

# 都市型中規模病院における共生戦略

## ～循環器領域を例に～

岩田 幸代

キーワード：中規模病院、急性期医療、機能分化、地域連携、循環器疾患

### 1. 背景

二次医療圏とは、主に特殊な医療を除く、入院治療を主体とした一般の医療需要に対応するために、病院の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位として医療法第30条の4により設定された都道府県内のエリアをさす。兵庫県は、10の二次医療圏に分類され、神戸市は単独で1つの二次医療圏となっており、病床数の多い地域である。

二次医療圏の病院建設が計画的に行われたわけではないことを考えると、近隣に同様の規模、似た機能の病院が複数あることはよくあることではないかと思われる。

しかし、現状では既存の診療科を廃止する、あるいは新しい診療科を開業することは困難であり、個々の病院ごとの分析による生き残り戦略を立てることは難しいと考える。そこで、本稿では、地域を中心としたより細かな戦略を、とりわけ著者にかかわりの深い中央区内で隣接する類似した3つの中規模病院の循環器科を例に、ポジショニング分析を行い比較検討することで、競合ではなく共生のための方策の可能性を提言する。

### 2. 神戸医療圏内の中規模病院の位置づけ

神戸医療圏では大学病院1施設、700床クラスの大規模病院が1施設、救命救急センター2施設、地域医療支援病院3施設、がん診療拠点病院3施設、周産期母子医療センター4施設と高度医療を担う施設が集中している。

循環器疾患においても急性期医療を行う医療機関が集中しており、平成23年度 兵庫県医療計画の報告においては同医療圏で15施設（うち中央区5施設）、回復期医療を行う医療機関は同医療圏で9施設（うち中央区1施設）となっており、中央区に急

性期施設が集中して存在している。人口 10 万人当たりの病院勤務医師数も神戸医療圏は 147 人と比較的充足しており、医療資源には恵まれている。

田中滋ら(2006)は 病院産業は地域産業であるため、地域特性(市場特性)を無視して病院経営はありえず、地域特性によって病院の経営戦略が大きな影響を受けるとしている。また、彼らは地域特性を、大きく地理的要因と市場構造の2つのファクターで分類している。地理的要因とは地価の高低や人口の密集度、交通の発達度合いなどを指し、彼らは当該要因を考慮して「郡部型」と「都市型」に分けている。市場構造としては、対象病院の立地地域における他病院との競合状態、相対的位置付けなどを考慮し、リーダー的存在と見られる大病院の有無を軸に、「リーダー的大病院存在型」と「リーダー的大病院不在型」に分類している。「リーダー的大病院存在型」とは、地域においてリーダー的立場と思われる大病院が存在し(1病院とは限らない)、その病院をトップとして病院相互の位置づけが自ずと方向づけされるようなマーケットタイプを指す。ここでいうリーダー病院とは、地域で采配を振るう病院という意味ではなく、自他ともに地域におけるリーダー的位置づけを認め合うという程度の意味としている。リーダー的大病院存在型をさらに、地域連携を推進する「協調型」と群雄割拠型のマーケットである「競争型」に分類しているが、これらの分類を当てはめると「神戸医療圏」は都市型医療圏・リーダー的大病院存在型・競争型の典型であろう。つまり、人口が多くマーケットは広いが、大規模病院があるため、中規模病院の選択すべき機能・位置付が制約されることを示している。さらに、類似機能の病院が多く、現段階では患者を取り合っている状況である。

中規模病院のメリットとしては診療科に属する医師数も少なく、細かな専門性に分化してしまっていることもほとんどないため、治療方針決定等が迅速でぶれにくく、各科間の距離が近く診療科の壁を越えて治療に当たりやすいことが考えられる。デメリットとしては、人間関係の影響が様々なところに現れやすい、医療機器などの投資を行っていく、診療が一人の医師に依存しがちであることが考えられる。実際に、医師の確保やレベル維持も含め病院のもつすべての診療科を充実させることは困難である。

### 3. 中央区にある3病院の概要

本稿で取り上げる神戸市中央区の半径 2 km 圏内にある 300 床規模の 3 病院についてその概要から述べる。以下に示すデータは、各病院の 2011 年公表データ、並びに 2011 年の厚生労働省の中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織(DPC 評価分科会) 審

議会資料（2010年7月から12月の退院患者に係るもの；DPC/PDPS[Diagnosis Procedure Combination/Per-Diem Payment System]）を基にしたものである。

まず、職員数（図表1）に関しては3病院で大差なく、これといった特徴は認められない。ほぼ標準的な300床クラスの急性期病院によくみられる職員数となっている。

図表1：各病院の職員数

	A病院	B病院	C病院
医師(人)	81	102	88
看護師(人)	289	313	324
薬剤師(人)	14	19	13
放射線技師(人)	14	22	19
検査技師(人)	21	31	18
栄養士(人)	4	3	6
PT/ST/OT(人)	18	10	7
CE(人)	4	4	3
事務(人)	50	46	39

(常勤換算)

図表2：各病院の概要

	A病院	B病院	C病院
診療科数	17	25	22
1日平均入院患者数(人)	298.5	293.9	288.3
病床利用率(%)	82.9%	88.2%	93.0%
平均在院日数(日)	17.8	13.5	13.0
1日平均外来患者数(人)	751.3	1070.9	498.2
入院単価(円)	48771	60733	60339
外来単価(円)	8568	14654	13874
1日平均新入院患者数(人)	16.7	21.9	20.7
救急車搬送患者数(人)	738	1639	1616
時間外患者数(人)	1659	4098	3210

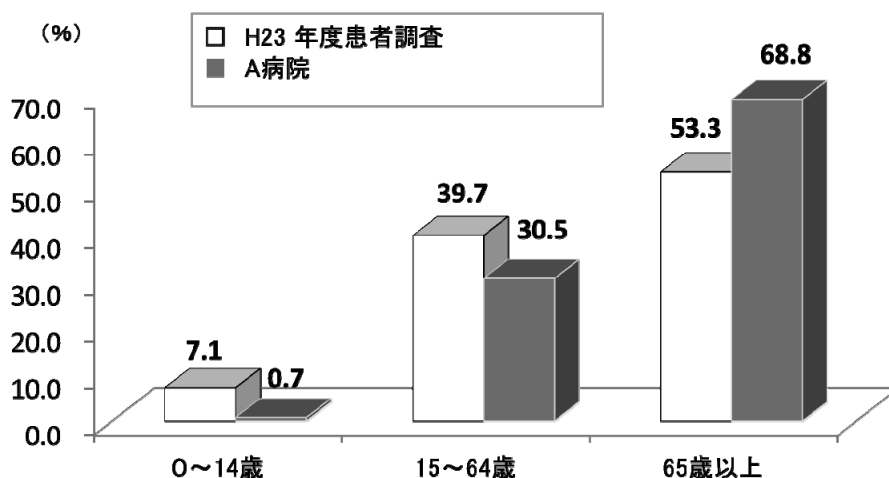
しかし、図表2に示す病院の概要をみてみると、また違った姿が浮かび上がってくる。まず、A病院については、診療科は他病院より少なく、病床利用率も低く在院日数は長くなっている。外来患者数は3病院の中で中間にあり、外来単価も入院単価も低い。全体に医療介入度の低い患者層が多いと推測される。新入院患者数・救急・時間外患者数からみても、患者数が少ないことがA病院の最大の問題と考えられる。続いてB病院であるが、診療科数は多く、病床利用率は3病院の中で中間にある。外来患者数

は非常に多く、新入院患者数・救急・時間外患者数も多い。患者数は多いので、病床利用率を上げる余地は十分にあり、診療科の壁を越えて空床を有効に活用する、もしくは入院に際してのシステムの簡素化などが必要かも知れない。最後にC病院であるが、外来患者数は少ないものの、新入院患者数・救急・時間外患者数は多く、病床利用率も高く、入院業務に重点を置いた急性期病院としての役割を果たそうとしていると思われる。

図表3に患者調査による年齢階級別推計退院患者の65歳以上の割合とA病院での実際の退院患者の65歳以上の割合を示す。他病院に比べA病院では65歳以上の患者群が多くなっていることが分かる。これは診療単価に関して影響を及ぼすことになる。続く、図表4の厚生労働省の統計資料による一般医療・後期医療別に見た入院外（上段）、入院（下段）の診療行為別1日当たり点数を見ると、診療単価は年齢や投薬の有無などに大きく影響を受けていることが分かる。従って、A病院では高齢の投薬や検査の少ない患者を多く診ている可能性がある。

診療単価を正確に分析するためにはこのような年齢別・診療行為別の割合も知る必要がある。

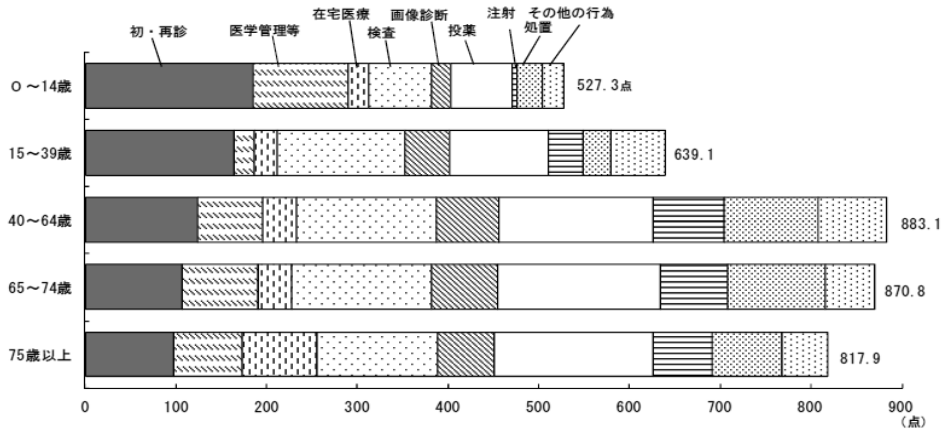
図表3：年齢階級別推計退院患者



図表4：一般医療・後期医療別に見た診療行為別1日当たり点数

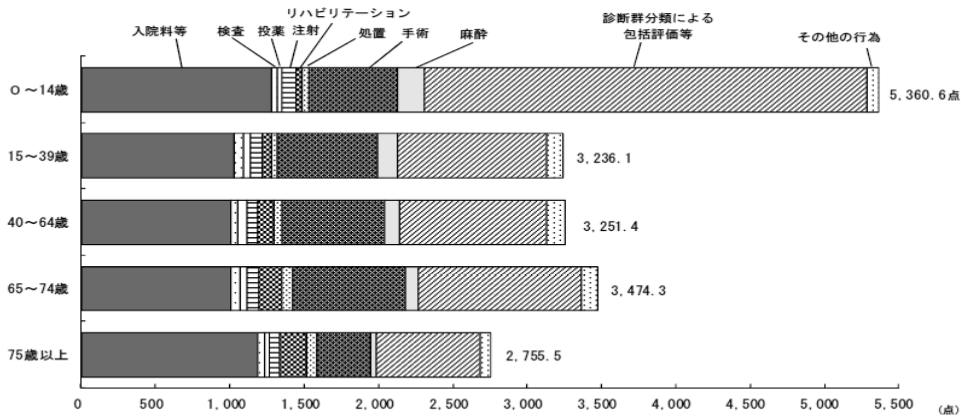
(上段；入院外、下段；入院)

(平成24年6月審査分)



注：「その他の行為」は、「リハビリテーション」「精神科専門療法」「手術」「麻酔」「放射線治療」「病理診断」及び「入院料等」である。

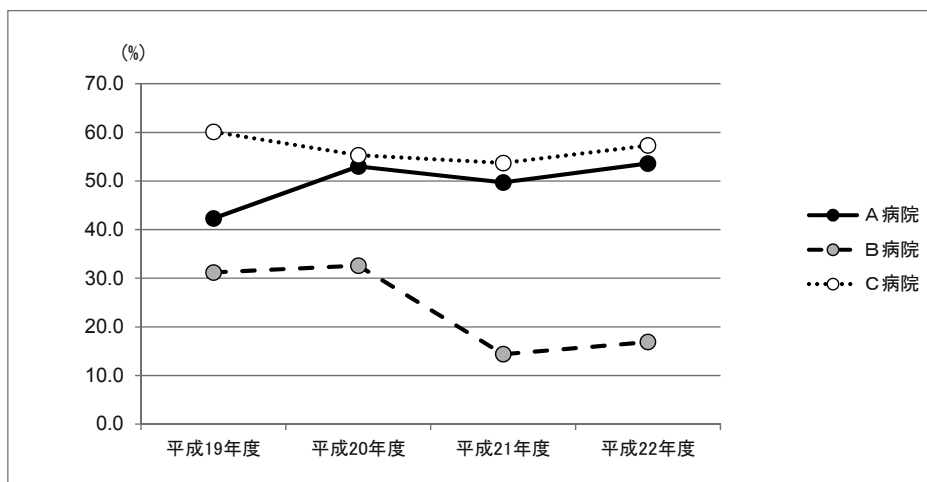
(平成24年6月審査分)



注：「その他の行為」は、「初・再診」「医学管理等」「在宅医療」「画像診断」「精神科専門療法」「放射線治療」及び「病理診断」である。

次に、図表5に各病院の他院からの紹介率時系列結果を、図表6に2010年度の退院先を示す。

図表 5 : 各病院の他院からの紹介率時系列結果



図表 6 : 各病院の退院先

	平成22年度					
	外来(自院)	外来(他院)	転院	終了	介護施設等	その他
A病院	71.98%	18.79%	3.67%	3.89%	1.40%	0.26%
B病院	85.10%	5.17%	5.33%	3.65%	0.66%	0.08%
C病院	75.06%	11.81%	8.98%	3.28%	0.72%	0.15%

A病院では転院は少ないものの、介護施設等へ行くケースが他病院より多い。これは前述の在院日数の長さ合わせて考えると、高齢で医療介入の少なくなった患者群の入院がA病院で多いことを示唆しているものと考えられる。他院からの紹介率と他院の外来への逆紹介率は高く、連携はうまく機能しているが、今後、さらに介護施設などとの連携を高めることにより、スムーズに施設や在宅への移行が可能になると思われる。さらに、在宅診療や介護施設からの入院受け入れ態勢を強化することで患者数が増加する可能性もある。

B病院では自院外来の割合が高くなっている。在院日数が短いことを加味すると、早期に外来治療に切り替えることによって、在院日数を短縮しているのではないかと考えられる。また、患者層も通院加療が比較的容易な環境にある患者群である可能性がある。ただし、その段階において自院の外来で診るのか、あるいは他院などが望ましいのかという点も含め、他の医療機関との連携を強化できれば外来負担も減り、より入院診療に集中できる可能性がある。

C病院では転院の割合が高くなっており、医療介入の必要な段階での退院が多いことが分かる。他院からの紹介率や救急患者数も高く、外来患者数を絞って、入院を中心とした診療に方向が向いており、病院間の連携も含め地域との連携も非常に上手く行っている。

#### 4. 各病院の循環器疾患の特徴

次に、本稿が対象とする循環器疾患に限ってみると、各病院内におけるシェアはA病院が20.5%、B病院が8.9%、C病院が11.3%となっている。診療科の数に反比例してシェアが低下しているようである。

平成21年10月1日に行われた「兵庫県医療需給調査 患者調査 急性心筋梗塞」によると、以下の図表7に示すように、緊急を要する疾患特異性から近隣からの入院がほとんどである。今後も急性心筋梗塞に限っては、他地区からの患者流入の可能性は低く、この領域での患者数増加は考えにくい。

図表7：急性心筋梗塞の市町別入院患者割合（平成21年10月1日調査）

		施設所在地											
		東灘区	灘区	中央区	兵庫区	長田区	須磨区	北区	垂水区	西区	市内	市外	計
患者 住 所 地	東灘区	33.3%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	灘区	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	中央区	0.0%	0.0%	83.3%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	兵庫区	0.0%	0.0%	33.3%	33.3%	0.0%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	長田区	0.0%	16.7%	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%	16.7%	0.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	須磨区	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	80.0%	0.0%	0.0%	20.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	北区	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	0.0%	66.7%	0.0%	0.0%	83.3%	16.7%	100.0%
	垂水区	0.0%	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	16.7%	0.0%	75.0%	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
	西区	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	28.6%	0.0%	28.6%	57.1%	42.9%	100.0%
	市内	1.9%	1.9%	26.9%	5.8%	0.0%	19.2%	13.5%	17.3%	5.8%	92.3%	7.7%	100.0%
	市外	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%	2.0%	98.0%	100.0%
	計	0.6%	1.3%	9.1%	1.9%	0.0%	6.5%	4.5%	6.5%	1.9%	32.5%	67.5%	100.0%

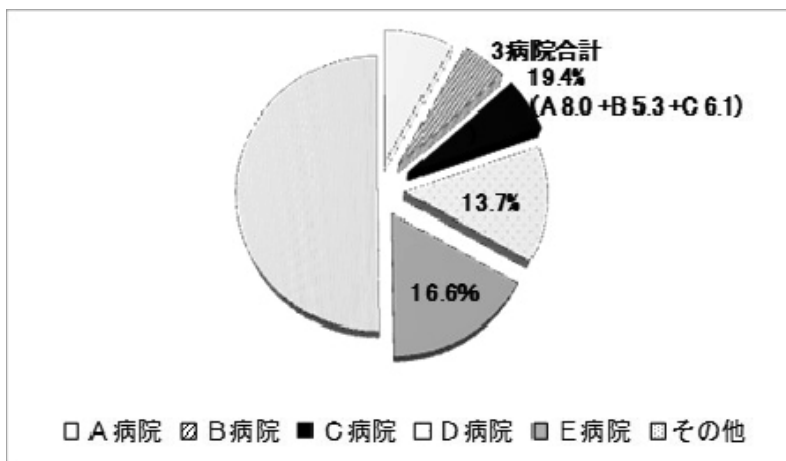
図表 8 : 急性心筋梗塞対策医療機関一覧 (平成 23 年 5 月届出)

病院	基準	循環器科 医師	心臓血管 外科医師	心臓カテー テル検査	大動脈バ ルーンパ ンピング	経皮的心 肺補助装 置	緊急ペー シング	冠動脈バ イパス術	経皮的冠動脈形 成術 200以上	心臓リハビ リテーション
A	B	3	3	○	○	○	○	○	△	○
B	C	4		○	○	○	○		○	
C	B	7	2	○	○	○	○	○	△	

さらに、神戸医療圏では「急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関の選定条件基準」5つのうち、5つを満たすものをA、4つを満たすものをB、3つを満たすものをC、2つを満たすものをDと基準化し、14病院が上記の急性心筋梗塞の急性期医療の対応にあたっており、図表8に3病院を抽出した。それぞれ基準BもしくはCを満たしているが、心臓血管外科を有さないB病院、慢性期の心臓リハビリテーションを行うA病院と若干の違いがあることがわかる。また、3病院を合わせると14名の循環器科医と5名の心臓血管外科医が、循環器医療に携わっていることになる。しかし、神戸医療圏中の循環器疾患については、図表9に示すように3病院を合計しても約20%のシェアであり、月当たりの患者数は430人とマーケットとしては非常に狭いものであることを認識する必要がある。

A病院を例にとると、比較的緊急性の低い急性心筋梗塞以外の循環器疾患入院患者の45%は中央区・灘区・東灘区以外からの患者であることが分かっている。もし、患者数を増加させようとするならば、このような緊急を要さない循環器疾患領域での他地区からの患者数を増加させる必要がある。

図表 9 : 神戸医療圏における循環器疾患のシェア

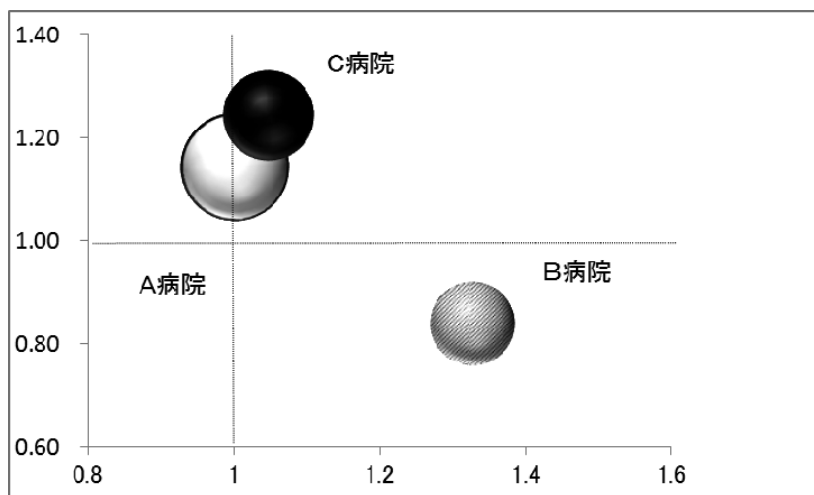




以下に嶋田（2013）が開発した、病院のポジショニングを可視化したバブルチャートを用いて3病院の循環器領域における効率性、医療水準、地域貢献度について比較を行う。図表 10 に示すバブルチャートであるが、縦軸に患者構成指標、横軸に在院日数指標、バブルの大きさを患者数とすることで、上記の3要素が視覚的に把握しやすくなっている。患者構成指標は各医療機関における DPC ごとの平均在院日数を全国の DPC ごとの平均在院日数で補正した場合の平均在院日数を全国の平均在院日数で除した値である。全国平均が 1.0 となり、数字が大きいほど複雑性の高い、重症の入院患者を取り扱っていることになる。在院日数指標は各医療機関における患者構成を全国の患者構成に補正した場合の平均在院日数で、全国の平均在院日数を除した値を示し、全国平均が 1.0 となり、数字が大きいほど在院日数が短く効率性が高いことを示す。

図表 10：バブルチャートによる3病院の循環器領域分析

患者構成指標

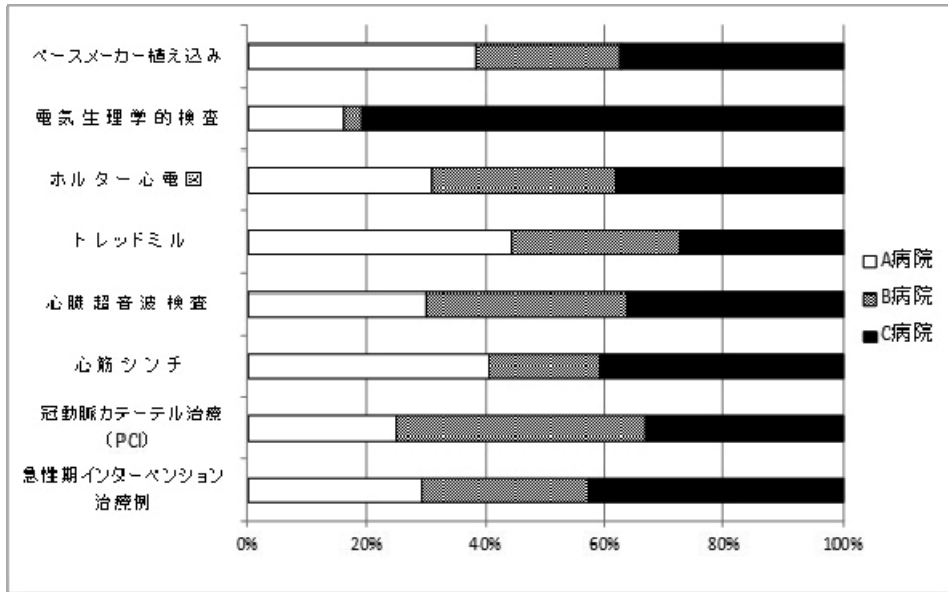


在院日数指標

図表 10 から言えることは、シェアはやや低いが重症患者を診ているのはC病院であるが、在院日数も短くなっており、同様にシェアはやや低いが比較的軽症患者を診ているB病院とともに効率の良い医療を行っている様子が窺える。やや重症患者の多いA病院は、平均的な在院日数でありシェアは3病院の中では最も大きい。

このように3病院で取り扱っている循環器疾患の患者群においても重症度などの背景に差があることがわかる。

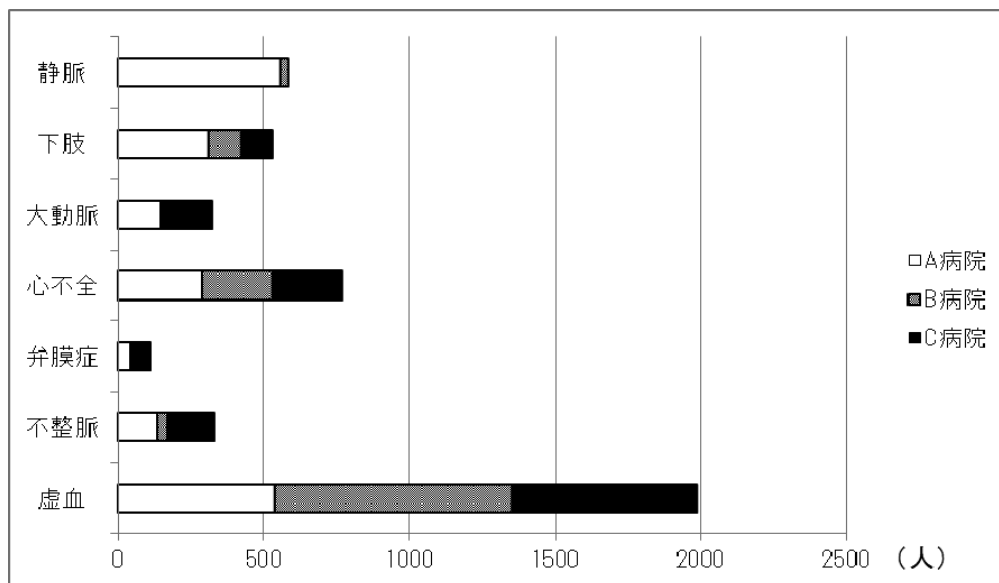
図表 11：3 病院の循環器領域の検査件数割合



図表 11 は、各病院の循環器系検査の割合を検査種類別にグラフ化したものであるが、B病院では心筋シンチ検査と電気生理学的検査が少ないことがわかる。B病院では、診療科が多く、心筋シンチ検査の枠が限られていたり、薬剤の注文が不要で当日に施行可能なトレッドミル検査で代用している可能性がある。C病院では重症の患者に対して植込み型除細動器（ICD）や心臓再同期療法（CRT）を行っておりその影響で電気生理学的検査件数が増えていると推測される。A病院では不整脈に対するカテーテルアブレーション治療を開始しており、今後、電気生理学的検査の件数は増加すると考えられる。その他の検査種に関してはほぼ3分割されており、必要とされる検査種類も3病院にほぼ均等に分散していることが分かる。

続いて DPC データより虚血性心疾患・不整脈・弁膜症・心不全・大動脈疾患・下肢・静脈系疾患に分類してその割合を図表 12 に示す。これをみると、虚血性心疾患と心不全以外では心臓血管外科のないB病院ではシェアが小さい。大動脈疾患、不整脈疾患に関してはA病院とC病院間で2分するような状況にある。下肢血管と静脈系疾患ではA病院のシェアが圧倒的に高い。必要とされる検査は3病院のいずれでも行うことが可能であるとおもわれるが、得意とする加療分野に関しては各病院により違いがあると考えられる。

図表 12：3 病院の循環器疾患ごとの患者数



## 5. 3 病院の疾患別機能分化とさらなる連携に向けて

心筋梗塞に対するプライマリ PCI（経皮的冠動脈形成術）は“door to balloon time”を短縮するように勧告されており、そのため遠方からの患者獲得は困難で、その発症率からも一定以上の需要を期待することはできない。そこで、それ以外の疾患で患者を呼び込む必要がある。しかし、心疾患は特に急変や増悪がたびたび認められ、専門的な治療が予後を左右することも多いため、各病院の救急分野としての循環器疾患は手放せない。また、予定されるような治療・安定した状態になった疾患・慢性期の管理に関しては患者を引き付けるためのブランド力が欠かせない。しかし、前述したように3病院はリーダー的大病院存在型の存在により役割は限られている。地域の医療提供の実情を見据えると、やりたいことをやればよいというのではなく、地域全体で何がどこに必要なのかを考える必要がある。各病院で今後考えるべき点は、何が自院に必要なのかではなく、地域にある複数の医療機関を1つの集合体と考えてその中で自院のもつ医療機能を把握したうえで役割を考えることではないだろうか。

中規模病院であるがために、最先端医療や高額医療機器などの購入はすぐにはできないが、他科や他院との連携は可能なはずである。また、限られた範囲の中では他と比べてシェアの低いところを高めるために投資をするよりも、必要とされる部分に投資をしてシェアを高めることが効率的であろう。

A病院に関しては下肢血管と静脈系疾患に関しては地域における治療施設の中心となるようにさらに充実させる。不整脈のカテーテルアブレーション治療も緊急を要することは少なく、また、心臓血管外科があり循環器回復期医療を行っていること、高齢者受療率が高いこと、維持透析設備を持っていること考えると超急性期を過ぎてなお医療介入が必要な患者群を対象に力を入れる方策が望ましいと考えられる。

B病院に関しては心臓血管外科がなく、院内シェア10%を切っているため、急性心筋梗塞を含む救急医療と診療科が多いことを加味して他科疾患との合併疾患を中心とした循環器診療に集中することが望ましいと考える。高齢者は複数疾患を併せ持つことが多いといわれており、循環器科の無い病院では受入が躊躇される、循環器疾患を持った他疾患の治療が必要な患者群を積極的に受け入れる方策が考えられる。

C病院は入院・救急の配分が大きくなっていることと、救急救命センターを併設により重症患者を診ることができ、内科・外科によらず循環器全般・多様な診療科にわたっての治療が可能であるので、現在と同様の救急を要する超急性期重症患者の診療を中心とした診療を充実させる方向が望ましい。B病院との差別化のためには重症度とリスクの高い患者群を診療する必要があると考えるが、その数は激増することは考えにくい。救急診療を行っている医療機関からの積極的な受け入れのためには、搬送基準を緩和するなどして、重症患者と判断したならC病院へと医療機関に周知させる方策が考えられる。

地域で協力して現在の限りある医療資源を有効に利用しなければならないが、この施設完結型から地域完結型への移行は、患者側にも医療者にも新しい考え方であるため十分に理解されているとは言い難い。「誰もがどこでも治療を受けられる」という概念から脱却して、「誰もが適した場所で適した治療を受けられる」という概念を、患者側にも医療従事者側にも周知徹底させる努力が必要である。3病院に関しては距離的な差はわずかであり、患者側に適切で正確な医療者側の意図を説明することで地理的な差異は克服できると考えられる。

3病院が急性期病院として生き残っていくためには、現在の配分から、もっと効率の良い、治療成績向上にも結び付くような疾患ごとの再配分を考える必要がある。そのためにも、まず、各診療科がそれぞれ医療機関の垣根を越えて一つの医局のような集合体となり、互いのことをよく知ることが必要である。次に、その中で得意分野を持つことで自分の立ち位置を確保し、手放す分野は手放し他者にまかせることが求められる。続いて医療機関が互いに連携して患者を適した場所に振り分けるシステムを構築し、医療機関を越えたより大きなチーム医療を推進していくことが必要であると

考えるものである。

一つの機能分化の具体案を最後に提示する。まず、各病院で相互の病院の専門性や特性を把握したコーディネーターを決定し、転院や医師招聘等の権限を委譲するコーディネーターは3人で医療機関・医師会・介護施設に各病院の特性を説明し、3病院のみならず、紹介する診療所や介護施設は何ができて何ができないのかについて、常に互いに最新の状況を把握しておく。相互に速やかに連携が取れるようにダイレクトインの医師専用電話を常に携帯する医師を確保し、循環器ネットワークとして機能させる。また、共通の情報記録用紙などを作成し、それがあれば患者情報がすぐに把握できるようなシステムがあると問い合わせの手間が減り、利便性が高くなる。症例によっては速やかに連絡を取り合って適した治療・入院先を決定する。逆紹介をする際にも、医師会の協力を得てより詳しい専門性や往診の可否などを加味して患者を紹介する。イメージとしては空病床や医局内の専門を把握している医局の入退院係である。症例の相談の場としてのカンファレンスを開催しメンバーの相互の交流を図る。さらに症例によって、①転院 ②患者が治療やより専門的な検査のために他院へ外出する ③手術や診察・説明のために医師が他院に出向できる簡素化したシステムを構築する。各医師には経験すべき症例数等の問題があるため、各病院に出向き手術等を行うことでムラなく様々な経験をできるように配慮する。また、施設自身もある疾患の症例数が増加することにより、対応や治療成績が向上しブランド力が高まることに結びつく。また、3病院は出身医局を同じくする医師が多いので、教育・指導・基本的な考え方などは共通項が多く、現在の臨床研修医の実習制度のようなものや、同一組織内でのローテーションのような感覚での医師の移動を容易にするシステムを作っていくことができるのではないかと考える。

## 6. 考察と課題

井上(2012)は、ハーフィンダル指数（市場の集中度を図る指標であり、地域の一般病床数シェアの二乗和で算定したものを競争の程度と捉える）を用いて、全国の二次医療圏における競争の状況を試算しており、それによれば神戸医療圏は全国で5位の競争の激しい地域である。競争が激しい地域では、中小の医療機関が多数存在したような機能をもつ病院が患者を奪い合っている傾向が強いことを示している。医療連携で有名な熊本は15位になっており、神戸医療圏はそれよりもなお、競争の激しい地区であることを認識する必要がある。これらの地域に病院が存在する場合は、機能を絞り込んだ差別化が求められる。

厚生労働省により行われた「平成 23 年度 受療行動調査」によると、外来では「以前に来たことがある」「自宅や職場・学校に近い」が 37.2%、入院については「医師による紹介」が最も多く、次いで「医師や看護師が親切」「以前に来たことがある」という理由が多い。病院を選択する際の情報源も、外来・入院とも「医療機関の相談窓口」が最も多くなっており、また、「病院が発信するインターネットの情報」なども高く、紹介や距離が近いことによる受療行動が主であると思われる。国民の医療機関に関する情報のニーズは高く、いざという時にどこの医療機関に行けばいいのかわかりやすくしてほしいという要望を持つ人は 88.9%に達している。また、地域の診療所や病院を選ぶときの情報をもっと増やしてほしいという要望も 84.1%を占めたと江口（2011、2012）が報告している。医療提供側でも患者への情報提供が十分でないと考えられる割合は高くなっており、「患者が診療所を選ぶ際の情報が不足している」と考えている診療所医師が全体の 53.8%を占めた。また、「診療所の標榜の表示は分かりづらい」と考えている割合も 52.8%あった。厚生労働省では平成 19 年より医療機能情報提供制度を開始しているが、情報の多さや表現のわかりにくさが指摘され、改善のための見直しが進められている。

患者のみならず医療者であっても、紹介先の医師の詳細な専門分野（虚血性心疾患・下肢虚血・不整脈など）や力を入れている分野（在宅・禁煙指導・酸素療法など）に関しては、とりわけ従事する診療科が異なれば情報が不足していると感じていることは否めない。動悸がする患者一人を取り上げても、①単にとりあえずの受診を希望しているのか、②今起きている動悸をどうにかしてほしいのか、③基礎疾患があるためにより詳しい検査を行ってほしいのか、④疾患が判明しており治療を希望して受診しているのか、⑤他院の治療に不満や不安があって受診しているのかと患者側の希望は色々である。患者側の要求に合わせて様々な対応を取らねばならないことはよくあることである。果たして、そのための十分な情報を我々医療者は持っているであろうか。患者側は自らの要求に合わせて受診先を選択しているだろうか。

前に述べた患者を引き付けるためのブランド力を高めるためには、病院等が単に発信する情報だけでは不十分であり、医師・医療機関等から紹介をしてもらうために、紹介する側の医療者が必要とする詳細な自院の特徴を提供する必要がある。さらに、医療機関だけでなく介護施設等に対しても情報を発信する必要がある。そのために様々な形・媒体での医療提供者側の情報の開示が望まれるところである。

医療者側も、複数疾患や様々な背景を持つ高齢者が多くなる患者側の希望に合った、一番適した医療機関と治療法を提示することが要求される。プライマリーケア医や総

合臨床医が必要と言われるように、正確な知識と情報を持った全体を診ることができる医療者が医療プランをいくつか提示し、患者側の選択に合わせて、適した治療を行うことができる場所で適した治療を受けられるようにマネジメントするシステムと人が必要である。

それだけの人も含めたシステムを実際に構築できるかが大きな課題であるが、現場で働く立場からの力で一步を踏み出したい。

## 謝辞

最後に、本稿をまとめるにあたり、兵庫県立大学大学院経営研究科の小山秀夫教授、鳥邊晋司教授、藤江哲也教授に熱心かつご丁寧な指導を賜りました。厚く感謝いたします。また本稿作成には、兵庫県立大学大学院経営研究科医療マネジメントコースの多くの教員の先生方、同期生の皆様に多くの教えをいただきました。特に、3病院の様々なデータ収集に関しては呉竹礼子さん、バブルチャートを用いた病院分析に関しては嶋田康之さんに多大なご協力をいただきました。厚くお礼を申し上げます。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 井上貴裕(2012) 『診療科別・病院経営戦略の理論と実践』日本医療企画
- [2] 江口成美 (2011) 日医総研ワーキングペーパー「診療所医師の医学情報収集と日常診療の現状に関する調査 No. 248」
- [3] 江口成美 (2012) 日医総研ワーキングペーパー 「第4回 日本の医療に関する意識調査 No. 260 」
- [4] 嶋田康之 (2013) 「急性期病院二次医療圏別分析の可視化」商大ビジネスレビュー 第3巻第1号、pp. 291-312
- [5] 高橋泰 (2012) 日医総研ワーキングペーパー 「地域の医療提供体制現状と将来 - 都道府県別・二次医療圏データ集 No. 269」
- [6] 田中滋ら(2006)「平成18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－良質な医療提供体制の構築に向けた今後の中小病院の役割に関する調査研究報告書」

## 参考ホームページ

- [1] 兵庫県医療需給調査医療施設実態調査の結果  
<http://web.pref.hyogo.lg.jp/hw02/documents/000171090.pdf>  
(2013年7月20日アクセス)
- [2] 兵庫県/兵庫県医療計画  
[http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/sinryo/dpc\\_b.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/database/sinryo/dpc_b.html)  
(2013年7月20日アクセス)
- [3] 病院情報局  
<http://hospia.jp/dpc/>  
(2013年7月20日アクセス)
- [4] 平成23年受療行動調査(確定数)の概況  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/kakutei.html>  
(2013年7月20日アクセス)
- [5] 平成23年度第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会 審議会参考資料  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001u23a.html>  
(2013年7月20日アクセス)