

地域連携パス稼働までの道のりと現状、今後の展望

— 八事整形医療連携会 —

司会

名古屋第二赤十字病院第一整形外科部長

出席者 (五十音順)

名古屋第二赤十字病院医療社会事業課長

名古屋第二赤十字病院整形外科看護師長

名古屋第二赤十字病院リハビリテーション課長・理学療法士

陽明 寺本クリニック院長

佐藤 公治先生

黒木 信之先生

古城 敦子先生

細江 浩典先生

寺本 隆先生

書・依頼書兼紹介状

地域連携パス：患者用
大脳骨頸部骨折の手術を受けられる患者様へ

担当理学療法士

患者・家族が望んでいる目標

急性期 約1~2週間 名古屋第二赤十字病院

手術後、1~3日目からリハビリを開始します

手術後、7~10日目まで傷の状態が良ければ抜糸します

抜糸後、シャワー浴が出来ます
(最初は必ず看護師と一緒にいきます)

転倒の条件

- 創の状態が良い
- 3B以上の発熱がない
- レントゲンの結果が良い
- 合併症(肺炎・褥瘡・心筋梗塞・深部静脈血栓症など)がない

その間に 転倒防止教室があります(週1回)
食事について栄養士から説明があります
薬については、薬剤師から説明があります
(骨粗鬆症の薬)

約4週間に1回レントゲン撮影があります
介護保険の申請をしましょう
必要に応じ住宅の改修をしましょう

転院の条件

- 家庭環境が整う
- 家族の理解がある
- ADLがほぼ一定

自宅に向けての準備を進めます

回復期 約3カ月

転倒に注意してリハビリを行ってください

車椅子に乗れば平行棒で起立を行います
起立がしっかりすれば平行棒内で歩行します
平行棒内歩行が安定すれば、歩行器歩行を行います

歩行器歩行が安定すれば杖歩行を行います

杖歩行が安定すれば階段の上り下りを行います

階段の上り下りができれば屋外で歩行します

維持期 約6カ月 在宅・施設

受傷前の歩行状態に近づけるのが目標です

リハビリのゴールを設定します
状態に合わせて家庭環境を改善しましょう

リハビリテーションゴール
閉じてからの防止
生活空間の拡大

地域連携パス稼働までの道のりと現状、今後の展望

—八事整形医療連携会—

1. 名古屋第二赤十字病院・八事整形医療連携会における地域連携パス導入の経緯

—地域連携パスは、地域連携を促進するツールのひとつ—

2. 地域連携パス作成のコツ

—幹事会での運営の必要性—

—多施設、多職種と一緒に、とにかく地域連携パスを作ってみる—

—すでにある地域連携パスをたたき台にするのも1つの方法—

3. 地域連携パス運用のコツ

—人と人のつながりが地域連携パス運用の可否を決める—

—地域連携の重要性をしっかり認識している人を中心メンバーに—

4. 地域連携パスの課題と今後の展望

—地域連携パスへの患者さんの理解—

—診療科を超えた連携体制の必要性～認知症等の患者さんへの対応—

—開業医や介護施設を含めた地域連携システムの構築—

地域連携パス稼働までの道のりと現状、今後の展望

—八事整形医療連携会—

司会

名古屋第二赤十字病院
第一整形外科部長

佐藤 公治先生

出席者（五十音順）

名古屋第二赤十字病院
医療社会事業課長

黒木 信之先生

名古屋第二赤十字病院
整形外科看護師長

古城 敦子先生

名古屋第二赤十字病院
リハビリテーション課長・理学療法士

細江 浩典先生

陽明 寺本クリニック
院長

寺本 隆先生



2006年の診療報酬改定において大腿骨頸部骨折患者を対象にした『地域連携パス加算（入院時の地域連携診療計画管理料、退院時の地域連携診療計画退院時指導料、各1,500点）』が新設された。これまで以上に地域連携の重要性が強調されるようになり、全国の医療機関が地域連携パスの作成・運用を含めてその促進に取り組んでいる。その中で、注目されているのが、地域連携パス加算が新設される以前から地域連携を積極的に推進していた名古屋第二赤十字病院を中心とする『八事整形医療連携会』の取り組みだ。今回は、その中心メンバーにお集まりいただき、地域連携パス稼働までの道のりと現状、そして今後を展望していただいた。

地域連携パス運用のポイント

1. 地域連携パスの運用を定期的に検討する連携会の設置
2. 地域連携参加全施設・多職種参加によるパスの作成
3. 地域連携参加施設・多職種間のコミュニケーション
4. 実情や必要に応じたパスの修正
5. 地域連携に前向きなスタッフの参加・育成



佐藤 公治先生(司会)

佐藤(司会) 本日はお忙しいところお集まりいただきありがとうございます。

さて、本日の座談会では、名古屋第二赤十字病院や八事整形医療連携会のこれまでの歩みと現状、今後を展望することにより、これから地域連携に取り組もうとしている、あるいは取り組み始めている医療機関関係者の方々に役立つ情報を提供できればと考えております。ご参加の先生方には、忌憚のない発言をお願いしたいと思います。

1 名古屋第二赤十字病院・八事整形医療連携会における地域連携パス導入の経緯

—地域連携パスは、地域連携を促進するツールのひとつ—

佐藤 それではまず、名古屋第二赤十字病院、八事整形医療連携会が地域連携パスを導入した経緯を簡単にご説明します。

そもそも名古屋第二赤十字病院は、1990年から地域連携センターを設置し、名古屋市東部、いわゆる八事地域との連携を推進していました。ただ、登録医が1,000人と規模が大きく、身動きが悪いことから、整形外科では独自に地域連携を展開しようと1999年に整形外科医師の会として『八事整形会』(図1)を設立し、症例検討を中心に地域連携を固めていきました。

その結果、それなりに連携は進んだのですが、いかんせん紹介状のやりとり程度にとどまり、有機的な地域連携システムを構築するまでには至りませんでした。

そこで、医師だけでなく、看護師、リハビリテーションスタッフ(理学療法士、作業療法士など)、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、事務職などを交えて整形外科疾患の地域連携システムを構築していこうと、2003年に29施設(65名)で『八事整形医療連携会』(図2)を発足させました。この会の中で、医療連携システムのひとつとして地域連携パスを作成してはどうかという意見がでて、それに取り組みました。

ですから“地域連携パスありき”ではなく、医療連携システムを作るための1つのツールとして、私たちは地域連携パスを導入したわけです。

古城 当時は、名古屋第二赤十字病院内でパス作りが活発になされていたときでもあり、ならば、名古屋第二赤十字病院の入院時に使うパスだけではなく、退院後のパスを八事整形医療連携会を通じて私たちが作成し、両者を連動することで地域連携を促進できないかと考えたのが、地域連携パスの始まりです。熊本医療センターを中心とした大腿骨頸部骨折の地域連携パスが話題になっていました。

今、振り返ってみると、八事整形医療連携会を発足させたことが地域連携パスを導入できた大きな要因で、同連携会がなければ地域連携パスはできていなかった可能性があります。

図1 八事整形会

- ・1999年発足
- ・八事近隣地区の医師の会からスタート
- 今では県内各地から—
- 1) 症例検討を年4回程度開催する。 44施設から参加
- 2) 単位の取れる講演会を年1回程度実施する。
- 3) 市民公開講座を年1回程度実施する。
- 4) 参画施設の協力で自主研究を行う。
- 5) 地域医療連携を図る。

事務局 名古屋第二赤十字病院整形外科 佐藤
幹事 山路、蜂谷、寺本、山田、伊藤、前田

3ヶ月ごとに水曜日か木曜日の午後七時から
八事近くの会議室 次回3月29日

佐藤 地域連携パス作りを目的にして始める場合と、私たちのように地域連携の促進という目的があつてその1つのツールとして地域連携パスを作る場合とでは、意味が違うように思います。地域連携パス加算がある今となつては、どうしても前者のパターンが増えてくるでしょうが、私たちのような後者のパターンのほうがうまく実践につながるように思います。

2 地域連携パス作成のコツ

—幹事会での運営の必要性—

佐藤 では、八事整形医療連携会の中で、地域連携パスをどのように作っていったかを振り返ってみましょう。事務局の黒木さんからご説明いただけますか。

黒木 八事整形医療連携会(図2)は「骨・関節または運動器の診断・治療・ケアにあたり、地域医療連携を推進するために、具体的なテーマや問題点を各施設から持ち寄り自由に討議し、地域医療に貢献すること」を目的として始まりました。

名古屋第二赤十字病院の医療社会事業部に事務局をおき、転院患者の受け入れなどで協力体制にある4施設に声を掛けて、医師、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、医事課職員などからなる幹事会(現在13名)を結成し、幹事会を中心に

図2 八事整形医療連携会

- ・2003より
 - ・コメディカル
 - Ns., PT, OT, MSW, Pham., Admin., Dr.—
 - ・横のつながり 29施設
 - ・病院・施設紹介
 - ・勉強会
 - ・懇談会(年一回)
- Drは研究会や医師会など何かと会う機会が多い
挨拶回り 施設見学 相手を知る

事務局 名古屋第二赤十字病院医療社会事業部 黒木
幹事 院内…佐藤、安藤、細江、古城、黒木、田宮、小嶋
院外…寺本、鳥山、銭田、長尾、水野、船津、松村

次回7月11日 当院研修ホール(懇親会つき)



古城 敦子先生

八事整形医療連携会を運営することにしました。原則として年3回(およそ4ヶ月ごと)、合同カンファレンス(全体会)(表1)を開催することにし、その前に2回ほど幹事会を開催して、全体会で取りあげるテーマを含め八事整形医療連携会の運営の方向性を決めていきます。

—多施設、多職種が一緒に、とにかく地域連携パスを作ってみる—

黒木 第1回目の全体会は地域医療連携の重要性をテーマに実施し、第2回目は診療所・病院を紹介してお互いを知る機会を設けました。第3回目に院内のクリティカルパスを紹介して、その後、2004年5月30日に開催した第4回目に、ワークショップ形式で大腿骨頸部骨折に関する地域連携パスの作成を試みました。

表1 合同カンファレンス(全体会)

- 第1回 医療地域関連の重要性について、懇親会
- 第2回 診療所、病院紹介、横のつながり
- 第3回 院内クリティカルパスの紹介
- 第4回 ワークショップ1 地域連携パスを作ろう ← 日曜日1日開催
- 第5回 とりあえず運用して発表
- 第6回 講演会
—「大腿骨頸部骨折治療における医療連携と連携パス」
熊本医療センター 野村 一俊先生
- 第7回 医療連携と薬
- 第8回 大腿骨頸部・転子部骨折治療ガイドライン
- 第9回 ワークショップ2 地域連携パスを更新しよう ←
- 第10回 今後の医療の方向性 診療報酬改定
- 第11回 大腿骨頸部骨折地域連携パス利用方法について
- 第12回 転倒予防教室の紹介

当時は「パスってなに?」「パスは知っているけど、作ったことはない」「パスがあるみたいだけど、自分はまだ使っていない」など、パスに関する参加者の知識や経験がバラバラだったこともあり、幹事会であらかじめ作成した“たたき台”をもとに、さまざまな職種からなる6つのグループに分かれて「大腿骨頸部骨折に関する地域連携パスをとにかく作ろう」という意気込みで全体会を進めていったことを覚えています。

佐藤 パスそのものの経験がまったくない施設があった頃ですから、そのワークショップでは、急性期から在宅までの地域連携パスを完成させることはできませんでした。しかし、参加者全体の地域連携パスに対する理解を深めることができ、今につながったわけです。ですから、最初から完璧な地域連携パスを作る必要はなく、みんなで作るプロセスが大切です。その後、運用しながらパスをだんだんバージョンアップさせて

いけばよいと考えています。

黒木 2005年11月12日に開催した第9回目の全体会もワークショップ形式で行い、地域連携パスを更新しました。第4回から第9回までの期間は、野村一俊先生(熊本医療センター)に講演していただくなど勉強しながら、それぞれの医療機関が地域連携パスを1年半ほど運用して、問題点を抽出しました。パスに詳しい医療機関だけが先行することなく“みんなで作る・使う・改善していくプロセス”が大切ではないかと思っています。

古城 そのプロセスがあったからこそ、みんなに理解され受け入れられたのではないかと思います。これが、私たち名古屋第二赤十字病院から押しつけられたような地域連携パスだったら、今のように運用できていたか、疑問が残ります。

佐藤 地域連携パスを作成するにあたって、複数の医療機関が参加し、各治療ステージの医療をどうする

かを議論してこそ、実際の運用につながるのでしょうか。

寺本 施設や職種を超えたグループをつくって、ワークショップ形式で地域連携パスの作成にチャレンジしたことも良かったと思います。その結果、施設間の押しつけも、職種間の押しつけも避けることができました。つまり、医師だけで作成したものを押しつけるのではなく、看護師、理学療法士、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、医事課職員などがそれぞれの立場から意見を出し合って作成したからこそ、実用的なパスになったのだと思います。

一すである地域連携パスをたたき台にするのも1つの方法一

古城 先程、黒木さんから説明がありましたが、最初のワークショップでは、幹事会であらかじめ作成した地域連携パスを“たたき台”に使いましたね。実際に

地域連携パスを作ろうとすると、いろいろと細かく調整しなければならないことが多く、何も無い状態で「さあ、作ろう」と言われても、何から始めればよいのか分からないのが本当のところだと思います。ですから“たたき台”があったことは、ワークショップの成功、すなわち地域連携パスを作成できた要因ではないかと思っています。

黒木 全体会の開催前に、講師の選定やテーマを院内の幹事だけで企画します。2回目の幹事会では、院外の幹事にも同席いただいて、全体会の内容を最終決定します。地域連携パスのたたき台もこのプロセスを経ていますので、名古屋第二赤十字病院だけで作成したわけではありません。この点も良かったかもしれません。

古城 そうですね。これから地域連携パスを作成する医療機関でしたら、すでにある私たちの地域連携パス(図3、図4)をたたき台にする方法もあると思います。

図3 地域連携パス(医療者用)

様 *経過報告書・依頼書兼紹介状* 病院御中 依頼者:整形外科 ・担当理学療法士

年齢: 歳、性別: 診断名: 月 日() 転院: 事故 病的骨折 入院日: 月 日() 手術名: 手術日: リハビリ開始日:	住所: 電話番号: キーパーソン: 住所: 電話番号: 緊急連絡先:	既往歴・合併症	アウカム	患者・家族が望んでいる目標
入院前環境・活動情報 〈生活場所・家族構成〉 ・自宅(独居 家族) ・施設() ・後所() ・トイレ() ・手すり 有(設置場所)・無	リハビリ開始 経過 アウカム	起坐 □復元が出来る (/)	車椅子 □自力で車椅子 移動が出来る (/)	平行棒内歩行 □平行棒内歩行が出来る (/)
〈歩行状態〉 □歩行が出来る (/)	歩行棒・松葉杖歩行 □歩行棒歩行が出来る (/)	一本杖歩行 □一本杖歩行が出来る (/)	看護上の問題点	階段昇降 □階段昇降が出来る (/)
〈認知症〉有・無	屋外歩行 □屋外歩行が出来る (/)	階段下り □階段下りが出来る (/)	屋外歩行 □屋外歩行が出来る (杖、松葉杖、シルバーカーなど) (/)	
〈歩行状態〉 □歩行が出来る (/)	杖歩行 □杖歩行が出来る (/)	階段昇降 □階段昇降が出来る (手すり又は杖) (/)	屋外歩行 □屋外歩行が出来る (杖、松葉杖、シルバーカーなど) (/)	
〈転院時〉 〈食事〉 〈トイレ〉 〈歩行〉 〈認知症〉	〈転院時〉 〈食事〉 〈トイレ〉 〈歩行〉 〈認知症〉	〈転院時〉 〈食事〉 〈トイレ〉 〈歩行〉 〈認知症〉	〈転院時〉 〈食事〉 〈トイレ〉 〈歩行〉 〈認知症〉	〈転院時〉 〈食事〉 〈トイレ〉 〈歩行〉 〈認知症〉

図4 地域連携パス(患者用)

◆地域連携パス：患者用
大腿骨頸部骨折の手術を受けられる患者様へ

(急性期) 約1~2週間 名古屋第二赤十字病院	(回復期) 約3カ月	(維持期) 約6カ月 在宅・施設
手術後、1~3日目からリハビリを開始します 手術後、7~10日目で傷の状態が良ければ抜糸します 抜糸後、シャワー浴が出来ます (最初は必ず看護士と一緒にしています)	転倒に注意してリハビリを行ってください 車椅子に乗れば平行棒で起立を行います 起立がしっかりすれば平行棒内で歩行します 平行棒内歩行が安定すれば、歩行器歩行を行います 歩行器歩行が安定すれば杖歩行を行います 杖歩行が安定すれば階段の上り下りを行います 階段の上り下りができれば屋外で歩行します 約4週間に1回レントゲン撮影があります 介護保険の申請をしましょう 必要に応じて住宅の改修をしましょう	受傷前の歩行状態に近づくのが目標です リハビリのゴールを設定します 状態に合わせ家庭環境を改善しましょう リハビリテーションゴール 閉じこもりの防止 生活空間の拡大
転院の条件 ●前回の状態が良い ●38度以上の発熱がない ●レントゲンの結果が良い ●合併症(肺炎・膀胱炎・心筋梗塞・深部静脈血栓症など)がない	転院の条件 ●家庭環境が整う ●家族の理解がある ●ADLがほぼ一定	
当院の入院期間は10~14日間です その間に 転院防止教室があります(週1回) 食事について栄養士から説明があります 薬について、薬剤師から説明があります (骨粗鬆症の薬を始める場合があります)	住宅に向けての準備を進めます	歩行速度が10メートル20秒以内であれば屋外歩行は自立できます 転倒予防のために外出時は杖を使用しましょう 家に閉じこもらないよう外出をしましょう 自信がなければデイサービス、デイケアを利用しましょう



細江 浩典先生

2006年7月に使用マニュアルを含む冊子(図5)が完成し、発売されています。とにかく地域連携パスを作って、運用してみる。そして、自分たちが運用しやすいようにバージョンアップしていくことが大切だと思います。

佐藤 確かにそうですが「八事地域とわれわれの地域では事情が異なるので、八事の地域連携パスをたたき

台にするのは難しい」という相談を受けることがあります。先生方はどのようにお考えですか。

細江 退院・転院の基準やリハビリテーションのステップなどは、地域によって異なることはないと思います。しかし、回復期病院が充実していない地域では、急性期から回復期に移るタイミングが私たちの地域より遅くなる可能性があるかもしれません。具体的に言うと、当院の大腿骨頸部骨折の患者さんは、術後10日~2週間で回復期病院に転院し、回復期リハビリテーションを受けますが、そこが術後1ヶ月になる地域もあり得るということです。

佐藤 地域連携パスを作成する以前に、本当の意味での地域連携ができていないかが問われるということでしょうか。この問題には、地域連携パスの運用といった話も含まれますので、地域連携パスの作成だけでなく、運用の実際とコツの観点からも検討していきましょう。

図5 大腿骨頸部骨折における地域連携パス(冊子)



山本博司(監): 大腿骨頸部骨折における地域連携パス: 八事整形医療連携会の試み, 東京, 医薬情報センター, 2006 (Clinical Path Report別冊)

3 地域連携パス運用のコツ

一人と人のつながりが

地域連携パス運用の可否を決める一

佐藤 話を戻しますが、確かに冒頭で述べたように、当院はかなり以前から地域との連携をととても大切にしていた。

細江 医師同士のつながりだけではなく、八事整形医療連携会の発足後は、看護師、リハビリテーションスタッフ(理学療法士、作業療法士など)、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、医事課職員などのつながりも深まりました。

地域連携パスは、多少強引なやり方をすれば1つの医療機関の力だけで作成できるかもしれませんが、しかし、実際の運用はそうはいきません。人と人がつながって初めて、地域連携パスを運用できると考えています。

佐藤 八事整形医療連携会が結成されるまでは、他の病院の看護師、理学療法士や作業療法士などの

リハビリテーションスタッフ、薬剤師などと話すことなど、考えられないことでした。今では、それが当たり前になっています。

寺本 地域連携パスは、作成するだけでは意味がありません。機能して初めて意味があるわけですから、人と人のつながりが何よりも大切ではないかと思います。

一地域連携の重要性をしっかりと認識している人を中心メンバーに一

佐藤 人と人のつながりとなれば、「良い人材を発掘して集める」ことも大切かもしれませんね。

黒木 前向きな人に中心メンバーになってもらうことは、地域連携パスの作成・運用の可否を決める1つのポイントだと思います。

細江 地域連携パスの作成・運用のためというより、地域の医療の質を上げるために地域連携をどれだけ進めていこうかと考える人が望ましいですね。

医療連携のためのツールがないのは困るから地域連携パスを作ってみようというのが、八事整形医療連携会の始まりでした。大腿骨頸部骨折を対象にしたのは、高齢者に多く、疾患の特性上、術後に長期のリハビリテーションを要する一方、病院の機能分化が迫られる中で急性期病院が急性期に特化すればするほど治療のゴールが見えなくなり、患者さんからも転院先への不安の声が漏れ聞こえていたことが大きな理由です。つまり、大腿骨頸部骨折は、地域の中の機能の異なる医療機関が連携することで治療のゴールを目指すべき疾患と考えたわけです。

「地域の医療の質を上げるために地域連携を促進する」という視点がなければ、地域連携パスの作成・運用はうまくいかないように思います。

4 地域連携パスの課題と今後の展望

一地域連携パスへの患者さんの理解一

佐藤 では最後に、地域連携パスの課題と今後の



黒木 信之先生

展望について話し合います。

私たちが地域連携パスの作成・運用を始めてから、約3年が経過しました。連携医療機関の情報の共有については、個人情報保護の観点から、インターネットやファイル添付によるメールのやりとりではなく、今のところ紙ベースで地域連携パスを運用しています。今後は、セキュリティの高いサーバーに地域連携パスのワークシートを置き、治療経過を当該医療機関からいつでも閲覧、書き足しできるようなシステムを確立したいと考えています。

このように、現在でもバージョンアップを図りつつ試行的に運用している状況ですが、急性期病院である当院から回復期病院への移行は、ほぼ確立されつつあるように思います。その中で何か課題はありますか。

古城 今では、大腿骨頸部骨折の場合、術後1日目の段階で特別なアクシデントがない限り、患者さんの居住地や希望、回復期病院の空床状況や受け入れ体制などを考慮して「①傷の状態がよいこと、②レントゲンの結果が良いこと、③38℃以上の発熱がないこと」という条件(医学的なアウトカム)が揃えば、術後14日目くらいに転院して、そこで回復期リハビリテーションを受けていただきます」といった説明を両者にできるようにしました。その結果、患者さんの転院に対する不安などが軽減された(図6)のか、転院がスムーズに行われるようになりました。

佐藤 確かに地域連携に対する患者さんの満足度は



寺本 隆先生

上昇している(図6)ようですが、一方で「名古屋第二赤十字病院に入院すると、手術がすめばすぐに退院させられるよ」とおっしゃる市民もいらっしゃるようです。市民公開講座などを通じて、治療を受ける患者さん側

にも地域連携パスに対する理解を広めていただくことで、安心して医療を受けていただけたと考えています。

寺本 急性期病院から回復期病院に転院しても、地域連携によって、絶えず目が行き届いていることを患者さんにもわかってもらえるといいですね。

一診療科を超えた連携体制の必要性～
～認知症等の患者さんへの対応～

古城 連携パスのスケジュールに則って、当院から約2週間で回復期病院に移りリハビリテーションを受けている大腿骨頸部骨折の患者さんは、年間約150名のほりです。しかし、一方で医学的なアウトカムをクリアしても回復期病院へ転院できない患者さんがいることに目を向けていく必要もあると思います。具体的には、例えば認知症の患者さんです。これだけ連携が進ん

でも、認知症の患者さんの大腿骨頸部骨折の回復期リハビリテーションを行ってくれる医療機関は、ほとんどありません。今後は、回復期病院の空床状況や受け入れ体制をより考慮し、前述の3つの医学的なアウトカムをクリアすることだけを回復期病院への転院基準にせず、転院に影響を及ぼすその他の要因を検討していく必要があると思います。

寺本 現実に認知症を合併した大腿骨頸部骨折患者さんはいらっしゃるし、入院中に認知症を発症する患者さんもいます。高齢者が増えているわけですから、地域全体でなんらかの対策をとっていく必要があります。

今のところ、私たちの地域連携パスには、神経内科や精神科はまったく関与していません。ですから、認知症を合併した大腿骨頸部骨折患者さんを送られた医療機関も、送った医療機関も、認知症をきっちりとは評価できていないわけです。認知症に限らず、うつ病や統合失調症など、神経内科や精神科領域の疾患を抱えた患者さんが大腿骨頸部骨折を起こす可能性はあるわけですから、診療科を超えた連携を地域で構築することは、これからの大きな課題になると思います。

一開業医や介護施設を含めた
地域連携システムの構築

古城 地域連携パスによって、当院の大腿骨頸部骨折患者さんの在院日数は、導入前に比べると、おそらく、かなり減っていると思います。

寺本 名古屋第二赤十字病院では、在院日数は減ったと思います。なぜなら、医学的アウトカムを満たせば回復期病院に転院させることは、急性期病院が果たすべき機能でもあるからです。

しかし、回復期病院の在院日数は、地域連携パスの導入前後を比べても、おそらくあまり変化していないと思います。家庭の介護力が弱ってきている昨今では、自宅に戻りにくくなっている患者さんが増えているわけですから、医学的アウトカムを満たしても、退院して自宅で生活することも介護施設に転所することも無理だ

という状況が少なからず生じています。地域連携パスがあろうがなかろうが、むしろ、在院日数が増えつつあるのが現状ではないでしょうか。

細江 実際に居宅で生活するためには、歩行だけではなく、ADLも含めたりリハビリテーションが必要ですからね。

佐藤 必要に応じて訪問診療を受けたり、介護保険の訪問リハビリテーションや訪問看護などを利用できる体制があれば、患者さんの不安を少しでも取り除くことができます。回復期から維持期につながる地域連携システムの構築が必要ですね。

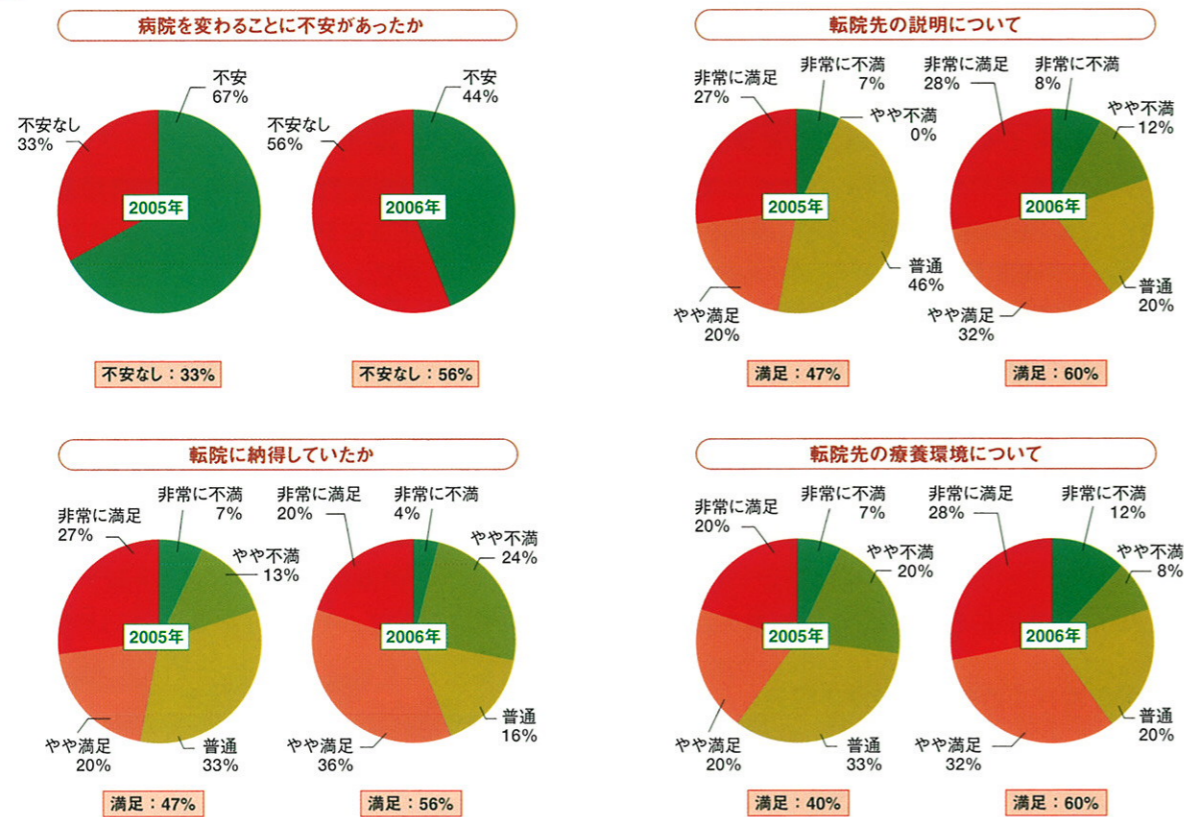
黒木 特に、開業医をはじめ、訪問看護ステーションやケアマネジャーとの連携が重要です。2012年度をめどに療養病床が23万床削減される予定ですので、開業医や介護老人保健施設やグループホームなど、介護施設を含めた地域連携システムの構築も必要になると考えられます。

寺本 回復期病院としては、実際のところ、それを強く望んでいるのではないのでしょうか。開業医の先生や介護施設を含めた地域連携のシステム作りは急務の課題です。

また、医療機関が機能を分担し、連携しながら患者さんをより高い治療ゴールに導くことができる整形外科疾患は多数あります。大腿骨頸部骨折に限らず、それらのパスを作っていく必要があると思います。橈骨遠位端骨折や脊椎圧迫骨折などを対象に、地域連携パスを作成したいと思います。

佐藤 急性期から回復期、回復期から維持期へ、一貫した地域連携パス作りに、早速、具体的に取り組みたいと思います。また、大腿骨頸部骨折に限らず、多様な整形外科疾患に地域連携パスをつくることは、今後の大きな課題でしょう。本日はありがとうございました。

図6 地域連携パス使用1年後(2005年)と2年後(2006年)の患者アンケートの結果



地域連携医療と薬剤師のかかわり 名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟担当薬剤師 田宮 真一先生

「急性期病院の整形、ましてバスとなると薬剤師の出番はあまりない」以前、私はこう考えていた。急性期病院の院内バスにおいては、根治療法に薬剤が選択されることはなく、手術の際の薬剤選択を過たないことが最も重要な役割になると認識していたからである。薬剤師の面目躍如たる場面はバリエーションにこそあり、という少々皮肉な結果に終わっていたように思う。生活習慣病の薬剤管理、骨粗鬆症の薬剤の啓蒙などいくつかの課題が浮かび上がっていた。

しかし『医療を地域で完結させる』という考えに触れた時、私の視界は一気に広がった。急性期にこだわらないならば整形領域でも薬剤が関与する部分は少なくない。ここで初めて私は、『治療の全体像』の中で薬剤師の果たす役割を考え始めたように思う。まずは継続した薬物治療、その投与設計に関する共通認識を

得るための薬-薬間の情報伝達手段の整備。あるいは薬剤が治療全体に与える影響を理解し、理解してもらうために異職種の勉強会への積極的な参加。バスで果たす役割ではなく、バスをツールとした地域完結型医療で果たす役割の模索。

急性期医療の一部でしかなかった私は、地域連携医療に触れて異種・同種間の職種間連携の必要性を強く感じるようになった。例えば術前の栄養管理から栄養士と連携すれば・・・例えば転倒再骨折予防に薬剤が果たす影響をリハビリと共同考察すれば・・・興味は汲めども尽きず。課題山積ではあるが、多職種と有機的に連動しながら歩むこの仕事を、私は今この上なく楽しんでいる。

転倒予防教室の実施と今後の課題 名古屋第二赤十字病院 整形外科病棟看護師 丸尾 啓記先生

近年、高齢化社会が進み、転倒による骨折が増えている。中でも大腿骨頸部骨折は、高齢者の骨折では最も多く、その原因の8割以上が転倒によるものである。当院において大腿骨頸部骨折の患者は、年間で約200例入院している。高齢者の骨粗鬆症による骨折を減少するには、骨折後のケアだけでなく、急性期から転倒予防指導が必要だと痛感した。そして、2006年6月19日より、大腿骨頸部骨折地域医療連携パスの一環として、整形外科転倒予防チームによる転倒予防教室への取り組みを開始した。

転倒予防教室の開催は、整形外科病棟のデイルームにおいて、毎月第2金曜日と第4金曜日の午後5時から30分間行っている。内容は、自分たちで作ったパンフレットを使用し、患者参加型で行っている。

現在、転倒予防教室を始めて約1年が経過した。

チーム間で話し合いを重ね、教室で使用するパンフレットの内容や教室の運営方法も改善し、転倒予防チーム間の連携も強まってきた。また、毎回約20~30人の参加がある。教室終了後、パンフレットを見て転倒予防運動をしている患者を目にする。患者から分かりやすい説明だったという声も聞かれるなど、患者評価も上々である。

今後の課題として、大腿骨頸部骨折地域医療連携パスの一環として転倒予防教室を行っているが、さらなる改善を行い、回復期病院においても、継続期においても同教室を開催できるようにしていく予定である。

整形外科病棟における管理栄養士の現状と役割 名古屋第二赤十字病院 管理栄養士 甲村 亮二先生

医療において食事の大切さは大きく2つに分けられ、ひとつは疾病に関しての予防や改善を促す食事の指導・提供(例えば糖尿病食、腎臓病食など)であり、もうひとつは生命を維持していくための栄養補給である。従来からの栄養士のかかわり方は調理、配膳、給食管理を重視し、また指導は前者のような患者教育をしてきた経緯がある。しかし近年、栄養不良が患者本人ならびに医療に及ぼす大きさが問われ、当院でもNSTが稼働して約4年が経った。整形外科でもNSTが介入しているが、傾向として、明らかな栄養不良はほとんどなく、また、一般食を摂取する患者が9割という状況からも、栄養管理とは縁の薄い病棟であった。しかし、高齢者の多い整形外科の栄養管理は円滑な治療を進める上でも、患者のQOLを高める意味でも必要なことである。

2006年4月より入院時に適正な栄養管理を行うことでの保険点数の加算(栄養管理加算)が導入されると同時に整形外科病棟において栄養管理を開始し、管理栄養士から食事摂取の大切さを伝えるようになった。ここで食事

の内容、アレルギー等の有無、食事形態の工夫などを確認し、食事内容の提案もあればスタッフに伝えている。特に手術後は抵抗力、治療力を高めるためエネルギー必要量が増え、経口栄養を早い段階から摂取することは大切である。栄養過剰では今後の食事の内容、量の改善が必要な場合もある。また、回復期では活動に伴った栄養素摂取が求められる。とすれば高齢の患者は機能の低下などから摂取量低下が危惧される。こうした状況では、例えば食事の形態の改善や分割食、捕食等のとり方も大切になる。また、栄養管理の新たな試みとしては、転倒予防に対してカルシウム摂取を主とした栄養素の摂取の啓蒙も行うようになった。

地域連携バスでも栄養管理の大切さは患者に伝えている。大切なことは、入院中に適正な栄養補給法・食事摂取をすすめることで栄養状態を良くし、転院先の病院においてリハビリテーション等を順調にすすめてもらうことと考える。これらの栄養管理方法を地域連携バスに組み込み、地域で啓蒙していきたい。

連携病院における地域連携バスの活用方法 昌峰会加藤病院総合リハビリテーション室理学療法士 銭田 良博先生

回復期病院を中心とする連携病院において、在宅復帰を目的としたリハビリテーションを展開するためには、退院時アウトカムの設定が重要なポイントとなる。退院時アウトカムを設定するためには、受傷前ADLの情報収集や退院前訪問による生活環境の評価が必要になるため、地域連携バスによる情報提供の有無が退院時アウトカム決定において重要な役割をもたらしingと考えられる。ここで、当院における地域連携パスのメリットを列挙する。①転院時の医学的情報が的確に把握できる。②八事整形医療連携会に参加し、他院のスタッフとコミュニケーションや研修会を行うことで、地域連携バスを介して連携先の顔が見えやすくなる。③院内の卒前卒後教育や、勉強会・

学会発表などに活用できる。④地域連携治療計画管理料が算定できる。

次に、地域連携バスの改良点としては、連携病院からの退院先が多岐にわたっていることから、退院先の各施設がどのような情報を必要としているかを検討する必要性を感じた。具体的には、コメディカルがどのような情報を必要としているか、現状の項目で満たされているか、バスに対する記載内容のばらつきがないか、書類や記載内容が煩雑になっていないか、などがあげられた。今後、これらの点を改良することにより医療従事者の「Face to Face」の関係を強化し、結果として患者の転院時の不安の解消や満足度の向上につながるものと考えられる。