



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
 鹿児島大学医学部 臨床教授
 一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会
 IT・コミュニケーション局長

中野 一司
 Kazushi Nakano

〔在宅医療と医療改革〕

在宅医療と病院医療

医療崩壊の真犯人――超高齢社会の到来

近年、医療崩壊が叫ばれている。その原因として、大学の独立法人化、臨床研修義務化、病院医療から在宅医療への政策誘導など、国が制度をいじるから、医局や地域医療が崩壊する（だから臨床研修義務化を中止せよ）という議論がある。また、診療報酬を削減したため、医療崩壊が起きたという議論もある。

これらの議論も一理あるが、おそらく、国が政策誘導するから医療システムが崩壊するのではなく、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（表1）、現在の病院医療を中心とした

【表1】時代の変遷に伴う疾病構造の変化

| | 第2次大戦前 | 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 | 80歳 |

医療システムでは現状（超高齢社会）に対応できなくなっているため、医療システム自体が崩壊していると考ええる。

超高齢社会を迎え、増えているのは病人ではなく、（慢性疾患を抱える高齢）障害者である。旧来の病院医療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。即ち、医療システム全体が、増加する（慢性疾患を抱える高齢）障害者に対応できなくなっている。全体的にシステム疲労を起し、国民のニーズに対応できなくなっている。だから、現行の医療システム自体が崩壊しているのだと考える。

障害者に対応した医療システムは、在宅（地域）での療養生活を支える介護（生活支援）と在宅医療で、病院医療から在宅医療へのパラダイムチェンジが

【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（キュア） | 在宅医療（慢性期医療） （予防医学） 介護（ケア、生活支援） |

必要な理由である。また、大きく医療全体が、キュアからケアへのパラダイムチェンジを必要としている（表2）。在宅医療が医療改革の本丸（病院医療崩壊の救世主）と考える所以である。

このような時代の流れから、遺伝子治療や移植医療、再生医療が、技術的“な最先端医療であるのに対し、在宅医療は”時代の最先端医療である、といえる。また、これらの一連の医療崩壊、医療再生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（総合医）、と考える。

変化する在宅医療の概念

1999年9月に在宅医療の専門診療所であるナカノ在宅医療クリニックを開業して、丸10年になる。開業当初は、病院の医療を在宅で展開する（病院医療の延長）のが在宅医療と考えていた。開業して10年経ち、在宅医療は病院医療とは

似て非なるもので、180度パラダイムの違う医療であることが判明した。その本質は、病院医療がキユア主体の医療であるのに対し、在宅医療はケア主体の医療である。地域（在宅）で障害をもつても生活することを医療的に支援する（生活自体を身体的に支援するのは介護）のが在宅医療だと気がついた。

在宅医療では、訪問診療が大切である。在宅医療においては、患者の日ごらの状態を把握するために、定期的な往診を行う。この定期的な往診を、訪問診療と呼ぶ。訪問診療の頻度は患者の状態によつて異なる。当クリニックでは、高齢者の寝たきりなどで安定した方は2週間に1回、少し細かい観察や在宅導入当初の患者は1週間に1回、癌の末期患者では毎日訪問診療を計画することもある。すなわち、患者の状態、症状により訪問診療の頻度を決定する。

訪問診療を充実させることで、日ごらの患者情報（病状のみならず、生活や、ご本人ご家族の意向など）を的確に把握することができ、往診（緊急時の診療）において的確な医学的判断を下すことが可能となる。多職種連携によるチーム医療を展開することにより、在宅主治医の往診頻度を減らすことが可能で、このことで良質な在宅医療の質が担保できる（在宅主治医に負荷がかかり過ぎることは、チーム医療全体としての在宅医療の質が落ちる）。

訪問診療は、病院医療の主治医回診に相当する。表3に病院医療と在宅医療の比較を示した。在宅医療と病院医療の比較において、地域の道路は病院の廊下に、患者宅は病室に、在宅主治医は病院主治医兼当直医に、訪問看護ステーションはナースステーションに、後方支援病院（急性期病院）はICU（集中治療室）に相当する。

【表3】病院医療と在宅医療の比較

| 病院医療 | 在宅医療 |
|-----------|------------|
| 病室 | 患者様自宅 |
| 病院廊下 | 道路 |
| 病棟回診 | 訪問診療 |
| 急変時の診察 | 往診 |
| 主治医兼当直医 | 在宅主治医 |
| ナースステーション | 訪問看護ステーション |

在宅医療と病院医療

病院は、病気を検査し、治療するところで、基本的にキユア（治療）が実践される“場”である。これに対し、在宅（地域）では、病気は生活（生命）の一部であつて、病気があつても必ずしも検査や治療が優先されるわけではない。病気があつても、検査や治療をしないという選択

肢もあり得、これが“看取り”に結びつく。在宅医療において、在宅（地域）で看取りができたということは、障害を抱えても最期まで在宅（地域）で生きることを医療的に支援できたということである。そして、このことが、結果的に医療費を削減できるのであつて、決して医療費削減が目的で看取りに対応するのではない。

在宅では、基本的にケア（患者がどうしたいのかを医療的に支援していくアプローチ）での対応が優先される。勿論、病院でもケアは実践されるべきだし、在宅でもキユアは実践されている（患者が望めば、在宅で急性期疾患を治療することもある）。在宅で、ケアでフォロー（訪問診療）しながら、キユアの介入（往診）のタイミングをモニタリングしているのが、我々在宅主治医の仕事である、ともいえる。

病院医療はキユア主体、在宅医療はケア主体であつて、病院医療はキユア、在宅医療はケアではない。したがつて、病院医療でもケアを実践することは可能であるし、実践されるべき側面もあるが、在宅医療に比べ病院医療ではケアが実践されにくいのは、“場”の違いに起因する。病院は医療者のホームグラウンド、在宅は患者のホームグラウンド（医療者にとってはアウェイの医療を展開する“場”）という“場”の違いがある。だから、医療者は在宅医療を、患者（市民）は病院医療を学ぶ必要があると考える（医療者、市民の相互理解のために）。そうすれば、（医療崩壊の一因と言われる）モンスターペイシエン

ト（医療者、市民の相互のコミニケーション不足に起因して現れる）も少なくなるのではないかと、考える。

病院医療と在宅医療はどちらがよいか？ということはない。病院で提供される医療と在宅（地域）で提供される医療の違いを

うまく活用することが重要と考える。そして、これらパラダイムの相反する2つの形態の医療は、相争うのではなく、お互い相補い合う（相補的な）関係で成立する医療形態で、今後は、病院医療と相補的に連携する形で在宅医療が地域に普及していくのだと考える。

超高齢社会を迎え、医療システム全体（医療、介護システム）が、“キユア”主体の医療システムから、“ケア”主体の医療システムへの転換を求められている。現在進行中の医療崩壊は病院医療の崩壊であつて、見方を変えると医療再編（再生）のプロセスとも捉えることができる。医療再編の行き着く先は、（1）急性期病院の集約化（スリム化、機能強化）と、（2）在宅医療（地域で展開される医療+介護）の普及と考える。そしてこれらスリム・機能強化された病院医療（急性期病院）と、普及していく在宅医療は、相補的に連携しながら地域の医療を支えていくであらう。

今回は、医療法人ナカノ会の歩みにつき述べ、チーム医療の重要性につき、述べてみたい。