

1. 在宅医療の今日的意義

「現代の在宅医療」は、現在行われている在宅医療の基本形態をなしており、それは、医師の定期的な訪問と24時間対応によって構成される。「現代の在宅医療」は病院で発祥しており、当初は病院医療の限界を補完するために生じてきた側面がある。一方、かかりつけ医による在宅医療は診療所をベースに行われてきた。

従来、在宅医療の主なプレーヤーは医師と看護師であったが、とりわけ、介護保険制度の創設以後、多職種との有機的な連携のもとに在宅医療が実施されるようになった。今後、地域包括ケアのなかで、在宅医は多職種との連携をより一層深めながら活動するようになるであろう。

現代の在宅医療

A. 自宅での医療水準の変遷と

「現代の在宅医療」

「現代の在宅医療」においては、在宅医は患者に期日を予告し、定期的に往診を行う。この診療形態は多くの医療機関で「定期往診」（現在の保険診療用語は「訪問診療」）と呼ばれてきた¹⁾。この「定期往診」と「24時間対応」が、「現代の在宅医療」における医師の行為の基本的構成要素である²⁾。この「現代の在宅医療」は、以前より行われていた、急病に対する「臨時往診」（現在の保険診療用語は「往診」）による医療とは異なるものである。

診断・治療技術が単純な時代においては、検査機器も限られ、「自宅での医療水準」は「外来診療の水準」と大きな遜色はなかった。そして、患者が急性の疾病などを得ると、医師を自宅に呼ぶ「往診」が広く行われていた。しかし、1970年代以降、画像診断などの技術の進歩により、迅速な検査を駆使して診断し、治療を行う「救急外来」が高水準の医療を提供するようになった。反面、検査手段の限定された自宅での医療は診断力において劣るようになり、急性疾患に対する「臨時往診」を行う医師は急速に減少していった。

B. 病院医療の光と影

1970年代から1980年代にかけ、救急医療を含めて診断・治療技術が発達し、病院医療は隆盛したが、同時にその影の部分も指摘されるようになった。行き過ぎた治療偏重主義や、病院医療が十分に有効でない患者に対する処遇の問題ともいえる。これらの問題は、「スパゲティ症候群」「植物状態」「転院問題」などの言葉に象徴される。蘇生の是非も問われ、「do-not-resuscitate order」の問題もこの頃本邦で議論され始めた。痛みに耐えながら死んでいくがん患者をみかねて「ホスピス運動」が紹介され始めたのも同時期である。わが国最初のホスピスが1981年に聖隷三方原病院に開設され、岡村昭彦がホスピスを紹介したのも1980年前後である³⁾。

病院での治療が有効でなくなっただけなお重い障害を持つ患者、治療不能ながん患者が、自宅で過ごすことを希望しながら、病院に滞在することを余儀なくされていた。このような人たちが退院させ、自宅での継続的な医療を提供しようとする意識の高い臨床家が各地に現れた。東京都東村山市の東京白十字病院の佐藤智、京都府の堀川病院の早川一光、新潟県大和町ゆきぐに大和病院の黒岩卓夫、長野県茅野市の諏訪中央病院の今井澄、東京都足立区の柳原病院の増子忠道、などである^{4, 5)}。一方、並行して、か

かりつけ医による在宅医療は診療所をベースに行われてきた。そして、患者を定期的に訪問して医療管理を行う「定期往診」は1986年に「訪問診療」として保険診療に位置付けられ、その技術的な意義が報酬として結実した。

現在、在宅医療は主に診療所で行われている。かかりつけ医が主治医としての責任から在宅医療を手がけることが多いことや、現行診療報酬も診療所のほうが有利だからである。しかし、上記のように、歴史的には「現代の在宅医療」は病院で発祥した側面が大きい。その理由は、病院医療が十分に有効でない患者に対して自宅という快適な環境での療養生活を保障することと、「複数医師を必要とする」という医療技術的要請であったと考えられる。

C. 社会背景

1970～1980年代に「現代の在宅医療」が発祥し、各地で先人が実践を蓄積したが、今、在宅医療が再び注目されている。それは、既述の「さまざまな障害によって通院困難となった人々への継続診療」である。

その背景の一つに、人口構成の顕著な高齢化

がある。また、さまざまな意識調査などで、最期の療養場所として自宅を希望する人が多いことが知られており、この現象は、高齢者ばかりでなく、予後不良の疾患を持つ人にもみられる。これらの要素が現代の在宅医療のニーズを形成している。また、このような患者に提供される「現代の在宅医療」は、旧来の「臨時往診を中心とした医療」とは異なり、すでに病院で病状が一定程度究明されていることが多く、在宅で継続診療するに当たり医療水準維持が比較的容易という特性もある。

D. 24時間対応

在宅医療対象者は外来通院者より虚弱で、24時間にわたる病態変化があり得る。さらに、自宅での最期を望む患者も少なくない。したがって、「現代の在宅医療」には、24時間対応が要請される。これは単に身体的な緊急事態への対応のみではない。患者や家族の不安に対して24時間にわたる対応を行い、不安を除去して自宅療養継続を支援することをも意味する。

24時間対応は、在宅医にとって苦しい業務である。筆者らは全国13,012か所の在宅療養

表. 在宅医療の歴史的分類

在宅医療	年代	特徴	社会背景
古典的 在宅医療	～1965年前後	急性疾患（感染症、脳卒中）に対し、医師が往診（宅診⇔往診）	外的疾患（感染症、母子） 脳卒中などの急性疾患 平均寿命 60代
現代的 在宅医療	黎明期 1970～1992年	障害を持つ患者、終末期の患者への24時間、計画的支援、家族介護前提（近代的在宅医療の萌芽）	成人病（がん、心臓病、脳卒中） ⇒治す医療、病院医療 平均寿命 70～75 / 75～85
	創生期 1992～2012年	介護保険下の在宅医療（高齢世帯を支える） 供給量の増加（介護保険、在宅医療、ゴールドプラン）、サービスの普及 学問体系、教育システムの確立	成人病+老年病 平均寿命 79 / 87
	発展期 2012年～	地域包括ケア時代の在宅医療（独居などを対象） 多職種協働（水平統合）となるべく在宅時々入院（垂直統合） 在宅医療のシステム化（市区町村、医師会） 研修推進・質の改善	老年症候群 平均寿命 80 / 90 超高齢者（85歳↑）の増加 独居高齢者の増加、家族基盤脆弱、地域づくり

（平原佐斗司による在宅医療の歴史的分類）

支援診療所管理者に調査を行い「医師が在宅医療を業として継続するに当たってのハードル」について回答した者のうち、「24時間対応の困難さ」を挙げた者は75.3%に上り、ハードルの1位であることを確認した⁶⁾。ただし、実際に行う医師では、必ずしも24時間対応の心理的負担感が大きくなく、在宅医療に参入していない医師が過剰な負担感予想を持つ傾向がある。実際には、「夜間や休日の状態変化は、たいてい日中にサインがあること」、「日中に予測に基づいて手を打つことで夜間の呼び出しの多くは避けられること」を経験することで、不安や負担感が軽減していくことは少なくない。

医師1人の開業医による24時間対応の困難さに関しては、各地で取り組みがされている。第一が、24時間対応型の訪問看護ステーションと連携する方法である。第二に、複数の診療所の医師が協働して24時間対応を行うもので、この方法は「機能を強化した在宅療養支援診療所」制度として結実した。その他、公的な団体などの取り組みとしては、広島県尾道市医師会の活動、長崎県長崎市の長崎ドクターネット、千葉県匝瑳市医師会の試みなどがある⁷⁾。

多職種連携

前項で、医師の行う在宅医療の歴史的背景と、その変遷について述べた。もう一つの重要な「現代の在宅医療」の特性は、広範な多職種との連携である。

1970～1980年代に「現代の在宅医療」が発祥したが、しばらくは在宅医療の主なプレーヤーは医師と看護師であった。同時期に、意識の高い歯科医師、薬剤師、栄養士などが訪問活動を行っており、それらは、医療保険にも位置付けられてきていた。

以上のような基盤の上に、2000年から介護保険制度が施行された。その施行は在宅医療の現場に大きな影響を与えた。医師、看護師以外

の医療職の訪問活動、医療職以外の居宅サービス事業所の活動が飛躍的に増えたのである。これによって、在宅医療は医師と看護師を主体とするサービスのみならず、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士などの訪問活動を含めた多彩な活動となった。また、在宅医はケアマネジャーや介護職との連携を行うとともに、サービス担当者会議などの会議にも出席し、多彩な在宅医療・在宅ケアの社会資源を活用しながら活動するようになった。

さらに、地域包括ケアの概念が提出され、2017年からは在宅医療・介護連携推進事業が全市町村で行われようとしている。在宅医療は、地域包括ケアの重要な要素として位置付けられるとともに、在宅医はより一層の多職種との連携を基盤に活動するようになるであろう。

最近の動向

1990年以後、在宅医療に関係する学会や研究会が相次いで成立し、在宅医療に関するエビデンスが集積される素地がつくられた。1990年頃には、在宅医療での医療処置は単純なものが多かったが、薬剤師の在宅医療への参入もあいまって、経管栄養法、中心静脈栄養法、持続的な麻薬の投与などを行う患者が増え、在宅医療で行われる医療内容も高度化した。

(和田 忠志)

《引用文献》

- 1) 川上武：内科往診学。医学書院，1967。
- 2) 和田忠志：在宅医療とは何か。明日の在宅医療 第二巻 在宅医療の諸相と方法。中央法規出版，2008。
- 3) 岡村昭彦：定本ホスピスへの遠い道。春秋社，1999。
- 4) 佐藤智：在宅老人に学ぶ—新しい医療の姿を求めて。ミネルヴァ書房，1983。
- 5) 増子忠道：地域医療の現場から—寝たきり老人・医療思想・医療費。勁草書房，1985。
- 6) 被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に関する研究平成24年度～26年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業），2015。
- 7) 片山壽 編著：地域で支える患者本位の在宅緩和ケア。篠原出版新社，2009。

参考. 在宅医療の推進に関する各種制度の変遷



(厚生労働省)