

在宅医療の実態状況

—東京都M市において—

オウサカ フミオ ワタナベ イッペイ アイカワ ヒロユキ ムラタ キンゾウ タニグチ リョウイチ
逢坂 文夫*1 渡邊 一平*3 相川 浩幸*2 村田 欣造*4 谷口 亮一*4

目的 本報告では、在宅医療の経済分析の一環として、東京都M市における在宅医療の実態調査を行った。

方法 今回実施した市町村レベルでの全数調査は、稀有であり、今後の在宅介護ならびに在宅医療において、貴重なデータになり得るものと確信している。

結果 東京都M市においては、要介護者が在宅で治療を受けている割合は約20数%であった。さらに、日常的に主介護者が要介護者に行っている看護行動の内、治療が必須と思われる項目として、咳を取る(吸引を含む)、吸入器の管理、在宅酸素の処置、経管栄養の管理、尿カテーテルの管理および人工肛門の管理が上げられその割合は、約10%であった。

結論 よってこの全数調査により、潜在的な値が顕在化し、在宅医療に関する今後の指針における重要性が示唆されたと思われる。

Key words：在宅医療、在宅介護、要介護者、主介護者

I はじめに

医療に対する国民の要求は、多様化および高度化を望んでおり、従来の入院医療、外来医療から組織医療と呼ばれる在宅医療へと広がってきている。しかし費用の問題、在宅医療サービスの内容についての理解が十分ではない。本報告では、在宅医療の経済分析の一環として、東京都M市における在宅医療の実態調査を行った。

II 調査地区の概要

東京都M市は、面積16.5km²(東西6.4km, 南北5.2km)であり、人口は、平成6年9月現在160,611人(男：81,189人, 女：79,422人)、世帯数：72,798世帯、人口密度：9,773人(1km²当たり)、老年人口割合(65歳以上：12.2%, 70

歳以上：7.9%, 75歳以上：4.7%)である。

市の沿革：市政施行以来、増加の一途をたどってきた人口も、昭和38年を頂点にその伸び率が鈍化し、人口増加の内容にも変化を生じている。人口増の原因が社会増から自然増に移行し、昭和46年から社会増がマイナスに転じ、人口増は自然増だけによって占められている。

III 研究方法および対象

調査は、平成8年から、東京都M市在住の65歳以上および1級から4級の身体障害者手帳・愛の手帳をお持ちの方を対象(高齢者：21,632人、障害者：1,498人)に要介護対象者の出現数を郵送法で求めた(第1次調査)。回収率は、94.7%であった。さらに、第1次調査から要介護対象者として分類された1,487人を対象して行っ

*1 東海大学医学部地域保健学研究職

*2 同環境保健学研究職

*3 広島国際大学医療福祉学部医療経営学科研究職

*4 三鷹市医師会医師

た第2次調査は、訪問面接法で実施した（要介護者出現率：7.3%）。調査は、福祉内容も包括しており、今回の報告では、在宅医療に絞って行った。質問票の回答依頼は、主介護者に対して行った。

検討項目は、要介護者の平均年齢および構成、性比、日常生活状況（歩行、食事、着替え、入浴、排泄）、治療場所、受診先、治療頻度、主介護者の続柄、健康状態、日常的に主介護者が要介護者に行っている看護行動とした。

IV 結 果

要介護者の平均年齢は、81.1歳±7.9（男性：79.8±7.8，女性81.9±7.9）であった。

年齢構成は（図1）、男性では65～69歳：11.5%，70～74歳：17.5%，75～79歳：16.3%，80～84歳：24.9%，85～89歳：18.9%，90～94歳：8.6%，95歳以上：2.4%，女性では、65～69歳：7.0%，70～74歳：12.4%，75～79歳：16.8%，80～84歳：23.1%，85～89歳：24.5%，90～94歳：10.7%，95歳以上：5.4%であり、ピークが男性では、80～84歳代、女性では、85～89歳代と男女間にずれがみられた。性比は、男性：

図1 年齢構成割合

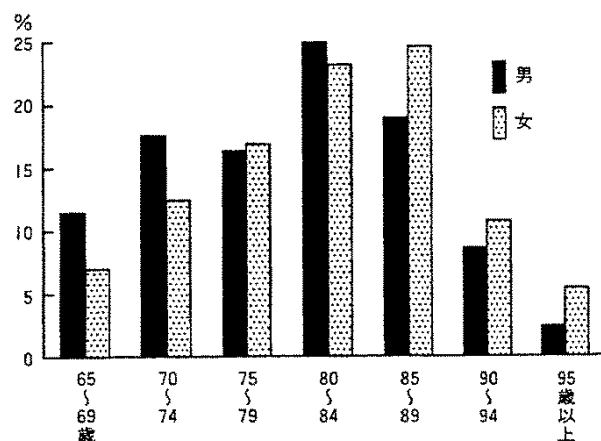


図2-1 日常生活状況－歩行－

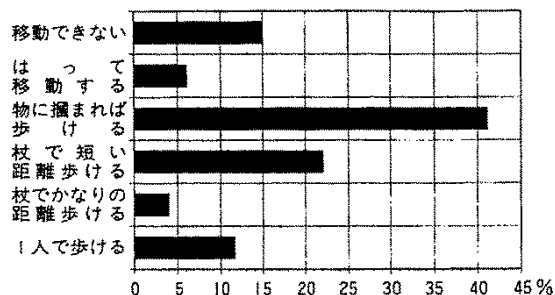


図2-2 日常生活状況－食事－

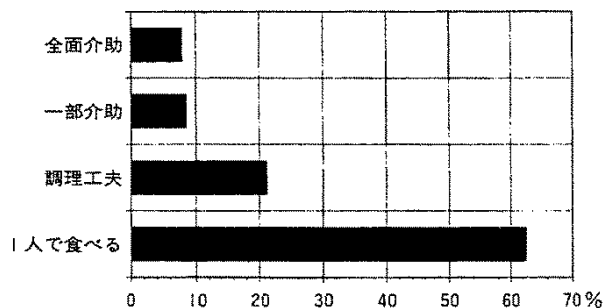


図2-3 日常生活状況－着替え－

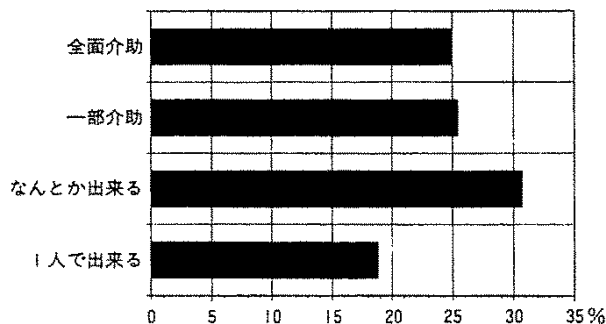


図2-4 日常生活状況－入浴－

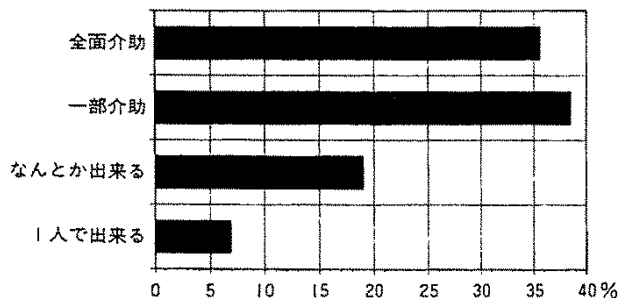


図2-5 日常生活状況－排泄－

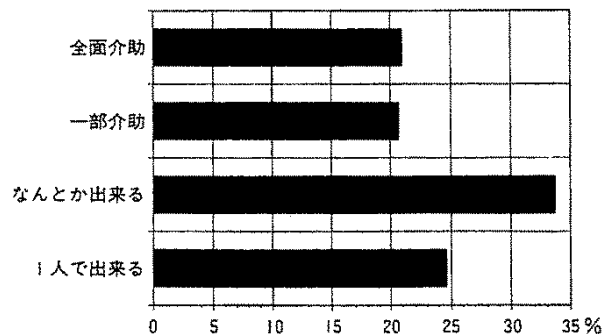
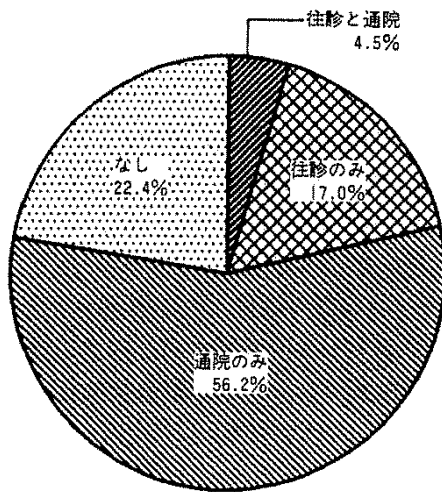


図3 治療場所



36.4%, 女性: 63.6%であり, 平均年齢の高い女性が約2/3を占めていた。

日常生活状況は, 歩行では(図2-1), 1人で歩ける: 11.7%, 杖でかなりの距離歩ける: 4.0%, 杖で短い距離歩ける: 22.1%, 物に掴まれば歩ける: 41.1%, はって移動する: 6.1%, 移動できない: 15.0%であり, 質問内容からみて, 屋外に出ることが出来ない人が約62%存在した。

食事では(図2-2), 1人で食べる: 62.5%, 調理工夫: 21.1%, 一部介助: 8.5%, 全面介助: 7.9%であり, 介助者の必要でない人が約83%であった。

着替えでは(図2-3), 1人で出来る: 18.8%, なんとか出来る: 30.7%, 一部介助: 25.4%, 全面介助: 24.9%であり, 出来る人ならび

図4 受診先

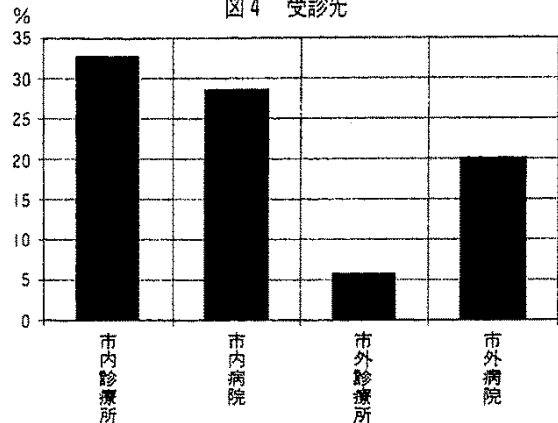
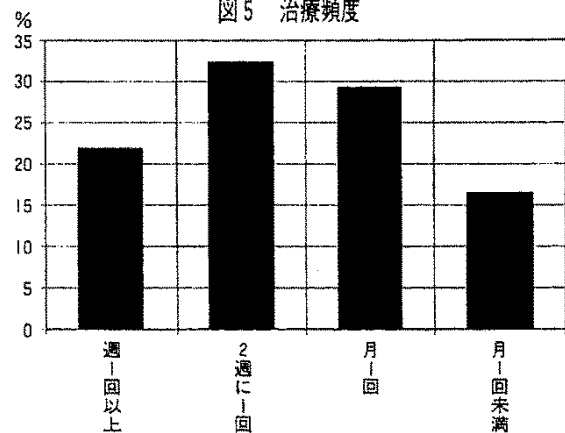


図5 治療頻度



に介助者の必要な人が半々であった。

入浴では(図2-4), 1人で出来る: 6.9%, なんとか出来る: 19.0%, 一部介助: 38.5%, 全面介助: 35.6%であり, 介助者の必要な人は, 約74%であった。

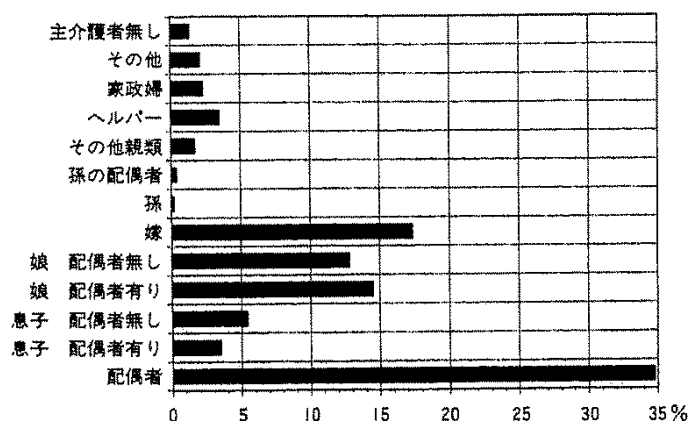
排泄では(図2-5), 1人で出来る: 24.6%, なんとか出来る: 33.7%, 一部介助: 20.7%, 全面介助: 21.0%であり, 出来る人が約60%であった。

治療場所は(図3), 往診と通院: 4.5%, 往診のみ: 17.0%, 通院のみ: 56.2%, なし: 22.4%であり, 往診が約20%であった。

受診先は(図4), 市内診療所: 32.8%, 市内病院: 28.6%, 市外診療所: 5.8%, 市外病院: 20.1%であり, 約60%が市内の医療機関を利用していた。

治療頻度は(図5), 週1回以上: 21.9%, 2週に1回: 32.4%, 月に1回: 29.3%, 月1回未満: 16.5%であ

図6 主介護者の続柄



った。

主介護者の続柄は（図6）、配偶者：34.8%、息子（配偶者有り）：3.5%、息子（配偶者無し）：5.4%、娘（配偶者有り）：14.5%、娘（配偶者無し）：12.8%、嫁：17.4%、孫：0.2%、孫の配偶者：0.4%、その他親類：1.7%、ヘルパー：3.5%、家政婦：2.3%、その他：2.1%、主介護者無し：1.4%であり、配偶者、嫁、娘の順番に高く、さらに約90%が家族による介護で占められていた。

主介護者の健康状態は（図7）、健康：49.9%、差し障り無し：41.4%、差し障り有り：8.7%であった。

日常的に主介護者が要介護者に行っている看護行動は（図8）、体を拭く：48.0%、歯・口・耳・鼻・爪・髭の手入れ：55.4%、体温・脈・

血圧などの測定：25.1%、包帯交換・ガーゼ交換：6.9%、床ずれ手当て：6.7%、体位交換：10.9%、痰を取る（吸引を含む）：2.3%、吸入器の管理：0.7%、在宅酸素の処置：1.3%、経管栄養の管理：1.0%、尿カテーテルの管理：2.7%、人工肛門の管理：0.7%、浣腸：10.8%、薬の管理：62.3%、その他：5.5%であり、治療が必須と思われる項目として、痰を取る（吸引を含む）、吸入器の管理、在宅酸素の処置、経管栄養の管理、尿カテーテルの管理および人工肛門の管理が上げられ、その割合は約10%であった。

V 考 察

何らかの介護や支援を要する要介護高齢者が、平成12年には280万人、平成37年には350万人に達すると予測されるなど¹⁾、高齢化の進展に伴い、今後寝たきりや痴呆の高齢者が急速に増加する一方で、核家族化の進展等による家族の介護問題は老後の最大の不安要因となっている。また高齢化の進展に伴い社会保障関係の費用が増大して行く中で、効率的な制度に改革していく必要がある。

M市における在宅ケア推進モデル事業報告書（平成6～9年度）によると²⁾、M市では、平成6年に東京都が始めた「かかりつけ医推進モデル事業」に選ばれたのを機にモデル事業を行い、その後も内容を引き継いで実施している。

最近、M市地域においては、がん終末期、神

経難病終末期、脳血管疾患重症者、人工呼吸器装着者、膀胱カテーテル留置など医療処置を必要とする状態の人の在宅療養が増えている。このような人々のかかりつけ医は、開業医師一人の努力では困難が多く、これまで、引き受け手が少なかった。

本モデル事業により月2回開催している「在宅ケア調整小委員会」においては、市民の相談に応じて、往診もできるかかりつけ医の紹介をするとともに、在宅ケアサービスの調

図7 主介護者の健康状態

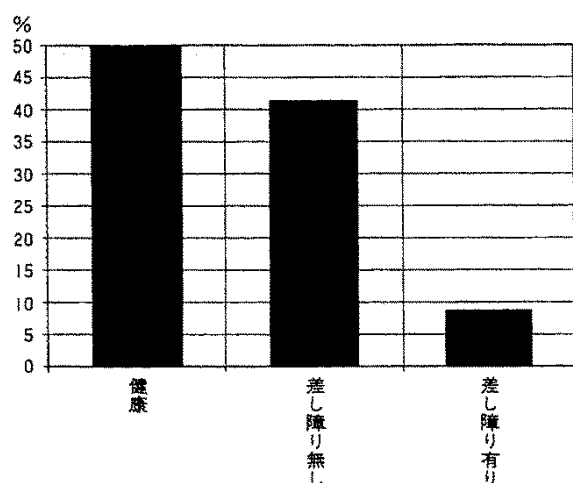
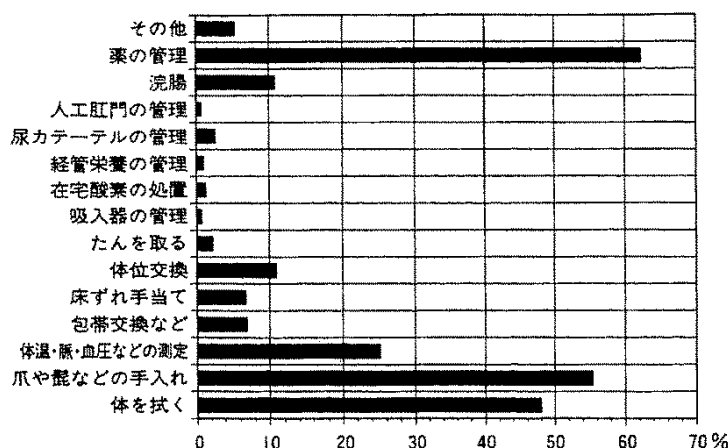


図8 日常的に主介護者が要介護者に行っている看護行動（重複回答）



整、医師・看護婦・保健婦・福祉職員の在宅ケア担当者の研修会、在宅医療に必要な機器やビデオ教材の整備などを行ってきた。

その結果、モデル事業開始前に比べて、地域ケア・システムとして以下の変化があった。

(1) 重度の在宅療養者のかかりつけ医を引き受ける医師が増えてきた。

(2) 市内の病院で、在宅医療を行う医療機関ができてきた(N病院、K大学病院)。

(3) 専門病院医師と地域のかかりつけ医の対診制度による病診連携が推進された。

(4) 診療機関と訪問看護ステーションとの連携が円滑にできるようになった。その結果、診療と連携した訪問看護サービスを提供できるようになった。

(5) 医療と連携した保健活動が円滑にできるようになった。

(6) 医療と連携した福祉サービスを提供できるようになった。

(7) 医師会、市保健、市福祉、保健所の他にコーディネーターより構成する小委員会は、各委員が対等の立場で発言し、討論できる場となっており、それぞれの主張を率直に述べることができる。保健、医療、福祉の連携を市民の必要に応じて、実質的に、継続的に行っている。その結果、市民へのサービスが、公平に、適切に、効率的に提供できるようになった。

(8) 以上のことにより、かかりつけ医をもつ市民が増加した。

(9) また、人工呼吸器装着状態など重度の人、在宅療養ができるようになった。

平成12年度の介護保険の実施にあたっては、

要介護認定の判定を円滑に行うことがその成否の鍵となるといわれている。

本モデル事業における小委員会の経験の蓄積とそのシステムは、M市における介護保険の導入を円滑にする基盤となるものであると報告している。

したがって、本報告では、在宅医療の経済分析の一環として、東京都M市における在宅医療の実態調査を行った。

今回実施した市町村レベルでの全数調査は、稀有であり、今後の在宅介護ならびに在宅医療において、貴重なデータになり得るものと確信している。

また上記の成績からみる限り、東京都M市においては、要介護者が在宅で治療を受けている割合は約20数%であった。さらに、日常的に主介護者が要介護者に行っている看護行動の内、治療が必須と思われる項目として、痰を取る(吸引を含む)、吸入器の管理、在宅酸素の処置、経管栄養の管理、尿カテーテルの管理および人工肛門の管理が上げられその割合は、約10%であった。

よってこの全数調査により、潜在的な値が顕在化し、在宅医療に関する今後の指針における重要性が示唆されたと思われる。

文 献

- 1) 厚生統計協会編、国民衛生の動向、厚生指標1999；46(9)：236.
- 2) 嶺 学、天本 宏、村田 欣造他、高齢者のコミュニティケア、東京：御茶の水書房、1999；67-8.