

10

The Journal of
JAHMC
Japan Association of Healthservice Management Consultants

[月刊] ジャーマック

INTERVIEW

健診事業40年、次の展開を問う

健診技術の革新による国民皆受診を目指す

高谷 雅史

2010 October

Vol.21 No.10

REPORT

米国医療改革の概要と展望

財政中立で10年間に80兆円投入

寄稿 CONTRIBUTION ①

新高齢者医療制度の中間報告について

新たな混乱を生じる可能性も

丹羽 雄哉

寄稿 CONTRIBUTION ②

尼医ネット作成の成果と地域医療連携の次の課題

長尾 和宏

誌上研修 CONTINUING EDUCATION

今、高齢者介護、パラダイムシフトの時

「ケア」から「意欲」へ、「おとなの学校」の取り組み

小山 敬子

DATA

成長鈍化の局面を迎えたCRO業界

布施 泰男



日本医療経営コンサルタント協会

<http://www.jahmc.or.jp>

尼医ネット作成の成果と 地域医療連携の次の課題

ながお かずひろ
長尾クリニック 院長 長尾 和宏

地域医療連携の現状と課題について。尼崎市医師会における活動と第14回日本医業経営コンサルタント学会神戸大会における筆者の講演内容をもとに、私見を交えて論じたい。

尼崎市医師会と地域医療連携

私が所属する尼崎市医師会は、わが国の地域医療連携の先頭を走ってきた歴史を持つ。西村亮一先生（前兵庫県医師会長、元尼崎市医師会長）は、1986年に県立尼崎病院に「地域医療室」と「オープン病床」を設置した。「公的病院の開放」という新しい試みは全国に注目され、開放型病院のモデルとなった。また、現在では多くの病院に設置されている「地域医療室」のモデルにもなった。その流れで「診療情報提供料」や「開放型病院共同指導料」が、後に診療報酬体系に組み込まれた。

一方、医師会員が交代で出務・当直して救急対応する「尼崎休日夜間診療所」の発足・運営

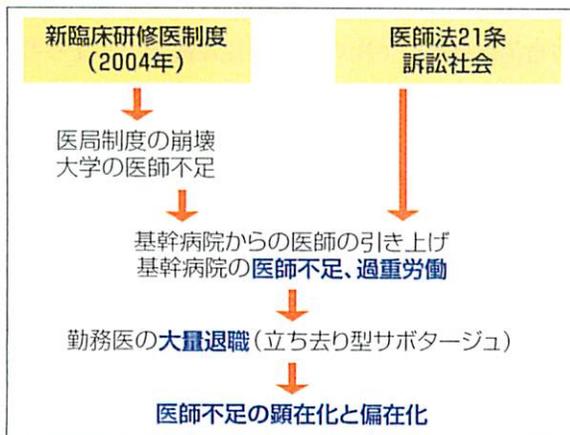
においても、尼崎市医師会はわが国の救急システムをリードしてきた。高次医療を要する患者さんには基幹病院との連携をシステムとして確立した。余談であるが、本年4月から24時間365日対応をうたった「地域医療貢献加算」という3点の診療報酬が新設されたが、なんのことはない。尼崎市医師会は30年以上前から、医師会員が交代制で24時間対応を行い、「地域医療貢献」してきた。

このように尼崎市医師会は、昼間の連携のみならず、休日夜間の連携においても先駆的な試みを成功させてきた医師会である。

「地域医療連携・勤務医委員会」の発足

そんな経緯の中、2008年4月、高原周治・現尼崎市医師会長の就任に伴い「地域医療連携・勤務医委員会」が新たに設置された。いうまでもなく在宅医療を含めた地域医療連携を円滑に推進するための委員会である。各地区と基幹病院から選出された約20人の委員から構成される。筆者が初代委員長に選任され現在2期目に入った。この委員会が扱うテーマは実に広い。いわゆる病診連携のみならず、診診連携、在宅患者の連携などが守備範囲だ。ひとくちに「連携」といっても開業医と勤務医では捉え方がかなり異なる。委員会では、毎回病院側の委員からも積極的な発言があり、お互いが「連携」を巡って切磋琢磨の議論をする場となっている。

●図表1 医療崩壊(2009年)のプロセス



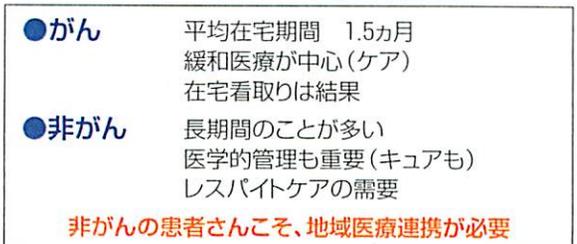
出所: 著者作成

●図表2 地域医療連携のパラダイム



出所: 著者作成

●図表3 がんか、非がんか?(終末期医療)



出所: 著者作成

非がんの患者さんこそ、地域医療連携が必要

尼医ネット作成の経緯と成果

病院から地域に紹介するにあたり、病院勤務医が最も困るのは診療所機能の情報があまりに乏しいことだ。各診療所のホームページを当たれば詳細な情報が得られるが、問題はどこにどんな機能の診療所が存在するのか、という基本情報にある。特に大学から派遣された若い勤務医は土地勘も乏しく、そう簡単には「顔の見える連携」には至らない。

そこで委員会は、全診療所の機能を一覧できるデータベースの作成を試みた。親しんでいたような「尼医ネット」と命名した。たとえば、外来機能においては、エコーや内視鏡検査が可能か、インターフェロン注射やインスリン注射が可能か、などが示されている。在宅医療では、まず行くか否か。もし行くなら、麻薬は扱うか、人工呼吸器は受けるか、看取りまで行えるか、などを一覧できるようにした。情報項目については委員会で十分に議論したうえで、全医療機関から情報を収集・編集した。

最初は、紙媒体のほうが使いやすいだろうと

●図表4 多職種の連携



出所：著者作成

●図表5 在宅医が望む病診連携とは？

- 早期からの併診（セカンドラインあたりから）
- ウェブやITを用いた病診連携システムの推進
- 「生病老死に寄り添う」という価値観の共有

出所：著者作成

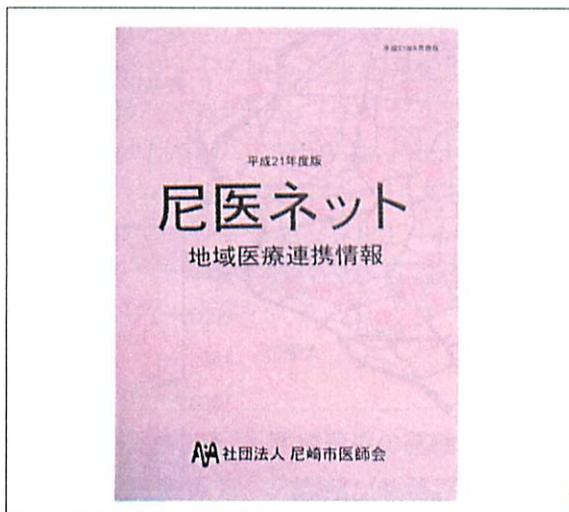
の考えから「冊子」という形を選択した。各診療所には1冊ずつ、各病院には希望した部数を配布した。配布後半年経過した時点で、再びアンケート調査を施行し、「尼医ネット」の評価を行って今後を展望した。勤務医・開業医ともおおむね良好な評価を得た一方、いくつかの提案がなされた。

まず「尼医ネット」をCD化して地域連携室のみならず病院の全診察室で使えるようにして欲しい、できればウェブ上で公開して欲しいという要望。さらには、検索機能を充実させ、こまめに更新してリアルタイム情報を閲覧できるようにして欲しい（たとえば在宅受け入れは日々変わる可能性がある）、訪問看護ステーションやケアマネジャー、ヘルパーなども閲覧できるようにして欲しいという要望もいただいた。現在、情報管理の問題と照合しながら慎重に議論を重ねている。来年には、バージョンアップした「尼医ネット」に育つことを強く願っている。

地域医療連携の現状

さて、地域医療連携の現状はどうだろうか。「連携」という概念は医療者には浸透した一方、患者への周知は遅れている。進行したがんや難病で在宅療養を余儀なくされても、大病院のみにしがみつくと患者が多い。ちょっとした発熱でも救急搬送を依頼し救急隊員の手を煩わせている。状態によっては、「病院専門医と地域かかりつけ医との並診」という方法が許される（むしろ推奨される）ことを、もっと啓発すべきである。超高齢化社会に対応すべく、「キュアからケア

●図表6



出所：著者作成



長尾 和宏(ながお かずひろ)

プロフィール

長尾クリニック 院長
医療法人社団裕和会 理事長

略歴

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、市立芦屋病院内科医長を経て、
1995年 尼崎市で長尾クリニックを開業し現在に至る

資格等

医学博士、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本内科学会認定医、日本禁煙学会専門医、日本在宅医学認定専門医、日本医師会認定産業医、日本医師会認定健康スポーツ医、労働衛生コンサルタント

役職等

尼崎市医師会勤務医地域医療連携委員会委員長、日本ホスピス・在宅ケア研究会評議員、日本病態栄養学会評議員、ケアネット尼崎代表前尼崎医師会内科医会会長、前兵庫県内科医会理事

所属学会

日本内科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓病学会、日本循環器病学会、日本東洋医学会、日本緩和医療学会、日本プライマリーケア学会、日本肺がん学会、日本禁煙学会、日本糖尿病学会、日本肥満学会、日本ハイパーサーミア学会、日本統合医療学会、日本認知症学会、日本病態栄養学会

著書

「町医者冥利」(新風舎)「はじめての在宅医療」(勇美記念財団)「在宅療養を支えるすべての人へ」【禁煙で人生を変えよう】(エピック)「町医者力」(エピック)「バンドラの箱を開けよう」(エピック)

連載

産経新聞に毎週金曜日、「Dr和の町医者日記」連載中
朝日新聞ネット版(アピタルブログ)に毎日、「町医者だから言いたい」連載中
週刊医療タイムスに、「冬の時代の診療所経営」連載中
個人ブログ「Dr和の町医者日記」は、日本ブログ村で医師部門で1位独走中

決定機関であり、多職種連携を確認し合う貴重な場でもある。

非がんの在宅医療においては、在宅医は「適切な医療連携により、寿命とQOLの両方の延長を図ることが可能である」ことを忘れてはならない。例えば、末期の慢性心不全で在宅療養を余儀なくされているケースでも、県立尼崎病院で行われている「外来心不全治療室」との密接な医療連携が求められる。もはや「非がんこそ連携」の時代なのである。

慢性期病院とかかりつけ医の連携

地域医療連携を考える際、急性期病院はもちろん、慢性期病院とかかりつけ医の連携もこれまで以上に重要になってくる。人口46万人の尼崎市の場合、仮に病床数800の基幹病院からは1ヵ月間に2,400人(DPC制度下での平均在院日数を10日と仮定)もの患者が排出される。仮にその1割は在宅復帰が難しいとした場合、その240人の患者は一体どこへ行くのだろうか。療養病床、在宅医療、そして県外の老人施設などがその受け皿になるが、独居が増えている現在、在宅医療が難しいケースも散見される。そこに療養病床の需要は高まるばかりである。

DPC時代を迎え、地域医療連携はまさに「待ったなし」の切実な課題だ。「入院時から始まる病診連携」は、もはや常識であり、特に療養病床との連携強化がこれまで以上に求められている。

地域医療連携は医療再生の基軸

医療崩壊は、多面的に捉えることができる。自民党政権が10年間続けた医療費削減政策。2004年から始まった新臨床研修医制度による医局制度の崩壊。医師法21条の拡大解釈と誤ったマスコミ報道。これらが複合的に絡まった結果、病院から医師が逃げ出し、医療崩壊が起きたのであろう。

●図表10 まとめ

- 1 良質な地域医療連携は、国民皆保険制度の維持のみならず、患者の利益保護の観点からも、さらなる推進が求められる。
- 2 専門病院と地域の診療所の「併診」を、国民に啓発すべきである。
- 3 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」を、病院医療者に、もっと啓発すべきである。
- 4 ITを駆使した、市民への医療機関情報の公開が求められる。
- 5 公益法人・日本医師会がその中心を担うべきである。

出所:著者作成

では、医療再生の処方箋とは何であろうか。医療費の増額、医学部定員の増員、研修制度の見直し、医療事故審査の見直し、どれも正解かもしれない。しかし長い時間と莫大なお金が必要だ。

筆者は、「地域医療連携が医療再生の基軸である」と考えている。時には病院へのフリーアクセスを制限することで勤務医の負担を減らして、無駄な医療費を仕分けすればどうだろうか。「連携」をもっと国民に啓発すべきであろう。病院内では「チーム医療」と呼ばれ、医師会では「地域医療連携」と呼ばれるが、実際一歩地域に出ると「多職種連携」と呼ばれるのが「連携」だ。結局、病院と地域がうまく連携することは、「地域包括ケア」という概念に集約される。このように「地域医療連携」を、より大きな視野で捉えることが求められる時代になった。

誰のための「連携」なのか。そして良質な「連携」の推進こそが、患者を幸せにし、医療・介護スタッフをも幸福にする。こんな想いで「連携」に取り組んでいきたい。

●図表11 結語

地域医療連携こそが、**医療再生の基軸**である。
国民と医療者、双方への**啓発が急務**である。

出所:著者作成