

## 平成20年6月号

医療法人将優会 クリニックうしたに

理事長・院長 牛谷義秀

### 在宅医療「<sup>さいご</sup>自宅で最期を迎えたい」

「<sup>さいご</sup>最期を住み慣れた自宅で迎えたい」と願う人を支えるのが在宅医療です。たとえば、転倒が原因で大腿骨頸部骨折を負い歩行が困難となった場合や脳梗塞で倒れて寝たきりになった場合、病院ではなく自宅で過ごしたいという希望を支援するために自宅を定期的に訪問して診察し、時には採血や検査をして病状を把握します。

#### 1. 在宅医療とその対象者

「病院ではどうしても自分の思い通りに過ごせない、できれば在宅療養しながら家族に見守られ、住み慣れた自宅や地域で最期を迎えたい」、そんな希望を多くの人が持っていらっしゃる(図1)。「通院が困難になったので、往診をしてもらいながら家で暮らしたい」、そんな患者の願いを支えるために在宅医療の普及が求められています。また医療依存度の高い末期がんで在宅療養を希望された人も、自宅で訪問診療を受けこなることができます。医師が定期的に自宅などを訪問診療し、亡くなるまで見届けることを「在宅での<sup>みとり</sup>看取り」と呼んでいます。

厚生労働省によると2005年に心臓麻痺で倒れた人なども含め**自宅で亡くなった人は約13万人で、死亡者全体の12%**でした。一方、**病院で亡くなった人は約86万人で、死亡者全体の約80%**でした。残る**8%は施設や屋外などで**亡くなっています。在宅での死亡はかつて80%を占めていました(1951年頃)が、病院が整備された結果1976年を境に病院で亡くなる人が自宅でのそれを上回り、自宅で亡くなる人は減り、現在では医療機関で亡くなる人が死亡者全体の約80%を占めています(図2)。依然として「最期は病院で」という気持ちが根強いようです。しかしながら、住み慣れた自宅で満足できる死「満足死」を迎えたいと思っていながら、それを実際に実現できている方々はまだまだ少ないようです。在宅医療を実現させるためには家族の理解や支援を含めた生活環境が整い、医療者のほか介護職の支援も必要となります。このような高齢者の希望をかなえるために創設されたのが**在宅療養支援診療所**です。

#### 4. 在宅療養支援診療所

「自宅や地域で最期を迎えたい」という高齢者の願いを実現するために、**2006年4月に在宅療養支援**

**診療所が創設**されました。自宅で療養したり、地域で最期を迎えたりできるよう、在宅医療の受け皿として在宅療養支援診療所の届け出をしているのは全国の診療所の約10%にあたる9777施設です。

在宅療養支援診療所として登録するためには以下の要件が必要です。

1. 24時間対応が可能な医師、看護師を配置する
2. 診療所内または連携医療機関により24時間往診が可能
3. 24時間訪問看護の提供が可能
4. 在宅患者の緊急入院受け入れ体制を確保
5. ケアマネジャーと連携
6. 在宅看取り数を社会保険事務局長に報告（1回/年）

### 3. 在宅医療でできるハイテクケア

人工呼吸器、在宅酸素療法、腎不全に行う腹膜透析や静脈に留置したカテーテルを使って高カロリー輸液を実施する中心静脈栄養など、高度な医療機器を用いた在宅医療（在宅ハイテクケア）は入院で実施される医療とほとんど同じレベルの医療の提供を受けることができます。

### 4. 在宅医療を困難にする理由

在宅療養支援診療所は自宅で最期を迎えたい、という人たちを支援するために設けられた制度であり、厚生労働省は年度末に看取った患者数を社会保険事務局に報告することを義務付けています。そのため自宅で亡くなった患者実数を正確に把握することができます。在宅療養支援診療所が1年間に在宅で看取った数はひとつの在宅療養支援診療所あたり平均2.8人で、都市部における1万人当たり75歳以上の看取り数は東京都が最も多く、大阪、奈良と続きました。一方、地方では看取り数が少ない傾向にあり、地域差が認められました。

在宅医療を困難にしている理由として以下のことが考えられます。

- 1) 24時間365日対応可能な在宅療養支援診療所が少ないこと
- 2) 人口密度の低い地方ほど、交通手段をはじめとした往診の手間などがかかる上、診療所や在宅療養の一翼を担う訪問看護ステーションや介護関連施設が少なく、連携が難しいこと
- 3) 終末期を迎える重症患者を看取ることができる在宅専門の診療所が少ないこと
- 4) 「最期は病院で」という根強い習慣があること
- 5) 居住環境が整っていないこと
- 6) 在宅の場合も昼間に面倒を見る人が居ないなどといった介護不足
- 7) 症状が急変した時の同居者の不安
- 8) 部屋の回収や医療、介護の費用など、在宅療養は入院に比べて自己負担がかさみがちであること
- 9) 自宅で過ごしたいという患者の希望をかなえてあげたい、という家族の共通意識が得られにくいこと

一人暮らしのために同居者がいなくても、患者本人が望まれば在宅医療を受けることができます。介護が必要な認知症のお年寄りが少人数でスタッフと共同生活を送る施設であるグループホームも地域に密着した施設であり、在宅医療の受け皿としても期待されています。

## 5. 療養型病床の削減

退院が可能なのに長期入院する「社会的入院」の温床とされているのが療養病床です。長期入院患者のための療養病床は決して生活の場とは言い難く、最期を迎えるのにふさわしいとはいえないとの指摘もあります。療養病床が増え始めた1990年代から、重症患者が在宅で看取られる件数が少なくなったといわれています。実際に療養病床の数が全国平均に比べて高い富山、北海道、熊本などでは在宅での看取り数が少なくなっています。

厚生労働省は医療の必要度が低い高齢者が、長期療養で入院している状況を解消し在宅医療へ移行させるため、2012年度までに、療養病床を現在の38万床から15万床に大幅削減する方針を打ち出しています。

## 6. たしよくしゅれんけい多職種連携

在宅医療を可能にするためには、患者本人が「自宅で過ごしたい」という希望を持ち、それを支える家族の強い意志が必要です。もちろん、「地域で支える」在宅医療を実践するには医師、訪問看護師やケアマネジャー、薬剤師、ヘルパー、理学療法士、作業療法士など多職種が一体になって連携しなければ、在宅医療は成立しません。特にがん末期の在宅医療では



医師だけでなく、多職種でその人の生活を支えるチームケアが大切となってきます。

### ※ケアマネジャー

ケアマネジャー(介護支援専門員)は、在宅医療や介護を利用する人の立場で、最も適切なサービスを組み合わせた計画(ケアプラン)を作成します。介護・保健医療・福祉の各分野で実務経験があり、都道府県の試験に合格し、一定の研修を受けるとその資格が与えられます。

## 7. 今後の課題

在宅医療を率先する開業医が増えない背景には、24時間対応に加え、在宅生活上の諸問題や心理的ケアをひとりで引き受けなければならないことに対する抵抗感があるようです。また在宅医療の実働を担当している訪問看護ステーションも不得意な分野があったり、夜間の訪問をしないステーションもあるなど、

「ケア」のレベルが不十分なことも一因となっています。

## 8. 最後に

在宅医療を質、量ともに拡充するために、5つの重要項目が示されています。

- ① 在宅医療を担う医療者の増加
- ② 訪問看護ステーションの強化
- ③ 在宅療養支援診療所の強化
- ④ 急性期医療と在宅医療の円滑な連携の促進
- ⑤ 在宅医療の周知

平成20年3月末に全国在宅療養支援診療所連絡会が設立されました。今後、在宅療養支援診療所のネットワークが構築され、住み慣れた我が家が本当の「<sup>ついで</sup>終のすみか」となる日が訪れることが期待されています。

図1 痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている時、療養生活をどこで最期まで送りたいかという質問

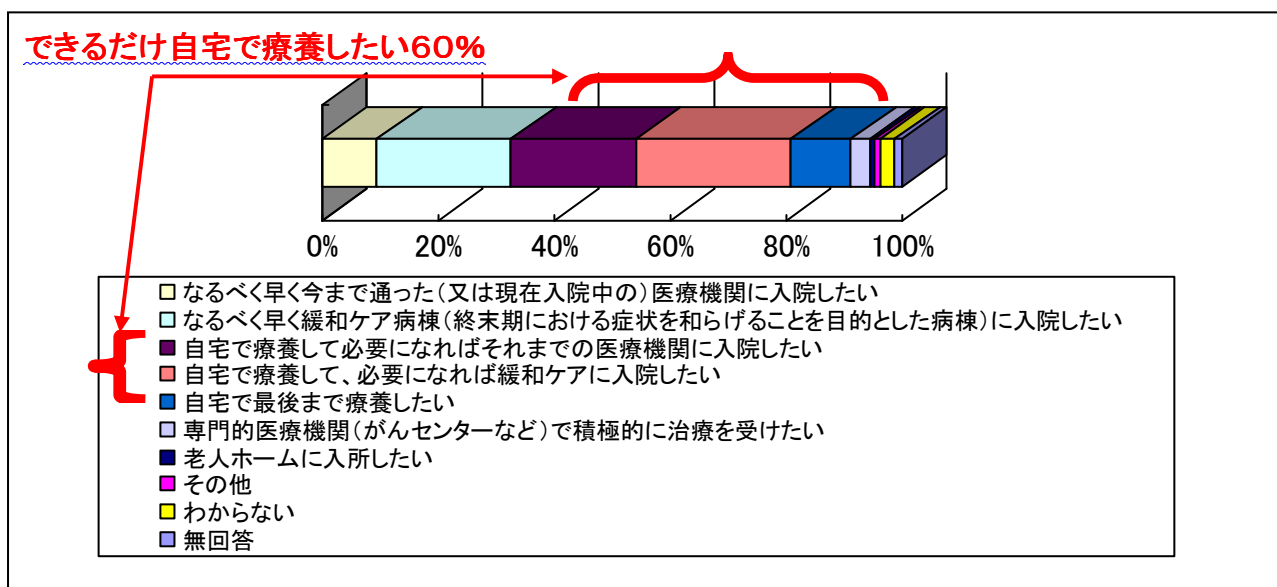
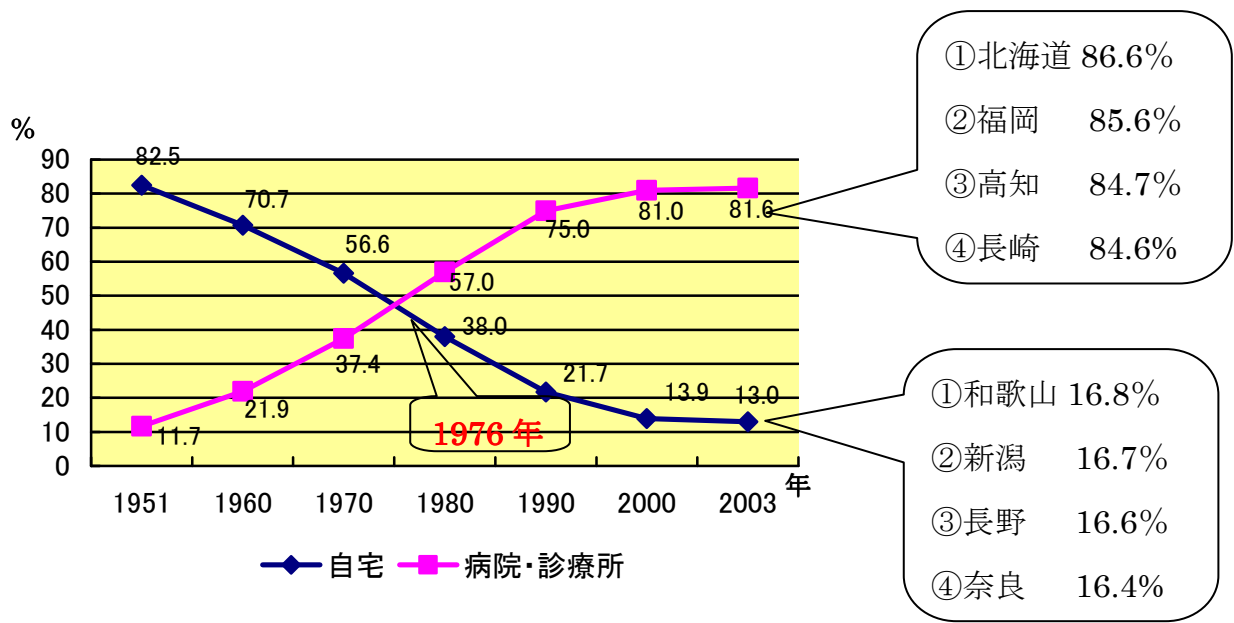


図2 死亡の場所の推移（第19回社会保障審議会医療保険部会平成17年8月24日）



医療法人 将優会 クリニックうしたに  
 理事長・院長 牛谷義秀