

## 地域でつながるシステムを模索

今や医療は地域全体で考える時代になりました。その中で大学病院の役割も変化しています。今回は県民に期待される大学病院の役割や機能について、実際に連携している病院の一つ、和仁会病院地域連携室長の山口淳一氏を交えて課題を探りました。

### 地域病院への紹介 密な連携を探る

**河野氏** 860床余ある大学病院のベッド稼働率は90%を超え、大学病院としての機能が麻痺しつつある状況です。大学病院の役割は高度医療や重篤な疾患の治療、いわゆる3次医療機関としての使命があります。しかし、現状のままですと高度な治療を必要とする患者さんを受け入れることができず、手術ができないなどの問題が発生します。地域の病院と機能分化しながら、それぞれの特性を生かすという方針を明確に打ち出さなければならないと思っています。大学病院は外来より入院に医療の割合を持つべきだと考えていますので、そういう意味でも地域医療連携はますます重要になってきます。川崎先生、開業医の先生方からの紹介率はどのようになっていますか？

**川崎氏** 地域の先生からの紹介率も70%を超え、大学病院から地域の病院への逆紹介率も60%以上になりました。

**河野氏** 連携は強くなっていますが、外来診療が増えてくると大学病院としても大変です。特に月曜は駐車場が満車になって、周辺の交通に迷惑をかけてしまっています。大学病院でなくてもいい外来診療をご開業の先生にどういう風にお問い合わせしていくか、方法はありますか？

**川崎氏** 本院で治療を終えた患者さんをどう紹介元に戻していくかということですが、関東の病院でも課題になっていると聞いています。ある病院では「大学病院で治療を終えた後は地域の連携した開業医へ

紹介します」という方針をポスターで大きく打ち出しているそうです。各診療科にも同じようなポスターを置いて、周知徹底しているようです。そういう形でまずはシステムを患者さんに理解していただいて、受け皿となる医療機関を大学病院がある程度用意する必要がある気がします。

**河野氏** 患者さんにとって大学病院から見放されたと思われるような対応が必要ですね。大学病院はいつでも必要な治療には関わり、ただ大学病院の機能としては入院が主体だと理解してもらわないといけません。川崎先生は全国の国立大学病院の地域連携部門の協議会に関わっていますが、ほかの大学病院が抱える地域連携の問題にどのようなものがありますか。

**川崎氏** どこの大学病院でも問題になるのは認知症や精神疾患を抱えた方を診ることができる病院が少ないことです。例えば、自殺企図の患者さんを大学病院の救急で診た場合、次の回復期のリハビリ病院に紹介しようとする、その病院に精神科医がいなため難しいと断られることがあります。大学病院の中には大学病院の治療を終えた患者さんを受け入れる連携病院をつくっているところがいくつかあります。最終的には回復期、または療養型の病院に転院するのですが、連携病院はその間のわずかな1週間程度を受け持って、ベッドが空くまでの緩衝的な調整の役割を担っています。東京の方では既にそのような取り組みをしているようです。

**河野氏** 本院でも地域の各病院に手を挙げてもらい、その病院へ優先的に患者さんを紹介するようなシステムをつくれなかと模索しています。例えば「登録病院」などの呼称をつけて、大学病院と特別な連携関係にある病院に優先的に患者さんをお願いできればと思っています。地域全体の医療を考えたとき、こういうシステムが必要な時期にきていると感じています。関東の取り組みを参考にしながら、

医師会と協力して実現したいですね。

## 効率的なファックス予約

**河野氏** 紹介数が増えていることに対して本院で効率的に対応するためにどのような工夫をしていますか？

**川崎氏** 地域の医療機関からの初診紹介窓口を地域医療連携センターに一本化して、事前にファックスの予約を受けています。センター宛てにファックスを1本送っていただければ、開業医の先生が本院の各診療科に問い合わせる必要がありません。センターでそれぞれの先生のスケジュールを確認して15分以内に予約日をお知らせすることができます。

**河野氏** 開業医の先生方が患者さんを診ている間に効率よく大学病院の予約日をお知らせすることができるわけですね。このシステムは開業医の先生方に普及していますか？

**宮地氏** 利用される開業医の先生はいつも同じですね。現在、大学病院の広報とともにこのシステムをお知らせしていますので、これから少しずつ増えてくると思います。

**川崎氏** ファックスでの事前予約はまだ紹介患者の4割に留まっています。倍ぐらいに伸ばしていきたいと思っていますが。具体的には本院ホームページの『医療関係者の方へ』という項目で案内していますので、地域の先生方にはぜひ利用していただきたいと思っています。

**河野氏** 事前予約を入れると、患者さんの待ち時間が短くなりますよね？

**宮地氏** 紹介状を持って患者さんがいきなり受診されるよりも、待ち時間の短縮になると思います。

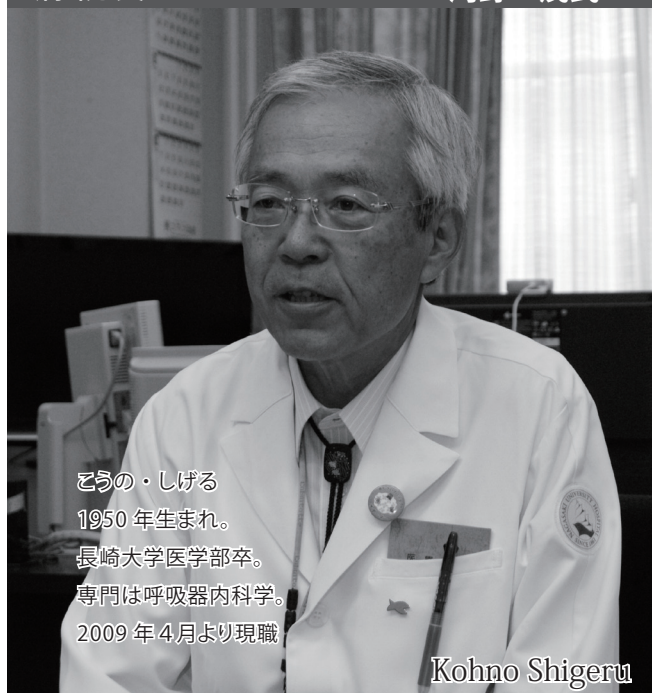
**川崎氏** ファックスの事前予約を入れた患者さんの待ち時間は10分以内が45%と、少しずつ割合も増えています。ただ診療科によって待ち時間に差があるようです。

## 窓口の一本化で順調な流れ

**河野氏** 逆に本院に入院していた患者さんをほかの病院へ紹介する状況はいかがでしょうか？昨年から救命救急センターが整い、外傷センターや脳卒中センターの機能も備えました。大学病院では救急の患

病院長

河野 茂氏



こうの・しげる

1950年生まれ。

長崎大学医学部卒。

専門は呼吸器内科学。

2009年4月より現職

Kohno Shigeru

者さんを診た後、他の病院へ紹介するときの調整はいかがでしょうか？

**宮地氏** 患者さんが見捨てられたという印象を持たないように丁寧な調整を心掛けています。また、地域の病院に紹介する際、各患者の病態を十分考慮した連携も大切です。例えば、褥瘡患者のベッドマットの機能などを転院先病院に的確に伝えることができる褥瘡対策の連携などです。

**河野氏** 和仁会病院の病床数はどのくらいですか？

**山口氏** 現在212床です。ベッドの構成が一般病床59床、回復期リハビリテーション病床が83床、長期の療養病床が70床になっています。メインで動いているのが回復期リハビリテーション病床です。濃厚なリハビリテーションを365日提供させていただき、比較的在宅復帰率が高いといえます。入院期間も長期療養に比べ短く、また患者さんの状態によって入院期限が決まっていますので、入院当初から退院の方向性をスタッフで共有し、在宅や施設にお帰りいただく退院支援システムをつくっています。ベッドの稼働率はほぼ90%ぐらいですが、大学病院から連絡を受けてから基本的には1週間以内には受け入れることができますようにしています。

**河野氏** 大学病院から紹介した患者さんの受け入れ人数はいかがですか？



和仁会病院地域連携室長

山口 淳一氏



やまぐち・じゅんいち  
1964年生まれ。  
諫早市出身。  
医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）。  
2001年6月より現職

Yamaguchi Junichi

**山口氏** 平成23年度の実績をみますと、大学病院の地域医療連携センターから和仁会病院に紹介された患者さんは118人でした。私たちはセンターを通してやり取りをしていますので、ドクター同士での調整はありません。窓口が一本化されていて、互いにコミュニケーションが取れていると思います。

**河野氏** お互いに病院全体を見渡せて内情をよく分かっているわけですね。

**川崎氏** 平成23年度、本院地域医療連携センターが直接支援に関わった患者さんは2329人です。その中で転院調整は1297人に上り、国立大学病院42病院中1位になっています。ほかの大学病院と比べて、窓口が一本化して病院として組織的に機能しているといえます。

**河野氏** センターを通して調整する場合、大学病院内ではどのようにしていますか？

**宮地氏** 大学病院から他病院へ患者さんを紹介するとき、まず院内で主治医に転院依頼書を書いていただいて、先生とセンターで連携を取ってから患者さんとお話をします。それから外の病院へ情報提供書を渡して、患者さんの受け入れを検討していただく流れになっています。転院予定先の病院から転院可能な日時の連絡をいただいたら、センターが主治医や病棟と連携しながら、家族の付き添いだけで大丈夫

地域医療連携センター看護師長

宮地 登代子氏



みやじ・とよこ  
1954年生まれ。  
福岡県大牟田市出身。  
2007年、地域医療連携センター配属、  
2009年より現職

Miyaji Toyoko

か、介護タクシーが必要かなど移送手段を検討します。

**河野氏** 地域の病院で受け入れの際、調整が難しいことはないですか？

**山口氏** 県央地域の急性期病院では転院予定先の療養病棟が満床で、転院の受け入れまでに月単位の日数を要することがあります。そのような時は県央地域に近い当院の一般病棟を緩衝用として提供し、転院の連携を図ることもあります。

## 地域統一のクリティカルパス

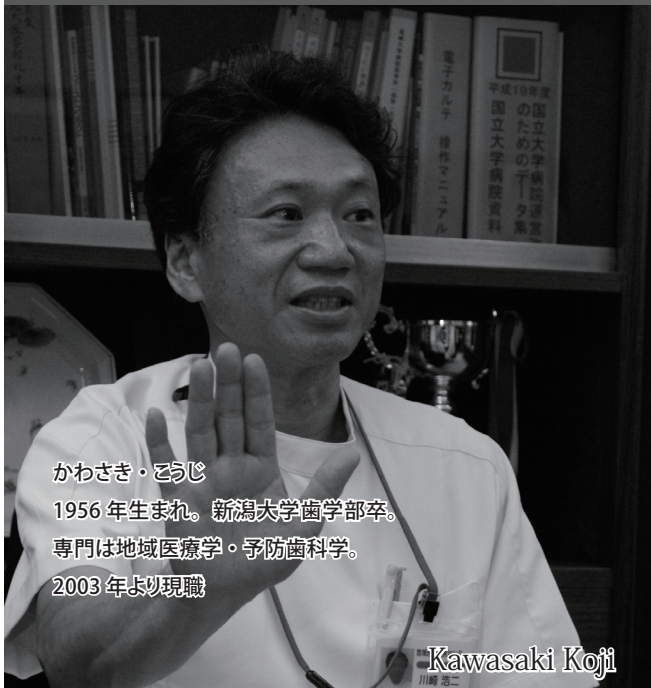
**河野氏** 整形外科や脳外科、心臓血管外科など診療科ごとに疾患や治療の流れに特徴があるので、そのあたりの連携をどうやっていくかが頭の痛いところですね。今、地域連携パスがありますが、実際にはどのように運用されていますか？

**川崎氏** 例えば脳卒中の場合、急性期の病院で手術をした後、回復期でリハビリして、最終的には在宅医療という一連の流れがあります。通常、クリティカルパスは院内だけで使用するものです。それを長崎市とその周辺でやり方を統一して、脳卒中に関わる急性期の病院やリハビリの病院、在宅医療の開業の先生と一連のパスをつくらうとしています。

**河野氏** 疾患は脳卒中のほかに何がありますか？

**川崎氏** 大腿骨頸部骨折と肺、胃、大腸、乳、肝臓

## 地域医療連携センター副センター長 川崎 浩二氏



かわさき・こうじ  
1956年生まれ。新潟大学歯学部卒。  
専門は地域医療学・予防歯科学。  
2003年より現職

Kawasaki Koji  
川崎 浩二

の5大がんについても動いています。

**河野氏** 最初から地域連携パスを使う患者さんはどれだけいますか？

**川崎氏** まだ少ないです。長崎地区で脳卒中の連携パス自体はまだ動いてなくて、前段階として同じシートを使って、それぞれに情報提供書を使っている段階です。大腿骨頸部骨折は大学病院の扱いが少ないので入っていませんが。

**山口氏** 大腿骨骨折の連携パスについては協議会を地域で立ち上げており、地域支援病院などの各急性期の病院がまず計画病院として連携しています。

**河野氏** これは県の主導ですか？

**山口氏** 各病院間で連携を深めようとお互いに話し合っただけで自然と立ち上がりました。

**川崎氏** 5大がんについては、国が進めていますので、都道府県が中心となって動き始めています。

**河野氏** 地域連携を進める上で、患者さんをはじめから地域連携パスにのせないと難しいのかなと思っています。

## 在宅医療へつなぐ支援も充実

**河野氏** 本院からの患者さんを受け入れる立場で大学病院への要望はありますか？

**山口氏** 大学病院の退院支援をされるスタッフの皆

さんに地域の病院を知っていただくことを積極的に進めていただければと思います。そうすると患者さんが安心して次の病院にいきますし、病院同士も顔の見える関係をつくれるのではないのでしょうか。

**河野氏** そうですね。まずは紹介先を知らないと思患者さんに進めることはできませんからね。患者さんの退院支援について本院の特徴は何ですか？

**宮地氏** 本院では外来診療を受けて入院が決まった時点で「退院支援スクリーニング」を実施しています。スクリーニングにより、患者さんの退院後の問題が入院前から明確になることで、早期退院支援が可能となり、より手厚い支援ができるようになりました。

**川崎氏** 患者さんが本院に入院したときには既に退院時の問題を把握して、すぐに問題解決に向けて動けるようにしています。

**宮地氏** 長崎は斜面地が多いので、患者さんの住宅環境などを医療者は知っておく必要があります。以前、心筋梗塞を起こした患者さんが退院する際、自宅までに80段近くの階段があることが分かりました。先生に確認したところ、そのままの状態での退院では難しいので、急遽リハビリに階段昇降などを入れて支援したことがあります。

**川崎氏** センターを通して在宅医療につないだ患者さんは平成23年度で665人で、これはセンターがかかわった在宅医療支援の28.6%を占めます。

**宮地氏** 患者さんが安心して自宅で生活できるように、在宅の先生やケアマネジャー、訪問看護師、訪問薬剤師さんらと合同カンファレンスをしています。退院前からかかりつけ医の先生たちと顔の見える関係ができていますので、患者さんにも安心いただいています。また8月から毎週水曜夕方、大学病院を退院して在宅医療に移行した患者さんのフォローアップとフィードバックのため「地域医療連携センターオープンカンファレンス」を開いて、訪問看護や在宅医療を担う先生方と一緒に検討するようになりました。

**河野氏** こういった連携をご理解いただいて、積極的に関わっていただくことが重要ですね。大学病院も患者さんの声に耳を傾け、地域の先生方のご意見を伺いながら連携を強めていきたいと思っています。これからもよろしくお願いいたします。今日はありがとうございました。