

のは、1992年度の改定で、基本看護料の特3類取得条件が平均在院日数20日から25日に緩和されてからだろう。これは第2次医療法改正によって、病院の機能分化政策が本格化した時期であり、診療報酬点数上は人員配置の評価が強化された。

それ以来、診療報酬改定ごとに短縮の誘導政策が盛り込まれ、加算条件も複雑になっていった。1994年には特3類の平均在院日数がさらに30日に緩和された。1997年には、入院時医学管理料が施設の平均在院日数に応じて体系化された。翌年1998年には、入院時医学管理料の算定要件がさらに厳しくなり、急性期と亜急性期の区分けが明確化されている。また看護料の取得基準についても、平均在院日数の逡減制が導入され、条件が厳しくなっている。(図Ⅱ-5-3)

2000年4月の改定において入院基本料が新設され、第4次医療法改正を先取りした形で、急性期と慢性期とに二分した点数体系が登場した。この時から「医療連携」が病院関係者の注目を集めることになった。この時新設された「急性期特定病院加算」は、2002年の改定で「急性期特定入院加算」と名称が変わったが、この取得要件は今後の急性期病院の姿を指し示す指標と見なされ、要件のうち①紹介率30%以上、②平均在院日数17日以内、③外来入院比1.5以下の要件は3大要件といわれた。いずれも医療連携なしにはクリアできない項目である。(図Ⅱ-5-4)

中でも①の「紹介率」は、病院の医療連携の度合いを示す指標となり、物議をかもしながらも重視されてきた。②の平均在院日数の短縮にしても、点数表で用いられる算出式は、延べ患者数を入院患者と退院患者の平均値で割った数であるため、「平均」の在院日数を減らすためにはまず分母を増やすことが求められる。紹介によって新入院患者を増やし、逆紹介をして早期退院によって退院患者を増やさなければならない。さらに、③の入院外来比についても、安定した外来マネジメントのためには医療連携が不可欠である。

この「急性期特定入院加算」を最高として、要件の組み合わせごとに他にもいろいろ加算がつけられた。「急性期入院加算」「紹介外来加算」「紹介外来特別加算」等々である。

これらの要件を追及するあまり、本来の紹介という考え方から逸脱してしまうような現象も起こった。救急を受け入れるほど新規の非紹介患者が増え紹介率が下がってしまうという不合理や、医療資源が偏在する地域の事情を無視した数字であること、入院外来比を下げるために物理的に道路を隔てただけの外来分離などという不自然なことも起こった。

2006年改定で紹介率フィーバーは終焉したのだろうか。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のみであり試験的な導入となったが、連携体制の質を担保するうえで、地域連携クリティカルパスが注目されている。連携パスへの加算は連携の本質に迫る指標となり得るのだろうか。連携パス自体を評価するための指標の策定から始まって、今、新たな医療連携の指標が求められる。

図 II-5-1

入院時医学管理料の年次推移

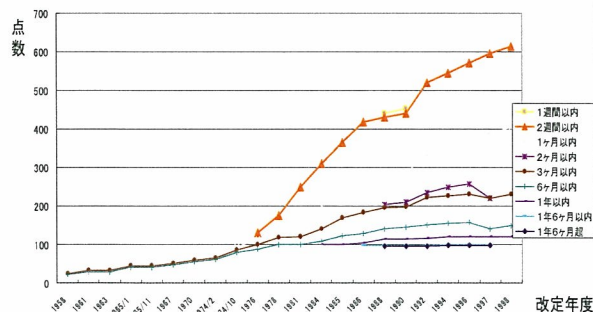


図 II-5-2

入院時医学管理料の逓減率の年次推移

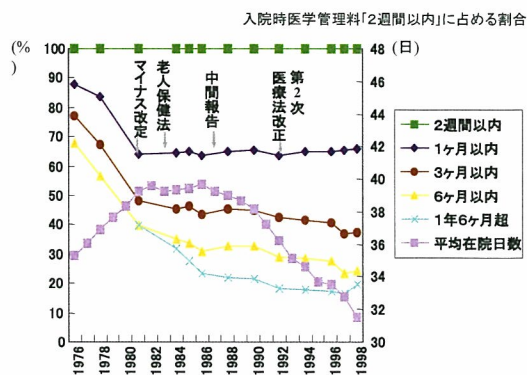


図 II-5-3

診療報酬改定による在院日数短縮の誘導策

- 1976 入院時医学管理料に入院日数2週間以内導入
- 1981 2週間以内の点数が強化
- ↓
- 1992 基本看護料の特3類取得条件が20日から25日緩和
- 1997 入院時医学管理料が日数別に
- 1998 看護料の取得基準に日数で逓減制
- 2000 入院基本料に急性期病院加算登場、20日が件に

図 II-5-4

2002診療報酬改定

入院基本料

急性期特定入院加算：

- ①紹介患者が30%以上、②平均在院日数17日
- ③入院外来比1.5以下 他

急性期入院加算：

- 紹介患者が30%以上、平均在院日数17日 他

## Ⅲ. 実践編

---

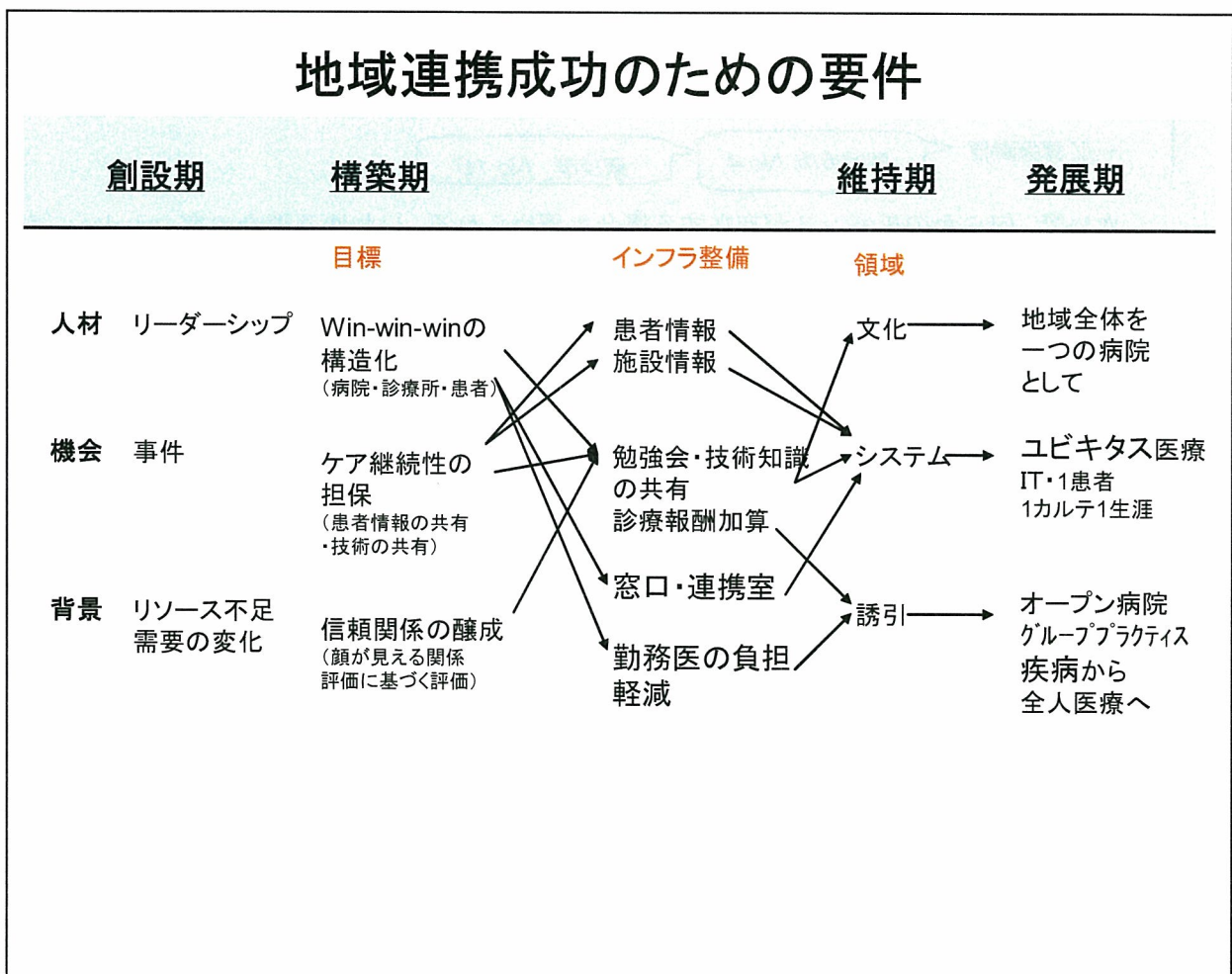
### 地域連携成功のための要件

1. 創設期
2. 構築期
3. 維持期
4. 発展期

### Ⅲ. 実践 - 地域連携成功のための要件 -

本報告書にまとめた 20 地域での医療連携調査から、地域連携成功のための要件を機能的に抽出すると、以下のようにまとめることができる。

まず、連携はある契機によって始まり、長い構築期もしくは幸運であれば急激な構築期を経て、維持期に入る。これらの「創設期」、「構築期」、「維持期」には、それぞれ異なった背景や要件が必要で、これらの諸条件が互いに影響を与えながら、連携システムとして運営されている。そして、未だ完成形を見てはいないものの、近未来に理想的な形態としてのあるべき姿を、「発展期」として想定することができる。本節では、それぞれの段階について成立要因を詳細にたどっていく。本節の最後に、この未来の課題についてもまとめた。



## 1. 創設期

連携システムを構築するにあたっては、まず、イニシアティブを発揮するリーダーが必要である。これらのリーダーに共通することは、時代の雰囲気逆天に逆らっても事業を推進する先見性とエネルギー、そして場合によってはカリスマ性を持っていることである。

例えば名古屋市では、一人のカリスマリーダーの呼びかけに熱意を持った医師たちが応じて、病診・診々連携のネットワークを作った。東金市では県立病院の院長が、深刻な医師不足を解消すべく、糖尿病のITネットワークを作り上げた。

→IV.事例参照

名古屋市 No.17

東金市 No.7

しかし同時に、これらの強力なリーダーの存在のみではシステム化は難しい。一般的には、それを支える複数の人材やグループの存在がしばしば認められる。例えば、鶴岡市の場合には、地区医師会の重鎮が若い会員のIT事業構築を支えている。藤枝市や上田市のように、かつて利害を異にした関係者が、共通の目標の基に「あうん」の呼吸で歩み寄る例も見受けられる。

→IV.事例参照

鶴岡市市 No.4

藤枝市 No.16

次いで、何らかのチャンスが存在する場合も認められる。いわゆる機会の窓 (windows of opportunity) が開いた瞬間に、これらのリーダーが事業を展開するのである。機会の例として例えば東京都の場合には、都が打ち出した二次保健医療圏ごとの医療昨日連携推進事業がきっかけとなっていた。

→IV.事例参照

東京都区南部市保健医療圏 No.8

さらに、これらの人材や機会が存在するだけでは地域連携は進まない。連携推進にはその背景が必要である。もっとも大きな背景としては、リソースの偏在あるいは不足が考えられる。例えば診療所の側は高度な医療機械や技術を欠き、患者急変時の入院病床がなく、病院の側は勤務状況に応じた人材を揃えることができずに多忙であるといった状況である。あるいは近年の疾病構造の変化により慢性疾患が増加し、一つの疾病の治療を一つの医療機関で完了することが不可能となり、それぞれの役割分担が必要となってきたという事情がある。創設期にはこのような諸要因が絡み合っ、地域連携のきっかけとなることが多い。

## 2. 構築期

連携システムが創設期を終えてシステム全体の構築期に入るためには、まず第一に、関係者（ステークホルダー）、すなわち病院、診療所そして患者の三者が、それぞれ win-win-win の構造を持てるようにすることが条件である。さらにその構造を支える具体的なインフラの整備が必要である。たとえば、継続的に患者の情報を共有することや、連携先・連携元の施設の情報、また施設間での技術・知識を共有するための勉強会、さらには勤務医の負担の軽減や診療報酬上のインセンティブ、そして、連携のための窓口すなわち連携室の拡充が必要となる。そこで、まず前半は win-win-win の構造化に関して、ステークホルダーが参加する際の促進要因と阻害要因について述べ、次にこの構造を維持するためのインフラの各側面について、特に情報の共有と連携室の整備についてまとめたい。

### (1) Win-win-win の構造化

紹介先施設と紹介元施設、患者の三者が得をする Win-win-win の関係を構築するためには、その構造を持続するためのインセンティブ（金銭的、医療的、ほか）とインフラ（情報的・金銭的システム）が必要である。まず、各施設タイプのインセンティブにつき、その推進要因と阻害要因についてまとめよう。

#### 急性期ケア病院

**推進要因：**軽症外来患者を減らすことで院内の過重労働が減る。そうすれば高度で専門的な入院治療を必要とする診療密度の濃い患者を獲得できる。その結果、専門特化することで病院間の役割分担・機能分化が進む。（そのためには、病院職員の教育を徹底して意識改革を図る必要がある。）

**阻害要因：**診療所との関係が1対多で数が多すぎるため、診療所の実態（質、専門性、往診の有無、場所等）を把握できておらず、適切な診療所を紹介できない。勤務医があまりに忙しくて連携に時間を割けない（紹介状・返書、問い合わせ、勉強会等々）。患者に連携の必要性を説明する時間がなくてつい自分で診てしまう。紹介元への報告業務や患者への逆紹介の説明などが、さらなる業務の負担を招いている。

→IV.事例参照

前橋市 No.6

堺市 No.18

退院後の療養は患者家族の責任で病院は関係ないと考えている。

→病院の主治医に「紹介状を書きますから、転院先を探しておいてください。」と言われた。

連携が行き過ぎて、中核病院が診療所の囲い込みを図り独占状態を目指している。診療所の技術レベルが一定しておらず、技術が低い医師や非協力的な医師がいる（自分の専門ではないので戻されたら困る、といった反応）。

→逆紹介された開業医に「なんでうちの診療所に来たの」と言われた。

#### 長期ケア病院

**推進要因：**急性期病院が積極的に情報公開するようになった（診療内容、空床情報、勉強会等）。これまでライバル視あるいは無視されていたものが、パートナーとして認識されるようになった。競合から共生への舵取りが始まったところで、紹介率加算の廃止に伴い、本当の意味での医療連携が求められることになる。

**阻害要因：**これまでも、紹介率加算を取れない病院には経済的メリットはなかった。慢性期病院は、診療所とは競合関係にあり外来患者を取り合っているため連携には消極的になる。急性期病院に対しては、在院日数短縮のために問題患者を押し付けてくる（認知症や合併症）。急性期治療が終わったことを患者家族に説明しないまま転院させるため、患者の理解が得られにくい（もっと治療すれば治ると思って来たのに、見捨てられた意識）などの不満がある。急性期病院と慢性期病院の制度上の格差が大きく、連携が難しい。ケアの格差に患者から不満が出る。医療者同士でも、急性期と慢性期の医療・看護の違いをお互いが理解していない。

→「回復期の病院に転院してから、看護師の割合が全然違うじゃないかと患者からクレームが来る。」

→IV.事例参照 **佐賀市 No.19** 急性期から慢性期に行く時の認識のズレがあまりにも大きい。

### 診療所

**推進要因：**総じて慢性期疾患の患者確保につながる。病院の受け入れ体制が整備され敷居が低くなった（休日夜間等時間外の入院受け入れ、急変時の対応、特殊疾患の入院受け入れ、検査依頼等）。かかりつけ医の役割が拡大し、患者との信頼関係が強くなった。診療レベルが高くなる（患者情報共有、勉強会他）病院の検査設備を利用したの最新診断情報を患者に提供できる。

→IV.事例参照 **静岡市 No.15** **熊本市 No.20** **名古屋市 No.17** **町田市 No.11**

**阻害要因：**紹介した患者が戻ってこない。急性期病院の経営トップはやる気があるが、若い勤務医が非協力的。逆紹介に事前連絡がなく、受け入れの合意が取れないケースがある。専門外の患者が突然やって来る。往診は行っていないのに在宅ケアの患者が逆紹介されてくる。患者が納得しない。医療依存度の高い患者の受け入れに対して消極的。病院に評価されたくない。技術面での不安がある。病院との連携が強まる反面、診療所同士の連携が少なくなった。病院に依存しすぎると、診療所はただの紹介斡旋業になってしまうという危機感がある。

→某開業医：同業の開業医とは「淡い」関係、病院とは「濃い」関係を望む心情がある。

### 患者

**推進要因：**診療所にかかることで、通院時間と待ち時間が短縮。地域の医療者との信頼関係が強化される。治療の長期展望が示されて、いろいろな病気をまとめてかかりつけ医に相談できる安心感がある。

阻害要因：診療所に対して不安がある（技術面、もしもの時の救急対応）。病院主治医への愛着、病院に見捨てられた意識。大病院の方が便利（自己負担が安い、薬の長期処方が可能、複数の科で診察してもらえる、予約制になったために待たなくてもよくなった）。診療所は自己負担が高い。近所のクリニックにかかると隣近所にわかって体裁が悪い。国の施策として機能分化・医療連携を進めていることを理解していない。病院が悪者にされてしまう。

→IV.事例参照 つくば市 No.5 ←医療機器がたくさんある病院の方が安心だという患者の側の意識  
→患者は「専門医」という言葉に弱い。開業医に対しても専門医であることを期待している。

## (2) ケア継続性の担保

ケアを継続させ、連携を成功させるためには担保としてのインフラが必要になる。診療所は数も多く、個人で経営しているために実態が見えにくい。そのため情報が足りず連携がうまくいかないという事情もある。また、連携医療施設同士の知識と技術の共有も充分ではなく、患者情報の共有も充分ではない。連携は制度的に、病院・診療所・患者の三者の win-win-win の構造を支えるインフラがなくては成り立たない。

### 診療技術と知識の共有

勉強会、共同カンファレンス、共同診療など

担当は各中核病院の専門の診療科や部門。オープンに競合する。

病院の専門医から開業医への専門知識や技術の提供だけでなく、その逆に開業医から専門医へ、プライマリケアに関する「かかりつけ医」技術も提供できる。

### 患者情報・診療情報の共有

ITによる電子カルテネットワーク、患者手帳、連携パス、診療情報提供書

**IT**：理想的には地域全体にネットワークを構築し、医師会と病院団体と行政とが協調して情報システムを作るべきだが、現実には、1地域1患者1カルテを実現できている地域はない。「V. 文献」で収集した文献の内訳を見ても、ITに言及したものが件数としては最も多く関心の高さがうかがえるが、ネットワークやシステムという言葉が多様する文献の中には、ネットワークの中身が何を指すのかは曖昧な記述も多い。

→V. 文献参照

現在各地で試行されているITネットワークの多くは特定の急性期病院と一部の診療所、一部の患者を結んだものである。個々の患者の情報共有にそれなりの成果が見出せたとしても、地域の医療連携における情報共有ツールとして、本格的に稼働しているものは見出せなかった。



→IV.事例参照

東金市 No.7

鶴岡市 No.4

つくば市 No.5

静岡市 No.15

室蘭市 No.1

高額の補助金を得てネットワークを敷いたとしても、その後の拡大発展には多くの壁がある。通信の技術的な問題や個人情報保護の問題もあるが、日常の診療現場には雑多な紙情報が溢れており、一部の電子化が即業務の効率化にはつながらない現実がある。特に、診療所側にはIT化のメリットが見出せず、再入力の手間などの負担感が強い。

→IV.事例参照

室蘭市 No.1

静岡市 No.15

藤枝市 No.16

←電子カルテは開業医には負担。我々の地域ではfax1本、電話1本でやり取りできる。

現実の医療連携においては紙ベースの情報交換が行われている。一番活躍しているネットワーク機器はコンピュータではなくFAXである。例えば一部の医師会では、病診連携システムを開始するにあたり、faxを持たない開業医に無料で配布、設置している。

→IV.事例参照

名古屋市 No.17

藤枝市 No.16

Faxの場合、必要な情報を簡単に送れ、送受信確認が容易な利便性が受けている。しかし、faxは個人情報保護の点から安全性に問題があり、情報の共有化にも不便である。電子カルテネットワークによる連携システムの必要性は常々主張されている通りだが、その有効性が証明されるためには、もうしばらく時間と環境整備が必要である。

→IV.事例参照

静岡市 No.15

←新規開発中の静岡県版電子カルテシステム、ソフトの無償提供で普及を図る。

→患者参加型ネットワークシステム：プラタナスネットワーク、亀田総合病院のPLANET他

→札幌市医師会：転院先を効率的に検索できるシステムを開発

**患者手帳**：理想的には地域の病院と診療所で共有するべきだが、現実には各病院が発行したものがほとんどである。

→IV.事例参照

西東京糖尿病研究会 No.12

**紹介返送情報**：理想的には地域の病院と医師会が一緒になって書類のフォーマットを定め、内容については各種専門学会が音頭を取ってガイドラインを示したものを、各地域で話し合っで決める。今のところ各施設が独自に書類を発行している。一部にフォーマット化の動きが始まっており、それは医師会主導で連携を進めている地域に多い。

→IV.事例参照

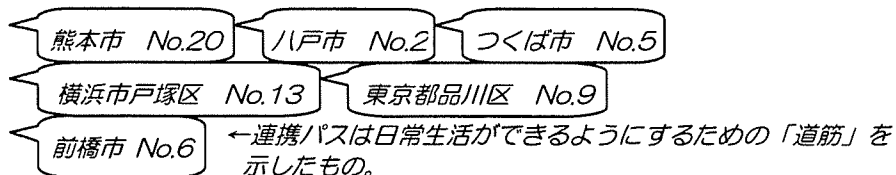
静岡市 No.15

熊本市 No.20

**連携パス**：理想的には行政が仲介して一地域の関係者一同が共通のパスを運営するべきだ

が、現実には施設ごとの制度の落差がある。普及にはまだ時間がかかりそうだ。医療連携の実績がある地域でこそパスが有効に機能するのであって、あくまでも連携促進のためのツールとして、開発するべきだ。

→IV.事例参照



## 紹介施設・医師の情報

### 診療内容と範囲、診療の質の評価

すでになんらかの都道府県では、地域の医療機能情報を収集してホームページ上で情報発信しているところもある。地区医師会が地域の医療施設情報を冊子やホームページ上で公開しているところも多い。ただし、一般市民にどれだけ活用されているかは未確認である。

**診療範囲**：行政が担当してデータベースを作成

**質の評価**：特に情報公開が進んでいない診療所が問題。「送って見たらひどかった」という種類の質をどう評価するか。病院についてはアウトカムを行政が情報収集し、公開する。診療所については各病院が必要な情報を収集するしかない。診療科ごとに個々の専門医に任せるのではなく病院としてチェックする仕組みを作る。チェックポイントの概要は病院が定め、職員が診療所に出向いて情報収集。非公開のネガティブリスト「ここには紹介しない」施設の洗い出し。

### (3) 信頼関係の醸成

連携システムを構築するためには、関係者の理解を得るための意識改革が必要である。本報告書で事例として紹介したほとんどのケースでは、連携の秘訣として信頼関係を築くことが大事だと強調しているが、逆に、積極的に連携しなくては信頼関係を築くことはできないということである。

調査した地域においては、医療における機能分担と連携の必要性は関係者一同が認めるところだった。しかし現状では、医療提供の仕組みが複雑な利害対立の構造になっているために、地域全体のコンセンサスを取ることが非常に難しい状況である。急性期病院を中心にした1対1あるいは1対多のネットワークがめまぐるしく発展中だが、地域の医療関係者一同で役割と機能分担を検討する機会や調整機能が確立していないために、従来型の競合関係を完全には払拭できていない。地域全体を網羅した医療ネットワークを構築する段階までには至っていない。

調査地域中 1 事例を除いて、関係者は異口同音に「顔が見える連携」こそが重要であり、連携のためには信頼関係の構築が重要だと訴えていた。しかし逆説的には、従来は顔が見えていなかった、場合によっては疎遠だったり不信感を抱いていた相手と協働しなければならないのだから、そこに信頼関係が望まれるのは当然の成り行きである。そもそも積極的に連携してお互いに知り合わなければ、信頼関係を築くことはできないのだ。信頼関係を強調してしまう現在の段階は、まだ連携の第 1 歩を踏み出したばかりだと言える。

「顔が見える」必要はないとした唯一のケースでは、厳格なガイドラインの設定と情報提供ツールを開発することによって、開業医の技術レベルの底上げと意識改革を目指していた。

→IV.事例参照

横浜市戸塚区 No.13

←顔が見えなくてもエビデンスで説得できる。  
開業医のパスに対する認知を徐々に進め、  
パスそのものに慣れてもらう。

#### (4) 窓口・地域医療連携室

地域連携の構築期における病院内の連携の要は、「地域医療連携室」である。地域医療連携室が発足する以前、病院における地域医療活動は SW による後方連携が中心だった。しかし、診療報酬改定で紹介率を要件とした加算点数が整備され、2002～2004 年頃には、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。さらにここ数年は、施設—施設の連携から疾患・領域別の連携へと細分化しつつある。

##### 発足の経緯

まず、創設期からの発足の経緯を事例からたどってみよう。急性期病院における医療連携室の設立は、本報告書の事例地域においては多くが 2000 年前後から始まっている。早いところでは 1980 年代後半から活動している病院もある。

→IV.事例参照

名古屋市 No.17

西東京糖尿病研究会 No.12

連携室発足当初は事務部門の医事課職員が業務を兼務する形が多い。場所も事務部医事課の片隅に置かれている。やがて職員が専任となり、室長に副院長クラスの医師を向かえ、独立した部屋をもち、所帯が大きくなっていく。急な立ち上げと業務拡大に、連携担当者の悩みは尽きないようだ。

→なんでもかんでも「それは地域連携室に」と仕事を振ってくる。

主な仕事は診療所への対応である。いわゆる前方連携から連携業務は始まった。診療所からの紹介を受け、紹介患者のために院内の調整を行い、そして開業医からの苦情を承る。病院組織に新しく誕生した営業部門である。前方連携が充実するにつれて、同じ開業医を相手にした後方連携が加わっていった。

## 前方・後方連携をつなぐ院内連携

病院内には連携機能を担っている部署・個人が複数存在し、それがバラバラに活動している。連携室が担当する前方連携は比較的うまく行っているが、後方連携の機能は脆弱なところが多い。

前方連携に関しては、医療連携室が診療所から紹介患者を扱うほかにも、複数のルートがある。医療相談室では他病院からの転院患者を受けている。従来どおり医師同士の個別のやり取りで入院する患者もいる。救急搬送される患者も多い。

それでも前方連携の場合は、診療所から病院に紹介する際には具体的な目的があるために、開業医から患者に説明がなされており、開業医によって病院への手続きが行われる。病院・診療所・患者の三者において納得が得られている。

ところが後方連携に関しては、医療相談室のSWが複雑なケースを担当し、一部を診療所への逆紹介として医療連携室が扱っている。在宅ケアの場合は訪問看護ステーション等も関わり、窓口が多数存在する。そもそも退院までの治療が病院の仕事と捉えており、退院支援そのものが十分ではない病院もある。

そのため、後方連携の場合、病院・診療所・患者間の納得の三者関係が成り立ちにくい。病院は患者に対して適切な診療所を示すことができず、逆紹介の理由をきちんと説明していない。病院から診療所への事前連絡も一般的ではない。患者は納得しないまま診療所を受診し、開業医は患者の受診によって初めて病院から逆紹介されたことを知る。以後、ブラインドデート的な三角関係が次々にできては消える事態が繰り返されてしまう。

→IV.事例参照

前橋市 No.6

←同じ紹介なのに「逆紹介」はおかしい。  
逆紹介ではなく「お戻し」と言うようにしている。

患者の不安を解消し逆紹介をスムーズに行うためのツールとして、「共同診察カード」が複数の病院で用いられている。診察券のカードのように日々の診療に必要なものとしてではなく、患者へのPRと説明のために用いられているところが多い。

→IV.事例参照

つくば市 No.5

静岡市 No.15

前橋市 No.6

藤枝市 No.16

←実用的な診察カードとして運営する意向

## 「ひとり連携室」の悩み

連携室の機能が充実し多様な発展を遂げつつある一方、その対極にあるのが「1人連携室」である。昨今流行の連携室を作ってみたものの予算がない。院内に理解者は少なく、業務に関する指示系統もはっきりせず、事務の女性(しかもパート職員)ひとりにすべてを押し付けてしまうといったケース。または、公立の中核病院の連携室の事例では、医事課

兼務の職員が1人でがんばっているが、あまりに多忙でメールも持っておらず連絡の取りようがない。気の毒で地域の連携担当者の会合に呼び出すのも憚られる、といったケースもあった。

## (5) 勤務医の負担軽減

急性期病院では今、労働荷重と医療訴訟多発から若年医師の職場離脱が急速に進行し、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」の危機に直面している。この危機の背景としては、近年患者・国民が「医療の安全や質に高い関心」を持つようになり、医療提供者がインフォームド・コンセント等の対応を求められ、「高齢化・不況による医療費の逼迫」で保険者は医療保険の処理と説明責任を求めており、さらには「医師の前期臨床研修の開始」で、現場への負担が増加していること、最後に、「若年者における職業観の変化」で、若い医師に家庭や趣味等個人の生活を大切にす風潮が増していることが考えられる。これらの動向は実は日本の医療システムの世界標準化にほかならない。

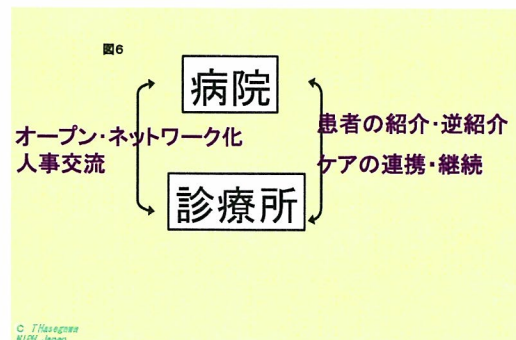
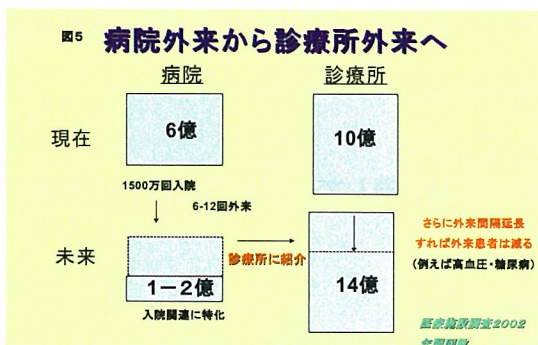
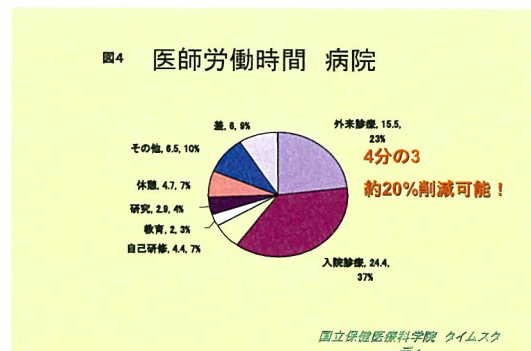
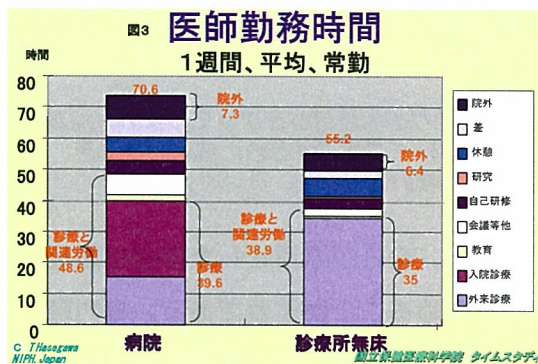
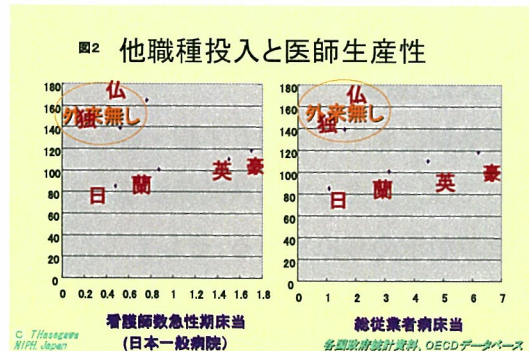
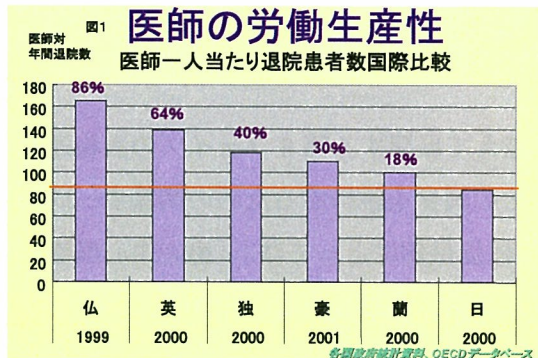
ところが、このような厳しい労働環境にもかかわらず、日本の医師の労働生産性は低い。日本の医師は年間平均 83 の退院患者を診療しているのに比して、欧州は 100 名以上、フランスに至っては 160 名と 2 倍近くとなっている（図 1）。その原因の一つは日本の病院医師が「外来患者を多く診ている」こと、「看護師やその他のマンパワーの投入量が少ない」ことなどが挙げられよう（図 2）。さらに「院内の業務のプロセスに無駄が多い」のではないだろうか。医師は事務作業や看護業務を抱え込み、看護師は資格がなくてもできる仕事を抱え込み、総体として無駄に時間を費やす構造が出現している。

ここ 10 年間で、病院では平均在院日数が短縮し、病棟の患者が重症化し、社会が医療の世界標準化を求めているにもかかわらず、病棟の運営には改革がなく、昭和 23 年の医療法、旧来の診療報酬の世界が継続し、医療現場は疲弊している。

病院医師全体の労働時間の平均は、外来と入院の診療のみで病棟にいる時間で、教育、その他会議等の時間を合わせて 47 時間で固定労働時間、もしくは好ましい超過勤務以内に収まっている（図 3）。しかし、その他の時間を含むと 60 時間以上に及び、労働の時間と来院から帰宅までの時間間に格差がある。このことから、院内における待機時間が示唆される。これらの現象は第一に、どの範囲までを労働と考えるのかという医師労働の定義の難しさを意味している。また、曖昧さそのものは医師業務の無駄、経営改善の余地を示唆している。

今後、病院の外来患者を診療所に紹介し、入院患者のみを外来で追跡するとすれば、現在の病院の約 4 分の 1 の外来患者数ですむ。言い換えれば、外来に使っている時間、24% のうち 18% を削減することが可能と考えられる（図 4, 5）。また、現在医師が行っている業務に他の職種を投入し、特に病棟には事務員を配備して事務業務を、そしてその他の

職種との役割分担を考え直して、効率化を図ることが重要と考えられる。一部の都道府県で開始しているように、開業医が病院に向いて夜間救急を支援し、結果、その患者さんを自院に連れて帰るといった、供給側の支援も必要と考えられる。患者の紹介においても、職員のネットワーク化においても、地域全体で患者を診る、つまり、地域全体を一つの病院として捉える視点が必須と考えられる(図6)。もはや連携の推進こそが今日の急性期病院を救う道なのである。



### 3. 維持期

維持期においては、構築期を受けて win-win-win の構造化を具体的なインフラによって支え、それが大きくステークホルダーのシステムを支える意識や文化となり、またシステムが維持されるための金銭的かつ医学的な誘引(インセンティブ)が継続することが必要と考えられ、それらがシステムとして保障されていることが必須と言えよう。以下、関係者の意識やインセンティブに関する課題、さらには院内の連携から始まって院外の連携システムに至る構想について述べたい。

#### (1) 文化(意識)

構築期に発生する相互不信・疑心暗鬼を乗り越えて展開する第3フェイズの医療連携においては、努力して信頼関係が築かれた後の、その関係を維持するための関係者一同の意識改革が求められている。そしてここで必要なのは提供側にとっては、「患者中心医療」の、そして住民患者にとっては「持続可能な地域システム」の視点だといえよう。

#### 病院

まず、院長が連携の意義をきちんと理解すること。次に、病院にとってのメリットを職員に強調して伝えること。勤務医の労働時間の加重が軽減される。開業医を「自院の医師＝労働力」として考えることである。

→IV.事例参照

つくば市 No.5

←時代の流れで無理やり地域連携室を作ってしまう、点数に合わせてさまよっていく連携ではだめ。病院の方針をはっきりと打ち出さないと。

現場の医師・看護師が連携の必要性を理解すること。自分が手術をした患者は最後まで面倒を見るべきだ、といった患者の囲い込み発想をやめることが重要である。専門職スタッフに対しては、院長自らが集会や会議等で直接説得する。特に外来患者を減らすと自分の業務の負荷が減ることを強調する。紹介患者の救急、急変時には優先的な受け入れを徹底させ、さらに二人主治医制の徹底をはかる。

連携関係者同士の講義形式の勉強会だけでは不十分である。地域の医療関係者とのミーティング、懇親会などを通して親しくなる機会を奨励する。

#### 診療所

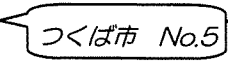
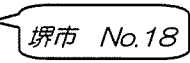
かかりつけ医の自覚。共同カンファレンスや共同診療を通して、逆紹介を受けられるレベルへの技術的底上げを図る。

#### 患者

医療施設の役割と機能を理解する。診療所にかかっている、症状が重篤になった場合は病院に受診できることを確信する。病院としては、院長が病院の機能と役割を地域住民と

患者に説明する機会を作る。二人主治医制の説明については、病院長と二人の主治医から患者に説明する。連携室スタッフのフォロー体制。

患者の安心・納得・理解を得るために、行政(国・県レベル)の説明責任は重大である。

→IV.事例参照   ←「病院が悪者にされてしまう」

→「おわりに」参照一般向けキャンペーンの例を作ってみました。

## (2) システム

連携の維持期に入った地域では、各病院でも地域医療連携室の設置が進み、紹介率向上のための「営業部門」、返書管理などの「事務部門」と2つの事業に特化されてきた。しかし、今回の診療報酬上の紹介加算廃止で、地域医療連携室の屋台骨も大きく揺らいでいる。連携室を「事務部門」のみに縮小し、連携パスづくりなど疾患別連携は連携室が直接介在せず医局と診療所医師の間で進めている病院もあれば、看護師などの技術職を動員して全科の疾患別連携を連携室が主導している病院もあるなど、各病院で連携室の位置づけにバラツキが見られる。前者の連携ができる病院はIT化が進んでおり組織的に成熟し、現場スタッフの連携意識も高い病院が多いようである。また現実問題として、連携室ががんや生活習慣病など多様な疾患別の連携をとりまとめていくには限界があろう。とはいえ、「事務部門」に徹する連携室も、連携活動で窓口機能を果たすためには、疾患別連携にも直接的ではないにせよ関わっていくことが不可欠と思われる。

### 情報の一元化


現在は院内でバラバラに行われている前方・後方連携の諸機能を総括し、患者情報を一元化する動きが始まっている。

連携の機能は、必要に応じて病院内にその都度生み出された部署が担ってきた。前方連携を担う連携室は事務職、後方連携を担う相談室はSWが主流だった。両者の機能を統括する役割として、連携室の管理者に看護職が任命される例が増えている。前方・後方連携を一つの部署で統括し、ひいては院内連携の要とする動きも増えている。

→IV.事例参照 

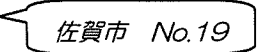
### 連携室発展の2つの究極論

しかし、連携担当部署の統合だけが解決策とは限らない。反対に、専門職を連携室内に取り込む必要はないという見解もある。医療連携は、多様な専門職間のネットワークであり単独では処理できない仕事である。院内の連携が肝心であって、院内連携が整っていれば、連携室は事務職のみでも運営できる。

→IV.事例参照  ←院内連携ができていれば事務スタッフで充分対応できる。

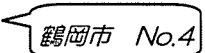


その一方で、職種間の連携のエアポケットに患者が落ち込むのを防ぐために、専属看護師が1人の患者の外来受診から入院、退院までをフォローするという発想もある。

→IV.事例参照  ←リエゾンナースによる患者との1対1対応。

#### 連携室間の連携ネットワークの発展

多くの場合、連携室には社会的な職員が配置され、独自の活躍とネットワーク構築が始まっている。公的機関や病院の経営トップの決断を待ってはいは始まらないと、連携担当者同士の多様なネットワークが全国で展開中である。地域の医療情報を共有したい、転院状況を相談したい、または業務上同じ悩みを持つ人たちと意見交換したいといったそれぞれのニーズに応じて、様々なネットワークが生み出され発展している。

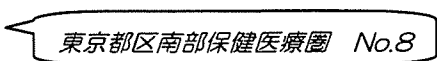
→IV.事例参照  ←「地域医療連携室スタッフの給湯室」

→東京都連携実務者協議会、世田谷区28病院の連携担当者や看護師などの定期集会、「Medi-wa」内の全国連携室ネットワーク

### (3) 誘引

地域連携を維持するためには、横断的に地域全体の経済的なインセンティブが必要である。行政の介入が可能かどうかの問題になってくる。

→IV.事例参照 

短期戦略：連携にどう診療報酬をつけるのか。連携パス、紹介数、患者の受療動向等、紹介率に変わる指標の開発。病院と診療所の点数格差の解消、あるいは点数分離。

長期戦略：外来医療費を人頭払いにして開業医に振り分ける。

## 4. 発展期

今日、医師の地域偏在や診療科の偏在から、特に郡部を多く抱える県では、県全体をひとつの病院として捉える方向性が推進されつつある。しかしもう一步踏み込んで、従来の供給側からの要請でなく、患者中心の医療を遂行するに当たっても、今後は地域全体をひとつの病院として捉えていく考えが必要なのではなかろうか。その実現のためには、一紹介一患者一カルテの情報システムが必須であり、できればIT化することによって、情報を患者に帰属させ、それを医療提供者が患者の許可を得て見るシステムを構築していく必要がある。そうすると、患者が旅行等でどの地域に移動しても、いつでもどこでもそれま

での医療情報を引き出すことが可能となり、いわばどこにいても医療を受けることができるユビキタス医療が達成されるのではなかろうか。

そうなるも病院の経営戦略も、ひとつの病院の中で完結することは難しく、当初から地域との連携を前提とした経営戦略を策定していく必要がある。つまり、顧客の側、すなわち患者の側においては、紹介の連携を推進することになる。そして供給側も、連携によって医療を提供するのみならず、場合によっては診療所の医師が夜間の病院の外来を支援するといった直接的な連携の形もあり得る。今後はいわば、地域に対して壁のない病院、ウォールレス病院を志向していく必要があるのではなかろうか。発展期は前編で述べた近未来の予想を実践することとなる。言い換えると、医療連携の未来は、医療システムの発展形そのものに他ならないのだ。

## IV. 事例編

---

連携インタビューリスト  
地域別医療資源リスト  
医療機能評価リスト  
事例

室蘭市	No.1
八戸市	No.2
秋田市	No.3
鶴岡市	No.4
つくば市	No.5
前橋市	No.6
東金市	No.7
東京都区南部保健医療圏	No.8
東京都品川区	No.9
東京都台東区	No.10
町田市	No.11
西東京糖尿病研究会	No.12
横浜市戸塚区	No.13
上田市	No.14
静岡市	No.15
藤枝市	No.16
名古屋市	No.17
堺市	No.18
佐賀市	No.19
熊本市	No.20

現場の問題意識

## IV. 事例

---

収集した文献、伝聞やインターネット情報等も参照しながら、医療連携が進んでいると思われる地域を同定し、フィールド調査を行った。2006年3月時点で18地域において調査を行い、平成17年度以前に調査を行った地域も含めて、20地域を事例対象地域とした。事例地域は下記の通りである。

地域(市区町名)	ページ	
室蘭市	No.1	73
八戸市	No.2	75
秋田市	No.3	80
鶴岡市	No.4	84
つくば市	No.5	87
前橋市	No.6	91
東金市	No.7	94
東京都区南部保健医療圏	No.8	97
東京都品川区	No.9	101
東京都台東区	No.10	107
町田市	No.11	110
西東京糖尿病研究会	No.12	112
横浜市戸塚区	No.13	115
上田市	No.14	120
静岡市	No.15	123
藤枝市	No.16	127
名古屋市	No.17	130
堺市	No.18	137
佐賀市	No.19	141
熊本市	No.20	146