

図5：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅱ新生物のケース

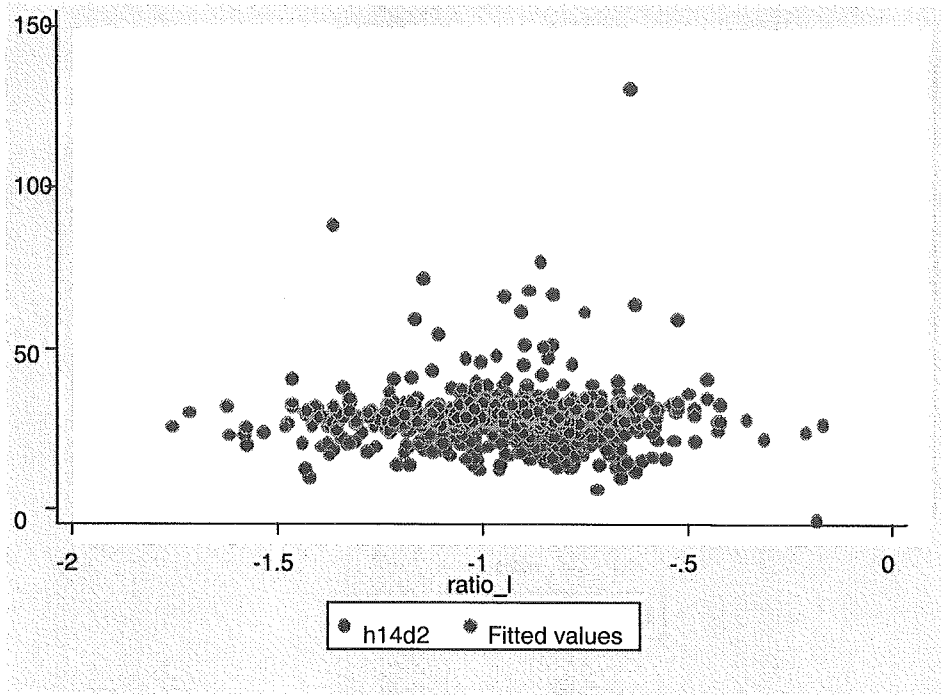


図6：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅱ新生物のケース

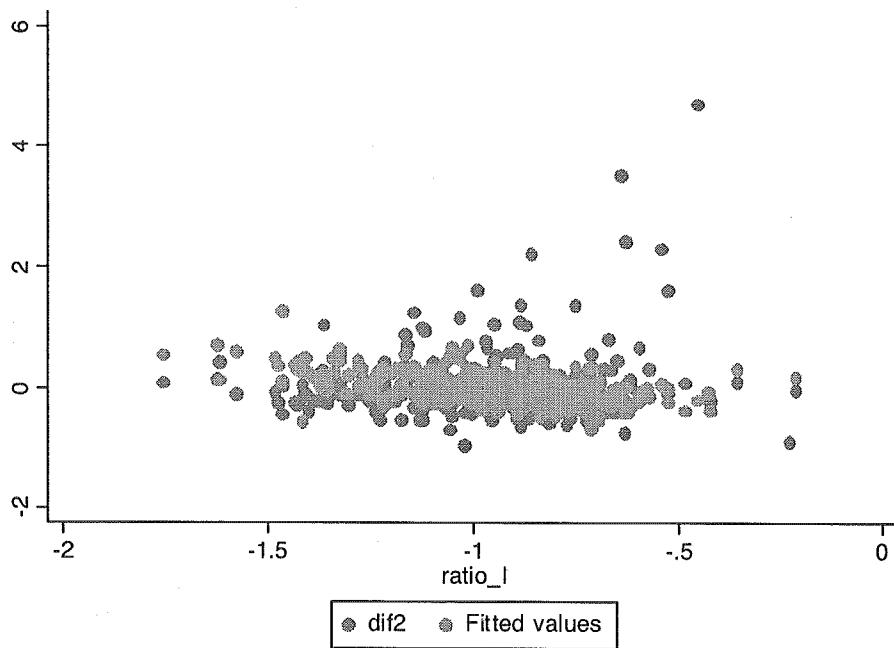


図 7：平均在院日数・推定された平均在院日数と開業医比率（対数值）の関係
：Ⅲ血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害のケース

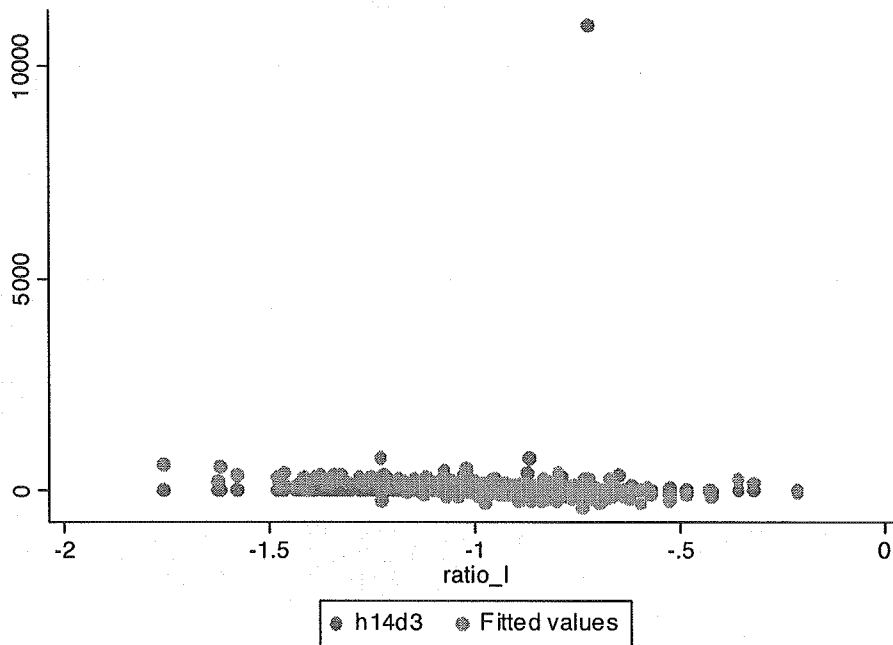


図 8：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率と開業医比率（対数值）の関係
：Ⅲ血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害のケース

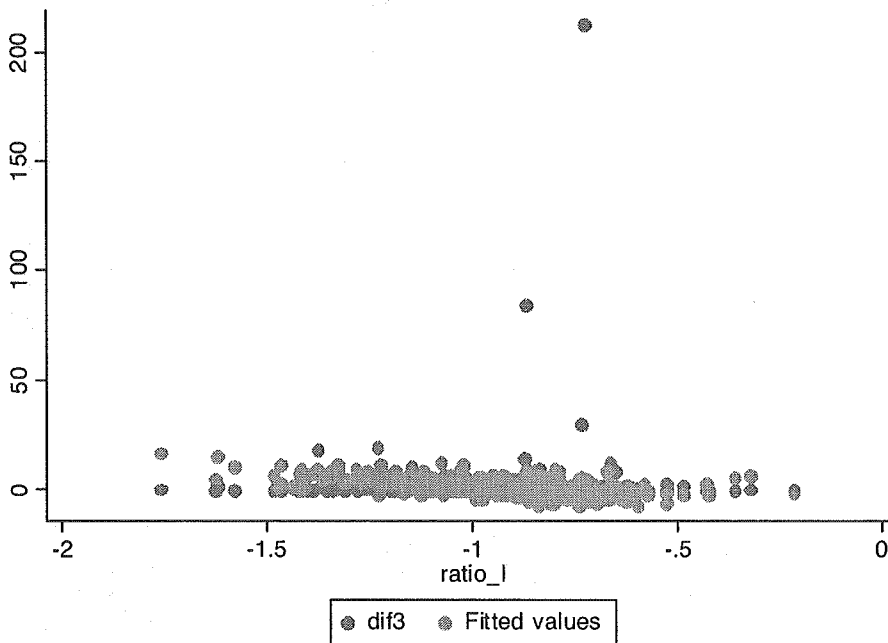


図 9：平均在院日数・推定された平均在院日数

と開業医比率（対数値）の関係：IV内分泌，栄養及び代謝疾患のケース

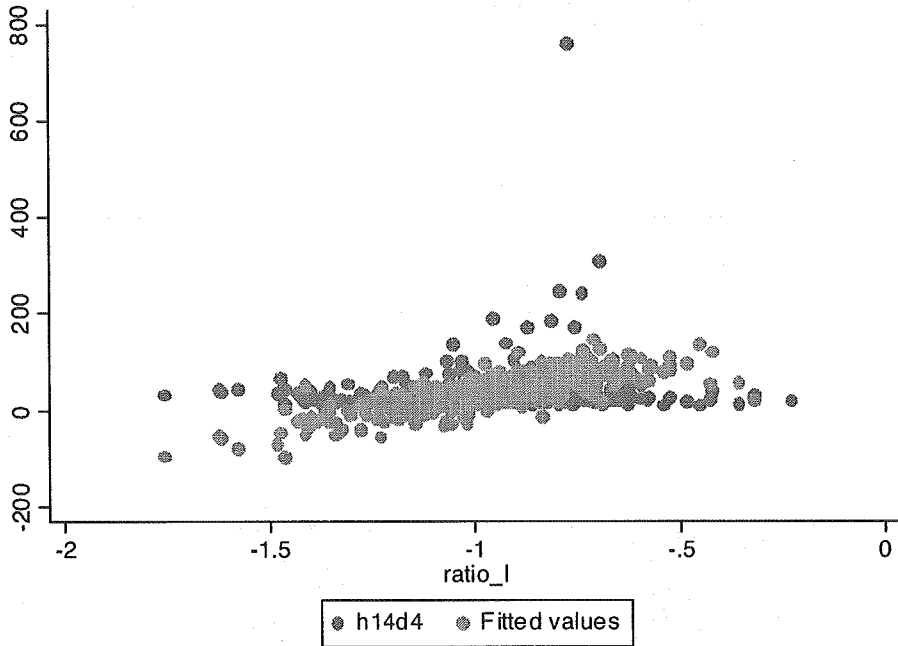


図 10：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率

と開業医比率（対数値）の関係：IV内分泌，栄養及び代謝疾患のケース

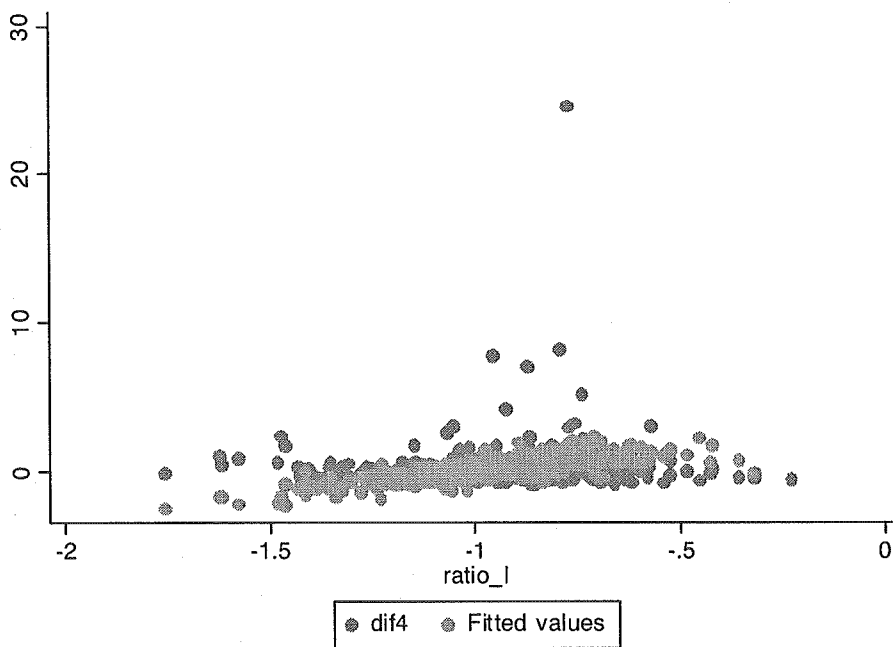


図 11：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：V精神及び行動の障害のケース

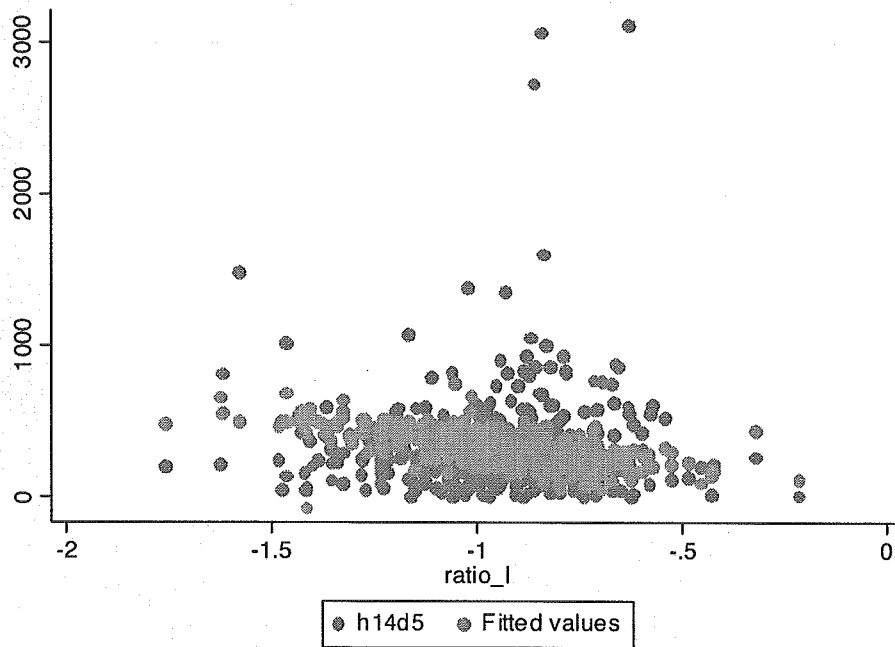


図 12：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：V精神及び行動の障害のケース

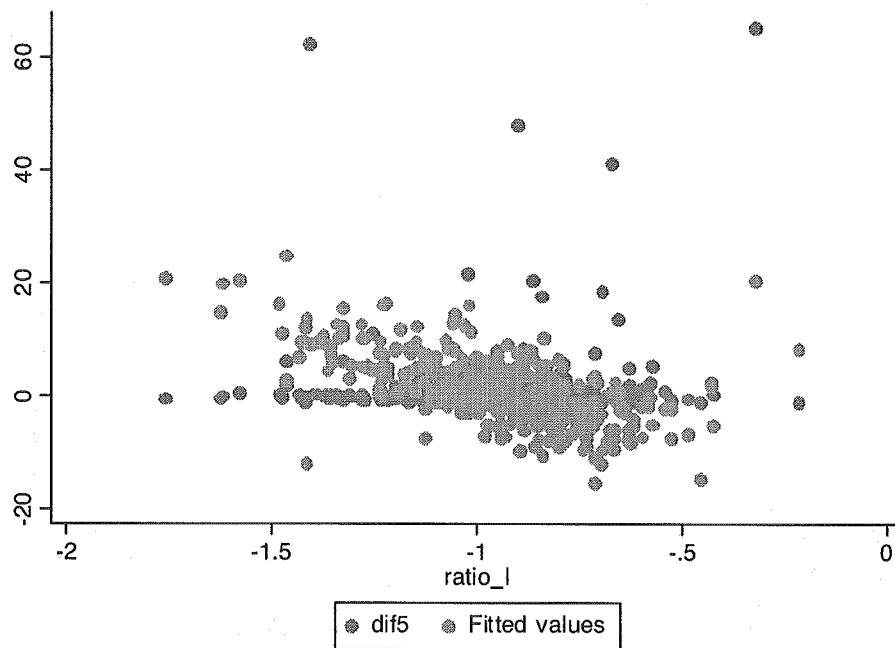


図 13：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：VI神経系の疾患のケース

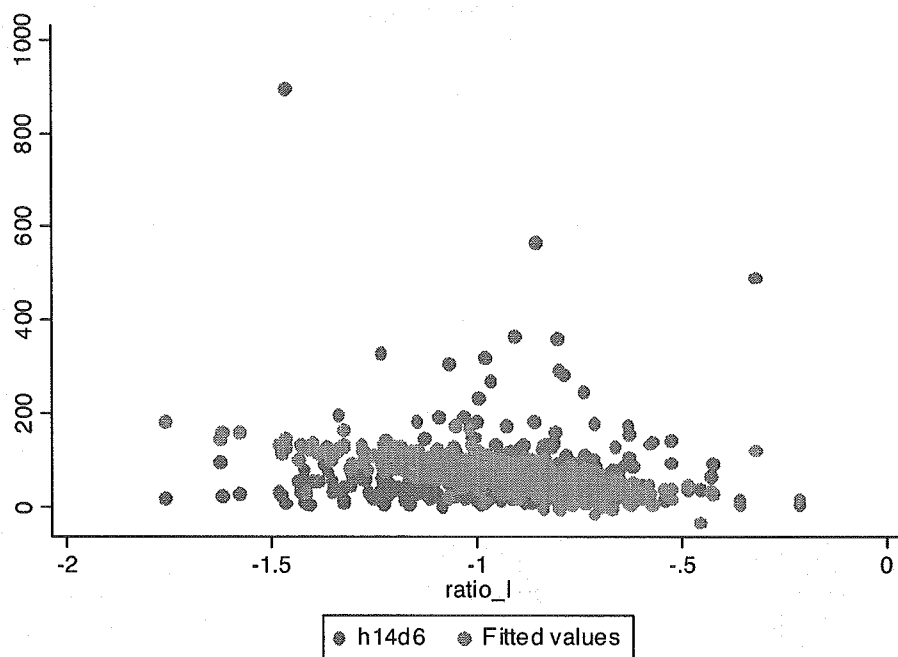


図 14：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：VI神経系の疾患のケース

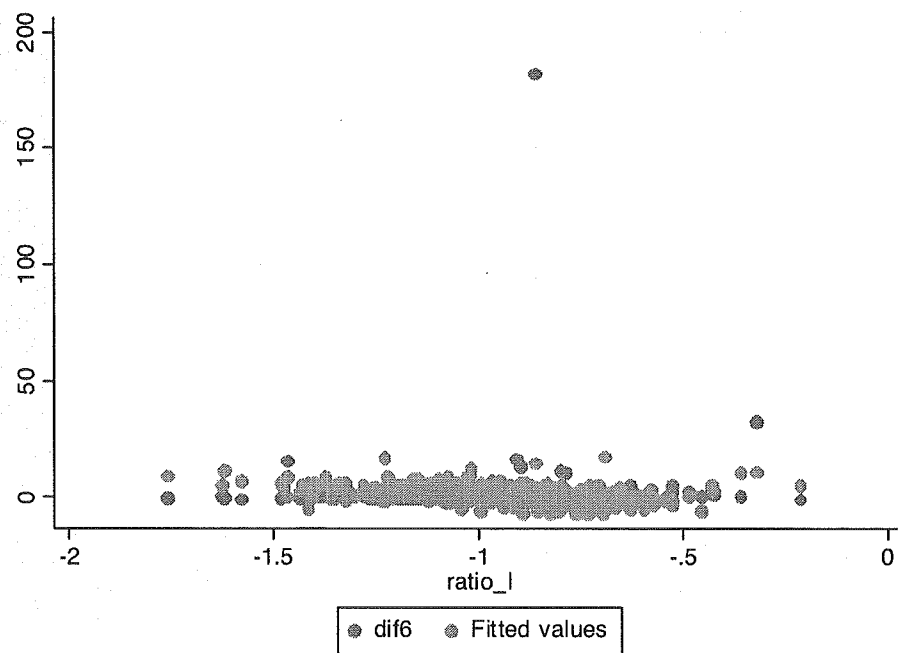


図 15：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅶ眼及び付属器の疾患のケース

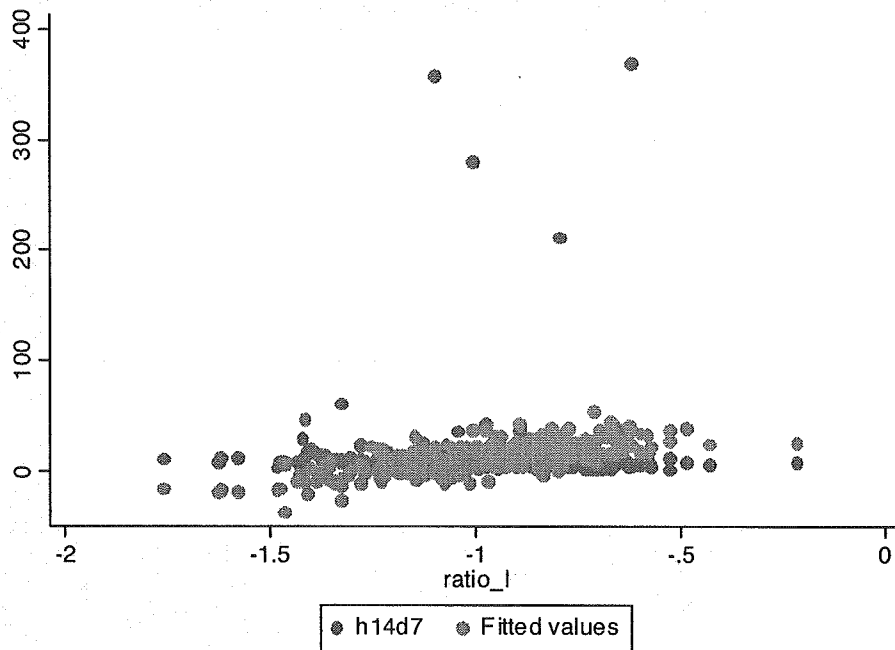


図 16：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅶ眼及び付属器の疾患のケース

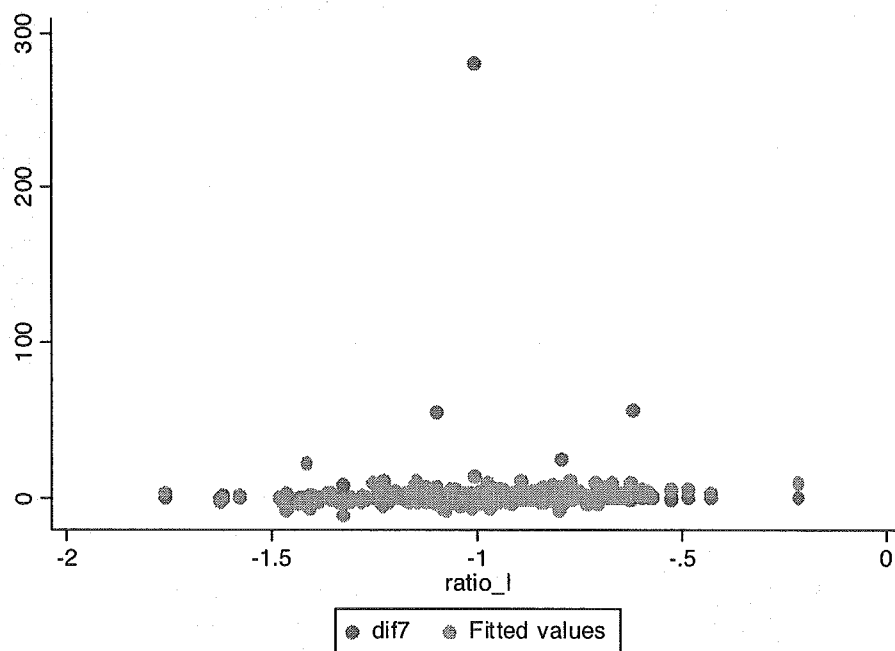


図 17：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅷ耳及び乳様突起の疾患のケース

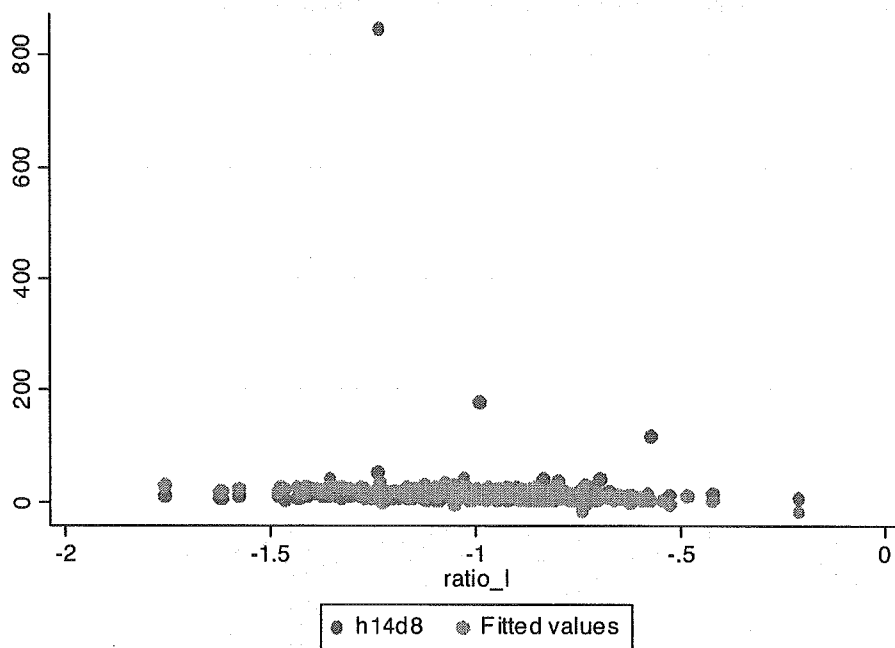


図 18：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：Ⅷ耳及び乳様突起の疾患のケース

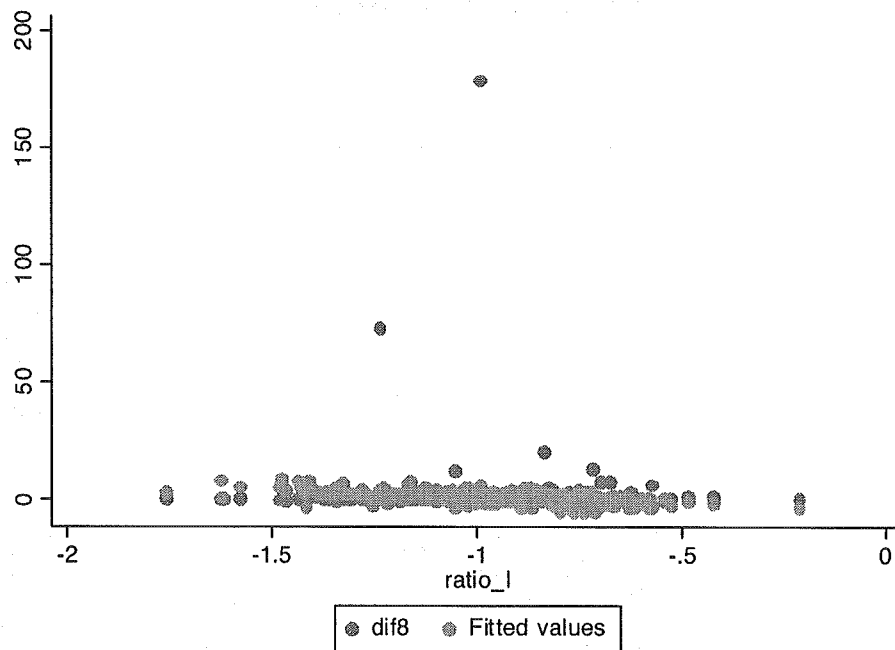


図 19：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：区循環器系の疾患のケース

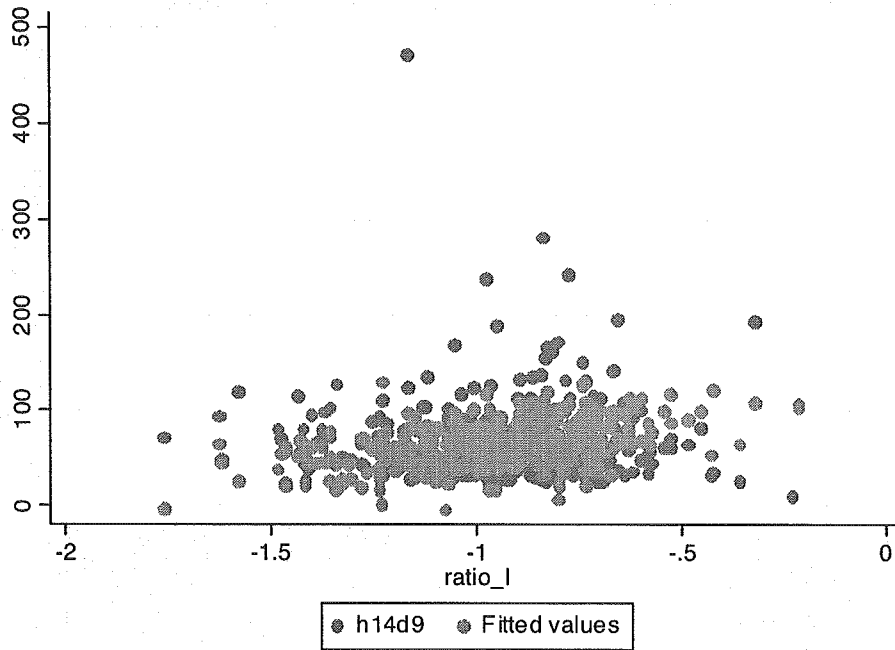


図 20：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：区循環器系の疾患のケース

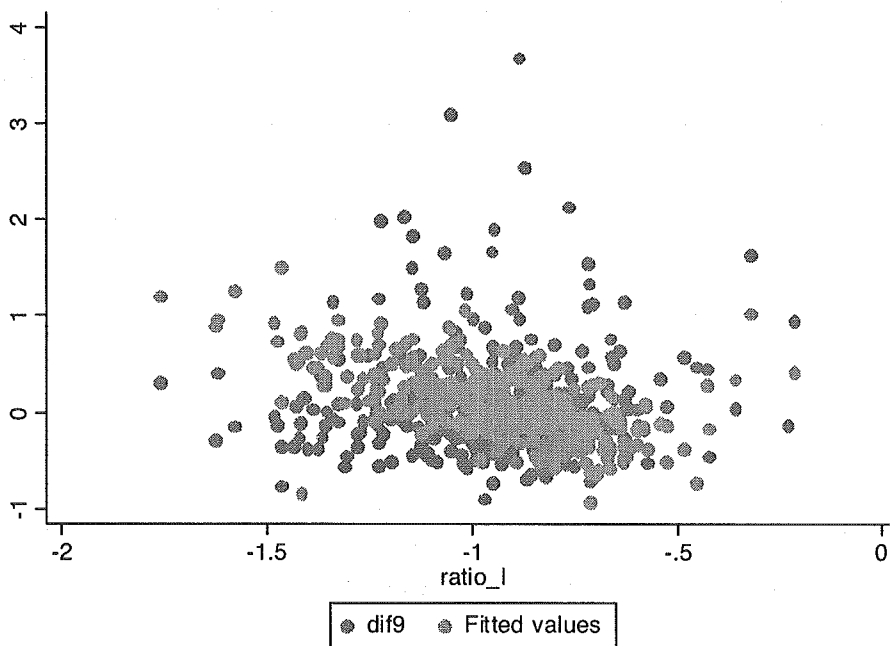


図 21：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：X呼吸器系の疾患のケース

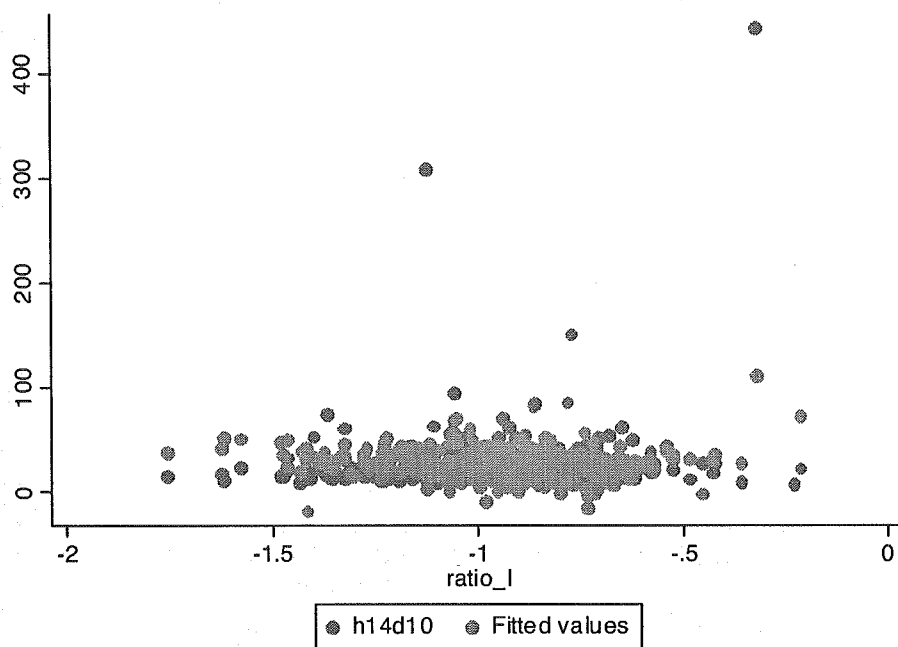


図 22：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：X呼吸器系の疾患のケース

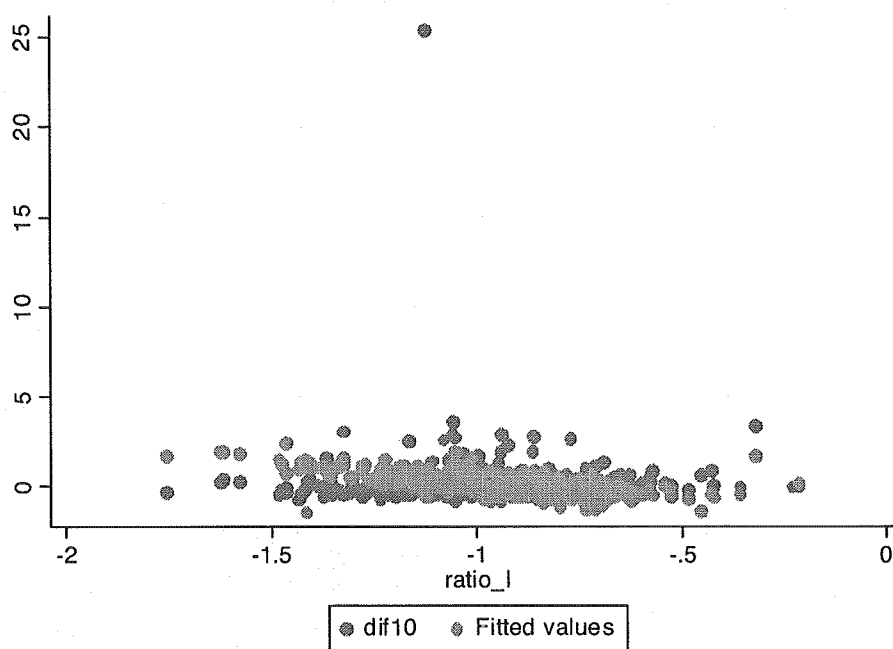


図 23：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：X I 消化器系の疾患のケース

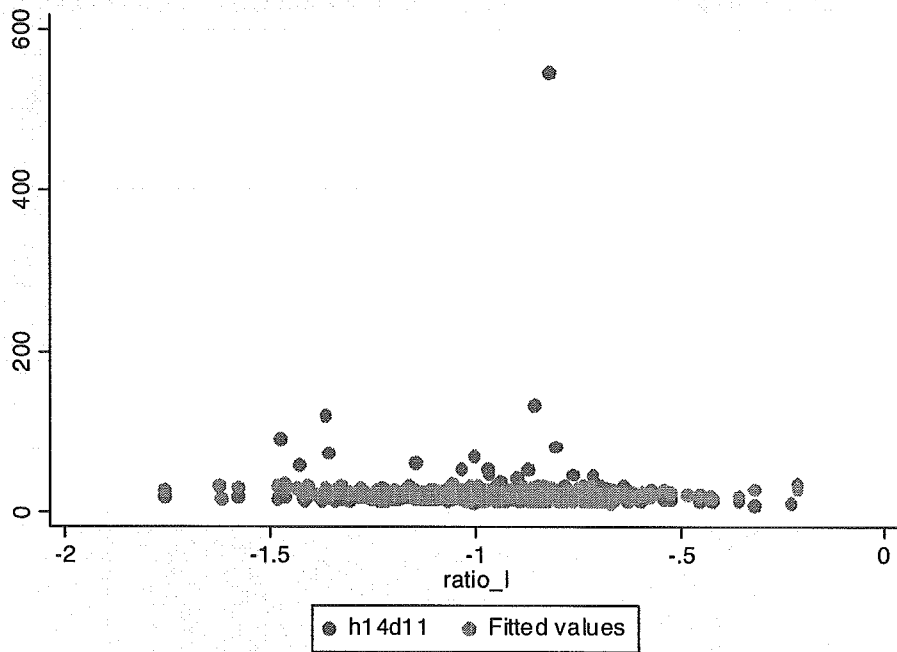


図 24：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係

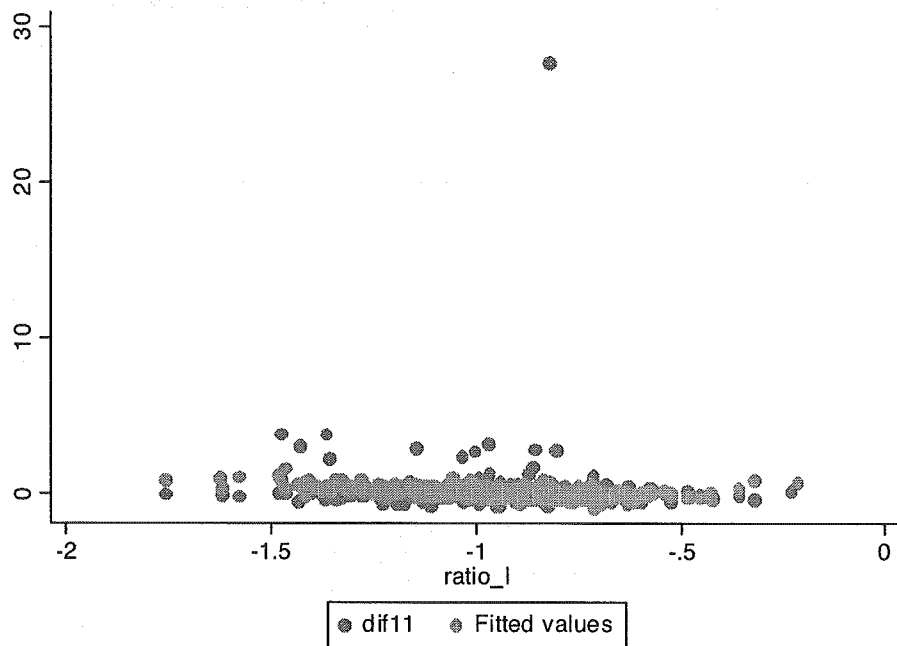


図 25：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：X II 皮膚及び皮下組織の疾患のケース

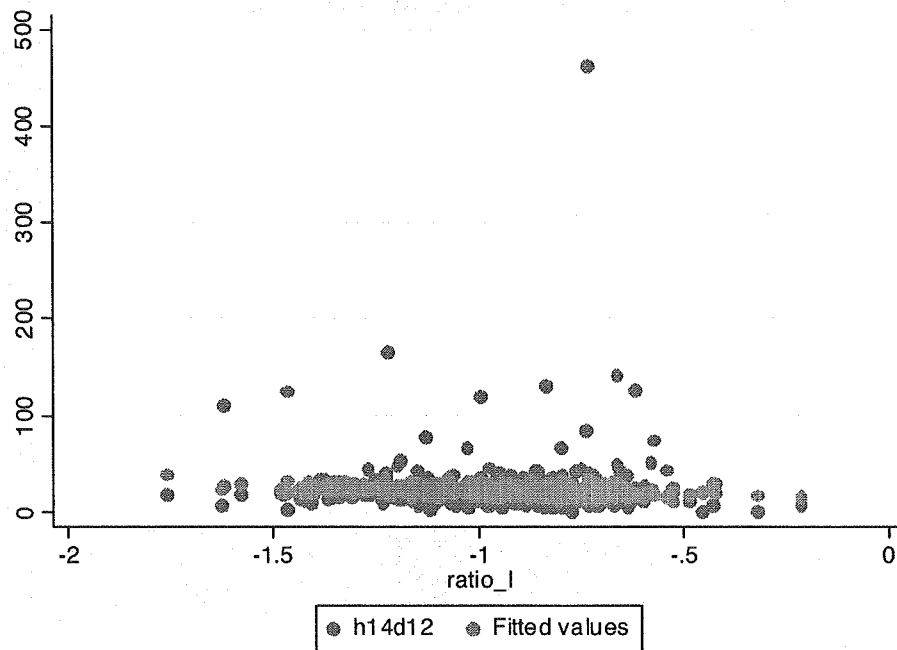


図 26：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：X II 皮膚及び皮下組織の疾患のケース

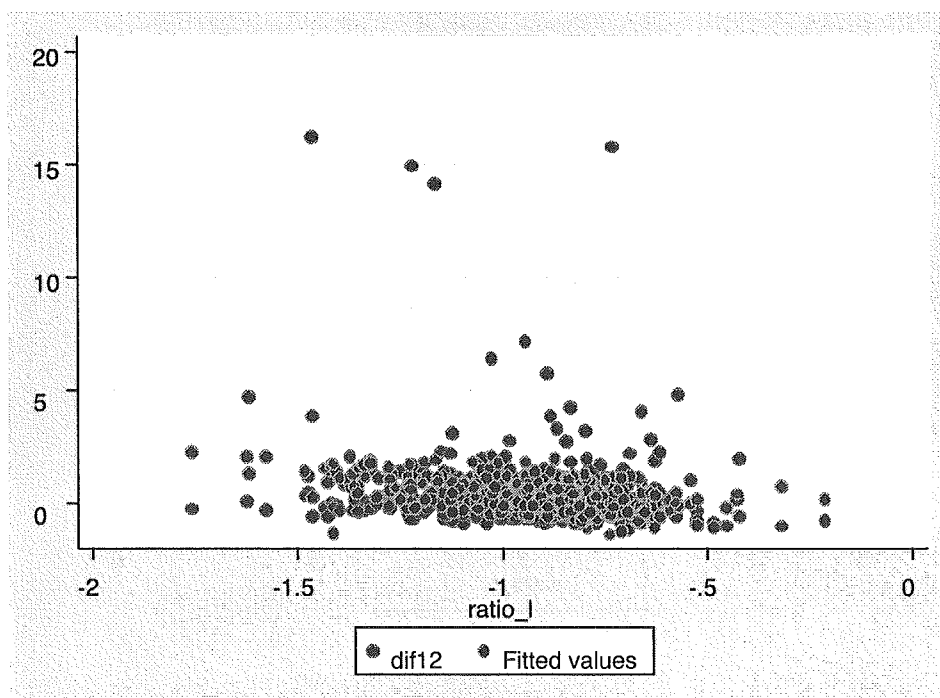


図 27：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：XⅢ筋骨格系及び結合組織の疾患のケース

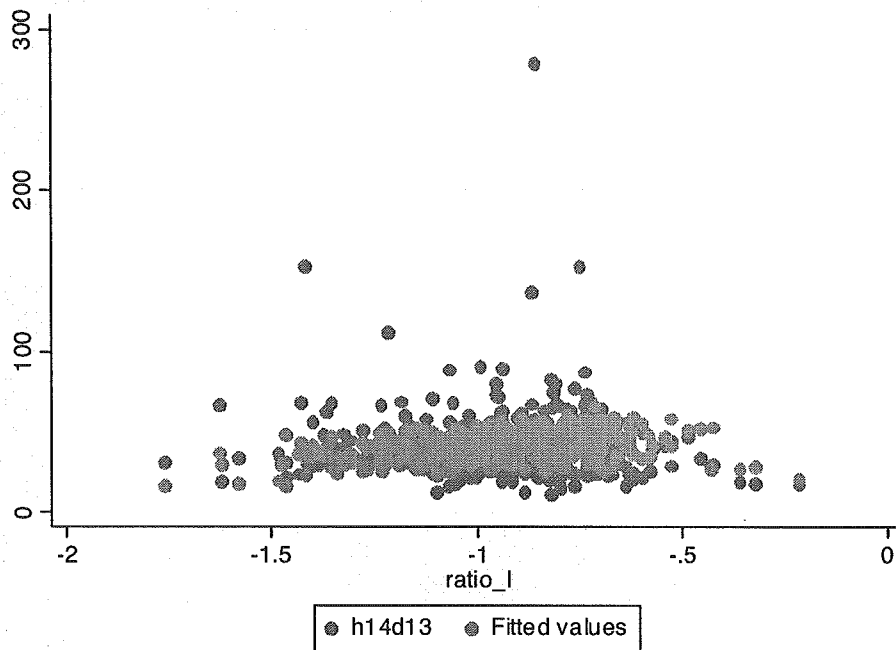


図 28：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：XⅢ筋骨格系及び結合組織の疾患のケース

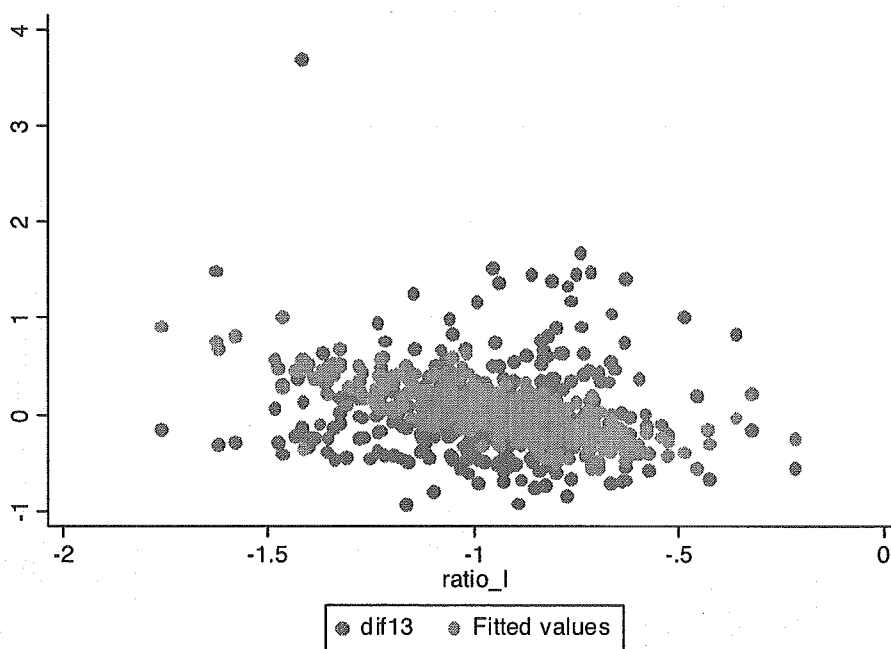


図 29：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：XIV尿路性器系の疾患のケース

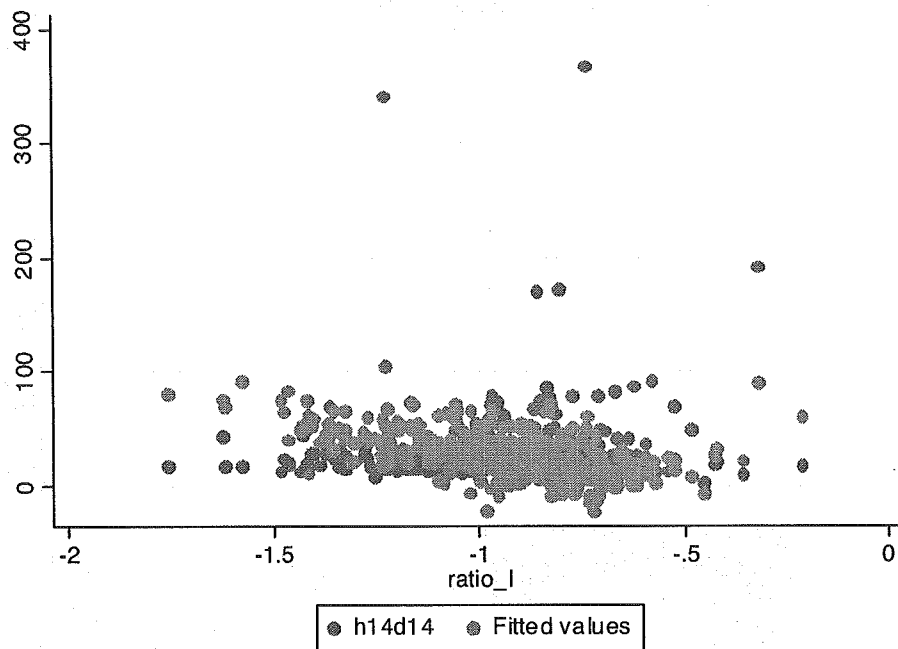


図 30：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：XIV尿路性器系の疾患のケース

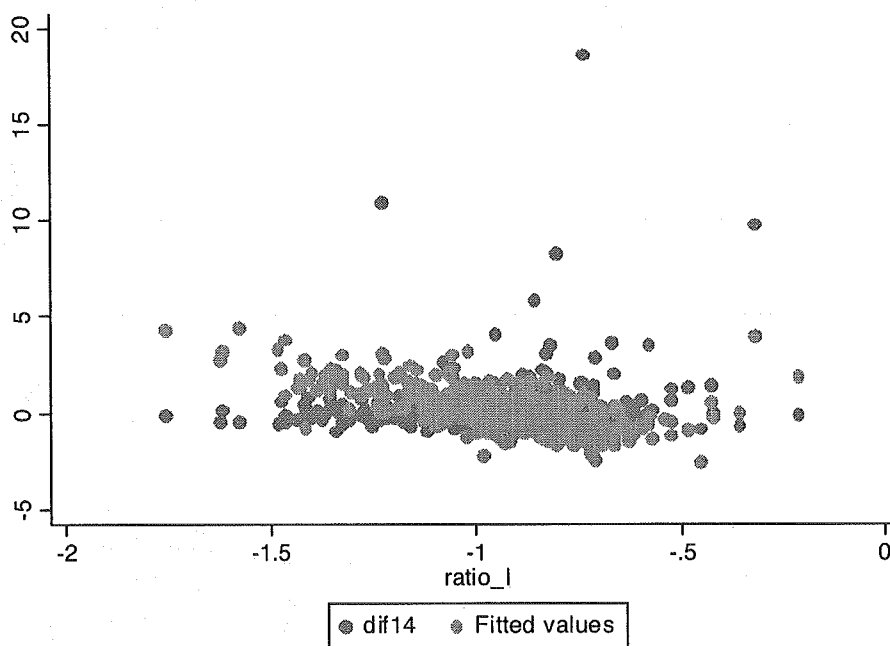


図 31：平均在院日数・推定された平均在院日数
と開業医比率（対数値）の関係：XV妊娠，分娩及び産じよくのケース

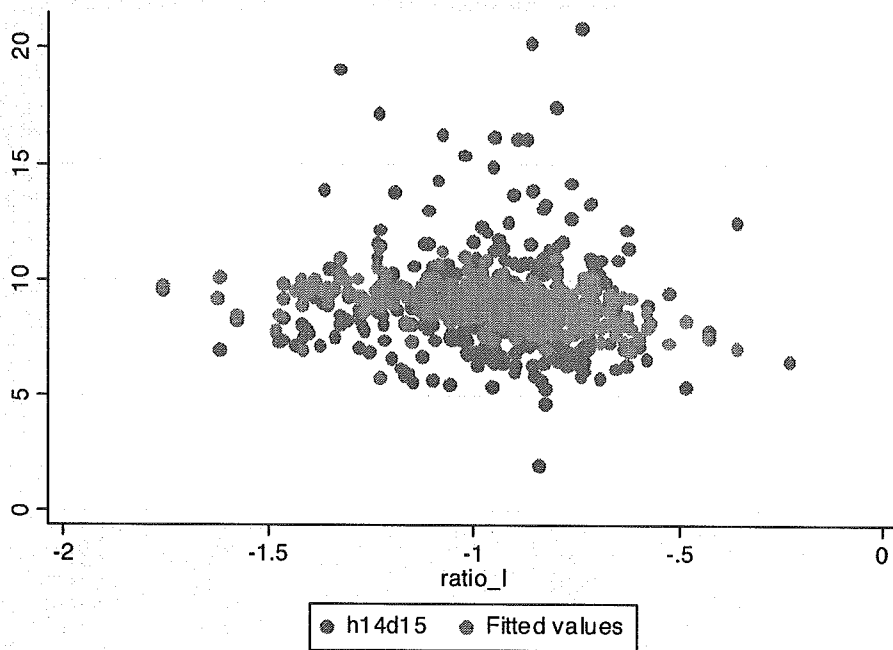


図 32：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：XV妊娠，分娩及び産じよくのケース

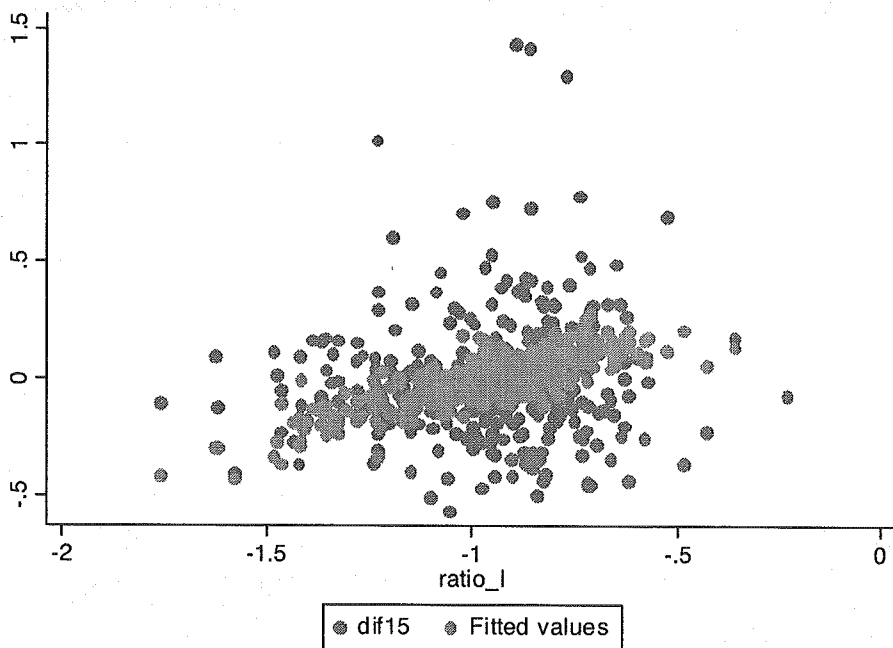


図 33：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：XVI周産期に発生した病態のケース

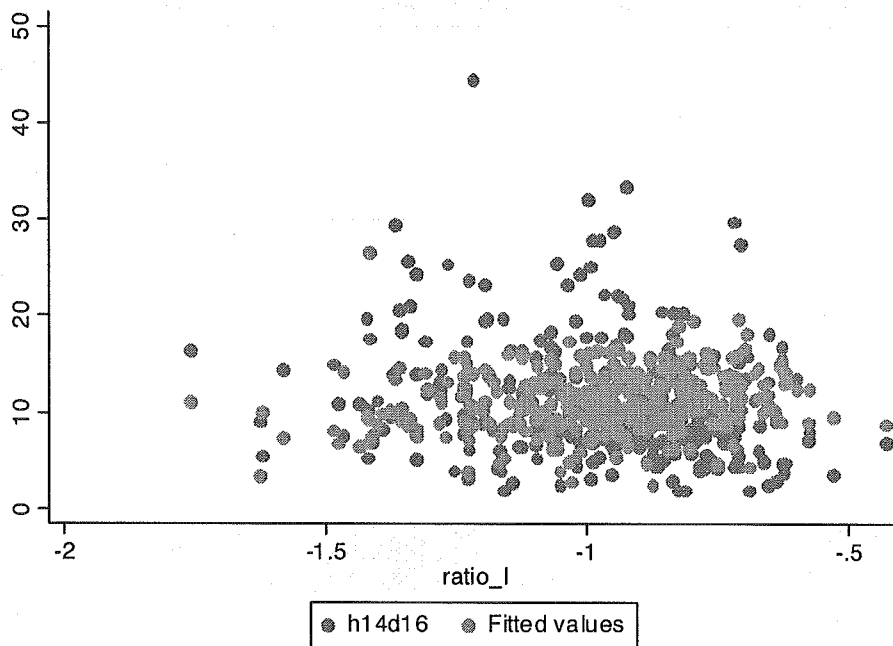
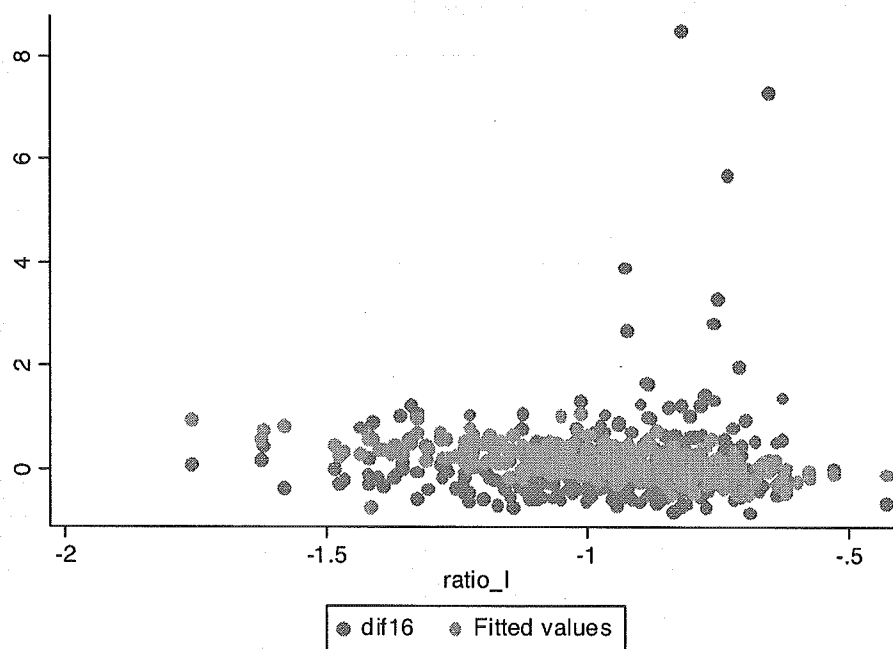


図 34：平均在院日数改善率・推定された平均在院日数改善率
と開業医比率（対数値）の関係：XVI周産期に発生した病態のケース



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

④在宅医療の総合化と効率化～医療情報伝達（medical information transporter: MIT）と医療生活計画（medical life planner: MLP）の重要性～

分担研究者 大和田 潔 東京医科歯科大学臨床助教授

厚生労働省の後押しもあり、本邦では在宅医療が急激に拡大している。一方で、利用患者の増加、在宅医療の高度化、システムの複雑化などにより、新たな問題が起きつつある。昨年度、私はさまざまな形態の入院患者の姿を通し、日本の医療システムに決定的に欠如しているものを考察し、それを補う概念として、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: MIT）また、総合的にさまざまな医療機関を超えて適切な医療を判断していく概念として「医療生活計画」（medical life planning: MLP）、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）としてその概念を提案した。

本年度は、在宅医療における幾つかのケースを紹介し、その問題点を提議し、日本の在宅医療に欠如しているものを考察した。その結果、基本的には在宅医療においても入院患者と同様の問題を抱えていると言う事が明らかになった。また、在宅医療の問題と言うのは入院医療における問題点の上に、さらに在宅医療特有の問題が追加されていると考えると非常に解りやすいと考えられた。日本の保健医療システムは機会均等の素晴らしい財産を有している。今後もこの非常に優れたセーフティーネットとして機能している保健医療システムが継続されるための問題点と提案を行った。今後、様々なシステムを種々に組み合わせる医療が行われていく事が予想されるが、早急に上記の問題点を解決して行くことが、「医療の総合化と効率化」に必要であると考えられた。

A. 研究目的

在宅医療における総合化と効率化における問題点を明らかにする。

一ジャーのインタビューから問題点のエレメントを整理した。次に、倫理面に最大限の配慮を行い、現在の在宅医療で問題となっている事案についての症例呈示を行い、考察を加えた。

B. 研究方法

様々な症例の実例と、経験豊富なケアマネ

(倫理面への配慮)

個人や個人情報 that 特定できないように、様々な症例を組み合わせたたり、一定の情報を変化させ、倫理面で問題が出ないように最大限の配慮を行った。また、作成した文章を情報提供者にお見せしフィードバックしたうえで問題の無い事を確認した。

C. 研究結果

在宅医療システムを取材し、自験例を交え総合化と効率化に問題となった様々な背景の症例を提示し、考察する。

D. 考察

多くの在宅医療スタッフの抱えている問題を挙げ、その本質を考察し、昨年度の入院保険医療システムにおける問題と比較を行った。

E. 結論

本邦の医療システムには、医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) と医療生活計画 (medical life planner: MLP) という概念が欠落しており、継続した力強い患者をサポートする医療システムを推進するインセンティブが不足している事が明らかとなった。また、有効性に対する評価が不足しているため、各医療機関が分断されている現状が明らかになった。これらの事を解決していく事が、今後の良いポテンシャルを持つ日

本の医療システムを改善させていく上で重要な事と思われた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

第4章 在宅医療の総合化と効率化

～医療情報伝達 (medical information transporter: MIT) と 医療生活計画 (medical life planner: MLP) の重要性～

大和田 潔 (東京医科歯科大学)

はじめに

本邦で在宅医療が展開され軌道に乗り、厚生労働省の後押しもあり利用者は急激に拡大している。一方で、利用患者の増加、在宅医療の高度化、システムの複雑化などにより、新たな問題が起きつつある。

昨年度、私はさまざまな形態の入院患者の姿を通し、日本の医療システムに決定的に欠如しているものを考察し、それを補う概念として、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: MIT) また、総合的にさまざまな医療機関を超えて適切な医療を判断していく概念として「医療生活計画」(medical life planning: MLP)、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)としてその概念を提案した。

本年度は、在宅医療における幾つかのケースを紹介し、その問題点を提議し、日本の在宅医療に欠如しているものを考察した。その結果、基本的には在宅医療においても入院患者と同様の問題を抱えていると言う事が明らかになった。また、在宅医療の問題と言うのは入院医療における問題点の上に、さらに在宅医療特有の問題が追加されていると考えると非常に解りやすいと考えられた。

これまで、幾つかの問題点を抱えながらも、日本の保健医療システムは公的制度を100%適応した社会保険システムとして¹破綻することなく継続され、社会保障の大きな面を支えてきた。今後もこの非常に優れたセーフティーネットとして機能している保健医療システムが継続される事が必要であると考えられる。そのためには、この入院医療と在宅医療に共通の問題を解決する事が、今後、保健医療システムを継続的に改良設計していく上で重要なポイントになるものと思われる。

在宅医療とは

本邦では平成12年度より介護保険法が整い在宅医療が展開されてから数年が経過し、利用者も増加してきた。登場当初は、これまでのシステムとは異なる医療形態であり戸惑いや混乱もあったが、多くの患者が利用したり経験するようになり、国民にも馴染み深いものになりつつある。また、家庭内で加療を

行っていくという形態として、一定の成果を挙げつつあると考えてよいだろう。他国に移住した患者家族から「日本にいた時のような在宅医療システム自体が存在せず苦労している」との連絡を頂戴し、その感をさらに強くした。

一方で、利用患者の増加、在宅医療の高度化^{2、3}、システムの複雑化⁴などにより、新たな問題が起きつつある。本年度は、在宅医療における幾つかのケースを紹介し、その問題点を提議し、日本の在宅医療に欠如しているものを考察した。一見、在宅医療は個々の例において、状況が全く異なり、共通の問題が無いように考えられる。しかしながら、ここに提示した例が一見バラバラに見えるものの、考察を加えると、共通の問題から派生しているものが理解できると思う。特に都心部の在宅医療に於いては、この問題は顕著であると考えられる。

そもそも、在宅医療はクリニックの外来診療の延長である往診とは異なるシステムである事を理解する事が大切である⁵。往診は、外来診療の変形した形態で、外来受診が難しくなった患者への一時的な医療サービスの提供である。一方、在宅医療は、在宅保健医療システムの元、継続的な多くの医療スタッフの協力を伴う、様々なスタッフが共同で作業を織り成していく高度包括医療体制である。つまり、往診が医師一人で出かける一時的な物であるのに比し、在宅医療は、医師だけでなくさまざまな医療スタッフが、ケアマネージャーの行う医療計画のもとに、在宅の患者に継続的に介入する医療である。実は、この見地から考えると、入院ベッドが在宅に移動しただけであり、長期加療を在宅で行っていると考えることもできる。しかしながら、病院診療の延長とはケアの面からも、設備的な面からも全く異なっており、在宅医療を独自の医療システムとして任四句する必要がある。

在宅医療において最も重要な「様々なスタッフが共同で継続的に加療にあたる」という作業こそが、実は、日本の保険医療システムの最も苦手とするところであり、私は、在宅医療における「ほころび」や患者や家族が実感する苦労としての「非効率性」はここから起因することがほとんどなのではないかと考えている。

同時に、在宅医療では、脳血管障害後遺症、痴呆、神経難病、変形性関節症などの整形外科疾患や喘息、腎不全などの慢性疾患、悪性腫瘍、老齢による通院困難などの加療が行われる。それぞれの疾患の加療は医療の進歩とともに高度化し、在宅医療もそれに歩調を合わせるように高度化しつつある。

以下にこれらの疾患を抱える、幾つかのケースをとりあげ、その問題点を考察する事にする。これらの症例は2004年から2006年に東京における実際の在宅医療現場で経験された事例である。自験例を含め、幾つかの在宅医療現場からの取材によるもののまとめである。一見、在宅医療の問題は個々の家族で非常に異なっているように見えるが、実は共通の問題点がある点に注目したい。

(個人情報を守るため、趣旨を損なわないように一部改変してあるがご容赦いただきたい。)

症例提示

1. 痴呆患者の場合

症例は東京都内に在住の70代男性。同年代の妻と二人暮らしだった。軽い肺気腫にて都内の病院通院中だった。暗証番号を忘れてしまったり、電話の伝言を忘れたり、道に迷う事が多くなったため妻が精査を希望。アルツハイマー病と診断された。

ある日、自宅を出たところで転倒し、左大腿骨骨折をきたした。かかりつけの都内の病院を希望したが、整形外科的手術ができないとの事で、初めての遠方の救急病院に搬送された。大腿骨頭置換術を行い、歩行可能であったがもともとの痴呆が悪化し、夜間に妄状態になる事が多かった。そのため、救急病院は早期退院を勧告した。医療ソーシャルワーカーと高齢の妻はいろいろな方法を考えたが、自宅から遠い救急病院に見舞いに来るのも大変だったため、在宅療養も視野に入れて自宅近くのA病院へ転院する事にした。

転院後、A病院でリハビリを行い傷が治癒するとともに、筋力が上昇し、少しずつ歩行がスムーズになった。痴呆は残存するが、ADLも改善してきたため在宅医療に移行する事にした。主治医が主治医意見書を書き、約3週間で退院となった。

退院後、介護認定がおりていないため、妻が独りで介護することになった。夫の痴呆は今回のエピソードで進行しており、トイレへの移動や、排泄の失敗などさまざまな困難な問題が起きてきた。これらの問題をどうしたらよいか家族受診の形で、妻がA病院の主治医の外来に行ったが、意見書は既に提出済みなので医療ソーシャルワーカーと相談するようと言われてただけだった。医療ソーシャルワーカーは退院後の患者の事であるため余り熱心ではなく、同様に、ケアマネージャーが決まるまで待つように伝えただけだった。

やがて、ケアマネージャーが決まり、介護認定がなされ、さまざまなサービスが始まったが、退院後ほとんど歩行していなかったため廃用性萎縮が進行し寝たきりに近い状態となった。医師が書いた意見書と状態が異なっていたため、介護認定は実際の状態より非常に軽いものになってしまい十分な在宅医療が行えなかった。

妻は、独りで介護を行っているときよりは楽になった。しかし、夫の状況は徐々に悪化し、じょく創からくる敗血症で永眠してしまった。彼女は介護医療が初めてであったため、どのように対処してよいかわからなかったが、最後に言った、ケアマネージャーが介護認定がきちんとなされていたら助かったのという言葉を聞き大きく後悔した。