

平成16年度

厚生労働省医政局委託

医療施設経営安定化推進事業

地域での医療に係る機能分化・連携が与える

医療施設経営への影響 調査研究

平成17年3月

委託先 みずほ情報総研株式会社

目 次

第1章	本調査研究の概要.....	1
1.	調査研究の背景.....	1
(1)	地域での医療施設の機能分化・連携は社会の要請.....	1
(2)	医療施設経営と機能分化・連携.....	1
(3)	機能分化・連携が医療施設経営に与える影響.....	2
2.	調査研究の目的.....	2
3.	機能分化・連携のとらえ方.....	3
(1)	本研究の対象とする連携.....	3
(2)	連携をとらえる視点.....	3
(3)	機能分化・連携をとらえる視点.....	3
4.	調査研究方法.....	5
(1)	調査研究の枠組み・流れ.....	5
(2)	実施体制.....	6
第2章	我が国における医療に係る機能分化・連携の概況.....	8
1.	医療制度改革と機能分化・連携.....	8
(1)	医療制度改革の方向性.....	8
(2)	医療制度改革における連携の意義.....	21
2.	医療施設の機能分化・連携に関する制度.....	25
(1)	医療法で規定する施設体系と施設要件.....	25
(2)	診療報酬体系.....	35
3.	医療制度改革と機能分化・連携の進捗状況.....	39
(1)	地域医療支援病院の設置状況.....	39
(2)	施設の種別に見た紹介あり患者の状況.....	40
第3章	医療機能における分化・連携の実態.....	43
1.	事例1 川崎医科大学附属川崎病院（岡山県）.....	44
(1)	医療機関の概要と経営環境.....	44
(2)	経営における医療連携の位置づけ.....	46
(3)	前方連携.....	48
(4)	後方連携.....	49

(5)	医療連携における課題やあり方についての認識	50
2.	事例2 川崎病院肝臓病センター（岡山県）	51
(1)	センター概要	51
(2)	疾患特性と医療連携	51
(3)	病診連携状況	51
(4)	肝臓病知識の提供	52
(5)	学術活動	53
(6)	今後の課題等	53
3.	事例3 初台リハビリテーション病院（東京都）	54
(1)	医療機関の概要と経営環境	54
(2)	医療連携方針及び推進状況	54
(3)	医療連携の課題やあり方	56
4.	事例4 地域の診療所からみた医療連携（静岡市清水地域）	58
(1)	医療機関の概要と経営環境	58
(2)	清水地域の連携の現状	58
(3)	医療連携の課題	59
(4)	小児医療について	59
5.	事例5 清水厚生病院（静岡市清水地域）	61
(1)	清水厚生病院の概要	61
(2)	病診連携室の設置と取り組み	62
(3)	医局の取組	65
(4)	連携の成果	66
(5)	地域連携と病院経営について	68
6.	事例6 東金病院（千葉県）	69
(1)	医療機関の概要と経営環境	69
(2)	地域連携の取組	71
(3)	経営へのインパクト	76
(4)	医療連携の課題やあり方	76
7.	事例7 伊藤病院（東京都）	78
(1)	医療機関の概要と経営環境	78

(2)	医療連携方針及び推進状況.....	80
(3)	医療連携の課題やあり方.....	82
第4章	患者からみた医療機能分化・連携（患者アンケート調査）.....	83
1.	調査の目的.....	83
(1)	調査の目的.....	83
(2)	調査内容.....	83
2.	調査の概要.....	84
(1)	調査病院.....	84
(2)	調査対象者.....	84
(3)	実施方法.....	84
3.	調査結果の概要.....	85
(1)	入院前の状況等について.....	85
(2)	入院先の検討.....	86
(3)	入院先の決定.....	87
(4)	入院前の不安と期待.....	88
(5)	患者の情報の伝達.....	91
(6)	入院の感想.....	92
(7)	医療連携に関する希望.....	93
第5章	調査結果より得られる示唆.....	95
1.	地域での連携についての実態.....	95
(1)	疾患別の医療連携形態.....	95
(2)	医療機関別にみた地域完結型医療の形態.....	97
(3)	医療連携における一貫性・継続性確保の方法.....	97
2.	医療連携が医療機関経営に及ぼす影響.....	98
(1)	直接的な経営成果への影響.....	98
(2)	医療連携と経営行動（経営戦略の設定と連携課題）.....	99
3.	患者の視点に立った医療連携.....	100
(1)	患者も参画する病・診連携.....	100
(2)	地域の医療水準の底上げ.....	100
(3)	患者にとってよりよい医療へのアクセス確保.....	100

4.	医療連携推進病院における患者アンケート調査結果.....	101
<資料編>	1
第1章	アンケート調査結果.....	1
1.	調査概要.....	1
(1)	調査場所.....	1
(2)	調査対象.....	1
(3)	調査方法.....	1
(4)	調査数.....	1
2.	調査結果.....	2
第2章	調査票.....	31
1.	入院患者用.....	31
2.	外来患者用.....	35

第1章 本調査研究の概要

1. 調査研究の背景

(1) 地域での医療施設の機能分化・連携は社会の要請

患者が医療施設を選択する際に、ニーズに即した提供体制の整備、増嵩し続ける医療費の適正化の両面から、医療サービス提供体制の機能分化・連携が求められていることはいうまでもない。

機能分化・連携は、医療のみならず介護サービス分野、さらには保健予防サービス分野にも拡大している。とりわけ、医学的管理下での生活習慣改善を目的とした運動、食生活、心理的ケア等のサービスとの連携が必要な生活習慣病患者の増加は、その拡大要因となっている。

(2) 医療施設経営と機能分化・連携

わが国では、都道府県単位で策定される医療計画によって地域の病床数が計画化されており、個々の病院の経営判断だけで病床規模を拡大することはできない。さらに、医業非営利の原則下で、直接金融による資金調達も制限されている。

一方、この十年余のわが国経済は未曾有の資産デフレと低成長の状況にあった。今後の景況は予想しがたいが、少なくとも60～70年代前半のように年率10%近い急速な経済成長とこれに起因するインフレーションが発生する可能性はほとんどない。こうした経済情勢下で、医療サービスも含めた多くの産業では不動産資産の含み益を背景とした事業拡大が成立しなくなったばかりではなく、長期借入金も事業リスクに直結することになった。

以上二つの背景から、医療施設が設備投資を積極的に行い、診療機能を拡張していく経済的合理性が乏しくなっている。

さらに、患者が医療施設を選択するという意識が強まっている中、機能分化と連携は、良質な医療サービスの提供、すなわち医療サービス市場で消費者に選択してもらい、医療施設の経営を安定的に行っていくためにも、重要なテーマとなっている。

(3) 機能分化・連携が医療施設経営に与える影響

積極的な投資を通じた診療機能の拡大が困難な経済社会環境下で、患者に選択される医療施設であるために、自らの機能をどこに限定し(機能分化)、患者のニーズを満たすためにどのような機能をどの医療施設の機能をもって補完するか(連携)は、経営戦略上の重要なテーマとなっており、中長期的には個々の医療施設の経営状況を左右する要因の一つとなる。

2. 調査研究の目的

本調査研究は、以下の3点を目的として検討を進め、その成果を医療提供体制の整備に関する政策論議に資する情報として提供するとともに、個別医療施設等の経営改善を支援するための情報が提供できることを目指す。

- 医療機関連携の現状を把握する
 - ▶ 医療サービスが、どのように施設内完結的なものから地域内完結的なものとなっているか
 - ▶ ひとりの患者に対する地域全体のネットワークが、どのように一貫性を確保しているか
- 医療機能分化や連携が医療機関経営にどのような影響を与えているか把握する
- 患者の視点に立った医療機能分化・連携構築のための着眼点を把握する

3. 機能分化・連携のとらえ方

(1) 本研究の対象とする連携

「連携」の指し示す範囲は多様であり、協力関係一般に連携という概念をあてはめることもあれば、テンポラリーな紹介をさすこともあるが、本研究では、以下のような医療機関間の関係性を「連携」として検討の対象とする。

独立性をもった医療施設の間で、良質な医療サービスの提供を目的に、それぞれがもつ機能を活用するために形成される、組織的・反復的な協力関係。

(2) 連携をとらえる視点

医療機関の連携の形態は多様であるが、「連携の相手方」に着目した分類（病・病連携、病・診連携、診・診連携）と、「連携の方向」に着目した分類（前方連携、後方連携）が用いられることが多い。また、より高度あるいは専門的な治療を目的とする連携は、以前から一般的であったといえる。

このような連携像に対して、武藤正樹（国立病院機構長野病院副院長）は、「軽症から重症へ、頻度の多い疾患から少ない疾患へと一次医療・二次医療・三次医療という階層構造を持つピラミッド型連携」モデルが一般的であったとし、これからの連携は、「階層や施設種別とは別の疾患別、専門職別、診療機能や保健人材等の資源別、時間帯別等でダイナミックに連携構造が変化」する「ネットワーク連携モデルがふさわしい」としている。¹

(3) 機能分化・連携をとらえる視点

1) 疾患への注目

疾患の種類・ステージによって必要な診療機能が異なることはあらためていうまでもない。連携の基本を医療施設間の機能補完にあると考えるならば、傷病によって連携の様態も異なるものとなる。このようなことから、機能分化・連携を具体的に把握していくためには、具体的な傷病を前提とした実情の把握が必要である。

¹ 「医療連携を取り巻く現状と21世紀型医療連携モデル」医療白書2004年版（日本医療企画2004年）

このようなことから、本研究では以下のような問題意識の下で、疾患に着目した実態把握と分析を行う。

疾患	連携との関係
脳卒中	● 疾患のステージが比較的明確であるため、階層型モデルでとらえやすい
甲状腺疾患	● 専門的医療機関が限定されているため、階層モデルでとらえやすい
肝疾患(肝硬変・肝がん)	● 長期にわたる疾病管理が必要であること、展開が多様であるために、階層型モデルだけではとらえにくい
糖尿病	● 長期にわたる疾病管理が必要であることから、階層型モデルだけではとらえにくい

2) 病院への着目

前述のように、医療機関の連携は、施設の種別に注目すれば「病・病連携」「病・診連携」「診・診連携」に、その流れに注目すれば「前方連携」「後方連携」に分類できる。いずれの連携も、地域の医療資源の合理的な活用には不可欠であるが、今回の研究では、病院を調査・分析の核とした。

その理由は、地域での連携を具体的に推進するという点で、レベルや様態の違いはあるとしても、病院が何らかの形で医療機関のネットワークの中核的機能を担うことが多いと考えられるためである。

4. 調査研究方法

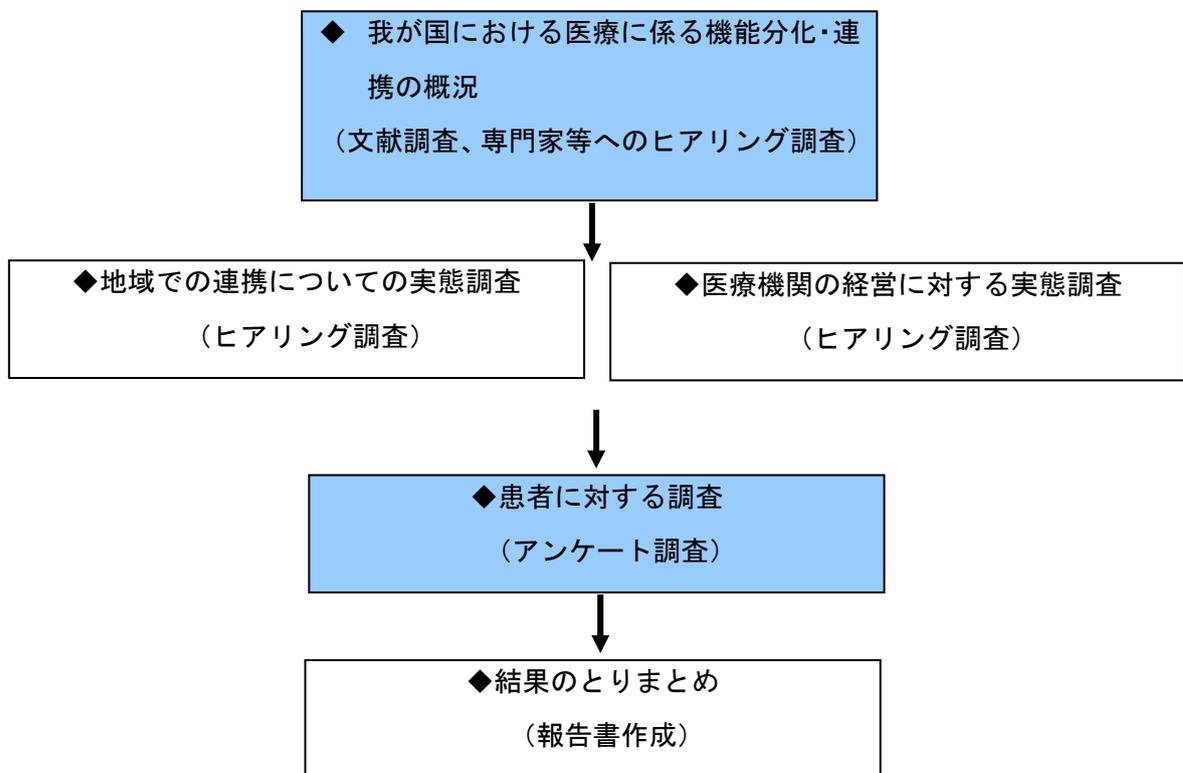
(1) 調査研究の枠組み・流れ

本調査研究は以下の流れに沿って実施する。

第1に文献調査、専門家等へのヒアリング調査により、機能分化・連携のモデル事例と類似事例の収集、選定の妥当性を確認することを目指す。

第2は、選定された地域（病院）を対象にヒアリング調査を実施する。

第3に、ヒアリング調査実施医療機関を受療する（した）入院患者、外来患者を対象にアンケート調査を実施する。最後に第1から第3までの研究結果をとりまとめた報告書を作成する。



(2) 実施体制

本調査研究は、研究班を設置し、企画検討委員会より示される方針に基づき調査・分析を進めた。なお、企画検討会、研究班、事務局は以下の通りである。

◇『企画検討会』研究総括者（五十音順）

	氏名	所属
	遠藤 久夫 氏	学習院大学 教授
○	田中 滋 氏	慶應義塾大学大学院 教授
	西澤 寛俊 氏	全日本病院協会 副会長
	西田 在賢 氏	武蔵野大学大学院 教授

注：○印は、委員長を示す。

◇『研究班』（五十音順）研究者

	氏名	所属
	石川 誠 氏	日本リハビリテーション病院・施設協会 副会長 輝生会初台リハビリテーション病院 理事長
○	高木 安雄 氏	九州大学大学院 教授
	中川 欽也 氏	静岡市清水医師会 副会長 中川内科小児科医院 医院長
	渡辺 修一 氏	医療法人社団圭春会小張総合病院 内科部長

注：○印は、研究班長を示す。

◇事務局

氏 名	所 属
仁 科 幸 一	みずほ情報総研株式会社 社会経済研究部 医療・福祉研究室 室長
掛川 紀美子	みずほ情報総研株式会社 社会経済研究部 医療・福祉研究室 主任研究員
森 岡 聖 晴	みずほ情報総研株式会社 社会経済研究部 社会統計数理解析研究室 主事研究員
鹿 内 智 浩	同
植 村 靖 則	みずほ情報総研株式会社 社会経済研究部 医療・福祉研究室 主事研究員
山 本 眞 理	同

第2章 我が国における医療に係る機能分化・連携の概況

1. 医療制度改革と機能分化・連携

(1) 医療制度改革の方向性

1) 戦後から現在にいたる医療制度整備の流れ

国民の生命と健康を支える医療制度は、年金制度と並ぶ社会保障の基盤である。我が国の医療制度は国民皆保険制度の整備とどの医療機関でも受診可能なフリーアクセスの仕組みの下、世界最高の平均寿命や高い保健医療水準を実現し、世界的にも我が国の保健システムは高く評価されてきた。

しかしながら、少子高齢化の進展、疾病構造の変化、医療技術の発展、医療資源の地域偏在、国民の意識の変化等の医療制度をめぐる環境が大きく変化し、将来にわたり、持続可能な医療保険制度へと再構築し、同時に質の高い効率的な医療を提供していくために、構造的な変革が不可避となってきた。

まず、医療提供体制を中心として、戦後から現在に至る各制度の改正ならびに最近の医療制度改革の動向を概観すると、図表2-1のとおりである。

図表 2-1 : 戦後から現在にいたる医療制度整備の経緯

	医療提供体制	医療保険制度、診療報酬体系
昭和23年	医療法制定 ● 医療水準の確保を図るため、 病院の施設基準等を整備	
昭和33年		現行診療報酬体系を「新医療報酬体系」として構築 ● 診療行為ごとの出来高払い方式
昭和36年		国民皆保険体制の実現（健康保険法、国民健康保険法）
昭和57年		老人保健法制定
昭和60年	第一次医療法改正 都道府県医療計画制度導入	

	医療提供体制	医療保険制度、診療報酬体系
平成4年	第2次医療法改正 ● 療養型病床群制度の創設 ● 特定機能病院制度の創設	
平成8年	「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」 (今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について(建議書)、平成8年11月27日医療保険審議会)	
平成9年	第3次医療法改正 ● 診療所への療養型病床群の設置 ● 地域医療支援病院制度の創設 ● 医療計画制度の充実 ・ 地域医療支援病院等の整備目標に関する事項 ・ 医療関係施設相互の機能分担、連携に関する事項	介護保険法公布(平成12年施行)
平成12年	第4次医療法改正 ● 病床区分の見直し ● 臨床研修の必修化 ● 医療情報提供の推進	
平成13年	「社会保障改革大綱」策定(H13.3、政府・与党社会保障改革協議会) 「医療制度改革大綱」策定(H13.11、政府・与党社会保障改革協議会)	
平成14年	平成14年3月、厚生労働省に医療制度改革本部設置	
平成15年		診療報酬改定 特定機能病院におけるDPC導入 「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」(平成15年3月、閣議決定) 「医療提供体制の改革ビジョン」(平成15年8月、医療提供体制の改革に関する検討チーム)
平成16年		診療報酬改定 ● DPCの試行の開始 規制改革・民間開放推進3ヵ年計画(平成16年3月、閣議決定)

出典：平成16年9月14日第1回社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革の経緯(配布資料1)」に基づき作成

2) 医療制度をめぐる環境の構造的変化

① 国民医療費の増加

死亡原因が戦後の感染症中心の疾患から生活習慣病中心の慢性疾患へと変化するとともに、高齢化の進展で長期にわたる慢性疾患の増加等が長期入院等医療費増加の一因となってきた。将来的にはさらに、少子高齢化が進展することが予測されており、平成14年時点で37.7%である国民医療費に占める老人医療費の割合は、49.3%へ上昇すると見込まれている。

図表 2-2 : 国民医療費・老人医療費の推移と予測

	国民医療費 (億円)	うち老人医療費 (億円)	老人医療費の割合 (%)
昭和50年	64,779	8,666	13.4
昭和55年	119,805	21,269	17.8
平成2年	206,074	59,269	28.8
平成9年	290,651	102,786	35.4
平成10年	298,251	108,932	36.5
平成11年	309,337	118,040	38.2
平成12年	303,383	111,997	36.9
平成13年	313,234	116,560	37.2
平成14年	311,240	117,300	37.7
平成22年	410,000	150,000	36.6
平成27年	490,000	200,000	40.8
平成37年	690,000	340,000	49.3

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成14年度国民医療費の概況」、厚生統計協会「2004年国民衛生の動向」、平成14年以降は厚生労働省推計より

国民医療費の急激な増加は、我が国の医療制度の枠組みの見直しを迫るものであり、医療保険制度、医療提供体制、診療報酬体系等各システムの総合的な変革への取り組みを促す構造的要因となった。

図表 2-3：少子高齢化の進行～年齢別人口の現状と将来推計人口

	人口（千人）		年齢3区分割合（％）		
	総数	うち65歳以上	0～14歳	15～64歳	65歳以上
平成14年	127,435	23,628	14.2	67.3	18.5
平成22年	127,473	28,735	13.4	64.1	22.5
平成32年	124,107	34,559	12.2	60.0	27.8
平成42年	117,580	34,770	11.3	59.2	29.6
平成52年	109,338	36,332	11.0	55.8	33.2
平成62年	100,593	35,863	10.8	53.6	35.7

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成14年1月推計）」より

② 医療提供体制の国際比較

図表2-4は、主要国の病床数、平均在院日数、医師数、看護師数を比較したものである。我が国の医療提供体制を考える上で参考となると同時に、医療制度改革が目指すベンチマークとしても位置づけられる。

日本の人口千人当りの病床数は12.8床であり、他の主要国のそれと比べても多い。また平均在院日数は28.3日と、各国の2倍以上の水準である。病床数の多さは施設の量的な充実を示す一方で、平均在院日数の長さは医療機関での過剰な医療を示している。平均在院日数が欧米並みに短くなれば、必要病床数は減少し、増加する国民医療費の抑制につながるものと考えられる。

また、日本の病床百床当りの医療従事者数は、医師数15.6人、看護職員数42.8人と他の主要国に比べて圧倒的に少ない状況となっている。平均在院日数が欧米並み水準となり、必要病床数が減少すれば、結果として病床当りの医療従業者の増加、すなわち手厚い医療提供が可能となる。

図表 2-4：主要国の病床数、平均在院日数、医師数、看護師数

	千人当り 病床数	平均在院日数	病床百床当り 医師数	病床百床当り 看護職員数
日本	12.8	28.3	15.6	42.8
ドイツ	9.1	11.6	39.6	102.2
フランス	8.2	13.5	35.2	69.7
イギリス	4.1	8.3	43.9	129.2
アメリカ	3.6	6.7	77.8	230.0

出典：平成16年11月11日第3回社会保障審議会医療部会「医療機関の機能分化・重点化・効率化（配布資料1、P1）」より

③ 医療資源の地域偏在

第一次医療法改正によって導入された医療計画制度により病床数の増加には歯止めがかけられ、一般病院における病床数は120万床台が維持されている。しかしながら、基準病床数に対しては、依然10万床程度過剰な状況であり、病床過剰の二次医療圏数が217、病床数にして115,597床ある一方で、不足医療圏が146、病床数にして▲21,665である。不足医療圏、不足病床数はこの数年着実に減少傾向にあるが、過剰医療圏、過剰病床数は10万床を超える水準が続いている。

この医療機関の偏在は過剰地域における過当競争を招き、結果として医療機関の経営を圧迫し、出来高払い方式に伴う過剰診療を促すという悪循環に陥り、医療費増加の背景ともなっている。

図表 2-5 : 医療施設数及び病床数の推移

	医療施設数の推移				病床数の推移			
	病院		一般 診療所	歯科 診療所	病院		一般 診療所	歯科 診療所
	総数	うち 一般病院			総数	うち 一般病院		
昭和40年	7,047	5,936	64,524	28,602	873,652	455,766	204,043	276
昭和55年	9,055	8,019	77,611	38,834	1,319,406	907,729	287,835	241
平成2年	10,096	9,022	80,852	52,216	1,676,803	1,263,307	272,456	234
平成7年	9,606	8,534	87,069	58,407	1,669,951	1,265,100	259,245	201
平成10年	9,333	8,266	91,500	62,484	1,656,415	1,260,849	235,530	170
平成11年	9,286	8,222	91,500	62,484	1,648,217	1,261,674	224,134	167
平成12年	9,266	8,205	92,824	63,361	1,647,253	1,264,073	216,755	170
平成13年	9,239	8,171	94,019	64,297	1,646,797	1,266,532	209,544	153
平成14年	9,187	8,116	94,819	65,073	1,642,593	1,267,215	196,596	187
平成15年	9,122	8,047	96,050	65,828	1,632,141	1,261,413	187,894	177
平成16年	9,082	8,003	96,836	66,453	1,631,446	1,261,258	182,292	169

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年医療施設調査」、「医療施設動向調査、平成16年7月末」より

図表 2-6 : 医療圏数、基準病床数、既存病床数等の年次推移

年次 (3月31日)	二次 医療圏数	一般病床						差引
		基準 病床数	既存 病床数	病床過剰医療圏		病床非過剰医療圏		
				医療圏数	過剰 病床数	医療圏数	過剰 病床数	
平成1	345	1,158,230	1,241,844	165	137,035	180	▲53,421	83,614
平成2	345	1,158,230	1,254,745	179	141,323	166	▲44,808	96,515
平成3	345	1,158,230	1,263,347	194	142,858	151	▲37,741	105,117
平成4	341	1,179,142	1,266,402	179	124,548	162	▲37,288	87,260
平成5	341	1,183,426	1,262,249	164	118,188	177	▲39,365	78,823
平成6	342	1,200,074	1,258,891	149	104,590	193	▲45,773	58,817
平成7	344	1,206,320	1,256,754	139	97,631	205	▲47,197	50,434
平成8	344	1,206,530	1,252,754	131	92,712	213	▲46,484	46,228
平成9	348	1,206,755	1,252,758	140	94,401	208	▲47,290	47,111
平成10	355	1,203,181	1,253,866	168	95,931	187	▲40,633	55,298
平成11	360	1,211,880	1,258,479	200	103,956	160	▲34,591	69,365
平成12	360	1,215,130	1,281,245	214	101,485	146	▲26,365	75,120
平成13	363	1,213,851	1,291,712	206	101,268	157	▲23,407	77,861
平成14	363	1,210,969	1,292,103	212	103,365	151	▲22,231	81,134
平成15	363	1,197,046	1,290,978	217	115,597	146	▲21,665	93,932

出典：平成16年9月14日第1回社会保障審議会医療部会「医療提供体制の現状（参考資料、P13）」より

3) 医療制度改革への取り組みと今後の方向性

① 21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿

最近の10年間は医療制度改革の取り組みの歴史ともいえるものである。そのスタートともいえるのは、平成8年「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について（建議書）」（医療保険審議会）において示された「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」である。低成長経済、少子高齢化の進展、国民医療費の増加による医療保険制度の深刻な赤字構造、国民の医療ニーズの高度化・多様化等、医療制度を取り巻く状況を踏まえて、次の2点を強調している

- ・ 我が国社会経済のあらゆる分野において構造改革が求められている今日、医療保険改革は社会保障構造改革の重要な一環として位置づけられるものであること
- ・ 国民皆保険体制を安定的に維持していくとともに、国民に対して質が高く効率的な医療を提供していくためには、医療提供体制や診療報酬制度も含めて、医療及び医療保険制度全般の改革を確実に進めていかなければならないこと

そして、「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」の中では、医療の質の向上と効率化のために次のような提言がなされている。

第一に、患者の症状にふさわしい医療を提供するために、地域医療支援病院を制度化し、地域医療連携の核として位置づけるとともに、かかりつけ医の機能を果たしている医療機関、専門病院、療養型病床群、特定機能病院等の医療機関の機能を明確化、体系化し、それぞれの機能に特化していくことで、医療の質を高めていく。その中で、介護保険制度導入に伴い、医療保険でカバーすべき入院医療は急性期を中心としたものとし、急性期の入院医療の質の向上を図る。

第二に、効率的な医療提供体制を確保するために、急性期病床と慢性期病床の区分を含めた必要病床数、医師数等の需給の見直し等医療資源の再配分による効率化を図るとともに、医療における情報の提供と患者の選択を通じて、競争原理が働くシステムに変えていく。

第三に、医療費の伸びの安定化のために、従来の出来高払い制の見直し、包括払い制の導入も視野に入れつつ、医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設する。

図表 2-7：21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿

基本的な課題	方向性	具体的内容
医療の質の向上	<p>【基本的な考え方】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療の高度化、技術革新を踏まえつつ、療養環境の改善、医療機関の機能分担と連携等を推進し、医療の質の一層の向上を図る 医療に関する十分な情報を提供し、国民の選択を尊重する 	<p>医療機関の機能分担と連携の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療へのフリーアクセスが保証されている一方で、外来患者の大病院指向や重複受診、長い待ち時間・短い診療、病状や治療内容について十分な説明が受けられない等の問題がある。 患者の症状にふさわしい医療を提供するため、地域医療支援病院の制度化とあわせて、かかりつけ医（かかりつけ歯科医）の機能を果たしている医療機関、専門病院、療養型病床群、特定機能病院等といった医療機関の機能を明確化し、体系化を図り、このような方向に患者の流れを誘導していく。 そしてこのような医療機関の機能を明確化する方向に沿って、病院と診療所を別の診療報酬体系にする等、医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設する。 <p>急性期医療の充実等</p> <ul style="list-style-type: none"> 介護保険制度の創設により、従来医療保険でカバーされていた介護サービス部分が介護保険制度に移行することに伴い、医療保険においては、急性期を中心とする入院医療の質の向上を図る。このため、急性期医療に関し、人員配置基準や施設基準の見直し、個室化の推進等医療機関の療養環境の改善、入院期間の短縮を図る。 あわせて、「いわゆる社会的入院」を解消するため、総合的な対策を講ずる。また、急性期医療が終了し、在宅で療養したいという患者ニーズに応えるため、在宅医療を更に推進する。
医療の効率化等	<p>【基本的な考え方】</p> <ul style="list-style-type: none"> 限られた医療資源の公正な配分のため、医療の効率化を図るとともに、制度間の公平や、給付と負担のバランスを確保する 医療及びその周辺について、公民の役割分担を進めるほか、医療の質を確保しつつ、競争原理が働くシステムに変える 	<p>効率的な医療提供体制の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期病床と慢性期病床の区分を含めた必要病床数の見直し、医師数及び歯科医師数について需給の見直しを行い、効率的な医療提供体制を構築する。 <p>医療における情報の提供と患者の選択</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者の選択を重視していく考え方に立ち、病院機能評価を充実する等、患者に対し医療に関する正しい情報を積極的に提供する措置を講ずる。
安定した運営ができる医療保険制度の確立	医療費の伸びの安定化	<ul style="list-style-type: none"> 現行の出来高払制の見直しを含め、包括払制、総額請負制等も視野に入れて、病院と診療所を別の診療報酬体系とする等、医療機関の機能に応じた診療報酬体系を創設するとともに、審査支払方式を再検討する。 医療費の伸びと密接な関係にある病床数、医師数及び歯科医師数のうち、過剰と認められる部分については、必要な対応を図ることができる仕組みを設ける

出典：平成8年11月27日医療保険審議会「今後の医療保険制度のあり方と平成9年改正について」より作成

② 医療提供体制の改革のビジョン

『我が国で国民皆保険が実現して以来、医療保険制度は、年々整備の進んだ医療提供体制とともに、国民の「安心」と生活の「安定」を支え、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現してきた。しかしながら、急速な高齢化、経済の低迷、医療技術の進歩、国民の意識の変化等、医療制度を取り巻く環境は大きく変化しており、将来にわたり、医療制度を持続可能な制度へと再構築していくために、これまでの医療制度整備への取り組みを一方進めた、その構造的な変革が求められている』（平成13年11月29日「医療制度改革大綱」）。このような命題に取り組むべく、医療制度改革大綱で取り上げられた基本的視点は次の3点である。

- a. 医療費の適正化
- b. 医療提供体制の効率化
- c. 持続可能な医療保険制度への再構築

各視点はそれぞれ整合性を取りつつ、整備・運用していくべきもので、何れの視点が欠けても、「持続可能な医療制度への再構築」という基本命題の答えを見出すことはできない。

医療制度改革の中での一つの大きな流れとなっているものが、医療提供体制の改革である。医療提供体制は医療制度改革の議論の中で「医療提供体制の改革に関する検討チーム」により「医療提供体制の改革のビジョン」として、平成15年8月にとりまとめられた。当該ビジョンのポイントは図表2-8のとおりである。

図表 2-8：医療提供体制の改革ビジョン（概要）

患者の視点の尊重	<ul style="list-style-type: none"> ●医療に関する情報提供の推進 <ul style="list-style-type: none"> (ア) 医療情報機関の提供の推進 (イ) 医療情報の提供の推進 (ウ) 根拠に基づく医療（EBM）の推進 ●安全で、安心できる医療の再構築
質が高く効率的な医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ●質の高い効率的な医療提供体制の構築 <ul style="list-style-type: none"> (エ) 医療機関の機能分化・重点化・効率化 (オ) 地域における必要な医療提供の確保 (カ) 医業経営の近代化・効率化 ●医療を担う人材の確保と資質の向上
医療の基盤整備	<ul style="list-style-type: none"> ●生命の世紀の医療を支える基盤の整備 <ul style="list-style-type: none"> (キ) 医療分野における情報化の推進 (ク) メディカル・フロンティア戦略の着実な推進 (ケ) ナショナルセンターの整備 (コ) 新しい医療技術の開発促進 (テラーメイド医療、ゲノム創薬、バイオテクノロジー) (サ) 医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化

出典：平成15年8月厚生労働省医療提供体制の改革に関する検討チーム「医療提供体制の改革のビジョン」より

医療制度改革の流れの中で、平成15年8月、厚生労働省「医療提供体制の改革に関する検討チーム」によってとりまとめられた「医療提供体制の改革のビジョン」において、「質の高い効率的な医療提供体制の構築」の将来像イメージは、図表 2-9 のように考えられている。この将来像は現在の医療提供体制の改革の骨格となっているものである。

図表 2-9 : 質の高い効率的な医療提供体制の構築

①患者の選択を通じた医療の質の向上と効率化

医療機関は、患者の選択に対応し、医療サービス等の向上を競い、この結果、医療の質と向上が進む

②医療機関の機能分化と連携

患者の病態に応じた医療を提供するために、急性期医療、長期医療等、医療機関の機能分化が進む。また、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等が十分に連携し、質の高い医療を効率的に提供する。

③急性期医療の効率化・重点化と質の向上、一般病床の機能分化

急性期医療は、医療従事者による手厚い治療・サービスの重点・集中化を通じて、早期退院が可能になり、平均在院日数が短縮され、病床数は集約化されていく。また、公的病院等の病床数についても、地域の実情に応じて見直しが図られる。このほか、一般病床においては、地域のニーズと医療機関の選択により、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、在宅医療の後方支援等の特定機能を担うようになる。

④長期療養のための療養環境の向上

長期にわたって継続的な医療を必要とする患者に対して、入院医療において、良質な療養環境が提供されるとともに、患者の社会復帰を目指した医療が提供される。

⑤かかりつけ医等の役割と在宅医療の充実

かかりつけ医（歯科医、薬剤師）について、地域における第一線の機関として、その普及・定着を図る。今後の需要の拡大に対応し、適切な在宅医療ができるよう、医師等との連携の下に、訪問看護ステーションの充実・普及を図る。

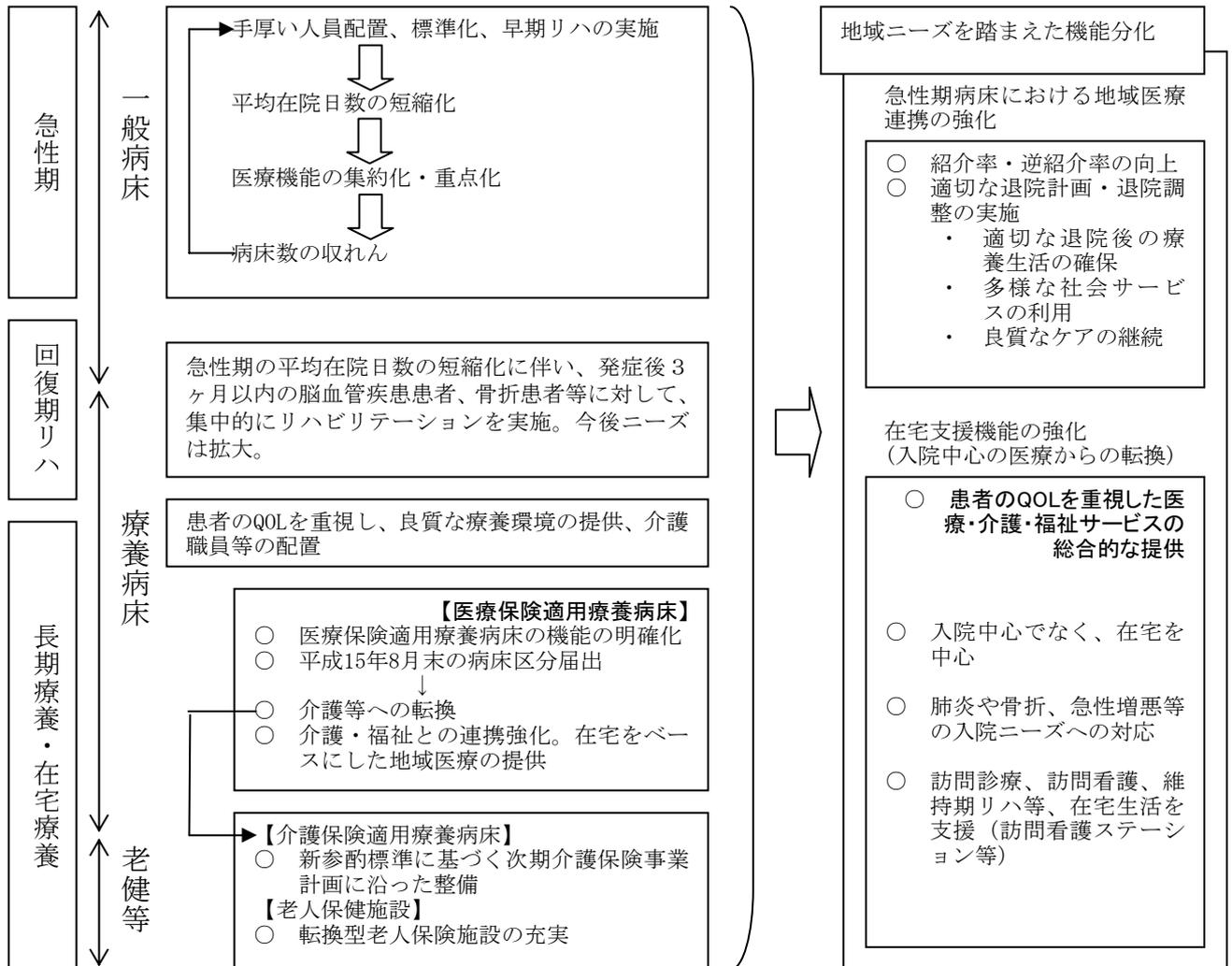
⑥地域で充足する医療

医療計画に基づき定められた二次医療圏において、地域の特性を生かしつつ、医療機関相互の機能分担と連携を図り、区域内で、がん、脳卒中、心臓病の治療等を含む必要な医療の提供を確保することとし、これに向けて二次医療圏間の医療提供の格差の是正を図る。公的病院等は、その機能・役割を見直し、二次医療圏ごとに、真に必要とされる特化した医療サービスを効率的に提供するものとし、必要に応じ病床数を削減する。

⑦医業経営の近代化・効率化

出典：平成15年8月厚生労働省医療提供体制の改革に関する検討チーム「医療提供体制の改革のビジョン」より

図表 2-10：病院病床の機能分化（イメージ）



出典：平成14年8月厚生労働省医療提供体制の改革に関する検討チーム中間まとめ「医療提供体制の改革の基本方向」より

(2) 医療制度改革における連携の意義

1) 連携の必要性

医療機関・病床の機能分化とその連携は患者が医療サービスを利用する立場から制度設計が進められなければならない。

医療提供体制の改革は、一つの医療機関によるワンストップサービスの質と効率性を超えることを目指しているものである。従って医療機関の機能分化により医療の質の向上を実現したとしても、それが医療サービスを利用する立場からすると使い勝手の悪いものとなることは避けなければならない。そのため機能分化により実現された質の高い医療を効率的に提供するには、地域の医療機関相互のネットワークに基づくシームレスな連携体制の構築が不可欠となる。

すなわち、患者の病態・治療のステージに応じた医療機関・病床の機能分化が進み、機能ごとに質の高い医療が提供されると同時に次のような連携体制を構築することが考えられる。

図表 2-11：考えられる治療ステージ別の医療連携

治療のステージ	ステージの機能	対応する医療施設・連携の形態
初診	初期的な診断・治療	<ul style="list-style-type: none">● 主に診療所（病院外来部門）● 診断・治療の過程で高度診断機器利用を通じて病診が連携する場合がある
急性期治療	傷病に対する高度治療	<ul style="list-style-type: none">● 主に病院● 患者の紹介を通じて病診・診診が連携
回復期治療	高度治療後の回復的治療	<ul style="list-style-type: none">● 主に病院● 病病間のいわゆる逆紹介
維持・管理的治療	傷病の医学的管理	<ul style="list-style-type: none">● 主に診療所（病院外来部門）● 患者の紹介を通じた病診連携● 訪問診療における診診（診療所間）連携

2) 連携に向けた課題

「医療提供体制の改革のビジョン」においては、二次医療圏において、地域の特性を活かしつつ、医療機関相互の機能分担と連携を図り、区域内で、がん、脳卒中、心臓病の治療を含む必要な医療の提供を確保する、すなわち地域で充足できる医療提供体制の構築を目指している。

この中で医療連携の主体となるのは、病院・病院間、病院・診療所間だけではない。病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等が連携して地域医療体制を構築することが想定されている。さらには、患者の病態に応じて機能分化してきている急性期病床、回復期リハビリテーション病床、亜急性期病床、療養病床、在宅療養といった病床での連携も不可欠である。これは病院内連携のケースもあれば、他の医療機関との連携となるケースもある。

複数の医療機関の連携を実現する上で対応すべき課題としては次のようなものが考えられる。

① 電子カルテシステムの導入の促進とそれをつなぐ情報ネットワークの整備

この地域医療連携の仕組みが機能するためには、患者情報の共有が連携の前提であり、それを支えるインフラとして、電子カルテシステムを中心とした情報ネットワークが不可欠となる。

電子カルテシステムについては、e-Japan重点計画2004において電子カルテの普及目標として2004年度までに全国の二次医療圏の中核的な病院、2006年度までに400床以上の病院の60%以上、全診療所のうち60%以上への普及を目指すという目標が掲げられた。電子カルテの導入メリットが必ずしも明確ではないとの意見も多く、実際の導入は目標には達しない状況にある。一方、地域医療連携の実現のためには、電子カルテは不可欠な要素である。同時に電子カルテはDPCの適用範囲の拡大が見込まれる中、医療機関にとっては不可欠なシステムとなる。診療群別に原価管理ができる仕組みが求められるからである。

既に、電子カルテシステムの導入促進ならびに電子カルテを中心とした地域医療情報ネットワーク構築のために、用語、コード様式等の標準化が図られている。医療制度改革が目指す取り組み課題の解決に向けては診療報酬面での評価等電子カルテに関わる制度的な方向付けをすることで普及を促進させることも必要となろう。

② 主要な事業ごとの医療連携体制の構築

「医療計画の見直し等に関する検討会」では、住民・患者が日常生活する圏域において、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療等主要な事業ごとに医療連携体制を構築することを目指して議論が進められている。

その基本的な考え方は、「患者を中心にした」、「主要な事業ごとに柔軟な」、「病院の規模でなく医療機能を重視した」医療連携体制である。そして、住民・患者に分かりやすい形で、かかりつけ医、救急病院、専門医療機関、リハビリ医療機関、療養病床を有する医療機関、介護福祉施設等が医療連携体制を構成することになる。

この医療連携体制が医療を受ける患者からシームレスな仕組みとして動くためには「連携パス」の整備が必要となる。連携パスは、例えば急性期→亜急性期→回復期リハ→退院→療養といったフェーズを一連のものとして作成されなければならない。患者の診断に応じて基本となる連携パスが整備されることが必要となる。この作業は地域の医療連携体制を構成する医療機関が協力して、地域の特性、それぞれの持つ医療機能を踏まえて取り組んでいかなければならないものである。

③ 地域住民・患者に対する医療連携体制に関する情報の提供

地域住民又は患者の立場から安心して医療機関を選択できるようにするためには、医療連携体制に関する情報が適切に提供されなければならない。その情報に基づいて地域住民・患者側で適切に判断されなければならない。症例数、生存率、感染率、DPCの導入の有無、平均在院日数等の医療機関に

ついて提供すべき情報の内容が吟味されなければならない、また提供方法も住民・患者側からアクセスしやすいものでなければならない。そして必要に応じて情報の受け手の不安を解消するための相談窓口機能の充実も必要となるろう。

④各医療機関の医療機能の明確化と意識変革

医療連携体制は主要な事業ごとに、病院の規模ではなく、医療機能を重視した形で構築される。そして医療連携体制は主要な事業ごとに、「救急病院」、「専門的な治療を行う医療機関」、「リハビリ医療機関」、「療養病床を有する医療機関」、「介護福祉施設」、「かかりつけ医」等から構成されることとなるが、このネットワークを整備していく過程で、自らが医療連携体制上のどのような機能を果たしていくべきか、医療機関としてその持ち味を明確にして、能動的にネットワークに関わっていかなければならない。言い換えれば、医療連携体制整備のプロセスは医療機関が自院の特徴と地域から望まれる役割を明確にしていくプロセスでもあるといえよう。

また、「かかりつけ医」は、主要な事業ごとの医療連携体制においても、医療連携体制と患者の接点になる等重要な立場を占めることが想定されるが、疾病が健康診断や大規模病院で発見されたり、疾患によっては維持・管理期に「かかりつけ医」が大きな役割を果たすこともある。このように、必ずしも「かかりつけ医」が初期に位置するわけではなく、各医療連携体制において、「かかりつけ医」の役割を明確にすることがネットワークを機能させるポイントの一つとして考えられる。

2. 医療施設の機能分化・連携に関する制度

(1) 医療法で規定する施設体系と施設要件

1) これまでの医療法改正と医療機関の施設体系に係る整備の流れ

第2次医療法改正までは医療法の規定に基づく医療機関としては、診療所と病院に大別され、さらに病院のうち一定の要件を満たしたものは総合病院として分類された。また、病院はその保有する病床の種別により、精神病院、伝染病院、結核療養所、主として老人慢性疾患の患者を収容する病室を持つ特例許可老人病院（65歳以上60%）等に分類されていた。

この第2次医療法改正において「医療提供の理念規定」が整備された。

「第1条の2第2項 医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、介護老人保健施設その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。」

このように、医療機関の機能の分化と効率的な医療提供の必要性についての基本方向が明示された。

従前の施設体系は急性疾患への対応を想定した医療法制定当時の枠組みに基づくものであったため、次のような問題が生じることとなった。

- a. 患者の大病院への集中による患者、病院双方への不利益
- b. 医療資源の効率的活用の阻害
- c. 長期療養が必要な患者への対応

これらの問題は医療機関の機能及び役割が不明確であることに起因すると考えられた。そのため、第2次改正においては「患者の病状に応じた良質な医療を適切に提供する体制の確保を図るための第一の取り組み」として、1)医療の高度化に対応した高度な医療の提供、高度な医療技術の開発、評価及び研修を行う「特定機能病院」と、2)長期療養患者の生活面にも配慮した最適の医療を提供するための病床として「療養型病床群」の2つの制度を新設することとなった。

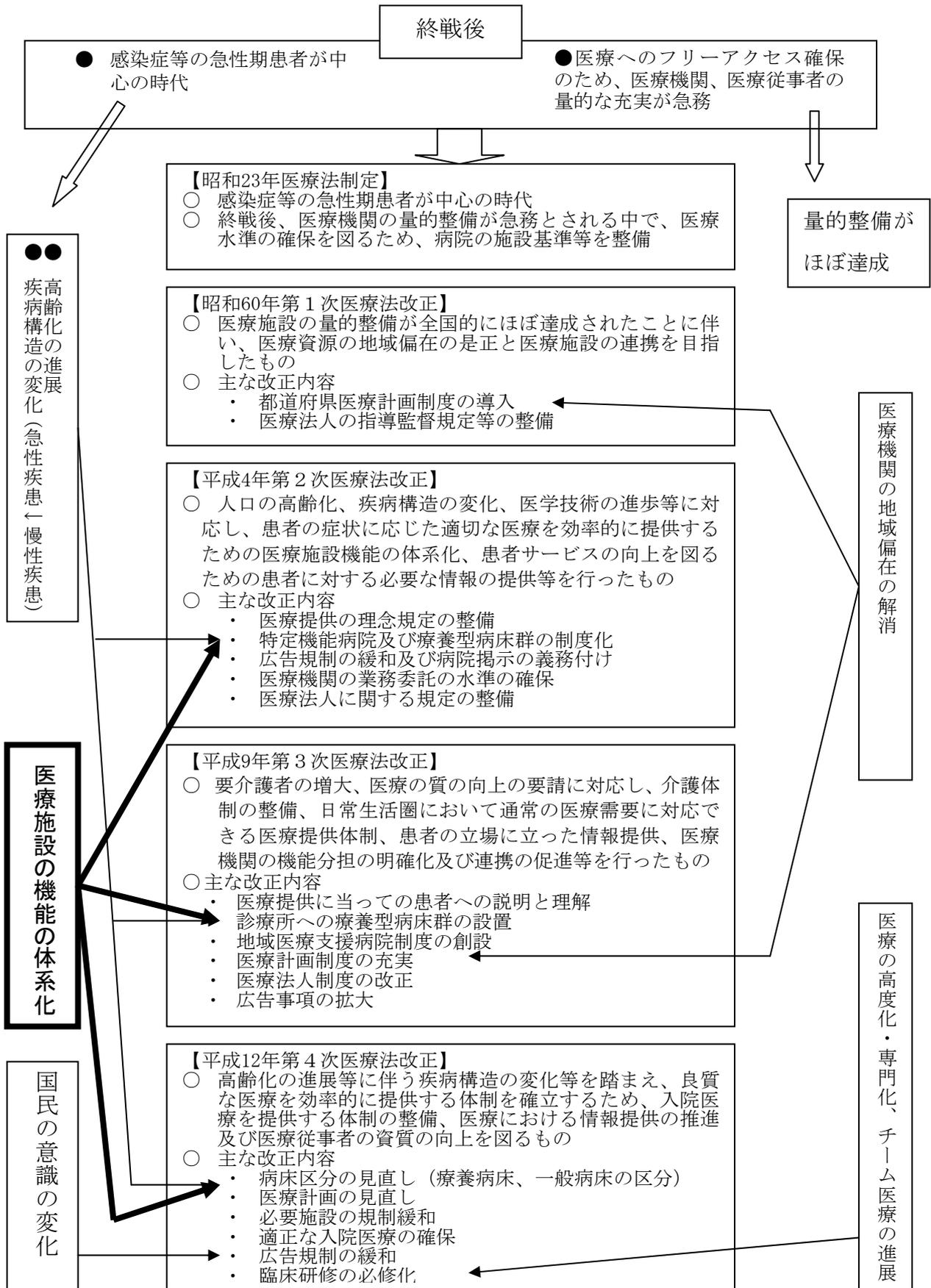
第3次医療法改正においては、さらに医療施設の機能及び役割を明確化す

るため、1) 診療所への療養型病床群の設置、2) 地域医療支援病院制度の創設を行うと同時に、地域医療支援病院等の整備目標に関する事項、医療関係施設相互の機能分担・連携に関する事項が医療計画制度に織り込まれた。

要介護者の増大、医療の質の向上に対する要望に対応し、介護体制の整備、日常生活圏において通常の医療需要に対応できるような医療提供体制の構築、医療機関の機能分担の明確化及び連携の促進等を目的としたものであった。

この改正により、現在にいたる医療施設体系の基本的な枠組みができあがったといえよう。

図表 2-12：医療法改正の経緯

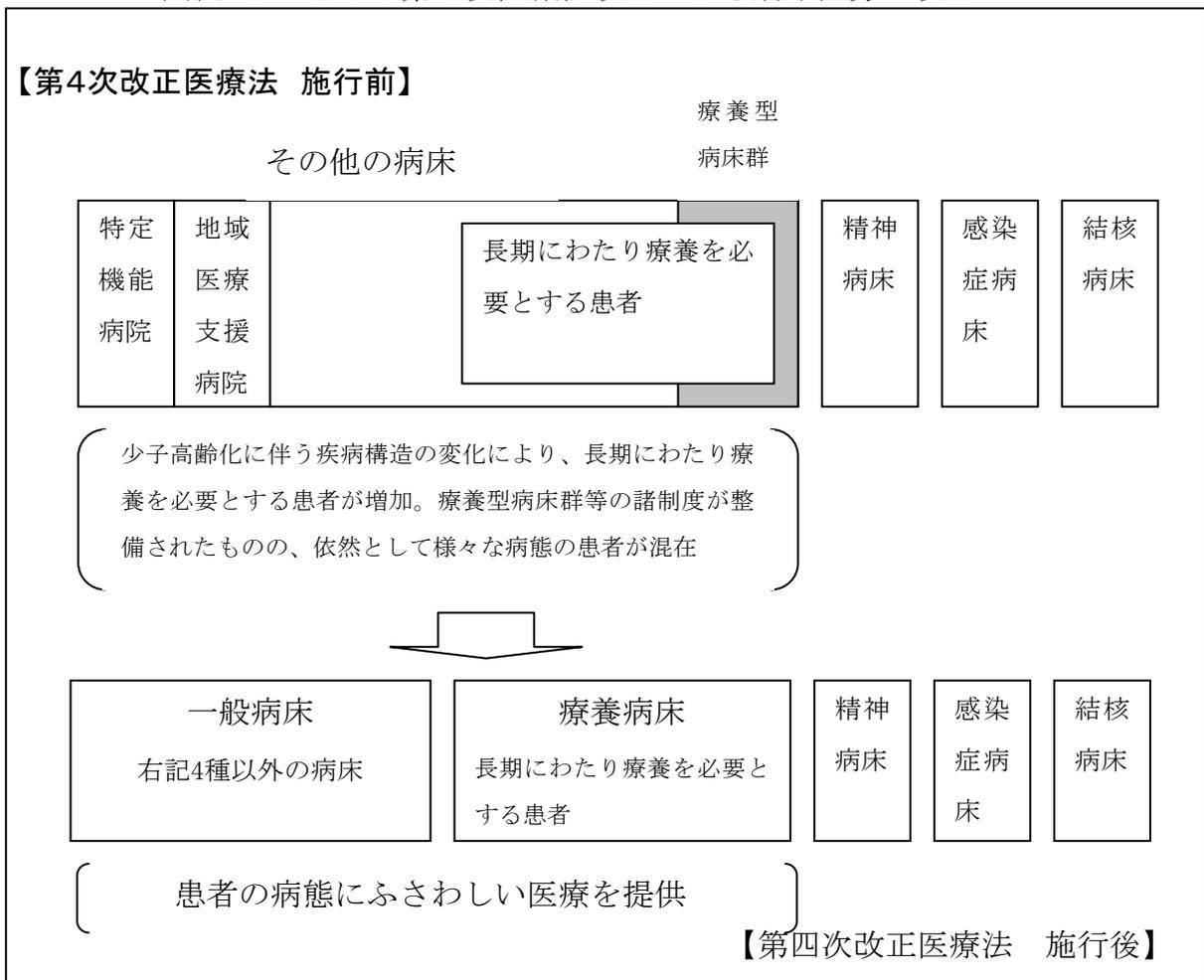


出典：平成16年9月14日第1回社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革の経緯（配布資料）」より

第4次改正においては、機能及び役割を明確化すべきとの流れがさらに加速された。その他の病床に位置づけられていたものに、平成15年8月までに一般病床と療養病床の何れかを選択させることで、一般病院の機能及び役割を明確化することを促した。

平成12年10月1日時点では、療養型病床群を除くその他病床1,022,913床(80.9%)、療養型病床群241,160床(19.1%)、合計1,264,073床であったのに対し、第4次医療法改正に基づく病床区分の届出後の平成15年9月1日時点では、一般病床923,074床(72.7%)、療養病床346,045床(27.3%)、合計1,269,092床であった。さらに、平成16年10月末現在の病床区分届出状況は、一般病床911,671床(72.3%)、療養病床350,114床(27.7%)、合計1,261,785床となっており、徐々にではあるが、一般病床から療養病床へ移行する傾向は継続している。

図表 2-13 : 第4次医療法改正による病床区分の改正



出典：平成16年11月11日第3回社会保障審議会医療部会「医療機関の機能分化・重点化・効率化について（配布資料）」より

2) 現状の医療法における施設体系と施設要件

現状の医療法において定義されている医療機関の施設としては、診療所、病院、特定機能病院、地域医療支援病院、助産所がある。

このうち特定機能病院制度は、医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価並びに高度の医療に関する研修を実施する能力を備え、かかる病院としてふさわしい人員配置、構造設備等を有するものである。

特定機能病院は、真に高度な医療を必要とする患者の診療のため、他の病院、診療所からの紹介患者の受け入れを行うことが大きな特徴となっている。

地域医療支援病院は患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医等が第一線の地域医療を担い、これらの支援を通じて地域医療の確保を図る病院（原則として二次診療圏に一つ）として、平成9年の第3次医療法改正により制度化された。

地域医療支援病院制度は、かかりつけ医である医療機関を支援し、地域医療全体をレベルアップすることに重点がおかれ、他の医療機関から紹介された患者に対する医療の提供、施設・設備の共同利用・オープン化及び医療従事者の研修等を行うことで、日常生活の圏域での医療提供体制の整備を目指している。

図表 2-14 : 診療所・病院の定義と要件

	診療所	病院
施設の定義	<p>医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、患者を入院させるための施設を有しないもの又は19人以下の患者を入院させるための施設を有するもの（医療法第1条の5第1項）。</p>	<p>医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するもの。病院は、傷病者が、科学的でかつ適正な診療を受けることができる便宜を与えることを主たる目的として組織され、かつ、運営されるものでなければならない（医療法第1条の5第2項）。</p>
要件	<p>療養病床を有する診療所において必要とされる法定施設は次のとおり（医療法21条第2項、施行規則21条の4）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室 	<p>必要とされる法定施設は次のとおり（医療法21条第1項）</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 各科専門の診察室 ② 手術室 ③ 処置室 ④ 臨床検査施設 ⑤ エックス線装置 ⑥ 調剤所 ⑦ 消毒施設 ⑧ 給食施設 ⑨ 洗濯施設 ⑩ 分娩室（産婦人科又は産科を有する病院に限る） ⑪ 新生児入浴施設（産婦人科又は産科を有する病院に限る） ⑫ 機能訓練室（療養病床を有する病院に限る） ⑬ 談話室（療養病床を有する病院に限る） ⑭ 食堂（療養病床を有する病院に限る） ⑮ 浴室（療養病床を有する病院に限る）

出典：医療法制研究会監修「病院・医院のための医療法Q&A」より作成

図表 2-15：特定機能病院・地域医療支援病院の定義と要件

	特定機能病院	地域医療支援病院
施設の定義	病院であって、一定の要件に該当するものは、厚生労働大臣の承認を得て、特定機能病院と称することができる。(医療法第4条の2第1項)	国、都道府県、市町村、特別医療法人等の開設する病院であって、地域における医療の確保のために必要な支援に関して一定の要件に該当するものは、その所在地の都道府県知事の承認を得て地域医療支援病院と称することができる(医療法第4条)。
要件	<ul style="list-style-type: none"> ① 高度の医療を提供する能力があること ② 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること ③ 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること ④ 内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚泌尿器科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、歯科及び麻酔科のうち10以上の診療科名を含むこと ⑤ 患者400人以上の入院施設を有すること ⑥ その有する人員が、法定人員の要件(省略)に適合するものであること ⑦ 病院に必要とされる施設以外に次の施設を有すること <ul style="list-style-type: none"> ・集中治療室 ・化学、細菌及び病理の検査施設 ・病理解剖室 ・研究室 ・講義室 ・図書室 ・無菌状態に維持された病室 ・医薬品情報管理室 	<ul style="list-style-type: none"> ① 共同利用の実施 ② 救急医療を提供する能力を有すること ③ 地域の医療従事者に対する研修の実施 ④ 200床以上の患者を入院させるための施設(病床の種別は問わない)を有すること。但し、都道府県知事が、地域における医療の確保のために必要であると認めたときはこの限りではない。 ⑤ 病院に必要とされる施設のほか、次の施設を有すること <ul style="list-style-type: none"> ・集中治療室 ・化学、細菌及び病理の検査施設 ・病理解剖室 ・研究室 ・講義室 ・図書室 ・救急用又は患者輸送用の自動車 ・医薬品情報管理室

出典：医療法制研究会監修「病院・医院のための医療法Q&A」より作成

3) 病床区分から見た機能分化

医療機関の機能の体系化は、診療所、病院、特定機能病院、地域医療支援病院といった施設体系だけではなく、病床区分もあいまって、その医療機関の機能を性格付けることになる。現状の医療法において定義されている病床の種別は、①精神病床(病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのもの)、②感染症病床(病院の病床のうち、感染症の患者を入院させるためのもの)、③結核病床(病院病床のうち、結核の患者を入院させるためのもの)、④療養病床(病院又は診療所の病床のうち、①～③に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入

院させるためのもの)、⑤一般病床(病院の病床のうち、①～④に掲げる病床以外のもの)の5つである(医療法第7条第2項)。

前掲のように第4次医療法改正までは、病院の病床は、精神病床、感染症病床、結核病床及びその他の病床(この中には療養型病床群を含む)に分かれていたが、第四次改正により、その他の病床は療養病床と一般病床に明確に区分された。病院側が病床の種別を選択することで、病院の機能分化が促されることになった。

図表 2-16 : 一般病床・療養病床の定義と要件

	一般病床	療養病床
定義	精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床
人員配置基準	医師 16 : 1 看護職員 3 : 1 薬剤師 70 : 1 【経過措置】 平成18年2月28日までは 看護職員 4 : 1 (へき地の病院又は従来の「その他の病床」が200床未満の病院が対象)	医師 48 : 1 看護職員 6 : 1 看護補助者 6 : 1 薬剤師 150 : 1
病床面積	6.4㎡/床以上 既設 : 4.3㎡/床以上	6.4㎡/床以上
廊下幅	1.8m以上(両側居室2.1m) 既設 : 1.2m以上(両側居室1.6m)	1.8m以上(両側居室2.7m) 既設 : 1.2m以上(両側居室1.6m)
構造設置基準 (必要施設)	<ul style="list-style-type: none"> ・各科専門の診察室 ・手術室 ・処置室 ・臨床検査施設(外部委託の場合は一部緩和) ・エックス線装置 ・調剤所 ・給食施設(外部委託の場合は一部緩和) ・消毒施設(外部委託の場合は一部緩和) ・洗濯施設(外部委託の場合は一部緩和) 等	一般病床において必要な施設のほか <ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練室 ・談話室 ・食堂 ・浴室

出典：平成16年9月14日第1回社会保障審議会医療部会「医療提供体制の現状(参考資料、P5)」より

4) 今後の医療法改正の動向

①急性期病床数の見直し

第4次医療法改正によって、病床の機能分化も明確化されたため、今後は質の高い効率的な医療提供体制を実現するためには、病床数のあり方について新たな方向づけが求められることになろう。

21世紀の医療提供の姿（平成13年厚生労働省「医療制度改革試案」）においては、図表2-17のような試算を提示している。

図表 2-17：急性期病床の必要数に関する試算

	試算A	試算B	試算C	試算D	試算E
試算の考え方	現状の入院受療率を基礎とした受療率見込み及び人口により試算	先進諸国における全病床数に占める急性期病床数の割合により試算	先進諸国における人口当たりの病床数により試算	現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を15日として試算	現状の入院回数を基礎として平均在院日数10日として試算
病床数	100万床	60万床	50～60万床	63万床	42万床

出典：平成13年9月25日厚生労働省「医療提供体制改革試案」、「21世紀の医療提供の姿」より

「急性期病床においては、医療従業者の手厚い配置と治療の重点・集中化により、早期退院が可能になる。外来については、専門外来・特殊外来等への特化が進み、他の病院・診療所との連携が進む。これにより平均在院日数が短縮されるとともに急性期に必要な病床数は集約化し、一定の数に収れんしていく」としていることから、将来的には60万床程度を想定されているものと考えられる（試算D）。

この場合約90万床ある一般病床のうち、60万床との差である30万床は急性期病床以外の病床（たとえば回復期リハビリテーション病床、専門病床、療養病床）への転換を迫られることとなる。

② 第5次医療法改正に向けた主要論点

図表2-9「質の高い効率的な医療提供体制の構築」で示したように、医療提供体制の改革の方向性の1つとして「地域で充足する医療」が掲げられ、これに関連して医療計画の見直しの議論も進められている。医療計画の見直しに関わる議論の主要論点は図表2-18に示すとおりである。医療機関の機能分化と連携のあり方を制度的に明確化することを目指している。

図表 2-18：医療計画の見直しの概要

<p>【医療計画の見直しのねらい】</p> <ul style="list-style-type: none">○地域でどのような診療が行われているか、どのような治療が受けられ、どのように日常生活に復帰できるのかを住民にわかりやすく明示○地域の保健医療提供体制の現状と将来像および将来像に向けた<u>具体的な活動計画</u>を示す <p>【新たな医療計画に盛り込む内容】</p> <ul style="list-style-type: none">○都道府県は、日常医療圏の中でサービス完結できるよう、<u>主要な疾病等（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療等）ごとに診療ネットワークを構築</u>する○地域の医療連携のもとで、急性期から回復期、在宅療養に至るまでの適切なサービスが<u>切れ目なく提供</u>される○その体制の<u>数値目標</u>や、体制構築のための<u>具体的方策</u>を医療計画で明らかにする <p>【医療計画策定までの流れ】～国と都道府県の役割の見直し～</p> <ol style="list-style-type: none">①国において、全国医療機能調査②国において、日常医療圏に必要な医療資源の把握のため疾病動向等に関する全国共通指標の揭示③都道府県ごとに、必要な医療ニーズと現在の医療資源を公表④都道府県ごとに、体制整備の数値目標とそれに向けた具体策を立案、公表 <p>【都道府県が構築する診療ネットワークの目指すもの】</p> <ul style="list-style-type: none">○主要な疾病ごとに医療機関が有する医療機能が一元的にわかる○各医療機関において<u>重点的に強化すべき医療機能が明確</u>になる○<u>医療機関の専門性が高まり</u>、専門医の獲得や医療の質向上に寄与する <p>【診療ネットワーク構築の流れの考え方】</p> <ul style="list-style-type: none">○日常医療圏毎に協議会設置（住民、有識者、保健事業者、市町村、医育機関や研修病院等）○都道府県ごとの医療審議会（診療/調剤に関する有識団体、健康増進事業実施者、市町村等）の意見聴取○診療ネットワークおよびその核と指定される医療機関は医療計画の見直しに伴い、少なくとも5年ごとに<u>再検討</u>を加える。 <p>注1）核となる医療機関の役割</p> <ol style="list-style-type: none">①診療ネットワーク内の医療機関間の調整②積極的な医療連携の牽引③人材養成の中心 <p>注2）指定のための評価の視点</p> <ol style="list-style-type: none">①住民の視点（診療情報の提供等住民理解の促進に寄与しているか）②医療機関の視点（かかりつけ医や他医療機関との連携を密にしているか）③自らの視点（人材養成に積極的に取り組んでいるか） <p>→日常医療圏の協議会が都道府県知事に推薦、知事は医療審議会の意見を基に判断、指定</p> <p>【診療ネットワークの課題】</p> <ul style="list-style-type: none">○圏域を越えた高度、専門的な医療需要への対応（治療後の復帰、再発への備えも含む）○診療ネットワーク間の医療の質、均一化○安定的な医療提供のための人材の確保

社会保障審議会資料より作成

(2) 診療報酬体系

1) 診療報酬改定による医療機関の機能評価

医療機関の機能分化・連携の推進という目標は、診療報酬改定においても逐次反映されてきている。むしろ、医療法改正や医療制度改革に先立って、機能分化と連携を促す改定が行われてきているケースも見られる。

昭和61年4月改定において、病院、診療所間の機能別評価や紹介型病院加算の新設等連携を促す改定が実施され、また昭和63年4月改定では診療所のプライマリーケア機能、病院の高次医療機能等医療機関の機能・特質に即した診療報酬の改定が行われている。平成2年においては、病院・診療所間の連携の強化や紹介外来制の推進、緩和ケア病棟における医療の評価等、よりきめ細かい形で機能分化・連携を促す改定をおこなった。

そして第2次医療法改正施行に先立って行われた平成4年の診療報酬改定では病院の外来診察料が大幅に引き下げられ、外来診療における病院・診療所間の格差をつけることにより、病院は入院、診療所は外来という機能を明確にし、また、基準看護の承認要件の緩和と老人病院の規定の拡大により、病院・病棟の機能分化が診療報酬面から促進されることとなった。そして第二次改正医療法施行により、特定機能病院制度、療養型病床群制度が創設され、本格的な医療機関の機能分化が制度上も明示された。

平成6年の2回に分けて行われた診療報酬改定では、診療報酬体系の簡素化、医療機関の機能・特質に応じた評価、技術の重視、在宅医療の推進、老人患者等の心身の特性にふさわしい医療の推進等を目的とした診療報酬改定がなされた。

第3次医療法改正に先立つ、平成8年は「21世紀初頭に目指すべき医療保険制度の姿」が提言された年でもあり、地域医療支援病院の創設をにらんで、これまでの医療機関の機能分担の促進に加えて、改定の主旨として「連携を積極的に促進する」旨が明示された。また、かかりつけ医機能の強化を期待した点数設定、急性期医療と長期療養の分担を推進するための見直し等機能分化も促すものとなっている。

平成10年改定は診療報酬の合理化と医療の質の向上を謳って行われ、急

急性期医療、慢性期医療、かかりつけ医機能という診療報酬上の区分が一層進められた。また、「合理化」、すなわち一部の点数を引き下げて、その財源を点数を引き上げる項目に振り替えるという形で見直しが進められ、長期入院患者の多い医療機関や、検査・画像診断、医療法の標準人員を満たさない等のケースに対しては、点数が抑制され、合理化分は、急性期医療の評価や患者への情報提供の推進等に当てることとなった。

平成12年改定は入院基本料（入院時医学管理料、看護料、入院環境料等を包括）の創設、療養病棟・老人病棟入院基本料（選択制を廃止し、療養環境、看護、医学的管理、検査、投薬、注射等を包括）の創設、回復期リハビリテーション病棟入院料の新設、200床以上の病院の再診に包括制の外来診療料導入等診療報酬の包括化という点で医療の効率化を促す仕組みが導入された。また、診療情報提供料に逆紹介加算が新設される等一層の連携も促している。

平成14年は初のマイナス改定である。手術料の施設基準設定が設定され、年間手術症例数によって手術料に格差を設けることとなった。医療機関の質の向上と淘汰を促すものでもあり、急性期医療に対する評価を一層メリハリをつけるものとなった。さらに、リハビリテーション医療の総点数制度の導入、外来再診療の月内通減制度、長期入院に対する特定療養費導入等過剰な医療の抑制に向けた仕組みが導入されている。

平成16年改定は「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」において示された「医療技術の適正な評価」、「医療機関のコスト等の適切な反映」、「疾病の特性等に応じた評価」といった方向性にに基づき、改定された。ハイケアユニット入院医療管理料の新設や亜急性期入院医療管理料の新設等患者の病態に応じたきめ細かな仕組みとなった。同時に平成15年に特定機能病院において導入されたDPCが、一部民間病院にも適用が拡大され、医療機関の一層の効率化を促している。

2) 医療機関の連携に関わる診療報酬

現在、医療機関の機能分化・連携に関わる診療報酬として評価されている主なものは紹介患者加算と診療情報提供料がある。

図表 2-19：紹介患者加算と診療情報提供料

大分類	小分類	診療報酬点数	施設基準、適用対象
紹介患者加算	イ 紹介患者加算 1	400点	地域医療支援病院・特定機能病院 紹介率80%以上
	ロ 紹介患者加算 2	300点	地域医療支援病院・特定機能病院 紹介率60%
	ハ 紹介患者加算 3	250点	紹介率50%
	ニ 紹介患者加算 4	150点	紹介率30%
	ホ 紹介患者加算 5	75点	紹介率20%
	ヘ 紹介患者加算 6	40点	—
	診療所紹介加算	50点	別の保険医療機関で診療情報提供料B、C、Dを算定された患者が診療所を初診した場合に加算
診療情報提供料	診療情報提供料A	220点	診療所⇔診療所、病院⇔病院 等同種の医療機関間の紹介
	診療情報提供料B	290点	病院⇔診療所間の紹介
	診療情報提供料C	500点	病院退院→診療所
	診療情報提供料D	520点	特定機能病院&地域医療支援病院→診療所又は200床未満病院

医学通信社「診療点数早見表平成16年4月版」より作成

紹介患者加算と診療情報提供料は表裏の関係にあり、紹介を受けた患者を受け入れた医療機関に紹介患者加算として診療報酬上評価され、紹介するに当たって診療情報を提供した場合に診療情報提供料として診療報酬上評価されることになる。

3) 診療報酬改定の今後の方向性

診療報酬改定は、医療制度全般の改革目標に向けて具体的に誘導していく手段でもあり、医療制度改革の実現には医療法改正によって制度創設、診療報酬改定によって制度の中身の充実という形で進めていくことになる。医療法と診療報酬は車の両輪として機能する。

第5次医療法改正では約90万床の一般病床を60万床の水準へと誘導するため、病床機能に応じたきめ細かい診療報酬が徹底されると同時に、医療の質の向上と効率化という観点では、一部の民間病院にまで拡大されたDPCが急性期病院全体に適用されることも予想される。DPCの適用は病院経営

の効率化を強く促すものである。医療に関する情報の提供により患者からの選別が進み、同時に効率的な経営という観点も更に重要となる。

図表 2-20：診療報酬改定の流れ

改定年月日	主要改定方針	診療報酬改定 (引上げ率、%)
平成6年4月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 甲・乙一本化等診療報酬体系の簡素合理化、許認可の簡素化 ○ 在宅医療の推進 ○ 難病患者、精神病患者、老人等心身特性に応じた評価 ○ 特定療養費制度活用等患者ニーズの多様化への対応 	3.5
平成6年10月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 看護・介護体制の充実、強化（新看護導入） ○ 付添看護の解消 ○ 在宅医療の推進 ○ 食事の質の向上 	1.7
平成8年4月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 薬価、薬剤使用の適正化 ○ 急性期医療・長期療養医療の適正評価 ○ 病院、診療所機能の機能分担促進 ○ 患者ニーズに応じた診療内容の評価 	3.6
平成9年4月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 消費税引上げの対応 ○ 長期入院の是正、医療の効率化 ○ エイズ対策 	1.4
平成10年4月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 在院日数の短縮化、長期入院の是正、過剰検査の是正 ○ 医療機関等の機能に応じた評価 ○ 老人医療の質の向上 ○ 在宅医療、リハビリテーションの推進 	1.5
平成12年4月	<ul style="list-style-type: none"> ○ 基本診療料、手術料を中心とした体系的見直し ○ 病院外来機能とかかりつけ機能の明確化 ○ 薬剤使用の適正化、薬剤関連技術の適正評価 ○ 小児医療、急性期入院医療、回復期リハビリ、在宅医療等の充実 	2.0
平成14年4月	<p>賃金・物価動向、厳しい経済動向を踏まえ、基本診療料を含めた広範な項目についての合理化を行うとともに、医療の質の向上等の観点から重点的な評価を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 質の高い急性期入院医療の評価 ○ 医療安全管理体制未整備減算、褥瘡対策未実施減算を新設 ○ 入院基本料等の見直し 	△1.3
平成16年4月	<p>フリーアクセスを原則としつつ、国民皆保険体制を持続可能なものとし、患者中心の質がよく安心できる効率的な医療を確立するという基本的な考え方に立って、厳しい経済社会情勢を反映する中で、DPC、小児医療・精神医療等を重点的に評価。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医療技術の適正な評価 ○ 特定療養費の拡大 ○ 在宅への誘導 	±0

厚生統計協会「保険と年金の動向2004年」、社会保障診療報酬支払基金「月間基金5月号（平成16年）」等より作成

3. 医療制度改革と機能分化・連携の進捗状況

(1) 地域医療支援病院の設置状況

地域医療支援病院の数は、厚生労働省の政策施策に係る実績目標「医療機関相互の連携を促進すること」の評価指標ともなっている。

平成10年4月に地域医療支援病院制度が発足して以降、平成16年8月までの地域医療支援病院数の推移は図表2-20のとおりである。

厚生労働省「実績評価書」（平成16年8月）によれば、政策手段の有効性・効率性について「制度発足以降、地域医療支援病院の数は年々増加し、平成15年度は63病院、当該制度を通じた地域医療の確保、医療機関相互の連携が有効に行われている。また、当該制度の整備により、各地域の実情に応じた医療機関相互の連携の促進を効率的に行うことができる」と評価されている。一方で二次医療圏に1つという目安に対しては、二次医療圏363に対して、地域医療支援病院85という水準にとどまっており、さらに普及・定着を図る必要性もあるとも認識されている。

規制改革・民間開放推進3ヵ年計画（平成16年3月19日閣議決定）において、地域医療支援病院の開設主体についても「地域医療支援病院の承認要件緩和及び主体要件について緩和の方向で検討し措置する。」とされており、これに基づいて平成16年7月に承認要件の緩和及び開設主体の緩和がなされた。

図表 2-21：地域医療支援病院数の推移

H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16
13	24	31	42	46	63	85

出典：厚生労働省「実績評価書」より作成（H10～15は各年度1月1日現在、H16は11月1日現在）

図表 2-22：地域医療支援病院の開設主体の緩和、承認要件の緩和

	従来	緩和後
開設主体	(医療法第4条) 国、都道府県、市町村、特別医療法人 (平成10年厚告105) 地方公共団体の組合、国民健康保険団体 連合会、日本赤十字、社会福祉法人恩賜 財団済生会、厚生(医療)農業協同組合 連合会、社会福祉法人北海道社会事業協 会、国家公務員共済組合、私立学校教職 員共済、健康保険組合、国民健康保険組 合、医療法人、民法法人、学校法人、健 康保険病院・厚生年金病院を開設する者	(平成16年厚告226号) 左記に加えて、 ・ 社会福祉法人 ・ 独立行政法人労働者健康福祉機構 ・ 次の2要件を満たす病院であって、 かつ、地域における医療の確保に必 要な支援の実施に相当の実績を有し ている病院を開設する者 ①エイズ拠点病院又は地域がん診 療拠点病院であること ②保険医療機関であること
承認要件 (紹介率)	(平成10年5月19日健政発第639号) 紹介外来制を原則としており、紹介率が 80%を上回っていること 但し、紹介率が60%以上であって、承 認後2年間で当該紹介率が80%を達成 することが見込まれる場合を含む	(平成16年7月22日医政発第0722003 号) 左記に加えて 紹介外来制を原則としており、 紹介率60%超かつ逆紹介率30%超 または 紹介率40%超かつ逆紹介率60%超

出典：平成16年11月11日第3回社会保障審議会医療部会「医療機関の機能分化・重点化・効率化について(配布資料)」より作成

(2) 施設の種類別に見た紹介あり患者の状況

医療機関の機能分化の方向性として、病院は入院、診療所は外来という大枠の考え方がある。ここでは病院と診療所の機能分担の基本的な考え方を踏まえ、主として病院における入院患者の紹介ルートとの状況と診療所における外来患者の紹介ルートとの状況について、「患者調査」結果に基づき、その傾向を概観する。

病院の入院患者における紹介あり患者数は平成8年515.2千人から平成14年630.7千人、患者総数に占める割合も平成8年36.9%から平成14年45.8%へと着実に増加しており、他の医療関連機関との連携が進展している。その内訳については病院からの紹介の割合が平成8年56.5%から平成14年61.4%へとウェイトが高まっており、病院・病院間の連携が深まっている。一方、診療所から病院への紹介数は平成8年100.5千人から平成14年107.8千人と微増にとどまり、その割合は病院の入院における紹介患者数の絶対数が増加する中、平成8年19.5%から平成14年17.1%と微減傾向である。入院における医療機関の連携は病院・病院連携が中心となっている。主要な疾病が病院における検査や健康診断で発見されるケースが多いともいわれており、そのよ

うな背景のもと病院・病院連携を中心として紹介患者数が増加しているものと推定される。

一方、診療所の外来患者における紹介あり患者数は平成8年143.4千人から平成14年168.5千人、外来患者数に占める割合も平成8年3.8%から平成14年5.0%へと増加している。病院の外来患者における紹介あり患者数は平成8年158.9千人、平成14年157.5千人、外来患者数に占める割合は平成8年7.0%、平成14年度8.1%と大きな変化はない。外来患者数に占める紹介あり患者数の割合は、病院でも診療所でも少なく、そもそも外来において医療機関間での紹介という行為はそれほど行われていないというのが現実である。

その中で注目すべき傾向として、病院から診療所への紹介あり患者数は平成8年61.4千人から平成14年80.0千人へと増加し、診療所における紹介患者数に占めるその割合は、平成8年42.8%から平成14年47.5%と着実に増加していることから、一部逆紹介の流れも進んでいるものと推測される。

病院・病院間、病院・診療所間の連携は徐々に進んでいるとはいえ、更に促進していくことが期待される。そのためにも医療機関の機能分化の中で、診療所に期待される「かかりつけ医機能」が確立し、地域医療支援病院等が整備されるとともに、各医療機関をつなぐネットワークが構築されることが重要となろう。

図表 2-23 : 施設の種別に見た紹介あり患者の状況

			紹介あり推計 患者数、総患 者数に占める 割合 (千人、%)	病院から (千人、%)	診療所から (千人、%)	その他(注)か ら (千人、%)
入院	病院	H14	630.7(45.8)	387.2(61.4)	107.8(17.1)	135.6(21.5)
		H11	586.4(41.8)	334.8(57.1)	105.6(18.0)	146.0(24.9)
		H8	515.2(36.9)	291.1(56.5)	100.5(19.5)	123.6(24.0)
	診療所	H14	18.9(25.7)	11.6(61.3)	4.0(21.1)	3.3(17.6)
		H11	15.6(19.2)	9.4(60.2)	3.4(21.9)	2.8(17.9)
		H8	12.1(14.4)	6.4(52.9)	2.4(20.2)	3.3(26.9)
外来	病院	H14	157.5(8.1)	65.2(41.4)	55.9(35.5)	36.4(23.1)
		H11	205.1(9.6)	78.8(38.4)	67.9(33.1)	58.5(28.5)
		H8	158.9(7.0)	62.1(39.1)	53.7(33.8)	43.1(27.1)
	診療所	H14	168.5(5.0)	80.0(47.5)	35.2(20.9)	53.2(31.6)
		H11	152.7(4.3)	69.6(45.6)	34.8(22.8)	48.3(31.6)
		H8	143.4(3.8)	61.4(42.8)	27.8(19.4)	54.2(37.8)

注) その他: 歯科診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設からの紹介、医師・歯科医師以外からの紹介、院内紹介等

出典: 厚生労働省「患者調査」より作成

第3章 医療機能における分化・連携の実態

本章では、医療機能分化・連携実態把握を目的としたヒアリングの結果を紹介する。ヒアリングを行った医療機関は、下記の通りである。

医療機関(ヒアリング先)	所在地	備考
川崎医科大学付属川崎病院 (院長、看護支援部長)	岡山県岡山市	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期医療を提供する大規模病院 ● 大学病院の母体となった病院
川崎病院肝疾患センター (副院長兼センター長)		
初台リハビリテーション病院 (理事長)	東京都渋谷区	<ul style="list-style-type: none"> ● 回復期・維持期リハビリテーション専門病院
伊藤病院 (院長)	東京都渋谷区	<ul style="list-style-type: none"> ● 甲状腺疾患専門病院 ● 創業時より甲状腺専門病院を志向
中川内科小児科医院 (院長)	静岡県静岡市	<ul style="list-style-type: none"> ● 内科、小児科を標榜する診療所 ● 早くから在宅診療に取り組み、診診連携のネットワークづくりを進めてきた ● 院長は静岡市清水医師会の副会長
清水厚生病院 (院長、地域連携室長)		
千葉県立東金病院院長 (院長)	千葉県東金市	<ul style="list-style-type: none"> ● 電子カルテを活用した病診連携に取り組んできた ● 院長は内分泌内科の専門医であり、糖尿病に係る病診連携が、地域連携システムの起点となっている

1. 事例1 川崎医科大学附属川崎病院（岡山県）

（1）医療機関の概要と経営環境

当病院は、昭和13年に外科医院の開業に始まり、昭和25年に財団法人立の病院となった。昭和32年には救急病院の指定、昭和34年に臨床研修病院の指定を受けた。昭和35年の癌研究所開設、昭和41年救急災害センターの併設に加え、医学の進歩、ニーズの変化に対応すべく、肝臓病、呼吸器疾患、スポーツ医学等の分野でも質の高い医療の提供を心がけ、地域医療への貢献を目指してきた。

平成14年には回復期リハ病棟（30床）を開設し、特に当院で得意とする脳血管疾患、脊損等で急性期治療の終わった患者に対し、家庭復帰、社会復帰を目指してリハビリを行っている。平成15年より、治験センターの運営も行っている。

「病院は患者のためにあり、従業員のためにあるのではない。患者が主人公であり、従業員はその奉仕者である。その精神に徹することによって病院は栄え、奉仕者は報いられる。」が開設理念であり、「患者様中心の医療」「患者様の心を心として」を院是としている。

図表 3-1：川崎病院概況

病床数：	800床(うち30床 回復期リハ病棟)
看護基準：	2.5対1看護A加算 看護補助加算(10:1)
診療科目：	内科、心療科、小児科、外科、整形外科、リハビリテーション科、形成外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、歯科、皮膚科
特殊診療施設：	癌研究所、災害救急センター、脳血管障害センター、集中治療センター、循環器センター、人工透析センター、内視鏡センター、肝臓・消化器病センター、スポーツ整形外科センター、呼吸器センター、公衆衛生科(人間ドック)
その他：	救急告示病院、輪番制2次救急担当病院、心電図伝送病院(岡山市消防局委託) 卒後研修センター(臨床研修指定)、総合リハビリテーション承認施設B

なお、当院は社会福祉法人旭川荘、学校法人川崎学園（医科大学・同附属病院・同附属高校・医療短期大学・福祉大学）及び川崎リハビリテーション学院の設立の母体となった病院でもある。

図表 3-2：医療圏の概況

圏域名	面積 (k m ²)	人口(人)	人口密度(人/k m ²)
県南東部保健医療圏	1,779.04	898,616	505.11
県南西部保健医療圏	1,121.67	707,867	631.08
高梁・阿新保健医療圏	1,539.04	94,505	61.4
真庭保健医療圏	824.35	49,704	60.29
津山・英田保健医療圏	1,847.55	207,148	112.12
合 計	7,111.65	1,957,840	



図表 3-3 : 岡山保健所管内の大規模病院

病院名	一般病床	療養病床	その他	合計	診療科
岡山大学医学部・歯学部附属病院	833	0	58	891	内、外、眼、産婦、整、放、小、耳、泌、皮、精、脳、神内、神、麻、循、心血
独立行政法人国立病院機構岡山医療センター	530	0	0	530	内、外、眼、産、整、放、小、耳、皮、泌、脳、歯、精、消、呼、麻、呼外、婦、循、心血、リハ、神内、小外、小歯、ア、形成外
岡山労災病院	451	0	0	451	内、外、眼、産婦、整、リハ、放、耳、神、脳、形、泌、精、小、歯、麻、循
総合病院岡山市立市民病院	378	0	18	396	内、外、眼、産婦、整、リハ、放、脳、耳、麻、皮、泌、小、神内、精、リマ、形成
総合病院岡山赤十字病院	500	0	0	500	内、外、眼、産婦、整、リハ、放、小、精、脳、耳、麻、皮、泌、神内、歯、循、リマ、歯口
恩賜財団岡山済生会総合病院	568	0	20	588	内、外、眼、産婦、整、リハ、放、小、精、脳、耳、麻、皮、泌、神、形、呼外
川崎医科大学附属川崎病院	800	0	0	800	内、外、眼、産婦、整、リハ、放、小、精、脳、耳、麻、皮、泌、神、歯、循、リマ、呼、消、形、呼外、心内、ア

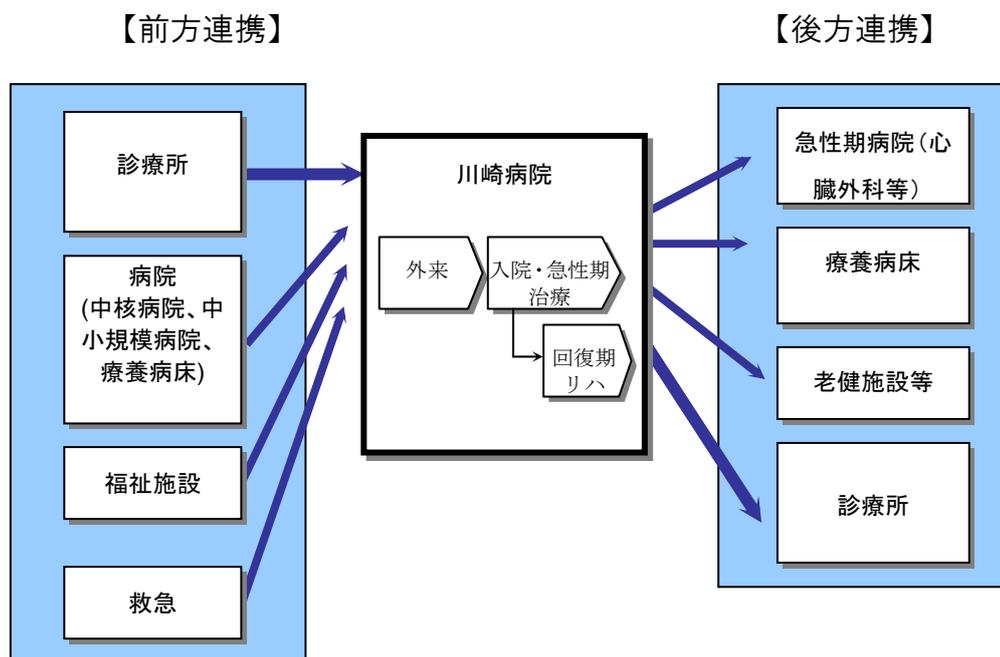
(2) 経営における医療連携の位置づけ

1) 急性期病院としての経営安定化に不可欠な医療連携

当病院では、今後も急性期病院としての生き残りを指向しており、前方および後方連携双方を強力に推進し、「紹介率向上」、「在院日数短縮」および「病床稼働率安定化」を図っていくことが不可欠であると認識している。最近の傾向としては、H15に紹介率が10%程度上昇し、加算取得により診療報酬単価が上昇した。外来については患者数は微減であるが、診療単価が増加傾向にあり、診療内容が機能に応じたものになってきているとみられている。一方、在院日数については、回復期リハビリテーション病棟の影響により若干の短縮はみられたが、思うようには短縮されていない。そこで最近では在院日数短縮のため後方連携の円滑化が喫緊の課題であると認識されている。

連携先や当院のかかわりは診療科・疾患によって異なるが病院全体についての連携先を図示すると以下のとおりとなる。

図表 3-4 : 川崎病院における連携図²



2) 経営方針である「継続的医療」実現のための患者サポート

当院では、それぞれの分野でのスペシャリストが協力体制を組んで患者の治療に当たる「チーム医療」と、患者の心身両面をサポートする「全人的医療」、さらに「継続的医療」を医療提供の3本柱として掲げてきた。医療政策により病院機能分化が進む中、従来より短い入院期間を余儀なくされる患者が増え、「継続的医療」実現のための特別な配慮が必要であると認識している。そこで平成15年度の病院計画の一項目として「退院時支援、退院後支援体制」を掲げ、退院後の家庭事情、生活環境、社会適応能力を十分配慮して支援する取り組みを行った。そして平成16年度には患者の退院に向けての相談や退院後のアフターケア等をトータルにサポートするため、新たに「患者支援部」を設置し、その任にあたっている。

²連携図作成にあたっては「2004年版医療白書“逆紹介”促進のためのシステムづくり, 藤田拓司」を参考とした。

(3) 前方連携

1) 紹介率は34%

前方連携としては、地域の診療所からの紹介患者の受け入れが最も多く、次いで病院からの受け入れとなっている。「365日、24時間救急受け入れ」を方針としており、初診患者に占める救急の割合が10%程度となっている。

平成17年2月における紹介率は全診療科で34.2%である。診療科別の紹介率をみると、放射線科、脳外科、眼科、外科が高く、小児科、歯科が低くなっている。紹介患者数でみると内科、整形外科、眼科が多くなっている。

2) 各科の診療機能をPR

地域医療機関からの患者紹介は、各診療科の診療機能上の特長を活かす形で進められてきた。具体的に「医療連携のための病院機能情報」という冊子を作成して、地域の医療機関に配布し、診療各科の特殊な診療機能をより具体的に知らせてきた。冊子には診療科別の医師の氏名と各専門領域・得意分野・自己アピールが掲載されている。この他、各種カンファレンスが定期的に行われている。

紹介に基づく診療の流れは院内で統一的にルール化され、地域医療連携室がその窓口業務を担っている。同室には常勤の職員が1名、派遣職員2名を置いている。外部向けには地域医療ネットワーク室という名称で、病病・病診連携業務にあたっている。室の主な業務は、地域のかかりつけ医（診療所）から患者の診療や諸検査（CT、MRI、RI、胃カメラ）の紹介があると、あらかじめ検査の予約を行い、これによって患者の待ち時間が大幅に短縮される。

紹介元のかかりつけ医に対しては、受診時、入院時、治療経過（手術、転科等があった場合等）、退院時の報告を行っており、そのかかりつけ医が、患者の入院中に訪問できるように、当病院の主治医との診療情報の交換等もできるようなサービス提供を行っている。

(4) 後方連携

後方連携は、急性期治療が終了した段階で地域の診療所への逆紹介を行っている。

病診連携

慢性疾患に対する処置や投薬、又、手術後の局所治療のために遠方から通院したり、長期間の入院になることはつらいものです。このため、入院期間は可能な限り短くし、ご自宅近くに開業されている信頼できる医院へ紹介いたします。勿論、病状が変化したり、疑問が生じた時に再診していただくことは問題ありません。

川崎病院HP、診療各科の案内、耳鼻咽喉科ホームページより抜粋

この他、病態に応じて、大学病院や専門病院、療養病床のある病院へ逆紹介を行っている。特に、特殊な機能を持っている中規模（200床程度）の病院、例えば心臓外科や、透析等30年以上も密接に連携している病院があり、それらの病院とは、各医師の得意分野も分かっているので特に円滑な患者紹介ができています。

その他、従来より連携している病院や診療所に加え、地元医師会が3年前に作成した機能別の医療機関のリストや、他病院の医療連携室から送信されるファックスより情報を得て、逆紹介につなげている。

一方、当地域（岡山県南東部）には350床以上の総合病院が7つ（岡山大学附属病院、国立医療センター、済生会病院、日赤病院、労災病院、市民病院）あり、それらの病院とは競合する領域も多い。そのためそれらの病院との病・病連携は特定な機能に限定せざるを得ない。特に国立大学や国立病院の独立行政法人化が進む中で、増患を目標としているが、これらの病院は施設も充実しているため、経営的には脅威と受け止めている。

1) 患者支援部の退院サポートにより医師と患者のコミュニケーションを補完

医療制度改革に対応するために、病院は早期の退院を目指すことになるが、一方で診療サイドからは、一旦受入れた患者を必要なだけ長く診たいという思いがある。また患者や家族からも、できるだけ長く診て欲しいという要望

も寄せられる。診療や患者サイドの思いと経営とを調和させることは、非常に困難なことであると受け止められている。

医療連携について患者や家族の理解や納得を得ることが重要であるが、入院期間が短縮化される中で、医師がそのために注げる時間には限りがある。急性期に特化することで、医師や看護の現場では、負担感が高まっている中、さらにその医療連携に関する患者との調整を医師のみに強いることは、診療現場への一層の負担感を招く。また急性期治療の早い段階で医師が転院等の話をするすることで、医師との患者の信頼関係を損いトラブル発生したり治療経過に悪影響を及ぼしかねない。そこで医師と患者の間に立って、両者のコミュニケーションの補足を患者支援部が実施している。

(5) 医療連携における課題やあり方についての認識

医療機能分化・連携は進みつつあるが、受診している患者や家族の側としては入院していた病院で診てもらいたいという意向が今なお強い。また医療提供者も患者の思いに応えたいという気持ちが高い。医療政策を踏まえると、患者に最適な逆紹介が可能になるよう、他の医療施設について診療体制や専門が何であるか、常に最新の情報を収集し、紹介が行える体制を構築することや、患者の退院支援を行うことが必要であることは継続的に取り組んでいかなければいけない課題であると認識している。また、制度設計にあたっては、「患者サイドにたった制度設計」や画一的な機能分化・連携のあり方ではなく、「地域の実状にあった状況」を期待している。

2. 事例2 川崎病院肝臓病センター（岡山県）

（1）センター概要

当肝臓病センターは、平成8年に、「肝臓病の内科専門医が外科医、放射線科医、病理医と連携して、患者一人一人に最適で、優しい治療を実施すること」を目的に川崎病院内に開設された。センター長は、「肝臓病の領域では最終の診断、治療機関としてベストの医療を患者にさせていただくのが当センターの使命であり、患者にとって最後の砦としての役割を果たす必要がある」としている。

（2）疾患特性と医療連携

肝臓病はウィルスの発見や予防・治療方法が確立されたのが比較的最近であり、いわば“治らない病気”とされてきた。当センターでは肝臓病が生涯にわたって治療を要することが多い疾患であることに加え、患者数も多いことから、診断や治療方針を決定する病院と患者の住む地域の診療所と連携を図った患者中心の治療を行うことが不可欠であると考え、きめ細やかな連携が行える診療スタイルの構築を目指してきた。具体的には、平素は地域の診療所が診て、3ヶ月に1回か半年に1回程度地域の中核病院（当センター）が検査や治療方針を決めるという診療形態である。

肝臓病のもう一つの特徴として、ステージ進行に応じて、治療方法が変わるということがあげられる。当センターでは移植適応となる患者については、大学病院への紹介を行うなど、ステージに応じて多様な医療機関との連携を行っている。

（3）病診連携状況

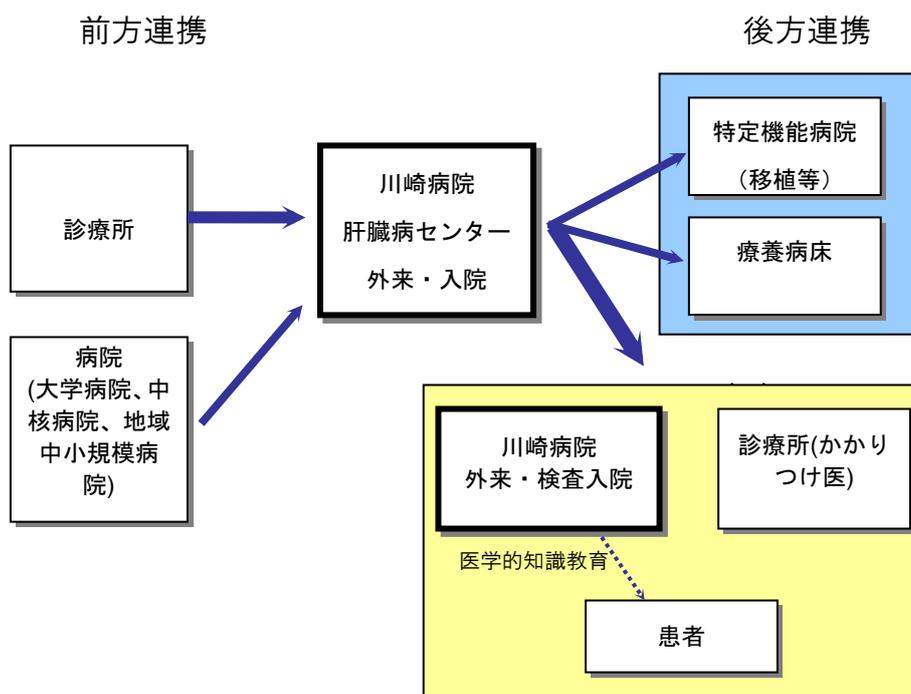
当センターでは、現在1300人程度の患者が受診している。その約50%が半年に1回、30%が3ヶ月に1回、当センターで検査や治療方針の検討を行い、あとはかかりつけの診療所に通院するという形態である。現在当センターが連携している診療所の数は500近くまで上っており、その地域は岡山県はもとより、広島、兵庫、高知の一部にわたっている。

直接当センターに外来で来る患者もいるが、その場合も必ず近くの診療所

を紹介し、当センターとその診療所が連携して診療を続けるようになる。

連携の方法については、診療情報提供書（決まったフォーマットを用意している）で患者の病状や治療方針等について情報交換をしている。

図表 3-5：肝臓病センターにおける医療連携



(4) 肝臓病知識の提供

当センターでは、センターのもう一つの重要な役割は診療所の医師に対する情報提供や患者自身に対する肝臓病の知識の提供であると認識している。センター長はセンター設立当初より、「患者教育なくして、地域の医療機関との連携基礎とした治療は行えない」と考えて取り組んできた。肝臓病は、日々その治療方法も進歩している。診療所の医師も新しい治療動向の把握や技術の習得は行ったとしても、他の疾患も同時に行うために、常に新しい情報収集を行うことは難しい。患者自身が知識をとり入れることによって、万が一そのかかりつけ医が肝臓病治療の最新の動向が把握していなくとも、早いうちに適切な治療が受けられるようにすることが狙いである。

具体的な普及啓発の方法としては、医師に対しては、地域の医師会が主催する「肝臓病フォーラム（年に10回程度開催）」で、患者に対しては自治体

等が主催する市民セミナーや患者会（友の会）等で行っている。

なお、当センターの場合、医師だけでなく看護師等の医療スタッフにも最新の知識等を身に付けることが重要と考えるので、出来る限り肝臓病フォーラムへの出席を求めている。

（5）学術活動

当センターでは、最先端の治療を研究する大学や専門医と連携が重要なので、学術活動も不可欠である。臨床データを蓄積し、最新の治療方法等について情報交換を行うと同時に、医師同士の信頼関係構築を図っている。

このような活動を通して、当センターは、肝臓病医ネットワークや全国の大学病院からも一定の評価を受けており、国立病院や日赤等からも相談や紹介が（病・病連携）があると考えている。

（6）今後の課題等

当センターでは、現在までのところ、医療連携は非常にうまくいっていると考えている。

基本的な役割としては、大学病院は肝臓病について深く研究すること、診療所は当センターのような地域の専門や中核病院と連携し日常のケアをすること、そして地域の専門病院や中核病院は検査、治療方針検討、診療所及び患者に対する啓発、臨床データ蓄積をすることとなる。

昨今の課題としては、急速な高齢化への対応である。肝疾患についても急速な高齢化が始まっており、肝硬変や肝がんと認知症が合併した患者について長期療養施設との連携の必要性に直面している。

またターミナルケアにおいても地域連携を進めることであると感じている。現在はターミナルケア施設が少ないため、県外のターミナルケアのある病院を紹介している。

3. 事例3 初台リハビリテーション病院（東京都）

（1）医療機関の概要と経営環境

当病院はリハビリテーション専門の病院として設立された。特徴として看護師の数が多く、同様にPT（理学療法士）やOT（作業療法士）の数も多いことがあげられる。リハビリテーションでは、マンパワーが必要となるため、これらを減らすことはできない。一般的にリハビリテーション専門の病院ではコストがかかりすぎて赤字になると考えられているが、たしかにスタッフが多く人件費はかかるが、設立から3期目である今年で単年度黒字になる。経常利益としてみると数百万円程度である。

多くの医療機関からの患者が紹介されてくるため、現在でも予約待ちの状態であり、今後もリハビリテーション専門病院が都心に多くなるとは思えないので、黒字が続くと考えられる。しかしながら、急性期病院から30日以内にリハビリテーションを開始できるような体制を作りたいので（現在は平均36日程度）、黒字幅を求めるよりも、スタッフの数を増やしてより質の高い治療・ケアを提供したいとしている。

当病院は患者に住み慣れた地域や自宅での生活をしてもらうために万全のリハビリテーション医療を提供したいと考えており、「人間の尊厳の保持」、「ノーマライゼーションの実現」、「主体性・自己決定権の尊重」、「情報の開示」、「地域リハビリテーションの推進」等五つの基本理念を掲げている。また日々の仕事の中でも、「初台風」というような言葉が聞かれる等、スタッフの間で、当病院の理念を理解し実践されている様子が伺えた。

このような基本理念を掲げる当病院では、看護師以外のスタッフにも十分な教育を施すことが重要であり、医業収入の1%は研修にあてている。このような直接的な教育投資に加え、全職種を対象とした教育部を設け、専任のスタッフを配置している。

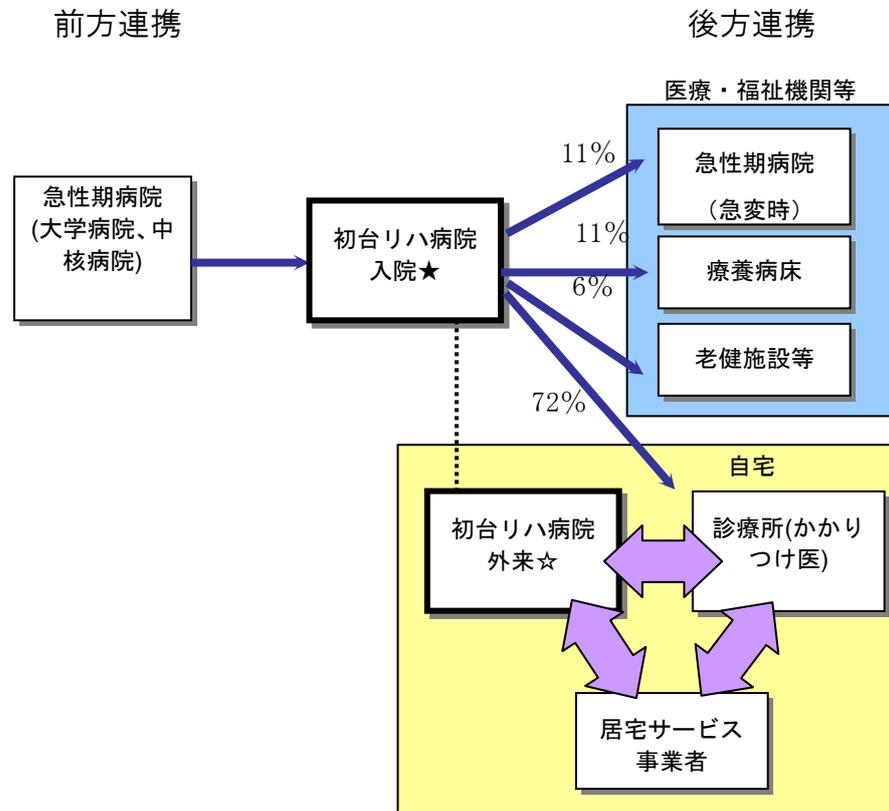
（2）医療連携方針及び推進状況

当病院は、患者の99%が他の医療機関＝急性期病院からの紹介である。

それらの急性期病院のうち多いものは、国公立・公的病院、大学病院等であり、いずれも脳外科、神経内科を備えた病院である（具体的には、国立国

際医療センター、東京女子医大、日赤病院、関東中央病院、順天堂大学附属病院、慶應病院等。)

図表 3-6 : 初台リハビリテーション病院における医療連携



急性期病院はいずれも患者になるべく早くリハビリテーション専門病院で治療を受けてもらいたいと考えているため、当病院への紹介は積極的である。都内にはリハビリテーション専門病院がまだ少なく、これは一般的に、リハビリ専門病院の開設については、リハビリテーションスペース確保が困難、人件費負担が大きい等の理由から、経営的に困難が多いとの印象が持たれていることが要因であると受け止めている。

当病院は、そもそもリハビリテーションを専門に行うことを目的に設立された病院であり、他の医療機関と連携することを前提にしていることから、医師をリーダーとした地域連携委員会を設置している。リーダーの医師は仕事のおおよそ半分が地域連携の仕事で占められている。連携先の病院や診療所については、地元の医師会を通じて情報収集をしている。

診療所との連携については、日常の治療を診療所で行って、リハビリテー

ションのみを当病院や専門施設で提供するのが望ましい。

また、退院後も患者とface to faceの付き合いをすることが重要であると考えているため、診療所だけでなく、ケアマネジャー等との連携も密にしている。当病院では看護師やソーシャルワーカーが介護事業者やケアマネジャーの集会や会合等にも参加するようにしている。

当病院では、他の病院からの患者を受け入れるに際して、患者自身の住所を聞くことにしており、渋谷区、新宿区、世田谷区、中野区、杉並区の五つの区に住んでいる患者を受け入れるようにしている。なぜならば、当病院を退院した後も、その患者のフォローを積極的にすることを前提としているからである。退院した後も通院させること、または訪問することを考えると、前述の5区の患者に絞ることが必要となる。

また、受け入れに際しては、紹介元医療機関の医師と当病院の医師が電話で話すということもルールとして定めている。これは患者の情報を正確に知ることが不可欠であるからであるが、紹介元医療機関の側が看護師やソーシャルワーカーであると、十分な情報が得られない可能性があること、こちら側に患者を早く受け入れさせるために意図的に曖昧な情報を伝えるかも知れないというリスクを回避するということが目的である。

(3) 医療連携の課題やあり方

そもそも連携を前提として設立した病院であり、国（厚生労働省）が医療機関の連携を積極的に奨励していることは、当院の方向性と合致している。

リハビリテーション病院は、急性期病院からなるべく早く患者を受け入れれば、それだけ回復の度合も高い上に、治療を受ける期間も短くてすむようになる。したがって、急性期病院と回復期病院と慢性期病院の3段階で対応することが最も効率的であり、患者のQOLも上がると考えている。

また、退院した後は患者の地域の診療所と連携して治療・ケアを提供していくことがミッションであると考えている。

前述のとおり、現在では、患者が急性期病院に入院してから平均36日程度で受け入れている。おおよそ2週間程度が治療期間であり、その他の3週間は当病院に入るために待機している期間である。急性期病院に長くいると、治

療が終わったあとのケアが十分になされないことも懸念されるため、なるべく早く受け入れられるような体制整備を進めていきたい。

これについては当病院だけで対応できるわけではない。都内で十分なリハビリテーション施設を備えている主な病院数は、まだまだ不足しており、ベッド数も足りないのが現状であると認識している。

4. 事例4 地域の診療所からみた医療連携（静岡市清水地域）

（1）医療機関の概要と経営環境

中川内科小児科医院は、静岡県静岡市（旧清水市）に立地し、地域のプライマリケアに取り組んでいる診療所である。また清水地域において、昭和50年代から在宅診療に積極的に取り組み、地域の診療所専門医のネットワークづくりを進めてきたという点で、清水地域の在宅診療のパイオニア的な存在である。現在では、訪問居宅介護サービスやケアマネジメントも行っている。

（2）清水地域の連携の現状

1) 病・診連携について

診療報酬の後押しと、静岡・清水市の合併により両市が同一医療圏になったことが相まって、診療所への病院からはたらきかけがきわめて積極的になってきた。

清水地域の全ての急性期病院に地域連携室が開設されており、診療所との関係強化をねらったカンファレンスの開催も増加している。また、旧清水地域の病院は、静岡市清水医師会に加入する診療所に、病院に勤務する常勤医師の出身大学、卒業年次、専門領域等に関する情報をファイリングした資料を提供している。特に常勤勤務医に関する情報提供は、診療所にとって、患者への適切な紹介や受療指導を行う上で重宝している。

2) 病・病連携について

訪問診療を担う診療所としては、在宅や療養病床では不安が残る症例もあるので、亜急性期の受け皿が明確になることは歓迎されることであると考えている。しかし、患者の紹介という意味での連携についていえば、「急性期病院と療養病床」以外の連携は限定的であろう。

他方、各病院がめざす方向（戦略）は徐々に相違が明確になっている。例えば、内科に消化器内科の専門医をそろえているといった形で特色づくりをしている病院もあれば、市立清水病院のようにリハビリテーション専門病棟を開設する病院もある。これらの取組は診療科によって異なる等、単純に「急性期・亜急性期の機能分化が進んでいる」と理解することはできない。地域の病院間で調整しているわけではないので、病院間の競争の中で、各病院の

創意工夫で得意分野をつくっているようだ。おそらく10年スパンで見れば、疾病ごとの病院の機能分化（得意・不得意）の構図がより明らかになってくるだろう。

（3）医療連携の課題

患者の立場で医療連携を考えると、退院後に病状が急変したときに適切に対応してもらえるか否かが、患者にとっての最大の不安になる。実際には退院時の患者への説明の技量が医師ごとに異なり、患者に過剰な期待や不安を持たせる例も散見される。

（4）小児医療について

1) 小児科医不足について

小児科医不足が指摘されるが、小児医療に対応する医師（特に内科医）が少なくなったというのが実態ではないだろうか。その背景として、医師の養成制度があると考えられる。すなわち、インターン制廃止後に養成された医師（内科医）は、概して小児の臨床経験が乏しいために、開業しても小児医療に対応できない場合が多い。今般、研修医制度改革が行われたので、数十年単位で見ればいい方向へいくことも期待できるが、インターン世代の引退が進む今後十年間は厳しい状況が続くだろう。

2) 夜間救急について

夜間の救急体制については、休日夜間診療所の整備で、以前のように深夜に対応する必要はなくなったが、前述のように小児医療に対応できる医師が減っているために、シフトが組み立たなくなりつつあることが問題である。

3) 医療機関の連携について

診・診連携については、例えば内科・小児科診療所と耳鼻科や眼科等専門診療所との間の患者紹介は日常的に行われているし、患者（の親）も自分の判断でいくべき診療所を選んでいる。また、病・診連携についても高度治療が必要な患者は病院へ紹介することは普通に行っている。

近年増加傾向にあるアレルギー疾患は、長期にわたり、親も含めた栄養指

導からカウンセリングに至る多面的な生活指導が必要になる。しかし、診療所で管理栄養士やカウンセラーをそろえることはできないので、専門職種がいる病院との連携が効果的であると考えられるが、いまのところ清水地域ではそのような連携はみられない。

5. 事例5 清水厚生病院（静岡市清水地域）

(1) 清水厚生病院の概要

1) 病院の概要

図表 3-7：清水厚生病院の概要

開設者	静岡県厚生農業組合連合会
所在地	静岡県静岡市(旧清水市域)
病床数	386床(うち療養病床40)
標榜診療科	内科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、産婦人科、眼科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科
施設基準	一般病棟(一般病棟入院基本料I群入院基本料1) 療養病棟(療養病棟入院基本料1)
その他	健康管理センター(検診・ドック、教育・指導活動) 介護サービス事業所の指定(居宅介護支援、訪問看護、通所リハビリテーション、短期入所療養介護)

図表 3-8：主要経営指標

	外来		入院	
	15年度	日あたり患者数	1,019人	平均在院患者数
	患者・日あたり収入	10,138円	患者・日あたり収入	35,574円
16年度	日あたり患者数	1,007人	平均在院患者数	312人
	患者・日あたり収入	10,523円	患者・日あたり収入	35,761円

- ▶▶ 16年度は見込み
- ▶▶ 平均在院日数は15日前後で推移している

2) 経営環境

① 市内の急性期病院

清水厚生病院が立地する静岡医療圏は人口約73万人。市内に特定機能病院はないが、8つの急性期病院が立地している。旧清水市と旧静岡市は隣接していたため以前から市民の生活圏は一体的であったが、平成15年の両市の合

併後、さらにその傾向が強くなってきている。

図表 3-9：静岡市内の急性期病院

	一般病床	立地地域
静岡県立総合病院	620	旧静岡市
静岡市立静岡病院	555	旧静岡市
静岡済生会総合病院	692	旧静岡市
静岡赤十字病院	537	旧静岡市
静岡厚生病院	265	旧静岡市
静岡市立清水病院	450	旧清水市
清水厚生病院	346	旧清水市
静岡徳州会病院	500	旧静岡市、2005年4月開設予定

② 経営方針

清水厚生病院は、開設者（静岡県厚生農業組合連合会）の性格から、特定分野の高度医療に特化するという方針をとらず、地域の二次医療（一般的な急性期医療）ニーズへの対応を基本に、予防や介護にも守備範囲を拡げている。

(2) 病診連携室の設置と取り組み

1) 病診連携室の概要

清水厚生病院では、平成14年に、患者のソーシャルワークにあたった「医療相談室」を母体に、病診連携室を設置した。現在、看護師（1人）、ソーシャルワーカー（2人）、事務員（1人）の職員を配置している。

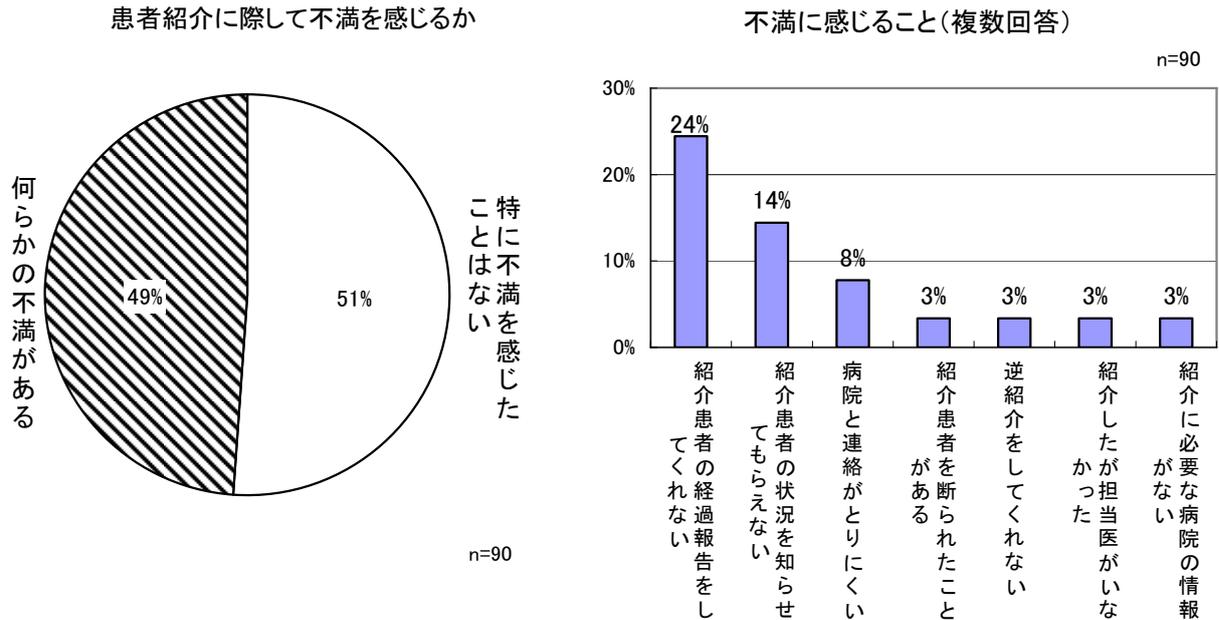
2) 連携に関する診療所の評価とニーズ

平成14年、病診連携室の開設にあたり、地域（旧清水市域）の診療所にアンケート調査（有効回答90件、回収率56%）を実施した結果、以下のことが明らかになった。

① 約半数の診療所が患者紹介について何らかの不満感を持っている

約半数の診療所が患者紹介について何らかの不満を感じており、その理由として「紹介患者の経過報告をしてくれない」、「紹介患者の状況を知らせてもらえない」をあげる診療所が多い。

図表 3-10：清水厚生病院への患者紹介に対する診療所の評価



② 患者紹介を行う上で診療所は医師の情報を求めている

患者紹介に際して必要な情報として、約半数の診療所が「医師に関する詳細な情報」、「病院の得意分野・治療方針」をあげている。

図表 3-11：患者紹介時に診療所が必要と考える紹介先病院の情報

患者紹介に必要な情報	件数	比率
医師に関する詳細な情報	44	49%
病院の得意分野・治療方針	43	48%
外来担当表	41	46%
可能な検査・手術	34	38%
保有している医療機器	20	22%
施設所在地	17	19%
空床情報	17	19%
当日の救急体制	17	19%
検査の順番待ち・予約状況	13	14%
紹介・逆紹介手順	10	11%
病院の症例実績	9	10%
指定承認等の施設機能・位置づけ	3	3%
病院の第三者評価結果	2	2%
紹介に係る連絡先	2	2%

n=90

3) 病診連携室の取り組み

地域の診療所の声をふまえ、病診連携室では、以下のような取組を進めた。

① 病診連携ファイルの作成・提供

地域の診療所との連携を促進する有力なツールとして、病診連携ファイルを作成し、地域の診療所に配布した。

病診連携ファイルはバインダーでとじられた加除式で、病診連携室のスタッフが定期的に地域の診療所を訪問し、随時、内容の差し換えを行っている。その際の診療所の医師とのコミュニケーションを通じて得られた情報は、病・診連携の改善に活かされている。

病診連携ファイルの中には、病院に勤務する医師1人1人の情報をカード形式にまとめた病院勤務医師情報もファイリングされている。

図表 3-12：病診連携ファイルの内容

病診連携ファイルの内容

<ul style="list-style-type: none"> ● 病院の概要 診療科、外来診療時間・休診日、病床数、面会時間、施設規模、施設基準の届出事項 ● 外来医師担当一覧表 ● 患者様の紹介について 紹介の手順、受付時間、紹介医への連絡、逆紹介の手順 など ● 専門外来開設のお知らせ ● 逆紹介件数の実績 ● 病院勤務医情報
--

病院勤務医師情報の様式

顔写真	氏名
	専門領域： 消化器外科、循環器内科のレベルで記載
出身大学名	認定医・専門医等： 学会認証資格などを記載
卒業年度	
セールスポイント： 特に専門とする領域、術式など	

② 紹介患者への対応

紹介を受けた患者は、病診連携室のスタッフが約束の時間に外来受付に待機し、初診の手続き等の案内を行っている。また、紹介患者用のフォルダを使用し、紹介患者のカルテ・伝票であることが院内のスタッフに一目でわかるようにして、待ち時間の短縮を図っている。

(3) 医局の取組

1) 紹介元医師への報告

紹介元医師に、「一報」、「中間」、「最終」の3つの段階で、紹介患者の情報を提供することを徹底している。特に「一報」（紹介患者の受診）については、ファックスを使い、即時的に連絡するように勤務医に指導している。

2) 診療所とのカンファレンスの開催

清水厚生病院では、以前から自然発生的に病院医師と診療所医師との共同カンファレンスが定期的に行われていた。

現在、消化器内科、循環器内科、小児科、眼科、産婦人科で、医師会と共同したカンファレンスが、1～3か月ごとにもたれている。このほか、救急症例検討会（医師会・静岡市消防防災局と共催）、時々タイムリーなテーマのカンファレンスをもっている。

これらのカンファレンスは、「地域の診療所の医師の要望をとらえながら病院医師の専門性や人となり人と為りを伝え、人的なつながりを深める上で有効に機能している」と院長は評価している。

(4) 連携の成果

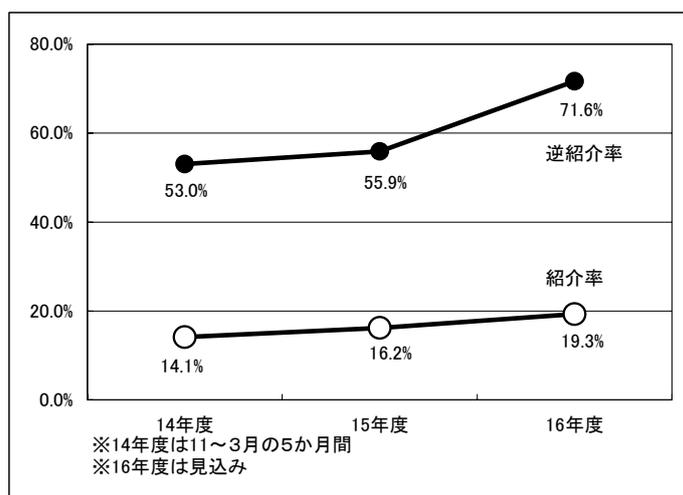
1) 連携の状況

① 紹介の状況

14年度と比較すると、16年度は、紹介率については5.2ポイント、逆紹介率については18.6ポイント向上した。診療科別には、内科、外科、脳外科で、紹介率が3割を超えている。

なお、「逆紹介は診療内容によってその必要がない場合（例えば無床産婦人科診療所から紹介された分娩の患者）もあり、その率の高低をもって診療科別の取り組みを評価することはできない」と院長はみている。

図表 3-13：紹介・逆紹介の状況



	紹介率	逆紹介率
内 科	36.4%	92.0%
小 児 科	7.4%	49.1%
外 科	35.7%	81.1%
整形外科	21.3%	68.8%
脳 外 科	34.6%	86.7%
皮 膚 科	6.3%	32.3%
泌尿器科	25.5%	85.3%
耳 鼻 科	19.4%	54.0%
婦 人 科	17.9%	29.2%
眼 科	5.3%	80.0%
全 体	19.3%	71.6%

※16年度(見込み)

②連携先診療所

15年度と16年度の状況を比較すると、紹介診療所数は約2.7倍、患者数は1.3倍に増加した。そのうち、「年間紹介件数1～11件の診療所」は約4倍に増加しており、この1年間で連携の裾野が急速に拡大している。

また、紹介患者の約6割を占める「年間紹介件数36件以上の診療所」が15年度の23件から8件増えており、病・診連携が深まりつつあると病院側は評価している。

年間紹介件数が12件以上の2つのカテゴリーの診療所の立地をみると、清水厚生病院に比較的近い旧清水市北部の診療所ばかりではなく、市立清水病院が立地する旧清水市の南部地域に立地する診療所も少なくない。地理的に遠い旧清水市南部の診療所は、清水厚生病院の医師の専門性等をふまえた患者紹介であり、病診連携ファイルを通じた情報提供やカンファレンスを通じた医師の交流が功を奏していると病院側ではみている。

図表 3－14：年間紹介件数別診療所・患者数

	①診療所数		②患者数		②÷①	
	15年度	16年度	15年度	16年度	15年度	16年度
36件以上	23 17.0%	31 8.4%	1,847 61.8%	2,348 59.6%	80人	76人
12～35件	37 27.4%	41 11.1%	802 26.8%	837 21.3%	22人	20人
1～11件	75 55.6%	297 80.5%	342 11.4%	752 19.1%	5人	3人
合計	135 100.0%	369 100.0%	2,991 100.0%	3,937 100.0%	22人	11人

※病院からの紹介は除く

※16年度は見込み

2) 経済的効果

紹介率の向上・安定をふまえ、17年4月から急性期入院加算と紹介外来特別加算の算定を予定しており、年間数千万円の増収が見込まれる。

(5) 地域連携と病院経営について

これまでの清水厚生病院の地域連携に関する取り組みについて、院長は、「いわゆる先進事例ではないが、過去の取り組みや当院のミッション等もふまえながら着実に進めてきた」としている。その上で、「地域連携は地域の評判が基本になる」としている。すなわち、いわゆる「サービス評価」で高い評価を得ることは試験勉強のようなもので、準備すればそれなりに成果を上げることができるが、大局的にみてそれが地域での評価に結びつく保証はない。一方、長年の積み重ねを通じて形成される地域の医師や住民の評判の方が的確なものであることが多いように感じられるとしている。

地域連携の取組を推進したメリットとして、院長は、病診連携室を通じて診療所の医師の声、さらには診療所医師を通じて患者の声がスムーズに届くようになり、課題発見・課題解決が迅速に進むようになった点をあげている。

6. 事例6 東金病院（千葉県）

(1) 医療機関の概要と経営環境

1) 東金病院の概要

図表 3-15：東金病院の概要

開設者	千葉県
所在地	千葉県東金市
病床数	191床(うち一般179床、結核12床)
外来標榜診療科	内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、小児外科
施設基準	重傷者等療養環境特別加算 急性期入院加算 紹介患者加算 褥瘡患者管理加算 薬剤管理指導料 入院基本料 I 群入院基本料1

2) 経営環境

① 診療圏

東金市は、千葉県保健医療計画で定める二次医療圏である「印旛山武医療圏」に属しているが、同医療圏内の成田市や佐倉市等の印旛地域は距離的にかなり離れているため、患者の日常的な受療は外房中部の山武郡地域（人口およそ21万人）でほぼ完結しており、高度医療機能については地理的に隣接する千葉医療圏の医療機関に依存する傾向がみられる。

② 山武地域の病院と病床数

東金病院は千葉県下初の県立病院として昭和20年代に開設され、その後、周辺町村立病院の開設が相次いだことから、東金病院も含め、この地域には、規模・機能の面で突出した病院はない。

現在、山武郡地域には、東金病院のほかに2つの公立病院と4つの民間病院があり、おおよそ公立病院が急性期を、民間病院が療養機能を担うという

機能分化がみられる。

千葉県保健医療計画（平成13年）では、印旛山武地域の基準病床数は6,789床であるのに対して、既存病床数は5,841床であり、948床の不足となっている。これは印旛地域分も含まれた数値であるが、山武郡地域も病床不足の状況にあるとみられる。

図表 3-16：千葉県山武郡地域の病院

	開設者	許可病床	療養型	精神
県立東金病院	千葉県	191床	0床	-
組合立国保成東病院	市町村	350床	40床	-
大網白里町立国保大網病院	市町村	100床	20床	-
あきば病院	医法	30床	30床	-
九十九里病院	医法	137床	80床	-
浅井病院	医法	465床	52床	378床
高根病院	個人	99床	44床	-

図表 3-17：千葉県山武郡地域の公立病院の診療科

県立東金病院	内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科、皮膚科、泌尿器科、小児外科
組合立国保成東病院	内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、歯科口腔外科
大網白里町立国保大網病院	内科、消化器科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科

図表 3-18：医療収入等の状況

外来		入院	
診療日数	246日	診療日数	365日
日あたり患者数	395人	平均在院患者数	134人
患者・日あたり収入 (うち内科)	10,310円 (13,135)	患者・日あたり収入 (うち内科)	33,067円 (30,986)
		平均在院日数	16.2日

(2) 地域連携の取組

1) 地域の保健医療水準の低さ

人口10万人あたり医師数(14年度時点)は、千葉県全体は142人であるが、山武郡地域は94人となっており、千葉県の水準を大きく下回っている。

また、山武郡地域は、首都圏の周縁部であるにもかかわらず、地域の医療保健水準が低い。例えば、糖尿病の悪化による下肢切断数(人口20万人あたり・年間)は、全国では1.2であるのに対し、山武郡地域では6.8と、全国平均の約5倍となっている。この原因として、患者の治療に対する態度とともに、専門医の不足による適切な受療機会の不足(例えばインスリン自己注射導入の遅れ等)が考えられる。

2) 地域連携の構想

糖尿病の専門医としてキャリアを積み、平成10年に東金病院に着任した院長は、このような状況を受け、以下のような取組を構想した。

第1は、日常的な疾病管理等は身近な地域の診療所に委ね、病院は高度な疾病管理に注力することである。糖尿病に即していえば、日常的な疾病管理は診療所で行い、これをベースとして半年程度の間隔で東金病院では動脈硬化の評価を通じた脳血管障害や心疾患のリスクコントロール等、高度な疾病管理に取り組むという機能分担の実現である。

第2に、これを実現するために、糖尿病であればインスリン自己注射の管理手法や各種薬剤の使用法等の最新の診療技術を地域の診療所に積極的に移転するとともに、連携をより高度化するための情報基盤を整備することである。

このような構想を現実化するため、以下の4点の取組を推進した。

- ▶ イブニングカンファレンスの開催
- ▶ 山武SDM研究会の開催
- ▶ 地域医療支援室の設置
- ▶ 地域電子カルテシステムの開発

3) イブニングカンファレンスの開催

山武郡医師会との協力の下、東金病院の医師と地域の診療所医師をメンバーとする「イブニングカンファレンス」を開催している。これは、月に1～2回の頻度で、各種の傷病の重症症例の診断治療を軸とした「症例検討」と、最新の医学情報の提供を目的とする「話題提供」を交互に行うもので、文字通り外来診療後の時間帯に実施している。

この取組について院長は、「診療所医師が紹介した症例について病院医師が様々な角度から議論することを通じてそれぞれの医師の技術や考え方について理解が深まる一方、病院医師が個々の診療所医師について理解を深めるきっかけとなり、これが相互の信頼関係の基礎となり、ひいては紹介・逆紹介の呼び水となった」と評価している。さらに、「院内の医師の相互理解の契機ともなり、複数医師によるチーム医療推進の原動力となった」としている。

4) 山武SDM研究会の開催

院長の専門である糖尿病に係る地域の医療水準の向上を目的として、「山武SDM研究会」が開催されている。これは、地域の有志の医師や薬剤師をメンバーとして、SDM³を軸に糖尿病の臨床技術に関する研究会を2～3ヵ月ごとに開催しているものである。具体的なテーマは下記の通りである。

図表 3-19：研究会のテーマ

糖尿病診療の基本とSDM入門
SDMの使い方 (①内服薬の選択、②インスリン製剤)
高脂血症診療ガイドライン最新版
インスリン製剤とビッグアナイド剤の使い方
超速効型インスリン製剤の紹介、使い方
持効型インスリン製剤の紹介、使い方
シックデイについて
ステロイド糖尿病について

³ Staged Diabetes Managementの略で、医師や糖尿病療養指導士を対象に作成した糖尿病の臨床病期に応じた実践的な管理マニュアル。アメリカ・ミネアポリスの国際糖尿病センター（IDC）により、糖尿病の治療指針やインスリンを含む治療薬の選択と用量を決定するためのガイドラインとして1985年より開発に着手されたもので、我が国では1995年にSDM研究会（代表：松岡健平東京都済生会糖尿病臨床研究センター所長）が発足し、1999年に最初の日本語版が発表された。

経口血糖降下剤の使い分けについて
メタボリックシンドローム（①病態と診断、②経口剤による治療、③インスリン製剤の活用）

院長はこの研究会について、「医師はインスリンの自己注射の導入に躊躇があるのが一般的であり、また、使用経験のない新薬に消極的になる傾向がある。こうした中で、この研究会を通じてかかる障害を克服できたとする診療所医師が着実に増えた」と評価している。病院が実施したアンケート調査でも、「標準的な治療が把握できたので安心して治療にあたることができるようになった」という趣旨の意見が複数寄せられているという。

5) 地域医療支援室の設置

① 設置準備の方針

地域連携の推進を図るべく、平成14年度に、地域医療支援室を院内に設置した。設置準備に当たり、以下の3点を基本方針とした。

- ▶ 病院がどのような立場でどのような独自性をもって地域に関わるかというビジョンを明確にする
- ▶ Market In の発想に立ち、地域の医療機関や患者の病院に対する評価や期待を把握する
- ▶ 院内のモチベーションや認識を統一する

② 地域医療支援室の機能

地域医療支援室は、医師、看護師、MSW、事務員により構成されているが、院内が手狭なこともあって専用の部屋は設置されておらず、スタッフも全員兼務である。

機能は紹介患者の受診に関する対応と在宅患者の療養のコーディネートに大別される。在宅患者の療養のコーディネートについては、①医療依存度の高い患者の在宅ケア（ターミナルケア）への移行、②疼痛管理が必要ながん患者の在宅ケア、③特に支援を要するインスリン自己注射開始患者、④福祉的な対応が必要な場合、に大別される。

在宅療養を実現するためには、前に紹介した糖尿病と同様に地域の診療所

への技術移転とともに、訪問看護ステーションへの技術移転も必要になる。東金病院では、平成11年から在宅静脈中心栄養を核としたネットワークづくりに取り組んできた経緯があり、これが地域連携の母型となった。加えて、地域の診療所や訪問看護ステーションが安心して患者を受け入れることができるようになるための環境づくりとして、急変時の受け入れについての病院の方針を明確化すること、訪問看護ステーションとの勉強会の開催、病院主治医と院外の関係者を交えた合同カンファレンスの開催に取り組んでいる。

③ 具体的な準備

図表 3-20：地域医療支援室開設準備

7～8月	<ul style="list-style-type: none"> ● コンセプト（目指すべき成果）の検討 <ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介率30%、地域医療の向上 ● 基本方針の検討 <ul style="list-style-type: none"> ○ 紹介に対する返書の作成、紹介患者の優先診療 等
9月	<ul style="list-style-type: none"> ● オープンハウスの開催 ● 紹介状への返書等の様式的设计
10月	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域診療所への訪問開始 ● 地域診療所へのアンケート実施（病院と診療所のミスマッチの把握） ● 地域医療支援室の開設 ● 紹介患者優先窓口（オレンジカウンター）の設置

6) 地域電子カルテシステムの開発

① システムの概要

前述のような地域連携の取組を土台に、国の補助金を得て、地域の医療機関を結ぶ電子カルテシステム（愛称：わかしおネットワークシステム）の開発に平成13年に着手し、平成14年に正式運用を開始した⁴。

このシステムは、院内に設置した「地域共有電子カルテサーバー」を核に、このシステムに参加する診療所（23）、調剤薬局（21）が同じ診療データを

⁴ その後、わかしおネットワークは看護記録を取り込む等機能を拡張し、地域の保健行政機関、訪問看護ステーション、介護施設にその範囲を拡大している。

共有しながら診療に当たるといふものである。電子カルテシステムには、①患者氏名・住所等、②診察所見、③処方内容、④検体検査データ、⑤画像データ（心電図含む）、⑥紹介状の6種類の情報が記録されている。

診療データは、診療にあたった（データを書き込む）医師及び患者が同意する範囲の医療機関の医師・薬剤師のみがアクセス権を有する。さらにこのネットワーク基盤を通じて、前述のSDMの情報が関係者に提供されている。

②地域電子カルテシステムのメリットと課題

このシステムのメリットは以下の点にある。

- ▶▶ 病院と診療所が検査値、画像、過去履歴等を共有して診療にあたること
ことができる
- ▶▶ 病院主治医と診療所主治医の信頼が深まる
- ▶▶ 逆紹介時に患者に安心感を与えることができる
- ▶▶ きめ細かな服薬指導が可能になり患者の服薬コンプライアンスが向上する

一方、以下のような課題も指摘されている。

- ▶▶ 医師のデータ入力負担
- ▶▶ 導入の費用対効果

院長は地域電子カルテシステムについて、「確かにあれば診療や連携の質が向上するといえるが、『地域電子カルテシステムがなければ地域連携ができない』とか『地域電子カルテシステムを導入すれば地域連携ができる』という発想は誤りである」とし、「医療は人間が最も重要な構成要素である以上、ヒューマンネットワークの構築が重要である」とした上で、「地域電子カルテシステムを導入しなくとも地域連携に向けて行うべきことはある」としている。

(3) 経営へのインパクト

1) 医業収入

平成10～15年度の患者あたり医業収入の推移をみると、入院、入院外のいずれも伸びているが、特に内科外来の伸びが著しい。紹介患者加算の算定や診療内容の高度化が功を奏したものと考えられる。

図表 3-21 : 患者あたり医業収入の推移

	10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
入院	24,641 100	29,391 119	29,474 120	30,219 123	31,871 129	33,067 134
うち内科	23,942 100	29,061 121	28,656 120	28,071 117	29,943 125	30,986 129
外来	7,558 100	8,132 108	9,120 121	9,658 128	10,180 135	10,310 136
うち内科	8,614 100	8,766 102	9,936 115	10,613 123	12,224 142	13,135 152

2) 平均在院日数

平成10年度から短期化傾向にあったが、地域医療支援室を開設した平成14年度の変化が顕著である。

図表 3-22 平均在院日数の推移

10年度	11年度	12年度	13年度	14年度	15年度
20.0日	19.7日	19.4日	18.1日	16.2日	16.2日

(4) 医療連携の課題やあり方

院長は、「当院の糖尿病についての病診連携に対して、特に病院サイドの検査に対して過剰診療とみる向きもあるかもしれない」とした上で、「近年、若年からの発症、顕著な肥満、高脂血症・高血圧症の併発等いわゆるメタボリックシンドロームの患者が増加傾向にあるが、これらの患者は心疾患、脳血管障害の発症リスクが極めて高く、発症時には開頭手術や心臓カテーテル治療などの高額医療を必要とすることが多い。病院の高額医療機器を活用した検査を通じてこれらの疾患が予防できれば、総医療費の抑制になるはず

である」としている。その点で、「メタボリックシンドローム対策には、地域保健レベルでのハイリスクアプローチの充実も不可欠であり、医療と地域保健との連携が今後の課題である」としている。

また、「病院と診療所の連携については、診療報酬制度の後押しもあって、かなり順調に進展しつつあるし、経済的な理由でこれに積極的に取り組まざるを得ないのが現状」としている。

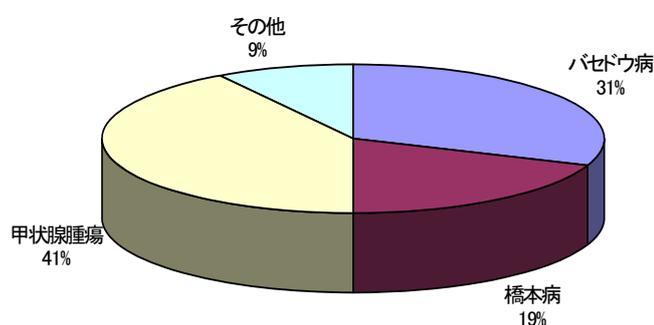
また病院間連携について、一般論として、急性期病院間では大きく2つのモデルに分かれるのではないかと院長はみている。すなわち、第一のモデルは、地域の複数の病院が互いに特定の分野に特化し、地域全体として高度な医療サービスを提供するという専門特化モデルである。このモデルが成立するためには、一定以上の人口規模が必要であり、また病院間の機能の調整をだれがどのように行うかが課題である。第二のモデルは、特定の病院に高度機能を集中させ、他の病院は療養病床やプライマリ医療に特化する「集中モデル」である。これについては、人口密度が低い地域向きであるが、現実的にはどの病院に機能を集中させるかという調整が難しく、これをいかに解決するかが課題である。いずれにしても、どの病院が地域にいかに関与してきたかという点が問われることになるだろう。

7. 事例7 伊藤病院（東京都）

（1）医療機関の概要と経営環境

当病院の始まりは昭和12年の医院開業であるが、その2年後の昭和14年には病院となっている。早くも創業当初より専門病院を目指しており、病院理念である「甲状腺を病む方々のために」の通り、昔も今も甲状腺疾患専門病院として、全ての甲状腺疾患の診療にあたっている。

図表 3-23：初診患者の疾患構成（平成15年度）



医療設備としてCT、シンチグラフィ、リニアック（放射線照射装置）、カラードプラ超音波装置等を備えている。特筆すべきところは甲状腺疾患の診療に不可欠なアイソトープ設備であり、60床の病床のうち7床がアイソトープ管理病棟となっている。なお、平成17年1月より電子カルテを全面稼働させている。

職員は、全職種あわせ常勤149名、非常勤58名で、うち医師は常勤が15名、非常勤が55名である。該当疾患の診療主軸である甲状腺機能検査、免疫学的検査、画像診断は、その日のうちに院内で全てを処理し結果が出せるよう、臨床検査技師、放射線技師を23名配置している。

臨床医学研究にも力を入れており、学会活動や論文執筆等、研究活動を奨励し、実践し続けている。日々の臨床のみならず、研究に必要なカルテについても瞬時に引き出せるよう、開設以来のカルテを全て保管しているのも特徴である。

多くの甲状腺疾患は長期にわたる治療を必要とし、疾患や診療に関する患者の正しい理解が不可欠である。したがって、きめ細かなインフォームドコンセントが必須であるが、限られた外来診療時間では、どうしても無理が生じてくるのが現実である。よって、説明不足を補足する目的で、疾患・症状別に細かく分類した小冊子を配布し、専属スタッフによる医療相談や妊婦、癌患者向けの説明会を実施している。またホームページ上でも、検査や治療方法について細かな情報提供を行い、療養の手助けに努めている。また、他県をはじめ、遠方よりの来院患者に対しては年間3万6000件にもものぼる手紙による診療結果のお知らせを行っている。

該当疾患の性質上、外来診療のボリュームが大きく、平成16年の統計では外来患者数が1日平均720人、初診患者数が年間15,000人である。診療圏は極めて広域であり、初診患者の住所を見れば、同病院の位置する渋谷区内からの来院はわずか1.7%、都内としても47%であり、それ以外が他地域からの来院者である。

医業収入は外来7割、入院3割の構成である。外来においては主として内科治療を、入院では外科治療を行っている。年間1500件以上の手術を行い、常に600人以上の患者が手術を待っているが、手術枠の制約もあり、今後とも外来中心の収益構造は変え難いとしている。

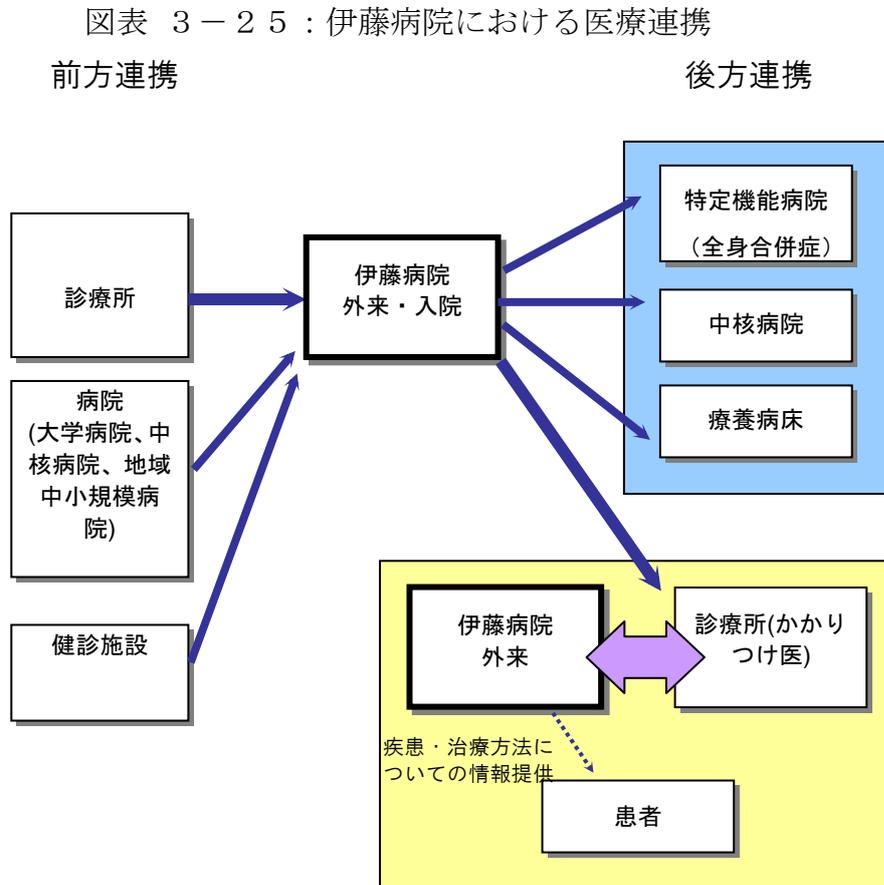
図表 3-24 : 診療実績 (平成16年度実績)

年間来院患者総数	212,306人
1日来院平均患者数	719.7人
年間手術数	1,459件
平均在院日数 (入院期間)	8.5日

伊藤病院HPより作成

(2) 医療連携方針及び推進状況

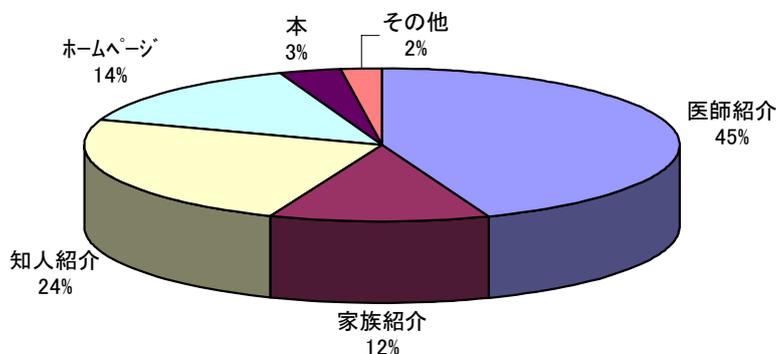
伊藤病院における医療連携を図示すると以下のとおりとなる。



1) 前方連携

甲状腺疾患の患者は、患者自身で甲状腺疾患であると判断し、医療機関を訪れることは稀である。したがって専門病院の外来は他の医療機関や健診施設からの紹介により、たどり着くことが多くなっている。当院の平成16年度末現在の紹介率は48%である。うち7割が地域のかかりつけ医から、1割が健診施設から、残りが特定機能病院を含む病院である。近年、紹介率は上昇しており、特徴として健診施設からの紹介が急増している。

図表 3-26：伊藤病院への来院動機（H16年）



2) 後方連携（逆紹介）

一方、当院では診療域を甲状腺疾患に絞りこんでいるため、甲状腺疾患以外の疾患を発見した場合は、適時、適切な医療機関へ紹介している。このようなケースは初診患者の5%程度にも該当する。また甲状腺疾患に端を発し、全身的な合併症を伴っている場合には、特定機能病院をはじめとした医療機関へ紹介している。

通院が困難な患者については、地元のかかりつけ医に処方をお願いし、要所で、当院が診察を行うといった連携を行っている。その数は年間1万件を超えている。

3) 連携組織・システム

連携の推進は、病診連携室が中心となっている。同室には診療情報管理士を3名配置している。前述のとおり、当院では平成17年1月より電子カルテシステムを導入しているが、それに伴い、紹介元の医療機関より送付されたデータも電子化し診療の継続性を高めている。

紹介返信に関するデータもシステムにより一元管理されており、紹介元の医師への対応状況等も、リアルタイムで把握することができる。

4) 共同研究

当院では、学術的活動を重要視しているが、当院だけで行えない研究については、大学医局や研究所との共同研究を実施し、現在までにその数は500件以上に達している。学術的な業績を高めていくことは、診療技術向上に加え、甲状腺を専門的に診察している病院であることが他の医療機関に周知されることにも繋がった、と当院では受け止めている。

(3) 医療連携の課題やあり方

1) 紹介元医療機関への着実な対応

甲状腺疾患に専門特化する当院としては、病・診連携をはじめとした前方連携は非常に重要である。紹介元の医療機関へのアプローチで最も大切なのは、期待通りに病気を治すことに尽きるが、加えて、紹介元の医師に、正確な時期に的確な返信ができているかが重要であると考えている。新システムではそれらを随所で見守ることが出来る仕組みとなっている。また、病・診連携が途絶えたエリアや紹介元があった場合の要因分析についても、新システムから得られる情報においては従来以上のものが得られるようになった。これらの更なる分析により、紹介医への対応向上を図りたいと考えている。

2) 適正規模と守備範囲の死守

病院における外来縮小傾向や診療報酬のマイナス改定等、中小病院にとっては厳しい経営環境が続いている。

専門病院においても例外ではないが、当院の経営上の強みとして上げられるのはシステム構築のしやすさである。目的と手段が、はっきりと定まっているゆえ、ハードからソフトまで業務システムの構築面について、極めて無駄のないものとしている。そして常に自院の適正規模を見据え、守備範囲の確認に務め、診療域を超えた場合には、迅速に適切な医療連携を行う。これらの実践が、専門病院として安定的な経営を行っていく必須条件であると考えている。

本事例における参考文献：

医療'98, VOL. 14 No. 18 「専門病院として生き残るための条件」
中央公論, 2003年4月号, 21世紀医療, 水野肇
病院 第63巻第11号, 2004年11月1日発行

第4章 患者からみた医療機能分化・連携（患者アンケート調査）

1. 調査の目的

（1）調査の目的

本調査研究では、患者の視点に立った医療機能分化・連携のあり方の検討に資する情報収集を目的として、患者アンケート調査を実施した。

本アンケート調査では、医療施設の機能分化や、地域における連携が図られている医療施設を受診中の患者に対し、紹介元医療機関から紹介先医療機関（当該医療機関）への転院にいたるプロセスおよび、転院後医療機関（当該医療機関）における医療提供に対する満足状況等の把握を行った。これらを通じ、医療機能分化・連携を経験した患者の受診行動特性を明確にし、患者の視点に立った医療機能分化・連携のあり方の検討に際し、考慮すべき点を明らかにすることを目指した。

（2）調査内容

- 紹介先医療機関への入院決定に至るプロセス
- 転院前の不安や期待の有無及びその内容
- 紹介元と転院先病院との間の診療情報共有の状況
- 回復期リハビリテーション病院での治療、ケア内容に対する満足度
- 医療機関の連携に対する要望

2. 調査の概要

(1) 調査病院

本アンケート調査では、初台リハビリテーション病院（東京都渋谷区本町3-53-3）を調査対象病院として選定した。

同院を調査対象の医療機関として選定した理由は、同院が脳血管疾患、頭部外傷、脊椎損傷等により障害をもった患者に対し、発症後、1ヶ月後程度で受け入れ、家庭復帰を目的とした回復期リハビリテーションおよび在宅復帰後の維持期リハビリテーションに特化した病院であり、地域の医療機関の連携を経験した患者の行動や意向把握を行えることである。

(2) 調査対象者

本アンケート調査では、調査時点に同院に入院中の患者および通院中の外来患者のうち同院への入院経験がある患者を対象とした。

(3) 実施方法

調査方法としては、自記式アンケート調査方式とした。ただし、同院の患者属性より、患者本人の記入が困難な場合も想定されたため、そのような場合には家族等の代筆によるものとした。

調査票の配布については、入院患者では調査実施時に入院している患者全員、外来患者では回答が可能であると医療機関職員が判断した患者及びその家族のうち調査協力の意思を持っているものとした。また、入院患者は留置き式、外来患者は対面式とした。

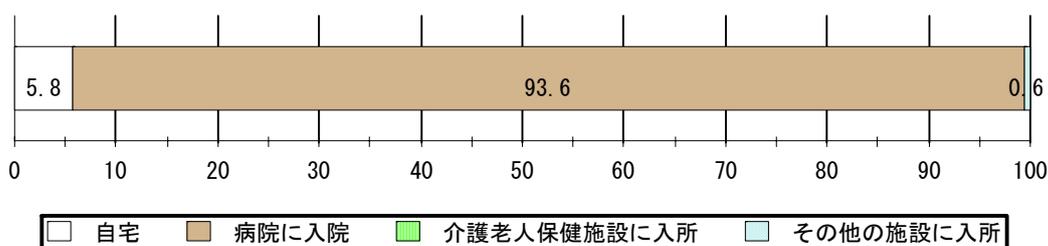
3. 調査結果の概要

本アンケート調査において、入院患者111件、外来患者46件、合計157件の有効回答を得たが、調査結果の概要とそのポイントは以下に示すとおりである。

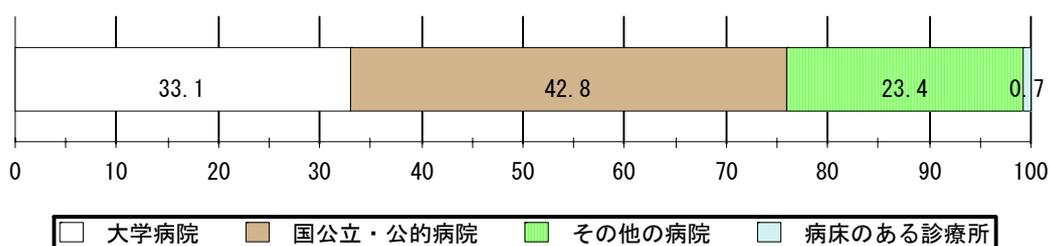
(1) 入院前の状況等について

入院の直前にいた場所については、「病院に入院していた」が9割以上を占め、その病院の種類は、「国公立・公的病院」が4割強、「大学病院」が3割強を占めている。

図表 4-1：入院直前の滞在場所

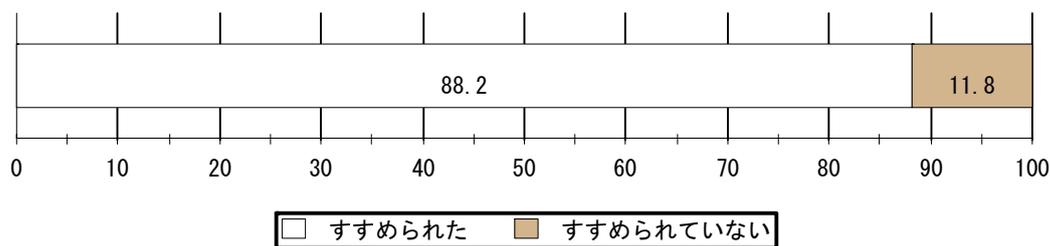


図表 4-2：入院前の滞在場所（入院の場合の種別）



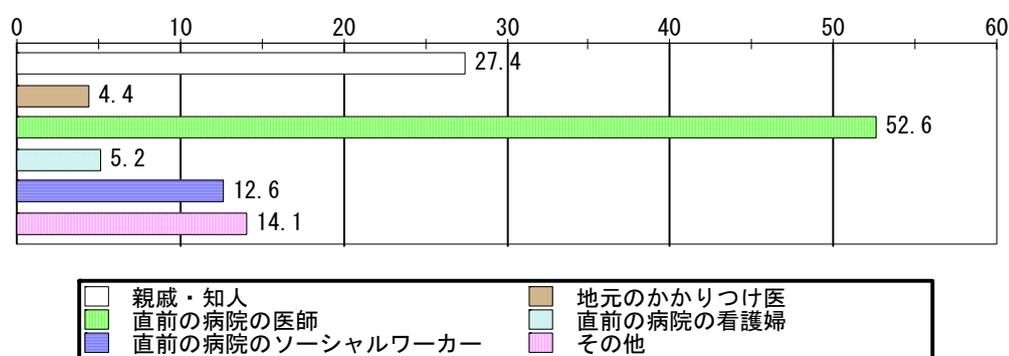
また、当医療機関への入院を誰かに「すすめられた」が9割弱にのぼり、すすめた人（複数回答）として「直前の病院の医師」が5割強、「親戚・知人」が3割弱、「直前の病院のソーシャルワーカー」が1割強、「直前の病院の看護師」が約5%となっている。

図表 4-3 : 初台リハビリテーション病院への入院のすすめ



図表 4-4 : 入院をすすめた人

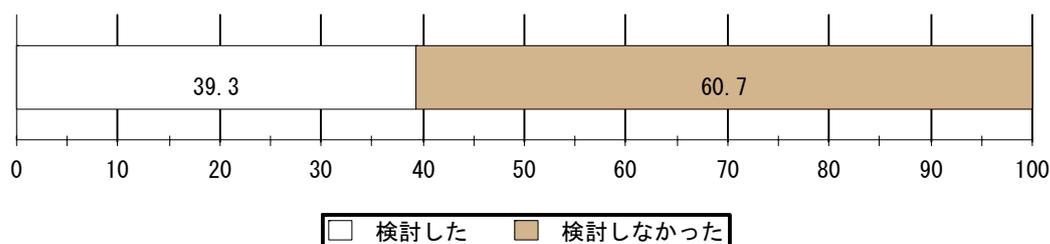
n=135



(2) 入院先の検討

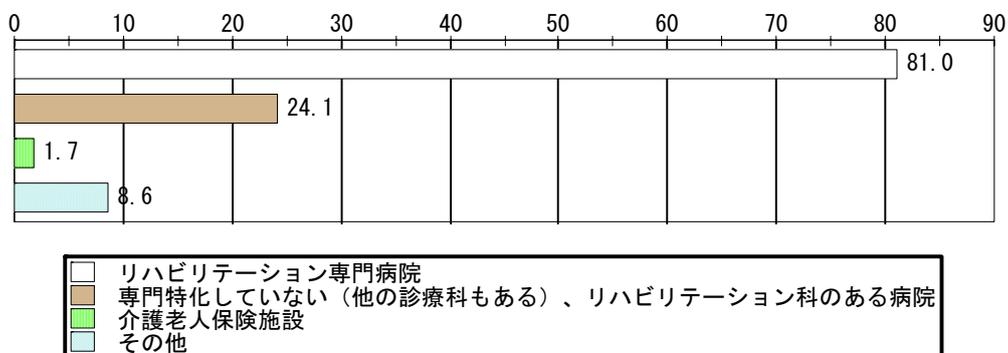
当医療機関に入院する前に、他の病院も「検討した」割合は4割程度にのぼり、検討した先のおよそ8割が「リハビリテーション専門病院」をあげている。ある程度、患者や患者の家族がリハビリテーション医療に対する知識をもっていることがうかがわれる。

図表 4-5 : 他病院への入院検討の有無



図表 4-6：入院を検討した病院

n=58

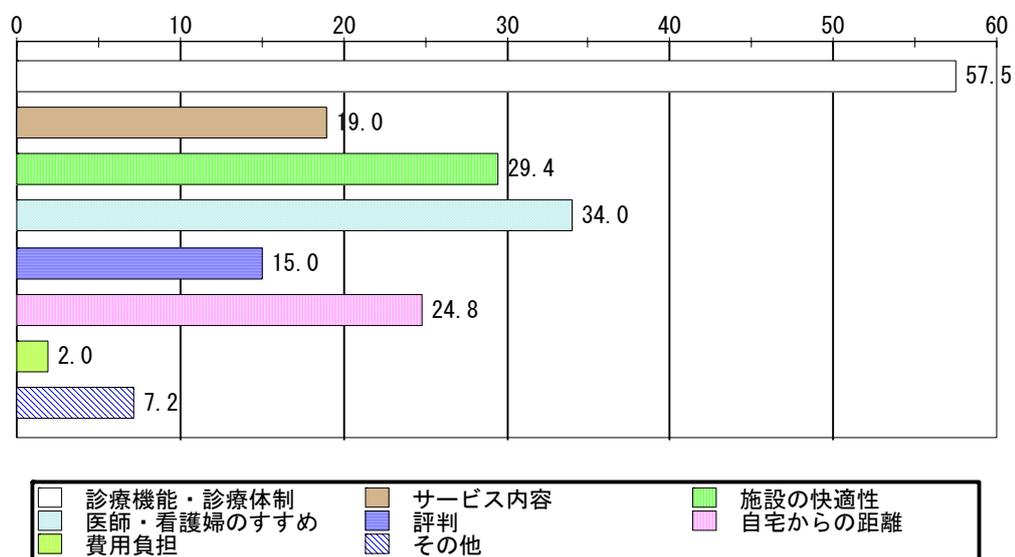


(3) 入院先の決定

当医療機関への入院の決め手としては「診療機能・診療体制」が6割弱にのぼり最も多く、次いで「医師・看護師のすすめ」が3割強が多い。

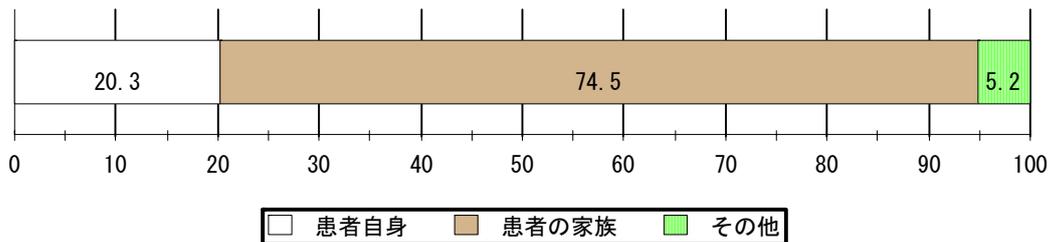
図表 4-7：入院決定の決め手

n=153



また、最終的に入院先を決めたのは「患者の家族」が7割以上であるが、これについては、当病院がリハビリテーション病院であり、脳血管疾患が原因で入院した患者が多く、急性期治療中に「患者本人」による判断は困難なケースが多いためであると考えられる。

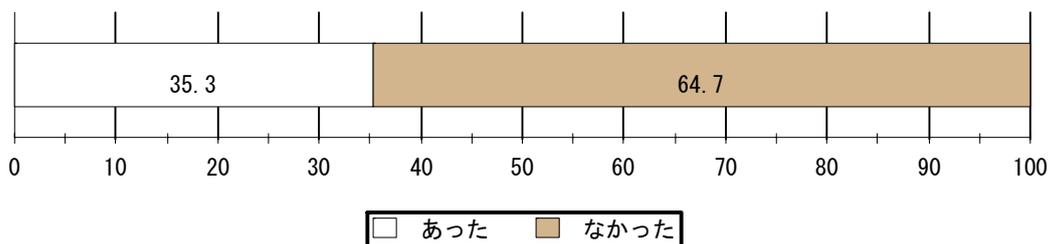
図表 4-8：初台リハビリテーション病院入院の最終判断者



(4) 入院前の不安と期待

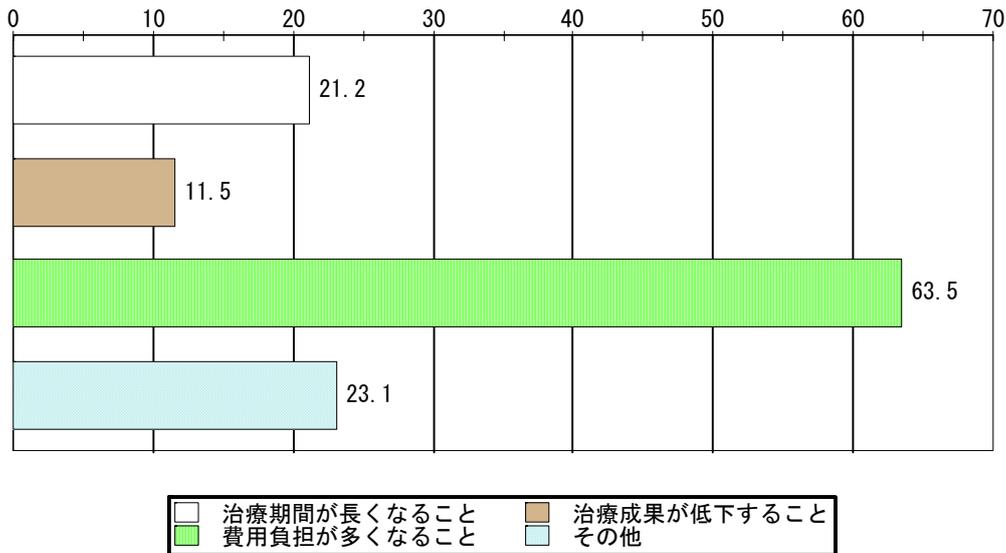
入院前の不安がなかったのは6割強であり、3割強がなんらかの不安を持っていた。その不安の中身としては、「費用の負担が多くなること」が6割強を占めており、「治療期間が長くなること」を不安に思うのも2割程度にのぼっている。

図表 4-9：入院前の不安の有無



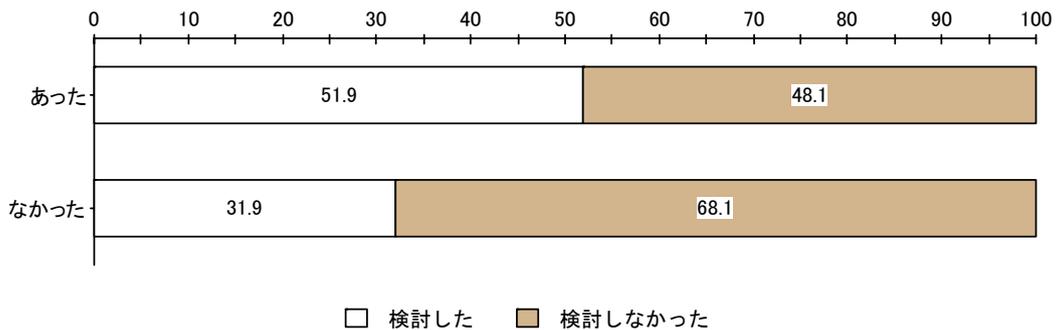
図表 4-10：具体的な不安要素

n=52



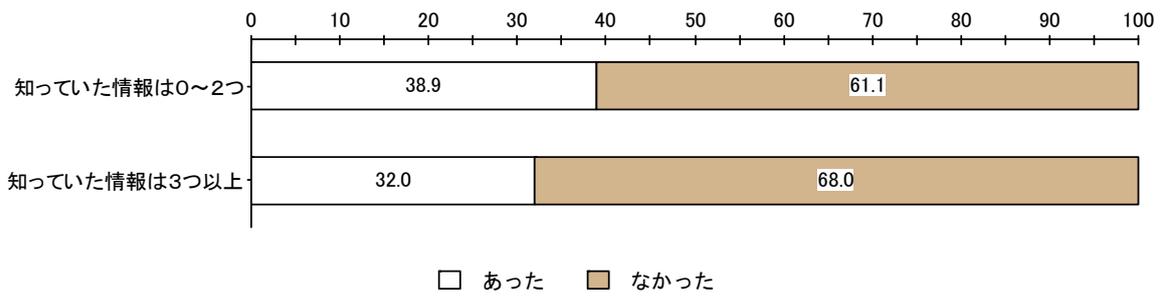
入院前の不安について、入院前に他の病院を検討したか否かをみると、不安がなかったと回答するグループでは他の病院を検討した割合が3割程度であるのに対し、不安があったグループでは、他の病院を検討した割合が過半数にのぼっており、入院前に不安を感じる患者が入院先を検討するという傾向がみられた。

図表 4-11：他病院への入院検討の有無／入院前の不安の有無



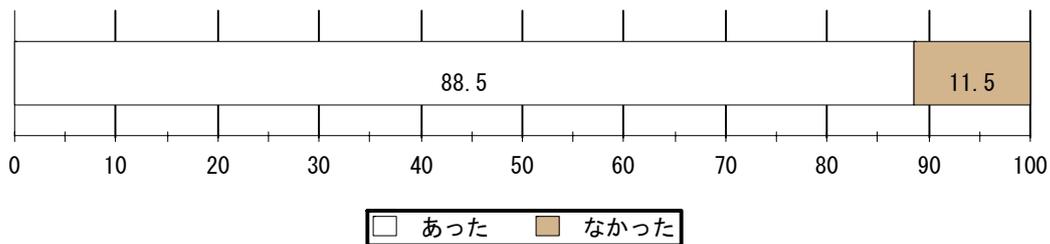
また、入院前に同病院について知っていた情報の量と入院前の不安の関係を見ると、入院前に知っていた情報が多いほど、不安を持っていた割合が低くなっている。つまり転院先の医療機関の情報を何らかの方法で、より多く患者又は患者の家族に伝えることで、不安を減じることが示唆される。

図表 4-12：入院前の不安の有無／入院前に知っていた情報量



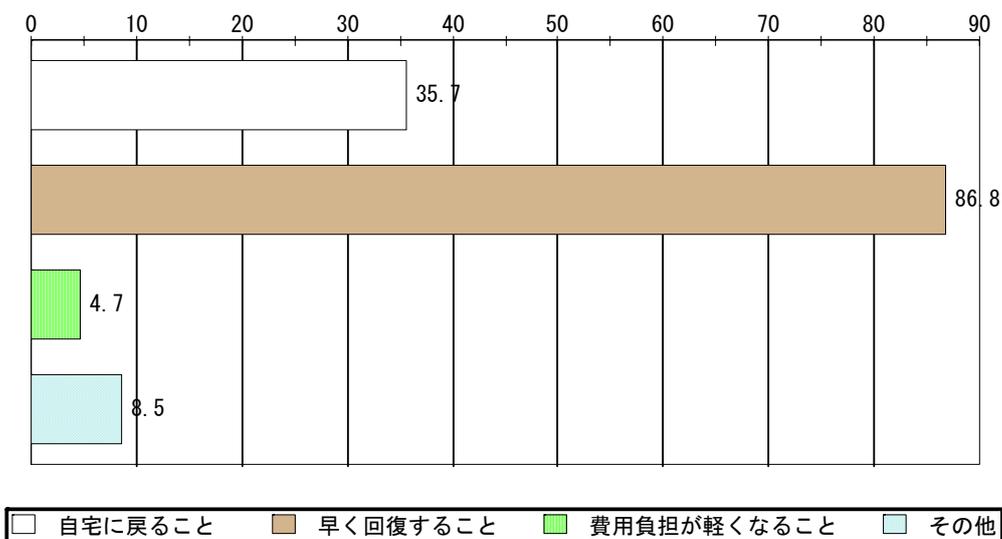
一方、入院前の期待については、期待が「あった」とする回答はおよそ9割にのぼり、その期待の内容としては9割弱が「早く回復すること」を、3割強が「自宅に戻ること」をあげている。

図表 4-13：入院前の期待の有無



図表 4-14：具体的な期待要素

n=129

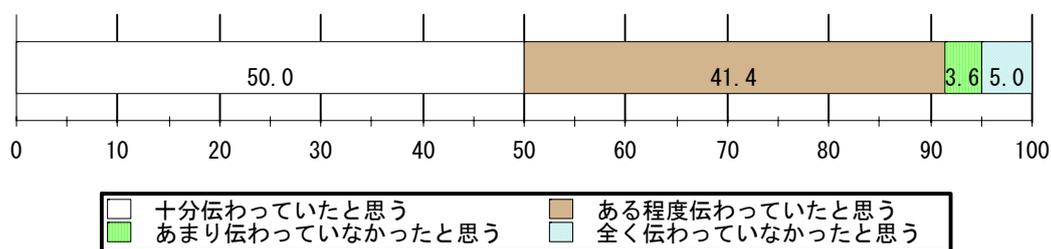


以上のことから、患者や患者の家族の視点に立つと、不安に思うことからの解消や転院することによって期待されることについて、より多くの情報提供が重要であることがうかがわれる。

(5) 患者の情報の伝達

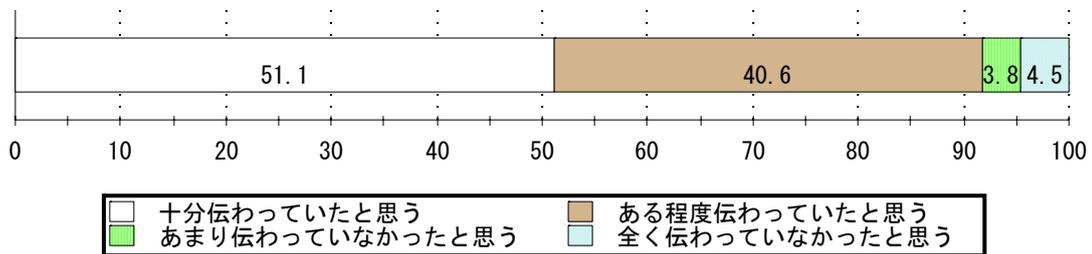
診療に必要な患者の情報について、入院前の病院から当病院に「十分伝わっていたと思う」がおよそ5割、「ある程度伝わっていたと思う」がおよそ4割と、全体としてその割合は高いが、一方、「あまり伝わっていなかったと思う」、「全く伝わっていなかったと思う」等もおよそ1割あった。

図表 4-15：転院時の情報伝達の程度



当病院に入院する前に他の病院に入院していたものだけを抽出しても、大きな差はみられず、「あまり伝わっていなかったと思う」、「全く伝わっていなかったと思う」という回答の割合は1割程度みられた。

図表 4-16：転院時の情報伝達の程度（「入院直前は他の病院に入院」で抽出）

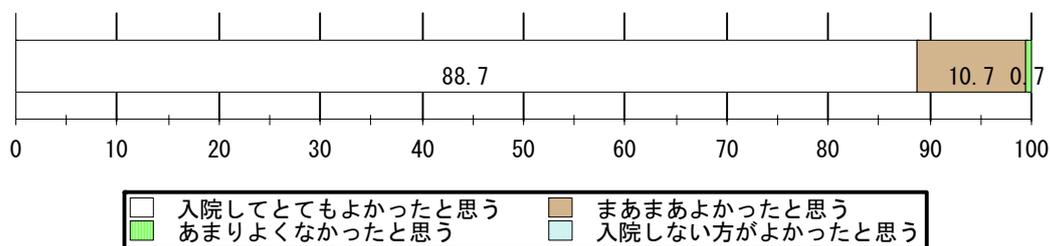


患者及び患者の家族にとって、患者の情報を転院前の病院と転院先の病院で円滑に伝達されることは重要であることはいままでの間でもない。ここでは、伝えられていたか否かの事実についてではなく、伝えられていたと思うか否かを聞いているが、患者及びその家族自身が、割合としては低いものの、病院間の情報伝達が不十分であると思っていることから、実態として情報伝達を円滑に行うことはもちろん、円滑な情報伝達がなされていることを知らせることも必要であるとみることができる。

(6) 入院の感想

入院の感想について、「入院してとてもよかったと思う」がおよそ9割、「まあまあよかったと思う」が1割程度となっており、当病院に対する満足度は高い。

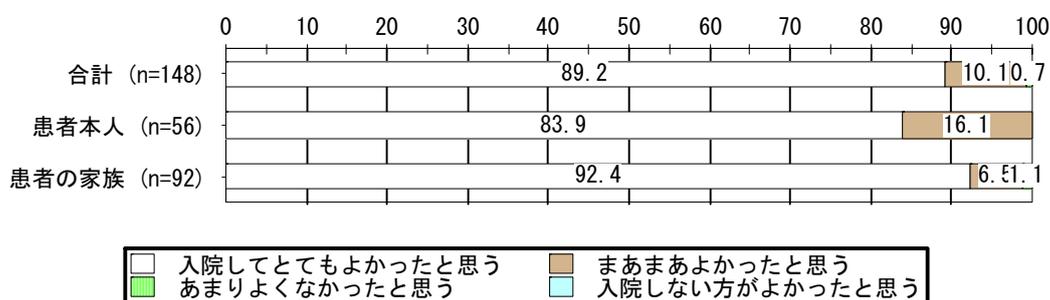
図表 4-17：入院の感想



入院の感想について、回答者別にみると、「入院してとてもよかったと思う」という割合は、患者本人に比べ、患者の家族において高くなっている。医療サービスは、患者本人のみならず患者の家族にとっても重要なものであることはいままでの間でもないが、この点においても、当病院が提供している医療

サービス内容が、患者家族にも高く評価されていることがうかがえる。

図表 4-18：入院の感想／アンケート回答者属性別



※n=148は、属性不明者を除いた回答者合計である。

(7) 医療連携に関する希望

患者本位の医療連携を実現するために要望すること（自由回答）としてあげられたのは、主に「(転院先等の) 医療機関の情報を提供すること」、「患者の情報の円滑な伝達」、「特定の系列（大学や経営資本等）を超えた連携の推進」、「紹介状制度の改善」等である。

1) 医療機関の情報提供

「医療機関の情報を提供すること」については、より多くの医療機関の情報が欲しいということと、より詳しい情報が欲しいということがある。また、複数の医療施設を必要とする場合等、個別に情報を収集することが必要になるため、より包括的な医療機関の情報提供をして欲しい等の意見も見られた。さらに、患者個々の事情（医療面だけでなく生活面も含めて）を考慮した上での情報提供を望む声があった。

2) 患者の情報の円滑な伝達

「患者の情報の円滑な伝達」については、前日にやったばかりの検査を転院先で再び受けなくても済むようにすること、転院した後も医師同士が継続的に情報を交換すること、等を求める意見がみられた。また、患者の病状等に限らず、生活面での状況等の情報の伝達を望む声もあった。

3) 特定の系列を超えた連携の推進

大学や医療法人グループ、学会等の系列の枠を超えた連携の推進を求める意見がみられた。医療機関側（医師を含む）の都合でなく、系列を超えて患者にとって望ましい病院の情報も紹介するとともに、系列外であっても快く紹介状を書くこと等を望む声もあった。

4) 紹介状制度の改善

紹介状については、紹介状がないと他の病院へ移れない（移りにくい）こと、紹介状の中身を患者自身が見ることができないこと、紹介状をとるのに時間がかかってしまうこと等に対して改善を求める意見がみられた。

第5章 調査結果より得られる示唆

1. 地域での連携についての実態

(1) 疾患別の医療連携形態

調査対象病院で行われている医療連携について、疾患を切り口として、ステージ別に連携パターンを描くと以下のとおりである。疾患ステージの区分は、第2章において示した、「考えられる治療ステージ」を基本とし、ヒアリングより把握された各疾患別の病態変化等に基づいて必要な加除を行い設定した。

整理の結果、各疾患で行われている様々な連携の形態を分類すると、大きくはステージ移行に伴い役割を引きつぐ連携（以下、“リレー型”という。）と同時並行的に役割分担する連携（以下、“伴走型”という。）の2タイプに分けられる。各疾患とも局面に応じて”リレー型”と“伴走型”の連携が行われ、維持・管理ステージにおいては主として“伴走型”の連携がみられる。

図表 5-1：脳梗塞の連携パターン

診療ステージ		担当機関	実施内容例
予防		検診機関	基本検診(発症リスクとなる疾患改善)
診断・急性期治療		急性期病院	投薬、手術
回復期治療・管理		リハ専門病院	回復期リハビリ、全身状態管理、急変時急性期病院と連携
維持・管理的治療	維持リハビリ	リハ専門病院	
	全身管理	かかりつけ医(主として診療所)	全身状態管理



図表 5-2 : 甲状腺疾患の連携パターン

診療ステージ	担当機関	実施内容例	
初期診断	診療所(広域)または健診施設	血液検査/PET	
確定診断		専門病院	触診/血液検査
治療			投薬・放射線治療・手術
管理・維持	専門病院単独又は専門病院⇄地域の診療所・病院連携	血液検査、投薬	

図表 5-3 : 糖尿病の連携パターン

診療ステージ	担当機関	実施内容例	
予防・健診	検診機関	基本健診	
初期診断・初期治療	地域の診療所	検査	
慢性期管理		日常管理	血液検査、投薬、生活指導、眼底検査
		高度管理	地域の病院
合併症治療	急性期病院・専門病院		

図表 5-4 : 肝臓病の連携パターン

診療ステージ	担当機関	実施内容例
予防・検診	検診機関	基本健診
初期診断・初期治療	地域の診療所	血液・尿検査、投薬
慢性期管理・治療(進行抑制)		
		急性期病院
専門治療	特定機能病院	移植
終末期	ホスピス、在宅医	疼痛管理

(2) 医療機関別にみた地域完結型医療の形態

調査対象病院では、病院完結型の医療提供ではなく、他の医療機関と連携の下、医療提供が行われているが、連携形態（連携先・関わり）は病院によって様々である。連携が行われる医療機関の範囲は、日常の受診行動においてアクセスが容易な範囲、2次医療圏、3次医療圏、さらには広域圏内の医療機関との連携も行われている。形態の差異は、各病院の守備範囲（想定する診療圏や診療分野）の相違によってもたらされている。

図表 5-5：調査対象病院における主たる医療連携内容

調査対象病院	主たる医療連携内容
東金病院(千葉)	● 糖尿病を中心に、地域の診療所と機能分担
清水厚生病院(静岡)	● 地域の診療所から紹介患者の受け入れ、逆紹介
川崎病院(岡山)	● 地域（二次医療圏とアクセスのよい周辺地域）の診療所・中小医療機関より患者紹介 ● 急性期治療終了後の患者を療養病床、診療所へ逆紹介 ● 肝臓病については患者居住地域のかかりつけ医と機能分担して病態管理、悪化時には特定機能病院と連携
初台リハビリテーション病院(東京)	● 地域の急性期病院より脳血管疾患、頭部外傷等の患者紹介 ● 退院（回復期リハビリテーション終了）後、自宅療養を患者居住地域のかかりつけ医と連携
伊藤病院(東京)	● 広域の診療所、病院より甲状腺疾患患者紹介 ● 通院が困難な患者に対しては、患者居住地域の診療所、病院へ逆紹介

(3) 医療連携における一貫性・継続性確保の方法

東金病院の糖尿病、川崎病院の肝臓病センターの事例では、病・診連携において、意識的に地域診療ネットワークが形成されて、医療提供の一貫性が確保されている。両事例とも診療目標・方針の共有が図られ、目標達成に必要な診療情報の共有、技術共有に工夫がなされていることが共通点である。

ただし情報共有に関しては東金病院では電子カルテを、清水厚生病院や川崎病院では情報提供書（紙媒体）を用いる等ツールは異なっている。電子カルテはリアルタイムの情報共有が可能であり、効率的な情報共有に有効であ

る。従って、先に示した“伴走型”の連携においては特に有効なツールであると考えられる。一方、そのようなツールを使う前提としては電子カルテという基盤整備が前提となるため、連携対象（エリア）を限定せざるを得ないという制約がある。

電子カルテというIT基盤を共有していない場合、後者のように紙媒体の情報共有となるが、それらを定型化することでより運用の効率化が図られるが、限界もある。反対に、基盤を共有していない医療機関との連携が可能であるという利点を有する。

図表 5-6：診療ネットワークにおける一貫性確保の仕組み

糖尿病診療ネットワーク (東金病院)	電子カルテ 技術共有
肝臓病診療ネットワーク (川崎病院)	情報提供書による情報共有 患者に対する専門知識教育 医師への専門知識提供(肝臓病フォーラム)

2. 医療連携が医療機関経営に及ぼす影響

(1) 直接的な経営成果への影響

本研究で参考とした事例の経営戦略を類型化すると大きくは地域中核型（本研究では、多様な診療科をもつ病院を地域中核型病院と捉えた。）と専門型病院に分けられる。

地域中核型病院においては、医療連携の推進が、収入単価向上、在院日数短縮、稼働率向上という財務的成果に直結しているとの認識の下、各種の取り組みが進められていた。

一方、専門病院では、医療連携（前方連携）が、各院の機能に応じた患者の来院を促す機能として位置付けられ、主として患者数（稼働率）に影響を及ぼしている。また、守備範囲を限定しているため、スリムな経営が可能とされている。

図表 5-7：経営に及ぼす影響

調査対象病院	医療連携が経営に及ぼす影響
東金病院(千葉)	<ul style="list-style-type: none"> ● 中核病院としての機能棲み分け ○ 外来単価向上
清水厚生病院	<ul style="list-style-type: none"> ● 中核病院としての機能棲み分け ○ 入院患者数の安定化 ○ 加算の算定による増収
川崎病院(岡山)	<ul style="list-style-type: none"> ● 急性期病院としての生き残り・機能の棲み分け ○ 後方連携による在院日数の短縮 ○ 紹介率向上による入院単価向上 ○ 集患(入院・外来稼働率向上)
初台リハビリテーション病院(東京)	<ul style="list-style-type: none"> ● 機能に応じた患者の集患(入院待ちの状況)
伊藤病院(東京)	<ul style="list-style-type: none"> ● 機能に応じた患者の集患(入院待ちの状況) ● 経営のスリム化(ムダのないシステム設計等)

(2) 医療連携と経営行動(経営戦略の設定と連携課題)

医療供給政策が単一機関完結型のものから、地域完結型へと転換が図られる中、地域医療の守備範囲をどのように限定し、また守備範囲外の領域について、いかに他機関と連携を図っていくかが経営の重要課題となっていると指摘できる。

調査対象病院のうち、地域中核型病院においては、自院の強みを見極めた上で、自院の機能の明確化を図ることが重要な経営機能となっている。ところが、自院の強みは相対的なものであり、地域の医療需要や競合環境の変化に伴って変化する。自院の相対的な位置付けが経営上の不確実要因となることから、機能の客観的評価やそれに基づく機能の改善、場合によってはめざす機能の見直しを継続的に行い、リスク(不確実性)を軽減し経営を安定化させることが経営機能として強く意識されている。また、決定した機能を実現するために、より具体的な診療機能を地域の医療機関に伝えると同時に、逆紹介可能な医療機関情報収集の取組がなされている。

一方、専門型病院においては、他の医療機関との「機能分化・連携」が大

前提の事業構造となっており、政策転換を踏まえた機能の見直しを迫られていることはない。初台病院においては、政策動向に則して開設された医療機関であり、伊藤病院においては昭和12年の開業当初より、甲状腺に特化した病院を志向していたことは注目に値する。

連携に関しては前方・後方連携の相手先とのコミュニケーションの円滑化や継続的關係構築が重要となる。たとえば、初台病院では、前方連携において、急性期病院の医師と同院の医師とが直接話しをすることをルール化し、正確な情報収集を行う仕組みとしている。また伊藤病院では紹介元医療機関に対する返信を従来以上により適切に、より確実にを行うようITを活用した取組みを開始している。両者とも前方医療機関と患者から選ばれる存在でありつづけるため、サービスの高度化、医療技術の高度化に資源を投下し、当該領域のリーディングたる存在であろうとする取組がみられる。

3. 患者の視点に立った医療連携

(1) 患者も参画する病・診連携

川崎病院肝臓病センターの事例では、肝臓病診療ネットワーク構築時当初より患者への専門知識教育の重要性を意識して、取組を進めてきた。患者の医療知識レベルが向上することで、診療所医師と患者間のコミュニケーションが深まり、治療成果の向上が期待されている。

(2) 地域の医療水準の底上げ

東金病院や清水厚生病院の事例では、病院側が積極的に地域とのカンファレンスを開催することを通じて、例えば東金病院の糖尿病治療の標準化やインスリン自己注射導入の促進等にみられるように、地域の診療所医師や訪問看護師の技術力の向上に寄与している。

(3) 患者にとってよりよい医療へのアクセス確保

清水厚生病院の事例では、地域の診療所に病院勤務医のプロフィール情報を提供することを通じ、プライマリケアの担い手である診療所医師が、的確な専門医に患者を紹介する機会を創出している。

4. 医療連携推進病院における患者アンケート調査結果

患者アンケート結果より、機能分化・連携の進んでいる病院で医療提供を受けた患者の受診行動として、「不安がありながらも大半が期待をもって転院する」「リハビリテーション医療の重要性を理解している」「転院先の情報量が多いと不安が少ない」という特徴が描かれた。また、機能分化・連携を積極的に受け入れる患者層として、「転院による治療成果（本調査ではリハビリテーションの効果）を理解」「治療成果を実現する治療体制を重視」、「転院先病院について得た情報の種類が豊富」という特性が示された。

これら調査結果を踏まえると、今後、患者の立場に立った地域の診療ネットワークを形成する際に必要な視点として、ネットワークを構成する個々の施設の機能・期待される成果について、患者に分かりやすく伝えると同時に、期待される成果が実現するよう個々の機能の充実を図ることが重要であると考えられる。

また患者が転院先となりうる個別医療機関に関する情報を迅速かつ円滑に入手できる環境整備や、医師による適切な説明やそれを補足する環境整備が必要であると考えられる。

図表 5-8 : 患者アンケート調査結果ポイント

- 紹介先医療機関への入院決定に至るプロセス
 - 入院先の病院への転院を誰かにすすめられた割合は9割弱
 - 入院先の病院への転院をすすめた人は転院前の病院の「医師」が最多、次いで「親戚・知人」
 - 他の病院も検討した割合は4割、検討した先の8割がリハビリテーション専門病院を検討
 - 入院の決め手は「診療機能・診療体制」が最多、次いで「医師・看護師の進め」
- 転院前の不安や期待の有無及びその内容
 - 転院に対し3割強が何らかの不安
 - 不安の内容は「費用負担」が最多、次いで「治療期間が長引く」
 - 「不安あり」のグループは「不安なし」グループより「他病院の検討」割合が高い
 - 入院前に転院先の情報を多く得たグループが「不安」が少ない
 - 入院前に「期待あり」が9割
 - 期待内容は「早く回復」が9割、次いで「自宅にもどること」
- 紹介元と転院先病院との間の診療情報共有の状況
 - 肯定的回答が9割強、否定的回答が1割弱
- 回復期リハビリテーション病院での治療、ケア内容に対する満足度
 - 「とてもよかった」が9割弱、「まあまあ良かった」が1割強
- 医療機関の連携に対する要望（自由記入）
 - 医療機関についての情報提供（比較を可能とする包括的情報、医療面だけではなく生活面も考慮した情報）
 - 診療情報の円滑な伝達、転院前後の医師の継続的情報交換
 - 系列を超えた連携の推進
 - 紹介状制度の改善（紹介状がネックで転院阻害、中身を患者がみられない、紹介状取得に時間がかかる）

<資料編>

アンケート調査

<資料編 目次>

第1章	アンケート調査結果.....	1
1.	調査概要.....	1
	(1) 調査場所.....	1
	(2) 調査対象.....	1
	(3) 調査方法.....	1
	(4) 調査数.....	1
2.	調査結果.....	2
第2章	調査票.....	31
1.	入院患者用.....	31
2.	外来患者用.....	35

第1章 アンケート調査結果

1. 調査概要

(1) 調査場所

初台リハビリテーション病院
(東京都渋谷区本町3-53-3)

(2) 調査対象

初台リハビリテーション病院の入院患者及び入院経験を持つ外来患者

(3) 調査方法

入院は留置き、外来は対面で調査を実施

(4) 調査数

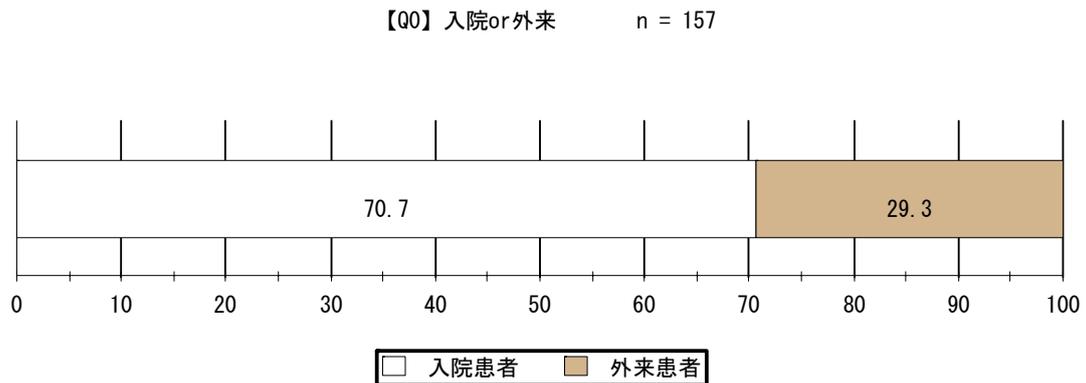
回収 : 159名 (入院 : 111件、外来 : 46件)

有効回答 : 157件 (入院 : 111件、外来 : 44件)

2. 調査結果

【Q0】入院／外来

「入院」が70.7%、「外来」が29.3%である。



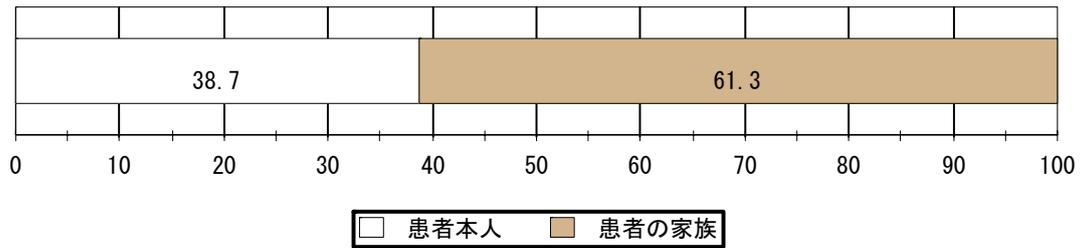
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	入院患者	111	70.7	70.7
2	外来患者	46	29.3	29.3
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (% ^欠 -入)	157	100.0	157

上段:度数 下段:%		【Q0】入院or外来			
		合計	入院患者	外来患者	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	109	46	-
		100.0	70.3	29.7	-
	患者本人	60	32	28	-
	100.0	53.3	46.7	-	
	患者の家族	95	77	18	-
	100.0	81.1	18.9	-	

【Q1】 ご回答される方は？ (SA)

回答者の属性は、「患者本人」が38.7%、「患者の家族」が61.3%である。

【Q1】 アンケート回答者 n = 155



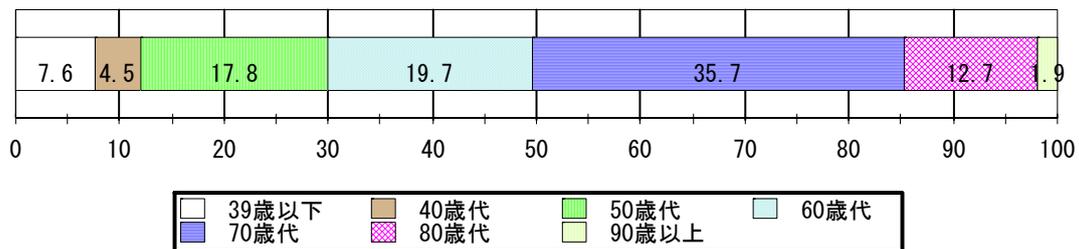
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除く)%
1	患者本人	60	38.2	38.7
2	患者の家族	95	60.5	61.3
	不明	2	1.3	
	サンプル数 (% [※] -)	157	100.0	155

【Q2】患者様のご年齢は？ (SA)

患者の年齢は、「70歳代」が最も多く35.7%、次いで「60歳代」の19.7%、「50歳代」の17.8%。

50歳代以上で、全体の87.8%を占める。

【Q2】患者の年齢 n = 157



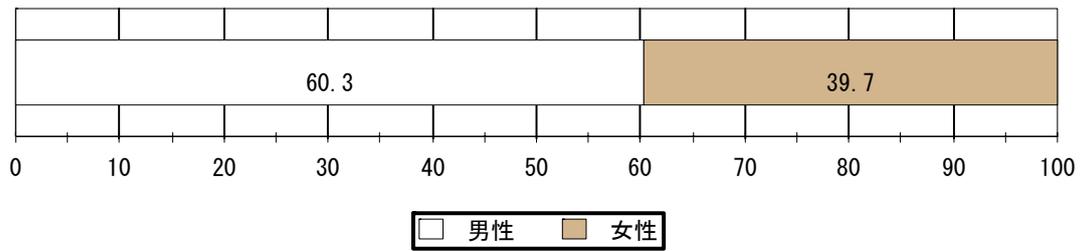
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	39歳以下	12	7.6	7.6
2	40歳代	7	4.5	4.5
3	50歳代	28	17.8	17.8
4	60歳代	31	19.7	19.7
5	70歳代	56	35.7	35.7
6	80歳代	20	12.7	12.7
7	90歳以上	3	1.9	1.9
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (%へ入)	157	100.0	157

上段: 度数 下段: %		【Q2】患者の年齢								
		合計	39歳以下	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代	80歳代	90歳以上	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	12	7	28	31	55	19	3	-
		100.0	7.7	4.5	18.1	20.0	35.5	12.3	1.9	-
	患者本人	60	7	5	10	17	17	4	-	-
	100.0	11.7	8.3	16.7	28.3	28.3	6.7	-	-	
	患者の家族	95	5	2	18	14	38	15	3	-
	100.0	5.3	2.1	18.9	14.7	40.0	15.8	3.2	-	

【Q3】患者様の性別は？ (SA)

患者の性別は「男性」が60.3%、「女性」が39.7%である。

【Q3】患者の性別 n = 156



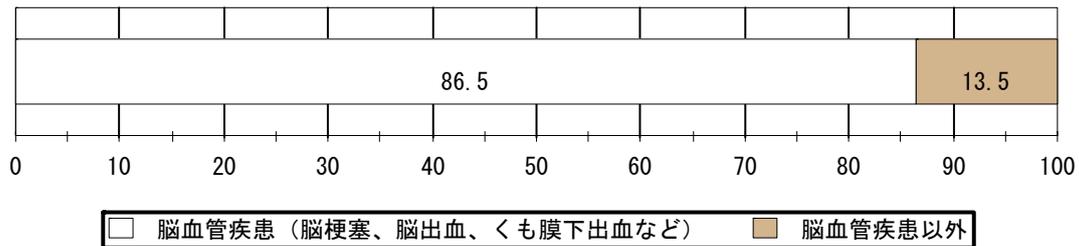
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	男性	94	59.9	60.3
2	女性	62	39.5	39.7
	不明	1	0.6	
	サンプル数 (% [^] -)	157	100.0	156

上段:度数 下段:%		【Q3】患者の性別			
		合計	男性	女性	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	93	61	1
		100.0	60.0	39.4	0.6
	患者本人	60	37	23	-
	100.0	61.7	38.3	-	
	患者の家族	95	56	38	1
	100.0	58.9	40.0	1.1	

【Q4】 初台リハビリテーションセンターで治療・ケアを受けることになった疾患は？ (SA)

原因疾患は「脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等）」が86.5%、「脳血管疾患以外」が13.5%である。

【Q4】 治療・ケアの原因疾患 n = 155



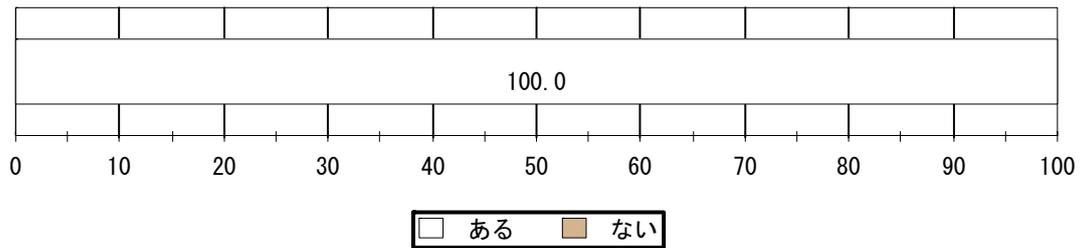
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出	134	85.4	86.5
2	脳血管疾患以外	21	13.4	13.5
	不明	2	1.3	
	サンプル数 (%ベース)	157	100.0	155

上段: 度数 下段: %		【Q4】 治療・ケアの原因疾患			
		合計	脳血管疾患 (脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など)	脳血管疾患以外	不明
【Q1】 アンケート回答者	合計	155	133	20	2
		100.0	85.8	12.9	1.3
	患者本人	60	51	7	2
	100.0	85.0	11.7	3.3	
	患者の家族	95	82	13	-
	100.0	86.3	13.7	-	

【Q5-1】 初台リハビリテーションセンターへ入院されましたか？ (SA)

(回収された回答159件から、外来患者のうち入院経験がない2件を削除して集計したため)

【Q5-1】 初台リハビリテーション病院への入院の有無 n = 157



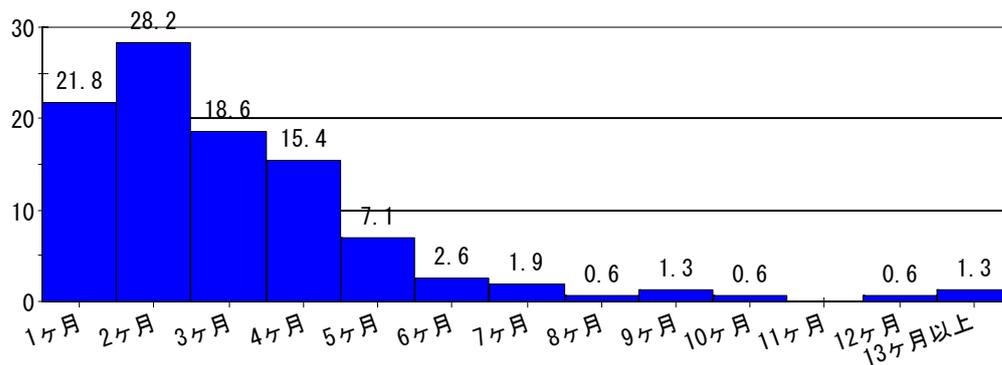
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	ある	157	100.0	100.0
2	ない	0	0.0	0.0
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (% [〃] -)	157	100.0	157

上段: 度数 下段: %		【Q5-1】 初台リハビリテーション病院への入院の有無			
		合計	ある	ない	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155 100.0	155 100.0	-	-
	患者本人	60 100.0	60 100.0	-	-
	患者の家族	95 100.0	95 100.0	-	-

【Q5-2】入院期間はどれくらいか？

入院期間は、「2ヶ月」が28.2%で最多、4ヶ月以下までで、全体の84.0%を占める。

【Q5-2】入院期間 n = 156



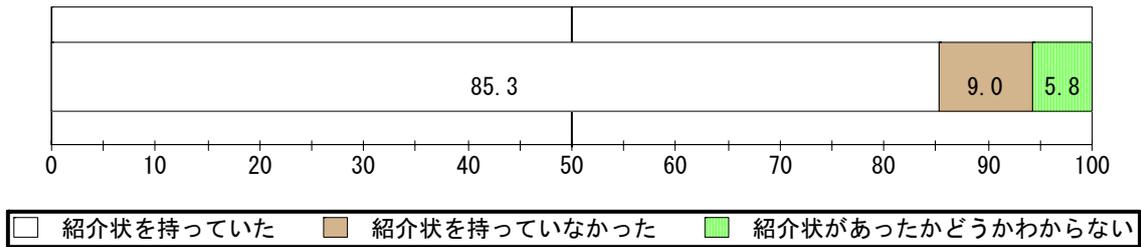
No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	1ヶ月	34	21.7	21.8
2	2ヶ月	44	28.0	28.2
3	3ヶ月	29	18.5	18.6
4	4ヶ月	24	15.3	15.4
5	5ヶ月	11	7.0	7.1
6	6ヶ月	4	2.5	2.6
7	7ヶ月	3	1.9	1.9
8	8ヶ月	1	0.6	0.6
9	9ヶ月	2	1.3	1.3
10	10ヶ月	1	0.6	0.6
11	11ヶ月	0	0.0	0.0
12	12ヶ月	1	0.6	0.6
13	13ヶ月以上	2	1.3	1.3
	不明	1	0.6	
	サンプル数 (%ベース)	157	100.0	156

	上段: 度数 下段: %	【Q5-2】入院期間														
		合計	1ヶ月	2ヶ月	3ヶ月	4ヶ月	5ヶ月	6ヶ月	7ヶ月	8ヶ月	9ヶ月	10ヶ月	11ヶ月	12ヶ月	13ヶ月以上	不明
【01】アンケート回答者	合計	155	34	43	29	24	11	4	3	1	2	1	-	1	2	-
		100.0	21.9	27.7	18.7	15.5	7.1	2.6	1.9	0.6	1.3	0.6	-	0.6	1.3	-
	患者本人	80	14	15	11	8	5	2	1	1	-	-	-	1	2	-
		100.0	23.3	25.0	18.3	13.3	8.3	3.3	1.7	1.7	-	-	-	1.7	3.3	-
	患者の家族	95	20	28	18	16	6	2	2	-	2	1	-	-	-	-
		100.0	21.1	29.5	18.9	16.8	6.3	2.1	2.1	-	2.1	1.1	-	-	-	-

【Q6】初台リハビリテーション病院に初めて来院した時、他の病院や診療所の紹介状をもって
 ましたか？ (SA)

紹介状の有無は、「持っていた」が85.3%、「持っていなかった」が9.0%。

【Q6】初来院時の紹介状の有無 n = 156



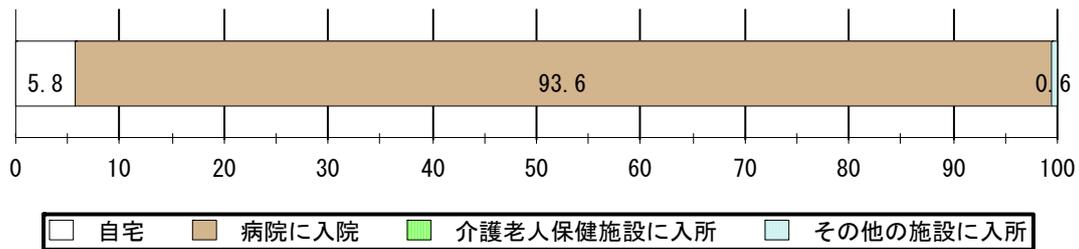
No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	紹介状を持っていた	133	84.7	85.3
2	紹介状を持っていなかった	14	8.9	9.0
3	紹介状があったかどうかわからない	9	5.7	5.8
	不明	1	0.6	
	サンプル数 (% [※] -)	157	100.0	156

上段:度数 下段:%		【Q6】初来院時の紹介状の有無				
		合計	紹介状を持っていた	紹介状を持っていなかった	紹介状があったかどうかわからない	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	131	14	9	1
		100.0	84.5	9.0	5.8	0.6
	患者本人	60	48	6	5	1
	100.0	80.0	10.0	8.3	1.7	
	患者の家族	95	83	8	4	-
	100.0	87.4	8.4	4.2	-	

【Q7】 初台リハビリテーション病院への入院の直前にいらした場所はどこですか？ (SA)

入院の直前にいた場所は、「病院に入院」が93.6%、「自宅」が5.8%、「その他の施設に入所」が0.6%、「介護保健施設に入所」は0%。

【Q7】 入院直前の滞在場所 n = 156



No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	自宅	9	5.7	5.8
2	病院に入院	146	93.0	93.6
3	介護老人保健施設に入所	0	0.0	0.0
4	その他の施設に入所	1	0.6	0.6
	不明	1	0.6	
	サンプル数 (%含む)	157	100.0	156

上段:度数 下段:%		【Q7】 入院直前の滞在場所				
		合計	自宅	病院に入院	介護老人保健施設に入所	その他の施設に入所
【Q1】 アンケート回答者	合計	154	9	144	-	1
		100.0	5.8	93.5	-	0.6
	患者本人	59	4	55	-	-
	100.0	6.8	93.2	-	-	
	患者の家族	95	5	89	-	1
	100.0	5.3	93.7	-	1.1	

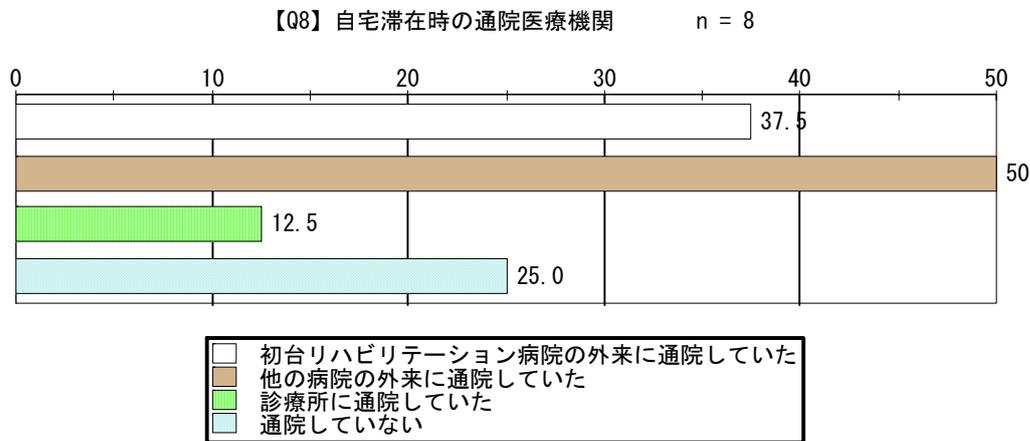
【Q8】 (Q7で「自宅」と回答された方のみ)

現在の疾患の治療・療養のために、医療機関に通院していましたか？

該当するものすべてお答え下さい。(MA)

現在の疾患の治療・療養での医療機関への通院は「他の病院の外来に通院していた」が50.0%、「初台リハビリテーション病院の外来に通院していた」が37.5%、「診療所に通院していた」が12.5%、「通院していない」が25.0%となっている。

(回答は全て入院患者)



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除非)%	(除非不)%
1	初台リハビリテーション病院の外来に通院	3	1.9	33.3	37.5
2	他の病院の外来に通院していた	4	2.5	44.4	50.0
3	診療所に通院していた	1	0.6	11.1	12.5
4	通院していない	2	1.3	22.2	25.0
	不明	1	0.6	11.1	
	非該当	148	94.3		
	サンプル数 (% [^] -s)	157	100.0	9	8

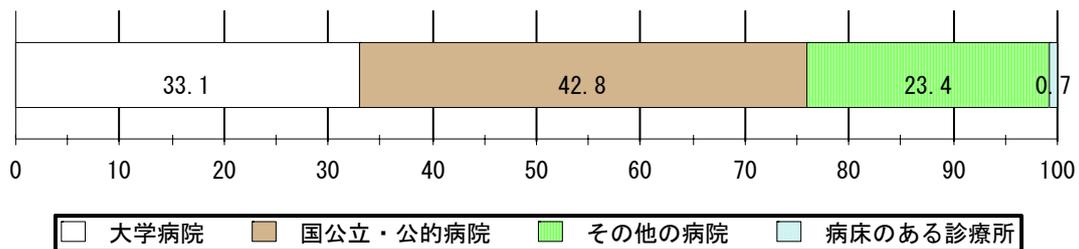
上段: 度数 下段: %		入院直前に自宅滞在							
		【Q8】 自宅滞在時の通院医療機関							
		合計	該当	初台リハビリテーション病院の外来に通院していた	他の病院の外来に通院していた	診療所に通院していた	通院していない	不明	非該当
【Q1】 アンケート回答者	合計	155	9	3	4	1	2	1	146
		100.0	5.8	1.9	2.6	0.6	1.3	0.6	94.2
	患者本人	60	4	1	2	1	1	-	56
	100.0	6.7	1.7	3.3	1.7	1.7	-	93.3	
	患者の家族	95	5	2	2	-	1	1	90
	100.0	5.3	2.1	2.1	-	-	1.1	1.1	94.7

【Q9】(Q7で「病院」と回答された方のみ)

入院されていた病院の種類を選んでください。(SA)

入院していた病院の種類については、「国公立・公的病院」が42.8%、「大学病院」が33.1%、「その他の病院」が23.4%となっている。

【Q9】入院時の病院の種類 n = 145



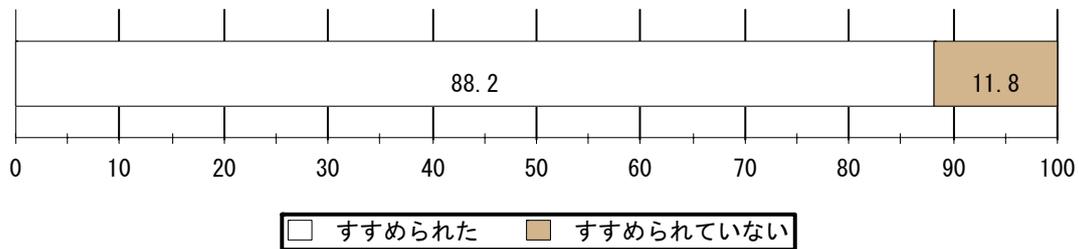
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除非)%	(除非不)%
1	大学病院	48	30.6	32.9	33.1
2	国公立・公的病院	62	39.5	42.5	42.8
3	その他の病院	34	21.7	23.3	23.4
4	病床のある診療所	1	0.6	0.7	0.7
	不明	1	0.6	0.7	
	非該当	11	7.0		
	サンプル数 (% [^] -)	157	100.0	146	145

上段:度数 下段:%		入院直前に病院入院							
		【Q9】入院時の病院の種類							
		合計	該当	大学病院	国公立・公的病院	その他の病院	病床のある診療所	不明	非該当
【Q1】アンケート回答者	合計	155	144	47	62	33	1	1	11
		100.0	92.9	30.3	40.0	21.3	0.6	0.6	7.1
	患者本人	60	55	18	21	14	1	1	5
	患者の家族	95	89	29	41	19	-	-	6
		100.0	93.7	30.5	43.2	20.0	-	-	6.3

【Q10-1】 初台リハビリテーション病院への入院を誰かにすすめられましたか？ (SA)

初台リハビリテーション病院への入院を誰かにすすめられたかについては、「すすめられた」が88.2%、「すすめられていない」が11.8%となっている。

【Q10-1】 初台リハビリテーション病院への入院のすすめ n = 153



No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	すすめられた	135	86.0	88.2
2	すすめられていない	18	11.5	11.8
	不明	4	2.5	
	サンプル数 (% [^] -入)	157	100.0	153

上段:度数 下段:%		【Q10-1】 初台リハビリテーション病院への入院のすすめ			
		合計	すすめられた	すすめられていない	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	134	18	3
		100.0	86.5	11.6	1.9
	患者本人	60	52	7	1
	100.0	86.7	11.7	1.7	
	患者の家族	95	82	11	2
	100.0	86.3	11.6	2.1	

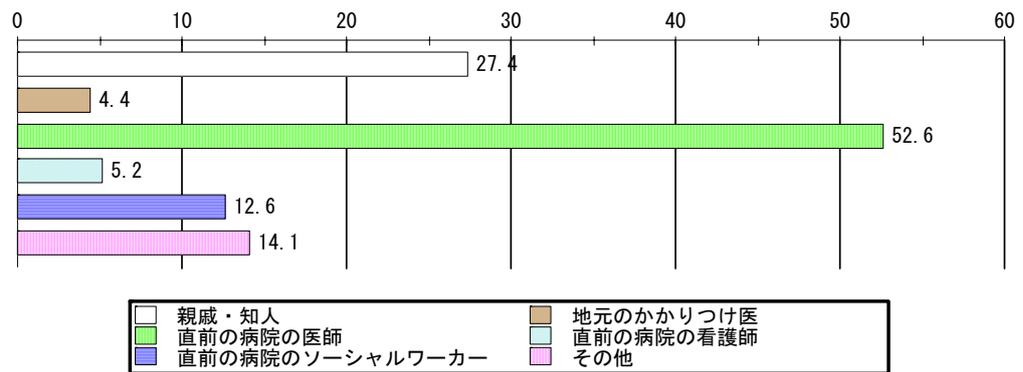
【Q10-2】 (Q10-1で「すすめられた」と回答された方のみ)

具体的には誰ですか？

該当するものすべてお答え下さい。(MA)

初台リハビリテーション病院への入院をすすめられたと回答した人のうち、具体的にすすめた人については、「直前の病院の医師」が52.6%、「親戚・知人」が27.4%で回答が多い。

【Q10-2】 入院をすすめた人物 n = 135



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	親戚・知人	37	27.4	27.4
2	地元のかかりつけ医	6	4.4	4.4
3	直前の病院の医師	71	52.6	52.6
4	直前の病院の看護師	7	5.2	5.2
5	直前の病院のソーシャルワーカー	17	12.6	12.6
6	その他	19	14.1	14.1
	不明	0	0.0	
	サンプル数 (n)	135	100.0	135

上段:度数 下段:%		【Q10-2】 入院をすすめた人物						
		合計	親戚・知人	地元のかかりつけ医	直前の病院の医師	直前の病院の看護師	直前の病院のソーシャルワーカー	その他
【Q1】 アンケート回答者	合計	134	36	6	71	7	17	19
		100.0	26.9	4.5	53.0	5.2	12.7	14.2
	患者本人	52	14	-	31	4	7	4
	100.0	26.9	-	59.6	7.7	13.5	7.7	
患者の家族	82	22	6	40	3	10	15	
	100.0	26.8	7.3	48.8	3.7	12.2	18.3	

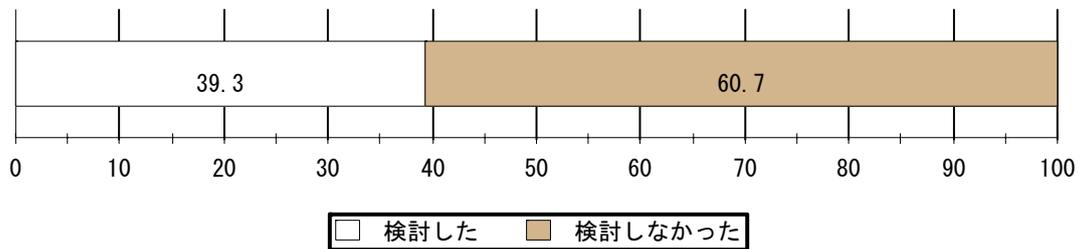
【その他の回答 (主なもの)】

インターネット、新聞、元主治医、家族、自分の希望、患者の長男、健保組合、介護保険の面接担当者、介護支援施設のソーシャルワーカー、ヘルパー、ケアマネジャー

【Q11-1】 初台リハビリテーション病院以外で、入院・入所を検討した病院はありますか？ (SA)

初台リハビリテーション病院に入院する前に、他の医療機関への入院・入所を検討したかについては、「検討した」が39.3%、「検討しなかった」が60.7%となっている。

【Q11-1】 他病院への入院検討の有無 n = 150



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	検討した	59	37.6	39.3
2	検討しなかった	91	58.0	60.7
	不明	7	4.5	
	サンプル数 (%ベース)	157	100.0	150

		【Q11-1】 他病院への入院検討の有無			
		合計	検討した	検討しなかった	不明
【Q1】 アンケート回答者	合計	155 100.0	58 37.4	91 58.7	6 3.9
	患者本人	60 100.0	22 36.7	33 55.0	5 8.3
	患者の家族	95 100.0	36 37.9	58 61.1	1 1.1

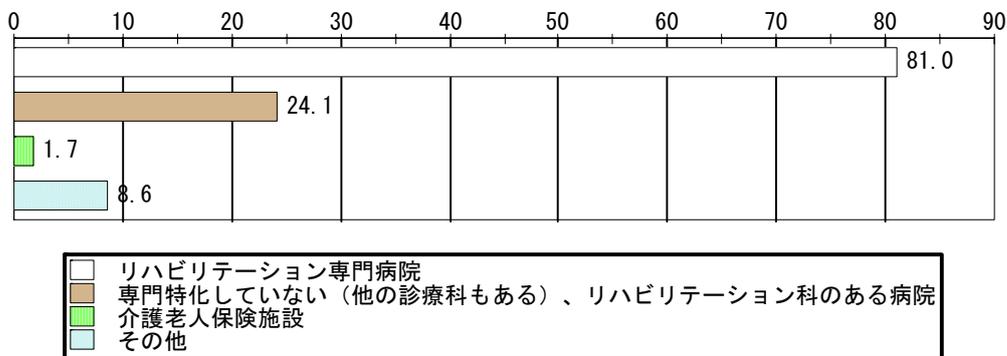
【Q11-2】(Q11-1で「検討した」と回答された方のみ)

具体的にはどんな施設ですか？

該当するものすべてお答え下さい。(MA)

初台リハビリテーション病院に入院する前に、入院・入所を検討したか他の医療機関については、「リハビリテーション専門病院」が81.0%、「専門ではないが、リハビリテーション科のある病院」が24.1%等で回答が多い。

【Q11-2】入院を検討した病院 n = 58



□	リハビリテーション専門病院
■	専門特化していない(他の診療科もある)、リハビリテーション科のある病院
■	介護老人保険施設
■	その他

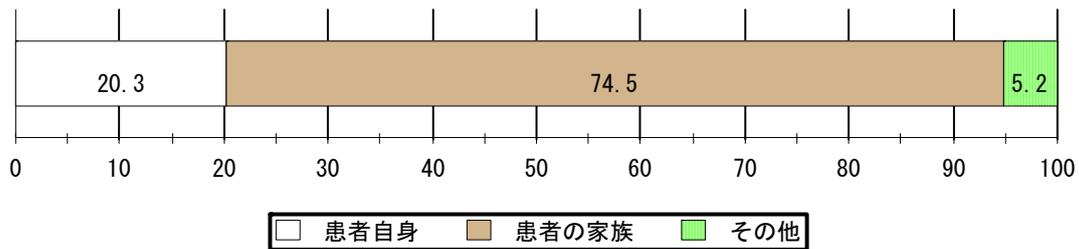
No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除非)%	(除非不)%
1	リハビリテーション専門病院	47	29.9	79.7	81.0
2	専門特化していない(他の診療科もある)	14	8.9	23.7	24.1
3	介護老人保険施設	1	0.6	1.7	1.7
4	その他	5	3.2	8.5	8.6
	不明	1	0.6	1.7	
	非該当	98	62.4		
	サンプル数 (%ベース)	157	100.0	59	58

上段:度数 下段:%		他病院への入院検討あり							
		【Q11-2】入院を検討した病院							
		合計	該当	リハビリ テーショ ン専門病 院	専門特化 していな い(他の 診療科も ある)、 リハビリ テーショ ン科のあ る病院	介護老人 保険施設	その他	不明	非該当
【Q1】ア ンケート 回答者	合計	155 100.0	58 37.4	46 29.7	14 9.0	1 0.6	5 3.2	1 0.6	97 62.6
	患者本人	60 100.0	22 36.7	17 28.3	2 3.3	-	2 3.3	1 1.7	38 63.3
	患者の家 族	95 100.0	36 37.9	29 30.5	12 12.6	1 1.1	3 3.2	-	59 62.1

【Q12】 初台リハビリテーション病院への入院を最終的に決めになった方は？ (SA)

初台リハビリテーション病院への入院を最終的に決めた人については、「患者の家族」が74.5%、「患者自身」が20.3%となっている。

【Q12-1】 初台リハビリテーション病院入院の最終判断者 n = 153



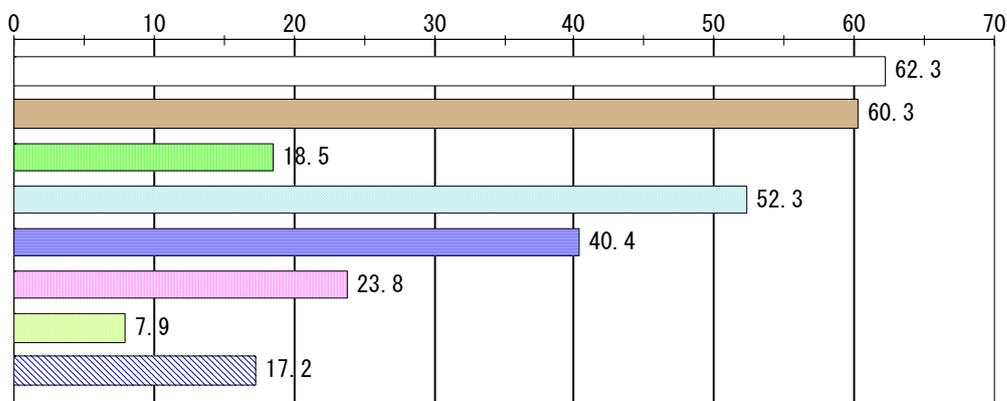
No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	患者自身	31	19.7	20.3
2	患者の家族	114	72.6	74.5
3	その他	8	5.1	5.2
	不明	4	2.5	
	サンプル数 (% [※] -入)	157	100.0	153

上段:度数 下段:%		【Q12-1】 初台リハビリテーション病院入院の最終判断者				
		合計	患者自身	患者の家族	その他	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	31	113	8	3
		100.0	20.0	72.9	5.2	1.9
	患者本人	60	24	30	5	1
	100.0	40.0	50.0	8.3	1.7	
	患者の家族	95	7	88	3	2
	100.0	7.4	87.4	3.2	2.1	

【Q13】 初台リハビリテーション病院に入院する前に、患者様またはご家族が知っていた情報はどれですか？該当するものすべてお答え下さい。(MA)

初台リハビリテーション病院に入院する前に知っていた情報については、「患者の初台リハビリテーション病院での資料・療養目的」が62.3%、「初台リハビリテーション病院の診療機能」が60.3%等で回答が多い。

【Q13-1】 入院前に知っていた情報 n = 151



- 患者の初台リハビリテーション病院での治療・療養目的
- 初台リハビリテーション病院の診療機能
- 転院前の医療機関と初台リハビリテーション病院の協力関係（連携実績の親しさ）
- 初台リハビリテーション病院の場所
- 初台リハビリテーション病院の施設やサービス内容（建物、アメニティ、食事内容など）
- 初台リハビリテーション病院のスタッフの情報
- その他
- 何も知らなかった

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	患者の初台リハビリテーション病院での治療・療養目的	94	59.9	62.3
2	初台リハビリテーション病院の診療機能	91	58.0	60.3
3	転院前の医療機関と初台リハビリテーション病院の協力関係（連携実績の親しさ）	28	17.8	18.5
4	初台リハビリテーション病院の場所	79	50.3	52.3
5	初台リハビリテーション病院の施設やサービス内容（建物、アメニティ、食事内容など）	61	38.9	40.4
6	初台リハビリテーション病院のスタッフの情報	36	22.9	23.8
7	その他	12	7.6	7.9
8	何も知らなかった	26	16.6	17.2
	不明	6	3.8	
	サンプル数 (%へ入)	157	100.0	151

上段:度数 下段:%		【Q13-1】入院前に知っていた情報									
		合計	患者の初 台リハビ リテーシ ョン病 院での 治療 目的	初台リハ ビリテー ション 病院の 診療 機能	転院前の 医療機関 と初台リ ハビリテ ーション 病院の協 力関係(親 しさ)	初台リハ ビリテー ション 病院の場 所	初台リハ ビリテー ション病 院の施設 やサビ ス内容(ア ニメ、食 事など)	初台リハ ビリテー ション病 院のスタ ッフの情 報	その他	何も知ら なかった	不明
【Q1】ア ンケート 回答者	合計	155 100.0	93 60.0	90 58.1	28 18.1	78 50.3	60 38.7	35 22.6	12 7.7	26 16.8	5 3.2
	患者本人	60 100.0	35 58.3	32 53.3	11 18.3	35 58.3	24 40.0	16 26.7	4 6.7	12 20.0	3 5.0
	患者の家族	95 100.0	58 61.1	58 61.1	17 17.9	43 45.3	36 37.9	19 20.0	8 8.4	14 14.7	2 2.1

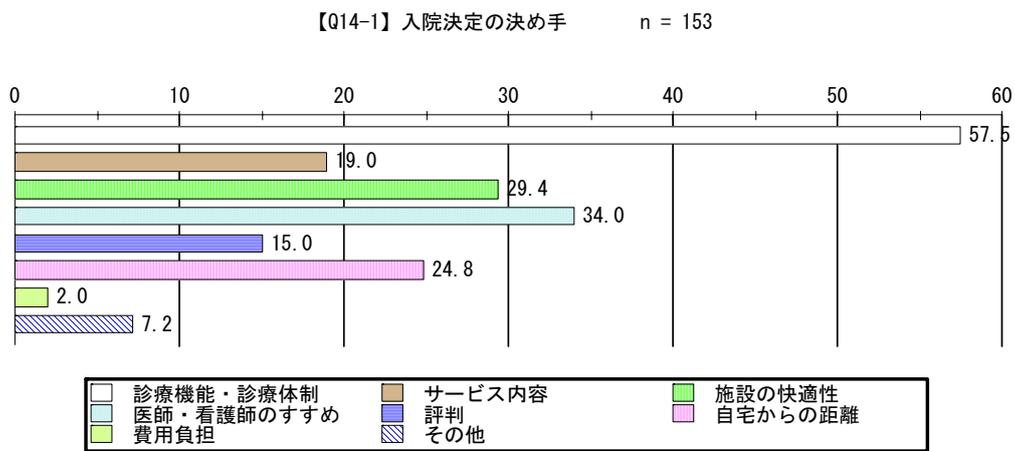
【その他の回答（主なもの）】

失語症リハビリにすぐれている事、初台リハビリテーション病院の評判、出来て間もない病院であること

【Q14】 初台リハビリテーション病院への入院の決め手は何でしたか？（MA）

（*選択は2つまでだが、3つ以上の回答が多いため条件を解除した）

初台リハビリテーション病院への入院の決め手については、「診療機能・診療体制」が57.5%、「医師・看護師のすすめ」が34.0%、「施設の快適性」が29.4%等で回答が多い。「診療体制・診療機能」は患者の家族で63.2%と特に多い。



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除イ)%
1	診療機能・診療体制	88	56.1	57.5
2	サービス内容	29	18.5	19.0
3	施設の快適性	45	28.7	29.4
4	医師・看護師のすすめ	52	33.1	34.0
5	評判	23	14.6	15.0
6	自宅からの距離	38	24.2	24.8
7	費用負担	3	1.9	2.0
8	その他	11	7.0	7.2
	不明	4	2.5	
	サンプル数 (%イ [※])	157	100.0	153

【その他の回答（主なもの）】

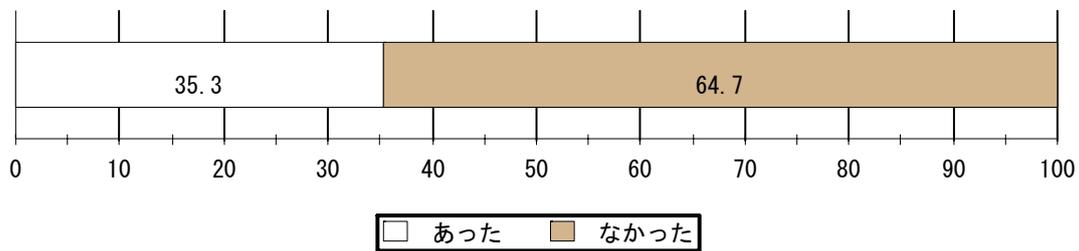
早く入院できること、待ち時間、毎日リハビリが行われる事、自宅に帰る目的を持つ事、知人のすすめ、他にリハビリを目的として入院する所がなかった、時間、家族の通勤経路

【Q15-1】 初台リハビリテーション病院への入院前に不安に思っていたことはありますか？ (SA)

初台リハビリテーション病院への入院前に不安に思っていたことについては、「あった」が35.3%、「なかった」が64.7%となっている。

入院前に知っていた情報の量との関係を見ると、知っている情報が多いほど不安が少ない傾向が見られる。

【Q15-1】 入院前の不安の有無 n = 150



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	あった	53	33.8	35.3
2	なかった	97	61.8	64.7
	不明	7	4.5	
	サンプル数 (% [^] -)	157	100.0	150

		【Q15-1】 入院前の不安の有無			
		合計	あった	なかった	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155 100.0	51 32.9	97 62.6	7 4.5
	患者本人	60 100.0	19 31.7	37 61.7	4 6.7
	患者の家族	95 100.0	32 33.7	60 63.2	3 3.2

		【Q15-1】 入院前の不安の有無		
		合計	あった	なかった
【Q20】Q18入院前に知っていた情報の量	合計	147 100.0	52 35.4	95 64.6
	知っていた情報は0~2つ	72 100.0	28 38.9	44 61.1
	知っていた情報は3つ以上	75 100.0	24 32.0	51 68.0

【Q15-2】 (Q15-1で「あった」と回答された方のみ)

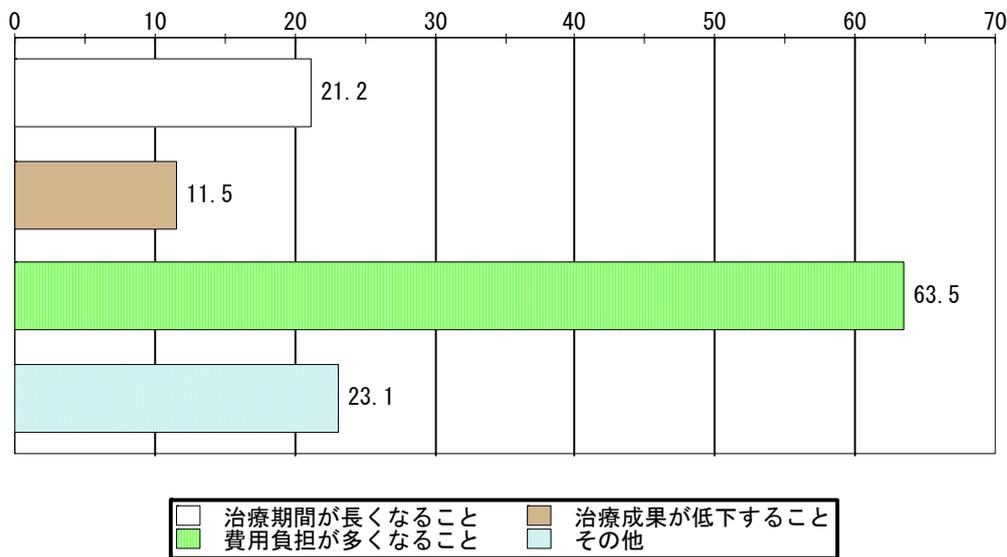
具体的にはどんな不安ですか？

該当するものすべてお答え下さい。(MA)

初台リハビリテーション病院への入院前に不安に思っていたことの具体的な内容については、「費用負担が多くなること」が63.5%と最も多い。

回答者別にみると、「費用負担が多くなること」について、患者本人よりも患者の家族で回答の割合が高い。

【Q15-2】 具体的な不安要素 n = 52



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除非)%	(除非不)%
1	治療期間が長くなること	11	7.0	20.8	21.2
2	治療成果が低下すること	6	3.8	11.3	11.5
3	費用負担が多くなること	33	21.0	62.3	63.5
4	その他	12	7.6	22.6	23.1
	不明	1	0.6	1.9	
	非該当	104	66.2		
	サンプル数 (% [^] -)	157	100.0	53	52

上段: 度数 下段: %		入院前の不安あり							
		【Q15-2】 具体的な不安要素							
		合計	該当	治療期間 が長くなる こと	治療成果 が低下す ること	費用負担 が多くな ること	その他	不明	非該当
【Q1】ア ンケート 回答者	合計	155	51	11	6	31	12	1	104
		100.0	32.9	7.1	3.9	20.0	7.7	0.6	67.1
	患者本人	60	19	4	2	8	7	1	41
	患者の家族	95	32	7	4	23	5	-	63
		100.0	33.7	7.4	4.2	24.2	5.3	-	66.3

【その他の回答（主なもの）】

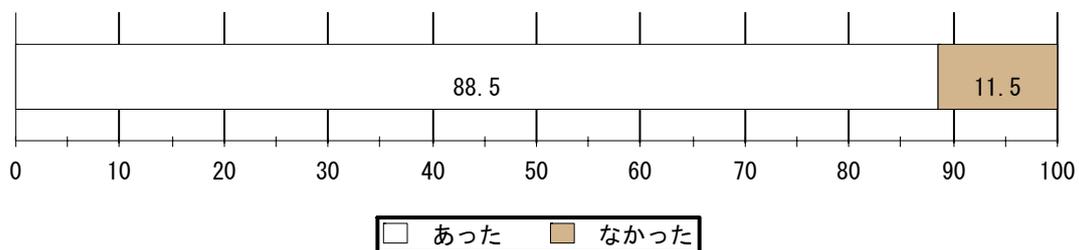
どの程度に回復するか、何もかもが不安、患者がなじめるか、リハビリを受ける体力があるか、遠い、リハビリ専門なので何かあったときの対処ができるか

【Q16-1】 初台リハビリテーション病院への入院前に期待していたことはありますか？ (SA)

初台リハビリテーション病院への入院前に期待していたことについては、「あった」が88.5%、「なかった」が11.5%となっている。

回答者別にみると、患者本人よりも患者の家族の方が「不安があった」という回答の割合が高い。

【Q16-1】 入院前の期待の有無 n = 148



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	あった	131	83.4	88.5
2	なかった	17	10.8	11.5
	不明	9	5.7	
	サンプル数 (%ベース)	157	100.0	148

上段:度数 下段:%		【Q16-1】 入院前の期待の有無			
		合計	あった	なかった	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155 100.0	129 83.2	17 11.0	9 5.8
	患者本人	60 100.0	46 76.7	10 16.7	4 6.7
	患者の家族	95 100.0	83 87.4	7 7.4	5 5.3

【Q16-2】(Q16-1で「あった」と回答された方のみ)

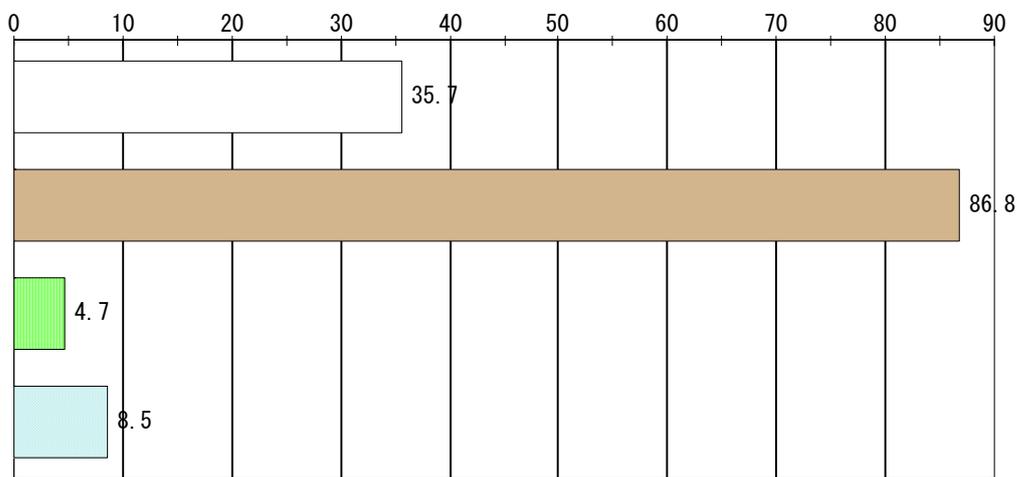
具体的にはどんな期待ですか？

該当するものすべてお答え下さい。(MA)

初台リハビリテーション病院への入院前に期待していたことの具体的な内容については、「早く回復すること」が86.8%、「自宅に戻ること」が35.7%等で回答が多い。

回答者別にみると、「自宅に戻ること」については患者本人よりも患者の家族の方が回答の割合が高い。

【Q16-2】具体的な期待要素 n = 129



□ 自宅に戻ること ■ 早く回復すること ■ 費用負担が軽くなること ■ その他

No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除非)%	(除非不)%
1	自宅に戻ること	46	29.3	35.1	35.7
2	早く回復すること	112	71.3	85.5	86.8
3	費用負担が軽くなること	6	3.8	4.6	4.7
4	その他	11	7.0	8.4	8.5
	不明	2	1.3	1.5	
	非該当	26	16.6		
	サンプル数 (% [^] -)	157	100.0	131	129

上段:度数 下段:%		入院前の期待あり							
		【Q16-2】具体的な期待要素							
		合計	該当	自宅に戻ること	早く回復すること	費用負担が軽くなること	その他	不明	非該当
【Q1】アンケート回答者	合計	155	129	45	111	5	11	2	26
		100.0	83.2	29.0	71.6	3.2	7.1	1.3	16.8
	患者本人	60	46	10	41	2	6	-	14
	100.0	76.7	16.7	68.3	3.3	10.0	-	23.3	
	患者の家族	95	83	35	70	3	5	2	12
	100.0	87.4	36.8	73.7	3.2	5.3	2.1	12.6	

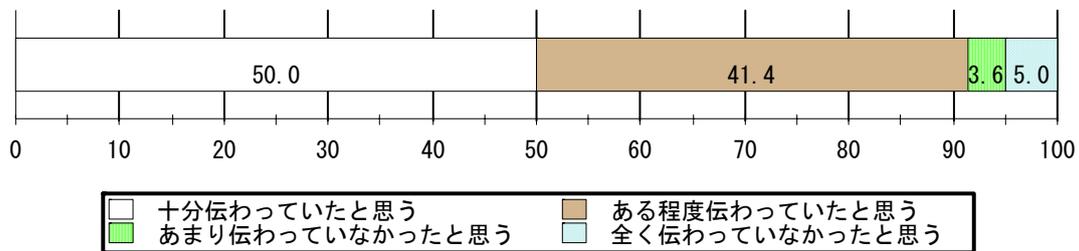
【その他の回答（主なもの）】

良い状態に回復できること、細かなケア、サービス機能

【Q17】 初台リハビリテーション病院には、入院前の医療機関から、診療に必要な患者様の情報がうまく伝わっていましたか？入院前に初台リハビリテーション病院の外来に通院されていた方は、外来診療時の情報とお考え下さい。(SA)

初台リハビリテーション病院に、入院前の医療機関から、診療に必要な患者の情報がうまく伝わっていたかについては、「十分に伝わっていたと思う」が50.0%、「ある程度伝わっていたと思う」が41.4%であった。

【Q17】 転院時の情報伝達の程度 n = 140



No	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	十分に伝わっていたと思う	70	44.6	50.0
2	ある程度伝わっていたと思う	58	36.9	41.4
3	あまり伝わっていなかったと思う	5	3.2	3.6
4	全く伝わっていなかったと思う	7	4.5	5.0
	不明	17	10.8	
	サンプル数 (% ^{除不} -入)	157	100.0	140

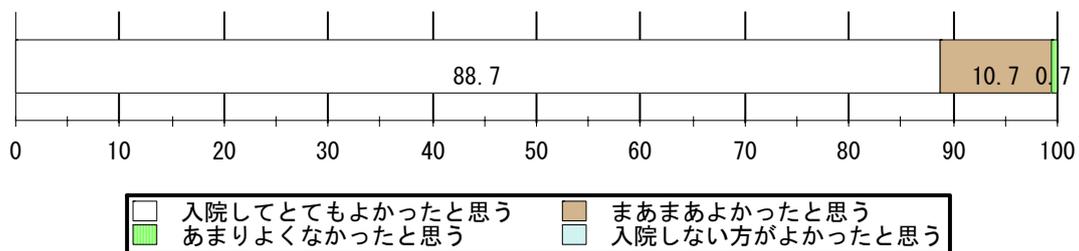
上段:度数 下段:%		【Q17】 転院時の情報伝達の程度					
		合計	十分に伝わっていたと思う	ある程度伝わっていたと思う	あまり伝わってなかったと思う	全く伝わってなかったと思う	不明
【Q1】アンケート回答者	合計	155	69	57	5	7	17
		100.0	44.5	36.8	3.2	4.5	11.0
	患者本人	60	30	18	3	-	9
	100.0	50.0	30.0	5.0	-	15.0	
	患者の家族	95	39	39	2	7	8
	100.0	41.1	41.1	2.1	7.4	8.4	

【Q18】 初台リハビリテーション病院にしてよかったですか？理由もお書き下さい。(SA)

初台リハビリテーション病院に入院したことについて、「とてもよかった」が88.7%、「まあまあよかった」が10.7%と満足度は高い。

回答者別にみると、患者本人よりも患者の家族の方が「入院してよかったと思う」割合が高い。

【Q18-1】 入院の感想 n = 150



No.	カテゴリ	件数	(全体)%	(除不)%
1	入院してとてもよかったと思う	133	84.7	88.7
2	まあまあよかったと思う	16	10.2	10.7
3	あまりよくなかったと思う	1	0.6	0.7
4	入院しない方がよかったと思う	0	0.0	0.0
	不明	7	4.5	
	サンプル数 (n=)	157	100.0	150

上段: 度数 下段: %		【Q18-1】 入院の感想					
		合計	入院してとてもよかったと思う	まあまあよかったと思う	あまりよくなかったと思う	入院しない方がよかったと思う	不明
【Q1】 アンケート回答者	合計	155	132	15	1	-	7
		100.0	85.2	9.7	0.6	-	4.5
	患者本人	60	47	9	-	-	4
	100.0	78.3	15.0	-	-	6.7	
	患者の家族	95	85	6	1	-	3
	100.0	89.5	6.3	1.1	-	3.2	

【Q19】患者様本位の医療連携（紹介等複数の医療機関が連携して医療を行うこと）を実現するために、どんなことをしてほしいと思いますか？

分類	内容
医療機関の情報の提供	<p>家族は看病しつつ(転院先を)自ら探す気になれない。</p> <p>前の病院のソーシャルワーカーのすすめがあったので入院できた。</p> <p>複数の医療施設を必要とする場合、包括的に情報が無いため、一つ一つ自分で情報を集めなくてはならない。</p> <p>情報をもっとほしい。</p>
医療機関の情報の提供(詳細な情報)	<p>病院によって対応が違う。その情報が入ってこない。他の病院とのやりとり。</p> <p>資料だけでなく、直接見学できる方がよい。</p> <p>リハビリ病院と云いながら老人病院のところも多いので、実体の情報が必要。</p> <p>幅広い情報が欲しい。</p> <p>医療の情報だけでなく、生活面での具体的な現況も医療機関同士の申し送りがあるとよいと思う。</p>
医療機関の情報の提供(退院後のフォロー・情報)	<p>複数の診療・治療を要する入院患者の為に、他病院の外来へ行かずにすむ配慮。また退院後のフォローも欲しい。</p> <p>退院後の医療機関の情報が欲しい。</p>
患者の情報の伝達、情報共有	<p>検査等前日にやったばかりのものを又新しくやられるのは本人もつかれるし、むだだと感じる。検査結果も転院先に知らせて、患者の状態をスムーズに伝えてほしい。</p> <p>患者の病気の状況を転院先によく知らせてほしい。</p> <p>患者の病状の段階を連絡して、最適の病院、療養施設等を紹介しあうことは大切なことだと思う。</p> <p>より一層の情報共有や迅速な伝達。</p> <p>同じ病院内では情報共有されているが、他の病院同士でも伝わっていると、話が早いしスムーズ。</p> <p>情報の連携が重要。</p> <p>前の病院の医師と今の病院の先生との継続性。</p> <p>病院間の情報の伝達。先生と他の病院の先生とのやりとり。</p>
患者個々の状況の考慮	<p>患者個々の細やかな情報収集、退院(自宅療養)後の追跡調査による資料の蓄積。</p> <p>患者本人の体の状況、家庭環境等把握の上、最適の医療を受けられるように医療従事者が誠意をもって情報提供して欲しい。</p> <p>治療期間も患者に合わせて変えるべき。事前の案内、エリア、病気に応じて紹介できるかどうか。労災の認定病院が少ないので苦労した。</p>
系列等を越えた連携	<p>公平に情報を伝えるべき(病院の選択に際し、どういう病院があるのかとか)</p> <p>特定の系列(大学、医療法人、学会、研究グループ)を超えた連携。現状のままだと特定のルートが重要視されコネが重用される。</p> <p>派閥(系列)を関係なくしてほしい。</p> <p>先生等の派閥の改善。</p> <p>医者都合だけで紹介するべきではない。情報をきちんと開示して欲しいし、系列の病院を紹介するだけでなく、こちらの行きたい病院も快く紹介して欲しい。</p>
専門病院の数を増やす	<p>リハビリテーション病院の数を増やして欲しい。</p> <p>初台リハビリ病院のような病院を区に一つは欲しい。</p> <p>早い時期にリハビリテーションに入る事が本人の回復につながると思うが、その為にはリハビリテーション病院が少な過ぎると思う。</p> <p>都内にリハビリ専門病院が少なすぎる。</p> <p>各病院の専門の所にリソースを集中して、効率良く高度なことを行った方がよい。専門性を高める必要。雑誌に特集はあるが少ない。例え特集を見つけたとしても受け皿が少ない。</p>

分類	内容
紹介状の制度	<p>紹介状がないと他の病院へ動くのが難しいところ。</p> <p>紹介状を患者が見られないのはよくない。</p> <p>紹介状等スピーディに。大学病院で2週間。</p>
診療所との連携・協力	<p>他の診療所ももっと協力すべき。</p> <p>急性期病院から回復期リハビリを経て、「在宅ケア」へ戻る(始める)時の、その後の「アフターフォロー」について、もう少し積極的に関わってもらいたい。「在宅ケア」に戻る時、戻った後が家族としてとても不安があるため、「その相談」や「在宅ケア」に移った後のアフターサービスを有料でも良いので考えて欲しい。</p>
その他	<p>脳外科があれば安心である。</p> <p>患者本人が少しでも回復出来る様、医療連携が向上する事がいいと思う。</p> <p>簡単にレントゲン等の貸し出しをしてもらえること。</p> <p>転院の待ち時間が短いと助かる。</p> <p>入院期間の制限を緩和してほしい。</p> <p>誰でもが自由に入院できるようにしてほしい。初台リハビリテーション病院と同じ体制(毎回のリハビリ、入浴、チーム医療)の病院が全国に数多く建てられ、退院後、通院リハビリ、訪問リハビリがしっかり受けられる様な形を作ってほしい。</p> <p>治療の方法、可能性等を正しい情報で伝えて欲しい。患者側は迷うことも多くあると思うが、多くの選択肢から選べるといいと思う。</p>

第2章 調査票

1. 入院患者用

みずほ情報総研(株)

【厚生労働省委託調査】
医療連携に関する患者様意識調査へのご協力をお願い

拝啓

現在、弊社では、厚生労働省の委託を受け、九州大学大学院 高木安雄教授を座長とする研究班事務局として、患者様の視点に立った医療提供体制のあり方を検討することを目的に、調査研究を進めております。

この度、初台リハビリテーション病院のご協力を得て、「医療連携に関する患者様意識調査」を実施させて頂くことになりました。つきましては、本アンケート調査にご協力を賜りたくお願い申しあげる次第でございます。

この調査は、無記名で行います。ご回答の内容は全て統計的に処理致しますので、ご回答頂きました患者様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。是非とも率直なご意見をおきかせ下さい。また、この調査票は、本日、初台リハビリテーション病院を受診されている患者様にお配りし、協力をお願いしております。

なお、本調査の取りまとめは、調査研究の事務局を担当しているみずほ情報総研株式会社でございます。何卒調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

<記入方法>

- ・ ご記入にあたって、ご支援が必要な場合やご不明の点がある場合は、病棟のチームマネージャーにお声を掛けてください。15:00~17:00の間、院内に待機しております弊社スタッフが、おうかがいさせていただきます。
- ・ ご家族と相談されて記入いただいたり、患者様に替わってご家族にご記入いただいても構いません。
- ・ ご記入後は、お配りした封筒に封入し、25日までに病棟クランクにお渡してください。

<事務局>

みずほ情報総研株式会社

担当：鹿内、掛川

電話番号：03-5281-5277

問1 ご回答される方は？（○は1つ）

1. 患者様ご本人 2. 患者様のご家族

問2 患者様のご年齢は？（○は1つ）

1. 39歳以下 2. 40歳代 3. 50歳代 4. 60歳代
5. 70歳代 6. 80歳代 7. 90歳以上

問3 患者様の性別は？（○は1つ）

1. 男性 2. 女性

問4 初台リハビリテーション病院で治療・ケアを受けることになった疾患は？（○は1つ）

1. 脳血管疾患（脳こうそく、脳出血、くも膜下出血 等） 2. 脳血管疾患以外

問5 初台リハビリテーション病院に入院された時期は？（○は1つ）

平成 年 月頃

問6 初台リハビリテーション病院に来院した時、他の病院や診療所の紹介状をもっていましたか？

1. 紹介状をもっていた
2. 紹介状をもっていなかった
3. 紹介状があったかどうかわからない

問7 初台リハビリテーション病院への入院の直前にいらした場所はどこですか？（○は1つ）

1. 自宅 -----問8へお進みください
2. 病院に入院 -----問9へお進みください
3. 介護老人保健施設に入所 -----問10へお進みください
4. その他施設に入所 -----問10へお進みください

問8 問7で「1自宅」と回答された方にうかがいます。現在の疾患の治療・療養のために、医療機関に通院していましたか？該当するものすべてに○をつけてください。

1. 初台リハビリテーション病院の外来に通院していた
2. 他の病院の外来に通院していた } -----問10へお進みください
3. 診療所に通院していた
4. どこにも通院していない -----アンケートはここで終わりです

問9 問7で「2病院」と回答された方にうかがいます。入院されていた病院の種類を選んでください。（○は1つ）

1. 大学病院 2. 国公立・公的病院
3. その他（1、2以外）の病院 4. 病床のある診療所
※ 病院の種類が1～4のどれに該当するのか不明の場合 具体的な病院名をお書きください。
（ ）

問10 初台リハビリテーション病院への入院を誰かにすすめられましたか？

1. すすめられていない
2. すすめられた —— その場合、具体的には？（〇はいくつでも）
 - ② 親戚・知人 ② 地元のかかりつけ医 ③ 直前の病院の医師 ④ 直前の病院の看護師
 - ⑤ 直前の病院のソーシャルワーカー ⑥ その他（ ）

問11 初台リハビリテーション病院以外の病院で、入院・入所を検討した病院は？

1. 他は検討しなかった
2. 検討した —— その場合、具体的には（〇はいくつでも）
 - ① リハビリテーション専門の病院
 - ② 専門特化はしていない（＝他の診療科もある）が、リハビリテーション科のある病院
 - ③ 介護老人保健施設
 - ④ その他の病院・施設（具体的に ）

問12 初台リハビリテーション病院への入院を最終的にお決めになった方は？（〇は1つ）

1. 患者様ご自身
2. 患者様のご家族
3. その他（ ）

問13 初台リハビリテーション病院へ入院する前に、患者様またはご家族が知っていた情報は？（〇はいくつでも）

1. 患者様の初台リハビリテーション病院での治療・療養目的
2. 初台リハビリテーション病院の診療機能
3. 転院前の医療機関と初台リハビリテーション病院の協力関係（連携実績や親しさ）
4. 初台リハビリテーション病院の場所
5. 初台リハビリテーションの施設やサービス内容（建物、アメニティ、食事内容等）
6. 初台リハビリテーション病院のスタッフの情報
7. その他（ ）
8. 何も知らなかった

問14 初台リハビリテーション病院への入院の決め手は何でしたか？（〇は2つまで）

1. 診療機能・診療体制
2. サービス内容
3. 施設の快適性
4. 医師・看護師のすすめ
5. 評判
6. 自宅からの距離
7. 費用負担

問15 初台リハビリテーション病院への入院前に不安に思っていたことはありますか？もしあった場合、それは具体的に何ですか？（〇は1つ）

- | |
|--|
| 1. なかった |
| 2. あった —— その場合具体的には ①治療期間が長くなること
(〇はいくつでも) ②治療成果が低下すること
③費用負担が多くなること
④その他 () |

問16 初台リハビリテーション病院への入院前に期待していたことはありますか？もしあった場合、それは具体的に何ですか？（〇は1つ）

- | |
|---|
| 1. なかった |
| 2. あった —— その場合具体的には ①自宅に戻ること
(〇はいくつでも) ②早く回復すること
③費用負担が軽くなること
④その他 () |

問17 初台リハビリテーション病院には、入院前の医療機関から、診療に必要な患者様の情報がうまく伝わっていましたか？入院前に初台リハビリテーション病院の外来に通院されていた方は、外来診療時の情報とお考えください。（〇は1つ）

- | |
|--------------------------------------|
| 1. 十分伝わっていたと思う 2. ある程度伝わっていたと思う |
| 3. あまり伝わっていなかったと思う 4. 全く伝わっていなかったと思う |

問18 初台リハビリテーション病院に入院してよかったですか。理由もお書き下さい。（〇は1つ）

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1. 入院してとてもよかったと思う | そのように思う理由
() |
| 2. まあまあよかったと思う | |
| 3. あまりよくなかったと思う | |
| 4. 入院しない方がよかったと思う | |

問19 患者様本位の医療連携（紹介等複数の医療機関が連携して医療を行うこと）を実現するために、どのようなことをしてほしいと思いますか？

--

以上で、アンケートは終わりです。 ご協力いただき、まことに有難うございました。

【厚生労働省委託調査】

医療連携に関する患者様意識調査へのご協力をお願い

拝啓

現在、弊社では、厚生労働省の委託を受け、九州大学大学院 高木安雄教授を座長とする研究班事務局として、患者様の視点に立った医療提供体制のあり方を検討することを目的に、調査研究を進めております。

この度、初台リハビリテーション病院のご協力を得て、「医療連携に関する患者様意識調査」を実施させて頂くことになりました。つきましては、本アンケート調査にご協力を賜りたくお願い申しあげる次第でございます。

この調査は、無記名で行います。ご回答の内容は全て統計的に処理致しますので、ご回答頂きました患者様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。是非とも率直なご意見をおきかせ下さい。また、この調査票は、本日、初台リハビリテーション病院を受診された患者様にお配りし、協力をお願いしております。

なお、本調査の取りまとめは、調査研究の事務局を担当しているみずほ情報総研株式会社でございます。何卒調査の趣旨をご理解頂き、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

敬具

<事務局>

みずほ情報総研株式会社

担当：鹿内、掛川

電話番号：03-5281-5277

問1 ご回答される方は？（○は1つ）

1. 患者様ご本人 2. 患者様のご家族

問2 患者様のご年齢は？（○は1つ）

1. 39歳以下 2. 40歳代 3. 50歳代 4. 60歳代
5. 70歳代 6. 80歳代 7. 90歳以上

問3 患者様の性別は？（○は1つ）

1. 男性 2. 女性

問4 初台リハビリテーション病院で治療・ケアを受けることになった疾患は？（○は1つ）

1. 脳血管疾患（脳こうそく、脳出血、くも膜下出血 等） 2. 脳血管疾患以外

問5 初台リハビリテーション病院へ入院されましたか？（○は1つ）

1. 入院した（平成 年 月頃～平成 年 月頃まで）
2. 入院しなかった -----アンケートはここで終わりです

問6 初台リハビリテーション病院に初めて来院した時、他の病院や診療所の紹介状をもっていましたか？

1. 紹介状をもっていた
2. 紹介状をもっていなかった
3. 紹介状があったかどうかわからない

問7 初台リハビリテーション病院への入院の直前にいらした場所はどこですか？（○は1つ）

1. 自宅 -----問8へお進みください
2. 病院に入院 -----問9へお進みください
3. 介護老人保健施設に入所 -----問10へお進みください
4. その他施設に入所 -----問10へお進みください

問8 問7で「1自宅」と回答された方にうかがいます。現在の疾患の治療・療養のために、医療機関に通院していましたか？該当するものすべてに○をつけてください。

1. 初台リハビリテーション病院の外来に通院していた
2. 他の病院の外来に通院していた } -----問10へお進みください
3. 診療所に通院していた }
4. 通院していない -----アンケートはここで終わりです

問9 問7で「2. 病院」と回答された方にうかがいます。入院されていた病院の種類を選んでください。(○は1つ)

1. 大学病院 2. 国公立・公的病院
3. その他(1、2以外)の病院 4. 病床のある診療所

※病院の種類が1～4のどれに該当するのか不明の場合 具体的な病院名をお書きください。

()

問10 初台リハビリテーション病院への入院を誰かにすすめられましたか?

1. すすめられていない

2. すすめられた —— その場合、具体的には?(○はいくつでも)

③親戚・知人 ②地元のかかりつけ医 ③直前の病院の医師 ④直前の病院の看護師

⑤ 直前の病院のソーシャルワーカー ⑥その他()

問11 初台リハビリテーション病院以外の病院で、入院・入所を検討した病院は?

1. 他は検討しなかった

2. 検討した —— その場合、具体的には(○はいくつでも)

①リハビリテーション専門の病院

②専門特化はしていない(=他の診療科もある)が、リハビリテーション科のある病院

③介護老人保健施設

④その他の病院・施設(具体的に)

問12 初台リハビリテーション病院への入院を最終的にお決めになった方は?(○は1つ)

1. 患者様ご自身

2. 患者様のご家族

3. その他()

問13 初台リハビリテーション病院へ入院する前に、患者様またはご家族が知っていた情報は?

(○はいくつでも)

1. 患者様の初台リハビリテーション病院での治療・療養目的

2. 初台リハビリテーション病院の診療機能

3. 転院前の医療機関と初台リハビリテーション病院の協力関係(連携実績や親しさ)

4. 初台リハビリテーション病院の場所

5. 初台リハビリテーションの施設やサービス内容(建物、アメニティ、食事内容等)

6. 初台リハビリテーション病院のスタッフの情報

7. その他()

8. 何も知らなかった

問14 初台リハビリテーション病院への入院の決め手は何でしたか？（〇は2つまで）

- | | | | |
|---------------|-----------|------------|---------|
| 1. 診療機能・診療体制 | 2. サービス内容 | 3. 施設の快適性 | |
| 4. 医師・看護師のすすめ | 5. 評判 | 6. 自宅からの距離 | 7. 費用負担 |
| 8. その他（ ） | | | |

問15 初台リハビリテーション病院への入院前に不安に思っていたことはありますか？もしあった場合、それは具体的に何ですか？（〇は1つ）

- | |
|---|
| 1. なかった |
| 2. あった —— その場合具体的には ①治療期間が長くなること
(〇はいくつでも) ②治療成果が低下すること
③費用負担が多くなること
④その他（ ） |

問16 初台リハビリテーション病院への入院前に期待していたことはありますか？もしあった場合、それは具体的に何ですか？（〇は1つ）

- | |
|--|
| 1. なかった |
| 2. あった —— その場合具体的には ①自宅に戻ること
(〇はいくつでも) ②早く回復すること
③費用負担が軽くなること
④その他（ ） |

問17 初台リハビリテーション病院には、入院前の医療機関から、診療に必要な患者様の情報がうまく伝わっていましたか？入院前に初台リハビリテーション病院の外来に通院されていた方は、外来診療時の情報とお考えください。（〇は1つ）

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. 十分伝わっていたと思う | 2. ある程度伝わっていたと思う |
| 2. 3. あまり伝わっていなかったと思う | 4. 全く伝わっていなかったと思う |

問18 初台リハビリテーション病院に入院してよかったですか。理由もお書き下さい。（〇は1つ）

- | | |
|-------------------|-----------|
| 1. 入院してとてもよかったと思う | そのように思う理由 |
| 2. まあまあよかったと思う | |
| 3. あまりよくなかったと思う | |
| 4. 入院しない方がよかったと思う | |

問19 患者様本位の医療連携（紹介等複数の医療機関が連携して医療を行うこと）を実現するために、どのようなことをしてほしいと思いますか？

--

以上で、アンケートは終わりです。ご協力いただき、まことに有難うございました。