後期高齢者を診る（Ⅳ）

高齢者在宅医療の現状と今後

国立長寿医療研究センター在宅医療支援診療部長
三　浦　久　幸
（聞き手　齊藤郁夫）

齊藤　高齢者在宅医療の現状と今後ということで三浦先生にお話しいただきます。

在宅医療推進ということですけれども、どういうことでやっていらっしゃるのでしょうか。

三浦　私どもの病院で、2009年の４月ですけれども、病院の中に20床の在宅医療支援病棟という、新しいモデルとなるような病棟をつくりまして、その病棟で主に入院のアレンジをしたり、実際の病棟運営にかかわるような仕事をしております。

齊藤　ということは、先生が今おいでになるのは愛知県ですね。

三浦　はい、愛知県です。

齊藤　その病院の近くの医師と連携しているということでしょうか。

三浦　そうです。現在、74名の往診をされる先生、我々は在宅医と呼んでいますけれども、74名の在宅医の先生と連携しています。

齊藤　連携している先生は、手を挙げて「連携したい」ということなのでしょうか。

三浦　そうですね。「こういう20床の病棟をつくりましたので、ぜひご利用ください」ということで、一軒一軒、お願いにあがりまして、「利用してあげてもいいよ」という先生に、登録医といいますか、登録していただきまして、運用しています。

齊藤　その地域の医師のかなりの部分が連携しているということなのでしょうか。

三浦　そうですね。往診をされる先生方はかなり連携をしておられる状況だと思います。

齊藤　そういう頼りになる病院があれば、先生方も安心してできるということなのでしょうね。

三浦　入院の判断を在宅医の先生方にお任せするというかたちで運営しておりますので、どういう理由であれ、在宅医の先生が「今は入院が必要だ」というふうに判断されれば、我々はホットラインと呼んでいるのですけれども、専用回線で電話をかけていただい

て、こちらはほとんど無条件に入院としてお引き受けさせていただくというようなかたちでやっています。

齊藤　どういったケースが多いのですか。

三浦　一番多いのは、発熱だとか、もともとの悪性疾患の症状が強くなったので、入院させてほしいということで、急激に変化、症状がちょっと悪化した場合で、そういう方が半分ぐらいおられるのですけれども、あとは例えば経管栄養、胃瘻のチューブを交換してほしいとか、ご家族が急に容体が悪くなったが、痰の吸引とか、人工呼吸器をつけているので、介護施設では看れないので、入院で短期的に看てほしいとか。そういった方も含めて、いろいろな理由の方をお引き受けしています。

齊藤　在院日数に制限はあるのですか。

三浦　在院日数は18日前後で来ています。もちろん長い入院の方もおられるのですけれども、予約で入院される方はできるだけ２週間以内でお願いしておりますので、平均すると18日ぐらいで何とか回せているという感じです。

齊藤　そうしますと、悪くなった方も安定化して、また自宅に戻るということですか。

三浦　そうですね、できるだけ。病院で最期を迎えられる方もおられるのですけれども、そうでない方の94％は自宅に帰っていただいています。残りの６％が施設入所とか、他の長期療養型病床の病院のほうに転院されるという方ですけれども、そういう方は今のところかなり少ない状況で運営しています。

齊藤　最期を病院で迎えるか、自宅で迎えるか、一般的にはどのように家族はご希望されているのでしょうか。

三浦　一般的には、調子が悪くなったら病院でという家族が非常に多いですので、全国的にもそうですけれども、私どもの病院のある地元の知多半島の地域でも、在宅での死亡率といいますか、最期まで在宅で頑張るという方は11～12％ぐらい。あとはほとんど病院で最期を迎えられているという感じです。ただ、この在宅医療支援病棟をご利用される患者さんに限っていうと、約３割、33％の方が自宅で最期を迎えられていますので、在宅支援ということで病院が積極的にかかわれば、より在宅で最期まで頑張れる方が増えるのかなと思っています。

齊藤　医師も家族も、病院がしっかり診てくれれば、負担が減るということなのですね。

三浦　そうですね。何か困ったときには、それをサポートするバックアップ病院というか、病棟といいますか、そういったものがあるということがかなり頑張れるということにもなっているとは思います。

齊藤　在宅医療を行っている医師ですけれども、これはどういうタイプの先生が多いのでしょうか。

三浦　74名のうち、ほとんどの先生方は通常の診療を、通院患者さんの診療を行われて、午後にちょっと時間があるときに数人往診されるという方がほとんどなのですけれども、中に、20名弱ですけれども、いわゆる訪問診療を積極的にされる在宅療養支援診療所の先生がおられまして、そういう先生方は、多い方で30名とか40名の在宅患者さんを診ているという方もおられます。そういう方は少ないですが。

齊藤　そこに集中するというか、専門的にやる施設が少ないというのは、負担が大きいということなのでしょうか。

三浦　負担が大きいですね。30名ぐらい診ておられる先生も、いつバーンアウトされるかという感じで、こちらがひやひやしながら見ているような感じなので。

齊藤　これは24時間対応されるということなのでしょうか。

三浦　そうです。夜も呼び出されていくということで、ほとんどがお一人だけで訪問診療されている先生がほとんどですので、相当拘束時間も含めて負担になっていると思います。

齊藤　そういった意味でも、支援できる病院が制度としてあることが望ましいということでしょうか。

三浦　そうだと思います。

齊藤　これは近々可能になるのでしょうか。

三浦　2012年の診療報酬でいろいろ検討されている途中のようですけれども、在宅療養支援病院という制度がありまして、それは200床以下の病院で、実際にその病院のドクターが訪問診療に行っている病院があるのですけれども、そこは私どもがやっている地域の在宅医療全体をサポートするようなかたちで、受け入れも含めて、2012年度はそういった拠点としてもう少し広げていこうという話がありまして、在宅医の先生と在宅療養支援病院の連携を基盤にして、その地域の在宅医療を活性化するという方向が明らかになってくるのではないかなと思います。

齊藤　そういう病院が手を挙げていただくと、報酬もつくと。

三浦　そうです。報酬もつくということで、今、在宅療養支援病院の登録になった病院が300を超えたということです。

齊藤　在宅医療は理想的ではあるけれど、なかなか難しいというお話ですが、どういったバックグラウンドの先生が一番向いているのでしょうか。

三浦　いわゆる総合医だと思います。臓器専門医を目指す医学生とか若いドクターが非常に多い中で、実際これからはトータルにというか、全人的に高齢者を診ていくというような、そうし

なければならない方が非常に増えてくると思うので、総合医として研究も研修も受けられた方が実際に在宅医になられるといいし、また病院側の在宅支援のサイドでもそういった総合医がいるほうがいいかなと思います。

齊藤　老年科というか、高齢医学をよく勉強して、専門的な総合医の存在ということでしょうか。

三浦　そうですね。

齊藤　専門医としての認定はあるのでしょうか。

三浦　在宅医学会が在宅専門医制度というものをつくっておりますので、その専門医になっている先生方がおられますけれども、若い先生を中心にどんどん在宅専門医を目指すという流れには残念ながらなっていないと思います。

齊藤　またこれから問題点があるということですね。

三浦　そうですね。

齊藤　どうもありがとうございました。

後記にかえて

小誌をご愛読いただきまして誠にありがとうございます。
※第56巻５月号をお届けいたします。
※〔DOCTOR-SALON〕欄には、９篇を収録いたしました。
※〔KYORIN-Symposia〕欄には、「後期高齢者を診る」シリーズの第４回目として、５篇を収録いたしました。
※〔海外文献紹介〕欄には、糖尿病・動脈硬化の２篇を収録いたしました。
※また、第21回呼吸器医療管理システム研究会の４篇を収録いたしました。
※ご執筆（ご登場）賜りました先生方には厚く御礼申し上げます。