

# パス 医療連携とパス 最前線

## 創刊号

2007年  
春号  
Spring

### 特集

- 事例1 新川医療圏／地域内統一連携クリティカルパス
- 事例2 四国がんセンター／退院調整連携パス
- 事例3 武蔵野赤十字病院／肝炎・肝硬変連携パス

## 連携パスのさらなる進化



#### パス誌上相談室

電子カルテ・電子パスの思わぬ落とし穴

#### 連携室訪問

東北厚生年金病院

#### 質マネジメント

TQM

#### 新連載

ホームドクターのための医療連携講座

在宅療養支援診療所の役割と病診連携

#### 知っておくべき薬のエビデンス

クリニカルパスに必要なエビデンスに基づいた薬剤経済学



第一三共株式会社

## 地域内統一連携パスで 病院から在宅まで一貫した患者支援を

大腿骨頸部骨折は高齢者に多い傷病であるため、介護部分のかかわりが必要とされてくる。しかし、医療から介護への受け渡しが円滑に進まないために、患者さんを不安にさせたり、再入院を繰り返してしまうケースは少なくない。

富山県新川医療圏では、急性期から在宅介護までの一連の治療（ケア）情報を集約した地域内統一型の地域連携クリティカルパス（以下連携パス）を用いることにより、患者さんの継続した治療を地域で支える仕組みを構築した。



ワーキンググループを中心としたメンバー

### 成功へのStep

#### Step 1 背景

新川医療圏では、行政主導による地域リハビリテーションの普及啓発活動が活発に行われてきたが、圏域の介護福祉機関の活動は必ずしも効率的に機能しているとはいえなかった。そこで新川厚生センターは、圏域全体で医療から介護にわたる円滑なリハビリテーションを提供できる体制の構築をめざし「地域リハビリテーション支援体制整備事業」を始動させた。

#### Step 2 課題／問題点

治療方針の不統一や、患者さんの先入観、またそれに対する説明不足、在宅医療環境の未成熟等々から、大腿骨頸部骨折患者の施設間での受け渡しは必ずしも円滑とは言えず、患者さんを不安にさせたり再入院を繰り返させてしまうケースも少なくなかった。

#### Step 3 打開策＝今回の取り組み

地域全体が共有できる治療・ケア情報の統一化に向けて検討が繰り返され、誰が見てもわかりやすい連携パスが作成された。また各施設でのリハビリ状況と到達目標を明確にできる「リハビリテーション連携計画表」を作成し、介護者の関わり方に一貫性を持たせた。

#### Step 4 成果

病院から在宅までの治療が継続して行われていることが連携パスによって一目でわかるため、患者さんの大きな安心感につながった。また連携パスの作成を通じ、施設間の連携が強化されたことで、以前よりも患者さんの立場に立った継続的な治療が実現しつつある。

## 行政主導による 地域リハビリテーションの推進

富山県東部に位置し、2市2町(魚津市・黒部市・入善町・朝日町)で構成される新川医療圏は、県内でも少子高齢化が進んでおり、2020年には3人に1人が65歳以上になると予測される超高齢化地域だ。同圏域では行政主導による地域リハビリテーションの普及啓発活動が以前から実施されており、介護福祉関係機関を交えたケースマネジメントの事例検討会や、各市町の地域ケア会議などの取り組みを、県内でもいち早く実践してきている。

こうした積極的な姿勢は現在も受け継がれている。2000年の介護保険制度スタート時に圏域の介護福祉機関の活動が一斉に活発化したものの、各機関の役割分担が不明瞭で、効率的に機能しているとはいえなかった。そこで、圏域全体で医療から介護にわたる円滑なリハビリテーションを提供できる体制の構築をめざし、2001年、新川厚生センター(旧黒部保健所)は「地域リハビリテーション支援体制整備事業」(図1)を始動させた。同年3月には、運営主体として、医療・保健・福祉・行政の各施設代表者からなる「地域リハビリテーション連絡協議会」を発足。折しも協議会メンバーである黒部市民病院が、地域リハビリテーション

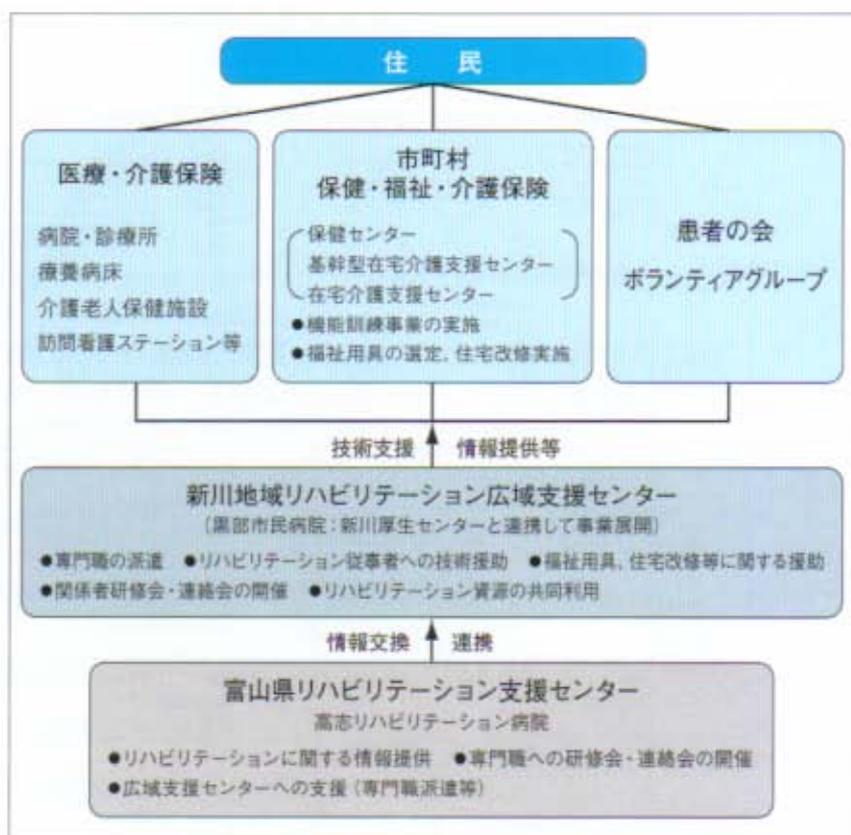


図1 「地域リハビリテーション支援体制整備事業」体制図  
(「新川圏域地域リハビリテーション連携指針」平成16年発行より)

実施機関への情報提供や研修などの支援を担う「新川地域リハビリテーション広域支援センター」\*に指定されるといった追い風も受け、同事業の活動は徐々に本格化していった。

2004年3月に同協議会は新川圏域地域リハビリテーション連携指針を策定し、同6月には新川地域リハビリ支援センターのホームページ(<http://plaza.umin.ac.jp/nireha/index.htm/>)と、メーリングリスト<sup>※1</sup>(2007年2月時点で登録数87施設、86アドレス)を開設。こ

れにより圏域内関係機関のネットワークと情報公開の基盤が整えられた。その後、急性期から在宅介護まで一貫した情報を共有できるツールとして連携パスの必要性が協議され、2006年7月にはワーキンググループ<sup>※2</sup>が発足した。

新川厚生センター所長の大江浩氏は、「連携パス着手のきっかけは2006年度の診療報酬改定です。リハビリ診療報酬の上限設定と地域連携パス加算に対応していくためには、一部の病院や診療所ではなく地域全体での取り組みが必要だと考え

### \*地域リハビリテーション広域支援センター

厚生労働省が進める地域リハビリテーション支援体制整備推進事業のひとつ。急性期・回復期・維持期のリハビリテーションを充実させ、在宅での閉じこもりを予防したり、地域で生き生きと自立した生活ができるよう、保健・福祉・医療の関係者及び地域住民が参画できる機会を設ける拠点。富山県では、老人保健福祉圏ごとに、地域リハビリテーションの中核となる機関を1カ所設置することとし、同圏域では黒部市民病院が2002年1月に指定された。

### 正式名称

※1 新川地域リハビリテーションメーリングリスト

※2 新川地域連携クリティカルパス・ワーキンググループ

大腿骨頭部骨折手術 新川地域 医療・介護連携バス【案】

**患者基本情報**

氏名  性別  生年月日  年齢

連絡先  電話番号

担当医師  担当看護師

担当ケアマネ

**治療ケア全体の計画** (リハビリ計画は次のページ)

担当医師	担当看護師	担当ケアマネ				
連携担当者( ) 担当医師( )	連携担当者( ) 担当看護師( )	担当ケアマネ( ) 介護( ) 介護( ) 介護( ) 介護( )				
スタッフ	手術準備	手術日	術後急性期	転院・転科	回復リハビリ期	維持・経過観察
主な予定/日種	手術準備(各担当入室) 連携先連絡 家族コンサルト		全身状態の安定 XP変化なし	術後1-2週	全身状態の安定 目標リハビリステップ達成 XP変化なし 不安/高リスク要素終了	全身状態の安定 骨幹部の経過観察 骨幹部治療 ADLの維持
計画リハビリスタッフ						
作業/XP			得意 XP1/ XP2		得意 XP1/ XP2	
手術日						
実施の日						
このステップに行 いたための条件	実施日		確認日		確認日	
患者状態	<input type="checkbox"/> 手術準備完了		<input type="checkbox"/> 全身状態の安定 <input type="checkbox"/> 術後XP1/2で転位なし <input type="checkbox"/> 術後XP2/3で転位なし <input type="checkbox"/> 異常な腫脹/疼痛 <input type="checkbox"/> カンファレンス		<input type="checkbox"/> 全身状態の安定 <input type="checkbox"/> 術後XP1/2で転位なし <input type="checkbox"/> 術後XP2/3で転位なし <input type="checkbox"/> 異常な腫脹/疼痛 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ場所、入所介護 施設への情報提供書、連絡先	介護・福祉フォロー ■介護保険によるリハビリサービス <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 施設 入居
連携手続	<input type="checkbox"/> 連携先連絡					術後経過フォロー ■骨幹部のフォロー <input type="checkbox"/> ( ) ( ) ( )
福祉手続			<input type="checkbox"/> 介護保険・再発手続			■ケア <input type="checkbox"/> ( ) ( ) ( )
骨幹部の病 態に関する治療 ケア	加療 あり/なし		加療 あり/なし		加療 あり/なし	
	※ありの場合 - 骨髄 - 骨髄液		※ありの場合 - 骨髄 - 骨髄液		※ありの場合 - 骨髄 - 骨髄液	
処方薬調 加療	薬剤名	処方内容	一錠/一錠あり			
入院施設変更	変更先					
連絡担当情報	担当医師					
	担当看護師					
	担当ケアマネ					
	その他					

図2 「新川地域連携バス大腿骨頭部骨折版」原案

ました。また、圏域にある3つの急性期病院の地域連携室が充実してきたことや地域包括支援センターの新設など、環境面が整ってきたことも大きな要因です」と振り返る。

### 医療・介護の代表者25名により連携バスを作成

連携バス・ワーキンググループには、同圏の医療拠点である黒部市民病院(黒部市、414床)、あさひ総合病院(下新川郡朝日町、199床)、独立行政法人労働者健康福祉機構富山労災病院(魚津市、300床。以下、富山労災病院)の3つの急性期病院と、魚津市医師会、下新川郡医師会の2医師会、回復期病院、市町地域包括支援センター、訪問看護ステーション等の代表者25名(6職種)によって構成された。事務局は新川地

域リハビリテーション支援センターである黒部市民病院と新川厚生センターが務めた。

連携バスの作成にあたっては、医療機関と介護施設で、必要な情報が異なるため、地域内で共有できる情報の選択や統一化に向けて検討が繰り返された。また連携バスの表面には、各施設でのリハビリ状況と到達目標を明確にするための「リハビリテーション連携計画表」(付録①/P37)を載せた。患者さんの意欲を継続させ、介護者の関わり方に一貫性を持たせることが狙いだ。バスの評価は、退院後6カ月時点とし、情報は維持期から急性期/回復期へとフィードバックされる。

こうしてつくられた「新川地域連携バス大腿骨頭部骨折版」(付録②/P38、付録③/P39)は3カ月間の

試行運用を経て、2006年11月からいよいよ本格運用に入った。

### 急性期病院サイドの意見

急性期治療を中心に診る急性期病院は、連携バス導入をどのようにとらえているのだろうか。

黒部市民病院リハビリテーション科・関節スポーツ外科部長の今田光一氏は連携バスへの取り組みの経緯についてこう語る。「2005年10月に、新川地域リハビリテーション広域支援センターとして、「新川福祉機器展(テクノエイドフェア)」を開催したのですが、これまで馴染みのなかった福祉機器や介護用品を初めて目の当たりにして、とにかく驚きの連続でした。「今まで知らずにおいて、もったいないことをしてきた」と思いましたね。それがきっかけで介護施設



圏内の医療・介護施設を対象とした「地域連携クリティカルパス研修会」の様相（2007年1月18日開催）

との連携に関心が高まり、以来、医療から介護にわたる地域内統一連携パスの作成を積極的に呼びかけてきました」。

連携パスは、8カ月間のうちに計12回もの改訂が重ねられた。これについて、あさひ総合病院整形外科部長の中藤真一氏は、「最初のフォーマット（図2）は、掲載されている医療情報についてはよかったですと思いますが、細かくて見づらかった。誰が見てもわかりやすいもの”どのような連携パターンにも対応できるもの”を目指したかったのです」と話す。2006年8月、新たに回復期病棟を開設した同院では、回復期までの医療を一手に担うようになり、患者さんの送り先は専ら診療所や介護施設が中心だ。しかし周辺では医療過疎化が進み、整形外科を標榜する診療所が同町に1～2施設しかなく、整形外科疾患の患者さんを専門外の開業医師に受けしてもらわなければならないケースも多い。「専門外の開業医師へ患者さんを送るのに、紹介状一枚を付けるだけで大丈夫なのか？ といった疑念が頭をもたげていました。というのも、十分に疾患情報を伝えられないため、例えば大腿骨頸

部骨折の主原因となる骨粗しょう症の薬物治療が継続されなかったことから、再度骨折をして入院になるというケースも多かったのです」（中藤氏）。

中藤氏にとって、一連の疾患情報を示すことのできる連携パスは、まさにうってつけのツールであった。「当院にとって、連携パスは開業医に対する情報提供の意味を持っています。再発防止に非常に有効だと考えています」（中藤氏）。

一方、大腿骨頸部骨折患者の在院日数が3病院中、最も短い富山労災病院整形外科の高木寛司氏は、また違った視点からパスを評価する。「入院期間が短いというのは、ひょっとしたら十分なりハビリが行われないうちに退院させてしまっているのではないかと」といった不安がよぎりました」と高木氏。それを確かめるためにも、回復期・維持期でのリハビリ状況を逐一把握しておきたかったという。「私たちは患者さんが実際に（家庭で）歩いているところを見ているわけではないので、これからは連携パスを通して退院後のリハビリ状況と生活状況をきちんと確認していきたいと思っています」（高木氏）。

退院先からのフィードバックに関しては、3病院とも高い関心を寄せている。魚津市地域包括支援センター主査、理学療法士の森山明氏は、「とくに維持期のコメント欄については、患者さんの生活状態が具体的に記載されていると、疾患による日常生活への影響がわかりやすくなるでしょう」と指摘する。

また、あさひ総合病院の地域医療連携室看護師の中嶋育美氏は、「連携室では、患者さんが退院した後も何かあればすぐに電話がかかってくるため、退院後の患者さんの状況について関心や理解がありますが、病棟にいる職員はそういった意識を持つことがまだまだ難しい状況です。まずは、院内職員の関心が患者さんの退院後も向くよう、啓発していきたいと思います」と次の展開を視野に入れている。

連携パスの運用がここまでスムーズに至ったのには、実はこういった連携室スタッフや新川厚生センターの職員など、いわゆるコーディネーターの存在も大きい。今田氏は、「この地域で恵まれていたことは優れたコーディネーターがいたこと。各急性期病院の連携室担当者が院内をうまく取り仕切り、さらに新川厚生センターの職員が病院・診療所等関係機関へまめに足を運んで調整してくれました」と話す。連携パスの作成に当たってはITを駆使し、細部改訂はメーリングリスト上で行ってきた。多忙なメンバーにとっては非常に便利なツールとして重宝されたという。

#### ▶ 回復期／維持期サイドの意見

一方、急性期治療後を引き継ぐ、

医療機関や介護施設は連携バス導入をどう受け止めているのだろうか。医療法人一志会池田リハビリテーション病院長の池田一郎氏は、「連携バスの話がきたときには『ぜひ参加させてください』と即答しました。医療だけでなく、医療から介護、介護から在宅へスムーズに移行できる連携ツールが必要でしたから」と話す。回復期病院にとっての悩みは、退院できる状態にあるにもかかわらず、家族の受け入れ等の事情により、在宅療養体制が整わない、いわゆる“在宅移行待ち”の患者さんを多く抱えてしまっていることだ。「療養病床数の削減」といった社会背景もあり、在宅移行支援は重要であり、連携バスは必須のツールであった。

また、連携バス運用後、2例の連携バス導入患者を受け入れている魚津訪問看護ステーション管理者(看護師)の辻和栄氏は、患者さんの変化をこう語る。

「[リハビリは病院で行うもの]という先入観を持った患者さんが多く、これまで介護施設でのリハビリについてはなかなか理解を示してもらえなかったのが実情でした。しかし、この連携バスを見ると病院から在宅までのリハビリが継続して行われていることが一目でわかります。

連携バスの導入によって「こんな形で引き継ぎをしてもらえるのですね。自分もがんばらなければ」と、非常に意欲的にリハビリに取り組んでいただけた患者さんもいます」。

一方、辻氏は今後の課題として、“ケアマネジャーの、連携バスを読み取る力の養成”を挙げる。「私は看護師なので、ある程度読みとる力はあると思うのですが、医療系以外の

ケアマネジャーがこれを見たときに理解できるのかといった不安があります」。また、まだ運用方法が未整備な面もあるのだが、連携バスが患者さんの退院後にそれぞれ郵送で届いたことから、「できれば退院時カンファレンスの時に手元があれば、もっと違った形で活用できたかと思えます」と辻氏は指摘する。患者さん、家族、各介護サービス提供機関などが揃う退院時カンファレンスに連携バスがあれば、情報の共有化が早くなるばかりでなく、その場で疑問点の解決も図れる——といったメリットも期待できる。こうした運用部分についても、今後改善を図っていく予定だという。

### 大腿骨頸部骨折から脳卒中へ対象疾患を拡大

大腿骨頸部骨折の連携バス作成を経て、ワーキンググループメンバーからは異口同音に「お互いの施設と連絡をとりやすくなった」「お役所的存在だった厚生センターの存在が近くなった」などの声があがった。連携バスづくりは、まさに“連携のための場づくり”である。

「最近では、池田リハビリテーション病院のリハビリスタッフが当院へ見学にいらっしゃいます」と今田氏。病病・病診の連携は以前からあったが、こういったスタッフ間の交流は連携バスが導入されるようになってからだという。池田氏は「今

までは病院で待機して、送られてくる患者さんをただ受け入れていただけでした。しかし、紹介状一枚で患者さんを受け入れるのと、実際に患者さんの様子を診たり、急性期でどういった治療が行われているかを確認したうえで受け入れるのとは全く違う。患者さんにとっても大きな安心感につながると思います」と話す。連携バスは、各施設の視野を院内から院外へと押し広げ、患者さんの立場に立った継続的な治療を実現しつつあるようだ。

大江氏は、「地域の医療・介護支援体制を構築するうえで、大腿骨頸部骨折の連携バスは大変有用でした。次は脳卒中連携バスに取り組んでいます」と話す。すでに脳卒中連携バスのワーキンググループも稼働し始めている。「今後、医療計画や医療機能情報の公表制度\*\*に伴い、糖尿病やがんの連携バスにも着手していく予定」とさらなる展望を語る。

2008～2012年の間、各県には医療計画の策定という任務が課される。計画では、疾患・事業ごとの地域医療連携体制の整備だけにとどまらず、これに伴う指標や数値目標など評価の明示も求められてくる。同圏域の連携バスづくりは、それに先じた動き——と捉えることもできる。今後もさらなる注目が集まるところだ。

#### \*\*医療機能情報の公表制度

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する制度。医療機関は、2007年度から基本情報、2008年から詳細情報を、都道府県に報告しなければならない。この中に、「地域医療連携体制」(医療連携に対する窓口設置の有無、地域連携クリティカルパスの有無)や、「地域の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携体制」(地域の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に対する窓口設置の有無)などがある。