

これからの 在宅医療と地域連携

第6回 最終回

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

中野 一司
Kazushi Nakano



在宅医療の将来像

在宅療養支援診療を核とした
地域連携ネットワーク型在宅医療システムへの今後の展開

平成18年度―在宅医療元年

在宅療養支援診療所が創設され、療養型病床群が介護施設への移行（病院から生活の場への移行）が決定された平成18年度は、後日、「在宅医療元年」と位置付けられるであろう。社会システム的に、障害高齢者が病院に収容されていた状態から、広く地域で生活を保障され、一種の障害高齢者解放運動とも捕らえることができる。障害高齢者は、脱水、誤嚥性肺炎などを起こしやすく、疾患予備軍である。これら障害高齢者が、病気になるでも、24時間、365日、安心して地域で生活できるような、医療面から支援するの在宅医療（生活を支える医療）である。今後在宅医療のシステムは、在宅療養支援診療所を中心に各地域に拡がっていくものと考ええる。

在宅療養支援診療所

今まで述べてきたように、在宅医療は、病院医療に代わる高齢者医療改革の本丸である。診療報酬上の誘導だけでなく、その必要性から、今後多くの病院にいた医師が、在宅に赴くことになるだろう。診療報酬上の誘導は、医師の在宅（地域）へ向かう行動を動機づける契機となるであろう。在宅療養支援診療所は、在宅医療を展開する医師たちの最前線基地となる。在宅療養支援診療所は、ナカノ在宅医療クリニックのように在宅医療専門のクリニックの他、一般的な午前外来、午後訪問診療というような診療所（開業医）が想定されている。さらに、今後療養型病床群の生き残り対策などを考えれば、病院の外来部門が切り離されて、病院のサテライト診療所が在宅療養支援診療所となる可能性も十分あるし、ひょっとしたらこちらがメインになってくる可能性もある。

医師が在宅に赴くことで、医師たちの高齢者医療に対する意識も変わるだろう。在宅では、病気があっても、検査も治療せず、場合によっては、そのまま看取するという選択枝（病気を診断し治す場である病院では、絶対に取り得ない選択枝）も十分に有り得る。このことが患者様のQOLを高め、かつ究極の医療費削減対策であることは、前回述べた。このように意識改革された医師達は、地域医療改革のリーダーとして、地域医療（介護、福祉）の再構築、教育に寄与するであろう。

老人病院（療養型病床群）から、地域の居宅（自宅、グループホーム、高齢者アパート、有料老人ホームなど）へ

今回の改訂で、療養型病床群は2012年までに、老人保健施設または有料老人ホームなどへの転換が迫られている。私が療養型病床群の経営者なら、病室を全て高齢者アパートにして（改装費用は要するが）、適当な家賃を取り、外来診察室を在宅療養支援診療所として届出、そこから在宅医療を展開する、という転換策を選択する。同様に考える経営者

も多いはずで、高齢者アパートにする代わりに、有料老人ホームとして介護保険対応としても良いし、いろんな選択肢が可能である。ただ、いずれにしても、旧来の病室（ベッド）は利用者様が生活する住居（居室）となり、医療面では在宅医療が入り込んでいく構造になることは、容易に想像がつく。

在宅医療の先駆者― 訪問看護ステーション

在宅医療の先駆者で、在宅療養支援診療所の強力なパートナーは、何と言っても地域に散在する訪問看護ステーションである。ただ、残念なことは、24時間体制を取っていない、ヘルパーの身体介助と業務内容がほとんど変わらない訪問看護ステーションが多いのも、紛れもない事実で、かつ現実である。これらの訪問看護ステーションはコスト面から経営が苦しく（価格競争でヘルパーステーションに負ける）、閉鎖しつつあるところも多い。これらの理由として、パートナーである診療所側の医師（または医師会の担当理事など）があまりにも

在宅医療を知らなくて、医師サイドからの協力が得られないという側面もあった。今後、在宅療養支援診療所の創設により、医師たちの意識が変われば（良きにつけても悪しきにつけても、医師は医療界のリーダーである）、今後ちゃんと24時間機能する訪問看護ステーションは育っていくはずである。

何と言っても、24時間、365日ちゃんと機能する訪問看護ステーションは、在宅療養支援診療所以上に、地域（在宅医療）のニーズがある。在宅医療の主な担い手は、ちゃんと（ここが重要）機能する訪問看護ステーションで、在宅療養支援診療所は訪問看護ステーションの強力なバックアップ（支援）機能を持つというのが、将来的（理想的）な在宅医療のあり方と考える。（医療法人ナカノ会では、ナカノ訪問看護ステーションとナカノ在宅医療クリニックとで、一部このような診療体系を実現している。）

現時点で、数少ない24時間、365日機能する本格的な訪問看護ステーションは、今後在宅医療を展開する在宅療養支援診療所の良きパートナーであるとともに、在宅医療を開する医師たちへの在宅医療の良き教師となるだろう。家族レベルの医療行為に対応できる、ホームヘルパー、介護スタッフの育成

最近、家族内で看取り準備もできている99歳の認知症の女性が、37度台の熱があるというところで、特養へのショートステイを断られた。お家でも時々発熱（脱水？体温中枢？）している方で、仮にショートステイ先で亡くなることがあっても、主治医の中野が対応するという条件でも、断られた。とても、特養を看取りの場所にとりレベルには、ほど遠い、お寒いお話である。

やはり、介護スタッフへの医学教育と、家族レベルの医療行為実施の規制緩和は、今後在宅医療を（低コストで）展開するにクリアすべき、必須の条件と考える。在宅医療普及のため、医療行為や、メンタルケアまでの高度な対人ケアのできる、優秀な介護スタッフの育成が急務と考える。

近年、家族内で看取り準備もできている99歳の認知症の女性が、37度台の熱があるというところで、特養へのショートステイを断られた。お家でも時々発熱（脱水？体温中枢？）している方で、仮にショートステイ先で亡くなることがあっても、主治医の中野が対応するという条件でも、断られた。とても、特養を看取りの場所にとりレベルには、ほど遠い、お寒いお話である。

最期に― 看取り文化の復興を願って

超高齢社会を迎え、100歳近くまで生きることができるようになった現在、呆けて食べられなくなったからといって、栄養管理のために胃瘻を造設する必要はあるのか？（このような症例の場合、今までの病院医療では100%胃瘻をつくる文化であった。）この場合、胃瘻を造つてはいけないという意味ではない。胃瘻造設も有効な選択肢の一つであったとしても、同様にそのまま（口から食べられる分だけで）最終的に看取る、という選択肢があつても良いのではなからうか？（というよりは、こちらの方が自然ではなからうか？）

年老いて、死ぬのは、悪いことではない。病気が悪くなつたのは、病院や医師が悪いわけではない。確かに、病気の種類や時期によつては、検査治療（医療介入）にて、病気が治る。この場合は、積極的に検査治療を行うべきである。ただ、最終的に、生まれてきた人間の死亡率は100%

であることは、間違いない事実である。

超高齢社会を迎え、十分に年齢を経て、いよいよ最期を自宅で迎えるというのは、悲しいことではない。むしろ人生を全うした（天寿を迎えた）ということで、周囲が祝福してあげても良い出来事なのではないかと、在宅の現場では想うのである。

今後、我々は、安心して暮らせる（生きていける）地域（コミュニティ）創りを進めていくとともに、安心して死んでいける地域（コミュニティ）創りも同時に進めていく必要があると考える。超高齢社会を迎えた現在、治す医療の他、ぼちぼち看取る医療も必要（看取り文化の復興）と、在宅の現場で感じている。今後、より良く生きて、より良く死んでいける、地域社会（コミュニティ）を構築していく必然性を感じながら、在宅医療に従事している毎日である。

今回の診療報酬改定での在宅療養支援診療所の創設は、これら我々の活動を大きく支援するものである。