

在宅医療

はじめの歩

第9回

在宅医療を支える地域の資源

千葉・松戸市・あおぞら診療所
院長

川越正平

本稿では、筆者の診療所の診療エリアである千葉県松戸市を例に、在宅医療を支える地域の資源について概説する。

地域の在宅医療のニーズ

松戸市は東京都の東端である葛飾区から江戸川を越えたところに位置する、人口47.8万人の都市である。高齢化率は20.0%と、全国平均の23.0%より今のところ低い地域である。平均世帯人員は2.26人であり、全国平均の2.42人と比べると少なく、東京都区部の1.95人よりは多い。要介護認定者数は1万3392名、年間死亡者数は3331名（うちがん死亡1043名）となっている（2010年現在）。

東京のベッドタウンとして人口が増加してきた地理的条件や歴史を有していることから、団塊の世代のピーク人口が後期高齢者（75歳）となる2022年に向けて、高齢化率が急上昇する状況にあることは埼玉、千葉、神奈川の各県にとって共通の課題であると言える。加えて、全国平均に比して核家族化が先行している大都市圏においては、高齢者一人を支

A 在宅医療に必要な不可欠な視点

在宅医療の導入

治療・ケアのシンプル化

在宅医療を支える地域の資源

Narrative Based Medicine

患者の社会背景を理解する

認知症患者の緩和ケア

在宅患者における意思決定支援

看取りを見据えた治療やケア

終末期における輸液の考え方

B 頻度の高い病態や疾患

C 診断治療技術・医学管理

D 実地医家に役立つノウハウ

える家族がきわめて少なくなっていくことも、在宅ケアの推進に当たって大きな障壁となる。

さらに、要介護者の急増のみならず死亡者数が急増することも重要である。我が国は多死社会に向かっており、2000年から2040年に向けて死亡者数が1.7倍に増加すると予測されている。千葉県によれば二次医療圏ごとの死亡者数は、同期間中全県平均で2.1倍に増加するが、東葛南部や松戸市が属する東葛北部では2.3倍に上ると予測されている。

以上のように、超高齢社会、多死社会が今後10年間で急速に到来し、その後も20年間進行し続ける。中でも、大都市およびその近郊のベッドタウンにおいてはその増加率が顕著であることから、高齢者医療、在宅医療のニーズの激増と“家族”という機能が弱体化することから目をそらすことはできない。

地域の医療資源

図1に松戸市内の病院の分布とその病床数を示す。市立病院（613床）は東葛北部地域の三次救急をも担っている。二次救急を担う

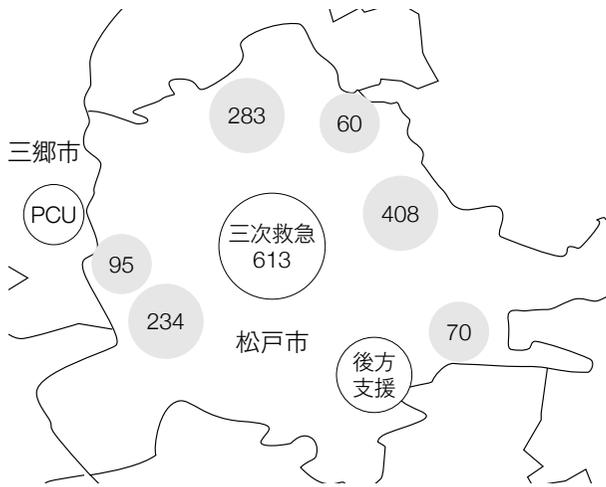


図1 松戸市内の病院の分布と病床数

●：二次救急病院。
 円内の数字は病床数。
 PCU：緩和ケア病棟。



図2 訪問診療を行う診療所と専門科
往診可能な診療所の分布

●：在宅療養支援診療所届出済み。
 ○：訪問診療を行う診療所（届出なし）。

病院は6つある（408床、283床、234床、95床、70床、60床）。もう1つの市立病院（178床）が在宅医療の後方支援機能を病院の重要な役割として位置づけている。緩和ケア病棟については、隣に位置する柏市の国立がん研究センター東病院（25床）、県境を越えて隣接している埼玉県三郷市の病院（20床）が連携可能な場所に位置している。

次に、松戸市の診療所について示す。医師会A会員数は237名である。市医師会では、訪問診療への取り組みや在宅患者数、在宅等看取り数について毎年アンケート調査を行っ

ている。訪問診療を行う診療所は36カ所あり、そのうち在宅療養支援診療所を届け出ている診療所は21カ所である。さらに、専門科往診に対応可能な診療所についても、毎年アンケート調査を行っており、整形外科、小児科、神経内科、泌尿器科、皮膚科、耳鼻科、眼科についての協力関係が確認できる（図2）。

松戸市の特徴として、100名以上の在宅患者（居住系施設入居者を含む）を担当している診療所が7カ所にも上ることが挙げられ、これは千葉県内の近隣の市と比べて格段に多いと言える。図3に多くの在宅患者を担当し



図3 在宅患者数とその内訳

●：居宅患者。
○：施設入所者。

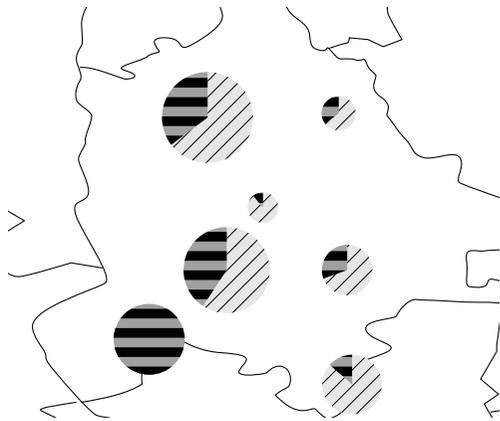


図4 在宅等看取り数と死亡理由の内訳

▨：がん以外の死亡。
●：がん死亡。

ている8カ所の診療所について、その患者数を円の大きさで、居宅患者と施設入所者の内訳を円グラフで図示する。また、図4に上記8カ所中7カ所の診療所における在宅等看取り数を円の大きさで、がん死亡とがん以外の死亡の内訳を円グラフで図示する。居宅患者が過半数を占める診療所のほうが、在宅等看取り数ならびにがん患者の看取り数が多い傾向があることが分かる。

以上のごとく、在宅医療を支える病院（急性期病院や後方支援機能を担う病院、緩和ケア病棟など）、専門科往診に対応可能な医療機関、そして、近隣の診療所の在宅医療提供体制やそのパフォーマンスを把握しておくことは、地域の在宅医療を推進するに当たり、きわめて重要な意義があると考えられる。

地域の介護資源

高齢化の進行や平均世帯人員の減少に伴い、居宅だけでは在宅療養者を支えることはできなくなっている。様々な居住系施設等と連携したり、居住系施設に移り住む形で、住み慣れた地域の中や近隣での療養を継続すること

がますます重要となる。松戸市における、いわゆる介護保険3施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養病床）の分布を図5に示す（入居定員数を円の大きさで図示）。また、市内のグループホームを図6に、介護付有料老人ホームを図7に示す。

在宅医療を支える資源としてきわめて重要なものに、ショートステイ施設が挙げられる。ショートステイ施設は大きく分けて①特別養護老人ホーム併設ショートステイ、介護老人保健施設、②ショートステイ専用施設、③有料老人ホームの自費利用ショートステイ、④小規模多機能、の4つの類型がある。松戸市内のショートステイ可能施設を図8に示す（入居定員数を円の大きさで図示）。在宅主治医やケアマネジャーにとって、これら4つのショートステイ類型が近隣地域にどれくらい存在しているかを把握しておくことは、きわめて重要である。

なお、ショートステイ利用に当たって大きな障壁となるのが、医療処置を必要とする在宅療養者の受け入れ先が見つかりにくいという点である。人工呼吸管理や中心静脈栄養管理を要する患者だけでなく、例えば胃瘻やス

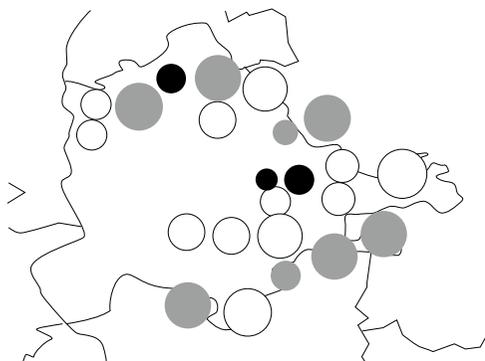


図5 介護保険施設の分布

- ：特別養護老人ホーム.
- ：介護老人保健施設.
- ：介護療養病床.

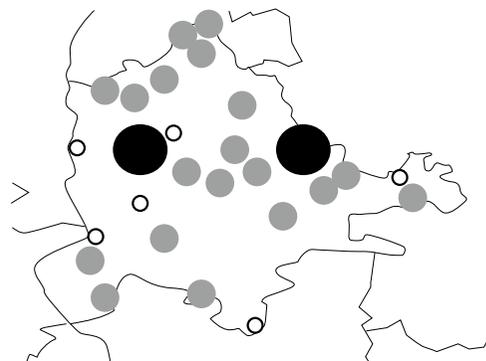


図6 グループホームの分布

- ：24名定員.
- ：18名定員.
- ：9名定員.

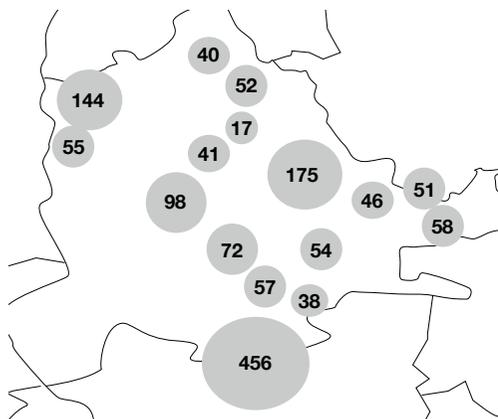


図7 介護付有料老人ホームの分布

円内の数字は入居定員数.

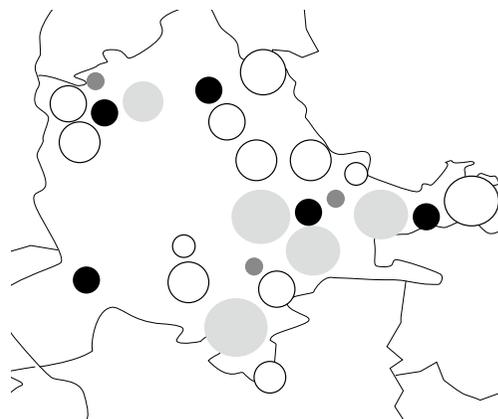


図8 ショートステイ利用可能施設の分布

- ：特養併設・老健.
- ：ショートステイ専用.
- ：有料老人ホーム(自費利用).
- ：小規模多機能.

トマ・気管切開管理等を行っている患者，吸引や褥瘡処置を必要とする患者，終末期が近づいている患者などがショートステイを利用したいと希望しても，受け入れてもらえる施設を確保することは容易でない。ショートステイを利用することで，レスパイトを時々確保しながらであれば在宅療養が継続可能な患者家族が，そのようなサービスを利用できないがために在宅療養を断念せざるを得ない場

合が実際に生じかねない。

図9にショートステイ施設における医療ニーズ受け入れの可否についての調査結果を示す(質問項目は経鼻栄養，胃瘻，酸素吸入，インスリン注射，尿道留置カテーテル，ストマの8つの医行為)。このような医療ニーズ受け入れの可否を把握しておくと便利である。さらに、「対応不可や受け入れ消極的」から「前向きに検討や対応可能」に進化していくよう

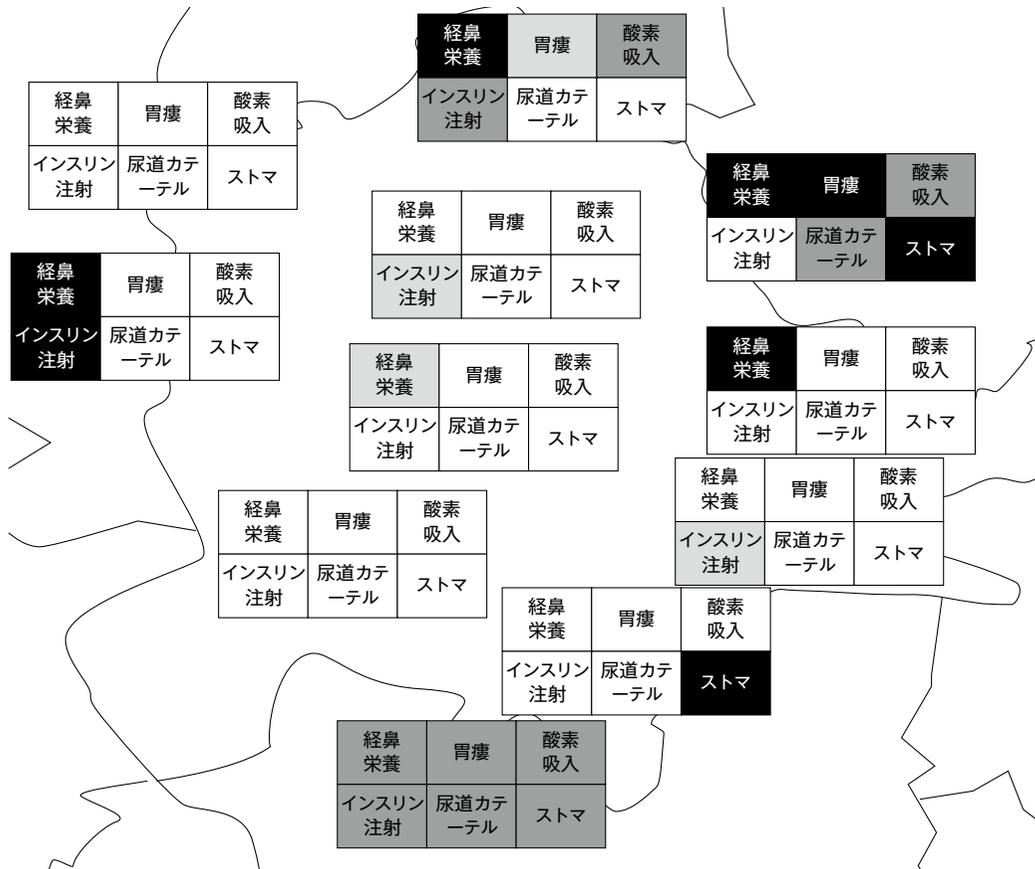


図9 ショートステイ施設における医療ニーズ受け入れの可否

■：対応不可， ■：要相談（受け入れ消極的）， ■：要相談（前向きに検討）， □：対応可能。

に、連携先のショートステイに対する適切な教育的介入や連携協働を積み重ねていくことも、在宅主治医にとって重要な地域貢献と言うことができよう。

なお、人工呼吸管理を要する難病患者については、難病施策の一環として在宅難病患者一時入院事業という制度があり、この事業のため県内の公立病院に4床が確保されている。1回につき20日間以内、年間3回までレスパイト入院することができる。

地域の訪問看護提供状況

在宅医療を支えるためのサービスの中でも、

最も重要かつ根幹部分を担うのが訪問看護である。当院が密に連携している6カ所の訪問看護ステーションの協力を得て担当患者の住居を地図上にプロットし、訪問看護ステーションごとに担当患者の9割を内包するような円を描いたのが図10である。直径12kmに及ぶ広範囲をカバーしているステーションが存在する一方で、多数の円が重複しているが、いずれのステーションにもカバーされていない地域が存在することが明らかとなった。

このような地域の訪問看護提供状況を把握した上で、訪問看護ステーション同士の訪問エリアの棲み分けの可能性を考慮したい。具体的には、地域の訪問看護ニーズに共同で対

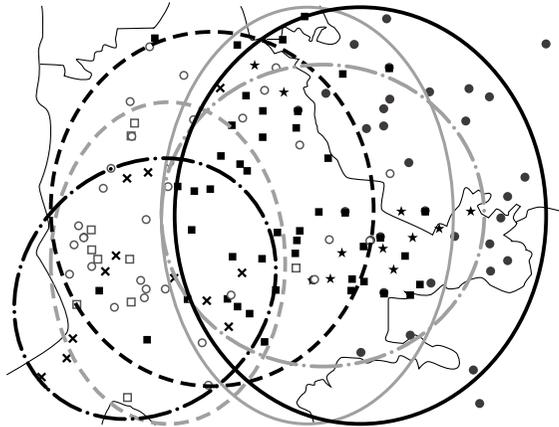


図10 訪問看護ステーションの担当
患者の住居と訪問エリア

訪問エリアと患者住居の関係

- : ————
- : - - - - -
- × : - · - · -
- : ————
- : - - - - -
- ★ : - - - - -

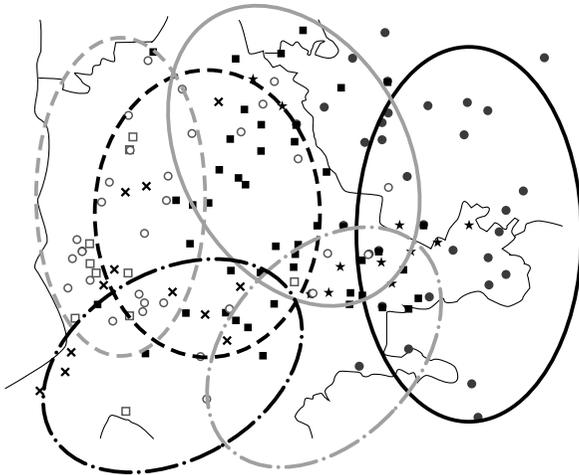


図11 訪問看護ステーションの訪問
エリア棲み分けイメージ像

訪問エリアと患者住居の関係

- : ————
- : - - - - -
- × : - · - · -
- : ————
- : - - - - -
- ★ : - - - - -

応する体制がもし構築できれば、やや訪問エリアを縮小することが可能となりうる。その結果として、急病発生時により速く患者宅に到達できたり、移動のロスが少なくなることにより、1日の訪問件数を増やすことにつながりうる。さらに、このことによる増収や残業の減少などの副次的効果をも期待できると考えられる（そのような未来イメージ像を図11に示す）。



以上、地域における在宅医療のニーズ、在

宅医療を支える医療資源、介護資源、そして訪問看護の提供状況について述べた。これらを把握することによって、地域の中でどのサービスが不足しているのか、どのようなサービスを強化していく必要があるのかについて俯瞰することができよう。その場合に、地区医師会や市町村の役割がきわめて重要となることを指摘しておきたい。さらに今後地域包括ケアを推進していくに当たっては、在宅療養拠点を担う機関が中心的役割を担い、地域の在宅医療をリードしていくことが望まれる。