

|  |   |
|--|---|
|  | <p>っているため非効率となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のリハビリテーションの施行状況、ADLの状態等を病棟の医師・看護師にその都度、連絡し、病棟の生活の中で、リハビリテーションも考慮した取り組みを行う必要があるが、タイムリーにこのような連絡を行う機会がない。</li> </ul> |
|--|---|

## 2. 院内連携の体制に係る問題

院内連携の体制に係る問題としては、病院全体で取り組むための院内連携体制が欠如していること、地域連携室を上手く活用できていないこと、部間間や病棟・外来間で患者の情報を共有するための仕組みがないこと、早期退院に向けた外来から退院支援を行うための仕組みがないこと等があげられた。

## 3. 望ましい院内連携の在り方について

院内連携に係るネガティブな実態、院内連携の体制に係る問題を通して、望ましい連携の在り方について以下のようなことがあげられた。

### ○院内連携のためのシステム構築

- ・地域連携室を中心とした外来、病棟、各部門をつなぐためのパイプの構築、退院に至るまでのフローを明確にし、そのフローにどのように外来、病棟、各部門が関るか共有し、各々の役割分担を踏まえた上で、継続的な支援が行われる体制を構築する（院内連携を図るためのクリティカルパスやプロトコルを整備することが必要）。また、このフローを総括的にマネジメントするための専従あるいは専任の退院支援ナースを配置。
- ・患者の重症度、空きベッド状況等を考慮しながら病院全体のベッドコントロールを行うための専任者を地域連携室に配置

### ○地域連携室の有効活用

- ・地域連携室が拠点となり、院外連携でなく、外来、病棟、各部門をつなぐためのシステムの運用を担う。そのためには地域連携室の人員配置の工夫や人員の増加等を行うことが必要。
- ・退院支援のモニタリング機能を担う。
- ・院内連携が上手くいかなかったケース等の事例検討を通して、院内連携システムの改善を図る。

### ○部間間や病棟・外来間で患者の情報を共有するための仕組みの整備

- ・診療科等別に、外来、病棟、各部門が退院支援・調整に向けた情報を共有するための会議を定期的に設ける。
- ・外来、病棟には退院支援・調整の役割を専門的に担う退院支援リンクナースを配置し、退院支援リンクナースを利用して情報の共有化を図る。なお、退院支援リンクナースが専門的に介入するケースと通常の病棟看護師が受け持ち、情報の連絡だけを受けるケースに大別し、退院支援・調整が効率的に行えるようにする。
- ・看護外来を設置し、早期からの退院支援・調整を行う。
- ・外来と病棟で看護単位を構成し、患者の継続的ケアを保証する。
- ・各部門にも退院援・調整の役割を担う担当者を配置する。

### ○早期退院に向けた外来から退院支援を行うための仕組みの整備

- ・外来で入院が決まった時点、あるいは緊急入院をした時点といった早期の時点で、スクリーニングを行い、退院調整・介入が必要な患者を抽出できるようにする。また抽出された患者については、退院調整・介入に関して専門的な知識・スキルを持った者によってフォローがなされる仕組みをつくる。

## D. 考察

### 1. 院内連携の方法

院内連携に係るネガティブな実態、院内連携の体制に係る問題、望ましい連携の在り方を踏まえ、以下に示す院内連携の方法が考えられた。

まず、院内連携の総括の拠点は地域連携室とし、地域連携室にベッドコントロールを行う機能、院内の連携システムを運用・推進する機能、退院支援のモニタリングを行う機能をもたせることが必要と思われた。そのためには、これらの機能を運用できる役職や職種を考慮するとともに、必要となる人員を確保することが前提となる。さらに、院内連携のためのシステムを運用するための手段として、クリニカルパス委員会等と協力し、院内連携パスの作成・運用を推進するための役割を果たしていくことも必要である。さらに、外来、病棟、各部門が退院支援・調整に向けた情報共有のための連絡会議等の開催を行うことも求められる。

院内連携の総括管理機能は、地域連携室に所属する兼任の医師や専従・専任の退院支援ナースが担当するのが望ましいと思われる。また、各部署・部門間の連携を図るための調整役を担うための担当者を各部署・部門に配置することも必要である。

院内連携のフローとしては、外来で患者の入院が決まった時点、緊急入院した早期の時点で、その患者が専門的な退院支援・調整を必要とするかどうかの簡易なスクリーニングを行うシステムを構築することが必須である。スクリーニングの実施者は、外来の場合は外来の退院調整・介入の役割を担う退院支援リンクナース（看護外来を担当する看護師でも可）、病棟の場合はプライマリーナース、あるいは病棟の退院調整・介入の役割を担う退院支援リンクナースを活用できるのではないかとと思われる。

スクリーニングで専門的な介入が必要と認められた患者は、外来からの入院の場合には、外来の退院支援リンクナースが地域連携室の専従看護師（看護外来を設置している場合には看護外来に連絡し、看護外来が地域連携室の専従看護師と連携をとる）に連絡、緊急入院の場合には病棟の退院支援リンクナースが地域連携室の専従看護師（自院の外来でフォローされていた患者の場合には外来の退院支援リンクナースや看護外来担当看護師に連絡）に連絡する。地域連携室の専従看護師は、そのスクリーニング結果を踏まえ、患者の病態およびニーズに応じて退院計画の立案者・遂行者を決定する。そのパターンとしては以下のようなものがあげられる。

【病棟の看護師が退院支援を担当する場合（図1 Aパターン）】

- ① 地域連携室の専従看護師が退院計画を立案し、病棟の退院支援ナースが専従看護師と協働で介入。
- ② 病棟の退院支援リンクナースによる退院計画の下で介入
- ③ 病棟の退院支援リンクナースのアドバイスによるプライマリー等の病棟看護師の退院計画の下で介入

【外来の看護師が退院支援を担当する場合（図2 Bパターン）】

外来の退院支援リンクナースと外来看護を担当する看護師を配置する。これらの看護師は、中堅以上の退院支援に係るスキルを持ったものとする。外来の退院支援リンクナースは診療科の規模や種類に応じて必要数配置する。外来看護相談室（看護外来）を担当する看護師は、午前中は外来対応、午後は病棟に出向き、患者からの精神・社会的相

談、退院相談に応じたり、退院計画を立案するといった業務を行う。

- ① 地域連携室の専従看護師が退院計画を立案し、看護外来担当の看護師がその専従看護師と協働で介入。
- ② 看護外来担当の看護師が退院計画を立案し、病棟の退院支援リンクナースにその計画を手渡し、両者が協働で介入。
- ③ 看護外来担当の看護師が病棟の退院支援リンクナースにアドバイスを行い、病棟の退院支援ナースあるいはプライマリー等の病棟看護師が退院計画を立案し、介入を行う。

## 2.院内連携を推進するための仕組み

院内連携を推進するための一つの仕組みとして、病棟と外来の看護単位の一体化が考えられた。一般的には、病棟と外来の看護単位はそれぞれ別のものとして運用している。しかし、病棟と外来を一つの看護単位として動かす方法についても新たに検討していく必要があるのではないかと思われた。というのは、病棟と外来を一体化し、外来から患者の受け持ち看護師と受け持ちチームを決め、退院まで一貫してその看護師とチームが関ることができる仕組みを整備することで、継続的なケアの保証につながるからである。そして、外来と病棟を一つの単位とする看護単位内に、専従の院内連携支援ナースと専任の退院支援リンクナースを配置し、専従の院内連携支援ナースが他部署・他部門、地域連携室との院内連携を総括し、退院計画の立案・遂行といった実働は、専従の院内連携支援ナースの指示に応じて専任の退院支援リンクナースが中心となって行っていく体制を整備することで、院内連携の促進が図られるのではないかと思われるからである。ただし、外来と病棟の看護単位を一つとする中で、次のような配慮は求められるであろう。

- ・勤務形態で「フルタイムで日勤しか担当できない者」、「日中、短時間でしか勤務できない者」、「日勤、夜勤での交代勤務が可能な者」に区分し、さらに各々のキャリアパスを考慮し、看護単位の中での役割分担を明確にする。
- ・病棟管理、病棟・部署・部門間調整といったマネジメント能力を持った者を専従の院内連携支援ナースとして活用する。
- ・「フルタイムで日勤しか担当できない者」あるいは「日中、短時間でしか勤務できない者」で、中堅以上で経験豊かで患者とのコミュニケーションを大切にしたい看護師を専任（短時間）の退院支援リンクナースとして活用する。
- ・予定入院患者については、外来を受診した時点で病棟での担当看護師を決め、それ以後、その患者の外来にはその担当看護師あるいはその担当看護師が所属するチームの看護師が付きそうようにし、患者についての情報共有を常に図れるようにする。また、担当看護師がスクリーニングを行い、専門的な介入が必要と認められた患者については、専任の退院支援リンクナースに申し出を行い、専任の退院支援リンクナースと地域連携室の専従看護師が退院支援・調整の方針を決定するようにする。

## E. 結論

急性期病院において、院内連携の実態や問題、望ましい院内連携の在り方を踏まえ、院内連携の方法、院内連携を推進するための新たな仕組みについて検討を行った。

院内連携の方法として、院内連携の総括の拠点は地域連携室とし、地域連携室にベッドコントロールを行う機能、院内の連携システムを運用・推進する機能、退院支援のモニタリングを行う機能をもたせることが必要と思われた。そして、院内連携の総括管理機能は、地域連携室に所属する兼任の医師や専従・専任の退院支援ナースが担

当し、またそのパイプ役として、各部署・部門間の連携を図るための調整役を担うための担当者を各部署・部門に配置することも求められる。特に看護部門には、退院調整・介入の役割を担う退院支援リンクナースを配置し、地域連携室や各部門・部署との連携を図れる体制を整備することが重要である。

また、院内連携を推進するための一つの仕組みとして、病棟と外来の看護単位の一体化についても検討の余地があると思われる。病棟と外来を一体化し、外来から患者の受け持ち看護師と受け持ちチームを決め、退院まで一貫してその看護師とチームが関ることができる仕組みを整備することで、継続的なケアの保証につながると考える。また、外来と病棟を一つの単位とする看護単位内に、専従の院内連携支援ナースと専任の退院支援リンクナースを配置し、専従の院内連携支援ナースが他部署・他部門、地域連携室との院内連携を総括し、退院計画の立案・遂行といった実働は、専従の院内連携支援ナースの指示に応じて専任の退院支援リンクナースが中心となって行っていく体制を整備することで、院内連携の促進が図られるのではないかとと思われる。

今後は、このような方法や仕組みの実行可能性について検討していくことが求められる。

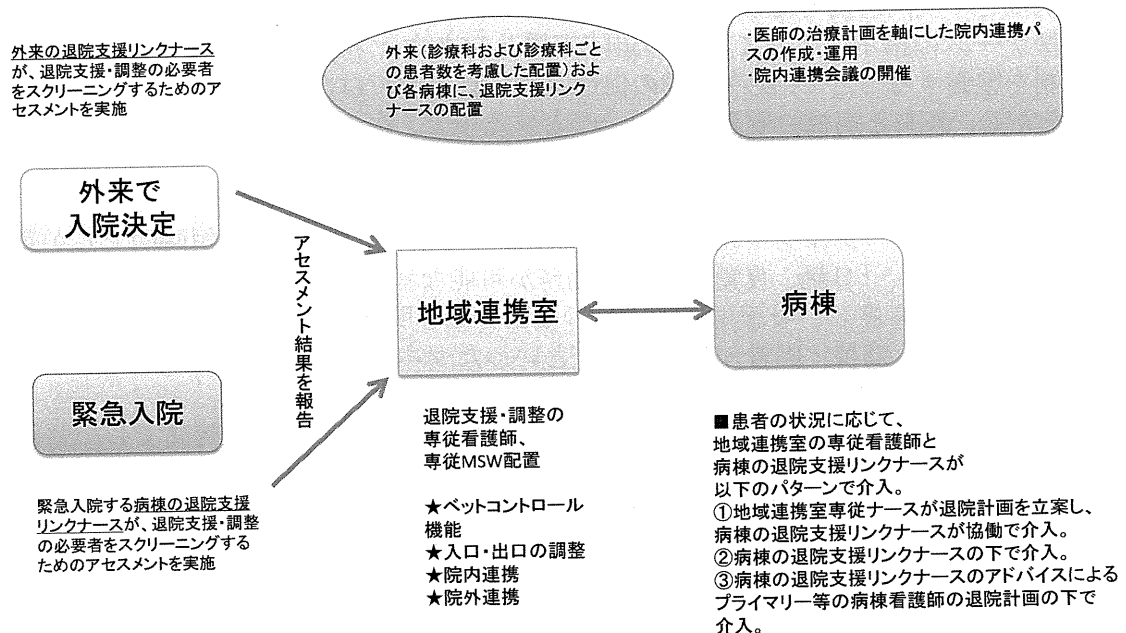


図1 Aパターンにおける院内連携

外来の退院支援リンク  
ナースが、退院支援・調  
整の必要者をスクリーニ  
ングするためのアッセメ  
ントを実施

緊急入院する病棟の退院支援  
リンクナースが、退院支援・  
調整の必要者をスクリーニ  
ングするためのアッセメントを実施

・医師の治療計画を軸にした院内連携パスの  
作成・運用  
・院内連携会議の開催

外来で  
入院決定

緊急入院

アッセメント結果を報告し、外来看護が  
必要な人は外来看護を紹介

看護外来の設置

・看護外来を担当する看護師を配置。  
・午前中は外来対応として、入院前の入院相談、入院後の退院後  
相談を行う。午後は、病棟に外向き、入院相談を担当した患者の  
退院支援・調整を行う。

地域連携室

退院支援・調整の専従看護師配置、専従MSW配置  
★ベットコントロール機能  
★入口・出口の調整  
★主に院外連携に力をいれる。

病棟

■患者の状況に応じて、地域連携室の  
専従看護師と病棟の退院支援リンクナースが  
以下のパターンで介入。  
①地域連携室の専従看護師が退院計画を  
立案し、外来看護担当看護師とその専従看護  
師が協働で介入  
②外来看護担当看護師が退院計画を立案し、  
病棟の  
退院支援リンクナースにその計画を手渡し、両  
者が協働で介入  
③外来看護担当看護師が病棟の退院支援リ  
ンクナースにアドバイスをし、病棟の退院支  
援ナースあるいはプライマリー等の看護師が  
退院計画を立案

図2 Bパターンにおける院内連携

---

---

## 急性期病院における院内連携に係る課題の解決に向けて

---

---

### はじめに

近年、平均在院日数が短縮する中で、機能分化や効率性が求められるようになり、院内連携の在り方を検討し、院内連携体制を整備することが急務となっている。特に、患者の入院から退院、退院後のフォローを含めた継続的な支援に向け、他部門と協働しながら、外来と病棟との連携を推進していくことが重要となっている。そこで、急性期病院の看護管理者や看護管理に係る専門家等からなるフォーカスグループや看護管理者からのインタビューおよび文献で把握した院内連携の実態や課題から得た知見をもとに、今後の院内連携システムとそのマネジメント手法について検討を行った。

### 院内連携の体制に係る課題

現在、院内連携体制に係る問題として、①外来と病棟、院内の部門間で患者情報が共有されていない、②退院後の患者に関して自院の外来や地域の連携機関と情報共有を行い、適切にフォローしていく仕組みが不十分である、③早期退院に向けた外来から退院支援を行うための仕組みがない、④地域連携室を上手く活用しきれていないことがあげられている。このため、①各部門や各職種が必要となる情報を効率的に共有するためのシステム、②退院患者を継続的にフォローしていくためのシステム、③外来から早期に退院支援を開始する仕組み、④地域連携室の有効活用が課題となっている。

### PFM

これらの課題に取り組むための一つの方策として、Patient Flow Management (PFM) の概念を導入している病院がある。Patient Flow とは、「患者が来院し、必要に応じてガ依頼から入院へと移行し、最終的に退院、退院後の外来に至る流れ全体を示す概念」である<sup>1</sup>。東海大学医学部附属病院では、2006年より、入退院管理システムセンターで中央病床管理を行い、病床の効率的な運用を図り、また入院待ちの期間ができるだけ短くできるようにするなどの調整を行う PFM を開発し、先駆けて導入している<sup>2</sup>。

東京慈恵会医科大学附属青戸病院（以下、青戸病院）は、東海大学医学部附属病院の取り組みを踏まえ、看護部主導で PFM の導入を検討し、実施に至っている<sup>3</sup>。青戸病院は、PFM を「入退院管理システムのこと、入退院センターで中央病床管理を行い、病床の効率的な運用を図り、患者の流れをスムーズにするシステムである。また入院前から患者が安心して医療を受けられるよう、一人ひとりの状況を身体的、社会的、精神的背景からしっかりと把握し、入院中はもちろん退院後も含めた一貫した支援を管理することである(図1)」<sup>3</sup>と定義している。

当該 PFM では、入退院センター所属のベッドコントロール師長が病床管理を行い、また表1に示した機能を担う PFM 看護師が入院前の外来から患者に介入し、患者の入退院をコーディネートしている。そして、必要時 MSW や理学療法士等と協力し、入院前から問題解決を行っている。さらに、退院調整の促進のために、NK ネットワークを立ち上げ（南葛飾地区の医療機関、訪問看護ステーション間で転院支援・逆紹介ネットワークを強化）、患者の療養環境を整えるように地域連携にも力を注いでいる。

# PFM(Patient Flow Management)とは

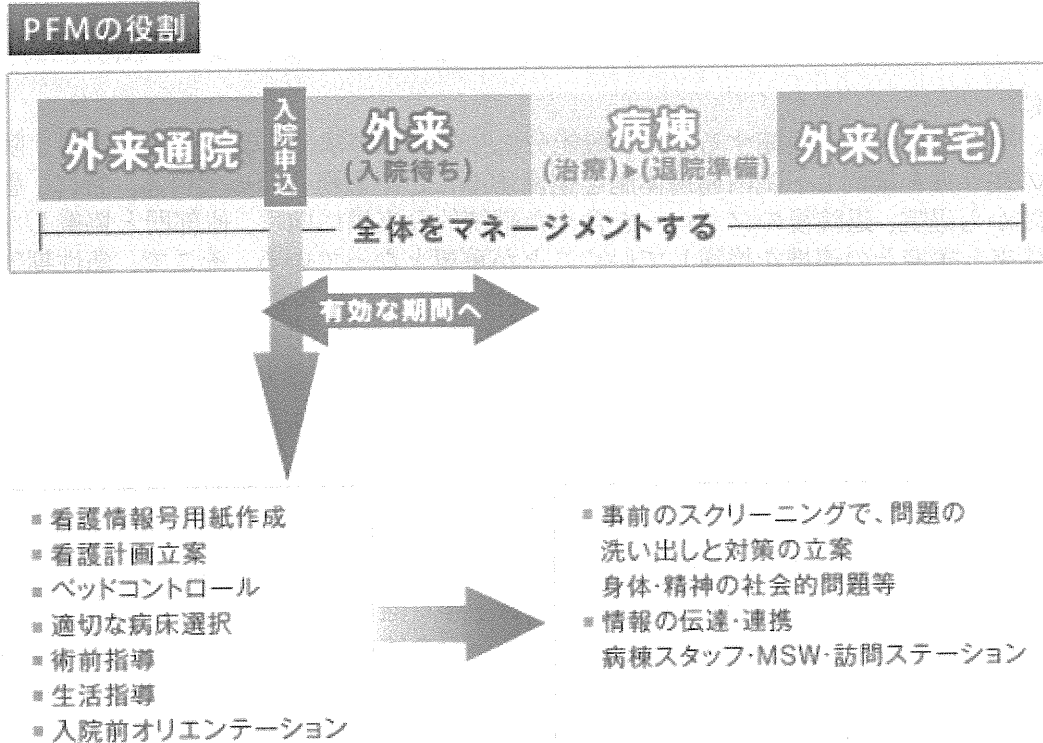


図 1 引用: [http://www.jikei.ac.jp/boshuu/recruit\\_nurse/aoto/pfm.html](http://www.jikei.ac.jp/boshuu/recruit_nurse/aoto/pfm.html)

表 1 PFM 看護師の業務<sup>3</sup>

- ① 入院前の患者の情報取得：入院予約時に入院患者基本情報用紙を作成する。看護計画を立案するとともに、入院によるリスク因子のスクリーニングと対策の立案
- ② 手術の説明・術前指導：医師の説明内容を患者と共有して手術に対するイメージ化を助け、入院までに患者自身が行う生活調整について指導し、安心してよりよい状態で手術に臨めるように支援。
- ③ 退院調整支援：入院により予測される経済的リスク、社会的リスク等をスクリーニングする。予測される問題に対して、各専門部門へのコーディネートを行う (a.退院時の患者状態の予測および公的福祉支援の手続き、b.MSW 業務の実施・後方施設、在宅医療との調整、経済的リスク相談、c.在宅看護支援・生活指導、自己管理指導、訪問看護ステーションとの交渉、d 早期リハビリ支援-ADL の把握とゴールの予測、早期リハビリ調整)
- ④ 入院時オリエンテーション  
入院パンフレットを下に入院生活のイメージを共有

青戸病院では、PFM 導入の効果として、①外来から看護計画立案・退院調整を実施することで、入院後に予測されるリスクを早期に発見し、対策を立案し、対処することで、患者中心の医療の提供を実現するとともに、平均在院日数を短縮、②看護部主導のベッドコントロールによる効率的な病床運営、③外来時から退院支援・療養生活のコーディネートを行うことができ、MSW だけでなく、各専門家が介入した地域への橋渡しが可能となる、④患者のニーズに対応した看護を展開し、専門家としての学びとモチベーションを高めることができる、といったことをあげている。

## PFM の概念を取り入れた院内連携の展開

### 1)院内連携の体制

院内連携を推進するための体制づくりとして、退院調整・退院支援、病床管理、地域連携を主に担うセンターあるいは部門を立ち上げ（以下、院内連携/退院調整・支援部門）、ここを拠点として院内連携を図る方法が考えられる。

院内連携/退院調整・支援部門には、総括者として医師や看護師、病床管理、退院調整・支援を担う看護師、社会福祉等の社会的資源の活用の側面から介入するMSW、部門間連携を促進するための薬剤師・栄養士、入院前から入院後まで一連の手続・相談等を担当する事務職員等で構成する。また、院内連携/退院調整・支援部門に所属する看護師、栄養士、薬剤師が、術前相談や術前オリエンテーション、退院支援・退院調整に関する相談を実施するための退院支援・療養支援外来を設置する。そして、外来、各病棟には、院内連携/退院調整・支援部門と情報を共有し、連携する担当者として、専任の退院調整・支援リンクナースを任命し、配置する。

院内連携/退院調整・支援部門の運営・管理に係る専従の看護師や病床管理を専門に担う看護師は、院内の様々な外来・病棟で臨床および管理を経験した、看護管理者とする。そして、術前相談や術前オリエンテーション、退院支援・退院調整に関する相談を退院支援・療養支援外来で実施する看護師や看護計画を立案する看護師は専任とする。これらの看護師には、近年の働き方の多様性を考慮し、「フルタイムで日勤しか担当できない者」、「日中、短時間でしか勤務できない者」で中堅以上の能力・スキルを持った看護師の配置を検討する。

院内連携/退院調整・支援部門に配置する薬剤師は、退院支援・療養支援外来にて現在の飲んでる薬剤のチェック、退院後の服薬のモニタリング、また病棟での服薬指導を担当できる者とする。栄養士は、退院支援・療養支援外来にて、術前・退院後の栄養状態の確認とフォロー、また入院中の栄養指導を担当できる者とする。

### 2)院内連携の流れ

院内連携の流れについては図1に示した。外来で入院が決定した時点で、外来の担当医は入院連絡票を院内連携/退院調整・支援部門に提出し、退院支援・療養支援外来の予約を入れる。予約を受けた退院支援・療養支援外来において、看護師は入院患者の情報収集・アセスメントを実施し、栄養士は栄養状態の確認、薬剤師は服薬している薬剤を確認する。また、必要に応じて、各部門に協力を要請する（例：手術に向け、早期からの呼吸器リハビリテーションが必要な場合には、理学療法士にコンサルテーション及び介入を依頼）。入院オリエンテーションも実施し、手術を行う患者に対しては術前オリエンテーションも実施する。また、患者に適用させるクリティカルパスを主治医に相談して選択し、クリティカルパスが適用できない患者、あるいはクリティカルパスに記載された以外の追加的な治療・ケアが必要となる患者については、病態関連図の作成とともに看護計画を立案する。さらに、在院日数の延長可能性や療養支援に問題が発生する可能性がある患者をスクリーニングし、退院支援・療養支援外来を担当している看護師が退院調整・支援リンクナースと連携しながら、入院中、退院後も継続支援を行う必要があるかどうかの判定を行う。なお、入院前に、主治医による入院診療計画書（クリティカルパスの書式）の説明を行う機会を設定し、入院支援・療養支援外来部門の看護師あるいは退院調整・支援リンクナースの立ち会う。

退院支援・療養支援外来で収集した患者情報や実施したアセスメント（入院申し送り票）、選択されたクリティカルパス、看護計画は、病棟の退院調整・支援リンクナースに申し送る。病棟の退院調整・支援リンクナースは、送られたものに基づき、患者をプライマリナースに割り当てるとともに、退院調整・支援や療養支援が円滑に進むよう



にプライマリーナースのケアをフォローする。退院調整・支援リンクナースは患者がクリティカルパス通り経過しているかどうか、退院が遅延する可能性がないかどうかを把握し、自病棟の病床管理の状況を病棟師長および、院内連携/退院調整・支援部門の病床管理を担当する看護管理者に申し送る。

病棟の退院調整・支援リンクナースは、退院後に地域の医療機関と連携し、支援が必要となる患者や地域連携クリティカルパス等に則って自院の外来で継続的にフォローしていく患者に関して、退院時サマリーを作成して院内連携/退院調整・支援部門に申し送り、院内連携/退院調整・支援部門が地域・自院の外来と連携を図る。

なお、院内連携/退院調整・支援部門に配置した病床管理を専門に担当する看護管理者は、①退院調整・支援リンクナースから各病棟の病床管理状況の申し送りを受け、日々の病床の空き状況・予約状況を把握する、②患者の入院が決まった時点で、①の情報を踏まえ、各診療科の部門長と相談して、入院日、入院病棟を決定するとともに、主治医と相談した退院予定日を確認する、②①の情報を踏まえ転棟の調整・決定を行う、③①の情報を踏まえ、緊急入院の受け入れを決定する、④各病棟師長と連携して、差額ベッドに関する説明や調整を実施、⑤各病棟師長と退院時間の調整を実施する。

#### おわりに

病棟業務の過密化への対応として、退院調整・退院支援、地域連携に関する業務の役割分担を図り、また各役割担当者間での協働の仕方を整理した上で、院内連携を推進していくことが重要となる。そのためには、院内連携を総括する拠点を設置し、退院調整・退院支援、病床管理、地域連携の機能を集約させることが必要となる。さらに、院内連携を効率的に推進するために、退院支援・療養支援を専門に担う外来の設置も求められるであろう。このような仕組みは、患者の入院から退院までの流れを効率的かつ円滑に進めるだけでなく、患者の継続ケアの保証につながるものと考えられる。

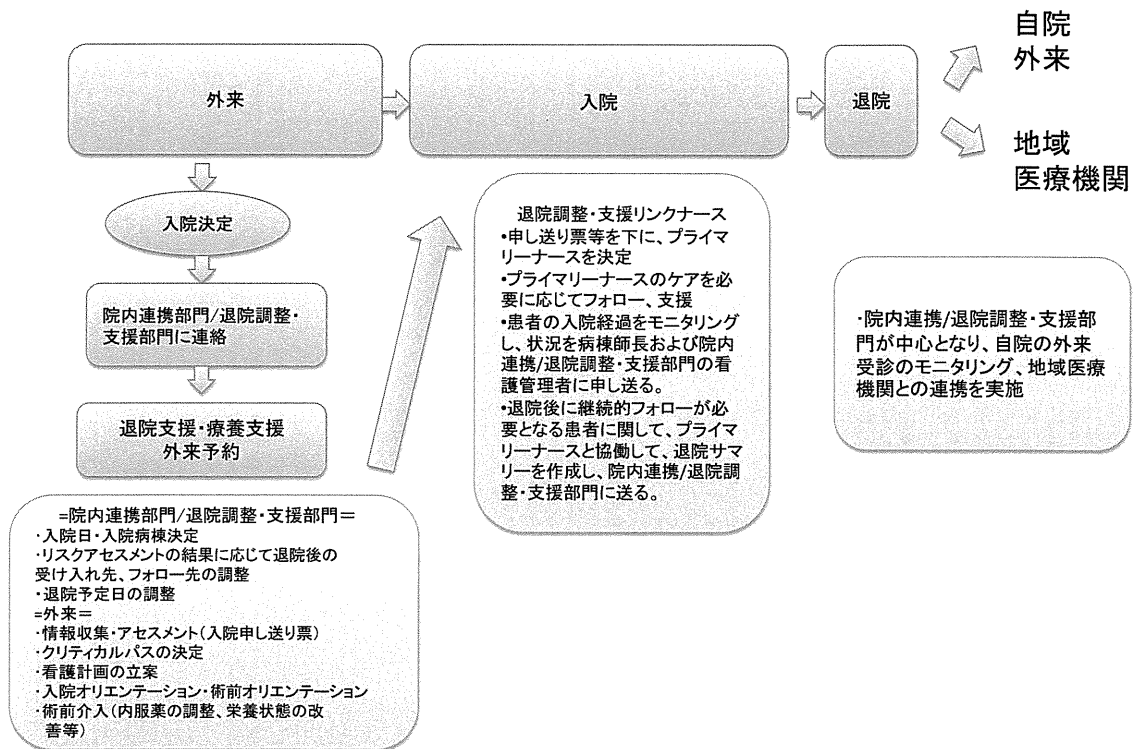


図 1 院内連携の流れ

引用文献

1. CHEN Lilling, 柴田俊明：急性期病院において Patient Flow の最大化を実現する最適な業務オペレーションに関する研究、三菱総合研究所所報、45、110-136
2. 田中豊：民間病院の再生 ー全体最適を目指した病院ー、  
<http://www.esri.go.jp/jp/archive/hou/hou060/hou051-05.pdf>
3. 柳澤美津代：「在宅」をあきらめない！ PFM 導入による変化と効果、看護、64(1)、53-57、2011

---

---

# 地域医療・福祉の連携

## 地域連携フィールド調査

### 山口・愛媛

---

---

平成 22 年 12 月（2 泊 3 日）の地域医療における視察ヒアリング調査は事例紹介として後述する。その結果は、一言でいえばわが国将来の姿を先んじてみるようであり、そこには地域医療・福祉の方向性を示す解決策のヒントがあると考えられる。

#### ・わが国の医療・福祉システムの構造と方向性

視察・ヒアリング結果として意を強くしたのは、地域医療と福祉は一体化していくことである。それが、医療者も患者である高齢者も望んでいることであるということである。かつての、医療の後に福祉がありそれらは密接に連携していけばよいという考え方より、医療と福祉は一体化していくほうが患者にとってよりよいのではということである。

一昔前の医療が主体で福祉が小さく追従している形態から、医療と福祉が分離されそれぞれで地域の住民を支えていく形態が進められてきた。医療と福祉という似ているが異なった分野を密接に連携していくことで、高齢者が地域で支えられていけるというものである。たしかに。それは正しい部分も多いが、高齢化に伴う疾病の多さ（高血圧、糖尿病、生活習慣病から目がかすむ、間接や腰が痛いなど幅広い症状）をみると、服薬管理も含めて医療から離れることは現実的でないともいえよう。地域によっては、かつての福祉が医療追従型でない形で医療と福祉の一体を図ることも大切ではないだろうか。

例えば、入院前計画から診断・治療と経てリハビリを含めた退院計画に看護師が大きく関わることで在宅生活が支えられ、本人家族が満足するケースが見られた。医療機関の看護師や PT が自ら在宅生活まで入っていくことで高齢者・家族、看護師ともに満足するケースである。そこには、在宅医療を支援するかかりつけ医のグループ、ケアマネジャー、行政などが受け皿としてすでに整備されていることが前提である。

また、そのシステムにのらないスキマの虚弱高齢者や障害者は、宅老所のようなホームが小学校区より狭い地域で、本人・家族をウォッチして補完していくなどの構造も同時に大切である。

#### ・福祉分野のこれから

それでは、福祉関係者はどのような位置づけになるのであろうかの疑問が改めて浮かぶ。地域の福祉機能は時代を見据えた新規の戦略をたてなければならない。いままでの、医療を卒業した後は、生活本位の福祉の世界というのは幻想になるかもしれない。医療との距離や自らの位置づけを再確認していくことが必要である。

#### ・地方の医療機関

一方で、地域の中小病院の存亡も語られていた。例えば、手術件数により外科医が執刀できないことより外科医の確保が難しいことなどもあげられていた。この傾向は下がるので

はなく当該地域の母集団となる人口減少により、さらに拍車がかかるものと容易に予想される。医療機関の再編整備から廃止に至る経路が示されているのである。

#### ・まちづくり

人口減少の観点からは、既存の都市がそのままではいなくなることも同時に意味している。まち全体では、コンパクト化がさらに進んでいこうし、そのための制度・政策として予算付けを行い実行していくことが望まれると考える。交通機関の見直し、高齢者を含めた多世代住宅の整備、商店街の活性化、農業のあり方等検討する範囲は広い。

#### ・必要な機能

しかし、住民のニーズは人口集積、地域性に関わらず「医療・福祉」「住宅」「商業」「+α」の基本となる4機能は変わらないと考えている（別の資料あり）。今後は、地方都市全体の再編整備を医療福祉を核にして、必要4機能を地域特性に合わせて社会資源を活用しながら、創りなおしていく時代ではなかろうか。そこに商店街活性化のヒントも隠されているのである。

#### ・タウンマネジャー

上記のことを調整・推進するための「機関」あるいは「人」が重要である。今回は、医学部教授がその任を受けているケースがあった。役回りはプロデューサーでありコーディネータである。医療・福祉分野に精通し、市民ニーズを把握しながら行政とも調整できる能力が求められる。本来であれば、市議員が行うべきであろうが、それは八百屋で魚を求めようようなもので、まず難しいといえる。当該地域で誰がそれを中心になって推進させるのか、人探しが重要である。場合によれば、様々な人達が登場できる架空の場として「プラットフォーム」をつくることも有り得る。ネット上でも、小会議でもよいと考える。

具体的に誰が中心になり、実施し、評価判定していくのか検討すべき課題は多いと考える。

#### 事例研究（視察・ヒアリング）

○山口大学医学部

山口県宇部市南小串 1-1-1

大学付属病院主玄関



山口県内基礎データ

人口：1,462,838人（平成22年6月住民基本台帳より）

医療資源：

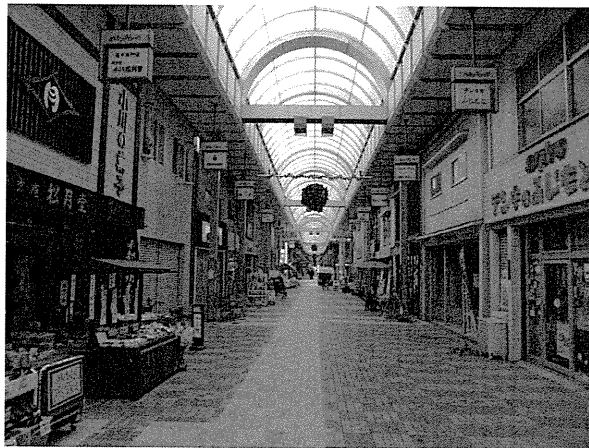
病院：147(内公的病院 33)、診療所 1296、医師 3393(内男性 2913(86%)、女性 479(14%))

臨床研修病院：14 か所

2次医療圏：8

医師確保対策：

- ① 地域医療を担う医師の養成：医師修学資金
- ② 臨床研修医の確保・定着：研修推進事業、地域医療教育研修センター整備事業
- ③ 即戦力の確保：ドクタープール、研修医研修資金
- ④ 病院勤務医の就労環境の整備：救急勤務医、女性医師保育支援、産科医育成等
- ⑤ 情報発信・収集、修業斡旋：ホームページ、無料職業紹介、広報・PR・リクルート等
- ⑥ 地域医療推進学講座（山口大学医学部）



近隣商店街の風景

## ○地域医療推進学

地域医療推進学 福田吉治教授

### ・ 卒前地域医療教育

- ① 講義：3年生対象、年4回。基礎知識、県の実情を考え双方向授業。昨年度のテーマ「地域再生に向けて」をテーマにミニシンポジウム。女性医師問題も講義。
- ② 実習：3年生対象、選択性（20名）。離島診療所などへ2泊3日実習。
- ③ 県医療セミナー：全学年対象、年2回。自治医大と合同開催、両大学よりそれぞれ11名参加。
- ④ 地域枠等学生：地域医療関連奨学金貸与学生対象、年1度定例研修会やサークル活動。
- ⑤ 高校生対象のセミナー：地域中核病院にてセミナー開催予定。

### ・ 卒後臨床研修からキャリア支援

- ① 地域医療研修の充実：総合医的医師（プライマリケア医、総合診療医、家庭医など）を目指す医師対象。公的医療機関（周防大・平群島）での専門医育成
- ② 研修医交流会：通称「研修医まつり」県内研修医が一堂に会する。今年度は150名出席。
- ③ 派遣・招聘事業：指導医や研修医の派遣（国内外）。

- ④ 研修セミナー：研修会・セミナーの開催。
- ⑤ その他：研修プログラムの充実。相互交流「やまぐち臨床研修コンソーシアム」。学内「地域医療教育研修センター」は拠点基地。

・調査研究

テーマ：必要医師の算定、高度医療機関への搬送時間の地域格差の定量化、医学生意識調査等

地域医療学の内容／プライマリケア、家庭医療、へき地医療、ヘルスサービス、疫学、予防学、社会学等

・スタッフ

教員 4 名、事務補助員 3 名、学生



地域医療推進学のミッションは、まず医師確保がある。

このセクションは本来の機能と共に、シンボリックな意味をもっている。

医師確保については本学は、現在卒後研修医少し増えている状況にある。

今後地域医療支援センターを各県につくる。そして、地域医療振興会もある

従来は自治医大が医師の派遣については仕切っていたが、現在は状況が少し異なり、結果として医局が壊れるような事態となってきたといえる。すなわち、医師のプールがなくなったのである。

(今後のこととして例えば、リタイアしたドクターは夏場大阪で働いて、冬に沖縄にいくのはいかがでしょうか。)



また、琉球大学（沖縄県）は外国から人をどんどん入れている。研修医システムは balan

スが取れているといわれている。しかし、山口大学医学部はここがつぶれると地域医療がすべてダメになる。ちなみに、米国では学会が医師の品質保証をして、その後医療界への自由市場（フリーマーケット）に行けるようになってきている。医師のつなぎとめの策はどのようなものがあるか。今後の大きな課題である。

理由

① 科目により魅力ないものがある

耳鼻科は大正時代から診療報酬がそれほど変わっていない。業務と報酬が時代とあっていない。一方、眼科は報酬も徐々に上がりうまくいっている  
プライマリーケアがうまくいけば3分の一なくなる

② パワフルな脳外科のケースはどうだろうか。

○診療連携室

看護師長 相村光枝（がん相談員・この職種で4年目）

場所：病院週出入口ロビー

職員体制：10人（内訳／SW1、事務2、ナース常勤2（内1は看護師長）、非常勤3  
ケアマネジャーはいないが、退院連絡システムがあり有効に機能している。それは、保健センターから情報送ってくれているが、行政が担当に振り分けてくれている。

現在ここに訪問看護ステーションはない。



診療連携室



受付

入院時には ID についてナースが確認、それを各診療科につないでいる。

退院：

- ① 在宅支援のために病院から元気になってことを病棟看護師がみにきてくれる（ナースが元気になるケースである）。すなわち、看護師自身が、自分でやったことのアウトカムがみれることで、モチベーションが上がるのである。
- ② 亡くなって病院から来ると喜ぶ  
本人が亡くなったあとでも、遺族と会うことで満足するケースはある。すなわち、フォローアップがいかに大切かというところであろう。病院から退院すればそれで終わりというわけではないのである。

患者の流れについて

現在、看護師が患者を入院からおいにかけていない（15～20年前昔は総婦長がやっていた）。医師はあまりに忙しいので、院内連携が取れていない状況にある。とくにパスにのらない人（30～40%）をどうするかが課題となっている。

Q. リハビリ専門病院あるのか

A. 回復リハは脳外科、整形で、専門病院はない。

療養病床3か所あり（パスを共有している）。

リハ計画をつくる時（平成19～）ワーカー、看護師長2人が連携室としてオブザーバーとして入っている。

Q. 入院計画はあるのか

A. まだない。それは、直前の入院多いからである。

入院計画は外来診療部から動かないとできない。疾病はがんが50%くらいか。

○美弥市

院長 本間喜一、事務管理者 内藤克輔、管理部長 藤澤和昭  
山口県美弥市大嶺町東分 1313-1

① 美弥市

平成0年市町村合併により人口3万人になった。現在、自治体病院2か所（出身者は山口大学医学部多い）ある（下記）。この2つの病院は機能分担を考えているが、現実はそのようになっていないのが実情である。

- ・美弥市立病院 146床（救急主体）
- ・美東病院 100床（慢性、療養）

（参考）

人口10万人当たり地域中核病院1か所（40万人なら4か所）  
稼働率からいえば1病院300床程度

② 患者の状況

平均在院日数19日（慢性病棟を含む）

機能分化が難しいのは、2つの病院はそれぞれ生活圏域が違うことにも起因している。

美東病院は日赤、小郡、済生会などの病院に行く  
特養、老健、ケアホームあり

Q. 在宅の体制はどうか

A. あまり進んでいない、この周辺は老夫婦のみ世帯が多い。



一人暮らしでは、退院しても家庭帰れない（社会的入院）ケースが多い。また、隣近所もなくコミュニティが壊れている。

昔は、田んぼの稲刈りのあとは豆を蒔いていた。いま誰もやっていない。農業自体も変化している。

## ○和（なごみ）の会

責任者 佐藤坤子  
宇部市草江 2-5-5

理念：地域住民が主体となって誰もが健康で生きがいをもって、自分らしく暮らせる地域づくりを目指すために以下の事業を実施する。

法人格：現在なし

対象：障害の有無にかかわらず子供から高齢者まで誰でもが利用可能。「第2の我が家」24時間 365日近所の手助けが必要な人のためにおこなう

時間：月曜日から金曜日。午前10時～15時（休み／土・日・祝日）

内容：交流サロン事業、健康増進事業、生きがい事業、日常生活支援事業、安否確認事業、相談事業、その他の事業

例：「お茶のみ」、「昼ごはん」、「血圧測定・ヨガ・健康体操」、「散歩・買い物」、「子育て・介護」、「家庭菜園」、「囲碁・将棋・お花・お茶」など、制度の隙間を地域で拾っていくのが主旨。

構造：シニアアドバイザー＋地域の資源

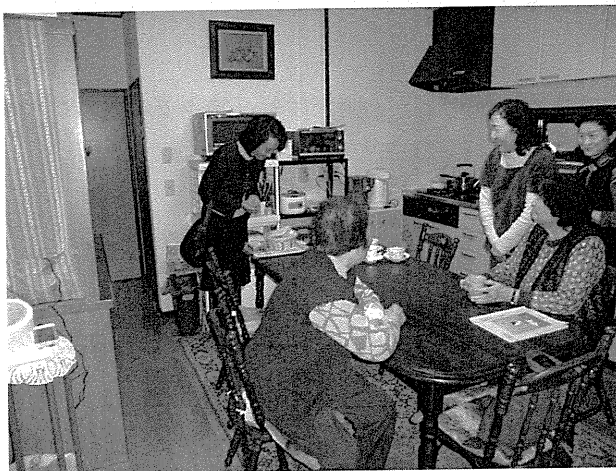
利用料：500円（材料費、送迎別）

職員：常勤4人（料理1、看護師1、リハ（元高校教師）1、支援1）、非常勤10人（ヨガ、散歩付添など）、男女別は14人すべて女性

給与：常勤職員は給与（時間給、交通費）



外観正面



団らん風景



ヒアリング状況

補助：市からの補助が年間 620 万円（8 か月べ分→年間では約 930 万円超）

ちなみに、東京都武蔵野市では同様なケース（「テンミリオンハウス」）では年間

1000万円が上限である。

整備状況：24校区で現在4か所あり。小学校区の1/4くらいがテリトリー。

2歳の子供くると認知症の高齢女性がかわいがる。そして、小学生もやってくる。世代交流の場づくりとなっている。また、戦争体験者は当時の人殺しの話をする。それは聴いている人にも役立つことになる。

利用者は最大時20～30人

スタートする前に、1年半くらい前絵から勉強会をはじめている。

ケアマネは実態をみていない（ケアマネは表からの情報である。本ホームは裏からみている）と思う。例えば、歩ける人でも、日によっては歩けない日もある。患者本人や家族とじっくり話をする。それによりデイケアに行くケースは朝ホームヘルパーが入る。デイケアはその日の本人の状況によるのである。

○愛媛大学医学部

看護部長 田淵典子  
愛媛県東温市志津川

### （1）病棟と看護

現在、病棟崩壊は看護師長の崩壊と大きく関係しているといえる。いままでは病棟病床の管理を看護師長がやっていた。近年それが崩れてきた。

そこで、それを解決するために診療報酬改定を一つのチャンスとして捉えた。それは、職員配置が7：1になることで、在院日数の短縮→退院後の家族・環境整備→やり直して病院へ提言→看護の人材確保という流れが可能となるのである。

看護の自発的意欲はスタッフとしてそれがやりがいにつながっている。

これは、年齢の若いナースが生活の意味をわかってくる。

例えば、退院支援コアチェック

全セクション病棟に1人ごと配置、合計20数名いる。

ケアセンター長は看護師。

窓口は認定医師であり、これはアセスメント能力あるからである。

医師とマネジメントできることで、チーム医療のコアとしてのナースの位置づけも決まってくる。そして、看護師もしっかりしているので是非活用してほしいと考えている。

医師の指示が説明会を申し出てくる。

看護婦も医師の意見を聞いておけるので患者と医療をつなぐことができる。

医師と看護師が対等な関係を築いていくことも大切なことである。

看護全体の作業量が10あると、病棟にすべて使うのではなく、そのうちの8や7を病棟にして2、3を地域との連携、家庭内への作業として振り分ける。

これが医療・福祉の地域連携である。

看護部長になったときに、看護師にあるべき姿をみせ、今は大変だが1年後には年休がとれるようにするからとゴールを明確化した。イメージを伝え目標を看護師が理解して、安心して皆でやってみようとなった。結果として離職率が下がった。

これは形態が、ルールからミッションへと変えたことである。



ヒアリング状況

### (2) 医師の役割

患者としての高齢者は、忙しい治療（医師）から生活（看護）へきている。生活者としての患者を診ておく必要がある。すなわち看護師自身が外へ出ていく必要性がどんどん高まる。そこから、救急性の必要性をみる。顔がみれる関係で、その人の家の中までみていくこと。家庭に入ると違う風景がみえてくる。それを各種委員会で報告し、患者のより良い医療・福祉へと結びつけている。

### (3) ボランティア

現在ボランティアは 200 人。ボランティア「いきいき会」代表（寺岡陸雄）は、元自衛官。患者図書室も看護部とともに管理している。院長や看護部長と食事会を催すなどして情報交換をしている。なお、患者図書室は「医療の質を考える会」（理事長日野原重明）からの寄付で実現している。患者自身が自ら疾病について勉強して、病院ともに治療にあたろうというための図書室である。患者のニーズも把握していくこと。看護婦も地域の人であることを認識することが大切。これからのキーワードは「地域」である

### 参考

5 S 改善 TQM が大切。  
一般的に職務満足すると皆元気出てくる。  
フロントラインの人たちと一緒に原点に戻り患者をもとに価値を見出す。

病棟関係の小集団、看護単位ごとの課題を把握し、目標達成する。  
新卒看護師が 40% いるので、単位ごとに教育が必要。それが、各病棟間の改善活動となった。ベッドコントロール、話しあいの場所など参加型アウトカム・オリエンティド→医師は特に入っていない。

Q. それにより事務やロジスティックなどバックヤードは変化するか  
A. クラークを配置している。クラークが事務に持っていくことで「抜け」がなくなった。医事課からも内容などが違っていれば連絡がある。  
結果として、看護師や職員に経営的発想が出てきている。  
フロントラインとバックヤードが一体化することが大切。

Q. 平均在院期間が短くなっている。患者を連続してみるものがなくなっている。治療の