

— 第 8 回 —



医療法人ナカノ会 理事長  
ナカノ在宅医療クリニック 院長  
鹿児島大学医学部 臨床教授  
一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会  
IT・コミュニケーション局長

中野 一司  
Kazushi Nakano

【在宅医療と医療改革】

医療再生のプロダグラム

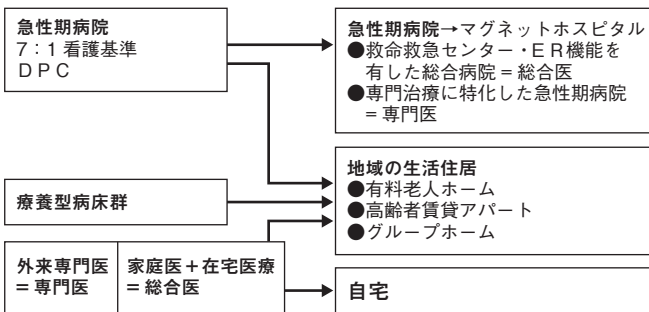
■はじめに  
今後の医療・介護システムの方向性

■はじめに  
今回は、超高齢社会の到来に伴い、わが国の医療者、国民の死生観が変わる必要性について述べた。高度経済成長時代に、どんどん病気の検査、治療法が確立し、寿命もだんだん延びて、多くの人々が80歳、90歳まで生きることが出来る時代を迎えた今（超高齢社会の到来）、病気が治すもの（キユア）から、生老病死は自然で、死は自然なもの（ケア）というように、死生観に変わる必要を感じている。長寿を目指す医療（キユア）から、天寿を全うする医療（ケア）へのパラダイムチェンジである。それに伴い、医療システム全体

（医療、介護）も、キユア偏在医療システムからキユア・ケアバランス医療システムへの転換が求められている。

現在進行中の医療崩壊は病院医療の崩壊であって、見方を変えると医療再編（再生）のプロセスとも捕らえることができる。医療再編の行き着く先は、（1）急性期病院の集約・機能強化、（2）在宅医療（地域で展開される医療+介護）の普及、と考える。そしてこれら集約・機能強化された病院医療（急性期病院）と、普及していく在宅医療は、相補的に連携しながら地域の医療を支えていくだろう（図1）。

■医療崩壊から医療再生へ



である。また、病院医療—在宅医療の連携こそ、究極のチーム医療と考える。一方、疾患のみにとらわれず、精神面、生活面までトータルにみる、かかり

つけ医（総合医、プライマリ・ケア医）が重要である。

■総合医としての在宅主治医

2009年9月で、在宅医療専門のクリニックであるナカノ在宅医療クリニックを開業して、丸10年が経過した。在宅医療の現場に赴けば、一人の患者が、心臓は循環器内科、骨粗鬆症は整形外科、白内障は眼科と、複数の医療機関を受診していることに気づく。おそらく、自分で通院できる外来医療においては、それ以上の複数医療機関受診がなされていると想像する。また、処方されたお薬がいかにきちんと内服されていないかに驚かされる。

複数医療機関受診の弊害は、重複薬剤が存在することや、お互いの医療機関間の連携不足などが挙げられる。2008年4月からの診療報酬改定では、後期高齢者診療料が新設され、外来診療でも事実上のかかりつけ医制度が制定されたが、（昨年の政権交代で）今年度から廃止された。

在宅医療分野では、定期的訪問診療する医師は原則的に一人、既に在宅主治医としてかかりつけ医機能が実践されている。かかりつけ医の条件としては、（1）複数の疾患を診ることができ、心のケアにも対応できる、（2）介護計画をつくるケアマネジャーと情報を交

換し、往診もする、(3) 痛みの緩和ケアなど、終末期医療にも対応するなどである。

私見として、開業医は、自分の専門ばかり診るのではなく、専門外の疾患もトータルで診たほうが良いと考える。

そうでないと、今の医療現場(とくに高齢者に対して)では、あまり役に立たないと思う。高齢者においては、心臓も悪く、認知症で、骨粗鬆症もあって、眼も耳も悪いという人が多い。これらの悪いところは、病気なのか、障害なのかよく分からなく、従来の専門医療で個別に対応すれば、コストもかかれば効率も上がらないと考える。病気や障害を丸ごと、生活面まで含めてトータルに診る、かかりつけ医が必要な理由である。

医療をキュア主体からケア主体に転換することにより、あらゆる診療科の医師が、かかりつけ医(総合医)として機能できると考える(麻薬の使い方などの若干の教育と経験は必要であるが)。定期的な訪問診療にて予防医学としてケア的手法でかわる中、

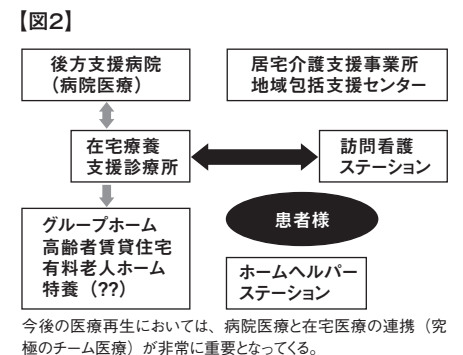
キュアの必要性が生じ(急変時など)、自分の専門外と感じたら、専門医を紹介(専門外来受診や入院依頼)すれば良い。これまた、医師間の連携である。

旧来の医学教育システムでは、臓器別専門家のみの育成で、トータルな総合診療能力を身につけるためには、卒後の勉強、研修、経験が必要であった。現行の新臨床研修制度は、これら総合医育成に対応しているため、今後はかかりつけ医として、総合的に全体的に人間を診る医師(総合医)が増えてくると考える。

■地域での在宅医療・ケア供給体制

現在、地域(在宅)で供給されている在宅医療・ケア体制を、患者(地域住民)を中心に描いてみる(図2)。慢性期疾患をもつ患者(障害者)を、生活面から支えるのは、ご家族、ホームヘルパー、医療面から支えるのは在宅療養支援診療所である。

在宅療養支援診療所のパートナーは、地域の訪問看護ステーションである。



今後の医療再生においては、病院医療と在宅医療の連携(究極のチーム医療)が非常に重要となる。

現在、グループホームや小規模多機能施設、高齢者賃貸住宅、有料老人ホームへの在宅医療が適応とされているが、今後特別養護老人ホーム(特養)での在宅医療が全面解禁されれば(現在は末期がん患者にのみ適応)、病院医療から在宅医療へのパラダイムチェンジは一気に加速するものと思われる。

### ■おわりにー医療再生のプログラム

今後の予想される医療崩壊から医療再生への展開を、(図1)に示した。今後は大胆に予測してみよう。今後、病院(療養型病床群を含む)のベッド数は3分の1に削減されるとして(現在の日本の病院ベッド数は欧米の約3倍)、スタッフの3分の2が病院に残れば、スタッフ数は実質2倍になる。この余力で、救急患者の受け入れや、医療スタッフの教育環境の整備が可能となる。今後、病院は、このような良質環境の急性期病院(マグネットホスピタル)に集約・機能強化されてくると考えられる。

医療スタッフの残りの3分の1は在宅に赴くことになり、地域の開業医、勤務医として、地域のケアマネジャーや訪問看護師、薬剤師、歯科医師、ホームヘルパーと多職種連携して、在宅(地域)での慢性期医療(在宅医療、ケア、総合外来)を支えていくことになるだろう。これらの一連の動きは、旧来の病院医療の立場から見れば、医療崩壊でも、在宅医療を展開する立場から見れば、医療再生である。

8回に渡って、在宅医療と医療改革について述べてきた。昨年8月30日の政権交代以来、日本社会全体の変化は激流に突入した印象である。日本社会全体もキュア偏在社会からケア・ケアパララシス社会へのパラダイムチェンジを必要とされている。同期して、病院医療から在宅医療への流れは加速しつつある現状である。

(病院) 医療崩壊の救世主は在宅医療で、(1) 病院医療(急性期病院)の集約・機能強化と在宅医療の普及、(2) 病院医療と在宅医療の連携、が重要であることを強調して、本連載を終了したい。