

これからの 在宅医療と地域連携

第3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



病院医療と在宅医療の違い

「治す医療（病院医療）から「生活を支える医療」（在宅医療）へのパラダイムシフト

近年、我が国の平均寿命は世界一となり、急速に超高齢社会へと変化した。何故、超高齢社会となってきたのか？それは、国民が病気になるにくくなり、死亡しにくくなってきたからである。

平均寿命が延びた理由として、どの教科書にも医療技術の進歩が第一に挙げられているが、抗生剤の発見が平均寿命の延長に大きく貢献したことは事実だとしても、最新医療の発達、最近の平均寿命の延長にそれ程貢献してきたとは、私には思えない（胃腸などによって、長生きさせられているような事例は除いて）。平均寿命の延長によるここ最近の超高齢社会の実現に最も寄与したものは、高度経済成長に伴う食生活の著しい向上であった（健康を保つのに十分な食料が確保できるようになったから）と、私は考えている（表1）。

超高齢社会の到来に伴い、対象とする疾患構造が大きく変わった（表2）。

〔表1〕時代の変遷に伴う疾病構造の変化

| | 第2次対戦前 | 戦後まもない頃 | 現在 |
|---------|---------|----------------------------|------------------|
| 死亡率 | 1位 | 感染症（肺結核） | 悪性新生物（癌） |
| | 2位 | | 脳卒中（脳梗塞） |
| | 3位 | | 心疾患（心筋梗塞） |
| 医療環境の変化 | 抗生物質の発見 | 食生活の向上 医学の進歩 衛生環境の向上 | 慢性疾患の増加 超高齢社会 |
| 平均寿命 | 50-60歳 | 60-70歳 | 70-80歳 |

かつての病気の多くは、幼い子供が感染症で死んだり、働き盛りの父親が事故で亡くなったたりして、その対象患者のほとんどが、比較的若年者であった。最近では、子供の死亡率は著しく低下し、働き盛りの人達の病気も少なくなり、病人の多くは高齢者となっている。逆に言えば、現代は年老いて体が古くなるまで、病気になるにくくなったのである。

〔表2〕医療（治療）から介護（生活支援）へのパラダイムシフト

| | 以前 | 超高齢社会 |
|----------|-----------|----------------------|
| 疾患対象者 | 若年者 | 高齢者 |
| 疾患 | 急性期疾患 | 慢性期疾患 |
| 傷害の種類 | 疾患（治療できる） | 障害（治療できない） |
| 機能障害、後遺症 | なし | あり |
| 必要な対応 | 医療（治療医学） | 介護（生活支援） 医療（予防医学） |

高齢者の病気は、脳梗塞の後遺症であったり、骨粗鬆症による腰痛であったり、脳の機能低下に伴う認知症であったりして、病気なのか障害なのかはつきり区別がつきにくい。多くのこれらの加齢による疾患は慢性疾患であり、問題は病気そのものではなく、病気に伴う障害と考えられる。そこに必要な多くの医療ではなく、「治す医療」（病院医療）ではなく、「生活を支える（在宅医療）」

病院医療から在宅医療へ

病院の機能は、病気を治すことである。しかるに、高齢社会の到来に伴い、治療対象となる疾患が少なくなっている(表2)。

近年、超高齢社会を迎え、相対的に病院の需要は、少なくなってきたと考えられるが、一方では、障害を抱える高齢者の生活の場(社会的入院)となってきた。今回の診療報酬、介護報酬の同時改定で、療養型病床群(病院)の多くは介護施設(生活の場)への方向転換を迫られているが、理にかなった政策誘導と

私は考える(やはり、まともな考えれば、病院は病気の治療のための施設で、生活の場ではない)。

病院医療が「治す」医療であるのに対し、在宅医療は「生活を支える医療」である。病気を治すために、在宅に赴くのではない。在宅(あるいはグループホームなどの)の療養(障害をもつ)療養

者は、肺炎や、褥創など、病気がかかり易い。このような方を定期の往診(訪問診療)と24時間対応の往診でフォローするのが在宅医療である。

だから、病気があるから在宅で治療するのではなく、病気になるやすい寝たきり療養者、いわゆる疾患予備軍が、病気になるように、24時間365日、安心して在宅療養ができるように医療面から支援するのが、在宅医療である。この観点からすれば、在宅医療は予防医学である、とも言える。

何らかの疾患が発生し治療の必要性が生じた場合は、病院医療への切り替えが必要である。このタイミングを見計らうのは、在宅主治医の大きな仕事である。ターミナルケアの場合、何かあっても治療しない(と言うより治療できない)という患者—治療者側双方の合意があるため、最期まで在宅で看るのが可能となるのである。

病院医療と在宅医療の質の違い

今後は、グループホームや、

小規模多機能施設、そして特養などに在宅医療が適用されてくると考える。施設に在宅医療を導入するなら、わざわざ制度をいじって、療養型病床群をつぶす必要はないのではないかと、この議論もあるが、私は、そうとは思わない。

病院医療と在宅医療では、そのマインド(スタンス)が180度違うのである。療養型病床群(病院)のスタッフの多くは、病院マインドの持ち主である。病院は、病気を治す施設であり、そのマインドは収容所に近く、スタッフのマインドも看守に近い。これに対し、在宅医療では、療養者の生活の場に医療スタッフが赴くわけで、患者様のお宅に上からせていただき、診察させていただくても宜しいでしょうか?と許可を得てから診察が始まる。こういうわけで、両者の診療スタンスは、180度違うのである。このスタンスの違いが医療スタッフに意識改革をもたらす。

図は、治療方針を決める時に利用されるJonsenらの4分割法であるが、病院医療では一象限の医学的適応のみが強

調される(病院は病気を治す場なので、当然の帰結ではあるのだ)が、在宅医療ではJonsenらの4分割法をそのまま活用でき、患者中心の理想的な医療が実践できる。病院という場にいる限り、医療スタッフの意識は、「治す医療」から逸脱しにくい。在宅という場所が、「生活を支える医療」や「看取りの医療」の意識改革を医療スタッフ(特に医師達)にもたらさざらう。

病気があっても、検査も治療もしない、という選択肢もあるという意識改革である(病院にいる限り、病院は病気を治療する場所であるという縛りがあるため、病気を検査し、治療する以外の選択枝は、一般的には病院という場では許されない)。

今、高齢者の多くに必要な医療は、治す医療の病院医療から生活を支援する在宅医療にシフトしてきているのに、現体制ではニーズの割に病院(病院医療)が多すぎるというのが問題となってきた。医療を超高齢社会にマッチさせて、病院医療から在宅医療にシフトさせようとする

試みが、今回の診療報酬、介護報酬同時改定での、在宅療養支援診療所の創設であり、療養型病床群の介護施設への移行措置であると考えられる。

今回、創設の在宅療養支援診療所は、まさに患者中心の在宅医療を実践できる場の提供だと考える。在宅療養支援診療所の創設で、病院内(診療所の外来も同じ立場)の医師たちが在宅に赴くことで、医師達に意識改革をもたらさざらう。この医師達の意識改革こそ、在宅誘導に伴う究極の医療費削減政策と筆者は考える。

今回は、医師の意識改革と医療費削減の問題について、述べてみたい。

〔図〕 Jonsenらの4分割法

| | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 医学的適応 Medical Indication | 患者の意向(選好) Patient Preferences |
| QOL Quality of Life | 周囲の状況 Contextual Features |