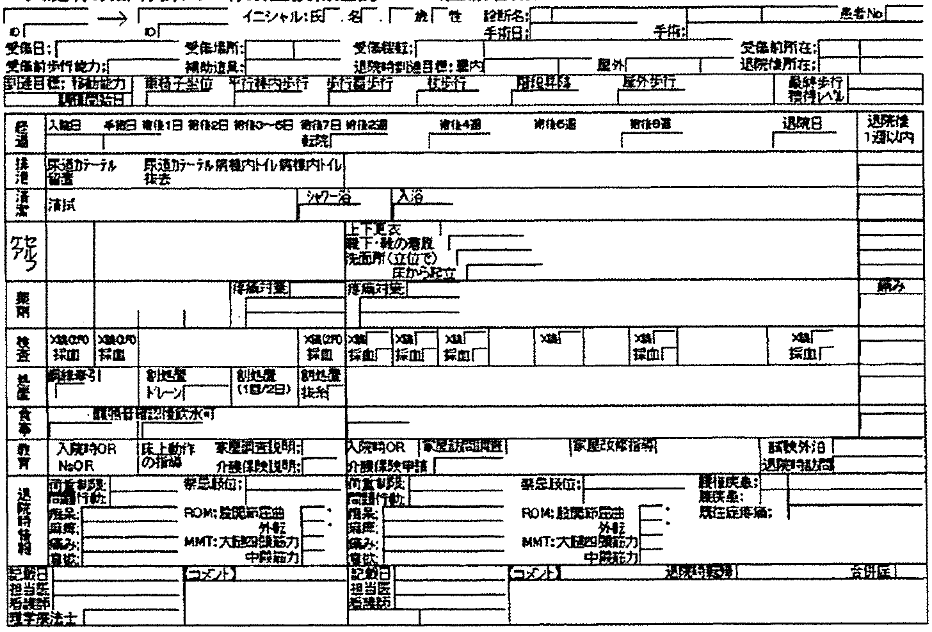
大腿骨頸部骨折　熊本市　No. 20　最先端モデル地域

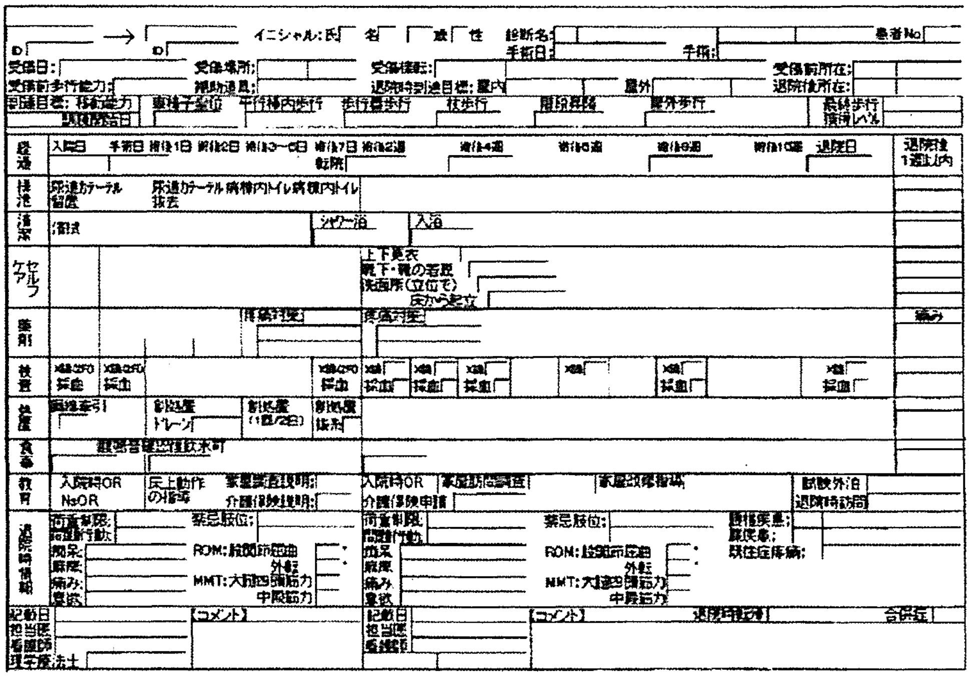
2006 年診療報酬改定で地域連携診療計画管理料と地域連携診療計画退院時指導料が新設された。算定対象疾患は大腿骨頸部骨折である。地域連携ネットワークのモデルケース、連携パス開発の最先端地域。

大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術連携パス（医療者用）



急性期病院の転院基準は、術後早期合併症なし、回復期リハビリテーション病院の退院基準は、受傷前移動能力獲得となっている。術後入院期間は、８週間に設定されている。

大腿骨頸部骨折骨接合術連携パス（医療者用）



急性期病院の転院基準は、術後早期合併症なし、回復期リハビリテーション病院の退院基準は、受傷前移動能力獲得となっている。術後入院期間は、10週間に設定されている。

大腿骨頸部骨折人工骨頭置換術連携パス（患者用）

人工骨頭置換術を受けられる方へ

『治療の流れ』　手術 ⇒ リハビリテーション ⇒ 退院

＊手術後に特別な合併症が無ければ1～2週で転院となります．転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます．

リハビリテーション施設退院後に患者様の状態についてのアンケート調査を実施します．ご協力を宜しくお願い致します．

経過	入院・・・手術・・・転院 術後1～2週	術後3週・・・	・・・術後8週
リハビリ	関節を動かす訓練→ 筋力訓練→ 歩行訓練→ 日常生活活動→		
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始．		
検査		X線検査 血液検査	X線検査 血液検査
教育	入院時指導	家屋訪問調査　家屋改修指導　試験外泊	

『リハビリ』　目標：（車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩）

歩行訓練進行の目安

平行棒内歩行 ⇒ 歩行器歩行 ⇒ 杖歩行 ⇒ 屋外歩行

歩くとき膝がグラグラしない．
肩の力を抜いて歩ける．
平行棒内を一人で1往復以上歩ける．

平行棒内を杖だけで歩ける．
片手で平行棒内を歩ける．

階段昇降ができる．

『日常生活，生活の場』　目標：（自宅・施設）

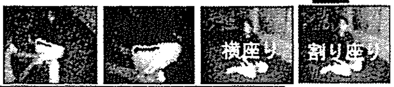
＊実生活そのものがリハビリとなります．
＊リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう．

1)布団の上，畳の縁，廊下　浴室などは転倒し易いので注意しましょう．

2)階段の昇りは<u>良い方の足</u>から降りは<u>悪い方の足</u>から一段ずつ始めた方が楽です．

3)脱臼し易い姿勢に注意！

【右写真を参照】



家屋改修（自宅での生活が目標の方）

＊家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります　リハビリスタッフにご相談ください。
＊リハビリ科スタッフが家に伺い、必要箇所については改修を勧めることがあります．
＊家屋環境のチェックが必要となります。
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます．詳しくはリハビリ科スタッフへ

熊本医療センター　整形外科
電話番号:096－353－6501

大腿骨頸部骨折骨接合術連携パス（患者用）

骨接合術を受けられる方へ

『治療の流れ』　手術 ⇒ リハビリテーション ⇒ 退院

＊手術後に特別な合併症が無ければ1～2週で転院となります。転院後は退院に向けてより専門的なリハビリを継続していきます．

リハビリテーション施設退院後に患者様の状態についてのアンケート調査を実施します．ご協力を宜しくお願い致します．

経過	入院・・・手術・・・転院 術後1～2週	術後3週・・・	・・・術後10週
リハビリ	関節を動かす訓練→ 筋力訓練→ 歩行訓練→ 日常生活活動→		
入浴	キズが良ければシャワー浴から開始．		
検査		X線検査 血液検査	X線検査 血液検査
教育	入院時指導	家屋訪問調査　家屋改修指導　試験外泊	

『リハビリ』　目標：（車椅子・起立・伝い歩き・歩行器・杖・独歩）

歩行訓練進行の目安

平行棒内歩行 ⇒ 歩行器歩行 ⇒ 杖歩行 ⇒ 屋外歩行

歩くとき膝がグラグラしない。
肩の力を抜いて歩ける．
平行棒内を一人で1往復以上歩ける。

平行棒内を杖だけで歩ける．
片手で平行棒内を歩ける

階段昇降ができる。

一人で出来る筋力訓練

【右写真参照】

『日常生活，生活の場』　目標：（自宅・施設）

＊実生活そのものがリハビリとなります．
＊リハビリスタッフと一緒に練習してきた事を生活の場を通して実践していきましょう．

1)布団の上，畳の縁，廊下，浴室などは転倒し易いので注意しましょう．

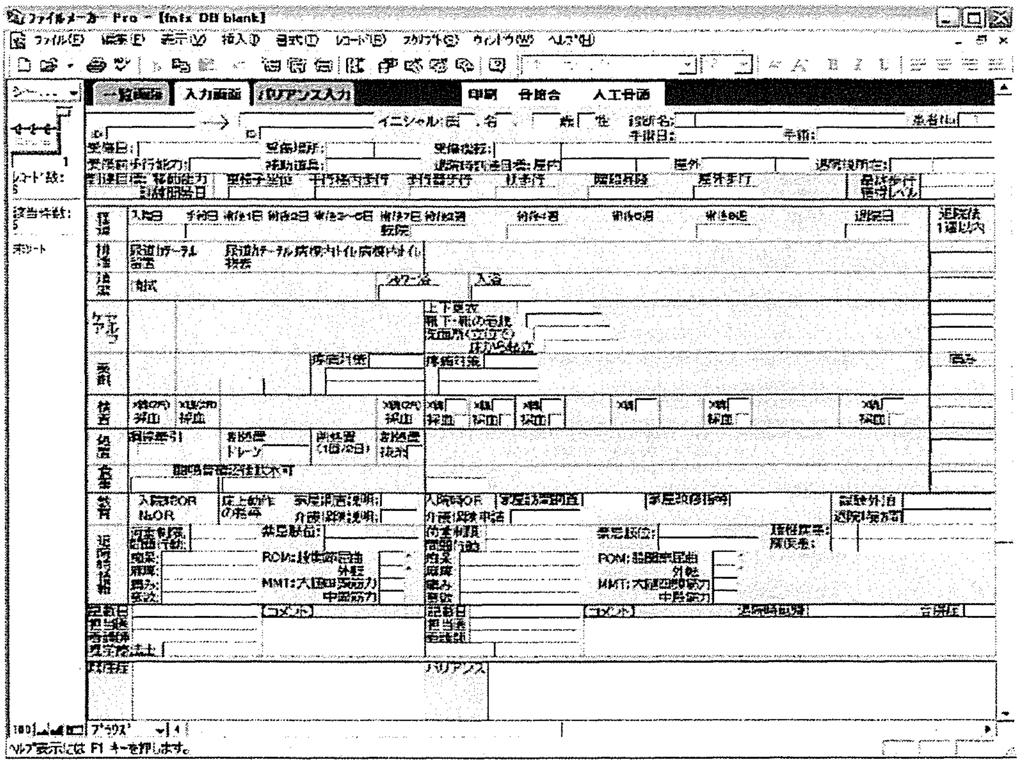
2)階段の昇りは<u>良い方の足</u>から降りは<u>悪い方の足</u>から一段ずつ始めた方が楽です．

家屋改修（自宅での生活が目標の方）

＊家屋改修の内容は各個人個人、状況によって異なります，リハビリスタッフにご相談ください．
＊リハビリ科スタッフが家に伺い、必要箇所については改修を勧める事があります．
＊家屋環境のチェックが必要となります。
家屋改修には介護保険を利用する事も出来ます．詳しくはリハビリ科スタッフへ

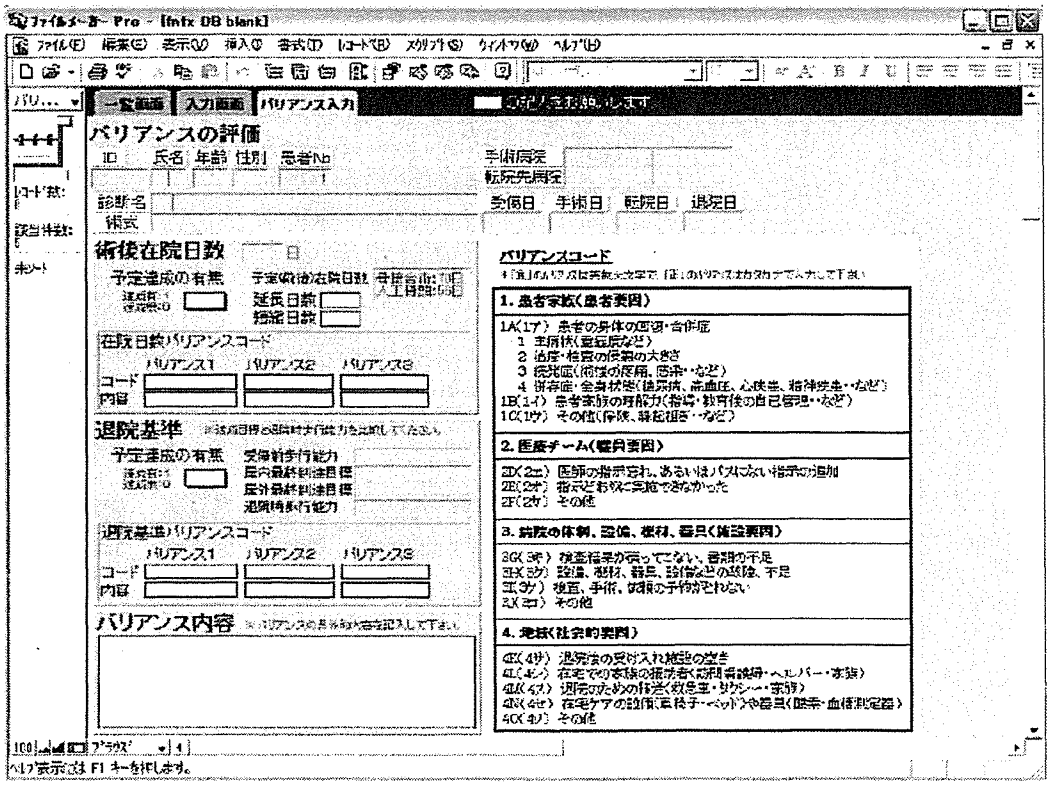
熊本医療センター　整形外科
電話番号:096－353－6501

大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会連携パス打ち込み画面



連携パスは、会員制ホームページで共有され、双方向性の情報共有が可能となっている。

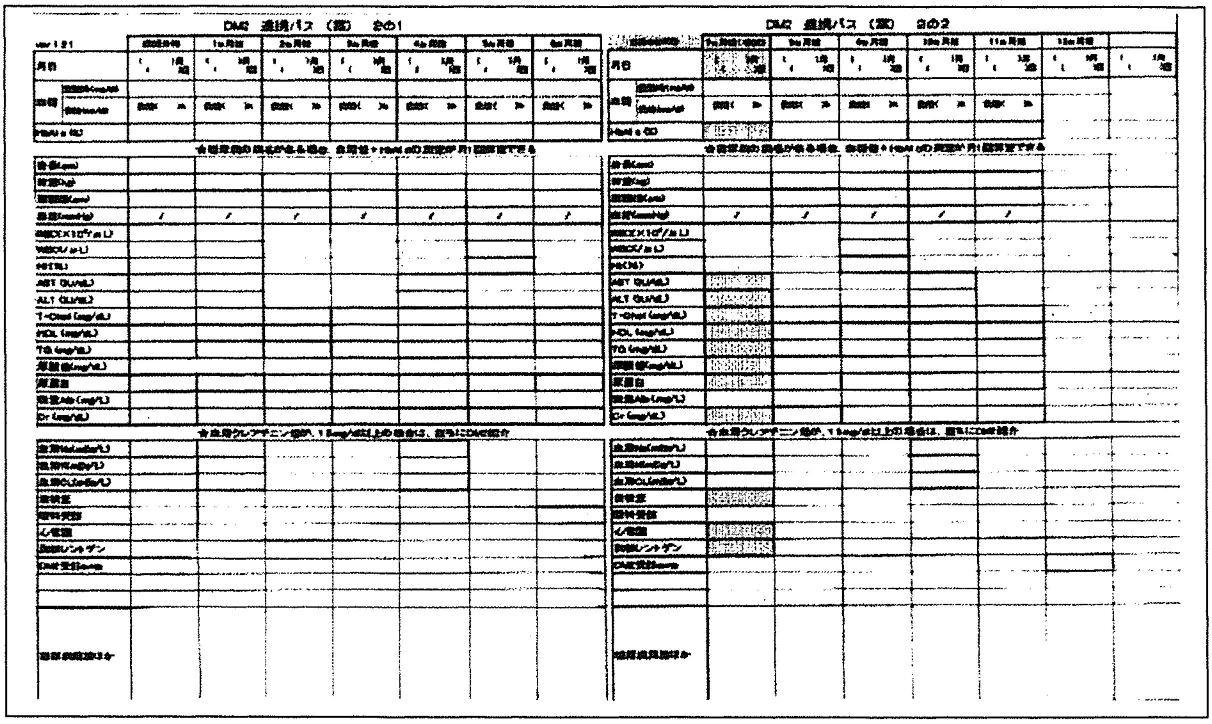
大腿骨頸部骨折シームレスケア研究会連携パスのバリアンス打ち込み画面



IT 化によりバリアンスの収集、分析を簡単に行うことができる。

糖尿病　東京都品川区　No. 9　２つの中核病院と医師会の協同

糖尿病治療は急性期病院だけで患者を抱え込めるものではなく、施設間の連携が不可欠である。2004 年、糖尿病の病診ネットワークＤＭ^2（Diabetes Mellitus, Disease Management の頭文字二つを取った）を立ち上げた。東芝病院とＮＴＴ関東病院の二つの基幹病院の専門医２名が共同で対応し、区医師会の元会長の熱心な働きかけによって、各地区からキーパーソンを選出し会員を集める手法を取り、説明会を繰り返しながらネットワークを構築していった。



糖尿病　横浜市戸塚区　No. 13　チーム医療

地域の糖尿病ネットワークの参加施設から紹介されて、教育入院した患者のフォローアップのためのパスを作成。開業医用と患者用パスを1枚に統合し、連携パスというよりも患者とスタッフの情報共有シートである。

【[redacted]　横戸塚糖尿病ネットワーク連携クリティカルパス】　（ 2 ）回目受診

診断名：糖尿病（1型・2型・妊娠）　H　年　月　日～　月　日入院　　ID

目標　アウトカム：HbA1c [redacted] %、体重 [redacted] kg

1年齢：[redacted] 才（男・女）
2身長：[redacted] cm　体重 [redacted] kg
3BMI：　体脂肪率 20.0 %
4既往歴：
5家族歴：
6合併症：網膜症 神経障害 腎症　／　期 その他（　　）
7本人・家族（　　）への説明
8治療内容　インスリン ヒューマログミックス50
9自宅：独居・3 人暮らし
10キーパーソン　妻
11職業： （通勤．電車・車・徒歩　分）
12調理担当：　本人・妻
13指示カロリー：1440 Kcal
14自己血糖測定：無・有（手技　） （器具：　）
15インスリン：無・有 手技
（備考）

H 16年 [redacted] 月 [redacted] 日
国立病院機構横浜医療センター
内科　糖尿病チームケアユニット
Tel：045-851-2621
Fax：045-851-3902

★生活改善ポイント★

#　担当看護師：
#　担当栄養士：
#　担当薬剤師：
#　担当検査技師：

★チェック項目★　貴施設（　病院）記入欄

	1カ月後	2カ月後	3カ月後	4カ月後	5カ月後	6カ月後
月日	／	／	／	／	／	／
BS						
HbA1c						
体重						

	7カ月後	8カ月後	9カ月後	10カ月後	11カ月後	12カ月後
月日	／	／	／	／	／	／
BS						
HbA1c						
体重						

現在の治療内容：

通院先の先生に毎月の採血結果を記入してもらいましょう。
次回横浜医療センターを受診する時にこの用紙を持参し、
予約時間に内科外来第7診察室にお越しください。

★横浜医療センター再診予約★
H 18年 [redacted] 月 [redacted] 日（　）8　30
個人栄養指導予約時間　9　00
内科主治医：

BS	
HbA1c	
体重	
体脂肪率	

★担当者コメント★

個人栄養指導・・・

担当栄養士：

服薬指導・・・

担当薬剤師：

自己血糖測定指導・・・

担当検査技師：

生活指導・・・

担当看護師：

パスコード01-012-02

胃ろう造設術　東京都立大久保病院（事例外）

図3　胃瘻造設術入院治療計画書（地域連携機関用）

患者氏名　　　　様

在宅医療機関
在宅主治医
訪問看護ステーション
訪問看護担当看護師

	在宅療養（入院前）	／ 入院日	／ 手術日	／・／ 術後1・2日	／ 術後3日	／ 術後4日	／ 術後5日	／ 術後6日	／ 退院日	在宅療養（退院後）
患者目標	入院の準備ができる	入院し胃瘻造設術を受けることができる 説明やパンフレットを参考に胃瘻の取り扱いがわかり、実施できる。在宅療養生活の準備ができる								在宅主治医や訪問看護師の支援を受けながら療養生活を送ることができる
食事		2時より禁食	→	→	病院主治医の指示により経口摂取可				→	
内服薬	通常1週間前より抗凝固剤中止	病院主治医の指示により内服		→	→	→	→	→	→	抗凝固剤は通常術後2～3日目より内服再開
点滴			開始	→	→	→終了				
消毒			病院主治医	→	病棟看護師が説明しながら家族と一緒に実施				→	家族が実施　退院後1週間継続
栄養剤					栄養剤注入開始	→	→		→	家族が実施
シャワー浴			禁	→	→	→	→	病院主治医の指示により可		

準備 その他	・インフォームドコンセント 入院日の確認 ・入院時必要なもの ・紹介状 訪問看護ステーション紹介の場合 看護サマリー （外来受診時持参していれば不要）	入院期間中は上記スケジュールで連絡・退院指導を実施します 胃瘻造設術術後3日目より退院指導開始 ・栄養剤注入方法 ・注入器具（注入用バッグ、シリンジ）の取り扱い ・胃瘻周囲の管理（消毒、日常のケア方法） ・トラブル時の対応 チューブ閉塞時の対処方法 抜去時の対処方法 退院指導に同席を希望される訪問看護ステーションの方は看護相談室に連絡ください 都立大久保病院　看護相談室 受付時間　平日8時30分～17時 電 03-5273-7711　内線2710 ＊入院中の経過は、診療情報提供書・看護サマリーを参照ください	在宅主治医による往診、訪問看護による療養支援をお願いします ・消毒は通常術後2～3週間頃より不要となります ・入浴は通常術後3週間以降より可能となります ・胃瘻周囲の皮膚の観察をお願いします （発赤、腫脹、滲出液、肉芽の有無） 胃瘻周囲の皮膚トラブルを予防するため保清をお勧めします ・抜去時は6時間以内の対処が望ましいといわれています 1ネラトンカテーテルなどを一時的に挿入し閉塞を防ぐ 2再挿入 3当院での対応を希望されるときは連絡ください ・胃瘻チューブの交換は4～6か月ごとに行います 1自宅で在宅主治医による交換 2当院外来受診交換 3当院短期入院による交換 4当院からの往診による交換 大久保病院で交換を希望される場合は看護相談室に連絡ください 夜間・休日・緊急での相談は当院救急外来に問い合わせ下さい その他、胃瘻に関する問い合わせは、病院主治医または看護相談室に問い合わせ下さい 都立大久保病院　TEL 03-5273-7711

Ⅱ．総論編

１．近未来予想
　　第３フェイズに向けて
２．医療連携の歴史的展開
３．連携のパターン分類
４．連携のための新概念：クラスターの提案
５．診療報酬改定
　　「平均在院日数」から「紹介率」へ

Ⅱ．総論

1．近未来予想：第3フェイズに向けて

2006年現在から5～7年の間に、介護型療養病床プラス医療型で27万床あるいはそれ以上が閉鎖され福祉施設ベッドに移行する。その過程でおそらく1,000単位の長期ケア病院が消滅するだろう。その一方で生活習慣病やメタボリックシンドロームに該当する大量の未治療の患者群が社会問題となる。この人たちをケアするにあたって、診療所だけでは充分ではない。健康日本21ステーションのようなものができて、診療所の医師と共に看護師や保健師がその管理に活躍することになるだろう。

医療連携の「前方連携」に関しては、9万施設ある診療所と数千ある病院からの紹介以外に、予防を担う様々な施設からの紹介も増えてくるだろう。さらに、これまで市町村が行ってきた老人保健事業が保険者にうつる。今後は健診の追跡体制が変わり、健診の数も増える。

「後方連携」については、急性期病院からの転院の3分の1が老人病院へ行っていたのが、今後は介護老人保健施設あるいは特別養護老人ホーム、さらには在宅へ流れていくだろう。

2004年に日本はイタリアを抜いて世界一の高齢大国になった。これから日本は2050年の超高齢社会に向けて、どういう医療システムが最も効率的にかつ良質な医療を提供できるのかを考えていかなければならない。

高齢社会においては外来も入院も患者の大半が高齢者である。高齢者はたくさんの疾病を抱えており、その疾病も自然史によって段階ごとに必要とするケアが変化していく。しかも急激に変化する。例えば糖尿病患者の場合、かかりつけ医で血糖値をコントロールしていたのだが急に脳卒中を起こした際は救急医療が必要となり、手術等の急性期の侵襲的な治療が必要となる。急性期治療が終わった後は回復期リハビリが必要となる。その時期を経てもし障害が残ったならば長期ケアが必要である。介護サービスと医療サービスの両方のサポートを受けながら、しかも長期間続く。その状態から急性悪化を繰り返して最後は末期ケアを受ける。一人の患者に必要とされるケアはめまぐるしく変わり、この間に、唯一不変なのは当の患者本人だけである。高齢社会に必要なのは、患者を中心にケアをコーディネートしていく患者中心の医療であり、連携によるケアの継続が前提条件となる。

安全性、効率性、医療の質のためにも、多様なサービス提供者がうまく連携して、継続的にサービスを行うことが必須である。このような超高齢社会のための医療連携システムは、世界中でまだ成功した国はない。

従来の医療連携は、基本的に経営のための連携で終わっている。多くの医師により１人の患者を継続的に診るという発想とシステムがなかった。つまり、これまでは入院したらある特定の医師の患者となるが、退院したらその医師の患者ではなくなる。診療所でも福祉施設でも事情は同じで、各自の窓からしか患者が捉えられていなかった。実は種々の医療機関を一人の患者が回っている。今こそ発想を転換して、「患者中心」に、必要とする医療を調整する必要がある。

ここで言う「患者中心」の医療とは、従来言われている患者サービス向上のために、患者の意向に従ってサービスを提供することを意味しない。あくまでも、医療システムレベルにおける「患者中心」である。医療連携を支える基本哲学がそこにある。

２．医療連携の歴史的展開

医療連携はこれまで、第１期、第２期を経て発展して来た。2006 年現在は、前述した近未来に向かう第３フェイズに入ったところである。

第１期：「かかりつけ医」機能強化のための連携

第２期：病院経営のための病診連携

第３期：患者中心の医療のためのシステム連携

「第 1 期」は医師会主導の動きである。診療所がかかりつけ医機能を強化するために、患者を病院に紹介する連携だった。早い地域では 1980 年代半ばから、多くは 1990 年前後に活動が始まった。1993 年度に医師会が提唱し、厚生省の協力の元に行われた「かかりつけ医」推進モデル事業に端を発している地域が多い。その後病診連携モデル事業へと展開した地域もある。かかりつけ医事業では医師会から地域住民への啓発キャンペーンが行われたが、同時に診療所から地域の中核病院への働きかけも始まり、救急時の入院病床確保や検査機器使用の要請などが行われた。診療所から患者を紹介するためには病院の情報を得る必要があり、厚生省（当時）や地域行政の支援を受けて、行政がらみで病院の診療機能リストや情報システムが整備されていった。かかりつけ医事業の終了で補助金が打ち切られるとともに活動が延滞した地域も多いが、この事業を契機として全国的に、開業医が病院と交渉する動きが広がったことが、第２期の病院主導の連携の基盤となっている。

→Ⅳ.事例参照　町田市　No.11　静岡市　No.15　秋田市　No.3

「第 2 期」は、1990 年代後半から今日に至るまでの、急性期病院の経営のための連携である。中核病院の中に相次いで地域医療連携室が作られ、ここを中心として病診連携の活動が活発になり、病院の経営トップを巻き込んでの近隣医療施設への「営業」が繰り広げら

れるようになった。直接的なインセンティブは診療報酬点数の誘導である。医療機能の分化施策のために、90 年代には「平均在院日数」の短縮、2000 年代に入ってからは「紹介率」に加算がつき、強力な誘導の方向付けがなされた。

→Ⅱ.総論　5.診療報酬改定：平均在院日数から紹介率へ

急性期病院にとっては、平均在院日数を短くするためにはまず、長期入院患者を転院させるための長期ケア病院との後方連携が必要になる。さらに、在宅支援をしてくれる診療所との連携も必要になる。次の段階としては、病院の平均在院日数が下がると空床が発生して赤字になるため、診療所から紹介を受けて入院患者を確保しようとして、前方連携を必要とするに至った。一部の病院では、経営戦略的に診療所の囲い込み現象が起こったところもある。

しかし、2006 年の診療報酬改定で紹介率加算がはずされたことで、医療連携のフェイズは名実ともに「第 3 期」へ突入した。開業医の頭数や票集め的な連携は終わりを告げ、第 3 期の連携はもっと本質的な医療のあり方をふまえた連携となる。

現在のところは、第 2 期の病院経営のための連携から第 3 期の患者中心の連携、つまり地域ネットワーク構築へ移行する過渡期の混乱を呈している。しかし、各施設が自らの経営上の損得で連携している限り、前述した患者中心の連携、多くの医師・医療者が一人の患者を診るという発想に至ることはできない。今度の診療報酬改定で連携パスに加算がついたのはそのような背景を踏まえてのことだ。

第 3 期の特徴は、

① 患者中心の連携であること。医療必要度に基づくきめが細かい連携

② 疾病の自然史に従った連携が必要

③ 前方と後方がつながった連携であること。予防から、救急、急性期、回復期、慢性期、末期まで継続している連携。

④ 病院の外来機能を診療所に移行させる。病院勤務医に過重な負担になっている急性期病院の外来診療を減らして、医師の負担を軽減させる。

→元勤務医「切れるような忙しさ。病棟から呼び出されてエレベーターのボタンを押している間に寝てしまい、このままでは死んでしまうと思った。」

現在日本の病院には、医師の過重労働や、医療事故などの理由で若い医師が病院を辞めていくという深刻な問題が生じている。日本の勤務医は長時間労働をしているにもかかわらず、医師 1 人が退院させる患者の数はヨーロッパの 60%である。その理由の 1 つは外来患者を多く診ているからだ。ヨーロッパのいくつかの国では、退院後のフォローはすべて開業医が行っている。

逆紹介以外の対策としては、開業医が病院の外来を担当して診療を助けるシステム、夜間休日救急を病院で行うなどのアイデアが想定されている。その時病院は、他の医療機関

との間で壁のない病院へと大きく変貌を遂げるのである。

→Ⅳ.事例参照.　藤枝市　No.16　←地域を一つの病院に。
東京都品川区　No.9　←オープンクリニック方式

3．連携のパターン分類

(1) 地域特性

地域の医療ネットワークを構築するために上記のインフラを充実する際には、地域の医療資源および医療環境の程度が大きく影響する。まず地域には、大きく分けて２つの類型がある。つまり、「競争あり」「競争なし」の２類型である。

競争なし：中小都市

10～40 万人程度の地方城下町型の地域では、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。地域の中核病院が得意とするクラスター以外は、患者に遠方の病院へ行ってもらわないといけない。全国で 100 医療圏程度。地域で主要な病気、がん・脳卒中・心臓病等には何とか対応できるように。少なくとも、地域に 1 施設中核病院を作る必要がある。人口 30 万地域に数箇所の中核病院がないと連携は意味がない。

競争あり：都会

13 都市、政令指定都市。中核都市、全国で 60～80 地域

人口 200 万以上の大都市圏においては、すべてのレベルでアクセス可なので地域内では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。一方、40～70 万程度の県庁所在地型においては、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するので他地域との分担が必要になる。

その他：何もないところ。残り 150 医療圏のうちの約 50 が該当する。

次に、医療へのアクセス、頻度、需要と供給バランス等の観点から、地域の医療資源は、大変欠乏している医療過疎地から、比較的豊かな都市部にいたるまで、大きくわけて４つの類型があると考えられる。（図Ⅱ-4-1）

0段階：0a型、0b型　「郡部」
1段階：Ⅰa型、Ⅰb型　「城下町型」
2段階：Ⅱa型、Ⅱb型　「中核都市」
3段階：Ⅲa型、Ⅲb型　「大都市」

まず「郡部」の0型で、少ない資源の地域では、診療所はあるが中核病院がない場合、中核的病院が存在しても、診療所が存在しない場合が考えられる。(図Ⅱ-4-2)

ついで、1つの強力な地域中核病院を持つ、いわゆる「城下町型」のⅠ型の資源構造となっている類型が存在する。この場合、1つの中核病院で、全ての3次機能クラスターを保有することは、需給の関係からも無駄で不可能であり、多くの場合、1病院が持ちきれない3次機能は他の地域に流出する事によって満たされている。したがって3次機能を持つ地域へのアクセスが悪い場合には、地域の医療機能に問題があると言える。(図Ⅱ-4-3)

次に、地方の「中核都市」のⅡ型、特に県庁所在地等に見られるパターンで、5から10の中核病院を持ち、それらの病院がうまく役割分担すれば、必要な3次機能のクラスターはその地域で効率的に機能し、技術集積性の点からも、質、安全性が確保されるだろう。そのためには、競合と連携の経験が必要で、地域中核的な都市においても、未だにそれぞれの中核病院が地域的な分担にとどまっている所も見られる。(図Ⅱ-4-4)

最後の類型は「大都市」ならびに大都市周辺部分のⅢ型で、豊富な医療資源がある一方で、自由なアクセスが存在している場合である。東京、大阪や名古屋等、交通が発達した市街地がこれに該当するが、さらによく調べると、その大都市の中にも一部城下町型、あるいは地域中核型の要素が混じっていると考えられる。(図Ⅱ-4-5)

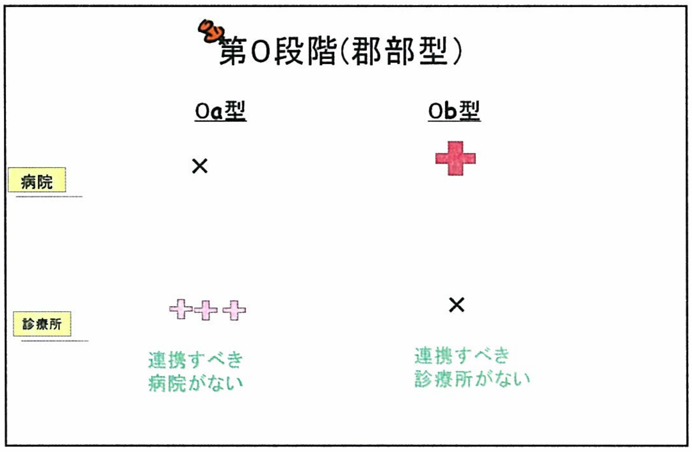
連携のネットワークを構築するためには、これらの資源の類型をふまえる事が有用である。これらのネットワーク構築のためには近年開発された疾病管理という手法が有用である。

図Ⅱ-3-1

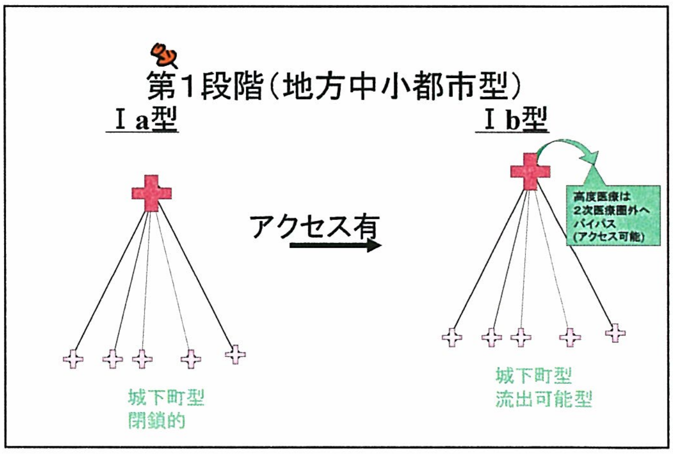
連携の類型

類型	0 0a型0b型	Ⅰ Ⅰa型Ⅰb型	Ⅱ Ⅱa型Ⅱb型	Ⅲ Ⅲa型Ⅲb型
事例		上田	秋田　熊本	名古屋
二次医療圏	150	100	50	30
人口	-10万	10-20万	40-70万	130万
全人口	2000万人	3000万人	3000万人	4000万人
地域中核病院	-1	1-2	4-7	10-20
特徴	郡部	地方中小都市	県庁所在地	大都会

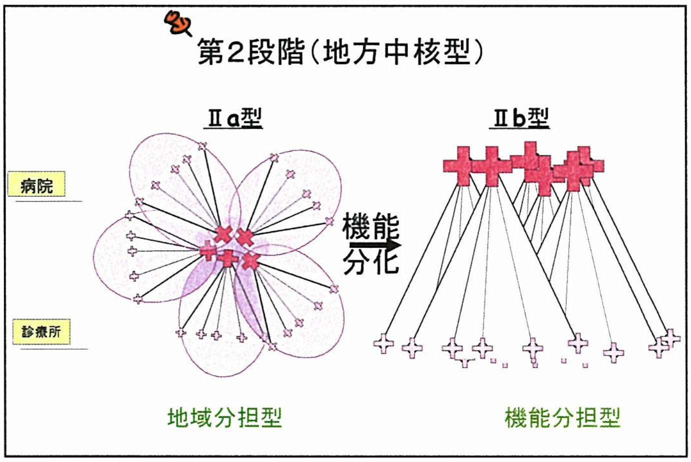
図Ⅱ-3-2



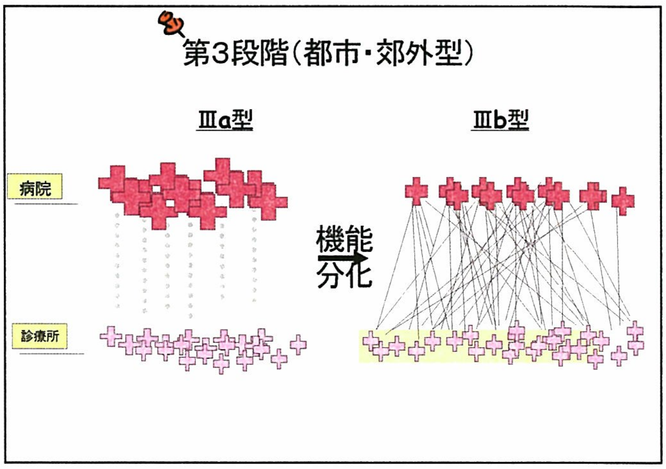
図Ⅱ-3-3



図Ⅱ-3-4



図Ⅱ-3-5



(2)　リーダーシップ特性

連携促進のためのインフラ整備には、誰が、あるいはどの組織が、いつ、どのような形で牽引役を担うのが相応しいのだろうか。多くの事例で見られるような、特定の急性期病院が中心となったネットワークでは、地域の関係者一同の協力を得ることは難しい。病院が診療所の系列化や患者の囲い込みを意図する場合も意図しない場合も、患者のケア・サービスが特定施設間で完結することは稀であり、このネットワークには自ずと限界がある。

さらに、カリスマ的な個人や特定施設のリーダーシップに依拠したトップダウンのやり方では、ネットワークの発展はいっそう難しいだろう。もっとも、一部地域で行われている先駆的なＩＴネットワーク開発の際には、情熱的なリーダーの献身的な活躍が必須条件のようである。しかし、その強力なリーダーシップに依拠しなければならないが故に、利害対立から地域全体への普及発展を拒む要因ともなっている。

→Ⅳ.事例参照　東金市　No.7　鶴岡市　No.4　←(事例外)新宿区ゆーねっと

事例地域における医療連携について、連携の主な旗振り役を担っている組織別に分類すると、次のような８つのパターンが想定できる。

1) 開業医

有志の開業医が集まって診療所間の診診連携のネットワークを構築する。地域全体を網羅することはできないが、柔軟性と即効性を持って個々の患者のニーズに対処することができる。大組織中心の硬直的になりがちな患者受け入れ体制を、患者本位の柔軟な対応に変えていく原動力ともなる。

→Ⅳ.事例参照　名古屋市　No.17　←有志の開業医グループ

2) 医師会

医師会が中核病院と対等の立場で契約を結ぶことによって、病院による診療所の囲い込みを防ぐことができる。あるいはそれ以上の発言力と影響力を得ることができる。藤枝市のように、中核病院の中に医師会が自前の連携室を構えてしまう例や、静岡市のように医師会主導で地域の中核病院を牽引する地域もある。

→Ⅳ.事例参照　藤枝市　No.16　静岡市　No.15　名古屋市　No.17

しかし医師会は会員の利益を代表する立場であるから、会員全員を公平に扱わなければならない。当然連携に消極的な医師も活動に参加している。また、連携相手の急性期病院が複数ある場合にも対等に接しなければならない。活動の公平性を保とうとすることが、逆に連携の活力を阻んでしまう事例もある。

→某開業医：医師会は差別化を許さない古い体質に問題がある。連携推進には公的あるいは第三者的立場のコーディネーターが必要だ。

当初は連携事務局を医師会内に置くケースもあったが、専門職・事務職ともに多く抱える中核病院のようには人材を配置できないために、連携事務局としての運営は難しいようだ。

→Ⅳ.事例参照 町田市 No.11 ←医師会内に事務局を設置して注目された事例

医師会の中でも有志の若手グループが積極的に活動している事例もある。地区医師会組織の支持を受けつつ、従来型の活動では実現できないような新しい試みを展開しているケースも多い。

→Ⅳ.事例参照 熊本市 No.20 鶴岡市 No.4 ←(事例外)Wの会

3) 急性期病院

現在は、地域の中核的位置を占めている急性期病院が自らを頂点とした連携ネットワークを構築している地域が多い。地区医師会との契約方式を取っている病院も多いが、形式的なものがほとんどで、実態は病院への開業医の登録制度となっている。

急性期病院にとっても自院中心に囲い込みを図ることは、必ずしも得策ではないようだ。過度の系列化は地域の医療供給のバランスを崩し、医師会から懸念を抱かれたり、急性期病院同士がけん制し合う元になる。地域の医療提供体制のバランスが崩れ、自院までダメージを受ける恐れもある。

むしろ無駄や非効率を省くために、地域全体での情報交換の必要性を訴える病院も多い。しかし、利害の対立から実現できないジレンマを抱えている。

2006年に紹介率加算がなくなり連携に対する情熱が揺らぐ病院の多い中でも、「地域医療支援病院」となった病院には連携推進に迷いはない。名実ともに地域の中核病院となる第一歩かもしれない。

→Ⅳ.事例参照 八戸市 No.2 前橋市 No.6 堺市 No.18 つくば市 No.5

4) 慢性期病院

慢性期病院は、急性期病院と異なり紹介率による診療報酬加算が期待できない。また診療所とは外来患者確保の上で競合する立場にある。「入院」と「町医者」機能を兼ね備えた慢性期病院の位置づけは曖昧で、従来連携には消極的だった。しかし、急性期病院の状況が変化し、これまでの下請け的な扱いからパートナーシップを求められるに至って、連携ネットワークの中間的位置を占める仲介役としての新たな役割、振り分け機能が期待されるようになっている。

→Ⅳ.事例参照 佐賀市 No.19 ←求められるのはハブ的機能。マインドを持った地域の医師が自発的に作るネットワークの受け皿づくり。

→Ⅳ.事例参照　熊本市　No.20

5) 医局講座制

特定大学医学部の伝統的な医局講座制に基づくネットワークの存在は、医療連携のネットワークのあり方にも影響を与えていると考える。同窓生としての先輩後輩のつながりは、「顔の見える」連携の信頼関係を築く上で一役買っているかもしれない。

例えば連携最先端地域として有名な熊本市では、熊本大学医学部卒の医師が全医師の67%を占めるという調査もある(中村,2003:文献 No.144)。地域に二つの主要な大学医局があり、卒業生が交替で医師会要職を務めている某市では、同窓会名簿が連携の際に活用されている。その名簿を持たない外様の開業医が独自の診診連携ネットワークを発展させた。

→某開業医：俗に言う「けものみち」 地元出身者にはルートがあるが、部外者にはない。

医局講座制はあくまでもインフォーマルなネットワークであり、その効果のほどを検証することはできなかった。伝統的な医局講座制の弊害については常々指摘されている通りだが、かつてはプロフェショナルの司令塔として地域の医療資源の配分機能を担っていたという評価もある。

6) 行政機関

一部の地域では県や市が、指導的立場としてではなく第三者的な仲介役として、競合する施設間の調整に入って事業を展開している。行政の調整機能については現場からも強い要望があり、医療連携の音頭取りとして期待される。事業を行う上での費用負担や調整・窓口業務の担当も歓迎されている。

→Ⅳ.事例参照　東京都区南部保健医療圏　No.8

7) NPO

病院主導や医師主導の垂直型の連携とは袂を分かった、地域密着型の横の活動が、21 世紀型の連携モデルとして期待されている。

→Ⅳ.事例参照　西東京糖尿病研究会　No.12

←「20 年間の努力の積み重ねで、人が変わっても継続的な活動ができる体制を構築できた。結論を急がずに、みんなで考えながら地道な活動を続けていく。」

8) その他

ビジネスモデル、保険者等が主体となったモデルが想定できるが、今回は未調査。

以上のパターン分類はあくまでも目安である。連携はパートナーがあって始めて成り立つ、関係性そのものを表す行為であるから、急性期病院や医師会が単独でリーダーシップ

をふるうことは難しい。また、関係者同士の組み合わせが、１対１となるのか１対多となるのかによっても、連携のパターンが決まってくる。

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、連携のネットワークは極めて多元的である。そういった多様性を多々認めつつも、これまで見うけら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の特徴が見受けられる。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なども影響している。

今のところ、熊本市郡部地域のように、医療資源が豊富で情報発信量も多く、各施設が自由に競争を行って切磋琢磨しているような地域が連携のモデル地区と受け取られているが、熊本の成功はむしろ特殊な事例かもしれない。地域ごとの事情を踏まえた上でのボトムアップの連携のあり方を追求する必要があるだろう。

今後の連携ネットワーク発展拡大の有力な形としては、インターネット上で展開されるヒエラルキーのない自由自在なネットワークのように、情熱を持った有志の者たちが任意に集い情報交換できる仕組みを作ることであろう。ボトムアップの地域活動をどう支援し拡大発展に結びつけていくかの仕組みづくりとツールの開発が、今後の重要課題となる。

ボトムアップの連携ネットワークの試みは、すでに各地で芽生えている。事例研究で得た情報としては、青森県や東京都、佐賀市の事例に見られるような、コーディネーターとしての行政や大学病院の役割、自然発生的な地域活動をハブ的に結びつける動きなどが今後注目される。また、ＮＰＯ法人西東京糖尿病研究会のケースのように、医療専門職が施設の枠を超えて集い共通の目的のために情報交換を行う緩やかなネットワーク構築の動きも注目される。古典的な例としては、静岡市や名古屋市における医師会主導で中核病院を牽引するネットワーク構築も、今後の発展が期待できる。

４．連携のための新概念：クラスターの提案

(1) 行政と医療現場を貫く「共通言語」

第５次医療法改正法案がこの国会を通過した。目玉となる医療計画制度の抜本的見直しでは、①数値目標の設定とその達成状況に係る政策評価を導入、②がん・脳卒中・小児救急等の地域医療連携体制構築、③地域連携クリティカルパスの普及、④地域の医療機能や連携状況を住民に明示――の４つを基本方針として掲げている。すなわち、地域単位での

医療の質向上や効率化の推進、さらにその評価が求められており、自院の経営収支のみを考えてマネジメントをできる時代ではなくなってきた。医療連携は、もはや重要な経営テーマの域を越え、マネジメントの前提要素として地位を築いている。急性期加算が廃止されようが、「医療連携」を盛り込まざるを得ないのである。

しかし、医療連携には病院経営者はもちろん、院内の技術職・事務職、院外では開業医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、介護事業所など多様な人々がかかわってくる。さらに、地域医療計画との整合性から行政もステークホルダーとして加わってくるとなると、非常につかみどころのない取り組みに映る。地域の医療資源を有効に使い、最良のアウトカムを出していくには、院内外の関連スタッフをまとめ、かつ行政サイドとの調整を図れる、一本筋の通った「共通言語」が不可欠だ。その共通言語となりうる概念が、「クラスター」である。

クラスターとは、疾病名や治療法を基盤に、組織・地域横断的に類似あるいは同様の資源を共有して共通のアウトカムを目指す各医療機関のグループのことを言う（図１）。ＤＲＧ（Diagnosis Related Group：疾患別関連群）の地域版を考えていただければイメージしやすい。地域でそれぞれ異なる疾病特性や医療資源を踏まえ、院内組織や連携体制を再構築し、必要なマンパワーやその他の資源を配分・投入していく際の、経営戦略を形づけるうえでの一つのプロセス概念と言える。

医療機関個々の「経営戦略」とは本来、自己の存在を目指すものである。医療連携においても「自院のドクターの負担軽減のために外来患者を減らす」といった程度の動機で行われていることが少なくない。地域の医療資源を有効に活用していくという視点より、まず自院の死活が最優先されるのは医業を生業としている限りは当然であろう。そもそも行政計画である地域医療計画が疾患別のネットワーク構築の推進を方針として掲げること自体、個々の医療機関からしてみれば“大きなお世話”であり、場合によっては自院の経営戦略を立てる際の制約となりかねない。

しかし、地域ごとにアウトカムが評価され、それが医療機関の経営収支に直結するようになれば、経営戦略上からも地域医療計画を無視できなくなる。むしろ積極的に経営戦略と地域医療計画の融合を考えざるを得ないであろう。他方、地域医療計画を策定する行政サイドも疾患別のネットワークの構築には、地域の主要医療機関の協力は不可欠である。クラスターは、医療機関と行政サイドがお互いに歩み寄るプラットホームであり、利害のズレが生じやすい「経営戦略」と「行政計画」をすり合わせ、共通のベクトルを見いだすツールとして有用なのである。例えば、地域で不足している小児科や産婦人科などの機能を特定の病院に集約していこうとする傾向があるが、クラスターはその動きを加速させていくのに打ってつけの概念と言えよう。行政と医療現場のミスマッチを解消しながら、方や地域医療計画、方や経営戦略の観点から、地域医療資源の効率的な運用を図れるわけで

である。なお、クラスターは医療機関においては技術職と事務職の共通言語として、院内の限られたリソースを適切に配分していくマネジメントツールにもなりうる。

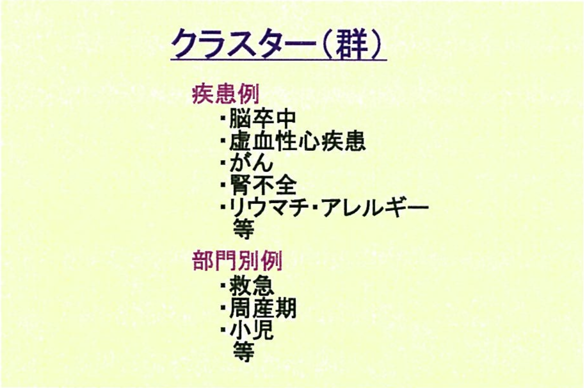
(2) 競争とブランディングが内在

このように行政計画との関連で語ると、クラスターは自由度が少ないように受けとられるかもしれないが、実際は、競争によるクオリティ管理を促進し、その勝者には3次医療の独占提供というインセンティブが与えられる。図2のように急性期地域中核病院の機能は、2次広範囲機能（裾野）と3次得意機能（氷山の先端）に分けられるが、前者はいわゆる2次医療で、患者数が多く需要が高いため、地域の医療体制も比較的整備されており、その分クラスターの参加医療機関も多いことから、クラスター内で頭角を現すにはクオリティ向上等による他病院との差別化が必要となる。一方後者は先端技術や設備を要する3次医療であり、患者の数は限られてくるが、競合医療機関も少ないため、クラスター内でも寡占状態で君臨できる。行政や患者からも基幹病院と一目置かれるようになるなど、3次医療を提供することでの経営効果は少ないが、病院のブランディングも果たせる。

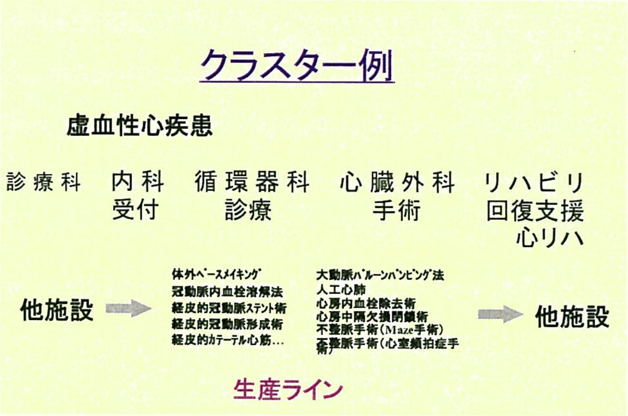
クラスター内にコンペティションと寡占によるブランディングが存在することで、自浄作用を持つものと思われるが、むろんアウトカムの質や効率性を測るのは大前提であり、指標を設定したうえでクラスターの参加施設がデータを持ち寄ることが必要だ。

多くの病院では、どのような顧客を対象とし、その対象顧客にどのようなサービスを提供するか（ドメイン）の選択は終了している。それをもとに長期的な経営戦略の策定が不可欠であるが、地域医療の動向を睨みながら、自院の方向性を考えていくうえでクラスターという新たな思想が新風を吹き込むと思われる。

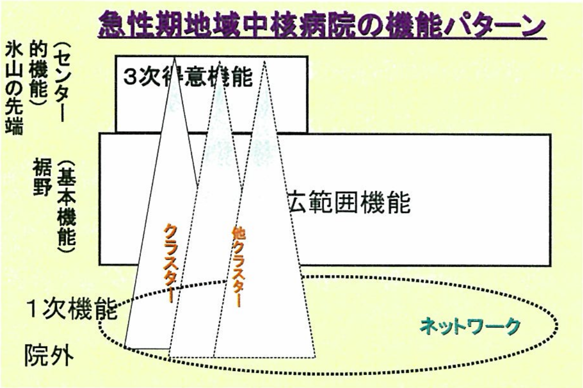
図Ⅱ-4-1



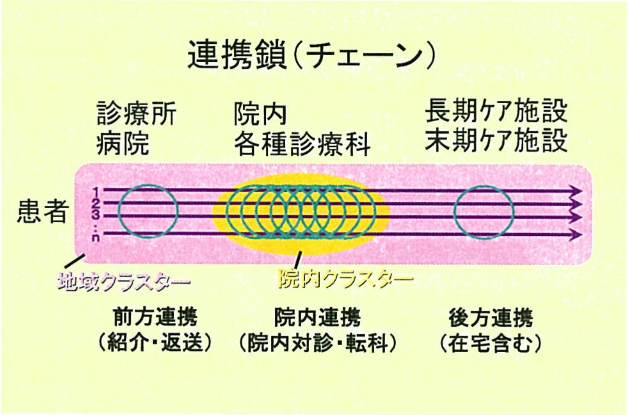
図Ⅱ-4-2



図Ⅱ-4-3

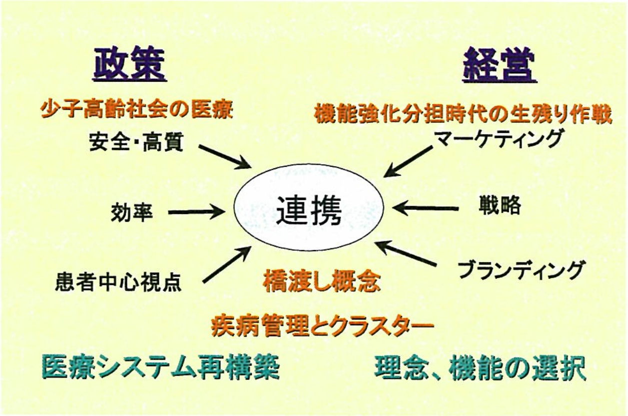


図Ⅱ-4-4



図Ⅱ-4-5

図Ⅱ-4-6



5．診療報酬改定：「平均在院日数」から「紹介率」へ

この４月の診療報酬改定においては、従来とは異なる視点で考案された新点数・新体系が数多く新設され、機能分化や医療連携の取り組みも、従来型の手法では対応できなくなると思われる。例えば、療養病床の 23 万床削減で後方連携の受け入れ先確保は確実に難しくなる。急性期加算等の廃止も想定外の出来事であり、後述する地域医療連携室の運営はもとより、医療連携の取り組み方そのものが問われている。

急性期病院に対する診療報酬上の加算による機能分化誘導策は、かなりの効を奏したようでいて、問題の本質を見えにくくしてしまった一面もある。かつて、1990 年代の加算の指標は「平均在院日数」であり、在院日数を短縮することが病院経営上の重要課題とされた。2000 年代になって指標は「紹介率」にうつり、病院は連携相手探しに躍起になって営業に走っていた。平均在院日数の短縮で稼働率が低下した病床を前方連携の推進で埋めるというスタイルが定着してきた。

ところが今、2006 年 4 月の改定で紹介率加算が取り払われた。

これからの医療連携の行方はどうなるのか。誘導策が解かれて一時的にでも停滞してしまうのだろうか。この機会に、本当の意味での連携のあり方を問い直す機運も生まれている。事例研究においては、加算が取れない状況でも地道に連携を進めてきた病院や、地域医療支援病院として名実ともに地域の中核たるべく邁進する病院も多々あった。

医療連携の本質に迫る前に、診療報酬上の機能分化と医療連携に関わる点数上の変遷をまとめておく。

在院日数による診療報酬点数の逓減制は、実は 1958 年に新医療費体系が創設された時から入院料の中に盛りこまれていた。しかし点数の格差はわずかなものだった。入院時医学管理料の年次推移をたどると、逓減制がはっきりと現れるのは 1976 年度の改定で「入院日数２週間以内」が盛り込まれて以来である。

そして逓減制が最も強化されたのは 1981 年の改定時だ。2 週間以内入院の点数が大きく引き上げられた一方で、2 週間を超える点数はほぼ据え置かれた。この年は、薬価基準が 18.6％もの大幅引き下げになった特筆すべき改定である。国民医療費抑制政策を受け、それ以来一貫して診療報酬点数は「マイナス改定」を続けている。

1983 年の老人保健法制定による老人医療費有料化、1986 年の国民医療総合対策本部中間報告における長期入院是正勧告を経て、入院時医学管理料においては、2 週間以内と 3 ヶ月以上の長期入院との点数の開きがきわだっていく。（図Ⅱ-5-1）平均在院日数は、1980 年代まで増加傾向だったものが、1981 年以降微増状態になり、1986 年を頂点に大きく短縮している。

しかし多くの急性期病院にとって、「平均在院日数」短縮が直接影響力のある形で現れた