

# 治療

THE JOURNAL  
OF THERAPY

2008

5

Vol.90

特集

## 肥満へのアプローチ

肥満は多くの疾患を連鎖的に発症させます。本特集では肥満，メタボリックシンドロームに関連する疾患を中心に病態，治療，管理について解説し，いよいよ始まった特定健診・特定保健指導についてのポイントをまとめました。

連載

医療事故に陥らないために

—事例から学ぶ，より安全な医療への教訓— ⑪

司法判断との乖離事例(その1)

—医療機関側敗訴の事例—

再生医学のいま

—基礎研究から臨床への展開に向けて— ⑱

骨再生—バイオセラミックスから

ティッシュエンジニアリングへ—

ヒポクラテスが教える病名のない病理学 ⑤

自然哲学から生まれた

ヒポクラテス医学

よりよい医院経営 ⑬

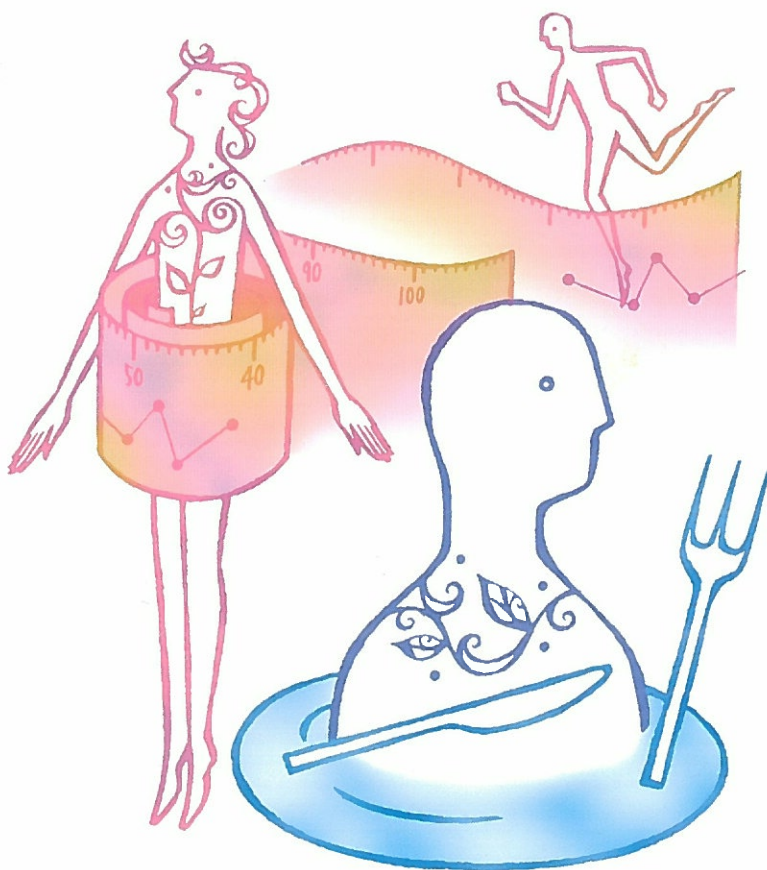
在宅医療とかかりつけ医

何が正解? 消化器治療 EBMで検証 ⑤⑧

潰瘍性大腸炎に食事療法は有効か?

Contribution

「健康食品」の診かた



## 在宅医療とかかりつけ医

ナカノ在宅医療クリニック/  
鹿児島大学医学部臨床教授  
中野一司

超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく障害者である。旧来の病院を中心とした医療システムは、病人を対象としたもので、障害者への対応は想定していない。すなわち、医療システム自体が制度疲労を起こしている。障害者に対応した医療は、療養生活を支える在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムシフトが必要な理由である。また、これらの一連の医療再編に伴うキーパーソンは、総合的に人間を診ることのできる、かかりつけ医である。

### はじめに—医療崩壊か？医療再生か？—

近年、医療崩壊という言葉をよく耳にする。医療崩壊、医局崩壊、地域病院からの医師の撤退（立ち去り型サボタージュ）、開業ラッシュなどであるが、壊れているのは、医療自体ではなく医療システムと考える。

その原因として、大学の独立法人化、臨床研修医義務化、病院医療から在宅医療への誘導など、国が制度をいじるから、医局や地域医療が崩壊する（だから臨床研修医義務化を中止せよ）という議論もある。おそらく、国が政策誘導するから医療

システムが壊れるのではなく、超高齢社会を迎え、疾患構造が（急性期疾患から慢性期疾患へ）変化して、現在の（病院医療を重視した）医療システム自体が時代的に対応できなくなってしまった（システム疲労を起こした）ため、医療システムが崩壊している、と考える。

本稿では、そのような時代の流れのなかで、どのように在宅医療やかかりつけ医を位置付ければよいかについて、述べてみたい。

### “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

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てきた（表1）。かつての病気の多くは、幼い子ども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りして、その対象患者の多くが、比較的若年者であった。最近では、子

ども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。逆にいえば現在は、年老いて体が古くなるまで、（病気をせずに）生きることができるようになってきたのである。

表1 時代の変遷に伴う疾病構造の変化

		第二次大戦前	戦後まもない頃	現在
死亡率	1位	感染症(肺結核)	脳出血(高血圧症)	悪性新生物(がん)
	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	80歳

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はっきり区別がつきにくい。多くのこれらの加齢に伴う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は、“治す医療”(病院医療)ではなく、“生活を(在宅療養を)支える医療”(在宅医療)である(表2)。

治すべき病気が相対的に減っている割に、病院はまだ多い(これは、諸外国に比べ、病院ベッド数が多く、在院日数長いわが国の状況を勘案しても明らかである)。また、高齢者の慢性疾患は、病院で診るより、地域でケアしていくほうが、患者のQOL(生活の質)も上がれば、医

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	病院医療 (急性期医療) (治療医学) 治療	在宅医療 (慢性期医療) (予防医学) 介護(生活支援)

療費も安くなる。地域での生活を保障(支援)していく医療が、在宅医療である。

現在、厚生労働省が行っている、病院医療から在宅医療への政策誘導は、これらの時代の変化に伴う医療システムの変換とも捕らえることができる。

## 予防医学としての側面を持つ在宅医療

開業当初(8年半前)は、在宅医療は、病院医療の延長と考えていた。すなわち、病院で行う医療を在宅で継続して行う医療が在宅医療と考えた。在宅医療を経験して、在宅医療は、むしろ外来医療の延長的な側面が強いと考えるようになってきた。

何か病気があって、在宅で検査や治療をするのが在宅医療ではない(そのような側面もあるが)。何も治療すべき病気がなくても、誤嚥性肺炎や褥創予備群である寝たきりの(高齢)障害者の生活の場へ、定期的な訪問診療を行う。訪問診療によ

り、寝たきり障害者の状態(病態)をチェックするほか、その人の生活、本人の意向、家族の意向まで伺うことができるのが、在宅医療である。日頃のこれらの患者情報収集により、緊急時の往診(365日、24時間対応)の際、治療のため急性期病院に搬送するのか、そのまま自家で継続治療し、場合によってはそのまま在宅で看取するのかの判断が可能となる。このような側面からは、在宅医療は外来医療の延長で、予防医学的側面が強い医療であるといえる。



## かかりつけ医の必要性(総合医としてのかかりつけ医)

2008年3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、まる8年半になる。在宅の現場に赴けば、一人の患者が、心臓は循環器内科、骨粗鬆症は整形外科、目薬は眼科と複数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実行されていると想像する。また、処方された薬が、いかにきちんと内服されていないかにつき、驚かされる(処方された薬がゴミ箱に投げ捨てられている例もめずらしくない)。

複数医受診の弊害は、重複薬剤が存在したり、お互いの医療機関通しの連携不足などがあげられる。この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設定される(在宅医療分野では、定期的な訪問診療する医師は原則的に一人で、すで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、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、自分専門外の疾患もトータルで診るべきだと考える。そうでないと、今の医療現場(高齢者に対しては)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、障害なのかよくわからず、従来の専門医療で個別に対応すれば、コストがかかり効率も上がらないと考える。病気や障害を体ごと(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。かかりつけ医が専門外でうまく対応できない場合は、専門医を紹介受診させればよいだけのことである。

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。現行の臨床研修医義務化システムは、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)が増えてくるものと考えられる。



## 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1)。慢性期疾患をもつ障害者を、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は、2006年に創設されたが、その要件を(表3)にあげる。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だ。良質な

在宅医療を提供するために、在宅療養支援診療所—訪問看護ステーション間の緊密な連携は必須で、在宅療養支援診療所の要件にもあげられている。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る。また、慢性期疾患の患者が治療を必要とする状態に

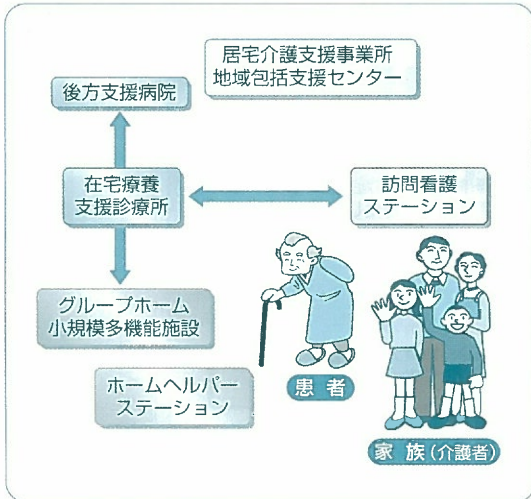


図1 今後の地域における在宅医療ケア供給体制

なったとき(急変時)には、病院医療が必要である。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う。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一つである(表3)。

現在、グループホームや小規模多機能施設、高

表3 在宅療養支援診療所の要件

- 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又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、又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、又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、又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

齢者賃貸住宅への在宅医療が適応されているが、次回(2008年4月)の改定では、特養での在宅医療も適応される。

### おわりに—医療再生のプログラム—

ドラスティックな医療改革が急速に進むなか、急性期病院からの勤務医の撤退(立ち去り型サボタージュ)、開業ラッシュ、医療崩壊が進み続け、救急患者のたらい回しがマスコミの話題となっている。もっと病院や医師を増やせと国会でも取り上げられたが、増やすべきは病院ではなく、地域の在宅医療に対応する医師や、介護スタッフ、高齢者住宅などと考える。救急患者の受け入れ病院を増やすのではなく、救急搬送される前の肌理細やかな地域での医療、ケアが必要なのだと思われる。地域(在宅)での肌理細やかな選別(搬送すべきか、看取るべきかの選別→プレホスピタルトリアージ)が可能となれば、搬送される救急患者(高

齢者が多い)は激減すると考える。

在宅医療を展開する立場として、受け入れ先の救急病院に望むことは、疾患で選別しない救急患者の受け入れ、すなわち、救急、総合内科(ER)機能を持つ病院である。在宅医療を展開する立場からいえば、患者急変時に、心臓が悪いのか、肺が悪いのか判別つかない場合もあり、(循環器内科に送るべきか、呼吸器内科に送るべきか)迷うことも多い。

今後、急性期病院間で、7:1の基準、DPCなど、生き残りをかけての熾烈な競争が始まる(もうすでに始まっている)と考えるが、今後急性期病院の統廃合が進み、救急、総合内科(ER)機能に集

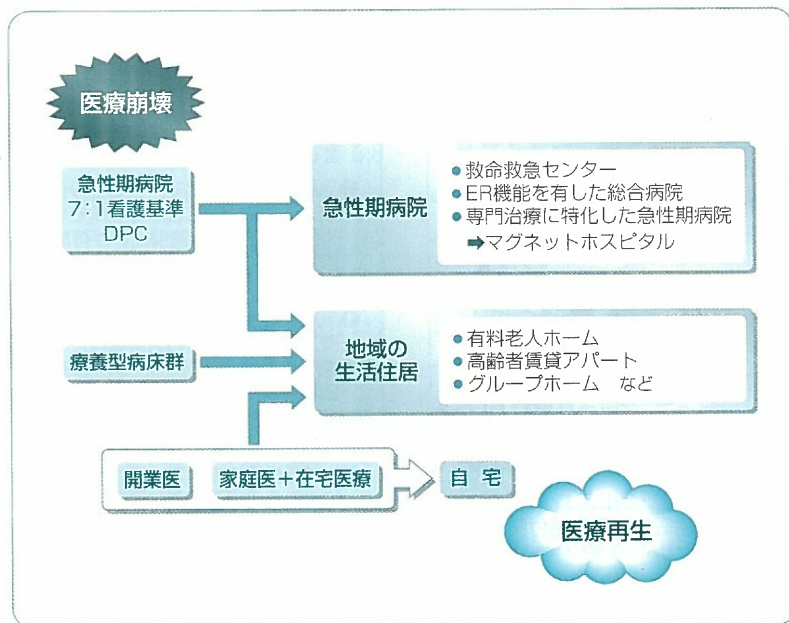


図2 医療崩壊から医療再生へのプログラム

約され、一部、臓器別専門病院(きっちり診断治療のできる病院)が生き残り、しっかり機能していくのだと考える。

今後の予想される展開を、(図2)に示してみた。大胆に予測してみよう。今後病院(療養型病床群を含む)のベッドは、1/3に削減されるとして(これは、全くの大胆予想であるが)、スタッフの2/3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教育環境の整備が可能となり、今後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)しか生き残れないと考える。医療スタッフの残りの1/3は在宅に赴くことになり、地域の開業医に加わり、地域のケアマネジャーや訪問看護師、ホームヘルパーと連携して、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われわれから見れば“医療再生”である。