

基本方針3 国民の自立型老いと自然死の受け入れ、それらに向けた体制整備

今後、基本方針1に従いより足りないサービスを、より足りない地域に重点的に整備することが必要である。また足りないものを補う場合、基本方針2に示すように、地域特性に応じた整備が望まれる。

1995年から2010年にかけて我が国75歳人口は、700万人から1400万人に倍増した。しかしこの間に2000年の介護保険の開始があり、老健と特養のベッド数は、2倍以上に増加し、これまでの後期高齢者増に、日本社会は十分に対応してきた。しかしこの時期は、これからの15年間と大きく異なり、(1)高齢者を支える15-64歳人口がほとんど減っていない、(2)75歳以上人口が、全国一律的に増えたという人口学的な特徴があった。しかしこれからの15年は、(3)高齢者を支える15-64歳人口が急速に減少する、(4)75歳以上人口が、大都市部およびその周辺のみで集中的に増えるという大きな違いがある。更に、(5)国も地方も大きな借金を抱え、財政的な制約が大きいという問題もある。

もし1995年から2005年ごろまでに行われたのと同様の高齢者向けの施設整備を首都圏の高齢者急増地域で行うことができれば、これから15年間におきる後期高齢者の激増にも対応可能であろう。しかし(3)から(5)に示した理由により、実現は望み薄であろう。そうすると、既存の病院や介護施設のベッドの効率的な使用が必要になる。

施設のベッドの有効活用を考える上で重要なので、「延命治療により生存している期間」である。現在胃ろうを付けて栄養補給をしている人が30万人以上いると言われている。また、胃ろうを造設すると平均2年以上の期間生存するようである。これまで行われた種々のアンケート調査によると、胃ろうを付けての延命を望む人は少なく、胃ろうは本人の希望以外の理由で造設されることが多い。フランスでは1990年頃までは胃ろうなどにより延命を行うケースが多かったが、1995年頃より胃ろうの使用が激減し、現在では高齢者に対して胃ろう作るとはほとんどなく、自然死を受け入れる国になっている。日本も本人の意思が尊重されるようになり、胃ろうを付けずに自然に亡くなることを希望する人を受け入れ、本人が望むような形で看とってくれる施設が増えれば、そのような選択をする人が増えると思われる。フランスでの話によると、口から食べられなくなった高齢者を自然死的な形で看とると、10日以内に亡くなるようである。胃ろうを入れた高齢者が亡くなるまでの入院期間を2年、胃ろうをいれずに自然死型を希望する人が亡くなるまでの入院期間を10日とすると、胃ろうの患者さんが1回入院する間に、72回(=3回/月×12カ月/年×2年)ベッドを使用できることになる。

団塊の世代の多くは、自立した老い、自然な死を強く望んでいる。これらを望む人に、自立支援型の介護、自然死を望む高齢者を受け入れて入れてくれる施設整備(看とり病院など)、あるいは在宅死を支えるシステムの整備が重要であろう。また、国民(特に医療関係者)に対する老いと死のプロセスの教育は不可欠であろう。また、医学教育においても高度急性期医療を担う人材の育成から、地域密着型医療を担う人材の育成へ大きく舵を切るべきであろう。

循環器疾患の地域医療連携の取り組み

〈順天堂大学医学部公衆衛生学講座 田城准教授〉

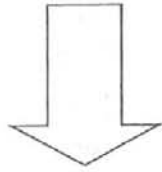
地域医療計画と 地域医療連携クリティカルパス

連携パス普及の秘訣

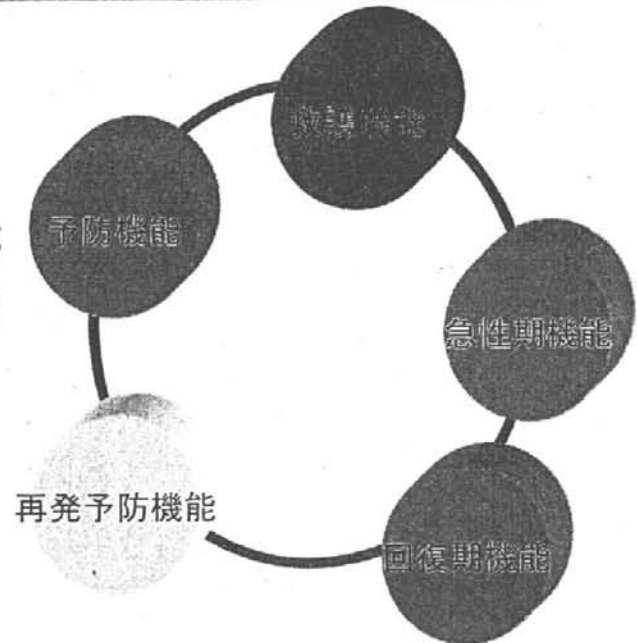
- 自発性が重要
- 必要性を認めることが重要
- 一方的に命令されたことはやらない
- 自発性が重要
- 人は、自分で必要と思って始めたことは行すが、人から言われたことはやりたがらない。
- インセンティブ

第5次医療法改正による新たな 医療連携体制

4疾病(がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病)



地域連携クリティカルパス等
を用いた医療連携体制の構
築が求められている。



I. 連携パスの定義と経緯

地域連携クリティカルパス

- 地域連携クリティカルパスとは、地域内で各医療機関が共有する、各患者に対する治療開始から終了までの全体的な治療計画（急性期病院から回復期病院を経て自宅に帰り、かかりつけ医にかかるような診療計画であり、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現するもの）をいう。

地域連携クリティカルパスとは

- クリティカルパスとは
 - クリティカルパスとは、良質な医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表。
 - もともとは、1950年代に米国の工業界で導入されはじめ、1980年代に米国の医療界で使われ出した後、1990年代に日本の医療機関においても一部導入された考え方。
 - 診療の標準化、根拠に基づく医療の実施（EBM）、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上などの効果が期待されている。
- 地域連携クリティカルパスとは
 - 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの。
 - 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する。
 - 回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずすむなど、転院早々から効果的なりハビリを開始できる。
 - これにより、医療連携体制に基づく地域完結型医療を具体的に実現する。

地域連携パス

- 地域連携クリティカルパス(地域連携パス)を活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行う。
- 地域連携診療計画管理料(入院時) 1500点
- 地域連携診療計画退院時指導料(退院時)
1500点
- 平成18年の診療報酬改定で、
大腿骨頸部骨折手術(熊本モデル)の連携パス
が評価された。

地域医療連携クリティカルパス

①平成18年診療報酬改定

- 大腿骨頸部骨折手術

②平成20年診療報酬改定

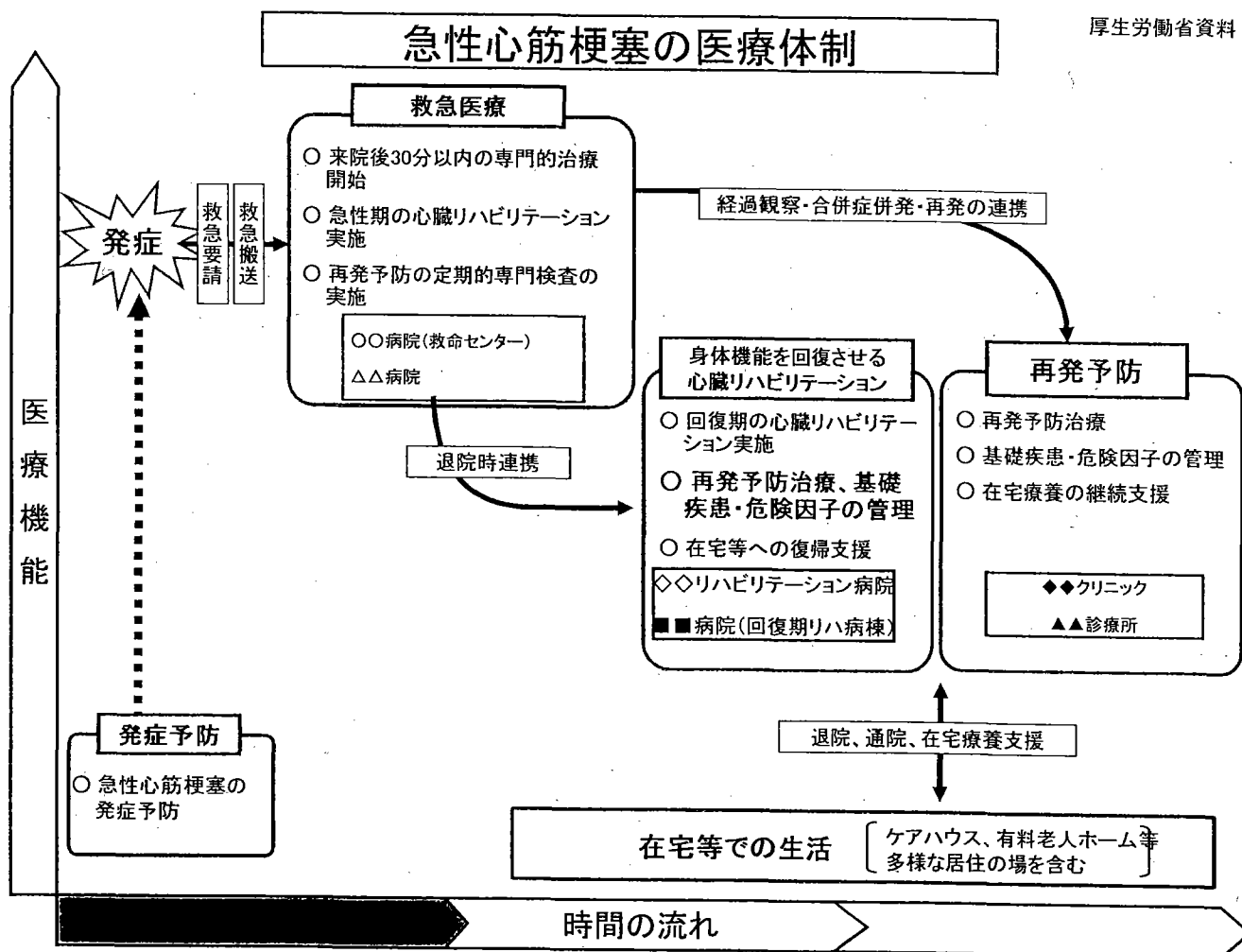
- 脳卒中に拡大 ⇒ 点数半減

③平成22年診療報酬改定

- がん診療連携拠点病院5大がん地域連携クリティカルパス
- 脳卒中・大腿骨頸部骨折 診療所に拡大

II. 地域医療計画

厚生労働省資料



急性心筋梗塞の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心臓リハビリテーション	再発予防
目標	●急性心筋梗塞の発症予防	●専門的医療機関への早期到着	●来院後30分以内の専門的治療開始 ●急性期における心臓リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心臓リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●心臓病専用病室(CCU)等を有する病院	●内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所	●病院又は診療所
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 ●救急蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院への速やかな搬送	●心臓カテーテル検査等の24時間対応 ●専門的診療の24時間対応 ●来院後30分以内の冠動脈造影検査実施 ●呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ●電氣的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全の対応 ●包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 ●抑うつ状態等の対応	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電氣的除細動等急性増悪時の対応 ●運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションが実施 ●再発時等における対応法について、患者及び家族への教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●電氣的除細動等急性増悪時の対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
連携	●医療施設間における診療情報・治療計画の共有(定期的専門的検査の実施を含む) ●発症から治療開始までの時間短縮 ●合併症併発時や再発時における緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携				
指標による現状把握	●健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●CCUを有する医療機関数・病床数 ●冠動脈造影検査及び治療実施医療機関数 ●来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間 ●心臓リハビリテーション実施医療機関数	●心臓リハビリテーション実施医療機関数	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数
●地域連携クリティカルパス導入率 ●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●年齢調整死亡率					

急性心筋梗塞の医療体制 【急性期】

- 救命救急センターを有する病院
- 心臓病専用病室(CCU)等を有する病院
- 心臓カテーテル検査等の24時間対応
- 専門的診療の24時間対応
- 来院後30分以内の冠動脈造影検査実施
- 呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療
- 電氣的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全の対応
- 包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施
- 抑うつ状態等の対応

慢性期・長期療養期【回復期・維持期・再発予防】に求められる事項

【急性心筋梗塞】

- ・ 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
- ・ 抑うつ状態への対応
- ・ 急性増悪時の対応
- ・ 運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションを実施
- ・ 再発時等における対応法について、患者及び家族への教育
- ・ 生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施
- ・ 在宅復帰のための居宅介護サービスを調整

循環器連携パスの特徴

1. 異常の早期発見	●抗血小板薬の副作用管理 ●再発、症状増悪時に速やかな対応
2. 再発予防 冠危険因子の管理	●血圧管理、脂質管理、血糖管理、 食事療法、運動療法、薬物療法
3. 必須検査の確実 な実施	●血液検査、心電図、胸部レントゲン、 心エコー、ホルター心電図などの 定期的な検査の実施

医学的管理

患者教育

文献検索 循環器領域連携パス先進事例

- プロトタイプ循環器連携パス(竹田総合病院) (田城孝雄)
- トヨタ記念病院の循環器連携体制 (石木良治)
- 北里大学二次予防センターでの試み 再発・重症化予防 (町田陽二)
- 急性心筋梗塞の医療連携パス(榊原記念病院) (長山雅俊・田城孝雄)
- 虚血性心疾患の医療連携パス(済生会和歌山病院) (木村桂三)
- 冠動脈インターベンション加療後の連携パス(佐世保中央病院) (木崎嘉久)
- 冠動脈インターベンションにおける地域連携パス(なるみやハートクリニック) (宮澤総介)
- 急性心筋梗塞の医療連携パス(千鳥橋病院) (横山正一)
- 狭心症または急性心筋梗塞の医療連携パス(大阪府高槻市医師会) (大中玄彦)

急性心筋梗塞地域連携クリティカルパスの比較

○パナルジンの服用期間

○パナルジン服用中の管理を行う医療機関

(パナルジン服用期間中は、病院の専門外来またはかかりつけ医のどちらで主として診療を行うか)

○確認カテーテル検査の時期

(確認カテーテルの時期を、6カ月後、8カ月後、10カ月後とする)

○再発防止のリスクファクターの管理

○服薬

○運動療法

○生活指導

○チェックする検査項目

○チェックする時期

などで、細部で異なる点がある。

循環器連携パスのいろいろ

循環器連携パスには2種類ある

1. 連携重視型連携クリティカルパス (さっくりパス)

⇒長期フォローアップ用

⇒年一回専門病院受診タイプ

2. 病院内パス拡大型連携クリティカルパス (緻密・稠密パス)

⇒PCI入院後

⇒PCI後 1年後まで

⇒あまり情報量が多いと、診療所が大変である。

連携重視型連携クリティカルパス 他の例

- 北里大学循環器内科2次予防センター
- トヨタ記念病院循環器科

- 東京慈恵会医科大学泌尿器科
前立腺がんクリティカルパス
(医院クリニックフォローアップ用)

竹田総合病院の連携パスの取り組み

1. 一貫パス (平成14年)
2. 地域パス (平成15年)
3. 循環器科連携パス〔病診連携パス〕 (平成15年)
4. 循環器科地域医療連携パス〔逆紹介パス〕
(平成17年)
5. 糖尿病連携パス (平成19年)
6. 心臓外科連携パス (平成20年)
7. 胃がん連携パス (平成21年)
8. 大腸がん連携パス (平成22年)

循環器疾患患者の連携パス(1年)

医師 財団法人竹田総合病院 循環器科

患者氏名 様 病名

	今の状態 竹田総合病院で診察	2ヶ月以降 かかりつけ医での診察	1年後 竹田総合病院で検査	検査後 竹田総合病院で診察
日時	H 年 月 日	H 年 月頃	H 年 月頃	H 年 月頃
安静度	制限なし 制限あり()	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
食事	塩分制限 7g 水分制限 ml Kcal	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
検査、処置	FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	定期的な検査 FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	心電図、レントゲン写真 血液検査、CT検査() トレッドミル、心エコー、 ホルター心電図、 心筋シンチ(運動、薬物)	外来で検査結果を説明します。
治療内容		内服薬が変更になる場合があります		内服薬が変更になる場合があります。入院治療が必要になる場合もあります。
患者さんへの説明	病状と今後の通院加療、日程の説明	この後は、1年後までかかりつけ医での診察になります。	竹田総合病院循環器科に事前に電話で予約をとってください。その時に連携パスの使用を伝えてください。	病状と今後の通院加療、日程の説明

あなたの病気はかかりつけ医と竹田総合病院が協力して治療していきます。調子が悪いときはいつでもご相談ください。
竹田総合病院 循環器科 電話番号 0242-29-9914

日赤広尾医療センター・渋谷区医師会 循環器地域連携クリティカルパス

渋谷区 循環器疾患連携パス

かかりつけ医 _____ 医院 _____ 先生 _____ ⇄ 専門医 _____ 病院 _____ 循環器内科 _____ 先生 _____

患者情報	主病名		_____								医師担任名	_____		
病院からかかりつけ医へ【診断・検査・治療の依頼】	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 右記載のとおり		<input type="checkbox"/> 合供あり(診療情報提供書参照) <input type="checkbox"/> 合供なし		かかりつけ医から病院へ <input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 右記載のとおり									
食事指導	<input type="checkbox"/> 塩分制限 a/日 <input type="checkbox"/> 水分制限 ml/日 <input type="checkbox"/> 摂取カロリー kcal/日	安静度 <input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限あり() 看護師からかかりつけ医へ												
目標値【必要な場合のみ記入】	<input type="checkbox"/> 糖質 TC()mg/dL, LDL()mg/dL <input type="checkbox"/> 血圧()mmHg <input type="checkbox"/> HbA1c()% <input type="checkbox"/> その他	薬剤師からかかりつけ医へ MSWからかかりつけ医へ												
日時	入院日 _____ 退院日 _____	かかりつけ医にお願いしたい項目 診察時間 _____ 日 _____ 時 特記事項の記入は配属していただく	かかりつけ医 遠隔医療外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	病院 外来 (遠隔) () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	病院 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	病院 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	病院 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	かかりつけ医 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	病院 外来 () <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他		
検査	入院中に実施した検査 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> 超音波(心臓) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 () <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) () <input type="checkbox"/> レントゲン () <input type="checkbox"/> 心電図 () <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他	検査項目 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心電図(遠隔) <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他		
加療	通院時処方 <input type="checkbox"/> 処方箋コピー参照 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照 <input type="checkbox"/> 下記のとおり	処方箋の要旨は必ず記載してください <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意あり (変更あり)		

冠動脈インタ

先生

患者氏名 _____ 様

今回発症部位&治療状況:

冠動脈硬化の危険因子: 糖尿病 高血圧 高脂血症

その他の病名:

確認項目\日付	1 発症時 (/)	2 診後 (/)
白血球数(5000未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
血小板数(15万未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
GOT(33IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
GPT(30IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
γ-GTP(72IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ALP(359IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
血圧(130/85未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(/)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(/)
ヘモグロビンA1c(6.5未満)	()%	()%
総コレステロール(180未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
LDL-コレステロール(100未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
BMI(肥満指数)(25未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
胸痛	<input type="checkbox"/> YES() <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES() <input type="checkbox"/> NO
禁煙している	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()
バイアスピリン内服	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()
パナルジン内服	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()

コメント

担当医師: 内科部・薬剤部・看護部・管理栄養士より生活指導

Y99AA 血栓予防と冠動脈硬化の進展予防

経過記録 (自由記録)

漢生会和歌山病院 担当医: OO

〇〇〇 あなたの病歴は、かかりつけ医()と済

確認項目\日付	退院時 (/)
白血球数(5000未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
血小板数(15万未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
GOT(33IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
GPT(30IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
γ-GTP(72IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
ALP(359IU/l)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
血圧(130/85未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常(/)
ヘモグロビンA1c(6.5未満)	()%
総コレステロール(180未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
LDL-コレステロール(100未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
BMI(肥満指数)(25未満)	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常()
胸痛	<input type="checkbox"/> YES() <input type="checkbox"/> NO
禁煙している	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()
バイアスピリン内服	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()
パナルジン内服	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO()

横須賀市医師会共通急性心筋梗塞地域連携クリニカルパス(患者用)

- 共通パス使用の目的、使い方
- 達成目標
- 利用者の重症度や合併症
- 内服薬、生活習慣、食事療法、心臓リハビリテーションの説明
- 胸痛時の対処方法
- 冠危険因子のコントロール目標
- 診療スケジュールとデータ記載表
- 医師会専用のクリアファイルに収納し、お薬手帳なども併せて収納可能



かかりつけ医 _____ 医院 _____ 先生 ⇄ _____ 病院 _____ 循環器センター _____ 先生

病名 合併症	#1 急性心筋梗塞 #2 #3 #4 #5	責任病変 <input type="checkbox"/> 左主幹部 <input type="checkbox"/> 左前下行枝 (#) <input type="checkbox"/> 左回旋枝 (#) <input type="checkbox"/> 右冠動脈 (#)	心機能 NYHA 度 左室駆出率 % Peak CPK	治療内容 <input type="checkbox"/> ステント (ペーパール) <input type="checkbox"/> ステント (薬剤溶出性) <input type="checkbox"/> POBA <input type="checkbox"/> その他	達成目標 <input type="checkbox"/> 自覚症状の改善 <input type="checkbox"/> 予後の改善 <input type="checkbox"/> 重症化/再発の予防 <input type="checkbox"/> 再発予防
-----------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---	---

冠危険因子 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 家族歴	血液検査項目 <input type="checkbox"/> GOT/GPT <input type="checkbox"/> CPK <input type="checkbox"/> 血糖 <input type="checkbox"/> LDL/HDL <input type="checkbox"/>	生活指導 <input type="checkbox"/> 塩分制限 g/日 <input type="checkbox"/> 水分制限 ml/日 <input type="checkbox"/> 摂取カロリー kcal/日 <input type="checkbox"/> 目標体重 kg <input type="checkbox"/> その他	生活習慣病 目標値 <input type="checkbox"/> 脂質 LDL-C 100mg/dl 未満 <input type="checkbox"/> 血圧 130 / 80 mmHg 未満 <input type="checkbox"/> HbA1c 6.5% 未満 <input type="checkbox"/> BMI <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> 運動療法の際の目標心拍数	その他特記事項
--	---	---	---	---------

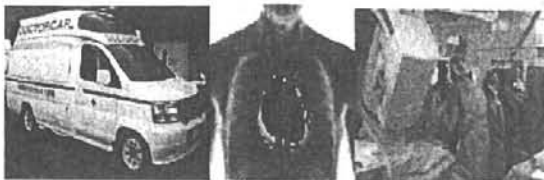
(実施予定=○)

検査	項目	退院日	退院後							病院		
		(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)			
			2週後	4週後	6週後	8週後	3ヵ月後	4ヵ月後	5ヵ月後	6ヵ月後	7ヵ月後	8~12ヵ月後
かかりつけ医	血算・生化		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	心電図		○									
	胸部XP		○									
病院	負荷心電図											
	心エコー											
	胸部XP											
	心筋シンチ											
	冠動脈造影											
	冠動脈CT											○
心臓リハビリテーショ ン (3回/週)												
治療薬剤 必須	バイアスピリン プラビックス/パナルジン											
その他	スタチン											

病院循環器センター TEL 046-000-0000 FAX 046-000-0000 Hotline

急性心筋梗塞地域連携クリティカルパス

(横須賀市医師会共通パス 患者家族用)



利用者名	
退院日	
かかりつけ医療機関名	
かかりつけ医師名	
病院 (循環器科)	
担当医師名	

1. はじめに

急性心筋梗塞による急性期治療を終えたあとは、かかりつけ医療機関での、2次予防のための治療を含めた冠危険因子の管理が重要です。このクリティカルパスは、退院後の治療日程を患者、かかりつけ医療機関、病院 (循環器科) で共有し、同じ目標で治療を行うために利用します。

2. クリティカルパスの使い方

退院後、血圧、体重などを記載し、このパスをかかりつけ医療機関に持参してください。血液検査結果のコピーをもらったら、ご自身 (またはご家族) で結果を記入してください。なお、検査結果のコピーは後ろに挟んでください。病院 (循環器科) の定期受診時や心臓カテーテル検査入院時にも、このパスを持参してください。

達成目標:

- 胸痛や心不全症状、不整脈による症状などの自覚症状がなく日常生活を安心して過ごすことができる
- 心筋梗塞2次予防と予後の改善のため、問題となる冠危険因子をコントロールできる
- ステント血栓症 (亜急性・遅発性・超遅発性) の発生を予防する
- ステント再狭窄の有無を評価する
- 生活習慣を改善し、積極的に食事療法、運動療法を行い、包括的心臓リハビリテーションを実践できる
- 患者が胸痛時や緊急時の対応を熟知し、家族もBLS講習を受講し心臓蘇生法を実践可能である
- タイプA性格やうつなどを考慮しメンタルケア、メンタルコントロールができる

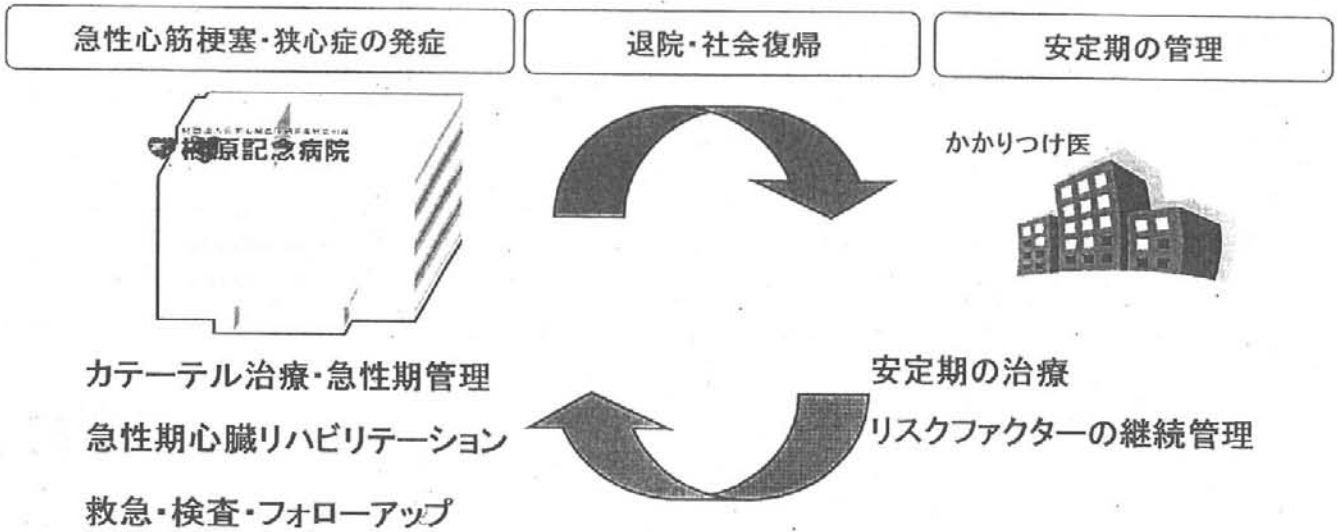
退院日	退院後					
(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
	2週後	4週後	6週後	8週後	3ヶ月	
かかりつけ医	2月以降、1週間毎に主治医にかかりつけ医の病状に変わっていく。診療時間 は患者と協議をお願いします。アスピリンなどの他の薬の服用の有無を調 べるため2週間毎に血液検査を行います。3ヶ月目に診療時間変更作業は、					
血液検査	●	●	●	●	●	
心電図	●				●	
胸部写真	●				●	
病院（循環器科）	3ヶ月目に可動式心電図（運動心電図）の検査を行い、循環器科のための診療時 間変更作業を行います。					
血液検査						●
心エコー						●
心筋シンチ						●
冠動脈CT						●
冠動脈造影						
データ（目標値）						
LDL-C(100 未満)						
中性脂肪(150 未満)						
HDL-C(40 以上)						
空腹時血糖(120 未満)						
HbA1c(6.5 未満)						
血圧(130/80 未満)	/	/	/	/	/	/
体重						
腹囲(S5)						
内服	バイアスピリン・プラビックス・バナルジン（抗血小板薬） スタチン（悪玉コレステロール=LDL-Cを低下させる薬）					

退院日	退院後					
(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)	(/)
	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	9ヶ月	12ヶ月以降	
かかりつけ医	2月以降の管理を行い、冠動脈造影の準備作業を行います。6ヶ月目に診 療時間変更作業を行います。					
血液検査	●	●	●	●	●	
心電図			●		●	
胸部写真			●		●	
病院（循環器科）	3ヶ月目、入院中に心臓カテーテル検査を行います。退院後循環器科のための診 療時間変更作業を行います。最終検査（1年に1度）に心臓カテーテル検査を 行います。（●）は薬剤師出席スポットの場合。					
血液検査			●		●	
心エコー			●		●	
心筋シンチ						医師出席
冠動脈CT			(●)			
冠動脈造影			●		(●)	
データ（目標値）						
LDL-C(100 未満)						
中性脂肪(150 未満)						
HDL-C(40 以上)						
空腹時血糖(120 未満)						
HbA1c(6.5 未満)						
血圧(130/80 未満)	/	/	/	/	/	/
体重						
腹囲(S5)						
内服	バイアスピリン・プラビックス・バナルジン（抗血小板薬） スタチン（悪玉コレステロール=LDL-Cを低下させる薬）					

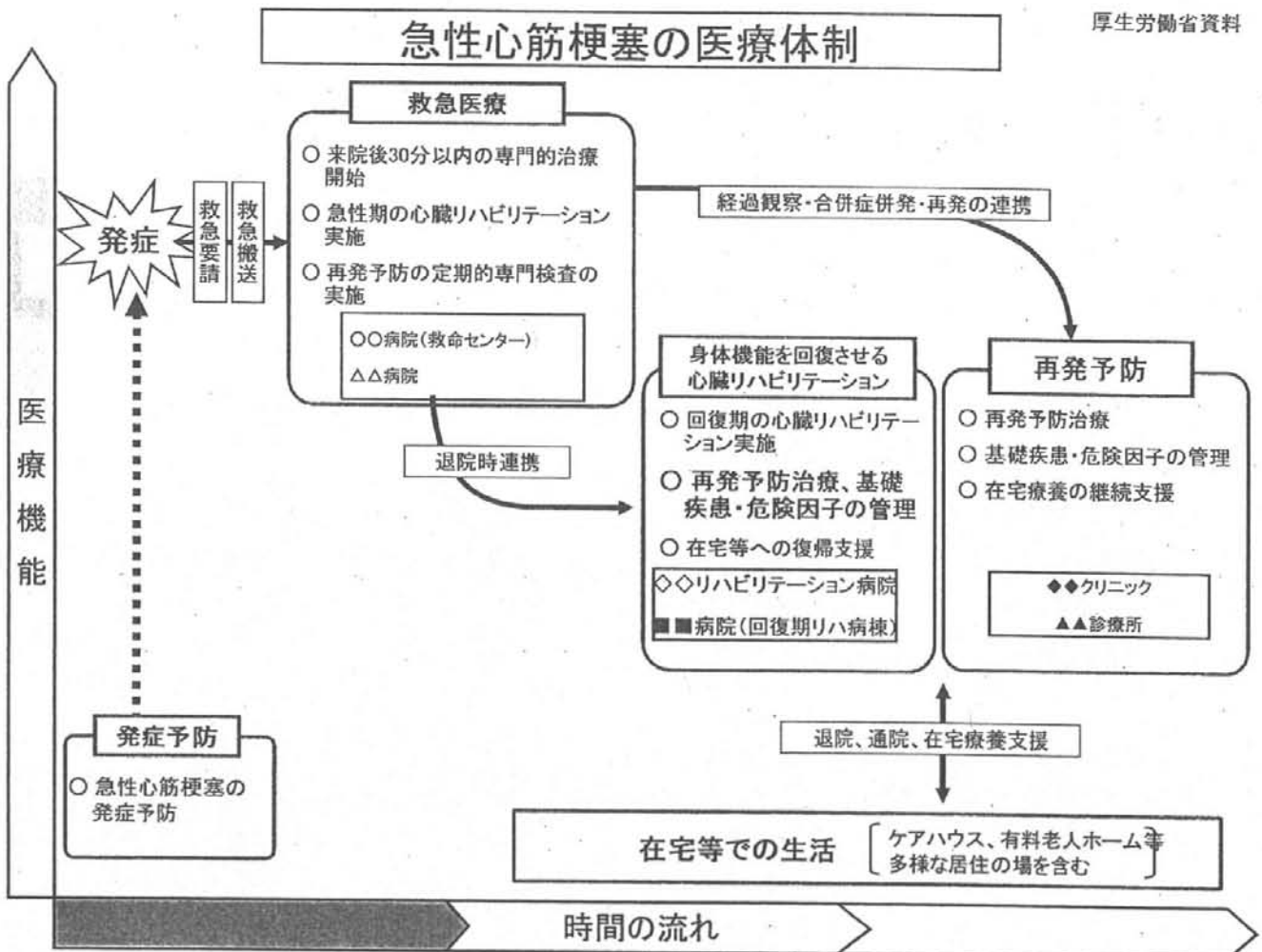
榊原記念病院の循環器連携パス（後述）

- 中間型（さっくり型と緻密型の中間）
- 1枚に書ききれないので、分割する。
- 時期で、3枚に分割
- 患者日記を別に
- バイパス術の連携パスも作成
- 1年後以降は、竹田総合病院型フォローアップパスを使用予定

急性心筋梗塞・狭心症のPCI後患者の医療連携の特徴



- 病診連携が基本
- 連携医は、循環器専門医でないことが多い

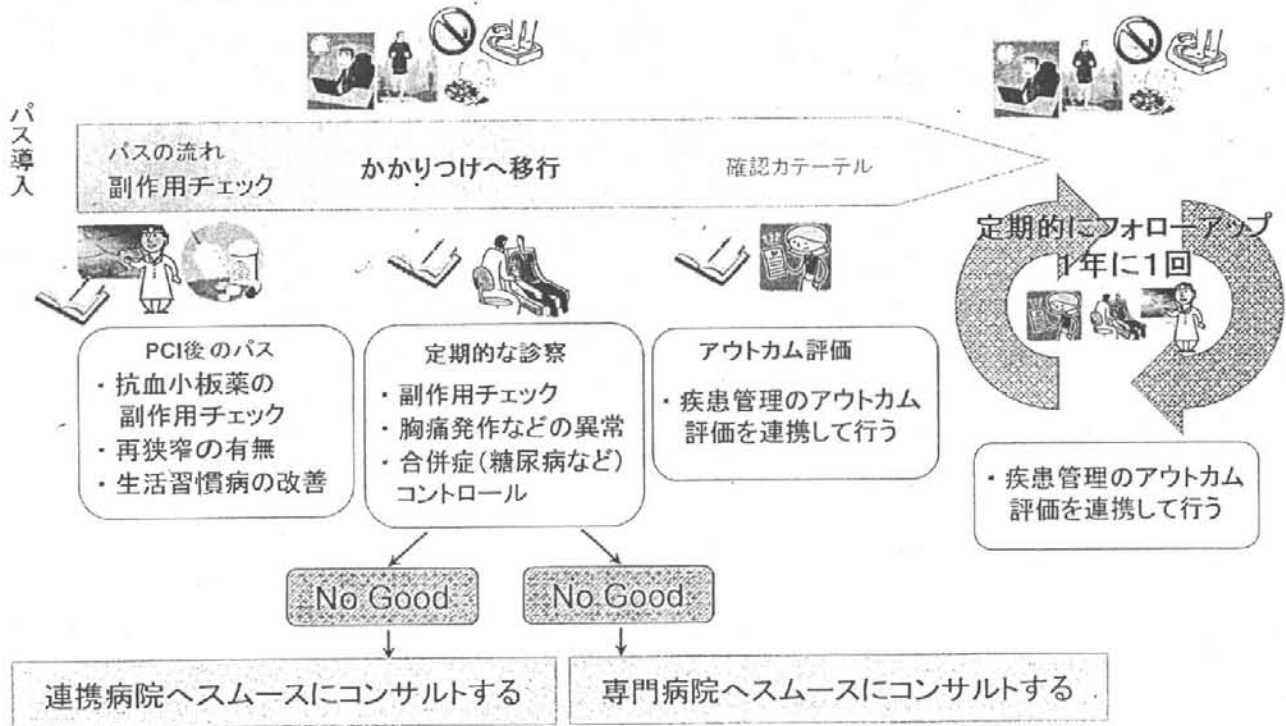


循環器 連携パスの連携イメージ

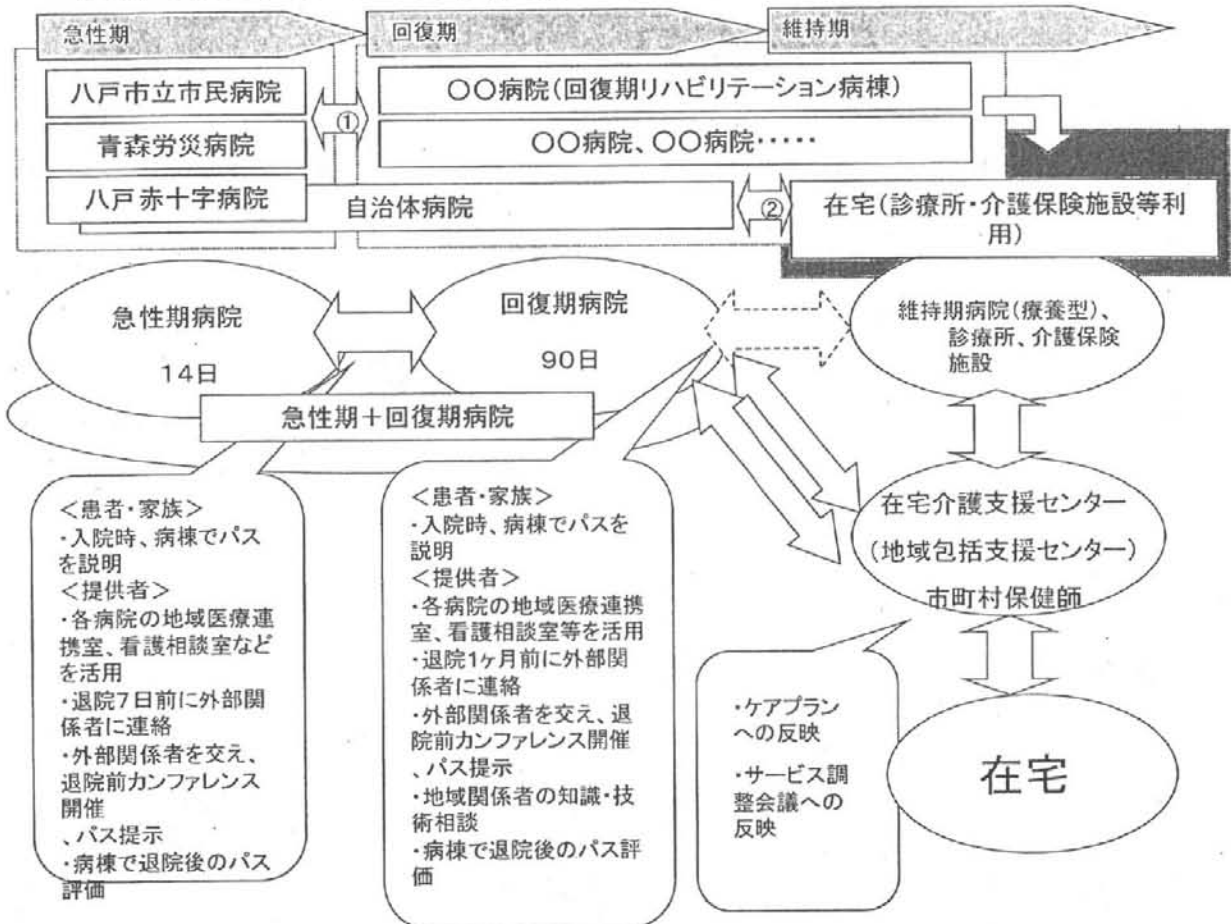
対象

急性心筋梗塞、狭心症に対するカテーテル治療後で、高度リスク群以外の患者で、協議会の医師からの紹介または協議会の医師に紹介できる患者

患者の流れ・連携パスによる定期的な通院・社会復帰・生活習慣の是正

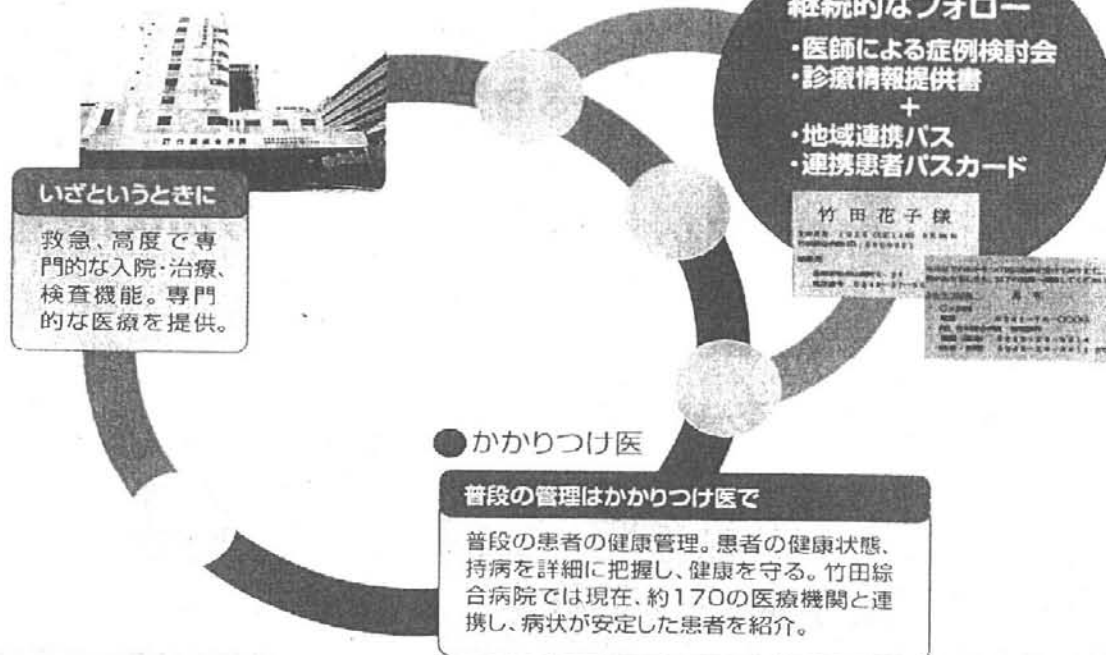


①確認カテまで 地域連携クリティカルパス リレー型



② 2次予防クリティカルパス サイクル型

● 竹田総合病院循環器科



連携パスは、パス表だけではない

- 連携パスはシステムである
(システム≠電子カルテネットワーク)
- システムで、動的なものである
- 運用システム全体が連携パス
- カンファレンスも必要
- 院内体制が重要
- コーディネーターが必要
- EBM
一元的集計・解析機能を

連携パスツールの作成

① 連携パス □5枚構成パス



- ・PCI後3カ月まで
- ・8カ月確認カテーテルまで
- ・確認カテーテルから1年目まで
- ・確認カテーテルから1年後ごと
- ・予定外通院用

- ②患者生活日誌→疾病管理ダイアリー
- ③アウトカム評価票(確認造影時、1年毎)
- ④パス導入時の説明用パンフレット
- ⑤疾病管理チャート(下敷き)

狭心症・心筋梗塞PCI施行後の連携パス(PCI後3カ月まで) ①

() 診療所/病院 () 医師 ←→ 榊原記念病院 循環器科 () 医師

患者氏名 様 □狭心症 □心筋梗塞 発症日 年 月 日

担当医師 署名	□病院	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	
来院日	退院日 年 月 日	2週後 年 月 日 時 分	4週後 年 月 日 時 分	6週後 年 月 日 時 分	8週後 年 月 日 時 分	3ヶ月後 年 月 日 時 分	
所見 (異常所見は備考欄に記載して下さい)	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	自覚症状 : □有 □無 検査値異常 : □有 □無	
検査	(冠動脈形成術)	□血液 □尿 □心電図 □胸部X-P □その他	□血液 □尿 □心電図 □胸部X-P □その他	□血液 □尿 □心電図 □胸部X-P □その他	□血液 □尿 □心電図 □胸部X-P □その他	□血液 □尿 □心電図 □胸部X-P □その他	
日常生活	運動	□在宅 □通院	□在宅 □通院	□在宅 □通院	□在宅 □通院	□在宅 □通院	
	食事	★左記を守ってください。身体状況で変更になる場合があります					
	体重	()Kg	()Kg	()Kg	()Kg	()Kg	()Kg
	QOL 評価	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)	からだ(良い・普通・悪い) 心 (良い・普通・悪い)
備考 (連絡事項・お気づきの点を記載して下さい)	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> チクロピジン <input type="checkbox"/> シロスタゾール <input type="checkbox"/> クロピドグレル <input type="checkbox"/> ワルファリン目標 PT-INR(~)						
患者さんへの説明	★今後の生活や受診などについてご説明します。 ★日常生活行動評価などからアドバイスをしていきます。 ★胸部症状や具合が悪い時はいつでもご相談下さい。かかりつけ医と協力してあなたの病気を診ていきます。						

連携クリティカルパス使用における基本事項

退院後の検査は、下記を原則とする。

- | | |
|-----------|---|
| ① 採血・尿 | 2~4ヶ月に1回
(チクロピジン使用例では、チクロピジン服薬開始後
2ヶ月まで、副作用チェック項目を2週間に1回採血する) |
| ② 心電図 | 2ヶ月に1回程度 |
| ③ 胸部レ線 | 4ヶ月に1回程度 |
| ④ 心エコー | 1年に1回程度 |
| ⑤ 頸動脈エコー | 1年に1回程度 (必要な場合) |
| ⑥ 運動負荷試験 | 1年に1回程度 |
| ⑦ ホルター心電図 | 1年に1回程度 |
| ⑧ 冠動脈CT | 必要時 |
| ⑨ 心臓核医学検査 | 必要時 |
| ⑩ 冠動脈造影 | 退院8ヵ月後 |
| ⑪ その他 | 適宜 |

抗血小板薬と抗凝固薬使用ガイドライン

※本ガイドラインは、心臓病診療ガイドライン2019に基づき作成されています。

術式	抗血小板薬・抗凝固薬	PT-INR	投与期間
○冠動脈バイパス術			
①-1 アスピリン 75~150mg/日の投与			
野原グラフト使用例	低用量ワルファリン	2.0~3.0	術後6ヶ月
	アスピリン100mg/日		継続
	チクロピジン200mg/日または クロピドグレル75mg/日		退院後 2週間
Long onlay・ 内臓摘除後	ソルノアリン	2.0~3.0	術後6ヶ月
術者の要請によりチクロピジン・ワルファリンの投与期間が延びることがある。			
○人工弁置換術、弁形成術			
①-1 人工弁置換術(3ヶ月未満)に対するPT-INR2.0~3.0でのワルファリン投与 ①-2 弁形成術(3ヶ月未満)に対するPT-INR2.0~3.0でのワルファリン投与 以下の症例(表参照)に対するソルノアリン投与			
置換弁	AVR	PT INR	
	二葉弁またはMedtronic Hall弁	危険因子なし	2.0~2.5
	他のディスク弁 Sraar-Edwards弁	危険因子なし	2.0~3.0
	AVR+危険因子あり		
	+ON-X弁による単独AVR症例で危険因子がない場合術後3ヶ月目 よりPT-INRを1.3~1.8にコントロールする治療を具池中		
	MVR		
	危険因子なし		2.0~3.0
	危険因子あり		
生体弁	AVR+危険因子		2.0~3.0
	MVR+危険因子		
弁形成術	冠動脈形成術+危険因子		2.0~2.5

※危険因子：心不全、腎不全、肝機能障害、高齢、出血傾向、併用薬等

PCI後の抗血小板薬の使用法

※用量がなければアスピリン75~325mgを全例に投与
-ステント留置例に対して、副作用(出血減少、血小板減少、肝障害)に注意しつつ
チクロピジンもしくはクロピドグレルをアスピリンに併用

術式	抗血小板薬・抗凝固薬	投与期間
POBA	アスピリン75~150mg/日	
BMS	アスピリン75~150mg/日	
	チクロピジン200mg/日 または クロピドグレル75mg/日	2週間から1ヶ月の投与
DES	アスピリン75~150mg/日	無期限の投与
	チクロピジン200mg/日 または クロピドグレル75mg/日	1年以上の投与が望ましい 投与開始から2ヶ月間 2週間毎の血液検査を実施する
	シロスタゾール	DES留置例25mm以上の 長い冠動脈病変に対する 併用が慢性期患者の内 腎臓と心臓薬が併用 になると報告されている。

※主幹部(LMT)留置ステント留置例・高リスク例のチクロピジンまたはクロピドグレルは無期限に投与する

※15%以上の副作用でDES留置例1年以内に中止が必要な場合ステント留置例に転換する

※重要な処置時の注意事項

- DES留置例2ヶ月以上経過していること
- 可能なアスピリンを継続
- 2週を中斷するとアスピリンは7日間で5
チクロピジン・クロピドグレルは10日間から12週間後までか10日間まで再開すること
- LMTステント留置例・高リスク例は、入居してペバリン治療に置き換える

※本ガイドラインは、心臓病診療ガイドライン2019に基づき作成されています。

虚血性心疾患の生活指導のポイント②

運動療法

Class 1

- ① 運動負荷試験に基づいて
 - 1回最低30分、週3～4回(可能なら毎日)、歩行、走行、サイクリングなどの有酸素運動を行う
- ② 日常生活の中の身体活動(通勤時の歩行、家庭内外の仕事など)を増やす
- ③ 冠危険因子を有する患者、中等度ないし高リスク患者*は 監視型運動療法が推奨される

*冠疾患患者の運動療法における中等度ないし高リスク患者の定義

中程度リスク

- ・軽度～中等度の左室機能不全(EF=31～40%)
- ・発症の直後に行った運動負荷試験で運動能力5～6 METs以下
- ・処方された運動処方が行われていない
- ・運動による心動過速が誘発される(0.1～0.2mVのST低下、心エコー、シンチグラフィ)

高度リスク

- ・老いによる左室機能不全(EF≤30%)
- ・安定的ないし運動誘発性の虚脱や不整脈
- ・運動中の15mmHg以上の収縮期血圧低下、負荷量を適切しても血圧が上昇しない
- ・心筋梗塞が3回の生患者
- ・3回以上心不全、心原性ショック、危険な心室不整脈を合併した心的疾患
- ・重症な冠動脈病変および運動療法誘発の著しい心動過速(0.2mV以上のST低下)

糖尿病の管理

Class 1 HbA1cが6.5%未満になるようにする

体重管理の目標

Class 1 BMI 18.5～24.9の範囲に保つ

- 肥満者の減量は、まず体重の10%を目標に。
- 月10kg程度の減量が標準。

飲酒管理

□1日30mlのアルコールまで。

禁煙管理

- 喫煙者の心筋梗塞発症危険率は非喫煙者の2倍
- 喫煙歴の有無を調べる □喫煙状態を避ける

うつ、不安症、不眠症の対策

- カウンセリングの検討
- 社会・家庭環境の評価を行う

※本表は、心筋梗塞患者の生活指導の参考として作成されています。

狭心症・心筋梗塞 PCI 施行後のアウトカム評価表

()診療所/病院 ()医師 ()病棟/外来科 ()医師

患者氏名 種 狭心症 心筋梗塞 発症日 年 月 日

担当医師	病棟/病室	病名	
術日	術後カテーテル入院時・()年 月 日		
評価日	年 月 日 時 分		
評価者	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> その他()		
評価項目	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 運動負荷試験 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()	
狭心症発症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する) <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する)		
心筋梗塞	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する) <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する)		
心動過速	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する) <input type="checkbox"/> あり (経過観察/追加検査/治療を要する)		
薬剤投与	<input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ニコラジール <input type="checkbox"/> 硝酸薬 <input type="checkbox"/> チアジドピロリジン <input type="checkbox"/> クロロピドグレール <input type="checkbox"/> ACE阻害薬 <input type="checkbox"/> アンジオテンシンII受容体拮抗薬 <input type="checkbox"/> β遮断薬 <input type="checkbox"/> カルシウム拮抗薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病治療薬 <input type="checkbox"/> スタチン <input type="checkbox"/> 抗不整脈薬 <input type="checkbox"/> その他()		
項目	基準値・医師の指示	患者の状態	評価
体重	目標体重 ()Kg BMI 18.5～24.9に保つ	体重 ()Kg BMI ()	減量の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
食生活	食 分 ()g未満/日 水 分 ()ml/日 カロリー ()kcal/日	<input type="checkbox"/> 指示の食分別量が守られている <input type="checkbox"/> 指示の水分別量が守られている <input type="checkbox"/> 指示のカロリーが守られている	<input type="checkbox"/> 実行の食事指導を継続 <input type="checkbox"/> 食事指導を変更 <input type="checkbox"/> 管理栄養士による栄養指導
運動	30分/回 3～4回/週以上の有酸素運動 目標心拍数 ()回/分	<input type="checkbox"/> 毎日自発している <input type="checkbox"/> 週3回以上自発している <input type="checkbox"/> 週3回未満自発している <input type="checkbox"/> していない(理由)	運動処方 <input type="checkbox"/> 有(運動処方変更) <input type="checkbox"/> 無
症状	<input type="checkbox"/> 発症が出現している <input type="checkbox"/> 発症が出現していない	<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 呼吸 (年/回) <input type="checkbox"/> 現在血圧 (年/分)	
飲酒	アルコール30ml/日未満	<input type="checkbox"/> 禁酒 (量)	
血圧	BP<140/90(A24%) BP<130/85(標準・中等) BP<125/75(糖尿病、腎臓病)	最近の平均値 ()mmHg	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 薬治療
脂質	LDL-C 100mg/dl未満 HDL-C 40mg/dl以上 TG 150mg/dl以下 LDL-C/HDL-C比 1.5以下	LDL-C ()mg/dl HDL-C ()mg/dl TG ()mg/dl L/H ()	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 薬治療
血糖	FBS<110mg/dl (空腹2時間<170以下) HbA1c<6.5%	FBS ()mg/dl HbA1c ()%	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 薬治療
かかりつけ医からのコメント	病棟からのコメント		

(かかりつけ医(特))

かかりつけ医と当院が共同して評価を行う。

・確認カテーテル入院時と毎年フォローアップ外来時に活用。

・冠危険因子のコントロール状況を評価し、患者とかかりつけ医へコメントを記入しフィードバックを行う。

・簡単なチェックと数個の検査データ記入のみ。

・情報診療提供書に添付しかかりつけ医へ渡している。

・患者控えはパスファイルへとじている。

生活日誌

新設 日本人血友病協会 東京支部
神原記念病院
 総合患者支援センター
 〒182-0009 東京都府中市神原2-10-1
 TEL.0423143111
 URL:www.shiikai.org



生活日誌

心臓、血管の病気が一度発症するとほとんどの場合、生活治療の継続が必要です。そのため、家族や職場など生活の場であたごが患者さんを感じていただく必要がありえます。以下に、自己管理のポイントをまとめています。あなたが「病気」であるという積極的な生活を送れるように、上手な自己管理の方法を身につけてください。

上手な自己管理のための11のポイント

- ① 自分の病気を知る。
- ② 体の弱さを確認する。
- ③ 体の弱さが悪化した時の症状と対処の方法を覚える。
- ④ 定期的に受診する。
- ⑤ 薬の管理をする。
- ⑥ 禁煙する。
- ⑦ 食生活を見直す。
- ⑧ 酒量を飲みすぎない。
- ⑨ 日常生活のペースを知る。
- ⑩ 適切な活動(運動)の範囲を見えて実践をする。
- ⑪ ストレスをコントロールする。

① 自分の病気を知る

自分の病気をよく知ることが、適切な治療を受けるための第一歩です。病気をよく知ることが、病気をよく理解し、上手に自己管理するための第一歩です。病気をよく知ることが、病気をよく理解し、上手に自己管理するための第一歩です。

■ 病名や病態に関することで覚えておいた方がよいこと

- | | |
|-----------------|-----------|
| 1. 病名(病態) | 心臓や腎、肝臓 |
| 2. 薬の種類 | 副作用、効果、用法 |
| 3. 飲んでいる薬の種類 | ワ、ブ、ア、リ |
| 4. 治療法(手術、薬物療法) | 副作用、効果 |
| 5. 日常生活の注意 | 禁煙、酒量 |

② 体の弱さを確認する

① 自覚症状を確認しましょう。
 ② 体の弱さを確認する。③ 体の弱さが悪化した時の症状と対処の方法を覚える。④ 定期的に受診する。

■ 自覚症状の重要ポイント

1. だるさ、疲労
2. 息切れ、呼吸困難
3. 動悸、不整脈
4. めまい、立ちくらみ
5. 手足の冷え
6. 夜尿頻回
7. 医師が認めることと自己管理の対応方法

■ 自覚症状が強い場合の対応方法
 ① 医師に相談する
 ② 医師の指示に従う
 ③ 医師の指示に従う
 ④ 医師の指示に従う
 ⑤ 医師の指示に従う
 ⑥ 医師の指示に従う
 ⑦ 医師の指示に従う

③ 酒量を減らしましょう

① 酒量を減らしましょう。② 酒量を減らしましょう。③ 酒量を減らしましょう。④ 酒量を減らしましょう。⑤ 酒量を減らしましょう。⑥ 酒量を減らしましょう。⑦ 酒量を減らしましょう。⑧ 酒量を減らしましょう。⑨ 酒量を減らしましょう。⑩ 酒量を減らしましょう。⑪ 酒量を減らしましょう。

④ 家庭血圧を測りましょう

① 家庭血圧を測りましょう。② 家庭血圧を測りましょう。③ 家庭血圧を測りましょう。④ 家庭血圧を測りましょう。⑤ 家庭血圧を測りましょう。⑥ 家庭血圧を測りましょう。⑦ 家庭血圧を測りましょう。⑧ 家庭血圧を測りましょう。⑨ 家庭血圧を測りましょう。⑩ 家庭血圧を測りましょう。⑪ 家庭血圧を測りましょう。

家庭血圧の正しい計り方

朝と夜に測りましょう

朝、起きる前

- ・トイレに行く
- ・朝食を食べる
- ・服を脱ぎ、リラックスして測る



夜、寝る前

- ・トイレに行く
- ・夕食を食べる
- ・服を脱ぎ、リラックスして測る



正しい測り方

1. 正しい姿勢で座り、足を組まず、背を伸ばす。
2. 肘を90度に曲げ、手首を90度に曲げる。
3. 腕を心臓の高さに合わせる。
4. 目を閉じ、深呼吸を3回繰り返す。
5. 血圧を測る。
6. 血圧を測る。

⑤ 薬を測りましょう

① 薬を測りましょう。② 薬を測りましょう。③ 薬を測りましょう。④ 薬を測りましょう。⑤ 薬を測りましょう。⑥ 薬を測りましょう。⑦ 薬を測りましょう。⑧ 薬を測りましょう。⑨ 薬を測りましょう。⑩ 薬を測りましょう。⑪ 薬を測りましょう。

① 薬を測りましょう。② 薬を測りましょう。③ 薬を測りましょう。④ 薬を測りましょう。⑤ 薬を測りましょう。⑥ 薬を測りましょう。⑦ 薬を測りましょう。⑧ 薬を測りましょう。⑨ 薬を測りましょう。⑩ 薬を測りましょう。⑪ 薬を測りましょう。

2009年 12月

毎月4日付

日	月	火	水	木	金	土	日
多週4日付:							
		1日	2日	3日	4日	5日	6日
		日・月	日・月	日・月	日・月	日・月	日・月
多週5日付:							
6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日
		日・月	日・月	日・月	日・月	日・月	日・月
多週6日付:							
13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日
		日・月	日・月	日・月	日・月	日・月	日・月
多週7日付:							
20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日
		日・月	日・月	日・月	日・月	日・月	日・月
多週8日付:							
27日	28日	29日	30日	31日			
		日・月	日・月	日・月	日・月		
コメント							

日付 (曜日)	朝		夜		休取	家康	記入する所は○
	直任	兼泊	直任	兼泊			
1(火)	/		/				
2(水)	/		/				
3(木)	/		/				
4(金)	/		/				
5(土)	/		/				
6(日)	/		/				
7(月)	/		/				
8(火)	/		/				
9(水)	/		/				
10(木)	/		/				
11(金)	/		/				
12(土)	/		/				
13(日)	/		/				
14(月)	/		/				
15(火)	/		/				
16(水)	/		/				
17(木)	/		/				
18(金)	/		/				
19(土)	/		/				
20(日)	/		/				
21(月)	/		/				
22(火)	/		/				
23(水)	/		/				
24(木)	/		/				
25(金)	/		/				
26(土)	/		/				
27(日)	/		/				
28(月)	/		/				
29(火)	/		/				
30(水)	/		/				
31(木)	/		/				

会議

協議会・合議体 カンファレンス

府中市循環器疾患連絡協議会の発足

- ① 榊原記念病院連携パスワーキンググループ結成
- ② 2007年5月22日、第一回本会準備勉強会キックオフ
- ③ 2007年6月14日、榊原記念病院地域医療支援病院運営委員会で勉強会立ち上げの報告
- ④ 2007年7月4日、第二回本会準備勉強会の開催：府中市医師会への協力要請と進行状況報告と今後についての話し合い
- ⑤ 2007年7月27日、府中市医師会例会：府中市循環器疾患連絡協議会を正式に発足するというアナウンスと8月末までに参加者を募集
- ⑥ 2007年9月18日、第一回府中市循環器疾患連絡協議会開催に至る。
- ⑦ 2ヶ月毎の連絡協議会開催を計画。事務局：榊原記念病院医療連携室
- ⑧ 参加施設の拡大と府中市以外の医療機関への参加の呼びかけ。

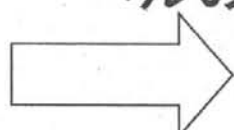
府中市循環器疾患連絡協議会の運営

- 2007年9月より、2ヶ月毎の府中市循環器疾患連絡協議会開催（7診療所2病院でスタート）
 - 運用報告、バリエーションの検討、疾患管理方法の相談やレクチャー
 - 開業医の診療実態等の情報交換

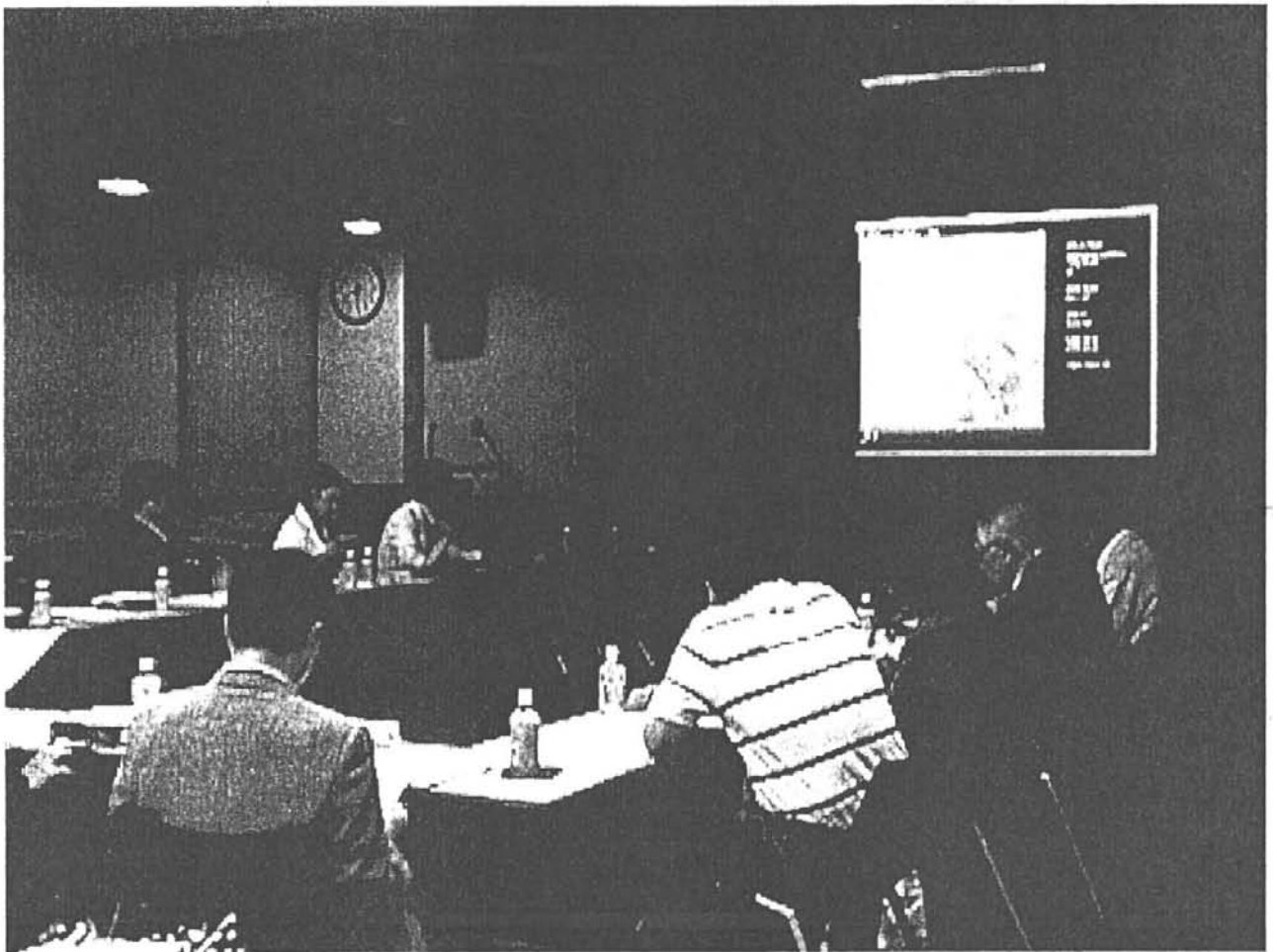
症例検討を通じて、

学会ガイドラインの理解・抗血小板薬の管理方法

・二次予防のあり方など、連携医療機関の医療レベルの底上げを図っている。



2010年9月時点で 20施設に拡大



榊原記念病院連携パスの進化

1. 2次予防
 - 健康管理ノート
2. コホート登録開始
3. 術後健康管理外来(内科医)開始 59名/76名
 - バイパス(CABG)術後連携パス
 - 退院後 2週後、3カ月後⇒かかりつけ医、
 - 1年後(外科フォローアップ外来)
 - 以後 年1回 (健康管理外来)

コーディネーターの役割

コーディネーターの役割

1. 連携パスツールの作成

- 連携パス開発における中心的役割

2. 院内における業務調整

- 対象患者の選択および入院主治医との調整
- 導入時のインフォームドコンセント

3. 地域医療機関との調整

- パス導入後の運用調整
- バリアンス発生後の対応
- 連携パス参加施設の連絡協議会の運営

患者の視点に立った医療連携とは・・・？

コーディネーターの役割

コメディカルは、患者の再発予防の行動が継続されるように支援する役割をもつ



- ①生活日誌を活用した再発予防の患者指導
 - ・ 連携パス患者には、外来受診毎に面談を行い、再発予防のための生活指導を実施

- ②活用できる医療資源の情報提供
 - ・ 心臓リハビリテーションの案内を行い、当院の医療資源も活用できるよう配慮している

医療連携構築の課題

- ①院内のシステムづくり
 - ・ 再発予防に必要な支援（心臓リハビリテーション、栄養指導、服薬指導、禁煙外来、心理的サポートなど）が必要かをトライアジーして多職種と連携して介入するシステムの構築

- ②地域でも多職種の介入が継続されるシステムづくり
 - ・ 地域のコメディカル（診療所看護師など）との交流、患者支援のあり方の意識改革や介入スキルの教育

医療連携構築の課題

③病院と連携医の新たな情報共有方法の検討

- 紙ベースの連携パスでは診療情報の共有がしにくいいため、パスの有用性の分析が難しい。
- 共通して利用できる電子媒体の開発も必要である。

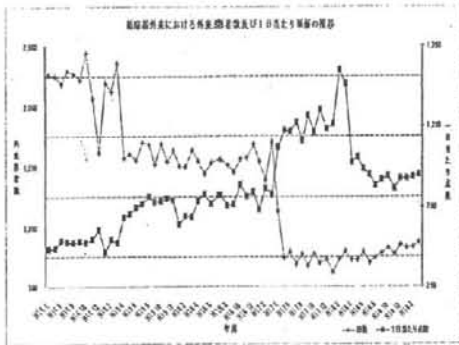
④広い地域での共通した連携パスによる診療体制の整備

- 様々な医療機関が独自の連携パスを利用する事による混乱を防ぐ必要がある
- 近隣医療圏の急性期病院との検討が必須

評価

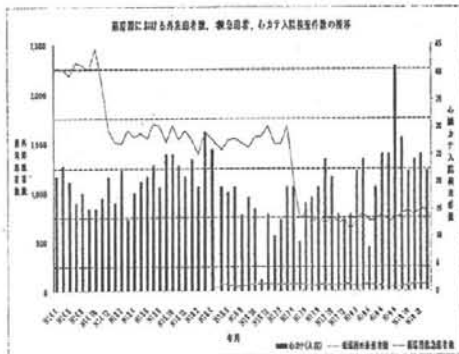
連携パスの有効性(導入メリット)をいかにして科学的に実証するか。

① マネジメントツールとして、有効である。



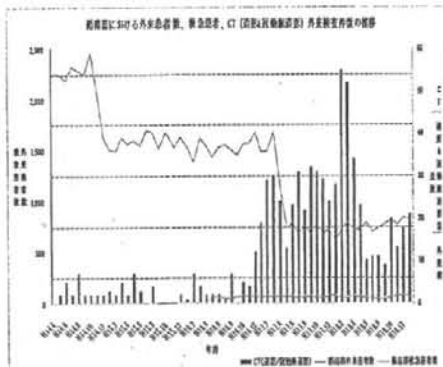
- 専門医師数が半減(4名→2名)
- 外来診療枠が1/3に減少
- 外来患者数が、半減した。
- 外来単価は、上昇した。

(1.5倍)



- 救急患者数は、変化が無かった。
- 心臓カテーテルの件数に、変化が無かった。

① マネジメントツールとして、有効である。



- CTによる冠動脈造影の件数は増加した。
- ワーファリン投与患者数は、減少した。
- プロロンビン時間検査件数は、減少した。



- 心筋シンチ外来検査件数は、減少した。
- 負荷心電図外来検査件数は、増加した。
- ホルター心電図外来検査件数は、減少した。

地域連携パスがもたらすもの コミュニケーションツールとして

連携パスの文化を醸成

- 医師会・病院・患者間のcommunication
- 診療連携に対するcontribution
- 効率性・合理性・無駄の排除とminimal requirementの達成

- 連携パス群、非連携パス群のPCI入院時と確認カテ入院時の冠危険因子のデータを比較したところ、TC、LDL-C、L/H比において有意に改善を認めた。
- 有意差のあったTC、LDL、L/H比において、PCI施行後から確認カテ検査の8ヶ月間に、アウトカム基準まで改善したものを達成群、アウトカム未達成のまま・悪化したものを未達成群に分け連携パス導入による管理状況の関連を検討したが、有意差はなかった。

③長期フォローアップ 医療施設症例数分布

連携パス症例数分布		連携パス更新数分布		長期継続経過観察数分布			
45人	1	10人	1	25人	1	10人	1
24	1	9	2	14	1	8	1
22	1	8	8	12	1	6	1
20	1	7	7	10	2	5	2
18	1	6	4	9	3	4	4
16	1	5	3	6	3	3	7
15	1	4	5	5	6	2	6
13	1	3	15	4	9	1	25
12	1	2	11	3	10	0	35
11	1	1	16	2	14		
				1	19		
				0	13		
計 480人		計 83医療施設				計 108名	
						(3回以上更新	
						4年以上経過観察)	
				計 256人			

③長期フォローアップ地方都市と郡部の連携

人口 34万(県人口の16%)
県面積の1/3



人口 173万人
県面積の2/3

①会津若松医師会 67施設(6)
②喜多方医師会 27施設(7)
③両沼医師会 20施設(3)
④南会津医師会 16施設(1)

②喜多方医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
H病院	24	12	6
I医院	8	5	4
J医院	8	4	4
K病院	7	5	3
L診療所	7	3	1

①会津若松医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
A循環器科クリニック	45	25	10
B内科医院	22	14	5
C医院	18	10	1
D内科・小児科医院	11	6	1
Eクリニック	10	6	3
F病院	9	8	3
G消化器科クリニック	9	5	3

③両沼医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
M病院	16	2	0
N総合病院	13	1	0
Oクリニック	7	4	1
P内科・消化器科医院	7	2	1

④南会津医師会

医療機関	適応患者数	更新数	長期観察数
Q病院	20	9	5
R医院	15	7	4
S診療所	12	10	8
T医院	7	4	2

循環器連携パスの効果

1. マネジメントツール ⇒ 効果大
2. 患者に対する治療効果(有意な効果は?)
⇒必ずしも
3. 長期効果
 - 脱落例(ドロップアウト)の把握
 - 把握できれば、対策を立てることが出来る
 - 榊原記念病院では、NSWを入れて検討を開始した。
4. 疾病2次予防 ⇒ 効果判定は数年かかる。

(複数病院)地域医療のEBM

- データの一元管理
- 公益性
- 病院中心(地域中核病院)
- 地域中心
- 医師会・医師会立病院
(疫学センター・疾病管理部門・データセンター)
- 保健所 ⇒ 兵庫県

- 全国医師会立病院ネットワーク

地域医療連携

複数病院と診療所の連携

地域医療連携

複数病院と診療所の連携

- 横須賀市医師会
- 新宿区医師会
- 板橋区医師会

1. 横須賀市医師会地域医療連携体制協議会

- 横須賀市医師会 会長
- 横須賀市医師会 理事
(地域保健担当、医療情報担当、病診連携担当)
- 横須賀共済病院 病院長
- 横須賀市立うわまち病院 病院長
- 衣笠病院 病院長
- 横須賀市立市民病院 病院長
- 横須賀市保健所 医長
- 神奈川県鎌倉保健福祉事務所 部長
- 横須賀市居宅介護支援事業所連絡協議会
- 横須賀市訪問看護ステーション協議会
- 横須賀市社会福祉協議会 会長
- 順天堂大学医学部 公衆衛生学准教授(アドバイザー)

クリティカルパス・ワーキンググループ

クリティカルパス・ワーキンググループ(診療所代表)

	委員 氏名 診療所名				
糖尿病	中島茂 中島内科クリニック	小西靖子 みはる内科クリニック	宮入由紀子 宮入内科	徳田政道 徳田医院	上原一之 上原医院
	淵上正弘 淵上内科・消化器科クリニック	野村良彦 野村内科クリニック	千場純 三輪医院	山下隆司 山下ファミリークリニック	
脳梗塞(脳卒中)	石渡祐介 ナブ・ケアクリニック	春田明郎 横須賀中央診療所	宮崎弘 みやざき内科クリニック	横田司 同徳医会衣笠診療所	三屋公紀 三屋内科
	◎ 山下晃平 北久里浜脳神経外科	千場純 三輪医院	山下隆司 山下ファミリークリニック	鈴木明 市居宅介護支援事業所連絡協議会	高橋てる子 横須賀訪問看護ステーション
心筋梗塞	桑原幹夫 桑原医院	大畑俊郎 大畑医院	三武明夫 三武内科クリニック	佐々木秀弘 佐々木医院	
	◎ 工藤澄彦 工藤医院	◎ 林修一 はやし内科クリニック	土田匡明 湘南山手つちだクリニック	山下隆司 山下ファミリークリニック	
がん(胃・大腸がん)	塚本光嘉 大畑医院	◎ 松岡幹雄 中央内科クリニック	志澤良一 しざわクリニック	菊池光伸 きくち消化器・内科クリニック	佐々木秀弘 佐々木医院
	各グループ	青山清一 青山医院	小倉健 小倉医院	鎌倉孝一 鎌倉医院	山下隆司 山下ファミリークリニック

クリティカルパス・ワーキンググループ(病院代表)

	横須賀市立市民病院	横須賀市立うわまち病院	横須賀共済病院	衣笠病院
糖尿病	渡辺 憲 皮膚科・地域連携推進委員	山本栄治 内科医師		◎ 南 信明 内科
	弘田伴子 臨床病認定看護師	中川 充 内科科長		松本正夫 高血圧症・高脂血症・糖尿病
脳梗塞(脳卒中)	梅沢武彦 脳神経外科・科長	◎ 本多英喜 救急総合診療部長	稲葉 彰 神経内科部長	竹永清人 内科医師
	桃尾隆之 神経内科・主任医師	三代貞康 第一脳神経外科部長(脳血管科)	◎ 野々垣 学 リハビリ部長代行	大友 宣 内科医師
心筋梗塞	岩澤祐二 循環器科・科長	◎ 沼田裕一 循環器科部長	◎ 佐藤 明 循環器部長	
	五島佳子 循環器科	岩澤孝昌 循環器科	疋田浩之 循環器部長	
がん(胃・大腸がん)	亀田久仁郎 外科・科長	佐藤宗勝 科長	◎ 舛井秀宣 外科部長	岡村隆一郎 消化器・一般外科
	長嶺弘太郎 外科	種村宏之 外科科長	鈴木秀明 内科科長	岩田啓吾 消化器・一般外科
その他(備考)	久保 肇 病院長		田中良英 脳外科部長代行(脳血管科)	
	◎ 横須賀 久 副院長		杉田光隆 外科部長(がん)	

各グループ構成: 診療所10名(医師会担当者含)・病院8名

クリティカルパス・ワーキンググループ【心筋梗塞】

病院委員氏名	所属機関名	診療所委員氏名	所属機関名
岩澤 祐二	横須賀市立市民病院 循環器科科長	桑原 幹夫	桑原医院
五島 佳子	横須賀市立市民病院 循環器科	大畑 俊郎	大畑医院
◎ 沼田 裕一	横須賀市立うわまち病院 病院管理者	三武 明夫	三武内科クリニック
岩澤 孝昌	横須賀市立うわまち病院 循環器科科長	佐々木 秀弘	佐々木医院
○ 佐藤 明	横須賀共済病院 循環器部長	◎ 工藤 澄彦	工藤医院
疋田 浩之	横須賀共済病院 循環器医長	○ 林 修一	はやし内科クリニック
		土田 匡明	湘南山手つちだクリニック
		山下 隆司	山下ファミリークリニック

横須賀市医師会：医療連携体制推進事業

地域医療連携クリティカルパス発行患者数(2009年)

疾患名 病院名	疾患名				4疾患 計
	心筋梗塞	糖尿病	がん (胃・大腸)	脳梗塞	
横須賀 共済病院	5	0	33		38
横須賀市立 うわまち病院	46	4		2	52
衣笠病院		1			1
横須賀市立 市民病院		7			22
合計	51	27	33	2	113

心筋梗塞	糖尿病	がん (胃・大腸)	脳梗塞
81	75	62	78

疾患別連携パス協力医療機関数

パスを発行した医療機関 45施設—51例

新明外科胃腸科	妹尾内科医院	衣笠診療所
大畑医院	鈴木クリニック	聖ヨゼフ病院
野村内科クリニック	長塚内科クリニック	小坪内科クリニック
紺野内科医院	さいたま医療センター	鈴木内科クリニック
にへい内科クリニック	湘南病院	いいだクリニック
大田クリニック	うめざわ医院	船山医院
斉藤内科医院	三浦市立病院	とづか内科クリニック
鈴木内科クリニック	鈴木クリニック	はやし内科クリニック
北部共済病院	上原医院	鎌倉医院
橋本医院	伊藤クリニック	水嶋内科外科医院
遠藤胃腸科外科	伊藤診療所	斉藤内科医院
豊田診療所	加藤メディカルアーツクリニック	うめざわ医院
鴨居ファミリークリニック	吉川外科胃腸科医院	ウェルシティー若松クリ ニック
めぐみクリニック	せりかわ内科クリニック	
原医院	工藤医院	
工藤内科クリニック	衣笠病院	

2. 新宿区循環器地域連携パス

- 平成20年(2008年)2月から
- 新宿区循環器連携パス懇話会
- 新宿区医師会循環器研究会(10診療所)
- 国立国際医療研究センター—新宿病院
- 医療公社大久保病院(地域医療支援病院)
- 東京厚生年金病院
- (社会保険中央病院)
- 東京医科大学附属病院



3. 板橋区医師会の医療連携

板橋区「認知症」を考える会

(平成16年1月28日)

板橋区脳卒中懇話会

(平成18年4月26日)

板橋区の乳がんを考える会

(平成18年12月19日)

板橋区の慢性腎臓病を考える会

(平成20年7月24日)

板橋区糖尿病対策推進会議

(平成20年7月14日)



3. 板橋区医師会の医療連携

板橋区虚血性心疾患連携検討会

第1回 平成21年12月

地域連携クリティカルパスの説明

第2回 平成22年 2月

副会長 帝京大学一色教授

板橋区在宅療養手帳の開発

(板橋区ブレストケア手帳を元に改変する)

○板橋区脳卒中懇話会

○板橋区の慢性腎臓病を考える会

○板橋区糖尿病対策推進会議

○板橋区虚血性心疾患連携検討会

3. 板橋区虚血性心疾患連携検討会

- 帝京大学医学部附属病院 ○副会長
- 日本大学医学部附属板橋病院（ベース提供）
- 独立行政法人東京都健康長寿医療センター
- 東京都保健医療公社豊島病院
- 板橋区医師会病院
- イムス病院（回復期リハビリテーション病院）
- 板橋区医師会役員
- オブザーバー・アドバイザー

板橋区における地域連携ツール


- 脳卒中連携パス
- 在宅療養ノート（患者、家族、多職種の情報共有ツール）
- 糖尿病連携パス
- 乳がん 私のブレストケア手帳（連携パスの補助ツール）
- 退院支援シート（緩和ケア用）

ポイントは

顔の見える連携ネットワークが出来ていれば
どんなツールも動きやすいこと！

脳卒中在宅療養ノート

後援区医師会 後援区脳卒中患者会 Ver.2
2009年11月




脳卒中 在宅療養ノート

脳卒中の急性期・回復期治療も一段落し、今後の身体機能の維持と生活の質を維持するために、専門医と協力しながら生活が営まれています。この在宅療養ノートを利用して、定期的な専門医の診察をかねて、地域医療従事者の指導や中高生などの趣味・得意分野の活動を通していきましょう。

専門医の定期診察	年(月)	年(月)	年(月)																																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>診療科目</td><td>脳神経科</td></tr> <tr><td>医師名</td><td>山田 太郎</td></tr> <tr><td>診療時間</td><td>月 10:00-12:00 水 10:00-12:00</td></tr> <tr><td>住所</td><td>〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>03-1234-5678</td></tr> </table>	診療科目	脳神経科	医師名	山田 太郎	診療時間	月 10:00-12:00 水 10:00-12:00	住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1	電話番号	03-1234-5678	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> <tr><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td><td>診</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診
診療科目	脳神経科																																																																																				
医師名	山田 太郎																																																																																				
診療時間	月 10:00-12:00 水 10:00-12:00																																																																																				
住所	〒100-0001 東京都千代田区千代田1-1-1																																																																																				
電話番号	03-1234-5678																																																																																				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																										
診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診																																																																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																										
診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診																																																																										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																																																																										
診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診	診																																																																										

私のブレストケア手帳



乳がんを乗り越えるために

●この手帳について

日本では30人に1人の女性が乳がんにかかる。その死亡率も年々高まっています。でも、乳がんは早期に発見すれば治癒率が高いため、適切な治療があればまだ多く、全回手術で20%程度にまで落ちます。

5人の女性に治療の大切さを伝えていければ、5人の中から1人は、この手帳は、乳がん手術後自分を認めることで自分自身のよゆゆの人たぶよく輝かせるという気持ちも湧いてきます。

もしあなた、お友だちが乳がんを乗り越えていくために、この手帳が、

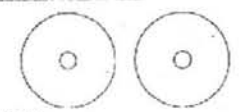
ブローカー
多くの女性
らに役立つ
手帳になれば

乳がんの克服、今後はみんなを笑顔にする

●私のプロフィール

●手術前の年齢 歳

時期	年月日	治療
●手術日	年 月 日	
●手術内容 (右側・左側)		



●手術形式

●術前分類 pT 月 月 スコア

●ホルモン感受性 ER 月 月 PgR 月

●リンパ管浸潤 (ly) ●核異型度 (NG)

●HER2 (上皮細胞成長因子受容体) 蛋白

0 1+ 2+ 3+

●その他

<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p>
--	--

糖尿病連携パスポート

かかりつけ医と専門医の手作りパス

糖尿病地域連携クリティカルパス

糖尿病連携パスポート

これは糖尿病の患者さんへの支援に役立つパスポートです。
 かかりつけ医と専門医の連携が図られ、治療計画や検査を円滑にするお手伝いをいたします。
 治療や検査に二人の医師が一緒にサポートさせていただきます。



かかりつけ医 × 患者さん × 専門医

氏名	〒	市	区	町	番	号
TEL						
FAX						
Eメール						

パスポート開始日: 年 月 日

患者さんのページ	かかりつけ医のページ	眼科かかりつけ医の	病院のページ
患者さんのページ 氏名 _____ 生年月日 _____ 過去最大体重 _____ kg BMI _____ 既往歴 _____ 糖尿病の診断 _____ 自宅 _____ 家で居る必要のある人 _____ 職業 _____ 介護担当 _____ 内服薬 _____ インスリン自己注射 あり/なし 自己血糖 _____ 測定回数 _____	かかりつけ医のページ 日 月 年 月 日 姓 名 _____ 診療科目 _____ 診療時間 _____ 住所 _____ TEL _____ FAX _____ Eメール _____ 医師 _____ 看護師 _____ 薬剤師 _____ 理学療法士 _____ 作業療法士 _____ 言語聴覚士 _____ 栄養士 _____ その他 _____	眼科かかりつけ医の 眼科診療時間 _____ 眼科診療科目 _____ 眼科診療時間 _____ 眼科診療科目 _____ 眼科診療時間 _____ 眼科診療科目 _____ 眼科診療時間 _____ 眼科診療科目 _____	病院のページ 日 月 年 月 日 病名 _____ 検査項目 _____ 検査結果 _____ 検査項目 _____ 検査結果 _____ 検査項目 _____ 検査結果 _____ 検査項目 _____ 検査結果 _____ 検査項目 _____ 検査結果 _____

退院支援シート

退院支援シートモデルはOPTIMステップ緩和ケア資料を改変させていただきました

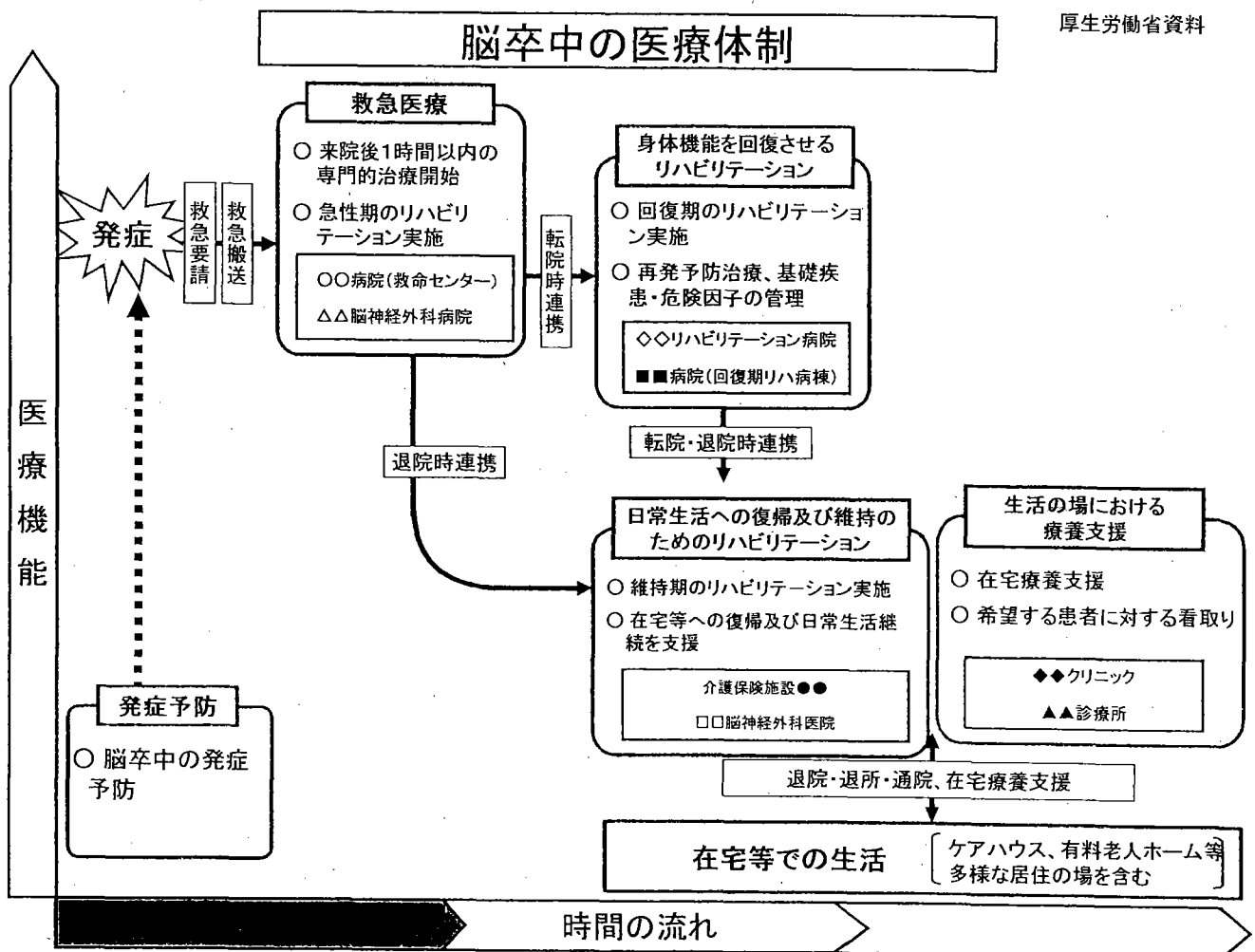
退院支援カンファレンスシート・退院前カンファレンスシート (適応に○)

氏名	性別	入院科	年 月 日	カンファレンスメンバー
				本人 家族 ソーシャルワーカー 看護師 薬剤師 理学療法士 作業療法士
退院支援シート2 退院支援カンファレンス参加者情報 1. 医師 2. 低下障害 3. 処方科 4. 栄養士 5. 薬剤師 6. 言語聴覚士 / 言語療法士 8. 歯科医師等 9. その他()				
退院支援シート1 Ver.3 退院支援が必要な理由 1. 再入院を繰り返している 2. 退院後も継続的医療処置が必要 3. 退院後のADLの低下が予測される 4. 転居、高齢世帯など介護力が不十分 5. 制度の対象外の患者 6. その他()				
基本データ 氏 名 _____ 性別 _____ 年齢 _____ 年 月 日 生 誕 日 _____ 年 月 日 [年齢 歳] 介護状態 _____ 介護者 _____ 家族構成 _____ 入院日 _____ 年 月 日 病 歴 _____ 既往歴 _____ 入院前住所 _____ 生 活 様 式 _____				
入院時情報 1. 病室 _____ 2. マンション _____ 3. 階 _____ 4. 病棟 _____ 5. 病室 _____ 6. グループホーム _____ 7. その他 _____				
中に支援する内容 ① 医師 ② 看護師 ③ 薬剤師 ④ 理学療法士 ⑤ 作業療法士 ⑥ 言語聴覚士 ⑦ 歯科医師 ⑧ その他()				
具体的な検討項目 ・ 褥瘡、嚥下、膀胱留置カテーテルの管理 ・ 吸引機、吸引チューブの準備と指導 ・ 中心静脈栄養の回線、ポンプの準備 ・ 在宅酸素療法機器の準備と指導、バ ・ 人工肛門の管理指導、用品の購入 ・ 内服管理指導、薬カレンダーの準備 ・ オビオイド服用の受取				

(参考資料)地域医療計画と医療・介護連携
〈順天堂大学医学部公衆衛生学講座 田城准教授〉

- 世田谷区医療連携推進協議会(在宅医療推進)委員
- 横須賀市医師会医療連携協議会 アドバイザー
- 板橋区医師会医療連携アドバイザー
- 文京区地域医療連携推進協議会 副会長
- 文京区在宅医療推進部会 部会長
- 豊島区在宅医療連携協議会 会長
- 世田谷区 在宅医療電話相談センター
- 板橋区 在宅医療多職種連携交流事業
- 豊島区 在宅医療コーディネーター養成講座

厚生労働省資料



脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》 生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後2時間以内の急性期病院到着	●来院後1時間以内の専門的治療開始 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院	●リハビリテーションを専門とする病院 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所	●診療所 等
求められる事項(抄)	●基礎疾患・危険因子の管理 ●初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ●初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院に2時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時間対応 ●専門的診療の24時間対応 ●来院後1時間以内にt-PAによる脳血栓溶解療法を実施 ●外科的治療が必要な場合2時間以内に治療開始 ●廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及びADL向上のリハビリテーションを集中的に実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ●在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療 ●希望する患者に対する居宅での看取り ●居宅介護サービスとの連携
連携		●発症から治療開始までの時間短縮		●医療施設間における診療情報・治療計画の共有		●在宅等での生活に必要な介護サービスの調整
指標による現状把握	●基本健診受診率	●発症から救急通報までの時間 ●救急要請から医療機関到着までの時間	●SCU等を有する医療機関数・病床数 ●t-PAによる脳血栓溶解療法実施医療機関数、実施率 ●急性期リハビリテーション実施医療機関数	●回復期のリハビリテーション実施医療機関数 ●入院中のケアプラン作成率	●介護保険によるリハビリテーション実施施設数	●在宅療養支援診療所数 ●地域連携クリティカルパス導入率
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合 ●発症1年後のADLの状況 ●脳卒中を主原因とする要介護認定者数 ●年齢調整死亡率					

慢性期・長期療養期【回復期・維持期・再発予防】に求められる事項

【脳卒中】

- 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
- 抑うつ状態への対応
- 生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施
- 在宅復帰のための居宅介護サービスを調整
- 訪問看護ステーション、調剤薬局と連携した在宅医療
- 希望する患者に対する居宅での看取り
- 居宅介護サービスとの連携

在宅医療推進の体制作り

- 入院又は通院医療を担う医療機関と、在宅医療を担う医療機関との適切な役割分担及び連携の体制
 - 重症患者であっても、最後まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が、在宅医療を受けられる医療及び介護の体制
 - 在宅医療推進協議会
- ⇒ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議
- もうひとつの在宅である介護老人施設、特定施設も充実し、選択肢を拡げる。

地域医療連携体制構築の手順

1. 地域医療連携推進協議会
 - 医師会・病院・行政・コメディカル
 2. 多職種協同実践ワーキンググループ
 3. 具体的に事例を動かす。
 - 病院医療連携職(MSW・退院支援看護師)・地域コーディネーター(医師会・NPOなど)
 4. フィードバック(PDCA/PDSAサイクル)
- (田城孝雄)

病診連携の課題 EC3

病診連携の課題・問題点を集約すると、

- Education
- Communication
- Coordination
- Cooperation

EC3が挙げられる

医療連携コーディネーター

I. 医療連携コーディネート機能 (谷水正人)

- 医療者間の連携を調整する機能・役割が必要であり、連携構築に関わる医療者の負担増を防ぐ必要がある。また複数の医療者に関わる患者の不安や疑問に応え患者を身近に支える存在が必要である。すなわち医療連携コーディネーターのあり方を検討する必要がある。

II. 医療連携コーディネーター機能には2種類ある。

(田城孝雄)

①フレームワーク(枠組み)づくりのコーディネーター

- 協議会の設置・運営など、仕組み、取組み、合意事項などの協議

②事例のコーディネーター

- 一例一例、個別の事例・症例のコーディネーションを行う。
- 事例を重ねることで、医療連携ネットワークを構築する。

豊島区の在宅医療の現状

区内・周辺訪問看護ステーションからの調査
(平成22年6月実施、区内及び区周辺訪問看護ST39か所、回収率69%)

平成22年6月時点での、訪問看護利用者数
604人(区内 524人、区外 80人)
訪問看護利用者の13%は区外ST利用

現在の豊島区 民のケース数	医療処置のある豊島区民(延べ数)												
	持続皮 下注管 管理	中心静 脈栄養 管理	点滴 管理	経管 栄養 (胃ろ う含 む)	HOT 管理	気管 カ ニ ュ レ	人工 呼 吸 器 管 理	吸引	膀胱 ろう、 腎ろう 膀胱 留置 カ テ ー テル	スト マ & ウ ロ ス ト ミ ー 管 理	褥瘡 管理	CAP D・A PD	ドレ ナ ー ジ チ ュ ー ブ 管 理
604	2	18	11	44	38	9	5	31	57	19	36	5	2

9

豊島区の在宅医療の現状

介護事業者へのアンケート調査
(平成22年6月実施、区内130事業所、回収率41.2%)

退院時カンファレンスへの参加率	77.8%
かかりつけ医とのカンファレンス実施率	55.6%
ケアマネタイム利用率	42.6%
かかりつけ医との障害は？	医師等が診療等で忙しそうだから

地域医療連携につい
て、本区で不足してい
る事

- ①区としての検討体制連絡体制が未整備
- ②退院時における在宅医療・ケア関係職種の連携会議が不十分
- ③区として、地域医療連携の問題点が明確化されていない

地域医療について、
本区に期待すること

- ①医療コーディネーターの設置や育成
- ②医療依存度の高い者へのサービス等不足しているサービスの充実
- ③医療・看護・介護関係者の共通認識の形成

10

在宅医療に関する 豊島区の現状と課題

区からみた問題点

区の検討体制・連絡体制の未整備

- 在宅医療所管部署が無い。
- 保健部門、福祉部門で個別に対応しており、区としての組織的な在宅医療対応は行われていなく問題点が明確化されていない。

点としての在宅医療

- 診療所単位や看護ステーション単位・ケアマネジャー単位で個別に対応している状況である。
- 区民への周知がほとんどされていない。

連絡会・研修の場などが少ない。

- 訪問看護ステーション連絡会等に区は参加しておらず、把握していない。
- 病院関係者や、在宅医療・ケアを支える関係者の連絡会などない。
- 重度の医療・ケアを要する在宅ケアが増加しているが、関係スタッフの勉強会等のレベルアップ機会は少ない。

在宅医療に必要なツールも検討されていない

- 病診連携時のクリティカルパスが作成されていない。
- 病診連携等組織的な取組みがなされていない。

在宅医療推進会議3年間の目標

平成22年度

- ・在宅医療推進会議および各部会の開催による、顔の見える連携の基盤作り
- ・地域の特色やニーズに応じた在宅医療推進サービスの在り方の検討
- ・在宅医療、在宅ケアに関わる人材育成

平成23年度

- ・在宅医療ネットワークの確立（医療職と福祉職の連携強化）
- ・在宅医療推進サービスの実施
- ・区民への在宅医療、在宅ケアに関する普及啓発

平成24年度

- ・在宅医療ネットワークの充実（中小病院や、大病院との連携の強化）
- ・在宅医療推進サービスの充実
- ・救急体制の整備

平成22年度の取り組み（検討体制の整備）

豊島区在宅医療連携推進会議

（平成22年7月設置）

（学識経験者、三師会、病院関係者、高齢者総合相談センター、訪問看護ステーション、介護事業者、区民、行政で構成）

口腔・嚥
下障害部
会

服薬支援
部会

訪問看護
ステー
ション部
会

リハビリ
テーション
部会

（仮称）医
療ネット
ワーク
部会

（仮称）糖
尿病連携
部会

13

豊島区在宅医療推進会議

- 三師会の代表
- 歯科医師会立診療所
- 各職種別分科会を設置
- 口腔嚥下部会・服薬支援分科会
- 各職種間連携
- 在宅療養支援診療所を副会長に
- 都立大塚病院は文京区と共通
- 家族代表が参加

⇒家族の希望する在宅医療 やはり医師の感性とは異なる。

豊島区在宅医療コーディネーター研修

①現状の課題

- ・ 経験豊富なケアマネジャーで、知識はあっても他の資源へのアプローチがうまくいかない。

②コンセプト

- ・ 豊島区の医療資源を活用し、患者・家族、医療者ともに納得のいく在宅医療を提供できる体制づくりのため、医療資源の有機的連携の担い手となるコーディネーターを養成する。

③研修の運営方針

- ・ 研修そのものを、有機的連携の機会とする
- ・ 単に知識の提供だけではなく、問題が生じた時に解決ができるノウハウを提供する
- ・ 参加者全員で豊島区在宅医療コーディネーターの役割・機能を探求し共有する
- ・ 受講生には修了証を発行し、在宅医療のパンフレットにその名前を掲載する。

15

豊島区在宅医療コーディネーター研修会

□ 受講要件: 豊島区内のケアマネ(経験者のみ)

参加を希望する医師・訪問看護師等

□ 募集人数: 50名

□ 認定要件: すべてのカリキュラムに参加した受講者に認定証を発行する。

□ 主催: 豊島区在宅医療連携推進会議

教育プログラムの学習構造設計

□ 実施日時: 1回/月 水曜日13:30~16:30(3時間)

□ 教育方法

- ・ 知識編+コミュニケーションスキル+グループワーク
- ・ 豊島区の在宅医療の実践者を講師に招く

□ 内容

実践的なスキルの習得

スキルを使うための基本的な思考方法・知識の習得

課題の設定・解決方法の共有

16

①在宅医療コーディネーター研修(22年10月～23年3月・全6回)

- | | |
|-------------|--|
| 第1回(10月13日) | ①サービス担当者会のあり方
②コーディネーションコミュニケーションの考え方
③グループワーク |
| 第2回(11月24日) | ①地域包括ケアの視点
②グループワーク |
| 第3回(12月15日) | ①脳卒中、難病の疾病理解
②リハビリテーションについて
③ニーズの把握と療養環境の調整 |
| 第4回(1月26日) | ①がんの疾病理解
②多職種連携について～病院医師の立場から～
③薬剤師の役割と機能 |
| 第5回(2月16日) | ①摂食嚥下機能障害
②嚥下機能低下予防・口腔ケアの視点
③連携の手法・グループワーク |
| 第6回(3月16日) | ①多職種連携について～在宅医師の立場から～
②退院調整の理解
③グループワーク |

17

在宅医療関係者交流会

目的

- 医師、看護師、介護職、互いの顔の見えるまちにしよう！！
- 医師、看護師、介護職の中にある見えない壁を取り払おう！！
- お互いを知ろう！！ 懇談会

豊島区在宅医療連携推進会議第1回交流会

平成23年2月5日(土)

- 基調講演「在宅医療の現状と課題」
厚生労働省老健局老人保健課課長補佐 大竹 輝臣氏
- 事例検討会「在宅療養のコーディネーション」

③区民向け普及啓発

知って安心！やさしい医療健康講座
「信頼できるドクターの見つけ方」



18

平成23年度豊島区在宅医療推進事業計画

在宅医療連携推進会議 年3回

部会(4部会)

交流会(事例検討会含む) 年1回

在宅医療関係研修

- 在宅医療コーディネーター研修
- 医療コミュニケーター(対ヘルパー)研修
- 訪問看護体験研修
- 他職種体験研修

在宅医療地域資源マップ作成

在宅医療シンポジウム(事例検討会含む) 年1回

在宅医療講演会(区民向け) 年1~3回

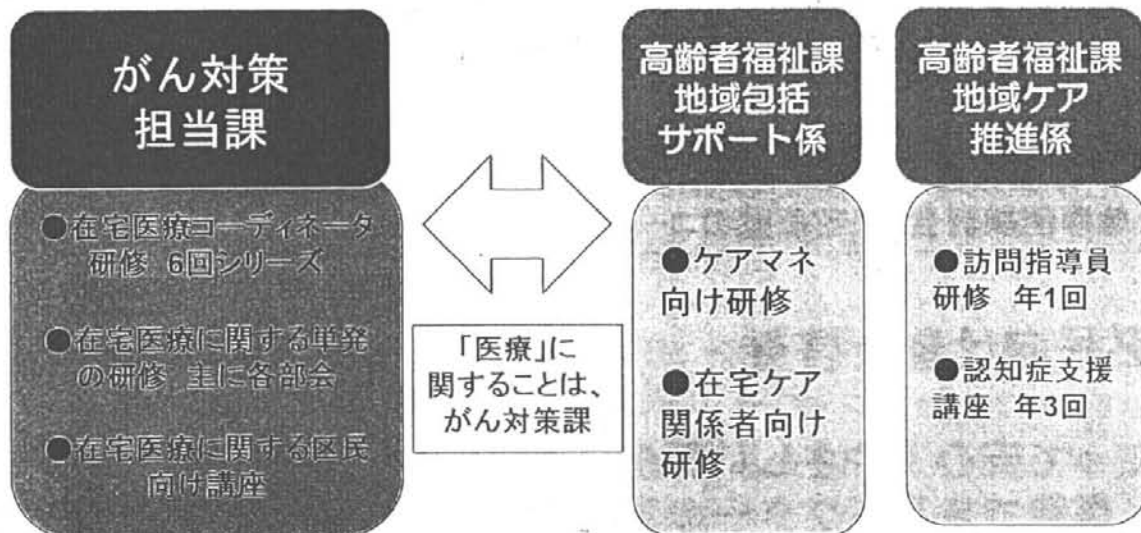
在宅医療関連部署(庁内)との連携会議 年2~3回

19

平成22年度在宅医療研修と 他課の関係者向け研修との関係 豊島区

介護保険課
事業者支援G

介護保険事業者連絡会



20

文京区の事例

在宅医療検討部会の構成

- 三師会の代表

(文京区はそれぞれ医師会・歯科医師会が2団体)

- 特定機能病院・都がん感染症センター・(＋都立大塚病院)からは退院調整看護師を委員に依頼

(都立大塚病院は豊島区にも関係)

⇒ 看看連携の構築

- 医師会から病院部会の代表も参加

⇒ 在宅医療後方支援病院

文京区在宅医療検討部会の成果

- 3回開催 第4回は3月28日に予定(震災のため延期)

1. 在宅訪問診療所名簿(介護保険課所管、小石川医師会・文京区医師会作成)の共有

2. 在宅医療を支えるための後方支援病床

東京厚生年金病院:新宿区緊急一時入院病床確保事業に準じる形で申し合わせ(合意事項)

- ① 開業医の先生が紹介しづらい在宅医療の患者さんを、気軽に紹介でき、基本的に病院側が拒否できないこと

- ② 受ける病院側にとっても、勤務医がいやがる在宅医療の患者さんを、どうどうと受けられること

- ③ 在宅医療を行っている診療所には特に便利であること

3. 在宅療養を繋ぐためのツール

・ 在宅療養手帳

4. 在宅医療相談窓口の設置 既存事業の再構築



板橋区医師会の医療連携

板橋区「認知症」を考える会

(平成16年1月28日)

板橋区脳卒中懇話会

(平成18年4月26日)

板橋区の乳がんを考える会⇒私のブレストケア手帳

(平成18年12月19日)

板橋区の慢性腎臓病を考える会

(平成20年7月24日)

板橋区糖尿病対策推進会議

(平成20年7月14日)

板橋区虚血性心疾患連携検討会

(平成21年12月)

板橋区在宅療養手帳の開発

(平成22年度)(板橋区ブレストケア手帳を元に改変する)

板橋区における地域連携ツール

- 脳卒中連携パス
- 在宅療養ノート
(患者、家族、多職種の情報共有ツール)
- 糖尿病連携パス
- 乳がん 私のブレストケア手帳
- 退院支援シート(緩和ケアに統一パスは不向き)

ポイントは

顔の見える連携ネットワークが出来ていれば

どんなツールも動きやすいこと!

退院支援シート

退院支援シートモデルはOPTIMステップ緩和ケア資料を改変させていただきました

退院支援カンファレンスシート・退院前カンファレンスシート				(適応に○)																																																																									
氏名	性別	年齢	年	月	日																																																																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">退院支援シート2</td> <td colspan="4">退院支援カンファレンス時共有情報</td> </tr> <tr> <td>1. 病歴</td> <td>2. 生活歴</td> <td>3. 家族歴</td> <td>4. 既往歴</td> <td>5. 多病</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6. 生活歴(主/日中)</td> <td>7. 家族歴(主)</td> <td>8. その他(主)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						退院支援シート2		退院支援カンファレンス時共有情報				1. 病歴	2. 生活歴	3. 家族歴	4. 既往歴	5. 多病		6. 生活歴(主/日中)	7. 家族歴(主)	8. その他(主)																																																									
退院支援シート2		退院支援カンファレンス時共有情報																																																																											
1. 病歴	2. 生活歴	3. 家族歴	4. 既往歴	5. 多病																																																																									
6. 生活歴(主/日中)	7. 家族歴(主)	8. その他(主)																																																																											
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">退院支援シート1</td> <td colspan="4">Ver.3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">退院支援が必要な理由</td> <td colspan="4"> 1. 再入院を繰り返している 2. 退院後も継続的医療処置が必要 3. 退院後のADLの低下が予想される 4. 独居、高齢世帯など介護力が不十分 5. 制度の対象外の患者 6. その他 </td> </tr> <tr> <td colspan="6">基本データ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>性別</td> <td>年齢</td> <td>病歴</td> <td>入院日</td> <td>病室</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>性別</td> <td>年齢</td> <td>病歴</td> <td>入院日</td> <td>病室</td> </tr> <tr> <td>介護状態</td> <td>要介護 1・2</td> <td>要介護 1・2・3・4・5</td> <td>申請</td> <td>申請</td> <td>申請</td> </tr> <tr> <td>家族構成</td> <td>1. 同居</td> <td>2. 同居(別居)</td> <td>3. 同居(別居)</td> <td>4. その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>入院日</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>病歴</td> <td>1. 既往</td> <td>2. 既往</td> <td>3. 既往</td> <td>4. 既往</td> <td>5. 既往</td> </tr> <tr> <td>入院前住所</td> <td>1. 月</td> <td>2. 月</td> <td>3. 月</td> <td>4. 月</td> <td>5. 月</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>1. 戸建て</td> <td>2. マンション</td> <td>3. 別荘</td> <td>4. 別荘</td> <td>5. 別荘</td> </tr> <tr> <td colspan="6">入院時情報</td> </tr> </table>						退院支援シート1		Ver.3				退院支援が必要な理由		1. 再入院を繰り返している 2. 退院後も継続的医療処置が必要 3. 退院後のADLの低下が予想される 4. 独居、高齢世帯など介護力が不十分 5. 制度の対象外の患者 6. その他				基本データ						氏名	性別	年齢	病歴	入院日	病室	生年月日	性別	年齢	病歴	入院日	病室	介護状態	要介護 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請	申請	申請	家族構成	1. 同居	2. 同居(別居)	3. 同居(別居)	4. その他		入院日	年	月	日			病歴	1. 既往	2. 既往	3. 既往	4. 既往	5. 既往	入院前住所	1. 月	2. 月	3. 月	4. 月	5. 月	生年月日	1. 戸建て	2. マンション	3. 別荘	4. 別荘	5. 別荘	入院時情報					
退院支援シート1		Ver.3																																																																											
退院支援が必要な理由		1. 再入院を繰り返している 2. 退院後も継続的医療処置が必要 3. 退院後のADLの低下が予想される 4. 独居、高齢世帯など介護力が不十分 5. 制度の対象外の患者 6. その他																																																																											
基本データ																																																																													
氏名	性別	年齢	病歴	入院日	病室																																																																								
生年月日	性別	年齢	病歴	入院日	病室																																																																								
介護状態	要介護 1・2	要介護 1・2・3・4・5	申請	申請	申請																																																																								
家族構成	1. 同居	2. 同居(別居)	3. 同居(別居)	4. その他																																																																									
入院日	年	月	日																																																																										
病歴	1. 既往	2. 既往	3. 既往	4. 既往	5. 既往																																																																								
入院前住所	1. 月	2. 月	3. 月	4. 月	5. 月																																																																								
生年月日	1. 戸建て	2. マンション	3. 別荘	4. 別荘	5. 別荘																																																																								
入院時情報																																																																													
中に支援する内容			退院年月日																																																																										
意思			退院年月日																																																																										
① 退院希望、介護方法の検討			退院年月日																																																																										
② 退院後の生活			退院年月日																																																																										
③ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
④ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑤ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑥ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑦ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑧ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑨ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑩ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑪ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑫ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑬ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑭ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑮ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑯ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑰ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑱ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑲ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
⑳ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉑ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉒ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉓ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉔ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉕ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉖ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉗ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉘ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉙ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉚ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉛ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉜ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉝ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉞ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㉟ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊱ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊲ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊳ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊴ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊵ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊶ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊷ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊸ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊹ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊺ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊻ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊼ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊽ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊾ 退院後の生活			退院年月日																																																																										
㊿ 退院後の生活			退院年月日																																																																										

板橋区在宅療養ネットワーク懇話会

- 尾道市医師会で行われていた勉強会と同じ形式
- 行政(区役所・区議会議員) オブザーバー
- 医師会・歯科医師会・薬剤師会・柔道接骨師会・訪問看護ステーション・病院医療連携室・大学病院緩和ケアチーム(医師・看護師・MSW)・ケアマネジャー・施設・地域包括支援センター
- 10グループに別れ、グループワーク
- 幹事は、各団体の持ち回り(2回ずつ)
- 医師会幹部(副会長・理事)は在宅療養支援診療所である。(在宅医療専門クリニックもある)
- (長めの昼休みに在宅医療を行う・尾道市と同じ)

世田谷区の在宅医療推進体制

○医療連携推進協議会

- 2医師会、2歯科医師会、薬剤師会
- 区役所、世田谷区社会福祉事業団、社会福祉協議会
- 地域包括支援センター ・オブザーバー

○在宅医療電話相談センター

- 専任者(専従者)

○区民向啓発事業

- 医療と福祉の連携フォーラム

○24時間地域巡回型訪問サービス

○高齢者トワイライトステイ

- デイサービスを午後10時まで延長

○ショートステイ

- 有料老人ホームを活用したショートステイ

○世田谷介護の日