

病 院 委 員 会
答 申

諮問「地域における医療連携について」

平成22年3月

福岡県医師会 病院委員会

平成22年3月

福岡県医師会
会長 横倉 義武 殿

福岡県医師会病院委員会
委員長 久保 千春

病院委員会答申

本委員会は、貴職より諮問のありました「地域における医療連携について」に関し、平成20年8月から13回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。この度、本委員会の検討結果を取りまとめましたので、答申として提出いたします。

福岡県医師会 病院委員会委員

委員長	久保千春	(九州大学病院長)
副委員長	陣内重三	(福岡県私設病院協会)
委員	中村利孝	(産業医科大学病院長)
委員	内藤正俊	(福岡大学病院長)
委員	中島格	(久留米大学病院長)
委員	八木博司	(福岡県病院協会会長)
委員	安井久喬	(福岡県病院協会)
委員	鬼塚俊一	(福岡県私設病院協会会長)
委員	大塚量	(福岡県医療法人協会会長)
委員	佐田正之	(福岡県医療法人協会)
委員	富松愈	(福岡県精神科病院協会会長)
委員	蓮澤浩明	(福岡県精神科病院協会)
委員	竹島新	(全日病福岡県支部支部長)
委員	原寛	(福岡県療養病床協会会長)
委員	井田能成	(北九州ブロック医師会代表)
委員	竹中賢治	(福岡ブロック医師会代表)
委員	西野豊彦	(筑豊ブロック医師会代表)
委員	鬼塚英雄	(筑後ブロック医師会代表)
委員	寺澤正壽	(福岡県医師会常任理事)
委員	上野道雄	(福岡県医師会理事)
委員	家守千鶴子	(福岡県医師会理事)

病院委員会 答申
「地域における医療連携について」

目 次

1. はじめに	1
2. 救急医療における連携体制	2
1) 現状認識	
2) 要因と対策	
3) 特定分野の救急体制について	
4) ER型救急体制について	
5) 情報共有のより一層の推進	
3. がん・脳卒中における連携体制	4
1) 「がん」の地域医療連携体制	
2) 「脳卒中」の地域医療連携体制	
4. 地域医療ネットワーク	6
1) 粕屋北部在宅医療ネットワークの現状と課題	
2) 福岡市東区南部在宅医療ネットワーク ～地域完結型高齢者医療への取組み	
5. 情報共有	12
6. むすび	14

1. はじめに

我が国の医療は、先進国中最小に近い医療費（対 GNP 比）で世界最長寿国を達成したが、財政赤字を理由に、真摯な議論を経ることなく医療費の抑制が図られた。その結果、地域医療に一定の役割を果たしてきた民間病院、有床診療所が閉院や急性期医療からの撤退を余儀なくされた。一方、国民が医療に期待する安心・安全な水準は、年々歳々、膨らみ、国民の高齢化も加わり、心もとない医療の現実には不安が昂じてきている。医師不足や医療崩壊が新聞紙面をにぎわせ、医師の地域間の偏在や診療科間の格差を論じている。国民の不安と不信を前に、政府は、医師数の抑制策から拡大策に大きく舵をきった。適切な医師数の算定はともかく、医師の増員には膨大な財政負担が必須で、財政赤字を抱える我が国に大きな負担をかけることになる。我が国の財政事情を考えると、現行の医療資源を有効活用して、地域社会の要望、期待に答える医療体制を築くことが望まれる。それには、衰退の危機に晒された病院、有床診療所群が、地域医療に果たしてきた役割や今後の可能性を明確にすることが必要である。そして、中小病院と大病院やかかりつけ医（無床診療所）が、お互いの存在感を高め、地域医療に貢献する医療連携、病院連携の途を真摯に模索することが重要である。政府の医療政策が転々としている間に、多くの医療資源が失われ、医療提供体制が取り返しのつかない事態に至ることが憂慮される。

そこで、今期の病院委員会は地域における医療連携をテーマに、主に救急医療現場での医療連携、がん・脳卒中の地域連携パス、地域在宅医療における医療連携に関して議論を重ねてきた。ところで、各々の医療連携の現状や先進的な試みを検討したが、いかなる連携も情報の共有が必須で、連携の成否は情報の共有、情報の流れに負うところが大きいようである。また、新型インフルエンザに際して、行政と病院を始め、病院間の情報の伝達、共有の綻びが明らかで、もし強毒型鳥インフルエンザが来襲すれば、ひとたまりもない状況であった。そこで、救急時を始めとするがん、心筋梗塞、脳卒中及び地域医療連携を例に情報共有の意味合いも考えてみた。

2. 救急医療における連携体制

1) 現状認識

(救急病院)

症状の程度を問わず、3次病院への搬送率が高くなっているため、3次病院の機能低下・医師の疲弊が懸念されている。また3次病院への患者集中により生じる2次病院のプレゼンス低下、救急医療からの撤退が、更なる3次病院の負担増をもたらす負のスパイラルとして危惧される。

(救急隊)

救命救急士の技量は確実に充実してきており、搭乗率も増加している。しかしながら、その技量が十分に活かされないことで、適切なトリアージ、直近適用ができていないケースが見受けられる。

2) 要因と対策

要因① これまで救急医療を担ってきた2次病院の活用が不十分

対策1：3次病院への搬送制限の基準を設ける。(県下一斉に行うことが重要)

⇒ 外傷の評価、バイタルサインなどから軽症と判断された患者は、3次病院には搬送できないようにする。3次病院に軽症患者が来た場合は、有料にする等。

医師会、救急病院協会、行政の3者による話し合いを要する。

対策2：救急救命士または2次病院中心のトリアージ体制の検討

対策3：三次病院から二次病院への搬送のルール化

⇒ 三次病院において超急性期を脱した後に、救急医療用の病床からの転床・転院が停滞することで、新たな受入が困難になる事例を防ぐ。

要因② オーバートリアージ

対策1：救急搬送した際に問題が発生した場合の救急隊員の保護

⇒ アンダートリアージに対する保障の制度化

対策2：メディカルコントロールの事後検証会のあり方を再検討

⇒ 重症例が多い検証対象の見直し・検証メンバーの再考

(メディカルコントロール導入後に3次病院への搬送率が増えた印象)

要因③ 患者の大病院指向

対策：市民講座の開催やメディアの活用を通して地域住民への啓発をより一層進める。

⇒ 救急医療の公共性・救急医療の不確実性・疾病や治療等への主体的な理解を促すことで、コンビニ受診・不適切な救急車の利用・時と場所によら

ず高度な専門的医療を期待することによる訴訟の増加といった消費者主権的な意識がもたらす弊害を取り除く。

要因④ 病院機能情報が救急隊に十分に伝わっていない。(特に私的病院の情報差が大きい)

対策1：病院と救急救命士との情報交換や相互理解のために、症例研究会等の開催（ネット、You Tube のような動画を用いる）や病院医師や看護職の救急車への同乗を工夫する。

対策2：リアルタイムな医療情報ネットの活用とは別にDPCデータを活用する。
⇒ 急性期病床の大半はDPC対象である。各病院の傷病構造が補足可能なこのデータを一部救急隊へ開示し、病院機能の情報取得に役立てる。

3) 特定分野の救急体制について

①高齢者、在宅介護者救急

現状：全身疾患が多いため、現在は3次病院へ行く流れとなっている。

対策：個人の意思、家族の意思を反映した救急体制のあり方の検討

(本人の意に反した延命措置の是非、患者さんが望む最期のあり方)

※具体例…小樽の“安心カード”の導入

血液型、持病、かかりつけ医、常用薬等を記入し、専用容器にて冷蔵庫保管。

②精神科救急

現状：精神科医のいる一般病院・身体疾患を診ることのできる精神科病院が、互いに少ないため、身体疾患・精神疾患を共に有する救急患者への対応が、スムーズに出来ていない。

対策：病態・治療の理解を得るために、問題検討の場を設けることで、顔の見える病病連携・病診連携のベースを作る。

4) ER型救急体制について

ERに移行した際の基幹病院の医療資源、医療資源の再配分、1次・2次病院の位置づけなどの点より、ER型救急体制構築への問題点、限界、可能性を検討する。

5) 情報共有のより一層の推進

医師会のガバナンスにより、地域単位での空床情報の提供、各病院の機能情報、共通のフォーマット使用による電子カルテの利用(患者情報の共有)等の推進を図る。

3. がん・脳卒中における連携体制

第5次医療法改正による新地域医療計画の中で、特にがん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の4疾病ごとに、地域の医療機関相互の自主的な連携の下で、切れ目のない医療サービスの提供体制を構築することが求められている。

本答申においてはその中でも、がん・脳卒中における連携体制について述べる。

1) 「がん」における地域医療連携体制

福岡県においては「福岡県がん対策推進計画」が策定され、「福岡県がん対策推進協議会」の下で、がん対策における医療体制が議論されている。それにより「福岡県がん診療連携協議会」と「同専門部会」が設立され、各々の専門部会で地域連携・情報、がん登録、研修・教育が組織づけられている。一方、「福岡県医師会がん診療連携運営委員会」は、県の協議会との意見交換により相補的に施策策定に協力する体制を取っている。

そのような中で、医師会の果たすべき対応機能としては、①がん診療地域連携クリティカルパスを軸にした県内がん診療連携体制の構築、②県内のホスピスケア、緩和・終末期医療への取り組み、③地域がん登録への対応、等である。

そもそも、がんの診療は多岐に亘った治療を必要とするため、その連携体制の構築は単純ではない。また、患者はがん診療連携拠点病院においてのみ診療されている訳ではなく、拠点病院の症例数割合は62%である。拠点病院以外でも多くの患者の診療がなされており、またかかりつけ医を含めて緩和ケア、在宅医療等を担う医療機関も多く、その連携体制の構築は複雑であり、これらを統合する役目として県医師会の果たすべき役割は大きい。

現在福岡ブロックにおいて、がん診療地域連携クリティカルパスを作成中であり、来年度早々にも運用予定である。胃がんステージⅠと大腸がんステージⅠのものであり、ステージⅠという軽症型故に、かかりつけ医と急性期医療機関との循環型連携パスとなっている。今後引き続き胃・大腸の進行がんにも取り組み、また大がん全域に作成を進める予定となっている。しかしながら本来、県内全域で同一の地域連携パスが運用されることが望ましく、ブロック間の調整が必要になってくるものと考えられる。

このがん診療地域連携クリティカルパスを運用することにより、実質的ながん診療連携体制の構築が自発的に進行していくものと考えられる。その際には行政主導の体制構築ではなく、各段階での各医療機関の医療機能を考慮した県医師会の調整機能が重要となってくる。

2) 「脳卒中」における地域医療連携体制

脳卒中は、発症から加療までの時間がその予後を左右する救急疾患である。そのため地域医療連携を構築する範囲は県内ブロック単位が適当である。

福岡ブロックにおいては、平成 20 年 5 月より「福岡市医師会方式脳血管障害地域連携パス」を運用している。平成 22 年 2 月までに、急性期医療機関から回復期リハビリテーション医療機関にまわったパスは 1,016 件である。このうち、平成 21 年 7 月から 12 月（6 ヶ月間）の、急性期病院 9 施設からの報告数 363 例の平均在院日数は 26 ± 14 日、回復期病院 26 施設からの報告数 466 例の在院日数は 94 ± 51 日であり、自宅復帰は 319 例（68.5%）であった。

自宅復帰率が全国平均 61 ± 17 %より予想以上に高かったことが目立った。パスの運用を継続するうちに、急性期、回復期リハ、維持期の各医療機関としての性格が自ずから明確となっており、各段階での専門的な医療機関によるネットワークのもと、全体として切れ目のない、効率の良い医療提供体制ができつつある。今後同様の活動が他の県内ブロックにおいても確立されることが望まれる。

しかしながら、問題点もある。

①回復期リハから維持期医療機関にまわるパスが、この 1 年 10 ヶ月で 538 件（53.0%）と少ない。これは維持期医療機関の空床が少なく、自宅退院もできない方が回復期リハに「渋滞」し、それ以上回らなくなっている現状がある。

②急性期病院での平均在院日数が短いために、いきなり回復期リハの医療機関がその後を引き受けても、対応しきれぬ事態が生じ、急性期に逆戻りしたり（回復期患者の 6%）、場合によっては回復期リハに急性期医療機関から応診しなければならない場合がある。

以上の様な事態の解決には、①回復期リハの平均在院日数の問題とともに、維持期病床の機能強化も必要である。また、②急性期と回復期医療機関との対応すべき重症度の差が大きすぎるために、その中間段階としての亜急性期医療機関（ポストアキュート）の位置づけを重要視し、診療上の激変緩和を行うことが望まれる。同時に、③診療報酬上においても退院時の診療情報提供だけでなく、回復期入院先と元の急性期医療機関が、その時々々の患者の状態に応じて、共働して適切な医療を提供する連携体制に対する評価が必要であり、地域医療連携体制の構築にあたってその円滑な移行が促進されるよう、諸調整が必要となってきた。

4. 地域医療ネットワーク

1) 地域における在宅医療ネットワークの例（粕屋北部ネットワーク）

福岡市の東部を北から南にかけて囲む粕屋地区は1市7町より構成された2次医療圏であるが、実態的には北部（古賀市、新宮町）、中部（久山町、篠栗町、粕屋町）、南部（須恵町、宇美町、志免町）の三つに大別される。このなかで古賀市（人口 58,284人：21年10月末）と新宮町（人口 24,413人：21年11月末）の粕屋北部において運営されている在宅医療ネットワークについて述べる。

（1）立ち上げの背景

平成11年から13年にかけて「かかりつけ医推進モデル」事業の委託を受け、粕屋医師会で行った在宅終末期医療についてのアンケート調査によって、次の問題点が浮かび上がった。

①日常の往診等を受け持つ「かかりつけ医」側には、深夜や休日等でも在宅患者の急変に対応したいところであるが、物理的・精神的な負担への不安があり、特に在宅での「看取り」に対しては、時間的な拘束が大きな負担と感じている。

②住民側には、在宅療養中での急変時に、すぐに対応したり入院できる医療機関が見つからないのではないのかという不安がある。

このため、在宅末期医療を円滑に行うには、後方病院の支援が欠かせないと考えられた。

一方、2次病院側には、在宅患者を受け入れると入院が長期化し、病棟を塞いでしまうのではないか、あるいは専門医としての医療が行えなくなるのではないかという懸念もあった。但し、在宅療養中の患者が救急搬送された際に、個人の医療情報が少なくリスクが大きい。本人の意思がわからず、家族が不明の場合もあり、輸血や手術の際に同意を得ることが困難なときもあるなどの現実もあった。

（2）ネットワークの概要

このような状況のもとで平成18年4月より、医師会と粕屋北部の後方病院（東医療センター、古賀中央病院）と行政の参加で毎月協議を開始し、ネットワークを立ち上げた。

具体的には65歳以上の高齢者に、かかりつけ医を通じ、現在の病状や服薬、既往症、家族歴、投与禁忌の薬剤や、アレルギーの有無など、病院の初回問診に該当する内容を記入してもらう。

さらに、急変時に連絡する家族等の情報や入院を希望する病院についての情報、増悪時に受ける救急医療内容についての希望（人工呼吸器の設置等）といった点について、高齢者本人の意思表示、選択を記入してもらい、本人または代理人の方が署名をする。この情報を2次病院に対し、事前にかかりつけ医よりFAXで送付しておく。

登録を受けた2次医療機関では、救急外来や病棟でも、登録された患者かどうかを

すぐ判断できるシステムを構築している。

登録した高齢者には、財布などに入れて持ち歩く登録カードと、自宅玄関などに貼付する登録シールが渡されている。救急隊が駆けつけた際に本人の意識が無くても、どこの病院に搬送すれば良いか、かかりつけ医は誰か、誰に連絡を取れば良いかが一目で判るように準備されている。

(3) 現況

登録医療機関は35施設。地域のほとんどの内科、外科、整形外科に加えて皮膚科、精神科、心療内科も登録している。

高齢者の登録数は平成21年11月末で1,500名を超え、このうち24%が2次病院へ入院となっている。発足時に心配された入院の長期化についても、ネットワークを通じて入院した患者の平均在院日数は、17.8日（東医療センター）であり、一般病棟の15日に比べても遜色のない成績であった。

自宅または元の住居施設への在宅復帰率は、80%であった。11%が後方支援施設へ、9%が死亡退院となっている。高齢者にとっても家族にとっても、何時でも入院できるという安心が、復帰率の高さにつながっていると思われる。

本ネットワークはかかりつけ医、地域医師会、訪問看護事業者、消防署、行政機関及び、訪問看護センター、居宅支援センターなどと在宅療養を後方支援する病院が相互連携し、予め登録された高齢者の患者情報を共有するとともに、増悪時等には救急医療、専門医療等を提供する体制を構築することにより、高齢者が安心して住み慣れた地域での生活を継続でき、また、早期の退院、在宅復帰が可能になるという、高齢者にとっても、医療提供者にとっても安全と安心をあたえる在宅療養システムの一つのモデルといえる。

(4) ネットワークの課題や他地域での展開についてなど

粕屋北部には、病院が少なく、とくに急性期一般病院は福岡東医療センターのみであったため、ネットワークの構築には障害が少なかったと思われる。

現在、ネットワークの維持コストは、関係者のボランティア的行為によって支えられている。今後システムを維持していくためには、このようにシステムを構築し実際に運営されているネットワークのソフトに対し、social capitalとして、行政は費用的な援助を行うべきである。

他地域においても、粕屋北部ネットワーク個々の点で実際的に参考になることは多いと思われるが、完全に同じものを展開することが、必ずしもその地域で最適とは限らないであろう。基本的にネットワークの構築は、上からの押しつけに依るものではなくて、それぞれの地域において、医療資源や提供の実態に応じ、地域に必要な医療を有効的に提供されるよう、関係者が努力することが重要である。政治もネットワークも「信無くば立たず」である。

2) 福岡市東区南部在宅医療ネットワーク～地域完結型高齢者医療への取り組み

(1) 地域完結型医療の出発点

福岡市東区医師会は「地域完結型医療」の発祥といわれる。元々、医師同士の仲が良く、ごく自然な形で一人の患者さんを地域全体で診ていくという風土が出来ていたが、「地域完結型医療」という言葉をいち早く提唱した、九州大学医療システム学教室信友浩一教授との邂逅によって、東区の地域完結型医療は体系化されていった。

医療連携は、レントゲンや検査機器などの資源の重複による無駄な投資を避けることや、医療情報の共有化による無駄な検査の削減など、医療の効率化を起点として語られることが多かったが、東区医師会はあくまで地域医療の質の向上、特に高齢者の医療環境向上に重きを置いていた。「東区の患者は東区全体で守っていく」という医師の確固とした信念のもとに「外来は診療所」、「特殊な検査や入院は病院」という棲み分けを進め、東区全体が一つの大きな病院という「バーチャル総合病院構想」を掲げた。

既に導入していたFAX連絡網に加え、当時まだ利用者が少なかった電子メールによる連絡網を整備し、東区医師会のホームページ上には病院の当直情報や病院の診療機能を横並びにして開示し、地域の診療所医師が迅速かつ適切に患者紹介を行えるように工夫をした。

(2) 病院相互機能評価

①情報共有や伝達に取り組むなか、次に取り組んだのは病院相互機能評価である。東区医師会内にある病院部会のメンバーが、各々の病院を巡回して訪問するのである。勿論、単に見学するだけでなく、見学を受け入れる病院はデータとして職員数、看護体制、診療設備のほかに人件費をふくめた収入・支出まで開示し、その診療内容について意見交換を行う。

本来競合関係でもある他の病院に手の内をさらすことには相当の覚悟が必要であった。しかし、地域の他病院から紹介されてきた患者さんが、その病院のどんな環境でどんなケアをされてきたのかを具体的に知ることは、我々病院にとっては患者本位の診療を実現するために大いに役立ったし、信頼関係に基づいて助言をしあうことで自らの診療内容を検証し、検討する機会を得ることができた。

②一方で、試行錯誤や苦勞して運営してきたシステム、病棟のノウハウの開示によって、同じ医療機能を複数の病院が導入する可能性が懸念された。地域内で同じ診療機能を複数の病院が保有することは、「バーチャル総合病院」の精神とは反するようにも思えるが、重要なのは病院と診療所の機能分担であって、病院の機能が重複してもお互い切磋琢磨し、結果として地域全体の医療レベルの向上につながれば良いと考える。

③当初より、「病院相互機能評価」を、行政が行う病院立ち入り検査に代わるものにしたと考えていた。行政の指摘にはおよそ医療の質とは関係のない指摘もあり、そのために病院に課せられる事務作業量は相当なものである。

形式や数量的な審査は行政に残したとしても、質的なチェックはピアレビューで行うのが最適なのではないか。以前「抑制廃止福岡宣言」に取り組んだ時も、現場の声を訴え続けた結果、抑制廃止が介護保険で採用された。そのような経験も踏まえ、ピアレビューの必要性を訴えていきたい。

(3) 連携の橋渡し役の育成

①これまで述べたように東区の診療所、病院は東区医師会という確固とした基盤の上で地域医療を構築してきた。一方でどの病院も地域連携室を設置するようになり、医師でない職種（看護職、ソーシャルワーカー、事務職）が患者紹介の主役になってきた。

②個人的によく知っている医師同士であれば「あうん」の呼吸で出来ていた患者紹介も、地域連携室によるやりとりの中では、連携のミスマッチが多く見られた。病院（非医師）と診療所（医師）、急性期病院と慢性期病院、医療（病院）と介護（施設）など職域や施設の種類によって患者の病態や環境の捉え方が違った。例えば施設と病院では、認知症の程度ひとつにしても捉え方に随分差があり、病院と施設間で摩擦があったようである。とにかく当時の病院職員は、他の病院や施設のことは全く知らない者が大多数であった。

ケアを提供する側の不勉強によって、患者さん（特に高齢者）が困らないようにする為に「地域医療介護コーディネーター」の養成を提案した。自施設以外の医療、そして医療だけでなく介護まで熟知した医療者の育成を目的とした。

③最初は東区医師会内での実験として計画していたが、予想外に他区の病院から参加の申し出があり、最終的に福岡県全域から100以上の施設が参加した。

認知症から臓器移植に至るまで多岐にわたる講義と交流会を月1回、1年間続けたが、一病院の連携室だけでは事務局を続けるにも限界があり、県や市の医師会に事業を引き受けてもらうよう交渉し、現在は福岡市医師会に移管されている。

(4) 東区南部在宅医療ネットワーク

①地域医療において病院が果たす役割として、最近特に注力しているのは在宅医療のサポートである。小泉構造改革は療養病床の縮小（一部廃止）を決め、一度は社会に委ねた高齢者のケアを家庭に投げ返すことを決めた。核家族化、独居高齢者の増加の中で在宅をどう進めるのか？この政策にはどうしても無理があった。

政権交代により療養病床問題は一時凍結となったが、孤軍奮闘する在宅医や在宅サービスを、比較的マンパワーを有する病院が支える仕組みが必要である。

東区医師会のアンケート調査でも、在宅医療に取り組める医療機関はごく限られており、昼間診療に忙殺され、夜間も複数の患者さんのために待機するのは不可能という実態が明示された。東区医師会および有志の医師と協議を重ね、『東区南部在宅医療ネットワーク』を平成20年5月にスタートした。

②医師同士が、事前の患者情報の交換によって主治医の代わりに代診をするシステムである。

これによって所用をとったり、休息でリフレッシュも可能である。実際に夜間に代理診療を行った事例は1年半で2件に過ぎず、「思ったより何とかなる」と実感した医師も多いようである。その程度の頻度の事を懸念して在宅医療が広がらないのは、勿体無いと思う。これをモデルケースとし、他地域でも実施すれば在宅医療への垣根は随分低くなるのではないだろうか。

病院は代診医としての参加は勿論、代診可能な医師の調整や連絡など事務局の役割で地域貢献につながる。

③在宅ネットワークでは、在宅患者の登録制度の導入を検討している。

診療所の医師が、患者情報を地域の病院と救急病院（2次及び3次）に予め登録し、発症時に地域の病院で受け入れができない場合でも、救急病院に患者情報が登録されていれば、より円滑に入院受け入れができる。仮に実働が少なくても診療所、複数の病院が連携して地域の安心を支えているという点が大切であると考える。

(5) 今後の取り組み：地域住民と共に実現する地域完結型医療

①区役所の会議上で、地域住民の代表者が「区外に患者を送迎して大変」と発言された。「東区では地域完結型医療が進んでいるので他の区まで行く必要はない」との意見に「医者の間では知られていても住民には伝わっていない」と返された。確かに今まで医師同士、医療機関などサービスの供給側だけで議論し、地域住民の声を聞く場がなかったのは事実である。利用者の意見によらずにサービスを構築する事など他の業界では考えられないことである。今後の取り組みに活かしていきたい。

②東区医師会（医師、病院のネットワーク）が立ち上げた多職種（医師、訪問看護、ケアマネージャー、調剤薬局、その他訪問サービス従事者）の「福岡東在宅ケアネットワーク」、これを組み合わせ、住民の意見を伺いながら地域医療・介護の仕組みを構築していく。例えば住民のための医療・介護のシステムを、住民の皆が利用できるようにホームページや印刷物、回覧板で広報する他、地域包括支援センターによる広報や相談受付を実施する。

東区の行政に、この動きをリードすることを期待する。行政の動きが鈍いようであればサービスを利用する地域住民の代表に、是非行政を動かしていただくよう働きかけていきたい。

以上のように、これまで東区医師会は地域完結型医療において高齢者医療の充実を図ってきた。それは提供側によるネットワークづくりから利用者、家族さらには行政を含めた高齢者を支えるコミュニティづくりへとステップアップしていくであろう。これからも時勢を考慮し、地域完結型医療の形態を進化させていきたいと考える。

5. 情報共有

救急医療における連携には、救急医療に係る2次病院と3次病院との情報共有や救急病院と救急隊員、救命救急士との職制を越えた情報共有、地域住民と地域医療機関との市民講座やメディアを介した情報共有が必要なことを明らかにした。がん・脳卒中等の疾患の連携医療の中核は地域連携クリティカルパスで、情報共有が医療水準と患者サービスを保証し、シームレスな医療を実現した。県内の地域医療ネットワークも関係医療機関が患者及び病院情報を共有し、地域高齢者に安心、安全な救急医療を提供した。関係者がいかに共通の認識で情報を共有し、駆使するかが連携の成否を分けるようである。ところが、多くの病院は行政や医師会との情報伝達や情報共有に関心はあるが、病院間の情報共有への認識は薄く、かつ、経験も少ない。言い換えると、情報は行政から病院や診療所、大病院から傘下の中小病院や後方病院への垂直方向に流れやすいが、大病院同士や上下関係のない病院間での水平方向の流れは弱い。従って、大病院を中心とした垂直型の病院連携は多いが、水平型の病院連携は稀である。中小の病院や有床診療所が主体的に参加できる水平型の病院連携は、地域の医療資源が効率的に活用され、財政負担の少ない、地球に優しい医療連携への発展が期待される。一種の水平型病院連携である地域連携パス、地域医療ネットワークの中核を郡市医師会が担っていることは興味深い。この領域における医師会の役割を示唆しているものと思われる。

今回の新型インフルエンザの流行から、地域における医療連携に関して、多くのことを考えさせられた。インフルエンザに限らず災害医療（例えば大地震、重篤な感染症）では医療機関も住民も事件の一報をテレビや新聞で得る可能性が強い。医療機関は複数の発信元、あるいは異なる機関を経た情報を受領し、解釈し、医療体制を整える必要がある。情報量は病院の設置主体や行政・医師会との関わりで異なり、また、その解釈は個々の病院の裁量に任された。結果として、病院のインフルエンザ診療の均一性や防疫面に課題を残した。今回のインフルエンザが、憂慮された毒性で、入院を要する患者が多数、発生していたら、大変なパニックが起こったと思われる。我が国の医療情報の伝達は、厚生労働省から地方厚生局を経る流れから、厚生労働省から県を経て県医師会、郡市医師会から病院、診療所への流れに変わった。今回の新型インフルエンザの流行では、未整理の膨大な情報が厚生労働省から県に通達され、県は情報の選択や解釈に関する経験が乏しく、情報をそのまま流したように思える。更に、本県は県内に複数の政令市を抱え、地域や病院間で情報伝達に微妙な差異が生じたようである。災害時の病院連携は、情報共有や伝達の精度と緊急性が問われ、緊密で多大な情報交換や確認が必要である。特に、厚生労働省の姿勢が具体的な指導、指示から情報の提供に、中央集権から情報の地方分権への移行が進むと、地方における情報共有の必要性が飛躍的に増大する。県医師会を受け皿に、地域における医師の叡智を結集し、県、市町村の行政との協力で情報センターを構築する必要がある。情

報センターが行政からの情報に病院、診療所、保健所等の医療機関からの情報を加え、速やかに解釈し、その具体的な結果を関係機関に伝える体制の整備が望まれる。

6. むすび

1) 救急時を始めとするがん、心筋梗塞、脳卒中及び地域医療連携について話し合った。1次、2次、3次医療それぞれの役割を明確にすることが重要である。中小病院や有床診療所等の地域医療資源が活用され、財政負担の少ない水平型連携である地域連携パスや地域医療ネットワークの中核を郡市医師会が担っている。この面での医師会の役割が示唆され、行政面への働きかけを含めて医師会の更なる関与が望まれる。

2) 地域における安心・安全な医療の実現には、地域における情報の共有、的確な判断が必要である。それには県医師会を受け皿に大学および病院、診療所の全叡智を結集し、情報を収集し、解釈し、伝達する体制の整備が望まれる。