

「地域連携の光と影」

座長

小松本 悟 (足利赤十字病院 院長)

吉澤 潔 (高松赤十字病院 副院長)

S1-01 石巻医療圏における東日本大震災への対応

石巻赤十字病院 外科 石井 正

S1-02 大規模災害後の生活不活発病対策－地域機関と連携した赤十字救護活動の提案

石巻赤十字病院 呼吸器外科 植田 信策

S1-03 救急患者受入に対する地域医療連携

高知赤十字病院 救急部 西山 謹吾 他

S1-04 地域連携の光と影 ～がん診療における展望と問題点～

岡山赤十字病院 緩和ケア科 喜多嶋拓士

S1-05 都内急性期病院の地域連携の光と影 ～在宅医と在宅緩和ケアに焦点を当てて～

日本赤十字社医療センター 谷口 美穂

S1-06 住民あつての地域連携 ～その光と影～

諏訪赤十字病院 院長 小口 壽夫

災害医療、救急医療、がん医療、在宅医療、病院経営の各側面から見た、赤十字病院としての地域連携のあり方について、成功例のみならず、失敗例や今後の課題も含めて6人のシンポジストとともに考察した。

平成11年3月の東日本大震災で、地域唯一の災害拠点病院として歴史に残る災害医療を展開し、国内外から高く評価された石巻赤十字病院を代表して、石井正氏と植田信策氏がそれぞれ異なる面からの経験と今後への提言を述べた。

石井 正氏は全国の赤十字救護班をはじめ、国内の多くの団体から派遣され参集した救護チームを統括し、一元的に活動するための「石巻合同救護チーム」を立ち上げた。その際、石巻医療圏を14のエリアに分け、エリアごとに必要に応じて救護チーム(ライン)を割り振り、その中から幹事チームを決め、翌日の活動についてはエリア内で自治的に決めるとい

う「LINE化」方式を提案、実践した。今回の活動が今後の集団的災害医療のモデルケースになったと考えられるとともに、地域医療においてもLINE化の考え方を取り入れることにより、マンパワー不足を補う事が可能になると考察した。さらに総合診療医の育成、ホームドクターの養成が急務であり、今後は大学教育の現場から活動を行う必要性を述べた。

植田信策氏は数ヶ月に及ぶ救護所生活と長期間の仮設住宅での生活を強いられている被災者の健康被害について検討した。その原因のひとつに被災者の活動性低下が挙げられること、それが深部静脈血栓症(DVT)の誘因と推測されることから、仮設住宅におけるDVT検診と共に活動性維持を図る取組みを行った。DVT陽性率は8.4%と非被災地の約3～4倍を示したことから、この取組みはハイリスク住民を抽出し、検診と対策を連携して行う活動となり得たと思われた。大規模災害後にはこのような二次健康被害予防プログラムを赤十字救護活動の

延長と位置づけることが望ましいと考察した。さらに、救護所生活者全員に簡易ベッドを提供することが、活動性低下によるDVTの発生を予防するために大きく貢献する事を述べ、実現の方向に向かって進んでいることが報告された。

救命救急センターであるとともに、地域医療支援病院でもある高知赤十字病院・救急部長の西山謹吾氏が、医師不足に悩む地方都市基幹病院での救急医療の問題点について報告した。通常統計学的に用いられる人口10万人あたりの医師数より、面積100平方kmあたりの医師数を比較する方が救急医療の実情を正しく反映できるとした上で、高知県のような広い範囲にわずかな医療施設しか存在しない地域における広域救急を支えるためには、遠隔医療、特に画像転送システムの活用が不可欠であると述べた。また、診療科の細分化、専門化が進み、患者の受け入れに支障を来すことが多くなったため、事務部門ではなく、救急部医師を間に立てて、すぐに受ける、救急部が初期診察を行う、救急部が各科に入院を依頼するという方式を徹底することにより救急隊への対応が迅速になった。さらに、地域医療連携研修会を開催し、救急部医師と救命救急センター看護師で県内各地域の医療機関の医師・看護師・介護士を対象に「急変時の観察ポイントと初期対応」という出前講義を行っている。総合診療医としての救急部医師を精力的に養成するとともに、地域医療連携室とタッグを組んで活動を行うことが重要であると考察した。

地域がん診療連携拠点病院である岡山赤十字病院の喜多嶋拓士氏は「一生のうちに日本人の二人に一人ががんに罹患し、三人に一人ががんで死亡する」時代において、地域医療の現場でがんをcommon diseaseとして共有することを妨げるバリアについて考察を述べた。がん治療は長期間継続する必要性があり、もはやがん診療は特定の専門病院や大病院の中だけで完結可能な医療ではなくなっている。こうした状況下で、がん診療においても「地域連携」は重要なテーマの一つとなっており効率的で有機的な

地域での結びつきが模索されてきた。「がんの連携パス」はそのツールとして期待され、2012年4月からは、がん診療連携拠点病院において整備することが指定要件となっている。すでに岡山県で2011年度より「術後フォローアップパス」の運用が開始され、7つの拠点病院の累計で1195例の登録がなされており、今後「診断・治療」「外来化学療法」「緩和ケア」についても順次整備、運用されていく予定である。がん診療の専門家たちには、その患者さんの「がん以外の部分」の大切さを認識してもらい、逆にがん専門でない医療者には、がんがその患者さんの一部にすぎないことを再確認してもらうことで、病院～在宅までをカバーする、双方向性で連続性のある医療連携を構築できるのではないかと述べた。

大都会での地域連携について、日本赤十字社医療センターで地域看護専門看護師の資格を有し、退院調整看護師として従事する谷口美穂氏が報告を行った。人口が莫大であると同時に医療施設も豊富であると考えられる東京都およびその周辺地域においても、退院調整の困難さは他の地方とそれほど大きな差はない。在宅医と連携する場合、通院困難など患者・家族の要因が強ければスムーズであるが、慢性期における治療も医療センターを希望する患者・家族も珍しくない。病院の事情や医療制度と、患者・家族の意向との板挟みになることも多くある。終末期医療においては、患者の病状と受け入れ事業所のタイミングが合わず、スピード感のある調整ができずに涙を呑む場面も経験する。地域・疾患・年齢によっては連携したくとも、連携してくれる在宅医やサービスが見つからないことも少なくはなく、課題は山積みと感じている。地域連携という業務は、苦勞が多い分、嬉しいことも非常に多く、患者・家族の気持ちを院内外で共有し、ひとつの目標に向かえた時や、闘病の末に再度自宅生活者として過ごせている様子を聞いた時、大きな喜びを感じることができると述べた。

地域医療支援病院の認定への誤解から負のスパイラルに陥り、経営状態の悪化を招いて

しまった病院の立て直しに成功した、諏訪赤十字病院長の小口壽夫氏がその経緯と方策を述べた。地域への理解が不十分なまま80%の紹介率確保に振り回され、「紹介状を持たない患者は診ない病院」と見做されて、赤字を連ね、平成16年に「指定病院」とされた深刻な状況下に翌年、院長に就任した。まず、患者に寄り添った病院を宣言。紹介状なしの患者を断わらないことを徹底し、高額であった初診時特定療養費を引き下げた。さらに、総合診療科と救急病室を開設し、紹介状のない患者の受け皿とした。地元医師会や後方支援施設、救急隊、市の担当者などと積極的な交流を図り、新しい取り組みを披露すると、地元メディアがこれらの改革を大きく報道した。院内の雰囲気は一変し、活気が生まれ、患者が増え始めた。17年度には大幅に赤字が改善され、紹介率は微少するも患者数は著増。その結果、18年には「指定病院」から解除され、同年度の本業が黒字となる。以後、20、21年度を除いて黒字が続き、

24年度からはDPC病院2群となった。住民あつての地域連携であることを職員と共有・実践することが重要で、そのためにはいかに職員に活力を吹き込むかという的確なマネジメントが求められると総括した。

シンポジウムのまとめ

災害時、平常時にかかわらず、赤十字病院と地域との連携において光の足りない部分、影の領域を見つめることにより、地域の中で赤十字にできること、赤十字が成さねばならぬ事が明らかになるのではないかと問いかけたシンポジウムである。

演者たちがその経験を通して提案した回答は、共通して「人の繋がり」であった。人と人を結びつけること、地域に出て行くこと、人にアピールすること、実際に人と向き合うことなくしては成しえない現実を改めて認識し、共有した時間であった。