

高齢者の在宅医療の現状と課題

在宅療養支援診療所の必要性

Home Care Medicine in Japan

川島孝一郎

I. はじめに

「高齢者の在宅医療の現状と課題」を考える際には、少子高齢化が進行している日本の人口動態の構造的問題を土台にせざるを得ない。現在の要介護者と介護者の比率は1:3であるが、2025年には1:2に、そして2055年には1:1になってしまう。

さらに、年間の死者数は昨年度114万人であったものが、これから30年後には170万人となる。年間死者数に対する75歳以上の後期高齢者の死亡率は、2006年に64.5%であったが、2015年には76.7%、2025年には86.6%となる。

これからの一区切りは2025年にあるといえよう。

日本の医療供給体制の国際評価はトップクラスである。WHOの健康達成度の総合評価は世界第1位、平等性は世界第3位であり国民皆保険の功績は大きい。また、GDPに占める医療費の割合は18位であり低コストで充実した医療が行われているため、費用対効果が良好なのである。

このような医学の進歩と高齢化の進行により①高齢者が増大、②がん末期患者、③難病、④一命を取りとめた重度障害者等の比率が高まる。これはなにを意味するのであろうか。

一見すばらしいようにみえる日本の医療にも、落とし穴がある。図1に示すように「治す医療」は世界一であるが、これからは治す医療よりも、治らない人・治る限界

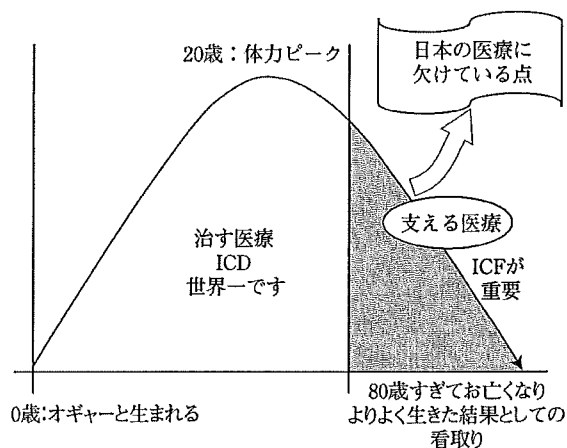


図1 日本の医療供給体制

に達した人に対する「支える医療」が必要になる。なにを支えるのであろう。当然のことながら「生き方を支える」のである。

いままで治すことに心血を注いだ医療業界は、治す医療から支える医療へ、まさに大転換の時期にある。しかも、支えるのはその人の生き方、生活、安心・安楽な余生なのである。治る限界に達した人たちへの優しい言葉、温かい配慮、待遇が用意されなければならない。尊厳死ではなく「尊厳ある生き方」こそが支えられるそのものなのである。

II. 医療の現状

では、はたして尊厳ある生き方が全うされているので

あろうか。高齢者に対して行われた大規模な調査結果では、高齢者の60%は体力が衰えても最期まで在宅生活を希望している。また、がん末期の人たちは、実にその80%以上が最期まで在宅ですごしたいと希望している。しかし、そのうちの60%の人は実現が困難であると思っている。

残念なことに悪性腫瘍での死亡場所はその90%以上が病院であるが、がんにかぎらず、日本における死亡場所の80%は病院という現実がある。国民の60~80%は「在宅生活で終焉を希望」しているにもかかわらず、実際にはかなえられていない。つまり表1に示すように、国民のニーズ「在宅生活で終焉」と、医療のサプライ「病院死」のミスマッチが厳然としてある。国民のニーズに医療が応えていないのである。

確かに、国民の不安はいたるところに存在する。「在宅

生活で終焉」がかなえられない理由として、その第1, 2位は介護への不安、そして第3, 4位は、医療体制への不安である。本論は、この医療体制への不安に対してどのような体制整備が必要かについて論じるものである。

Ⅲ. 在宅療養支援診療所

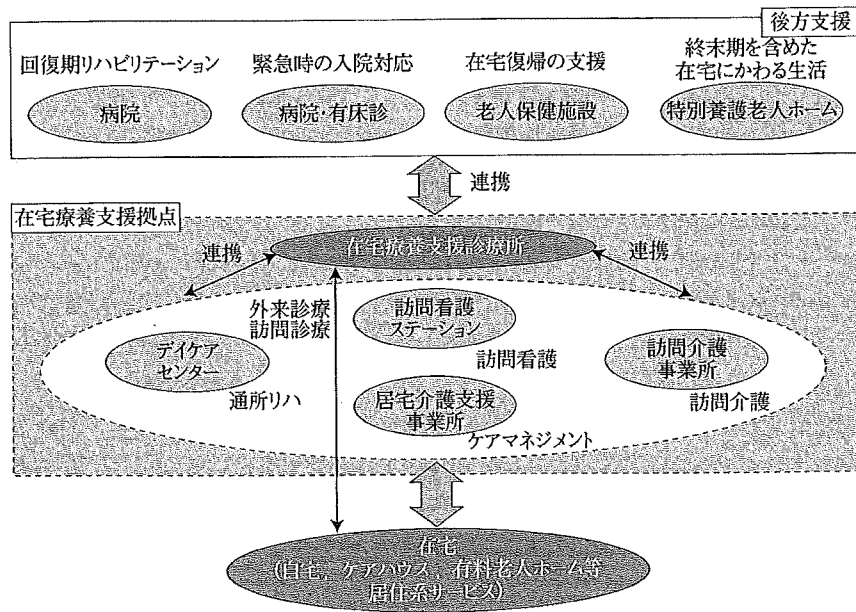
2006年度から「在宅療養支援診療所」の制度が発足した。これは診療報酬上の制度であり、(1) 24時間の往診対応、(2) 在宅移行に向けての連携、(3) 在宅での看取り、(4) 広義の居宅としての居住系・施設での看取り等、の要件を満たした診療所に対して登録がなされる。現在約11,000か所の診療所が登録されており、全国の診療所数の約10%にあたる。

厚生労働白書にもあるように、在宅療養支援診療所のイメージは図2のようなものである。各種医療機関・訪問看護ステーション・施設介護・居宅介護・通所介護・居住系サービス等との連携を軸に「疾病・傷病による通院困難者」に対して医療提供を行うものである。

在宅療養支援診療所はどのような医療提供が可能であろう。在宅療養支援診療所は、①外来主体+在宅医療、②①の複数連携型、③在宅医療特化型、に分けられる。11,000か所の大部分は①である。②は長崎市で50数か所

表1 治す医療から生き方を支える医療へ

1. 患者ニーズ：居宅生活で終焉
2. 医療のサプライは病院死
3. 医師の勘違い！ニーズとサプライのミスマッチに気づけ！
4. ミスマッチの是正：「よりよい生き方」が基本の医療とケアの再構築
5. 今後の方策：医師の意識改革/医療構造改革/簡単ケアの大衆化重症ケアと看取りへの対応→教育



(厚生労働白書より)

図2 在宅療養支援拠点イメージ

の診療所が共同して行っている「長崎在宅ドクターネット」のような体制である。③は仙台往診クリニックのような在宅医療だけを行う形態をとっているもので、全国に300～500か所ほどあると考えられる。

③の場合には図3のような医療供給を行うことが可能

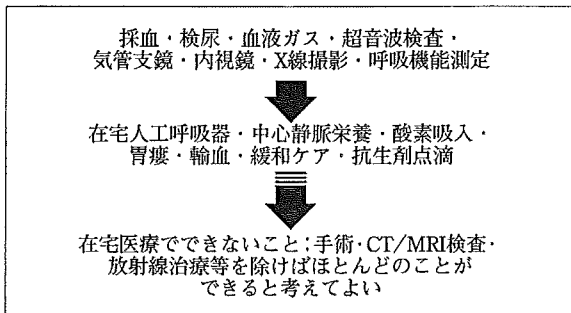


図3 在宅医療ができること

表2 重症患者数の比較 (2008年)

施設名	病床数	人工呼吸器	酸素吸入	中心静脈栄養	胃瘻経管栄養
Sセンター	698	10	62	64	20
T病院	500	6	72	40	20
S病院	383	17	35	27	5
仙台往診クリニック	320	37	60	15	100

となり、表2に示すように重症者の在宅生活を支援している。さらに在宅での看取りも十分に可能であり、仙台近郊にがん末期の在宅医療を積極的に行っているA医院と当クリニックの総計では、仙台100万都市における在宅での看取り、の実に30%弱になっている。在宅での終焉がかなえられるということは「最期まで家で暮らすことができた」結果なのである。このことから、仙台市は全国政令都市のなかでもっとも在宅での看取りが多い都市である。

では、医療費はどれくらいになるのであろうか。図4は社会保障国民会議に提出された医療費の概算である。重症者の1か月の在宅総医療費は、約15万円、入院費の約1/4である。国民の60%が在宅生活での終焉を希望している現状に鑑み、これをかなえるためには、③の医師5人が勤務する特化型在宅療養支援診療所が6,000か所必要となる。この場合に、医師数3万人、看取られる人数が60万人、在宅でのベッド数は約132万床となり、病院のベッドの在宅へのシフトが欠かせない状況となる。

今後は、図5のようにこれまでの医療の二極構造（外来診療・入院治療）から三極構造（在宅療養・外来診療・入院治療）への組み替えが必要になってくる。

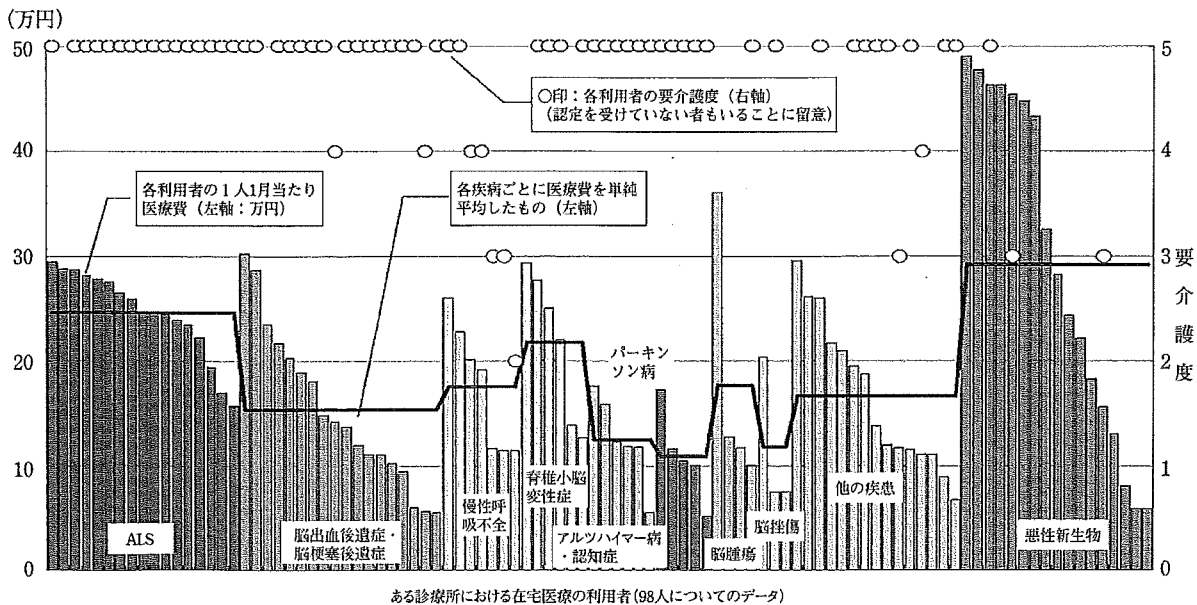


図4 比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅医療利用者に係る医療費と要介護度の状況

比較的重度の介護が必要なケースにおける在宅医療の費用は、疾病や個々の状態像によってさまざまではあるが、おおむね10～30万円程度/月と考えられ、40万円/月を超えるケースもある。(社会保障国民会議データ)

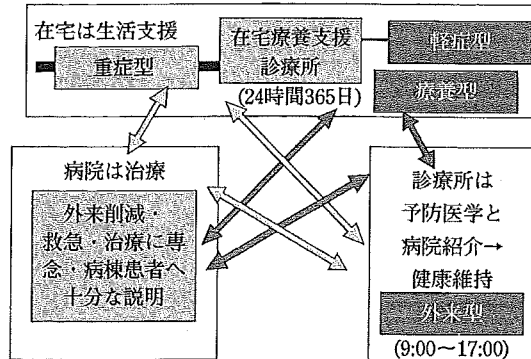


図5 医療の三部門化：在宅医療は潤滑油

IV. 在宅医療の問題点：外来・入院

以上のような体制整備に関して病院の問題がある。図6に挙げられるようにDPCの適用・入院日数削減と相まって、今日では“入院させること=退院させる”ことであるにもかかわらず、医者が十分に理解していないのである。その弊害は如実に現れている。図7は2007年度厚生労働省老人保健健康増進等事業分「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業」における病院の医療者に対して行った、在宅医療の認識調査である。臨床研修指定病院の医師の75%が在宅医療についての知識や理解に乏しいことが判明した。看護師も同様である。そのために、在宅医療の適応になるはずの患者の約半数48.8%が「家に帰られないままに転院させられている」のである。さらに在宅医療の適応であるにもかかわらず21.1%が病院に通院をさせられている。このことによって合計69.9%の患者は、症状の悪化によって病院死を余儀なくされる可能性が高い。病院死が高い理由はこのためであるといえる。

全国がんセンターにおいても、同様に約70%の医師と看護師が在宅医療についての知識や理解に乏しいことが判明した。がん難民の原因がここにある可能性がある。

病院への救急搬送は、年々増加している。対応策として2つのことが挙げられる。

- ①通院可能な患者に対しては日ごろから急変時の対応について、外来で十分に話し合っておくことにより搬送が制限される。
- ②在宅医療の適応者に対しては病院が対応するのではなく在宅療養支援診療所に委ねることによって救急搬送率が低下する。

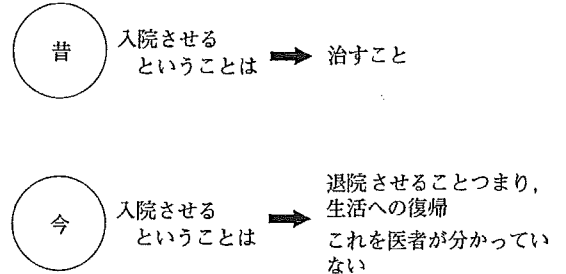
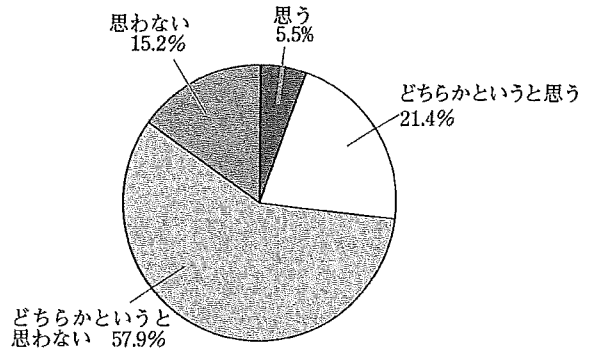


図6 病院医療の様がわり

主治医は在宅医療について十分な知識や理解があると思いますか (n=145)



2007年老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）

図7 臨床研修指定病院地域連携室（悉皆調査）

これにより救急医療は、本当に必要な健常者の急変の際にもっとも力を発揮することができるのである。

しかし、いまだに「治す医療」を念頭においた医学だけが教育されている。それが悪いわけではない。だがいま生きて生活をしているのは患者であり、治る限界を早く見極めること、治すだけではない早期の生活復帰を医師に要求しているのである。

V. 在宅医療の問題点：在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所にも問題が山積している。全国11,000か所といってもまったく稼働していない診療所が1/4ある。在宅での看取りを行っている診療所は全体の2/3である。がん患者に対応しているところは半数であり、人工呼吸器を扱うところは全国約600か所にすぎない。つまり、数はそれなりに増加しているが質がまだまだ伴っていないのが現状である。さらに都市部に多く開業しているため、郡部との格差が大きい不均等分布とな

表3 病院での死亡率と在宅での死亡率 (%)

年	…	2003	2004	2005	2006	2007
病院での死亡率	↗ ↗	78.9	↗ 79.6	↗ 79.8	↘ 79.7	↘ 79.4
在宅での死亡率	↘ ↘	14.9	↘ 14.5	↘ 14.4	↗ 14.5	↗ 14.9

っている。更なる質の向上と数の増加・均等分布が求められる。

VI. おわりに

国民の希望である「在宅生活で終焉」が医療の側からの支援によって十分になえられるためには、第1に医

師の意識改革が必要である。治す医療から「生活を支える医療」への転換が急務である。今後の医学教育へ期待したい。

わずかずつではあるが、2005年を最低値として以後在宅死はしだいに増加し、病院死は減少に転じている(表3)。在宅におけるがん死亡率も6.2～7.5%の増加に転じた。

2007年5月には国立長寿医療センターの呼びかけにより在宅医療推進会議が発足し、同センターに在宅医療推進課が設置されている。2008年3月には全国在宅療養支援診療所連絡会が発足。5月には厚生労働省に在宅医療推進室が設置された。

国を挙げて在宅医療の充実に取り組む姿勢が感じられる。なによりも国民が願う医療形態に少しでも近づけていくことが求められているのである。