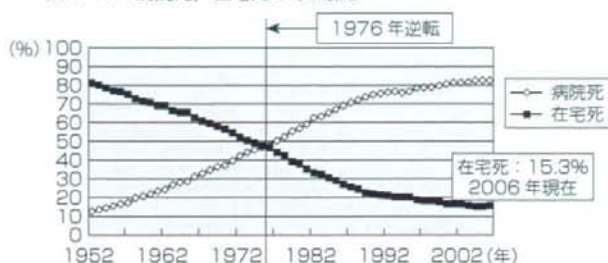


図 2-6 病院死、在宅死の年次推移



※ 病院死=病院、診療所、助産所  
在宅死=自宅、介護老人保健施設、老人ホーム  
(平成 18 年度人口動態調査、10 上巻 死亡 第 5.5 表\_死亡の場  
別にみた年次別死亡数より)

いない可能性がある。患者・家族の意思により在宅移行の希望があれば、病院、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅のなかから柔軟に最適な療養場所を選択することが肝要である。そして、在宅療養を選択した場合は、多職種で患者を支えるようにすべきである。

以上のような特質を備えた在宅医療の変遷を述べる。わが国では、人口動態統計上、1952 年以降、在宅死（自宅、介護老人保健施設、老人ホームでの死亡）が減少傾向となり、1976 年に病院死の割合が在宅死を超えるようになった。病院死の増加傾向は高度経済成長と時を同じくし、1976 年に在宅死を抜いたのはロッキード事件の折である。2006 年では、在宅死は全死亡の 15.3% にしかすぎない（図 2-6）。

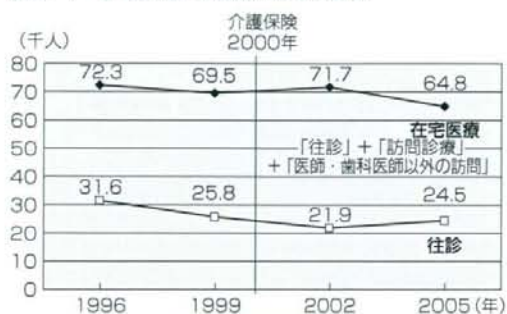
1992 年の医療法第 2 次改正で、法律上初めて明瞭に「在宅」が医療提供の場として認定された。診療報酬上では寝たきり老人訪問診療料（1986 年）、寝たきり老人在宅総合診療料（1992 年）、在宅時医学管理料、在宅末期総合診療料、24 時間連携体制加算（いずれも 1994 年）など、在宅医療の普及のためにさまざまな制度が打ち出されてきた。さらに、介護保険の導入（2000 年）も行われた。しかし、厚生労働省の「患者調査」で「在宅医療」（診療所・病院から往診、訪問診療または医師・歯科医師以外の訪問を受けること）についてみると、往診と同様、減少傾向をたどっている（図 2-7）。

2006 年の診療報酬改定では、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設し、在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた。2008 年の診療報酬改定でも、その流れを引き継ぐ内容になっている。在宅療養支援診療所（病院）とは、居宅で療養する患者からの連絡を 24 時間体制で受けることができ、いつでも往診・訪問看護を提供できる診療所や病院のことである。患者の療養場所として重要である在宅医療を支えるためには、在宅療養支援診療所（病院）は重要な位置を占めると思われる。次項では、在宅療養支援診療所（病院）の届出の意義、2008 年診療報酬改定での位置づけなどを解説する。

## 2 在宅療養支援診療所（病院）の届出の意義

2005 年 11 月、社会保険審議会は、今後の基本的な医療政策の方向性として 3 点を提示し

図2-7 在宅医療と往診総数の年次推移



過去10年間において、往診も、在宅医療も減少傾向

(「厚生労働省：「平成8、11、14、17年患者調査の概況」より)

た。そのうちの1つに、「生活習慣病の予防に積極的に取り組むとともに、仮に入院加療が必要となった場合にあっては、早期に在宅に復帰し、生活の質を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けることができる体制を構築していくこと」と示されている。この方針が示すように、在宅医療は今後の医療政策において重要な位置を占める分野であり、2006年の診療報酬改定では特にその推進を図ることとされた。具体的には、在宅医療の中核となる施設として「在宅療養支援診療所」を創設し、在宅療養支援診療所の役割を中心に据えた点数設定が行われた。

在宅療養支援診療所は、高齢者ができる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら最期を送れるよう、また身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できるような診療報酬上の制度として設けられた。在宅医療における中心的な役割を担い、これを患者に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションなどとの連携を図りつつ、24時間往診および訪問看護などを提供できる体制を構築することとなっている。

在宅療養支援診療所では、そうでない医療機関と比較して、診療報酬上の有利な評価が行われるようになっている。医師同士の連携、看護師との連携、病院との連携を制度化し、点数化した在宅療養支援診療所は、2006年診療報酬改定の大きな変革点であった。2008年の診療報酬改定では、在宅時医学総合管理料に加え、特定施設入居時等医学総合管理料が新設されて、在宅療養支援診療所の重要性が増している。さらに在宅療養支援病院も新設され、今後、これらが在宅医療の中核を担うものと期待される。

以上より、在宅医療を担うためには、在宅療養支援診療所(病院)の届出が望まれる。

届出の利点などは、以下のように要約できる。

- ・届出することで、在宅時医学総合管理料1や、特定施設入居時等医学総合管理料1を算定できる。
- ・届出するためには、24時間の往診、訪問看護、緊急入院などの体制をとることが必要で

ある。この手続きをする際に、近隣の医師、訪問看護ステーション、病院とやりとりをすることになるので、それだけでも顔の見える関係構築ができる端緒となる。

- ・届け出ても、必ずしも在宅時（または、特定施設入居時等）医学総合管理料を算定する必要はない。月2回訪問しないと算定できないし、24時間訪問看護や緊急時入院の保証がとれていない場合も算定できない。患者の状況などによっては、往診料のみの算定も選択可能である。
- ・診療所医師のなかには、「24時間拘束されるので、届け出をしない」という意見もある。しかし、訪問看護ステーションとの連携を構築すれば、医師と看護師で役割分担でき、安心して在宅医療の提供ができる。さらに、医師同士の連携があれば、24時間拘束されることはない。在宅医療を受け持つ患者がいるのなら、むしろ届け出るほうが気楽であり、安心も得られる。
- ・そのほか、「制度がまだ変わる可能性があり、様子を見ている」という意見で届け出していない診療所もある。制度上は、2008年改定ではほぼ定着したものと思われる。また、多職種連携により、質の高い在宅医療を提供することで、ある程度の費用負担に対する理解は得られるものと考えられる。

2008年の改定で、従来の「居宅」から、「在宅」の定義を居住系施設と居住系施設以外に分類し明確化したことは、今後の在宅医療の点数改定の布石になるものと考えている。独居や、介護力のない高齢者世帯などでの「居宅」（自宅）での在宅医療の展開には必ずと限界があり、今回定義された、広義の「在宅」での在宅医療の展開は、今後の重要課題だからである。

医療用麻薬の30日処方が可能になり、携帯型ディスプレイ注入ポンプセットを保険薬局で交付できるようになったこと、在宅に用いることのできる「厚生労働大臣が定める注射薬」が拡大されたことなど、諸処に在宅緩和ケアの推進の意図が感じられる。医療用麻薬について、介護老人保健施設と療養病床で、医療用麻薬が薬剤費の包括範囲対象外となったことは重要である。さらに、緩和ケア病棟について、地域の在宅医療を担う医療機関と連携すること、24時間連絡のとれる体制を整備することが要件に追加された点も緩和ケア推進の観点から重要である。

また、在宅療養支援病院が新設された。すなわち、その病院を中心として半径4km以内に診療所がない場合、その病院が在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たす場合、在宅療養支援病院として届け出ることができることとなった。

これらの在宅医療、緩和ケアに関する2008年診療報酬改定が、退院時の指導に関する加算と相まって、在宅医療推進のインセンティブになるものと期待したい。

#### 参考文献

- 1) 佐原康之：在宅療養支援診療所の役割と診療報酬改定のねらい、緩和ケア 16 (6)：529-535, 2006

〔白髭 豊・(イラスト) 詫摩和彦〕





## 在宅訪問診療の実際



### 1 在宅療養開始に至るまで

在宅療養支援診療所の施設基準に関わる届出については、第7章「J. 在宅療養支援診療所の届出」を参照いただきたい。

まず、がん患者が入院したら、早期より退院支援・調整に関するアプローチが始まる。これは、地域連携室が中心となって行われるが、在宅の視点をもっていたり、有効な退院支援とするためには、早期から在宅スタッフの働きかけが望まれる。必要に応じ、緩和ケアカンファレンスなどで症例が取り上げられることもある。

退院が決まったら、診療所を含む在宅スタッフが、退院時カンファレンスに参加する。必要な介護、医療サービスの調整・導入をケアマネジャーに行ってもらい、在宅療養開始となる(図2-8)。

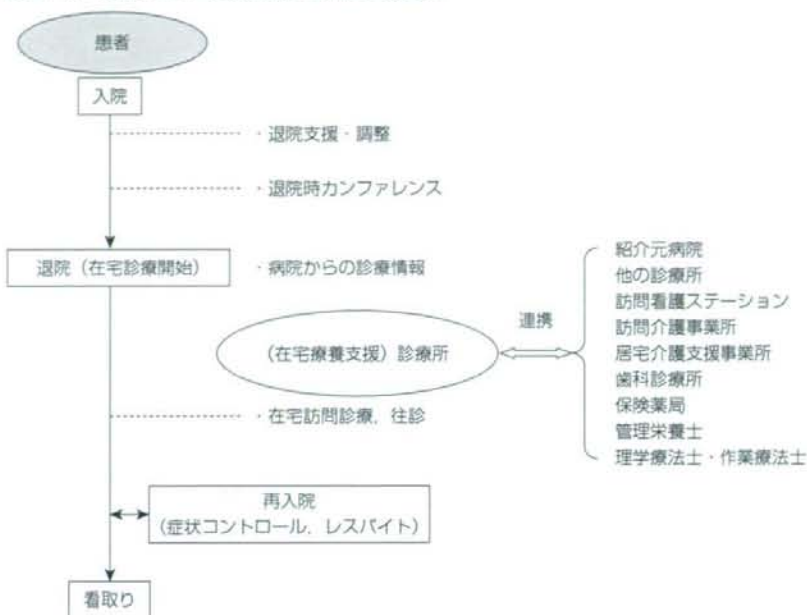
### 2 在宅療養開始後

実際に在宅時医学総合管理料を算定するためには、まず24時間の連絡体制を示した書面を患者宅に持参し、緊急体制をとることを説明する。1カ月に1回の訪問になった場合は点数が減ること、点滴など医療手技が加わった場合、その分が出来高加算されることなどの具体的な説明も必要である。病状に合わせて、訪問診療の頻度を定める(安定している病状であれば1~2週に1回、重症期であれば数日に1回など、状況に応じて対応する)。また、急な状況変化があれば、いつでも電話などで連絡が可能なことを示す。自院に訪問看護師がいない場合、訪問看護ステーションに依頼し、定期的訪問看護を依頼する(訪問看護指示書が必要)。

24時間対応の実現には診療所同士の連携も不可欠で、万が一の補佐的なバックアップをお願いすべきである。病院からの診療情報提供書などは、訪問看護ステーション、ケアマネジャーなどと在宅療養開始直後に共有する。また、訪問看護ステーション以外にも、自院看護師の臨機応変な対応も必要である。すなわち、急変時など、定時訪問を抱える訪問看護師が急な対応が困難な際には、自院看護師を患者宅へ派遣し、医療処置が滞りなくいくような、日頃からの修練が望ましい。訪問看護師と診療所看護師の二重体制で磐石な体制を築きたい。

在宅で最期まで看取るためには、介護力の問題、経済的問題など多岐にわたる要素が絡み、簡単に実現できないことも多い。介護疲れが目立つときは、レスパイト入院、ショートステイなどで対応する。最も大切なのは、患者・家族に在宅に戻りたい希望があれば、それを実現することである。結果的に在宅死にいたらず、再入院になることもある。それは、諸々の事情の結果であるので、医療側が在宅死にこだわることなく、再入院、病院死になるのはなんら問題

図 2-8 患者のフローと診療所と多職種との連携



ない、というしなやかな対応が望まれる。

(白髭 豊)

## C

# 在宅緩和ケアを支える診療所の分類

在宅緩和ケア・在宅医療の需要は多いが、在宅医療を提供する医療機関は、必要な数を満たしていない。在宅医療の需要と供給のアンバランスが生じている。在宅医療を提供する医療機関を増加する必要がある。しかし、在宅医療提供機関は一様ではなく、多様性があり、表 2-1 の 5 つに分類できる。

## 1 [A型] 従来型

従来型診療所は、外来診療を中心とし、必要に応じて在宅医療を行っている診療所である。外来を主とし、午後や長めの昼休みなどを利用して在宅医療を行っている。従来型 (A型) はさらに、常勤医が 1 名の A<sub>1</sub> 型 (常勤医 1 名) いわゆる 1 馬力診療所 (命名は片山壽尾道市医師会長) と、親子・夫婦など複数名で診療を行っている A<sub>2</sub> 型 (常勤医複数名) に分けられ

表2-1 在宅療養支援診療所の分類

- |                            |
|----------------------------|
| A. 従来型                     |
| B. 在宅医療専門診療所型              |
| C. All in One型 (One Stop型) |
| D. 病院併設型                   |
| E. 特定施設併設型                 |

る。A<sub>2</sub>型は、在宅医療に赴ける医師にゆとりが生じる。診療所により差があるが、おおむね在宅患者数は常時5~15名であり、年間看取り数は6+α名である。

この類型（タイプ）では、在宅医療は外来医療の延長と捉えられている。外来に通院していた患者が通院することができなくなり、往診から定期的な訪問の在宅医療に移行することが多い。都市部では継承開業の診療所（親子2代〈3代〉）でやっている診療所も多い。地方では、国保診療所などの公的な診療所も、このタイプが多い。

外来診療と在宅医療の時間配分にも、さまざまなパターンがある。曜日を決めて在宅医療を行う（全日・半日）場合と、昼休みを長くとり、この昼休みの間に往診を行うタイプで、おもに西日本・近畿地方などの夜間診療（午後の診察を午後6時、7時から行う）の間の時間帯に訪問診療を行うものである。また、親子など複数の医師がおり、外来担当と在宅医療担当に分かれていたり、1人が外来診療を行っている時間に他方が在宅医療を行う例に分かれる。

この類型の診療所の場合、1人の医師が受け持てる在宅医療の患者数には限りがある。全国的な統計はないが、松山市医師会の統計などでは、従来型の診療所では5~15名程度、最大でも30名程度が、医師1名の場合の在宅患者受け持ち数である。全診療時間のどの程度を在宅医療に割けるかで異なるが、平均的な診療所では5~30名/医師が標準的である。

このタイプの診療所で、在宅利用診療所の365日24時間体制を維持するためには、ネットワークづくりが必要となる。尾道市や長崎市など、地区医師会がネットワークづくりに努めているところもある。最低でも3つの診療所が、ネットワークを構築することが望ましい。

## 2 (B型) 在宅医療専門診療所型

B型の在宅医療専門診療所は、最近増えているタイプである。しかし、(予想外に)爆発的には増加していない。

仙台往診クリニックをはじめ、十数年前よりみられるもので、外来をほとんど行わず、在宅医療を主とする診療所の類型である。常勤医数で、B<sub>1</sub>型（常勤医1名）、B<sub>2</sub>型（常勤医複数名）に分けられる。

基本的には外来診療を行わず、在宅医療（訪問診療）を行うため、人口30万人（または20万人）以上の大きさの市にみられる（それより小さい市では、通常みられない。岩手県釜石市は、例外的に在宅医療専門診療所があるが、市立病院の廃院に伴い在宅医療部が独立したものである）。おおむね、常勤医1名あたり在宅患者数70+α名の在宅医療を行い、年間看取り数



は、6～12（～24）名ほどである（月に平均1～2名）。

訪問看護師は、自診療所グループの訪問看護師と、他施設の訪問看護ステーションの併用が多い。後方病院の確保が必要となる。

在宅療養支援診療所構想のモデルになったとの考えもあり、積極的に在宅療養支援診療所の申請を行っている。ただし、常勤医師が1名では、365日24時間体制の維持は困難であり、非常勤医の活用が必要となる。

大都市圏で一般的な在宅医療専門診療所は3名以上の常勤医で、365日24時間体制を維持している。

このタイプには、有床診療所はなく、すべて無床診療所である。開業の経緯に、2種類ある。1つは効率性・経済性の追求である。開業にあたり設備投資が少なく、新規開業時にありがちな外来患者の増加をじっと待つのではなく、在宅医療患者は病院を中心に営業がかけやすいとの利点をもつ。もちろん、経済的なメリットのみで在宅医療を行うほど簡単ではなく、在宅医療が必要であるという理念をもっている。継承開業ではなく、新規開業の際の設備投資の負担が少ないという利点を生かしている。

B型の第2のタイプは、必要に迫られての開業である。この場合は、がん専門医と神経内科医が多い。がん患者、神経難病の患者を退院させ自宅に帰す場合は、非常に困難を覚えることが多い。現在では在宅医療医も増えているが、数年前までは受け皿が少なく、特にがん患者、神経難病の患者は、一般の開業医が引き受けることは少なかった。このため、使命感からやむなく、あるいは周囲から頼み込まれて、在宅医療専門の診療所を開業している例がある。

最近では、有料老人ホームを手がけているところ（会社・福祉法人）が、医療法人を設置して、あるいは個人開業の形式で、有料老人ホーム、ケア付き住宅での在宅医療をメインとする在宅医療専門診療所をつくる場合もある（E型）。この場合には、必ずしも在宅医療の豊富な経験に基づかずに関業する場合もみられる。

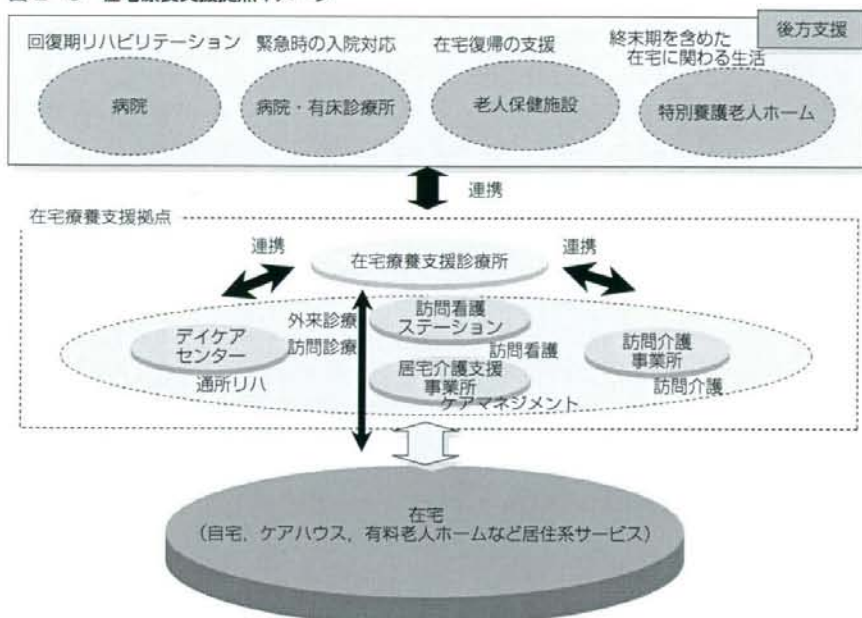
### 3 [C型] All in One型 (One Stop型)

C型は、必要に応じて通所サービス、ショートステイ機能などを自グループ内で充実させていったタイプで、自グループ内に訪問看護ステーション、通所施設、短期入所施設を持ち、また有床診療所、グループホームやケア付き住宅などの特定施設など後方ベッドまで持っているものである。外来機能、在宅医療、訪問看護、訪問介護、通所サービス、短期入所、入所施設（特定施設を含む）など、必要な機能を同一組織内に有している。

常勤医の人数で、C<sub>1</sub>型（常勤医1名）、C<sub>2</sub>型（常勤医複数名）に分類する。C<sub>2</sub>型は、複数の診療所・施設からなることも多い。また、有床診療所をC<sub>11</sub>型とする。

職員数が充実しており、必要な機能は基本的にグループ内で充足している。地域の訪問看護ステーションなどと連携をとりながら、365日24時間体制に対応できている。後方ベッドの確保が必要であるが、有床診療所であれば、それも確保されている。地域の在宅療養支援拠点（図2-9）として、地域医療の中核として期待できる。

図2-9 在宅療養支援拠点イメージ



必要に応じて、通院・通所（デイサービス・デイケア）、訪問サービスを順次増やしていき、大きくなったものである。入院あるいは入所施設をもっているところが多い。有床診療所あるいは老人保健施設または特別養護老人ホーム、あるいはさまざまなタイプのケア付き住宅を展開している。1診療所で、全従業員が100名を超える規模のところもある。

C型の患者数は、自らの組織内の訪問看護ステーションが訪問できる患者数に規定されるが、200～300名の場合が多い。

#### 4 (D型) 病院併設型

従来の病院在宅医療部が、在宅療養支援診療所に対応するため、診療所を独立させたものである。自グループ内に、訪問看護ステーション、通所施設、短期入所施設などをもつ。後方ベッドは確保されている。過疎地を除く病院からの在宅医療は診療報酬が算定できず、在宅療養支援診療所のみが認められたため、病院の対応策として今後増加すると考えられる。

病院医師が在宅医療・訪問診療を行う理由には2種類ある。1つは、病院が在宅医療部などをおき、組織的に行っている場合である。この場合には、病院が訪問看護ステーションをもち、時には複数、訪問看護中心の組織的なものである。もう1つのタイプは、がんや神経難病の入院患者を退院させた後、必要に迫られ往診している場合である。これは病院の組織的な医療というよりは、医師としての使命感からやむにやまれずに行う医師個人の自発的な在宅医療であることが多い。



D型（病院併設型）の患者数は前者の病院の在宅医療部を独立させ、主として高齢者を診ている場合は100名程度の大規模である。後者のがんや神経難病の患者を退院させた後、使命感から自ら往診する場合は、手術や病棟・外来などの病院業務の合間をみて行うことが多いので、5名程度と少数であることが多い。

## 5 (E型) 特定施設併設型

新規参入型であり、有料老人ホームを運営する企業が出資してつくる診療所であり、医師は病院勤務医などから雇用される。実力は未知数である。今後、「自宅でない在宅医療」の提供の担い手として、積極的に参入してくると見込まれる。

(田城孝雄)

### 第3章

## 在宅緩和ケアの実際 在宅療養支援診療所のモデルケース

診療所の類型は、①日常の外来診療をしながら訪問診療も行う「混合型診療所」、②在宅医療専門型診療所に大別される。ここでは、在宅緩和ケアを行っている診療所の参考事例を紹介する。



### A 先発 完投型の在宅ホスピスケア —さくらいクリニック（兵庫県尼崎市）



#### 1 空間的、時間的すきまと医療難民

先発、中継ぎ、ストッパーと分業が進み、1試合を3~4人で投げるのが当たり前になった野球と同じように、医療の現場でも専門化が進んでいる。内科、外科、整形外科、そして呼吸器、循環器、消化器、さらに上部消化管、下部消化管、肝胆、膵といった臓器別となっている。また、空間的専門化だけでなく、時間的な専門化、すなわち予防、治療、そして終末期のケアをそれぞれ診療所、専門病院、ホスピス病棟、あるいは在宅専門クリニックが担当するようになってきている。

こういった空間的、時間的に多元化する医療システムのなかでそれぞれの連携がうまくいかないために、その“すきま”に落ち込んでしまう人たちが“難民化”しているともいえるだろう（救急難民、がん難民、そして死亡難民）。ベッド数削減、在院日数削減といった厳しい医療経済政策のなかで、途方にくれて行き場をなくしてしまう。そんな医療難民を救う手立てはないのだろうか？

#### 2 先発 完投型家庭医を目指して

ヘビースモーカーのAさん、60歳、会社の検診の胸部X線で異常を指摘されて、近くのBクリニックを受診した。肺がんの疑いでCがんセンターに紹介され、確定診断の後、手術、抗がん剤、放射線治療を受けて退院、社会復帰したが、3年後再発、転移。「これ以上の積極的治療は困難」と病院医師に宣告され、途方にくれる。

そんなAさんに寄り添って伴走するのが、街の家庭医だ。臓器別、時期別の専門医ではな

い「あなたと、あなたの家族の専門医」である。慣れない海外旅行に付き添う添乗員のように旅行者の希望を優先し、効率的そして安全にエスコートする、医療の現場にそんな存在としての家庭医がいるといい。

Aさんに日常のかぜ診療やインフルエンザの予防接種、禁煙支援から関わり、その延長線上で、がんと向き合うAさんをサポートする。専門病院への紹介、がん治療の専門医と患者・家族の間に通訳として介在して双方の理解を助け、治療をスムーズに運ぶための触媒となる。そして、もうこれ以上、積極的治療は困難という終末期には、患者・家族の感情の良き理解者として、隣人としてサポートできる。そんな家庭医が、外来診療の延長としての在宅ケアを担当できれば素敵だ。

患者ががん末期という自己のアイデンティティの崩壊の危機に立たされた状況で初めて医療者に出会うというのではなく、日常の関係のなかでのケアの継続が可能だ。そしてAさんが願うなら、終末期をホスピス病棟ではなく、住み慣れた家で過ごす在宅ホスピスケアという選択肢があり、それを自然にサポートできるということだ。Aさんの体調次第でクリニックへの外来通院が困難となってきたら、家庭医が往診すればいい。そして、訪問看護師、ケアマネジャーという在宅ケアの仲間たちに応援を頼めばいい。

在宅ホスピスケアに慣れない間はがん性疼痛、症状緩和にちょっと腰がひけてしまうかもしれない。しかし、ある程度予測される症状への対応は、いくつかのマニュアルがあればたぶんだいじょうぶだ。麻薬は保健所に届け出るだけで、院外処方ですぐ入手可能だし、あちこちの勉強会、あるいはメーリングリストなどで緩和ケア専門医のアドバイスをすることもできる。

そんな在宅ホスピスケアがスタートして気がついてみれば、基本的には連携の中心となるという在宅療養支援診療所の要件を自然に満たしているに違いない。文書化して契約となると物々しいが、実際に行っていることは、まさに在宅療養支援そのものといえるだろう。

### 3 ときどき在宅療養支援診療所

届出さえしておけば、在宅療養支援診療所としてのコストの算定は可能だ。そこで、またあなたは、「3割負担とすれば、患者負担が高くなってしまわないか？」と考えてしまう。そういった善良な医師が多く、在宅時医学総合管理料、ターミナルケア加算の算定はまだまだに少ないという。もちろん、届け出ても算定するか否かは要件を満たすかどうかで、医師サイドの判断となる。在宅療養支援診療所として届け出ても、すべてに在宅時医学総合管理料、ターミナルケア加算を算定する必要はない。

でも、考えてみよう。ターミナルケア加算10万円でも3割負担で3万円、社会経済的に周辺のコスト、たとえば冠婚葬祭、葬儀や、戒名代と比較して、決して高価とはいえないだろう。葬送関連費用は平均で1人200万円強という。それに比べて、医師が連携に基づいて1人の人間の最期を支える在宅ホスピスでの医療費は、決して高くないだろう。



#### 4 ソーシャル・キャピタルとしての看取りの再構築

そんな「外来-在宅ミックス型」の診療所の看取りが増えるといい。もちろん、専門的に在宅ケアを展開し、ハイテク在宅や重症、困難例を引き受けてくれる地域の拠点としての在宅専門クリニックの存在は必要だ。そういった在宅専門クリニックと連携しながら、かかりつけの患者を中心に年間5~10名を看取る、そんな街の診療所が全国で2万カ所あれば、さらに10~20万人を家で看取ることができる。そして、そんな「先発-完投型」での在宅ホスピスケアに慣れてきたら、たまにはストッパーとして9回からの登板、病院などからの紹介で、地域に帰ってくる患者のケアを担当してみてもいい。

在宅療養支援診療所での看取りが約2万例強、その一方でおそらくその数倍の人がそうでない医療機関で看取られ、在宅死している現状を考えると、在宅療養支援診療所という制度、契約がなくても従来通りのケアで十分看取りはできているということだ。制度やコストだけで、死に逝く場所さえも誘導しようというのは、所詮無理がある。あなたが願うなら、最期は住み慣れた家で過ごすという選択肢があり、それをサポートするさまざまなシステムが地域にある。「ソーシャル・キャピタル」としての看取りの文化を再構築する、そんな役割の一部を街の診療所が果たせるといい。

〔桜井 隆〕

## B Dr. ネットの活用と緊急時の対応 体制の確立—白髭内科医院(長崎県長崎市)

当院は、常勤医師1名で外来診療と在宅医療を行っている無床診療所で「従来型 [A<sub>1</sub>型]」に相当する。開業14年目で、週1回、午後半日だけを在宅訪問診療日に決めて、集中的に5~8件の患家を回る。そのほか、往診日でない日の昼休みに1日1~3件定期訪問診療を行い、臨時往診は随時行っている。

長崎の場合、「長崎在宅 Dr. ネット」があるので、副主治医にすべての在宅患者の診療情報は事前に渡し、万が一のバックアップをいただいている。具体的には、病院からの診療情報提供書などの基本情報を、副主治医へあらかじめ提供し、万が一の支援に備えてもらう(日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない)。主治医が学会や旅行で不在になる際には、直近の状況を電話・ファックス・電子メールなどで副主治医へ追加報告しておく。患者・家族にも、主治医が不在になること、その期間中は副主治医に頼んでいることを周知して、不在期間中に実際に必要があれば、副主治医に往診をしていただく。

当院の月間の在宅患者実数は25～30名、1カ月延べ往診・訪問診療回数は約40回、年間のがん患者の在宅看取りは3～5名程度である。このように、外来主体で、週1回訪問診療日を決める方法で、30名程度までの在宅患者をこなすことは無理なくできる（夜間往診の頻度は1カ月に一度以下である。多くの場合、電話で適切な対応をすることで、往診、診察に及ぶことは少ない）。

また、当院の診療所看護師は、通常の訪問診療に同行して患者の状態の把握を行っており、医師の指示に基づいて、注射・点滴などの医療処置を随時行う。外来診療中に症状変化や急変が生じた場合の対応でも、まず診療所看護師に急行してもらい、その後、医師が速やかに対応するように心がけている。

当院の診療所看護師は、医療処置中心で、かつ同じ医療機関の医師の指示による緊急対応を行うことが可能で、訪問看護ステーション看護師の訪問看護と併用することで、緊急時の磐石な体制を構築している。そして、診療所看護師と訪問看護ステーション看護師は、電話・ファックスなどで情報を共有し、相互の役割分担を明瞭にしている。

【白髭 豊】



## 「在宅ホスピス」から「コミュニティケア」へ—にのさかクリニック(福岡県福岡市)



### 1 在宅ホスピス 10年余の変化

10年以上、在宅診療を続けていると、いろいろなものがみえてくる。以前に夫を見送った妻が、末期のがんとなった。夫の在宅ホスピスの時には民間療法にこだわり、ステロイドの使用をかたくなに拒否した妻だった。10年経って今度は、妻自身が大腸がんとなった。息子が、本人が希望しているからと、筆者に依頼に来た。

地域への広がりもみえてきた。近所の方から聞いた、親戚から教えてもらった、また地域医療連携室から勧められたとあって、相談や依頼に来る件数が増えてきた。以前は相談だけで終わる方も多かったが、相談から在宅ホスピスへつながる例が多くなった。在宅ホスピスを依頼すると同時に、ホスピス病棟への予約をする例も結構みるようになった。最期の時の選択の幅が広がってきたともいえよう。

患者や家族の意思決定の仕方もずいぶん変わってきたように思う。積極的に情報を集め、自分自身または家族の最期の場所を、自分（たち）で決めようとする姿勢がみえてきた。

地域への広がりという点では、ケアを提供する側の広がりも挙げておく必要がある。熱心な一部の医師、看護師のボランティア的な活動から、介護保険や診療報酬での位置づけなど在宅ホスピスへの取り組みが制度的に保証されてきた。訪問看護ステーション、介護事業所、また

市民のボランティア活動などもその一環といえよう。

## 2 在宅ホスピス—基本の考え方

当院は、無床の診療所で、午前中は外来、午後は在宅を原則としている。しかし、在宅患者の増加に伴って、2007年から水曜日は外来を休診にして、1日在宅訪問を行っている。在宅患者総数約100名、そのうちターミナルの患者は10名前後である。2007年は在宅ホスピスの対象となる患者は年間約80名、そのうち年間約50名が在宅で亡くなった。医師は常勤は私1名だが、非常勤医が加わり常勤換算で約1.8名、在宅にも積極的に取り組んでくれている。看護師は、常勤2名と非常勤2名が在宅を担当、他に非常勤看護師6名で外来を担当する。必要なときは相互に協力し合う。

外来と在宅の両方を行う診療所は、現時点で最も多い、自然な形だと思われる。通院していた患者が、手術を受け、やがて在宅へという一貫した流れを支えることのできる意味で有用なスタイルだと思われる。

以下、当院の在宅ホスピスに関わる活動の特徴や考え方を述べてみたい。

1) 在宅ホスピスの依頼のあった患者は、原則引き受ける。患者・家族はそれまで病気と闘い、時には医療者とも闘いながら過ごし、ようやく在宅ホスピスの道がみえるところまでやってきた。残された時間がわずかだ。それを断ることはできない。即日、または翌日に相談に応じる、あるいは訪問を開始する。

2) 対象疾患は、がんに限定しない。すべての病気、すべての人に終末期は訪れる。心不全や呼吸不全患者の息苦しさ、腎不全の浮腫をコントロールすることは文字通り、緩和ケアであり、そこにはスピリチュアルな要素も含まれる。在宅ホスピスでは、対象となる病気を区別しない。

3) 最期まで寄り添う。可能であれば、在宅看取りまでサポートすることを目指している。そのためには、医師、看護師の24時間体制が必須で、これは当院だけでなく、地域の多数訪問看護ステーションとの連携で実現している（後述）。

4) 医療・介護関係だけでなく、広く市民活動との連携をもっている。ホスピス運動を進める市民グループ、自己決定を進め事前指定書の普及を図るグループ、中高生を対象に死への準備教育を進めるグループなどがあり、市民の意識を常に取り入れながら当院の活動にも生かし、同時に市民への啓発活動としても有効と考える。

## 3 地域のネットワークはどうやって生まれるか？

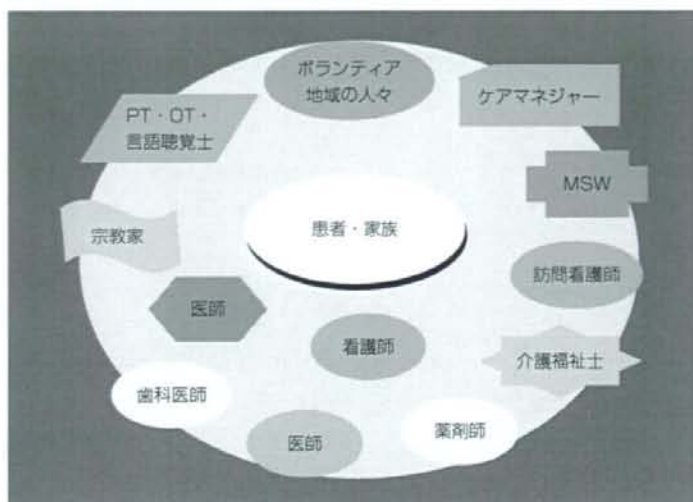
当院の在宅ホスピス活動は、地域のネットワークを抜きにしては語れない。

在宅での生活全体の支援のためには、医療関係者のみではなく、多職種の連携が必要である。在宅ホスピスを支えるチームは大きく、「医療支援チーム」と「生活支援チーム」に分けられる。

医療支援チームにはもちろん、在宅医（在宅療養支援診療所など）、訪問看護師（診療所お



図2-10 在宅ホスピス・多職種のネットワーク



よび訪問看護ステーション)、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、薬局・薬剤師などが含まれ、医療面でのサポートが行われる。生活支援チームには、ケアマネジャー、ヘルパー、医療ソーシャルワーカー (MSW) などが含まれ、患者と家族の生活面をサポートする (図2-10)。

在宅ケアに関わる医療者として、現在の病院医療が患者の病気の面のみに目を向け、患者の健康な部分、生活の部分へ目を向けてこなかったことを自己反省も込めて痛感している。在宅では、医療は患者と家族の生活や人生を支える大きな柱の1つであるが、すべてではなく、また医療が生活を支配するものでもない。医療のもとに生活があるのではなく、生活を支えるための医療であるべきだと思う。

このようなネットワークは、一朝一夕にでき上がるものではない。当院の場合も、在宅ケアの実践、在宅ホスピスの経験の積み重ねのなかで、実際に患者を取り巻く連携としての関係をつくり上げてきた。1人の患者をめぐるネットワークは、実際に顔の見える仲間づくりともいえる。症例を重ねることにお互いの理解が深まり、さらにより良い連携がつくられていく。そのような「顔の見える関係」づくりに、当院で行っている「在宅ホスピス事例検討会」は役に立っている。月に一度、福岡市西部の診療所、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、ホスピス病棟などの医師、看護師、ケアマネジャーなどが集まって、事例を検討し、ミニレクチャーで学び合っている。

ほかに、たとえば「福岡緩和ケア研究会」といったより広域なグループで、基本的なことを学び、それぞれに現場をもつ者たちが、切磋琢磨する場もっている。さらに全九州、全国的な各種の学びの機会をもっており、これらも全国の在宅仲間と熱い思いを語り合い、志を高める貴重な場となっている。

「FUKUOKA 在宅ホスピスガイドブック」は、福岡県レベルでの在宅ホスピスに関する情報を網羅したものである。これは福岡県各地で在宅ホスピスを進めてきた医師や看護師たちが、患者・家族、医療関係者への情報提供を目的として編集したものである。県内各地でそれぞれに取り組んできたメンバーが、自然な形で集まり、同じ問題意識を共有した1つの例といえる。

このような多方面の重層的なネットワークにより、当院の在宅ホスピス活動は支えられており、それが患者・家族の人生と生活を支え、コミュニティケアへの視点の広がりをもたらしてくれる。

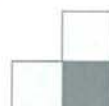
#### 参考文献

- 1) 福岡県在宅ホスピスをすすめる会(編): FUKUOKA 在宅ホスピスガイドブック, 木星舎, 2007
- 2) ニノ坂保喜(監修): 在宅ホスピスのススメ, 木星舎, 2004

(ニノ坂保喜)



## 地域で最期まで過ごせる“街角のホスピス” 実践のために—あおぞら診療所(千葉県松戸市)



### 1 診療所の概要

当診療所は医師3名のグループ診療の形態で、1999年、千葉県松戸市に開業した診療所であり、開設時より在宅医療を中心に取り組んでいる。2004年、同市内に分院を開設し、現在は2つの診療所は合わせて常勤医師5名、非常勤医師8名、研修医2名の体制で市内全域をカバーし、計470名あまりの在宅患者(そのうちがん患者は30名程度)の診療と年間80名強の在宅看取りをサポートしている。看護師は現在、常勤12名、非常勤7名、ソーシャルワーカーは2名の陣容である。

診療にあたっては、市内に在住し通院困難な在宅医療ニーズを有する患者からの依頼を拒むことなく受け入れている。そのため、対象はがんのみならず、神経難病、脳血管障害、整形外科疾患、認知症、精神疾患(統合失調症など)、内部障害(心不全、腎不全、肝硬変など)、若年障害者(交通外傷後、脳性麻痺、低酸素脳症など)、先天性疾患など多彩な患者を地域で支えている。

### 2 訪問看護が在宅ケアの根幹を支える

診療にあたっては、生活を見据えた医療・ケアを患者に一貫して提供すること、そして家族を丸ごと支えるという視点が不可欠だと考えている。複数医師による体制で診断や治療につい

て支えるのは当然だが、訪問看護師こそ在宅ケアの根幹を支えると認識している。そのような考え方のもと、訪問看護師を中心とした多職種からなるチームが地域で協働するスタイルを追求している。

具体的には、24時間の緊急訪問に取り組む訪問看護ステーションと密な連携を心がけている。当院と5名以上の患者について連携している市内5つの訪問看護ステーションとは月に一度、合同カンファレンスを開催し、連携しているすべての患者について1~2時間を費やして情報交換を行い、顔の見える関係づくりを目指している。連携上のさらなる工夫として、院内にそれぞれの訪問看護ステーションを担当する常勤看護師を配置して、情報共有の窓口を担ってもらっている。1週間に一度、定時連絡を行い、それぞれが訪問診療や訪問看護で得た情報を共有している。急性増悪や合併症併発時には、連日のように連絡を取り合うことによって、より信頼関係が深まっている。

### 3 外来と在宅の切れ目のない移行 “緩和外来”

進行がん患者の場合、当初から通院困難とは限らない。もともと自院の外来にかかりつけてあった患者の場合はもちろんのこと、いずれ在宅医療が必要になると予想される患者であっても、通院可能な患者には外来通院の形で対応している。ただし、経過中の早い時点で一度は訪問診療を行っておくことにしている。そうすることによって、療養環境の評価はもちろんのこと、生活の実際や家族の抱える困難を直感することが期待できる。

自宅から離れた東京都心の特定機能病院などで治療を受けていた患者も少なくないため、導入当初は病院主治医との外来併診の形で関わりを開始するとスムーズである。病状の進行や体力・ADL（日常生活活動）の低下に合わせて、病院と外来との役割分担の軽重を徐々に移行させ、さらに通院が困難になった時点で在宅への訪問診療に切り替える形をとっている。

### 4 地域のなかで最期まで過ごせる居場所 “街角ホスピス”

当院は在宅医療を中心に実践し、年間80名強の在宅死を支えている。しかし、当院のかかりつけ患者であっても、およそ30%は入院死亡の転帰をたどる。その入院理由について調査したところ、うち30%は「家族介護の限界」「独居」など病状以外の理由で在宅療養を断念していた<sup>1)</sup>。病状が不安定な状態で入居させてもらえる介護施設はまずないため、急性期病院への社会的入院を余儀なくされる。疼痛緩和の急性期治療はもちろんのこと、家族負担軽減のための短期入院を緩和ケア病棟に、デイホスピスとしての機能を療養通所介護に担ってもらうことは今後ますます重要となる。

前述の「家族介護が破綻した結果、入院を余儀なくされた患者が30%にものぼった」という調査結果は示唆に富んでいる。つまり、介護を支える居宅サービスやがんを患っていても入居することができる介護施設を充実させることによって、在宅緩和ケアを大きく推進することができる可能性がある。

実際に、当院では地域のグループホームや有料老人ホーム、いわゆるケア付き住宅、特別養



護老人ホームなどでの看取りも多くの経験を重ねている。地域のなかで最期まで過ごせる居場所の選択肢を増やす“街角ホスピス”と呼びうる実践が重要だと考え、地域のさまざまな居住系施設と積極的に連携している。

## 文 献

- 1) 川越正平, 児玉有子: 在宅医観点のがん患者診療の研究, 厚生労働科学研究補助金がん臨床研究事業「通院治療・自宅医療等, 地域に根差した医療システムの展開に関する研究」平成18年度総括・分担研究報告書, 2007

川越正平

# E 在宅への移行のための地域連携システムの構築—大阪北ホームケアクリニック (大阪府大阪市)

## 1 当院紹介

当院は1999年9月に大阪市淀川区に開設された、在宅医療を中心に取り組んでいる診療所である。大阪府北部(大阪市北部地区、豊中市、吹田市)を診療エリアとし、現在は医療依存度の高い在宅患者を中心に約250名(がん患者は約1割)の診療を行っている。2008年4月からは診療エリアである豊中市に神経難病患者の診療を中心とした有床診療所(拓海会神経内科クリニック)を開設し、2カ所の診療所で合わせて医師8名(非常勤3名)、看護師7名、理学療法士1名、保健師1名の体制で診療にあたっている。

当院では神経難病以外の患者とがん患者を中心に診療を行い、地域の訪問看護や介護事業所と連携をとり、年間約80名(うちがん患者は7割)の在宅での看取りに関わっている。

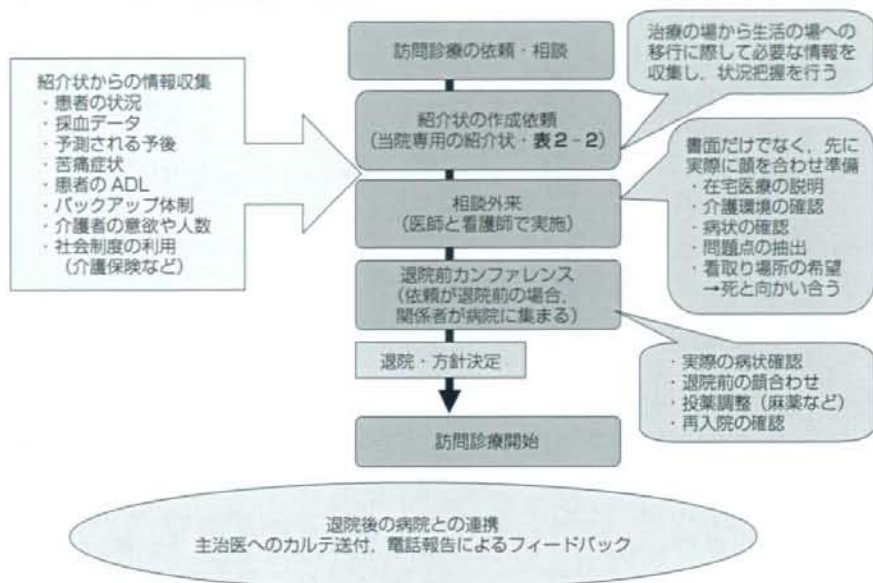
## 2 依頼時から診療開始時までの関わり

がん患者が病院という治療の場から、常時医療者がいない在宅という生活の場に移行する場合、必要とする情報は病状経過や投薬内容だけでなく、病状説明やその理解、介護力、緊急時の入院の可否、看取り場所の希望など多岐にわたる。当院では診療の依頼があった場合、図2-11のような流れで情報収集や個々の患者・家族の問題点の解決に関わっている。

### a) 診療情報提供書

当院に診療依頼があった場合には定型の診療情報提供書(表2-2)の記入を病院主治医に依頼している。この提供書は病状経過以外に、苦痛症状およびその対処、医療処置の内容、病状説明の概略、ADL、介護体制、緊急時の入院の可否、看取り場所の希望などを設け、記載内容から予後予測も可能となっていることが特徴である。

図2-11 依頼から診療開始までの流れ



## b) 外来での面談

当院では診療開始前に医師と看護師で家族（時に患者本人が来院）と面談を行っている。紹介状の記載内容だけでなく、家族からも情報を得たうえで、患者や家族の現状に対する病状理解の程度、介護環境、今後の療養についての希望などを確認している。この際に看取り場所についての確認を行い、家族が患者との死別について在宅で向き合っていけるようにこの時点から関わっている。

## c) 退院前カンファレンス

退院前カンファレンスの目的は、在宅移行における問題点の解決と患者・家族の不安軽減である。カンファレンスの際には病院医師・看護師から病状や医療処置の確認、退院処方依頼、状態変化時の再入院の依頼などを行い、状態によっては麻薬の調整・投与方法の変更を相談することもある。

在宅療養では多施設のスタッフが関わるため、カンファレンスには病院スタッフ（医師・看護師）・在宅医以外に訪問看護師やケアマネジャーにも参加を促し、情報の共有や連絡体制の強化を図っている。入院中から病院と在宅スタッフの連携を患者・家族に示すことは、患者・家族に対して不安の軽減にもつながる。

## 3 在宅移行後の関わり

在宅療養に際しては、家族を唯一の介護力と考えるのではなく、できるだけ傍観しておけるような環境整備を目標とする必要がある。医療を生活の場に置くのではなく、個々の生活の場

に合った医療の提供を考えている。

在宅ケアの評価としてわれわれはSTAS-J (<http://plaza.umin.ac.jp/~stas/header.html>) を使用し、在宅での関わりの目安としている。STAS-Jは、ホスピス・緩和ケアにおける評価尺度の1つである。主要項目として、「痛みのコントロール」「症状が患者に及ぼす影響」「患者の不安」「家族の不安」「患者の病状認識」「家族の病状認識」「患者と家族のコミュニケーション」「医療専門職間のコミュニケーション」「患者・家族に対する医療専門職とのコミュニケーション」の9項目からなり、0~4の5段階評価を行うものである。医師、看護師など医療専門職による「他者評価」という方法をとるため、患者に負担を与えない利点がある。当院でこの2年半に評価を行った141名のがん患者に対して、看取り場所別のSTAS-J評価結果を図2-12に示す。結果として、個々の問題点の解決が在宅での看取りにおける重要な要因と考えられた。

緊急時の対処について以前実施した当院患者でのアンケートでは、「24時間連絡がとれ、何かあれば家に来てもらえる」と、訪問するまでの所要時間よりも常時連絡がとれ、必要時に訪問できる体制を重視している結果がみられた。また、地域スタッフとも連絡をとり合い、昼間に状態把握のうえで早めの対処や指導を行っていることもあり、深夜の緊急往診は自宅での看取りの場合が大半で、頻度としては月に数回程度である。

退院後は在宅中の病状を病院主治医が把握していないことについて、患者・家族が不安をもつ場合もある。このため、当院では患者・家族の了解のうえ、カルテやサマリーを病院主治医と患者・家族に毎月送っている。主治医に病状を報告することで、患者・家族の安心を得るとともに、病院医師への啓蒙にもなると考えている。

#### 4 今後の連携体制

在宅ケアでは、長年馴染んだわが家および地域社会で、家族に囲まれながらできるだけ有意義な人生を送ることができる。患者・家族の不安や苦痛を軽減し、笑顔を見せていただき、家族との有意義な時間をもてるよう関わっていくことが重要である。そのためには、病院だけでなく、地域の多職種との協働での計画立案が必要であると思われる。そのためには在宅ケアの啓蒙や地域ネットワークの形成が必要である。現在、われわれの診療エリアにおいて、豊中市と吹田市に在宅ケアの協議会が設立され、多職種が集まって意見交換やシステムの運用が開始されている。

豊中市では、がん診療連携拠点病院である市立豊中病院が、豊中緩和医療ネットワーク協議会を設立し、患者啓蒙、診療情報提供書の整備、地域連携クリニカルパスの運用、オピオイド支援システムの開発、緩和ケアチームへの相談体制の整備などを行っている。

吹田市では、市民グループと病院スタッフ、在宅スタッフが集まり、「吹田在宅ケアを考える会」を設立した。この会で、地域全体（医療者も市民も）に緩和ケアの啓蒙を行い、勉強会などを通して多職種との顔の見える関係づくり、連携システム（病院間、病院から在宅、在宅間など）の整備を話し合っている。