

医療連携の実践と情報共有化、さらに地域全体での医療連携の推進につながっていく。

連携ネットワークの構築と今後の課題

1. 新潟医療連携実務者ネットワーク

平成12年の診療報酬改定以降、各病院の連携室は、紹介率アップ(紹介患者獲得)を最大の目標に活動をしてきた。しかし、平成18年診療報酬改定で紹介率が廃止となり、今後はより質の高い多面的なネットワーク構築が必要である。こうした中、全国で急性期病院間の連携実務者ネットワーク設立が進み(全国20都道府県30ネットワークが設立)、新潟でも設立の要望が高まった。設立に向けては、当連携室もメンバーとして参加し、平成19年7月から新潟地区において行動を開始する。その結果、同年11月17日、任意の団体としての新潟医療連携実務者ネットワークが設立。過去に6回を開催し、新潟県内の急性期25病院が参加。毎回活発な意見交換が行われている。ネットワークは、連携実務者相互の理解と交流を深め、医療連携の円滑な運営と質向上を図ること、また連携実務者間のネットワーク強化と急性期病院間の役割分担推進に尽力できるよう活動している。

2. 今後の課題

第4次地域保健医療計画改定では、4疾病5事業分野での医療連携システム構築が大きく謳われ、今後ますます医療機関相互の役割分担が重要となる。各疾病に応じ、地域の登録医や病院との医療連携には、一つの共通フォームとしての地域連携クリティカルパス構築が連携ツールとして必要である。今後、連携室では、疾病ごとに地域の医療機関と共通認識を持つための場を設定し、共に意見交換しながら地域連携クリティカルパスの構築を進めていきたい。そのような意味からも、地域の中で、かかりつけ医の役割、急性期病院の役割、慢性期病院の役割といった自らの役割をおののが認識し、機能分担を明確にした医療提供体制の構築を、今後も継続していくことが重要となる。地域医療支援病院における連携室の役割は、医療連携コーディネートの実践であり、医療連携における情報センターとしての機能を持つことである。登録医との信頼に基づいた連携体制の構築と維持、また機能の違う医療機関との連携を実践し、患者に対しては、地域医療におけるコンシェルジュ(案内人)の役割を担うことを念頭に活動していきたい。

2 新潟市における脳血管障害地域連携パスの取組み

木村 慎二

新潟大学医歯学総合病院

総合リハビリテーションセンター 副部長

Reprint requests to: Shinji KIMURA
Rehabilitation Center
Niigata University Medical and Dental Hospital
1-754 Asahimachi-dori Chuo-ku,
Niigata 951-8520 Japan

別刷請求先: 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
新潟大学医歯学総合病院総合リハビリテーションセンター

木村 慎二

Regional Liaison - critical Pathway in Patients with Cerebrovascular Disease in the Niigata City

Shinji KIMURA

Rehabilitation Center, Niigata University Medical and Dental Hospital

要 旨

脳血管疾患は要介護者の原因疾患の第1位であり、リハビリテーション医療がその機能的予後を決める上で重要である。2008年2月厚生労働省の勧告により、地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）の対象疾患に脳卒中が大腿骨頸部骨折に追加され、全国で地域連携クリティカルパスの作成がすすめられた。新潟市では2008年2月に脳血管障害新潟地域連携パス研究会が立ち上げられ、新潟市における地域連携パスの運用が同年4月1日より開始された。2009年7月の時点で研究会を6回開催し、地域連携パスを用いて、急性期病院（7施設）から回復期病院（6施設）へ転院した患者様は110例であった。むつ市で作成されたバリエーションコードの改訂版でのバリエーション発生率は61%であった。バリエーション発生原因の1位は転院先のベッド待ちで25%を占めていた。

今後の問題点として、転院の際の情報提供の方法、回復期病院から維持期への連携の強化方法などがある。今後、症例を増やし、ADLレベルおよび在宅復帰率のアップ、在院日数の短縮、診療報酬額の減額、患者・家族の満足度などのアウトカムの検証が必要である。

キーワード：地域連携クリティカルパス、脳血管疾患、リハビリテーション

はじめに

2001年国民生活基礎調査で、要介護者の原因疾患として、第1位は脳血管疾患で27%、2位は骨関節疾患（骨折12%、関節疾患11%を含む）の25%であった。これらより、脳血管疾患は介護を要する可能性の高い疾患である。

2007年3月30日の厚生労働省告示第70号で医療提供体制の確保に関する基本方針8疾病または事業ごとの医療連携体制のあり方が示された。がん、急性心筋梗塞、糖尿病の3疾病に加え、脳卒中が取り上げられた。救急医療の機能、身体機能を回復させるリハビリテーション施設、及び日常生活に復帰させるリハビリテーションを提供する機能の充実が厚生省によって指示された。

2008年2月25日の全国医政関係主管課長会議資料では、2007年の「大腿骨頸部骨折」に加え、地域連携診療計画（地域連携クリティカルパス）の対象疾患に脳卒中が追加された。これによって、地域連携診療計画管理料（900点）と地域連携

療計画退院時指導料（600点）が算定可能になった。全国的には熊本県で熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会（K-STREAM）が設立され、2006年より脳卒中地域連携パスを作成し、2007年4月より運営を開始している¹⁾。新潟市では2008年2月に脳血管障害新潟地域連携パス研究会を立ち上げ、新潟市における地域連携パスを作成した。そのコンセプトを以下に示す。

1. なるべくスタッフの仕事を増やさない

- 1) 紹介状を兼ねる
- 2) 記入方法を工夫する（チェックボックス式、もしくはプルダウン方法）
- 3) 参加各スタッフの内容を確認できる

2. 電子カルテ対応にする

将来的にweb上での情報共有を考慮する

3. 汎用性のあるソフトを用いた電子媒体での情報提供を行える

そこで本研究の目的は2008年4月に導入した脳血管障害新潟地域連携パスの作成経緯、現在の運用状況を紹介し、今後の問題点について考察す

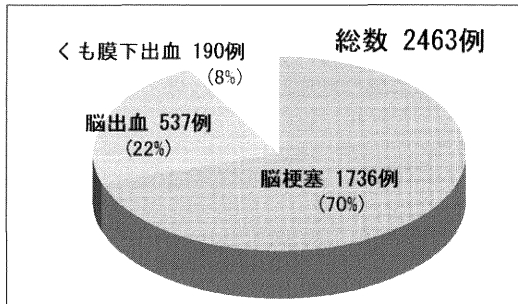


図 1

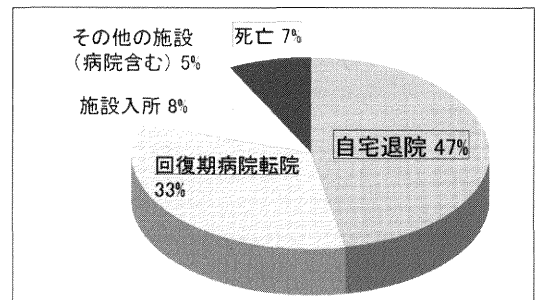


図 3 急性期病院の転帰先内訳

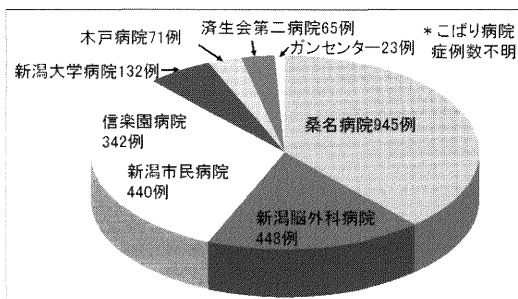


図 2 新潟地域連携パス参加各急性期病院の患者実数

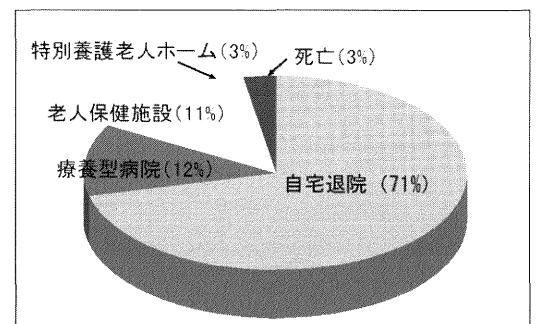


図 4 回復期病院の転帰先内訳

ることである。

新潟市における脳血管障害患者数

新潟地域連携パス参加の急性期病院で加療した2007年1月1日から12月31日の脳血管障害患者総数は2463例でその内訳は脳梗塞が1736例(70%), 脳出血が537例(22%), くも膜下出血が190例(8%)であった(図1)。

さらに、新潟地域連携パス参加各急性期病院の2007年における脳血管障害患者実数は図2のごとくである。

急性期病院での転帰先の内訳は自宅退院が47%と半数近くを占め、リハビリ回復期病院への転院は33%と1/3を占めていた(図3)。

一方で回復期病院の転帰先は71%が自宅退院になっており、次いで療養型病院が12%、老人保

健施設が11%、特別養護老人ホームが3%となっていた(図4)。在宅帰率は全国調査²⁾の65%に比して同等の割合であった。

脳血管障害新潟地域連携パス研究会の発足と第6回研究会までの経過

1) 2008年2月28日開催の第1回研究会では急性期病院である新潟大学、新潟市民病院とリハビリテーション回復期病院であるみどり病院と新潟リハビリテーション病院の現況報告が行われた。

2) 2008年3月24日開催の第2回研究会では急性期7病院(新潟市民病院、新潟大学医歯学総合病院、済生会第二病院、新潟脳外科病院、信楽園病院、県立がんセンター、桑名病院)とリハビリ回復期6病院(みどり病院、新潟リハビリ

[illegible]

図5 新潟地域連携パスシート（患者様用、A3シート）

[illegible][illegible]

図6 新潟地域連携パスシート（急性期病院用、A3シート）

表1 改訂版バリエンスコード表

A 患者・家族	A-1	患者の身体的状態(合併症・依存疾患の治療・急変・感染等)
	A-2	患者の精神状態(せん妄・うつ・精神疾患の発生)
	A-3	患者・家族の診療・医療に対する決断の遅れや拒否
	A-4	コンプライアンスの問題(理解不足)
	A-5	患者・家族に関するその他の原因…患者・家族の退院に関する準備ができていない。家族が迎えに来ることができない。
B 臨床スタッフ	B-1	医師の指示変更
	B-2	医師の指示なし
	B-3	医師の決断(治療方針)の遅れ
	B-4	医師の治療等に対する反応時間の遅れ
	B-5	医療スタッフの業務遂行の遅れ
	B-6	その他
C 病院システム	C-1	手術日の遅れ (手術の予約が取ることができない)
	C-2	検査の遅れ (検査の予約を取ることができない)
	C-3	他科受診の予約を取ることができない
	C-4	病院ベットコントロールの問題
	C-5	その他(病院内のバスシステム調整不足など)
D 地域・その他	D-1	転院先の空床待ち
	D-2	在宅ケア機関(訪問看護ステーション・訪問介護等)の受け入れ待ち
	D-3	退院後の受け入れ先が決まらない
	D-4	退院時の移送手段がない
	D-5	その他(症状軽快し、自宅退院など)

ーション病院、岩室温泉病院、新潟こばり病院、桑名病院、木戸病院)が参加した。脳血管障害新潟地域連携パスシート改訂版の紹介と運用方法の説明が行われた。

3) 2008年4月1日 脳血管障害新潟地域連携パス運用開始。

4) 2008年6月26日開催の第3回研究会では5例のバリエンスの解析報告と、医師、看護師、リハビリ療法士、相談員に分かれての初めての分科会を行い、連携パスの問題点について検討した。

5) 2008年9月24日開催の第4回研究会からは下越病院が新たに回復期病院として、参加した。22例の連携パス使用患者が報告された。

6) 2009年1月27日開催の第5回研究会ではそれまでの90日コース、150日コースに加え、軽症患者に対応すべく60日コースを作成し、それぞれのパスシートの説明を行った(図5, 6, 7)。43例の連携パス使用患者が報告された。むつ市で使われているバリエンスコードを一部改変して使用し(表1)、バリエンス発生率³⁾は48%であった。ちなみに急性期病院から22日以上で回復期病院に転院した場合、もしくは21

日以内に自宅退院した場合を「バリエンスあり」とした。最も多かったバリエンスは1位が「転院先の空床待ち」で8例(19%)、2位は「症状が改善し転院せず自宅退院」で5例(12%)、3位は「患者の身体的状態(合併症・依存疾患の治療・急変・感染等)」で4例(9%)みられた⁴⁾。

7) 2009年5月26日開催の第6回研究会では市民病院脳外科からの参加が急に増加し、36例となり、全症例数は110例となった。第5回研究会と同様のバリエンス解析を行うと61%のバリエンス発生率であり、高い数値であった。バリエンスコードは1位が「転院先の空床待ち」(25%)、2位は「患者の症状改善」(18%)、3位は「患者の身体状況」(15%)、4位は「家族の転院に関する準備不足」(7%)であった。61%とバリエンス発生率が高かったことから、①転院日の設定が早い可能性があり、転院日の設定を遅らせること、②回復期病院連携室へ、転院日が21日以内であることを啓発すること、③患者・家族の希望病院以外の病院の情報提供を患者および家族に行う方法として、毎週月曜日に回復期病院連携室が急性期病院連携室へメ

△補綴関係の成立と表・裏

イルで空床情報を送ること、④患者・家族への連携パス患者様用の説明を早く行う（手順では1週間以内）などが検討された。分科会、総合討論を経て、②と④を行い、①、③については実施を見合わせる事となった。

- 1) 今後、参加施設の情報の確保のため、1年に3回ほどの定期的な研究会を計画する必要がある。県央地区では新潟市と同様なパスシートを使用予定であるが、実際の運用については県央地区での話し合いによって決まる予定である。
- 2) アウトカムの検証を行うため、アンケートを参加病院から頂き、ADLレベルのアップ、しい

3) 情報共有化の手段

4) 回復期病院から維持期施設への連携

ま と め

- 1) 脳血管障害新潟地域連携パスの作成の経緯と現在までの運用状況を報告した。
- 2) 現在まで 110 例について、本連携パスを用いた。
- 3) 回復期病院から維持期施設への連携強化（老健・養療型施設の充実、かかりつけ医の参加増）が必要である。
- 4) 今後症例を増やし、ADL レベルおよび在宅復帰率のアップ、在院日数の短縮、診療報酬額の減額、患者・家族の満足度などのアウトカムの検証が必要である。

謝 辞

脳血管障害新潟地域連携バス作成に当たって、新潟大学脳研究所神経内科 赤岩 靖久先生及び、立川綜合病院神経内科、高野弘基先生に深謝致します。

参 考 文 献

- 1) 平田好文：脳卒中地域連携クリティカルパス—熊本方式—。治療 90: 830-838, 2008.
- 2) 全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会：回復期リハビリテーション病棟の現状と課題に関する調査報告書（2006年版）。埼玉，国立保健医療科学院施設科学部，30，2007.
- 3) 勝尾信一：バリエーションはどう整理・分析されているか。整形外科看護 9: 25-33, 2004.
- 4) 木村慎二，佐藤 豊，工藤由理，崎村陽子，遠藤直人：脳血管障害新潟地域連携バスの現況と問題点。Jpn J Rehabil Med (Suppl 46) S368, 2009.
- 5) 青木可奈，大谷 博，石川 肇，中園 清，村澤章：回復期リハビリテーション病棟における脳卒中地域連携バス導入後の変化。Jpn J Rehabil Med (Suppl 46) S367, 2009.

3 過疎地の医療における連携

吉嶺 文俊

新潟県立津川病院

Collaboration in the Medical Care of the Depopulation Area

Fumitoshi YOSHIMINE

Niigata Prefectural Tsugawa Hospital

要 旨

過疎地における地域医療では、都市部と異なり少ない資源をいかに有効活用できるかという命題に常にさらされている。阿賀町における在宅医療を中心とした連携は一定の成果を挙げているが、社会情勢の変化に左右されない持続可能な体制を目指すとするれば、医療者、行政そして住民の意識改革を着実に実施していく必要がある。

キーワード：在宅医療，巡回診療，健康ファイル，連携ノート，ナイトスクール

はじめに

高齢化率40%を超える過疎地の医療では医師不足が大きな課題であるが、コメディカルおよび

ケアスタッフ不足も深刻であり早急な解決は今のところ望めない。都市部と異なり不便性、非効率性は明らかであり、限られた資源を工面しながら何とか住民生活を守っているのが現状である。平

Reprint requests to: Fumitoshi YOSHIMINE
Niigata Prefectural Tsugawa Hospital
200 Tsugawa Agamachi,
Higashikanbara - gun 959 - 4497 Japan

別刷請求先：〒959-4497 東蒲原郡阿賀町津川200
新潟県立津川病院 吉嶺 文俊