

Q1

訪問・在宅医療の仕組みと実際について 教えてください！

太田 秀樹*

Hideki Oota

KEY WORDS

在宅医療, 訪問診療, 在宅療養支援診療所, 地域包括ケア

在宅医療とは

1. 背景

居宅が医療提供の場として、正式に法制度上位置づけられたのが、1992年の医療法改正であり、在宅医療の歴史はわずか四半世紀ということになる。「在宅医療」という呼称から、自宅における医療というイメージが強く、在宅医療の概念はいまだ整理・共有されていると言えない。なお、診療報酬上で、在宅患者訪問診療料、在宅患者訪問看護・指導料の算定が可能となったのは1988年であり、ゴールドプラン(1989年)により、市区町村における在宅福祉対策の緊急整備や「高齢者保健福祉推進十か年戦略」が示されるなど、在宅医療への展開を意識した施策に舵が切られた。そして、介護保険法の制定(1997年)により、在宅療養の推進が明確な国家の方針となっている。

2. 概念

在宅医療は、入院、外来医療に次ぐ、第三の

医療という位置づけである。しかし、提供される医療の質は、疾病治癒や延命を目指した従来の医療とは異なる。社会保障制度改革国民会議においても、「病院で治す」から超高齢社会を見据えた「地域全体で、治し・支える」への転換が必要であるとの方向性をもって議論されている。

在宅医療は、制度上は「居宅における医療」とあるが、「居宅」を「暮らしの場」と読み替えるとよい。したがって、サービス付き高齢者向け住宅やグループホームなど、いわゆる生活施設において提供される医療は、まぎれもなく在宅医療であり、さらに特別養護老人ホームや介護老人保健施設で行われる医療も広義の在宅医療とみなすことができ、居宅系在宅医療に対して、施設系在宅医療と表現されることもある。換言すれば、医療施設以外で行われる医療が在宅医療である。なお、介護医療院は医療施設としての位置づけであるが、提供される医療の質は「治し・支える医療」である。

また、医師が行う医療だけが在宅医療ではない。多職種協働、地域連携を基本とし、歯科医

* 医療法人アスムス理事長

師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士らがそれぞれの職能を生かして、暮らしの場での療養を支えている。そして介護福祉士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士など、介護や福祉の専門職との協働も重要であり、生活支援なくして在宅医療の提供は困難である。さらに、行政、地区医師会、地区歯科医師会などの職能団体や、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、消防署や後方支援病院との連携も必要であり、換言すると専門職との協働と、地域の組織や団体との連携によって、在宅医療が展開されている。

ここで在宅医療の概念を整理しておくが、①暮らしの場で提供され、自宅にかぎるものではない。②医療専門職だけでなく、介護・福祉専門職など多職種が協働して、地域で支える。③疾病治療や延命を目的とするだけでなく、尊厳ある人生を支え、希望があれば、看取りも行う。したがって、病院や診療所で提供されていた従来の医療と比べて、その質はおのずと異なる。

訪問診療と往診の違い

しばしば、訪問診療と往診が混同して語られている。訪問診療とは、患者の容態の変化にかかわらず計画的に訪問するもので、入院患者に対して行う病棟回診の役割を担う。一方、往診は患者の病態の変化によって、患者自身や家族の依頼で行うのが原則である。在宅医療の普及に伴い、訪問する多職種、例えば訪問看護師からの依頼や、あるいは介護職からの、いつもと様子が違うといった情報提供により、往診を行うこともある。したがって、医師が行う在宅医療は訪問診療と往診で構成されている。

在宅療養支援診療所と かかりつけ医の在宅医療

2006年、訪問診療だけでなく、24時間いつでも往診に対応し、看取りまで支える機能をもった診療所が、在宅療養支援診療所として、診療報酬制度上に位置づけられた。標榜科にかかわらず在宅医療を支援する機能が評価されたもので、診療報酬上有利な評価となった。従来、往診が診療所経営にとっては不採算部門であったが、この制度により在宅医療は経営上の魅力が増し、在宅医療に特化した診療所開業の引き金になった。しかし、国が思い描いたように、必ずしも自宅での看取りが増えたわけではない。

そこで、24時間在宅医療に対応するという医師の心理的負担を軽減するために、診療所間の連携を評価した機能強化型在宅療養支援診療所制度も2012年に生まれた。診療報酬はより高額となり、都市部では若手の医師らでグループを組織し、外来診療を行わない訪問診療特化型診療所が精力的に訪問診療を行う状況となっている。

また、在宅医療に力を入れる病院においては、同様に在宅療養支援病院として、診療報酬上高い評価を得られる。これら在宅療養支援診療所ならびに在宅療養支援病院などの届出要件については表1に示す。

一方、日本医師会ではかかりつけ医機能に在宅医療を位置づけ、加齢などで外来通院が困難となった患者に対して在宅医療の対象とするようにキャンペーンを行っている。また、自宅での看取りには、在宅療養支援診療所の要件を満たさない一般医療機関が数多くかかっている現実があるなど、在宅医療特化型医療機関と、いわゆるかかりつけ医との役割の明確化が、新たな課題である。

表1 在宅療養支援診療所・病院の概要

在宅療養支援診療所	在宅療養支援病院
<p>【概要】 地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院・診療所などと連携を図りつつ、24時間往診・訪問看護などを提供する診療所</p> <p>【主な施設基準】</p> <p>①診療所 ②24時間連絡を受ける体制を確保 ③24時間往診が可能 ④24時間訪問看護が可能 ⑤緊急時に入院できる病床を確保 ⑥連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供 ⑦年に1回、看取りの数を報告 注：③④⑤の往診、訪問看護、緊急時の病床確保については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>	<p>【概要】 診療所のない地域において、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院</p> <p>【主な施設基準】</p> <p>①200床未満または4km以内に診療所がない病院 ②24時間連絡を受ける体制を確保 ③24時間往診が可能 ④24時間訪問看護が可能 ⑤緊急時に入院できる病床を確保 ⑥連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供 ⑦年に1回、看取りの数を報告 注：④の訪問看護については、連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可</p>
機能を強化した在宅療養支援診療所・病院	
<p>【概要】 複数の医師が在籍し、緊急往診と看取りの実績を有する医療機関（地域で複数の医療機関が連携して対応することも可能）が往診料や在宅における医学管理などを行った場合に高い評価を行う</p> <p>【主な施設基準】</p> <p>①在宅医療を担当する常勤の医師が3名以上配置 ②過去1年間の緊急の往診の実績を5件以上有する ③過去1年間の在宅における看取りの実績を2件以上有している 注：上記の要件については、他の連携保険医療機関（診療所または200床未満の病院）との合計でも可</p>	

(厚生労働省資料より引用・改変)

在宅医療の対象者

通院困難であることが在宅医療の対象者であるが、医療的ケア児に象徴されるように、単に移動できるかどうかという身体運動機能だけで判断するものではない。癌の終末期のように、入院による根治治療の対象でなく、さらに外来通院では疾病管理が困難な症例もその対象となる。在宅医療が介護保険制度によって牽引されてきたこともあり、虚弱な要介護高齢者が多いが、そのほか神経筋難病者、進行癌患者、重症小児、障害者などに提供される。

なお、在宅医療として診療報酬請求ができるかどうかでなく、患者・患児の利益を中心に在宅医療の適応を判断すべきである。例えば、電動車椅子で外来通院が可能であっても、日常の

医療管理が必要であれば、在宅医療の適応といえる。また、入院加療の適応に乏しい認知症は、徘徊するなど身体運動能力が温存されていても、在宅医療の対象である。

在宅医療の実際（図1）

1. 在宅医療への移行期

入院から移行する場合と、外来通院が困難となり外来から移行する場合がある。長年外来通院している高齢者の場合は、患者・家族との信頼関係がすでに構築されていることも多く、在宅で最期まで暮らしたいという希望から、在宅医療を開始することも多い。一方、入院から退院時カンファレンスなどを通して在宅医療に移行する症例では、患者・家族との信頼関係性を構築するのに時間を要することもある。また、

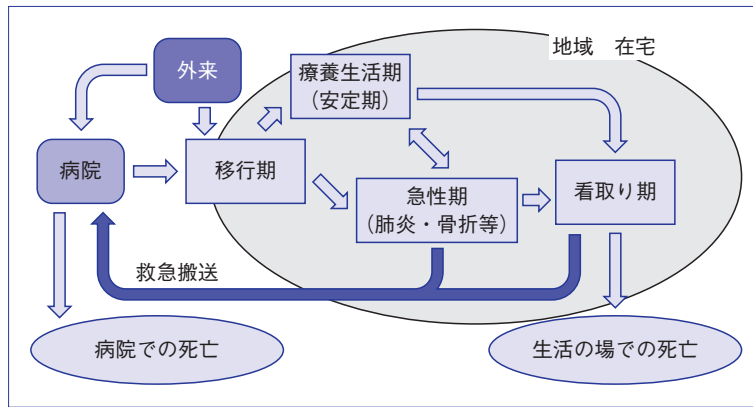


図1 在宅医療の諸相（移行期・生活期・急性期・看取り期）と救急搬送

患者・家族が在宅医療を望んでいない場合には、些細な問題でも在宅医療の継続が困難なことも少なくない。在宅医療チームと信頼関係が乏しい状況では、発熱などでも家族が救急車を要請することがあり、その判断のために訪問看護師や在宅医と相談するように丁寧な指導を行っている。

なお在宅患者の紹介は、病診連携室からだけでなく、ケアマネジャーからや、親戚が在宅医療を受けていたというような地域の評判、保険薬局からの紹介など、いろいろなルートがある。

2. 療養安定期

ケアマネジャーの力量に依拠するが、病態に応じた介護力をしっかりと補完することで、長く安定した療養生を送ることができる。とくに訪問看護が重要で、在宅医療の主役といってもよい。訪問看護師は医師よりも身近な存在で、医学的な視点で療養生を支える役割は大きい。

介護が長期化すると、家族の介護負担を軽減させることも大切となってくる。レスパイトケアは、ショートステイ（介護系施設における短期入所生活介護，医療系施設における短期入所療養介護）や、通所ケア（医療系施設の通所療養介護，通所リハビリテーションや介護系施設の通所生活介護）を適切にケアプランに盛り込

むことが重要である。通所ケアは利用者の社会交流の場が提供され、生きがいにつながることもある。

いわゆる三大介護といわれている食事，排泄，入浴においては，介護職が適切にかかわると家族介護の負担は大幅に軽減される。

また，病態に応じて歯科医師やリハビリテーション専門職がかかわり，ADLが高まる症例も多い。最近では，管理栄養士が食支援に参加するようになってきている。

レスパイトケア施設での病態の変化に対して，施設側の判断で，救急搬送が行われることもある。ケア担当者会議などで，不適切な救急搬送が行われないようなルール作りが必要である。

3. 急性期疾患の合併と入院の判断

経験的には，外傷と発熱がもっとも多い。歩行が困難な症例でも骨折をしばしば経験する。車椅子の移乗に失敗し，ずり落ちた程度の軽微な外力によって，いわゆる脆弱性骨折（病的骨折）を生じる。そのほか，湯たんぽや使い捨てカイロによる熱傷や，移乗時の擦過傷などであるが，縫合処置を必要とする弁状創を呈することもある。このような場合には，かかわる医師の専門性，外科系か内科系か，あるいは医療理念によって，在宅で継続して対応するのか，医療施設で処置を行うか，その判断は異なる。さ

病院医療と在宅医療

らに、骨折は保存的加療であれば在宅で継続できることが多いが、入院と判断されると在宅医療は中断される。また、施設系在宅医療の場合には介護スタッフが医学的・専門的な判断を伴わないままに救急搬送することも少なくない。

発熱は、気道や尿路など感染症による場合が多いものの、要介護高齢者は脱水傾向にあり、わずか1本の補液で改善する例をしばしば経験する。提供される医療・介護の質、療養環境によって不必要な救急搬送を回避できるが、在宅ケア支援体制が不十分な場合には重度化してから医療専門職がかかわり、結局、救急搬送に頼らざるを得ないこともある。なお、在宅でも酸素療法や抗菌薬の投与は可能であり、在宅で肺炎治療を行うことも可能である。

4. 看取り期と救急搬送

患者や家族の希望で、看取りまで支える在宅医療を行うことが多いものの、臨終期にあわてた家族や訪問した介護職が、自らの判断で救急搬送を要請することによって、望まれない形で在宅医療が中断されることがある。意識の低下や呼吸状態の変化はけっして急変ではなく、自然な臨床経過であるが、丁寧な説明をしても、理解が得られにくい。さらに、救急隊が到着した際に心肺停止状態にあると、検死となる可能性もある。最近 ACP（人生会議）の重要性が叫ばれているが、信頼関係だけでなく患者・家族と専門職間のコミュニケーションの課題は常に根底に横たわっている。

なお、施設系在宅医療にかかわっている在宅医療特化型医師のなかには、施設側と提携して医師会などの職能団体に所属していないと、市区町村が地区医師会と連携した医療介護連携会議などへの参加機会を失うことになり、地域との連携が不十分な状況もある。例えば、複数の市区町村にまたがる広い圏域で訪問診療を行うものの、緊急時には救急搬送を原則としている場合には、死亡診断を病院に委ねる結果となり、これは解決すべき重要な課題といえる。

世界に類をみないわが国の超高齢社会は、疾病構造というよりも、疾病概念そのものを変えた。メタボリック症候群をはじめ、ロコモティブ症候群、フレイル、サルコペニア、そして認知症などは根治できず、従来の治療体系には馴染みにくい。救命し、疾病を治療する医学は限界まで進歩し、再生医療の臨床応用を待つ状況である。もはや、若くして命を落とすことはほとんどない。

民間の生命保険では、持病があっても、なんと85歳まで申し込みが可能な商品まで開発されている。見方を変えると、85歳を超えると救命する医療への期待が薄れるという証左といえる。90歳の高齢者に対して、果たして癌検診が必要かという議論にも通じる。一つの病気に対して入院加療することによって、新たな健康課題が生じたり、別の疾患で命を落としたりすることを日常的に経験する。したがって、ここに在宅医療のもう一つの意義を見出すことができるものの、残念ながら、現時点ではわが国の在宅医療のスタンダードを示すには至っていない。取り組む医師の医療理念によってきわめて多様性が高く、臓器や疾病別の医学体系のなかで在宅医療を定義づけることは難しいため、その質を評価する物差しがないのも現状である。

冒頭で述べたが、在宅医療の歴史は浅い。介護保険制度創設当時は、病院医療と対峙するかたちで在宅医療が位置づけられ、病院医療か在宅医療かというような、かまびすしい議論も繰り返されていた。しかし最近では、患者の病態に対して、どのような質の、どのような医療を行うかを考え、その医療はどこで行うのが妥当かという視点に変わりつつある。例えば、人生の最終段階における栄養管理を胃瘻や中心静脈などの人工栄養管理に頼るか、あくまでも経口摂取にとどめて自然の経過に委ねるか、せめて末

梢からの補液は行うのかなど、合理性のある医療情報を根拠に、患者・家族が選択しはじめている。

そして、これらの治療や処置を在宅で継続するか、入院によるか、高齢者施設で行うかの判断は、単に希望だけでなく、病態に応じた介護力が担保できるかが大きい。また、地域包括支援病床など、病院が在宅医療を支援するという仕組みも機能している。さらに市民の意識も大きく変化し、いたずらに延命するよりも、安らかに、自然な最期を望む患者・家族も増え、筆者が在宅医療をはじめた28年前と比較すると、隔世の感である。

在宅医療と病院医療の関係性を整理する議論に際し、まず在宅医療の標準化は重要なテーマであるものの、二次医療圏の病床数という地域性というもう一つの課題も存在している。病院担当医師と地域で在宅医療を実践している医師が、膝を交えて地域のリソースを含めた課題を共有し、ソリューションを示し、実践することが急務と思われる。

在宅高齢者救急における行政の課題

地域包括ケアシステムは、市区町村に課され「住み慣れた地域で最期まで暮らす」を目標とした全世代型の新たな秩序づくりでもあり、看取りまで支える在宅医療普及とは表裏の関係性にある。仮に地域包括ケアシステム成熟度を地域での看取り率で評価すると、30%以上の地域がある反面、0%に近いところも存在する。地域での看取り率の高い市区町村では、救急搬送による病院死が少ないことは想像に難くない。在宅医療への国民のニーズがはっきりしている以上、回復への期待が乏しい在宅虚弱高齢者の救急搬送を減らすシステムを早急に整備していくのは、行政の責任でもあると考えている。

ACP（人生会議）への期待

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）は外来語であり、一般には馴染みにくいこともあり、厚生労働省は2018年にその愛称を募集した。その結果「人生会議」と決定し、11月30日を「1（い）1（い）3（み）10（と）り」と語呂合わせして、「人生会議の日」と定めている。

かかわる専門職や家族など大切な人々と話し合っ、て、人生の最期にどのような医療や介護を受けたいのか、意思を決定する話し合いである。その意思を支えるという合意形成も必要で、本人自身とかかわる人々の覚悟を決めるプロセスでもある。

そして、その大前提には、かかわる医師が生命予後も含めて、医学的な根拠ある情報を提供しなくてはならない。虚弱な高齢者が発熱した場合、在宅で治療を継続した群と入院によって治療を行った群と比較検討すると、在宅医療群のほうがADLの低下が少なく、さらに生命予後には差異がなかったという研究も報告されている。入院よりも在宅医療の継続は医学的にも益が大きいということになり、このような情報が社会全体で共有されると、発熱などでの救急搬送は回避できるはずである。

おわりに

地域緩和ケアをはじめとして、一般的な内科的医療はほとんど在宅で可能な時代となった。超音波機器はスマートフォンサイズになり、まるで聴診器のように利用できる。サチュレーション測定は介護職でも可能となり、ICTの活用で在宅患者のバイタルサインを診療所や訪問看護ステーションで確認することもできる。創薬によるところも大きい。療養生活支援など介護系サービスも充実し、専門職の意識も、行政の意識も、そして市民の意識も大きく変わり

つつある。在宅と救急担当医とのコミュニケーション、そして、在宅ケアチーム間での情報を共有することによって、望まれない救急搬送がなくなる時代はすぐそこまで来ていると信じている。

参考文献

- 1) 大島伸一監：これからの在宅医療：指針と実務，グリーン・プレス，東京，2016.
- 2) 太田秀樹編：スーパー総合医：地域包括ケアシステム，中

山書店，東京，2016.

- 3) 鈴木隆雄：公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団2015年度（前期）一般公募委「在宅医療研究への助成」完了報告書；在宅医療の継続要因に関する科学的根拠構築のための研究，2016.
http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20160919051519.pdf (accessed 2019-8-21)
- 4) 猪飼修平：病院の世紀の理論，有斐閣，東京，2010.
- 5) 荒井康之：Effectiveness of home care for fever treatment in older people : A case-control study compared with hospitalized care. J Am Geriatr Soc, 2019. (投稿中)