

特 集

地域医療

地域医療における在宅医療支援診療所の役割

—在宅医療は地域医療崩壊を救う—

栃木県医師会副会長

前原 操

はじめに

地域医療崩壊の本質は高齢社会に向けて、従来の医療システムがミスマッチを起こしていることによる。

今後増えるべき医療は従来の急性期医療ではなく、地域で暮らす高齢者のQOLを維持する「治しかつ支える医療」すなわち、在宅医療の普及拡大である。医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化など地域生活を支える在宅医療の充実が求められる。

超高齢時代を迎え、我が国の医療は、急性期疾患中心から慢性期疾患中心へと変化してきている。病院中心の医療から、地域で見る医療への転換が求められる。特に在宅医療に期待が集まっている。しかしその医療提供体制はいまだ定着していない。そのため在宅医療体制を一般社会のシステムの中に組み込んでいくことが必要である。

在宅医療は病院の医療と比較すると外部から医学上の批判を受けにくい。いわば偏った医療が行われる可能性もある。また、在宅医療に特化しすぎると、地域ケアシステムになじまないおそれがある。在宅医療は病院や地域の他の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ケアマネジャー（ケアマネ）などとの多業種協働ができて初めて成り立つものである。

地区医師会及び行政は、在宅医療チーム形成に積極的に関与すべきである。そのためには、各地区に、病院、在宅、介護が連携した地域包括ネットワークを創る必要がある。

I 地域医療崩壊

1. 医療費削減

医療、介護、福祉などの費用を抑えるため、小泉構造改革は、聖域なき歳出削減を掲げ、社会保障費を年2,200億円機械的に削減した¹⁾。医療・介護崩壊が現実化した一方、営利産業である介護サービス、がん保険などが伸びた。2009年9月及び2012年12月に政権交代が行わ

れたが、その後も医療の営利産業化を進めようとする動きは不変である。「日本再生戦略」や「社会保障制度改革推進法」が、混合診療全面解禁、株式会社の参入を示唆する方針を打ち出している。

医療の営利産業化の背景には米国からの要望がある。小泉構造改革下の2001年、米国は日本の公的医療保険制度に市場競争原理を導入することを強く求めた。米国の要望はその後更に具体化した。TPP（環太平洋戦略的経済連携協定）では、日本の公的医療保険は対象にならないとの見方もあるが、米国はTPP各国の医薬品市場に参入するため規制改革を求めている。

市場に任せる構造改革を通じて、日本国民の生活が幸せになることはない。今からでも、これまでの構造改革を改めて検証し、総括をすることが必要である。競争社会から成熟社会へ向けて、今後の社会保障の在り方を考えなおす必要がある。

2. 医療崩壊

急性期病院では、脳卒中、心筋梗塞、がん等の生活習慣病患者が治療を受けるが、急性期の治療を終えた後も、外来に、通いつける。全ての責任を急性期病院勤務医が負うことになり、死に場所まで提供している。日本の看取りの場所をみると2008年において82.4%が病院や診療所で死亡している²⁾。それ自体が問題ではないが、個人の希望が満たされているかという点を考慮すべきである。本来急性期病院は病気を治す場である。たとえ障害を残して治ったとしても、これらの患者を最後まで見る義務は急性期病院にはない。むしろ地域に戻してかかりつけ医や地域に根ざした病院に返した方が、患者にとっても、家族にとっても、好ましい。このことを急性期病院の医師や看護師は患者とともに考えるべきである。このまま急性期病院中心の医療が続けば、急速に高齢化が進む日本において医師不足、医療崩壊が更に進むであろう。

3. 地域社会の崩壊

自宅と医療機関で死亡する者の年次推移を見ると（図1）栃木県は昭和35年（1960年）～平成2年（1990年）まで在宅死が全国に比し、常に約10%多くあった。自宅と医療機関での死亡が逆転するのは全国に遅れること数年。これを我々医療関係者は県の医療が遅れているためと理解した。果たしてそうであったか。平成2年以降すなわちバブル崩壊後急速に在宅死が減り、病院死が増加、全国レベルに追いついている。

バブル崩壊後栃木県で何が起こったのか。よく失われた20年といわれるが、単に経済成長の問題だけでなく、地域社会が崩壊し、家族の絆がなくなったことを示しているとも考えられる。地域で、更に自宅で家族に見守られ死ぬまで家で生きることが難しくなった時代の変化ではなかったか。家族の絆や地域社会の協力関係が失われ、経済成長を取り戻すために競争社会に身を挺し、格差社会になり、人々は孤立し、失業や、孤独死、自殺者が増加してきたのが、この失われた20年であった。もはや昔に戻ることはできないが、住み慣れた地域で豊かに老いて、最期を迎えることができる住環境を整備することが必要である。

また高齢化の影響を受けて医療の目的が変化している。根治的治療が可能な患者より、生活習慣病による慢性疾患患者が増加し、病気と共存した生活を営むことが必要となる。「症状が急変したときが心配」と大病院に通院を続ける老人の気持ちを押し量るべきだ。地域社会が崩壊し、家族の絆が失われた高齢者にとって、タンス預金と大病院が頼りの日本社会では余りにも情けない。

4. Care から Cure へ

日医総研³⁾は、2010年から2035年にかけて介護医療の需要がどう変わるかを予測している。全国で見ると、75歳以上の医療が60%弱伸び、総介護の需要が50%伸びる予測、74歳以下の医療需要はむしろ下がり、総医療の伸びは10%以下と言う予測である。

75歳以上の医療（後期高齢者医療）とはどういうものか。日本国民の一人あたりの生涯医療費（2009年度推計）は2,300万円である。この半分を70歳以上になってから使う。終末期医療費は（1）死期が近づくにつれて増加し（2）加齢に伴い減少する。一方終末期介護費は、（1）死亡12か月前から緩やかに増加し、死亡6か月前をピークに死期の近づくにつれ緩やかに減少する。総費用は（1）死期が近づくにつれ増加する。（2）75から79歳の年齢階級では加齢に伴い増加するが、更に高齢になると緩やかに減少する⁴⁾。

従来の医療は1分1秒でも寿命を延ばす医療と言われ

てきた。そのために病院医師（勤務医、専門医）は惜しみなく医療資源を使い続けた。彼らは大きな責任を負われ、治す医療が終わった方々の一生にも付き合っている。勤務医は疲弊し、まさに病院医療崩壊寸前の状態である。大病院は介護を担えない。穏やかな雰囲気での看取りは不可能である。しかも、フル装備の先進的病院は、多額の投資をしている。急性期医療に特化しないと経済的に病院を維持できない。それゆえ、予想されている死を看取るのに、大病院を利用するのは適切でない。それは、医療費を押し上げるのみならず、本来救わないとならない患者が入院できなくなるからである。超高齢社会に向けて、疾患構造の変化が著しい。今後伸びるのは総介護と後期高齢者の医療である。今や従来型の病院完結型医療が限界に来ている。Care から Cure への転換が必要な時期である。平均在院日数を減らすことや、受診者の負担を増やすことのみで明け暮れた従来の医療制度改革では到底持ちこたえられない津波が押し寄せている。医療・介護側も従来の既得権益を守ることに明け暮れていては、時代の変化に取り残されることとなる。

II 在宅医療支援診療所の役割

1. 在宅医療支援診療所

在宅療養支援診療所（病院）とは、在宅療養をされる方のために、その地域で主たる責任をもって診療に当たる診療所のことである。在宅療養支援診療所は、以下の項目を満たす必要がある。

（1）患者を直接担当する医師又は看護師が、患者及びその御家族と24時間連絡をとれる体制を維持する。

（2）患者の求めに応じて24時間往診の可能な体制を維持する。

（3）担当医師の指示のもと、24時間訪問看護のできる看護師あるいは訪問看護ステーションと連携する体制を維持する。

（4）緊急時においては連携する保健医療機関に入院時のベッドを確保する。

（5）在宅療養について適切な診療記録管理がなされていること。

（6）地域の介護・福祉サービス事業所と連携していること。

（7）年に一回、在宅で看取の人数を地方厚生（支）局長に報告する。

さらに平成24年4月1日に実施された診療報酬改定で、機能強化型の在宅療養支援診療所が設置された。その条件は

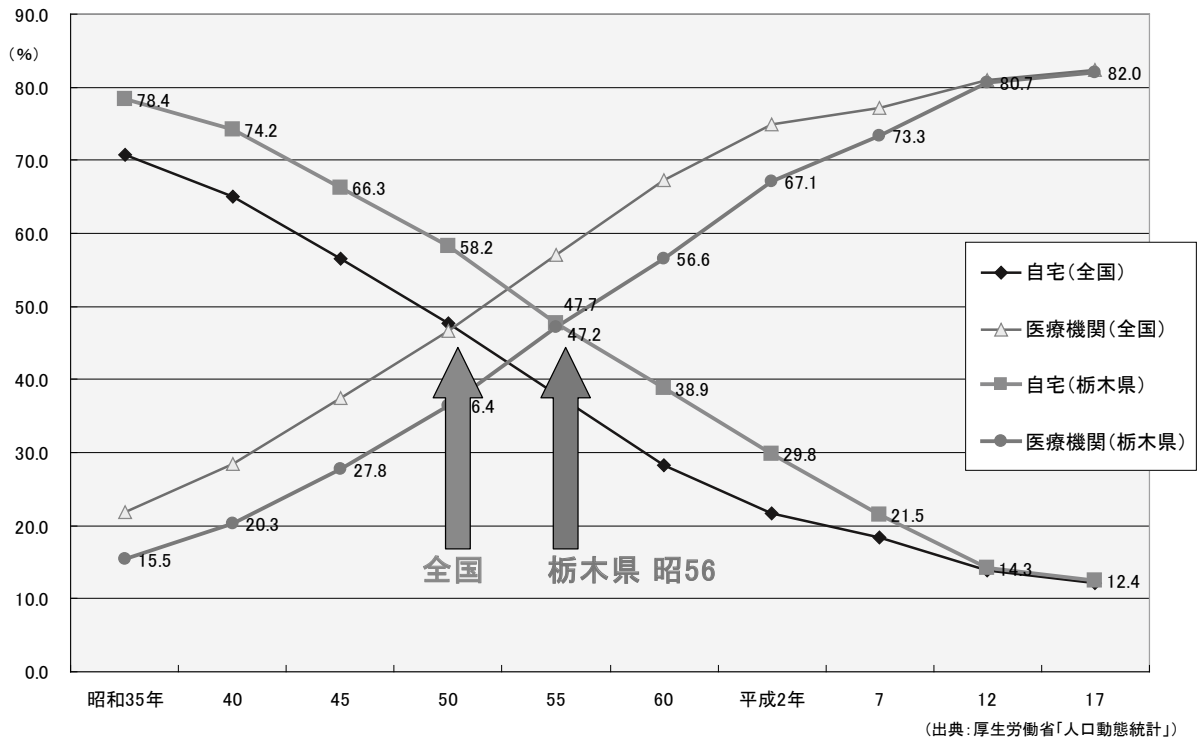


図1 自宅と医療機関で死亡する者の年次推移

本県では、自宅と医療機関で死亡する者の割合が、昭和56年に逆転した。

- ① 従前の要件に以下を追加する
 - a. 所属する常勤医師3名以上
 - b. 過去1年間の緊急の往診実績5件以上
 - c. 過去1年間の看取り実績2件以上
- ② 複数の医療機関が連携して①の要件を満たすことも可とするが、連携する場合は以下の要件を満たすこと
 - a. 患者からの緊急時の連絡先の一元化を行う
 - b. 患者の診療情報の共有を図るため、連携医療機関間で月1回以上の定期的なカンファレンスを実施
 - c. 連携する医療機関数は10未満
 - d. 病院が連携に入る場合は200床未満の病院に限る

栃木県において、在宅療養支援診療所(病院)の数は平成25年3月現在155件である。そのうち連携による機能強化型在宅療養支援診療所は42件、在宅療養支援病院は6件である。その役割は、積極的に在宅療養支援機能を有する医療機関としてその役目を果たすことにある。

ただし、これ以外の診療所が「かかりつけ医」として患者の在宅療養を支援することや看取りをすることも高く評価されなければならない。

2. 壬生町の在宅医療

壬生町は人口4万、病院は獨協医科大学病院のみ。診

療所は24件、うち連携による機能強化型在宅療養支援診療所が8件、3件に1件の診療所が在宅医療に参与している。

壬生町を、北病棟と南病棟と分けて考え、北病棟に5件、南病棟に3件の在宅療養支援診療所(うち1件が有床診療所)が配置されている。地域包括支援センターも北と南に配置されている。

また、かなめとなる病棟の管理者は、とちぎ訪問看護ステーションみぶ(訪問看護師15名)が当たる。もちろん24時間体制である。

訪問看護・診療の対象疾患はがんの終末期、脳血管疾患、認知症、神経難病、その他の障害者でほぼ寝たきりの患者等である。現在約150件の患者宅に訪問看護をしている。この訪問看護ステーションは平成9年栃木県看護協会立としてできた。どこの病院にも所属していないということは、我々在宅療養支援診療所にとって責任も大きいが大変やりやすい環境が整っている。病院所属の訪問看護ステーションの場合、病院主治医からの指示だけで、動くことがあり、急変時、死亡時等において在宅主治医が無視される場合がある。

III 介護との連携

在宅医療にとって介護保険サービスとの連携は非常に重要な課題である。病院医療では、医師、看護師、薬剤

師、検査技師等既にシステムができています。しかし、在宅医療を始めるには、医療・介護関係者との協働が必要になってくる。特にかなめになる訪問看護師は重要である。彼らは、介護と看護は同じであるとの考えから、介護保険からの給付に躊躇しなかった。現在も訪問看護報酬の多くを介護保険から得ている。介護保険給付が医療保険給付より優先される現状において、介護施設にとってむやみに医師の診療を仰ぐことは自らの給付を減らすことに通じる。そのため、多くの介護施設や居宅介護サービスにとって医師は遠い存在でしかなかった。高齢者の終末期に、救急車を呼び、病院に送り出すことが唯一の連携とされてきた。しかし今後の高齢社会においては、医療と介護の在り方に新しい体制を作らなければならない。

1. 介護保険サービスについて

介護保険制度の理念は「介護保険法」第1条にあるとおり要介護状態となった高齢者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うことを目的としている。

また、制度の特徴は、利用者がサービスを選択できること、費用の統一化、介護サービスの充実化、統一化、多様化などがある。民間企業の本格的な参入により、介護サービスが多様化し活性化する、という考え方が根底にある。

在宅医療を担当する医師にとって、介護サービスとの連携で重要なものは、居宅介護サービスと、地域包括支援センターである。

2. 介護サービスの種類

介護サービスの種類としては居宅サービスのみでも、訪問看護事業所（訪問看護ステーション）、通所リハビリテーション事業所（デイケア）、短期入所生活介護事業所（ショートステイ）、通所介護事業所（デイサービスセンター）、訪問介護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、訪問入浴介護事業所、複合型事業所（小規模多機能型居宅介護事業所と訪問看護事業所など）、居宅サービスや地域密着型サービスが連携して介護・看護を一体的に提供する）、訪問リハビリテーション事業所、短期入所療養介護事業所、訪問リハビリテーション事業所、認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）など多岐にわたる。更に介護保険施設については、医師の配置が必要な3施設等に配置基準がある。

3. 地域包括支援センター

地域包括支援センターは、介護保険法で定められた、地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う機関である。

地域包括支援センターは、地域住民の心身の健康保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的として、中核的機関として設置された。市町村が責任主体となるが、外部委託も可能である。市町村又は市町村から委託を受けた法人、在宅介護支援センターの設置者、社会福祉法人、医療法人、公益法人、NPO法人、その他市町村が適当と認める法人等が運営することとなる。

その業務内容は、①包括的支援事業（介護予防ケアマネジメント、総合相談・支援、権利擁護、包括的・継続的ケアマネジメント支援）及び、②介護予防支援業務（指定介護予防支援事業所として、要支援者のケアマネジメントの実施）である。センターの職員体制として、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等を配置しなければならない。

平成23年度の在宅医療機能調査によると、地域包括支援センターでは100%が医師との連携の必要性を感じていたが、実際に連携が取れていると回答したところは7割にとどまっていた⁵⁾。さらに、連携方法も確立していなかった。地域包括支援センターは、医師や医療機関との連携を求めている。しかし、医師や医療職との連携方法について、センターの研修会や同協議会等を通じた教育の機会を設けているかについては、現状ではいまだ十分とは言えない。先行事例等を通じて、地域包括ケアに対する医師の関与について、その効果を検証し、連携方法の確立を目指していく必要があるだろう。

4. 医療と介護の連携における問題点

医療保険と介護保険の給付調整については、介護保険給付が医療保険給付より優先される。しかし、別に厚生労働省が定める場合については、医療保険から給付できるとされている。例として、要介護被保険者等に対する訪問看護師については、原則として介護保険から給付されるが、末期の悪性腫瘍等の患者については、医療保険から給付される。

介護保険は走りながら考える制度でもある。例えば看取りについて介護報酬上の評価は、訪問看護については、平成12年より「ターミナルケア加算」が算定可能になった。平成18年より、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）において「看取り介護加算」が創設された。平成21年度より、介護老人福祉施設において「ターミ

ナルケア加算」, 認知症対応共同生活介護において「看取り介護加算」などが創設された。

本来社会全体で公的に支えるべき介護・福祉をこれまで利益優先の民間企業にゆだね、介護保険の欠陥をさらけ出してきた。さらに利用者の犠牲や低賃金介護労働者の使い捨てが問題になった。また、介護保険制度では、保健医療サービスとはいうものの、介護側は医療を理解していないのも事実である。医療と介護は言語が違う、文化も違う、患者のみかたも違う。一方、医療をサービス産業ととらえ、市場原理を導入すべきだという意見が聞かれる。シルバービジネスは100兆円産業と捉え、在宅医療を新しいビジネスモデルとして、株式会社等の営利団体が市場原理にもとづいた在宅医療を食い物にする動きが見られる。現在の診療報酬制度では、特に在宅療養支援診療所に高い点数が設けられている。当該診療所業務の効率化をはかる動きは大切だが、本来の目的を逸脱した営利主義の動きには注意すべきである。

需要と供給が対等なポジションであれば、価格によって均衡するという一般均衡理論が成立するが、病院の医療では専門家である医師が診断して初めて医療需要が発生する。供給サイドの医師が患者に代わって需要を決定し、供給者として医療を供給していくのである。したがって医療における需要と供給の関係は、そう簡単に均衡点が発見できるという構造ではない。よく「情報の非対称性」といわれるが、むしろ「独占」の概念に近い。患者の立場は弱く、消費者主権を発揮できる立場にはない。このような状況で市場を開放し、医療産業として一般の財と同様に競争させるということであれば、単純に規制を緩和するのではなく、国民医療として育てていくという視点から十分な環境整備をすることが条件となる。すなわち先端医療あるいは病院の「治す医療」と在宅医療すなわち「支える医療」をわけて考える必要がある。

在宅医の大きな仕事に地域の医療・介護・福祉の資源を熟知し、患者・家族の意向や生活上の背景を考慮し、各職種と連携する必要がある。その中で、介護保険制度の理解と、医療保険制度との違いを十分理解しておく必要がある。

まとめ

高齢者医療とは従来型の医療では成り立たない。医療の在り方を根本から考え直す時期に来ている。高齢者自身も寿命を延ばしてもらうためだけに病院通いをしているのではない。できれば入院しないで自宅で過ごしたい

と思っている。理解あるかかりつけ医 (= 在宅医) がいればとも考えている。

在宅医療は在宅療養支援診療所だけでなく、かかりつけ医が日常的な外来診療の延長上にあるものと明確に定義すべきである。生活の質 (QOL) を重視すること、すなわち医療よりも患者の生活を向上させる医療・介護へシフトすべきである。医師の価値観を押しつけるのではなく、患者の満足度を重視する医療への転換が必要である。

従来の開業医は、24時間の対応や多業種協働、介護保険との関わりなど面倒なことが多く、在宅医療にかかわりたくないと考えてきた。多くの開業医はかつて病院勤務医であり、専門医であった。病院勤務時代と同じ診療形態で診療している開業医も多い。彼らは自分の専門領域については詳しく診ることができるが、患者を人間として診るには更に経験が必要である。臓器の専門医から命の専門家にならなければ在宅医療は成り立たない。病診連携はお互いの信頼関係さえあれば難しいことではない。ICTによる地域医療連携ネットワークの構築も一つの手段である。一方、医介連携は多くの困難が存在する。在宅医が医師一人で24時間365日患者を診ることは難しい。訪問看護師やケアマネ、歯科医師、薬剤師、地域包括支援センターの方々、さらに市、町行政とも協働しなければならない。

これらの課題を踏まえ、開業医と勤務医、更に介護職との新しい連携医療・介護ネットワークを構築する必要がある。

文 献

- 1) 前田由美子：これまでの構造改革を振り返って—医療営利産業化の視点から—。日医総研ワーキングペーパー 272, 2012.
- 2) 泉田信行：【医療・介護政策に関する実証的検証】死亡場所の差異と医療・介護サービスの供給の関係の分析。社会保障研究 46：204-216, 2010.
- 3) 高橋泰, 江口成美：地域医療提供体制の現状と将来—都道府県別・二次医療圏別データ集—。日医総研ワーキングペーパー 269, 2012.
- 4) 阿波谷敏英：死亡前一年間の医療および介護費用の検討。社会保障研究 40：236-243, 2004.
- 5) 野村真美, 吉田澄人：地域医療の現状—平成23年度静岡県在宅医療機能調査をモデルとして—。日医総研ワーキングペーパー 271, pp128, 2012.