

## 〈解説〉

# 在宅療養支援診療所を中心とした在宅ケアと今後の展望

鹿児島市で在宅医療専門のクリニックをはじめ、訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所を開設した中野氏は、在宅療養支援診療所の誕生で「地域に自分が最期を迎えたい医療（介護）システムの構築」に大きく前進したと考えています。在宅療養支援診療所の意義と役割をメディア・講演会などを通じて強調している中野氏が、在宅療養支援診療所の本質を明らかにします。

## なぜ、ナカノ在宅医療クリニックを開業したのか？

平成11年9月、私は、ナカノ在宅医療クリニックを開業しました。全国の多くの医師は、在宅医療がやりたくて開業された方が多いのですが、私は「在宅医療のシステム」をつくりたくて開業したのです。

当時、訪問看護・ホームヘルパー・訪問入浴サービス・介護施設・病院などの社会資源は存在しましたが、それらのサービスはバラバラに提供されていました。介護保険施行6カ月前の時期です。今後、在宅医療では、これら個々の社会資源が有機的につながり、機能する地域連携ネットワーク型在宅医療システムが必要と考えました。そこで、これらのシステムを鹿児島市に構築するために、ナカノ在宅医療クリニッ

クを開業したのです。<sup>22ページ</sup>表1は開業に当たってのクリニックの開業理念です。

現在までに、多くの医療・介護福祉施設と連携してきましたが、私たちにとっては地域の訪問看護ステーションは地域病院（鹿児島市）におけるナースステーション、居宅介護支援事業所は地域連携室、後方支援病院は地域病院のICU（集中治療室）、ナカノ在宅医療クリニックは医局兼当直室と考え（<sup>22ページ</sup>図1参照）、そのためのシステムづくりに邁進して来ました。

医師・看護師（保健師）・事務の3名で始めたナカノ在宅医療クリニックは、平成15年10月には医療法人ナカノ会となり、平成16年11月にはナカノ在宅医療クリニックの看護部門を独立させ、ナカノ訪問看護ステーションとナカノ居宅介護支援事業所を併設するに至りました。

現在のスタッフは、医師5名（常勤4名・非常勤1名）、看護師9名（常勤8名・非常勤1名）、



医療法人ナカノ会  
理事長

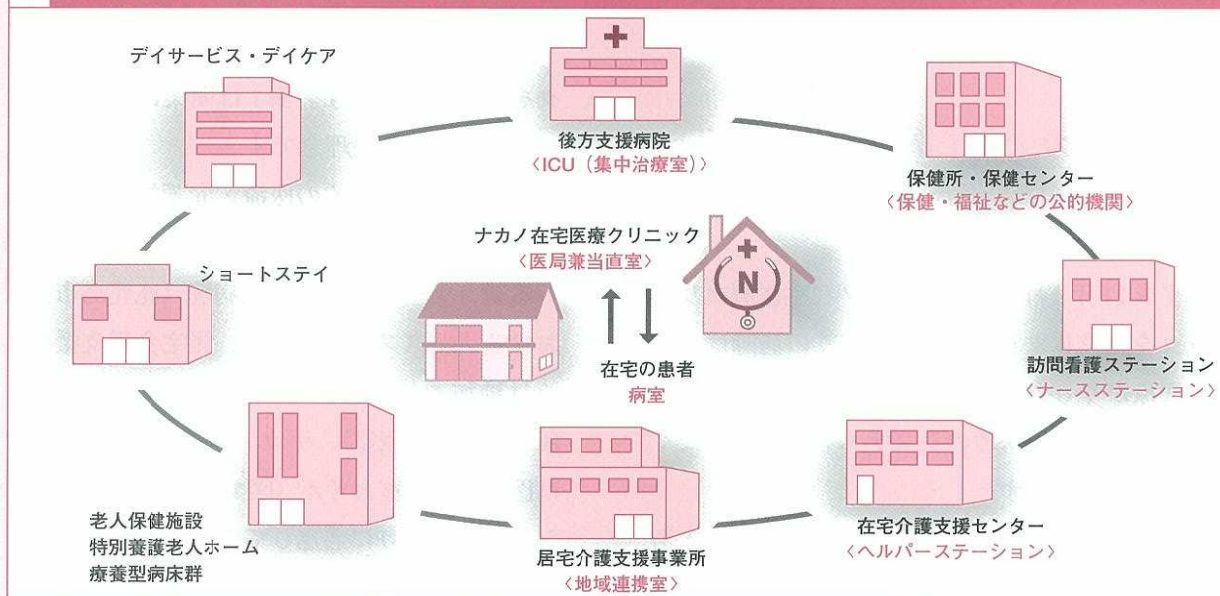
中野 一司  
Nakano Kazushi

昭和56年東京理科大学薬学部卒、62年鹿児島大学医学部卒業後、鹿児島大学病院第3内科入局。その後、同病院救急部で研修。平成7年鹿児島大学医学部大学院内科系修了。同年より鹿児島大学附属病院検査部にて検査部内コンピュータネットワークの構築に従事。11年ナカノ在宅医療クリニック開設、15年医療法人ナカノ会理事長。16年にナカノ訪問看護ステーション、ナカノ居宅介護支援事業所を設立。著書に『がんの在宅医療』（坪井栄孝・田城孝雄編、中外医学社）など。

- 1) 訪問診療を主な業務とする。
- 2) 単なるクリニックではなく、本格的なケアマネジメント業務も起業する。
- 3) ツールとしてIT (電子カルテ・E-mail・インターネット・携帯電話等) をフル活用する。
- 4) 地域では、競争ではなく共生を目指す。各機関と良好な関係を結ぶことで、お互いの利益向上を図るとともに、医療全体の質を高め、地域医療の向上に貢献する。
- 5) 病診連携・診診連携のほか、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等との連携とその交通整理を推進し、これらの要となるべきシステムを構築する。〔単にペーパー (紹介状や報告書) のみの情報交換ではなく、実際に現場や施設へ行き、交渉する〕
- 6) 医師会活動 (各種勉強会、医師会訪問看護ステーション、医師会検査センターなど) と連携し、地域医療の向上を図る。
- 7) ケアカンファレンスの実施。
- 8) 在宅医療の知的集団を形成し、企画・教育・広報などの業務ができる専門家を養成する。
- 9) クリニック内外の勉強会を励行する。
- 10) 在宅医療の教育機関として機能する。

鹿児島市を“地域病院”としたときの在宅支援体制 (ネットワーク)

図1



事務4名 (常勤3名・非常勤1名)、運転手4名 (非常勤4名) の総勢22名で、在宅患者数は約140名 (7年で延べ約390名) です。

今までに107名 (うち73名が末期がんの患者) をご自宅で看取らせていただきました。在宅看取り率が、約40% (がん末期患者では約90%以

上) です。

今回の介護保険制度の改正で創設された「在宅療養支援診療所」の要件 (表2) は、ナカノ在宅医療クリニックの開設理念そのものです。当然、今年4月にナカノ在宅医療クリニックは在宅療養支援診療所となりました。

在宅療養支援診療所の要件		表2
1. 保険医療機関たる診療所であること		
2. 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること		
3. 当該診療所において、または他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること		
4. 当該診療所において、または他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること		
5. 当該診療所において、または他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること		
6. 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携していること		
7. 当該診療所における在宅看取り数を報告すること	等	

## 病院医療から 在宅医療へのパラダイムシフト

病院医療と在宅医療は、そのスタンスが180度違います。「病院での医療」を在宅に持ち込むことが在宅医療ではありません。

在宅寝たきり患者は、誤嚥性肺炎や褥瘡の疾患予備軍です。このような病気になりやすい寝たきり患者が24時間365日安心して在宅で療養できるように、医療面から在宅での療養を支援する医療が「在宅医療」です。その面では、在宅医療は「予防医学」とも言えます。

病院の機能は“病気を治す”ことです。しかるに、超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きています。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”です。超高齢社会を迎えて、今必要な医療は、病院医療から在宅医療にその比重が移行してきています。

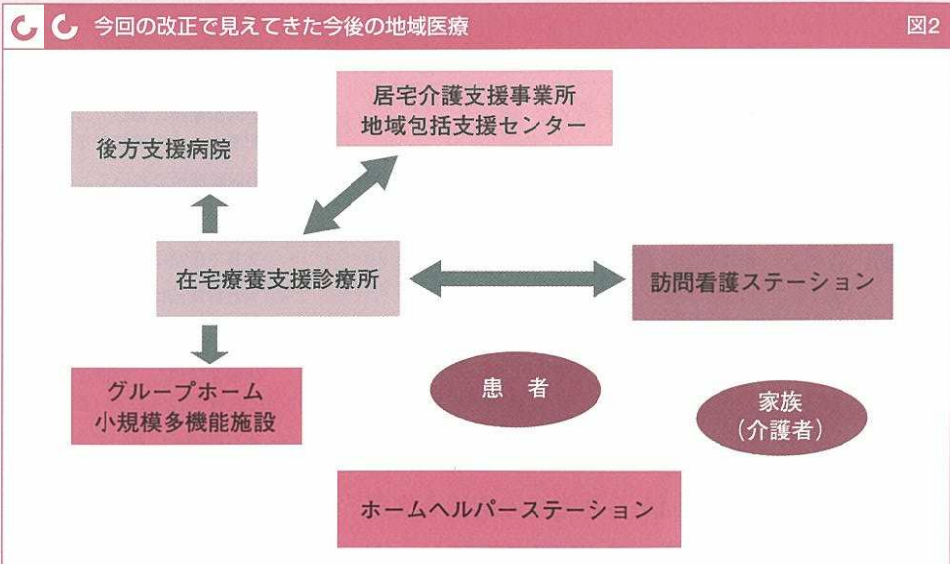
それに対し、現状では、病院（療養型病床群を含む）が多すぎる状況にあります。今回の診療報酬と介護報酬の同時改定の本質は、この時代にミスマッチした医療システムを是正することにあります。今回の同時改正で、病院医療から在宅医療への大きな舵切りが実行されたと言ってよいでしょう。

### 平成18年度医療保険・介護保険 同時改正が意味すること

今回の同時改正で「在宅療養支援診療所」が

創設され、一方、療養型病床群は平成24年までに、老人保健施設または有料老人ホームなどへ転換することになりました。これで慢性期病院のベッドは、生活の場（広い意味での“居宅”）となり、今後、在宅医療が施設にも入り込む図式になると考えます。

今回の同時改正で、今後の医療システムの方向性がはっきりと見えてきました。慢性期疾患を持つ多くの高齢者は、在宅または介護施設に“居住”（“入所”ではなく、生活のための住居と考える）することになり、生活の場は“地域”となるでしょう。そこには、“生活を支える医療”である在宅医療が導入されるでしょう。従って、在宅医療が貢献する割合が増える分だけ病院医療は少なくなり、病院は急性期医療に特化することになるでしょう。「病院医療を補完する在宅医療」から、「在宅医療を補完する病院医療」へのパラダイムシフトが起きると考えられます。



今回の改正で見えてきた今後の地域医療について、患者（地域住民）を中心に描いてみました（図2）。慢性期疾患の患者を“生活面”から支えるのはホームヘルパー、“医療面”から支えるのは在宅療養支援診療所です。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す。良質な在宅医療を提供するために、在宅療養支援診療所と訪問看護ステーション間の緊密な連携は必須で、表2の在宅療養支援診療所の要件にも挙げられています。

また、さまざまな医療介護サービスを調整（マネジメント）してくれる居宅介護支援事業所や地域包括支援センターも非常に重要な機関であり、これらと連携することも要件に含まれています。そして、慢性期疾患の患者が“治療”を必要とする状態になったとき（急変時）には、病院医療が必要です。急性期患者の受け入れ病院が後方支援病院で、地域の急性期病院がこの機能を担います。後方支援病院を確保することも、在宅療養支援診療所の要件の1つです。

現在、グループホームや小規模多機能施設への在宅医療が適用されていますが、今後は特別養護老人ホームなどにも在宅医療が展開されていくと考えます（今回の改正では末期がん患者

に限り、一部在宅医療の適用が認められました）。

## 在宅医療の先駆者は 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」です。ただ、残念なことに、24時間体制をとらず、ヘルパーの身体介助と業務内容がほとんど変わらないサービスを提供している訪問看護ステーションが多いのも紛れもない事実かつ現実です。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ます）、閉鎖しつつあるところも多いと聞きます。

もう1つの理由として、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があったと思いま

●ナカノ会ホームページ：<http://www13.ocn.ne.jp/~nazic/index.html>

す。今後、在宅療養支援診療所の創設により、医師たちの意識が在宅マインドに変われば今後きちんと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すが（よ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す）。

24時間365日、きち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）のニーズがあります。在宅医療の主な担い手は、きちんと（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ます。なお、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、すでにこのような診療体系を実現しています。

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よきパートナーであるとともに、在宅医療を展開する医師たちへの“在宅医療のよき教師”となるでしょう。

## 終わりに ——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があるのでしょうか？ このような症例の場合でも、今までの病院医療では100%胃瘻をつくる文化でした。もちろん、「胃瘻をつくってはいけない」という意味ではあり

ません。胃瘻造設も有効な選択肢の1つであったとしても、同様にそのまま（口から食べられるという人生のまま）最終的に看取る、という選択肢があってもよいのではないのでしょうか？（というよりは、こちらのほうが自然ではないでしょうか？）

病気が悪くなっても、確かに病気の種類や時期によっては、検査・治療（医療介入）にて、病気は治ります。この場合は、積極的に検査・治療を行うべきです。ただ、生まれてきた人間の死亡率は最終的に100%であることは、間違いない事実です。

年老いて死ぬのは、悪いことではありません。超高齢社会を迎え、十分に年齢を経て、いよいよ最期をご自宅で迎えることは悲しいことではないと思います。むしろ人生を全うした（天寿を迎えた）ということ、周囲が祝福してあげてもよい出来事なのではないかと、在宅の現場では想うのです。

今後、私たちは安心して暮らせる（生きていける）地域（コミュニティ）づく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）づくりも同時に進めていく必要があると考えます。治す医療のほかに、“ぼちぼち看取る医療”も必要と、在宅の現場で感じています。看取り文化の復興です。今後、よりよく生きて、よりよ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す。

今回の診療報酬改定での在宅療養支援診療所の創設は、以上述べてきた私たちの活動を大きく支援するものです。