

1 問題意識

(1) 死亡が抑制された時代から急増する時代への転換

我々を取り巻く医療環境は、年間死亡数が年々増加する時期を迎えようとしており、最大170万人と推定される2036年に向けて人口構成上も未曾有の変化期になると思われる。経験した事の無いものに対し、今までと同じような対応では限界を見るのは明らかであろう。この問題意識を同じくする者であれば、個々に打開の道を考えるよりも連携の中で解決の枠組みを作り変えようとしなければならないと考える。

医療は生活を支える大事な柱であり、エンド・オブ・ライフを何処で誰と迎えるかに関しても、大きな役割を占める。いわゆる看取りの問題が年々大きくなっている。この50年、死亡数の8割が病院などに右肩上がりに委ねられて来た訳であるが、その病院が大きく変わる時代になった。

(2) 病院での医療体制の変質

病院は急性期病院（緩和ケアを含む）と療養型病院に二分され、急性期病院は早期の退院を誘導される形になり、療養型も入院数を大きく減じられようとしている。重症であれ、慢性期であれ、高齢者であっても早期退院が進められている一方、介護施設や在宅医療体制は数量的にも不備のままである。患者の大半は、病院勤務医の意向のままに通院と頻回の入退院を余儀なくされ、急変時には救急車に頼らざるを得ず、自己負担増加を強いられる体制の中にいる。いわゆる「がん難民、介護難民」とは、このような中で自らが抛るすべを喪失した人達であろう。また、結局は入院して最期を迎える人達は、病院が治療の場である以上、何らかの医療処置に囲まれて生涯を終えることになる。積極的な治療を望む人以外にとっては、患者・医療者共に望まぬ結果を噛みしめる事だろう。

「どこで最期を迎えたいか」の事前意思のアンケートを取ると、7割の人が自宅を希望するのに、実際は1割強しか達成できていない現実は、いかにその間の障壁が多いかを示している。多様な障壁のうち、家族関係の変貌で介護を任せられる人が激減したこともあるが、在宅医が見つからないことも理由にあげられている。それには、病院勤務医が在宅医療のシステムを知らない事も大きい要因と思われる。

(3) 在宅医療を担うべき医療機関の現状

在宅医療に対応する診療所も、大きく二分される。大多数は、簡単な往診はするものの開院時間以外の夜間・日祭日には医療機能を停止している一般外来型診療所であり、「24時間の訪問診療・緊急往診・居宅での看取り」が可能な重症対応の診療所は、やがて在宅療養支援診療所（以下「在宅支援診」と略）として制度化されて4年になるが、全診療所数9万9千の中では約1万の数にすぎない。病院からの重症者も安定して受け入れる事によって、在宅医療全体が安定することを期待され、在宅での看取りが進む事が望まれたが、看取りの枠組みは、ほとんど変わっていない。

在宅支援診に報告義務が課せられている年間看取り数で見ると、約2万7千人と予想外に少なく、一度も看取りを行わなかった所が3割ある。在宅支援診の構成に質的差異がある事は明らかで、在宅医療を主体にしている、あるいは在宅医療に特化している診療所は、在宅支援診の約1割だと思われる。以下に川島孝一郎らが「重症高齢者等を支える在宅療養支援診療所等の量的・質的整備計画事業 事業報告書」2008年4月版の基

礎研究調査資料（p15）に拠ると、（年間看取り数が10人を越える 8.6%）

（一日平均訪問患者数が10人を越える 9.2%）（一日平均外来患者数が20人を越える92%）（診療報酬に占める在宅管理料の割合が50%を越す 8.2%）

また一人医師による運用も多い（全体の77%）との実情になる。

（4）在宅での看取りのための問題整理

看取りが急増する時代を前に、自宅で最期を迎えたい希望は増えこそすれ減るものではない。そのように社会的ニーズも移ってゆくと思われるが、受け止める軸となるべき在宅支援診が、全体としてどのように機能を整備してゆくかは、地域との構造的な関係での取り組みになると思われる。以下に整理すべき点を列挙する。

- ①在宅医療に特化した診療所（できれば複数医師の確保）は、重症者の在宅生活の確立のため10万規模の地域毎に複数存在することがまず求められる。次に落ち着いた看取りを地域に根付かせるためには、数にまさる一人医師の在宅支援診の互助ネットワークが必要であり、さらに在宅医療の幅を広げるためには一般診療所（多診療科を含む）の後方援助ネットワークが整備される事が望ましい。
- ②これに、地域の基幹病院との入退院時の密接な連携ネットワークが機能として絡み合い、訪問看護ステーション・ケアマネ・介護施設との介護ネットワークが24時間体制として相互補完的に熟成されることが期待される。
- ③在宅支援診の相互の連絡協議会も職种的には必要と思われるが、各地域での多職種・多面的な連携を作り上げてゆくために、は在宅支援診が核となり地区医師会が調整役となり、在宅医療の地域連携スタイルが作り上げられる事が必要になると思われる。

2 伊勢地区における当診療所の取り組みと三重県の状況の俯瞰

（1）当診療所の理念と連携

2002年に医療依存度の高い患者さんでも「在宅でホスピスケア」を受けられることを目指して、訪問診療を主眼に計画した形態の開院をした。当診療所の場合、外来通院患者の数を出来るだけ限定し（午前中のみ予約で10名余）、外来での時間的拘束を避けた。かつ午前は訪問の準備時間として活用し、午後には訪問診療（1日数名）を適切に運用した。医師が時間拘束される検査（内視鏡・X線透視）やそのための高額な固定診療所設備を持たず、原則はベッドサイドの手技でも利用できるポータブル機器（エコー・心電図）のみ配備した。

この24時間体制で在宅生活を医療面から支える診療所は、医師一人の意志でも運営することは可能であり、開設当初の医療保険上では、「寝たきり老人訪問指導料+24時間連携加算」で保障される部分が大きかった。その上で医師一人が負担を抱え込む事なく継続可能となるためには、24時間対応可能な訪問看護の利用が中心であることを再確認した。また、在宅医療を続ける中で、地域の中でも良好なケアスタッフ（ケアマネ・ヘルパー・訪問入浴）との顔の見える連携が熟成されてきた。また診療所にとっては、後方支援病院となる地域の基幹病院との緊密な病診連携が、強力なバックアップを果たしてくれる事も実感した。この体験が、在宅医療での地域連携は必ず構築できるとの根拠になっている。

従来型の外来主体の診療所が、在宅医療に乗り出す時に心理的バリアになる二つの大きな問題がある。まず24時間対応を標榜する事での時間的拘束と、病院から新たに紹介される患者家族との信頼関係が短時間で可能かという不安である。これに関して当院は在宅主体の診療所であるため、ほとんどの患者さんは退院時あるいは通院困難時に他の病院や診療所からの紹介になる経験を積み重ねている。治療やケアの信頼関係を新しく

作り始めるために、患者や家族への細やかな聴き取りと前医との診療情報交換（今後の協力関係も含めて）を、必ず行っている。特に予後の限られる癌患者さんに関しては、細心の注意を持って在宅開始の数日間がまず安定するように対処している。入り口での、きちんとした話し合いを経ておけば、治療やケアでの信頼関係は良好に推移し、例えば病院勤務医が救急現場で体験するよりストレスの少ないものになると確信する。

市町村 伊勢市	総数	施設内						施設外		
		総数	病院	診療所	老健	助産所	老人ホーム	総数	自宅	その他
総合計	1326	1086	1008	22	12	—	44	240	214	26

表 伊勢地区の中での実績

伊勢市の死亡診断書に基づく 2005 年の場所別統計では、死亡数の 8 割が施設内（大半が病院）である。自宅の 214 人に対応する当院の看取り数は 22 人（がん 14 人、非がん 8 人）である。2008 年では、19 人（がん 8 人、非がん 11 人）。診療圏が重なり協力関係にある玉城町の K クリニックは、21 人（がん 10 人、非がん 11 人）。これを見ても当地域に複数の在宅主体の診療所が出来れば、質的転換がかなり進むのではないかと推察する。K クリニックの場合は、老人ホームなどでの看取りにも積極的に関わっており、自宅外での看取りも今後は展望しなければならないと思われる。

しかし、臨死期になり結局は病院を志向する結果になる例も多く、2008 年の当院では 10 人ほど、K クリニックでは 18 人を数える。終の棲家である特別養護老人ホームのケースでは、施設内死亡が減り、病院へ入院しての死亡が増えているが、家族関係が薄くなった地域住民が、家族の立場での死亡場所に迷う意識を伺わせるものである。

☆ 在宅療養支援診療所 全国 10,520 (WAM ネットから) 2008 年
三重県 120 (伊勢市 18 津市 30 松阪市 7 鈴鹿市 24
四日市市 9 桑名市 9 伊賀市 2 名張市 3
亀山市 1 志摩市 2 尾鷲市 4 熊野市 0
いなべ市 0 その他 11

表 三重県下での在宅療養支援診療所の役割

2006 年から制度化された在宅療養支援診療所であるが、下表のように活動している登録診療所へのアンケートの実態を見ても、その活動形態や基盤からして多様であり均質なものではなく、多様な役割を背負わされていると思われる。

☆ 国立長寿医療センターの在宅医療推進会議アンケート（2007 年 7 月中間報告）			
在宅療養支援診療所として役割を果たしていると考えられる全国施設 502 を対象			
うち 230 よりの有効回答を以下に集計（三重県内の施設抽出は未実施）			
外来を行わない在宅医療専門診療所	22	(10%)	
在宅医療に力を入れている診療所	147	(64%)	
従来型外来医療中心の医療機関	57	(25%)	
年間看取り数（平均人数）	自宅で	16.68	(がん患者 10.07)
	居住系事業所で	1.73	(がん患者 0.80)
治療での麻薬の使用	使用	208 (90%)	使用せず 19 (8%)

三重県で在宅医療を、病院医療や介護ケアシステムとの連携として、システム的に対応しようとしている診療機関は、私の知る限りでは現在 5 診療所（四日市市・鈴鹿市・松阪市・伊勢市・玉城町各 1）である。その基本的な性格は、在宅療養支援診療所だが、地域に対応する外来時間も組み込み、「在宅医療に力を入れている診療所」の形態である。主に常勤医 1 名が、夜間対応・ファーストコールを受け持ち、助力は出張時に近隣の医師に臨時依頼する形でのいである。これ以外の在宅療養支援診療所の大半は、資格を有していても、「従来型の外来医療中心の診療所」の形態であると思われる。

外来を行わない在宅医療専門診療所として機能しているのは、実施例では首都圏・名古屋市内・奈良県内など、複数医師のチームで取り組むケースであり、人口集中地区であってこそ可能なスタイルであると思われ、三重県ではまだ実施されていない。

保健所 市町村	総数	施設内					施設外			
		総数	病院	診療所	老健	助産所	老人ホーム	総数	自宅	その他
総合計	17156	14293	13204	344	241	—	504	2863	2457	406

表 三重県での看取りの実態(2006年の三重県での死亡場所統計 三重県指標運用管理システム)

三重県全体の統計で看取り場所を見ると、全国資料と同じく 83%が施設であり、自宅は 14%にすぎない。その中で自宅での看取りに在宅療養支援診療所が関わる割合も、10%程度と推定されるが、その関わりも大半は、外来医療中心の業務の中で、実際には臨時の「往診」として行われているケースが多いと思われる。訪問診療を続けていても、最期の看取りの段階で病院にその場所を移すケースは少なくないと思われる。

☆ 2007年7月までの1年間の三重県看取り数報告 317件	
(在宅療養支援診療所数 115の実績)	
自宅での看取り数	264
自宅以外での看取り数	53
(医療機関での死亡	159)
読売新聞全国調査から	

(2) 地域全体のシステムとしての在宅医療構築の試み

三重県内で先進的に活動を展開しているのが、四日市医師会の「在宅医療推進委員会」の取り組みである。2006年に医師会内部からから関連病院に呼びかけて地域連携室連絡会の立ち上げと「退院時ケアカンファレンス運用マニュアル」を作り、「在宅主治医可能リスト」など作成し、連携職種へ開示している。四日市市の行政レベルでも在宅関連の委員会活動が始まり、市民講座などの継続的な在宅医療のサポートシステムが起動したことは意義が深いと言える。今後は各地区医師会も、地元の条件整備を確認しつつ、このような活動を始める時期であると、個人的には考えている。

(3) 在宅医療から見直される住民と医療の関係

在宅医療は地域住民の生活に大きな接点を持つがゆえに、地域での医療の問題点をあぶりだす原動力となりうる。

その一つに死生観の変遷がある。私自身、在宅医は医療行為だけではなく、市民活動の中に自らを置くことに大切な意味があると考えている。発足して10年以上になる「みえ生と死を考える市民の会」は講演会や学習会を定期的に関き、市民の死生観を掘り起

こし続けてきた。ホスピスや在宅医療に関して、年1回の講演会で著名な講師が呼びかけてきたものは大きい。(日野原重明、柳田邦男・山崎章郎・徳永進・川越厚・内藤いづみ・柏木哲夫・細谷亮太) 講師達の日頃の活動もあって、市民が「死と声高に言うのは縁起でもない」から「死を生の中で積極的に語る」風潮に、この10年で大きく変わって来た。変わっていないのは、むしろ病院現場の臨床医の側なのかもしれないと思う流れが始まっている。

その意味で患者会活動の支援も、医師にとってはこれからは重要になる。私はアルコール依存症者の断酒会、筋萎縮性側索硬化症(ALS)患者のみえALSの会、認知症と家族の会などに個人的に支援をしているが、サポートする立場の医師が、内省を与えられる最大の機会だと考える。

また地域の高齢者の問題を掘り下げると、そこには在宅医療や看取りの問題が必ず含まれてくる。地域コミュニティの構築も視野に入れた「終わりよければ」いせの会は、発足して2年、地域住民と介護・医療関係者の懇談会を続けているが、多くの問題や課題が提示されている。「食べられなくなった時にどうする」というテーマで、安易に胃瘻などの手段に移らず、出来る限り口から食べる方法を考えた。また、もしもの時に医療処置への意思決定をどう明示するかを考え、生前の意向を「エンディングノート」として書き残す方法も具体的に考えた。おそらく、このような事を日常的に考えてゆく事によって、最期を何処で誰と迎えるか住民の側も混乱少なくできるのではないかとの機運が高まっている。在宅医療を通じて、限りある医療資源をどのように利用するかという観点が更に高まることも期待する。

3 これからの課題と具体的提言

(1) 在宅療養支援診療所を核とした地域医療の整備に向けて

在宅医療に特化した診療所の開設は、既存の診療所が方針転換して出来るものではなく新規開業医師を待たなければならない現状であり、他のマイナーな診療科と同じく、医学生や研修医の教育にさかのぼって在宅医療の現場を必須科目として体験させなければ、根本的改革は出来ないと思われる。三重大学や研修指定病院に、在宅医の側からよびかけて在宅医療の実践的なカリキュラムを設定しないと、今までの現場見学に終わる状況を打破できないと思われる。

現実的には、数の多い一人医師の在宅支援診の互助ネットワークがまず必要であり、メーリングリストでの意見交換の場は設定されたが、三重県単位での(あるいは診療圏内での)連絡協議会の設立は最低必要であると思われる。これは在宅支援診自身の課題であり、次の試行のステップの項で述べたい。

さらに在宅医療の幅を広げるための一般診療所(多診療科を含む)の後方援助ネットワークの整備、地域の基幹病院との入退院時の密接な連携ネットワークは、四日市の例を見ても地区医師会の占める調整役割が大きいと思われる。長らく日本医師会中枢は、在宅医療に冷淡であったが、近年はその見直しが始まっている。

(2) 在宅医どうしの連携の試行例について

先進的試みでは尾道医師会方式と長崎ドクターネット方式がある。どちらも、基本は一人医師・一人診療所のかかりつけ医の形態を生かした中での地域連携の工夫の完成形である。尾道方式は、地域のかかりつけ医が、在宅・急性期入院・回復期リハビリ転院あるいは施設療養など、患者がそのケアの場所を替えても、切れ目が生じないように、ケアカンファレンスを通じて、多施設・多職種の連携を維持するシステムである。通常の医師会のスタイルから一歩抜き出た活動だが、学ぶべきは、入退院・転院の際を連携のポイントとして、短時間での実利的なミーティングを可能にしている継続性であり、そ

れはどの連携にも適応される基本スタンスとして高く評価すべきである。

一方、長崎方式は退院時に地元主治医のいない患者さんを対象に「手上げ方式」で主治医・副主治医を決めてもらう事が大きな柱になる。定期的な在宅療養状況のフィードバックをカンファレンスとして実施し、恒常的な信頼関係をつなぐことになる。四日市も医師会でまとまりながら、この方向を目指している。

「岸和田在宅ケア24」は近接する5つの診療所が、お互いの受け入れ可能患者数などを公開して、紹介患者の分散化や不在時の応援などを密接に連絡しあっている連携の形態であり、ゆるやかで機動的な診療所間の連携と言える。連携作りのファーストステップとして有効だと考える。

（3）訪問看護が在宅医療の中軸を担うための提言

医師の訪問診療と訪問看護ステーション・ケアマネ・介護施設との介護ネットワークが24時間体制として相互補完的に熟成されることが期待されるわけであるが、とりわけ訪問看護師は、医師の活動と密接に関連するため、この先さらに機動的に利用できる保証が必要である。

現行の診療報酬制度は、訪問看護を使いにくくするためのバリアが張り巡らされている感がある。在宅ホスピス報酬にあたる在宅末期医療総合診療料は、訪問看護ステーションから直接請求できず、医療機関がまとめて受け取ってから、訪問看護ステーションに費用振替する形のため、また暦週毎に請求可能か判断するため、現場では利用が進んでいない。訪問点滴も細かな制限指示が多く、医師の負担軽減にならない制度である。それゆえ原則として、訪問診療と訪問看護での技術料や材料費などは、それぞれ使った側で請求が可能にしてみたいと切望する。

（4）地域医師会が医療材料などで在宅支援体制を持つ必要性

在宅医療では、病院で使用している医療機器や薬品・医療材料を引き継いで使わなければならないケースがあり、治療の中断に伴い、再度の使用が出来ないまま、各診療所の在庫として負担を増す問題がある。これらを地域医療機関の間で相談調整し、共通の仕様にしたり、融通しあう体制が是非とも必要である。

実例として「市川市医師会在宅医療支援サプライセンター」では吸引器や、衛生材料、尿カテーテルなどの医療材料を購入し、医師会会員に無料で配布している。（各会員も、これら医療材料は保険請求しないという約束のもとに、無料配布を受ける）現在、市川市が大半を予算化し、医師会も負担し、年間予算1200万円規模の事業としている。吸引器120台を保有し、常時貸し出せる状態にしている。薬品（各種消毒薬など）は、薬事法の制限があるので、このようなサプライセンターの対象にはできないが、それ以外の医療材料は可能で、具体的にはガーゼなどを小口包装に滅菌包装などを実施できる。

（5）地域住民が医療や介護の意思決定に参加する道をひらこう

当診療所の理念に「在宅でホスピスケア」をあげたが、「ホスピス＝最期に死をむかえる施設」という誤解をまず解いてほしい。疾患は何であれ、人生の終焉を前にして、痛みや不具合を和らげ、生活を勇気づけるシステム全体がホスピスケアと考えるのが妥当である。在宅ホスピスケアの中心的な担い手として、在宅療養支援診療所が最も近い立場にあるがゆえに、医療処置だけで完結しては医療者の自己満足に終わることになる。生活を支える在宅医療の意味に立ち返っても、途切れる事のない患者さんや家族との関係は続いてゆくものである。そのため、普段からお互いの率直な意見交換や相談の場を確保することも、医療や介護には必要と考える。当診療所では、患者会や遺族会の開催、医療相談支援など、医療の周辺での相談にも関わろうと考えている。

(6) 看取りの場を広げる試みに正当な報酬を

在宅継続か病院入院かという選択肢以外に、家族介護を援助しながら、生活の場に近い所でのケアを継続できる場が必要である。介護保険でのレスパイトケアは医療依存度の高い利用者には応じきれない制度的限界がある。「医療処置」の壁は大きい。

たとえ看取りに近くなっても、その利用者が受容されるデイサービスや宿泊サービスが、自宅近くの地域に整備される事こそ、ホスピス本来の意味ではないかと思われる。このために利用できそうな制度としては、介護保険では「療養通所介護」があり、医療保険では有床診療所があるが、いずれも継続が出来ない低額ないし逓減報酬額であるために、パイロット事業に止まったり、他の事業で赤字を補填して運営するボランティア的理念でしか運用されていない現状である。

これら制度の改善を求めるにあたっては、現行制度に適応される逓減式や包括方式は避けられなければならない。ケアの積み重ね、緩和医療などに見合う適正な報酬の積み上げが不可能なら、最期まで時間を区切れないケアでのモチベーションは維持できない。多いか少ないかではなく、努力が正当に評価されることがケア意識を高めるが故である。