地域医療連携と大学病院—現状と展望

長野 宏一郎

要 旨

- ・2025年、日本は超高齢社会を迎え、医療から介護への転換、病院完結型から地域完結型への転換が図られる。「地域包括ケアシステム」、「地域医療構想（ビジョン）」では機能分化と同時に医療連携の推進が重要である。ソーシャルワーカーは重要な役割を担うことから、人材の確保と教育、研修システムの構築が必要である。
- ・退院支援は超高齢社会において重要性が高まり、施設間移動時における退院医療の意図的な取り組みが望まれる。
- ・病院内の支援業務である退院支援・紹介受診・外来逆紹介・外来療養支援は相互に関連し、病院運営に欠かせない重要な役割を有している。
- ・医療情報の共有にICTは有益なツールとなる。医療と介護の情報共有には必要な情報に差があることから障壁となっており、その対策が必要である。
- ・国際医療連携では、言葉の壁や医療費、感染対策への対応が重要である。

〔日内会誌 105：2048～2054，2016〕

Key words 地域医療連携，退院支援，退院医療，地域包括ケア，地域医療構想

はじめに

2025年、かつていかなる国も経験したことのない超高齢社会が日本に到来することが確実視されている。これに対応するために医療政策として打ち出されたのが「地域包括ケアシステム」、「地域医療構想（ビジョン）」である。「地域包括ケアシステム」は多職種連携により成り立つシステムであり、「地域医療構想（ビジョン）」とともに、医療連携の推進なくしては成り立たない。

筆者は大学病院の地域医療連携部門に所属していることから、まず大学病院における地域医療連携部門の設置から現在に至るまでの沿革について述べ、次に退院支援をはじめとする連携

の実務、さらに2025年に向けた政策と当該部門の関わりなどについて、医療法や診療報酬改定、医療計画などを照らし合わせ、述べていく。

1. 国立大学病院における 地域医療連携部門の沿革

1) 国立大学病院における 医療連携部門の設置（黎明期）

昭和60年に成立した医療法第一次改正において、「医療機関の機能分担と連携の促進」が掲げられ、それまで研究、教育を重視し、臨床では病院内で完結する医療を実施してきた国立大学病院にも、地域を視野に入れた開かれた病院

東京大学附属病院地域医療連携部

The Cutting-edge of Medicine ; Medical community cooperation for the university hospital—Current topics and prospect.

Koichiro Nagano : Department of Medical Community Network and Discharge Planning, University of Tokyo Hospital, Japan.

であることが求められるようになった。

平成9年、東大病院に退院支援専門部署（医療社会福祉部；現在の地域医療連携部）が院内措置で設置され、平成12年当時の文部省によって国立大学において初めて正式に認可された。その後、国立大学における医療連携部門の設置は年々増加し、平成16年、国立大学の法人化により、全国の国立大学に医療連携部門が設置されたこととらえることができる。

2) 「国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」の設立（成長期）

当時の医療連携部門には、医療連携や退院支援などに関する確立した方法論はなく、各々の大学が手探りの中、独自の方法で業務にあたっていた。情報交換やネットワークの形成を求める声が高まったことから、医療連携部門における業務の改善、標準化を図ることを目的に、全国の国立大学医療連携部門からなる全国組織を立ち上げることとなった。文部省医学教育課の支援協力もあり、平成15年、「国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会」¹⁾（以下、連絡協議会）が発足、第1回連絡協議会集会在東京大学において開催された。以降、震災年を除き、毎年開催されている。各集会では回を追うごとに、講演やシンポジウム、ポスター展示などが開催されるようになり、単なる連絡協議の場ではなく、学際色の強い集会に変わりつつある。

3) 「日本医療連携研究会」の発足（発展期）

連絡協議会はその構成会員が国立大学であることから、集会開催や運営に関しては様々制約もあり、大学病院として必要な教育や研究についての十分な議論や活動を行うことは困難であった。

そこで、教育・学術的展開を推進することを目的に、より自由度の高い研究会を立ち上げることになった。平成22年、連絡協議会の有志が集い「日本医療連携研究会」²⁾（以下、研究会）

が設立された。

以降、連絡協議会と研究会は車の両輪のように協力、協働しながら活動し、研究会設立4年後の平成26年、長崎大学において開催された第11回連絡協議会集会において、第1回日本医療連携研究会の研究集会が同時開催され、研究会の活動が本格化した。ホームページの開設や広報冊子「News Letter」、研究会誌の発刊など勢力的な活動が繰り返されている。

4) 国立大学附属病院長会議への参画

平成25年、東北大学主管で開催された第10回連絡協議会集会を機に、連絡協議会は国立大学附属病院長会議³⁾の将来像実現化シナリオ「地域貢献・社会貢献」（東北大学担当）における医師不足、医師派遣の議論に参加するようになった。平成28年度より担当が岡山大学に変わり、「地域包括ケアシステム」、「地域医療構想」の実現に向けた議論に引き続き参画している。

2. 大学病院における地域医療連携の実践

1) 院内支援業務

(1) 退院支援

①退院支援の背景と目的

退院支援は、①退院先を確保して、②療養生活を安定させるための、③病院においてシステム化された活動・プログラムとされている。また、退院支援は、①退院困難・支援必要患者の抽出、②退院の支援介入、③退院後の追跡調査・追加支援、の3つの過程で構成されている。

②要支援患者のスクリーニング

スクリーニング・ツールを用いて、退院支援が必要な患者を漏れなく抽出し、早期から支援を開始する。スクリーニング・ツールは退院困難に陥るリスク・ファクターを分析して医療機関ごとに作成するべきである。

③退院支援の進め方

―多職種チームによる退院支援

退院支援の介入は、①患者・家族の医療社会環境・情報の収集、②退院先（在宅、転院、施設入所）や退院支援の目的（終末期、医療、療養、リハビリテーション）などの支援方針の決定、③方針に基づく交渉や調整の順に進められる。

退院支援を進めるうえで重要なことは、患者を医療、看護、介護、福祉など多職種の視点から総合的にとらえることである。

④退院医療（discharge medicine）

退院先の医療環境において実施できる医療と入院中の医療にギャップが存在することがある。そのギャップは医療機関の機能（一般病床、療養病床、介護老人保健施設、在宅医療など）の違いによるところが大きい。退院支援において最も重要なことは、患者の退院先において実施できる医療内容を把握し、入院中からそれに即した医療に軌道修正することである。この退院先の医療事情に応じた退院を目指す退院のための医療を「退院医療」（discharge medicine）と呼び、積極的・意図的に取り組むべきである。

⑤在宅に向けた退院支援

退院先を検討する際、まず自宅への退院が可能かどうかを評価する。在宅におけるサービスは目的を明確にし（終末期、医療、療養、リハビリテーション）、適したサービスを導入する。医療処置を伴う退院では、患者や家族への手技の教育、トレーニングが欠かせない。

医療処置が必要な重篤の患者、病状の悪化・急変が危惧される患者、複数の医療機関にかかっている患者では、患者・家族・在宅サービス提供者（ケアマネジャー、医師、訪問看護師など）・院内スタッフらによるカンファランスを行うことが望ましい（退院時共同指導）。

⑥転院・施設入所に向けた退院支援

転院または施設入所では、その目的を明確にして（緩和、医療、療養、リハビリテーション）適応や受入条件（薬剤、医療処置、入院費用、

耐性菌、DNR（do not resuscitate）の有無など）を考慮して医療機関（一般床、緩和ケア病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床、介護施設など）を選定する。

療養病床では医療区分による入院受け入れが規定されている。診療報酬の観点から区分2、3の患者が受入れられやすく、逆に、医療処置のない軽症の区分1は敬遠されがちである。療養病床や介護老人保健施設では、実施できる医療に制限があり、退院医療が重要となる。癌などの疾患別パスを利用した切れ目のない次の場への移動を図ることも有益である。

⑦退院支援の追跡調査・追加支援

退院を支援した患者の退院後の療養生活を見守る観点から追跡調査を行い、必要があれば追加支援を行う。支援内容の検証とよりよい支援方法の構築のためにも重要である。

⑧2025年に向けた退院支援強化指針

2016年の診療報酬改定では、かかりつけ医機能や入院における在宅復帰、医療における医学総合管理体制などが評価された。かかりつけ薬剤師に対する点数項目も初めて導入された。また、退院支援に対する加算では、退院支援スタッフの大幅な増員や、地域医療機関との定期的会合による医療連携の強化、介護支援連携指導などを要件とした加算の高額化が盛り込まれ、2025年に向けた退院支援強化の指針が示された。

（2）外来通院患者の療養支援（外来療養支援）

外来化学療法を受け、通院する患者やADL（activities of daily living）が低下した患者、疾患増悪などにより医療依存度の増加した症例に対し、在宅の療養環境を整備するために療養支援を行う。支援の内容や方法は退院支援と同様であり、サービスを調整して在宅療養を継続することもあれば、在宅困難となり医療機関への入院や施設への入所に至ることもある。

（3）外来患者の地域医療機関への逆紹介（外来逆紹介）

適正な外来診療を実施するには、外来患者の

適応を考慮し、受診先を調整することが必要である。大学病院の診療を終えた患者や慢性疾患の患者は、診療所などに逆紹介することが望ましい。逆紹介先医療機関の検索は、所在地や標榜科、扱う疾患や治療方法、常勤医や専門医の情報などを備えたデータベースを用いて行い、その充実を図ることが重要である。

(4) 地域医療機関からの紹介患者の

受診支援（紹介受診）

受診案内などの広報誌により、病院の概要や診療科の実績（疾患や検査、治療方法、手術件数など）を地域に伝えることで、大学病院の高度医療・先進医療に相応しい患者の紹介を受けることは、機能分化の観点からも望ましく、また、大学病院の運営上も有益である。紹介受診では、①紹介受診後の経過や結果を報告すること（返書）、②診療が終了した際には患者を紹介元に返すこと（返送）が連携の向上に重要である。

(5) 地域医療連携（退院支援・紹介受診・

外来逆紹介・外来療養支援）と病院運営

「退院支援」を単独で促進的に行うと、入院日数は短縮されるが、病床稼働率は低下する。病床稼働率の低下に対して「紹介受診」を促進し、入院につながる外来患者を増加させる。しかし、これは外来過剰をもたらすことから、病状が安定した患者は地域診療所へ「逆紹介」することが必要になる。「外来通院患者の在宅療養支援」により、在宅療養環境を整えることで、病状悪化や急変による緊急入院を防ぐことができる。緊急入院により予定入院のベッドを塞いでしまう事態を避けることができるのである。これらの4つの連携業務は相互に関連し、病院運営に欠かせない重要な役割を有している。

2) 情報共有ツールとしてのICT

医療機関や介護事業者、行政や医師会などが連携し、包括的に医療・介護サービスを提供するためには情報の共有が必要であり、ICT (information and communication technology) 活用の

重要性が指摘されている。2016年の診療報酬改定においてもICT化を推進することとして、診療情報などの電子的なやり取りに対して初めて点数項目が設定された。

医療情報を共有するためのネットワークシステムは、複数の医療機関における電子カルテをセキュリティの確保されたインターネットを通じて共有するシステムで、全国200以上の地域で運用されている。理想的には全ての医療関連機関において情報共有できることが望ましいものの、運営費や診療所における設備などの問題から、実際には大学病院などの電子カルテを地域診療所、病院、薬局がアクセスする形で運営されている。全国で最も普及しているネットワークが長崎大学の「あじさいネット」であり、県内全域30拠点病院の診療情報を約300の医療機関で利用している。

昨今、在宅医療・介護の現場において情報共有に便利なツールとして、非公開型SNS (social network service) が普及している。スマートフォンやタブレットで利用でき、手軽にリアルタイムで情報共有が可能である。しかし、病診・病薬連携の医療情報とこのような在宅介護情報が独立して存在し、情報における連携を図れないという問題が生じている。これはシステムの互換性の問題に起因するところもあるが、医療と介護において用いられる情報が異なっていることにもよっている。共有すべき情報の明確化が望まれる。

3) 国際医療連携

超高齢社会における介護力としての若者人口比率の低下の対策として、海外からの労働力の受け入れなどがすでに始まっている。医療分野においても国際化が求められている。前述の連絡協議会において、九州大学が中心となり、全国規模の「国立大学病院国際医療連携ネットワーク」⁴⁾を設立し、海外からの患者の受け入れを行っている。また、平成25年には国立大学附

属病院長会議の将来像実現化行動計画の中で九州大学が国際化プロジェクトチームの主担当校となり、医療の国際化を推進している。

医療の国際化に向けた体制構築で問題となるのは、言葉の壁や医療費、感染である。言語については、様々な説明文書や同意書を主要な言語であらかじめ用意しておくなどの対策が必要である。医療通訳も重要であるが、通訳者の不足や費用の問題が課題である。

医療費については、ほとんどのケースで日本の医療保険は対象とならず、コーディネータ（仲介事業者）を利用するのが一般的である。経済産業省事業から興ったMedical Excellence Japanなどが利用されている。

外国からの受診の際には、新型インフルエンザやSARS（severe acute respiratory syndrome）、MERS（Middle East respiratory syndrome）などの新興感染症や多剤耐性菌の持ち込みに対する感染予防が重要である。

3. 地域包括ケアシステムと地域医療構想

1) 概要

団塊の世代が後期高齢者を迎える2025年、日本はかつてどの国も経験したことのない超高齢社会を迎え、65歳以上の人口は3,700万人にのぼり、総人口の30%を占めることになる。地方に比べ、都市部周辺の高齢化が顕著となり、また、独居や夫婦のみの世帯の増加、認知症患者の増加が指摘されている。現在の日本社会とはほど遠い社会となり、抜本的な社会保障体制の改革が必要となる。

2012年、「社会保障と税の一体改革関連法案」が成立し、消費増税を財源として医療介護などの社会保障改革と一体となった改革が行われることになった。「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」（医療介護総合確保法案＝医療

介護一括法）が2014年に成立し、2025年へ向けてのあるべき医療と介護の姿を実現するための指針が示された。

2025年に向けた社会保障制度の抜本的改革とは、病院や施設（病院完結型）から地域、在宅（地域完結型）への転換、医療から介護への転換を図るとされる地域包括ケアシステムを構築することである。また、病床機能情報報告制度により構想区域（二次医療圏域）ごとに地域医療構想（ビジョン）を作成、病床を再編し、2018年からの医療計画に反映させ、2025年に備える改革である。

徹底的な病床機能の分化により、一般病床は107万床から4万床削減され、103万床になり、居住系施設の大幅な増加や在宅医療の充実が図られる。機能分化と同時に病院間医療連携や医療と介護の連携も重要課題となる。この機能分化と医療連携、医療と介護の体制構築は一体的に行われることが重要である。

2) 地域包括ケアシステム

介護する若者の相対的な不足から、地域包括ケアシステムでは、新たな役割を担う者として「元気高齢者」という存在を想定している。元気高齢者とは、時に医療や介護を受けはしても、地域の中で役割を持ち、生きがいをもって生活する元気な高齢者であり、貴重な社会資源としてとらえられている。元気高齢者を増やし、育成、支援する医療や福祉、社会構造が2025年には不可欠であると考えられ、その社会的な立場を確立することが重要である。

2016年の診療報酬改定では、地域包括ケア構築に向けた制度的誘導がなされている。在宅重視、包括的なケアシステムの観点からは、かかりつけ医機能の評価、入院における在宅復帰率、医療の医学総合管理の評価、かかりつけ薬剤師薬局の点数項目の初めての導入、介護支援連携指導の評価などが示された。退院支援加算の高額化により、退院支援の強化も示された。

3) 地域医療構想

2014年から病床機能報告制度が導入され、病院や有床診療所の病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）の現状と今後の方向性を病棟単位で都道府県に報告し、構想区域（およそ二次医療圏）ごとに医療需要を推計、地域にふさわしいバランスのとれた医療供給量や必要病床数を検討し、2025年の必要病床数を推計するものである。ビジョンの策定は地域医療構想調整会議において行われ、地域医療介護総合確保基金、人材確保などに関する議論も行われる。

病床機能4区分への分化と同時に大切なことは医療連携である。早期退院支援の取り組みや連携パスの運用などが重要とされる。また、病床機能に応じた入院診療の標準化や効率化、また、クリニカル・インディケーターを用いた医療の質の向上などが課題となる。

今後、地域医療構想が構築される中で、我々は構想区域における医療機関の情報を病床機能報告制度から把握し、そこから医療需要の将来像を読み取る、また、協議の場である調整会議の議論から、構想区域、地域における調整の状況を把握しておくことが重要である。財政支援制度による基金の適切な運用や非合理的な判断時における知事の権限行使にも注意を払っていく必要がある。

4) 医療連携部門との関わり

地域包括ケアシステム、地域医療構想と医療連携部門における業務の関わりや影響を以下に述べる。

(1) 地域医療構想により、病床の削減や病床機能の転換が起こることから、医療機関によっては医療連携に関わるスタッフの職場の移動や支援内容が変わることがある。

(2) 転院の支援の際に、構想区域内における

医療完結の体制が強調されると、転院先医療機関の地域性が限られてくる。

(3) 病床機能の分化、在院日数短縮の方向性から、より短期間における退院支援が求められる。

(4) 在宅重視、医療と介護の連携重視という点から、また、支援対象となる高齢者の増加、単身や夫婦のみの世帯が多く、認知症が増加する点から、自宅退院の支援や老々介護世帯、認知症に対する支援が増加する。

(5) 大学病院では退院時の支援が主となっているが、生活の場における支援、看取りや急変時の支援が増加すると見込まれている。支援内容では、生活のための支援、予防のための支援、医療依存度の高い症例の支援が重要となる。

(6) 連携強化の観点からは協働する支援者として、病院の地域医療連携室や地域包括支援センター、歯科医や薬剤師、地域サービス提供者など、これまで以上に広く密な連携が求められる。

(7) 地域包括ケアシステムでは、病院の地域医療連携室、地域包括支援センターなどにおけるソーシャルワーカーなどの連携実務担当者が重要な役割を担うことから、その人材の確保と教育や研修の在り方が課題と考えられる。

おわりに

大学病院はそれぞれの地域で高度医療、先進医療を担う医療機関として医療を提供している。しかし、医療の提供だけではなく、地域における医療政策の策定や運営においてもリーダーシップを発揮すべきである。都道府県庁の医療政策を担う部門や都道府県医師会と関わりをもち、同時に2025年に向けた医療社会の進むべき軌道を構築すべく、構想策定会議への参画が望まれる。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

文献

- 1) 国立大学医療連携・退院支援関連部門連絡協議会. <http://renkeidp.umin.jp/>
- 2) 日本医療連携研究会. <https://sites.google.com/site/jsrhc2014/>
- 3) 国立大学附属病院長会議. <http://www.univ-hosp.net/>
- 4) 国立大学病院国際医療連携ネットワーク. <http://kokusai.hosp.kyushu-u.ac.jp/>
- 5) 田中 誠, 横出正之: 大学病院における地域医療連携の課題とこれからの展望～大学病院医師と地域診療所医師へのアンケート調査の解析. 日老医誌 43 : 230-235, 2006.
- 6) 阿部庸子, 他: 大学病院における高齢者早期退院の阻害要因に関する検討. 日老医誌 44 : 641-647, 2007.
- 7) 安井 健, 他: 特定機能病院における理学療法士の退院調整への関与―首都圏の1大学病院における調査―. 理学療法科学 28 : 1-5, 2013.