者へ	
【退院時患者状態】平成　年　月　日 移動能力 ☐独歩 ☐杖歩行 ☐車椅子移動 ☐車椅子要介助 ☐寝たきり 病院名 住所 電話番号 主治医	日常生活機能評価※※ 合計点　／19点	【受診1ヵ月患者状態】平成　年　月　日 移動能力 ☐独歩 ☐杖歩行 ☐車椅子移動 ☐車椅子要介助 ☐寝たきり 病院・医院名 住所 電話番号 主治医
		日常生活機能評価※※ 合計点　／19点

ださい　※※日常生活機能評価では合計点が低い程、できることが多いことになります。

ての連携を行うことに同意します。

年　月　日　署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

富山脳卒中　地域連携パスVer.2（医療者用）

時期	急性期				
病院名 入院日・帰宅日	（　　）病院 入院日　平成　　年　　月　　日				（　　） 入院日　平成
担当	主治医　　看護師 PT　　OT　　ST　　SW				主治医 PT　　OT
達成目標	発症前生活レベル □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ 目標生活レベル □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ				変更の有無 変更目標生活レベル
入院中の経過 （治療・処置・検査・薬剤）	手術日　平成　　年　　月　　日 術式　（　　） 手術日　平成　　年　　月　　日 術式　（　　） 注意事項 □シャント（圧　　） □ワーファリン服用 その他　（　　） □手術等に関することを患者・家族に説明 □転院先へ連絡・調整 □退院についての患者・家族への説明				□カンファレンスの開催 □患者・家族への病状の説明 装具処方 □無 （完成 介護保 □無 要支援 要介護 □1 身障手 □無
	急性期退院時状態　　退院日　　年　　月　　日				回復期退院時状態
到達生活レベル	退院時到達生活レベル □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ				退院時到達生活レベル
転倒歴	転倒歴：□無 □有（　　回）				転倒歴：□無 □有
高次脳機能障害など	認知症：□無 □有 その他（　　）				認知症：□無 □有
退院時確認事項など	□高熱(38度)なし □重大な合併症がない □全身状態が良い				□重大な合併症がない □
日常生活機能評価	0点	1点	2点		0点
床上安静の指示	□なし	□あり			□なし □
手を胸元まで持ち上げられる	□できる	□できない			□できる □
寝返り	□できる	□つかまればできる	□できない		□できる □
起き上がり	□できる	□できない			□できる □
座位保持	□できる	□支えがあればできる	□できない		□できる □
移乗	□できる	□見守り・介助必要	□できない		□できる □
移動方法	□介助不要	□介助を要する			□介助不要 □
口腔清潔	□できる	□できない			□できる □
食事摂取	□介助なし	□一部介助	□全介助		□介助なし □
衣服の着脱	□介助なし	□一部介助	□全介助		□介助なし □
他者への意思の伝達	□できる	□できない時がある	□できない		□できる □
診療上指示が通じる	□はい	□いいえ			□はい □
危険行動	□ない	□ある			□ない □
日常生活機能評価合計	合計点　　点				合計点
排泄動作	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				□自立 □見守り
使用排泄用品	□トイレ □ポータブル □尿器 □留置カテーテル □おむつ				□トイレ □ポータブル
現在の摂食状態	□経口摂取 □経管栄養（　　fr） □TPN □胃ろう（造設日　　年　　月　　日、　　fr） □その他（　　）				□経口摂取 □経管 □胃ろう（造設日 □その他（
本人の希望					
家族の希望					
コメント	□連携先病院退院後、当院受診をお願いします □連携先病院退院後はかかりつけ医での治療をお願いします				

患者氏名　　男・女

回復期	生活期（自宅・施設・病院）
）病院 年　月　日	支援施設・病院名（　　） 帰宅・入所・入院日　平成　年　月　日
看護師 ST　SW	主治医　看護師 ケアマネジャー
□有　□無 □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ	変更の有無　□有　□無 維持期での変更目標生活レベル □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ
□有 月　日） 険申請 □有 □1 □2 □2 □3 □4 □5 帳申請 □有 （　級） □退院前自宅訪問 □退院時カンファレンス □患者・家族への説明 □関係スタッフ間の調整	【受診後1ヶ月間の経過】 □ケアカンファレンスの開催 □患者・家族への病状の説明 自立度 □J-1 □J-2 □A-1 □A-2 □B-1 □B-2 □C-1 □C-2 要介護度 要支援 □1 □2 要介護 □1 □2 □3 □4 □5 【利用しているサービス】 通所系 □通所リハビリ（□短時間型） □通所介護 □短期入所療養介護 □短期入所生活介護 訪問系 □訪問介護 □訪問リハビリ □訪問看護 □訪問入浴
退院日　年　月　日	受診後1ヵ月状態　年　月　日
□0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ	受診1ヵ月到達生活レベル □0 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □Ⅴ
（　回）	転倒歴：□無 □有（　回）
その他（　）	認知症：□無 □有　その他（　）
家族の理解がある □支援体制が整っている	再発 □無 □有　生活場所 □自宅 □施設 □病院 □他（　）

1点	2点	0点	1点	2点
あり		□なし	□あり	
できない		□できる	□できない	
つかまればできる	□できない	□できる	□つかまればできる	□できない
できない		□できる	□できない	
支えがあればできる	□できない	□できる	□支えがあればできる	□できない
見守り・介助必要	□できない	□できる	□見守り・介助必要	□できない
介助を要する		□介助不要	□介助を要する	
できない		□できる	□できない	
一部介助	□全介助	□介助なし	□一部介助	□全介助
一部介助	□全介助	□介助なし	□一部介助	□全介助
できない時がある	□できない	□できる	□できない時がある	□できない
いいえ		□はい	□いいえ	
ある		□ない	□ある	

点	合計点　点
□一部介助 □全介助 □尿器 □留置カテーテル □おむつ	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □トイレ □ポータブル □尿器 □留置カテーテル □おむつ
栄養（　fr）□TPN 年　月　日　、　fr） ）	□経口摂取 □経管栄養（　fr）□TPN □胃ろう（造設日　年　月　日　、　fr） □その他（　）

裏面もあります

富山脳卒中　地域連携パスVer.2（医療者用）到達ステップ表

時期	急　性期 （　　）病院				
ステップ	ステップⅠ	ステップⅡ	ステップ　Ⅲ	ステップⅣ	ステッ
健康維持・再発予防	□ 治療法の理解と同意 （　／　）	□ 治療への自主的な取り組み （　／　）	□ 内服薬等自己管理 （　／　）	□ 生活習慣の改善 （　／　）	□ 治療法の （　／
移動能力 （　／　）内にはリハビリ場面での自立した日を記入 最終：には退院時の介助量をチェックください	□ 起き上がり （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 車椅子駆動 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 杖歩行 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 階段昇降 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 起き上 （　／ 最終： □ 全介助 □ 見守り
	□ 端座位 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 起立～立位 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り □ 移乗 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 独歩 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 屋外歩行 （　／　） 最終： □ 全介助 □ 要介助 □ 見守り	□ 端座位 （　／ 最終： □ 全介助 □ 見守り
排泄動作	□ 留置カテーテルやおむつ使用	□ 要介助 （　／　）	□ 見守り （　／　）	□ 自立 （　／　）	□ 留置カテおむつ
摂食・嚥下	□ 経管栄養開始 （　／　）	□ 経口介助 （　／　）	□ 見守り （　／　）	□ 自立 （　／　）	□ 経管開始 （　／
言語理解	□ 限られた言葉のみ （　／　）	□ 簡単な内容（要配慮） （　／　）	□ 簡単な内容 （　／　）	□ 理解可能 （　／　）	□ 限られた （　／
言語表出	□ 限られた言葉のみ （　／　）	□ 簡単な内容（要配慮） （　／　）	□ 簡単な内容 （　／　）	□ 表出可能 （　／　）	□ 限られた （　／
社会的交流	□ 家族との交流	□ 職員との交流	□ 他患者との交流	□ 社会/地域との交流	□ 家族と
患者心理	□ 意識の安定	□ 混乱期	□ 再適応の努力	□ 日常生活への自信	□ 意識の

【生活レベル分類】

	生活レベル分類（mRSより）
0	全く症状なし
Ⅰ	何らかの症状はあるが障害はない：通常の仕事や活動は全て行える
Ⅱ	軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが、身の回りのことは援助なしでできる
Ⅲ	中等度の障害：何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
Ⅳ	中等度から重度の障害：援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
Ⅴ	重度の障害：寝たきり、失禁、全面的な介護

患者氏名

回復期（　　）病院				生活期（医療機関・施設名）（　　）
プⅠ	ステップⅡ	ステップⅢ	ステップⅣ	受診後1ヵ月の到達レベル
理解と同意 （　　）	□治療への自主的な取り組み （　／　）	□内服薬等自己管理 （　／　）	□生活習慣の改善 （　／　）	□治療法の理解と同意 □治療への自主的な取り組み □内服薬等自己管理 □生活習慣の改善
がり （　　） □要介助	□車椅子駆動 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	□杖歩行 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	□階段昇降 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	□起き上がり □端座位 □車椅子駆動 □起立～立位 □移乗 □杖歩行 □独歩 □階段昇降 □屋外歩行
（　　） □要介助	□起立～立位 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り □移乗 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	□独歩 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	□屋外歩行 （　／　） 最終： □全介助 □要介助 □見守り	
ーテルや 使用	□要介助 （　／　）	□見守り （　／　）	□自立 （　／　）	□留置カテーテルやおむつ使用 □要介助 □見守り □自立
栄養 （　　）	□経口介助 （　／　）	□見守り （　／　）	□自立 （　／　）	□経管栄養 □経口介助 □見守り □自立
言葉のみ （　　）	□簡単な内容（要配慮） （　／　）	□簡単な内容 （　／　）	□理解可能 （　／　）	□限られた言葉のみ □簡単な内容（要配慮） □簡単な内容 □理解可能
言葉のみ （　　）	□簡単な内容（要配慮） （　／　）	□簡単な内容 （　／　）	□表出可能 （　／　）	□限られた言葉のみ □簡単な内容（要配慮） □簡単な内容 □表出可能
の交流	□職員との交流	□他患者との交流	□社会/地域との交流	□家族との交流 □職員との交流 □他患者との交流 □社会/地域との交流
安定	□混乱期	□再適応の努力	□日常生活への自信	□意識の安定 □混乱期 □再適応の努力 □日常生活への自信

富山脳卒中
地域連携パス Ver. 2
手引書

2010 年度

富山市脳卒中地域連携パス研究会

目　　次

１　基本的な考え方　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

２　使用にあたっての注意点　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１

３　連携パスの記載にあたっての注意点など　・・・・・・・・・・・・・・・・３

４　運用方法　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・５

５　様　　式
（１）富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票　・・・・・・・・・・・・・・・・７

（２）富山脳卒中地域連携パス返信票　・・・・・・・・・・・・・・・・・・８

（３）富山脳卒中地域連携パス（患者用）　・・・・・・・・・・・・・・・・９

（４）富山脳卒中地域連携パス（医療者用）　・・・・・・・・・・・・ 11・12

1　基本的な考え方

（1）富山脳卒中地域連携パス Ver.2（以下、「連携パス」という）は、患者さんの疾病の回復過程に応じて急性期・回復期・生活期における医療サービスと情報が切れ目無く進んでいくためのツールとして活用されることを目的に作成しました。
（2）各期のスタッフが統一した尺度を用いて治療・ケアを行うことで、富山圏域における医療の質の向上と効率化を図り、脳卒中患者を支えることを目的としています。
（3）急性期から回復期病棟（病院）または生活期施設・病院に転院する症例を対象とします。急性期から直接自宅に戻る軽症例は除外することとします。重度な意識障害症例も除外しますが、重度患者であってもリハビリを必要とする症例は対象とします。
（4）modified Rankin scale（mRS）を基に作成した「生活レベル分類」で、患者さんの各時期での達成目標を設定することにしました。合併症やその他で機能の変化があれば目標を変更することができます。
（5）国際生活機能分類（ICF）に沿った事項を「ステップ」として呈示し、達成日を記録しました。これにより、患者さんの生活復帰にむけた各機能の変化が担当者に理解できます。
（6）紹介状、経過報告書、退院時サマリー等は今までどおり連携先へ送ることを前提に、この連携パスは作られています。従って、それらに書かれる内容と出来るだけ重複しないように、本パスの内容を吟味しました。また、パスに記載できない重要な情報は紹介状等に記載していただくことにしました。

2　使用にあたっての注意点

富山脳卒中地域連携パスは①「富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票」、②「富山脳卒中地域連携パス返信票」、③「富山脳卒中地域連携パス（患者用）」、④「富山脳卒中地域連携パス（医療者用）」の４部から構成されています。
どこをどの職種が記載するかは、各医療機関・施設であらかじめ取り決めておいてください。

（1）富山脳卒中地域連携パス FAX 送信票・返信票

FAX 送信票は「紹介患者基本情報」の提供書でもありますので、パスの一部として保存してください。また、急性期から回復期、回復期から次の連携先施設へは、「紹介患者基本情報」欄も他の書類等と一緒に送ってください。

（２） **富山脳卒中地域連携パス（患者用）**

（ア）連携パス（患者用）は診療報酬上の「地域連携診療計画書」となります。従って、これを使って急性期病院入院１週間以内に患者さん・家族に今後の診療計画を示してください。その時、患者さんまたは家族のサインをもらってください。

（イ）病名、手術の有無、入院時症状などの欄にチェックを入れてください。また連携先病院が既に決定しているのであれば記入をしてください。予定入院期間を記入してください。

（ウ）病状やパスに書かれた内容などを説明した後、コピーを患者さん・家族に手渡して、原本はカルテと一緒に保存してください。退院（転院）時にもう一度記載があります。

（エ）転院時に「月日」、「退院時患者状態」、「日常生活機能評価」を記入して、もう一度コピーを患者さん・家族にお渡しください。カルテにもコピーを残し、原本を連携先病院に連携パス（医療者用）、紹介状等と一緒に送ってください。

（オ）回復期では連携パス（患者用）の原本を受け取り、入院予定期間や今後のリハビリなどの予定を説明してください。署名は要りません。患者さんが退院される時、「退院時患者状態」および「日常生活機能評価」の合計点を記入してください。そして、そのコピーを患者さん・家族に渡し、原本を次の紹介先の生活期病院・診療所に連携パス（医療者用）、紹介状、サマリーとともにお送りください。

（カ）生活期病院・診療所では介護保険等で受けるサービス内容を連携パス（患者用）の所定の部位にわかる範囲でチェックを入れていただき、受診後１ヵ月に患者状態の欄にもチェック等を入れてください。

（キ）それを連携パス（医療者用）とともに受診後１ヵ月に紹介元病院（回復期病院など）にFAXでお送りください。

（３）**富山脳卒中地域連携パス（医療者用）**

（ア）連携パス（医療者用）はオーバービュー式としました。

（イ）「発症前生活レベル」は、mRSを基にした評価法で判断してください。また、最終的な目標（アウトカム）を入院１週間前後に目標生活レベルで予想してください。

そして、患者さんの転院時、達成できた生活レベルも同様に評価して、記載ください。

（ウ）自宅と老人保健施設などを「生活期」にまとめました。パスの終了する時期（エンドポイント）は急性期・回復期病院から退院して医療機関に受診後１ヵ月としてください。最終評価をしていただいた時点でこのパスは終了となります。

（エ） 各病期の担当欄の項目にチェックまたは記入をお願いします。そして、次の紹介先に連携パス（患者用）、紹介状、サマリーとともに送ってください。生活期では受診後１ヵ月に評価していただき、連携パス（医療者用）を連携パス（患者用）と一緒に紹介元病院に送ってください。

３　連携パスの記載にあたっての注意点など

（１） 生活レベル分類

modified Rankin Scale(mRS)を元に分類しました。

0	全く症状なし
Ⅰ	何らかの症状はあるが障害はない：通常の仕事や活動は全て行える
Ⅱ	軽微な障害：これまでの活動の全てはできないが、身の回りのことは援助なしでできる
Ⅲ	中等度の障害：何らかの援助を要するが、援助なしで歩行ができる
Ⅳ	中等度から重度の障害：援助なしでは歩行はできず、身の回りのこともできない
Ⅴ	重度の障害：寝たきり、失禁、全面的な介護

（２）ステップ

（ア）ステップの欄では達成日を記入してください。リハビリ場面などで出来るようになった日を「達成日」としてください。この日を明確に判定することが困難な場合がありますが、数日の誤差があってもかまいません。訓練の開始日ではありません。経管栄養は開始日を記載してください。但し、「社会的交流」「患者心理」では、日付の記載はいりません。経過中に達成されていれば、チェックをつけてください。

（イ）どの職種がどこを記載するかは、各医療機関、施設で話し合って決めてください。

（３） 項目の説明

健康維持・再発予防	治療法の理解と同意	治療法などの説明を行い、患者さん本人が理解されているか否か、そして同意が得られたかを判断します。家族の同意が得られていても、本人が意識不明で理解が困難な場合には記載はできません。
	治療への自主的な取り組み	治療者側の主観的な判断で記入してください。達成日を記入することが困難であれば、チェックのみで良いです。
	内服薬等自己管理	本人が自分で薬を管理できるようになった日を記載してください
	生活習慣の改善	喫煙、飲酒、運動習慣などでの改善があった日付を記載してください。

移動能力（注＊）	起き上がり	つかまってでも自分で起き上がりができるようになった状態。
	端座位	ベッドの端で座位が取れる状態。手すりにつかまっても良い。
	車椅子駆動	自力で駆動できる状態。空間無視や認知症などで危険を伴うために見守りが必要な場合は不可とし、見守りにチェックをつけてください。
	起立～立位	自力で立ち上がり、立位保持ができる状態。手すりを使用しても良い。
	移乗	手すりを使用してでも、車椅子への移乗が可能な状態。
	杖歩行	杖や歩行器を使って歩く。 補装具（短下肢装具など）を使用していても良い。
	独歩	屋内歩行可能。但し下肢装具をしていても良い。
	階段昇降	手すりを使用しての階段昇降ができれば可。
	屋外歩行	屋外歩行が可能な状態。補装具（杖、下肢装具など）をしていても良い。
排泄動作	留置カテーテルやおむつ使用	尿意がなく、留置カテーテルやおむつ使用。
	要介助	パンツやズボンの上げ下げや、便器に座る等に介助が必要。
	見守り	転倒や失禁の危険性があり、排泄動作に見守りが必要。
	自立	手すりを使用していても、すべて自立。
摂食・嚥下	経管栄養	経口摂取が困難で経管での栄養摂取をしている状態。開始日がわかれば記載してください。
	経口介助	経口での摂取は可能であるが、介助が必要とする状態。
	見守り	経口摂取が可能であるが、声かけや見守りが必要な状態。
	自立	自力での摂食が可能。
言語理解	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ理解可能。
	簡単な内容（要配慮）	簡単な内容の理解が介助や配慮があれば可能。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の理解が可能。
	理解可能	日常生活で必要な言語の理解可能。
言語表出	限られた言葉のみ	全く困難か、あいさつなどの限られた言葉のみ表出可能。
	簡単な内容（要配慮）	簡単な内容の表出が介助や配慮があれば可能。
	簡単な内容	基本的な要求など簡単な内容の表出が可能。
	表出可能	日常生活で必要な言語の表出可能。
社会的交流	家族との交流	会話などの交流が家族のみに限られている状態。
	職員との交流	看護師・リハスタッフなどとの交流が可能な状態。
	他患者との交流	他の患者との交流が見られる状態。スタッフの励ましや助言があっても良い。交流にあって自分をコントロールすることができる。
	社会／地域との交流	患者本人から他の患者に声掛けなどをして交流の機会を作ったり、病棟内でのゲームなどに積極的に参加する状態。自宅にあってはデイサービスや地域の行事などに参加する状態。
患者心理	意識の安定	不穏や夜間せん妄が無い状態。障害について正確には認識されていない。
	混乱期	障害への悲観的な態度から立ち直りつつある状態で、家族や周囲の人のことも考えられる状態。
	再適応の努力	機能回復や ADL に関しての機能訓練など積極的になっている。障害を受け入れる準備ができている。
	日常生活への自信	生活自立に向けて、退院後の問題解決に積極的である。在宅での生活・就労などに自信を持てる状態。障害の受け入れが出来ている。

注＊：一段目の（　　）内にはリハビリ場面で達成した日を記入してください。最終とは退院時の必要な介助量です。あてはまる介助量を「全介助・要介助・見守り」の中からチェックしてください。

（4）障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランクＪ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1　交通機関等を利用して外出する 2　隣近所なら外出する
準寝たきり	ランクＡ	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1　介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2　外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクＢ	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ 1　介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う 2　介助により車椅子に移乗する
	ランクＣ	一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する 1　自力で寝返りをうつ 2　自力で寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

4　運用方法

（1）　用紙は手書き用のみ用意しました。他の施設へ紹介されるときは必ず原本をお送りください。患者さん・家族には連携パス（患者用）のコピーを手渡してください。

（2）　急性期病院→連携先（回復期）病院

FAX で転院依頼を行う時は FAX 送信票にある「紹介患者基本情報」および主治医紹介状を、転院時には連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と入院科以外の受診科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。もし、FAX 送信以後に患者さんの症状等に変化があった場合には、その内容を記載した主治医からの紹介状を添えてください。

（3）　連携先（回復期）病院→生活期（医療機関・施設）

FAX 送信票にある「紹介患者基本情報」と連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本と主治医および他科の紹介状、看護・リハサマリーなどをお送りください。

（4） 生活期（医療機関・施設）

受診後１ヵ月に連携パス（患者用）、連携パス（医療者用）の原本の所定の欄に記入していただき、原本を連携先病院（回復期病院）に送り返してください。

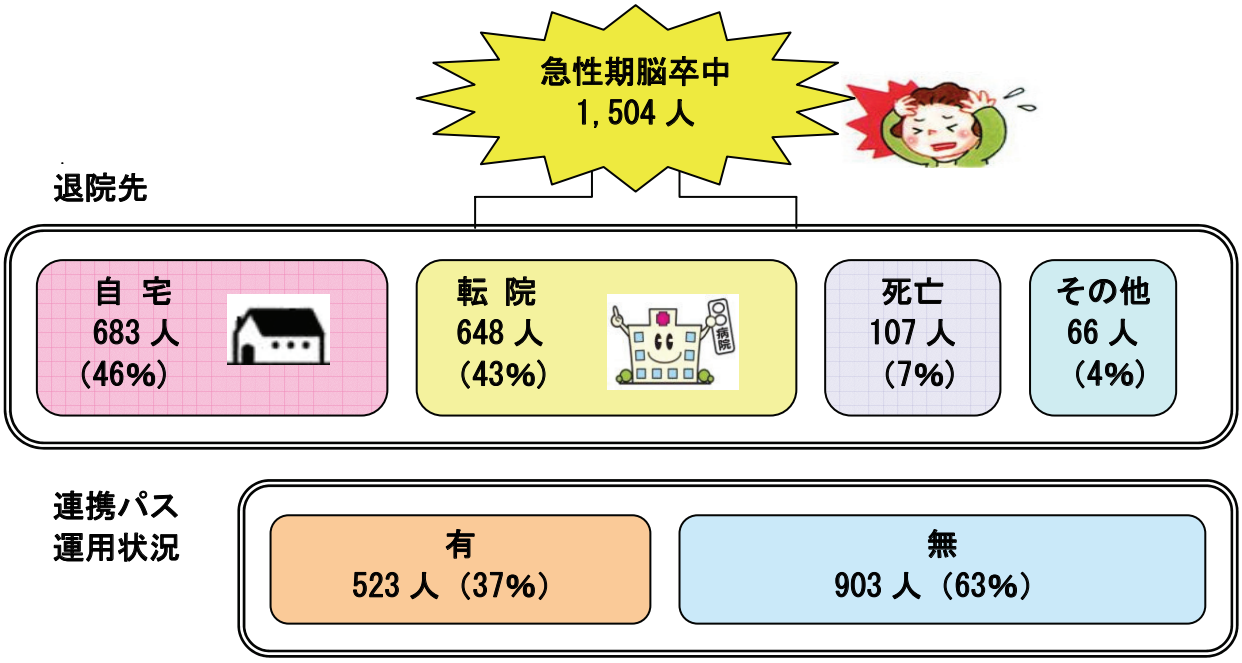
（5） その他（回復期から急性期への逆紹介の場合など）

再発や他の合併症の悪化などで紹介元病院などへ逆紹介した場合には、その時点でパスは終了します。その旨を急性期病院へ伝えてください。

富山脳卒中地域連携パス運用状況（平成 20 年 4 月 1 日～平成 21 年 3 月 31 日）

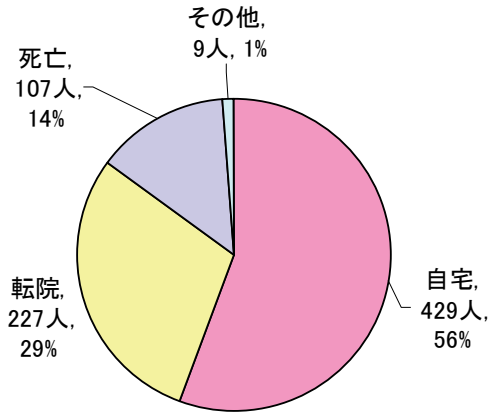
（ア）急性期病院での転帰とパスの運用状況

急性期病院：済生会富山病院、富山赤十字病院、富山大学附属病院
富山県立中央病院、富山市民病院

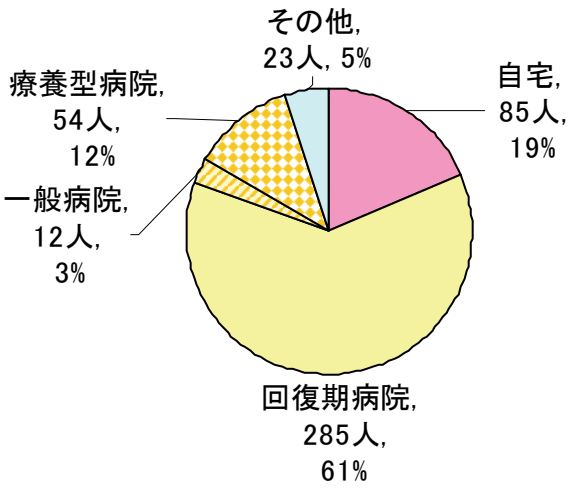


（イ）パスの適応の有無別による転帰

パス適応なし



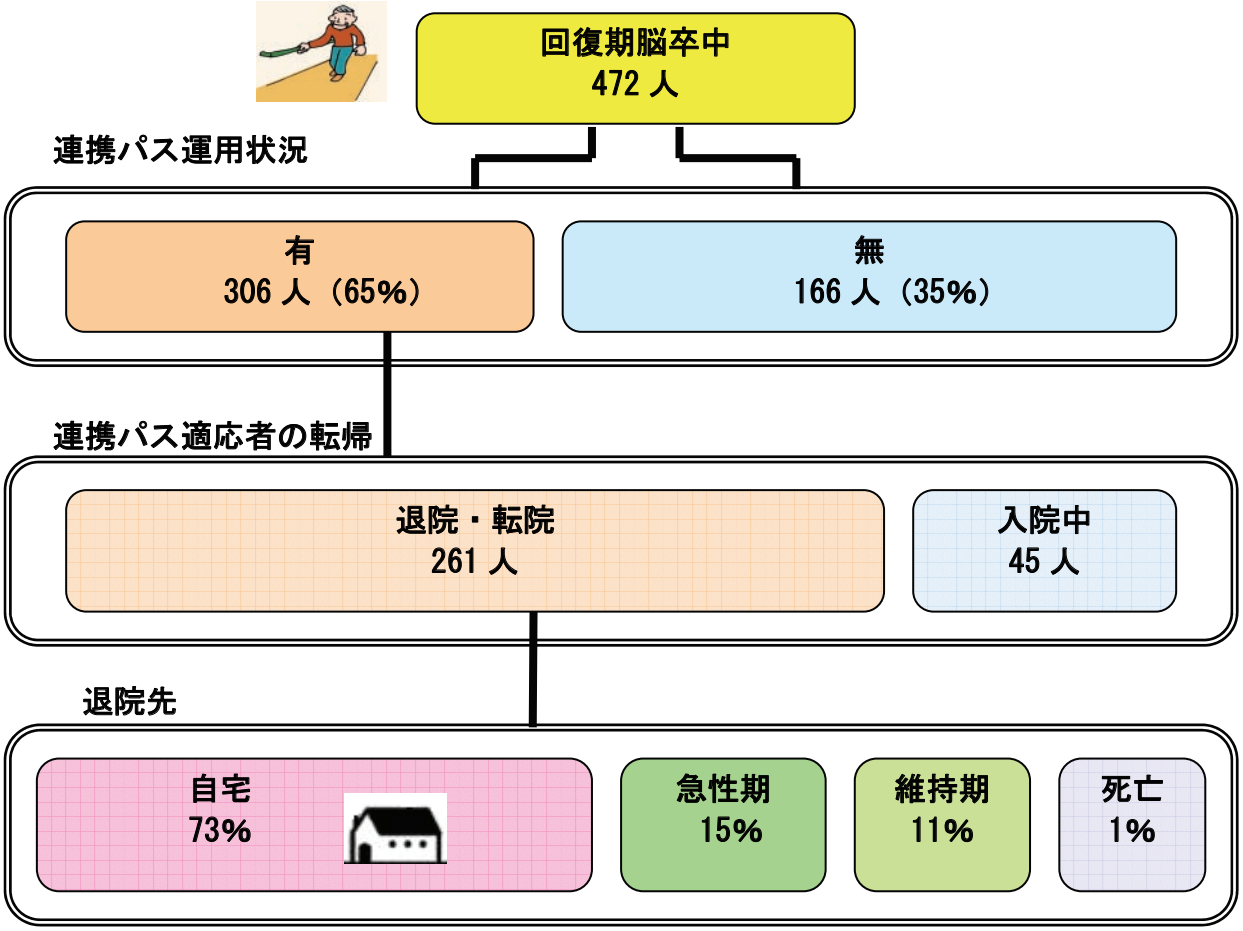
パス適応あり



自宅復帰例は最初からパスの適応外としている病院が多い。

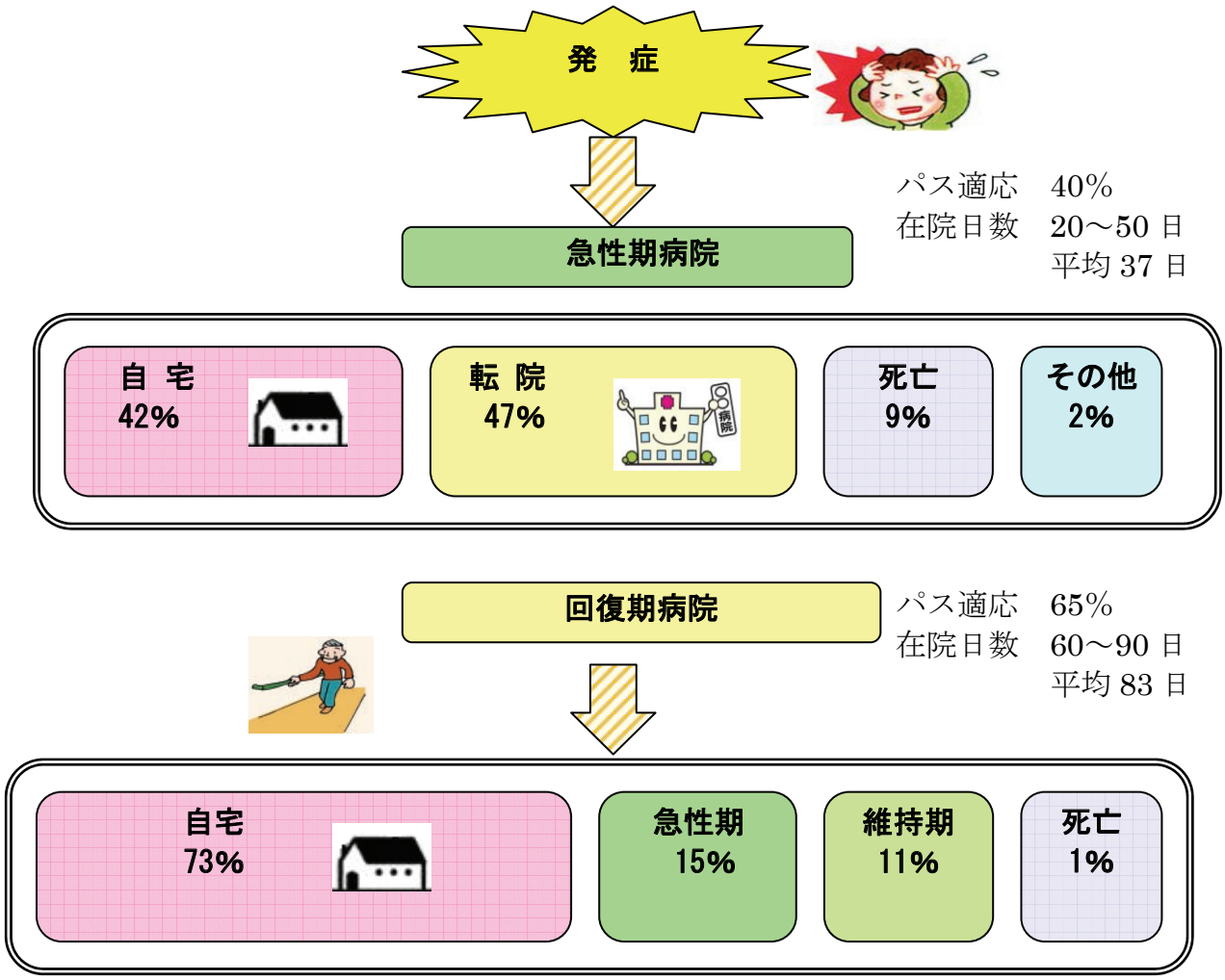
（ウ）回復期病院での転帰とパス運用状況
回復期病院：アルペンリハビリテーション病院、高志リハビリテーション病院、
八尾総合病院





急性期病院への転院の理由として、脳卒中の再発、肺炎などの合併症によるもの

（エ）脳卒中患者の流れ


発　症
パス適応　40%
在院日数　20～50 日
平均 37 日
急性期病院
自 宅
42%
転 院
47%
死亡
9%
その他
2%
回復期病院
パス適応　65%
在院日数　60～90 日
平均 83 日
自宅
73%
急性期
15%
維持期
11%
死亡
1%

循環型地域連携パスグループ

1．事業の要約

４疾病のひとつとして糖尿病をモデルに全県共用パス（循環型地域医療連携システム）をどう地域に取り入れるか、また、４疾病ではないが保健所が地域の中で地域医療連携に関わりやすいモデルとして結核を対象に診断のための地域医療連携パスの構築、さらに、地域医療連携パス作成の前提となる地域医療連携の構築における保健所の役割、住民を取り込んだ形での地域医療連携を保健所としてどのように展開していくかということを課題とした。

糖尿病の地域医療連携パスに関しては、千葉県では各地域ではなく、まず全県共用のパスを作成した。全県共用パスを基にどう安房地域で利用するかを議論した。糖尿病専門医と“かかりつけ医”、あるいは、内科医と眼科医のワーキングにおいて、全県共用パスの地域での実施をするに当たり、まず、パスとして利用する前段階で地域の中での紹介状がわりにつかえないだろうかという意見が出てきた。パスを紹介状として使い、利用する段階でいい面、悪い面の評価をして地域医療連携パスに育てていこうということであった。

結核に関しては、既に国内で院内ＤＯＴＳ、地域ＤＯＴＳを結びつけるという意味で地域医療連携クリティカルパスの作成がされている。本事業では、高齢者結核対策の一環として、高齢者の長期療養施設入所者を対象とした、結核の早期発見を目的とする地域医療連携クリティカルパスの構築を行った。これは、高齢者、長期療養施設という結核の二重のリスクの人をどの様にして、施設、医療機関が協力して早く見つけるかということを目的とした。さらに、保健所の地域医療連携の関わり方、住民を巻き込んだ形での地域医療連携についても検討を加えた。

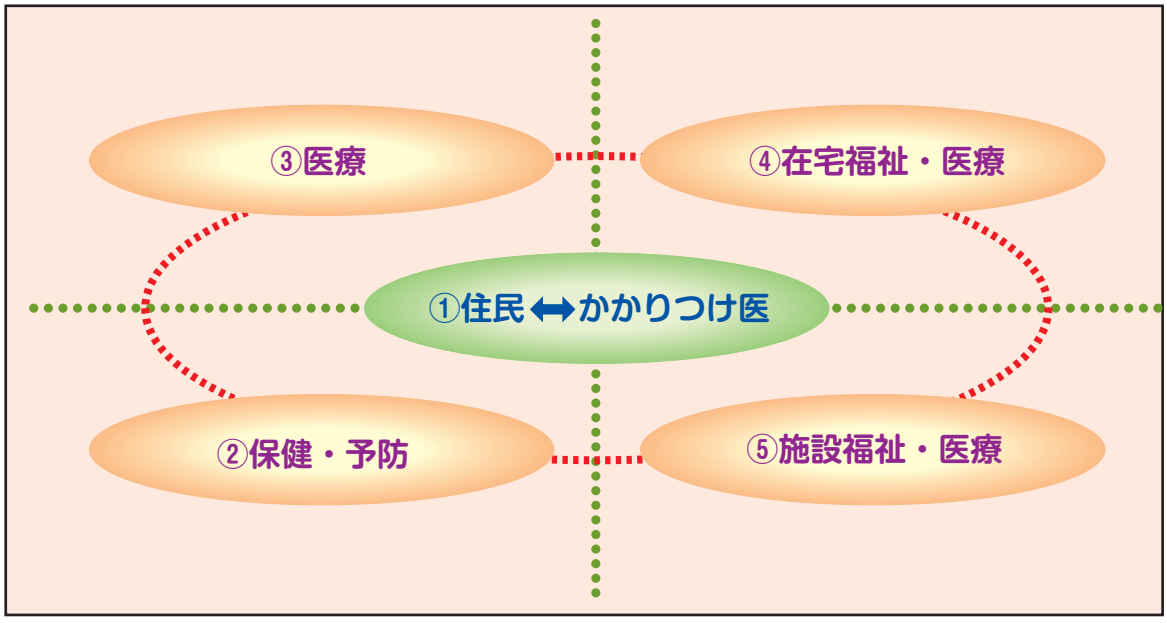


図１．循環型地域医療連携システムのイメージ

住民とかかりつけ医の関係を基盤にして、健康づくりとしての保健・予防、そして、医療、福祉に関しては、在宅の場合と施設の場合に分け、それらを有機的に結びつけ、疾病の発症予防、発症した場合の合併症、あるいは、重症化の阻止ということを目指した。

2．全県共用パスと地域での実施

2－1．千葉県の全県共用パスの進捗状況について

千葉県においては、患者が疾病の段階に応じて最も適切な医療資源を利用することができる流れを構築することを目指してきたが、その中で、「地域医療連携パス」を全県共用化した方がいいのではないかという意見が出された。これに対する積極的賛成意見としては、「同じ疾病で地域医療連携パスが複数できると、医療機関が混乱するので共用化が望ましい」、「診療計画や診療経過に関する説明が容易となり、平準化された説明で患者の退院、転院等に対する適確な理解が促進される」、「地域医療連携パス共用モデルの提示等により、医療機関ごとの地域連携パスの作成や運用に係る手間が軽減される」等であった。反対に消極的な意見としては、「二次保健医療圏ごとに地域医療連携パスの共用モデルを作成するような医療機関（急性期病院等）がない」、「地域医療連携パスの作成や運用に係る手間を考えると、医療機関のメリットが少ない」という意見があった。病院関係者からは、「院内のパスは個別に作成して差し支えないが、連携パスは共用化することが重要である」、「全県共用パスの作成と各圏域における連携の促進は、それぞれの課題として取り組む必要がある（パスの様式は全県共用でも、連携は各圏域で進める）」などの意見を得た。これらの結果を踏まえ、千葉県医師会、基幹病院関係者等とともに、４疾病ごとの全県共用「地域医療連携パス」の作成・普及を目指すこととし、４疾病ごとにワーキンググループを立ち上げ、県内のどの地域でも共用できる地域医療連携パスの作成を検討し、例示モデルとして完成させた。

平成20年９月から平成21年２月にかけて４疾病のワーキンググループを開催し、平成21年２月25日には、県内全医療機関を対象とした、「千葉県医師会・関係病院・県の協働による「全県共用の地域医療連携パス」の例示モデルに関する研究会（シンポジウム）」を開催した。

さらに連携パスの全県に渡る普及を図るために、平成21年４月27日（月）に県と県医師会との協働により「千葉県共用地域医療連携パス」専用ホームページを開設した。

・千葉県庁健康福祉部健康福祉政策課のホームページは、
http://www.pref.chiba.lg.jp/syozoku/c_kenfuku/index.html

・千葉県共用地域医療連携パスのホームページは、
http://www.renkei-path.org/

２－２．安房地域での全県共用パスの実施に向けての取組み

全県共用パスが県内の医療機関に提示され、４疾病それぞれについて100以上の医療機関が共用パスの普及に協力すると回答した（表１）。安房地域においても６～８の医療機関が普及に協力すると回答した。糖尿病に関しても、千葉県全体で147医療機関、安房地域だけでも８医療機関が普及協力医療機関となった。

これらの状況の中で、安房地域で糖尿病の全県共用パスを普及するにはどうしたらいいのかという課題のもとに、“かかりつけ医”と“糖尿病専門医”のワーキングを開催するとともに、糖尿病の合併症の地域連携ということで、安房地域の全眼科医と糖尿病専門医との会合も開催した。その中で、安房地域で全県共用パスを利用する上で、表２に記載してあることが課題として浮かび上がった。表中の最後に記載してある中核医療機関における糖尿病の診療体制の立て直し以外は、他の地域でも共通する内容だろうと思われた。

会議を重ねる中で、まずパスを紹介状として使用して、その中で、問題点を洗い出しながら、安房地域で使用開始できないだろうかということがあがった。

現在、安房地域で、全県共用パスをまず紹介状がわりに使用して、次のステップとして地域連携クリティカルパスとして開始しようという方向で関係機関と調整を図っていくことになった。

表１．千葉県共用パスの普及協力医療機関数（平成２２年２月１２日現在）

	千葉県全体	安房地域
がん	１１１	6
脳卒中	１３３	7
急性心筋梗塞	１１９	7
糖尿病	１４７	8

表２．全県共用パスを地域で利用する上での課題

- “かかりつけ医”と“糖尿病専門医”の役割分担をどうするか＝どのレベルで“かかりつけ医”から“専門医”に紹介するか。
- 誰を専門医と考えるか＝糖尿病専門医だけでいいのか。
- 糖尿病管理指導料の扱いをどうするか。
- “かかりつけ医”と“専門医”のいる診療所同士の連携（診診連携）は可能か。
- “かかりつけ医”から“眼科医”への紹介はどうするか。
- 中核医療機関での糖尿病診療体制の立て直しはどうなるのか。

3．住民との連携のための健康（糖尿病）フォーラムの開催

3－1．住民と医療提供側との協同の必要性について

糖尿病の特徴として、自覚症状があまりない、長い医療との関わりが必要、栄養・運動など個人が主体的に取り組むことが必要なものがある、というようなことがあげられていた。そうすると、単純に地域医療連携ができれば地域の糖尿病がよくなるかというと、住民のより積極的な関与が必要だと感じられた。

本研究の初年度の住民調査（2008年２月）でも、小学校１年生の母親で“自分の生活習慣病”を心配している人は67%もいた。中学校２年生の母親も70%が心配していた。そこで、住民を巻き込んだ地域医療連携を目指し“健康フォーラム”を開催することとした。

3－2．住民・患者を巻き込んだ形での健康フォーラムの開催

２月１１日（水）（建国記念日）に“健康フォーラム”を開催した。高齢化の進んでいる地域という特性も踏まえ、糖尿病だけでなく、介護予防も含めた、総合的なフォーラムとした。管内に鋸南町の介護予防事業の実演を含めた紹介の後、糖尿病専門医による糖尿病についての一般向け講演を行い、その後、糖尿病の患者さん３人に自分の病気の体験談を語って頂き、その後、会場との対話を行った。

来場者は140名で、その45%の63名の方が健康フォーラムのアンケートに回答した。その結果より、来場者は39歳以下の比較的年齢の低い人から70歳以上の人まで幅広く参加していた（図３）。男女比では、男性が約70%。女性が30%となっていた。来場した動機とてしては、“自分自身にとって必要と思ったから”とアンケート回答者の60%以上が回答していた（図４）。“家族にとって必要だから”と回答した人は、約30%となっていた。

アンケート回答者の92%は、今回のような健康フォーラムに再度参加したいと答えていた。

表３．健康フォーラムの内容

あいさつ
　安房医師会　　原　　徹　副会長
　千葉県健康福祉部　野村　隆司　技　監
　　第１部「笑って楽しく　介護予防」
　　• 鋸南町の介護予防事業の紹介
　　• 鋸南町の介護予防事業参加者による発表
　　第２部「本当は怖い糖尿病」
　　• 講師　青柳内科クリニック　青柳　和美　院長
　　• 糖尿病患者さんの体験発表　3名
閉会

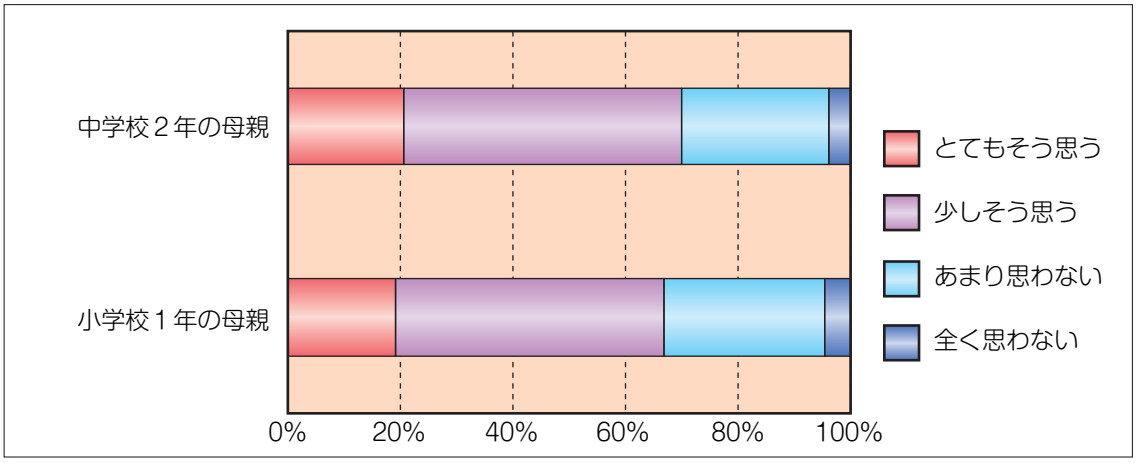


図２．小学校１年と中学校２年の母親の生活習慣病を心配している割合（%）

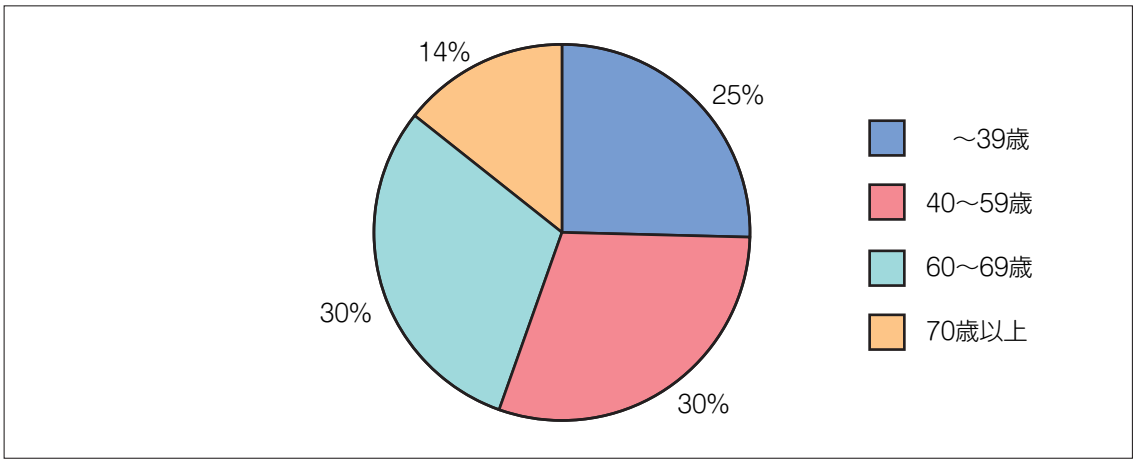


図３．健康フォーラム参加者の年齢分布

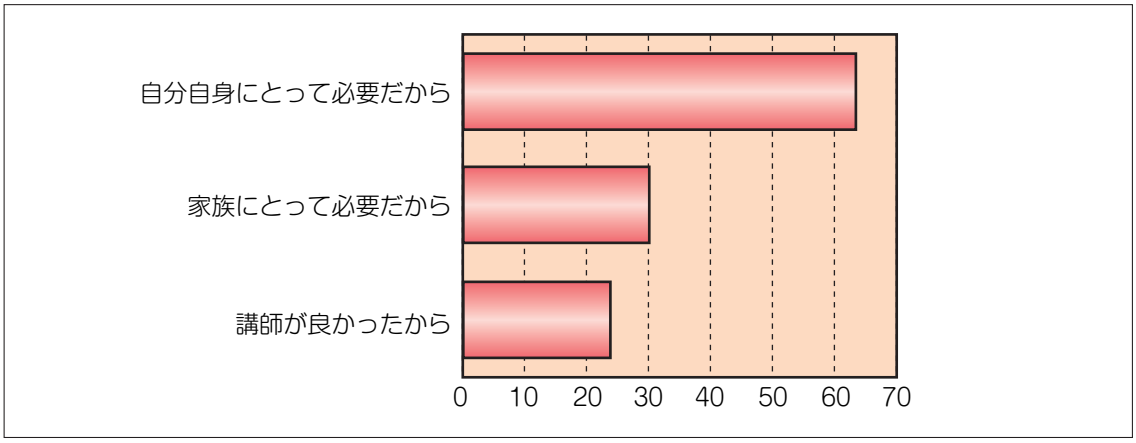


図４．健康フォーラム参加者の動機（有効回答に対する%、複数回答）

４．早期診断を目指した結核のパスの実施

４－１．保健所が取り組みやすい結核パス

地域連携クリティカルパスに取り組む中で、保健所が最も関わりやすい疾病ということで結核のパスというものを考えた。

すでに結核治療に関しては、院内ＤＯＴＳ・地域ＤＯＴＳという仕組みがあり、それらをまとめる形での治療のためのパスが各地域で運用されていた。

安房地域は高齢化率が30%を越えており、結核においても高齢者結核が最大の問題となっていたため、その地域特性を踏まえ診断部分のパスを作ることで、高齢者結核の早期診断、早期治療を目指すこととした（図５）。

安房管内では長期療養施設（介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム）入所者の割合が人口の１%を超えており、重症化に伴いさまざまな問題が生じていたため、高齢であり長期療養施設入所という二重の結核のリスクを抱えている高齢者長期療養施設入所者を対象とした診断のための地域連携クリティカルパスを作成することとした。

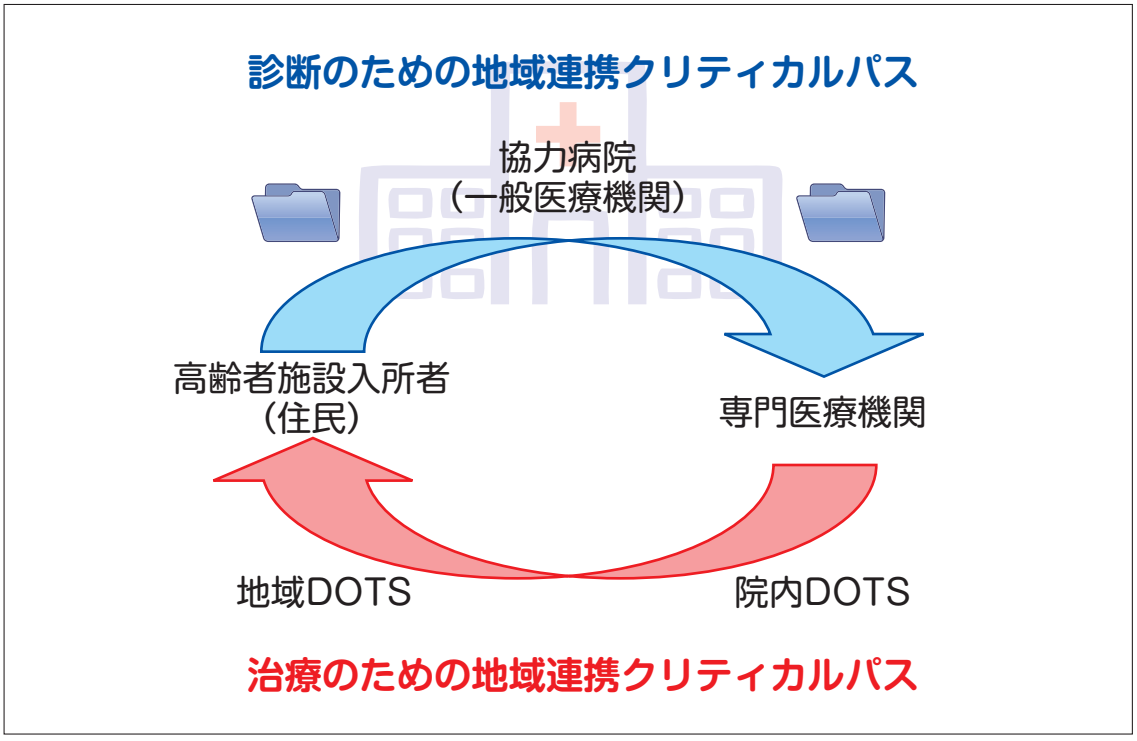


図５．結核の診断と治療のためのパス

４－２．高齢者入所施設を対象とした肺結核早期発見のための地域連携クリティカルパス

対象施設は、介護老人保健施設（６施設、定員500名）、特別養護老人ホーム（12施設、定員779名）、養護老人ホーム（２施設、定員40名）とした。

高齢者入所施設、その協力医療機関、そして、結核専門医療機関で役割を分担し、その間をパスで結ぶことにした（図６）。

施設では、入所者の結核リスクと疑うべき症状の把握および必要時協力医療機関への紹介をすることにした。協力医療機関では、積極的に結核を疑いその基準に基づき検査を行い、診断がつかなかった場合は結核専門医療機関に紹介することとした。

具体的には、高齢と長期療養施設入所という２つのリスクの他に、さらに結核を発症するリスクがあるかどうかを把握するために、入所者の結核既往、糖尿病などの基礎疾患、ステロイド等の服薬を健康チェックリストに従い確認することにした。さらに、入所者の日常の健康状態をチェックし、結核を疑う症状があったときは積極的に協力医療機関に紹介することにした。施設職員に対しては健康状態の観察ポイントについて少なくとも３カ月に１回は施設内研修やミーティングなど身近な手段を利用して周知徹底を図ることとした。

協力医療機関では、Controlling tuberculosis in the United States の成人結核のガイドラインを参考にした“結核を疑う基準”に従い、結核を疑う症例については積極的に検査をすることにした。結核を疑う基準としては、１）説明のつかない呼吸器症状が２～３週間続いている、２）市中肺炎の治療（７日間）で改善しない、３）偶然撮った胸部X線写真で結核が疑われる場合、症状は、軽微か無症状とした。そして、協力医療機関は結核の診断がつけば結核を治療する専門医療機関へ、また、診断がつかない場合も専門医療機関へ紹介することとした。さらには協力病院から専門医療機関へ画像診断の助言を受けられるシステムも合わせて作った。

これらのパスについては、2009年３月から５施設で試行を開始し、９月から試行に基づく修正を加え、現在、対象施設（20か所）の全てが導入している。

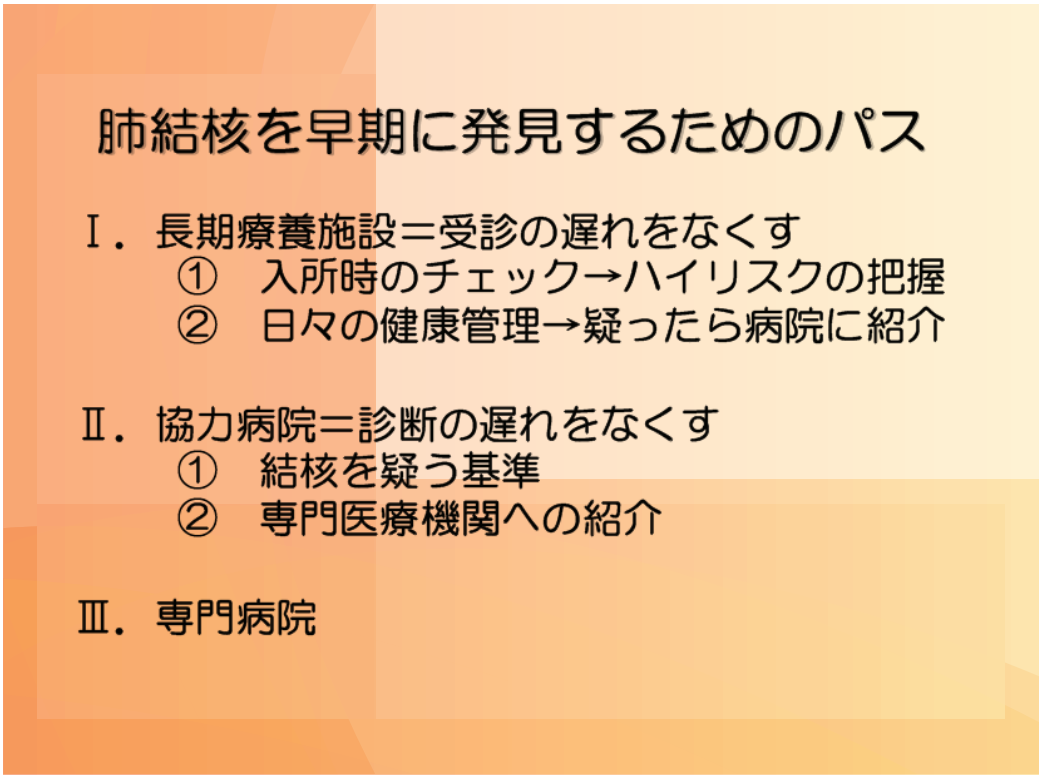


図６．結核の診断と治療のためのパス

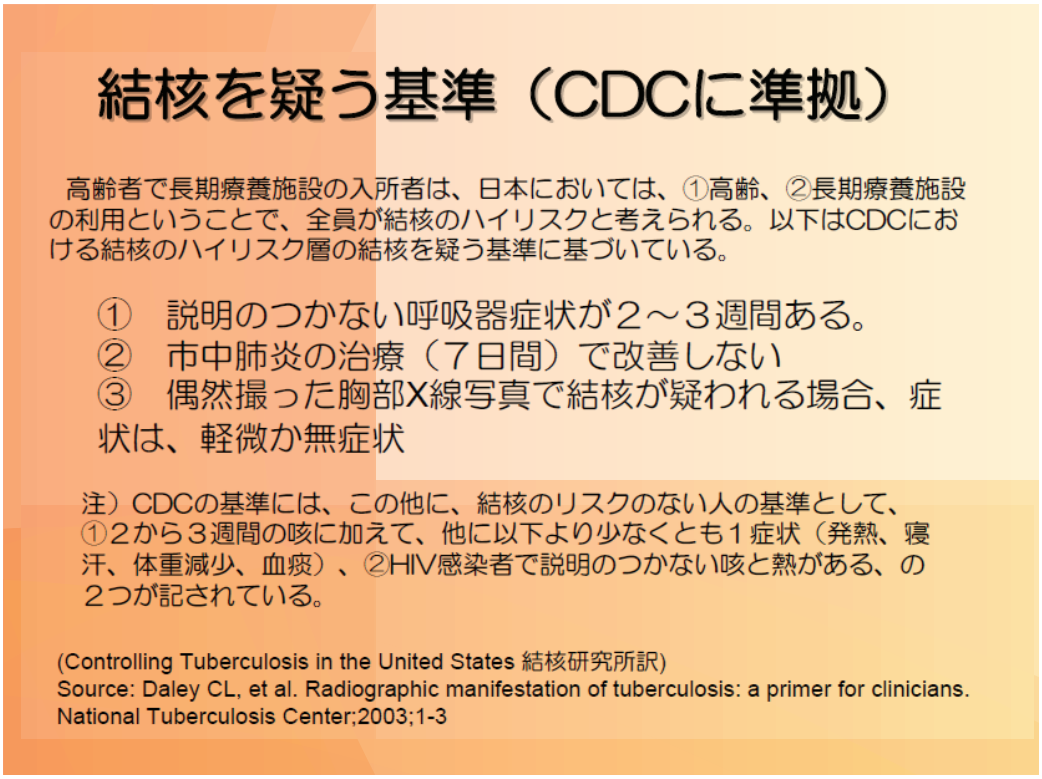


図７．結核の診断と治療のためのパス

5．今後の展望：保健所と地域医療の関わり方について

5－1．地域連携の場としての医師会・保健所による地域連携研究会の立ち上げ

地域医療連携を考える場として年１回開催される“安房地域医療連携研究会”、そして、具体的に地域連携を進めるため４部会を作った（表４）。これらの部会が相互に関係しながら地域医療連携を医療従事者と行政が協働して進めていくこととした。

5－2．地域医療を支える看護師確保事業の医師会・医療機関・保健所による実施

地域医療を支えるために、安房地域では、医師不足よりも看護師不足の方がより重要な課題としてあるため、医師会、看護職養成機関、保健所が協力して、安房地域の高校で、より多くの高校生が看護職を目指してもらうために高校生に対して“看護職のガイダンス事業”を開催した。

5－3．安房地域感染症情報ネットワーク「あわっと」の構築

保健所が感染症法に基づいて集めている地域の感染症情報を実際の臨床現場に役立ててもらうために、メールマガジン形式で医療機関へ直接送ることも開始した。

5－4．住民・医療従事者・行政の協働による地域医療づくり

地域医療を医療関係者と行政だけでとらえるのではなく、地域の課題として住民も巻き込むことを目的に、救急医療の適正利用、せきエチケットなどのリーフレットの配布を、学校を介して保護者に、またショッピングセンター等人の多く集まる場所で行った。

地域連携クリティカルパスを作成し実行あるものにするために、医師会、医療機関、市町と協力して地域医療の基盤づくりから始め、“お互いに話し合える場”を保健所が積極的に作ることを行った。

今後は、地域医療連携研究会をはじめとする会議の継続的開催や、地域住民と共に考える機会を作る等、保健所の役割として「地域連携」をより一層推進していく必要がある。

表４．安房地域における保健所の地域医療への取組み

○地域医療連携研究会（医師会長、管内全病院長が参加する年１回の会議）
- 地域医療連携室等会議（ソーシャルワーカー等が参加する毎月の会議）
- 救急医療部会（救急医が参加する年２回の会議）
- 糖尿病部会
- 感染症部会

○高校生への看護職のガイダンス事業
→看護師不足を解消するために、多くの高校生に看護師を目指してもらうため

○感染症情報のメールマガジンによる医療機関等への発信
→地域の感染症情報を迅速に各医療機関・介護施設等へ

○住民への地域医療のキャンペーン
→救急医療の適正利用、せきエチケット

平成２１年度地域保健総合推進事業
発表会抄録

平成２２年３月４日（木）

都市センターホテル　コスモスホール

地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究

分担事業者　　岸本　益実（広島県北部保健所長）

【普及・推進グループ】岸本　益実（広島県北部保健所長）、澁谷　いづみ(愛知県半田保健所長)、
山中　朋子(青森県弘前保健所長)、嶋村 清志（滋賀県甲賀保健所長）、惠上 博文（山口県宇部環境保健所長）、
後藤　宙人（船橋市保健所保健予防課課長補佐）、大江 浩（富山県健康増進センター所長）、
種田 憲一郎（国立保健医療科学院安全科学室長）、後藤　光世(国際医療福祉大学大学院)、
佐藤　靖郎(済生会若草病院副診療部長 兼 外科部長)、田城　孝雄(順天堂大学医学部公衆衛生学講座準教授)
【脳卒中地域連携パスグループ】高橋 洋一（富山市保健所長）、飯野三恵子（同健康課長）、
瀧波 賢治（同保健予防課長）
【循環型地域連携パスグループ】久保 秀一（千葉県安房健康福祉センター長）、宮川 準（安房医師会会長）、
亀田 信介（亀田総合病院院長）、上村 公平（安房地域医療センター長）、羽田 明（千葉大学大学院教授）

【要旨】地域連携クリティカルパスの普及・推進を図るため、先進的に取り組まれている地域への 3 年間の現地調査及び医療機能情報提供制度の実施状況調査を行い、普及・推進方策の骨子をまとめた。また、富山市、板橋及び千葉県安房地域において、保健所が支援し、脳卒中、糖尿病、結核の地域連携クリティカルパスの作成・運用を進め、地域連携クリティカルパスの普及・推進方策について検討した。

【目的】
地域連携クリティカルパスの運用事例を集積するとともに、医療機関と連携した地域連携パスの開発・運用・評価及び住民に対する啓発や調査等を通じて、医療制度改革を踏まえた地域連携クリティカルパスの普及・推進を図る。
【方法･結果】
A. 普及・推進グループ
１．先進地調査；当初、医療計画の 4 疾病から、今後連携パス推進が期待される分野まで実態調査訪問による聞き取りを実施；
①香川中讃・西讃脳卒中地域連携パス（香川労災病院）
②竹田総合病院循環器地域連携パス（竹田総合病院）
③横浜戸塚地域糖尿病地域連携パス（横浜医療センター）
④横浜医療センター・済生会若草病院胃・大腸がん地域連携パス（済生会若草病院）
（以上平成 19 年度）
⑤備後脳卒中ネットワーク地域連携パス（大田記念病院）
⑥豊田循環器地域連携パス（トヨタ記念病院）
⑦泉大津糖尿病地域連携パス（泉大津市民病院）
⑧徳島肺がん地域連携パス（徳島県立中央病院）
⑨前橋乳がん地域連携パス（前橋赤十字病院）
（以上平成 20 年度）
⑩新川地域在宅医療システム（黒部市民病院）
⑪前橋 COPD 呼吸リハ地域連携パス（前橋赤十字病院）
⑫武蔵野赤十字病院慢性肝炎地域連携パス（武蔵野赤十字病院）
⑬日野市立病院慢性腎臓病地域連携パス（日野市立病院）
⑭福井赤十字病院胃・大腸がん地域連携パス（福井赤十字病院）
⑮横須賀共済病院胃・大腸がん地域連携パス（横須賀市医師会・横須賀共済病院）
（以上平成 21 年度）
・調査項目；検討開始～運用開始の経緯、運用後の展開、創意工夫、今後の課題、行政の関与など。結果；
ｱ)いずれも基礎となる連携組織が存在
ｲ)地域連携パスの試行、運用、改訂
ｳ)連携パスにかかる研修会や事例検討会を開催
ｴ)医師だけではなく、コメディカルの役割が大きい
ｵ)簡素な様式で運用の簡略化
ｶ)医療連携体制を対外的に積極的に PR
ｷ)患者の脱落防止、連携パスの IT 管理、中核病院同士の調整、広域的連携等が課題
ｸ)医療計画、医療機能情報提供制度、中核病院同士の調整、地域住民に対する啓発等で保健所の役割を期待
２．文献・インターネット調査
がん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病（4 疾病）について、事例や参考図書及び文献リストを収集
３．医療機能情報提供制度の実施状況調査
都道府県が公表している医療機能情報提供ホームページから、地域連携パスの情報公開について調査した。
４．地域連携パス普及・推進方策の骨子作成
○地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化
ｱ)改正医療法における医療（福祉）連携の規定
ｲ))医療機能情報提供制度，薬局機能情報提供制度、介護サービス情報公表制度の実施
ｳ)医療広告規制の緩和
ｴ)新たな医療計画における具体的な医療連携体制の明示
ｵ)がん対策推進計画の策定・推進
ｶ)医療連携体制推進事業の実施
ｷ)診療報酬改定における地域連携パスの評価
ｸ)疾患ガイドラインの推進

○普及・推進に保健所の関与が期待される場面
ｱ)医療機関相互の調整（中核病院間、中核病院と連携医療機関等）
ｲ)連携医療機関の拡大、介護事業所、保険薬局、保健福祉関係機関の参画
ｳ)地域連携クリティカルパスのデータベース
ｴ)地域住民の啓発、相談対応
ｵ)各種情報の収集・整理・提供
○ 普及・推進にかかる 13 項目の要点を整理
①医療（福祉）連携の意義を理解
②地域連携パスの普及・推進に関与する意義を理解
③地域連携クリティカルパスについて学習
④管内の医療機関、介護保険事業所等の機能を把握
⑤既存のネットワークを活用
⑥活用できる予算を検討
⑦病院地域連携室、医師会、介護事業所等との打ち合わせ
⑧地域連携クリティカルパスに関する研修会を開催
⑨地域連携クリティカルパスの作成
⑩地域連携クリティカルパスの運用
⑪地域住民に対する啓発普及、相談対応
⑫地域連携クリティカルパス運用後の評価
⑬電子化・IT 化の検討

B. 脳卒中地域連携パスグループ

・医療機関側からの要請により、富山市保健所（中核市）が調整し、市内の急性期病院 5 ヵ所、回復期病院 3 ヵ所、医師会、介護保険事業所と「富山市脳卒中地域連携パス研究会」設置。
・平成 19 年 5 月から 10 月まで研究会のワーキンググループを開催し、地域連携パスを作成。
・平成 11 月から作成した地域連携パス素案について、説明会を開催。平成 20 年 4 月から、本格運用開始している。
・パスの運用後も研究会、連携の会、作業部会を並行して開催し、パスの改定や運用による効果（指標として入院日数、退院時の機能、在宅復帰率、ファックス紹介後の転院日数など）の評価を実施。
・中核市保健所が脳卒中地域連携パスを推進している背景として、平成 17 年度から富山市脳卒中総合対策検討委員会を設置し総合的な対策に取り組んでいること、日常業務を通じて回復期病院や介護保険事業所等との関わりがあり、まとめ役として期待されていたこと、県と連携して医療機能調査や医療計画を推進していること、保健所が中立的な立場にあり、利害関係の調整が可能であったこと等がある。

C. 患者支援地域連携パスグループ（平成 19～20 年度）

1．乳がんの地域連携支援パス
・乳がんの地域連携支援パス検討委員会（板橋区、地区医師会、地域がん診療連携拠点病院で構成）を開催し、以下３つの乳がん地域連携支援パス作成。
①　乳がんを予防する生活ガイド(健康づくり期)
②　乳がん治療中の方のための生活ガイド(回復期・リハビリ期・経過観察期)
③　医療連携クリティカルパス
2．産後の尿失禁についてアンケート実態調査を行い、患者支援のあり方を検討。

D. 循環型地域連携パスグループ

・安房地域保健医療協議会において糖尿病連携図を作成、地域連携クリティカルパス作成ワーキンググループ設置、作業グループの開催（同時に千葉県全県共有パスを目指した県医師会・県行政合同の糖尿病ワーキングが平成 20 年 9 月から立ち上げ）した。連携パス作成の基礎調査として、医師会と連携して管内の診療所に対するかかりつけ医機能・地域連携に対する調査を実施した。糖尿病の地域連携をテーマとしたフォーラムを開催（医師、コ・メディカル、行政対象）した。平成 21 年度の事業は以下の通り。
１．全県共用糖尿病パスの地域での実施
＊共用パスをまずは紹介状の代わりにつかうことからスタート（内科医と眼科医の連携　→　循環パス）
２．住民との連携のための糖尿病フォーラムの開催
＊医療機関と住民が連携して糖尿病を考えるためのフォーラム＊平成２１年２月１１日開催（南総文化ホール）
３．早期診断を目指した結核のパスの実施
＊平成 21 年 3 月より、高齢者入所施設を対象としたパスを実施。＊管内すべの高齢者施設が参加（２０施設、1，319 名）＊安房医師会・亀田総合病院・安房地域医療センター・保健所の協同事業
【考察･まとめ】
・医療制度改革において、地域連携クリティカルパスの普及・推進に保健所が果たす役割が大きくなっている。その際、地域連携クリティカルパスを取り巻く状況変化を的確に理解し対応する必要がある。
・先進地調査、文献調査、保健所における実際の取り組みの経験を踏まえ、地域連携クリティカルパスの普及・推進方策骨子をまとめた。
・3 つの地域において、保健所が支援し、脳卒中、乳がん、糖尿病の地域連携クリティカルパスの作成・運用を進めており、その取り組み過程についてまとめた。

【発表他】
・第 68 回日本公衆衛生学会（奈良）瀧波賢治、久保秀一
・日本クリニカルパス学会教育セミナー（東京）2008 年 7 月　大江浩
・スカパー！医療福祉チャンネル地域連携コーディネーター養成講座（東京）2009 年 6 月　大江浩
・「一歩進んだ医療連携実践 Q&A」（じほう、2009 年 2 月刊行）大江 浩、
・パス最前線（2008 年春号；脳卒中）瀧波賢治
・乳がん板橋区方式、治療増刊号 Vol.90、743-749(2008)　舟木素子

平成21年度地域保健総合推進事業

地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究

分担事業者　岸本　益実（広島県北部保健所長）

普及・推進グループ

〔事業協力者〕

岸　本　益　実（広島県北部保健所長）
澁谷いづみ（愛知県半田保健所長）
山　中　朋　子（青森県弘前保健所長）
嶋　村　清　志（滋賀県甲賀保健所長）
恵　上　博　文（山口県宇部環境保健所長）
後　藤　宙　人（船橋市保健所保健予防課課長補佐）
大　江　　浩（富山県健康増進センター所長）
種田憲一郎（国立保健医療科学院安全科学室長）

〔アドバイザー〕

後　藤　光　世（国際医療福祉大学大学院）
佐　藤　靖　郎（済生会若草病院副診療部長 兼 外科部長）
田　城　孝　雄（順天堂大学医学部公衆衛生学講座準教授）

脳卒中地域連携パスグループ

〔事業協力者〕

高　橋　洋　一（富山市保健所長）
飯野三恵子（同健康課長）
瀧　波　賢　治（同保健予防課長）

循環型地域連携パスグループ

〔事業協力者〕

久　保　秀　一（千葉県安房健康福祉センター長）
宮　川　　準（安房医師会会長）
亀　田　信　介（亀田総合病院院長）
上　村　公　平（安房地域医療センター長）
羽　田　　明（千葉大学大学院教授）

事務局

若　井　友　美（日本公衆衛生協会主任）

平成21年度地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）

地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究
報　告　書

発　行：平成22年３月

発行者：財団法人　日本公衆衛生協会
〒160-0022　東京都新宿区新宿１-29-８
ＴＥＬ　03-3352-4281
ＦＡＸ　03-3352-4605

