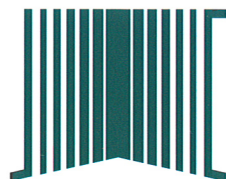


JMFC



日本慢性期医療協会
JAPAN ASSOCIATION OF
MEDICAL AND CARE FACILITIES

隔月刊

第76号
2011.8

vol.19

NO.3

【特集】

慢性期病床と地域連携



1 慢性期病床と地域連携—総論

日本慢性期医療協会会長、博愛記念病院理事長 武久洋三

2 在宅療養支援病院と地域連携

日本慢性期医療協会事務局長、池端病院理事長 池端幸彦

3 慢性期病床と救急病院との連携の構築—大阪緊急連携ネットワークの現状と今後の展望

日本慢性期医療協会急性期連携委員会委員長、平成記念病院常務理事 井川誠一郎

4 東京都在宅医療拠点病院モデル事業の概要と今後の課題

医療法人社団康明会常務理事・法人本部長 遠藤正樹

5 在宅医療の現状と地域連携

長尾クリニック院長、尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長 長尾和宏

特集 慢性期病床と地域連携

5 在宅医療の現状と地域連携

「3人の主治医を持つこと」の重要性
急性、慢性期とかかりつけ医の連携を

長尾クリニック院長、尼崎市医師会地域医療連携・勤務医委員会委員長 長尾和宏

在宅療養支援診療所の役割
看取り率の低さの要因とは

1. 在宅療養支援診療所の現状

2006年から「在宅療養支援診療所」制度が始まった。その登録要件は、①365日24時間対応、②後方支援病院の確保、③訪問看護やケアマネとの密接な連携、④年間看取り数の報告——などである。要は、年中無休体制で多職種連携を行い、看取りまで行う診療所である。

現在、約1万2千軒の診療所がこれに登録している。しかし、実際に看取りを行っている診療所はまだ少数であるといわれている。たとえば、年間10例以上看取っている診療所は一体どれくらいあるのだろうか。正確な統計を持ち合わせていないが、私の推測では、登録診療所の1割以下ではないだろうか。

在宅療養支援診療所の在宅看取りの点数として1万点がつくなど、高点数での在宅誘導が図られている。これは裏を返せば、患者負担額の増加でもある。患者負担を軽減するため、在宅療養支援診療所に登録しても一般の診療所の点数で算定したり、敢えて在宅療

養支援診療所の登録をせずに、在宅医療を積極的に行う医療機関もある。

2. 在宅看取りを阻害する因子

医療費削減政策の一環として、国を挙げての「在宅推進政策」が展開されてきた。その目玉ともいえる強力な推進政策として登場したのが「在宅療養支援診療所」である、しかしいまだ十分に機能しているとはいえない。「在宅看取り率」という指標で、末期がんの統計を見ると、全国最高である兵庫県の在宅看取り率でさえ約12%である。国は25%を目指しているそうだが、目標にはまだほど遠い。なぜだろうか？

いくつかの要因が考えられる。患者側の要因として、まず根強い病院志向がある。末期がんであれば、在宅看取りを希望される患者・ご家族も少しずつ増えているが、非がん（認知症、脳卒中、神経難病、臓器不全症など）の在宅医療においては明らかに終末期であったり、超高齢者であっても、病院での延命治療を希望されることが多い。

急増している認知症終末期の胃ろう問題は

何を意味するのか？ 約40万人いるといわれ、さらに毎年20万人ずつ増加しているとされる認知症終末期の胃ろう患者さんは、わが国の延命至上主義の象徴に見える。

3. 365日24時間対応の実際

診療所側では、365日24時間対応の煩わしさが最大の要因であろう。これは「言うは易し、行うは難し」である。私はこれまで15年間で約450人を在宅で看取ってきた。現在、年間に約50人を看取っている。1日に2人看取ることもあるが、看取りに限らず、365日24時間対応は大変なことだと思う。深夜の往診は正直、辛い時もある。

「あまり携帯電話は鳴らないから負担にならない」といい切るスーパー在宅医、有名在宅医もおられるが、私のような「普通の町医者」にとって、365日24時間対応の煩わしさは想像に難くない。「夜中の往診はしたくない」は大半の開業医の本音であろうし、安易に非難されるものではないと考える。

4. 理論的には一生、酒が飲めない在宅医

大阪のある産婦人科医が、飲酒した帰りにお産が心配で病院に泊まっていたら、呼び出されて妊婦を診察した。これを「酒に酔っての診療とはけしからん！」とマスコミに糾弾されたことは記憶に新しい。もしその論理でいえば、在宅医は一生酒を飲めないことになる。拙書「パンドラの箱を開こう」においては、医師の労働条件について述べた。

したがって「24時間対応は厳密に言えば労働基準の点から無理がある」という意見には

当然反論できない。そう考えると、在宅看取りを多数行っている医師はよほど要領のいい医師か、独自の工夫をされている医師に限られる、といえないだろうか。在宅医療が思うように普及しないのは、そこに何か不自然さを感じるからではないのか。「無理をして体を壊す」「孤軍奮闘」「ひとりよがり」「在宅原理主義」との在宅批判は、その辺の不自然さを表しているような気がする。

5. 先駆的な代理システムが一般化しない理由

長崎市医師会の白髭豊先生が主導する「長崎ドクターネット」の特徴のひとつは、「複数主治医制」による在宅医療だ。ネット上で在宅医を公募し、主治医、副主治医を決めるという医師会主導のシステムは、高く評価されている。一方、大阪府岸和田市の出水明先生らは、有志の在宅医が集まり代理システムを構築し、成果を挙げている。

こうした、先進モデルとなる代理システムがいくつか存在するものの、いまだ一般化しないのはなぜだろうか。医師会の在宅医療への温度差、メーリングリストなど、ネットワーク構築の煩わしさ、保険請求時の煩わしさなどだろうか。

6. 複数医師制の煩わしさ

弊院は新規開業して16年目。10年前に広い場所に近距離移転し、8年前から複数医師制に移行した（表1）。1人で外来と在宅を継続するのは難しいと感じたからだ。それ以来、外来も在宅も年中無休とし、休暇や学会出張時には常勤医師に代理を頼み、約250人

表1 長尾クリニックの概要

フリガナ 医療機関名	ナガオクリニック 長尾クリニック		フリガナ 医師名(院長名)	ナガオ 長尾	カスヒロ 和宏			
所在地	〒660-0881 尼崎市昭和通7丁目242		電話	06-6412-9090	FAX 06-6412-9393			
標榜科目	内科・消化器科・循環器科・リハビリテーション科							
診療時間	月	火	水	木	金	土	日	祝日
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	4:00 ~7:00	4:00 ~7:00	4:00 ~7:00	4:00 ~7:00	4:00 ~7:00	1:00 ~4:00		
自院ホームページ	http://www.nagaclinic.or.jp							
最寄駅およびアクセス情報	阪神尼崎駅 徒歩12分、阪神出屋敷駅 徒歩6分							
駐車場	有(30台)					車椅子のままで診察	可	
病床の有無	無							
禁煙外来	可(ニコチン依存症管理料の届出:有)							
往診	可 主治医意見書作成					可		
外国語対応	可(英語)							
検査機器	心電図、レントゲン、胃カメラ、大腸ファイバー、CT、エコー心臓・腹部・頸動脈、脈波、骨密度、聴力							
備考	・年中無休 ・医師10名(常勤7名、非常勤3名) ・在宅医療ステーションを併設し、予防から看取りまで対応							

の在宅患者の管理をしている。365日24時間対応のためには、当院のような複数医師制もひとつの形であろうが、安定的運営にはあまりに多くの課題があり、とてもお勧めできない。一方、夫婦や友人同士での共同経営も一見いいようだが、案外課題が多いようだ。

したがって、多くの在宅医は孤軍奮闘組である。いわゆる「一馬力」の普通の開業医が、24時間365日対応するためには、どうやっても物理的な壁が存在すると思う。さらに、訪問看護との連携なしでは、在宅医療は成立し得ない。

7. 課題が多い訪問看護ステーション

在宅医療の主役は実は「訪問看護師」である。簡単な緊急対応は、訪問看護師に助けられているのが現状だ。私は2か所の訪問看護ステーションと1つの診療所からの医療保険対応型訪問看護チーム、計3チームを運営し、時間外の要請に対応している。一方、

全国の訪問看護ステーションは現在5千か所前後で推移し、決して増加していない。

在宅療養支援診療所1万2千か所に対して訪問看護ステーションの5千か所は、決して合理的な比率とは思えない。また看護界の中でも、訪問看護の認知度ははまだまだ低い。常勤看護師2.5人で認められる訪問看護ステーションだが、大半が零細ステーションであり、病院の7対1看護を尻目に、安定的な訪問看護師の確保には大変な苦勞を強いられている。慢性的な過重労働からバーンアウトする訪問看護師も多く、悪循環から脱しえない。

最近、看護師の1人開業を求める「キャンナス」という団体が、東日本大震災の被災地において活躍した結果、試験的にではあるが認められ今後が期待されている。既存の訪問看護ステーションの基準の見直し、キャンナスのような新しい試みの評価など、訪問看護推進のための施策なくして、在宅医療の未来は語れない。

8. 大都市圏での在宅専門クリニック

近年「在宅医療を専門とする診療所」(いわゆる、在宅専門クリニック)が主に大都市圏で生まれている。弊院は、午前診と午後診の間に訪問診療や往診を行う「ミックス型診療所」であるが、在宅専門クリニックは、ほとんど外来診療を行わず、在宅医療のみを行う診療所である。

在宅医は「朝から在宅組」と「午後から在宅組」の2つに分かれている。その差は何であろうか。患者さんを継続的に診るかどうか、だろう。私自身は「かかりつけの患者さんを最期まで診たい」と考えて、在宅医療を行っている。昔の町医者へのイメージに憧れ、在宅医療という言葉があまり使われなかった時代から、在宅医療に携わってきた。

在宅患者さんの半数以上は、自院で診ていて通院ができなくなった方だ。一方、在宅専門クリニックは、病院からの紹介患者さんが対象となる。在宅専門型とミックス型診療所は、在宅看取り数から眺めると、ドラゴンヘッドとロングテイルに喩えられる。圧倒的に看取り数が多い在宅専門クリニックは、先駆的な試みやモデル事業など、研究機能も担っている所が多い。私は、高い診療報酬がついている在宅療養支援診療所は、医学生や研修医をはじめ、あらゆる医療・介護分野の「教育機能」も負うべきだと考える。

「尼医ネット」の現状と課題

1. 医療再生の基軸は「地域医療連携」

尼崎市医師会における地域医療連携への取

表2 「尼医ネット」の現状と将来

一市内全医療機関(約450)の診療所機能一

- 1 冊子作成(2010年)
- 2 ウェブ検索(2011年)
- 3 広域化(2011年?)
- 4 看護、介護への公開(2012年?)
- 5 市民への公開(2012年?)
- 6 診療情報の共有化(??)

り組みである「尼医ネット」について紹介したい(表2)。尼崎市医師会は、歴史的に見て地域医療連携の先頭を走ってきた。「地域医療室」「オープン病床」「診療情報提供料」「開放型病院共同指導料」は、診療報酬体系にも反映されている。

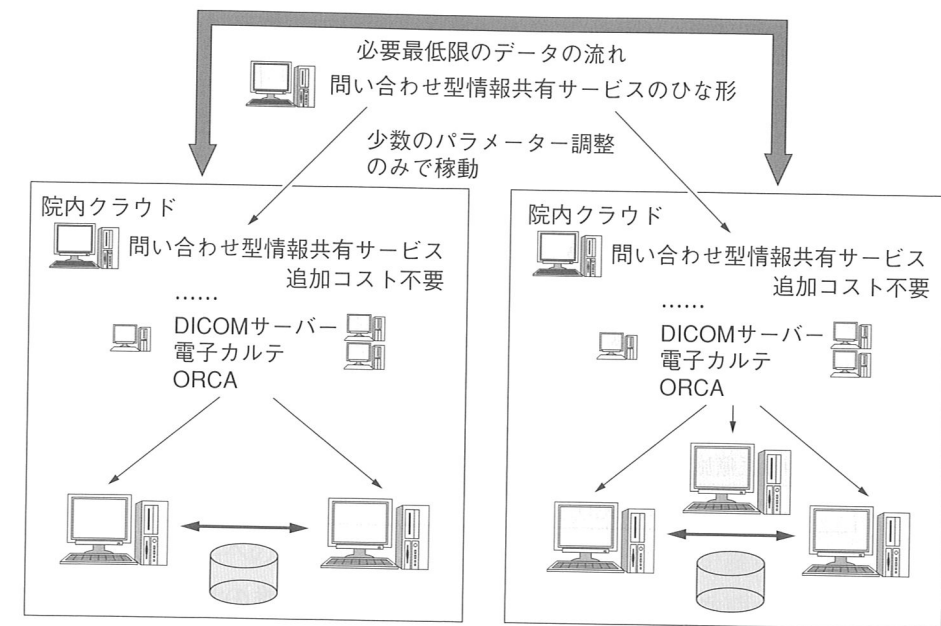
2008年4月、在宅医療を含めた地域医療連携を円滑に推進するため「地域医療連携・勤務医委員会」が新設され、委員長を拝命した。医療再生の基軸は「地域医療連携」という考えで、医師会が主導する地域連携推進に取り組んでいる。

2. 「尼医ネット」の成果と展望

基幹病院から地域の診療所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に関する情報があまりに乏しいことだった。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、問題はどこにどのような機能の診療所がどの地域に存在するのか、その情報に辿り着く方法にあった。特に若い勤務医は土地勘も乏しく「顔の見える連携」は意外に困難だった。

そこで、本委員会で全診療所の機能を一覧

図1 院内クラウド間情報共有の可能性



との連携強化がこれまで以上に求められる時代となった。

「3人の主治医時代」においては、「新・尼医ネット」などのIT活用への期待が膨らむ。国のレベルでは、良質な療養病床を増やしていただき、「慢性期の急性増悪」に素早く対応し、「看取りの文化」を市民と共有し、「在宅医療を核とした地域包括ケアシステム」を、啓発することが至急の課題だ。

2. クラウドコンピューティングによる、医療連携・医介連携の可能性

今後の医療連携は、ITを活用した医療情報の共有化が模索されよう。双方向性までを期待するには、現在16%に過ぎない診療所の電子カルテ化を待つことになろう。その動きはサーバーを医療機関外部に置く「クラウドコンピューティング」による電子カルテの普及と協働する

と予想する(図1)。

「クラウドによる医療連携」の成功例として長崎の「あじさいネット」が知られている(図2)。10軒余の病院と100軒余の診療所が契約し、月額2,000円という定額の運営費で運用されている。診療所から病院の電子カルテが閲覧できるこのシステムは非常に高い評価を得ている。情報管理の確実性、共有性を考えるとクラウドの時代が来るだろう。

在宅患者の情報を病院、在宅医、訪問看護、訪問介護、ケアマネ等で共有することは技術的には既に可能である。あとは互換性や情報漏洩のリスクマネジメントの担保を待つのみだ。今後「クラウド型電子カルテをベースにしたiPhone等のモバイル端末による連携」は、在宅分野から普及するだろう。

まだ少し時間を要するだろうが、「医療連携」は確実に「ITを活用した医療連携・医介連携」

できるデータベースを作成し、「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、などが診療所別に表示されている。在宅医療ではまず行うか否か、もし行うなら麻薬は扱うか、人工呼吸器は扱うか、看取りまで行うか、などを一覧できるようになっている。

情報項目については本委員会ですでに議論したうえで、全医療機関から情報収集し編集した。現在、検索機能と地図を充実させて医師会のホームページから閲覧できる形、すなわちITを活用した「新・尼医ネット」に、議論を重ねながら進化しつつある。さらに、訪問看護ステーションをはじめとする介護事業所等への公開、隣接する市町村など、広域医療圏への公開、さらに市民への公開が議論されている。

3. 地域医療連携の現状と課題

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する一方、患者さんへの啓発は遅れている。進行したがんや難病で在宅療養を余儀なくされても、最期まで大病院志向の患者さんが多い。軽微な症状でも救急搬送を依頼し、救急隊員の手も煩わせている。病状によっては「病院専門医と地域かかりつけ医との併診」という方法が許される(むしろ推奨されるべき)ことをもっと啓発すべきではないだろうか。私は、むしろこれは一般的な連携の姿であると認識している。

超高齢化社会に対応すべく、「キュアからケ

アへのパラダイムシフト」を旗印に、在宅ケアの充実が国を挙げて推進されてきた。しかし「在宅医療への懐疑」は患者のみならず、医療者自身にもいまだ根強い。介護力不足、レスパイト機能の脆弱さ、急性増悪への対応不安などがその根底にある。

一方、DPC時代を迎えた基幹病院では、各病態別の地域連携パスの推進が図られている。がん、脳卒中、大腿骨頸部骨折、糖尿病などの地域連携パスが着々と進んでいる。最近では、「認知症の地域医療連携や多職種連携」なども活発化している。「尼医ネット」を総論とするなら、「病態別地域連携パス」を各論として「ITを活用した多重的な連携」を模索している。

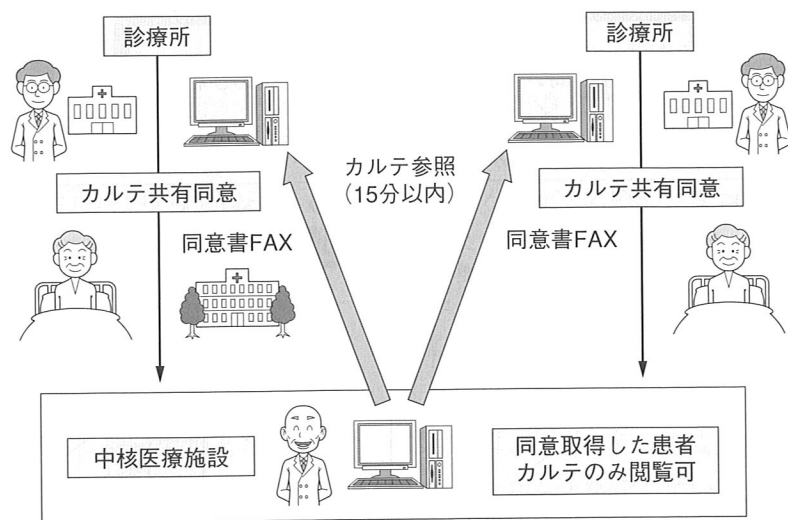
在宅療養支援診療所と慢性期病床との緊密な連携

1. 慢性期医療における地域医療連携の重要性

地域医療連携を考える際、急性期病院はもちろん、地域の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。最近、よく「3人の主治医を持ちなさい」といわれる所以である。

人口46万人の尼崎市の場合、仮に病床数800の基幹DPC病院からは1か月間に2,400人(平均在院日数10日と仮定)もの患者さんが「排出」される。仮にその1割が在宅復帰困難と仮定した場合、240人の患者さんは一体どこへ行くのだろうか? 超高齢化とDPC時代を迎え、地域医療連携の推進は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、特に診療所と療養病床

図2 あじさいネットの診療情報連携



に向かっている。

3. ITによる地域医療連携が、医療再生の基軸になる！

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？ プライマリケアの推進？ 医療事故調の見直し？ どれも正解だろう。しかし長い時間と莫大なお金が必要だ。筆者は「地域医療連携こそが医療再生の基軸」と考える。時には病院へのフリーアクセスをある程度制限することで、勤務医の負担を減らせば無駄な医療費の仕分けが可能となる。また、「連携」という概念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、在宅の世界では「多職種連携」と呼ばれるのが「連携」だ。結局、病院と地域が上手く連携することは、「地域包括ケア」という概念に集約される。

そもそも本来誰のための「連携」なのか？ 良質な「連携」の推進こそが、患者さんを幸せにし、医療・介護スタッフをも幸福にする。それこそが連携委員会の責務でもあろう。こんな想いで「医師会主導によるITを活用した地域医療連携」に取り組んでいる。

4. 非がんの在宅医療における慢性期病院との連携

「在宅医療」といえば「末期がん」というイメージが根強い。しかし、末期がんの平均在宅期間はわずか1か月半である。末期がんは最期までQOLが比較的保たれ、短期間に在宅医療は終わる。一方、問題になるのが「非がん」の在宅医療だ。認知症、脳卒中後遺症、骨粗しょう症に代表されるロコモティブシンドローム、COPD……。

非がんの在宅期間は、末期がんのそれに比較して極めて長期間に及ぶ。そこでは「医師とケアマネ」、あるいは「医療と介護の良質な

連携—医介連携—」が求められる。すなわち、「ケア会議」こそが最高の意思決定機関であり、「多職種連携を確認し合う場」とであるという認識の浸透が急務だ。

さらに、非がんの在宅医療においては、在宅医は「慢性期病院との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」を忘れてはならない。すなわち、良質な慢性期病院との連携が極めて重要である。「非がん疾患こそ綿密な地域医療連携を」と認識すべきであろう。

5. 予想された急性増悪への対応

誤嚥性肺炎が、予想された急性増悪の代表である。現在、その入院先探しに毎日苦労している。その受け皿は急性期病床ではなく慢性期病床であろう。今後、在宅医療と慢性期病床の連携がますます重要になる。肺炎の極期における数日間程度の入院が可能であれば、在宅患者さんやご家族はどれだけ安心するであろうか。いつでも慢性期病院に入院できるという安心感は、在宅医療推進にも寄与する。そんな在宅療養支援病院が各地域にできることを期待する。

6年ぶりの同時改定では東日本大震災の影響で厳しい状況

1. 阪神大震災の経験と今回の震災

ここまで書いたところで、3.11、東日本大震災が起きた。私は、16年前に市立芦屋病院で阪神大震災を経験し、昨年末に「震災が教えてくれた町医者力」という本を出版したばかり。今回、被災地で起こっていることは、

阪神の時に見た光景でもあった。しかし東北の高齢化率は、阪神の約2倍。被災地における慢性期医療は、今後の日本の慢性期医療のモデルになるよう、復興プランが練られるべきだ。

開業医は被災地に飛んで行きたくても行けないが、何とか段取りを組んで4月28日から8日間、男性4人でバンを借りて岩手、宮城、福島と被災三県を転々と南下し、ほぼすべての被災地を巡った。聴診器片手に、水、枕、薬を差し入れしながら振り返ると約1,000kmの行程だった。花巻空港から遠野に入ったのが震災から49日目。ちょうど急性期から慢性期へ移行する時期だ。東北の地に一体何が起きているのか。自らの目で視診、手で触診、そして診断を試みた。

2. ヘドロに埋もれた紙カルテからクラウド型電子カルテを連想

津波に呑みこまれて紙カルテを失った病院をいくつか見た。ヘドロに埋もれた紙カルテを見ながら、去る2月13日、日本医師会で開催された医療情報フォーラム「医療とIT」のなか、「クラウド型コンピューティングと医療情報」での自分の講演を思い出した。

当時はセキュリティへの懸念から、各演者はクラウド型電子カルテの普及に相当な距離感を感じていた。しかし今回の震災で、クラウド型電子カルテが推進されるのではと直感する。介護保険の調査資料等も流されたであろう。今後、災害を想定しての医療・介護情報のクラウド化が検討課題となるだろう。

わが病院の広報誌



医療法人溪仁会 札幌西円山病院（北海道札幌市）
医療ソーシャルワーカー 鈴木基之

当院は、北海道札幌市の中央区という都心に位置しながら、近隣には緑豊かな大倉山や憩いの場である円山公園もあり、“自然”“ぬくもり”を感じることでできる最適な立地にある、18病棟866床（医療療養病棟、介護療養病棟、回復期リハ病棟、障害者施設等一般病棟）の療養型病院である。

「親切・丁寧・敬愛」をスローガンに、要看護・介護老年病患者様を主対象とした、医療サービス（施設ケア、在宅ケア）を提供している。特にリハでは、東北以北で最大級の職員（約160名）を有する病院としても知られており、維持期リハ、回復期リハのニーズに応えることができるようリハ環境の充実にも力を注いでいる。

また、入院から在宅へと切れ目のない安心できるサービスを提供するため、通所リハ（デイケア）、訪問リハ、居宅介護支援事業所も併設している。入院患者は約9割が札幌市を中心とした道内からであり、主に脳血管疾患障害が半数を占め、次いで骨関節系疾患、パーキンソン病、認知症疾患と続いている。

広報誌「にしまるやま通信」は隔月発行で、患

者・ご家族をはじめ、町内会などの地域の方々、これに加え札幌市内、道内各地の医療機関・施設に向けてさまざまな情報を発信している。

企画・取材・編集は医療福祉課が行っており、

主な内容は、年度ごとの部署特集「看護部便り」（昨年度はリハ部特集）や当院の環境活動がきっかけで始まった「ECO NEWS」、毎月行っている「ロビーコンサート」の活動報告、院内の施設紹介を行う「にしまる探検ツアー」といった院内行事や、当院での取り組みについて掲載している。

なかでも表紙を飾る写真には力を入れており、毎回担当を替えた当院職員によるリレ

ー形式で、旅行などに撮影した季節に合った写真を掲載している。またこのリレーには、「次回の撮影者は必ず他部署の職員」というルールがあり、職員同士の連携を図ることも目的とされている。

今後も読者の皆様のニーズに応えることのできる広報誌を目指していきたいと考えているため、ご質問やご要望があれば、医療福祉課「にしまるやま通信編集事務局」まで、お気軽にお問い合わせいただきたい。



そこにしっかりと光を当てる政策が必要だ。

今後、老健施設、特養、グループホーム、高専賃などの施設における、在宅医療の位置づけが課題である。現在、特養への在宅医療の外付けが末期がんに関り認められている。このシステムをどこまで拡大するのか。たとえば、特養の管理医師が不在の場合の、代理医師の確保をどうするのか。また現実には、医療と介護の分離はできない。看取りを考えた時、医療のない施設はあり得ないだろう。すなわち、医療と介護の整合性確保が急務である。

2. ルールの簡素化を

在宅医療の保険ルールも複雑化する一方である。ルールの複雑化が、在宅医療に参加する医師の障害になっている。したがって、思い切ったルールの簡素化を行う必要がある。これは外来診療においてもいえることである。在宅と慢性期病床の連携に対する評価も行われるであろうが、できるだけシンプルな形を期待している。

せつかくの在宅療養支援診療所が、本来期待されている機能を発揮しやすくなるような改定が求められる。医療保険と介護保険の両方にまたがる訪問看護制度も同様だ。2つの制度を使い分けることにエネルギーを費やすのは無駄だ。もっとシンプルで使いやすい制度への改定を望む。

私は「すべての訪問看護を医療保険に戻す」ことを以前より提唱している。2000年以前は、実におおらかな訪問看護、在宅医療だった。ルールの複雑化によって失われたものを、次回、是非とも回復・修正していただきたいと思う。

3. 生活基盤あつての医療・介護

仙台市荒浜の光景に絶望しながらも、堤防の向こうに残ったあまりに美しい砂浜に絶句。名取市の関上小学校では、瓦礫の中から自衛隊員が取りだした写真を綺麗に洗い、持ち主に届けるボランティア、「思い出探し隊」の活動に感動。福島県三春町では、小説家で復興構想会議の委員も務める玄侑宋久さんと対談し、鎮魂のお経まで唱えていただいた。福島県相馬市では、医師でもある立谷秀清市長に行政の立場からの震災対応の現場を教授。

今回の災害は津波と原発だ。原発はまだ終わっていない。むしろ、混乱に拍車がかかっている。被災地を巡って一番感じたことは、生活基盤あつての医療・介護ということ。当たり前かもしれないが、生活支援が急務である。余談だが、その活動はドキュメンタリー映画「無常素描」(大宮浩一監督)として劇場公開されている。機会があればご覧いただき、東北の被災地を在宅医療と慢性期病床の連携を基軸にした、慢性期医療の新しいモデルをイメージしていただければ幸いだ。

24年度医療・介護報酬同時改定の課題

1. 慢性期医療や200床未満の病院に光を

以上、述べたように超高齢社会においては、在宅医療と慢性期病床の連携が基軸となろう。22年度診療報酬改定においては、急性期医療や基幹病院への手厚い財源配分があったものの、慢性期医療や「200床未満の病院」、地方の「15対1病院」など、光が当たらなかった分野があった。次期診療報酬改定では、