

地域の概要

千葉県の中東部、九十九里平野のほぼ中央に位置する山武郡市の中核都市。主要産業は農業・商業等。人口6万人。

医療環境

2次医療圏の山武医療圏(東金市と7町1村)は人口20万人あまり、高齢化率は18%強。医療過疎地域であり、医療資源が不足し、10万人あたりの医師数は全国平均の半分に満たない。

医療連携の特徴

広域電子カルテ網「わかしお医療ネットワーク」によるIT融合型の連携。山武郡市医師会と同薬剤師会、県立東金病院の三者で取り組んだプロジェクト。特に糖尿病が有名。

これまでの経緯

1998年、地域開業医との連携はほとんどなく、院内にはパソコンが1台もない状態。東金病院に新院長が就任して、IT環境を整えつつ地域の人的交流を開始。

2000年、ITを活用した治験ネットワーク「山武地域治験ネットワーク」で、全国初の診療所が参加する治験を実施。各種臨床データ等を東金病院に設置した治験管理用サーバに保存し、東金病院、診療所、製薬会社をオンラインで結ぶネットワークシステムを構築。

2000年、経済産業省の「先進的情報技術活用型医療機関等ネットワーク化推進事業」に応募。2001年わかしお医療ネットワークを立ち上げ。

2002年、病院に地域医療連携室発足。診療所訪問とアンケート実施。

中核病院：千葉県立東金病院

1953年に医療過疎対策のモデル事業として開設された千葉県初の県立病院。

わかしお医療ネットワーク（図IV-7-1）

目的：

生活習慣病診療における医療機関格差の解消と医療県全体の底上げ。

生活習慣病における遺伝子解析に基づくオーダーメイド医療の確立。

在宅データの活用による糖尿病診療の充実。

わかしおネットが扱うデータの真正性・セキュリティの確保。

システム構成：

① 地域共有電子カルテを中核とした病診連携システム

- ② 病院、診療所（図IV-7-2）および保険薬局（図IV-7-3）を電子カルテでつなぐオンライン服用指導システム。診療所や病院と異なり不特定多数の利用客が訪れる薬局ではセキュリティ管理が問題になる。特定人物でなければネットワークにアクセスできないサイン認証を取り入れセキュリティを強化。
- ③ 生活習慣病の診療ガイドラインのオンライン配信と、EBM の実践的支援を目指す生活習慣病診療支援システム
- ④ インスリン自己注射患者の自己血糖値測定結果のオンライン共有と、その活動における糖尿病コントロールの改善を目指す在宅糖尿病患者支援システム
- ⑤ 遺伝子解析に基づくテーラーメイド医療を可能にする基盤整備を目的とした個人情報保護、被験者匿名化を行う遺伝子診断システム

参加施設数：

診療所 24 ヶ所、調剤薬局 21 ヶ所、保健所 3 ヶ所、訪問看護ステーション 3 ヶ所、老人保健施設 2 ヶ所。非参加の医療施設は 73 ヶ所。診療情報の共有活用に同意登録している患者数は、2005 年現在で 1,500 名あまり。

糖尿病診療における電子カルテネットワークの成果：

病院・診療所間の紹介・逆紹介が円滑に進むようになった。医療提供側の信頼関係だけでは、患者はついてこない。電子カルテネットワークによって病院の診療データを診療所でも見ることが出来ることで、紹介患者の安心感を高めた。

診療所へインスリン注射療法を普及させることで、地域における糖尿病診療の質が向上。オンライン服薬によって、的確な服薬指導が可能になり、血糖コントロールの改善が図られた。

ヒューマンネットワークの構築：

人的ネットワークを作り上げるために、医療スタッフの研修支援のための定期的な研修会を開催。特に糖尿病に的を絞った山武SDM研究会は、糖尿病治療における研究発表などを行っている。

実際顔をあわせることにより、顔の見えない連携から抜け出そうとするもの。医師同士が連携の前提だが、コメディカルが地域で自由に動けるように仕向けるのが重要。勉強会ではコメディカルを積極起用し、病院コメディカルスタッフと開業医との顔合わせを図っている。

開業医に経済的インセンティブを提供する工夫も必要。管理料や指導加算等について、病院の管理栄養士が説明する。

開業医の評価：

定期的勉強会で顔を合わせる機会を作る。出会いの場が多いほど相手の技量が見えてくる。今後の課題：

現在のネットワークはISDN規格のIP-VPN専用回線を用いているが、今後の拡大

のためには、回転速度が速く回線使用料負担が少ないオープンネットワークへの移行が不可欠。

東金病院院長

自由競争できる都市部と異なり、競争がなく資源が圧倒的に不足する村落部は深刻な問題を抱えている。医療資源は有限であり住民の wants, needs とは別物、住民の意識改革も必要だ。対策としては、コミュニティベースで地域医療を再構築するしかなく、地域全体を一つの病院にする。

これからの医療連携は、まず「ヒューマンネットワーク」の充実。次に、それを支えているハード・ソフトを含めた医療情報ネットワークの整備充実、そして両者の融合が重要。

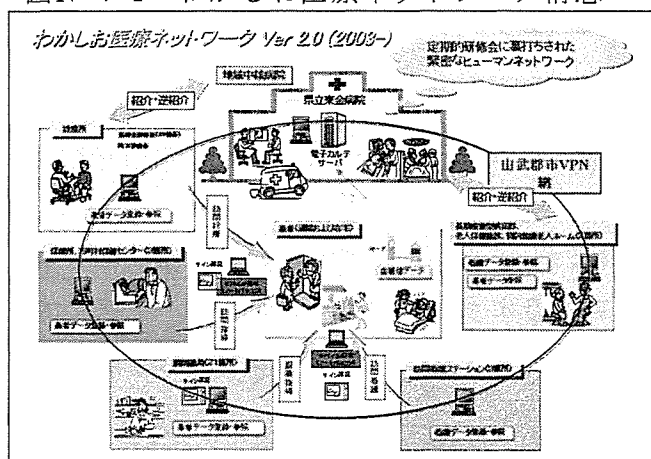
わかしお連携パス（図IV-7-4）

熊本の「すごろく・あがり型」ではなく、糖尿病その他の生活習慣病を対象に循環型の地域医療連携をめざした地域連携パスを試行中。

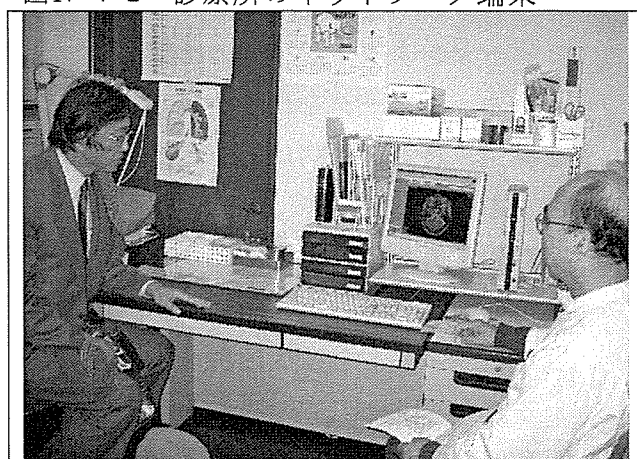
参考文献

- *2002年以前の文献のみ掲載。2003年以降の文献は「V. 文献」に掲載。
- 平井愛山：東金病院の改革の歩みと今後の展開，千葉医学 76:323-335,1999.

図IV-7-1 わかしお医療ネットワーク構想



図IV-7-2 診療所のネットワーク端末



医療連携の特徴

医療連携の対象地域を2次医療圏まで拡大した事業計画。医療資源が集中する大都市における連携ネットワークの実態把握と、医療圏単位での地区医師会、歯科医師会、薬剤師会、中核病院、行政の役割を検討するモデルケース。

東京都の事業計画

目的：都民に適切な医療を提供するため、二次保健医療圏ごとに地域の医療機能の分化と医療連携を進め、地域の状況に応じた医療提供体制を整えていく。

これまでの取り組み：

1995～2001年度 かかりつけ医機能推進事業

1994～2004年度 医療機能連携推進事業

2000年度～ 上記2つの事業を二次保健医療圏単位で一体的に推進するため、医療圏ごとに協議会を設置

2001年度 区南部地域医療システム化推進協議会発足

2003年度 連携実態把握のためのアンケート調査実施(詳細は後述)

2004年度 アンケート調査の結果を踏まえ、協議会において疾病別医療連携体制の構築に向けた検討を進める方針を決定。対象疾患は糖尿病とし、下部組織として設置する検討会で具体的な検討を進めることを承認。検討会の事務局は東邦大学医療センターに委託することとする。

2005年度 協議会下部組織である糖尿病医療連携検討会において、糖尿病医療連携のモデル等を検討(図IV-8-1)。

医療環境

区南部保健医療圏は、品川区大田区の二つからなる。面積は約82km²。この圏域は、東京湾に面して南側に位置した多摩川と目黒川に挟まれた地域であり、住宅地が多い台地部と、住宅や商店、工場が密集する低地部と、臨海部とで構成されている。人口は約100万人。医療施設数：病院53(うち特定機能病院2)、一般診療所972、病床数8,727床、うち一般病床8,290床。

医師会は、大田区に3つ(大森、蒲田、田園調布)、品川区に2つ(荏原、品川)。地域ごとに特徴があり連携状況は異なっている。

基幹病院

品川区：昭和大学病院、N T T東日本関東病院

大田区：東邦大学医療センター大森病院、都立荏原病院(平成18年4月、(財)東京都保健

医療公社に移管)

都及び大田区・品川区の働きかけ：地域医療システム化推進協議会

2001年、東京都区南部地域医療システム化推進協議会が発足。2次医療圏の区南部地域における効率的な提供体制のあり方を協議し、医療連携の課題等について協議してきた。幹事区と東京都が協議会設置委託契約。毎年両区が幹事を交代で努め、年に1回協議会を開催。

医療連携アンケート調査の概要(以下、品川区健康課作成資料から一部を抜粋)

2003年度開催の協議会において、具体的な取組のためには「地域の実態を具体的に把握することが必要である」との認識の上、アンケート実施を事務局より提起し、各委員の意見調整・協議を整えて、アンケートを実施した。

アンケートの調査期間と調査対象：

2004年3月、各医療機関に対して、アンケートを実施した。東京都品川区・大田区の内科標榜病院全数43病院と内科標榜診療所から抽出した200診療所を調査対象とした。アンケート回答率は、病院74.4%診療所66%

主な分析結果：

3大疾患である「悪性新生物」「脳血管疾患」「心疾患」に関する連携が病院・診療所とも多く行われている。(病Q4, Q10・診Q3, Q12)

紹介先を選ぶポイントとして、病院、診療所ともに「専門性や治療実績」「患者の居住地に近い」「患者・家族の希望」を重視している。(病Q12・診Q5)

紹介・逆紹介に必要な情報として、病院、診療所ともに「医師の専門性」「診療科ごとの外来医師の情報」が重要と考えている。(病Q13・診Q6)

医療連携における問題点として、診療所では、「紹介した患者が戻ってこない」が第1位(16%)となっている。また、「連携についての患者の理解が不十分」が、病院アンケートでは、対病院第1位(28%)、対診療所第2位(29%)となっている。

各医療機関の医療連携に対する重要性の認識は非常に高い。(病Q19, 診Q20)

病院の高度・専門医療と診療所の初期医療・日常管理との機能分担は、一定程度行われている。紹介・逆紹介が積極的に行われ、専門的な治療が必要な場合は、病院へ紹介し、病状が安定した場合は、居住地近くの診療所へ逆紹介するといった、病状に応じた医療連携が行われている。(病Q3, 5, 9, 12・診Q2, 5, 11, 13)

各医療機関は、連携の際に、連携窓口、各医療機関発行の情報誌や医師会作成の名簿等を活用しているが、個人的人脈も病院(病院について17.3%・診療所について16.7%)、診療所(病院について18.3%)と2割近くある。

課題：

区南部地域では、医療連携の枠組みが整えられ、地域の医療機関に重点を置いた連携が、概ね円滑に行われているといえるが、次のような課題がある。

①病院、診療所ともに医療連携にあたっては、「医師の専門性や治療実績」「病院で可能な検査」等の情報を必要としており、より一層の連携を進めるために各医療機関の詳細かつ正確な情報を提供していくことが課題である。

②紹介・逆紹介・返送について、病院と診療所からの回答の間で若干の誤差があり（糖尿病や喘息の紹介・逆紹介について、診療所は頻度が低いと認識しているが、病院側は多いと見ている等）、連携についての認識にギャップがある。

③多彩な情報収集ができる「ひまわり」が各医療機関に十分に活用されていない。

④医療連携についての医療の受け手側の認識が低いとの意見が多く見られる。

今後の取組について：

①最初に取り組を行う対象疾患を選定し、その疾患の治療に必要な医療機関に関する情報（人員体制・医療機器の整備状況等）を調査し、「疾患別医療連携リスト」を作成する。この各医療機関の専門的情報リストを連携に活用することを通じ、地域の実情に応じた連携の方法についても、具体化できると考えられる。

②紹介・逆紹介・返送における連携のあり方、また、その際に必要な提供すべき情報についても検討する。

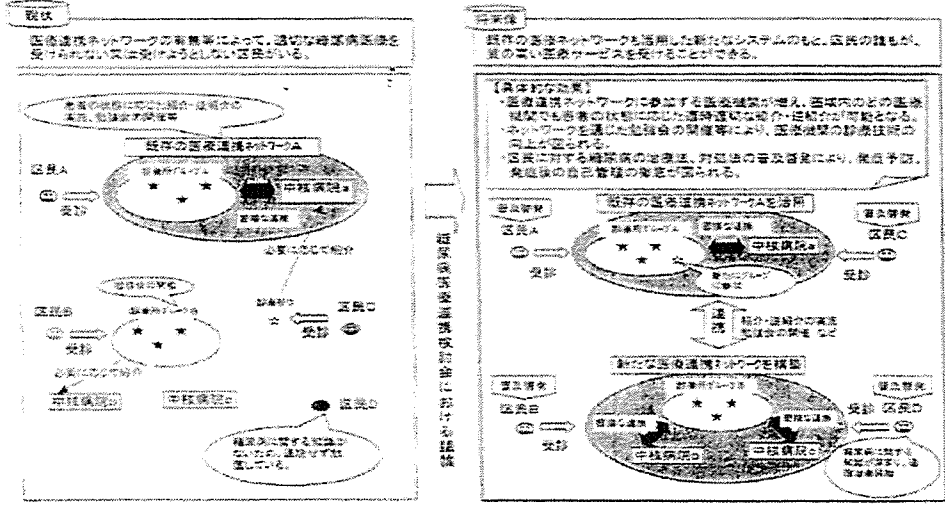
③「ひまわり」について、引き続き各医療機関に普及啓発するとともに、より使いやすいものにするための検討を行う。

④患者に対する医療連携についての普及啓発の方法について検討を行う。

図IV-8-1



感染症医療連携の将来像（案）



(連携パス)

NTT東日本関東病院

実働病床 606 床、平均在院日数 12.2 日、病床稼働率 94.1% (一般病床) 外来患者 2340 人 / 日、紹介率 37.8% (2005 年度)。2004 年度の平均在院日数は 13.2 日、病床稼働率が 92.6%、紹介率 34.6% (品川区の平均は 26.1%)。電子カルテシステムが入院外来とも機能。

連携パス開発の経緯

入院患者の約 3 分の 1 が品川区、その他の都区からが 3 分の 1、都外が 3 分の 1。2004 年度は、品川区から紹介された患者 (全紹介状の 42.5%) の 97% に返書を出した。しかし、出していない 3% が問題。返書を出した 97% の中にも、最初の事務的な来院報告で終わってしまい追加報告してないものが約半数。逆紹介した患者が本当に紹介した診療所に通っているかどうかの確認が難しい。地域全体でフォローする仕組みを作らなければいけない。

消化器疾患の逆紹介パス

2004 年、「患者さんの立場で医療連携を推進する会」を立ち上げ。連携パスの作成を目標にした会であり、消化器疾患の逆紹介パス作成に取り組んだ。病院の外科と消化器内科、開業医と一緒に連携パスと「紹介ファイル」を作成。

連携パスそのものは 1 枚の紙でしかなく、連携のサポートツールにすぎないが、その紙を介した作成プロセスを経ることによって、病院、勤務医、開業医が一貫した治療を実現するシステムを構築することができる。

2004 年 10 月から、早期胃癌術後フォロー診療用パス、胃潰瘍外来診療用パス (図 IV-9-1) 他、ガイドラインやフローチャートを共有して連携を試行中。

糖尿病の病診ネットワーク : DM²

(林道夫 糖尿病・内分泌内科部長)

病院の糖尿病外来に患者が集中し、時間をかけて丁寧な診療ができない。当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。例えばがんのような疾病の場合は手術という大きな区切りがあり、その後の管理まで患者は自発的に治療のタイムテーブルに乗ってくれる。ところが糖尿病の場合は、治療の始まりも終わりもなく、パスがしっくり来ない疾患である。糖尿病の患者を医療のフィールドに引き込むためには開業医の力が必要。

2004 年、糖尿病の病診ネットワーク DM² (Diabetes Mellitus, Disease Management の頭文字二つを取った) を立ち上げた。患者中心の地域完結型医療サービスの実現を目指して、

ネットワークを構築し。連携パス他さまざまなツールを開発、運用中である。

東芝病院とN T T 関東病院の二つの基幹病院の専門医 2 名が共同で対応。品川区、大田区、目黒区の診療所が対象、現在 108 施設の開業医が参加。2005 年上半期でメンバーの開業医から病院に 148 名の紹介を受け、193 名の逆紹介を行った。

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。品川医師会元会長で自身も糖尿病専門医である安澤医師が、会長を辞めた後フリーな立場になって熱心に働きかけた。

連携ツール：

DM² 紹介状(診療情報提供書)：開業医から病院への検査予約申し込み用紙を fax で受付。

連携パス (図 IV-9-2)：簡略化に腐心。実際的には検査項目チェックシート。

糖尿病診療のフローチャート：教育入院時に院内で使用。DM²メンバーにも活用してもらう。

数多くのツールを用意したが、顔の見える連携による信頼関係が大切。

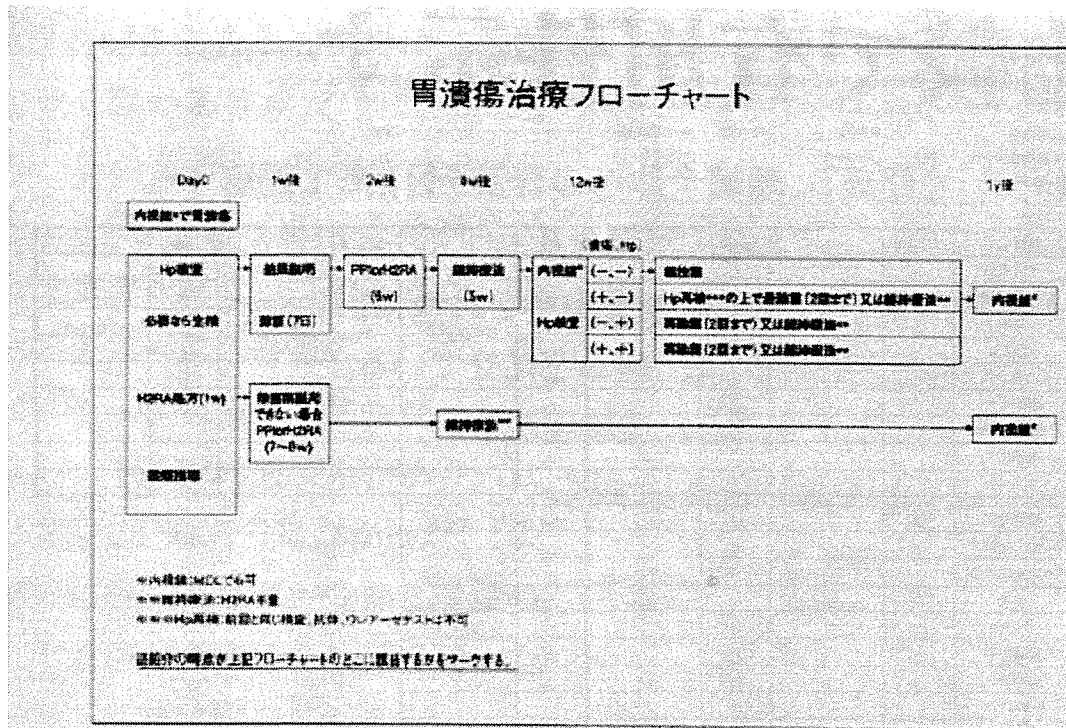
外科のオープンクリニック方式 (図 IV-9-3)

連携パスの応用編、外科手術の連携。腰椎麻酔が必要な内痔核手術患者の場合、開業医から患者を病院へ紹介してもらい入院。病院の痔核手術パスで術前術後を管理する。手術は開業医が病院に来て執刀する。入院中の主治医は病院の勤務医が受け持ち、手術も一緒に手伝う。退院後は紹介元の診療所へ戻る。この方式を始めてから痔核の手術件数が倍増。

N T T 東関東病院副院長のコメント

これからの医療は「上手い、早い、心地よい」でなくてはいけない。病院の医師と開業医で定期的な会合を開いて、相互に知り合い患者の情報を共有することが大事。

図IV-9-1 早期胃癌術後フォロー診療用パス、胃潰瘍外来診療用パス



胃潰瘍外来診療用パス (NSAIDなし、Hp(+))

患者氏名(姓・名): _____ 科: _____ 担当医師: _____

本人同意の取得: _____ 病歴(既往歴)記載: _____ 検査結果記載: _____

最新検査結果: _____

治療方針: _____

処方内容(全て): _____

サイン: _____

経過(週)		0	1	2	8	12	13
受診日		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
検査・診断	内服薬治療(又はMCC)	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
	Hp検査	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	※再検査を以て
	塗抹療法	<input type="checkbox"/>					
	検査結果記載		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
処方	NSAID	<input type="checkbox"/>	(1w)			<input type="checkbox"/>	※半量(5w)
	鎮痛薬		<input type="checkbox"/>	(1w)			
	NSAID又はPPI			<input type="checkbox"/>	(1w)		
治療方針等の記載	塗抹療法						<input type="checkbox"/>
	塗抹療法・再塗抹療法						<input type="checkbox"/>
	塗抹療法・塗抹療法療法						<input type="checkbox"/>
治療経過	検査 BRUNENOT ALP	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	
治療状況		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※検査結果記載: 必ず検査結果を記載し、その場合12w後内服薬終了後の検査結果

⑨逆紹介用外来パス（早期胃癌フォロー表）

早期胃癌術後フォロー診療用パス
(術後補助化学療法なし)

患者氏名: _____ 手術日 / / ID: _____ NTT担当医師: _____ 地域医療担当医師: _____
 切除: 幽門側胃切除、胃全摘、噴門側胃切除、LAGG、部分切除 再建: E=、D=、Roux-Y、経胃食道、interposition
 転漕: D0、D1、D1+α、D1+β、D2、D3 T () 39 HGPCCY M0, Stage _____
 占拠部位 類型: _____ 最大径: _____ cm、組織型: _____ by _____ () 部位 _____
 術前産瘤マーカー CEA: _____、CA19-9: _____ 併存疾患 _____
 コメント _____

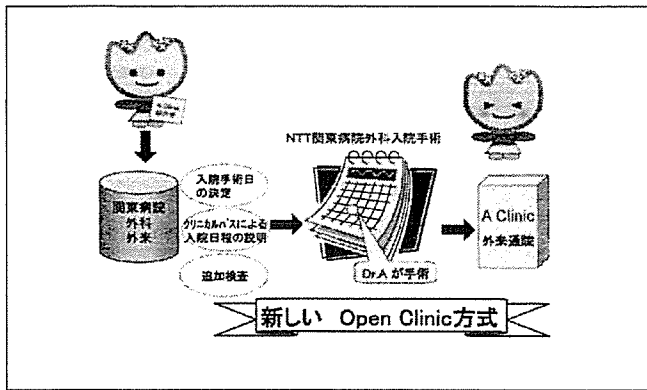
術後経過	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	1年	1年6ヶ月	2年
NTT受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃カメラ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

術後経過	3年	4年	5年	6年
NTT受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
地域医療受診	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
採血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
便潜血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胸部X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部X-P	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部エコー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
腹部CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃カメラ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TS-1 外来治療パス（診療用）
提

		1クール目						
		治療前	投薬開始日	在宅 () 日目	15日目	在宅 () 日目	29日目	
【教育・指導】	医師	<input type="checkbox"/> 本療法について説明						
	看護師	<input type="checkbox"/> 前治療内容・残薬の確認						
	薬剤師	<input type="checkbox"/> 患者様用パスの説明 <input type="checkbox"/> 服薬日誌の説明	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導	<input type="checkbox"/> 服薬指導			
【症状等】	医師	<input type="checkbox"/> PS、自覚症状チェック	<input type="checkbox"/> 電話あり	<input type="checkbox"/> 服薬日誌チェック	<input type="checkbox"/> 服薬日誌チェック	<input type="checkbox"/> 電話あり	<input type="checkbox"/> 服薬日誌チェック	
	看護師	<input type="checkbox"/> 身長、体重測定						
【検査等】	医師	<input type="checkbox"/> 骨髄機能チェック <input type="checkbox"/> 肝機能チェック <input type="checkbox"/> 腎機能チェック		<input type="checkbox"/> 骨髄機能チェック <input type="checkbox"/> 肝機能チェック <input type="checkbox"/> 腎機能チェック	<input type="checkbox"/> 骨髄機能チェック <input type="checkbox"/> 肝機能チェック <input type="checkbox"/> 腎機能チェック	<input type="checkbox"/> 骨髄機能チェック <input type="checkbox"/> 肝機能チェック <input type="checkbox"/> 腎機能チェック	<input type="checkbox"/> 骨髄機能チェック <input type="checkbox"/> 肝機能チェック <input type="checkbox"/> 腎機能チェック	
【処置・決定】	医師	<input type="checkbox"/> 適正使用基準確認 <input type="checkbox"/> 治療開始決定 <input type="checkbox"/> 投与量決定	<input type="checkbox"/> TS-1 投与開始	<input type="checkbox"/> 副作用チェック確認 <input type="checkbox"/> 休薬指示 <input type="checkbox"/> 休薬再投 <input type="checkbox"/> 減量指示 <input type="checkbox"/> 薬剤処置	<input type="checkbox"/> 減量休薬目安確認 <input type="checkbox"/> 休薬指示 <input type="checkbox"/> 投薬再開 <input type="checkbox"/> 減量指示 <input type="checkbox"/> 基準量復帰 <input type="checkbox"/> 薬剤処置	<input type="checkbox"/> 副作用チェック確認 <input type="checkbox"/> 休薬指示 <input type="checkbox"/> 休薬再投 <input type="checkbox"/> 減量指示 <input type="checkbox"/> 基準量復帰 <input type="checkbox"/> 薬剤処置	<input type="checkbox"/> 減量休薬目安確認 <input type="checkbox"/> 休薬指示 <input type="checkbox"/> 投薬再開 <input type="checkbox"/> 減量指示 <input type="checkbox"/> 基準量復帰 <input type="checkbox"/> 薬剤処置	

図IV-9-3 オープンクリニック方式



- 取材は 2004 年 2 月時点。現在の状況は当時から非常に変化しているが、取材時の状況を報告する。

医療環境

台東区の人口は 16 万人。2 次医療圏（区中央部保健医療圏）としては、人口 66 万人に対し病院が 72 施設。6,000 床が過剰病床となり日本一競争が厳しい地域。しかし、大病院が集中するのは隣接する千代田区で、台東区には大病院が少ない。区内にある 8 病院のうち、7 つは 200 床以下の規模。台東区内には下谷・浅草の二つの医師会がある。

医療連携の特徴

都の連携推進モデル事業により、地域の中核的病院に地域医療連携室を設置。医師会、中核病院、行政がタイアップした。その後、中核病院の新築移転と規模拡大により、医師会から中核病院へ連携ネットワークの要がシフトした。

これまでの経緯

1994 年度、東京都の「医療機能連携推進事業」に、町田市・武蔵野市医師会と共に浅草医師会が選ばれ、6 年間事業を実施。同年 1994 年、永寿総合病院内に地域医療連携室が設置され、検査予約、専門外来の案内、空床情報等の窓口が病院に一本化された。モデル事業の 6 年間で連携システムが充実。（1996 年度から 3 年間、都のかかりつけ医機能推進事業も実施。）

2000 年、永寿総合病院が新築移転し 200 床から 400 床へ規模を拡大。病院は地域の基幹病院を目指し、紹介率アップのために病診連携を加速した。

連携の工夫

情報の共有化：浅草医師会会員の医療情報データベースを作成

高度・高額機器の利用：医師会員の依頼に基づき永寿総合病院でMRIやCTの検査等を行っている。検査は予約制で待ち時間がないようにしている。検査結果の返信はほとんど 1 週間以内に届く。MRIやCTのフィルムと検査結果は、検査当日に患者に渡され連携登録医の元に届く。

症例検討会等：年に 3 回、ご紹介いただいた症例、新任医師の紹介等を実施。

中核病院：永寿総合病院

病床数 400 床、診療科 19 科

院長のコメント：目指すはリーテル病院、気軽にフットワークの良い病院。

都のモデル事業のサポートもあって、区行政と医師会との関係が良好である。連携室の設置は1994年、看護職員と事務職員が専任している。

医師会との契約という形を取っていない。形式的になるのを避けた。人と人とのつながりがすべてであり、医師同士が顔をつき合わせるのが重要。情報と技術の共有化に努め、医師会医師とのカンファレンス、その後の懇親会などを開催している。

コンピュータにより紹介患者を返す努力に注力している。事務長等が中元と歳暮を直接診療所に持って行き苦情を承る。民間病院であるので診療所には競合相手と取られかねず、新築移転の際は反対の声もあがった。実際には、移転後近隣診療所の患者も増えている。結局は信頼関係であり、地域にメリットがあるとすれば今後は外来分離も考えていく。連携促進においては、院内の医師の意識改革が大変だった。かつて組織が小規模だった頃は意志の疎通ができていたが、新しく勤めた若い医師には新病院の有難みがわからなくなっている。

診療所の評価をするためには、顔を知っていることが重要。診療所の医師も、非常に高度なことを当院に要求しているわけではない。方針は「リーテル病院」。気楽にフットワークの良い病院。「とりあえずは入院させてくれ」という開業医からの「この程度」のレベルの要望に応えることが重要。3次機能の治療については、近隣に6つも大学病院があり、高度医療は診れないし診ない。それ以外の機能については、間口を広くしてすべてに対応できるようにしている。

病病連携については、高度医療機器を使った検査等、自院にないものを補完しあう形でないとなかなか難しい。うちのない機能はよそに頼むという形。大学病院に送ることは多いのだが、その他の病院との連携については今後の課題。

開放型病床の協同診療は難しい。医局に白衣やネームプレートを用意したが使われておらず、形式的なものになっている。

地区医師会理事(開業医)のコメント

開業医が病院に電話して、診療時間中に勤務医を呼び出してもらうのは非常に心苦しいことだ。連絡を代行してくれるのが病院の連携室であり、こちらのパワーがあればいくらかでも上手く使うことができる。

病診連携のハード面では充実してきたが、連携を行うのは医師である。問題は、医師の側がどれだけの認識を持っているかだろう。連携システム構築の時代は終わった。これからは各論で中身をどう詰めていくかであり、連携を行っている人たちがどれだけ理解してやってくかにかかっている。中核病院の若い勤務医をつなぎとめるためには、取っ掛りとしてまず患者を紹介してみて、どのレベルかを試してみることから。

自院では1日に数名程度を病院に紹介している。かかりつけ医にとって、専門性はむしろ邪魔になる。病院の整備はどんどん進むが、かかりつけ医機能が未整備のまま。医師の教育が重要。病院勤務医には開業医のイメージがない。開業医のイメージとしては、コンビニよりちょっと品が良い、あるいは良いデパートを紹介してくれる存在ではないか。患者情報を共有するシステムについては現在考慮中。当初は病診連携システムに情報ネットワークを絡めようと当然考えたが、守秘義務の壁がある。入力した情報が医療保険にも介護保険にも使えるようになれば良いのだが、現状ではむずかしい。

- 取材は2004年4月時点。現在の状況は当時から非常に変化しているが、取材時の状況を報告する。

地域の概要

町田市の人口は41万人、東京都心部から約1時間以内の通勤圏。東京都と神奈川県との県境に位置し、境界の大部分が神奈川県と接する。

医療環境

市民も医療関係者も、市内唯一の公立総合病院よりも紹介先として神奈川県の大病院を考える傾向があり、重症患者の大部分が神奈川県下の大学病院に流れている。

医療連携の特徴

東京都の「医療連携推進モデル事業」で、地区医師会内に地域医療連携室を設置。

これまでの経緯

1994年度、東京都の「医療連携推進モデル事業」に、浅草・武蔵野市医師会と共に町田市医師会が選ばれた(6年間の事業)。同年、地域の中核病院である町田市民病院と連携システム協定を締結。地区医師会内に地域医療連携室を設置した。

(1996年度から3年間、かかりつけ医(図IV-11-1)機能推進事業。)

事業開始当初は市民病院と開業医とは競合関係だったものが様変わりした。病院の連携室の方が率先して活動し、病院勤務医との勉強会も盛んになっている。

町田市医師会

地区医師会内に地域医療連携室を設置し、かかりつけ医の紹介依頼への対応、医療情報のテレホンサービスを実施。当初は連携室を中核病院内に置く構想だったが、市民病院側のマンパワー等の問題で実現しなかった。

医師会の場合、事務職のみの対応となり専門のスタッフを置くことができず、診療情報提供といった実務的なことができない。公平が前提となり複数施設の紹介となる。

病診連携に関して、病院の経営トップは皆見識が高いが、若い勤務医には理解がない者もいる。病診連携を医学部教育に取り入れる必要がある。

情報の共有化：地域の医療施設の「町田の医療情報」「町田市医療機関マップ(図IV-11-2)」を作成し、官公庁、近隣大学病院、歯科医師会、薬剤師会などに幅広く配布した結果、福祉関係機関などでも利用されるようになり、保健・医療・福祉の連携促進面からも効果が

上がっている。

高度・高額機器の利用：登録医の依頼に基づきレントゲン検査や内視鏡の検査等を行っている。診療所からの電話予約により、患者の待ち時間を短縮するようにしている。検査結果としてフィルムも添えて送付される。

病院見学会：開業医 30 人程度で施設見学ツアーを実施。市内の病院や老人施設の見学会、施設紹介、開業医との話し合いの場を設けている。

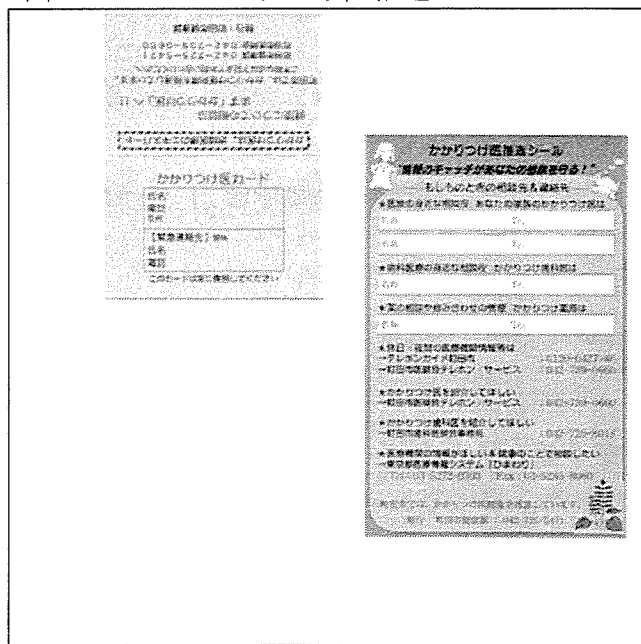
協議会多数：近隣の大学病院、地元中核の市民病院と定例の話し合いの場を設けている。

参考文献

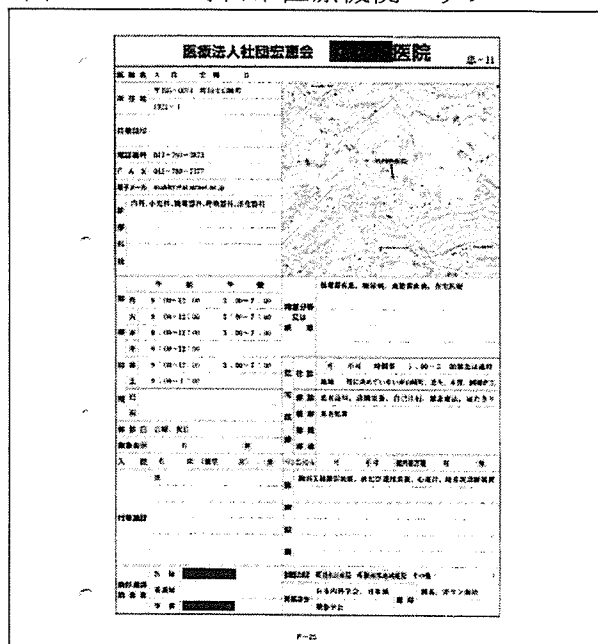
* 2002 年以前の文献のみ掲載。2003 年以降の文献は「V. 文献」に掲載。

小林信正：医療機能連携推進モデル事業の二年半，東京都医師会雑誌第 49 巻第 9 号：81-91，1997。

図IV-11-1 かかりつけ医推進シール



図IV-11-2 町田市医療機関マップ



地域の概要

西東京地域、東京都内 23 区の西側に広がる広大な地域、別名三多摩地区。人口 404 万人。都心部の大ベッドタウン。

医療環境

2 次医療圏 4 つに相当する大きな診療圏に中核機能が分散している。大学病院は 5 つあるが、一部に偏在しており地域医療の中核の一翼を担っているにすぎない。

医療連携の特徴

糖尿病患者支援の N P O 法人。資金は会費、寄付金、事業収益、助成金等で賄われ、会員はボランティア。20 年来の地道な活動で人材育成を図り、糖尿病の地域医療システムを拡充している。

- ・ 多数の中核病院の専門医が世話人として参加。
- ・ 各中核病院が病診連携のサテライト研究会を作り、その中心に研究会が位置する。
- ・ コメディカル(管理栄養士、薬剤師他)が活躍
- ・ 二人主治医制：独自の「糖尿病療養手帳(図IV-12-1)(病診連携用手帳)」二つの医療機関名を記載

これまでの経緯

1986 年、糖尿病の実地医家数名の呼びかけによって、研究会を立ち上げた。

1999 年、西東京糖尿病療養指導士の研修・認定事業を立ち上げ

2002 年、N P O 法人化

N P O 法人西東京臨床糖尿病研究会

会員数 577 人(コメディカル 437 人、医師 140 人)、管理栄養士派遣登録数 39 人

3 つの直接事業：

例会 年 2 回開催。

管理栄養士派遣事業 研究会の仲介で管理栄養士が開業医院とパート契約を結ぶシステム。研究会に登録された管理栄養士を医院へ紹介し、患者へ栄養指導を行う。

西東京糖尿病療養指導士認定事業 2005 年現在 578 名が認定。糖尿病の療養現場で活躍中。独自の認定による人材開発事業。調剤薬局の薬剤師や保健所の保健師など、日本糖尿病療養指導士の資格条件からはずれた人たちも対象に。現状の「糖尿病療養指導士」は専門医の

ための指導士であり、実地医家向けではない。また、院外処方が多い地域で、調剤薬局の薬剤師が服薬指導を行う場合や、行政側の保健所の保健師等も資格条件を持たないが療養指導する場合にも機能している。

その他、多数の間接事業あり。

非専門医の診療レベルアップのための勉強会：一連の教育努力によってコメディカルがレベルアップすると実地医家のレベルアップも不可欠だ。そこで2005年度から医師向けのスキルアップセミナーも開始した。実地指導は専門医と糖尿病療養指導士がボランティアで担当。

ホームページにグループウェアを導入してコンテンツの充実を図っている。

会報『mano a mano』（図IV-12-2）は、スペイン語で「手から手へ」の意味。

開業医・糖尿病非専門医のコメント：

研究会発足当時から参加している。特に管理栄養士の派遣事業は非常に役立っている。事業発足時より10年近く利用している。月1～2回定期的に自院まで来てもらい、患者さんからは大変喜ばれている。

当研究会のネットワークは有効。病院の勤務医時代は糖尿病の患者さんは専門医に相談できたが、開業するとそうは行かない。しかし患者はやって来る。レベルの低い医療を患者さんに提供するのはいらないことなので、こういうルートを作って対応するのは大変良いこと。研究会は一時停滞した時期があったが、若手の開業医の参加が増えて活況になった。

診診連携も盛んである。眼科などは診療所へ紹介している。診療所のレベルがもっと上がればインスリン導入も外来でできるだろう。

若い開業医にメッセージ：糖尿病患者を嫌わないで診てほしい。メタボリックシンドロームがらみの患者さんは、定期的に自院へ通院してくる慢性疾患患者さんとなり、この厳しい医療情勢のなかでも診療の安定に寄与することになる。

糖尿病専門医・近藤医院（図IV-12-3）院長のコメント：

研究会発足時の呼びかけ人の1人。公立昭和病院OBの医長クラスが、病院周辺（駅前中心）に開業しており、専門性の高い診療所同士が連携している。小回りが利く開業医が連携していけば当面の診療には困らない。

時間外休日診療を行っている。診療所の方が小回りが利くので、病院では対応できないこともできる。時間外の会計やコンピュータ操作など。病院外来でインスリン注射の指導は無理。朝食抜きで早朝行うために、当院では朝7時から診療する。勤め人が早朝に来る。時間外診療は必要だ。そうしないと患者が救急・夜間休日時間外で病院に押しかけてしまう。