

■巻頭言	大阪医科大学附属病院院長	花房 俊昭	1
■特集：座談会			
「地域連携クリティカルパスについて」			2
出席者：医療法人祐生会みどりヶ丘病院理事長		甲斐 敏晴	
中島莊野クリニック院長		中島 立博	
医療法人仙養会北摂総合病院副院長・循環器科部長		諏訪 道博	
大阪医科大学神経内科診療科長・第一内科学講師		木村 文治	
高槻病院整形外科部長		平中 崇文	
高槻赤十字病院 糖尿病・内分泌・生活習慣病科部長		金子至寿佳	
大阪医科大学病院医療相談部「医療連携室」課長		角江 司	
(司会) 脳神経外科学教室 講師		梶本 宜永	
■病診連携アンケート結果報告			
病診連携委員会理事	中島 立博、後藤 研三		18
■最近の動き			
医療安全調査委員会設置法案 一厚労省第三次試案に注目一			
中央検査部 (医療安全対策室)	村尾 仁		29
■かなり役立つ生涯学習			
EBM の基礎的概念を理解するために			
臨床検査医学教室 (感染対策室)	中川 俊正		32
■会員の活動			37
■会員の広場			
MONACO 紀行	一般消化器外科学教室	平松 昌子	39
眼窩の研究	形成外科学教室	大場 創介	40
■ホームページの広場 12			
タイムスタンプ	放射線医学教室	上杉 康夫	41
■インフォメーション (第17回北摂癌治療研究会、第23回日本RA のリハビリ研究会学術集会、GI-NetClub 学術講演会、第5回痛みの治療研究会、第4回皮膚臨床免疫懇話会、北摂救急症例フォーラム、第11回大阪消化器内視鏡外科セミナー、産業衛生講座講習会、分子形態情報研究会、第32回日本脳神経 CI 学会、大阪医科大学眼科セミナー)			43
■北摂四医師会医学会総会記録 (第17回)			46
■北摂四医師会医学会分科会記録 (第2回生活習慣病フォーラム、第14回小児科医会、第17回内分泌骨代謝研究会、第1回北摂肝疾患地域医療セミナー、第13回全人医療研究会)			47
■平成20年度大阪医科大学医師会総会報告	中央検査部	村尾 仁	52
■平成19年度大阪医科大学医師会会計報告			54
■大阪医科大学医師会役員構成			55
■大阪府医師会役員構成			56
■編集後記		梶本 宜永	

全員参加・全員向上・全員笑顔

大阪医科大学附属病院院長
花房 俊昭



私は、平成20年4月1日付けで、竹中 洋前病院長の後任として大阪医科大学附属病院院長を拝命いたしました。私はまだ若輩である上に浅学菲才の身ではございますが、皆様のご意見に真摯に耳を傾け、誠心誠意、私の責任を全うさせていただきます覚悟でおります。

本院の理念は「地域社会のニーズに応える安全で質の高い医療を皆様に提供するとともに、良識ある人間性豊かな医療人を育成します。」です。この理念を実現するにあたって、私が皆様に提示したいモットーは、「全員参加」「全員向上」「全員笑顔」の3つです。

「全員参加」とは、top-downではなく、bottom-upで現場の皆様いろいろな意見を出していただきたいということです。私の役目はそれを集約し、実現に向けてあらゆる努力をすることだと考えています。「全員向上」とは、病院に勤務する皆様が、自分自身のレベルアップを目標に日々精進していただきたいとの期待を込めるとともに、私の役目は皆様のそうした努力が実を結ぶよう、病院がサポートする体制を整えることであると考えています。また「全員笑顔」とは、「全員参加」「全員向上」を通じて、病院に勤務する皆様が、笑顔で誇りと喜びを持って病院で働いていただけるような病院を作りたい、と私が心から念じていることを表しています。

患者様にとっても職員にとっても素晴らしい病院にするため、皆様方には私と一緒に汗をかいていただきたいと希望しています。何卒よろしく願い申し上げます。

地域連携クリティカルパスについて

日 時:平成20年4月9日午後7:30~

場 所:たかつき京都ホテル

参加者:医療法人祐生会みどりヶ丘病院理事長

中島荘野クリニック院長

医療法人仙養会北摂総合病院副院長・循環器科部長

大阪医科大学神経内科診療科長・第一内科学講師

高槻病院整形外科部長

高槻赤十字病院 糖尿病・内分泌・生活習慣病科部長

大阪医科大学病院医療相談部「医療連携室」課長

(司会) 脳神経外科学教室 講師

甲斐 敏晴

中島 立博

諏訪 道博

木村 文治

平中 崇文

金子至寿佳

角江 司

梶本 宜永

(敬称略)



高槻市地域連携パス

●地域連携パス作成の経緯

梶本:今日は、日常診療でお疲れのところを集まっていたいただきましてありがとうございます。高槻の地域連携パスの策定に中心的に関わられた先生に集まっていたいただきました。高槻市の地域連携パスの現状や課題などを忌憚なくご発言いただきたいと存じ

ます。まず、甲斐先生に全国でも非常にユニークな医師会主導の地域連携パスを立ち上げられた経緯をご説明をお願いします。

甲斐:第1段階は、理事会で大阪医大が参加していただいたことです。第2段階として、地域医療推進協議会で4疾患・5事業を打ち出して、これに集中するという方針ができました。

当時から各病院が個別に連携クリティカルパスを作成していましたが、それらをできれば1つにまとめた方がいいのではないかと前々から思っていたのです。それで医師会が中心になって作業していましたが、大阪医大の連携パスがスタートから参加していただけるとのことでさらに連携がうまくいきました。何月ぐらいだったかな。

中島：甲斐先生が平成18年から考案されて、実際に動き出したのは19年の2月ぐらいです。

木村：19年の1月に大学側から医師会に原案を作成して持って行ったのです。

角江：大阪医大では平成18年の5月頃から、当初6疾患でパス作成作業をスタートしていました。しかし、加算の施設基準のような難しい問題が山積していました。そこに甲斐先生の方から、一緒にやりませんかという話が平成19年初頭にありました。そこで、私どもの6疾患のパスを医師会に提供した次第です。

甲斐：私が思ったものは平成18年の7月ぐらいから構想の中に入ってきました。

中島：平成18年の9月ぐらいに甲斐先生からこういう構想があると伺い、大阪医科大学の先生も協力して下さいそうだ。「共通したパスをなんとか医師会で取りまとめた」ということが、平成18年のスタートです。

甲斐：4疾患だけど、元々これに「がん」が入っていた。しかし、「がん」はちょっと違う問題がありましたので「がん」を外して、大腿骨頸部骨折を入れたのです。それがまず一番です。中島先生が整理してくれたのが非常に良かったです。

高槻は病診連携が非常に上手くいっている地域なのです。しかし、病病連携というのは意外に難しい。その病病連携を上手くするにはどうしたらいいかということで、この地域連携クリティカルパスをやったのです。私がいつも言っているのは、「これ



甲斐 敏晴 先生

によって病診連携と病病連携が車の両輪のように上手くいく」ということです。

それから地域限定型ですので、地域の各病院、各診療所が全部参加する。各診療所全部じゃなくても多くの診療所が参加すればレベルアップするじゃないかと。

中島：平成18年に厚労省が出しました第5次の医療法改正の中で、医療機能の分化と連携の促進ということが推奨されています。高齢化社会で患者数が増えてくる中で、これからの地域医療は、従来の一病院完結型の医療ではなくて、地域全体で医療をしていかないとダメです。その中で地域連携パス構想が出てきたわけです。

全国的にも各地でいろんな地域連携パスが活発に考えられてきたのですが、そのほとんどが主幹病院と関連病院を中心とした小グループの連携パスです。

ところが高槻市は、早くより病診連携に対して力を入れていて、他に比べて良好な病診連携が元々築かれている地域です。これを生かして、地域全体で共通したパスができないものかと考えました。

大阪医科大学や他の急性期病院でも独自で連携パス作りが進められてきたわけですが、一つの地域の中で様々な連携パスがありますと、それを利用する立場の診療所や患者さんにとっては煩雑となり非効率的です。良好な病診連携を築いてきた高槻だからこそ、なんとか地域全体で共通した一つ



中島 立博 先生

の連携パスができないかというのが甲斐先生の発想です。

木村：2001年の第4次医療法改正で病院の棲み分けが行われたのです。一般病床と長期療養型病床のいずれかのスタンスで医療を行うかの明確化が求められました。次の第5次医療法改正において、連携を図ることが求められています。その意味で地域連携クリティカルパスは、理想的な連携ツールとして脚光を浴びています。

● 近隣地域との連携

梶本：地域の医師会が中心になってまとめた連携パスは日本全国の中でも珍しいものですか。

甲斐：初めてですし、来年度には大阪府医師会のモデルケースにもなります。

中島：他の地域でも医師会が関連しているパスはありますが、そのスタートは1つの病院からです。つまり、病院間の連携ができて、これを中心に医師会が「診療所に加わってこないかな」のような後付け形なのです。また高槻では、大阪医科大学、木村先生等が最初からある程度参考となるベースを作っておられたのも、非常にうまくいった理由です。

この高槻地域には、主要な6病院を含めて全部で20もの病院があります。もし、病院が中心となって地域連携パスを作っていたなら、いろいろな利害関係が入って、

1つにまとめていくのは難しかったでしょうね。その点、診療所中心である医師会がまとめ役をさせてもらったということは、結果的に良かったのではないかと思います。

甲斐：吹田市、大阪の北区も地域連携パスやそれに近いものはあります。ただスタートが病院であるということが一番難点なのです。例えば、公立病院が中心だったら他の病院は対抗します。一緒にはまとまらない。だけど医師会が言い出したら、それがまとまったということです。それも大阪医大が入ってくるということがある程度分かりましたし。これでいけるとなりました。

また、病院が中心にスタートすると、ちょっとレベルが高いパスができて診療所には受け入れられない。

木村：まさにホスピタル・ベースのプログラムですと、患者さんの囲い込みのように映ってしまって、その隣にある病院はそのプログラムに絶対のらないというようになってしまいます。そこで、われわれが目指したのはコミュニティ・ベースのプログラムです。より広い範囲、多くの病院や診療所が集まってやっていこうというのがこの趣旨です。

梶本：近隣の茨木とか高槻の連携パスに参加したいという要望はあるのでしょうか。

中島：高槻には茨木市や摂津市に在住の患者さんもおられるわけですから、もちろんそういう要望はあります。また、うちのシステムを利用したいと全国の医師会の方々から参考資料が欲しいだとか、一部変更して使いたいという要望も多いですね。これだけの多くの医療機関が集まって共通したパスを使っているのは本当に珍しいのです。

梶本：そういう意味では、全国的にインシアチブを取れる立場にあると考えてよろしいのでしょうか。

木村：脳卒中のパスに関しては、茨木の脳卒中のパスを運営する会からは問い合わせがあり、今までの経過などを教えてほしい



木村 文治 先生



梶本 宜永 先生

との問い合わせがありました。

金子：糖尿病のパスに関しては、とある医師会の理事長から実際に作ってみたいので教えてほしいということはお話いただきました。

中島：限定された病院の小グループでの申し出はいくつもあるのです。参考資料とかは全部お配りしたことはあっても、正式に実際に参加するよということまでではないし。今、木村先生がおっしゃったように、脳卒中に関しては三島圏域地域リハビリテーション連携協議会のネットワークがありましたので、そこは高槻市以外の病院が関連していて、そこでのネットワークにうちのパスを利用させてほしいという要請はあります。

梶本：やはり患者さんの利便、特に、近隣の地域の患者さんの移動ということを考えれば、できるだけ多くの地域で共通のパスが使える方がよいと思います。地域の医師会レベルでの連携はいかがでしょうか。

甲斐：茨木は、まだこれからです。茨木には参考資料を早い時期に渡しているのですよ。吹田をはじめとして他地域の医師会からも資料の提供の要望はあります。結局は、今後各々でどう使うかの問題です。

梶本：各疾患別では比較的共通のパスの共通化の方向には行くだろうけど、医師会レベルでの共通のパスに乗るというのはまだまだ先の話だろうということなのでしょう

か。

中島：高槻市の地域連携パスも、本当に上手くいくかはまだまだ分からない段階ですね。今までのより良い病病・病診連携関係があっても、思うようには利用されていないというのが現状です。ある程度良好な病診連携がベースにないと、システムを作ったからといって直ちにそれが利用されません。茨木とか摂津が良い例です。それが一番大きな問題ですね。高槻市で地域連携パスが上手く離陸できたのは、今までの地道に築き上げられた病診連携・病病連携があったからこそだと思います。

●地域連携パスの運営委員会

梶本：ところで、連携パスの問題点を日々改善するために、頻回に各小委員会が会合をもたれているみたいですね。

中島：私が運営委員長をやっています。運営を統括する者としては高槻市の医師会の地域連携パス運営委員会があり、2ヵ月に1度行っています。各疾患によって内容、問題点や改良点などが違うので。それは各疾患別の委員会にお任せしています。

●保険上の連携加算

梶本：保険上の連携加算の動向については、いかがですか。

木村：保険点数の条件が3つあります。1つ目として、在院日数が17日以内というこ



角江 司氏

とです。2つ目は定期的な会合を行っていること。3つ目は確たる明確な退院基準等をもっているということです。在院日数が17日というのは少し敷居が高いので、条件を満たせる病院と満たせない病院がある。ちなみに、大阪医大の平均在院日数は16.3ぐらいです。

甲斐：高槻の主幹病院で平均在院日数が17日切ったら、ぜひとも全部一緒にまとめて社保庁に申請したい。

木村：病院が個別にしないとといけない申請作業が、このコミュニティー・ベースのプログラムであればよりスムーズに進むし、かつ理想的な形になっていくと思います。

梶本：2つ目の条件である定期的な会合は、大体クリアされていますか。

木村：今の医師会での会合を認めていただけるかどうかによります。今後は、3つ目の条件である退院基準などを明確にするという問題が残っています。

ところで、地域連携パスは、病院にとっては連携加算というメリットはありますが、かかりつけの先生とか診療所では連携加算のメリットは全くないのです。その辺もネックであることは確かです。

甲斐：そうですね、今度の保険改定により、病院間は医療情報の部分から急性期と回復期とも点が取れるはずですが。少し安くなっているが600点ぐらいかな。診療所にメリットのないのは問題です。

木村：そうしたらメリットはかなり大きいですね。例えば、脳卒中で三島救命センターから大学へ行って、大学から回復期病院へ行った場合、三島救命センターも大学も両方とも急性期として連携加算が認められるのですか。

角江：はい。

●がんなどへの適応拡大

梶本：4疾患以外の疾患への適用を拡大については組上には上っているのでしょうか。例えば、「がん」などはいかがでしょう。

中島：「がん」は今回のパスの対象からはずしました。その理由は、「がん拠点病院」である高槻赤十字病院との調整が必要であるということ。もう1つは、「がん」は非常に多種多様で、一律なパスの策定が困難なことです。

甲斐：「がん」の対象になる中心は在宅です。「がん」のパスを在宅中心にすると患者さんからも喜ばれるのじゃないかと思っています。

角江：大阪医大でも在宅医療のパスを作成中です。胃がんと大腸がんの術後のパスはできているので、医師会からご要望があれば提示できます。

中島：「がん」はやはり難しいですね。長期生存が期待できる乳がんや前立腺がんの部分的なパスは多くあります。しかし、精神ケアから疼痛緩和ケアまで含めるとかなり難しい。各医療機関が本腰入れて、各病院と診療所のドクターが在宅ケアチームというものをしっかり作らないと実現は困難です。

●「クリニカルパス」か「クリティカルパス」か

梶本：名称としては「クリニカルパス」と、「クリティカルパス」のいずれが適当なのでしょう。

中島：全国的にも両方用いられています。

高槻市では、多数決でクリティカルパスを使用しています。

木村：大阪医大では、院内はクリニカルパス、院外はクリティカルパスです。インターネットで検索すると、クリニカルパスは33万8千件、クリティカルパスは36万5千件とほぼ拮抗しています。もともと工程管理技法の用語です。クリニカルパスは、本来は入院計画書の一種なのです。

角江：パスをテーマとしてセッションをもっている学会が2つあります。日本クリニカルパス学会と日本医療マネジメント学会です。日本クリニカルパス学会はクリニカルパス、日本医療マネジメント学会の方はクリティカルパスというふうに用語統一しています。

●連携パス ID について

木村：高槻の地域連携パスの特徴の1つにIDの設定があります。これにより患者さんのトレーサビリティを上げる。ある患者をトレースして、どのような転機を迎えたかをID番号でずっと追えます。これまでは、急性期から回復期に送ったら、その後の経過は全く分からなかった。例えば、tPAを使っても、その後どうなったか分からない。将来的に、リハビリの先生がどれぐらい関わったとか、訪問看護に関わったとか、パス運営のどこにボトムネックがあるか、ある程度分かってくると思います。

中島：IDは、この地域で共通したIDですので、どこへ行ってもその人のパスのIDとして通ります。高槻市のオリジナルです。もともと症例の重複を防ぐためのものです。ID番号は病院のイニシャルと病院の中のID番号とからなります。

●地域連携パスの啓発活動

中島：地域連携パスの問題点の1つが、まだまだ医療機関の先生方にも周知はされて

ない点があります。医療機関への周知が先決ですが、利用される患者さんや家族、一般の方へも、この制度が高槻市で行われているということをごのよう知ってもらうかを、今後考えていく必要があります。

甲斐：病院部会の中で周知しましょう。

中島：例えば、大阪医科大学の中でも知っておられる先生もあれば、まだ全然ご存じない先生も多々おられる。組織が大きくなると現場の先生方まで情報が届くというのは時間がかかる。地道に啓発活動をしていかないといけないなど。

梶本：大阪医大の勤務医は大阪医大医師会雑誌に大体目を通してしますので、この特集は大学の中での啓発に役立ちます。市民の啓発には、高槻ケーブルテレビとかに放送してもらおうとかも良いのではと思います。

甲斐：「地域連携クリティカルパスについて」市民医学講座が今年の9月から始まりますから、宣伝しておきます。市の公報に出すのは有効ですが。

木村：患者さんにとってのメリットを明確化するのには絶対的に必要ですね。患者さんのメリットとしては安心・安全を提供できるということだろうと思います。

角江：患者さんにとって高槻市医師会が作成したこのクリティカルパスにのることによって、どこの医療機関でも標準的な治療を受けられるということをアピールすれば、患者さんももっと賛同していただけると思います。

甲斐：あと1年ぐらい経って各病院間の足並み揃えてくれると新聞に出してもいいのですけど。

木村：患者さんが、パスを導入している病院を選んで来るというところまで来れば一番いいのでしょうか。

●地域連携パス導入による在院日数の短縮

梶本：地域連携パスを導入してから入院期間というのは短くなっていますか。



平中 崇文 先生

平中：高槻病院の平中と申します。大腿頸部骨折の入院期間は劇的に減りました。整形病棟が、ガラガラになって混合病棟になりました。特に、長期入院患者が減りましたね。

梶本：逆に言うとメリハリのつく医療ができるということですね。急性期の本当に専門医療が必要な患者さんを診られる訳ですね。

平中：その代わり回転が早くなると、入退院時の書類作成の手間は増えています。将来的には、医療秘書などがサポートしていただける体制ができれば良いですね。これまでは、逆紹介にあれだけ苦勞したのがこんなにスムーズに転院にアクセプトしていただけるというのは驚きです。われわれが一番パスのメリットを享受しているのかもしれないですね。

木村：脳卒中の場合は、劇的には入院期間は短縮していません。しかし、今までだったら転院の手続きだけで1ヵ月ぐらいかかったりすることもありましたが、改善されていくと思います。

大腿骨近位部骨折のパス

●近位部骨折パスの概要について

梶本：平中先生、大腿骨近位部骨折のパスについてご説明お願いいたします。

平中：大腿骨近位部骨折のパスは、完全な

一方向型のパスです。つまり、急性期病院から回復期・療養型の病院、その後診療所の先生という一方向の流れに則ったパスになります。その過程で患者さんの状態、病院側の事情により3種類のパスを提案させていただきました。

1つは転院型で、これがいわゆる地域連携パスの中心で、急性期病院で手術した後比較的早期に回復期または療養型の病院へ転院し、その後施設や地域の先生のところに行っていただきます。

2つ目は、比較的元気な方や家の受け入れが非常によろしい方が対象で、急性期病院から直接自宅に帰られる自宅直帰型のパスです。

3つ目は、元々老健施設とか特養とかに入っておられた患者さんで、そこで受傷されて急性期病院に転院し、病態が落ち着けばすぐにまた元の施設に帰られる施設直帰型のパスです。

●近位部骨折パスの稼働状況

梶本：実際の稼働状況はいかがですか。

平中：去年の11月から稼働しています。受傷や入院の段階で患者さんに説明しておけば、転院に関するトラブルはほとんどありません。患者さんの受け入れも良好で、スムーズに稼働しております。受け入れ先の療養型の病院も、術後の早い段階ですので比較的メリットも感じていただいています。実際、急性期病院で長期間診療した後の受け入れでは、かなり難渋するケースがあります。

梶本：病病間での連携は始まりましたが、病診間での連携はこれからでしょうか。

平中：やはり、施設に転院される病病間での連携が多いのです。現時点ではまだ病診間での連携まで行き着いていません。今後、解析していきたいと思っています。

● 近位部骨折パスの問題点

梶本：近位部骨折パスの問題点は、何かありますか。

平中：第1の問題点としては、施設によって温度差があります。非常に良く稼働しているところと全くしてないところがあります。

第2の問題点としては、保険点数があります。保険点数を算定できますが、いくつかの条件により敷居が高いのです。甲斐先生も、連携パスとして保険点数として算定できないかをいろいろ考えていただいているみたいです。急性期病院から回復病院に転院しても実は連携パスのコストが算定できない。ちょっと保険点数の落とし穴みたいなところがございます。そこに受け入れの病院が不足している原因があるかなと感じているようなところです。(注：保険点数の問題は、今年の改定で解決されました。)

梶本：施設間の温度差をなくすための啓発活動はなさっていますか。

平中：パスが稼働するにあたり、何度か説明会を地域でさせていただきました。ただ、非常に関心のおもちの先生方は来られるのですが、そうでない先生には出席していただけていません。施設間でやはり温度差があらうかと思います。

● 近位部骨折の認知症の併発

梶本：大腿頸部骨折ではしばらくすると認知症などの周辺疾患も発症する場合も結構あるかと思いますが、その点はいかがでしょうか。

平中：従来は、急性期に1～2ヵ月は入院していましたので、その間に合併症が発症しましたらそこで治療していました。パス稼働後は、早い段階で転院されます。今度、転院先の病院で合併症が発症するのではと心配しています。

木村：脳卒中では、急性期を過ぎても幻覚

や認知症などの精神科的な問題がある場合に入院の措置がなかなかできなくて、そこをなんとかしてくれないかということがよくあります。大腿頸部骨折の場合、最初の入院時の精神科的な問題点はよくあるのでしょうか。

平中：認知症は非常に大きな問題で、これとどのように関わるかを検討する必要があります。1つは認知症の状態によって、パスの内容を変える必要があるのではないかと、という議論もパス作成の際にございました。認知症の強い方は、その後のリハビリも進みませんので、パスから除外すべきじゃないかと、とりあえずは、われわれの小委員会では、すべてのものを含めて一度やってみる。転院する時に、情報提供書に「日常のレベル」を記載する欄がございますので、後で検討していこうという話はしています。

認知症の対応に関しては、個々の病院により対応が難しい場合があります。幸い当院では神経科の常勤医師がおりますので、その先生方と連携を取りながら対応しております。それでも対応は難しいです。また、再転倒も問題ですね。

梶本：大体何割ぐらいの方が認知症を発症されますか。

平中：骨折発症時には、認知症は3～4割位はいます。認知症が多い原因の1つには、受傷される方が非常に高齢になってきたことも関連しています。われわれの施設での発症の平均年齢は、80歳半ばから後半です。ですから、年齢からしてかなり認知症が強い方がおられるわけです。

● 専門医の長期フォローについて

梶本：一方向性のパスの場合であっても、半年や1年後のフォローに際して一部循環的なパスの要素も入ってくるかと思いますが、その辺りはいかがですか。

平中：今までは、最低1ヵ月位は入院しておりましたので、その後に骨折の状態が大



諏訪 道博 先生

幅に変化することは稀でした。しかし、今は2～3週間の短期で転院しますので、その後骨のずれなどの合併症が起きる可能性があります。少なくとも骨がしっかり接着するまでの2～3ヵ月は診るのが手術した者の責任です。ただ、転院先からこっちに来てくださいというふうなことは言いにくいです。

幸い、当院では、転院先の整形外科がしっかりしていたり、関連病院であれば当院の常勤医師がレントゲンをチェックできますので、フォローアップ体制は大丈夫です。しかし、これから転院先が広がった時に、骨折のフォローをどうするかが問題になります。現在のパスの中にも目標事項として、「半年後には手術した病院に行ってください。」ということも盛り込んでいます。ただ、あまりにも厳密に書いたら、受け入れ先の先生の方への縛りがきつくなってしまうなど難しい点ではあります。

狭心症と心筋梗塞のパス

●狭心症がパスに乗りにくい現状

梶本：諏訪先生、狭心症と心筋梗塞のパスについてご説明お願いいたします。

諏訪：北摂病院の諏訪です。昨年2月に立ち上げの委員会に声がかかりまして、その時から出席をさせていただいております。

当初「心筋梗塞」という名称がございま

した。しかし、心筋梗塞を発症する以前の狭心症の患者の方が絶対数としては非常に多いので、「狭心症」という名称をさらに頭につけて、「狭心症と心筋梗塞」というパスの名称に統一したという経緯がございます。

特にこの3ヵ月の実績を見ましても、心筋梗塞・狭心症の患者さんの総数が多い割にはパスに入っていないことが結構あります。その辺の問題点を検討いたしますと、いくつかの原因が浮かび上がりました。第1に、従来の「心筋梗塞」という名称から、適応範囲が狭い先入観をもたれていること。第2に、平均在院日数が3日と短い狭心症の患者では、短い入院期間内にこのパスを説明する時間が乏しいこと。ちなみに、心筋梗塞では入院期間が長いので、その間に十分な説明ができます。狭心症よりは絶対数がはるかに少ない心筋梗塞の方が、パスにエントリーし易いのです。

この現状を打破する方法として、病診連携の拡充があります。診療所の先生方にも受け入れていただきやすいのは、むしろ心筋梗塞ではなくて狭心症なのです。なぜなら、心筋梗塞は結構合併症が多く、病院から離れて診療所に戻りたくないという患者さんが多いのです。

●病院と診療所間のギャップ

梶本：医療相談部のアンケートによりますと、高槻市内の狭心症・心筋梗塞の受け入れが可能な診療所が28施設もあり、結構多いように思います。

諏訪：地域連携パスを始める前に、パスを受け入れ可能かどうかについて4疾患で手挙げをしてもらいました。しかし、何でも一応手を挙げるところかという先生は当然おられます。28施設というのは、その数も入った数字だと思って下さい。

地域連携パスを開始後も診療所の先生方にも何回か説明会を行いまして、このパス

に関する周知を行っています。しかし、説明会に参加されている先生の数がまだまだ少ないようです。ただ、地域連携パスのメリットの1つは、各種疾患できちんとしたマニュアルさえ作っておけば、専門でない疾患でも標準的な診療ができることです。地域連携パスが徐々に浸透していけば、地域の各診療所の診療レベルが上がるものと期待しています。

木村:脳卒中の場合ですと、かかりつけ医に紹介する時に心配なのはワーファリンを上手く使っていただけるかという点です。大阪医大では医師会と色々な形で合同の勉強会をさせていただいていますが、今後は「ワーファリンの使い方」のようなパスに関連した講演を行い、お互いの距離を短くする素地を作っていくことが重要だと思います。

甲斐:外来で長期に渡って専門的な目で経過を見ていくことが、診療所の先生の方には荷が重い。そこで、診療所からすると、この症状の場合や検査によって病院への紹介・入院が必要だという新たなパスを拡充する必要はあると思います。

諏訪:狭心症や心筋梗塞が発症した際に、最初に診るのが診療所の先生であることが多いのです。ですから、われわれが治療した後、患者さんを診療所の先生にお帰しするのが一番自然です。しかし、心筋梗塞の重症例では、診療所の先生が上手くフォローしていただけるのかという懸念がどうしてもあります。しかし、狭心症では、事情が異なります。診療所の先生には、「狭心症は、診療所の先生でも簡単にマネジメントできる」ということをわれわれがもっとアピールをしなければなりません。

ところで、大学には月に40例以上の症例が入ってきますが、パスに登録する方がゼロというのは非常に問題です。実は私は、2年前まで大学におりました。当時は、一般の診療所の先生には任せられないと思っ

ていた。ところが、今の病院に移りまして、それが可能だということが分かりました。大学の医師は、「これは自分でしか診られない」という思い上がった感覚をもっております。その辺りの意識を変えないと、大学からのパス登録は望み薄でしょう。

●病診連携室の役割

諏訪:ところで、各病院でパス専任の事務職員を養成し、患者さんへのパスの説明から病院探しまで事務レベルで対応していただくとありがたい。特に、狭心症のように入院期間の短い症例でパスの利用が増えると思います。

甲斐:それは、いい案だね。病診連携室でその係り作っておけばスムーズに行くかもしれんね。

平中:大腿骨骨折の場合は時間的な余裕がありますが、それでも診療所の先生の所への逆紹介というのは結構な労力がかかります。その手間を考えたら自分の外来で診た方が早いかということになる。また、患者さんとの信頼関係ができますので、患者さんに逆紹介を説得するのも骨が折れます。

ルーチンの説明や書類の作成などは、医師でなくとも事務にもできることは多くあります。今、新しく医療秘書の制度ができつつありますが、これが1つの突破口になるかもしれない。

梶本:パスの説明は、基本的に医者がしているのですか。

平中:当院の場合は、パスの概略を医師が説明しています。日程や手続きなどの詳細な説明、転院先探しや紹介先の先方との折衝は、ソーシャルワーカーが入院直後から行っています。

●入院時のインフォームドコンセントの重要性

木村:高槻の地域連携パスの特徴の1つは、同意書があることです。全国的に見ても他



金子至寿佳 先生

にはないです。入院の時にパスの説明を行い、サインをもらいます。その際には、患者さんに地域パス・イコール「たらい回し」と思われないように十分に説明し理解していただく必要があります。しかし、生きるか死ぬかという入院時に、次にどこ行きますというパスにサインしないとイケないのです。説明する側にもその辺りの抵抗感があるとの現場の声を聞きます。しかし、最初にパスについて十分に説明していた場合には、その後の連携が非常にスムーズだということは、常々感じております。

角江：医療連携室の立場から見ましても、「逆紹介なんかありません」という患者さんはいます。「今の医師との信頼関係ができてるので逆紹介は必要ない」「ずっとここで診てもらいたいんだ」という方が結構いらっしゃる。それを事務方が説明して、はたして受け入れてもらえるかと。最初に来られたときに、医師から「あなたは高槻市の医師会の連携パスの適用になりますよ」ということはきちんと説明していただく必要はあります。

平中：最初に言うておくのが非常に大事ですね。大腿頸部骨折の場合でも、手術が終わってから転院の話を切り出すのと、初診で来られて最初に診たときに「ここは手術するまでの病院ですよ。その後リハビリは転院しましょう」と説明しておくのとでは、患者さんの受け入れが天と地ほど違います。

最初に、大まかな治療の流れを十分に理解してもらいます。

もう1つは病院を移ると言ったら、患者さんにとっては放り出されるような不安感がある。そこで、「きちんと連携をしていますよ」「術後の状態もわれわれも責任をもって経過を追います」「しかるべき信頼できる先生がいる所に紹介しますよ」というふうに説明し、放り出されるという不安感を払拭しています。逆に、これらを理解していただければ、かなりアクセプトはいいと実感しています。

木村：脳卒中に関しても大体そういう感じがありますね。回復期のリハビリ病院に転院していただく場合にも最初にそういう話をしていると、次のステージはリハビリだということで喜んで転院される。

平中：医師会が中心であるのは、説明するうえで非常に有り難い。医師会がバックについているということで、「地域ぐるみでフォローしますよ」と説明がし易い。

金子：糖尿病のパスでも、「かかりつけ医と病院と一緒に診させてもらいます」「医師会がバックアップしています」などをお話すると、スムーズにご承諾いただけています。また、逆紹介を拒まれる患者さんの場合は、事務方でなくて医者と患者さんが一緒に病院を探します。というのは、糖尿病の場合に相性の悪い先生をご紹介してしまったら、治療中断の原因になるからです。説明するときも「一緒に診させてもらいますよ。あちらの先生の所で診ていただいている悪くなれば、私どもの病院が責任を持って診ますから」とお話しして、気持ち良くかかりつけの先生の方に戻っていただくようにしています。

糖尿病のパス

●糖尿病の地域連携パスの問題点

梶本：金子先生、引き続き糖尿病のパス

のご説明をお願いします。

金子：糖尿病は他のパスと異なり循環型です。開業医の先生の所と病院側を行き来するというイメージです。

まずは、糖尿病の専門外の先生も参加できるパスを作ることに留意しました。実は、糖尿病学会の診療マニュアルには、「血糖がこれぐらいだったらこちらに病院の方に返してください」とか「これぐらいの血糖の方が来られたら、病院の方にご紹介ください」とか「これぐらいの数値の方が来られたら、まずこの薬を使ってください」というのがあります。それを各診療所にお渡しして、それに基づいて治療できるように具体的に作成しました。ただそれで欲張りすぎたのか、なかなか情報提供書の方が書きにくく、診療所の先生から病院の方にご紹介いただく数がまだ伸び悩んでいるのが現状です。現在、パス小委員会を1ヵ月に1回開催して改訂している段階です。

また、連携パスを導入していない病院も多くあります。病院側への普及をどうしていくかが問題です。連携パスを利用することで、簡単に糖尿病手帳を利用することで、紹介状を書くことなく紹介できるメリットをもっとアピールしていきたいと思います。保険点数の算定されていないのも、伸び悩みの1つの原因かもしれません。もし保険点数の算定ができれば、多分診療所の先生はどんどん採用してくださると思うので期待しています。

甲斐：保険点数の算定は、今年4月の改定では盛り込まれていないのですよ。初めあるかと思ったけど。去年の9月ぐらいまでは厚労省の方から糖尿病を入れるような考えがあり、資料の提供を要請されていたが、途中で脳卒中の方が優先になった。

金子：将来的にはいかがですか。

甲斐：いずれ保険点数は算定されます。

●眼科医との連携

甲斐：高槻の糖尿病のパスの特徴の1つとしては、病院と診療所の内科医と眼科医との3者のパス・ネットワークです。

金子：そうですね。

甲斐：金子先生にお聞きします。糖尿病にとって眼科との連携は非常に重要ですが、開業医の眼科の先生からの紹介は多いのですか。

金子：ずいぶん少ないですね。ただし網膜症の患者さんが初診で来られたら、糖尿病性網膜症だというのでご紹介いただく場合もありますが数は少ないです。網膜症が増悪したため開業医から高槻日赤の眼科を紹介され、そこからの院内紹介は多いですね。

●糖尿病の患者教育・栄養指導における連携パスの役割

甲斐：糖尿病治療で重要な患者教育についてお聞きします。診療所に通院中の患者さんも、病院の糖尿病教室に参加することを、連携パスに盛り込めますか。つまり、どこそこの病院でこの日に糖尿病教室を開催しますという情報が出た場合に、診療所から簡単に「あなた行きなさい」というふうなことができますか。

金子：すでに「言われたので来ました」という患者さんはおられます。しかし、巷にいる糖尿病患者数からいえば、まだまだ少ないですね。また、個別制の栄養指導も、主に病院でしかやっていませんので、個別の栄養指導も外部から利用していただくような窓口を作りました。

金子：食事の指導といっても、糖尿病はカロリーだけの指示だけではいけない場合があります。例えばタンパク制限などは、診療所の先生では指導法に戸惑いがあるのではと思います。そこで、食事の指示をこちらの病院に任せていただけたら良いのです。病院に食事指導だけを依頼することは申し訳ないと言ってくださる紹介状が多いので

すが、どんどん利用していただきたいと思
います。

中島：この問題は、糖尿病のパスを作ると
きにも出ました。診療所から病院の外来を
通さずに栄養指導に直接行くと病院で診療
点数が算定できないという問題でした。そ
の点はクリアできましたか。

金子：やはり、いったん病院の外来を通っ
てもらっています。一度診察をして、私ど
もから指示をするという形になります。

中島：外来を通すのを形式的にやってもら
える病院と、糖尿病担当医が十分に診察し
ないと栄養指導の方に回らない病院がある
と、診療所の先生方は戸惑いますね。

金子：当院では形式といっても、やっぱり
簡単な診察をしています。尿にタンパクが
漏れてないかとか、塩分制限が必要である
かとかをチェックする責任があります。そ
ういう意味でのいったん外来を通るとい
うのは必要ですし、保険点数の算定でも必要
です。

中島：やっぱりそれをしないとコスト算定
できないのですね。

金子：他に健康教室の中には医者
の指示なしで指導している病院もあ
りますので、そのような教室を利用
していただくのも1つの手かと思
います。

●血管症のスクリーニング

中島：腎性網膜症はチェックでき
ますが、冠動脈、循環器の方のスク
リーニングはいかがですか。

金子：やっています。

中島：どういう形でパスに組み入
れていますか。

金子：大血管症の精査もパスで書
いていただいたら、検査を行います。お
返しするときも、情報提供書にも小血
管症や大血管症があるとの記載をし
ています。大血管症の精査の仕方は
病院により異なります。トレッドミ
ルでやるところもありますし、高槻

日赤は心臓CTで評価いたします。

金子：糖尿病のような循環型のパス
を応用できるのが肝炎です。ウイルス
性の肝炎では普段は投薬を診療所の
先生にしてもらい、半年に1回ぐら
い病院に来て肝がんが発症してない
かを検査するというのに応用でき
ます。他には喘息も同じですね。

甲斐：肝炎のパスは岐阜の方では
やっています。

●モデルケースとしての糖尿病地域連携パス

木村：いずれにしても、現時点で
運営上の問題点を議論できるのはわ
れわれだけです。他の所はまだでき
てない。先ほど保険の算定が認め
られないという点では、脳卒中は
約5ヵ月前から保険の算定が開始
されました。そうすると当然4
月から査定が入りましたから、ど
んどん日本全国で行われている。
そういう意味では、糖尿病にしま
も心筋梗塞にしても、ある程度の
時間的な余裕があります。もし来
年認められたら17ヵ月前から取
り組んでいたことになります。

甲斐：糖尿病はあまりにも患者
数が多いから、金がかかると思っ
たんですが、厚労省も初めは乗り
気だったのですよ。糖尿病は、
きめの細かいマニュアルを作ら
ないとなかなか回っていかない
のではないですか、だから高槻
市での糖尿病の地域連携パスは、
モデルケースとして注目される
と思いますね。

木村：現状の問題点の1つひとつ
が、すごく重要な点になります。
将来、日本全国に導入されれば、
同じような問題点が出てくる
と思います。

脳卒中パスの立ち上げ時には、
いかに病院と病院の間の温度差
をなくすかが問題となりました。
参加に積極的でない病院が明
確に分かるのです。そのときは、
その病院をターゲットにして世
話人の先生に入ってくださいな
りして、参加してもらっていま

す。

例えば、回復リハ病院は、パス作成時に入っていませんでしたので、早急に世話人会に参加していただき、これが温度差をなくす一助になりました。

中島：各委員会は医師会が運営します。当然、多くの先生の意見をもらう方がいいのですが、委員数が多すぎると、いろんな意見が出すぎて話がまとまらない。その辺のバランスが難しい。

甲斐：大切なことのひとつとして、地域連携パスはシンプルであるべきだと中島先生がずっと主張されていた。私もこれに賛成で、シンプルにしたから実現できたと言える訳です。

中島：ただ疾患によっては糖尿病みたいになかなかシンプルにできない。いろんなことを想定した循環型のパスと一方性のパスは違うかなと思います。

ところで、狭心症、心筋梗塞のパスの方も循環型にした方が、診療所の医師には受け入れやすいかもしれないですね。

諏訪：狭心症や心筋梗塞には、6ヵ月後の再検査があります。その際には診療所から戻っていただくという、循環が発生しております。そういう意味で、再検査を1年、5年という間隔で繰り返していけば当然循環型という形になります。少し変えても、良いのかもしれないですね。

脳卒中の地域連携パス

●脳卒中パスの現状

梶本：それでは、木村先生、脳卒中パスに関して簡単にご説明ください。

木村：もし皆さんが脳卒中になった場合には、まず救急隊に運ばれて、急性期の病院、リハ、看護師、ケースワーカー、ケアマネージャー、保健師、介護福祉士とか、訪問看護ステーション、あらゆる人たちが関わる可能性が高い病気です。そういう人たち

が連携して情報を共有するには、地域連携パスのようなツールが絶対的に必要です。そのような背景から、今回パイロット的に脳卒中が保険算定に認められたのでしょうか。

5ヵ月間の運営で、高槻市の各疾患の発症率が初めて分かりました。脳卒中の登録が、高槻市民40万人あたりに1ヵ月で約100人あります。実際の発症率は、その1.5倍としても年間では2,000人弱ということになります。つまり、人口的の0.5%ぐらいの発症がある。大腿骨頸部骨折は月に10人ぐらいでしたよね。あの数値も誰も知りませんでした。そういう点でも、まず実態を把握するところから始まっていると思います。また、重症の方に導入率が高いことが分かりました。つまり、軽症例よりは回復期のリハビリを必要とするような方ですね。

●患者への説明の標準化

梶本：実際に脳外科でも脳卒中の連携パスを使わせていただいています。患者さんに対する説明が標準化されていない問題があります。説明の内容が、ドクターによって様々なのです。

木村：その点は、まだ不十分だと思います。患者さん用の説明用紙は、非常にシンプルに1枚にまとめるのがベストですね。その意味で心筋梗塞のパスの説明用紙はシンプルにできています。一番難しいのは糖尿病です、いずれにせよ、患者さんにとって、どんなメリットがあるのかというのを明確にしないといけない。

●スムーズな病診連携への方策

梶本：病院から回復期・リハビリ病院までの病診連携はうまく稼働しているようですね。しかし、今後は、そこから先の病診連携までスムーズにいくかが問題です。その点はいかがですか。

木村：リハビリ病院や診療所などの受け入れる側の意見をより吸収していくかという



角江 司氏・平中 崇文先生・諏訪 道博先生・金子至寿佳先生
梶本 宜永先生・木村 文治先生・甲斐 敏晴先生・中島 立博先生

ことが、今後スムーズに運営していくうえで重要な問題だと思います。

梶本：中島先生、委員会のメンバーは急性期の病院が中心ですが、今後は徐々に回復期の先生や診療所の先生も入っていただく方向でしょうか。

中島：回復期病院が少ないというハード面にもともと問題があります。今はまだ導入患者数が少ないからいいけれど、導入率が上がった場合に回復期病院が受け入れられない事態が起こる可能性がある。そこが今後の問題です。回復期の先生の意見もいろいろ聞いて。今後どういうふうにしていくかというのは今後の大きな課題だと思います。

梶本：脳卒中の患者さんで一番恐れていることは、2回目の脳卒中が起きないかということです。その意味で、「再発時には直に病院側に来て下さい」という、循環的パスの要素も必要ですね。

木村：脳卒中パスの中には、一方向性と双

方向性の両方の要素が入っていますよ。

●理学療法士、作業療法士、看護師、ソーシャルワーカーの役割

甲斐：高槻市は、理学療法士、作業療法士が全国でも最も多い地域の1つです。約250人います。ちなみに、滋賀県全体の250人と同じです。そして回復期から在宅への流れに必要なソーシャルワーカーがかなりいますし、退院前カンファレンスもどんどん進んできています。その辺は他の地域では見られないくらい充実しています。今年の4月に、回復期病院からは60%は在宅に行くように決まっています。ですから、いかに在宅にもっていくかが重要で、それを実現できるシステムが高槻ではでき上がっている。ただ1つの問題が、訪問看護師が少ないことです。

中島：患者サイドとしては、在宅へ行くと、病院でのリハビリに比べたら質が落ちてしまう。訪問看護師の数も少ないのも問題で

す。訪問看護ステーションの運営も、患者数をこなしてもメリットが得られないような制度になっています。厚労省は、どんどん患者さんを在宅へと言う反面、逆に訪問看護ステーションの方は締め付けがきつく、なかなか理学療法士などを増やせない。この辺は、かなり大きな問題です。

角江：甲斐先生がおっしゃったようにソーシャルワーカーが転院や退院調整に奔走していますが、なかなかスムーズにいかないケースが最近増えています。医大では、パスの導入によって必ずしも転院がスムーズ

にしている訳ではありませんね。

甲斐：大学は、いろんな複雑な病気があるし、難しいね。

●最後に

梶本：本日は、時間を超過してまで非常に活発な議論をしていただきまして、誠にありがとうございました。地域連携パスの現状と問題点、特に高槻方式の先進性が良く理解できました。今後も皆様のご尽力により高槻地域の医療レベルがますます向上することを期待しております。

病診連携アンケート結果報告

病診連携委員会 担当理事 中島立博、後藤研三
平成20年6月

この度は、病診連携アンケートにご協力を頂き誠にありがとうございました。
高槻は他地域に比し、病診連携が充実しているといわれておりますが、これは今まで病診連携向上にご尽力されてきた諸先生方並びに病院および診療所の会員の皆様のご貢献ご努力によるものと思っております。しかしながら地域医療体制は年々大きく変動しており、高槻の病診連携もさらに向上せねばなりません。現在の問題点を知り、今後の病診、病病連携の向上の資料にする目的でアンケートを実施させて頂きました。前回は平成11年に高槻市医師会員を対象に実施されましたが、今回（平成19年6月）は医師会員の先生をはじめ、非医師会員の勤務医の先生および大阪医科大学附属病院の先生にも参加していただきました。

アンケートの集計結果をすべてご報告するとともに、平成11年度分と比較できる項目および 大阪医科大学関連項目の内一部を巻頭に掲載いたしましたのでご一読いただければと存じます。

なお、皆様方へのご報告が遅くなりましたことをお詫び申し上げます。

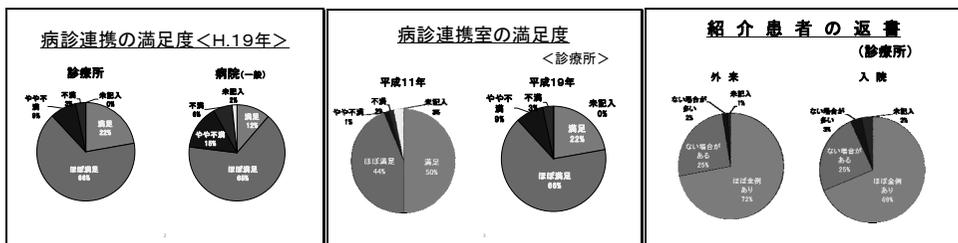
<調査対象および回答率>

- ・今回の回答率は、全体で約40%と低い結果でした。病医院医師の回答率が28%と診療所医師の約半分でした。H. 11年の回答率は全体で60%でしたが、回答率の低いB会員に対し再調査を行っています。2回のアンケートとも、病院勤務医（B会員）の率が低調でした。

対象	平成11年		平成19年	
	割合	回収	割合	回収
診療所医師	64%	153 回収	52%	117 回収
病院医師	56%	133 回収	28%	113 回収
大阪医大			—	(41 回収)
合計	69%	286 回収	37%	230 回収

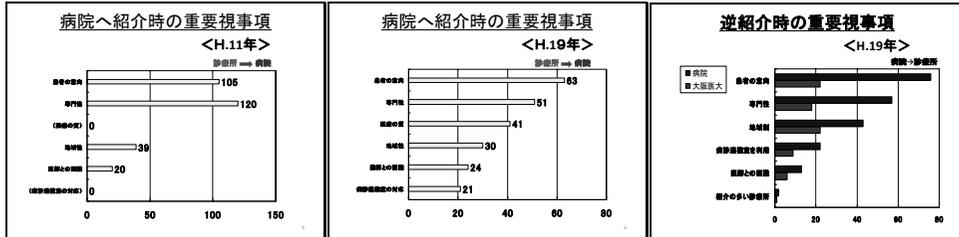
<病診連携および病診連携室の満足度>

- ・診療所の医師より病院医師のほうが、現在の病診連携に対し少し不満に思っている人が多いようです。
- ・H. 11年とH. 19年の病診連携室に対する満足度はどちらも高くほぼ同率ですが、病診連携の内容は多様化しており、現在の病診連携室が頑張っている数字と考えます。
- ・外来紹介、入院紹介とも、約3割の人が返書がない場合があると回答しています。



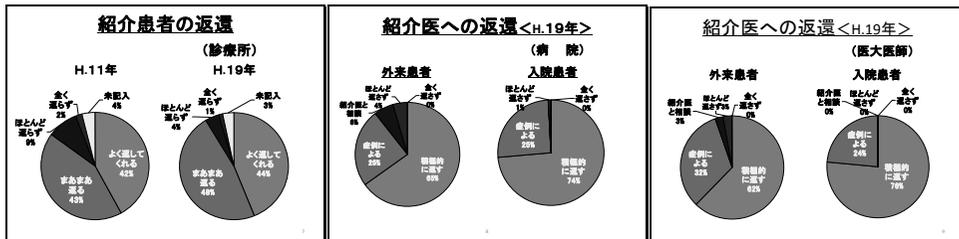
<紹介時の重要視事項>

- ・H. 11年、H. 19年ともに患者の意向と専門性が上位を占めていますが、今回の調査では、患者の意向が増加傾向にあり、患者が病院を選ぶ傾向がみられます。
- ・一般病院では、患者の意向が1位でしたが、医大では患者の意向、専門性、地域性がほぼ同数でした。



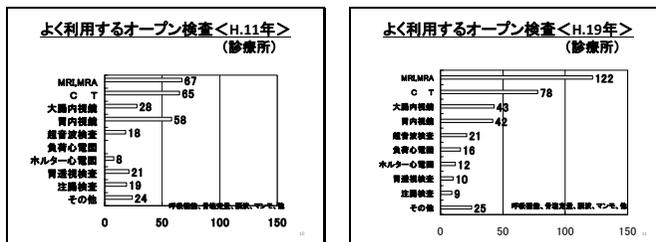
<紹介患者の返還>

- ・病院へ紹介した患者が、紹介医に戻るかどうかという質問です。H. 19年の方が返らないと回答されている先生が減少しており、改善傾向を認めます。
- ・一般病院の勤務医の先生の回答では、外来、入院患者とも約3割の先生が症例によって紹介医に返さない場合があると答えています。
- ・医大勤務医の先生の回答では、入院患者より外来患者で返さない場合があるとの回答が多い結果でした。
- ・一般病院、医大の先生とも返さない場合の理由は、紹介医の専門が異なる場合と回答されている先生が一番でした。



<オープン検査>

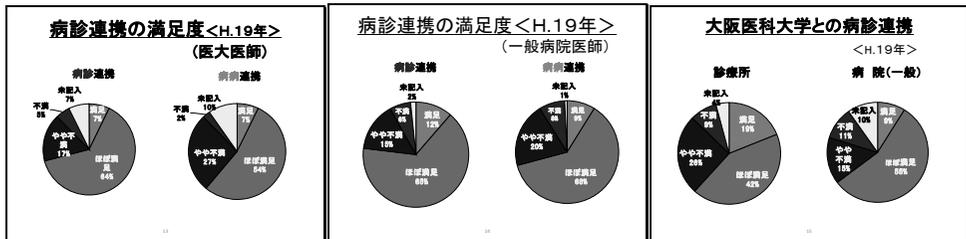
- ・H. 11年とH. 19年の比較では、胃内視鏡検査が減少し、大腸内視鏡がやや増加傾向でした。またMRI検査が増加しておりCT検査にとって代わる傾向を認めます。



【大阪医科大学附属病院関連質問】

<病診連携満足度>

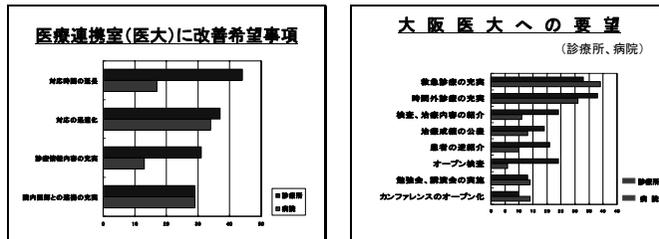
- ・大阪医大医師の病診連携満足度は、病診連携に関しては、一般病院医師の満足度とほぼ同等でしたが、病診連携に対してほぼ満足であると回答した人がやや少数でした。
- ・医大以外の約6割の医師が満足と回答していますが、診療所の医師に不満を持っている方がやや多い結果でした。



<改善希望事項>

- ・時間外、救急診療の充実に要望が多く、高槻全体においても救急体制に問題があると思われま

す。



おわりに

数多いアンケートにもかかわらず、ご回答を頂きました先生方にお礼を申し上げます。また今回は大阪医科大学医師会会長の河野公一教授のご配慮で大阪医科大学の先生にもご参加いただき、この貴重な資料を生かし今後の大阪医科大学との病診連携の向上に役立てたいと考えております。

紙面上で失礼と存じますが、ご尽力していただきました河野公一先生に深謝いたします。

平成19年度実施 病診連携アンケート (診療所)

< I 大阪医科大学病院との病診連携について > (他の質問項目は4ページ後に添付)

I-1) 現在の病診連携について

- (22) 満足 (5) ほぼ満足 (30) やや不満
(10) 不満 (5) 未記入

I-2) 病診連携で不満を感じる対象者は(複数可)

- (39) 医師 (5) 看護師 (0) 検査技師
(22) 医療連携室 (8) 事務職員 (59) 未記入

不満の内容は

- ・返事がこないことがある。 8
- ・連携室が早く閉まりすぎる。土曜日もない。 4
- ・受診および検査までに時間がかかる。 3
- ・連絡に時間がかかることが多い。 2
- ・医師と連絡がとれない。とりにくい。 2
- ・教育ができていない。 2
- ・システムをもっとシンプルにしてほしい。
- ・病診連携に対する知識が乏しい。
- ・経過の連絡がないので、重篤だから病院でみているのか、他の要因があるのかが不明。
- ・返書、連絡が遅れる。
- ・予約が上手く取れない事が時々ある。
- ・まれに返書がないことがある。
- ・入院依頼が難しい。
- ・高槻市内にある病院で唯一対応が悪いと感じる。
- ・逆紹介時に患者に口頭のみで紹介状がないことがある。
- ・学会等での医師の不在が不明。
- ・患者の病歴を話しても無関心。
- ・夜間の対応が全くできていない。
- ・緊急時入院不可能な場合がある(特に高齢者)。
- ・当日のすぐに行ける検査を行ってほしい。
- ・対応時間。
- ・総合内科の対応。単なる振り分け内科でなく、総合内科として患者を診察してほしい。
- ・敷居が高い。
- ・複数科にかかっている患者の場合、科間の横の連絡がほとんど取れていない。
- ・スムーズでない。
- ・期待した返書がない。
- ・予約マニュアルを統一してほしい(同じ条件の患者を予約しても毎回予約の仕方が異なる)。
- ・特に2内科の内視鏡検査が遅い。
- ・患者を開業医に戻さない医師がいる。
- ・診療所の診察時間に合わせて病診連携室も対応してほしい。

I-3) 大阪医大に患者を紹介時は医療連携室を通していますか

- (68) ほぼ全例通す (38) 通さない場合がある
(6) ほとんど通さない (6) 未記入

I-4) 医療連携室を通さない理由を書いてください

- ・連携室が開いていない時。 7
- ・直接医師に連絡するため。 4
- ・緊急を要する場合。 4
- ・患者の受診日が不明のため。 3
- ・対応が遅いため。 2
- ・当日診察を希望する場合。
- ・内容がよくわからない(案内がない)。

- ・医大は医師教育の場であり一般の病院とは異なると考えている。
- ・通常診療で十分な時。
- ・患者の希望ですぐの受診を希望された時。
- ・夜間の場合。
- ・直接医師に内容を伝えたい時。
- ・面倒くさい。
- ・予約が取れない日の場合。
- ・当院事務員の仕事量増大となるため。(TELとFAXが複数回必要)
- ・入院の場合二度手間て病棟担当医に直接開く方が早いから。
- ・入院は医師へ直接相談するため。

I-5) 大阪医大は他病院と比べ病診連携し易いですか

- (20) し易い (51) し難い (34) 他病院と同等
(12) 未記入

I-6) 診療連携室について改善してほしいことは(複数可)

- (44) 対応時間の延長 (37) 対応の迅速化
(31) 情報提供内容の充実
(29) 大学病院内医師との連携の充実 (26) 未記入
(1) その他

I-7) 大阪医大にしてもらいたいことは(複数可)

- (24) オープン検査 (10) カンファレンスのオープン化
(19) 治療成績の公表 (24) 検査、治療内容の紹介
(21) 患者の逆紹介 (11) 勉強会、講演会の実施
(38) 時間外診療の充実 (33) 救急診療の充実
(3) その他 (33) 未記入

その他

- ・あまり期待できないと感じる。独立して運営し、他の近代的運営が可能な法人に任せられては如何かと思う。
- ・専門治療の高度化
- ・各科の診療の特色、新しい治療などを紹介してほしい。
- ・事務員の改善。
- ・返書を必ず出してほしい。

I-8) 大阪医大との病診連携に関しご意見をお書きください

- ・一般病院と同等にはできない。病診連携に対する担当医の知識の欠如、勉強不足。
- ・症例数は多いのだが、治療成績があまり見えてこない。
- ・学会等出張日がなかなか把握しにくい。
- ・大学附属病院であり、一般の病院と同様に考えていないが、紹介した場合はできるだけ速やかな返答をしてほしい。
- ・患者、医師ともに人間であり、きめ細かく対応できる人材を育てる事が大事である。
- ・大変満足している。
- ・各科をもっとアピールしてほしい。
- ・最近はかなり病診連携力を入れていると思う。
- ・在宅療養患者の逆紹介の場合、依頼時期が遅い。
- ・最近連携が改善されている印象である。
- ・若い医師、学生に病診連携の重要性を教育してほしい。
- ・CT、MR検査に1ヶ月以上かかる。
- ・病状で紹介医のもとに返せない場合が多い事は承知しているが、後学のため、最終的な診断を教えてください。
- ・糖尿病患者が検査入院後戻らなかつたことがあった。よほどのことがない限り糖尿病患者は送らないようにしている。
- ・大学内の医師間の連絡が皆無に等しい。
- ・診療所と医大との連携よりも病院と医大との連携が重要では。診療所と病院との連携は良好と思う。
- ・返事が紹介時のみで、結果がわからない。
- ・問題点はあるが概ね満足している。

平成19年度実施 病診連携アンケート

(病院医師)

< J 大阪医大との病診連携について >

(他の質問項目は6ページ後に添付)

J-1) 大阪医大との病診連携について

- (10) 満足 (63) ほぼ満足 (17) やや不満
(12) 不満 (11) 未記入

J-2) 病診連携で不満を感じる対象者は (複数可)

- (21) 医師 (3) 看護師 (2) 検査技師
(9) 医療連携室 (8) 事務職員

不満の内容は

- 紹介状の返事が来ない場合がある。4 (医師)
- 主治医と連絡がとりにくい。とれない。 2 (医師)
- なかなか腰を上げてくれない。お願いしても色々理由をつけて断られることがあった。(医師)
- 他科の疾患がある時、それについて情報提供がない、又は内容が少ないうちがある。(医師)
- 病診と密に連携してほしい。(医師)
- 対応が事務的。親切に対応してもらいたい。(医師)
- 医大がわかりつけ医に夜間などは簡単にふってくる。(医師)
- 積極的に受け入れてくれない。(医師)
- 急性期病院としての意識が低い。(医師)
- アポイントがとりにくい。(医師)
- 返事が遅い。 2 (医師) (連携室)
- 講師の先生に紹介したのに手術の出来ない助手の先生にまわされた。(連携室)
- 医師側との連携が不足。(連携室)
- 対応が悪い。 2 (連携室) (職員) (看護師)
- 患者(救急)の受入が悪い。 3 (医師) (連携室) (職員)
- 検査に時間がわかり、それでまた症状が悪化する。(看護師) (検査技師)
- 第3次医療機関の職員としての医療面での教育不足、指導不足。(職員)
- 担当医になかなか電話をつないでもらえない。(職員)
- 事務レベルで断られることがある。(職員)
- 搬送時にかなり待たされる。(全)
- 時間外の紹介がスムーズに行きにくい時がある(高槻病院と比較して)。(全)
- 最優先で対応してほしい。(全)
- 十分な説明を(患者さん)にしてほしい。(全)
- 緩和ケアの対象患者でご本人や家族に説明済みなのに一般科に送ってくることがある。(全)
- 放射線科以外の科は逆紹介したときに経過報告というかその後どうなったかの連絡が一切ない。末期がんでも化学療法するの聞いた(患者から転院前)にどうなったのか。(全)

J-3) 大阪医大に患者を紹介時は医療連携室を通していますか

- (73) ほぼ全例通す (17) 通さない場合がある
(7) ほとんど通さない (16) 未記入

J-4) 医療連携室を通さない理由を書いてください

- 医師に直接連絡がとれるため。 3
- 救急患者(心筋梗塞など)の場合。 2
- 婦人科の連携システムがあるため。
- 医師の意見をうかがいたいことがあるため。
- 予約が遅くなる。
- 連携室を通して医師に病状説明が伝わらない。
- 医師との連携が悪い。
- 対応が悪いから。
- 直接、診療外来に連絡した方が迅速かつ確実なため。
- 5時を過ぎると連絡がとれないので対面医師と交渉している。
- 時間外が多い。
- 放射線治療の依頼が通さないことになっているから(事務の問題らしい)。
- 専門科としての面識のある医師に相談する。
- 知り合い(医師)が多いから。
- 主治医が決まっている場合。
- 患者の希望。

J-5) 大阪医大は他病院と比べ病診連携し易いですか

- (33) し易い (21) し難い (44) 他病院と同等
(15) 未記入

J-6) 医療連携室について改善してほしいことは (複数可)

- (17) 対応時間の延長 (34) 対応の迅速化
(13) 情報提供内容の充実
(29) 大学病院内医師との連携の充実 (43) 未記入

J-7) 大阪医大にしてもらいたいことは (複数可)

- (6) オープン検査 (14) カンファレンスのオープン化
(13) 治療成績の公表 (11) 検査、治療内容の紹介
(10) 患者の逆紹介 (14) 勉強会、講演会の実施
(31) 時間外診療の充実 (39) 救急診療の充実
(2) その他 (39) 未記入

J-8) 大阪医大との病診連携に関しご意見をお書きください

- 現在満足している。 3
- 大阪医大で受診歴のある時間外救急患者様はなるべく診察していただくと有難い。
- 精神科の患者さんを受け入れてほしい。
- 心の通った医療、対応を期待します。
- 病院の方針と各勤務医の考え方に少しずれがある。
- 病診連携、病診連携に関してはこの北摂地区では最低である。今までの大学病院の対応ではやっていけない時代である。もっと勉強が必要。
- 地域の基幹病院との体勢を。整備してほしい。
- 専門性をいかした治療。
- 時間外診療(耳鼻科、眼科、精神科など)。
- 協力の努力を評価します。

平成19年度実施 病診連携アンケート (大阪医大附属病院勤務医師)

< A 一般質問 >

A-1) あなたは

- (21) A会員 (14) B会員 (2) 非会員
(4) 未記入

A-2) あなたの病院は開放型病院ですか

- (3) はい (33) いいえ (5) 未記入

A-3) あなたの病院はオープン検査をしていますか

- (6) はい (28) いいえ (7) 未記入

A-4) あなたの年齢は

- (2) 20～29歳 (10) 30～39歳 (16) 40～49歳
(7) 50～59歳 (2) 60～69歳 (0) 70歳以上
(4) 未記入

A-5) 病診連携に関心を持ち、連携の向上を意識していますか

- (31) 意識している (3) あまり意識していない
(4) 全く意識していない (3) 未記入

A-6) 高槻市医師会活動に参加していますか

- (7) よく参加している (21) あまり参加していない
(8) 全くしていない (5) 未記入

< B 現在の病診、病病連携について >

B-1) 現在の病診連携は

- (3) 満足 (26) ほぼ満足 (7) やや不満
(2) 不満 (3) 未記入

B-2) 現在の病病連携は

- (3) 満足 (22) ほぼ満足 (11) やや不満
(1) 不満 (4) 未記入

B-3) 現在の病診、病病連携で不満点や改善点はどのようなことがありますか

- ・夜間、時間外での対応。
- ・当院外来患者さんのスムーズな逆紹介が出来ていない。
- ・大学病院への比重が大きいです。大学外来の軽量化。
- ・逆紹介するためのマップ作り。
- ・転院時に時間がかかる。
- ・病診については受付や逆紹介をさらにスムーズにできればよい。
- ・病院はあまり連携できていないと思えない。
- ・インターネットを通じて即時に返信、対話が可能となればよい。(個人情報保護等の問題はあるが)。
- ・医師同士のつながりがむしろ薄くなってきている。
- ・専門外来に当該でない患者が送られてくることある。またその逆もあり患者からクレームが多い。

B-4) あなたの病院の病診連携室の内容には

- (6) 満足 (23) ほぼ満足 (7) やや不満
(2) 不満 (3) 未記入

改善点をもちの方はお書きください

- ・夜間、時間外での対応。
- ・もう少しマメに連絡をとりたい。
- ・転院先病院をもっと迅速に探してほしい。

- ・症例の重傷度(緊急度)を判断する能力がない。
- ・外来が終了していないのに病診連携室の人が帰ってしまうのは本当に困る。
- ・夜診からの大学への紹介には病診連携室の人がいないので困る。

< C 紹介医の診療情報提供書について >

C-1) 紹介医(かかりつけ医)の診療情報内容に

- (4) 満足 (23) ほぼ満足
(10) やや不満 (0) 不満 (4) 未記入

C-2) 診療情報内容の不満点は(複数可)

- (14) 読みにくい (11) 簡単すぎる
(7) 依頼内容が不明瞭 (5) 投薬情報の不備
(2) 検査データがない (4) ムンテラがない
(4) 診療科が適切でない
(2) その他(ムンテラが多すぎる、読みにくい)
(15) 未記入

< D 紹介外来患者について >

D-1) 紹介患者に対するの優遇をどう思いますか

- a) (18) 然るべき (8) 必要ない (4) わからない
(11) 未記入
b) (19) 現在優遇配慮あり (8) 現在優遇配慮なし
(14) 未記入

D-2) 優遇を行っている方に、その優遇内容は(複数可)

- (8) 専用受付等の事務の優遇 (18) 待ち時間の短縮
(1) 検査の優先 (1) 入院時期の優先
(1) その他 (16) 未記入

D-3) 紹介外来患者の返書について

- a) (30) 全例返す (5) ほとんど返す
(1) 返さないことが多い (0) 返さない
(1) 事務的連絡のみ (4) 未記入
b) (29) 同日に返す (4) 2～3日で返す
(1) 7日以内に返す (3) 7日以上
(4) 未記入

D-4) 紹介患者を転院させる場合紹介医(かかりつけ医)に返されますか

- (23) 積極的に返す (1) ほとんど返さない
(0) 全く返さない (12) 症例による
(1) 紹介医と相談のうえ (4) 未記入

D-5) 外来患者を紹介医(かかりつけ医)に返さない(戻しにくい)理由は

- ・患者の希望 4
- ・紹介医がその疾患の専門でない場合

< E 紹介入院患者について >

E-1) 入院時点で紹介医(かかりつけ医)に報告されますか

- (28) 報告する (7) 報告しない (6) 未記入

E-2) 入院時点での報告は(E-1で報告する方)

- (4) 事務連絡 (24) 主治医報告 (0) その他

E-3) 患者が入院された場合、中間報告は

- (4) 全例報告する (4) ほぼ全例報告する
- (1) 約半数はする (11) ほとんど報告しない
- (5) 報告しない (10) 症例により報告する
- (6) 未記入

E-4) 退院時は患者を紹介医(かかりつけ医)に返されますか

- (26) 積極的に返す (0) ほとんど返さない
- (8) 症例により他院の場合がある (7) 未記入

E-5) 入院患者を紹介医に返さない(他院紹介)場合の理由を書いてください

- ・患者の希望
- ・紹介医がその疾患の専門でない場合

E-6) 退院時報告について

- a) (25) 全例報告 (10) 報告しない場合がある
- (0) ほとんど報告しない (6) 未記入
- b) (20) 全例する (12) 報告しない場合がある
- (1) 報告しない (8) 未記入

< F 逆紹介について >

F-1) 患者を逆紹介時紹介医の選択で重要視するのは(上位2つ)

- (6) 医師との面識 (21) 地域性 (18) 専門性
- (22) 患者の意向 (0) ハンドブック
- (1) 紹介の多い診療所 (9) 病診連携を活用
- (1) その他(患者の自宅から近いこと) (4) 未記入

F-2) 逆紹介される疾患で多いのは

- ・脳梗塞 2
- ・糖尿病 2
- ・外傷の処置
- ・消化器疾患 2
- ・高血圧 2
- ・肝疾患
- ・整形外科疾患
- ・高脂血症
- ・心房細動
- ・冠動脈形成術後
- ・緩和ケア
- ・子宮筋腫
- ・癌の再発症例
- ・糖尿病
- ・胃がん
- ・大腸がん
- ・循環器疾患
- ・摂食障害
- ・緑内障の安定している患者
- ・糖尿病網膜症
- ・白内障術後
- ・喘息
- ・アトピー性皮膚炎
- ・うつ病
- ・骨折
- ・捻挫
- ・慢性腎疾患
- ・肺炎

F-3) 逆紹介で困る疾患は

- ・精神疾患 2
- ・肺炎
- ・癌末期
- ・専門外の疾患

< G 共同診療について >

開放型病院の先生はお答えください

G-1) 共同診療の経験は

- (4) ある (3) ない (34) 未記入

G-2) 診療所の医師との意見交換は

- (7) 必要 (0) 不必要 (0) わからない
- (34) 未記入

G-3) 共同診療をどのように受け止めていますか(複数可)

- (4) 患者にとって良い (1) 医師との交流の点でよい
- (1) 意味がない (2) 煩わしい
- (1) 煩わしいが仕方がない (1) 診療の妨げ

- (0) 退院させやすい (2) 利用が少ない
- (0) よく利用されている (0) その他 (34) 未記入

< H オープン検査について >

オープン検査をしている病院の先生はお答えください

H-1) オープン検査は

- (0) よく利用されている (0) あまり利用されていない
- (3) わからない (38) 未記入

H-2) 検査報告書を書く際、紹介医の紹介情報内容は

- (0) 満足 (1) ほぼ満足 (1) やや不満
- (0) 不満 (39) 未記入

H-3) 紹介情報で不足な点は(複数可)

- (1) 現病歴 (0) 検査データ (0) 検査対象部位
- (0) 既往歴 (1) 投薬内容

H-4) オープン検査について意見があれば記入してください

回答なし

< I クリティカルパス(クリニカルパス)について >

I-1) クリティカルパスをご存知ですか

- (36) 知っている (0) 知らない (5) 未記入

I-2) あなたの病院で部内クリニカルパスを利用していますか

- (30) 利用している (5) 利用していない (6) 未記入

I-3) 利用されている方に、対象疾患は

- ・大腸がん 3
- ・肺がん 3
- ・胃がん 2
- ・気管支鏡検査 2
- ・急性心臓病 2
- ・狭心症等カテーテル
- ・口蓋裂
- ・顔面骨折
- ・狭心症
- ・良性疾患
- ・化学療法
- ・正常分娩
- ・前立腺がん
- ・脳腫瘍
- ・気胸
- ・H I C
- ・E C T
- ・胆石症
- ・冠動脈バイパス手術
- ・ペースメーカー手術
- ・弁膜疾患手術
- ・乳癌
- ・手掌多汗症
- ・白内障 2
- ・網膜硝子体
- ・角膜移植
- ・網膜疾患
- ・緑内障
- ・膠原病
- ・小手術
- ・検査

I-4) 高槻市医師会主導で、高槻市・島本町に共通した地域連携クリティカルパス作成を脳卒中、急性心筋梗塞、大腿骨頸部骨折、糖尿病の4疾患で進めています。急性期病院から在宅に至る病病、病診連携を想定しています。利用していただけますか。

- (18) 利用する (3) 利用しない (13) わからない
- (7) 未記入

I-5) 利用しないと答えられた方に、その理由は

- ・当科では取り扱わない
- ・大学専門外来では使用する機会がないため。(他の病院ではぜひ利用したいと思う内容である)

I-6) クリティカルパス対象疾患は上記の4疾患以外どの疾患を希望されますか

- ・褥瘡

平成19年度実施 病診連携アンケート (診療係) 117回収(回収率52%)

< A 一般質問 >

- A-1** あなたは高槻市医師会の
(1) 1) A 委員 (6) B 会員
A-2 年齢は
(0) 20~29歳 (1) 30~39歳 (19) 40~49歳
(2) 50~59歳 (2) 3) 60~69歳 (2) 6) 70歳以上
A-3 高槻市医師会に所属されている(複数可)
(5) 1) よく参加している (5) 8) あまり参加していない
(7) 全くしていない (1) 未記入

< B 病診連携について >

- B-1** 現在の病診連携に満足している
(2) 6) 満足 (7) ほぼ満足 (10) やや不満 (4) 不満
B-2 病診連携で不満を感じる対象者は(複数可)
(2) 5) 医師 (4) 看護師 (1) 4) 病診連携係
(1) 5) 事務員 (0) 検査技師 (7) 3) 未記入
B-3 病診連携室(病院により名称異なる)の対応時間について、何時まで対応してほしいですか
(0) 1) 6時まで (8) 1) 7時まで (1) 1) 8時まで
(1) 9) 19時まで (4) 0) 2) 0時まで (9) 2) 1時まで
(2) 0) 2) 4時間対応 (1) 3) その他 (9) 未記入

B-4 病診連携室に要望されること

- 迅速な対応。3
- 経路(診療も含めて)の連絡が不十分。2
- 検査返信や、返書FAXなどで出来る限り早くしてほしい。2
- 大阪医大は20時まで対応してほしい。
- 検査結果並びに検査報告の確実な実行の支援。
- 診察報告の返書の早期対応に努力してほしい。
- 土日も対応してもらえると有難い。
- 以前に比べると改善されているが、精神科での病診連携は不十分。
- 経路確保や有難い連絡をお願いしたい。
- 意思統一(病院長、各担当医師、連携機関職員)。
- 現状に満足している。
- 対応時間が長い方が有難い。(なかなか難しいとは思いますが)
- 連携室の方がその病院の機構をよく知っていること。
- 逆紹介していた時に患者さんが「病院から見放された」という感じを受けないようにしてほしい。
- スピードと誠実さ(病診連携室は病院の顔です。もしかすると医師より大事かもしれない)。
- 病院によっては連携室に役者が常駐されていない場合があり、時間がかかることがあります。
- 24時間対応、無理と思うが、当直看護師が代行するなど対応してほしい。
- 職員の対応レベルの標準化。
- 確実な受入。
- 受診終了時間が決まっているなら、時間外受付がどこなのか、当直医なのか事務当直なのかはっきりさせておくこと。
- 診療係がオープンしている時間は病診連携室も開いているべきである。現在は病診連携室の都合しか考えられていないように、診療係は低く見られている感がある。

< C 患者紹介について >

- C-1** 患者紹介の理由(病診または診療所滞留で重要視することは上位2つにのみ)
(2) 4) 医師との連携
(3) 0) 地域性
(6) 3) 患者の意向
(5) 1) 専門性
(2) 1) 病診または診療所の対応
(0) 1) ハンドブック
(4) 1) 医師の質
(1) 未記入
C-2 紹介先に関する診療科を挙げてください
(1) 精神神経科 14
(2) 産婦人科 8
(3) 心療内科 5
(4) 耳鼻咽喉科 (往診含む) 5

(4) 未記入

- d** 入院紹介患者の返書時期は(複数可)
(7) 2) 適切にある
(1) 7) 遅いことが多い
(2) 1) 遅くて不満
(1) 2) 病院間で差が無い
(3) 1) 病院間で差が大きい
(3) 未記入
e 入院時連絡は
(1) 0) 7) 必要
(7) 不要
(3) 未記入
f 中間報告は
(1) 9) 必要
(8) 6) 事例により必要
(1) 0) 不要
(2) 未記入
g 退院時報告の時期は
(8) 4) 適切
(2) 5) やや遅い
(4) 1) 遅い
(4) 未記入
h 退院時報告内容は
(6) 6) ほぼ満足
(1) 5) やや不満
(2) 未記入
(3) 未記入

B-3 紹介した患者を紹介医(かかりつけ医)に

- (5) 1) よく返してくれる
(5) 5) まあまあ返してくれる
(5) 1) ほとんど返してくれない
(1) 1) まったく返してくれない
(4) 未記入
(3) その他 (1)

B-4 その他、病院の対応について感じられること

- 院内で他科へ回れると返事が返ってこない。3
- 医師(病院)により差がある。3
- 概ね病院は頑張っておられるように感じる。
- 特に大学特定の医師に紹介しないでくれと言う。
- 経路の連絡がないので、重篤から病院までいるのが、他の要因があるのか不明。
- 大阪医大の救急対応医師の態度は非常に悪いと感じる。
- 多くの診療所は夜7時~8時まで開いているので、その時間くらいまでは対応してほしい。医大など5時までという所もある。また土日も対応してほしい。
- 病気によっては患者がかかりつけ医に帰ってこないのもやむを得ないと思う。また、患者の希望のため、帰ってこない例も割合ある。
- 病診連携係は医師でもないのに対応が悪すぎる。
- 初期は病診連携係が良い。
- 病院により差が大きい、返事はしてほしい。病院は努力してほしい。
- 橋本末期はどこも病院も早期に帰してくる。とりたがらない。特に大きい病院程その傾向が顕著。もう末期から帰れといわれた患者もいる。先細院医に見放された末期がん患者が帰るのは開業医が宗教にかないのか?
- 返書内容を平易に。
- 大学病院の場合、科と医師により差が非常に大きい。
- 高槻病院(特に内、病門外)はたまに返事がない。医大はしっかり対応してくれる。
- 退院時に処方箋がないことが多い。
- 検査説明が不明な病院がある。
- 血圧データを揃ってほしい。
- 患者や診断不明の患者を紹介した場合、診断がついた時点で中間報告をしてほしい。
- いつも親切に対応してもらい感謝している。
- 個人開業医でも可能な患者は返してもらった方が本人にとってもよい。
- 以前は初診時の返書のなかったが、最近では中間報告などもくれるようになり、改善されようと思う。

< E 開放型病院との連携 >

- 小児科 3
- 整形外科 3 (特に大学は専門的に分けすぎているのではないかと)
- 神経内科 3
- 口腔外科 2
- 内科 2
- 眼科 (検診) 2
- 呼吸器科 2
- 循環器科 2
- 大阪医大の全ての科
- 小児外科・皮膚科・脳外科・泌尿器科・血液内科・甲状腺外科・腎臓内科
- 消化器外科・消化器出血・整形外科のりハビリ

E-1 病院で患者を紹介される開放型病院の連携を満ちていますか

- (6) 3) すべて病診連携係りを通す
(5) 1) 病診連携係りを通さない場合あり
(2) 病診連携係りを通さない

E-2 病診連携係りを通さない場合

- (4) 4) 紹介状のみ
(7) 直接医師に頼む
(2) その他
(4) 未記入

< D 患者を紹介した病院の対応について >

D-1 病院の紹介患者に対する後援(待ち時間の短縮など)は

- (6) 8) 熱心すぎ
(3) 7) 満足
(4) 1) 要求すぎでない
(6) 未記入

D-2 D-1で熱心すぎにのみされた方に、紹介患者に対する病院の後援に満足ですか

- (3) 7) 満足
(1) 7) やや不満
(2) 未記入
(1) 3) わからない

D-3 D-1で熱心すぎにのみされた方に、後援はどんなことを希望しますか

- (6) 8) 熱心すぎ
(3) 7) 満足
(4) 1) 要求すぎでない
(6) 未記入
D-4 病診連携係りを通さない場合
(1) 7) やや不満
(2) 未記入
(1) 3) わからない
D-5 紹介した患者を紹介する見込みがあり、全てに対応できない可能性がある。救急受付。
・入院希望の際の対応がらぐはるな時がある。
・先にカルテを作ってもらえるだけでも患者さんが喜ばれる。
・可能な限り時間を守ってほしい。
・患者への親切な対応。
・患者が出来るだけ納得する疾患の説明。
・患者の意向。
・患者に合った対応してほしい。

D-6 返書について

- a) 外来紹介患者の返書は
(8) 5) ほぼ全例あり
(3) 0) ない場合がある
(2) ない場合が多い
(1) 未記入
b) 外来紹介患者の返書時期は(複数可)
(8) 2) 適切にある
(1) 6) 遅いことが多い
(1) 遅くて不満
(1) 4) 病院間で差が無い
(3) 9) 病院間で差が大きい
(3) 未記入
c) 入院患者の返書は
(8) 1) ほぼ全例あり
(2) 9) ない場合がある
(4) ない場合が多い

E-1 開放型病院の登録医です

- (1) 0) 5) はい (9) 1) いいえ (3) 未記入

E-2 いくつもの病院の登録医です

- (6) 1) 1病院 (1) 9) 2病院 (8) 1) 3病院以上 (1) 1) 未記入

E-3 どの病院の登録医ですか(複数可)

- (9) 2) 高槻病院
(7) 8) 高槻赤十字病院
(6) 6) 第一共和会病院
(7) 0) 北摂総合病院
(5) 8) みどりヶ丘病院
(9) 未記入
(8) 1) その他
E-4 共同診療の経験は
(6) 1) ある (5) 0) ない (6) 未記入

E-5 共同診療で主治医とのコンプライアンス

- (5) 0) 良い (1) 6) やや不満 (2) 未記入 (4) 9) 未記入

E-6 病診連携室の対応は

- (9) 5) 良い (6) 3) やや不満 (1) 未記入 (1) 6) 未記入

E-7 開放型病院への要望や意見をお書きください

- 病院により異なるが、患者への開放型協働診療の賛同承諾の仕方が不明。
- あまり厳格に解釈するより、むしろ病院の医師を中心として考え、紹介医は後として意見交換するのがよい。幅が広くして荷重が軽くなる。
- 病院に行っても医師が対応してくれることはほとんどない、仕方ないと思うが、検査や経過のこまめな報告がほしい。
- 結果を確保してほしい(高槻病院)。
- 検査後診察の手続きし、必要があれば更なる検査をお願いしているにもかかわらず、必要な検査が全く予約されておらず説明もなかった事例あり。事前に患者に説明していた内容と異なり苦労した。
- 協働診療について病院の説明不足で患者のコンセンサスが得られていない事が多く、点数がとれない、システムがうまく回らない。
- 主治医のコメント(特に診断)をはっきり説明してほしい。
- 退院時の報告は一週間以内にしてほしい。患者を早く開業医へもしてほしい(退院時の状態がわからないため)

< F オープン検査について >

- F-1** 持ち目録は
(7) 6) 1) ほぼ満足 (5) やや不満 (1) 未記入 (2) 未記入

F-2 持ち目録は何日まで検査範囲ですか

- (1) 1) 1日くらいまで
(1) 2) 2日くらいまで
(1) 3) 3日くらいまで
(1) 4) 4日くらいまで
(8) 5) 5日くらいまで
(1) 6) 6日くらいまで
(4) 0) 7日くらいまで
(1) 4) 10日くらいまで
(1) 1) 14日くらいまで
(2) 0) 20日くらいまで
(3) 4) 未記入

F-3 よく利用するオープン検査は(複数可、0を付けてください)

- (7) 8) CT
(8) 4) MRI
(3) 8) MRA
(2) 1) 超音波検査
(4) 2) 胃内鏡
(4) 2) 大腸内視鏡
(1) 0) 胃透視
(0) 9) 注腸
(1) 6) 負荷心電図
(1) 2) ホルター心電図
(6) 6) 骨密度量
(6) 6) 脳波
(7) 7) 呼吸機能
(6) 6) マンモグラフィ

- (0) サーマグラフィ
- (2) 未記入
- 4- 検査結果報告の返信日数
 - (8) 満足 (1) 4) 少し不満 (0) 不満 (2) 2) 未記入
- 5- 検査結果報告内容
 - (8) 満足 (1) 3) 少し不満 (0) 不満 (2) 1) 未記入
- 6- オープン検査について要望等を教えてください
 - 満足していただくための改善方法をアドバイスしています。
 - 結果の返事が早い。データが来ないことがある。 2
 - 返書をもっと早くほしい。
 - 案内は早すぎない。
 - 報告内容が専門的、略語で返送されることが多くあり、こちらには意味不明なことがある
 - 「異常なし」だけで説明や画像は何もないことがある。
 - 現状どおりでよい。
 - 診断も併せてお願いしているが、画像のみが返ってくる場合がかなりある。
 - どの病院が何をオープンに検査しているのか不明。
 - フォローアップの時期も診察にまわさなくても教えてもらえると助かる。
 - よく対応してもらっている。

- <6 クリティカルパス(クリニカルパス)について>
 - 1- クリティカルパスをコピーで可か
 - (7) 9) 知っている (3) 3) 知らない (5) 未記入
 - 2- 高槻市医師会主導で、高槻市、島本町に共通した地域連携クリティカルパス作成
 - 脳卒中、急性心筋梗塞、大腸骨頸部骨折、糖尿病の4疾患で進めています
 - 急性期病院から在宅に至る病期、病診連携を想定しています。利用していただけますか
 - (5) 7) 利用する (1) 0) 利用しない (3) 6) わからない (1) 4) 未記入

- 3- 利用しないと考えられた方に、その理由を
 - 専門外のため
 - 該当する患者が少ない
 - 具体的な利用方法がわからない
 - 当院では充分な対応ができない
 - 現状の手配
 - 患者側々の事情を優先したいため
- 4- クリティカルパス対象疾患は上記の4疾患以外に何を希望されましたか
 - がん(末期)
 - 新型インフルエンザ
 - 前立腺がん
 - 悪性疾患
 - 心不全
 - 間脳リウマチ
 - 認知症
 - 胸腺腫圧迫症
 - 胃 大腸がん手術
 - 喘息
 - 成人の気管支喘息
 - 呼吸器疾患
 - 精神科疾患
 - 慢性肝炎

- <7 在宅医療における病診および病診連携について>
 - 1- 1) 下記項目で届出がなされているものに○を入れてください
 - (4) 在宅時医総合診療科
 - (3) 在宅末期医療総合診療科
 - (3) 在宅療養支援診療所
 - 2- 在宅支援診療所又は在宅末期を算定されている方にお尋ねします
 - a) 訪問診療は
 - (2) 3) 真診療所単独<医師一人>
 - (6) 真診療所単独<医師二人以上>
 - (4) 他診療所と連携
 - (9) その他 ()
 - (3) 未記入
 - b) 訪問看護ステーションは
 - (8) 9) 利用している
 - (1) 利用していない
 - (0) 未記入
 - c) 24時間往診対応は
 - (5) 1) 0%可
 - (2) ほぼ可能
 - (7) できない時がある
 - (2) 未記入
 - 3- 24時間往診に対応できない場合はどうされていますか
 - 連携病院に依頼(患者病棟の上、受診を指示)する。 1 4
 - 救急診療所に行ってもらう。 3

- ・対応時間。
 - 総合内科の対応、単なる振り分け内科でなく、総合内科として患者を診察してほしい。
 - 救急が高い。
 - 複数科にかかっている患者の場合、科間の横の連絡がほとんど取れていない。
 - スムーズでない。
 - 期待した返書がない。
 - 予約マニュアルを統一してほしい(同じ条件の患者を予約しても毎回予約の仕方が異なる)。
 - 物ごと内線の対応が不親切。
 - 患者を関係先に戻さない医師がいる。
 - 診療所の診察時間に合わせて病診連携室も対応してほしい。
- 4-3 大阪医大に患者を紹介される時は、医療連携室を通過されていますか
 - (6) 8) ほぼ全例通り
 - (3) 8) 通さない場合がある
 - (6) ほとんど通さない
 - (6) 未記入

- 4-4 医療連携室を通さない理由を教えてください
 - 連携室が閉いている時。 7
 - 直接医師に連絡するため。 4
 - 緊急を要する場合。 4
 - 患者の受診日が不明のため。 3
 - 対応が遅いため。 2
 - 当日診察を希望する場合
 - 内容がよくわからない(案内がない)。
 - 医大は医師教育の場であり一般の病院とは異なると考えている。
 - 通常診察で充分な時。
 - 患者の希望する受診を希望された時。
 - 夜間の場合。
 - 直接医師に内容を伝えたい時。
 - 面倒くさい。
 - 予約が取れない日の場合。
 - 当院事務員の仕事量増大となるため。(TELとFAXが複数回必要)
 - 入院の場合二度手間、病棟担当医に直接聞く方が早いから。
 - 入院は医師→救急科送るため。
- 5- 大阪医大(他病院と比べ)病診連携し易いですか
 - (2) 0) しない
 - (5) 1) しない
 - (3) 4) 他病院と同等
 - (1) 2) 未記入

- 6- 診療連携室について改善してほしいことは(複数可)
 - 1) 4) 対応時間の延長
 - (3) 7) 対応の迅速化
 - (3) 1) 情報提供内容の充実
 - (2) 9) 大学病院内医師との連携の充実
 - (2) 6) 未記入
 - (1) 3) その他
- 7- 大阪医大にしてほしいことは(複数可)
 - (2) 4) オープン検査
 - (1) 0) カンファレンスのオープン化
 - (1) 9) 治療成績の公表
 - (2) 4) 検査、治療内容の紹介
 - (2) 1) 患者の紹介
 - (1) 3) 勉強会、講演会の実施
 - (3) 8) 時間外診療の充実
 - (3) 3) 救急診療の充実
 - (3) 3) その他
 - (3) 3) 未記入

- 8- 感想
 - あまり期待できないと感じる。独立して運営し、他の近代的運営が可能な法人に任せれば如何かと思う。
 - 専門治療の高度化
 - 各科の診療の特色、新しい治療などを紹介してほしい。
 - 事務員の改善。
 - 返書を出すしてほしい。

- ・訪問看護ステーションと連携し、電話で対応 2
- ・在医館でⅡで算定する。 2
- ・地域の病院(訪問看護ステーション利用病院)への患者の搬送を、患者・家族と了解済み。
- ・今後患者が増加する見込みがあり、全てに対応できない可能性あり。
- ・長期休診時は病院→依頼
- ・理由を説明し、事前の方法を選択し指示している。
- ・電話にて状況判断し対応する。
- ・夜間、週末など診察不可能な可能性が予測される場合は、患者・家族に対応法を予め知らせておく。
- ・最初からその旨を伝えて在宅診療をする。
- e) 外来診療中に緊急往診依頼があった場合
 - (6) すべて往診する
 - (1) 4) 診察後対応
 - (1) 1) 訪問看護等に対応
 - (1) 2) 電話で対応
 - (7) その他 ()
 - (1) 未記入
- f) 緊急入院が必要な場合、連携(契約)病院の対応は
 - (1) 8) 1) 0%入院可
 - (1) 6) 入院できない場合あり
 - (2) 未記入

- 9- 在宅支援診療所、在宅末期での開業点をお書きください
 - 一人に対応するには困難な場合が多い。 3
 - 現実には無理な点が多い。
 - 病診連携も必要だが、診診連携を進めていきたい。
 - マンパワー不足に感じる。
 - 末期医療においては、他のD.r.と協力することが難しく思われる。やはり自分ひとりで対応する結果となり、他のD.r.には頼みにくい。
 - 診療所には限界があり、末期の対応(家人との)は困難を伴う。
 - 24時間往診対応。
 - こも入院させられない。最後になって家族が入院を希望することもあった。
 - 3 6 5 日 2 4 時間対応は非現実的。後人の妄想だと思う。
 - 1 0 %の対応は医師一人では不可能。
 - 認知症が家族が対応に限界を感じた時の入院先がない。
 - 2 4 時間往診はほとんどの場合不必要。救急車で夜間病院へ行く車の代替ではない。

- <1 大阪医科大学病院との病診連携について>
 - 1- 1) 現在の病診連携について
 - (2) 2) 満足 (5) 0) ほぼ満足 (3) 0) やや不満 (1) 0) 不満
 - (5) 未記入
 - 2- 病診連携で不満を感じた点(複数可)
 - (3) 9) 医師 (5) 看護師 (0) 検査技師
 - (2) 3) 医療連携室 (3) 事務職員 (5) 9) 未記入
 - 3- 不満の内容
 - 返事がこないことがある。 8
 - 連携室が早く閉まりすぎる。土曜日もない。 4
 - 受診および検査までの時間がかかる。 3
 - 連絡に時間がかかることが多い。 2
 - 医師と連絡がとれない。とりにくい。 2
 - 教育ができていない。 2
 - システムをもっとシンプルにしてほしい。
 - 病診連携に対する知識が乏しい。
 - 結核の連絡がないので、重篤だから病院でみているのか、他の要因があるのかわからない。
 - 返書、連絡が不確実。
 - 予約が上手く取れない事が時々ある。
 - まれに返書がないことがある。
 - 入院依頼が難しい。
 - 高槻市内にある病院で唯一対応が悪いと感じる。
 - 遊覧紹介に患者に口頭のみで紹介がないことがある。
 - 学会等での医師の不在が不明。
 - 患者の病歴を詳しくも無関心。
 - 夜間の対応が全くできていない。
 - 緊急時入院不可能な場合がある(特に高齢者)。
 - 当日のすぐできる検査を行ってほしい。

- 10- 大阪医大との病診連携は他一進めをお書きください
 - 一般病院と同等にはできない。病診連携に対する担当医の知識の欠如、勉強不足。
 - 症例数は多いようだが、治療成績があまり見えてこない。
 - 学会等出張日なかなか把握しにくい。
 - 大学附属病院であり、一般の病院と同様に考えていないが、紹介した場合はできるだけ速やかな返書をしてほしい。
 - 患者、医師ともに人間であり、きめ細かく対応できる人材を育てる事が大事である。
 - 大変満足している。
 - 各科をもっとアピールしてほしい。
 - 最近ばかり病診連携に力を入れていると思う。
 - 在宅療養患者の紹介の場合、依頼時期が遅い。
 - 最近では連携が改善されている印象である。
 - 若い医師、学生に病診連携の重要性を教育してほしい。
 - C.T、M.R検査に一月以上かかる。
 - 病状で紹介医のものに送せない場合が多い事は承知しているが、後学のため、最終的な診断を教えてください。
 - 糖尿病患者が検査入院後戻らなかったことがあった。よほどのことがない限り糖尿病患者は送らないようにしている。
 - 大学内の医師間の連絡が密に等しい。
 - 診療所と医大との連携よりも病院と医大との連携が重要で、診療所と病院との連携は良好と思う。
 - 返事が紹介時のみで、結果がわからない。
 - 問題点はあるが概ね満足している。

- (6 8) 必要 (3) 不必要 (1 5) わからない (2 7) 未記入
- [6-2] 共同診療をどのように受け止めていますか【複数可】**
- (5 8) 患者にとって良い
 (4 1) 医師との交流の点でよい
 (2) 意味がない
 (5) 煩わしい
 (2 0) 煩わしいが仕方がない
 (3) 診療の妨げ
 (1 0) 退院させやすい
 (8) 利用が少ない
 (4) よく利用されている
 (6) その他 ()
 (2 8) 未記入

< H オープン検査について >

- [1-1] オープン検査【1】**
 (4 3) よく利用している (1 1) あまり利用していない (1 9) わからない (4 0) 未記入
- [1-2] 検査結果等書き戻し願、紹介状の紹介情報内容【1】**
- (6) 満足
 (3 3) ほぼ満足
 (1 4) やや不満
 (4) 不満
 (5 6) 未記入

[1-3] 紹介情報で不足な点は【複数可】

- (2 4) 現病歴
 (1 2) 検査データ
 (8) 検査対象部位
 (1 9) 既往歴
 (1 5) 投薬内容
 (4) その他 ()
 (6 4) 未記入

[1-4] オープン検査について意見があれば記入してください【1】

- システムについて利用されている患者さんに説明が不十分な時がある (保険証、紹介状を持参されていない、どこで結果を聞くのかなど)。
- 内線機の対応ができていない時がある。
- どんどん利用すればよいと思う。
- 依頼日にできない時がまれにある。
- 説明を不要と言われる場合があるが、やはり検査で説明が必要では。

< I クリティカルパス (クリニカルパス) について >

- [1-1] クリティカルパスをご存知ですか【1】**
 (1 0 6) 知っている (1) 知らない (6) 未記入
- [1-2] あなたの病院では院内クリティカルパスを利用していますか【1】**
 (9 2) 利用している (1 4) 利用していない (7) 未記入

[1-3] 利用されている方に、対象疾患は【1】

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 大腸ヘルニア 8 大腸骨幹部骨折 8 大腸ポリープ EMR 8 肺炎 8 急性虫垂炎 6 心筋梗塞 5 脳梗塞 5 胆石症 5 糖尿病 4 肝がん 3 膵臓がん 3 E R C P 3 気管支炎 3 心不全 3 虚血性心疾患 2 胃腸造設 2 急性大動脈解離 2 消化管穿孔 2 | <ul style="list-style-type: none"> 腰椎圧迫骨折 脊髄圧迫骨折 ラバロレ ラババル ラバツペ ポリープ 胆のう結石 胆のう摘出術 ラバロ下の眼瞼、ヘルニア、虫垂炎 T A B 気管支鏡検査 肺がん 胃がんの E S D 気胸 膵臓がん 急性腹症 喘息 整形 |
|--|---|

- 事務レベルで断られることがある。(職員)
- 搬送時にかなり待たされる。(全)
- 時間外の紹介がスムーズに行きにくい時がある (高橋病院と比較して)。(全)
- 搬送先で対応してほしい。(全)
- 十分な説明を (患者さんに) してほしい。(全)
- 緩和ケアの対象患者でご本人や家族に説明済みなのに一般科に送ってることがある。(全)
- 放射線科以外の科は説明したときに経過報告というかその後の後どうなったかの連絡が一切ない。末期がんでも化学療法すると願った (患者から転院届) がどうなったのか。(全)

[1-4] 大阪大に患者を紹介される時は、医療連携をされていますか【1】
 (7 3) はい/否例適す (1 7) 通さない場合がある (7) ほとんど通さない (1 6) 未記入

[1-5] 医療連携を密にしたい理由を書き添えてください【1】

- 医師に直接連絡がとれるため。
 救急患者 (心筋梗塞など) の場合。 2
 婦人科の連携システムがあるため。
 Dr. の意見をうかがいたいことがあるため。
 予約が速くなる。
 連携を通して医師に病状説明が伝わらない。
 医師との連携が悪い。
 対応が悪いから。
 直接、診療外来に連絡した方が迅速かつ確実なため。
 5時を過ぎると連絡がとれないので直接医師と交渉している。
 時間外が多い。
 放射線療法の依頼は通さないことになっているから (事務の問題らしい)。
 専門科としての意識のある Dr. に相談する。
 知り合い (医師) がいるから。
 主治医が決まっている場合。
 患者の希望

[1-6] 大阪大は他病院と比べ、病状連携しやすいですか【1】
 (3 3) はい (2 1) 悪い (4 4) 他病院と同等 (1 5) 未記入

[1-6] 医療連携について改善してほしいことは【複数可】

- (1 7) 対応時間の延長
 (3 4) 対応の迅速化
 (1 3) 情報提供内容の充実
 (2 9) 大学病院内医師との連携の充実
 (4 3) 未記入

[1-7] 大阪大にしてみたいことは【複数可】

- (1 6) オープン検査
 (1 4) カウンセリングのオープン化
 (1 3) 治療成績の公表
 (1 1) 検査、治療内容の紹介
 (1 0) 患者の逆紹介
 (1 4) 勉強会、講演会の実施
 (3 1) 時間外診療の充実
 (3 9) 救急診療の充実
 (2) その他 ()
 (3 9) 未記入

[1-8] 大阪大との病状連携に関し、意見を添えてください【1】

- 現在満足している。
 大阪大でやってくれる時間外救急患者はなるべく診察していただけたらと有難い。
 精神科の患者さんを受け入れてほしい。
 心の通った医療、対応を期待します。
 病棟の科と各勤務の考え方が少しずれている。
 病状連携、病状連携に関してはこの北摂地区では最低である。今までの大学病院の対応ではやっていけない時代である。もっと勉強が必要。
 地域の基幹病院との体制を。整備してほしい。
 専門医が少ない治療。
 時間外診療 (耳鼻科、眼科、精神科など)。
 協力の努力を評価します。

- 人工膝関節置換 2
- AMI 1
- 穿孔性胃・十二指腸潰瘍
- 消化性潰瘍
- 脊髄固定術
- メトリックス
- 膝前十字靭帯再建
- 下肢静脈瘤
- 子宮全摘出
- 帝王切開術
- 分娩
- 婦人科手術
- 入院手術のほぼ全例
- 実質臓器換術
- 大腸リフトミー
- 腹腔鏡下臓摘
- 腹腔鏡下胆嚢摘出術
- 脳卒中
- 白内障
- 早期胃がん
- 気管支喘息
- ヘルペ
- 咽頭炎
- めまい
- C S
- P E G
- 検査
- 前立腺がん
- 前立腺肥大症
- 膀胱がん
- 神経痛
- アルコール依存症
- 心疾患
- 脳疾患

[1-7] 高橋市医師会主導で、高橋市、島本町に共通した地域連携クリティカルパス作成を

- 協定中、急性心筋梗塞、大腸骨幹部骨折、糖尿病の4疾患で進めています
 急性期病院から在宅に至る病病、病状連携を想定しています、利用していただけますか
 (6 0) 利用する (4 1) 利用しない (3 6) わからない (1 3) 未記入

[1-8] 利用しないが考えられたら、その理由【1】

- 分類 (種) が違うため。 3
 外来診療のみのため。
 ポリントが発生する可能性が高いから。
 利用しているが、合併症を考慮に入らず、早く退院させたいからパスにのせている場合がとても多く、紹介される側として非常に困っている。合併症や認知症、社会背景を踏まえて、パスにのりそうな人だけを選んで利用していただきたい。
 (5 年以内) 他院で行われた患者のフォロー

[1-9] クリティカルパス対象疾患は上部の4疾患以外にどの疾患を希望されますか【1】

- 胃潰瘍 2
- 虫垂炎
- 痔瘻固定
- 胃癌
- 化学療法
- 術後の腸閉塞患者
- 腰椎圧迫骨折
- 肺がん
- 頭部外傷

< J 大阪大との病状連携について >

- [1-1] 大阪大との病状連携について【1】**
 (1 0) 満足 (6 3) ほぼ満足 (1 7) やや不満 (1 2) 不満 (1 1) 未記入
- [1-2] 病状連携で不満を感じる対象者【1】**
 (2 1) 医師 (3) 看護師 (2) 検査技師 (9) 医療連携室 (8) 事務職員

[1-3] 不満の内容【1】

- 紹介状の書き方が決まらな場合がある。 4 (医師)
- 主治医と連絡がとりにくい。とれない。 2 (医師)
- なかなか情報を上げてくれない。お断りしても色々理由をつけて断られることがあった。(医師)
- 患科の疾患がある時、それについて情報提供がない、又は内容が少ないことがある。(医師)
- 病状と密に連携してほしい。(医師)
- 対応が事務的。親切に対応してもらいたい。(医師)
- 医大がかりつけ医に夜間などは簡単にふつてくる。(医師)
- 積極的に受け入れてくれない。(医師)
- 急性期病院としての意識が低い。(医師)
- アポイントがとりにくい。(医師)
- 返事が早い。 2 (医師) (連携室)
- 講師の先生に紹介したのに手術の出来なし助手の先生にまわされた。(連携室)
- 医師側との連携が不足。(連携室)
- 対応が悪い。 2 (連携室) (職員) (看護師) (連携室) (職員)
- 患者 (救急) の受け入れが悪い。 3 (医師) (連携室) (職員)
- 検査に時間がかかり、それでもまだ症状が悪化する。(看護師) (検査技師)
- 第3次医療機関の職員としての医療面での教育不足、指導不足。(職員)
- 担当医になかなか電話をつないでもらえない。(職員)

医療安全調査委員会設置法案

—厚生労働省第三次試案に注目—

中央検査部（医療安全対策室室長） 村尾 仁

1) 逆風の厚生労働省

近頃、われらが監督官庁である厚生労働省（厚労省）の評判は最悪である。

年金記録問題、血液製剤問題への対応、後期高齢者医療制度の説明不足、予算削減と医師不足による病院閉鎖問題など、医療と福祉を守る行政機関としての姿勢を問う声は、国民・医療者側の双方にある。この逆風の中、厚労省はある法案の制定に動き出した。しかも、なぜか成立を急ぎ、平成19年3月に一次試案が出たばかりなのに、今秋には国会に法案提出を計画しているのである。

2) 医療の萎縮

われわれ医療従事者にとって衝撃的な事件があった。平成18年2月の福島県立大野病院の産婦人科医師が、業務上過失致死罪ならびに医師法第21条の届出義務違反で逮捕起訴された事件である。既に、われわれ医療現場は医療安全への真摯な取り組みを展開しはじめていた。それだけに、患者のために誠実に医療に従事していても、結果が好ましくない場合には刑事訴追を受けるという事実は、衝撃的であった。

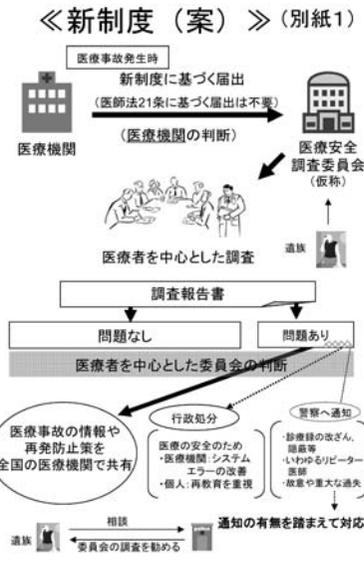
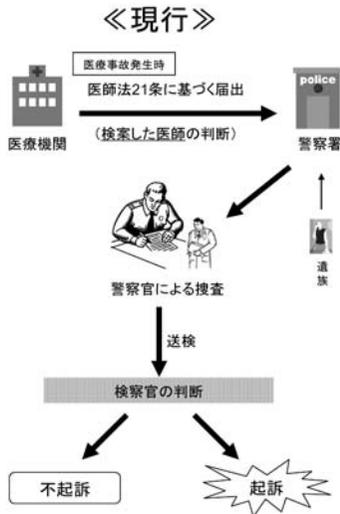
この事件が医療の萎縮に拍車をかけると危惧するのは当然であり、実際その不安は的中している。厚労省は、これら医療紛争や事故と医療の萎縮の悪循環を解決する方策として、医療事故の原因を調査し、再発防止を目的とする中立第三者機関の設立を提案し、法案制定に向け動き出した。今年4月に第三次試案が公表されるや、試案の賛否をめぐり一段と活発な意見が展開されている。しかし、第三次試案の内容について

では、未だ多くの問題点があり、拙速な法案の制定はかえって医療の萎縮を招くとの意見もある。いずれにせよ、日本の医療にとってきわめて重要な法案であり、今後の動向に注目しなければならない。

3) 第三次試案の概要

試案の詳細は、厚労省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/>) をご参照ください。ここでは第三次試案の概要を述べる。

1. 医療安全調査委員会（委員会）を中央委員会と全国8つの地方委員会で組織する。
2. 調査は、誤った、または可能性がある医療行為に起因する死亡事例のみに限定する。
3. 事例毎に法医学や臨床医、法律家などからなる調査チームを編成し原因を究明する。
4. 医療機関に委員会への届け出を義務付け、医師法第21条に基づく警察への通報を免除する。
5. 遺族の側にも委員会への調査依頼を認める。
6. 委員会は、下記に限定して警察に通報する場合もあり得る。
 - (1) 故意やきわめて重大な過失が認められる場合
 - (2) 過失による事故を繰り返す医師
 - (3) カルテなどの改ざんや隠蔽が認められる場合
7. 調査報告書は遺族と医療機関の双方に示し、警察の捜査や民事訴訟、裁判外紛争処理などの資料にも使用することができる。



「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」平成20年4月 厚生労働省

以上の制度を運用し、死亡事故の原因究明と再発防止を図ろうというものである。

上記の図表は、厚生省より公表された第三次試案に掲載されているものである。

4) 第三次試案の問題点

厚生省は4月の第三次試案の公表と同時に、試案に対するパブリックコメントの募集を開始した。5月16日までに、団体51件、個人569件の意見が寄せられ、この法案への関心の大きさが分かる。寄せられた意見をまとめるなら、総論賛成、各論反対といえる。つまり、中立第三者機関の設立という理念には総論賛成だが、具体化するにはさらに検討すべき問題点が多いというのだ。各論レベルで反対であり、拙速な法案の制定はすべきでないという意見が多い。また、医療安全調査委員会設置は、患者と医療従事者の対立関係を前提にしており、いくらこの制度を進めても医療にたいする信頼関係の構築に繋がらないという意見もある。

以下に、パブリックコメントとして寄せられた代表的な意見や問題点を紹介する。

1. 事故原因の究明と再発防止という異なる目的を、1つの組織で行うことには無理がある。
2. 対象を死亡事例のみに限定する合理的な理由がない。
3. 根本的な課題として、医療行為で死亡した場合には完全に刑事罰から外す(刑事罰免責)ことを先に法制化するべきである。
4. 「重大な過失」に限って捜査機関に通報するとあるが、定義がきわめて曖昧である。はっきりと明文化しなければ混乱の種になる。
5. 医師法21条は、第三次試案のように、犯罪だけを警察に届けるよう修正すべきである。
6. 重大な過失(定義が曖昧)があるからといって、委員会から直接の捜査機関

への通知制度を残すことは、委員会の中立性や原因究明機能に支障をきたす可能性が高い。

7. 医療安全調査委員会は厚生労働省外に設置すべきである。独立性確保し、厚労省に対しても、医療安全のために制度改革などを勧告できる立場でなければならない。
8. 調査チームの人材確保やシステムを円滑に運営するためには、膨大な経費が必要となるが、その財源は大丈夫なのか。本当に投資に値する事業といえるのか。
9. 既に医療現場には人材・時間ともに新たな負担に応える余裕はない。新たな制度を開始するよりも、既に着手し着実に定着中の医療安全制度の推進を図るほうが現実的である。

5) 医療の刑事罰免責

パブリックコメントの多くが指摘しているように、この試案は未熟であり問題点も多い。この法案が、第三次試案のまま法制化されることはないと信じる。しかし、現場のわれわれがもっと声を挙げなければ、

先の問題点が十分修正されないまま法制化される危険性もある。今のところ活発な議論が交わされているが、より多くの人が議論に参加するべきである。

産婦人科、小児科、救急医療などのハイリスクの分野を筆頭に、萎縮医療が進み、必要な医療が提供できなくなっている。法制化を急ぐ背景には、早急に何とかしなければならないという焦りが働いているのであろう。しかし、この第三次試案の内容では、萎縮医療に歯止めをかけることはできない。なぜなら、萎縮医療をもたらす根本原因に手がつけられていないからである。それは医療行為に伴う死亡事故に刑事罰が適応される法制度にある。先進国では、故意と悪意の医療行為以外は刑事罰を課さないのが常識である。時代遅れの法律にふりまわされ、必要な医療の提供も困難にしているのは実に愚かなことである。第三次試案の議論を機に、根本的な制度改革が行われることを願う。そして、刑事罰免責下で医療を行い、インフォームドコンセントの徹底と医療安全システムの強化を行うことで、萎縮医療の緩和と医療への信頼回復を目指すのが王道ではないだろうか。

EBM の基礎的概念を理解するために

臨床検査医学教室准教授（感染対策室室長） 中川俊正

はじめに

近年、EBM の実践が叫ばれるようになり感度、特異度、尤度比などの言葉が乱れ飛ぶようになった。しかし、臨床現場の医師がどれだけ使いこなしているのだろうか。カルテに診断の根拠として尤度比計算による判断の記載があれば、裁判の時に重要な証拠になることは間違いない。

私は2年前からクリクラで感度や特異度などの講義を担当しているが、教科書や国試ドリルの説明は不十分であるという印象を受けている。おそらく概念が十分理解できていないまま用語が一人歩きしているのではないだろうか。

読者の役に立つことを願い、私の理解の範囲で重要な概念について説明する。なお、内容は私の独自の考えを含んでいる。著作権は放棄していません。図や表を使用した場合は連絡してください。

HIV 抗体検査の偽陽性

ある日、病棟の医師から電話がかかってくる。「術前の HIV 抗体が基準値より高いのだけど、どうすればいいでしょうか？」私は中央検査部に走り技師さんと共にデータを確認してこう説明する。「データからはおそらく偽陽性ですが、確認するためには……」と続ける。

大阪医大では、HIV の抗体検査で偽陽

性が出るようなキットを使っているのか、と考える人がいるかもしれない。そこで、検査の添付文書を見ると、感度100%特異度99.875%と書いてある。その内訳は、HIV 抗体陽性者数百人、健常者数千人の血清を使用して調べた結果と書いてあり、数ある検査キットの中でも感度、特異度ともにきわめて高い検査であることが分かる。偽陽性の多い事はどう説明できるのだろうか。

感染問題

初歩的な確率の教科書には必ず問題1のような例題が出てくる。最初の分岐図、そして全体を1000人としたときの分割表を書き写しながら論理をたどれば、賢明な読者ならすぐ理解できると思う（図1から3）。次に問題2との違いを比べてみよう（図4から6）。重要なのは、一般集団における有病率であり、有病率が高いと陽性的中率が高くなり、低いと偽陽性が増加する。仮に、高槻市とアフリカのどこかの都市での HIV 抗体検査結果を比較するとすれば例題のような結果になるだろう。

問題 1

- ・ある疾患に感染する確率は1000人に 1 人 (0.1%) とする
- ・患者が実際に病気であるなら99%の確率で検査陽性となる
- ・病気でないならば98%の確率で検査は陰性となる
- ・あなたの検査結果が陽性であったとしてあなたが病気である確率は？

図 1

問題 2

- ・ある疾患に感染する確率は10人に 1 人 (10%) とする
- ・患者が実際に病気であるなら99%の確率で検査陽性となる
- ・病気でないならば98%の確率で検査は陰性となる
- ・あなたの検査結果が陽性であったとしてあなたが病気である確率は？

図 4

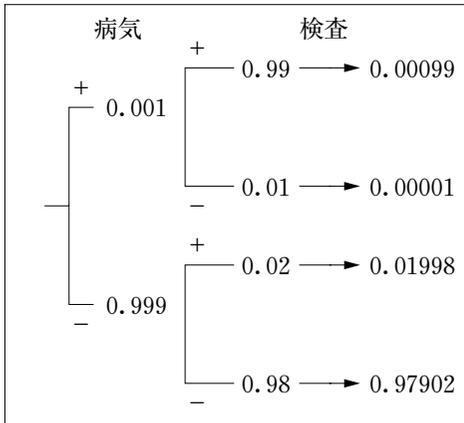


図 2

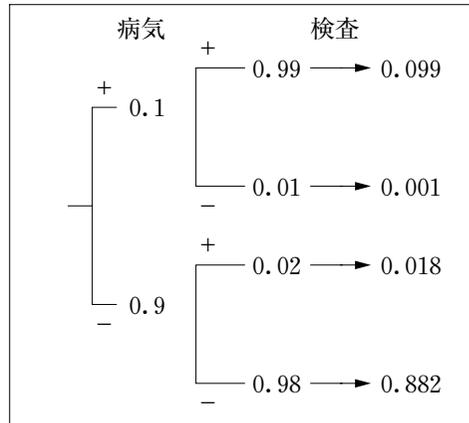


図 5

	感染者	未感染者	
陽性	1	20	21
陰性	0	979	979
	1	999	$\frac{1}{21}$ (4%)

図 3

	感染者	未感染者	
陽性	99	18	117
陰性	1	882	883
	100	900	$\frac{99}{117}$ (84%)

図 6

感度、特異度は定数である

検査の感度、特異度は絶対基準で分けられた標本集団から得られた結果である。従って感度、特異度はあくまでも計算式の定数でしかない。教科書には感度、特異度の計算式が書いてあるが、部分に対する部分の比としてあたかも確率のように説明がし

てある。また説明には分割表しかない場合が多く、これが理解が進まず頭が混乱する原因なのだと思う。

絶対基準がない場合

ノロウイルスはウイルス分離ができない。従って、絶対基準がない(図 7、8)。PCR

検査が可能であるが、感度特異度は計算できない。図に示すように PCR で陽性になったとしても、全体の感染者の一部しか見ていないことになる (図9)。絶対基準が存在しないケースは特に注意が必要である。

ノロウイルスの感染率、発症率、検査陽性率

- ・日本人の16%は感染しない
 - Fut 2 遺伝子のミスセンス変異による組織・血液型抗原が非分泌型の人には感染しない
- ・感染率は84%
- ・50%前後の発症率 (30から70%)
 - 多くの報告が50%前後(約10報程度)
 - 70%が一つあり、それ以上はなかった
- ・不顕性感染30% (便からウイルス排出)
- ・有症者のPCR検査では80%程度の陽性率

図7

ウイルス分離ができない!

		病気		絶対基準がないので左の表が作成できない 臨床診断で疑われても全例PCR陽性にならない(80%程度) 臨床症状とPCRで検出できるのは感染者の56%(47÷84)である!
		あり	なし	
検査	陽性	真陽性	偽陽性	
	陰性	偽陰性	真陰性	

図8

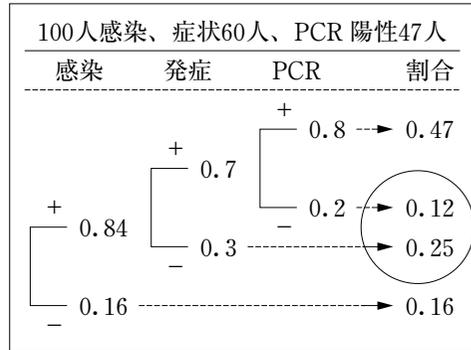


図9

分岐図を右側から描く

ここからは私の考えである。分岐図を右から描いてみよう。最初は検査、次に病気の場合はどうなるだろうか (図10、11)。そして、左側の分岐図と合体してみると全体像が見えてくる (図12)。真陽性率は有病率×感度 (左) と検査陽性率×陽性的中率で計算できる。図をみながら陽性的中率がどの指標で表すことができるか考えてみよう (図13)。

最初に検査、次に病気の分岐図

- ・有病率、感度、特異度から母集団の中の1人の患者が検査陽性のとき、病気かどうかの確率を知りたい (陽性的中率)
- ・感度、特異度、有病率から陽性的中率、陰性的中率を計算する (医学的意思決定法)
- ・最初に検査の分岐、次に疾患の分岐となる樹形図を、左向きで書いてみよう

図10

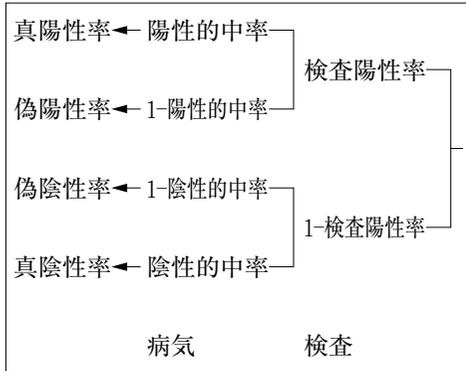


図11

合体した樹形図（分岐図）の意味

左の分岐図は検査の精度を示し陽性的中率計算を行う基礎データであり、右側の分岐図は目の前に座っている患者が検査陽性あるいは陰性であったとして疾患の有無の確率を推定する模式図になる（図14、15）。この概念は私のオリジナルである。有病率を事前確率とすると検査により得られた確率は事後確率となる（図16、17）。そして検査を繰り返すことにより事後確率は連続的に変化していく（図18）。

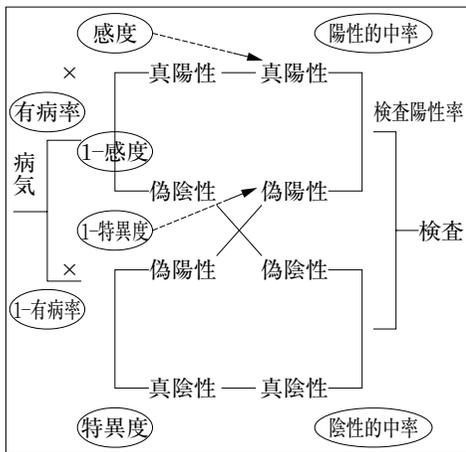


図12

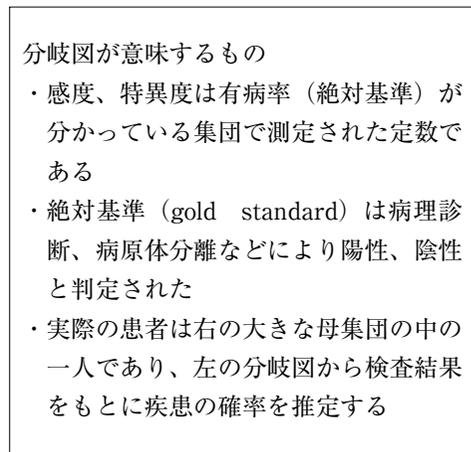


図14

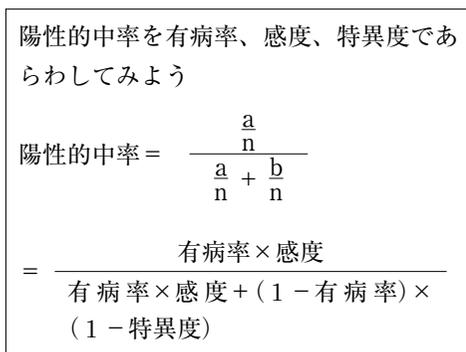


図13

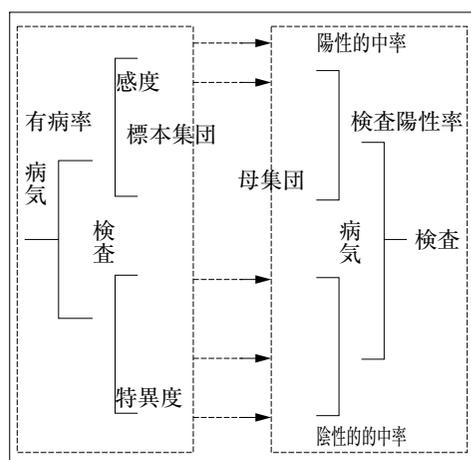


図15

事前確率と事後確率

- ・ 感度、特異度、有病率の情報があれば、診断に際して、目の前の患者の罹患確率が推定可能となる
- ・ 有病率は検査する前の確率として「事前確率」と呼び、検査後に変化する目の前の患者の疾患に罹患している確率を「事後確率」と呼ぶ
- ・ 感度、特異度は尤度関数の係数として考えてください

図16

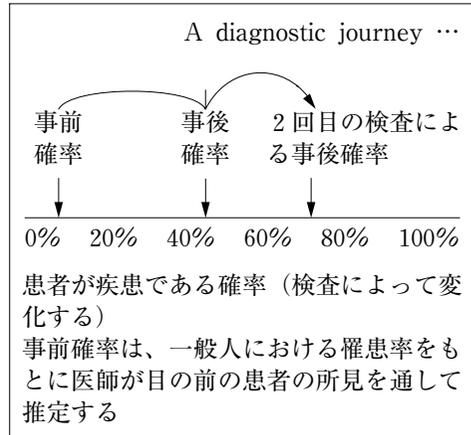


図18

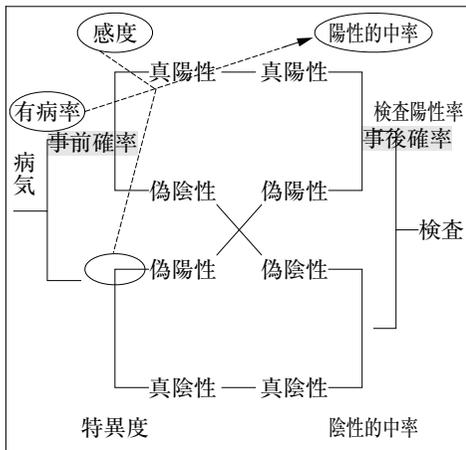


図17

終わりに

本稿では基礎的概念の前半部分を紹介した。後半にはROC曲線や尤度比、ノモグラムなどがある。学生用にドリルを作成しているので興味のある方は連絡してください。

会員の活動

次の先生方には平成19年度大阪府医師会学術講演会において講師をしていただきました。
ご協力ありがとうございました。

<p>日時：平成19年 2 月 1 日 講師：深尾篤嗣ほか 題名：プロセス指向心理学と心身医学 主催：北摂四医師会</p>	<p>日時：平成19年 3 月31日 講師：花房俊昭 題名：地域医療連携懇談会「糖尿病診療のコツ」 主催：清恵会病院</p>
<p>日時：平成19年 2 月17日 講師：井上 徹 題名：透析療法の合併症とその対策 主催：臨床心臓病学教育研究会ほか</p>	<p>日時：平成19年 4 月17日 講師：木下光雄 題名：ビットフォールに嵌らない足疾患・外傷の診かた 主催：大阪臨床整形外科医会</p>
<p>日時：平成19年 2 月20日 講師：上田晃一 題名：形成外科最近の進歩～形態の再建から機能の再建へ 主催：西淀川区医師会</p>	<p>日時：平成19年 4 月27日 講師：林 哲也 題名：肥満・いびき・心臓病～メタボリックシンドロームにひそむ SAS 主催：茨木市医師会</p>
<p>日時：平成19年 2 月22日 講師：中川俊正 題名：感染症シリーズ「EBMに基づいた外来での感染症の診断と治療」 主催：大阪府医師会</p>	<p>日時：平成19年 5 月19日 講師：村田卓士 題名：小児科リウマチ性疾患のトピックス 主催：寝屋川市医師会</p>
<p>日時：平成19年 2 月22日 講師：北浦 泰 題名：循環器専門医からみた降圧の重要性 主催：高槻市医師会</p>	<p>日時：平成19年 5 月31日 講師：田中英高 題名：子どもの不定愁訴をどう診るか～小児起立性調節障害ガイドラインを中心に～ 主催：貝塚市医師会ほか</p>
<p>日時：平成19年 2 月24日 講師：木村文治 題名：神経難病患者の在宅医療に向けて 主催：東大阪市保健所</p>	<p>日時：平成19年 6 月15日 講師：東 治人 題名：前立腺癌の診断と治療～最適な治療選択のために 主催：高槻市医師会</p>
<p>日時：平成19年 2 月24日 講師：中島幹雄ほか 題名：関節リウマチにおける最新の治療戦略 主催：大阪臨床整形外科医会</p>	<p>日時：平成19年 6 月20日 講師：田中英高 題名：学校保健に関する委託研究事業報告会「起立性調節障害について」 主催：大阪府医師会学校医部会</p>
<p>日時：平成19年 3 月15日 講師：奥田準二 題名：患者さん本位の大腸外科診療の最前線 主催：高槻市医師会</p>	<p>日時：平成19年 7 月 7 日 講師：今川彰久 題名：ディベート～2型糖尿病の標準治療は何か 主催：大阪糖尿病アカデミーほか</p>

<p>日時：平成19年 9 月 1 日 講師：奥田準二 題名：大腸がん治療の最前線～身体にやさしい内視鏡治療の進歩 主催：大東消化器病わからん会ほか</p>	<p>日時：平成19年10月20日 講師：林 哲夫 題名：循環器専門医からみた降圧の重要性 主催：臨床心臓病学教育研究会</p>
<p>日時：平成19年 9 月14日 講師：村野実之 題名：ミニレクチャー「潰瘍性大腸炎とサイトメガロウイルス」ほか症例検討 主催：大腸疾患研究会</p>	<p>日時：平成19年10月24日 講師：林 哲夫 題名：心血管系イベント抑制を目指した脂質異常症に対する新しい治療戦略～Ezetimibeの基礎と臨床的ベネフィット 主催：千里丘山田臨床医学談話会</p>
<p>日時：平成19年 9 月15日 講師：北浦 泰 題名：高血圧症に対する最新の治療 主催：臨床心臓病学教育研究会</p>	<p>日時：平成19年11月30日 講師：田窪孝行 題名：血液検査の読み方・考え方～臨床検査 最近の話題を含めて 主催：守口市医師会</p>
<p>日時：平成19年 9 月22日 講師：澤井俊幸ほか 題名：医学の進歩シリーズ「麻酔科領域のup to date」 主催：大阪府医師会</p>	<p>日時：平成20年 1 月19日 講師：井上 徹 題名：わが国における慢性腎臓病（CKD）対策 主催：臨床心臓病学教育研究会</p>
<p>日時：平成19年10月 4 日 講師：今川彰久ほか 題名：糖尿病日常診療の進め方研修会（第2日目）「診療所における糖尿病患者の管理と専門医連携のタイミング」ほか 主催：大阪府医師会</p>	<p>日時：平成20年 1 月25日 講師：江村成就 題名：一般臨床で知っておきたい精神神経疾患・軽症うつ病・不眠対策 主催：守口市医師会</p>
<p>日時：平成19年10月18日 講師：浮村 聡 題名：2007／2008シリーズのインフルエンザ対策～新型インフルエンザに関するガイドラインを踏まえて」 主催：高槻市医師会</p>	<p>日時：平成20年 1 月26日 講師：本合 泰 題名：肝細胞癌の現状と治療 主催：北摂癌治療研究会ほか</p>

MONACO 紀行

一般消化器外科学教室 平松 昌子

この旅の目的は OESO に出席することであった。食道関連の国際学会では 2 番目に大きな学会である。MONACO といえばグレースケリーや F1 グランプリで有名だが、人口 32,700 人、バチカン市国に次いで世界で 2 番目に小さい国で、ほとんどフランスの一部に埋もれている。ちなみに MONACO を漢字表記すると「摩納哥」となるらしい。こんなことを知っていてもあまり得にはならないかもしれないが、何かのタイズ番組に出たときに役立つかもしれないので、ご参考までに。

こう見えても学会にはまじめに出席する方で昼間はしっかり勉強したのだが、ここでそんなことを書いても面白くないので、皆さんに役立つ観光情報をお知らせしておこう。

MONACO といえば、まずカジノである。カジノは現在 3 カ所（夏は 4 カ所）あるが、単に「カジノ」といったらグラン・カジノを指す。ギャンブルが好きでなくても、この建物自体、パリのオペラ座の設計者として知られるシャルル・ガルニエのデザインによるもので、一見の価値がある。あまりに荘厳な内装に感激して思わず写真を撮ったら、すぐに黒服がとんできて怒られた。そうだ、カジノで写真はご法度だ。ちょっと考えれば分かることだが、その時はちょっと考えなかったので分からなかったのだ。

昼間にエクスカッションに出かけるなら、MONACO の周囲に点在している鷺の巣村に行ってみるのもいい。数ある鷺の巣村の中で一番美しいといわれているのはエズ村だが、とにかく石造りの階段が急で迷路のように入り組んでいて、歩き回るのは結構大変である。

レストランはイタリア・プロヴァンス（イタリア＋プロヴァンス）といった地中海料理が中心であるが、何日滞在してもグルメの舌を飽きさせることはない。お勧めはホテル・メトロポールの 1 階にあるジョエル・ロブション・モンテカルロ。名前だけで売っているような店は本来好きではないが、ここは本当に幸せな気分になれるくらいおいしかった。この周辺にはそのほかにも新鮮なシーフードが味わえるお店が数多くあるが、もう少しカジュアルに行くなら、モナコ・ヴィルの細い路地を歩けばいい店にたくさん出会える。特に生パスタはお勧めだが、かなりおなかいっぱいになるので要注意。

さて、おみやげは？ 奥様方へのプレゼントにするブランド品のお店にはこと欠かない。その他デパートやショップはいっぱいあるが、はっきり言ってどこもかなり高い。MONACO へ行くからにはセレブになりきるつもりで、覚悟しておく必要があると思う。

眼窩の研究

形成外科学教室 大場 創介

自分にとって頭蓋骨を見て最初に目につくのは、眼窩でありました。現在でも説明の際に顔面骨を描くときに最初に眼窩を2つ描き、その後ほかの部分を描いています。

本学の形成外科学教室は、頭蓋顎顔面外科領域の臨床、研究に取り組んでいます。私自身も入局後故田嶋定夫先生の指導の下、特に眼窩に興味をもって臨床、研究を行ってきました。眼窩は、上壁は前頭洞と頭蓋底、内側は篩骨洞、下側は上顎洞、外側は側頭窩というように外側を除いて副鼻腔に接触しています。このため一旦骨折が発生しますと、副鼻腔に向かって孔が開いてしまいます。眼窩病変の治療は、副鼻腔との戦いでもあります。この眼窩は、眼球の位置を保持するのに大きな役割を担っています。田嶋先生は、眼窩骨折、頬骨骨折における眼球位置の異常（目がへこむ（眼球陥凹）、目が内側や外側に移動する、目が下へしずむ）の発生のメカニズムの解析を目指され、私自身も頬骨骨折における眼窩容積の変化量、変化発生部位と眼球の位置関係について解析を行いました。この結果として、眼球陥凹の原因は眼窩下壁の支えの崩壊によるものというよりは、眼窩の外側

の頬骨と内側の壁の挟み込む力が眼球を支えることがわかりました。現在も眼窩の骨折に関しては大きな関心をもって取り組んでいます。

この一環としてあまり数はないのですが、頭蓋顔面に発生する線維性骨異形成症という病気の検討を行いました。この病変は、頭蓋顔面領域に発生すると成人までは発育しますが、その後は大きさが変わりません。この病変が顔面に発生する場合に問題になるのが、視神経の圧迫の有無です。視神経管周囲に発生すると視神経を圧迫するように発育していきます。しかし意外なことに視神経管周囲への病変の発生があっても視力への障害はあまり発生しない傾向があることに田嶋先生は気づかれました。これを病変の発生部位から検討を行いました。この結果視力への影響が出る可能性があるのは、全周性に病変がある場合に限られました。圧迫されても副鼻腔と接触する方向に拡大する余地があると圧力を逃がしてくれることが考えられました。あとで考えると当然のことのように考えられますが、このようなことを一つひとつ解明していくことが研究の面白さなのではないでしょうか。

タイムスタンプ

放射線医学教室講師／本誌編集委員 上杉康夫

タイムスタンプ【time stamp】とはコンピューターのファイルやフォルダの作成日時や更新日時を記録したデータのことで¹⁾。一般にフォルダをコピー・移動すると、フォルダの更新日時はコピー・移動時の日時に変わります。そのため、たとえばサブフォルダがあるフォルダを別ドライブなどへまとめて移動すると、移動した全フォルダの更新のタイムスタンプが統一されてしまい、サブフォルダを更新日時順でソートできず困ることがあります。ファイルやフォルダの整理には「時刻順」もかなり重要な部分です。コピーすると全部コピーした時刻になってしまうと、後で整理が難しくなることも経験します^{2,3)}。

もう少し詳しく見てみますと、フォルダのタイムスタンプはコピー・移動した時刻、一方ファイルのタイムスタンプはオリジナルと同じ時刻になります。コピーされるのはファイルだけで、フォルダは新しく作られているという理屈からです。もうこれはOSの仕様で仕方が無いのですが、専用のコピーソフトを使えばコピー・移動先の新しいフォルダのタイムスタンプを、元のフォルダのタイムスタンプに合わせるができます。

オンラインソフトウェアのダウンロードのウェブサイト「Vector (ベクター)」⁴⁾ベクターで見ますと、

トップ>ダウンロード>Windows>ユーティリティ>ファイル管理>タイムスタンプ・属性操作 で、

同様なウェブサイト「窓の杜 (まどのもり)」⁵⁾で見ますと、

—同期・バックアップで、

でいろいろなタイムスタンプ管理ソフトが紹介されています。

私は「窓の杜」の「CopyExt—拡張コピー」⁶⁾を使用しています (図1)。本ソフトはタイムスタンプの同期の他、1) ディレクトリのコピーの禁止。2) タイムスタンプを比較してコピーする。3) バージョン情報を比較してコピーする。4) コピー先にファイルが存在するかどうかチェックしてコピーする。5) アーカイブビットを見てコピーする。6) システムファイル、隠しファイルのコピー禁止。7) 属性のコピー禁止。8) ファイルの移動指定。9) コピーしないファイル、コピーするファイルをワイルドカードで指定。10) コピー元・コピー先に存在しないファイルを削除。11) 何をコピーしたかのログの表示・保存。12) 使用中のファイルへの上書きコピー。13) 名前を変えながらコピー。等ができます⁷⁾。ファイルやフォルダの「時刻順」を保存してコピー・移動するのに重宝して私は使っています。



図1 CopyExt—拡張コピーの画面

<http://www.htosh.com/software/freesoft/copyext.html> より

大阪医科大学医師会 ホームページ：<http://www.osaka-med.ac.jp/deps/omcda/>

メールアドレス：omcda@art.osaka-med.ac.jp

ホームページ担当：上杉 康夫

〈引用ホームページ〉

- 1) <http://dic.yahoo.co.jp/dsearch?dtype=2&ei=utf-8&p=%E3%82%BF%E3%82%A4%E3%83%A0%E3%82%B9%E3%82%BF%E3%83%B3%E3%83%97>
- 2) <http://www.crevasse.jp/Software/FolderTouch.html>
- 3) <http://www.knonline.net/d/?date=20071003>
- 4) <http://www.vector.co.jp/>
- 5) <http://www.forest.impress.co.jp/>
- 6) <http://www.forest.impress.co.jp/lib/sys/file/syncbackup/copyext.html>
- 7) <http://www.htosh.com/software/freesoft/copyext.html>

第17回北摂癌治療研究会

開催日：平成20年10月4日（土）
 場所：アンシュルデ マリアージュ
 当番教室：大阪医科大学一般消化器外科学教室
 問合せ先：内線2361

第23回日本RAのリハビリ研究会学術集会

開催日：平成20年10月12日（日）
 場所：エーザイ株式会社中之島三井ビルディング
 当番教室：大阪医科大学リハビリテーション医学教室
 問合せ先：同上

GI-NetClub 学術講演会

開催日：平成20年10月18日（土）
 場所：ホテル日航大阪
 当番教室：大阪医科大学第二内科学教室
 問合せ先：樋口・梅垣

第5回痛みの治療研究会

開催日：平成20年11月1日（土）
 場所：大阪医科大学臨床第一講堂
 当番教室：大阪医科大学麻酔科学教室
 問合せ先：西村

第4回皮膚臨床免疫懇話会

開催日：平成20年11月15日（土）
場所：たかつき京都ホテル
当番教室：大阪医科大学皮膚科学教室
問合せ先：内線2355

北摂救急症例フォーラム

開催日：平成20年11月28日（金）
場所：千里阪急ホテル
当番教室：大阪医科大学救急医学教室
問合せ先：同上

第11回大阪消化器内視鏡外科セミナー

開催日：平成20年12月20日（土）
場所：大阪国際会議場
当番教室：大阪医科大学一般消化器外科学教室
問合せ先：同上

産業衛生講座講習会

開催日：平成20年12月13日（土）
場所：大阪医科大学新講義実習棟1階
当番教室：大阪医科大学衛生学・公衆衛生学Ⅰ・Ⅱ教室
問合せ先：土手

分子形態情報研究会

開催日：平成21年2月7日（土）
場 所：未定
当番教室：大阪医科大学第三内科学教室
問合せ先：林

第32回日本脳神経 CI 学会

開催日：平成21年3月6日（金）～7日（土）
場 所：国立京都国際会館
当番教室：大阪医科大学脳外科学教室
問合せ先：内線2383

大阪医科大学眼科セミナー

開催日：平成21年3月7日（土）
場 所：大阪医科大学臨床第一講堂
当番教室：大阪医科大学眼科学教室
問合せ先：同上

編集後記

昨今の医療崩壊により、医局を中心とした旧来の医療秩序が音を立てて崩れています。その一方で、灰燼の中からも新しい秩序の芽が萌芽しているのも事実です。例えば「横断的なチーム医療」「体系だったリスクマネジメント」「病病および病診間の連携」などが挙げられます。今回の特集は、その中の「病病および病診間の連携」を一段とシステム化した「地域連携パス」を取り上げました。

高槻は、地域連携パスの先進地域であります。ほとんどの地域で同様のパスが上手く機能していない中、医師会主導で順調に稼働しております。今回は、座談会形式で、パス策定に関わられた諸先生方に3時間以上にわたり熱く語っていただきました。その情熱を誌面で感じていただければ幸いです。最後に、忙しい診療の合間に、座談会に参加していただいた先生方に心より御礼申し上げます。

編集委員 梶本 宜 永

編集委員	田中 英高	村尾 仁	梶本 宜永	上杉 康夫
	土手友太郎	平松 昌子	大場 創介	島本 史夫
	萩森 伸一			

大阪医科大学医師会会報 第30号

発行日 平成20年9月15日
発行 大阪医科大学医師会
発行責任者 医師会長 河野公一
編集 大阪医科大学医師会会報編集委員会
〒569-8686 高槻市大学町2-7
大阪医科大学医師会事務室(藤原則子・村上真理子)
TEL 072-683-1221 (内2951)
684-7190 (直通)
FAX 072-684-7189
e-mail omcda@art.osaka-med.ac.jp
制作 (有知 人社)