

地域包括ケアと在宅医療

杉山 敦 (杉山外科医院-松本市)

(松本市医師会副会長・長野県医師会在宅医療推進委員会委員長)

はじめに

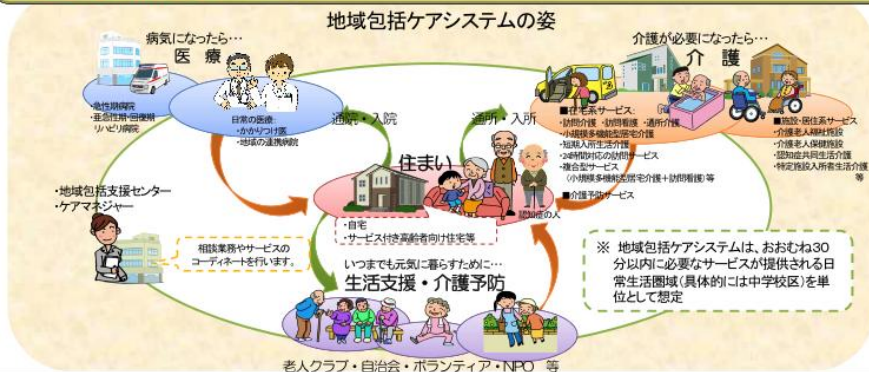
国は、団塊の世代が医療・介護ニーズが高まる75才以上となる2025年に向けて、重度な介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう医療・介護・住まい・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステムの構築」(図1)を提言している。

しかしながらその構築の過程は「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」として、基礎自治体に任されている。本稿では地域包括ケアシステムの骨格となる「在宅医療」を現場で

図1

地域包括ケアシステム

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な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、**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の構築を実現**していきます。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差が生じています。**
地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性にに基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要**です。



担い、推進する立場から、現状を整理し医療者が今なすべき事は何かを考察させて頂く。なお本稿は長野県医師会会報(長野医報)平成25年3月号、日本慢性期医療協会誌平成25年10月号、松本市医師会会報25年12月号に発表した内容に加筆したものである。

杉山外科医院の現況

当院は、2004年1月に松本市で継承開業した、外科・消化器外科を標榜する無床在宅療養支援診療所である。先代院長父杉山昭貳が有床診療所を開設した1967年以来地域のかかりつけ医を担っており、そこでおこなわれていた診療所における外来診療や入院管理、そして往診を見ながら育った二代目院長である。東京医科大学を卒業後、信州大学医学部第一外科に25年間奉職し、食道胃大腸の外科、ピロリ菌胃発癌性の証明、肝移植外科の支援、医療福祉支援センター(医療連携部門)運営などを行った後、診療所医師となった。

1) 診療内容

上部下部の消化器内視鏡検査を行い消化器系疾患（ピロリ菌除菌には力を入れている）を主な診療の一つとしている。訪問診療や在宅での看取りを行い、小手術、腰や膝の痛い方の保存治療などから内科系の生活習慣病まで広く診療をしている。胃癌大腸癌乳癌などを診断した患者さんと、了解いただける方は連携する病院（オープン手術室・病室）へお連れして手術の執刀をし、退院後外来での抗癌化学療法も担っている。特定健診・高齢者健診・がん検診や、褥瘡管理、ストーマケアなども行う一人医師（一馬力）外科系かかりつけ医である。

2) 当院の存在する地区(松本市島立)は長野道松本インターチェンジ周辺の市街地と農地の混在した地域である。松本市は人口243,271人(H26年1月1日現在)の地方中心都市で、所在する島立地区の人口は7,098人、高齢化率28.7%(長野県27.9%)、要支援者

図2 当院の往診鞆



血圧計・聴診器・テープ類
絆創膏・経皮O2モニター
携帯超音波診断装置
手袋・手指消毒剤
鎮痛剤・採血セット
緊急薬・病院電話番号 など
課題:胃瘻交換用内視鏡 などの設備投資



ストーマケアセット(褥瘡・ろう孔対応)



エンゼルケアセット

 Sugiyama Clinic

95名、要介護者271名、独居老人163名が居住する。在宅療養支援診療所としては、2人医師の診療所と強化型在宅療養支援診療所を構成している。定時の訪問診療は水曜日午後を基本とし、そのほかは昼休みや診療時間外の往診で対応している(図2)。在宅医療の対象患者さんは高齢者、癌終末期、神経難病の方である。2006年から2013年12月までに在宅時医学総合管理料の適用65名中、在宅看取り57名であった。

3) 高齢者入居施設との関係

2ユニットの民営認知症高齢者グループホームの協力医療機関を担当し、18名中14-5人の主治医をしている。入居時に当院を主治医として選択いただいた方を御世話し、これまでの主治医を希望される方はその医療機関が診療を行っている。医療の必要な方へは2週間おきの訪問診療を行っているが、在宅時医学総合管理料の算定は臨時的往診が増加するような医療必要度が増加した場合のみとしている。認知症対応型グループホームには暖かで穏やかな時間が流れている。看取りを始めるまで、施設長、専任看護師、介護士と何度も勉強会をし、経営理事者と検討して開

設から約4年を要した。「人はこんなに平穏になくなるんですね」とベテランの介護士があらためて言ってくれる看取りを経験できるようになった。

有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅への往診が増加している。施設は一つのコミュニティであり、特定の医療機関がおおくの入所者を御世話していることが多いが、複数の医療機関が訪問診療して施設内に新しい医療連携が構築されることがのぞましい姿であろう。少なくとも施設入所時に本人家族の意向に反して強制的に主治医が変更されるような事例はない方が良い。また、近年「高齢者施設の患者を紹介する。報酬は診療費の〇〇%」といった患者紹介ビジネスの存在が指摘されているが、断固排除せねばならない。介護福祉施設内の医療のあり方は今後十分検討されるべき課題であり、良質な医療を提供する原動力は診療所医師の矜持であり、高齢者施設の嘱託医や協力医として適切な医師を紹介できる医師会ないし行政の機能である。

4) 在宅医療の教育と研修

若い医療者ならびに学生への在宅医療の教育と研修は重要である。当院は信州大学医学部附属病院研修医の地域医療研修1週間を、松本市内の在宅療養支援診療所で分担して年間4-5人ずつ担当している。玄関で靴を脱ぎ患者さんのベッドサイドへ行く体験は在宅医療を理解する第一歩である。また松本看護専門学校での在宅看護論実習として訪問診療へ2名ずつの同行実習を通年でおこなっている。週1日の実習であるが、「訪問診療や診療所の医療とは何か、自分は看護師としてどう生きるか」を知り考える機会にしてもらっている。当院看護師長を務める甲斐澤政美看護師は日本褥瘡学会褥瘡認定師であり、学会在宅医療ネットワーク委員会の長野県代表を務め、長野県在宅褥瘡セミナーの主催や、特養、老健、グループホーム、社会福祉協議会、訪問看護の勉強会などに赴き褥瘡予防管理の講義と実習を継続して行っている。

5) ITと在宅医療

いくつかの在宅医療にも用いることの出来るITシステムの実用化、開発がされている。長野県では施設間の電子カルテ情報共有システムとして、信州メディカルネット HumanBridge (信州大学病院・富士通、当院は本システムプロモーションビ

図3 在宅医療に用いるITシステム

施設間電子カルテ情報共有システム

- ・ 信州メディカルネットHumanBridge (信州大学病院・富士通)
- ・ タイムライン連携システム (慈泉会相澤病院・NTT)

多職種連携用モバイルシステム

- ・ 在宅移行支援協議会
- ・ モバイル電子チームケア研究会 (信州大学難病診療センター・e-MADO)
- ・ キッセイコムテック
- ・ サンテン)



在宅重症障がい者(思)・家族の安心を支える総合ICT支援ネットの輪

【日時】 2014年1月25日 (土) 14時~16時30分

【場所】 一之瀬脳神経外科病院厚生棟4F 青樹会厚生ホール (松本市南立 2104 TEL:0263-48-5700)

【定員】 50名

【対象】 医療者、医療福祉関係者、患者、患者家族、NPO 法人、市民

講演題目

在宅医療の意義	在宅医療の現状と課題	在宅医療の将来
在宅医療の現場	在宅医療の現場	在宅医療の現場
在宅医療の現場	在宅医療の現場	在宅医療の現場
在宅医療の現場	在宅医療の現場	在宅医療の現場
在宅医療の現場	在宅医療の現場	在宅医療の現場

【主催】 信州大学難病診療センター、e-MADO、キッセイコムテック、サンテン、在宅移行支援協議会

【協賛】 信州大学、信州大学病院、信州大学難病診療センター、信州大学看護学部、信州大学医学部、信州大学健康増進センター、信州大学地域医療推進センター、信州大学国際医療センター、信州大学国際看護センター、信州大学国際看護学部、信州大学国際看護学部

【お問い合わせ先】 信州大学難病診療センター 事務局 TEL:0263-48-5700 FAX:0263-48-5701 E-MAIL: info@e-mado.org ホームページ: http://www.e-mado.org

デオに出演した) やタイムライン連携システム (慈泉会相澤病院・NTT) が実用化稼働している。病院情報を診療所が容易に入手することが可能であり在宅医療にも有用である。

筆者は、iPad をツールとした在宅医療のための多職種連携用モバイル電子チーム (信州大学病院難病診療センター、e-MADO、サンテン、キッセイコムテック) の運用試験に実際の現場で参加している (図3)。在宅医療に必須の「連絡ノート」を電子的に繋ぐもので、患者家族も含め連携する多職種の情報が瞬時に共有される。現在、呼吸器管理中の筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者さんの御世話で利用しており有用である。これらの IT システムは今後の在宅医療に貢献する可能性があると期待される。

在宅医療の理念

1) 基本理念

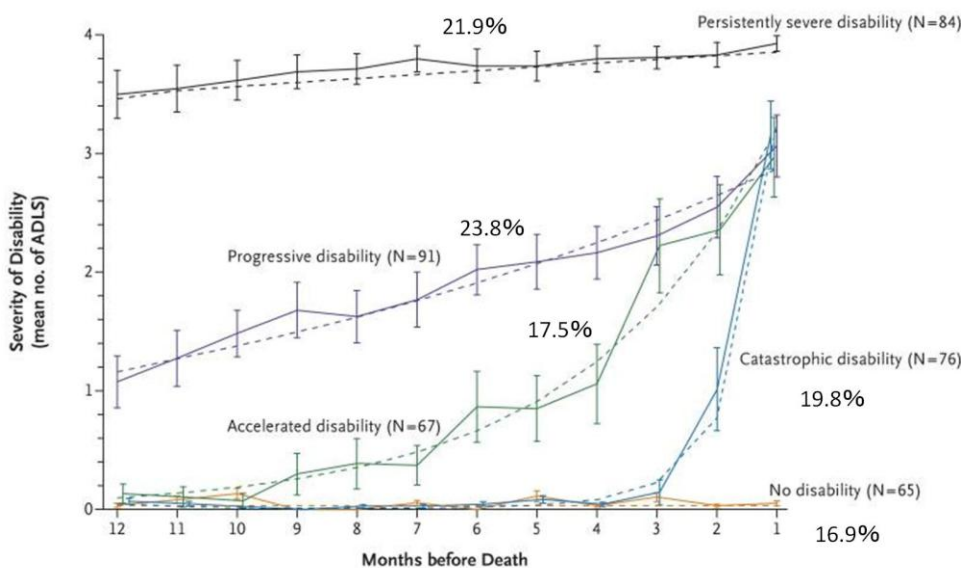
筆者の在宅医療の考え方は標準的なものであり、以下のごとくである。

在宅医療の定義は「生活の場に医療者が訪問して提供される医療」である。疾病の根治を目指し臓器ごとの専門医が急性期医療を行う病院の医療 (キュアの医療) と、暮らしに寄り添い人間を診る総合医が緩和と慢性期終末期の医療を行う在宅医療 (ケアの医療) を対比する考え方がある。本来は病院の医療と在宅医療に違いはないはずであるが、可能な医療技術を行うか否か (たとえば胃瘻造設を選択するか、高カロリー輸液を実施するか、抗癌剤を続けるかなど) の判断には現状で差がある。

医療介入の妥当性の尺度は、病院はデータであるのに対し在宅は生活の質 QOL である (太田秀樹) と考えられる。

Thomas MG らは高齢者の最期の 1 年間の軌跡を分析し、ADL の変化を、1 年を通じて持続的に不良のまま亡くなる方から死の直前まで悪化のない

図4 高齢者の最期の一年間の軌道



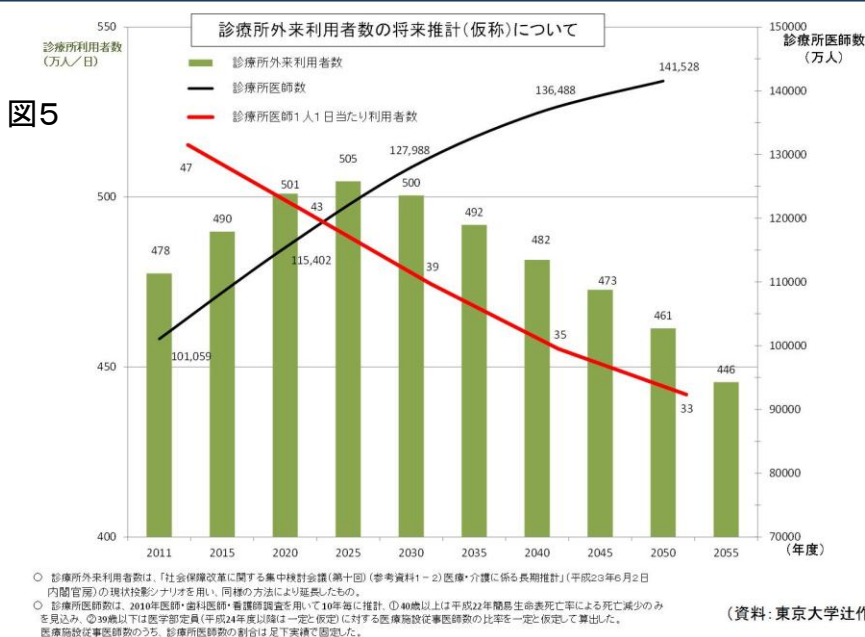
Thomas M. G., N Engl J Med 362:1173-1180 April 1, 2010

わゆる「ぴんぴんころり」の方までの 5 つのパターンに分類し、それぞれが総人数の五分の一つを占めることを示した (図4)。末期癌の患者さんを在宅でお世話することは、医療内容は複雑で、疼痛管理をはじめとする緩和ケアも大変ではあるが、在宅医療の平均期間は 2 ヶ月前後であ

り、むしろ対応がきちんとできる存在である。一方で急激に増加している独居も含めた超高齢者の方や老々介護（さらに認々介護）の方のお世話の場所は「在宅か、高齢者住宅か、特別養護老人ホームか、医療療養病床にお願いするか、急性期病院の短期入院か」の選択に迷うことが増えている。

東京大学の辻教室の推計（図5）では、診療所の外来患者総数は今後しばらくの間は増加するが2025年をピークに減少に転じる。診療所数は増えているので現在でも診療所医師一人あたりの外来患者数は一貫して減っており、将来も減少が続く。往診靴を持ち診察室を出て患家を訪問診療する在宅医療は、たとえば学校医や産業医の仕事と並ぶ、診療所が将来に渡って担う価値のある仕事として位置づけられる。

診療所外来利用者数の将来推計(仮称)について



2) 在宅での看取り

在宅医療は家で過ごすことのすばらしさを実現する「尊厳と安心の医療(長尾和宏)」であり、決して看取りをするためだけの医療ではない。しかし、患者さん本人とご家族の希望があれば医療

者は在宅での穏やかな看取りを提供できる事が必要である。在宅での御世話を開始する始めの時期(たとえば病院主治医と在宅主治医を二股で受診している初期)から一貫してご家族とお話しすることは、「最期を迎えられる場所は何処をおのぞみですか」であり「ご様子に変化があったときはあわてずにかかりつけ医と訪問看護師に連絡してください。少し待ってければ必ず対応しますからね」である。

大人でも人の臨終に立ち会った事のない方が増えており、「看取りの際患者さんはどのようなか」をご家族に説明する事が必要な場合があり、時には文面にてお示しすることさえある(図6)。そして在宅でのターミナルケアにあたって「呼吸のご様子が乱れても救急車を呼ばないようにしましょう」という点をご家族と話が出来るようになることが肝要である。

図6 看取りの実際 -家族への説明-

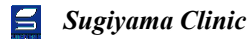
○ 残された時間が週単位から日数単位になったとき

1. うとうと寝ているが、呼ぶと目を開け反応します。
2. 食事の量が減り、頬や目のやせが目立つようになります。
むくみのあることもあります。
3. 食事や水分が飲み込みにくくなり、むせる事があります。
4. 訳の分からないことを話し、ちょっと興奮して手足を動かすことがあります
(せん妄)
5. 便や尿を失敗することがあります。

○ いよいよお別れが近づき、息を引きとられるとき

1. 呼んでもさすってもほとんど反応が無くなります。
2. 大きく息をしたあと10秒～15秒止まって、また息をする波のような呼吸になります。
3. 顎を上下させる呼吸になります(下顎呼吸という最後の呼吸です。
苦しうにみえるかも知れませんが、ご本人は意識は殆ど無く苦しみはありません)
4. やがて呼吸が止まり、ほぼ同時に脈が触れなくなります。

※ あわてずに医師と訪問看護師に連絡してください。
救急車を呼ばないようにしましょう。



3) 医師法20条

在宅での看取りと医師法20条について確認したい。過日厚生労働省から改めて局長通達がなされた事項であるが、「死亡前24時間以内に診察していないと、死亡診断書を書くことが出来ない。24時間以上たっていたら警察に連絡して検死をしなければならない」といった解釈が誤りであることを再確認する必要がある。この誤解は、医師法20条にある但し書き「但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りでない」を誤って解釈したための勘違いである。在宅で「亡くなる時医師がその場にはないと警察沙汰になるのではないか」といったご家族の不安感や在宅での看取りを阻害する大きな因子となり得る。この但し書きは、「診療中の患者が診察後二十四時間以内に死亡したときは、たとえば家族や訪問看護師から連絡があったとき、改めて死後診察しなくても死亡診断書を交付しうる」事を認めたものである。昭和24年に制定されたた離島や山間地での在宅医療のためにできたといってもよいような、むしろ尊厳あるおらかな看取りを実現する但し書きなのである。実際には、診察してから24時間以内だからといって患者さんのもとに駆けつけず死亡診断書を書くことは少ないが、24時間以上たっていたらあらためて診察をして死亡診断書を書きましょうということであり、もちろん一定の時間が経過していても異常を感じなければ警察に連絡する必要はない。

救急医療の現場、地域のメディカルコントロール事後検証会でも「ご自宅や施設で静かに看取られることが出来たはずの方が、介護者による救急車要請があり、高度の蘇生処置を受け救急病院で呼吸器が付き数日後に亡くなるというケースに疑問を感じず」という事例が救命救急士から毎回報告され、医師会はかかりつけ医としての対応を迫られている。

国家戦略としての在宅医療シンポジウム in 柏

ここでは、在宅医療にとってエポックメイキングなシンポジウムの記録を紹介する。

平成25年11月17日に表記のシンポジウムに参加のため、東京大学柏キャンパス(千葉県柏市)を初めて訪ねた。平成12年に出来た新しいキャンパスで、ダークマター検索や超高速ゲノム解読を行う施設に並んで、本シンポジウムを主催した高齢社会総合研究機構がある。機構が担うのはGerontology ジェロントロジー「老年学、加齢学」という学問領域で、「Aging in Place いつまでも住み慣れた地域・家で安心して暮らせるまちづくり」が啓発パンフレットの表題になっている。医学領域では「在宅医療」が主要課題になっており、在宅医療がたとえば救急医療や災害医療等と並ぶ一つの臨床医学分野となりうるかを問おうという主旨のシンポジウムであった。

大島伸一国立長寿医療研究センター長と厚生労働省医政局指導課在宅療養推進室長の挨拶に続き、まず新田國夫在宅療養支援診療所連絡会会長・北多摩医師会会長による「病院の世紀から在宅の世紀へ」の基調講演があった。新田氏は「在宅医療は病院の治療後を担当するのみではなく、障害を持って生活も生活を継続しなければならない人を支える医療として成立可能となった」「在宅医療を推進するには、個の力量に応じた在宅医療ではなく、従来の医療からの延長線上でもなく新しい在宅医療の体系学が早急に求められ、在宅医療の体系学から新しい時代がみえてくる」と主張した。

シンポジウム前半は、日本の在宅医療の類型分析(在宅特化型診療所主導型、一般開業医主導型等々)と在宅医療の診療の実際が示され、基幹型在宅療養支援診療所の役割(東京都北区地域包括ケアシステムと梶原診療所)、医師会主導の在宅医療(いわゆる柏プロジェクト)、大学・医育機関の役割(帝京大学泌尿器科医局員が立ち上げた在宅ケアクリニック)についての提示がされた。

シンポジウム後半は、同時通訳つきで、英国、オランダ、デンマーク、フランスの現役家庭医学専門医らが自国の在宅医療とプライマリ・ケアの状況を報告した。英国の発表者澤憲明氏は、高校から英国に渡って資格を取り現地で開業した英国家庭医療専門医 General Practitioner (GP) であり、「十年間の医療改革で家庭医療科の人气が上がった(研修定員3,000人に6,000人の初期研修医が応募)」「英国ではプライマリ・ケアが90%の健康問題に対応し、医療費の9%を消費する」「GP5人体制の診療所に8500人の住民が登録され、登録診療所のみを受診が許され、無料の全科診療が行われる」「在宅医療は家庭医の当然の行為としてなされ、昼休みに2~4件の往診を行う。それ以外の時間帯(8時~18時)はオンコール家庭医が担当し、夜間週末は時間外専門の別施設家庭医が担当する」「疾病の背景にある夫婦関係や子供の躰など家族問題の相談も受け、それらを地域の社会資源(専門家)に繋ぐことによって背景問題を処理・解決し、結果的に医師として行える医療を提供している」などが報告された。

シンポジウムの座長を務めた太田秀樹氏の「診療所医師の矜持として在宅医療を担って欲しい。全診療所が年間に数人ずつ在宅での看取りをおこなえば、問題は解決してしまうのです」との言葉が印象に残った。

本シンポジウムの開催は「在宅医療」が学際的に研究評価される時代の訪れが感じられ、意義深いものがあつた。また家庭医の国際比較からは、日本の「国民皆保険」ならびに「医療機関へ

のフリーアクセス」を堅持することの大切さを再認識することができた。

長野県医師会在宅医療推進委員会

平成24年度に長野県と長野県医師会が共催し、在宅医療多職種連携リーダー研修会（25年1月27日塩尻市、2月11日長野市）、が行われた。筆者は、本講習に先立つ厚生労働省と国立長寿医療センターが開催した都道府県リーダー研修を受講し、長野県のリーダー研修会の運営と講師を務めた。この研修会は平成23,24年にすすめられた在宅医療連携拠点事業から発展し、先駆者が培ってきた在宅医療の理念と知見が整理された形で全国に伝達された画期的事業であった。当研修会の開催も一つの契機となり、長野県医師会（関 隆教会長）は、平成25年度新規に在宅医療推進委員会を立ち上げた。長野県は在宅医療の先進地としての伝統を持つが、かかりつけ医に期待される現代的在宅医療を再構築し2025年に立ち向かう必要がある。「もう一度往診靴が至るところで見られるような在宅医療を目指したい。これが地域医療の核としての医師会を再興する一つの道と考える（岡田啓治副会長）」との気概である。

平成25年度事業では、在宅医療の全県医療機関実態調査が行われた。調査結果からは、多数の看取りを担い在宅医療を業務の中心におく医療機関が多くある一方、医療機関の在宅看取り数の分布がロングテール現象を示す事も明瞭になった。年間1-4件の看取りをおこなったかかりつけ医が244施設もあるので、この力を伸ばすことが長野県の在宅医療の形を作る道ではないかと考察出来る。また、これから訪問診療をしたいとの回答が69施設あり、県医師会都市医師会から訪問診療への同行研修参加などの働きかけをして在宅医療にかかわる医療機関を増加させることができる可能性が示唆された。

本委員会のその他の事業では全県の在宅医療資源マップの作成、多職種による長野県在宅医療推進協議会の設置、在宅医療県民公開シンポジウム開催、などが盛り込まれており、3年計画の地域医療再生基金を取得した。筆者は本委員会の委員長を拝命し、長野県にふさわしい在宅医療の形を模索している。

松本市の現況とかかりつけ医連携のあり方

厚労省通知による「地域包括ケアシステムの構築」は理念と骨格は提示されているが、医療と介護の多職種がどのような連携と事業を行うのかは基礎自治体ごと、地域ケア会議ごと（ないし地域包括支援センターの担当地域ごと）に構築しなければならない。そのなかでリーダーシップをとるのは医師でありたい。そうでなければ医師会はその存在意義を失うであろう。松本市は、25年度の在宅医療拠点事業の申請は「庁内調整不十分」で断念となったが、次年度に向け地域包括ケアの松本モデルを構築すべく松本市医師会（百瀬英司会長）と検討を行っている。介護と医療の連携強化のためのコーディネータ設置、全市を統括する「地域包括ケアネットワーク協議会」の立ち上げ、在宅医療をこれから始めようと志す診療所の医師が先輩の在宅医とともに訪問診療を行う「同行研修」の実施、地域ケア会議への医療者の積極的参加、在宅医療担当医療機関の連携構築などは是非実現しなければならない施策である。

私見であるが、自らの暮らす地域での在宅医療を担う診療所は、在宅医療に特化したスーパー

カリスマ在宅医といった存在のみではなく、一般診療と在宅医療の仕事量の比率を見据えた上で次の様なあり方を望みたい。すなわち 1) 往診靴を持っていない先生は往診靴を造り、往診に出かけてほしい。小児科医にも現在求められている小児在宅医療へのはじめの一步を踏み出しているいただきたい。 2) 在宅療養支援診療所を申請していないが往診をして一定数の看取りをしている医師は多い。そのような先生方には「在宅療養支援診療所」の機能をもてるか考えて頂きたい。 3) 現在長野県に 236 施設、松本医療圏に 52 施設ある在宅療養支援診療所には、強化型の連携体制をとりレベルアップ（たとえば人工呼吸器管理、神経難病、高度の疼痛を持つガン患者さんの方のお世話、小児の在宅医療など）を図って欲しい。

このような在宅医療の体制を実現するには単独の医療機関が孤軍奮闘するのではなく、複数の診療所の協力体制が必要であろう。診療所が連携のシステムを組むには 構成メンバーと規模をどうするか、主治医を援助する医師をどう設定し患者情報をどう共有するか、援助する医師の待機と臨時出動をどう約束するか、診療録の作成と援助した医師への報酬支払いをどうするかなどが現実的課題である。私見では、診療はあくまで主治医が中心で、副主治医には主治医不在の時の援助を臨時職員として出務してもらい実働の報酬を支払うといった形が实际的であろうと考える。この連携システムを支援し調整することは医師会にしかできないであろう。

おわりに

在宅医療の現在とこれからについて、一診療所の診療内容から、行政・医師会の活動までを概観して考察した。日本型のそして長野県にふさわしい在宅医療の構築に向け、今しばらく努力を続けたい。(平成 26 年 1 月記)