



かかりつけ医の 在宅医療

超高齢社会——
私たちのミッション



日本医師会

はじめに

日本医師会 会長 横倉義武

日本医師会は、わが国の医師を代表し、医療界全体をリードする唯一の団体です。その矜持をもって、多くの関係団体との連携の下に、これまでわが国の医療を牽引してきました。今後も日本医師会が『国民の健康と生命を守る専門家集団』としての役割を担い、その責務を果たしていくために『継続と改革』、『地域から国へ』をスローガンとして、『国民とともに歩む専門家集団としての医師会』を目指すことを掲げています。

『継続』とは、医師会設立の本意である「医師会は国民の生命と健康を守るために存在する専門家集団」として、実行し続けていくことです。そして、『改革』とは、非常に速いスピードで進行する医学・医療の進歩によって得られる恩恵を、国民が適切に享受できるよう、新たな仕組みを提案し、その実現を求めていくことであります。

日本医師会では、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う幅広い総合的な診療能力を有する医師」を『かかりつけ医』と定義しています。かかりつけ医は、日常の診療において、疾病の早期発見、重症化予防といった適切な初期対応を行うとともに、地域の医療・介護資源に応じて、専門医への紹介、症状改善後の受入れも行うなど多職種間との連携を図ります。

地域医療は、それぞれの地域で必要とされる医療を適切に提供していく仕組みが重要であり、その再興が求められています。また、疾病構造が変わり、疾病予防や介護予防も重要となるでしょう。

地域によって医療資源は異なっているため、将来の性別、年齢階級別の人口構成や有病率など、地域ごとに予測される医療ニーズをもとに、従来の概念から脱却したかかりつけ医機能を中心としたそれぞれの地域の医療提供体制を構築する必要があります。それが、国民にとっても医療提供者にとっても、望ましい医療体制の形となるのではないのでしょうか。

そうした中で重要視されている『在宅医療』は、地域のかかりつけ医が行ってきた「患者を最期まで責任を持って診る」という代表的な診療形態の1つであります。この推進のためにも日本医師会では、各都道府県医師会および地域医師会で研修会などを会員医師を対象に実施する際に使用するテキスト類を作成いたしました。かかりつけ医機能の一環として、在宅医療は外来診療の延長線上であると考え、質の向上を図る意味においても研修などでテキストをお役立ていただければ幸いです。

こうした活動を通じて、日本医師会は、地域で核になる在宅医療のリーダーの育成を支援していきたいと考えております。

最後に、日本医師会は先生方の地域での活動に支えられ、『国民とともに歩む専門家集団としての医師会』を目指し、世界に冠たる国民皆保険の堅持を軸に、国民の視点に立った多角的な事業を展開し、真に国民に求められる医療提供体制の実現に向けて、これからも国民とともに努力してまいります。

[監修]

公益社団法人 日本医師会

会長 横倉義武
副会長 中川俊男
常任理事 三上裕司
常任理事 高杉敬久
常任理事 鈴木邦彦

[企画]

公益社団法人 日本医師会 在宅医療連絡協議会

委員 池端幸彦
太田秀樹
梶原 優
篠原 彰
白髭 豊
土橋正彦
新田國夫
(五十音順)

[企画協力]

一般社団法人 全国在宅療養支援診療所連絡会

contents

目次

1	かかりつけ医機能と基本理念6	日本医師会常任理事 鈴木邦彦
2	かかりつけ医に求められる在宅医療14	医療法人社団つくし会 理事長 新田國夫
3	在宅医療と地域包括ケアシステム20	独立行政法人 国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦久幸
4	かかりつけ医と多職種協働27	篠原医院 院長 篠原 彰
5	高齢者の在宅医療	
	① 脳卒中とリハビリ34	東京都リハビリテーション病院 医療福祉連携室 地域リハビリテーション科 科長 堀田富士子
	② 肺炎 COPD40	医療法人社団パリアン クリニック川越 副院長 中島一光
	③ 認知症46	医療法人あづま会 大井戸診療所 理事長・院長 大澤 誠
	④ 緩和ケア52	医療法人 白髭内科医院 院長 白髭 豊
6	介護保険制度の活用60	土橋医院 院長 土橋正彦
7	退院支援・調整66	医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長 池端幸彦
8	かかりつけ医と後方支援73	医療法人弘仁会 理事長 梶原 優
9	在宅医療の過去・現在・未来77	医療法人アスムス 理事長 太田秀樹

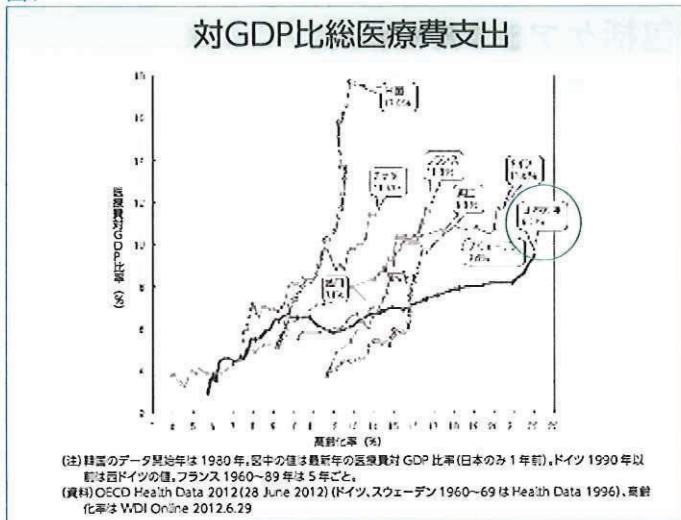
1

かかりつけ医機能と基本理念

日本医師会常任理事 鈴木邦彦

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

図1



はじめに

わが国の医療は、平等で患者にとっても自由であるだけでなく、質が高く、しかもそれを既に世界一の高齢化率であるにも拘らず、先進各国中でも低いコストで提供しており、世界的な評価は極めて高い(図1・表1)。

わが国の医療モデルは、明治20年代に西南戦争後の緊縮財政により公的病院が閉鎖されたときに、当時の最高レベルの医師であった

表1

世界の医療の評価

	平均寿命	健康状態の自己評価	若年死亡率	がんによる死亡率	循環器疾患による死亡率	呼吸器疾患による死亡率	糖尿病による死亡率	筋骨格の疾患による死亡率	精神疾患による死亡率	乳児死亡率	医療事故による死亡率
オーストラリア	B	A	A	A	B	B	B	C	B	C	D
オーストリア	C	A	A	B	D	A	D	A	A	A	D
ベルギー	C	A	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	B	n.a.
カナダ	B	A	B	B	B	B	C	C	B	C	B
デンマーク	D	A	B	D	C	C	B	D	D	B	A
フィンランド	C	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
フランス	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
ドイツ	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
アイルランド	C	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
イタリア	B	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
日本	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
オランダ	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
ノルウェー	B	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
スウェーデン	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
スイス	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
イギリス	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
アメリカ	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

※The Conference Board of Canadaが作成したものを和訳して引用(<http://www.conferenceboard.ca/hcp/default.aspx>)

2010~2012年の各国公表データに基づいた比較

帝国大学出身者が、続々と病床を持って開業していったことにより、世界の三原理の一つである『所有原理』として確立していった¹⁾。ちなみに、ほかの2つは、ヨーロッパの『身分原理』とアメリカの『開放原理』である(図2)。

イギリスや北欧のGP(General Practitioner; 家庭医)は、富裕層を診る専門医に対して、庶民を総合的に診る医師として出発しているが、わが国では、最上位の帝大出身の医師が、病床を持って開業し、医師会の基礎を築くとともに、戦前には大病院で専門医として臨床経験を積んだ医師が開業する今日のスタイルも確立している。当時は10床以上が病院だったので、1~9床の診療所は有床診療所となり、今日わが国の医療における特徴である中小病院と有床診療所が多い原因となっている。

わが国の医療が、今日世界でも極めて評価が高いレベルにまで発展した理由は、そうした民間中心の医療提供体制と、昭和36年に確立した公的国民皆保険制度の両者が絶妙にマッチし、先進各国が高齢化と医療費抑制のために目指している“公+民のミックス型”をいち早く実現したためである。その観点からは、公営医療のイギリスや北欧は民営化の推進を通じて、市場原理中心だったアメリカはオバマ政権による皆保険を通して、それぞれ日本型に近づいているともいえる²⁾。

かかりつけ医機能の充実と在宅医療の必要性

わが国には、歴史的経緯により中小病院と有床診療所が多く、専門医が開業するスタイルとなっているが、それらは低コストですき間を埋めて充実した医療を提供するとともに、GP制度の国では病院で受けなければならないセカンダリケアをプライマリケアレベルで提供することにより、医療費抑制にも計り知れない貢献をしてきた(図3)。

そして、かかりつけ医機能を持つそれらの200床未満の中小病院、有床診療所と診療所は、これからの超高齢社会においてもさらに

図2

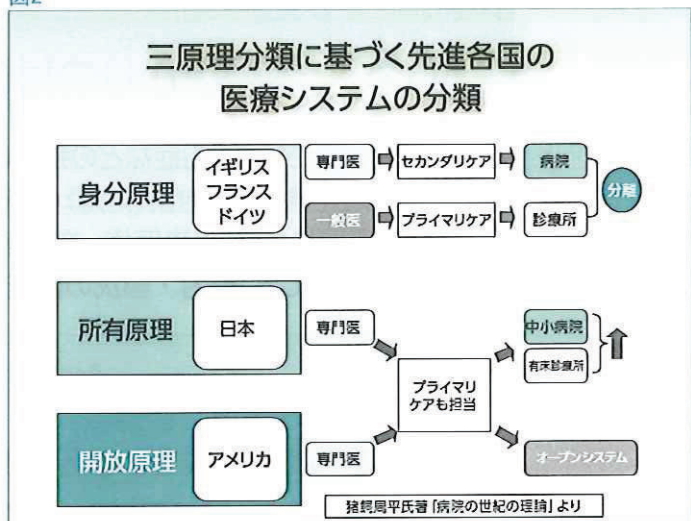
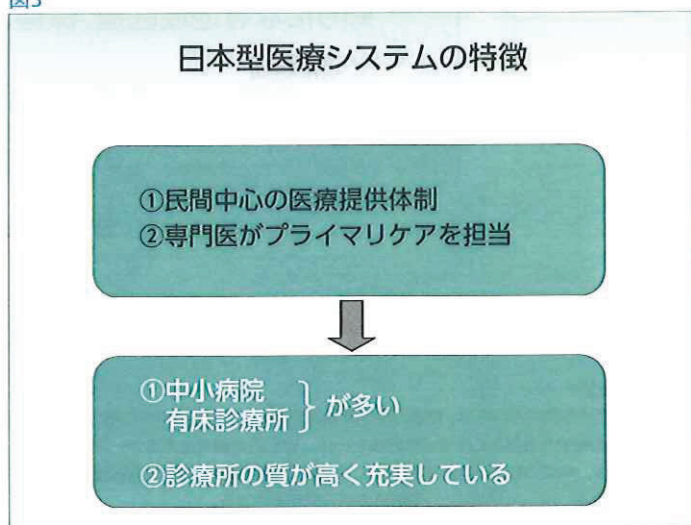


図3



重要な役割を持つことになる。

ところで、日本医師会ではかかりつけ医を次のように定義している(表2)。すなわち「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。

さらにかかりつけ医機能は医療的機能と社会的機能に分けられる(表3)。

そのうち、医療的機能とは、以下のとおりである。

- ・日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己範疇を超えるケースに対しては、

表2

かかりつけ医機能の推進

超高齢社会では、認知症などの疾病に加え、高齢者の日常生活の不具合も含めた早期発見、早期治療(対応)の必要性が高まり、かかりつけ医の役割はますます重要になる。外来医療、在宅医療に適切な資源を投入し、「かかりつけ医」を中心として、患者・国民の健康に幅広く対応していく。

かかりつけ医とは

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師



公益社団法人 日本医師会

表3

かかりつけ医機能

医療的機能

- ・日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、自己の専門性に基づき、医療の継続性を重視した適切な診療を行い、自己の範疇を超えるケースに対しては、地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介(病診連携・診診連携)を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。
- ・自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する。

社会的機能

- ・日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

公益社団法人 日本医師会

- ・日常行う診療の他には、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

日本の『総合診療医問題』と各国の医療制度の問題点

かつては、専門医が病院勤務を経て開業しても、大学の医局よりさまざまな病院に出張する中で、自然に幅広い診療能力を身につけることができた。しかし、最近では若手医師の専門医志向が強まり、開業しても専門医療のみを提供することを希望する医師が増加し、全体としてかかりつけ医機能が低下する状況となってきている。

昨今話題となっている総合診療医問題も、

地域における連携を駆使して、的確な医療機関への紹介(病診連携・診診連携)を行い、患者にとって最良の解決策を提供する。

- ・自らの守備範囲を医師側の都合で規定せず、患者のもちかける保健、医療、福祉の諸問題に関し、幅広く相談できる医師として全人的視点から対応する。

また、社会的機能とは以下のとおりである。

図4

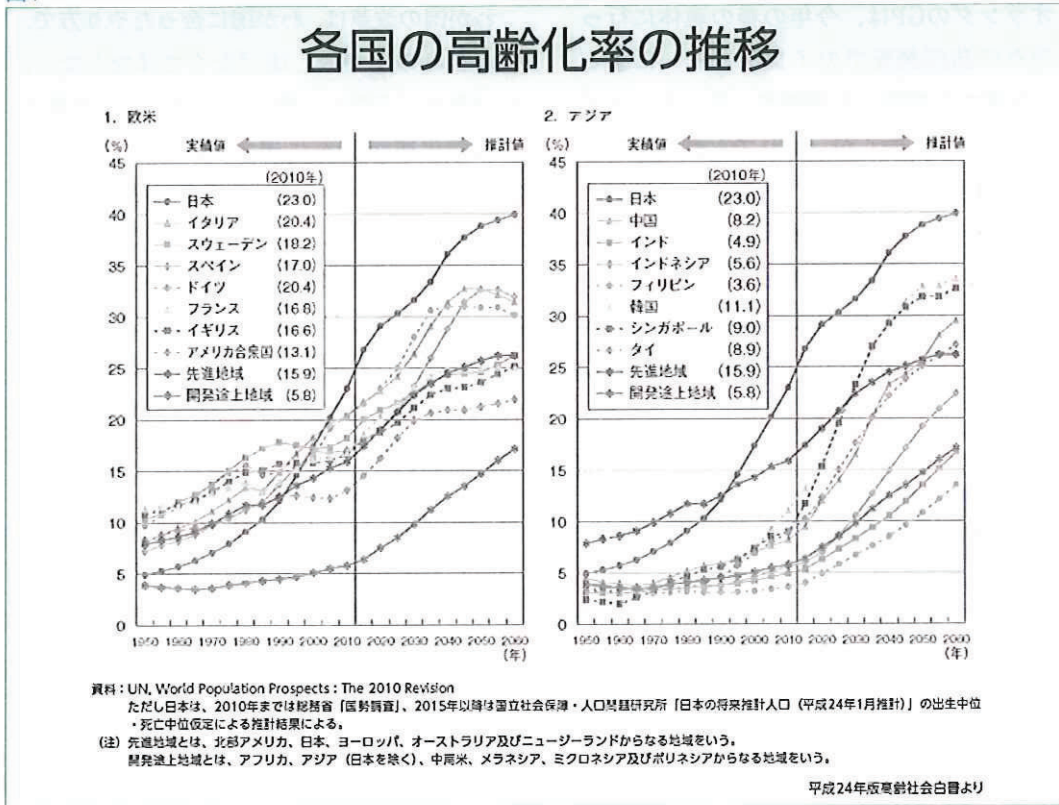
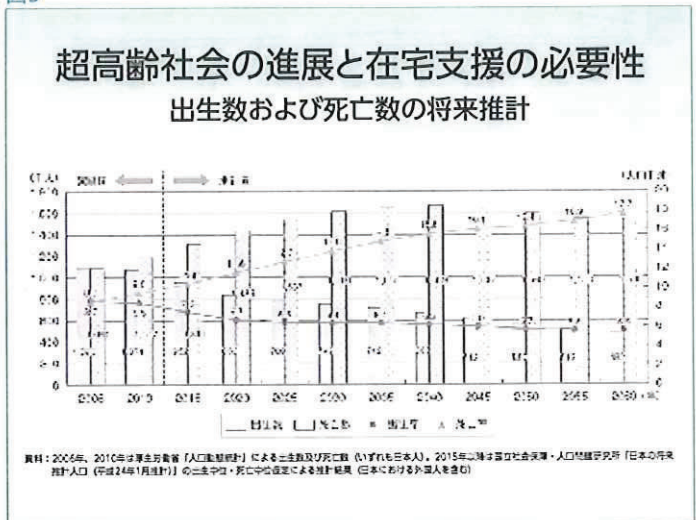


図5



このかかりつけ医機能の低下に対する1つの動きである。わが国にもイギリスや北欧のようなGPとそれによる人頭制やゲートキーパー制を導入しようとしている方々がいるが、わが国の医療の歴史的経緯と成果を無視した話は成立しない。

イギリスのGPについては、我々の2度に渡る訪問調査によると、今やイギリスの診療所には平均4~5人のGPがおり、住民はGPではなく診療所に登録するため、誰が診ても文句は言えない。しかも義務は朝8時から夕方5時までで、夜間の対応は選択制だがほとんどのGPは選ばないため、時間外は誰がいるかわからないOOH（Out of Hours）と呼ばれる時間外専用の診療所に行く必要がある。さらに、診療所内に複数のGPがいて差別化ができないため、それぞれ研修を受けて皮膚科や整形外科のようなGPSI（GP with Special Interest）と呼ばれるサブスペシャリティを持つようになってきている。イギリスのGPは、保守党サッチャー政権下の新自由主義的改革により医療崩壊が起きたため、労働党ブ

レア政権による好景気に支えられた「第三の道」と呼ばれた改革により優遇された。しかし、現在は再び保守党中心のキャメロン連立政権となっており、医療費抑制と民営化の推進が強化されている。イギリスでは、現在医療費抑制のために病院のセカンダリケアをGPのプライマリケアに下ろそうとしているが、GPと専門医が完全に分断されているためにうまくいっていない²⁾³⁾。

オランダのGPは、今年の春の連休に行った我々の訪問調査でのインタビューによると、在宅での看取りを積極的に行うなどイギリスよりはよく働くが、それでも義務は同じく朝8時から夕方5時までで、時間外の当番が月3回あるが、有給休暇が年に6週間、教育のための有給休暇がさらに2週間あり、どんなに遅くても65~67歳までには引退してセカンドライフを楽しむ、とのことであった⁴⁾。

わが国の改革は、わが国に合ったやり方で、我々自身の手で成し遂げなくてはならない。なぜ改革が必要かと問われれば、ピーク時には高齢化率が40%に達する世界一の超高齢社会の進展の中で、ますます重要となるかかりつけ医機能が低下してきているからである(図4)。超高齢社会では慢性疾患の長期的管理が重要になるとともに、今後わが国では亡くなる方が大幅に増加するため、都市部を中心にして病院以外の看取りの場を確保する必要がある(図5)。病院、特に中小病院や有床診療所は引き続き重要な看取りの場であるが、自宅は超高齢化に伴う独居や老老世帯の増加により家族介護力が低下するため大幅に増やすことは難しい。今後は、老健や特養などの介護保険施設やサービス付き高齢者向け住宅(サ高住)など自宅以外での在宅での看取りを増やす必要があり、在宅医療のニーズが増加する(図6・7)。

かかりつけ医は、かかりつけの患者をできるだけ長く診ることが本来の姿である。長年かかりつけの患者が高齢や病気で通院できな

図6

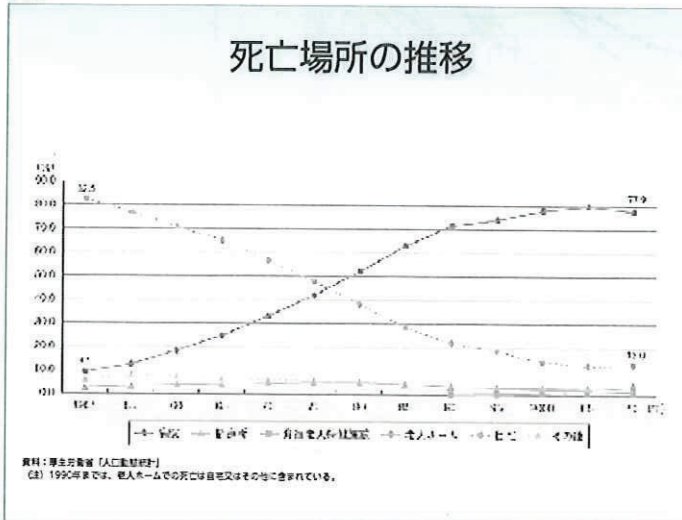
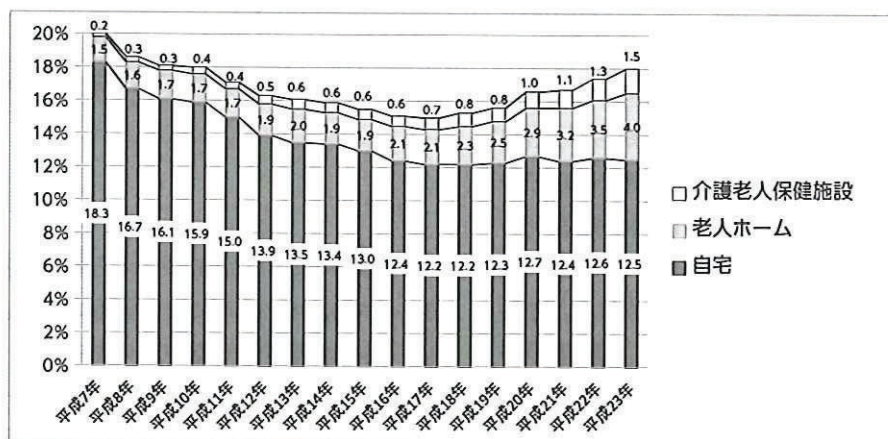


図7

死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率 (介護老人保健施設、老人ホーム、自宅)



(注) 介護老人保健施設
 要介護者に対し、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話を行うことを目的とした施設で、介護保険法による都道府県知事の許可を受けたものをいう。
 老人ホーム
 養老老人ホーム、特別養老老人ホーム、軽養老老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

近年、自宅に比べ、介護老人保健施設や老人ホームでの死亡率が増加傾向にある

出典：平成23年人口動態調査

なくなった場合には、患者の希望があれば在宅に出向いてでも診させていただき、看取りまでさせていただくのが、かかりつけ医としての自然な形であろう。ただし、わが国においてもひとりの医師が24時間365日診続けることは次第に困難になると考えられるため、中小病院や有床診療所への入院の活用や、診療所の医師の複数化やグループ化が考えられており、診療報酬上も評価されている（図8・9）。

かかりつけ医と地域包括ケアシステム

今後、わが国において必要な医療は2つある。1つは高度急性期医療であり、もう1つは地域に密着した医療である。このうち、前者のニーズは人口や若年層の減少により低下していくが、後者のニーズは超高齢社会の進行に伴ってますます増加していく（図10）。

地域に密着した医療の担い手は、かかりつけ医機能を持つ中小病院や有床診療所と専門医が開業するため質が高く、設備も整っており、検査、診断、治療からときに投薬、健診まで高齢者に便利なワンストップサービスが可能な、日本型診療所である。それらが互いに協力して在宅医療を支えるとともに、在宅における訪問看護、訪問リハビリや訪問介護などの多職種連携を通じて医療と介護をつなぐ必要があるが、そのリーダーとなるのはかかりつけ医である（図11）。

わが国のかかりつけ医は総合力を持った専門医であるので、わが国の在宅医療においては内科系や外科系のかかりつけ医が眼科や耳鼻咽喉科などのかかりつけ医とチームを組むことにより、在宅においてもより専門的な医療を提供することが可能となる。

世界に類をみない超高齢社会となるわが国においては、すべての方々が在宅で診ることは不可能である。幸いわが国には身近に入院もできる中小病院や有床診療所、高齢者に便利なワンストップサービスが可能な日本型診療所が存在する。それらの貴重な既存資源を活用するとともに、重度者は特養や老健など

図8

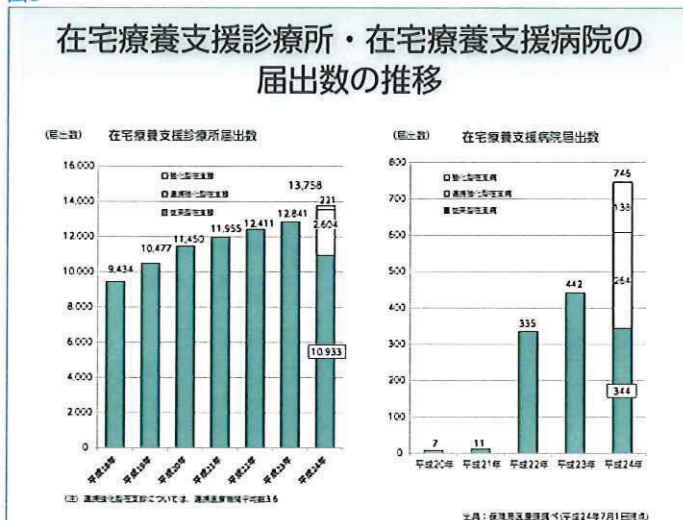


図9

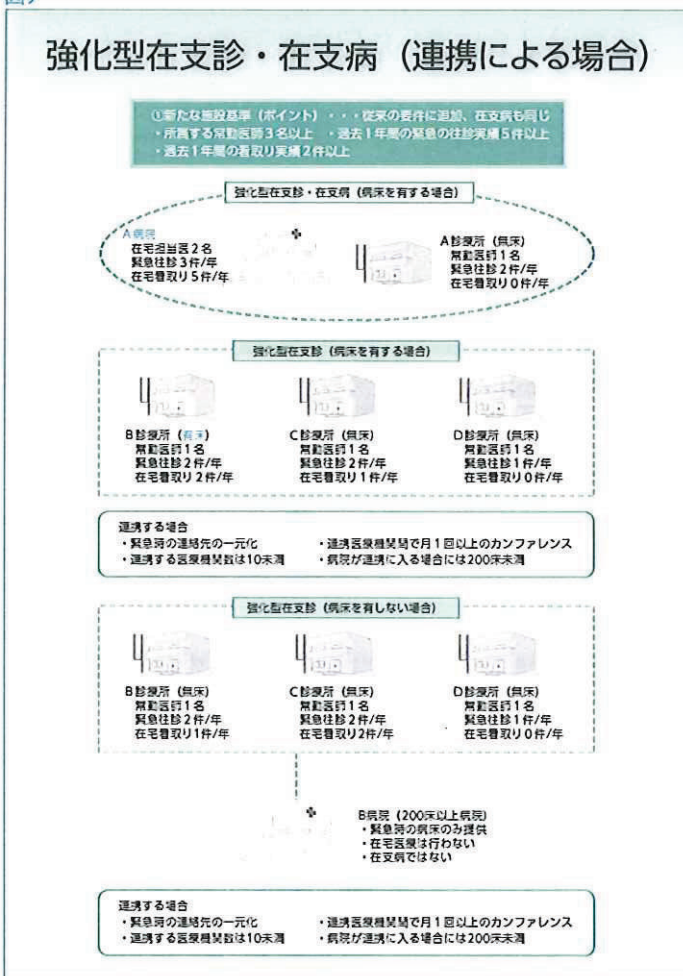


図10

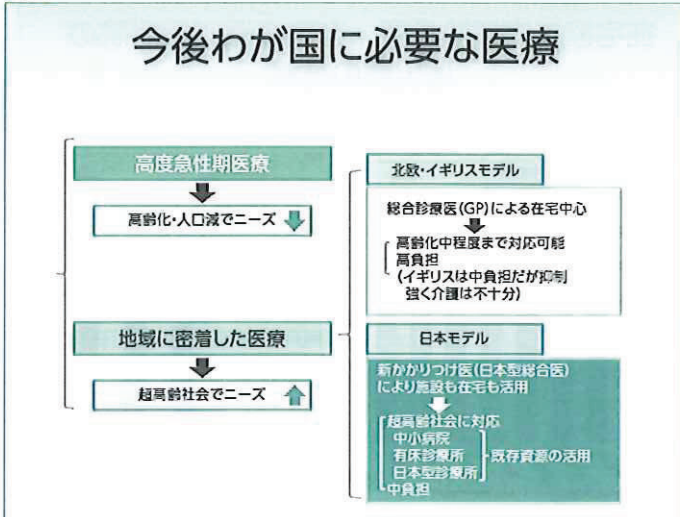


図11

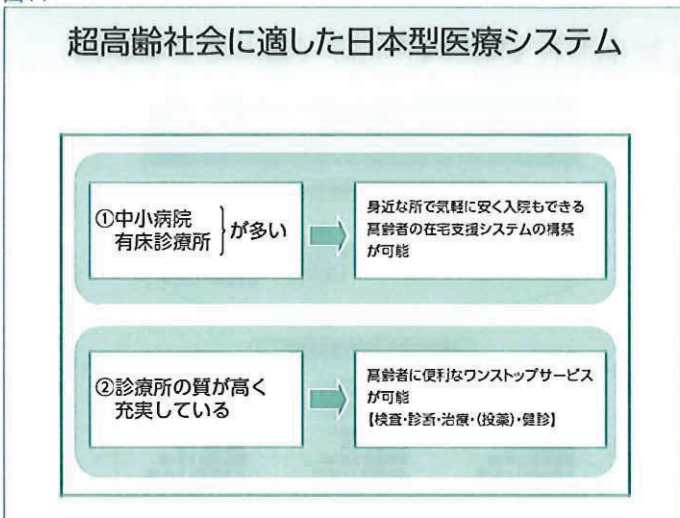
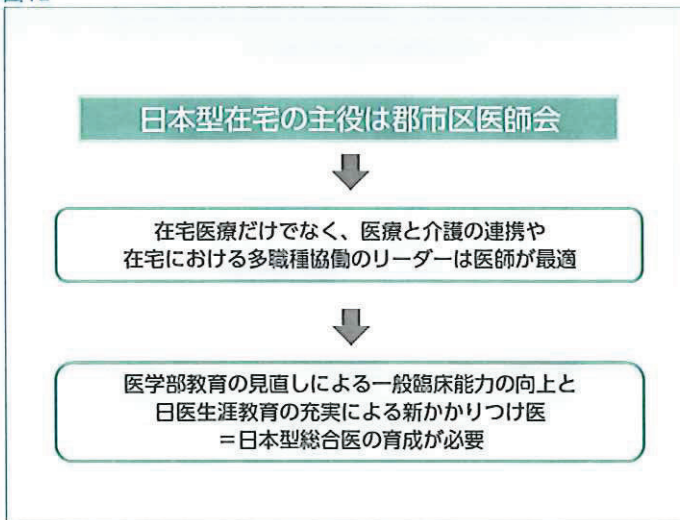


図12



の施設入所も利用する日本型高齢者ケアシステムが必要であり、それが全国の市町村ごとや人口10~20万人ごとに整備されれば、わが国の『地域包括ケアシステム』が完成することになる。

おわりに

かかりつけ医機能の充実のためには、在宅医療だけでなく、日本医師会が提唱している医学部教育の見直しによる総合診療能力の強化や、かかりつけ医になる際の日本医師会の生涯教育の充実も必要である。それらの研修と実践を通じて育成された総合力を持った専門医こそが、新かかりつけ医、即ち『日本型総合医』となって、わが国の地域医療の中核を成す存在とならなくてはならない。

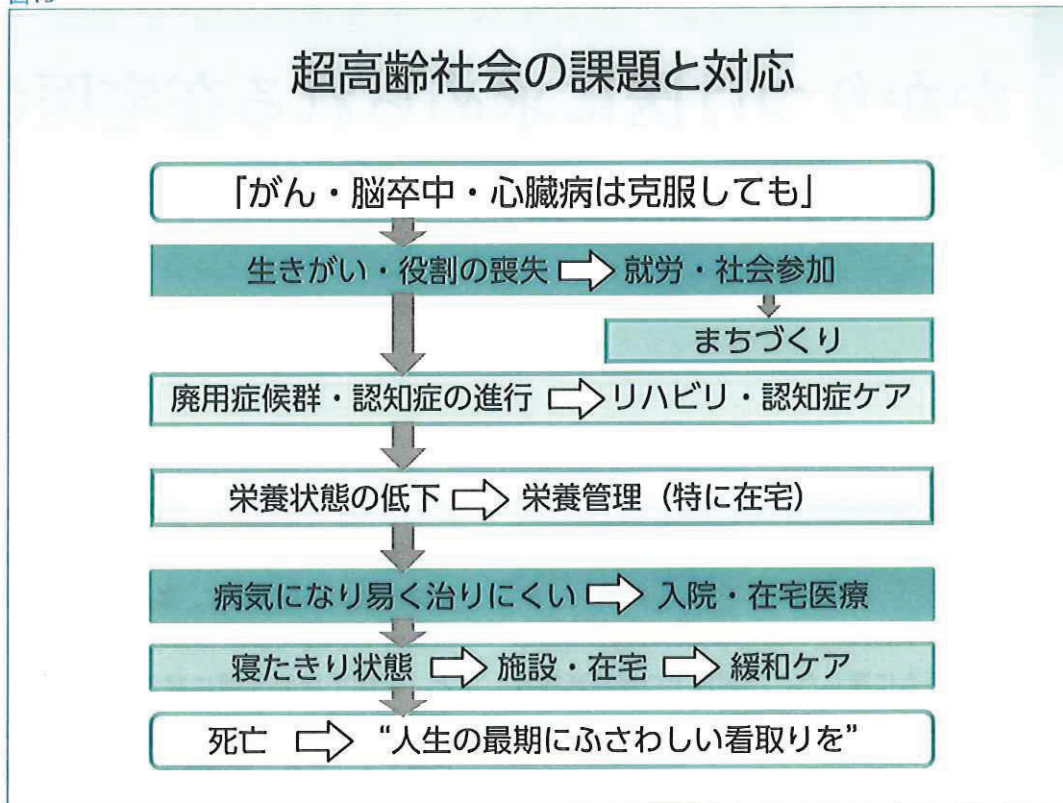
施設も在宅も活用する日本型高齢化ケアシステムをマネジメントするのはかかりつけ医であり、郡市区医師会の役割は今後ますます重要となる(図12)。

超高齢社会においては、がん・脳卒中・心臓病を克服した方でも、生きがいや役割を喪失すれば、廃用症候群や認知症が進行する。わが国は健康寿命でも世界一であるが、今後は生きがい就労を含む高齢者の就労や社会参加が必要となる。高齢者にとって住みやすいまちづくりは障害者を含むすべての世代の人々にとっても住みやすいまちづくりである。

廃用症候群や認知症の進行をできるだけ遅らせるには、リハビリや認知症ケアの役割が大きい。特にできるだけ長く住み慣れた所で暮らすためには栄養管理が重要である。徐々に虚弱になると病気になりやすく、かつ治りにくくなるが、具合が悪くなったら在宅医療を受けたり、ときに中小病院や有床診療所へ入院することになる。

やがて寝たきりに近い状態になって在宅が困難となれば、施設へ入所する方も出てくる。2人に1人ががんに罹り、3人に1人ががんで亡くなる時代となるが、末期の状態となれば緩和ケアの出番である。

図13



いずれすべての方が亡くなるわけだが、世界でもっともすぐれた医療・介護制度を持ち、世界でもっとも長寿のわが国における、人生の最期にふさわしい看取りが求められる(図13)。

全国において市区町村ごとや人口10~20万人ごとに地域性に応じたサイズで、『郡市区医師会』が中心になって、行政と連携して中小病院や有床診療所の入院や、老健や特養への入所も、自宅やサ高住などでの在宅も活用した日本型高齢者ケアシステム=『地域包括ケアシステム』が確立し、“顔の見える関係”の中で看取りまで行えるようになれば、救急車で施設からいきなり救命救急センターに搬送されるようなこともなくなり、高度急性期医療と地域に密着した医療それぞれの本来の役割が効率的に果たせるようになるであろう。

参考文献

- 1) 猪飼周平：病院の世紀の理論，有斐閣，2010.
- 2) 鈴木邦彦：日本医師会・民間病院イギリス医療・福祉調査団報告書Ⅱ，博仁会，2012.
- 3) 鈴木邦彦：民間病院イギリス医療・福祉調査団報告書，博仁会，2009.
- 4) 鈴木邦彦：日本医師会・民間病院オランダ医療・福祉調査団報告書，博仁会，2013.

2

かかりつけ医に求められる在宅医療

医療法人社団つくし会 理事長 新田國夫

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

はじめに

現在、65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,074万人に達した。75歳以上の後期高齢者は1,517万人、総人口の11.9%を占める（平

成24年9月15日現在）。この75歳以上の後期高齢者は、2030年には20%に急増する。また、家族形態に変化が生じ、単身高齢者世帯は平成22年の24.2%から38%となる。内訳をみると、全国平均35%増に対して、東京都40%増、首都圏平均は70%、死亡者数は160万人に達する。また、要介護者は19.8%、認知症高齢者は470万人（2025年）となる（表1）。

65歳から74歳までの前期高齢者は、健康度が高く活動的で、社会貢献度も高く、心身機能を維持している。しかしながら後期高齢者になると、心身の機能減弱が顕在化する。老年症候群として虚弱、認知症も増加する。要介護高齢者は前期高齢者の高齢者全体を占める割合が2.3%であるのに比較し14.3%に増加し、要介護認定者に占める割合では、86.4%が後期高齢者である（表2）。

表1

後期高齢者の急増	11.2%(2010年)	19.7%(2030年)
単身高齢者世帯の急増	24.2%(2010年)	37.7%(2030年)
死亡者数の急増	119万人(2010年)	160万人(2030年)
要介護高齢者の急増	15.9%(2007年)	19.8%(2030年)
認知症高齢者の急増	280万人(2010年)	470万人(2025年)

厚労省平成24年9月6日介護保険最新情報、平成23年版高齢社会白書、平成24年版高齢社会白書、厚労省平成22年人口動態統計月報年計（概数）の状況、2012年みずほコーポレート銀行調査、特異日本医療の中期展望—日本産業が輝きを取り戻すための有識分野を深る—みずほコーポレート銀行産業調査部作成より

表2

前期高齢者(65~74歳)			
<ul style="list-style-type: none"> 健康度が高く活動的 社会的貢献度(プロダクティビティ)も高い 就労意欲が高く欧米に比し就労率が高い 			
後期高齢者(75歳以上)			
<ul style="list-style-type: none"> 心身の機能の減衰が顕在化 老年症候群、虚弱、認知症が増加 医療機関受診の割合が高い(85.8%) 要介護認定者の割合が高い(86.4%) 			
要介護認定者数(厚労省 2010)			
	認定者数 (千人)	高齢者全体に 占める割合(%)	要介護認定者に 占める割合(%)
前期高齢者	654	2.3	13.6
後期高齢者	4,152	14.3	86.4

超高齢社会の基礎知識 国立長寿医療研究センター研究所 鈴木隆雄 抄訳

介護が必要となる その原因は

要介護の原因をみてみると、疾患としては脳卒中、認知症、衰弱、関節疾患、転倒・骨折となっている（図1）。

年齢別にみた原因を示す。2001年統計では、60歳代では脳卒中がもっとも多く、年齢が進むにつれ、多疾患となり、80歳代を超えると、衰弱、認知症、転倒・骨折が多くを占めることになる。60歳代からの多疾患は、がん、心臓病、肺疾患、糖尿病など多疾患によるものと思われる（図2）。

この中で特記すべき点は、認知症高齢者の増加である。平成22年（2010年）認知症高

高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の方が208万人(7.2%、65歳以上の人口に対する比率)であったが、平成32年(2020年)には289万人(8.4%)になる。そして、この認知症高齢者の50%が居宅に暮らしているという予測である(表3)。

かかりつけ医の義務と求められていること

かかりつけ医には、こうした高齢社会への対応が求められる。前期高齢者で求められた、臓器疾患に伴う高血圧、糖尿病、高脂血症、がん対策などのヘルスケアなどは深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野でみる必要がある。特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患の情報を共有し、統合しなければならない。体の一部だけを診察することではなく、全体的多疾患に対応することが求められる。このような総合的な診療能力を有することは、かかりつけ医の要件である必要性が生じてくるのである。

65歳以上になると、平均して4個以上の病気を持っている。したがって、自分の能力を超えるような問題については、専門医への紹介、相談が必要になるが、それでも幅広い疾患に対応する必要がある。病気のうち75%は、かかりつけ医による対応が可能といわれている。さらには、地域住民が生まれてから死に至る間に抱える医療を、患者や、患者の家族の人生とも向き合いながらカバーする必要性も考えられる。それは患者の体、臓器のみをみるのではなく、精神的、心理的問題、社会的問題にも対応できるということである。

それは具体的には生活機能の維持・向上をマネジメントし、暮らしの場でQOLの向上を支援することである。今ある病気のみではなく、将来予想される病気に対しても予想しながらアプローチすることが求められる。頻度が高い慢性疾患は、継続してみるのが重要である(表4)。

図1

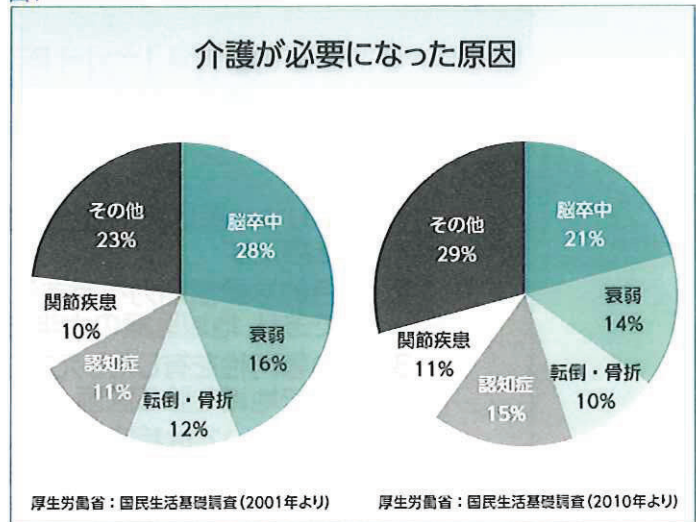


図2

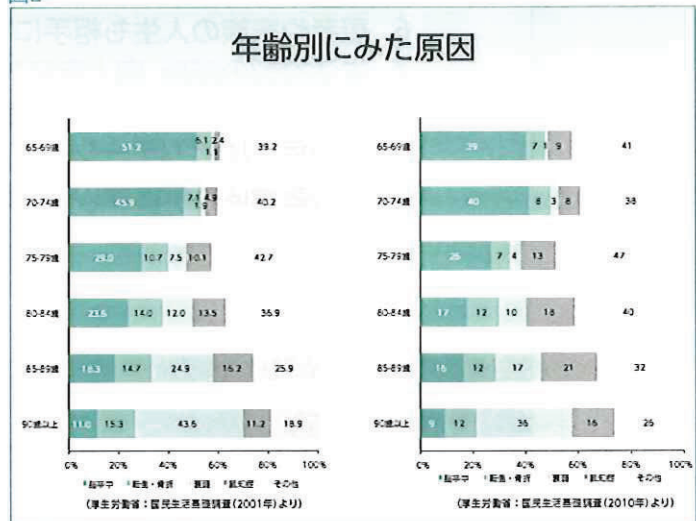


表3

(参考：平成15年 高齢者介護研究会報告書) (単位：万人)

将来推計(年)	平成14年(2002)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)
日常生活自立度Ⅱ以上	149	208	250	289	323
	6.3%	7.2%	7.6%	8.4%	9.3%

認知症高齢者の居場所別内訳(平成22年9月末現在) (単位：万人)

	居宅	特定施設	グループホーム	介護老人福祉施設	介護老人保健施設など	医療機関	合計
日常生活自立度Ⅱ以上	140	10	14	41	36	38	280

※施設別の状況により合計は一致しない。
 ※介護老人保健施設などには、介護療養型医療施設が含まれている。
 平成24年9月6日 厚生労働省 老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室 介護保険最新情報より

かかりつけ医の重要な役割

- 1 かかりつけ医は高齢社会における健康寿命の確保に重要な役割を果たす
- 2 総合的な診療能力を有することはかかりつけ医の持つべき要件であり、地域医療の大半を支える
- 3 深い専門性を有したうえで、総合的な診療能力を持ち、幅広い視野で地域を診る医師
- 4 地域においては特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括する
- 5 地域住民の生まれてから死に至る間に様々な患者が抱える医療をカバーする
- 6 患者や家族の人生も相手にする
- 7 生活機能の維持、向上をマネジメントする
- 8 暮らしの場で QOL の向上を支援する
- 9 認知症、リハビリテーション、がん緩和ケアにかかわる
- 10 在宅医療は外来医療のその先の医療

治療のためだけでなく 生活を支えるために

そのために、かかりつけ医は何をするのか。予防も含めたすべての医療的問題にかかりつけ医として関与し、患者・家族とともに医療的問題の解決を考えてみる。

今後、後期高齢者の増加が要介護者の増加をもたらす。患者が要介護になったとき、その多くは、高齢に伴って生じる疾患であり、通院が不可能となる。その予防的対応とともに、かかりつけ医には在宅で療養する高齢者への訪問診療が求められる。

今後の超高齢時代では、国民医療費の50%以上がこのような後期高齢者に使われる。複数の慢性疾患を持った高齢者対策として、単に外来診療のみではなく、訪問診療が必要となる。医師による訪問診療は、在宅医療の出発点であり、基本である。しかし、訪問診療のみでは高齢者を支えることはできない。訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理、訪問リハビリテーションの統合的利用により、十

分な機能を発揮させることが求められる。

在宅医療は外来医療のその先の医療である。外来患者の継続的医療が在宅医療であり、それが終末期まで続く。すなわち在宅医療とは、患者の生活そのままを支える医療である。そして、その目的は疾病の治療、延命からADL・QOLの向上へ、対象は疾患から障害へと変化する。訪問することによる、認知症、脳卒中後遺症、虚弱、関節疾患、骨折後遺症、糖尿病、心血管疾患、COPDなどに対する日常生活支援が必要になる。

また、その場合には、介護が必要になる。医療、介護の連携といわれるが、単なる連携では利用者にとって最適なものになりにくい状態がみられる。むしろかかりつけ医には、統合的な機能の中心としての役割を果たすべきときが来ているといえるだろう。

さらにここに終末期医療が加わる。がんの終末期医療としては緩和ケアに対して習熟が求められる。がん以外の高齢者では摂食嚥下ができなくなり、終末期の最善の医療への視点と、その対応が求められる。脳卒中の後遺

症に伴う機能低下に対してのリハビリの知識も必要となる。かかりつけ医が持つリハビリ知識により、廃用症候群を防止可能にするのである。またこの知識は、高齢者の肺炎などの治療後に伴うADLにも応用が可能である。

認知症への対応はその生活障害と、家族を支援することが重要である。BPSDへの早期の気づきにより、重度化の防止が可能になる。単に外来医療では気づくことが不明な環境因子も、訪問することにより見つけることができるのである(表5)。

家族と連携し地域と繋がる 包括的なケアを目指して

在宅医療はその家族を知ることも重要な視点である。我が国の家族形態としては高齢者世帯、高齢者単独世帯が増加しているが、要介護者からみた主な介護者は配偶者が25%、子供が17.9%、子供の配偶者が14.3%である。また性別にみると男性が28%、女性が約72%となっている。さらには要介護者と同居

表5

かかりつけ医は何をするのか

- 1 すべての医療的問題を解決する
- 2 在宅医療
- 3 慢性患者の治療、療養支援(認知症、糖尿病、COPD、骨粗しょう症、心血管疾患など)
- 4 予防(ヘルスケア)
- 5 終末期医療

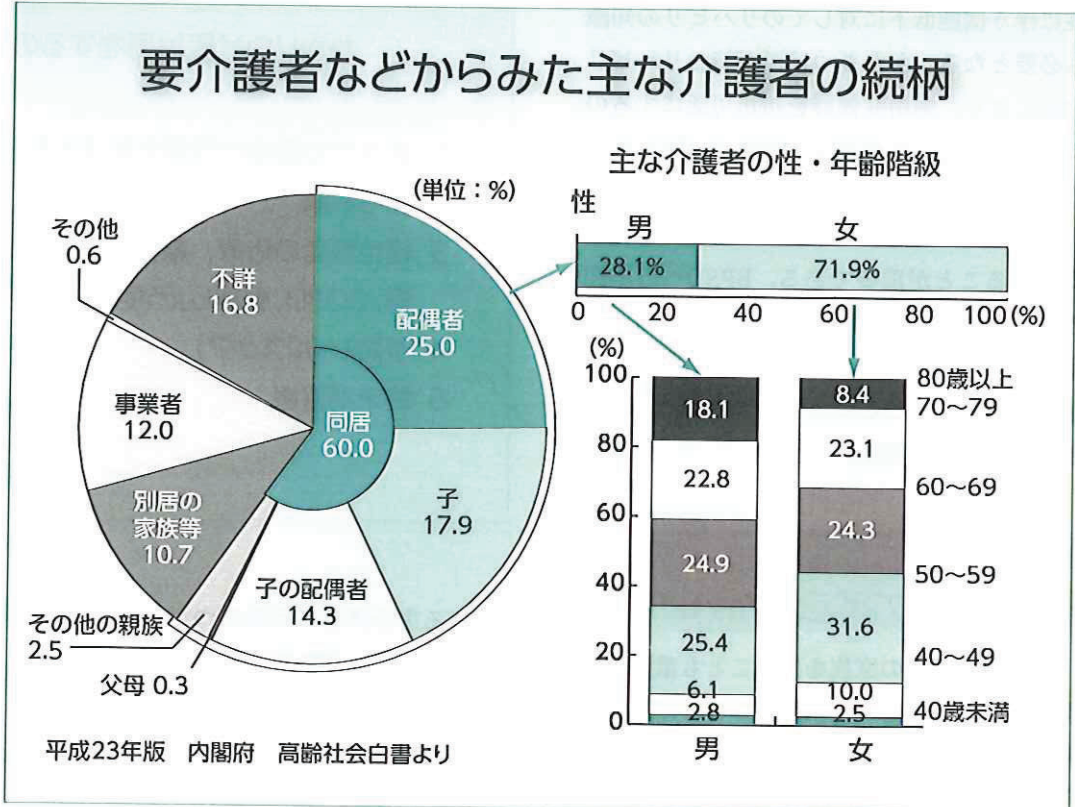
している主介護者の年齢についてみると、男性では65.8%、女性では55.8%が60歳以上であり、いわゆる老老介護が相当数存在している。介護保険を利用しているとはいえ、家族の精神的、身体的負担は大きいものがある。かかりつけ医にはその負担を超えるものを探すこと、家族に寄り添うことから始めることが求められる。

表6

地域包括ケアにおける かかりつけ医の在宅医療

- 1 在宅医療を地域で支える多職種、同職種スタッフによる連携
- 2 病院、在宅医療スタッフの相互理解、円滑な連携
- 3 医療、介護、福祉、生活支援を一元的に提供するトータルコーディネーターの役割
- 4 超高齢者に応じた医療対応
- 5 高齢者住宅、グループホームなど、多様な暮らしの中で支える
- 6 生活の質の向上のために地域社会における役割を果たす
- 7 治す医療から支える医療へ
- 8 連携から統合へ

図3



制度としては、今年度の新しい介護保険給付の在り方で、この問題が解決する方向性が示されている。介護保険成立後10年が経過した現在、『地域包括ケア』の概念が取り入れられた。地域で暮らすことを可能にするために、『地域包括ケア』における在宅医療が求められている。在宅医療は『地域包括ケアシステム』の主要な柱である。地域において医療と介護が統合しなければ、このシステムは機能しない。その中心的役割がかかりつけ医の在宅医療なのである。

かかりつけ医が行う在宅医療は一人で行えるものではない。地域で支えるあらゆる職種、家族との共同作業である。しかしその主軸はかかりつけ医と患者である。患者、そしてその家族もまた、かかりつけ医にさまざまなことを“託す”関係性が求められる。

また、病院から退院する患者に対しては、病院スタッフとの相互理解が求められる。急性期病院からの退院時には、病気を持った生活者の視点への転換を考えることにより、地域住民の病院から地域への流れも可能にす

る。たとえ、病気を持ったとしても生活の継続性を保障することがこれからの超高齢時代にふさわしい目的であり、そのためには、円滑な地域との統合が必要となるだろう。

今後の医療は『連携』から『統合医療』としての考えが必要である。病院医療においても求められるのは単に臓器疾患の医療のみではなく、退院後の生活を見据えた医療であり、在宅では統合ケアとしての横のつながりが必要とされる。生活の向上のために、“治す医療”から“支える医療”があり、そのための地域包括ケアの統合された関係性があるこそ、一人一人の高齢者を救うことが可能となる(図3・表6)。

おわりに

在宅医療は、病院医療の延長線上にあって、医療の質を評価してきた従来の医療とは違う。患者の立場からすれば、医療において最も求められるのは自分の病気が的確な治療に

より治ることであろう。したがって質の高い医療は、患者がよく治る医療としている。しかしながら在宅医療は、先端医療では対応不可能な病気を持った患者に対応しており、従来の医療の質の評価の延長線上の範囲で語ることはむずかしいものがある。このことは医療のパラダイム変化として語られ、ケアからケアと言われている。

その軸は、治癒不可能な病態を持った患者を、いかに終末期まで生活の質を確保しながら医療対応するかにある。的確な治療により治ることではなく、的確な対応の中に、満足度を高めることである。

往診は病院・診療所を問わず第一線の医療機関にとって、欠くことのできない医療形態であり、入院、外来医療と比べ医療の本質においてなら変わるわけではないが、外来診療の延長では済まされない“あるもの”を持っている。

往診は医療形態としては救急医療と外来診療の中間に位置するものだと思うが、こういった特徴も往診の“あるもの”を指している。この『往診』という言葉が『訪問診療』に変えてみよう。

“あるもの”とは何か。臨床医は経験的に習熟した勘や人生観で外来診療を補い、一方病院では専門医療にとどまっているが、今後は超高齢時代にふさわしい医療の展開が必要になる。すなわちそれは“新しい価値観を持ち、終末期医療にも対応可能な医療”である。それが在宅医療なのである。在宅医療はこれまでの医療対応のみではなく、社会性、環境、家族にも対応した医療であると思う。

表7

在宅高齢者の医療に求められる質

全身機能と部分（臓器）機能の平衡・調和状態を知り、その状態に戻すことで、生命予後を良くしQOLを改善する

在宅高齢者医療の質とは、QOLの改善と生命予後をよくすることであり安らかな死も含まれる

私たちはこれまで患者個々の死生観や価値観、思想、信条、信仰を踏まえて考えることを、習熟した医師の能力の中で行ってきた。終末期の医療やケアに伴って起こりうる病状経過については、個人の人生観で対応してきたのである。

今、終末期医療に対して、現在の社会倫理の中で最善の医療が、求められている。在宅医療は“あるもの”に向かう第3の医療なのである（表7）。

3

在宅医療と地域包括ケアシステム

独立行政法人 国立長寿医療研究センター 三浦久幸
在宅連携医療部長

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

はじめに

少子高齢化が進む中、これまでの“病気を治す医療”を主眼とせず、“支える医療”が必要であるといわれるようになってきた。この

“支える医療”を具現化する中心的な役割を担うのが、在宅医療であるが、一方で、独居高齢者、高齢者世帯（老老介護）、最近では認知症の夫婦による『認知介護』が増え、社会的問題ともなっている。このように在宅医療を語るのに『住まい』の問題は切り離せなくなっているが、このような中で地域包括ケアシステムの充実が叫ばれている。本稿では、在宅医療と地域包括ケアシステムについて考察する。

超高齢社会で求められる これからの医療像とは？

図1のように日本の人口構造の変化を見ると、現在は、1人の高齢者を2.6人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2060年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になる。団塊の世代の方すべてが75歳以上になる2025年には高齢化率が30%に達するが、この2025年までに、どのように医療・介護体制を整えていくかが今、求められている。

このように社会構造が変化し、75歳以上の高齢者が増えるが、ここで高齢者の医療ニーズとはなにかをみている。図2に示すように、老年症候群を有する高齢者が今後増加すると考えられる。老年症候群とは「高齢者に多くみられ、原因はさまざまであるが、治療と同時に介護・ケアが重要である一連の症状、所見」を指す。

老年症候群は大きく3点に分類される。第1に、主に急性疾患に付随する症候で、若い人

図1

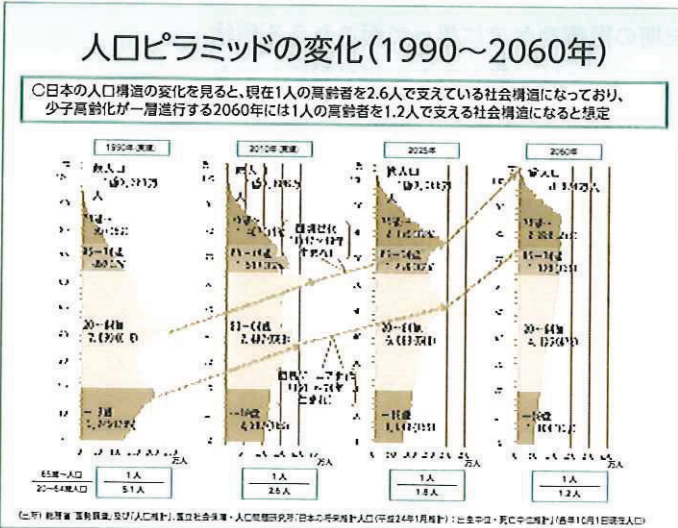
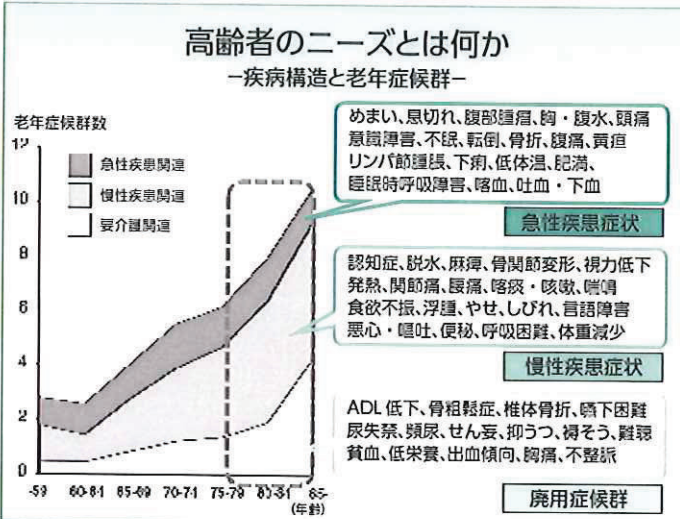


図2



と同じくらいの頻度で起きるが、高齢者では若い人と違って、対処方法に工夫が必要な症候群である。第2に、主に慢性疾患に付随する症候で、65歳以上の前期高齢者から徐々に増加する症候群である。第3に、75歳以上の後期高齢者に急増する症候で、日常生活動作(ADL)の低下と密接な関連を持ち、介護が重要となる一連の廃用に関連した症候群である。この3点の老年症候群の分類と加齢変化は、高齢者の複合的疾患構造を説明し、医療と介護が不可分であることの実証である。特に慢性疾患症状と廃用症候群については、高齢者に多く、日常生活の中で、進行予防や医療・介護を継続的に受ける必要があり、より『支える』医療が重要であることを示している。かかりつけ医にはこれらの疾患をトータルに把握し、対応する技量が求められる。

療養生活を支えるための医療や介護の提供における新しいしくみと担い手を考える上では、先ほど述べた、超高齢化と疾病構造の変化をさらに詳しくみる必要がある(表1)。

図2に示したような高齢者特有の疾患や障

害が増加し、疾患や障害に対する価値観の変化も相まって、医療は、障害とともに生きることや、社会参加をはじめ人が希望するライフスタイルの遂行、希望する人生の終わ方をサポートするものとなった。そのため、高齢者の個別的で多様なニーズに対応する必要性が台頭したと同時に、独居老人や老老夫婦世帯の増加による弊害、厳しい現実も台頭している。島崎¹⁾が述べているように「患者の生き方に関する意思や選択を尊重し、住み慣れ

表1

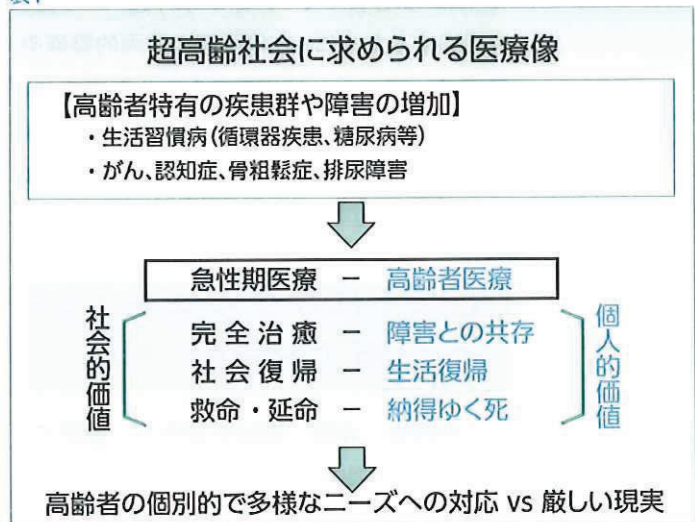
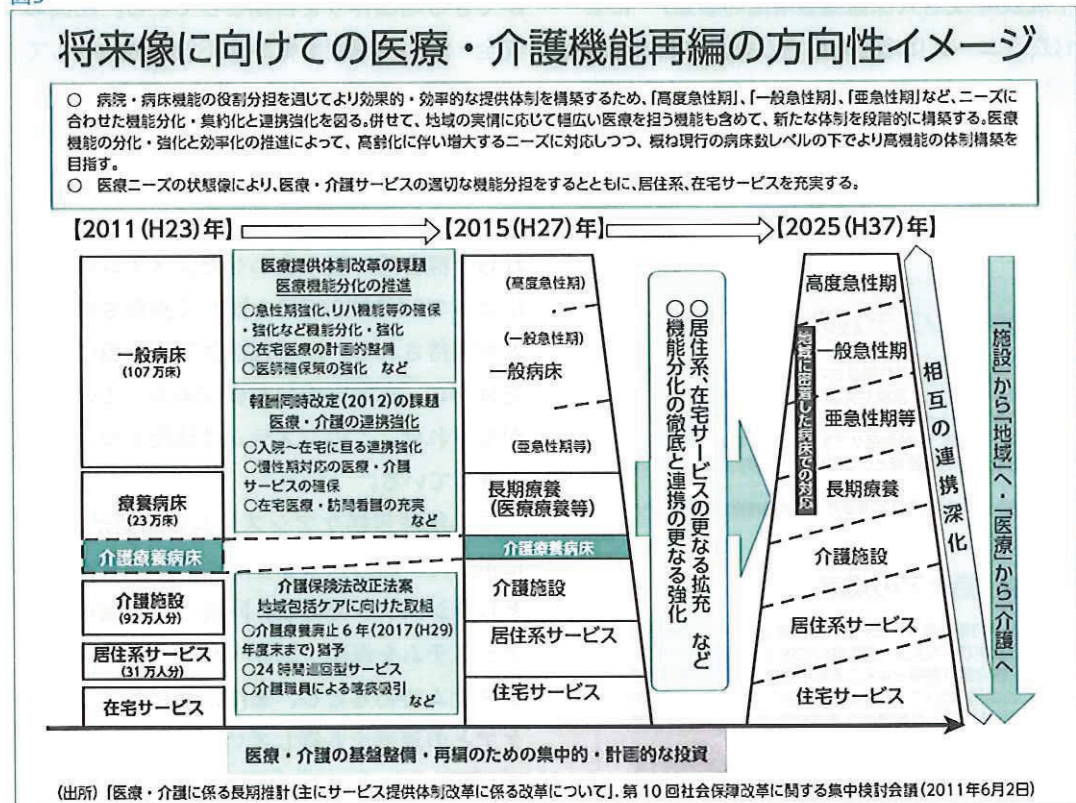


図3



た居宅において、他者との関係性を持って生活を送ることを支える医療」が在宅医療であるとするならば、高齢者の住まいの問題も含め、医療、介護、福祉をどう一体化して提供すればよいかの具体的な対応が必要となってくる。

図3は、将来に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージを示す。今後さらに医療機能分化の推進を進め、高度急性期、一般急性期、亜急性期など、ニーズに合わせた機能分化・集約化・連携強化をはかるとともに、“施設から地域へ”、“医療から介護へ”の流れを促進するために、在宅医療の計画的整備や、居住系、在宅サービスのさらなる拡充をめざすものとなっている。このように医療・介護機能再編の中でも、「生活を支える」機能の充実が喫緊の課題となっている。

『地域包括ケアシステム』とその目指すべき形 (表2)

この医療、介護、福祉を統合し、提供するシステムが『地域包括ケアシステム』である。このシステムの定義は、地域包括ケア研究会(平成20年度老人保健健康増進等事業)²⁾によれば、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。

表2

地域包括ケアシステムの定義	
<p>・地域包括ケアシステムは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義する。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域」を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする。</p>	<p>地域包括ケア研究会(平成20年度老人保健健康増進等事業)より</p>
地域包括ケアの規定	
<p>国及び地方公共団体は、被保険者が可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない。</p>	<p>介護保険法第5条第3項</p>

福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。その際、地域包括ケア圏域については、「おおむね30分以内に駆けつけられる圏域を理想的な圏域として定義し、具体的には、中学校区を基本とする」としている。

この法的根拠については、介護保険法第5条第3項で、「国及び地方公共団体は、被保険者が可能な限り、住み慣れた地域で、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、保険給付に係る保健医療サービス及び福祉サービスに関する施策、要介護状態等となることの予防または要介護状態等の軽減若しくは悪化の防止のための施策並びに地域における自立した生活の支援のための施策を、医療及び居住に関する施策との有機的な連携を図りつつ包括的に推進するよう努めなければならない」と規定されている。

最終的に目指す姿は、図4のような地域包括ケアシステムの構築である。高齢者の住まい、生活支援を基礎に、介護予防、医療、介護を整えることで、人口1万人程度の中学校区を単位とした、できるだけ長く暮らすことができる地域作りを目標としている。住民の安全・安心・健康を脅かす不安や危険としては、急病や病態の急変、虐待、引きこもり、地域での孤立等さまざまな状況が想定される。こうした問題に対応するサービスが、地域内のさまざまな社会資源の組み合わせやこれらを複合的に組み合わせたシステムの利用によって24時間365日を通じて提供されることが期待される。地域包括ケア報告書のなかでは特に、在宅医療は重要であり、この充実がなければ、このシステムは機能しないものと考えている。

この地域包括ケアシステムの原型が、図5に示した、広島県公立みつぎ総合病院を中心としたシステムである。同院では地域包括ケアシステムを保健・医療・介護・福祉の連携システムであるとし、また、施設ケアと在宅ケアとの連携をも指しているとしている。地域包括ケアシステムのハードが、図5に示され

ている公立みつぎ総合病院、保健福祉総合施設（老健施設・特別養護老人ホームなど介護施設、リハビリテーションセンターなど）及び保健福祉センター、介護予防センターなどであり、ソフトを健康づくり、在宅ケア、リハビリテーション、寝たきりゼロ作戦（介護予防）、介護・福祉、住民参加などとしている。

このように広島県公立みつぎ総合病院は、主には病院と保健福祉総合施設をベースとした一体的サービス提供を行っている。しかしながら、医療・介護・福祉をこのように一体的に提供できる状況を、ほかの地域に構築するのは実際にはそう簡単なことではなく、依然、医療と介護の間の連携そのものが構築できていない地域が多いのが現状である。

図6で示したように、各地域で地域包括ケアを実践していくうえで、介護面では、『地域包括支援センター』が中心的役割を担っているが、医療へのアプローチに関しては、「敷居が高い」などの理由で連携がうまくとれない状況にある。このような状況の打開のため、2011年度から厚生労働省主導で在宅医療連携拠点事業が開始されている。特に2012年度は全国105か所で事業が展開され、行政、医師会との連携や医療・介護間の連携推進にその効果を認めている。2013年度からは県の事業として行われるが、在宅医療連携拠点はさまざまな拠点活動を行う中、医療サイドから、介護サイドへアプローチし、連携を構築する意味で重要な位置づけになると思われる。

地域特性に合わせて展開される地域包括ケアシステム具体例³⁾

以下に2012年度の在宅医療連携拠点事業の中で、地域包括ケアシステムの構築を目指した活動のいくつかを事例提示する。

図7は千葉県柏市の事例である。柏市は高齢化率40%を上回る豊四季台団地を対象とし、東京大学などと“産学官協働”で高齢社会総合研究会を開催し、「いつまでも在宅で安心した生活が送れるまち」作りのための地

図4

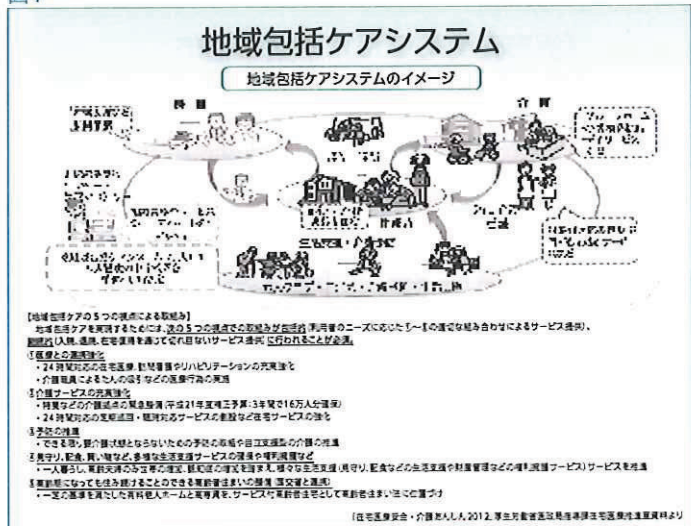


図5

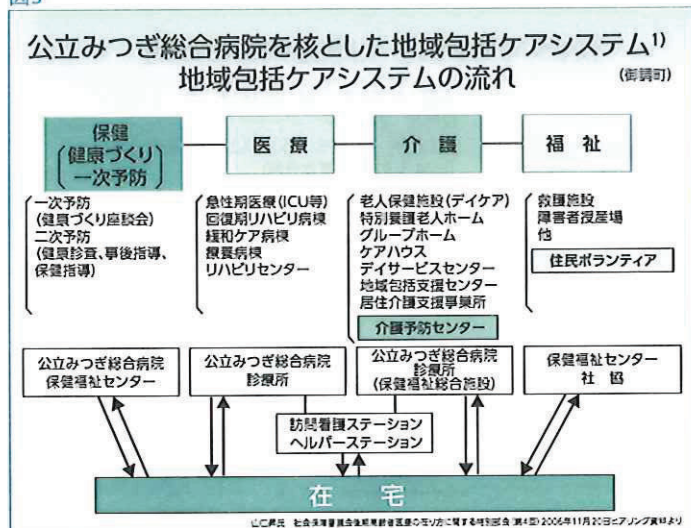


図6

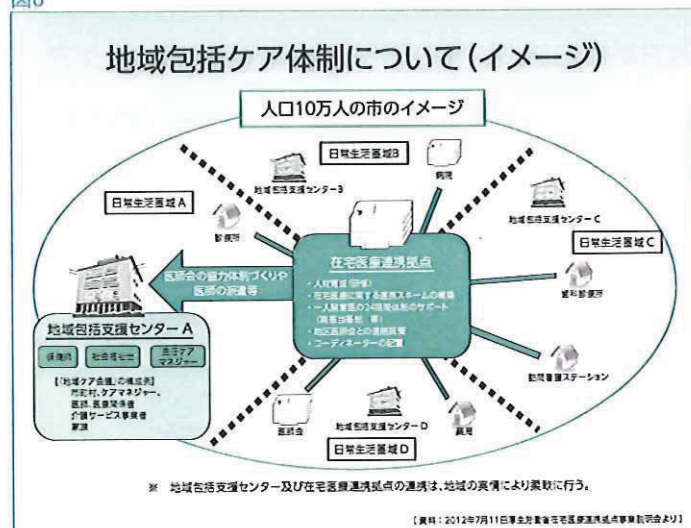
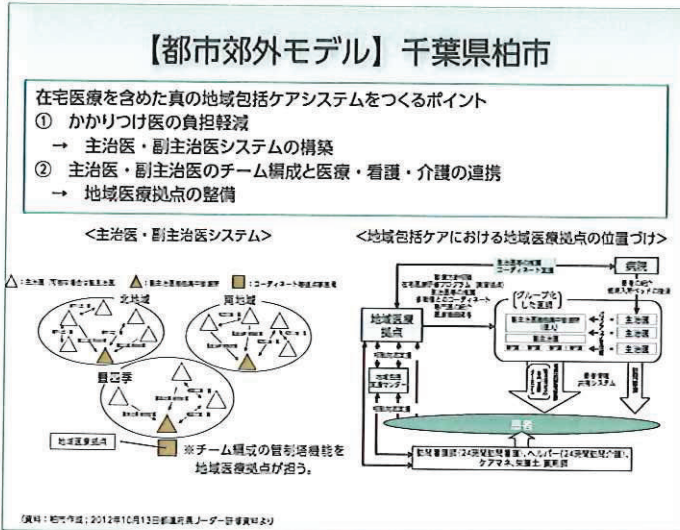


図7



域包括ケアシステムの構築を視野に入れた活動を行っている。柏市ではこの地域包括ケアシステムの中でも在宅医療は特に重要であるとして、地元医師会の協力の下、かかりつけ医の連携システム作り着手している。一人開業の医師だけでは24時間365日の対応体制を確保するのに大きな負担を伴うが、この負担を、主治医・副主治医のしくみにより軽減しようとしている。さらに、このような医師の体制と併せて、訪問看護をはじめとするさまざまな職種と連携しなければ、在宅医療は成り立たないため、これらを柏市全体のシステムとするために地域医療拠点を整備しようと活動している。

図8



図8は和歌山県すさみ町の事例である。すさみ町は図のように人口4,000人強の過疎地域であり、医療資源も少ない地域であるが、町立病院が診療所に医師派遣したり、救急対応もできるドクターカーを整備したりすることで、医療資源が少ないながらも住民の希望に沿い、24時間対応の医療提供を継続している。同町では図のようにICTを用いて、住民全員の医療情報や在宅情報、救急対応も含めた、見守りシステムを構築している。このように医療・介護資源が少ないながらも、ICT等を駆使して、包括的ケアシステムを立ち上げている。

図9

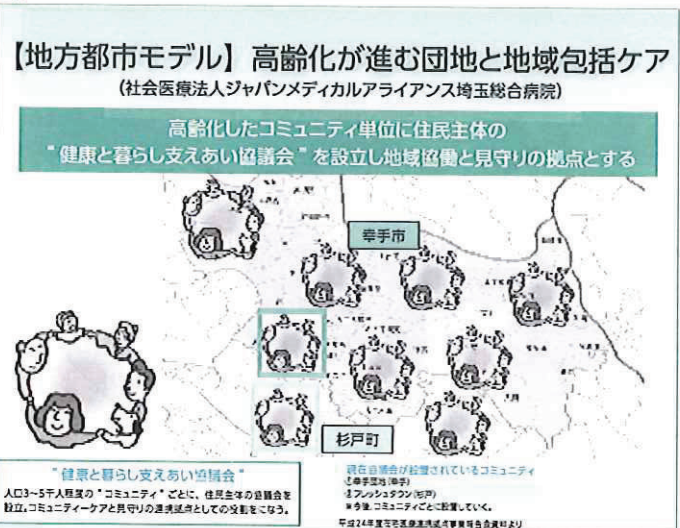
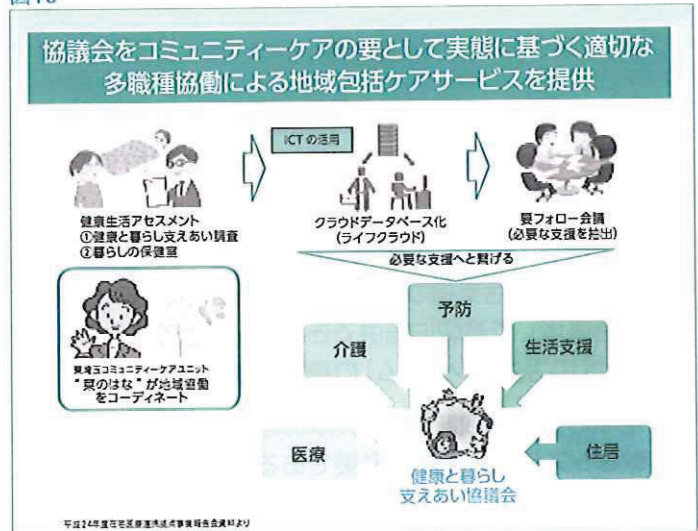


図9、10は埼玉県の高齢化が進む幸手団地に隣接しており、この団地をモデルとし、団地自治会とともに、『幸手団地健康と暮らし支えあい協議会』を設立した。団地自治会会長が協議会会長を兼務し、住民主体の取り組みとしている。ここでは協議会会長の呼びかけにより、担当民生委員、地域包括支援センター、幸手市高齢福祉課、幸手市消防本部、東埼玉総合病院がそれぞれ招聘され、団地全戸を対象とした健康生活アセスメント調査を行っている。さらには、コミュニティに開かれたサロン『暮らしの保健室』を設置し、この中で、健康と生活に関する総合的な相談業務『よろず相談』を実施し、住民と医療との接点作りを行っている。このように自治会主

導の互助、共助による生活支援体制をまず作り、そこに、医療が「生活を支える」視点で協力するという形の包括ケアシステム作りを進めているのである。

図11は社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園の事例である。以前は街の中心から離れた特養でのケア提供であったが、住み慣れた地域で暮らしたいという希望を叶えるため、現在は特養をすべてなくし、町中に64か所のサポートセンター（通所・訪問系サービス、小規模多機能型居宅介護など）を運営。施設のように24時間体制でなくても、家族がいなくても、安心・安全・楽しく暮らせる街作りの構築を続けている。この事例では単一の法人が網羅的に行っているという面は確かにあるが、『地域包括ケアシステム』の構築のためにまず、『住まい』と介護提供体制の充実を先行させた先駆モデルとして十分に評価されるべきである。今後、このシステムに、どのようにすればより質の高い在宅医療が提供されるかが、重要な点となると思われる。

図10



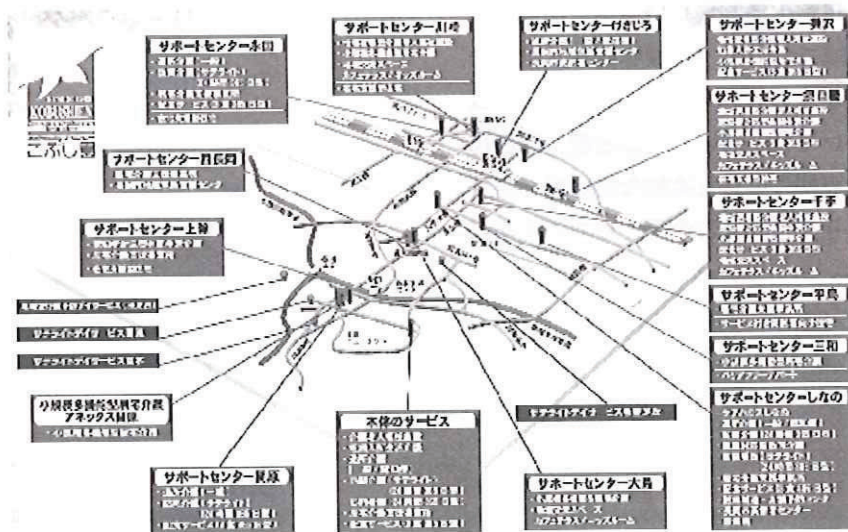
このようにいくつかの事例を見てきたが、ほかの地域でも『地域包括ケアシステム』の構築を目指した活動が行われている。事例で判るように、システム構築にかかわる各地域の実施主体、理念、方法はさまざまであり、システムの中での在宅医療の位置づけもそれぞれ違うように見える。いずれにしても在宅

図11

【地方都市モデル】 特養依存から住み慣れた地域へ

(社会福祉法人長岡福祉協会高齢者総合ケアセンターこぶし園)

現在は特養をすべて無くし、町中に64か所のサポートセンター（通所・訪問系サービス、小規模多機能型居宅介護等）を運営し、地域でも施設のように24時間体制での家族がいなくても安心・安全・楽しく暮らせる街作りの構築を続けている



平成24年度在宅医療連携拠点事業報告会資料より

表3

まとめ

- ・ 急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で「生活を支える」在宅医療への需要がさらに増加すると予想される
- ・ 住まいをベースに医療、介護、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制（地域包括ケアシステム）の構築が求められている
- ・ 地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じた柔軟なシステムの構築が必要である

医療の充実がなければ、『地域包括ケアシステム』の構築はできないため、中心となる事業者がどこになるかも含め、地域の実情に合わせて、柔軟に適切な在宅医療の形を形成する必要がある。この活動の中で『かかりつけ医』の役割はさらに重要となると考えられる。

おわりに

急激に高齢化が進み社会構造が変化する中で「生活を支える」在宅医療への需要がさらに増加すると予想される。この状況に対し、住まいをベースに医療、介護、福祉サービスを含めたさまざまな生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制（地域包括ケアシステム）の構築が求められている。このシステムの構築においては、地域の高齢者数、医療提供体制等の実情に応じた柔軟な対応が必要であり、かかりつけ医はこの要としての役割が求められる。

参考文献

- 1) 島崎謙治：地域包括ケアシステム 第7章在宅医療の現状・理念・課題。国立社会保障・人口問題研究所研究機構編，慶応義塾大学出版 2013.
- 2) 厚生労働省報道発表資料：「地域包括ケア研究会報告書 ～今後の検討のための論点整理～」，2009年5月22日
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0522-1.html>
- 3) 厚生労働省ホームページ：「在宅医療の推進について」
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/index.html

4

かかりつけ医と多職種協働

篠原医院 院長 篠原 彰

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会
私たちのミッション

はじめに

2025年の超高齢社会を控え、2012年2月に閣議決定された『社会保障・税一体改革大綱』では、病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実と重点化・効率化、地域包括ケアシステムの構築などを着実に実現していくことを重点目標に掲げている。大綱に盛り込まれた『医療・介護の改革』では、医療提供体制の見直しと医療・介護の連携による地域包括ケアシステムの2つが大きな柱となっている（表1・2）。

また、平成25年度からの地域医療計画においては、新たに「在宅医療について達成すべき目標、医療連携体制の整備」が示されており、厚生労働省に設置された在宅医療・介護の推進プロジェクトチームにおいても、平成

24年度補正予算、平成25年度予算に基づき、関係部局が一体となって施策を総動員し、「在宅医療・介護を推進」するとしている（表3・図1）。

このような国の施策に基づき、地域住民が住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けつつ安心して暮らせる生活を実現できる社会を目指すためには、地域医療を担う地域医師会やかかりつけ医が地域の基幹病院との機能分担や医療連携をこれまで以上に図ることが必要となってくる。また、医療・介護連携のキーパーソンであるかかりつけ医を中心とした在宅医療への取り組み強化は、今後の超高齢社会における地域医師会活動としての重要な課題であることに疑いはなく、その実現のためには、会員一人ひとりの意識改革と共通認識の醸成が、まずは不可欠である。さらに、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、退院支援看護師や医療ソーシャルワーカー、介護支援専門員や介護サービス事業者など多くの関係者との連携と協働については、地域医療を担うすべての会員の責務として、医師会を挙げて一層の取り組みを行っていかねばならない。

本稿では、今後、全国の市区町村が進めていく『地域包括ケアシステム』におけるかかりつけ医の役割について触れるとともに、静岡県医師会在宅医療推進センターで実施したほかの関係職種へのアンケート調査をもとに、在宅医療における多職種協働について現在抱えている問題点、今後の方策について考察してみたい。

表1

「社会保障・税一体改革大綱」	
平成24年2月17日閣議決定	
(地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の 効率化・重点化と機能強化)	
○高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。	
○予防接種・検診などの疾病予防や介護予防を進め、また、病気になる場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。	
※第3章 具体的改革内容(改革項目と工程) [2. 医療・介護等①] より抜粋	

表2

<h2 style="margin: 0;">「社会保障・税一体改革大綱」</h2> <p style="margin: 0;">平成24年2月17日閣議決定</p>
<p>(1) 医療サービス提供体制の制度改革</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実などを内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。 <p>(2) 地域包括ケアシステムの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ できる限り住み慣れた地域で在宅を基本とした生活の継続を目指す地域包括ケアシステム(医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者などへの包括的な支援)の構築に取り組む。 <p>(3) その他</p>
<p>※第3章 具体的な改革内容(改革項目と工程)「2. 医療・介護等①」より抜粋</p>

表3

<h2 style="margin: 0;">「医療計画の見直しについて」</h2> <p style="margin: 0;">～「在宅医療の体制構築に係わる指針」のポイント～</p>
<p>◎在宅医療に係る医療体制の充実・強化について</p> <p>⇒医療連携体制の中で在宅医療を担う医療機関等の役割を充実・強化するため、医療計画に定める他の疾病・事業と同様に「在宅医療の体制構築に係わる指針」を示し、介護保険事業(支障)計画との連携を考慮しつつ、都道府県が達成すべき目標や施策等を記載することにより、医療計画の实效性が高まるよう促す。</p>
<p>◎在宅医療に係る圏域の設定について</p> <p>⇒在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく異なることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制(重症例を除く)や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。</p>
<p>◎疾病・事業ごとのPDCAサイクルの推進について</p> <p>⇒疾病・事業ごとに効率的・効果的な医療体制を構築するためには、医療計画の実行性を高める必要があるため、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・まず、全都道府県で入手可能な指標等を指針に位置づけ、都道府県がその指標を用いて現状を把握すること ・さらに、把握した現状を基に課題を抽出し、課題を解決するに当たっての数値目標を設定し、その目標を達成するための施策・事業を決定すること ・また、定期的な評価を行う仕組み(医療審議会等)や周期(1年毎等)を明記し、施策・事業の進捗状況等の評価を行うとともに、必要に応じて施策・事業を見直すこと ・最後に、これらの情報を住民等に公開すること <p>といったプロセスを「医療計画作成指針」に明記した。</p>

厚労省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」より抜粋

地域包括ケアシステムと地域ケア会議の実態

高齢者が要介護状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるように、保険者である市区町村や都道府県が地域特性を考慮しながら、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムを作り上げることが求められている。

地域包括ケアシステムの実態はシステムではなくネットワークである。その中心となるのは市区町村や地域包括支援センターであったり、地域医師会や老人保健施設などであったりと、地域の実情においてさまざまであることが考えられるが、少なくとも、市区町村が大きなかかわりを持つことは当然のことである。また、年間1兆円の社会保障費の増加というわが国の財政状況を考慮すれば、今後は必要・十分な病床数や施設の増加は到底望めず、特に、今後の10年間で急速に高齢化が進展する大都市圏においては、高齢者の居住地の確保や在宅医療の推進は喫緊の課題であり、行政施策としての地域包括ケアシステムの構築は急務となっている。

地域包括ケアを推進するためには、地域包括支援センターが『地域ケア会議』を開催することにより多職種協働を推進していくことも大変重要なファクターである。地域ケア会議とは、① 地域にある高齢者支援にかかわる団体や機関の代表者による会議、② 多職種の専門職が参加する困難事例の検討会議、と定義付けられ、地域の団体・機関のネットワーク作りを進めるとともに、ケアマネジャーへの教育的支援を目的としている。また、地域ケア会議を普及、定着させるべく、例えば在宅医療連携拠点事業に参加している市町村や医療機関などが、近隣の市町村の開催する地域ケア会議に専門職などを派遣することなども地域の実情に勘案し検討されている(図2)。

図1

在宅医療・介護の連携推進の方向性

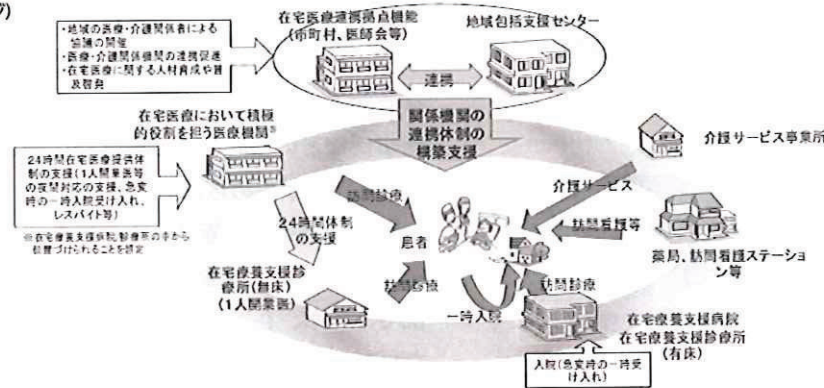
○疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関(※)が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが必要である。

(※)在宅医療を支える関係機関の例

- ・地域の医療機関(定期的な訪問診療の実施)
- ・在宅療養支援病院・診療所(有床)(急変時に一時的に入院の受け入れの実施)
- ・訪問看護事業所(医療機関と連携し、薬管理や点眼、褥瘡の予防、洗滌等の看護ケアの実施)
- ・介護サービス事業所(入浴、排せつ、食事等の介護の実施)

○このため、関係機関が連携し、多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため、市町村が中心となって、地域の医師会等と緊密に連携しながら、地域の関係機関の連携体制の構築を図る。

(イメージ)



厚労省在宅医療・介護推進プロジェクトチーム「在宅医療・介護の推進について」より抜粋

図2

「地域ケア会議」のイメージ(個別ケース検討の場合)

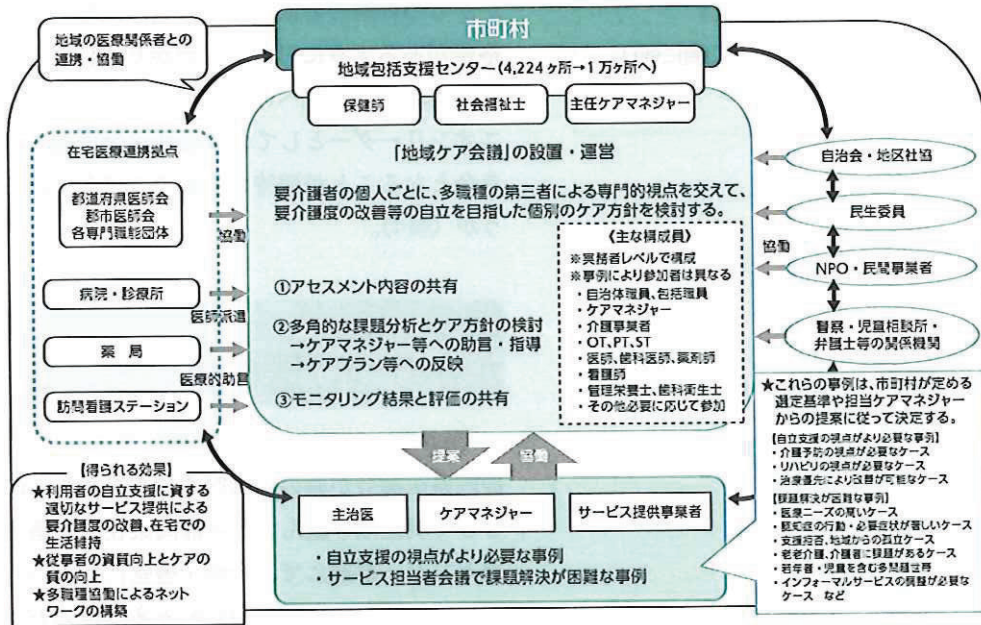


表4

地域ケア会議とかかりつけ医

- ・地域包括ケアはシステムというよりネットワークであり、多職種顔の見える関係作りが大切である
- ・医師会役員などがかかりつけ医の代表として全体会議に参加する
- ・処遇困難事例などに対し、医療職として地域ケア会議に参加する
- ・地域包括ケアセンターや居宅介護支援事業所などとの連携の必要性は理解されているが、地域格差が大きい
- ・地域ケア会議への積極的なかわりが、多職種協働推進の引き金となることが期待される

表5

他の職種がかかりつけ医に求めること① (各職種に共通する要望)

- ①各職種が在宅の現場で果たす役割について正しく理解し、積極的に活用してほしい
- ②かかりつけ医がリーダーとなって、多職種連携に積極的に取り組んでほしい
- ③関係職種をよきパートナーと認識して、患者情報の共有をはじめ、信頼して活用してほしい
- ④サービス担当者会議など、関係職種との意見交換の場に定期的に参加し、治療方針・見解などを示してほしい
- ⑤看取りに対する理解を深め、在宅看取り体制の整備に取り組んでほしい

地域ケア会議における 医師会やかかりつけ医の 役割とは

地域医師会やかかりつけ医の地域ケア会議へのかかわりとしては、医師会役員らがかかりつけ医の代表として全体会議へ参加することが重要であるが、かかりつけ医一人ひとりにとっても、要支援・要介護認定者となった自分の患者に関する担当者会議への参加と異なり、かかりつけ医としての立場で、地域包括支援センターがランダムに抽出した処遇困難事例などの検討の場に医療職代表として参加することが求められる。

在宅医療への積極的な取り組みは、地域医師会やかかりつけ医にとって待ったなしの状況であるが、在宅医療が医師一人で完結できないことは今更いうまでもない。要介護認定者に対するサービス担当者会議における介護支援専門員との連携をはじめとして、医療職や介護職との多職種協働の必要性は十分理解されているはずであるが、現状では地域ごと、かかりつけ医ごとにその取り組みには大きな格差があるように思える。かかりつけ医としての地域ケア会議への積極的な参画が、オピニオンリーダーとしての多職種協働推進の引き金となることが期待されるのではないだろうか(表4)。

他の職種が かかりつけ医に求めること

『かかりつけ医と多職種協働』をテーマに、静岡県医師会が県の地域医療再生計画の一環として現在取り組んでいる静岡県在宅医療推進センター事業にて、企画・運営に参画いただいている在宅療養にかかわる多職種の方々に、主として「かかりつけ医に期待すること」についてのアンケート調査を行った。

訪問看護師・退院支援看護師・介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー・歯科医師・薬剤師、各職種の共通する要望は、大きく分けて、①各職種が在宅の現場で果たす役割に

ついて正しく理解し、積極的に活用してほしい、② かかりつけ医がリーダーとなって、多職種連携に積極的に取り組んでほしい、③ 関係職種をよきパートナーと認識して、患者情報の共有をはじめ、信頼して活用してほしい、④ サービス担当者会議など、関係職種との意見交換の場に定期的に参加し、治療方針・見解などを示してほしい、⑤ 看取りに対する理解を深め、在宅看取り体制の整備に取り組んでほしい、といった内容であった(表5)。

また、職種別の特徴として、訪問看護師の立場からは、① 訪問看護と介護の違いを理解し、地域の訪問看護ステーションを活用してほしい、② 共同診療を行っている連携医師と訪問看護師との連携について、かかりつけ医と同様に情報共有できるようにしてほしい、③ 終末期には、利用者の状態に合わせた医療を行い、家族の同意の下で自然な看取りができるかかりつけ医であってほしい、④ ターミナル期は、医師と訪問看護師とのよりよい連携により、死の兆候の確認を訪問看護師に委ねることで、夜間往診の負担が軽減されるとともに、多くの方の在宅看取りが可能となる、といった意見がみられた(表6)。

退院支援看護師からは、① 退院前カンファレンスを見据えて関係職種との定期的な話し合いの場を設ける必要性、② リビングウィルが不明瞭なまま救急搬送される患者に望まれない医療が提供されることについては、在宅療養時からかかりつけ医と患者・家族とのコンセンサスが欲しい、といった要望があった。

地域医療連携室に勤務する医療ソーシャルワーカーからは、地域医師会などに総合病院の外来コーディネーターのような医療ソーシャルワーカーを置くことで、医療・福祉・介護の隙間を埋める仕事ができる、といった意見もあった(表7)。

介護支援専門員の立場からは、① 介護保険のルールや介護サービスの内容をしっかりと理解してほしい、② 専門的な医学用語などについてわかりやすく話してほしい、③ 多忙なかかりつけ医に対する遠慮があり、さまざまな依頼や連絡がしづらいため、連絡方法の

表6

かかりつけ医に求めること② (訪問看護師)
①訪問看護と介護の違いを理解し、地域の訪問看護ステーションを活用してほしい
②共同診療を行っている連携医師と訪問看護師との連携について、かかりつけ医と同様に情報共有できるようにしてほしい
③終末期には、利用者の状態に合わせた医療を行い、家族の同意の下で自然な看取りができるかかりつけ医であってほしい
④ターミナル期は、医師と訪問看護師とのよりよい連携により、死の兆候の確認を訪問看護師に委ねることで、夜間往診の負担が軽減されるとともに、多くの方の在宅看取りが可能となる

表7

かかりつけ医に求めること③ (退院支援看護師・MSW)
<u>退院支援看護師から、</u>
①退院前カンファレンスを見据えて関係職種との定期的な話し合いの場の設定の必要性
②リビングウィルが不明瞭なまま救急搬送される患者に望まれない医療が提供されることについては、在宅療養時からかかりつけ医と患者・家族とのコンセンサスがほしい
<u>地域医療連携室に勤務する医療ソーシャルワーカーから、</u>
①地域医師会などに総合病院の外来コーディネーターのような医療ソーシャルワーカーを置くことで、医療・福祉・介護の隙間を埋める仕事ができる

表8

かかりつけ医に求めること④ (介護支援専門員)

- ①介護保険のルールや介護サービスの内容をしっかりと理解してほしい
- ②専門的な医学用語等について解りやすく話してほしい
- ③多忙なかかりつけ医に対する遠慮があるため依頼や連絡がしづらいので、連絡方法のルール化など、連絡しやすい体制を作してほしい
- ④地域医師会単位でかかりつけ医と介護支援専門員との意見交換の場を持ってほしい
- ⑤患者情報の共有化がチームとして必要であることを理解してほしい

表9

かかりつけ医に求めること⑤ (歯科医師・薬剤師)

歯科医師の立場から、

- ①かかりつけ医には訪問時に口腔内も診てほしい
- ②歯科疾患と全身疾患との関係を理解・周知してほしい

薬剤師の立場から、

- ①重複・併用禁忌・飲み忘れなど、適切な薬剤管理のため、薬剤師をもっと活用してほしい
- ②既往歴、疾患名、検査データなど患者情報を知ること、患者に即した服薬指導やハイリスク医薬品の管理が可能である
- ③退院時カンファレンスや訪問指導の際に薬剤師の参加を考慮してほしい

ルール化など、連絡しやすい体制を作してほしい、④ 地域医師会単位でかかりつけ医と介護支援専門員との意見交換の場を持ってほしい、⑤ 患者情報の共有化がチームとして必要であることを理解してほしい、といった要望があった(表8)。

また、歯科医師の立場から、① かかりつけ医がリーダーとなり、関係職種との協働に取り組んでほしい、② かかりつけ医には訪問時に口腔内も診てほしい、③ 歯科疾患と全身疾患との関係を理解・周知してほしい、④ 関係多業種による研修会、講演会などを開催してほしい、といった意見があった。

薬剤師の立場からは、① 重複・併用禁忌・飲み忘れなど、適切な薬剤管理のため、薬剤師をもっと活用してほしい、② 既往歴、疾患名、検査データなど患者情報を知ること、患者に即した服薬指導やハイリスク医薬品の管理を行うことができる、③ 退院時カンファレンスや訪問指導の際に薬剤師の参加を考慮してほしい、などの意見があった(表9)。

おわりに

高齢者医療においては、「病気を治す」だけでなく「生活や人生を支える医療」といった視点が必要となってくる。地域包括ケアの推進は、全国の市区町村にとっての重要課題となることは間違いないが、医療提供側としての地域医師会、かかりつけ医との連携なくしては決して成就しない。

先進地区である千葉県柏市では、市長自らが先頭に立って柏市医師会との協働により、かかりつけ医を中心として地域包括支援センター、訪問看護、グループホームなどによる総合的な機能を併設した街づくりを進める『柏プロジェクト』を実施している。地域包括ケアシステムの構築や多職種協働の推進には、こうした全国の市区町村の前向きな取り組み姿勢が強く望まれるが、都道府県医師会、地域医師会やかかりつけ医からの積極的な働きかけも期待したい。

在宅医療は決して医師一人だけで完結できるものではなく、在宅で療養される患者にかかわるさまざまな職種の方たちとの隙間のない連携・協働が重要な要素であることは、かかりつけ医であれば誰しもが経験され理解されているはずである。市区町村の行う地域包括ケアシステムにおいては、キーパーソンとなるかかりつけ医を中心とした関係職種とのネットワークを構築し、双方向の連絡・連携体制を築き、諸問題に対応していくことが何よりも大切である。

静岡県で実施した医療職を中心としたほかの職種へのアンケート調査では、かかりつけ医に対する多くの要望があったが、その多くは相互理解を深め、信頼関係に基づいた連絡連携体制をかかりつけ医が中心となって築いていくことを望むものであった。気が付きにくい重要な指摘や、すぐにでも手を付けられるような意見・要望も多く、都道府県医師会、地域医師会を中心として早急に検討されることを期待したい。

また、日医総研が定期的実施している『国民の医療に対する満足度調査』では、かかりつけ医を持つ患者の満足度が有意に高いという結果が出ている。地域の要援護高齢者にはほぼ例外なくかかりつけ医が存在している。かかりつけ医には、要介護認定者への積極的なかわりは当然のこと、今後全国の市区町村で間違いなく進められていく地域包括ケアシステムにおいても、期待される役割は極めて大きなものであることを銘記していただきたく、地域医療の担い手としての存在価値が問われるといっても過言ではないと思う。

昨今、一部の民間事業者による、介護が必要な高齢者を抱え込む新しいビジネスモデルが問題となっているが、平素から市区町村というコミュニティの中で、地域医師会、かかりつけ医と地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護などの連携ネットワークがあれば、高齢者に不利益をもたらす不適切な事業者の進出を拒むことも可能となるのではないだろうか。

5

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

高齢者の在宅医療 ① 脳卒中とリハビリ

東京都リハビリテーション病院
医療福祉連携室 地域リハビリテーション科 科長 堀田富士子

はじめに

脳卒中は要介護原因の第1位であり、“寝たきり”として在宅医療においてもっとも遭遇するケースである。脳卒中管理には機能改善と維持の面からリハビリテーションが重要であることは周知の事実となったが、専門病床や専門職種数はその需要に対していまだ不足した状態である。ある報告では¹⁾、脳卒中患者の半数以上は急性期病院から直接自宅へ退院されていた。在院日数は短縮傾向の中、高齢者の場合、多様化する障害像等の問題から多くのケースが直接自宅へ退院されているものと思われる、潜在的にリハビリテーションの必要かつ有用な症例は多いものと推察できる。

高齢脳卒中患者の在宅療養のマネジメントについて、リハビリの視点からこれより言及する。

脳卒中発症後の経過

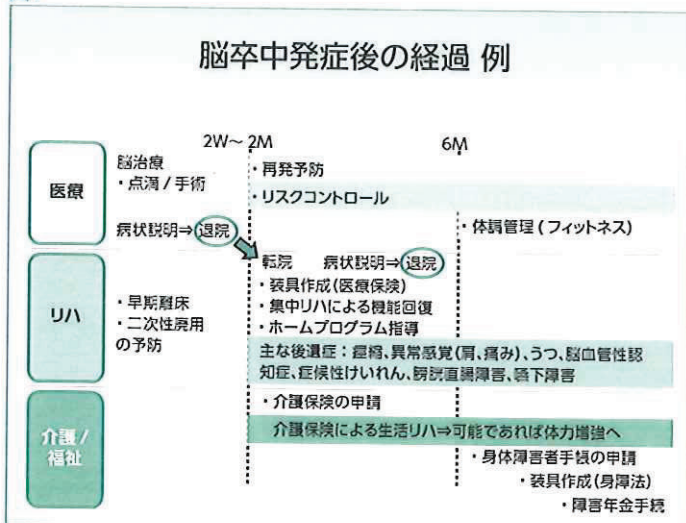
脳卒中マネジメントでは、図1の縦軸に示すように医療とリハビリテーション、介護および福祉が上手に取り入れられていく必要がある。また、横軸に示す時間軸があり、しばしば「急性期」（発症後2週から2か月程度）・「回復期」（2か月後より6か月後）・「維持期」という言葉が使われている。

発症初期は急性期病院で現病の脳治療が優先される。それとともに数時間の不動化で始まる筋組織の変性予防に対し、関節可動域訓練など、臥位でも可能なリハビリテーションが開始される。その後、循環動態の安定を図りつつ、早期離床をめざしてベッド上ギャッチアップから座位訓練が取り入れられる。本格的なリハビリ訓練に向けては、少なくとも30分以上車いすで座位が保てるようになることが望ましいとされている。

回復期リハビリテーション料算定の要件である発症後2か月以内では、いわゆるリハビリ専門病院へ転院するケースもある。転院後は、再発予防などの医療とリハビリテーション、そして介護保険などの社会資源を必要な形で利用する準備を始め、自立支援を促すという経過をとる。脳卒中のリハビリテーションは、機能回復に関して概ね3か月程度がピークとされて²⁾³⁾おり、それまでの期間をゴールデンタイムとして集中的にリハビリを受けることが推奨されている。

しかし、回復期リハビリテーション病院への転院は、全体の30%にも満たなかったとい

図1



う報告¹⁾もある。その理由は内科的問題が重度、あるいはその治療に2か月以上必要だった方たちが半数以上だが、多くの虚弱高齢者が含まれるものと推察される。理由としては、もともとの体力不足や併存するほかの疾患の重症度の問題とともに、入院関連機能障害⁴⁾(入院により不穏、食欲不振、認知症増悪など別の機能障害を起こして自立を阻害してしまう)のリスクが高いこともあげられる。

脳卒中では、発症部位と時間の経過から起こりうる可能性のある後遺症や問題点がある程度わかっているため、それらに配慮する必要がある。図1に示すように、発症すると時期を経てさまざまな医療・リハビリ・介護の問題が出てくる。リハ専門職とのかかわり合いの有無は重要で、図1に示した主な後遺症は、年齢にかかわらず経過の中で散見される。しかしながら、高齢者の場合は脳卒中以前に老年症候群などで症候を認めることもあり、脳卒中それだけによる障害ではない場合や、あるいは無症候性であった脳障害があらたな脳卒中とともに問題を起こすこともあり、全体像の管理には注意を要する。

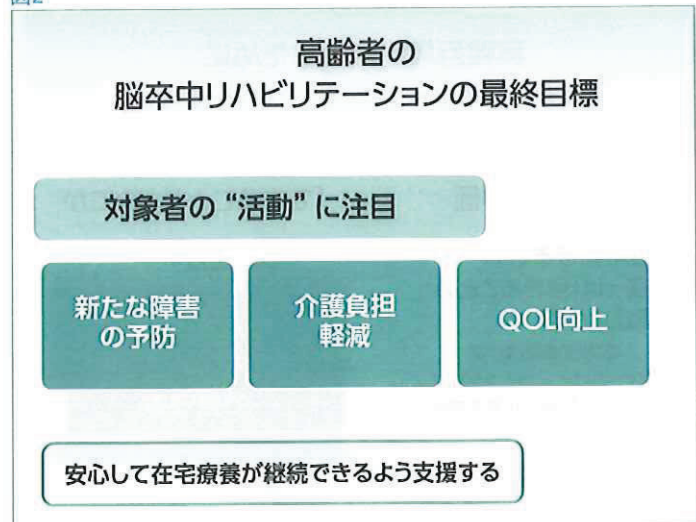
高齢者の脳卒中 リハビリテーションの目標

リハビリテーションは、安心して在宅療養が継続できるようにするという介護保険関連職種すべてに共通する目標のもと開始される。その中でも、高齢者脳卒中後の方のリハビリテーションの目標は図2の3点である。

大目標は、生活の質の向上である。特に脳損傷による片麻痺などの運動障害は、活動全般を阻害する。からだが動かなくなることは、すべての生き物にとって生死にかかわることとなる。精神的活動も徐々に低下し、いわゆる寝たきりという負のスパイラルを生み出してしまふ。これを断ち切るには、“活動”を取り戻すことである。

歩けなくなって散歩に出かけられなくなったというのであれば、車いすを活用する。ベッド上臥位のままでは、こころも動かない。体

図2



を起こし、テレビをみたり、本を読んだり、やりたいこと、やれることを軸にして活動を助けるのがリハビリテーションである。

そして、次の目標は介護負担を軽減することである。小さな脳損傷でも障害が重くなりやすい高齢者の場合、ひとつひとつの動作にお手伝いが必要になる。可能であれば、本人の協力動作を増やす方法で、訓練することもできる。たとえばオムツ交換のときに、腰を上げる、ベッドから車いすへ移るときにタイミングよく介助者につかまる、立ち上がろうとするなどである。介護しやすくなるような環境設定も検討する。ベッドの導入や家具の配置、多様な車いすの選定と使い方の指導など行っていく。

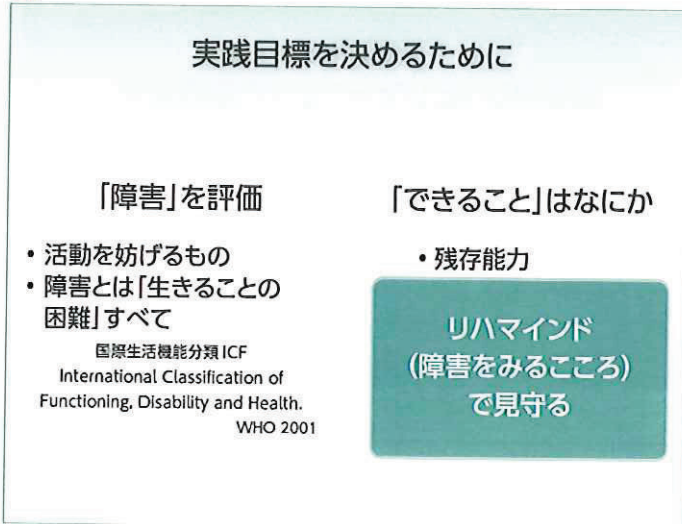
そしてさらなる障害を予防することである。特に安静・臥床により心身ともに認める、さらなる廃用性の変化に注意しなければならない。

どのようにして リハビリを展開するか

最終目標は前述のとおりであるが、個別の実践目標を決めるには、利用者や介護者のニーズやしたいことを確認し、今、できること・できないことを評価しなければならない。

これらの活動を妨げるものを、障害として評価する。WHOでは「生きることの困難」

図3



すべてを“障害”と定義し、2001年国際生活機能分類 (ICF; International Classification of Functioning, Disability and Health) として採択した。リハビリテーション医療の対象は“障害”である。それが、単に疾病を指すものではないことを示している (図3)。

「病気が個人に対してもたらす不利益は、病気そのものによる機能形態障害、それによってもたらされる活動制限や社会参加への制約、これらに個人の要因や環境因子が複雑に絡み合ってもたらされる」とするのがWHOのICFモデルである。ひとつひとつの事象を当てはめる詳細な分類というより、その“枠組み”でとらえる方法が推奨されている (図4)。

しかし、高齢者では『機能形態障害』とそれによる『活動制限』は非常に多くなり、どこにアプローチするか、包括的に考えなければならぬ。

たとえば、高齢者に脳卒中が起きた場合の『機能形態障害』を考えてみる (図5)。グリーンで示した大きな4項目 (身体障害、精神面障害、脳幹系の障害、排泄障害) は、脳卒中によって引き起こされる『機能形態障害』を示す。しかし高齢者には脳卒中発症以前からの『機能形態障害』(グレーの2項目) が存在するため、同じような脳卒中であっても、異なる複雑な障害像となる。

これらすべての『機能形態障害』とともに派生する『活動制限』、たとえば右麻痺で食事がとれない、歩けないなど、あるいは『参加の制約』として散歩に出られない、旅行に行けないなどの個別の問題にも目をむけ、インフォーマルなサービスも含めて必要かつ、柔軟な対応が求められる。

日常生活動作 (ADL; activity of daily living) の評価方法

障害によって引き起こされる『活動制限』の指標として“日常生活動作の自立度を診る”という方法がある。これが『ADL評価』である。この評価方法はリハビリの目標を立てる際にも、効果をみるうえでも、リハビリテ-

図4

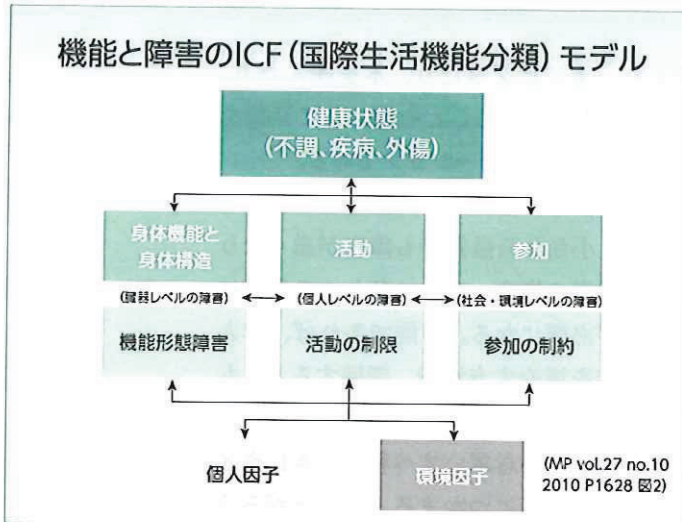
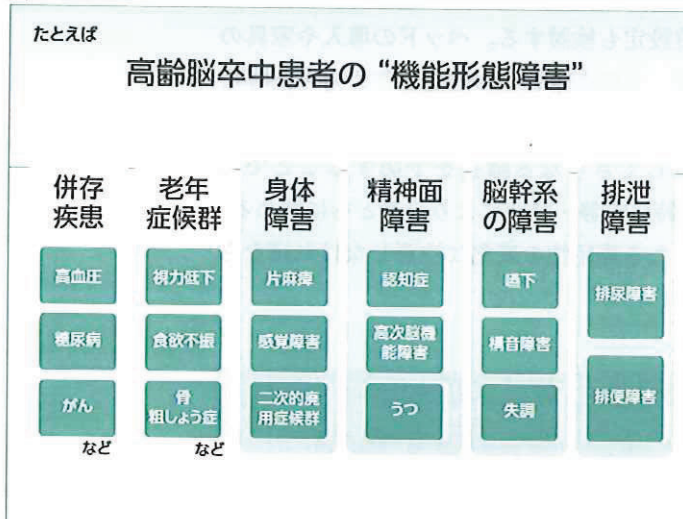


図5

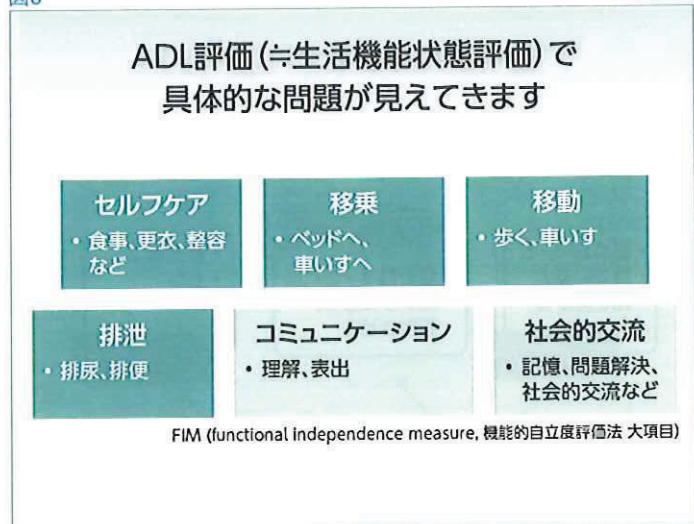


ション医療における最も基本的な中核的概念となっている。

機能形態障害をきたすとADLは低下し、介助レベルとなる。しかし、機能形態障害が残存しても、動作としては自立できる場合がある。たとえば右片麻痺で歩けない場合、右の上下肢がもとのように治らない、動かない状態でも、別の形での身のこなしが習得されれば、移動はできる可能性がある。そのため、機能形態障害とは別にADLを考えるのである。新しい動作の習得となるADL訓練は『運動学習』といいかえることができる。

図6に示したのは代表的なADL評価法である『機能的自立度評価法（FIM ; functional independence measure）』⁵⁾の大項目6つである。この評価法は詳細には触れないが、運動項目4つ（濃いグリーン表示、13項目）、認知項目2つ（薄いグリーン表示、5項目）に分かれ、基本的な生活機能状態が評価できるよう構成されている。生活機能をどのように診るかというときの参考にしていただくとよい。

図6



実際の生活リハに どう取り組むか 在宅では“座位”がポイント

“活動”の状態を把握し、QOL向上を支援する視点から、図7のようなアプローチの方法を障害・介護度別に示してみた。

お世話の程度が要支援1・2レベルで、障害程度が軽症であれば、目標はあらたな障害

図7

障害程度別リハアプローチ（具体例）

障害の全体像 要介護度	軽度 支援 1・2	中等度 要介護 1・2・3	重度 要介護 4・5
リハビリ介入の目的	フィットネス、体力作り	潜在能力を引き出し、活動範囲を広げる(ADLの拡大)	清潔などのためのケアに役立てる
麻痺・補装具など	装具なし、実用手	歩行目的で杖や短下肢装具が必要	移乗目的で短下肢装具、移動は車いす使用
具体的なリハビリプログラム	ストレッチ、散歩 公共の乗り物の利用、外出、家事、復職支援など	ADL訓練(トイレ、浴室利用、外出準備など) ストレッチや歩行による体力強化	介助方法検討指導(ベッド上動作、移乗) ケアに必要な関節可動域や動作確保
利用可能な介護保険のリハサービス	通所リハ 訪問リハ	通所リハ 訪問リハ	訪問看護 訪問リハ

環境設定(福祉用具利用や住宅改修) / 福祉介護の社会資源の活用

図8

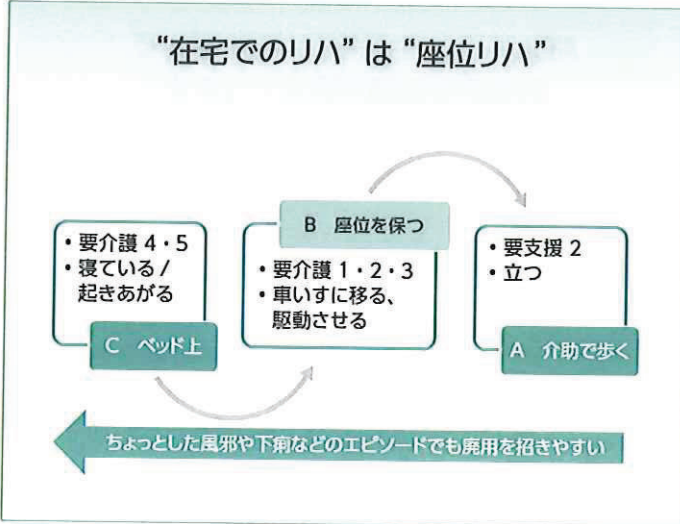
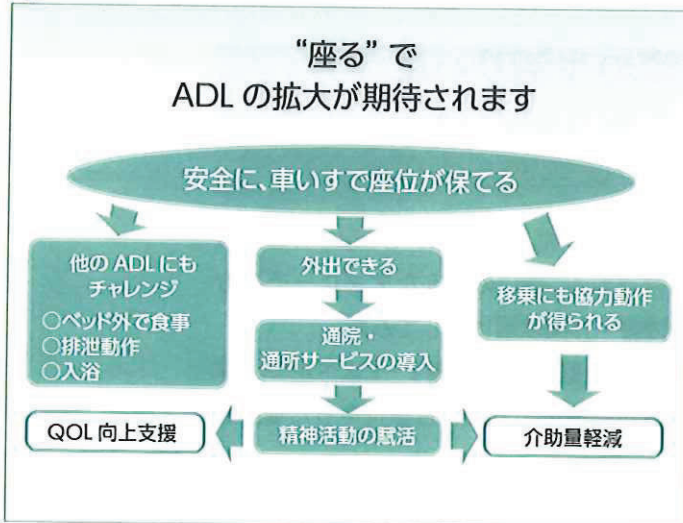


図9



の予防で、本人のやりたいことを中心に、脳卒中後の後遺症として問題となる痙縮や脳血管性の認知症などに注意していけばよい。活動を維持するうえで、介護保険で必要なサービスの利用を検討してもよい。

要介護1・2・3レベルで障害が中等度の方は個別性が大きい。いわゆる機能訓練によりADLの改善や拡大が期待できるケースもあり、可能な範囲でリハ専門医をはじめとするリハビリ専門職のアドバイスを受けることが望ましい。専門職不在の場合では、座位を保てるかどうかを目安として評価するとよい。座位ができない場合は、座るまでのベッド上での動作がどうか、起き上がりや寝返りの状態を評価し、協力動作を得られるよう、訓練を検討する。

生活動作には、やはり筋力の問題は大きい。具体的な指標はない。そこで、筆者は握力を測定することでその方のポテンシャルを測っている。^{6) 7) 8)}

座位が取れなければ寝たままでもよい。握力計を合目的に握れることも、認知面の評価になる。実際の握力データはさまざまだが、80歳男性で25kg、女性で10kg程度を目安としている。筆者の経験的には、麻痺等がなく随意運動が大まかに可能な場合、一般の握力計で5kg程度計測できると、配慮は必要だが学習としての動作訓練が可能である。実際には、短期間の訓練では動作が可能になっても握力が増えるケースは珍しいが、長期になると、実際に握力が増えていることもあり、利用者の励ましにもなる。

要介護度4・5の方たちには、医療依存度の高い方も多くなるため、ケア方法に配慮したさらに包括的メニューが望ましい。たとえばシャツの着替えがしやすいように、肩や肘の可動域を保つための運動や、オムツ交換しやすいように股関節の可動域を保つ運動などである。頸部や体幹にも拘縮は起きる。仰臥位のままが続くと、ベッド上のギャッチアップでの座位や車いす座位にも難渋することになる。座位のチャンスを少しでも多く持つほうがよい。

このように、座位を保つことは、在宅療養では大きな意味を持つ(図8)。訪問先で診療の際、毎日の生活の中でどのような姿勢でのくらの時間体を起こしているか確認していただくと、その後の活動やリハビリの目安を検討しやすくなる。虚弱高齢者の場合、ADLの維持・拡大に、車いすに安全にある程度の時間座ることができれば、外出が可能となり、自宅での出入りが可能となれば、介護保険による通所サービスを利用することも検討できる。座位を保つことは腹筋や背筋、上肢筋にも刺激になり、覚醒度も向上し、乗り移りの際なども協力動作を促すこととなる。また、ベッドを離れて食事をしたたり、ポータブルトイレの試用や入浴動作を検討できる可能性も出てくる。いずれも精神面での刺激に

なり、大目標であるQOL向上と介護量軽減につながるものである(図9)。

高齢脳卒中の方の QOL向上支援のために

目に見えない障害として、こころの問題も重要である。脳卒中後うつに対しては、加療も可能と報告されている⁹⁾ため、積極的なかわりが医療者には求められている。

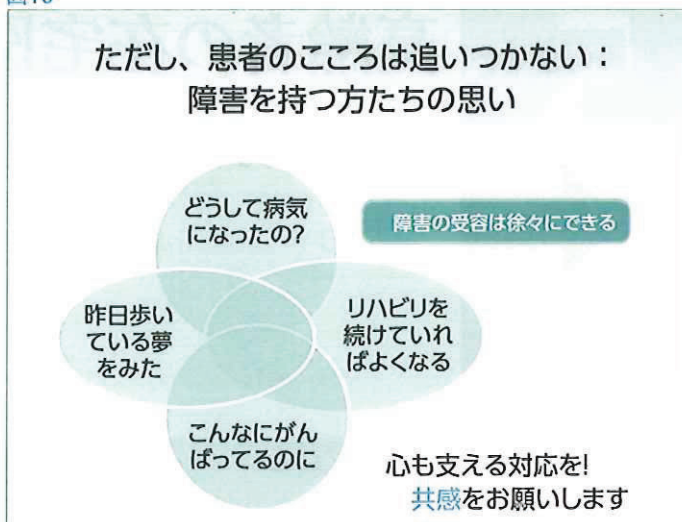
障害の重症度によらず、高齢者にとっても脳卒中になったこと、脳卒中によってこれまでできた活動ができなくなったという喪失感は大い。運動障害だけではなく、しびれなどの感覚障害、排泄障害、嚥下障害など、生きることに直結する問題は、日常生活活動に大きな制限をもたらす場合もある。現在、障害をすべて克服することはできない。しかしながら、罹患者は高齢であってもその障害とともに、その方らしくあゆみ出す。そのとき、医療者の共感、非常に力となる。

おわりに

2000年に始まった介護保険により、主治医意見書の作成が求められ、生活機能評価は今やかかりつけ医の職務となった。命だけでなく、生活をみる、この介入で診療の質とともに罹患者のQOLが向上する。リハアプローチは“座位”がポイントになる。できることを軸に、そのポテンシャルを測ることが肝要であるが、必要時、医療保険または介護保険でのリハ専門職種へのコンサルトを検討するとよい。

要介護原因第1位の脳卒中罹患者の在宅療養には、リスク管理を行いながら、早期によりタイミングでリハビリの視点を持った各種サービスを取り入れることで、不動による二次的弊害を抑え、継続可能な生活リハのリズムを作ることが可能となる。かかりつけ医には、そのコーディネーターとしての役割が求められている¹⁰⁾。

図10



参考文献

- 1) 平成24年度第1回 東京都リハビリテーション協議会 資料2：脳卒中医療連携に関する実態調査 調査結果(速報値), 2012.
- 2) Jorgensen HS et al. :Outcome and time course of recovery in stroke Part I & II: Outcome(I), Time course of recovery(II) The Copenhagen Stroke Study. Arch Phys Med Rehabil76:399-412. 1995.
- 3) Kwakkel G et al. :Impact of time on improvement of outcome after stroke. Stroke37:2348-53. 2006.
- 4) Covinsky KE, Pierluissi E, Johnston CB. : Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA306(16):1782-93.2011.
- 5) 千野直一編：現代リハビリテーション医学. p206-207, 金原出版, 2011.
- 6) 大塚友吉, 他：高齢者の握力一測定法と正常値の検討一. リハ医学31：731-735, 1994.
- 7) 牧迫飛雄馬, 他：要介護者のためのBedside Mobility Scalの開発：信頼性および妥当性の検討. 理学療法学35(3):81-88,2008.
- 8) Chino N, Sonoda S, Domen K et al. :Stroke impairment assessment set (SIAS)：新しい脳卒中機能評価法について. 日本リハビリテーション医学会誌31(9):119-125, 1994.
- 9) 篠原幸人, 他編：脳卒中治療ガイドライン 2009. p338-40, 協和企画, 2009.
- 10) 堀田富士子, 里宇明元：リハビリテーション医学と実地医家の役割. Medical Practice27(10):1618-1622. 2010.

5

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会
私たちのミッション

高齢者の在宅医療 ② 肺炎 COPD

医療法人社団パリアン クリニック川越 副院長 中島一光

はじめに

超高齢社会を迎え、外来受診できなくなった高齢患者の往診や訪問診療のニーズは確実に増加するが、在宅では実施できる検査や治療に制限がある。その中で肺炎とCOPD

(chronic obstructive pulmonary disease) に対して、どのように対応するのか。基本は、耳、眼、鼻、口を活用すること、すなわち、問診、聴診、視診、嗅覚、コミュニケーションである。

適切な問診は診断への近道であり、その裏付けに聴診が有用である(表1)。高齢者は既往症による個人差があるため、普段との変化を診る。左右を交互に比較しながら、前胸部、側胸部、背部を上中下と聴診する。特に背部の聴診は有用であり、省略しないこと(表2)。

呼吸不全の診断にはパルスオキシメータが重要だが、酸素飽和度と呼吸困難感はしばしば乖離する。「酸素飽和度がよいから、苦しいはずはない」と考えず、あくまでも患者の自覚症状を緩和する(図1)。逆に慢性呼吸不全患者は低酸素に慣れており、在宅酸素療法(home oxygen therapy; HOT)中でも実は酸素なしで生活していることも多い。酸素吸入がかえってQOLを低下させていないか、そもそも在宅酸素療法の適応があるのかを常に見直す(表3)。

表1

聴診	
1. 正常呼吸音	
a. 肺泡呼吸音	肺の末梢で聞かれる吸気時に強い低調音
b. 気管支呼吸音	比較的太い気道で発生する呼気時に強い高調音
2. 異常音	
a. 断続性ラ音	
① coarse crackles: 水泡音 (ワツヅツ、カツツ)	気管支炎に伴う痰などの分泌物に由来する吸気初期に聴取する粗く低い音
② fine crackles: 捻髪音 (カザカザ、カサカサ)	間質性肺炎などで毛髪をこすり合わせたような吸気末に聴取する細かく高い音
b. 連続性ラ音	
① wheeze: 笛様音 (ヒューヒュー、フューフュー)	喘息発作時や強制的に早く息を呼出させた時に聴取できる連続性の高い音
② rhonchi: 鼾様音 (グーグー、ウーウー)	比較的太い気道の分泌物貯留により発生し、咳をさせると減弱・消失する低い音
c. その他	
① 胸膜摩擦音: (カクカク)	胸膜炎など胸壁で胸膜同士が濡れることで発生し、吸気、呼気ともに聴取する連続音
② stridor: (ヒューヒュー)	喉など気管外の気道狭窄部から発生し、吸気時に聞かれる連続音

表2

聴診のポイント	
・ 普段の聴診所見を把握しておく	
・ 左右を比較する: 気胸、胸水、無気肺、肺炎	
・ 呼吸音の低下:	空気が入らない(無気肺、肺炎、胸水、気胸) 伝わってこない(胸水、気胸)
・ 肺末梢での気管支呼吸音:	肺の硬化時(肺炎、無気肺など)
・ 背側部の聴診:	肺底部での fine crackles (肺線維症、間質の変化) 強制呼気時に増強する wheeze (喘息) 咳の後に消失する rhonchi (気管支内分泌物)

在宅における高齢者の肺炎への対応

1. 診断

高齢者肺炎には、感染症としての肺炎に加えて、嚥下障害に由来する誤嚥性肺炎がある。前者は成人市中肺炎として日本呼吸器学会の「成人市中肺炎診療ガイドライン」を参考に対応する。後者の場合、食事時の顕性誤嚥に比べて、食後の経管栄養の逆流や睡眠中の唾液による不顕性誤嚥は、その発症がわかりに

くい。発熱、呼吸数増加、頻脈、食欲減退、不活発などの状態変化から肺炎を疑うことが重要である。

2. 結核に注意

高齢者の場合には常に結核の可能性を考慮しておく。特に、結核の既往がありながら治療歴がはっきりしない場合には注意する。高齢者ではツベルクリン反応もクオンティフェロン(QFT)検査も有用とは言えないので、疑ったら必ず喀痰か胃液の抗酸菌塗抹・培養検査を施行する。抗酸菌が検出されても慌てずに、至急PCR法で非結核性抗酸菌との鑑別を行う。

3. 療養と看取りの場

高齢者の肺炎をどこまで在宅で治療するかに関しては、本人や家族の意向を最大限尊重する。アメリカ感染症学会(IDSA)の死亡率に相関する危険度や、日本呼吸器学会の重症度分類(A-DROPシステム)(表4)によって治療の場を決めるシステムもあるが、最終的にはあくまでも診察医の判断に任されている。危険度や重症度だけで判断するのではなく、最期まで自宅で療養したいと望む患者の希望を最大限尊重し、一人の人間として尊厳を持って対応することこそが、在宅医に任せられた最も重要な使命の一つである。

4. 検査と重症度分類

レントゲン撮影が困難な在宅では眼と鼻をきかせ、喀痰の性状を实际にみて、嫌気性菌特有の悪臭がないかを確認する。治療前の喀痰検査(一般細菌と抗酸菌検査)は、後で抗菌薬に反応しない場合に有用となる。ただし、口腔内細菌が混入するので、培養結果の解釈には注意が必要である。

尿検査は、肺炎球菌やレジオネラの迅速診断のほか、脱水のチェック、尿路感染との鑑別、糖尿病のチェックなどに有用である。

血液検査を施行するなら、重症度分類(A-DROPシステム)に使うBUNを入れる。白血球数は、細菌性肺炎と非定型肺炎との鑑別に役立つ。CRPは治療経過の評価に有用で

図1

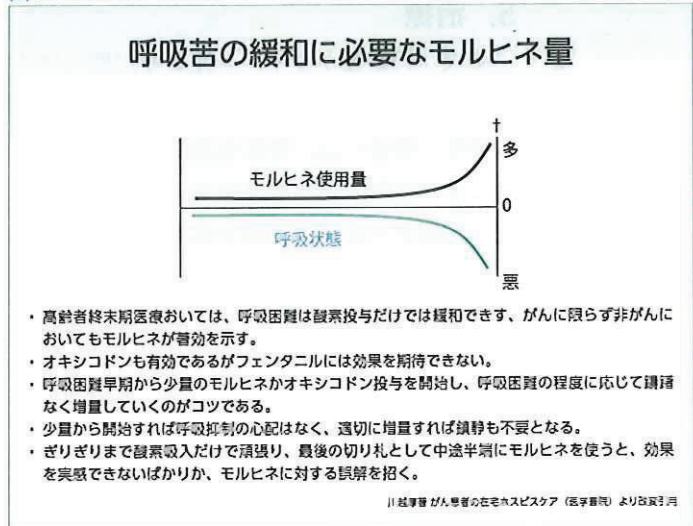


表3

呼吸不全と呼吸困難

在宅酸素療法の適応

PaO₂が55Torr以下の者、およびPaO₂が60Torr以下で睡眠時または運動負荷時に著しい低酸素血症を来たすものであって、医師が在宅酸素療法を必要であると認めた者。適応患者の判定に、SpO₂から推測しPaO₂を用いることは差し支えない。

- ・ PaO₂ 60Torr=SpO₂ 90% が目安となる
- ・ 低酸素血症と呼吸困難感とはしばしば乖離する
- ・ 患者にとっては呼吸困難感の改善が重要である

表4

在宅でどこまで診るか

身体所見、年齢による肺炎の重症度分類 (A-DROPシステム)

使用する指標

1. 男性70歳以上、女性75歳以上
2. BUN 21mg/dL以上または脱水あり
3. SpO₂ 90%以下 (PaO₂ 60Torr以下)
4. 意識障害
5. 血圧(収縮期) 90mmHg以下

重症度分類

軽症: 上記のいずれにも該当しない	→ 外来
中等症: 上記の1 or 2つを有する	→ 外来または入院
重症: 上記の3つを有する	→ 入院治療
超重症: 上記の4 or 5つを有する	→ ICU入院

- ・ 意識障害は、肺炎に由来する意識障害の変化とする
- ・ 呼吸数30/分以上は生命予後と相関するため、呼吸数測定も推奨されている
- ・ 本人と家族の意向も踏まえ、あくまでも最終的には診察医の判断による

成人呼吸器治療ガイドラインより改訂3月

あるが、A-DROPシステムの指標からも、IDSAの危険度算定システムからもはずざれている。IDSAは、Na、血糖を検査項目に入れている。

5. 治療

肺炎が細菌性かウイルス性か非定型（マイコプラズマ、クラミジア、レジオネラ）か、誤嚥性の場合には、嫌気性菌が絡んでいないかによって使用薬剤が異なる。点滴困難な在宅で選択すべき経口薬剤を起炎菌別に示した（表5）。

a. 細菌性肺炎の場合

市中肺炎として、まず肺炎球菌かインフルエンザ菌を考えて対処する。肺炎球菌が最も多く、3か月以内にβラクタム系抗菌薬投与を受けている場合には“ペニシリン耐性肺炎球菌”の可能性も考慮する。COPDなどの慢性呼吸器疾患がある場合にはインフルエンザ菌が重要で、βラクタマーゼ産生菌のほか、βラクタマーゼを産生しない耐性菌（β-Lactamase-Negative Ampicillin-Resistant ; BLNAR）も増えつつある。いずれにも、レスピラトリーキノロン薬が効果を発揮する。

b. 非定型肺炎の場合

高齢者では、マイコプラズマやクラミジア肺炎は多くない。白血球増多がなく痰に乏しい場合や、βラクタム系抗菌薬に反応しない場合などにはその可能性も考えて、マクロライド系、テトラサイクリン系または、レスピラトリーキノロン薬の投与を検討する。

また、循環風呂や温泉入浴後の肺炎では、レジオネラ肺炎も鑑別する。診断にはレジオ

ネラ尿中抗原迅速検査が有用であり、軽症でも遅滞なくニューキノロン薬を投与しなければならない。重症化して致命的となりやすいため、常に入院治療を検討する。

c. 誤嚥性肺炎

起炎菌としては、嫌気性菌、黄色ブドウ球菌、クレブシエラ、肺炎球菌、緑膿菌などが多く、嫌気性菌では、Peptostreptococcus、Prevotella、Fusobacteriumの関与が高い。βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系薬を第1選択とし、嫌気性菌に対して適宜クリンダマイシンを併用するが、アミノ配糖体系薬は無効、LVFXも効果が弱い。

d. ウィルス性肺炎

インフルエンザウィルスのほか、アデノ、RS、パラインフルエンザ、ライノなどのウィルスによって惹起される肺炎であるが、高齢者の場合には、むしろ細菌性肺炎の合併に注意が必要である。サイトメガロウィルス肺炎は日和見感染であり、ステロイド薬や免疫抑制薬などを使用していなければ発症しない。

6. レスピラトリーキノロン

Moxifloxacin ; MFLX（アベロックス[®]）、Garenoxacin ; GRNX（ジェニナック[®]）、高用量のLevofloxacin ; LVFX（クラビット[®]）はレスピラトリーキノロン薬と呼ばれ、肺炎球菌に対する抗菌力が強い。非定型病原体にも有効であることから高齢者においては第1選択薬として頻用されているが、菌の耐性化が急速に進行する恐れがあるため、慢性呼吸器疾患がなく基礎疾患も軽度であれば、βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン±マクロライド系またはテトラサイクリン系の投与を考慮するべきである。

7. 高齢者における用法用量

高齢者では潜在的に腎機能が低下しており、抗菌薬投与量を調整する必要がある。血中濃度半減期が延長しているため、薬剤投与間隔を延ばしたり、一回投与量を減らしたりする。

腎機能低下の程度はクレアチニン・クリアランス（Ccr）や推定糸球体ろ過量（eGFR）

表5

在宅医療で用いる経口抗菌薬

- ・肺炎球菌
 - ペニシリン系（常用量アモキシシリン）、ペネム系、レスピラトリーキノロン
- ・インフルエンザ菌
 - βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系、第2、3世代セフェム系、ニューキノロン系
- ・クレブシエラ
 - βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系、第2、3世代セフェム系、ニューキノロン系
- ・黄色ブドウ球菌
 - βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系
- ・モラクセラ・カタラーリス
 - マクロライド系、βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系、第2、3世代セフェム系
- ・レンサ球菌
 - ペニシリン系、マクロライド系
- ・緑膿菌
 - ニューキノロン系
- ・嫌気性菌
 - ペニシリン系、βラクタマーゼ阻害剤配合ペニシリン系、ペネム系、±クリンダマイシン
- ・レジオネラ菌
 - ニューキノロン系、マクロライド系+リファンピシン
- ・マイコプラズマ、クラミジア
 - マクロライド系、テトラサイクリン系、レスピラトリーキノロン系

で判断するが、Ccrは、性別、年齢、体重、血清Cr値から推定する計算式があり、一覧表を入手すると便利である。なお、レスピラトリーキノロン薬は、用量調節時を含めて分割投与を避け、1日量を1回で投与する(表6)。

8. 予防

a. インフルエンザワクチン

高齢者自身のみならず、接触する機会が多い家族にも接種を勧めたい。また医療者が感染源とならぬよう、スタッフ自らも積極的にワクチン接種を受けるべきである。

b. 肺炎球菌ワクチン

基本的に65歳以上になったら、まず1回接種するよう推奨する。予防効果は5年から7年間ほど持続するが、前回接種から5年以上経過していれば再接種が可能となった。ただし、再接種時には副反応が強く出る可能性があることを十分説明し、適切に対処する。

なお本剤とインフルエンザワクチンの同時接種は可能だが、各腕に別々に注射する。再接種時は副反応を考慮し、原則どおり1週間以上空けて接種した方が無難である。

c. 誤嚥対策

嚥下障害には嚥下リハビリテーションが有効であり、在宅でも積極的に導入を検討する。ただし、誤嚥は常に起こりうるものとして日頃から口腔内を清潔に保っておくことが重要である。適切な口腔ケアによって、誤嚥性肺炎のリスクは確実に低下する。

誤嚥は脳梗塞で舌咽神経や迷走神経知覚枝におけるサブスタンスPが低下し、嚥下や咳反射が障害されて起こると説明されており、サブスタンスPの分解を阻害するACE阻害薬が誤嚥性肺炎の予防にも役立つ。

在宅における高齢者の COPDへの対応

この半世紀の間、COPDの疾患概念は変遷し続けてきた。英国で慢性気管支炎、米国で肺気腫といわれていた疾患が、COLD(chronic obstructive lung disease)として総括され、

表6

高齢者における抗菌薬投与量

- ・ 抗菌薬投与は、薬剤ごとのPK/PDを考慮して、十分量を使用し、短期間使用とするのが原則である。
- ・ 高齢者では、潜在的に腎機能が低下していることを考慮して、抗菌薬投与量を調整する必要がある。
- ・ 半減期が延びるため、投与間隔を延ばしたり、体重にも注意して一回投与量を定める。
- ・ レスピラトリーキノロン薬は、用量調節時を含めて分割投与を避け、1日量を1回で投与する。
- ・ 腎機能 Ccr (Cockcroft Gault推定式)
 男性: $Ccr = \{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)}\} / (72 \times \text{血清クレアチニン値 (mg/dL)})$
 女性: $Ccr = \{(140 - \text{年齢}) \times \text{体重 (kg)}\} / (72 \times \text{血清クレアチニン値 (mg/dL)}) \times 0.85$
- ・ (例) LVFXの場合には、腎機能 Ccr (mL/min) が
 - $20 \leq Ccr < 50$ の場合: 初日 500mg を1回、2日目以降 250mg を1日に1回投与する。
 - $Ccr < 20$ の場合: 初日 500mg を1回、3日目以降 250mg を2日に1回投与する。

その後COPDと呼称変更された。2001年には国際ガイドラインGOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) が刊行され、2011年に最新版が発表されている。日本では1999年に日本呼吸器学会「COPD診断と治療のためのガイドライン」が発表され、その後GOLDとの整合性をはかりながら、2013年4月に最新の第4版が刊行されたばかりである。

1. 定義と疾患概念

COPDの定義を表に示したが(表7)、末梢気道病変と気腫性病変を同列に扱い、その割合によって気腫型COPDと非気腫型COPDに分けている。COPDという疾患はあくまでも生理学的に定義された疾患概念で、慢性気管支炎や肺気腫と同義ではない。

慢性気管支炎は咳・痰などの症候により定義された疾患で「喀痰症状が年に3か月以上あり、それが2年以上連続して認められるもの」であり、肺気腫は病理形態学的な定義を基にした疾患で「終末細気管支より末梢の気腔が肺胞壁の破壊を伴いながら異常に拡大しており、明らかな線維化は認められない病変」を指す。つまり、気流閉塞を伴う場合のみCOPDと診断され、気流閉塞を伴わない場合には、COPDでない「単純性慢性気管支炎」、もしくはCOPDでない「CT肺気腫」と考えて区別する。

2. 診断、病期分類、重症度

診断基準を、表7に示したが、除外すべき疾患として第一にあげられるのが喘息である。しかし、その鑑別は必ずしも容易ではなく、しかも患者の20~40%は喘息を合併した

オーバーラップ症候群である。間質性肺疾患も除外すべき疾患であるが、気腫合併肺線維症 (combined pulmonary fibrosis and emphysema) もある。

COPDの診断は、まず疑うことから始まる。長い喫煙歴があり、慢性的に咳や喀痰、労作時呼吸困難などが見られるときには呼吸機能検査で閉塞性障害の有無をチェックしたい。胸部CT検査でLAA (low attenuation area) が見つければ診断は確かとなるが、在宅医療では困難である。したがってIPAG質問票を用いてスクリーニングし (表8)、疑いがあれば診断的治療を開始して、効果がみられれば診断とするのも現実的な対応である。なお、COPDがタバコ病といわれるように、患者の約9割には喫煙歴があり、逆に全く喫煙歴がなければ、COPDの可能性はかなり低い。

COPDの病期分類は、呼吸機能検査で1秒量の低下から決定されるが、臨床的な重症度と一致するとは限らない。治療方針を決める時に用いる重症度は、労作時呼吸困難などの症状や運動耐容能、体重減少や併存症の有無、増悪頻度などから総合的に判断する。息切れに関しては修正MRC (mMRC) を、日常生活に関しては質問票COPD Assessment Test (CAT) を用いると、より客観的な評価が可能となる (表9)。

3. 治療

在宅医療では、安定期の症状およびQOLの改善と急性増悪の予防を治療目標とし、薬物療法、在宅酸素療法、在宅人工呼吸療法 (home mechanical ventilation ; HMV)、患者教育とリハビリテーションなどを行う。実際には、病期分類と重症度を総合的に判断しながらCOPDの進行に応じて段階的に治療を増強していく (図2)。なお、どの段階でもタバコ煙からの回避が大前提であり、禁煙指導する医療従事者の喫煙は、説得力に欠けるばかりか信頼をも損なうので注意しなければならない。

a. 薬物療法

薬物療法の中心は、気管支拡張薬である。

表7

COPDの定義と診断		
1. 定義		
「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である。呼吸機能検査で正常に復すことのない気流閉塞を示す。気流閉塞は末梢気道病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり、通常は進行性である。臨床的には徐々に生じる労作時の呼吸困難や慢性的な咳、痰を特徴とするが、これらの症状に乏しいこともある。」		
2. 診断基準		
1. 気管支拡張薬投与後のスパイロメトリーで 1秒率 (FEV1/FVC) が70%未満であること。		
2. 他の気流閉塞をきたし得る疾患を除外すること。		

表8

質問	選択肢	ポイント
1. あなたの年齢はいつですか?	40~49歳 50~59歳 60~69歳 70歳以上	0 4 8 10
2. 一日に何本くらいタバコを吸いますか? (もし今は禁煙しているならば、以前は何本くらい吸っていましたか?) 今まで合計で何本吸ったタバコを吸っていましたか? [1日の喫煙本数 = 1日のタバコ本数 / 20本 (1箱入り数)] [Pack-years = 1日の喫煙本数 × 喫煙年数]	0~14 Pack-years 15~24 Pack-years 25~49 Pack-years 50 Pack-years 以上	0 2 3 7
3. あなたの体重は何kgですか? あなたの身長は何cmですか? [BMI = 体重(kg) / 身長(cm) ²]	BMI < 25.4 BMI 25.4 ~ 29.7 BMI > 29.7	5 1 0
4. 天候により咳がひどくなることはありませんか?	はい、天候によりひどくなることはありません いいえ、天候は関係ありません わかりません	3 0 0
5. 風邪をひいていないのに咳がからむことはありませんか?	はい いいえ	3 0
6. 朝起きてすぐに咳がからむことはありませんか?	はい いいえ	0 3
7. 痰 (ゼイゼイ、ヒューヒュー) がよくありませんか?	いいえ、ありません 時々、もしくはよくあります	0 4
8. 今現在 (もしくは今まで) アレルギーの症状はありますか?	はい いいえ	0 3

IPAG 診断・治療ハンドブック 日本版版から引用

表9

修正 MRC (mMRC) と CAT 質問票		
修正 MRC (modified British Medical Research Council ; mMRC)		
グレード分類		
0	激しい運動をしたときだけ息切れがある	
1	平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。	
2	息切れがあるので、同年代の人よりも平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。	
3	平坦な道を約100m、あるいは数分歩くとき息切れのために立ち止まる。	
4	息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の履替えをする時にも息切れがある。	
CAT 質問票		
	点数	点数
まったく咳が出ない	①②③④⑤	いつも咳が出ている ()
まったく痰がなかった感じがしない	①②③④⑤	いつも痰がたまっている感じがする ()
まったく息苦しくない	①②③④⑤	非常に息苦しい ()
坂や階段を上がっても息切れがしない	①②③④⑤	坂や階段を上ると、非常に息切れがする ()
家での普段の生活が邪魔されることはない	①②③④⑤	家での普段の生活が非常に邪魔される ()
肺の状態を気にせずに外出できる	①②③④⑤	肺の状態が気になって、外出できない ()
よく眠れる	①②③④⑤	肺の状態が気になって、よく眠れない ()
とても元気だ	①②③④⑤	まったく元気がない ()

軽症（強い労作時に限って呼吸困難症状が現れる程度）であれば、必要時のみ短時間作用性気管支拡張薬SABA（short-acting beta2-agonist）を頓用する。

中等症（通常の労作でも呼吸困難が出現）になれば、長時間作用性抗コリン薬LAMA（long-acting muscarinic antagonist）か長時間作用性気管支拡張薬LABA（long acting beta2-agonist）のいずれかを定期吸入または貼付する。

さらに重症となれば、LAMAとLABAの両者を併用し（テオフィリンの追加も可）、頻繁に増悪を繰り返したり、喘息を合併している場合には、吸入ステロイド薬も追加する。

b. 在宅酸素療法（HOT）と

在宅人工呼吸療法（HMV）

HOTは生命予後を改善するが、COPD安定期におけるHMVの有用性は確立していない。COPDはII型呼吸不全であり、肺泡低換気から高炭酸ガス血症をきたしやすい。目標とする酸素飽和度は90%以上とし、必要以上の酸素投与によってCO₂ナルコーシスをきたさないよう注意する。ナルコーシスの危険性が高い患者においてはHMVを検討するが、その導入と継続には、患者自身の意思を最大限尊重しなければならない。導入後もアドヒアランスとCO₂ナルコーシスをチェックしながら、常に継続についての見直しが必要である（表3）。

c. 患者と家族のセルフマネジメント力

在宅医療の最大目標は、急性増悪を回避し安定期を長く維持することである。そのためには患者および家族のセルフマネジメント能力を高めておくことが重要であり、禁煙指導から、在宅リハビリテーション、栄養管理、HOTやHMVの管理、増悪時や増悪回避のためのアクションプラン、終末期に備えたAdvance care planning（ACP）など、取り組むべき内容は多い。なかでも、「最期は自分らしく」と希望する高齢者が増えるなか、ACPはその重要性を増している。急性増悪時の人工呼吸器装着などについては、安定期にこそ家族も交えて話し合い、落ち着いた気持ちで冷静に考えて

図2

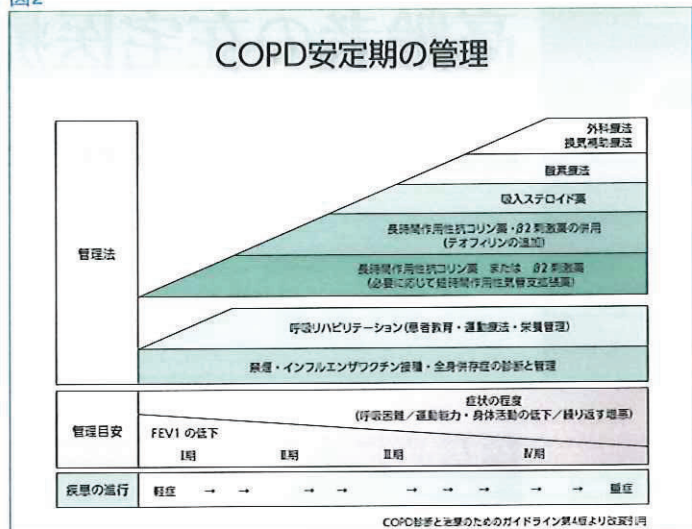


表10

COPD終末期の Advance Care Planning (ACP)

患者の知りたい点

- COPDがどのような病気で、これからどのように進行していくのか
- どのような治療があり、どの程度、症状やQOL、予後が改善するのか
- 自分の生命やQOL上の予後
- 死がどのように訪れるのか
- これから起こってくる増悪時にどのように対応するか

Curtis JR et al.: Eur Respir J 2008

おくことが大切である（表10）。

おわりに

高齢者医療は、「最期まであきらめずに治す医療」から「よりよいケアで患者・家族のQOLを高める医療」へとシフトしており、もはや医師と看護師だけでは患者・家族の多様なニーズに応えることは困難で、多職種が連携してチームでかかわっていく必要性が増している。かかりつけ医は、患者・家族のみならず、スタッフとのコミュニケーションも大切にし、責任ある者としてリーダーシップを存分に発揮されたい。

5

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

高齢者の在宅医療 ③ 認知症

医療法人あづま会 大井戸診療所 理事長・院長 大澤 誠

はじめに

2012年7月に厚生労働省は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数が2015年には345万人に達すると推計した(表1)。

これは2003年に出た「高齢者介護研究会報告書」¹⁾における推計値250万人を大幅に上回っているが、さらに筑波大学の朝田隆教授らの疫学調査による推計では、それを上回る数字が予想されている²⁾。今後、その需要を満たすだけの入所施設の充足は見込めないため、さらに多くの認知症の人が地域で生活することとなり、在宅医療もその対応を求められている。

表1

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数

平成24年8月24日 厚労省発表

2010年「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の高齢者数は280万人であった。2012年には305万人、2015年には345万人となると推計される。65歳以上の人口に占める割合は10%を超える。

*自立度Ⅰ(何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している人たちに注目する必要がある。

認知機能などの衰えにより、日常生活に不都合が生じてきたり、環境やかわり方への配慮が不足していたりする場合には、急激な状態変化が生じてくる可能性が高い人たちでもある。認知症の中核症状が進んでしまう前に、生活上のストレスを軽減し、不安や混乱を予防したりQOLの維持・向上を図っていくことは、認知症の重度化を予防していく上でも重要な取り組みとなる。

地域包括ケアシステムとオレンジプランの概要

認知症の人にとって、住み慣れた地域での生活を保つことが、その心身の安定のために求められるが、『地域包括ケアシステム』はその点でも有用といえる。

さらに国は、認知症の人とその家族の支援をより有効なものとするために、これまでの認知症の医療とケアを総括し、平成24年6月18日『新たな認知症と医療とケアの方向性』を発表。さらに同年9月5日『認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)』を取りまとめた(表2)。

表2

「認知症になっても地域生活を継続できる社会」を理念に、認知症は病院や施設を利用せざるを得ないという考え方を否定。このため従来の流れも否定し、標準的な認知症ケアパスの構築を目標ととしている。そして、7つの視点からの取り組みを挙げている。

- | | |
|--|--|
| 1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及 | 5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
介護予防
認知症地域支援推進員の設置
互助組織などへの支援
認知症サポーターキャラバン
権利擁護推進
市民後見人育成と活動支援
家族支援 |
| 2. 早期診断・早期対応
かかりつけ医の認知症対応力の向上
認知症初期集中支援チームの設置
アセスメントツールの検討・普及
身近な認知症疾患医療センターの整備
ケアプラン作成体制の整備 | 6. 若年認知症対策
ハンドブック作成
居場所づくり
ニーズ把握
就労支援 |
| 3. 地域で生活を支える医療サービスの構築
認知症の薬物治療ガイドライン策定
一般病院での認知症の手術、処置などの実施の確保
一般病室での認知症対応力の向上
精神科病院入院が必要な状態の明確化
精神科病院からの退院・在宅復帰の支援 | 7. 人材育成
認知症ライフサポートモデルの策定
医療・介護従事者への研修ほか |
| 4. 介護サービスの構築
医療・介護サービスの連携
認知症にふさわしい介護
グループホーム活用
在宅生活困難の場合の介護保険施設
介護保険施設などでの認知症対応力向上 | |

2012年6月18日厚生労働省発表
新たな認知症の医療とケア

在宅医療の対象とステージ・アプローチの考えかた

あらゆる年齢層の寝たきりの方とがんの終末期の方たちを狭義の在宅医療の対象とすれば、歩ける認知症の人たちは広義の在宅医療の対象である。認知症の人たちの在宅医療は、

その生活の中心は家庭であるものの、医療が出前するというより、生活の枠を通所や短期入所などの場に拡げ、場合によっては、生活の場を家庭からグループホームや有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅などの、住み慣れた地域の“住まい”に移し、生活を再編成することを前提としている。それにより、さまざまな要因で生じる認知症の人の“生活のしづらさ”の改善を目指すことになるが、そのために、かかりつけ医だからこそできることも多い(図1・表3)

ところで、多くの認知症の人たちは、家族が切羽詰まって外来に連れてきた初診時には、既に通所や短期入所などのサービスを必要としている。すなわち、後述するがアルツハイマー病(Alzheimer's disease; AD)でいえば中期以降であることが多く、在宅医療は身体が動く認知症の人たちのBPSD(認知症の精神症状及び行動障害)や身体合併症への対応を要求されている。そして、後期・終末期へと移行していくにしたがって、狭義の在宅医療の対象像と重なっていく。

ここで述べたこと的前提には、『ステージ・アプローチ』という考えかたがある。すなわち認知症の進行過程をいくつかのステージ(病期)に分けてアプローチするものであるが、血管性認知症が、その病変部位の違いから、進行過程がそろっていないことを考慮すると、正確には、認知症の原因疾患のおよそ半分を占めるADのステージと比べてよい。その際、ReisbergらによるFAST分類(Functional Assessment Staging of Alzheimer's Disease)が役立つ。このFAST分類は、ADの多くの症例の進行過程によく合致するからである(図2)。

以下、認知症を代表するアルツハイマー病を例にとって話を進めるが、FAST分類をもとにADを、境界状態・初期・中期・後期・終末期の5段階にわけたとき、それぞれの段階において、(在宅)医療に求められている役割も異なっており、その役割を果たすことが、認知症の人が、住み慣れた地域の中で暮らし続けていくことを支援する。そして認知症の人の

図1

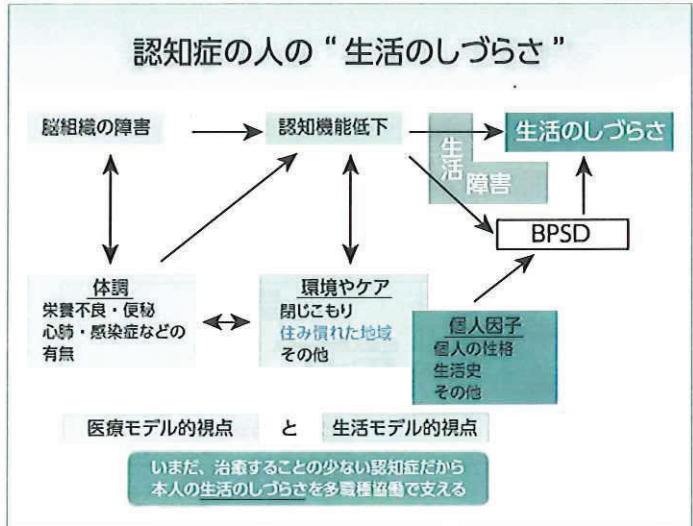


表3

認知症の「人」を「地域」で かかりつけ医が診る

- ①疾患情報 + 「生活情報」を得やすい
⇒より正確な診立てと対応が可能となる
- ②家族背景を考慮した医療がしやすい
⇒同じ症状でも、家族ごとに悩みの違うことが理解しやすい
- ③認知症の人の身体合併症
⇒既に対応しており、それとともに、認知症も診ていく

図2

ADの重症度/FAST

FAST (Functional Assessment Staging)		
重症度	臨床診断	FASTにおける特徴
1. 認知機能の障害なし	正常	主観的および客観的機能低下は認められない。
2. 非常に軽度の認知機能の低下	年齢相応	物の置き忘れを訴える健忘症候
3. 軽度の認知機能低下	境界状態	路線を離れる仕事や家事の場面で機能低下が同僚によって認められる。新しい場所へ誘導することは困難。
4. 中等度の認知機能低下	軽度のAD	夕食に箸を強く握りつけたり、服針を管理したり、買い物したりする程度の仕事でも支障をきたす。
5. やや重度の認知機能低下	中等度のAD	介助なしでは適切な洋服を選んで着ることができない。入浴させるときにも安全な方法を講じて指導することが必要になることもある。
6. 重度の認知機能低下	やや重度のAD	(a) 不適切な着衣
		(b) 入浴に介助を要する。入浴を嫌がる。
		(c) トイレの水を流さなくなる。
		(d) 尿失禁
		(e) 尿失禁
7. 非常に重度の認知機能低下	重度のAD	(a) 最大限約6日に予定された認知機能の低下
		(b) 通常よりも少なくとも1つの単語となる。
		(c) 歩行能力の低下
		(d) 尊重能力の喪失
		(e) 笑う能力の喪失
		(f) 唇をよびかき

Reisberg B, et al.: Ann Acad Sci, 435: 481, 1984より作成

図3

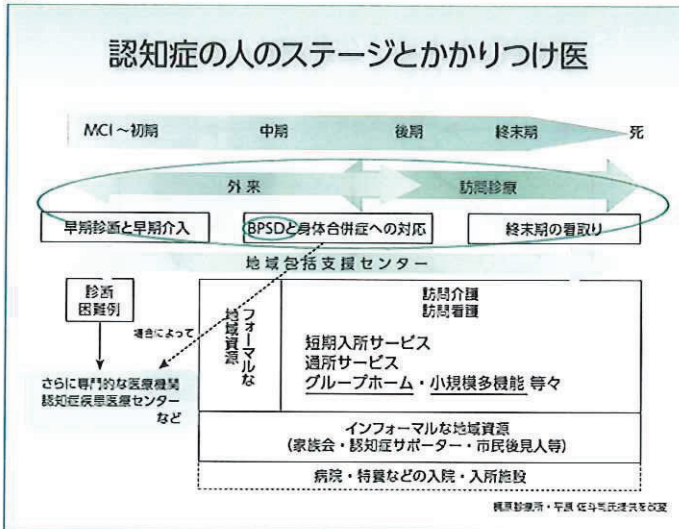


表4

AD病期別の特徴：初期
<p>記憶力障害が前景に出る。体験したことを覚えていないだけでなく、自分が忘れたことも忘れてしまう。また、できることとできないことの区別がつかなくなる(病態失認的態度)。その結果、忘れたことやできないことを認めないで自分でやろうとしたり、できるのにひどく依存的になってしまって、周囲と摩擦が起きる。さらに、本人は失敗を重ね、挫折感・喪失感を味わうことが多い。自尊心を大切に。</p>
<p>忘れること、できないことを責めない</p>

表5

日常診療における気づきのために
<p>1. 受診時の行動変化のチェック 繰り返される予約忘れ・頻回な受診 服薬管理ができない・感情面の変化 身繕いや診察の流れの変化など</p>
<p>2. 受診時の問いかけによるチェック 住所・年齢・付き添いの人物 同居家族・受診手段・体調 受診目的・エピソードの確認 (食事・前回受診日など)・日付・曜日など</p>

尊厳を守るために取り組まなければならない課題も、ステージごとに異なる。

ステージごとに変わる在宅医療の役割と課題

図3をもとにそれぞれのステージごとに（在宅）医療が担うべき役割等について考えてみたい³⁾。

1. 境界状態～初期（表4）

境界状態はMCI (Mild Cognitive Impairment) の状態といえる。MCIから初期にかけて、認知症をとらえることができれば、いわゆる脳活性化リハビリなどのさまざまなアクティビティや、運動・食生活の改善、アセチルコリンエステラーゼ阻害剤やサプリメントの服用などの早期介入で、脳の復元力に期待することができると考えられている。健診などでそれらの状態を見つける以外に、外来において継続的に同一患者をみているかかりつけ医なら、軽度の認知障害が生じたことに気づくこともある（表5）。

MCIや初期のADがみつかったなら積極的に上記の介入を試みていく。地域包括支援センター、介護予防事業や予防給付サービスとの連携も求められる。先に述べたオレンジプランの『認知症初期集中支援チーム』の役割も、早期診断と介入にある。そしてこの時期における告知も（在宅）医療の役割となっていく。

その告知については、早急な検討が必要である。認知機能が中等度以上に低下している場合には、本人の病識が欠如していることが多いから告知の意義が乏しいともいえるが、ごく初期の若年性のADの場合には、職場の配置換えや休職のタイミングなどをどうするかなど、その後の人生設計に関係する、周囲には決めがたい重要な事柄が多いので告知が望ましいと思われる。また、任意後見制度などの問題も絡むことになる。一方で、ADの安易な告知に警鐘を鳴らす意見もある。ADに代表される脳の変性疾患を原因とする認知症は、現時点では根治療法が確立していない

ため、その告知は、がんの告知と同様に慎重でなければならないというのがそれである。

いずれにしても、正確な診断と先ほどの介入も含めた医療とケアのプログラムが求められる。そして、まだ判断能力や自己決定能力に大きな支障のないこの時期に、今後の自らの生活に関して、事前の意思表示が意味を持つような倫理的配慮も求められる。

2. 中期 (表6)

この時期以降は家庭内での日常生活も指示や見守りなしにはできなくなり、多くの混乱が本人や家族に生じる。情緒的な安定を図り、それぞれの能力を活かした自立した日常生活の支援のために、さまざまな介護サービスとの連携を図ることが必要となる。そして、BPSDへの対応と身体合併症の診断・治療も医療に求められている。

BPSDに関していえば、抗精神病薬の投与が必要となることもあるが、その使用にあたり、抗精神病薬の副作用についての丁寧なインフォームド・コンセントが求められるとともに、その過剰投与について慎まなければならない(表7・8)。さらに、この時期に起こりやすい抑制的行動も、倫理的な意味において厳に戒めなければならない。

ところで、身体合併症に関していえば、言語表現が乏しくなるこの時期に、何の訴えもないまま感染症・脱水症などを生じ、あたかも自然に心身の機能が低下したかのように、摂食不能になることに注意しなければならない。熱意のある介護職の中には、そうした状態を終末期として、医療の介入を極端に制限した看取りをめざす方たちもいる(“みなし末期”)。これは過小医療であり、認知症の人の生存権を否定するものといえる。それゆえ、適切な身体的アセスメントと必要に応じた治療が求められているが、介護保険サービスを利用しながらの治療に関して、現在の介護保険および医療保険制度のしくみがそれに十分対応できているとはいえない。

認知症の人たちが、住み慣れた地域での生活を継続していくためには、この時期を乗り

表6

<p>AD病期別の特徴：中期</p> <p>「動ける認知症」+「脱抑制」 =「動くので周囲が困惑する認知症」 妄想も多い 輝いていた頃の世界に生きる 複雑な動作はできない</p> <p style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">何ができるかのアセスメントが大切</p>

表7

<p>BPSDに対する抗精神病薬の使い方</p> <ul style="list-style-type: none"> • 中等度から重度のBPSDで、幻覚・妄想・身体的攻撃などの具体的な症状を標的にする • 成人常用量の1/2～1/3程度を目安に使い始め、効果・副作用をモニタリングしながら漸増 • 効果判定は、1～4週間でいい、改善がみられない場合は薬剤を中止・変更し、上乗せなど多剤併用は禁止する • 多くが適応外であることに注意⇒求められるインフォームド・コンセント • 疾患ごとの非薬物的対応の併用 • ケアスタッフに求められる、抗精神病薬を含む向精神薬に対する過度な期待と過度な毛嫌いの戒め
--

表8

<p>抗精神病薬投与中の介護者の観察</p> <ul style="list-style-type: none"> • 内服によって、症状は改善したかどうか • 日中の居眠りが増えているかどうか • さらさらとした液体の飲み込みに問題はないか • 椅子に座っていても、体が傾いていないか • 歩き出すときに、最初の一步がスムーズに出ているか • 体の動きが硬くないか • 風邪でもないのに高熱を出していないか <p style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">確実な服薬と作用・副作用のモニタリングが行える体制づくりが求められる</p>

越えていくことが重要であり、オレンジプラン中の、小回りの利く『身近型認知症疾患医療センター』のアウトリーチ機能がこの時期において役割を果たしていくことが期待される。

3. 後期～終末期 (表9)

後期になると、言葉もほとんど失われ、できないことはさらに増える。大小便の失禁は日常的なものとなり、また体の動きもぎこちなくなり、ときに痙攣を起こす。日常生活全般にわたり介助を要するようになる。認知症高齢者に関して、『終末期』の定義をすることは容易ではない。ADを代表とする変性疾患と、血管性認知症とでは、その病期の進展具合が異なることは既に述べたが、ADにおいての『終末期』は、およそFAST分類の

stage7-d, e, fに相当するととらえることができる。

この時期は、病的には大脳皮質の機能が広範に失われた状態で、失外套症候群の状態に近い。失外套症候群では（脳幹機能としての）嚥下反射は保たれているが、嚥下障害がみられ、経過とともに誤嚥の頻度が増し、経口摂取が不能になる。そのため、経管栄養を行うことも多く、したがって、この期間は数か月から数年と続くこともあり、期間を限定することはできない。

この『終末期』では、経鼻経管栄養、経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）、完全静脈栄養（TPN）などの医療的判断が要求される。またこの時期は、頻回の誤嚥性肺炎を併発する時期でもあり、その治療のため、抗生剤投与、酸素吸入などが選択される。

つまり『終末期』と定義しても、確実な死期を予測できない状況が現状であり、それらの治療の選択肢はなお存在し、医療は倫理的な課題につきあたる。ここががんの『末期』との大きな違いであるが、本人の意思決定が困難な状況の中で、適切な身体的アセスメントに基づき、さまざまなエビデンスを参照しながら、家族に状況を説明し、本人の意思を推定しつつ（事前指示があれば、それを参考に）、「緩和ケア」を含めた最終決定がなされることになる。その身体的アセスメントにおいては、簡易嚥下誘発試験（simple swallowing provocation test ; SSPT）や嚥下内視鏡検査（video endoscopic examination of swallowing; VE）などによって嚥下機能を評価することが勧められるが、在宅医療の現場で、これらの評価が行われる体制はまだ整っていない。

表9

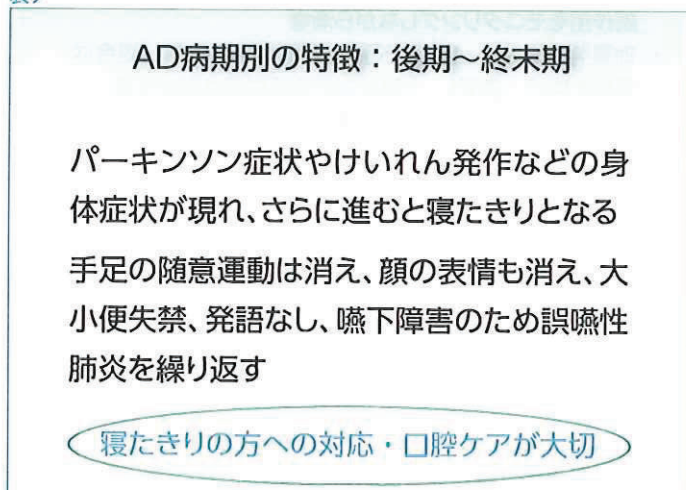
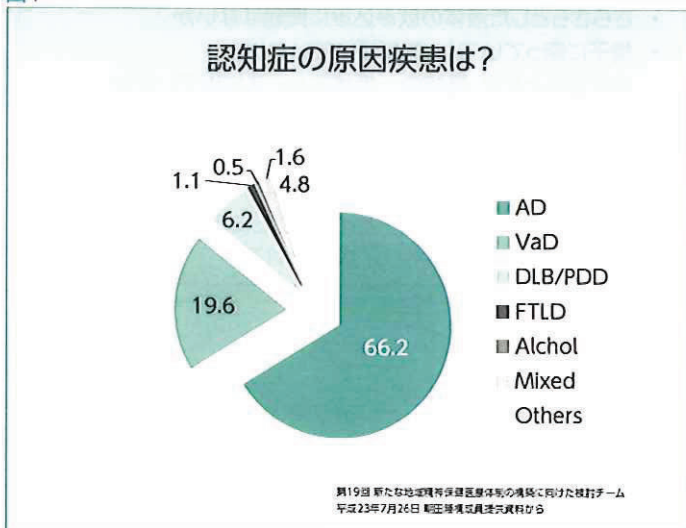


図4



AD以外の認知症の症状経過を知る

AD以外のそのほかの代表的な認知症の症状経過を概観する (図4)。ここで強調したいのは、多くの認知症においてはADにおけるFASTのような進行期分類はないものの、少

なくとも最終的には認知機能だけでなく、運動機能の障害を生じるということである。

その1つとして摂食・嚥下障害があり、それが高度で、治療やケアに反応しない肺炎を併発した時期を終末期と考えるが、先にも述べたがその際には倫理的課題（経管栄養を行うかどうかということに代表される）に苦慮することとなる。

1. 血管性認知症

(vascular dementia ; VaD)

主たる原因の脳梗塞や虚血性変化のタイプが皮質型か皮質下型によって、またより多い皮質下型でも、多発性ラクナ梗塞かビンスワンガー型などによって、進行のしかたはさまざまである。ラクナ梗塞を繰り返しているような場合は発作のたびに一段と悪化していくが、梗塞の再発がなかったり、脳循環が改善・安定していたりする場合は症状も安定し、長く同じような状態が続くことが多い。VaDでは多くの例で神経症状を伴い、構音障害や嚥下障害を最初から起こすことが多く、食事のむせから、誤嚥性肺炎を起こしやすい。また錐体外路障害により、足取りが小股になり、わずかな段差でも転びやすくなることもある。これらの神経症状の程度が予後に影響し、誤嚥性肺炎・寝たきり・褥瘡などの合併症が生じやすく、全経過の長さを左右する。

2. レビー小体型認知症

(dementia with Lewy bodies ; DLB)

運動症状や自律神経症状が進行し、ほとんどが寝たきり状態となり、失禁や嚥下機能の進行をみる。また、ADやVaDに比べて、DLBの認知機能障害の進行は同等か、より速いとされている。進行すると幻視や認知機能の動揺が目立たなくなる。DLB発症後の平均生存期間は10年未満であるが、発症から1～2年のうちに急速に症状が悪化して死に至るDLBもある。

3. 前頭側頭型認知症

(frontotemporal dementia ; FTD)

前頭側頭葉変性症のうちのFTDでは、初期には脱抑制を中心とする性格の変化や同じ行為を繰り返す常同行動が目立つが、認知機能の障害は軽い。中期には滞続言語、失語などの言語機能の障害、自発性の障害、思考怠惰と呼ばれる特有な接触障害が目立つようになるが、記憶力は意外と保たれている。末期に至ると精神荒廃が著しく、無言、不潔が目立ち、運動系では痙縮、原始反射などが出現し、ついには寝たきりとなる。

おわりに

『ステージ・アプローチ』の視点に立ち、主に認知症を代表するADに対して『地域包括ケアシステム』の中で、(在宅)医療の果たすべき役割について、そしてその尊厳を守るために、ステージごとに(在宅)医療に何が求められるかについても触れた。また、AD以外の代表的な認知症の症状経過についても触れ、いずれの疾患も最終的には運動機能の障害が重くなり、“終末期”の倫理的課題につきあたることを述べた。

これらのことを“多職種協学”して共通認識として持ち、さらに協働してチーム・アプローチを行うことによって、認知症の人たちを対象とした在宅医療及びケアは実効性のあるものとなり、オレンジプランの遂行に結びつくと思われる。

参考文献

- 1) 高齢者介護研究会：2015年の高齢者介護（報告書）、2003。
- 2) 第19回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 朝田隆構成員提供資料、2011。
- 3) 大澤誠，他：明日の在宅医療 第4巻，p304-329，中央法規，2008。

5

高齢者の在宅医療 ④ 緩和ケア

医療法人 白髭内科医院 院長 白髭 豊

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

はじめに

本稿では、緩和ケアの定義と日本での現状を解説し、その後、具体的な実践方法を示す。最後に、地域で緩和ケアを普及させていくための方法論を、OPTIMプロジェクトで得られた知見より述べる。

国内外における緩和ケアの現状

2002年のWHOの定義によると、緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦痛の予防と軽減を図りクオリティ・オブ・ライフを向上させるためのアプローチである(表1)。

日本のホスピス病棟では、がん末期とAIDSが対象とされているが、英国では家庭医(GP)による緩和ケアシステムとして、Gold Standards Framework(GSF)が国家施策として取り入れられている。GPは近い将来死に至る可能性のある患者(余命1年)を同定(疾患にかかわらず)し、そのことを患者と率直に話し合い、Advanced care planningを作成するとともに、支援対象となる患者を登録する。GPは訪問看護師や各種セラピスト、保健師等のプライマリアプローチチームとともに、患者の希望がかなうようチームケアを行う。この際、ケアに必要な費用は無料が原則である。

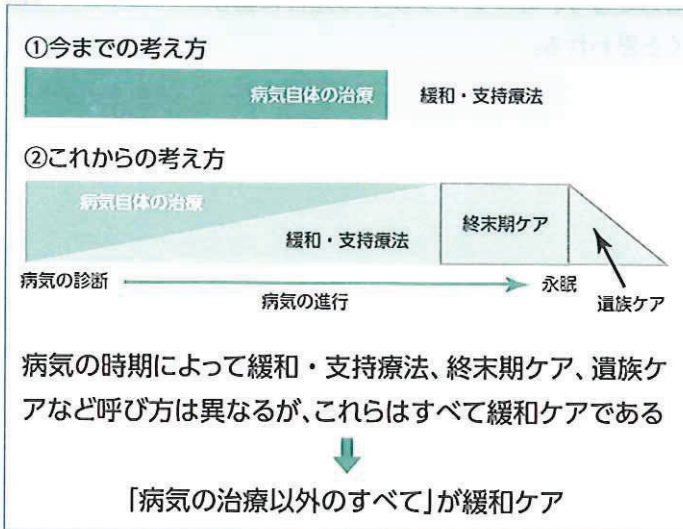
米国では、2人の医師が予後6か月と判断した場合に、ホスピスプログラムに入ることができる。緩和ケアは、今後は日本でも、がんやAIDSに限定せず、神経難病(ALSなど)、認知症、心疾患や呼吸器疾患の終末期、透析患者の終末期など、良性疾患にも適用される必要がある。

日本では、欧米先進諸国に比べ、がん性疼痛の緩和等に用いられる医療用麻薬の消費量

表1

緩和ケアとは(2002 WHOの定義)
生命を脅かす疾患に伴う問題に直面する患者と家族に対し、疼痛や身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処を行うことにより、苦痛の予防と軽減を図りクオリティ・オブ・ライフを向上させるためのアプローチである。
日本のホスピス病棟では、がん末期とAIDSが対象

図1



は少なく、がん性疼痛の緩和が十分でないことと推測されること、がん医療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識もまだ十分でないこと、国民に対してもいまだ緩和ケアに対する正しい理解や周知が進んでいないこと、身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛への対応も求められていることなどから、緩和ケアはまだ十分にがん医療に浸透していないと考えられる。

2007年4月のがん対策基本法が施行され、これに基づき、同年6月に『がん対策推進基本計画』が策定された。さらに5年が経過した2012年6月には、新たな基本計画が策定された。この中で「がん患者とその家族が可能な限り質の高い生活を送れるよう、緩和ケアが、がんと診断されたときから提供されるとともに、診断、治療、在宅医療などさまざまな場面で切れ目なく実施される必要がある」としている。したがって、高齢者の在宅医療を幅広く実践し、緩和ケアを提供することは、プライマリケアの実践では極めて重要な位置を占めよう(図2)。

緩和ケアにおける代表的な症状マネジメント

1. 疼痛

1) 疼痛の評価

疼痛の評価においては、患者自身が痛みをどのように感じているかがもっとも大切である。評価すべき内容は、疼痛による日常生活への影響、パターンと強さ、疼痛の部位と経過、性状、増悪(軽快)因子、治療への反応、副作用などである。これらは、① NRS: 0~10の11段階評価(症状がまったくないときを0、これ以上考えられない痛みを10として評価)、② VAS (visual analog scale)、③ Face Scale、などを用いて評価する。その際、持続痛、突出痛、持続+突出痛などの痛みのパターンを聞くことも大切である。

疼痛は、内臓痛、体性痛、神経障害性疼痛に分けられる。内臓痛は、腹部腫瘍の際の局在が曖昧で、ズーンと重い痛みであり、オピ

図2

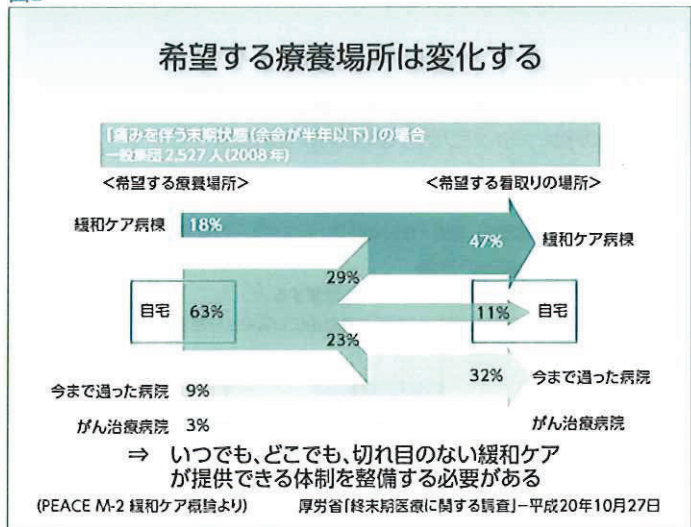


表2

痛みの性状・分類、評価

(性状・分類)

1. 侵害受容性疼痛
 - 1) 内臓痛
腹部腫瘍の痛みなど局在が曖昧。鈍痛：オピオイド有効
 - 2) 体性痛
骨転移など局在明確。ズキッとする：突出痛に対するレスキューが重要
2. 神経障害性疼痛
神経浸潤、脊髄浸潤など
ビリビリ電気が走る、しびれる、ジンジンする：難治性。鎮痛補助薬有効

(評価)

- 1) NRS: 0~10の11段階評価(症状がまったくないときを0、これ以上考えられない痛みを10とし評価)
- 2) VAS (visual analog scale)、3) Face Scale

※持続痛、突出痛、持続+突出痛などの痛みのパターンを聞く

オイドが有効である。

体性痛は、骨転移など、ズキッとする局在の明確な痛みであり、突出痛に対してレスキューの使用が大切である。

また、ビリビリ電気が走る、しびれる、ジンジンする痛みは、オピオイドの効果が乏しい神経障害性疼痛であることが多く、鎮痛補助薬を必要とする。

2) 疼痛の治療(表3)

① アセトアミノフェンまたはNSAIDsの開始

がんの炎症による疼痛を和らげる。定時投与とともに胃潰瘍予防薬(H2ブロッカー、PPI)を投与し、レスキューの指示も行う。胃潰瘍、腎機能障害があるときはアセトア

表3

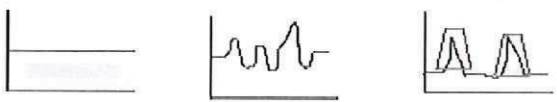
治療アルゴリズム	
1. アセトアミノフェンまたはNSAIDsの開始	胃潰瘍の予防、アセトアミノフェンは4000mg/日までOK
2. オピオイドの導入	WHOラダーに沿ってオピオイドを開始する オピオイドの定時投与、嘔気・便秘の予防、レスキューの指示
3. 残存・増強した痛みの治療	持続的な痛みをとるために、オピオイドを増量する 突出痛(体動時や突然の痛み)に対処するためにレスキューを使う
	
4. ステップにかかわらず、神経ブロック、放射線治療も考慮	

表4

呼吸困難、消化器症状	
1. 呼吸困難	1) 評価: 患者の主観的な評価を第一とする 呼吸不全を伴っているか? 治療可能な原因が存在するか? 不安の要素を伴っているか? 2) 薬物療法 モルヒネ(呼吸困難に対してモルヒネは有効) 抗不安薬、ステロイド、酸素、輸液量削減、咳・痰対策 3) 非薬物療法・ケア
2. 消化器症状	1) 嘔気・嘔吐の評価: 原因を検索 薬剤(NSAID、オピオイド、SSRI、抗うつ薬、ジギタリスなど)、 高カルシウム血症、腎障害、消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍、脳転移、がん性髄膜炎 2) 嘔気・嘔吐の治療 原因の治療(オピオイドの変更、高カルシウム血症の治療) 制吐薬(抗ヒスタミン、ドパミン受容体拮抗薬、消化管蠕動促進薬 抗コリン薬、複数の受容体拮抗薬)、コルチコステロイド 3) 嘔気・嘔吐のケア 吐物の臭気・食事・香水を避ける、冷罨法、食事の工夫

ミノフェンを使用する。

② オピオイドの導入

定時投与、嘔気・便秘対策、レスキューの指示をあわせて行う。

腎機能障害時は、モルヒネの投与は避ける。

③ 残存・増強した痛みの治療

持続的な痛みがなくなるまでオピオイドを1~3日おきに30~50%ずつ増量する。定期的にオピオイドを投与されても、70%の患者が突出痛を経験する。このために、1日の徐放性製剤の定期処方量の1/6の速放性製剤をレスキューの1回量として処方する。

2. 呼吸困難、消化器症状 (表4)

1) 呼吸困難

はじめに、治療可能な原因を聴診、X線検査、血液検査などで確認する。肺炎、心不全などあれば、まずその治療を行う。酸素投与は低酸素血症のある際は勿論だが、低酸素血症がなくとも患者が使用して呼吸困難が軽減するようであれば用いる。生命予後が数週間と考えられる患者では、胸水、肺水腫、気道分泌亢進などを起こす可能性のある輸液はなるべく避ける。

① ベタメタゾン

漸減法: 4~8mg/日を3~5日投与。効果があれば効果のある最小量まで漸減。効果がなければ中止。

漸増法: 0.5mg/日から開始し、0.5mgずつ増量。

② 塩酸モルヒネ液

15mg分3 (または、坐剤、注射製剤)

③ 抗不安薬

アルプラゾラム (0.4mg) 3 T3X

ロラゼパム (0.5mg) 3 T3X

エチゾラム (0.5mg) 3 T3X

以上の定時投与に加え、呼吸困難時、塩酸モルヒネ (5mg) 1包、アルプラゾラム (0.4mg) 0.5T、コデインリン酸塩20mgなどのレスキューを使用する。

2) 消化器症状 (嘔気、嘔吐)

① 嘔気・嘔吐の評価: 原因を検索

薬剤 (NSAID、オピオイド、SSRI、抗うつ薬、ジギタリスなど)、高カルシウム血症、腎障害、消化管閉塞、便秘、腹水、胃潰瘍、脳転移、がん性髄膜炎

② 嘔気・嘔吐の治療

原因の治療 (オピオイドの変更、高カルシウム血症の治療)

制吐薬 (抗ヒスタミン、ドパミン受容体拮抗薬、消化管蠕動促進薬、抗コリン薬、複数の受容体拮抗薬)、コルチコステロイド

③ 嘔気・嘔吐のケア

吐物の臭気・食事・香水を避ける、冷罨法、食事の工夫

3. 気持ちのつらさ (表5)

気持ちのつらさとは幅広い概念で、感情面における不快な体験全般を含む。主たるものとして、抑うつ・不安がある。

1) 評価

① 心配の内容を聞く

最初は、開かれた質問をする。

「気持ちをつらくさせているのはどういふことでしょうか？」

② ケアが必要な気持ちのつらさを同定する

「一日中気持ちがおちこんでいませんか？」

③ 希死念慮の有無の確認

2) 治療

① ケア (精神的サポート)

まずは、じっと患者の言葉に耳を傾ける (傾聴する)。批判したり価値判断せず受容的に接する。

② 薬物療法

ベンゾジアゼピン系抗不安薬

→ SSRI (SNRI) → そのほか抗うつ薬

3) コンサルテーション (精神科医へ)

① ケアが必要な気持ちのつらさを有する場合

② 希死念慮を訴える場合

4. せん妄 (表6)

せん妄は、死亡までに70%のがん患者に生じる病態である。

診断基準として、以下が挙げられる。

① 意識障害

(周囲の状況、自分の状況をわかっていない)

② 認知機能障害、幻覚・妄想

③ 日内変動あり (夜間に悪化する)

④ 原因となる薬物、身体要因が存在

治療は、まず、原因検索を行う。すなわち、原因となる薬物として、オピオイド、睡眠剤、抗不安薬、抗コリン薬などがいないかを検索する。さらに、原因となる病態として、高カルシウム血症、脱水、高アンモニア血症、腎機能障害、貧血、低ナトリウム血症、感染症、脳転移などの有無を検索する。さらに、疼痛、

表5

気持ちのつらさ	
定義	幅広い概念で、感情面における不快な体験全般を含む。主たるもの：抑うつ・不安
1. 評価	1) 心配の内容を聞く 開かれた質問をする「気持ちをつらくさせているのはどういふことでしょうか？」 2) ケアが必要な気持ちのつらさを同定する 「一日中気持ちがおちこんでいませんか？」 3) 希死念慮の有無の確認
2. 治療	1) ケア (精神的サポート) 傾聴する、批判したり価値判断せず受容的に接する 2) 薬物療法 ベンゾジアゼピン系抗不安薬→SSRI (SNRI)→そのほか抗うつ薬
3. コンサルテーション (精神科医へ)	1) ケアが必要な気持ちのつらさを有する場合 2) 希死念慮を訴える場合

表6

せん妄	
1. 診断基準	1) 意識障害 (周囲の状況、自分の状況をわかっていない) 2) 認知機能障害、幻覚・妄想 3) 日内変動あり (夜間に悪化する) 4) 原因となる薬物、身体要因が存在
2. 治療	1) 原因検索 薬物 (オピオイド、睡眠剤、抗不安薬、抗コリン薬) 高カルシウム血症、脱水、高アンモニア血症、腎機能障害 貧血、低ナトリウム血症、感染症、脳転移 促進因子：疼痛、尿閉、宿便、発熱、口渴 2) 治療 原因への治療、リスペリドン、ハロペリドール、クロロプロマジン

尿閉、宿便、発熱、口渴など促進する因子がないか注意する。

治療としては、原因への治療をまず優先させる。その上で、使用すべき有効な薬剤として、リスペリドン、ハロペリドール、クロロプロマジンなどがある。

緩和ケアのスキル その具体的な内容

1. ステロイド投与

疼痛、呼吸困難、嘔気・嘔吐、食欲低下、全身倦怠感のある場合、ステロイドの投与を検討する。ベタメタゾン4~8mg/日から開始し漸減するか、または0.5mg/日から開始

し漸増する。

2. 高カルシウム血症の有無

がん患者の15%に出現する。嘔気・嘔吐、食欲不振、眠気、せん妄、便秘（腸閉塞）、口渴などが生じた場合、高カルシウム血症の有無を血液検査で判断する。骨転移がなくても生じることがある。予後不良要因の1つであり、高カルシウム血症から死亡まで1～3か月のことが多い。

治療として、ビスフォスフォネート製剤（アレディア®、ゾメタ®）を用いる。

3. 持続皮下注

内服、坐剤の投与ができない場合で、痛みや呼吸困難が強く短期間での症状マネジメン

トが必要な場合に行う。投与薬剤は、オピオイド（モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン）、ソマトスタチン、ハロペリドールなどである。

4. 皮下補液

静脈からの血管確保が困難な場合（認知症・せん妄で危険など）に行う。サーフロー針を腹部などの皮下に挿入し、穿入部にフィルムを貼って固定。20ml/時の速度を目安に滴下する。1日500mlが目安である。

がんの終末期では、輸液を行うか否かの適応は慎重に決定しなければならない（終末期がん患者に対する輸液治療のガイドライン 第1版）。

コミュニケーションスキルを高めるためにすべきこと

基本的なコミュニケーションスキルは、まず、身だしなみを整える、座る位置に配慮するなど、コミュニケーションの準備から始まる。そして、実際に患者と相対する際には、目や顔を見る、相槌を打つなどの傾聴の基本的なスキルが要求される。

ここで重要なのは、Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン）を用いて質問することである。その後、相手に十分な共感を示す必要があり、「死にたいくらいつらいのですね」と患者の言葉を繰り返したり、沈黙（5～10秒）を積極的に使い、患者が目や顔を上げ、発言するのを待つ。

また、「ご心配を教えてくださいませんか？」のように、気持ちや気がかりを探る。そのうえ、気持ちが理解できるものであることを示す。

緩和ケアの地域連携 OPTIM プロジェクトから 得られた知見

2008年4月より3年間、緩和ケア普及のための地域プロジェクト（OPTIMプロジェクト）が実施された。鶴岡地域、柏地域、浜松

表7

緩和ケアのスキル	
1. ステロイド	疼痛、呼吸困難、嘔気・嘔吐、食欲低下、全身倦怠感のある場合 ベタメタゾン4～8mg/日→漸減、または 0.5mg/日→漸増
2. 高カルシウム血症	1) がん患者の15%に出現 2) 嘔気・嘔吐、食欲不振、眠気、せん妄、便秘（腸閉塞）、口渴 3) 骨転移がなくても生じる 4) 予後不良要因：高カルシウム血症から死亡まで1～3ヶ月 5) 治療：ビスフォスフォネート製剤（アレディア、ゾメタ）
3. 持続皮下注	内服、坐剤の投与が出来ない場合 痛みや呼吸困難が強く短期間での症状マネジメントが必要な場合 投与薬剤：オピオイド（モルヒネ、フェンタニル、オキシコドン）、 ソマトスタチン、ハロペリドール
4. 皮下補液	静脈からの血管確保が困難な場合（認知症・せん妄で危険など） サーフロー針を腹部等の皮下に挿入。穿入部にフィルムを貼って固定し、20ml/時の速度を目安に滴下。1日500mlが目安。適応は慎重に。

表8

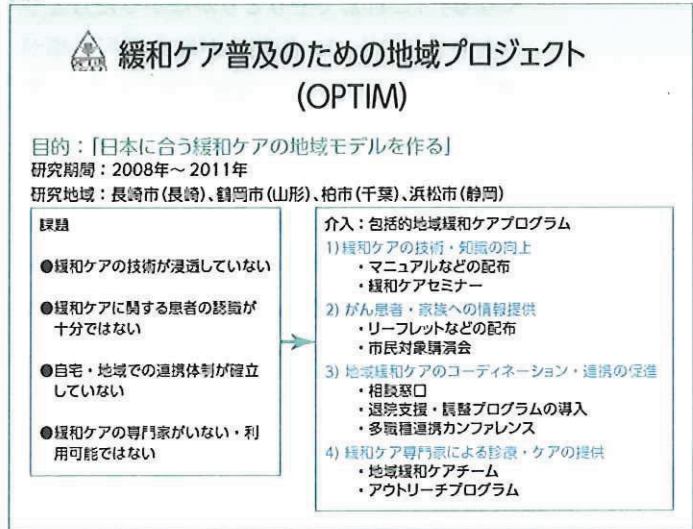
基本的なコミュニケーション技術	
1. コミュニケーションの準備	身だしなみを整える、座る位置に配慮する
2. 話を聴くスキル	目や顔を見る、相槌を打つ
3. 質問するスキル	Yes/Noで答えられない質問（オープン・クエスチョン）を用いる
4. 共感するスキル	1) 気持ちを受け止める ・患者の気持ちを繰り返す 例・・・（沈黙）・・・死にたいくらいつらいのですね ・沈黙（5～10秒）を積極的に使う 例 患者が目や顔を上げ、発言するのを待つ 2) 気持ちや気がかりを探る 例 ご心配を教えてくださいませんか？ 3) 気持ちが理解できるものであることを示す 患者の背景と気持ちがつながれば、理解できるものであることを明確に伝える 例 このような症状の中でお仕事をされてさぞつらかったですよ 皆さんそのように思われますよ 多くの患者さんも同じような経験をされています

地域、長崎地域の4地域を対象とした地域介入による前後比較研究である。対象疾患は悪性腫瘍で、主要評価項目は『quality of care』『専門緩和ケアサービスの利用数』『自宅死亡率』である。

地域に対する介入として、①緩和ケアの知識・技術の向上、②がん患者・家族に対する適切な情報の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーションと連携の促進(地域の相談窓口の設置、退院支援・調整プログラムの導入、地域多職種連携カンファレンス)、④緩和ケア専門家による診療・ケアの提供を柱とする複合介入、の4点が行われた(図3)。

このOPTIMプロジェクトは、制度や体制の組織的な変更を伴わなかった(参加者の自発的な協力にゆだねられた)にもかかわらず、地域全体のがんにかかわる医療福祉従事者の比較的多数が参加し、地域に意味のある変化をもたらしたと考えられる。介入後調査で設定した質問から、「緩和ケアの知識と技術が増えた」「緩和ケアのサポートが増えた」「コミュニケーションや連携がよくなった」「在宅

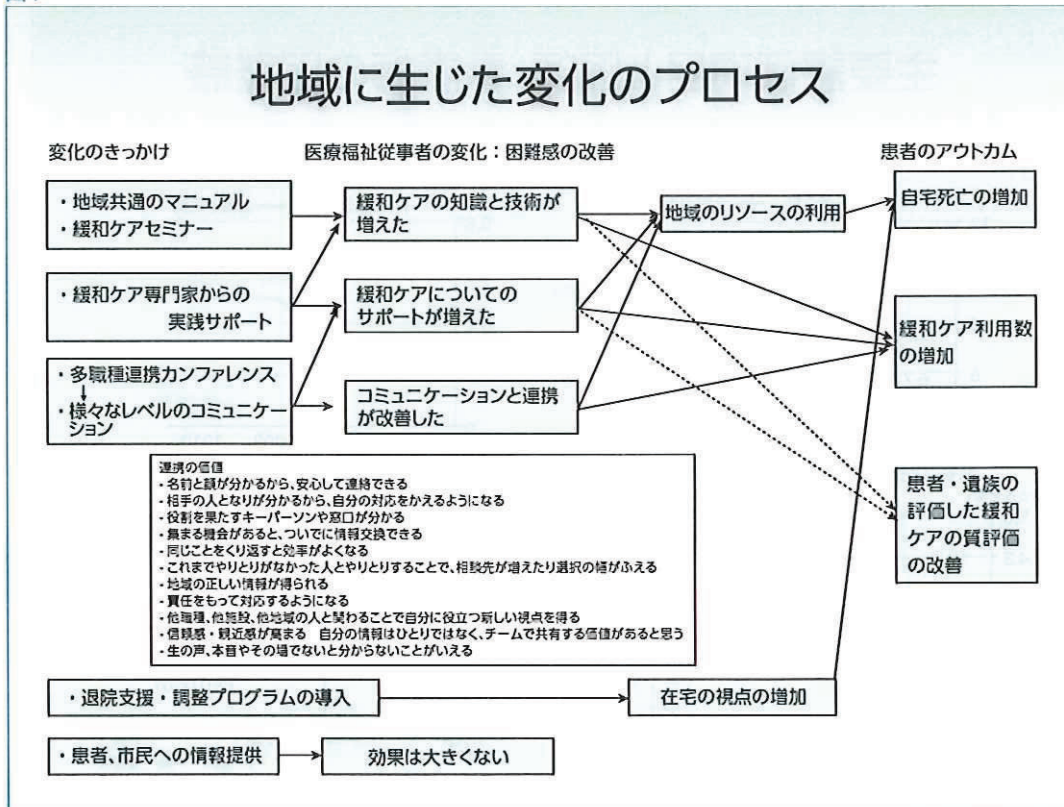
図3



の視点が増えた」ことが挙げられた(図4)。

インタビュー調査では、「名前と顔がわかるから、安心して連絡できる」「相手の人となりわかるから、自分の対応を変えるようになる」「役割を果たすキーパーソンや窓口がわかる」「集まる機会があると、ついでに情報交換できる」「同じことをくり返すと効率がよく

図4



くなる」「これまでやりとりがなかった方とやりとりすることで、相談先が増え選択の幅が増える」「地域の正しい情報が得られる」「責任を持って対応できるようになる」「他職種、他施設、他地域の方とかかわることで自分に役立つ新しい視点を獲得」「信頼感・親近感が高まる」「自分の情報はひとりではなく、チームで共有する価値があると思う」「生の声、本音やその場でないとわからないことがいえる」

ことを通じて、『連携の価値を実感する』体験がされた。要約すれば、ネットワークの価値を体験し、緩和ケアに関する知識を得ることで、困難感、特に連携に関する困難感、専門家から支援を受けることによる困難感、職種間のコミュニケーションの困難感が改善したと考えられる(図5)。

緩和ケア利用数では、介入地域全体として『専門緩和ケアサービス』の利用が増加した。患者アウトカムとしては、介入地域全体として自宅死亡率が上昇した。自宅死亡率の増加は全国平均の増加率に比較して意味のある幅で大きかったが、この増加には地域間差がみられた。地域に存在するリソースの数が規定したと考えられた。

自宅で死亡した患者の遺族では「望む場所で過ごせた」とした患者が圧倒的に多く、介護負担の増加もなかったことから、患者・家族の希望におおむね沿ったものであることが確認された。

緩和ケアの質評価とQOL (quality of life) については、外来通院患者では変化は小さ

図5

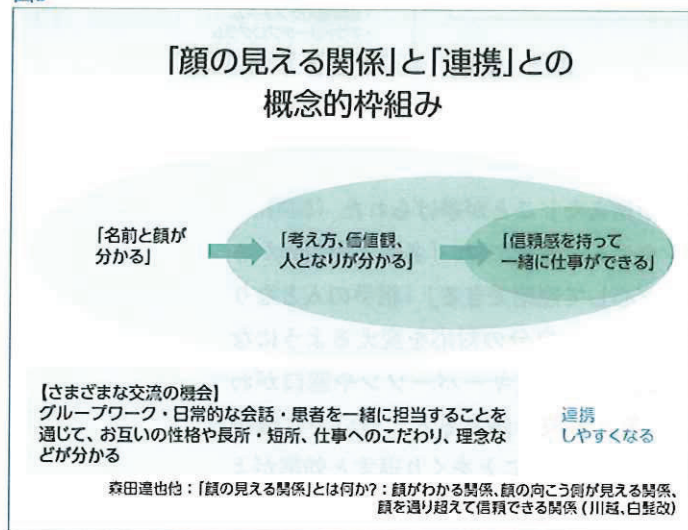
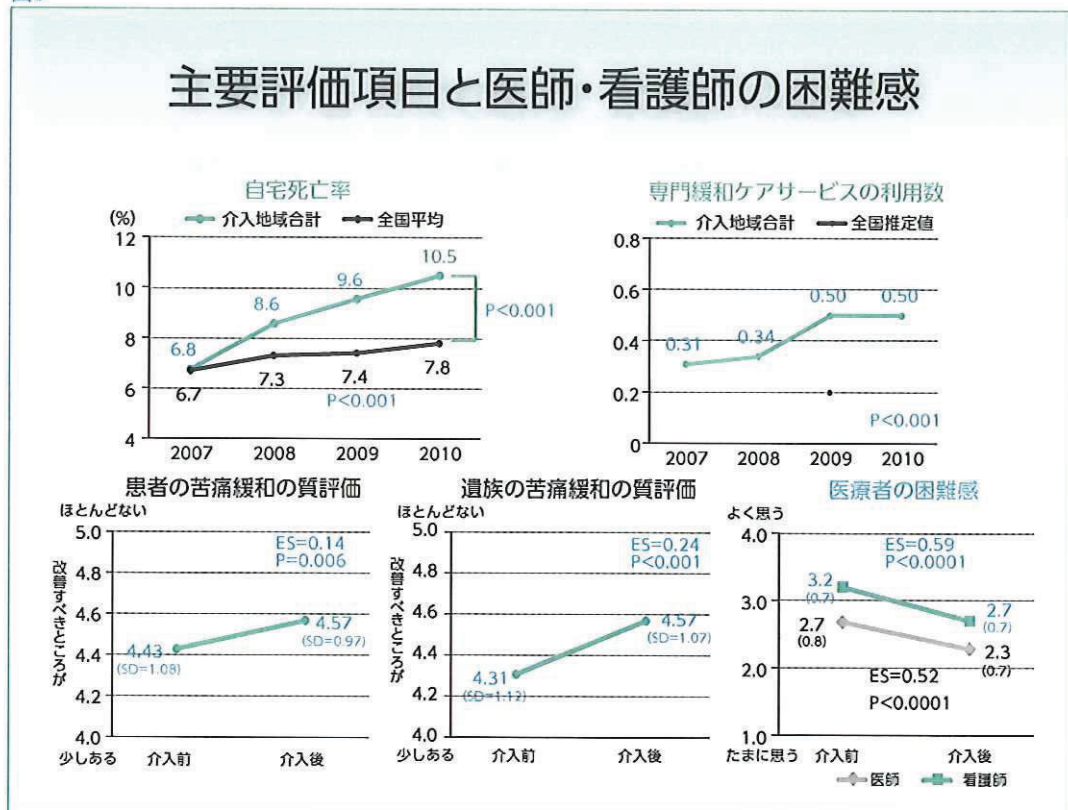


図6



かったが、終末期がん患者では外来通院患者より大きい有意な変化を認めた。

以上より、制度や体制の組織的な変更を伴わない包括的な地域緩和ケアプログラムによって生じる最も大きい変化は、地域ネットワークの構築であり、医療福祉従事者の知識を改善して困難感を軽減するのみならず、患者が希望する場所、多くは自宅での生活を可能にし、かつ、患者・遺族の緩和ケアの質評価やQOLも間接的に改善しうることが示唆された。この変化をもたらした主たる介入の1つは、『多職種連携カンファレンス』をきっかけとして各介入地域でさまざまなレベルで行われたカンファレンスなどのコミュニケーション機会、緩和ケア専門家を中心に実施された緩和ケアセミナー、緩和ケア専門家からのサポート、退院支援・調整プログラムの導入である。

退院支援・調整プログラムによって、特に病院の医師・看護師の“在宅”の視点が増えた。これらの変化は、医師・看護師の困難感の改善として観察された。

以上より、今後、緩和ケアの知識・技術の向上、市民啓発、コミュニケーションと連携の改善、専門家からの支援からなる緩和ケアプログラムは、既存の資源を最大限活用することで、地域全体の緩和ケアアウトカムを向上させる可能性が示唆された。

OPTIMで実践された多職種連携カンファレンスの取り組みは、既に、在宅医療連携拠点事業に取り入れられている。今後、緩和ケアや在宅医療の普及推進を行っていく際に大きな示唆を与える取り組みと思われる。

おわりに

緩和ケアの知識・技術の向上、市民啓発、コミュニケーションと連携の改善、専門家からの支援からなる緩和ケアプログラム(OPTIMプロジェクト)は、既存の資源を最大限活用することで、地域全体の緩和ケアアウトカムを向上させる可能性が示唆された。

表9

まとめ

緩和ケアの知識・技術の向上、市民啓発、コミュニケーションと連携の改善、専門家からの支援からなる緩和ケアプログラム(OPTIMプロジェクト)は、既存の資源を最大限活用することで、地域全体の緩和ケアアウトカムを向上させる可能性が示唆された。

OPTIMで実践された多職種連携カンファレンスの取り組みは、既に、在宅医療連携拠点事業に取り入れられている。

OPTIMプロジェクトは、緩和ケアのみならず、在宅医療の普及推進を行っていく際に大きな示唆を与える。

引用文献

- 1 社団法人 日本医師会：がん緩和ケアガイドブック 2008, 青海社, 2008
- 2 国立がん研究センター がん医療支援研究部 がん医療支援研究室内：OPTIM Report 2011 地域での実践、緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班
- 3 国立がん研究センター がん医療支援研究部 がん医療支援研究室内：OPTIM Report 2012 エビデンスと提言 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書、厚生労働科学研究費補助金 第3次対がん総合戦略研究事業「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」班
- 4 Morita T, Miyashita M, Yamagishi A, et al. :Effects of a programme of interventions on regional comprehensive palliative care for patients with cancer. a mixed-methods study. Lancet Oncol May 9(13) S1470-2045.2013.

6

介護保険制度の活用

土橋医院 院長 土橋正彦

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

表1

介護保険制度と高齢化の進展と 高齢者を取り巻く状況の変化

1. 長寿・高齢化の進展
2. 高齢化の進展に伴う要介護高齢者の増加
3. 介護の長期化・重度化
4. 家族の介護機能の低下
5. 個人の人生にとっての介護問題
6. 家族にとっての介護問題
7. 社会にとっての介護問題

表2

高齢者介護の 従前の制度と介護保険制度の違い

従前の制度

- 老人福祉と老人保健制度
- 社会扶助(公費負担)
- 市町村がサービスを決定
- 医療と福祉は別々
- 市町村や社会福祉協議会など公的な団体のサービス
- 中高所得者には利用者負担が重い

介護保険制度

- 介護保険制度に再編成
- 社会保険(保険料)
- 利用者がサービスを選択
- ケアプランにより総合的
- 民間企業・NPOなど多様な事業者のサービス
- 所得にかかわらず1割負担

はじめに

我が国の介護保険制度は、急速に高齢化が進行するなかで、高齢者の介護を社会全体で支えるしくみとして平成12年4月から実施された。従来の高齢者介護は、老人福祉制度による行政主導により『措置制度』として提供されてきたが、縦割りで分立し、さまざまな課題を内包していたため、これまでの制度を再編し、新たな社会保険方式による利用者本位のしくみとして介護保険制度が創設された。本制度は施行後5年を目途に必要な見直しなどの措置が講じられることになっていたため、さまざまな時代の要請に基づいて法の改正が順次行われてきた。そして『地域包括支援センター』『地域密着型サービス』『地域包括ケア』などの新たな概念が制度に導入されてきた。これらの内容を日常的に地域医療に取り組んでいる「かかりつけ医」が承知していることは極めて重要と考え、介護保険制度の活用のために参考になると思われる事項について紹介する。

少子高齢化が進む中で 指摘される課題

出生率の低下と平均寿命の伸長により急速な少子高齢化が進行しているが、平成32年には65歳以上の高齢者は、人口の29.1%を占めることが予測されている。これに伴って身体に障害がある方や、認知症のある要介護高齢者も増加するとともに、さらに介護の長期化

や重度化も指摘されている。一方で、高齢者と子との同居率は年々低下して核家族化が進展し、家族による介護力が著しく低下していることが指摘されている。また、要介護者などのいる世帯の約半数は、高齢者独居か核家族世帯であり、これらは大きな社会問題として認識されている。

「住み慣れた自宅で自分らしく安心した老後の生活を送りたい」というのは、高齢者の願いであるが、介護が必要になったとき、その願いは不安に変わる。また、家族にとっても介護は、精神的肉体的負担が多く、いつまで続くかわからない介護への不安も多い。さらに介護のために家族、特に女性がそれまでの就業を離職するなど、社会的な課題が多いことも指摘されている。

日本の介護保険制度のしくみ

平成12年4月に介護保険制度が施行された。我が国のこの制度の特徴は『社会保険の原理』と『ケアマネジメントの理念』というまったく異なる体系を制度として一体化し、高齢者の介護を社会全体で支え合うしくみを創設したことにある(図1)。

高齢者介護に関しては、従前は老人福祉制度や老人医療制度により、市町村が社会扶助として措置制度を設け、必要なサービスを提供してきた。しかし、医療と福祉に一体感がなく、公的なサービスであることから画一的になりがちで、さらに応能割のために所得のある人は利用者負担が比較的過重であった。

制度施行後は、ケアマネジャーによる課題分析を用いたケアプランが作成され、利用者の意向を尊重して介護サービスが選択されている。また、多様な事業者による介護サービスを、一定の負担割合で受けることが可能になった。

図1

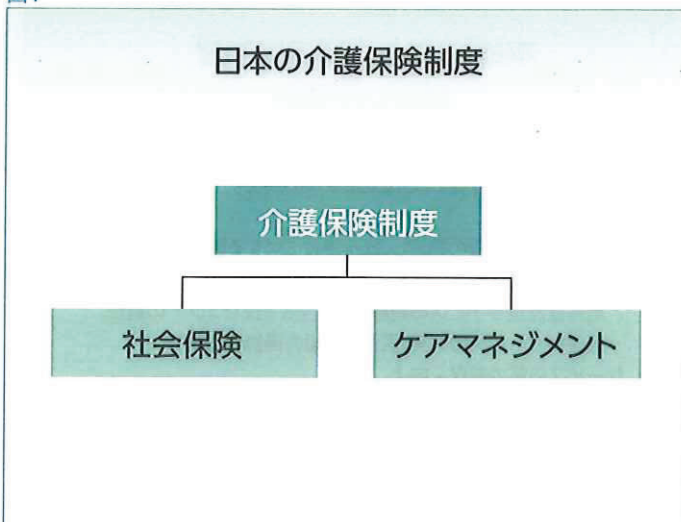


表3

介護保険制度のあゆみ	
• 平成12年4月	介護保険法施行
• 平成18年4月	平成17年改正介護保険法全部施行
• 平成21年5月	平成20年改正介護保険法全部施行
• 平成24年4月	平成23年改正介護保険法全部施行

介護保険制度のあゆみから見てきた今後の課題

平成12年4月に介護保険制度が施行された後、制度の持続可能性、予防重視の視点、社会連帯に基づく改革を基本視点として、平成17年、20年、23年に改正が行われた(表3)。

平成17年の主な改正点には、新たな予防給付と地域支援事業の創設による予防重視型システムへの転換、在宅と施設間の利用者負担の不均衡是正の観点から施設給付の見直し、新たなサービス体系の確立として、身近な生活圏域で高齢者が『生活の継続性』を確保できるための地域密着型サービスの創設、地域における総合的なマネジメントを担う中枢機

表4

平成17年の介護保険制度 見直しの要点

- 予防重視型システムへの転換
新予防給付の見直し、地域支援事業の創設
- 施設給付の見直し
居住費用・食費の見直し、低所得者に対する見直し
- 新たなサービス体系の確立
地域密着型サービスの創設、地域包括支援センターの創設、
居住系サービスの充実、医療と介護の連携の強化
- サービスの質の確保・向上
情報開示の標準化、事業者規制の見直し、ケアマネジメント
の見直し(資格の更新・主任介護支援専門員創設)
- 負担のあり方・制度運営の見直し
要介護認定事務の見直し、市町村保険者機能の強化など

表5

平成20年の介護保険制度 見直しの要点

- 介護サービス事業者に対する規制強化
法令遵守などの業務管理体制整備の義務化
事業者本部などへの立入検査権等の創設
問題がある場合の業務管理体制に是正勧告・命令権限
- 指定取消等の処分逃れ対策
事業廃止・休止の届出を事後から事前届出制に変更
処分逃れを指定・更新の欠格事由に追加
- 事業廃止時の利用者へのサービス確保対策
事業廃止時の利用者へのサービス確保対策の義務化
- 介護従事者等の人材確保と処遇改善に関する法律
平成20年4月に議員立法により提案、可決成立

表6

平成23年の介護保険制度 見直しの要点

- 医療と介護の連携の強化等
要介護者への包括的な支援(地域包括ケア)の推進など
- 介護人材の確保とサービスの質の向上
一定の教育を受けた介護職員による痰吸引等の実施など
- 高齢者の住まいの整備等
サービス付き高齢者向け住宅(サ高住)の供給を促進など
- 認知症対策の推進
市町村による権利擁護・認知症支援策など
- 保険者による主体的な取り組みの推進
- 保険料の上昇の緩和

関となる地域包括支援センターの創設、医療と介護の連携強化として主治医とケアマネジャーなどによる多職種協働・連携を推進すること、などがある。ほかにサービスの質の確保・向上や負担のあり方、市町村保険者機能の強化などの制度見直しが行われた(表4)。

平成20年の改正では、当時メディアで大きく社会問題化された大手介護サービス事業者の不正事件を受けて、法令遵守と再発防止へのしきみが設けられた。また、介護従業員の人材確保と処遇の改善が社会的な課題とされ、介護従事者の処遇改善を目的に介護報酬の3%アップが議員立法により図られた(表5)。

平成23年の改正には、医療と介護の連携強化などによる、要介護者などへの包括的な支援(地域包括ケア)の推進、介護人材の確保とサービスの質の向上として、介護職員による医療的ケア(喀痰吸引など)の実施を可能とするといった法整備、高齢者の住まいの整備として、住み慣れた地域で安心して暮らすことができる高齢者向け住宅と介護保険制度の定期巡回・随時対応型サービスなどを組み合わせたしきみの導入が提案された。認知症対策の推進は、今後、親族などによる成年後見が困難な方の増加が見込まれることから、市町村が市民後見人を育成・活用し権利擁護を推進すること、認知症への支援策に努めることが提案された。また、保険者(すなわち市町村)の主体的な取り組みを推進するなどの点が施策として盛り込まれた。

切れ目のない サービスのための 地域包括ケア5つの視点

医療との連携強化により24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実とともに、介護職員による喀痰の吸引・経管栄養などの医療的ケアが、一定の要件の下で可能となった。これら医療行為は医師法により規定され、従来から一定の条件下で実質的違法性阻却論により容認されていた。この度、法整備により実施が可能にはなったが、課題

は山積している。

介護サービスの充実強化としては、重度者をはじめ要介護高齢者の在宅生活を支えるために、日中・夜間を通じて訪問介護と看護を一体的かつ密接に連携させながら定期巡回訪問と随時の対応を行う定期巡回・随時対応型訪問介護看護が創設され、地域密着型サービスの一類型として位置付けられた。

予防の推進としては、できる限り要介護状態とならないための取り組みや、自立支援型の介護の推進が図られることになった。

見守り・配食・買い物など多様な生活支援サービスの確保や権利擁護は、独居・高齢夫婦・認知症の増加を踏まえた対策といえる。

高齢者住まいの整備は、高齢期になっても安定して住み続けることのできる住宅を確保することが重要である。日常生活や介護に不安を抱く高齢の独居者や夫婦世帯が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるように創設された、国土交通省と厚生労働省の共管制度で策定された“サービス付き高齢者向け住宅と介護保険制度の定期巡回・随時対応サービスを組み合わせたくみ”の普及が図られている。

住み慣れた街で 生きていくために

高齢者が住み慣れた地域で、安心してその人らしい生活を継続することができるためには、介護サービスをはじめさまざまなサービスが、高齢者のニーズや状態の変化に応じて、切れ目なく提供される必要がある。こうした高齢者の生活を支える総合的な機関として、平成17年の介護保険制度改正で地域包括支援センターが設置され、市町村の直営あるいは民間などに委託して開設された。必須事業としては、地域支援事業の1つである包括的支援事業と指定介護予防支援がある。また、包括的支援事業を効果的に実施するための環境整備として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が努力義務として位置付けられている。

表7

「包括」の意味

1. 保健、医療、介護、住宅、雇用、社会参加等の提供されるサービスが多面的
2. セルフケア、インフォーマルケア、フォーマルケアあるいは自助、互助、公助のケア提供主体が包括的
3. 要介護・要支援高齢者だけでなく、高齢者全体を対象。将来は、生活圏域のすべての住民を対象とすることが考えられている。

表8

地域包括ケアの5つの視点 包括的・継続的で切れ目のないサービスの提供

1. 医療との連携強化
24時間対応の在宅医療、訪問看護、リハビリの充実強化
介護職員による痰吸引などの医療行為の実施
2. 介護サービスの充実強化
24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設
3. 予防の推進
4. 見守り・配食・買い物など多様な生活支援や権利擁護
独居、高齢夫婦、認知症の増加を踏まえ、生活支援、財産管理などの権利擁護サービス
5. 高齢者住まいの整備(国土交通省と連携)
サービス付き高齢者向け住宅の確保

表9

地域包括支援センター 平成17年の介護保険制度改正で設置	
• 包括的支援事業	介護予防ケアマネジメント業務 総合相談支援業務 虐待防止・早期発見、権利擁護業務 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務
• 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築	
• 指定介護予防支援	介護予防サービス計画の作成 指定介護予防サービスの提供確保
• 介護予防・日常生活支援総合事業(平成24年新設)ほか	

表10

地域密着型サービス	
• 身近な生活圏域で高齢者の「生活の継続性」が確保されるようなサービス体制の整備が必要。	
• サービス利用が主として市町村の圏域内にとどまるような「地域密着型サービス」の創設。	
• 在宅での生活が困難になったときに、住み慣れた地域を離れずに暮らしていけるような地域特性を生かしたサービスの提供。	
• 施設は、グループホームなど比較的小規模なものが多いのが特徴。	

表11

介護給付を行うサービス 1 都道府県知事が指定・監督を行うサービス(予防給付を除く)	
<input type="checkbox"/> 居宅サービス	
• 訪問サービス	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護 訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導
• 通所サービス	通所介護(デイサービス) 通所リハビリテーション
• 短期入所サービス	短期入所生活介護(ショートステイ) 短期入所療養介護
• 特定施設入居者生活介護、特定福祉用具販売、福祉用具貸与	
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援	
<input type="checkbox"/> 施設サービス	
• 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	
<input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費・居宅介護住宅改修費	

また、平成24年から市町村の主体性を尊重し、要支援者・二次予防事業対象者（主として要介護状態などとなるおそれの高い状態にあると認められる65歳以上の方）に対して、介護予防や配食・見守りなどの生活支援サービスを、市町村の判断により独自に提供できるサービスが実施されることになった。なお、地域包括支援センターの職員には、原則として保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などが配置され、チームアプローチの実践が求められている。

地域特性に合った 介護サービスを目指して

今後は高齢者が身近な生活圏域で『生活の継続性』が確保されるように、サービスの体系を整備することが課題である。従来の介護サービスは在宅・施設を合わせて18種に及んでいたが、全国共通で基準や報酬が画一的であり、必ずしも地域の特性に沿ったものではないと指摘されてきた。そこで制度が見直され、従来の画一的なサービスに加えて、利用範囲が主として市町村の圏域内に限られた地域密着型サービスを新たに創設することになった。そして、認知症やひとり暮らしなど在宅での生活が困難になったときに、住み慣れた地域を離れずに暮らしていけることを目標に、地域特性を生かしたサービスが提供されることになった。

定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、居宅要介護者に対して、定期的な巡回訪問と随時の通報を受け、その方の居宅において、介護福祉士などが入浴・排泄・食事などの介護、そのほか日常生活上の世話をを行うとともに、看護師などが療養上の世話または必要な診療の補助を行うものなどである。

おわりに

今日では、在宅医療・ケアを推進するためには、介護保険のさまざまなサービスを駆使・活用することは必須であり、医師は居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）などとの連携を避けることはできない。在宅医療・ケアの実践においては、多職種とのチームアプローチが求められているが、各専門職の専門性を理解したうえでの連携が重要であることはいままでもない。そのためにも、介護保険の制度とともにさまざまな介護サービスの内容を把握しておくことは、医療者にとって重要である。平成12年に介護保険制度が施行されて10年を超え、制度の内容も複雑になってきたが、特に要介護者などを住み慣れた地域で支え続ける、との視点から重視されることになった地域包括ケアあるいは地域密着型サービスなどの利活用が今後の課題であり、医療者にはこれらの制度に精通していることが求められている。

表12

介護給付を行うサービス 2 市町村長が指定・監督を行うサービス(予防給付を除く)

□地域密着型サービス

- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護(サ高住など)
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護(デイサービス)
- 小規模多機能型居宅介護
- 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)
- 地域密着型特定施設入居者生活介護(小規模有料老人ホーム)
- 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護(小規模特別養護老人ホーム)
- 複合型サービス

参考文献

- 1) 財団法人 長寿社会開発センター：介護支援専門員基本テキスト 6訂, 財団法人 長寿社会開発センター, 2012.
- 2) 財団法人 厚生労働統計協会: 国民衛生の動向. 厚生指標 増刊59(9), 2012.
- 3) 財団法人 厚生労働統計協会: 国民の福祉の動向. 厚生指標 増刊57(11), 2010.
- 4) 厚生労働省: 平成24年版 厚生労働白書. 厚生労働省編, 全国官報販売協同組合, 2012.

7

退院支援・調整

医療法人池慶会 池端病院 理事長・院長 池端幸彦

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会
私たちのミッション

はじめに

『退院支援・調整』の言葉は、まだ比較的馴染みの薄い用語かもしれないが、急性期病院が近未来には平均在院日数14日前後まで短縮されることも予想される中で、在宅医療をより円滑に進める上で非常に重要な機能といえる(図1)。

この『退院支援』と『退院調整』という言葉は、似て非なるものであるが、宇都宮宏子氏¹⁾は、患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか、どのような生活を送るのかを自己決定するための支援を『退院支援』とし、患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメント過程を『退院調整』としている。し

かし、この章では、今回は退院支援・調整を一体的に捉え、在宅主治医としてのかかわり方と考え方のポイントを、できるだけ現場で役立つような内容に絞って解説していきたい。

退院支援・退院調整の理想的なフロー

まずは退院支援・調整の主な流れを、図2のフローチャートで簡単に説明しよう。この支援・調整の成否を握るのは、いかに早い段階から『退院後』を意識した支援・調整を開始できるかにかかっているといても過言ではない。まず入院早期に情報収集し、入院診療計画書の内容を説明した上で、退院調整の要否をアセスメントし、支援が必要と判断されれば、入院後7~10日以内に初回の退院支援カンファレンスを開催する。在宅主治医がこのカンファレンスに参加できれば、今後の治療計画の情報も入手でき、より家族サイドに立った治療計画についてのアドバイスなども可能となるため、退院後の信頼関係も築きやすい。また、病院の主治医をはじめ各スタッフと顔の見える関係になることにより、その後の連携が非常に容易になる。さらにこの時点で退院後に必要な医療処置や医療機器などについて、在宅でできること・できないことを伝えることにより、退院前までに調整が可能となる。この段階を経て『退院時カンファレンス』に臨めれば、よりスムーズな退院が実現する。

退院支援・調整に絡む診療報酬・介護報酬に関する主な加算は図3のフローシートに示し

図1

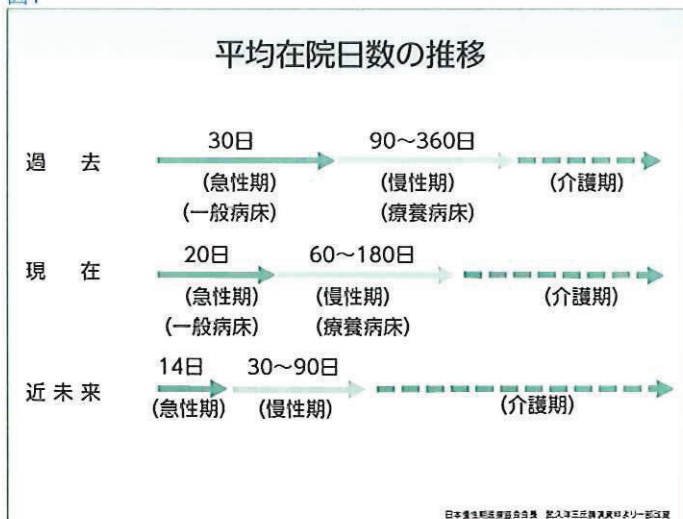
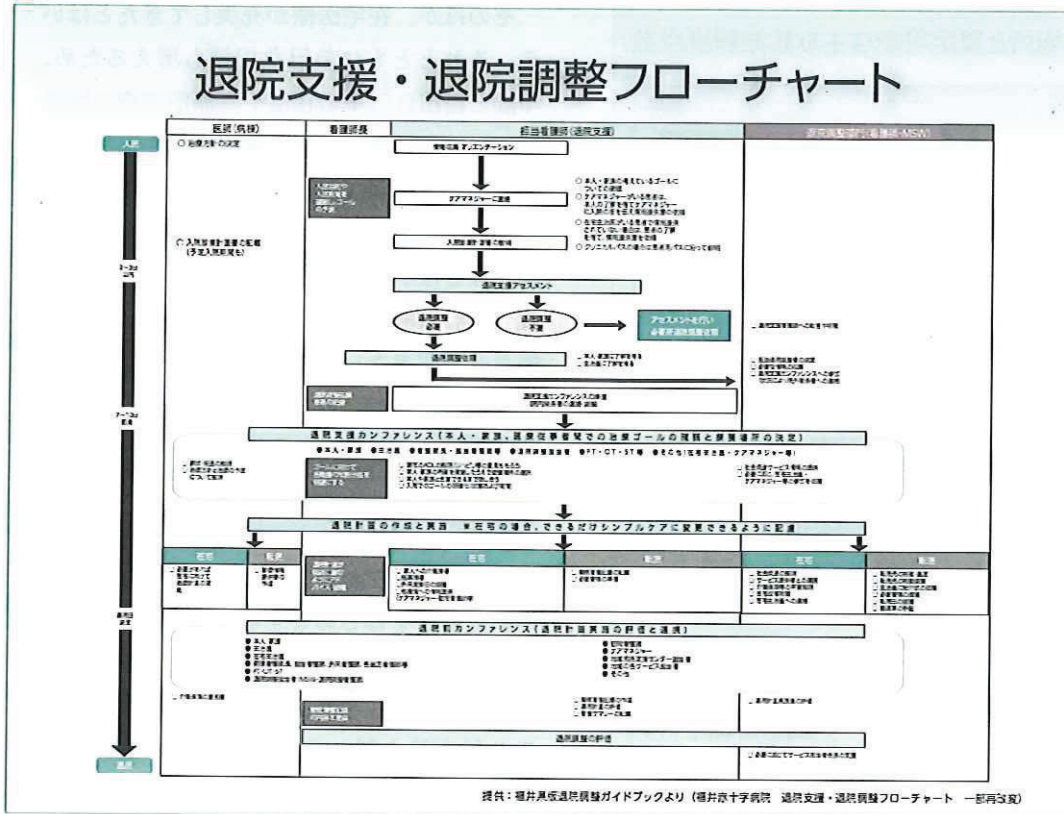


図2

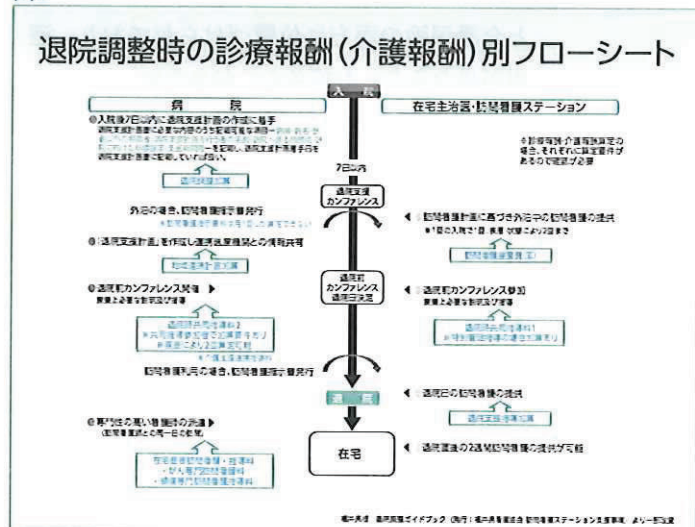


た通りであり、詳細は割愛するが、請求ミスのないように心がけたい。病院側、退院後の在宅主治医側ともに、それぞれ算定できる報酬や加算があるので、お互いの加算などを上手に利用しながら“Win-Winの関係”で退院調整を進めることは、重要なポイントである。

退院支援・調整に必要な医療保険・介護保険などの知識

ご承知の通り保険診療上、在宅医療の対象は『寝たきりまたはこれに準ずる状態で通院困難な者』となっているが、その判断基準は疾患の重症度や日常生活動作（ADL）や要介護度ではなく、あくまで『主治医の判断』となっている。また『在宅』といっても、自宅だけでなく、老人ホーム（特別養護、養護、軽費、有料など）、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）や特定施設、グループホーム、小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所などの入居者や利用者なども含ま

図3



れるが、それぞれ算定要件が微妙に異なるので、退院先がこのような施設の場合は注意したい。

また、特殊な事情がある場合を除いて、16kmを超える場合、往診料、在宅患者訪問診療料を算定できないので、併せて留意したい。

在宅医療の成否を分けるともいわれる『訪問看護』との連携が必須であるが、退院後は在宅主治医の訪問看護指示書などで提供されることになり、また『訪問看護』は医療保険

図4

在宅医療を受ける場所と算定可能な主な診療報酬点数

場所	訪問診療	往診	管理料	在宅医師	備考
自宅	○ (1)	○	在宅医師	○	2人目以降は在宅患者訪問診療の代りに初・再診料を算定
サマシ・有宅ホーム (特宅施設以外)	○ (1 or 2)	○	在宅医師	○	
グループホーム	○ (1 or 2)	○	在宅医師	○	
小規模多機能型居宅介護	○ (1 or 2)	○	在宅医師	○	※ 診日のみ算定可。週の日曜日はサービスと見做し扱いとなるので注意
サマシ・有宅ホーム (特宅施設)	○ (1 or 2)	○	特設医師	×	
特別養護老人ホーム	○ (1 or 2)	○	特設医師*	×	※ 末期の急性腫瘍、死日から遡って30日以内の患者に限る
ショートステイ (短期入所生活介護)	○ (1 or 2)	○	特設医師*	×	※ 末期の急性腫瘍、死日から遡って30日以内の患者に限る
デイサービス	×	×	×	×	生活の場ではないため算定不可

【訪問診療】の欄の「1」は在宅患者訪問診療料1 (同一調剤患者以外) 830点、「2」は在宅患者訪問診療料2 (同一調剤患者、特設医師等) 400点、「20」は在宅患者訪問診療料2 (0) (同一調剤患者、その他) 200点
注) 在宅医師：在宅医師等総合診療科 特設医師：特定活動入院患者等総合診療科
在宅医師：在宅がん医師等総合診療科 サマシ：サービス付合居介護型介護

年齢と医療保険の自己負担額

年齢区分	医療区分	自己負担	高額療養費 (一般)
75歳以上	後期高齢者医療	1割~3割 (所得に応じて)	月の限度額 44,400円 (外資の限度額 12,000円)
70歳以上75歳未満	前期高齢者	3割	月の限度額 80,100円 (医療費-267,000円) × 1%
小学校入学後以上70歳未満	一般医療	3割	
未就学児	乳幼児医療	2割	

たし、厚生労働省のホームページを参照してください。

と介護保険の両方に位置づけられており、適用が異なることも押さえておきたい。

まず医療保険の訪問看護は、悪性腫瘍やパーキンソン病関連疾患などの難病をはじめとした『厚生労働大臣が定める疾病等』に該当する場合や、ターミナルケア患者、急性増悪した患者などを対象にしている。基本的には上記の医療保険対象者以外の要介護認定患者は、介護保険優位の原則に基づいて、すべて介護保険対象の訪問看護となるので、指示書交付の際には留意したい。

ただし導入時は、介護保険の訪問看護として指示書を発行した患者でも、上記の通り病状が急性増悪して、一時的に週4回以上の頻回の訪問看護が必要と判断された場合などは、『特別訪問看護指示書』を交付することが可能であることは知っておきたい。さらに平成24年度診療報酬改定から、外泊中の訪問看護や退院直後の2週間に限って、主治医が同様の指示書を交付して退院直後の不安定な時期を頻回の訪問看護で手厚く支援することも可能となったので、大いに利用したいところである。

そのほか、在宅医療が充実してきたとはいえ、それとともに自己負担額も増えるため、年齢と自己負担率の程度や高額療養費の関係も知っておきたい。また重度の急性期疾患治療後の退院患者では、多くの場合は寝たきりに近い状態で『身体障害者手帳』の交付が可能となるほか『重度心身障害者医療費助成制度 (重心医療)』を使えることも多く、併せて押さえておきたい点である (図4)。

在宅ケアのポイントとなる退院前カンファレンスとは？

退院時カンファレンスとは、文字通り入院中の主治医をはじめとする各医療関係スタッフや在宅ケアを担当する各職種が一堂に会して、退院後の在宅ケアで予想される問題点やその対応策を話し合う大変重要な会議となる。いちばんの重要なポイントは、患者と家族のニーズや意向をしっかりと捉えておくことであり、会議に参加する在宅主治医としてはそのニーズや意向に沿って、それを充足させるために何が必要か、何ができるかという視点に立つことを意識したい。それが専門家集団の会議であるが故に、往々にして専門家の目線のみでサービス調整がなされてしまうこともあり、やはり本人の尊厳を常に念頭に置くことに努めたい。

当日の参加者は検討すべき内容により決定されるが、一般的には本人・家族、病院主治医、病棟看護師、退院調整担当者 (看護師または医療ソーシャルワーカー (MSW))、リハビリ担当者 (PT・OT・ST)、在宅主治医、介護支援専門員、訪問看護師、地域包括支援センター担当者、在宅介護サービス担当者などが対象となる。当然ながら、在宅主治医はぜひとも万難を排して出席したいところである。また当日までに一通りの診療情報提供書や看護サマリー、リハビリテーション計画書などに目を通して、おおよその課題を整理しておきたい。

一般的に、会議は退院調整担当者の司会進行で参加者の簡単な自己紹介から始まり、本

カンファレンスの目的、患者の概略、検討課題、進行予定などが説明された後、まず病院主治医から患者の病名、治療経過、現在の病状や治療内容、今後予想されるリスク・予後などが簡単に説明される。次いで、それについての参加者からの質疑応答を経て、各課題やリスクに対する対応策などを中心に話し合いが持たれ、おおよその対応策が決まった時点で、司会者が最終的なサービス計画などについて全員に確認をとる。この際に最も留意しなくてはいけないことは、やはり患者本人・家族の思いに沿った内容になっているかを常に確認しながら進めることであることはいふまでもない。

特に、在宅主治医が会議中常にその視点を持つことで、患者本人や家族からの信頼関係が強まることも多く、また対応次第では逆にぎくしゃくしてしまうこともある。

そして、最後にそれぞれサービス担当者との連絡方法をしっかり押さえておくことも、その後の連携をスムーズに行う秘訣である。また会議は概ね20～30分程度で終わることを目標にしてお互い協力しあうことも重要である。困難なケースでも、1時間以内には終わらせたいところである。

退院時カンファレンス 参加時の 在宅主治医の心得10ヶ条

- 1 やはり、できれば退院直前ではなく入院早期からカンファレンスなどを通じて情報交換し、本人や家族はもとよりスタッフ間も含めて信頼関係をおくことが理想的である。
- 2 入院から退院につなぐ重要なカンファレンスであり、顔の見える連携の最大のチャンスであるから、在宅主治医はできる限りその場に参加したい。ましてや、がん末期をはじめとした、いわゆる『看取り』まで覚悟した退院時カンファレンスとなれば、本人・家族とも一旦それを決断したとはいえ、まだまだ多くの不安を抱え

ていることが多い。そのような状態で退院する際に、病院側スタッフとこれから在宅ケアを担当する多職種が一堂に会して、家族や本人も交えて今後について話し合いの場を持つことは、大きな安心感につながり、在宅主治医への信頼関係を構築する上でも意義は大きい。時間の関係もあり参加が困難な場合もあるかと思われるが、この会議の出席は義務ではなく、在宅ケア責任者としての権利だと考えたい。

- 3 必ずしも医療関係者だけでなく、本人・家族や介護関係者も含めた多職種が参加することが多い会議であるから、できるだけ平易な言葉で話すよう心がけることはいうまでもない。
- 4 さらに、『食べること』と『動くこと』がどれだけできているかどうかの視点は非常に重要で、それに関連した栄養評価項目や、日常生活動作（ADL）評価、特に座位がとれるかという視点などから、在宅での栄養摂取方法や必要なリハビリテーションの内容、廃用予防のための在宅サービスメニューが浮かび上がることも多い。これらの点は、急性期医療にかかわる先生からの情報が意外に少ないことも多く、できればこちらから確認するとよい。
- 5 入院医療を受けている間は、24時間365日いつでもナースコールさえ押せば、看護師がただちにベッドサイドに急行し、必要なら医師が診察できる体制に置かれている。しかし在宅に戻れば、その瞬間からこのような医療・看護サービス体制は受けられなくなる。この点からも、少なくとも退院直後1か月程度は、頻回の訪問看護や在宅移行期の訪問リハビリテーションなどのサービス導入の必要性が高い。ただし、患者本人や家族は、その必要性を十分認識できないことも多いため、そのあたりは在宅主治医としてしっかり伝えることも重要である。
- 6 会議に参加する際の秘訣は、やはり在宅

ケアは実際にスタートさせてみて初めて気づく問題点も多いという視点を持つことである。始めからあらゆる場面を想定して考えられるサービスをすべて揃えようとせず、実際に在宅ケアをスタートさせながら少しずつ課題をみつけ、多職種で情報交換しながら解決していく姿勢で臨みたい。

- 7 退院時カンファレンスが各担当者の初回の顔合わせのことも多く、今後の報告・連絡・相談の時期や手段は、ぜひ多職種で確認しておきたい。
- 8 在宅医療とは、決して病院で行っている医療をそのまますべて持ち込むことではない。ハイテク在宅機器が進歩したとはいえ、実際はコスト面も含めて無理なこ

とも多く、在宅に合わせて処置の仕方や機材なども多少簡便に、かつ取捨選択する工夫も必要である。それには病院側スタッフと在宅側スタッフが、お互いの話し合いの中でその落としどころ（妥協点）をみつける努力が肝要であり、その際に鍵を握るのが在宅主治医である。ぜひ、この視点で会議をリードしていきたい。

- 9 がん末期や予後が厳しい神経難病などの場合、多くの課題が浮かび上がる内容にならざるを得ないが、在宅生活に戻れることの意義や一種の『希望』の気持ちも尊重しつつ、「みんなで協力し合えば、何とかかなりますよ！」と、在宅主治医が多少『明るく』振る舞う方がよい場合もある。実際に予想に反して思いのほかお元気で在宅生活を送る方も多く、『おうち』には目に見えないパワーが宿っているとしか思えない体験を多く在宅主治医が経験している。
- 10 最後によく指摘されることとして、どうしても入院から在宅へ移ると、病院から見放されてしまうのではないかといった不安感を覚える家族や本人が多いという問題がある。この点からも、在宅に移行しても病院の医師としっかり連携をとりながら、必要に応じた緊急入院も含めて共同で診ていくという姿勢を示すことが求められる。

以上、退院時カンファレンスに臨む在宅主治医としての具体的な心得（表1）として簡単に述べたが、最後にあらためて退院支援・調整にあたる全職種に向けた指針10ヶ条の項目をあげてみたので、参考にして頂きたい（表2）。

退院支援のこれからと『慢性期医療』を考える

ここまでは主として急性期病院から直接在宅ケアへ移行する場合の導入を中心に解説してきたが、最後に急性期医療と在宅医療の間をつなぐ『慢性期医療』の可能性について触れておきたい。

表1

退院時カンファレンス参加時の在宅主治医心得10ヶ条

1. 入院時から門を叩け
2. 会議出席は、義務ではなく権利
3. できるだけ、平易な言葉で
4. 押さえておきたい「食べること」と「動くこと」
5. 退院直後の訪問看護・訪問リハは有効
6. 走りながら考える
7. 「ホウ・レン・ソウ」の時間と手段を確認
8. 在宅医療は、入院医療の出前ではない！？
9. 在宅は「希望」の光（「おうちパワー」を信じよう！）
10. 「いつでも入院ベッド」を担保に、共同診療

表2

めざすべきこれからの退院支援・調整10ヶ条

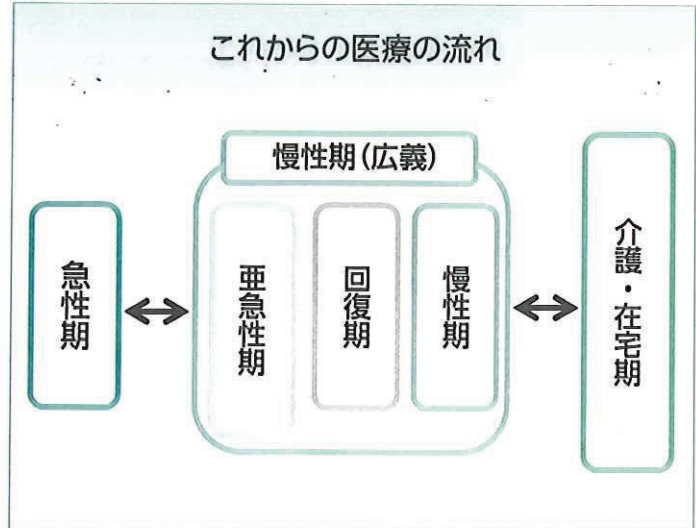
1. 尊厳を大切に
2. 生活の質・尊厳ある人生に視点を置く
3. 地域との連携がとれる
4. 医療との連携がとれる
5. デマンドとニーズの違いを理解
6. 食と栄養の理解
7. リハビリテーション・認知症の理解
8. ターミナルケアを理解
9. テーラーメイド医療・介護を目指せ
10. 多職種連携・チームアプローチを大切に

冒頭にも触れたとおり、今後は好むと好まざるにかかわらず、居住系を含めた『在宅』移行への圧力はますます高まると思われる。しかし一方では、急性期医療の現場と介護や在宅の現場のギャップもまだまだ大きいものがあり、拙い筆者の経験でも、「今週退院したいので、退院時カンファレンスを！」と急性期病院の退院調整担当者から急遽声がかかり、カンファレンスに参加したものの、数日での調整は困難と思われるケースもまだまだ多い。

中には、重介護状態でありながら介護保険認定の申請すらできていない状態で、突然主治医から退院を伝えられ、介護サービスの先出しで網渡りの在宅移行にならざるを得ない場合も散見される。しかし、急性期病院とて、新規の急性期患者を少しでも早く適切に受け取っていくためには、やむを得ないところでもある。

そこで、急性期病院では手術など純粋な急性期医療だけを担ってもらい、ある程度安定期になったらその後を担うべき亜急性期や回

図5



復期を担える病棟(病院)へできるだけ早く転院し、そこであらためて在宅支援を含めた介護・医療を一体的に提供しながら、在宅移行に向けての支援・調整を行う、まさに『在宅支援病床機能』が必要ではないかと感じている。そして、その機能を担うものとして、広義の急性期以後の慢性期機能として『亜急性期病棟』『回復期病棟』や、一部の一般病

図6

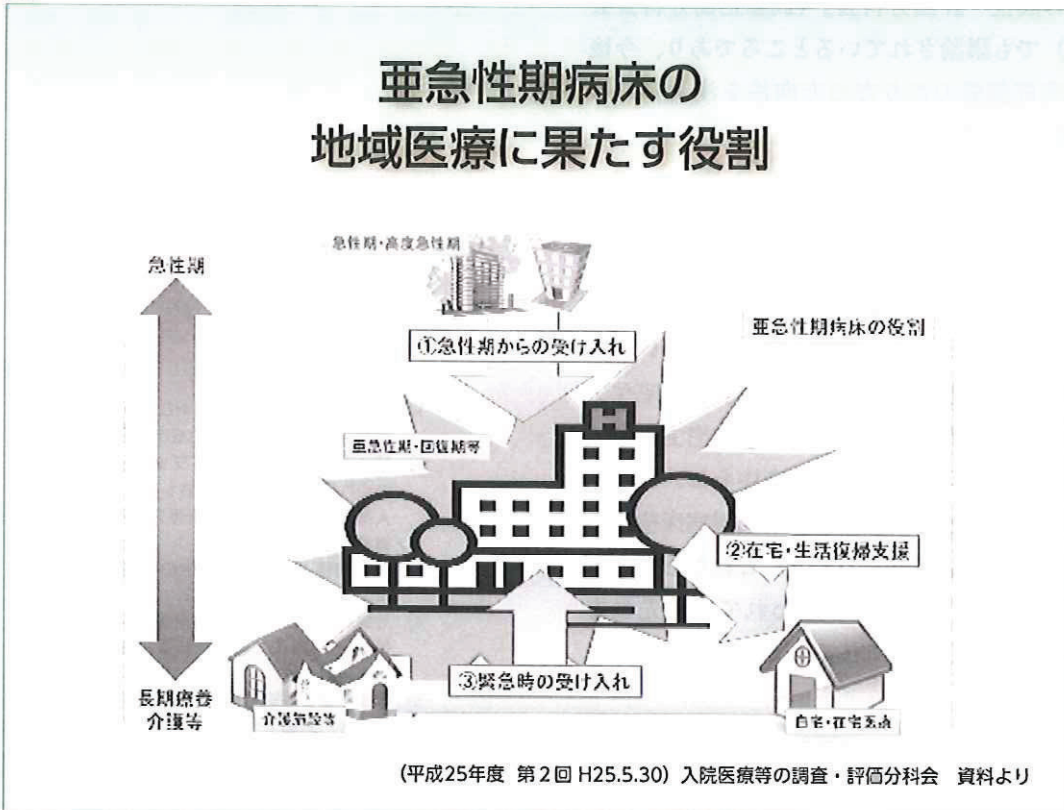
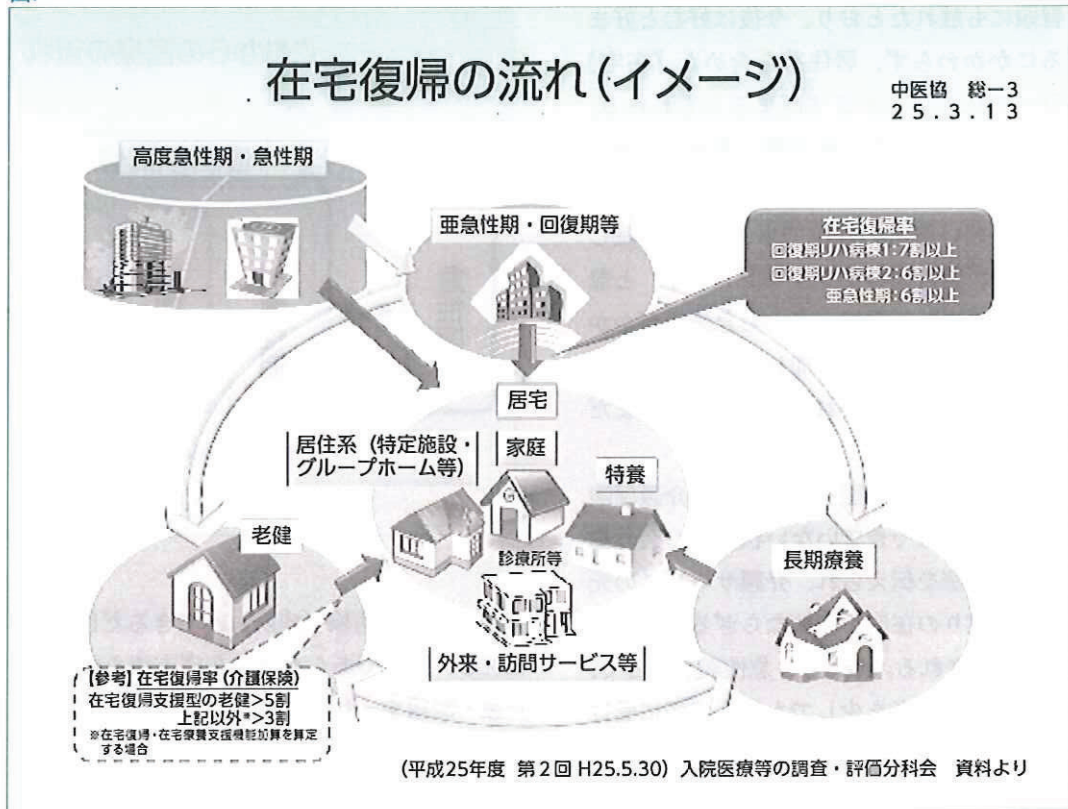


図7



床や療養病床があげられるであろうし、『在宅療養支援病院』は、まさにこの機能のための病院といえる。この点については、『入院医療等の調査・評価分科会』（武藤正樹分科会会長）でも議論されているところであり、今後の病院機能のあり方の方向性を注視したい（図5・6・7）。

おわりに

この章では、主に退院支援・調整という視点で、急性期疾患で入院した患者が在宅ケアへ移行する過程と、その中での在宅主治医の役割や心構え、留意点などを中心に、一部私見も交えて述べ、最後に在宅支援病床機能の有効性についても言及した。これから在宅医療に携わってみたいと思われている先生方に、少しでもお役に立てれば幸いである。

参考文献

- 1) 宇都宮宏子, 三輪恭子編: これからの退院調整・退院支援. 日本看護協会出版会, 2011.
- 2) 福井県版退院調整ガイドブック～病院と在宅の切れ目のない連携をめざして～. 公益社団法人福井県看護協会 訪問看護ステーション支援事業発行.
- 3) 永井康徳: たんぼ先生在宅報酬算定マニュアル. 日経BP社, 2012.
- 4) 池端幸彦: 在宅を支える療養病床の経営戦略. 特集 中小病院は生き残れるか. 病院, 72(3): 2013.3.1.
- 5) 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 診療報酬調査専門組織: 平成25年度 第2回 入院医療等の調査・評価分科会 資料, 2013.
- 6) 日本慢性期医療協会編集: 在宅医療認定医講座テキスト. 厚生科学研究所, 2013.

8

かかりつけ医と後方支援

医療法人弘仁会 理事長 梶原 優

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

はじめに

人口の高齢化により、在宅医療の需要は年々増加している。それに伴い訪問診療、往診の充実が求められている。患者は、かかりつけ医に最後まで診てもらいたいと願っている。

2006年に在宅療養支援診療所が認定され、昭和51年に逆転した在宅死と病院死に歯止めがかかった。しかしまだ在宅死は15%前後に推移しているのが現状である。今後在宅医療を進めるうえで、日頃診察し、患者・家族の信頼を得ている、かかりつけ医がその任に当たるのが最適であると考えられる。そのためには、周辺環境をいかに整えるかが重要課題となる。その中で、病院を含め後方支援施設の果たす役割は大きなものがある。以下、在宅医療とその支援のあり方について述べる。

表1

在宅療養を行うために

- 在宅療養とは
人々が住みなれた地域で家族や地域の方々と安心して暮らせるよう、関連多職種が連携し支援すること。
- 在宅医療とは
単に医療を提供することではない。医療職は医療をとし全人的なかかわりの中で生活支援を行うこと。
- そのためには理念に基づく行動
安心して暮らせる町に
本人、家族の願いに応える

表2

在宅療養とは

- サービス提供ではなくホスピタリティの提供
- 笑顔の中で納得できる生活
と死を受け入れ迎える環境整備

在宅医療を行うためのポイント

在宅療養とは、人々が住み慣れた地域で、家族、友人、地域の方々と安心して暮らせるように在宅関連多職種が連携して支援することである。在宅医療とは単に医療を提供することではなく、医療を通し全人的なかかわりの中で生活支援を行うことである。そのためには理念に基づく行動が必要となる。自分たちが地域のセーフティーネットの役割を果たし、本人、家族の願いに応えるという自覚を持った行動が求められるのである。

その人の生活を支えるため、在宅医療には多くの職種が参加している。ゲートキーパーは介護支援専門員だが、がん終末期などの医療度の高い方の場合は、医師・看護師の果たす役割は大きくなる。そのほかの職種としては歯科医師・薬剤師・介護福祉士・リハビリ・栄養士・ボランティア・友人などがおり、日々その人が充実した生活を送れるようか

かわっていく。

このような関連多職種が提供するのはホスピタリティである。単にサービスを提供するのではなく、ホスピタリティの提供を行うのが在宅療養といえるであろう。そして、患者が笑顔の中で納得できる生活と死を受け入れ、迎えられる環境整備を協力して行うことではないだろうか。それを実現するための後方支援について述べてみる。

在宅医療のための さまざまな後方支援

後方支援の1つ目としては、訪問・外来機能がある。特に留意したいのが、以下の4項目である(表3)。

表3

後方支援：訪問・外来機能	
1. 専門医	精神科・皮膚科・眼科・耳鼻科・その他専門医
2. 包括支援センター・民生委員	虐待・生活支援
3. 保健所	精神疾患・感染症
4. その他	弁護士・ボランティアなど

表4

後方支援：入院機能	
1. 病院	急性期対応病院(在宅療養支援病院など) 地域医療支援病院
2. 緩和ケア病棟	地域がん拠点病院
3. ホスピス	終末期ケア
4. 施設	介護療養・保健・福祉施設

1. 自分の専門外の疾患に対応してもらう各科の専門医の支援
 2. 虐待や独居、孤立または生活支援に対応する地域包括支援センターや民生委員の支援
 3. 精神疾患や感染症の問題における保健所の支援
 4. そのほか、認知症の人の成年後見制度など、弁護士やボランティアの支援
- これらの方々との連携を、日頃心がけるとよいだろう。

後方支援の2つ目として、入院機能の確保は、在宅医にとっての安心感につながる最たるものではなかろうか(表4)。

1. 病院においては在宅患者の急性病変時の入院対応があげられる。急性期対応病院、在宅療養支援病院はその任に積極的にかわらなくてはいけない。また、地域医療支援病院も同様である。
 2. がんの緩和ケアについては、地域がん拠点病院に緩和ケア病棟があり、疼痛コントロールを含めたトータルペインの緩和について支援してもらうことができる。疼痛コントロール不良の際、入院してもらい、再度在宅で療養することも可能である。
 3. また、終末期ケアでは、在宅療養を経てホスピスを利用する方もいる。
 4. そのほか、病状や介護環境により施設利用となる方もいるため、日頃より本人、家族と話し合っておくことが重要である。
- このように、さまざまな後方支援機能がある。

後方支援病院に求められる 7つのこと

次に、後方支援病院に求められること、行ってほしいことについて述べる(表5)。

1. まずは緊急時の対応がスムーズに行えることが必要である。とりあえず受け入れてもらい、入院を含めその後のトリアージをすることが求められる。
2. 専門職による最新の専門知識の講習や支援により、かかりつけ医および関連多職種の資質の向上に貢献する。

3. 在宅患者のレスパイト入院への対応を行ってもらう。介護現場では、基本的にショートステイ利用を行っているが、医療度の高い患者の対応は病院が受け入れるべきである。
4. 緩和コントロールについても、緩和ケア病棟でなくとも、一般病院で対応可能なスタッフを養成しておく。
5. 緊急に必要な資材の提供を行ってもらう。かかりつけ医はさまざまな資材を用意しているわけではないので、これは大きな安心となるだろう。常時そのようなシステムができれば素晴らしいことである。
6. 検査についても、待ち時間がないようにスムーズに行えるようなシステムが必要である。
7. 地域の勉強会などに講師を派遣し、質の担保を図ることも必要であり、これは地域連携にも有効である。
このような後方支援があれば、かかりつけ医も安心して在宅医療に取り組めるのではないだろうか。そのためには、病院との連携のあり方を話し合っておくことが大切である。地域ごとに在宅医療基盤は異なるので、自分の地域で必要な連携組織構築を病院を巻き込んだ形で図ることが重要となる。このような支援の中で、本人が安心して家で看取られることができるようになるであろう。次に看取りについて述べる。

在宅医療における『看取り』の説明

まず周囲の方々のサポート体制ができていくこと、そして、関連多職種が迅速に対応できる密な連携ができていくことが重要である。そのうえではじめて、看取りに関連する話ができる。以下の5点に留意することが大切である(表6)。

1. 終末期に起こり得るさまざまな病状について、わかりやすく家族に説明しておく。
2. 不安時、急変時の対応連絡網について話ししておく。

表5

後方支援病院に求められること	
1.	緊急時対応
2.	専門職による支援
3.	レスパイト入院
4.	緩和コントロール
5.	資材提供
6.	検査
7.	講師派遣
8.	その他

表6

看取りの説明	
*サポート体制の確認	家族・親族・友人・ボランティア 関連多職種
*説明	1. 終末期の病状 2. 不安時、急変時の対応 3. 後方待機病院の説明 4. 親族との情報共有 5. 死亡時の対応

3. 後方待機病院との連携を説明し、安心感を提供する。
4. 関係親族とも情報を共有し、終末期対応の意見の不一致がないようにしておく。
5. 死亡時の対応(連絡方法、診断書の発行、エンゼルケアなど)につき看護師を含め説明しておく。

このような家族との話の中で、在宅医療の継続と看取りが信頼関係の中で行われる。次に、在宅療養連携について述べてみる。

在宅医療に必要な連携について

多職種連携なくして、在宅医療は成り立た

表7

在宅療養連携 在宅医療連携拠点

1. 地域連携
 - 多職種の参集
 - 生活圏=療養圏単位
2. 資質の向上(質の担保)
 - 勉強会・セミナー・講演会
3. 問題点の抽出と解決
 - ワーキンググループ・効果、検証(学会発表)
4. 組織構築
 - 方向性・PDCAサイクルによる持続性

(総務部在宅療養研究会の活動より)

ない。どのように連携を図るかについて、4つのポイントを述べる(表7)。

1. 在宅療養と生活圏は一致するため、中小地域にて病院を取り入れた多職種と連携する組織を構築する。やはり、医師が中心になって行うのがよい。
2. 質の担保としての勉強会、セミナー、講演会を開催する。
3. 地域における問題点の抽出と解決のためのワーキンググループ活動。その検証として学会発表を行い、次の活動に入る。
4. 上記のようにPDCAサイクルを活用し、組織の継続性を図る。

私たちは、千葉県船橋市南部地域(人口約10万)において船橋南部在宅療養研究会を構築し、このような活動を6年行っている。現在では在宅療養支援病院を含め、81の関連施設で連携をとり、在宅医療の向上に努めている。その中で後方支援病院に求められることを、在宅療養支援病院が行っている。このように多職種と一緒に地域の問題点に取り組み、その結果を出して学会に発表し、評価を得るようなしくみが連携維持の基本である。そして、「何かをみんなで行った」という達成感がモチベーションの向上に役立つと考えられる。

おわりに

在宅医療は生活支援であり、ホスピタリティの提供を行う。在宅医の負担軽減と安心を確保するうえで、後方支援病院の果たす役割は大きいものがある。その機能を引き出すのは、地域における多職種連携の組織構築である。地域ごとの問題点を探る中、その解決策をともに考えて実行する中で、連携はできていくと考える。

最後に、在宅関連多職種ができることは、ホスピタリティを通し、患者にできるだけ寄り添い傾聴し、ともに時間を過ごす中で、そのことを自分の人生に投影し、明日に反映することではないだろうか。

9

在宅医療の過去・現在・未来

医療法人アスミス 理事長 太田秀樹

かかりつけ医の在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

図1

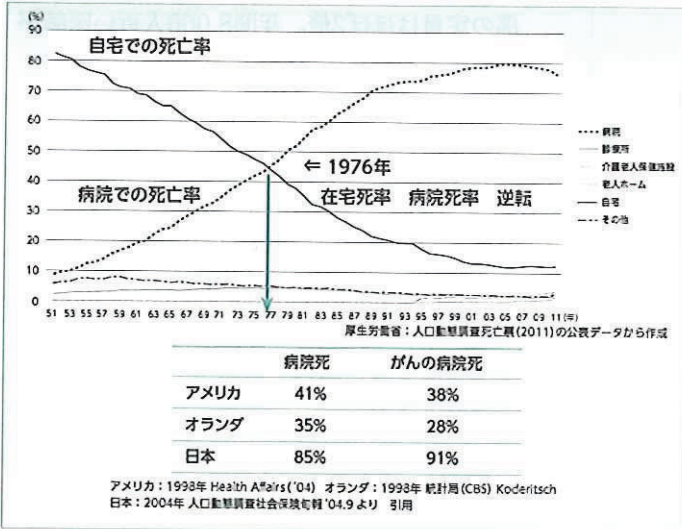


表1

1970年代の動き

- 1970年 高齢化社会に突入 高齢化率7.1%
 - 1995年 高齢社会 (14.6%) 7%⇒14% 25年
 - 2007年 超高齢社会 (21.5%) 14%⇒21% 12年
 - 2012年 高齢化率 24% (4人に1人)
- 1973年 「一県一医科大学構想」 閣議決定
 - 医科大学・医学部入学定員増
 - 1976年⇒4,380人 1987年⇒8,360人 約10年で医師数倍増
 - 40年後 開業医は臓器別専門医ばかり
- 1973年(東京都 '69・秋田県 '69)老人医療費無料化
 - 社会的入院増加 福祉施策の貧困 医療が肩代わり
- 1976年 EMI社製頭部CT1010 東京女子医大に設置
 - (1975年 国産初のX線CT 藤田学園保健衛生大で稼働)
 - 医療の高度化 病院信仰

女性の社会進出 家族形態の変化(非婚化・晩婚化・DINKS・核家族化・老老世帯)
地域共同体(コミュニティーの崩壊)

はじめに

国をあげて、在宅医療の推進に舵がきられたこともあり、『在宅医療』、『在宅ケア』、『在宅看取り』という文言を、新聞などのメディアで目にする機会が多くなっている。在宅医療は国民的関心事となったが、「昔はいつでも気軽にお願いできたのに」と、往診を懐かしむ声が聞かれることがある。往診なくして在宅医療は存在しえないが、往診と在宅医療は同義ではなく、未だ在宅医療の本質的意義や推進の根拠が正しく伝えられているとは言いがたい。そこで、本稿では、在宅医療について、約半世紀の歴史を顧みながら、現状の課題に言及し、展望を述べたい。

病院信仰の背景に 何が起きていたのか

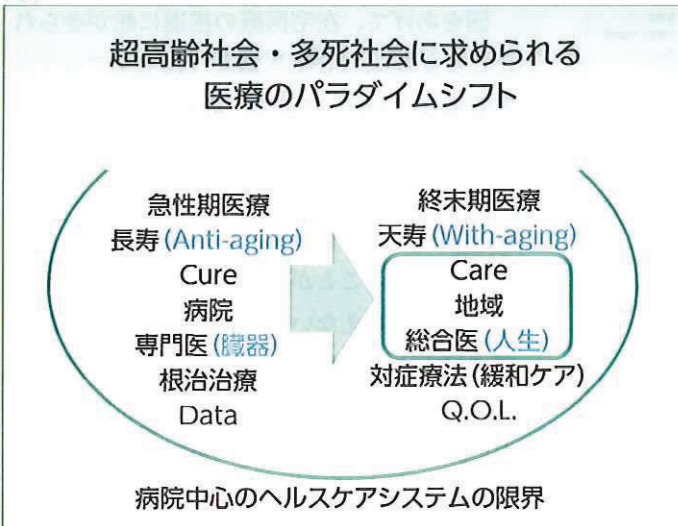
開業医が担う往診医療は、高齢者に対する自宅での死亡診断も含めて、日本社会においては、重要な役割を担っていた。ところが、徐々に往診の意義は薄れ、'76年に病院死が在宅死を上回り、高齢者が病院で命を閉じる文化が醸成されていく(図1・表1)。

さて、本格的な高齢化社会を迎えたのは'70年である。この時代にわが国の地域医療は大きな転換期を迎えることとなる。医療は高度化し、診断技術も治療技術も格段に水準を高め、人工血液透析の普及やCTスキャナーの登場('75年)など、科学技術としての医学の発展には目を見張るものがあった。

表2

高度先進医療に対する意識の変遷	
1976年	日本安楽死協会 → 1983年 日本尊厳死協会
1977年	日本死の臨床研究会 ホスピスターミナルケア研究の老舗
1982年	生と死を考える会 市民の集い
1987年	ホスピスケア研究会 季羽優文子(看護師)ホスピスケアの草分け
1990年	「寝たきり老人」のいる国いない国(ぶどう社) 大熊由紀子
1990年	終末期を考える市民の会 「終末期宣言書」 自分が望む人生の終焉を
1992年	日本ホスピス・在宅ケア研究会 「死」の権利 「自己決定権の確立」
1995年	死を学ぶ(有斐閣) 柏木哲夫医師 死は医学の敗北ではない
1996年	病院で死ぬということ(文春文庫) 山崎章郎医師
1996年	日本緩和医療学会発足 Palliative Medicineの学際的かつ学術的研究
2003年	大養生のすすめ(角川書店) 早川一光医師
2007年	満足死(肥田善平医師) 奥野修司 読売新聞社 医療ルネサンス
2010年	「平穏死」のすすめ(講談社) 石飛幸三医師
2012年	大往生したけりゃ医療とかかわるな(幻冬社) 中村仁一医師
2012年	「平穏死」10の条件(ブックマン社) 長尾和宏医師

図2



血液透析技術によって尿毒症で命を落とすことは少なくなり、CTやエコーなどの画像診断技術の発展は、同時に外科手術の可能性を高め、脳出血や頭部外傷患者の救命率は著しく高まった。経済の高度成長とあいまって、科学技術万能の神話は、医療への大きな期待を生み、不妊治療に象徴されるように、あたかも命をコントロールできるかの幻想までも膨らます結果となった。

一方で救命技術は向上したが、『植物人間』なる言葉も生みだされ、死は回避できたが、社会的活動が制限されたままで命をつなぐ患者も増えてゆく。しかし、国民は医学に対する科学としての過剰な期待を捨てることなく、さらに、高齢者福祉施策の貧弱さを入院医療が肩代わりするという風潮も生まれ、わが国

特有の社会的入院現象となっていく。

高齢者増加が鮮明化したこの時代に、政治的判断で高齢者医療費の無料化が進められた。『世間体』という不可解な市民意識もあって、「家で死なれては世間体が…」と、寿命を迎えた高齢者までもが安易に入院し、濃厚な医療介入の果てに死ぬ文化が受け継がれていった。

このころ、一県一医科大学構想が具体化している。'70年代から'80年代にかけて、医学部の定員はほぼ2倍。年間8,000人近い医師が誕生することとなり、研修医制度が整備され、学術団体が主導する専門医制度が普及していった。若い医師たちはみな臓器別、疾病別の専門医を目指し、現在の開業医たちの大部分は専門医となった。もっとも、専門性のある先進的医療の享受は国民の願いであり、医療機関は高度診断機器を備え、専門医を配属するなどして、国民の医療ニーズに応え続けてきた(表2)。

治す医療から、支える医療へ

'70年代をわが国の病院医療隆盛期と位置づけたが、高齢化社会に突入してまもなく、'76年には『日本尊厳死協会(旧日本安楽死協会)』が誕生する。その後ホスピス運動も始められ、命を救う高度医療に過剰な期待を募らせるのではなく、安らかに命を閉じる医療の必要性が問われ始め、『死の臨床研究会』も発足している。医療の高度化や先進化が必ずしも国民の幸福につながっていないと最初に疑問の声をあげたのは、賢明な市民たちであった。

'90年代になると、デンマークの医療福祉の現状がジャーナリストによって紹介され、いわゆる“寝たきり老人”の存在は、日本特有の状況であることが伝えられた。当時老人病棟と呼ばれるところでは、おびたしい数の高齢者たちがベッドの上で、点滴や人工栄養によって管理されていた。うつろな目で天井を眺めながら、やがて褥瘡をつくり、肺炎で

命を閉じるのが、日本型高齢者終末期医療の姿といってもよかった。

しかし、4人に1人が高齢者という世界に類をみない超高齢・多死社会が到来すると、医療の目的も、役割も、期待も、パラダイムを大きく変換させることとなった(図2)。医学がいかに発展したとしても、もはや摂理として死を避けることができないという、当たり前前の現実を冷静に受け止める社会的機運も高まっている。胃ろうの是非や人工栄養補給の中止などの議論は、その象徴といえる。従来の病院を中心とした、すなわち治療を目指したヘルスケアシステムだけでは、高齢者の健康課題の解決が困難となったのである。

在宅医療の黎明期とその発展

かかる社会的背景のなかで、'92年には居宅が医療提供の場として明確に位置づけられ、訪問看護が診療報酬で評価された。さらに、往診に対して『訪問診療』という概念が登場した。病院機能を地域に広げる考え方で、居宅を病室とみなし、病棟回診の役割を担うのが訪問診療である。まさに、日本の在宅医療の夜明けといえる。

'94年には、24時間の往診体制が診療報酬で手厚く評価され、在宅医療は診療所経営の足を引っぱるものではなくなりつつあった。そして、'00年には在宅療養を社会全体で支えようと介護保険制度が施行された。非婚化、晩婚化、DINKS (double income no kids) など、家族の形態が多様化してゆくなかで、介護はもはや女性の役割でなくなった。嫁の介護と医師の往診により、高齢者が在宅で看取られていた'60年代と比べると、社会は革命的に変わったのである。

高齢者の生活と医療を一体的に支えようという介護保険制度は、介護の社会化を理念とし、民間企業の介護事業への参入を認めた。さまざまな在宅介護支援サービスが誕生し、サービスの質には市場競争原理が働くこととなった。

その後、障害者自立支援法('06年)、がん対策基本法('07年)と、病院での治療の対象となりにくい疾病や障害がある人々を地域で支えようと、その対象を高齢者以外にも広げ、法制度化からの牽引が始まった。

地域包括ケアのなかでの在宅医療の役割とは

在宅医療の概念を整理すると、「生活の場で、通院困難者に対して、患者と家族の意向を汲み医療職が訪問して提供される全人的包括的医療であり、望まれれば看取りまで支える医療」といえる。生活の場とは、自宅だけでない。居心地がよく、療養者が望む場所である。また、『全人的包括的医療』とは、疾病、障害、性別、年齢にかかわらず、疾病治療だけでなく保健、福祉も視野に入れ、家族背景や地域をも包括した医療である。そして、最も重要な役割が、望まれる場所での終末期医療・緩和医療の提供である。在宅医療は、まさに“生き様を支える医療”といえる。

昨年'12年は、『在宅医療元年』と呼ばれた'92年から20年を経て、『新生在宅医療元年』と称されている。厚生労働省は都道府県に対して『5疾病・5事業及び在宅医療』を、次期の保健医療計画に盛り込むように通知した。基礎自治体には、医療・介護・福祉(生活支援)・保健(予防)・住まいの5つの領域からな

図3



図4



る地域包括ケアシステム構築が求められている。在宅医療は、地域包括ケアシステムの中にはっきりと位置づけられた。老いても、障害があっても、地域居住の継続を大原則とし、地域社会全体が療養者を支えるこのシステムにおいては、もはや生活が医療の上位概念として位置づけられ、療養生活を支える機動力あるサービスの1つとして在宅医療が存在することとなった。そして、多職種で目的を共有し、医療から生活を支える達成感がモチベーションをより高める結果となった(図3)。

おわりに

在宅医療の推進は、社会的入院是正と表裏一体の関係性にあり、その普及には、さまざまなハードルが存在するが、おそらく、医師自身も在宅医療への偏見や誤解を払拭しきっていない。

さらに国民に対しても在宅医療を正しく伝える啓発活動が不十分で、本来地域包括ケアシステム構築を担う市町村行政の態度も地域

間格差は大きい。高齢化率だけでなく、高齢者の実数、そして、社会資源の充足度など、地域のさまざまな実情への配慮を行いながら、在宅医療の発展に努めることとなる。

超高齢社会は医療のパラダイムを大きく変え、在宅医療の普及は日本社会における時代の必然となった。通院が困難になった患者や家族の希望に快く応え、良質の在宅医療を提供することにより、医療への信頼をさらに厚くすることが、かかりつけ医としての矜持であろう。在宅医療が日本の医療文化を変えると信じている(図4)。

参考文献

- 1) 太田秀樹：在宅医療実践者の立場から。臨床倚理No.1,14-17, 2013.
- 2) 太田秀樹：地域包括ケアシステムにおける在宅医療。「日本再生のための医療連携」. p210-216, 株式会社スズケン, 2012.
- 3) 太田秀樹：地域包括ケアにおける在宅医療の役割。「地域包括ケアシステム」. p90-107, 株式会社オーム社, 2012.
- 4) 太田秀樹：地域の在宅医の立場から。看護2012年3月臨時増刊号64(4): p36-39, 日本看護協会出版会, 2012.
- 5) 太田秀樹：在宅医療の本質と未来 病院との連携の重要性。病院1月号69(1)：p26-30, 医学書院, 2010.

かかりつけ医の
在宅医療
超高齢社会——
私たちのミッション

平成25年7月28日 発行

- 発行 公益社団法人 日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16
電話 (03) 3946-2121 (代表)
- 担当 保険医療部 医療保険課・介護保険課
- 制作 株式会社 インターメディカ
- 印刷 三報社印刷株式会社