

2章 施設内医療から在宅療養へ

伊藤新一郎

1節 住みやすい社会とはどのような社会でしょうか？

過去にも障害者と同居できる社会とか、差別の無い社会とかといった言葉が盛んに使用されて来ました。しかし、今ほど障害者や高齢者の問題を取り上げた社会はありません。この動きは、良い意味だけでなく、やがて迎える高齢社会が経済基盤を破壊するのではないかと言う危機感から生まれているようにも思えます。高齢社会が経済基盤を破壊するかどうかは別にして、過去もまた近い将来もあまり経済的基盤に恵まれないうちであろう地域の住みやすさを検討することは、1つの解決策を導くことに間違い無いでしょう。そこで、離島の地域医療を担当する私が、本項を論ずることになりました。

「全ての人に全ての機会は均等に与えられ、個人がその能力の限界一杯努力することができること」が、全ての人の権利です。そして、このことが確認できれば、障害者と共に生きることを前提にいろいろなことを考えなければならぬことが理解できます。一方、我々全員の意識を根底から変化させなければならぬ程、今日の社会は差別に満ちています。差別を生む意識や体制は、誤りとして勇気を持って訂正し、障害者を排除することで出来ている見せ懸けの快適さや繁栄でなく、障害者と共に共有する快適性や繁栄を求めることが社会の是となるよう努力することが必要です。「正常者」の我慢の範囲内で「障害者」を救済するのでは無く、全ての人が、次に述べるようなノーマライゼーションの考え方で、より健康になるための努力をすることが大切だからです。住みやすい社会とは、このような前提を当たり前と考えるような社会だと思います。

2節 地域医療とはなんなのでしょうか？

地域医療と言った時、実に多くの立場があることに驚かされます。

しかし、ここで問題にしている地域医療とは、住民が健康を守り増進することを支援すること（primary health care）を含んだ広義の医療で、個人中心に個人が係わる全ての環境を見据えて展開できなければならぬ運動のことです。WHO（世界保健機構）の提言である健康とは、「単に疾病や虚弱がないだけでなく、身体的、精神的、社会的に極めて良好な状態」であり、「到達しうる最高水準の健康」と言うものでしたが、もう一步つっこんで言えば、「障害を持っても可能な限り正常に近ずいた状態を追及した状態（ノーマライゼーション）」であると、今日では考えられています。従って、私達の目指す所は、いくら努力してもそれで十分というものではなく、健康は、障害者を含めた全ての人々の権利であり、住民1人1人の運動の中で勝ち取るものです。

さて、最近の出来事ですが、イラクのクエート侵攻に対する中東支援対策として政府が決定した医療協力団の派遣に伴う協力要請が、各地の国立病院へなされました。厚生省から国立病院に「志願者」を要請する形がとられ、ある病院には、プライマリーケアー（初期医療・総合医療）のできる医師が妥当であるとの判断から要請されたという噂がありました。プライマリーケアーとは、先に述べた「健康」の維持増進のための地域医療のための行動であり、集団防衛のための政治或いは軍事行動とは合入れない性質です。私達は集団の利益のためでなく、個人の個別利益である「健康」のため行動しており、そのためには、いかなる戦争にも反対であり反対のための抗義行動も地域医療の一部とさえ考えています。従って、戦争に反対し戦争のため傷つき病んだ人々を治療することになんら反対するものでもありませんし、むしろ積極的に出掛けるべきと考えていますが、戦争と言う手段をまず否定しておくべきです。健康は、社会の中で生活している個人にとって、侵されては成らない基本的権利です。

3 節 住民はどのような姿勢が必要でしょうか？

さて、サービスの受け手である住民はどのような姿勢が必要でしょうか。基本的に、保健、医療や福祉は、住民の「ニーズ」によって提供されるものです。Fuchus VRも、医療サービスの一般商品と比べた特性の1つに、「一般の商品・サービスではその売買を決めるものは需要であるのに対して、医療の場合はニーズが重視される」と、「ニーズ」を取り上げています。ここでお断

りしておかねばならないことは、Fry J. も述べているように、住民の“要求”は常に「ニーズ」より大きく、「ニーズ」は利用し得る資源より大きいことです（解答の無い公式）。さらに重要なことは、保健・医療・福祉の「ニーズ」は専門家が整理し、そして住民に納得のいくのように説明しなければならないことです。保健・医療・福祉専門職は、いくつもの選択枝とその評価を上げることが出来ますが、選択枝を選ぶのは住民・患者です。また、二木は、医療サービスの質の向上は消費者である患者自らの参加によって持たられることを、強調しています。患者自身の基本的な参加は病歴を正しく提供することですが、その他、闘病意欲、闘病態度及び患者団体の運動が、医療に種々の影響を持たらすでしょう。住民・患者の役割は医療専門職に助けられた共同作業の一員と言うことであり、従来の考え方である医療の生産性を労働生産物の増加（患者の社会復帰により生産性が増加する）によってのみ評価することでは、障害者のノーマライゼーションや「生活の質（QOL）」を評価することはできません。住民の特に障害者の権利意識の無いところに、保健・医療活動は成り立ち難くなっています。

権利に対しては、常に重大な責任を伴うものです。次に述べるインフォームドコンセントは、住民・患者自らが重大な責任を負うものです。これはもう、ストアーで簡単な買い物をするような訳にはいかないことを意味しています。医療の現場では、インフォームドコンセント（充分説明された納得）の必要性が叫ばれ久しくなります。これは、医師に対して強く求められたものですが、実は患者側にもっと重大な問題を提起しています。自分の健康を自分で管理することができないような疾病に対する無知は、自らの権利を放棄しているのと同様です。また、虚疑に固められた癌患者さんに十分な治療と療養環境を提供できないことは、医療関係者は周知しているはずですが、癌の告知に関しては、患者側、特に家族の方に虚偽の通告を望む者があまりにも多く、これがむしろ癌の告知を遅らせている原因です。虚疑が医療となるような環境は改善しなければなりませんし、インフォームドコンセントは、患者自らが重大な決断をするための一過程であることを知るべきです。そうしない限り、医療は何時までも与えられるもので有り続け、住民の手に戻ってくることはないでしょう。

福祉に至っては、日本の制度の歴史的な発展過程を反映し、与えられるものとの認識はさらに強く、このため必要な福祉サービスを手にいれることも拒否し、施設内でくすぶり続けている患者の多いのが現実です。核家族化の進んだ今日、「有終を迎えるに当たって、大なり小なり誰もが必要としている生活支援も福祉である」というふうには、発想を変えなければいけません。

4 節 高齢者の健康は、医療サイド？ 福祉サイド？

厳原町は平成元年高齢者（65才以上）に対するアンケート調査を実施しました。平成2年4月の厳原町の高齢人口は12.7%で（対馬全体でと、14.7%）、今回の調査対象は2,120名、内1,712名80.8%が回答しています。注目すべきは、健康状態に対するアンケートで、26.9%が健康でないと答え、日常生活の中で一番心配なことのトップにこれからの健康、次いで治療中の病気、そして痴呆の心配をしています。

以上のアンケート調査は、実は極めて控えめな数字で、昭和59年から平成元年までの成人病健診の問診では、通院中及び断続的治療を合わせると、52.6%が何らかの疾患で治療中です。この6年間の健診受診率（40才以上）は58%で、要医療者の受診傾向が大きいにしても、老人が実際に医療機関を受診する機会が圧倒的に多いことには間違いはありません。このようにみると、高齢者の健康については、もっと医療機関が責任を果たしてしかるべきです。もっと老人福祉に対し医療関係者は関心を持つべきであり、医療関係者の発言を福祉行政担当者も重視すべきです。福祉に医療が入り込むことを嫌わないで、もっと有機的連携に積極的であってほしいと思います。

一方、次に述べる在宅医療の経験から言うと、キューアよりケアの手を、そしてもっと必要なことは、老人や障害者の日常生活の広がりや狭くなっていることへの対応で、保健婦や医師等の役割は小さく、一般の人の役割が大きいことにも住民自身が、気付かなければなりません。

在宅医療の目標が、障害者のノーマライゼーションであることは論を待ちませんが、実は、介護者に対しては身体的・精神的負担を感じさせないことも、重要です。介護者の過度な長期の負担は介護の愛を蝕み、障害者の介護者に対する負い目は在宅医療の必要な人の快適性を大きく阻害すると考えるからで

2章 施設内医療から在宅療養へ

す。在宅医療には、十二分な在宅福祉サービスが必要であり、個人を中心に、保健・医療・福祉が一体となって提供されなければなりません。そこで、今後は在宅療養という言葉を使用し、保健・医療・福祉が一体となって行う在宅福祉とか在宅医療を論じてみたいと思います。

5節 在宅療養とショートステイ（短期入所）の予約登録制

私達は、病院に併設されている巖原町健康管理センターと連携し、訪問看護を行って来ました。昭和59年、胆嚢癌末期の老婦人の家に帰りたいたと云う強い願望で始まった訪問看護は、翌年、専従看護婦及び外来看護婦の協力を得てシステム化して以来、急速にその需要は増大しました。昭和62年にピークに達した病院の訪問看護も、町の体制整備が進むに従って漸減しています。昭和62年から社会福祉協議会の家庭奉仕員（ホームヘルパー）による入浴サービスや病院の理学療法室の応援を得た機能訓練事業が開始され、昭和63年には新築移転した病院内に町の住民福祉課の一部が移転し健康管理センターができ、町保健婦は毎日病院のスタッフと交流できるようになりました。このためか、表1を見てお分かりのように、町の訪問看護延べ数は昭和63年から増加しています。平成1年には町看護婦は4名に増員され、平成2年から機能訓練事業の開催日

表1 病院及び町が行ってきた在宅療養支援（介護）延べ数

	S60	S61	S62	S63	H1	H2	H3
病院保健婦訪問	128	494	590	408	422	354	216
町保健婦訪問	76	82	69	134	279	203	275
通所リハ	—	—	568	629	766	1,469	1,239
入浴サービス*	—	—	30	98	206	442	301
特養短期入所	—	—	—	—	35	117	563
デイケア	—	—	—	—	—	—	1,015
合計	204	576	1,257	1,269	1,708	2,585	3,609

*：家庭奉仕員の活動は、介護では入浴が大半で、その他生活支援が多くを占める。この他病院のする訪問リハや社会福祉協議会の「一声運動」、ネットワーク事業、食生活改善グループの給食サービスがある。

表2 脳卒中患者さんへの支援体制

発症	
入院	ADLの評価(病棟看護婦) 急性期ベッド上リハ(看護婦, PT, OT) 約2週後からリハ室でのリハ開始, ADLの評価(PT・OT) 「リハ回診」(PT・OT, 病棟看護婦, 地域看護係, 主治医)
1 M	「リハカンファランス」(病棟看護婦, PT, OT, 主治医, その他の医師, 町保健婦, 在宅総括者, 時に社会福祉事務所担当者): 目標設定を行う。
3 M	第2回リハカンファランス: 3月で目標に達することができないケース, 在宅支援の必要なケース等 目標修正 地域看護係は, 適宜病棟訪問し, 家族と接触 退院前自宅訪問(PT, OT, 地域看護係), 試験外泊・通所リハの実施 退院後の通院, 在宅支援のための申請書提出, 在宅支援スケジュール調整 「訪問看護検討会」(町保健婦, 保健所, 病院保健婦, 医師, 在宅総括者) : 病院だけでスケジュール調整困難なケースを提出
退院	退院時指導(地域看護係, 病棟, PT, OT) 老人在宅情報提供(退院時看護サマリー): 地域看護係を通じ町保健婦へ 診療情報提供: 退院時診療所へ, 通所リハ連絡表は町保健婦へ
在宅支援	通院・通所リハのための搬送 「リハ室デイ케어」「精神科デイ케어」「保健所デイ케어」 「高齢者サービス調整チーム」: 保健所, 町保健婦, ヘルパー, 民生員等の参加 「訪問看護検討会」: 評価, 経過報告や, 目標の再設定 「機能訓練事業」(PT, OT, 医師): QOL, ADLの維持増進 「訪問看護」, 「往診」, 「訪問リハ」の実施 再入院の受入れや福祉施設入所の相談(地域看護係)

が増える等, 今日まで在宅医療の支援は増加し続けています。

また, 平成4年度から蔵原町は, 短期入所(ショートステイ)の利用券の発行に踏み切りました。これは予約登録制で, 一度申請手続きをしておくとも1年間はいつでも電話1本で特別養護老人ホームから迎えに来てもらえる制度で, ショートステイを何時でも手軽に利用できることが, 在宅医療の支援には大切です。家族の身体的及び精神的負担を無くすことが, 障害者のQOLに結び着くことを理解しないと, 在宅医療の推進価値はありません。我々は, そのための運動拠点として保健活動部・在宅医療係を設置したのですが, あくまでも医療機関の活動で制限があり, 福祉に対する我々の期待は大きいものがありま

す。町の健康管理センターの病院併設により、医療と保健の連携は進みましたが、社会福祉協議会の職員であるホームヘルパーと保健・医療の連携には、今一つ隔靴搔痒の感があります。思い切った体制の改革を検討しているところです。

表2は、現在当院で行っている脳卒中患者さんの療養マニュアルです。入院中から地域看護係がかなり係われるようになりましたが、病院スタッフだけでは患者さんのQOL（Quality of life）は上昇しません。現在定例化している保健所婦長、町保健婦、在宅総括者、病院保健婦とで構成している訪問看護検討会のみならず、次項で述べる高齢者サービス調整チームが今後ますます重要な役割を担うと考えています。

6節 訪問看護検討会

当院、厳原町健康管理センター及び厳原保健所の保健婦により、昭和61年より訪問看護検討会を設け、在宅医療の推進を行って来ました。この会は、さまざまなサービス機関からの細切れ押し付け事業でなく、障害者本位のサービスを提供できるように組織された会です。この会に、福祉協議会、福祉事務所、民生員、食生活改善員・ボランティア、消防署及び警察署等、手を差し延べることのできる機関が全て必要に応じ参加してもらえたら、もっとすばらしいサービスが提供できると考え、平成元年には厳原町にもこの趣旨で「高齢者サービス調整チーム」が結成されました。病院の診察室から「今日来られた患者さんが、ちょっと来て下さいと言っています」と家庭奉仕員に、夜間不安に駆られ連絡して来られた1人暮らしの老人の所へ、「ちょっと覗いて来て下さい」と近所のボランティアに連絡したいのです。訪問看護だけでは手が足らず、このままでは結局入院生活になってしまいそうな人の所へ、医療従事者の目から見てより緊急性のある患者さんへ、保健婦以外にも生活の援助に行ってもらえるよう助言のできるシステムを作るべきと考えています。私は、在宅療養の必要な人を緊急避難的に優先して在宅福祉サービスの計画を立てるべきだと、主張したいのです。このためには、保健婦だけでなく診療上のリーダーである主治医が、もっと積極的に患者さんが帰る地域や家庭のことを考える必要があります。私達は、住み慣れた地域を離れたくない全ての人が安心して何時

までも地域で暮らせるようになりたいものだと、考えています。

7 節 老人保健法に基づく機能訓練事業は重要な意味があった！

1984年1月から1989年5月までの間に、対馬いづはら病院に入院しリハビリテーションを受けた脳卒中患者186名の長期短期予後、特に自立度と療養先を検討し、通所リハビリテーションの意義について検討してみましょう。

日常生活動作（ADL）を次のように定め評価しました。社会復帰：日常生活に制限はない。復職の有無を問わない。家庭内自立：屋内に於いて自立しているが、屋外に於いて一部介助・監視が必要。家庭内介助：屋内に於いても一部介助・監視が必要。寝たきり：日常生活に於いてほとんど全介助が必要で、車椅子移動の有無を問わない。

当院の入院リハ訓練期間の目標は、当面3月、最終6月としていますが、社会復帰の100%及び退院時死亡の79.2%が3月以内に退院し、死亡退院は25.8%でした。

退院時の自立度は家庭内自立が最も多く、48.5%でした。社会復帰は13.8%、家庭内介助は23.2%、寝たきりは14.5%でした。

退院時自立度別に1年及び3年後の自立度の変化をみますと、社会復帰群で1年後100%ADL（Activity of Daily Life）は維持されているものの、退院時ADLが低下するにつれ、経年的にADLは著しく低下してしています。

発症年齢別にADLの変化をみますと、60才代ではADLが良く維持されていますが、70才代以上では経年的にADLは著しく低下してしまいます。

自宅退院率は、社会復帰群94.7%、家庭内自立群94.0%、家庭内介助群78.1%寝たきり群75%です。、寝たきり群においても自宅への退院率は高いのが目立ちます。しかし退院1年以降、社会復帰群にあまり変化は見られないものの、ADLが落ちるに従って自宅療養率の低下は著しくなります。

そこで、自宅退院した121例の内、通院のみの23例を除く98例の在宅支援別に自立度の変化を検討してみました。訪問看護群では、1年及び3年後の寝たきり・死亡が増加し、家庭内介助は減少しています。訪問リハ群においても同様で、家庭内介助は減少し、自立度は低下しています。一方、通所リハを行自得た群（通院リハもしている）では、通院リハ群と同様、社会復帰は9.1%か

2章 施設内医療から在宅療養へ

ら18.2%と増加し、家庭内自立の低下は通院リハ群に比し少ないのが分かります(表3)。通所リハとは老人保健法に基づく機能訓練事業のことで、簡単なリハビリ以外にも昼食会やリクレーションが含まれていることが特徴で、患者さんの生活している地域で開催されています。

表3 自宅退院した121例の内、通院のみの23例を除く98例の在宅支援別にみた自立度の変化(支援は重複している)%:計に対する割合

退院時 1年後 3年後	社会復帰	家庭内自立	家庭内介助	寝たきり	死亡・不明
	訪問看護	0	2 8.7%	10 43.5%	11 47.8%
計 23 名	0	2 8.7%	5 21.7%	12 52.2%	4 17.4%
	0	0	4 17.4%	7 30.4%	12 52.2%
訪問リハ	0	2 11.8%	11 64.7%	4 23.5%	
計 17 名	0	2 11.8%	6 35.3%	7 41.2%	2 11.8%
	0	2 11.8%	4 23.5%	6 35.3%	5 29.4%
通所リハ	3 9.1%	21 57.7%	9 34.6%	0	
計 33 名	6 18.2%	18 54.5%	8 24.2%	1 3.0%	0
	6 18.2%	17 51.5%	8 24.2%	1 3.0%	1 3.0%
通院リハのみ	6 23.1%	17 65.4%	3 11.5%	0	
計 26 名	12 46.2%	9 34.6%	4 15.4%	1 3.8%	0
	12 46.2%	6 23.1%	3 11.5%	1 3.8%	4 15.4%

通所リハ：通所リハを行い得た群で、通院リハもしている。

在宅支援別に療養先の変化を検討しても、訪問看護、訪問リハも通院リハ群の自宅療養率は、3年後30.4、47.1%、76.9%と著しく低下していますが、これに反し、通所リハを行い得た群の自宅療養は90.9%と良く維持されています(表4)。このように、通所リハを行い得た群のADLや自宅療養率が良好のようにみえますので、通院リハのみ群と比較検討し、通所リハの有用性についてさらに検討してみましよう。

通院リハ群と通所リハ群のバックグラウンドを比較してみると、通所リハ

表4 自宅退院した121例の在宅支援別にみた1年，3年後の療養先
%：計に対する割合

1年後 3年後	自 宅	医 療 機 関	福 祉 施 設	死 亡 ・ 不 明
訪問看護 計 23名	11 47.8% 7 30.4%	7 30.4% 1 4.3%	1 4.3% 3 13.0%	4 17.4% 12 52.2%
訪問リハ 計 17名	12 70.6% 8 47.1%	3 17.6% 2 11.8%	0 2 11.8%	2 11.8% 5 29.4%
通所リハ 計 33名	32 97.0% 30 90.9%	1 3.0% 2 6.1%	0 0	0 1 3.0%
通院リハ 計 26名	25 96.2% 20 76.9%	0 1 3.8%	1 3.8% 1 3.8%	0 4 15.4%
通院のみ 計 23名	21 91.3% 18 78.3%	0 0	0 0	2 8.7% 5 21.7%

通所リハ：通所リハを行い得た群で，通院リハもしている。

群の年齢構成は，比較的高齢であるが有意差はありません。男女比は，通所リハ群で男性が，通院リハ群に女性が有意に多くなっています。また，通所リハ群に退院時社会復帰が少なく，ADLの低下した者が有意に多いのがわかります。両群の疾患構成については，有意差を認めません。支援の継続について検討すると，通所リハ群では通院リハも通所リハも極めて良く維持されているのに反し，通院リハ群では，わずか3名しか通院リハは継続されていませんでした（表5）。

家庭内自立以上のADLが3年後何例減少するか検討してみますと，通所リハ群と通院リハ群との間には，3年後で有意差（1/24，5/23， $P < 0.05$ ）があり，通所リハ群のADLの低下は少ないことが分かります。

3年後の自宅療養者の減少率を検討すると，通所リハ群と通院リハ群との間には，有意の傾向（3/33，6/26， $P < 0.1$ ）があり，通所リハ群の減少は少ないのが分かります。

通所リハ群は，通院リハ群と異なり男性で，ADLの悪い者が多いにもかかわらず

2章 施設内医療から在宅療養へ

表5 通所リハ及び通院リハ群のバックグラウンド

①通所リハ群（通所リハを行い得た群）

年齢	60才未満	60—69才	70—79才	80才以上	合計
男性	8	8	7	1	24名
女性	2	3	4	0	9名
合計	10 30.3%	11 33.3%	11 33.3%	1 3.0%	33名

②通院リハ群（通院リハのみの群）

年齢	60才未満	60—69才	70—79才	80才以上	合計
男性	4	2	1	1	8名
女性	8	6	4		18名
合計	12 46.2%	8 30.8%	5 19.2%	1 3.8%	26名

③退院時ADLの比較

	社会復帰	家庭内自立	家庭内介助	寝たきり	合計
通所リハ群	1 3.0%	23 69.7%	9 27.3%	0	33名
通院リハ群	6 23.1%	17 65.4%	3 11.5%	0	26名

④疾患の比較

	脳出血	脳梗塞	クモ膜下出血	合計
通所リハ群	8	25	0	33名
通院リハ群	7	19	0	26名

⑤支援の継続（3年目の状況）

	通院リハ	通所リハ	3年目生存者計
通所リハ群	12	23	32名
通院リハ群	3		22名

わらず良好な結果がえられたのは、通院リハや通所リハの継続に差があるためでした。これは、女性が積極的に夫を連れ出し、また多くの医療・福祉関係者が通所リハに関与し、在宅支援が良く維持されるためと考えられます。対馬地域の通院の便宜は極めて不良で、通院時間を調べると、救急車でも15分と45分の2峰性を呈します（県平均では15分の1峰性）。このような地域で通院を継続することは、経済的にも精神的にも極めて厳しいものがあり、行政、医療機関及び住民の多くの係わりがなければ、障害者のノーマライゼーションやQOLは維持されるものではありません。

まとめ

高齢者のノーマライゼーションやQOLのためには、基本的には脳卒中や老人の大腿骨けい部骨折等の予防が重要です。しかし不幸にして疾病に罹患し後遺症を有しても、在宅療養の支援が種々の形で提供され、さらに介護者に対する配慮がされれば、療養場所が在宅を目指せないはずはありません。中でも通所リハによる支援を加えることは、自立度を維持向上させ、在宅療養を継続させるベターな手段であり、地域のもっている潜在力を大いに発揮できる手段と思います。医療も在宅療養まで視野に入らなければ、自己満足に終わってしまうでしょう。

参 考 文 献

- 1) 日野原重明, 紀伊國献三訳: プライマリ・ケアとは何か—医療への新しいアプローチ—. 医学書院, 1981.
- 2) 川口正吉訳: 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 1980.
- 3) 二木立: 医療経済学—臨床医の視角から—. 医学書院, 1991.
- 4) 湯沢布矢子: 保健婦のための保健活動の進め方. 新企画出版社, 1985.
- 5) 岩崎栄: 地域医療の基本的視座—実践・教育・研究の総合を求めて—. ベクトル・コア, 1990.
- 6) 上田敏: リハビリテーションを考える. 青木書店, 1983.