

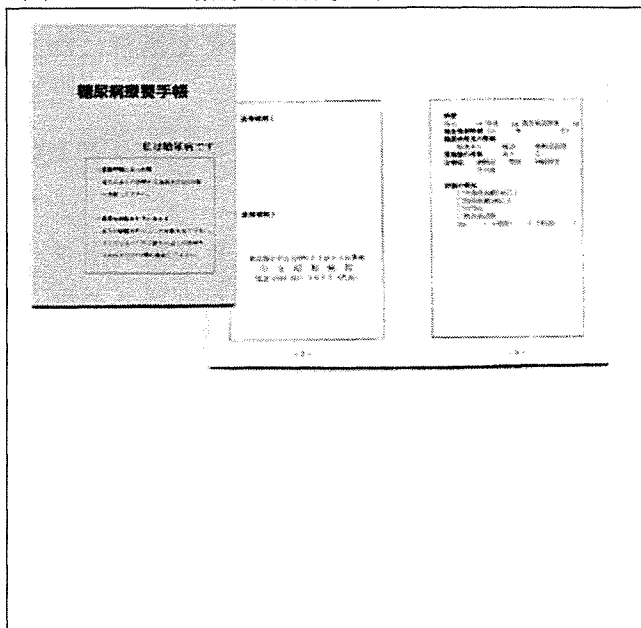
糖尿病治療の問題は患者の理解。無料の健康診断さえ受けない人がいる。患者がわからないのは仕方がないにしても、医師のレベルアップが必要なのを痛感している。

**研究会理事長のコメント：**

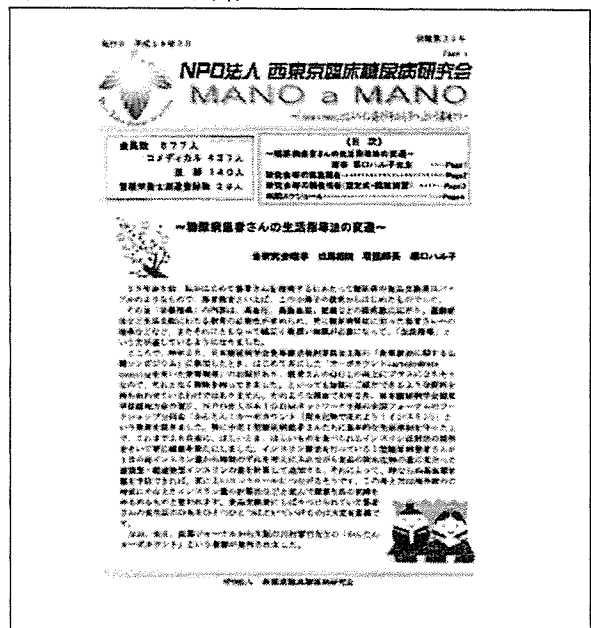
研究会発足当初の発想は時代を先取りしたものだった。医師だけのネットワークでは効果がないと、コメディカルを巻き込んで事業を展開して行った。最初の10年間で基盤を固め、次の10年で発展を見た。20年間の努力の積み重ねのおかげで、人が変わっても継続的な活動ができる体制を構築でき、効率的に動けるようになった。その結果、いろいろなリターンが期待できる。

リソースのマネジメントが高齢社会の医療ということだろう。今後は、医療のケアマネージャーをだれが担うのが重要な課題。現実の変化は圧倒的に早い。収束点はおそらくそんなに多くはないはずだが、そこにたどり着くまでのプロセスも大事。みんなで考えながら地道な活動を行っていく。無理やりなんらかの結論に持っていくことはできない。患者に対しては多職種プラス情報で臨む。未受療者の問題解決にはコメディカルを有効に活用することが重要である。

図IV-12-1 糖尿病療養手帳



図IV-12-2 会報 mano a mano



(連携パス)

### 地域の概要

横浜市南西部に位置した湘南の一大住宅地。戸塚区の人口は 26 万人。

### 医療環境

横浜西部医療圏は人口百万人。西に藤沢市、南に鎌倉市と隣接している。大病院が林立しており機能分化の調整は難しい。小児救急に関しては市が小児拠点病院を調整中だが、それ以外は競争の厳しい地域。

### 中核病院：国立病院機構横浜医療センター

病床数 552 床、診療科 26 科、救命救急センター、県の災害拠点病院、入院患者数 420 人/日、外来患者数 901 人/日、平均在院日数 17.3 日(2004 年度)、戸塚区からの患者が 4 割。旧海軍病院で建物が老朽化し、新築移転計画がある。2001 年、地域医療連携室を開設

### 医療連携の特徴

診療科ごとに、独自に異なるタイプの連携パスを開発、運用中。

### 胃・大腸がん長期連携パス

(佐藤靖郎 救命救急センター副部長、地域連携室副室長、外科医長)

特徴：

胃・大腸がん患者の手術後 5 年間の長期診療計画書を利用した連携パス。連携に「顔が見える」必要はない。エビデンスによるレベルアップの工夫が重要。

連携パスの構成：

E B M book (図IV-13-1) (文献集：胃がん、大腸がんのステージ別に術後治療と経過観察の方針を文献から検討して冊子化したもの。E B Mの有無を明確に記載)、医療者用パス、患者用パス (図IV-13-2)、病変説明ツール、高額療養費の申請ガイドブック (図IV-13-3) (患者用説明ツール)、診療所マップ、連携先ガイドブック、医療者用コスト計算シート、服薬法・処方管理シート、食事分析シート

開発の経緯：

2004 年 6 月、パスの開発開始。エビデンスを検討し、膨大なデータを可能な限り簡素化してパスに落とし込んだ。元病院勤務医が開業する診療所でパイロット的に導入。

2005年、地域の診療所に協力要請。185診療所にFaxで連携パスに基づく診療の協力を要請。24施設が連携を承諾した。

2006年2月現在、実際の連携施設は42施設である。増加分は、患者が自分でパスを持って行って受診し開拓した施設である。85名の患者(胃がん29名、大腸がん56名)がパス適用となり、そのうち23名が化学療法対象で、抗がん剤の予防的投与も開業医側が行っている。パス導入後、病院の外来再来患者は2割減少した。

顔の見える連携は志向していない。勉強会等も行っていないが、開業医の協力と理解を得るうえでは問題ないと考えている。勉強会は開催のための労力や時間が負担になるし、関係者一同が集うと、平均化して馴れ合ってしまうレベルが上がらない。

むしろ、顔が見えなくてもエビデンスで説得できる。再発低リスクの患者、術後経過日数が少ない患者を的確に振り分けて開業医に紹介し、開業医のパスに対する認知を徐々に進め、パスそのものに慣れてもらうことが重要だ。勉強していけばレベルが上がる設計をしている。

### 糖尿病ネットワーク連携パス

(宇治原誠 統括診療部長)

2001年、開業医との連携診療のための「戸塚糖尿病ネットワーク」を立ち上げ。

2002年、院内にチーム医療の「糖尿病チームケアユニット」を創設。

2004年、教育入院後のフォローアップのため「連携パス」を開発。

地域における糖尿病治療の充実のための3つの柱：

**戸塚糖尿病ネットワーク** 病院と開業医との双方向の紹介システム。参加数は当初は18施設だったが現在は40施設以上に増加した。年数回の勉強会を実施。

**糖尿病チームケアユニット** コメディカルを中核にしたチーム医療体制。医師、看護師、栄養士、検査技師、薬剤師、理学療法士で構成。医師主導ではなくチームで糖尿病診療に当たっている。教育入院時には、糖尿病教育入院パスを使用している。チームケアユニットへの入院の際には、「外来非通過入院」で待ち時間なく入院することができる。「糖尿病教室」や「糖尿病フェア」で患者指導。「盛り付け指導」と称して、栄養士が実施する患者への栄養指導時には、バイキング形式で患者が自分で盛り付けるように工夫している。

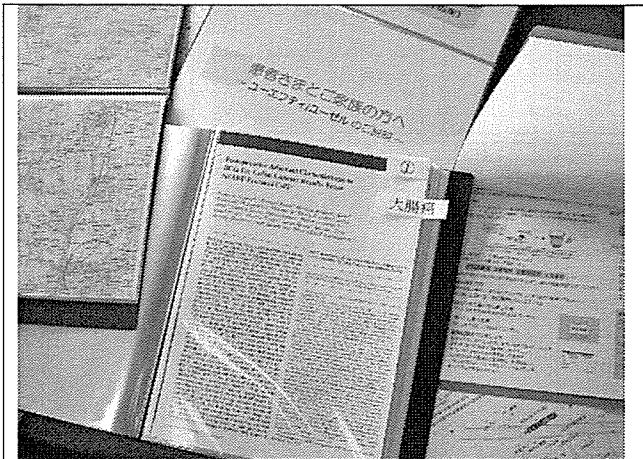
**連携パス** (図IV-13-4) 戸塚糖尿病ネットワークの参加施設から紹介されて、教育入院した患者のフォローアップのためのパス。開業医用と患者用パスを1枚に統合した。連携パスと言うよりも患者とスタッフの情報共有シート。検査結果を患者に確実に知らせることができるなど、患者参加型で利便性が高いと判断。

**開業医のコメント：** 横浜医療センターへの紹介件数No.1.

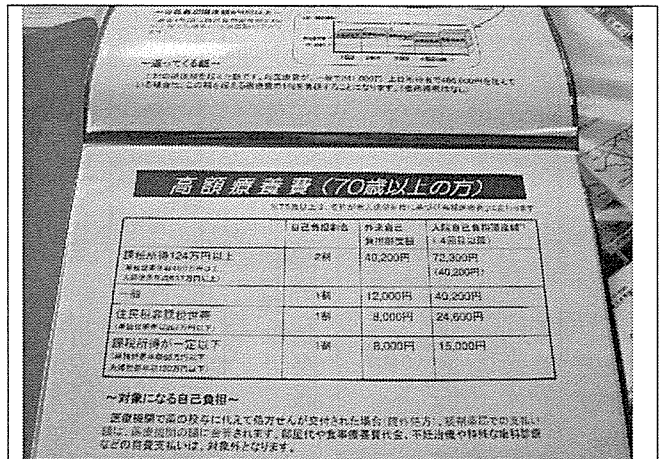
他院と比べて横浜医療センターからの情報提供はまだ不十分。これは連携システムが整っ

ていないため。手作業で処理しており連携室がフル回転してもこなすことができない。病診連携の返送の際、紹介元に戻すときの「出直しの仕方」のルートが必要ではないか。主治医の変更がしにくい現状に対して、ルートは作っておいたほうがいい。グループプラクティスは本来は必要なことだが、今は奪い合いの状況。開業医の質の評価が必須だが、これからは連携パスを使ってどれだけ紹介を受けたかで評価すべきだろう。

図IV-13-1 EBM book



図IV-13-3 高額療養費の申請ガイドブック



図IV-13-2 医療者用パス、患者用パス

**UFT治療1コースのスケジュール(患者様用)** 様

1日目	2~7日目	(8日目)	9~14日目	15日目	16~28日目
外来 /	在宅	(外来) ( / )	在宅	外来 /	在宅
生活指導があります					
UFT服薬 服薬指導 ↳ 服薬日誌				服薬指導	
採血、採尿 諸検査があります		(採血、採尿)		採血、採尿	
普通の食事					

横浜医療センター  
連絡先:  
主治医

診療所名:  
連絡先:  
主治医

# 胃癌・大腸癌StageII 術後長期連携パス(医療者用)

様

病院主治医 \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_ )  
 診療所名: \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_ (電話: \_\_\_\_\_ )

項目	診療所における日常診療							
	退院	病院外来 6ヵ月後	病院外来 1年後	病院外来 1年半後	病院外来 2年後	病院外来 3年後	病院外来 4年後	病院外来 5年後
達成目標	/	/	/	化学療法の完遂	/	/	/	/
連携・連絡	再発、副作用発生等の場合、横浜医療センターに連絡							
教育・指導	<input type="checkbox"/> 治療スケジュール説明 <input type="checkbox"/> 患者様用パス説明 <input type="checkbox"/> 服薬指導(保険薬局)							
投薬	チェック	<input type="checkbox"/>						
	処方	<input type="checkbox"/>						
	消化器症状	<input type="checkbox"/>						
	皮膚症状	<input type="checkbox"/>						
	全身症状	<input type="checkbox"/>						
	薬物処置	<input type="checkbox"/>						
検査・測定	PS	<input type="checkbox"/>						
	血圧	<input type="checkbox"/>						
	体温	<input type="checkbox"/>						
	体重	<input type="checkbox"/>						
	身長	<input type="checkbox"/>						
	心電図	<input type="checkbox"/>						
	採血	<input type="checkbox"/>						
	腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/>						
	採尿	<input type="checkbox"/>						
	検便	<input type="checkbox"/>						
	腹部X線	<input type="checkbox"/>						
	腹部超音波	<input type="checkbox"/>						
	内視鏡	<input type="checkbox"/>						
	CT	<input type="checkbox"/>						
	MRI	<input type="checkbox"/>						

# UFTコース管理表 (医療者用)

服薬量: \_\_\_\_\_ mg カプセルを1日 回 \_\_\_\_\_ 様

	1日目	1週間後	2週間後	3週間後
標準治療スケジュール	外来	服薬	外来	服薬
1J-λ	/	( )	/	( )
2J-λ	/	( )	/	( )
3J-λ	/	( )	/	( )
4J-λ	/	( )	/	( )
5J-λ	/	( )	/	( )
6J-λ	/	( )	/	( )
7J-λ	/	( )	/	( )
8J-λ	/	( )	/	( )

図IV-13-4 連携パス

【                      様戸塚糖尿病ネットワーク連携クリティカルパス】

(        ) 回目受診

---

診断名: 糖尿病(1型・2型・妊娠) H 年 月 日 ~ 月 日入院 ID

目標 アウトカム: HbA1c        %、体重        kg

**1**年齢:        才(男・女)

**2**身長:        cm 体重:        kg

**3**BMI:        身体脂肪率:        %

**4**既往歴:                     

**5**家族歴:                     

**6**合併症: 網膜症  神経障害  腎症  脚

その他( )

**7**本人・家族( )への説明

**★生活改善ポイント★**

#                      担当看護師:                     

#                      担当栄養士:                     

#                      担当薬剤師:                     

#                      担当検査技師:

**★横浜医療センター再診予約★**

H 年 月 日( ) 時: 分


個人栄養指導予約時間 9:00

内科主治医:                     


BIS	
HbA1c	
体重	
体脂肪率	

**★担当コメント★**


個人栄養指導...

 担当栄養士


服薬指導...

 担当薬剤師

自己血糖測定指導...

 担当検査技師

生活指導...

 担当看護師

**★チェック項目★ 貴施設(                      病院)記入欄**

	1ヵ月後	2ヵ月後	3ヵ月後	4ヵ月後	5ヵ月後	6ヵ月後
月日	/	/	/	/	/	/
BS						
HbA1c						
体重						

	7ヵ月後	8ヵ月後	9ヵ月後	10ヵ月後	11ヵ月後	12ヵ月後
月日	/	/	/	/	/	/
BS						
HbA1c						
体重						

現在の治療内容:

通院先の先生に毎月の採血結果を記入してもらいましょう。  
次回横浜医療センターを受診する時にこの用紙を持参し、  
予約時間に内科外来第7診察室にお越しください。

H 年 月 日

国立病院機構横浜医療センター  
内科 糖尿病チームケアユニット  
Tel: 045-851-2621  
Fax: 045-851-3902

パスコード01-012-02

- ▶ 取材は2002年12月時点。現在の状況は当時から非常に変化しているが、取材時の状況を報告する。

### 上田市の概要

人口12万2千人、長野県東部の中核都市。真田昌幸が築いた上田城を抱く城下町。

### 医療環境

医療施設84件、医師会会員数155人。緊急対応は診療所55、病院8の計63施設  
訪問看護ステーション8、老人保健施設9。県立上田高校のネットワークが有力。

### 医療連携の特徴

城下町連携：新しいお城に関係者一同で石垣を築いた事例

1997年に開院した国立長野病院を地域の中核病院として、市医師会と中核病院との協調体制が取られている。中核病院と診療所、私的病院と診療所との機能別連携も整っている。

キーワードは、「信頼」と「顔の見える医療」

キーパーソンは、歴代の上田市医師会長と国立長野病院長

### これまでの経緯

#### 1980年代

地域内で高度医療の提供体制が整っておらず、住民に不満の声があがっていた。

1988年、医師会が「かかりつけ医」モデル事業を開始

#### 1990年代

1997年、国立長野病院が開院。地域の医療提供体制の再検討が行われた。

#### 2000年代

2002年、国立長野病院が地域医療支援病院に指定。

### 上田市医師会

#### 始まりは阿吽の呼吸から

医療連携の動きは、1997年国立長野病院が開院する頃に、阿吽の呼吸で始まった。国立長野病院は、近接する二つの国立病院、国立長野病院と国立東信病院が統合し、旧国立東信病院の敷地内に新築された。それ以前の上田地域では、高度医療提供体制が整っておらず、住民に不満の声が強かった。旧国立東信病院の頃は、診療内容が充実していない診療科があり、片道1時間以上かけて、隣の医療圏の佐久総合病院や長野市の病院まで行くこ

とが多かった。

住民意識の高まりが行政を動かし、マスコミも報道して関心が高まった時期に、国立長野病院の開院となった。関係者が集まって国立長野病院設立の検討会を開催。上田市医師会と国立長野病院との関係が密になり、協調体制ができあがった。

それでも新設当初は、国立長野病院から地域の診療所への逆紹介や返書は少なかった。医師会と病院との協調体制を軸に、お互いが歩み寄った。国立病院としても、かつての殿様医療ではやっていられない時代になり、独立法人化を控えて意識が変わっていった。

### **救急体制**

病院群輪番制：1979年から実施。上田市医師会と上田広域連合事務局とで、内科外科10病院が担当。平日夜間と土曜の深夜まで受け入れ。国立長野病院は病院群輪番から外れ3次救急対応。国立長野病院は開院以来、救急は断らない、必ず診る方針で臨み、地域の救急受け入れ体制がスムーズになった。地域の医療施設には、救急は何とかなるという安心感が生まれた。

救急隊と医師会との連携も密になった。医師会からの依頼を受けて、救急医療週間に救急隊員が医療専門職に心配蘇生法の講習を実施した。地域住民には、「遠くに行かなくてもよくなった」という認識が生まれた。

### **病診連携**

「地域で総合病院対応」の構想で臨む。入院が必要な患者を地域内で収容できるよう、国立長野病院だけでなく、市中の8つの私的病院が健全経営できるように盛り立てていく。

### **医師のネットワーク**

全員協議会：医師会の一般会員と国立長野病院の勤務医との顔合わせ会議を定期開催。若い世代の医師の参加を募る努力をしている。特定大学の医学部同窓のつながりは強くない。個人間の信頼関係が主であり、顔を合わせる機会を作ることが大切。その点で飲み会は重要。医学部閥はないが高校閥はある？(上田高校同門会)

### **患者・住民へのPR**

1988年に始まった「かかりつけ医」モデル事業で、医師会から住民へ働きかけを行った。病気の重症度がわからないので病院に行ってしまう患者の心理に対し、「かかりつけ医」を持つようにPR。保健補導員の活躍もあって、住民の7～8割はかかりつけ医があると答えるのではないかと。

### **連携のその先**

かかりつけ医モデル事業の終了後、医師会では病診連携と機能分化を進めようと、病診連携推進委員会が発足した。病診連携の出口には、介護を含めた在宅ケアのニーズがあるが、退院先のシステム作りはこれからである。家族のあり方が変化し、家庭内介護がどんどん難しくなる中で、在宅医療をどうするか、地域医療連携システムの中で考えていく。



### 医師会長のコメント

連携のキーワードは、まず医療機関同士の「信頼」。信頼されるためには、いろいろなところに紹介すること、そしてお互いを認め合うことだ。次に「セカンドオピニオン」、患者だけでなく医療施設もセカンドオピニオンを求めている。そして最後に「顔の見える医療」。

### 中核病院：国立病院機構長野病院

政策医療と救急医療（三次救急）を中心に担う。がん診療の高度かつ集学的医療、循環器病を対象とした高度の救急医療、難病を対象とした専門医療、周産期の医療等を行う総合診療施設。420床（一般）。2002年、地域医療支援病院に。

1997年開院当初の紹介率は20%前後、平均在院日数は20日強だったが、2003年には紹介率40%、平均在院日数17日に。

### 連携パス検討会（図IV-14-1）

2005年11月、長野病院において開催された、連携PEGクリティカルパス検討会。地元の療養病院と長野病院のスタッフが協議を重ねている。

図IV-14-1 連携パス検討会



### 地域の概要

東海地方の中核拠点都市。2004年に隣接する清水市と合併し、70万人都市へ。政令指定都市。旧静岡市は人口47万人。安部川沿いの平野に集約する歴史的拠点である。

### 医療環境

2003年清水市と合併する前の旧静岡市エリアには、200床以上の総合病院が5施設、病院病床数3,000床。診療所が213施設。医療施設過密地域。中核病院同士では相互に機能の住み分けがある。特定の大学医局講座のネットワークはない。

### 医療連携の特徴

地区医師会が舵を取り、大病院を連携に引き込んだ。元祖「二人主治医」（イーツーネット）を提唱し、疾病別連携の先駆けとなる。情熱ある執行部に率いられた医師会主導の連携。

### これまでの経緯

1986年頃、静岡市静岡医師会で在宅医療に取り組み始まる。かかりつけ医の重要性を認識。

1998年、「グリーンカード」（在宅医療支援見取りシステム）

かかりつけ医が最期まで看取る責務を再確認する効果があった。

1999年、「イエローカード」（在宅寝たきり患者病状急変事対応システム）

在宅寝たきり患者の急変時に、スムーズに入院できるバックアップシステム。

背景に、医師会が実施した市民アンケートで、在宅緊急時にかかりつけ医と連絡が取れない不安の声が強かったこと。かかりつけ医事業として開始。病院と折衝するテクニックを医師会執行部が身につけた。

2001年、2人主治医制（イーツーネット）発足

医師会と公的5病院とで「病診連携に関する合意書」を交わした。

2003年以降、公的5病院の病診連携関連データを医師会が月次報告。

医師会で集計し地域連携の実態を把握している。

### イーツーネット（疾患別連携）の由来

イーツーネット（図IV-15-1）：地域の300以上の診療所と5つの公的病院との間で運用されている病診連携システム。

発足のきっかけは、経済産業省の「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業」への応募だった。疾患別連携の由来はネットワークのシステム開発だった。当初は

疾患別病診連携システムを想定し、複数病院と診療所を情報ネットワークで結ぶ実証実験を行ったが実現しなかった。運営費の負担と病院情報へのアクセスが不自由なことから、IT本来の情報共有のメリットが生かせなかった。

### 連携三色カード（図IV-15-2）

**グリーンカード（図IV-15-3）**（在宅医療支援見取りシステム）

在宅看取り患者の急変時に、在宅で見取るためのバックアップシステム。

**イエローカード（図IV-15-4）**（在宅寝たきり患者病状急変事対応システム）

在宅寝たきり患者の急変時に、速やかに入院できるバックアップシステム。

**オレンジカード（図IV-15-5）**（連携安心カード：Orange 救急 card）

病院の逆紹介促進を狙って患者への説明時に用いる。患者を安心させるためのツール。

### 中核病院：静岡市立静岡病院

一般病床 561 床、23 診療科、職員数 678 人（内医師数 108 人）、入院患者数 491 人/日、外来患者数 1,430 人/日、紹介率 46%（2005 年度）

地域医療支援室：事務職員 1 名、委託事務 4 名、MSW2 名、看護師 3 名、パート看護師 2 名

連携の経過：

1991 年、開放病床を開始したが件数が伸び悩み。急性期特化のために病診連携強化を図る。

1999 年、「糖尿病医療を語る会」を発足。顔の見える関係構築を図る。

2001 年、インターネットを静岡市静岡医師会と正式調印

2002 年、地域医療支援室（図IV-15-6）が発足。

各部署で持っていたルートを一つに統合。

2004 年、「オレンジカード」（連携安心カード：Orange 救急 card）

病院の逆紹介促進を狙って、逆紹介時に患者に安心させるためのツール

市立静岡病院院長：

Win-win はあり得ないが、自治体病院として自院だけが生き残る考えはない。アンフェアと言われないように競争すべきである。地域の中核病院の一極が崩れるとこちらも総崩れになる。お互い支え合っていかなければ地域医療を支えられないし、当院は病診連携しなければやっていけない。10 年後にはおそらく、総合病院間の住み分けははっきりしている。

### 駿河糖尿病ネットワーク

静岡市静岡医師会と静岡済生会病院の間で、糖尿病患者に対する専門医と開業医間の体制を充実させるネットワークを 2006 年 4 月から運用。病院の糖尿病患者をかかりつけ医に戻して治療を行う。専門医から開業医へは助言、開業医から専門医へは経過報告。こうし

た具体的な提携内容を盛り込んだネットワークは市内では初の試み。

## 静岡県

### 静岡県版電子カルテシステム：

静岡県がソフト開発し、2006年1月から沼津市立病院と市立袋井市民病院で試行開始。ソフトは無償で病院に提供する。2006年度中に県内11病院が導入を予定している。

自分の診療記録を患者が自宅のパソコンで見たり、転院先の病院で利用したりできる共通電子カルテシステム。メーカーごとに異なるデータ形式を標準化し、既存の電子カルテシステムに手を加えるだけで使える。普及すればどの病院でもデータを利用できるようになる。処方履歴、検査結果の数値や画像診断の結果などを収録。

患者個人が自分のデータを管理する。ネットワークではなくCDで情報をやり取りし、患者が自分の診療記録が入ったCD-ROMを受け取る。

### 静岡県医療機能調査：

県内の急性期病院の主な手術や処置件数を県のホームページで公開している。

図IV-15-1 イーツーネット

**患者さん1人に2人の主治医。**  
新診療連携「イツーネット」(電子カルテ)  
あなたの健康を2人の医師が兜守る安心・最新の医療システムです。

「イツーネット」は、電子カルテシステムを標準化し、異なるデータ形式を標準化し、既存の電子カルテシステムに手を加えるだけで使える。普及すればどの病院でもデータを利用できるようになる。処方履歴、検査結果の数値や画像診断の結果などを収録。

患者個人が自分のデータを管理する。ネットワークではなくCDで情報をやり取りし、患者が自分の診療記録が入ったCD-ROMを受け取る。

現在おかけの医師へお気軽にご相談ください。  
詳しくは各医療機関にお問い合わせください。

静岡県立静岡病院 TEL.054-253-3126 静岡市医師会 TEL.054-245-6136

図IV-15-2 連携三色カード

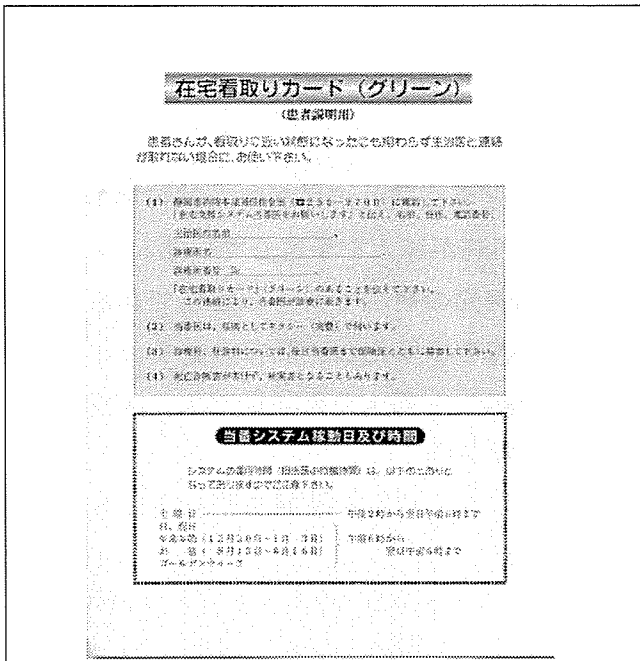
**いざ!**  
といつときの安心のために  
「連携安心カード」を大切に  
お持ちください。

このカードは、静岡県立静岡病院と静岡市立袋井市民病院との診療連携で患者様の情報を共有し、安心して医療を受けることができます。

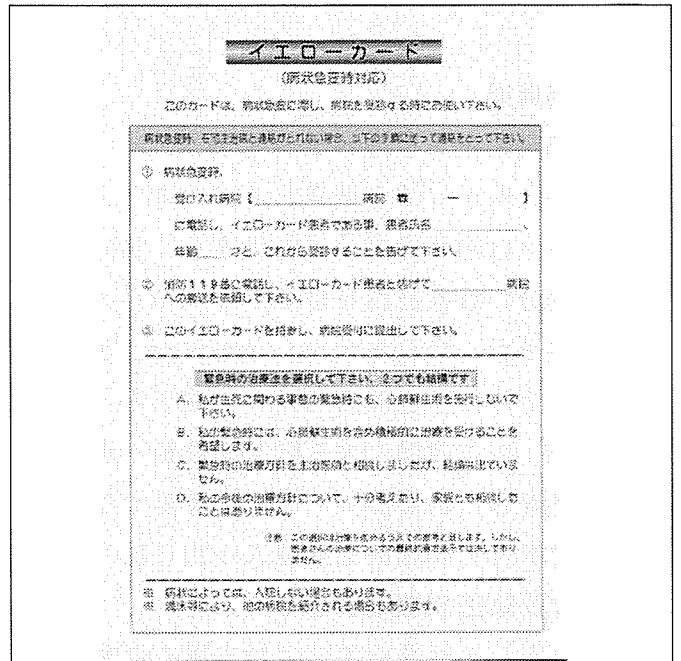
「連携安心カード」を希望する患者様は主治医にお申し出ください。

静岡県立静岡病院

図IV-15-3 グリーンカード



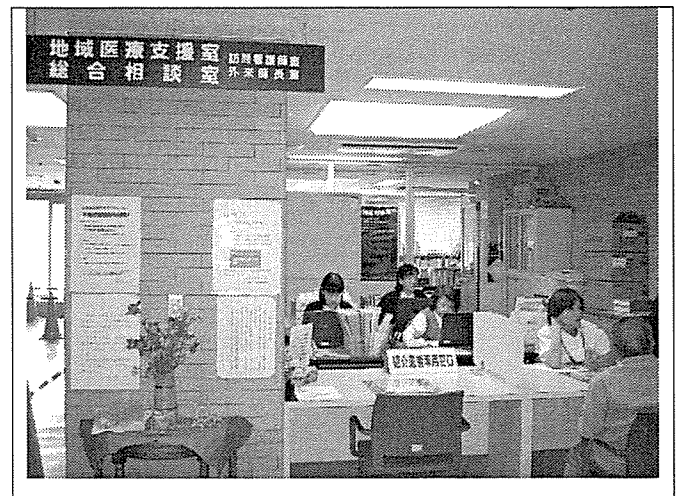
図IV-15-4 イエローカード



図IV-15-5 オレンジカード



図IV-15-6 地域医療支援室



### 地域の概要

人口 13 万人、静岡県ほぼ中央、大井川東部の志太平野に位置する。

### 医療環境

志太医師会（藤枝市他 2 町、人口は 17 万人）、医師会員数は全会員 180 名、うち A 会員 95 名。地域の基幹病院と医師会が 1 対 1 対応ができる地域で、連携のルール作りがスムーズに進んだ。

### 医療連携の特徴

基幹病院内に、地区医師会が病診連携室を構えて運営。医師会と病院の対等連携。

### これまでの経緯

1995 年、藤枝市立総合病院内に病診連携室を設置。

病院の新築移転を契機に、前年に病診連携対策合同委員会を設置。話し合いの結果、病診連携室は医師会が運営することになった。

### 志太医師会

病診連携室の運営：連携室（図 IV-16-1）には、医師会職員と病院職員が 1 名ずつ常勤、パート職員もそれぞれ 1 名。病院が部屋を提供するが、人件費も含めた運営にかかる費用は一部を除き医師会が負担。財源は医師会検診センターでの健診事業。

利用頻度：紹介患者数は、1995 年度の 2,715 人から 2004 年度には 7,561 人に、逆紹介患者数は、1997 年度の 787 人から 2004 年度には 7,933 人に増加した。医師会員でこの連携システムを使っていないのは 5 人に満たない。一番利用している医師でも紹介全体に占める割合は 6% 程度。

オープン検査：病院で検査のない土曜日でも、MRI や CT の検査は利用できる。

独自の集配システム：病院と診療所間をメッセージャーが回って、診療所に即日資料や材料を届ける。

医師会主導（図 IV-16-2）：病院任せでは医師会の要望がなかなか通らない。自分たちで職員を置いてやろうということに。医師会主導の連携だが補助金事業ではない。よその地域のケースを見ると、県からの補助金がある間は存在するが事業期間が終わると活動が停滞する例がいくつもあった。この方法だと費用はかかるが、医師会のプライドにもなっている。

ツールは fax：うまくいった秘訣は fax の活用。開始以前より医師会から全ての開業医に機材を配布した。電子カルテネットワークは医師には負担。CDでやり取りする電子カルテは焼くのが手間だしスピードが遅い。現在は fax1 本、電話 1 本でやりとりできる。大都市圏で施設が 1 対多のところにはネットワークも必要だろうが、我々の地域では今のやり方の方が便利だ。

リーダーの熱意：病診連携を行う以前は、むしろお互いに不信感を募らせていた時代もあった。連携を推し進めた前会長はじめリーダーたちの存在が大きい。トップの決断の元にお互いが少しずつ歩み寄り信頼関係を積み上げていった。

今後の課題：脳卒中、がんの中途半端な末期、慢性疾患の悪化など、在宅ケアの無理な人や医療ニーズが高い人の行き場所がなく選択肢がない。

### **中核病院：藤枝市立総合病院**

許可 654 床、入院患者 566.3 人/日(2004 年度)、外来患者 1,526 人/日(2004 年度)、職員数 904 人。2003 年から地域連携小児夜間診療業務を開始。救急患者は絶対に断らない方針。

1995 年、藤枝市立総合病院内に病診連携室を設置。

2001 年、介護支援連携センターを設置。

「共同診療診察券」(ゴールドカード(図IV-16-3)):

患者説得ツールとしてではなく実用的な使用を目指している。厚手のしっかりしたプラスチック製。

藤枝市立総合病院院長のコメント:

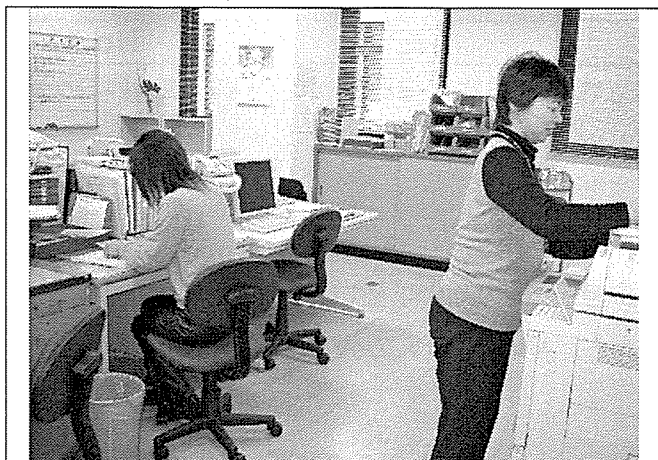
病診連携の究極の形は、この地域を一つの病院にすること。理想的な地域医療として、地域内の医療機関が一つの病院のように機能する。患者をやり取りするという発想ではなく、共同診療で病院の医師と診療所の医師と一緒に診るのが理想だ。

### **連携室の課題**

現在の病診連携室は志太医師会会員への対応が主になっている。病院には、後方連携に対処する別の部署がある。2001 年に設立された介護支援連携センターで、責任者は看護師である。

院外に対しては、医師会外部の医師からの要望やクレームへの対応。院内では、前方連携と逆紹介を担う病診連携室と、後方連携を担う介護支援連携センターとの連携が今後の課題。

図IV-16-1 連携室



図IV-16-2 医師会主導



図IV-16-3 ゴールドカード

**共同診療診察券**

かかりつけ医

患者番号  様

氏名

生年月日

藤枝市立総合病院

---

かかりつけ医

かかりつけ医

**お願い**

1. 表裏の順は必ずこの順番でご持参ください。  
 2. この診察券は有効な限りご持参ください。紛失の際は、お持ち帰りください。  
 3. 診察券は必ず診察の時刻に来院ください。診察時刻は、診察時刻表でご確認ください。

藤枝市立総合病院 〒420-0077 藤枝市藤枝4丁目1番11号  
 電話 (0544) 246411



- ▶ 取材は 2002 年 9 月時点。現在の状況は当時から非常に変化しているが、取材時の状況を報告する。

### 名古屋市の概要

徳川家康が 1610 年に築城して以来、徳川御三家筆頭の城下町として江戸・大坂・京につぐ発展を遂げてきた。現在は、市域 326.45km<sup>2</sup>、人口約 217 万人、中部圏の中核都市である。

### 医療環境

大都市型。市内に 23 の基幹病院。名古屋市近郊には 4 つの大学医学部がある。伝統的には名古屋大学医学部と名古屋市立大学医学部のネットワークが有力。

### 医療連携の特徴

#### 制度の確立とそれを支える組織力

名古屋市の場合は、他地域と比較した場合、医療連携の仕組みが制度として確立している。病診連携の基盤は、名古屋市医師会の病診連携システムである。その基盤の上に、中核病院が推進役としてモデルケースを担っている。

#### フォーマルなシステムを熟成させるインフォーマルなネットワーク

病診連携システムの水面下では、有志の開業医グループが独自のネットワークを展開している。連携の仕組みを潤滑に動かす媒体となっている可能性もある。

- ・ 市医師会が全国に先駆けて病診連携システムを作り、基盤整備を進めた。
- ・ 中核病院がモデルケースとして医師会と連動しながら、独自のシステムを発展。
- ・ 連携に熱意を持った開業医グループがインフォーマルなネットワークを展開中。

### これまでの経緯

#### 1980 年代

1985 年、名古屋市医師会が、全国に先駆けて病診連携システムを開始。

#### 1990 年代

1990 年、名古屋第二赤十字病院で病診連携システムが開始。

1993 年、開業医グループの内高 A 診診連携システムが開始。

1997 年、開業医グループのネットワークが拡大し、愛知診診連携連絡会へ発展。

1998 年、名古屋第二赤十字病院が、病診連携ベッド開設。

#### 2000 年代

2001年、名古屋第二赤十字病院の病診連携ベッドが、開放型病床へ拡大発展。

### 名古屋市医師会の病診連携システム

名古屋市医師会が全国に先駆けて病診連携システムを作り、基盤整備を進めた。

#### システムの概要

2002年9月現在、名古屋市医師会会員(A会員)1,678名のうち、連携システムへの登録医は1,583名、登録病院は29病院である。医師会会員のうち9割が登録医となっている。

登録医は、登録病院の中から連携を希望する病院を自由に複数選択する。登録医の延べ登録数は6,171件にのぼる。これらの手続きと調整はすべて、医師会が一括して行っている。

市立病院に登録した場合は、やむをえない家族都合で介護が必要な高齢者に対しても、入院を受け入れるなどのシステムがある。これは病院医療と介護福祉との連携の一種で、介護保険施行以前に名古屋市が展開していた介護事業の流れを組んだものである。

#### 発足の経緯

医師会病診連携システムは全国に先駆けて1985年12月に発足した。発足当時は、救急体制の不備が社会問題になった頃で、愛知県医師会が全国に先駆けて、救急システムのコンピュータ化を行った。名古屋市でもこの動きに連動する形で、関係者で話し合いが持たれ、当システムが生まれた。

発足当時、開業医にとって病院の敷居は高く、患者を病院に送る際のルートとしては、出身大学を通じた個人的つながりが主だった。このネットワークを持たない開業医には不満がつり、また患者サイドからは、紹介先の希望をきいてもらえないといった不都合が生じていた。学閥や個人的つながりにとらわれることなく、患者に適切な病院を紹介することを目的としてシステムは発足した。

発足後もしばらくは、患者の抱え込み問題などが克服できず、なかなか軌道に乗らなかったが、政策誘導の追い風を受けて、ここ5,6年で連携体制が強化されてきた。現在は逆に、病院の方から開業医への積極的な働きかけが目立つ。

名古屋市医師会が実施した平成12年度のアンケート調査では、登録医からの評価として、「入院などに関し、病院に紹介しやすくなった」「病院の医師とのコミュニケーションが取りやすくなった」などの声があがっている。

#### 区医師会の診診連携

市の病診連携システムを支える仕組みとして、市内16区の区医師会の活動が確立している。区内では医師会員同士の診診連携が活発に行われている。

区内の各登録病院の連携システムの運営については、区医師会の委員が中心になって運営協議会に参加し、病院との交渉役を担っている。市医師会、区医師会会員用のイントラネットも整備済みである。

区の診診連携と市の病診連携が並存しかつ一緒になることで、病診連携システムは成り立っている。

## 今後の課題

連携室の設置：区医師会と登録病院の連携室との密接な協力が、連携強化につながる。現在は、連携室を設置しているのは登録病院 29 のうち約半数だが、名目だけの設置であったり、職員が兼務しているところもある。登録病院のすべてに、連携室の設置と専従職員を置いてもらうように、医師会から各病院へ働きかけている。

登録医の差別化：紹介患者に受付時間などで便宜を図ることや、紹介に fax 予約を取り入れることなどを検討中である。現在、各登録病院には登録医の受付窓口を設けている。また、全登録医に写真つきネームタグを配布し、身分証明としている。

退院後のフォロー：これまでは入院先確保が先決で、病院に患者を送り込むルート作りを優先していたが、制度が整ったこれからは退院後の環境整備が重要である。退院時の情報伝達をスムーズにし、在宅医療を充実させるために、退院時連絡会を構想している。退院前に、患者家族と医療関係者が一同に会して連絡会を開くもので、名古屋第二赤十字病院で症例を選んで試行中である。

## 情報公開と機能分担

今後は、病院と診療所の機能をより明確に分けていく必要がある。そのためには情報公開が不可欠であり、診療所の機能を公開しないことには、病院からの逆紹介も進まない。医師会として責任を持って、どのような情報をどこまで公開するのか、評価基準の見極めが重要になる。

## 医師会理事のコメント

本連携システムはあくまでも、病院と開業医との対等な関係を目指している。「〇〇病院の登録医」ではなく、「当診療所は〇〇病院と連携を結んでいる」という関係である。

## 中核病院の事例：名古屋第二赤十字病院

名古屋市東部に位置し、国の救命救急センター指定、急性期・高度医療型の地域中核病院。835 床。2002 年 9 月現在で、平均在院日数 15.3 日、紹介率 38.7%。

市医師会の病診連携システムにおける「アクティブなモデルケース」。その一方で、開業医のニーズに応えた先駆的な試みを実践し、独自のネットワークを展開中。

## システムの概要

1990 年、名古屋市医師会病診連携システムに登録病院として参加した。システム参加と同時に、完成したばかりの新改築棟に地域医療研修センター（図IV-17-1）を設置した。センター（図IV-17-2）は最上階のフロアの特等スペースを占めている。

地域医療研修センターには専従職員 4 名を配置し、病診連携に関する業務を集約化している。主な業務は、紹介・回答業務、連携事務局、企画、研修、医学図書管理。

2002 年 9 月現在の、市医師会病診連携システムの登録医は 767 名で、全登録医のうち半

数弱が第二日赤に登録している。登録医からの紹介は総紹介件数の6割強を占めている。センター開設当時は、大都市部の急性期病院で連携室を持っている病院はまれで、病院関係者の関心もまだ薄い頃だった。救急医療の基盤整備には地元医師会との協力が不可欠と考えた前々院長がシステムの基礎を作り、前院長が実質的に発展させた。

#### **病診連携ベッドから開放型病床へ**

連携システムに参加した後も、登録医からの紹介患者の入院不応需が年間百件以上あり、登録医側から不満の声が強かった。病診連携ベッドは、登録医からの緊急入院要請にいつでも対応できるように、病院から開業医に提供したベッドである。「困った時に入院させてほしい」、「落ち着いたら返してほしい」という開業医側の要望に応えたもの。

1996年に病診連携ベッドの運用を開始してからは、病診連携ベッドへの受け入れ患者数は年間約400名、病床利用率は8割弱となり、入院依頼を断る件数は激減した。

連携ベッド数は4床とし、その内2床は毎日17時に空床として確保した。連携ベッドへの入院の可否は登録医が決める。つまり、緊急入院の決定は診療所医師に委ねられ、病院医師は関与しない。ただし入院後の診療は病院の医師が行う。

2001年、救命救急センターの稼動に合わせて開放型病床8床を設置、病診連携ベッドは発展的に解消した。これは「将来のオープンシステム」を目指した医師会病診連携システムに添った構想である。もっとも現状では、業務多忙な上に在院日数も短く、開放型病床での協同診療の件数はまだ多くはない。当面は、病診連携ベッドの機能を引き継ぎ、救急入院ベッドの確保が主な機能となっている。

#### **病病連携システム**

病診連携によって入院患者の受け入れが進んでも、退院先が確保されていなければ急性期に特化した診療はできない。1998年から、近隣の14病院で病病連携システムの運用を開始した。病院間では機能的に競合する部分が多く、円滑に運営できるようになるまでには調整が必要だった。現在では、連携しないと生き残れないという危機感から、連携体制もスムーズに進むようになっている。連携病院の空床状況は担当者のメーリングリストにより情報交換している。

#### **連携促進の工夫**

医療機器共同利用：診療所医師からの要望で始めた制度で、機器や検査項目を要望に応じて増やしていった。

ホームページでの情報公開：病院医師の専門領域、外来診察日、休診情報、開放型病床の空床情報などを公開。

退院時連絡会議：名古屋市医師会からの要請に基づき、退院後に安心して在宅療養ができるように、関係者が一同に集まり協議する仕組みを構築し、成果をあげている。

「かかりつけ医を持ちましょう」：院内掲示やインターネットなど、さまざまな形で市民や患者に登録医情報を提示している。外来受付では登録医リストを閲覧できる。紙面の名簿