
はじめに

東京都医師会 地域福祉委員会
委員長 新田 國夫

在宅医療が求められて久しい。在宅医療における診療報酬制度は 1984 年にほぼ完成されているが、すでに 20 年を経過しようとしている。20 年の間にさらに社会的事情は在宅医療の必要性が増した。必要性の増加の原因は高齢者人口の増加である。在宅医療は日本における今後の医療供給政策における必然として考えられる。

私たちは 20 世紀からの治療医学を学びさらに発展させてきた。より困難な病的課題に対して治癒をめざして医療行為が行われている。がん、難病、脳血管疾患などさまざまな病気に対して今後も研究され、発展し、継続されるであろう。

しかしながら、一方、高齢者医療は疾病治療を行っても障害が残り、高齢者であるゆえに、障害がその後の人生に満足をもたらせないことも理解するようになった。つまり、健康概念の変化である。健康から病気になり、治療が行われ健康回復が行われる基本的概念は変化し、治療から健康への発想は変化し、障害を持って自立した生活へ、ノーマライゼーション、あるいはターミナル、終末期への発想がもたらされることになる。

在宅医療の基本は対病院の発想ではなく、健康概念の変化がもたらした必然的結果として、高齢者があるべき姿としての在宅における生活を支える医療として位置づけられる。急性期治療がなされたとしても、帰るべき場所がない高齢者が多く存在する。健康概念と同じく、高齢者の患者の流れは自宅から一般病院に入院し、治療終了後に自宅に帰ることが理想ではあるが、実際の高齢者の流れは複雑で、その間に廃用症候群となることもしばしばである。できうる限り日常生活に早期に復帰し、治療の継続性が図られるべきである。

ここでの在宅は住み慣れた地域での住居であり、決して「自分の家」を意味しない。そのためには受け皿としての在宅医療が整備されねばならない。たとえ在宅に復帰したとしても、在宅で廃用症候群を生む可能性があり、在宅にかかわる医師は在宅医療に習熟して、本来の目的を果たさねばならない。

現在、病院医師は退院時、自分の患者がこのまま在宅生活が可能か不安を感じている。家族もまた、退院後の介護に対して不安を感じている。この両者の意識が相乗的に在宅復帰を遅らせている。実際ががん患者の看取りを自宅で行った家族の退院時点の意識調査があるが、退院前から退院時が一番不安であった。看取りのときの不安は介護をしている間に徐々に解消されていると答えている。要介護高齢者に関して、現在介護保険が開始され10年経過している。この間高齢化率はさらに上昇し要介護認定者も2歳程度年齢が上昇し、要支援、要介護1,2は80歳代から82歳代、要介護3,4,5は84歳代とさらに高齢化した。軽度要介護者も容易に要介護状態になる。

こうした中、必要なことは、すべての状態像にリハビリテーション概念を持つことである。病院、在宅いずれの状態に置いても要介護状態になるのは、高齢時代容易なことであり、病気の治療から、ケアへの移行が進まねばならない。ケアの中にはリハビリテーションが含まれなければならない。ライフステージのすべての段階に置いて全人間的復権に寄与し、障害者の自立と参加を目指すことが在宅医療の基本に必要であり、不安を解消するための体制づくりが地域包括ケアである。在宅医療はその中心に位置づけられる。

2011(平成23)年3月
