

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。

平成19年10月31日 中央社会保険医療協議会資料 抜粋

精神障害者を対象とする「地域連携パス」（例）

アウトカム	入院から 退院決定まで	退院決定から 退院まで	(中間施設)	退院(退所)から 3ヶ月頃まで	生活安定期まで
医療継続					
家族理解					
制度利用					
相談相手					
生活技能					
集団生活					
住む場					
社会的役割					
	病院			地域	

認知症入院医療のステージ

病院	ステージ	備考
A病院	1) 入院時、1週、退院先検討 2) 退院決定、退院生活準備、退院直前、退院(地域生活)	退院までの経緯理解(入院時)
B病院	1週、1月、2月	当初に入院目的・退院後の方向性の確認
C病院	入院前、入院時、1週、2週、3週、4週(退院)	入院前から入院目的を確認(家族・前施設)
D病院	入院前、入院当日、2週、1月、2月、退院	入院当日に、退院後の方向性の確認
E病院	入院時、1週、3週、4週、2月、退院	入院時に退院先の設定、2週に抗精神病薬副作用チェック
F病院	1週、2～11週、12週	1週目までに退院後の受け入れ先確認、12週頃に退院連携パス作成

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部 伊藤弘人部長作成資料より抜粋

認知症のクリティカルパス(例)

例1) 認知症 退院支援パス
土浦厚生病院の例

例2) もの忘れ診断 地域連携パス
世田谷区医師会・玉川医師会の例

土浦厚生病院 認知症クリティカルパス Ver.2 H22. 4. 1~

患者氏名	様	□ ※注	△※必要に応じて				
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認(可能な限り複数) <input type="checkbox"/> 医療保護入院に関する説明 <input type="checkbox"/> 入院に関する署名の有無 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 在籍施設等へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 顔面画像検査指示確認 <input type="checkbox"/> 血液検査指示確認 <input type="checkbox"/> HDS-R指示確認	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 家族と本人に入院時のムネテラ <input type="checkbox"/> 「入院検査計画書」作成 <input type="checkbox"/> 医療保護入院の入院届記入 <input type="checkbox"/> 入院予約 <input type="checkbox"/> 入院時基本検査 <input type="checkbox"/> 投薬・注射の指示 <input type="checkbox"/> 行動制限指示 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 家族との面接 <input type="checkbox"/> 作業療法指示	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 作業療法指示	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 精神療法 <input type="checkbox"/> 退院日の決定 <input type="checkbox"/> 行動制限の再検討 <input type="checkbox"/> 作業療法指示 <input type="checkbox"/> 家族との面接	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 退院届計画書記入 <input type="checkbox"/> 退院地方 <input type="checkbox"/> 退院届記入 <input type="checkbox"/> 次回外来の確認	
看護	<input type="checkbox"/> 入院予約の確認 <input type="checkbox"/> 病室調整 <input type="checkbox"/> 病棟見学・案内 <input type="checkbox"/> 血液検査実施(外来)	<input type="checkbox"/> 病歴聴取(アナムネ) <input type="checkbox"/> 入院オリエンテーション <input type="checkbox"/> 持ち物チェック <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 入院時地方の確認と手帳準備 <input type="checkbox"/> バイタル計測 <input type="checkbox"/> 「看護計画」「問題リスト」記入 <input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護学生実習指導 <input type="checkbox"/> 聴能チェック <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画の見直しと査定 <input type="checkbox"/> OTとの連携	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 看護計画の見直しと査定 <input type="checkbox"/> 「中間サマリー」記入	<input type="checkbox"/> 精神症状、身体状況把握 <input type="checkbox"/> 新たな問題の抽出 <input type="checkbox"/> 検査データ把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状評価 <input type="checkbox"/> 薬剤との連携 <input type="checkbox"/> 外出(可・不可) 外泊(可・不可) <input type="checkbox"/> 外泊日 月 日 <input type="checkbox"/> 退院の可能性(可・否) <input type="checkbox"/> 家族連携 <input type="checkbox"/> 防着ひまわり連携 (ADLチェック)	<input type="checkbox"/> 退院時サマリー記載 <input type="checkbox"/> 退院時地方の確認と準備 <input type="checkbox"/> 服薬指導評価	
OT		<input type="checkbox"/> 情報収集 カルテ 観察	<input type="checkbox"/> 医師・看護との連携 <input type="checkbox"/> N-ADL評 _____点 <input type="checkbox"/> NM スケール _____点 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 医師・看護との連携 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 医師・看護との連携 <input type="checkbox"/> 「作業療法指示書」 有 無 <input type="checkbox"/> 目標設定 <input type="checkbox"/> プログラム立案	<input type="checkbox"/> 作業療法最終評価 <input type="checkbox"/> N-ADL評 _____点 <input type="checkbox"/> NM スケール _____点	
栄養		<input type="checkbox"/> 栄養状態: PDIチェック <input type="checkbox"/> BMI % 1=適正 2=痩せ 3=肥満	<input type="checkbox"/> 栄養計画書作成	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 現状把握	<input type="checkbox"/> 栄養計画最終評価 <input type="checkbox"/> BMI % 1=適正 2=痩せ 3=肥満	
薬剤		<input type="checkbox"/> 禁忌薬・アレルギー副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 退院時調整・持参薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・主治医報告 <input type="checkbox"/> 薬剤サマリーの出来提供	
PSW	<input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> 保護者の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源手続き状況の確認 <input type="checkbox"/> 社会資源状況の確認 <input type="checkbox"/> 他科治療状況の確認 <input type="checkbox"/> 家族への入院目的確認(可能な限り複数) <input type="checkbox"/> 在籍施設等へ入院目的確認 <input type="checkbox"/> 顔面画像検査依頼、手配 <input type="checkbox"/> 血液検査確認 <input type="checkbox"/> HDS-R実施	<input type="checkbox"/> 初診から入院までの状況 <input type="checkbox"/> 次回他科受診日の確認 月 日 <input type="checkbox"/> 保護者の再確認 <input type="checkbox"/> 社会資源の再確認(介護保険) <input type="checkbox"/> 経済状況の再確認 <input type="checkbox"/> 医療保護入院 <input type="checkbox"/> 入院届作成・依頼・確認 <input type="checkbox"/> 入院時のお知らせ <input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 入院カルテ <input type="checkbox"/> ミーティングの参加確認・日程調整	<input type="checkbox"/> 退院先の確認 <input type="checkbox"/> 介護保険申請状況の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの確認	<input type="checkbox"/> 退院先の再確認 <input type="checkbox"/> 施設申し込み状況の確認 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの確認	<input type="checkbox"/> 看護能受先の状況確認(施設希望) <input type="checkbox"/> 在宅サービスの場合 (契約ケアマネの状況確認) <input type="checkbox"/> 退院届への書類依頼 (契約ケアマネの状況確認) <input type="checkbox"/> 看護サマリー等依頼	<input type="checkbox"/> 家族へ書類の確認 <input type="checkbox"/> 退院届作成依頼・確認	
		<input type="checkbox"/> 治療方針、処置方針確認 Dr. No. OT, PSW, 薬局等々等	<input type="checkbox"/> 病棟連絡会で新入院患者報告 月 日	<input type="checkbox"/> 病棟連絡会 Dr. No. OT, PSW, 薬局等々等	<input type="checkbox"/> 退院予定日決定 月 日 <input type="checkbox"/> ミーティング: 病棟スタッフ、家族 訪問、ケアマネ等他関係者		
	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	ΔHDS-R _____点 BPSD: 1=軽度 2=中等度 3=重度 【精神症状】 幻覚 妄想 せん妄 気死念慮 興奮 不眠 不安 抑うつ 【問題行動】 徘徊 収集 攻撃 大声 異色 不潔行為 常同行為	
	□ 有	□ 有	□ 有	□ 有	□ 有	□ 有	



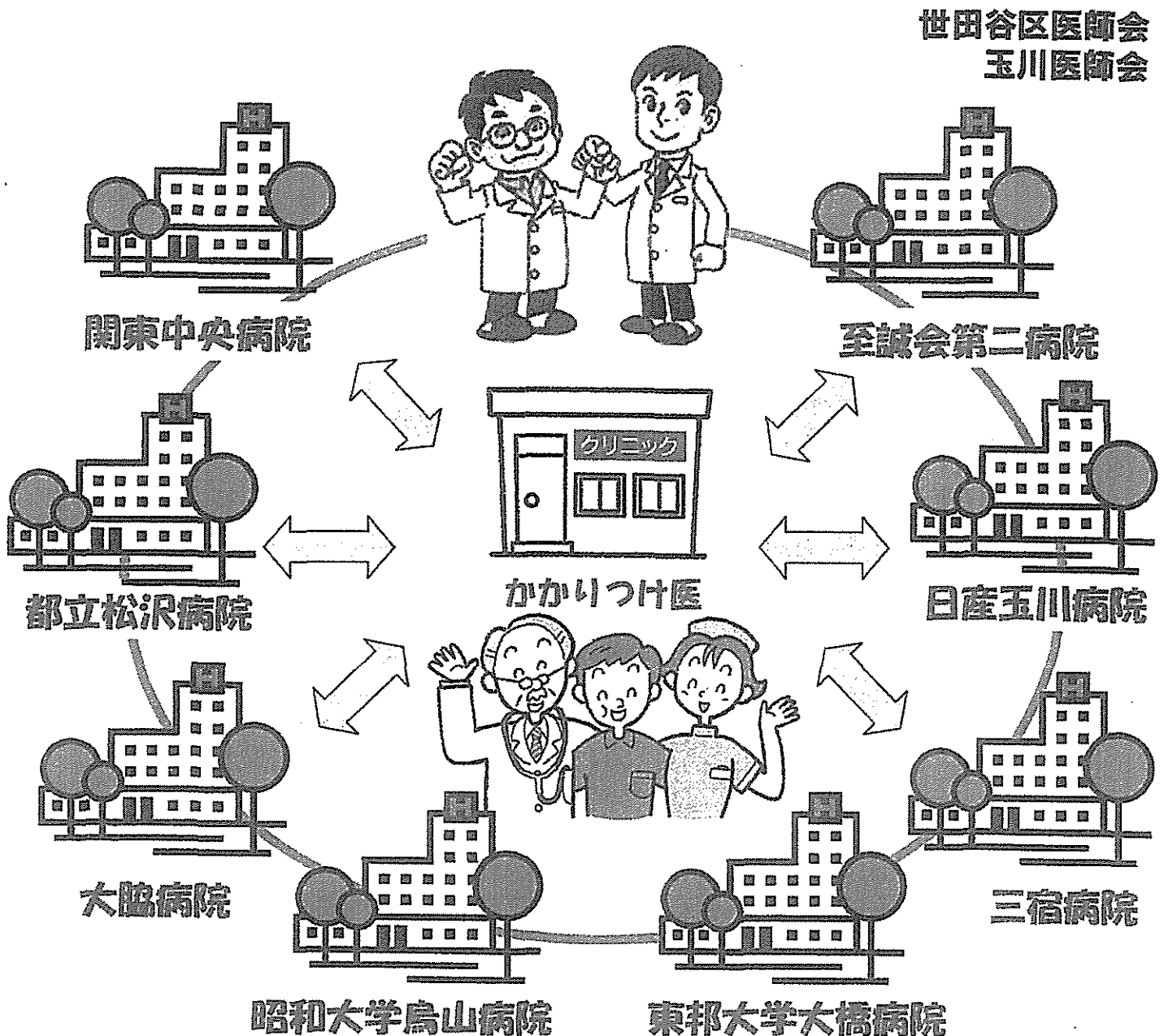
世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

例2

世田谷区医師会・玉川医師会では地域の医療機関が連携して、もの忘れ患者様が安心して診断・治療・療養を継続できる環境づくりに努めて参りました。

今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

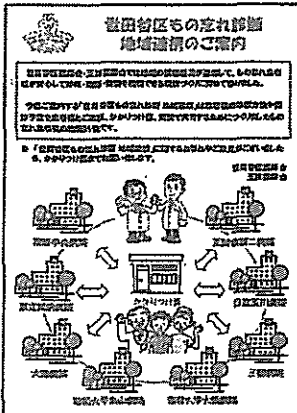
※ 「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」に関するお尋ねやご意見がございましたら、かかりつけ医までお願い致します。



世田谷区もの忘れ地域連携

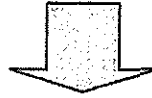
<運用マニュアル>

①



ご家族に地域連携クリティカルパスについて説明【①参照】

どのネットワーク病院でも同じように診断してくれることを説明



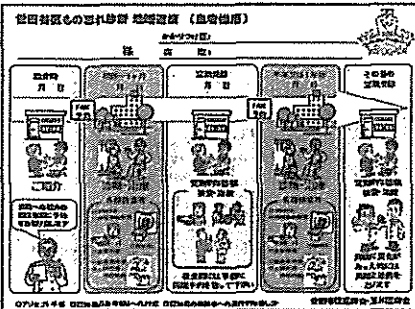
②

病院名	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目	検査項目
世田谷区立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立東山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立西山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立南山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立北山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立東山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立西山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立南山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
世田谷区立北山病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○

各病院の検査項目を示し、ご家族と相談して、ネットワーク病院を選ぶ【②参照】



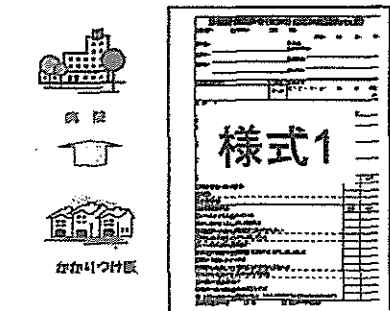
③



「検査のため、病院を受診する」など、今後の患者様の診療の流れについて説明
検査後はかかりつけ医で診療することを説明【③参照】



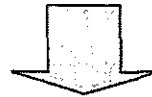
④



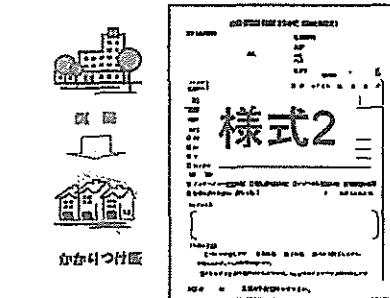
oldを実施して、専用の診療情報提供書(様式1)に記入【④参照】

各病院の予約連絡先にFAXし予約を取る

それぞれの病院のルールにのっとり受診



⑤

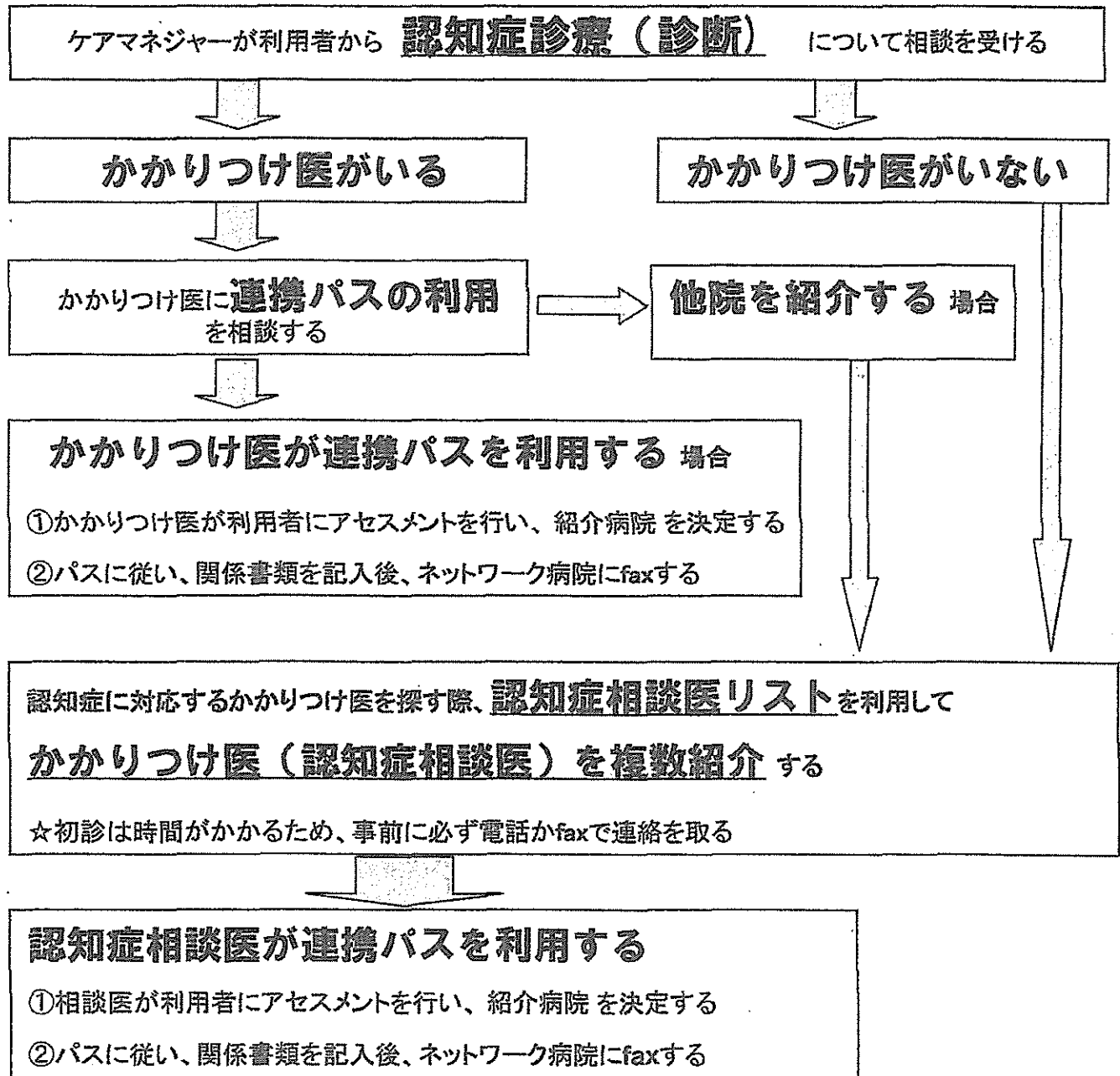


後日(約1ヵ月後)検査結果などが病院より専用の診療情報提供書(様式2)で届く【⑤参照】

病院での再検査の日程をご家族と確認

再検査の日程が近づいたら再度病院の予約を取る

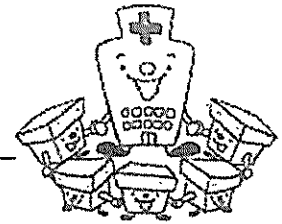
世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



注1 かかりつけ医と連携で認知症の治療に当たるためかかりつけ医は必ず必要。
認知症ネットワーク病院の直接の受診は基本的に控える。

注2 世田谷認知症診断地域連携クリティカルパスについては医師会から会員へ資料配布済み

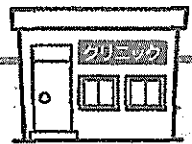




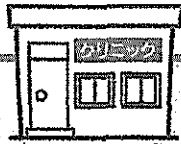

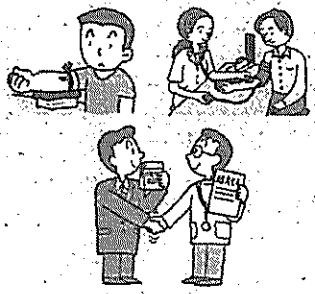


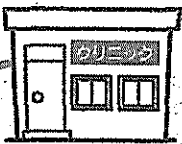

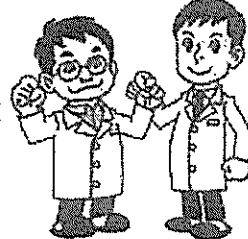
世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

様

病院:

紹介時 月 日	初診～1ヶ月 月 日	定期受診 月 日	半年又は1年後 月 日	その後の 定期受診
<p style="text-align: center;">FAX 予約</p>   <p style="text-align: center;">ご紹介</p> <p>病院への紹介の際には事前予約をお取り致します</p> 	<p style="text-align: center;">FAX 予約</p>   <p style="text-align: center;">診断・治療 各種検査等</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> 神経学的所見 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 脳血流検査 <input type="checkbox"/> 心臓交感神経検査 	<p style="text-align: center;">FAX 予約</p>   <p style="text-align: center;">定期的な診察 検査・治療</p>  <p style="text-align: center;">検査前には事前に 病院予約を取って下さい</p>	<p style="text-align: center;">FAX 予約</p>   <p style="text-align: center;">診断・治療 各種検査等</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> 神経学的所見 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 脳MRI <input type="checkbox"/> 脳血流検査 <input type="checkbox"/> 心臓交感神経検査 	  <p style="text-align: center;">定期的な診察 検査・治療</p>  <p style="text-align: center;">病状に変化があった時には 病院と連携をとります</p>

アリセプト手帳 認知症のお年寄りへの対応 認知症の高齢者への具体的な接し方

世田谷区医師会・玉川医師会

FAX

FAX 受付時間は紹介先医療機関にご確認ください。

保険者番号		公費負担番号	
記号	番号	公費受給者番号	
被保険者との続柄	本人・家族	負担割合	1割・3割
資格取得年月日	年 月 日	資格取得年月日	年 月 日
有効期限	年 月 日	有効期限	年 月 日

初回 半年 1年

診療情報提供書(もの忘れ連携用)

紹介先医療機関

関東中央 至誠会第二 玉川 松沢
 三宿 東邦大橋 昭和大烏山 大脇

医療機関名

住所

科 先生

TEL

FAX

受診歴	無・有 (年 月 頃)
ID 番号	
受診希望日	
<input type="checkbox"/> 早めに	<input type="checkbox"/> 月 日希望
<input type="checkbox"/> 都合の悪い日・曜日 ()	

医師名

(診療科)

印
科)

フリガナ		男・女	M T S H 年 月 日 才
患者氏名			
住所	〒 -	自宅 TEL ()	携帯 TEL ()

紹介目的・治療経過・既往歴・その他	現在の処方

神経学的所見 (初回のみ記入してください)

ある	ない	① 構音障害・嚥下障害
ある	ない	② 振戦
ある	ない	③ 歩行障害

OLD (初回のみ記入してください)

ある	ない	① いつも日にちを忘れている
ある	ない	② 少し前のことをしばしば忘れる
ある	ない	③ 最近聞いた話を繰り返すことができない
ある	ない	④ 同じことを言うことがしばしばある
ある	ない	⑤ いつも同じ話を繰り返す
ある	ない	⑥ 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある
ある	ない	⑦ 話の文脈をすぐに失う
ある	ない	⑧ 質問を理解していないことが答えからわかる
ある	ない	⑨ 会話を理解することがかなり困難
ある	ない	⑩ 時間の観念がない
ある	ない	⑪ 話のつじつまを合わせようとする
ある	ない	⑫ 家族に依存する様子がある (本人に質問すると家族のほうを向くなど)

添付データ 無 有 内容 ()

診療情報提供書(世田谷区 もの忘れ診断用)

紹介先医療機関

公立学校共済組合 関東中央病院

〒158-8531 世田谷区上用賀 6-25-1

TEL:03-3429-1346(地域医療室直通)

FAX:03-3429-1702(地域医療室専用)

_____ 先生

医師名

印

関中 ID :

(神経内科)

フリガナ		男・女	M・T・S・H	年	月	日	才
患者氏名							
住所	〒 _____						
			自宅 TEL	()		
			携帯 TEL	()		

<既往歴及び家族歴、症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方>

ご紹介ありがとうございました。結果・診断など以下に報告させていただきます。

【検査報告】

- MMSE _____
- MRI _____
- VSRAD _____
- MIBG _____

【診 断】

- アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 レビー小体型認知症 軽度認知障害
- 加齢に伴う物忘れ その他 (_____) と考えられます。

【コメント】

【今後の予定】

- パスで対応します 半年後 1年後 パスに該当しません

今後のスケジュールは以下の通りです。

- アリセプトD錠を処方いたしますので、5mgでのフォローをお願い致します

次回は _____ 年 _____ 月頃に予約を取って下さい。

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(世田谷区)

病院名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査				
			問診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査	
医療法人社団和誠会 大脳病院 世田谷区奥沢3-33-13	フロントサービス課	脳神経外科 もの忘れ外来	○	○	○	○	(○)	○	(○)			
TEL	03-3720-2151(代表)											3720-2151(代表)
FAX	03-3720-9411(代表)											3720-9411(代表)
公立学校共済組合関東中央病院 世田谷区上用賀6丁目25-1	地域医療室	神経内科 (認知症外来)	○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)	
TEL	03-3429-1171(代表)											3429-1346(直通)
FAX	03-3426-0326(代表)											3429-1702(直通)
至誠会第二病院 世田谷区上祖師谷5丁目19-1	地域医療連携室	神経内科 もの忘れ外来	○	○	○	(△)	○	○	(△)	△ (委託)		
TEL	03-3300-0366(代表)											3300-0384(直通)
FAX												3307-0013(直通)
昭和大学附属烏山病院 世田谷区北烏山6丁目11-11	メディカルサポートセンター	高齢者外来	○			○			○			
TEL	03-3300-5231(代表)											3300-5329(直通)
FAX	03-3308-9710(代表)											3300-5408(直通)
東京都立松沢病院 世田谷区上北沢2丁目1-1	社会復帰支援室	老人外来	○			○	(△)	○	(△)	○	(△)	
TEL	03-3303-7211(代表)											3303-7211(代表)
FAX												3303-7467(直通)
日産厚生会 玉川病院 世田谷区瀬田4-8-1	内科外来	脳神経内科	○	○	○		○					
TEL	03-3700-1151(代表)											3700-1151(代表)
FAX	03-3700-2090(代表)											3700-2090(代表)

世田谷区もの忘れ診断ネットワーク病院(目黒区)

病 院 名	予約連絡先	受け入れ先	一次検査					二次検査			
			問 診	神経検査	血液検査	MMSE	HDS-R	MRI	CT	脳血流検査	心臓交感神経検査
国家公務員共済組合連合会 三宿病院 目黒区上目黒5丁目33-12	地域医療連携室	神経内科	○	○	○		○	○		(△)	(△)
TEL 03-3711-5771(代表)	5724-6474(直通)										
FAX	5724-6471(直通)										
東邦大学医療センター大橋病院 目黒区大橋2丁目17-6	病診連携室	神経内科 脳神経外科	○	○	○	○	(○)	○	(○)	○	(○)
TEL 03-3468-1251(代表)	3468-7385(直通)										
FAX 03-3468-6191	3468-6191(直通)										

50音順

○ 認知症における主な検査項目 (○) 必要時に実施
 (△) 検査可能