


在宅新療

0100



THE JAPANESE JOURNAL OF HOME CARE MEDICINE FOR ALL AGES

<別刷>

在宅新療0-100 2016年8月 第1巻第8号 通巻第8号

へるす出版

【特別寄稿：台湾の在宅医療】

在宅医療への道(台湾編)

日本の経験から学び、台湾での在宅医療普及をめざして

KEY WORD

外国人労働者、在宅医療モデル事業、
独立した緩和医療システム、最期の一息、
行政相験制度

著・余 尚儒

Yu Sang-Ju

嘉義市地域医療および健康発展協
会／台湾在宅医療研究会

訳・五十嵐祐紀子

Igarashi Yukiko

台湾と日本の相似した軌跡

台湾および日本の近代医療と福祉の発展は相似した軌跡をたどりましたが、両国のタイムラグは23年あります。日本は1961(昭和36)年に国民皆保険を実施し、1970(昭和45)年に高齢化社会になりました。台湾は1993(平成5)年に高齢化社会になり、1995(平成7)年に全民健康保険が実施されましたが、当時日本はすでに高齢化社会になっていました。予測では台湾は2018(平成30)年に高齢社会になります(表1)。

2014(平成26)年に台湾は日本の在宅医療界と頻繁な交流を開始し、翌2015(平成27)年に在宅医療モデル事業計画を開始しました。モデル事業計画実施の主な理由は、台湾が2025(平成37)年には超高齢社会となることです。同年に日本は第一次ベビーブーム世代が75歳以上の後期高齢者となり、50万人が病院以外の場所で死を迎えなければならないのです。したがって、日本、台湾のいずれも地域包括ケアと在宅医療の普及は唯一の選択肢なのです。

超高齢社会の台湾、 地域包括ケアと在宅医療は不可欠

2010(平成22)年、台湾で実施された全国介護ニーズ調査では、ADL低下率は2.98%です¹⁾。高齢化にともない、今後ADL低下人口が急速に増加します。国の推計によると、2025年に超高齢社会になって、ADL低下者数が100万人になります²⁾。推計総人口2,350万人の台湾で、ADL低下率は4.26%と予測されています。高齢者全体は182万人になると予測しており、ADL低下人口のうち高齢者は74万人、つまり、高齢者のADL低下率は40.66%になります。日本と類似した軌跡をたどっている台湾では、超高齢社会時代を迎えるにあたり、地域包括ケアと在宅医療は不可欠なものなのです。しかし、台湾の介護の現状は日本と大きな差異があります。

▶ 外国人労働者が介護の基盤

前述の調査¹⁾では、ADL低下者は、独居者が約6%であり、8割以上が家族と暮らしていま

表1 台湾および日本の医療と福祉の発展年表

| 年代 | 日本 | 台湾 |
|------|-------------------------|----------------------------|
| 1961 | 国民皆保険が実施 | |
| 1970 | 高齢化社会 ^{*1} に | |
| 1973 | 老人医療無料化が実施 | |
| 1983 | 国民皆保険が訪問看護に対し診療報酬を出す | |
| 1993 | | 高齢化社会に |
| 1995 | 高齢社会 ^{*2} に | 全民健康保険が実施、同年訪問看護に対し診療報酬を出す |
| 2000 | 介護保険施行 | |
| 2006 | 在宅療養支援診療所設立 | |
| 2007 | 超高齢社会 ^{*3} に | |
| 2012 | 地域包括ケアシステム構築の方針が確立 | |
| 2014 | 日本と台湾との在宅医療の頻繁な交流が開始される | |
| 2015 | | 在宅医療モデル事業計画開始 |
| 2018 | | 高齢社会に |
| 2019 | | 人口の自然減少開始 |
| 2025 | 多死社会に | 超高齢社会に |
| 2039 | 多死社会のピーク | |
| 2060 | 日本と台湾いずれも平均高齢化率40%超えに | |

*1 高齢化社会：高齢化率が7%を超えた社会
 *2 高齢社会：高齢化率が14%を超えた社会
 *3 超高齢社会：高齢化率が21%を超えた社会

す。しかし、家族と暮らしていても、介護の担い手は外国人労働者です。介護労働者のうち、外国人は22万8,011人(2016年6月現在)あり、全体の9割を占め、日本人ヘルパーは1割に過ぎません³⁾。外国人ヘルパーの出身地は主にインドネシア、ベトナムおよびフィリピンです。在宅介護に従事する外国人ヘルパーはすべて住み込みで働いています。日本人ヘルパーの大多数は、病院で12時間交代で介護に従事しています。事実上、訪問介護に従事する日本人は非常に少なく、9,057人(2016年6月現在)しかいません⁴⁾。

外国人ヘルパーは家での主な介護者であり、在宅医療の医療関係者は、外国人と互いに協力して仕事をするのを避けられず、実務上困難に直面することもあります。また、外国人労働者は、3年に一度ビザを更新しなければならず、

最長の滞在期間は12年間であり、満期には必ず帰国しなければなりません。在宅介護のノウハウは伝承されず、台湾の介護体制の大きな問題となっています。

▶ 在宅療養に関する医療の経緯

事実上、台湾では1995年に開始された全民健康保険制度のもと、すでに多様な在宅療養に関する医療が存在しています。日本の在宅医療との最大の差異は、365日24時間対応がないことです。2015年4月、台湾では日本の在宅療養支援診療所から学び、開業医の訪問診療を奨励するモデル事業が始まりました。つまり、「在宅医療モデル事業」です。しかし、これはおそらく急ごしらえのモデル事業だったこと(登録診療所は328カ所のみ、台湾の診療所全体の3.32%)、加えて年取、障害程度、居住形態お

表2 台湾在宅療養に関する医療の経緯

| 年代 | サービス | 条件 |
|------|-----------------------|---------------------------------|
| 1995 | チューブ装着患者への訪問診療と看護 | 医師 2月1回 看護師 月2回 |
| 1996 | 慢性精神疾患患者への訪問診療と看護 | 医師 月2回 看護師 月2回 |
| 2000 | 人工呼吸器装着患者への訪問診療と看護 | 医師 2月1回 看護師 月2回 呼吸治療師 月2回 |
| 2001 | 施設住民へ回診 | 医師 週3回 リハビリテーション 週3回 |
| 2010 | 末期患者への訪問診療と看護(在宅緩和ケア) | 医師 週1回 看護師 週2回 |
| 2010 | ポリファーマシー患者への訪問薬剤管理 | 薬剤師のみ、月1回、年8回 |
| 2012 | 歯科の訪問診療 | 歯科医師のみ、2月1回 |
| 2015 | 在宅医療モデル事業(廃止) | 開業医のみ、日8件。 |
| 2016 | 在宅医療ケア統合事業 | 略 |

よび疾病の種類などに制限があり、結果的に利用者が少なすぎて(利用者は45,887人のみ)⁵⁾、失敗に終わり、2016(平成28)年3月に在宅医療モデル事業は廃止されました(表2)。

このような在宅療養に関する制度面の最大の問題は、これらのサービスを併用できないこと、また、在宅療養に関する医療サービスの提供者は、病院が主体となっていることです。以下に在宅緩和ケアを例として説明します。

病棟中心の在宅緩和ケア

台湾の在宅緩和ケアでは、制度による制限のため、医師が毎週1回のみ訪問診療を行うことができます。在宅医療に従事するのはホスピス医が最も多く、これらの医師はほぼ99%緩和医療病棟に所属しています。

例をあげると、台南奇美医学センターの緩和医療センターは、全国唯一の小児ホスピス病棟があり、14人の専門の異なる医師、16人の病棟看護師、5人のリンクナースおよびケースマネジャー1人のほか、ソーシャルワーカー、臨床

宗教師、カウンセラー、栄養士、薬剤師、傷口専門看護師およびPT各1人がかかわっています。このほか、台湾最多の在宅緩和ケア専門看護師(7人)を有しており、毎年約340人の末期患者をケアしており、全国で最多です(在宅緩和ケア患者数の6%)。台湾の在宅緩和ケアは24時間対応しておらず、奇美緩和医療センターは夜間の緊急訪問を提供していますが、午後7時までであり、それ以降は電話対応のみです。したがって、夜間に緊急事態が発生した場合には、救急外来に搬送するしかありません。

▶ 独立した緩和医療システム

在宅緩和ケアは緩和医療システムの一部で、その他の在宅医療に関する医療から完全に独立しています。緩和医療病棟の医師・看護師は、在宅緩和ケアを提供しています。医師は、在宅療養をしているターミナル患者の入院手続きを直接することができ、退院後は同じ担当医師1人および同じケアチームにより経過を見守ります。つまり、緩和ケア病棟を中心とした緩和ケアを行っているのです。しかし、このようなや

り方は長所と短所があります。長所は、緩和医療病棟、外来および在宅において、連続性のあるサービスを提供し、異部門間での紹介や情報交換の問題を減少させることです。短所は、緩和医療病棟がなければ、一定の質を保った在宅緩和ケアの提供が難しいということです。

▶ 平均在宅死率は日本より高い

2015年の『経済学人』(The Economist Intelligence Unit; EIU)の死の質(Quality of Death: QOD)の評価では、台湾は死のクオリティを示す指数で上位にあり、アジア諸国のなかで第1位、世界でも6位でした。つまり看取りを支える環境の総合評価が高いということです。台湾の全民健康保険は緩和医療に対して主要な役割を担い、当初、がん患者のみが保険給付の対象になっていましたが、5年後には、非がん患者をカバーできるまでに拡大しました。台湾全国の平均在宅死率は日本より高いのです⁶⁾。その原因は行政制度および風習にあります。2012(平成24)年の台湾における在宅死率は44.5%で、日本は20%以下です。なぜ、台湾の在宅死率はこれほど高いのでしょうか。これには2つの要因があります。行政相驗制度と最期の一息を家で引き取る文化です。

▶ 家で最期の一息を引き取る文化

台湾では、最期の一息を家で引き取ると、靈魂が家に残ると考えられています。患者の靈魂を家に残すために、臨終が近づくと、酸素マスクを装着して救急車で家に運ぶのです。「留一口気」は、実際にはすでに死亡しているのに、家で最期の一息を引き取らせることです。患者は家に到着後、酸素マスクを外して、死を迎えます。そして「行政相驗」により在宅死の死亡診断書を発行されます。

▶ 行政相驗の死亡確認制度

在宅死の場合、行政相驗という形式で死亡診断書の発行が可能です。行政相驗では、一般的に入院先の主治医ではなく、国の衛生所の医師が死亡診断書を発行します。つまり、生前の患者を全く知らない医師でも、死亡診断書を書くことができるのです。台湾では、患者に在宅主治医がいない状態で最終的に家で臨終となっても、解剖または死亡診断書取得不能などの心配をする必要がないのです。

したがって、人生最後の1カ月を家で療養すること、最期の一息を残して病院から家に搬送されて死亡すること、またはすでに死亡しているのに形式的に家で死亡したことにするのいずれも、死亡診断書に記載される死亡場所は「自宅」です。行政相驗制度と最期の一息を残す文化が、在宅死の比率を高めているのです。

▶ 在宅死率は高いが、在宅ホスピスは普及しない

日本と同様に、台湾の本来の医療システムは入院医療と外来医療が主体です。全民健康保険全体の支出からみると、在宅療養に関する医療(施設回診を含む)は、保険支出全体5,800億台湾ドル^{註)}のうちの30億台湾ドルのみであり、在宅医療に関する医療に対する支出の比率は非常に少ないのです。そのうち、在宅緩和ケアの占める比率は、0.6億台湾ドルのみでした。年16万人の死亡者のなかで、約6,000人のみが在宅緩和ケアを受けることができます。

台湾の健康保険制度は、患者が緩和医療システムによるケアを受けるための、次の2つの条件を設けています。①患者または患者の家族がDNAR (do not attempt resuscitation; 蘇生拒否)にサインすること、②医師2人が末期であると認定すること、です。そのため、一馬力(医

註) 1台湾ドル=およそ3.3円(2016年7月現在)

師ひとり)の診療所を経営する開業医にとっては、緩和医療システムに参入する敷居は低くありません。

独立した緩和医療システム、病棟中心の緩和ケアおよび台湾の健康保険給付制度は、在宅緩和ケアが地域に普及する妨げになっています。台湾の死のクオリティは前述のとおりアジア諸国のなかで第1位で、在宅死率は高いのですが、在宅ホスピスは普及していないのです。

在宅医療のさまざまな課題とこれから

在宅医療の発展は、文化習慣、労働制度、医療体制および保険制度の影響を受けます。上記において台湾の在宅療養、介護および看取りの実情を説明しましたが、在宅医療の発展にかかる問題点は、主に次の4つであるといえます。すなわち、①医療制度、②保険給付の制限、③文化的要因、および④人材不足です。民間団体および立法委員の働きかけのもと、政府も社会の在宅医療のニーズに注目し、保険制度の改革から始めています。

▶ 「在宅医療ケア統合事業」の発足

2016年4月より新制度「在宅医療ケア統合事業」が開始されました。これによりさまざまな制限をなくし、「通院困難」を条件として、医師自らの判断で患者を受け入れることができるようになりました。事実上、「在宅医療ケア統合事業」は過去の在宅療養に関する医療の旧制度の統合を試み、必ず多職種チーム医療によるサービスを提供し、療養から臨終まで在宅医療を提供することを求めています。したがって、チームのなかで、緩和ケアの存在は必須条件となりました。現在、「在宅医療ケア統合事業」と過去のその他の旧制度は併存していますが、3年後にすべての旧制度を廃止し、「新しい在宅

医療制度」となる予定です。ただ残念なことに、医療と介護の連携は、「新しい在宅医療制度」のなかに含まれていません。

▶ 医療と介護のあり方を見直し、地域包括ケアをめざすべき

さらに、介護人員の不足による外国人労働者への過度の依存は、一貫して大きな課題です。2016年5月20日に政権交代があり、新政府を主導する民進党は、増税して税収により訪問介護を含むロングタームケアの各種サービスを提供するよう主張しています。前任の政府が主張していた介護保険については、実施するか否かを4年後に再検討することになりました。新政府は、ロングタームケア委員会を設立し、福祉と医療の統合を重視しています。筆者は、台湾が日本の経験から学び、地域包括ケアシステムの概念によって、20年後の医療と介護の体制を計画し、在宅医療を普及させるよう期待しています。

【文献】

- 1) 衛生福利部社会保険司：国民長期照護需要調査。2010。
- 2) 衛生福利部：長期照顧保險制度規劃報告 第三冊(第5～6章)。2016。
[http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%e9%95%b7%e7%85%a7%e4%bf%9d%e9%9a%aa%e5%88%b6%e5%ba%a6%e8%a6%8f%e5%8a%83%e5%a0%b1%e5%91%8a-%e7%ac%ac%e4%b8%89%e5%86%8a\(%e7%ac%ac5-6%e7%ab%a0\)_0055014003.pdf](http://www.mohw.gov.tw/MOHW_Upload/doc/%e9%95%b7%e7%85%a7%e4%bf%9d%e9%9a%aa%e5%88%b6%e5%ba%a6%e8%a6%8f%e5%8a%83%e5%a0%b1%e5%91%8a-%e7%ac%ac%e4%b8%89%e5%86%8a(%e7%ac%ac5-6%e7%ab%a0)_0055014003.pdf)
- 3) 台湾労働部：産業及社福外籍勞工人數統計。
<http://statdb.mol.gov.tw/statis/jspProxy.aspx?sys=210&kind=21&type=1&funid=q13011&rdm=redppqem>
- 4) 台湾行政院：《長期照顧推動小組》第一次會議報告省案簡報資料(2016年7月15日)。
- 5) 台湾衛生福利部健保署：居家醫療服務特約醫事機構查詢。
http://www.nhi.gov.tw/Query/Query_HomeHealth.aspx?menu=20&menu_id=712&webdata_id=4810
- 6) The Economist Intelligence Unit: The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. 2015.
<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>