

## 在宅医療の推進に向けた意見

日本慢性期医療協会

会 長 武久 洋三

地域連携委員会

委員長 池端 幸彦

日本の医療は劇的な変革の時期を迎え、急性期医療の平均在院日数は、約 30 日であったものが 2 週間余りにまで短縮されました。しかし、特に高齢者にとっては、急性期医療のみで在宅に復帰できる患者は限られています。急性期医療を引き継ぐ慢性期医療でより質の高い医療を提供し、そのチーム力で患者の QOL を回復させ、在宅復帰を可能にするという、「循環型の地域連携システム」の構築が求められています。(図 1 参照)

これら時代のニーズに応えるため日本慢性期医療協会は、下記の通り今後の慢性期病院の 5 大機能の中で重要な柱の一つとして「在宅支援機能」を掲げ、また更にその中心的役割の担うべき在宅療養支援病院の指針を掲示し、在宅医療支援病院を地域密着型医療の一つの核として発展させていきたいと考えております。

### 【慢性期医療の 5 大機能】

1. 回復期機能
2. 重度慢性期機能
3. 在宅支援機能
4. 癌患者支援機能
5. 認知症治療機能

### 【在宅療養支援病院の 5 つの指針】

1. 初期治療機能を有し、地域の専門科医療との連携が取れている
2. 在宅療養支援診療所と連携し、慢性期開放型病床を確保する(2床程度)
3. 診療の質が担保されている(慢性期医療の C I 等)
4. 十分なりハビリテーション機能を有する
5. 市町村が実施する事業に協力する

今後、世界に類を見ない超高齢社会にどう立ち向かっていくべきか、財源論や死生観も含めて、医療全体のあり方も見直していかなければなりません。2025 年には、日本人の年間死亡者は現在の約 1.5 倍の 160 万人になると予測されています。それはとりもなおさ

ず、一人の死亡者が死亡するまでに数回、疾病に罹患するとすれば、患者数が2～3倍になることは必定であり、病院病床、介護保険施設、居住系施設等のさらなる整備を急がなければならないということに他なりません。言うまでもなく、在宅療養者の急増も見込まれますので、在宅医療の推進・充実は大きな課題です。質の高い慢性期医療を提供する立場として、国民が住み慣れた地域で安心して暮らし続けるために、地域をとりまく多様なサービスとの連携を図り、個々の状態と生活ニーズに対応できる仕組みを構築することの一翼を担っていく所存です。

そして当然ながら在宅医療を推進するにあたり最も基本となるところは、患者を中心に考えた制度にするということです。在宅療養となる場合であっても、一人一人の患者が適切かつ必要十分な医療を受け、その人生を全うできるような環境を整えることが必須であり、粗診・粗療となるような方向性は絶対に防がなければなりません。在宅医療の推進が、単に医療費の削減、ましてや医療者の利益に結びつくものではないということを肝に銘じ、制度の構築が図られることを切に望みます。

在宅医療の推進に向けて、会員から寄せられた意見も参考に、在宅医療の現状と課題、更に今後の方策等について、特に慢性期医療を担う立場から下記の通り意見提出させていただきます。

## 《在宅医療を推進するにあたっての問題点》

### 1) 在宅医療に対する国民の意識が不足

在宅医療に対する理解が進みつつあるとは言え、いざ現実的に自分や自分の家族が在宅療養を受けることになった場合、やはり「とりあえず安心だから」、「何かあった心配だから」という理由で、入院医療の継続を望むことも多い。

在宅療養のメリット・デメリットやサービス導入の仕方だけでなく、これからの終末期はどこでどのような形で迎えたいかについて、その財源論も含めてもっとも国民的議論を重ねることが肝要ではないか。そしてその結果として在宅医療の理解が深まることで、結果的に在宅療養がすすんでいくものと思われる。

### 2) 急性期医療側の在宅医療に対する理解不足

急性期病院の医師やコ・メディカルスタッフの在宅医療に対する認識不足のため、在宅療養移行のタイミングが遅かったり、入院医療をそのまま在宅医療へ持ち込もうとするあまり、在宅療養が非常に困難になってしまうケースが未だに散見される。

特に癌ターミナル等では、そういったケースが多いと思われる。

### 3) 中重度者の在宅ケアプランにおける医療系サービスの不足

中重度者の在宅療養における医療と介護の連携の必要性については、以前から指摘されているところである。最近、福祉系ケアマネージャーが圧倒的に多くなってきたことも一因とされるが、特にケアプランの中に医療系サービスが十分生かされていないことが問題視されることが未だに多い。特に急性期から在宅へ移行した場合の訪問看護等のように、その必要性（ニーズ）を利用者に十分伝えていないことで、かえって病状を悪化させ、再入院を余儀なくさせられたりするケースも多い。

### 4) 在宅看取り数だけで在宅医療を評価することの見直し

在宅推進の評価の一つとして、最近よく使われる「在宅看取り数」があるが、本来の在宅療養とは、単に息を引き取る瞬間が在宅であるかどうかということよりも、それまでの過程をいかに在宅で尊厳を持って「生き生きと」過ごして頂けたかが重要ではないかと考える。その意味では、在宅医療とは単に在宅専門医が行う医療だけではなく、地域で日中往診をする開業医や、慢性期医療の急性増悪等による入院を担当する後方支援の病院・有床診療所等が、それぞれの機能を補完し合いながら地域で在宅医療を展開するべきものであろう。例えば癌末期で6ヶ月の在宅療養を送った方が、症状増悪で最後の1週間入院加療となり、結果としてそのまま病院で看取る事になったとしても、それは在宅医療を全うしたことになるのではないかと考える。その意味で、「在宅看取り率」だけが在宅医療の成果ではないことも、特に行政側の方々にも十分認識して頂きたいと考える。

たとえば在宅療養の患者が終末期となり、より高度な医療を必要とする状態になった場合は、在宅医との連携のもとに、入院医療も在宅医療の継続として必要十分な医療が適切に提供されるべきである。在宅医療を推進する余り、本人・ご家族の思いを曲げてまで在宅での看取りに固執すれば、かえって患者に不幸を与える可能性も否定できない。在宅で看取ることだけが、在宅医療の目的ではないことは肝に銘じるべきではないだろうか考える。

現に少し古いデータではあるが、平成16年7月調査の厚労省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(図2参照)によれば、「あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みが無く死期が迫っている場合、療養生活は最後までどこで送りたいですか？」の問に対して、「自宅」を希望される方は6割にのぼるが、「最後まで自宅」と答えた方は、1割という結果が出ているのであるから。

## 5) 在宅医療の現状は、医療の中でも特に地域差が大きい

単に在宅系サービスの量・質だけでなく、住民側の在宅に対する意識すらも、非常に地域性があるのが現状である。生活環境からみれば、都市部と農村部では住居等の環境に大きな違いがある。たとえ本人が本音としては在宅を希望していても、家族は介護の手間の問題などから在宅での受け入れを希望しない場合も多い。

このようなバックグラウンドや地域差を十分に考慮しながら、それぞれの地域にとっての最もふさわしいサービス展開が出来るような柔軟な仕組みが求められる。

## 《在宅医療を推進するための方策》

### 1) 在宅療養支援病院の機能充実

- ・ 在宅療養支援病院の数を増やす

在宅医療を支えるためには、療養病床を中心とする慢性期病床が地域連携の一つの核となる必要がある。そのためには、在宅療養支援病院の許可病床数を200床未満に限らず、意欲ある病院が在宅医療に積極的に参画できるようにする必要がある。(図3参照)

- ・ 在宅療養支援病院について、在宅医の後方支援機能という位置づけを明確にする。
- ・ 在宅療養支援病院は、在宅療養患者をお世話している家族のレスパイト、在宅医の休養、肺炎・褥瘡・脱水・低栄養などの治療、終末期等における入院や医療的ショートステイ機能を担い、病院と診療所の役割分担を明確にすることによって、医療者間の競合をなくしスムーズな連携が図られることになる。(図4参照)
- ・ 一方、在宅医が少ない地域では、在宅療養支援病院が直接、在宅医療に携わり、なおかつ在宅医療の後方病床の機能を持つことが期待される。

### 2) 療養病床の在宅医療支援機能を有効に活用する

在宅療養中の患者が急変した場合、これまでは往々にして救急搬送され、本来の救急医療の機能に大きな支障をきたした経緯がある。日本慢性期医療協会では、3次救急と療養病床のモデル事業を実施し、救急搬送された患者が慢性期医療の該当である場合には速やかな受け入れを行い、成果を得ている。

現在の療養病床は、より高度な慢性期医療を提供する体制を整えているため、在宅療養支援病院に限らず、療養病床をもつ病院全体を地域医療の核として機能させることが重要である。

### 3) 社会インフラの整備

#### ・ 訪問看護ステーションを充実

地域を病棟と見立てた場合の院内ナーステーション機能と同様なサービスとして、地域ごとに訪問看護ステーションを充実させ、在宅療養支援診療所ならびに在宅療養支援病院と更に連携しやすい仕組みを構築する。

#### ・ 居宅系の施設や地域コミュニティの充実

家族のサポートが難しい患者が在宅で暮らし続けるためには、居宅系の施設や地域コミュニティの充実など、自宅に近い社会インフラの整備もまた非常に重要かつ必要な施策である。

### 4) 在宅移行時にケアプランへの医療系サービスの導入を原則義務化

入院医療から、在宅医療に移行する場合、治療環境のレベルが急激に下がる。そのため、せっかく状態が改善したものが、また悪化することにもつながりかねない。その防止策として、急性期医療から初めて在宅療養へ移行する場合、最初の1～2ヶ月に限って訪問診療・訪問看護、訪問リハビリ等の医療系サービスをその必要度に応じて一定程度導入することを原則とすることで、入院医療で24時間365日看護師等のオンコール体制に置かれている利用者が、在宅療養へスムーズにソフトランディング出来る体制が構築される。

また、それによって、医療的な問題点の早期発見にも繋がり、早期の再入院等も減らすことにより、結果的には医療費の適正化にも一役買うと思われる。

### 5) 医療機器等の移動コスト・デリバリーコストへの対策が必要

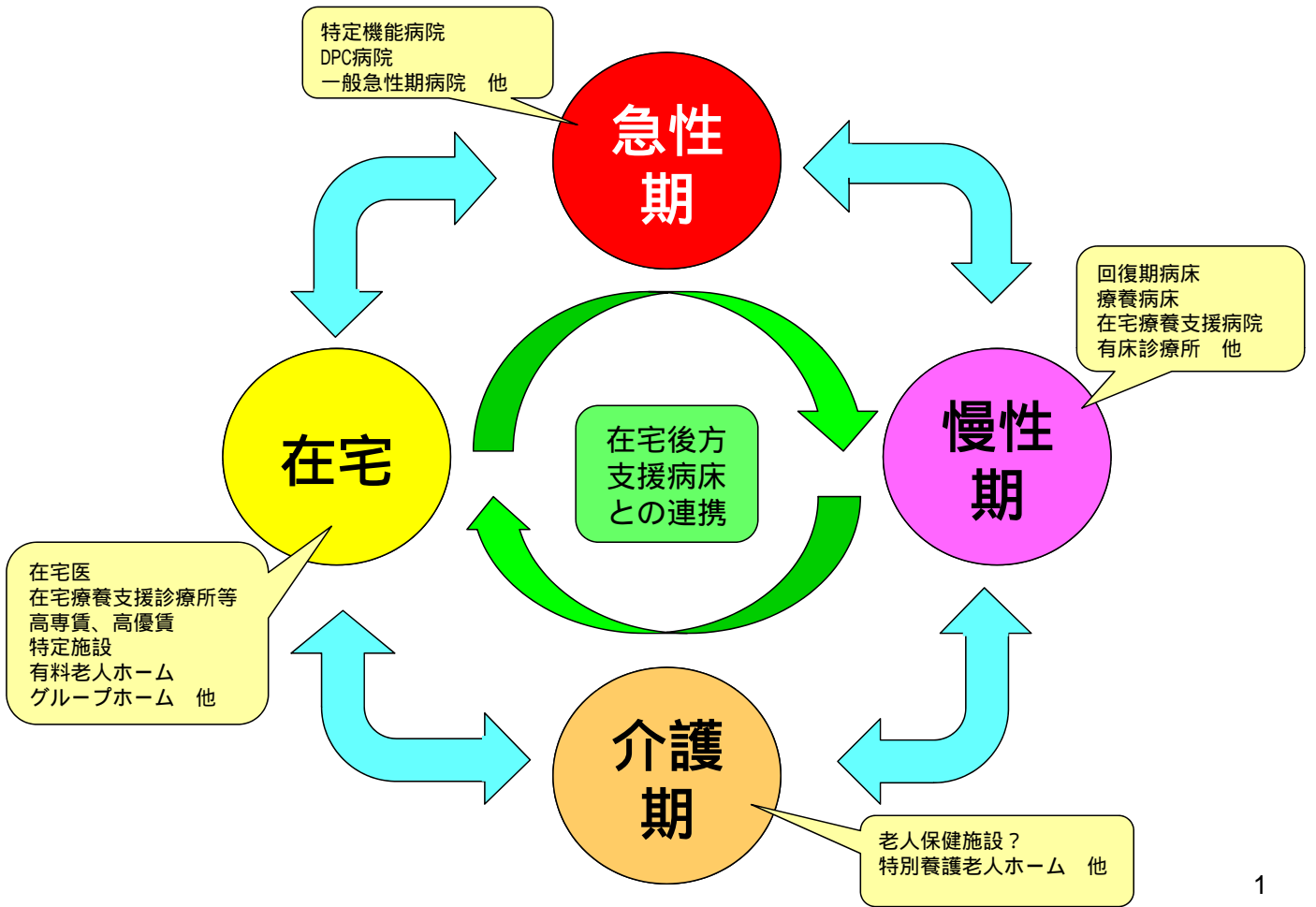
在宅医療の推進により、今後、ますます重症患者が在宅医療に移行することが予想される。すなわち、在宅医療を推進しようとするれば、種類の医療機器を在宅に運び込むことになる。

今現在は、こういった医療機器の在宅への運び込みに関する費用、保証は、医療提供側のボランティアであり、評価されていない。今後、在宅での高額医療機器の使用頻度の増加などにともない、そのコスト対策が必要である。

### 6) 区市町村単位での地域完結型医療を構築

在宅医療は「地域医療」である。人口5万人程度を1地域とし、急性期から回復期、在宅医療に至るまで地域で完結できる医療提供体制を整えるには、在宅療養支援病院を含む療養病床を中心とした慢性期病院を核として機能させるのが現実的である。そのためにも、区市町村単位で地域医療に取り組めるような行政のあり方を検討することが必要である。

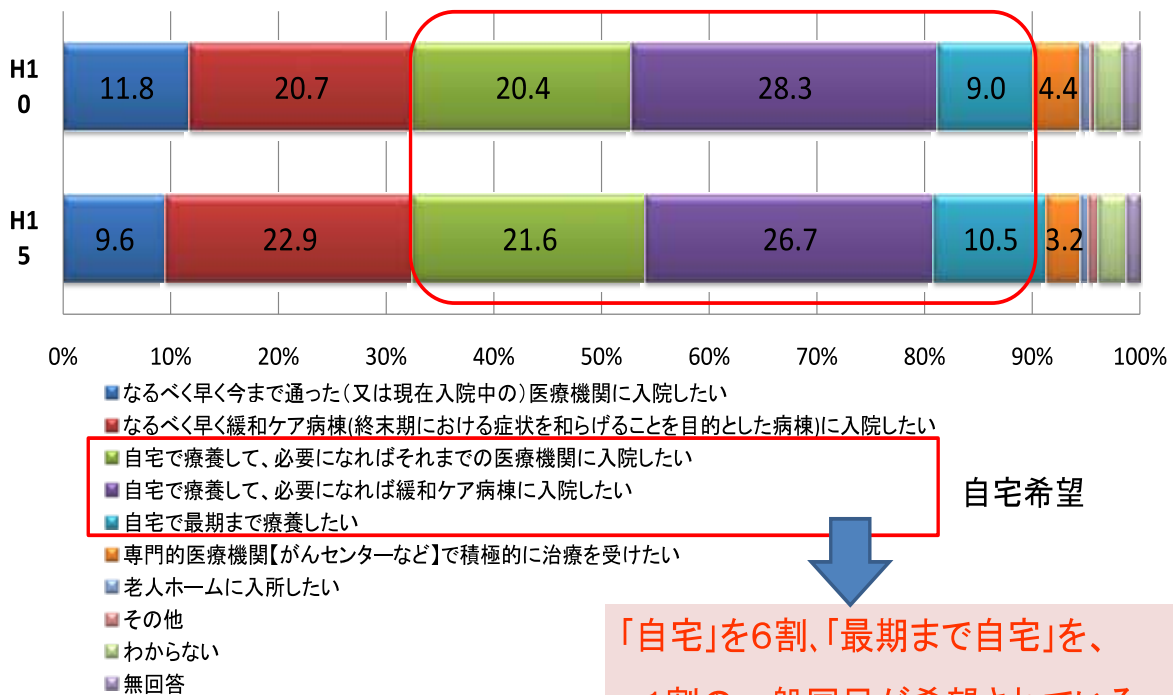
# これからの循環型地域連携システム



## 終末期における療養場所についての希望

厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会報告書」(平成16年7月)より

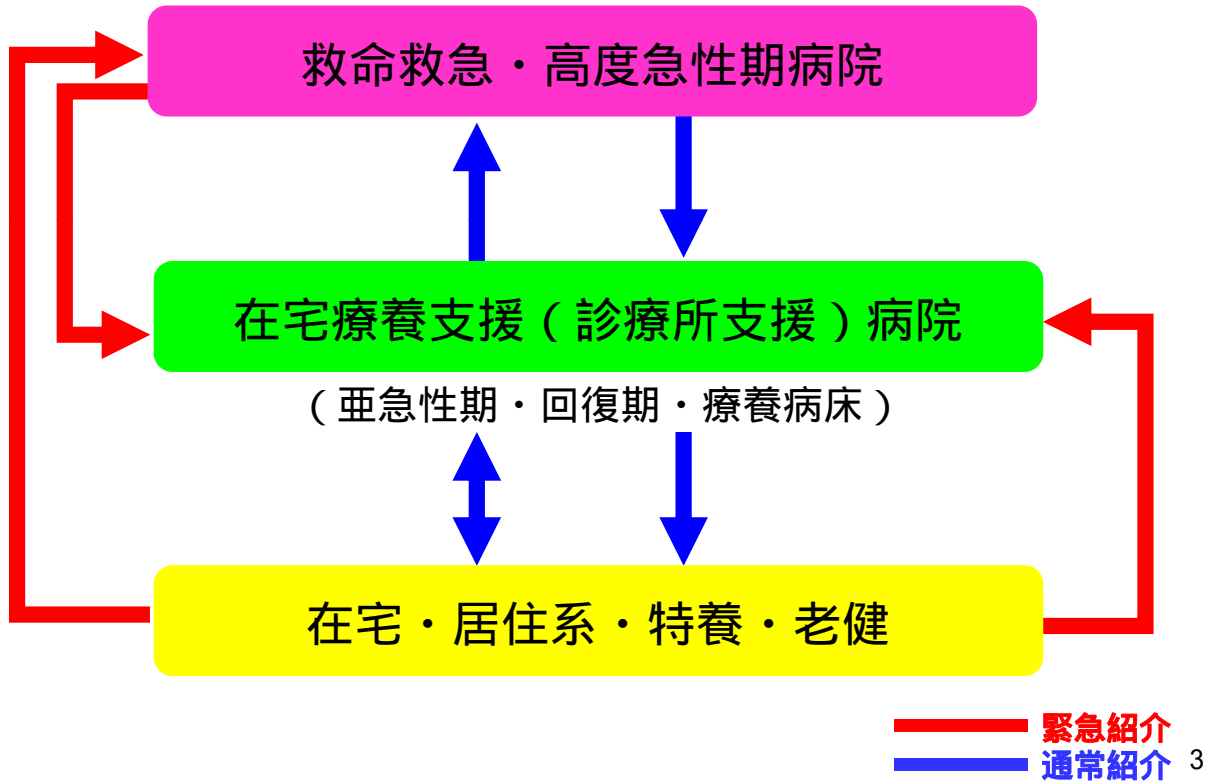
問 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



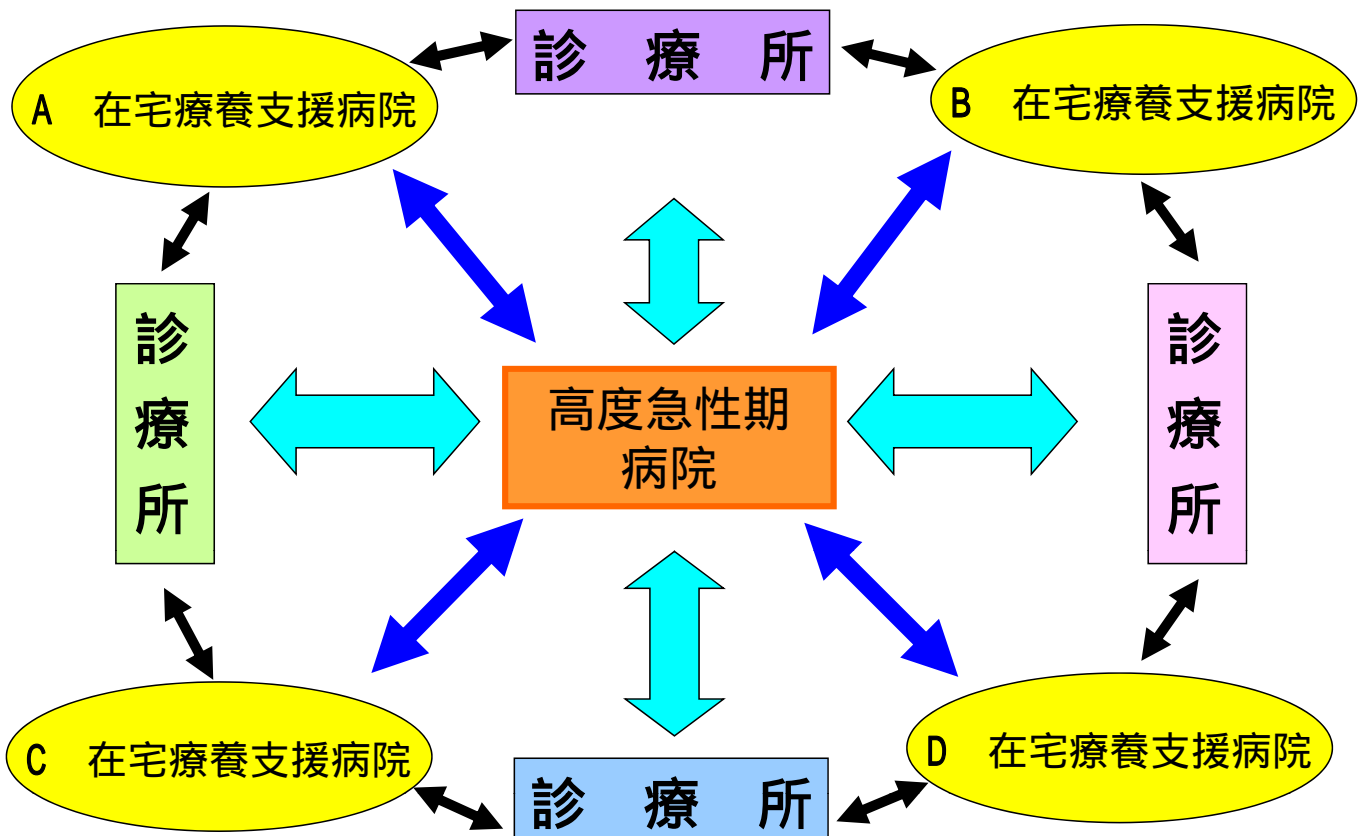
「自宅」を6割、「最期まで自宅」を、1割の一般国民が希望されている。<sup>15</sup>

# 在宅療養支援病院構想

武久案一部改変



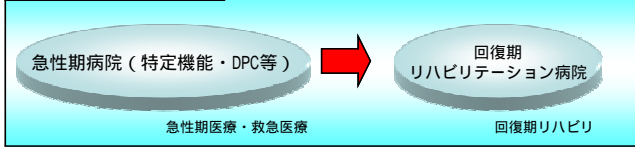
## これからの医療連携



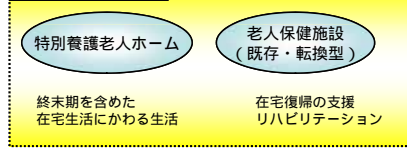
# 地域支援型慢性期医療拠点のイメージ

～地域で支える医療介護ケアの連携構築～

## 急性期・回復期医療



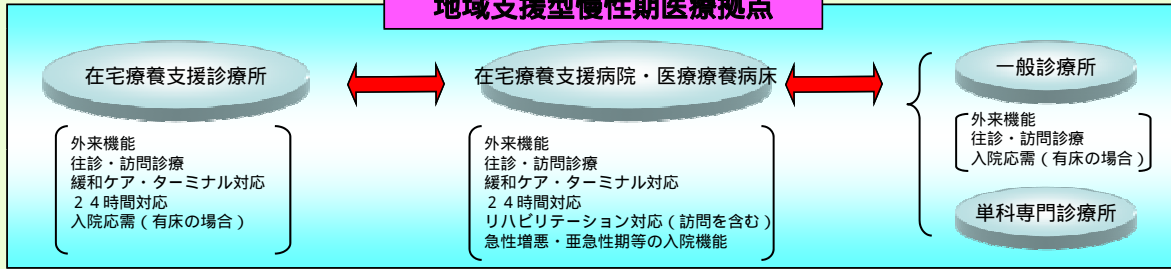
## 介護保険施設



医療連携  
介護連携

## 地域ケア単位

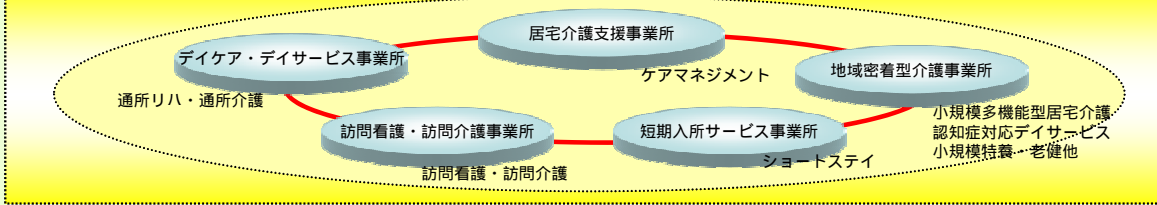
## 地域支援型慢性期医療拠点



## 在宅

（自宅、ケアハウス、有料老人ホーム等居住系サービス）

## 介護サービス拠点



連携

連携