

臨床と研究

顧問 加地 正郎 兼松 隆之 馬場 秀夫 福本 義弘 門田 淳一
藤本 一真 尾辻 豊 井本 浩 大屋 祐輔 長尾 哲彦
編輯 杉町 圭藏 久保 千春 北園 孝成 大石 了三 朔 啓二郎

平成 29 年 3 月
March 2017

3 月

第 94 卷 第 3 号
Vol. 94 No. 3

特集 これならできる! 在宅医療

在宅医療のこれから	太田 秀樹
多職種連携とケアマネジャーの役割	杉町 圭藏 <small>ほか</small>
在宅医療の実際	
超高齢地域における在宅医療の変容	片山 壽
携帯したい医療器具	鶴岡 優子
リスク管理	長尾 和宏
在宅医療における看取り	二ノ坂 保喜
患者・家族との関わり	山口 浩二
在宅医療と ICT	中野 一司
在宅医療の不安に答える	田島 和周
在宅地域連携	
病院から見た在宅地域連携	上野 道雄
多職種在宅ケアネットワーク	伊藤 新一郎 <small>ほか</small>
在宅医療を開始するにあたって必要な手続きと保険上の基礎知識	鴨打 正浩 <small>ほか</small>

対談

新任教授に聞く 九州大学大学院整形外科 中島 康晴 教授

.....中島 康晴・杉町 圭藏

- 私の診療経験から — 妊娠第一三半期において胎児異常をどうみつけるか 吉里 俊幸ほか
- 治療の実際 — 小児にみられる感染による皮膚疾患 馬場 直子
- 青ペー ジー 管理・監督から舵取りへ 岡留 健一郎
- 赤ペー ジー 恋と映画と遺伝子と (15) 安東 由喜雄

在宅医療のこれから

太 田 秀 樹

はじめに

在宅医療という医療形態が市民権を得たのは、診療報酬制度上に居宅が医療の場として位置付けられた1992年4月(図1)である。すでに4半世紀が経過しているが、その8年後の2000年には介護保険制度が施行され、家族の愛情によって支えられていた在宅介護を民間企業にも頼って、社会が支援することとなった。税で賄うのではない。保険制度により、保険料を納めることで、介護を受けることが権利となったのである。公的機関からのサービスだった介護や福祉の分野に営利企業の参入を認め、バブル崩壊後の経済の低迷のなかで、20世紀最後のビジネスチャンスと日本全体がわいた。一方で、高齢化率はすでに17%を超え、世界に類を見ない規模とスピードで超高齢社会に向かっていった。少子化にはどめがかからず、地域によっては人口減少社会となり、多死社会が到来している。出生者数100万人に対して、死亡者数130万人(2015年)である。すでに、100万人規模で人口が縮小し、やがて、年間100万人単位で人口減少が生じると推測されている。

現在人口の半数が50歳を超え、3人で1人の高齢者を支える騎馬戦型社会といわれている。もはや、1人が1人の高齢者を支える肩車型社会をさけることはできない。

このように、社会は激変しつつある。急性期医療、あるいは救急救命医療が大成功をおさめ、いわゆる20世紀型病院医療の発展と完成により、その結果もたらされた長寿社会といってもよいが、超高齢、少子、人口減少社会における医療のあるべき姿を問えば、おのずと医療の概念も、役割も、そして、その医療を提供する仕

医療法人アスムス

組みも、変わらざるを得ない。時代の必然なのである¹⁾²⁾。

I. 第三の医療としての在宅医療

在宅医療は、しばしば、外来、入院に継ぐ、第三の医療といわれている。さらに、病院の病床が地域に拡がったと説明されることが多い。しかし、そこで提供される医療の質や内容は、救命や疾病治癒を目指した病院、外来医療とは大きく異なる。なぜなら提供された医療の妥当性を客観的な医学における指標だけでなく、医療享受に対する満足や安心を基盤とした人生の質、QOL (quality of life) に求めているからである。

たとえば、生命の量、すなわち延命を求めた積極的な医療を否定している認知症の高齢者が誤嚥性肺炎を繰り返す場合を考えてみたい。本人に治療の意義が理解できずに、治療への協力が得られない場合には、いったいどのような医療の選択が妥当であろうか。入院加療の適応として、抑制したり、向精神薬を投与したりしながら、化学療法や酸素療法を行うべきか。むしろ在宅医療を継続させ、緩和ケアを中心として、日常生活を可及的に制限させず、オピオイドやステロイドを中心とする治療の選択もあるはずである。あくまでも救命を優先させるか、症状緩和を優先させるかは、医学としてではなく、倫理の課題でもある。患者、家族はかならずしも救命を目指した濃厚な医療を望んでいるわけではない。さらに、認知症の人が入院により、療養環境の変化で夜間せん妄を生じたり、不穏になったりすることは、けっして稀な事態ではない。肺炎の治療によって、経口摂取が困難となったり、廃用症候群により歩行困難となった

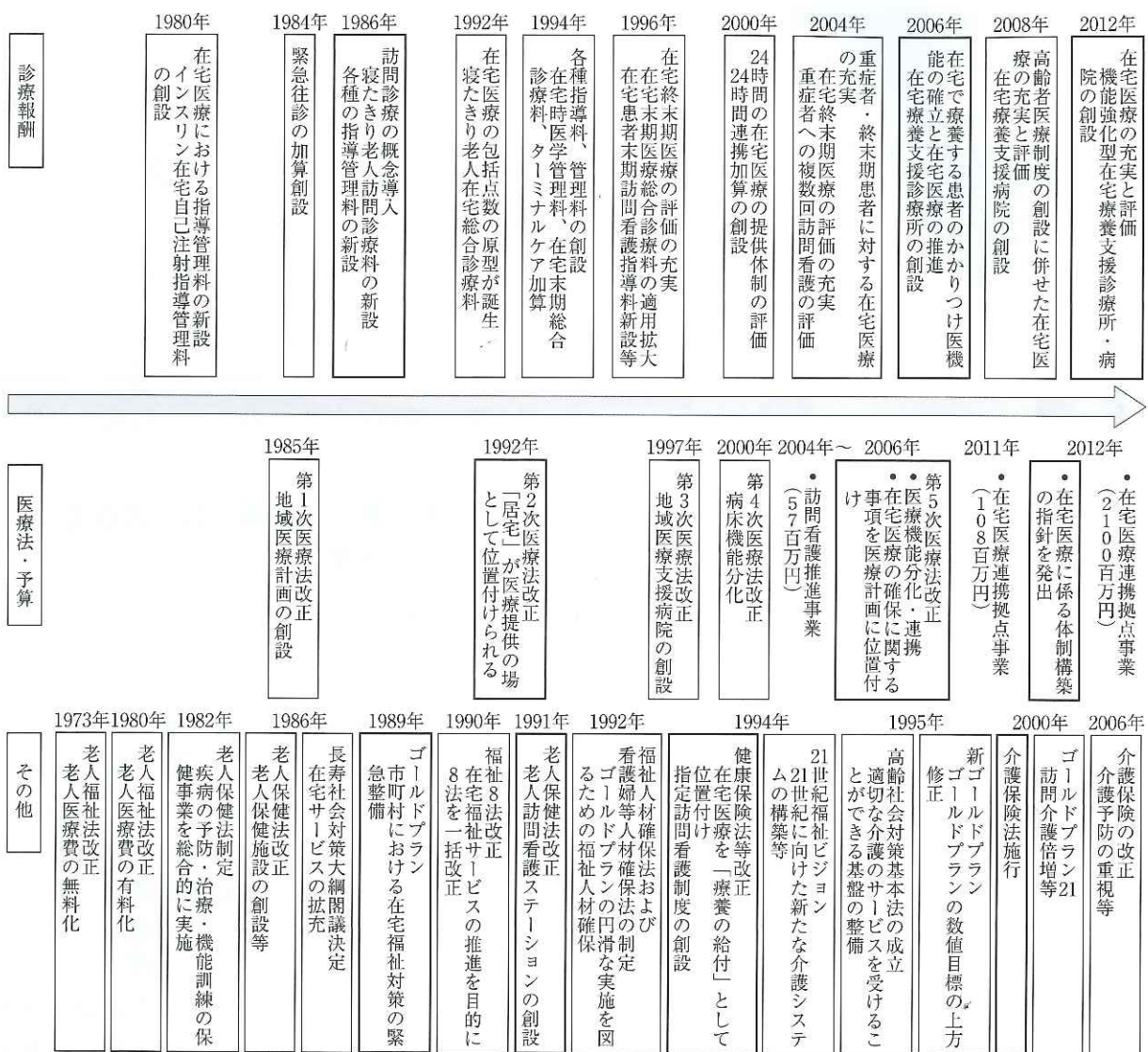


図 1 法改正までの在宅医療の推進に関する各種制度の変遷

り、より認知症を重度化させたりすることは、日常的に経験している。骨折などの外傷の治療も同様である。標準的治療をあえて選択しない勇気が、予後を良好とすることも経験的には知られている³⁾。

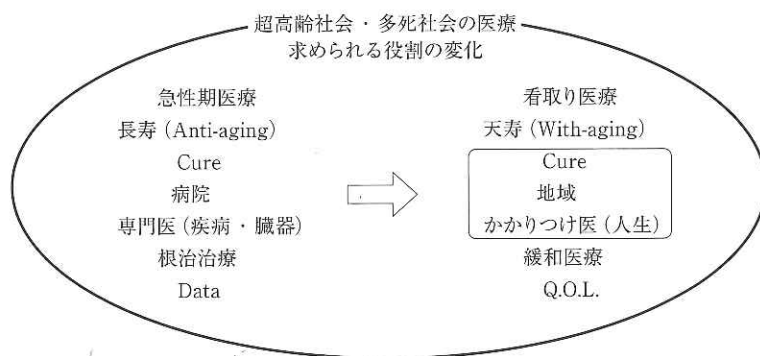
最近、病院での入院加療と比較して、在宅医療を継続したほうが、生命予後が良く、さらに日常生活活動低下を予防できる可能性を示唆する論文も発表されている⁴⁾⁵⁾。

したがって、在宅医療とは病態が安定しているときに提供される医療という考え方は誤っており、急性期医療にも十分対応可能といえる。今後在宅医療継続の優位性が立証されると、「治し、支える医療」として確立され、いっそう普及されることになるとと思われる(図2)。

II. 在宅医療の概念

在宅医療とは、「暮らしの場」で行われる機動力ある医療である。在宅という表現から自宅をイメージさせることが多いが、自宅だけがその対象となるわけではない。高齢者に限らず、独居者数は増加傾向にあり、介護にかかわる同居者のいない環境での在宅療養には限界が生じる。高齢者住宅、グループホーム、老人ホーム等であっても、その人らしく、尊厳をもって生活できる環境で提供される医療であれば、在宅医療ととらえてよい。

はたして独居の在宅医療が可能か、しばしば議論となるが、がんの終末期のように、重介護期間が比較的短い場合と、認知症などで介護を



(資料提供：太田秀樹氏)

図 2 病院中心のヘルスケアシステムの限界

要する期間が長期化する場合では、その可能性が異なる。また地域のケア力といってもよいインフォーマルなつながりや、介護保険サービスの充足度など社会的介護力によって、また、市町村行政の姿勢など地域によってもその可能性は大きく変わってくる。

また、かかわる専門職は医師や訪問看護師だけでなく、歯科医師、薬剤師、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、言語聴覚士 (ST)、管理栄養士などの医療系だけでなく、ヘルパーや介護福祉士などの生活支援の専門職や、コーディネーターを担う介護支援専門員 (ケアマネジャー) や社会福祉士など多職種が協働して、在宅療養を支えることとなる。最近多職種協働に対して、IPW (inter professional work) と呼ぶことも多い。

そして、提供される医療は、療養者自身や家族の意向を汲んで行われる。望まれれば生活の場で終末期医療を提供する役割もある。看取り医療を提供する場合には、24時間・365日切れ目のないサービスと確実な症状緩和が前提条件といってもよい。したがって、地域包括支援センターや市町村行政、また地区医師会や地区歯科医師会などの職能団体、保健所 (健康福祉センター) などの都道府県行政、さらに訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、社会福祉協議会、老人会などさまざまな地域の組織、団体等との、「地域連携」も重要な要素となり、社会資源が有機的にネットワークを形成して、いわゆるソーシャルキャピタルとして機能することが必要となる。地域が主体となって提供される医療と言ってもよい。

Ⅲ. 在宅医療の対象者

在宅医療が介護保険制度によって、市民権を得たことから、高齢者の医療と看做されることも多いが、入院による急性期医療の対象とならない慢性疾患を含む、通院困難者があまねくその対象となる。人工呼吸器や胃ろうなどの人工栄養管理によって、生活している障害児。脳性まひ、脳外傷による高次脳機能障害、脊髄損傷などの障害者。神経筋難病患者、介護を要する虚弱な高齢者、あるいは身体運動機能に問題がなくとも認知機能の低下などで、社会的支援なくして生活が継続できない者等である。

今後高齢者数の増加によって、高齢者の在宅医療の増加が見込まれるのは当然としても、一方で新生児医療の進歩によって、救命されたが、障害と共に暮らす重度障害児も増加傾向にある。正確な調査はなされていないが、現在人口1万人に1人が対象になるのではないかとわれている。また、根治的治療が困難と考えられるがん患者のホスピスへの期待も高まりつつあり、居住系施設を含む在宅医療の対象者は今後さらに増加すると考えられる。

Ⅳ. 在宅医療の諸相

長年外来に通院していた患者に、何らかの健康上のイベントが生じ入院加療を行うが、退院後再び通院が困難となったり、あるいは、フレイルの進行によって、徐々に通院が困難となったりする患者に対して、かかりつけ医の重要な役割として在宅医療を行うことを、日本医師会が提唱している。

趣 旨
<p>持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措地として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療および介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。</p>
概 要
<p>1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（医療介護総合確保促進法関係）</p> <p>① 都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費税増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置</p> <p>② 医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定</p> <p>2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）</p> <p>① 医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定</p> <p>② 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</p> <p>3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）</p> <p>① 在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化、※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業</p> <p>② 特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化</p> <p>③ 低所得者の保険料軽減を拡充</p> <p>④ 一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）</p> <p>⑤ 低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加</p> <p>4. その他</p> <p>① 診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設</p> <p>② 医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ</p> <p>③ 医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進を措置</p> <p>④ 介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）</p>
施行期日
<p>平成26年6月25日、ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。</p>

図 3 医療介護総合確保推進法の概要

一般的には、i) 在宅医療への移行期、ii) 病態が安定した療養生活期、iii) 発熱や外傷などの急性期、そして、iv) 看取り期と大きく4つのフェイズに課題が整理されている。本誌でも各論で述べられると思われ、また、かかりつけ医研修（日本医師会主催）をはじめ、在宅医療関連講師人材養成事業（日本在宅ケアアライアンス主催）等でも取り上げられているので、本稿では詳細の解説は行わないが、国民が在宅医療を信頼して、在宅医療を選択できるように、しっかりとした在宅医療を提供してゆく責任がある。一方で、在宅医療が診療報酬制度から強引に牽引されたこともあって、ビジネスとして在宅医療に特化した在宅医療専門医療機関が増え、軽症者を対象に在宅医療を提供し、病態が変化した場合には、救急搬送するという不適切な事例も残念ながら散見される。在宅医療への移行期から看取り期まで、在宅医療を継続するためには、患者、家族との信頼の絆がもっとも大切であることはいうまでもない。

V. 医療の生活モデル化（図3）

在宅医療の普及推進が国家的課題となり、平成26年6月に医療介護総合確保推進法が公布されている。この法律の趣旨には、「持続可能な社会保障制度の確立をはかるための改革の推進に関してする法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じて、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するために、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備を行う。」と書かれている。

社会保障制度を持続可能なものとするためには、医療提供体制を見直す必要があり、地域包括ケアシステムを構築⁶⁾すると読み取ることができる。極論すると、社会保障制度は現状のままでは破たんする。だから、医療提供の仕組みを変えなくてはならないということなのであろう。その改革の本質は病床機能の見直し、すなわち病院の役割の整理と在宅医療の推進である。



写真 1 病院での人工栄養管理がもたらした現実

とりわけ、本法の概要にある、「医療と介護の連携」という文言が最も重要であり、猪飼周平氏の言葉をかりると、医療の限らない生活モデル化と明言できる⁷⁾。そして、その背景にある、疾病概念の変化も忘れてはならない。

疾病には病因があり、病因を取り除くことを治療と呼び、疾病の治癒を目指すのが、医療の本来的な姿であると医学教育のなかで学ぶ。確かに感染症と闘っていた時代においては、病原体を退治することで目的が達成されたが、医療の対象が、生活習慣病にシフトしていく。合併症を予防し、健康寿命の延長がアウトカムとなり、治療というよりも、疾病管理という表現が馴染む。そして、国民の健康志向や創薬などの科学技術にも助けられ、超長寿社会を迎えている。ところが、その結果、現在生活習慣病の管理を必要とする患者は減少、徐々に減少し始め、フレイル、サルコペニア、認知症の高齢者たちが増加し続けているのである。これらの症候に共通するのは、生物医学的な要因だけでなく、心理社会的な要因も含め多岐にわたるが、加齢に起因している。さらに健康概念も変化した。疾病のないことを健康とするのではない。したがって、医療には生活障害に対するソリューションがもとめられ、食事や運動の重要性が再

認識された。そして、薬物療法や手術療法に頼る以上に社会交流の場や、社会における役割も含め、生活そのものの立て直しが大切であると、根拠をもって語られるようになった。もはや入院加療によって解決できる医療だけの課題ではないことは明白なのである。

健康寿命と平均寿命の約10年の乖離は、人生の終焉ともいえるこの時期に、いったいどんな医療が、どのように提供されればよいかという大命題を与えている。

VI. 人工栄養の妥当性 (写真1)

人生の最終段階において望まれる医療的ケアに関する調査は、行政機関をはじめ、メディアなどが、盛んに行っている。どの調査の結果においても、国民の半数以上が、畳の上での安らかな最期を望んでいることがわかる。さらに、「どのような最期は迎えたくないか」という調査では、入院等による延命的な治療を大部分の国民が否定している。ところが、現実には、写真1のように、人工栄養、カテーテルによる導尿、オムツで、ベッド上の生活を余儀なくされ、褥瘡形成するなどして、呼吸器感染症で命を閉じる例もけっして少なくない。施設のケアの質が高ければ高いほど、療養期間が長期化する。こ

こでの療養者に笑顔はない。会話が可能な療養者からは処置の際に苦痛の訴えが聞かれるだけで、日常的な会話もない。

三大介護とは、食事、排泄、入浴といわれており、人工栄養と排泄ケアは表裏の関係性である。したがって、人生の終焉における人工栄養が否定されると、ケアの質が大きく変わる。ケアの対象者から、感謝の言葉が聞かれるようになれば、介護職らの生きがいもやりがいも、おのずと変わってくるはずである。

医療のパラダイムシフトは、介護のパラダイムを変えることになる。国民が望まない人工栄養管理が、今なお標準的に医療として行われている現状をなんとかするには、国民の意識を変えるだけでなく、医療者の行動変容こそが強く望まれる。

VII. これからの在宅医療

2025年にむけて地域包括ケアシステム構築という目標が設定されているが、医療や介護を提供する、新たな秩序となるだけでなく、高齢者をマジョリティとして構成される人類が未だ経験したことがない社会が国家として存続するための思想といってもよい。

厚労省検討会資料による医療介護専門職（医師・看護職員・介護職員・医療・介護その他の職員）マンパワーの必要量は、2011年度462万人に対し、2025年には約700万人と試算されている。2016年度医療介護専門職の大学や養成校の定員数は、医師、歯科医師1万2千人、看護師6万5千人、薬剤師1万人、PT、OT、ST1万5千人、介護職5万人と、15万人に及ぶと聞く。ざっくりとした試算となるが、新社会人の数人に1人が医療介護に携わり、2025年には労働者の数人に1人が医療介護職ということであろうか。社会の産業構造が変わることになる。

これからの地域医療の大きな柱として在宅医療が位置付けられることは間違いないものの20年後、団塊ジュニアが高齢者の仲間入りする

2035年には、おそらく在宅医療は看護職が主たる担い手となり、医療への依存度が高い療養者へのサービスも彼らに委ねられるのではないかと愚考する。確かにタスクシフティングに法制度の壁は高いが、ケア、ヘルス、ヒールだけでなく、療養環境整備なども含め在宅療養生活支援の多機能性を備えたその職能が生かされることになるのは間違いないと思っている。

国民の医療に対する期待が変わり医療の在り方が変わると、おのずと介護の質も変わる。その結果これからの在宅医療の姿は大きく変容するはずだ。

高齢者にとって、医学に生活を支配された状況での死が最善であるはずはない。超高齢社会における最善の医療とは、安らかに居心地の良い場所で看取ることでもあり、そのためには、その人らしい尊厳のある暮らしが担保されていなければならない。在宅医療は人生を支える医療であることに国民的合意が得られる日を心から待ち望んでいる。

参考文献

- 1) 大島伸一, 鳥羽健一, 和田忠志, 太田秀樹, 大島浩子, 三浦久幸: これからの在宅医療—指針と実務. 株式会社グリーン・プレス, 2016年7月15日.
- 2) 長尾和宏, 太田秀樹, 平田直: スーパー総合医. 地域包括ケアシステム, 株式会社 中山書店, P130-131, 2016年8月5日.
- 3) 宮島正行: クリニシアン. エーザイ株式会社, 63巻11・12合併号(通巻)653号, P62-68, 2016年11月1日.
- 4) 鈴木隆雄: 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. 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.
- 5) Jun Hamano, M. D., Takashi Yamaguchi, M. D., Ph. D., Isseki Maeda, M. D., Ph. D., Tatsuya Morita, M. D. et al.: Multicenter cohort study on the survival time of cancer patients dying at home or in a hospital: Does place matter?. *Cancer Volume 122, Issue 9, Pages 1453-1460, May 1, 2016.*
DOI: 10.1002/cncr.29844
- 6) 太田秀樹, 大島伸一, 鳥羽健一, 和田忠志, 大島浩子, 三浦久幸: 在宅新療0⇒100(ゼロヒャク)「地域包括ケアシステム構築のための7つの視点: 地域のケア力を高める街づくり」. 株式会社 ヘルス出版, 第1巻第4号, P329-332, 2016年4月20日.
- 7) 猪飼修平: 病院の世紀の理論. 株式会社 有斐閣, 2010年4月.