

地域の全体医療の中での在宅医療の役割 ～地域の限られた医療資源を最大限に生かすために



川島 孝一郎氏
仙台往診クリニック 院長

ターニングポイントは2025年 「治す」医療から 「支える」医療への転換が大切

本稿では、在宅医療が求められる背景とともに、
全体医療の中での在宅医療の役割について論じる。
また、地域の医療資源の効率のよい再分配について、例を挙げ解説する。

はじめに

少子・高齢化により日本の人口構成は急速に変わる。介護を行う扶養者と介護される被扶養者との比率が2005年には3：1であったものが、2025年には2：1となり、さらに2055年には1：1となる。

現在75才の方は配偶者および家族、医療職、介護職で構成される3人の介護者を得ることができるが、55才の方は2人、30才の方は1人介護になってしまう。しかもそれは医療も介護もそして配偶者も含めての「1人」なのだ。

現在114万人である年間死亡者数は年々増加し2038～40年には170万人となる（図1）。75才以上のいわゆる後期高齢者の死亡率は年々増加し、2025年には実に総死亡者

数の87%に達することになる（人口動態調査に基づく）。

2025年がこれからの医療と介護供給体制の一つの目標年となる。

2025年に向けた医療体制

現在の日本の医療は、WHOによ

れば健康達成度の総合評価において世界1位である。国民皆保険の恩恵で平等性についても第3位、米国のように高い民間保険ではないので、GDPに占める医療費の割合は世界18位であり費用対効果が優れている。

一見諸外国と比較して日本の医療

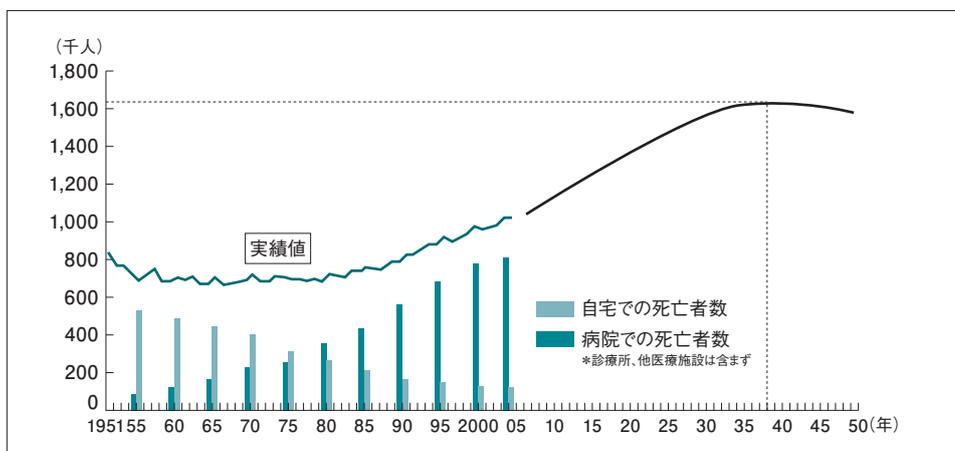


図1 死亡数の年次推移

資料：04年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

05年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（02年1月推計）」（中位推移）

棒グラフ：第1-25表 死亡数・構成割合、死亡場所×年次別（厚生労働省統計表データベース厚生統計要覧：第1編人口・世帯／第2章人口動態）より 目算にて追記

出典：川島孝一郎「平成18年度厚生労働科学研究費補助金 厚生労働科学特別研究事業 「地域医療計画における在宅医療のあり方に関する研究」、2006。

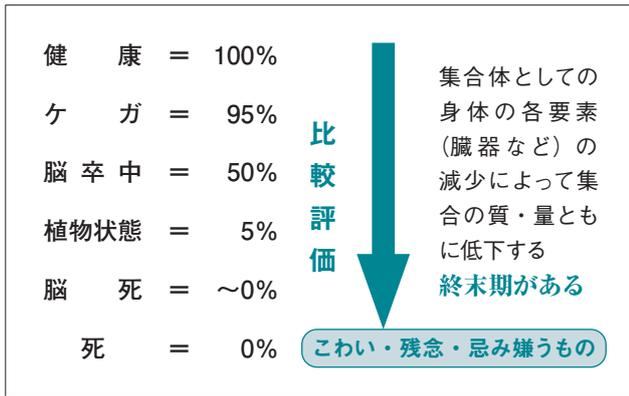


図2 ICDによる評価
医師が考える要素還元主義による科学的身体
身体の衰えを科学的に表現すれば終末期という概念が生じる

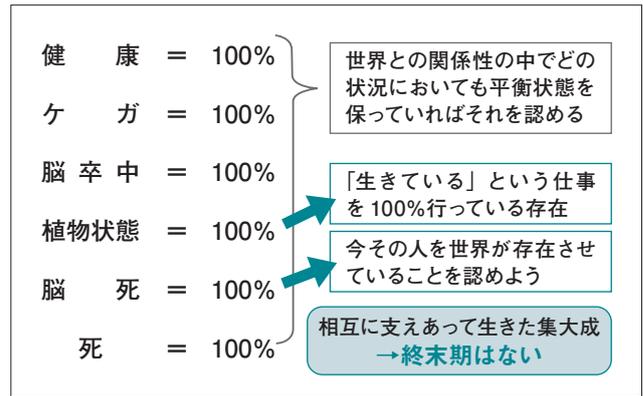


図4 ICFによる評価
調和した関係性ならどの状態も満点
終末期は思考が作り上げた構成概念であり実体ではない

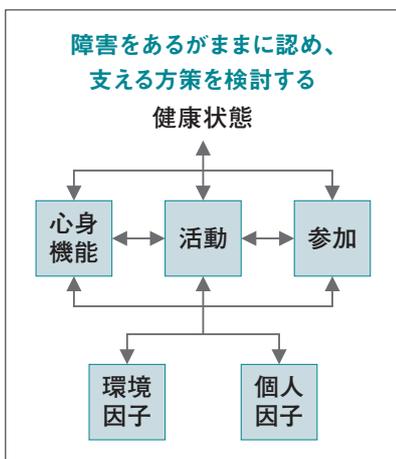


図3 ICF (国際生活機能分類) モデル (2001)
出典：上田敏『ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか』きょうさきん/萌文社、2007。

は高い水準のように思われるのだが実は違う。日本が優れているのは「治す医療」の部分だけである。より良く生きた結果としての看取りは、日本の医療に欠けている。

よく考えてみよう。人は生まれて体力がピークの20才を過ぎやがて衰える。80才を超して誰しもが人生の終焉を迎えるのだが、高齢化のために「治らない人」が増加する。老化現象は治せない。老化による歩行困難・食事摂取困難な身体障害者の比率が高まる。老化するほどがんの発生率は高まるのでがん末期の増加を引き起こす。つまり高齢社会は「治らない人の集団社会」なのだ。治らない人には何ができるだろう。支え

る医療である。

治す医療から支える医療への大転換が2025年に向けた医療体制である。

◇ 支える医療とICF

2000年まではWHOはICD (国際疾病分類) による医療提供体制を推奨していた。ICDは身体機能の衰えをマイナス面から評価し低下した機能の改善をもくろんだものである。図2のように健康体を100%とし身体機能を比較評価することによって、疾病・傷病による機能低下を標準化してゆくものである。

この評価は「治る人」には当てはまるだろう。しかしこれからの日本は「治らない人の集団社会」になる。以前のICDによる評価が機能不全を起こすのだ。この兆候はすでに発生している。治す医療の教育しか受けていない医師の集団が25万人いる。治す医療に該当しない老人は診療拒否。がん末期の患者はがん難民。終末期は医療の対象ではないとして医療の中止を法制化しようとする。これらのすべては「治す医療」しか知らない医師が対象ではないと考えた患者を切り捨て始めた兆候なのだ。人間を比較評価しマイナス面が治せない場合の新たな対策を知らない医師の反応がこの事態を招いている。

その対策とはICF (国際生活機能

分類) である¹⁾ (図3)。ICFは機能の低下を身体的評価のみならず、患者の置かれた環境・個人の資質・活動能力・社会参加などによって位置づけ、これらの改善によって総合的に「治らなくとも生きてゆける生活」をつくり出すものである。治す医療から支える医療への転換をもくろんでいるのだ。

その思想は図4に示すように、たとえどんなに身体機能が低下しても、周囲の状況とのバランスが保たれるような環境整備を行うことによって、総合的には変わらない100%の生き方をつくり出すのである。五体不満足であっても誰しもが生きてゆくことが可能な社会の形成を目指している²⁾。

◇ 在宅医療とICF

国民はどのような生き方を望んでいるのだろうか。高齢者の60%は身体機能が衰えても自宅で住み続けたいと考えている。がん患者は実にその80%が最期は家で過ごしたいと考えている。しかし実際には90%が最期は病院で亡くなっている。つまり患者のニーズと医療のサプライのミスマッチがあるのに適正な対応がなされていないのである。

治らない患者への適正な対応、治す医療ではなく支える医療、ICDか

らICFへの思想の転換、患者ニーズと医療サプライのミスマッチの是正、これらのいずれもが既存の医療供給体制の限界を示している。

ここに求められているのが在宅医療である。在宅医療は患者の生活環境の中で行われる医療であるだけではない。患者の環境整備としての介護供給体制・福祉政策・家庭経済状況・家族の心理的支援などを含めた、多岐にわたる「生活を支える医療」である。医師は患者の生活世界の内部構造となり（図5）、中から家族を含めた生活を支えてゆくのだ³⁾。

在宅医はICFの環境因子に含まれながら、心身機能にも、活動にも、社会参加にも、個人因子にも深く係わるのである。むしろすべての項目に医師は顔を出しているといえよう。

在宅医療と効果

在宅医療は手術・CT/MR検査・放射線治療などを除く、かなりの範囲の医療的処置を行うことが可能であるととも、医療費も入院に比べ

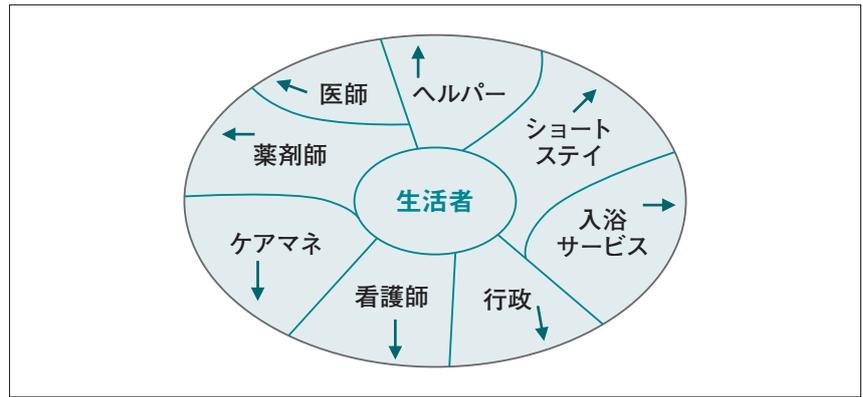


図5 「生活を支える医療」のイメージ
在宅医は生活世界の内部から全体の平衡状態を維持していく

出典：『癌と化学療法30 (Suppl.I)』癌と化学療法社、p10-13、2003。

て低い。さらに介護供給体制・医療体制の包括的な支援体制の重要部分を占める（図6）。

現在、当クリニックでは、がん末期40名、人工呼吸器37名、酸素吸入60名、IVH15名、胃ろう100名、計220名の患者を5人の医師で担当している。年間医療費は5人全員で4億円（医師一人あたり8,000万円）である。そのうち年間約100名（医師一人あたり年間20名）を看取っている計算になる。

将来170万人の年間死亡者の約

30%、60万人の看取りを在宅療養支援診療所だけで担うと仮定した場合、在宅ベッド132万床、6,000カ所の当該診療所に勤務する3万人の医師が必要となる。総医療費は2.4兆円となり、入院の場合に比べ4分の1から5分の1程度に減額されるであろう（表）。

国民が希望する「最期は在宅で」生活することも徐々に可能となっている。在宅療養支援診療所の創設とともに05年を底に、病院死は減少し反対に老人ホームを含む居宅での在

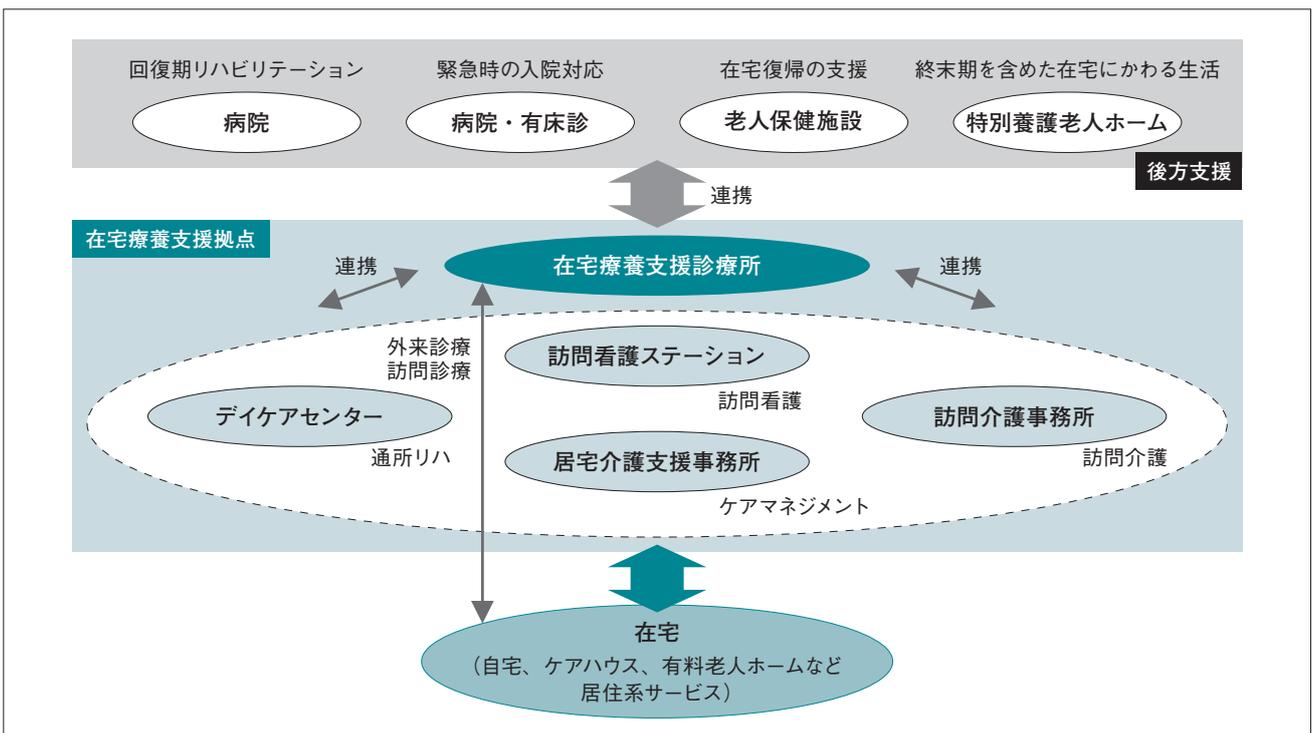


図6 在宅療養支援拠点イメージ

出典：『厚生労働白書』

| | 当クリニック | 全国 |
|--------|--------|-------|
| 年間看取り数 | 100人 | 60万人 |
| ベッド数 | 220床 | 132万床 |
| 医師数 | 5人 | 3万人 |
| 年間医療費 | 4億円 | 2.4兆円 |

目標値

表 当クリニックの現況と全国の目標値の比較

宅死が微増している。最期まで在宅生活ができた証がこの結果となっている。

◆ 地域の医療資源に関する 効率のよい再分配

在宅療養支援診療所は増加し現在、約12,000カ所にある。行政立で稼働しているところが北海道の夕張市、留萌市にある。特に地域によって医療の偏在が著しい場合には、政策医療として行政立の在宅療養支援診療所がつけられることが望ましい。これによって地域ごとの円滑な医療供給体制が構築されることになる。

＜夕張市＞

財政の建て直しの中で、効率のよい医療資源の再分配をいち早く行わなければならなかった。病床数が地域の容量に見合わなかったため。病院は縮小し在宅療養支援診療

所としての有床診療所と老人保健施設に変わった。現在5名の医師が①在宅療養支援診療所から毎日訪問診療を行い、②外来診療、③入院治療、④老人保健施設の医療管理、を行っている。

＜留萌市＞

26,000人の市の人口に対して約300床の病院に20数名の医師が勤務。この多すぎる病床の適正化が急務だった。市は07年10月に『留萌市立の在宅療養支援診療所』を設立。病院の医師が出身し在宅医として在宅医療を開始している。病院に長期入院していた患者の帰宅を促進することにより、日常生活への復帰を促しているのだ。

このように、夕張市は「やむを得ず」、留萌市は「事前の対策」として行っている。両者に共通していたのは地域における『医療資源の不適正分布』である。ここに在宅医療を

政策医療として投入することにより、医療資源の円滑な運用と適正な医療費の再分配が住民に対して行われるのである。

つまり、在宅医療は多くの医療の中に独立してある一部門ではない。図7のように、医療供給体制の全体を円滑に稼働させるための潤滑油の役割を担っているのである。現在の医療は入院、あるいは外来、あるいは施設などに患者が偏在している。この偏在によって停滞している医療供給体制を地域ごとに再稼働させることにより、結果として適切な医療供給と医療費の適正化が行われるのである。

◆ 在宅療養支援診療所

国立長寿医療センターに在宅医療推進課が設置された。09年5月には厚生労働省医政局に在宅医療推進室が設置され、さらに全国12,000カ所の在宅療養支援診療所連絡会が発足した。これから登録が開始されるだろう。

在宅医療の普及は国民の「最期まで在宅で」という希望をかなえる手段であり、医療構造の包括的な機能改善の役割を担っているのである。在宅療養支援診療所は単に医療を家で提供するのではない。生活する患者・家族の生活世界の内部構造となり、多岐にわたる知識と技術を駆使し「生活者とともに在る」のである。在宅医療の専門性は？と問われればそれは「総合力」である。

1) 上田敏：ICF（国際生活機能分類）の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難（障害）」をどうとらえるか。きょうされん、萌文社、2007。

2) 川島孝一郎：在宅医療のグランドデザイン、平成19年度厚生労働省長寿医療研究委託事業 分担研究報告書。p28-50、2008。

3) 川島孝一郎：癌と化学療法30（Suppl. I）、癌と化学療法社。p10-13、2003。

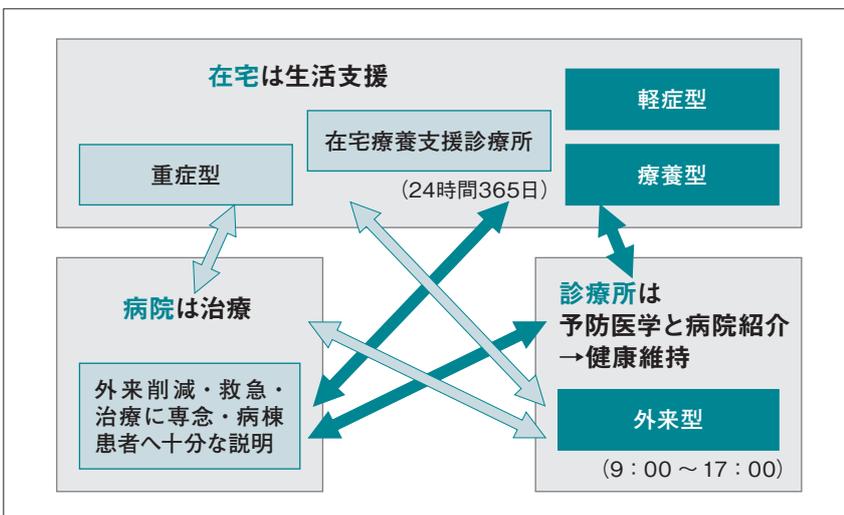


図7 医療の三部門化のイメージ
在宅医療は潤滑油となる

出典：『地域連携network』日経研出版、p101、2009。『日本在宅ケア学会誌』日本在宅ケア学会、p16、2009。