

在宅医療雑感



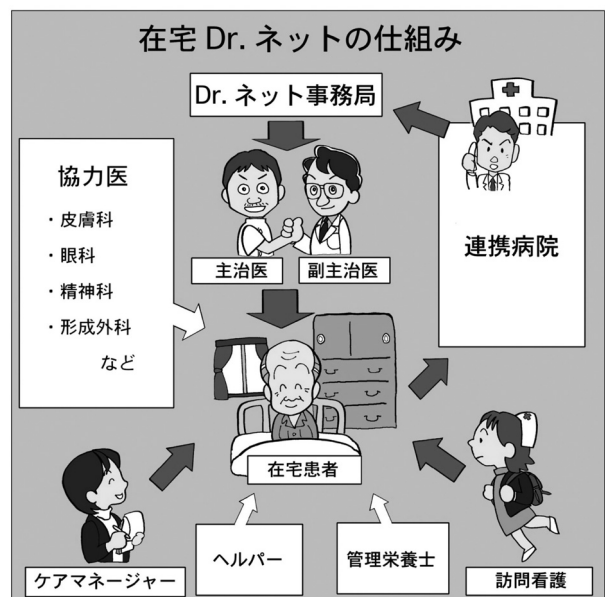
かじまやークリニック
山里 将進

在宅医療は近年国民医療の重要なテーマとして脚光をあびている。1970年代の訪問看護制度を皮切りに在宅医療は制度上の整備が進み国民医療に占める比重も大きくなっている。人口の高齢化と関連して国民の疾病構造が大きく変化し、障害や疾病のため在宅医療を必要とする方々が増大し、そのニーズは以前に比して大変大きくなっている。国民の医療ニーズに対応するため在宅医療は制度の整備がこの間すすめられ、在宅医療サービスは質と量の面で受け易くなっていると思われる。又、長期入院の是正による国民医療費の抑制のため、入院から在宅医療への政策的誘導とも関連して在宅医療制度の整備が進められていて、在宅医療をめぐる状況は色々の問題を抱えていると言えよう。

在宅医療を担うマンパワーをめぐる問題

在宅医療に関わる職種は医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、薬剤師等、制度の整備とともに増えている。しかしどの職種もそれぞれ問題を抱えながら在宅医療に取り組んでいる。

2006年度の制度の改訂で在宅療養支援診療所が創設され、24時間対応や病診連携等の要件を満たす場合に高い診療報酬の設定がなされ、在宅医療に取り組む医師は飛躍的に増えている。しかしこれまで在宅医療に関わっていない医師がいきなり24時間対応の在宅医療を担う事は、現実的には対応が困難な場合もあり、在宅医療に関する研修会や病診連携、診診連携に関する研修会などの必要性が高まっていると思われる。在宅で療養する高齢者や障害者の方々は多病、多臓器障害が多く、一人の在宅主治医でそのニーズに応える事は不可能であり、在宅医療を成り立たせる為には専門医とかかりつけ医とのチーム医療が不可欠となっている。24時間対応、各種連携、チーム医療は在宅医療のキーワードであり、国の在宅医療ネットワークのモデル事業となっている長崎市の長崎在宅Dr.ネットは重要な取り組みとして沖縄県でも注目されて良いとおもわれる。このネットワークの良さは外来診療を行なっている多くの医師が、在宅医療に連携して取り組むことで在宅医療の敷居を低く出来ていることである。又、診診連携、病診連携を生かして専門的力量を持つ多くの協力医がネットワークに参加する事により、質の高いチーム医療を可能にしている点で高く評価できる。在宅Dr.ネットの仕組みを下図に示します。



訪問看護ステーションをめぐる問題

医師と並んで在宅医療を担っている職種は看護師です。医師の指示のもと24時間の訪問看護を行なうステーションがこれまで在宅医療を支えて来ましたが、看護師の確保が困難な為、24時間対応を維持できないステーションも増えていて、ステーション間の連携も重要な課題になっていると思われます。診療報酬や介護保険の訪問看護の点数の改善や看護師不足の改善無しに、安定した質の高い訪問看護を実現する事は困難と思われます。訪問看護師や介護職と医師の連携の改善のためにはカンファレンスが重要になっていますが、現実的には医師のカンファレンスへの参加は少ないのが現状と思われます。医師の意識の改革と制度上の評価や位置づけの改善も必要です。

在宅リハビリをめぐる問題

訪問リハビリのニーズは増大していますが、リハビリを担う理学療法士等の在宅への参加は未だ不足しています。近年、理学療法士をはじめリハビリ職種の養成はかなり改善されていると思われますが、多くのリハビリ職種は施設リハビリに従事しています。在宅リハビリはニーズの大きさに比してそれを担う人材が不足している為、在宅医療の分野でも立ち遅れが問題となっています。介護保険の改訂で、訪問リハビリは規制が強化されたため事業展開が困難になっており、介護と医療制度の両面の改善が急務と思われます。慢性期のリハビリは日数による縛りをやめ、必要なリハビリが在宅でも行えるよう制度の改善が必要です。

訪問栄養指導について

在宅医療の分野で、栄養師の果たす役割は大きくなっています。管理栄養士による訪問栄養指導は医療と介護保険で評価がおこなわれ、今後期待される分野になっています。嚥下障害の

ため、摂食が困難で食材や調理の工夫や献立の改善が必要な方が多くなっています。栄養状態の改善により免疫力が改善し、肺炎をはじめとする各種感染症の予防も可能ですし、成分栄養を必要とする胃ろうの患者も多くなっており、管理栄養士の活躍の場も大きくなっています。診療報酬や介護報酬の改善が必要になっています。

在宅医療をめぐる今後の問題について

2006年度、医療制度改革関連法が成立しその具体化が始まっています。療養病床の大幅な再編がすすめられ、平成11年末には医療療養病床と介護療養病床を23万床削減し、現在病院に入院している患者の多くを在宅に移す計画を国は進めています。しかし家族制度の変化で家庭の介護力の低下のため、在宅に戻れる人は少ないのが現実です。そのため国は在宅医療を提供する場を老人ホームや高齢者共同住宅、宅老所に広げる制度上の改訂を行い、病院から在宅への受け皿づくりをすすめています。今後在宅医療を利用する人は民間有料老人ホームや宅老所等が多くなると思われますが、これらの施設は民間施設のため介護報酬の枠の中で経営を成り立たせるため、人材の面でも療養環境の面でも厳しい運営をせまられています。特に介護保険での介護報酬の大幅な改善や、施設の立ち上げに公的な援助なしには患者の受け入れは困難と思われます。またこれらの民間施設の医療機能を充実する為にも看護師の配置や介護士のレベルアップ等の諸施策を公的な責任においてなされる事が不可欠と思われます。

後期高齢者医療制度の導入が行なわれ混乱が起こっていますが医療費の適正化の名の下に医療費抑制政策が続けば在宅医療の展望も暗くなるを得ません。医師や医療従事者や介護福祉従事者は長寿を願って不十分な医療、福祉制度の下でも奮闘している事を国は直視して戴きたいと思います。