

(9) 地域連携の分野

被災地における化学療法地域連携チーム (国立大学法人東北大学)	573
都市部における地域完結型医療を目指すチーム～急性期病院とリハビリテーション病院との連携～ (医療法人敬仁会 友愛病院)	582

被災地における化学療法地域連携チーム (国立大学法人東北大学)

チームを形成する目的

被災地では、それまで化学療法を行ってきた地域がん診療拠点病院を含む多くの医療機関が震災関連の患者の対応に追われ、また、医療機器の故障、システムダウン、薬剤の不足、ライフラインや交通の断絶等により化学療法が継続不能に陥った。学会等から全国の化学療法受け入れ可能病院の情報が提供され、実際に一時的な転院を患者に提案したが、多くの患者は居住地を離れることに抵抗を示し、化学療法は中断せざるを得なかった。一方、必要なタイミングで副作用の観察や適切な対応が行われず、有害事象の重篤化も発生した。このため、被災地の患者に速やかにかつ安全を確保して化学療法を再開、継続するためには、都道府県がん診療連携拠点病院と被災地内の地域がん診療連携拠点病院を中心とした化学療法地域連携チームが必須である。

都道府県がん診療連携拠点病院と被災地内の地域がん診療連携拠点病院、一般医療機関との間に密な連携を確立することにより、①災害後速やかに被災地の患者に安全に化学療法を再開すること、②できるだけ早く被災地（患者居住地でもある）の医療機関において安全で適正な化学療法を再開・継続すること、③必要に応じて適切な時期に患者の転送を行い、患者の安全を確保することを目的とする。本医療チームは、今後の災害発生時の化学療法継続の重要なモデルとなる貴重な取り組みである。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

都道府県がん診療連携拠点病院(当院)

医師：医学的根拠に基づいたレジメン審査、インフォームド・コンセント、治療レジメンの選択、有害事象の説明と対策。実際に被災地の医療機関に派遣する必要がある。被災地の医療機関において、患者に対して上記のような医療を提供すると共に、被災地の医療機関の医療従事者からのコンサルテーションを受け、医療従事者へのアドバイスをを行う。

薬剤師：薬学的根拠に基づいたレジメン審査、レジメン管理、処方鑑査、無菌的調剤、患者への薬剤指導、有害事象調査。被災地の医療機関との薬剤師－薬剤師連携。震災後の薬剤の在庫調整管理。

看護師：安全な投与の実際に基づいたレジメン審査、副作用対策、患者教育、セルフケア指導、実際の投与時の観察、記録、患者来院時の副作用観察。投与時の問題点に付き医師や薬剤師への情報提供。患者からの有症状時の電話相談への対応、医師や薬剤師への連絡。

リエゾンナース：患者(被災者)の精神的ケア、他の職種への情報提供。

ソーシャル・ワーカー：社会的資源や利用可能な制度に関する情報提供、経済的問題の相談窓口。

地域連携コーディネーター：災害に強い連絡方法として、メーリングリストが挙げられる。メーリングリストの運営・管理。被災地の医療機関に関する情報の収集、医療機関への通院開始時期の調整、通院開始準備のための連絡、調整実施患者に関する記録。連携システムについての広報活動。

被災地域の医療機関

(一般医療機関)

医師：有害事象の観察と対応、当日の化学療法可否の判定、治療スケジュールの管理、都道

府県がん診療連携拠点病院や地域がん診療連携拠点病院医師への連絡や相談

薬剤師：処方鑑査、無菌的調剤、薬剤指導、有害事象調査、他職種への情報提供、都道府県がん診療連携拠点病院や地域がん診療連携拠点病院薬剤師との連絡

看護師：有害事象の観察と対応、患者指導、投与中のモニタリング、患者情報収集と他職種への情報提供、患者の身体および精神的サポートやアドバイス
ソーシャル・ワーカー：医療費制度や社会的資源についての紹介や相談、都道府県がん診療連携拠点病院や地域連携がん診療連携病院との連絡、患者受け入れの調整

(地域がん診療連携拠点病院)

上記被災地域の医療機関の役割に加えて、被災地域の化学療法施行中患者に副作用や症状が発現した場合に、救急対応、入院対応、当院への収容依頼必要性の判断、連絡等を行う。放射線治療併用が必要な化学療法レジメンの実施を担当する。チームメンバーがカンファレンスや症例検討会等の会合を行う際には会議室を提供する。

チームによって得られる効果（評価方法）

【急性期(災害後 1-2 ヶ月まで)】

- 被災地の地域連携がん診療連携拠点病院が急性期対応中(化学療法不能期間)に、一時的に被災地の患者を都道府県がん診療連携拠点病院へ受け入れ、治療の中断を最小限にすることができる。被災地の病院から都道府県がん診療連携拠点病院への患者の転院搬送時期、搬送数で評価を行う。
- 都道府県がん診療連携拠点病院通院中の患者が、災害後に都道府県がん診療連携拠点病院までのアクセスを絶たれた際に、化学療法中の中断を最小限にすることができる。患者居住地に近い医療機関で治療を再開することができる。震災後の治療再開や初診から治療開始までの日数調査で評価を行う。

【急性期以降(災害後 3 ヶ月以降)】

- 都道府県がん診療連携拠点病院における登録レジメンに基づいた適正な化学療法を、被災地の一般医療機関で継続することができる。被災地の一般医療機関からのコンサルテーション数、被災地医療機関での化学療法実施件数で評価する。
- 都道府県がん診療連携拠点病院のノウハウを共有することで、被災地の一般医療機関で適切な患者指導や速やかな有害事象への対応を行うことができる。有害事象発現件割合、治療中止割合で評価を行う。
- 被災地において専門的治療が必要な状態の患者を、速やかに都道府県がん診療連携拠点病院に移送することができる。転院患者数、転帰で評価する。
- 地域がん診療連携拠点病院が速やかに通常のがん薬物療法業務を取り戻すことができる。地域がん診療連携拠点病院の化学療法再開時期、実施数、都道府県がん診療連携拠点病院へのコンサルテーション数で評価を行う。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

【病院の機能的役割分担】

震災後速やかに、東北大学病院、本事業の連携医療機関でもある石巻赤十字病院、仙石病院を中心とした話し合いを行い、それぞれの医療機関の役割について話し合いを行った。石巻赤十字病院は災害拠点病院でもあり、急性期治療を要する患者が殺到した。石巻地区で他に中心的な役割を持つ医療機関であった石巻市立病院は津波で被災し、病院としての機能を果たすことができず、また患者の診療録も失われた。このような状況から、石巻赤十字病院

は急性期の治療を中心に行い、仙石病院において石巻赤十字病院や石巻市立病院の患者の化学療法を主に再開する役割とした。実際の3病院の化学療法実施件数（資料1）、外来患者数、入院患者数の統計を（資料2）に添付する。交通機関が断絶してしまったため、それまで東北大学病院で治療を行っていた石巻医療圏の患者の治療を、仙石病院で継続するケースも生じた。

【連携医療機関への専門医による外来化学療法支援】

上記のような理由で石巻市立病院、石巻赤十字病院などから、仙石病院に化学療法を必要とする患者が集中した。外来化学療法実施数実数および平成23年1月と比較した割合を（資料1）に示す。石巻赤十字病院では災害医療などの急性期医療に追われた影響で6月までは化学療法の実施が減少し、一方仙石病院は4月から著明に増加し、その後もさらに増加の一途をたどっていることがわかる。

仙石病院には腫瘍内科を専門に診療する常勤医師が一人しかいないため、東北大学病院から非常勤としてがん薬物療法専門医を含む腫瘍内科医を2回/週派遣した。派遣された医師は化学療法患者への診療を実施し、増加した化学療法への対応を行った。

また、石巻赤十字病院において化学療法を再開することができるようになった際に、化学療法の支援を行う目的で東北大学病院からがん薬物療法専門医を2回/月派遣し、進行・再発癌患者に対する外来診療およびコンサルテーションを行った。石巻赤十字病院では震災に関連し増加した患者に対応することで常勤医師は忙しく、化学療法を要する患者に十分な診察時間を割くことが困難であった。派遣された医師は患者の診察や病状説明を行い、患者の治療方針決定の援助や、診断や治療に苦慮する患者についての診療方針についてアドバイスをを行った。また、化学療法センターを訪問し常勤の職員とディスカッションを行った。治療中の患者に問題や困ったことがないか確認し、化学療法中の患者が安心して治療できるよう助力した。

【震災後のがん患者の動向】（資料2）

震災直後の混乱の中、コンピューターや電子カルテが使用できない状況の中で十分な患者の統計を取ることは困難であった。そのような状況であったが、職員が患者の転院等の記録を残しており、記録を基にして後に患者の動向をまとめた。これを急性期のデータとして示す。また、震災直後の急性期を過ぎた後は化学療法実施件数や外来患者数を正確に記録することができており急性期以降のデータとして示す。それらの集計を元にがん患者の動向について考察を行った。

1) 東北大学病院：急性期にはバスで医療チームを被災地へ派遣し支援を行った。また、石巻赤十字病院など急性期対応に追われる沿岸の病院から、重症入院患者の引き受けを無条件に行い、全面的にバックアップを行った。被災地域からの入院患者数の統計にはがん以外の患者も含まれているが、震災直後から多くの患者を東北大学病院が引き受け、最前線の医療機関を疲弊させないという使命を実践したと考える。急性期が過ぎた後からは多くの外来患者を引き受け、外来患者数は7月以降前年度に比較して増加している。紹介患者の居住地域を調べると、仙台市以外の宮城県からの患者が増加していることがわかった。入院患者数は震災直後から前年度に比較して増加しており、その傾向は急性期以降も持続している。

2) 石巻赤十字病院：がん診療連携拠点病院であると同時に、災害拠点病院でもあるため災害対応に追われた。急性期には入院が必要ながん患者は、東北大学病院などに転院し治療を継続した。震災後急性期を過ぎた後も引き続き、病院全体として新入院数は前年よりも

増加を維持しており、急性期疾患等がん以外の疾患の対応に追われたことが考えられる。外来新患患者の内訳を検討してみると、津波の影響で流失した石巻市立病院に通院していた患者の受診が、大幅に増えていることがわかる。化学療法実施数が前年と同程度に回復したのは、震災後3か月後の6月以降となっている。一方、がん患者の退院数は約半年間にわたって減少していたことがわかる。今後石巻赤十字病院のがん患者数が増加して来ることが予測され、長期的な診療支援が必要であると考ええる。

3) 仙石病院：仙石病院には震災後早期から化学療法の継続を求めて、石巻市立病院や石巻赤十字病院に通院していた患者等が受診した。また、石巻市立病院に通院していた患者は、医療機関に関する情報が不足していたために他の病院を経由しての仙石病院受診も見られ、中には複数の病院を経由した患者も見られた。仙石病院の化学療法実施数は震災後増加の一途をたどっており、2011年11月の時点では、石巻赤十字病院とほぼ同数の外来化学療法を実施している。この実施数は震災前と比較すると180%もの数であり、震災後に仙石病院ががん患者治療に果たしている役割が非常に大きいことが分かった。またこの背景には、役割分担を援助するために東北大学病院からの専門医の定期的な派遣があり、増加した患者の診療を支えていることが考えられる。

4) 上記三病院の全体的な患者の動向：

(震災直後)

病院の機能的な役割分担を早期から行った。東北大学病院は沿岸医療機関の全面的なバックアップを行い、無条件で患者を受け入れ医療機関の負担軽減のために機能した。石巻赤十字病院は災害対応に集中することができた。仙石病院は化学療法継続を求め多くの患者を受け入れた。反省点は石巻市立病院の患者の中には、どこの病院でがん治療を継続できるかという情報がなかったために、複数の病院を経由し仙石病院に受診した患者もいる。震災直後で情報が十分行き渡らなかったことが原因と考えられる。テレビのテロップや新聞などは利用したが、患者に情報は行き渡らなかった。情報を周知することができていれば、患者が震災直後に不安に駆られ情報が無い中で奔走することもなかったと考えられ、災害に強い情報発信の方法が課題であると考ええる。

(震災直後～化学療法再開時)

病院の役割分担を行うこと、専門医の定期的な派遣により機能的な分担が成功したと考える。しかし、津波により診療情報が流出するという事態があり、今後の診療情報の管理について課題を得た。

(化学療法再開後)

近隣の病院の診療停止に伴い、石巻赤十字病院の負担が全体的に増加した。外来化学療法は、仙石病院が震災直後から引き続き多く請け負っている。仙石病院では安全管理上本来の適正な実施数を超えた状態が続いているため、職員の疲弊も心配され、引き続き専門医の定期的な派遣を行うことに加えて、メディカルスタッフの援助、病院の役割分担の再考、患者の再分配等も考慮する必要があると考える。東北大学病院でも外来患者数は依然増加した状態であるが、化学療法数は大きな増加にはつながっておらず、現在安全な化学療法の提供に問題はないと考えるが、遠方から通院する患者も増えており、患者の居住地の基幹病院の医療再生が大きな課題である。

5) 【被災地のがん患者アンケート】(資料3)

東北大学医学系研究科倫理委員会、石巻赤十字病院倫理委員会、仙石病院倫理委員会の承認を得て、患者に口頭で同意を得たうえで「被災地のがん患者アンケート」を行った。

東北大学病院、石巻赤十字病院、仙石病院にて、患者に対面し聞き取りにて記入してもらう形式で調査を行い、沿岸の南三陸町、石巻市、東松島市を中心に 84 名の患者から回答を得た。その結果、治療の中断が中断された患者は 53 名 (63.0%) (質問 4) であった。53 名の患者の中止理由は、病院で化学療法をやっていなかった 30 (56.6%)、交通手段がなかった 12 名 (22.6%) が最も多かった。その他に病院が流出したと答えた患者もあり、他の病院で治療を行った患者は 33 名 (39.2%) であった。治療再開の妨げになったことは、精神的なものを上げた患者が最も多く 12 名 (22.6%)、次いで体調 9 名 (16.9%) であった (質問 5)。避難の際に持って逃げたものについての質問では 84 名の内、保険証を持った患者は 25 名 (29.7%) であったが、薬 17 名 (20.2%)、お薬手帳を持った患者は 9 名 (10.7%) にとどまった (質問 7)。治療中であると周囲の人に伝えられた患者は 38 名 (45.2%)、あえてしなかった患者は 35 名 (41.6%) であった (質問 8)。自身の病気について説明できるとした患者は 76 名 (90.4%) であったが、薬の名前を答えることができた患者は 34 名 (40.4%) にとどまった (質問 9)。薬の名前を答えられた患者は、ハーセプチン 6 名、ジェムザール 5 名など単独の薬剤による治療の患者が多く、併用薬の患者はほとんど答えられなかった。震災後困ったことは、内服薬がなくなった患者 18 名 (21.4%)、病院へ連絡できなかった 24 名 (28.5%)、病院へ行けなかった 25 名 (29.7%) などが多かった (質問 10)。必要な情報は、病院の情報と答えた患者が 53 名 (63.0%) であった。震災後心がけた変化は薬を持ち出せ利用準備した患者が 30 名 (35.7%) と最も多かった。震災後の治療再開まで、市内にとどまり再開を待つと答えた患者が 33 名 (39.2%) と最も多く、県内 24 名 (28.5%)、東北地方 3 名 (3.5%)、どこへでも行くと答えた患者は 11 名 (13.0%) にとどまった (質問 12)。その他と答えた患者の内、期間によると答えた患者が 5 名 (5.9%) いた。震災後東北大学病院で治療を再開していたことは 15 名 (17.8%) の患者しか知らなかった (質問 13)。がん相談のテレビテロップを見た患者は 9 名 (10.6%) にとどまり、情報が十分伝わっていなかったことが考えられた。もし直通バスがあったら受診したと答えた患者は 45 名 (53.5%)、受診しなかったと答えた患者は 20 名 (23.8%) であり (質問 15)、予想していたよりも多くの患者が受診していたと答えた。潜在的には「交通機関と医療サービスが整っていれば、治療を再開したい」と考えていた患者が多くいたということが推測された。

診療情報の管理方法、患者教育、交通や情報網が寸断された際の情報の伝達方法、早期からのがん患者への支援の在り方が課題と考える。

【連携手帳の試験運用】(資料 4)

「経口薬併用化学療法地域連携チーム」活動において作成した連携手帳「わたしのダイアリー」のコンセプトを協力病院に紹介したところ、使用希望があったため協力病院の意見も盛り込み連携手帳を作成し、協力病院にも配布した。石巻赤十字病院では、5 名程度に実際の使用を行い、医療スタッフから以下のような意見が寄せられた。

〈石巻赤十字病院化学療法室からの連携手帳運用後の意見〉

- ① 医療者記入部分が多く、手間がかかる。
- ② 患者も面倒くさがって書こうとしない。
- ③ 紙ベースではなく ICT 化が望ましい。災害時には体一つで逃げることで必死であり、災害時に持ち歩くことは実際には難しいと思われる。

当初手帳に賛同していたスタッフからネガティブな意見が寄せられた理由を含め、実際に

当院で使用した経験を交えて、手帳の運用に関する考察を行った。

〈手帳運用に関する考察〉（番号は上記意見の番号と対応）

- ① できるだけ多くの医療関係者が分担して記入することで医療者の負担が減り、同時に患者の満足度が上がる傾向が見られた。
- ② 多くの自分に関わる医療関係者が記入することで、患者もだんだん手帳の意義を理解し、積極的に記入するようになる傾向があった。
- ③ ICT化は将来的には必要であると考えられるが、予算やハード面の整備など本事業で実現することは困難であり、今後の最も大きな課題であるとする。ICT化が実現する時に備えて、顔の見える連携を構築し、連携を行う際に大切な情報を選別し見極めることが現時点で行うべきことであるとする。

総合的には、院内の多職種連携が十分構築されていることが、化学療法中のがん患者を対象とした円滑な地域連携には必須であることが実感できた。

【震災を経験したがん薬物療法に関わる多職種医療者の討論】

災害後の化学療法について、がん診療連携拠点病院である石巻赤十字病院と当院の医師、薬剤師、看護師で討論を行った。その結果、震災の被害が甚大であった石巻赤十字病院では、震災直後から2か月ほどは急性期対応に追われ、化学療法を災害後の最優先課題として再開することは困難であった。一方内陸にある東北大学病院では、震災後約2週間で化学療法を再開することが可能であった。今回の震災後は仙石病院との連携で多くの患者の化学療法を再開することができたが、仮に災害直後の時期に、避難所等に「多職種オンコロジーチーム」を結成し、自己完結型チームとしてバスなどで訪問すれば患者の役に立ったのではないかという意見が挙がった。

今回の患者アンケート調査では、周囲の人に自分の病気をあえて告げない患者が多かったが、これは遠慮があり、周囲に気づかいをして、不安を表出できなかった可能性がある。また、日本臨床腫瘍学会等で、化学療法を提供可能な医療施設一覧も情報提供されたが、実際に居住地を離れ治療を継続した患者はごく一部にとどまった。今回のアンケート調査においても多くの患者は居住地にとどまることを希望し、移動や転居してまで治療を継続することを希望する人は少なかった。このことから、もし「多職種オンコロジーチーム」が巡回することができたら、がん患者は専門医療者に自分の病気について相談をすることができ、適切なアドバイスを受け安心して過ごすことができた可能性がある。

また、今回の患者アンケート調査で「もし東北大学病院までの送迎バスがあった場合利用したい」と答えた患者も45名(53.5%)おり、今回のアンケートでは設問しなかったが、もし「多職種オンコロジーチーム」バスが巡回したら多くのがん患者にとって有用であったと考える。体調や精神的な理由で実際の化学療法再開が遅れたとしても、オンコロジーチームが被災地で患者のがん相談にのることで、多くの患者が精神的に落ち着き安心して過ごすことができ、避難生活や以降の治療について適切なアドバイスができた可能性が高い。今回の震災後にがんに関わる医療者が提供すべきであった援助として「災害時多職種オンコロジーチーム」の概念を提案する。

石巻市立病院が津波で機能喪失したことにより、患者の紙の診療録や電子媒体の診療データもアクセス不能になった。そのため、患者は診療に関する情報の無いまま他院へ受診することとなった。後に石巻市立病院が試験的に診療データのバックアップを他県に保管していたことがわかり、バックアップのデータを使用して診療情報を得ることができた。このような経緯から、今後は診療情報をクラウドに保管する、あるいは複数のサーバーに保管するよう

な診療情報ネットワークの構築が必須であると考える。

情報発信が十分行き渡らなかったことにより、石巻市立病院に通院していたがん患者が複数医療機関を経て仙石病院へ受診した例が見られた。メディアを利用した情報発信では、災害直後は情報が行き渡らなかったことがアンケート調査からわかり、医療者が足を使って一人一人の患者に直接合うことでがん相談や、情報を伝えるような活動が必要であったと考える。このような意味でも、「災害時多職種オンコロジーチーム」の被災地への派遣は有効であると考えられる。

【情報交換のためのソーシャルネットワークサービス(SNS)の試験的利用】

職員の情報交換ツールとして院内では院内イントラネットを用いたメール会議を行い他部署の職員と情報交換を行った。院外に関しては、承認制閉鎖型 SNS「medi-wa」(<http://top.mediwa.jp/>)を用いた連携を試験的に開始した。

院内イントラネットは、院内の他の重要な情報も配信されるため、院内職員は以前から定期的に確認する習慣があったためか、イントラネットを用いた情報共有は非常に有用であった。実際に本事業の期間中に 150 通以上の投稿があり、メッセージにコメントする形でのメール会議を行うことができ、10 回行った実際のミーティングに加えて、メール会議で密に連絡を取り、事前に案件について意見をまとめ準備することができた。

一方、今回の活動として開始した「medi-wa」の試験的運用では、SNS を普段から使い慣れていない、そもそも普段 e-mail やインターネットを使用しないという医療関係者もあり、十分活用できたとは言い難かった。しかし、地域連携室職員はこのような情報交換を普段から密に行っており、普段から SNS を活用していた。実際、地域連携室職員が震災直後に情報交換ツールとして SNS を活用し情報交換を行った例もあった。今回の災害後に電話や fax などの通信機能が遮断された際には、携帯電話のメール機能が比較的早く復旧したという事実を考慮すると、普段から情報交換を行い顔の見える連携を構築することと同時に、災害時にも活用できる災害に強い連絡手段として、メーリングリストや SNS などを使い慣れたツールを持つことが、災害時や非常時に情報交換を行うためには重要であると考えられた。使い慣れていないあるいはあまり必要ではないと考えている医療関係者に、このようなツールをいかに使いやすい形で普及させるかが課題である。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

- 他医療機関の職員との連絡を取ることが予想していた以上に困難であった。それぞれが日常業務に追われ、なかなか効率的に連絡を取ることができなかった。そこで、同職種間で連絡を取るようにした。これにより、意思の疎通が行いやすくなり、連絡やディスカッションが円滑に行えるようになった。院内多職種連携は最も基本となる重要な連携であるが、地域連携を円滑に行うためには病病連携に加えて、薬薬連携、看看連携などの連携関係を普段から構築することが重要である。
- 今回の災害では津波で一部の診療情報が流出する事態が発生した。災害に強い診療情報の管理、地域連携における診療情報の共有を考えると、ICT が大きな課題である。将来的な拡張性や情報交換の利便性を考えると、整備当初から実際に患者の動線を考えて、二次医療圏を超えた診療情報共有を想定することが重要である。診療情報の標準化を図ったうえでの整備、情報のクラウドサーバーへの保存等、広域的な整備が望ましい。
- 居住地を離れることを望まない患者が多いことが分かった。そこで災害後早期から、被災地へ「災害時多職種オンコロジーチーム」を派遣することを提案する。このようなチー

ム活動により、がん患者の肉体的、精神的援助を行うとともに、患者の希望を把握してその時点での最適な診療方針を考えることができる。その際も診療情報にアクセス可能であるとさらに適切な支援を可能にすることができるであろう。

- 震災以前から形成されていたチーム「東北がんネットワーク」、「NPO 東北臨床腫瘍研究会」、「宮城県がん診療連携協議会」等のネットワーク、大学病院からの非常勤の診療支援等による人材交流が情報収集、情報交換に大いに役立った。相手が良いわかっていたために、現実的な機能分担の話し合いが早期から提案、実現できたことで、患者への不利益を最小限にとどめることができた。常時からのヒューマンネットワーク、人材交流が非常時に役立つことが分かった。普段から勉強会や講演会などの機会を積極的に作成し、地域の医療関係者と顔の見える連携を構築しておくことが非常時への備えとしても大切である。

総括評価

- 平常時からの顔の見える人的ネットワーク、知識共有が有事の際に役立った。
- 早期の役割分担が奏功し急性期を乗り切ることができた。今後は特定の病院に大きくかかった負担を再分配し、医療を再構築することが必要である。
- 連携病院においてチーム活動にかかわった職員の意識調査を行った。その結果、腫瘍内科医が定期的に外来診療を行うことで、患者の安心や、効率的な治療提供に役立つことが期待される。

連携医療機関の職員を対象としたアンケート調査（資料5）では石巻赤十字病院（9名）および仙石病院（8名）から回答を得た。専門医による診療支援が患者にとって利益になっていると答えた職員が15/17名（88.2%）、常勤の職員の役に立っていると答えた職員は15/17名（88.2%）であった。（頻度を増やして）毎週の外来診療を希望すると答えた職員は石巻赤十字病院で7/9名（77.7%）、引き続き外来診療を継続してほしいと答えた職員は仙石病院で8/8（100%）名であった。石巻赤十字病院で（頻度を増やして）毎週の外来診療を行うことは患者の役に立つと答えた職員は8/9名（88.8%）、スタッフの役に立つと答えた職員は9/9名（100%）であった。この回答もふまえて、患者動向調査からも、石巻赤十字病院への化学療法支援強化が必須であると考え、新年度からは石巻赤十字病院でも毎週腫瘍内科として外来診療を行い、化学療法の診療支援を行う予定である。

連携医療機関職員アンケートの結果、今後あったらよいと思うものとしてはコンピューターを用いた診療情報ネットワーク（ICT）と答えた職員が16/17名（94.1%）、医療者が実際に集まる機会を挙げた職員は13/16名（76.5%）であった。ツールとしてのICTはほとんどすべての職員が必要と考えているが、多くの職員がコンピューターによる診療ネットワークだけではなく、直接顔を合わせる「顔の見える関係」が大事だと考えていることが明らかとなった。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

被災地の大変な状況の中で、「化学療法地域連携チーム」が実際に果たした役割は非常に大きく、成果を出した背景には、医療連携ネットワークを重視して活動を続けてきた日頃の積み重ねが大きいと考えられる。

本チームが提唱する「多職種オンコロジーチーム」の結成方法等については、早急に検討すべきと思われる。また、情報共有化の一環として作成された連携手帳の運用後の意見に対

しても、災害時の情報共有化の手段についても早期に検討を行う必要があると考える。

都市部における地域完結型医療を目指すチーム
～急性期病院とリハビリテーション病院との連携～
 (医療法人敬仁会 友愛病院)

チームを形成する目的

近年、要介護者の増加に伴い多種多様なリスク（慢性疾患や再発、合併症）を抱え、入退院を繰り返す患者が増加してきている。その様な状況下で、患者が安心して地域生活をおくるためには急性期病院で患者を受け入れるベッドを確保し、かつ医療の分散化を防止することが必要となる。また、早期にリハビリテーションが充実した環境に転院することは、患者の回復を促進し家庭復帰を支援することとなる。さらには社会福祉士の適切な配置および早期介入によって、社会的制度の活用や退院支援機関との連携が必要な患者に対する適切で円滑な転帰先の選定・連携・調整が促進され、患者・家族が納得いく退院に至ることができる。回復期リハビリテーション病棟および障害者施設等一般病棟を有する当院は、急性期治療を終了した患者に対するリハビリテーションを中心に運営しており、本事業を実施することによって、より充実した地域連携機能の構築、患者の回復促進、患者満足度の向上が期待できる。

関係する職種とチームにおける役割・業務内容・実施方法

急性期病院 ○急性期治療終了前からのリハビリ病院転院についての説明
 ○リハビリテーション病院への早期紹介
 ○紹介先病院との連携(医師のラウンド)

以下はリハビリテーション病院における各職種の役割

医師	○入院時多職種とともに全身状態および障害の評価 ○患者の退院に向けた方針決定と具体的内容の説明 ○多職種に指示を与えチームが有効に機能するようリーダーシップを発揮 ○慢性疾患および合併症の予防と治療 ○急性期病院の回診に参加し患者情報を共有
看護師	○日常の看護・ケアおよびリスク管理 ○日常生活の自立援助を基本とした関わり ○日常生活における問題点の抽出と他職種への相談 ○家族支援 ○家屋調査への同行 ○各病棟内でのベッドコントロール
介護福祉士	○他職種の計画を継続して実施できるよう情報の共有を図る ○日常援助を実施するなかで気付いた患者情報の提供
管理栄養士	○患者の栄養評価と栄養計画を作成し、栄養サポートを実施
薬剤師	○使用薬剤の作用・副作用に伴う症状を他職種に提供
PT・OT・ST	○回復期リハ病棟 72 床に PT16 名・OT17 名・ST4 名を配置 ○障害者施設等一般病棟 127 床に PT8 名・OT8 名・ST4 名を配置 ○入院後早期の予後予測 ○機能障害の集中的改善

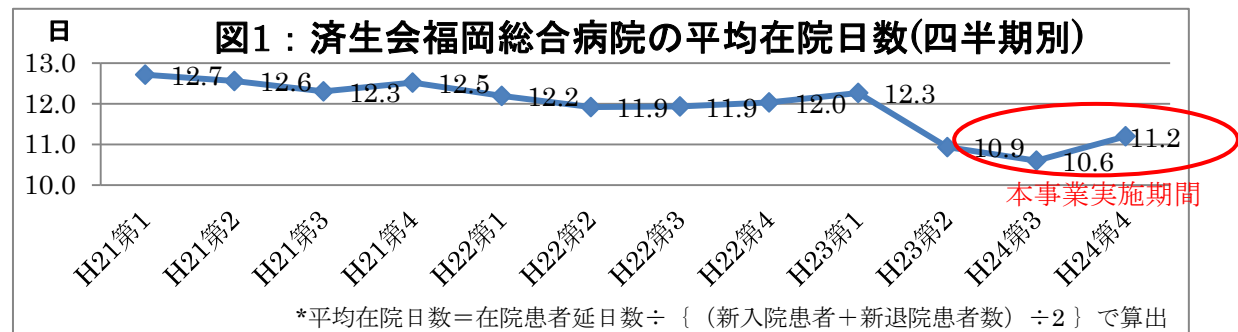
社会福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ○基本動作の確立と日常生活動作の改善および他職種への情報伝達 ○早期の家屋調査と退院に向けての環境調整 ○介護保険サービス担当者への情報提供 ○199床に6名を配置し、全患者に入院時から介入 ○退院支援計画の作成 ○各専門職種からの情報集約 ○患者・家族とスタッフ間、患者を取り巻く地域関係機関との調整 ○地域福祉制度および地域資源の情報提供と活用に対する援助 ○治療中や退院前に派生する患者と家族の心理社会的問題に対する援助 ○入院前の患者または家族との面談
地域医療連携室	<ul style="list-style-type: none"> ○病床管理会議の運営 ○全患者の退院予定(2週間後まで)の作成と急性期病院への情報提供 ○紹介患者の早期受け入れに向けた退院促進 ○入院相談の受け入れ可否の検討 ○週2~3回の急性期病院への訪問及び年2~4回の紹介先病院への訪問 ○急性期病院および紹介先病院との連携 ○各種指標のデータ集計および分析
情報システム部	<ul style="list-style-type: none"> ○急性期-リハビリ病院間の情報共有ネットワークの整備

チームによって得られる効果（評価方法）

各専門分野の知識を共有することにより検討過程におけるプロセスの短縮化をはかり、より多くの検討事項を確実に行うことができる。一つの問題に対し専門的な視点で取り組むことができ、より現実的な計画を立案することができる。

実証事業により得られた、医療サービスの安全性・効果等について（評価方法を踏まえて）

本事業の内容についてH23年6月に済生会福岡総合病院(以下、済生会)へ提案し、連携をさらに強化する運びとなった。具体的に伝えた内容としては、①当院の退院調整を担う社会福祉士3名をH23年4月に6名体制に増員し退院促進に力を入れていること、②済生会の回診に当院のスタッフが参加しスムーズな受け入れ体制を構築すること、③当院のリハ機能を済生会に再周知すること、④当院が亜急性期の医療管理を充実させる方針であること、などであった。

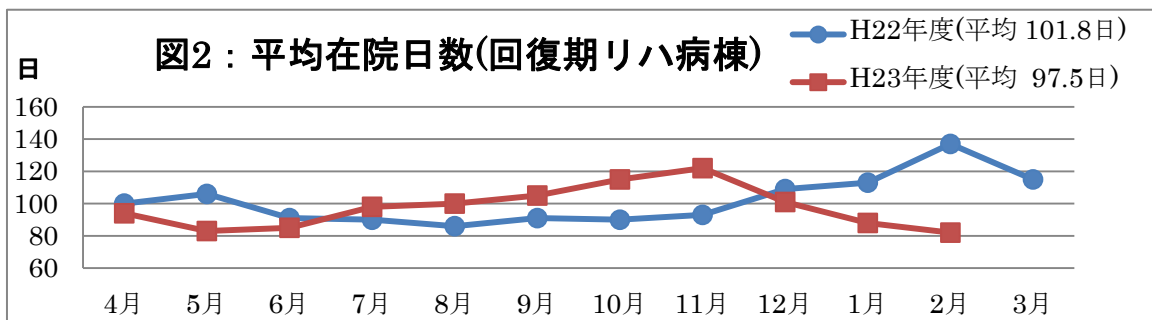


済生会の平均在院日数(図1)は、H21年度・H22年度ともに12日前後で推移していたが、本事業開始後のH23年度第2四半期から11日前後に短縮した。済生会の内的要因に加え、外的要因の一つに本事業による効果(1.当院の退院促進効果、2.済生会の回診参加効果)が考

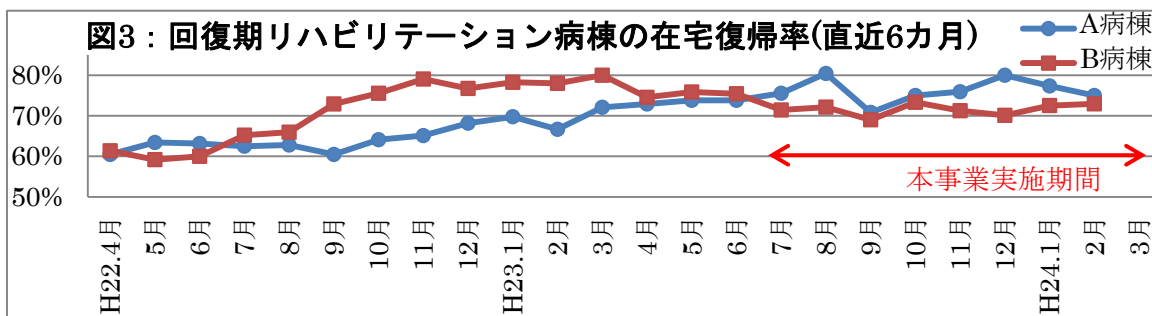
えられ、以下に報告する。

1. 当院の退院促進効果

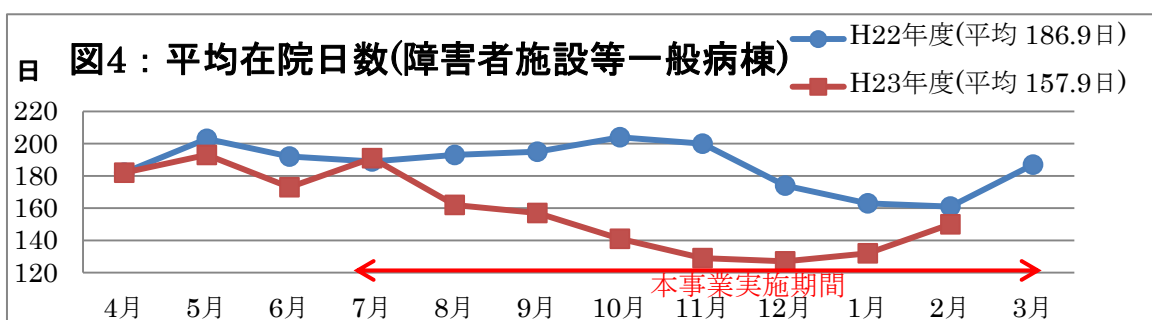
当院回復期リハビリテーション病棟の在院日数は短縮しなかったが、障害者施設等一般病棟の在院日数には約1カ月の短縮がみられた。



まず回復期リハビリテーションにおけるH22年度とH23年度の平均在院日数(図2)を比較すると、ほとんど変化が見られなかった。また、入院期間中の機能的自立度評価表(Functional Independence Measure:FIM)の改善度についてもH22年度とH23年度間に違いがみられなかった。当院の回復期リハビリテーション病棟では、H22年度からすでに本事業に掲げているチーム医療の体制・各職種の役割で運営していたため年度間の違いがみられなかったと考える。



一方で在宅復帰率(図3)については若干の向上が見られた。H22年度上半期には2病棟ともに60%台だったが、H22年下半期にはB病棟のみ70%を超え、H23年度には2病棟ともに70%を超える状況となった。FIMの改善度合いに変化がみられていなかったことから、昨年度から取り組んでいる退院調整、在宅復帰支援への取り組みが徐々に効果を表してきたと考える。



障害者施設等一般病棟の平均在院日数(図4)は、H22年度とH23年度を比較すると約1

力月の短縮がみられ、特に本事業開始以降に短縮傾向であった。当院の障害者施設等一般病棟の患者は、在宅復帰困難なケースが多いため、当院の後方連携先となる療養型病院や老人保健施設、居宅系施設などへの挨拶回りを実施し、顔の見える連携に努めた。その結果、H22年度までに実績がほとんどなかった病院・施設との連携が構築でき、受け入れ先を拡大することができた。また、社会福祉士の適切な介入も在院日数の短縮に寄与したと考えられる。H22年度は社会福祉士の人員が十分でなかったため、入院後ある程度の方針が固まってから退院に向けて社会福祉士が介入していたが、H23年4月の増員以降は、患者の入院案内の時点から担当し長期療養が不可能である旨を説明してから入院に繋げ、かつ入院当日から密に介入するようになった。このような退院先の確保とそれに向けての早期からの関わりが効果的であったと考えられる。

2. 済生会への回診参加効果

済生会の回診には救急(ICU・ECU・CCU)に毎週1回、脳外科・神経内科には隔週で1回ずつの月8~9回に、医師(輪番制)、社会福祉士(輪番制)、地域医療連携室責任者(専従制)、リハビリテーション科責任者(専従制)の4名が参加した。

回診では、済生会の転院調整担当者(社会福祉士)に当院の1カ月先までの退院見込み状況を提示するとともに、紹介患者の状態把握および受け入れ可否の判断、大まかな受け入れ時期等について検討し、早期受け入れが可能となるよう取り計らった。このような連携システムが入院相談を受けてから当院に入院するまでの期間の短縮(図5)に繋がったと考える。

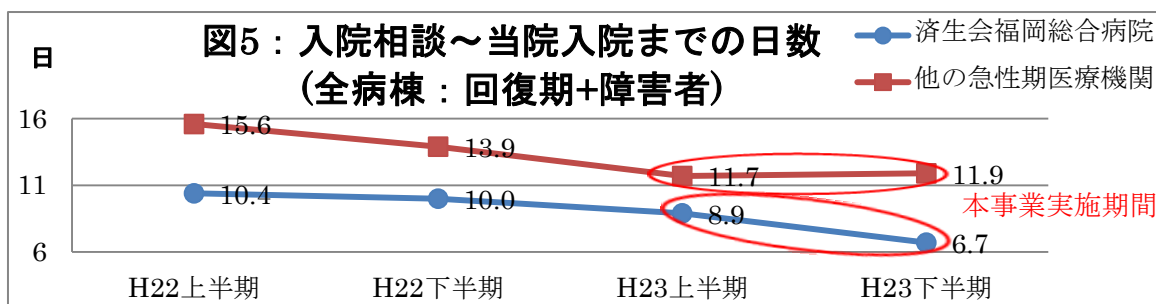


図5に示すように済生会からの入院相談については、本事業開始前(H22年度)から他の急性期医療機関よりも早期に受け入れることができていた。本事業開始後は、済生会側が転院見込み日に間に合うように当院への見学を促し、当院が退院促進によって待機日数を短くするよう取り組んだため、待機日数がさらに減少したと考える。また、当院が退院促進に取り組んだことによって、他の急性期医療機関からの紹介患者についても待機日数の短縮に繋がった。なお、他の急性期医療機関との連携については、①退院見込み状況を毎週FAX送信、②入院判定を原則として相談当日に行い、その日のうちに受け入れ可否を返答すること、③3カ月毎に挨拶回りを実施、などが主な内容であった。しかし当院への入院を他院と併行して検討されることが多かったため、当院入院までの日数が済生会ほど短縮しなかったと考えられる。

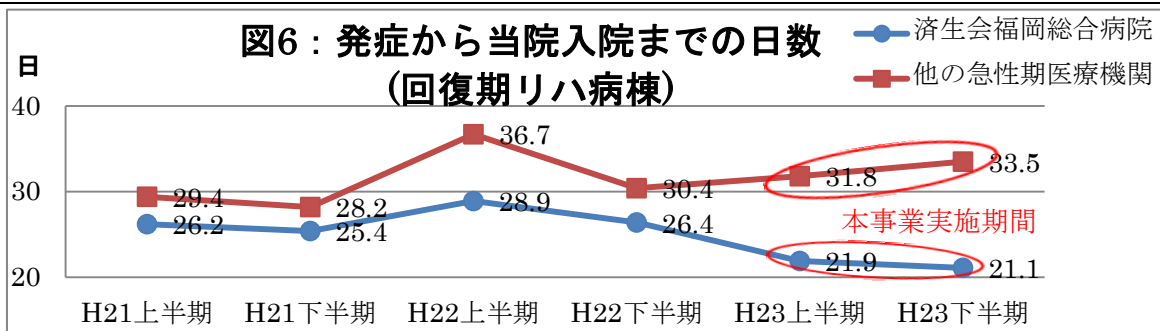


図 6 は回復期リハビリテーション病棟に入院した患者の発症から当院入院までの日数を示し、済生会のみ日数の短縮がみられた。この要因として、回診への参加によって実際に患者の容体を確認しながら医師同士が直接連携をとることができ相談のタイミングが早まったこと、入院相談を受けてからの待機日数が減少したことが考えられる。逆に他の急性期医療機関については相談後の受け入れが早くなったにも関わらず遅延傾向にあったことから紹介のタイミング自体が遅かったと考えられる。

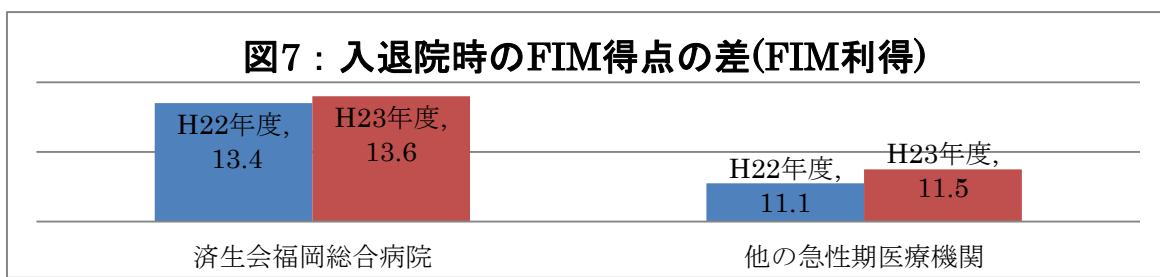


図 7 に示す ADL の改善度合い(FIM 利得)については、H22 年度・H23 年度ともに済生会から入院となった患者の方が他の急性期医療機関よりも若干高かった。また、済生会および他の急性期医療機関のそれぞれにおいてH22 年度とH23 年度間のFIM 得点を比較するとほとんど差がみられなかった。済生会については当院入院までの日数が短縮し集中したリハをより早期から提供できるようになったものの患者の FIM 利得に変化を来すことができなかった。さらに、済生会からの入院患者(回復期リハビリテーション病棟のみ)の平均在院日数を抽出しても年度間に差がみられなかった(H22 年度平均 92.0 日→H23 年度平均 89.5 日)ことから、患者の早期受け入れ効果は、急性期病院の平均在院日数短縮による医療費の抑制にあると言え、リハ成果の向上や当院からの早期退院のためにはさらなる検証が必要である。

実証事業により得られた、チーム医療を推進する上での課題・解決策等

課題 1) 早期転院調整によって患者および家族の病状に対する認識不足や不安感が生じた

患者・家族は急な傷病の発生によって心理的に不安定であり、早期転院を進めることでより不安定となってしまふ。そのような状態で病状の説明を受けても理解が進みにくく、またそのまま転院してしまうことで急性期病院に対する不満にも繋がりがかねない。実際に患者家族が当院の見学に来た際には「見学に行くように言われたから」「まだ治療中なのにもう移らないといけないですか」などの声が聞かれ、病状や今後の治療についての理解が追いついていない例が散見された。

→ (対策) 当院見学案内時に病状に対する理解度、今後の治療や生活に対する不安を確認

し、その結果を急性期病院に伝え改めて病状説明などを実施してもらい、可能な限り患者の不安を軽減した状態での転院に繋げる。

課題 2) 回診の頻度が十分とはいえず、実際に患者をみることができないことがあった

ECU・ICU・CCU の在室期間が短いため、毎週の回診参加でもタイミングが合わない場合が多かった。また脳外科・神経内科の回診が 2 週に 1 回という頻度であり、他の診療科(内科・整形外科・外科)については回診に参加しなかったため状態確認が不十分となることがあった。

→ (対策) 既存の回診参加とは別枠で確認する機会が必要である。実際には他の曜日に訪問することは非効率であるため、毎週参加する救急の回診後に当院紹介患者の確認を実施する。医師については、1 回の拘束時間を長くすると診療の妨げとなるため、医師を除いたメンバーで直接確認する。その確認時に医師が直接連携した方がいいと判断された場合は、次の回診終了後に時間を設けるようにする。しかし、他の急性期病院を含めて全ての患者に会いに行くことは物理的に困難なため、回診参加はあくまでも補助的な手段として位置づけ、電話等口頭での情報交換をさらに充実させる。

課題 3) 相談を受けた時と転院時の状態が異なる場合があった

実際に患者の状態を確認していることによって、回診時に確認した状態のイメージが強く残っていることや、回診で見ているからわかっているという思い込みが済生会と当院の双方に生じることがあった。病状や身体機能が改善している場合は問題ないが、新たな医療行為が必要となったことや回診後に進行した症状を把握できていなかったことがあった。

→ (対策) 入院直前の再確認を念入りに行う。必須の項目は、薬(点滴)、医療行為、感染症、食事内容と摂取方法等、患者の入院時指示や安全管理をする上で必要なものが挙げられる。また、確認する時は「〇〇日の時点で△△の薬が処方されていましたが変更ありませんか」「医療行為は□□と伺っていましたが現在はいかがですか」など一つ一つ具体的に確認しなければ思い込みを防ぐことができないため、双方が手間を惜しまず連絡をとりあう意識が必要である。

課題 4) 低所得世帯や単身独居(身寄りなし)の方など退院調整困難な患者が増加する傾向にあった

急性期病院のベッドを円滑に空けるためには、当院のような亜急性期の医療を担う病院が患者を早期に受け入れる必要があり、そのためには、当院の受け入れ基準を緩和しなければならない。本事業に限らず急性期病院との連携を強化することは、社会的にも倫理的にもどのような患者であっても受け入れる必要がある。しかし、何らかの社会的要因で入院が長期化している患者については、その受け入れ先が多いわけではなく、そのような患者が当院に集中しがちとなっている。本事業開始後に当院障害者病棟の在院日数が短縮した一方で、途中で下げ止まっている感も否めず、退院調整困難な患者の支援をいかにしていくかが課題である。

→ (対策) 入院時に退院困難な要因を有する患者を抽出し、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、患者が退院できる状態になった時に速やかに調整できるように早期から密な介入を行う。患者のニーズを満たしうる施設を数多く提示するために長期

療養が可能な病院・施設、さらには在宅サービスを提供している各事業所との連携をさらに強化する。

課題 5) 医療処置の必要な患者が増加する傾向にあった

→ (対策) 亜急性期のリスク管理の向上、医療度の高い例に対応可能な医師・看護体制の整備

課題 6) 待機患者増加によって外来からの急な入院が不可能な場合があった

→ (対策) ベッド回転率を上げ若干の日程変更が可能な状態を維持する。また、一時的に一般病棟を有する他の病院で受け入れてもらい地域の病床を有効に活用する。

総括評価

済生会から当院に対しては、「友愛病院のベッドの空き状況や今後の空き状況がわかって調整しやすい」「回診時に受け入れ目途が分かってよい」などの意見が聞かれた。「急性期治療が終了する頃に当院の受け入れが難しければ他の病院への転院を強くすすめることもできたので在院日数を可能な限り短くすることができた」との評価を頂いた。「他の病院に受け入れを断られる(または時間がかかる)方でも、場合によっては回診時に入院前面談を行って当院の見学なしでスムーズに入院調整してくれたことが助かりました」との意見もあった。医療機関の都合によって患者の受け入れに差が出てしまえば、急性期医療の現場に負担がかかり、本当に医療の必要な人が必要な医療を受けられない事態となってしまうため、我々としても急性期同様にどのような患者も早期に受け入れるというスタンスをとらなければならないと感じていた。緊急性を要する急性期の現場において患者の社会的側面を支援するには時間が足りないため、当院が社会福祉士を増員することによってその部分を補う必要があると考えて本事業に取り組み、お互いの病院が連携を密にすることで地域への社会的責任を以前よりも果たせるようになったのではないかと感じている。

回診への参加を重ねるうちに、当院が早い時期から患者の目の前に出てしまうと患者が断りにくくなり真の満足が得られないばかりか、お互いの病院に対する不満に繋がってしまう危険性があるということを感じ始めた。今まで大きなトラブルは発生していないが、回診時に当院のスタッフがお声かけをする際には患者がどのような状況に置かれているか十分に配慮しなければ、患者と急性期病院の不利益に繋がる可能性があるということをお互いにハ病院側が忘れずにいなければならない。

定期的な挨拶回りでは、当院の直近の情報を広報誌に掲載して説明し、逆に訪問先の情報を口頭で聞くことができ、お互いの病院間の理解を深めることができたと感じている。また、訪問回数を重ねる度に患者家族からの当院に対する感想を、急性期病院側から客観的な意見として聞く機会が増え、サービス向上のための貴重な意見とすることができた。そのような声は急性期病院にとっても当院にとっても安心して連携を深めることに繋がり、本事業の意外な効果として感じている。

当院スタッフの変化点としては、各患者の容体に関する情報や退院に向けた課題の進捗状況などの情報を共有する意識が高まり、院内のコミュニケーションが活発となったことが挙げられる。また、各医師、各病棟責任者、入院調整部門など各部署が協力的になったことで、急な入院相談に対するベッドコントロールがスムーズに行えるようになったと感じている。

今後、地域包括ケアシステムという観点から、診療所をはじめとする地域医療連携が重要になってくると思われる。今回は急性期-リハ病院間の連携を中心に取り組み、重症度に関係なく早期に受け入れることができたが、リハ病院としての「質」の向上についてこれからも取り組んでいかなければならない。我々が福岡市の都心部における地域医療を支えていくためには、地域完結型の医療連携を前提とし、急性期医療から地域医療に至る一連の流れをさらに整備していかなければならない。そのために当院が担っている急性期と地域とを繋ぐ役割をさらに果たせるよう今後も近隣医療機関との連携を推進していきたい。

チーム医療推進方策検討WGからのコメント

地域医療を進めていくために、回復期リハ病棟はいくつかの急性期病院から集中して患者を受け入れることが多い。本取組にて、回復期リハ病棟側から、入院患者のうち高い比率を占める中核的急性期病院に働きかけ、入院前の情報共有、急性期病院の回診への参加システム化したことは、先駆的な試みであり、患者家族の安心につながるという点からも評価できる。特に社会福祉士の適切な配置がこの取組を支えている点が評価できる。

中核病院から受ける患者の比率が高いが、他の規模の他病院との連携もできればなお良い。今回の成果を他病院との連携につなげる方法についても検討してほしい。

また、回復期から地域への連携について、急性期、回復期、在宅期へとつながる流れを示し、地域における連携の全体像が見えるような取組を期待したい。

一方で、他の医療機関のスタッフの積極的な関わりについて、医療機関同士が結託している、早期に追い出されるなどの被害的な印象を抱かせる可能性や、他の選択肢を排除してしまう危険性も否定できないため、病院連携の推進が、単にスムーズな転院、各々の病院の在院日数の短縮以外に目的を持たなければ、連携の仕組みを構築することで、事足りる場合もあると思われる。