

状の進行を確かめたいと考えた。上京してきた親族と本人を交えて J 医師は外来後に長時間を割り、今後の病状の進行などについて詳しく説明した。その結果、北海道に帰省し、在宅医療を導入することになった。J 医師は、北海道における医療システムについては良く分からなかったが、今後の悪化していく状況を鑑みると専門医のバックアップが必要であると判断した。そのため、帰省する地に近い場所の神経内科専門医が所在する病院を検索し、I 医師に連絡を取った。その結果、それまでの経過を説明する紹介状を携え、移動すれば外来経過観察を行うことが可能となった。また、J 医師は I 医師を通し、L ケアマネージャーと連絡を取り、在宅医療導入に当たって、必要な情報を直接与えた。

手足の脱力と、呼吸不全も軽度認められていたが、J 医師は航空機のスタッフとも協力し、無事北海道に帰省することができた。その後、L ケアマネージャーの手により、在宅医療を導入し在宅ケアをすすめている。

一度、L ケアマネージャーから東京都の J 医師に、当患者に元々、痴呆があったか問い合わせがあったため状況を聞くと、痴呆ではなく、炭酸ガス蓄積による意識障害が疑われた。そのため、J 医師は北海道の主治医である I 医師に連絡した。I 医師は精査及び入院加療を行い、再度在宅医療を行うことができた。現在も当患者は J、I 両医師及び、L ケアマネージャーのもとで在宅医療を行っている。

#### 症例 7

60 代女性。名古屋からお茶会のため訪れていた東京にて、突然四肢麻痺と呼吸困難をきたし、U 三次救急病院に救急搬送された。呼吸筋麻痺のため、呼吸器を装着し、精査を続けたところ、頸髄病変が確認された。治療を行ったが、わずかに手足の先端が動かせる程度になっただけで、症状は固定した。その後、関節拘縮などが認められ、リハビリテーションの必要性がでてきた事もあり転院を進められた。

呼吸器を装着した状態でリハビリテーションが行える病院は数少なかったが、東京にある A 病院が回復期リハビリ病棟に受け入れた。数ヶ月リハビリテーションを行った後、転院が必要になったが、家族が名古屋での療養を希望した。

そのため、A 病院の C 医師はケースワーカーの指示した名古屋にある様々な病院を当たったが、呼吸器装着の長期療養が予想される患者の受け入れを、そのまま可能とする病院は無かった。唯一、N 病院が在宅医療を前提とするなら引き受けるとの返事がもらえた。

そのため家族は名古屋に移動後、在宅医療が可能になるように家の整備などを計画した。しかしながら、家の整備には数ヶ月かかる予定であったため、C 医師は事情を理解してもらえる F 病院に数ヶ月を期限ということで相談した。C 医師は名古屋の N 病院と連携をとりながら、F 病院へ転院させた。万が一、家の完成が遅れ、N 病院の期限が来た際は再度 A 病院転院としていた。

名古屋での家の整備が完了したむねを家族から受け、C 医師は N 病院に連絡を取った。その結果、無事都内の F 病院から名古屋の N 病院へ陸路転院が可能となった。

## 症例のまとめ

### 症例 1 のまとめ

この症例は、①から⑥ヶ所の病院を移動したものの、満足を得る経過をとることはできなかった。それぞれの病院はその機能に応じ、十分な治療を施しており、その場所々だけを取り上げればきちんとした医療を行っていた。「2週間で退院してほしい、その後は野となれ山となれ」という体質は、病院機能分化の形骸化であると考えている。医療者は常にあたたかな医療を提供するという善意に基づいたシステムの崩壊であり、インセンティブが生じないため医療供給者側が患者の医師に基づいた連携を取る姿勢が欠落していることによる。

### 症例 2 のまとめ

B がん治療病院でがん治療後、治療による後遺症を持ちながら持続的に行うケアを E 総合病院に委託したが、突発的なことが起きたことにより、患者が容易に路頭に迷ってしまった。解決したのは、全く関係の無い A 病院の妻の主治医であった。本症例は日本での医療機関の連携のまずさを顕著に表している。D 整形外科病院は圧迫骨折の加療にのみ注目していた。妻に「内科的治療ができる病院を探せ」といったところで解決できないであろう。さらに、本来であれば、連携役となる D 整形外科病院のケースワーカーが追い討ちをかけるように、E 病院の一般的総論を述べたために、患者は再度路頭に迷った。当患者の B がん治療センターから始まる、生涯続くさまざまな合併症に対し、どの医療機関も短期間のパッチワーク医療を行っていた。ケースワーカーの中には、患者全体の流れを考えていくことを放棄し、自分の病院の利を得るための患者移動だけを目的として存在している場合があるということを示唆している。この場合、一過性に入院した病院のケースワーカーが生涯にわたるケアプランを逆に断ち切る危険性をはらんでいることも意味する。

### 症例 3 のまとめ

日本におけるプライマリーケア医は専門性が高い医師が自由に開業をしている。そのため、多角的、総合的な診断が不可能な事がある。さらに、病院との契約もはっきりあるわけではないので、紹介が十分行えるかどうかの能力もはっきりしない。また、患者側からすると、症状が悪化した時にどこに行けばよいかの指標も無い。

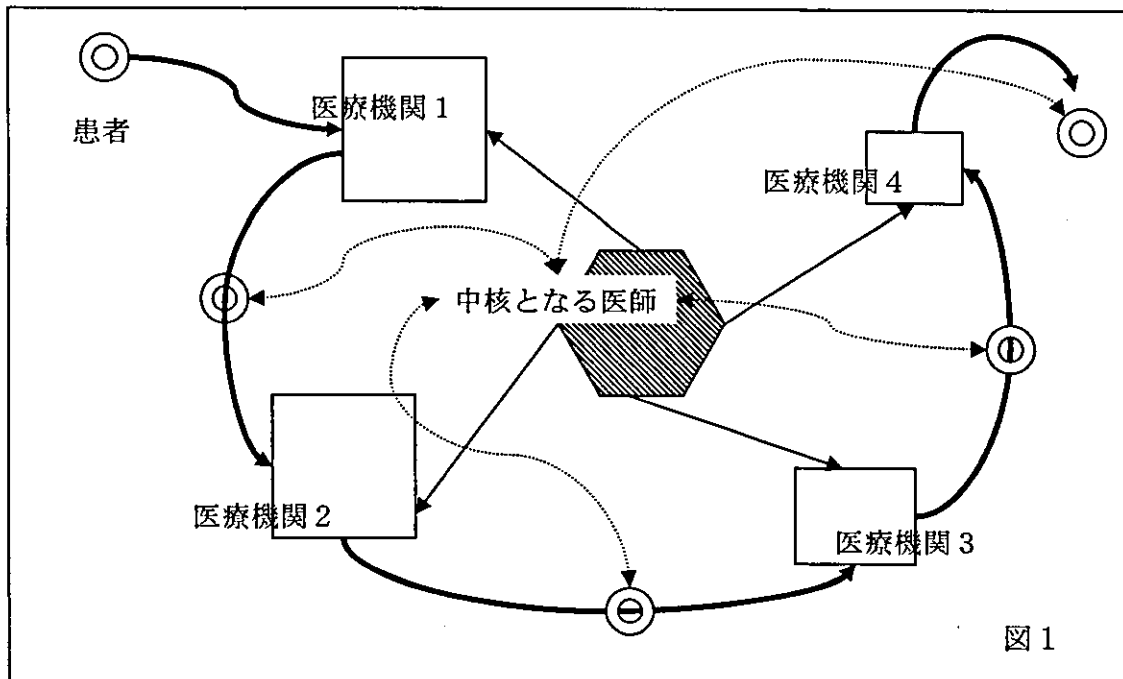
### 症例 4 のまとめ

専門的加療を加えながら、在宅加療を続けている患者数は著明に増加している。必ずしも診断を行い、治療を主に行っている医療機関が、その後のケアにも適切とは限らない。診断をつけ、治療を開始した病院、特に大学病院は外来患者の長期的ケアをするシステムを持っていない。また、地元の長期ケアができる病院との連携も何か起きた後に、なし崩し的に作っていくことが多い。多くの疾患はおおよその

進行状況が予測されるにもかかわらず、総合的な視点が欠如している。患者は専門的加療か、ケアかの二者択一を迫られることが多い。

### 症例 5、6、7 のまとめ

各医療機関で適切な医療を受けられたことは症例 1~4 と同様である。また、どの症例も遠路を移動せざるを得なかったり、多くの医療機関を移動せざるを得なかった。その際中核的な役割を果たしたのは医師であった。図 1 に示すように各医療機関と患者と情報交換しながら、サテライト型の形態を取っていったと考えられる。各病院のケースワーカーなどが、当該患者のために次の医療機関だけでなく、お互いさまさまに連絡を取り合い最適な道を探していくということではなかった。



## 現場から見た日本の医療システムの問題点

これまで医療現場に携わらざるを得なかった経験から考えると、日本の医療における最も大きなほころびは、やや乱暴ではあるが、三点に集約されると考えている。第一点目は急速に進行する高齢社会化の患者背景、第二点目は医療システムのこれまでの前提の崩壊、第三点目は医療機関間の連携の未成熟と医療作業の変容の三点である。

日本は高齢化社会を既に通り越し、どの国も経験した事のない高齢社会に突入している。そして、少子化が進行している現在、この傾向はさらに強まる事が確実である。平成 16 年の統計では、統計を開始して以来の日本国民の減少を記録したことが報告された。このことは、高齢者の割合の増加に拍車がかかりつつある事を示し

ている（国立社会保障・人口問題研究所）。このため脳卒中、認知症、心筋梗塞などを抱え続ける高齢者向けに医療制度は大きな変容を迫られているが、現状の変化に制度が追いついていないと考えられる。

また、これまでの医療システムの前提というのは、病気になった際に直ぐに医療機関にかかれることに重点が置かれてきた。これは、社会の構成年齢が症状が改善し社会に戻れる若い際には大変重要であった。現在のような高齢社会においては、医療機関に救急で搬送はされるが、その後在宅などに戻れないことも多く医療の前提が変容してきている。これが第一点目である。

次に第二点目に関しては、医療システムのこれまでの前提の崩壊である。本邦では保険証を持っていれば保健医療が公平にどこでも受けられるというシステムの元に、どの医療機関でも同じレベルの医療が受けられると言う仮定に従った物であった。この受診の機会均等性を中心とした公平性については今後も保つべき素晴らしいシステムであると考えられる。その一方で、医療の進歩とともに、専門性の特化を含め、医療機関間や医師間における医療レベルに大きな差が生まれつつある事を反映できない。それらの情報開示は、インターネットなどを介し自発的に急速に進んでおり、国民も良いサービスを比較検討の上で選択しようとするようになった。

しかし供給者側は比較検討がなされる準備が整っておらず、患者側にも公開されていない。実際の診療を受ける際、外来のブースの扉を開けるその瞬間まで、あるいは、病院に搬送され救急診療室に運ばれるその瞬間まで、どのようなサービスが自分の体に提供されるかは“医療の公平性を保つ”という面からブラックボックス化されている。現在の情報化社会において、このような矛盾を抱えながら従来 of 形態を保ち続ける事はもはや不可能であると考えられる。さらに、連携の整備をおろそかにしたまま、単純に比較検討がなされることになれば、競走の激化から医療機関間の断絶は深くなりさらに患者サービスが低下すると考えられる。

最後の第三点目であるが、これまで高齢者の抱える認知障害（痴呆）などの症状は医療的な問題と考えられ、医療機関が収容してきた。しかしながら、このような生物学的な必然から生じる症状に関しては、医療機関で「治療する」よりも、非医療機関で「暮らしていく」ことが良いことが多い（小宮）。長期的な高齢者への対応の視点からみると、未だ設備やビジョンが不足している。また、高齢という生物学的変化を基礎に、ときおり肺炎などの疾患が合併してくるという状況下は、長期的で断続的な医療の介入と非医療機関ケアシステムや在宅医療のシームレスな共同作業が必要となるだろう。

このように、現在の医療は医師以外のスタッフによるところが非常に大きくなっているにもかかわらず、特に病院内では医師の行う作業を中心にコストが発生するシステムとなっている。そのため、医師が余り注意をはらわずコストが発生しにくい、しかし、患者にとっては重要な作業を医療体制は軽視しがちである。その一側面が、情報の伝達やコミュニケーションなのである。

また、基礎的な疾患は何であるのか、現在どの医療システムにかかるべきか、今

後どうなっていくのか、その人の一生涯にわたり水先案内人となるべきシステムが本邦には存在しない。その結果、医療機関間の移動の際には家族も本人も路頭に迷うこととなる。たとえ、十分な紹介状を書いて連携がとれたとしても、その次、その次の次の医療機関にまで、最初の情報が伝えられる事はほとんどない。最初に診断し加療した医師がその後の加療を患者の生涯にわたって維持、管理したくとも現状ではシステムが提供されていない。このように、時間軸で患者を把握するシステムと、医療情報を正確に移送するシステムの欠如がもっとも大きな問題であると考えている。そして、それらの概念を適切に示す言葉も無い。

私は本稿において、このような医療の継続を見渡していく重要な概念を「医療生活計画」(medical life planning)、その水先案内人的な役割を果たす人を「医療生活計画者」(medical life planner)、また、医療情報を運搬するシステムを「医療情報伝達(者もしくは方法)」(medical information transporter)と呼ぶことにする。いままで、これらの概念は不可欠でありながら、あまり整理されていなかった。今後特に高齢社会では重要性が増すと考えられる。

たとえば、上述の患者のように本邦では、医療機関は機能的に分断された上に医療生活計画者が不在なために、救急病院から連なる様々な医療機関は数週間から数ヶ月の当面の自分の機能に合った治療に専念するだけに終始する。

その過程で、本人および家族の状況を考慮しながら最適なケア機関を見つけたり、公的補助の案内をしたりする統一したシステムは存在しない。そのため、大変に効率が悪く患者の満足につながらず、病院は自らを支える事だけに専念する。さらに、画一的なこのようなものを押しつけることは、これまで地域と医療機関が努力して組み立ててきたシステムを破壊することさえある(鎌田 P.73)。私は、現在マスコミで頻繁に取り上げられている医療機関のトップの方から、「救急の治療をとりあえずすればいい。当院の優秀なケースワーカーが必ず2週間で転院させるから、当院の医療が不十分な結果に終わっても患者の満足など得られなくとも、ただ救急治療の作業に専念するだけでいい」とお話を伺った事がある。これは、救急患者の疾病だけをみて、その後の患者を切り捨てていく日本の医療の寒々しさを反映している。同時にこれは効率化を目指し、医療サービスの向上を目指したはずであった機能特定化の形骸化による全人的医療の否定を示している。

医療情報伝達方法が十分でないため、その病院での治療が完了し、あるいは時間的理由で転院を要請された際に施設間の隙間に落ち込んでいくことになる。たとえ、直後のケア機関に情報が伝えられた場合でも、その後にはつながらない。以前の紹介状が追加添付された紹介状を受け取ることは大変にまれである。現状では受診した医療機関へそれぞれ連絡を取り、患者の情報を自分でまとめていかななくてはならないという総合化からは程遠い非効率的な状態である。これは、前述したが、医療機関を多数移動していく事を、日本の医療システムが想定していないからであると考えられる。また、医師が中心になって行う医療作業に著しくインセンティブが偏り、場合によっては医療作業よりも患者にとって重要な情報の伝達の重要性にほと

んど注意を払わなかったためである。システムが全く心もとないため、医療システムと福祉の連携を、地域的に独自に解決せざるを得なかったといえる(水野 P.109)。

今後、医療が行えないグループホームのような施設も自然発生的に増加していくにつれ(小宮)、病状の変化に応じ医療機関とのシームレスな連携を目指していく必要がある。また、こういった際、連携は現在声高にいられている医療連携だけでなく、在宅、非医療的福祉施設など様々なものをつなぐ連携を考えざるを得ない。そういった場合にも、上記の二つの概念を整理していかなければ、各施設のエゴイズムのなかで患者はさらに不幸になっていく。例えば、在宅医療と医療のシームレス化が図れないため、医療機関に滞在する時間が長くなる傾向をもつ。その結果もたらされる非効率的医療は、著しく高コストなのである。

まさに、今後適切な「医療生活計画」と「医療情報伝達」という概念に基づいた「施設間連携(含在宅医療)」という問題が最大の問題となると考えられる。

## 各医療機関における個別の努力

これまで、医療システムのほころびを見てきたが、全国の様々な地方で、自助努力により、そのほころびを様々に改修してきている。

どのような形態で補完がおこなわれているか、本年度は様々な情報を収集した。その結果、以下にあげるようなパターンが自然発生的に存在している事が解った。(以下の分類は島崎案からの引用。)

### I. 寡占・ハード型

地域における「突出的」地位を占める基幹的病院が、高次の医療から介護・福祉系統の施設まで保有し、医療・介護・福祉の包括ケアシステムを指向・実践している地域・・・御調町(公立みつぎ病院)、茅野市(諏訪中央病院)

### II. 連携・ソフトネットワーク型

- (1) 地域医師会が主導的に在宅医療を展開するとともに、介護ケアコンファレンスにも積極的にコミットし、更には、これらをベースに福祉団体(民協・社協)を巻き込み、医療・介護・福祉の連携ネットワークを形成している地域・・・尾道市
- (2) 地域医師会・行政・市民団体が連携し、地域の医療体制(救急医療体制を含む)の整備、医療機関連携に積極的に関わっている地域・・・船橋市
- (3) 地域医師会が中心となって医療・介護・福祉の連携を進めるとともに、地域医療の後方支援として必要な機能強化を基幹的な病院に働きかけている地域・・・京都乙訓郡
- (4) 急性期加算対象4病院が競争の中で機能を分け合い、4病院が主導し「患者の流れ」を形成している地域・・・熊本市

諏訪中央病院の訪問時に鎌田實先生のお話では、やはり、諏訪という地域特性が重要であったとの事であった。病気を有する高齢者を家族で介護し在宅療養を助け合うという素地、地域での人々の繋がり、熱心さなどの上に立脚したシステムであった。また、諏訪中央病院が中核となり超急性期の高度医療から在宅医療、介護医療まで、十分に豊かな医療を提供しているため、統一された流れが形成されていた。

しかしながら東京などの都心部では、家族のサポート、大きな病院が全ての流れをコントロールするという両者とも期待できない状態である。逆に沢山の医療施設が混沌と存在するような状態となっている。このような状況下において、どのように「やさしいつなげる医療」(鎌田)を実現するシステムを構築するかが問題である。

## 諏訪中央病院の見学の報告

そのような観点から、「あたたかい」「患者の満足度」が高いと報告されている諏訪中央病院のシステムを我々は見学に伺った。鎌田實先生のご高配にて、平成16年6月25日に病院見学も含めレクチャーを受ける機会が得られた。

最初、小さな医療機関であった諏訪中央病院は様々な変遷を経て、地域住民の加療、救急医療に多大な貢献をしてきた。諏訪中央病院には、地域住民だけでなく、数多くの観光客も来訪し、地域住民ではない患者の救急にも尽力してきた。さらに、予防医学にも力を入れ、疾病予防にも大きな役割を果たしてきた。

それでは、「医療生活計画」と「医療伝情報達法」の観点から見てみると諏訪中央病院の働きはどのようなものであったのだろうか。

鎌田先生は30数年前に諏訪中央病院に赴任されてから「あたたかな医療」を目指して邁進されてきた。24時間地域住民にオープンなシステムを作り、必要なユニットを大変な努力の上にくみ上げていった(鎌田)。結果的に疾病予防にも多大な恩恵をもたらし、茅野市の国保加入者の保険医療費は29万円と全国平均の75万円を遙かに下回る金額となり、同地域の保険費用も低額に押さえられている(鎌田 P.37)。

茅野市においては、中核になる諏訪中央病院が存在し救急から慢性期までの流れを把握している。また、地域特性を十分に理解しており、患者にとって最適の医療やケアシステムを提供していると考えられる。さらに、医療機関から離れた後も疾病予防にまで目が行き届いている。

諏訪中央病院におけるプレゼンテーションでは、同院に緊急入院したお年寄りの話を伺った。救急疾患は治癒したが、後遺症が残り、その後は今までどおりの生活をするのは難しかった。そのため、退院した後、在宅医療で往診する鎌田先生の姿が映し出された。年月が経過し、次第に彼女は衰弱していったが、在宅で十分幸せに暮らし、最後まで医療機関外の在宅で過ごしたとのことだった。

この事例を取り上げると、「医療生活計画」の観点からは、彼女の病状と高齢とい

う状況、家族の状況や希望などを鑑み、最適な方法を選択していったと考えられる。たとえば、救急医療の治療が終わった後、単に患者や家族の希望と異なる病院への転院をすすめていたら、上記の症例1のような顛末となり、このような状況は生まれなかつたらう。

「医療情報伝達法」の側面からは、諏訪中央病院での救急医療下にある彼女を鎌田先生はご存じであり（あるいは十分な情報伝達を受けており）、そのまま在宅で継続した「つなげる医療」（鎌田 p.60）を展開したため情報のロスが無く、治療やケアが継続できたと考えられる。

これは、都市部では望むべきもないものである。救急病院の医師がそのまま在宅医療に移行できるシステムはほとんど無く、また、コストの発生しない情報伝達に注意を払う医療機関は少ない。

鎌田先生も「東京はカオスの状況だから・・・」というご判断であった。ここに、現在の医療システムが改善していくべき最重要課題があると考えられる。鎌田先生の提言する「つなげる医療」は、まさに現在概念として成立していない「医療生活計画」と「医療情報伝達法」を確立し質を高める作業に他ならない事を示している。逆に、医療システムが比較的うまくいっている地域はこれらが概念上確立していなくても、その必要性からいろいろなシステムを発展させていっていると考えられる。各地域、あるいは他国のこれらの側面からの考察は次年度に行う予定である。

## 高齢社会における医療者教育の問題

これらのことは、医療教育の上でも重要な課題である。現在の医療システムを振り返り、これらの観点から現在の医療に何が不足しているか簡単に触れようと思う。

高齢社会における医療提供者側の問題は、一般高校生が医学教育や看護教育を受け、医師となり社会に出て行く過程を時間軸を追って考えてみると解り易い。一言でいえば、高齢者医療についての教育をほとんど受けていない。上記の高齢者医療には不可欠の「医療生活計画」、「医療情報伝達方法」の重要性などについては、その概念だけでなく、必要性すら学生には知らされていない。もっと未熟な「チーム医療」の概念すら教授されることなく、医師を中心としたピラミッドで医療システムが運営される幻想を医師は抱きやすい。

その結果、生産される医師は疾病を治療する事とコメディカルあるいはパラメディカルに指示をだす事に専念することになる。ところが、全人的な視点が欠けているために、医師の指示はしばしば現場を混乱に陥れ、そのままでは役に立たない。そのため、患者に直接施術する人々が指示を翻訳して適応することが行われている。

このように、医療供給者に包括的に患者を診る教育がなされないため、全人的な医療はただ医師のパーソナリティにだけ左右されることとなる。良医の条件（鎌田 P.43）に当てはまる医師を捜すのも患者の努力とされる所以である。



## 高齢者医療の教育の欠如

医学教育は、講座制に基づいた疾患別、臓器別になされており、それを統合し、社会情勢に即した医療となすカリキュラムはほとんど存在しない。最近になり実際の医療現場に必要な事を「身に付ける」と言う面から、OSCEI など実地医療を判定する事が行われるようになったが、高齢社会に適応したカリキュラムと言うものはほとんど無い。

多くの医師は、専門分野を先行した後、2年間の研修を経て実務についていく事となる。多くの研修は救急病院や総合病院でなされる事が多く、その期間は実践による知識や、医療手技の習得に忙殺される。その後、様々な病院で勤務していく事となるが、その中で、高齢者医療についての総合的な教育を受ける事は少ない。これは、「高齢者」は「成人」と切り離される事なく一体化しており、治療上もなんら違いが無いとされてきたことと、これほど高齢者の割合が多くなかった背景がある。

高齢医学は日本で根付きつつあるとはいえ、未だ不十分である。高齢医学という学問に疑問を呈する医師も多い。現在診療を行っている多くの高齢医学または、老年医学講座の医師は、もともとは糖尿病や高血圧などの生活習慣病を扱っていた内科医師や、精神科医師である。そのため、純粋な高齢医学講座出身の高齢医学専門医師は未だ本当に少ない。そのため、高齢医学を教育する教育者は多くの研修医や若年医師が勤務する市中病院には非常に少なく、知識を得る機会も大変に少ないと考えられる。

現状では、高齢者は脳卒中やパーキンソン病、アルツハイマー型認知症を合併していることが多く、神経内科医が対応することが多い。そのため、どの病院も神経内科医の抱える患者数は多く、某大学においては他科のほぼ2倍近くとなっている。そのような中で、患者として登場する高齢者に通常の成人の治療を応用し試行錯誤の中で治療を行っていくこととなる。高齢者は予備能が少なく、記憶力障害を持つ事が多く、夜間せん妄と呼ばれる軽度の意識障害となる事も多い。そのため、一旦、病院内で高齢者特有の問題が発生すると、それを抑えるための投薬がなされ、坂道を転がるように悪化していく事が多い。医師は、治療を行い、ターゲットとなる疾患がある程度治癒すれば、任務を完了したように教育を受けている。そのため医療供給者と、本来の疾患からは離れた夜間の睡眠の管理など全人的な治療が必要とする高齢医療享受者との間に大きなギャップが生まれることとなる。

それでも、高齢者の増加に伴い適切な加療を行う医療機関は増加傾向にあると考えられる。特に、救急疾患で搬送された高齢者の初期治療はかなり適切に行われているようになった。その中で、初期治療後に問題になるのが連携の欠如である。

## 医療連携教育の欠如

さらに、日本の医療教育現場、研修現場で問題となっている医療連携教育やチー

ム医療教育の不足がそれに拍車をかけている。医学教育の中に、現在日本が有する介護医療について、または、老人保健施設についてなどの制度に関する授業はほとんど無い。多くの場合、見よう見まねで上級医師の方法を学び、他医療機関への紹介をしていくこととなる。確かに保険診療上認められた形態の紹介状のフォーマットはあるが、紹介状の多面的な必要性を認識する概念が欠如しているため、病気に関係する一面に終始することが多い。患者の活動状況、心の状況、家族の状況、今後の見通しは看護師の記載するコストの発生しない情報提供書を参考にすることも多い。

医師は医学的な事に従事するように割り切っており、連携を取る際も病状に則して紹介状に記載するのみで、他の仕事はケースワーカーの仕事と割り切っており、ほとんどの場合丸投げしている。これには、紹介状作成が疾患一辺倒であっても、詳細に様々な情報を記載しても、内容に関わらず一定であるというインセンティブを発生させないコストパフォーマンスの悪さが、大きな悪影響を及ぼしている。

疾患が治癒した後、自分の体のダメージや配偶者も高齢であることから元の生活が行えなくなる高齢者は大変に多い。上記のように治療している医師が患者のライフプランニングの教育も受けておらず、興味もないため、「疾患が治癒した」と言うだけで患者の望む方針を示すシステムをはぐくむ機会が日本の医療教育にはない。

入院中はケースワーカーが、在宅ではケアマネージャーが患者の水先案内人となるはずであるが、その連携は東京近郊ではほとんどうまくいっていない。私は、様々な在宅に戻る患者にケアマネージャーを設定してもらい病院で面会を繰り返したが、どのケアマネージャーも「病院側から働きかけられて面談した事はほとんどない。医師に至っては皆無である」と告げられた。医療従事者の興味がどれだけ、自己の医療行為にだけに限定しているのかを示している。

患者の治療がつつがなく継続されていくためには、この様な現状では、大変に不十分であることは自明である。

高齢社会においては臓器別の考えとは全く異なった視点での「医療行為」が必須である。このことを医学教育に取り込んでいく必要があるだろうし、ケースワーカー、ケアマネージャーの連携も必要である。

医療教育においても、医療生活計画と医療情報伝達方法が大変に重要であることが理解していただけたかと思う。

医療者も現在の制度や地域特性を理解し、医療以外のこれらの事についても、ケースワーカーや家族と意見をすり合わせていく必要がある。現在ケースワーカーの作業は、全く何の収入も発生しないため、医療機関が患者回転数を増すために設置されていることがほとんどである。そのため、ケースワーカーの作業が必ずしも患者側を向いているわけではない。医療内容を理解できないケースワーカーと医師や看護師の連携が医療機関内で破綻しているケースも散見される。医療の総合化と効率化には、情報伝達のロスを減らしていく努力が必要なのである。

## より良い医療実現のための解決策の探索

現在の医療連携は、救急病院、長期療養型病床群などのいわゆる「病院」、在宅医療機関（在宅医）、開業医などがゆるやかにプライベートに結びついているに過ぎない。情報伝達もとぎれやすく、疾病だけに偏りがちである。そのため、医療インフラは十分あったとしても、前述したような症例1~4のような悲劇が起きうることになる。

その解決策は2点に絞られると考えられる。それは、前述の「医療生活計画」と「医療情報伝達方法」の改善である。現在、長期的に渡り、患者背景も理解し、その人に適した医療機関との関わりや、医療機関の移動をプランニングしていく役割を果たすシステムが不在である。

これまで、疾患にかかると、医療機関はその疾患を治すことに専念する。治癒した患者は退院し医療機関とは関連の無い生活に戻っていく。しかしながら、今後激増する高齢者の多くはこの「治癒」が望めず、「軽快」したまま、医療機関との関連を持ちながら暮らしていく事になるだろう。ある患者について、一生に渡り、医療的な面だけでなく、制度、施設などのプランニングをする仕組みを生み出す事が急務だろう。

私はこれまで、患者から連絡があった際には、まず受診を促し、入院が必要であれば入院していただいていた。そして、基礎的疾患についての理解を家族と深め、今後の方針を話し合ってきた。他院に紹介後も時折家族から連絡を頂戴し、その後の医療機関の移動についてのプランニング（「医療生活計画者（メディカル ライフプランナー）」）もしてきた。症状に変化があり、今後の方針に不安があるときには一時入院していただき精査の後、他院へ紹介したこともあった。このようなことは、特別な意識があってやってきたことではなかった。患者にとってみれば、病院を移っても事情を知っている医師がいつでも相談に乗れる（「医療情報伝達方法（メディカル インフォメーション トランスポーター）」）と言うのは大変な安心材料であろうとだけ思っていただけであった。特に、神経内科医が扱う神経難病においてはなおさらのことであった。

ところが、この作業は、振り返ってみると現在の医療制度に欠落している「医療生活計画」と「医療情報伝達方法」を個人で不十分に補完してきた事に他ならない。諏訪中央病院で展開されている医療も、うまくいった事例に登場した医師たちも同様の働きを行ってきた。

一個人がその患者の病状や、疾患の進行の予測を総合的に把握し、各種ケアシステムにも慣れていくケースワーカーやケアマネージャーと協力し、次に移るべき施設が適切に選定できた。このことはまさに「医療生活計画」そのものであった。

また、直接紹介した医療機関でなくとも、様々な医療機関からの患者についての質問にも私は丁寧に答えてきた。その結果、間接的な情報の「伝言ゲーム」となら

ず、その患者についての正確な情報を各医療機関は直接入手することができていた。これは、不完全であるが「医療情報伝達方法」の改善の一方法に他ならないだろう。

ところが、電話の応答や、Eメールでの相談などは私の個人的なボランティア的活動であり、しかも私の能力内で行っているものでありきわめて個人的な不十分な物である。それでも、数多くの患者を救ってきたのだとすればシステムを整備する事で、多くの患者が救われるに違いない。

これらの仕事は医師だけにしか行えないものだろうか。答えは否である。以下の事例を参考にさせていただきたいと思う。

その症例は60代の進行性の四肢麻痺の疾病を抱える女性であった。診断後、在宅医療に移行していたが、呼吸筋麻痺が進行してきた。そのため、彼女のケアマネジャーは私のところに連絡をとり、彼女の今後の疾患のすすみ具合や見通し、必要となる医療ユニットの情報を得た。彼は、家族と話し合い、今後どのようなケアを展開していくかを決定した（「医療生活計画」）。そして、再度私に連絡を取り、診断名、内服薬の必要性、病状の進行の予想などの紹介状を記載するように指示した。在宅医は専門医ではないが、現在の状況についてはよりよく理解しているケアマネジャーが情報を蓄え、治療の継続を計った（「医療情報伝達方法」）。その結果、呼吸困難時に地元の救急病院に一度入院した後、在宅ケアユニットの組み直しが行われ、現在在宅加療中である。彼も「このような困難なケースがうまくいくとは思えなかった」と感想を話していた。私は、上記の概念を把握した上で、ケアマネジャーに幾つかの必須の点を伝達したことが重要だったと考えている。

このような事例は、その概念を把握した上できちんと対応すれば医師でなくとも「医療生活計画」と「医療情報伝達方法」を確立できることを示している。

ところが、現在では医師間の医療連携の現場ですら「医療情報伝達方法」の質は低い。これまで、医療連携は救急医療と病院機能の分化を中心として発達してきた面がある。そのため、「救急病院での治療は終了した。ついては、貴院にお願いしたい。病名は・・・である」、「当クリニック外来でみてきた患者であるが、病状が・・・であるので救急病院である貴院にお願いしたい」などの疾患中心の紹介で終始する事が多い。

この作業の中に患者の満足度がさしはさまれる余地はほとんど無い。たとえば、在宅医療ですごしていた患者が肺炎を起こした際、常に連携を保っている病院は無い事が多い。在宅医が紹介状を書いた際、救急車を要請し、機械的に一次、二次、三次救急へ振り分けるだけである。そのため、希望しない救急病院へ搬送される事が非常に多く、一旦ある程度治療した後のケアユニットの選択も呈示されない。その結果の患者の苦勞については前述のとおりである。これは、これまで医療連携が疾患の治療にのみ主眼をおき、患者のライフプランを無視してきたからである。逆にその様なことにまで踏み込むシステムも時間もコストによるインセンティブも存在しなかった結果である。

この患者背景、今後の医療機関との関わり方などについての経時的側面からの考

察が欠落している点が最も大きな問題である。確かに疾患があるからこそ医療機関にかかり続けなければならない。しかし、患者にとって重要な点は、「病院へ行くまでの行程が大変」であるとか、「今後具合が悪くなったらここで入院できるか」や、「こんな遠くの病院では高齢な私が伴侶の見舞いにはいけない」とか、「私には何か補助してくれる制度があるのだろうか」などという疾患とは離れた事が大きな問題点になる事も多い。現在のシステムの中で、患者本人およびそれを介護する人々のこのような疾患を離れた悩みはいったい誰が解決するのだろうか。

本来であれば、地域における特性などを加味し、規模の大きな病院、そこから同心円状に長期療養型病床群や在宅医療（住宅改造、新築などのハード面でのインフラを含む）、プライマリーケアを行う開業医が広がるシステムを構築すべきである。また、高齢者が病に伏した際には、どのようにストレスなく各システム間を移行していくかを示すべきである。

ところが、現在全国に存在している医療システムは生き残るためだけに必死であり、全体を俯瞰した上での自分の位置付けには無関心である。その上に、上述のプライベートな関係を基にした連携システムが乗っているため、疾病を一旦発症した高齢者の「医療ライフ」がスムーズに行く保障は全く無い。

もし、医療生活計画を行うシステムが医療情報伝達方法に注意を払いながら存在すれば、現在の医療連携を根底から改善させる事ができるかもしれない。特に都市部における混沌とした様々な医療機関が混在する場所ではなおさら必要だろう。

医療生活計画者が提示した情報を元に患者がいろいろな選択を行うことになれば、透明性の高い適切な患者の移動が可能となる。患者にとっても、たまたまであった医師や病院内のケースワーカーが提示する狭い選択肢から脱却することができるだろう。また、「医療連携」についても、それまで医師が作成していた疾病に偏った連携では欠落していたものを補完する事が可能となる。

## 経済的効果

同時に「医療情報伝達」の重要性を認識した「医療生活計画者」は、公正な医療機関の競争を促す事にもなるだろう。医療機関は医療生活計画者に自分の特性を明示する事になり、同様のサービスを展開しているのなら、そこに競合が起る事が予想される。これは、患者にとって診ても有利であるが、競合による医療システムの効率化と言う面でも大きな意味を持つ。

例えば、急性期を脱した患者が転院先を探している事例を考えると解りやすい。現在は、入院中の患者の状況を家族が紹介状をもって、入院中の病院があらかじめ指示したところに持っていく事が多い。あるいは、自分で探さなければならない事も多く、就業者が休業し自ら選択していくのは経済的損失が大きい。また、このような状況では、数多くの病院をあたる事は不可能であり、不満を抱えながら指

示された病院へ転院せざるを得ない事も多い。あるいは、良い選択であったかもしれないにもかかわらず、他にどのような選択肢があるか不明なときには、比較が行えないため不満が残りやすい。

高齢者を診ることが多い神経内科医としての視点から、医療連携に当たって幾つか注意している事がある。転院するときには、ある病院を指定するのではなく、現在の状況では、どのようなサービスを提供できる病院が良いかという枠組み的な事をお話する。同時に自分のところに紹介されてきた経緯を考え、今後どうなっていくかも予想して、お話をする（「医療生活計画」）。私と連絡を密に取ったケースワーカーはそれに沿った病院を家族とピックアップする事になる。私は自分の紹介状だけでなく、できるだけ前医の紹介状も同封し紹介状を作成する。また、コミディカルの情報もできるだけ同封し、ケースワーカーの情報を添える。そうすれば、次の医師は自分のところに来るまでのその人の「医療生活」が解ると思うからである（質の高い「医療伝達方法」）。ところが、現在では直前の医療機関の情報提供しかなされないことが多い。それまでの経緯が的確にサマライズされていないことも多い。現在では、このような患者に取っては必須の追加の作業にはインセンティブは全く発生しない。このような作業は単に医師のパーソナリティから派生した心許ないボランティア作業に全て依存しているのである。現在の紹介状の形態では医療情報伝達の観点からは非常に不足している事を示している。これは、書類の書式の問題ではなく、理解すべき概念の不足からくるものである。

諏訪中央病院が中核的役割を果たしている茅野市は医療費が大変に低いことを紹介した。幾つかの複合的な要素の結果であろうが、十分な医療サービスをパッチワーク的に提供するのではなく、総合的に医療を統合し、在宅医療への移行のスムーズ化や、疾病予防などにより、在院日数などを低下させたことによる所も大きい。このように「医療生活計画」と「医療情報伝達方法」の質の向上による効率性の向上は、西村周三氏の指摘する「壮大な無駄を生むメカニズム」を改善させることにつながるだろう。

このような試みは御調町でも行われており、やはり医療費の削減が実現できた。これは、在宅医療と入院医療、福祉のシームレスな連結によるところが大きいと考えられている。御調町においては、みつぎ病院が中核になってこれらのシステムを統合している（水野 P.110）。諏訪中央病院やみつぎ病院は医療を行うだけでなく様々なユニットをシームレスに結合させる働きも兼ねており、このようなシステムによる医療費用抑制効果については明らかであるといって良いだろう。

都市部においては、このような病院は存在しない。現状では、医療の技術の上に医療体制も理解し、本人、家族の意向も考慮するパーソナリティを備え、それぞれのユニットとコミュニケーションができる医師に会う事ではしか実現できない。しかし、全ての医師にそれを要求することは不可能であり、上記のように概念を確立した上で情報を収集し対応すれば医師以外の様々なフィールドの人々が医療生活計画や、医療情報伝達に携わっていくことが必要である。

各種の「良い病院ランキング」のようなものは、名医の存在やその病院自体のサービスについての限られた情報を与えてくれるだろうが、連携の面からの評価はほとんどなされていない。また、民間介護機関をサーチし、紹介するシステムも生まれてきてはいるが、医療機関の情報が欠落しているために医療機関に関わらざるを得ない状態のほとんどの高齢者にとっては十分に機能していない。病院とケアユニットが結合した巨大コングロマリット化したシステムも生まれてきているが、そのシステムの中でしか連携がとれず、また、逆に他のシステムを利用する制限になる危険性もある。

今後情報公開が進み、競走が行われる環境下で、多岐にわたるフィールドやユニットにおいて様々なシステムが発生していくと考えられる。この環境は、放置すれば、「かこいこみ」や「連携の積極的な断絶」をもたらしかねない。

そのため、結論としては、在宅医療、疾病予防の現場において、「医療生活計画」と「医療情報伝達方法」の概念を確立し、常にその面からの検証を加えインセンティブを確立する必要がある。その結果としての連携の質が向上した効率の良い総合化された医療を目指していくことが医療費抑制の面からも大切であると考えられる。その様なユニバーサルなシステムを構築することは、実は、日本全体に諏訪中央病院やみつぎ病院の試みを普遍化する作業であり、システム構築にかかる費用に対し、得られる医療費抑制額は十分見合うものであると考えられる。

現在、医師や看護指数は医療従事者の業務量の多さや時給の低さから不足していると考えられている。一方で、医師の増加は医療費増大をもたらすとも指摘されており、「適正な医療従事者数（鎌田 P.87）」の算定にも効率性の要素は非常に重要である。効率性を高めれば、医療従事者の労働の軽減が図れる可能性が高い。また、仮に効率化と総合化をおろそかにしたままで医療従事者数を増加させても患者満足度は上がり、さらなる効率化と総合化の低下を招くだけであろう。

今後の研究で、この「医療生活計画」および「医療情報伝達方法」とそれを基礎にした「医療連携」システムの普遍化がどのように可能か、総合化、効率化によりどのような医療費抑制効果が存在するのかを明らかにしたいと考えている。これは、連携がうまくとれ、医療費抑制を実現している地域と連携がスムーズではない東京における医療の違いを比較することで明らかになっていくことと考えられる。

## 今後の医療が目指すべきグランドデザイン

今後の医療は情報公開が進み、医療行為享受者側に多くの情報が得られるようになるだろう。また、医療機関の情報もハンドリングの自由度が大きくなると考えられる。また、電子カルテやインターネットなどの情報伝達インフラも整いつつある。このような状況は、医療の総合化と効率化に大きな追い風になると考えられる。

大切なことは、文頭に記載した「医療」の原点から軸足がぶれないことである。

そのことを推し進め、患者満足度を高めることは、大きな医療費抑制効果があることを諏訪中央病院やみつぎ病院の例は示している。ここに、一見逆説的のように見える医療費抑制とよりよい医療システムの共存の手がかりがあると考えられる。現在の医療費抑制は前述の医療技術料の間引きや薬剤費の抑制などの保険点数削減によってなされることが多く、医療供給者のモチベーションを著しく低下させる。同時にコスト回収のために不要な検査を追加していく事になる。同時に患者満足度は低下し、良医を探し求めてドクターショッピングを行い同様の検査を異なった医療機関で行い、総医療費は増加する悪循環に陥る。

医療費総額の削減ではなく、逆に一度、総合化と効率化を増加させる事に費用を割くことが、「壮大な医療のムダ」を減らし、患者満足度を高めながら医療費用が低下させる鍵であると考えられる。

その際大切なのは本稿で指摘した「医療生活計画」と「医療情報伝達」の質の高さであり、医療機関やケアユニットはこれらの概念を常に認識する必要がある。現在でも、「医療情報提供書」の書式は規定されてはいるが、それが患者全体の「丸ごとの僕」（鎌田）を紹介するにははなはだ不十分であることは上記した。

今後、現在全く顧みられていない「医療生活計画」と「医療情報伝達」の評価とそれらにインセンティブを発生させる必要があり、それによる費用対医療費抑制効果は大変に大きいものになることが予測される。これらの作業は医師であることは必須ではなく、様々な職種の人々がこの役割を果たす事が可能である。医療費抑制効果を発生させる作業にインセンティブを与えるべきである。このような考えは、医師の作業に極端に偏った医療収入の方法から医療体制が脱却する事も意味しており、医療経済においても大きなインパクトがあると考えられる。

## 今後の準備のための作業

これらの重要な項目を実現するためになされるべき作業はそれほど多くないと予想される。まず、現在のカオス的状況の医療体制において、患者がどのように流れているのかを把握すること。医療生活計画と医療情報伝達の両者が改善された場合どのような効率的な医療が供給できるか、また、患者サービスが向上するかを予測すること。実際の医療経済に与えるインパクトを、連携が計れている地域の規模を都市圏に当てはめることなどでシュミレートすることなどが挙げられる。今後、世界的に見るとある程度の高度医療が公平に安価に提供できている本邦の医療制度を改善し、さらなる発展を目指していく必要があると考えられる。そのキーワードが島崎班の掲げる「総合化と効率化」であると考えている。本研究結果がよりよい日本医療ランドデザインの一助になることを願っている。



## 参考文献

西村周三（1997）「医療と福祉の経済システム」筑摩書房

鎌田實（2003）「病院なんかきらいだ」集英社

水野肇（1997）「医療・保険・福祉 改革のヒント」中央公論社

小宮英美（1999）「痴呆性高齢者ケア—グループホームで立ち直る人々」中央公論新社

## 謝辞

稿を終えるにあたり、さまざまなお支援、ご助言、貴重な機会を与えていただいた青山病院及び、水澤英洋東京医科歯科大学脳神経機能病態学教授に深謝いたします。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

分担研究報告書

### ③ イギリスにおける医療・福祉の統合と Primary Care 組織の役割

分担研究者 郡司篤晃 聖学院大学教授

UK における Primary care 主導の医療制度改革の最近の動きを調査し、アメリカなどとの比較を通し、わが国における包括的医療制度へ向かって改革の方向性について考察した。

UK においては NHS 及び福祉サービスの質と効率を改善するために、Thatcher 政権によって準市場導入による大改革が行われた。しかし、当時野党であった労働党によって、不平等を導入した、また取引費用が増大したとして批判された。政権交代後、労働党政権は内部市場廃止などを実施したが、前政権の改革の上にさらにそれを改善し進めたと見ることが出来る。即ち、purchaser-provider split を残し、公定価格の導入により、病院ごとの原価計算の事務を廃し、手上げ制度であった予算管理医制度を強制加入の Primary Care Group とし、さらにトラスト化（PCT）を進めた。

GP は NHS と契約によって医療を提供してきたが、その契約を当局から PCT との契約に改め、地域における包括的ケアの推進と質向上へのインセンティブが付与された。

病院への介入については、近年になりその効果はほとんどないことが明らかになりつつあり、GP に対して交渉権を与えることになり、かつ個々のケースについて病院の選択を可能にした。従って、価格は公定価格となったが、内部市場復活の方向への回帰である。

一方、これまで必要が叫ばれていたが実現不可能であった医療と福祉を統合による包括的ケアへの道を開いた。福祉サービスとの統合を進めるために、法的整備、組織の改変などが進められ、興味深い試みが行われているが、その進捗は必ずしもはかばかしくはない。

ケアの質向上のためのガイドラインと監視・評価システムの構築に力を注いでいる。GP によるケアの質向上のための諸施策が進められている。NICE、診療ガイドライン、Clinical governance の推進、GP の能力別の契約などである。

医療と福祉ケアの質の評価組織が統合が期待されたが、現段階では実質は別々に機能している。

UK における医療福祉制度改革の成否は PCT さらに CT がうまく機能するかどうかにかかっ

ている。しかし、そのようなエージェンシー化と Incentive による管理が期待通りに機能するかどうかについては、いくつかの原理的及び現実的な問題点が存在するように思われる。

例えば、組織にインセンティブがかかっても個々の働き手がそのように行動する保証はない。さらに、PCTは人口ほぼ10万人規模に1箇所を想定していたが、現在さらに大規模化している。大きい民間組織が公衆衛生から医療、福祉までを管理するのであり、政府の直接制御を受けない新たな官僚機構となる懸念を払拭できない。

USAの改革はUKのまさに対極をなすものである。Managed competitionの原理による極めて競争的な改革は、医療費の節減効果はあったものの、本質的にTrade-offの関係にある平等の問題を解決できていない。HMOのcream skimming対策としてのSocial HMOの試みは成功していない。一方、医療組織を中心としケア組織の統合が進んでいる。

医療の質に関しては極めて多様な質の評価・管理システムが発展しつつある。その中で新たな動向はInstitute of Medicine、アメリカ医師会の医師・患者関係における医療文盲対策(Health literacy)の重視である。

PCTは患者及びクライアントのエージェントであると同時に、予算管理等においては政府のエージェントでもあり、いわゆるdouble agentである。近年HMOの社会的評価が低下しつつある。これは、HMOに所属する医師が、患者から見ると患者の完全なエージェントでなく、HMOのそれであり、信頼できないということが本質的問題である。項目別出来高払いから包括支払い方式への移行も、ケア提供者が全く経済的リスクを負わない方式から、医師にリスクを負わせる方向への移行である。

医療の効率向上には医師に対するインセンティブ制御が必要であるという認識は共通であるが、それによって医師を支払い者側のエージェント化することになるが、その程度は「まるめ」の大きさによる。しかし、患者のエージェントから提供組織や保険者のエージェントにすることの危険にも注目すべきである。

今後、包括的なケア提供システムを構築するためには、どのようにエージェンシーを組織し、どのようなインセンティブを設定していくべきかが課題となろう。

#### A. 研究目的

UKにおけるPrimary Care主導の医療制度改革の最近の動きを調査し、アメリカなどとの比較を通し、わが国における包括的医療

制度へ向かって改革の方向性について考察する。

UKにおける医療福祉政策はこれまでの市場化や規制緩和政策と異なり、エージェンシ

一とインセンティブによる管理である点で、極めて興味深いものである。しかし、それが期待した結果をもたらすかどうかについては、原理的、ならびに現実的な困難が予想される。しかし、それらを確認するためには現実の経過を観察し、実証的な結果によるしかない。

現政権の政策は実行に移されてから必ずしも十分な時間が経過してはおらず、かつ現在改革は進行中であるので、その評価も困難であるが、今後の経過を観察していくためにも視点・論点等を十分整理しておく必要がある。

UK の改革の対極にあるのは USA であり、それらを参照しながらわが国における包括的ケアシステム構築への示唆を得ることを目的とする。

## B. 研究方法

近年、UK 政府は積極的な広報活動の一環として、ウェブサイトの充実につとめている。それらを通して政府活動をモニターする。

また、文献調査及び関心を同じくする研究機関、研究者とのコミュニケーションを通して情報の収集に努めた。さらに、現場に赴いて現場の人々との接触を通して理解を深めた。

(倫理面への配慮)

特に、人体やプライバシーに触れることはないので、その配慮はこの研究では不要である。

## C. 研究結果

イギリスにおける、Thatcher による医療制度改革、労働党による Primary Care Group から Care Trust への改革、GMS から PMS への動向、医療と福祉の統合、ケアの質の詳細について、それぞれ情報を収集した。

また、イギリスのまさに対極をなすともいえる、アメリカの Managed competition の原理による極めて競争的な改革についても、情報を収集した。

## D. 考察

世界的に受け入れられている医療制度改革の基本的な考え方は、何らかのかたちで市場原理を活用すること、その場合、患者とサービス提供者間の情報の非対称を克服するためにいかにして代理人とインセンティブを設定するかである。

イギリスの制度改革は、自己負担を増やさなくても、無料の医療と福祉のシームレスなサービスを提供できること、且つ民主化と行政改革を同時に行う可能性があることを示している。そのような原理が明確で、かくもラディカルは改革が可能であることは、すべての改革が incremental なわが国は大いに参考とすべきである。

## E. 結論

わが国にプライマリーケアのシステムがないことは、わが国とイギリスとの直接的な比較を困難にする点である。しかし、まさにそ