

## 在宅療養支援の実際と課題

長尾クリニック(兵庫県尼崎市)

院長 長尾和宏

### 在宅医療との出会い

高校時代に父の死を経験し高校卒業後2交代制の自動車会社の製造ラインで働くも、腰痛であえなく休職。あらためて医師の道を志し医大入学。いわゆる無医地区研究会に入部し長野県下伊那郡浪合村に年3回、家庭訪問と巡回診療のお手伝い。野沢菜に醤油をかけて食べる地域柄、高血圧が多く学生の身分なり塩分指導をして村内の老人宅を家庭訪問していた。今思えば、それが訪問診療、在宅医療の始まりだった。偶然にも出身医局で生まれた「メタボ」という疾患概念が、尼崎市では「メタボ検診」となり国策になっている。振り返れば大学1年生から在宅医療や予防医学に取り組んでいたことになる。蛇足だが、当時から太田典礼氏の尊厳死の勉強会や日野原重明先生を講師にお願いしてプライマリケアの勉強会も主宰していた。

大学卒業後、帰阪し総合内科ともいえる大阪大学第二内科に入局。救急病院で2年研修、大学では消化器研究室に所属し5年間の研究と臨床に従事。市立芦屋病院時代に担当していた末期がん患者さんの「抗がん剤を止めて家に帰りたい」との言葉が開業を後押しした。当時は、病院からの往診はできず悶々としていたところに阪神大震災があり価値観が変わった。震災3ヶ月後に病院を飛び出し、尼崎の地で開業した。

### 当院における在宅医療の現状

当院は外来診療の合間に在宅医療を行うミックス型診療所。昔ながらの町医者だ。少し違うのは、複数医師制であること。新規開業して7年目位からかなり忙しくなり、思い切って3人医師体制に移行。現在は、常勤5人、非常勤5人の計10人の医師、訪問看護ステーション2ヶ所、居宅介護支援2ヶ所など、MSWなど約100人のスタッフとともに外

来診療と在宅医療を営んでいる。

年間、約60人、累計500人を在宅看取りした。半分は自院の患者さんで半分は口コミや病院からの紹介。尼崎市医師会では内科医会会長などを経て、現在は地域連携の委員長を拝命。市内に2つある県立病院の統合もあり、地域医療連携に取り組んでいる。在宅療養支援診療所(在支診)に登録。地域の病院研修医や医大の医学生、看護師らが研修にやって来る。最近は、個人で研修に飛び込んでくる若い医者もいる。週3回の在宅ミーティング、院内のメーリングリストなどでスタッフ間の情報共有を図る一方、地域のケアマネやヘルパーらとの多職種研修会を毎月、開催。また在宅医療啓発のための市民フォーラムや執筆活動を続けている。阪神間の在宅医が集う勉強会では在宅医療は日常だが、病院の医師や患者さんと話す「在宅医療はまだまだ市民権を得ていない」と感じている。

### 「尼医ネット」の構築と広域化

さて、基幹病院から地域の診療所に紹介するにあたり、病院勤務医が最も困るのは診療所機能に関する情報が乏しいことだ。各診療所のHPを見れば情報が得られるが、どこにどんな機能の診療所がどの地域に存在するのか、その情報に辿り着く方法が無い。特に若い勤務医は土地勘も乏しく「逆紹介」は意外に難しい。そこで市内の全医療機関の診療機能を一覧できるデータベース「尼医ネット」を作成した。たとえば、外来機能においてはエコーや内視鏡検査が可能か、インターフェロン注射やインスリン注射が可能か、などが診療所別に表示。在宅医療では、まず行うか否か、もし行うなら、麻薬は扱うか、人工呼吸器は扱うか、看取りまで行うか、などの情報を収集し、冊子として全医療機関に配布して2年が経過。配布後アンケート調査で評価を行ったが、勤務医、開業医両者とも概ね良好な評価を得た。現

在、この「尼医ネット」は、現在、阪神間の数ケの市町村で広域化される方向に進化している。ネット上で検索機能を有するよう検討中で、来年には稼働する予定。空きベッドの情報をリアルタイムに検索したい。さらに訪問看護ステーションやケアマネやヘルパーなどの介護者や救急隊員も見られるようにしたい。最終的には市民も閲覧できるのが目標だ。

## 地域医療連携の現状と課題

さて、地域医療連携の現状はどうだろうか？「連携」という概念は医療者には浸透する一方、患者さんへの周知は遅れている。進行した癌や難病で在宅療養を余儀なくされても、大病院にしがみついた患者さんが多い。軽微な症状でも救急搬送を依頼し救急隊員の手を煩わせている。病状によっては、「病院専門医と地域かかりつけ医との併診」という方法が許される（むしろ推奨されるべき）ことをもう少し啓発すべきではないだろうか。

超高齢化社会に対応すべく、「キュアからケアへのパラダイムシフト」を旗印に、在宅ケアの充実が国を挙げて推進されている。しかし「在宅医療への懐疑」は患者のみならず病院医療者にもまだ根強い。介護力不足、レスパイト機能の脆弱さ、急性増悪への不安がその根底にある。一方、DPC時代を迎えた基幹病院が中心となって、各病態別の地域連携パスの推進が図られている。がん、脳卒中、糖尿病などの連携パスが着々と進んでいる。認知症の「地域医療連携」や「多職種連携」も活発化している。「尼医ネット」を総論とするなら、「病態別地域連携パス」を各論として「ITを活用した多層的な連携」を模索している。

## 非がんの在宅療養と在支病との連携

「在宅医療」といえば「末期がん」というイメージが根強い。しかし末期がんの平均在宅期間はわずか1ヶ月半。末期がんは最期までQOLが比較的保たれ、短期間に在宅医療は終わる。一方、問題になるのが「非がん」の在宅医療だ。認知症、脳卒中後遺症、骨粗しょう症に代表されるロコモティブシンドローム、心不全や肝硬変やCOPDなどの臓器不

全症……。中でも一番厄介なのが、認知症の地域包括ケアではないか。

非がんの在宅期間は、末期がんのそれに比較して極めて長期間に及ぶ。そこでは「医師とケアマネ」、あるいは「医療と介護の密接な連携—医介連携—」が必須だ。すなわち尾道方式を見習った「ケア会議」こそが最高の意志決定機関であり、「多職種連携を確認し合う貴重な場」であるという認識の浸透が急務である。

非がんの在宅療養においては、在宅医は「適切な医療連携により、寿命とQOLの両方の延長を図ることが医師の使命」であることを忘れてはならない。すなわち病院機能との連携が必須だ。「非がんこそ病院との綿密な連携」と認識すべきだ。

## クラウド活用による地域包括ケアへ

今後の医療連携や医介連携において、IT活用がキーワードになる。診療所における電子カルテの導入はまだ2割程度。しかし電子カルテ化を待たずに、iPhone等のモバイル端末によるIT連携が進められている。東日本大震災の経験から、医療情報の「クラウド化」は加速するだろう。もちろん十分な漏洩リスク管理が前提だが、大阪市浪速区医師会で既に稼働している「ブルーカードシステム」は、素晴らしい実績をあげている。全国の医師会が参考にすべき先駆例だ。地域連携は、「ITを活用した多職種連携」に向かっている。

医療再生の処方箋とは何であろうか？医療費の増額？医学部定員の増員？研修制度の見直し？プライマリケアの推進？医療事故調査の見直し？どれも正解だろう。しかし長い時間と莫大なお金が必要だ。私は「地域連携こそが医療再生の基軸」と考える。「連携」という概念をもっと国民に啓発すべきであろう。病院内では「チーム医療」と呼ばれ、医師会では「地域医療連携」と呼ばれ、在宅の世界では「多職種連携」と呼ばれるのが「連携」だ。結局、病院と地域が上手く連携することが「地域包括ケア」に集約される。「クラウド活用による地域包括ケアの時代」に近い。良質な「連携」の推進こそが、患者さんのみならず医療・介護スタッフをも幸福にする。医師会や当協

会の責務でもあろう。

### 今春の同時改定と今後の在宅医療

今春の同時改定は勤務医の負担軽減が目玉であり、救急医療と在宅医療に重点が置かれている。税・社会保障一体改革の医療・介護分野の具体的施策として「地域包括ケア」が謳われている。外来報酬は眼科、皮膚科、耳鼻科を除いてほぼ横ばいである一方、在宅医療関係は軒並みアップ点数が多く、違和感を覚える開業医が多い。一方、国民皆保険制度を護るためには大局的に見れば「地域包括ケア」という施策しか無いのが本当のところであり、その意味では明確なメッセージが示された形ではある。専門クリニックであろうが、かかりつけ医クリニックであろうが、それぞれの形で「地域包括ケア」に関わらなければいけない時代にある。たとえ9時～5時の平均的診療所であっても、外来も在宅も「時間外対応」がキーワードになるが、当然、病院の力を借りなくては成し得ない。そこで特に地域の在宅療養支援病院（在支病）に期待が集まっている。「24時間対応」が大半の診療所機能のキーワードになってくるが、在支病のバックアップ無しでは果たせない。

在宅医療の中心を担う訪問看護に関しては全面的に強化される。特に、複数看護師での訪問看護、小児への訪問、退院当日の訪問、月13回を超える訪問、緩和ケアなどが評価されることに現場は喜んでいる。ようやく訪問看護にも日が当たったという印象だ。現状、訪問看護ステーション数は伸び悩んでいる。24時間対応型を含めて今後、訪問看護に参加する看護師をこれまで以上に確保できないと「地域包括ケア」は絵餅になる。訪問看護ステーションの経営改善も課題であるが、医療保険と介護保険にまたがる訪問看護の整合性確保、ショートステイ中への訪問看護問題など制度の狭間を丁寧に埋める作業も必要だ。

### 在宅療養支援病院（在支病）への期待

在宅療養支援診療所（在支診）が、機能強化型と従来型に2分されるという。強化型の要件として、

常勤医3人以上、年間看取り2人以上、緊急往診年間5件以上などが挙げられている。要件の詳細説明を待つところだが、3人に常勤医を抱える診療所は稀であろうから、近隣開業医同志の24時間体制の連携が進む可能性がある。さらに在宅療養支援病院（在支病）への期待もこれまで以上に膨らむ。但し、都市部では在支診と在支病との棲み分けを規定すべきではないか。既に在支診と在支病の競合がおこっているが、在支病は在支診の後方支援に徹することにしないと無用な混乱を引き起こすので工夫が必要だろう。

### 時代が求める新しい療養病床とは？

在宅が期待する療養病床とはどのようなものか？在宅患者の多くは、非がんの高齢者である。そこでは誤嚥性肺炎、廃用症候群、認知症の周辺症状などで家族から入院を希望されることが多い。しかし家族が希望する高度急性期病院は常に満床であるし、そもそも適応が無い。そんな時、地域に評判のいい療養病床があれば在宅医はどれだけ心強いのか。

超高齢化時代が求める質のいい療養病床とはどんなものか？一言でいうと患者が希望しない延命処置をしない病院。必要なことだけして余計な医療はしない。そして「緩和医療」はしっかり行う。私は「緩和医療」という概念は、がんとエイズに限らない。がん、非がんを問わず、すべての終末期、あるいは終末期予備軍に適応すべき概念であると考えている。従って、「老衰」においてさえ、「緩和」という視点を十分に意識すべきであろう。

患者が希望しない余計な医療は行わないが、緩和医療はしっかり行い尊厳ある生を全うできる。これが私がイメージする今後の療養病床のイメージであるが、いかがであろうか。

### 終末期議論の共有化

超高齢・多死社会における終末期の延命処置が、国民的議論になっている。自分自身の延命処置を拒否する「日本尊厳死協会」には、12.5万人もの市民が会費を払って入会し、自らのリビングウィルを表明している。そんな要請に、医療者はしっかり

応えているだろうか。それだけの市民が存在するということは、「応えていない」、「患者さんの想いに寄り添えていない」と認識すべきではないか。そう感じて、日本尊厳死協会関西支部長の重責をお引き受けしている。

現在、リビングウイルの法制化が、超党派の111人の国会議員による尊厳死議連により検討されている。日本尊厳死協会と日本医師会が協力して勉強会が重ねられている。現在、患者さんがリビングウイルを表明しても、法的担保が無いため、延命処置を行わなかった場合、後で家族から訴えられる可能性がある。そこで、「不治かつ末期」の状態において患者さんの希望で延命処置を行わなかった場合に医師が免責されるという内容の法律が検討され、国会への提出が準備されている。

終末期の延命治療に関する患者さんや家族の要望は多様であるが、総じて「延命治療を望まない」患者さんが大半だ。また私が経験した約500人の在宅看取りはすべて「平穏死」であった。では病院での死の何割が平穏死であろうか。すなわち、在宅では普通の「平穏死」が、なぜ病院では難しいのか？そんな素朴な疑問にしっかり応えてくれる療養病床が各地域にあれば、どれだけ喜ばれるか。少なくとも多くの在宅医療者はそう望んでいる。

すなわち、これからの療養病床に求めるのは「自由と緩和医療があり、最期は平穏死させてくれる病院」ではないだろうか。

## 次期改定に向けて

診療報酬改定の概要が報道されている。DPC制度や「地域包括ケア」推進、そのためとはいえ、あまりに強引な在宅誘導政策は、患者さんには違和感があるだろう。「地域包括ケア」を分かり易く国民に啓発することが至急の課題だ。また医療費についても啓発、理解が必要だ。たとえば強化型の在宅診療の往診料が2000円増えて8500円になる。2000円の値上げは3割負担だと約700円の値上げだ。診療報酬が上がるということは自己負担額も上がる。医師の診療報酬が増えるということは、患者負担も増えるということ。経済弱者には「朗

報」どころか「悪い知らせ」でしかない。低所得者は、病気が悪化して通院できなくなっても、ますます往診を頼み辛くなることを強く懸念する。低所得の老人の在宅医療費は1ヶ月12000円の上限があるので助かるが、65歳以下の3割負担の患者さんの在宅医療の自己負担の相談には医療機関側も苦慮することが多い。高い保険料はなんとか払うことができても、肝心の窓口負担が払えない方が増えている。外来受診や在宅依頼が遅れ重症化する人が明らかに増加している。こうした階層にも充分配慮した自己負担の上限設定に、ひと工夫すべきではないだろうか。

また今後、取って在支診を掲げない在宅医がこれまで以上に増えるのではないかと懸念する。在支診制度ができて5年。在宅看取りが思うように進んでいないのは、在支診全体の看取り数が増えていないからだ。安定期のみ診て最期になると入院を勧める在支診があり、在支診のモラルが問われている。在支診は、在支病と協働して地域包括ケア、地域での看取りに寄り添いたい。

## おわりに

医療の診療報酬改定を3年毎にしてはどうかという意見がある。介護保険と合わせて3年毎の同時改定とする案に賛成する。今回の0.004%の引き上げの大半が在宅医療に振り分けられた意味を十分に噛みしめたい。「地域包括ケア」や「地域連携システムの構築」に、在支病の協力無しでは構築できない。在支診をバックアップする在支病がもっともっと増えることを期待している。「地域包括ケア」こそが、国民皆保険制度を護る最後の砦であることを、医療者のみならず国民全体に啓発すべきだ。

地域包括ケア時代における、「在支診と在支病の連携」の意義はますます大きくなる。両者の連携無くして、良質な慢性期医療、ひいては国民皆保険制度は維持できないことを最後に強調したい。