

JAHMC
Japan Association of Healthservice Management Consultants

社団法人日本医業経営コンサルタント協会

KOBE
第**14**回 **神戸大会**

日本医業経営コンサルタント学会
講演集

いのち
健やかな心と生命のために
～医療の質と効率化を求めて～

…… 経営力を支える医業経営コンサルタントからの提案

主催：社団法人日本医業経営コンサルタント協会

会期：平成**22**年[2010年] **6月17日** 木・**18日** 金

会場：ANAクラウンプラザホテル神戸10F

医療再生の基軸となる地域医療連携

長尾 和宏 先生 医療法人社団裕和会 理事長/長尾クリニック 院長

私からは、開業医の視点で地域医療連携についてお話ししたいと思います。

今ご紹介がありましたように、私は尼崎で開業しています。尼崎といえば、病診連携というシステム、あるいは、現在もう診療報酬が付いていますが、開業医が病院の中に入っていく開放型病院というシステムも、尼崎から始まったと聞いています。

昨今、医療崩壊という言葉が言われています。医療再生に向けては、お金の問題ももちろん大事ですが、いろいろな無駄が重なっている部分が地域医療でもあるのではないかと考えています。地域医療連携がその基軸となると考えています。病診連携という言葉を使っていたら、この前、ある先生から「地域医療連携と言うのだよ」としかられましたので、今日も地域医療連携でいきたいと思っています。

現在、開業して15年になります。私は継承ではなく、小さなところで開業していたのですが、8年

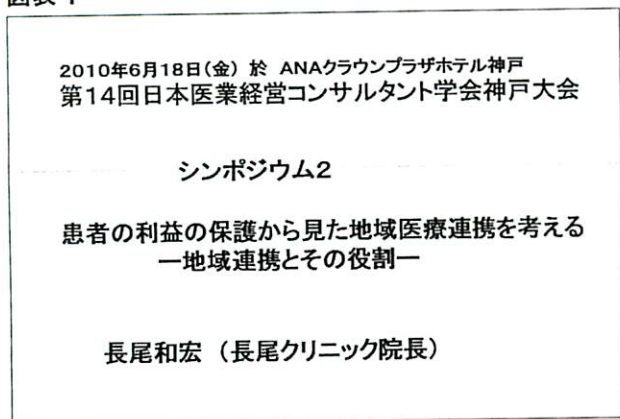
ほどたつて患者さんが増えてくると手狭になってきたので、7～8年前につぶれた銀行を買い取って、内視鏡や在宅医療を中心にやっています。私のところはちょっと変わってまして、5人の常勤医に非常勤を含めた8名の医師が365日診療し、また、在宅もやっているという、ミックス型診療所です。

日本医師会雑誌の今月号に、在宅医療のテキストが配られました。「午後から地域へ」と表紙に書いてありますが、まさに私どもは午後から地域へ出ています。また、現在は訪問看護ステーションやケアマネステーションも併設するようになっています。

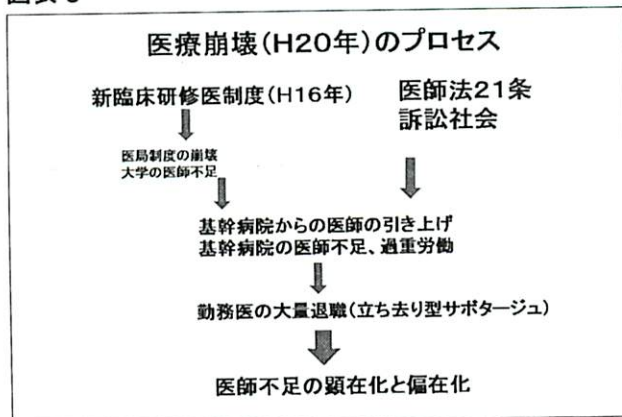
医療崩壊（H20年）のプロセス

医療崩壊という言葉が有名になりました。これは、平成16年から始まった新臨床研修医制度が発端といわれています。大学に医師がいなくなったという

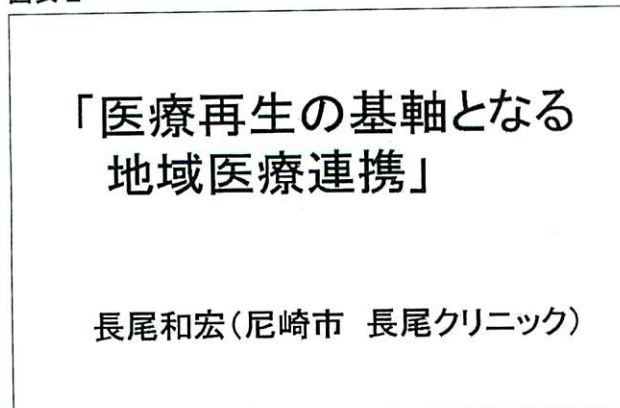
図表 1



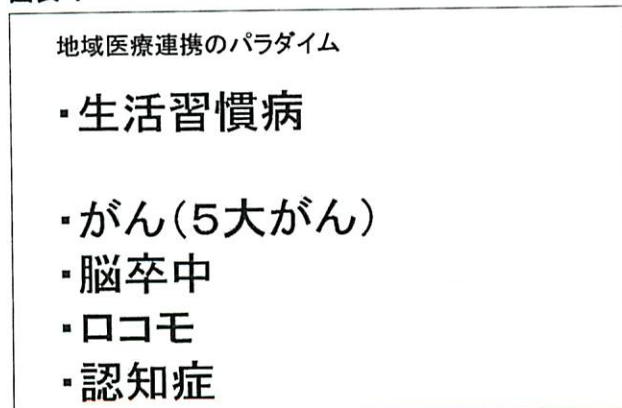
図表 3



図表 2



図表 4



ことで、基幹病院から大学に医師が引き上げられて、基幹病院の医師不足、過重労働の問題が起き、そして、「立ち去り型サボタージュ」という小松秀樹先生の言葉が非常に有名になりましたが、勤務医の大量退職が起きました。今、医師が足りないのかどうか、増やすのかという議論がなされているようですが、医師不足の顕在化、あるいは偏在化がいわれています（図表3）。

この数年、開業なさる先生が非常に多かったと、尼崎でも思います。ただ、新規で開業してもうまくいなくて、行くも地獄、帰るも地獄ではありませんが、お医者さんも非常に大変な時代になったのかなと思っています。

また、医師法21条という法律が明治時代からあるのですが、死因がよく分からない場合は警察に届けなさいという法医学会の解釈によって、大野病院事件で産婦人科医が逮捕され、訴訟されるという事態を招きました。それがまた拍車をかけるという流れになっています。

地域医療連携のパラダイム

この中で、地域医療連携をどう考えたいの

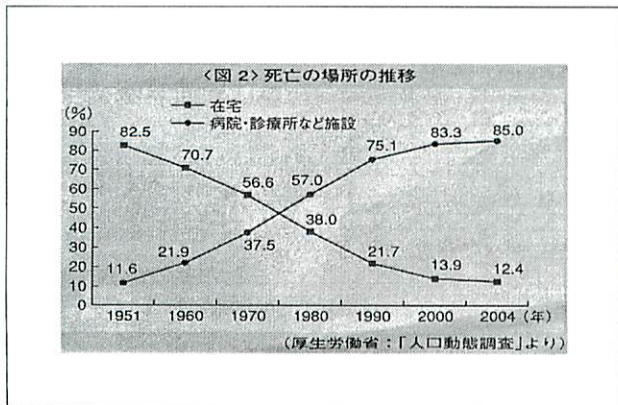
図表5

がんか、非がんか？

- **がん** 平均在宅期間 1.5ヶ月
緩和医療が中心(ケア)
在宅看取りは結果
- **非がん** 長期間のことが多い
医学的管理も重要(キュアも)
レスパイトケア

*がん、非がんを区別しない終末期医療へ

図表6



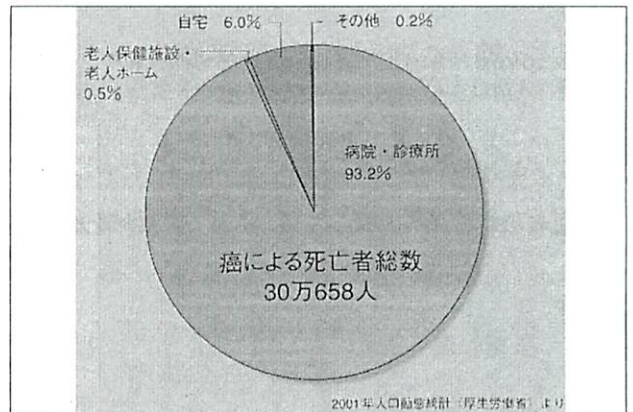
か。私なりに考えたのは、幾つかのカテゴリーがあるのではないかとことです（図表4）。町医者が多く診ているのは、生活習慣病です。例えばインスリンを打っている方は、3カ月に1回は糖尿病の専門医に診てもらって、普段は地域のかかりつけ医に診てもらおうというのが一般的になっていると思います。

がんの地域連携も非常に進んでいまして、尼崎でも胃がんや大腸がんの地域連携パスが出来上がって実行されつつあります。それから、寝たきりの原因になるのは脳卒中やロコモティブシンドローム（運動機能疾患）が多いということで、これらの医療連携を進めるべきですし、もう一つこれからは認知症です。これが一番困っているのですが、現在、認知症の対策が全く遅れています。がん対策基本法ができて、がん医療のことが非常にいわれていますが、なぜか認知症対策基本法はありません。これは邊見先生にお願いしたいと思うのですが、この辺が今後の連携の中心になってくるかと思っています。

在宅医療の現状

本日のキーワードとして、在宅医療という言葉

図表7



図表8

自宅か、施設か？

- 老老、認認、ときどき末期がん
- 施設の圧倒的不足
- 小規模多機能、高専賃
- インフォームドコンセント

挙げさせていただきます。お手元に、「はじめての在宅医療」という冊子を配らせていただきました。これは私が書いた本で、いろいろな看取りに関する法律について詳しく書いていまして、主に医療者、病院の先生方や看護師に読んでもらおうと思って全国に配布している冊子です。

それから、ブログやTwitterで日々いろいろなことを書いています。その中で、在宅医療というと、皆さんがんとおられるのですが、実際に最近のがんか、非がんかという区別がなされています。がんは非常に在宅期間が短くて1.5カ月ほどですが、非がんの方は非常に長くて、認知症であれば数年間に及びます。そして、そこにはレスパイトケアや入院などが入ってきます。しかし、がん、非がんを区別しない終末期医療を行おうという流れになっています(図表5)。

人間は100%死亡します。死亡の場所は、昔は家でしたが、今はほぼ8割の方が病院で亡くなるようになり(図表6)、特にがんに関しては9割の方が病院で最期を迎えているのが現状です(図表7)。

先ほども中村先生からお話がありましたように、今200人ぐらいの在宅患者さんを診ていますが、在

宅の現場では老老介護や認知介護が普通になってきています。末期がんが強調されますが、末期がんの方は1カ月半で終わってしまいます。残っているのは老老介護や認知介護ということで、施設や病院に入ろうと思っても全くない、圧倒的に施設が不足しているのが現状です(図表8)。

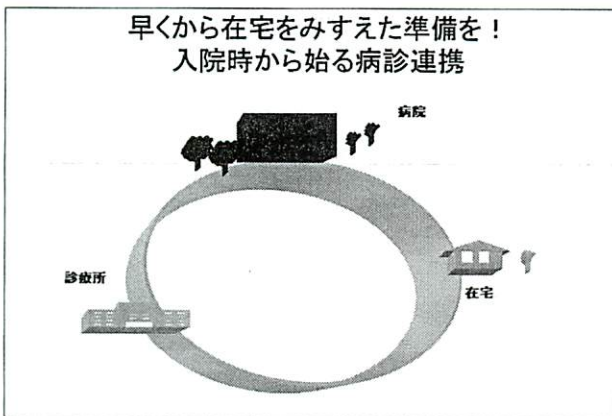
また、小規模多機能などを国は進めています、尾崎ではまだ一つか二つしかなく、それもなかなか入れません。その合間を縫うように、高齢者専用賃貸住宅(高専賃)、あるいは高専賃もどきのような老人マンションがいっぱいできて、いろいろな問題が指摘されています。

いずれにせよ、十分なインフォームドコンセントを行い、患者さんの利益になるような在宅あるいは施設でなくてははいけません。「安いから在宅」とか、「捨てられるように在宅」では駄目だと思っています。

入院時から始まる地域医療連携

やはり、病院、診療所、在宅という三つがうまく連携できるかということだと思います。食べ物を食べたなら出てくるのと同じように、入院した人は必ず退院してきます。特に、急性期病院は、10日、2週

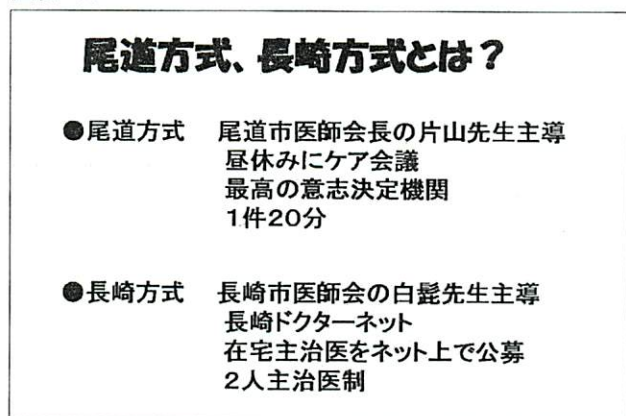
図表 9



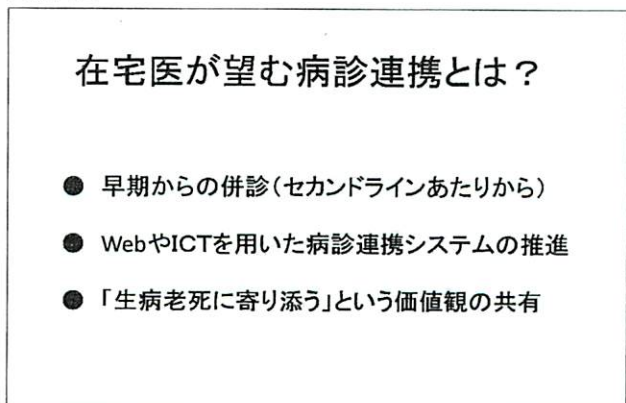
図表 10



図表 11



図表 12



間で退院します。ですから、入院早期から、在宅、あるいは退院時を見据えた準備をとということで、入院時から始まる地域医療連携をしなければならないと考えています (図表 9)。

多職種の連携

また、多職種連携も重要です。地域医療連携では、病院、医師同士の連携が中心になることが多いと思いますが、実際、地域ではまさに多職種連携で、在宅患者さんを例にとれば、約 10 職種以上、人数で言えば 20 ～ 30 人のスタッフが 1 人の患者さん、あるいはケアの業界では利用者さんにかかわることになります (図表 10)。いかにこの連携を深めていくかが課題だと思えます。

今お話がありましたように情報共有が非常に問題で、我々はいろんな事業所と組みますが、患者さん 1 人ごとにメーリングリストを作るなど、いろいろな工夫をして情報の共有化を図っています。しかし、なかなか難しいです。また、院内の連携、院外の連携という言葉を使いますが、在宅医療に携わっている 30 人のスタッフの中でもちゃんと情報や価値観の共有をしなければならない中、かつ地域のいろい

ろな病院とも連携していかなければいけないということで、非常に連携というものが難しい時代に入ったかなと考えています。

尾道方式、長崎方式とは？

在宅の世界では、尾道方式、長崎方式というのは非常に有名です (図表 11)。尾道方式とは、尾道市医師会長の片山先生の主導で始まったもので、尾道市では昼休みに至るところでケア会議が開かれています。これは 1 件 20 分で、在宅での療養の仕方に関する最高の意思決定機関として機能しています。

長崎方式は、白髭先生という先生が、長崎在宅 Dr. ネットを作って、退院する前に在宅主治医をネット上で公募し、主治医・副主治医の二人主治医制度で在宅医療を運営するもので、非常に国として注目しています。

在宅医が望む地域医療連携とは？

私の立場から病院の先生にいつも申し上げていることは、できるだけ早期から併診をさせてほしい。がんの末期ぎりぎりになってもういよいよというときではなく、抗がん剤治療をしているなら、ややが

図表 13

阪神ホームホスピスを考える会での議論 (2010年 1月某日)

- ・地域連携室は必要か？
- ・なぜ早く紹介してくれないのか！

MSWさん、書を捨て、地域に来てください！

図表 15

尼医ネット
地域医療連携情報
1冊 (発行)
AA 社団法人 尼崎市医師会

図表 14

3病院合同、胃癌化学療法地域連携パス勉強会—TS1の病診連携— (2010. 2. 4)

stage II、IIIのみを対象とした連携

司会者のコメント

- ・開業医にはTS1は無理・・・
- ・エコー、CTはないし・・・
- ・stage IVは入院ケモだから連携不要・・・

亡くなった患者さんの口の中に残るTS1をどう考えるのか？

図表 16

診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祭日
午前	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00	9:00 ～12:00
午後	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00	13:00 ～17:00

診療科目: 内科・消化器科・泌尿器科・リハビリテーション科

検査・検査結果 有 有 有 有 有 有

手術 有 有 有 有 有

救急 有 有 有 有 有

んが進行していろいろな臓器に転移するセカンドラインあたりから、いきなり寝たきりではなく、外来のレベルから併診させていただきということをお願いしています。あるいは、まだまだできていませんが、WebやICTを用いた地域医療連携システムを推進していきたいと思っています(図表12)。

私は、阪神ホームホスピスを考える会の世話人を行っています。今年1月に、地域医療連携室は必要なのかという議題で議論しました(図表13)。先ほど岡留先生からMSWさんが大事だというお話がありました。確かにそうなのですが、MSWさんに行くまでに時間がかかったり、いろいろ準備をしている間に患者さんが家に帰れないということもあります。MSWさんにはできるだけ地域に出ていただいて、我々のところにもぜひ来ていただきたいと思っています。MSWさんには今、報酬は付いておりませんが、これも何らかの形で反映できたらいいなと考えています。

あるいは、現在、胃がんの化学療法の連携パスが推進されています。しかし、stage II、stage IIIのみを対象としており、stage IVという一番悪い状態での連携が、実は今はないのです。連携パスができ

ていますがまだ一部分であって、例えば終末期の連携に関してはまだまだ進んでいないのが現状です(図表14)。

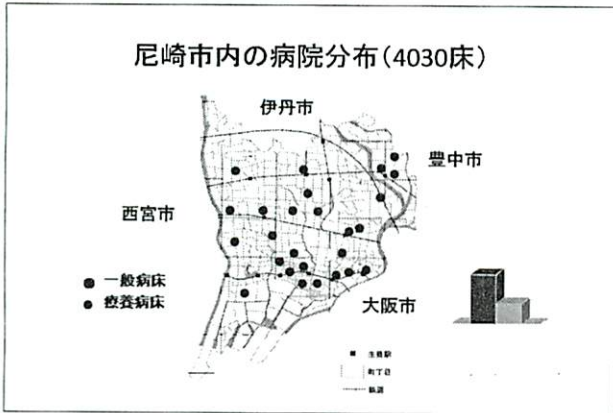
私は在宅の患者さんを400人ぐらい診てきましたが、亡くなった後の患者さんの口の中に、病院で投与されている抗がん剤が見えるわけです。それを見たときに、まだまだ連携することは非常にたくさんあるのだなと感じます。

「尼医ネット」～医療機関情報の公開

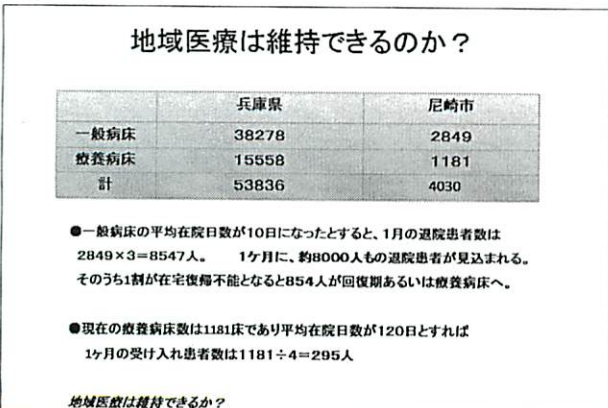
私は地域医療連携の委員長を命じられまして、「尼医ネット」という冊子を作りました(図表15)。これは、尼崎にある420～430の全医療機関から、例えばインスリンの管理は可能か、末期がんや認知症の受け入れは可能かといった診療情報を集めてまとめたものです(図表16)。これを病院の各地域連携室のみならず、病棟、全病院にお配りして、地域への紹介のときに役立ててもらおうということをしています。

ただし、これは10年以上試みて、できなかったものなのです。それで私にやってくれといわれて、1年でこれをやったのですが、いろいろな反対勢力、

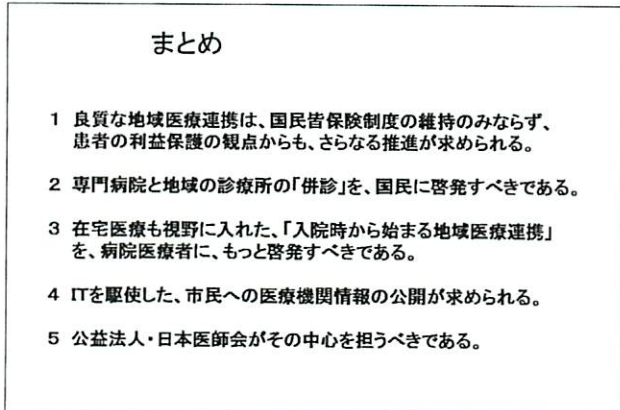
図表 17



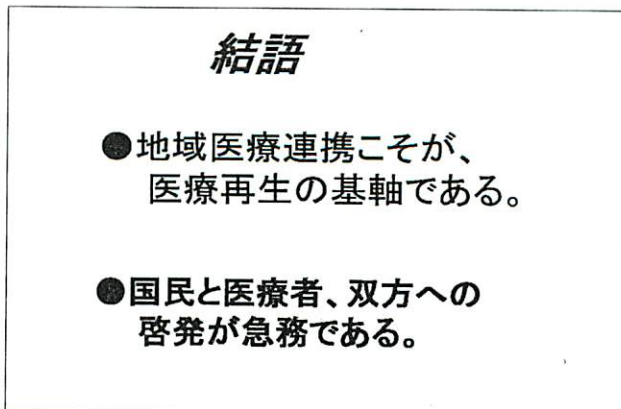
図表 18



図表 19



図表 20



いろいろなご意見がありまして、現在、そのご意見を調整しながら、医師だけではなく一般の方、市民も、例えば Web 上でリアルタイムで見られるようにしたいと思っています。あるいは、病院の電子カルテで、診療所の機能は現在どんな状況か、在宅患者受け入れ可能かどうかリアルタイムで分かるようにしなければならないと考えています。

地域医療は維持できるのか？

平均在院日数がもし 10 日になれば、尼崎では 1 カ月に約 8000 人の退院患者さんが出ます。そのうち仮に 1 割が在宅復帰が不能になるとすると、850 人ぐらいが回復期、療養病床、あるいは在宅に回ります。しかし、現在の療養病床の受け入れ可能人数は約 300 人なのです。800 人に対して 300 人分しか受け皿がないのがないのが尼崎の現状です。現在、県立病院の統合が議論されていて、とにかく市に毎月何百人かの行き場のない患者さんが発生することは、はっきり分かっているのです。ですから、地域医療連携は、もう待たなしたと考えていまして、早くこういうシステムを作って運用していかないといけないと思います（図表 18）。

まとめ

やはりこういう連携をしっかりとすることが、国民皆保険制度の維持の基本だと思います。また、連携をしっかりとすることが、患者さんの利益につながると思います。

専門病院と地域の診療所の「併診」は、すべてに必要ではありませんが、難病や C 型肝炎のインターフェロン治療、あるいは抗がん剤治療などのときにはむしろ普通であるということ、一般国民の方に広く啓発していくべきではないかと考えています。

また、在宅医療も視野に入れた「入院時から始まる地域医療連携」、退院するときになって慌てるのではなく入院したときから考えていくことを、患者さん側にも広く啓発するべきと考えています。

また、やはり IT の時代ですので、患者さんがこういう医療機関情報を見られるようにするシステムを作らなくてはなりません。兵庫県では、県のホームページを見たら、どんな診療所機能があるかが全部分かるのです。ところが、一般的にそこを見る人がいない、なかなかたどり着けないということがあります。例えば医師会のホームページを開いたら、

そこにぱっとたどり着けるようにしないとけません。私は本当に末端の開業医ですが、日本医師会が公益法人であるというならば、IT を駆使して患者さんの利益のために地域医療連携を進めるべきだと思っていて、先ほどの「尼医ネット」のさらなる推進をしていきたいと思っています。病院の先生方にも、例えばこれを CD-ROM に焼いてくれという要望もあります。なかなかうまく進んでいないのが現状ですが、その辺を進めていきたいと考えています（図表 19）。

地域医療連携こそが医療再生の基軸です。お金の問題はなかなか難しいところがありますので、まずこちらをしっかりとやろうと考えています。そして、患者さん、あるいは病院の先生方ももちろん考えておられるのですが、「顔の見える」という言葉があるように、お互いに啓発しあっていくことが非常に大事だと思っています（図表 20）。

<座長>

長尾先生、ありがとうございます。

では、引き続きまして、第 3 席は邊見公雄先生です。昭和 43 年に京都大学をご卒業され、その後、同大学で研修を終えられています。昭和 62 年には赤穂市民病院の院長に就任されています。現在は、先ほどご紹介しましたように、中央社会保険医療協議会の委員、ならびに全国自治体病院協議会の会長を務められている、今、ご活躍中の先生です。どうぞよろしく願いいたします。