

多摩地区における 大腿骨頸部骨折地域連携パス導入の経過と ネットワーク作りについて

(大腿骨頸部骨折地域連携パス作成過程と現状)

急性期計画病院の立場から
多摩南部地域病院地域医療連携室看護相談係
大津陽子

患者中心の医療とは？

- 病気の進行からみて・・・予防から急性期・長期・末期ケアまで
- 今までの受け入れ施設は・・・診療所・急性期病院・福祉施設・ホスピス病棟

• ↓

- これからは在宅中心

患者の意志決定・価値観を支援する

そのためのシステム構築；提供体制・継続性

↓

連携のキーワードは患者中心の医療

連携の要件

- 人材・・・リーダーシップ・・・地域連携室など
目標；関係者の全てがWinとなる
- 機会・・・きっかけ
ケアの継続性の担保
地域の医療提供環境の変化
- 背景・・・社会環境の変化 病院と患者の関係
需要の増加
医療マネジメントとして

地域のネットワーク作り

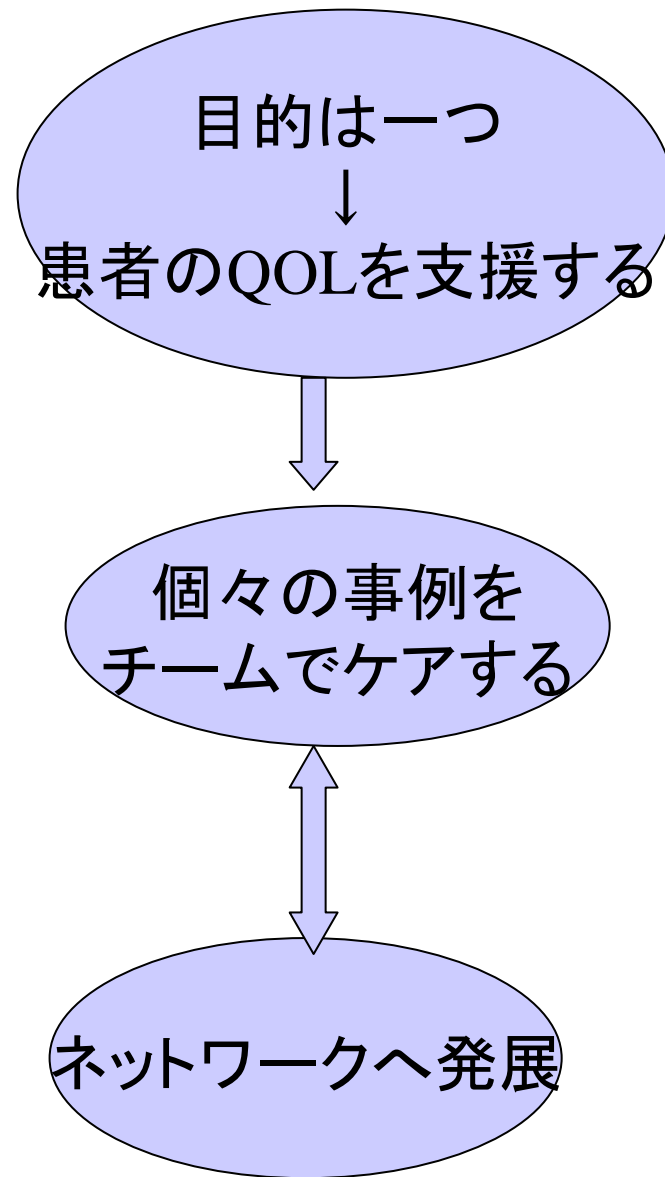
地域関係者を繋ぐ
コーディネーターが必要
!!

- 患者さん個々の在宅調整から一人ずつの在宅ケアネットワークができる。
- 一人ずつの患者ケアの在宅チームのネットワークが限られたエリア内で繋がって行く
- 多摩南部地域病院(看護相談係)はネットワークの中核病院としてコーディネーターの役割を果たし関係各所と連絡調整し発生する問題をネットワーク内で解決してゆく。
- MRSAの管理・医療機器の取り扱い・老老介護の問題・障害者・難病患者→カンファレンス・勉強会など実施

連携の基盤

- 日々の退院調整から
地域内での信頼関係づくり
- 地域内の研修会参加
顔見知りの関係づくり
- 病院機能をアピールする
↓
地域連携をシステム化する
地域連携パス作成
多摩市胃瘻ネットワーク構築

↓
地域の資源を共有(各病院の機能・認定看護師など)
地域全体の医療機能の向上を目指す



南多摩医療圏



1 多摩ニュータウンの概要

多摩ニュータウンは、東京都の南西部の多摩市、八王子市、稲城市、町田市にまたがる総面積2,980ha、居住人口約30万人の建設計画からなる日本最大のニュータウンである。

多摩ニュータウンの位置

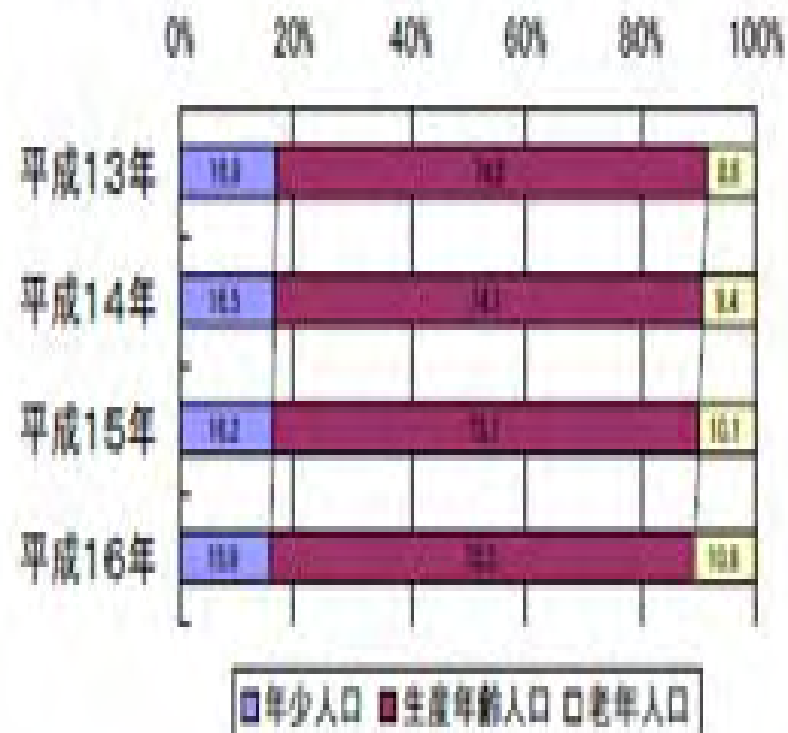


人口

高齢化

(3) 年齢3区分別人口割合(多摩ニュータウン年次推移)

	年少人口	生産年齢人口	老年人口
平成13年	16.9	74.5	8.6
平成14年	16.5	74.1	9.4
平成15年	16.2	73.7	10.1
平成16年	15.9	73.3	10.8



ネットワークの構築に取り組む

重点医療はがんと救急

平成8年より

在宅医療調整会を設置（現在は病院の委員会に昇格）し在宅医療基本方針を策定した。

```
graph LR; A[退院調整] --> B((日頃の退院調整による地域との連携が基盤になる)); B --> C((地域ネットワークへ発展));
```

退院調整

日頃の
退院調整による
地域との連携
が基盤になる

地域
ネットワーク
へ発展

多摩南部地域病院 地域医療連携室

組織図

地域医療連携室長（医事課長兼務）

地域連携係 （事務 2名）

医療相談係 （MSW2名）

看護相談係 （看護師 2名）

かかりつけ医の先生へ

返送・
逆紹介の
システム

退院時
共同指導について

*原則として、紹介元の医療機関へ連絡いたします。

*往診等の対応が不可能な場合、逆紹介として、在宅医療の担当をして頂ける医療機関に、診療情報提供書をファックス送付し、対応の可否を打診させていただきます。

その後ご家族に、診療情報提供書以外のレントゲンフィルム・検査データなど持参して頂き、御相談に行って頂きます。

*訪問看護ステーション・ケアマネージャーにはには、共同指導の場面で医療機器の取扱い、使用状況など情報交換いたします。

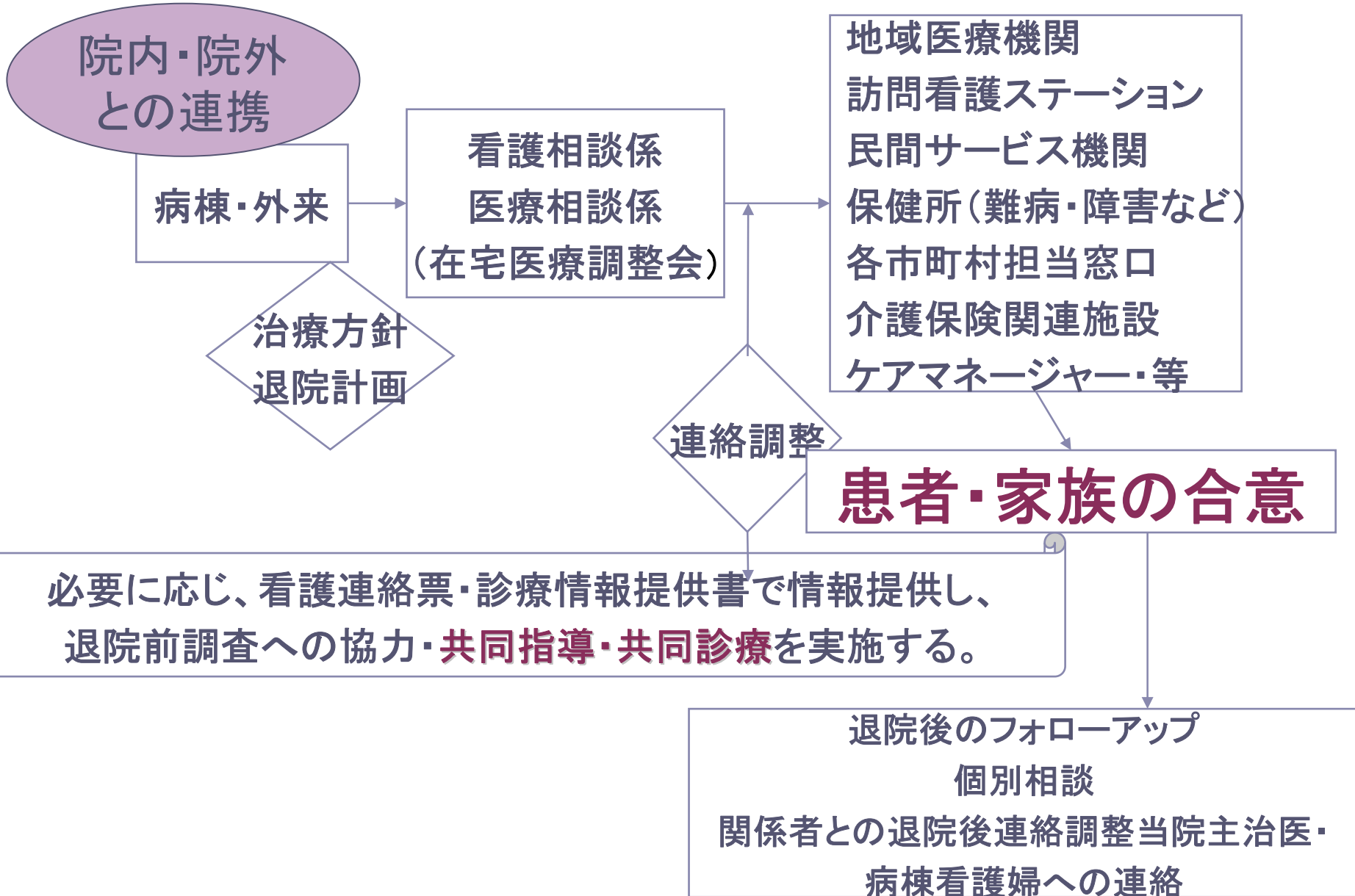
*かかりつけ医の先生にも是非御来院いただき、主治医と情報交換していただけるよう地域連携退院時共同指導の調整をしております

多摩南部地域病院 在宅医療の原則

急性期病院のposition(役割)
を明確にする。

- 「在宅医療の基本方針」に沿って患者さんのかかりつけ医療機関と連携をする。
- 当院では直接往診や訪問看護は実施しない
- 患者・家族の希望に沿って在宅医療を調整する
(医療相談・看護相談)
- 原則として紹介元の医療機関にお願いする
- 紹介元に実施する在宅医療に関する機能が無い場合は、逆紹介をする。

当院と他医療機関と地域ケアの連携



退院調整のスタイル

①返送・逆紹介

地域医療支援病院として
かかりつけ医の在宅医療を支援するシステム

②大腿骨頸部骨折地域連携パス

作成運用による転院調整

③多摩市胃瘻ネットワークの構築

地域力アップを図る取り組み
セミナーの実施など

個々の事例を積み上げて
ネットワーク構築へ

ネットワークで
問題解決

在宅でもできる 高度な医療行為のシステム作り

安心安全な管理は医療連携から
地域のネットワークで管理する

- 在宅IVHの連携システム
→院内パスから連携パスへ
- がん末期の患者さんの在宅ホスピス
ホスピス医や在宅支援診療所との連携
- NIPPV・吸引器・ネブライザーの使用
かかりつけ医・訪問看護師・企業との連携
- HOT
- 胃ろうの管理・褥瘡管理
→栄養管理(NST)は在宅関係者と連携
- その他

HPN導入患者は
ほぼ末期の
消化器癌患者である

在宅IVH導入の必要条件是 末期癌患者の在宅調整である

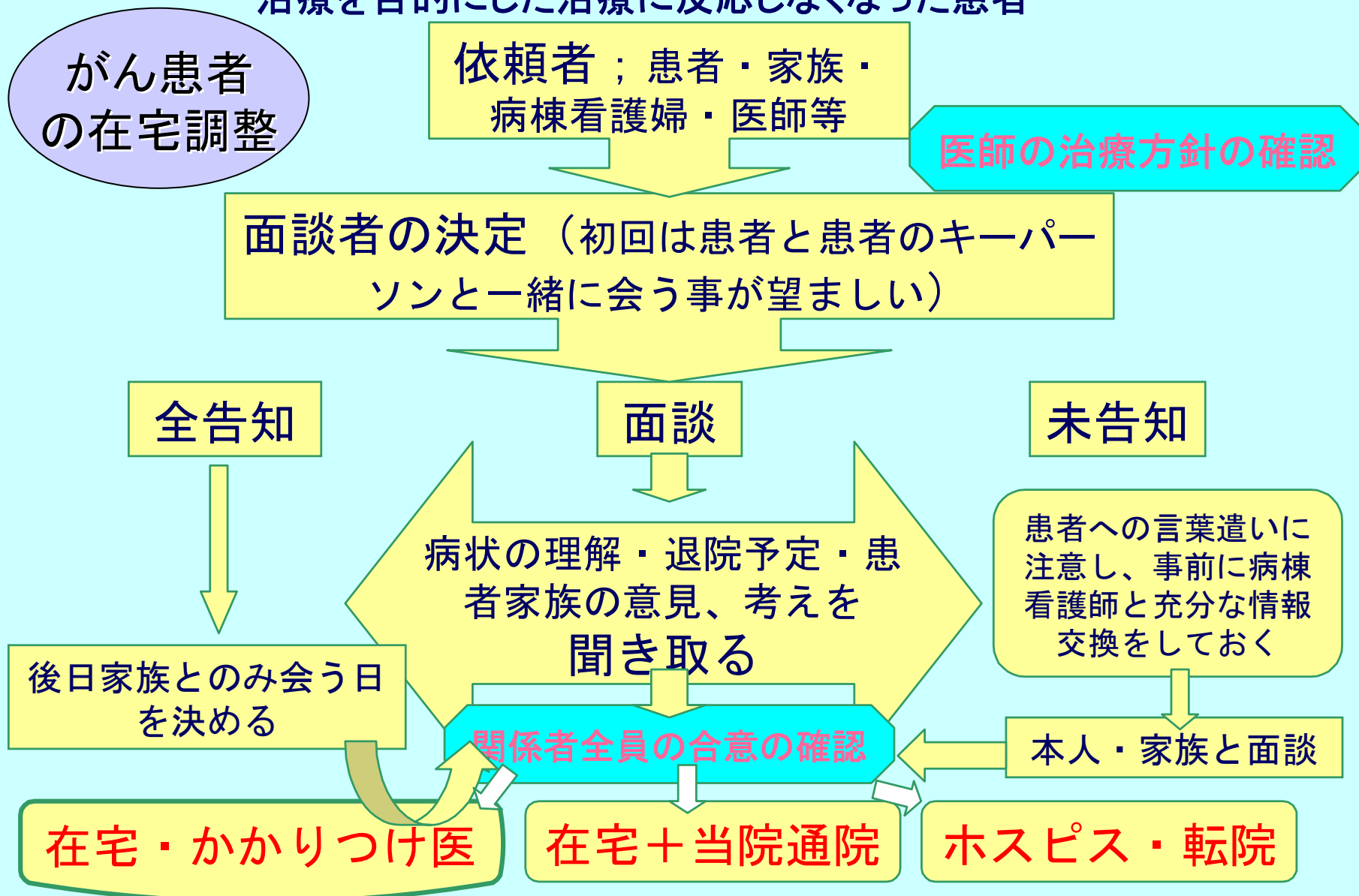
- 患者さん及びご家族が在宅療養を希望している
- 医師が在宅療養が可能な病状と判断している
- **在宅療養に必要なサポート体制が整う**
 - * 往診や訪問看護などの医療体制
 - * 療養に協力できる介護体制
 - * 在宅療養の状況に応じた病診連携

ネットワーク
が構築
される

コーディネイト

ターミナル患者の流れ

- ターミナル患者とは:一般的に予後が6カ月以内と考えられる状態の患者
治療を目的にした治療に反応しなくなった患者



要再入院患者連絡表

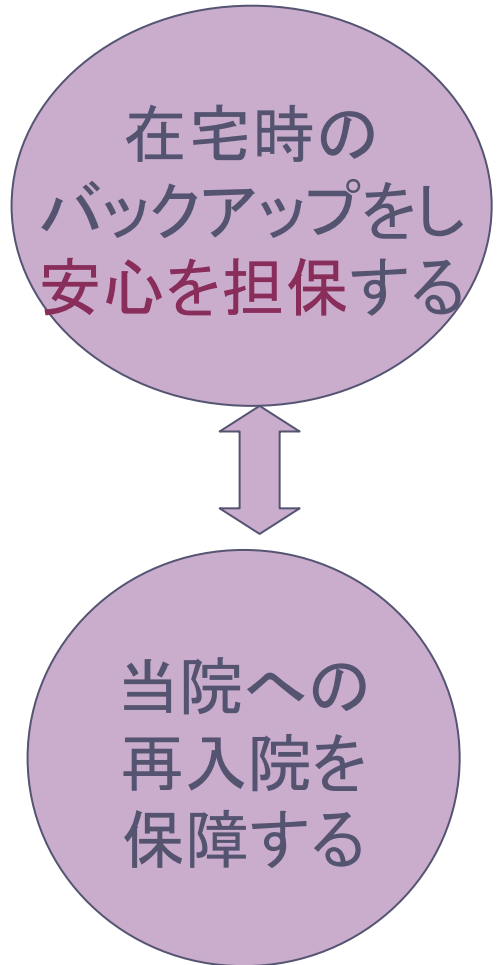
(別紙 1)

(欄外 → 添付)

要再入院患者連絡票

受 持 医 記 入	氏 名		電話番号	()
	病 名			
	退院年月日	平成	年	月 日
	特記事項			
			平成	年 月 日
			受持医	科
			氏 名	

* この連絡票は、退院患者さんに係る連絡用紙です。



患者家族の安心・安全のための退院調整→地域との連携
ネットワーク構築

退院計画は、患者・家族と共に、退院後の患者のQOL向上のため部門を越えた病院全体での取り組みである。

急性期病院で
できることを
評価する

● **在宅療養条件の実態把握と査定**

- * 家族の協力・参加がどの程度できるか？
- * 患者家族がプライバシーの壁をどのように拡大して社会資源の活用ができるか？
- * 地域の社会資源の活用には調整の時間が必要となる。このため入院時から退院後の生活を考慮し、各専門スタッフは共働して退院計画を立案することが重要。患者の残存機能の評価をする。→インフォームドコンセント・患者状況を共有する

退院時共同指導の手順

参加者と関わり方

看護相談看護師の役割

看護summary・訪問看護指示書・診療情報提供書を準備し、これらを基礎情報として共同指導を行う。カンファレンスの進行と**コーディネーターとしての役割**を果たす。各メンバーの紹介・カンファレンスの進行・在宅に当たっての、患者・家族と在宅に関わる医療関係者・病院主治医・病棟看護婦との意志の確認。(合意事項・要再入院指示書の有無・外来受診の有無・往診する医療機関の関わり方・緊急連絡体制について・家族の体制について)

在宅療養への円滑な移行1

新設

地域連携退院時共同指導料1・2

在宅療養支援診療所
は高めの報酬設定

1入院中1回算定(在宅療養支援診療所で別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中2回に限り算定可)

基準	要件	点数
指導料1	在宅療養を担当する医師が当該患者が入院している医療機関に赴いて、入院医療機関の医師、連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して退院予定の患者の在宅療養に関し患者又は家族等に対し説明・指導を行い、その内容を文書で提供(診療所)	在宅療養支援診療所の場合 1000点 その他 600点
指導料2	上記条件で入院医療機関が算定	在宅療養支援診療所と連携する場合 500点 その他 300点

再編・統合

【旧基準】

在宅患者入院共同指導料 I (310点)
退院時共同指導加算(290点)
在宅患者入院共同指導料 II (140点)
退院時共同指導加算(360点)
寝たきり老人退院時共同指導料 I (600点)
寝たきり老人退院時共同指導料 II (140点)

廃止

退院指導料(300点)
退院時共同指導料(150点)

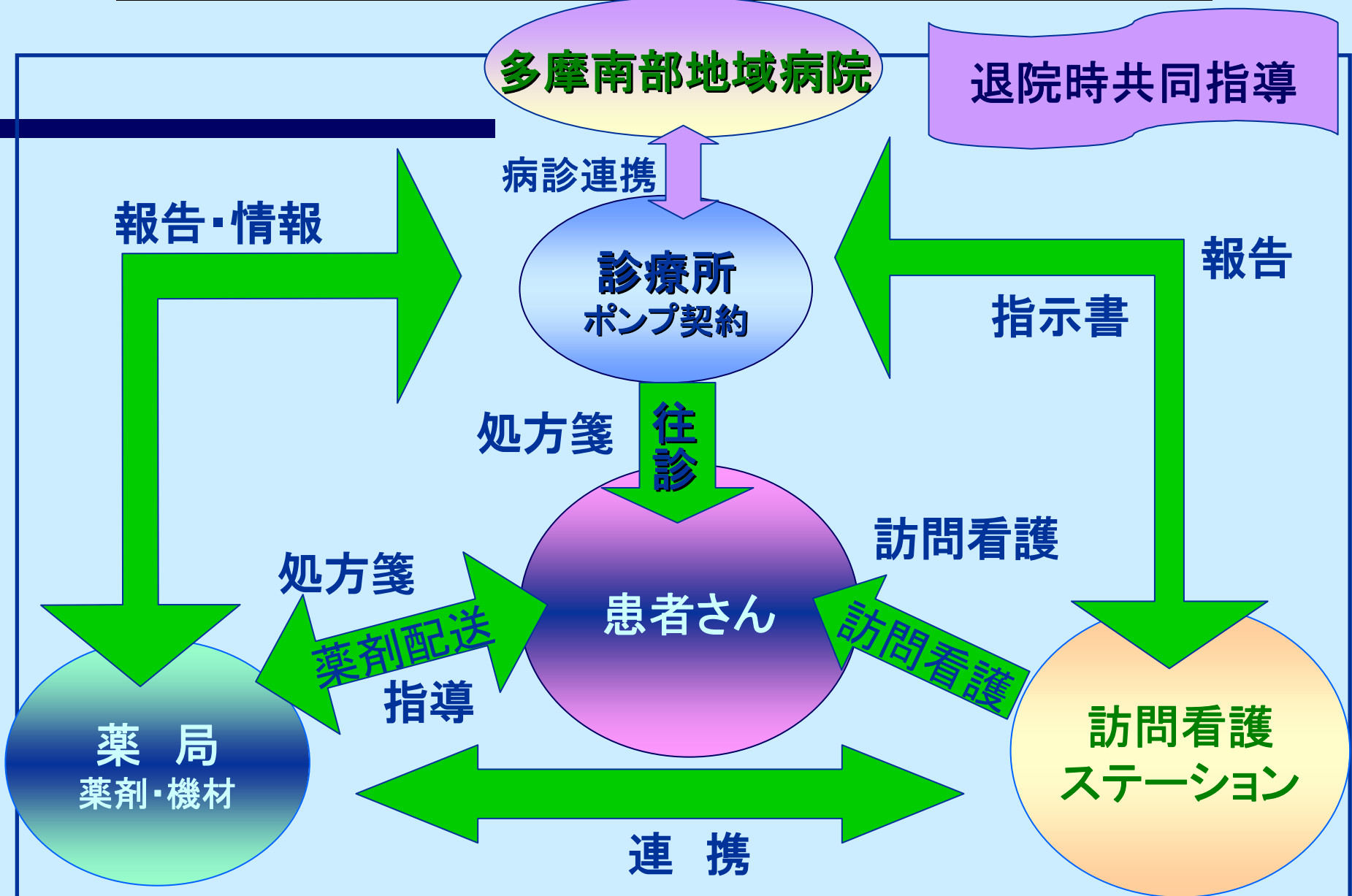
在宅IVH導入、指導計画書

病棟名: _____ ID: _____ 患者氏名: _____ 様 年齢: _____ 歳 居宅先住所: _____

	IVH 導入の決定時 (/ /)	指導期 (/ ~ /)	退院準備期 (/ ~ /)	退院時共同指導まで	退院時共同指導～在宅まで
主治医 ()	<input type="checkbox"/> 病状及び退院後の方向性説明 (告知の有無やホスピスなど) <input type="checkbox"/> 在宅 IVH 導入の説明	<input type="checkbox"/> 書類の作成: 在宅医療用ポンプ 使用指示カード ※流れ図参照 (イントラ看護相談掲載) 診療情報提供書 (かかりつけ医が決まっていない場合は、宛名は書かない) ※薬剤内容は IVH・内服・坐薬・外用薬など患者さんが使用しているものすべてに記載する。	<input type="checkbox"/> 在宅医と訪問看護ステーション及び退院日程の決定 <input type="checkbox"/> 退院後のフォロー体制の決定 (当院外来予約の有無) <input type="checkbox"/> 書類の作成: 要再入院患者連絡票 訪問看護指示書 (不要の場合あり) <input type="checkbox"/> 処方内容決める (心付の「在宅医療における麻薬の使用方」参照) <input type="checkbox"/> 試験外泊した場合は、指示書に「退院時在宅指導管理料」のゴム印を押す (120点算定)	<input type="checkbox"/> 退院後の往診医との連絡 <input type="checkbox"/> 退院指示: 在宅中心静脈栄養法指導管理料 3000点 輸液セット加算 2000点・注入ポンプ加算 1000点が退院時算定される <input type="checkbox"/> 退院日: _____ 月 _____ 日 _____ 時頃	<input type="checkbox"/> 書類の完成: 診療情報提供書の宛名記入 退院処方箋 (ﾊﾞｲﾌｫｼﾞｳﾝ 100 単位/ml ﾓﾝﾌﾟ 2 本) ※日数は往診医と相談がとおむね 1 週間 <input type="checkbox"/> 外来予約の有・無 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 往診医初回訪問日 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 初回薬剤配送 (費用) _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
在宅 IVH 条件設定	<input type="checkbox"/> 実施者: 本人 家族 (続柄と氏名) <input type="checkbox"/> 使用機種: テルモカティ コブ ロキヤカ 機種番号 _____	<input type="checkbox"/> IVH グローションへの交換予定	<input type="checkbox"/> 一日あたりの注入量 _____	<input type="checkbox"/> 一日あたりの注入量、注入速度、注入薬剤の _____ 時頃	<input type="checkbox"/> 一日あたりの輸液量: _____ ml <input type="checkbox"/> ポンプの注入速度: _____ ml/min <input type="checkbox"/> IVH さしかえ: _____ 時頃
病棟看護婦受持 Ns ()	<input type="checkbox"/> 在宅 IVH の導入説明 ・ビデオ ・ポンプの使用手引き				訪問看護ステーション訪問 (費用) 医療保険 ・ 介護保険 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃 _____ 曜 日 _____ 時頃
訪問看護ステーション ()	<input type="checkbox"/> 看護相談依頼書 (必要時参照) ・カテーテルの交換日 ・ターミナルの場合は状況を記入 ・かかりつけ医の有無 ・介護保険利用の有無				訪問時確認内容 ・身体状況、ADL、バイタルサインなどの状態 (発熱、7分間着の有無など) ・介護状況 など 訪問時訪問時のケア処置 ・ IVH 刺入部消毒、 ・ ライン交換入浴や清拭の解除など
ケアマネジャー ()					
看護相談係担当者 ()	<input type="checkbox"/> 看護相談依頼書受領 <input type="checkbox"/> 患者情報の確認 ・病状と今後の方向性 (バイコントロールの有無も) ・キートンとその関係 ・かかりつけ医 (紹介元) 往診の可否も確認 ・社会資源利用状況 (介護保険・身障など) <input type="checkbox"/> ポンプ貸出 (チェック簿記入) <input type="checkbox"/> チェックリスト使用開始	<input type="checkbox"/> 初回面談 ・在宅療養の希望と受け入れ状況 医師からの説明内容についての受け止め方など ・在宅 IVH 療法の管理について「在宅中心静脈栄養法の手引き」で説明 ・自動注入ポンプのレンタル方法 ・費用について ・社会資源の利用 (手続き方法の説明) <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (在宅 IVH 担当医) 紹介 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション決定 (かかりつけ医と相談) <input type="checkbox"/> ポンプ業者へかかりつけ医との契約依頼連絡 <input type="checkbox"/> 配送薬局の調整 <input type="checkbox"/> 退院時共同指導の説明	<input type="checkbox"/> 必要となる用品の選定 ケアマネジャーと連絡をとるなど <input type="checkbox"/> 共同指導日程調整と出席者の確認 ・本人、家族 ・訪問看護ステーション ・調剤薬局 (衛生材料がアル特参してもらう) ・ポンプ 業者 ・ケアマネジャー ・必要に応じて保健師などの関連機関担当者	<input type="checkbox"/> 共同指導前に事前情報交換 (看護相談室にて) <input type="checkbox"/> 共同指導進行 在宅に必要な体制を整える話し合いを行う (業者のポンプ説明は、共同指導の前後いずれかで行う) <input type="checkbox"/> 退院のための連携調整 (チェックリストで確認) ・退院処方を確認 (内容と日数) ・退院日時の最終連絡 (往診医、ステーションなど) ・退院時の搬送方法を確認 ・必要書類確認 (看護サマリー、情報提供書、訪問看護指示書、要再入院患者連絡票など)	<input type="checkbox"/> 退院後の在宅状況について、往診医や訪問看護ステーションからの問い合わせや相談に応じ、必要時当院主治医との連携をすすめる。 <input type="checkbox"/> 病状変化や IVH トラブルの連絡が入った場合は、主治医に連絡し受診の手配を行う。 <input type="checkbox"/> 訪問看護報告書を受け取り、在宅状況の把握と記録 (記録は、診療録に月ごとにまとめて貼付)
アウトカム	在宅 IVH 導入の必要性が理解できる。	在宅 IVH の実施手順が理解できる。在宅 IVH を行うためのサポート体制がわかる。	在宅で必要になる人的、物的環境を準備することができる。	退院日程にあわせて在宅準備が整えられる。	在宅療養の状況に応じて協力体制がとれる。

在宅IVH導入指導計画書
 平成11年にstandardケアプラン作成
 現在はクリティカルパスとして運用
 ↓
地域の標準モデルへ
ネットワークでシームレスに！
連携パス

在宅IVH在宅支援ネットワーク

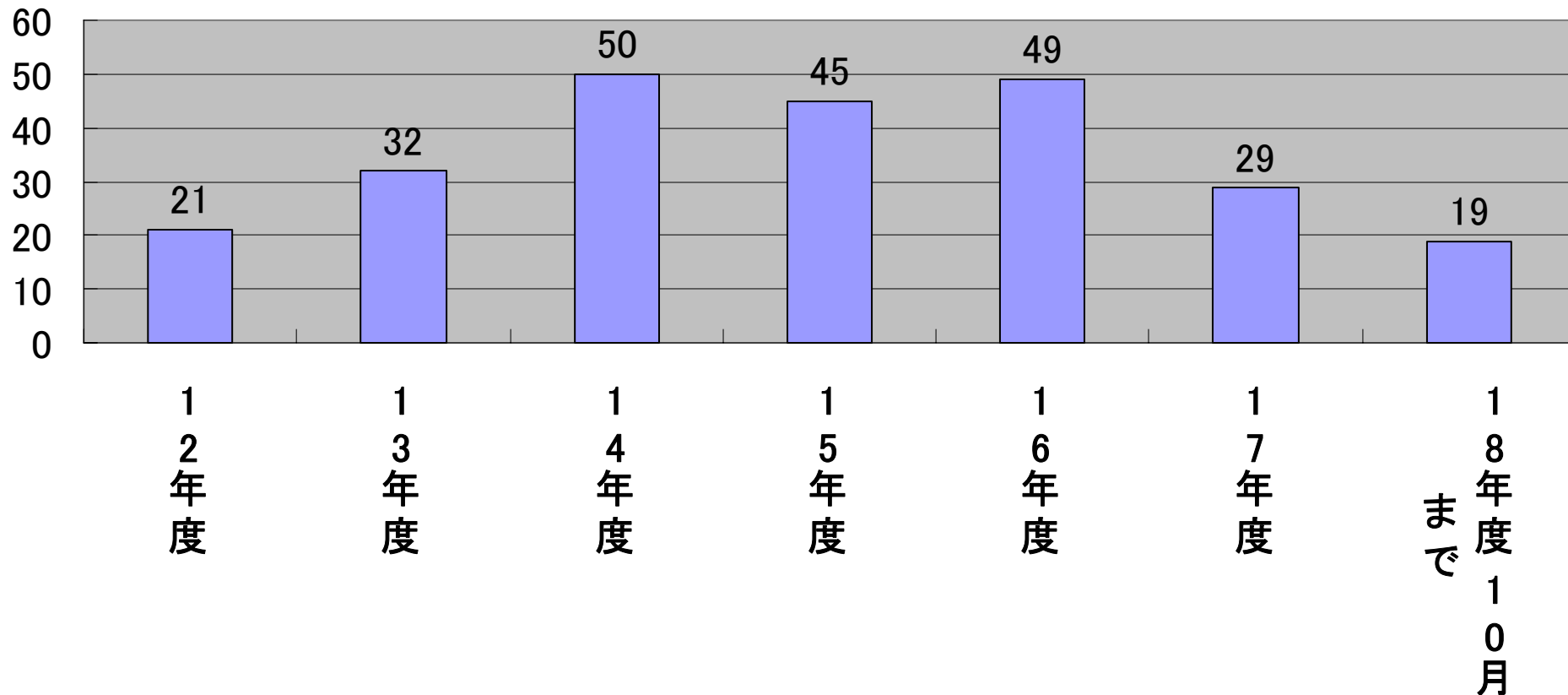


多摩南部地域病院

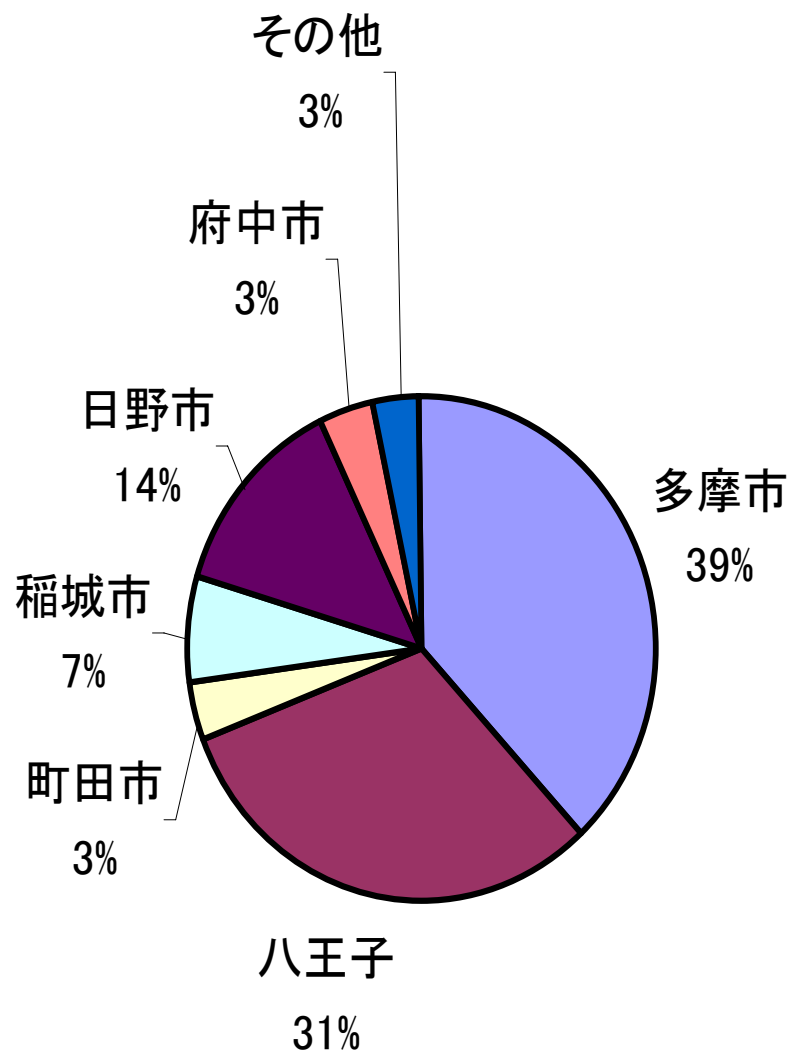
H12年度からH18年度10月末まで 在宅IVH導入指導実績

実績

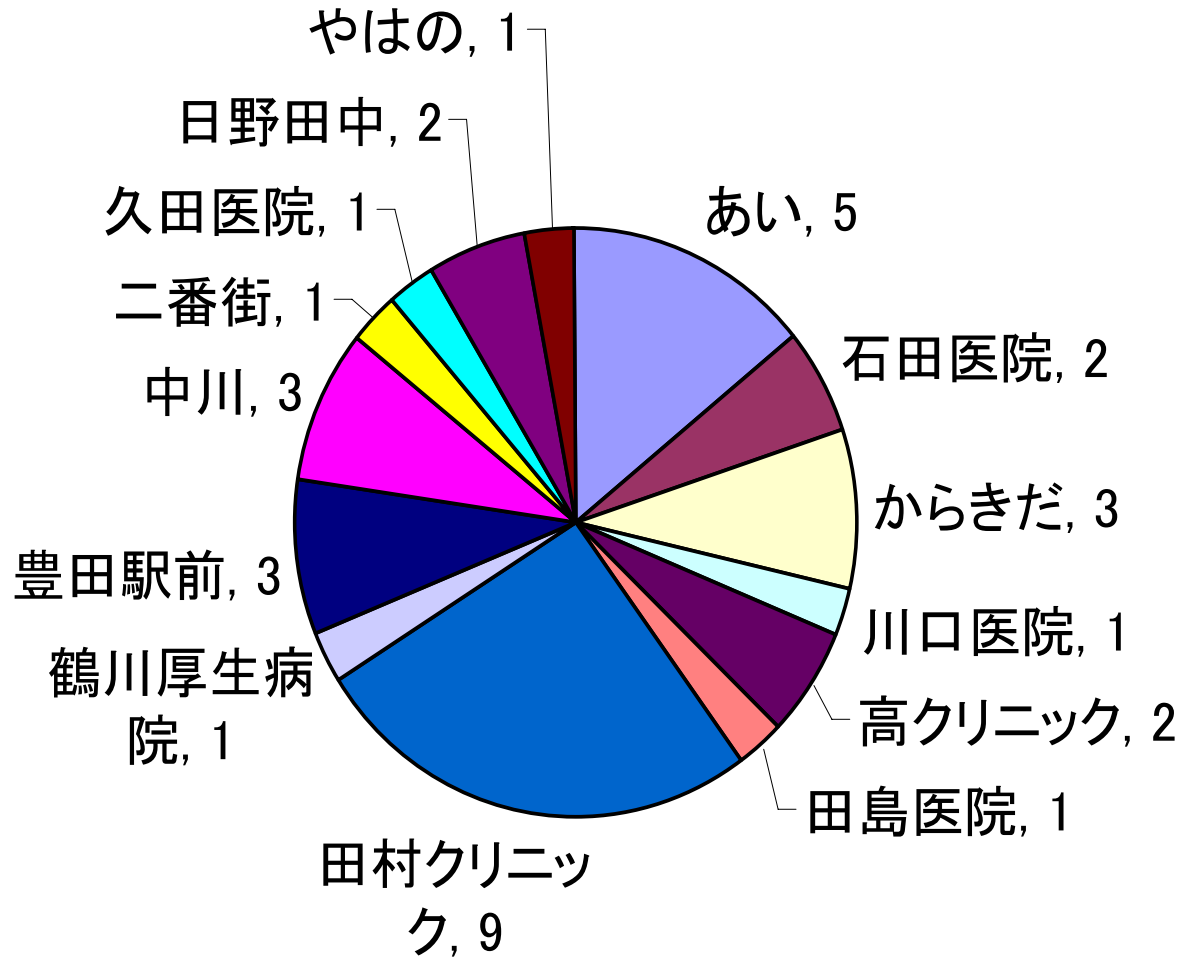
在宅IVH導入件数の推移H12年度からH18年10月末



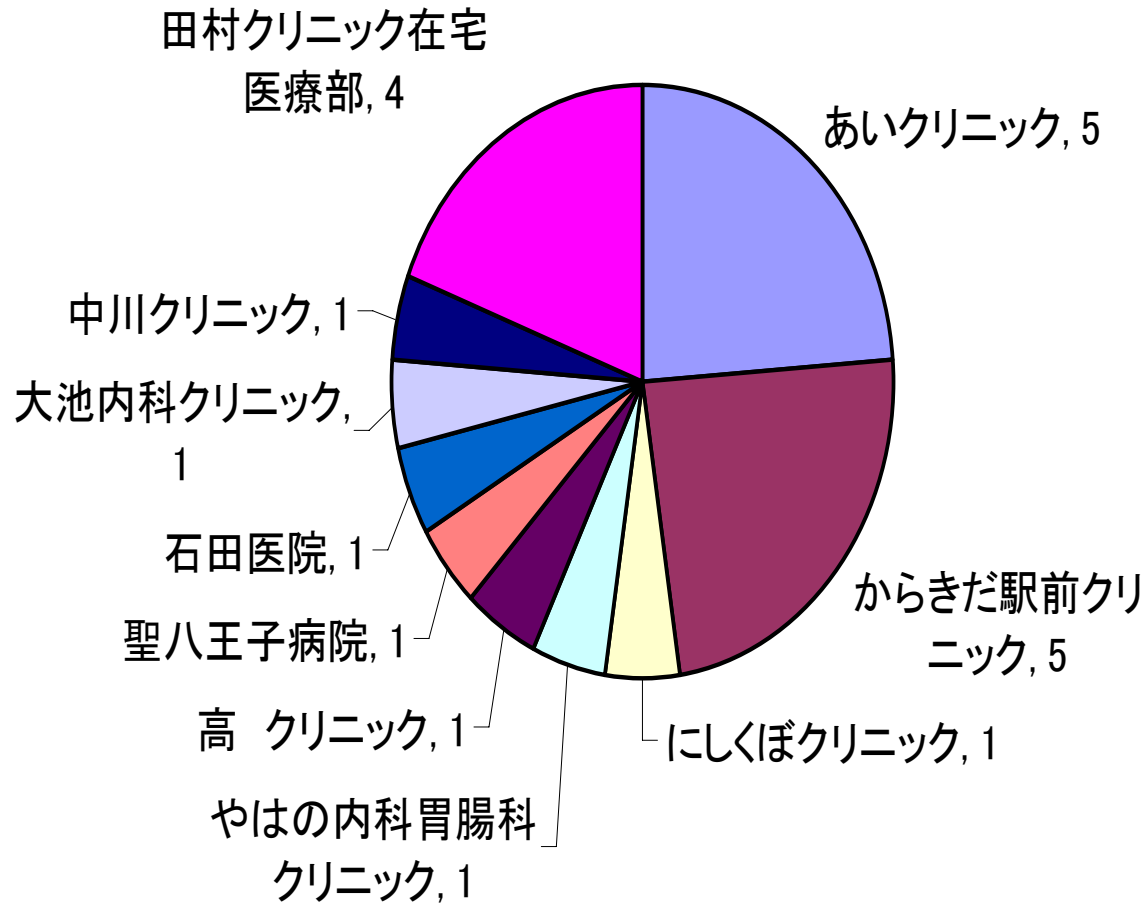
H17年度地域別HPN導入実績N=29



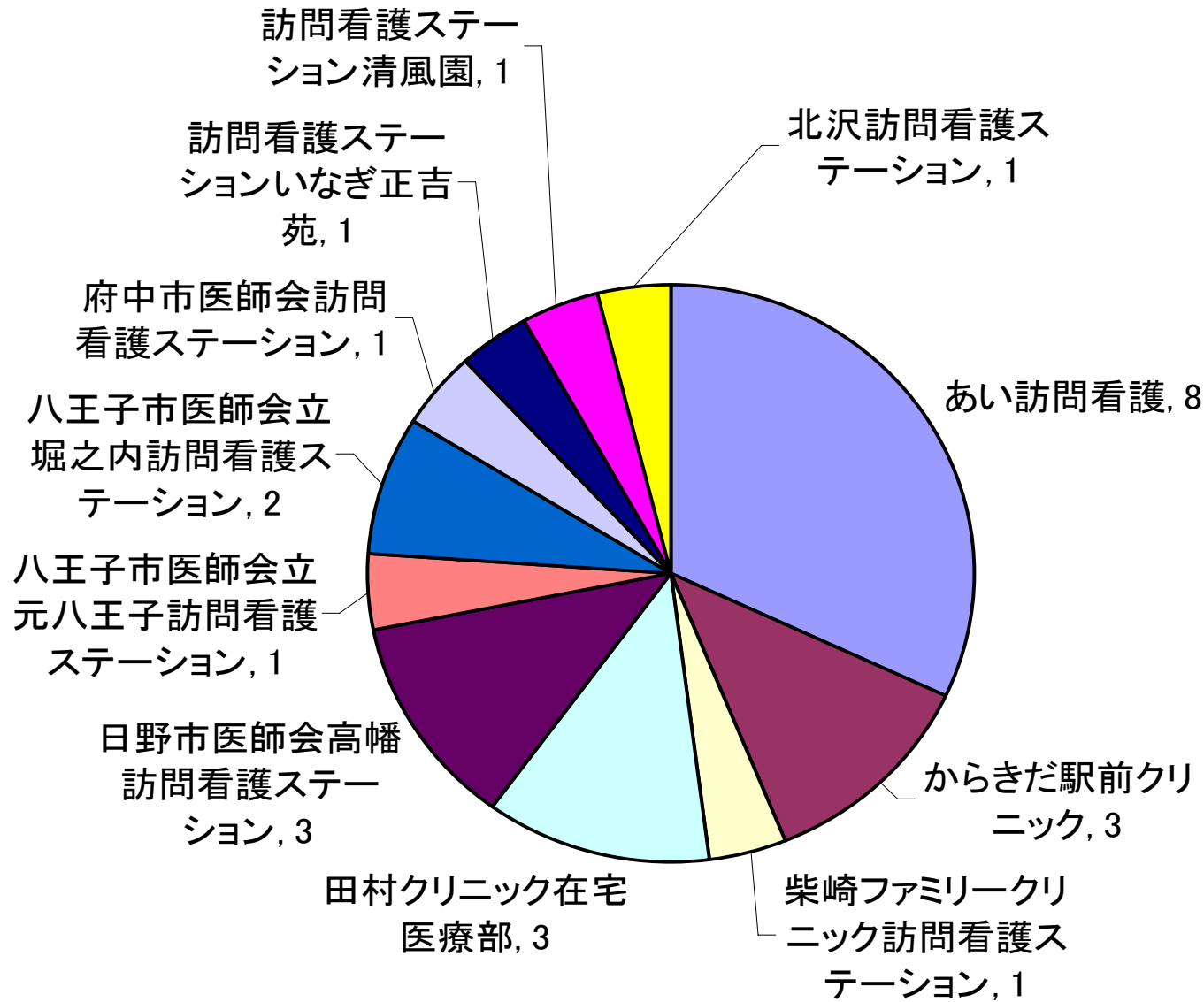
HPN管理医療機関と管理人数(14-16年)



平成17年度HPN移管先医療機関と患者数



H17年度HPN依頼ステーションN=25



連携の基盤づくり⇒ネットワークへ発展

- 日々の退院調整から
地域内での信頼関係づくり
- 地域内の研修会参加
顔見知りの関係づくり
- 病院機能をアピールする



地域連携をシステム化する

地域連携パス作成

多摩市胃腸ネットワーク構築



地域の資源を共有(病院機能・認定看護師など)

地域全体の医療機能の向上を目指す

求められるネットワーク作り

- 医師会の2007年1月の声明文

在宅医療を重視！

2025年高齢化のピークにむけて医療と介護について

3つの基本的考え方と7つの提言

- 将来ビジョンを支える3つの基本的考え方

1. 尊厳と安心を創造する医療

2. 暮らしを支援する医療

3. 地域の中で健やかな老いを支える医療

7つの提言抜粋

橋渡しをも担い・・・生活機能の維持改善・・・た職種連携
のケアマネージメントに参加・・・施設と連携・・・地域づく
り・・・地域ケア体制の整備・・・

医療制度改革の影響

地域医療支援病院(急性期病院)の役割は

- ✓ かかりつけ医との連携
- ✓ 在宅医療チームとの連携(特に在宅支援診療所)
- ✓ 病院間の連携
- ✓ 介護保険との連携

退院調整を実施

- ・退院時に患者の残存機能を評価する
- ・退院時共同指導を実施する

(患者・家族と医療関係者が一同に会し本人の希望に沿った在宅医療・療養の方法を話し合い具体的な実践手段を決定する・緊急時対応・病院の役割、かかりつけ医を始めとする在宅チームの役割を確認)

地域ネットワーク作り

地域で完結する医療が求められる⇒各医療機関のポジショニング(専門領域は?得意分野は?住み分け..)

平成18年診療報酬・介護報酬の改正



機能別連携の推進

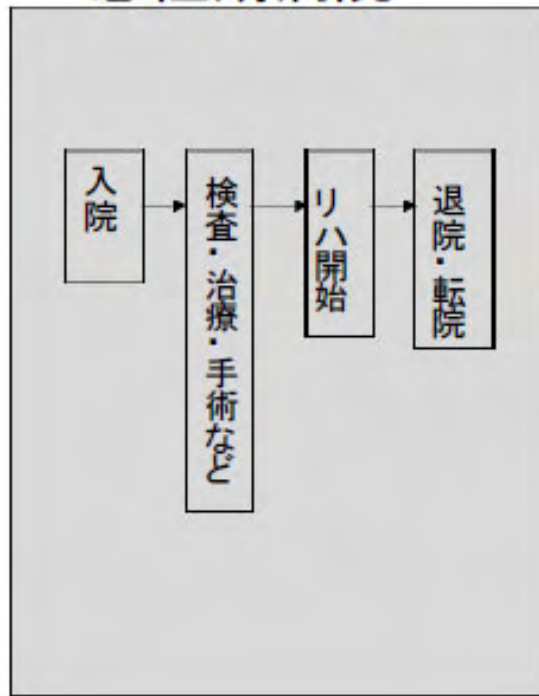


「多摩市胃瘻ネットワーク」設立
大腿骨頸部骨折地域連携パス作成

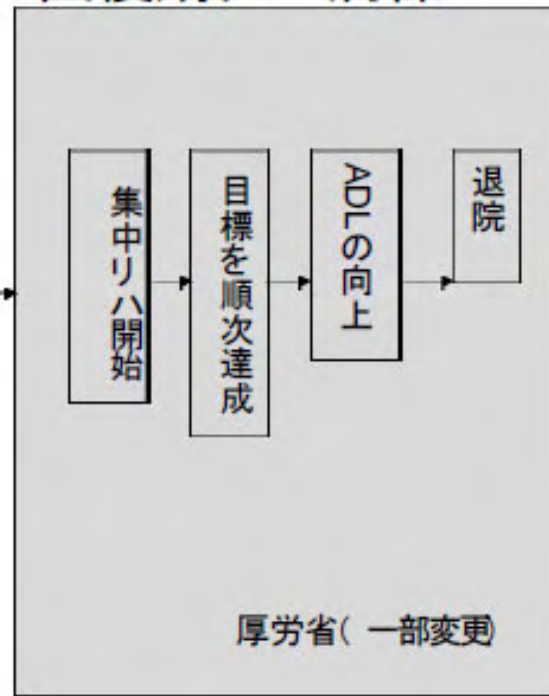
地域連携パスのイメージ

(急性期病院と回復期リハ病院で共有)

急性期病院



回復期リハ病棟



在宅ケア・施設

2006年に 2つの地域ネットワークを 立ち上げた

住み分け・機能分化 の現状

②大腿骨頸部骨折地域連携パス

・参加施設は

3次救急大学病院 1

日本医科大学多摩永山病院

地域医療支援病院(急性期病院)1

多摩南部地域病院312床

リハビリ病院3

新天本病院(多摩市)47床

多摩丘陵病院(町田市)48床

永生病院(八王子市)42床

③多摩市胃瘻ネットワーク 参加施設

3次救急大学病院 1

*日本医科大学多摩永山病院

消化器外科医師と看護部看護師

緊急時対応受け入れ・摂食嚥下の認定
看護師

地域医療支援病院 1

*多摩南部地域病院

造設・在宅支援・事務局

療養型病院 3

*新天本病院(摂食嚥下の評価機能老
人保健施設併設)

*厚生荘病院(PDNセミナー講師を有し
造設管理機能老人保健施設併設)

*聖ヶ丘病院(造設管理機能・老人保健
施設併設)

[勇美記念財団の助成を受けて
セミナーなど実施しています]

「多摩市胃ろうネットワーク」

「地域連携パス」

2つのネットワークの運用効果

- 地域のネットワーク機能

仲間意識 共同体意識

各医療機関の機能別住み分けを明確にしたことで自施設の役割を認識し地域内で役割を果たすことを目指す

ネットワークという潮流に乗る

次は胃瘻も地域連携パスになるか?という思い

ネットワークは
患者の自己決定を
支援する
大きな力

・多摩市胃瘻ネットワーク立ち上げの背景

始まりは
医師会の研修会

平成17年10月12日に多摩市医師会主催で
「胃瘻の適応と実際」に関する学術講演会を開催。

医師35名が参加。

医師会から
の要望があった

11月5日に地域のコメディカルを対象として、
「胃瘻勉強会」を開催。

地域の医師、コメディカルを合わせて103名が参加。


コメディカルの関心も高い!

多摩地区における胃瘻への関心が高い

多摩市医師会病院部所属の病院

50音順

- 厚生荘病院
- 桜ヶ丘記念病院
- 島田療育センター
- 新天本病院
- 多摩中央病院
- 多摩南部地域病院
- 日本医大多摩永山病院
- 聖ヶ丘病院



5病院が
参加に手を挙げた

多摩市胃瘻ネットワーク 目標 設定

- 1、多摩市の各施設間の情報を共有し機能別連携を図る
- 2 多摩地域の胃瘻に関する知識とケア能力の向上を図り胃瘻の適正かつ安全な管理体制を整備し、摂食栄養管理の質の向上を目指す

関心の高い胃瘻に
的を絞って初めての
ネットワーク構築!

多摩市胃瘻ネットワークの目的を設定した

(平成18年1月20日

立ち上げ会議で
決めたこと

- 情報を共有する
- 各病院の機能を明確にする(住み分け)
- 相談窓口を設置し公開する
- 研修会等にて知識・技能の向上を図る
- 患者を中心とした医療機関・介護機関・行政等との連携システムの構築
- 在宅医療への支援

各施設の機能を
データベース化する

多摩市医師会

TAMA CITY Medical Association

多摩市の皆様に

医療情報を提供しています。

(更新:2006年8月29日)

医療機関のご案内

名前で選ぶ

▼ 以下のリストから選ん

地図で選ぶ

地図を押してお選びください。



医療体制のご案内

● 休日診療

夜間・休日の急な病気やけがのとき

● 予防接種

受け方や内容を詳しく説明します。

● 健康診断

検診内容と場所、日程のお知らせ

● 介護保険

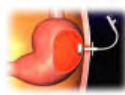
多摩市での取り組みをご紹介します。

● 多摩市胃腸ネットワーク

● 多摩市医師会

● リンク集

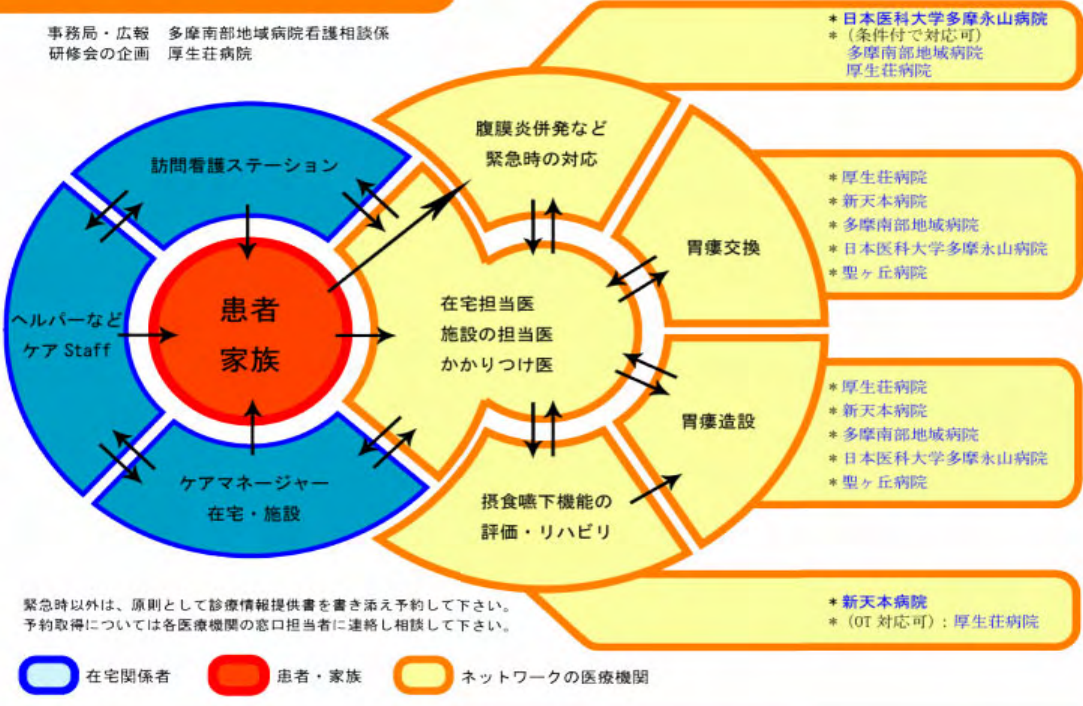
ここをクリックする



多摩市胃瘻ネットワーク

多摩市胃瘻ネットワークについて	研修会の案内	胃瘻(造設・交換) 診療情報提供書
PEG造設に伴う合併症	摂食・嚥下障害への対応 ～嚥下外来を受診する前に～	胃瘻(PEG)について (PDNホームページ)

多摩市胃瘻ネットワーク図



胃瘻に関する相談窓口

多摩市胃瘻ネットワーク参加医療機関相談窓口情報

胃瘻に関する相談窓口

医療機関名 多摩南部地域病院

住所:〒206 -0036 多摩市 中沢 2-1-2

連絡窓口:地域医療連携室看護相談係

電話 042-338-5111 内線 2112

FAX 042-339-6112 (医事課・地連)

連絡相談員氏名 大津陽子 職種 看護師

E-メール zaitaku@tamanan-hp.com

対応時間 月～金 9.00～17.00

対応可能な処置

各施設の窓口担当者を公開

窓口担当者

- *日医大;
外科医師(緊急時対応)
摂食嚥下認定看護師
- *多摩南部地域病院
看護師
- *新天本病院
看護師
- *厚生荘病院
MSW
- *聖ヶ丘病院
看護師

	胃瘻造設	胃瘻交換	緊急時対応	嚥下摂食機能の評価	嚥下摂食機能のリハビリ	使用器材	その他
対応可能○	○	○	△	×	×		
コメント	内科(消化器)の初診予約を入れてください。 *要診療情報提供書	内科(消化器)の予約を入れてください。 *要診療情報提供書	消化器内科か消化器外科の医師が不在時は対応不可			現在はBOSTONのワンステップボタン(One Step Button)使用 *ご希望があればご相談ください。	内科(消化器)で積極的に胃瘻造設の依頼を受ける方針。 交換管理については研修会など実施し各施設・在宅関係者と連携する。

多摩南部地域病院予約センター(予約専用電話 042-373-5489)月～金 9.00～19.00
(土) 9.00～12.00

上記以外の時間の相談について

連絡窓口:救急外来

電話 042-338-5111 内線 2190

FAX 042-339-6112 (医事課・地連)時間外は救急事務に転送されます。

連絡相談員氏名 救急外来 看護師 職種 看護師

E-メール なし

セミナーの結果と効果

*本来目的以外にネットワークのメンバー同士に親しみを込めた仲間意識ができた。

*地域共同体として地域の医療資源を共有し活用する方向へ。

例えば摂食嚥下の認定看護師

例えば自施設への研修受け入れ

①造設管理の研修希望

②摂食嚥下検査の研修

ネットワークの今後の発展

胃瘻造設患者の原疾患は脳血管障害が多くついで認知症、神経疾患、呼吸器疾患、末期癌であり、今後もネットワーク構築を基に南多摩医療圏全体や医療圏を超えた疾患別連携への繋がりと各疾患の連携パス、ネットワークなどへの発展を目指したい。

地域内で問題解決

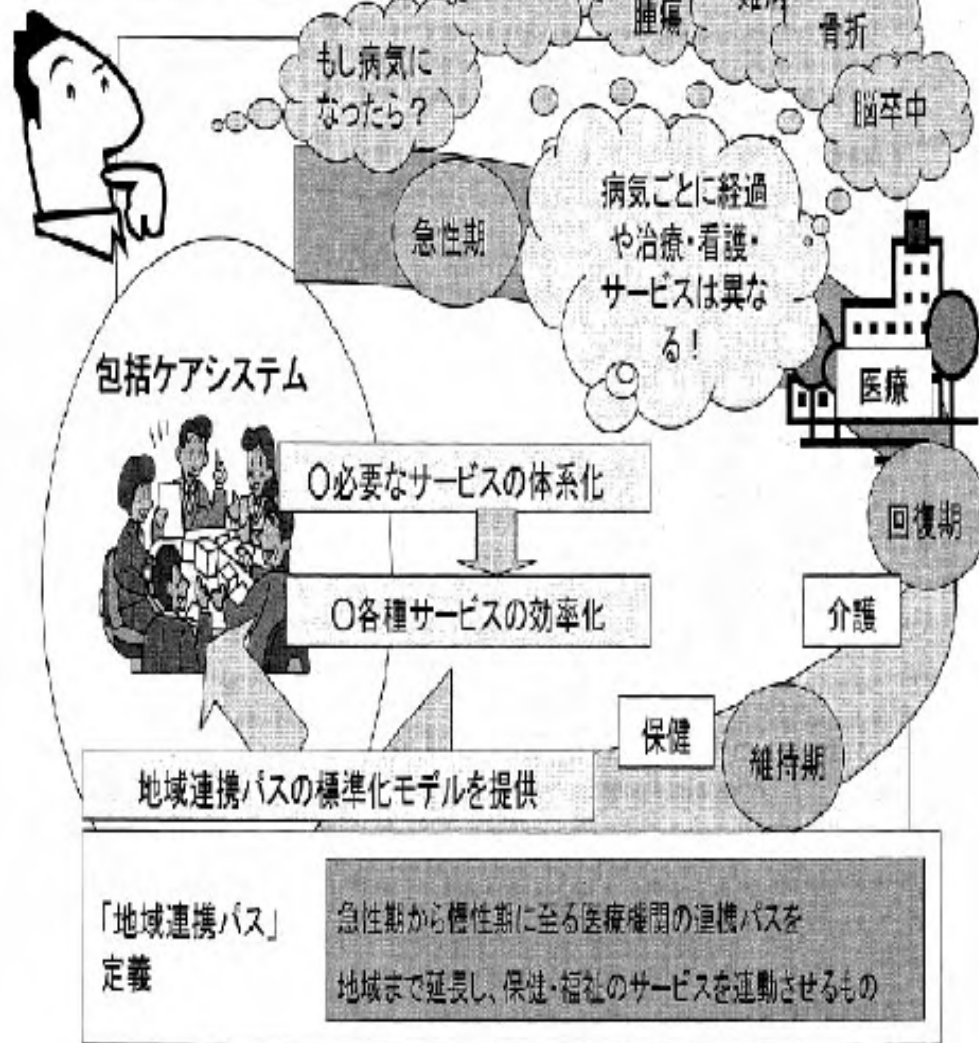
何でもできるようになる!?

地域のネットワーク力

- 問題はネットワークの中での話し合いで解決する
- 患者・利用者のQOLを支援することを目標に合意する
- 患者・利用者の自己決定を最優先に尊重する
- 地域の中の資源を活用する
人材・施設・その他のノウハウの共有

地域連携パス(大腿骨頸部骨折)の運用を開始しました

地域連携パスのイメージ



2006年4月より多摩南部地域病院が計画病院として、地域内の急性期病院とリハビリ病院に呼びかけ4回の会議を開催し(H18.5.9~9.12)オーバービューパス・患者パスを作成しました。9月26日に社会保険庁へ申請し10月1日から運用を開始しました。今後定例で話し合いをもち連携パスの見直し、バリエーションの評価など実施する予定です。連携先のリハビリ病院は①新天本病院 ②多摩丘陵病院 ③永生病院の3つの医療機関です。急性期病院の日本医科大学多摩永山病院も同じパスの運用を目指して会議に出席しています。

地域連携パス(大腿骨頸部骨折)の運用を開始しました

地域連携パスのイメージ



連携パスが
保険点数化
された

2006年4月より
病院が計画病院として
急性期病院とリハビリ病院に呼びかけ4
回の会議を開催し(H18.5.9~9.12)
オーバービューパス・患者パスを作成
しました。9月26日に社会保険庁へ
申請し10月1日から運用を開始しま
した。今後定例で話し合いをもち連
携パスの見直し、バリエーションの評
価など実施する予定です。連携先のリハ
ビリ病院は①新天本病院 ②多摩丘
陵病院 ③永生病院 の3つの医療
機関です。急性期病院の日本医科
大学多摩永山病院も同じパスの運
用を目指して会議に出席しています。

「地域連携パス」
定義

急性期から慢性期に至る医療機関の連携パスを
地域まで延長し、保健・福祉のサービスを連動させるもの

大腿骨頸部骨折地域連携パスによる地域ネットワーク

隣のリハビリ病院と連携方法を話し合うところから始めた

H18.3/28新天本病院へ出向して話し合い

1. 院内部会で話し合い (パス委員も参加)
2. 南多摩医療圏のリハビリ病院に声をかけ、
連携パス作成会議を立上げ

4月の
診療報酬の改定
～始まった

地域連携診療情報提供書計画管理料
1500点算定

3. 全体会議と各職種の部会を運営

全体会議 申請前4回 9/26申請 申請後は3ヵ月毎定例会

第1回H18.5/9.第2回6/13.第3回7/18.第4回9/12.・・9/26申請

申請後2ヶ月第5回12/5以降3ヵ月毎予定

看護部会は各施設で開催

第1回H18年7月11日.第2回9/5.第3回11/7新天本病院、

次回1/16多摩丘陵病院

申請するまでのprocessがネットワークに欠かせない

社会保険事務局へ申請

1 計画管理病院

1 計画管理病院について

- 保険医療機関の名称 (財)東京都保健医療公社 多摩南部地域病院
- 開設者名 理事長 帆刈 祥弘
- 所在地 東京都多摩市中沢2丁目1番地2
- 連絡先 042-338-5111
- 担当医氏名 山中 誠

2 受け入れ病棟について

- 病床数 312 床
- 届出入院基本料の区分 一般病棟入院基本料 10対1入院基本料
- 一般病棟の平均在院日数 13日

医師と関係者をその気にさせる

1. チーム医療としてチームメンバーからの働きかけ
・・時代の流れを実感
1. トップダウン・・組織方針として強力に！！
2. 医師のやることを明確に提示する
コツ！概ね・・最初は個別に攻めるほうが良い・・スペシャル意識を持てる・・その上で診療科のトップを立てる・・別表(次)で医師のやる事を説明します
4. チーム全体で共通目的を認識する。(院内・院外)
 - ①患者家族が困らないようにしよう！（安心・安全）
 - ②病院の経営を支える！生き残りをかけてポジショニングする（住み分け）・・など
 - ③地域が一つの医療チームになる認識を育む
5. 事務局のやる気！と 院内組織(パス委員会など)の活用
地域連携は自分たちの仕事！（使命意識）
地域医療の縁の下での力持ちになる！！

医師がやることを明確に提示する

- ①モデルplanを提示しこれならできそうと思うものを選択してもらおう; 疾患別
(院内パスがあれば利用し連携パスに乗せられる疾患を決めてもらう)
- ②アウトカムを決めるのは医師です
(転院基準について医師の意志決定が必要)
- ③連携パスの会議に出席し、自分科の診療方針を明確に説明しリハビリ病院医師と協議・合意をする。

リハビリ病院との話し合いは事務局がルールを引く。

当院の現状

脳血管疾患連携パスは当院脳外科医にその気になっていただく準備から

まず香川労災のモデルと熊本モデルと青森モデルのどれがいいかしら？と提示し説明。

先生は転院基準(評価基準)とリハビリ病院退院基準を合意し、当院の急性期パスのどの疾患が(脳卒中全て??)

パスに乗せていけるかを考えてください。

作業は事務局が調整しますからと説明。

・・・片足くらい乗ったかな？・・・というところで

院長の後押しをいただいて・・・

継続は力！

地域での問題解決力をつける

- データーを集積しfeedbackする
在院日数・バリエーションなど・・・達成感
- 患者の経過を共有する
事例紹介・困ったこと・パスで良かった事・・・地域のメンバーで意見を出し考える・・・地域での問題解決力
- 職種別の連携
看護部会・MSW・PT・医師・・・地域の顔見知りの関係から仲間意識へ
- 地域内の急性期病院どうしの情報交換と意見交換により地域内での共通認識をもてる

地域で
一つのチーム
になる

看護部会の開催

- 看護部会は各施設で開催することとなった。

第1回H18年7月11日.多摩南部地域病院にて

- ①看護師間でシームレスケアに必要な書類の調整

*看護サマリー*認知症など介護情報

- ②患者パスの検討

第2回9/5.多摩南部地域病院にて

- ①オーバービューパス(医療者用)についての意見

*レイアウトについて

*日本医科大学多摩永山病院の進捗状況

- ②リハビリ病院用患者パス(新天本病院のものたたき台に)

- ③「看護サマリー」の書き方サンプルを検討

認知症や介護環境について新天本病院の「介護共通シート」と永生病院の「入院相談票」を踏まえて必要な情報を看護サマリーに入れることになる

第3回11/7新天本病院にて

- ①path使用患者の事例についてリハビリ病院での運用(カードックス)を使用し各職種ごとに記載漏れの無い様色分けしているのを見学

- ②施設見学

オーバービューパス(医療者用) 見直し中

地域連携診療計画書(大腿骨頸部骨折 地域連携パス)

説明日

医療者用

多摩南部地域病院⇒□新天本病院 □多摩丘陵病院 □永生病院 患者氏名

診断名:(右・左)大腿骨頸部骨折 手術:平成 年 月 日

手術名:人工骨頭置換術・γ-nail・ハソクピン・CHS

受傷前移動能力: 車椅子・歩行補助具・独歩 (自立・監視・一部介助・全介助)

*X線撮影の()は必要に応じて施行

経過月/日 (日・月単位)	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日~6日	術後1週	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	術後8週	術後9週		
治療・薬剤	持参薬 確認	抗生剤点滴		疼痛時:坐薬・飲薬(朝・訓練前・昼・夜)(常時・時々)													
処置	綱線牽引 無・有	ドレーン除去 創処置	創処置		創処置 抜釘		創処置 (有・無)										
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	採血		X線(2R) 採血	採血		X線(2R) 採血	(X線(2R))		X線(2R) 採血	(X線(2R))		X線(2R) 採血			
リハビリ	禁忌肢位: 無・有	w/c乗車 /	1/2荷重開始		全荷重 開始												
	他禁忌事項: 無・有		歩行開始日 /														
食事	可	腹鳴音確認後飲水可 禁食 受傷前の形態の食事摂取可															
活動 (清潔・ 排泄)	清拭	尿道カテーテル留置		病棟内トイレ		病棟内トイレ											
指導等	入院時OR	介護保険説明 無・有															
	入院時情報収集・IC		病棟カンファレンス														
	介護保険確認 ○/○													試験外泊○/○			
	家屋情報収集 ○/○																
	家屋評価 ○/○		家屋改修 指導○/○		介護指導○/○												
退院時情報	問題行動:無・有		認知症:無・疑い・有		疼痛:無・有(部位:)		意欲:有・無・どちらとも言えない		歩行能力:		可動域:股関節屈曲 度、外転 度 MMT:中殿筋 大腿四頭筋 腸腰筋 腓骨神経麻痺:無・有 HDS-R:					退院時患者状態[病院名] 年 月 日	
	主治医コメント 年 月 日																
主治医:	看護師:	PT:	相談員:														
主治医:	看護師:	PT:	相談員														

退院基準(達成目標)受傷前移動能力獲得

ペイシエントパス(急性期病院)

地域連携診療計画書(大腿骨頭部骨折 地域連携バス)

急性期病院入院診療計画書

患者様用

多摩南部地域病院→口新天本病院 口多摩丘陵病院 口永生病院

説明日 年 月 日

主治医


看護師

PT

相談員

氏名

説明者

	入院日～手術前々日	手術前日	手術当日(午前)	手術当日(午後)	術後1日目	術後2日目	術後3～6日目	術後7～13日目	術後14日目～
処置・検査	必要時には術前検査(採血・心電図・レントゲンなど)を行います。必要時または痛みが強い場合には牽引という道具を使い骨折した足を引っ張る処置を行います。	手術をする部分の毛を剃ります。	朝7時頃起床をします。手術室入室前に手術着に着替え、弾性ストッキングを、手術しない側の足に履きます。	病室に戻り酸素吸入をします。術に留まった血液を外へ出す管が入ります。手術室を出てレントゲン撮影をした後に病室に戻ります。病室に戻ってから血液検査を行います。	朝、血液検査を行います。	術部の管を抜きます。(術後2～3日目)手術部位の消毒をします。	朝、血液検査を行います。(術後3日目)	朝、血液検査を行います。(術後7日目)術後10～12日目に手術部位の止め金を取ります。	術後2週間目に弾性ストッキングを脱ぎます。
薬物療法	看護部に現在内服中の薬を知らせてください。	服薬を準備してあります。忘れそうにない時は看護部に声をかけて下さい。	医師の指示により必要な薬は起床時に内服します。朝8:30頃より点滴の針を入れ、点滴をしながら、手術室に行きます。	手術後の点滴は、朝日続きます。痛みに応じて痛み止めが使用できます。	朝・夕に抗生剤の点滴があります。	朝・夕に抗生剤の点滴があります。	朝・夕に抗生剤の点滴があります。術後3～4日目に点滴の針を抜きます。		
食事	普通食または治療食です。ベッド上でも食べやすいようにおにぎりの形態でお出しします。	夜10時以降は禁食食です。	禁食食です。	術前から食事が始まりません。	術から食事が始まりません。(普通食の方の制限はありません)				
清潔	看護部が体を拭きます。(ベッド上)				看護部が体を拭きます。			術部の止め金を取った翌日より、シャワー浴ができます。	
	活	ベッド上での排泄となります。尿器・便器を使用するか、簡便に管を入れます。		簡便に管が入っています。排便時はベッド上で便器を使用します。		状況に応じて管を抜きます。			
移動 体置の かけ方	ベッド上安静となります。医師の許可の範囲でベッドの頭側の角度を上げられます。	手術室へは看護部と一緒にベッドのまわります。	ベッド上安静です。体を起こすことはできません。	ベッド上安静です。痛みに応じてベッド上で体を起こすことはできます。	手術をした側の足に体重をかけるはずに車イスで移動ができます。	両足で立つことができます。手術をした側の足だけで立つことは出来ません。	手術をした側の足に体重をかけることができます。		
	リハビリ	歩くために必要な筋力を低下させないように足首や指を動かして下さい。				リハビリが始まります。歩くために必要な筋力を低下させないように大腿四頭筋の運動を行います。	下腿の筋力訓練や立位歩行の訓練を行います。		
説明	看護部から病棟についてや手術前の説明があります。※退院後の予定について自宅またはリハビリ病院への転院などの相談があれば申し出て下さい。※介護認定の相談があれば申し出て下さい。	ご家族はご案内した来院時間にお越しください。ご家族には手術の間、ご家族控室で待機して頂きます。手術後主治医より説明があります。		手術後、痛み止めを服用していますので、痛みがあるときは看護部にご相談下さい。またご心配な事がありましたら、遠慮なく医師、または看護部に申し出て下さい。リハビリを行っているにあたりリハビリ病院と連携をとっていますので、リハビリや転院などの流れについて医師から説明があります。	手術後、心配なことがありましたら遠慮なく医師や看護部に相談してください。車椅子に移る時や、トイレに行く際は看護部を呼んでください。退院または転院に向け準備を行います。★転院後は転院先のクリティカルバス用紙に続きます。				

上記の説明を受け理解しました。 年 月 日 署名

(患者さんとの捺印)

リハビリ病院ペイシエントパス

地域連携診療計画書(大腿骨頸部骨折 地域連携パス)

リハビリ病院入院診療計画書

患者様用

多摩南部地域病院⇒□新天本病院 □多摩丘陵病院 □永生病院

主治医 _____ 担当看護師 _____

説明日： 年 月 日 説明者： _____

リハビリ担当 _____ 相談員 _____

説明をうけました。ご家族・患者様サイン

入院病日	年 月 日	～2週	～4週	～6週	～退院日
治療処置	入院時一般検査として 採血・心電図・レントゲンがあります				
検査	 1回の	( 2週間)	 1回の	 2回の	
薬物	入院時、薬剤師が訪問します				退院後に向けて、お薬の飲み方について薬剤師が訪問します。
食事	基本的に 入院時の食事を提供します。				
活動	清潔	主にシャワー浴が中心ですが 病状により、お体を拭きます	入浴に合うすべての動作を確認しながら シャワー浴や浴槽を使用した入浴となります(一部介助、見守り)		退院に向けて、その方に合う 安全な方法を考え実施します。
	排泄	できるトイレを使用しますが 状況によって ポータブルトイレ・尿器を利用することもあります	排泄動作の自立をめがけ、基本的にはトイレを使用しますが、 ポータブルトイレ、尿器を利用することもあります。 (日中トイレ、夜間：ポータブルトイレなど)		
	移動	長い距離の移動は車イスが中心です	その方に応じて、車イスや杖を使用します。 歩行は、訓練の状況を見ながら進めています。		
	安静度	医師の診察後決定しますが、 特別な事がなければ、日中はベッドから 離れて座っている時間を多くしています。			
リハビリ	早い時期に理学療法士・作業療法士・言語療法士が必要に 応じて、その方にあった訓練プログラムを作成します	筋力訓練、立ち上がり訓練、歩行訓練が中心ですが、必要性により屋外訓練も行ないます。 また、ご自宅でもできるリハビリメニューも一緒に考え実施します。			
説明	医師より病状説明があります 家庭環境の確認をします 又、退院後生活についてご相談を受けます	1ヵ月後、ファミリーカンファレンスを行い、 退院後の具体的な生活について相談します。 リハビリ実施計画書の説明をします。	家賃評価、住宅改修、 外出・外泊訓練 介護指導	病状の説明と、 今後生活する上での注意点を お伝えします。 退院後の 日常生活に ついて説明が あります。	

◆この計画書は一般的な流れを示しています。

進行のしかたには個人差があり、スケジュールが変更になる場合はご説明させていただきます。

地域連携診療計画書(大腿骨頸部骨折—地域連携パス)

説明日 1/4 医療者印

多摩南部地域病院 → □新天本病院 □多摩丘陵病院 □永生病院 患者氏名

診断名: (右・左)大腿骨頸部骨折 手術: 平成19年1月4日

手術名: 人工骨頸置換術・γ-nail・ハットピン・CHS

受傷前移動能力: 車椅子・歩行補助具・独歩 (自立・監視・一部介助・全介助)

*X線撮影の[]は必要に応じて施行

経過月/日 (日・月・年)	入院日	手術日	術後1日	術後2日	術後3日	術後4日-6日	術後1週	術後2週	術後3週	術後4週	術後5週	術後6週	術後7週	術後8週	術後9週
	1/2	1/11					1/8	1/9	2/0	2/1	2/2	2/3	2/4	2/5	
転院基準	転院後1週 転院後2週 転院後3週 転院後4週 転院後5週 転院後6週 転院後7週 転院後8週 転院後9週 2/1 / 18 / 15 / 22 / 3/1 / / / / / /														
治療・薬剤	持参薬 確認	抗生剤点滴		疼痛時: 坐薬(軟薬)(朝・訓練前・昼・夜)(常時・時々)											
処置	綱鎖牽引 無・有	ドレーン抜去 創処置	創処置		創処置 抜鉤		創処置 (有・無)								
検査	X線(2R) 採血	X線(2R) 採血	採血	X線(2R) 採血		X線(2R) 採血									
リハビリ	禁忌肢位: 無・有	w/c乗車 1/12		1/2荷重開始		全荷重開始 1/25									
他禁忌事項:	無・有		歩行開始日 1/25												
食事	可	腹鳴音確認後飲水可 禁食 受傷前の形態の食事摂取可													
活動 (清潔・ 排泄)	清拭	創部チェック後シャワー浴													
指導等	入院時OR	介護保険説明 有 要約を2年取得して頂く。													
退院時情報	問題行動: 無・有	認知症: 無(疑い)・有		疼痛: 無・有(部位: 右大腿骨)		意欲: 有・無・どちらとも言えない		歩行能力: 歩行器 歩速 50m							
	主治医コメント 19年1月20日		可動域: 股関節屈曲 ⁷⁵ 度、外転 ²⁵ 度 MMT: 中殿筋2+ 大腿四頭筋 4 腸腰筋 4 腓骨神経麻痺: 無・有 HDS-R: 5点												
	主治医: 看護師: PT: 相談員:		主治医: 看護師: PT: 相談員:												
	瀬戸 啓明 西田 隆行		池田 真 山下 慶子												
	梶山 耕二		梶山 耕二 小森 裕石												

退院基準 (達成目標) 受傷前移動能力獲得

術後早期合併症なし

疼痛時: 坐薬・軟薬 (朝・訓練前・昼・夜)

有() 無

X線(2R) 採血 X線(2R) 採血 X線(2R) 採血 X線(2R) 採血 X線(2R) 採血

上下衣・靴下・靴の着脱訓練 0/0 1/31

洗面所(立位で)訓練 0/0 1/31

入浴動作訓練 0/0 2/6

床から起立訓練 0/0

歩行訓練再開 0/0

形態(歩容) あり

治療食 無(有)

シャワー浴 入浴 あり

病棟内トイレ pick upにて近頃見守り 誘導 要作見守り

入院時情報収集・IC 介護保険確認 病棟カンファレンス

①/① 現在 訓練中(歩行器)

試験外泊 0/0

家屋情報収集 0/0

家屋評価 0/0 家屋改修指導 0/0 介護指導 0/0

退院時患者状態(病院名 新天本病院) 19年3月1日

認知症: 老人性痴呆 軽度、下り階段 歩行 20m 12

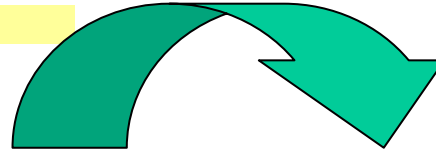
不眠: 混雑した夜の騒音で起き、明け方まで寝て

歩行能力: 歩行器 歩速 50m 20m 12

1/19 1/20 1/21 1/22 1/23 1/24 1/25

申請後の実績

2007/5/28集計 (18年度3/31までの転院患者)



パスの転院数	17	
パス患者の急性期病院平均在院日数	23日	
パス完了患者数	10人	
パス完了患者の平均入院日数	83日	
内訳	多摩南21日	リハビリ病院62.7日

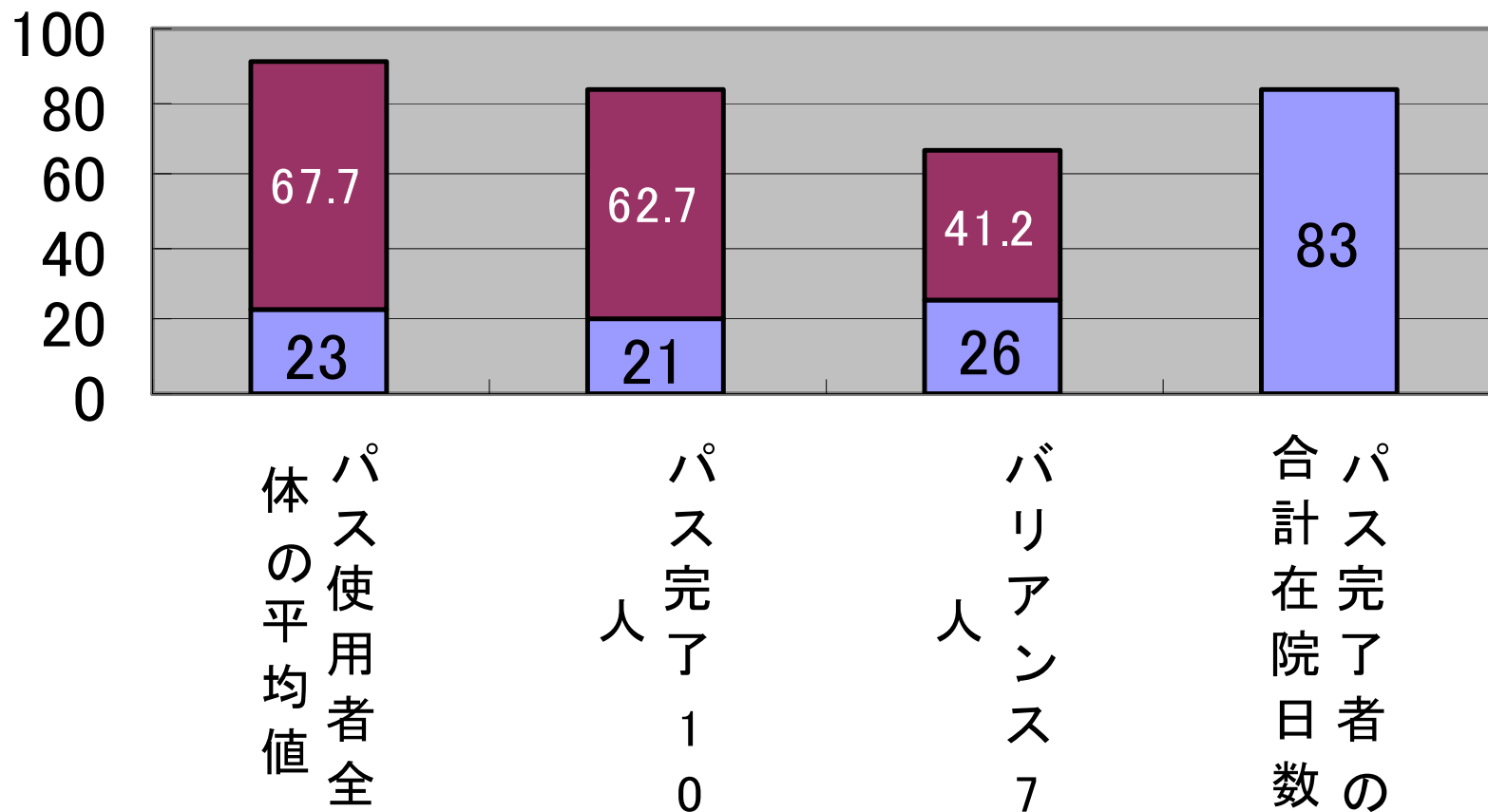
転院後リハビリ病院バリエーション数	7件	
内訳	認知症+精神疾患	5
	急性膵炎	1
	急死(AMI)	1
転院先内訳	多摩丘陵病院	4
	永生病院	1
	新天本病院	12
急性期病院バリエーション(リハビリ病院に転院とならなかった)	8件	
内訳	Re-OPE	1
	他院転院(日野田中)	1
	自宅・施設へ(自立)	4
	専門病院へ	1
	死亡	1

	多摩南部地域病院平均在院日数	リハビリ病院平均在院日数
パス使用者全体の平均値	23	67.7
パス完了10人	21	62.7
バリエーション7人	26	41.2
パス完了者の合計在院日数	83	

連携パス使用患者の在院日数

2006 10/1～2007 3/31 N=17

■ 多摩南部地域病院平均在院日数 ■ リハビリ病院平均在院日数










平成18年度バリアンス事例

転院後リハビリ病院バリアンス件数		7件
内訳	認知症+精神疾患	5
	急性膵炎	1
	急死(AMI)	1
転院先内訳		
	多摩丘陵病院	4
	永生病院	1
	新天本病院	12
急性期病院バリアンス(リハビリ病院に転院とならなかった)		8件
内訳	Re-OPE	1
	他院転院(日野田中)	1
	自宅・施設へ(自立)	4
	専門病院へ	1
	死亡	1

地域連携パスの流れ

2007年1月12日 医事課・入院係作成

パス使用決定時				退院時(会計に間に合うように)
 <p>医師</p>	<input type="checkbox"/> パス患者選択 ①地域連携診療計画書記入 ②急性期病院入院計画書 ③リハビリ病院診療計画書 ①②③を使用して患者に説明する。	<input type="checkbox"/> 患者さんに説明後、医療相談係にパス患者適応を連絡する。	<input type="checkbox"/> 連携病院面談前日までに情報提供書を作成する。	<input type="checkbox"/> 医療相談係より転院日の報告を受け、退院までに、①地域連携診療計画書の必要事項を記入する
 <p>P T</p>	説明 同意		<input type="checkbox"/> カルテにより連携パス患者だと確認。	<input type="checkbox"/> 医療相談係より転院日の報告を受け退院までに、①地域連携診療計画書の必要事項を記入する。
 <p>病棟</p>		<input type="checkbox"/> ②急性期病院入院計画書を2部コピーする。 ②(コピー)及び③を患者さんに渡す ②(コピー)を医事課に送付する。 ①②③の原本をカルテに入れる。 ※大腿骨頸部骨折(骨接合術)クリティカルパス5-6にそって、OPE翌日にパス使用連絡を医療相談にする。	<input type="checkbox"/> 連携病院面談前日までに転院サマリーを作成する。	<input type="checkbox"/> 医療相談係より転院日の報告を受け退院までに、①地域連携診療計画書の必要事項を記入。
 <p>患者</p>	<input type="checkbox"/> ①②③により医師から説明を受ける 医師からの説明後、 ②急性期病院入院診療計画書に患者さんが署名する。			<input type="checkbox"/> 医療相談と転院日について調整・決定する。
 <p>医事</p>		<input type="checkbox"/> 病棟からの②(コピー)により連携パス対象患者であることを確認。 確認後、②を看護相談に渡す。		
 <p>看護相談</p>		<input type="checkbox"/> 医事より受け取った②(コピー)を保管する。		<input type="checkbox"/> 連絡
 <p>医療相談</p>		<input type="checkbox"/> 医師からの連絡を受け、患者及び家族に面話し、連携病院との転院における調整をする。	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書・看護サマリーをFAXする。	<input type="checkbox"/> 連携先病院と転院日を調整する。 転院日が決まったら医師及び看護師・PTに連絡。 退院までに①に必要事項に記入する。
				<input type="checkbox"/> ①を2部コピーして1部を速やかに医事会計へ提出。原本はカルテにはさむ。①のうち1部及び診療情報提供書・転院サマリーを患者に渡す。また、看護相談へ転院サマリー・大腿骨頸部骨折(骨接合術)クリティカルパス5-6を提出する。
				<input type="checkbox"/> ①及び診療情報提供書及び転院サマリーを持って転院先病院へ
				<input type="checkbox"/> ①を受け取ったら地域連携診療管理料1500点を算定する。算定後、①を看護相談係に手渡す。
				<input type="checkbox"/> ①及び転院サマリー・大腿骨頸部骨折(骨接合術)クリティカルパス5-6を受け取ったらデータを入力する。