

Title	在宅医療の現状と今後の展望 : 歯科医師との連携のために
Author(s)	新田, 國夫
Journal	歯科学報, 109(3): 337-339
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10130/1671">http://hdl.handle.net/10130/1671</a>
Right	

## 在宅医療の現状と今後の展望

### —歯科医師との連携のために—

演者 新田國夫

(東京都北多摩医師会会長)

1961年国民皆保険体制の確立から、1973年老人医療の無料化は病院医療の幕開けを向かえた。1960年ごろより高度成長時代を迎える日本は、核家族化が進み、社会的入院を認めることになる。日本の特徴は、施設を含めた社会整備基盤を作る前に、病院化時代を向かえ、結果として、高齢者を入院の形で、病院がその役割を担うことになった。高齢者医療の間違いの原点になる。なぜならば高齢者にとって医療ではなく、介護、摂食、あるいは病後廃用症候群に伴うリハビリの問題であったからである。さらに、疾病構造が感染症から、脳血管疾患、悪性腫瘍、心疾患への変化をもたらす。疾病構造の変化は、疾患に対応するために、病院の集中化、高度機能の必要性が生じた。しかしながら、現在こうした病気の結果、先端医療技術にて命は救われても、障害をもたらし、生きることになる。あるいは、平均寿命の延長は必然的に認知症を多く発症させることになる。今重要なことはこうした状況が必然となることを受け入れ、その中で生きるための医療を模索しなければならない。現在医療崩壊が叫ばれている。医療崩壊の原点は、地域医療、あるいは地域民間病院の役割の不鮮明さであり、民間病院への医師の派遣ができなくなっているからである。救急医療に対しての民間病院の役割が大きかった。何がごく前と違うかは、当時の医療レベル、民意の反映として、治療はそれぞれの地域の一般民間医療機関にて、特に問題なく行われていたが、がん治療、脳血管疾患、心疾患がある種の条件が整えられるならば、一定の成果を挙げることができることになり、きわめて選定された病院に集中を余儀なくされることになった、結果として患者を捌き、きれいな状況がある。もちろん様々な制度上の問題もあるが、厳密に言えば医療

崩壊の言葉は正しくない。むしろ、第2次病院改革の時代への過渡期といえる。現状では公立病院、一部特定機能病院がその役割をしている。しかしながら、先端医療は命を少し助けるかも知れないが、多くは残念ながら、加齢による生理学的低下を防止することはできないし、障害を残すことになる。こうした背景から、在宅医療が果たす役割の大きさを感じる。市民の意識は、病院頼みが残っているが、あくまでも、病院医療の役割は医療の一部である。平均在院日数が2週間の状況ではその役割は限定される。その後の長い経過は生活とともにある必要がある。在院日数の短縮は今後も進む。なぜならば現状では、病院の救急体制をとることがベットの慢性満床状況では不可能であり、在宅への早期の退院なくしては、困難な時代を迎えている。地域ケアの充実が必要になる。急性期、回復期、維持期の概念にて制度の捉え方がされているが、基本的にはできるだけ早期に在宅への復帰が望ましく、そのための条件として、在宅におけるリハビリが可能で、緩和ケアその他ケアの体制がとらえていることが必要である。現在高齢者世帯、高齢者単身世帯の急増の中でいかなる体制を作るかが問題である。従来在宅復帰のための様々な施策が失敗してきた理由は在宅ケアの体制の問題だからである。さらに終末期の問題がある。終末期医療の問題も解決していかねばならないことである。終末期医療の問題は、国民意識の問題でもある。医療者のみで解決できるものではなく、さらに法律問題もある。終末期医療の問題は最善の医療とは何かを模索することであると思っている。病院死は1951年には20%以下であったが、増加をし、80%を超えている。世界的に見ても病院死は1位、2位を占めている。

在宅医療の医療保険は1983年に始まっている。1988年には保険制度としての在宅医療の基礎ができている。寝たきり老人訪問看護指導料、在宅患者訪問診察料、在宅経管栄養指導料、在宅自己導尿指導管理料など様々な点数が付いている。その後多少の転換はあるが1994年在宅医療の保険制度が完成している。1994年にはターミナルケア加算、看取り加算、24時間連携加算など、現在の医療保険制度に類似している。こうした医療保険制度成立からも長い時間が立っている。さらに社会的入院を断ち切るための方策である介護保険制度が成立しても、大きな効果を挙げるができなかった。何ゆえに市民の病院頼みが生まれるかは、ある意味で当然の帰結である。救命、延命効果のための重装備を持った病院機能と市民意識の価値観が重なるからである。さらには療養型病床群のように介護まで肩代わりを可能にしている病院の安価さである。さらに地域診療所の専門化である。地域診療所の専門科は、病院医療の延長線上であり、小規模化したに過ぎない。こうした専門化医療も又市民意識の表れである。先端医療のいわば幻想の中で、いつまでも元気でいたい当たり前の要求が、こうした現状を容認することになる。しかしながら、こうした医療の結果として、病院での末期、PEG、あるいは経管栄養における延命医療がある。急性期後のこうした医療は、本人の意思よりも家族の納得する医療へ変化していく。

医療制度改革には当然ながら、基本的問題に答えを見出すことは困難である。現在。地域クリチカルパスとして4疾病が計画されているが、病院中心となり、そのことは今まで述べたような、本質的な問題を解決することは困難なことであろう。在宅医療の基本は、高齢になり、あるいはそれ以前において、障害、癌、認知症になっても、生活の場にて医療を保障し、生きるための医療を模索し、そのための医療の提供を行うことである。摂食、嚥下に関する問題は、いつまでも口から食べることに重要な視点を持つ。生きるための医療としての一つの重要な問題である。

食塊は後方に入る食道に入り、吸気は気道に入る。食道入口部は嚥下第2期に0.6秒しか開大しないので、この間に食道入口部を通過しなかった食塊は、下咽頭に残り、喉頭から気管に流入する。こう

した嚥下困難な状況を理解することのためには、現在在宅での患者への理解が必要となる。現在の医療保険システムの中では、早期にPEGが作られ退院を余儀なくされる。急性期病院から在宅への流れは60%を超える地域もあり、あるいは回復期病棟においても摂食嚥下機能は正確に評価されることなく、食事、嚥下機能のアンバランスが多く、PEGの方も食事可能な人が多く存在する。あるいは、逆もあり、無理な食事形態にて、肺炎を繰り返している方も多く認める。在宅での嚥下、摂食評価は重要になる。このための方法としてはVF、よりはVEが有効である。しかしながら、在宅医療の実情を理解することなく、単にVEの技術のみに走ることは的確な指導をとることは不可能である。そのために、在宅医療の実情と現在の問題点を理解し、さらに歯科医師の役割が重要であることを認識していただく。さらに嚥下障害のレベル改善には準備期障害、口腔期障害が多いことの理解が重要である。脳卒中における口腔、顎顔面領域の麻痺があると、食物残留が麻痺側に残り、さらに感覚障害を合併することが多く、義歯の使用も困難なことが多い。義歯の調整、修理、作成は在宅において大変根気のいる作業となる。しかしながら、頻回の訪問により、患者、家族の信頼を勝ち得、義歯を使用し、摂食嚥下障害に必要な、口腔機能訓練を行うことができる。最初に病気の評価、口腔機能評価、そして歯科的医療の必要が求められる。

多摩立川保健所の事業計画の中で平成18年度に地域摂食機能連絡会が作られ、20年度にはメンバーが拡大され、協議会としてスタートした。高齢者福祉施設へのアンケートの中で、誤嚥など心配がある施設が60%、又心配なときに相談できる専門家、専門機関がないが約50%を占めていた。こうしたことから、問題点と課題が検討され、家族に対し、摂食、嚥下に対する知識情報が少ない、摂食嚥下のスクリーニングの基準が設立していない、摂食嚥下を疑ってもどこにつないでよいかわからないなど、現実諸問題が出された。さらには在宅患者に対する評価が現状では困難であることから、在宅訪問により、診断、評価の必要があり、そのためにはVEが適切な検査手段とされた。そのためのモデル事業として現在6名の専門医を育てるべく行われてきた。

その評価を考えてみると、VEを行う技術的問題はクリアできたとしても、現状ですぐに機能するかが問われていると感じている。在宅の現場に踏み込むことのない歯科医師が、単に機能評価しても信頼に足りうる評価となりえない。摂食、嚥下機能は患者さんのトータル評価の一部に過ぎない。例えばアルツハイマ認知症の摂食嚥下を評価するにはアルツハイマ患者のトータルな認知障害を知ることなくして、次の方針を語ることはできない。

アルツハイマ型認知症の重度の人のVE検査をした。認知症は重度にて言葉が消失し、動きは全介護、食事も全介護状態にて4時間かけて食事をしていく人であった。しかしながらVEの検査は嚥下機能には問題がないが、食事の認識の問題、食塊を意識することはできないために嚥下へのチェンジが遅れていたにすぎなかった。VEの評価のみでは適切な食事への指導ができない患者であった。他の疾患も同様なことがいえる。基本的な病態、例えば球麻痺、仮性球麻痺、難病への病態像への知識などであ

る。さらには高齢者に対する病態のとらえ方は、今後学ぶべき重要な要素である。

一方在宅訪問歯科医師との連携が大切であり、さらにはネットワークが呪文のように言われるが、何のための連携かの目的意識が必要である。食べることができる口を作るためには、しっかりとした歯が必要であり、部屋のどこかに捨てられる歯は必要ない。口腔ケアのための歯科医師ではなく機能を果たすための歯が必要となり、そうした歯科医師を持つことにより、患者さんが生きるための重要なパートナーとなり連携を可能にする。連携は様々な形で行われているが、従来は点と線の連携であった。今後の在宅ケアを考えると、面の世界への構築が重要であろう。その為には、個人の力量のみでなく、行政、あるいはさまざまな施策の中で、あるいは利用し、面の世界を築いていく必要を感じる。

地域ケア体制の構築に対していかなる問題があるのか、其れは相互に質の伴った連携体制の構築であろう。