

# スムーズな 地域医療連携を実現する 地域連携クリティカルパス

## Special Feature

地域連携クリティカルパスは、患者への情報提供、連携施設間の診療情報共有等、地域医療の質向上と効率化を進める方法として広がりつつあり、また厚生労働省も、その全国展開を後押ししています。

本特集では地域連携パスの概要と効果を紹介。さらに、地域連携パスを活用した病院・診療所間におけるシームレスケアの実践例を報告し、“患者/利用者への継ぎ目のない医療・看護の提供”を提案します。

解説

# 地域連携クリティカルパスとは



田城 孝雄 たしろ たかお  
順天堂大学医学部公衆衛生学講座講師

医療提供体制の改革により地域内の医療施設間におけるシームレスな医療連携の強化が求められている今、「地域連携クリティカルパス」が、地域連携に有効なツールとして注目を集めている。ここでは、その定義と効果、今後の展開について解説する。

## 地域連携クリティカルパスの定義

### 1 病院におけるクリティカルパス

クリティカルパスは良質な医療を、効率的、かつ安全に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である。病院で普及し、医療の質の向上を目的とした医療の標準化と改善のための有用なツールである。従来、クリティカルパスは病院の入院から退院までの期間が適応になっていた。

### 2 医療モデルのパラダイムシフト

医療モデルは、入院した人に治療を行い、病院から健康体として社会に送り出す「急性期疾患の医療モデル」から、生活習慣病のように生涯にわたる慢性疾患の増加、および救命救急医療の発達により、「身体機能障害を抱えながら地域で生活する疾患モデル」に、パラダイムシフトしている。これにより、医療が病

院単体で自己完結することは減少し、地域における「医療連携」が重要になってきた。

現在の病院自己完結型のクリティカルパスでは、医療モデルがパラダイムシフトしている現代においては、疾病の管理に不十分である。地域の複数の医療機関で共通使用し、医療連携に活用できるクリティカルパスの開発が求められている。

### 3 地域連携クリティカルパスの必要条件

地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）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一連の治療を行うすべての医療機関で共有して用いるクリティカルパスである。

地域連携パスの必要条件は、①連携施設のスタッフ参加の下に作成されていること、②施設を越えた一貫した医療計画であること、③評価可能な達成目標が設定されていること、④達成目標に対するバリエーション収集分析が可能なこと、⑤医療者用と患者用がセットで作成されていることである<sup>1)</sup>。

## 地域連携パスの運営方法

運営方法の例として、福島県会津若松市の竹田綜

合病院の例を簡単に提示する(詳細についてはp.50～55の事例を参照)。竹田総合病院は、地域連携バスに早期から取り組んできた。その経過を表1に示す。

### 1 一貫バス作成に着手

法人内の各医療機関の意思疎通が必要であるが、それぞれの医療機関、介護施設の職員が自分の施設でのケアしか見えず、他の施設でのケアの内容を理解しておらず、患者の転院などで意思の疎通を欠く場合があった。そこで、発症急性期から回復期リハビリテーション期、在宅介護または施設介護までを一貫して閲覧できるバスを作成する必要性が生じた。

一貫バスは、それぞれの施設での医療・介護の機能を明確化し、各施設の職員が相互理解を深め、連携を円滑にして、患者中心医療・介護が行われることを目的としている。発症急性期から回復期リハビリテーション期を経て、在宅介護または施設介護までを一貫して閲覧できるバスを作成するため、各施設から委員を出し、一貫バス法委員会をつくり、脳血管疾患のバスの作成に取り組んだ。これにより、患者が、その病期・状態に応じて療養の場所を変えても、サービス内容が伝達され、きめの細かいサービスを受けることが可能になる。これは、法人内の医療・介護施設間での運用を基本としていたので、次いで、この『一貫バス』を地域内の他の医療機関に広めることを検討した(地域バス)。

この地域バスは、後で示される熊本地区における「大腿骨頸部骨折手術地域連携バス」と同様のタイプであり、地域連携バスの基本形となる。

### 2 竹田総合病院の地域連携バスの発展

竹田総合病院では、地域連携バスの一つとして同院退院後の外来受診の計画を、病院と診療所で共有する目的で、入院医療と外来医療をつなぐ連携バスとして、循環器科連携バスを開発し運用を開始した。

循環器科連携バス(病診連携バス)は、「虚血性心疾

【表1】竹田総合病院の取り組みの歴史

1. 一貫バス	(2002年)
2. 地域バス	(2003年)
3. 循環器科連携バス	(2003年) [病診連携バス]
4. 循環器科地域医療連携バス	(2005年) [逆紹介バス]
5. 住所バス	(検討中) [患者住所別一貫バス]

\* 2～5は地域連携バス的一种

患]「ペースメーカー植え込み」のため、竹田総合病院循環器科に入院し、退院後かかりつけ医に逆紹介され治療を継続する患者を対象とし、病院専門医・かかりつけ医・患者の三者で、治療計画の内容を共有するために作成した。

かかりつけ医による外来診療に加え、専門的経過観察を竹田総合病院で行う患者に対し、竹田総合病院循環器科医師・看護師と「かかりつけ医」が協議して「連携バス」を作成し、退院時に「連携バス」を、患者に渡している。どの時点で病院専門外来を受診するか、関係の明確化を図り、ダブル受け持ちを明確化するものである。

これは病診連携バス・逆紹介バスであり、連携相手が診療所となるため対象医療機関数が多く、「連携部分」の手間・労力は大きい。バスの「医療・手技」の部分は緻密に標準化するより、多少の幅を持たせた設定から開始し、次第に緻密化を図るほうが現実的である。

### 3 バス患者のマネジメント

地域連携バス登録患者のマネジメントは、地域中核病院で行うことが望ましい。竹田総合病院の循環器科地域医療連携バスの場合も、6カ月、1年後の病院専門外来での定期検査の時期が来た際に、患者・診療所が気がつかない場合があり、その時期に患者・診療所に連絡し、バスを管理する部門の必要性が生じている。この場合は、地域中核病院の医療連携室が適任であると考えられる。2006年の今回の診療報酬改定では、紹介率を要件とする加算が廃止され、地域医療連携室の紹介率向上の役割は軽減さ

れた。このため、病院地域医療連携室の主たる業務は、前方連携より後方連携や地域連携パスのマネジメントが主となると考えられる。

また、患者や家族は、病院の連携室から連絡があれば、患者側にも「病院は忘れていない、病院は自分のことをケアしている」との安心感・満足感が生じる。

## 地域連携パスの効果

地域連携パスの効果の一つは、地域連携パスを使用することにより、診療情報と治療方針決定の双方向性と病院・診療所間の互いの信頼感が生まれることである。

### ●双方向性

診療情報提供書は一方通行の情報提供であるが、地域連携パスは、パスを通じて双方向のコミュニケーションが生じる。

### ●診療所と病院の信頼感

開業医の本音として、「患者を紹介すると、戻って来ない」という懸念がある。地域連携パスを導入すると、患者が必ず戻ってくるので、安心して早期に適切な時期に紹介できる。さらに、パスを使用していない患者についても、高額医療機器検査、専門医療（検査など）を、積極的に紹介するので、紹介患者数は増加する。

また、病院および専門医にとっては、①専門的な診療に専念でき、専門医療・検査の必要な患者の紹介が増える、②救命救急医療に専念できる、③高度医療機器の使用を集約化できる、④高額医療器械の利用効率が上昇するというメリットがある。

さらに、患者・家族には退院に際し、病院の専門医による定期的な経過観察が計画されていることによる安心感があり、通常の診療をかかりつけ医で受

けることに対する不安感は軽減された。

地域医療連携には、情報の共有化および治療計画の意思の疎通および方針の共有が必要である。地域連携パスは、医療提供者・患者が、情報を共有し、患者中心の医療を実践するためのツールとして有用である。

## 地域医療連携で活用を期待

### 1 医療計画の見直しにおける位置づけ

2006年度に予定されている医療法の第5次改正では、「都道府県は、日常医療圏の中で保健医療福祉サービスが完結できるよう主要な疾患ごとに診療ネットワークを構築することによって、その地域の医療機関相互の連携の下で、急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切なサービスが切れ目なく提供されるようにするため、期待される保健医療提供体制の水準の数値目標やその達成のための具体的方策を、医療計画で明らかにする」とされている。そして「期待される保健医療提供体制の水準の数値目標」の一つに、地域連携パスの利用率が挙げられている。

地域連携パスは、患者・家族の一生を地域でサポートする体制づくりのツールであり、関係者の円滑な連携によって、利用者が安心して日常生活に復帰するため、サービス提供者が地域の資源を有効活用し、適時適切な保健・医療・福祉（介護）サービスを提供するために有効なツールである。さらに、利用者自身が自分の状況を理解し、提供されているサービスの必要性や適切性を確認することができる。

### 2 診療報酬の地域連携パス加算

さらに2006年4月に改定される診療報酬でも、地域連携パスを活用するなどして、医療機関間で診療情報が共有されている体制について、新たに評価を行うとして、大腿骨頸部骨折手術に関して、以下の

診療報酬が認められた。

地域連携診療計画管理料(入院時)	1,500点
地域連携診療計画退院時指導料(退院時)	1,500点

## 地域連携パスの今後の展開

### 1 医療費適正化政策の中でツールとして活用

我が国は、医療制度改革の中の医療提供体制の改革として、①予防の重視、特に健康づくり・疾病管理・健康自立支援による生活習慣病対策と介護予防、②コミュニティにおける医療・介護サービスの提供を充実し、生活の場でその人らしく療養し、在宅ターミナルケアも行う在宅医療・在宅介護の推進によって、生涯入院(在院)日数の短縮を図ることによる、医療費の適正化を目指している。

このため新たな医療計画制度での診療ネットワークの考え方として、主要な疾病ごとに、患者を中心にした柔軟な診療ネットワークを構想し、予防から急性期、回復期、在宅医療に至るまで、健康増進・保健、医療、介護、福祉の適切なサービスを切れ目なく(シームレスに)提供する患者・国民の病期に応じたサービス提供体制を構築するということがある。これにより、患者が早く自宅に戻れるような体制づくりを目指す。これを、ライフコース・アプローチと呼んでいる。

そのために、医療機関の機能分化と連携が必要であり、地域連携パスは、そのツールとして期待されている。

### 2 地域包括ケア

介護保険法の改正により、地域包括支援センターが設置されることになった。地域包括支援センターは、多職種協働の地域における医療と介護の包括的・継続的マネジメントである地域包括ケアの支援を行う。地域包括ケアは、個々の高齢者の状況やそ

の変化に応じて、介護サービスを中核としたさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みである。代表的な例である広島県尾道市の長期継続ケアマネジメントプログラムモデル<sup>2)</sup>は、高齢障害者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続である。

そのポイントは、①介護・医療・保健・福祉の各制度の横断的適応、②多職種協働・多職種連携によるチームケア、③協働・連携を支える主治医とケアマネジャーによる長期継続フォローアップ、④相談から評価までの包括的支援、⑤地域資源の活用・参加である。

### 3 地域包括ケアにおける地域連携パスの役割

地域包括ケアにおいて、各サービス提供者は、各病院の地域医療連携室、看護相談室等を活用し、退院前に関係者に連絡し、退院前カンファレンスを開催する。そこで医療保険・介護保険によるサービスの組み合わせである地域連携パスを提示することができれば、365日・24時間の安心の提供が可能となる。

### 4 2008年の次期診療報酬改定に向けて

現在、地域連携パスの作成、運用を試みている地域・医療機関が増加している。クリティカルパス関連の学会でも、数年前と異なり、数題の発表が見られる。2006年の診療報酬改定では、地域連携パスの評価は、大腿骨頸部骨折のみに限られているが、本格的な地域連携パスの導入を目指す2008年には、さらに多くの疾患や連携形態(病病、病診、診診、病介、病在など)に適応が拡大されるものと期待できる。それまでに各地域・医療機関は実績を積んでおく必要がある。

#### ●参考文献

- 1) 野村一俊：作成・運用「成功の決め手」、成功する連携パスのつくり方、活かし方、連携医療、1(2)、p.35-38、2005。
- 2) 片山壽：尾道市における地域医療連携とケアマネジメントのシステム化、看護、58(1)、p.50-54、2006。

事例

# 地域連携クリティカルパス 導入のポイントと今後の課題

財団法人竹田総合病院



根本 久美子 ねもとくみこ  
財団法人竹田総合病院地域医療連携課課長

地域の拠点病院の役割を担う竹田総合病院では、2003年、患者・家族の通院の負担を軽減するため、また、地域医療支援病院の機能を発揮し病診連携の促進を図るために地域連携クリティカルパスの開発に着手した。3年目を迎えたこの取り組みから成果と今後の課題を報告する。

## 病院紹介と地域の特性

福島県会津若松市は旧会津藩、鶴ヶ城の城下町として栄えた所であり、周囲を丘陵が取り囲む会津盆地にある。戊辰戦争の白虎隊など数々の悲劇を残したことで有名である。当院はその市街地であり、名城鶴ヶ城からは徒歩数分の所に位置している。

病床数1,097床（一般753床・回復期リハビリテーション60床・精神科284床）の他、財団法人の系列下に外来専門棟、在宅ケア部門の事業所、訪問看護ステーション、デイサービスセンター、精神科のグループホームと福祉ホーム、療養型病床群の温泉病院、介護老人保健施設、看護専門学校を有している組織である。

地域医療支援病院、地域リハビリテーション広域支援センター、地域周産母子医療センターとして、地域の拠点病院の役割を担っている。

地域面積は県面積の約4割を占め非常に広域であり、会津・南会津を主たる医療圏として、32万人（会津若松市が約12万人）の健康に携っている。

当院への通院に遠くは片道3時間も要し、また山間部は豪雪地域でもあるため、冬期間は交通が遮断され通院の足を奪われることもある。高齢化も全国平均を上回っており、同時に過疎化も進んでいる。受診頻度の高い高齢者にとって、遠方からの通院は非常に不便であり、送迎を担う家族にとっても大きな負担となっている。

病診連携の広報を進め、かかりつけ医を持つことを推奨しているが、診療所では専門的な検査ができないといった不安感などから、住民の意識はまだまだ大病院志向が強い。

## 地域連携クリティカルパス 発案への経緯

当院では地域医療支援病院の指定を受けた後、

その機能を発揮させるための模索が続き、その中で会津・南会津医療圏における病診連携のあり方も検討されていた。

そこで、2003年9月から始めたのが「循環器の地域連携パス」(循環器科地域連携クリティカルバス、以下地域連携パス)である。地域の循環器疾患の増加に伴い、心臓病の不安を取り除く医療提供体制の必要性が課題になっていたことや、当時の地域医療連携課課長が循環器科課長(看護師長)であったことなどから、まずは循環器科を中心とした連携機能についての検討に入った。

前述の地域特性を踏まえ、患者の負担が軽減でき、かつ安心感も提供できるように、①オープンベッドを除く入院治療は専門医が当院で責任を持って行い、退院後状態が安定していたら通院しやすい環境で診療を行う、②外来治療は病院医師とかかりつけ医で継続して診療できる環境を確立する、ことを確認し合った。

循環器疾患を持つ患者を、病院、かかりつけ医がそれぞれの機能を活かしながら連携して診ていく。そのためには病院とかかりつけ医がどのように連携を取ればよいのか。

そこで浮上したのが、病院医師とかかりつけ医が一患者に関われる地域連携パスであった。

## 地域連携パスの疾患選定と作成

当時、循環器科ではペースメーカー植え込み術後、冠動脈形成術後等における退院後のフォローアップ体制づくりが早急な課題になっていた。そこで、次回受診までの期間が決まっている以下の3種類のパスを作成した。

①ペースメーカー植え込み術後(6カ月後にペースメーカークリニック通院が必要な患者用)、②

冠動脈形成術6カ月後フォロー(6カ月後に確認心臓カテーテル検査を施行する患者用)、③冠動脈形成術1年後フォロー(確認心臓カテーテル検査後、1年後に心臓に関して評価が必要な患者用)

循環器科医師と同看護師および地域医療連携課が中心となり、試行錯誤を繰り返しながら作成した。

また、以前当院の循環器科診療医で現在開業している医師の協力を得て、かかりつけ医の立場としての意見も伺いパスに反映させた。

医師用、患者用と分けて作成している病院もあるが、当院の場合は患者・病院・かかりつけ医の3者が同じ地域連携パスを持ち、情報の共有化をベースとしている。

2003年9月、地域連携パスを、協力医師(前述)の下に試行し約1年で30症例となった。その症例が問題なく経過している中で、あらゆる病状にも対応できる地域連携パスができないか、と再び検討に入った。

外来通院中で病状が安定している患者は、疾患に関係なく半年あるいは1年に1回程度の特設検査を施行している現状から、地域連携パスの運用が可能ではないかと考えられたからである。

そこで、患者と紹介先医師にとってわかりやすいものとして、循環器領域のすべての疾患を網羅する標準化したパスの6カ月用と1年用(資料1)を作成し、2005年1月に使用を開始した。

地域連携パスは資料1(p.52)のとおり縦軸に検査・治療内容等の項目を上げ、横軸は時系列に項目を並べ、経過を起こし、わかりやすいようにシンプルな内容とした。

導入時の3種類のパスは診療所と当院を表の左右に分けて表示したが、時系列で表示したほうがわかりやすいという意見が多く、その後のパス作

【資料1】地域連携パス(1年用)

循環器疾患患者の連携パス(1年)				
医師 財団法人竹田綜合病院 循環器科				
患者氏名	様	病名		
	今の状態 竹田綜合病院で診察	2ヶ月以降 かかりつけ医での診察	1年後 竹田綜合病院で検査	検査後 竹田綜合病院で診察
日時	H 年 月 日	H 年 月頃	H 年 月頃	H 年 月頃
安静度	制限なし 制限あり( )	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
食事	塩分制限7g 水分制限 ml Kcal	左記を守ってください。	左記を守ってください。	状態に合わせて指導します。
検査、処置	FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	定期的な検査 FBS,HbA1c TC,TG,HDL PT-INR	心電図、レントゲン写真 血液検査、CT検査( ) トレッドミル、心エコー、 ホルター心電図、 心筋シンチ(運動、薬物)	外来で検査結果を 説明します。
治療内容		内服薬が変更になる場合 があります		内服薬が変更になる 場合があります。入院 治療が必要になる場 合もあります。
患者さんへの 説明	病状と今後の通院加 療、日程の説明	この後は、1年後まで かかりつけ医での診察に なります。	竹田綜合病院循環器科に事前 に電話で予約をとってください。 その時に連携パスの使用を伝え てください。	病状と今後の通院加 療、日程の説明

あなたの病気はかかりつけ医と竹田綜合病院が協力で治療していきます。調子が悪いときはいつでもご相談ください。  
竹田綜合病院 循環器科 電話番号 0242-29-9914

成に反映させた。

## 地域連携パス対象者の選定と導入への説明

地域連携パスの対象者は次回受診が決まっている状態が安定した患者で、①以前からかかりつけ医に通院している患者、②遠方のため当院への通院に負担がかかる患者、③患者・家族から希望があった場合とした。また、決して強制はしないことを原則としている。

しかし、大病院志向の強い患者へ、突然かかりつけ医の話をすれば動揺と混乱を招くのは必至である。そこで事前にその情報を発信し、少しでも患者に理解してもらえよう、外来待合室にかかりつけ医を持つ利点や病診連携のメリットを啓蒙するポスターを掲示した。また、診察の待ち時間には、地域医療支援病院の役割や地域連携パスを

説明したパンフレットを手渡し、読んでいただいた。

対象者には、主治医が今後の治療方針と地域連携パスについての説明を行い、その後、看護師が地域連携パスの内容と見方、パスカードや予約の方法など説明の補足をしている。主治医が説明にかけられる時間は限られるので、看護師は患者の不安な気持ちを受け止めながら説明を行っている。

しかし、病診連携の趣旨自体が十分浸透していない中での初めての試みであり、十分な理解を得られず誤解を生むこともあった。

当初、外来での導入では、看護師が同意の確認をしても帰宅後電話で断ってくるケースや、一度決めたかかりつけ医を変更するケースがあった。また、同意の有無にかかわらず診療所への紹介を被害者的に受け止めてしまい、外来窓口や会計窓口で怒りをぶつけてきたケースもあった。

時にはケースワーカーやカスタマーサポート室等コ・メディカルの協力も得て、傾聴をもって患



者の怒りに対応した。よってコ・メディカルへの病診連携・地域連携バス使用の啓蒙も大変重要であった。

地域連携バスの導入時は文字や言葉による説明だけでなく、イラスト入りのわかりやすい図を示し、個々の対象者に応じた説明をすることにより、趣旨を正しく理解してもらうことが必要である。

かかりつけ医、病院それぞれの利点を説明し、2カ所の医療機関で患者の診療に当たる旨の話を具体的に示すことで多くの患者の理解を得、現在は389名の患者が地域連携バスを使用している。

## パスカードの効用

病院に見放されたという患者の思いを軽減している一つにパスカードがある。決して見放されるのではなく、地域連携バスを使うことで「かかりつけ医と病院で連携して診てもらえる」という意識に変えていただく役割を持っている。

このカード(資料2)は診察券大で表面に患者の氏名やID番号、連絡先が記載されている。裏面にはかかりつけ医の電話番号、当院循環器科の直通電話番号と休日や夜間に対応する救急室の連絡先も記載している。外出中や夜間などに心疾患の発作を起こしても、救急隊員などに当院の患者であると一目で理解されるようになっている。

病院と診療所で患者の治療に関わっているという証でもある。

## ネットワークづくり

当初は、作成段階から協力をいただいた開業医師の間でのみ使用を試み、その後、各医療機関への発信となった。そこでの課題は、循環器専門医

【資料2】パスカード(表・裏)

<b>竹田 花子様</b>	
生年月日	昭和3年6月8日
竹田総合病院ID	: 123456
連絡先	
会津若松市〇〇町55-5	
電話番号	0242-〇〇-〇〇〇〇

私は以下のかかりつけ医に治療を受けております。何かありましたら、以下の医師へ連絡してください。

かかりつけ医

- ・〇〇医院  
電話 0242-△△-△△△△
- ・財)竹田総合病院 循環器科  
電話(直通) 0242-〇〇-〇〇〇〇  
(休日・夜間) 0242-□□-□□□□(代)

以外の診療所の医師の理解をどう得るのかということであった。

当院では地域連携バスとパスカードが患者へ発行された際、連携先となる診療所の医師へ、地域連携バスとその説明文、パスカードの見本を郵送している。もちろん詳細な診療情報提供書は必須である。以上をもって診療所医師の理解を求めた。

地域連携バス使用に際しての質問などは地域医療連携課で受け、診療に関する部分は循環器外来へ直接電話をいただき、その都度、説明し協力をいただいている。2005年2月、標準化された循環器疾患の連携バスの使用1カ月後、循環器科科長が中心となり地域の診療所医師を対象に勉強会を開催した。

実際に地域連携バスを使っただけの意見や質問を受けると、これから紹介する診療所医師の地域連携バスへの理解を得るためであった。約40名の診療所医師の参加があり、薬剤の使用法や検査データの見方等の実践的な勉強会を質疑応答や意見交換をしながら行い、理解を深めていただいた。さらに、2回目の勉強会が同年11月に行われた。

現在まで99の医療施設、100名の医師が地域連携パスを使用している。連携先の広がりとおパス対象の拡大により、かかりつけ医とのパイプ役を果たす地域連携課の役割が大きくなっている。

当院ではパスカードの作成、紹介先への関係書類の送付、当院受診時の予約手続き、患者パスの情報管理を地域医療連携課が行いネットワークづくりをしている。

## メリット・デメリットと課題

地域連携パスの導入により医療機関の機能分化が促進され、当院では急性期の患者や専門的な検査・治療を必要とする患者の診療の割合が増えた。つまり、地域医療支援病院の役割をよりいっそう担えることとなった。また、地域連携パスが病院とかかりつけ医をつなぎ、勉強会での交流により連携が緊密になっている。

患者にとっては通院の負担が軽減し、また病院とかかりつけ医の両方で診てもらえる安心感を得ている。患者からは「通院の負担が減った」「退院後にどんな治療をしていくのか治療計画が示され

るので、自分の予定が立てやすくなった」との声が聞かれた。

導入時に不安な様子の患者も地域連携パスにより半年後、1年後に当院を受診しており、かかりつけ医への通院が定着していることがうかがえる。

かかりつけ医にとっては紹介した患者が戻ってくることで、何かあれば病院のフォローがあるという安心感があるようである。

導入前は、逆紹介の後に当院の再診時期に来院しない患者もあり、なかには症状が重症化する例もあったが、そのような通院中断を防ぐこともできる。

現在、当院の地域連携パスは循環器科のみの取り組みなので、複数の診療科を受診する場合は通院負担軽減のメリットがなくなる。今後、他の診療科へ拡大していかなければならない。

地域連携パス患者が病院の診察に戻る時期になると、その旨を事前に診療所へお知らせをしているが、400名近くの事務的な作業は膨大である。

今後、地域のIT化が進み個人情報のセキュリティが確立されれば作業も簡素化され、さらに進んだパスの連携が図れるのではないかと考える。

### 事例

## 地域連携パス導入 かかりつけ医の立場から



荒井 一貴 あらい かずたか  
あらい内科循環器科クリニック院長

2003年秋、竹田総合病院循環器科より地域連携クリティカルパス（以下、地域連携パス）の案が提

案された。これは、安定した患者を地域の開業医と連携して診ることにより、病院の外来診療に費

やす時間を減らし、その時間を地域医療支援病院本来のあるべき診療に当て、医師不足による病院の機能低下を払拭するねらいがあった。しばらくの試験運用の後、2005年春には我々地域開業医への地域連携バス説明会が開催され本格的運用が開始された。現在、当クリニックにおける地域連携バス使用患者数は約40名に達しており、これら患者の満足度も高く、順調に推移している。

地域連携バスのメリットとしては、以下のことが挙げられる。まず病院にとっては、安定した患者の外来診療に多くの時間を割くことなく、中核病院本来の姿である救急診療、入院や高度な検査や治療を必要とする診療に専念することができること。

診療所にとっては、今までは病院に紹介した患者が戻って来ないことが多かったが、地域連携バスが導入されてからはほとんど戻って来るようになった。その患者を診ていく上でも地域連携バスにより常に病院がバックアップしてしてくれる安心感があり、何かあってもすぐに地域医療連携課を通じて病院の診療を受けることができる。さらに、その患者をトータルに診る「かかりつけ医」としての機能を十分に発揮できる。

患者にとっては、遠くの病院まで通う必要がなくなり、通院時間、診察待ち時間が少なくなる、何かあっても病院にすぐに紹介してもらえるという安心感があることもメリットだろう。

しかし、一方では「病院に見放された」と感じる患者がいることも事実である。これに対しては、病院でも引き続き定期的なフォローを行うこと、何かあった場合にはいつでも来院可能なこと等、地域連携バス導入時の十分な説明が必要であり患者の理解と同意の下に行うことが肝要である。

また、開業医にとっては専門外の疾患の診療も行う必要性が出てくるため、送り側の病院が中心となり、勉強会や連絡会等を開催することも必要である。これにより、開業医の診療レベルの向上と、よい意味での均一化も見込まれ、地域医療全体にとって大きなプラスになるものと考えられる。

このように、メリットの大きい地域連携バスではあるが、現時点では、病院側に大きな負担を強いる結果となる可能性もある。すなわち、地域連携バス作成やフォロー時の連絡等にかかる手間、外来患者数の減少による収入減など大きなデメリットが依然残されているからである。これを、診療報酬上のメリットや新規紹介患者数の増加等の何らかの形で補う手段を講じなければ、地域連携バスが今後急速な広がりを見せることは難しいかもしれない。

いずれにせよ、導入されて間もない地域連携バスではあるが、患者を介護サービスも含めて地域全体で診ていくようなシステムを構築するための手段の一つとして、その役割に大いに期待する。

地域連携パスとは何か  
～現状と実践～

月刊福祉

順天堂大学医学部公衆衛生学講座

田城 孝雄

さらに平成18年4月に改定される診療報酬でも、地域連携クリティカルパスを活用するなどして、医療機関間で診療情報共有されている体制について、新たに評価を行うとして、大腿骨頸部骨折手術に関して、次の診療報酬が認められた。

・地域連携診療計画管理料（入院時） 1500点

・地域連携診療計画退院時指導料（退院時） 1500点

地域連携パスは、患者・家族の一生を地域でサポートする体制づくりのためのツールであり、関係者の円滑な連携によって、利用者が安心して日常生活に復帰するため、サービス提供者が地域の資源を有効活用し、適時適切な保健・医療・福祉（介護）サービスを提供するために有効なツールである。さらに、利用者自身が自分の状況を理解し、提供されているサービスの必要性や適切性を確認することができる。

### 地域連携パスを活用した実践

#### ①竹田総合病院の連携パスの取り組み

竹田総合病院は、福島県会津若松市にある財団法人の開設する病院である。平成14年2月に、地域医療支援病院として承認された。病床数は1097床であり、会津若松市12万人、会津地域32万人の医療の中核を担っている。地域医療連携をさらに推し進めるため、前方連携を行う部署と後方連携を行う部署を統合し、総合連携本部を設置した。総合連携本部は、看護師長が課長を務める地域医療連携課と、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）が課長を務める医療社会福祉課からなっている。

竹田総合病院は、地域医療連携パスには、早期から取り組

んできた。その歴史を次に示す（表1）。

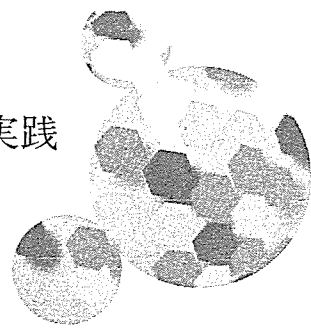
#### ②一貫パス

法人内の各医療機関の意思疎通が必要であるが、それぞれの医療機関、介護施設の職員が自分の施設でのケアしかみていないため、他の施設でのケア内容を理解しておらず、患者の転院などで意志の疎通を欠く場合があった。そこで、発症急性期から回復リハビリテーション期、在宅介護または施設介護までを、一貫して閲覧できるパスを作成する必要性が生じた。

一貫パスは、それぞれの施設での医療・介護の機能を明確化し、各施設の職員が相互理解を深め、連携を円滑にして、患者中心の医療・介護が行われることを目的としている。発症急性期から回復期リハビリテーション期を経て、在宅介護または施設介護までを一貫して閲覧できるパスを作成するため、各施設から委員を出し、一貫パス法委員会をつくり、脳血管疾患のパスの作成に取り組んだ。これにより、患者が、その病期・状態に応じて療養の場所を変えても、サービス内容が伝達され、きめの細かいサービスを受けることが可能になる。地域の医療機関・介護施設に、一貫パスを呈示することにより、地域医療連携を図ることができる。これは、法人内の医療・介護施設間での運用を基本としていたので、次いで、この『一貫パス』を地域内の他の医

〈表1〉取り組みの歴史

平成14年	一貫パス
平成15年	地域パス
平成16年	循環器科連携パス〔病診連携パス〕
平成17年	循環器科地域医療連携パス〔逆紹介パス〕
	住所パス〔患者住所別一貫パス〕（検討中）



# 地域連携パスとは何か〜現状と実践〜

順天堂大学医学部公衆衛生学講座講師

たしろたかお  
**田城孝雄**

## 地域連携パスの必要性と内容

### ①クリティカルパスの必要性

クリティカルパスは（地域連携パス）、良質な医療を、効率的、かつ安全に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である。病院で普及し、医療の質の向上を目的とした医療の標準化と改善のための有用なツールである。従来、パスは病院における入院から退院までの期間に適用されていた。

### ②医療モデルのパラダイムシフト

医療モデルは、入院した人に治療を行い、病院から健康体として社会に送り出す「急性期疾患の医療モデル」から、生活習慣病のように生涯にわたる慢性疾患の増加、および救命救急医療の発達により、「身体機能障害を抱えながら地域で生活する疾患モデル」に、パラダイムシフトしている。これにより、医療が病院単体で自己完結することは減少し、地域

における「医療連携」が重要になってきた。

医療モデルがパラダイムシフトしている現代においては、病院自己完結型のクリティカルパスでは、疾病の管理には不十分である。地域の複数の医療機関で共通使用し、医療連携に活用できるクリティカルパスの開発が求められている。

### ③新たな医療計画に盛り込む内容

平成18年度に予定されている医療法の第5次改正では、「都道府県は、日常医療圏の中で保健医療福祉サービスが完結できよう主要な疾患ごとに診療ネットワークを構築することによって、その地域の医療機関相互の連携のもとで、急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切なサービスが切れ目なく提供されるようにするため、期待される保健医療提供体制の水準の数値目標やその達成のための具体的方策を、医療計画で明らかにする」とされている。そして「期待される保健医療提供体制の水準の数値目標」の1つに、地域医療連携クリティカルパスの利用率があげられている。

病院および専門医は、①専門的な診療に専念でき、また専門医療・検査の必要な患者の紹介が増える、②救命救急医療に専念できる、③高度医療機器の使用の集約化、④高額医療器械の利用効率の向上というメリットがある。

### 地域医療を進めるうえでの福祉との連携の重要性

#### ①医療と介護の機能分担と連携強化

医療と介護の機能分担と連携強化が重要である。そのために、①地域における主治医とケアマネジャー等の連携強化や、介護予防における医療との連携など「地域における医療と介護の包括的・継続的マネジメント」、②医療ニーズの高い重度者の在宅生活を支援する「重度者に対応した医療型多機能サービス」、③日常的な健康管理や緊急時の対応や、ターミナルケアのあり方など「施設や居住系サービスにおける医療と介護の機能分担と連携」の3つの方策が立てられている。

#### ②地域包括ケア

地域包括ケアは、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核としたさまざまな支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みである。代表的な例である広島県尾道市の長期継続ケアマネジメントプログラムモデルは、高齢障害者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続である。

そのポイントは、①介護・医療・保健・福祉の各制度の横断的適応、②多職種協働・多職種連携によるチームケア、③協働・連携を支える主治医とケアマネジャーによる長期継続フォローアップ、④相談から評価までの包括的支援、⑤地域

資源の活用・参加、である。

#### ③地域包括支援センター

地域包括ケアを支える連絡調整・総合相談機関として、地域包括支援センターが、平成18年4月から設置される。多職種協働として、保健、福祉、医療の専門職相互の連携、ボランティア等の住民活動も含めた連携、高齢者の状態変化に対応した継続的なサービス提供（長期継続ケアマネジメント）の調整を行う。

#### ④地域包括ケアにおける連携バスの役割

患者・家族に対して、入院時、病棟でバスについて説明する。各サービス提供者は、各病院の地域医療連携室、看護相談室等を活用し、退院前に関係者に連絡し、退院前カンファレンスを開催する。そこで、医療保険・介護保険によるサービスの組み合わせである地域連携バスを提示し、365日・24時間の安心を提供する。

#### 地域連携バスの効果

退院に際し、患者にとつて、病院の専門医による定期的な経過観察が計画されていることによる安心感があり、通常の診療をかかりつけ医で受けることに対する不安感は軽減された。地域医療連携には、情報の共有化および治療計画の意思疎通および方針の共有が必要である。地域連携バスは、医療提供者・患者が、情報を共有し、患者中心の医療を実践するためのツールとして、有用である。

〈表2〉循環器疾患患者の連携バス(1年)

医師 財団法人竹田総合病院 循環器科				
患者氏名	様 病名			
	今の状態 竹田総合病院で診察	2か月以降 かかりつけ医での診察	1年後 竹田総合病院で検査	検査後 竹田総合病院で診察
日時	H 年 月 日	H 年 月 頃	H 年 月 頃	H 年 月 頃
安静度	制限なし 制限あり( )	左記を守ってください	左記を守ってください	状態に合わせて指導します
食事	塩分制限 水分制限	7g ml Kcal	左記を守ってください	状態に合わせて指導します
検査、 処置	FBS, HbA1c TC, TG, HDL PT-INR	定期的な検査 FBS, HbA1c TC, TG, HDL PT-INR	心電図、レントゲン写真 血液検査、CT検査( ) トレッドミル、心エコー、 ホルター心電図、心筋シン チ(運動、薬物)	外来で検査結果を 説明します
治療 内容		内服薬が変更になる 場合があります		内服薬が変更になる場合 があります。入院治療が 必要になる場合もあります
患者 さんへ の説明	病状と今後の通院加 療、日程の説明	この後は、1年後まで かかりつけ医での診察に なります	竹田総合病院循環器科 に事前に電話で予約を とってください。その時に 連携バスの使用を伝えて ください	病状と今後の通院加療、 日程の説明

あなたの病気は、かかりつけ医と竹田総合病院が協力して治療していきます。調子が悪い時はいつでもご相談ください。  
竹田総合病院 循環器科 電話番号○○○○-○○-○○○○

と診療所で共有する目的で、入院医療と外来医療をつなぐ連携バスとして、循環器科連携バスを開発し運用を開始した。

循環器科連携バス(病診連携バス。表2)は、「虚血性心疾患」「ペースメーカー植え込み」のため、竹田総合病院循環器科に入院し、退院後、かかりつけ医に逆紹介され、治療を継続する患者を対象とし、病院専門医・かかりつけ医・患者の三者で、治療計画の内容を共有するために作成した。

かかりつけ医による外来診療に加え、専門的経過観察を、竹田総合病院で行う患者に対し、竹田総合病院循環器科医師・看護師と「かかりつけ医」が協議し、「連携バス」を作成し、

療機関に広めることを検討した。クリティカルパス集会を開放し、県立病院・民間病院等、他の施設の参加のもと学習会を開催した。地域医療連携課を通して、積極的に竹田総合病院のパスを地域の病院スタッフに渡し、当院に紹介された患者が受けている治療の詳細を知ってもらうのに役立った。

### ③循環器病診連携クリティカルパス

竹田総合病院では、患者の退院後の外来受診計画を病院

退院時に「連携バス」を、患者に渡している。どの時点で病院専門外来を受診するか、関係の明確化を図り、受け持ちを明確化するものである。

### ④「病診連携バス」から「逆紹介バス」へ

平成17年に、外来診療単位の減少により、循環器科専門外来の縮小が必要となった。外来単位数の減少に伴って、外来患者を地域の医師に紹介していく必要が生じた。しかし、心臓に関してフォローアップが必要な患者に関しては、地域医療連携バスを使用して竹田総合病院でも定期的に検査をしていく方針を決定した。

### ⑤地域連携バスの利点

地域連携バスの利点は、地域連携バスを使用することにより、双方向性と病院に対する信頼感が生れることである。

#### 〈双方向性〉

診療情報提供書は、一方通行の情報提供であるが、地域連携バスは、バスを通じて、双方向のコミュニケーションが生じる。

#### 〈診療所と病院の信頼感〉

開業医の気持ちのなかには、「患者を紹介すると、戻ってこないのでは」という懸念がある。地域連携バスを導入すると、患者が必ず戻ってくるので、安心して紹介できる。

↓適切な時期、早期に紹介する。

↓さらに、ほかの患者も、高額医療機器検査、専門医療(検査など)を積極的に紹介するので、紹介患者数は増加する。





# 未来志向型の 報酬改定へ

## 平成18年度介護報酬改定の意義と課題 上

平成18年4月に行われた介護報酬改定の内容は、平成17年2月から約1年にわたる社会保障審議会・介護給付費分科会での議論の結果を踏まえたものであったが、異例づくめの改定でもあった。

介護保険制度スタート以来の初めての大幅改正にともない新設された介護予防サービス、地域密着型サービスなどの報酬を新設したことにとどまらず、初めての診療報酬との同時改定となったことなど、さまざまな要素が複雑に絡み合う難しい改定作業であった。

今号と次号では、特別座談会として、同分科会の事務局で中心的な役割をはたした厚生労働省老健局計画課の渡辺由美子認知症対策推進室長に司会をお願いし、同分科会の大森彌分科会長はじめ、田中滋委員、池田省三委員に審議経過を振り返りながら、今回の介護報酬改定の意義と課題について話し合っていた。

### 出席者

大森 彌氏 (東京大学名誉教授)

田中 滋氏 (慶應義塾大学大学院教授)

池田 省三氏 (龍谷大学教授)

司会・発言 渡辺 由美子氏 (厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長)



Profile

### おおもり・わたる

東京大学教授、千葉大学教授を経て、現職。専門は行政学・地方自治論。平成6年に旧厚生省に設置された「高齢者介護・自立支援システム研究会」の座長として、介護保険制度の創設に携わる。平成17年3月から社会保障審議会・介護給付費分科会の分科会長を務める。

サービスはたくさんあるにしても、そのなかで介護保険が受け持つべき対象がどの部分であるかをめぐる議論が進んだ点も特徴的でした。

「要介護者・要支援者にとって必要なサービス」イコール「介護保険給付」ではない。介護保険のスタート当初は、要介護者に役立つサービスと介護保険が給付すべきサービスの区別があまりついていなかったのですが、住まい、介護、医療の機能別区分がある程度できると、そのうちどこが介護保険の担当する部分で、どこがある

程度自己負担を求める部分で、どこが医療保険の担当する部分、そして、どこが社会福祉制度固有の役割であるかについての整理の方向性も、完全とはいえないまでも、かなりみえてきました。

池田省三氏(龍谷大学教授) 今回の介護報酬改定の大きな意義のひとつは、介護保険制度が引きずっていた社会福祉制度の残滓をようやく解消しようとしたことです。社会保険と社会福祉の制度的役割分担をかなり明確にして将来を見据えていこうという方向性が打ち出せたと思います。

今回の制度改正は、持続可能な制度への基盤整備ですが、そのためには、財政基盤の確立がきわめて重要です。介護保険は社会保険ですから、社会保険でカバーできないものについては社会福祉が補完するという原則を確立しないと財政的に破綻してしまふし、国民サイドにもモラルハザードがおきてしまふ。そういった意味では、大きな転換への第一歩を踏み出したと思います。

を打ち出したともいえるのではないのでしょうか。田中さんがおっしゃるように住まいの問題が大きかった。どこに住んでもそこが自宅です。違いは個別住宅なのか、集合住宅なのか、ケアが内包されているか、外部利用か、ということですが、したがって、この違いに着目して、ケアサービスを区別すべきでしょう。

その観点から、従来の施設と在宅の二元論が、「集住型」と「個性型」とに再編されていくことを予感させる大きな改革だったと評価しています。

東京大学名誉教授

## 大森 彌 氏

# 審議会の役割は 関係者の納得を 得ること

厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長

渡辺 由美子 氏

# 制度改革に連動した メッセージ性の強い 報酬改定に

## 18年度介護報酬改定 の特徴

渡辺由美子氏(厚生労働省老健局計画課認知症対策推進室長) 平成12年4月に介護保険制度がスタートして、平成15年4月には初めての介護報酬改定がありましたので、今回の平成18年4月改定は2回目の報酬改定となりました。今回の報酬改定はいろいろな意味で、前回改定とはかなり異なる環境のもとで行われた報酬改定であっただけでなく、制度改革とも連動した

メッセージ性の強い報酬改定ではなかったかと思えます。

いくつかポイントがあると思うのですが、ひとつは、制度改革と連動した報酬改定であったことです。とくに今回は、まず法律改正を伴う制度改革があつて、その段階である程度の骨格ができていて、それに肉づけをしていく要素がかなりのウエイトを占めた感があります。

また、6年に1度の診療報酬改定との同時改定であったということ、医療との関係も、前回改定以上に大きなポイントになりました。



Profile  
わたなべ・ゆみこ

厚生省保険局企画課課長補佐、同局医療課課長補佐、厚生労働省政策統括官付社会保障担当参事官室室長補佐、老健局企画官を経て、平成17年9月から現職。

それから、平成17年10月に一度、部分的に報酬改定をしていますので、10月改定と4月改定が一連のものとして行われたことも特徴的だったと思います。

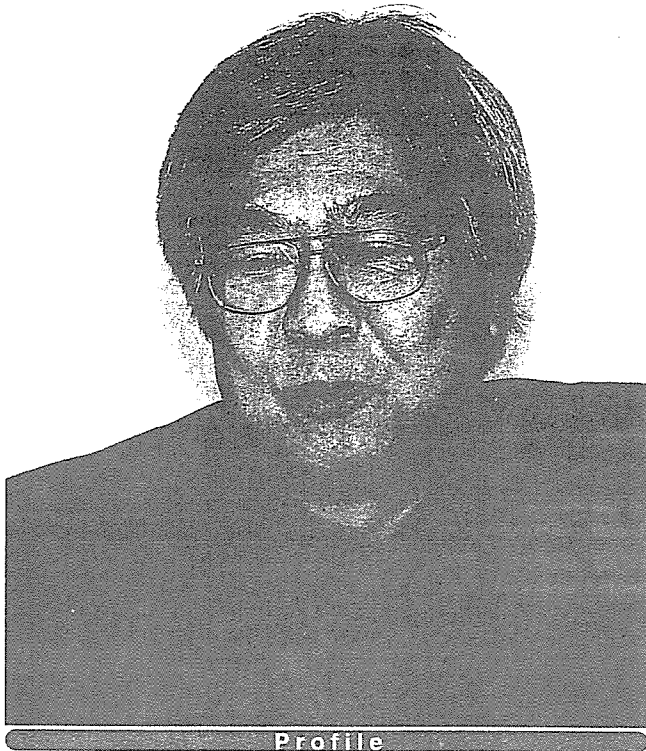
今回、ご出席の方々は社会保障審議会・介護給付費分科会の委員として、報酬改定の審議に参加してこられたわけですが、今回の報酬改定を総括的にみて、どのような点がポイントだったとお考えでしょうか。

田中滋氏(慶應義塾大学大学院教授)

第一は、住まいにかかわるサービス、介護サービス、医療サービ

スという3つの重要な機能間の関係がある程度整理された点があげられると思います。これまで、在宅、施設、居住系と、住む場所ごとに考えるかたちが基本でした。それに対し、今回の法改正および報酬改定では、住む場所の選択によらず、住まい、介護、医療に集約される3つの機能をそれぞれどのように組み合わせる位置づけられるか、その整理ができる方向に進んだ点が大きな一歩であったと思います。

第二は、多少身体が弱くなった方々が暮らしていくうえで必要な



Profile

いけだ・しょうぞう

自治労、地方自治総合研究所政策研究部長等を経て、平成12年から現職。介護保険制度草創期から制度設計に深く関わる。社会保障審議会・介護給付費分科会委員。

体に緊張感がありますし、委員の間でもそれなりにまとまっていかなければならない雰囲気が出てきていますから。

今回の報酬改定全体を通してみると、関係者の皆さんがある程度納得できる「筋」が打ち込まれていますので、その筋に裏打ちされた介護報酬や運営基準等の設定については理解が得られたのではないのでしょうか。

今回の介護報酬改定は従来の制度の運用改善にとどまらず、制度の新設に近いことが行われていますが、それにしても短い間

に、「エイヤツ」とやってしまったかなという感じもします。したがって、世の中にはいろいろ批判や不満も出てきているのもわかります。

渡辺氏 審議会を運営する事務局の立場からすると、介護報酬改定のための作業時間が非常に短かったということはたしかにありました。改正法案が国会で成立したのが平成17年6月です。そこから同年10月の介護保険施設等の居住費・食費の見直しに関する報酬改定の作業があり、そのあと、すぐに平成18年4月の介護報酬改定の

作業に入るというタイトなスケジュールでした。

介護報酬には、医療保険の診療報酬改定以上に多くの関係者が関わっていますので、一定の方向性を出してまとめていくのは大変な作業でした。その意味では、今回の介護報酬改定に当たって、大森分科会長のご苦労も大きかったと思っています。

大森氏 おそらく私が黙っていたことがよかったです。怒りたくなるようなときもありました(笑)。

## 介護予防・リハビリテーションの推進

渡辺氏 今回の介護報酬改定の大きな柱のひとつが介護予防、リハビリテーションでした。介護予防は法改正の大きな柱のひとつでもありましたし、逆に、法案段階では具体的な姿が見えにくかったこともあって、国会の審議でも議論が集中しました。介護報酬・基準の議論は、まさに介護予防の具体化のプロセスでもあって、非常に注目度も高かったわけです。

龍谷大学教授

池田省三氏

# 要支援1・2は 地域支援事業の 対象に