

地域医療の充実と将来展望

土居 弘幸^{a*}, 小松 裕和^{a,b}

^a岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 疫学・衛生学, ^bJA 長野厚生連佐久総合病院 地域ケア科

キーワード：地域医療, 在宅医療

Enhancement of and future perspectives on community health

Hiroyuki Doi^{a*}, Hirokazu Komatsu^{a,b}

^aDepartment of Epidemiology, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences,

^bDivision of Community Care, Nagano Prefectural Federation of Agricultural Cooperatives for Health and Welfare, Saku Central Hospital

はじめに

1999年横浜市立大学病院での患者取り違え事件を契機に、以来10年に渡り、マスコミは、医療事故を大きく取り上げてきた。しかしながら、小松秀樹氏が「医療崩壊」¹⁾を発表するや、各方面から同様の声があり、医療提供体制が崩壊寸前であることが広く報道されるようになった。社会のセーフティネットであるべき“医療”そのものが大きく揺らいでいるのである。これまで医療問題は、選挙の争点にはなりにくいと言われてきたが、去る4月13日、麻生総理は「安心社会実現会議」なるものを招集した。衆議員選挙を睨んだ動きとも評されており、「日本が目指す安心社会の見取り図に照らし、医療、雇用、年金、保険、介護、子育てといった生活者支援分野の政策目標や優先施策を・・・」と真っ先に医療問題を掲げた。

医師不足、勤務医の疲弊が顕在化し、その影響を最も大きく受けているのが地域医療である。これまで過疎地や人口の少ない町村の問題として考えられていた医師不足は、県庁所在地においても深刻な問題となっている。本稿では、こうした構造的な課題に対する大学の責務と地域医療の展望について述べる。

国民の医療への期待と評価

毎日新聞が行った調査によれば（2007年10月19日朝刊）、日本の医師数については、61%が足りないと回答し、国民医療費（33兆円）については63%が高いと回

答している。さらに国民医療費の対GDP比は先進国の中で最低レベルであるが、どうすべきかとの問いには、他の先進国並みに増やすべきが28%、現状程度で良いが32%、さらに医療費削減に努めるべきが29%であった。見事に国民の意見が三分され、施政者の判断を迷わす結果となっている。これでは政治家は動けない。

この調査結果をどう読むことができるであろうか。医療側の意見としては、医療の現状を国民は理解していない。まずは医療の現状を正しく理解してもらうためにも医療側から積極的に情報提供をしなければならない。崩壊しつつある医療現場の惨状を正確に知ってもらえたならば国民の価値判断は大きく変わるであろう、と。

もうひとつの見方として、患者側からの視点がある。医療に満足している患者は、もっと医療に財源を投入すべきと考えるであろうし、ほどほどの満足であれば、現状で十分と答えるであろう。しかし不満を持っている患者は、経済が厳しい状況では、医療側も更なる効率化を図り、医療費の削減に努力すべきであると考えてに違いない。さすれば、この調査結果から、医療に満足している国民が3分の1、ほどほどが3分の1、不満が3分の1とも読み取ることができる。

医療崩壊は、財源を確保することである程度はくい止めることが可能である。この財源を確保するためにも、国民的理解が必須であるが、前者の解釈にせよ、後者にせよ医療側が納得できる“国民的理解”を得るには極めてハードルが高い。何故なら財源の投入なしには改善が見込まれず、改善がなされなければ満足を得ることが困難であるからである。来る総選挙の際には、医療費への財源投入を公約する候補者は、有権者の3分の2の票で相手と闘わなければならないかもしれない。

平成21年5月受理

*〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

電話：086-235-7170 FAX：086-235-7178

E-mail：h-doi@md.okayama-u.ac.jp

医療制度改革

小泉政権は、圧倒的国民支持の下、瞬く間に「医療制度改革」関連法案を成立させた。小泉総理に牙を抜かれた日本医師会は、かつての政治力が、最早、過去のものとなったことを思い知らされることとなった。「医療費節減」が至上命題で、根拠に乏しい施策が“安心・安全”の名の下に計画された。その最たるものが“生活習慣病予防”である。療養病床の削減・廃止に至っては、安易なアンケート調査結果²⁾を強引に解釈し、その結果を以て合理的根拠とする愚を行ったのである。にもかかわらず、誰も医療制度改革を阻止できなかったのは、小泉政権の強引さもさることながら、医療を享受し、支えるべき側の国民の理解が不十分であったことを示している。

日本の医療の特徴として、「国民皆保険」、「フリーアクセス」、「開業の自由」があげられる。さらに高度経済成長によって医療費の財源が潤沢に確保され、老人医療費の無料化、国庫補助制度の充実などにより、“いつでも、どこでも、だれでも”を標語に、医療の近代化が加速され、高額医療機器が全国に普及した。その結果、先進国において対 GDP 国民医療費がイギリスと並んで最も低いレベルであるにもかかわらず、世界最長の平均寿命を達成している。

一方、もう一つの特徴として、高齢者の長期療養が日本では、介護療養型医療施設や老人保健施設といった医療施設でも行われているが、OECD 諸国では、殆どが福祉施設で行われている点である。療養の内容として最も象徴的な相違は「胃瘻」であろう。北欧では、介助による食事の摂取が困難となれば自然経過を観察するが³⁾、日本では、そこから医療が始まるとも言われている（筆者は胃瘻を否定しているのではない）。

介護保険制度導入の際に、厚生省はこの相違に目をつけ介入しようとしたが、実現せず今般の医療制度改革で切り込んだのである。即ち“キュー”から“ケア”への転換を図ろうとしたのである。介護保険制度が導入され10年目を迎えるが、導入当初は懸念された大きな混乱もなく、順調な滑り出しであったと記憶している。現在、様々な問題が噴出しているが、十分な財源さえあれば問題の多くは解決可能である。しかし、経済の低迷と政治の混乱が続く限りは、小手先の制度改正では解決できない。

ところが一方で、介護保険制度の導入によって、全

国各地で生活現場に密着した医師、看護師、介護福祉士等との多職種連携が育まれるようになった⁴⁾。行政がよく言葉にする“連携”に命を吹き込んだ地域が現れたのである。地域の特性や限られた資源の中で、住民中心・生活中心の在宅医療・ケアが展開されてきたのである。厚生労働省の幹部が足しげくモデルとされる地域に足を運び、自分たちが考えていた以上の“医療と福祉”に目を見張り、施策として強力に打ち出したのが“療養病床の削減”と“在宅医療の推進”であった。当然、医療費削減を目論んでいることは言うまでもない。

大きな問題の解決策として、行政がまず行うのは制度の見直しと組織改革であるが、最も重要なのは“意識改革”である。確かに組織改革によって現行の指揮命令、情報伝達は容易になるかもしれない。しかし、もともとマネジメントに問題があった場合には解決策とはならない。トップを能力のある人材に代える方が余程効果的であろう。しかし医療はトップダウンだけでは機能しない。形ばかりの“連携”を命あるものとする意識改革こそが求められているのである。筆者は、前稿において治験のあり方⁵⁾について述べたが、住民の生活現場で医師、看護師、介護福祉士等が互いのプロフェッションを尊重し、互いに活かし合う地域連携システムが重要なのである。意識改革は行政のミッションではない。ならば誰が担うべき使命か。

地域医療と人材育成

地域医療の考え方として、プライマリヘルスケア（PHC）がある。1920年、英国プライマリケアセンター計画に始まった構想が、インド、ソ連へ伝わりアルマ・アタ宣言（1978年）として結実したが、先進国では医療の色彩が強いプライマリケアとして、医師の研修現場で普及してきた。米国国立医科学研究所は、これまでのプライマリケアの考え方や取り組みについて検証し、地域医療を充実させるための臨床医の役割についてまとめている⁶⁾。日本では「医師研修審議会建議書（1974年12月）」においてプライマリケアの考え方が公式に導入され、1978年に日本プライマリケア学会が発足した。

さらに、米国留学等から帰国した多くの医師たちによって提唱されたこの先進国版 PHC は、“病気を診ずして病人を診よ”という明治以来の考えにも通じ、全人的医療として拡がり、医療人が持つべき心構えとし

て医学教育に取り入れられてきた⁷⁾。しかしながら、専門分化が進み、電子カルテの導入によって、“病人を診ずしてパソコン画面と検査データを見る医師”と揶揄されるようになった今日、改めてプライマリケアの基本に立ち返った意識改革と人材育成が必要となっている。

昨年度、前岡山大学医歯薬学総合研究科の田中研究科長（前消化器・腫瘍外科学教授）の強いリーダーシップにより高齢者・在宅医療に特化した博士課程が開設された。地域医療の崩壊が進む中、地域医療を担う医師の育成を地域だけで担うことは困難であるため、大学院のもつリソースを生かし、単一医療機関では構築できないシステムを築き上げ、地域医療を支えることが大学院の社会的責務であると考えたからである。

こうした我々の取り組みに賛同し、実際に協力して下さったのが岡山大学医学部同門会諸先輩、尾道市医師会、岡山市内で在宅医療を精力的に行っている“清輝橋グループ”などの方々である。さらに佐久総合病院、国立長寿医療センターも加わり、『高齢者・在宅・緩和医療プロフェッショナル養成コース』⁸⁾が始まった。

本コースは、初期臨床研修後以降の臨床医を対象とし、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科に既に開設されている臨床専門医コース（社会人大学院）の一つとして、これからの高齢者・在宅・緩和医療を担う人材育成を行う4年間のコースである。そして、本コースの目指すところは、①高齢者・在宅・緩和医療の専門知識を持った地域医療人を育成すること、②地域保健医療福祉システムの更なる充実に貢献すること、③現場からのエビデンスに基づく政策提言を行うことである。昨年度は8名の聴講生、今年度は1名の入学者が加わった。今年度からは、国立長寿医療センターと共催で在宅医養成コースとなる予定である。

医師不足が叫ばれる中、政府は1997年の閣議決定を覆し、医師養成数の増加に踏み切った。本年4月より岡山大学医学部でも地域枠として入学定員を5名増加させたところ、教授会の期待どおり、一般入学者より学科試験上位の者が合格した。県庁の専門家による入念な面接で高い評価を得、優秀な学力を持ち、地域医療に貢献したいという高邁な信念を持った学生が入学して来たのである。上記コースは、必ずや彼らの良い受け皿となるに違いない。否、受け皿とならなければならない。

在宅医療と真の医療制度改革

地域医療や介護は社会的共通資本と呼ばれるように、高齢化が進む地域社会にとって必要不可欠な社会インフラであり、国民生活最後のセーフティネットである。しかし、地域の医療・介護は財源難と構造的な人材難に喘いでいる。さらに、地方自身が活力を失い、地域間の格差が広がっている。景気刺激策で社会保障費を僅か増額し、地域の医療・介護に充てたとしても、国・地方の負債が増えるだけであり、地域間の格差も大きく変わらないであろう。しかも、30年後には、死亡者数は現在よりも年間60万人増加し⁹⁾、疾病や障害を有し医療や介護を必要とする高齢者は爆発的に増加するのである。これらの方々の「死を迎える場所」についての概念が、医療制度上で明確にされていないこと¹⁰⁾、破綻寸前の現状のシステムでは受け入れることが出来ないことは、関係者が肌身で感じ、アラートを発している。地域の医療や介護の崩壊が叫ばれる中、疾病や障害を持っても安心して暮らせる地域社会を実現するためには、根本的なパラダイムシフトと構造改革が必要なのである。

資源が限られた中で状況を改善するには、一般的な手法として個々の構成員の質の向上と効率的なマネジメント、そして組織改革がある。これを地域の医療・介護システムに当てはめれば、個々の構成員の質の向上として、まずはプライマリケアに基づく意識改革がある。先に述べた多職種連携について、在宅医療のモデル地域には、看護師、介護士等とフツウに会話が出来た医師が必ず居るのである。それは一般社会においては、何も特別なことではないのだが、医療界においてはフツウではないのだそうだ。この意識改革こそが、国民の幅広い支持を得、今日の医療が抱える難問を解決する突破口になると考える。それは地域マネジメントを機能させる基本条件でもあるからだ。

地域医療や介護のマネジメントで重要なことは、「コーディネート・調整機能」を基本技術として、「顔の見える多職種連携のネットワーク」を地域の中に創っていくことである。こうした基本技術・方法論は、在宅医療・ケアや地域包括ケアを担う専門職団体や保険者、中核市や都道府県の担当者に求められる能力でもある。筆者がかつて関わっていた救急医療分野で、救急医と救急隊との“顔の見える関係”が、いかに地域の救急医療の質を向上させるか、それが救急医療の土

台であることを学ばされた¹¹⁾。地域医療や介護でもまったく同様である。お互いを尊重し合う“顔の見える関係”は、地域医療・介護マネジメントの基本であり、多職種連携の必須要件と言える。このことが構成員に徹底されなければ、教科書どおりのマネジメントを行っても、組織は十分には機能しない。

地域の医療や介護を充実するため、都道府県による医療計画の作成、事業の実施と評価、そして改善というPDCAサイクルを行政は推進しているが、これらを行う肝心の人材が不足している。さらに現場で地域包括ケアを担う医師、看護師などの育成には、大学院のリソースは大いに役立つに違いない。欧米では、こうした専門職業人を育成する「公衆衛生大学院」が保健医療福祉のキャリアパスとして重要な役割を果たしている。

最後に、構造改革として、入院医療そのものの見直しが必要であると考え。潤沢な財源によって日本の入院医療は独自の発達を遂げた。病院に患者を収容し、提供側主導の医療、極論すれば延命最優先を基本とするのが、1990年代までの日本の医療の特徴であった。こうした入院医療が患者に必要な治療であり、最善の医療であるという認識を急性期病院関係者や市民は今でも持っている者が多い。ところが、在宅医療に携わる者の多くが、在宅医療の方が入院医療よりも患者のQOLが向上し患者満足度が高い。しかも時には病院主治医の予想を超えた延命効果があるというのである¹²⁾。もちろん疾患や病期によって異なるであろうが、2009年第11回日本在宅医学会大会で、複数の医師から同様の意見を聞くことができた。しかしながら、この在宅医療の治療効果をEvidenceとして疫学的に検証した論文は未だ発表されていない。この隠された“事実”を検証し、施政者への政策提言を行うことが「高齢者・在宅・緩和医療プロフェッショナルコース」⁸⁾の目的であり、疫学・衛生学教室の役割であると考えている。

まとめ

これまでプライマリヘルスケア、全人的医療といった欧米経由で日本に広がった医療モデルが、介護保険制度の導入によって真の多職種連携が生まれ、尾道市や哲西町などのように地域として華開いていることが

報告^{12,13)}されている。これらの成果を、疫学研究によって検証し、世界に情報発信すべきと考えている。さらに、こうしたモデル地域の取り組みを普遍化し拡充することによって、医療崩壊の進行を食い止め、患者の生活現場を中心とする“医療の再編”が可能となるに違いない。

在宅医療は、地域住民と多職種連携によって支えられ、そして在宅医療そのものが、地域の安心・安全を保障し、地域そのものをケアするものであると言うことが出来る。また在宅医療の可能性を考える際に、現在の専門分化した医師の能力に捉われず、“地域医療を担い得る新たな人材”が多数育成されることを考慮し、将来のシステム設計を行うべきと考える。その意味で大学院の果たすべき役割は大きい。

文 献

- 1) 小松秀樹：医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か、朝日新聞出版、東京（2006）。
- 2) 中央社会保険医療協議会：慢性期入院医療実態調査（平成17年11月11日）（2005）。
- 3) 大熊由紀子：福祉が変わる医療が変わる — 日本を変えようとした70の社説+α、朝日新聞論説委員室編、どう社、東京（1996）。
- 4) 和田忠志：在宅医療とは何か：在宅医療の展望、中央法規、東京（2008）pp 17-40。
- 5) 土居弘幸：医療政策としての治験の推進と医療の質の向上。岡山医学会雑誌（2008）119, 241-246。
- 6) Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA : Primary Care : America's Health in a New Era, Committee on the Future of Primary Care, Institute of Medicine (eds), The National Academies Press, Washington DC (1996)。
- 7) 吉村 昭：白い航閼跡、講談社、東京（1991）。
- 8) 小松裕和、光延文裕、土居弘幸、小出典男：急性期病院における Discharge Planning を核とした、「高齢者・在宅・緩和医療プロフェッショナル養成コース」の概要。岡山医学会雑誌（2008）120, 1-5。
- 9) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成18年12月推計）（2008）。
- 10) 小松裕和、洪英在：地域をつむぐ「看取りの文化」、日本医事新報（2008）4411, 80-84。
- 11) 自治省消防庁：救急救命士の業務のあり方等に関する検討会報告書（平成14年12月）（2002）。
- 12) 片山 壽：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア、篠原出版新社、東京（2008）。
- 13) 佐藤 勝：へき地の「いのち」を守り、育む。厚生労働（2008）63, 43。