

Related Searches:


[Korean Culture](#)
[Japanese War](#)
[Sino-Japanese](#)
[Japanese Government](#)
[Korean American](#)
[Comfort Women](#)
[Comfort Woman](#)
[Speak Korean](#)

JBpress>日本再生>国民の健康を考える [国民の健康を考える]

いつまで続く？ 大病院の「3時間待ちの3分診療」 急がれる地域における医療機関の役割分担

2013年08月16日 (Fri) 安達 美里

黒川清・日本医療政策機構代表理事監修

日本の医療制度は質、アクセス、コストを保証して医療サービスを国民に提供してきた。前回、医療データの共有化によって医療サービスの「質」を上げることができ、しかも「コスト」が下がるという話をしたが、今回は「アクセス」の話をしたい。

いま、医療機関へのアクセスが良いことが、かえって医療サービスの質を押し下げるという現象が起きている。

フリーアクセスがもたらす大病院の混雑

東京・御茶ノ水駅周辺。駅を出ると、いくつもの大学病院が目に入る。東京医科歯科大学医学部附属病院、順天堂大学医学部附属順天堂医院、駿河台日本大学病院など半径1.5キロ以内に10近くの大病院がひしめいている。

それにもかかわらず、こうした大病院の混雑ぶりは相変わらずである。「3時間待ちの3分診療」と言われて久しい。大病院に患者が集中し診察時間が短くなっていることに関連して、これまでもいくつかの問題点が指摘されてきた。

まずはフリーアクセスの問題がある。日本の医療制度では、患者がいつでもどこでも自由に医療機関を選択することができる。しかも受診回数に制限がない。自由な選択の結果、大病院や人気医師が在籍する病院に患者が集中してしまうことは容易に想像できよう。

大きい病院であれば「ちゃんとした検査」が受けられる、「良い専門医」がいると思われているため、診療所でも十分に対応できる患者までが大病院に流れている。

こうした流れを抑制するために、大病院に紹介状なしで外来診察に来た患者に対して初診負担額を増やせるようにするなどの制度改定が行われてきた。それでも、初診負担額は数千円以内であるため、患者の流れを決定的に変えるようなインセンティブとはなっていない。

一方で、中小規模の病院や診療所の設備が有効活用されていないことも指摘できよう。CT（コンピュータ断層診断装置）が国民健康保険の対象になった途端に全国の病院が一斉にCTを購入し、日本国内のCTの数が、1年間でヨーロッパ全土の数を超えたという話がある。

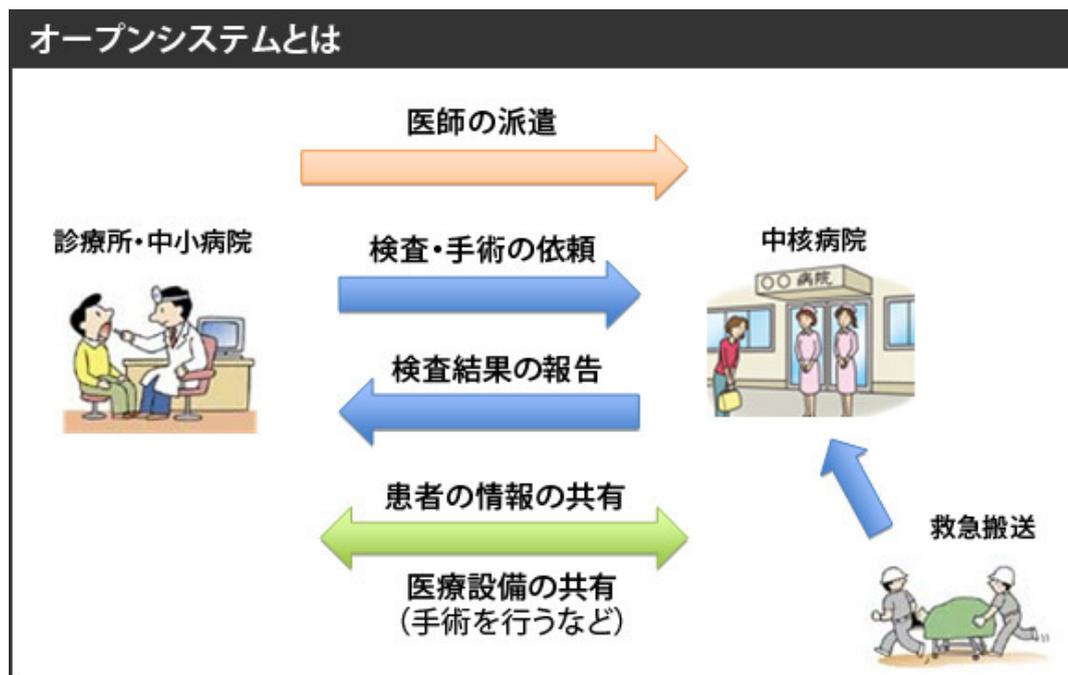
ところが患者の流れが大病院に向かっているため、それ以外の施設にある多くの設備は宝の持ち腐れとなっている。

このような患者の動向と医療基盤整備のあり方を踏まえると、いまある医療資源が適切有効に活用されているとは言いがたい。医療分野における人的・財政的資源が限られているなか、この「非効率」と「無駄」を解消し、効率的な資源活用の仕組みを考え出せば、国民が受ける医療サービスの質は随分と改善されるのではないだろうか。

解決策の1つとして、オープンシステムという医療の仕組みを各地域で定着させることが考えられる。

医療機関が役割分担するオープンシステム

オープンシステムにおいては地域に1～2箇所の中核病院を指定し、そこに脳外科や救急といった高度医療の専門医と設備を集中させ、公的医療インフラとしてのセーフティネットを構築する。中核病院では24時間救急体制をとり、また設備も完備する一方で、地域の診療所や中小病院の医師も中核病院の設備を利用できるようにする。



中核病院での24時間救急医療体制を支えるため、近隣の診療所の医師たちも例えば週1回のシフト制でその中核病院の勤務にあたる。また診療所の医師が手術をする際は、中核病院の設備を使うことができる。

この仕組みの中で医師が医療機関の間を行き来し、シフト制などを取り入れて柔軟に勤務することができれば、中核病院での医師不足が解消・軽減され、診療所や中小病院があまり使わない設備を購入する必要もなくなる。

このシステムでは患者の電子カルテ情報が医療機関の間で共有され、患者は病状に応じた治療を適切な医療機関で受けられる。

かつて高度経済成長時代には、市町村が次々と病院を建てて各病院が全診療科を持つという具合であったが、いま公費にその余裕はない。しかも、現在の病院数は地域の人口に照らして必要な医療機関の数を超えている。例えば、人口で調整すると、日本の病院数は米国の病院数の約3倍である。

今後は医療機関の役割分担を進め、いまある医療資源を最大限に使うという考え方が極めて重要となってくる。

このシステムを患者側から見てみよう。風邪をひけば地元の診療所のかかりつけ医に診てもらい、また定期健康診断も診療所で受ける。かかりつけ医から「精密検査が必要です」と言われた場合は地域の中核病院で検査を受け、検査結果はかかりつけ医から説明を受けることになる。

患者の情報は医療機関の間で共有されているので、患者は別の病院へ行くたびにCT検査を受けるようなことはなく、また自分の症状を繰り返し説明せずとも安心して医師に治療を任せられる。

この仕組みの利点としては、

- (1) 大病院の混雑が抑制され患者の待ち時間が減る。
- (2) 高度医療が地域の1～2箇所に集中し、24時間救急体制をとるため、救急医療の搬送先が明らかになりたらい回しがなくなる（119番に救急を要請すると救急隊員が搬送先病院を探すため、受け入れ先が決まるまでたらい回しが起きやすい）。

(3) 重複検査・投薬が減る。

(4) 1人の患者に対して複数の医療従事者が関わるため、医療サービスの質・安全性が高まる、などが挙げられ、世論調査に表れる国民の不満の多くが解消されることになる。

また、

(5) 救急体制を含めた子供病院や子供の精神医療など専門的な役割を担う施設は現在数が足りていないとされるが、こうした施設に資源を再配分するなど、地域ごとの人口・疾病構成に合致したシステムを作れることも利点として挙げられる。

加速し始めた公的医療機関のグループ化

オープンシステムによる医療の地域連携は前回述べたITの活用でさらに円滑に実現されよう。今年7月中旬に東京で国際モダンホスピタルショーが行われ、NTTグループ、IBM、日立製作所、東芝など、大手通信会社、医療機器メーカーが最新技術を使った医療情報システムと地域連携ネットワークサービスを発表・展示していた。

地域連携を実現する技術は既に手の届くところにある。これを踏まえて各自治体が積極的に地域連携の考え方を医療現場に浸透させていくことが重要である。

一方で、このオープンシステム実現を後押しするチャンスが巡ってきている。全国の公的医療機関を大きなグループに集約する動きが加速しているのだ。

2004年には144の医療施設などを有する独立行政法人・国立病院機構が発足し、旧国立病院・療養所を傘下に収めた。また、来年4月に独立行政法人・地域医療機能推進機構が誕生し、全国約60の社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院を直接運営することになる。

多数の医療機関がグループ化し、意思決定が1つに集約されることで、(1) 各地域の人口や疾病分布に応じた適切な病院数の見極めとそれに準じた統廃合、(2) 地域のニーズに応じた医師の配置転換、といった改革を実現できよう。

日本国民の疾病構造は生活習慣病を中心とするものに変わり、また国民の医療に対するニーズも大きく変わってきているなか、医療機関についても社会とニーズの変化に対応する最適な資源配分が求められている。

医療機関の役割分担が進めば、冒頭で述べたような医療機関の地域的な偏在や患者の大病院への集中に伴う問題は改善され、患者は「いつでもどこでも」（しかし無駄が多い）の代わりに「必要なときに最適な」（しかもミスが少ない）医療サービスを受けられる。

良い医療システムの実現には患者の意識改革も必要

オープンシステムが持続的に発展するには、政府が、非効率と無駄を省くために患者のフリーアクセスをコントロールし、「かかりつけ医」を推奨するなどの環境整備を同時に行なっていくことが必要だ。

一方で、財源に限られるなか、国民一人ひとりも医療サービスを必要に応じて使い分ける意識を持つことが重要である。

自己負担割合が引き上げられているとはいえ、先進国の中でも1人あたりの医療費が比較的安く抑えられているために、“無意識に”様々な医療サービスが利用されている面もあるだろう。

高度な設備・人的資源はそれを真に必要とする重篤な患者に対して、まずその利用機会が確保されるべきである。

アクセスのコントロールを通じたより良い医療サービスの実現には、医療提供側のシステム整備ばかりではなく、医療を受ける我々患者側の意識を高めることもまた重要で



©2008-2014 Japan Business Press Co.,Ltd. All Rights Reserved.