

# 超高齢社会における在宅診療に従事して

上利 理代<sup>1)</sup>

## A study about home care in super aging society

Masayo AGARI

Key words : Super aging society, home care, refugees on one's death

キーワード：超高齢社会，在宅診療，看取り難民

### 1：はじめに

日本は世界に類を見ないスピードで高齢化が進んでおり、2015年総務省発表では、日本の総人口に占める65歳以上の高齢者の割合が26.7%となり、国内における80歳以上の高齢者の人口が1千万人を越えた。

世界保健機構（WHO）や国連の定義では、高齢化率（総人口のうち65歳以上の高齢者が占める割合）が7%を超えた社会は「高齢化社会」、14%を超えた社会は「高齢社会」、21%を超えた社会は「超高齢社会」とされている。

国別に「高齢化率が7%を超えてから、その倍の14%に達するまでの年数」を比較すると、フランス126年、ドイツ40年などに比べ、日本は実に1970年から24年で14%に達している。さらに13年後には21%を超え、超高齢社会となっている。

こうした超高齢社会がもたらす課題として、働き手の主力とされる15歳以上65歳未満の「生産年齢人口」の減少や介護負担が挙げられるが、これは「働きながら家族の介護をする人」が増加することも意味している。

総務省が2012年に行った「就業構造基本調査」によると、働きながら介護をしている人の数は約291万人に達している。急速に進む高齢化に伴い、ますます家族の介護にかかわ

る人が増加する現代においては、介護サービスや介護施設のみならず、かかりつけ医などに対する意識改革も必要となってくる。

今回は、実際に地域で高齢者を支える現場に訪問診療医師として関わる経験から、現状を報告する。

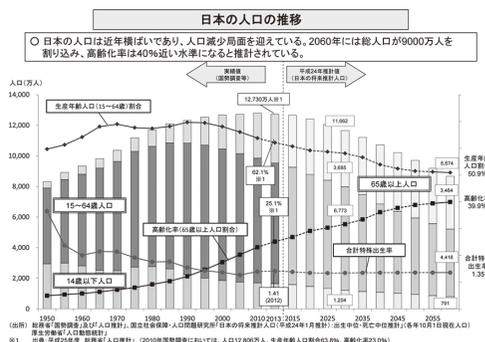


図1：日本の人口推計と高齢化率の推移  
(総務省国勢調査(～2010年) 国立社会保障・人口社会問題研究所(2015～))

### 2：目的

高齢者社会と叫ばれているが、実際には認知されにくい地域の現状を報告する。

### 3：対象

神戸市垂水に本拠地がある、医療法人おひさま会が展開するクリニックの一つである、おひさまクリニック西宮での現状を報告する。

### 4：詳細報告

兵庫県西宮市に拠点をおく、おひさまクリニック西宮では、常勤医師1名、非常勤医師3名が所属し、約300人の在宅患者の訪問診療および往診を行っている。

患者動向および、死亡件数、看取り内訳について（図2）に示す。毎月、各病院の地域連携や主治医、また地域の訪問看護ステーションやケアマネージャー経由で新規依頼が入る。毎月10名から20名で増減があるものの、総患者数は300前後で推移している。

受け入れ患者を定期的に診察する訪問診療と、急変時に診察しに向かう往診とがあり、定期訪問診療が約600件、臨時往診が65-75件で推移している。

患者構成は図3に示すように、要介護2が22.7%と最多となっている。介護認定基準を図4に示す。

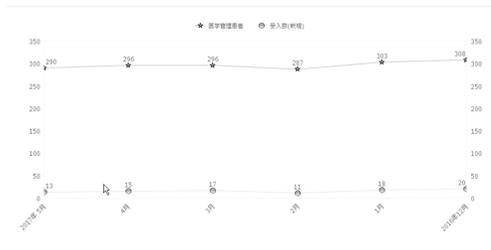


図2：おひさまクリニック患者受入数

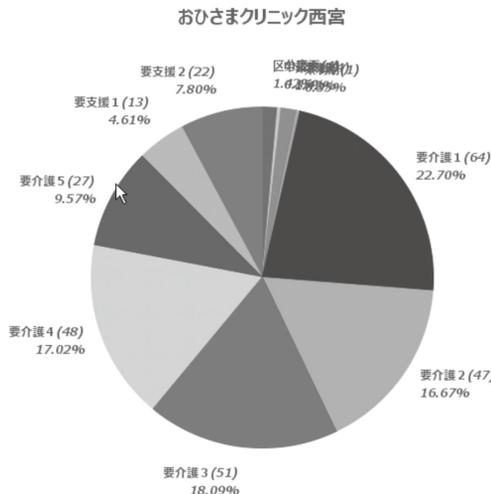


図3：おひさまクリニック西宮介護区分

要支援1	日常生活上の基本動作については、ほぼ自分で行うことが可能であるが、日常生活動作の介助や現在の状態の悪化防止により要介護状態となることを予防するため、手段的日常生活動作について何らかの支援を要する状態。 (日常生活はほぼ自分で行えるが、今後、要介護状態になることを予防するため、少し支援が必要)
要支援2	要支援1の状態から、手段的日常生活を行う能力がわずかに低下し、何らかの支援が必要となる状態。 (日常生活に少し支援が必要だが、介護サービスを利用すれば、機能の維持、改善が見込める。)
要介護1	要支援2の状態から、手段的日常生活を行う能力が一部低下し、部分的な介護が必要となる状態。 (立ち上がりや歩行がやや不安定。日常生活はおおむね自立しているが、排泄や入浴などに一部介護が必要。)
要介護2	要介護1の状態に加え、日常生活動作についても部分的な介護が必要となる状態。 (立ち上がりや歩行が自力では困難。排泄や入浴にも一部または全介助が必要。)
要介護3	要介護2の状態と比較して、日常生活動作および手段的日常生活動作の両方の観点から著しく低下し、ほぼ全面的な介護が必要となる状態。 (立ち上がりや歩行が自力ではできない。排泄・入浴・衣服の着脱などにも全面的な介助が必要。)
要介護4	要介護3の状態に加え、さらに動作能力が低下し、介護なしには日常生活を営むことが困難となる状態。 (日常生活の全般で能力の低下が見られ、排泄・入浴・衣服の着脱に全面的な介助、食事の一部介助が必要。介護なしでは日常生活が困難。)
要介護5	要介護4の状態よりさらに動作能力が低下しており、介護なしには日常生活を行うことがほぼ不可能な状態。 (生活全般にわたって、全面的な介助が必要。意志の伝達が困難。介護なしでは日常生活が不可能。)

図4：介護認定基準

また、患者の居住に関しては、介護付き有料老人ホームが37.5%と最多であり、続いて居宅34.6%、高齢者専用賃貸住宅16.6%となっている。また、要介護者の主たる介護者は、厚生労働省「国民生活基礎調査」によるデータと同じく、配偶者が25%強、子が21%程度であった。

患者の死亡件数および病院外看取り件数は以下の通りである（図5）。

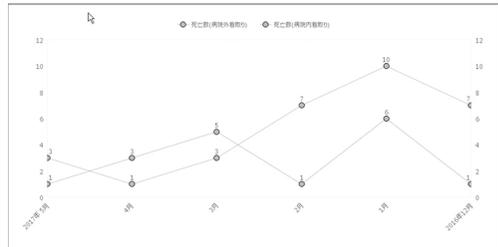


図5：患者の死亡件数および病院外看取り件数

### 5：まとめ

在宅医療・訪問診療のメリットは、通院困難な方でも治療が受けられる、定期的に医師が訪問をすることで、患者本人の調子のいい時と悪い時を把握することができるなどが挙げられる。「体調不良になる前兆」や「ご本人特有の症状」などを理解することができ、可能な限り悪化しないように治療を行うことができる。また、急変時にも、迅速に適切に対応することができる場合が多いと思われる。

平成20年 厚生労働省「終末期医療に関す

る調査」によると、「自宅で最後まで療養したい、自宅で療養して必要となれば医療機関を利用したい」の割合を合わせれば60%以上となっている。また、要介護状態であっても、「自宅で介護してほしい」と40%以上が答えており、自宅でなるべく長く過ごしたいというニーズは高い。

同時に、日本人口における高齢者割合の高まりから起こる医療費の増加が大きな問題となっており、その医療費削減のために、平成4年から全国の病床数は減少している。病院の看取りが80%近い日本においては多くの

「看取り難民」が発生すると懸念されている。在宅医療はその「看取り難民」の受け皿として期待されている。しかしながら、現在の在宅療養支援診療所・病院の数はまだまだ十分ではなく、既存の在宅医への負担過多回避、在宅支援の整備が急務となっている。

#### 出典

平成25年「人口推計」（総務省）

要介護認定に係る制度の概要（厚生労働省）

平成20年 厚生労働省「終末期医療に関する調査」