

# 在宅医療の現状と課題

岡野翔・大野あゆみ・城内優子・長谷川高秀・高木清司・吉村まり子・渡邊真理

## 1. 目的と意義

わが国では近年の高齢化に伴い医療のニーズが高まっている。人口当たりの病床数が国内でも特に少ない滋賀県では病院で最期を迎えられない人が増加することが危惧されている。このため在宅医療の果たす役割が大きくなっている。今後医療に携わる者として在宅医療について学び考察することの意義は大きい。本実習では滋賀県での在宅医療の実態調査を通じて、在宅医療の仕組みを理解し、現状と課題を調べ、解決策について探求した。

## 2. 方法と対象

本実習では実態調査に先立ち文献やインターネット検索を行い、在宅医療についての情報収集を行った。実態調査は滋賀県庁健康福祉部医療福祉推進課、滋賀県で在宅支援診療所制度に登録し滋賀県最大の在宅患者数をもつといわれる A 診療所、A 診療所と連携している訪問看護ステーション C、および在宅医療サービスを受けている患者を対象に行った。

県庁では、滋賀県における在宅医療の現状や課題、行政の取り組み、今後の対策などについての話聞いた。現場視察として訪問した A 診療所では医師 2 名の往診に同行し聞き取り調査を行った。また、訪問看護ステーション C では訪問看護師およびケアマネージャーに対する聞き取り調査を行った。さらに、在宅患者宅を 2 件訪問し、その家族から聞き取りを行った。

主な聞き取り項目は以下のとおりである（詳細は別添のアンケートを参照）。

在宅医療のサービスの内容

各職種の役割と他職種との連携

在宅医療のシステムについての現状と課題

在宅支援診療所を増やすために必要なこと

在宅医療に従事する医療者の労働環境

対応に困ったケースや在宅医療の限界

患者が在宅医療の利用に至った経緯やサービスに対する評価

## 3. 結果

### 3-1. 在宅医療の背景

わが国では、1970 年頃からはじまった高度経済成長を背景に病院数やベッド数は急速に増加し、それに伴って往診を中心とした在宅での医療は消滅していった。それを顕著に示すのが、病院と病院外での死亡数の推移であり、病院外での看取りが一般的であったものが、1975 年頃を境に逆転し、病院での看取りが普通となった。

しかし、ベッド数の増加には限界がある一方、前述のように高齢者数は増加する見込みであるため、病院外での看取りが必要な高齢者数が増加するといわれている。つまり、死場のない高齢者が生じることが問題になっており、在宅医療の需要が増えてくることになる。

医師の往診に対し診療報酬が設けられたのは 1981 年で、それ以降徐々に診療報酬の改定が行われてきた。2006 年に在宅支援診療所が在宅医療の中心的な役割を担う機関として診療報酬上に設けられた。在宅支援診療所として登録することにより、国から在宅医療患者に対する診療報酬を受けられるという制度があり、それを希望する

診療所はこれに登録することができる。ただし、登録するには 24 時間往診が可能な体制を整える、所属する常勤医師 3 名以上、過去 1 年間の緊急の往診実績 5 件以上、更に過去 1 年間の看取り実績 2 件以上など様々な施設基準を満たす必要がある。

このような厳しい施設基準が定められた背景として、「高品質の在宅医療の提供」という本来のねらいが置き去りにされ、内容が伴わないまま登録件数ばかりが増えてしまうことに対する行政側の危惧がある。在宅療養支援診療所として登録することは、医療者が 24 時間ケアを担うことを患者とその家族に表明することであり、付随する責任が果たされるものでなくてはならない。施設基準とは、そのような責任の遵守を制度上に定めたものであり、在宅医療の「品質」を保証する目的をもっている。

### 3-2. 滋賀県の在宅医療の現状

厚生労働省の医療施設調査によると、2009 年の滋賀県の病院総数は 60 件（4.3/人口 10 万人）と全国第 46 位であった。また、滋賀県の人口 10 万対病床数は 1,063.1 床と全国 38 位であり、滋賀県の医療福祉レベルは全国的に見ても低いのが問題となっている。現在、滋賀県における高齢化率は 20.6%であるが、2030 年には 28.4%、2055 年には 40.6%になると予測されている。2030 年には病院外での看取りが必要な患者が 5000 人に達するといわれている。このような背景から、滋賀県においても在宅医療の整備は急務であるといえる。

滋賀県には約 1024 の診療所があるが、そのうち平成 24 年 7 月 1 日現在 96 診療所が在宅支援診療所として登録されている。この数は増加傾向にあるものの、平成 24 年現在人口 10 万人に対し 50 施設（i. e. 2000 人に 1 施設）しかなく、未だに足りていないのが現状である。しかし、実際は在宅支援診療所として登録されていなくても往診などの形での医療提供を行っている診療所も少なくはなく、24 時間の往診や訪問看護の体制を確保することが困難であるなどの理由で登録をせずに活動している診療所もある。

### 3-3. 在宅医療の課題とそれへの対策

#### 1) 行政に対する聞き取り結果

現在の行政から見た在宅医療の課題として、①病院間、病院・診療所間の退院調整が十分でない、②緊急時の対応が十分でない、③在宅医療を担う医療・保健・福祉の社会資源が十分でない、④多職種連携が進んでいない、⑤24 時間対応が難しい、⑥医療・保健・介護従事者の技術向上が必要である、⑦在宅看取り（介護施設を含む）が少ない、⑧終末期での希望の実現が難しい、ということがある。これらの課題に対する滋賀県における具体的な対策としては、病院における退院調整機能の充実強化、かかりつけ医を中核にした関係者の連携強化、在宅医療を支援する病院機能の強化、訪問看護ステーションの機能強化、基幹薬局整備、医療材料・衛生材料が共有活用できる仕組み、在宅終末期ケアの推進に向けた関係者間の協議検討、在宅終末期ケアに関する啓発、地域全体で取り組む人材育成のための地域リーダーの養成、多職種協働のチーム医療の推進を目的とした系統的研修、訪問看護ステーションの実習環境整備、認定看護師の養成補助などが挙げられている。

#### 2) 医師に対する聞き取り結果

##### ① A 診療所の概要・往診の現状

A 診療所では、常勤医師 2 名と非常勤医師 1 名で 140 名の在宅患者を持っている。週 2 回往診（1 回の往診は 3 時間程度）を行い、それ以外は診療所で外来を行っている。往診は看護師と共に行い、主にバイタルチェック、予防接種、処方箋の即時配布などを行う。電子カルテは、周辺地域で連携をしている B 診療所と共有している。急変時や専門的な検査の必要な患者に対しては病院紹介を行う。診療所から半径 5～6km 圏内を往診範囲として

おり、それより遠い患者からの依頼があった場合は他の診療所への依頼を頼んでいる。往診に割ける時間に比べて訪問診療を必要とする患者数（1日10～15人）が多いため、患者1人あたりの診察時間は多くても10分程度である。往診頻度は患者の重症度に合わせて決めるが、適応する介護保険による制約により自己負担が大きく、経済的な理由で必ずしも必要回数の往診を受けることのできない患者もいる。軽症の患者に対しては通常月に2回往診を行っている。A診療所の在宅医療では、認知症や整形外科疾患の患者が中心で末期がん患者の占める割合は比較的少ない。A診療所が管理する在宅患者数は滋賀県で最大であるが、がん患者に多くみられるように危篤状態になると入院し病院で死亡するケースが多い。そのため看取りは月平均1件に留まっている。

## ② 在宅療養診療所の医師がみる在宅医療の課題と問題点

2025年に団塊の世代が高齢者のピークに達する一方で、病院数が足りないため、自宅で最期を迎えなければならない現状にある。しかし、在宅医療を行う医療機関が少ないことや在宅患者の介護をする家族の負担が大きいため在宅医療に残された問題は多いと捉えている。深刻な医師不足により医師の労働条件も過酷である。24時間往診可能な体制を維持するために2名の常勤医師が一日ごとに交替で夜間の電話当番を行う。また、A診療所の休診日も連携医療機関との情報交換や勉強会があり、医師の休暇は隔週土曜日または日曜日の月2日のみである。I医師は過労により倒れ入院したこともあった。

## ③ 対策

医師の過重労働を緩和することは在宅医療サービスの質の向上に欠かせない。医師自らが電話番号を患者に提供しいつでも患者の要求に応えられるようにしているところもあるが、医師の時間的拘束が大きい。そこでA診療所では訪問看護師に患者の電話の取次ぎをしてもらい、必要時にのみ対応することで医師の負担を軽減している。在宅医療は医師一人ではできないため他職種との連携が重要である。在宅療養診療所を増やすには、一つの診療所に複数の医師を配置する、または複数の診療所の連携体制を強化することが必要である。

I医師は、年間に孤立死が9万人、自殺者が3万人にのぼる事態を問題と考え、「地域友の会」のメンバーで虚弱な老人を月一度訪問する、という医療に留まらない幅広い活動を行い地域の住民を支えている。「リンク100」とよばれるこの取り組みでは、地域の絆を深め住民同士の見守りシステムを構築することで「この地域で生活すれば孤立しない」という地域を目指している。

## 3) 訪問看護師に対する聞き取り結果

### ① 訪問看護の現状

C訪問看護ステーションには4名の訪問看護師が配置されており、A診療所と連携して同地域での在宅患者に対する訪問看護サービスを提供している。一人の患者に対して一人の訪問看護師が対応するのが基本で、患者一人当たり30分程度の訪問を週1～2回行っている。なかには毎日訪問する場合もあるが、金銭面との兼ね合いにもよる。訪問看護師は患者からの呼び出しにも対応しており、その内容は状態悪化、排便介助、不安などがある。訪問する患者の疾患はがんや脳血管障害、認知症など様々で、年齢も最年少は4カ月から最年長は100歳と幅広い。

### ② 訪問看護師がみる在宅医療の課題と問題点

在宅医療が期待される一方、医療依存度の高い患者の増加に伴い、訪問看護師には本来医師が行うはずの点滴や気管カニューレの交換等も求められるようになった。これにより従来看護師が行ってきた患者に寄り添い、全体を見て健康の維持を図るといった業務内容が軽視されていることが問題であると考えている。最も負担が大き

いと感じることは職務上の責任の重さである。一人で患者を訪問しなくてはならないことや患者からの電話の窓口として適切な対応の判断が求められることなどの責任や負担が大きい。さらに、理解のない人からの苦情をうけるときのやチーム医療が必要であるにもかかわらず医師との協力がとれないときに大変さを感じている。

### ③ 対策

看護師の集団が声をあげ、医師の代理ではないということを訴えていく必要があると考えている。また、この問題の背景には医師不足があると捉えており、それを改善することで看護師が本来の仕事に集中できるようになることが必要であるとも感じている。

## 4) ケアマネージャーに対する聞き取り結果

### ① ケアマネージャーの現状

高齢者は諸手続きを自分自身で行うのが難しいことがある。また、自治体によっては介護講習が開かれていることもあるが、家族自身が介護に関する情報を収集せざるを得ない。しかし、家族のみで全ての介護を行うことは難しく、介護サービスの利用を考える家族も多い。ケアマネージャーはこのような高齢者やその家族から相談を受け、医師に行くべきか介護士が必要かを判断し医療と介護の線引きをする、いわば医療・介護に関する仲介業である。

在宅医療の申請は、患者自らが直接行う場合もあるが、家族や配偶者が行うことが多い。また、退院にあたって医療機関からの連絡、紹介や行政が掘り起こすこともあるが、すべての人を掘り出すことは難しい現状にある。

### ② ケアマネージャーがみる在宅医療の課題と問題点

実際に患者と接するケアマネージャーの立場から見た在宅医療の体制は、未だ不足している部分があり、殺伐とした雰囲気がある。在院日数の減少により、患者からすれば療養や家の環境の整備の必要性があるにも関わらず退院を強いられている。例えば、末期がんや寝たきりの患者でさえも外来での受診を強いられている。また、介護や医療が必要であるが低所得のため自己負担分も払えない人たちがいる。このような患者たちは衣食住がまず優先となり受けられる在宅医療のサービスにも限界が生じてしまう。

### ③ 対策

システムや体制がきちんと整わないまま在宅支援診療所を増やしても医療崩壊や矛盾が残っていくと捉えている。システムや医療保険事業は、ある程度、行政が責任を持って行っていくべきところであると考えている。

## 5) 患者に対する聞き取り結果

### ① 在宅医療を受けている患者の現状

事例 1) 77 歳の男性。主な疾患は、糖尿病、心不全、認知症である。付き添いがあればトイレに行くことができ、食事も自分で食べられる状態である。心不全の症状が進行し、息切れも生じたため在宅医療になった。主な介護者は妻である。

事例 2) 77 歳の女性。主な疾患として糖尿病、糖尿性末梢神経障害、パーキンソン症候群、嚥下困難が挙げられる。一日中、中空を見つめていて意思疎通も取りにくい状態であり、要介護度は高度である。主な介護者は夫である。嚥下困難なため食事は全面介助で、ミキサーにかけたものを夫が 2 時間ほどかけて与えている。患者が受けている医療や介護のサービスとしては、医師による定期的な診察・医療相談などを月 2 回、訪問看護師による病状観察・傷の処置・便通コントロール・医療相談などを週 3 回、訪問介護員による掃除・買い物・衣類の管理・着替えの手伝いなどの身体介護や生活援助を週 4 回などがある。

## ② 患者、家族側からみた在宅医療の課題と問題点

事例1の場合、介護者である妻も高齢であるため妻による介護がいつまで可能か、また、貯蓄がなく経済的な問題について不安を感じている。また、患者が昼夜逆転しているため、介護者である妻は不眠を訴えている。

事例2の場合、以前、介護者である夫に入院が必要となったとき、患者を受け入れるショートステイ施設がなかなか見つからなかったこともあり、自分以外に介護者がいないことが夫に精神的な負担を与えている。患者が発語不能で、四肢麻痺も進み、夫との意思疎通が困難となったためQOLの高い介護を行うことに支障が生じている。

## ③ 患者、家族からの要望

患者や家族側の要望としては、十分な医療や介護サービスが受けられるように個人が負担する医療費や介護費用を抑えるような制度の充実が挙げられる。また、ショートステイを実施する介護施設には医療的サポートをする看護師が不足しているため介護施設の常駐看護師数の増加などの要望もあった。

## 4. 考察

滋賀県庁健康福祉部医療福祉推進課への聞き取り結果と実際に現場を訪れて話を聞いたことを比べたところ、必ずしも在宅医療の現場でサービスを提供する側と受ける側のニーズに合った形で制度の実施が進んでいないということがわかった。病床数の増加の限界と高齢者の増加により在宅医療のニーズが高まってくることは確かであるが、在宅療養支援診療所の制度自体が、現場のニーズから生じたものというよりも、国の財政難を背景として行政側の必要性の上に生じたものあることで、このようなずれが生じていると考えられる。

在宅支援診療所として登録している診療所Aや訪問看護ステーションCは滋賀県で最大数の在宅患者をもち地域に密着した医療・介護サービスの提供を行っている。しかし、その実績の背景には、サービス提供者である医師の過重労働があり、それを低減するために看護師の責任や負担が増大しているという現状があった。またサービスを受ける側では患者の家族の介護負担や不安が増大していることが明らかになった。さらに、保険制度の問題で経済的な理由から適切なサービスを受けることができない低所得の患者もおり、必ずしも患者の病態に合わせたサービスの提供ができていないという限界もあった。在宅医療の推進においてその中核的な役割を担う在宅療養支援所の数の増加は必要であることは確かだが、そのサービスの質を確保していくことはさらに重要な課題であると考えられる。

地域医療の既存の問題として医療従事者の人材不足やそれに伴う過重労働などがある。そのような中、在宅療養支援診療所制度の登録に当たっては、上述のように厳しい基準を満たすことが条件となる。医師不足などの根本的な問題が解決する前に、従来の診療所の業務に加えて24時間365日体制の在宅医療を行うことは決して容易なことではない。このような体制を整えることの困難さや、緊急時に入院できる病床を確保することの困難さ、終末医療まで責任を持つことの困難さなどから、実際に往診等の在宅医療サービスを行っていても在宅療養支援診療所制度に届け出ることを踏みとどまっている診療所もある。このような政策側と現場のギャップを埋めるためには、現場の声を反映した制度の改善ができるように行政を含める関係者の情報共有や意見交換の場を定期的に設ける必要があると考える。

在宅医療の実現には、限られた医療資源の中でいかに効率よく質の高いサービスを提供するかが重要となる。現場視察を行ったA診療所による24時間体制の在宅医療の実施が可能なのも周辺地域の2つの診療所や訪問看護ステーションや介護施設などとの密な連携体制がとられているからに他ならない。医療者数の確保はもちろんのこと、医療機関同士の連携や医療者間の連携を強化することでサービス提供の効率化を図り、労働環境を改善

していく必要もある。そのためには、在宅医療は行いたいという診療所を集め、A 診療所のよ  
うに近郊の複数診療所間で連携してサービスを提供できるシステムや、地域の医師が交替で当番をすることで  
24 時間体制を確保する在宅医療の拠点センターの設置など、その地域の特性に合わせた解決策の検討が必要で  
はないかと考える。

上記の体制の整備は行政が主導となって行うべきであると考え。私たちが医師となって在宅医療を行いたい  
と考えたとき、すでに述べたように在宅医療で働く医師のスケジュールは過密であり、肉体的な負担も大きい。  
在宅医療を行いたいという情熱だけでは現在のような在宅医療の過酷な環境下では限界が生じてしまうと考  
える。また、経済的な負担から十分な医療サービスを受けられない患者がいる現状を踏まえても、民間が主導と  
した利益を追求するサービス提供ではこのような患者に残された課題を解決するには限界があると考え。さら  
に現在の体制では、同じ時間で遠隔地にいる患者ひとりを診るよりも近隣の患者数人を診る方が医師にと  
って利益が大きいため、特定の患者へサービスが集中する恐れがある。したがって、遠隔地の患者も十分に  
サービスが受けられるような医療費の使い方が必要となるのではないかと考える。

## 5. 結論

在宅医療は患者の暮らしに密着しているため医療だけではなく介護も必要で多職種の連携が重要である。しかし、  
経済的な理由などにより、在宅医療の患者が本来必要なサービスを受けることができないこともあり、制度の改  
善が必要である。在宅医療の労働環境は私たちが思った以上に厳しいけれども、地域に根差して患者の生活全  
体を支えることができるやりがいのある仕事である。

## 謝辞

本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた滋賀県県庁健康福祉部医療福祉推進課および、各施設関係者の皆様、  
患者さんご家族の皆様に謹んで感謝の意を表します。また、本研究の遂行に当たりご指導ご鞭撻を賜りました  
滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門 埤田和史 准教授に心より感謝いたします。

## 参考文献

① 滋賀県県庁健康福祉部医療福祉推進課：

滋賀県における在宅医療推進のための基本方針（平成 24 年度 改定（案））

滋賀県における在宅医療の推進における目標値一覧（H20-H24）（滋賀県）

滋賀の医療福祉に関する県民意識調査結果（滋賀県）

「滋賀の医療福祉・在宅医療の推進を目指して」（滋賀県）

② 2012 年度診療報酬改定についての調査結果報告 2012 年 8 月 1 日定例記者会見（社団法人日本医師会）

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120801\\_1.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120801_1.pdf)（2012/12/05 アクセス）

③ 滋賀県の未来戦略～地域を支える医療福祉・在宅看取りプロジェクト～（滋賀県）

<http://www.pref.shiga.jp/e/lakadia/>（2012/12/05 アクセス）

④ 平成 21 年医療施設（動態）調査・病院報告の概況（厚生労働省）

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/index.html>（2012/12/05 アクセス）