

地域の生活者を支える 医療連携

(社)東京都医師会 会長

野中 博



日時：平成24年7月11日（水）

16：00～17：20

場所：東京ガーデンパレス「高千穂の間」

講演では、東京都医師会の野中博会長に、地域の生活者を支えるという視点から、医療の果たすべき役割についてお話しいただいた。

野中会長は、医療は傷病を治療することだけでなく、これからは病気や障害を抱えながら生活していく人たちを「支える医療」という視点が重要であると指摘。その上で、これを実現するためには、医療機関の役割分担の確立と、地域の医療、介護、介護予防や生活支援分野のシームレスな連携が重要であることを強調し、地域医療として果たすべき役割についても詳しく説明された。

はじめに

私は平成元年に浅草の医師会長に就任以来、地域医療を中心に活動してきました。

今日の演題「地域の生活者を支える医療連携」の医療連携には、主に病々連携や病診連携がありますが、まずは、卸の皆さんの仕事も含めて、地域の様々な人たちのつながりが大事だと思います。医療は病気を治すことが最も大事ですが、医学が進歩しても残念ながら治らず、病気を抱えながら地域に住むことを希望される人も多いのです。その人

たちの医療のみならず生活を支えることがこれからの社会の大きな課題であり、本日はその点について地域で医療を提供する立場からお話しします。

国民皆保険と社会保障負担

●国民皆保険制度の意義

日本の医療制度の大きな特長は国民皆保険制度です。先日、オバマ大統領が米国の医療保険制度を拡大しました。米国では約5000万人の人々が無保険の状況です。極端に言えば、米国では病気になってもお金がなければ治療が満足に受けられな

いのです。日本では、病気になっても保険で何とか治療が受けられます。この違いは、TPPで話題になる民間保険で十分カバーできるものではなく、医療に対する姿勢が日本と米国では全く違うことが理解できます。

日本の国民皆保険制度の特長は、被保険者と事業主が保険料を折半で出し合い、さらに患者負担と公費で総医療費が賄われている社会保険方式であることです。もう一つの特長が、医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」です。この国民皆保険制度の成果は、世界と比較しても我が国が最も評価されています。

しかし、我が国の国民皆保険制度が多様な問題を抱えているのも事実です。先日の報道番組では、がんの治療で高額療養費制度を利用しても支払いが1か月に10万円以上の高額になるため、毎日2か所で働いて収入を得ている。何のために生きているか分からないとの患者さんの悲鳴のレポートがありました。

確かに、制度を工夫して、さらに国民が連帯して支えていく制度として充実することも考えるべきだと思います。しかし、これが米国だったら、お金が払えなければ治療を受ける機会はなく、自分はもう死ぬ選択しかないと納得しているのです。そういう社会と日本の社会をぜひ比べて欲しいと思います。

●65歳以上の健康維持が課題

2011年のデータでは、社会保障全体で約107兆円かかり、そのうち約33兆円が医療保険、約7兆円が介護保険です。それに対する負担は、保険料と税金と自己負担です。これから2025年に向かって高齢者は急激に増え、特に東京・大阪・神奈川・愛知などの大都市で高齢者が増大します。

介護保険が始まった2000年の第1号被保険者、65歳以上は約2165万人。そのうち要介護認定を受けたのが約218万人で、サービスを使ったのが約150万人でした。そのうち約50万人が施設サービス、約100万人が居宅サービスを受けました。それが2012年2月現在で、65歳以上は約3000万人、要介護認定を受けたのが約530万人。2000年から12年間

で倍以上になっています。また、2012年のサービス利用者は440万人。そのうち施設サービスが約90万人、居宅サービスが約330万人です。この12年間で施設サービスは50万人から90万人に増え、居宅サービスは約100万人から330万人へと3.3倍に増えています。

今後も65歳以上の人口は増え続け、2025年には約3700万人、要介護認定を受ける人が約770万人と予想されています。現在、介護保険の費用が約7兆円ですが、今後増大することが予想されます。

65歳以上の人は概ね2人に1人が何らかの病気を持っています。医療機関、特に地域の診療所にとっては、その方々の治療のみならず介護や病気が重病化しない役割が期待されます。すなわち要介護認定者の約530万人に対する医療は勿論大切ですが、実は残りの約2500万人の健康維持こそ地域の診療所の大切な役割であり、そして地域行政の大きな課題なのです。

患者中心の医療とは

●医療の役割の拡大

最近、患者中心の医療が話題になります。これは決して「患者様」と呼ぶことではありません。医療は、医師と患者の共同作業ですから、パートナーという面から「患者さん」が最も適切と思います。つまり一緒になって病気を克服する視点こそが大切です。

病気や障害を抱えても、安心して住み慣れた地域で生活を継続できる、これが地域医療の一番の目的であり、国民の医療への期待も同じだと思います。そのためには、患者さん、家族の希望を聞き、共に考え、地域の医療・介護等の資源を把握し、積極的に地域のネットワークを構築することが大事なのです。

この地域の「資源」には、診療所や病院等医療機関がお世話になっている医薬品卸や製薬会社のMRの皆さんも当然含まれ、患者さんと家族の希望を共に考えている医師への応援者であると、ぜひ自覚してほしいと思います。

「地域のネットワークの構築」については、これ



「支える医療」の重要性を強調する野中会長

まで医療連携の活動をしてきましたが、多くの病院・診療所は他の医療機関との差別化に関心が高く、地域で役割分担するとの話になりませんでした。しかし、この何年かそして今回の診療報酬改定で、医療機関同士の連携に点数が設定されました。今後、この傾向には着目すべきと思います。

本来、地域の生活者の人生・生涯を支える医療が地域医療の目的です。従来は検診等を通じて早期発見により医療サービスを提供するのが医療の主な役割と考えられてきましたが、地域での疾病予防や健康づくりも大切な役割です。つまり体操ジムやトレーニングセンター等と連携することはこれから社会で大切な地域医療の課題と思います。

また、全ての病気を完全に治せるわけではありません。病気を抱えながら、病状に応じて、安心して住み慣れた地域・自宅に戻れるようにするためには、地域の介護など福祉の人たちと連携することも大事です。

また、介護を必要としない状況を維持するつまり介護予防、あるいはさらに介護を必要としないためにも医療には大切な役割があります。このように従来の概念から大きく拡大する医療の役割を認識する必要があります。

●必要ときに入院できるように

地域医療を考えると、まず充実すべきは、救急救命医療と専門医療です。

救急救命医療については、初期救急、二次救急、

三次救急などの救急病院への適切な振り分けや円滑な搬送・受け入れという問題もあり、この点には119番通報から現場での迅速な対応をはじめ、いろいろな工夫がなされてきました。

ところが、現状ではまだまだ必要なときに速やかに入院できないことを多く経験します。これは決して医療機関のベッド数が少ないことが最大の要因ではなく、退院できる患者さんが退院できない、病院からの退院すなわち「出口問題」が大きいと考えています。

病院には、平均在院日数短縮の課題があります。以前は平均約40日前後でしたが、いまは約20日が目標です。この平均在院日数短縮で実現できることは、1000床の病院が平均在院日数を半分に短縮できれば2000床の役割つまり以前の2倍の人の治療ができるとの考え方が基になっています。これからの社会に備えて入院ベッド数の確保の点では、この平均在院日数短縮は意義深いと考えます。しかし、勝手に制度として平均在院日数を短縮されても、病気の治療を受ける患者さんには納得できないで退院とされる場合もあり、退院調整がこれからの大きな課題です。

そういう状況で、社会保障と税の一体改革で国は様々な提案をしました。増大する医療ニーズに対応するために、高いレベルの医療が必要なのに受けられない、入院が必要なのに施設がない等のが起きないように、高機能かつ効率的な医療体制を構築すると提案しました。

そのため、医療機関の機能の明確化と連携の推進、つまり役割分担。さらに、安心できる在宅・介護施設での生活を保障する医療サービス体制の整備も大事です。

2011年度では1日に入院できる急性期の病床は、約80万床です。2025年を想定した場合、現状のシナリオのままなら約97万床、改革シナリオでは約72万床としています。しかし、この実現には、介護施設や居住系の特定施設、有料老人ホームやグループホームなども大きく増やす必要があり、さらに在宅介護が受けられる人数も増やす必要があります。これらの全ての条件を一連として検討して実現する必要があります。

●地域包括ケアシステムの構築

地域医療では、病院での治療や入院が必要でなくなった人が、病気や障害を進行させないように生活支援や介護予防を受けて安心して暮らしていく地域社会をつくるのが大事です。

患者さんはまず、地域の診療所などを受診して、日頃の健康管理を受けます。病気で治療が必要になれば、急性期病院に入院して治療を受け、その後適切な医療機関で治療やリハビリテーションを受け、病状が安定して地域に戻る、この流れを地域ごとにつくる必要があります。

病状が安定しても、介護が必要であれば、在宅医療や訪問看護、訪問介護、そして住む場所として施設など多様な住まいも必要です。そのため病院から介護への円滑な移行のために「地域包括支援センター」を活用して、地域のケアマネジャー等と一緒に患者さんの生活を支えるのです。

現在、地域への社会参加や横のつながりが希薄になり、孤立死も大きな問題になっています。だからこそ地域包括ケアの視点で、体力的や経済的に弱った人を早期に見つけて社会的な生活支援や運動等を通じて援助していこうとの地域の活動もあります。厚労省社会・援護局の「安心生活創造事業」です。全国58か所で様々なモデルを展開し、近々報告書が出る予定です。高齢者が孤立しないための支援として、例えば、ヤクルトレディや新聞配達の人、またガスメーターや電気メーターの検針員が検針の際に注意して見る、山間地では地域のスーパーが週に1回地域に出張して日用生活品を販売する等、様々な工夫や努力が報告されています。

患者さんの医療を継続しつつ、地域で生活支援や介護予防を受けて地域で安心して暮らすことを実現することこそ大切なのです。そして病気を発症したら急性期医療を提供する病院をはじめ様々な医療機関で適切な治療を受け、そして再び地域で生活をする、これが地域包括ケアシステムです。

●かかりつけ医の役割

最近では、家庭医、総合医、総合診療医など、いろいろな言葉があり議論があります。「かかりつけ医」は、昭和60年頃に、「家庭医」について検討

された際、当時の日本医師会の村瀬会長から提案された名称です。

私は「かかりつけ医」の名称が最も好きです。なぜなら、家庭医、総合医や総合診療医は医師の資格の言葉です。しかし「かかりつけ医」は、患者さん側の言葉で、患者さんが医者を選ぶ、つまり気に入った医者を選んで自分の健康管理を任せるとの視点が医療の始まりとしています。

「かかりつけ医」は、気軽に相談に応じて診察、そして診察の結果、日常病では治療を開始、あるいは専門医の診察が必要かを判断します。治療を開始しても良好な結果が得られない場合には、専門医への受診を勧めるのも「かかりつけ医」の役割です。また、患者さんの病状が安定化したら、専門医と協力して、地域での生活を支えることも大切な役割です。

私の診療所では、風邪や咳などで訪れた患者さんに、「感冒や気管支炎だと思いますので治療をさせてください。しかしそれが1～2週間しても治らない場合は、精密検査が必要な場合があります。その際は病院の医師を紹介して検査をしてもらいます」と説明します。患者さんに、もし重度化したら専門医に受診できるとの安心感を持ってもらうことは大事だからです。

一方、大学病院で長い間治療を受けている患者さんが、風邪等で当院を受診する際には今までの病気や受診の状況も聞きます。多くの場合、大学病院に普段は受診しているが長く待たされるので、本日は風邪と思い近くの診療所を受診したと話されます。その際、大学病院の次の受診日はいつか聞くと、3か月後等と答える方が実に多い。そういう大学病院の診療には疑問を感じるし、3か月に1回の診察で良ければ、むしろ日頃は地域の医者に診てもらうように指導ができないのかと思います。これらの事柄からも、患者さんが身近に「かかりつけ医」を持つことは大切と思います。

「かかりつけ医」は、専門医に診てもらう必要がある、専門医療を活用するため、あるいは高額な機器による検査が必要であると判断すれば、病院に紹介状を書きます。

一方、病院も、本来は病状が安定したら、近く

の診療所を紹介する「逆紹介」や「返送」をします。この流れこそが地域での患者さんの生活を支えることと認識すべきです。

以前、東京都で大学病院との医療連携の会議に参加した際、大学病院の教授が「私の患者は北海道から3か月に一度、飛行機に乗って診察に来る」などと言う人がいました。その際「患者さんを大事にされているのは分かりますが、なぜ北海道でその病気を継続して治療できないのですか？」と質問すると啞然とされ答えがありませんでした。病状が安定したら、余程の理由がない限り患者さんの住まわれている地域での生活を実現するのが、本来の医療の役割だと思います。そういう意味で、病院からの逆紹介や返送についての理解がもっと広がってほしいと思います。

●適切な医療を受けるために

私の住む台東区には永寿総合病院があります。以前は約200床の病院で、当時、入院する場合、区民は隣の区の大きな病院に行くのが常でした。私は医師会長として永寿総合病院の建替えの希望を聞き、行政に、この機会に区の中核的病院を造るべきと提案して結局400床の現在の病院ができました。

そのとき、区民に対して、適切な医療を受けるためには、まず「かかりつけ医」を受診して、病状に応じて病院を受診する医療についてパンフレットを作成して説明しました。これが本来のフリーアクセスです。制度として、紹介がなければ病院への受診を制限することは避けるべきです。区民が自発的に、かかりつけ医を受診し、その後紹介を受けて病院を受診する、節度あるフリーアクセスを国民の皆さんと一緒に考えたいと思います。

●在宅医療で患者の生活を支える

在宅医療の充実が重要と言われています。地域の生活者が安心して生活するのを支えるためには、日頃の健康管理を実施する「かかりつけ医」機能が大事です。そして患者さんの病状に応じて地域の病院と診療所が相互連携し、必要な医療を提供します。突然の発病には救急救命医療、的確な診断と治療には専門医療との連携が必要です。そし

て、病状が安定すれば、かかりつけ医が地域の多職種と連携して、地域での生活を支える、それが在宅医療です。

在宅医療については、患者さんの自宅で、例えば人工呼吸器や様々なハイテク医療を病院と同様に提供すると思われがちですが、その前に地域での患者さんの生活を支えることこそが在宅医療と理解してほしいのです。

例えば、急性期から在宅までの医療の流れを、脳卒中の例でみると、普段は医療機関で高血圧などの治療を受けて、脳卒中を発症すれば救急要請をして救急病院に搬送され治療を受けます。最近では約1時間以内に専門的な治療をすれば、ある程度脳梗塞は軽症で防げるとの報告もありますので、このような速やかな救急医療の展開、医療の連携が地域で最も大事です。

その後、軽症で速やかに自宅に戻れる人もいますが、回復期病棟でリハビリ等の医療を引き続いて受ける必要がある人もいます。そして地域に戻る人もいれば、自宅をはじめケアハウスや有料老人ホームなど、多様な居宅で生活をされます。しかし、いずれの場合でも、退院や転院時の連携と情報共有が最も大切です。いままでの医療では、どうしても個々の医療機関で医療や介護が提供されていましたが、今後は患者さんの流れに応じて、様々な治療やリハビリが継続して提供できる医療や介護の連携が望まれます。

●退院後の医療と生活の確保

改めて病院の大切な機能について考えます。病院の機能として診断や治療が最も大切ですが、本来は何のために診断や治療を行うかを考えれば、適切に診断や治療を受けて、そして退院して地域で生活するためです。

なるべく障害を残さないように治療が提供されますが、残念ながら様々な障害が残ることもあります。治療後に退院する際、前述のように自宅に戻れる人もいれば、介護施設等様々な住まいで生活をされる人がいます。そのため病院では退院後の医療と生活の安定の確保までを検討する必要があります。それが病院の大切な機能なのです。

つまり、病気は医師が中心となり治療するのは当然ですが、院内には看護師、薬剤師、PT、OT、ST、栄養士、ケースワーカーなど様々な職種が存在するわけですから、その人たちが退院後の生活に向けて協議して、退院調整をすることが大切な病院の仕事です。

手術の成功率やがんの治療率も大事ですが、退院後の生活への役割が真に果たされているかを病院の機能評価として重視すべきと思います。

入院したら、退院へ向かって、医師は治療方針を決めて治療します。看護師、薬剤師、栄養士など院内の様々な職種の人たちがそれぞれの役割を通じてカンファランスで検討して、退院後の生活についてケアプランの原案をつくる、これが退院前カンファランスであり、退院調整です。

退院後は、そのケアプラン原案を基に、地域の診療所などが訪問看護師や薬剤師、介護支援専門員など様々な人たちと連携して、患者さんの地域での生活を支えるケアプランを改めて検討して実行します。これが介護保険のサービス担当者会議です。

現状でも医師同士は、病気の治療方針が中心の診療情報をやり取りして連携しますが、その情報に患者さんの地域での生活における注意点等はまだまだ十分に記載されていません。これも病院内の職種が集まって、患者さんの地域での生活を支えるとの認識がまだまだ進んでいないためと考えられています。

●終末期医療に関する調査

終末期の医療に関する調査では、60%以上の国民が「自宅で療養したい」という希望を持っています。しかし、家に戻りたいけれども家族に迷惑をかけるため、病院や施設での生活を選択しているのが現実です。この本人の家に戻りたいとの希望を実現するために、家族がどのようなサービスを利用すれば過度な負担なく本人の意思を尊重できるのか、医療機関も含めて皆で考えることが必要です。

しかし、これから介護を必要とする多くの高齢者の方々は、戦後の焼け野原からこの国が復興する原動力となって働かれた方々です。その方々が病気や障害を抱えたとき、自宅に戻りたいのに戻

れないという寂しい思いをして本当に良いのでしょうか？といつも地域の医療の現場で思います。みんなで助け合って介護や医療のサービスを活用して本人の望みを叶えることを実現することこそが大事なのではないのでしょうか？国民皆保険制度や介護保険制度はそのために活用すべき制度だと思います。

患者さんの63%は、自宅で闘病したいが、最後に亡くなるときは苦しみや痛みのためいままでの病院や緩和ケアの病棟に行きたいと希望されることも医療従事者として認識すべきと思います。

在宅医療を進めるために

●地域包括支援センターの活用

地域の生活者が安心して生活するための相談窓口として「地域包括支援センター」があります。何らかの支援が必要な人に対しての相談窓口で、人口2万5000人～3万人に1か所設置されています。

診療所の医者として、この地域包括支援センターの活用についてお話しします。

私の診療所には多くの高齢の患者さんが来られます。高血圧や糖尿病、高脂血症の患者さんを診察しながら、何気ない会話の中で生活機能などに着目します。例えば、日頃食事はどうか、排便はどうか、友人はいるか、日常生活での楽しみは何か等の話を聞きます。すると、最近友達が死んで会話する人が居なくなり寂しいとか、食事するのが面倒臭く1日2食や1食になったという人がいます。

その際には、私はその方の住所の管轄の地域包括支援センターに連絡します。センターの職員がその患者さんを訪問し「何か相談事はありますか」と聞いてくれます。

多くの場合は、センターの職員が行っても、「まだ間に合っています」と言われます。しかし、こうしたきっかけが大事なのです。このように早めに援助を考えていくことが、これからの診療所の大切な役割だと思います。

東京都内の地域の医師会や診療所の医師たちにこの話をしても、なかなか地域包括支援センターの活用は進みませんが、これからも訴えていこう



野中会長に質問する聴講者

と思います。また、皆さん方もぜひ地域の生活者として、ご自分の地域の地域包括支援センターを確認しておいて下さい。

●グループ連携が鍵

「在宅医療」の本来のイメージは、「かかりつけ医」が地域の多職種と協働して、地域の診療所などで継続的な療養の管理をし、病院に入院が必要になったら紹介状を書くなど、この連携を実行して患者さんの生活を支える活動です。あるときは看取りや死亡確認をする、その際には訪問看護ステーションや、地域の様々な人たちと連携します。しかし、これらの際は夜間を含めた24時間、365日のサポート体制が必要です。

この考え方を進めたのが「在宅支援診療所」です。医療機関が在宅医療を提供するとの視点からはその名称は「在宅医療診療所」が適当ですが、患者さんの在宅療養を支援する医療機関として患者さん側の視点からの名称と考えるのが適切です。

この「在宅支援診療所」は、患者さんの在宅療養を支援するために、24時間365日連絡を受け、いつでも24時間往診、訪問看護ができることが大切な要件です。

この制度は6年前、私が日本医師会常任理事の際に厚労省と一緒に創設した制度です。患者さんの24時間365日を支えるために院内の職員だけではなく、他の医療機関や訪問看護ステーションと連携して支えるとの項目を加えてこの要件を決めま

した。しかし、残念ながら個々の医療機関が24時間365日対応しなければならないと理解されてしまいあまり普及しませんでした。患者さんの連絡を一元的に受けて、患者さんへの診療情報を集約することが一番望まれているのですが、なかなか理解されないことは残念です。

この状況を変えて患者さんを24時間365日支えるために、これからの地区医師会には、病院と診療所の関係、緊急時に備えた医師同士の連携、地域包括支援センターと連携する地域のシステムをつくるのが強く期待されます。

すなわち地域の個々の医療機関が24時間守るのではなく、地区医師会が地域の24時間、365日を守る視点こそが大事なのです。

●患者の生活を支える視点

これまでの医療の視点は、機能障害そのものを直接治すことによって、能力低下や社会的な不利を解決することが中心でした。しかし、これからのリハビリでは、残った機能を生かし、生活機能を向上させ社会参加ができるように支えていく視点が最も大切です。

実際、元プロ野球の大スターである長嶋茂雄さんは、残念ながら脳梗塞で右半身が麻痺しましたが、懸命にリハビリをして、あのように回復され世の中に元気であることを見せています。残存機能を大事にして社会参加をしている姿で、我々国民に対して本当に勇気を与えてくれています。

医療現場でもこうした視点を大切にすべきです。在宅医療の現場では、ケアマネジャーや訪問看護師、ホームヘルパー、患者さんも参加され、今後の半年から1年について皆で検討します。これがサービス担当者会議です。先日の私の体験をお話しします。そのサービス担当者会議の後、ケアマネジャーから連絡が入りました。患者さんから「みんなで自分のことを考えてくれてうれしい。だから私も頑張ります」とのことでした。このような声を聞けるのは本当にうれしいことです。

医療では治す医療（EBM=evidence based medicine）と共に、患者さんと共に語り、考え、望みなどを実現していく人生・物語（narrative）をつくっていく

「支える医療」(NBM=narrative based medicine) が大事です。患者さんの人生をつくっていくためには、地域の様々な支援が必要であることをぜひご理解いただきたいと思います。

おわりに

昭和26年頃は自宅で亡くなる方が82%、病院で亡くなる方が10%でした。それが昭和55年頃を境に、現在は病院で亡くなる方が8割と様変わりしました。この要因は様々考えられますが、やはり医学と病院の進歩がその最大の要因と思います。

昔は、脳卒中を発症したら動かしてはいけないと、自宅で倒れたら布団に寝かせる、そのような対応が自然に行われていました。その結果約3か月で亡くなるが多かったと聞いています。それが救急車や病院が整備されて、ごく普通に入院しての治療が可能になりました。一方で病院は患者さんを長く収容して入院費を稼ぎ、さらに整備を進めることも可能になりました。地域の行政は自らの福祉財源を使うことなく、病気との理由により国の財源である医療費で患者さんの生活まで賄っていました。

その結果、自宅よりも病院で亡くなるのが自然に多くなりました。しかしそれでは医療費が持たないとされ、最近では平均在院日数の短縮が言われるようになりました。

本来、病院等の医療機関は病気を治すところですから、病状が安定したら早く退院を促すべきです。しかし退院する場所が適切に整備されていない状況では、患者さんは速やかに退院することはできません。この課題は医療機関だけの課題ではありません。本来、国をはじめ地域の福祉行政の課題です。

退院後の生活をする場所として在宅か施設かの議論する前に、地域の医療機関は在宅での生活を選択された人のお世話を地域で一体となることが望まれます。それこそが我が国の復興の礎となった高齢者に対する恩返しだと思います。

地域医療の目的は、病気を治すことだけではなく、地域のすべての人々が尊厳を持って、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれなが

ら、安心していつまでも暮らすことを、医学を通じて支援することという認識を大切に、医療を展開していきたいと思います。

以上、東京都医師会として国民の皆さんに提供したい医療について、その一端をお話ししました。どうもご清聴ありがとうございました。

質疑応答

質問 私の住むところでは、急性期病院から慢性期に移る場合、スムーズに転院できないケース、介護施設へ移ろうにも満床で入れないケースも聞きました。本当に家族が困っているときに対応ができない、また20日ほどで退院を余儀なくされ、家へ帰っても看取る人がいないため結局、孤独死という状況があります。こんな世界は、あと何年ほどで解消できると思われませんか。

野中 これは地域に患者さんへの退院支援がないから起きる問題です。行政に地域包括ケアなどの中で退院支援を提案することが、何年かかるかは分かりませんが、早期実現につながると思います。

もう一つ、特別養護老人ホームの入所待機は全国で約40万人、しかしすぐ入所が必要な方は4万人との報告があります。この解決のためには、ショートステイの活用と、病状や家族の状況が安定したら地域で対応する視点、この両方を地域で協働して構築することが大事だと思います。

質問 先生から見た医薬品卸の役割について、ご示唆いただければと思います。

野中 診療所や医療機関にとって卸は動脈だと思います。最近では卸の在庫は大きな課題になっていますし、特にインフルエンザワクチンなどでは地区の在庫数を調整してもらっていることも承知しています。そのため卸の皆さんにも地域の診療所や病院の医師からは、ぜひ患者さんの喜びの声などを聞かれるといいと思います。

もう一つお願いしたいのが、新規で開業する医師の相談を受けた際、地域の病診連携や介護との連携などの仕組みを説明することです。東京都医師会も開業支援窓口の整備をしていますので、ぜひ力を貸していただきたいと思います。