

# 在宅医療だより

## 在宅医療ってなんだろう？

医療法人社団たかはら会尾形医院

塩谷郡市医師会

尾形 新一郎

「介護を受けたい場所」「終末期の療養を受けたい場所」と問われれば、多くの国民がそれぞれ自宅を選ぶのは当然のこと。さらには半世紀前のデータを引っ張り出し当時は在宅死が当たり前だったと説いても、社会環境・家族構成が大きく変化した今の時代においては説得力を欠くといわざるを得ない。とどのつまり、最期を迎えたいという家に家族は無く、せいぜい居たとしても高齢者などの社会的弱者ということになる。このような状況下でありながらも、国は在宅医療介護連携推進事業の名の下に在宅医療を進めようとしている。高齢化時代に突入し医療・介護に係わる福祉関連予算は増加の一途であり、その中で多くを占める慢性期の長期入院・入所を在宅へ向けることで財源を浮かそうという魂胆のようだが、なかなか思惑通りには進んでいない。その理由には次のような要因が垣間見える。

まずは人口減少に相反し高齢化率の高まる地方においては、医療や介護の提供体制が余りにも脆弱なことです。医療機関は減少し、残った医師は高齢化する一方となり、とても地域に出て行ける状況がありません。たとえ出られたとしても守備範囲が広いばかりで、費用対効果からしても労あって益なしは明らかであり、まさに人口密集の都市部を対象とした制度設計になっていることです。

次は市町レベルでの行政側の取り組みが余りにもお粗末だということです。医師会の絡む事例は、その対応が面倒だという思いが強いようで、医師会に丸投げすることでその責任を回避しようとする当事者感覚の無い職員が結構います。しっかりと住民目線で仕事すべきです。

さらに家族側の視点では、入院・入所に係わる費用は確かに少なくなりますが、在宅介護のために働き手を減ずることもあるばかりか、その精神的・身体的負担の増加は、手放しに喜べるものではありません。逆に在宅により経済的損失が増えることもあります。

と、ご託を並べてはみたが塩谷町ではどうかというと、行政主導で介護保険制度スタートと同時に地

域ケア会議が生まれ、これに医療側が乗る形で多職種連携会議が構成されています。最近では歯科医、行政書士、基幹病院の連係室職員なども加わり、近隣市町からの参加者も含め、多いときには50名を上回る規模となっています。このようにネットワーク先行形で連係は進んでいるのですが、これが在宅医療に直結しているかといえばまだまだ多くの課題があるのが現状です。とりあえず顔の見える関係だけはこれからも維持していきたいものです。

さて少しばかり視点を変えて、在宅医療の一つの可能性についてです。サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）は国交省・厚労省共管の事業として全国での整備が進んでいるのは周知のことです。さてそこで、この施設に対する不満を列挙すると、「利用者を囲い込み、過剰な介護サービスを誘導している」「サービスを提供する職員のレベルが低い」「医療機関との連携性が不足しており、利用者の体調変化への対応が遅い」「終末期・看取りの対応に不安」などがあります。これは運営母体の大半が非医療系であり、医療系の開設は2割にも満たないところに起因しているのではと考えます。このサ高住こそ医療系の運営母体をもっと積極的に参入すべきであり、そこにこそ在宅医療の可能性はあると考えから、2015年秋、温泉付きのサ高住を開設しました。常々、医療介護サービスは立派な成長産業だと確信し、地域活性の一役を担えるものとの思いからです。幸いグループ内に特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、小規模多機能ホーム、医療・療養病床があり後方施設は整っており病状の変化には柔軟に対応できます。当方人運営のサ高住入居者は介護度が低く、要介護2以下が多く、最小限の介護サービスで療養を続けておられます。入居者のほとんどは通院可能で、今のところ訪問診療は限られ、どこが在宅医療だということですが、在宅の受け皿としてのサ高住としては十分に役目を果たしていると考えています。

地域は様々、医者も色々、それぞれの在宅医療が求められているのだと感じる昨今です。