

健康フラガ

平成22年10月号

「在宅医療」って、なあに？

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

近年、加速度的に超高齢化社会が進む中で、国が高齢者の長期入院を抑制し、在宅医療を提言してきたことなどを背景に、在宅医療のニーズが日増しに高まってきています。国の施策方針である在宅医療の推進・展開、病院死から在宅死へのシフトを反映して、宮崎県でも在宅医療の提供を受けている方が増加傾向にあります。

1. 在宅医療とは

医療機関を訪れる方の病気の多くは、かぜや腰痛、関節症などの整形外科疾患や高血圧症、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病です。しかしながら、現代医療のめざましい進歩とあいまって超高齢化社会が到来し、その高齢化にともなって高齢者が抱える疾患や死亡原因も多様化しています。自宅で病院と同じように点滴や輸血などを受けたり、在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法などの呼吸補助療法、在宅中心静脈栄養療法・成分栄養経管栄養法などの栄養補助療法、モルヒネなどの麻薬を使った癌性疼痛管理、在宅腹膜透析療法・在宅人工透析療法などの補助腎臓療法などの医療技術を提供されている人の数は増加しています。通院困難な患者が在宅療養する上で、高齢者が罹患する病気や障害の種類によらず、自宅での治療を継続しながら療養上の医療的アドバイスなどを必要とする場合、医療者による在宅医療の適応となります。

高齢者、または不幸にして病気や障害を背負った方々ができる限り住み慣れた家庭や地域で身近な人に囲まれて在宅で療養しながら生活をおくれるように提供される医療が、在宅医療といえましょう。

2. 在宅医療患者の推移

厚生労働省の人口動態調査によれば、平成20年に全国で114万2,407人が亡くなっており、そのうち病院、診療所、介護老人施設、老人ホームなどの施設内で亡くなった方が97万809人、自宅で亡くなった人は14万4,771人でした。一方、宮崎県では1万1,932人が亡くなり、そのうち施設内で亡くなった方が1万509人、自宅で亡くなった人は1,141人でした(図1)。宮崎県でも総死亡者数は年々増加し、がんなどの悪性疾患による死亡者数も漸増し、2001年には3,000人を超えました(図2)。

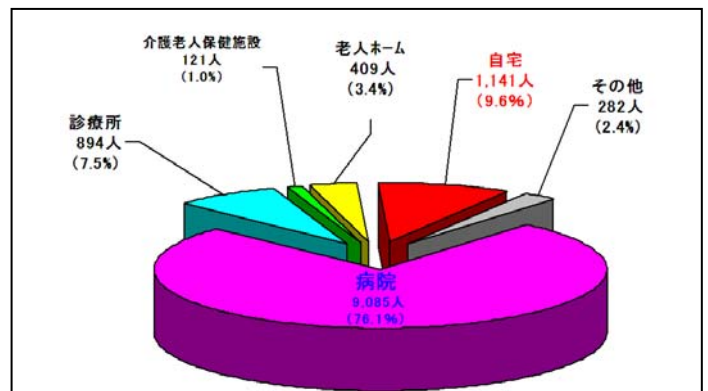


図1 死亡場所別死亡割合
(死亡者総数/宮崎県/平成20年)

昭和51年（1976年）を境に自宅で亡くなる「在宅死」と病院や診療所で亡くなる「病院・診療所死」が逆転し、現在では「病院・診療所死」が圧倒的に多く、「在宅死」は約13%前後となっています（図3）。しかしながら世情を反映して、特に癌などの悪性疾患に罹患されている方々の想いが反映されて自宅でなくなる方の数が増えてきています。

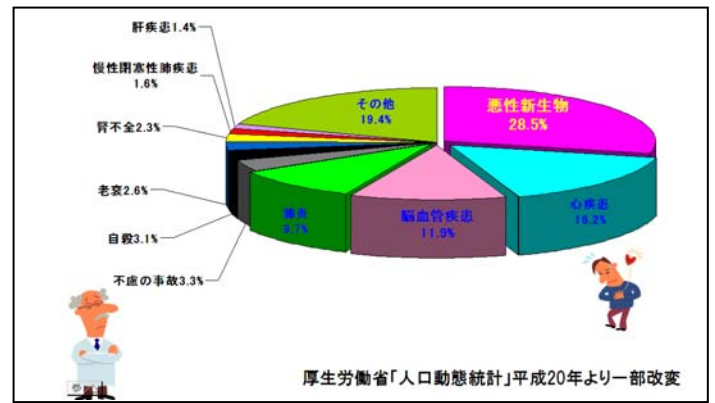


図2 死亡原因別死亡率（宮崎県／平成20年）

3. 在宅医療を受けることができる人たち

高齢者以外にも、脳性まひや頭部外傷、脊髄損傷などを負った障害者、パーキンソン病などの神経難病、末期癌、経管栄養・人工呼吸器を必要とする重症小児のほか、認知症や精神疾患も在宅医療を受けることができます。

外傷や心筋梗塞、脳卒中などの急性期医療や手術が必要なケースなど、病院でしか提供できない医療を除いて、大部分の医療は適切な医療の提供により在宅で受けることが可能です。在宅医療の提供を制限する要因は、病態やその重症度ではなく、主に①介護力（家族による介護や地域における介護サービスなどの社会資源）、②看護力、③療養環境整備（患者が在宅で過ごせる環境づくり）であるといっても過言ではないでしょう。特に在宅医療を中断せざるを得なくなる最大の原因は、家族によって提供される介護力の多寡であり、したがって医療者は常に家族の負担と疲労に対するねぎらいやケアも忘れてはいません。

できる限り住み慣れた家庭や地域で身近な人に囲まれて療養しながら生活をおくれることを患者や高齢者が望まれば、在宅を支える多くの関係者がそれを全面的に援助できるシステムが整ってきています。

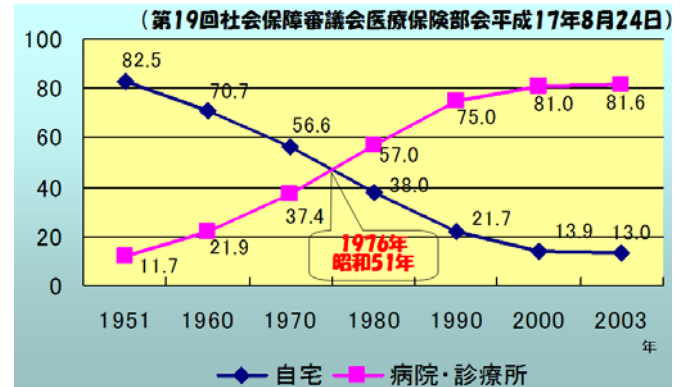


図3 死亡場所の変化

4. 在宅医療を支援する人たち

自宅が病院、訪問する医師が病棟医師、訪問看護師が病棟看護師、ナースコールが電話と考えれば、医療が展開される場所が自宅に変わっただけで、患者はむしろ主人公として自宅で思うがままの生活をしながら、病院医療となんら変わらない医療の提供を受けることができます。

在宅医療を展開する上でリーダーシップをとる医師はこれまでも、いわゆる「往診」という形で通院できない人の診療を担ってきました。しかしながら、2006年に新設された「在宅療養支援診療所」は他の医師との連携で24時間、

365日往診が可能で、24時間訪問看護の提供が可能で看護師を配置し、非常時には在宅患者が緊急入院できる体制が確保され、さらにはケアマネジャーなど保健医療サービスや福祉サービスとの連絡調整が可能で担当者を配置することが条件と定められており、この「在宅療養支援診療所」という制度の設立が在

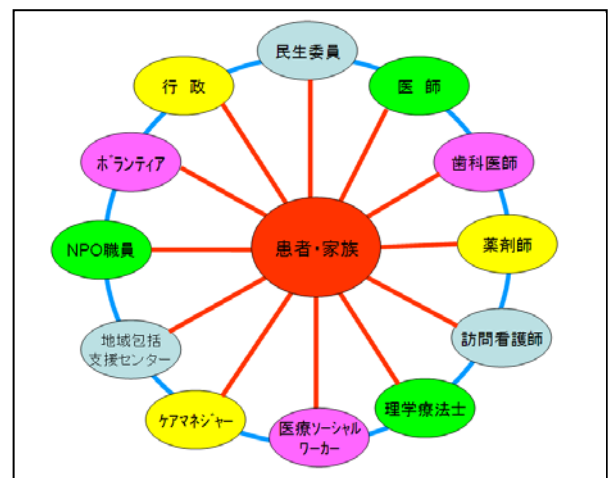


図4 在宅医療を支えるネットワーク

在宅医療を後押しする形で、在宅医療の提供を受ける人が多くなりました。

多様化した疾患の内容に関わらず、オーダーメイドの在宅医療が提供されるようになりました。どうしても医療が最優先される緊急事態を危惧する想定が多くなることから、在宅医療のリーダーシップを担うのは医師ということになりましょう。しかしながら、看護師、薬剤師、歯科医師、保健師、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語療法士、歯科衛生士、マッサージ師、臨床心理士等のほか、医療と福祉をつなぐエキスパートのソーシャルワーカー、介護福祉士、医療・福祉・介護の連携のコーディネーター役を担うケアマネジャー、ホームヘルパー、時には心理的な支援を行なう宗教家、さらには総合相談窓口となる地域包括支援センター、自治協、民生協、地域住民、ボランティアなど、実に多くの方が関わっています。

誤嚥性肺炎が原因で入退院を繰り返す高齢者でも訪問歯科医による口腔ケアや摂食・嚥下リハビリテーションなどの診療で、不要な危険にさらされることなく安心・安全な在宅療養を送ることができ、また「かかりつけ薬剤師」が患者の生活背景を見ながら服薬の状況や副作用の有無などを管理してくれることは在宅医療の展開には欠かせません。不幸にして病気や障害を抱えることになりながらも、患者や家族が住み慣れた家や地域において生活することを望まれば、在宅医療においては患者の医療のみにとどまらず、生活を支えるための職域を超えた多職種が連携し、手を取り合って地域を見守っているのです。

5. 在宅医療に必要な地域の資源

超高齢化社会の中で在宅医療を展開するのに大きな社会問題となっているのは、独居高齢者や認知症患者の急激な増加です。それを支えるためには地域でふつうの生活を確保するために医療・福祉・介護が一体となって、地域の社会資源を引き出し、地域ぐるみでお互いを助け合う「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。急性期の治療を終えて退院がきまっても、独居や認知症が原因で住み慣れた自宅に帰れず、施設等への入所を余儀なくされる患者が増えています。それぞれの地域に応じた「地域包括ケアシステム」を構築するためには「向こう三軒両隣」の近所付き合いが当たり前だった昔のように、その地域に暮らす人々が喜怒哀楽を共有し、時には迷惑をかけあうことを容認しあえる信頼関係で結ばれた、『自助、互助、共助、公助』の仕組みの構築がととても大切だと考えられます。

6. まとめ

在宅医療は入院治療、外来治療について第3の医療と言われています。昨今、医療保険と介護保険をコーディネートする^{かなめ}要として中心的な役割を担っているケアマネジャーが、入院から在宅へ、在宅から入院へ、双方向に継ぎ目のないサービスを提供しながら、患者の安心した暮らしにつながるように奮闘しています。身近なケアマネジャーや地域の相談窓口である地域包括支援センターの職員、各病院の医療連携室職員に声をかけてみてはいかがでしょうか？また、それぞれの地域で在宅医療を実施されている医療機関や地域で利用できる社会資源を盛り込んだガイドブック「病院から家に帰る時読む本」(「宮崎をホスピスに」プロジェクト事務局(0985-72-8787))は在宅医療の提供を受けたい方にとって参考になると思います。

