

勤務医部会だより

急性期病院と地域包括ケアシステム



幹事 井本正巳

(刈谷豊田総合病院 院長)

2025年に向けて医療・介護制度の改革を目指した医療・介護総合確保推進法が成立して2年になりました。これによって昨年10月から「医療に起因する予期せぬ死亡」の報告と事故調査を行う制度が始まりました。この制度は本来、医療事故の再発防止を目的としたものであるにも関わらず、一般には第三者による医療者側の責任を追及する制度と曲解されているようです。国民に広くその主旨をご理解いただくにはもう少し時間と努力が必要です。

この法の中で病院にとって最も大きな変革は地域医療構想関連の制度です。地域医療構想は構想区域ごとに2025年に必要とされる病床数（必要病床数）を高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった新しく定義された機能ごとに明らかにし、それに向けて医療機関や県が病床を整備するというものです。愛知県もこの10月に県の地域医療構想が制定されました。これに先行して病床機能報告制度が始まっています。各病院は病棟単位で4つの機能に分類して現状と計画を報告しています。ここで積み上げた病床数と地域医療構想での必要病床数には大きな乖離があり、この調整をこれから関係者が行うわけです。先の消費増税・診療報酬改訂とともに創設された医療・介護総合確保基金はそのための資金としても利用されています。しかし、現状では地域医療計画に従って医療行政は行われ、病床についての運用も従来からの基準病床で規定されています。この「基準病床数」と2025年の「必要病床数」との間に大きな差のみられる構想区域もあり、両者の摺り合わせが次回の医療計画の大きな焦点になってくると思います。そうした先行き不透明な状況の中で、各病院は病棟のあり方を地域の他病院と協議しながら検討しなくてはなりません。

超高齢化社会で医療需要が高まる中であっても、必要病床数以上に病床数を増やすことが容易ではな

いとすれば、退院後の受け皿として在宅医療の重要性が大きくなります。地域医療構想を進めるにしても地域包括ケアシステムがうまく機能している必要があります。すなわちこの2つは車の両輪のようなものであり、急性期病院としても無関心ではおられません。とはいえ、多忙な急性期病院の医師が退院された患者の往診に行くことは現実的ではありませんし、在宅医療を行っている病院にしても充分には行い得ていないと思いますので、退院後は地域の先生方に在宅医療を担っていただく必要があります。愛知県医師会はこの医療・介護総合確保基金を受けて県内の各郡市区医師会に在宅医療サポートセンターを設置し在宅医療の推進を図っています。3年計画の道半ばですが、その成果に期待しています。

在宅医療といってもこれからは現在より重症な患者も対象となりますので、医師以外の医療職の関与がより重要となります。訪問看護ステーションは以前より各地で開設され、その活動には実績があります。最近ではリハビリテーションでも訪問診療が行われています。リハビリによって自分でできることを増やし、寝たきりにならないようにする意義は大きいものです。訪問看護師にしてもリハビリの各療法士にしても、ある程度の規模でスタッフをそろえないと地域の要望には応えられません。現状では、急性期病院の持つ人的資源をこうした在宅医療の分野でも生かしていくのが良いのではないかと考えます。また、薬剤師についても、今年からは「かかりつけ薬剤師」制度が評価されることになり、さらには「健康サポート薬局」なる仕組みも始まりました。既存の薬局ではこれに十分な対応ができない地域では、病院薬剤師がそれに代わる必要も出てくるように思います。病診連携というのはこれまでは医師による患者の紹介・逆紹介が中心でしたが、これからは病診の医療職が一体となって地域住民に寄り添って診ていく姿勢が必要になると思います。