

# これからの在宅医療

## —指針と実務

監修 大島伸一 国立長寿医療研究センター名誉総長

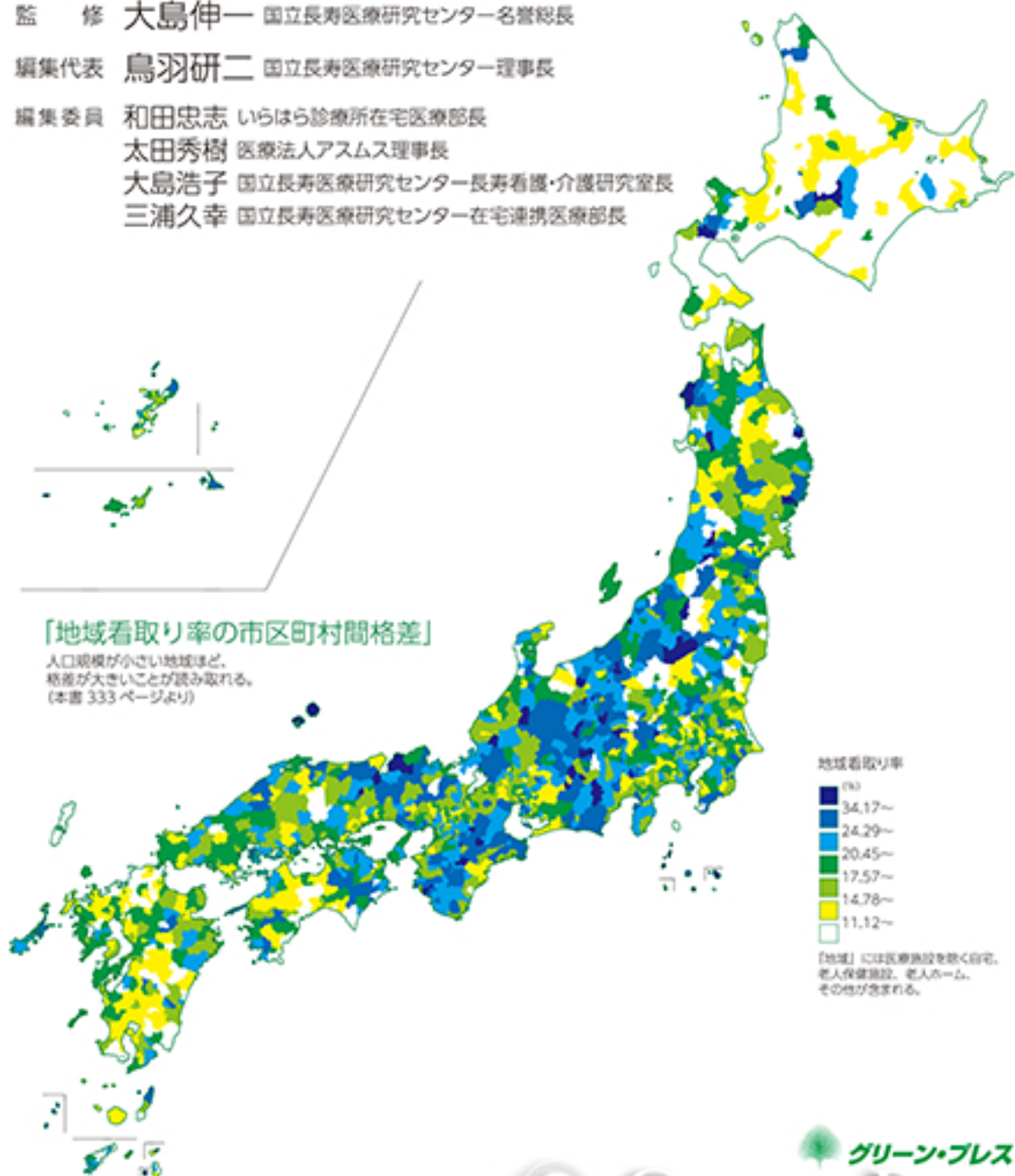
編集代表 鳥羽研二 国立長寿医療研究センター理事長

編集委員 和田忠志 いらはら診療所在宅医療部長

太田秀樹 医療法人アスム理事長

大島浩子 国立長寿医療研究センター長寿看護・介護研究室長

三浦久幸 国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長



グリーン・プレス

© Green Press

# 第1章

## 『これからの在宅医療 —指針と実務— 各章へのアプローチQ&A』

いらはら診療所 和田忠志  
医療法人アスムス 太田秀樹  
国立長寿医療研究センター 大島浩子

「在宅医療、その基礎」へのアプローチ

Q01 在宅医療とは何ですか？	18
Q02 在宅医療は病院医療より質が低いのですか？	18
Q03 どうしたら在宅医療を受けることができますか？ 誰に相談すればいいのですか？	19
Q04 自宅で看護を受けることができますか？	20
Q05 がんでは在宅療養はできませんか？	20
Q06 在宅医療の目的は自宅での看取りですか？	21

「第2章 在宅医療は患者・家族にとっていいものか？」へのアプローチ

Q07 本人が最期まで在宅療養を希望していますが、 自宅での看取りはできますか？	21
Q08 最期は苦しんだりしないのでしょうか？ また看取った家族、介護者は苦しんだりしないのでしょうか？	22
Q09 独居者や高齢者世帯では在宅療養は無理でしょうか？	22
Q10 家族が在宅療養を希望していないと在宅療養はできませんか？	22
Q11 自宅で2時間おきの体位交換はできません。退院は無理だと思いますか？	23
Q12 家族が介護に疲れた場合、 一時的に病院への入院や施設入所はできますか？	23

「第3章 障害要因としての老年症候群」へのアプローチ

Q13 認知症では在宅療養はできませんか？	24
Q14 脳卒中の後遺症で障害がありますが、在宅療養はできませんか？	24
Q15 自宅では褥瘡に専門チームが関わらず治癒率が低いといわれますが 本当ですか？	24
Q16 「ラップ療法」とはどのようなものですか？	25
Q17 誤嚥性肺炎が多い在宅医療現場や高齢者施設(障害者施設)で 肺炎球菌ワクチンを使用する価値がありますか？	25
Q18 入れ歯が合いません。 歯医者に行くことは困難ですが、どうすればよいのですか？	25
Q19 胃瘻にすると口から食べることができないのですか？	25

#### 「第4章 障害要因：ベッド確保、病床連携、医療サービス」へのアプローチ

- Q20 在宅医療を支援してくれるのは、医師や看護師だけですか？.....26
- Q21 在宅では急性期医療に対応できないのですか？.....26
- Q22 検査機器がない自宅で医療水準が維持できますか？.....27
- Q23 自宅で(腹膜透析以外の)透析は可能ですか？.....27
- Q24 在宅医療を受けていると、その他に病院に通うことができなくなりますか？.....27
- Q25 (在宅療養中に)呼吸がおかしくなったりしたら、救急車を呼んだ方がいいのでしょうか？.....27

#### 「第5章 在宅医療の現状 地域全体の課題」へのアプローチ

- Q26 近くに大きな病院のない田舎でも在宅医療は受けられますか？.....28
- Q27 団地の狭い部屋でも在宅医療は受けられますか？.....28

#### 「第6章 被災地の課題とそこから得られた知見」へのアプローチ

- Q28 東日本大震災のとき在宅療養患者はどうなったのですか？.....28
- Q29 災害に備えて在宅医療患者や在宅医療従事者はふだんからどんな準備をしておけばいいのですか。.....29

#### 「第7章 在宅医療の全国展開」へのアプローチ

- Q30 厚生労働省が在宅医療推進に本腰を入れているとのことですが、どう取り組んでいるのですか？.....31
- Q31 在宅医療は財政論から推進されたのですか？.....31

#### 「第8章 医療関係者の意識改革に向けて」へのアプローチ

- Q32 大学の医学部では在宅医療をどう教えているのですか？.....32
- Q33 24時間対応をする医師は酒も飲めないのですか？.....32

#### 「第9章 看取りを行なってきた先駆者たち」へのアプローチ

- Q34 在宅医療はいつごろから盛んになったのですか？.....33
- Q35 在宅看取りと病院での看取りの違いは何ですか？.....33
- Q36 在宅で緩和ケアの提供ができるのですか？.....34
- Q37 導入時に本人や家族が病状を理解していないと看取りは困難ですか？.....34
- Q38 在宅での死亡は警察に届けて検屍になるのですか？.....34



# 認知症

杏林大学医学部高齢医学教授 神崎恒一  
杏林大学医学部高齢医学 望月 諭

- ▶ 認知症では、BPSD や介護負担の増加、急性疾患の発症などが在宅療養継続の阻害要因となる。
- ▶ 認知症による在宅療養を継続していくためには、医療と介護、行政が連携し認知症患者を多方面から支援する体制構築が重要となる。

## 1.在宅療養の阻害要因としての認知症

超高齢化社会を迎える日本にとって、高齢者の15%程度の有病率があるとされる認知症に対する対策は必要不可欠である<sup>1)</sup>。認知症患者が地域包括ケアシステムなどの地域基盤を活用しながら、住み慣れた地域で安定した在宅療養の維持継続を実現することは今後重要な課題となる。今回、東京都南多摩地区（日野市）での在宅診療の実態調査の結果、認知症疾患医療センターである杏林大学病院（東京都三鷹市）もの忘れセンターでの相談事例の検討結果を含め、認知症がどのような形で在宅療養の阻害要因となり得るかを解説する。

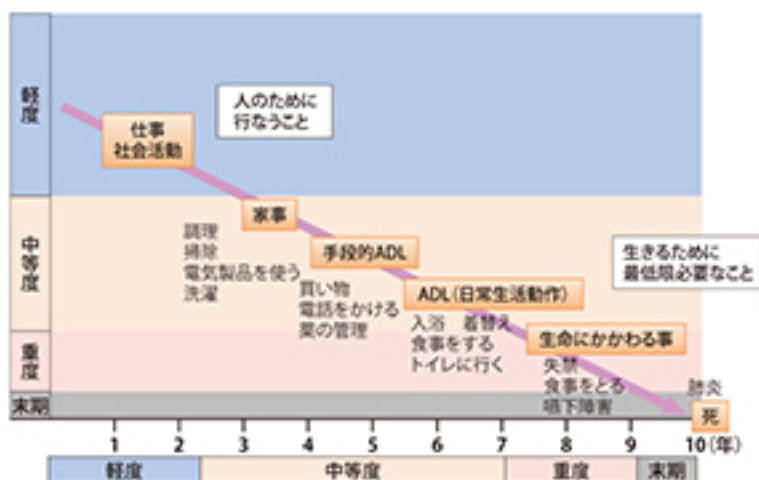
## 2.認知症の基本知識

認知症は、発達期に一度獲得した知能が、後天的に脳や身体疾患を原因として慢性的に低下し、社会生活や家庭生活に影響を及ぼす状態である<sup>2)</sup>。

認知症の症状は、認知機能障害に伴う中核症状と認知症の行動・心理症状（BPSD）に分けられる（図1）<sup>3)</sup>。

認知症では、記憶低下、見当識障害、身体症状などが時間経過とともに出現し、重症度が増すにつれ手段的日常生活動作、基本的日常生活動作が障害され、徐々に生活障害が進行していく（図

図1 アルツハイマー型認知症による生活障害の進行



2)。

在宅療養中の認知症患者では、認知症で認められる中核症状、BPSD、これらによる生活障害のすべてが、在宅療養継続の要因となる可能性がある。

認知症による在宅療養継続の要因は、認知症の重症度別に整理すると理解しやすい。

図 2 中核症状と BPSD



3

阻害要因としての老年症候群

### Point 東京都日野市の在宅医療実態調査

**【方法】** 平成23年4月から翌24年9月の間に、東京都日野市で行なった訪問診療症例について、訪問診療が中止となった要因について調査を行なった。

**【結果】** 対象患者94例のうち、訪問診療中止は50例あり、中止の理由は、在宅及び入院後死亡28例、入院10例、施設入所6例、主治医変更4例、外来通院へ移行2例であった。入院症例の原因疾患の内訳は、肺炎5例、骨折2例、脳梗塞1例、貧血1例、糖尿病1例であった。一方、施設入所例ではすべての例において認知症による在宅介護困難が原因となっていた。急性疾患発症に伴う入院や死亡例を除くと、訪問診療の中止理由として認知症による在宅介護困難例が多くを占めていた。

**【考察】** 今回の実態調査から訪問診療が導入されている在宅療養患者群では、死亡や急性身体疾患発症以外に認知症が在宅療養の阻害要因となっていた。

## 3. 認知症の進行時期による在宅療養の阻害要因

### (1) 軽度～中等度認知症

軽度～中等度認知症においては、患者の身体機能は比較的維持されているが、中核症状やBPSDにより掃除や洗濯等の家事や趣味などの活動が困難となったり、抑うつ、物取られ妄想、徘徊などが認められることがある。この時期は、一般的な身体介助と異なり認知症患者のベースに併せた見守りや介護が必要となる。この自立から一部介助への移行期において、適切な見守り体制や介護体制の構築ができないと在宅療養の継続維持が困難となる。BPSDが強い患者においては、介護拒否や意欲低下、暴言、暴力などにより介護体制の構築が困難となるケースが多く、この時期の在宅療養の阻害要因としては、BPSDが主な原因となることが多い。

### (2) 重度～末期認知症

重度～末期認知症では、身体的機能低下も平行して認められ、誤嚥や寝たきりへの対策など一般



# 排尿障害

名古屋大学大学院医学系研究科泌尿器科学教授 後藤百万

3

阻害要因としての老年症候群

- ▶ 60歳以上の男女の78%が排尿障害を有し、排尿困難、尿失禁は特に高齢者において頻度の高い下部尿路症状である。
- ▶ 排尿障害は直接生命に関わることはまれであるが、QOLを阻害し、特に高齢者では本人のみならず介護者のQOLも障害することがある。
- ▶ 老人施設入所・在宅療養高齢者における排尿管理の現状は不十分であり、不用意なおむつ使用やカテーテル留置により、QOLの阻害、治療機会の喪失が起きている。
- ▶ 排尿困難や尿失禁を引き起こす病態には、排尿筋過活動、排尿筋低活動、下部尿路閉塞、尿道括約筋不全があるが、高齢者では認知症やADL障害、その他の全身的要因が下部尿路症状に影響する。高齢者では複数の病態が関与することが多く、診断や治療を難しくする。
- ▶ 超高齢化社会に突入し、在宅療養が重視される中、適切な排尿管理の実現に、現場の医師や介護・看護職のみならず、民間組織、学会、各種団体、さらには行政が連携して真剣に取り組まねばならない。

**Keyword** 排尿障害、排尿管理、尿失禁、前立腺肥大症、過活動膀胱、おむつ、尿道カテーテル留置

## 1. 在宅療養の阻害要因としての排尿障害

高齢者における排尿障害の頻度は高く、60歳以上の男女の約78%が何らかの排尿症状を有しており<sup>1)</sup>、尿失禁については、1000万人に達すると推計されている。近年の排尿障害に対する診断・治療の進歩や啓発により、排尿障害以外はおおよそ健康であり、通院可能な高齢者については、患者が希望すれば専門的な検査・治療の機会を得ることは容易であり、良好な治療効果が得られる<sup>2)</sup>。

他方、老人施設に入所する高齢者、あるいは在宅療養を受ける高齢者については、排尿障害の頻度は高いにもかかわらず、十分な評価や治療を受ける機会が得られず、安易なおむつ使用や尿道カテーテル留置を受けていることが少なくない<sup>3)</sup>。

排尿障害は、多くは生命に直接関わることはないが、高齢者の尊厳やQOLを障害するものであり、介護保険制度も導入され、高齢者のQOLの向上のための施策が進められている現状にあって、適切に対処されるべき問題である。

また、排尿障害は介護者の介護負担を増加させ、生活の質を阻害し、介護放棄にもつながる。不適切な排尿管理は、寝たきり状態や認知症の助長、治療機会の喪失をまねく。逆に積極的な排尿管理は生活の質の改善、心身機能の改善をもたらす、介護予防につながる排泄リハビリテーションと

して位置づけることができる。高齢者に対して質の高い、より適切な排尿管理やケアが行なわれるためには、種々の方策が必要となる。

## 2. 老人施設入所・在宅療養高齢者における排尿管理の実態

老人施設入所高齢者においては、尿失禁の頻度が高く、特に ADL 低下や認知症が尿失禁のリスクを高めている。他方、施設入所や在宅療養高齢者の排尿管理についての実態は十分明らかにされていない。

われわれは平成 11 (1999) 年度に愛知県の委託を受け、愛知県内の老人施設 (特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護老人ホーム)、訪問看護ステーションについて、排尿管理の実態に関するアンケート及び聞き取り調査を行なった<sup>4)</sup>。その結果、老人施設に入所する 13,466 名の高齢者では、尿道留置カテーテルが 1.9%、おむつが 51.2% に使用されており、在宅看護を受ける高齢者 2,322 名では、尿道留置カテーテルが 9.7%、おむつが 56.0% に使用されていた (図 1)。

しかし、カテーテル留置やおむつ使用の理由は、必ずしも適切なものではなく、実際専門医 (泌尿器科医、老年科医) による施設訪問聞き取り調査では、留置カテーテルの約 40% は抜去可能であり、またおむつについても約 35% はおむつはずしが可能との調査結果であった (図 2)<sup>4)</sup>。

おむつやカテーテルは、必ずしも悪というわけではなく、看護・介護者の負担軽減、介護マンパワーの軽減などに有効なことも多い。しかし、安易に使用することにより、本人の意欲低下、精神的打撃、自尊心・自立心の喪失、生活

図 1 老人施設・在宅におけるカテーテル・おむつ・清潔間歇導尿の実施状況

尿道カテーテル留置は在宅の約 10% で行なわれ、おむつは老人施設・在宅とも 50% 以上で使用されている。他方、清潔間歇導尿はほとんど知られていない。

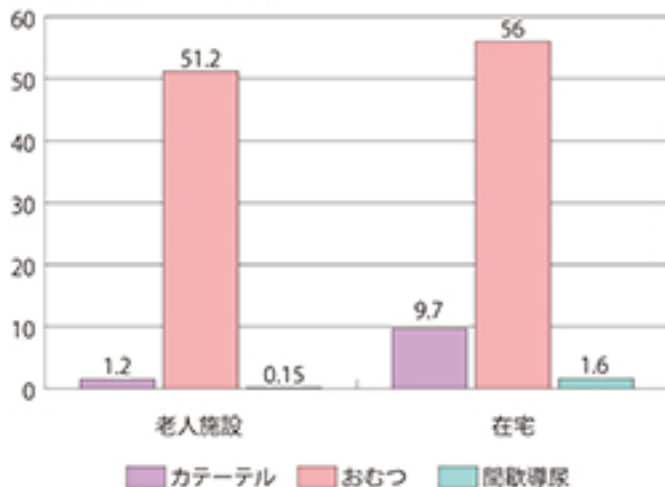


図 2 老人施設におけるおむつ・カテーテルはずしの可能性

泌尿器科医が 12 カ所の老人施設入所者 1664 名を対象に訪問・聞き取り調査を行なって判定した結果、30 ~ 40% がカテーテル・おむつはずしが可能と推測された。

