



特集 ■ 在宅医療における医師の役割 ①

在宅医療とは何か (1) :

すべての道は“在宅”に通ず



医療法人あおばクリニック (福岡) / 院長
伊藤大樹

はじめに～ある患者さんの紹介

今日は若い医師の皆さんの前でお話しさせていただく機会をいただき、ありがとうございます。また光栄に思っています。私が頂戴したテーマは「在宅医療とは何か」というものです。タイトルは変更して構わないと言われたのですが、本研修会のトップバッターでもありますので、このままのタイトルで、少し真面目に在宅医療についての概論をお話ししたいと思っています。さすがに概論だけでは在宅医療のエッセンスをお伝えすることは難しいと思いますので、最初に一例だけ、ある患者さんを紹介させていただきます。ただし、特定の患者さんということではなく、私が経験した複数の患者さんからアレンジしたイメージとお考えください。

80歳代後半の独居の女性で、既往に子宮がん(30年前)と膀胱がん(15年前)があります。夫は15年前に他界し、以後独居となり、生活保護を受けておられます。お子さんはなく、遠方に視力障害のある妹さんがおられます。通所介護サービスを受けておりましたが、数カ月前より腹痛と腰痛が出現、体重減少(-10kg)がありました。介護職員などが病院受診を勧めるも、患者さんは移動手段がないこと等により拒否。介護職員が地域包括支援センターに相談し、そこから当院に介入依頼がありました。このようなケースでは、とりあえず訪問するのが先決です。高齢者で15年にわたる独居生活もあって、ご自宅は“住まい”というより“倉庫”という印象です。ご自宅の周囲に野良猫がたくさんいたのですが、患者さんは「この猫に餌をあげるのが唯一の楽しみ」ということが後

に判明します。

主訴である腹痛・腰痛については、病歴から何らかの悪性疾患を疑いましたので、何とか手配して腹部CTと胸部XP写真だけは撮ることができました。その結果、「左腎盂腫瘍・左水腎症・腹腔内リンパ節腫脹・多発肝腫瘍・多発肺腫瘍影」の所見が得られました。「左腎盂癌と多発転移の疑い」という診断です。当然専門医の受診を勧めるわけですが、「私がいなくなると、だれが猫とネズミの世話をするのか」という回答です。夜になると仏壇のお供えものをネズミが食べにきており、患者さんはそのネズミについても「餌をあげて面倒をみている」という認識なのです。猫とネズミの世話をしながら「ここで静かに消えたい」と訴えられました。

本日は概論をお話ししますので、症例紹介はここまでとしディスカッションは行いませんが、本日の議論の前提として在宅医療でよく遭遇する一例ということでお話させていただきました。

1 「在宅医療」を定義する

「概論」ということですので、在宅医療の「定義」を考えていきたいと思えます。「在宅」という言葉に重きを置けば、「家という“場所”で診療する」ということになります。そうすると、昔ながらのいわゆる「往診」も在宅医療と呼んでいいことになりますが、皆さんはいかがお考えになりますか。文献から定義について探ろうとしたのですが、日本語の論文ではなかなかいいものが見つかりません。では、海外ではどうだろうということで、まず「在宅医療」を英語で何というのかについて、いろいろ候補を挙げて検索してみました。

まず、“Home Health Care”という言葉では、プライマリ・ケア以前、医療機関を受診する手前の、一般の方が可能な家庭でのケアがイメージされます。また、“Home Care Medicine”は、「在宅医療学」といった少しアカデミックな色調のあるタームのようです。時々耳にする“House Calls”は、いわゆる「往診」に当たります。“Outreach Home Visit”は、本来外来で行うような専門性の高い治療を在宅で行うイメージです。また、最近よく使われる用語として、“Hospital at Home”や“Transitional Home Care”があります。前者は、ジョンズ・ホプキンス大学が始めた、ほぼ病院に近いような急性期医療を在宅で行う試みで、現在全米に広がりつつあるようです。また、後者は「退院後訪問指導」のことで、これは日本でも2年前に制度化されています。

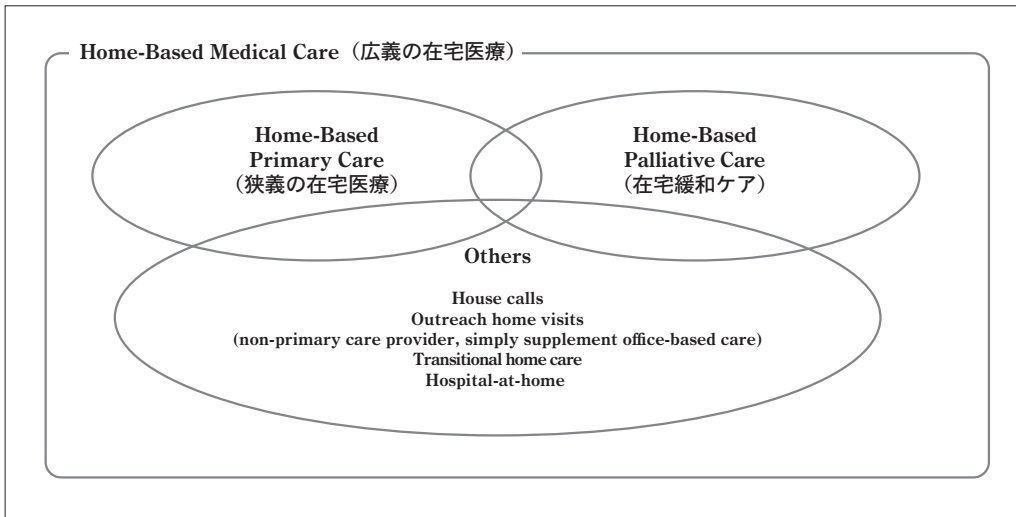


図1 「在宅医療」の検索ターム (文献¹⁾²⁾ を参考に作図)

Comprehensive ongoing primary care in the home, specifically targeting patients with complex chronic disease who are poorly served by office-based care. The traditional housecalls must be distinguished from modern home-based primary care models.

図2 狭義の「在宅医療」(Home-Based Primary Care)の定義 (文献²⁾³⁾ より引用)

おそらく、“Home-Based Medical Care”が一般の日本人が用いる日本語としての「(広義の)在宅医療」に一番近い概念だと思います。この“Home-Based Medical Care”の中に、“Home-Based Primary Care (在宅プライマリ・ケア)”、“Home-Based Palliative Care (在宅緩和ケア)”、“その他 (House Calls, Outreach Home Visit, Transitional Home Care, Hospital at Home など)”が含まれます (図1)¹⁾²⁾。たとえば「私は“在宅医療”を専門とする医師である」といった場合では、“Home-Based Primary Care”という用語が一番しっくりくるようで、これは“狭義の在宅医療”にあたると考えます。“Home-Based Palliative Care”だと目的が「緩和ケア」に限定されてしまいますが、これは在宅医療における大きな側面ですので、こうした観点で情報を検索される場合には妥当な用語だと思います。

では、“Home-Based Primary Care (在宅プライマリ・ケア; 狭義の在宅医療)”の定義について、いくつかの文献を引用しながら考えてみます。図2に英文で示しましたが²⁾³⁾、Home-Based Primary Careとは、「包括的 (comprehensive) で、継続的 (ongoing) な在宅でのプライマリ・ケア (primary care in the

表1 狭義の在宅医療3つの原則(文献²⁾より引用)

-
- ① Medical house calls are made by the ongoing primary care provider.
 - ② The program is available after hours for urgent issues.
 - ③ The primary care provider leads an interprofessional care team.
-

home)である。その対象は、外来では十分なケアのできない複雑なもしくは複数の慢性疾患を持つ患者であり、古典的な意味での往診(traditional house calls)は、近年の(狭義の)在宅診療モデル(modern home-based primary care models)からは区別される」、ということです。よって、昔ながらの往診は、今日の包括的で継続的な“Home-Based Primary Care(狭義の在宅医療)”ではない(なかった)ということになります。

では、“Primary Care”とは何か。われわれはプライマリ・ケアという言葉で、クリニック等で、ある症状を訴える患者に対してまず行われる、必ずしも高度な専門性を要さない範囲での診療をイメージします。さまざまな定義が試みられていますが、米国医学研究所(Institute of Medicine ; IOM)の定義が有名で⁴⁾、そこでは、「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家族および地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービス」とされています。「全人的ケア」という言葉はなかなか具体的にイメージしにくいのですが、病気だけではなく“生活を診る視点”を持ったケアを行うことと理解するとよいと思います。

2 在宅医療の3つの原則

これも先の文献²⁾からの引用ですが、「在宅医療3つの原則」というのを紹介したいと思います(表1)。

まず、“Medical house calls are made by the ongoing primary care provider”、すなわち、「在宅医療はプライマリ・ケアでなければならない」と理解できます。次に“The program is available after hours for urgent issues”、すなわち、「時間外診療をしなければならない=24時間対応でなければならない」と解釈

表2 在宅療養支援診療所(2006年)の主な施設基準

-
- ① 診療所
 - ② 24時間連絡を受ける体制を確保
 - ③ 24時間往診可能
 - ④ 24時間訪問看護が可能
 - ⑤ 緊急時に入院できる病床を確保
 - ⑥ 連携する保険医療機関、訪問看護ステーションに適切に患者の情報を提供している。
 - ⑦ 年に1回、看取り数を報告している。
-

(③④⑤については連携する保険医療機関や訪問看護ステーションにおける対応で可)

可能です。3つ目が“The primary care provider leads an inter-professional care team”で、すなわち「多職種協働 (Inter-Professional Collaborative Practice ; IPCP) を実践しなければならない」ということです。

では、現在日本で行われている在宅医療が、この原則を満たしているのかどうかを検討してみます。諸先輩方の活動によって、1986年に制度化された「訪問診療」ですが、その規定の1つに、「1人の患者に対して1つの医療機関の医師が指導管理の下に継続的に行われる訪問診療について、1日につき1回限り算定する」というものがあります。これには賛否両論がありますが、その背景にある思想として、「1人の患者に対して1つの医療機関」とは、すなわち、「訪問診療する医者はかかりつけ医として患者さんのすべてを診てください」ということを示していると思います。これは、「在宅医療はプライマリ・ケアでなければならない」という要件に合致する、大切な内容ではないかと私は考えています。2006年に「在宅療養支援診療所」が打ち出され、その主な施設基準として表2のものが挙げられていますが、これをみると本邦の施設基準は、在宅医療3原則のうち、「24時間対応でなければならない」(②③④)、「多職種協働を実践しなければならない」(④⑤⑥)を満たしていることがわかります。

多職種協働 (IPCP) については、WHOが2010年に定義しています。それは、「異なる専門的バックグラウンドを持つ複数の医療従事者が、患者、家族、介護者および地域共同体と協力し、最高のケアを提供すること」というものです。「多職種 (inter-professional)」は、多くの文献がIOMの1972年のレポート⁵⁾で初めて登場した用語であると指摘しています。このレポートを読むと、「効率的、効果的、包括的で個別化されたヘルスケアに対する取り組みに対して主な障害要因となっているものは、患者の福祉に貢献することができる医療従事者が相乗的相互関係を築くことができる制度設計の欠如である。これからの10年間、医療従事者の機能を新しい方法で再展開し、一部の機能を拡張、あるいは排除して、これまで以上におのおのの機能をより緊密に融合させるという国家的課題に直面する」と記されています。こうした提言を国の機関が1970年代の初

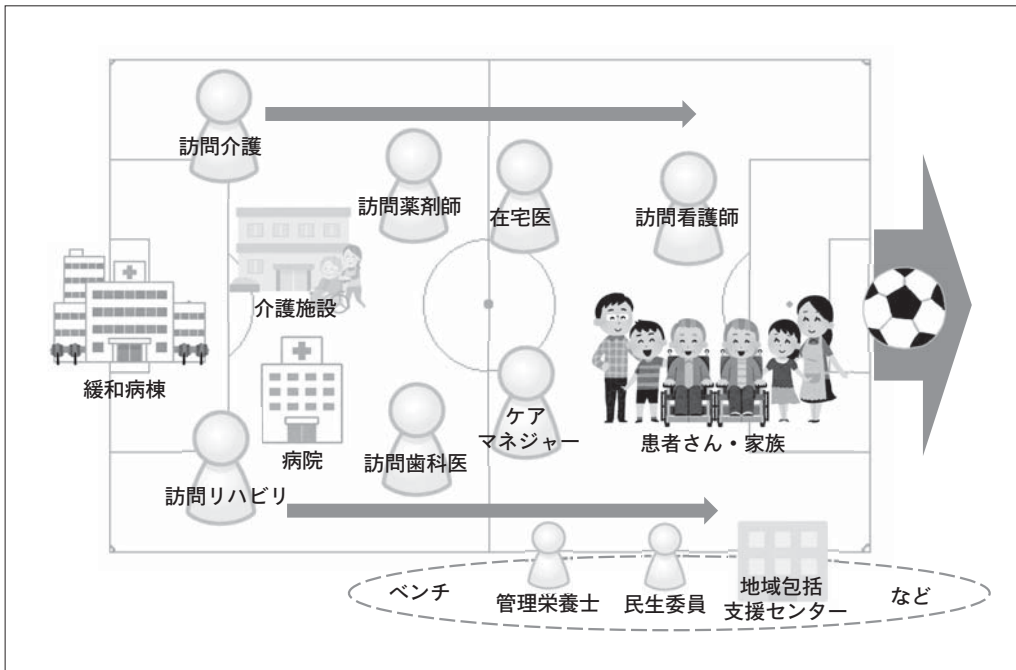


図3 在宅ケアにおける多職種イレブン

めにすでに行っていることはすごいことだと思います。しかし、この提言から40年後の今日においても多職種協働がまだ十分ではないことを考えると、この課題は当時IOMが想像していた以上に困難な道のりであることが言えると思います。

3 多職種協働をサッカーチームから考える

私は在宅診療における“多職種チーム”を、よくサッカーチームにたとえて説明します(図3)。サッカーチーム11人のポジションは、攻撃的なフォワード(FW)、ゴールを守るディフェンダー(DF)とゴールキーパー(GK)、FWとDFをつなぐ中盤のミッドフィルダー(MF)に大きく分かります。このイメージでのチームの目標は、センターFWである「患者さん・ご家族」にゴールを決めてもらうことになります。そのシュートを直接アシストするFWには、患者さん・ご家族に常に寄り添う訪問看護師が配置されます。その背後には、その攻撃をバックアップする攻撃的MFとして、医療保険サービスの司令塔である在宅医と、介護保険サービスの司令塔であるケアマネジャーが置かれます。一方、守備的MFとして、訪問薬剤師と訪問歯科医がいます。DFとして、まず守備のかなめであるセンターバックには介護施設や地域の病院があります。その両

表3 福岡東在宅ケアネットワーク (19職種、325名)

職 種	人数 (%)
看護師・保健師	85 (26.2)
医師	60 (18.5)
ケアマネジャー	46 (14.2)
MSW	21 (6.5)
行政・事務	27 (8.3)
薬剤師	22 (6.8)
介護福祉士・ヘルパーなど	19 (5.8)
リハビリ療法士	15 (4.6)
歯科医師	8 (2.5)
社会福祉士	7 (2.2)
弁護士・司法書士	6 (1.8)
臨床心理士	5 (1.5)
福祉用具	4 (1.2)
合 計	325 (-)

(2017年2月3日現在)

協のサイドバックには訪問介護、訪問リハビリがあって、この両者は時にはサイドを駆け上がって攻撃にも参加します。最後のとりでである GK は緩和病棟だと思います。さらに戦況によっては、ベンチにいる管理栄養士、民生委員、地域包括支援センター、そしてボランティアの人たちがメンバー交代して、その総力でゴールを目指す。これが私の多職種協働のイメージです。

こうした多職種協働を円滑に行うためのツールの1つとして「在宅ケアネットワーク (Home Care Network)」があります。これは、「地域の在宅ケアにおいて、多職種協働による質の高いケアを供給するためのネットワーク」と定義されていて、一般的な活動としては、現場での協働、情報共有、ケアの標準化のための研修プログラム作成や研修会の実施などがあげられます。米国にも“Regional Palliative Care Network ; RPCN” と呼ばれるネットワークがありますが、基本的にはそれと同じものと理解しています。

私が勤務している福岡市東部 (東区) を中心としたエリアには、「福岡東在宅ケアネットワーク」という在宅ケアネットワークがあり (表3)、2017年2月時点で19職種、325名の方々が参加しています。特徴としては、看護師、医師、ケアマネジャーといった医療現場の専門職だけでなく、保健所長や介護課課長といった行政・事務の方や、弁護士・司法書士といった法曹関係からの参加があります。さらに今年 (2017年) 10月から臨床倫理学を専門とする哲学者にもご参加いただき、さまざまな倫理的困難事例に対してのアドバイスを頂戴しています。

このネットワークでは、ほぼ月1回のペースでさまざまなイベントや研修会を行っており、また劇団も作っていて、年1回行われる市民公開シンポジウムでは

在宅医療を紹介する寸劇を披露しています。また、全員が参加するメーリングリストでは、さまざまな困難事例について、シンポジウムのような高いレベルの内容がディスカッションされています。

4 在宅医療のビジネス・サイズ～“Small is Beautiful”

シューマッハーというドイツ生まれのイギリスの経済学者が1973年に『スモールイズビューティフル』⁶⁾というベストセラーを出しています。最近でも福島原発事故後に再評価されておりますので、ご存じの方も多いと思います。彼は石炭や石油に依存した産業エネルギーの危機の到来を予告しており、そうした先進国の技術を発展途上国に持ち込んでも経済格差がますます広がるだけであり、おのおのの国の事情に適した技術の開発が必要だと述べています。

シューマッハーはその「適した技術」とは、地域的な取り組みであり、かつ「中間技術・適正技術」の条件を満たしていることが必要と述べています。適正技術の条件としては、①安い資本でできること、②小規模であること、③人間の創造力を活かす余地があることを挙げ、こうした条件を満たす技術は、自ずと「非暴力的」となると指摘しています。

70年代当時のシューマッハーの意図とは少し違うのかもしれませんが、こうした考え方は、人口が減少基調に入った現在の日本において、とくに在宅医療に当てはまるものではないかと思います。在宅医療というのはもちろん地域的な取り組みですし、聴診器と携帯電話があれば可能ですから安い資本でできる。多くの診療所は小規模ですし、多職種協働には成員個々の創造力が不可欠です。

少しこじつけながら在宅医療の「非暴力性」についてお話しさせていただきます（これは雑談と思ってお聞きください）。私は犬を飼っていて、毎朝愛犬を車の助手席に乗せてクリニックに向います。これは病院勤務であればあり得ないことだと思います。また、クリニックに着いた私の最初の仕事は猫の餌やりです。クリニックには15歳になる猫がいて、仕事が終わった後、最後にする仕事も彼女への餌やりとトイレ掃除です。診療所は民家をリフォームして作ったもので、スタッフとの昼食も、普通のお宅にあるようなキッチンでみんなで食べています。まったく論理的な話ではないのですが、やはり“small”であるところから平和的な（非暴力的な）光景が得られるのだなぁと感じています。

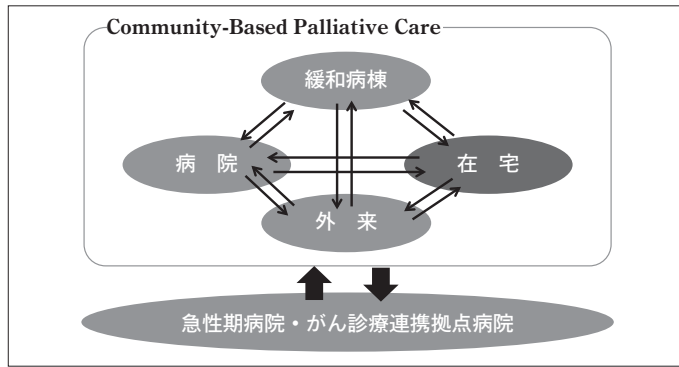


図4 新しい地域完結型緩和ケアモデル（文献⁷⁾を参考に作図）

5 すべての道は“HOME”に通ず

かつての古い（とは言っても、ごく最近までのことですが）緩和ケアモデルでは、多くのがん患者さんはがん診療連携拠点病院や急性期病院で可能な限りの治療を受け、治癒がなくなかった後のケアを受けようと思うと、緩和病棟か在宅ホスピスという二者択一の選択を迫られていました。つまり、患者さんにとっては、「緩和病棟で死にますか、それとも家で死にますか」というような選択を迫るようなものであったと思います。人生の最終段階の選択肢がこの2つでは、現在の多様な患者さんや家族のニーズには対応できません。

一方、新しい地域完結型緩和ケアモデル（図4）⁷⁾では、そこに「外来」と「地域の病院」という選択肢が加わります。患者さんはがん診療連携拠点病院や高度急性期病院で治療を受けた後、もしくは治療中であっても地域でケアを受けたいと考えたときは、この4つの療養場所のどこにでも戻ることができます。また、一度決めた場所に最期までとどまる必要はなく、状況に応じて療養場所を変えることができます。このように地域における受け皿を広くすることで、患者さんが地域でケアを受けるチャンスを高めることができます。

一見当たり前にみえるモデルですが、このモデルは地域医療資源をうまく活用するという目的以外にも、私たちにいくつかのことを訴えていると思います。その1つとして「在宅医療は選択肢の1つである」ということがあります。重い疾患や病気のある患者さんが自宅での生活を望む場合、それはその患者さんの選択であって、患者さんの意思決定、「地域包括ケアシステム」の言葉を借りるならば、患者さん本人の“覚悟”を伴っているということになります。もう1つのこのモデルの特徴として、「行き止まり（dead end）がない」ということがあり

ます。誤解を恐れずに言えば、どこで最期を迎えるのかは、このモデルの最重要事項ではありません。「在宅死亡率を上げる」とか、「在宅で最期を迎えてもらう」ということを目標に掲げてよいのですが、それが在宅医療の真の目的ではないのです。“急がば回れ”というように柔軟に考えることができるモデルなのです。

今回のご参加の皆さんの多くが若い研修医であるということで付け加えさせていただくと、急性期病院であれ、がん診療連携拠点病院であれ、あるいは外来、地域の病院、緩和病棟であれ、すべての道は在宅へとつながっているのです。“すべての道はローマに通ず (All Roads Lead to Rome)” をもじって言えば、“すべての道は在宅に通ず (All Roads Lead to Home)” なのです。今後、どのような施設で研修され、何を専門とされようが、常に「患者さんが望む地域で暮らすためには何が必要か」ということを考えることはできるはずです。

まとめ

在宅で診療することだけでは狭義の在宅医療 “Home-Based Primary Care” とは言えません (広義の在宅医療 “Home-Based Medical Care” とは言える)。狭義の在宅医療と呼ばれるには「プライマリ・ケア」「24時間対応」「多職種協働」の3つの原則を満たすことが必要です。逆に、在宅で診療することだけが在宅療養を提供する手段ではありません。病院や外来でも患者さんの“生活を診る視点”を持った臨床研修をぜひ皆さんに続けていただきたいと思います。これを本日の皆さんへの take home message として私のお話とします。

謝辞

本講演録は2017年11月26日に開催された、「臨床研修医のための在宅医療研修会」(国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部 主催、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 共催；東京医科歯科大学・湯島キャンパス)でのセミナーの内容を原稿化したものです。講演の機会を与えて頂いた関係者の皆様に謝意を申し上げます。

参考文献

- 1) Hayashi JL, et al: Geriatric Home-Based Medical Care: Principles and Practice, Springer, 2016

- 2) Stall N: Back to the future: home-based primary care for older homebound Canadians Part 1: where we are now. *Can Fam Physician* 59: 237-40, 2013
 - 3) Beales JL, Edes T: Veteran's Affairs Home Based Primary Care. *Clin Geriatr Med* 25: 149-54, 2009
 - 4) Donaldson MS, et al: *Primary Care: America's health in a new era*, Washington, DC: National Academy Press, 1996
 - 5) Institute of Medicine: *Report of a Conference, Educating for the Health Team*, National Academy of Sciences Washington DC, 1972
 - 6) F・アーンスト・シューマッハー (小島慶三、酒井懋共訳): *スモール イズ ビューティフル*、講談社学術文庫、1986
 - 7) Kamal AH, et al: Community-based palliative care: the natural evolution for palliative care delivery in the U.S. *J Pain Symptom Manage* 46: 254-64, 2013.
-