

地域

2006年6月14日第三種郵便物承認 第10巻第6号(通巻111号) 2015年6月15日発行 毎月1回15日発行

ISSN 1880-5523 文献略称 地域リハ

リハビリテーション

community based rehabilitation

JUNE 2015

6

●特集……

地域包括ケア時代の

在宅医療・リハビリテーション



●連載……「食べる」を支援するために 知っておきたい嚥下障害 最新知識

潤いのある日常—チェシャーホームでの暮らし

老健のPT—転倒事故をゼロにするための挑戦

異端の視点

感性の輝き

三輪書店

地域包括ケア時代の在宅医療 —現状と課題

● 太田秀樹*

はじめに

1975年頃まで、高齢者が自宅で息を引き取ること、さほど稀なことではなかった。実際に在宅死亡率と病院死亡率が逆転したのは1976年のことで、その後、毎年1%ずつ病院死が増加し、一方で在宅死は減少していく。寿命で命を閉じる高齢者までもが、最善の治療と見なされた濃厚な医療提供の結果、病院で死ぬ文化が醸成され、がんの進行期と診断された患者も、病院でがんと闘いながら命を落としている。こういった状況を先進諸外国と比較してみると日本の病院死の多さを異様な姿と表現せざるを得ない。

その背景には、わが国特有の事情がある。1970年にわが国は高齢化社会に突入し、その後1973年にはなんと高齢者の医療費の自己負担が無料になる施策がとられた。福祉施策の貧困さを医療が肩代わりする結果となった。高齢者の生活課題までも、病院が解決することに対して社会は寛容だった。さらに、同年に閣議決定された一県一医大構想によって、その後10数年間に医師数は急激に増加する。医師養成数は年間約4,000~8,000人となり、1980年代になると日本学術会議が独自の専門医認定制度を創設し、臨床医たちのほとん

どが臓器別、疾病別専門医となっていく。一人の医師が複数の専門医として認定を受けることも少なくなく、日本の専門医数が医師数をはるかに上回る不可思議な状況も生まれている。極論すれば、現在の日本の開業医の大部分を専門医が担っていると言っても良い。

また、CTスキャナーのなど高度な補助診断装置が日本に初めて設置されたのも1975年で、より高度な検査機器がある病院で、専門医によって治療を受けることをありがたいと受け止める国民が増えた。風邪や腹痛の患者までもが病院に押しかけ、3時間待ちの3分診療と揶揄されながらも、病院人気の高まりは病院信仰とまで表現されるに至る。

そして、取り巻く社会の変化である。高齢者の介護を主として担っていた女性の社会進出、核家族化、晩婚化、非婚化、DINKs（子どもを持たない共稼ぎ夫婦世帯）、老老世帯、地域共同体の崩壊などで、死ぬ時は病院という事態に首をかしげる市民はほとんどいなかった。

ところが、高度先進医療が必ずしも高齢者を幸せにしないと感じ始めた賢明な人々もいた。日本安楽死協会（現：日本尊厳死協会）の設立が1976年である。1980年代にはホスピス運動が始まり、1990年代になると日本緩和医療学会が創設され、

*おたひでき | 医療法人アスムス理事長、医師（☎ 323-0014 栃木県小山市大字喜沢 1475-328）

命の量を求めるだけでなく、命の質を高める医療のあり方が模索されるようになる。

このような社会的背景の中で、1992年には居宅が医療提供の場として第二次医療法改正により正式に位置づけられ、訪問看護が診療報酬で高く評価され始めた。日本の在宅医療元年であった。

在宅医療の黎明期から地域包括ケアの時代へ

現在の在宅医療に関しては、政策誘導されたとと言っても良い。これが財政論を優先した結果であるかのような誤解を生じせしめることとなったのであるが、当時は在宅医療が粗悪で安上がりの医療とのイメージも払拭できなかった。メディアからは、在宅医療が市民から適切な医療を奪うと酷評されることもあって、日本人の生き様を支える医療との認識は乏しく、一般社会から在宅医療の本質的意義は正しく理解されにくかった。

しかし、合計特殊出生率の低下が示すように、少子化に歯止めをかけることはもはや不可能で、人口の減少によって、高齢化は世界に類をみない規模とスピードで進行し、社会保障制度の存続すら危ぶまれる状況が社会全体の共通認識となった。適切な医療のあり方が議論されるようになると、高齢者が在宅で療養し、在宅で終末期を迎えることに深い意義が見いだされたと言っても良い。そこで、2000年には、高齢者の在宅療養を目指した介護保険制度が施行され、家族に頼っていた介護の課題を社会が解決していく方向性が明確に打ち出されたと言える。

2006年には24時間往診に対応できる診療所が、在宅療養支援診療所として診療報酬制度上に位置づけられ、報酬上で有利な扱いを受けることとなる。さらに複数の在宅療養支援診療所が連携することで、より質の高いサービス提供が可能になると考えられ、機能強化型在宅療養支援診療所が、報酬上より高い評価を受けることとなる。

このようにして在宅医療が注目され、最近では

在宅医療に特化した診療所が開設されるなど、在宅医療と取り巻く状況は激変し、ようやく病院死に歯止めがかかった。在宅医療を選択する市民の意識も徐々に変わりつつあり、2012年の報酬改定によって在宅医療が地域包括ケアシステムの中で語られる時代となった。これが2012年を新生在宅医療元年と呼ぶゆえんでもある。

在宅医療の本質とリハ

地域包括ケアシステムとは、医療・保健（健康づくり）、在宅ケアやリハ、そして、介護を含む福祉系サービスを、ステークホルダー（地域住民）らの協働によって、あくまでも地域住民のニーズをくんで包括的に提供する仕組みと言っても良い。

この地域包括ケアシステムの原点は、広島県御調町（現：尾道市）にある国保病院（現：公立みづき総合病院）の活動にあった。手術後にリハを受けて退院した患者に対して、在宅復帰後の寝たきりを予防しようと、いわゆる「出前医療」を始めたのがきっかけと言われている。40年以上前のことであるが、医療サービスに機動力を持たせているということと、単に病気を治す医療を行っていたわけでないことがわかる。高齢化率が10%に達していない時期であったにもかかわらず、非常に洗練された地域ケアが実践されていて、この基本的理念が現在もまったく色あせることがないのは、ある意味で医療の本質的な姿を示したからに違いない。

現在、高齢化率が25%を超え、超高齢社会が抱える医療・介護の課題はより深刻化し、その解決策としてやっと地域包括ケアシステムの構築が叫ばれるようになったのであるが、御調町の先見性にはあらためて敬服する。

高齢者のおびただしい増加は、なんらかの介護支援や社会的援助なしに自立した生活を送ることが困難な虚弱な要介護状態の高齢者を増加させることとなる。健康寿命と平均寿命の乖離が誰かの支

援なしに生活が困難な時期を経て命を閉じることが示しているが、このいわゆる虚弱な期間における加齢に伴う健康課題や生活上の身体的不都合には、従来型の病院や外来を中心としたヘルスケアシステムで対応することが困難なのである。

高齢者の地域居住継続を目指した地域包括ケアシステムにおいては、在宅での看取りまで責任を持って支える在宅医療は不可欠な要素と言える。

ところが、多くの臨床医たちにとって、在宅医療に対する偏見はいまだに根深く、在宅医療の姿を正しく認識しているとはいいがたい。医学教育の中で在宅医療を学ぶ機会がほとんどなかっただけでなく、卒後も臓器別、疾病別の専門医教育の中で総合的な医療に触れることがないまま開業医となり、地域医療に携わっていることも大きな要因と言える。

医学教育においては、科学的思考が尊重され、疾病には原因があり、原因を特定することが診断への重要な過程と教えられる。そして、その原因を除いたり改善したりすることを疾病の治療とみなし、救命が医学の最大の使命とされてきた。したがって、人の死は医学の敗北だったのである。ところが、加齢に起因する複数の疾病を持ち合わせた高齢者に対しては、疾病治療を目指した、いわゆる標準的な治療を当てはめて解決することが困難な場面はきわめて多い。

「肺炎治療で廃用症候群が増悪し、車いす生活になった」「骨折手術で認知症が増悪し、自宅での生活が困難になった」こういった事態は日常茶飯に生じている。また、老衰で食事摂取が困難となった高齢者に対して、回復の期待がない状況で行われる胃瘻造設による積極的な栄養管理に対しては、むしろ国民側から疑問の声が聞かれるなど、安らかな死を最善の治療の結果と受け止める市民も決して少数派ではなくなりつつある。

治す医療から寄り添い支える医療へ、長寿から天寿へ、根治療法から緩和医療へ、医療のパラダイムは大きくシフトしている。高齢者特有のフレ

イル、サルコペニア、脱水、認知症ケア、そして終末期医療などは、従来の要素還元的な思考を科学的であるとたたえる医学において、一体どの専門科の医師が管理するのか、もはや責任の所在を明らかにできない。だからこそ総合的で全人的な視点で医療を担う医師を社会が求めていると言えるよう。

一方で、リハ医学においてはたとえ完全な機能回復がゴールとならない場合においても、残存機能に着目し、そのポテンシャルを最大限に引き出し、生活機能を高め、疾病治癒だけでなく、QOLそのものを高めることを医療介入の妥当性の尺度としている。まさしく在宅医療と根底を流れる思想を共有しているのである。

在宅医療は従来の往診とは概念を異にし、さらに、医師だけでなく、訪問看護師をはじめ、歯科医師、薬剤師、管理栄養士など多職種が協働して「人生」を支える作業と言える。さまざまな日常生活活動を支援するための医療である以上、リハ専門職がより一層主体的にかかわらねばならない領域に違いない。

多職種協働の実際と訪問リハ

在宅医療は病院医療を地域に広げたと例えて、病室が患者の自宅であると説明されることがあるが、病院での医療機能を地域に広げたのであって、そもそも地域での生活の継続が上位概念と言える。したがって療養生活を支えることが重要であり、医療と介護が連携して多職種の協働で行われる。

ここでは医療系専門職による協働について述べるが、しっかりとした生活が構築されていないかぎり、医療サービスの質がいくら高くとも、その力を十分に発揮できるとは言えない。

1. 訪問歯科診療

在宅療養者はなんらかのかたちで歯科医療の対



図1 | 訪問歯科診療

(三木次郎氏〔三木歯科医院〕より提供)



訪問リハ

図3 | 訪問リハ

象となっている。歯科診療は地域の診療所で完結することが多く、入院による治療は少ない。治療の内容も、虫歯の治療、義歯の作製、口腔ケア、嚥下リハと広範で、キュア（cure）だけでなく、ケア（care）やリハへの理解も深い、診療室で実施できる治療のほとんどを在宅で行うことが可能である。

さらに在宅では終末期医療へのかかわりもあり、QOLの向上という視点で在宅医療の質を高めている。

図1は、肺がんの末期であるが、在宅での歯科治療によって、最期まで経口摂取が可能であった。



図2 | 訪問服薬指導

(萩田均司氏（薬局つばめファーマシー）、大沢光司氏（メディカルグリーン）より提供）

2. 訪問服薬指導

薬剤師の訪問による薬剤の管理も重要である。麻薬の管理から有害事象の発見、服薬コンプライアンスの向上、そのほか重い経腸栄養剤の運搬や残薬の整理、服薬カレンダーの作成など職能を生かし、在宅医療の質の向上に大きく貢献している。

図2は末期がん患者宅への訪問の様子であるが、医療用麻薬の管理だけでなく、緩和ケアが適切に行われているのか評価も合わせて行っている。人生の最期までかかわることも可能なのである。

3. 訪問リハ

生活機能の障害に対して運動療法の効果は非常に高く、長期にわたり継続してかかわる意義は深い（図3）。

4. 訪問看護

訪問看護は在宅医療の主役である。とりわけ在宅医療における訪問看護師への期待は大きく、もっと言えば、地域包括ケアシステム構築において、最も重要な役割を担うと言っても過言ではない。キュア、ケア、ヒール（癒す）の3つの視点から、療養生活を支える職能は、看護師ならでのことである。キュアを最優先とする医師たちは、

病気を治療しても、活動的に生きる力を引き出すことはあまり得意ではない。

訪問看護師は、在宅医にとっては、患者家族の諜報部員であり、彼らから提供される生活情報はきわめて有益である。そして、患者、家族にとっては、医師は裁判官であり、看護師は頼れる弁護士役となる。さらに、ケアチーム調整役であり、医療職と介護職のリエゾンと言っても良い。

在宅医療の質

在宅医療の質は、近年著しく高まったと言える。エコーやX線検査なども、ポータブルの機器が開発され自宅でも手軽に行うことが可能である。

酸素濃縮器は業者に連絡すれば、ただちに設置可能であり、容易に在宅酸素療法を開始することができる。人工呼吸器は小型化し、メンテナンスフリーでまるで家電製品のように扱える。薬剤は在宅医療を目的に開発されたものも少なくなく、経皮吸収する医療用麻薬のパッチ薬も手軽に使えるようになり、在宅緩和ケアの質も決してホスピス病棟に引けを取るものではない(図4)。

行政の役割

病院における入院医療において、行政のかかわりは比較的薄い。しかし、地域包括ケアシステム構築が基礎自治体に委ねられている以上、行政との連携なくして、しっかりとした在宅医療を提供することは難しい。

山口 昇氏(公立みつぎ総合病院 名誉院長)が示す地域包括ケアシステムは、「地域に包括医療・ケアを、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民が住み慣れた場所で安心して生活出来るようにそのQOLの向上をめざすもの」であり、「包括医療・ケアとは、治療(キュア)のみならず保健サービス(健康づくり)、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含



図4 | 訪問看護・在宅医療の質

するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療・ケア。換言すれば保健(予防)・医療・介護・福祉と生活の連携(システム)である」¹⁾と、その概念が見事に、この文章に集約されている。

おわりに

在宅医療の普及推進はもはや国家的課題であり、何をもって在宅医療が普及したのか推し量る物差しは示されていないが、おそらく、地域包括ケアシステム構築のアウトカムそのものであるはずだ。地域居住の継続を目指すからには、在宅看取り率を指標とすれば、最も客観的に評価できることになる。独自の調査であるが、基礎自治体別に在宅看取り率を算出すると、0%の地域に隣接して35%の地域が存在している。地域間格差は歴然としているのである。どの町に暮らしたかということが、人生を大きく変えることとなる。

リハ医学の本質をわかまえると、在宅医療の意義が必ずや見えてくる。ユニフォームを捨て、地域に踏み出してみると、エキサイティングな新しい世界に必ず出会うはずである。

●文献

- 1) 山口 昇：地域包括医療・ケアの推進を目指して―国診療協、国保直診の50年。社団法人全国国民健康保険診療施設協議会。p1, 2010

●参考文献

- 1) 太田秀樹，他：在宅医療実践マニュアル地域ケアをつくる仲間たちへ 第2版。医歯薬出版，2006
- 2) 太田秀樹：在宅医療と地域連携。治療 90：1325-1330，2008
- 3) 太田秀樹：在宅で高齢者の終末期を支える。地域リハ 3：311-313，2008
- 4) 太田秀樹：地域包括ケアシステムにおける在宅医療。高久史磨（監）：日本再生のための医療連携。スズケン，pp210-216，2012
- 5) 太田秀樹：地域包括ケアにおける在宅医療の役割。高橋紘士（編）：地域包括ケアシステム。オーム社，pp90-107，2012
- 6) 太田秀樹：地域包括ケアシステムにおける歯科医師の役割。日本歯科評論 73：26-34，2013
- 7) 太田秀樹，他：病院医療から在宅医療へ―超高齢社会に向けた挑戦。矢崎義雄（編）：医療白書 2013 年度版。在宅医療の進展で日本の医療はどう変わるか―病院から居宅への移行が新たな医療像を描く。日本医療企画，pp11-30，2013

FC Free Communication 欄への原稿募集

『地域リハビリテーション』誌では、読者の皆様からのお原稿を大募集しています。当事者の方からのエッセーや、日常の現場での創意工夫、役立つリハビリテーション技術、オリジナル研修方法の提案など幅広く募集いたします。職種は問いません。奮ってご応募ください。なお、当事者の方の場合、デイケア、デイサービス、病院、施設などでリハビリテーションにかかわっているセラピストの方を通じてご応募ください。応募方法は下記です。

原稿枚数：1,400 字以内（図表等がある場合、本文 1,200 字以内、図表 2 つ以内）

〔出来上がり 1 頁に相当〕

原稿料金：6,000 円（税込）※超過掲載料金はお支払いいたしません。

採 否：本誌編集委員会に一任させていただきます。採否につきましては決定次第、編集室より直接連絡いたします。

原稿送付先：〒113-0033 東京都文京区本郷 6-17-9 本郷網ビル

(株)三輪書店『地域リハビリテーション』編集室

TEL：03-3816-7796/FAX：03-3816-7756

E-mail：ohshima-n@miwapubl.com

その他：掲載された際には掲載号を贈呈させていただきます。

