

# 生活を支える 在宅ならではの医療の実際

おやま城北クリニック  
太田秀樹

2000年には介護保険法、そして障害者自立支援法、がん対策基本法と法制度から在宅医療の推進がはかられている。今年、「5疾病・5事業と在宅医療」を医療計画に盛り込むように、厚生労働省から都道府県に対して通知がなされている。さらに、基礎自治体では、地域包括ケアシステムの構築がミッションとなり、在宅医療は、わが国において、外来、入院に次ぐ、重要な地域医療の1つの医療形態となった。

本講では、患者の生活を支える医療として、在宅医療ならではのスキルや知識を伝えながら、在宅医療によって、大きくひろがる患者家族の暮らしについてお示しする。

## 本日の講義内容

- 在宅医療推進の背景
- 病院医療の役割と変化
- 在宅医療の実際
- 在宅医療の質と技術
- 在宅医療のひろがり
- 在宅医療への期待

## なぜ、生活を支える医療が必要か

- 人口構造の変化(少子高齢社会 騎馬戦型から肩車型)
- 社会保障制度改革 医療効率化 社会的入院是正
- 疾病構造の変化 慢性疾患の増加  
ロコモティブ症候群(足腰の衰え) 認知症 老衰
- 医学の進歩と限界 臓器移植と遺伝子解明  
救命できても障害を残す 超低体重児  
がん治療の限界(緩和ケアの普及)
- 国民の終末期医療に対する期待の変化(長寿より天寿)  
延命治療の果て病院で死ぬ文化への疑問

今、なぜ生活を支える医療が必要なのか、簡単に社会背景にもふれてみる。

人口構造の激変により、高齢者数が増加する。高齢者は複数の疾病や障害を併せ持ち、治療困難な慢性疾患と共に暮していることが多い。さらに、一般的には、75歳を過ぎると虚弱化し、仮に身体運動能力がある程度保たれていても認知機能が低下するなどして、命を閉じるまでの一定の期間、何らかの介護を要すると言われている。

病院を「疾病の治療の場」として位置づけると、根治困難な疾病を抱える、おびただしい数の虚弱な高齢者に対して、従来までの「病院中心のヘルスケア・システム」で対応することが難しくなっている。

たとえば、「肺炎で入院し、肺炎は治療したが、認知機能が低下して、介護なしの生活が困難となり、さらに、骨折で入院し、手術は成功したが、もはや歩行ができなくなった」といった事態が、日常的に生じている。

## 病院医療と在宅医療

キュア(疾病の治癒) ⇒ ケア(暮らしに寄り添う)  
根治療法(原因を除く) ⇒ 緩和医療(苦痛を除く)  
急性期医療(救命) ⇒ 終末期医療(看取り)  
臓器(専門医) ⇒ 人間(総合医)  
長寿(命の量) ⇒ 天寿(命の質)

### 医療介入の妥当性の尺度

Data ⇒ QOL

超高齢社会は、医療への期待も役割も大きく変えた。これが医療のパラダイム・シフトといわれている所以である。20世紀の医学は、救命を目的に発展してきたため、「死」を医学の敗北と看做していた。命の量を重視し、1分、1秒でも、生命を長くつなぎとめることを医療の役割であると考えていた。

しかし、回復への期待がない病態における延命的治療が、はたして人としての尊厳に照らし合わせて正しいことなのか、疑問の声も聞かれるようになった。結果的には苦しみを長期化させることにもつながる。仮に命が短くなったとしても、苦痛なく旅立てるように、苦しさをなくす医療、すなわち緩和医療の重要性があらためて見直されてきた。

臓器別の専門医は数多く養成されているにもかかわらず、一方で、人生を丸ごと支える総合的診療を担う医師の不在が、地域医療における課題といえる。

天寿を支える医療のあり方が、問われてはじめてなのである。

## 自己実現の医療

## 機動力ある医療



在宅医療の本質は、活動を支え、自己実現のための医療といってもよい。安静を強要し、食事や入浴を禁止する医療ではなく、また、自宅に閉じ込めておくための医療でもない。

ネマリンミオパチーの子供であるが、呼吸筋の麻痺によって呼吸管理を人工呼吸器で、栄養管理をチューブで行っている。

10数年前までは、このような重度の障害をもつ子供が、自宅で家族と一緒に暮らすことは希であった。しかし、医療から支えるシステムがしっかり機能する地域では、自宅で長期療養生活を行うことが可能である。いわば、包括的な地域のケア力によって、このような重度障害児の地域での暮らしが支えられているのである。

『メイク ア ウィッシュ オブ ジャパン』という難病の子供の夢を叶えるという活動をしているNPO法人が、アンパンマンに会う旅を企画した。人工呼吸器付きのバギー車を機内に持ち込むことが困難で、バッグ・バルブ・マスク (Bag valve mask、アンビューバック™) 等で呼吸させながらの移動であったが、無事に旅の目的は達成した。

「医療とは病気を治すことだ」と考えていると、在宅医療の本質を理解することができない。

## 在宅医療の実際

在宅医療の主役は訪問看護師



看護師のいない病院がないように、在宅医療の場面でも看護師が大きな力を発揮する。在宅医療に熱心な医師たちは、「主役は訪問看護師だ」と異口同音に主張している。

昭和50年ごろまで自宅での療養生活は、家族の協力と支援で行われていた。仮に高齢者が自宅で息を引き取ったとしても、いわゆるエンジェルケア(死後の処置)は、家族の手で行われていた。

しかし、女性の社会進出や核家族化、晩婚、非婚、DINKSなど家族の形態の変化によって、また、医学の高度化や病院医療への信頼などで、在宅での療養は徐々に減少し、多くの高齢者が病院で死ぬ文化がつけられていった。

しかし、今再び、在宅医療の意義が見直されているが、これは従来からの伝統的な往診とまったく異なるスキームとして捉えねばならない。在宅医療における往診は必要条件であっても、決して十分条件ではないのである。

在宅医療における訪問看護師の役割は多岐にわたるが、たとえば、発熱した場合に、すぐに介護者が電話で相談し、適切な対処方法の指導を受けるなど、きめの細かい対応が家族や療養者にはかり知れない安心感を約束する。

看護師には、キュア、ケア、ヒールなどさまざまな領域において、疾病の診断とその治療を中心に学んできた臨床医にはない資質とスキルを持っている。

## 訪問リハビリテーション

歩行訓練 →

関節拘縮の予防



長期間 安定した状態で療養生活を継続するためには、訪問リハビリテーションの導入は、重要である。

関節拘縮など廃用の予防をはじめ、住宅改造への助言や自助具の紹介、いわゆるテクノエイドに関する情報提供など専門職ならではの視点で、在宅療養をより質の高いものとするために、大きな力を発揮してくれる。

自宅での歩行訓練など機能訓練は、医療施設と同様に行えるが、実際の生活の場での訓練がどれほど意義深いものか、お分かりいただけと思う。

在宅医療は、未だ学問として確立されていないが、根底に流れるその思想は、リハビリテーション医学と共有できるのではないだろうか。

しかしながら、在宅医療に関心のあるリハビリテーション従事者が少ないこと、また、ケア・マネジャーをはじめ、ケア・コーディネーターに、リハビリテーションに対する正しい認識が乏しいこと等、課題は少なくない。



在宅医療において、歯科医師との協働は、かかせない。在宅医療の対象となる症例は、あまねく口腔機能維持改善を必要としているからである。

適切な口腔ケアが肺炎を予防することは広く知られているが、口から食事をすることは、人間の尊厳にかかわる重要なテーマと言える。摂食・嚥下訓練といったリハビリテーションの視点、そして、う蝕や歯周病の治療、さらには、義歯の装着など、歯科医師たちには、ケア、キュア、リハと幅広い領域において、多彩な能力を発揮されているように感じる。

さらに、歯科領域においては、入院加療はむしろ希で、治療を大部分を地域で完結している。そして、地域包括ケアシステムへの関心も高く、在宅療養支援歯科診療所として届出を行っている歯科診療所もある。

## 訪問服薬指導 薬剤師の訪問



薬剤師の関わりも重要である。介護保険制度上、在宅患者訪問薬剤管理指導として訪問による指導が診療報酬として認められている。しかし、参加する薬剤師は少数派である。

したがって、本来薬剤師にお願いしたい業務を訪問看護師が担っている。正しく服用方法が守られているか、コンプライアンスは守られているか、民間薬との飲み合わせの問題はないか、副反応の発生はないか、残薬の処理どうなっているか、服用しやすい剤型への変更は可能かなど、本来的には、薬剤師の職能を発揮できる場面が多い。

また、老老介護世帯では処方箋を持参して保険薬局まで足を運ぶことが困難であったり、経腸栄養剤が、長期に処方された場合など、重くて運べなかったり等の状況も生じる。これらが、薬剤師の訪問が歓迎されるゆえんである。

特に、在宅ホスピスケアでは、麻薬を取り扱うことが多く、薬物管理をより慎重に行う必要が生じている。すでに、無菌調剤室を完備して、在宅での中心静脈栄養の調合を行っている薬剤師もいる。

薬剤師が積極的に在宅医療に参入することは、より質の高い在宅療養の継続に重要な要素といえる。



ここで、在宅医療の一コマを紹介する。long term careと表現されるように、本例は17年間在宅で療養を継続した。この間、加齢によって身体運動能力が徐々に低下するだけでなく、認知機能の低下も始まった。さらに、食事摂取が困難となり、この時期には、胃ろうにより栄養管理を行っている。

妻である主たる介護者も同様に、年を重ねることで、介護力は徐々に低下した。

いつもペットの猫がベッドに横たわり、住み慣れた我が家での療養ならでの穏やかで和やかな風景である。

介護者のレスパイトケア目的で、老人保健施設でのショートステイ、デイサービスなどケアプランに組み込んで、訪問看護、訪問介護を活用し、17年間の在宅療養生活を支援した。介護力不足で最期は、老人保健施設で看取りとなっていたが、多職種が協働し、地域の社会資源としっかり連携して長期療養を支えることができた。

## 在宅ホスピスケア



次に、在宅ホスピスケアを紹介する。

左は肝臓がんの末期であるが、タバコも酒もやめることなく、自分らしい暮らしの中で天寿をまっとうした。こっそりビールを飲んだ翌日であるが、アンモニアレベルの上昇をおそれ、患者の希望で肝不全用アミノ酸製剤注射液(アミノレバン™など)の点滴を行っている。召される数日前までは、普段と何も変わらない日常があり、眠るような自宅での最期だった。

右は直腸がんの末期であり、亡くなる数日前に家族とバースデイを祝っている。ここにも日常がある。

病院での経験とは、全く異質な臨終の場面がそこにあるが、最愛の死を受け入れるために必要なときを十分に共有しているからだと思う。

がんと虚弱高齢者の在宅医療の大きな違いは、介護を必要とする期間である。家族が疲弊することなく、看取りまで支えることができることが多い。

本例の家族は、この介護経験を通して、妻は現在介護職の資格を取得して老人ケアに関わっている。娘の一人は、医療系の学校で学んでいる。

## 医療の提供状況施設より重度者の管理

	一般病棟(13:1)	一般病棟(15:1)	医療療養病棟(20:1)	医療療養病棟(25:1)	介護療養病棟(30:1)	介護老人保健施設(療養型)(30:1)	介護老人保健施設(従来型)(50:1)	介護老人福祉施設(125:1)	在宅
総数	3,999人	7,874人	14,472人	13,521人	16,603人	436人	24,013人	19,785人	3,741人
中心静脈栄養	8.1%	10.6%	8.8%	5.3%	0.9%	0.0%	0.0%	0.1%	0.9%
人工呼吸器	1.5%	1.6%	2.2%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.6%
気管切開・気管内挿管	4.0%	4.8%	15.9%	7.2%	1.7%	3.5%	0.1%	0.1%	3.6%
酸素療法	13.1%	14.5%	19.7%	11.4%	2.9%	2.3%	0.5%	0.8%	7.1%
喀痰吸引	18.4%	21.7%	40.2%	25.6%	18.3%	14.9%	2.4%	4.4%	7.6%
経鼻経管・胃ろう	13.9%	17.1%	35.7%	29.9%	36.8%	35.1%	7.3%	10.7%	12.4%

平成22年6月実施 厚生労働省「医療施設・介護施設の利用者に関する横断調査」速報値より

一方で、在宅医療にはさまざまな誤解や偏見がある。

この調査が示しているように、在宅では、介護保険3施設より医療依存度の高い重度者が療養している。

理由は、単に技術的なことだけでなく、制度的な矛盾もあるが、いずれにしても、在宅医療は状態像が安定した軽度者だけをその対象としていない。

さらに、高齢者だけでなく、がん末期患者、障害者、小児、神経筋難病患者とあらゆる年齢で、疾病、障害を問うものではない。

在宅医療を定義付けると、「生活の場に、医療者が訪問して提供される医療」と言える。さらに、24時間365日切れ目なくサービスを提供するためには、多職種協働、地域連携体制の構築が不可欠となる。

家庭電化製品のように  
手軽に使える人工呼吸器



居室におかれた人工呼吸器である。メンテナンス・フリーで故障もなく自宅でも手軽に、容易につかうことができる。

生命維持装置であることは事実であるが、患者たちにとっては、メガネや義足などと同様に身体の一部となっている。

対象となる症例の多くは、神経筋難病であるため看取りまでかかわることが少ない特徴がある。肺炎などの急性疾患の合併時には、急性期病棟でしっかりとした治療が必要となる。

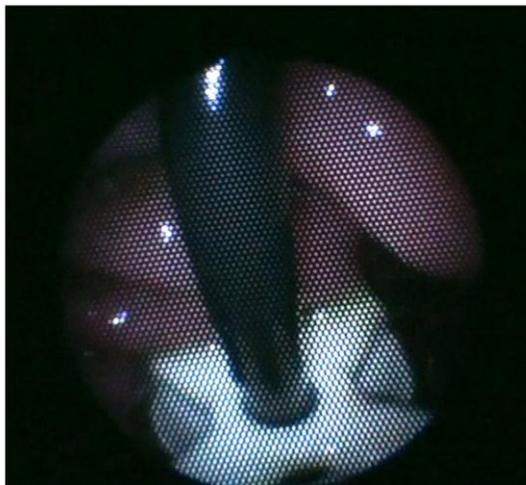
人工呼吸器管理ということで、ショート・ステイなどの受け入れ施設が少ないことは大きな課題であるが、介護者が両親である場合が多く、強力な介護力を発揮する。配偶者や嫁が介護を担う高齢者とはいささか事情がことなる。

昨年の東日本大震災では、電力の供給がとだえ災害時のライフラインのあり方が新たな問題となっている。当地では落雷が多く、停電時の対応については、独自に取り組んでいる。

## 在宅での安全な胃ろう交換 内視鏡で確認可能



PENTAX 彎曲角 120°



胃内挿入を確認 バンパー型

また、胃ろうの適応や是非、功罪について社会的関心が高まりつつあるが、すでに胃ろう造設によって、在宅療養を継続している症例も多い。

ろう孔が完成されていない可能性がある初回交換は、造設医が行うことを原則としているが、患者あるいは家族から在宅での交換希望がある場合は、在宅での交換を行っている。

専用の強彎の内視鏡が開発され、交換後は、直視して迷入がないか確認できる。抗血小板剤の服用例や斜めに造設された例などは慎重に対応している。

現在、のべ100回以上の在宅での交換の経験があるが、大きな合併症はない。

## 訪問看護師から 携帯電話画像通信による報告



皮疹 治療方針



上腕のポート挿入部感染  
静脈炎・蜂巣織炎



在宅医療の主役は訪問看護師であるとすでに述べたが、看護師が訪問して、患者の全身状態に変化があった場合、脱水と判断すれば、医師の包括的指示書に基づき補液を行うこともできる。

さらに、たとえば、皮疹が出現しているとき、携帯電話での画像送信によって、遠隔医療の技術も応用可能である。

写真右では造設されたポートの感染である。直ちに化学療法を開始した。

在宅主治医は、診療室にいながらにして、在宅患者の状況を具体的に知ることができ、また指示を出すことで、即座に治療が始められることが多い。

## 認知症高齢者 転等による外傷 自宅での縫合処置

HOT(在宅酸素療法)継続中患者の通院困難



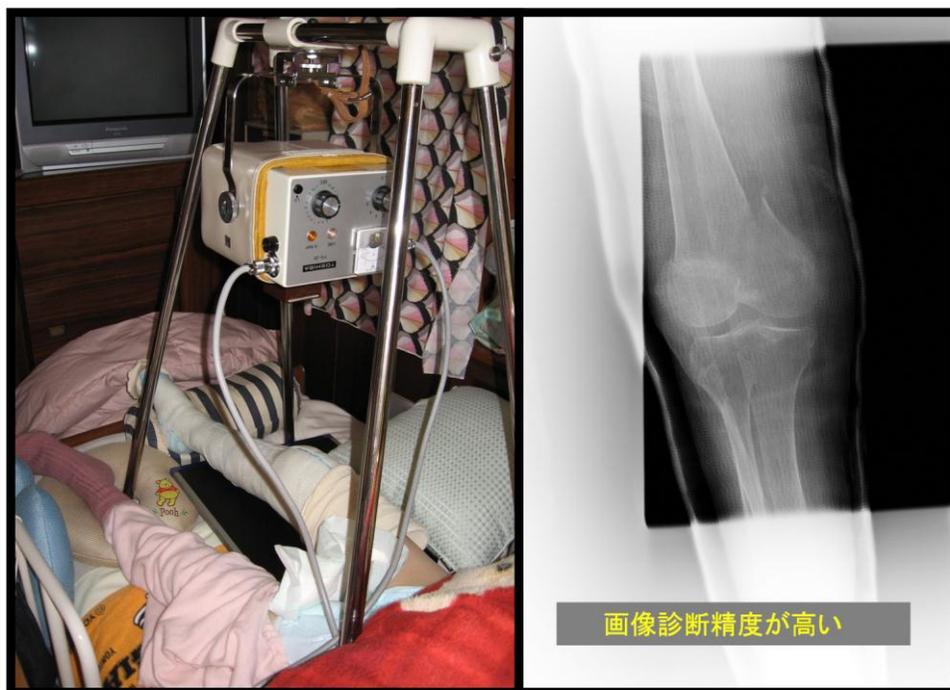
在宅療養中の患者に対して緊急往診が必要となる場合、その原因で最も多いのが発熱であるが、転倒した、ベッドから落ちた、車椅子からトイレの移乗に失敗したなど外傷を原因とする往診依頼も少なくない。

本例は、認知症が重度でしばしば転倒している。右頬部の裂傷で訪問看護師から縫合処置が必要だとの連絡を受けて、自宅で縫合を行っている。

意識レベルに問題なく、救急搬送するか判断に苦慮するが、仮に救急外来での処置となる程度の外傷であれば、自宅でも対応できる。縫合処置を行わなくとも、圧迫止血し、創傷処置用テープ(ステリテープ™など)での処置でも十分である。

処置後の創ケアは訪問看護師によって、自宅で継続することができ、酸素療法を行いながら通院するさまざまな負担を考えると在宅での処置に患者・家族とも大きな満足がある。

## 認知症 自宅で骨折 ギブスによる保存的治療



本症例は、ベッドから移乗に失敗し、大腿骨遠位端の骨折を生じたものである。このような場合は、病院での入院加療が一般的であるが、認知症が重度の場合、療養環境の変化が及ぼす負の影響は大きい。特に、夜間せん妄などはしばしば経験する。

さらに、観血的加療を行った場合は、術後安静のため拘束されることもある。

骨折は、解剖学的に整復し、固定して骨癒合を待つのが標準的加療となるが、本症例は、要介護状態ですでに歩行は困難である。したがって、下肢機能の再建よりも全身状態の悪化を予防することが優先されると判断し、自宅でギブス固定し在宅療養を継続した。

外固定によって、疼痛が緩和され、数日後より車椅子への離床を許可し、8週間のギブス固定によって骨癒合を認めた。変形治癒したが、ADLの低下や認知症の増悪は認めなかった。



次に、肺がん末期の在宅ホスピスケアの症例である。残歯の疼痛によって食事が困難となった。訪問歯科診療によって抜歯を行い疼痛が改善した。これで好物のスイカが食べられると、満面の笑みを浮かべている。

歯科を標榜しない病院での終末期医療の場面では、歯科医療が受けられないことも多い。在宅では多職種協働のケアチームが組織されていると、必要な医療を過不足なく提供できる。

在宅医療が財政論から推進されたということは、ある面では正しいが、しかし、日本人の生き様を支える医療との認識も、同時に必要である。

尊厳ある人生の終焉を支えることは、医療人の矜持ではないかと考えている。ここに在宅医療を行う満足がある。



これは、高齢者虐待の例である。外来診療においては、外傷の処置のみの患者との関わりにすぎない。しかし、在宅医療では、家族背景を含めて、虐待の再発がないように対応することができる。

いわゆる認知症夫婦で老老介護であり、血腫を除去した後、グループホームでの生活を勧めた。在宅医療では、疾病予防を包括した視点での医療の提供が可能である。

ややもすると、医療は生活の上位概念と考えられがちであるが、救急救命の医療では、確かに医療が最優先されることに疑問はないものの、在宅医療では生活が構築されて、はじめて医療の力が発揮される。

生活の場での医療を在宅医療と位置づけると、グループホームでも在宅医療の技術や知識を活かすことができる。

## 居宅系高齢者施設での 終末期医療



居宅系高齢者施設では、医師や看護師が訪れたとき医療の場となるが、彼らが帰るといつもの生活の場にもどる。

居宅系高齢者施設から死亡判定目的の救急搬送が後をたたないというが、生活の場での看取りも在宅医療の重要な役割である。

介護系施設の職員の多くが、医療に対して苦手意識が先立ち、さらに看取りの経験が乏しいと、いたずらに人の死を恐れる傾向がある。しかし、入所者の眠るような穏やかな最期を体験すると、人生をまるごとケアできたというやりがいを感じる事が多く、このような成功体験の蓄積が、施設の方向性を変えることもある。

現在は、看取りまで支える高齢者施設が増えつつある。そして、特別養護老人ホームが終の棲家となるには、経営者だけでなく、関わる配置医師の医療理念も大きく影響する。

## 21世紀は地域包括ケアの時代 高まる生活を支える医療への期待

現代の在宅医療の質は病院医療に遜色がない

- 医療機器 介護機器の発展
- 新薬の開発 創薬ドラッグデリバリーシステム(DDS)の活用
- 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 携帯電話 テレ・メディスン)

在宅医療は、従来の往診医療とは異質で、今や、病院医療と遜色のない質で提供することができる。

演者は1992年から20年間在宅医療を行ってきた。医療に対する思いは何一つ変わらないが、在宅医療を取り巻く環境は大きく変わった。

医療機器も介護機器も、在宅で活用できる優れた機器が開発され、たとえば、在宅酸素療法はいつでも容易にはじめられるようになった。フェンタニルパッチの開発に象徴されるように、自宅で簡単に、かつ安全に麻薬による疼痛管理が可能となった。

介護保険サービスも充実し、さまざまな地域ケアネットワークも構築されつつある。往診中にポケットベルが鳴り、近くの公衆電話を探して、患者からの連絡を受けながら緊急対応を行った時代と比べ、通信技術は革命的に進歩している。

スマートフォンを利用すれば動画で患者情報を入手し、即座に処置方法を指示できる。まさしくオン ディマンドでサービスが提供できる環境が整備された。

市民は、在宅医療を望んでいる。ニーズにこたえるためには、我々医療職の意識改革は当然ながら、職能団体や行政の姿勢も重要といえる。

限られた時間で、在宅医療の醍醐味をお伝えすることは難しいが、病院を中心としたヘルスケアシステムから地域包括ケアへと時代は大きく変わりつつある。地域包括ケアシステムにおける医療の役割は、在宅医療の充実といえる。