

## 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にするなど、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

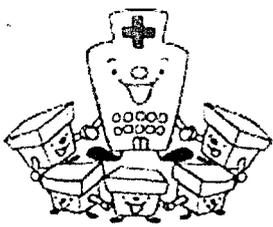
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部 伊藤弘人部長作成資料より抜粋

## 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





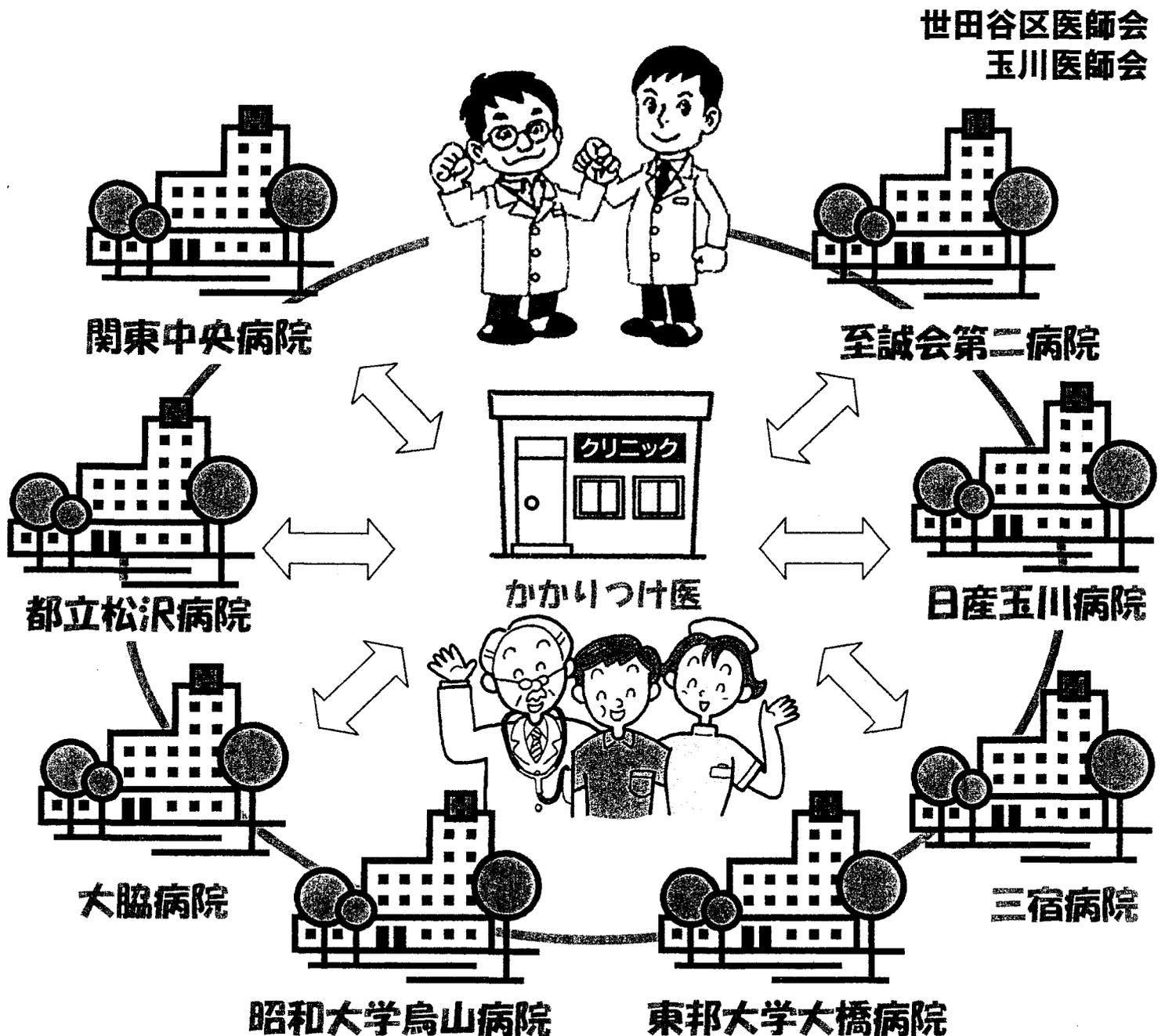
# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携のご案内

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。

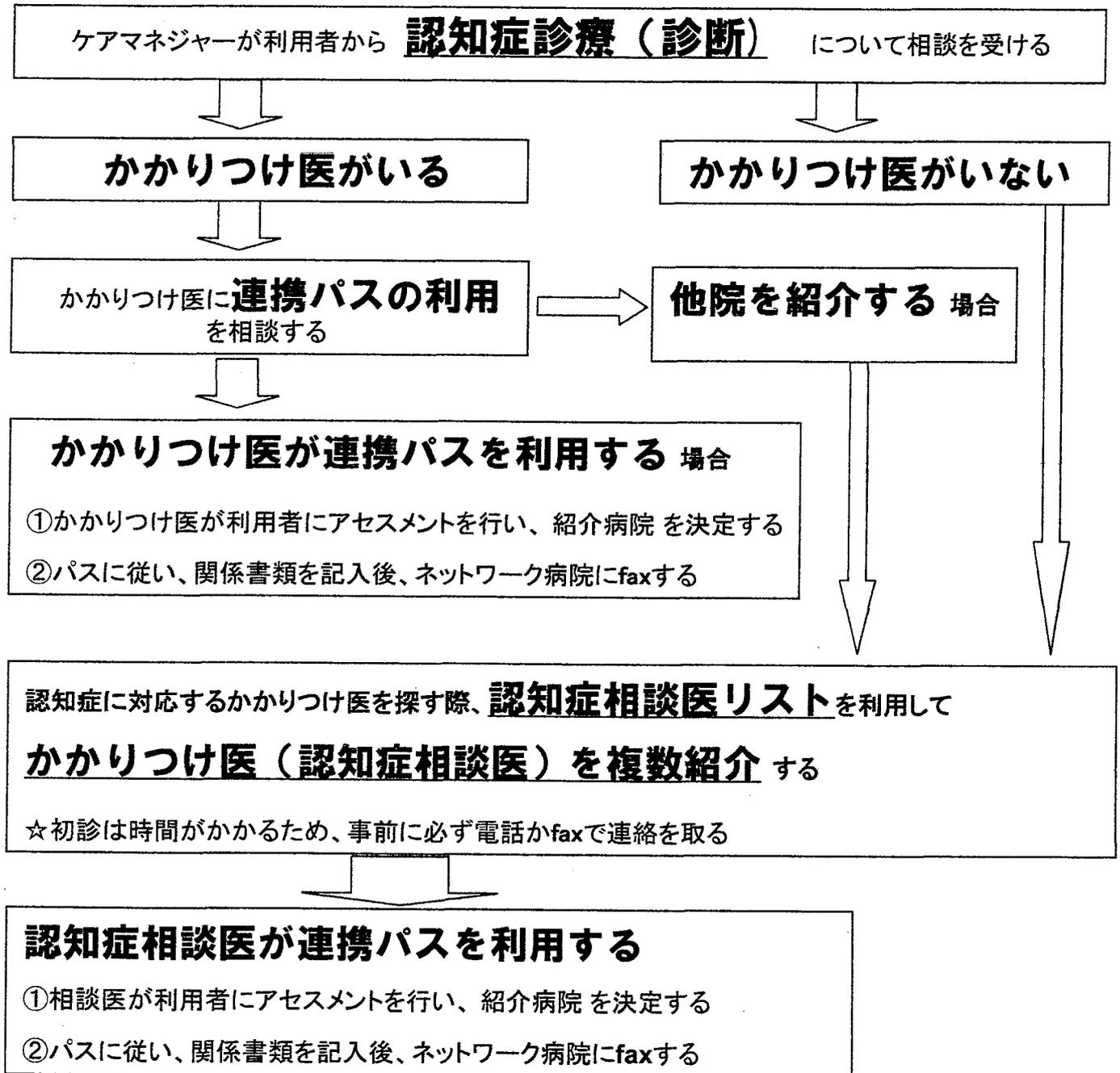
今回ご案内する「世田谷区もの忘れ診断 地域連携」は患者様の診断方法や受診予定を患者様とご家族、かかりつけ医、病院で共有するためにつくりましたもの忘れ患者様の治療計画です。

※ 「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。





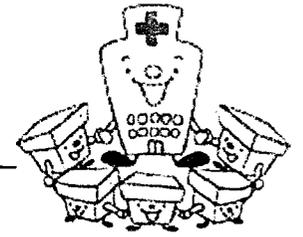
# 世田谷区認知症診断地域連携クリティカルパス ケアマネジャー用 使用例



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

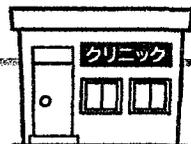
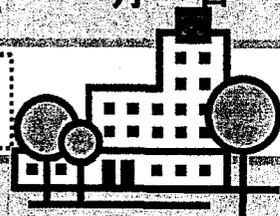
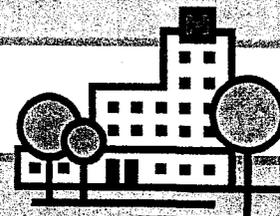
# 世田谷区もの忘れ診断 地域連携 (患者様用)



かかりつけ医:

病 院:

様

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>FAX 予約</p>   <p><b>ご紹介</b></p> <p>病院への紹介の際には事前に予約をお取り致します</p> 	<p>FAX 予約</p>   <p><b>診断・治療</b> 各種検査等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MMSE</li> <li><input type="checkbox"/> 神経学的所見</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 脳MRI</li> <li><input type="checkbox"/> 脳血流検査</li> <li><input type="checkbox"/> 心臓交感神経検査</li> </ul>	<p>FAX 予約</p>   <p><b>定期的な診察</b> 検査・治療</p>  <p>検査前には事前に病院予約を取って下さい</p>	<p>FAX 予約</p>   <p><b>診断・治療</b> 各種検査等</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> MMSE</li> <li><input type="checkbox"/> 神経学的所見</li> <li><input type="checkbox"/> 血液検査</li> <li><input type="checkbox"/> 脳MRI</li> <li><input type="checkbox"/> 脳血流検査</li> <li><input type="checkbox"/> 心臓交感神経検査</li> </ul>	  <p><b>定期的な診察</b> 検査・治療</p>  <p>病状に変化があった時には病院と連携をとります</p>

**F A X**

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