



◎第182回◎

在宅医療に展望はあるか？

松戸市在宅医療の現状調査から見たもの(2)

松戸市在宅ケア委員会委員
堂垂 伸治 (松戸)



※文章中の7) から11) は引用文献を指します

<在宅医療充実の方策は？>

「人口多死時代」の増加分の何割かを在宅が受け皿になろうとすれば、①「若手開業医」が従来の外来医療以外にそのウイングを在宅医療に拡大する、②「在宅医療に専門特化した医療機関」が多数増加する、③広範な診療所が在宅医療に関わる、のいずれかです。

しかし、①の動きは多少の変動・増減があっても、この1年間では認められませんでした。

それでは②の動きはどうでしょうか？松戸市でも4箇所程度の診療所で若手医師が主体となり在宅医療に専門特化しており、在宅死の45%を占有しています。03年の調査と比較しても在宅医療の分野も専門化・集中化が起きており、在宅医療の増加はこの層が担ってきました。在宅医療の「飛躍的な増加」はこの層に依存するところ大だと感じました。

<自己矛盾が生じる>

では、「若手医師」が在宅医療の分野に流入することを促すべきでしょうか。しかしなが

ら、この「若手医師」は別の見方をすれば、「勤務医として脂の乗った状態」で、病院の「働き頭」とも言えます。この層が病院を「立ち去り」在宅医療に大量に流入すると、それは「病院の空洞化を促し本来の治療を放棄する」本末転倒した事態と言えないでしょうか。

確かに在宅医療の現場にはもっと多くの「若い医師が必要」ですが、「在宅医療を充実させる＝病院の医療が空洞化する」というディレンマがあります。

<最近の動きに関して>

最近、厚労省は開業医に「往診・訪問診療も行い、終末期医療にも携わる取り組みが期待されるべき」だと提言しています。前記の③に相当することです。7) 8) 9) 10)

松戸市の調査では、この2年間に「在支診ではないが、在宅死に関わった一般診療所」は17箇所ありますが平均年齢は68.9歳でした。諸先生方の献身的・自己犠牲的な努力で支えられていると言えます。しかし、その昨年の在宅死総数は13人(6%)で、在宅患者数も110人(10%)と少数でした。やはり「絶対的な限界がある」と感じました。厚労省などがこの層をいかに「鞭で引っぱたいて」も所詮展望はないと予想されます。

<どういう医師が在宅医療に携わっているか>

今回のアンケート調査をまとめるに際して、私は諸先生方の在宅医療に関わる動機付けを考えました。大変失礼かもしれませんが、あえて型分類を行いました。

第1は、情熱馬力型です。在宅医療に燃えた専門特化した若手医師層です。現状の保険診療上は、診療報酬誘導型とも言えます。先述したように、この層が飛躍的に増えないと在宅医療の数的拡大はありません。

問題点としては、現行制度では若手医師が自発的に意識しないと排出されずまた研修病

院がないことです。厚労省が目論む「卒後5-6年で在宅医療へ」では内実が心もとないでしょうし、さらに「立ち去り型サボタージュ」を後押しすることにもなりかねません。

第2は、勤務医時代に外科医としてがん治療に専念していた層であり、経験豊富型です。がん治療を遂行した後の患者さんに想いを寄せ、年配となられ在宅医療で患者さんの看取りを行っている方々です。この層は未だ人数が少なく、出発時点からすでにそれなりの年齢に達しています。

第3は、正に「かかりつけ医師」として在宅で看取る意識をもった責任感自覚型・良心的開業医型です。この層は、高年齢層が多く、若手医師の比率はむしろ低いものでした。そして、この層は今回の「在支診」制度から撤退傾向でした。「在支診」制度はむしろ撤退の見切りをつける作用を果たしているのではないのでしょうか。この層の拡大があるとしても在宅医療の大幅な数的拡大は見込めないと予想します。

第4は、(実は私がこれですが)勤務医時代に在宅医療を携わった層=慣性型です。この大きなメリットは在宅医療のノウハウを学んでおり人材確保も可能で開業後スムーズに在宅医療に入れる点です。しかし今や病院が在宅医療を行わない時代なので極めて少数で、今後も在宅医排出の見込みは少ないでしょう。在宅医療への動機付けや研修体制が極めて貧弱な現状を憂えるものです。

いずれにせよ、在宅医師は上記の4つの型が混在して推進されていると考えます。

<在宅医療の分野にはリスクがある>

一般的には、在宅医療は初期投資が少なく済み開業にリスクは少ないとされています。しかし、在宅医療は、専門分野の医療のみならず広範な対応と人生観も含めた人対人の対話が要求されます。果たして今の受験体制と

医学教育と医師研修でこうした資質を養えるのか、疑問を感じています。

また今回のアンケート調査でもネックとして指摘されたように基本的に24時間体制です。体力的にも精神的にもこの拘束感は大いなものがあります。連携がいかに進んだとしても、最終的な責任は主治医にかかります。例えば、外来中に在宅患者さんからコールが入りますし、自宅で熟睡中や重要な会議中や宴会で飲酒しているときに呼ばれることもあります。これらはボディーブローのような負担となり、日常診療にも影響が出ることがあります。

他にも、スタッフの雇用・管理・経営や教育など多彩で組織的な対応が要求されます。病院や連携先との円滑な人間関係も必要です。さらに事業拡大した後に、肝腎の雇用していた医師が辞めると過大な負担が院長にかかってきますし、何より患者さんに迷惑がかかります。当たり前ですが、診察室に座っていて患者さんが来てくれる方がはるかに楽です。

以上のようなリスクを伴う在宅医療の分野に既存の開業医を巻き込もうという厚労省の意図の実現性に疑問を感じます。

<在宅医療の分野も実は医師不足である>

在宅医療への障碍を世俗的に言えば以下のごときものでしょうか。

「勤務医のように24時間縛られたのでは開業した意味がない」「仕事のオン・オフのメリハリがない」「長期の休暇や海外旅行が出来ない」「ゆとりある人生や生活が出来ない」「専門性をもった開業なので在宅医療にはなじまない」「専門分野や医療全体の医療の進歩に追いつくだけでも大変なのに在宅までは手が回らない」「自分の守備範囲を拡大するのはリスクがある」「夜間呼ばれ睡眠不足で翌日を迎えると診療に支障が出る」等々。

こうした考えは納得できる点も多く、診療報酬の誘導で対処する性格ではないでしょう。

診療報酬の誘導は逆に「金儲けの為なら医者は何でもやる」ということになります。私自身も「今はまだ出来るが、もう少し年齢を重ねると不可能だろう」とか「外来を支障なく遂行するだけで精一杯だなあ」と常々感じています。

財政主導で厚労省等が強引に誘導するなら、開業医も勤務医と同様に疲弊するのではないのでしょうか？医師のモラル低下や医療の質の低下につながりかねません。医師が在宅医療に参入する動機に関して和田らは、「経済的なドライブ」ではなく「『医師の精神性』こそが在宅医療を推進する根源」と指摘しています¹¹⁾。共感や自発的な熱意や意欲なくして在宅医療の展開はないでしょう。

在宅医療の分野も未だ歴史が浅いこともあり、全体の医師不足の影響を受けそもそも人数が足りないのだと感じました。

＜医療政策の決定には「世論調査」と事後・事前評価（アセスメント）が必要＞

最近、新臨床制度や7対1の看護基準を契機とした勤務医不足や看護師不足が大きな社会問題となっています。こうした問題がなぜ繰り返し生じるのでしょうか？

私は、その原因として第1に現場の実態を正確に把握していないで制度改革が行われていると考えています。現場と政策決定者との認識の乖離です。換言すれば、厚労省の官僚や医療界の「お偉方」が実際の医療現場を理解していないことです。

政治的な論点に関しては、有権者にアンケート調査が実施され、マスコミもそれを反映し、それなりにバランスのとれた選択と政策が実施されます。

ところが医療に関しては、医療需要サイドへの調査は多数行われますが、医療供給サイドへの調査は極めて少数です。丁寧な調査が行われてそれを元に現実的な対策がとられる

べきです。調査がしっかり行われれば、医師に書類書きや会議などの雑務が負担となっていること、患者さんの過剰な要求で疲弊感があること、開業医を十把ひとからげで把えてはならないこと等々明らかとなるでしょう。他にも、患者さんの過剰な不安感が医師の自己防衛や技術至上主義と相乗し過剰医療を引き起こしていること、医療費のムダ使いとその改善策が判明するとも考えます。

第2に、政策の事前・事前評価＝アセスメントがどうして医療界では行われないのでしょうか？承知の通り開発や建築では「環境影響評価」が行われています。医療界でも政策変更や保険点数の変更で、現場で変化が生じます。人間の生命を直接扱っている医療界で、こうした方策がとられていないことが不思議でなりません。官僚や「お偉方」の頭の中から出てきたものが（多少の議論を経てはいても）科学的な検証や予測もなく適用されることは極めて前近代的な政策決定過程だと考えます。今回の「新臨床研修制度」も事前の評価があれば、医師の動きが十分予測できたはずですが。また、看護師についてもシンクタンクに調査させれば明らかだったはずですが。さらに、政治では事後の評価は曲がりなりにも選挙が行う構造がありますが、厚労省には政策の事後評価と責任を明確化する体系もありません。

今回の「総合医」の概念もこの調査と事前評価の仕組みを取り入れれば、愚策でしかないことが明らかとなるでしょう。全国の医師・看護師不足を起し医療現場を大混乱にした責任が一切とられていない点は、文部科学省が「ゆとり教育」の責任を取っていない事と同じで、現行官僚制の大きな問題点です。

現状は正に「エビデンスのない医療政策」が闊歩しているのです。医療供給サイドへの世論調査と事前・事後評価システムの導入が早急に行われないと、日本の医療は確実に崩

壊すると考えます。

<国民との信頼関係の構築こそ焦眉>

今回の調査では、相当数の高齢の先生方が、長年の患者さんとの信頼関係を元に在宅医療に従事されていました。現場で培った信頼関係を背景とした医療こそ大切なことを示しています。「先生、最後は在宅で診てください」という依頼は、開業医が在宅医療を行う最大の動機付けと考えます。

国民と医師・医療従事者の信頼関係の構築がなければ、在宅医療の分野でも発展と成長は不可能ではないでしょうか。この信頼関係の構築が要であり、そして「信頼関係構築への手助けこそ厚労省が為すべきことである」と考えます。

(参考文献)

- 7) 毎日新聞 07. 4. 22
<http://www.mainichi-msn.co.jp/seiji/gyousei/news/20070422k0000m010134000c.html>
- 8) 読売新聞 07. 4. 30
<http://www.yomiuri.co.jp/national/news/20070430it01.htm?from=top>
- 9) 日経新聞 07. 4. 30
<http://www.nikkei.co.jp/news/main/20070430AT3S3000I30042007.html>
- 10) 辻哲夫「今後の医療政策について」 「第2回医療構造改革に係る都道府県会議」講演
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihosho/iryouseido01/pdf/04-1a.pdf>
- 11) 和田忠志 勇美記念財団「在宅医療に従事する人材養成の支援」
<http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/wadatadashi2004.pdf>