



一般社団法人
メディカルスタディ協会

◇ 中島 慶八郎氏の医療ブッタ切り 第4回 在宅Ⅰ ◇

文／中島 慶八郎 氏

在宅Ⅰ

イ) 在宅療養の必要な理由

我が国の高齢化率（65才以上の方が人口で占める割合）は2010年22%（約2,650万人）と言われており、年間100万人が死亡しており、この死亡者100万人の内、約80%が病院で亡くなっていると言われていた。西暦2025年には、いわゆる団塊の世代が75歳に到達する年であり、この時の高齢化率は30%（約3,600万人）となり、年間死亡者数は160万人になると推定されている。

この時、現在のように160万人のうち80%（約130万人）が病院で死亡できるのか？ということが問題である。まず、不可能であり、国はその視点からも在宅へ誘導しようとしている。次に、疾病構造の変化がある。ガンも生活習慣病と言われるようになった。医学・薬学の進歩により、余程運の悪い人以外は命は救われる。しかも、後遺症を残したまま長寿を全うする、又、いわゆる高血圧、糖尿病等の生活習慣病を抱えたまま、長寿を全うできる時代となった。

しかし、人間の寿命には限度があり、我が国の平均寿命は男性79歳、女性84歳であり、平均寿命と健康寿命の差は五年と言われ、要はどんな人でも五年は医療的介護が必要となる。特に自立が困難となる介護度3以上の人は、2025年には600万人と推定されており、これらの人々をどこで支えるのか？が大きな問題となっている。

西暦2000年に介護保険が施行されたが、これは慢性疾患の患者が入院して医療費を使っているため医療保険の対象外として新たに介護保険によって生活を支えようとして出来た制度である。（健康保険と介護保険との関連は後述する。）

一方で、国は医療費の効率化を求め医療の機能分化を促進している。即ち、日本の皆保険制度はフリーアクセスが利点であるが、デメリットは重複受診である。したがって、医療機関の役割、即ち急性期、亜急性期、慢性期病院、専門病院、開業医等々、機能を明確にしようとしている。

介護保険が施行された2000年当時、在宅は自宅のことを意味したが、現在は家族構成の点からも病院以外はすべて（自宅、施設を含む）在宅と見なすことになってきている。急

性期病院は平均在院日数 12 日以内になるといわれ、亜急性期・慢性期病院も減少することはあっても、増加しないことなど、慢性疾患を抱えた高齢者は在宅で療養せざるを得ない。特に 2030 年～50 年は人口も減少するといわれ、働く人二人で高齢者一人を支える時代となる。すべての点から国が在宅に力を入れることは自明の理である。

(以下、在宅Ⅱへ続く)