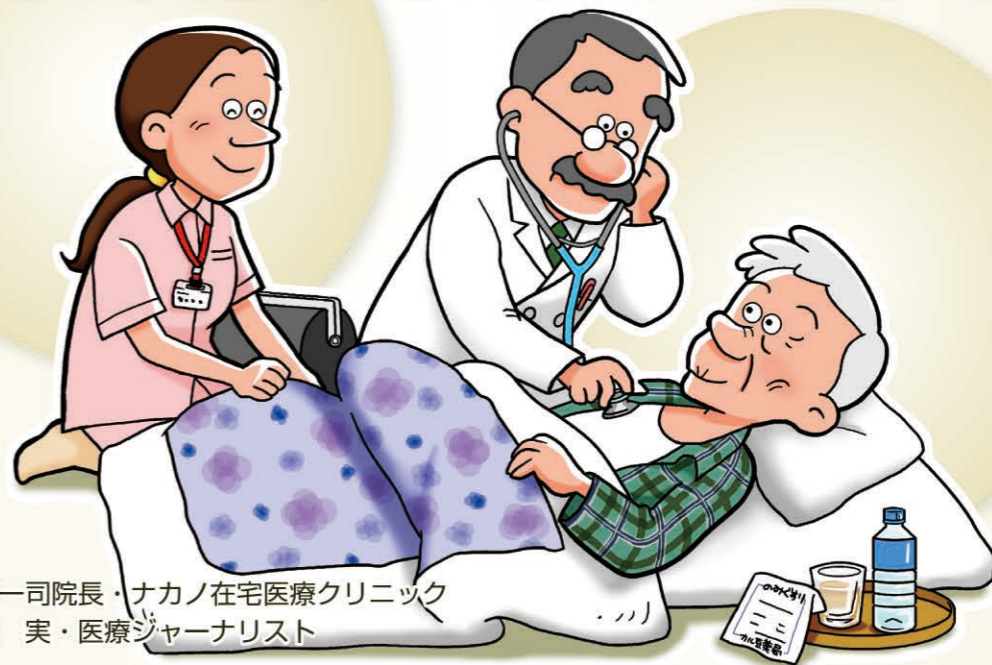
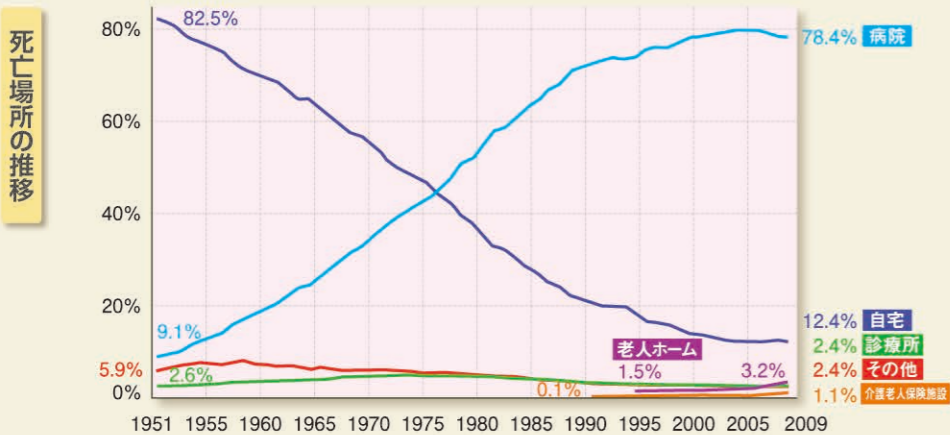
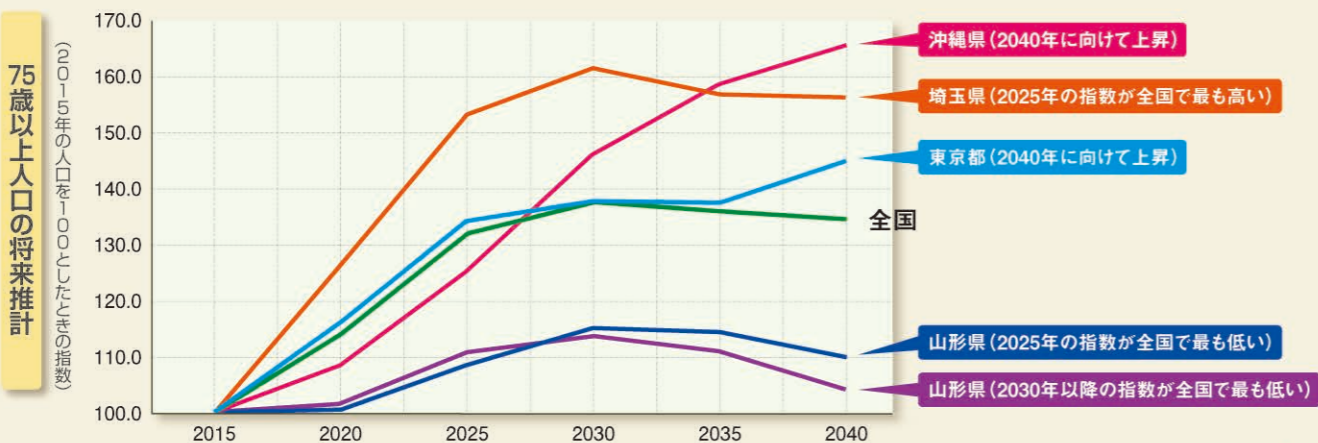


在宅医療入門

患者とその家族に求められている意識の転換



取材協力／中野一司院長・ナカノ在宅医療クリニック
取材・文／松沢 実・医療ジャーナリスト



パラダイムチェンジ！ 治療が優先されるキュア志向の病院医療から、 患者の生活を支えるケア志向の在宅医療へ

「ときどき入院、ほぼ在宅」 医療体制の ドラスティックな変更

2014年2月、医療の公定価格（診療報酬）の改定を話し合う厚生労働省の諮問機関・中央社会保険医療協議会から、国民医療にかかわる衝撃的な新方針が打ち出されました。今後2年間で重症者向け急性期病床を現行の4分の3に減らし、36万床から27万床へ削減すること、病院への不必要な入院を減らし、在宅医療の充実を促すというものです。

「ときどき入院、ほぼ在宅」
朝日新聞はこう報じました。わが国の医療体制を、病院中心から地域を中心とする体制に向けて、変更することが宣言されたのです。重要なのは、このドラスティックともいえる変更が、国民にとってかみならずも改悪ではないことです。「病気や障害を抱えながらも、その人らしい生活を最期まで支える地域包括ケアシステムの構築に向けて、本格的なスタートが切られたといえるからです」

こう指摘するのは、在宅医療の質の向上とその普及をリードする、全国在宅療養支援診療所連絡会第1回全国大会の実行委員長を務めた、中野一司院長（ナカノ在宅医療クリニック・鹿児島県鹿児島市）です。

超高齢社会で求められる ケア志向の在宅医療

わが国は、いまや4人に1人が65歳以上という超高齢社会です。多くの国民が80歳、90歳まで生きられるようになった今日、病状は安定しているものの、完治は難しい慢性期疾患、すなわち高血圧や糖尿病、骨粗鬆症、心臓病、脳卒中、がん、認知症など複数の病気を抱え、日常生活において支援が必要な高齢者が年を追うごとに増えてきました。

「加齢による障害を伴う慢性期疾患というのは、病人というより障害者といえます。治療優先のキュア志向の病院医療のみを頼りとするのではなく、ご自宅などで患者さんの生活を支えるケア志向の在宅医療や介護サービスなどをうまく使いこなしていくほうが、より快適で豊か

な日々を送れるのではないのでしょうか」

事実、生活に支障をもたらしているのは病気なのか、障害なのか、よくわからないままキュア志向の病院医療を受け、患者さんの生活の質（QOL）は一向に改善・向上しないというケースが後を絶ちません。

「超高齢社会で必要とされているのは、患者さんの生活面も含め、病気や障害を1人の人間として丸ごと診るケア志向の在宅医療なのです」

治療はキュア志向の 病院医療ではない在宅医療

現在、在宅医療について誤解している国民は少なくありません。つまり、病院で行われている治療はキュア志向の病院医療を、そのまま患者の自宅で展開するのが在宅医療であると……。しかし、それはまったく

の誤解です。

「いまでもありませんが、病院は病気の原因をさぐり、診断・治療する『場』であり、それを効率的に行うのが病院医療です。一方、在宅医療は患者さんの生活の『場』、地域や自宅でその人らしい人生を支える医療です」

すなわち、キュア志向の病院医療は、病院内で行われる病院内医療であり、治療はキュアが優先される医療。対して、ケア志向の在宅医療は、病院外で行われる病院外医療であり、生活はケアが優先される医療にほかなりません。

もう少し具体的に説明しましょう。たとえば、もはや治療法が尽き、根治が難しくなったがんの患者さんの場合、末期がんと告げられ、退院を迫られます。その多くは自宅に戻り、在宅医療へ移行します。

「もちろん、在宅でも必要に応じて痛みなどの症状を軽減する緩和医療^{かんわ}などを行うものの、あくまでも患者さんの希望に沿って、より快適な生活を支えるケア志向の医療が求められているのです」

患者さんの日常生活を支え 看守るケアが優先される 在宅医療

ケア志向の医療がメインとなるのは、末期がんの患者さんだけではありません。骨粗鬆症から足のつけ根^{だいたつけい}の大腿骨頸部骨折^{たいこつけい}を招き、その治療を終えたものの、思うように動けなくなった患者さんも同様です。脳卒中の急性期治療を終え、半身麻痺などの障害を抱えながら自宅へ戻った患者さんなどもそうです。

「患者さんの生活の『場』で行われる在宅医療では、かならずしも治療＝キユーアが優先されず、生活を支え看守るケアが重視されます」

病気や障害があっても、患者さんが望めば、検査も治療もしません。なが必要治療でなにかが不要な治療なのか、患者さんとその家族と

医師が十分に話し合い、個別に対応すればよい問題といえるのです。

「むしろ不必要な治療を避けること、過剰な治療を控えること、あくまでも日常生活を支え看守るケアが優先される——それが在宅医療なのです」

率直に言って、根治の難しい慢性疾患の高齢者の場合、病院で行われているキユーア志向マインド^{哲学}の病院医療のみでは、かえって患者さんのQOLの悪化をもたらしている、というのが現実なのです。

「自宅で最期を迎えたい」 と望む患者は8割以上

がんや心臓病、脳卒中などの病気で、治る見込みがなくなったとき、もつとも多いのが「慣れ親しんだ自宅に帰りたい」「残された日々を自宅で過ごし、自宅で最期を迎えたい」と望む患者さんです。8割以上にのぼるとの報告もあります。

しかし、戦後、一貫して病院で亡くなる人が増え続ける一方、自宅で亡くなる人が減り続けてきました。1976年を境に前者が後者を上回り、いまや8割近くの人が病院で亡

くなり、自宅で亡くなる人は1割ほどしかいません。

「多くの患者さんは、自宅で最期を迎えたいと考え、家族も自宅で患者さんを静かに看取りたいと思っています。それを可能とするのは患者さんの生活の『場』で、その人らしい生活を支え看守る在宅医療です。在宅医療を行うことで、おのずと自宅での看取りに結びつくのです」

鹿児島市の在宅療養患者2000人近くを訪問診療で診ているナカノ在宅医療クリニックでは、在宅看取り率^率（自宅で看取った患者の割合）が70%前後。治療法が尽きた末期がんの患者さんに限ると、約95%にも達するといえます。

患者さんの希望に添った 適切な医学的判断をください のに不可欠な訪問診療

では、在宅医療を支える医師の訪問診療と、従来の往診^{おうしん}とはどのような異なるのでしょうか。

「患者の自宅へ、定期的に訪ねて行のが訪問診療。一方、緊急時に患者宅へ訪ねて行のが往診」

う方法しか選択できなくなってしまう方法しかなかったり、往診

のみで対応するというのは、まさに治療優先の、従来のキユーア志向の病院医療の考え方以外のなものでもありません。

「定期的な訪問診療+24時間365日対応の緊急往診によって初めて、ご自宅で患者さんの生活を最期まで支え看守るケア志向の在宅医療が実現できるのです」

求められているのは在宅医療 や、地域包括ケアシステムを うまく使うこと

2025年問題というのを存じでしょうか。1947〜49年の間に生まれた「団塊の世代」約806万人が大挙して75歳を迎え、後期高齢者に到達するのが2025年です。

「今後、年を追うごとに複数の病気が（慢性期疾患）を抱える高齢者が急増してきます。加えて、亡くなる方も増え続け、2025年の死亡者は現在より約35万人増加して約160万人を超え、超高齢・多死社会を

「訪問診療医は、日ごろから患者さんの病状や生活、ご本人やご家族の希望などを的確に把握し、病状に變化が生じたとき、適切な医学的判断をくださることがもつとも大切といえるからです」

たとえば、終末期の患者さんの場合、唾液^{だえき}などが誤って気道から肺へ流入し、そのなかに含まれた細菌な

「自宅であらかに死にたいと願う方もいます。自宅での生活を望みながら、最期まで可能な限りの治療を受けたいので病院への救急搬送を希望する方もいます。できるだけ一人ひとりの患者さんの希望に添うために、定期的な訪問診療が不可欠といえるのです」

訪問診療+24時間 365日対応の緊急往診

一方、定期的な訪問診療なしに、なにかあったときに呼ばれる往診では、そのとき初めて医師が患者の病気や、その病状などについて知ることになりかねません。

「発熱などから誤嚥性肺炎を疑っても、原因を突き止める検査や治療などのため、病院へ救急搬送するとい

こんなふうに思っている人は少なくないでしょう。確かにそれはそうなのですが……。

「実は、その背景にある考え方がまったく異なることに、気づいてもらいたいのです」

訪問診療は、在宅療養患者の病状にとくに変化が見られなくても、毎月2回以上、定期的に行われるのが一般的です。なぜでしょう……。



迎えます」

近年、「医療の崩壊」が叫ばれるようになって久しいのですが……。

「疾病構造の大きな変化がその背景にあります。現状のキユーア志向の病院医療を中心とした医療システムでは、急増する高齢者の慢性期疾患に対応できなくなりました」

求められているのはキユーア志向の病院完結型医療から、地域—自宅で高齢者の生活を支え看守る—ケア志向の在宅医療を軸とする地域完結型医療へのパラダイムチェンジです。すでに政府・厚労省は、そのための医療・介護・生活支援などを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を明らかにしています。今回の重症者向け病院ベッドの4分の1の削減と、在宅医療の充実を促す新方針は、地域包括ケアシステムの本格的構築に向けての号砲^{ごうほう}といえるかもしれません。

「患者さんとそのご家族はもちろん、国民の一人ひとりも、ケア志向の在宅医療や地域包括ケアシステムなどについて熟知し、うまく使いこなしていくことが必要とされているのです」



中野一司 (なかの・かずし) 院長

1956年鹿児島県久根市生まれ。1981年東京理科大学薬学部卒業後、同年鹿児島大学医学部へ入学。87年同大学医学部卒業後、同大医学部第3内科入局。95年同大医学部附属病院検査部を経て、1999年にナカノ在宅医療クリニックを鹿児島市内に開業。2008年鹿児島大学医学部臨床教授、09年第11回日本在宅医学会大会長、2014年在宅療養支援診療所第1回全国大会実行委員長を務める。在宅ケアネット鹿児島メーリングリスト(CMK-ML)を主宰し、わが国の在宅医療の質の向上と普及に力を尽くしている。14年3月に地域のコミュニティ再生=街創りをめざし、鹿児島市の在宅医療連携拠点として在宅医療・介護サービスの複合施設=ケアタウン・ナカノをオープン。著書の「在宅医療が日本を変える」(ドメス出版)では、在宅医療の新たな医療概念を提唱しており、在宅医療にかかわる医療者などの必読書とされている。

ナカノ在宅医療クリニック <http://nakanozaitaku.jp/index.html>

〒890-0007 鹿児島市伊敷台6丁目27-10 TEL 099-218-3300