

1 在宅療養支援診療所とは

在宅療養支援診療所とは、2006年の医療法改正により、新設された制度で、末期がんや慢性の疾患などで在宅療養をする患者さん、家族の支援を強化する目的でつくられた。簡単にまとめれば、他の医療機関の医師や、訪問看護ステーションの看護師、ケアマネージャー等と連携し24時間態勢の、訪問診療や訪問看護を提供する施設である。全国で約10,000ヶ所が登録しているとされている。

2 当院の現状

当院は、2006年10月に開院した在宅療養支援診療所である。医師一人、看護師2名、事務1名の態勢で、午前のみ外来診療をし、午後は往診にあてている。在宅診療に特化しているとはいえないが、一般診療所よりは在宅診療に重きを置いている。急性期病院の外科で消化器がんの手術を中心に仕事をし、沢山の末期がん患者さんを診てきた経験から、何とか自宅で生を全うしたい末期がん患者さんを手助けしたいというのが開院の動機である。

往診患者さんは20名前後、うち末期がん患者さんは10名前後である。1日平均の訪問数（診療、看護を含め）は4～5件である。診療エリアは、鈴鹿市を中心に亀山市、四日市市である。だいたい車で1時間以内であれば対応可能と考え実践している。当然、車での移動が必要となるため、月平均の走行距離は2000kmぐらいになる。

慢性、良性疾患の患者さんは、年余に渡り継続する方も多いが、末期がん患者さんの平均在宅日数は65日であり、入れ替わってゆかれることになる。開院以来の看取り数は116人である。往診、看取りの多さから、医師仲間からはボランティア精神でやっているのかといわれることもあるが、そうではない。スタッフの給料も払い、借入金の返済も十分にできる。ボランティアといわれる由縁は、夜も眠れないのではないかといわれることであるが、0:00から6:00までのいわゆる深夜帯に起こされることは稀である。ちなみに在宅看取りをさせていただいた患者さんの死亡時刻は（表1）のごとくである。もちろん深夜帯に亡くなられる場合もあるが、しっかりとした患者、家族との関係が出来ていると、明け方に連絡して下さる場合もある。考えてみれば、産科の先生は、いままではるかにきつい束縛の中で仕事をされてきたのではないかと考えている。

在宅看取り時間帯	看取り数
0:00～6:00	19名
6:00～18:00	48名
18:00～24:00	16名

表1

3 看取りからみえてくる問題点

末期がん患者さんに絞って、問題点を探ってみる。

在宅療養支援診療所は、年に1回看取り数を報告しなければならない。これは、これから迎える超高齢社会で予想される大量死亡時代（平成18年108万4488人。平成27年127万人の予測）に、現在のまま多数の人々が病院で亡くなること（表2）への財政およ

び医療資源に対する行政側の危機感の表われであり、何とか居宅での看取りを増やしたいという国家的な政策である。現行の保険制度では、急性期病院には長期入院を許せる人的、資源的余裕はもはやない。そしてこのことは、放置すれば、治癒を目的とした治療がもはや不可能となった末期癌患者さんが満足のゆく療養場所が得られないまま、いわゆる「がん難民」としてさまよう現状が続いてゆく。3人に1人ががんで死亡する現在、将来的には2人に1人ががんで死亡する未来がある。

都道府県	病院、診療所	老人施設など	自宅	その他
全国平均	81.4	2.5	13.4	2.7
三重県	77.7	3.3	16.4	2.6

(表2) 死亡の場所別にみた構成割合(%) H14年人口動態統計より

しかし、緩和ケア病棟やホスピスといわれる施設があるではないか?という考えもある。しかし現在、全国のホスピス、緩和ケア病床数の総数は3,770床に過ぎない。平均入院日数を1ヶ月と計算しても、年間4万5千人の入院が可能なかたきである。年間30万人余りのがん死亡者の15%しか入院できない計算となる。25万人以上の患者さんは「難民」のままである。

川島によれば、在宅療養支援診療所の全国調査で、年間在宅看取り数が10人を超える施設は8.6%に過ぎず、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在宅療養支援診療所は全体の10%弱(全国で1,000カ所弱)であり、まだまだ膨大な患者数に対応できているとはいえない。

4 末期状態における療養場所

それでは、末期状態における療養場所として国民はどのような希望をもっているのだろうか?

平成16年7月に報告された、厚生労働省の終末期医療に関する調査報告書によれば、自分が痛みを伴う末期状態(死期が6ヶ月程度よりも短い期間)の患者になった場合(図1)、一般国民は自宅療養後、最終的には何らかの医療機関に入院したいという希望が約半数であり、最期まで自宅で過ごしたいという人は11%にすぎない。一方なるべく早く緩和ケア病棟なり医療機関に入院することを希望する人は33%である。すなわち約60%の人は自宅で療養したいという希望をもっているが、家族への負担、医療面での不安等を考え、最期までという人は11%に止まると解することができる。この医療面での不安に答えるのが在宅療養支援診療所の役割であると考えられる。

この調査報告書にある、自宅で最期まで療養できると考えられるかという調査(図2)では、一般国民は実現可能であると8.3%の人が答えているのに対し医師は28.8%が、看護師は34.1%が可能であると回答している。すなわち、医療現場に詳しい専門家は、一般国民の認識より、約4倍ほど最期まで自宅で療養できると考えていることとなる。したがって在宅療養支援診療所が求められる機能を発揮すれば、前項の、最期まで自宅で過ごしたいという一般国民の希望を40%ぐらいまで引き上げることが可能になると考えられる。

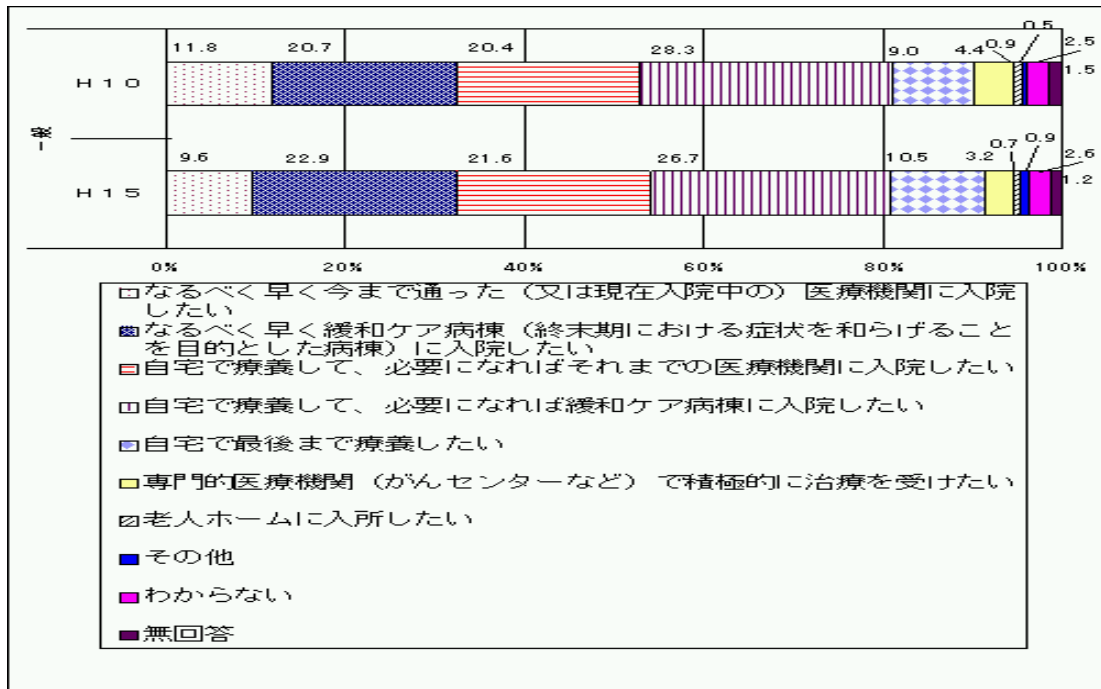


図1 自分が痛みを伴う末期状態(死期が6ヶ月程度より短い期間)になった場合、どこで療養したいですか。

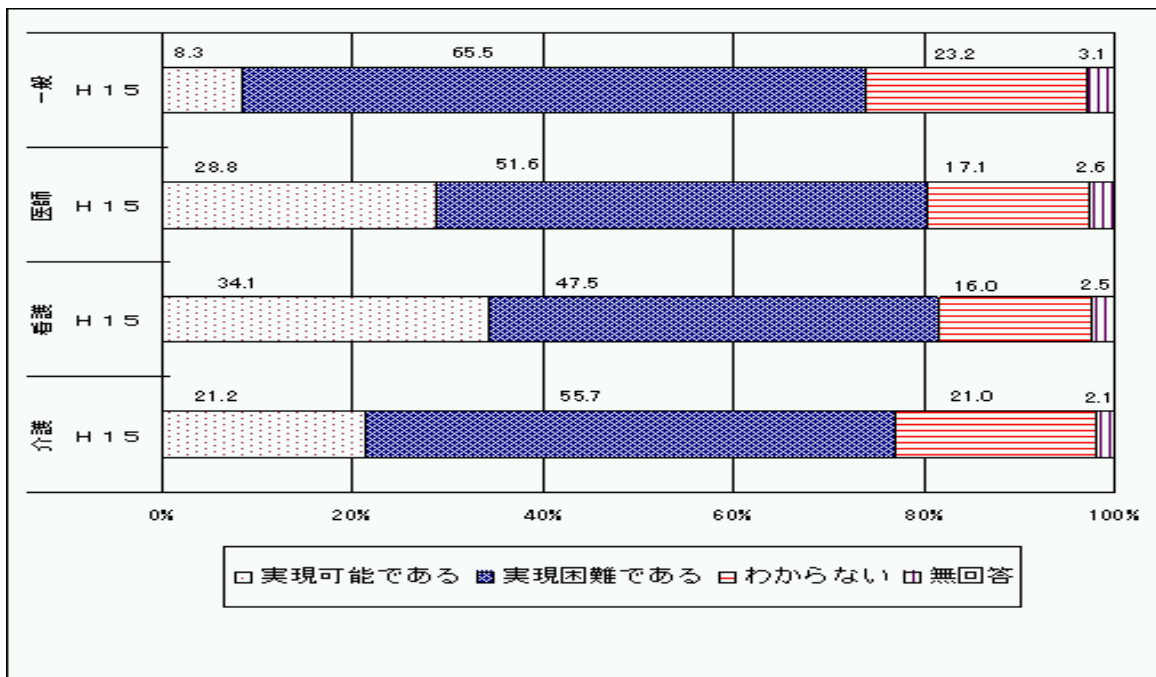


図2 自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか

5 在宅療養支援診療所を推進するためには

当院へ紹介されてくる患者さんの半数ぐらいは、何故もっと早く紹介していただけなかったのかと思うほどの状態で紹介される。がん治療病院側も最期まであきらめずに治療されていることはよくわかるのだが、もうこれ以上は体力的にもたないという時点で紹介される。最近病院側の医師にも緩和ケアの意識が徐々に高まりつつある兆しはあるが、まだ緩和ケアはがんに対する敗北であるという意識が抜け切れていない。再発患者さんはいずれ亡くなる。せめて亡くなる3ヶ月ぐらい前には紹介していただきたい。「退院できるかどうかわからないが、退院できたらよろしく」では、患者さんも気の毒であるし、在宅診療所側もなんとなくつらいのである。

がんの末期で痛みも伴う患者さん、不安でいっぱいの家族を最期まで在宅で診てくれる医療機関があるという情報提供はまだ不十分である。在宅診療は訪問医師、訪問看護師、ケアマネージャー、介護士、薬剤師等のチーム医療である。また、病診連携も欠かせない。当院開院時、これらのことを考え、ケアマネージャーの勉強会で2度ほど末期がんの在宅緩和ケアについてしゃべらせてもらった。また、近隣の急性期病院の地域連携室に開院の目的と診療体制の説明に伺った。患者さんの紹介される現状をみると、この方法は間違っただけではなかった。ほとんどの患者さんは急性期病院よりの紹介であり、そこからもれてしまった患者さんは、見るにみかねたケアマネージャーよりの紹介もある。ただ、問題点は医療提供側に情報が偏っていることである。北勢緩和ケアネットワークの市民公開講座、三重県がん患者とサポーターの集いでの相談ブース開催などまだまだ少ない。今後我々がなさねばならない取り組みは以下のように考えられる。

- (1) 在宅療養支援診療所の役割を市民にわかる言葉で啓蒙する。がん診療をする病院で診断のついた段階で手渡されるような冊子を工夫する。
- (2) 三重県内の在宅療養支援診療所の実働状況の周知を図る。(すでに三重県で作成中ではあるが。)
- (3) 病院の医師に対しては「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修」を義務づける
- (4) 在宅療養支援訪問看護ステーション(仮称)を新設し、24時間訪問看護態勢を確立する。もちろん国レベルでの報酬体系を新設すべきであるが、県レベルでも考えるべき。在宅看護こそが、在宅看取りを可能にする最大の因子である。
- (5) 将来を見据えれば、県内研修指定病院の研修医には、緩和ケア病棟等での緩和ケア研修を義務づける。緩和ケアマインドを持った医師が増えれば、現在のかんりの問題は解決可能であろう。
- (6) ケアマネージャーに対して、医療機関との連携を深めてゆく方策を探らねばならない。ケアマネージャーこそ、患者と医療をむすぶキーマンである。

6 結語

在宅療養支援診療所の推進につき、当クリニックの経験を基に私見を述べた。少子高齢化社会を迎えたわが国で人生の入り口と出口の医療体制に医師および医療体制の不足が問題となる皮肉な現実が明らかとなってきた。今後とも最期に述べた取り組みを推進していきたい。

参考文献

- 1 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
(事業実績報告書 主任研究者 川島 孝一郎 平成20年4月)
- 2 終末期医療に関する調査等検討会報告書(厚生労働省 平成16年7月)