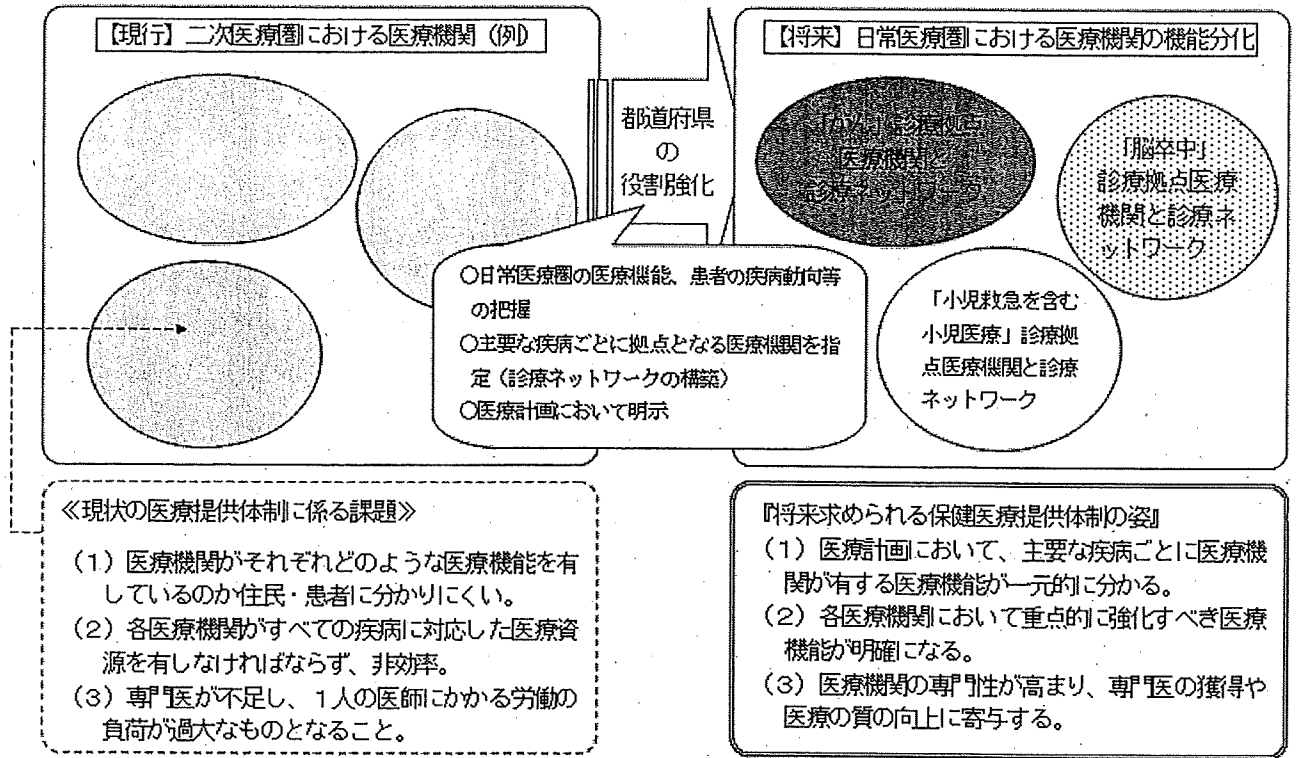
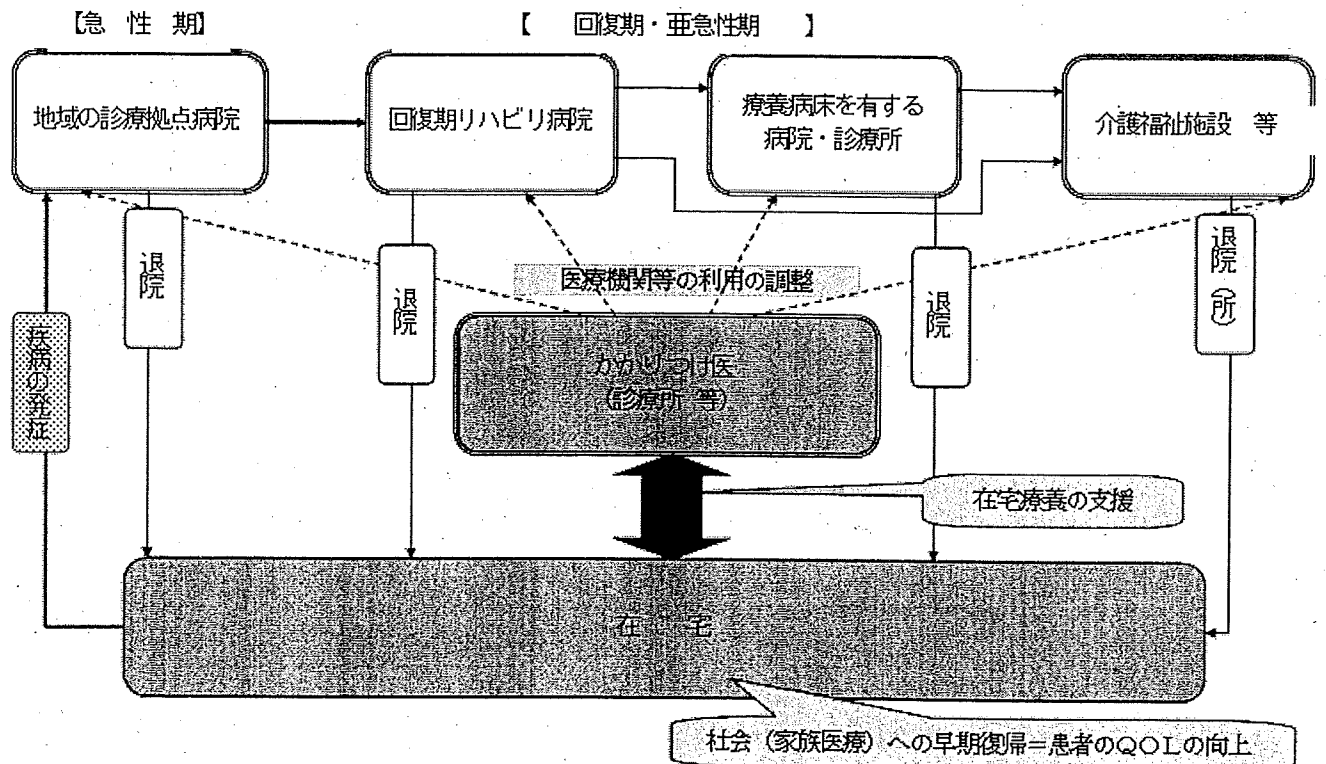


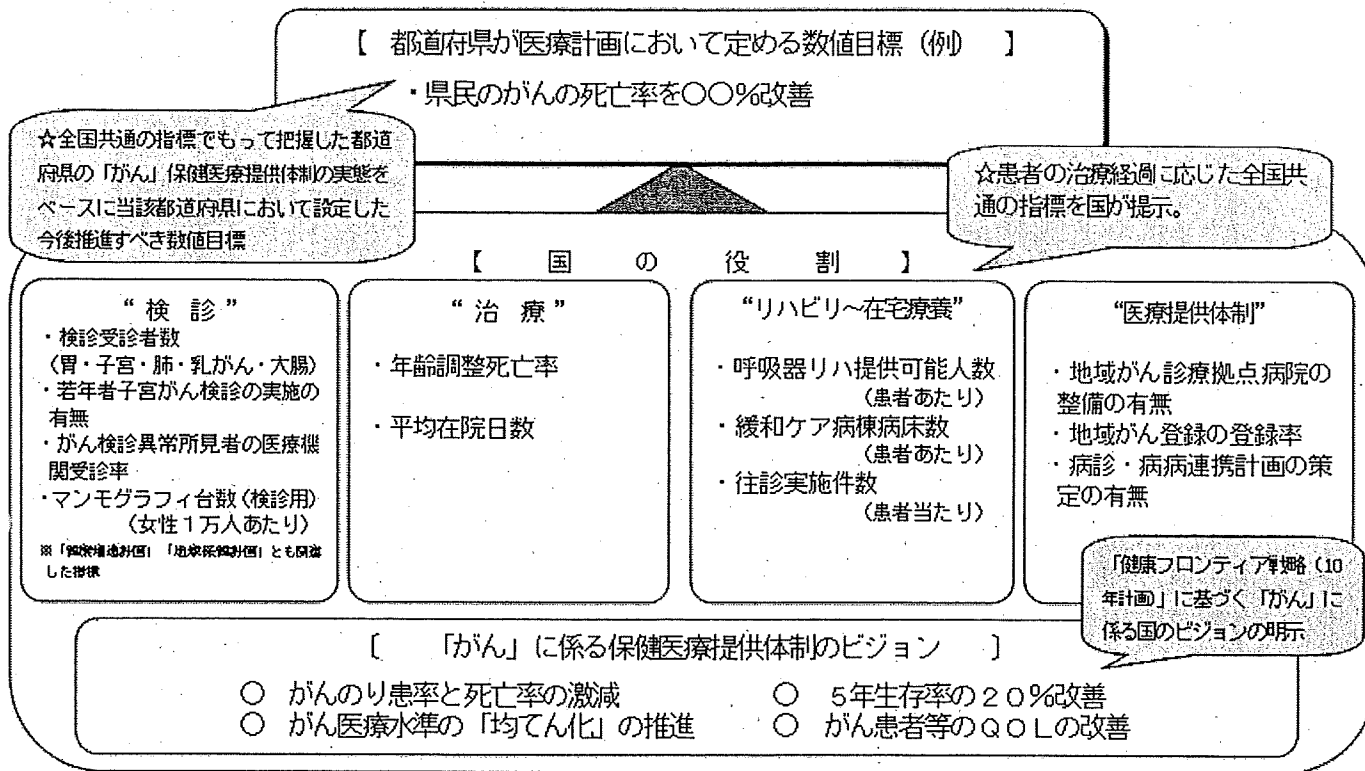
都道府県が構築する診療ネットワーク（イメージ）



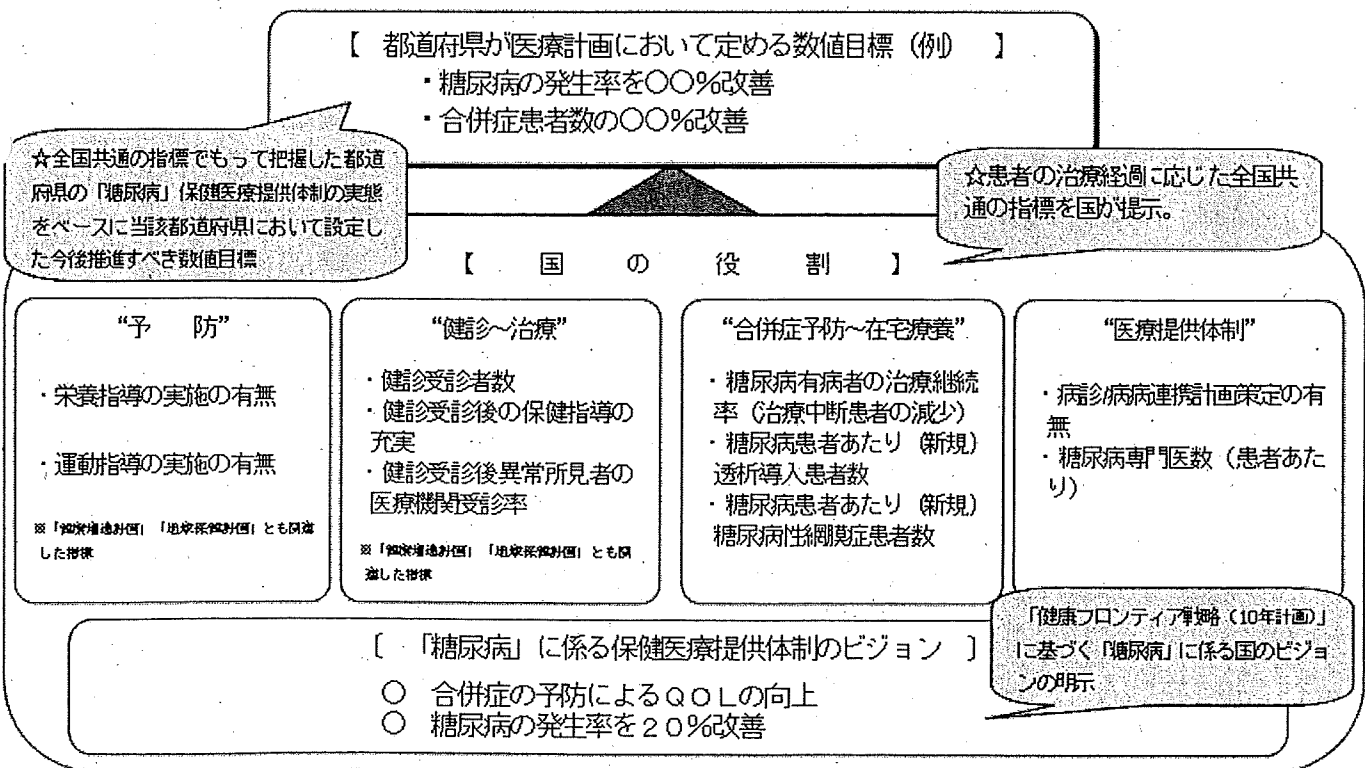
日常医療圏の診療ネットワークのイメージ（「脳卒中」の場合）



「がん」に係る保健医療提供体制の実現に関する国と都道府県の役割 <イメージ>



「糖尿病」に係る保健医療提供体制の実現に関する国と都道府県の役割 <イメージ>



## 2. 病院経営戦略とクラスター概念

### 1) はじめに

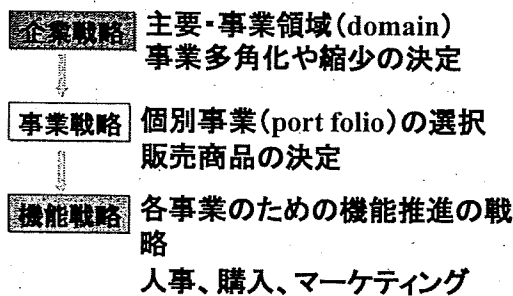
地域医療計画の策定過程で各診療施設に求められる診療機能の特化、強化や分担、連携も個々の施設の側からすれば、施設の経営戦略の策定と執行の過程に他ならない。経営もかつてのように個々の施設内部での実績や機能を考えるのみでは病院の存続は難しく、まさしく戦略的に、地域全体のシステムの中での機能の分担と連携を考えることが必要となっている。

### 2) 病院経営戦略からみたクラスター

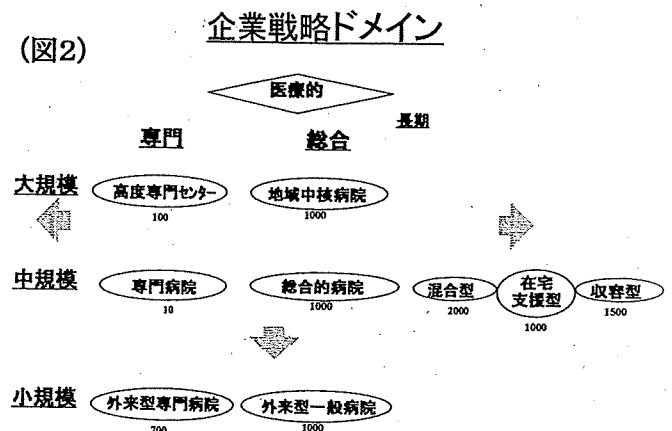
#### ① 経営戦略の考え方

一般に組織の経営戦略を考えるに当たっては3つの水準が考えられる。まずその組織の企業戦略、すなわち主要な事業領域を同定し、ついで「事業戦略」、即ち商品のポートフォリオの種類を選択することとなっている。そしてその生産を支えるための「機能戦略」つまりロジスティックの戦略を策定することが求められている(図1)。病院の場合には、急性期ケアや長期ケア等、診療機能の大きなドメインを選択し、具体的な診療行為を選択するステップとなる(図2)。

(図1) 戦略3水準

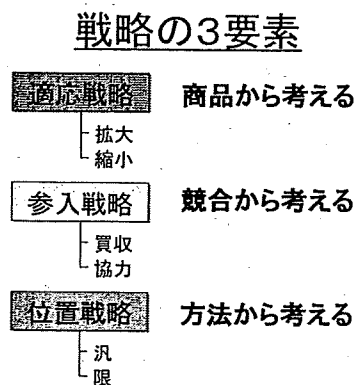


(図2)



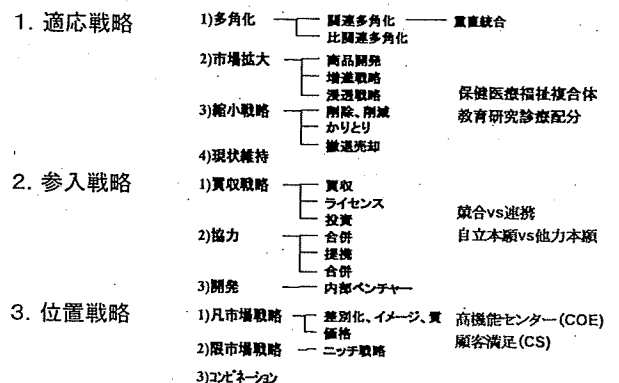
ついで市場との関係で3要素を考える必要があるとされている(図3)。まず「適応戦略」として、事業のドメインを多角化するか拡大するか、すなわち水平や垂直拡張、川下、川上の商品に拡張するかを課題を考える(図4)。ついで「参入戦略」、他の組織との関係を考え、連携共同するか、買収するか、あるいは自ら機能を拡大するかを選択となる。最後に「位置戦略」、即ち市場での競合方法の検討である価格が質の差別化、ニッチをねらうか、医療の場合は公定価格なので、一般に(Center of Excellence)か顧客満足(CS)などを選択されることが多い。

(図3)



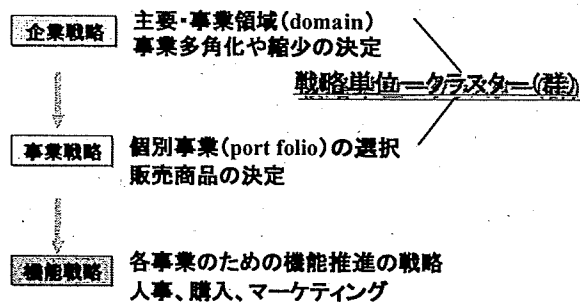
(図4)

#### 戦略策定の論議



医療機能の場合、事業ドメインでは大きすぎ、個別事業では詳細すぎて戦略がたてにくく、一般企業で行われている戦略的経営単位(Strategic Business Unit)に相当するクラスターを想定する事が有用であると考えられる(図5)。診療科が部門を越えた各患者1人に特異なケア、類似なケアを必要とする場合で、境界が明確でなく、内容を変更しうる束である。例として急性心疾患、脳卒中、がん診療など、DRG(診断関連疾病群)が想定される(図6)

(図5) 3つの戦略レベル



(図6) クラスター(群)

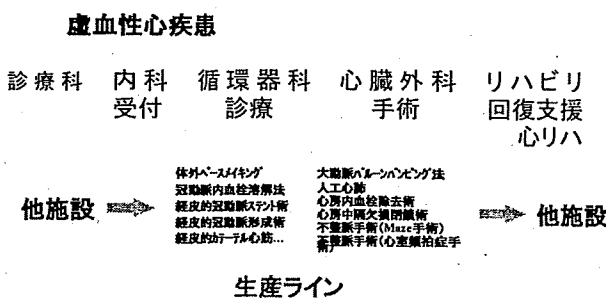
- 疾患例
- ・脳卒中
  - ・虚血性心疾患
  - ・がん
  - ・腎不全
  - ・リウマチ・アレルギー等
- 部門別例
- ・救急
  - ・周産期
  - ・小児等

クラスターは院外からやって来た後、院内で単一の部門や単一の診療科で完結しない場合に有用な概念となる。例えば、医療施設を訪れて、急性心筋梗塞の場合、救急部門を訪れ、必要であればICUに入り、さらに循環器内科でPTCAが試みられて、心臓外科で冠動脈バイパス術が適応となり、術後リハ科で心臓リハを受けて違う施設に紹介される(図7)。患者を中心に考えると、患者ごとに使われた共通の資源グループが同定され、使われた資源とその結果を経営的に把握することが可能となる。ゆるやかな概念なので、クラスター内には、難易度が高く、多くの特殊な資源を要する診療機能、すなわち3次医療から、比較的容易で特殊な資源も要さず、難易度も高くない機能、2次機能などを含む。一般に医療機能は高度医療を支えるにあたっては、裾野が広い2次機能の上に3次が設立されることが原則となっているので、クラスターは裾野を持っていることとなる(図8)。また一般にクラスターごとに類似の地域連携が成立しえ、前方連携の医療施設や後方連携の施設を想定しやすい。

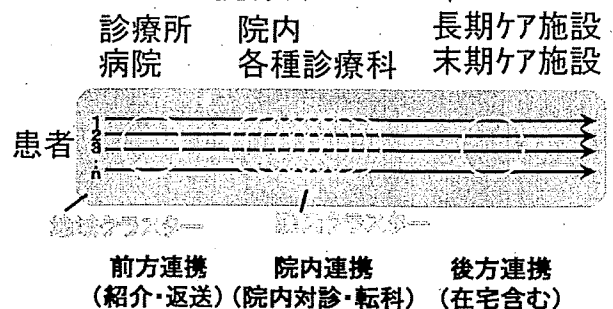
3) 地域から見たクラスター

地域全体の医療施設の、先ほどの病院経営の視点から見たクラスターの概念では地域ではそれぞれの役割分担と、連携の形態としてうかびあがる。

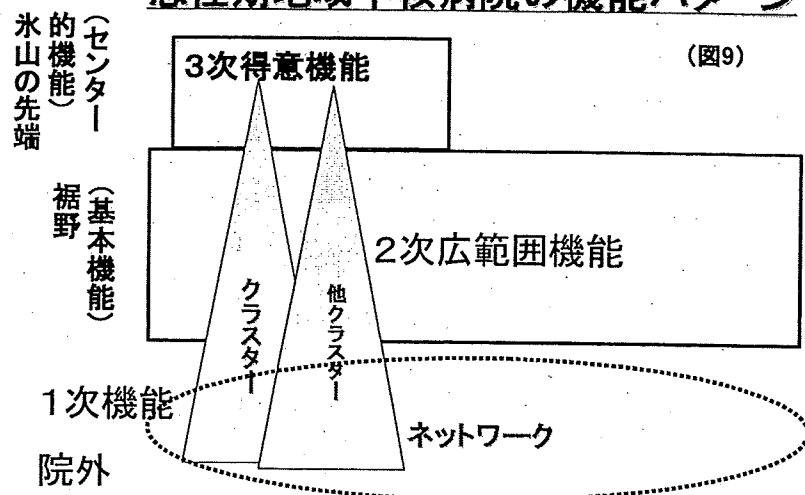
(図7) クラスター例



(図8) 連携鎖(チェーン)



## 急性期地域中核病院の機能パターン



## クラスターとその特徴

クラスター		前方連携	院内連携			後方連携	
		診療所	救急	急性期	慢性期	回復期	末期
疾病系	母子	(NICU、他)		○	○		
	呼吸器	(喘息・COPD)	○	○	○	△	
	感染症	(消化器・呼吸器)					
	外傷	(頭部・骨折)		○	○		
	消化器	(内視鏡・潰瘍・肝)			○		
	内分泌	(肥満・糖尿病)	○			○	
	がん	消化器系(食道・胃・肝臓含む)	○				
		呼吸器系	○				
		婦人科系	○				
		泌尿器科系	○				
		脳神経系	○				
	婦人科	(更年期障害中心)	○				
	泌尿器		△		○	○	
	心	(救急・開心・PTCA)	△	○	○		○
	脳卒中						○
	筋骨格	(腰痛・リウマチ)	△		○		○
	精神	(うつ・合併症)	○			○	○
感覚器	(目・耳)	○		○	○		
政策系	安全安心	感染(伝染病)		○			○
		災害(小児・産科)		○			
	支援公平	僻地	○	○			
		難病(神経・自己免疫疾患)				○	○
		精神(救急・療法)		○			

## 年齢階級別クラスター別入院回数(万回)

	0-	15-	45-	65-	75-	85-	全年齢
母子	25.5	136.4	1.0	0.4	0.2	1.3	164.8
婦人科	0.2	7.8	2.2	0.9	0.3	0.1	11.5
感染症	24.9	23.3	16.6	13.7	17.5	13.5	109.6
呼吸器	23.0	12.7	8.3	8.8	10.9	6.3	69.9
外因	8.5	37.3	28.6	19.3	21.6	14.1	129.3
精神	5.1	24.8	23.8	13.3	12.3	6.0	85.3
消化器	8.1	30.5	41.0	27.5	22.7	10.4	140.3
内分泌	2.5	7.7	16.5	12.6	10.2	4.9	54.3
筋骨格	4.4	15.1	20.2	16.1	14.7	6.6	77.0
泌尿器	2.8	10.0	17.5	14.7	12.8	5.7	63.4
感覚器	1.3	3.8	12.8	19.6	20.5	5.0	63.0
がん	2.4	22.4	77.4	66.8	43.5	12.1	224.6
心	1.0	6.7	30.7	31.9	29.5	15.5	115.3
脳卒中	0.2	1.8	15.5	20.0	23.1	14.4	75.1
他	9.5	12.5	19.5	9.5	9.3	5.3	65.7
合計	119.5	352.7	331.4	275.2	249.1	121.1	1449.2

患者調査退院票2002

### 3. 連携のための地域資源パターンと分類

地域の医療ネットワークを構築するに際しては、地域の医療資源が重要な条件となる。地域の医療資源は、大変欠乏している僻地から、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10)。

まず「郡部」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11)。

(図10)

#### 連携の類型

類型	0	I	II	III
	0a型 0b型	I a型 I b型	II a型 II b型	III a型 III b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11)

#### 第0段階(郡部型)

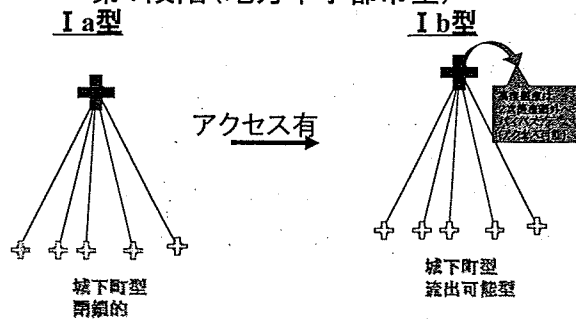
	0a型	0b型
病院	×	+
診療所	+++	×
	連携すべき病院がない	連携すべき診療所がない

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、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よう(図12)。

ついで、地方の「中核都市」、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といえよう。そのためには、競争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13)。

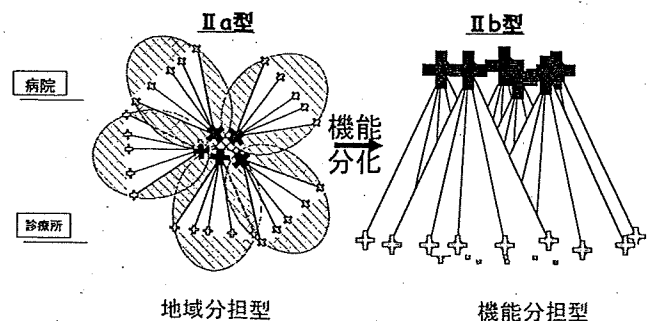
(図12)

#### 第1段階(地方中小都市型)



(図13)

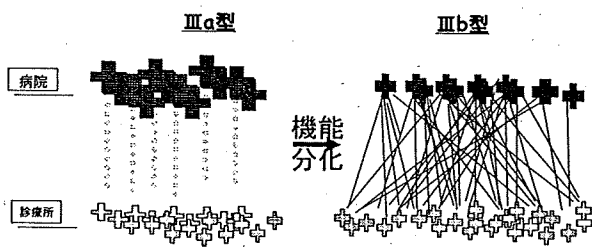
#### 第2段階(地方中核型)



最後の類型は大都市ならびに大都市周辺部分で、豊富な医療資源が一方で、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、更によく調べると、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14）。

地域医療計画の中で、診療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15）。

(図14) 第3段階(都市・郊外型)



(図15) 連携推進立体図

