



# 高齢者の理想の住まいをめざして

平成28年、厚生労働省は高齢者が長期入院する介護療養病床の一部廃止にともない、その受け皿として、住宅と医療の機能を併せもつ「一体型施設」と、住宅の近くに医療機関がある「併設型施設」の2種類を新たな施設創設の方針として打ち出しました。「一体型施設」とは、医療と住まいが一体になった、いわば“医療を受けられる介護施設”です。医師らが当直体制をとり、休日や夜間に容体が急変しても、すぐに診察を受けることができます。一方、「併設型施設」は生活と医療の空間が完全に分離されたもので、医療や介護は、必要ときに外来や訪問サービスという形で提供されます。

厚労省はいずれについても、療養病床より「住宅」の機能を重視し、“最期まで暮らせる住まい”として将来、看取りのケアまで行う施設を想定しています。

ここで、高齢の在宅患者を多く診てきた医者立場から、私の考える“理想の住まい”を定義してみます。

「一体型施設」の場合、医療をどのような形で提供するかがポイントとなるでしょう。私は高齢者の住まいであれば、「診療所併設タイプ」が望ましく、しかも万一のときに十分な医療が提供できる「入院設備のある有床診療所」が理想だと考えます。もしも併設の医療機関が診療所でなく病院だった場合、高度な医療が提供できる反面、「医療寄り」になってしまい、その施設は入居者にとっては生活の場ではなく、“療養型病院の入院病棟”になることが危惧されます。地域に密着した診療所だからこそ、高齢者の気持ちに寄り添い、日常の延長線上で医療が提供できるのです。

また、複数の疾患を有することが多い高齢者の場合、かかりつけ医は、身体の部位や専門領域にとらわれず、急性期から慢性期まで幅広く診療ができる「総合診療科」の医師が求められると考えます。認知症ケアや、がん緩和医療の知識も欠かせません。

そこでポイントとなるのは専門医の存在です。ご存知のとおり、地域包括ケアシステムにより、診療所と専門医のいる大学病院との連携は強化される方向ですが、私は外来のみならず“専門医による訪問診療”の体

制がベストだと思います。寝たきりになっても専門的な治療が自宅で受けられる…それこそが高齢者の安心になると思うのです。

一方、「併設型施設」の場合は、デイケアやデイサービスの設置を提案します。リハビリと日常的な健康管理により、ADLの向上と介護リスクの軽減が図られます。訪問介護ステーションの併設が理想ですが、外付けサービスでも問題ないでしょう。

最後に最も重要なのが、高齢者の暮らしを支える看護・介護の従事者です。サービス付き高齢者向け住宅にも看護師を配置する事業所が徐々に増えていますが、厚労省の方針が療養病床の患者の受け皿づくりであると考え、今後、看護師の常駐は高齢者の住まいの必然になると予想します。とくに「一体型施設」の場合、胃ろう、IVH、人工呼吸器等、医療機関並みの対応が必要になるからです。現に介護職にも、国は喀痰吸引の研修等、医学的な技能の強化を促進しています。

超高齢社会が加速する今、医療と介護を切り離して考えることはできません。とくに在宅医療は介護を行う場でもあり、今後は介護需要が医療需要を上回ることも予測されます。2012年から謳われた「医療・介護の連携」は、2025年で一つの社会保障改革のゴールを迎えます。高齢者の理想の住まいの実現のために、医師・看護師・介護スタッフが今まで以上に三位一体となった、新たな高齢者医療の構築をめざしていかなばと考えます。

## 増田 勝彦

ますだ・かつひこ

### ● PROFILE

医療法人社団容生会理事長。昭和57年3月日本大学医学部卒、平成6年12月増田クリニック開設。平成8年4月医療法人社団容生会開設。日本外科学会専門医、日本消化器外科学会認定医、日本在宅医学会会員、足立区介護認定審査会委員などを務める。認知症サポート医。

