

病院が取り組むべきことは何か



特定医療法人谷田会 谷田病院
理事長 谷田理一郎

病院の事業ドメインを医療に限定するのか、介護や障害福祉、はたまたまちづくりまで包括させるべきなのだろうか。地域包括ケアシステム（the Community-based Integrated Care System）を構築運営していくことが事業ドメインだと考えると、医療は全体のなかのごく一部でしかなくなる。さらに、医療を急性期や慢性期に分けて考えると、より細分化された一点でしかなくなる。もちろん、その一点を提供することが事業ドメインと考えることも間違いではない。

一方、一人の患者さんの経験価値（Patient Experience）で考えると、急性期や慢性期といった区分は存在しない。それらがシームレスにつながっているのは当然のことであり、病院、介護施設、在宅といった日常生活との境目もない。患者さんにとってみれば、日常の生活があり、そのなかに必要性があり医療が入り込んでくる。患者さんの周りにコミュニティがあり、家族がいて、本人がいる。そこに介護職、セラピストや看護師、そして医師が関わりだす。採血結果の数字が良くなるより、痛みがやわらいでほしい。リハビリで可動域が増えるより、家のトイレを自力で使えるようにしたい。それが患者さんの想いだろう。近年、医療者が病院という建物の外に目を向け始めるようになっているが、患者さんの立場で考えると当然のことなのかもしれない。

遅ればせながら筆者の病院でも数年前から、行政や保健所、医師会と協力して保健予防活動の取り組みを強化したり、町と協定を結び、まちづくり事業を始めたりした。活動範囲を広げると、介護保険を

知らない住民や、在宅医療について発信していたつもりだったが知らない人が多いこと。さらには、地域の子供たちの学力低下や体力低下、人口の流出と産業の消滅、取り残された住民の生きがいの消失など。まちづくり活動を通して、こうした事実を目の当たりにしている。熊本地震でコミュニティの崩壊を実体験したが、持続可能なコミュニティが存在しなければ、コミュニティケアも医療も必要ない。これは、病院の中には気づけなかったことだ。地域のコミュニティに関与する病院がなぜ求められているのか、少しずつ理解を深めている。

これまでの臨床医学では、主訴がすべてのスタートである。その患者さんの訴えをもとに、診断し、治療する。つまり、病気が表面化することで初めて医療に関わり始める。しかし、病気になる前に対応できることは山ほどあり、公衆衛生学等の分野で知見が積み上げられている。図らずも、コロナ禍により、手洗いとマスク着用が徹底され、インフルエンザや風邪が激減し、医療費も4000億円¹⁾も削減されたという。この2年間、インフルエンザで苦しむ患者を大幅に減らすことができたわけだ。それを実現するために使用したリソースは医薬品や医療機器ではない。

健康であること、穏やかな終末期を迎えること、生きがいを持って生きること。こうした領域に、医療の知見やリソースを生かすことは有効であろう。しかし、現行の診療報酬を中心とした制度では、医療機関ができることは限られる。看護必要度に心電図モニターを入れるのか、湿布の保険適用枚数は70枚が妥当か、といった議論に明け暮れるより、もっと本質的な議論を国民も交えて進めていく必要がないだろうか。病気や風邪にならないこと、終末期にどこまで医療を実施するか、孤独にならず毎年2万人超も自殺しない社会。健康であることを持続させるための資源配分ができれば、おのずと医療費も適正化されるだろう。

1) 健康保険組合連合会 医療保障総合政策調査・研究基金事業「政策立案に資するレセプト分析にかんする調査研究V」