

途中で異なった看護師が見ていることも問題ではないか

A. インフォームドコンセントを実施している。来年はさらに人を増やす予定にある。何しろ情報を早く病棟へ持っていくことが大切。コミュニケーションとるために病棟へ出向いていき病診連携を看護師がやる。

短時間労働をうまく入れていけば看護師の離職率は下がる。NTT病院のようにすべて病棟単位で考えない。患者を医療チームにいれ、ケアセンターが顧客満足度につながる。

○総合臨床研修センター

センター長・教授 高田清式
愛媛県東温市志津川

医師の給与は 14000 円／日

学習課、100～300 万円寄付（講座単位）総工費 7000 万円

医師の確保はいろいろ実施しているところがある。

例えば、「レジナビ東京」ではディズニーランド付きバスで送り迎えして地方の医師を確保しようとしているケースもある。

大学病院、日赤、済生会など地方の中小病院まで選択肢を多くつくっている
卒後が基本、卒前は別に教務委員会ある。

卒前 卒後臨床研修 専門研修 大学院教育

連続性・統合性

○レディ薬局

社長 三橋信也、常務取締役 三橋ひろみ
愛媛県松山市南江戸 4-3-37

調剤薬局として、経営的にも選択肢を多くつくっている。それは、各地にある調剤薬局を「健康公民館」という名前をつけて、患者（高齢者）との情報交換など薬の受け渡し以外に実施している。

健康公民館構想とは、保健・医療・福祉の総合情報・相談センター、最新情報・専門情報・健康生活一般情報の収集・発信、薬剤等に関する専門性の向上、ヘルスプロモーションの展開等であり、幅が広い。

また、禁煙指導、睡眠医療ネットワークなども実施している。

現在 200 か所、一日で 10 万人が利用している。

健康公民館構想は様々な用途に使える。例えば、高齢者に対して情報伝達の間として有効である。医師や歯科医師も患者に対して、禁煙やうつ・睡眠障害などの病気の入り口部分の情報を伝えたいと思っている。その時の、告知場所として意味がある。

7-11 コンビニで薬を売るニーズは地方ではあまりない。地方ではコンビニより調剤薬局の数が多いことがあるのも事実である。

薬剤師 27 万人というのは医師 27 万人都ほぼ同じ人数である。

米国ではインフルエンザは予防の範疇なので、薬剤師が注射を打ってもよいことになっている。現在は医師は処方箋もくすり名だけ書いてくるが、薬局としてはどのような病名、症状がわからない。本当はそれらの情報が知りたいとおもっている。薬剤師も医師とともに病気に対して考えたい。これが調剤薬局の役割だと思う。
すなわち「かかりつけ薬剤師」である。現在は脈をとるなどバイタルができるようになった。これからは、製薬から操薬にしたい。

○医療法人 ゆうの森

理事長 永井康徳
愛媛県松山市別府町 444-1

基本：24時間対応が在宅医療では必要である。

職員配置：常勤医師（8人）、看護師（10人）で現在500人の患者を見ている。患者の平均年齢は75歳以上。理事長の経歴は、愛媛大を卒業して労災病院、自治医大などへき地医療・在宅診療を経験している。平成22年には6人医師が入りたいとの希望があり、そのうち3人を採用している。病院勤務の医師は、地域医療との違いで戸惑うことが多いのも事実である。

職務体制：24時間常勤を医師4人で回している。これを進めるためには、システムが必要である。

- ① 個人同士
- ② 在宅専門クリニック
- ③ 医師会の行動をまきこむ

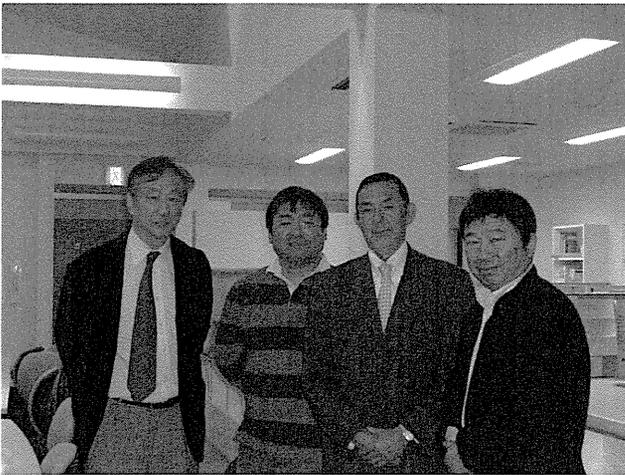
他の先進事例は岸和田、長崎ではないだろうか。ここで、在宅医療システムのスタンダードモデルをつくりたいと考えている。頑張りすぎている医療もあるし、望んでいない患者まで治すこともある。それも問題ではないかと考えている。

結局最後は、死生観・疾病観にまでいきつく。例えば、食事を摂らなければ1週間から10日で亡くなる。地域医療では、家族へのビリーフケアもしている。体に水がたまることから輸液を少しずつ減らしていく。結果として「死」へと近づいていく。このことは、医師も自分の中で確たるものを持つ必要があると考える。

- ① 死生観・疾病観のこと
- ② 楽にする医療が最先端医療になる
- ③ 判断の時に複数の目をいれる（グループでやることで客観性の担保となる）
- ④ 家族・社会の目も大切



室内



ヒアリング後の写真

当初、医師 2~3 人で集めるのに苦労しながらスタート。少し軌道にのり休暇が取れるようになると医師が集まってきた。

大切なのは情報共有。毎朝 Web 会議で方針を確認しながら、現場ではケアも治療方針も標準化している。

○医療福祉支援センター

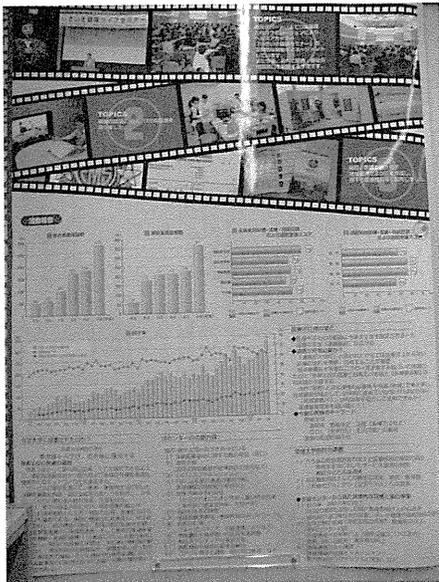
教授 櫃本眞聿、副センター長 青山百合枝、心理士 橋本一晃
愛媛県東温市志津川 454

患者支援であり、連携には後方だけではなく、前方支援連携もある。
紹介は FAX で月に 500 件（紹介率当初 40%が現在は 80%）程度である。

今まで、病院整形は地域の整形と疾病でつながっていたが、整形医師が皮膚科に患者を送って来ることから、診療科を超えた流れがでてきている。

ここでの資格として「医療コンシェルジュ」（名古屋大学がトレーニングコースをもち資格認定している。例えば、亀田総合病院は20人いる）

診療所と医師、いつもコミュニケーションをとっている。かかりつけ医をつくる方向。外来ロビーに本日の外来患者数を掲示している。MAX1300人/日で1200人を超えると外来の持ちが多くなるのがわかっている。患者もこの表示を見て徐々に今日は時間がかかるかもしれないなどわかり始めているのではないかな。



職員体制

医師1人、事務3人、看護師4人、愛ナビ2人（看護師、病棟に相談コーナーがある）、心理士1人、それ以外に医療サービスで2~3人、ボランティアによる患者相談や学びあいなど協力がある。

全病棟でのカンファレンスも1回/週参加（分担して出席参加）

業務としては、院内もあり、地域にも出ていくのでハードワークである。

執務時間基本は、8時半~17時15分（医療・看護関係者は大体19時くらいまで）

業務/相談、連携支援、平成21年800件/年

福祉系スタッフ：ケアマネ、（入院時についたケアマネに退院時には返す。いなければ、その地域のケアマネを本人、家族に選んでもらう）、ヘルパー、訪問看護

がんなど症状がどんどん進んでしまう患者もいる。病気の進行と地域医療とのスピードも患者にとって大きい。

住宅改修はケアマネにすべてまかせている。病院側はPT、看護師など意見を付けて返している。

地域連携分析

事例紹介－愛媛大学付属病院

地方の大学病院発信型の地域医療連携

“医療を生活資源に”をミッションに

○背景

- ・世界最先端の超高齢化の進行
- 10 数年後は急性期病院であっても患者の大部分が高齢者となる
- ・慢性疾患の占める割合の急増 治らない病気の割合増加
 - ・医療費抑制策の推進 在院日数の短縮化 病床数の削減
 - ・医療依存度が高くなる我が国の医療制度 フリーアクセス 医療にかかりやすい環境
 - ・医療の専門分化 総合医不足 慢性的な医師不足
 - ・急性期病院の診察時間
- いわゆる 3 分診療 外来でも入院でも医療者と患者・家族とのコミュニケーションの低下
- ・医療の進歩による疾患・入院による生活の分断 生・死が日常生活ではなく入院施設の中に隔離
 - ・一死なないための疾病予防を誤解させる “健康づくり” 事業の普及

○結果として

- ・自らの死に方を自己決定できない住民達（高齢者）
 - ・治って退院する事例が急減
- 治療継続や障害を残したまま 退院や転院を迫られる状況の急増
- ・追い出す 追いされるといった感覚 医療者と患者の信頼関係の崩壊
 - ・病気後の生活への患者・家族の不安の増加
 - ・医療者のモチベーションの低下
 - ・医療崩壊
 - ・死ぬ場所がない 医療難民 介護難民の増加

○今後の対策のポイント

- ・医療費を上げる主因は医療の進歩 医療の進歩を止めることはできないことが前提
 - ・医療費削減ではなく、“医療依存度”を下げ “医療を活用”を図る方向へ
 - ・“医療を生活・地域資源に戻す”ことをミッションとした地域全体での目標の共有化
- 医療にかかりやすい環境づくりより 限られた医療資源を有効に活用する姿勢の重視
- ・協働による地域づくりから 患者・住民・地域そして医療者のエンパワメントを図ることへの展開

○具体的な対策へ

- ・住民・患者の意識改革 医療者（特に急性期病院）の意識改革

医療のパラダイムシフト

診断・治療 延命のための医療技術の提供

→その人らしい生き方・死に方を実現するための支援

- ・生活をぶった切らない入院中のケア体制の強化（具体例：総合相談ケアセンター）
- ・生活支援を共通目標とした患者の生活チームと連携した“チーム医療”の推進
- ・看護師の役割拡大

看護本来の役割の確認と普及・・・“生活”に軸足をおいた医療の提供

*ちなみに 医師の役割は“診断・治療”に軸足をおいた医療の提供

- ・電子カルテの本来の活用

病院の診療所や調剤薬局等 地域医療者への情報解放・共有

- ・死ぬ場所を地域生活に充実・確保

介護施設での医療体制の充実 看取り体制の充実

医療介護の導入を前提とした高齢者住宅の設置

- ・生活の場での正しく・活用できる医療情報の提供等支援

具体例：健康公民館構想

ヘルスアカデミー等 地元企業との協働による情報発信

○終わりに

今後ますます 地域主体の“医療を柱に置いたまちづくり”の推進に向けた取り組みが重要

長谷川班報告 2010—2011

地方の大学病院発信型の 地域医療連携 “医療を生活資源に”をミッションに

檀本 真幸

(愛媛大学病院医療福祉支援センター)

2030年を踏まえた医療

- 50才以上が過半数 患者の大部分を高齢者が占める
完治どころか 病気・障害を持ったままの退院があたりまえ
- 病気と闘う場 病院の治癒を期待した退院
→生活に戻すため その人らしい生き方・死に方の支援
医療(者)主導(してあげる)→ 患者ニーズの実現(支援)
医療費増は“医療の進歩”が要因 医療費抑制は限界

医療への“依存”→“活用”へ

施設完結型 → 地域完結型

医療連携 → 地域連携

医療モデル → 生活モデル

病院単独の限界

医療と生活を区分しない

医療を生活資源に

医療者と患者の信頼関係の再構築

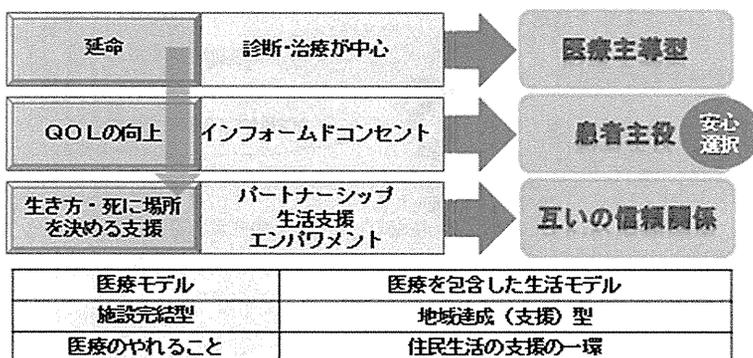
医療システムの大変革が必要

2012/2/27

フッター

2

医療の目的の変化



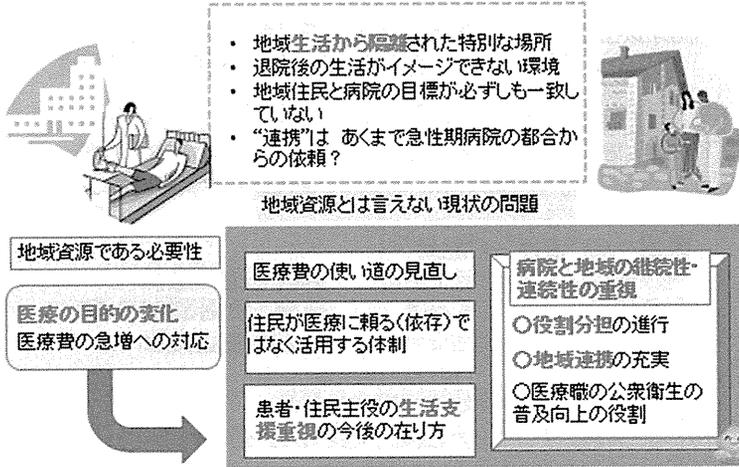
“医療”への依存範囲は今後ますます限定され
連携範囲は保健・福祉 生活全般へと広がる



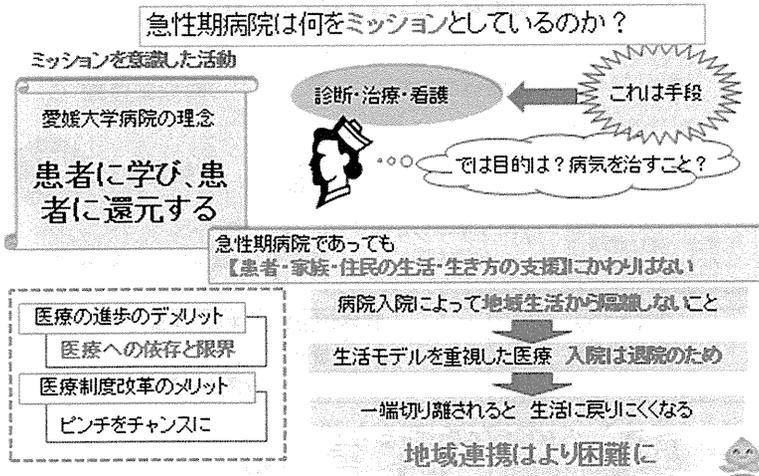
地域生活から切り離された 生と死



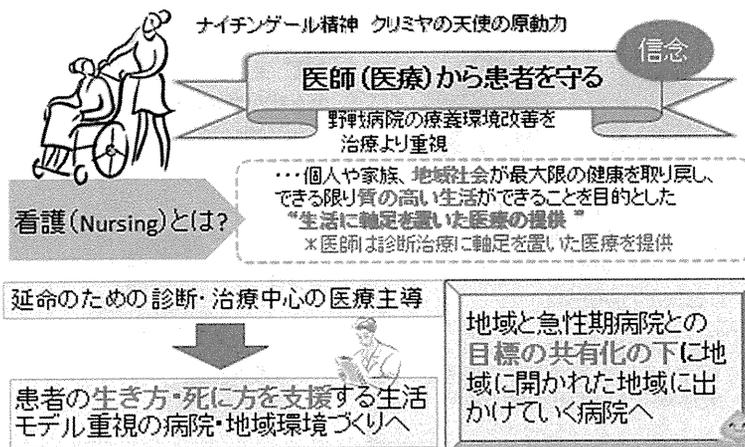
急性期病院が地域資源である必要性



急性期病院は「病気と戦う場」なのか？

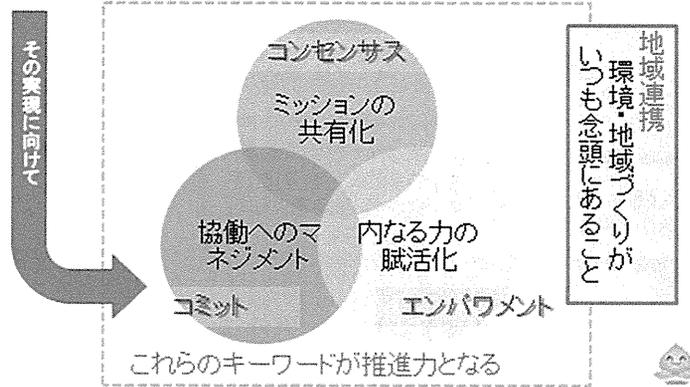


看護の目的は？



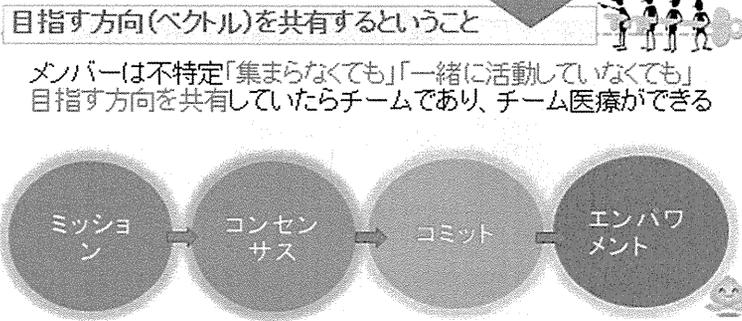
ヘルスプロモーションのキーワード

明確なミッションを把握し
 ミッション・・・基本的に患者・住民の真のニーズ



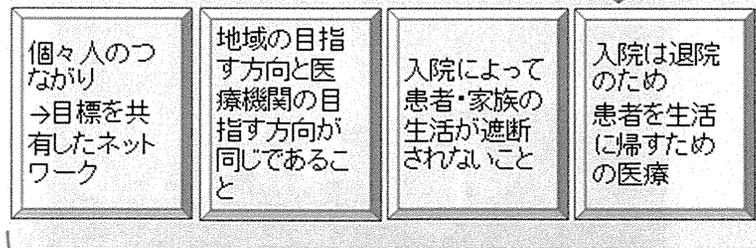
チーム医療とは

チームを組むとは??? 役割分担→目的共有・協働
 特定のメンバーが 実際集まって一緒に活動するイメージ?



地域連携とは ①

患者の速やかな退院のための連携?
 医療機関の都合からの連携?

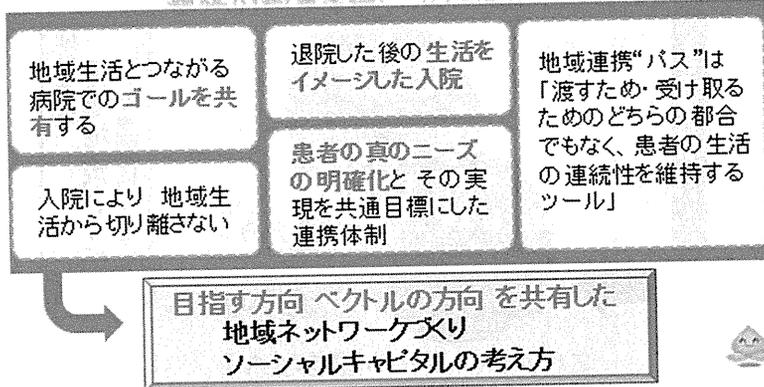


医療が地域資源になるために

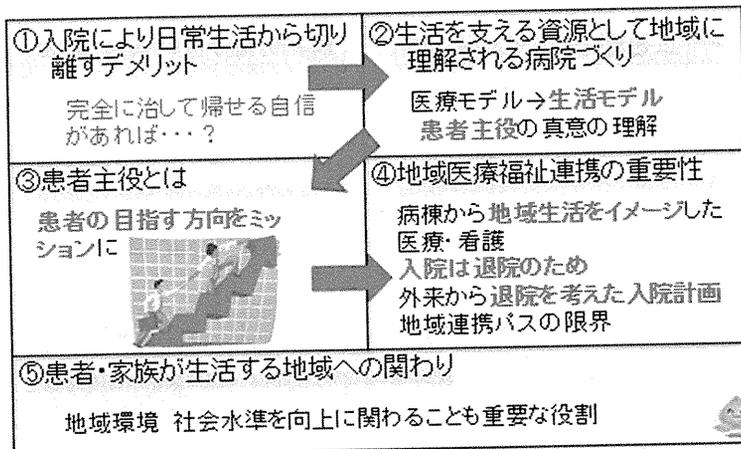


地域連携とは ②

患者を在宅や医療機関・施設につなぐこと?!
 病院の都合を押しつけるものではない



医療経営のポイント



愛媛大学医学部 附属病院

参考事例

愛媛大学病院発信の公衆衛生活動(抜粋)
 ～医療を生活資源に～



支援センターカンファレンス・回診(H16～)

毎週定期的に(水曜日午後)スタッフ・院内外関係者と検討会
事例についてのディスカッション 回診対象事例の抽出
毎週定期的に(木曜日午後)病棟をセンタースタッフと回診

内容

- ◆患者の状況把握
- ◆患者・家族等とのベツトサイドでのコミュニケーション
- ◆病棟の看護師長・地域連携コアナース・主治医等の相談・調整
- ◆今後の方針確認・調整
- ◆緩和ケアチームやリハビリ部門との調整
- ◆支援センター活動のコンセンサスと広報(アビール)



がん総合相談ケアセンター(H22.11～)

「病気と闘わせる」キュアを中心とした大学病院に、ケアを専門とする機関を設置

医師以外の医療者、特に患者の真のニーズを掘り起こし共有できるポストにある看護職やMSWなどがリーダーシップを発揮して運営

医師はなるべく診断治療に特化できるようケアセンターが外来時に入院から退院、地域への一貫した相談を行い、その内容をして関係者(チーム)が共通情報として協働できる体制をつくる

退院調整が難しいケースの多くは、入院によって患者や家族等の生活を分断することに主因があることから、退院時の対応を重視する以前に、「入院は退院のため」をポリシーに一貫したサポート体制を構築する必要性からそのトライアルとして



医療ボランティア(H15～)

愛媛大学病院医療ボランティア

いきいきの会 東温市及び松山市住民 約250名

病院を地域の資源に

安心して医療が受けられる おらがまちの病院づくりへの協働

外来送迎 再診受付 入院案内 院内図書(館) 院内イベント開催 医療ボランティア養成 院内研修会 あいホットの運営支援 院内教室 病院環境整備等



災害ボランティア養成

地元東温市と共に災害時に安全衛生の地域リーダーとして活躍できる人材を養成

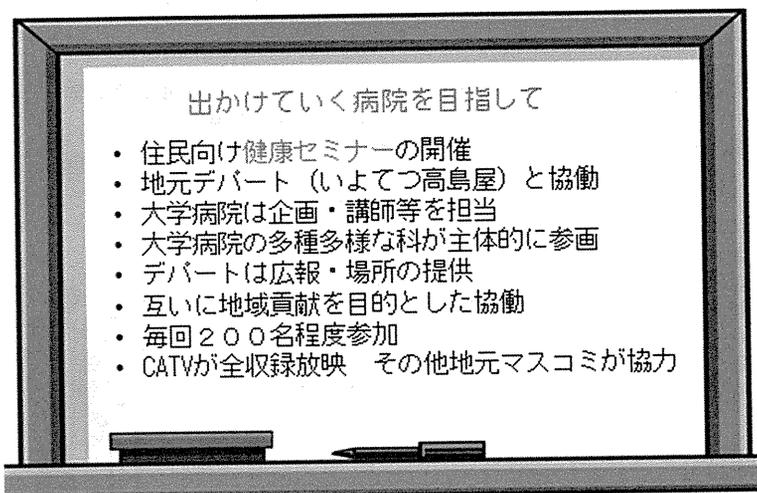
介護ボランティア

病院の看護師等職員が 地元老人会と協働して、介護者支援のためのボランティアを行う



図書館 生活相談 あいほっと(がん患者サロン)運営

ヘルスアカデミー(H19～)



健康公民館構想(H21.9～)

- レディ薬局と協働して・・・四国内 約200店舗
- ・ 地域密着型の健康情報拠点づくりを目指す
 - ・ 薬店・薬局（調剤）を健康に関する公民館に
 - ・ 調剤薬局の活用
 - ・ 愛媛大学との連携を軸に 県内の機関・学会との連携
 - ・ 例：生活習慣病相談・禁煙サポート・睡眠相談（うつ 睡眠時無呼吸を含む）・口腔ケア・医療 介護相談…等
 - ・ 縦割り化の進んだ 行政窓口への対応
民間の社会貢献とビジネスモデル
 - ・ 愛媛大学(急性期)病院の社会貢献の役割と
サテライト 医療・福祉連携の機能強化



参考資料：住民へ意識啓発コメント

1. 健康とは 自分らしい生き方・死に方を考えること

日本は高齢化において世界の先頭を走っています。“団塊世代”がこれから20年後には80代となり、まさに前人未踏の超高齢社会を世界に先駆けて経験することになります。社会保障制度の改革はもちろん重要課題ですが、医療や行政だけでは到底対処できない事態に直面しています。国民一人ひとりが医療や福祉制度への“依存”を改め、自分がどう生きて、どう死んでいくのかを自ら決める時代が到来したことを十分認識する必要があります。

医療の進歩にともない、自宅での“出産や看取り”は激減し、生や死との対面が生活から隔離され、医療機関の中で行なわれるようになりました。「安全・安心」の充実が図られたとは言いながら、そのために日常では「生」や「死」について考える機会がほとんどなくなってしまいました。医療機関に運ばれてはじめて、自分の「生」「死」について、追い詰められた状態で考えさせられているのが現状だと思います。

「死」は100%誰にでもやってくるのです。いつ訪れるか分からない「死」ではありますが、日常から切り離さず「死」というゴールに向かって、自分がどんな生き方をしたいのか考えることが、高齢化先進国の住民として最も大事なことではないでしょうか。

そもそも「健康」とは何でしょう。「健康日本 21」の目的には、“健康寿命の延伸”と明記されていますが、実は健康そのものの定義が曖昧なため、その評価ができないのが現状です。血圧や血糖値が正常という、数値で判断された健康が本当の健康でしょうか。たとえ障害があっても寝たきり状態だとしても、健康だと感じられるその時が健康なんだと思います。何も医療者から健康・不健康のレッテルを貼られる必要はないのです。「健康とは幸福」と明言される方もおられますように、健康はさせられるものではなく自ら感じるべきものなのです。

自分らしく、快適に人生を送る。こうした目的を持つことで、日々の生活に主体性が生まれ、それが健康を感じられる大きな力となるのです。

これからの超高齢社会に大切なことは、自分の生き方・死に方を自ら考えること。「死なないため」ではなく、自分らしい生き方・死に方をするための健康づくりや疾病管理を考えることだと私は思います。そのためには、医療に依存することのない、「医療を活用する」という意識を是非持っていただきたい。「満足できる人生だった」と言えるような生き方をするのが、長寿力を養うということになり、超高齢社会を迎え入れる最も有効な方法だと考えています。

2. ストレスを原動力に

我が国の自殺による死亡率は、世界の先頭を走っています。3万人を超える自殺者が毎年減ることもなくこの数年継続しているのです。自殺予防キャンペーンなどの啓発事業や相談窓口の設置など、行政も取り組んではきてはおりますが、改善にはつながらず行き詰まった状況です。

一方地域では、腹囲に着目したいいわゆるメタボ（メタボリックシンドローム）対策にこのところ重点がおかれています。日本人の肥満状況は欧米諸国から見れば極めて低いレベルにあります（肥満者は米国の10分の1）。将来に向けて“警鐘を鳴らす”といった観点から見れば、メタボ対策はマスコミの話題づくりや健康関連企業のビジネスチャンスにもつながり、国民の一大関心事となったことは、評価していいかもしれません。しかし、わが国の課題はむしろ心の健康であり、最悪の結果である自殺やその最要因であるうつ病への対策に積極的に取り組んでいく必要性を痛感しています。

しかし経済不況を背景に、先の見えない不安が容赦なく襲いかかっています。ストレスを避けることは至難の技で、本来誠実が売りの日本人の国民性には、極めて深刻な影響をもたらしています。ストレスのない生活を送っている人は極めて少なく今後増える一方だといっても過言ではないでしょう。行政や専門家頼りでは到底解決しそうにありません。それぞれがむしろストレスを向き合い、どう付き合っていくかを、自ら考えることが鍵となるでしょう。

一つにストレスの原因（ストレッサー）を見極めることができれば、その反対の行動をとるなど、ストレスの解消はある程度できる場合も少なくありません。一方ストレッサーを避けずにどう付き合うかも重要で、ストレスを活用するという考え方が肝要です。ストレスと上手に付き合うためには、そのポイントは、「やらされ感覚」を「自ら取り組む主体性」に切り替えることだと思います。手段に振り回され、目的があいまいとなり、いつの間にかやらされている感覚になり、それがストレスを抱え込んで悩むことにつながるのだと思います。目的の明確化・共有化をはかり、主体性を引き出すことが、ストレスと上手に付き合う第一歩です。狙いが明確になれば、最も重要なことが見えてきて、枝葉のことに振り回されることなく、本質を見て、着実に取り組んでいくことが可能になります。目の前の手段に振り回されず、やらされ感覚から脱却することです。目的（ミッション）を実現するためにストレスがかかると認識して、むしろそのストレスを原動力にしていく姿勢が大切だと思います。目的を見直すほんの僅かな“ゆとり”を確保することがその分かれ道になるのだと思います。

3. 医療の目的の変化

20世紀は西洋医学の急速な進歩に伴い、医療の最大目的が“命を救うこと”に置かれ、診断・治療が中心の医師主導型の時代が長く続きました。その後治療できる疾患が増えた一方、高齢化の急速な進行や生活習慣病の増加に伴い、治らない“共存”すべき疾患も目立ってきました。そのため20世紀末には、“患者満足度・QOL（生活の質）の向上”がキーワードとして強調され、医療者主導の「良かれ・してあげる医療」から、“安心・選択”といった「患者の希望に沿える支援としての医療」が重要な視点と変化してきました。

そして21世紀に入ってから、医療者と患者とのパートナーシップが強調され、これまでの医療の範疇を超えて、生活全般にわたる協働が重要とされるようになりました。生き方・死に方を患者自身が選択・決定できるような生活とつながった医療環境が必要になったのです。しかし実際には医療の目的の変化に対応した医療者と患者の関係には至っていないのが現実です。

医療機関は「急性期」「亜急性期」「回復期」「維持期」などといった機能分化が進み、互いの連携は極めて重要課題となり、その範囲は保健・福祉さらに地域生活全般へと広がってきました。つまり医療機関はより地域に根付いた資源として位置づけられるようになったのです。「施設完結型から地域完結型へ」のキャッチフレーズは、医療機関どうしの連携にとどまらず、医療機関が地域特性を踏まえた上で、他の地域資源とも連携して、患者の真のニーズを実現するために“協働”することが求められるようになりました。さらに、患者の真のニーズに応えるべく、“パートナーシップ・生活支援・エンパワメント（内なる力の賦活化）”などをキーワードに、診断・治療を超えた生活全般を考えた対応が重要になりました。すなわち、患者とのコミュニケーションはもちろんのこと、多くの地域資源との連携・協働による患者の“生き方・死に場所を決める”方向へと、医療はこれまでの価値観の急激な変化が求められるようになりました。医療者はもちろん、住民自身がこの変化を理解し十分踏まえて医療を活用する必要があるのです。

4. 長寿国を築き上げてきた日本の医療の特徴

日本の平均寿命は世界一レベルであり、今後世界の先頭を切って前人未踏の超高齢社会に突入します。老人医療費の急増による医療費の高騰や、へき地・郡部の深刻な医師不足問題等を背景に、医療制度の見直しに迫られています。確かにこのままの医療システムを継続することは、経済的にも人材的にも不可能だと言っても過言ではありません。しかし見直しの前に、これまでの日本の医療について、その特徴を十分理解しておくことが肝要だと思います。国際比較から見ると特に以下のような点が挙げられます。

- 1) 先進諸国中で総医療費（対GDP比）も個人当たりの医療費も最も低いレベル。
- 2) 国民皆保険制度の下、いつでもどこにでも受診できる環境（フリーアクセス）が、医療機関の利用を促進させており、医師1人当たりの診察件数は欧米諸国の4倍にも達する。
- 3) 人口あたりの病床数が多く、平均在院日数は欧米先進国の約4倍であり、療養も含め概ね回復した状態までフォローして退院する例が多い。在宅や地域で医療を受けるケースは少ない。
- 4) CT・MRIなど高度な医療機器の台数が圧倒的に多く、しかも身近な医療機関で利用でき、疾病が早期に発見され治療につながりやすい環境がある。

国際比較ではこのように、人口当たりの病床数や先進医療機器保有数の多さはわが国の特徴であり、そのことがしばしば医療費高騰の要因として指摘されてきました。しかし実際には、日本の医療費は諸外国と比べてむしろ明らかに低い実態から、医療費を下げ

る目的で、国際間の差をとにかく是正するといった対応は適切でないようにも思います。近年医療費抑制に主眼を置いた制度的要因から、急性期病院の平均在院日数短縮化が急速に進んでいますが、その影響で医療難民・介護難民急増を招くという問題点が指摘されています。これまでのシステムを真っ向から否定し、諸外国特にアメリカの制度との比較から、急激な改革を進めるより、日本の実情にあった改善が、国民相互理解の下で進められることを期待します。

確かに住民の医療への依存度が高い状況を 今こそ見直す時ではあると思います。しかし、個人負担の増加や入院期間の短縮化といった制度誘導ではなく、国民自身がこの超高齢社会に、医療をどう活用していくかを明確にしていくことが求められていると思います。そして日本の医療や介護について、必要に迫られる前に理解し、いざという時に慌てず活用できる住民の力を養う必要性を痛感しています。

5. 医療者の過剰負担で支えてきた日本の医療

みんなで支える医療（患者・家族の負担低減化）をスローガンに、“国民皆保険制度”は長く我が国に根付き、今日まで継続してきました。

大学病院など総合病院の待ち時間の長さが、「3時間待ちの3分診療」という批判を受けていますが、欧米のように、専門病院に直接かかることもできず、受診までの期間を短縮するためには、高額な任意保険への加入を余儀なくされる状況を知れば、日本の医療環境がいかにも恵まれているかが理解できるはずです。しかし、こうした“フリーアクセス（誰でもどこにでも受診できる）”のしくみが、専門医志向の強い日本の国民性となつたり、総合病院に患者が集中し、当たり前のように長時間待つことにつながったのです。待ち時間中、医療者は休んでいるのではなく懸命に診療しているのですから、いちいち「お待たせして済みません」とお断りして患者を迎え入れる医療者の対応には気の毒さすら感じます。欧米と比べ、医療者の絶対数が少ない上にこの皆保険制度による影響から、受診回数・入院日数は欧米諸国の概ね4倍であり、医療にかかりやすいという安心感の一方で、頼りすぎの欠点が露呈してしまっています。専門的医療に安易に頼ってしまう環境をつくってきたこれまでの我が国の制度をみんなで考え見直す時期にきていると思います。

日本の総医療費は30兆円を上回り、その内の公費の占める割合は8割に及び、国の税収や予算と比較すれば負担が極めて大きいことは言うまでもありません。しかしそれでも、GDP比で国際比較すれば先進諸国内で最も低い水準であり、日本の制度が安上がりであることは、国際的にも注目を集めているところです。

わが国の現行医療制度を導入するために、米国上院議員のヒラリー・クリントン氏が何度か来日していますが、結局“クレジー”と捨て台詞を残して諦めたと聞いています。医療者の激務を前提条件としたこの制度は、経済的に豊かで休暇も多く患者数も限られている米国の医療者にはとても受け入れは不可能であろうと推測できるからです。例えば、米国は「江戸前的高级寿司職人」、日本は薄利多売の「回転寿司店員」。同様の技能（スキル）や安全性を求められるには余りにも環境が違いすぎだと思えます。

医療費抑制が言われ、厳しい医療経営を強いられている医療者は、すでに過剰な業務に追い回されており、“疲弊”という言葉が象徴するように、厳しい環境の中で燃え尽きている現況にあります。何とかするためには、この実情を十分認識して、医療に依存するのではなく、医療を地域で守り育てる住民意識の向上が第1に求められるのです。

6. 医療への“依存”から“活用”へ

筆者は診察が目的ではなく、患者さんと対話するために、毎週病棟内を回診しています。入院したばかりの患者さんには、「入院は退院するためですよ」「病気と立ち向かうだけでなく、どういう状況になったら退院したいか、医療者に本音を伝えてくださいね」

とお話します。しかし、退院が近くなった患者さんに「退院したら、何がしたいですか？」と尋ねると、ほとんどの方が「考えていません」と返事をされます。医療の進歩とともに医療への依存度が増えています。それは、自分の生・死を医療に委ねるということです。医療によって自分の人生が著しく影響を受けるのです。このような状態で、患者さんが自分らしい人生を送れるでしょうか。是非医療に頼るのではなく、自分らしい人生を全うするために、医療の活用を考えてみてください。

それにはまず、自分がどう生きたいのかを日ごろから考えておくことが肝要です。もしも病に倒れてしまったらどうしたいのか、どうして欲しいのかを、日頃から家族や仲間と一緒によく話し合っておいて下さい。

次に、“総合病院志向”を改めることです。言うまでもなく総合病院のような急性期病院は高度専門的な診断・治療を行うところです。限られた期間に限られた疾患に対処するための機関であり、そこは患者さんと医療者が生活全般にわたって継続的なコミュニケーションをするには難しいところなのです。医療を活用するには、信頼し相談できる“かかりつけ医”を身近に見つけることが一番です。自分がどんな生き方・死に方をしたいのかを分かってくれている主治医と相談しながら、必要に応じて専門機関を利用することが、最も良い方法だと思います。

また普段から、自分の周囲にどのような資源があるかを知っておくことも必要です。自分らしい人生を送るために役に立つ制度や施設などを知っておくとともに、地域の中でお互いが助け合える関係性を作ることも大切です。

患者さんが具体的な希望を言ってくれることで、医療側は希望を実現するためにどのような支援することが望ましいのか、明確な方針を提示することができます。患者さんが目標を持つことで、患者さん自身の内なる力が引き出される（エンパワメント）相乗効果により、医療側も適切な治療が行えます。またそうすることで、患者さん自身の治癒力も向上するのです。

患者さん自らが目標を持ち、家族や医療者等とそれを共有し、その実現に向かって協働することにより、お互いの持っている“力”を発揮すること。こうして医療を活用し、自分らしい生き方を目指していただきたいと願っています。

7. 患者を医療チームの一員に

医療チームと言えば、医師を中心とした多様な医療者間の連携を連想するでしょう。最近では患者さんを中心において、周りをいろいろな医療者が囲み全ての矢印が住民の方へ向く図で患者主役の医療体制の在り方が説明されています。しかし医療者と患者との信頼関係や互いのコミュニケーションが強調される時代の中にあっては、思い切った患者自身が医療チームの一員として参画し、同じ目的の実現に向けて協働するといった考え方はどうでしょうか。

医療チームが患者に「してあげる」から「支援する」へと発想が変化し、患者と共に「患者ニーズ（わがままではなく本当に望んでいること）を実現する」といった意識改革を期待しています。患者を医療チームと区別せず、目的を共有した同じ仲間とすることが“早道”だと思います。サービスの提供者とそれを受ける側といった関係を超越して、目的達成のための同志と位置づけることにより、患者自らの選択や安心は確保され、そのことによる患者満足度は向上するにちがひありません。患者を含めた医療チームというこのとらえ方は、事故防止を目的とした安全対策マニュアルや、注意喚起等の医療者側に限定した医療安全対策を見直し、より快適な医療環境作りを患者とともに構築するという観点からも極めて有効だと考えます。

患者が医療チームの一員となるための環境をどう整備していけばいいのか。以下に、いくつかのポイントを列挙しました。いかがでしょうか？医療者や行政だけでなく、やはり住民・患者自身が努力しなければなりません。

- 1) 自己健康管理の重要性や命の尊さなど保健・医療・福祉に関する知識を身につけ、健康や疾病・障害と主体的に向き合える力を養える学校教育や社会教育を進める。
- 2) 患者側の真のニーズを明確にし、日頃から患者自身が自分の意志を声に出せるような患者力を育てると共に、その声が医療に反映される環境をつくる。
- 3) 健康な時から住民が医療機関と接点を持てる環境をつくる。例；①医療ボランティアの受け入れ、②地元住民向けセミナーの開催、③多様な住民の相談に対応できる窓口の設置、④医療施設内に住民の集まりやすい場所を設ける等。
- 4) 入院当初に、診断治療だけでなく退院やその後の生活などについて、医療者と患者が十分話し合う場や機会を設ける。
- 5) 入院早期から、退院後に関わる院外関係者とともに話し合う機会を設ける。患者の状態やニーズを共有し、経過を継続的に観察できる体制を構築する。
- 6) 患者は最も鋭いアンテナを持った医療チームの一員との観点から、患者会を充実し、ピアカウンセリング（患者同士の相談）として他の患者支援に関わるとともに、安心して地域で医療やケアが受けられる環境整備に協力する。

8. 医療を生活の資源として取り戻す

医療の進歩とともに、人の“生”や“死”に直面する機会が、日常生活から切り離され、多くは医療施設内に限られるようになってきました。そのことで住民は 生や死が現実の生活から切り離され、命の尊さの実感や死ぬことの認識が低下し、自分らしい生き方の自己決定力や健康感についての自覚も乏しくなっているように思います。一方医療者側は、医療制度や診療報酬改訂に振り回され、患者のニーズや地域特性など最も考慮すべき本来のEBM（医療を行う上での科学的根拠）への軽視化と共に、医療の進歩とは言いながら 医療者側の都合を重視した技術サービスの提供が先行してきたように思われます。この“ズレ”が 医療者と患者・住民との信頼関係の低下の大きな原因になっているように感じています。

また、医療にかかりやすいという安心感の反面、医療に頼りすぎる弊害を招くといった日本の国民皆保険制度からくる問題も否めません。健診を受けない理由の第一位が、「調子が悪くなったら医療機関を受診する」であることは、この一面を端的に表していると思います。医療にかかれれば何とかなるといった 依存心による「安心感」は、主体的な健康づくりや自分らしい死に方を想定した生き方を阻害する要因にもつながります。医療への過剰依存を見直して この状況から脱却し、医療を生活資源として活用する意識や体制作りが課題です。枝葉ではない根幹の議論を通じて、「健康を守る社会基盤の再構築」を目的に、医療を地域の資源として取り戻す地域の取り組みが不可欠だと思います。

昨今のマスコミの報道が、1) 医師・医療者不足、2) 医療訴訟・医療安全、3) コンビニ受診、4) モンスターペーシェント、5) 医療者の疲弊、6) 住民・患者の不安増加、7) 医療・介護難民の急増など、興味本位的な不安をあおる表現に偏っている傾向もあり、医療者と患者との信頼関係の崩壊を助長する原因になっているようにも思えて仕方ありません。断面的かつインパクト重視の映像やコメントでは全体像が見えないし、物事の本質を見失う要因となります。たとえば、“たらい回し”や“医師不足”は表面化した事象であって、現代の医療問題の本質ではありません。

医療者と患者との間だけでは解決しがたい課題でもあり、多くの関係機関が協働することが解決への唯一の道なのです。行政・教育・産業・マスコミなど地域資源を総動員した、健康を守るための社会水準の向上が求められています。

医療連携から生活連携へ

～愛媛大学医学部附属病院の取り組みから～

本稿では、愛媛大学医学部附属病院の取り組みを紹介する。

<医療福祉支援センター活動概要>

愛媛大学病院では、地域連携を支援する部門である医療福祉支援センター（以後センター）を、約 10 年前に設置した（全国で 3 番目）。近年、我が国の優れた急性期疾患治療のフレームが、超高齢化の中で、疾病や障害を持ったまま退院するケースの急増により、大きな変革が求められている。“治す”から生活を継続するために、地域に速やかに戻す“地域連携機能”が重視されることとなった。そのため当初総務課附属の 3 名体制のセンターを組織的に独立させ、専任の医師（専門：公衆衛生 職位：准教授）をセンター長としておき、看護師 9 名 MSW4 名 心理士 1 名 事務員 4 名 計 19 名を専任スタッフとして配置（H24.4）し、毎年漸次機能強化を図ってきている。この 10 年間で、院内の協力も得られ、紹介率：4 割→8 割強 在院日数：20 数日→17 日未満 と飛躍的に改善した。紹介率の向上や在院日数の短縮化は、医療経営上急性期病院の使命であったことが原動力ではあるが、本来医療は患者・家族のためであり、“してあげる”医療から“求められる”医療への、医療側の都合ではない、患者のニーズを実現できる医療や地域連携が必要である。そのため、センターのミッションを、“医療を生活資源に”として、従来の地域につなぐ連携ではなく、患者の生活をできるだけ継続できるための、生活連携を重視した“病院を地域生活資源”とするための取り組みへと展開させていっている。

- ① 医療療ボランティア活動（愛大病院いきいき会）の育成支援
- ② ヘルスアカデミー（地元デパートやマスコミと組んだ健康教育）
- ③ 地域連携ネットワーク会議・研究会（関連病院長会議地域連携部会主催）
- ④ 在宅医療ケア関係機関との研究会や共同調査

等は その一環の活動事例である。

平成 22 年度から新たに“がん総合相談ケアセンター”を設置し、ケアセンターが“院内連携・調整”を、センターはそのサポートと“院外連携調整”を担うなど、両者の協働により、患者・家族のニーズを当初から明確にした、相談支援機能や地域連携をさらに推進していくこととなった。

また病院マネジメントを病棟中心に行ってきたこれまでの抜本的に見直し、今後は病棟が速やかな退院に向けた診断・治療・看護に専念できるよう、病棟の負荷を軽減していく必要性に迫られている。センターが核となって、医師や看護部門、医事課・医療サービス課等事務部門、診療支援部また薬剤部や栄養部など多職種と共に、外来のマネジメント機能を強化していかなければならない。

この流れの中で、2011 年度には総合診療マネジメントセンター構想が了承され、2 年後の新外来棟稼働に向けて、外来部門に病院全体のマネジメント機能を持たせるソフト面での病院運営の抜本的な見直しに取り組むこととなった。

本年 5 月から、センターの看護師を“退院調整看護師”と命名し、入院前から病棟単位で専属に患者に関わり、外来・病棟との連携のもと、MSW やがん看護専門・認定看護師、心理士他多職種との連携をはかり、退院後まで継続して関わるシステムが稼働した。当面は退院調整看護師の育成支援や病院全体のコンセンサスが重要な課題である。院内はもとよ

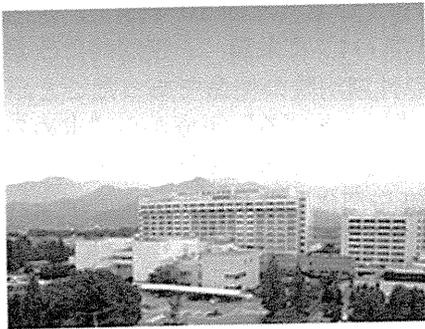
り院外の資源の掘り起こしやネットワーク化を推進し、患者の速やかな退院支援に留まらず、医療により生活を分断しない、入院前から退院後までの自分らしい生活を実現するための支援体制の構築を目指して、地域連携部門の機能強化を更に図っていくこととしている。

むろんこの取り組みやそれに伴う研究調査、教育研修体制づくりは、愛媛大学病院のためだけでなく、愛媛県全体の地域資源の掘り起こしやネットワーク化を目指すものであり、地域大学病院の地域貢献の一環としても意識して取り組んでいる。

なお、H22年度から、全国の国立大学の医療連携部門の医師やMSW・看護師等により“医療連携研究会”（事務局 愛媛大学病院）を設立し、日頃の情報交換や共同研究等を行っている。

愛媛大学医学部附属病院

病院の理念
「患者に学び患者に還元する病院」



病院の概要	
病床数	626床
診療科	21診療科
1日平均外来患者数	約1200人
平均在院日数	16.9日
病床稼働率	86.3%
紹介率	82.2%
ボランティア数	約200名

H23年4月現在

医療福祉支援センター

(Medical Welfare Support Center)

Mission: 医療を生活資源に

医療福祉支援センター専任スタッフ

センター長(医師)

副センター長(看護師)

退院調整看護師 8名(+4)

MSW 4名

心理士 1名

事務員 4名(+1) (H24年4月現在)

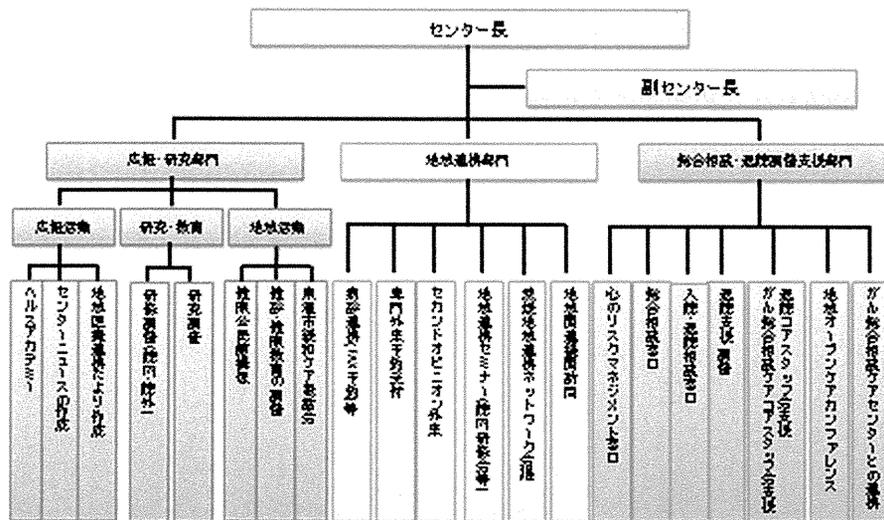
H23年度から5名増加 計19名



3

“医療を生活資源に”をミッションとした当センターの活動の柱は、①相談(退院)支援 ②地域連携 であり、更にこれらに関する ③教育・研究・広報 ④地域貢献といった部門が加わり、センター全体の業務内容となっている。

医療福祉支援センター業務内容



4

F A X紹介による前方連携の推進

F A X紹介件数の増加につれて、紹介率も増加しており、全紹介患者の4分の3をF A X紹介が占める状況となった。

飛び込みを無くし紹介率100%を目指しているが、既にF A Xによる予約が4分3を占めており、前方連携の要となっている。

大学病院の特殊性もあり、患者の予約日時を自動的に振り分けることが難しく、患者側の意