

# 週刊 日本医事新報

No. 4785

2016/1/9

1月2週号

## p17 特集

## ここに注意する高齢高血圧患者治療

- 高齢者における降圧薬の選択(大石 充)
- 高齢者における降圧目標の設定(入谷 敦ほか)
- 合併症のある高齢者高血圧(慢性腎臓病、心疾患、糖尿病)(田村功一ほか)

## p1 卷頭

- プラタナス:島の魚は危ない?(太田龍一)

## p6 NEWS

- 日本医学教育評価機構が発足
- まとめてみました:これだけは知っておきたい!  
「診療報酬改定率」
- OPINION:長尾和宏の町医者で行こう!!
- 人:西田俊朗さん
- 新薬FRONTLINE

## p36 学術

- J-CLEAR通信:海外と日本におけるEBMの解釈(後藤信哉)
- めざせ! 外来診療の達人①:寝ている間に食べてしまう…  
(生坂政臣)
- 他科への手紙:消化器科→内科、外科一般(西村英夫)
- 差分解説:アルコール依存症断酒補助薬アカンプロサート 他8件

## p52 質疑応答

- Pro↔Pro:パーキンソン病患者の自動車・自転車運転 他4件
- 臨床一般:スタチンで副作用をきたした高LDL-C血症の薬剤変更は? 他3件
- 法律・雑件:北欧では寝たきりや胃瘻患者が少ないと本当?  
その理由は?

## p64 エッセイ・読み物・各種情報

- 小説「群星光芒」 ●エッセイ ●ええ加減でいきまっせ!
- 私の一冊(佐々木 敏) ●聞かせてください! 現場のホンネ
- Information ●漫画「がんばれ! 猫山先生」

## p77 医師求人/医院開業物件/人材紹介/求縁情報



尼崎発

長尾和宏の

# まちいしや 町医者で 行こう!!

第57回

## 「最近の在宅医療・看取りの実態と 今後の展望」

謹んで新年の御挨拶を申し上げます。2010年に始まったこの連載もはや6年目になりました。本年もどうぞよろしくお願ひ申し上げます。さて今回は、最近の在宅医療・看取りの実態と今後の展望について私見を述べさせていただきます。

### 看取りの実態が公表される時代に

数年前、読売新聞本紙で在宅看取り数が公表された。しかしこれは新聞社が独自に行ったアンケート調査の集計報告であった。一方、2006年から在宅療養支援診療所制度が始まり、今年で10年目を迎える。それに登録した医療機関は毎年厚生労働省に1年間の看取りの実績を報告する義務がある。2年前、週刊朝日のムックがその届け出の数字をそのまま掲載したこと、各医療機関が届けた在宅看取りの数が世間に公表されることになった。昨年も最新版が公表されたが、週刊朝日が独自に割り出した「在宅看取り率」という数字までもが掲載された。

しかし、この算出方式には問題がある。施設での看取りがまったく評価されていないのである。実は施設での看取りは、居宅での看取りより難しいことがよくある。そこで施設での看取りを軽視するのはおかしいとの指摘をした。その結果、11月に発売された週刊誌本体では首都圏と大阪、兵庫県のみではあるが、看取りの実績が年間5件以上ある医療機関のみが、在宅看取り率は取り消した形で転載された。つまり、看取りの実績のある在宅療養支援診療所のリストが公表されたという形だ。

こうした動きに異を唱える人も当然いる。しかし私はかねてより診療所機能も病院機能と同様に情報公開すべきであると主張してきたので異論はない。

むしろ医師会入会の有無や在宅療養支援診療所に登録していないが実績のある診療所、さらには看取りの実績のある訪問看護ステーションの公表なども視野に入れてもいいのではとさえ考えている。特別養護老人ホームや老人保健施設などの施設での看取りが謳われているが、実態調査を行うと施設間のばらつきが極めて大きい。やはり看取りの実態の公表は時代の流れだと思う。

### 増加する在宅医療へのクレーム

私が全国在宅療養支援診療所連絡会の理事を拝命している関係もあるのか、講演時などに在宅医療へのクレームを耳にすることが年々増えている。こうしたクレームには、医師会との関係性や経営状況に関する感情的なものも含まれるので、それらの因子を排除したクレームだけを抽出してみたい。

一番多いのは、患者と在宅主治医との関係性に関するクレームである。以前は臨床経験が豊富な医師が良好な関係性を構築していた。しかし最近は、利益追求型の営利法人がバックについている診療所の臨床経験が少ない医師へのクレームが増えている。在宅療養支援診療所は営利目的ではなく、地域貢献でなくてはいけない。そして充分な臨床経験がある医師こそが在宅医療を担う資格があると考える。

二番目は、「緊急往診をしない」とか「看取りをしない」というクレームである。たしかになにか変化があると全例救急車で病院搬送にする在宅医や、看取りをはっきり嫌がる医師もいる。しかし厳密には在宅療養支援診療所制度の施設基準に違反しているので法的にも問題がある。前出の週刊誌には厚労省に届けられた年間の緊急往診の数も公表されている

が、市民にはそのような数字の持つ意味を解説して在宅医療の啓発を行っている。

一方、在宅におけるリスクマネジメントも病院同様、大きな課題を孕んでいる。密室性・閉鎖性があるが故、リスクマネジメントにはより透明性・公平性が期待される。在宅医療における医療訴訟はまだ表にはあまり出ていないが、今後増加するであろう。

### 在宅医療の質の評価

私は病院経営とは無縁であるが、御縁あって療養病床を中心とした日本慢性期医療協会(日慢協)の役員も拝命している。日慢協に入会されている慢性期病院における診療の質の評価システムは素晴らしいものがあることを知ることになった。協会で独自に調査項目を決めて自己採点して公表し、切磋琢磨しているのだ。一方、北海道のある地区的グループホーム協会では、300を超えるチェック項目をお互いに評価し合い、それを公表するという方法で介護の質の担保を行っている。このように医療の質や介護の質の評価は今後の課題である。翻って在宅医療の世界ではどうであろうか。従来からの閉鎖的、密室的という批判を真摯に受け止める時期に来ている気がする。国民の評価に堪えられる在宅医療の質の評価システムの構築は急務であろう。

ただ在宅医療の質の評価は難しい側面も多い。現在、年間看取り数と往診数だけで評価されているが、看取りはあくまで結果なので、その数字だけで評価するのは適切ではない。また、がんと非がんでは看取りまでの期間や看取り率にも大きな差がある。私の診療所では、年間90人の看取りのうちがんと非がんが半数ずつであるが、在宅看取り率でみると前者は90%であるのに対し、後者は40%程度である。

以上から、年間の看取り数はがんと非がんに分けて報告するようにしてはどうか。また居宅と施設に分けてそれぞれの在宅看取り数と看取り率を記載すれば、その診療所の機能がよく分かる。さらに地域の医師会などが主催する多職種連携の会への参加実績も届け出項目に加えるべきであろう。地域包括ケアや研修医教育などにどれだけ参画しているかも数値化して「質の評価」に加えるべきだ。それを満たしてはじめて“機能強化型”と呼べるはずだ。

### 在宅医療から地域包括ケアへ

この3年間、全国各地で在宅医療の講演を行ってきた。そして「在宅医療という言葉はもう古い。これからは地域包括ケアだ」と言い続けてきた。在宅療養支援診療所の重大な責務のひとつはまさに地域包括ケアへの参画である。一方、高い診療報酬だけを取っている在宅療養支援診療所がある。

今春の診療報酬改定は地域包括ケアという国策を実現するための改定にしてほしい。蛇足であるが、多剤投与に関しても開業医にいくらペナルティを課しても解決にはならない。病院から10種類以上の投薬が書かれた紹介状を持ってこられることは日常的であるからだ。一方、患者への地域包括ケアの啓発も急務だ。医療機関に有利な改定は、当然患者側から見れば不利な内容である。目前の損得勘定ではなく患者側から見ても公平感のある改定が望まれる。

介護保険との同時改定を待てない項目もある。たとえば10年前から書籍や雑誌等で指摘し続いている訪問看護の診療報酬体系である。訪問看護は依然として医療保険と介護保険の狭間に落ちたままである。いくら在宅推進という旗を掲げても、ケアマネが介護保険下の訪問看護を拒むという歪んだ実態が一部では続いている。こう言うと必ず「特別指示書に逃げればいいではないか」と言われるが、抜本的な制度改定が本筋であると考える。すべての訪問看護を医療保険下に戻さないと、そして医療保険下のみなし訪問看護もさらに活用できるような仕組みにしないと地域包括ケアの推進は期待できない。

訪問看護制度自体が足かせになっている現状では、2025年問題を乗り越えるのは困難ではないか。在宅医の24時間対応に関しても地域の慢性期病院との連携強化で乗り切るという考え方のほうが合理的ではないか。大病院や急性期病院が軽症者や慢性期医療の対象者の受け皿になっており、逆に慢性期病院がそこに入れない重症患者の受け皿になっている、といった悪循環を直視すべきだろう。

以上、お屠蘇気分で私見を書かせていただいたが、半分でも実現すれば嬉しい。

**ながお かずひろ**：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『親の「老い」を受け入れる』(ブックマン社)など