

臨床現場で役立つ最新の治療

# CURRENT THERAPY

【カレントセラピー】

監修：高久史磨 猿田享男  
編集：北村 聖



治し支える医療としての  
在宅医療の現状と展望

独立行政法人  
国立長寿医療研究センター総長

鳥羽研二

2015  
FEBRUARY  
Vol.33 No.2

# 在宅医療のスピリッツ

太田秀樹\*

## abstract

市区町村には高齢者の地域居住の継続を目指した地域包括ケアシステム構築が委ねられ、さらに、医療・介護総合確保推進法により、在宅医療への期待は一層高まっている。ところが在宅医療には誤解や偏見が多く、本質的意義や役割に対する理解が乏しい。日本社会は、世界に類をみない規模とスピードで超高齢社会を迎えており、やがて3人に1人が高齢者の時代がおとずれる。換言すると多死社会の到来だ。健康寿命と平均寿命の乖離は、多くの高齢者が一定の虚弱な期間を誰かの支援を受け、何らかの社会的援助のなかで暮らし、命を閉じるということを示している。このような日本社会の激変に医療のパラダイムシフトが起こることは自然なことで、さまざまな生活障害と暮らす患者の健康課題を、従来のヘルスケアシステムのなかで対応することはもはや困難となっている。在宅医療は時代の必然であり、そのスピリッツとは患者の人生を支えたいと願う臨床医としての矜持である。在宅医療は決して特別な医療ではないからである。

## I はじめに

今年（2014年）、医療・介護総合確保推進法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律 平成26年法律第83号）が公布され、在宅医療の推進は法律の条文として記された。さらに地域包括ケアシステムの構築が基礎自治体に委ねられ、在宅医療への期待は一層高まり、新聞やTVといったメディアでも在宅医療に関連する話題が盛んに取り上げられている（図1）。

一方で在宅医療に関しては誤解や偏見が多い。在宅医療の推進が、国民から適切な医療を奪うとまでマスコミに酷評された時期があったように、いまだ在宅医療の本質的意義は社会全体で正しく認識されているとはいえない。そこで、四半世紀にわたる在

宅医療の実践者として、在宅医療のスピリッツについて述べてみたい。

## II 医療のパラダイムシフト

高齢者が自宅で看取られることは、1970年代までは決して珍しいことではなかった。畳の上で最期を迎えることができたのは、家族の看病と往診による自宅での死亡診断があつたことである。開業医の案内看板には、「往診応需」と記載され、往診が日常的に行われ、地域医療における重要な役割を担っていた。ところが、病院信仰とまで揶揄されるように、多くの高齢者が濃厚な治療の果てに病院で命を閉じる文化が醸成されていく。その背景には、さまざまな社会的要因が関与しているが、これから高齢者が

\* 全国在宅療養支援診療所連絡会事務局長

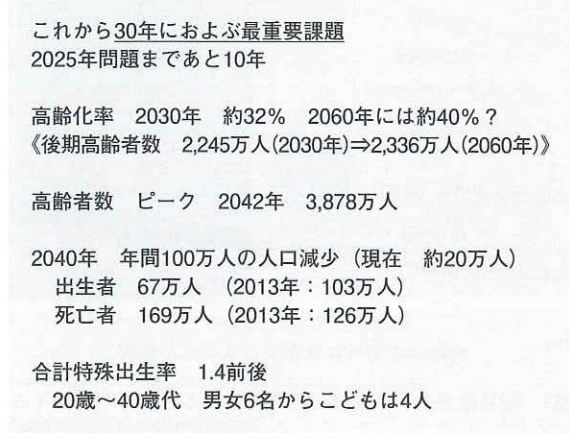


図1 在宅医療への誘導を伝える新聞記事

増加するという1970年代に政治判断によって老人医療費の無料化が図られた。福祉施策の貧困さを医療が肩代わりする結果となり、高齢者のあらゆる課題解決が病院に委ねられた。さらに、臓器別、疾病別専門医による高度先進化した病院医療への信頼は一層高まり、世間体というわが国独自の精神文化も手伝って、寿命で命を閉じる高齢者までもが、大病院で、できる限りの医療を施した結果、天に召されることを幸福なことだと受け止める風潮が作り上げられた。

当時高齢者が病院で命を閉じることに疑問をいだくものは少数派だったが、医療の高度化や先進化が、必ずしも高齢者を幸せにしないとの観点から安楽死協会（現、日本尊厳死協会）が設立されたのは、奇しくも病院死亡率と在宅死亡率が逆転した1976年である。その後、80年代にはホスピス運動が展開され、90年代になると終末期医療のあり方が議論されるようになった。医療という名の科学技術を駆使して病を治

図2 数字でみる超高齢社会の姿



参考：内閣府 将来推計人口でみる50年後の日本より

し、命を救うことだけが医療ではないと考える賢明な市民の台頭ともいえる。

医療は自然科学としての医学の社会適応といえるが、その社会が劇的に変容している以上、適切な医療の形はおのずと変わらざるを得ないはずだ。

世界のいかなる国も経験したことがない規模とスピードで進展した高齢化はすでに4人に1人が高齢者という超高齢社会を迎えている。そして3人に1人が高齢者という極超高齢社会時代が目前で、これは換言すると多死社会の到来といえる。さらに、医療技術の発展の結果、救命されたが障害とともに命をつなぐ療養者をも増加させた。

合計特殊出生率が現状の1.4前後のまま推移すると、2040年には出生者67万人に対し死亡者数が169万人になると推定されている（図2）。これは毎年100万人規模で人口が減少するという一方で、この人口規模の県が毎年一つずつ消滅することと同義である。子どもを産んで育てる世代の女性も減少の一途を辿り、もはや少子化に歯止めをかけることは絶望的である。このような日本社会において求められる医療の形をイメージすることは決して難しいことではないはずだ。医療のパラダイムシフトは誰の目にも明らかなのである（図3）。

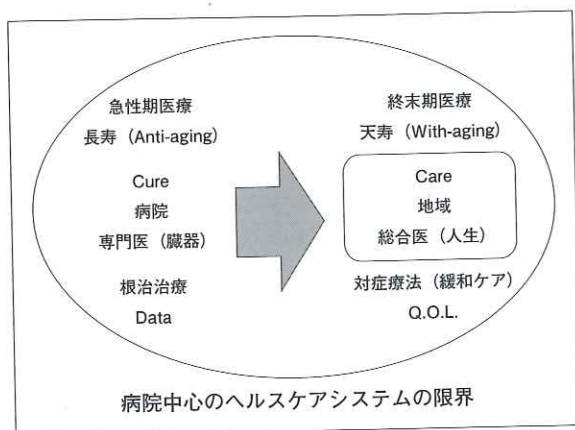


図3 超高齢社会・多死社会に求められる医療のパラダイムシフト

### III 自己実現を医療が支える

かつて腎臓疾患に罹患し慢性化すると、腎不全となりやがて尿毒症で命を閉じるのは自然な臨床経過であった。ところが、1970年代に人工血液透析が普及し、腎不全の生命予後を著しく改善させた。1980年代には腎臓移植の技術が確立され、腎不全で命を落とすことは少なくなった。しかし、この事実は腎臓という臓器の治療に成功したのではなく、置換する技術を獲得したにすぎないのである。臓器置換は臓器そのものの治療の限界をも示したと受け止めることもできる。そして今、当時腎移植を受けた患者は高齢化し、移植腎が機能不全状態となっているのである。このような患者たちにとっては、医療が介入した妥当性の尺度はもはや、腎機能を示す臨床検査値ではない。限りある人生をどのように充実したものとできるかで、人生の質(QOL)を物差しとして、自己実現を医療がどのように支えるかということである。そして同時に望まれた形での終末期医療を提供することでもある。

2006年に施行されたがん対策基本法第2節第16条の条文には、「患者の療養生活の質の維持向上」という文言が明記されている。QOLは医療介入の妥当性の物差しとして適切であると法律が示したといえる(図4)。

### 第二節 がん医療の均てん化の促進等

第十六条：国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保すること、その他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

図4 がん対策基本法(2006年施行)

### IV 機動力ある医療とは

制度上では居宅が医療提供の場として位置づけられたのは1992年のことであるが、医療を大きくとらえると、決して医療施設に留まっていたわけではない。図5は1972(昭和47)年に自民党議員が日中国交回復を目的に訪中した際の記録である。訪中国には医師が同行していた。地位や権力をもつ人々は医師を連れて旅をしたのである。

図6は、人工呼吸器で暮らす少年がアンパンマンに会うために旅行をした際の写真である。航空機内への移動は、アンビューバックによる人工呼吸が必要である。医療が手助けをすることで、少年の夢が叶えられた。災害や事故などで直接現場に向かい医療を提供するドクターヘリに象徴されるように、必要とされる場所へ医療を持ち込むことは決して不自然なことではない。ところが医療は医療施設で提供されるという既成概念が社会全体に浸透したのは、医療者側の都合に支配されてしまったのではないかと思えてならない。

### V 在宅医療の本質的意義

在宅医療は病院での入院医療、診療所での外来医療に次ぐ第三の医療といわれ、しばしば病院機能を地域に拡大したものとして説明されている。病室が居宅の療養室となり、ナースステーションは訪問看護



図5  
自民党訪中団（日中国交正常化協議会長小坂善太郎氏）  
1972（昭和47）年9月14日、宇都宮  
徳馬氏・新谷寅三郎氏ら訪中。  
同行医師 小川一吉氏

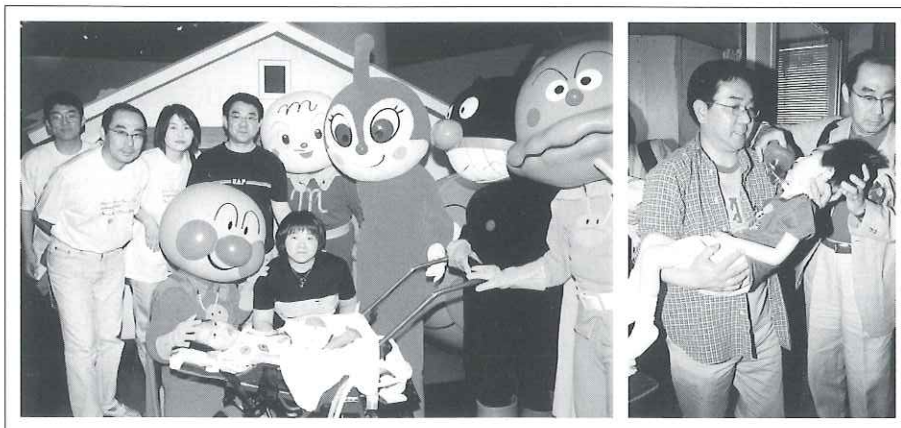


図6  
アンパンマンに会う旅  
協力：(NPO) メイク・ア・ウィッ  
シュ・オブ・ジャパン

護ステーション，そして医局が在宅療養支援診療所である。

そのためか，在宅医療を病院の入院医療の延長とみなし，入院患者の受け皿と考えられる傾向があるが，決してそうではない。わが国の地域医療は開業医が外来診療を中心として支えている。外来で診断や治療が困難となった疾病治療の場が入院であり，外来通院が困難となった場合に行われるのが在宅医療なのである。

健康概念が大きく変わり，疾病がない状態を健康と呼ぶわけではなくなった。複数の疾病を併せもち虚弱化したおびただしい数の要介護高齢者にとって，疾病の根治を目指すことが困難な場合は多い。「足腰が弱るのは年のせい」と耳にすることがしばしばある。これを移動の障害ととらえロコモティブ症候群という疾病概念が登場したが，筋骨格系（運動器）疾患の多くは生理的な変化でもある。単一臓器や器官の

治療だけで，移動の障害が克服されるわけではない。

超高齢化によって虚弱化し移動の障害によって通院困難となった患者たちが必要とする医療，さらにいえば，認知症をはじめとした生活障害と暮らす人々が必要とする医療，そして，人生を閉じるときに求められる医療を，入院や外来といった従来のヘルスケアシステムのなかで提供することはもはや困難なのである。

肺炎による入院で，食事を禁止され，肺炎は治癒したが，胃瘻管理となり，口から食事をする楽しみがなくなった。あるいは，骨折による入院で，骨折は完治したが，長期の入院生活で廃用症候群が増悪し，車椅子生活となった。このような事態は日常的に生じている。確かに病院は疾病治療の場であるが，入院によって病態が複雑化し，QOLを損なう結果となることに対して，病院医療への疑問も大きくなりつつある。いわんや死亡診断目的に搬送される場ではない。

現代の在宅医療の質は病院医療に遜色がない

- 医療機器 介護機器の開発 発展
- 創薬 (投与経路変更)
- 各種介護系サービス (介護保険制度) の充実
- 地域ネットワークの整備: 地域ケア力の向上 (緊急通報システム・認知症・虐待など)
- 情報ネットワークの整備: クラウドコンピューティング (電子カルテ スマートフォン テレ・メディスン)

上位概念としての生活  
その生活の場で看取りまで支える

図7 21世紀は地域包括ケアの時代

ところが、実際は約80%の方々が病院で積極的な治療の結果命を落としている。この現実、米国やオランダなど北欧諸国と比較しても異様な姿といえる。

## VI 現代の在宅医療の質

現代の在宅医療の質は決して病院医療にひけをとるものではない (図7)。医療機器、介護機器の開発、発展によって、例えば、人工呼吸器は家電製品のように簡便で安全に自宅で使える。酸素濃縮器は業者に依頼すると直ちに搬入され、24時間対応のメンテナンスサービスも可能だ。胃瘻の交換を自宅で行って、その場で内視鏡検査も可能である。エコーはスマートフォンサイズとなり、ポータブルレントゲン撮影装置でもcomputed radiography (CR) によって画像の診断精度は医療施設での撮影と同水準である。創薬も盛んで、数日間効果が持続する抗生物質や、経皮吸収される医療用麻薬も登場し、在宅医療の普及を想定して開発された薬剤も少なくない。介護保険制度によって、療養生活支援サービスメニューは豊富で、独居でも地域によって24時間巡回型ホームヘルプを受けることが可能だ。認知症の見守りネットワーク、虐待防止ネットワークなどのインフォーマルな自助、互助に基づく地域ネットワークで地域ケア力は強化されている。さらにITの進歩によってさまざまな情報がクラウドコンピューティングで共有化できる時代が来

ている。まだ課題も残されているが患者情報は多職種で簡単に一元的管理が可能である。携帯電話から、精度の高い写真の送信が簡単で、訪問看護師やホームヘルパーから、時には患者や家族から皮膚疾患や褥瘡、低温やけどや傷創の様子など、リアルタイムで診療所の医師のもとに送ることができる。診療所にながらにして、正確に病態を評価し治療を開始できる。

訪問看護だけでなく、多くの医療専門職がそれぞれの職能を在宅で発揮できるよう法制度が整い、訪問歯科診療、訪問リハビリテーション、訪問服薬指導、訪問栄養指導など、歯科医師、リハビリ専門職、薬剤師、管理栄養士らの訪問も盛んである。

がん末期に訪問歯科治療を受け、最期まで食事を楽しむことができた症例も経験している。また、在宅で肺炎など急性期疾患の治療や骨折といった外傷の治療も可能であるが、どこまで在宅で治療を継続するのは、かかわる医師の医療理念や経験、専門性によってさまざまといえる。しかし、患者、家族の希望に沿って、最良と信じる医療の提供が在宅では可能で、筆者は外来で行える小外科や簡単な創処置は自宅でも実践している。

## VII 地域包括ケアシステム時代の在宅医療

高齢者が住み慣れた地域で最期まで療養できることを目指した地域包括ケアシステムの構築が基礎自治体に委ねられている。在宅医療は地域包括ケアにおける重要なヘルスケアサービスと考えなくてはならない。地域の実情に応じて、いろいろな社会資源の情報をもって、多職種の協働と地域の組織や団体との連携により24時間365日の切れ目のない医療を提供し、患者の人生をまるごと支えたいと願ってかかわることが大切である。これは在宅医療におけるスピリットというよりも臨床医としての矜持ではないか。

生あるものが、やがて命を閉じるのは自然界の摂理で、科学技術としての医療への幻想は捨てねばならない。健康寿命と平均寿命の乖離が雄弁に語っていることは、誰かの支援や社会の援助を受けて暮らす一定の虚弱な期間を経て、天に召されるというこ

とである。この時にあなたは医療になにを期待するのか。その答えが在宅医療にあると信じている。そして、在宅医療の正しい普及推進が日本の医療改革そのものとなるのではないだろうか。

#### 参考文献

- 1) 太田秀樹：在宅療養支援診療所への期待と今後の活動。医薬ジャーナル 49：103-108, 2013
- 2) 太田秀樹：在宅医療 ころと技。治す医療から、支える医療へ。pp2-50, 木星舎, 福岡, 2012
- 3) 太田秀樹：在宅医療実践者の立場から。臨床倫理 1：14-17, 2013
- 4) 太田秀樹：地域包括ケアシステムにおける在宅医療。日本再

生のための医療連携。210-216, スズケン, 愛知, 2012

- 5) 太田秀樹：地域包括ケアにおける在宅医療の役割。地域包括ケアシステム。pp90-107, オーム社：2012
- 6) 太田秀樹：地域の在宅医の立場から。看護 64：36-39, 2012
- 7) 太田秀樹：在宅医療の本質と未来——病院との連携の重要性。病院 69：26-30, 2010
- 8) 太田秀樹：在宅医療の過去・現在・未来。かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会—私たちのミッション。77-80, 日本医師会, 東京, 2013
- 9) 太田秀樹：在宅療養支援診療所の現状と課題。日本医師会雑誌 142：1515-1517, 2013
- 10) 太田秀樹：在宅医療。かかりつけ医機能強化研修会～第2回。日本医師会 在宅医リーダー研修会～。17-24, 日本医師会, 東京, 2014