

新しい医療計画の考え方

－ 患者の立場からみて医療がどのように変わるのか －

患者本位の医療を、
住み慣れた家庭・地域で

医療にまつわる心配なことは？

①〔医療及び医療機関に関する情報の不足〕

もし、自分や家族が入院するような病気になったら、病状に応じて、どこでまず治療を受ければよいのだろう。それからどうなるのだろう？遠くまでいかなくても治してもらえるのだろうか。もとの暮らしに戻れるのだろうか。受けられる医療の中心が知りたい。

？

③〔在宅での療養生活の不安〕

自宅でさいごまで親の面倒をみたいけど、家で診てくれる医者は近所にいるのだろうか？ヘルパーなど介護のことも気になるし、なにより、何かあった時のことが心配だ。

？

②〔受けられる医療の流れがわからないことの不安〕

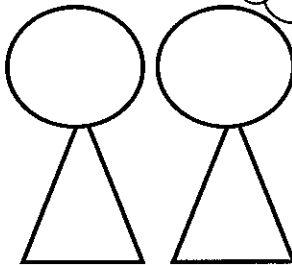
退院してほしいと言われたけれど、まだ麻痺が残っている。このままでよいのだろうか。家で生活できるところまで治してもらえるのだろうか。

？

④〔同居者のいない人の在宅での不安〕

自分は一人暮らしだけど、体が弱ったときに、住み慣れた自分の部屋で過ごしたいけれど、どうしたらいいのだろう。

？



患者、住民の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制をつくります。

① 「医療及び医療機関に関する情報の不足」

自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような医療が行われており、自分が病気になったときにどのような治療が受けられ、そしてどのように日常生活に復帰できるのか、などを住民・患者の視点にたってわかりやすく示せるよう、医療計画制度を見直し、各県、各地域ごとに、その情報を公開します。

② 「受けられる医療の流れがわからないことの不安」

具体的には、その地域の医療機関相互の連携の下で、脳卒中、急性心筋梗塞等ごとに、急性期から回復期を経て在宅療養に至るまでの適切なサービスが切れ目なく提供されるような連携体制を構築します。このため、地域連携クリティカルパスの普及を図るとともに、数値目標の設定などによって切れ目のない体制づくりを推進します。

③ 「在宅での療養生活の不安」

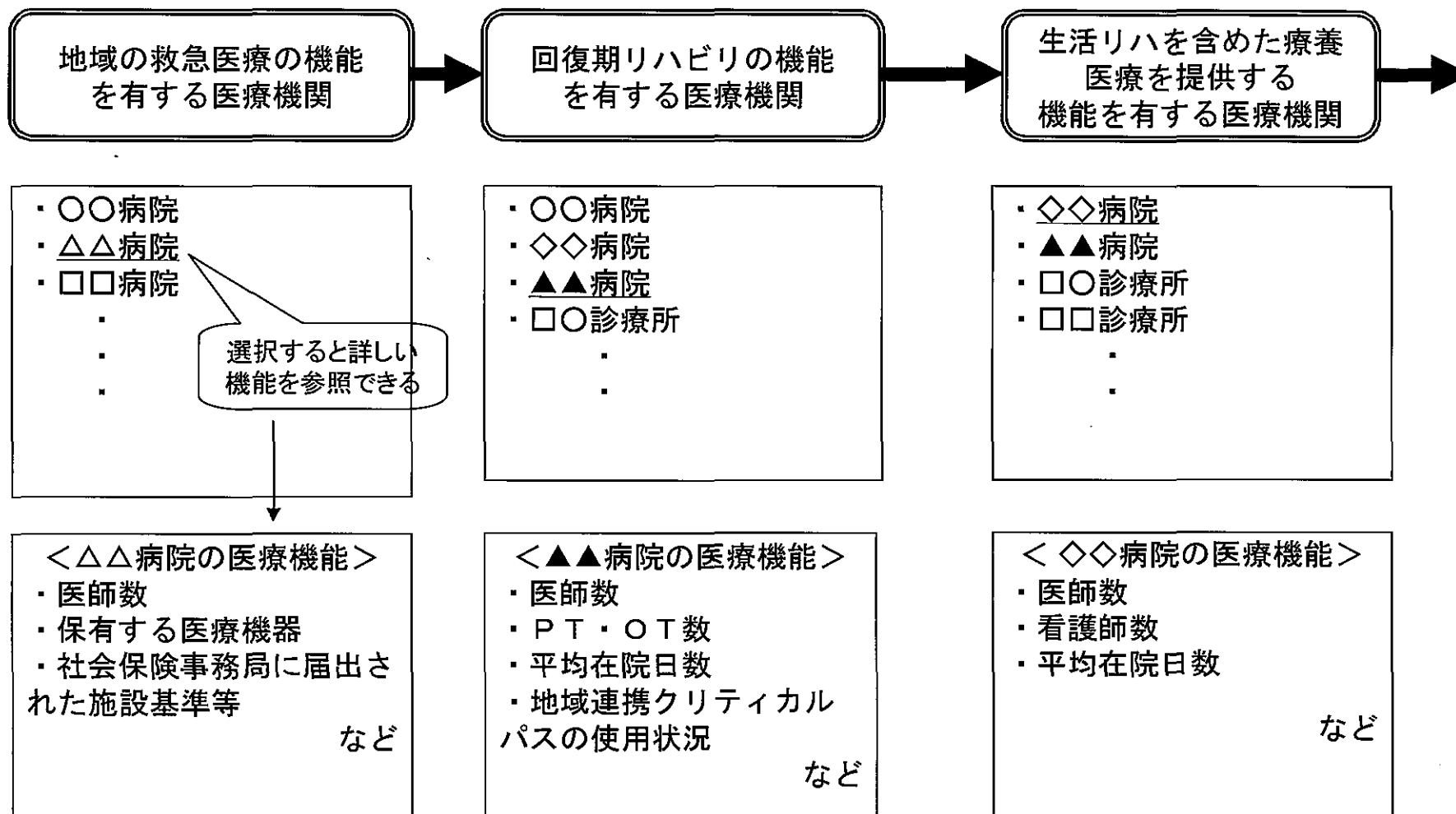
また、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る在宅医療の体制を、地域において整備することも重要であり、中心となる医師が機能を発揮し、多職種が協働し、連携して地域で支える体制を作ります。

④ 「同居者のいない人の在宅での不安」

一人暮らしなど自宅で最後まで過ごせない可能性がある方については、多様な居住の場を整備し、そこに在宅医療の体制が及ぶようにします。

① 医療及び医療機関に関する情報の公表

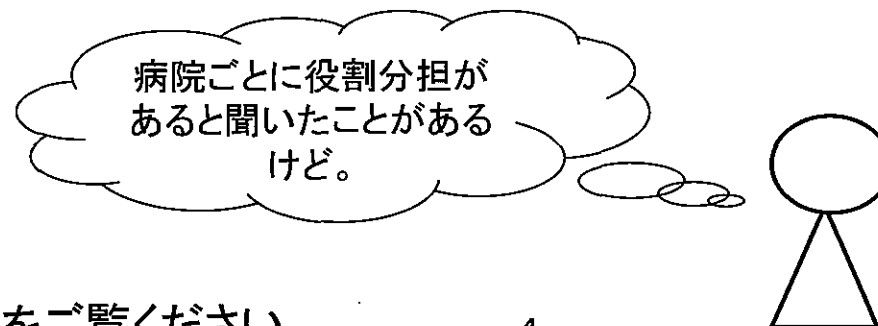
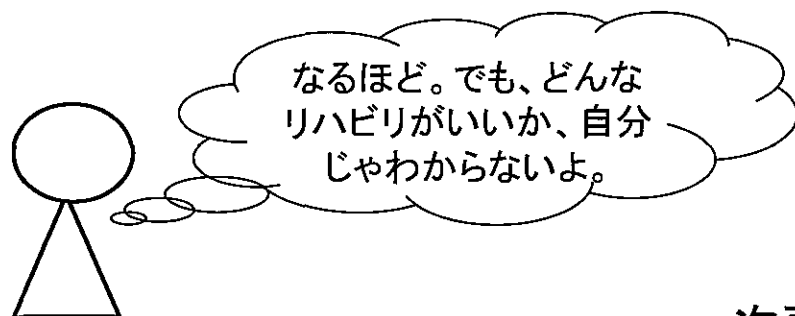
○各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
○それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。



②ー1 急性期から在宅療養に到るまでの切れ目のない医療サービス

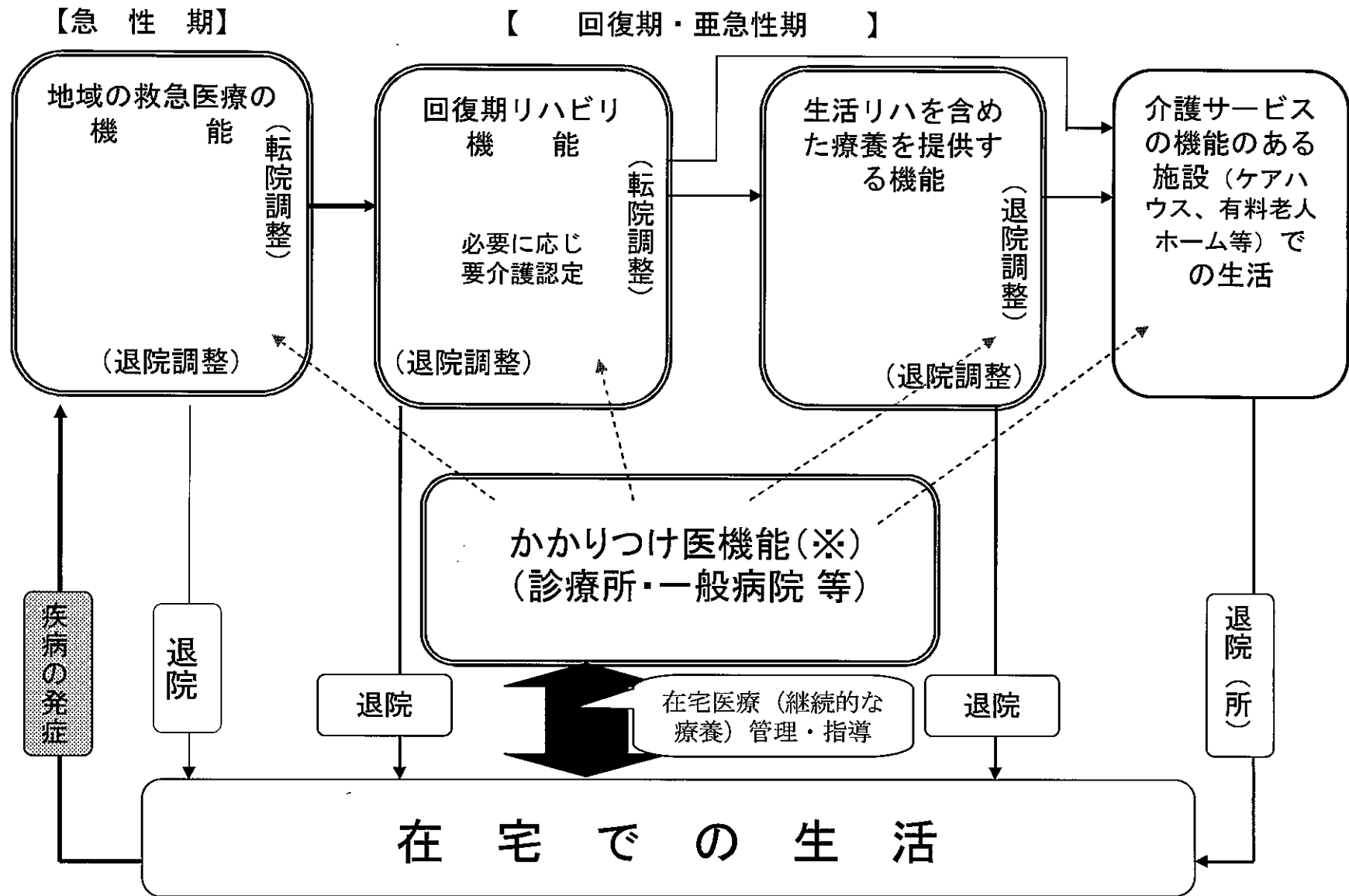
脳卒中を例にとると、病状に応じ、下記のような流れで医療を受けることが必要です。

- まず、地域の救急医療の機能を有する医療機関において、手術など集中的な治療及び急性期のリハビリを行います。
次に、回復期リハビリの機能を有する医療機関において、集中的なリハビリによる機能回復を図ります。
その後、在宅あるいは多様な居住の場において、生活目標型の断続的なリハビリを継続し、機能の維持を図ります。
- これらを地域において具体的に進めるに当たり、
各病院において、患者を退院させる前に、必要に応じ、退院前に要介護認定を受けておくことが必要であり、また、退院後も適切な医療を受けられるような調整（退院調整、退院時ケアカンファレンス）を行うこと、その際には主治医及びケアマネジャーが参加することが必要です。
また、こうした流れを円滑に進めるため、地域連携クリティカルパス（②ー2参照）の活用が有効と考えられます。



→ 次頁をご覧ください。

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。