

2. 難病の場合（1）パーキンソン病

症例は60台男性。10年来パーキンソン病と診断されていた。大学病院にて診断を受け通院していた。ある時、気管支炎から喘息発作を起こし、近医のB病院に入院した。その後、たびたび喘息発作を起こすようになり、B病院に入院を数回繰り返した。パーキンソン病の悪化により、妻の介護量が増加したため、介護医療が導入された。在宅医療を継続していたが、時折抗パーキンソン病薬による不随意運動が出現し、ADLが悪化した。在宅の往診医は専門医ではないため、薬剤の変更、改善が行えず徐々に妻の介護量は増加した。

その後、ショートステイを繰り返すようになり、何とか在宅医療は継続できていた。ところが、ショートステイ中に喘息発作を起こし、ショートステイ先からB病院に転送された。高齢の妻はこれらの経過にて過労となり、介護老人保健施設に転所する事になった。数ヶ月、老人保健施設に入所したが、共働きの子供と妻だけでは、ケアの重さから在宅に戻る事ができなかった。そのため、別の老人保健施設Cに転所となった。数ヶ月して、また別の老人保健施設Dに転所となったが、老人保健施設めぐりに限界をきたし、療養型病床群Eへ転院を考えた。

本人の「家に帰りたい」という強い意向から、療養型病床群に入院する前に一度在宅医療を導入する事になった。老人保健施設Dから在宅医療の展開を図ろうとしたが、ケアマネージャーと老人医療施設との連携を取る間も無く、退所期限が来てしまい見切り発車的に在宅医療が再開された。これらの経過中も抗パーキンソン病薬の調節はなされていなかった。

在宅医療をはじめてまもなく、パーキンソン病や喘息発作から来る内服の不確実性や、薬剤量の調節が行われなかった事などからパーキンソン症状は悪化した。その後、体の動きの悪さからくる、痰の排出困難が出現し、肺炎も併発し喘息発作も合併した。家族がケアマネージャーに連絡したが、「全身状態が悪化しているのなら、もう在宅医療は限界です」といわれた。そのため、家族はB病院に連絡したが、パーキンソン病のコントロールもあるので、専門医が居る方が良いといわれ、大学病院受診を勧められた。大学病院の入院まで1週間程要した。転院時には抗パーキンソン病薬をふくめた薬物コントロールや喘息による呼吸状態が悪化しており、転院後まもなく永眠された。

3. 難病の場合（2）ALS

症例は50台独居男性。右上肢挙上困難と、歩行困難で頸椎症の診断にて在宅加療していた。ある時、神経内科医が往診し精査目的に大学病院紹介し、筋萎縮性側索硬化症（ALS）と診断された。彼は、在宅医療を希望されたため、進行していく脱力に対して在宅医療が開始された。在宅リハビリテーションやヘルパーさんなどの助けを借り、何とか暮らせていた。ご本人は、独り身であることもあり、挿管は希望されず、状態悪化時でも在宅で加療していく事を希

望されていた。

ある日、発熱とともに呼吸困難が悪化し、在宅医が呼ばれ往診。軽い肺炎という事で、マスク型陽圧換気装置と抗生物質治療が始まった。数日後、ヘルパーが訪問したところ、意識を失っており、救急車を要請し救急搬送された。救急救命医は原病が判らず、救命のため挿管した。炭酸ガスナルコーシスが改善し、意識を取り戻し、挿管されていることを知った彼は、抜管を望んだが、人工呼吸器に依存する呼吸状態となっており、抜管する事はできなかった。そのため、本人の希望とは異なる人工呼吸器管理となった。

独り暮らしであるため、在宅人工呼吸器加療は難しく、在宅医療の再開は断念された。その後、気管切開、胃ろうの造設を行い、人工呼吸器装着患者を受け入れている療養型病床群へ転院となり、長期入院を続けている。

4. 悪性腫瘍の場合

50代男性。腹痛のため、近くのF総合病院を受診し、胃癌と診断された。手術後化学療法を受けて退院となった。ときおり通院していたが、どうしても体のだるさが残るため、F病院に何回か相談したが、癌は治癒しており再発は認められないという診断であった。だるさと持久力の低下からADLは次第に低下し、F病院に相談したが、同様の答えが得られたただけだった。そのため、妻が高血圧で通院するG病院に夫を紹介した。

G病院のH医師は夫の下肢筋力低下と貧血を認め、胃癌手術後の消耗と、ビタミン欠乏による貧血と考え加療を始めた。しかし、G病院が遠方である事と、外来リハビリテーションのシステムがG病院で打ち切られることとなり、H医師の判断により在宅医療が導入された。

貧血の改善により、持久力は増加したが、下肢脱力はなかなか改善せずH医師は癌治療を行ったより近くのF病院の主治医に紹介状を書き、支援を求めた。しかし、F病院は癌治療のみを行うとの返答であり、癌が治癒した後の経過観察は近医に任せているとの事で、在宅医療も行っているI病院を紹介された。しばらく在宅医療をつづけていたが、しりもちをついたところ腰椎圧迫骨折を起こし、立てなくなってしまった。そのため、I病院に入院し精査したところ脊髄への転移が認められた。

妻はI病院から完治の見込みの無い事を知らされ、在宅医療の継続を望んだがI病院の医師は癌の治療の事を考えF病院に紹介した。最初の胃癌治療を行ったF病院の主治医の判断により、癌の精査や治療を行うという事でI病院から転院することになった。F病院に転院後、検査過程の段階で次第に全身機能は悪化した。妻は最後は家で看取りたいとの希望をだしたが、退院する状態でないといわれ、F病院で永眠された。その過程で、妻は自分の主治医でもあるH医師にたびたび相談していたが、I病院担当の間に意見する事もかなわなかった。H医師はF病院で永眠された事を数ヶ月して妻からの手紙で知った。

5. 脳卒中後遺症の場合

症例は夫と小学校高学年の子供がいる40台女性。ある日調理中に倒れ、I救急病院に搬送された。脳幹梗塞により嚥下障害と右に強い四肢麻痺が残った。幸い理解力などの高次脳機能は障害されなかった。入院中、嚥下障害のリハビリテーションを行ったが、誤嚥が多く胃瘻が導入された。胃瘻管理は上手く行き、救急病院からJリハビリ病院へ転院した。

数ヶ月リハビリテーションを行ったが、麻痺が残存した。本人の希望が強く、在宅医療が導入された。在宅医、訪問看護師、訪問リハビリテーションが導入された。在宅では胃瘻の注入は家族が行わなくてはならないため、夫が仕事をシフトさせ一日二回に数を減らし、何とか注入を行っていた。夫の帰宅が遅くなることも多く、その際は小学生の子供が胃瘻栄養を注入していた。

ある日、小学生の子供がクラブの合宿に行くこととなり、夜間の注入をその間夫が担当することにしていた。ところが、夫の仕事が長引いたため在宅に居るヘルパーに連絡を取り、胃瘻栄養注入を依頼したが、「医療行為」ということで断られてしまった。訪問看護師に連絡がなされたが、看護師が到着したのは、夫の帰宅とほぼ同時であった。結局妻は、夫が帰宅するまで12時間以上水分や栄養補給がなされなかった。幸いその際は異常を認めなかった。

その後もトラブルを回避し、何とか在宅医療を継続していたが、繰り返し誤嚥性肺炎や気管支炎などで発熱し在宅医が往診した。在宅医療では難しいと判断された時には、在宅医は幾度かJリハビリ病院に連絡したが、救急病院ではないとの事で断られた。そのため、救急車を要請しI救急病院か、非常に遠い別な救急病院へ搬送された。その都度、在宅医療を配慮しない入院担当主治医や病院の対応により苦労を重ねた。

幾度も搬送されたり、入院を繰り返しているためI救急病院の医師は、長期療養型病床群を勧めたが患者は小学生の子供と暮らす事を選択している。今後、具合が悪くなったときにはどうしたらよいかと非常に大きな不安を抱えている。

考察

これらの症例を見ていくと、在宅医療におけるさまざまな問題が浮かび上がってくる。在宅医療への移行の問題を時間軸にそって追って行く事にする。

まず、在宅医療の導入だが、医療者サイドが必要性感じ患者にサービスを紹介する事自体が少ない。在宅医療へ移行すべきなのか、あるいは高齢であるから介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護保険医療施設（老人病院、療養型病床郡）などの介護医療施設に行き、在宅医療へ移項するのか、在宅医療は必要なく通院だけでよいのか、勤務医や病棟看護師は、診療報酬の裏づけが無くインセンティブの働かない医療ソーシャルワーカーに丸投げしている事がほとんどである。そのため、医療ソーシャルワーカーと懇意にして、患者に良

いサービスを提供しようとしている医師は総合病院では非常に稀である。

症例1、2、4に見られる様に、入院加療後、患者や家族がその後どのように対応すべきか迷ってしまった。もともと、本邦に置いては、入院病床の勤務医やスタッフは主治医やプライマリナースであっても、その患者のライフスタイルに対して医療を継続して提案するという姿勢が非常に脆弱であり、入院中は全力を尽し、目の前の疾患を医療事故無く治療する事だけに専念するように教育されている。また、病院側も診療報酬上、患者回転数を上げることで収益をあげられるため、一人の患者を丁寧に診る、病院に収入が発生しない退院した後の患者の相談にのるといようなコストが発生しない労働を入院スタッフに決して勧めてはいない。

また、総合病院勤務医は在宅医や在宅医療スタッフを「別なシステムのスタッフ」と考えている事も多く、医療サービスの断裂が起こりやすい。医師を含めた在宅医療科を有する病院でさえ、入院病床のスタッフと組織上分裂していて、在宅医療科を通さずに入院病床の勤務医から在宅医師指示書が提出され、在宅医療が混乱した事例もある。このような医療者の非協力的な混乱や無理解から、入り口からの間違いや迷いが患者や家族に生じ、彼らをその後長期間にわたり苦しめる事になる事も多い。

一旦退院、通院というパターンを考慮無く選択したものの、在宅療養をしている患者や親族がケアが重荷になり、自らさまざまな試行錯誤を繰り返し努力が破綻した結果、在宅医療を導入する事が多い。また、在宅医療の必要性が発生してから申請、認定、開始など、実際に在宅医療が展開される時期には大きなズレがある。その間のケアに家族が多大な労力を使い、患者の状態が悪化する事がある。最初の認定の程度にもばらつきが在り、患者の状態の変化に合わせ小刻みに最適化されていないためズレが生じやすい。また、症例5のように、繰り返す肺炎のため、全く違う救急医療機関に入院。その後の在宅医療の展開があたかも「新規在宅医療導入」のようになり、非常に苦勞する事も多い。

在宅医療が軌道に乗り始めたときに問題になりやすいのは、当初の計画のサービスと患者や家族の認識の違いである。「在宅医療」のイメージがまだ十分理解、定着していないこともあるが、地域による在宅医療の質のバラツキが原因となることもある。家族も労働に出なくてはならなかったり、家人の病気などで突発的理由で介護をできなくなったりする事もある。こういった場合に対応する体制はまだ十分ではない。また、入院急性期リハビリテーションが慢性期リハビリテーションに移行した場合、在宅リハビリテーションに繋いでいく方針となっているが、未だその趣旨が患者に十分周知されておらず、リハビリテーションの引継ぎも十分ではない。

在宅医療がある程度継続されてくるとさまざまな事がおきてくる。

一つは原病によるものである。在宅医療に移行すべき疾患は、癌、老化、慢性疾患、難病など、慢性に悪化する傾向を持つものが多い。そういったときに

は、まず介護者に負担がかかり、破綻寸前になり介護者が第三者に相談することが多い。または、リハビリテーションスタッフなど在宅スタッフの誰かが現在展開されているサービスと患者の状況が不適應を起こしている事に気づくこともある。ただそういった場合も、原病の緩やかな悪化なのか、突発的なことなのか、ゆっくり対応してもよいものなのか、急ぐべきものなのかが判然としない事もあり、大きな問題である。症例 3 のように、一人暮らしの在宅医療を行っている患者の緊急対応や意思の確認が十分行われなこともある。

もう一つは、時折起きる合併症についてである。

症例 2 のように、パーキンソン病にて在宅医療を行っているが喘息発作が起きてくるときにどのように対応すればよいのだろうか。多くの場合、一つの医療機関で幾つかの疾患を併せて加療を受けていることが多い。そういった場合、どちらかの疾患の専門医が別の疾患を合わせて診ることとなる。こういった症例の場合、パーキンソン病治療医のいる医療機関が喘息の治療に積極的ではなく、小さな発作の時の外来での対応、大きな発作の時の入院の対応が保障されない。また、直接対応している医療機関がどちらの疾患にも対応していない事も多い。実際、泌尿器科専門医が在宅医療を行っている脊髄小脳変性症の患者の元へ、私は必要に迫られ時々往診をしている。これは、私が私的病院勤務となったから可能であるが、往診を禁止している多くの公的病院勤務であった場合、患者は大変に不利な状況に陥るだろう。勤務医の在宅医療現場への派遣は大変に困難で、現在は非常に硬直した体制となっていると考えられる。在宅医療への医療資本の流動化が必要であろう。

以前私は、東京から北海道に難病の在宅医療を展開した事があった。ケアマネージャーやバックアップ病院もアレンジし、上手く在宅医療を行う事ができていた。ある日、ご家族から、「急に患者がぼけだして困る」との相談を受けた。話を聞くと、炭酸ガスナルコースによる意識障害の症状が疑われた。そのため、週末を利用し現地に伺い、きちんとした診断の元にバックアップ病院に入院し、救命することができた。ご家族も集まる事ができ、大変に満足された。こういった合併症はあらかじめ予想されたものであったにもかかわらず、致命的になる程度まで対応が遅れてしまっていた。これは、「文章では知っているが実際は知らない」という事を如実にあらわしている。炭酸ガスナルコースは意識障害を起こすが、その結果「ぼけたような事を言う事もある」という経験がないため、ケアマネージャーやスタッフたちが気がつかなかったのである。

これは、実は日本の在宅医療のスタッフを何処まで専門性を高める必要があるのかという根本命題にも繋がるものである。在宅医療の高度化はどこまで計るべきなのか。テクノロジーの進歩に伴い入院医療で行われているレベルに歩調を合わせ、在宅医療を高度化させれば、小さな病室が実現できるだろうが、公的サービスで全てをまかなえるだろうか。また、実施すべきなのだろうか。例えば、保険診療で認められている、動脈血液検査装置が小型化されれば自宅に

置くべきなのだろうか。実際、もう既に吸入器を備えながら、在宅人工呼吸管理を血液酸素飽和度をモニターしながら行う事はそれほど珍しくは無い。胃瘻栄養や中心静脈栄養を点滴注入ポンプで滴下し、尿量をバックで計測しながら、エアマット上で褥瘡の管理をされている患者も実現されつつある^{2, 3}。勿論血圧は自動血圧計で家族が一日3回は計測している。これは、入院患者に対して看護師が行う「3検」という、日に3回状態を計測する「手厚い」部類に入るモニターに相当するものである。入院の状態が悪化した時、状況に応じ、最新の抗生物質も選択されるだろう。驚く事に、こういった場合、包括医療の療養型病床群の患者よりコスト面から手厚い医療が在宅で実現されるのである。また、「呼吸器の音がうるさい」、「ナースコールが押せない」などの入院医療では患者が回りの環境から受けるストレスも在宅では少なくなる。日本のように技術が進歩し、高学歴の国民の多い社会では、このように在宅医療は限りなく高度化されていく可能性を秘めている。

さらに、もし、患者データがそのまま、在宅医療システムの本部でリアルタイムにモニターできるようになるなら、あたかも看護ステーションと病室のような関係になり、「在宅に入院している」ようになっていくであろう。すると、高コストの健康保険入院システムや、介護医療保険入院システムの入院を制限し、退院を促し、在宅医療に移行するという医療費抑制策には在宅医療は貢献しなくなる。また、有床病院への入院医療を経ることなく、「高度在宅医療パッケージ」をすぐさま在宅で展開し、自宅の一室を入院病室化すれば済んでしまう時代になるかもしれない。現在でもクリティカルパスを駆使し術後数日で退院するようになっている。その時には、入院医療と在宅医療のボーダーは今以上にあいまいなものになり、低コストだから在宅医療を促進するという経済的な面での推進力は失われ、等価格であるが在宅医療が必要であるという事となり、在宅医療の本来の意味が問われる時代になると考えられる。

さて、在宅医療がさらに継続されると、通常の健常者と同様、在宅患者も急性上気道炎（感冒）、インフルエンザや肺炎に始まる原病とは異なる様々な合併症を起こし、治癒し、また発症するという事を繰り返すことになる。しかしながら、原病に加えてこれらの事が起きてくるので、健常者の発症と異なる状況に陥る事も多い。また、ケアの質を変えなくてはならない事にも直面する。本来であれば、在宅医療のエキスパートがご意見番として、長期にわたり継続的に患者を観察、対応するシステムが必要であるが、このように継続的に観察する事によるインセンティブは確保されておらず、現在では長期的な十分なケアが保証されてないといわざるを得ない。私は在宅医療を行っていたほぼ寝たきりの状態のパーキンソン病の患者が自宅でインフルエンザに罹患した時、在宅医が「パーキンソン病の患者は特殊なので判らない」という理由で処方をしてもらえなかったことを経験した。その患者は入院覚悟で、救急病院に搬送されたが、外来で処方だけされて帰宅し改善した。このように、長期的なケアの継続

という事に置いて、非常に心もとないものがあることは事実である。

また、医療的な問題と異なる以下の症例も経験された。その高齢の男性患者は非常に気難しく、医療スタッフとのトラブルが絶えなかった。それでも何とか在宅医療スタッフをそろえ、一年間は在宅医療が行えた。ところが、ある理由でケアマネージャーが移動し、「理想的な在宅医療に熱心な」若いケアマネージャーが就任した。彼女の意見により、入浴サービスの曜日は「理想的な日に」変更され、その曜日に併せられるように事業者が選定された。その結果、さまざまなスタッフが入れ替わる事となった。すると、患者は在宅医療を拒否するようになり、家人の介護量が激増し、最終的に在宅医療断念するところまでいった。私はセカンドオピニオンとして相談を受け、「在宅医療は患者、患者を介護する家族が主役である」という事をおつたえし、在宅医療のシステムを説明した。

『在宅医療を患者が希望すると、それに沿って主治医が意見書を作成する。自治体は介護認定を行い、患者がケアマネージャーを設定する。ケアマネージャーはサービスを行うための業者に連絡を取り、在宅医療チームが組織され、在宅医療が展開される。』という趣旨である。そう考えると、上記の状況は明らかにケアマネージャーの在宅医療展開手腕に問題があり、それまで上手く展開できていたサービスを上手く継続できるケアマネージャーを選定するだけでよいだけである事がわかる。ケアマネージャーの一覧は多くの場合自治体の福祉介護課などに置かれているから、それらの表を参照して相談すればよいのだった。ところが、多くの国民は、在宅医療がどのような枠組みで展開されているか理解していない事が多いし、実際のところそういった仕組みを知らなくても在宅医療が展開できる事が大切なことと考えられる。

在宅医療に置いては、ケアマネージャーが様々なプランを策定する⁶。ところが、ケアマネージャーによる在宅サービスの囲い込みもよく行われるものである。一見全く違った事業者のように見えるが、実際はケアマネージャーと在宅医療スタッフが隣の机でリハビリテーションスタッフは隣の部屋、ということもよく見かける光景である。現在のところ、それらは効率化の面で優れている面もあるが、よりよいサービスを競争下に取り捨選択していくと言うためには不十分である。今後、きちんとしたそれぞれのスタッフの独立化した上でのモジュール化が必要かどうかも含め大きな課題となるであろう。また、ある病院では自分の病院系の訪問看護ステーションを利用していない患者に、訪問リハビリテーションスタッフを解放せず、問題となった事があった。

まとめると、私は、今の在宅医療は継続的に相談できる良い医療者やスタッフに出会う事が無い限り、『船頭なく航海にでるようなもの』だと考えている。上記したようにどの方角に向けて船を漕ぎ出せばよいかの指示や、海図すらない状態であると考えている。

厚生労働省も入院期間を短縮し早期退院を促し、それに継続する形で在宅医

療は医療を在宅で行う圧力が高まっている。一方でそれを受け入れる患者、家族には在宅医療のシステムは理解が進んでいない。また、在宅医療は在宅で行うという制約から、入院施設で行うものとは大きな設備的ギャップがある。次に、入院中は看護師が申し送り、継続して常に監視している患者の状況を、在宅医療では誰がモニターしていくのか判然としていない。家族、という答えもあるだろうが、「老老介護」の現状で、高齢者の配偶者が高齢者の患者の状況をモニターするのは不可能である。

在宅リハビリテーションスタッフが患者の異常に気付いた場合、まず誰に伝えるのか、それがどのように活用されるのか、情報処理のスピードは十分なのか、均一なシステム化がなく事業者に任されている。在宅医療には限界があるのだから、単に入院医療の延長としてとらえてはいけないうし、そのケアをどのようにイメージするかは、本来であれば在宅医療のエディターの腕にかかっている。ところが、ケアマネジャーには医療的な知識が不足していることが多い上に、特に医師はケアマネジャーに積極的にかかわらない。

その結果、さまざまな立場の在宅患者の家族が困った時には、『親切な懇意にしている』ケアマネジャー、看護師、医師に相談しその指示に従い、パッチワーク状になし崩し的に問題を解決しているのが現状である。例えその在宅医療が高度であり、さまざまな善意を持つ熱心なスタッフに支えられていても、継続して力強く支えてくれる医療スタッフが存在しない限り家族の不安は絶えない。

在宅医療で問題が起きてきているさまざまな症例を通観すると、私が昨年度当研究で記した、受診、入院、転院を行う医療に起きてきている問題と共通のものであることが良くわかる。在宅医療の現場にも必要とされているのは、医療情報伝達（medical information transporter: MIT）と医療生活計画（medical life planner: MLP）という概念であり、これは本邦の在宅医療においても決定的に欠けているのである。

例えば、症例1において、アルツハイマー病がその人のペースで徐々に進行していく中で、骨折した場合、手術が必要なのか、入退院には何処を気をつければよいのか、退院した後どうしたらよいのか、こういった場合のリハビリテーションは何日まで行えるのか全部を見渡してアドバイスするシステムは本邦には存在しない。医療機関にかかる前→異常を感じて受診→診断→通院→入院→在宅医療→（別な疾患で）入院→転院→介護保険施設入所→在宅医療のように保健医療システムに入院、介護医療システムへの入所や在宅医療を様々なパターンで繰り返していく患者は今後増えていくだろう。しかしながら、それらをその地域に併せて俯瞰し、最適化するシステムは無い。

もちろん、入院医療システム、介護医療システムや在宅医療システムがシームレスに強固に連携を取ればよい解決策になるだろう。ところが、同じ入院医療システムでも転院において、患者情報伝達にロスが生じ、また、入院医療

システムがその人の一生を通観してアドバイスを行わないためにさまざまな悲劇が引き起こされている事実を、昨年度の本研究で明らかにした。その解決のために最も根本的に必要なものとして医療情報伝達（MIT）や医療生活計画（MLP）という概念を提唱したが、これは在宅医療システムにおいても同様に欠落しているものであった。在宅医療は多くの場合、入院医療システムや介護保険医療システムから在宅医療システムに移行するケースが多いが、入院医療システムで勤務する医師や看護師がどれだけ在宅医療システムを理解し、協力的かははなはだ疑問を抱かざるを得ない。入院医療システム側には、在宅医療システムに上手く移行できた時の『成功報酬』は存在せず、在宅医療システムが上手く入院医療システムと連携できた時の『成功報酬』も無い。もちろん、診療情報提供による診療報酬は発生するが⁷、入院医療システムの医師や在宅医療システムが作成した診療情報提供書は作成時点で作業は完了しており、その実効性を検証するシステムは無い。診療情報提供書についての日本医師会の指針は「日本医師会は、医師が診療情報を積極的に提供することにより、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共同して疾病を克服し、医師、患者間のより良い信頼関係を築くことを目的として、会員の倫理規範の一つとして、この指針を制定する」と謳われているが⁸、つまるところ医師の善意に基づく倫理規定と書式だけである。

私は、他の医師が書いたカルテには含まれた前月の実行力の無い診療情報提供書を目の当たりにし、他の在宅医療スタッフと深いため息をついた事を思い出す。そして、私は患者を救うために、きちんとした新たな診療情報提供書を作成し、さまざまな医療機関に連絡を取り、自分の診療情報提供書に実効性もたせ、前医の書類を添付し患者に渡したのだった。これらの私の作業は、前医の行為をなぞっただけであるから診療報酬は請求できない。実行力の無い無意味な書類に診療報酬が発生し、有効性を持たせる作業には無報酬なのだ。診療報酬システムには、『実効性』や『有効性（良好な結果からのフィードバック）』という概念が抜け落ちているからである。紹介、被紹介患者数はこういった無効な診療情報提供書の連発によって支えられている可能性すら危惧される。診療情報提供は医療システム間での患者情報や治療の継続の伝達が実効性を持つてはじめて意味を持つのであるがそれは全く保障されていない。もし必要であれば、被伝達者が伝達元に問い合わせるだろうか。多くのこういったインセンティブの働かない情報のやり取りの努力を医療機関が積極的に行っているようには全く感じられない。伝達元の医療機関に被伝達者が出張し、追加の必要とされる情報の提供を受けるような姿は見られない。前医療機関の看護サマリーが理解できなくとも、違う病院の看護師同士がケアの事についてやり取りしている姿は見られない。つまるところ、分断された医療システムにおいては、例え全力を尽くして善意があったとしても、相互連絡が確保されていないので、それだけでは不十分なのである。

このように実効性を伴う連携に対するインセンティブが全く働いていない状況で在宅医療を継続しさまざまな問題を乗り越えていくというのは、大変な苦勞であり、まさに『船頭なく羅針盤やエンジン無く航海にできるようなもの』であるといえよう。そのため、様々な疾患別に在宅療養を乗り切るための実用書が汎用される事になる⁹。

在宅医療が地域的にうまくいっている現場では、しっかりした入院設備のある病院が地域医療を把握し、ボランティアや企業を巻き込み、「地域的コングロマリット」を形成している場合が多い。『船頭』はその病院や、主治医が果たしている。だが、一つの医療機関が地域を把握していない、東京のように幾つかのシステムを組み合わせなくてはならないカオス的な地域の場合はどうすればよいのだろうか。

患者や家族の不安を取り除き満足を得るためには、在宅医療で療養していくうえで目標を見据えた継続的なケアが必要である¹⁰。つまり、大切な事はその患者にとっての在宅医療の具体的ビジョンとその限界を常に意識し、良好な在宅医療をデザインし、患者と家族に提案することである。それは、医師、看護師、ケアマネージャーなどのスタッフの協力によるもので、どの職種がリーダーシップをとってもよいであろう。そして、その内容を患者、家族が理解できなくてはならない。また、様々な公的サービスのための窓口を一本化する必要もある。また、在宅医療は在宅で行うプライマリケアであり、様々な医療的技量とともに、コミュニケーション能力が必要とされる。さらに、高度先進医療機器や介護支援機器が開発され、医療メーカーの協力も必要とされるだろう。その中でも、背骨となるのはその患者の『医療情報伝達 (MIT)』がシームレスにスムーズに進むことと、生涯に渡り最適な医療ライフプランを提案していくという『医療生活計画 (MLP)』という概念であると思われる。それらを主に担うスタッフが用意できればよいが、様々な医療スタッフがこれらの概念を念頭に置き、ケア計画などを練れば良いと考えられる。それが、入院医療においても最も欠如しているものであり、引いて言えば、本邦の医療制度に最も欠けているものである。

従来『良い町のお医者さん』というのは、これらを善意でボランティアとして実現してきた医師の姿であった。現在の急増している新規開業医は、多額の借金を抱えさらに過当競争にさらされている。彼らは、医療コンサルタントのプランの元に患者あたりの単価や総患者数などに最もセンシティブな医師達であり、専門医に特化しつつある。勤務医も同様で、さらに専門化され、上部機関から常にコストの圧迫を受けている。在宅医にもこのようなタイプの医師が増加しつつある。

終わりに

日本の医療制度が様々な変革を経ても寸断されたパッチワーク医療から脱却できず、患者中心の医療から程遠いものがあるのには上記のような医療者側の配慮が足りない、あるいは努力が足りないという背景だけではない。継続性のある様々な医療が最適化されない最も大きな原因は、上記のようにたとえこれらの事を達成して患者の満足につながったとしても、保険診療によるインセンティブが働かない点である。

今、医療制度は盲目的にどの医療機関も同じサービスを提供するはずであるという立場を捨て、情報の開示を経て、医療機関の差別化を生み、患者や国民の要望を満たすために舵を切り始めている。入院医療機関、在宅医療機関が医療情報伝達（MIT）と医療生活計画（MLP）を大切に思いながら、患者の満足度をあげる事に努力し、それが診療報酬などで評価を受けられるようになる事が好ましいと考えられる。

医療政策の目標は①質(quality)、②公平性(equity)、③効率性(efficiency) である¹¹が、本邦の医療制度は公平性や最低限の質はある程度保たれてきたと言える。今後の目標は、効率性の上昇が望まれるが、医療の効率化には総合化が必要であり、この二つは御互い支えあっている。これら2者を両立していく事こそが、上記3目標を高度なレベルで統合することの原動力となり、日本の医療システムを改善し世界に誇れる社会保障システムとして構築していく鍵となるだろう。また、その際、医療者には高度な倫理性が基本基調として必要とされることはいうまでも無い。

現在はこれらの事を改善し、受診の機会を全国民に確保する現在の保険医療システムを基礎として改良したシステムを構築するのに大切な時期であると考えられる。患者のための優しい医療システムが本邦において発展していくことを私は切に願い、この論文の終わりとしたい。

注

1. 社会保障制度改革 日本と諸外国の選択、国立社会保障・人口問題研究所、2005年
2. 患者・介護者用 在宅中心静脈栄養法マニュアル 総合健康推進財団（編集）、厚生省健康政策局
3. 内視鏡的胃瘻造設術—手技から在宅管理まで 嶋尾 仁（著）、2005年
4. 在宅医療実践マニュアル 21st Century—地域ケアをめざす仲間たちへ 在宅ケアを支える診療所全国ネットワーク（著）
5. はじめよう在宅医療 21 総合診療ブックス 英 裕雄（編集）、川畑 雅照（編集）、山中 崇（編集）、渡辺 武
6. 生活支援のための施設ケアプラン—いかにケアプランを作成するか、白沢 政和（著）、2003年
7. 〈在宅医療〉診療報酬点数ハンドブック 長谷川 正志（著）、神津 仁
8. 診療情報の提供に関する指針 [第2版] 日本医師会（日医雑誌 2002.11.15号）
9. 脊髄小脳変性症のすべて 月刊『難病と在宅ケア』編集部、水澤 英洋（編集）、2005年
10. 在宅で死ぬということ 文春文庫 押川 真喜子（著）
11. 「医療政策の課題と展望」DPCマネジメント研究会 国立社会保障・人口問題研究所、島崎謙治 2006年

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

⑤WAM NET データを用いた医療・福祉複合体の研究

分担研究者 山本克也 国立社会保障・人口問題研究所室長

医療・福祉の領域は 2000 年の介護保険の導入で様変わりした。後述されるように、中小病院、診療所・クリニックが訪問看護ステーションを装備して訪問看護の領域に参入している。また、先行研究時には強調されていないが歯科診療所の訪問看護への参入には目を見張るものがある。東京圏といった大都市圏にまでチェーン展開された複合体が形成されている。

A. 研究目的

本研究の目的は、WAM NET データから医療・福祉複合体の動向を探ることである。

（倫理面への配慮）

倫理面への配慮は必要ない。

B. 研究方法

手順は、まず WAM NET から医療法人が経営している（01）訪問介護、（03）訪問看護、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設の各施設を抜き出す。そこから、（62）介護老人保健施設と（63）介護療養型医療施設の双方を経営している法人を抜き出す。これがコアデータである。コアデータのうち（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護を実施している施設は完全データとして分析のメインを飾る。ただし、（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護だけを実施している施設もある。これは、差分データとして別途分析に用いることにした。このように、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設を同一法人で経営しているということを核とし、（01）訪問介護、（03）訪問看護を併設しているかないかによって、複合体を考察することにした。

C. 研究結果

今年度は研究会での議論を踏まえて、研究成果を論文（WAM NET データを用いた医療・福祉複合体の研究）としてとりまとめた。

D. 考察

訪問看護については特徴的な事項が多い。図表 4 に訪問介護の担い手の内訳を挙げてある。図表 4 で特徴的なのはまず東京都の歯科医院が多いことである。埼玉県に至っては 1 件であるのに対し、東京都は 652 もある。下段に挙げた医療施設調査の結果においても、東京都には 10,441 も歯科医院がある。もともと東京都には歯医者が多いのである。東京都は昼間人口も多く歯科医院に対する需要は多いだろうが、これは集中が度を超しているように思われる。人口の点から言っても、東京都の歯科医院は供給超過に陥っているのではないだろうか。その証左が訪問看護に手をあげる歯科医が多いことである。潜在的な“お客”の掘り起こしを訪問看護によって行っているであろう。

E. 結論

東京圏といった地域にも医療・福祉複合体が現れ始めている。その在り様は日本総研の結果を支持するものであった。ただし、歯科診療所がこれほどまだ訪問看護に手を挙げていることは予想外の結果であった。

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5章 WAM NET データを用いた 医療・福祉複合体の研究

山本克也（国立社会保障・人口問題研究所）

はじめに

医療・福祉の領域は2000年の介護保険の導入で様変わりした。後述されるように、中小病院、診療所・クリニックが訪問看護ステーションを装備して訪問看護の領域に多数参入している。また、先行研究時には強調されていないが歯科診療所の訪問看護への参入には目を見張るものがある。また、東京圏といった大都市圏にまでチェーン展開された複合体が形成されている。本稿の構成は以下の通り。まず、先行研究を紹介する。次にマクロ的な医療・福祉複合体の動態を捉える。最後に、ミクロ的な動態の把握と若干の考察を行う。

先行研究

複合体研究の嚆矢は二木(1998)である。二木は、1990年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する動きが生まれていることを捉らまえ、こうした「保健・医療・福祉複合体」について96年から98年の3年間実態調査を行った結果、

1. 複合体は大都市に少なく、地方に多い
2. 特別養護老人ホームのうち3割が私的医療機関を母体としている、在宅介護支援センターではこの割合は5割に近い
3. 私的病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの「3点セット」を開設しているグループは全国に260(1996)存在する

ことを明らかにした。この当時、「3点セット」開設グループ259（1996年末）の77%の母体病院が医療法人で、病院理事長と社会福祉法人理事長兼務が71%別人だが同姓15%という数値を示し、複合体は「家業・同族企業」的色彩が強いことを明らかにした。複合体の母体病院の特徴としては、病床は老人病床や精神病床を主とする「慢性」型の病院で、「3点セット」の施設が同一市町村にあるのは76%、同一都道府県では91%であり地域的な存在であることが分かっている。

また、日本総研(2001)では二木の研究を受けて、

1. 大都市には複合体は存在しないのか
2. 福祉を主とした複合体は生き残れるのか
3. 複合体は地域にとってどのようなメリットをもたらすのか

という3つの視点から複合体の調査を行った。

この調査では、大都市で、人口当りの病院数・病床数が多いのに比して複合体が相対的に少ない地域として「福岡市」と「北九州市」に注目し、ここを中心とする2次医療圏における複合化の状況、施設・サービス間連携の状況、地域への影響などを調査し、大都市における保健・医療・福祉サービスの複合的提供の状況を明らかにしている。得られた主な知見は、

- ① 都会型複合体は、大型施設をもたずに多角化する病院が多い。
- ② 病院をもたない複合体など、多様な複合体が存在する。
- ③ ビル診のようなタテ方向に拡張する都会型複合体の存在
- ④ 複合化するメリットは一貫したサービスの提供（患者の取り込み）ということである。

また、河口(2004)は全国の約1000の民間病院に対するアンケートの個票を使い、病院が持つ介護サービスと医療収益が5%以上か否かを非説明変数とするロジット分析を行い、「在宅支援センター」、「通所リハと訪問看護の併設」が病院収益を向上させるが、「老健と特養（3点セット）」は符号条件を満たすものの統計的に有意ではないという結果を導いている。いずれにしても福祉施設を併設するという設備投資（医療コングロマリット化する投資）は、中小規模の病院経営に大きな影響を与えていることが分かっている。

本研究の方法、データ

本研究で使用したデータはWAM NETⁱの介護サービス事業者情報を利用して、ここには病院、クリニックや訪問看護ステーションなどが登録ⁱⁱし、以下のWAMコードによって業務内容が識別されている。WAMコードは（01）訪問介護、（02）訪問入浴介護、（03）訪問看護、（04）訪問リハビリテーション、（40）居宅療養管理指導、（11）通所介護、（12）通所リハビリテーション、（21）短期入所生活介護、（22）短期入所療養介護、（31）認知症対応型共同生活介護、（32）特定施設入所者生活介護、（41）福祉用具貸与、（50）居宅介護支援、（61）介護老人福祉施設、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設である。

またデータには基本情報（法人の種別、事業所名、事業所所在地、施設名、施設住所等）と個別情報に分かれて存在している。今回は基本情報だけを用いて施設の名寄せを行い、医療・福祉複合体の実態を表すことにした。

手順は、まず WAM NET から医療法人が経営している（01）訪問介護、（03）訪問看護、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設の各施設を抜き出す。そこから、（62）介護老人保健施設と（63）介護療養型医療施設の双方を経営している法人を抜き出す。これがコアデータである。コアデータのうち（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護を実施している施設は完全データとして分析のメインを飾る。ただし、（01）訪問介護あるいは（03）訪問看護だけを実施している施設もある。これは、差分データとして別途分析に用いることにした。このように、（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設を同一法人で経営しているということを核とし、（01）訪問介護、（03）訪問看護を併設しているかいないかによって、複合体を考察することにした。それには以下のような理由がある。

まず、第一に簡便な方法で医療・福祉複合体が観察できることである。WAM NET には膨大なデータがあり、これを利用することは研究のコストを大幅に引き下げる。医療法人名で名寄せできるので研究の効率性が上がる。

ただし、医療・福祉複合体の定義は二木(1998)の病院・老人保健施設・特別養護老人ホームを同一法人、あるいは医療法人と近親者が理事長である社会福祉法人で所有する場合というのが有名であるが、これを採用することは今回見送った。この二木の定義は医療から介護、そしてターミナルへの流れを意識したものであったが、後の彼の講演録や二木(2004)などからは“経営戦略の一貫”として複合化している可能性を重視しているようである。そうだとすると、1) 病院を中核として、訪問看護ステーション、老人保健施設、在宅介護支援センター、(グループ・ホーム)などを所有する場合、2) クリニックがそれらの福祉施設・医療施設を所有する場合、3) 病院がクリニックと連携(買収)し、それらの福祉施設・医療施設を所有する場合、4) 訪問看護ステーション等が独立して存在する場合(ただし、4)の場合は地域の看護協会等が事業所を立ち上げており、民法法人となるために本研究の対象とはならない)の4種類を捉らえることである程度の経営方針が見えてくる。

実は WAM NET データを使用する場合、二木の方法だと大きな問題がある。特別養護老人ホーム(WAM NET 上は介護老人福祉施設)は社会福祉法人が運営していることが多く、実際 WAM NET で確認したところ、医療法人が経営する特別養護老人ホームはひとつもなかった(これは見かけ上の所有関係であり、実態は相当数医療法人の関与がありうるはずだが)。このため、名寄せ作業に膨大な時間がかかる。また、やや先取りして言えば、二木(1998)の研究時期と介護保険が導入されている現在では状況が変わっている。実はクリニック・診療所が訪問看護に急速に参入しているし、病院やクリニック・診療所を経営的に凌駕す

るほどの訪問看護ステーションも存在している（病院やクリニック・診療所の経営者は本体の営業よりも、訪問看護ステーション経営の方にシフトしうる）。

以上の理由から、本研究では（62）介護老人保健施設、（63）介護療養型医療施設を同一医療法人で経営しているということを核とし、（01）訪問介護、（03）訪問看護を併設しているかいないかによって複合体を考察することにしていく。なお、データは2005年12月2日現在の埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県にしぼられる。これは可能な限り最新のデータを分析するためである。

分析結果 1

基本統計

法人名がないなどの理由で削除されたデータを除き、有効となったデータ数は図表2に挙げてある。特徴的なこととしては、訪問介護の数が少ないことが挙げられる。訪問介護は社会福祉法人やNPO、民間企業の領分であり、医療法人としては出る幕がないのかもしれない（もっとも、社会福祉法人の理事長が医師であることも多い）。一方で際だっているのは訪問看護である。訪問看護は千葉県と東京都で際だっている。特に東京都は、多いと思われる千葉県のさらに2倍の数に上っている。この点は後述しよう。

- 図表 2 -

老人保健施設の数是他法人所有の施設も多数あるため、医療法人の保有する施設としてはこんなものであろう。図表3に医療法人所有の老人保健施設の分布を描いた。東京都を中心に北に埼玉県、東に千葉県、そして南に神奈川県描いてある。この図を見ると、東京都に隣接するあたりに老健施設の分布が多い。反対に都心部の密度がやや薄い。

- 図表 3 -

介護療養型医療施設も数としてはこんなものであろう。平成15年の数値で、埼玉、千葉、東京、神奈川の病院の数が363、291、665、357であるからおおよそ20パーセントの病院が介護療養型医療施設を保有していることになる。

訪問看護については特徴的な事項が多い。図表4に訪問介護の担い手の内訳を挙げてある。図表4で特徴的なのはまず東京都の歯科医院が多いことである。このことは後述する。訪問看護ステーションは、ほぼすべての事業所が病院または診療所の付属機関であった。医療法人立で絞っているのが当然の結果だが、例外は看護協会立のものや地元健康福祉協会、健康相談室といったところが設立している場合である。

— 図表 4 —

図表 5 に訪問看護に手を挙げている歯科医院の分布をあげた。特徴的なことは東京の、しかも都心部に集中していることである。川崎市や横浜市の郊外にわずかに分布が見られるが、そのほとんどが東京の都心部である。寝たきりやそれに類する要介護度の重い者にとっての口腔ケアは重要である。しかし多い。埼玉県に至っては 1 件であるのに対し、東京都は 652 もある。下段に挙げた医療施設調査の結果においても、東京都には 10,441 も歯科医院がある。もともと東京都には歯医者が多いのである。東京都は昼間人口も多く歯科医院に対する需要は多いだろうが、これは集中が度を超しているように思われる。人口の点から言っても、東京都の歯科医院は供給超過に陥っているのではないだろうか。その証左が訪問看護に手をあげる歯科医が多いことである。潜在的な“お客”の掘り起こしを訪問看護によって行っているのであろう。

— 図表 5 —

訪問看護ステーションには特段の指摘事項はない。図表 6 に分布を示したが、東京都を中心とした人口密集地に分布している。

— 図表 6 —

一方、図表 7 に病院を示したが、これも訪問看護ステーションと似たり寄ったりの結果である。やや神奈川に薄いのと東京 2 3 区をみれば城北地区に分布が多い。

— 図表 7 —

最後に図表 8 に診療所をあげた。診療所も歯科医院とまったく同じ状況である。東京都のおよそ一割（1,218、東京都の診療所数は 12,197）の診療所が訪問看護に手を挙げている。訪問看護ステーションという付属機関を持っているところもあれば、そうではなく単体で訪問看護に携わっている。分布としては歯科医院に似ているが、埼玉県、千葉県、神奈川県にも分布が見られ、埼玉県と東京都、千葉県と東京都の境に多い。

— 図表 8 —

分析結果 2

チェーン化

医療機関のチェーン展開については「家業・同族企業」的色彩が強いことが知られている。そして、その設置場所も同一市町村内あるいは同一都道府県にあることが多いことが知られている。しかし、その傾向は関東圏には当てはまらないように思われる。

図表 9 に WAM NET データより、8 施設以上を所有する医療法人を挙げた（もっとも、WAM NET に掲載されていない施設もあるので実数はもっと大きいはずである）。法人名をボードにしているのが遠くの県にまで施設がある法人であり、所在地をボードにしているのが近接都県に施設がある法人である（徳洲会は例外として考えている）。これをみると 19 の施設が同一都県内にあるが（そのうち、新生会、大坪会、南葛勤医協は東京をまたいでいる）、およそ半数の 17 の法人がなんらかの形で都県をまたいで活動をしている。これは介護保険施行後に起こった変化であろう。介護保険施行後に訪問看護という手法を得た医療法人が“顧客”獲得に触手を伸ばしたといえる。

図表 9 をもう一度見てもらいたい。施設数が 14 以上と施設数が 11 以下では特徴的なことがある。例外はあるが概ね施設数が 11 以下の法人だと老健や療養型をもち、訪問介護や訪問看護といった身軽な経営形態で事業展開している。一方、老健や療養型を持っている法人は経営が安定しているために訪問介護や訪問看護には手を出さない。もっとも、隣の小さな医療法人と手を組んで患者の交換等を行っているものと思われる。

— 図表 9 —

またもうひとつの特徴としては城北地域、特に板橋区を中心とした地域に法人が密集することである。明芳会、健康文化会、慈誠会、翠会といった法人がこの地域にはある。明芳会は高島平中央総合病院（昭和 48 年 4 月 1 日設立）が中心となっているグループで、いわば高島平団地とともにその規模も拡大してきた。健康文化会はある思想信条に基づいた医療グループであり、慈誠会はある宗教団体を基盤にした医療グループである。翠会は、昭和 31 年、福岡県行橋市における行橋保養院（現、行橋記念病院）をその発祥とし、昭和 34 年成増厚生病院（東京都板橋区）、昭和 39 年八幡厚生病院（北九州市）、平成 2 年東京アルコール医療総合センター、平成 14 年認知症専門の和光病院（埼玉県和光市）開設というように、精神疾患を対象とした病院運営から認知症といった老人疾患にシフトした病院グループである。病院の性質からいってこの 4 者には共通点がないので、おそらく顧客獲得のうまい棲み分けができていたのであろう。また、すべての地域を見たわけではないので確定的なことは言えないがかなり特異な地域といえよう。この地域は都心部から外れているので、地価が相対的に安かった。そのた