

放送 毎週木曜日 21:30~21:45

ラジオNIKKEI

虎ノ門医学セミナー

～より良い地域連携医療をめざして～

企画・制作: 虎の門病院・医師と団塊シニアの会
提供: 総合メディカル株式会社



よい医療は、よい経営から

総合メディカル株式会社

2017年2月23日放送

「地域医療構想の展望とこれからの医療連携」

港区医師会顧問／前会長

橋本 雄幸

本日は、近年国が推進する医療政策をできるだけ簡単に解説し、その中で虎の門病院のような都心に位置する高度先進医療機関が、今後どのような立ち位置で診療を続けて行けばよいか、とくに医療連携の話題を中心に述べてみたいと思います。

平成26年の通常国会で成立しました「医療と介護を総合的に確保し推進する法律」は、これまでの医療と介護の提供体制を根本から見直すものであり、医療法に関わる「地域医療構想」と介護保険法に関わる「地域包括ケアシステムの構築」が改革の大きな二本柱となっています。

この「医療介護総合確保推進法」は国が定めた法律ですが、その具体的な政策の作成と実施については「地域医療構想」が都道府県に、「地域包括ケアシステムの構築」は区市町村に委ねられています。また、平成30年度から実施される第7次保健医療計画にこの二つのシステムが組み入れられるように、現在各自治体ではその体制作りが急がれているところでもあります。

この施策のkey wordは皆さんもうお解りでしょう、「地域」という言葉です。さらにそこに「各地域の実情に合わせた」という形容詞が付きます。つまり、これまで先進医療を担っていてどんなに全国的に有名であっても、また交通至便で他の県を含めて遠方から多くの患者さんが来院していたにしても、その地域（地元ですね）の住民のニーズに合わせた医療と介護の提供体制を作って行きましょう、というように意味付けされた法律なのです。この法律からは、いわゆる「2025年問題」と言われている、団塊の世代の方々がすべて75歳以上の後期高齢者に達する「超高齢社会」を見据えて、医療と介護に要する社会保障費の増大を何とか抑えたいという政府の思惑が見て取れます。すなわち、最もお金のかかる

病院における入院医療をなるべく減らし、在宅を中心とした地域での医療を展開しようという政策なのです。これには、患者さんの日常の健康管理を担っているいわゆる「かかりつけ医」も大きく関与することになります。そして「地域医療構想」とは、病院の診療機能を「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の4種類に分類し、各病院が人口や年齢構成などその地域の実情に合わせてそれぞれの機能に分化することにより、コストを下げ、人・物・金などの医療資源を必要な部分に集中させて、主に入院医療の効率を上げようとする試みであります。

さて、普段は在宅やかかりつけ医を中心とした地域医療を受け、入院が必要な時だけその機能の病院を利用するとすると、診療全体から見て患者さんの流れはどうなるでしょうか？ 患者さんは病態に合わせて適時病院間の移動、あるいは在宅医療とかかりつけ医による外来医療、そして病院による入院医療の循環が生じるかもしれません。そうすると患者さんが遠距離を移動するようでは効率が悪いというえ、寿命の延伸により病を得る年齢はおしなべて高齢化しますので、重要になってくるのはその地域の医療機関同士の連携であり、患者さんのさまざまな情報を共有すること、になります。

ここまではあるひとつの疾患に対する医療と療養の在り方を説明してきましたが、超高齢社会を迎えたときにそんな単純にことが運ぶでしょうか？ 高齢者は複数の疾患を抱えている場合が多く、しかも身体や認知機能が衰えて自力ではなかなか家で生活できない事例も増えるでしょう。ましてや病後では、介護や福祉の手を借りないととても日常生活維持が困難になってきます。これに対応する政策が「地域包括ケアシステムの構築」です。これまで全く別の枠組みで行われてきた医療と介護と福祉の3分野が共に協力し合い、病人のみならず高齢者や障害者をはじめとした弱者を住み慣れた地域の中でそれらのケアが完結できるようにするシステムが「地域包括ケアシステム」です。ここでも、「連携」は重要なkey wordで、このシステムを構築するためには「多職種や多機関の協働と連携」は必須条件となります。

これまで話してきたように、地域によって医療資源やその提供体制が異なりますので、これからは虎の門病院など都心部の高度急性期病院が今後歩むべき道について考えてみたいと思います。これまで担ってきた先進的な急性期医療を残しつつ、「地域医療構想」と「地域包括ケアシステム」の発展には寄与しなければなりません。高度急性期医療は診療報酬的にも大きな見返りがあり、患者さんの数が今後も現在のレベルを維持できれば病院の経営も安泰で何ら問題は無いのですが、果たして患者数をいつまでも維持できるのでしょうか？ 都心部という交通の利便性から、これまでは他県を含めた比較的遠方からの患者さんも病院に集まってきていました。しかし「地域包括ケアシステム」が全国的に熟成してくると、患者さんは居住地での医療・介護・福祉の循環システムに乗り、医療についても入退院のサイクルは地域で完結し、遠方の病院にはこれまでのように掛からなくなると思われます。また、病を得る年齢もより高齢になり、かつその介護者たる子弟も高齢化し

ますので、身体的あるいは精神的な意味での行動範囲の縮小化が起きてくるのではないかと考えています。まだ数年、あるいは数十年先のことはと思いますが、都心部ですら人口減少が始まり、患者数の減少にも拍車がかかります。

このような状況の中で「患者さんを呼ぶ病院」として都心部の急性期病院が将来にわたり生き残るためには、「地域」あるいは「地元」を大切にすることだと思います。地区医師会や地域のかかりつけ医と顔の見える関係を作り、これまで培ってきた病診連携を発展させるのは当然ながら、今後はこれまでライバル関係だった周辺病院間と連携と協調の関係を築くべきだと考えます。自院の特色・長所を伸ばすのは大切ではありますが、得意の診療分野を病院間で相互に補完し、病床、そして医師すらも互いに融通し合って患者さんの利便性を高めることも必要ではないでしょうか。その結果として、医師の過重労働が調整され、また各病院での過剰で不必要な設備投資も減らせることができれば、病院の利益の向上も図れて合理的ではないか思います。経営母体の違う病院同志でそのような連携を作るにはまだ高いハードルがありますが、各 2 次医療圏において行われている「地域医療構想調整会議」の場で議論しながら、病院間で今後さらなる自律的な機能分化と連携・協働の発展に期待するところです。

また、5 疾病 5 事業等の政策医療に重点を置き、とくに精神科救急を含めた 2 次救急の重要性はますます増加し、併せて高齢者の終末期医療や看取りなど、地域における医療と介護の循環システムの確立は必須です。東京都医師会が推し進めている病院所有の救急車による高齢者の救急搬送システムは、東京消防庁の過度な救急出動を抑制し、ニーズにこたえた適切な救急活動を支援する素晴らしいシステムだと思います。

これまでお話しした「地域医療構想」と「地域包括ケアシステムの構築」はそれぞれ行政が主導する社会保障政策ですが、これまでになく地域の医師会がその執行に絡んでいます。医師会はある部分では行政の代行者でもあり、また行政や多機関とのコーディネーター役でもあります。とくに病院と医師会は、患者さんの受け渡しという従来の「連携」にとどまらず、同じ土俵の上で地域のための社会保障政策とそのシステム作りを考えて行けるようなクリエイティブな「連携」が今後は必要ではないかと考えています。