

これからの地域医療との向き合い方

沖縄県立中部病院 感染症内科・地域ケア科 副部長 高山 義浩 氏



2025 年に向けて各地で地域医療構想が策定され、それを実現するための地域包括ケアシステムの構築と運営推進のための地域医療構想調整会議（以下、調整会議）が開かれている。急速な高齢化と医療需要の増加を目前にして、病床増で受けて立つのは限界にあるとわかっていながら、調整が難航している地域が多い。沖縄県立中部病院で、急性期病院と地域包括ケアシステムの連携推進に取り組む高山義浩氏にお話をうかがい、どんな課題があるのか、地域医療構想を進めるには何が必要か、また変わるべきことを聞いた。

急性期病院と地域包括ケアシステムの連携

— 先生は地域包括ケアシステムの現状を、どう見ていらっしゃいますか。

高山 それぞれの役割を認識し、互いに期待していることを話し合いながら、地域づくりを進めていくことが求められています。われわれ病院医師は、「医療依存の高まった高齢者でも退院先があ

ること」を地域包括ケアシステムに期待しますが、住民が求めている「暮らし」とは必ずしも重なりません。多少のリスクがあっても自宅で過ごしたいと考える高齢者もいれば、施設の仲間たちとおしゃべりを楽しみたい高齢者もいるでしょう。安心と安全は暮らしに求められる大切な要件ですが、一番大事なものは限らないのです。その一方で、現役世代は、地域包括ケアシステムによって介護サービスを効率化すべきだと期待しているかもしれません。地域包括ケアシステムとは、もともと何らかの明確なビジョンがあって、それに向かって団結するといった話ではないので、関係者による話し合いのプロセスが重要なのだと思います。

— 急性期病院である中部病院の地域ケア科と、地域の連携について教えてください。

高山 当院では、2011 年に在宅医療を実践する地域ケア科を立ち上げました。以来、主として、終末期にある悪性腫瘍の患者さんに在宅緩和ケアを提供してきました。年間で 20 人から 30 人ぐらい在宅でお看取りしています。地域にも在宅医療を行っている診療所はあるのですが、なかなか看取

profile

高山 義浩（たかやま よしひろ）氏

福岡県生まれ。東京大学医学部保健学科、山口大学医学部医学科を卒業後、国立病院九州医療センター、佐久総合病院などを経て、2008 年より厚生労働省健康局結核感染症課、パンデミックに対応する医療提供体制の構築に取り組む。2010 年より沖縄県立中部病院で、感染症診療と院内感染対策に従事。2011 年に地域ケア科を立ち上げ在宅緩和ケアを開始。2014 年より厚生労働省医政局地域医療計画課にて高齢化を含めた日本の社会構造の変化に対応する地域医療構想の策定支援に取り組む。2015 年より沖縄県立中部病院に戻り現在に至る。沖縄県地域医療構想検討会議委員、うるま市高齢者福祉計画策定委員会委員、日本医師会総合政策研究機構非常勤研究員なども務める。著書に『アジアスケッチ 目撃される文明・宗教・民族』（白馬社、2001 年）、『ホワイトボックス 病院医療の現場から』（産経新聞出版、2008 年）、『地域医療と暮らしのゆくえ 超高齢社会をととみに生きる』（医学書院、2016 年）など多数。

りまでは……という先生方が多かったからです。

また、退院後の療養に不安のある患者さんやご家族、あるいは施設職員の相談に乗り、フォローアップの訪問も行ってきました。特に医療依存を高めた状態で退院せざるを得ない患者さんについては、急性期病院が責任をもって在宅移行を果たすべきだと感じています。いくら私たちが病棟で「大丈夫ですよ」と言っても説得力はありませんし、結局は状態を悪化させて再入院される方も少なくありません。尿道留置カテーテルとか、インスリンの自己注射とか、急性期病院として医療介入を高めてしまった場合には、退院後の丁寧なフォローアップが求められます。訪問看護に依頼することもあります。場合によっては、私たち自身が訪問して現場で確認した方がよいこともあります。

なお、このフォローアップは、若手医師が地域を理解するための貴重な機会にもなっています。入院している高齢者ばかり診ている初期研修医にとっては、患者さんが元気に生活へと戻っていく様子を知ることがモチベーションが上がります。病院医療から多職種連携で支えられる暮らしへの流れを知ることが、いずれ離島に勤務することになる医師にとっては大切な経験となっています。

— 病院医師が在宅医療に取り組むことで支障は生じませんか。

高山 あまり活発に在宅ニーズを引き受けてしまえば、本来の急性期機能が低下するリスクがあります。あくまで、急性期の効率性を高めるための在宅医療という認識で取り組むべきでしょう。

当初は、「急性期病院から出て診療するのは非効率ではないか？」と指摘されることもありました。ただ、入院患者を医師が毎日回診し、看護師が様々なケアを提供する病棟での医療と比べると、早めに在宅医療に切り替えた方がマンパワーを注がずに済むのですよね。在宅緩和ケアについても、訪問看護ステーションや介護事業所など地域との連携さえあれば、病院医師が自ら赴いたとしても、診療時間は短縮し、ベッドも空くわけで効率的になっています。

これからは、在宅療養をしっかり支えることが、

急性期病床を確保していく上での要件となります。病院経営の面でも、在宅療養への安心を提供する後方支援をしっかりとすれば、軽症者は在宅にシフトして、収益の良い中等症以上の入院で病棟が埋まるようになるでしょう。しかも、症状が改善すれば安心して早期退院していただけるので、病床の回転もよくなります。こうしたことは、都市部であれば、地域の在宅支援診療所との連携を密にすることで実現するかもしれません。しかし、私たちのような地方では、マンパワーのある急性期病院が踏み出さなければ地域が動き出さないと現実もあるのです。

— ほかにも急性期病院が在宅医療を実践する利点がありますか。

高山 バックベッドがあるので、不安定な患者さんでも試しに家に帰せることがあります。ご家族に対して、「駄目だと思ったら、いつでも戻ってきてください」と言えるのは大きいですね。また、院内の専門医や認定看護師と連携しやすいことも挙げられます。実のところ、熱心な専門医ほど患者さんを手放すことに躊躇し、在宅医や訪問看護を信頼していいか不安を感じています。病院による在宅医療であれば、専門医を医療チームの一員としたまま在宅移行させることが可能です。そして、必要に応じてコンサルトを求めたり、入院時には担当医となつていただいたりします。また、感染管理や褥瘡ケアなど認定看護師が在宅に出向いて、現場で必要なアドバイスができることは、退院調整の実効性を高めています。

— 急性期病院の役割として、変化していかねばならない面はありますか。

高山 沖縄県に限らずですが、いま、地域ごとに医療需要が量的にも質的にも大きく変化してきています。在宅医療とは、その変化に対応する上での手段の一つにすぎません。地域の中で、急性期病院に何を求めるかということも、そうした需要をどのように受け止めていくかという議論の延長線上で決まってくるのです。ですから、たとえば周産期をどうするか、小児救急をどうするかなど、それぞれ地域で話し合って役割を明確化することが先でしょう。そうした中で、急性期病院に

も在宅医療を担わせるべきかの結論が見えてくるはず。ともあれ、自分たちがやりたい医療を追求していれば急性期医療が成り立つという時代ではありません。地域で必要とされているものを見極めながら、自らの役割を相談して決める姿勢が求められています。

病院から在宅への移行 急性期病院がすべきこと

— 医療依存度の高い患者を在宅に帰すために、急性期病院がすべきことは。

高山 まずは、患者さんがどこで、どのように暮らしたいと考えているのかを確認することです。しばしば、患者さんの状態に応じて退院先を決めがちですが、本当は、本人の希望に応じて目標を設定し、それに即した医療ケアチームを形成すべきなんですね。理想論ではありますが、この気持ちを忘れないようにしたいと思います。

また、急性期病院に入院しているだけで、高齢者は身体機能の低下を生じやすく、せん妄などの精神症状を合併しやすくなっています。ですから、「医療依存度の高い患者」というレッテルを貼る前に、「私たちが医療依存度を高めているのではないか」という自省も必要でしょう。その理解があれば、急性疾患の治療を開始すると同時に、高齢者の機能低下や関連する合併症を予防しながら、生活への復帰に向けた介入を行っていくことの大切さに気づくはず。す。

とはいえ、高齢者の機能低下とは、しばしば不可逆的であることを認めざるを得ません。機能回復にこだわりすぎていると、高齢者の生活復帰が遅れ、さらに機能低下を来してしまうという、負のスパイラルに陥ってしまう恐れもあります。だからこそ、身体機能が低下していたり、医療が必要な状態であつたりしても、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、様々なサービスを組み合わせながら支援する地域包括ケアシステムが求められているのだと思います。

そして、地域における医療対応能力を向上させるためには、介護側に任せきりにせず、多職種連携による日常的な相談・支援体制が求められてい

ます。このあたりも、急性期病院の役割として期待されていることです。具体的には、感染管理や褥瘡ケア、あるいは喀痰吸引など、座学で教える研修会よりは、病院という場を活用しつつ実技指導を重ねていくことが必要だと思います。もちろん、私たち病院が地域から学ばせていただくことも多いのです。こうした交流から、高め合える関係が築けるとよいと思っています。

病院医師は、暮らしをリスペクトし 踏み込みすぎないこと

— 調整会議は、どのように進められていますか。

高山 ひと通り地域医療構想の内容が説明されただけで、具体的な機能分化や連携の話にまでは進んでいません。最も高齢化率が低い県ということで、危機感が薄いのかもかもしれません。ただし、高齢者人口の急速な増大については、沖縄もまた例外ではありません。

沖縄ならではの特性もあります。地上戦で徹底して破壊された結果、復興当初、琉球政府の運営による公的病院しかなかったのです。沖縄の地域医療における公的性格の強さは、沖縄戦によって民間活力が完全に失われていたことに由来します。

そもそも、当時の琉球政府は民間診療所の開設を禁止していました。ただでさえ足りなかった医師を集約的に活用するためです。1951年になって、ようやく自由開業が認められましたが、それでも1964年までは外来診療のみで、入院治療は開業医が公立病院へ出向いて行う開放型となっていました。そうしたなか、中部病院が「すべての患者を受け入れる」という方針で北米型のER体制を強化してきたため、軽症から重症まで、専門医療からレスパイトまで、幅広い医療ニーズが公立病院へと集約化していったのです。

こうして、現在の県立病院におけるケアミックスが当たり前となり、いま、地域医療構想の実現における障壁となっています。限られた資源を最大限に発揮し、増大する医療需要に対応するためにも、歴史を踏まえつつも新しい地域医療を創出していかねばならないと感じています。

— もっと個々の病院で考えて進めていかなけれ

ばなりませんね。

高山 この改革を成し遂げるためには、個々の病院だけではなく、医師会や行政、そして住民の協力が不可欠になります。そして、強いリーダーシップによる政策的な介入も不可欠です。また、現在から将来にかけての医療需要を読み解き、病院運営に関して助言をする経営コンサルタント、あるいは地方銀行のプロパーといった人たちの役割も大きいと思います。地域医療構想とは、「ビッグデータを駆使した将来推計に基づくマーケティング戦略」という見方もできますが、その推計を前にしても、何をすればよいかかわからないでいる管理者ばかりです。彼らに対する技術的支援が必要でしょう。

——短期間で医療文化を変えていけるでしょうか。

高山 沖縄の救急医療が北米型 ER を形成してきたことは、住民にも医療者にも染みついています。この受療行動を変えていくことは、ソフト面でもハード面でも容易ではありません。一次から三次まで「何かあれば救命救急センターへ行けばよい」というワンストップ機能は、地域住民にとってもわかりやすい提供体制です。高齢化が進行する中で、症状や重症度に応じた受診先の選択を期待するべきではなく、これからも北米型 ER を強化していく方が、沖縄の風土にも合致していると思います。

ただし、沖縄県の「なんでも診る」という集約化は救急医療までであり、入院医療は機能分化させなければなりません。ここが改革の要点です。そのためにも、救命救急センターからの入院先については、当該病院で引き取ることを原則とはせず、患者の状態に応じて地域の医療機関へと柔軟に紹介される必要があります。沖縄県の地域医療は救急中心に回ってきました。よって、医療機能の分化と連携についても、まずは救急を中心として放射状に骨格し、その後、それぞれの医療機能が連携する格子状へと展開するのがよいと考えています。

——多職種連携や情報共有の実情についてはいかがでしょうか。

高山 沖縄県では、暮らしの社会的問題までもが、医療ストレスを口実にして「とりあえず救急搬送」されてきました。これがいま、救急の対応力を低

下させていることを住民は理解しなければなりません。そのうえ、医療ストレスが解決しても、社会的問題があるからと退院後の受け入れを拒否する高齢者施設すらあります。これは地域包括ケアシステムの力量に関わる問題であり、多職種連携によって解決すべき課題となっています。

個人的には、「地域包括ケアシステムにおける連携」とは、地域の暮らしを支える多様な取り組みを互いにリスペクトすることが基礎になると考えています。医療、介護に限らず、親族、友人関係、あるいは宗教などが暮らしを支えているものです。それぞれの役割を理解し合い、互いに踏み込みすぎることなく、緩やかに支え合いのネットワークを形成することが必要です。

——暮らしや介護の役割のところ医療が踏み込みすぎては、好ましくないのですね。

高山 先日、ある高齢男性の訪問診療にあたって、カトリック神父による訪問礼拝とご一緒したことがありました。教会に通えなくなった信者のため、神父が在宅でお祈りをしていると聞いていたので、ご一緒しませんかとお誘いしたのです。

礼拝が始まったとき、患者さんの背筋がスッと伸びて、見たこともないほど顔が引き締まったのには驚かされました。そもそも、私の前では寝たきりだったはずの男性が、なぜか神父の前では端座位をとっています。いずれも医者には見せない姿でした。

なるほど、これが信仰の力か……と感銘を受けると同時に、この領域に医療は踏み込まない方がよさそうだとも思いました。患者さんが神父に見せる姿と語り、医者に見せる姿と語りとは違って当然です。これをあえて重ね合わせる必要などないでしょう。多職種連携と言えども聞こえはいいですが、患者さんにとっては分けておきたい領域もあるはずです。

困難を抱えた患者さんの暮らしでは、複数の物語が同時進行しているもの。医療者や介護者、家族、それぞれと紡がれている物語の一本化を目指さないことが大切です。それぞれの役割を認識し、果たしていけばよいのだと思います。

(聞き手：本誌編集専門委員 小野 洋子)

The Journal of [機関誌 JAHMC (ジャーマック)]
2019 November /vol.30 No.11

JAHMC

Japan Association of Healthcare Management Consultants

2019
11

INTERVIEW **これからの地域医療との向き合い方**

高山 義浩 氏

REPORT **暮らしをささえる地域医療、一歩先のまちづくり**

CASE1 医療法人社団ささえる医療研究所(北海道岩見沢市)

CASE2 医療法人社団ナラティブホームものがたり診療所(富山県砺波市)

寄稿 **① 医、食、住と学びの多世代交流複合施設「アンダンチ」**

福井 大輔

② 全国の地域医療構想の質的評価に関する研究

小塩 誠



公益社団法人

日本医療経営コンサルタント協会

Japan Association of Healthcare Management Consultants