

2) 地域医療システムとしての在宅医療

ゆきぐに大和総合病院 齋藤芳雄

Home Care as to the Community Medical System in Home

Yoshio SAITO

Yukiguni Yamato General Hospital

It is necessary that we must strengthen power of home care for popularizing in our country. For that purpose, it is required to increase a number of home helper.

Key words: Strengthening power of home care, Reformation of the housing problem, Symplification of medial technique

家庭介護力の強化, 住宅事情の改善, 医療技術の簡便化

(A) はじめに、大和町における在宅支援活動について述べる。

大和町における活動基地は、大和医療福祉センターと呼ばれている。町立ゆきぐに大和総合病院・大和町農村検診センター・特別養護老人ホーム「八色園」という3つの施設から成り立っている。医療・保健・福祉の施設が一体となって作られ、機能している。病院には「在宅介護支援センター」が併設され、特別養護ホームには「デイサービスセンター」が併設されている。

在宅支援活動を列挙すると次のようになる。

- (1) ゆきぐに大和総合病院が行う、「往診」「訪問看護」「訪問リハビリ」。
- (2) 農村検診センターが行う、「通所リハビリ」(在宅老人機能回復訓練事業)および保健婦のさまざまな活動。
- (3) 特養ホームが行う、「ショートステイ」「デイサービス」「訪問入浴」「訪問給食」。
- (4) 三施設共同で行っている「託老事業」「ボケ老人の家族会活動」。
- (5) 町役場が主管する「ホームヘルパーの活動」。
- (6) これらの諸活動を統合する「在宅介護支援センター」。大和町における在宅支援活動の特徴は、さまざまなサービスマニューが重層的に用意され、住民側に選択の自由

があることである。

(B) 次に、これらの活動を踏えつつ、「在宅医療は可能か？」というテーマにそって、私見を述べる。

今から3年前、昭和天皇は退院後、血色素量が8g/dl台に低下したにもかかわらず、再入院せず「在宅」のまま、連続的に輸血をうけ、「在宅」のまま死亡した。

とかく、「入院」と「在宅」に、何か本質的な差異を求めようとする人がいるが、私は、それはまちがいだと考えている。

まず、昭和天皇の在宅療養の条件をみてみよう。人的に言えば、お抱えの医師(侍医)とお抱えの看護婦がいる。物的に言えば、立派な自宅(吹上御所)があり、車椅子も自由に使える余裕がある。このような人的・物的条件がそろえば、在宅療養は可能なのである。

何も日本の天皇に限ったことではない。イラン革命前のイランの王様は、真偽のほどは別として、自身の癌手術のために宮殿内に手術室を作り、外科医を招いて手術させたといわれている。

ソ連でも、かつては、最高指導者の治療のために、クレムリン内にICUを作ったのではないか！

金に糸目をつけずに病院に匹敵する建物を作り、医療

Reprint request to: Yoshio SAITO,
Yukiguni Yamato General Hospital,
Urasa Yamatomachi Minamiuonuma-gun
Niigata-ken, 949-73, JAPAN.

別刷請求先: 〒949-73 新潟県南魚沼郡大和町浦佐
町立ゆきぐに大和総合病院 齋藤芳雄

チームを抱え込めば、病院などいらないわけである。金に糸目をつけなければ「入院」と「在宅」に本質的な差異は何もないのである。

(C) 現在、我が国では、在宅療養より入院療養に人気が集まっている。昭和52年に入院死が在宅死をはじめて上回わり、その後、入院死は上昇の一途をたどっている。

この理由は、次の3点だと私は考えている。

第1点。家族における介護能力の低下である。核家族化、女性の社会的進出が引きおこした事態である。

第2点。ウサギ小屋と擲^おされる貧弱な住宅事情。

第3点。医療技術の高度化。病院にしかおけない高価な器械の出現である。

(D) さて、次に、この3つの問題について考えてみたい。

はじめに、医療技術の高度化および医療器械の高額化について。

現在の医療技術の高度化は、非大衆化・密室化・非公開化の方に向っている。多くの技術が家族を締め出した場で行われるようになった。手術室の存在は別として、ICUの普及がそのシンボルである。

そして、医療器械も高額化し、これを個人的に準備することは、ほとんど不可能になった。技術の高度化、器具の高額化は、当然のことながら、医療費の増大という結果をもたらし、本来、病院が医療技術の集積システムである為のコストの安さと矛盾する結果を招いたのである。

今、わずかながら、医療技術の進歩が非大衆化・専門化の方向ではなく、大衆化・簡易化の方向に向う徴候がある。

例えば、慢性呼吸不全患者に対する酸素療法は、種々の簡便な器具の進歩によって、従来より容易になってきた。

慢性腎不全患者に対する透析療法にも、そのきざしがみえる。

経管栄養はいうに及ばず、補液療法にも、そのきざしが出ている。

技術操作の大衆化・簡便化こそ、在宅療養の進展を占う大きな要因といえよう。

日本人は、今や、大半の人間が高校を卒業し、大半の人間が自動車の運転免許をとる時代になった。昔の常識では考えられない高学歴・高技術者集団である。器械の改良により操作技術が簡便化すれば、今、病院で行われているレベルの大半は、在宅で家族の手によって可能となるだろう。

(E) そこで問題は、「家庭介護力」と「住宅事情」の問題に戻るのである。

「住宅」についていえば、ベッドと車椅子が自由に使える平面空間を確保すること。上下の移動に必要なリフト・エレベーターを普及させることであろう。大変困難な問題である。

そして「家庭介護力」についていえば、これこそ正に絶望的な問題といえよう。我々が在宅支援活動を行っているのも、家庭内の介護力を前提としてのことである。介護力がなければ、我々がいくら頑張ってみても、在宅療養はできない。

この介護力を私的に保証することは、早晩不可能になるだろう。私的にではなく、公的に保証する体制をつくる以外あるまい。

私は、ホームヘルパー（家庭奉仕員）の数を、現在の10倍・20倍に増やす以外、問題の解決はないと考えている。

このことがない限り、高度医療にアキアキして、ホドホドの在宅療養を求む人には受け入れられても、高度医療に慣れた国民諸氏を満足させる在宅療養は成立しないと考えている。

司会 どうもありがとうございました。では次に信楽園病院、堀川先生から重症神経疾患患者の地域医療について話を伺います。先生は昭和52年以来現在の病院で神経難病の治療から出発して、在宅医療の問題に取り組んでこられ、チーム医療の開拓については新潟県で一番実績をお持ちでおられます。よろしく願い致します。