

2 医療機能の分化・連携

医療機能の分化・連携

CASE STUDY

「2人の主治医が患者を見守る安心の医療システム ～イーツー（医－2）ネット～」 （静岡市静岡医師会、静岡市立静岡病院ほか（静岡県静岡市））

1 概要

イーツー（医－2）ネットとは、静岡市静岡医師会（以下「市医師会」という。）と市内の5つの公的病院（静岡市立静岡病院、静岡県立総合病院、静岡済生会総合病院、静岡赤十字病院、静岡厚生病院）（以下「公的5病院」という。）が連携し、診療所と病院の2人の主治医が役割分担をしながら継続的に患者を見守るシステムである。

1998（平成10）年に市医師会が在宅医療に関するアンケート調査を実施したところ、在宅医療における一番不安な点として、介護を行う家族の負担と患者の緊急時にかかりつけの医師と連絡が取れない時が全体の3分の2を占めていることが分かった。そこでまず、かかりつけの医師と連絡が取れない場合の不安を解消するため、公的5病院の協力を得ながら、寝たきり患者を対象としたグリーンカードシステム（1998年～）^{（注1）}、イエローカードシステム（1999（平成11）年～）^{（注2）}をスタートさせた（2006（平成18）年には、さらにシルバーカードシステム^{（注3）}を開始）。

こうした取組みの中で芽生えた公的5病院と診療所の連携を、一般の外来患者にまで拡大させようとする市医師会の働きかけに公的5病院が呼応し、実現したのが「イーツーネット」である。

ここでは、市医師会と静岡市立静岡病院（以下「市立病院」という。）との連携を中心に紹介を行う。

（注1）グリーンカードシステム

グリーンカードは、自宅で生を全うしたい患者に用意されるカードである。かかりつけの医師があらかじめ患者の家族に渡しておき、看取りが必要になった場合、万一かかりつけの医師に連絡が取れない場合でも、患者の家族が消防署に連絡すれば医師会当番医が紹介され、自宅でケアを受けることができる。

（注2）イエローカードシステム

イエローカードは、在宅療養中の病状急変時に希望する病院への搬送入院を要望する在宅患者にあらかじめ渡しておくカードである。いざというときにかかりつけの医師と連絡が取れない場合でも、希望する病院にイエローカードを提示すればそこで治療を受けることができる。

（注3）シルバーカードシステム

シルバーカードは、在宅療養中の病状急変時に、往診や訪問看護を希望する在宅患者にあらかじめ渡しておくカードである。往診や訪問看護を希望した場合、万一かかりつけの医師や看護師に連絡が取れない場合でも、消防署に連絡すれば、当番の医師や看護師による往診、訪問看護を受けることができる。

2 取組内容

(1) 連携体制

2001（平成13）年2月より、市医師会と公的5病院との間で「病診連携に関する合意書」が交わされ、イーソーネットが発足した。

イーソーネットは、診療科目別の連携を基本としている。市医師会と市立病院のイーソーネットについては、2001年の発足当初は、糖尿病など8疾患（8診療科）でスタートしたが、その後狭心症、アトピー性皮膚炎など対象疾患を拡大し、現在は診療科別病診連携として全16科（市立病院）に拡大している。イーソーネットへの参加を希望する診療所の医師は、病院に対して診療科別に登録される。

(2) 連携の流れ

市立病院と診療所の連携の仲介役を果たすのが、同病院の地域医療支援室（以下「支援室」という。）である。

イーソーネットに登録された診療所の紹介状を受け取った患者は、支援室に出向き、紹介状や健康保険証を提示する。支援室は手続きを行った上で、担当職員が診療科受付に案内する。医師は診療後、患者がそれまでかかっていた診療所の医師（紹介元の医師）に対し、診療の状況や診断結果について報告を行う。

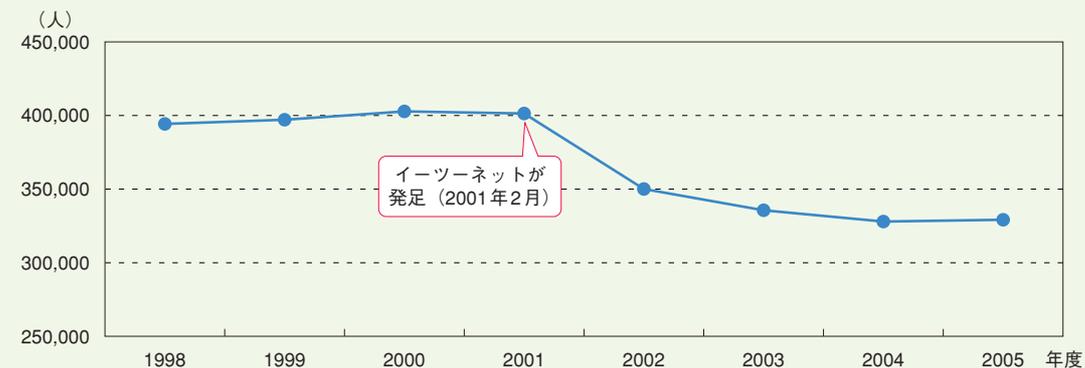
市立病院は、市医師会との合意に基づき、診療所から紹介された患者は原則として紹介先の診療所に戻すこととしている（逆紹介）。市立病院の医師から紹介状が出され、患者はかかりつけの診療所で必要な治療や経過観察を続けることになる。

さらに、診療所は、逆紹介された患者が来院した時点で支援室に返事を送り、数か月に一度、診療所の紹介状を持参し、病院外来に受診するよう指導をしている。

このように、診療所の医師は日常的な診療と病気の変化や専門的医療の必要性を判断し、病院の医師は定期的な専門的検査や急変時の対応をするという形で役割分担を行いながら、患者を支えている。

このような取組みの結果、それまで増加する一方であった市立病院の外来患者数は、イーソーネット導入後減少しており、患者の病院集中傾向が緩和されている（図表1）。

図表1 市立病院の外来患者延べ人数の推移



（3）課題と解決方法

1）病院から診療所への逆紹介

診療所から病院に対して患者の紹介がなされた後、症状が落ち着いて以降もそのまま病院が患者を抱え込んでしまうことがあるという点が、病診連携を推進するに当たっての大きな課題の一つである。こうした状況が改善されなければ、診療所と病院の役割分担は進まず、いたずらに病院が外来患者を抱え、繁忙になり、勤務医の負担を増加させることになりかねない。

そこで、市医師会と公的5病院は、患者の紹介率、逆紹介率を診療科別に定期的に数値化し、共有することで、逆紹介率が低い病院や診療科への働きかけを強め、連携を浸透させる取組みを行っている。

具体的には、公的5病院は毎月の紹介、逆紹介に関するデータを市医師会に報告する。医師会は、各病院や診療所に集計結果をフィードバックし、病診連携の実情が把握できるようにしている。こうして得られた結果に基づき、市医師会は公的5病院に対して連携の強化を働きかけ、病院内でも支援室が中心となって逆紹介の推進を図っている。

こうした取組みの効果もあり、市立病院における2005（平成17）年度の逆紹介率^{（注4）}は87.1%に達している（2003（平成15）年度は70.1%）。

（注4）逆紹介率

逆紹介率＝逆紹介患者数／紹介患者数。逆紹介患者数には、紹介元に戻した患者のほか、診療所からの紹介でない患者（最初から病院にかかった患者）を診療所に紹介した数も含む。

2）連携事務の活性化

病院と診療所の連携を進めていくに当たっては、紹介を受ける病院側の体制が十分に整備される必要がある。

市立病院では、支援室が連携に関して生じる事務を取り扱っている（このほか、総合相談や訪問看護についても取り扱う。）。スタッフは、医師である室長、連携担当参事（事務職）、看護師長、看護師（4名）、ソーシャルワーカー（2名）、窓口職員（4名）の計13名となっている（2007（平成19）年3月時点）。看護師長が連携室にいて、どこの診療科に紹介すべきかといった診療所からの相談に応じることができる体制となっている。また、ソーシャルワーカーは、転院や介護サービスへの移行などの相談に応じる役割を果たしている。

3）顔の見える連携 ～病診連携勉強会の実施～

診療所の医師が患者を病院に紹介する場合、紹介先の病院の医師と面識がないと、紹介が行いにくい。これは病院から診療所への紹介の場合も同様である。また、病院の医師から見て、診療所の医師の診療レベルや診療方針が著しく不均一であれば、患者を診療所に委ねることが難しくなる。

そこで、市医師会と市立病院は協力して、①病院・診療所双方の交流を通して、「顔の見

える」病診連携を実現するとともに、②地域内の医療機関の医療提供レベルの向上を図ることを目的として、病診連携勉強会を実施している。こうした取組を通じて、病院でどのような最先端医療の提供が可能か、診療所がどのような診療機能を保持しているかなど、病院と診療所の相互理解を図ろうとしている。市立病院に登録された診療所の医師は、原則として診療科別の勉強会に参加することとされている。

インターネット開始後、こうした勉強会の実施回数は毎年増加しており、2006（平成18）年には36回開催されている（市立病院以外の病院が主催するものも含む。）。このうち、公的5病院、市医師会がテーマ設定などについてそれぞれ主導した勉強会は半分ずつ程度となっており、病院、診療所双方の問題意識が勉強会に反映されるようになっているのも特徴である。

4) 病院を離れることに対する患者の不安

診療所から病院に紹介された患者の容態が安定し、診療所に戻す場合、患者の立場からは、急変時に病院で診てくれないのではないかとというように、病院を離れることに不安を持つ場合がある。

こうした不安を払拭するため、市医師会と市立病院は、2004（平成16）年3月から、連携安心カード（オレンジ救急カード）を発行している^(注5)。これは、インターネットで診療を受けている患者に対し、診療所や病院の医師が渡すカードである。このカードを保有していると、診療所に通院している患者の容態が急変した場合に、万一かかりつけの診療所の医師に連絡が取れない場合でも、カードに記載された病院を受診できることが約束される。実際には、カードの有無にかかわらず、市立病院は診療所に通院する患者を受け入れているが、こうしたカードを交付することで、患者に対し、必要なときにはいつでも病院にかかることができるという安心感を与えている。

(注5) 静岡県立総合病院では、オレンジ救急カードと同様の機能を持つ「連携安心カード（葵カード）」を発行している。

3 新たな取組み

市医師会と5病院は、病診連携をさらに深化させる取組みを進めている。例えば市医師会と市立病院は、心房細動^(注6)患者に対する連携について、病院の役割（原因の診断、治療方針の決定、診療所へ戻す基準等）と診療所の役割（経過観察項目、病院への定期的な病状報告等）を明確化し、患者の脳卒中リスクの低減を目指している。また、がん診療については、公的5病院と診療所間で共通のクリティカルパスを作成するなど、病院・診療所間の協力・連携を更に強化している。

(注6) 心房細動

不整脈の一種であり、脳卒中のリスクを高めるとされる。