

## 在宅医療の現状と課題

川越 正平

### 要 旨

在宅医療とは、end of lifeにある患者の尊厳や生活の質を重視するための一医療形態である。地域を病棟と捉え、24時間365日の安心を提供する。疾病を国際生活機能分類ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)の観点から生活機能障害と捉え、集学的ケアや介護と連動する形で医療を提供する。患者が有する病態や背景を包括的に把握することにより、その臨床経過や改善可能性、予後などを予測して、“軌道”に基づく意思決定支援を患者に継続して提供する。迫りくる高齢多死社会に対応するためには、在宅医療の普及発展が必要不可欠であることから、複数医師の共同による体制づくりや、医師と訪問看護師がチームとして機能するなど、在宅医療チームが地域の中で構築されていく必要がある。病院医療と在宅医療、そして介護が地域の中で連動して提供されるために、垂直的統合や水平的統合が図られるべきである。現状では立ち後れている診療の標準化や研究、そして、在宅医養成のための教育研修が在宅医療普及発展の鍵といえる。我が国の社会保障政策の根幹に位置づけられる「地域包括ケア」において、在宅医療は最も重要な構成要素の1つである。加えて、病院の医療従事者が在宅医療のエッセンスを知ることによって、病院医療の質向上や退院支援に役立てることも期待される。

[日内会誌 103:3106~3117, 2014]

**Key words** 在宅医療, end of life care, 国際生活機能分類, 地域包括ケア

### 1. 在宅医療の現状

#### 1) 在宅医療の対象とその基本的な考え方

(1) long term careやend of life careを要する患者

これまで、医療は疾病を完治させることや生存期間を延長することに最大の価値を置いてきた。しかし、いかに寿命を延伸させることができたとしても、当然のことながら永遠に健康であり続けることはできない。つまり、何らかの

重大疾病を発症した患者が、死を避けることはできたものの完治には至らなかった場合、後遺障害を残す、慢性化する、その後急性増悪を繰り返す恐れがある、合併症を併発する恐れがあるなどの条件を有しつつ、その後の生活を継続することになる。そのような状況下で長期にわたり必要となる医療やケアのことをlong term careという<sup>1)</sup>。また、認知機能障害が徐々に進行する、内部臓器障害の悪化に伴い急性増悪や合併症を繰り返す、癌と診断され命に限りがあることが判明するなど、人生の終盤にさしかかっ

あおぞら診療所

The Cutting-edge of Medicine ; Current status and issues of home medical care.

Shohei Kawagoe : Aozora Clinic, Japan.

た時期に必要な医療やケアのことをend of life careという<sup>2)</sup>。

患者にとっては、残された人生をどのように生き、どこに住まい、どのように暮らし、そしてどのように死を迎えるのが重要なテーマとなる。医療従事者には、その患者をどうやって支えていくのかということが問われることになる。そこで最も価値が置かれるのが、本人の尊厳と生活の質である。世界に先駆けて高齢多死化が進行している我が国において、その解決策として発展しつつある医療形態が在宅医療である。

## (2) 地域を病棟ととらえる

平均在院日数短縮化の流れに伴い、在宅療養者の医療ニーズは確実に増している。通院の難しいそのような患者にとって、在宅医療は電気・ガス・水道と同様、欠くことのできないライフラインの1つに位置付けられると言っても過言ではない。そこで、発想を転換して、地域を病棟と捉えることが推奨される。つまり、患者の自宅が病棟の病室に相当し、地域の道路が病棟の廊下であり、地域という“病棟”を在宅医や訪問看護師が回診していると理解するのである。このように考えれば、手術室やMRI (magnetic resonance imaging) 室でなければできないことは病棟の病室でもできないのであり、病室で実施できる医療と在宅で実施できる医療には大きな違いはないということが理解しやすくなる。

ただし、「病院と同じ医療を在宅で提供すればよい」という誤解は避けたい。患者家族は、在宅で療養する以上、積極的にせよ、消極的にせよ、病院での緻密な医療よりも住み慣れた自宅での平穏な生活を自ら選択したか、または受け入れたからこそ退院したはずである。そこでは、患者背景を踏まえ、生活の様子や価値観をも理解し、その患者にとってふさわしい医療をともに考えて提供する、そして命の最期までを支える、そのような医療の在り方が在宅医療だと言

うことができる。

## (3) 24時間365日の安心を提供する

在宅療養に関して患者が抱く不安として、「家族への負担」に次いで多いのが、「症状が急に悪くなったときの対応」である<sup>3)</sup>。そこで、病状の変化があれば24時間いつでも相談に乗ることを、必要があれば緊急で訪問する体制があることを明示するのが効果的である。この際、“24時間の安心”を提供することができれば、実際には夜間休日に緊急で訪問しなければならない病態はさほど多く生じない。むしろ、診療が必要な事態だと判断した場合、患者宅に速やかに駆けつけることが何よりの安心につながる。例えば、当院では在宅導入後初めての問い合わせに対しては、比較的軽微な変化であってもひとまず診療に赴いたうえで緊急性はないことを確認するよう心がけている。患者家族にそのような経験を重ねてもらうことによって、在宅における24時間対応の実際について理解が深まり、“24時間の安心”を体感してもらうことができるからである。

## 2) 疾病を生活機能障害としてとらえる

### (1) 国際生活機能分類(ICF)に基づく患者理解

人の生活機能や障害に関する国際的な分類として、世界保健機関(WHO)の2001年総会で採択された国際生活機能分類International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF)がある(図1)<sup>4)</sup>。健康に関連する様々な事態について、身体・個人・社会という3つの視点に立ち、心身機能・身体構造、活動、参加に系統的に分類するという概念である。身体レベルでの機能障害、個人レベルでの活動制限、そして社会レベルでの参加制約について検討する際に役立つ。

例えば、脳梗塞を例に考えるとわかりやすい。身体レベルでの機能障害として、その障害は「片麻痺」と捉えられる。機能障害へのアプローチ

(WHO : 2001)

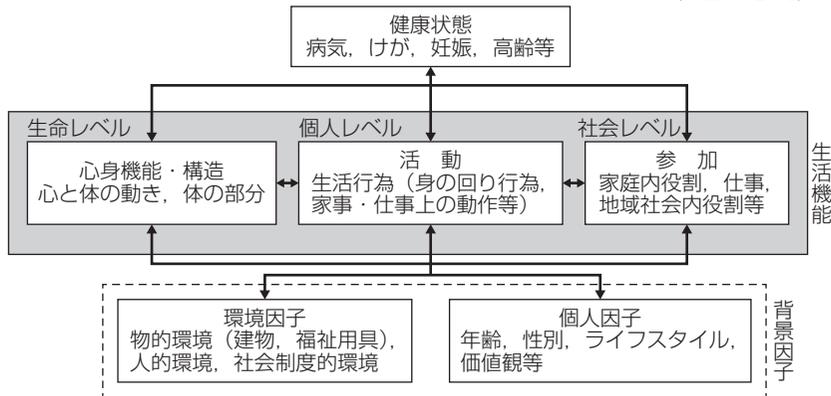


図 1. 国際生活機能分類ICF

として狭義のリハビリテーションを行うのは当然のことながら、加えて個人レベルでの活動制限に対して、健側による食事摂取や書字の訓練を行うこと、社会レベルでの参加制約に対して、送迎サービスや家族等の力を利用して社会との接点や参加交流の機会を保つことが重要だと理解できるだろう。

(2) 生活機能障害に対する集学的ケアと多職種協働の意義

疾病を生活機能障害と捉え直せば、患者に必要な介入が狭義の「治療」だけではないことが理解できるだろう。我が国でも、病院医療において、緩和ケア病棟(緩和ケア病棟入院料：1990年)や回復期リハビリテーション病棟(回復期リハビリテーション病棟入院料：2000年)が制度化されてきた歴史がある。その後、緩和ケアチーム(緩和ケア診療加算：2002年)や褥瘡対策チーム(褥瘡対策未実施減算：2002年)、感染制御チーム(院内感染対策未実施減算：2002年)、栄養サポートチーム(栄養管理実施加算：2006年)等の病棟横断的な機能が制度化され、今日に至っている。複数の疾病や複雑な病態を有する入院患者が増加の一途をたどる中、狭義の「治療」とどまらず、「集学的ケア」が必要とされるに至ったからである。

ここでいう「集学的ケア」は、看護師をはじめとして、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科医師、歯科衛生士、臨床心理士など様々な専門職によって提供される。このような多職種協働inter-professional working (IPW) の意義を強調しておきたい。

3) 療養者のニーズとふさわしい治療・療養の場

(1) 治療と集学的ケア、介護を同時に必要とする場面

ICFの観点から患者が抱える困難を捉え、対応指針を指し示すにあたり重要となるのは、long term careやend of life careを要する患者が必要としているのは、狭義の「医療」だけでなく、加えて「集学的ケア」や「介護」が必要だという事実である。さらに言えば、どこにいても「医療」と「集学的ケア」、「介護」を要し、それらが並行して提供される必要があるという点である。

このことは、病院でも「集学的ケア」や「介護」が必要であり、居住系施設でもある程度の「医療」や「集学的ケア」が必要になるということの意味する。つまり、病院に入院した患者に対していかに優れた「医療」が提供されたとしても、並行して適切な「集学的ケア」や「介護」

	グループホーム	有料老人ホーム	特別養護老人ホーム	老人保健施設	介護療養型医療施設
医師配置	なし	なし	非常勤	100:1以上	48:1以上
職員配置	3:1以上	3:1以上	3:1以上	3:1以上	看護6:1以上 介護6:1以上
看護師配置 (100名あたり)	なし	3人	3人	10人	18人
介護職員配置 (100名あたり)	34人	31人	31人	24人	18人
一人あたり居室面積	7.43 m <sup>2</sup> 以上	13 m <sup>2</sup> 以上	10.65 m <sup>2</sup> 以上	8 m <sup>2</sup> 以上	6.4 m <sup>2</sup> 以上
1部屋の定員数	原則個室	原則個室	原則個室 (4人以下)	4人以下	4人以下
全国整備状況 (平成24年度)	17.1万室	9.8万室	49.9万床	34.4万床	7.5万床
施設規模平均 (平成24年度)	14.2室	37.3室	66.0床	87.6床	44.7床
平均要介護度 (平成24年度)	2.65	2.2	3.89	3.31	4.41

図2. 高齢者用施設や介護保険施設の概要

が提供されなければ、患者には褥瘡や誤嚥性肺炎の併発、様々な使用薬剤に起因する二次的な他臓器の障害などの“悪循環”が生じかねない。

(2) 集学的ケアの意義：誤嚥性肺炎を例に

そこで、集学的ケアについて、要介護高齢者に生じた誤嚥性肺炎を例に考えてみたい。「急性期病院に入院し抗生物質治療の効果により肺炎が治癒したから一件落着」とは限らない。仮に肺炎が治癒したとしても、せん妄や転倒事故、褥瘡、廃用筋萎縮、肺炎再発など様々なトラブルがこの間に生じ得るからである。つまり、必要な介入は肺炎治療だけにとどまらないという点が重要である。並行して食形態の吟味、家族や介護者の食事介助技術の評価や指導、摂食嚥下リハビリテーション、口腔機能改善のための歯科・口腔ケア介入、低栄養への栄養介入、全身の筋力維持強化、高次脳機能への適切な刺激などの多方面からの介入、すなわちIPWが必要不可欠である。セルフケアに困難を抱えた全ての要介護高齢者がこのような“悪循環”のリスクを抱えていると認識するべきである。

(3) リロケーション・ダメージを考慮した治療場所の選択

併せて、居場所が変わることによって生じる不利益である、いわゆるリロケーション・ダメージの重要性を指摘しておきたい。その意義は認

知機能障害を有する患者の場合、特に顕著である。例えば、腎盂腎炎のため入院した患者が入院後に生じたせん妄のために転倒して骨折する、自宅では伝い歩きで移動してトイレでの排泄が難しく自立していた患者が、短期間の入院をきっかけに寝たきりとなり褥瘡を生じたなどの事態が実際に発生している。在宅療養者に急性期治療が必要となった場合、このようなリロケーション・ダメージがもたらすリスクについて医療者が十分に評価吟味したうえで、在宅と病院のどちらで治療を継続するのが患者にとって得策なのかを検討するべきである。

(4) 療養場所の選択肢としての施設

しかしながら、独居など世帯構成上の悪条件や、要介護者が暮らすには不向きな家屋構造など、諸事情により自宅での療養を断念せざるを得ない場合も少なからず生じる。自宅以外の療養場所の選択肢として、グループホームや有料老人ホームなどの居住系施設や3種類の介護保険施設の概要を図2に示す。

グループホーム (group home : GH) は、1ユニット9名と比較的少人数の認知症要介護者が介護職員とともに共同生活を送る類型である。有料老人ホームはGHよりも規模が大きく、1人あたりの居室面積が広く設定されており、介護職員に加えて日勤帯に看護師が配置されてい

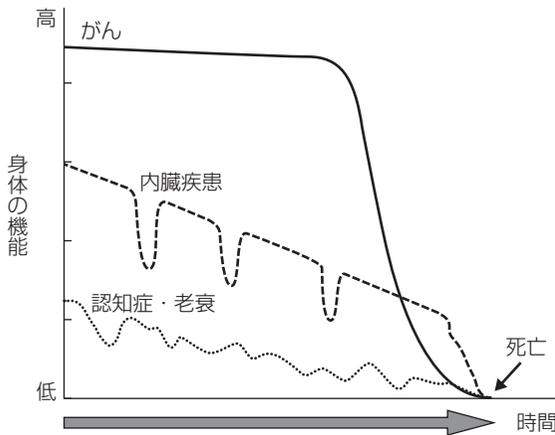


図3. 終末期の3つの軌道 (文献5より改変)

る。そのため、入居費用はより高い設定となる。特別養護老人ホームには、介護保険法施行前の措置制度の時代からの従来型（多床室）と、介護保険法施行後に整備が開始されたユニット型（全室個室で居室10室単位での共同生活スタイル）の施設がある。より大規模で入所者の平均要介護度は高い。医療職は日勤帯に看護師が配置されており、嘱託医が非常勤の形で関与している。居住系施設の中では最も廉価な費用負担となっているが、ユニット型の場合、ホテルコストを別途負担する必要がある。老人保険施設と介護療養型医療施設は、常勤医師が配置されている医療機関である。看護師の配置がより多いことから、医療処置を要する患者や要介護度の高い患者が入所に適している。

4) “軌道”に基づく診療と意思決定支援

(1) end of life careにおける“軌道”の概念

end of life careの提供にあたっては、治療方針を医学的判断だけで決定することはできない。例えば、転移巣を有する進行がんの患者に対して姑息的手術療法、化学療法、放射線療法、best supportive careのいずれかを選択する際に、5年生存率の高低や合併症など全身状態だけに基づいて決定するわけではないことは自明である。そこでは、患者や家族の希望、今後の生活の質

についての予測、経済事情等を含む家庭背景などを総合的に勘案して、患者家族の意思決定を支援する必要がある。この際、Lynnが提唱した「終末期の3つの軌道」(図3)を念頭に置いたアプローチが役立つ<sup>5)</sup>。

図3の縦軸は身体の機能を現し、横軸は時間軸を示している。臓器障害や認知症・老衰などが徐々に増悪・進行する臨床経過を図の曲線の軌道における「負の傾き」が現している。一方、急性期合併症の併発や急性増悪を現しているのが図の曲線の「くぼみ」である。感染症や脱水などの急性合併症、転倒・骨折等の事故、脳梗塞など原疾患の再発、心不全の急性増悪などがこの「くぼみ」に該当する。

この「負の傾き」を決定づける要因や予見可能な「くぼみ」をもたらず事態を医学的に把握し、その臨床経過や改善可能性、予後などを予測する。その内容を患者家族にわかりやすく伝え、どのように対処するのが最も患者にとって望ましいかをともに考えるというスタンスが在宅医に期待される。

(2) 在宅医療における意思決定支援

end of life careにおけるこのような“軌道”概念の意義は、今後起こり得る病態の予防や対策だけではない。医療が複雑高度化するにしたがい、「購入する商品の価値を把握して自ら選択する」という一般の消費行動とは異なり、患者にとっての「医療」は情報の非対称性が著しい「商品」であると言える。結果として、患者が自ら治療方針を選び取ることにはかなりの困難がある。そこで医療者に期待される役割として、意思決定支援が重要な位置を占めることになる。特に、end of life careにおいては、本人意思の確認が容易でない場面にも少なからず遭遇することから、事態はより難解となるため、その重要性が増すことになる。

在宅医療とは、患者の尊厳を重視し取り巻く家庭背景や環境を踏まえつつ、生命のみならず

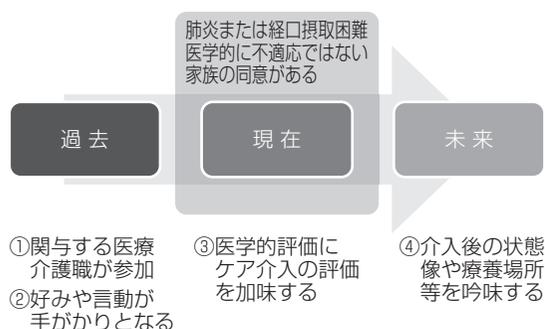


図 4. 在宅医療における意思決定支援

生活を支えるために、医療ケアを提供する営みである。患者家族の生活の場をフィールドとするがゆえに、意思決定支援は丁寧なプロセスを経て行われることが多く、その際に前述の“軌道”概念が威力を発揮する。

### (3) 本人意思を確認できない状況下での意思決定

例えば、胃ろう造設にあたり、認知症のため本人意思が確認できない臨床場面は数多く発生している。我が国では、「経口摂取が困難である」、「(胃切除後であるなど)医学的に不適応ではない」、「家族の同意が得られた」という3つの要件さえ満たされれば、本人意思が確認できないにも関わらず、胃ろう造設術が行われ得る現状がある。一方、ヨーロッパでは、欧州静脈経腸栄養学会 (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism: ESPEN) のガイドライン (2006年) に「末期の認知症患者では経管栄養は推奨されない」と記載されている<sup>6)</sup>。我が国でも、2012年に日本老年医学会が「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」を発表した<sup>7)</sup>。ここでは、本人同意がない状況下で胃ろう造設の適否を検討する場合を例に、在宅医療における意思決定支援の手順例を紹介したい (図4)。

Step 1: 家族に加えて生活背景やこれまでの経過を把握している医療介護職が意思決定に関与する

誤嚥性肺炎で入院中の場合、「現在の状態像から得られる情報」だけに基づく検討では不十分である。肺炎発症前の患者像を知らずして方針を検討することは本来できないはずである。家族はもちろんのこと、これまでの臨床経過や患者のことを熟知している在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーなどが意思決定の場に参加する必要がある。

Step 2: 過去に発せられた言葉や人生観、近親者の疾病や死に際しての言動などを手がかりとする

医師の説明のニュアンスいかんで家族の意向は変化し得ることから、患者にとって苦痛やリスクを伴う医療行為を「家族が反対しなかったから実施が許容される」と短絡することはできない。例えば、近親者の葬儀に際して「管だらけになって苦しむなんて嫌だね」と言っていたという患者の言葉など、“受けたくない医療行為”の類推に役立つ情報ももし入手できれば、それらは貴重な判断材料となる。

Step 3: 食形態・介助方法・嚥下リハビリなどを先行して検討し、そのうえで改めて嚥下機能評価を行う

「肺炎を繰り返していることは重大な事態」、「このまま食べられなければ死に至る」という説明だけでは不十分である。「集学的アプローチの例としての誤嚥性肺炎」の項で述べたような医療ケア介入について検討手順を踏むこと、それでもなお嚥下に問題を抱えており、回復に必要な栄養を摂取できないのかについて、術前に再度評価することが前提条件となる。

Step 4: 胃ろう造設後の全身状態やケアの状況、想定される療養場所や生活の質について吟味する

仮に胃ろう造設を行った場合、胃ろうを用い

た栄養介入によって全身状態がどこまで改善可能なのか、中でも嚥下機能の改善が期待できるのか、胃ろう管理を含めて療養の場で必要となるケアや医学的管理を家族や介護者の誰が継続して担当するのか、摂食嚥下リハビリテーションを継続実施する専門サービスを確保できるのかなどについて事前に検討し、それらを踏まえて想定される療養場所や療養生活の質について吟味する必要がある。

#### (4) 時間軸を踏まえた医療介護統合アプローチ

このように、在宅医療の現場においては、本人意思の確認が容易でない場合でも、本人の尊厳や生活の質を中心に据え、推定意思の代弁を目指す。その際、キーワードとなるのが、現在のみならず過去から未来につながる「時間軸」を踏まえての検討方法と、医療と介護を統合するアプローチである。在宅では病院とは比較にならないほど患者を取り巻く情報を数多く入手することができるからこそ、このようなアプローチが可能となるといえる。

## 2. 在宅医療の課題

これまで、在宅医療の基本理念について述べてきた。しかしながら、そのような理念を地域において実際に普及させるためには、様々な基盤整備や人材養成が必要となる。以下に、在宅医療の将来展望について論じたい。

### 1) 地域における在宅医療チームの構築

#### (1) 複数医師の共同による体制づくり

地域を病棟ととらえて、24時間365日の安心を提供することの重要性は前述の通りである。一方で、24時間365日にわたり揺るぎない診療責任を保証することは、提供する側にとっても負担が小さくない。必然的に、複数医師により構成される診療体制を構築することに帰着する。その方法として、1)非常勤医師の雇用によるバッ

クアップ、2) 診診連携や病診連携、3) 医師会などによる輪番制、4) 複数医師による診療所運営（グループ診療）など様々なスタイルがあり得る。これらの体制構築のための成功事例やノウハウの蓄積、制度面のサポートはいまだ道半ばであることから、今後診療報酬制度や医師会などの専門職集団の活動を通じて、推進していく必要がある。

#### (2) 医師と訪問看護師がチームとして機能する

複数医師体制と同様、極めて重要なのが医師と訪問看護師の協働である。看護師がいない病棟が存在し得ないことと同様に、地域という“病棟”に訪問看護は必要不可欠であり、彼らがその根幹を担うことになる。「医者が治せる患者は少ない。しかし、看護できない患者はいない。息を引き取るまで、看護だけはできるのだ」とは精神科医中井久夫の金言である<sup>8)</sup>。訪問看護師の確保や育成、情報通信技術（ICT）のシステム構築、医師と看護師間の役割分担や権限委譲の検討など取り組むべき課題は少なからずある。

中でも最も重要なのは、1つの臨床チームを形成するために、医師と看護師がお互いの臨床スタンスや価値観を熟知して、理念や行動規範を共有することである。もし、病棟において、ある診療科の医師メンバーと看護部が顔を合わせることが避け、口も聞かないとしたら、診療遂行上多大な支障を来すことは想像に難くない。ところが、在宅医療では、訪問看護師が医師から直接口頭で指示を受けたり、その意図について議論したりする機会は病棟に比べて著しく少ない。同じ医療機関の同僚ではなく、異なる機関の異なる場所で働いているからである。ICT単独でこの課題を解決することは困難であろうことから、お互いが歩み寄り、実際に顔を合わせ、価値観をすり合わせるような機会を設ける努力やシステム構築が必要である。

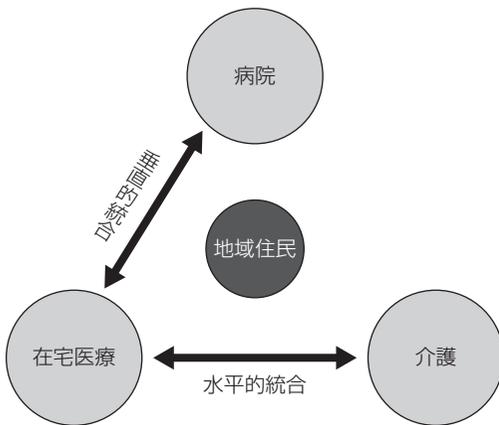


図5. 水平的統合と垂直的統合

## 2) 病院医療・在宅医療・介護の統合

地域における連携の在り方は、水平的統合と垂直的統合に大別される。地域における医療機関間の連携や医療介護連携を水平的統合、病院と地域に存在する機関間（診療所や居宅介護支援事業所・介護事業所など）の連携を垂直的統合という（図5）<sup>9)</sup>。この二軸について、がん緩和医療と認知症診療を例に取り上げ、その意義について解説する。

（1）病院医療と在宅医療の統合：ホスピストライアングルを例に

ホスピストライアングルとは、在宅、急性期病院、緩和ケア病棟のいずれの場所においても適切な緩和ケアが提供され、患者の希望や病状によって療養の場を選択できる体制のことである<sup>10)</sup>。オーストラリアでは1980年代より緩和ケアを地域ベースで普及させる施策が推進され、緩和ケア専門家によるコンサルテーションチームが家庭医と連携を取りながらケアを提供している。在宅、急性期病院、緩和ケア病棟が必要な連携体制を整えることによって、がん患者が必要なときに、必要な場所で、必要な治療ケアを受けることができる。

我が国における病院と地域の関係を構築する取り組みの例として、国立がん研究センター東

病院、松戸市立東松戸病院と当院が進めている「地域連携トライアングル<まつど>」がある。重篤な疾患を患う患者とその家族は、治療経過中の様々な時期に様々な症状や不安、悪条件に遭遇する恐れがある。しかし、どの医療機関のどの職種に相談すれば的確なアドバイスや医療を得られるのかは患者家族にはわからない。そこで、3つの医療機関のいずれかにかかりつけの患者からの相談には、それぞれの医師、看護師、医療ソーシャルワーカーが緊密に連絡を取り、最適な医療機関が担当する形で切れ目のない医療やケアを提供するという体制を整えている。このように、機能が異なる医療機関間の関係構築である垂直的統合を今後地域の中で推進していく必要がある。

（2）在宅医療と介護の統合：認知症のステージアプローチを例に

次に、医療介護連携による水平的統合の意義について考える。家族や介護者が把握している患者の生活に関する情報を収集することが、医療の質向上に寄与するところにその眼目がある。食事を例にとると、食形態、咀嚼や嚥下の機能、摂取量や水分量、これらが時系列的にどのように変化しているのかなどの動的な“生活情報”は、診断や治療方針の決定、そして医療の質向上に重要な意味をもたらし得る。例えば、嚥下機能が低下しつつあることを遅滞なく医師が把握できれば、その原因が投与している薬剤の副作用だと気付く可能性がある。また、認知症の経過の中でパーキンソンニズムが目立つようになってきたことが端緒となり、診断が見直される事態などがあり得る。少ない頻度の、限られた診療時間の中で、医師が病態変化の全てを網羅的に把握することには限界があるからである。

図6は認知症ステージアプローチの概念図である。医学の専門知識には精通していない患者家族や介護者には、このような資料を用いて、疾患の自然経過やその特徴、観察すべきポイント

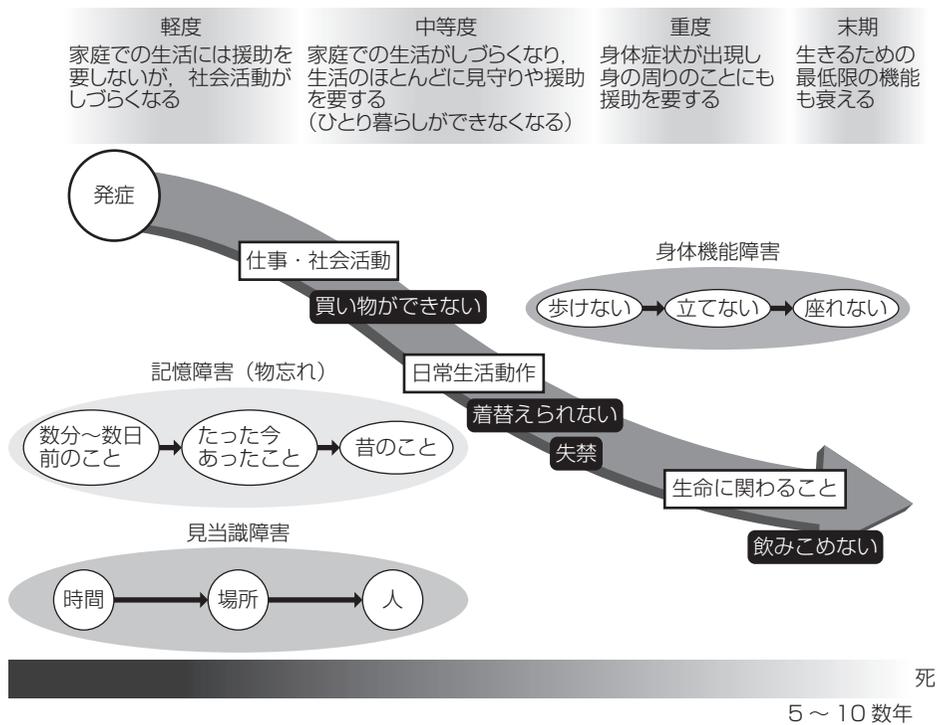


図 6. 認知症のステージアプローチ

トや避けるべき事態・注意点を不足なく指導しておくことが極めて効果的である<sup>11)</sup>。ステージの移り変わりや想定外の症状がみられた場合には、医療として必要に応じて診断や合併症評価、治療方針について再検討することができる。このことは、前述の軌道概念の1例であり、このような医療と介護の統合が診療の質向上や意思決定支援に役立つ。

### 3) 診療の標準化や研究の推進

残念ながら、在宅医療領域における診療の標準化や研究は著しく立ち後れていると言わざるを得ない。これまでのところ、診療ガイドラインに相当するものが整備されているわけではないため、診療内容は各医療機関に任されている状況にある。専門領域としての確立を目指すためには、(1) 臨床現場で行われている診療内容の実態を把握する、(2) ベストプラクティスを

記述する、(3) 重要性の高いリサーチクエスチョンを洗い出す、(4) 臨床研究を実施する体制やネットワークを構築する、(5) 重要項目に関する診療ガイドラインの整備を進める、(6) 外部監査システムの確立などの積み重ねが必要となる。

これまでに在宅医療領域において行われた多施設共同研究は少数にとどまっている。在宅医療に従事する医療機関の多くが医師1名ないし数名程度の診療所であり、研究を補佐する秘書的機能や事務局機能を有していないなど、医育研究機関である大学や教育病院とは事情が大きく異なっているからである。当面は重要テーマに対して単一施設における後向き研究が数多く行われることが先決であろう。それらの中から、より重要だと考えられるテーマや研究に対して、前向き研究や多施設共同研究が推進できる診療

**PSI-HCフェイスシート** ver.3.3

施設コード **A** 患者ID \_\_\_\_\_

38℃以上の発熱の全例及び臨床的に下気道感染症を疑う場合\*に記載をお願いします。  
 (\*呼吸数25回/分以上、発熱、咳嗽、胸痛、呼吸音の異常、意識状態の変化、呼吸困難、心拍数100回/分以上、  
 低酸素血症(SpO2 91%以下or通常のSpO2より4%以上低下)のうち、2つ以上満たす場合)  
 発熱はあるが明らかに他の要因の場合には、裏面の「今回の発熱に対する診断」のみお書きいただいても構いません。

初回治療日 年 月 日

発熱したのは抗生剤開始の  
 8時間以内  
 24時間以内  
 72時間以内  
 72時間以降

基礎情報からみた重症化のしやすさ 今回の肺炎の重症度 PSI-HC \_\_\_\_\_

**+** **=**

\_\_\_\_\_点 \_\_\_\_\_点 \_\_\_\_\_点

背景 該当する しない

意識の変容  20点

呼吸数 \_\_\_\_\_回/min  
 ≥30  20点

血圧 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg  
 sBP<90  20点

体温 \_\_\_\_\_℃  
 ≥40℃  15点  
 <35℃  15点

SpO2 \_\_\_\_\_%  RA  O2(\_\_\_\_\_/min)  
 <90  10点

脈拍 \_\_\_\_\_回/min  
 ≥125  10点  
 治療開始時の医師の見立て  
 死亡の可能性が高い  
 回復しうがADLは低下する  
 ADL低下なく回復できる

60点以下 あなたの重症度はII以下です。  
 60人に1人お亡くなりになると推定されます(死亡率1.8%)  
 自宅での加療をお勧めしますが、  
 介護体制の問題などで入院を検討することもあります。

61~80点 あなたの重症度はIIIです。  
 5人に1人お亡くなりになると推定されます(死亡率18.5%)  
 入院してもいいですが、療養場所の変化により不穏となったり、  
 体力が低下することも懸念されます。  
 まずは自宅で治療を開始し、反応に乏しければ入院も検討しましょう。

81点以上 あなたの重症度はIVです。  
 3人に2人お亡くなりになると推定されます(死亡率61.3%)  
 入院してもいいですが、療養場所の変化により不穏となったり、  
 体力がさらに低下します。救命できても今までと同じ生活は困難でしょう。  
 ご自宅で最期を迎える可能性もありますが、  
 このまま当院にて治療を継続・サポートさせていただくことも可能です。

得点は上記のようになりますが、あなたの場合には  
 他の原因(尿路感染・胆管炎・悪性腫瘍・\_\_\_\_\_)  
 による可能性が高いため、死亡率は参考値となります。

初回抗生剤名 \_\_\_\_\_  
 複数併用時は以下にすべて記載

div  i.m. 1回 \_\_\_\_\_g  
 p.o.  他(\_\_\_\_\_) 1日 \_\_\_\_\_回

div  i.m. 1回 \_\_\_\_\_g  
 p.o.  他(\_\_\_\_\_) 1日 \_\_\_\_\_回

div  i.m. 1回 \_\_\_\_\_g  
 p.o.  他(\_\_\_\_\_) 1日 \_\_\_\_\_回

要介護度 (□未申請・□要支援1・□支2・□要介護1・□介2・□介3・□介4・□介5)  
 寝たきり度 (□J1・□J2・□A1・□A2・□B1・□B2・□C1・□C2)  
 認知症 (□自立・□I・□IIa・□IIb・□IIIa・□IIIb・□IV・□M)  
 前回Alb値 \_\_\_\_\_mg/dl  
 肺炎球菌ワクチン (□済・□未)  
 免疫抑制状態 (□なし・□ステロイド使用中(PSI\_\_\_\_\_mg/day)・□免疫抑制剤使用中・□その他(\_\_\_\_\_) )

図7. 患者データ登録シート

所群の組織化やその支援体制が求められる。日本在宅医学会が中心となり、在宅医療の標準化や研究を推進するための委員会活動がようやく端緒についた段階である。本稿では、前述の1)と4)について、その例となる研究を以下に紹介する。

(1) 診療の実態把握の例：医療処置

在宅医療現場で行われている胃ろうチューブ、経鼻胃管、気管カニューレ、尿道カテーテルの管理に関する実態調査を東京大学高齢社会総合研究機構が行った<sup>12)</sup>。交換頻度や手技、安全確認の方法や重篤なトラブルの経験などについての実態を把握するための調査である。医療処置を要する在宅患者の医学管理はこれまでのところ標準化されていない。本調査により、平均的な

交換頻度や手技、安全確認の方法や重篤なトラブルの経験などについての実態が初めて明らかにされた。この結果を踏まえ、在宅にふさわしい医療処置の標準的な方法が明らかになっていくことが期待される。

(2) 多施設共同研究の例：医療・介護関連肺炎

近年、医療・介護関連肺炎(nursing and health care associated pneumonia：NHCAP)の概念が提唱されている。これを踏まえ、市中肺炎の重症度分類であるpneumonia severity index (PSI)<sup>13)</sup>が在宅患者に生じた肺炎の重症度予測に使用可能かどうかについて、単一施設における後向き研究を行ったところ、生命予後をよく反映するという結果が得られた<sup>14)</sup>。

図7は本研究の実施にあたり使用している患者データ登録シートの一部である。この後向き研究の成果を踏まえて、2014年1月より在宅医療を行っている全国10カ所の診療所の協力のもと、前向き多施設共同研究を開始した。

#### 4) 在宅医養成のための教育研修

在宅医療に従事する医師養成がもう1つの喫緊の課題である。在宅医を増やす方略としては、(1)診療所を開設している開業医師が外来診療に加えて在宅医療に取り組む、(2)在宅医療に特化する診療所の増加、(3)病院が在宅医療部門を整備する、の3つが考えられる。中でも、(1)診療所を開設している開業医師の在宅医療への参入が重要である。2009年に東京大学に設置された高齢社会総合研究機構が中心となって千葉県柏市において開業医師の在宅医療参入を促進するための研修プログラム開発(通称:柏プロジェクト)が精力的に行われた<sup>15)</sup>。この柏プロジェクトにおいて作られた研修会の構造や資料、開催マニュアルをもとに、現在全国の他地域で開業医師の在宅医療参入のための多職種連携研修会の開催が広がりつつある。

(2)については、東京や神奈川などの大都市圏においては直近10年程度の間在宅医療専門クリニックが増加している。(3)については、地方都市や人口の少ない過疎地域においては診療所数も限られていることから有力な対策となり得る。在宅療養支援病院という制度が2008年に制度化されて以降、在宅医療に取り組む病院の数は徐々に増加傾向にある。

#### おわりに

団塊の世代が75歳以上に達する2025年を視野に「地域包括ケア」の重要性が叫ばれ、国を挙げてそのためのシステム構築が進められつつある。地域包括ケアシステムとは、住宅施策やインフォーマルサービスを含む地域のつながり、

医療・看護、介護・リハビリテーション、保健・予防などの要素にまたがる広範な政策概念であるが、その中でも在宅医療が極めて重要な位置を占めることになる<sup>16)</sup>。

そもそも在宅医療は、通院が困難な患者に対して医師が移動して医療を提供する診療形態であり、効率性が優れているとは決していえない非効率な医療である。しかしながら、医学の高度化、集約化に伴い、今日の入院医療がそれ以上に高コスト構造となっていることから、入院医療と比較すれば介護に要する公的支出を合算しても医療経済上のメリットが存在すると言える。もちろん、家族が背負う無形の介護負担が費用として計上されることはなく、居住系施設入居費用も全額自己負担であるという側面も小さくない。仮に、要介護高齢者の数に合わせて居住系施設を整備した場合、2050年以降の人口減少社会においては、それらが無用の長物となってしまう側面も無視できない。

医学生物学的な側面だけでなく、患者の人生観や家族の意向、療養環境、社会背景なども勘案して医療ケアを提供するためには、在宅は圧倒的に情報を入手しやすく、患者中心の医療ケア提供に適した診療場所であることを再度強調しておきたい。そして、病院の医療従事者がこのような在宅医療のエッセンスを知ることによって、病院医療の質向上や退院支援に従事する際にその知見を役立てることをも期待したい。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示: 本論文発表内容に関連して特に申告なし

#### 文 献

- 1) OECD Health Project: Long term care for older people. OECD PUBLISHING, 2005.
- 2) Fisher R, et al: A Guide to end-of-life care for seniors. University of Toronto, Ontario, National Advisory Committee, 2001
- 3) 厚生労働省: 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書. 2010.

- 4) World Health Organization : International Classification of Functioning, Disability and Health(ICF). World Health Organization, Geneva, 2001.
- 5) Lynn J : Perspectives on care at the close of life. Serving patients who may die soon and their families : the role of hospice and other services. JAMA 285 : 925-932, 2001.
- 6) Volkert D, et al : ESPEN Guidelines on enteral nutrition : Geriatrics. Clin Nutr 25 : 330-360, 2006.
- 7) 日本老年医学会 : 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として. 2012.
- 8) 中井久夫, 山口直彦 : 看護のための精神医学. 医学書院, 2001.
- 9) 筒井孝子 : 地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略. 中央法規出版, 2014.
- 10) 木下寛也 : ホスピストライアングル, 在宅医療バイブル. 川越正平編. 日本医事新報社, 2014, 385-391.
- 11) 北田志郎 : 認知症のステージアプローチ, 在宅医療バイブル. 川越正平編. 日本医事新報社, 2014, 165-173.
- 12) 東京大学高齢社会総合研究機構 : 訪問診療・訪問看護における医療処置に関するアンケート調査 報告書. 2014.
- 13) Fine MJ, et al : A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med 336 : 243-250, 1997.
- 14) Ishibashi F, et al : Performance of severity scores for home-care based patients suffering from pneumonia. Geriatr Gerontol Int 2014 Mar 12doi : 10.1111/ggi.12274. [Epub ahead of print]
- 15) 東京大学高齢社会総合研究機構編 : 地域包括ケアのすすめ在宅医療推進のための多職種連携の試み. 東京大学出版会, 2014.
- 16) 地域包括ケア研究会 : 地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業 報告書. 2014. [http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai\\_140513\\_c8.pdf](http://www.murc.jp/uploads/2014/05/koukai_140513_c8.pdf)