

地域医療連携推進における宇和島保健所の働きかけの有用性の評価

トミタ ナオアキ
富田 直明*

目的 愛媛県宇和島保健所管内（以下当管内）には、深刻な医師不足により中核病院への患者の集中による医師の疲弊、退院後に患者を受入れ可能な病院等の確保の困難さなどの課題がある。この課題解決のためには慢性期患者の在院日数短縮による医師の負担軽減や、退院後に安心して在宅医療に移行できる体制が必要であり、その対策として中立的な立場である保健所が独自の地域連携クリティカルパス（以下連携パス）を作成し評価することを目的とする。

方法 平成19年度は、当管内の病院・医師会・市町保健師等を対象者に、日本公衆衛生協会の地域保健総合推進事業を用いた講演や意見交換会を開催し、当管内での連携パスの必要性を啓発した。平成20年度は県庁の独自予算事業である地域医療保健福祉連携事業を用いて宇和島地域医療・保健・福祉連携推進会議を開催し、現況と今後の取り組むべき具体的方策を検討した。平成21年度は県地方機関である南予地方局の独自予算事業である南予地域医療確保対策事業の中で、「地域連携実践者育成研修会」や「連携パス実践のためのシンポジウム」を開催した。

病院と地域との連携強化を目的に医療連携（地元医師会長，主要病院病院長，保健所長），看護連携（病院看護師長および市町保健師），地域連携（各病院の地域連携室や地域包括支援センターの担当者）の職種別推進班会議を編成した。

保健所の企画で急性期病院と回復期病院の（両院の病院長を含む医師・看護師長・理学療法士）との間で連携パス実践の協議を定期的で開催した。

そして評価方法として①研修会や各会議における具体的な連携の確認，②脳卒中患者ニーズ調査の実施と分析，③患者情報提供書の共通様式の有用性，④連携パスの施行状況などを検討した。

結果 当管内での連携パス導入への必要性を共有する協議，先進地域の実践者からの学習，シンポジウムでの患者意見を踏まえ「連携パスをまず1事例から実践しよう！」という気運が全職種を通して醸成された。

また職種別連携推進会議を重ねることで、医師連携推進班では医師会長や主要病院長の間で連携パス推進の方向性が得られた。地域連携推進班では「顔の見えるネットワーク」を基本理念に患者情報の共有が容易になり、さらに当管内統一の「転院情報提供書」が作成により効果的な退院支援が可能になった。看護連携推進班では病院看護師と保健師の協働で「脳卒中患者ニーズ調査」を実施し、早期の在宅移行を支援することが退院後の日常生活動作（ADL）の向上に繋がることを確認できた。

脳卒中連携パス試行の状況は、平成23年3月31日現在、脳卒中患者14人の連携パスが地域連携室を経由して届けられ急性期病院から回復期病院に入院した。その内11人が退院し、在宅からの通院が9人、介護老人保健施設と維持期病院に転院が各1人の状況であった。そして11人のADLは両病院の入院時と退院時の4時点毎に段階的に回復し、急性期から回復期への途切れることのないリハビリテーションの必要性が示唆された。

結論 今回、公的で中立な立場である保健所が調整役となり、医療・看護・介護サービスの各施設間の連携意識の高揚を図るとともに連携パスの試行までに到達した。

そして病院看護師と市町保健師間、医療・看護・介護サービスの各職種間での「顔の見える

* 愛媛県宇和島保健所
連絡先：〒798-8511 愛媛県宇和島市天神町7番1号
愛媛県宇和島保健所 富田直明

関係」の構築により患者情報が共有され、地域医療連携が容易になることで急性期・回復期病院から維持期病院さらには、安心して在宅医療への移行が可能になると示唆された。この保健所の取り組み（宇和島方式）は、当管内と同様に医師や受入可能な病床が不足した地域でも有用と推測された。今後は維持期から在宅への連携体制強化を目的に、開業医さらに老人福祉施設等との連携を積極的に推進する。

Key words : 地域連携クリティカルパス, 在宅医療, 中立な立場, 顔の見える関係, 保健所

I 緒 言

愛媛県宇和島保健所管内は、高齢化率・高齢者独居率が高率であるため入院期間の長期化や救急医療への依存度が高い。一方では深刻な医師数不足により一般の病院では病床があるにも拘わらず医療法の規制により、急性期患者の入院が難しく特定の救急病院に患者の入院が集中する状況にあり、特定の救急病院の医師の疲弊が危惧されている。また慢性期患者に対応する医療・福祉施設が少ないために、退院後の患者の受け皿の確保が難しく、在宅医療への円滑な移行が喫緊の課題となっている。

平成19年4月には第5次医療法改正が施行され、その主要項目に、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、医療を受ける全ての医療機関が共有する地域連携クリティカルパスを通じ、医療機能の分化・連携を推進し、患者の転院・退院後も切れ目のない医療を提供し、早期に在宅生活へ復帰できるシステムの構築が示されている¹⁾。

今回、慢性期患者の在院日数の短縮による救急中核病院の医師の負担軽減や、退院後に安心して在宅医療に移行するための患者やその家族への支援を目的に、公的で中立の立場としての宇和島保健所が、独自の地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）を検討したので報告する。

II 研究方法

1. 地域の状況

宇和島保健所管内（以下、当管内）は愛媛県の南端に位置し、地形は長いリアス式海岸と山岳地帯に囲まれ、西は宇和海に望み、東および南は急峻な山々により高知県と接している。気候は温暖であり、急峻な山々が海岸部まで迫り出し平坦地が少ないため、管内産業の軸は第一次産業であり、柑橘類を中心とした果樹農業および真珠やハマチなどの養殖漁業が基幹産業である。

当管内は、A市、B町、C町、D町の1市3町で構成され、平成22年2月28日現在の総人口は129,645人である。また平成22年4月1現在の65歳

以上の高齢化率は、県全体が25.6%に対して、当管内は31.1%、高齢者独居率は県全体が男性6.1%、女性17.2%に対して、当管内は男性7.7%、女性19.8%と、当管内の率は県全体に比較して高率である²⁾。

当管内の人口10万人対の医師数³⁾は、平成20年12月末で210.2人であり県平均の243.7人、全国平均の224.5人を下回っている。また現在、当管内の病院数は13病院であり、内訳は県立病院1病院、市立病院3病院、町立病院2病院、独立行政法人病院1病院および医療法人の精神科病院2病院と一般病院4病院である。しかし管内面積を病院数で割った、一病院当りの面積は、県平均の38.4 km²に対して、当管内は75.0 km²とかなり広範囲である。

ところで厚生労働省は、平成22年度に、全国の病院8,683施設に対して「必要医師数実態調査」を実施した（回収率88.5%）。その結果、愛媛県内の病院側は、現員医師数の1.17倍の医師が必要と考えていること（全国平均は1.14）が判明した。とくに、当管内医療圏は1.52倍⁴⁾の医師が必要と回答し、これは全国の348二次医療圏の中でも上位12番目であり、当管内医療圏の病院は、医師不足を強く感じている状況であった。

2. 宇和島保健所管内での連携パスの必要性とは

市立A病院は臨床研修病院であり、当管内の5割以上の常勤医師が勤務し医師数は充足されている。反面、周辺の病院は深刻な医師不足のために患者の受入が困難であり、近年、市立A病院に患者が集中するようになった。また当管内には、軽症者や小児を対象にした夜間・休日の急患センターの未設置のため、当管内の救急患者の7割近くを市立A病院が受入れており、救急患者数は、平成10年の年間1万人から平成20年には年間2万人へと倍増している。現在、当管内では、中核病院（市立A病院、D町の県立C病院）の努力により一定水準の医療は維持しているが、既に限界であり今後、常勤医師の疲弊による医療崩壊も危惧される。そのため中核病院の慢性期患者の在院期間の短縮による医師の負担軽減や、在宅医療への円滑な移行のために、中核病院と一般病院および周辺の診療所等との地域医療

連携を実現することが不可欠であり、その手段として連携パスが必要と考えられた。

平成19年度には、日本公衆衛生協会が実施する地域保健総合推進事業⁵⁾の一環の中で、当管内の病院や診療所医師・看護師・理学療法士、市町保健師・介護支援専門員などの医療・保健・福祉関係者80人が参加した地域における医療・保健・福祉検討会(連携パスの必要性を考える)において意見交換会と講演会を開催した。その中で第1に「在宅医療のために多職種間の連携の必要性の認識はあるが、現実的にどのように繋がっていけばいいか実働に至っていない。」、第2に「在宅医療に向けての病院看護師と市町保健師との繋がりが無い。」、第3に「各病院に地域連携室ができつつある中、病院間で話し合いができる『顔の見える関係』を創りたい。」、第4に「2008年に診療報酬改定で脳卒中パスが診療報酬化された⁶⁾が、病院機能の分化や情報交換、連携パスがない。」以上の課題が抽出された。

また同日に実施したA県のM総合病院病院長を講師に「脳卒中事例における地域連携クリティカルパスの活用～A県から～⁷⁾」の講演会があり、連携パス推進に当っては、第1に「医療連携体制の構築に向けての『調整する組織』としての機能」、第2に「中立な立場での関係機関の利害調整および必要性や問題意識の共有化への働きかけ」、第3に「連携パスの理解を得るための地域住民への積極的な啓発活動」、第4に「検討や研修をするための『場』の設置ができる機関」が必要であり、それらの役割を保健所が担うことが期待された。

3. 実施方法と対象者および評価方法について

宇和島保健所の連携パス実施に向けた方法として、実施した各会議の会議名、対象者および協議内容の概要を表1に示す。また愛媛県庁の独自予算事業である地域医療保健福祉連携事業(平成20～22年度)と愛媛県の地方機関である南予地方局の独自予算事業である南予地域医療確保対策事業(平成21～22年度)と連携パスとの関連を図1に示す。

そして評価方法としては①研修会や各会議における具体的な連携の確認、②脳卒中患者ニーズ調査の実施と分析、③患者情報提供書の共通様式の有用性、④連携パスの施行状況などを検討した。

なお、脳卒中の連携パス試行状況での統計分析は、エクセル統計を用いて最初に等分散のF検定を行い、等分散が仮定できる場合は対応のあるt検定(paired-t-test)、等分散が仮定できない場合はWilcoxonの符号付順位和検定を行った。 $P < 0.05$ を統計学的に有意とした。

III 結 果

1. 宇和島地域医療・保健・福祉連携推進会議

第1回目は49人の参加があり、地域での患者の受入れや在宅生活、入院患者の受入れや医療連携などの現状報告および今後取り組むべき課題と具体的方策についての意見交換を行った。

第2回目は59人の参加があり、地域連携の先進地事例として尾道市立尾道市民病院地域医療連携室看護科長を講師に「『尾道方式』⁸⁾による地域医療連携の現状」の講演会を開催した。

2. 南予地域医療確保対策事業

1) 連携実践者育成研修会の開催

M県立N病院医療管理部医療連携科医長を講師に「よりよい医療連携体制づくりを目指して」の講演会を開催し、その後に講師を交えて、グループワーク「連携を深めるために、それぞれの立場で何をすべきか」を行った。参加者数は各病院と市町の医療・保健・福祉において連携を担当する120人であった(開催日:平成21年8月21日(金)、会場:愛媛県南予地方局7階大会議室)。

2) 地域連携クリティカルパス実践のためのシンポジウムの開催

愛媛大学大学院医学系研究科准教授を講師に「愛媛県の連携の現状と南予地域に期待すること～脳卒中の最新治療と地域連携パスについて～」の講演会を開催し、その後に講師を助言者に、医療は救急医療を担当する市立A病院副院長、看護は看護師であるD病院副院長、地域連携室はB病院看護師、さらに脳卒中患者の家族をシンポジストにして、シンポジウム「南予で、つなぎあい、支え合うためにできること」を実施した。参加者は各病院、市町の医療・保健・福祉の関係者さらに脳卒中患者とその家族の137人であった(開催日:平成21年12月16日(水)、会場:愛媛県南予地方局7階大会議室)。

3) 医師・看護・地域連携の各推進班担当者学習会の開催

K県のT病院看護部長を講師に「パスを通して連携を可視化する～満月を目指した地域連携への挑戦～」の講演会を開催し、その後に講師を助言者に、意見交換会「連携を深めるために、それぞれの立場で何をすべきか」を行った。参加者は、医師・看護・地域連携の各推進班会議の担当者34人であった(開催日:平成22年3月3日(水)、会場:愛媛県南予地方局7階大会議室)。

3. 医師・看護・地域連携の各連携推進班の活動

1) 医師連携推進班会議

班会議は、管内のU、M地区の両医師会会長、救

表1 連携パス実施に向けた会議名、対象者および協議内容の概要

会議名	対象者	協議内容
地域医療保健福祉連携事業 (愛媛県庁の独自予算事業)	○医療・保健・福祉等関係機関が情報を共有し、切れ目のないサービスを提供する。	
宇和島地域医療・保健・福祉連携推進会議 【第1回全体会議】	医療・介護福祉・保健行政の各関係者	1) 現状報告 地域での受入状況や在宅生活状況 入院等患者受入状況、医療等連携の状況 2) 意見交換 今後取り組むべき課題と具体的方策
宇和島地域医療・保健・福祉連携推進会議 【第2回全体会議】	医療・介護福祉・保健行政の各関係者	1) 取り組み報告 各関係者別の取り組み状況報告 2) 宇和島圏域の連携の課題の整理 3) 先進地事例からの報告 4) 今後取り組むべき課題と具体的方策
南予地域医療確保対策事業 【南予地方局（地方機関）の独自予算事業】	○地域連携のための人材育成	
・地域連携実践者育成研修会 ・医師・看護・地域連携の各推進班担当者 学習会 ・連携パス実践のためのシンポジウム	各病院および市町の医療・保健・福祉間の連携に関係する者 但しシンポジウムは脳卒中患者および家族も参加する。	地域医療連携先進地の実践者を講師に、基本理念や方法論を学習する。 地域連携の必要性の啓発と理念の共有化
医師・看護・地域連携別の連携推進班会議	○各職域で顔の見える関係づくりを形成する。	
医師連携班推進会議	各医師会長，管内主要病院長および診療所長，保健所長・保健所担当課長	1) 宇和島圏域の地域医療連携の推進 2) 地域連携パスの活用
地域連携推進班会議	各医療機関の地域連携室，訪問看護ステーション・地域包括支援センター各職員，保健所保健師等	1) 地域連携推進班の設置と取り組み内容 2) 病院と地域の連携への具体的解決策
看護連携班推進会議	主要病院看護部長，各市町保健師長，保健所保健師	1) 看護連携の現状と課題 2) 効果的な退院支援に向けての取り組み 3) 今後の取り組み方針と計画
脳卒中地域連携クリティカルパス推進会議 (宇和島保健所が主催し，企画・開催する)	急性期病院市立A病院と，回復期病院B病院の各病院長および関係スタッフ 保健所長と保健所担当職員	脳卒中地域連携パスに対する協議を行い，運用方法や連携パスの様式等を決定する。

急基幹病院の市立A病院病院長，リハビリテーション専門病院のB病院病院長，その他の主要な病院病院長および保健所長による構成であった。班会議の活動は連携パスの推進と方向性を決定すること，定期的な連携パスの進捗状況の報告に対する助言などであった。会議の結論は，第1に意見交換から，救急基幹病院への時間外受診の集中による医師の疲弊，深刻な医師不足から維持期病院の受入れ可能な病床数が減少し医療難民が起こる可能性が浮き彫りになったこと，第2に連携パスを推進することで急性期の入院期間の短縮の他に，医師以外の看護師，理学療法士等，多職種が係わることで医師の心理的・身体的な負担の軽減が図れることや，連携パスにより患者が安心して在宅医療に移行できることが認識されたこと，第3にUとM地区の両医師会長と各主要病院長の間で，連携パス推進の方向性を共有したこと，第4に住民に必要な救急医療の確保

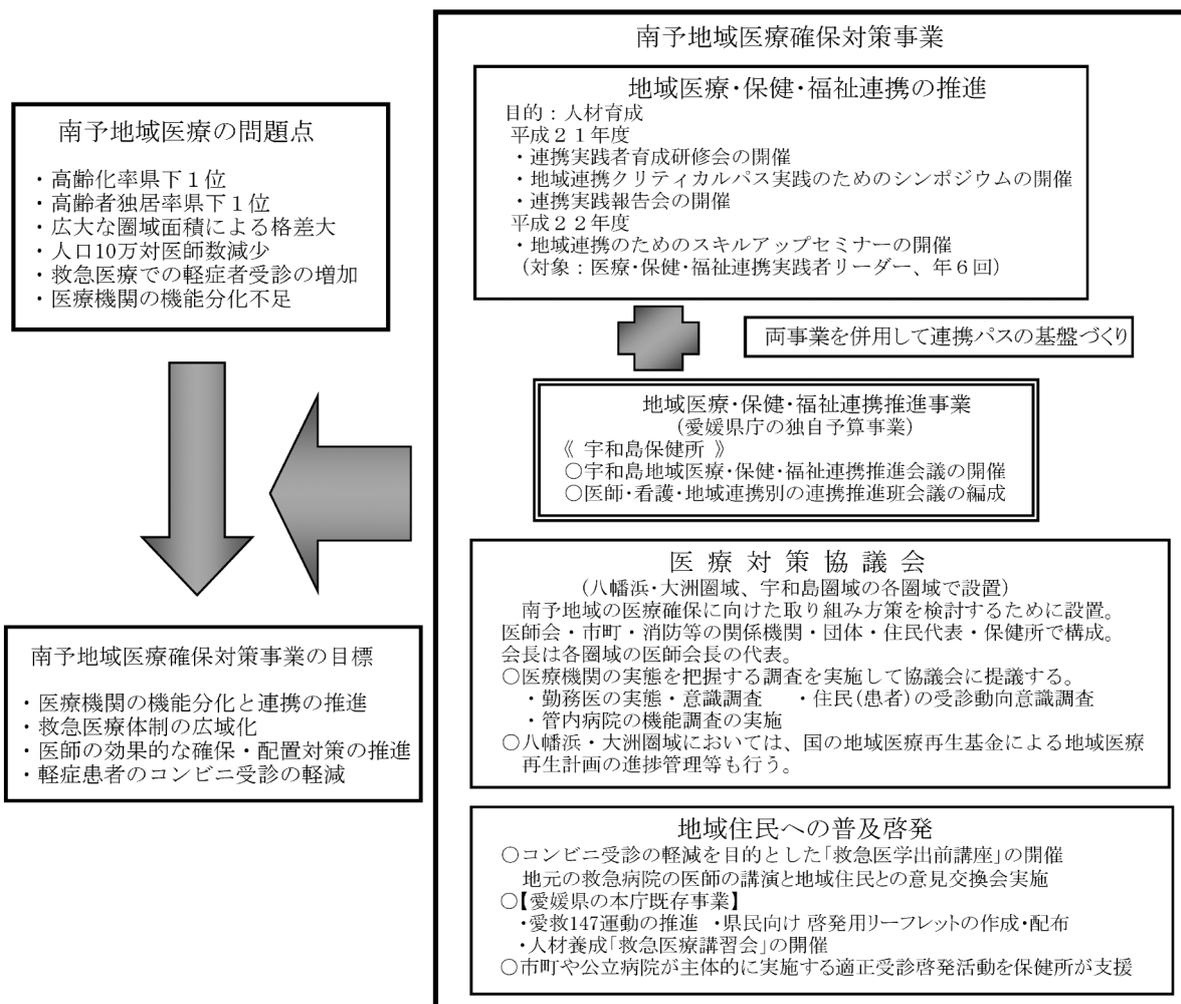
には，救急基幹病院を地域全体で支える理念の必要性と住民への啓発の重要性を認識したことであった。

2) 看護連携推進班会議

班会議は，管内主要病院看護部長，市町および保健所保健師による構成であった。班会議の活動は年間6回の会議を行い「病院から安心して在宅に移行できる」ためには病院看護師と市町・保健所保健師が連携することの大切さが認識された。そして病院看護師と市町・保健所保健師が協働で，医療と地域保健の一層の連携強化を目的とした「看護と保健がむすぶ脳卒中患者ニーズ調査」を企画・実施した。

調査の対象者は，宇和島保健所管内の病院に入院中の脳卒中患者の内，退院後の支援が必要でありかつ調査の同意が得られた患者である。調査方法は入院中に退院後支援を必要とする脳卒中患者を対象に，病棟看護師が病院用ニーズ調査を行い，さらに退院前に市町あるいは保健所保健師がその患者の面

図1 南予地域医療確保対策事業の概要と連携パスとの関連



接を行い、退院1か月後にその保健師が訪問して在宅用ニーズ調査を行った。調査期間は平成21年7～10月、調査対象者は17人であり、性別・年齢および疾患・発作回数については表2に示す。

退院時と退院1か月後の身体要支援状況（重複回答あり）の比較を図2に示す。退院時に比較して退院1か月後は「入院前に比べADL低下」が著しく減少し、「認知症あり」、「コミュニケーションに障害あり」、「失禁あり」が減少した。退院時と退院1か月後の日常生活動作と寝たきり度の比較を図3に示す。退院時に比較して退院1か月後の移動、排泄、入浴の自立の割合が増加した。また寝たきり度では、退院時に比較して退院1か月後の自立およびランクAの割合が増加し、ランクBおよびランクCの割合が減少した。分析結果から、早期の在宅支援が日常生活動作の向上に繋がる事が確認できた。

3) 地域連携推進班会議

班会議は主要病院の地域連携室の医療ソーシャルワーカーと看護師、市町訪問看護ステーション看護

表2 脳卒中患者ニーズ調査の対象者の状況

1. 性・年齢別

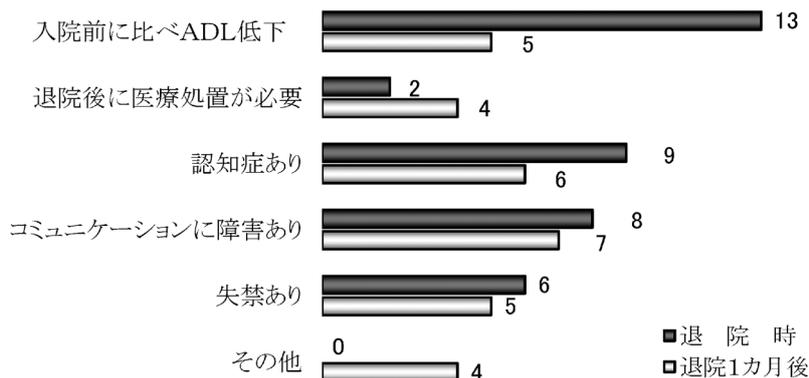
年齢層	-49	50-59	60-69	70-79	80-	年齢不詳	計
男性	1	0	2	2	6	0	11
女性	0	0	0	3	2	1	6
計	1	0	2	5	8	1	17

2. 脳卒中疾患別・発作回数

疾患名	脳梗塞	脳出血	くも膜下出血	計
初発	8	2	0	10
再発	6	0	1	7
計	14	2	1	17

師、地域包括支援センターの保健師と介護支援専門員、保健所保健師による構成であった。地域連携室には地域医療連携のコーディネーターの役割が求められるので、各病院連携室や構成機関との間で

図2 退院時と退院1カ月後の身体要支援状況（重複回答あり）



「Face to Face の関係づくり」を会議の目的とした。年間7回の会議を実施し会議の内容は、第1に患者・家族への具体的な支援のために、効果的なケースカンファレンスができるように事例を通しての各役割や方法を協議すること、第2に訪問看護・訪問リハビリ、地域包括支援センター、介護保険関連事業所、福祉施設および市町保健師等を繋ぐ地域の実情に沿った地域連携フロー図を検討すること、第3に見学会や研修により各医療機関・施設の状況を把握すること、第4に事例を通して連携による退院調整支援方法の勉強会を実施すること、第5に転院患者情報提供書（図4）を作成することであった。とくに転院患者情報提供書は、各関係機関で共通様式として実際に活用され、より効果的な退院支援が可能になった。

4. 脳卒中地域連携クリティカルパス推進会議

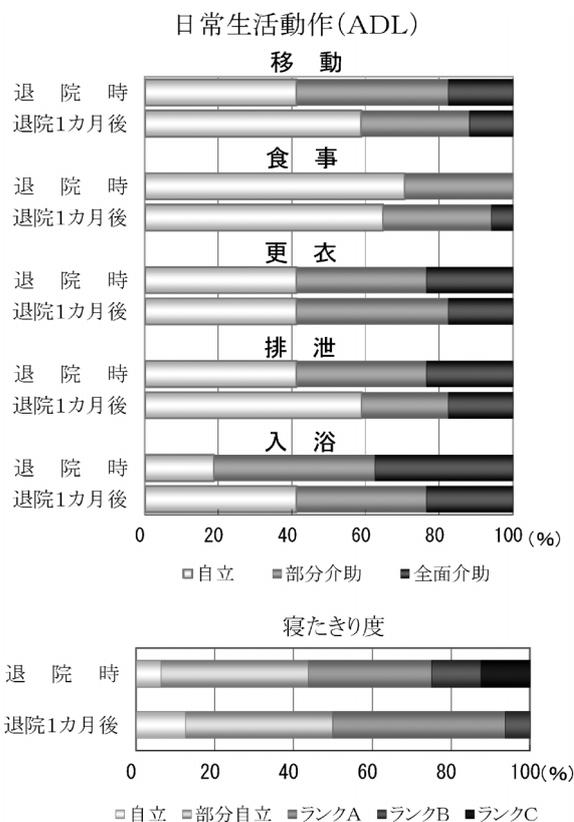
連携パス実践を目的に保健所が企画し、急性期病院である市立A病院と回復期病院であるB病院との間で医師、看護師、理学療法士、地域連携室担当者で構成された連携パス作成の推進会議を開催した。

愛媛県の連携パスの先進地事例として、愛媛県立E病院病院長を講師に「E医療圏における脳卒中地域連携パス作成と運用について」、同病院地域医療連携室看護師を講師に「E医療圏の脳卒中地域連携パス～地域・院内連携の実際」の話題提供があった。E医療圏での連携パスの流れを聞くことで、出席者の間で連携パスのイメージが明確になった。この推進会議の協議の基、管内の連携パスの様式を愛媛脳卒中シームレス研究会（事務局は愛媛大学脳神経外科教室）作成の様式にすることが決定された。

5. 脳卒中の連携パス試行状況

脳卒中の連携パス試行の状況としては、平成23年3月31日現在、脳卒中患者14人の連携パスが地域連携室を経由して届けられ、急性期病院である市立A病院から回復期病院であるB病院に入院した。入

図3 退院時と退院1カ月後の日常生活動作（ADL）と寝たきり度の比較



院患者は、性別は男性6人、女性8人、年代別は50歳代が2人、60歳代が3人、70歳代が6人、80歳代が3人であり、疾患別は脳出血11人、脳梗塞3人であった。その内11人は、在宅からの通院が9人、介護老人保健施設と維持期病院への転院が各1人という状況であった。その11人の平均入院日数は、市立A病院で32.1±9.5日、B病院で78.7±32.8日、合計で110.8±38.4日であった。そして11人の日常生活動作を、バーセル・インデックス（Barthel Index：満点が100点であり全自立、60点が部分自立、

図4 転院患者情報提供書

転院患者情報提供書 () → ()	
平成 年 月 日作成	転院相談担当者() 連絡先電話番号 ()
紹介目的	<input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 療養 <input type="checkbox"/> 在宅までのワンクッション <input type="checkbox"/> その他()
ふりがな	性別
氏名	住所 市・町
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 歳 年
入院年月日	平成 年 月 日 診療科 主治医
病名	手術名
発症日	平成 年 月 日 術日
既往歴	合併症
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA(部位) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 未検査
公費負担	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 重身医療 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 特定疾病
介護保険	要支援(□1□2) 要介護(□1□2□3□4□5) □なし □申請中 □更新中 居宅介護支援事業所() 介護支援専門員()
キーパーソン	氏名 住所 続柄 電話番号 備考
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(杖・押し車・歩行器・車椅子一自操)その他()
ADL	排泄
	尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル) 便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ) <input type="checkbox"/> 下剤服用 <input type="checkbox"/> 浣腸使用
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 流動食(制限食) <input type="checkbox"/> 経管栄養(カロリー)
保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺(右・左) <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 失語症 <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 半側無視 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 視力障害(右・左・失明) <input type="checkbox"/> 聴覚障害(聾・難聴)
意識レベル	<input type="checkbox"/> JCS100~300 <input type="checkbox"/> JCS10~30 <input type="checkbox"/> JCS1~3 <input type="checkbox"/> 清明
問題行動	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗()
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠傾向 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> いびき
寝たきり度	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B(1・2) <input type="checkbox"/> C(1・2)
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素吸入(L/min) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器() <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> モニタック <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(頻度) <input type="checkbox"/> IVH(<input type="checkbox"/> 鎖骨 <input type="checkbox"/> 大腿) <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻) <input type="checkbox"/> ドレーン() <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置(部位:) <input type="checkbox"/> 疼痛処置
備考	

40点が大部分介助，0点は全介助である）を用いて，市立A病院およびB病院の入院時および退院時の各時点を経時的評価をした。11人の平均値と標準偏差は，A病院入院時は 2.7 ± 4.7 ，退院時は 50.0 ± 35.3 ，B病院入院時は 61.8 ± 28.7 ，退院時は 82.3 ± 24.6 であり，段階的に増加し，A，B病院とも入院時と退院時との間には有意差を認めた（ともに $P < 0.01$ ）。11人の日常生活動作の回復状況から，急性期から回復期を通じた途切れることのないリハビリテーションの必要性が示唆された。

IV 考 察

当管内における中核病院医師の疲弊および退院後の在宅医療移行が困難な状況の課題解決に連携パスの導入の必要性を考えた。しかし実際には，突然に退院を告知されても入院中には，患者や家族への退院のための情報がない，受入れ先の病院や施設がない，独居・高齢・合併症による在宅療養への不安がある，そして病院・診療所・訪問看護事業所・介護

保険施設間での連携が不足し相互に患者の情報共有化がないといった在宅移行への多くの障害があった。

この状況を鑑みると，連携パスの導入に当たっては，急性期・回復期および維持期の各病院の役割分担の診療計画書の作成よりは，むしろ在宅医療に安心して移行するための患者や家族の意思決定の支援方法や，在宅支援を目的に病院と地域の医療・保健・介護サービスの相互の患者情報共有を軸に検討すべきと考えた。

ところで宇和島保健所と管内市町との間には，従来より精神保健活動や健康管理・脳卒中登録事業などの地域保健での課題を協働して，解決してきた経緯がある。また医療法に基づく定期的な立ち入り検査などで管内医療機関との関わりが深い。そのため医療・保健・福祉サービス間の連携・調整を担うのは保健所の役割であると自他ともに認識されていた。

その役割を基に，職種内での「顔の見える関係」を構築するために職種別の連携推進会議を定期的に開催した。医師連携推進班では，医師会長や主要病

院長の間で連携パス推進への方向性が得られた。地域連携推進班では、「顔の見えるネットワーク」を基本理念に情報共有が容易になり、さらに管内で統一した「転院情報提供書」の作成し、より効果的な退院支援が可能になった。看護連携推進班では、病院看護師と保健師が協働で「脳卒中患者ニーズ調査」を実施し、早期の在宅支援が日常生活動作の向上に繋がることを確認できた。その要因には、入院中の患者への説明の際には、病院看護師と市町および保健所保健師が同席するので、患者やその家族が、病院と地域保健に十分な連携のあることを理解しており在宅療養に対する安心感が生まれ、自立に向けた意欲や行動に繋がったと推測された。入院当日から在宅に向けた病院看護師と地域の保健師との連携の重要性が改めて認識された。

地域医療保健福祉連携事業と南予地域医療確保対策事業の予算を用いて、当管内での連携パス導入の必要性を関係者間で共有するための協議会、先進地域の連携実践者からの報告を基にした学習会、当管内での地域医療連携の必要性を地域全体の課題とするシンポジウムなどの開催ができた。それにより「連携パスを、まず1事例から実践しよう！」という気運が全職種を通して醸成された。

結果的に保健所が中心になり、ボトムアップに医療・保健・介護サービス間の連携を取り組んだことで地域連携パスの基盤が整備されたと考えられる。とくに、保健所事業として保健所長名で、各市町長・病院長・施設長に対して職員出席を文書依頼したことは、看護や地域連携の推進班会議が、各施設の理事者から通常業務として認知して貰い、定期的に開催できたことは、連携を図る上で有意義であった。

今回、公的で中立な立場として、保健所が調整役となり、医療・看護・介護サービスの各機関の連携意識を図り、病院看護師と市町保健師および医療・看護・介護サービスの各職種間で「顔の見える関係」を構築し、連携パスの基盤づくりをする独自の方式（宇和島方式）は、当管内と同様に医師や患者の受入れ可能な病床の不足している地域にも有用と推測される。

また、その他の波及成果としては、転院患者情報提供書の活用により、地域の多数の医療機関の間での紹介率の増加や、入院初期からの医師・看護師・地域連携室による積極的な退院調整や患者への協同カンファレンスにより、長期入院者の在宅移行が可能になり在院日数が半減した医療機関の増加が認められるようになった。

さらには今回の新型インフルエンザ（A/H1N1）

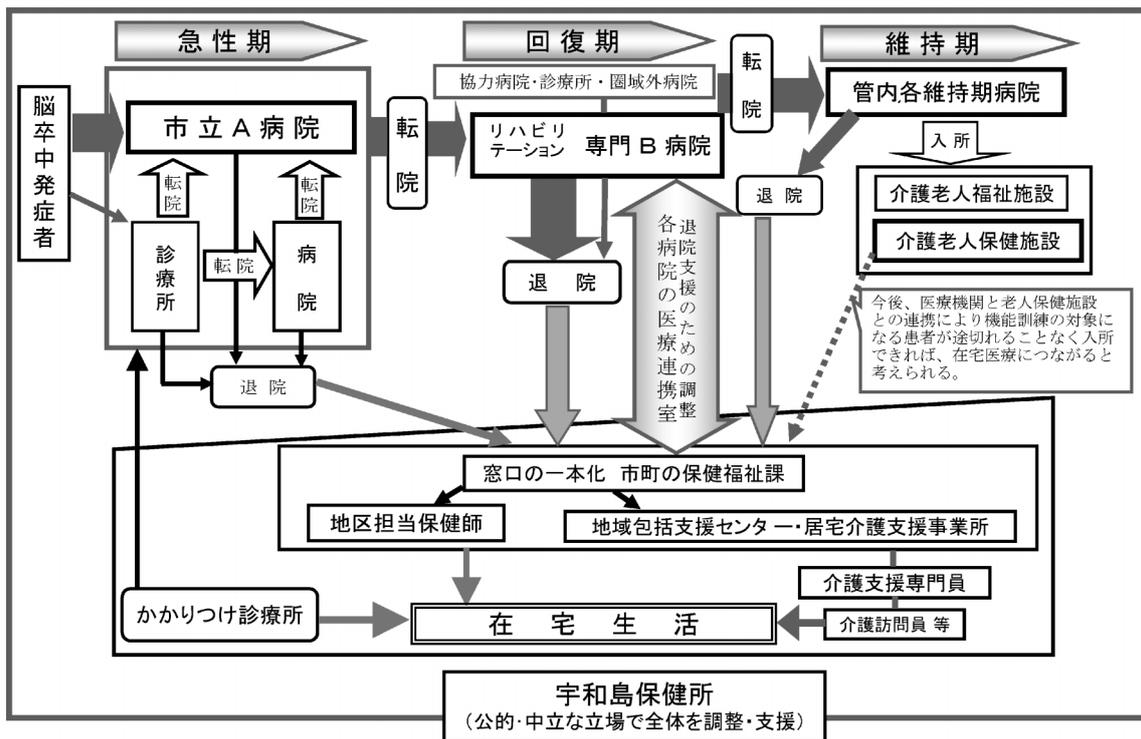
の大流行の際に、市立A病院の医師から、救急患者の爆発的な増加による夜間の救急担当医師の負担の増大が危惧され、診療支援の訴えがあった。既に医師連携推進班会議において市立A病院の救急医療現場における厳しい状況が共通認識されていたので、U地区医師会長と市立A病院病院長の英断により、平成22年1月13日より、U地区医師会の輪番で開業医1人が市立A病院の内科の夜間救急外来3時間（平日の19時30分～22時30分）を応援する体制が取れ、救急外来の担当医師の負担が軽減された。この体制は現在29か所の医療機関の協力により継続している。

ところで、現在検討中の宇和島保健所管内の脳卒中発症から在宅移行までの各機関の役割のイメージ図を図5に示す。現在、当管内では大部分の脳卒中の急性期患者を市立A病院が受け入れており、その一部の回復期患者をリハビリテーション専門のB病院が受け入れている。今後、連携パスの推進により、B病院での回復期患者の受入れが増加すれば、維持期以降の連携はB病院が中心になると考えられるので、保健所はB病院と協働して維持期の充実を図る。また病院看護と在宅介護の連携はあるが、回復期病院医師と維持期病院医師、とくに在宅でのかかりつけ医である開業医との連携は重要な課題であり、保健所は今後も継続して協力・参画を呼び掛ける。

そして平成22年度診療報酬改定⁹⁾では、大腿骨頸部骨折や脳卒中の連携パスでは、回復期病院を退院後に、通院や在宅医療を担う病院・診療所およびリハビリテーションなどを担う介護サービス事業所が、介護支援専門員との連携することが介護支援連携指導料として評価された。今後、在宅を目的にした医療と介護サービスの切れ目のない連携を図るためには、介護サービスを担う関係者間での相互の連携と、介護サービスに係る人員・施設設備などの情報の共有が必要であり、同時に相互の連携により介護サービスの質の向上が期待できると考えられる。

とくに介護老人保健施設では、回復期および維持期病院から機能訓練が必要な患者が入所すれば、機能訓練を継続し介護支援専門員と連携することで在宅への移行が可能になり、病院から在宅の中間施設としての本来機能の発揮が期待されると考えられる。現在、保健所は、県の高齢福祉担当職員が実施する介護保険法に基づく介護老人保健施設への定期立入検査に同伴して、医師、保健師および栄養士が実地指導を行っている。また介護老人保健・福祉施設内の感染症・食中毒予防や発生時の対策の指導で十分な関わりがある。それ故、今後は介護と医療の

図5 宇和島保健所管内の脳卒中発症から在宅移行までの各機関の役割のイメージ図



各施設間の連携による在宅移行への重要性を啓発するとともに、連携への支援を検討する。公的かつ中立な立場である保健所の活動は、医療・保健・介護サービスを包括した地域連携推進に有用と考えている。

V 結 語

今回の宇和島保健所の活動により、医療・看護・介護サービス等の各施設間での連携意識の高揚を図るとともに連携パスの試行までに到達した。今後は、この基盤を揺るぎないものにし、将来的には在宅医療の要であるU・N両地区の医師会の協力と参画を期待する。

おわりに、病院勤務医師を地域全体で支援しながら、患者が安心できる在宅医療の実現のためには、病院医師・看護師などの医療と市町の保健師、介護支援専門員などの保健・介護との連携が必須であるが、当管内でその基礎づくりが可能であったのは、病院と保健・介護の両方に繋がりがあり、公的で中立な立場で各々を調整ができる保健所の機能が求められた結果であり、そのことが当地域に期待されていたことと実感した。ただし、近年の厳しい人員や予算削減がある中で、この活動が今後とも保健所の業務として継続できるように努力を続けるためにも、管内市町、地元医師会、各主要病院、愛媛大学医学部などの関係機関と、より一層の連携を強化し

たい。

本活動に格別のご協力をいただいた、宇和島医師会長 田中統一氏、南宇和郡医師会長（現老人保健施設なんぐん館施設長）粉川顯仲氏、市立宇和島病院病院長（現宇和島市病院事業管理者）市川幹郎氏、宇和島社会保険病院病院長 松田芳郎氏に深く感謝申し上げます。

また本活動のために貴重なご講演をいただいた、青森県むつ総合病院病院長 小川克弘氏、愛媛県立今治病院病院長 藤田学氏、同病院地域医療連携室 高岡真由美氏、宮崎県立日南病院医療管理部・医療連携科医長 木佐貫篤氏、愛媛大学大学院医学系研究科脳神経外科准教授 久門良明氏、社会医療法人近森会近森病院看護部長 久保田聡美氏、国際医療福祉大学大学院教授 武藤正樹氏に厚く御礼申し上げます。

そして本活動のための会議や研修会の企画や開催、および関係機関への連絡などの実働面で、大変尽力してくれた宇和島保健所企画課担当係長（現愛媛県保健福祉部健康増進課技術課長補佐）坂尾良美氏、同課専門員（現同課担当係長）早川光江氏に深く感謝申し上げます。

さらに各連携推進班の皆様方に深謝いたすとともに、今後益々のご協力・ご支援をお願い申し上げます。

（受付 2010.10.5）
（採用 2011.7.15）

文 献

1) 財団法人厚生統計協会. 厚生 の 指 標 増 刊 国 民 衛 生 の 動 向. 東 京 : 厚 生 統 計 協 会, 2009; 56(9): 169-170.

- 2) 愛媛県保健福祉部長寿介護課. 高齢者人口等統計表 (平成22年度). 2010. http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a_0002.pdf (2011年1月31日アクセス可能)
 - 3) 愛媛県保健福祉部. 保健統計年報 (平成21年版). 2009.
 - 4) 厚生労働省. 必要医師数実態調査詳細結果: 現員医師に対する必要医師数 (二次医療圏別). 2010; 7-15. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/other/dl/06.pdf> (2011年1月31日アクセス可能)
 - 5) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成19年度地域保健総合推進事業 少子高齢化過疎化に対応した医療保健福祉の連携体制のあり方について 報告書 資料4 地域における医療・保健・福祉連携検討会 (高知県と愛媛県の医療連携). 2008.
 - 6) 厚生労働省. 中央社会保険医療協議会総会 (第125回) 議事: 平成20年度診療報酬改定について: 資料 (総-1) 地域連携診療計画の評価の拡大と見直し. 2008; 124.
 - 7) 財団法人日本公衆衛生協会. 平成18年度地域保健総合推進事業 地域医療連携体制の構築に関する研究事業報告書. 事例3 地域連携パス標準化モデルの開発・普及 (青森県むつ保健所・青森県健康福祉政策課). 2007.
 - 8) 片山 壽. 尾道医師会: 開業医の機動力を示す地域医療連携・カンファレンス. 日本医師会雑誌 2010; 139特別号(1): S284-S287.
 - 9) 厚生労働省. 平成22年診療報酬改定について: 平成22年度診療報酬改定関係資料 (平成22年3月5日改定説明会資料): 平成22年度診療報酬改定説明 (医科). 2010. http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuuhoken/iryuu-hoken12/dl/setumei_03.pdf (2011年1月31日アクセス可能)
-