

総論

在宅療養支援診療所が 実現する在宅ケア

 川島孝一郎 *Kawashima Koichiro*

仙台住診クリニック

はじめに

日本の高度成長を支えてきた団塊の世代の方もいよいよ退職の時期となる。これからは、悠々自適の生活を送っていただきたいと願うものであり、悔いのない生活の結果としては、自分が希望する場所での終焉が最良のものであろう。

厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護」の調査¹⁾では、どんなに虚弱になっても住み慣れた自宅に暮らし続けたいと願う高齢者が約6割である(図1)。厚生労働省保険局「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」のうち「訪問診療の観点からの補足調査報告書(調査実施委員:川島孝一郎)」(表1)に示される²⁾ように、すでに在宅酸素療法(HOT)、在宅成分栄養経管栄養(HEN)、在宅人工呼吸療法(HMV)、在宅中心静脈栄養(HPN)を施行されているいずれの療養者も、その生の終わりを迎える理想の場所として居宅を求めている。その割合は、

 表1 生の終わりを迎える理想の場所²⁾

	全体	病院	施設	居宅	無回答
HOT	159 100%	36 22.6%	3 1.9%	104 65.4%	20 12.6%
HEN	117 100%	14 12.0%	2 1.7%	93 79.5%	10 8.5%
HMV	45 100%	7 15.6%	—	33 73.3%	5 11.1%
HPN	38 100%	6 15.8%	—	26 68.4%	7 18.4%
主治医	67 100%	3 4.5%	1 1.5%	52 77.6%	13 19.4%

最も低いHOTで65.4%であり、最も高いHENにおいては79.5%に達する。

このような国民の希望がある一方で、年間死亡者数は年々増加の一途をたどっている。このピークは30年後の2038年で約170万人と予想されている。単純にその60%が居宅での終焉を希望するならば、およそ100万人となり、他方、病院での終焉は70万人となるであろう。

このような国民のニーズにはたして医療は十分なサプライを提示しているのだろうか。図2

図1 虚弱化したときに望む居住形態

(複数回答)

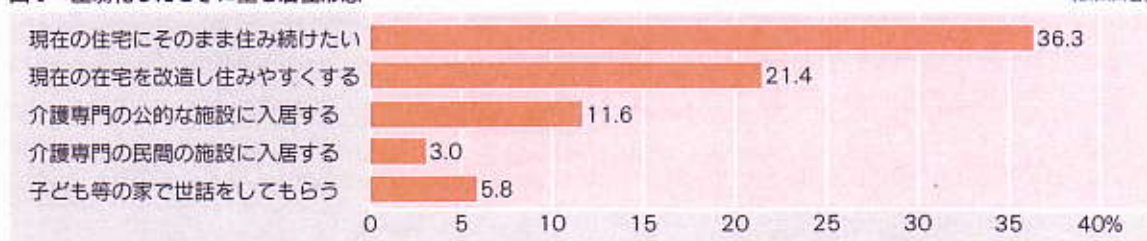

 出典: 高齢者介護研究会「2015年の高齢者介護」¹⁾

図 2

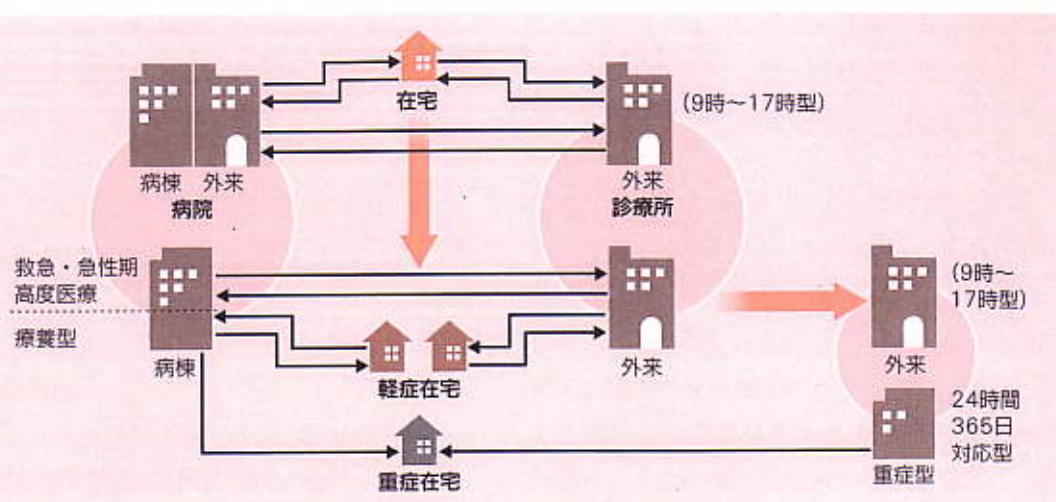


表 2 死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移

() 内は構成割合：%

年次	総数	病院	診療所	介護老人保健施設	助産所	老人ホーム	自宅	その他
1951	838,998(100.0)	75,944(9.1)	21,511(2.6)	—	261(0.0)	—	691,901(82.5)	49,381(5.9)
1955	693,523(100.0)	85,086(12.3)	21,646(3.1)	—	402(0.1)	—	533,098(76.9)	53,291(7.7)
1960	706,599(100.0)	128,306(18.2)	25,941(3.7)	—	791(0.1)	—	499,406(70.7)	52,155(7.4)
1965	700,438(100.0)	172,091(24.6)	27,477(3.9)	—	774(0.1)	—	455,081(65.0)	45,015(6.4)
1970	712,962(100.0)	234,915(32.9)	31,949(4.5)	—	428(0.1)	—	403,870(56.6)	41,800(5.9)
1975	702,275(100.0)	293,352(41.8)	34,556(4.9)	—	193(0.0)	—	334,980(47.7)	39,194(5.6)
1980	722,801(100.0)	376,838(52.1)	35,102(4.9)	—	30(0.0)	—	274,966(38.0)	35,865(5.0)
1985	752,283(100.0)	473,691(63.0)	32,353(4.3)	—	10(0.0)	—	212,763(28.3)	33,466(4.4)
1990	820,305(100.0)	587,438(71.6)	27,968(3.4)	351(0.0)	2(0.0)	—	177,657(21.7)	26,889(3.3)
1995	922,139(100.0)	682,943(74.1)	27,555(3.0)	2,080(0.2)	2(0.0)	14,256(1.5)	168,756(18.3)	26,547(2.9)
2000	961,653(100.0)	751,581(78.2)	27,087(2.8)	4,818(0.5)	2(0.0)	17,807(1.9)	133,534(13.9)	26,824(2.8)
2001	970,331(100.0)	760,681(78.4)	27,627(2.8)	5,461(0.6)	—	19,008(2.0)	131,337(13.5)	26,217(2.7)
2002	982,379(100.0)	772,638(78.6)	27,479(2.8)	5,611(0.6)	1(0.0)	18,713(1.9)	131,379(13.4)	26,558(2.7)
2003	1,014,951(100.0)	801,125(78.9)	27,898(2.7)	5,986(0.6)	2(0.0)	19,659(1.9)	131,991(13.0)	28,290(2.8)
2004	1,028,802(100.0)	818,586(79.6)	27,586(2.7)	6,490(0.6)	3(0.0)	21,313(2.1)	127,445(12.4)	27,179(2.6)

※ 平成2年までは老人ホームでの死亡は自宅またはその他に含まれている

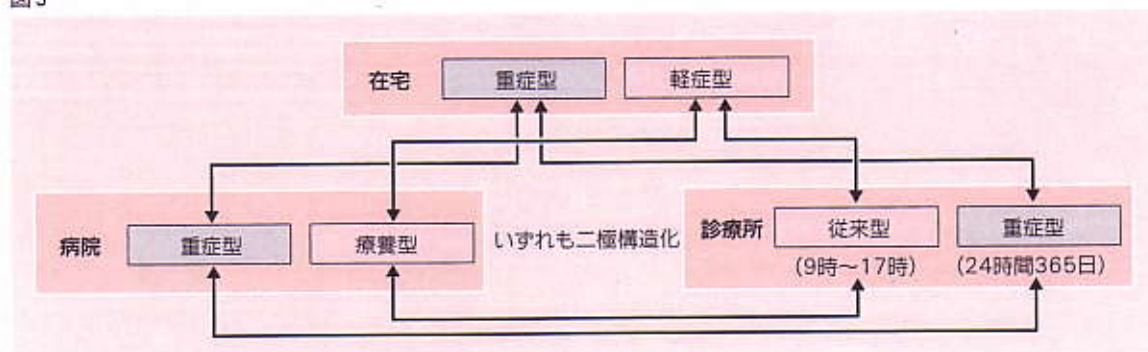
上段は2000年までの日本の医療を示す。病院は午前外来・午後病棟で医療を行い、診療所は9時～17時の外来勤務の形態であった。したがって、居宅における終焉を支える医療形態はほとんど存在せず、120万床の病院が全死亡者数の約80%を担い、他方、自宅と介護施設を合わせた広義の居宅での終焉はわずかに14.5%にすぎない(表2)。

つまり、日本の医療は国民のニーズに応えることなく、年々居宅での死亡数の減少が継続しているのである。ここにニーズとサプライのミスマッチが顕然としてあるのだ。

病院改革から診療所の改変へ

図2下段では、2000年からの病院改革により、病院機能を「治療」に集約し、60万床の一

図3



般病床と医療療養型病床15万床の計75万床とし、外来を縮小して病棟医療に専念し、入院日数の削減・DPC（診断群分類包括評価）の導入による効率的な医療を求めている。病院医に求められるものは患者の回復度によって、

- ・回復可能→治癒させて帰す
- ・現状維持→病状の平衡状態に達したら帰す
- ・回復不能→生活のなかで看取することを視野に入れて帰す

こととなる。この3点の収束するところが病院医に課せられた重要な目的であり、それは「病院死を極力回避する」ことである。

すでに病院は、重症者を治療する一般病床と、比較的安定期にある軽症者のための医療療養型病床の二極構造となった。治療がすめば重症者も退院することになり、種々の医療機器を装着した療養者・がん末期患者等が居宅生活に移行している。したがって在宅医療も重症者と軽症者の二極構造となってきた。

この在宅医療の二極構造に対応するために、2006年度から診療所の二極構造化が試みられた(図3)。在宅療養支援診療所は、自宅での終焉を希望する高齢者・がん末期療養者・重度障害者・難病療養者等の重症者が、健常者と変わらず生活をし続け、その結果として希望する居宅での終焉を支援するために創設されたものである。在宅療養支援診療所は、すべての診療所

が担う機能ではない。その地域における橋頭堡としての役割を担うものであり、病院や従来型の外来診療所との密な連携を行い、居宅における重症者と軽症者の円滑な移行が行えることが望ましい。

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所は、とくに重症者の居宅生活における医療的安定と、居宅生活の結果としての終焉を支援するものである。病院から居宅への円滑な移行（在宅移行・導入期）、居宅における安心・安全な医療の提供（在宅安定・維持期）、生活に即した看取り（在宅終末・看取り期）に大別される。このいずれの時期において

表3 在宅医療

「在宅療養支援診療所」の創設（2006年）

診療報酬上の制度として、新たに「在宅療養支援診療所」を設け、これを患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築

在宅医療に係る評価の充実

「在宅療養支援診療所」であることを要件として、在宅医療に係る以下のような評価を充実

- ・入院から在宅療養への円滑な移行に係る評価
- ・在宅療養における24時間対応体制に係る評価
- ・在宅におけるターミナルケアに係る評価
- ・特別養護老人ホーム等におけるターミナルケアに係る評価



も、十分な医療提供がなされなければならない。そのため表3に示すようにいくつかの要件が掲げられている。

この要件を満たす医療提供を行う診療所の質と、各地域における医療供給体制の量・数が確保されなければならない。

さらに、国民も病院医療者のいずれもが、在宅療養支援診療所とは何をしてくれるのか・どこにあるのかがわからなければならない。周知の方法が問われる。

■在宅療養支援診療所の質

2006年9月末で、全国約1万か所の在宅療養支援診療所が登録された。最終的には1万3千か所となるだろう。その多くは、外来を行いながら在宅医療を同時に行っている診療所である。

さらに、全国9万8千か所の診療所には12万人の医師が勤務しているが、この比率からしても一人診療所が大部分であることがわかる。したがって、24時間の対応義務がむずかしいと考える医師も多い。

長崎市では、医師会の51名の診療所医師が、2年前から「長崎在宅ドクターネット」を形成している³⁾。ここでは、一人の患者に対して医師2名体制を組むことが新しい。

- ①市内の病院に対して周知を行う。
 - ②患者の紹介があると24時間以内に主治医と副主治医を事務局で決定。
 - ③入院中に主治医と副主治医は面談・サービス担当者会議を行い退院調整する。
 - ④退院後は原則として主治医が担当するが、主治医が休むときには副主治医が担当する。
- この2名体制により、互いに休養をとることが可能となっている。医師一人の外来型在宅療養支援診療所における、安定した医療を供給しつつ医師が疲労しない体制の一つと言えよう。

つまり、在宅療養支援診療所も、在宅医療に

特化した診療所と、外来併用型の診療所とに大別されるのである。

■在宅療養支援診療所の適正配置

2008年度からの医療計画に、はじめて在宅医療が盛り込まれた。国民のニーズをそのままに受け入れるならば、2038年には100万人を居宅で看取ることになる。

このニーズに医療が応えるとしたなら、診療所1か所あたり年間20名(表4)を看取るとして⁴⁾、5万か所を必要とする。この数は診療所全体数9万8千か所からすると現実的ではない。仮に60%達成するためには3万か所を必要とする。在宅ホスピスケアに力を入れている特化型診療所が増えてゆくことを期待して、将来的に在宅療養支援診療所が増加したとしても、この3万か所という数が最大値ではないだろうか。

2008年度からの医療計画の5年間では、最終年度2012年には推計死亡者数は133万人となる。このうち、33万人(全体の約25%)を居宅で看取ることができるだろうか。

現在の広義の居宅における看取りの全国平均値は14.5%(2004年)である。これを25%に引き上げることを目標にした場合、最も低い北海道(9.4%)・福岡県(10.8%)と、最も高い長野県・和歌山県(いずれも20.1%)、新潟県・奈良県(いずれも18.9%)との格差は実に2倍に達する(表5)。

長野県・和歌山県はすぐに仮の目標値25%に達するだろうが、北海道・福岡県は容易ではない。さらに北海道は、在宅療養支援診療所の総数自体が全国平均値よりも低いために、地域分布は極端に片寄っている。数の確保が先決であり、さらにこの不均等分布を考慮した計画が望まれる。福岡県は対照的で、診療所数はすでに必要数に達している。しかし、実際の在宅看取り数との乖離がはなはだしい。これからの質の

表4 県別在宅ケアを行っている施設数(24時間体制を行っている、年間看取りが10名以上)

県	2003年度版					2004年度版					2005年度版							
	施設数	平均受持在宅患者数		看取り(在宅死のサポート/年間)		施設数	平均受持在宅患者数		看取り(在宅死のサポート/年間)		施設数	平均受持在宅患者数		看取り(在宅死のサポート/年間)				
		総数	1施設当り	総数	1施設当り		看取り率	総数	1施設当り	総数		1施設当り	看取り率	総数	1施設当り	総数	1施設当り	看取り率
北海道	2	140	70	30	15	21.4	2	140	70	30	15	21.4	2	115	58	16	8	13.9
青森県	1	60	60	30	30	50.0	1	60	60	30	30	50.0	1	80	80	18	18	22.5
岩手県	1	170	170	63	63	37.1	1	120	120	60	60	50.0	1	160	160	60	60	37.5
宮城県	2	265	133	186	93	70.2	2	265	133	186	93	70.2	2	330	165	242	121	73.3
山形県	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5	1	65	65	25	25	38.5
福島県	5	190	38	105	21	55.3	5	190	38	121	24	63.7	5	190	38	121	24	63.7
茨城県	4	310	78	102	26	32.9	4	310	78	102	26	32.9	6	570	95	133	22	23.3
栃木県	4	210	53	41	10	19.5	4	230	58	45	11	19.6	4	261	65	45	11	17.2
群馬県	2	140	70	38	19	27.1	2	140	70	32	16	22.9	2	140	70	32	16	22.9
埼玉県	4	105	26	40	10	38.1	4	125	31	53	13	42.4	4	125	31	53	13	42.4
千葉県	8	597	75	150	19	25.1	8	647	81	205	26	31.7	8	677	85	212	27	31.3
東京都	33	3,645	110	1,368	41	37.5	40	5,030	126	1,732	43	34.4	40	5,080	127	1,632	41	32.1
神奈川県	6	420	70	110	18	26.2	7	450	64	122	17	27.1	9	850	94	165	18	19.4
新潟県	4	305	76	67	17	22.0	4	315	79	62	16	19.7	4	315	79	63	16	20.0
富山県	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0	1	60	60	15	15	25.0
山梨県	5	175	35	76	15	43.4	5	175	35	76	15	43.4	5	170	34	78	16	45.9
長野県	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0	4	89	22	73	18	82.0
岐阜県	6	384	64	94	16	24.5	6	394	66	94	16	23.9	6	394	66	94	16	23.9
静岡県	2	85	43	27	14	31.8	2	145	73	37	19	25.5	3	195	65	47	16	24.1
愛知県	5	503	101	96	19	19.1	5	528	106	118	24	22.3	6	603	101	140	23	23.2
三重県	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3	1	60	60	20	20	33.3
滋賀県	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0	1	50	50	10	10	20.0
京都府	1	50	50	10	10	20.0	2	360	180	35	18	9.7	2	360	180	35	18	9.7
大阪府	14	807	58	304	22	37.7	14	822	59	324	23	39.4	14	805	58	329	24	40.9
兵庫県	19	816	43	341	18	41.8	21	921	44	390	19	42.3	21	936	45	388	18	41.5
奈良県	4	125	31	49	12	39.2	4	125	31	59	15	47.2	4	125	31	59	15	47.2
和歌山県	5	345	69	91	18	26.4	5	385	77	79	16	20.5	5	385	77	79	16	20.5
鳥取県	4	465	116	80	20	17.2	4	306	77	77	19	25.2	4	306	77	77	19	25.2
岡山県	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1	2	83	42	30	15	36.1
広島県	3	45	15	50	17	111.1	3	51	17	55	18	107.8	3	51	17	30	10	58.8
香川県	1	80	80	40	40	50.0	1	80	80	40	40	50.0	1	60	60	10	10	16.7
愛媛県													1	230	230	39	39	17.0
高知県	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9	1	13	13	10	10	76.9
福岡県	5	190	38	63	13	33.2	5	190	38	71	14	37.4	5	330	66	71	14	21.5
熊本県							1	12	12	12	12	102.6	1	13	13	17	17	127.8
大分県	1	30	30	8	8	26.7	2	110	55	20	10	18.2	2	80	40	18	9	22.5
宮崎県	2	11	6	19	10	172.7	2	20	10	24	12	120.0	2	22	11	28	14	127.3
鹿児島県	4	340	85	75	19	22.1	4	360	90	85	21	23.6	4	380	95	85	21	22.4
沖縄県	1	6	6	10	10	166.7	2	92	46	23	12	25.0	2	95	48	21	11	22.1
総計	169	11,434	68	3,946	23	34.5	183	13,518	74	4,582	25	33.9	190	14,853	78	4,620	24	31.1
都道府県中央値		60		18	33.3			60		17	33.9			65		16	25.0	
都道府県平均値		60		21	44.8			63		22	41.6			71		21	37.7	

出典：在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本(2003～2005年度版)⁴⁾



表5 現状の看取り数と目標値に対する割合

	在宅死の割合		推計在宅死亡者数		届出件数	平均20名 を看取る在 宅支援診療 所数	目標値に 対する現 状割合
	2004	目標値 (上限25%)	総数	在宅十 老人ホーム (目標達成時)			
全国	14.5%	24.5%	1,334,108	327,434	9,123	16,393	55.7%
北海道	9.4%	18.9%	60,851	11,486	163	575	28.3%
長野県	20.1%	25.0%	25,679	6,420	197	321	61.4%
和歌山県	20.1%	25.0%	13,097	3,275	120	164	73.2%
福岡県	10.8%	21.6%	52,666	11,378	579	569	101.8%

※ 全国の数値は、全都道府県の総和、在宅死の目標値は、都道府県ごとの目標達成時の死亡者数から逆算

充実が望まれる。

このように、各都道府県の事情（療養病床数等）や地域特性が異なるとはいえ、待ったなしの状況になりつつあることを、医師は切実に考え、行動しなくてはならない時期にきていると言えよう。

■在宅療養支援診療所の周知

厚生労働省はすでに、医療情報の提供のあり方等に関する検討会（2006年10月31日付）で、2008年度からの在宅医療に関する情報の周知に言及している。そこでは24時間の往診体制・地域連携退院時共同指導算定の有無・各種在宅指導管理料の算定実態、さらに人工呼吸器・IVH・ターミナルケア等の診療内容の明記が義務づけられる。それぞれの在宅療養支援診療所が、個別に評価を受けるのだ。

■在宅医療特化型の在宅療養支援診療所

筆者の仙台往診クリニックは1996年に開業して以来、11年目を迎える。当初から在宅医療に特化し、24時間365日の居宅への医療提供を行ってきた。仙台市内10数か所の総合病院、30か所の訪問看護ステーション、30か所の訪問介護事業所、10か所の調剤薬局、90か所のケアマネジャーの事業所、10か所の入浴サービスと連携している。この連携が、在宅医療の中心となる。11年間で約1,400名の療養者を受け入れたが、

その半数以上はがん末期の方であった。700名以上を在宅で看取り、自分の家で最期を迎えることを当たり前としてきた。現在、人工呼吸器40名、中心静脈栄養15名、在宅酸素60名、胃瘻栄養80名、がん末期30名等の重症在宅療養者210名に対し、常勤医5名・非常勤医5名の計10名で医療を提供している。

おわりに

在宅療養支援診療所は、できたてホヤホヤであってもフル稼働を迫られている。それは医師がいままでなおざりにしてきた「国民のニーズ」に対して、態度を即刻改め、医療の適切なサプライを提供するように課題を与えられているということだ。ニーズとサプライのミスマッチは許されない。医療の原点に立ち返り、人の気持ちがわかる、すなわちニーズに応える医療が提供されることを期待したい。

文献

- 1) 高齢者介護研究会（厚生労働省老健局長研究会）編：2015年の高齢者介護－高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて。p19, 2003.
- 2) 平成17年度老人保健事業推進費等補助金研究「24時間365日在宅ハイケア提供システムの構築と人材養成戦略に関する研究事業」老第0124001号（主任研究者：川島孝一郎）.pp. 43～51, 2006.
- 3) 藤井 卓・白髭 豊：長崎在宅Dr.（ドクター）ネットにおける、病診連携・在宅医療の実践。長崎県医師会報、726号：19～21, 2006.
- 4) 和田 努 編：在宅ケアをしてくれるお医者さんがわかる本。同友館。2003～2005年度版から集計。