

2. 対象疾患と臨床課題

保険診療としての在宅医療の対象者は、自力通院不能の患者である。そして、加齢に伴う疾患による身体障害や認知障害による患者、比較的若年および小児の障害者に大きく分けられる。在宅医療は、総合医・家庭医の重要な医療手段の一つであり、地域医療の根幹的な要素でもある。

在宅医療対象者

A. 自力通院不能について

在宅医療は通院困難な者を対象とする。それは、「疾病や外傷あるいは加齢によるADL (activities of daily living) 低下」、または、「認知症その他の精神疾患などによる障害」によって自力通院できない者である。患者は重い障害あるいは疾病 (life-threatening illness) を有しており、それゆえ、外来患者に比較して、予後は比較的短期間である。したがって、在宅医は、患者の死と常に向き合いながら仕事をする。その意味で、在宅医療は広い意味での end of life care を提供するものである。

通院困難である理由はさまざま、介護者側の事情も加わってくる。保険診療では「寝たきり老人訪問診療」の対象となる患者を、「寝たきり、ないしそれに準ずる状態」と規定しているが、「寝たきりに準ずる」内容は詳しい規定はなく、事実上、医療機関の裁量にゆだねられている。

極論すれば、人工呼吸器装着患者であっても民間アンビュランスカーを利用すれば外来に搬送することは可能である。逆に、多少の歩行ができる程度の患者であっても、階段などの物理的障壁がある場合や、最寄りの医療機関まで距離があり、かつ、付き添える介護者がいない場合には在宅医療の対象となり得る。しかし、あくまでも、近隣医療機関に自力通院可能な患者に保険診療で在宅医療を行うことは認められていないので、その点は留意を要する。

B. 基礎疾患

在宅医療を実施している多くの医療機関において、横断面で見ると、診療している患者の90%以上は非がん疾患患者である。しかし、積極的に在宅医療を行っている医療機関において、在宅医療導入時でみると、がん末期患者が導入患者の2～5割程度を占める医療機関が多い。

がんを基礎疾患とする在宅患者は生存期間が短く、在宅医療導入後の生存期間の最多値は1か月前後となる医療機関が多い。一方で、非がん患者は、がん患者に比較して、在宅医療開始後長期間にわたり生存することが多い。例えば、太田は、在宅医療を受けて死亡した患者200名について、その基礎疾患を、がんおよび非がんに分けて、その在宅療養期間を検討した。その結果、在宅医療を開始してから死亡までの平均期間は、がん患者で107.1日、非がん患者で782.4日であった¹⁾。このような理由から、横断面で見ると、診療している患者の多くが非がん患者という結果となる。

総合診療・家庭医療と在宅医療の接点

A. 総合医・家庭医・在宅医

イギリスでは、住民はその地域で活動する医師 (general practitioner; GP) と「かかりつけ」契約を行い、さまざまな医療相談はまずGPに行く。専門医への受診や入院などもGPを通して行う。このような医師は、患者の「主治医」としての基本的訓練を積んで幅広い臨床

能力を身につけた医師であり、総合医（general practitioner）と呼ばれる。また、アメリカ合衆国やカナダには家庭医療（family medicine）の専門医制度があり、わが国でも、日本プライマリ・ケア連合学会により、家庭医療専門医、プライマリ・ケア認定医の制度が運用されている。また、在宅医療の専門医制度は日本在宅医学会により運用されている。

筆者は、総合医、家庭医のような「技術概念」の他に、患者に主治医として選ばれ、信頼を蓄積しつつ患者およびその家族の問題解決に当たる医師としての「主治医」という「関係概念」の重要性を指摘したい。ただし、在宅医を含め地域で活動する医師には、①総合医あるいは家庭医としての知識・技能・態度、②主治医として患者や家族との関係性のみならず、③地域のさまざまな医療ニーズを発見し自らを地域ニーズに合わせて変容させていく能力があることが望ましい。さらに、④自らの活動を通して、地域を変えていくような能力を持つことができれば、より高度な地域貢献ができるであろう。

B. プライマリ・ケアと在宅医療

総合診療、家庭医療の根幹をなすプライマリ・ケアには5つの理念が示されている（表）²⁾。

これらの理念は在宅医療を行う医師にとって大きな指針となる。この観点からいえば、在宅

医療は、総合医・家庭医の手法の根幹の一つといえよう。したがって、総合医・家庭医は、在宅医療を行わずしてその仕事は完結しないであろう。また、総合医・家庭医としての知識・技能・態度は在宅医療を行うに当たっても必須といえる。

C. 「看取り可能な在宅医療」と「主治医」

「看取り可能な在宅医療」という言葉に違和感を覚える医師は多いであろう。つまり、看取りが「目的」として先にあるのではなく、主治医が、その信頼蓄積の究極に、患者から「最後の脈を取ってほしい」と託されることが本質であろうからである。このように患者や家族に託されることは、医師としては最高の榮譽であり、医師にとっても生きがいのある行為ではないかと思う¹⁾。

（和田 忠志）

《引用文献》

- 1) 太田秀樹, 和田忠志: 在宅医療をサポートする医師研修カリキュラム. 日本医師会, 2008.
- 2) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会: プライマリ・ケアの5つの理念
<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>

表. プライマリ・ケアの5つの理念

I. Accessibility (近接性)	1. 地理的 2.経済的 3.時間的 4.精神的
II. Comprehensiveness (包括性)	1. 予防から治療、リハビリテーションまで 2. 全人的医療 3. Common diseaseを中心とした全科的医療 4. 小児から老人まで
III. Coordination (協調性)	1. 専門医との密接な関係 2. チーム・メンバーとの協調 3. Patient request approach (住民との協調) 4. 社会的医療資源の活用
IV. Continuity (継続性)	1. 「ゆりかごから墓場まで」 2. 病気の時も健康な時も 3. 病気の時は外来-病棟-外来へと継続的に
V. Accountability (責任性)	1. 医療内容の監査システム 2. 生涯教育 3. 患者への十分な説明

《引用文献》2) より