

事務作業補助者といった事務専門職において、NCD入力への関与が増加していた。また、入力手順では、「電子カルテをはじめとした診療情報システムをNCDに修正し、入力を行っている」と回答した診療科が増加していた。一方、「ファイルメーカーやアクセスなどにいったんデータを集積し、入力を行っている」、「原資料となる診療情報を参照しながら入力を行っている」と回答した診療科は減少していた。

2. 登録領域別項目

a) 診療提供体制

診療提供体制に関して、心臓領域における回答結果を表2に示す。ガイドラインに準じた診療内容を「施設として推奨し、判断を統一している」と回答する割合が多い一方で、一部の薬剤投与の遵守については外科系と内科系で差があった。

その他領域ごとの回答結果については表3～5に示す。

b) 心臓領域におけるカンファレンスの開催状況

心臓領域を選択した診療科におけるカンファレンスの開催状況と参加者を表6に示す。「症例検討カンファレンス」は、回答のあった9割以上の診療科において週1回以上開催されており、同様に「ハートチームカンファレンス」では、6割以上の診療科において週1回以上開催されている結果であった。

各カンファレンスの参加者では、心臓外科診療に直接かかわらない麻酔医や集中治療医の参加は2割以下であった。

Ⅲ. 考 察

NCDに関する認知度の調査結果から、NCDが多く医師に認知されていることが示唆された。また、入力時期についても、締切前にまとめて入力を行っているとは回答する診療科が少なく、「可能な限りすみやかに入力」、「情報がある程度確定した後入力」、「一定期間ごとにまとめて入力」と回答する診療科が全体の8割以上となっており、症例登録を各施設診療科が積極的に行っていると考えられた。

2011年度調査結果との入力体制に関する比較では、入力にかかわる職種について、診療情報管理士や医師事務作業補助者といった事務専門職の関与が増加しており、NCD登録の体制として事

務専門職を配置する診療科が増加していることが考えられた。病院内での医師事務作業補助者の配置は、2008年より診療報酬において一定の配置人数に応じて評価されており⁴⁾、医師事務作業補助者の業務としてNCD登録が担当となっていることも想定される⁵⁾。診療報酬での評価や医師事務作業補助者の育成がすすんでいるため、今後はより多くの施設において事務専門職によるNCD登録体制が構築されると考えられた。また、今回の調査結果では診療科に所属する医師の関与も増加しており、医師が入力にかかわることで入力内容の正確性が期待できる。一方で、今後は入力データの正確性を担保しつつ、医師の事務作業負担を軽減するための工夫についても検討が必要である。

入力手順の比較について、電子カルテをはじめとした診療情報システムをNCDに修正し入力を行っている診療科が増加していた。事務専門職の関与が増加している点とファイルメーカーなどを用いた登録体制が減少している点から、診療情報システムの普及とともに、それらを活用できる体制が徐々に整いつつあることが示唆される。なお、入力手順の比較では、2014年度において「その他」と回答する診療科が増加していた。入力手順として、電子カルテやファイルメーカーなどのデータベースシステム、紙への記入などを症例登録の手順として想定していたため、回答した診療科の5割以上が選択した「その他」の把握については今後の課題と考えられた。

また今後は、2014年後期～2015年初旬にかけてβリリースされたNCD新規データアップロードシステムの活用に向けて、comma-separated values (CSV) 加工のためにファイルメーカーなどを用いた運用が再度増加してくることも想定される。新規症例アップロードシステムを活用する施設では、CSVファイルを用意する環境に応じた入力体制の変化が生じてくる可能性が考えられる。

ガイドラインに基づいた診療提供体制については、施設としての判断を統一した診療方針であると回答する割合が多かったものの、心臓領域において内科系および外科系で一部の薬剤投与に関して診療行為の遵守に差があった。REACH International Registryの報告⁶⁾では、米国での

PCI施行医師によるガイドライン遵守の傾向が出ていることが示唆されている。日本においては薬剤投与の効果について、人種差も影響があると考えられている³⁾ことから、本調査結果については、各診療ガイドラインの今後の方針を考えるうえでの参考になることを期待するとともに、診療提供体制の結果の解釈については十分な検討が必要であると考えられる。

カンファレンスについては、心臓外科領域において麻酔科医と心臓血管外科医の密接な連携が必要とされている⁷⁾。本調査では、定期的にカンファレンスが実施されているものの、麻酔医や集中治療医がカンファレンスへ参加する割合は少ない結果であった。施設規模や専門施設といった背景情報を考慮することで、カンファレンスの開催頻度や参加者は異なると考えられる。また、さまざまな職種がカンファレンスに参加した場合の影響については今後の課題と考えられた。

本調査は、NCDとしては2011年度の調査に次ぐ2回目の実施であった。前回の調査で尋ねた入力体制に関する項目に加え、今回は新たに診療提供体制についても調査した。本稿は、日本のNCD診療科における入力体制の経年変化や、診療提供体制について把握することのできる結果であると考えられた。

なお、本調査結果に関する限界点は次の3点と考える。一つ目は、本調査の実施にあたっては、NCD利用者登録によってIDを取得したユーザーであれば誰でも可能となるよう設定しているため、必ずしも診療科としての意見が反映されるとは限らないことに配慮する必要があるという点である。二つ目は、本アンケートの回収率は37.0%であり、人的に余裕のある、またNCDに興味がある施設からの回答である可能性が高く、実態を十分に反映しきれていない可能性がある。三つ目は、診療提供体制が実際の診療結果に与える影響についてまで検討できていないという点である。今後も調査を継続し、入力手順や施設規模、医療従事者の在籍数、経験年数などを考慮する必要であると考えられる。

IV. 結 論

施設診療科アンケート調査により、現在のNCDに症例登録する施設診療科におけるNCDに

対する認知度や入力にかかわる職種、入力手順といった入力体制の経年変化および診療ガイドラインに沿った診療提供体制の把握を行うことができた。医師のNCDに対する認知度が高く、事務専門職の関与が経年的に増加しているため、NCD登録体制が整いつつあることが考えられた。またガイドラインの遵守については、一部の項目では人種差など適応条件について考慮が必要であるものの、回答を得た診療科では適切に遵守されていることが示唆された。本アンケート調査によって、診療提供体制の把握のみならず、入力にかかわる職種や手順を把握することでNCDシステムをより有益なものにすることのできる貴重な情報になると考えられた。今後も調査を継続し、NCD登録の正確性を高めるための工夫を検討していく必要がある。

おわりに

NCDは、今後の国際的な議論をリードすることが期待された症例登録システムである。登録内容の正確性を高め、よりよいシステムにつくり上げていくために、今後もアンケート調査を実施し入力体制などを把握していく必要がある。また今後は、アンケート結果とNCD症例情報を連結し、入力体制や診療提供体制が実際の症例でどのように影響が表れているのか臨床的な視点での解析もすすめていきたいと考える。

本調査の実施にご協力いただいたNCD施設診療科、および関係学術団体の方々に深謝する。また、領域別施設の特徴と人員配置および診療提供体制の癌領域に関する質問項目内容は、2012～2013年度厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)「精度の高い臓器がん登録による診療ガイドラインや専門医育成への活用に関する研究」を参考とさせていただいた。分担研究者の森正樹先生、杉原健一先生、平田公一先生、柳野正人先生、北川雄光先生、太田哲生先生、今野弘之先生、祖父江友孝先生、藤也寸志先生、梨本篤先生、固武健二郎先生、國土典宏先生、山本雅一先生、田中雅夫先生、下瀬川徹先生、佐藤雅美先生、徳田裕先生に深謝する。

◆ ◆ ◆ 文 献 ◆ ◆ ◆

- 1) 一般社団法人 National Clinical Database : NCDについて。 <<http://www.ncd.or.jp/about/>> [Accessed 2016 Jan 25]
- 2) 大久保豪、宮田裕章、橋本英樹ほか：NCDの現状—診療科の登録状況と入力体制。臨外67：746-751, 2012

- 3) 宮田裕章, 本村 昇, 月原弘之ほか: 日本の心臓外科医療の体制および臨床プロセスの現状—成人心臓外科施設調査報告. 日心血外会誌 38: 184-192, 2009
- 4) 厚生労働省: 平成26年度診療報酬改定関係資料(通知). < http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000038904.pdf > [Accessed 2016 Jan 25]
- 5) 日本医師事務作業補助研究会: 医師事務作業補助者業務指針試案. < http://ishijimu.umin.jp/pdf/sis-insian_20130416_fix.pdf > [Accessed 2016 Jan 25]
- 6) Steinberg BA, Steg PG, Bhatt DL et al: Comparisons of guideline-recommended therapies in patients with documented coronary artery disease having percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass grafting versus medical therapy only (from the REACH International Registry). Am J Cardiol 99: 1212-1215, 2007
- 7) 小林隆史, 鈴木健二: 心拍動下肝動脈バイパス術(OPCAB)の麻酔. 日臨麻会誌 34: 338-344, 2014

* * *

次号予告

▶ 78巻4号(4月号) ▶ Stage IV胃癌に対する外科治療戦略

I. 総論

1. 進行胃癌に対する審査腹腔鏡検査の
適応と意義…………… 藤原 義之 (大阪府立成人病センター消化器外科)
2. Stage IV胃癌に対する基本的治療方針
(化学療法, conversion surgery)…………… 吉川 貴己 (神奈川県立がんセンター消化器外科)

II. 切除可能なStage IV胃癌に対する外科治療

1. 腹部大動脈周囲リンパ節転移例に対する
外科治療…………… 伊藤 誠二 (愛知県がんセンター中央病院消化器外科)
2. CY1のみのStage IV胃癌に対する外科治療
…………… 羽藤 慎二 (四国がんセンター消化器外科)
3. 胃癌肝転移の外科治療…………… 山下 洋市 (九州がんセンター肝胆脾外科)
4. 胃癌肺転移の外科治療…………… 浅村 尚生 (慶應義塾大学呼吸器外科)

III. 切除不能胃癌に対する外科治療

1. 腹膜播種に対する腹腔内化学療法を伴う
外科治療…………… 藪崎 裕 (新潟県立がんセンター新潟病院外科)
2. 幽門狭窄胃癌に対するバイパス術…………… 熊谷 厚志 (がん研有明病院消化器センター胃外科)
3. 胃癌腹膜播種による腸管狭窄に対する
手術…………… 金光 幸秀 (国立がん研究センター中央病院大腸外科)
4. 出血・狭窄のないStage IV胃癌に対する
減量手術…………… 藤谷 和正 (大阪府立急性期・総合医療センター消化器外科)

既刊特集案内 ○は増刊

■ 2014年

2. 脾切除をめぐる最近の話題
3. デイバート 炎症性腸疾患の外科治療
4. Sentinel node navigation surgery
5. 超高齢者に対する外科治療の問題点
6. 骨盤臓器脱診断・治療のすべて
7. ドレーンは必要か
8. 肝癌治療のエビデンスとガイドライン
9. 乳癌に対する oncoplastic surgery
10. 保存版 消化器外科領域の希少悪性腫瘍
11. 肝胆脾領域における術前ストラテジー
- ⑫ 消化器外科手術ピットフォールとリカバリーショット
13. 外科領域の pros and cons

■ 2015年

1. Stage IV大腸癌に対する外科的治療戦略
2. ERAS
3. 括約筋間直腸切除術(ISR)のすべて
4. 食道胃接合部癌のすべて
5. 痔瘻の最新治療
6. 痔核・痔瘻・裂肛ガイドラインを解説する
7. 体腔鏡下 上部消化管手術
8. 門脈枝塞栓術・結紮術のすべて
9. 若手外科医必読 ヘルニア手術の最前線
10. 腹膜悪性腫瘍
11. Acute care surgeryを学ぶ
- ⑫ 外科修練医必修 新外科専門医到達のための特別講義
13. 大腸癌イレウスの治療と問題点

■ 2016年

1. 腹部良性疾患に対する外科治療の最前線
2. 肝内胆管癌の新しい規約と治療戦略
3. 進行大腸癌に対する内視鏡外科手術の限界(本号)

2016年1月4日

第3156号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
COPY (出版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院

www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- 特集 人口減少社会に挑む地域医療
1-9面
・【グラフ解説】「地域とともに歩む医療」の実現に向けて(宮田裕章, 油井正深)
・【座談会】「ビジョンの共有」が地域を結ぶ(浅原利正, 油井正深, 宮田裕章, 門田守人)
・【インタビュー】健康と安心を守る地域医療構想(松田晋哉)
・【寄稿】地域医療連携実現に向けた提言(横倉義武, 尾身茂)
■新春随想.....11-14面

人口減少社会に挑む地域医療

今後日本は、総人口に占める高齢者の割合を高めながら人口は減少していくと予測されている。都道府県ごとに見ると、2010年時点では大都市を中心に人口が増加傾向の地域もあったが、2035年には全都道府県が人口減少のステージに入る。人口減少社会の本格的な到来によって、日本の医療は新たな課題に直面する。地域で未来のビジョンを共有し、社会システムを再構築することが、これからの医療の課題を解決していくには不可欠である。本特集では、地域連携を糸口として、人口減少社会を乗り越える戦略を考える。

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授 / 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授

宮田裕章 監修



【出典】総務省「国勢調査」、国立社会保険・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2013年3月推計)」より作成

地域とともに歩む医療の実現に向けて

◎執筆
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授 / 東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授
宮田裕章

◎執筆協力
厚生労働省医政局地域医療計画課 課長
迫井正深

日本は医療・福祉を含む社会システムにおいて、大きな転換点を迎えている。かつて高度経済成長をもたらし、「多数の労働人口で少数の高齢者層を支える」人口構成を前提とした社会保障制度を基礎に、世界トップランクに位置する長寿国となった。しかし今後、世界でも経験のないスピードで高齢化が進み(図1, 2)、さらに人口減少と、産業成長の鈍化に伴い、社会システム自体が、従来の枠組みの延長線上でのマイナーチェンジだけでは、成立することが難しくなってくるだろう。

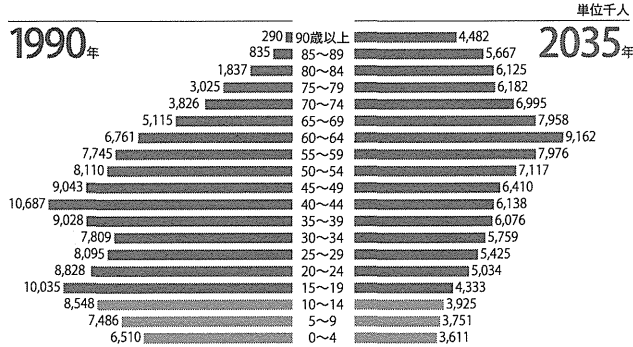
こうした課題への挑戦は、単にネガティブな側面ばかりではない。例えば「団塊の世代」が医療・福祉を必要とする超高齢社会の初期段階においては、公的・私的を問わず多くの資金が医療福祉分野に投入されるため、雇用の創出、人々の暮らしを支える技術やシステムのイノベーションなど、次の日本を支える新しい活力を生む可能性がある。

一方で、医療・福祉のニーズが急激に高まる当面の間は無計画に資源を浪費してしまえば、その先の見通しは厳しいものになるだろう。10年後の医療・福祉の需要拡大のみを想定した制度設計では、将来世代が高齢層の社会保障負担に押しつぶされる20年後になってしまふ可能性すらある。単に数年先だけを見越した改革ではなく、20年後、30年後も乗り越えられる政策を見いだすことが必要とされる。日本の医療や社会保障制度の長所を継承しつつ、変化を続ける人口構造の中でいかに新しい社会システムを新生させられるか。今まさに覚悟に基づく改革が不可欠となっている。

「量から質へ」 2035年へのパラダイムシフト

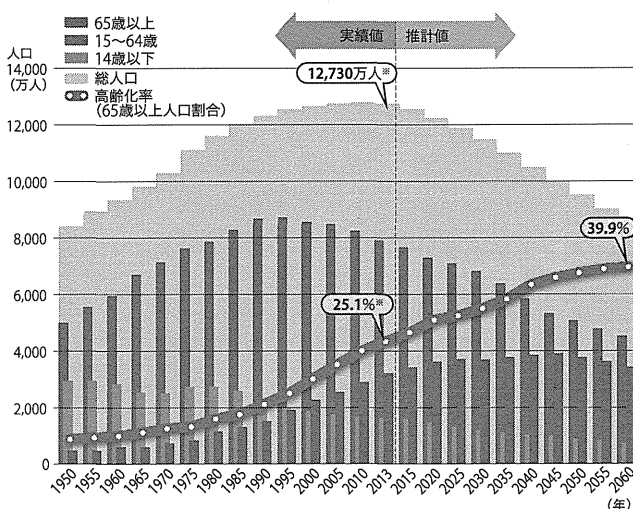
上記の背景を踏まえ、2015年6月、塩崎恭久厚労相の私的諮問機関「保健医療2035」策定懇談会(座長=東大・渋谷健司氏)から提案されたのが、目下の課題解決策と「2035年」に象徴される長期ビジョンを包含した「保健医療2035提言書」である。同書はウェブサイトで一般公開され¹⁾、サマリーは海外学術誌に寄稿された²⁾。また同年8月にはオール厚労省体制で推進本部が設置され、提言内容の具現化に向けた検討が継続的に行われている。「保健医療2035」が示すパラダイムシフトの一つに「量から質へ」の視点がある。今まで日本の医療は「多くの病床」「多数の従事者」と、提供する量をもって充足度を評価する側面があった。しかし今後は、限られた資源の中でいかに良質な医療サービスを提供し課題解決を行うかが必要となり、効率も重視しながらどのような質の医療を提供できるかを考えなければならない。さらに提言書では、行政が外側から

図1 少子高齢化で大きく変わる人口構造
1990年に生産年齢人口だった世代の大半が、2035年には65歳以上となり、人口構造は大きく変化する。



【出典】1990年：総務省「国勢調査」および「人口推計」
2035年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2013年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」

図2 将来推計に見る人口減少と高齢化
総人口は減少するものの、今後約30年間にわたり65歳以上人口は増え続ける。2045年前後には高齢者人口は総人口に占める割合が、高齢化率は上昇を続け2060年には40%近くに達する見込み。



【出典】総務省「国勢調査」および「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2012年1月推計)：出生中位・死亡中位推計」、厚労省「人口動態統計」
※2013年度 総務省「人口推計」

規制するのみではなく、日本の職人文化に代表される誇るべきプロフェッショナルリズムを背景とした、医療者集団の自律的なコントロールを広げていく視点も提示しており、医療者の主体的な取り組みが求められる。

個の連携により、 地域全体の医療の質向上へ

地域ごとの医療提供体制は、医療計画に基づき整備される。これを考える上で、基盤となるデータの収集や活用方法など共通で検討すべき事項は多いが、実施については地域単位で考える必要がある。これは単に、地域における医療提供体制が現状において異なる、という理由だけでなく、地域の有する資源や人口構成の将来見通しについても相当な多様性があるという背景

に起因する。全国的には高齢者人口が増加し、生産年齢人口は減少する傾向にあるが、例えば大都市部を有する都道府県では当面の人口は増加傾向にある一方、過疎地域の多い都道府県は、全ての年代が既に人口減少の局面に向かっているなど、高齢化と人口減少が加速している所も多い(1面参照)。つまり、ここ10年ほどは医療福祉のニーズが全体的に増大するが、需要減と資源縮小への対応を急ぐべき地域もあるということだ。そのため、地域ごとの対策が不可欠になる。

では、医療において公益性を考慮しつつ、患者・国民に良質な医療サービスを持続的に提供するにはどうすればよいのだろうか。これまで日本は、病院や医師といった“個”の単位で医療の質を検討することが多かったが、こ

れからは地域を加えた“面的”な視点でも医療の質を考えることが肝要になる。すなわち、病院や医師・コメディカルスタッフは医療の質を考える主体ではあるが、「地域全体の医療の質向上」という視点を踏まえて取り組むことがより重要になるといえる。

あるべき姿を共有し、 地域の課題を解決する

地域差は現状の資源配置だけでなく、将来の人口構造の変化を見通した先にも存在する。ただし現時点では、都道府県ごとの資源の多寡のみが、地域医療の質を左右するわけではない。

図3は、専門医制度と連携した全国の病院4500か所の症例データが登録されているNCD(National Clinical Database)の分析結果で、4種類の手術について、地域を過疎化率別の3群に分けてリスク調整死亡率を別した分布である。大都市部であれば治療成績が良好というわけではない。膵臓十二指腸切除術や肝切除術のように、むしろ過疎地域のほうが全体として良好な成績を示す例もある。「限られた資源を生かしながら最大の成果を得る」という視点から見れば、複数病院が競合する都市部よりも、選択肢の限られた過疎地域のほうが病院同士の連携が効果的に機能し、役割分担や集約化によって良好な成績が得られている場合があるからだと考えられる。

現時点では、施設の役割分担やネットワーク機能の改善で、地域全体としてより良質な医療サービスを提供できる可能性がある。一方で、各地域が努力を重ねた先には、医療需要や資源の量、必要とされるアクセス環境といった“伸びしろ”に影響を及ぼす場合が出てくる。したがって、地域の現状と課題を把握し、質・コスト・アクセスなどの観点から「自分たちの地域はこのような医療を実現させたい」というビジョンを共有することが重要になる。

医療費が増大している現状では、特に行政は財政削減が目標になりがちである。しかし医療を提供する側は、患者・国民にどのような質の医療サービスを提供したいのかというビジョンを確認し、その実現に向けて持続可能性も含めた制度やシステムを設計・管理する必要がある。さらに、地域がめざすべき目標設定に基づき、継続的な改善を行っていかねばならない。

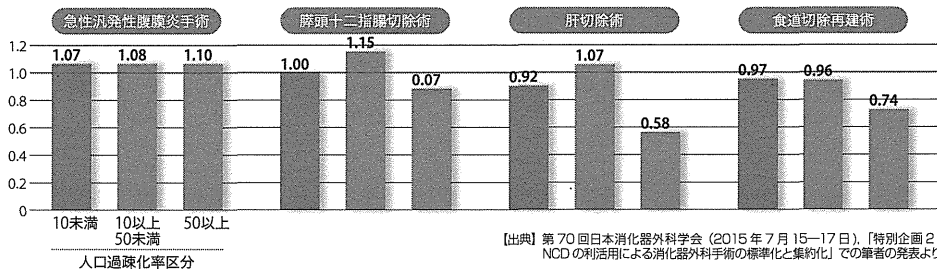
連携や分業で、医師の労働負荷も軽減できる可能性が

公共的な側面が大きい日本の医療システムでは、医療提供者側の努力だけで良質な医療サービスを提供し続けることは困難だ。システムの在り方については、医療提供者、行政、保険者、企業、国民(患者)などの連携の中から発想されるべきものと考えられる。とこ

図3 過疎化率とOE比平均

棒グラフは左より、「過疎化の影響がない大都市」「過疎化が中等度の地域」「過疎化が進行した地域」を示す。膵頭十二指腸切除術と肝切除術を見ると、「過疎化が中等度の地域」は「過疎化の影響がない大都市」よりも良好な成績を挙げている。限られた資源を生かすことで、良質な医療を提供できる可能性がある。

注：過疎地域とは、総務省が過疎地域自立促進特別措置法に基づき指定する市町村区域を指す。本データの過疎化率は、総務省自治行政局「過疎対策の現状」(2009年度版)による。市町村数は2010年4月1日現在。※東京都特別区は市数に含まない。都道府県ごとに、過疎地域人口と全体の人口から算出している。そのため、数値が大きいが過疎化率(過疎地域に住む人口ベース)が高いことを示す。



【出典】第70回日本消化器外科学会(2015年7月15-17日)、「特別企画2: NCDの利活用による消化器外科手術の標準化と集約化」での筆者の発表より

ろがこれまで医療提供者は、高い専門性を有するが故に大きな責任を背負いながら最前線に立ってきた。

労働負担の軽減は多くの臨床現場において解決すべき課題になる。そこで「保健医療2035」は、「医療現場主導」を明示し、医療提供者にさらなる責任を負わせるのではなく、優れた取り組みに敬意を払い、臨床現場の苦勞が報われる仕組みづくりを提起している。

ここで留意しなければならないのは、単純な人員増が必ずしも有効とは限らないことだ。図4の、心臓外科における年間症例数と死亡率の関係を見ていただきたい。多くの高難度手術において、安定した治療成績を収めるためには一定量の経験が必要とされ、心臓外科手術も同様の結果が確認された。日本の心臓外科の手術総数は、医師を増やしたからといって増加するわけでない。したがって、もし眼前の難務を含めた労働負担の軽減のために心臓外科医を増やした場合、十分な経験を積めない医師が増加することになり、若手医師のキャリアを構築できないだけでなく、習熟度不足の外科医の手術を患者が受けるという不利益を被ることにつながってしまう。こうした実情を踏まえ日本の心臓外科領域は、労働負担軽減に向けては他職種との連携や分業、発散した労働環境を機能集約する方向で取り組みを始めている。

患者・国民は権利と責務のバランスの中で医療にかかわりを

これまで患者・国民は、現状における価値の最大化の観点から、医療サービスを受ける立場としての権利がクローズアップされてきた。しかし、高度医療に特化して見ると、全ての人の身近な環境で、最高の質の医療を、それも少ない負担で実現するのは困難で

ある。たとえそれが現状成立していても、多くは医療現場の極めて高い労働負担や、赤字国債という将来世代が引き受ける負債によって機能していることになる。

例えば「身近に高度医療を行う診療科がある」と安心」という住民のニーズをくみ、多くの需要は見込めない地域に高度医療を行う診療科を設立したとしよう。初期段階は熟練医師により安定した成績が収められても、その地域に配属された若手は十分な経験を積むことができず、診療科としての成績は不安定になる。その結果、次世代の住民の、死亡・合併症発生率が大幅に上昇し、さらに不採算の診療科として閉科を迫られることにもなるだろう。

患者・国民にはサービスを受ける権利だけでなく、将来世代に対して持続可能なシステムを維持する責務も踏まえた理解が求められる。さらに地域包括ケア実現に貢献するという観点から、自身の健康作りや適切な受療行動、周囲の健康をサポートするまちづくりなど、権利と責務の両面を踏まえたかわりが必要とされる。

地域医療連携のベストプラクティスに学ぶ

「単に危機が間近に迫っただけでは、今まで解決できなかった課題を克服できるわけがない」。現状に悲観的な人はこう考えるかもしれない。確かに動機付けやもの見方だけで変革が可能など、日本の抱える課題は単純ではない。しかし他方では危機の度合いが刻々と変化し、課題解決に向けた環境や資源もさまざまな面で変化を続けている。そこで筆者は、今後の人口減少社会における日本の医療の課題解決の糸口を3点提示する。

1つ目は情報基盤を活用し、地域で

求められる医療の在り方を共有することである。近年、NDB(National Database)とDPC(診断群分類)データが整備されたことで、地域医療の実態が把握できるようになった。医療者が情報を活用し、地域における自施設の位置付けを把握することは、地域医療の在り方を考える第一歩となる。これに加え、専門医制度と連動したNCDをはじめとする、現場主導の医療の質のデータベースも整備されている。今後はNCDのアウトカム指標やNDB等のプロセス指標を用い、施設単位だけでなく地域における医療の質向上に向けた課題を考えることが重要になる。

2015年7月に行われた日本消化器外科学会では、NCDの分析による、「胃切除術」「胃全摘術」「低位前方切除術」「右半結腸切除術」の年間症例数とリスク調整標準化死亡比の分布が発表された。いずれも死亡率の比較的低い手術であり、どの施設で手術しても治療成績はそれほど変わらないと考える医師も少なからずいた。しかし、症例数や施設の特性などさまざまな観点から治療成績に格差が示される結果となった。これは単に高難度手術だけでなく、さまざまな機能において地域連携を行う意義があることを示唆している。地域が実現すべきビジョンの下、何が過剰で何が不足しているかの現状と課題を共有し、連携を行っていかねばならない。地域のあるべき姿はそれぞれ異なるが、情報基盤の活用は全ての地域が共通して取り組むべき事項である。

2つ目は、必要とされるアクセス環境をデザインすることである。日本が医療提供体制を整備した初期の段階(1960年代)に比べ、道路交通網や救急搬送体制は多くの地域で飛躍的に充実し、かつて求められた物理的距離と、現在必要とされる物理的距離の意味を異にしている。また医療機能の連携促進により、地域コミュニティにあるべき医療機能の定義も異なってきた。そこで、広島県のようにがん治療をフェーズ別に分け、検診や検査、術後治療やフォローアップは身近な地域で行い、診断・治療の機能は医療圏別に絞り込む形でネットワークを整備しアクセス環境を整えている例もある。今後はさらにICT技術の活用と大規模データの分析により、内科領域において遠隔診断を効果的に行うことが可能となる。ICTを介して専門チームが地域のかかりつけ医をサポートすることで、地域包括ケアにおける専門家の配置や連携体制も変容することになる。

そして3つ目は、他の地域のベストプラクティスに学ぶことだ。近年、先進的な取り組みで成果を挙げた地域が現れ始めている。ベストプラクティスは地域特有の歴史や資源にばかり依存したものではなく、他の地域が参照可能な要素を数多く包含している。例え

ば熊本県では、経営母体が異なる病院間の役割分担と機能連携が10年以上にわたって行われており、参考になる。広島県の地域医療連携は、他の地方都市が共有可能な要素を多く含む(4-7面参照)。また山形県では市立病院と県立病院の経営統合・再編の事例が生まれ、急性期病床と療養病床を再構成し、急性期医療からかかりつけ医へと患者シフトが進むとともに、経営改善にも成功している。少数の特定施設の連携による地域医療への影響は限定的だが、実現可能性の点からは取り組みやすい手段である。これらの事例は、新しい地域医療連携の選択肢の一つとして、他地域に展望を示すもので、積極的に参考にしていきたい。

将来のグローバルな課題を世界に先駆け解決へ

高齢化や人口減少、経済成長の鈍化などの課題に直面する日本が、持続可能な社会システムを構築できるかは、地域における取り組みが鍵を握っている。本稿で示したのは、①施設・個人という枠組みだけでなく、地域という枠組みで目標を共有し、課題解決を行うこと、②資源の調整や費用削減ありきではなく、地域で実現すべき医療サービスの質の観点からビジョンを構成すること、③関係者が連携し、現状の価値の最大化だけでなく、将来世代にわたる持続可能性を考慮した価値判断を行うことの3点である。現在展開されようとしている、地域医療構想の基本理念にも通じるものと考えられる。

今後、先進国やアジア諸国も日本と同様の問題に直面することが予想されるため、日本の動向に大きな関心を寄せている。地域医療の課題は将来のグローバルな課題にもつながるため、日本が世界に先駆けて解決策を示す役割が期待される。

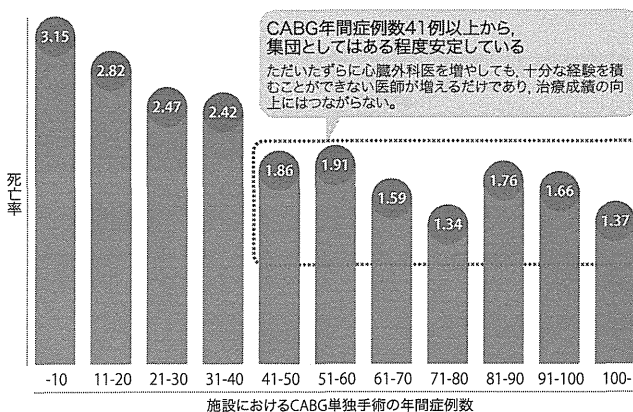
日本は健康長寿の実現やインフラ整備など、公共的価値を有する多くの領域において、既に世界最高レベルの品質を実現してきた。もちろん医療も例外ではない。それはひとえに医療にかかわる人々の真摯な取り組みと誠実な姿勢があるからこそであり、筆者は日々尊敬の念を抱いている。こうした人々の目標を共有し、適切に連携することができれば、人口減少社会を乗り越え、世界をリードする新しい社会システムを構築することができると確信している。日本の医療にかかわる人々にあらためて敬意を表すとともに、「地域の挑戦」がより良い成果につながることを願い、新年の序としたい。

参考文献

- 1) 保健医療2035. 厚労省. 2015. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokubunya/shakaihoshou/hokokuninryou2035/>
- 2) Miyata H, et al. Japan's vision for health care in 2035. Lancet. 2015; 385(9987): 2549-50. PMID: 26122147

図4 冠動脈バイパス術(CABG)における年間症例数と死亡率の関係

単純な人員増加は最終的なアウトカムの向上につながらない。安定した治療成績のためには一定量の経験が必要になる。日本の心臓外科領域は他職種との連携や分業、労働環境の発散から集約にシフトしている。



【出典】Miyata H, et al. Effect of procedural volume on outcome of coronary artery bypass graft surgery in Japan: implication toward public reporting and minimal volume standards. J Thorac Cardiovasc Surg. 2008; 135(6): 1306-12. PMID: 18544377

新年号特集 人口減少社会に挑む地域医療

ビジョンの共有が 地域を結ぶ

広島県4基幹病院を中心とした 地域医療連携の取り組みから

いち早く地域医療連携を進めている県がある。「日本の縮図」とも言われる広島県だ。広島市内の4基幹病院と大学、行政、医師会が連携し、10年、20年先の地域を見据えた取り組みを始めている。日本各地が抱える課題も共通して有する同県の連携の形には、他地域がモデルにできる要素もあるのではないだろうか。

本座談会には、2015年から同県で始まった「基幹病院連携強化会議」で座長を務める浅原氏、有識者として参加する門田氏、アドバイザーを務める宮田氏、そして行政として地域医療を担当し、かつて広島県の医療行政にも携った迫井氏の四氏が出席。同県の取り組みのこれまでの経緯と現在の到達点、そして、日本が人口減少社会の医療の課題を乗り越えていくために共有したい、地域医療連携実現のビジョンが議論された。

広島県病院事業管理者・広島県参与

浅原利正氏

厚生労働省医政局地域医療計画課 課長

迫井正深氏

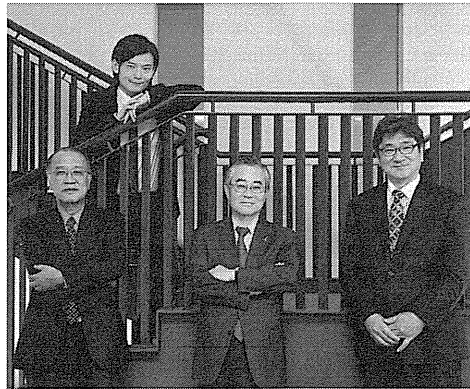
慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授 /

東京大学大学院医学系研究科医療品質評価学講座 教授

宮田裕章氏◎司会

がん研究会理事・がん研究会有明病院名誉院長

門田守人氏



門田守人氏

もんでん・もりと 広島県福山市出身。1970年阪大医学部卒。同大講師、助教授を経て99年教授に就任。2004年阪大病院副院長。07年阪大理事・副学長に就任。11年がん研有明病院副院長。12年同院長。15年現職。日本癌治療学会理事長、日本外科学会会長等を歴任。現在は、日本医学会副会長、厚労省・がん対策推進協議会会長を務める。「基幹病院連携強化会議」では有識者として、国内の動向を踏まえた観点から広島県の医療政策に助言する。

宮田 全ての「団塊の世代」が75歳以上になる2025年まで、いよいよ10年を切りました。医療者が留意しなければならないのは、「2025年」はあくまで課題の入口にしかすぎないということです。

迫井 そうですね。「2025年問題」が注目されますが、今後約20年は高齢者が増え続け、さらに2040年以降は高齢者を含む全ての世代で人口が減少するというように、10-30年の間に人口構造の大きな変容が予測されています(2面・図2参照)。直近にある「高齢化」の問題と、その先にある「高齢化を伴った人口減少」という問題への対応を、われわれは考えていく必要があるわけです。

宮田 当然、人口構造の変化と連動して医療の需給状況も変動するわけで、医療提供体制についても一過性の対処ではなく、将来を見通した刷新が迫られることになりました。

門田 2015年は「戦後70年」が話題になり、日本社会の一つの節目を迎えたように私は思います。ベビーブームで生まれた「団塊の世代」に象徴されるように、生産年齢人口の増加が、経済の発展や人々の生活水準の向上を下

支えし、それとともに医療技術も飛躍的な進歩を遂げました。その中で専門分化や細分化がきわめて進んだ一方で、「マクロ」に見る視点が置き去りになっているようにも思うのです。つまり、医療制度そのものを大きく変化させてこなかったことから、社会のニーズとの間にひずみが生まれつつあるのではないのでしょうか。今の医療制度を自動車に例えるなら、終戦後に新車で走り出し、その後はちょっと不具合が生じるたびに修理を加えることで、なんとか今日まで乗り続けてこられた、そのようにとらえています。ただ、本格的な人口減少社会を迎えるこの先も、同じ車でどこまでも走り続けられるわけではない。医療サービスの提供の在り方を含め、医療制度は大きな転換が必要になるでしょう。浅原 まさにそうです。特に、高齢化率が高まり続ける今、高齢者を支える仕組みづくりが急がれます。社会のシステムを再構築する上では、「医療」と「教育」の2つが重要になる、私はかねてよりそう考えています。特に医療においても教育の観点は必須で、医師をはじめ医療者の人材育成が欠かせません。この2つを両輪とした地域ご

との政策が求められるのではないのでしょうか。

宮田 浅原先生のおっしゃった地域の視点はこれからの議論において重要なポイントになりそうです。現在、厚労省において医療提供体制の整備に携わる迫井課長は、行政の立場から地域の在り方についてどのようにご覧になっていますか。

迫井 医療制度改革や医療費の問題を行政の立場から見ていると、最終的には地域の問題として解決策を考えなければならぬように思います。なぜなら、日本全体の人口構造が変化していくとは言え、インフラの整備状況や人口密度などは当然地域によって異なり、医療も地域の実情に応じた個別の課題が幅広くあるからです。がんや感染症といった人間の生命の後に直結するような公共性の高い領域の対策について、霞が関が全国一律で対策を推進することはもちろん大切ですが。しかし一方で、20年、30年先を見据え、地域住民の立場に立った広い視野で医療を考え直す時期にも差し掛かっています。医療関係者も行政も、そのような共通認識を持った上で、「ご当地システム」によって地域の課題を解決して

January 2016 新刊のご案内 医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当) ●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

<p>今日の治療指針 2016年版 私はこう治療している</p> <p>監修 山口 徹、北原光夫 総編集 梶井次矢、高木 誠、小室一成 テクニカル B5 頁212 18,000円 [ISBN978-4-260-02392-4] ポケット判: B6 頁212 15,000円 [ISBN978-4-260-02393-1]</p>	<p>グラント解剖学図譜 (第7版) 原著 Anne M. R. Agar, Arthur F. Dalley 監訳 坂井建雄 訳者 小林 靖、小林直人、市村浩一郎、西井清輝 A4変型 頁920 15,000円 [ISBN978-4-260-02096-2]</p>	<p>老人のリハビリテーション (第8版) 原著 梶井健彦 著 前田真治 B5 頁416 6,000円 [ISBN978-4-260-02428-0]</p>	<p>混合研究法入門 質と量による統合のアート 梶井尚子 四六判 頁148 2,000円 [ISBN978-4-260-02470-9]</p>
<p>治療薬マニュアル 2016 監修 高久史郎、矢野義徳 編集 北原光夫、上野文恵、越前宏俊 B6 頁272 5,000円 [ISBN978-4-260-02407-5]</p>	<p>ジェネラリストのための 眼科診療ハンドブック 石岡みさき A5 頁198 3,400円 [ISBN978-4-260-02418-1]</p>	<p>わかる!検査値とケアのポイント 編集 大久保保行、井上智子 B5 頁608 3,400円 [ISBN978-4-260-01619-3]</p>	<p>看護師国家試験 解剖生理学 クリアアップ (第2版) 編集 日本生体医学会教育委員会 B5 頁244 2,000円 [ISBN978-4-260-02442-6]</p>
<p>Pocket Drugs 2016 監修 梶井次矢 編集 小堀謙一、瀧田裕司 A5 頁1056 4,200円 [ISBN978-4-260-02207-1]</p>	<p>標準口腔外科学 (第4版) 監修 野間弘康、瀬戸健一 編集 内山康志、近藤勝郎、久保田英朗 B5 頁550 12,500円 [ISBN978-4-260-02042-8]</p>	<p>マタニティ診断ガイドブック (第5版) 編集 日本助産師・実践研究会 B6変型 頁248 2,500円 [ISBN978-4-260-02445-7]</p>	<p>根拠と事故防止からみた 母性看護技術 (第2版) 編集 石村由利子 編集協力 佐佐正勝 A5 頁508 4,000円 [ISBN978-4-260-02499-0]</p>
	<p>(標準作業療法学 専門分野) 高齢期作業療法学 (第3版) シリーズ監修 矢谷令子 編集 松原利康、新井健五 編集協力 藤山しおり B5 頁264 4,000円 [ISBN978-4-260-02442-2]</p>	<p>院内教育プログラムの立案・実施・ 評価 (第2版) 監修 梶島なほみ 編集 梶島なほみ B5 頁392 3,800円 [ISBN978-4-260-02395-5]</p>	<p>言語聴覚研究 第12巻 第4号 編集・発行 日本言語聴覚士協会 B5 頁64 2,000円 [ISBN978-4-260-02489-1]</p>

本広告に記載の価格は本体価格です。ご購入の際には消費税が加算されます。

いかなければなりません。 「日本の縮図」 広島県の挑戦

宮田 医療のあるべき姿が地域単位で問われようとしている今、各地で地域医療連携の芽が出つつあります。2014年6月に医療介護総合確保推進法が成立したことにより、地域医療計画の一つとして地域医療構想が位置付けられ、都道府県ごとに策定作業が進められています。また、2015年9月に成立した改正医療法によって「地域医療連携推進法人」制度が創設されたことで、経営母体の異なる複数の病院や介護施設が、あたかも一つの病院のように経営機能を共有しパフォーマンスを向上させていくような動きも生まれてきそうです。

こうした動向の中、全国でも先駆的な地域医療連携を既にスタートさせているのが広島県です。2015年からは医療機関の連携を広げるべく「基幹病院連携強化会議」(以下、会議)が始まり、前身の「広島都市圏の医療に関する調査研究協議会」(2014年)から参加している私は、広島県の未来志向の取り組みに注目しています。追井 広島県の事例は、日本のさまざまな地域が参考にできる凝縮性があると感じています。というのも、県を南北に見渡すと、ミカンやレモンが名産の温暖な瀬戸内海があれば、リングが取れ冬にはスキーができるほどの雪深い山間部もある。人口分布も、120万人大都市・広島市の印象から都会と思われがちですが、橋のない瀬戸内海の離島や中国山地の過疎集落といった、へき地での人々の暮らしもあります。このように広島県は人口や産業の構成、地理的な特徴から「日本の縮図」と言われ、商品のテスト市場としても有名です。

門田 日本各地に見られる風土が広島にはそっくりなわけですか。なるほど、言われてみるとそうですね。宮田 別の見方をすれば、都市の問題、へき地の問題など日本が抱える課題もセットで存在しているということですね。追井 その通りです。広島県で従来から取り組まれているへき地医療や医師確保の対策、そして地域医療連携をはじめとする新しい医療政策は、人口減少社会日本の医療政策を占う、いわば社会実験とも言える大きな挑戦が含まれていると言えます。

医療機能の集約化 その狙いとは

宮田 会議の座長を務める浅原先生、まず発足の経緯と、そして広島県の現状をお話いただけますか。

浅原 会議は、広島県の医療提供体制の効率化と、若手医師確保の2点を大きな目的に発足しました。さらにこの施策を県内全域に波及させ、広島県の地域医療構想の策定に反映させることをめざしています。現在、広島市中心部にある4基幹病院(広島大学病院、広島市立市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院)と、大学、県、市、医師会の連携を核とした取り組みが動き出しており、会議ではこれからの医療連携の在り方が議論されています。宮田 経営母体の異なる病院が手を取り合うことで、昨年一つ大きな成果がありましたね。浅原 ええ。2015年10月に、新たに「広島県立広島がん高精度放射線治療センター」が稼働しています。これは4基幹病院の放射線治療分野にかかわる機能を集約した新施設として、広島駅前新設されました。厚労省の地域医療再生基金を元に県が事業者として設立、県医師会が運用主体となり、そして広島大学と4基幹病院などが連携する形で運用されています(図1)。宮田 ささまざまな組織が一施設の運営

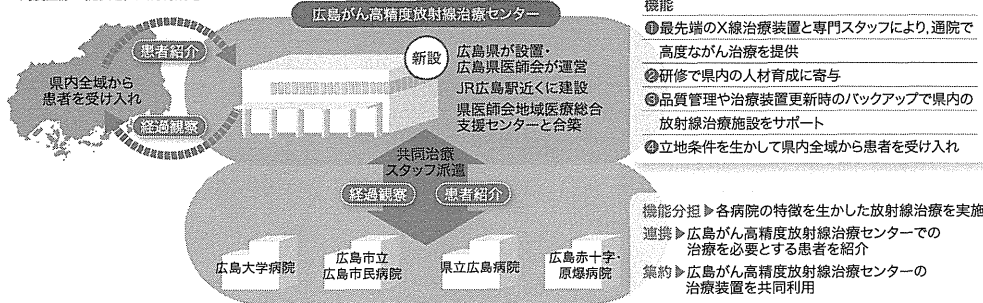
を担う。非常に画期的で全国的に見ても新しい取り組みだと思います。一連の計画に立案の段階からかかわった迫井課長、いつごろから練られていたのでしょうか。追井 私が広島県庁に在籍していた2000年代後半です。当時から、広島市内の4基幹病院が連携して一つの高度医療機関として機能していけないものか、と4病院の院長を中心に相談を始めていました。その後2010年に、「広島県地域医療再生計画」で構想を具体化したプログラムの一つとしてスタートしました。宮田 背景にはどのような危機感があったのですか。浅原 一つは、高齢化による医療需要の急増です。高齢化の波は広島県にも例外なく押し寄せており、例えば、広島市を含む2市6町からなる広島医療圏は、2025年の高齢化率は28.9%、入院患者は3000人以上になり、その後も高齢者人口の増加が続くとの予想が出ています(図2、3)。門田 広島も高齢化対策、待ったなしの状況なわけですね。



浅原利正氏
あさはら・とまさ 広島県双三郎作木村(現・三次市)出身。1971年広島医学部卒。同大病院、県立広島病院等で臨床に従事。この間、広島県北部山間部にある西城町(現・庄原市)の国保直営西城病院でへき地医療を経験した。広島大医学部講師、助教授を経て99年教授に就任。2002-04年同大大学院医歯薬学総合研究科教授。04年同大病院長、07年から8年間にわたって広島大学長を務めた。15年からは広島県病院事業管理者・広島県参事(医療担当)として広島県の医療行政に携わり、「基幹病院連携強化会議」では座長を務める。

図1 4基幹病院連携による広島県立広島がん高精度放射線治療センター事業

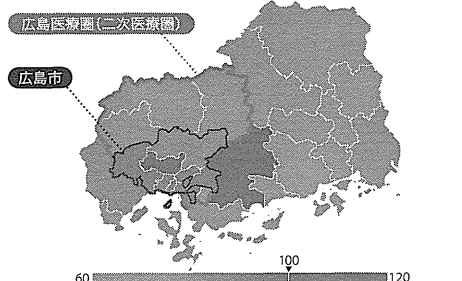
広島都市圏に集中する4基幹病院の機能分担・連携の推進によって、高度な放射線治療を集約した施設を整備し、2015年10月に稼働開始。高度医療の提供と、人材育成をめざす。



【出典】広島県健康福祉局。第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察。2015。

図2 2010年を100とした場合の2035年広島県の人口変化(全年齢)

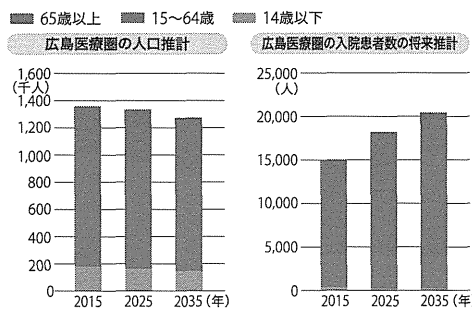
2010年から比べると、2035年は広島県全体の人口は減少するが、広島市内の一部では維持・増加する区があるなど、都市部では医療需要は高まることが予測され、圏域内における医療資源のバランスをとる必要がある。(広島医療圏とは広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島町の2市6町から構成される二次医療圏)



【出典】石川ベンジャミン氏一ウェブサイトで、人口推計地図(2035年広島県)より作成 https://public.tableau.com/profile/kbshikawa#1/vizhome/_2441/sheet0

図3 広島医療圏の人口推計と入院患者数の将来推計

広島医療圏全体では人口の総数が減少するが、65歳以上は増加を続ける(左)。また、2025年には入院患者数が2割(3000人)以上増え、以降も増加を続けるため、適切な医療資源の配置が必要になる。



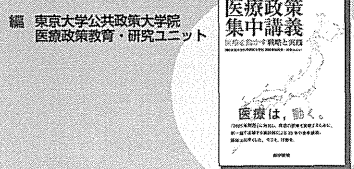
【出典】広島県健康福祉局。第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察。2015。

読者は出尽くした、今こそ、行動を!

医療政策集中講義

医療を動かす戦略と実践

団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療・介護ニーズと現在の提供体制の巨大なミスマッチをどう解消するかという、いわゆる「2025年問題」に対処するためには、いまが諸制度を状況に適切にさせる「ラストチャンス」。理想の医療を実現するために、患者支援者、政策立案者、医療提供者、メディアといったステークホルダーは何をすべきなのか。そのヒントを得るための、第一線で活躍する講師陣による20本の集中講義。

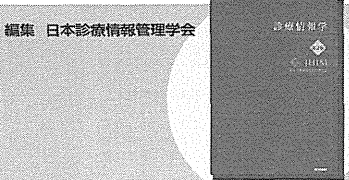


A5 頁328 2015年 定価/本体2,600円+税 [ISBN978-4-260-02164-7] 医学書院

学会が総力をあげてまとめたバイブル、待望の改訂版

診療情報学 第2版

診療情報の適正な管理とその活用のための基礎の整備は、医療の向上に必須の要素として、近年ますますその重要性が認識されている。本書は、日常業務における診療情報の意義、役割、記載方法などについて、日本診療情報管理学会が総力をあげてまとめた、この領域のバイブルとも言えるオフィシャルテキスト。新たな概念・制度、知識・技術を取り入れて、5年ぶりの改訂。



B5 頁489 2015年 定価/本体3,000円+税 [ISBN978-4-260-02397-9] 医学書院

新年号特集 | 人口減少社会に挑む地域医療

表 4 基幹病院の概況

広島市中心部の5km圏内に立地する4基幹病院(広島大学病院、広島市立広島市民病院、県立広島病院、広島赤十字・原爆病院)には、重複する機能がいくつかあるため、集約化による医療機能の効率化の余地が十分にある。

Table with 5 columns: 区分, 広島大学病院, 広島市立広島市民病院, 県立広島病院, 広島赤十字・原爆病院. Rows include 一般, 精神, 結核, 合計, 特定機能病院, 地域医療支援病院, etc.

【出典】広島県健康福祉局 第1回基幹病院連携強化会議資料 広島都市圏の医療提供体制強化に向けた考察, 2015.

●=拠点施設等, ◎=拠点施設の中で基幹的位置付けの病院

浅原 ええ。将来の医療需要の増加に対応するためには、医療提供体制の効率化が欠かせません。実際4基幹病院には、救命救急センターやがん診療連携拠点病院など重複する医療機能もあるため、集約化により医療資源を必要とされる領域に最適に配置する余地が

多くあります(表)。広島市中心部の5km圏内に近接する4基幹病院の機能を1か所に集約したほうが、断然効率的ですね。そこでまずは、比較的集約しやすい単科の放射線治療分野の連携から着手したわけです。

宮田 集約化で、具体的にどのようなメリットが見込まれますか。浅原 まず、高価な放射線治療機器を各病院が別々に購入する必要がなくなります。それから、専門の医師やコメディカルスタッフは各病院から必要な人数だけが集まるため、医療費の増大を抑制できる。こうした物的資源、人的資源の集約の結果、より高度な医療が提供できるようになります。

患者は4基幹病院の他、県内のがん診療連携拠点病院など紹介の形で来院してもらうため、高度な医療を一つの拠点で円滑に提供できるようになる。治療成績の向上も期待され、医療者と患者双方にとって大きな効果があると見込んでいます。

門田 集約化は、医療者の人材確保の他、育成という面にも大いに寄与するのではないのでしょうか。

浅原 そうですね。集約化の二次的なメリットに、医療者の育成があります。広島県では、高齢化が進むにつれて入院患者数当たりの医師数が不足することがわかっており、対策が急務となっています。近年、他県に比べ若手医師の減少が大きく、2002年からの10年間で20-30歳代の医師が1割も減少しています。症例集積や高度医療機能

の整備を行うことで、「多くの症例を経験したい」という若手医師にとって魅力のある医療資源が集う環境になると考えました。もちろん、医師に限らず、看護師、放射線技師、研究者も育つことでしょ。

宮田 その点、がん治療のハイボリュウムセンターであるがん研有明病院は、実際に全国各地から医師が集まっていますね。

門田 ええ。それは、当院であればがん治療について多くのことを学べるからに他なりません。出身大学や医局の壁などはもはや関係なくなるわけですから、広島県も病院間の連携を深め、高度医療施設を地域に設けることで魅力を発信できれば、若手医師や医療者が集まり、県内の医療の活性化にもつながることでしょう。

長年かけて培われた「地域医療を守る」志と信頼関係

宮田 現在全国で進められている地域医療構想の策定では、構想区域ごとに関係者が集まり協議を行う場として「地域医療構想調整会議」の設置が求められています。地域における連携を実際に進める上で、広島県の姿は参考になるのではないのでしょうか。そこでお聞きしたいのは、なぜ広島県では、経営母体の異なる病院や、大学、行政、医師会というさまざまな組織が、目標に向けてここまで連携してこられたの

か、ということです。

浅原 それは、「地対協(広島県地域保健対策協議会)」の役割が大きいですね。1970年に設立した地対協は、広島大学と、県、市、県医師会の4者で構成され、以来、地域コミュニティにおける医療の協力関係を地道に築いてきました。長年時間をかけて培われた「地域の医療を守る」という高い志と厚い信頼関係が、将来の課題を議論し行政の施策に反映させるまでを可能にする素地をつくってきたのです。

迫井 これは実に優れた取り組みだと私も肌で感じました。地対協には、がん診療や健診、インフルエンザ対策などのさまざまな専門部会があり、日頃から侃々諤々の議論がなされています。

行政の立場としては時に厳しい意見をいただくこともありますが、大前提として、皆地域のために解決して前に進もう、地域を大事にしようという強い気持ちが共有されていました。他県の関係者からも「広島県は普段から議論の場がしっかりできていて、すぐに実質的な検討に入っていける」とうらやましがられたものです。

浅原 昨年の高精度放射線治療センターの開設は、まさに地対協の議論の積み重ねが結実したものだと思います。今後広島県の地域医療連携を広げる第一歩であり、こういう專案を一つずつ積み重ねれば、4基幹病院の連携を一層深められる他、地域における医療連携の姿がだんだんと形作られていくものと私は信じています。

門田 今後さらに、役割分担や機能連携を進めるには少なからず険しい道もあるでしょう。しかし連携が進み、4基幹病院がより密接に東なれば、がん領域に限定してもがん研有明病院を超える規模になる。4基幹病院を中心に新しい心力を持つ日本一の医療圏が広島に生まれ、他地域から医療者や患者を呼び込むだけの価値を創出できるはずです。ぜひ広島県地域医療連携の取り組みを「広島モデル」として全国各地で参考にしてほしいですね。

“地域の構想”なくして医療構想なし

宮田 広島県が地域医療連携をさらに深めていくためには、乗り越えるべき課題もあるのではないのでしょうか。浅原先生、いかがですか。浅原 次の大きな課題は、病院完結型医療から地域完結型医療へかにシフトするかどうかです。現状では、4基幹病院連携を中心とした水平連携が進められ、幸い放射線治療の領域は高精度放射線治療センターに集約されました。しかし一つのセンターに集まったとはいえ、まだ一領域にすぎません。しか



迫井正深氏

さこい まさみ 広島県広島市出身。1989年東大医学部卒。東大病院 虎の門病院等での臨床研修・外科臨床を経て、92年厚生省人名。保険局医療課、大臣官房厚生科学課、大臣官房国際課などに配属。95-97年米ハーバード大公衆衛生大学院に留学し公衆衛生学修士号取得。2006-09年広島県健康福祉局長として、この間「広島県地域医療再生計画」の立ち上げに従事。その後、厚労省保険局医療課企画官、老健局長を歴任。15年10月現職。

市中感染症診療の考え方と進め方 第2集 IDATEN感染症セミナー実況中継. Includes a book cover image and text about the seminar.

ナラティブホームの物語 終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ. Includes a book cover image and text about the book.

も病院完結型の姿にとどまっているわけですが。今後は、県内の中小規模病院や、かかりつけ医との垂直連携が課題で、それが深まらないと、地域住民に資する医療連携の成果があったとは言えませんし、最大の目標である地域包括ケアの実現には至りません(図4)。宮田 さらに連携を深めたい広島県、あるいはこれから連携を模索する他の地域では、いざ「連携」となると、お互いの利害関係などから「総論賛成、各論反対」になりがちなテーマでもあると思います。

迫井 確かに連携の意義は納得できて、「連携しよう」というスローガンだけでは動きにくいですね。そこでポイントとなるのが、連携の意義にエビデンスを持たせることです。すなわち、今進められている地域医療構想の大きな特徴でもある、NDBやDPCデータといったエビデンス、つまり客観的な診療実態に基づいた協議や連携が可能になったことです。

宮田 「ビッグデータ」という言葉が聞かれるようになった近年、情報集積の技術は世界的にも劇的な進歩を遂げ、今までは難しかった医療データも体系的に分析することや、よりマクロな視点での考察が可能になっています。迫井 そうですね。従来も、同じ地域にある病院同士が、「競争」という名のもとに、時に過剰とも言える医療機器の整備や人材の獲得を行い、地域内の医療資源に偏りが生じていました。しかし、全国規模で整備されたデータ集積システムによって、隣の病院と競争する以前に地域単位や全国との比較にさらされることになる。そうすると、地域内の狭いエリアで不毛な競争をするよりも、医療機関同士が地域内で連携することのほうが、はるかにバリューが高いことに皆さんが気付かれるわけです。

宮田 病院経営や医師個人のキャリアなど切磋琢磨する面がある一方で、医療資源の偏在に対しては地域で考えなければならないわけですね。エビデ

ンスを共有することで、地域の目標も共有することができそうです。先ほど浅原先生が課題とおっしゃった垂直連携に関しては、昨年9月の第2回基幹病院連携強化会議が印象的でした。出席した医師会の先生方が、「地域のかかりつけ医と、もっと連携を深めてほしい」と基幹病院の病院長に訴える場面があったのです。

門田 地域のかかりつけ医側にも「地域の医療を支えたい」という同じ思いがあることを共有できたのは収穫でした。その点、会議を昨年オープンに、垂直連携に重要な役割を持つ中小規模病院や診療所の医師らが傍聴できるようにしたのはよかったです。垂直連携を進めるに当たっては、データの活用とともに、「開かれた議論の場」を設けることも重要な要素になるのだと再認識させられました。

宮田 施設間で地域の「ビジョン」を共有する、そこに価値があるわけですよ。

浅原 広島は地対協という組織が地域医療を議論する文化を醸成し、今の原動力になっています。他の地域も、議論の場をしっかりとつくるのが重要でしょう。

門田 もっと踏み込んだ議論をするには、地域住民の参画も必要だと私は思うのです。地域を巻き込んだり、医療者だけの発想で進めるのではなく、医療サービスを受ける住民の意見を反映させる。そうでなければ、こうした大きな改革は成し遂げられません。

浅原 私も同感です。地域医療構想は、文字通り「地域の構想」が起点になるわけですね。では、「地域の構想」とは何か。それは地域に住む人々が、自分たちの地域でどう暮らしていきたいのかという視点に他なりません。

迫井 地域連携の最終的な目的は、地域包括ケアの実現、すなわち住民が生活視点で必要なサービスを地域で受けることにある。そのために、「医療は地域とともに歩むもの」と、医療者・住民の両者が再確認することが不可欠

になります。門田 医療者と住民と一緒に地域医療を作り上げることができたとき、施設間の水平連携やかかりつけ医との垂直連携の意義も共有され、病院の再編・統合も成功へとつながっていくのだろうと思っています。

「医師は地域で育てる」人材育成もセットで構想を

浅原 関係組織・医療者・住民らで地域の医療の在り方を考える上で、私からは一つ強調しておきたいことがあります。それは、医療者の人材育成も、地域医療連携とセットでデザインしていかなければならないということです。人が育てば、自ずと組織は発展し、ひいては自分たちの地域の医療を守ることにつながるからです。

迫井 私が県庁にいたころ、浅原先生がよくおっしゃっていましたね。「大切なことは地域の患者さんに教えられた」と。これは今も私の心に残っています。最初から適切な診断、高度な治療ができる医師はいません。ともすれば患者さんは「最高の診断、最高の手術ができる医師を連れてきてほしい」という希望を抱きがちです。しかし、たとえそうした医師を一時的に配置できたとしても、その地域にとってのサステナビリティ(持続性)はありません。人々の生活を見る、地域を見るという視点をあわせ持った医師を地域で育てる、そのようなシステムをデザインすることが大切になります。

宮田 その点、一病院では限界のあるローテーション研修も、4基幹病院のように施設が連携することで、短期間で高度な症例をいくつも経験することができ、さらに地域全体に連携が広がって研修施設群などが構成されることになっていく、ある施設で10か月経験を積み、残りの2か月はへき地医療に貢献するといった育成モデルも現実を考えていると思います。

浅原 新しい医療の在り方を構築していく上で人材育成がないと、持続可能な医療は築けません。ぜひ地域医療連携に欠かさないでほしい視点です。

医療者と住民、関係者がともに歩む地域医療連携

宮田 本座談会では広島県の地域医療連携の取り組みを通して、他地域でも連携を深めるポイントまで確認することができたいと思います。高齢化を伴う人口減少社会を本格的に迎える今後、医療サービスを提供する医療者は地域住民や患者、行政をはじめとした関係者の方々と「自分たちの地域をどうつくるべきか」という対話を行い、あるべき姿を念頭に置きながら医療の



宮田 裕章氏

みやた・ひろあき 2003年東大大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程修了。05年同分野博士課程中退(08年論文博士取得)。早大人間科学学術院助手、東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座助教を経て、09年助教職。14年より東大大学院医学系研究科医療品質評価学講座教授(15年5月より非常勤)。15年より慶大医学部医政政策・管理理学教室教授。専門医制度と連携したデータベース事業NCD(National Clinical Database)の構築・運営の支援と、データ管理・分析を手掛けている。厚労省「保健医療2035」策定懇話会メンバーを務める。

価値を再定義することが重要なのでしよう。先生方との議論を通じて、そう強く感じました。

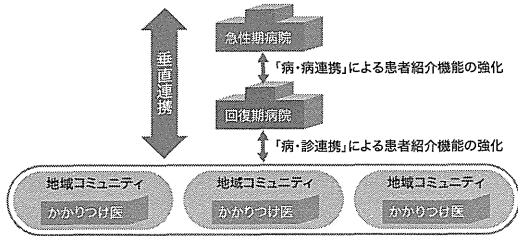
浅原 医師は病気を治すことが重要な役割ですが、患者さんに安心感を与えることも忘れてはなりません。全国的に進められる地域医療連携や地域医療構想などは、システムの構築といったハード面の整備が主になります。それだけでなく、医療者一人ひとり患者への安心感のある医療提供を意識しなければ、両者が望む地域医療は形づくられていかないと思います。

迫井 やはり医療者と住民がともに歩むことが大切です。人口減少社会の到来という課題を前に、医療が今置かれているこの状況をぜひ国民の皆さんにも理解していただきたい。そして医療者は、「地域の医療は自分たちで守り、支える」という気持ちを住民と共有しながら、地域づくりに参画していただきたいと思っています。

門田 地域の医療と健康を守るという目標の実現に向け、広島県が全国の課題を先んじて乗り越える突破口になってくれることを大いに期待しています。日本の将来に悲観するのではなく、「夢を皆で追い掛け、実現させよう」と前向きに臨んでいきたいですね。宮田 地域医療を支える連携の形は、さまざまな組織・個人の「ビジョンの共有」から始まっていきます。広島県の取り組みが、多くの地域の参考になり日本の医療の底上げにつながるればと願っています。本日はありがとうございます。(了)

図4 垂直連携の実現で「かかりつけ医が支える地域コミュニティ」を構築

4基幹病院による水平連携の実現とともに、回復期病院、地域のかかりつけ医との垂直連携を構築することで、患者を適切な医療機関へ紹介(逆紹介)することが可能になる。



【出典】広島県健康福祉局。第1回基幹病院連携強化会議資料。広島県市町村の医療提供体制強化に向けた考察。2015。

京都GIMカンファレンスからの挑戦状。第2弾。あなたはどこまで診断に迫れるか?

診断力強化トレーニング2 What's your diagnosis?

あの「京都GIMカンファレンス」からの挑戦状、第2弾! 順次提示される「病歴」「身体所見」「検査所見」を見て、あなたはどこまで診断に迫れるか? よくある疾患だがまれな症候、よくある症候だがまれな疾患も時々登場。診断の「手がかり」はどこにある? 「めくらまし」にだまされるかな! 臨場感あふれる88症例を追究し、診断力を鍛えよう。さあ、こんな患者さんがあなたの前に来たら、何を聞き、何をしますか?

監修 松村理司
滋和会総長、滋和会京都府立医学部教授
編集 酒見英大
滋和会京都府立病院院長兼、滋和会京都府立医学教育センター所長
執筆 京都GIMカンファレンス

B5 頁256 2016年 定価:本体3,900円+税 [ISBN978-4-260-02169-2] 医学書院

まるで小説? いや芸術? 類を見ない「読んでも、見ても」楽しい精神医学テキスト

みるよむわかる 精神医学入門

原書は英国でRichard Asher Prizeという優れた医学教科書に与えられる賞を受賞。オールカラーで精神疾患に関連する図や写真を随所に盛り込みながら、精神医学の歴史から個別の疾患の概念や疫学、鑑別疾患などを網羅的に解説する。シエクスピアをはじめ著名な作家の言い回しを引用するなど、読み物としての楽しさも追求している。精神医学の入門書として最適。

原書 Neel Burton
監訳 朝田 隆
東京医科歯科大学医学部・特任教授

B5 頁272 2015年 定価:本体4,200円+税 [ISBN978-4-283-02029-9] 医学書院

