

【地域事例班①】新しい概念に基づく大腿骨頸部骨折連携クリニカルパスによる急性期病院から回復期病院への地域連携

研究分担者 副島 秀久（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 院長）

研究分担者 町田 二郎（恩賜財団社会福祉法人済生会熊本病院 副院長）

研究要旨

済生会熊本病院と日常的に医療連携関係を構築している A 病院との間で運用する大腿骨頸部骨折連携クリニカルパス（以下パスと略す）を作成した。使用する医療用語は日本クリニカルパス学会から刊行されている Basic Outcome Master (BOM) を使用し、A 病院での看護の標準化による医療の質と安全の担保、将来の電子化とデータの二次利用を視野に従来の看護記録を日めくりパスに変更した。また患者状態アセスメントに使用する転倒転落評価、嚥下評価、疼痛評価ツールを同一のものとし、転院時に提供する診療情報項目を規定した。ADL 評価指標は2施設とも FIM に統一し FIM 評価方法に関する勉強会を開催し、転院直前に A 病院理学療法士が済生会熊本病院に来院し FIM 評価を共有した。A 病院では連携パス、日めくりパス導入により働き方が変わり負荷が増加する不安があったものの、日めくりパス運用開始後はパスが看護観察内容の標準化を実現しケアの質改善と多職種間で遅滞なく患者情報を確認できるという肯定的な受け止め方に変化した。また両施設のスタッフが日めくりパス記録を相互評価することは、自院の診療プロセスと記録の在り方を見直す良い機会にもなった。本研究期間が短かったため連携パス導入による在院日数、ADL 改善度、合併症発症頻度、等に対する検証はできていないが、今後症例集積により連携パス導入の成果を明らかにする。

A. 研究目的

これまでの地域連携クリニカルパス（以下、パスと略す）では、特に回復期病院のパスにアウトカムと時間軸の設定がなされていない例が多く、また患者状態のリスク評価方法や ADL 評価方法、記載する医療用語、医療記録の形式等が標準化されていなかった。このため医療記録データの二次利用が困難で、地域医療連携の医療資源、時間投入対成果を患者アウトカムベースで評価することが困難であった。

本研究では当院と一カ所の連携病院（A 病院とする）との2施設間で運用する大腿骨頸

部骨折連携パスを作成し、全経過の患者アウトカム、時間軸を明確にし、患者リスク評価方法、医療用語、医療記録形式を標準化した。この一連の取り組みの課題、成果を明らかにする。

B. 研究方法

1) 対象と研究期間

平成29年1月1日から3月31日までに大腿骨頸部骨折で当院へ入院し、骨接合術を受け、A病院へ転院した患者4名が対象である。

2) 研究方法

- ① 本クリニカルパス学会から刊行されている BOM (Basic Outcome Master) に搭載されている医療用語を用いて連携パスを作成した。さらに当院で使用している大腿骨頸部骨折パスを参考に、転院先でも継続して観察していくアウトカムとそれに紐づく観察項目を、両施設の看護師、理学療法士、医師が協議の上決定した。その上でオーバービューパスと日めくりパスを当院だけでなく A 病院にも導入し、転院前後を通じ一貫して観察するアウトカムの変化を評価した。
- ② 患者状態評価ツールを両施設に於いて共通化した。具体的には、転倒転落評価、嚥下機能評価、疼痛評価のツールを完全に同一のものとした。このツールを利用して転院前後を通じ一貫した患者状態の評価を行った。
- ③ ADL の評価指標が当院では Barthel Index (BI)、転院先施設では Functional Independence Measure (FIM) であり両施設で異なっていたため、これを FIM に統一した。FIM は採点に際して評価者バイアスが入る可能性があるため、両施設職員が参加する FIM 講習会を開催し採点方法についての方針を共有した。また転院直前には転院先の理学療法士が当院へ来院し、転院予定患者の FIM 採点を再確認することにした。その上で転院前後の FIM 値の変化について評価を行った。
- ④ 転院に際して当院から転院先に提供すべき診療情報項目について両施設で協議を行い、担当医、担当看護師、患者が異なっても、提供診療情報内容に漏れがないように、提供診療情報項目の標準化を行った。
- ⑤ 転院前、転院後に発生した合併症について検討を加えた。

- ⑥ 一連の在院日数について検討を加えた。
- ⑦ 連携パスを作成し運用していく上での問題、課題、利益について両施設職員にヒアリングを行った。
- ⑧ 本来なら連携パス導入効果判定のための指標を設定し、統計学的に解析するべきところであるが、研究期間が短く対象症例数が不十分であることから解析結果までの報告は困難である。従って本報告では連携パス導入以前のデータを参考として提示するにとどめる。
- ⑨ 対象患者に大腿骨頸部骨折連携パスを適用したあとアウトカムが達成できない場合や合併症が発生した場合は、主治医判断でいつでも連携パスを中止し適時適切な診療を行うことを可能とした。
- ⑩ A 病院では電子カルテ導入はまだであり、紙記録での運用である。

(倫理面への配慮)

本研究は 2015 年に厚生労働省と文部科学省が作成した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に基づき実施した。本研究は既存のデータを利用した観察研究であり、研究結果に個人を特定できる情報が含まれることもない。大腿骨頸部骨折連携パスを適用する際に、データを臨床研究に利用することは患者、家族の同意取得済みであり、実際の研究実施に当たっては倫理上の問題がないように配慮した。

C. 研究結果

日めくりパスの記載内容については実際の記録を提示することはできないため、書式を図示し記載内容の要点、問題点を記述する。

① 連携パス：オーバビューパス (図 2-3①. 1)

1)

パスの構造は上段にパスの済生会熊本病院適用基準、済生会熊本病院除外基準、済生会熊本病院ゴール設定およびA病院適用基準、A病院除外基準、A病院ゴール設定が掲載されており、両施設がこれを共有することができる。つまり済生会熊本病院のゴールはA病院の入院受け入れ基準であり、またA病院での最終ゴールを両施設スタッフが知ることが可能である。その下の段では両施設の日々のアウトカムと必要なタスクを一覧できる。

図 2-3①. 1 医療者用大腿骨頸部骨折連携オーバビュークリニカルパス

② 連携パス：A病院の日めくりパス (図 2-3①. 2、図 2-3①. 3)

日々のアウトカムとそれに紐づく観察項目はすべて Basic Outcome Master で構成されており、観察項目の基準値も設定されている。このため基準値を外れる「異常」な状態であるという認識をしやすい、様々なレベルの看護師間のレベル向上に役立つ。両施設の医師、看護師、理学療法士と話し合い、2施設間で継続して観察していくアウトカムと観察項目、その基準値を決定した。回復期病院では状態の悪化がない限り観察と記録は1日1回であったことから、入院日のみ複数回の観察と記

録を実施する設定にしてある。対象となった4例において、パスに設定された観察と記録の漏れはほとんどなかったが、初期経験で不慣れなせいか、今回看護師にとっては初めて取り組んだ看護師による FIM 評価値の記録に漏れがあった。日めくりパス右欄のバリエーション時の記録も漏れなく記載されていた。一例に尿路感染に基づく3日間の発熱と主治医からの内服抗生剤オーダーがあったが、観察時刻の発熱がなかったために日めくり記録への記載が漏れていた。今後の記載ルールの見直し、継続的な教育が課題である。

大腿骨近位部骨折連携クリニカルパス()

患者氏名	月	日	曜日 (入院日)	主治医	担当看護師	OC 時刻	内観/アクション
H 患者 状態	時間帯						
	H 0	サイン					
	09670	バイタルサインが安定している					
		収縮期血圧【基準値: 90~180mmHg】					
		拡張期血圧【基準値: <100mmHg】					
		体温【基準値: <37.0℃】					
		脈拍数【基準値: 50~100回/分】					
	H 0	腫脹の膨らみ・所見がない					
	01280	SpO2【基準値: 95%以上】					
		呼吸音の聴取がない					
		【基準値: 正常/ワランス: 減退、管音、いびき音、喘鳴、水泡音、湿啰音、異常音】					
		気道分泌物の量・性状に問題がない					
		【基準値: 正常/ワランス: 粘膿性/ワランス: 膿性痰、高粘性】					
	H 0	肺腫脹の症状・所見がない					
	01170	呼吸音がない					
	胸痛がない						
H 0	深部静脈血栓症の症状・所見がない						
01150	腫脹がない(両下腿)						
	熱感がない(両下腿)						
	浮腫がない						
H 0	深部静脈血栓症の症状・所見がない						
02130	しびれがない						
	青腫ができる(足関節および脛部)						
H 0	疼痛のコントロールができています						
02740	疼痛がない						
	NR【基準値: 0~5】						
	疼痛部位(部位を記入)						
H 0	創面に問題がない						
02330	発赤・腫脹・出血・浸出液がない						
	【基準値: 異常なし/ワランス: 発赤、腫脹、出血、浸出液、血腫、膿瘍、皮下液貯留】						
H 0	食事摂取ができる						
01480	食事摂取量(主食)						
	全量摂取(主食)						
H 0	排便のコントロールができています						
01710	排便がある						
H 0	精神状態が安定しています						
02400	不穏状態がない						
	眠れる						
F 0	ADLの拡大ができる						
00020	FIM: 清拭・入浴【基準値: 4】						
	FIM: トイレ動作【基準値: 4】						
	FIM: 移乗(ベッドなど)【基準値: 5】						
	FIM: 移乗(椅子)【基準値: 5】						
	FIM: 移動(歩行)【基準値: 4】						
K 0	疾患について理解できる					共有情報・その他	
02810	説明内容に疑問・不快感の表出がない						
K 0	リハビリについて理解できる						
02750	必要性が理解できる						
	リハビリ依頼						
	採血						
	レントゲン						
00810	体位測定						
00070	薬性シリンジ管理						
00083	橋下評価						
00001	入浴						
00010	口腔ケア						
00041	入院時オリエンテーション						
00094	説明・転院履歴(ワランス)						
00011	転院・転院リスク評価						
00018	栄養評価(MNA)						
00009	持参薬確認					主治医による総合評価 (問題なし・問題あり/バで使用中止)	
00009	アレルギー確認						
	監視(2:00)						
	監視(3:00)						
	監視(3:00)					医師サイン	

図 2-3①. 2 A病院日めくりパス (入院日)

大腿骨近位部骨折連携リハビリパス()

患者氏名	主病名	担当看護師	月		日		曜日		OC 日付・時刻	内容/アクション
			月	日	月	日	曜日	曜日		
			日付		時間帯		サイン			
H.O. 00670	バイタルサインが安定している 気管挿入【測定値:40~100mmHg】 常時動脈圧【測定値:<100mmHg】 体温【測定値:<37.0℃】 脈拍数【測定値:50~100回/分】									
H.O. 01280	肺炎の症状・所見がない 【測定値:SpO2>90%】 呼吸音の聴取がない 【測定値:主発/ノイズ:換気, 音:いびき音, 喘鳴, 水泡音, 捻転音, 異常音】 気道分泌物の量・性状に問題がない 【測定値:オクシメータ, 影響性/ノイズ:濃度, 換気量】									
H.O. 01170	肺塞栓症の症状・所見がない 呼吸器が正常									
H.O. 01150	深部静脈血栓症の症状・所見がない 腫脹がない(両下脚) 紅腫がない(両下脚) 浮腫がない(両下脚) DVTがない									
H.O. 02130	腸骨神経麻痺の症状・所見がない しびれがない 感覚が正常(足関節および第1趾)									
H.O. 02740	尿管のカンテールが正常である 疼痛がない NRS【測定値:0~3】 疼痛部位(部位を記入)									
H.O. 00530	創部に閉鎖がない 【測定値:腫脹/出血・浸出量がない】 【測定値:赤変/ノイズ:発赤, 腫脹, 出血, 浸出液, 臭気, 痂皮, 皮下硬結】									
H.O. 01080	食事摂取ができる 食事摂取量(朝食・主食) 食事摂取量(朝食・副食) 食事摂取量(昼食・主食) 食事摂取量(昼食・副食) 食事摂取量(夕食・主食) 食事摂取量(夕食・副食)									
H.O. 01710	排便のコントロールが正常である 便秘がない									
H.O. 02400	精神状態が安定している 不穏状態がない 眠れる									
F.O. 00020	ADLの採手ができる FIM:清拭・入浴【測定値:4】 FIM:トイレ動作【測定値:4】 FIM:移動(ベッド上)【測定値:5】 FIM:移動(ベッド下)【測定値:5】 FIM:移動(歩行)【測定値:4】									共有情報・その他
K.O. 00100	疾患について理解できる 説明内容に疑問・不協感の表出がない 【測定値:理解/理解できない】 必要性が理解できる									
			日付							
0002700	嚥下リスク管理									
0000100	入浴									
0001600	口腔ケア									
										主病名による総合評価 (病歴なし・問題あり/バで使用中止)
										医師サイン

図 2-3①. 3 A 病院日めくりパス (入院翌日以後 7 日目まで)

③嚥下評価アセスメントツール(図 2-3①. 4、図 2-3①. 5)

済生会熊本病院では看護師による嚥下スクリーニング(図 2-3①. 4)を実施する。これは電子カルテのテンプレートになっており、1項目以上該当すれば次に嚥下評価アルゴリズムに従って嚥下評価を実施する。これに基づき食事形態が決定するが、必要に応じ嚥下認定看護師が介入していた。A 病院ではすべて ST が嚥下評価を実施し看護師は関与していなかった。今回、済生会熊本病院の嚥下評価アルゴリズムを基に 2 施設間で新たなアルゴリズムを作成し、A 病院でも看護師が嚥下評価のスクリーニングを実施することになった(図 2-3①. 5)。A 病院内での看護師教育と

サポートにより、4 例とも嚥下評価を実施されている。また、パスに口腔ケアの設定が明記され、確実に実践されていた。

嚥下機能スクリーニング	
<input type="checkbox"/>	年齢80歳以上
<input type="checkbox"/>	食事や飲水でもむせたことがある
<input type="checkbox"/>	意識障害
<input type="checkbox"/>	脳疾患(既往および罹患を含む)
<input type="checkbox"/>	ご縁が疑われる肺炎や繰り返す肺炎(既往および罹患を含む)
<input type="checkbox"/>	顔面麻痺
<input type="checkbox"/>	構音障害
<input type="checkbox"/>	嘔声
<input type="checkbox"/>	機関チューブ挿管後
<input type="checkbox"/>	気管切開
<input type="checkbox"/>	経管栄養からの移行
<input type="checkbox"/>	絶食5日間以上
<input type="checkbox"/>	主治医からの嚥下評価指示

図 2-3①. 4 嚥下スクリーニング

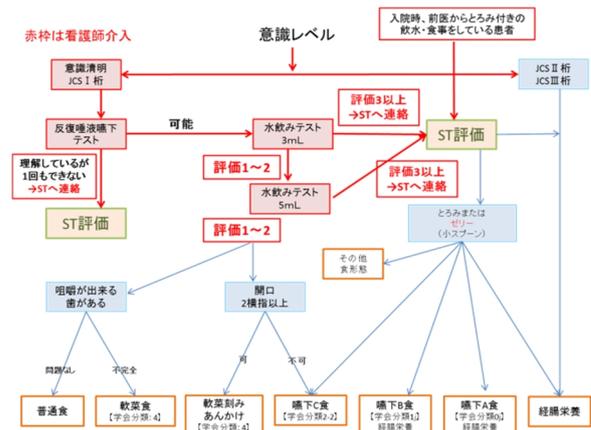


図 2-3①. 5 嚥下評価アルゴリズム

④転倒転落評価アセスメントツール(図 2-3①. 6)

転倒転落評価アセスメントツールは両施設で運用されていたが、評価項目、評価スコア、評価基準に若干の違いがあったこと、大腿骨頸部骨折患者は転倒が受傷理由であり転倒転落リスクは危険度(高)に値することから、済生会熊本病院のアセスメントツールを共有することになった。4 例とも A 病院においての運用に問題はなかった。転倒転落対策については入院環境整備に関する投資も必要であ

るため、現時点では同一の対策が完備しているわけではない。

転倒・転落アセスメントスコア		
項目	アセスメント内容	スコア
年齢	70歳以上、12歳以下	2点
既往歴	転倒転落したことがある 失神したことがある	2点
感覚	視力障害がある	1点
環境	緊急入院 入院日	1点
機能障害	転科・転棟当日である 麻痺がある、しびれ感がある 骨・関節に異常がある（拘縮、変形）	3点
活動領域	足腰の弱り、筋力の低下がある 車椅子、杖・歩行器を使用している 移動に介助が必要である ふらつきがある リハビリ開始時期、リハビリ実施中である 手術、侵襲的検査・治療当日である 転倒・転落発生後24時間以内	3点
認識力	見当識障害、意識混濁、混乱がある 認知症がある 判断力、理解力、記憶力の低下がある 不穏行動がある	4点
薬剤	鎮痛剤 麻薬剤 睡眠安定剤 抗パーキンソン在 降圧利尿剤 洗腸緩下剤 化学療法剤	各項目1点
排泄	尿・便失禁がある 頻尿がある トイレ介助が必要 尿道カテーテル留置 夜間トイレに行く	各項目2点
症状	発熱がある 状態変化がある（血圧低下、呼吸困難、疼痛など） 腹水貯留、浮腫がある	2点
危険度判定	危険度低リスク0～5点：転倒・転落を起こす可能性が低い 危険度高リスク6点以上：転倒・転落を起こす可能性が高い	

図 2-3①. 6 転倒転落アセスメントツール

⑤ 疼痛評価スケール¹（図 2-3①. 7、図 2-3①. 8）

疼痛評価スケールも両施設で使用されていたが、フェイススケール、NRS の図、疼痛部位、疼痛の性質等に関する質問方法が異なっており、A 病院のものを共有することにした。4 症例においてすべて NRS 評価と記録がなされており漏れはなかったが、基準値を外れるバリエーション時の対処に関する記載がなかった。実際には医師記録の方に鎮痛剤投与の指示に関する記録があったが、今後は日めくりパスにも記載する方針を検討すべきと思われた。

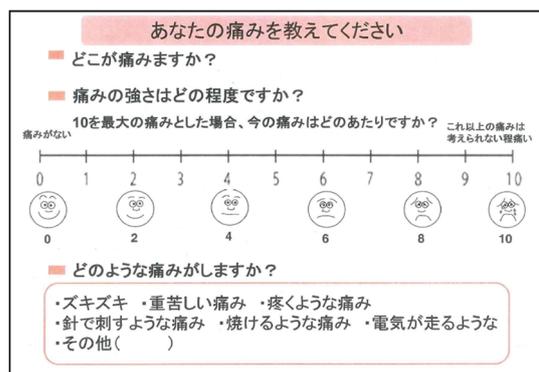


図 2-3①. 7 済生会熊本病院の疼痛評価スケール

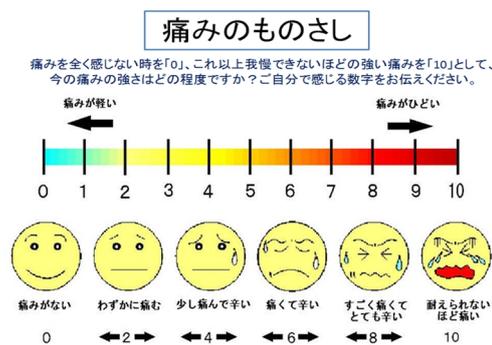


図 2-3①. 8 A 病院の疼痛評価スケール

⑥ 転院時の診療情報提供項目（図 2-3①. 9）

転院調整期間の無駄をなくし転院後のリスクを最少化する目的で、両施設の医療連携担当者を中心に、看護師、医師、理学療法士から意見聴取したうえで転院時に必要な診療情報項目を図に示す通り標準化した。以前は済生会熊本病院主治医が作成した診療情報提供書を基に A 病院内で転院受け入れの可否を相談していたため、診療情報提供内容に追加を求められ転院の再検討をする転院調整期間の無駄があったが、本書式を採用後は診療情報提供項目の追加要求は発生していない。

¹ Wong DL, Baker CM. Pain in Children: Comparison of Assessment Scales. *Pediatr Nurs*. 1988;14(1):9-17. <<http://wongbakerfaces.org/wp-content/uploads/2010/08/pain-in-children.pdf>> 2017年5月23日アクセス

【 】 病院宛転院相談記録			
紹介元	済生会熊本病院	診療科	医師名
患者名(フリガナ)		生年月日	年 月 日
患者名(漢字)		年齢	性別
住所			
電話番号			
病名			
入院までの経過			
既往歴			
家族構成			
内服薬			
持続点滴	酸素吸入		は
人工呼吸器	気管切開		
吸引	褥瘡		
アレルギー	薬品	食品	
【感染】結核	【感染】MRSA	【感染】その他	
その他			
食事	経管栄養		
嚥下障害	経管栄養内容		
ADL(リハ状況)	移動手段		
排泄			
ナースコール			
精神障害	認知症	言語障害	
かかりつけ医			
介護保険	居宅	ケアマネ	
方向性と急変時対応			
エアマット	使用中のエアマット		
病室希望	キーパーソン		
睡眠状況	転倒リスクと補助具		
転院目的			
連携バス使用の有無			
記載日	記載者(患者相談支援室)		

図 2-3①. 9 標準化された転院時診療
情報提供項目

⑦ 連携パス導入前後の症例比較

大腿骨頸部骨折患者に対し骨接合術を実施した患者の年齢中央値、性別、済生会熊本病院と A 病院の入院期間中央値、A 病院入院時と退院時 FIM (中央値)、済生会熊本病院と A 病院での合併症について、連携パス導入前後の症例を参考までに提示する。A 病院での 1 日あたりリハビリ単位数は 6 単位を目標にしておき、この点は連携パス導入前後での変化はない。対象は平成 28 年 1 月から 6 月までの期間 (連携パス導入前群とする) と、平成 29 年 1 月から 3 月までの期間 (連携パス導入後群とする) に済生会熊本病院に入院し当該手術を受け A 病院へ転院した患者、各々 7 名と 4 名である。

連携パス導入前群：年齢中央値 75 才、男：女=2：5、済生会入院期間中央値 13 日、A 病院入院期間中央値 57 日、済生会合併症は腓骨神経麻痺 1 例、深部静脈血栓 3 例、尿路感染症 1 例、A 病院合併症は敗血症での済生会再入院 1 例、低温熱傷 1 例、大球性貧血 1 例で

あった。転帰は自宅退院 3 名、施設入所 3 名、済生会再入院 1 名であった。入院時 FIM (中央値；運動) 45、入院時 FIM (中央値；認知) 26、退院時 FIM (中央値；運動) 58、退院時 FIM (中央値；認知) 27 であった。

連携パス導入後群：年齢中央値 88.5 才、男：女=0：4、済生会入院期間中央値 9.5 日、A 病院入院期間中央値 38.5 日、済生会合併症はなし、A 病院合併症は尿路感染症 1 例、下痢 1 例であった。転帰は自宅退院 2 名であった。入院時 FIM (中央値；運動) 51、入院時 FIM (中央値；認知) 33.5、退院時 FIM (中央値；運動) 83.5、退院時 FIM (中央値；認知) 34.5 であった。2 名は 3 月末時点で入院中であるため、入院期間、転帰、退院時 FIM の対象から除外している。

D. 考察

病床機能分化を推進する上では、同一法人内であれ異なる法人内であれ、地域内での医療連携が大前提である。機能の異なる病院施設間を患者が移動することは大きなリスクを伴う。患者状態に関する情報伝達が不十分であれば、移動後に様々なリスクが発生しうる。また患者アセスメントやケアの方針が異なれば、期待される患者アウトカムの達成にも疑問符がつく。この問題は一病院内での病棟間移動においても同様のリスクが発生するとし、世界の病院機能評価基準である Joint Commission International (JCI) でも重視されていることである。

この問題解決を目的に連携パスが始まったと認識しているが従来の連携パスの問題点は、①患者状態アウトカム設定が不十分であること、②患者状態アセスメント方針が施設間で異なることから、施設毎の医療資源投入量の適切性判断、回復期医療のアウトカム評価、転院後受け入れ病棟の適切性評価、等が困難

となっている。さらには③患者リスク状態の評価方針や情報伝達が不足していること、④リスク発生予防方針が異なること、等を原因として急性期から回復期への転院調整に要する時間の無駄が発生しているだけでなく、転院後のリスク発生、急性期病院への再入院、患者・家族への説明内容の齟齬に基づくトラブル、などの要因になっている。

今回連携をしたA病院は病床数110床（一般14、地域包括ケア40、回復期リハ56）の施設であり、普段から当院との連携関係のある施設の一つである。済生会熊本病院では数年前から連携施設と転院後の患者の転帰に関する情報交換会を年数回実施している。またそれとは別に看護部では、連携施設間の看護の標準化を図り看護師の教育を複数施設共同で推進する目的で、看護師同士の連携会議を年1回実施してきた。こういった顔の見える連携関係があることを背景に、A病院と連携パスを作成する年間共同事業計画を策定することが出来た。

A病院ではオーバービューパスは導入されていたが、理学療法士が運用し1週間単位で患者のADLをFIMで評価するものであり、医師、看護師はパスを運用していなかった。本研究では看護記録を日めくりパス形式にすることに力を注ぎ、医師、理学療法士は従来の記録を利用しつつクリニカルパスを参照して、チーム医療を充実させる方針とした。看護師にとっては看護記録の形式そのものが変わること、不慣れな嚙下評価やFIM評価が加わること、業務量の増加、等に対する危惧があったため、看護部一丸となって職員意識の向上とルールの周知、徹底が当初の課題であった。回復期の患者であるため、状態に問題がなければ1日1回の観察と記録で済むが、問題や合併症が生じた際の観察と記録をどう扱うかで戸惑いが生じている。現実に日めくりパス

運用第1例目においては、転院後尿路感染症が発生し3日間内服抗生剤の投与がされていたが、実際の日めくりパスには観察時刻の発熱がなかったせいか、尿路感染症に関する観察と記録が記載されていなかった。一方で合併症ではないが、便秘がある症例の観察と処置後の追跡経過記録や日めくりパスに標準掲載されていない観察項目について、日めくりパス右側の自由記載欄に時系列で記載している例もあり、今後定期的な記録記載方法に関する勉強会を開催し改善につなげる予定である。A病院看護師側の意見として、現状では不慣れな側面がある一方で、観察項目が標準化され具体的に数字化されている項目も多ことから、慣れてくればむしろ看護師自身の業務改善や理学療法士との情報交換に繋がれるという前向きな感想が多い。また、理学療法士としては日めくりパス導入により記録が簡素化されわかり易くなったという意見が多い。さらに、従来のオーバービューパスはパスシートの空欄を埋めることが目的化していたが、日めくりパス導入で観察内容が具体化しかつ時系列の遅れなく観察を実施し記録することから、多職種間で遅滞なく情報を確認できるツールになるという期待感が持たれている。また、患者状態評価ツールを共通化したおかげで、転倒転落に関するリスク認識、嚙下評価取り組みによる看護師の誤嚙リスク認識、疼痛評価時の異常レベル認識、等の向上が得られたとの好評価を得た。スタッフからの評価が予想以上であったことから、経営陣も早期の電子カルテ導入に積極化している。

一方、済生会熊本病院スタッフがA病院の日めくりパス記録を初期サーベイした。予想以上に疼痛スケール、転倒転落評価、嚙下評価等のアセスメントツールの活用が継続的にされており、日めくりパスの記載も記録漏れやサイン漏れなどが最少化されている実態が

確認された。運用ルールの周知と徹底に関する A 病院看護部、パス委員の努力の賜物であることに疑いはないが、構造化された記録を使用することで初めてわかる業務上の利点を職員の方々が体感された様子を初期 2 例にして窺い知ることができた。このことは済生会熊本病院で看護記録を日めくりパスに変更した際に経験したことである。看護計画を立案し、看護観察やケア内容を実践し記録に展開する行為は重要である一方、多くの患者に限られた看護師数と時間で対応し成果を出していく上ではかなりの負担になることも事実である。しかもそれらの記録データは二次利用することを前提に構築されていると言いがたい。ここに日めくりパス導入の意義がある。疼痛スケールにおいては適正値を超えている場合のアクションが記載されていない記録が見られたが、この点は済生会熊本病院でも同様の事情があり、記録欄に鎮痛剤投与欄を併設することが当院スタッフによるサーベイ後の意見として提出された。疼痛の程度はリハビリ時や労作時に悪化するためリハビリの阻害要因にもなりうる。このため看護師だけでなく理学療法士も疼痛評価が必要ではないかと考えられた。日めくりパスと別にリハビリ記録が存在することは済生会熊本病院でも同様であるが、リハビリ記録を構造化しリハビリ時の疼痛評価やリハビリ阻害要因、身体機能改善度などの要点を日めくりパスに反映させ情報共有するだけでなく、リハビリデータの二次利活用が必要であるとの提案もなされた。スタッフレベルでの施設間相互評価は、自施設の診療プロセス見直しにもつながる良い機会であることが再認識された。

本報告ではパス運用期間が極めて短期間であることから、パス導入による合併症発生率、合併症早期発見、ADL 改善、在院日数、等に対する改善効果を実証することは困難である。

参考までに提示したデータからは、連携パス導入後群では A 病院での重大な合併症による済生会再入院例はなかった。連携パス導入前症例に 1 日あたりリハビリ単位 3 以下と少ない症例があり長谷川式認知症スケール 17、FIM 認知スコア 18 点であった。本例は特段の合併症発症のない症例であった。しかし連携パス導入後群の長谷川式認知症スケール 14 点、FIM 認知スコア 26 点の患者では 1 日あたりリハビリ単位 6 点を確保できており、入院時 FIM 運動 51 点が 2 週後に 63 点に改善していた。これらの違いが認知症だけの問題によるバラつきなのか、疼痛評価と異常の基準を明確にしたことで疼痛コントロールが強化されリハビリがすすんだ効果なのか今後の検証が必要であるが、連携パス導入前については検証に必要なデータを取得することが困難である。

済生会熊本病院における長いパス活動経験に基づけば、一定の診療方針、それを意識せずとも実践できるツールとしてのパス、患者アウトカムの問題点を検証するためのデータ収集を容易にする構造化記録と測定指標の特定、データ解析と対策を立案し周知する定期的な場づくり、がセットとなって提供され継続されることで診療の質を改善することが組織風土として定着していくことが認識されている。一方で在院日数の短縮については診療報酬上のメリットがあることが病院経営上の推進力になることも現実であるが、かといって在院日数が短縮した結果生じた空床を埋める新規入院患者がいなければ在院日数短縮の推進力は半減してしまう。すなわち、在院日数短縮に影響する変数は多数あり、在院日数短縮を実現するためには病院の総力を挙げて診療の質向上を目指すことで、地域から選ばれる病院となることを病院経営の基本方針とする強い意志があるかどうかにかかっている

と考えている。いずれにせよ A 病院との取り組みは継続し、連携パス導入効果に関する検証結果を別の機会に報告する。

地域医療構想、地域医療計画を推進していく上で、急性期機能のあるべき姿をより明確にしていけば急性期病院平均在院日数の短縮は自明のことである。しかし急性期における診療プロセスの質と安全管理だけでなく、次の機能の施設へ転院後もしくは在宅退院後の患者状態にも一定の関心と責任を持ち必要な行動を起こさなければ、急性期への無用な再入院例が増加することは容易に予想されることである。それは、済生会熊本病院では約 1 年前から転退院後 1 週間以内の再入院症例について追跡を開始しており、転退院時の患者状態評価や患者、家族への教育が不十分である例の比率が高い事実の把握が背景にある。当然、急性期病院としては転退院時の患者状態評価や患者、家族への教育を十分に実施していかなければならない一方で、これまで以上により早期に転院を受け入れていただく施設を強く求めている。これを実現するために必要なことと言えば、施設は異なっても急性期から回復期に至る患者の診療方針を同一のものとして、その一連の診療アウトカムを検証し改善していく仕組みを構築すること以外にないのではなかろうか。A 病院では近い将来電子カルテ導入が予定されている。その際に本研究で使用した連携パスを電子カルテに実装し、一連の診療アウトカムデータを分析できるシステム構築を検討している。電子カルテを施設単位で導入するコストは高額であることから、電子カルテの共有や電子クリニカルパスの web 上での共有などの複数の選択肢も視野に検討中である。複数機能施設をもつ大規模な法人内で医療を完結することは一方の理想形であろう。しかし医療、介護、在宅を包含し、様々な事情を抱える多様な地域

での地域医療計画を進めていく上では、本研究で提示した電子クリニカルパスを中心に据えた医療情報システムを地域医療連携の重要インフラに位置付ける意義は深いものと考えている。

E. 結論

- ① A 病院では連携パス、日めくりパス導入によりパスが看護観察内容の標準化を実現しケアの質改善と多職種間で遅滞なく患者情報を確認できるという肯定的な受け止め方に変化し、早期の電子カルテ導入に積極化している。
- ② 両施設のスタッフが日めくりパス記録を相互評価することは、自院の診療プロセスと記録の在り方を見直す良い機会になる。
- ③ 症例集積により、連携パス導入による在院日数、ADL 改善度、合併症発症頻度、等に対する成果を明らかにする必要がある。
- ④ 急性期病院の在院日数の更なる短縮、回復期病院での医療の質と安全を担保する上では、両者の診療方針を同一にし、一連の診療アウトカムを検証、改善していく仕組みを電子クリニカルパスを中心に構築していく意義は深い。

F. 健康危険情報

本研究では、大腿骨頸部骨折連携パス適用患者の健康状態に有害もしくは危険な状態が発生した症例はない。

G. 研究発表

1. 論文発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する検証に関して今後発表予定あり。

2. 学会発表

現時点で未発表。連携パス導入効果に関する

る検証に関して今後発表予定あり。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

現時点で予定なし。

2. 実用新案登録

現時点で予定なし。

3. その他

特に該当なし。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「病床機能の分化・連携や病床の効率的利用等のために必要となる実施可能な施策に関する研究」

分担研究報告書（平成28年度）

【地域事例班②】地域事例視察：上川中部医療圏

研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）

研究協力者 町田 宗仁（金沢大学医学部 教授）

研究要旨

本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方やポイントについて整理することを目的とした。

具体的には上川中部医療圏（北海道）に属する旭川医師会、旭川赤十字病院、北海道保健福祉部地域医療推進局を訪問し調査を行った。

地域医療構想の推進にあたって、病床数推計の議論までは、地域の医療資源の「見える化」が図られることや、「病床の削減ありき」ではなく「議論のテーブルに就く」ための環境整備が重要である。

一方で、この先の各病院による自主的な病床転換を期待するためには、地域の関係機関に発想転換を常に促し、調整する機能が必須と思われる。

回復期の先の在宅医療に、円滑に繋げていくためには、実際に稼働している施設数やマンパワーを知り、施設間での関係構築を図ることが重要であり、その前提としてまずは正確な実態把握が必要と思われる。

A. 研究目的

各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。病床の機能分化・連携の推進、病床の利用の効率化等を推進するそれぞれの施策について、プロセスの分析・整理を行う必要がある。本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方や議論のポイントについて整理することを目的とした。

B. 研究方法

地域事例調査のため、上川中部医療圏（北海道）に属する旭川医師会、旭川赤十字病院、北海道保健福祉部地域医療推進局を訪問（平成28年11月22日）し調査を行った。

1) 基礎情報

訪問先とした上川中部医療圏（北海道）の基礎情報として、圏域の位置（図 2-3②. 1）、面積、圏域構成、人口（表 2-3② 1）、人口推移（表 2-3② 2）、医療資源（表 2-3② 3、表 2-3② 4）、医療及び介護需要（表 2-3② 5、図 2-3②. 2、図 2-3②. 3）を把握した。二次医療圏の人口は40万人を超えているが、今後人口減少および高齢化が進む地域である。このため、今後の必要となる病床数も急性期を中心に大きく減少が見込まれている。



※地図出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 352 地域の医療提供体制の現状- 都道府県別・二次医療圏別データ集 - (2015年度版) より
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_587.html

図 2-3②. 1 上川中部医療圏 (北海道)

表 2-3②. 1 基本情報

訪問先	上川中部医療圏(北海道)
面積	4,238km ²
圏域構成	旭川市、上川郡鷹栖町、上川郡東神楽町、上川郡当麻町、上川郡比布町、上川郡愛別町、上川郡上川町、上川郡東川町、上川郡美瑛町、雨竜郡幌加内町
人口	403千人(H22年国勢調査による)

※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

表 2-3②. 2 人口推移

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010⇒2035年増加率
総人口	403,246	390,467	373,914	354,513	333,235	310,841	-23%
65歳以上	109,313	125,648	133,827	133,916	131,302	127,868	17%
75歳以上	53,819	62,932	70,891	81,621	85,414	82,857	54%

※(H22年国勢調査による)

表 2-3②. 3 医療施設総従事者 (病院+診療所)

総医師数	1,309人
総看護師数	5,401人

※平成26年10月1日病院報告

表 2-3②. 4 現在病床数 (2015年) と 2025年必要病床数比較

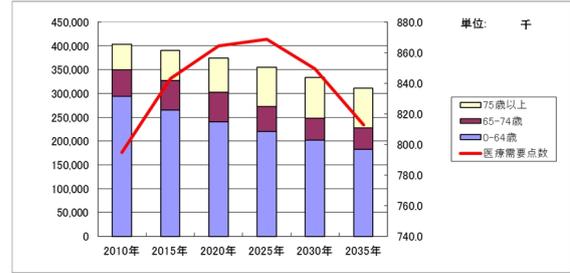
	2015年7月1日現在 (許可病床)	2025年の必要病床数推計
高度急性期	1,250	689
急性期	3,018	1,795
回復期	481	1,613
慢性期	1,723	1,528
休棟等	132	—
合計	6,604	5,625

※北海道HP 病床機能報告
<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/iyk/iry/imu/byousyounou.htm>

表 2-3②. 5 医療需要点数増減率、介護需要点数増減率

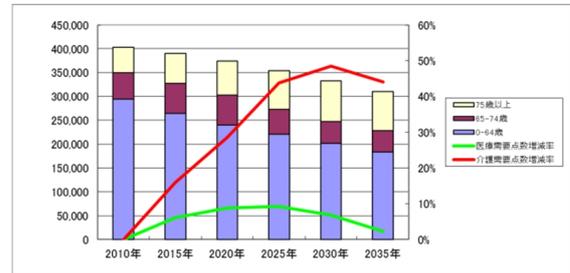
	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	403,246	390,467	373,914	354,513	333,235	310,841
0-64歳	293,933	264,819	240,087	220,597	201,933	182,973
65-74歳	55,494	62,716	62,936	52,296	45,888	45,011
75歳以上	53,819	62,932	70,891	81,621	85,414	82,857
医療需要点数	794,930.3	843,037.4	864,441.7	868,869.2	849,400.8	812,796.4
医療需要点数増減率		6.1%	8.7%	9.3%	6.9%	2.2%
介護需要点数	525,994.6	609,025.2	675,833.2	755,559.2	780,590.1	787,163.3
介護需要点数増減率		15.9%	28.6%	43.8%	48.5%	44.1%

※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)



※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

図 2-3②. 2 医療需要点数の推移



※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と共同開発)

図 2-3②. 3 医療需要点数増減率、介護需要点数増減率の推移

2) 地域事例視察項目

今回の事例視察では、以下に注目してヒアリングを実施した。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
3. 2次、3次救急診療体制について
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

5. 構想会議における議題
6. 患者の流出入
7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

C. 研究結果

調査結果は以下の通りであった。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
 - ・今日の病床区分はあくまでも「点数区分」に基づくものであり、疾病内容、重症度経過、予後への配慮がない。
 - ・病床区分について、いずれ再定義がなされ、地域での再割振りを要するのではないか。
 - ・上川中部医療圏では、許可病床数(約7,000床)について、実際の稼働病床率を勘案すると、国が示した計算式に基づく5,600床を目指すことは、それほど困難ではないのかもしれない。
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
 - ・地域で数値の「見える化」を図り、その後は病院の自主的な経営判断に委ねることに意義があるのではないか。
 - ・一方で、民間病院の経営を左右することまで、構想会議で議論することは事実上不可能である。
 - ・急性期病床から回復期病棟への転換は、いずれ余儀なくされる。一方で慢性期から回復期への転換は、人員や施設の増強などが容易には行えないため、難しいのではないか。回復期の先には、在宅医療が待っているため、その受け皿の正確な把握が必要である。医療の供給力は各種調査である程度正確に把握できるが、介護の供給力は公的な統計が医療分野ほど充実しておらず、受け皿の正確な把握は自身でも行う必要がある。
- ・北海道では、医療・介護の制度外にあるケアハウス（「高齢者下宿」と称されることもある。旅館業法の適用。）などの共同生活が行える住居も存在している。

（注：北海道では、在宅＝自宅での医療とは限らない。「自分が馴染んだ地域」や「近隣に親族が居住する地区」へ転居し、独居した上で医療を受けることも多い。ケアハウスはこのような退院後の中間的な施設、そして、自宅で生活していた独居や老人世帯の高齢者が身体能力が低下して独立した生活が出来なくなった場合に、自宅から直接入居する施設と、考えられている。最近、看取りまでを行う施設も出てきており、一時的に滞在する施設という位置づけのみならず、終の棲家としての役割も果たす施設になりつつある。）
3. 2次、3次救急診療体制について
 - ・3次救急については救命救急センターを有する旭川赤十字病院、旭川医科大学病院が主として対応、それ以外は市内の病院で分担し、患者を受け入れている。幸い、受入れにかかる病院間の連携、棲み分けは出来ている。
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論
 - ・この先に必要な議論であるが、各地域の実働している介護系マンパワーを正確に把握することで、介護サイドがどのくらい、受け皿として機能するかを議論が出来るのではないか。
 - ・地域の関係機関に発想転換を常に促す、献身的な調整役が必須である。拡大再生産の時代は、システム構築はうまくいくが、縮小均衡のご時世ではシステム再構築は厳しい。
 - ・地域包括支援センター自体は、うまく機能

していると感じるが、「実際の地域包括ケア」がどこまで構築されているかという不安が存在する。このギャップは、在宅医療・ケアハウスへ入る退院患者の実態数、稼働数が把握できていないためと思量される（上記「2. 「病床数推計値」に関する受け止め」でも同様の感想あり）。円滑に連携が図られているところは、比較的狭い地域で医師会との連絡会などがしっかりして、地域としての制度構築の判断が医師会からも確認しやすいところではないか。

- ・在宅や介護については、患者数や実稼働数を正確に把握することと、そのデータを元に医師会などが判断していくことが必要である（「見える化」の一環として）。
- ・近い将来、この上川中部医療圏内で、年間死亡者数が現状より1,000人多い時代に入る。仮に居宅療養で最期を迎える場合、単純に増加する1,000件の死亡診断書を開業医でできるのか。旭川では、医師会員が開業する240施設のうち、内科で往診してくれるのは40施設。これでは、マンパワーとしては厳しいのではないか。一般病院の先生方にも、居宅での看取りといった在宅医療にも参画いただかないと、在宅死を含む包括ケアの推進は難しいのではないか。

5. 構想会議における議題

- ・地域医療構想調整会議の場で、高度急性期病院、中規模病院、訪問看護など、それぞれの立場からの現状認識を6回に分けて話してもらい、危機感を共有したところである。この手法は、「危機感」の共有には極めて有効だった。
- ・法律で定めるような会議体では、あまりに広範かつ多人数で、情報共有ができることと、形式的な審議であること以外には、実

際的な議論をすることは厳しい。

- ・会議では、病床数に関する議論に加え、訪問看護、介護施設、救急車運用状況も聴取した。急性期病床のダウンサイジングまでは、地域全体での共通認識が得られるものの、その先については、誰が調整の労を執るかが難しい。
- ・急性期を脱した患者の回復期への橋渡しは、現在円滑に行われているものの、急性期病床の削減が必要とされて回復期へ転換した場合、従来良好な関係であった回復期病院と競合する懸念が出てくる。このような調整を誰がやるのか、よく考えていかないといけない。
- ・例えば、稼働率に合わせてベッド数を下げた場合、その先をどうするのかの検討がなされないとシステムとして成り立たない。

上川中部医療圏では伝統的に、大きな公的病院が急性期、中堅の私立病院が回復期や慢性期という役割分担が続いてきた。

公的病院の急性期病床数を足すと、病床過剰となる。過剰分を回復期病床に変えると、圏域の中での連携関係が崩れる。

ベッド数が減り、縮小した形での経営で、一定の機器・器具類や人材を持ってやっていけるのか。放射線部や手術部、管理部門などはベッド数が減ってもコストは比例的に減少しない。単純に病床数をダウンサイジングしただけでは経営が苦しくなる。苦しくなるから病院間で合併するなどの判断は、大きな問題になる。

ただし、旭川地方では、患者が入院しにくくなるような減らし方を目指す方は執られないと予想される。

- ・地域医療構想の到来は議論を賦活化させ、良かった。構想に伴う議論、調整について

は、今の時点までは関係者間でそれほど大きな痛みを伴わなかったのではないかと
思っている。しかし、この先が問題である。
地域全体としてどう動くのかが重要であ
り、課題は山積している。

6. 患者の流出入

- ・ 従前から周辺地域の患者受け入れは行わ
れてきたことであり、今回の地域医療構想
の影響は受けない。

(注：旭川では、地域の小さい自治体から
大きな自治体である旭川への流入がほと
んどなので、これまで通りに受け入れてい
ける。例えば、宗谷、留萌、北空知、富良
野などから、各地域の患者の10～20%が常
に流入しているが、各地域の患者数が上川
中部より圧倒的に少ないため、将来的な増
減の影響は吸収可能である。)

7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

- ・ 在宅医療は、物理的な受け皿（施設）とし
て、不自由を感じない程度存在をするもの
の、支えるマンパワーの育成とリクルート
が課題である。
- ・ 居宅での医療については、旭川市医師会が
「たいせつ安心i医療ネット」を立ち上げ、
医師会員の視点から、提供しうる医療情報
を一覧にして共有しうる状況となっている。
- ・ 地域包括ケアに関する会議体は、旭川市が
平成28年4月より連絡会を開催したが、
介護事業者間での競争もあり、同じテーブ
ルで共通課題を議論するには、まだ時間か
かかるのではないかと。
- ・ 看取りの問題というものは、いろいろな側
面で存在する。ケアハウスや老健などでの
看取りはまだ限られているものの、徐々に
件数は増えている。一方、それらに聞くと、

往診可能な開業医のマンパワーで、対応で
きるかという懸念などがある。日常的に往
診していない勤務医が、看取りの時だけ往
診するというのは、現実的ではない。訪問
看護ステーションなどと繋がりが強い勤
務医が依頼されて、対応可能と判断すれば
看取りを行うことはある。

- ・ 市町村が介護事業所の稼働情報を把握す
ることで、医療側、特に医療連携室スタッ
フが、患者さんの退院調整を更に円滑に出
来るのではないかと。
- ・ 旭川市界限では、突然の介護施設建設ラッ
シュがあつて、それによりの確なキャパシ
ティーの把握が難しくなった。また、単に
数の把握という側面に留まらず、医療機関
と介護施設との間の関係構築も、施設数の
激増によって難しくなり、病院側による介
護施設の力量の把握も必要となっている。
- ・ 他職種連携の機運はあり、実際、地域包括
ケアの講演会を実施すると、人口40万人
程度の旭川圏域で、蓋を開ければ400名程
度の聴衆が集まる。多くの関係者が関心を
持ち続けることが、地域包括ケアの充実に
繋がる。

(訪問後の追記)

旭川市訪問看護ステーション協議会と旭川
市保健所で、在宅医療にかかる実稼働数とキ
ャパシティーを把握する動きがある。医師会
との情報共有で無理のない在宅医療、在宅看
取りの広がりを図る動きが出てきている。

D. 考察

地域医療構想の推進にあたって、病床数推
計の議論までは、地域の医療資源の「見える
化」が図られることや、「病床の削減ありき」
ではなく「議論のテーブルに就く」ための環
境整備が重要である。

一方で、この先の各病院による自主的な病床転換を期待するためには、地域の関係機関に発想転換を常に促し、調整する機能が必須と思われる。

回復期の先の在宅医療に、円滑に繋げていくためには、実際に稼働している施設数やマンパワーを知り、施設間での関係構築を図ることが重要であり、その前提としてまずは正確な実態把握が必要と思われる。

E. 結論

地域包括ケアの推進および活性化には、各分野のデータ集積・周知により、一部のメンバーに過度の義務や負担をかけない、持続的かつ「緩やかな連携」が望まれる。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし。

【地域事例班③】地域事例視察：石川中央医療圏

研究分担者 野田 龍也（奈良県立医科大学 講師）

研究協力者 町田 宗仁（金沢大学医学部 教授）

研究要旨

本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方やポイントについて整理することを目的とした。

具体的には石川中央医療圏（石川県）に属する石川県医師会、白山市在宅医療連携協議会を訪問し調査を行った。

地域において、「地域医療構想が病床削減ありきではないか」との戸惑いもあったが、それぞれの病床区分が地域でどういう役割を担うのかを、関係者が改めて考える機会となった。

石川県内では、地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療連携グループの活動が強化され、将来に備えようという機運が、地域医療構想を通じて高まっている。日常的に情報交換を重ねることで、地域医療構想を策定しようと受け止められている。石川県内各地の地域包括ケア活動団体が一堂に会した、在宅医療成果発表会を定期的に行うことで、好事例を他地域へ広げ、結果として県内各地域における活動が活性化されている。

地域包括ケアの協議を行うための調整スタッフが地域で一人でもいると、各種会議、研修の企画が活性化し、多くの関係者が地域包括ケアの検討に参画できる。日常的な「緩やかな連携」の存在が鍵である。

A. 研究目的

各都道府県で地域医療構想の策定が進められている。病床の機能分化・連携の推進、病床の利用の効率化等を推進するそれぞれの施策について、プロセスの分析・整理を行う必要がある。本地域事例班では、事例統括班では拾いきれない地域での現状や課題について収集し、今後の構想区域での地域医療構想調整会議の進め方や議論のポイントについて整理することを目的とした。

B. 研究方法

地域事例調査のため、石川中央医療圏（石川県）に属する石川県医師会、白山市在宅医

療連携協議会を訪問（平成28年11月24日）し調査を行った。

1) 基礎情報

訪問先とした石川中央医療圏（石川県）の基礎情報として、圏域の位置（図 2-3③. 1）、面積、圏域構成、人口（表 2-3③. 1）、人口推移（表 2-3③. 2）、医療資源（表 2-3③. 3、表 2-3③. 4）、医療及び介護需要（表 2-3③. 5、図 2-3③. 2、図 2-3③. 3）を把握した。

二次医療圏の人口は72万人を超えているが、今後人口減少および高齢化が進む地域である。急性期病床数は減少する半面、回復期病床の需要増が見込まれている。



※地図出典：日医総研ワーキングペーパーNo. 352
 地域の医療提供体制の現状- 都道府県別・二次医療圏別データ
 集 - (2015 年度版) より
http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_587.html

図 2-3③. 1 石川中央医療圏 (石川県)

表 2-3③. 1 基本情報

訪問先	石川中央医療圏(石川県)
面積	1,432km ²
圏域構成	金沢市、かほく市、白山市、野々市市、河北郡津幡町、河北郡内灘町
人口	723 千人(H22 年国勢調査による)

※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と
 共同開発)

表 2-3③. 2 人口推移

	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2010⇒ 2035年 増加率
総人口	723,223	700,362	687,888	670,808	649,759	624,778	-14%
65歳以上	147,607	176,449	189,223	194,204	197,244	201,008	36%
75歳以上	72,157	81,249	95,073	116,329	122,455	121,813	69%

※(H22年国勢調査による)

表 2-3③. 3 医療施設総従事者
(病院+診療所)

総医師数	2,434 人
総看護師数	8,780 人

※平成 26 年 10 月 1 日病院報告

表 2-3③. 4 現在病床数 (2015 年) と
2025 年必要病床数比較

	2014年7月1日現在 (許可病床)	2025年の必要病床 数推計
高度急性期	2,218	
①急性期	3,853	2,659
②回復期	693	2,648
③慢性期	3,382	1,913
無回答	75	—
①～③合計	7,928	7,220

注) 「高度急性期」については、全県(三次医療圏)を単位に
 設定

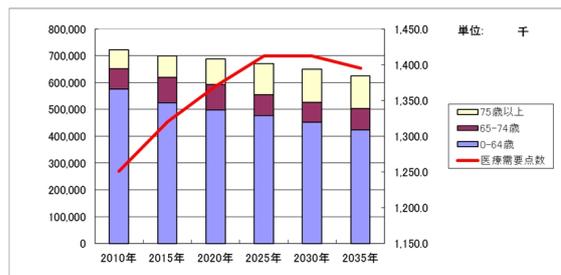
※石川県 HP 病床機能報告

<http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryuu/byoushoukinouhoukouk/u/index.html>

表 2-3③. 5 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率

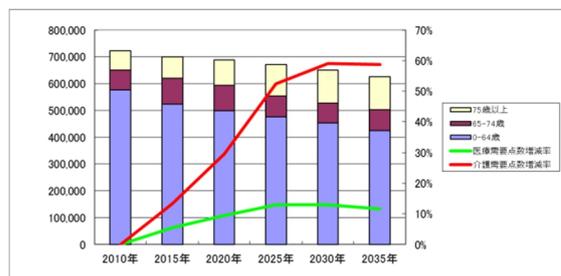
	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
総人口	723,223	700,362	687,888	670,808	649,759	624,778
0-64歳	575,616	523,913	498,665	476,604	452,615	423,770
65-74歳	75,450	95,200	94,150	77,875	74,789	79,195
75歳以上	72,157	81,249	95,073	116,329	122,455	121,813
医療需要点数	1,250,985.9	1,320,232.3	1,370,106.1	1,412,241.8	1,412,270.0	1,395,286.6
医療需要点数増減率		5.5%	9.5%	12.9%	12.9%	11.5%
介護需要点数	713,936.0	808,344.8	923,713.1	1,087,165.5	1,135,114.6	1,132,827.6
介護需要点数増減率		13.3%	29.5%	52.4%	59.1%	58.8%

※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と
 共同開発)



※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と
 共同開発)

図 2-3③. 2 医療需要点数の推移



※出典：二次医療圏データベースシステム
<https://www.wellness.co.jp/siteoperation/msd/>
 株式会社ウェルネス (国際医療福祉大学大学院 高橋泰教授と
 共同開発)

図 2-3③. 3 医療需要点数増減率、
介護需要点数増減率の推移

2) 地域事例視察項目

今回の事例視察では、以下に注目してヒアリングを実施した。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
3. 2次、3次救急診療体制について
4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

5. 構想会議における議題
6. 患者の流出入
7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

C. 研究結果

聞き取りの結果は以下の通りであった。

1. 地域医療構想策定をどのように受け止めているか
 - ・当初、病床削減ありきで報道されたことには若干の戸惑いもあったが、ここ数年、県内で盛り上がっている在宅医療連携グループの活動や地域連携を強化して、将来に備えようという機運に繋げていきたい。
 - ・それぞれの病床区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）がどういう役割を担うかを、日常的に感覚的に捉えていたことを、改めて考える機会となったのではないかと。
2. 「病床数推計値」に関する受け止め
 - ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分について、現状の動向と需給の予測を見る限りは、高度急性期、急性期、慢性期が多く、回復期が少ないという推計値になっている。人口あたりの回復期リハ病棟が充実していることから、7対1などの急性期病床から地域包括ケア病床への転換が少しずつ進んでおり、他県で話題になる回復期病棟不足が深刻となる見通しは、今のところないと見られる。
 - ・介護施設数については、老々世帯・独居世帯の増加や共働き家庭の割合が高いことなどを背景として、全国的にも整備が進んでいる。
3. 2次、3次救急診療体制について
 - ・救命救急センターを有する石川県立中央病院や2つの大学病院（金沢大学病院、金

沢医科大学病院）、医療圏内の急性期病院で相互に協力しながら、地域全体で患者を受け入れている。受入れにかかる病院間の連携、棲み分けが出来ており、搬送時間は短く、受け入れ困難事案は少ない。

4. 地域包括ケアに関する従前からの議論

- ・医師間には、従来から、県や郡市医師会、県病院協会の各種会合や、金沢大学関連病院長会議など、頻りに顔を合わせる機会があり、顔の見える関係が出来ている。
- ・平成22年度からスタートした在宅医療連携システム推進費（県から医師会への補助事業）を契機に在宅医療連携への取り組みを始めた。連携は各医療圏や市町単位にとられず、生活圈単位となっていることが特徴。平成23年度から県医師会（県医師会から各地の在宅医療連携グループの活動を助成）を事業主体とする事業として始め、平成26・27年度（在宅医療・介護連携推進事業）は市町に対する補助事業に切り替え、予算執行や事業内容の立案を徐々に地域へ移すことに成功した。
- ・毎年度末に、各地域の在宅医療連携グループが集まる「在宅医療成果発表会」を行うことで、地域間にポジティブな競合感が生まれ、各地の活動が年々、深化している。
- ・介護施設が多く、施設入所が在宅の主流であったが、医師会が呼びかけ役となり、在宅医療連携グループが活動する中で、徐々に居宅での在宅のニーズに応えられるよう、多職種間で意見交換を行い、作戦を考えられるようになってきている。

5. 構想会議における議題

- ・地域医療のニーズを踏まえ、各医療機関として何が出来るかを、情報を共有した上で考える機会となるのではないかと。

6. 患者の流出入

- ・ 高度急性期医療を担う医療機関が石川中央医療圏に集中しており、能登地域の高齢者が金沢近郊の家族を頼り、石川中央に流入することはある。それを各医療機関で受け入れているが、入院診療が逼迫するまでの状態には至っていない。

7. 地域包括ケア推進に向けた取り組み

- ・ 各地域の在宅医療を推進する協議会は、医師会が呼びかけ人となりスタートし旗を振って、多職種、行政と参加者の輪が広がり、活性化しているのが地域特性である。
- ・ 地域連携パスは、脳卒中、糖尿病をはじめ、地域で必要とされるものを活用する取組が見られる。脳卒中は、活用割合が年々増加し、現在は1,000件／年を超える患者を対象に活用されている。
- ・ 脳卒中の地域連携パスは、急性期と回復期の連携で始まり、脳卒中の協議会と各地域の在宅医療連携グループがコラボ研修会を開催することにより、生活期にまで繋がることになり、パスに多職種の視点を取り入れるようになった。
- ・ 地域医療構想のポンチ絵では、生活支援や介護予防の担い手として、地域住民やボランティアなどの活躍が期待されているがそれだけでは難しい側面もあり、院内デイケアに取り組むなど、病院が積極的に関与する事例もみられる。
- ・ 既存の各種の多職種間会議を最大限活用し、まずは集まって現状を共有し、「緩い繋がり」を保つことが、取組を長続きさせるコツではないか。
- ・ 「多職種」の輪の中に住民を入れると、多様なサービスが得られることが理解出来、看取りなどについては上手くいくように思われる。

- ・ 前出のとおり、地域包括ケア病棟が徐々に増加の傾向にあるため、居宅での療養中に病状がやや悪化しても、ニーズに合った医療機関側の受け皿が、これから増えてくるのではないかと。
- ・ 「居宅で急変時への不安から病院に入れる」ということは、この医療圏ではないと思う。在宅をバックアップするベッド数があるので、その不安から病院へ入れることは考えられない。
- ・ 医療人材の繋ぎ止め策としては、職場のみならず、地域に住んで働こうと思わせるような魅力、地域力を出すことが大切。
- ・ 訪問看護師としては、60歳で定年を迎えた人を再任用し、アドミラル・ナースという肩書を創設して、精神科の訪問看護を担当してもらおう試みを県立高松病院で行っている。

<参考>「白山市在宅医療連携協議会¹」における活動、議論の紹介

- 地域医療構想策定の流れを受けての地域での議論
 - ・ 「地域医療構想」の議論開始を受けて、従前から行われている一次医療圏での医療介護サービスの受け皿を充実させている。
 - ・ 在宅医療に関して、施設数や居宅療養ニーズを地域で集まって確認をしたところ、幸いにしてどうにか需要に応えられることを共有した。
 - ・ これからの需要増にも対応できるよう、地域住民や医療関係者の在宅医療に対する理解を深める機会を持ち続ける。
 - ・ 法律に沿って、事務的に病床に関する議論をするのではなく、むしろ地域の課題を共

¹ 石川中央医療圏内で活発に地域包括ケアを議論している会議体の一つ。

有し、意見を出し合うほうが、実効性のある会議となるのではないか。

- ・ 連携パスは、顔の見える関係が構築できていれば、それが連携パスと同等の状況があると考えているので、地域内限定のものは設けてない。例えば、県内広域の脳卒中のパスは活用している。
- 地域包括ケアの会議体について
- ・ 平成8年に吉野谷診療所で始まった「高齢者サービス調整会議」を、平成24年からの「在宅医療連携拠点事業」を契機に拡充させ、6年目に入った。既存組織を活用し、敷居の高くないつながりで集まり、意見交換を重ねることが、持続の秘訣ではないか。平成8年という早い段階で、地域包括ケアシステムに着目して活動を開始した点が役に立っている。
 - ・ 在宅医療連携協議会立ち上げにあたっては、医師会が先導役、事務局となり、それに行政が寄り添い補完したことが、現在の多職種間の有意義な議論が出来る場の提供に繋がっているのではないか。また、事務局での会議招集、会議録のまとめ作業などを公立つるぎ病院でも実施していることで、事務局の負担を軽減し、長続きできる体制が確立した。
- 白山市の地域包括ケア活性化に関する取組の特徴
- ・ 市内では地区（市町村合併前の行政地区）ごとに「サービス連携会議」を立ち上げて、地域包括ケアシステムの構築に向けた活性化策を企画、実行している。それとは別に「白山市在宅医療連携協議会」では、「白山市の在宅医療連携を考える会」や「皆で行く研修会（在宅医療推進フォーラム）」等を定期的に開催し、研鑽を積んでいる。

更に、県や県医師会が進めている認知症、脳卒中、糖尿病等の施策にも協議会として参加している。これらの積極的な活動が関係者の意識の向上や、新たな活動へと繋がっている。また、白山市長の協議会への理解を得ることにも繋がってきている。

- ・ アカデミアとの連携として、在宅医療推進拠点事業（平成24年度）時より石川県立看護大学と連携し事業等を行ってきた。現在は、過疎や高齢化が進む山間部に該当する白山麓地域における健康長寿、介護予防、在宅医療の取り組みについて、地元の金城大学看護学部が調査と活動に参画している。アカデミアとの連携により、事業成果等の評価が明確になり、今後の発展を推進することが期待できる。
 - ・ 医師会員内での議論を通じて、開業医が在宅医療を担っていても、学会等で地域外に安心して出かけられるよう、医師会員や病院がバックアップする体制が維持されている。例えば、公立つるぎ病院が休暇や留守をする医師をバックアップしている。
 - ・ これまで白山市内全域を市役所直営の地域包括支援センターが管轄してきた。このことにより、地域全体のケアマネジメントを一括して担いながら、住民のサービスニーズを細かく把握でき、かつ、ケアマネジャーの質向上に取り組めた。平成29年度からは、市内7か所に地域包括支援センターを設置し、更にきめ細やかな支援を目指す予定である。
- 地域内の議論の活性化の秘訣
- ・ 会合を開く際にも、参加者間の対話を促す配席を心がけている。例えば、机はスクール形式や、コの字型はやめて、6人掛けのテーブルを複数設置し、グループ内での意見交換をしっかりと行ってもらうなど、参加

者の発言を求めている。

- ・常に地域外から情報を入手し、それら情報を基に地域内で共有、伝達、調整するネットワークの良い人材が不可欠である。白山市は公立つるぎ病院内に在宅医療連携課（現在は地域支援部に昇格）を設けて、そのスタッフが役割を担っている。
- ・強化型カンファレンスやサービス連携会議では司会、症例及び事例検討を持ち回りとして参加者意識を高めている。
- ・これまでぶれずに進めてこれた理由は、①医師会が中心になった、②行政が積極的に参加した、③事務作業を医師会、行政、つるぎ病院とで分担できた、④拠点事業で設けた地域支援部（担当者）が地域連携や情報発信の素地を構築した、⑤つるぎ病院は拠点事業の成果を生かし、在宅医療の支援を明確にし、それに沿って活動している。以上に集約されると思われる。

D. 考察

- ・日常的に情報交換を重ねていることで、地域医療構想を策定しようと受け止められている。石川県内各地の地域包括ケア活動団体が一堂に会した、在宅医療成果発表会を定期的に行うことで、好事例を他地域へ広げつつある。
- ・こういった取り組みが、二次医療圏で地域医療構想調整会議を円滑に進めるためのポイントとなるのではないかとと思われる。

E. 結論

- ・地域包括ケアの協議を行うための調整スタッフが地域で一人でもいると、各種会議、研修の企画が活性化し、多くの関係者が地域包括ケアの検討に参画できる。日常的な「緩やかな連携」の存在が鍵である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし。