

図32 手術件数 対 術後死亡率 相関分析 (統計的はずれ値を除く)
 咽頭喉頭がん 手術 患者調査1996, 1999年

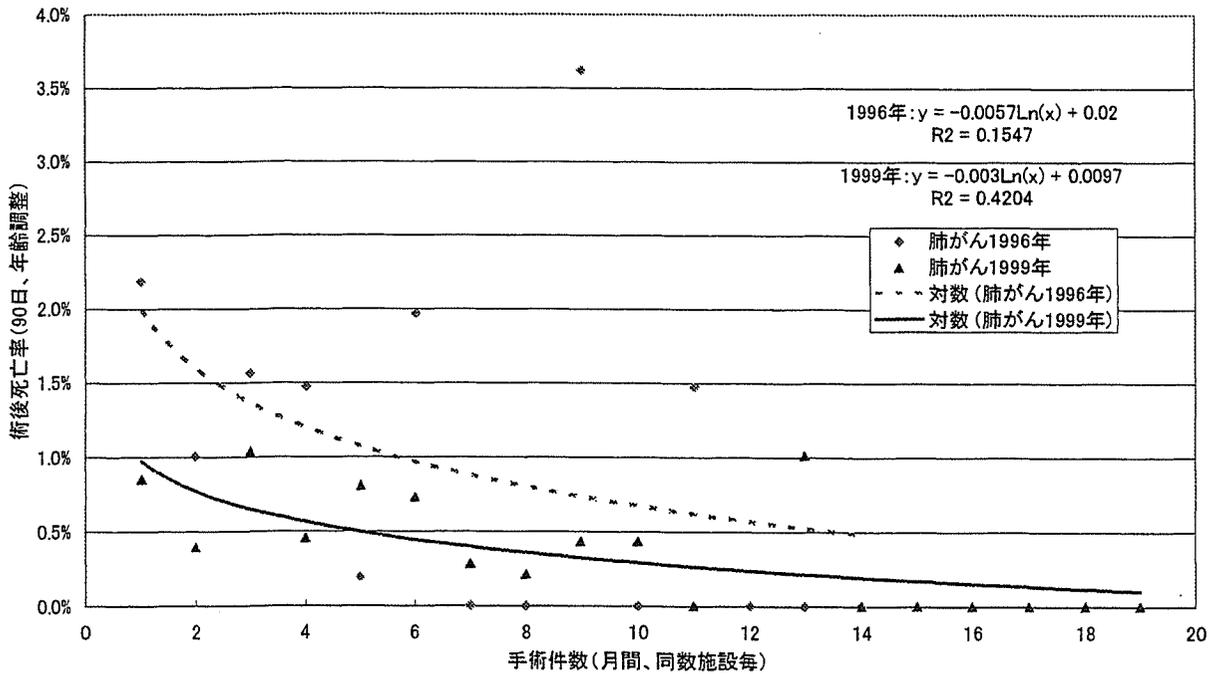


図33 手術件数 対 術後死亡率 相関分析 (統計的はずれ値を除く)
 肺がん 開胸手術 患者調査1996, 1999年

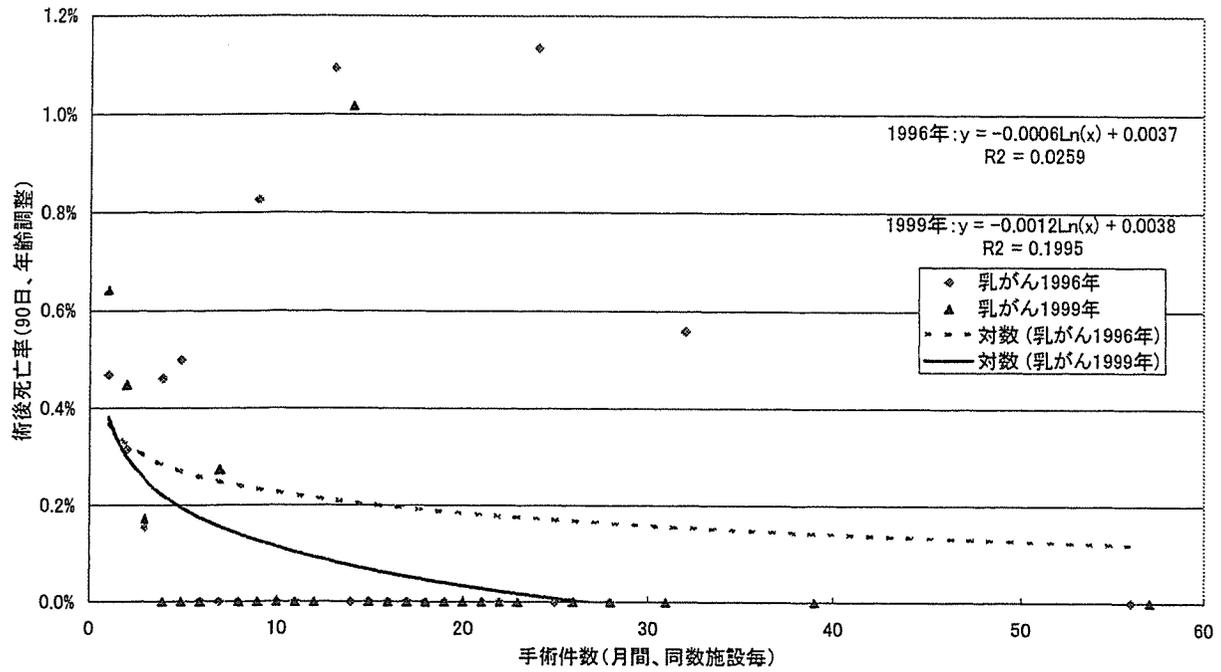


図34 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計のはずれ値を除く)
 乳がん 開胸手術 患者調査1996, 1999年

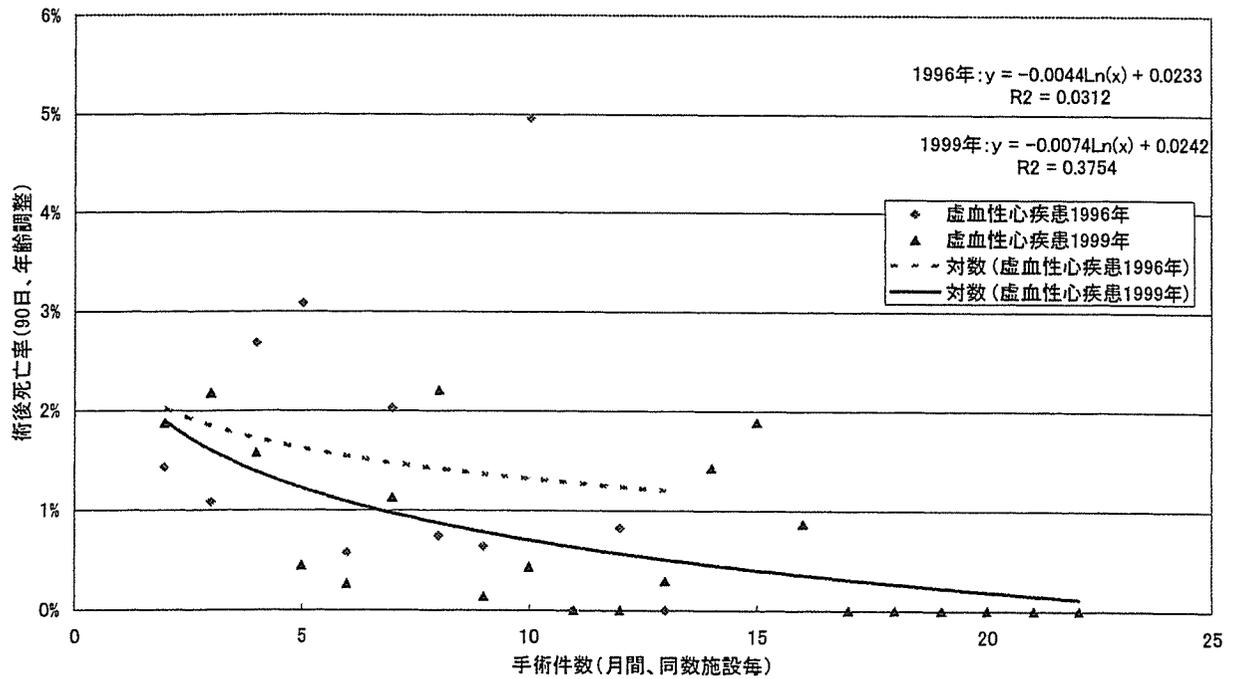


図35 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計のはずれ値を除く)
 虚血性心疾患 開胸手術 患者調査1996, 1999年

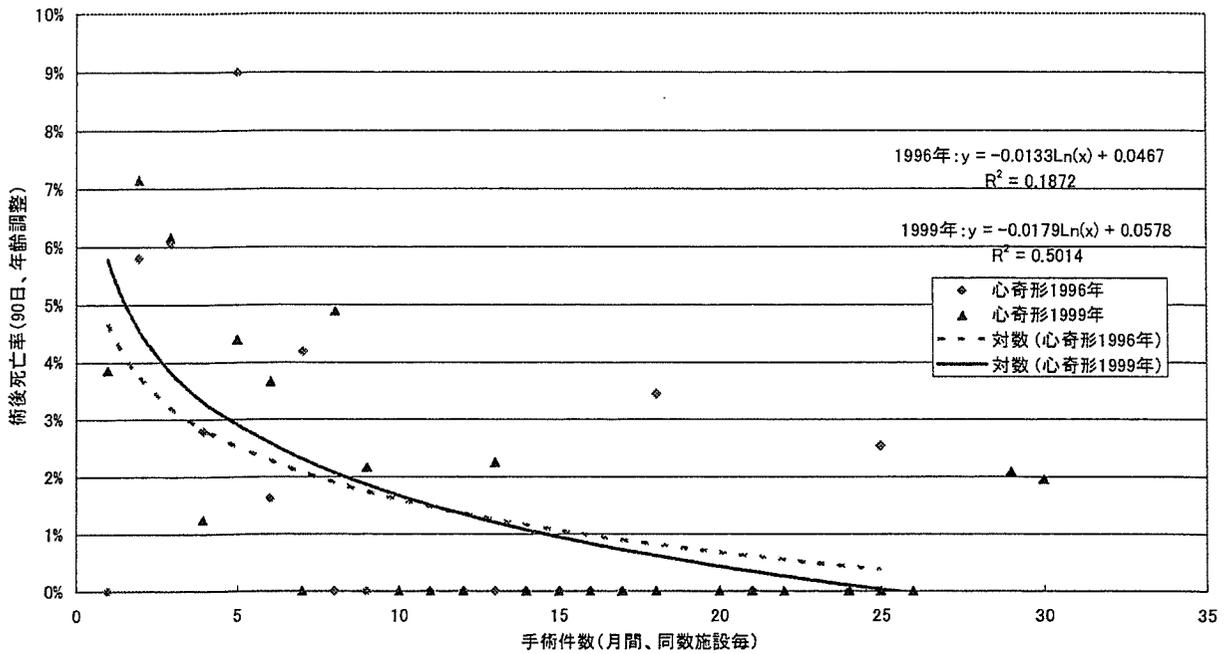


図36 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計はずれ値を除く)
心奇形 開胸手術 患者調査1996, 1999年

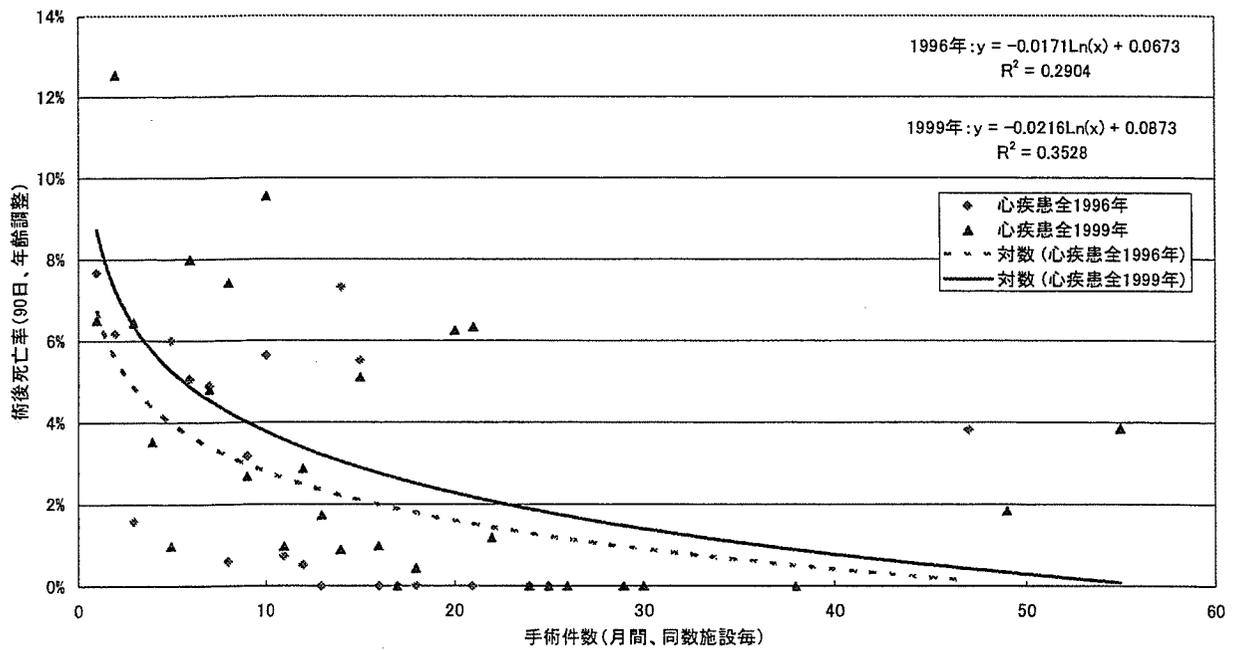


図37 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計はずれ値を除く)
全心疾患 開胸手術 患者調査1996, 1999年

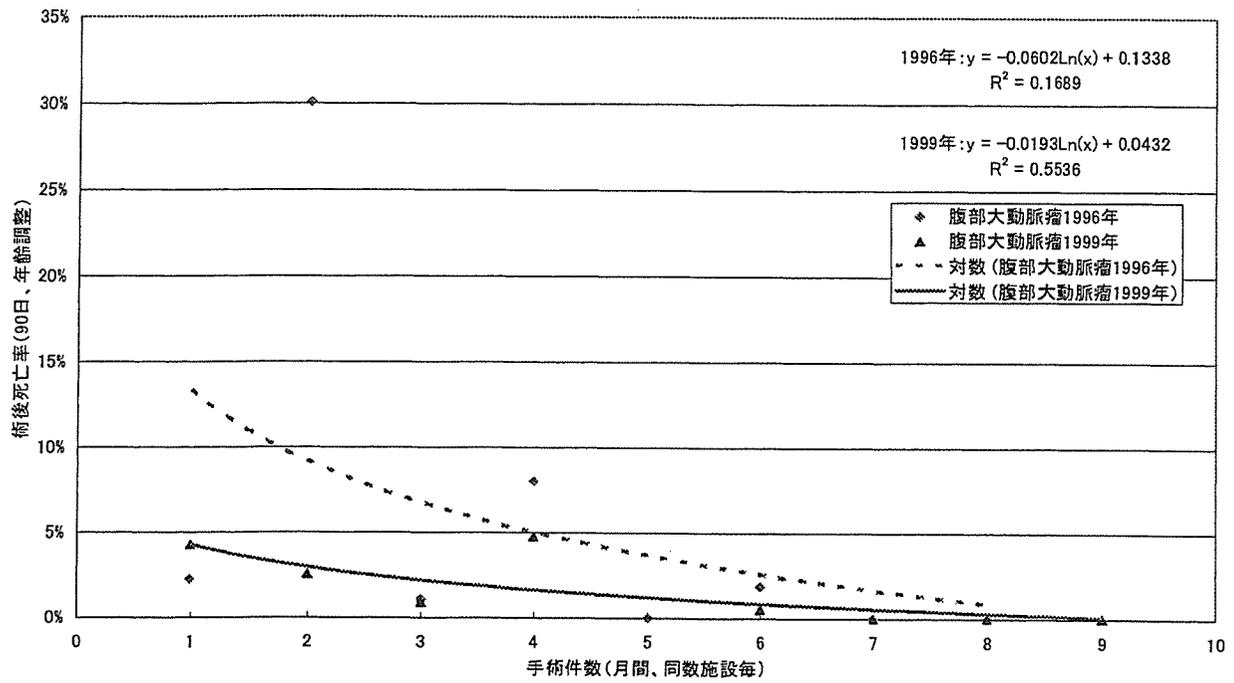


図38 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計はずれ値を除く)
腹部大動脈瘤 開腹手術 患者調査1996, 1999年

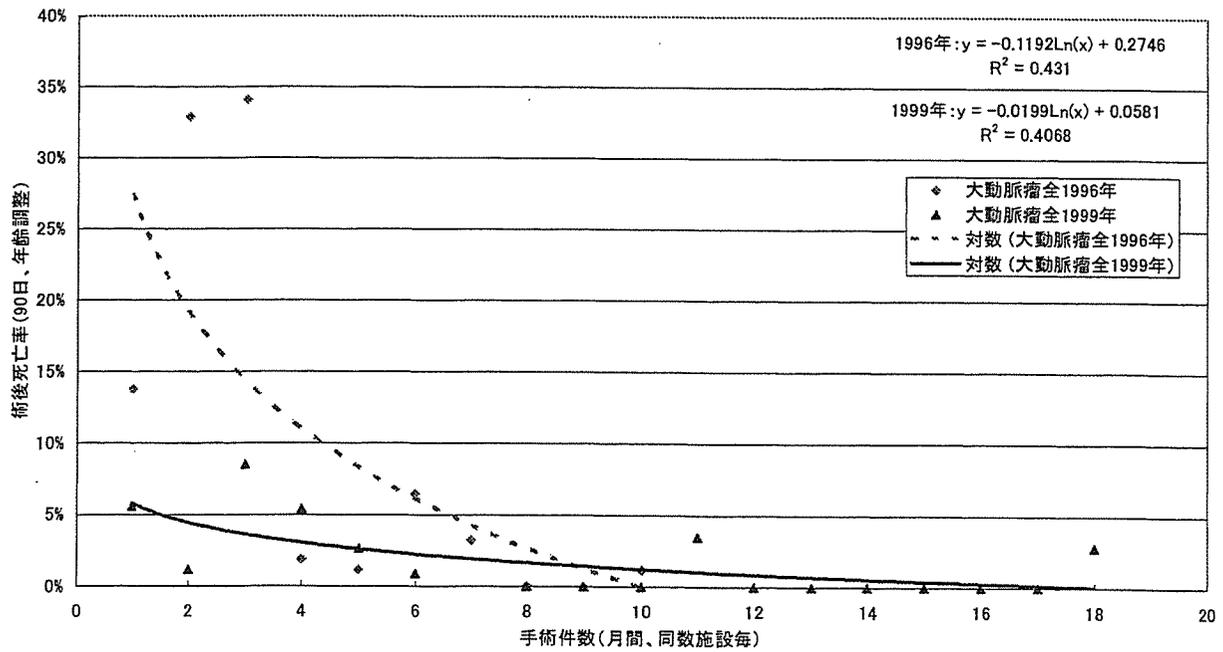


図39 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計はずれ値を除く)
全大動脈瘤 患者調査1996, 1999年

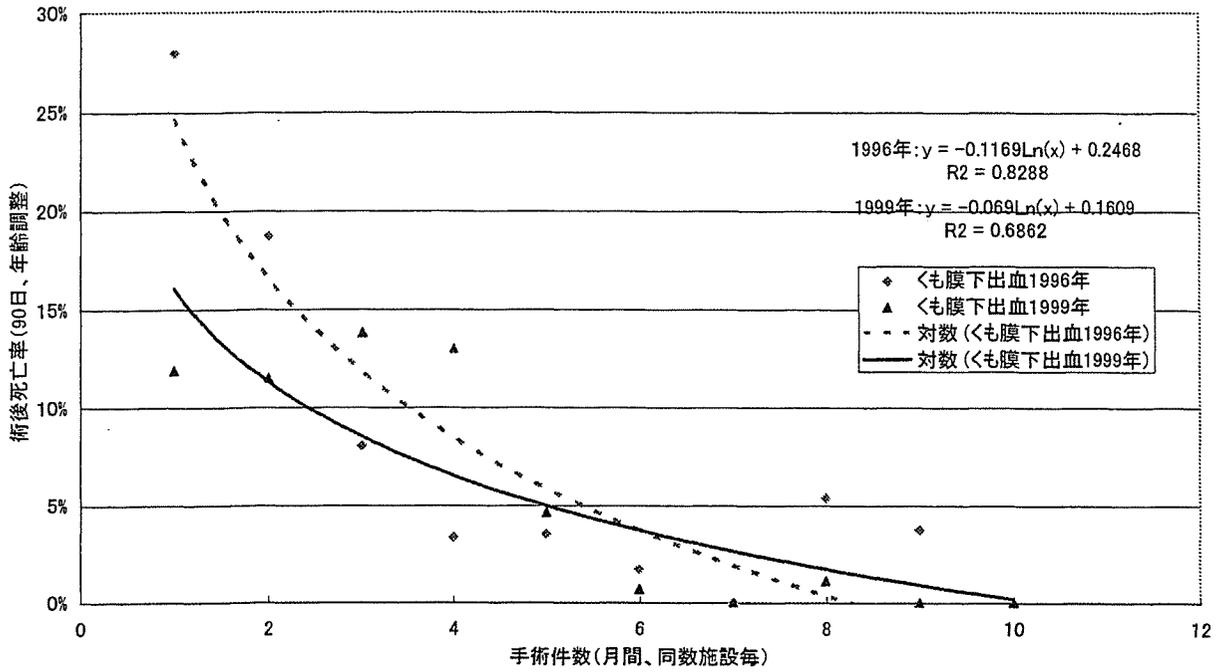


図40 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計的はずれ値を除く)
 <も膜下出血 開頭手術 患者調査1996, 1999年

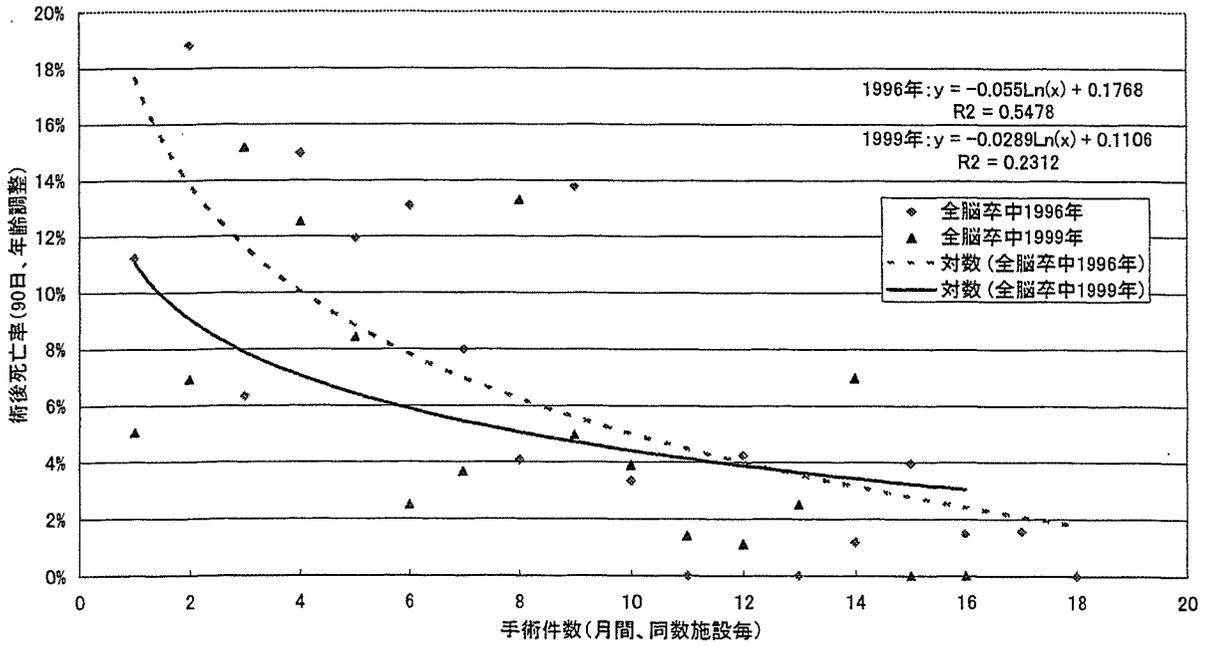


図41 手術件数 対 術後死亡率 相関分析(統計的はずれ値を除く)
 全脳卒中 開頭手術 患者調査1996, 1999年

⑧調査概要

全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者を客体とした。

⑨調査期日

1996年は10月15日-17日（火-木）、1999年は10月19日-21日（同左）の3日間のうち医療施設ごとに指定した1日とした。なお、退院患者については、1996年、1999年共に平成11年9月1日～30日までの1か月間とした。

（2）患者調査の用語の定義

①平均診療間隔：外来の再来患者の前回診療日から調査日までの間隔の平均。

$$\Sigma (\text{患者票1枚分の推計 患者数} \times \text{前回診療日から調査日までの日数})$$

$$\text{再来患者の平均診療間隔} = \frac{\Sigma (\text{患者票1枚分の推計 患者数} \times \text{前回診療日から調査日までの日数})}{\text{推計再来患者数}}$$

（注）前回診療日から調査日までの日数が31日以上のもは除外した。

②入院期間

入院患者が調査日までに医療施設に入院している期間。なお、調査日に入院した場合は、0日となる。

③在院期間

退院患者が医療施設に入院していた期間。なお、入院した日に即日退院した場合は0日となる。

④施設の種類

病院：医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者20人以上の収容施設を有するものをいう。

一般診療所：医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所（歯科医業のみは除く。）であって、患者の収容施設を有しないもの又は患者19人以下の収容施設を有するものをいう。

歯科診療所：歯科医師が歯科医業を行う場所であって、患者の収容施設を有しないもの又は患者19人以下の収容施設を有するものをいう。

⑤病床規模

医療法第27条の規定により使用許可を受けた病床（許可病床）の規模。

⑥傷病分類

本調査における傷病の分類に当たっては、世界保健機関の「国際疾病、傷害および死因統計分類（ICD）」に基づき分類している。このICDは、医学の進展に伴い、約10年ごとに改訂が行われており、本調査においては、1979昭和54年から1993平成5年では、「第9回修正国際疾病、傷害および死因統計分類」（ICD-9）、1996平成8年以降は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」（ICD-10）を用いている。この第10回修正ICDにおいては、分類体系の大幅な変更などがあったため、ICD-9とICD-10については、傷病によっては時系列的に比較できない部分もある。なお、患者調査で用いている分類には、傷病大分類、傷病中分類、傷病小分類、傷病基本分類及び傷病分類（社会的に関心の強い傷病について選定したもの）があり、報告書では、傷病分類又は傷病小分類による統計表を掲載している。

⑦傷病名：主傷病 調査日現在（退院患者の場合は入院期間中）、医療施設（複数の診療科を有する場合は当該診療科）において主として治療又は検査した病態をいう。

副傷病：主傷病以外の傷病で主として治療又は検査した病態をいう。

⑧転帰：退院の事由となったもの。

a. 治癒 当該医師・歯科医師から治癒した旨の診断を受け退院した患者。

- b. 軽快 未だ治癒には至らないが、入院時より症状が好転し、退院しても支障はないという医師・歯科医師の診断によって退院した患者。
- c. 不変 入院時より症状が変わらず、医師・歯科医師の判断によって、退院した患者。
- d. 悪化 入院時より症状が悪化し、医師・歯科医師の判断によって、退院した患者。
- e. 死亡 死亡により退院した患者。
- f. その他 上記「1～5」以外の事由により退院した患者をいい、医師・歯科医師の許可によらず、専ら患者側の理由によって退院した者、正常分娩、健康な新生児、健康診断受診者等を含む。

⑨手術名

- a. 開頭手術 頭蓋骨を広範囲に開窓する方法により行われる外科手術。
- b. 開胸手術 胸壁を切開し胸腔に達する方法により行われる外科手術。
- c. 開腹手術 腹壁を切開し腹腔に達する方法により行われる外科手術。ただし、開胸開腹手術については、開胸手術としている。
- d. 筋骨格系手術（四肢体幹） 四肢体幹を切開し、筋、腱、関節、骨、神経に達する方法により行われる外科手術をいう。
- e. 腹腔鏡下手術 腹腔鏡を用いた外科手術をいう（腹腔鏡下胆嚢摘除術、腹腔鏡下婦人科手術等）。
- f. 内視鏡下手術 内視鏡、ファイバースコープを用いた外科手術をいう（内視鏡的ポリープ切除術、食道静脈瘤硬化療法等）。
- g. シヤント設置術（人工透析を目的としたもの） 人工透析（導入）を目的として内・外シヤントを設置する外科手術をいう。
- h. 眼内レンズ挿入術 眼内レンズを挿入する外科手術。
- i. 体外衝撃波 結石破砕術 体外衝撃波結石破砕装置を用いた外科手術。（体外衝撃波腎・尿管結石破砕術、体外衝撃波胆石破砕術）。
- j. その他 上記「a-j」以外の外科手術。

（3）追加の定義

①病床規模5分類 20-49床／50-99床／100-299床／300-499床／500床以上

②地方4分類 北海道東北／関東北陸信越東海／近畿中国四国／九州沖縄

県名	地方	県名	地方
北海道	北海道東北	滋賀	近畿中国四国
青森	北海道東北	京都	近畿中国四国
岩手	北海道東北	大阪	近畿中国四国
宮城	北海道東北	兵庫	近畿中国四国
秋田	北海道東北	奈良	近畿中国四国
山形	北海道東北	和歌山	近畿中国四国
福島	北海道東北	鳥取	近畿中国四国
茨城	関東北陸信越東海	島根	近畿中国四国
栃木	関東北陸信越東海	岡山	近畿中国四国
群馬	関東北陸信越東海	広島	近畿中国四国
埼玉	関東北陸信越東海	山口	近畿中国四国
千葉	関東北陸信越東海	徳島	近畿中国四国
東京	関東北陸信越東海	香川	近畿中国四国
神奈川	関東北陸信越東海	愛媛	近畿中国四国
新潟	関東北陸信越東海	高知	近畿中国四国
富山	関東北陸信越東海	福岡	九州沖縄
石川	関東北陸信越東海	佐賀	九州沖縄
福井	関東北陸信越東海	長崎	九州沖縄
山梨	関東北陸信越東海	熊本	九州沖縄

長野	関東北陸信越東海	大分	九州沖縄
岐阜	関東北陸信越東海	宮崎	九州沖縄
静岡	関東北陸信越東海	鹿児島	九州沖縄
愛知	関東北陸信越東海	沖縄	九州沖縄
三重	関東北陸信越東海		

Ⅲ 医療機能と連携に関する研究

病院機能と医療連携調査

加藤 尚子(国際医療福祉大学)

病院機能と医療連携調査

1. 目的

全国の複数地域において医療連携の現状をモニターし、地域ごとの医療連携の特徴と連携促進の秘訣を検証する。複数地域の事例を比較考察することで、現在全国で進行しつつある医療連携のパターンを抽出する。また、連携を阻む問題点を明らかにする。

医療提供体制の機能分化が推し進められている現在、医療施設では連携への関心が高まり、連携のネットワークを構築する試みが全国各地で進められている。しかし、その試みはまだ途についたばかりであり、医療連携の実態を全体的に把握することは難しい。

特定地域における定量分析や、特定施設における事例報告、あるいは特定病院における開業医や患者への意識調査等の報告は盛んに行われるようになったが、それらの個別施設の立場からの報告をもって、地域全体の医療連携の特徴とすることはできない。

医療連携のネットワークにおいては各施設や関係者は結節点として結びつけられている。連携を促進するためには当時者間の信頼感の醸成や情報交換の仕組みづくりが重要となる。定量分析による平均値としての評価や、特定施設の単独の活動に注目しただけでは、全体の関係性は把握できない。

そこで本調査では、現在全国でさまざまな形で進行中の医療連携の取り組みを地域ごとにモニターし、医療施設および地域の連携の特徴と成功の秘訣を検証することに焦点を当てる。医療連携の実態を全国的に把握することで、今後の機能分化への医療施設の対応についても、方向性を示すことができる。

2. 方法

①医療施設への個別のインタビュー調査

任意抽出した全国の複数地域において、高機能中核病院、亜急性病院、療養型病院、診療所、医師会その他の関係者に、地域の連携の実態についてインタビューを行った。
調査対象地域：

熊本県熊本市、愛知県名古屋市、長野県上田市

②地域特性(資源配分)に関する定量分析

医療連携の進捗状況には地域特性が多分に影響することが予想できる。人口規模や地域の位置づけ(大都市圏、地域の中核都市、郊外、村落部など)により医療環境は大きく異なり、病床数、医師数、医療機器数といった医療資源の偏在は、直接紹介率に反映する。本調査は定性分析を主としているが、別途医療施設調査や患者調査等のデータベースを用いた統計分析によって地域特性を測定し定性分析の際の裏づけとした。

3. 調査分担

総括・分析：国立保健医療科学院政策科学部長 長谷川敏彦

調査：国際医療福祉大学医療経営管理学科専任講師 加藤尚子

4. 調査結果

2002年度は主に、熊本県熊本市、愛知県名古屋市、長野県上田市の3地域で調査を実施した。また、その他の地域の関係者の意見も多数収集した(「6. ケース報告」参照)。

その結果、同一地域においても立場や利害関係によって相反する見解があり、連携のネ

ネットワークは極めて多面的であることがわかった。例えば、複数の大型病院が市内に集中し医療激戦区と呼ばれる熊本市は、医療連携が盛んであるとの評判が高いが、その実態は極めて多様であり、多面的な連携ネットワークが交錯している。熊本市内の2つの中核病院におけるインタビューでは、両者の見解には対称的とも言える相違があった。

また、医療連携の基盤となる「地域」の概念自体を問いなおしていく必要があると考える。医療圏設定の問題にもつながるが、医療施設があれだけ重視しているはずの「地域」の定義は時に曖昧で、抽象的なイメージのまま用いられており、地域により立場によっても見解が異なっている。

そういった多様性を多々認めつつも、調査を進めるにつれ、根底をなす医療連携の一定のパターンがいくつか明らかになりつつある。また、連携のネットワークが形成されるプロセスについても、一連のパターンが見出だしつつある。これらのパターンについては、仮説として後述する。これまで見出された連携ネットワークのかたちとしては、医師会主導型の全員参加ネットワーク、大病院主導型の直系ネットワーク、医師会と中核病院が連合した城下町ネットワーク、開業医グループによる有志ネットワーク、医学部教授を筆頭にした医局講座ネットワーク、さらに、IT化による一点突破型連携などがあると考えられる。その背後には、医学部同窓や中核病院OBといったインフォーマルな人脈も絡んでいる。また、伝統的に地域の医療を支えてきたネットワーク(病薬連携や保健師活動)も影響している。

来年度は、東京都、千葉県や福岡県などでさらに数地域で調査を行う。また、2年間で調査を行った地域について、テーマ別に再度の詳細な調査を行う。テーマとしては、疾病別連携(糖尿病、高血圧、がん、脳卒中他)、IT化による情報ネットワーク、2次医療圏を単位にした行政の役割等がある。

今年度までの調査によって明らかになった事実を踏まえ、次の5に示す仮説を設定した。来年度の調査において現場にフィードバックし、仮説の検証を試みる。

5. 仮説設定

①地域分担から機能分担へ～脱総合病院の試み

従来モデル：医療資源の量的拡大がメインだった頃は、医療提供においては公平さが重視され、効率性は第一の問題とはならなかった。量的な拡大を目指して、医療施設は同じような設備と機能をそろえて地域別に住み分けていた。患者側に選択肢はなく消費者意識も稀薄だった。担当の医療者を信じるしか選択肢がなかった分、安心感が得られる効果があったかもしれない。

将来モデル：技術集積性の効果が明らかになり医療の質向上が重視される。同時に経済不況下で財源不足により、効率性も重視されている。患者の権利意識も強まっている。情報が増えた分、患者は自己選択と決断をしなければならない。患者の権利でもあるが、同時に選択の際の不安感も増すということになる。

医療施設間には生き残りのための競争が始まったが、情報の共有化と診療の標準化を進めて役割分担することで、ある程度の共倒れは防げる可能性がある。しかし、資源と機能が集中する区切、施設間の役割分担の区切がどこに置かれるかは不明なままである。

②地域中核病院の連携パターン

地域の特性は多様だが、パターンとしては人口分布によって大きく次の4つが想定できる。

1. 大都市型(人口200～1,500万人)

すべてのレベルでアクセス可能なので地域内では3次機能が完結しない。逆に、うまくマーケティングすればどこでも3次のセットが備わっている。

2. 県庁所在地型(40～70万人)

ほぼすべての3次機能のセットが存在。周辺地域からの患者流入とそこでの分担

3. 地方城下町型(10～40万人)

3次機能のかなりが欠ける。後背人口不足。近隣医療圏や県庁所在地に流出

4. 田舎型

③医療連携のドメイン

需要と供給

医療資源

患者意識(いつでもすぐにかかりたい vs. 最高の医療を受けたい)

マーケット構造

人口規模(後背人口)、アクセス、人口当りの資源配分、技術集積性

方向性・原理原則

集中と分散、効率と質、接近性(accessibility)と公平性(equity)

④連携推進の要因

地域の Change Strategy

背景・必要条件

地域特性、情報整備、技術の標準化、行政の協力、経済的インセンティブ

きっかけ

リーダーシップ

行政・保険者・ビジネス・病院・医師会・開業医グループ

⑤インタビューの要旨 [院長向け]

1. 経営環境の変化をどのように理解し、受け止めているか。
今までは地域ごとに診療圏を作って住み分けしていたわけだが、これからもやっていたのか。患者の意識は変わっているか。病院は競合状態に入っているのか
2. 連携は必要なのか、連携が問題を解決するのか
3. 連携を進めるための条件は
4. 連携の利点と欠点は？得るものと失うものは？
5. 役割分担はどの領域か、どこに資源と機能を集中すればいいのか
6. (一般に)どんな機能と資源を集中させたら連携は進むのか
7. その際、貴院は何を担当するのか。その理由は？
8. 他院には何を任せたいか。その理由は？
9. 今、何が問題なのか

6. ケース報告

1. 熊本県熊本市
2. 愛知県名古屋市
3. 長野県上田市

ケース 1. 熊本市

熊本市の概要

熊本市は、九州の中心に位置した中核都市。熊本県の県庁所在地。加藤清正が築城した熊本城の城下町として発展。

熊本市の人口約 67 万人、世帯数 27 万人。面積 267 平方キロ。

熊本都市圏の人口約 102 万人。構成市町村数 25 市町村。

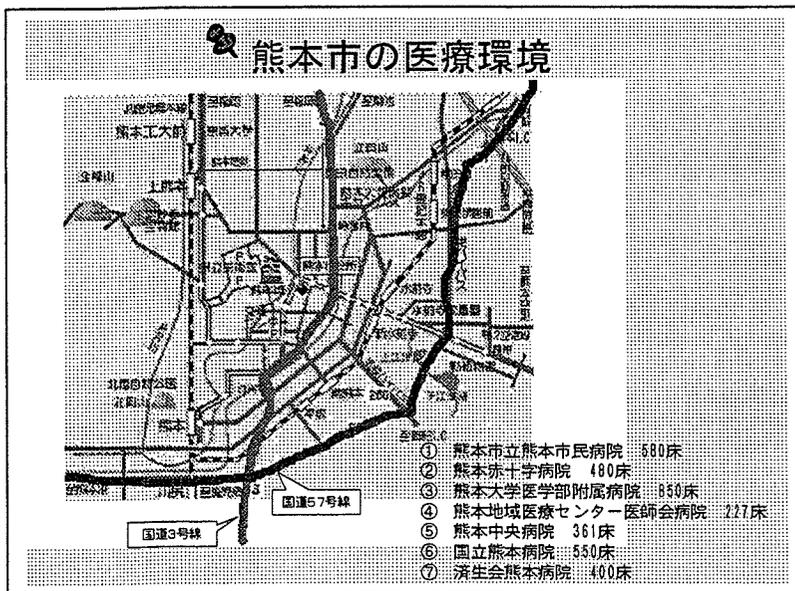
(詳細は後日記載)

医療環境

医療激戦区

熊本市内には 7 つの公的な急性期病院(大学病院を含む)が、国道 3 号線と国道 57 号線沿線の市街地に集中、医療資源の過密地域となっている。

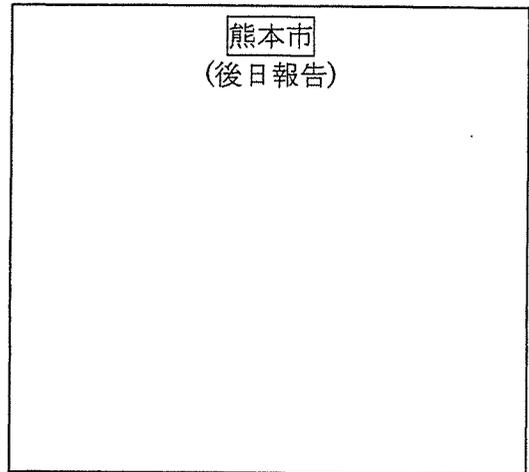
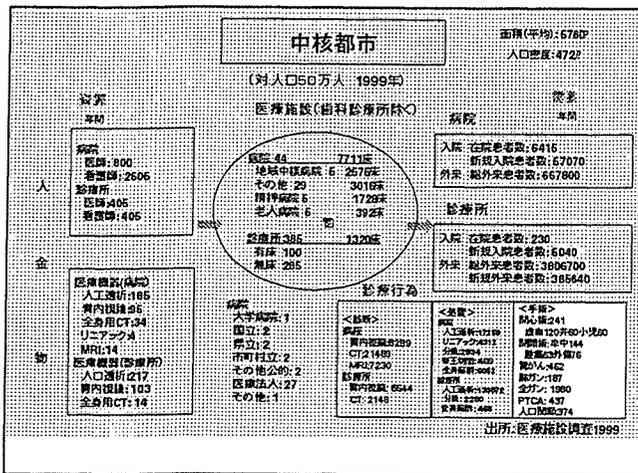
(詳細は後日記載)



医療資源

(詳細は後日記載)

施設数(機能・規模別)、病床数、医師数・他医療者数、高度医療機器数、手術・検査・処置件数、患者数、疾病構成、罹患率、流出入率



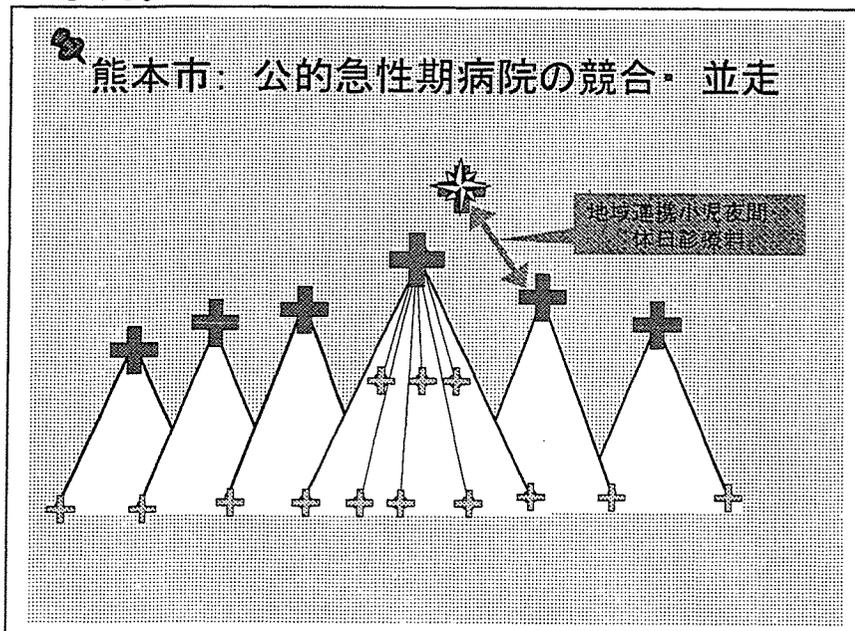
医療連携の特徴

公的急性期病院の競合・並走型:

- 市内にある6つの公的急性期病院は、厳しい競合状況に置かれている。一方で、6病院間では専門分化と地域区分によりある程度の住み分けができており、6病院が並走しているとの見解もある。
- 6つの公的大病院は個別に民間病院や診療所と連携関係を結び、ネットワークを拡大している。

熊大医学部のインフォーマル・ネットワーク:

- 6つの大病院の競合・並走体制が維持できるのは、医師の多くが熊本大学医学部出身者のため、医師同士のコミュニケーションがうまくいっているからではないかとの見解もある。一方で、医学部講座制が解消された今、この伝統は薄らいでいるとの意見もある。



これまでの経緯

1970年代

1970年代までは診療所同士の患者紹介や情報交換が行われていたが、次第に診療所間の横のやり取りは少なくなり、患者を病院に紹介するようになった。

1980年代

1981年、全国でも早い時期に医師会病院が開設された。病院と診療所との協力関係が円滑ではない状況を踏まえ、当初から病診連携を掲げて全床開放病床で診療を行った。

1990年代

1992年、済生会熊本病院が医療連携の先鞭をつけ「病診連携科」を立ち上げた。MSWを活用し、病診連携会議を開催するなど、先駆的な試みを行った。

2000年代

市内の6つの公的病院が、積極的に医療連携のネットワークを展開している。各病院が「連携室」を設置し、勉強会などの活動を繰り広げている。

公的病院の立場から

競合関係

- ・ 熊本市内には7つの公的急性期病院がある。そのうち大学病院は別格としても、医療施設は厳しい競合状態にあると言われている。近年になって、各病院で新築移転やリニューアルが相次ぎ、危機感を持って経営改善に取り組んでいる。
- ・ 熊本市は医療連携が進んでいる地域としても有名だが、その実態は、6つの公的病院が個別に地域の医療施設と連携関係を結び、ネットワークを拡大している。1990年代初めから始まった済生会熊本病院の連携の動きが、牽引役となっている。
- ・ 各病院では特徴のある独自の経営戦略を打ち出し、院長が強力なリーダーシップを発揮している(連携はトップダウンで、院長の一声により始まる)。例えば熊本中央病院の院長は、入院を中心とした急性期医療を徹底し外来不要論を唱え、「病院前にバス停はいらない」と発言している。

並走関係あるいは紳士協定

- ・ 6病院間では専門分化と地域性によりある程度の住み分けができており、競合しつつも並走関係にあるとの見方もある。
- ・ 他地域でよく聞かれる大病院から診療所への戸別訪問や「囲い込み」現象は、熊本市では行われていない。
- ・ 市内公的病院連絡会議：7つの病院の院長による定期的な会合が開かれている。熊本市医師会がコーディネイト役を担う。公的病院や市医師会のトップ同士の交流は盛んで、情報交換が行われている。
- ・ 異なる見解もある。大病院同士のヨコのラインの連携は必要ない。現存する公的病院すべてが急性期医療で生き残れるとは限らず、今後の展開によっては均衡が崩れるかもしれない。

熊大医学部医学部同窓のインフォーマル・ネットワーク

- ・ 熊本市では多くの医師が熊本大学医学部出身者である(7つの公的病院の院長は全員熊大卒)。同窓者のネットワークがすでに出来上がっており、個々の医師の顔と情報が見えていることが、連携が成功する要因となっているとの見解もある。
- ・ 反論もある。同窓のつながりは出身医局者同士に限られ、情報も限定される。熊本大学医学部で医局講座制が廃止されたため、同門会のつながりも弱まる傾向にあり、もはやこのネットワークは機能していないのではないかと。

市医師会の立場から

連携モデル

- ・ 医師会病院開設以前から、若手の小児専門医によるグループ診療が行われており、大学病院の応援も得て、熊本方式として定着している。2002年の診療報酬改定で新設された、地域連携小児夜間・休日診察料(*)の算定条件のモデルにもなった。

(*)地域連携小児夜間・休日診察料

病院が地域の小児科診療所と連携を取り、小児の初期診療の常時診療可能な体制を保つことを評価したもの。診療所医師が病院において、時間外、休日又は深夜に6歳未満の小児を診察した場合に算定される。

医師会副会長のコメント

- ・ 連携の秘訣は、人と人とのつながりにある。医師会は、会議の場所や機会を提供するなど連携のコーディネーター役として機能している。

開業医の立場から

開業医が病院を選べる時代

- ・ 最近では、開業医が連携先を選べるばかりでなく、病院から診療所へも患者が紹介されて来るようになった。以前に比べると情報提供や勉強会の機会が増え、選択のメニューも多くなった(各病院から送られてくる詳細な診療パンフレットを参照するなど)。勤務医の対応も診療所のサービスも、以前に比べればよくなっている。
- ・ しかし現状は、大病院中心の連携である。開業医の守備範囲を広げて、病院との役割分担をはっきりさせる必要がある。

開業医からの病院評価

- ・ 病診連携アンケート(熊本保険医協会医科研究会)
2001年6月、熊本県保険医協会の医科会員1,505人に病診連携に関するアンケート調査を行った。回答者は262名。
- ・ 熊本市内6つの公的病院の連携への取り組みについて、開業医からの評価点と問題点が明らかになった。結果的に6病院が比較される形で、6つの病院間の格差が明らかになり、病院側に強いインパクトを与えた。
- ・ アンケート調査結果(一部)

[紹介先に対する不満の割合](田辺製薬,2002から抜粋)

病院名	A	B	C	D	E	F
内視鏡やCT等の精密検査依頼	1.9	3.8	1.2	3.0	1.6	2.7
外来での診療目的の紹介	2.6	4.2	1.2	5.0	3.8	3.0
入院目的の紹介	2.6	4.5	1.2	3.9	3.8	2.3
紹介した患者の診療結果	2.7	4.2	1.1	4.2	4.6	1.9
入院患者の途中経過の連絡	9.2	10.7	8.0	12.2	10.3	4.2
入院患者の協同指導の実施	1.5	2.6	1.5	1.2	0.8	1.9
退院した紹介患者を返すこと	5.0	5.0	1.9	6.1	6.1	1.9
診療所,民間病院で診療可能な患者の紹介	3.4	5.0	2.3	6.1	3.9	2.3

(やや不満も含む) 単位: %

- ・ アンケートから明らかになった開業医の病院に対する要望
 - ・ 連携室の機能向上が必要。現状では、連携室を通すよりも医師同士が直接連絡した方が早いケースがある。
 - ・ クレーム専用窓口が必要。
 - ・ 情報提供書の書式を病院間で共通化してほしい。
 - ・ 連携に対する意識の薄い勤務医がいる。病院のトップ同士は情報に精通している

が、現場の勤務医にはそこまで事情がわからない。勤務医の中には態度の悪い医師もおり、大病院の看板でものを言う若い勤務医には不満の声も多い(もっとも開業医の方にも、患者を取った取られたというトラブルが今だにあり、機能分担に対する認識の低い者もいる。本アンケートの回答率の低さからも推測できる)。

- ・ コメディカルスタッフとの連携の重要性

開業医のコメント

- ・ 「地域作り(ご近所作り)」から時間をかけて取り組まないと、満足のいくケアはできない。今後は医療上の連携だけでなく、生活と医療との連携が必要になる。例えば診療所のナースにも、病院に行って患者の生活面でのアドバイスができるような、患者が伝えられない情報を伝える役割が大切になる。

亜急性期・療養型病院の立場から

- ・ 公的急性期中核病院と診療所間の連携はうまくいっているが、両者の中間に位置する民間病院と急性期病院との連携はあまりうまく機能していない。民間病院は入院機能と「町医者」の機能を兼ね備えている。公的病院と診療所のネットワークの仲介役となり、空気のような存在としてクッションの機能を果たすべきだ。
- ・ 病気になってからの医療施設への入り口は、超救急的な事態ばかりではなく、慢性疾患の増悪もある。療養型医療施設には、地域のコーディネーターとしての交通整理役が求められている。

民間病院院長のコメント

- ・ 病院完結型医療ではなく、地域完結型医療への転換が求められている。現状の医療連携は「必要としてのネットワーク」段階でまだ未完成。患者にとって、地域住民全体にとっての地域資産ネットワークにはなっていない。
- ・ 病院の最前線の中堅医師の啓発が大切だ。プライベートな偏ったネットワークだけでは、医療連携は地域の資産にはなりえない。パブリックな医療提供の使命を自覚する必要がある。

中核病院の事例

中核病院の事例として、急性期特定入院加算を取得した二つの対照的な病院を取り上げる。専門特化の独自路線を走る済生会熊本病院と、政策医療と地域医療のネットワークに存在価値を置く国立熊本病院である。

[済生会熊本病院]

病院の特徴

- ・ 全国的に有名な高度救急医療施設。急性期・高度医療に機能特化し、命に関わる病気を治療する診療科を「選択と集中」戦略で集めていった結果、現在の病院の形となったので、元々総合病院を志向したことはなかった。

連携の考え方

- ・ 熊本の場合、規制が比較的少ない環境で各病院が独自のアイデアで連携を組んでいったところに、うまくいったポイントがある。
- ・ 病院と患者の信頼関係をどう築いていくかに腐心している。病院そのものをオープン化することが、自然と連携に結びつく。
- ・ ケアの連続性を重視。医療水準を一定にするためには、紹介先病院・診療所の医療レベルを維持する必要がある。連携施設が多すぎても効率が悪い。
- ・ 連携施設間の関係は平等で上下関係ではない。独立したパートナーとしての関係。

連携のポイント

(田辺製薬,2002 から抜粋)

- ①誰のため、何のための連携かを明確に：患者主体、コミュニティ思想
- ②医療施設間の位置づけを明確に：理念、提供体制(機能、役割の明確化)
- ③情報の共有化：徹底した情報開示
- ④連携の窓口の設置：キーステーションをどこに置くか
- ⑤役割の徹底：例)救急、専門性、紹介患者は断らない、開放病床、機材共同利用
- ⑥相互信頼関係の構築：研修会、連携会議、懇親会
- ⑦相互評価システムの構築：連携会議
- ⑧地域内での共生の思想：パートナーとして win-win の関係をつくる

紹介率向上策

- ・ 究極的には、急性期型病院にふさわしい外来とは何かを考えること。外来機能は診断と治療方針決定に特化するべき。
 - ①病院をかかりつけ医にする患者への対策
定期的な検査で十分だと説明し納得してもらい逆紹介。
 - ②検査予約システムで医療機器の共同利用推進
fax で検査予約、将来は IT 化。他院医師を訪問してシステムを説明。
 - ③連携会議を積極的に主催
病診連携会議を年 2 回開催
職種連携を重視し、看護職連携を開始。
済生塾、済生会健康の集い、自己啓発講座、各種カンファレンスなど多数開催。

MSW の活用

- ・ 連携推進のエンジン役として MSW を活用。転院調整等を担当する役割が重要。医療サービス課の医療相談室に MSW 4 名配置
- ・ 登録医制度は取っていない。開放型病床は現在 10 床だが、あまり重要視していない。

[国立熊本病院]

病院の特徴

- ・ 政策医療ネットワークにおける国際医療協力基幹病院、救急医療に積極的に取り組む災害拠点病院、地域医療支援病院。地域医療研修センターを中心に、研究・教育活動に力を入れている。

連携の考え方

- ・ 開放型病院を基本とした医療連携。連携推進の基本は機能分担にある。各診療科を横断的にまとめたミニセンターを構築し運営している。

開放型病院

- ・ 2003 年現在で、開放ベット 110 床。登録医は 870 名。
- ・ 現状の診療報酬点数では利益が得られるものではないが、病院と開業医双方の信頼関係を強める制度として機能している。

信頼関係の構築

- ・ 医師同士の信頼関係、患者と医師の信頼関係の構築が重要。「紹介患者を紹介元に」と逆紹介を徹底している。月刊広報誌「くまびょうニュース」は院長自らが編集発行。

救急

- ・ 救急医療は医療の原点であり、連携の基本。
- ・ 24 時間の救急体制と、いつでも安心して受け入れられるための環境整備(重症心疾患にはモービル CCU で 24 時間対応など)。決して断らない方針で臨む。

連携パス

- ・ 一病院における治療経過でなく、1 人の患者の発症から完治までのケアの全プロセスを提示するために、連携パスを開発中。患者一人一人に地域完結型の一貫した医療サービ

スを行うための試み。

- ・ 医療連携では、あいつぐ転院に対する患者家族の不安不満をいかに解消するか、医療の質をいかに維持するかが必須の課題。問題の解決のためには、各施設における診療内容の透明化と、情報の共有化が重要。
- ・ 治療終了時にアウトカムを置いたパスの作成により、全治療過程の中での入院医療の位置づけが明確になる。

連携室の機能

- ・ 1990年に地域医療連携室を設置したが、専任者はいない。開放型病院としての業務は医事課が担当。
- ・ 連携の営業活動は診療科ごとに行っている。医療連携は組織対組織の対応であり、また専門家同士の話し合いが望ましい。事務部門だけが担当するのでは機能しない。

接遇対策

- ・ 職員の意識改革のために研修を実施し、開放型病院として開業医に親しみを持ってもらい、当院への敷居の高さをなくすように努力している。患者に対しては「さま」づけを徹底している。

インタビュー

2002年3～5月

国立熊本病院	野村一俊	整形外科医長
済生会熊本病院	副島秀久	地域医療連携室長
熊本市医師会	河津昌幸	副会長
春日クリニック	清田武俊	理事長
青磁野（せいじの）病院	金澤知徳	院長

参考文献

- 副島秀久：急性期特定病院における医療連携ー地域医療ネットワークづくりー,武田薬品主催「地域医療連携ネットワークを考える会」配布資料,2001.11.17,東京
- 熊本県保険医協会：病診連携に関するアンケート調査結果,2001
- 田辺製薬：連携の先進地、熊本地域に学ぶ医療連携シンポジウム抄録集,2002
- 医療マネジメント学会監修：新たな医療連携の実践,じほう,2001