

栃木県足利市における 地域医療連携のステークホルダー分析

A Stakeholder Analysis on the Community Health Care Network in Ashikaga City

清水 麻友美¹・佐藤 溪²・畑中 綾子³・城山 英明⁴

¹ 東京大学大学院公共政策学教育部 公共政策学専攻 (E-mail:zz78023@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp)

² 東京大学大学院公共政策学教育部 公共政策学専攻 (E-mail:zz78048@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp)

³ 東京大学大学院 法学政治学研究科 COE 特任研究員 (E-mail:jj96130@j.u-tokyo.ac.jp)

⁴ 東京大学大学院 法学政治学研究科教授 (E-mail:siroyama@j.u-tokyo.ac.jp)

本研究は、地域病院を軸とする医療連携の実態に焦点を当て、ステークホルダーへのヒアリング調査を行い、連携の可能性とそのための課題抽出を目的とする。その際、様々な環境要因が作用する複雑なプロセスである医療連携の性格を踏まえ、関係者の連携に対する意識を把握し、利害関心を明らかにする手法を試みた。結果、ステークホルダーは医療連携促進の方向性ではほぼ一致しているにも拘らず、そのための「条件」「結果」の双方において抱く連携像が異なる事が分かったが、各ステークホルダーの関心は多様な側面にわたり、相互に相補う可能性が高い事も明らかになった。そこで、各々の利害関心の違いを認識した上で、目的意識の共有と相互理解促進のために、多職種・多組織的な連携促進組織の構築を提案する。

キーワード：地域医療連携，ステークホルダー分析，足利市。

1. 背景と分析の目的

高齢化の進行とそれに伴う医療費の増大、生活習慣病の増加傾向等を背景として厚生労働省は医療制度改革を促進している。平成17年に政府・与党医療改革協議会において「医療制度改革大綱」が取りまとめられたことを受け、平成18年には第5次医療法改正を含む医療構造改革関連法案が可決成立した。その中で「患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築」が謳われ、「医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供」といった地域医療連携の方向性が打ち出されている¹⁾。地域医療連携とはより具体的に、地域の各種医療機関がその機能に応じて役割を分担し、大病院への患者集中の緩和や機能分化による平均在院日数の短縮を通じた医療費の削減等を目的とする地域医療体制の構築であるが、近年では医療サービスの対価を定める診療報酬の改正も、地域医療連携²⁾を制度面から促進する方向で行われる傾向にある。例えば、2000年には急性期医療を扱う医療機関のうち、「急性期特定病院」に認定された病院に対し点数を上乘せ(加算)する制度が設けられた。しかし急性期特定病院の認定を受けるためには紹介率30%以上、平均在院日数20日以下、地域医療連携室の設置などの厳しい要件を満たさねばならず、そのために地域医療連携の推進が不可欠となった。2006年の改正では紹介率とそれに関わる加算は廃止されたものの、地域連携クリティカルパス加算、診療所との連絡を24時間可能にする在宅療養支援診療所の新設と診療

報酬上の優遇など一段と医療連携を推進する方向性を打ち出している。

一方、現場レベルでは、地域医療連携を目指すという方向性はおおむね受け入れられてはいるものの、それを実行に移してゆく段階では地域によってばらつきがでるようである。しかし実現の手段は異なっても、現場においてよい連携を実現するためには、各ステークホルダー同士がお互いの利害を踏まえて行動することが必須である。

そこで、本研究では、地域医療連携の可能性と課題を評価するために、ステークホルダー分析の手法を応用してみることにした。ステークホルダー分析は主に公共政策に関連する課題の解決を目的とした対話の実施にあたって、ステークホルダーの利害関心を把握し、当該課題に関係するステークホルダーと議論するテーマを明らかにするとともに、対話プロセスそのものの有効性等を検討する手法である³⁾。

本研究では、地域医療連携体制の実現を目指す地域の1つとして栃木県足利市を取り上げる。足利市では連携体制の構築はまだ模索途中にあり、複数の課題も抱えているようである。医療連携は多くの関係者が関与し、様々な環境要因が作用する複雑なプロセスであるがゆえに、ステークホルダーの持つ利害関心は異なる。そこで、ステークホルダーの「地域医療連携に対する意識」の把握を通して各々の利害関心を明らかにし、地域医療連携がスムーズに進まない原因や今後の連携強化の可能性及びその条件を探る。尚、本研究では、連携達成の制度的条

件を一般的に探るよりも、現場における連携達成の可能性を評価するために、現場における関係者の利害関係の実態を明らかにすることに主眼を置くものとする（ただし、4. 1. (5)における分析及びそれを踏まえた5. 1においては、現場の関係者の認識からどのような制度的政策的課題があるのかは示唆される）。

2. 足利市の医療連携体制

足利市は全国的に見て特に医療連携体制が整っている地域ではないが、医療機関等において各々個別的に地域連携への取組みが見られ、連携体制構築を模索している地域である。以上の状況を踏まえ、関係者の意識の相違、現状等の分析に最適な地域と判断し調査対象地域に設定した。

足利市は診療所医師を中心とした医師会を持ち、第3次医療を担う高次医療機関1院のほか、いくつかの中小病院と診療所という医療体制を持っている。このことは高次医療機関を頂点としたある種の階層的な地域医療体制という特徴を地域にもたらした。佐野市などと共に栃木県南部の両毛保健医療圏に属し、佐野市の獨協医科大学病院などとの繋がりも大きい。また周りの市は、佐野市以外全て群馬県に属し、群馬県の医療機関とのつながりもある。

今回の調査では、地域最大の訪問看護ステーションを持つ中規模病院を中心に急性期病院や診療所医師、医師会等にインタビューを行った。

2.1. 調査の中心においた病院

調査の中心においた病院（以下、対象病院とする）は223病床、15診療科を有する中小病院である。病院内に地域最大の訪問看護ステーションを持ち、関連法人の特別養護老人ホームが隣接している。また敷地内ではないが、市内に診療所を有している。当院では2002年6月に地域医療連携室を立ち上げた。重複業務の多い連携室と患者相談室を統合し、人的資源の効率化を図っている⁴⁾。

2.2. 関連する施設・組織

(1) 訪問看護ステーション

社会的入院患者の対策として在宅医療の充実を目指す対象病院は、在宅医療をサポートする訪問看護ステーションに重点を置いている。2001年に対象病院の外來部門訪問看護部が独立して設立されたもので、2007年7月現在のスタッフ数は13人である。患者は連携している45

ヶ所の診療所医師からの紹介の他、対象病院や保健所、ケアマネージャーからの紹介も受けている。

(2) 特別養護老人ホーム

1992年に開設された、対象病院と協力関係にある別法人。入居者の日常生活の世話や健康管理などの業務のほか、ショートステイやデイサービス、ホームヘルパーによる訪問介護、在宅介護相談も行っている。

(3) 高次医療機関

地域の三次救急を一手に引き受ける地域唯一の高次医療機関である。614床・20科を持つ大病院だが、足利駅からのアクセスや立地条件があまりよくなく、老朽化も進行しているため、2009年から市の協力のもとに移転工事を行う予定である。

2000年5月に地域医療対策室（地域連携業務を担っているため、以下、連携室と記述）を立ち上げる以前から地域中核病院として高度医療機器の貸し出し等の連携業務を行っている。

(4) 足利市医師会

診療所医師を中心とした組織で、地域産業保健センター等の関連施設を持つ。地域の診療所医師（A会員）の医師会加入率は100%だが、勤務会員（B会員）数は多くない。親睦団体であり、強制加入の組織ではないため、指導はするが、メンバーへの強制や罰則を課すことはできない。

月に5～6回の医師勉強会や講演会の他、中核病院と診療所の懇親会や症例検討会の開催、看護や福祉部門など他部門との交流も積極的に行っている。また市民との関係を重視し、市民公開講座を開くなどの活動も行っている。

(5) 在宅療養支援診療所

診療所とは患者の収容施設が19床以下の医療機関を指すが、在宅療養支援診療所とは届出をした24時間連絡が取れて往診や訪問看護が可能な医療機関である。在宅療養支援診療所及びそれと連携した機関には診療報酬上の優遇があるが、届出要件は厳しく、全国の診療所の約1割に過ぎない⁵⁾。独立行政法人福祉医療機構が運営するWAMNETによれば、在宅療養支援診療所は足利市に8ヶ所あり、今回の調査では3人の診療所医師のうち2人が在宅療養支援診療所の院長であった。

3. 調査の概要

3.1. ステークホルダー分析について

ステークホルダー分析では、具体的に、あるテーマについて紛争や意見の対立がある場合、利害関係を持たない中立的立場にある第三者（評価者）がステークホルダーとのヒアリング・インタビューを通し、誰が、どのような利害関心を有しているのか、を把握する。そして、このようにして得られた情報を集約することにより、ステークホルダー間の協力・連携の可能性について評価するとともに議論すべきアジェンダの範囲を提示する。

本研究では、「地域医療連携に対する意識」の把握を通して関係者の利害関心を明らかにするという手法を試みる。また、複雑な課題・利害を整理するために、マトリックスを用いる。

3.2. ヒアリング調査の概要

(1) ヒアリング時期

2007年6月30日及び8月27日に足利市にてヒアリングを実施した。又、補足の質問をメールや電話で行った。

(2) ヒアリング対象

この事例におけるステークホルダーとして、本調査では以下の計15名を選択した。なお、このような対象の選択に当たっては、医療連携の専門家からのコメントを参考にした。また、ステークホルダーへのインタビューの際に、その他に利害関係を有するステークホルダーが存在するか否かという質問を行い、追加的なステークホルダーを選択する際の参考とした。

なお、対象病院についてはこれを1つのステークホルダーとして扱うのではなく、役割によって異なる複数のステークホルダーであるとした。また、代表性の確保は難しいが、患者家族もステークホルダーとした。

- ・ 対象病院連携室長
- ・ 対象病院連携室事務員
- ・ 対象病院連携室ソーシャルワーカー 2名
- ・ 対象病院看護師
- ・ 対象病院医師
- ・ 訪問看護ステーション看護師
- ・ 関連福祉施設副施設長
- ・ 高次医療機関連携室事務員
- ・ 高次医療機関連携室ソーシャルワーカー
- ・ 足利市医師会役員
- ・ 診療所医師 3名
- ・ 患者家族

Table1 分析マトリックスの分類

条件	良好な経営状態	
	人材確保	
	情報共有	(ソフト面) 情報インフラの整備 (ハード面)
	経営とステークホルダーのミッション	
	政策と経営	
	役割認識	特定のステークホルダーの仕事に対する認識 連携に関わるステークホルダー全体への意識
結果	収益	利益主義に陥る 収益増 収益源
	労働条件	改善 悪化
	安心感	増加 減少
	プライバシー	
	施設間移動のコスト	金銭コスト 業務負担
	機能分化の効果	メリット デメリット
	職員の能力	上がる 下がる

(3) ヒアリング内容

本研究においては、医療連携に関わる各ステークホルダーの「連携に対する意識」を幅広く明らかにするために、ステークホルダー分析一般の手法とは異なり、以下のような具体的工夫を行った。すなわち、効率的なインタビューが可能になるように、予め質問ストラクチャー図（付録1, 2）を作成し、それを基にヒアリング調査を実施した。質問ストラクチャー図では、頂点に調査の目標（「関係者の連携に対する意識を明らかにする」）を設定し、その下に目標達成のためには何を質問すればよいかをなるべく具体的な形で書き出した。さらに、その質問事項の内容を知るためのより具体的な質問事項をまた下に設定した。これら一連の作業を行うことにより、短いインタビュー時間の中で何を質問すべきかを明確にすることが可能になるとともに、質問の文言に対して質問者に裁量を与えられるため、ステークホルダーの反応に対しある程度柔軟に質問を対応させることができる。尚、質問ストラクチャー図は、患者家族に関しては、患

者家族固有の情報を適切に引き出せるように、医療関係者向けとは異なったものを作成した。

「連携に対する意識」に関するヒアリングの具体的な質問項目（医療関係者向け）は、(a)医療連携に関する仕事内容、(b)医療連携に対する主観的な認識、(c)今後の対象病院を軸とする医療連携がどうあるべきか(目指す方向)、に大きく分かれる。(b)においては、医療連携の成否を規定する要因を仮説的に項目として提示して、それらに対する具体的コメントを求めた。(c)に関しては、自分自身の行動や他者に期待する行動等についてもコメントを求めた。なお、患者家族に対する質問項目では、サービスに対する評価、改善点等に関するコメントを求めた。

3.3. 分析マトリックスについて

(1) 分析マトリックスの分類

ヒアリング内容を分析した結果、各ステークホルダーの話していた内容を大きく2つに分けて分析する事とした。1つ目は地域医療連携を進めるために必要と認識されている条件（医療連携のための条件）、2つ目は地域医療連携を進めた結果として起こったこと又は起こると予想や期待されていること（医療連携による結果）である。通常のス stakeholder 分析の整理においては、ステークホルダーの関心事項のリストが提示されるにとどまるが、これは、本研究の整理でいえば、「結果」にほぼ該当する。しかし、本研究においては、協力・連携可能性を探るために、「条件」に関する整理も明示的に行った。

条件と結果を分けることで、医療連携をすすめていくために必要と考えていることはなにか、さらに医療連携によって何がもたらされるかを整理して考えることができた。ただし、条件と結果はある程度一体として認識され、明確に条件と結果に分類できないものもある。

さらに項目を細分化すると、Table 1 のように分類することが出来る。この項目は調査者があらかじめ考えられる項目を列挙し、さらにインタビューのうえで、必要な項目を追加・修正したものである。例えば、良好な経営状態、経営とステークホルダーのミッション、政策と経営、職員の能力、機能分化の効果といった項目は追加されたものである。また、分析マトリックスでは、各発言の前にマーク（●▲■*）をつけてある。これは、各ステークホルダーが現在、未来、過去のどの時間軸について話していたかを判別するものである。

(2) 分析マトリックスの解釈

それぞれのマトリックスの横軸には連携の「条件」もしくは「結果」を、縦軸にはステークホルダーを配し、横軸は更に上下段に分割した。上段は「条件」「結果」のカテゴリー（「収益」「労働条件」等）であり、下段はカ

テゴリーの小分類あるいは具体的な状態を表す（「収益増」「収益減」等）。

マトリックスの縦軸に注目すると、複数のステークホルダーが同じ「条件」「結果」を選択していることがわかる。しかしそれら同じ列に配された意見でも捉え方は多様である。尚、インタビューに現れた意見や立場の相違をマトリックス上により詳しく反映されるため、文章によりマトリックスを記入するという方式をとった。

4. ステークホルダー分析結果の詳細

分析マトリックスから、医療連携の条件と結果について、項目別に以下のような分析を行うことができる。また、必要に応じて適宜、ヒアリングにおける各ステークホルダーのコメントを追加的に記載した。

4.1. 医療連携の条件

(1) 良好な経営状態

採算がとれ持続的に安定した経営状態が維持できていない場合、2つの点に関して問題が発生することが指摘された。

a. スタッフの意欲

医療・介護の仕事は自発的な意欲を必要とする職業であり、サービスに没頭できる環境でなければスタッフは仕事に集中できず、意欲の低下につながる。また、安定した経営は給与等の職員の待遇に直接影響を及ぼすものである。

b. 競争

採算を取るために、1施設がより多くの患者を囲い込む必要が生じる。例えば、訪問看護ステーションからは「他のステーションに軽症の患者を回してほしいなどと言われるが、重症の患者ばかり請け負うと採算が合わなくなってしまう」、高次医療機関からは「(経済的利益を確保するためには) 忙しくても紹介なしの患者を減らすことはできない」と指摘されるように、高次医療機関と診療所の機能分担がうまくいなくなる。

さらに、訪問看護ステーションにおける看護師不足や対象病院のステーションの地域における大きなシェアという条件も加わることで、施設間での競争や小規模なステーションの閉鎖が起こっている。

このような問題を回避するためには、各ステークホルダーも良好な経営状態を維持できる医療連携が必要だと考えている。なお、他の地域の高次医療機関においては、紹介患者なしで、入院・手術部門のみで経営が成り立っている事例もあり、外来の切り離しと採算性は両立不可能ではないはずであるとの指摘もある。

Table2 医療連携の条件

	条件							
	良好な経営状態	人材確保	情報共有		経営と	政策と経営	役割認識	
			(ソフト面)	情報インフラの整備 (ハード面)	ステークホルダーの ミッション		特定のステークホルダーの 仕事に対する認識	連携に關わる ステークホルダー 全体の意識
対象病院 連携室 室長		●連携室への評価は低 だ。人が足りないと感じ てる		●グループウェアを作る ことで均質な看護を提 供できている		▲国の方向性が間違っ ている。機能分化のた めには制度を変える か、人を増やすかしない といけない		
対象病院 連携室 事務員		▲量的なマンパワーと、 医療資源の配分を鳥 瞰的視点で考えられ る人材、統一のリ ーダーシップが必要	▲ITを導入するとした ら、医師を中心に使 いこなせる体制をつくら なければならない	▲電子カルテ等の連携 のコアとなる部分は統 一フォーマットがあっ たほうが良い		▲経済的インセンティブ が必要。しかし医療機 器が税金で賄われてい ることも考える必要が ある	●患者がかかりつけ医 ではなく大病院に行っ てしまう	
対象病院 連携室 SWD					*連携室がもともと経 営面から立ち上がって いることは、SWポリシー に反する(専門性を損 なう)	▲医療政策上必要なこ とと、病院経営上必要 なことがずれている		*連携に対する温度差 がある。最近、それを 前提にして考えるよう になった
対象病院 連携室 SWD			■当病院はオープンな 人が多いので情報共有 は難しくなかったが、そ うでない場合は共有は 難しいだろう		●病院内部での中立的・ 仲介的立場であり、患 者が第一である		●医師は連携室を通さ ない	
対象病院 看護師			●連携室との連絡はよ くしている		●▲ミスせずに仕事 を流す		●連携室は、今まで病 棟看護師がやっていた 事務作業を請け負って いるので助かる	
対象病院 医師				●但し、患者の間では なされている ▲医師の間で、どの医 師が何を担当している かというMAPをつくるこ とは難しい。			●病院の勤務医にとっ ては、医師会が何を やってほしいと、関係な い。 ●急性期病 院はよほどよいことが ない限り患者の受け入 れを断らない	
訪問看護ステーション 看護師	●他のステーションと競 合関係にある。重症患 者のみ受け持つと採算 が合わなくなってしまう					▲訪問看護料が低い。 平均在院日数を短くす ぎ	●訪問看護は医師の 仕事と競合すると考え、 訪問看護の仕事を理解 してくれない先生がい る	
関連福祉施設 副施設長	●職員が自発的な意 欲を持っていないけれ ば、介護はやっていけ ない仕事である		●自分たちがネット ワークを作っていくか ければ、うまく機能し ないだろう ▲ケアマネ+病院医師 +開業医は常に連絡を とれる関係でなければ、 患者の社会復帰は 難しい		●稼働面と節約する 場面を分ける	●看取り加算は意味が ない ●施設介護の需要が 高いにもかかわらず、 施設が増えている ▲国・県の政策の改善 が必要 ▲行政の方針が定まる ことによって、関係者も 落ち着く ▲介護保険は日本社 会に馴染むのだろうか	▲医師とケアマネは 共に介護に必要で不可 欠な要素なので、対等 でなければならぬ ●若い医師や地域連 携の委員は比較的に ケアマネの話にも耳を 貸すが、年配の医師は口 を出されるのを嫌う傾向 がある	
高次医療機関 連携室 事務員	●病棟の移転に伴う経 費を確保するため、忙し くても紹介しない外来 患者を減らすことはで きない ●訪問看護ステーション は採算が合わないう の来年度から廃止		●▲紹介元の開業医 への返信処理の徹底 が必要 ●画像や検査の電子 化の促進 ▲地域唯一の急性期 病院として、連携室で 地域の連携情報を一元 管理できる体制を構築 したい	●訪問看護ステーション の存続をめぐる、現場 と経営陣で意見の相違 がある	▲紹介率廃止に伴う損 失は億単位。現在の制 度は現場の実情に即し ておらず、紹介率の損 失をまったく補填してい ない。疾患を限定せず 広い範囲に加算を認め てほしい	●院内医師の意向をく み取らずに事務員が仕 事をするにはできない。 いくらお願いしても 協力してくれない医師 がいる ▲中小病院は地域に 回復期の病院が足りて ないことを認識して、方 針を見直し、大病院と の協力関係を築くべき だ ●患者は急性期治療 が終わってもまだ不安 がり帰りがたらない	●連携先同士で、「地 域医療の歯車のひとつ になる」という共通の意 識が必要だ	
高次医療機関 連携室 SW		▲医療抑制政策によ り、医療従事者は全体 として人手不足(SW は例外だが) ▲末端の会合だけでなく、 全トピの集まりなど、全 体的なリーダーシップが 必要 ▲急性期病院が連携 のネットワークの中心 になるべき				▲医療費抑制や在院 日数短縮などの政策に 対して、国の方針と患者 の温度差など、問題があ る。また、機能分化を進 めるためにはもっと強 烈な政策が必要	●医師会は連携につい て抜本的に取り組んで いるわけではなく、また ネットワークの中心であ るべきでもない ▲療養型病院が地域 医療の歯車の一部とし て自らの役割を受け入 れなければ、連携はう まいいかない	
医師会 役員	▲急性期病院が外来 患者をとりたくなくても 採算がとれる ▲本来の使命である高度 医療に専従できる。医 師の疲弊、人材不足が 解消される ▲急性期病院はレベル の高い医療を提供でき れば、若い医師を確保 できる	●訪問看護師が不足し ている ▲各年代の医師を確保 し、医師の疲弊を防ぐ ▲医師会は連携のリー ダーであるべき	●▲連携室、医師、看護 師、SW、薬剤師、歯 科医師が顔見知りにな ることによって、お互い の理解が深まり、連携 も行いやすくなる ●▲開業医のネット ワーク化によって、患者 情報が共有され、在宅 医療が行いやすくなる ●▲マスコミを利用した 啓発活動によって、患 者の医療に対する知識 を増やす	▲レントゲンの電子化 によって、ネットで素早 く写真を送れる ▲外来診療・MRI予約 をシステム化して、窓口 を一本化する。開業 医は気楽に病院へ行っ て、患者の様子を伺う ことができるようになる	▲急性期病院は外来 診療を控える意識改革 が必要	▲医療連携への加算 の問題解決が必要 例)訪問看護への需要 は高いが、人が不足し ている。診療報酬をも っと増やすべき	●▲医師と住民の対 話。患者はマスコミに 頼らずに済んでおり、医 師の言葉を信用しない ▲開業医は病院に患 者を紹介した後も自分 が紹介した患者とコミュ ニケーションを取れる 体制を求めている ▲連携室は医師たちと も顔なじみになるべき ▲開業医は高度医療 機器をつけた患者も受 け入れられる	●▲同僚業間、異業 間での交流を深める機 会を提供し、参加者も 増やす
診療所 医師①			●訪問看護ステーション は情報を整理して提 供してくれる	●カルテは見られない が、診療情報提供書に 書いてやり取りをする			■基幹病院でもっと幅 広い分野を担当してほ いたい	
診療所 医師②		■大病院の負担を軽減 すべき					●基幹病院は混み、仕 事が多い。 ■大病院の負担を軽減 すべき。 ■訪問看護ステーション と診療所がタッグを組 んで取り組むべき	
診療所 医師③		●病院から中堅医師が 流出するため、個人的 に患者を頼める先生が なくなってしまう ●開業医はジェネラリス トであるべき				▲補助金や制度見直し などでも中小病院が人材 を確保できるようにす べき	●患者がかかりつけ医 ではなく大病院に行っ てしまう	
患者家族							●市役所の対応が遅 すぎる ●基幹病院の対応が 悪い	

*SWはソーシャルワーカー
文頭のマークは、●:現状について、▲:将来に関する予想、■:過去について、:分類不能または不明、を

Table3 医療連携の結果

	結果											
	利益主義に陥ら	収益増	収益減	改善	悪化	増加	減少	プライバシー	施設間移動のコスト	機能分化の効果	専門性	職員の能力
	全統コスト	手間	コストが上がる	コストが下がる	上がる	下がる						
対象病院 連携室長	●医療機関が 営利団体にな ることは弊害 がある ●採算をとるた めに、無理に ベッド稼働率を あげる	●紹介率を上 げる必要性が 強くなって連 携室ができ、 実用性が上が った ●ベッド稼働率 が上がる		●院内連携の 一環として病 床管理を移し、 やりやすくな った	●丁寧なやり かたが、仕事 が増える ●基本的には、 医師から不調 はないが、ベ ッド数が足り ないという声 はあった	●院内で、で きる限り患者 を大回した対 応できるように なった		●チーム医療 上重要なこと なので、問題 はなっていない				
対象病院 連携室 事務員						●福祉施設や 訪問看護との つながりは、 患者の安心感 を生んでいる だろう					▲現在は病院 でも福祉施設 でもカラーが 同じで、施設 間連携がすす んでいるので、 解消できる	
対象病院 連携室SW①			▲相談業務に 力を入れたが、 稼働率が下 がるため経営 上はよくない					●在宅医療の 方針は、国に はズレたが、患 者にはわかり にくい。患者と 家族で異なる こともある				
対象病院 連携室SW②			▲国の方針に 従い、在宅医 療重視の方向 性をとっている ので、結果と して収益は冷 めるのではない かと思う		●SWの資格を とるために勉強 が必要だった	●患者にとっ て、中立的な 立場の相談役 の存在は大き いと思う		●退院後の受 け皿自体が不 足している		●情報のやり とりがスムーズ になり、問い合わせに 対して、統一 された対応が できる		
対象病院 看護師	●医療機関が 営利団体にな ることは弊害 がある			●連携室に任 事の一部移っ たので、患者 に向き合う時 間が増えた 例：電話をかける 、施設の説明 、患者の相談 役						●看護師とし ての専門的な 仕事に時間を 割けるように なった		●連携によってミスが減 ると考えられたが、実際はミ スがなくなることはない
対象病院 医師				●受け皿 (ex連携室)が ある場合、医 師がやる必要 のない仕事を 医師がやらな くすむ	●入院に伴 う計画書の作 成は時間がか かる							
訪問看護 センター 看護師						▲退院しても 患者を不安な 状態にしないよ うにするべき					▲自らの専門 のみで完結す る診療は、専 門外の疾患に 対応できない ▲夜間救急を 受け入れる病 院や在宅医療 を受け入れる 診療所がある	
関連福祉 施設副施設 長	●介護保険の 導入によって、 民間企業が参 入。今まで介 護が必要でな かった人までも 取り扱っている	●医療+介護 が必要在宅 医療患者の調 整を請け負う		●地域包括支 援センターの 下請け化して いる(定額制)		●行政が積極 的に関わるこ とによって、方 針がころころ 変わって困惑 する		●在宅介護が 減り、施設介 護希望者が多 い。受け皿が 少ない		●介護保険 制度は日本社 会に馴染まな いものだろう ▲行政主導で 作った連携の ネットワークは あまり良く機能 しない		
高次医療機 関連連携室 事務員						▲連携とは顔 の見える医 療。患者が中 心で、患者の 信頼を求める ことが大事		●連携の中核 となる連携室 を設けること が可能		●高度医療機 器を貸し出し て、自院の機 器の使用がで きなくなるた め、医師の能 力が上がる		
高次医療機 関連連携室 SW						●機能分化 (看護士と 急性期と慢性 期のすみ分け) により、慢性 期病棟に入院 したご本人に 患者が中心に なるケースが 多いも事実だ			▲地域医療が 円滑に動き、 形があり、一 律のモデルで 進めても馴染 まないだろう			
医師会役員	●急性期病院 が紹介患者の みの診療でも 採算がとれる 例はある ▲診療所の外 来患者が増え る	●急性期病院 でも外来患者 を診なければ 採算がとれない	●▲開業医の ネットワーク 化によって、 24時間体制 の在宅医療 の負担を減 らせる ▲病院医師 は、高度医療 を必要とする 患者に専任で 、外来患者診 療による業務 を解消できる	▲患者は、在 宅医療が充実 していれば、 退院しやすい ▲開業医は入 院患者の様子 を把握し、向 き合うように する ▲開業医は紹 介後の患者の 様子がわかる	●在宅医療が 充実していな ければ、患者 は安心して退 院できない	●在宅医療 では、複数の 開業医が患者 情報を持ち合 うことになる	●高度医療機 器をつけた患 者を受け入れ られる開業医 が少ない	▲病院は本来 の使命である 高度医療を提 供出来る ▲医師の疲弊 も解消する ▲開業医は患 者を一対一に 診察できる	▲レベルの高 い医療を提供 できる ▲開業医は患 者を一対一に 診察でき、連 携医療を提供 できる			
診療所医師①						●医療連携を 進めると最初 は診療所を訪 れる		●紹介状を書く 手間はかかる のに、標準の 診療料と異な る症状でもな ぜか最初は診 療所に来る患 者が多い		●■診療所の 限界を取り払 ってくれる		
診療所医師②				●事務が増 加したが、そ れは医師の責 任なので仕方 ない			●FAXは、情 報を間違えな らぬ必要があ る。●患者さん 自身に情報を 持って行って もらう		●救急病院へ の患者集積を 緩和 ●患者さんの 経過観察を短 いインターバ ルで診察する ●高度医療の 提供ができる			
診療所医師③					▲結局、いい 医療が実現で きればよい			●(家族への 経済的負担が 大きい)	●病院へ行く まで1時間以 上かかっても する			

*SWはソーシャルワーカー
文頭のマークは、●:現状について、▲:将来に関する予想、■:過去について、:分類不能または不明を示す。

(2) 人材確保

人材不足はどの職種にも共通した認識である。その内容は、マンパワーの不足とリーダーシップの担い手の不足に分けることができる。

a. マンパワー

医療に従事するマンパワーが足りない、という指摘は共通である。対象病院、高次医療機関、医師会などから同様の意見が見られた。医療従事者全体の量的なマンパワーの不足の他、具体的な職種として、連携室スタッフ、病院の中堅医師、訪問看護師の不足が挙げられた。

特に医師個人ベースでの連携が強い足利市では、病院の中堅医師が欠かせない。診療所医師にとって馴染みが深く、患者を紹介しやすいのが中堅医師だからである。しかし中堅医師は病院勤務ではなく独立して開業する傾向が強く、病院では幹部クラスの医師と若手医師が多いという二極化が進行しているとの意見が聞かれた。例えば診療所医師からは、「病院から中堅医師が流出するため、個人的に患者を頼める先生がいなくなってしまう」との懸念が診療所医師から示された。

b. リーダーシップの担い手

連携を構築するにあたり、リーダーシップが必要という認識は対象病院の連携室、医師会、高次医療機関の連携室に共通するものだった。しかし、リーダーシップを誰がとるか、という論点では意見が分かれる。

高次医療機関は、地域で唯一の高次医療機関であるため自らがリーダーシップを取らざるを得ない、というや認識を持っていた。足利市における連携は病病連携が中心となるため、診療所医師中心の組織である医師会では十分に役目を果たせない、とする。

一方、医師会は、医師会自身がリーダーシップをとることが適当だと認識している。高次医療機関を中心とするヒエラルキー構造から独立して行動できる点に医師会の比較優位を認識している。

対象病院では、リーダーシップの必要性に言及があったものの、どの主体がリーダーシップをとるかについては特定の主体は明示されなかった。

(3) 情報共有

a. ソフト面

同職種内はもちろん、異職種間でもネットワークを組織し、情報を共有する必要があるという認識を持つステークホルダーが多かった。

現状では、在宅の訪問看護において、訪問看護ステーションが患者や他の施設や医療者の情報を整理して提供してくれるとの指摘があり、訪問看護師が情報共有の重要な媒介となっていることがわかった。今後はさらに、訪問看護師を通じた情報共有のみでなく、幅広い職種間の関係構築・ネットワーク化の必要性が認識されている。

例えば、「ケアマネ・病院医師・診療所医師が常に連絡をとれる関係でなければ、患者の社会復帰は難しいだろう」「連携室、医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、歯科医師等が顔見知りになることによって、お互いの理解が深まり、連携も行いやすくなる」「診療所医師のネットワーク化によって、患者の情報が共有され、在宅医療が行いやすくなる」といった認識がステークホルダーから表明された。

また、医療従事者に加えて、住民も巻き込んだ体制の構築の必要性も指摘された。具体的には、昔のような住民相互の自助の重要性や、マスコミを利用した啓発活動によって、患者の医療に対する知識を増やすことで、患者自身が医療への参加に積極的になることが必要であるとの意見があった。

b. 情報インフラの整備（ハード面）

画像やカルテの電子化を進めることによって、連携や仕事の効率が上がることも考えられる。「画像や検査の電子化を促進したい」「レントゲンを電子化すれば、ネットで素早く写真を送れる」といった効率性の促進や、「グループウェアを作ることで均質な看護を提供できる」「電子カルテ等の連携のコアとなる部分は統一フォーマットがあったほうが良い」など、患者情報の統一化にむけた取組みに期待する意見が病院、診療所医師いずれの立場からもあがっている。

また、高次医療機関からは「地域唯一の高次医療機関として、連携室で地域の連携情報を一元管理できる体制を構築したい」との意欲的な声もあった。ちなみに、画像の電子化については高次医療機関や医師会から既に実施しているところもあるとの報告があったが、カルテについてはまだ実現していない。他方で、現状のように訪問看護師が中心となって患者情報をまとめている紙ベースのシステムで十分という意見も聞かれた。

また、患者情報だけではなく、医療機関相互の情報共有という側面でも、電子化の要求もなされている。「医師の間で、どの医師が何を担当しているかというマップを作ること」や、「外来診療・MRI 予約をシステム化して窓口を一本化する。そうすれば、診療所医師は気楽に病院へ行って、紹介患者の様子を伺うことが出来るのではないか」など、個人の患者を超えた医療者全体のネットワーク構築や情報共有の取組みを支援するツールとしてのインフラ整備が期待されている。

(4) 経営とステークホルダーのミッション

施設の経営陣と現場スタッフのミッションに違いがあることは容易に想像できるが、これらを調整することが必要である。医療者が患者の利益を最優先していることはいうまでもないが、一方で、経営陣は病院経営としての採算性をも考慮しなければならないからである。

この点について、ソーシャルワーカーは、患者の利益と病院経営の間に立つ仕事柄、板ばさみ状態となっており、「相談業務に力を入れたいが、入院件数が増えない状況でソーシャルワーカーが積極的に介入していくと患者の退院が早まって結果的にベッドの稼働率が下がるため、経営上は良くない」との現状認識を示し、病院の経営方針と現場のギャップに疑問を持っている。この点に関する認識、対象病院でも高次医療機関でも共通していた。

医療連携室に所属するソーシャルワーカーからは、患者の利益が第一であるが、連携室がもともと経営面を考慮して立ち上がったという側面もあり、経営面を考慮しないわけにはいかないとする認識が表明された。入院料確保のために患者を入院させることもないわけではないようである。

また、採算のとれない訪問看護ステーションの存続をめぐり、現場と経営陣で意見の相違があった。患者の利益優先というだけでは、医療・介護の存続が難しく、各医療者が悩みながら、医療提供を行っている現状を示していると言える。

(5) 政策と経営

連携促進という国の方向性には総論賛成だが、その手段に関しては反対意見が多い。例えば、加算対象の見直しや補助増額による経営面の安定を求める声は大きい。

特にマンパワーが不足している訪問看護部門への報酬増額の要求は強い。「訪問看護料が低い」「訪問看護への需要が高いが、人が不足している」といった人材確保のための経済的インセンティブ付けの必要性は、訪問看護師のみならず、医師会や診療所医師にも共通した認識である。

また、介護福祉施設が十分整っていないことも問題視されている。「施設介護の需要が高いにも関わらず、施設が増えていない」「在宅医療を促進するには、退院後の受け皿が必要」といった、施設の普及と充実が求められている。

また、変更の多い行政の方向性に対して、批判や戸惑いがある。2年毎に改正される診療報酬ではなく、安定した制度として現場に合った手段を講じる必要性は、対象病院の連携室全体で共通した認識である。平成18年度に廃止された紹介率加算については、「現在の(医療)制度は現場の実情に即しておらず、紹介率廃止の損失を全く補填していない。疾患を限定せず、広い範囲に加算を設けて欲しい」「医療費抑制や平均在院日数短縮など政策には、国の方針と患者の温度差など問題がある」といった不満がきかれた。

(6) 役割認識(特定のステークホルダーの仕事に対する認識・連携に関わるステークホルダー全体の意識)

ここでいう認識とは、ステークホルダー自身が医療連携における自分の役割をどのように認識しているか、また、他のステークホルダーに対し期待する役割に関するものである。連携の条件として、このような役割認識について言及するステークホルダーが非常に多かった。特に、特定の他のステークホルダーの仕事に対する意見が多い。他者に対して、一定の役割を果たすことを期待している。

a. 地域連携室と医師らとの関係

地域連携室と医師らとの関係については、連携室からは、「(病院の)医師は連携室を通さない」「院内医師の意向を汲み取らずに事務員が仕事をするのは出来ない。いくらお願いしても協力してくれない医師がいる」という意見があった。診療所医師からは「病院に患者を紹介した後も、紹介患者とのコミュニケーションを取れる体制を求めている」として、「連携室ができてからは紹介患者のお礼状のやりとりや紹介患者のその後の経過を尋ねる窓口ができたことは有効である」との評価がなされていた。一方で、「連携室は医師たちとちょっと顔なじみになるべきだ」との意見もあり、文書や電話だけのやりとりだけではなく、顔の見える関係を医師と連携室との間で作っていくべきだとの意見が出された。

b. 医師と他業種との連携

訪問看護師からは、「訪問看護は医師の仕事と競合する」と考え、仕事を理解してくれない医師がいる」として一部の診療所医師に対する不満が聞かれた。また、勤務医に対してか、診療所医師に対してかは明らかではないが、「医師とケアマネは共に介護にとって不可欠な要素なので、対等であればならない」「若い医師等は比較的ケアマネの話にも耳を貸す。しかし、年配の医師はケアマネに口を出されるのを嫌う傾向がある」など、医師と他の職種との関係がうまくいっていない点が指摘された。地域連携以前に、仕事の縄張り意識や、異職種間のヒエラルキー構造により、動きづらいつ感じていることがわかった。

c. 病病連携、病院と診療所医師との関係

高次医療機関からは、「中小病院は地域に回復期の病院が足りていないことを認識して、方針を見直し、大病院との協力関係を築くべきだ」「療養型病院が地域連携の歯車の一部として自らの役割を受け入れなければ、連携はうまくいかない」として、高次医療機関にはできない役割を他の機関に期待していることがわかった。

診療所医師からは、「基幹病院は混み、仕事が遅い。大病院の負担を軽減すべき。訪問看護ステーションと診療所がタッグを組んで取り組むべきだ」、患者からも「基幹病院の対応がよくない」として、高次医療機関への患者の集中を緩和し、よりきめ細かな対応を訪問看護や他の福祉施設に求めている。この点、病院と診療所、患者

といったステークホルダーの期待は一致している。但し、このとき、「開業医（家庭医）は高度医療機器をつけた患者も受け入れられるような体制や知見を持っているべきだ」として、診療所医師自身の技術向上の必要性が診療所医師自身から指摘されており、そうでないと、患者が不安で帰りがらないという現象もあると指摘される。

d. 医師会の役割

医師会の役割については、病院勤務医からは「あまり自分たちとの関わりがなく、何をやっているかよくわからない」、連携室からも「医師会は連携について抜本的に取り組んでいるわけではなく、またネットワークの中心であるべきでない」との意見が聞かれた。一方で医師会側は、「同職業間・異職業間での交流を深める機会を年に数回提供しているが、参加者が偏っており、参加者全体の数も増やしていかなければならない」としている。医師会は顔のみえる連携の中心として努力しているものの、実態として病院勤務医とは必ずしもうまくつながりがとれていないことがわかる。

e. 患者の役割について

連携のためには患者住民の医療サービスに対する知識を増やすことが望まれている。患者が、プライマリケアを行う診療所ではなく、軽い症状でも大病院にまず行ってしまう大病院主義に対する懸念は、特に診療所医師から多く聞かれた。高次医療機関でも、そのような紹介状なしの外来患者は高次医療機関本来の役割ではない外来の業務を煩雑にすることから弊害が出ているが、同時に外来は診療報酬上大きな収入源となっているため、減らすことは困難であるとの指摘があった。

4.2. 医療連携の結果

(1) 収益（利益主義に陥る・増加・減少）

医療連携を推し進めることによる、各ステークホルダーの収益への影響については、診療所や対象病院の連携室事務員、福祉施設からは増加、対象病院のソーシャルワーカーや病院の一般的な立場からは減少と、いずれの意見もみられた。収益増加は、診療所にとっては外来患者が増えること、病院にとってはベッド稼働率や紹介率が上昇することによる。収益減少は、在宅医療や病院で外来患者が減少することによる。

連携の結果、収益があがるかについては、病院においては「紹介率を上げる必要性が契機となって連携室ができた。紹介率も実際上がった」「ベッド稼働率が上がった」とする意見もあったが、むしろ「採算をとるために、無理にベッド稼働率を上げる」といった指摘もなされている。また過去には「介護保険の導入によって、民間企業が参入した。彼らは今まで介護が必要なかった人までも

掘り起こしている」との指摘もなされており、収益をあげるための不必要な入院などが増える可能性も懸念される。また、「診療所医師からは診療所の外来患者が増える」として連携による収益増加に期待する声もある。

しかし、現段階では連携の結果、関係者の収益は減少するとの見方が幾分強いように感じられる。例えば、「国の方針に従い、在宅医療重視の方向性をとっている。結果として収益は落ちるのではないだろうか」との意見が連携室からでている。連携を促進するにあたり、病院には不必要な入院を見直すことや外来診療を控えることが求められており、その結果収益が減少するとの懸念がある。病院が重症患者の入院に特化するという機能を担っても、採算が実現できるような経済性の担保が求められている。

(2) 労働条件（改善・悪化）

連携は業務量の増減と業務環境の変化に影響を通し、ステークホルダーの労働条件に影響を与えている。

連携室の設置による業務量の変化としては、病院の医師や看護師は減少したとの指摘がある。連携室が開設されたことにより医師や看護師でなくてもできる仕事を自らする必要がなくなったためである。例えば、病棟看護師からは「連携室に仕事が一部移ったので、患者に向き合える時間が増えた」、医師らからは「連携室などの受け皿がある場合、医師がやる必要のない仕事を医師がやらなくてすむ」といった指摘がなされる。さらに「病院内連携の具体的な取組み内容として、病床管理のボードを看護室から連携室に移動させた。当初は、看護師の仕事の象徴であったボードを持っていくことに反発があったが、実際に持ってきてみると、管理しやすくなった」として、連携室の役割により看護師の業務負担を減少させたという副次的効果を生んだこともある。おおむね連携室により事務負担が軽減しているとの見方が強いようである。一般に連携室の役割の一部として地域医療全体のコーディネートやマネジメント、データベースの構築などが挙げられるが、これらの例は、連携室が事務負担を行うことによって、むしろ病院内部でのマネジメントが向上していることを示唆しているといえる。

また、医療連携全体の取組みが、労働環境に影響を与えるかについては、病院医師の外来患者診察からの解放により「病院医師は、高度医療を必要とする患者に専従でき、外来患者診療による疲弊を解消できる」のではないかと予測がでている。また、診療所医師にとっても、「診療所医師のネットワーク化によって、24時間体制の在宅医療の負担を軽減できる」との期待がもたれている。24時間対応が可能な在宅療養支援診療所の開設においては、診療連携を進め診療所医師のグループ化を行うことで、負担を増やさずに可能になるという意見もあった。

一方で、連携によって仕事が増加する職種もある。連携室・訪問看護師・診療所医師である。連携室は、連携業務のための主体であるから連携がすすめば業務が増えるというのは納得であるが、診療所医師にとっても「事務が増加したが、それは医師の責務なので仕方が無い」との指摘がなされている。ただ、連携を進めることで適切な業務環境となるという意見でおおむね一致している。

(3) 安心感 (増加・減少)

現状の医療連携が患者の安心感を増加させるものか、減少させるものかについては、認識が対立している。この点に関して言及していた全てのステークホルダーは「連携によって患者の安心感が増さなければならない」という意識を持っていたが、現実には患者の安心を減少させる可能性について懸念している者もいた。

医療連携そのものについては、「福祉施設や訪問看護とのつながりは患者の安心感を生んでいるだろう」「患者は在宅医療が充実していれば退院しやすい」「訪問看護ステーションの看護師が常に傍にいてくれるので心強い」といった認識にみられるように、患者の安心を増加させることができるとの期待がなされている。一方で「退院しても患者を不安な状態にしないようにするべきだ」との意見の背景には、現状の介護・福祉施設といった受け皿施設や人材の充実が不十分である結果として、医療連携が患者を不安に陥れる可能性を示唆していると思われる。

医療連携室の存在意義については、特に患者相談窓口としての役割をもつ対象病院の連携室に対して、「院内でできる限り患者を大切にされた対応をできるようになった」「患者にとって、中立的立場の相談役の存在は大きいと思う」として、連携業務にプラスして、患者の相談窓口としての役割を評価する意見があった。

(4) プライバシー

プライバシーについて、医療連携が促進されることは多種多様な関係者に患者の個人情報共有化されることにもなり、プライバシーに問題が生じないかとの論点がある。インタビューでは、我々の予想に反しこの点に関しほとんど言及がなく、プライバシーは守って当然という認識から、ステークホルダーは問題として意識する必要性を感じていなかったと推測される。しかし否定的な見方をすれば、患者情報の共有を地域規模ですという段階に到っていないために、問題が生じていないという見方も可能である。全国の連携事例でプライバシーは連携に伴う課題であることが示されている。足利市でも将来情報共有が行われた際に、プライバシー問題が浮上しその対応が急務になる可能性がないとは言い切れない。実際、連携には複数の人や組織が患者の情報を持ち合うことになることは指摘されている。「FAX は送り先を間

違えたら大変なので利用していない。患者自身に情報を持っていてもらう」としてプライバシーへの配慮を行う対応も見られた。個々の連携であればそれでも十分であるが、ネットワーク的な連携を想起すれば、そのような対応では十分ではないこともあるだろう。また、情報共有のインフラ整備は連携に必要であり、それに伴ったプライバシー確保も検討される必要がある。

(5) 施設間移動のコスト (金銭コスト・業務負担)

a. 金銭コスト

連携促進は、適切な施設や場に患者を移動させることを伴うから、施設移動のコストがかかることも考えられる。この点、ほとんど言及がなかったが、患者側にしてみれば紹介料がかかったり、自宅から遠い施設へ行く必要が生じたりなど、金銭負担が発生するケースがある。現在、患者は自らの症状が医師の標榜科と異なり、移動のコストがかかるとわかっていてもとりあえず最初は診療所にくる患者がいるとの指摘もあった。患者への適切な情報提供により、適切な診療所に最初に選ぶことで移動の効率化を図ることも期待されよう。

b. 業務負担

施設間移動の業務的な負担として、現状では受け皿が不足しているため患者を受け入れてくれる機関を探すのに苦労するといったことが想定できる。「在宅介護が減り、施設介護希望者が多いが、受け皿が少ない」ことは、スムーズな連携を阻害する。一方で、連携室中心の連携を進めていく中で、連携室を通すことによってスムーズな紹介業務が可能であるという認識が医師の間に少しずつ広がりつつあるようだ。一方で、患者としては「病院へ行くまで1時間以上かかったりもする」として連携によって負担が増えることも指摘される。

(6) 機能分化の効果 (メリット・デメリット)

a. メリット

機能分化が進むことに対してメリットを感じる意見が多い。理由は大きく2つある。1つ目は、実際に各ステークホルダーの仕事に良い影響が出ているためである。2つ目は連携全体を見渡した上で、各ステークホルダーの限界を克服して、より高度な医療の提供と適切な患者の振り分けが可能になると考えられるためである。

例えば、前者の例として看護師から「(連携室のおかげで)看護師としての専門的な仕事に時間をより割けるようになった」とするものがある。また、医師からの期待として「病院医師の疲弊が解消する」「救急病院への患者集積を緩和できる」といった効果も挙げられた。

後者の例としては、「病院は本来の使命である高度医療を提供できる」とする病院側からのメリット、また診療所医師からは「患者の経過観察を短いインターバルで見

られる」「自らの専門のみで完結する診療は専門外の疾患に気づきづらい」「夜間診療を受け入れられる体制を実現できる」「診療所の限界を取り払ってくれる。高度医療の提供ができる」として、ゲートキーパーとしての診療所医師と高度医療機関としての病院との機能分担によるメリットが強調された。

b. デメリット

一方で、行政主導で機能分化だけが強調されすぎること、現場状況と乖離した連携体制が出来上がってしまうのではないかと、という懸念もある。

そもそも現場レベルでは、在宅医療や介護・福祉施設などの連携先が不足していることが指摘されている。「施設介護希望者が増えているが受け皿が少ない」、「高度医療機器をつけた患者を受け入れられる診療所医師が少ない」など、受け入れ先の存在が機能分化の前提となる。

また、「中小病院は地域に回復期の病院が足りていないことを認識して、方針を見直し、大病院との協力関係を築くべきだ」とするものもみられ、現状では機能分化を促進しながらも、各ステークホルダーが連携の全体像を把握せず、ばらばらに機能分化を進めようとしている結果、地域における役割分担の不足が発生しているようにも見受けられる。さらに、現在の機能分化や医療連携には、地域の事情を十分考慮していないとする意見もあり、「連携には地域それぞれの形があり、一律のモデルで進めても馴染まないだろう」との意見も表明された。

(7) 医療・介護提供者側の能力（上がる・下がる）

医療連携では、各ステークホルダーが自らの専門に特化してサービスを提供するため、特定分野での経験を多く積んで能力が上がるのではないかとする意見があった。一方で、「連携によってミスが減ると考えられがちだが、実際はミスがなくなることはない」とする意見もあったが、業務負担が減ることや、能力の集中によって、人間の本質的なミスを減らすことはできないにしても、多忙や業務の混在によるミスを減らすことは可能なのではないだろうか。

また、現在行われている業務連携の一つとして、基幹病院が自病院の高度医療機器を貸し出しすることが行われている。これにより、機器の稼働件数が増えるため、技師の能力が上がるという効果もあり、地域レベルで患者を効率的に扱うことにより専門職の能力を高める効果があることも指摘された。

5. 考察

最後に、以上のステークホルダー分析を踏まえて、地域のステークホルダー間の協力可能性に関する予備的評価とプロセスに関する提言等を行っておきたい。そして、ステークホルダー分析の結果は、この提案されたプロセスにおいて活用されることが期待される。

5.1. 協力可能性の予備的評価

連携を促進していくことの重要性はステークホルダー間でほぼ一致しているといえる。しかし、医療連携を進めて行くに当たっては様々な考慮事項がある。医療連携の結果に関して、ポジティブな効果を期待する議論がある一方で様々な危惧が表明されているのは、議論すべき論点があることを示している。他方、ステークホルダーが多様な要素に関してポジティブな効果を期待しているということは、異なる利害関心・目的を持つステークホルダー間で、各々にとっての効果を確認することによって、協力が成り立つ可能性も示唆している。

ステークホルダー間の協力がそもそも可能なのかという疑問に対しては、特に、医療連携に必要な条件は何か、に関する分析の含意を探る必要がある。この条件に関して、それぞれのステークホルダーが指摘する項目は異なる。この相違は、それぞれの立場や利害の異なるステークホルダーが自分の関心や理解に基づく答えをしているのであり、当然の結果でもあるといえる。確かに、ステークホルダー間での条件認識の違いが大きく異なるのであれば、協力のための対話を開始する意味はない。しかし、今回の検討の中で現れたステークホルダー間の違いは、多くの場合、両立不可能なものではないと思われる。なぜなら違いの多くはステークホルダー間のコミュニケーション不足に起因するものであるからである。例えば連携体制構築のためのリーダーシップの問題に関して高次医療機関と医師会の対立が見られたが、お互いに自らがリーダーシップを取らざるを得ない、と回答しておりリーダーシップの必要性は認められている。課題とされているのは「誰が」という点に関する調整であり、それは後に述べるように、話し合いにより多職種・多組織の連携体制構築を目指す組織を創設するなどして解答の得られるものであろう。また採算確保のための高次医療機関による外来患者の受け入れについてであるが、前述のように入院・手術部門のみで経営が成り立っている事例が指摘されていることから、経営上、外来確保が必ずしも必須であると決めてかかる必要はないであろう。

また、分析マトリックスにおける「条件」の項目を見てみると、「お互いの仕事に対する認識・期待」に飛びぬけてたくさんの意見が集まっている。ほぼ全てのステークホルダーが、他のステークホルダーの仕事に対して、

なんらかの意見を持ち、役割を期待しているということである。このとき、お互いに同じような思いを抱きつつ、すれ違いがあるものもみられる。例えば連携室は、医師同士での個人のつながりでなく、連携室を通じたネットワーク構築の実現を予定しており、診療所医師から連携室の意義も聞かれるが、一方これまでは顔見知りの医師に電話などで直接患者を紹介することが主流であったため、連携室と顔の見える環境にないことが躊躇の種にもなっているようである。また、顔の見える連携はどのステークホルダーにおいても必要と感じているが、職種ごとの集まりや連携に留まり、職種を超えた相互の連携には到達していないようである。

このような職種間連携の課題や、リーダーシップを誰が担うべきかについては、現時点では意見の相違が見られるが、これは対応可能なものであろう。

マトリックスにおける「結果」については、指摘されている項目が前述のように、ステークホルダーにより大きく異なっている。包括的立場にあるステークホルダーほどより多くの項目に言及しているという特徴以外は、「安心感／増加」に比較的多くの意見が集まっている程度である。また、機能分化という概念の認識は少々複雑である。一般的には連携の促進により機能分化が促されるという認識だが、機能分化を進めないことには退院患者の受け皿となる病院がないなど、連携が進められない実態もある。機能分化と連携促進は、相互に条件と結果の関係にあり、いずれが先かというものではないからであらう。

全体として、地域連携の促進が必要であることは意見の一致をみており、深刻な利害関心の対立はなく、現場レベルでの話し合いによって理解できる程度の差異しか確認されなかったというのは興味深い。例えば、前述のように、医師が訪問看護について縄張りを巡って対立することや、ケアマネージャーと医師との気持ちにすれ違いが生じることもあったようであるが、全体としては連携を促進することで各ステークホルダーが協力して医療・介護を提供していくことで一致している。ただし、連携促進に伴う収益減などのデメリットが生じることも懸念されており、多職種で構成する連携促進組織はお互いのデメリットについても認識を深め、補い合えるところは補っていく必要がある。

他方で、行政に対する不満の大きさはかなりのものであり、医療政策に対して、何のための医療連携かに関する認識の差異を背景として、地域医療連携という方向そのものに異議を唱える声は少ないものの、実現手段については疑問を唱える声が多い。これは医療連携を導入する目的について現場と政策立案側の思惑の違いに端を発するものではないだろうか。政策が医療費の節減を狙っているのに対し、医療現場で優先されるのはあくまで医

療の質であり、患者を治すことである。平成18年度の診療報酬改定では、従来からの紹介率加算を切り捨てピンポイントで連携を促進する加算を取り入れた。しかし、医療現場は2年ごとに変わる可能性のある不確実な加算よりも質の高い医療を提供するために人材面と経済面を確実に保障するような継続的安定性のある「制度」の改定を求めている。このような認識を背景として、何のための医療連携か（医療の質あるいは医療費節減）を明確化することにより、現場からの一定の制度提案を行うこともできるであろう。

5.2. 地域医療連携に向けてのプロセスの提言

足利市で地域医療連携を促進していくのにまず必要なのは各ステークホルダーの異なった利害関心を踏まえた上でのステークホルダー間での目的意識の共有である。地域として連携を主導していく多職種・多組織的な連携促進組織をつくり、さまざまなステークホルダーが議論して目標と方針を共有することが必要である。職種を代表する人間が集まる場は現在でも存在するので、そのような機会に連携の根本的なことや連携促進組織について話し合ってみてはどうか。現場レベルからのまとまった勢力は病院の経営陣や医療連携に働きかける原動力となる。現在、地域に散在する現場の意見をひとつにまとめ、明確な方向性を示すことで、現場に即した医療連携の形を構築していくことは十分可能である。

この連携を今後進めていくために必要とされていることは次のようなものではないか。まず、互いの仕事のどの部分が比較優位・劣位なのかを認識することであり、その上で調整することである。そのためには、お互いの仕事を認識する場を設けることが先決事項である。この際、どのステークホルダーがリーダーシップをとるかが問題となるが、多職種・多組織の運営組織をつくり、そこがリーダーシップをとるようにしてはどうであろうか。例えば、診療所医師、病院のソーシャルワーカー、経営陣、看護師等が参加する「地域連携促進会議」のようなものをつくり、連携の基本目標や互いの仕事について話し合う活動等をしていくことが考えられる。ステークホルダー分析を行った結果わかったことは、現場の様々なステークホルダーがあげる条件は多様であるが、多くの場合これらの諸条件は両立可能であるということである。

さらに、他の地域で行われている連携の成功例を複数探し出し、地域で勉強会を開くなどして共有したり、足利市の事例と比較して議論を深めたりすることにより、問題解決の糸口を見出せる可能性もある。そのために、国は成功事例の発信や医療従事者同士の勉強会を奨励するなど、地域の医療連携体制構築の試みに対するサポートを積極的に行うべきである。地域医療連携は2主体間の連携ではなく、多職種・多組織のステークホルダーに

よる連携のため、多職種・多組織の運営組織をつくるためにはお互いが時間等の都合をつけなければならない。連携運営組織に参加する個人のみでなく、それぞれの組織が協力して時間等の調整を行えば、会議の実効性はより上昇するだろう。

参考文献

- 1) 厚生労働省 (2008) 『平成 19 年版厚生労働白書』
- 2) 武藤正樹監修 (2007) 東京都連携実務者協議会編 『よくわかる医療連携 Q&A』 株式会社じほう。(地域医療連携の概説書)
- 3) Lawrence Susskind and Jennifer Thomas-Larmer (1999). Conducting Conflict Assessment. In Lawrence Susskind.. (Eds). *The Consensus Building Handbook*. Sage.
- 4) 木村憲洋 (2004) 「「地域連携」「在宅医療」「工夫」に基づく中小病院の経営戦略」田城孝雄編『地域医療連携ムックー平成 18 年の大変革に向けて』日総研出版。

- 5) Yomiuri Online (2007) 『在宅療養支援診療所…「最期は自宅で」 課題は数と地域差 (2007/5/17 付)』
<http://www.yomiuri.co.jp/iryoku/kyousei/jiten/20070517ik0d.htm> [2007, September 5].

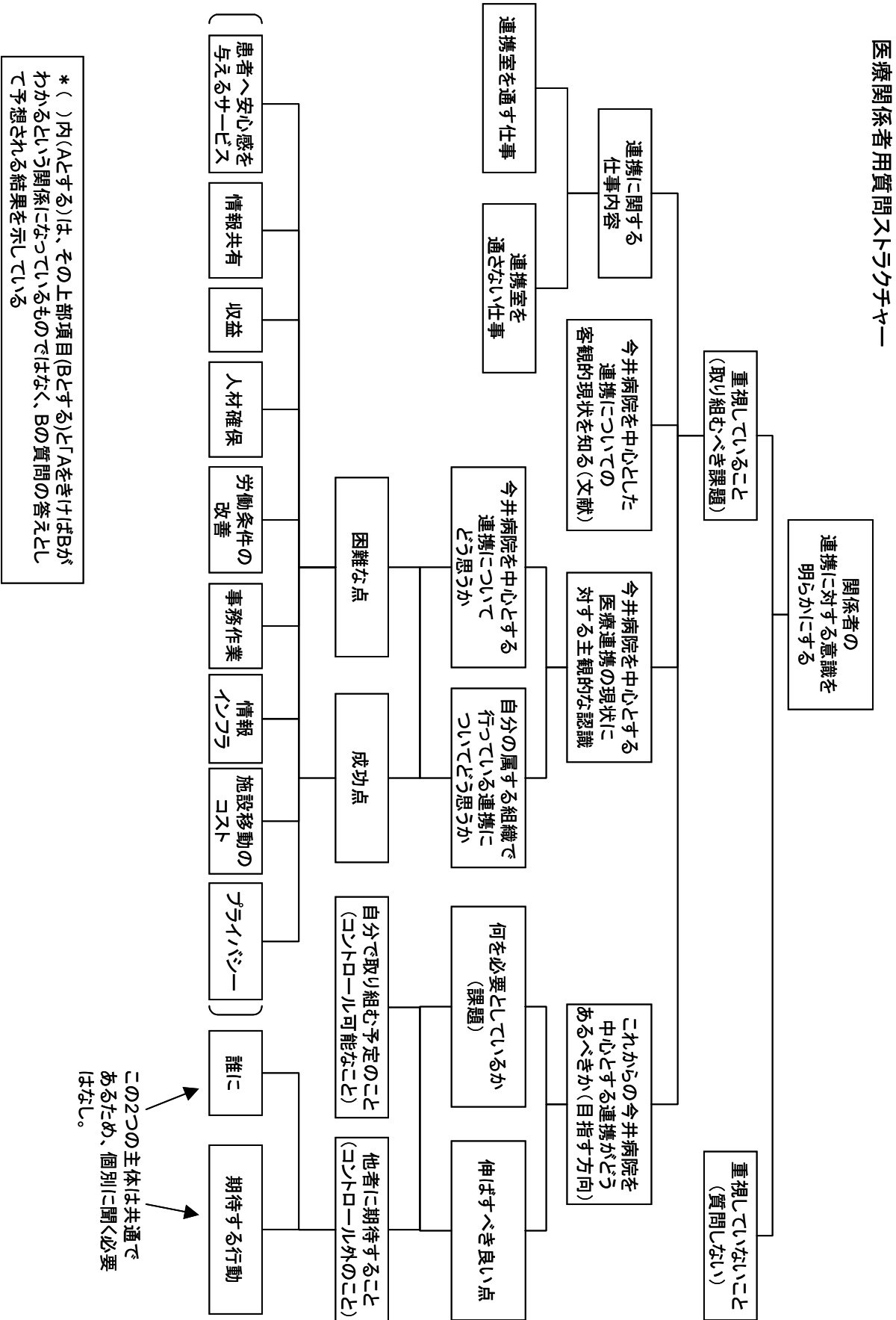
謝辞

足利市調査にあたってインタビューにご協力いただいた方に御礼申し上げます。

追記

基礎となる調査は、東京大学公共政策大学院の事例研究科目「政策プロセスマネジメント」(2007 年度夏学期開講：指導教員・城山英明・加藤浩徳・松浦正浩)において、医療連携班(半谷芽衣子, 下條岳昭, 清水, 佐藤)が行った。

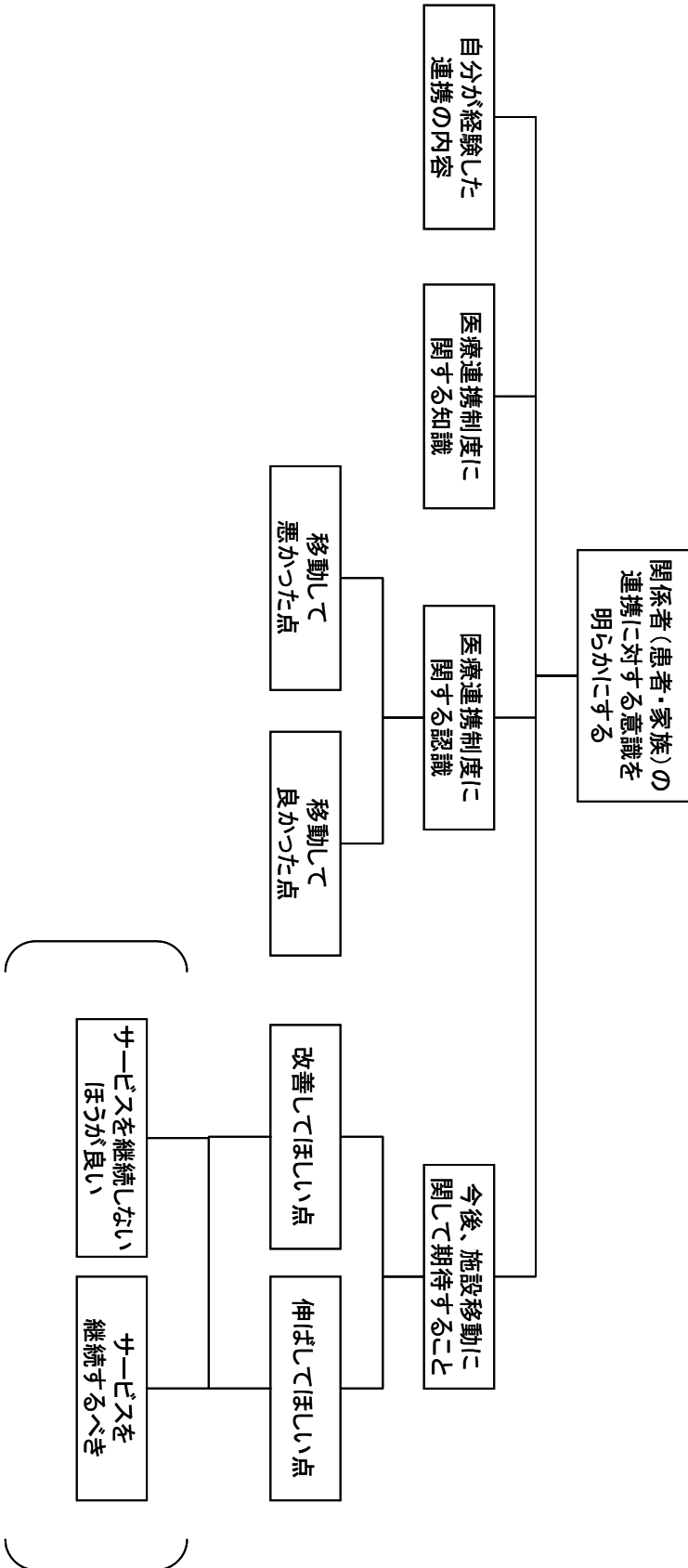
付録1 医療関係者用質問ストラクチャー



付録2 患者・家族用質問ストラクチャー

患者・家族用質問ストラクチャー

* 何らかの医療連携(ここでは施設の移動)を経験した患者ということを前提にしている



* ()内(Aとする)は、その上部項目(Bとする)と「AをきけばBがわかる」という関係になっているものではなく、Bの質問の答えとして予想される結果を示している

A Stakeholder Analysis on the Community Health Care Network in Ashikaga City

Mayumi SHIMIZU¹, Kei SATO², Ryoko Hatanaka³, and Hideaki Shiroyama⁴

¹Graduate School of Public Policy, the University of Tokyo (E-mail:zz78023@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp)

²Graduate School of Public Policy, the University of Tokyo (E-mail:zz78048@mail.ecc.u-tokyo.ac.jp)

³Graduate School of Law and Politics, the University of Tokyo. (E-mail:jj96130@j.u-tokyo.ac.jp)

⁴Graduate School of Law and Politics, the University of Tokyo. (E-mail: siroyama@j.u-tokyo.ac.jp)

This paper focuses on analyzing the possibility of a community health care network, aiming to seek out the obstacles to the cooperation among stakeholders and some suggestions of the process management, using modified stakeholder approach. We begin to identify interests of stakeholders of the network through interviews. Then, it goes to show that there is a difference of interests and perceptions of conditions and consequences for cooperation. . But the difference is assessed to be manageable. Then, we suggest that establishing cross-organizational and cross-functional forum for the mutual understanding and the share of a common vision of the networking process among stakeholders is a key to construct an effective system.

Key Words: *Community Health Care Network, Stakeholder Analysis, Ashikaga City*