

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、病院に転院をすすめていたら、上記のケース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」（文献 2,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「東京はカオス的状況だから・・・」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。

## 7. 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（文献 2,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。

### (1) 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で必要な事を「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り合い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、某大学においては他内科のほぼ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療すれば、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。

### (2) 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、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、このような現状では、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、ケースワーカーやご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。

## 8. 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、疾病に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、前述したような事例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、特別な意識があつ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思っただけであった。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る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、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、彼女のケアマネー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、ご家族と話し合い、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ー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。」と感想をはなされていた。私は、上記の概念を把握した上で、ケアマネー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提示されない。その結果の患者の苦労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」などという疾病とは離れた事も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。

## 9. 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い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てみると解りやすい。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、他にどの様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、どの様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、コメ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無く、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バ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（文献 3,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つて良いだろう。

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出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、競争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（文献 2,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らず、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」(文献 2)を紹介するにははなはだ不十分であることは上記した。

今後は、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。本研究成果がよりよい日本医療グ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および、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

## ⑧ 「医療情報伝達（MIT）」と「医療生活計画（MLP）」のあり方

分担研究者 大和田潔 東京医科歯科大学臨床助教授

（平成 17 年度実施）

### 研究要旨

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て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。

### B. 研究方法

様々な症例の実例と、経験豊富なケアマネ

ー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。

(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

[この研究は、平成 17 年度に行った研究である。]

# 第 8 章 「医療情報伝達 (MIT)」と 「医療生活計画 (MLP)」のあり方

大和田 潔 (東京医科歯科大学)

## 1. 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<sup>1</sup>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。

## 2. 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勞している」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<sup>2、3</sup>、システムの複雑化<sup>4</sup>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<sup>5</sup>。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られることもできる。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認識する必要がある。

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勞としての「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。)

### 3. 症例提示

#### a. 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、電話の伝言を忘れてたり、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にとという言葉聞き大きく後悔した。

## b. 難病の場合（1）パーキンソン病

症例は60代男性。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。

### c. 難病の場合（2）ALS

症例は 50 代独居男性。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。

### d. 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。

#### e. 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 代女性。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。

#### 4. 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、在宅医療へ移行するのか、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 a、b、d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、本邦においては、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う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 e 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 c 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いうちもある。

もう一つは、時折起きる合併症についてである。

症例 b 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場合が多い。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、炭酸ガスナルコーシ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。炭酸ガスナルコーシ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<sup>2, 3</sup>。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。この考え方は、electric health record(EHR)の可搬性の問題として今後クローズアップされていくだろう。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い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。ある程度パーキンソン病などの慢性疾患のベースも診療しながら、体調変化にも対応できる家庭医のようなシステムの必要性はもっと増すだろう。このように、長期的なケアの継続という事において、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が設定する。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。

在宅医療においては、ケアマネージャーが様々なプランを策定する<sup>6</sup>。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、『船頭なく航海にできるようなもの』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任せにされている。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、ケアマネー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ー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』ケアマネージャー、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 a 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いいのか、退院した後どうしたらいいのか、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