

(表1) 基準病床数及び既存病床数

病床種別	二次保健医療圏名	基準病床数	既存病床数 (H14.3.31現在)
療養病床 及び 一般病床	福岡・糸島	15,054	19,097
	粕屋	2,475	3,447
	宗像	1,286	1,665
	筑紫	3,050	3,733
	甘木・朝倉	1,049	1,231
	久留米	6,335	7,399
	八女・筑後	1,905	2,078
	有明	3,543	4,358
	飯塚	2,660	3,328
	直方・鞍手	1,132	1,298
	田川	1,649	1,673
	北九州	14,339	17,157
	京築	2,065	1,837
	(計)	56,542	68,301
精神病床	全県	19,938	21,905
結核病床	全県	708	1,091
感染症病床	全県	66	66

(注) 基準病床数は平成 14 年 3 月発行「福岡県保健医療計画」による。既存病床数は、同計画では平成 13 年 3 月 31 日現在の数値であるため、平成 14 年 3 月 31 日現在の数値に置き換えている。

本圏域は 2 市 2 町で構成され、面積 553,68k m² (福岡県全域 4,967,64 k m²)、人口 1,436,510 人(福岡県全域 5,015,699 人)(平成 12 年 10 月 1 日現在)で、面積で 11.1%、県人口の 28.6%を占め、特定機能病院が 2 箇所存在するなど、九州の医療の中核機能を担っている。表 2 は、主な病院の病床数等と一覧にしたものである。

なお、福岡県は都道府県別 1 人あたり老人医療費が 1 位の約 923,000 円 (平成 15 年度) で、48 位の長野県の約 612,000 円の約 1.5 倍となっている高医療費県である。

(表2) 二次保健医療圏における主な病院

病院名	病床数(床)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)	紹介率(%)	医療上の機能	DPC対象の有無
九州大学病院	1235	84.5	21.0	69.4	特定機能病院	DPC対象病院
福岡大学病院	915	82.3	17.1	57.8	特定機能病院	DPC対象病院
国立病院機構九州医療センター	700	88.1	14.6	81.9	地域医療支援病院	DPC対象病院
国家公務員共済組合浜の町病院	450	88.9	10.8	54.8		DPC対象病院
済生会福岡総合病院	390	86.2	13.7	49.0	救命救急センター	DPC対象病院
原三信病院	372	81.0	12.4	36.7		DPC対象病院
福岡赤十字病院	509	85.3	13.8	39.1		DPC準備病院
公立学校共済組合九州中央病院	330	96.1	14.8	71.6	地域医療支援病院	DPC対象病院

(注)平成18年1月から平成18年6月の平均である。

当院は福岡県福岡市の南部に位置し、直径7km以内に急性期医療を担う500床前後の病院が4施設あるという医療激戦区に立地している。山口および九州各県の公立学校教職員の結核治療を行う職域病院として昭和32年に開設された。その後の病床変更を経て、一般病床296・人間ドック床34で運営していたが、平成18年1月より一般病床330に変更した。

また、当院は、診療科16（内科、精神科、リウマチ科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科口腔外科）を備えた臨床研修指定病院で、地域における中核医療機関としての機能を有し、平成18年4月に地域医療支援病院に承認された。

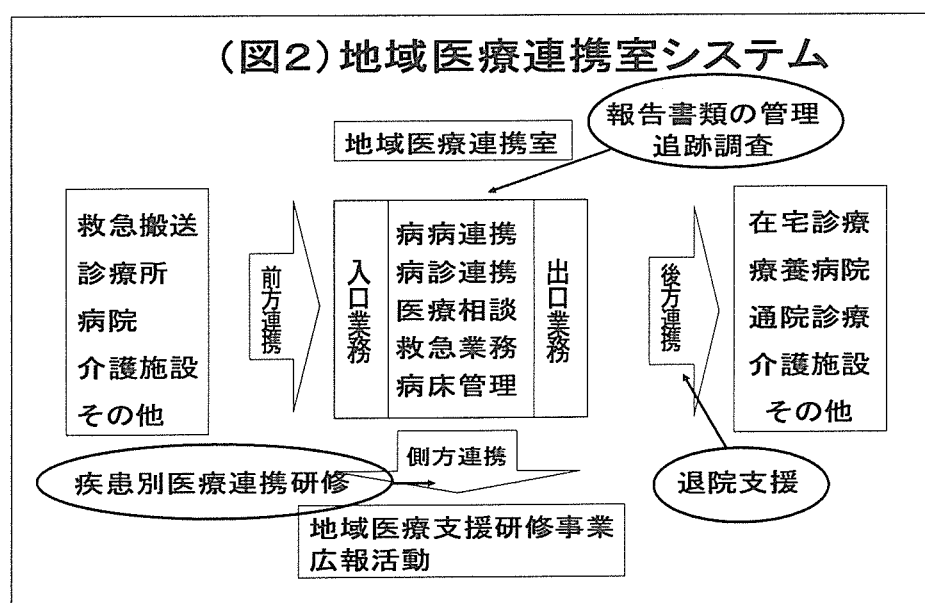
3. 公立学校共済組合九州中央病院における地域医療連携の取組み

平成12年1月に病診連携室（現 地域医療連携室）を設置し、副院長（内科医師）を室長に事務職員1名（兼任）の体制で連携業務を開始した。まず、診療科の紹介を中心に「病診連携のご案内」を作成し、地域の医療機関約1,000施設に発送し、当院の医療機能を知っていただくことから始めた。しかし、医療連携の取り組みが近隣の施設より遅れていたこと、紹介によるメリットが目に見えなかったこと、何より旧態依然とした体質から脱却できなかったことなどから、紹介率の向上、在院日数の短縮など経営改善の要因の向上には繋がらなかった。

こうした中で、平成14年4月、現病院長（杉町圭蔵）が就任し、長年赤字を計上

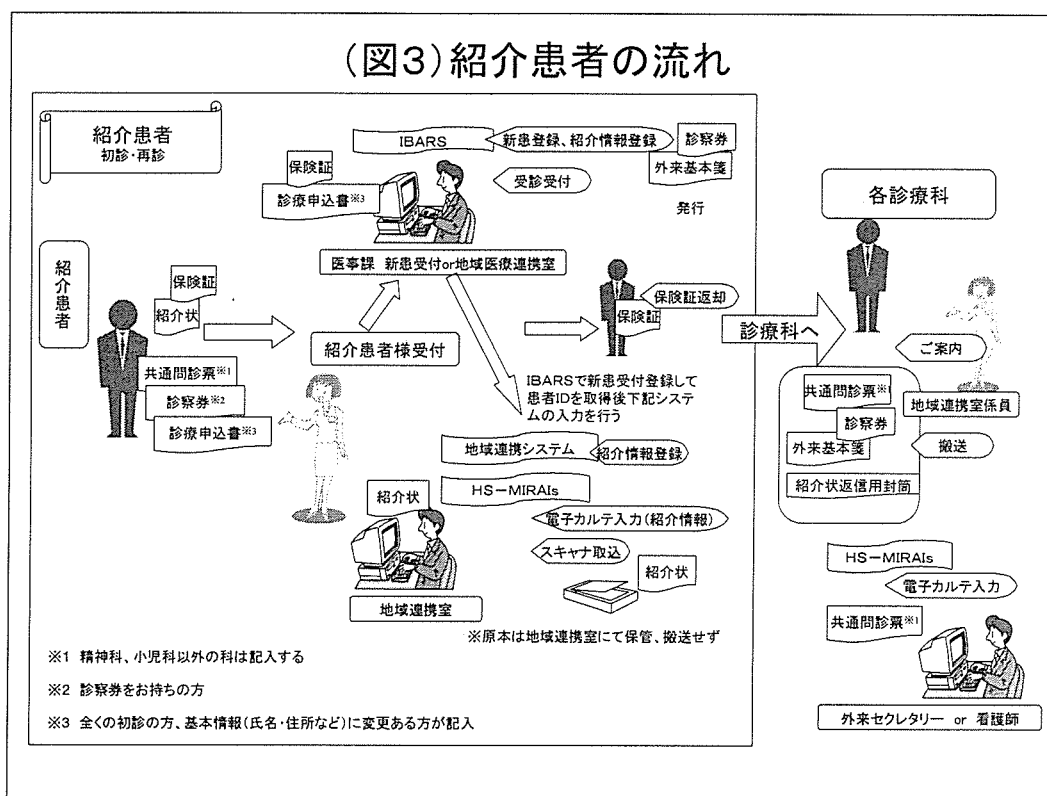
していた当院の経営改善の課題として、①診療体制の充実、②救急体制の整備、③地域医療連携の強化、の3つを掲げた。そして、強力なリーダーシップの下で地域医療連携の取組みを強化し、平成14年5月、室長（副院長・外科医師）と事務担当者2.5名（1名兼任）体制で地域医療推進室（現 地域医療連携室）が新たにスタートした。さらに、平成18年1月、病院長直轄の組織とし、室長（副院長・外科医師）、事務担当者5名（2名兼任）、医療ソーシャルワーカー1名、専任看護師1名の体制で地域医療連携室として再強化した。

当院の地域医療連携室の業務は、大きく前方連携、側方連携、後方連携に分けられる（図2）。



（出典）木津 2003, 15 頁「今日の地域医療連携システム」を参照し、筆者作成。

前方連携は、診療所や病院等からの紹介患者の受け入れ、救急搬送患者の受け入れなど急性期の治療を必要とする患者のスムーズな受け入れと、紹介元への患者情報の報告などである。紹介患者専用受付を設置し、紹介患者来院時には、面接形式で受付を行い、診療科まで担当者が案内して直接看護師に引継ぎ、医師は可能な範囲で優先診療を行うという方針をとっている（図3）。



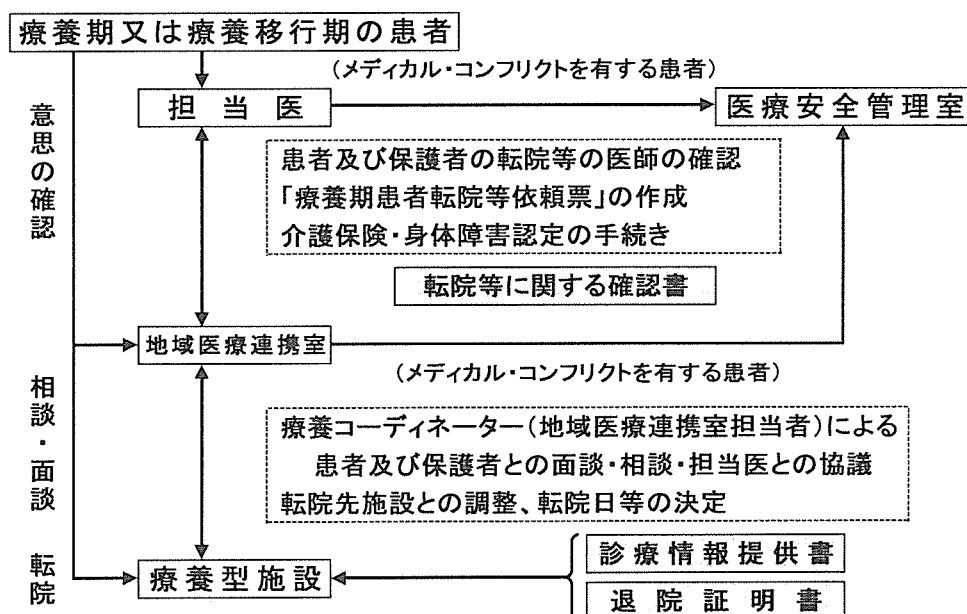
(出典) 当院資料による。

側方連携は、疾患別医療連携の研修をはじめ、地域医療支援研修事業の開催、サポートならびに広報活動と位置づけられている。

後方連携は退院支援業務と相談業務を担っている。退院支援業務は、地域医療機関の紹介、転院の調整、在宅療養の環境整備、福祉サービス・受け入れ施設等との連絡調整などである。相談業務は社会福祉制度や医療保険制度に関する相談等を担当している。平成 17 年度の退院支援業務は事務担当者（診療情報管理士）が、相談業務は医療ソーシャルワーカー（MSW）が主に担当した。

基本的な療養期患者の転院などの流れは、担当医が患者および家族の意思を確認し、十分なインフォームドコンセントを行ったのち、電話や「転院等に関する確認書」等で地域医療連携室に連絡をし、地域医療連携室の担当者が患者および家族と面談を行い、転院先施設の候補をあげ、転院先施設との調整を行う。メディカルコンフリクトを有する患者は医療安全管理室が対応することとなっている（図4）。

(図4)療養期患者の転院等の流れ



(出典) 当院資料による。

当院では、平成 18 年から地域医療連携室に看護師を配置し、転院のみならず在宅への支援にも力を入れている。

後方連携病院の確保のために、脳外科、脳神経内科、整形外科の医師と事務担当で近隣の回復期リハビリテーション病棟等を有する医療機関を訪問し、病院機能の把握、情報の収集、担当医間・連携担当者間での打ち合わせを行い、顔のみえる緊密な連携体制を築いている。

平成 17 年度の入院患者から地域医療連携室で受けた相談件数を（表 3）に示す。転院が 480 件で全相談件数の 56.3%で、在宅医療の相談を含めると 513 件 60.2%を占めている。また、転院 480 件のうち、脳血管疾患が 75 件 15.6%、整形外科疾患が 173 件 36.0%を占めている。

(表3) 平成17年度地域医療連携室相談件数(入院患者)

	転院	在宅医療	経済的	介護保険	その他	計
平成17年 4月	42	3	18	8	12	83
平成17年 5月	35	3	12	2	8	60
平成17年 6月	35	2	14	4	13	68
平成17年 7月	33	3	8	5	16	65
平成17年 8月	35	2	11	4	7	59
平成17年 9月	34	3	7	6	9	59
平成17年10月	36	5	9	12	9	71
平成17年11月	32	3	10	9	10	64
平成17年12月	42	4	8	6	8	68
平成18年 1月	44	2	10	9	12	77
平成18年 2月	60	2	14	7	11	94
平成18年 3月	52	1	12	7	12	84
計	480	33	133	79	127	852

(出典) 当院の「医療相談記録」を基に筆者作成。

4. 医療連携の取り組みからみた病院経営管理

診療体制の充実を目的に、平成14年8月に歯科口腔外科、平成14年9月に脳神経外科、平成15年4月に乳腺外科と形成外科、平成16年4月に心療内科と救急部、平成16年5月に呼吸器内科、平成17年4月にリウマチ科を開設した。ただし、医師の確保については、現存する診療科の体制を見直し、医師全体の定員(52人)を増加させることなく実施した。

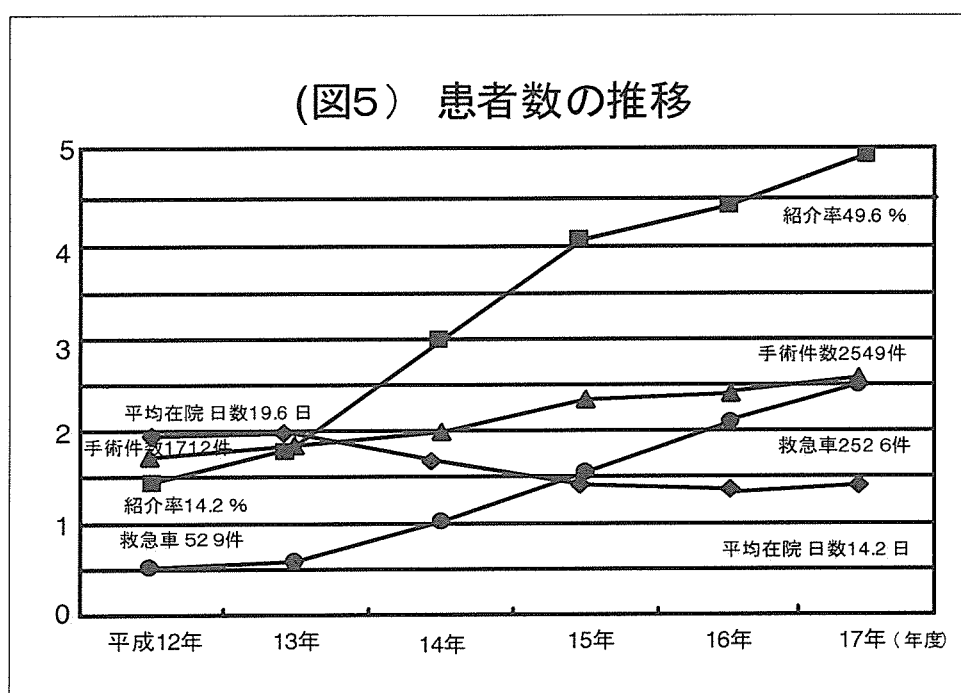
また、救急体制の整備として脳神経外科を開設したことに伴い、救急外来診療室の改築、救急部の設置、コ・メディカルの当直体制を整備した。

紹介率は平成12年度は14.2%であったものが年ごとに増加し、平成17年度は49.6%となった。平均在院日数は平成12年度は19.6日であったものが年ごとに短縮し、平成17年度は14.2日となった。救急搬送件数は平成12年度の529件が年ごとに増加し、平成17年度は2,526件となった。手術件数は平成12年度1,712件が年ごとに増加し、平成17年度は2,549件となった(表4)(図5)。

(表4) 経営改善の成果

	平成12年度	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
紹介率(%)	14.2	18.1	29.6	40.9	44.7	49.6
平均在院日数(日)	19.6	19.8	16.9	14.3	13.8	14.2
救急車搬送件数(台)	529	598	1,025	1,552	2,100	2,526
入院患者数(人)	4,845	4,873	5,822	6,842	7,583	7,595

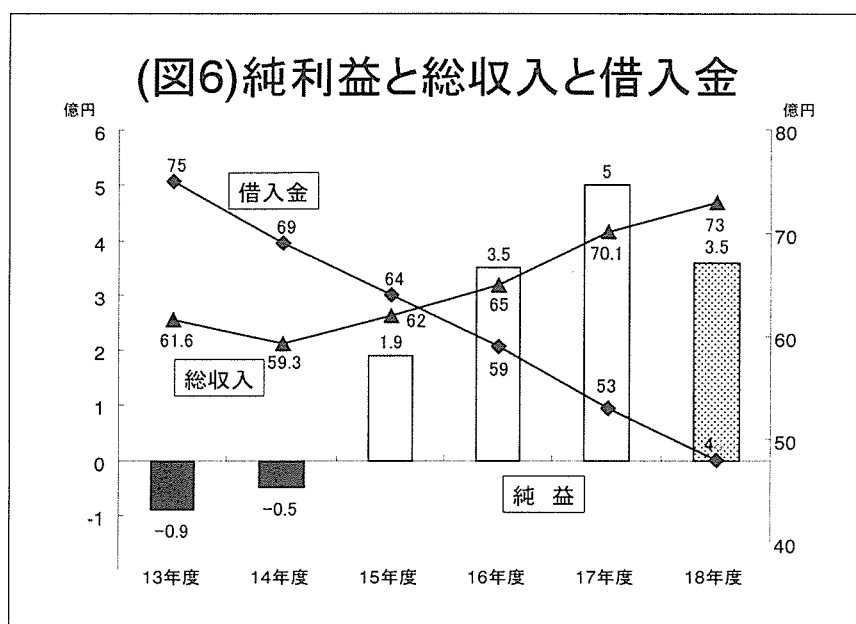
(出典) 当院資料による。



(出典) 当院資料による。

地域医療連携の強化は、入院患者の増加などにより経営改善のための収入増に直接繋がるものであるが、医療連携のために実施した診療体制の整備、特色のある診療科の充実を図ったことが、手術件数の増加などに繋がり、病院経営改善の大きな要因になったと考えられる。

総収入は平成12年度の61.6億円が平成17年度は70.1億となり、借入金残高は平成12年度の75億円が、平成17年度は53億円となった(図6)。



(出典) 当院資料による。

平成 18 年度においては、診療報酬改定率がマイナス 3.16%という厳しい改正の中で、地域医療支援病院の承認に伴い、DPC 対象病院における地域医療支援病院入院診療加算の病院機能評価係数 0.0294 がつき、病院経営管理上大きなプラス要因となった。

5 . 福岡県における地域医療連携の取組み

医療制度改革で病院の機能分化が進み、病院に入院しても、急性期での適切な治療後は、患者の病状や治療目的に適した病院等への転院や、在宅医療を受けるなど、継ぎ目のない医療の実践が求められている。

当院が位置する地域においては、次の 3 つの取組みが行われ、当院も参加している。

1) 「連携室の連携」(会長＝江頭省吾・済生会福岡総合病院地域医療連携室室長)

連携室事務担当者を中心に平成 15 年 11 月に発足した。医療機関、介護福祉などの施設が連携をとることを目的とし、①患者を中心としたネットワーク作り：急性期、慢性期、回復期、介護、福祉施設などの機関が連携をとり、自己完結的に取り組むのではなく、それぞれの得意な診療分野やサービス内容を相互補完的に連携をとりながら患者に質の高い効率的な医療サービスを提供すること、②連携室のレベルアップ：活動内容報告の研修会や情報交換することにより各施設の「連携室」のレベルアップを図ること、を理念としている。現在、97 施設が登録し、医療機関データベースを作成した。研修会を年 3 回開催し、研修会後の懇親会では、名刺交換、意見の交換が行われ、各施設の連携室のレベルアップと顔のみえる連携の一翼を担っている。

2) 「地域医療・介護連携協議会」(代表世話人＝安井久喬・国家公務員共済組合浜の町病院病院長)

福岡県全体を対象に 21 の基幹病院の病院長などが世話人となり、平成 17 年 1 月に発足した。

「急性期、慢性期における医療および介護が適正に地域住民に提供されるよう、教育研修を行い、参加者間における討議、研究において学問的、実務的向上を図り、地域医療の発展に寄与する。」を目的とし、「地域医療・介護コーディネータ養成講座」を開催することを会の活動としている。

コーディネータを養成する目的は、患者の橋渡し役として連携のミスマッチをなくし、地域の医療資源を最大に生かし、患者中心に情報を共有し、患者にとって良い医療の連携を目指すことにある。

養成講座は毎月 1 回計 12 回(表 5)開催され、県内 89 施設の地域医療連携室担当者、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、看護師などが出席した。

平成 18 年度は、地域完結型在宅ケア研究会等を開催している。

(表5) 地域医療・介護コーディネータ養成講座

第1回	17.4.23	患者・要介護者主体の地域医療・介護コーディネートを旨として
第2回	17.5.28	認知症患者のコーディネート
第3回	17.6.18	医療ネットワークの構築について
第4回	17.7.16	心疾患患者のコーディネート
第5回	17.8.20	脳血管障害患者のコーディネート
第6回	17.9.17	悪性腫瘍のコーディネート
第7回	17.10.15	介護保険法の改正とその対応
第8回	17.11.19	治験治療のコーディネート
第9回	17.12.17	臓器移植のコーディネート
第10回	18.1.21	呼吸器疾患のコーディネート
第11回	18.2.18	特殊疾患・神経難病のコーディネート
第12回	18.3.18	地域医療・介護コーディネート(総括)

3) 南区MSW情報連絡会

当院が位置する福岡市南区の療養型病院 4 施設で平成 12 年 1 月に発足した。現在、急性期病院 2 施設、療養型病院 6 施設の連携室担当者や医療ソーシャルワーカーが事

例提出などの情報交換を行っている。また、この連絡会において、福岡市近郊 48 施設の「病院紹介フォーマット」を作成し転院先の情報として活用している。

6. 地域医療連携室の現場からみた現在の医療連携の問題点

急性期病院の地域医療連携の担当者として、医療連携、特に転院業務にかかわっての現場の最大の課題は、患者の希望に添えないことが増加していることである。

患者や家族の大多数は、急性期の治療を受けた病院で、患者や家族が退院を希望するまでの入院継続を望んでいる。しかし、医療機関の機能分化、医療の効率性の要請、診療報酬制度上の要因などにより、患者や家族の希望をそのまま受け入れることは厳しい状況にある。

経済的に余裕のある患者や、家族の十分なサポートが期待できる患者は、比較的の患者や家族の希望に添った転院や施設入所、在宅などがスムーズに行える。しかし、現在の社会状況を反映して、経済的に余裕のない患者や、家族のサポートが期待できない患者は、希望に添った転院や施設入所、在宅などがスムーズに行なうことができないケースが多くみられる。

現場担当者からみた転院業務に関しての問題点としては、①患者、家族は病院の機能、形態について理解していないこと（理解できない）、②転院の説得に時間がかかること、③患者や家族が希望する地域に適切な病院が少ないこと、④長期療養が可能な病院が少ないこと、⑤情報収集のための営業活動が必要であること。⑥調整業務に時間が必要であること、などが挙げられる。

また、後方病院の受け入れ困難なケースとしては、①機能分化により、患者・家族が希望する病院に入れられないこと、②家族に問題がある患者は受け入れが困難であること、③支払状況により受け入れが困難であること、④痴呆患者の受け入れが困難であること、⑤精神疾患患者の受け入れが困難であること、などが挙げられる。

福岡県のように医療資源が多いなど医療環境に恵まれている状況においても、患者の希望に添った転院が厳しいケースが多く発生している。

7. 転院に際しての病院と患者の関わり

（表 6）のとおり「当院は退院患者の約 31.5%が悪性新生物であるが、平成 14 年 9 月の脳神経外科開設後、脳神経内科を含む脳血管疾患が平成 13 年度 54 件が、平成 17 年度 185 件と増加し、そのうち救急搬送は 85 件となっている。また、股関節および大腿の損傷は平成 13 年度 39 件が、平成 17 年度 104 件となっている。これらの疾患は、急性期の治療終了後も継続してリハビリテーション等が必要な割合が高い疾患である。

(表6) 退院患者疾患別患者数推移 (件)

	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度
感染症および寄生虫症	230	290	341	311	280
新生物	929	1140	1394	1562	2392
血液及び造血管の疾患並びに免疫機構の障害	27	27	17	32	28
内分泌、栄養及び代謝疾患	343	338	349	426	458
精神及び行動の障害	48	74	64	72	60
神経系の疾患	45	71	102	131	158
眼及び付属器の疾患	138	140	127	120	147
耳及び乳様突起の疾患	17	31	67	71	136
循環器系疾患	349	419	534	579	639
(脳血管疾患一再掲)	54	90	164	162	185
呼吸器疾患	612	755	833	957	1041
消化器系の疾患	576	668	746	737	774
皮膚及び皮下組織の疾患	67	102	135	122	102
筋骨格系および結合組織の疾患	305	327	306	322	449
尿路性器系の疾患	234	250	312	263	206
妊娠、分娩及び産褥	428	369	342	274	6
周産期に発生した病態	54	47	37	49	0
先天奇形、変形及び染色体異常	6	5	10	15	13
損傷、中毒及びその他の外因の影響	248	359	511	584	678
(股関節部及び大腿の損傷一再掲)	39	58	73	87	104
その他	227	387	627	914	30
退院患者総数	4883	5799	6854	7541	7597

(注)平成17年度のがん化学療法入院は新生物に含む

(出典) 当院「疾病別(病態)分類」を基に筆者作成。

医療連携、特に転院に際しての病院と患者のかかわり方に関して、いくつか事例を類型化して提示する。

①患者または家族が中心となり転院先を決定

- ・良好な事例：80代女性、大腿骨頸部骨折、リハビリテーション目的での転院

別居の娘が、娘宅近くの回復期リハビリテーション病棟をもつ病院を、医師、看護師、理学療法士の診療情報提供書持参で見学のうえ転院日時を決定。地域医療連携室担当者より転院先の担当者へ、情報の不足の有無の確認の電話をするも、十分であるとの返事であった。娘の援助や十分な診療情報提供により連携室の関与はほとんど不要なスムーズな転院となった。

- ・好ましくない事例：70代男性、胃がん、ターミナルケア目的での転院

家族があらかじめ了解をとっていた病院へ診療情報提供書を持参する。告知の有無も記載されていなく、診療情報が不備である旨のクレームあり。担当医が診療情報提供書を直接家族に渡したため、情報不足であること、看護師の診療情報提供書を持参させていなかったこと等を地域医療連携室で把握できなかった。

このパターンでは、患者や家族が既に転院や転院先を了承しているため、スムーズな転院となる。しかし、地域医療連携室の関与等がないため、不十分な情報での転院となる可能性があり、転院先で情報不足による問題が生じる危険性がある。しかし、診療情報の不備は、地域医療連携室で診療情報提供書等の確認を行うなどの体系的な対応である程度の解決は可能と考える。

②急性期病院の担当医が中心となり転院先を決定

- ・良好な事例：60代男性、脳梗塞、リハビリテーション目的での転院

担当医が病状により転院の候補を複数示し、その中で担当医が定期的に転院した患者を訪問し、病院間での症例検討会を開催している病院を紹介。家族が継続して急性期病院の担当医にも診に来てもらえることで、遠方にもかかわらず病院見学後転院が決定する。急性期病院の担当医による十分なインフォームドコンセントがなされていたため、家族の不安もなく、地域医療連携室担当者は情報の伝達と家族の面談の日程調整のみで問題なく転院となる。

- ・困難であった事例：70代男性、急性硬膜下血腫、脳挫傷、継続療養目的での転院

緊急硬膜下減圧開頭血腫除去術を行ったのち、鼻腔栄養で転院。転院後18日目に肺炎で当院に再入院となる。再入院後症状安定し療養型の病院へ転院を勧めるも、以前の病院に戻ることを家族が拒否。他の2箇所の病院を家族が見学に行くが、転院後の症状悪化を懸念し他院への転院を拒否する。療養期への移行が可能と思われるが、担当医が家族の意見を尊重し、当院へ再入院後1年6ヶ月後に死亡退院となる。

このパターンでは医師が地域の医療機関の情報を把握しておく必要がある。当院の脳外科医・脳神経内科医は、患者にとっての転院の重要性を認識し、直接医療機関を連携室担当者とともに見学して、病院の機能を把握している。そのため、直接、患者や家族との面談で転院先を決め、事務的な業務を地域医療連携室担当が担うことでスムーズな転院となっている。しかし、医師が全員、診療科に関連する施設を見学して、機能を把握するということは現実的に厳しいため、当院では地域の医療機関の機能等の把握を地域医療連携室で担当している。地域医療連携室の担当者が主治医からの転院先の候補依頼に対して、的確に答えられる情報を持つておくことが重要であると考えられる。また、転院先の医療設備など家族への十分なインフォームドコンセントにもかかわらず、療養型病院への転院後に症状の悪化などにより当院へ再入院後の、療養型病院への転院に対する患者や家族の受け入れが困難となる事例も少なからずみられる。

③紹介医（家庭医）が介入して転院先を決定

- ・良好な事例：70代女性、パーキンソン病、療養目的での転院

家族が、自宅での介護は不安とのことで長期療養が可能な病院への転院を希望。紹介医（家庭医）に相談のうえ、紹介医（家庭医）が登録医となっている病院へ紹介。患者および家族も、転院先で登録医としての紹介医（家庭医）に診にきてもらえること、在宅に向けての相談もできることなどから転院相談開始から4日後に転院となる。

- ・困難であった事例：80代女性、パーキンソン病、療養目的での転院

家族が、自宅での介護は不可能とのことで長期療養が可能な病院への転院を希望。一旦転院先が決まっていたが、紹介医（家庭医）の意向でキャンセルとなる。療養病棟は包括医療のため、多種類の投薬が必要であることを理由に、3箇所の病院で受け入れを拒否される。日頃、連携を積極的に行っている病院が2カ月の期限限定で受け入れ、その後、転院先の系列のグループホームに入所の予定で、転院相談開始から25日後に転院となる。

このパターンでは、当院に紹介されて入院されるまでの患者と紹介医（家庭医）との関係が重要となってくる。特に、高齢者の患者では、紹介医である家庭医に病気の診察だけでなく生活全般を相談しているケースがみられる。当院では、紹介患者の転院に際しては、紹介医（家庭医）に事前に連絡をとり相談するように心がけている。それにより、紹介医（家庭医）が患者や家族と相談し転院の手配までと進むケースもみられる。また、当院に登録医として入院中の患者を訪問し、患者の状態を把握して、患者と紹介医（家庭医）との良好な関係が築かれている場合には、転院ではなく直接在宅への退院となるケースもみられる。そのため、当院では紹介患者の退院（死亡退院含む）に関しては、紹介医（家庭医）への早急な連絡システムをとっている。

④地域医療連携室担当者が中心となり転院先を決定

- ・良好な事例：70代女性、誤嚥性肺炎、療養目的での転院

他の二次保健医療圏にある娘宅近くの病院での療養を希望。「連携室の連携」のデータベースを利用して転院先を検討。医師の診療情報提供書と連携室担当者間の情報のやりとりで転院が決定。

- ・困難であった事例：70代男性、糖尿病、一人暮らしのため長期療養目的での転院

担当医との話し合いで転院を納得できていない状態で地域医療連携室に連絡がある。転院相談の際、担当医への不満を言われ、今回の入院に伴う疾患以外の治療を希望され、当院での長期入院治療を強く望まれる。別疾患による診療科の検査にて異常なく、転院相談を行うも、再度、別疾患の担当医の不満を言われ、他疾患の治療を希望される。

このパターンでは、患者などが転院に納得している状態では、広域での転院も地域医療連携室の担当者のネットワークでスムーズな転院となる。しかし、患者などが担

当医の説明不足などで転院を納得していない状態では、患者や家族の当院や担当医に対する不満等を聞くことから始まり、患者や家族との面談に多くの時間が必要となる。また、患者の状態や家族の状況を調査する時間も必要となる。さらに、患者や家族の問題等で転院先が決まるまでに時間を要することも多い。効率の良い転院を行うには、担当医が十分なインフォームドコンセントを行ったうえで、地域医療連携室の担当者に引き継ぐことが重要と考える。また、地域医療連携室の担当者は担当医との十分な情報の共有により、患者にとっての的確な機能の病院を選択することが重要で、地域医療連携室担当者と患者や家族との相談だけの転院は避けなければならないと考える。当院では、各医療機関からとりよせたパンフレット等をファイルにして閲覧できるようにしており、福岡県における各種の連携の取り組みによるネットワークも積極的に活用している。また、地域医療連携室でインターネットにて病院情報を紹介できる環境を整えている。

8. 地域医療連携室の現場からみた医療連携の今後の課題

平成 18 年 6 月の医療法改正により、医療の基本理念の一つとして、「病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き医療を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。(1 条の 4 第 4 項)」という規定が創設された。

当院は、この医療法改正以前より、「自己完結型医療から地域完結型医療へ」を実現するために、また経営上の観点もからも、連携の強化を進めてきたが、医療法改正で病院の責務として明文化されたことは大きな意義である。

急性期病院は疾患的に対応可能であれば、患者の社会状況にかかわらず受け入れが前提となるが、療養型病院は医療制度上、診療報酬制度上、また、病棟運営上、受け入れる患者を限定しなければならないようになってきている。

平成 18 年 4 月の診療報酬改定による転院受け入れの変化として、①回復期リハビリテーション病棟の入院日数は、発症から 180 日を限度と決められていたが、リハビリテーションを要する状態により 60 日~180 日を限度となったため、発症から日数が経過している患者さんの受け入れが厳しくなったこと、②入院の見込み期間や今後の方向性などを以前より詳しく聞かれるようになり、在宅復帰や施設入所などの方向性が見えない患者の受け入れが厳しくなったこと、③平成 24 年 3 月での介護療養型医療施設の廃止に向けて、介護保険適用の病床を変更する施設がでてきており、介護目的の患者の受け入れが厳しくなったこと、④医療の必要性の区分の導入により医療の必要性の低い患者について診療報酬の評価引き下げとなり、長期療養目的として対応できていた病院がこれまでのような受け入れが厳しくなったこと、⑤リハビリの区分が新たに 4 つの疾患別リハビリテーション料が設定され、各々に施設基準があるため

に、呼吸器リハビリ等が対応できない病院がでてきて、有料老人ホームを紹介したケースがあったこと、などが挙げられる。また、平成 18 年 10 月から医療の療養型に新設された入院時生活療養費について、療養病棟への転院の際に、転院先への確認、料金について説明などが必要となった。

地域医療連携の担当者は、患者を適切な医療機関等へ連携を行うには、各医療機関の機能などの情報だけでなく、医療制度、診療報酬制度、福祉サービスなども熟知しておく必要がある。

医療法改正によって「病院または診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない。(6条の4第3項)」と規定された。これは管理者の義務とされているが、医師、看護師、理学療法士など医療スタッフも、患者が退院や転院するときは、継続療養を行ううえでの十分な情報伝達が必要であるとの努力義務であると受けとめている。地域医療連携室担当者は、それらの情報を効率的かつ的確に伝達、活用する院内と院外をつなぐ潤滑油としての役割を担っていかなければならないと考える。

9. まとめ

筆者が連携業務にかかわった中で、理想的な地域医療連携は、島崎(2006)が述べるように、「家庭医」が必要に応じて患者の病状などに合った専門医を紹介したり、介護・福祉サービスのコーディネートも行う患者の代理人として役割を担って、急性期病院の担当医とともに、在宅退院や転院の介入支援を行うことと考える。しかし、現時点では対応可能な「家庭医」も、対象となる患者も、一部に限定されると思われるため、教育制度、診療報酬の適切な評価などの整備が重要であると考え。「家庭医」の積極的な関与により、国が療養病床再編成に伴う医療法施行規則の見直しで推し進めている、医療の必要性の低い患者についての在宅での生活も可能となると考える。

また、地域の医療体制のネットワークも重要である。医療法改正(平成 18 年)において、階層型構造からネットワーク型構造への転換を図りつつ医療機能の分化・連携を推進することが盛り込まれ、新しい医療計画の考え方として、(1)患者を中心として医療計画を構築すること、(2)主要な事業ごと(脳卒中、がん、小児救急医療等)に柔軟な医療連携体制を構築すること、(3)病院の規模でない医療機能を重視した医療連携体制とすること、となっている。

当院では、急性期病院と回復期リハビリテーション病棟をもつ病院との連携を目的に、平成 19 年 1 月に「地域医療連携の会」を立ち上げたが、初会合には 14 施設 57 名の参加があり、大腿骨頸部骨折の地域医療連携パスの作成にとりかかった。今後、疾患別地域医療連携のコミュニティーづくりの窓口となり、地域医療支援病院としての使命をはたすべく、サポートの要として地域医療連携室の体制を整備していきたい

と考えている。

最後になるが、現在のシステムの中で、できるだけ患者や家族の希望に添えるような形で、良好な医療連携を心がけていきたいと思うが、地域医療連携は地域におけるシステムや院内におけるシステムが構築できても、連携を担うのは「人」であり、院内・院外ともに、互いをよく知ることが重要と考える。また、患者の方々にも患者としての権利とともに義務もあることを理解してほしいと考えているが、現在の医療制度や診療報酬制度が、患者のみならず医療従事者にとってもわかりにくくなっていることも申し添えておきたい。医療制度のあり方は国民の選択に帰するとすれば、国は、政策の基本方針をはじめ医療制度、診療報酬制度などを国民にわかりやすく説明する義務もあると考える。

参考文献

1. 福岡県保健医療計画（平成 14 年 3 月）、福岡県保健福祉部医療指導課
2. 島崎謙治（2007）「医師と患者の関係」『社会保険旬報』2296号,12-18頁
島崎謙治（2007）「医師と患者の関係」『社会保険旬報』2297号,18-29頁
島崎謙治（2007）「医師と患者の関係」『社会保険旬報』2298号,14-20頁
3. 塩塚康子（2007）「医療連携の取り組みからみた病院経営管理」『医療マネジメント学会雑誌』17巻2号,340-343頁
4. 木津 稔（2003）『医療連携のかなめ 地域医療支援病院』じほう
5. 武藤正樹（2004）『地域医療支援病院と医療連携のありかた』じほう
6. 片山 壽（2005）「患者本位のシステムとしての地域医療連携と在宅医療」『治療』87巻5号,1693-1701頁
7. 医療制度改革大綱（平成 17 年 12 月 1 日）、政府・与党医療改革協議会
8. 荘村多加志（2007）『第五次改正医療法』中央法規出版

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究者報告書

⑪ 住民の医療ニーズと医師の意識調査からみた

最適な医療提供体制の在り方に関する研究

分担研究者 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所室長

（平成 18 年度実施）

研究要旨

医療費適正化、患者中心の医療提供が推進される中、医療政策の評価基準（医療の質、アクセス、効率性）のバランスに配慮しながら、住民の医療ニーズに出来るだけ応えていくための最適な医療提供体制を如何に構築するかが、医療関係者にとって喫迫の課題となっている。

さて、本課題に対する解決策を検討するためには、まず、医療サービスを受給する側である住民の医療ニーズ、ならびに医療サービス提供者側である医師の意識に関する実態を把握しておく必要がある。

そこで、今回、兵庫県但馬地域の住民および医師（勤務医および開業医）を対象としたアンケート調査を実施した。これら検証を通じて、今後の地域における最適な医療提供体制の在り方に関する貴重な示唆を得ることが、本稿の目的である。

今回の調査から、①診療所医師に対し、住民・患者は適切な接遇や専門機関への適切な紹介を求めていること ②治療法決定過程や医師・患者関係に対し、住民・患者が抱く理想と現状評価間には差がある一方、医師が抱く理想と現状評価は類似していること（互いの認識にギャップが存在すること） ③搬送先医療機関まで 30 分以上かかる地域の住民は救急アクセスに対し不安を強く抱いていること ④中小規模の病院勤務医の約 4 割は専門性維持に対し強い不安感を抱いていること ⑤開業医の 24 時間対応が困難な理由として、体力的な問題や一人対応の困難さなどがあること がわかった。

質の高い医療サービスを提供するためには、効率化を重視し過ぎるのではなく、医療従事者に対し、有する専門性をより発揮しやすい環境整備を進める一方で、住民・患者のニーズに応じた医療提供方法への転換・改善を促す仕組み（接遇改善のための研修、複数医診療体制の構築支援など）を導入するなど、医療従事者の倫理観に配慮した上での総合的施策の展開が重要である。

A. 研究目的

医療サービスを受給する側である住民の医療ニーズ、ならびに医療サービス提供者側である医師の意識に関する実態把握を通じて、今後の地域における最適な医療提供体制の在り方に関する貴重な示唆を得ること。

B. 研究方法

①20歳以上の住民を対象としたアンケート調査 ②病院勤務医及び開業医を対象としたアンケート調査 をもとに、住民の医療ニーズ及び（住民側の医師や医療への期待）、ならびに医師の意識（専門性確保に対する不安感、医師からみた医師・患者関係の在り方、病院内の専門医と総合診療医間の役割分担、開業医の在宅医療や 24 時間対応への関与に対する意識など）の実態を調査した。

（倫理面への配慮）

本調査の趣旨やデータ公表に関する留意点を記載した首長名の文書を添付し、調査への協力を依頼する形とした。なお、住民アンケート対象者抽出は、各市町担当者が実施した。

C. 研究結果

今回の調査から、①診療所医師に対し、住民・患者は適切な接遇や専門機関への適切な紹介を求めていること ②治療法決定過程や医師・患者関係に対し、住民・患者が抱く理想と現状評価間には差がある一方、医師が抱く理想と現状評価は類似していること（互いの認識にギャップが存在すること） ③搬送

先医療機関まで 30 分以上かかる地域の住民は救急アクセスに対し不安を強く抱いていること ④中小規模の病院勤務医の約 4 割は専門性維持に対し強い不安感を抱いていること ⑤開業医の 24 時間対応が困難な理由として、体力的な問題や一人対応の困難さなどがあることがわかった。

D. 考察および E. 結論

質の高い医療サービスを提供するためには、効率化を重視し過ぎるのではなく、医療従事者に対し、有する専門性をより発揮しやすい環境整備を進める一方で、住民・患者のニーズに応じた医療提供方法への転換・改善を促す仕組み（接遇改善のための研修、複数医診療体制の構築支援など）を導入するなど、医療従事者の倫理観に配慮した上での総合的施策の展開が重要である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

- 1.特許取得 : なし
- 2.実用新案登録 : なし
- 3.その他 : なし

[この研究は、平成 18 年度に行った研究である。]

第 11 章 住民の医療ニーズと医師の意識調査から みた最適な医療提供体制の在り方に関する研究

川越雅弘（国立社会保障・人口問題研究所）

I 目的

近年、医療提供の効率化、平均在院日数の短縮化による医療費適正化の観点から、医療機能の分化と連携、医療と介護の機能分担と連携の推進が強く謳われている¹⁾。また、患者中心の医療の提供の推進という観点から、医療計画の考え方も、従来の階層型構造の医療提供体制から、住民・患者の視点に立った医療連携体制へと転換する方向にある²⁾。こうした状況下、地域医療を支える実地医家には、患者・家族との関係性を重要視した上で、多職種協働のもと、包括的・継続的な医療・介護サービスを提供することが強く求められている³⁻⁵⁾。

ところで、医療政策の評価基準としては、①医療の質（quality） ②医療アクセスの公平性（equity） ③医療の効率性（efficiency） が挙げられるが⁶⁾、これらを同時に高めることは実質不可能に近い。例えば、政策的に医療の効率性を重視し過ぎると、患者の医療アクセスが阻害されたり、医療従事者の意欲やモラルの低下、人材の流動化が生じ、結果として所属医療機関や地域における医療の質が低下したりする可能性がある。これら三基準のバランスに配慮しながら、住民の医療ニーズに出来るだけ応えていくための最適な医療提供体制を如何に構築するかが、医療関係者にとって喫迫の課題となっている。

さて、本課題に対する解決策を検討するためには、まず、医療サービスを受給する側である住民の医療ニーズ（住民側の医師や医療への期待）、ならびに医療サービス提供者側である医師の意識（専門性確保に対する不安感、医師からみた医師・患者関係の在り方、病院内の専門医と総合診療医間の役割分担、開業医の在宅医療や24時間対応への関与に対する意識など）に関する実態を把握しておく必要がある。

そこで、今回、地域住民および医師（勤務医および開業医）を対象としたアンケート調査を実施した。これら検証を通じて、今後の地域における最適な医療提供体制の在り方に関する貴重な示唆を得ることが、本研究の目的である。

II 対象および方法

1. 調査対象地域の概要

兵庫県但馬地域（3市2町）は、県内北部に位置し、東は京都府、西は鳥取県に隣接、東西・南北方向はそれぞれ約60kmにわたり、面積は兵庫県全体の1/4（東京都の総面積に匹敵）を占める広大な地域である。人口は年々減少傾向にあり、2005年10月現在、191,200人となっている。

また、2004年時点の医療機関数は、病院14（うち公立9）、診療所133、医師数は336人で、人口10万対医師数（172.4）は全国（211.7）を大幅に下回っている。

2. 住民アンケート調査

1) 対象者

但馬地域に居住している 20 歳以上のうち、市町別性別年齢階級別に任意抽出された合計 1,589 人（抽出率：1%）を調査対象とした。

2) 調査内容

今回の調査では、医師や医療機関に対する医療ニーズを把握するため、現在の医療受給状況（受診の有無、受診先、受診回数など）に加え、医療機関の選択基準、医師の患者に対する接遇に関するプロセス／アウトカム評価、セカンド・オピニオンへの希望の有無、医療機関へのアクセスの実態（救急含む）などに関する項目を設定した。

3) 調査方法および調査時期

今回の調査では、自己記入式質問紙による郵送調査法を用いた。実施に際し、アンケート用紙に、本調査の趣旨やデータ公表に関する留意点を記載した首長名の文書を添付し、調査への協力を依頼する形とした。対象者の抽出は、各市町の職員が実施した。有効回答数は 802 人（回収率：50.5%）、調査時期は 2006 年 10 月 6 日～16 日であった。なお、未回答者が何故回答しなかったかの理由については調査していない。

3. 医師アンケート調査

1) 対象者

一般・療養病床を有する 12 病院のうち 9 病院が公的病院である但馬地域の、公的病院勤務医 161 人および開業医 131 人の合計 292 人を調査対象とした。

2) 調査内容

今回の調査では、診療における医師と患者の関係性などに対する医師の意識を把握するため、医師の勤務実態（勤務時間、当直回数、学会への参加状況など）に加え、診療における医師患者関係（情報の共有、治療方針の決定方法など）、病院内の専門医と総合診療医の役割分担、在宅医療や 24 時間対応への関与に対する意識などに関する項目を設定した。

3) 調査方法および調査時期

公的医療機関の勤務医調査では、各医療機関長宛に、また、開業医調査では、各地区医師会長宛に、本調査の趣旨やデータ公表に関する留意点を記載した首長名の文書を添付し、調査への協力を依頼し、各医療機関長ならびに医師会長から所属医師に自己記入式質問紙を配布して頂く形とした。有効回答数は、公的病院勤務医 84 人（回収率：52.2%）、開業医 64 人（回収率：48.9%）、調査時期は 2006 年 10 月初旬～16 日であった。なお、未回答者が何故回答しなかったかの理由については調査していない。

なお、両アンケートの統計解析には SPSS Ver.11.5 を用い、統計学的有意水準は危険率 5%未満とした。