

# 一段と重要性を増す「地域医療」の視点

## －医療機関を取り巻く環境と病診連携の先進事例－

信金中央金庫 地域・中小企業研究所上席主任研究員

鉢嶺 実

信金中央金庫 地域・中小企業研究所研究員

吉田 智哉

(キーワード) 地域医療、医療機関、病院、診療所、病診連携、地域包括ケア

(視 点)

信用金庫業界全体の貸出残高が伸び悩む中、医療・介護向け融資の残高は増勢を続けている。2013年8月発行の産業企業情報25-5「市場拡大が見込まれる医療・介護業界の特徴と動向－留意点と対応強化を図る信用金庫の取組み－」では、医療・介護業界全体を概観するとともに、信用金庫の取組みを紹介した。

それに続く本稿では、公的医療保険制度や医療提供体制の現状、わが国の医療政策の動向を概観したうえで、今後求められる「地域医療」の視点に立ち、医療機関同士の連携を進める静岡市静岡医師会の取組みも紹介する。

(要 旨)

- わが国の医療費は一貫して増加しており、高齢化が進む中で公的医療保険制度の将来的な持続可能性が問われている。こうした状況下で、診療報酬も厳しい改定が続いているが、2014年4月改定については、プラス0.1%で決着し、かろうじてマイナス改定は回避されている。
- 医療の提供体制に目を向けると、病院や有床診療所が徐々に減少する一方で無床診療所が増加している。もともと日本においては病床あたりの医師数が他の先進国よりも少なく、労働環境も厳しい。そうした中で医師不足により地域の中核病院においてもある特定の診療科を閉鎖せざるを得ない状況が発生しており、医療資源の偏在・不足への対応が求められている。
- 限りある医療資源を最大限に活用しながら、適切な医療サービスの提供体制を維持していくうえでは、地域における医療機関の連携が欠かせない。こうしたなかで、2013年8月にまとめられた社会保障制度改革国民会議においては、医療機関の機能分化等の必要性が説かれており、今後の医療政策においてさらに重要な考え方となっていくものとみられる。
- 地域で患者を支える取組みとして、静岡市静岡医師会では早くから診療所間連携や病診連携の取組みを進めている。病診連携の大きな特徴として病院・診療所双方の「2人主治医体制」をとっており、医師間の信頼関係構築や患者の啓もうを図りながら、医師会主導でうまく連携を機能させている。

## はじめに

わが国において高齢化が進むなか、医療・介護業界への注目が集まっている。中小企業の資金需要の低調な状態が続く中で、今後も需要の増大が見込まれ、成長が期待できる数少ない分野として、信用金庫をはじめとした各金融機関においても、同業界との取引推進等の取組みを強化する動きが広がっている。

その一方で、わが国における社会保障制度にかかる費用は年々増加しており、その一部を負担する国・地方自治体の負担も増大しているという状況にあり、今後高齢化が進む中での持続可能な仕組みづくりも急務となっている。

本稿では、医療分野を重点的に取り上げ、特に医療提供体制の面から業界の動向をみた

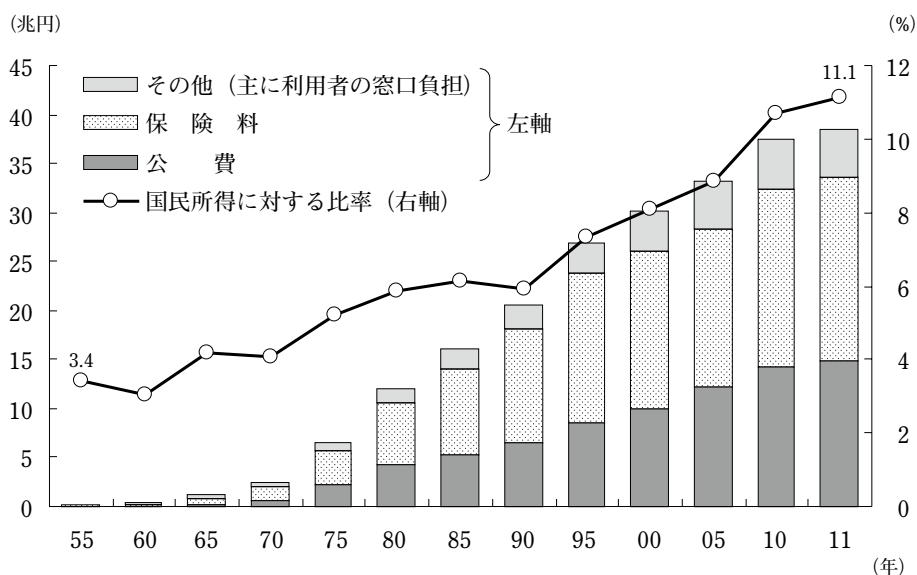
のち、医療の提供体制を維持していくための視点として注目される「地域医療」について、地域における医療機関連携の先進事例を取り上げながら重要性を確認していく。

## 1. 持続可能性が問われるわが国の医療提供体制

### (1) 厳しさを増す医療費の現状

わが国における医療サービスにおいては、行政あるいは公的医療保険が果たす役割が大きい。主に農業従事者や自営業者などが加入する国民健康保険(国保)<sup>(注)1</sup>、被用者が加入する健康保険(社保)<sup>(注)2</sup>といった、公的医療保険制度に基づいて提供されており、1961年に全ての市町村に国民健康保険の設立が義務付けられて以降、国民皆保険が実現している。医療費は主に、被保険者が納める保険

図表1 国民医療費の推移(1955年～)



(備考) 厚生労働省『国民医療費』より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

(注)1. 主に市町村等を保険者とし、被用者保険に加入していない自営業者、農業従事者、退職者、無職者等を被保険者とする公的医療保険

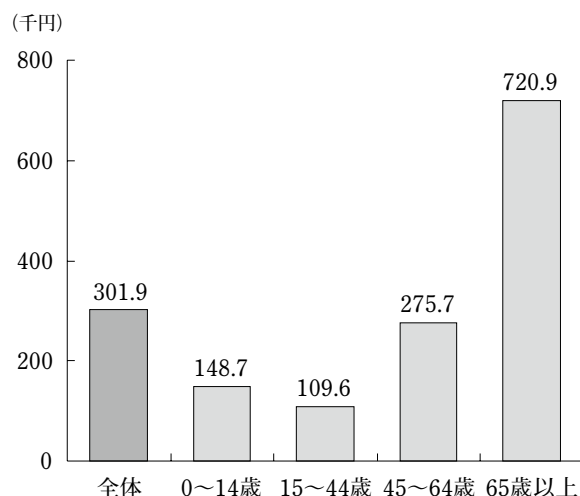
2. 主に民間企業の被用者を被保険者とする公的医療保険であり、協会けんぽ、健保組合などがある。

料、国、自治体が負担する公費、医療サービスを受ける際の窓口負担から構成され、人口構造や保険者の費用負担能力の変化に合わせて、給付と負担のバランスを模索しながら現在に至っている。

1955年以降の国民医療費<sup>(注)3</sup>の推移をみると、これまでほぼ一貫して増加傾向にあり、11年時点で38.6兆円と、国民所得の10%を超える水準となっている(図表1)。財源別にみると、90年代後半以降では特に公費負担の増加が顕著となっている。こうした背景には、患者の窓口負担が1割であり公費負担の割合が大きい**後期高齢者医療制度**にかかる医療費の増加などが考えられる。また、単に費用が増加しているだけでなく、国民所得に対する医療費の比率も、高度成長期後の低成長となった70年代後半から80年代前半にはすでに緩やかな上昇がみられる。その後はバブル期に一時的な比率の低下がみられるものの、バブル崩壊以降の低成長が続くなかで、国民所得の増加ペースが鈍化した結果、高齢化の進行もあって国民医療費の所得に対する比率も顕著に上昇している。

また、国民1人あたりの医療費を年齢階層別にみると、65歳以上の高齢者にかかる費用は、全世代平均の2倍以上と、突出して高額になっている(図表2)。わが国では、生産年齢人口(15~64歳)の減少と高齢者人口の増加が同時に進行しており、高齢者の増加は今後もしばらく続く見込みである。需要の増加にとも

図表2 年齢階層別1人あたり医療費(2011年)



(備考) 厚生労働省『国民医療費』より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

なって成長分野との呼び声が高まる医療業界であるが、医療費の増加にともなって国および自治体による公費負担も増加しているほか、被保険者が納める保険料率も徐々に上昇している。この他にも、市町村が運営する国民健康保険のうち47.7%は実質収支の赤字に陥っている<sup>(注)4</sup>など、公的医療保険制度の将来的な持続可能性が問われる状況となっている。

こうした現状を背景に、医療サービスの公定価格である診療報酬についても、医療機関にとって厳しい改定が続いている。医療機関の医業収入の大半を占める診療報酬は、2年ごとに改定される。診療報酬の改定は、予算編成過程を通じて主に厚生労働省と財務省の折衝で決定した総額の改定率を前提としながら、社会保障審議会の医療保険部会および医療部会において策定された「基本方針」に基

(注)3. 1年間に日本で医療のために支出される費用の総額のこと。公費負担を含んだ保険給付費、生活保護などの公費負担医療費、窓口の自己負担を足したもの

4. 厚生労働省「平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況=速報=」を参照

づき、中央社会保険医療協議会(中医協)<sup>(注)5</sup>において、個別の医療サービスに関して具体的な診療報酬点数の設定等について審議されたうえで実施される。ここで個別の医療サービスの報酬を加減することで、医療機関において提供される医療を政策的に誘導する側面ももつ。

近年の診療報酬の改定率をみると、2002年に診療本体部分(医療行為の技術料に相当する部分)がはじめてマイナス改定となったほか、構造改革を進める小泉政権下の06年には全体で過去最大のマイナス改定となっているなど、医療機関にとっては厳しい改定が続いてきた(図表3)。一方、薬価・材料部分については、一貫してマイナス改定が続いているが、医療機関が実際に仕入れる価格と公的医療保険で示されている薬価基準との差額(薬価差益)の縮小が、診療報酬改定の度に図られているた

めである。直近2012年の診療報酬改定では、本体部分の引上げと薬価・材料部分の引下げのネット(差引き)ではわずかに0.004%のプラス改定となっていた。消費税率引上げと同じタイミングで実施される2014年4月の改定については、増税による医療機関の仕入コスト増加分の扱いや、国民の窓口負担増加の是非などを巡って議論が行われた結果、全体で0.1%のプラス改定とすることで決着している。

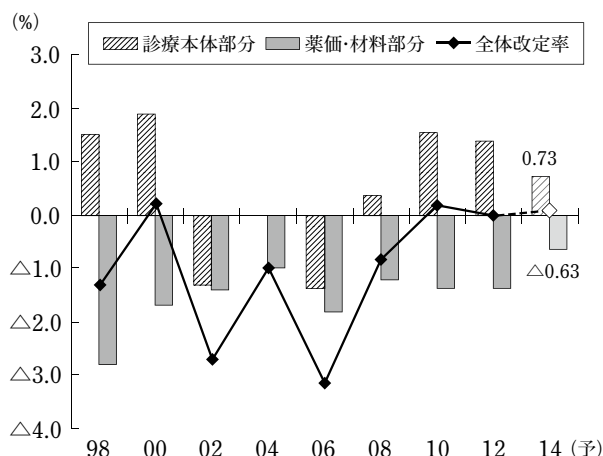
このように、高齢化の進行で医療ニーズが高まる中で、総医療費を抑制していかなければならないという厳しい現状が、診療報酬にも表れている。

## (2) 医療資源の不足と偏在

前節では、主に公的医療保険にかかる財源の面からわが国の医療の現状を確認した。続く本節では、実際に地域で医療を提供している医療機関および医師の現状をみることで、医療提供体制の課題を浮彫りにしていく。

まず、病院(入院のための病床を20床以上もつ医療機関)の数をみると、1990年に10,000施設あまりとなったのをピークに、近年は減少が続いている(図表4)。病院減少の原因の一つとして、高度な医療機器を導入したり、多くの人員を確保したりしなければならない状況にあるにもかかわらず、厳しい報酬改定が続くなかで計画通りの収入を得られず経営難に陥り廃業してしまっているケースなどが考えられる。

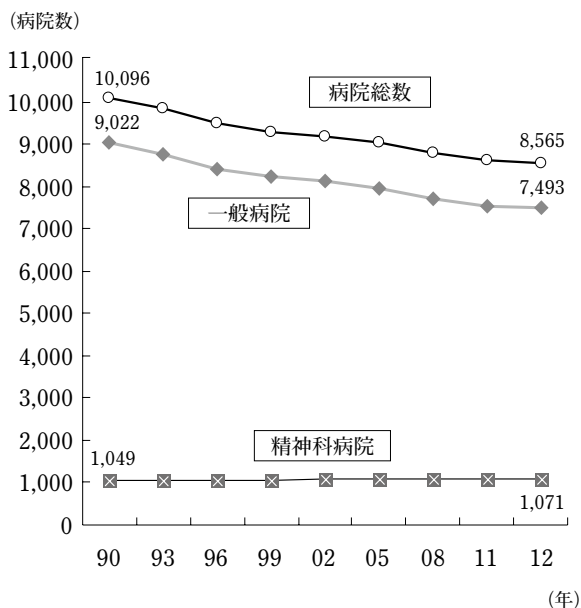
図表3 診療報酬改定率の推移



(備考) 厚生労働省資料より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

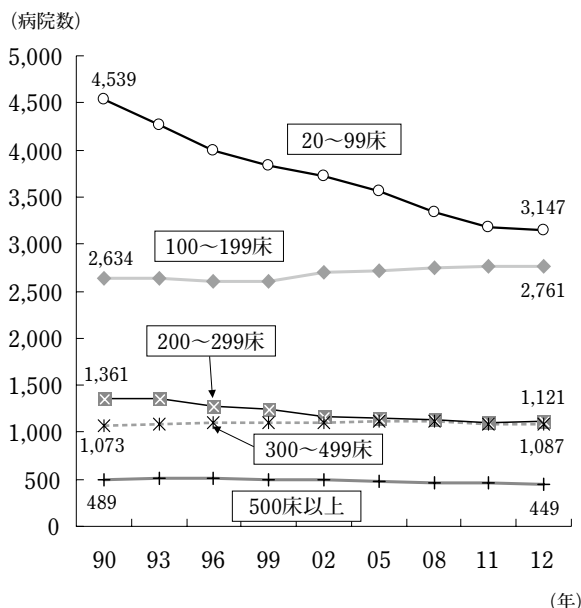
(注)5. 厚生労働大臣の諮問機関であり、公的医療保険の保険者・被保険者の代表7人、医師、歯科医師および薬剤師の代表7人、公益を代表する者6人、合計20人の委員で構成される。

図表4 病院数の推移（種類別）



(備考) 厚生労働省『医療施設調査』より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

図表5 病院数の推移（病床規模別）



(備考) 図表4に同じ

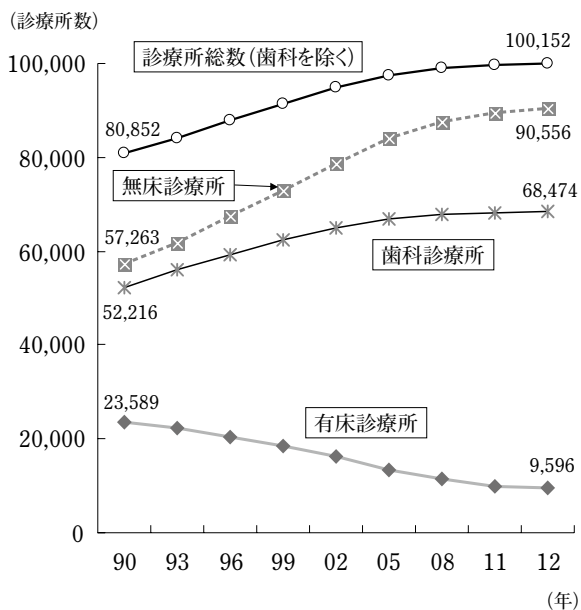
また、病院数の推移を病床規模別にみると、100床未満の減少が顕著となっている（図表5）。小規模な病院において、規模縮小を図り診療所に転換する、あるいは増床により経営効率を追求するといった動きがあるものとみられる。06年の診療報酬改定において、患者7人に対し看護師1人という厚めの看護師配置を行う病床（いわゆる「7対1病床」）の報酬が優遇されたことで、経営体力のある規模の大きな病院を中心に、待遇向上を図るなどして看護師の確保を進めてきた。そのため、特に小規模な病院においては看護師が不足しがちとなり、こうした動きに拍車がかかっているものとみられる。

一方、一般診療所（入院のための病床数が

20床未満もしくは無床の医療機関）をみると、総数ベースで一貫して増加傾向が続いている（図表6）。内訳をみると、20床未満の病床を有する有床診療所が減少しているのに対し、病床をもたない無床診療所がそれを上回るペースで増加していることがわかる。こうした背景の一つに、わが国では自由開業医制が採られており、その中でも無床診療所の参入障壁が特に低いことがあげられる。例えば、医師が診療所を開設する場合には、病院を開設する場合は都道府県知事の許可が必要であるのに対し、開設後10日以内に届け出ればよい。また、病床をもたない場合は、二次医療圏<sup>(注)6</sup>ごとの病床数の総量規制の影響を受けずスムーズに開業することができる。

(注)6. 複数の市町村で構成される圏域であり、この圏域ごとに基準となる病床数が定められている。全国に348か所が設定されている。ほかに、市町村を単位とする一次医療圏、原則都道府県を単位とする三次医療圏がある。（医療法に定めがあるのは二次、三次のみ）

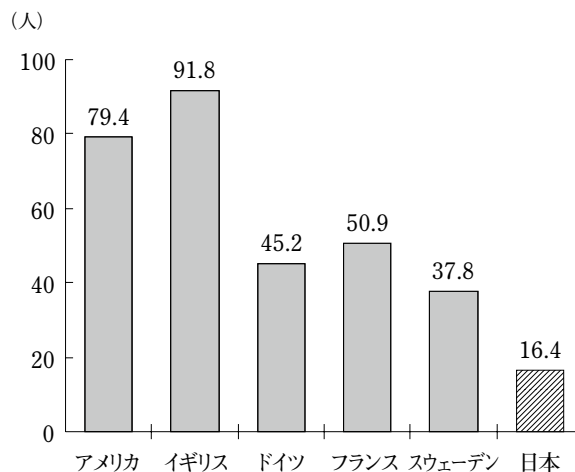
図表6 診療所数の推移



(備考) 厚生労働省『医療施設調査』より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

このほかの無床診療所増加の要因として、病院勤務医の労働環境の苛酷さを背景とした「医師の病院離れ」が考えられる。他のOECD加盟国と病床あたりの医師数を比較すると、日本では他の先進国よりも少ないことが確認できる(図表7)。国家間で医療にかかる社会保障制度の違いがあるため、単純比較はできないものの、医師1人あたりで担当する病床が米英の約5倍となっており、相対的に日本の医師の負担が重いものと考えられる。さらに、ここで比較対象となっている加盟国のうちイギリスでは、緊急時を除きかかりつけ医(General Practitioner, GP)が初期対応を図り、GPが必要性を認めれば上位の医療機関に紹介するという分担が徹底されている一方、日本では病院においても外来患者の一次的な対応を行っている(フリーアクセス)。これがわが国の病院勤務医にとって大きな負

図表7 OECD加盟国における100病床あたり臨床医師数

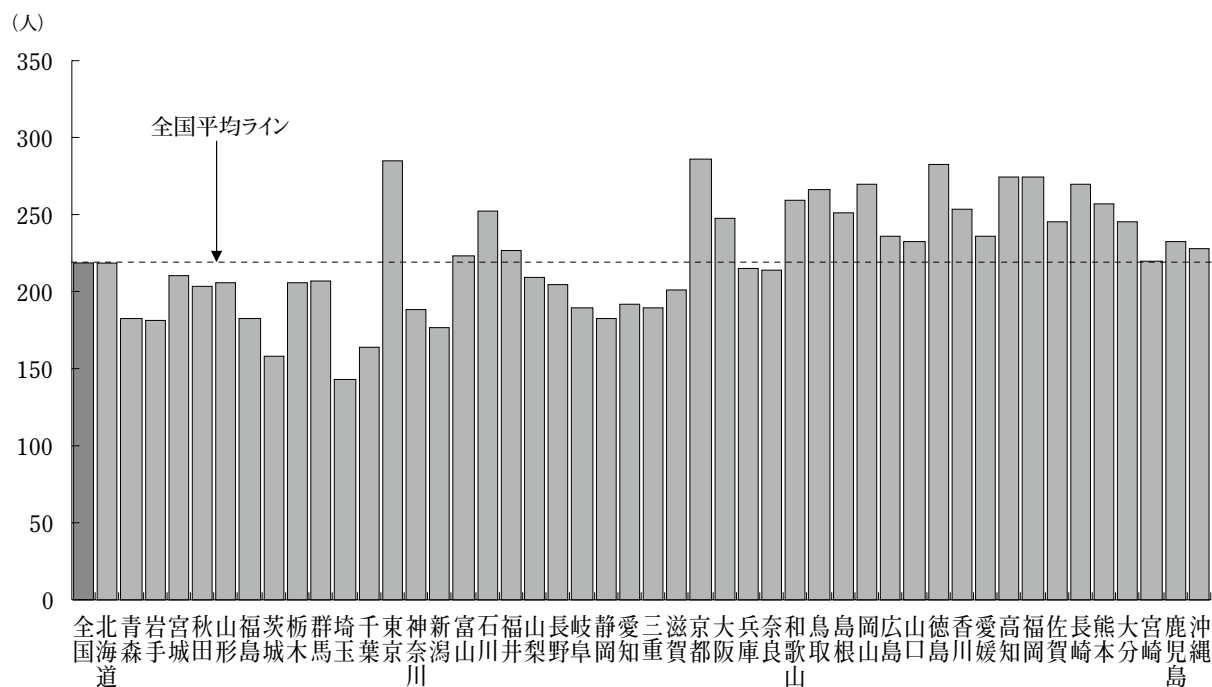


(備考) 1. 厚生労働省『医療分野についての国際比較(2010年)』(原典: OECD Health Data 2012)より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成  
2. フランスのデータには研究機関等で勤務する職員を含む。  
3. スウェーデンのデータは2009年のもの

担となっている。日本では規模の大きな病院に行けば最善の治療が受けられるという「病院信仰」が根強く、本来は医療必要度の高い入院患者に高度な医療を提供する場である病院に、多くの外来患者が訪れている。こうしたなかで診療あるいは救急対応などに追われ疲弊した勤務医が回避的に開業を志すことも、無床診療所増加の一因であるといわれている。

また、人口10万人あたりの医師数について都道府県別にみると、最も多い京都府の286人と最も少ない埼玉県の142人とでは、約2倍の開きがあることがわかる(図表8)。こうした医師の偏在により、同一の制度下でありながら地域によって医療の提供体制に差が生じているものと考えられる。また、同一県内においても、都市部と地方部で医師の分布状況は大きく異なるものとみられる。特に近年は、医師臨床研

図表8 都道府県別人口あたり医師数（2010年）



（備考）厚生労働省『医師・歯科医師・薬剤師調査』より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

修制度<sup>(注)7</sup>の導入により大学の医局の力が弱まり、大学病院から地方部の病院に派遣されていた勤務医の引上げの動きが広がったことで、地方部において特に病院勤務医不足に拍車がかかっており、市民病院クラスの医療機関でも診療科目が閉鎖に追い込まれる、あるいは救急対応能力が低下し受入れが困難になるといったかたちで、影響が徐々に顕在化している。

医師の不足と地域的な偏在がこのまま続けば、地域の住民が必要な医療を必要なときに受けられないといったケースが増加し、地域によっては医療の質が大きく低下することも想定される。

## 2. 「地域医療」の充実が医療政策の主要なテーマに

ここまで、公的医療保険の財源とわが国の医療サービス提供体制の厳しい現状について確認した。今後も医療費の自然増加が見込まれるなか、多額の費用を投じての医療提供体制整備は難しい状況にある。また、医師をはじめとした医療従事者および医療機関が偏在しており、各地域に存在する医療資源にも限りがあることから、地域に現存する医療資源を最大限に活用しながら、必要な医療サービスを提供できる体制を構築していく必要が生じている。

(注)7. 多くの研修医は、出身大学の大学病院で単一診療科での研修を受けていたが、専門診療科に偏った研修になっているなどの批判が上がり、2004年度以降は新医師臨床研修制度がスタートしている。この制度の下では、研修医が全国の研修病院から研修場所を自由に選択し、基本研修科目（内科、外科、救急部門）と必修研修課目（小児科、産婦人科など）を一巡するシステムとなっている。大学病院への研修医集中解消と、総合的・基本的な診療能力を身につけさせることを目的とした制度であったが、結果的に都市部などの一部の人気の高い医療機関へ応募が集中し、地方部ではさらに医師不足が深刻化しているとみられる地域もあり、改革が検討されている。

図表9 医療法改正の変遷

| 改正(制定)年        | 改正の趣旨等   | 主な改正内容等  |
|----------------|--|--|
| 1948年<br>医療法制定 | 終戦後、医療施設の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備  | ○病院の施設基準を創設  |
| 1985年<br>第一次改正 | 医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したもの  | ○医療計画制度の導入<br>(二次医療圏ごとに必要病床数を設定)   |
| 1992年<br>第二次改正 | 人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの              | ○特定機能病院の制度化<br>○療養型病床群の制度化   |
| 1997年<br>第三次改正 | 要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化および連携の促進等を行ったもの             | ○診療所への療養型病床群の設置<br>○地域医療支援病院制度の創設<br>○医療計画制度の充実<br>(二次医療圏ごとに、地域医療支援病院・療養型病床群の整備目標、医療関係施設間の機能分担、業務連携について記載) |
| 2000年<br>第四次改正 | 高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの                               | ○療養病床、一般病床の創設<br>○医療計画制度の見直し<br>(基準病床数へ名称を変更)  |
| 2006年<br>第五次改正 | 質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の促進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の促進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの | ○都道府県の医療対策協議会の制度化<br>○医療計画制度の見直し<br>(4疾病5事業の具体的な医療連携体制を位置づけ)   |

(備考) 厚生労働省資料より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

### (1) 政策の動向にみる「地域医療」の重要性の高まり

近年の医療政策では、地域内の医療機関の機能分化と連携を推進することで、地域全体で患者を支えていく方針をとる傾向が強まっている。

#### イ. 医療法改正にみる「地域医療」の視点

医療提供体制については、1948年に制定された医療法で基本ルールが定められて現在に至っている。これまでの医療法改正における、医療の地域性に着目した改正点をみると、まず85年の第1次改正では、医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携推進の観点から、医療計画制度が導入され、二次医療圏における一般病床、三次医療圏における精神

病床・結核病床の総量規制を導入している。以降、医療計画制度に基づいてわが国の病床数は抑制気味にコントロールされ(病床の総量規制)、徐々に減少してきた。

これ以降の医療法改正の中にも、地域医療を重視した制度改正が盛り込まれている(図表9)。例えば、92年の第二次医療法改正では、高齢化等への対応として、医療機関のもつ機能の体系化を図るために、高度医療の提供や高度医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修能力をもつ「特定機能病院」が制度化された。また97年の第三次改正では、地域医療において第一線を担うかかりつけ医を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院を都道府県知事が個別に承認する「地域医療支援病院」が制度化されている。



さらに、2006年の第五次改正では、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進が図られている。具体的には、4疾病・5事業<sup>(注)8</sup>においてそれぞれに「地域連携クリティカルパス<sup>(注)9</sup>」の普及を図ることで、急性期から亜急性期、回復期、慢性期、在宅療養の各期において、医療機関同士が連携しながら治療を継続していく体制の構築を目指すものである。

このように当初は病床数のコントロールが主軸であった医療計画でも、近年では医療機関の役割を明確化し、そのうえで円滑に連携していくことを求めるようになってきており、地域全体で医療提供体制を支えていくことが重視されている。

## 口. 社会保障制度改革国民会議報告書でも求められる「地域医療」の視点

社会保障・税の一体改革の中で2012年6月に発足した社会保障制度改革国民会議が翌13年8月6日に安倍首相に提出した最終報告においても、医療の地域性に着目した提言がなされている。

まず、「機能分化とネットワークの構築」として、これまでの「病院完結型」の医療を脱し、急性期から回復期にかけてそれぞれの段階で患者がその状態にふさわしい医療を受けられるよう、急性期医療に集中的に医療資源を投入しながら入院期間の短縮を図り、病

院・診療所が地域でネットワークを形成しながら医療資源を有効活用していくという、「地域完結型」の医療へ転換する必要性が説かれている。

また、同報告書は、医療・介護サービスの提供体制改革として、「病床機能報告制度の導入と地域医療ビジョンの策定」を早急に進める必要があるとしている。各都道府県において、病床機能報告制度により急性期、亜急性期、回復期といった各医療(病床)機能がどの程度存在するのかを把握しつつ、地域医療ビジョンにおいて地域(主に二次医療圏)における各医療機能の必要量を示し、医療計画の一部としていくことが求められている。地域に存立している各医療機関においても、政府が目指す将来的な医療と介護のあり方のビジョンを念頭におきつつ、地域における有機的な連携のあり方を模索していく必要がある。

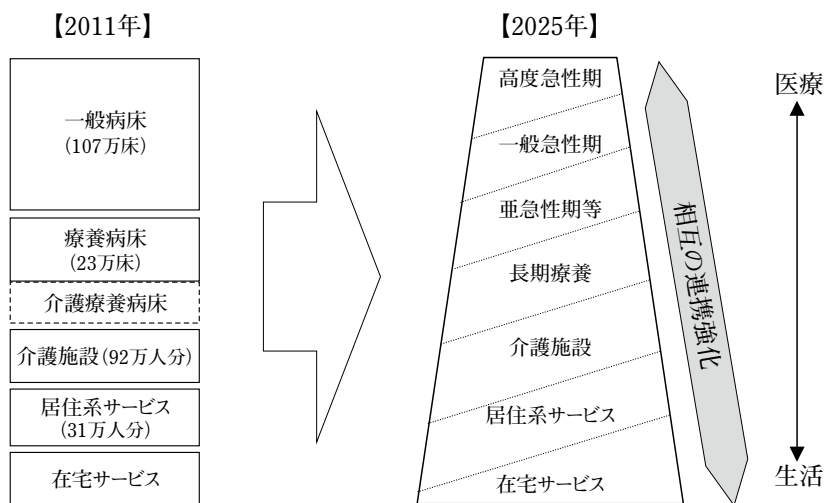
## (2) 「地域包括ケア」実現のためにも欠かせない地域医療の視点

ここまでみたような近年の医療機関の機能分化・連携により地域医療を進める政策的な動きの背景には「地域包括ケア」の考え方がある。これは2025年を目途に、中学校区程度の区域内で、高齢者は介護保険上の居宅サービスやかかりつけ医のサポートを受けながら、サービス提供にかかる費用が相対的に高い病院や介護施設ではなく在宅を基本に暮

(注)8. 4疾病は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病を指し、5事業は、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療を指す。これらについては、医療計画に明示し、医療連携体制を構築することが求められている。

9. 急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いるもの

図表10 2025年に目指す病床区分のイメージ



(備考) 厚生労働省資料より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

らせる体制の整備を目指すものである。こうしたなかで、医療分野では、相対的に規模の大きな病院が在宅医療への対応を含めた地域のかかりつけ医をバックアップするというような「チーム医療」の体制づくりが一層求められている<sup>(注)10</sup>。

このような「チーム医療」の体制実現に向けてさらに連携を進めていく過程では、医療機関間での患者の具体的な診療情報の共有が必要となってくるであろう。診療情報の共有には、すでに一部地域で活用が進んでいる電子カルテ等が有用であると考えられる。こうした診療情報の共有によって、受診する医療機関が移っても患者の実態に合った医療・介護サービスを効率的に提供することが可能になるものと考えられる。さらに、電子化した

患者・利用者情報を蓄積することで、地域における診療科偏在の解消や、疾病予防のための基礎資料にもなるものと思われる。

また、「地域包括ケア」実現に向けては、医療機関・介護事業者のシームレスな連携が求められている。医療との連携を重視した介護サービスとして、定期巡回・随時対応型訪問介護看護<sup>(注)11</sup>や、複合型サービス<sup>(注)12</sup>が2012年の制度改正ですでに創設されている。さらに、各病床機能の明確化を進めながら、各種病床・介護サービスの連携を強化することで、高度医療から在宅復帰後の生活まで切れ目のない体制を構築することが目指されている(図表10)。今後はこのように医療・介護両分野間の垣根を低くし、連携を促すような政策が採られていくことが見込まれるため、

(注)10. 2006年には、地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所として在宅療養支援診療所が創設されている。

11. 1日に複数回、短時間の巡回ケアを中心に、24時間体制で訪問による介護と看護の両方を中重度者や医療ニーズの高い要介護高齢者に提供するものである。一事業所から訪問介護と訪問看護を一体的にサービス提供する方式と、訪問介護事業所が外部の訪問看護事業者と連携してサービス提供する方式がある。

12. 小規模多機能型居宅介護と訪問看護など、複数の居宅サービスを一つの事業所が組み合わせて提供するもの。医療的なケアの必要な要介護高齢者も柔軟に小規模多機能型サービス等の提供を受けることが可能となる。

医療機関においても意識改革を図りつつ、積極的に連携を行う姿勢が求められよう。

それぞれの地域において、医療機関、介護事業者間、さらに関連事業者を巻き込んだ連携を一段と進めていくためには、これまで以上に分野横断的かつ有機的なコミュニケーションをとっていく必要がある。地域事情に合わせた連携を進めていくためには、全国一律の政策でのコントロールには限界があり、地域内の医療機関においても自発的な取組みが不可欠となろう。

### 3. 地域医療実現に向けた先進的な取組み—静岡市静岡医師会の取組み—

医療機関の連携にかかる具体的な取組みの事例として、静岡市静岡医師会の取組みを紹介する。静岡市静岡医師会は、旧静岡市に就業または住所を有する医師によって組織される医師会である。同医師会では、患者本位の医療を提供するために、医療機関同士の連携に早くから注力しており、先進的な取組みを実践している。本章では、静岡市静岡医師会の取組みの全体像を示したうえで、実際に連携の取組みに参加している診療所、病院それぞれの医師から得たコメントも紹介する。

#### (1) 取組みの全体像<sup>(注)13</sup>

##### イ. 在宅医療における連携の取組み

静岡市静岡医師会では、1996年、静岡市民700人に対し、かかりつけ医の在り方につ

図表11 静岡市民が考える医療機関の長所・欠点

| 診療所   | 病院  |
|---|---|
| <b>長所</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・気軽に相談できる親密さ</li> <li>・専門分野以外の幅広い対応</li> <li>・在宅医療や往診への対応</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時の対応が安心できる。</li> <li>・検査設備や入院設備の充実</li> <li>・高度な専門的治療が可能</li> </ul> |
| <b>欠点</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時の対応が不安</li> <li>・検査や入院ができない。</li> <li>・専門的治療が受けられない。</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・道のりが遠い、待ち時間が長い。</li> <li>・往診してくれない。</li> <li>・医師との親密さがない。</li> </ul>  |

(備考) 静岡市静岡医師会「市民がみる診療所と病院の長所と欠点 アンケート結果」をもとに信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

いてのアンケート調査を実施した。その結果、調査対象の約3分の2の市民が、在宅医療において、家族の負担、夜間休日の救急対応、病状悪化時の対応、といった点に不安を抱いていることがわかった。一方で、このアンケートで市民が考える診療所・病院それぞれの長所・短所も明らかとなったことから(図表11)、同医師会では、診療所同士の連携、あるいは診療所と病院の連携によって、これらの不安を解消しながら在宅医療を提供していくことができると考え、独自に在宅医療連携システムの構築を目指した。

この中で、1998年に、自宅での看取りを希望する在宅患者向けに「在宅医療支援看取りシステム(グリーンカードシステム)」を構築した。これは、自宅での看取りを希望する在宅患者の医療情報を自宅に保管し、最期に際してかかりつけ医に連絡が取れない場

(注)13. 本節は、静岡市静岡医師会理事 福地康紀氏へのヒアリング、同氏の寄稿記事「静岡市における病診連携の取り組み」(株式会社メディカルトリビューン「循環plus」2013.5, p.10-12)、「静岡市における医療連携体制」(静岡県国民健康保険団体連合会「しずおかの国保」2013.5, p10-12、2013.7, p12-13)をもとに執筆した。

図表12 静岡市静岡医師会の在宅安心連携システム

|             |  |
|-------------|--|
| グリーンカードシステム |  |
| 1998年開始     | 自宅で最期を全うしたい患者向けの、診療所間の連携による在宅看取りオンコール当番システム                          |
| イエローカードシステム |  |
| 1999年開始     | 急変時に病院を受診したい患者向けの、在宅医療における病診連携システム                                   |
| シルバーカードシステム |  |
| 2006年開始     | かかりつけ医と訪問看護ステーションの連携で在宅患者の病状悪化に対応する病診看の地域連携システム<br>(在宅療養支援診療所の制度に対応) |

(備考) 福地康紀『静岡市における病診連携の取り組み』(株式会社メディカルトリビューン『循環plus (2013.5)』p.10)をもとに信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

合、医師会会員で構成された在宅待機当番医が往診し、看取り対応をするという、診療所連携のシステムである。また、99年には、病状急変時に病院へ搬送する患者向けに「在宅医療後方支援病院連携システム(イエローカードシステム)」を構築し、病診連携の体制を整えた。これは、在宅で医療を受ける患者のベッドサイドに、患者の医療情報と病院搬送の手順が記載されたイエローカードを備えておき、急変時にこれらに基づいて患者を連携先病院に搬送するシステムである。さらに2006年には、在宅療養支援診療所制度に対応し、在宅主治医やかかりつけ訪問医と連絡が取れない場合に在宅待機当番医や訪問看護ステーションに連絡が入り病状悪化に対応する、病診看連携のシルバーカードシステムを導入した。これら3つのシステムを「在宅安心連携システム」(図表12)として統合し、2013年3月時点で、5つの急性期病院、14の訪問看護ステーション、64の診療所が参加して運用している。

#### 口. 外来診療における病診連携の取組み

先出のアンケート結果から、静岡市静岡医師会では、外来診療の場面においても病院・診療所間で診療情報を共有し、連携を図ることで、市民が考える病院・診療所それぞれの欠点を互いの長所で補えるのではないかと考え、病診連携の構築に取り組み始めた。

2001年には、病院勤務医と診療所医師が1人の患者の主治医となりそれぞれの機能を分担して診療にあたる「イーツー(医2:2人主治医) ネット病診連携システム」を構築した。ここでは、疾患別に診療所医師が連携システムに参加する(図表13)。そして、患者データ共有ツールである地域連携パスを作成し、それに基づいて、日常診療や往診についてはかかりつけの診療所医師が担いつつ、定期的(半年ごとなど)に病院の主治医へ患者を紹介する。これにより患者は、平時には利便性が高く気軽に相談しやすいかかりつけ医に診てもらいながら、必要に応じて病院で専門性の高い検査・治療等を受けられることになり、2人の主治医の間

図表13 疾患別インターネット病診連携システム

1. 糖尿病病診連携システム
2. 脳卒中病診連携システム
3. 慢性腎臓病（CKD）病診連携システム
4. がん病診連携システム（S-NET）
5. 心房細動病診連携システム
6. 閉塞性動脈硬化症（PAD）病診連携システム
7. 虚血性心疾患（IHD）病診連携システム
8. 慢性肝炎病診連携システム
9. 腰痛症病診連携システム

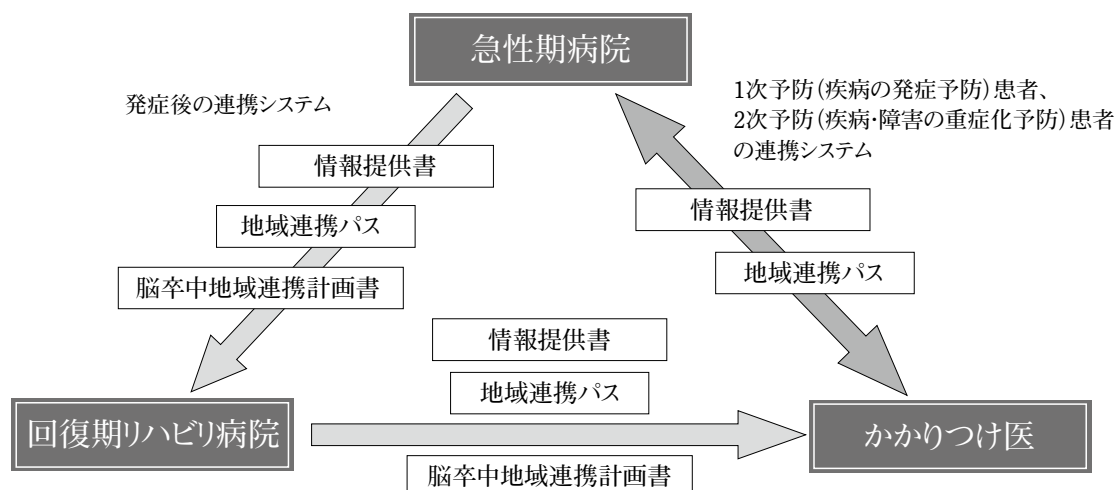
（備考）福地康紀『静岡市における病診連携の取り組み』（株式会社メディカルトリビューン『循環plus（2013.5）』p.11）より信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

を行き来しながら適切な診療を受けられる。診療所・病院それぞれの長所を活かしながら機能の分担を図ることで、医療機関側も効率的な医療サービス提供が可能となる仕組みになっている。さらに、病院の連携担当部門<sup>(注)14</sup>が診療所に対し患者の定期受診の案内をする

など、連携のサポートを行っている。連携を模索し始めた当初は、診療所から病院への紹介・病院から診療所への逆紹介をしやすい環境をつくることが目標であった。しかし、定期紹介のし忘れ等の問題が生じたため、地域連携パスに基づいた2人主治医による切れ目のない診療所・病院循環型の連携システムを目指すことにしたという経緯がある。また、病院から離れることに不安を抱く患者への対応として、04年以降は病院で「連携安心カード」を発行している（図表18を参照）。このカードを持っている患者は、在宅でかかりつけの診療所医師で受診していても、急変時等には発行元の病院で受診できるというものであり、発行によって紹介患者数は大きく増加した。

このほか静岡市における病診連携の大きな特徴として、医師会の主導で連携が推進されてきたことがあげられる。病院ではなく医師

図表14 インターネット病診連携システム（脳卒中医療連携システムのケース）



（備考）福地康紀『静岡市における病診連携の取り組み』（株式会社メディカルトリビューン『循環plus（2013.5）』p.12）をもとに信金中央金庫 地域・中小企業研究所作成

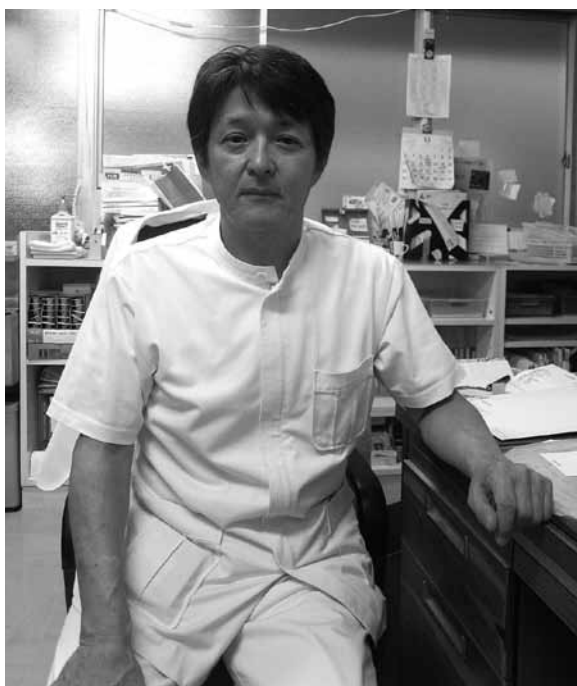
(注)14. 主に病院に設けられており、行政や地域の関係者と連携を図りながら、医療機関同士、あるいは医療機関・介護事業所間の架け橋となる部署。「病診連携室」「地域医療連携室」などの名称であることが多く、患者や家族からの相談にも対応している。

会の主導で進められたことで、連携が単一の病院の範囲にとどまることなく、地域的な広がりをもたせることができています。さらに、医師会の枠を超えた「イーツーネット医療連携協議会」を立ち上げ、近隣の医師会にも参加を呼びかけたことで、連携医療機関のネットワークはさらに拡大している。

## (2) 診療所からみたイーツーネットの取組み－袴田外科医院－

袴田外科医院(静岡市葵区)では、疾患別のイーツーネット病診連携システムのうち「がん病診連携システム(S-NET)」に参画し、静岡市内の病院等と連携を図りながら、地域のがん患者を支えている。当診療所の袴田光治院長(図表15)は、がん病診連携システムの取組みにおいて中心的な役割を担っており、

図表15 袴田光治院長



(備考) 信金中央金庫 地域・中小企業研究所撮影

運用開始当初から連携促進に注力している。

「がん病診連携システム(S-NET)」は、2006年に静岡市静岡医師会と静岡市立静岡病院の間で連携を開始したのちに、市内5病院で共通の地域連携パスを利用することにしたのが始まりである。その中で、術後のパス運用だけでなく地域のがん診療の諸問題を検討する会にしようとの意見があがり、名称も「静岡市がん診療地域連携協議会(S-NET)」へと改めて現在に至っている。

連携を始めて間もない頃は、取組みの患者、病院勤務医双方への浸透に力を注いだという。まず、患者に対しては、連携の取組みを紹介するポスターを掲示して認知度の向上に努めたほか(図表16)、市民フォーラム等の地域住民や医療関係者が集まる機会に情報発信をすることで取組みの周知を図った。さらに「連

図表16 イーツーネット紹介ポスター



(備考) 袴田院長提供資料

携安心カード」発行により、病院勤務医は安心して診療所に逆紹介でき、診療所も安心して病状の重い患者を受け入れることができるようになった。特にがんの場合、一度病状が回復しても再発するリスクがあることから、連携安心カード発行による効果が大きいという。

このような諸活動を通じて、病診連携による医療の提供は、地域の患者にとって当たり前のもので定着しつつある。また、病院医師の間では、様々な会合や打合せ、懇親の機会などをもちながら、互いに顔の見える関係となっていくとともに、「診療所は患者を戻してくれる病院に患者を紹介する」ことなども説きつつ、連携への積極的な参加を求めてきた。

S-NETの運用開始後は、病院と診療所それぞれの役割が明確になったという。急性期を脱し病状が安定した患者は地域に戻すことで、平時にはかかりつけ医が病気の管理を実施し、診療所では施行困難な検査などは定期的（1年に1回～2回）に病院で行う、といった分担が機能している。この病院への定期受診については、受診予定日が近づくと病院の病診連携室から診療所へFAXで連絡が入るような仕組みとしており、受診忘れの防止にも努めている。連携を円滑に進めるためには、病診連携室や地域支援室といった、医師以外の病院事務サイドの協力も欠かせない。こうした連携の取組みを始めてから、特に病院から診療所に対しての患者の逆紹介が大きく増加し、診療所としても安心して病院に患者を紹介できるという好循環がうまれている。

今後さらに病診連携の取組みを進めていく

うえでの課題としては、疾患によって連携の度合いに差が生じていることや、全ての病院勤務医に取組みが浸透しているわけではないことなどがあげられる。また、同様の枠組みで連携が図れる疾患の種類を増やしていくことも必要であると考えている。

### (3) 病院からみたイーソーネットの取組み

#### ー静岡赤十字病院神経内科ー

静岡赤十字病院（静岡市葵区）神経内科では、疾患別のイーソーネット病診連携システムのうち「脳卒中病診連携システム」に参画し、地域の脳卒中患者に対応している。「脳卒中病診連携システム」には、約3,000人の患者が登録されており、急性期病院、回復期リハビリ病院および診療所によるトライアングル連携が構築されている（図表14を参照）。同病院の今

図表17 今井昇第二神経内科部長

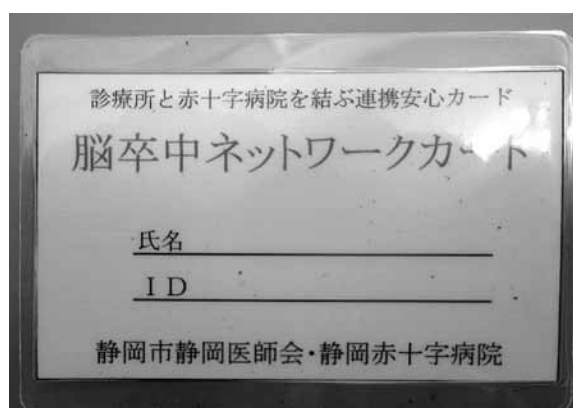


（備考）信金中央金庫 地域・中小企業研究所撮影

井第二神経内科部長（図表17）は、「イーソーネット病診連携システムの取組みにより、これまでのような医療機関と行政の主導で行われていた医療を脱し、『普段は利便性の高い近所の診療所に通い、いざというときに病院にかかる』という患者本位の医療が提供できるようになった。」と語る。脳卒中の場合、急性期を脱した患者の日常的な健診等であれば専門医でなくても十分に対応できることもあり、こうした連携の枠組みがあることで、安心して逆紹介で患者を地域に戻すことができる。また、医療関係者が集まる脳卒中フォーラムなどの機会に連携について講演したり、病院を利用する患者に連携の仕組みについて丁寧に説明し、連携安心カード（図表18）を発行するなどし、医療関係者、患者双方に対し取組みへの理解を求めてきた。こうした活動を通じて連携の取組みが浸透してきていることから、他医療機関の紹介のない外来患者は減少しており、急性期医療を支えるという病院本来の役割に専念しやすい環境になってきているという。紹介されてきた患者は、可能な限り診療所へ逆紹介するようにも心がけており、およそ7割程度の患者は紹介してきたかかりつけ医の元へと戻している。

脳卒中における地域連携パスについては、実際に使用する病院医師と診療所の医師で話し合いを重ねた末に出来上がったもので、医療の現場における使いやすさに配慮しているほか、脳卒中予防の取組みの進捗の程度（体重、血圧など）を点数化するなど特色あるものになっている。今井第二神経内科部長は「地域連携パスについては多くの医師に使わ

図表18 連携安心カード



（備考）信金中央金庫 地域・中小企業研究所撮影

れることが重要である。誰かが熱心に作りこんだパスを導入しても浸透しないことが多い。連携パス導入にあたってはなるべく簡便なものでスタートし、徐々に現場の声に合わせて改良していくことが望ましい。」と語る。

また、脳卒中にかかる病診の連携によって、予防の取組みが進んでいるというのも大きな特徴である。連携を始める前は、病院では脳卒中を発症した患者への事後的な対応しかとれなかったが、連携が進んでからは、患者の様々な検査結果等について地域連携パスで情報交換をしながら、脳卒中を発症する危険性が高い、いわゆる“ハイリスク”の患者についても、診療所からの紹介を受けながら神経内科で診ることができるようになっており、こうした予防の取組みの効果にも手応えを感じている。

このように病診連携がうまく機能している背景として「静岡市は、大規模病院と無床診療所中心の医療提供体制となっており、ひとたび連携が構築されれば各医療機関の役割が明確になりやすいという地域的な事情がある。」としつつも「しかし、それ以上に、静岡



市静岡医師会がこまめに会合を開きながら非常に熱心に取り組んでおり、医師だけでなく病院の連携担当部門なども巻き込んで進めていることによるところが大きい。」と語る。

今後の連携の取組みについて、現在の連携システムは疾患別になっているが、必要に応じて疾患・診療科間で共同して対応していく必要を感じているという。特に予防については、血管の詰まりを防止するという点で、予防法が脳卒中と共通する疾患も多く、疾患・診療科をまたいで連携していくことができれば、地域の健康増進にさらに貢献できると考えている。

## おわりに

本稿で連携事例として紹介した静岡市静岡医師会の取組みでは、医師会を中心に活動を展開し、医療機関同士の信頼関係を構築したことで、各医療機関が本来担うべき役割に集中することができる環境作りと、患者にとって利便性が高く安心して受けられる医療サービスの提供の双方を実現していた。

各地域が現在置かれている医療提供体制の状況は様々であり、最適な連携の在り方も地域によって異なる。例えば、本稿で紹介した医師会主導による地域をあげての取組み以外にも、電子カルテによる医療機関同士の情報共有が

効果を発揮するケースや、単一の病院を核として複数の診療所と連携することが望ましいケースも考えられる。いずれにしても、地域内の医療機関の役割を明確化し、連携を進めていくことで限られた医療資源の有効活用を図る動きが、必要性の高まりと政策的な誘導のなかで徐々に広がっていくことが期待される。

本稿では「地域医療」を切り口に医療機関の動向を取り上げたが、医療機関・介護事業者とともに、高齢化の進行にともなって今後ますます地域を支えるインフラとしての重要性が高まっていくと考えられる。地域ごとに医療提供体制や人口構造が異なるなかで、それぞれの地域特性に合った提供体制のあり方を検討していく必要が生じている。中学校区レベル、市区町村、あるいは二次医療圏といった範囲で進められる医療・介護サービス提供体制の整備は、関連サービス事業者や建設事業者をも巻き込みながら当該地域の「街づくり」と密接に関わってくるものであり、そのなかで信用金庫には地域のリソースの結節点として「つなぐ力」を発揮することが求められてくるであろう。

今後、信用金庫には、地域に根ざした金融機関として、地域の将来を見据えつつ、望ましい医療・介護サービス提供の在り方まで考えていくような姿勢も求められてこよう。

## 〈参考文献〉

- ・株式会社 日本政策投資銀行・株式会社 日本経済研究所『病院業界事情ハンドブック2013』（2013年）
- ・厚生労働省『医療計画の見直しについて』（2011年）
- ・福地康紀『静岡市における病診連携の取り組み』（株式会社メディカルトリビューン『循環plus』2013.5, p.10-12）
- ・福地康紀『静岡市における医療連携体制』（静岡県国民健康保険団体連合会『しずおかの国保』2013.5, p10-12、2013.7, p12-13）