

開業医支え地域の看取りを強化 24時間の往診、他診療所にも

産経新聞 ゆうゆうLife 2016.1.7(木)

「できれば畳の上で死にたい」と思うけれど、在宅看取りに対応する診療所はどこにでもあるわけではない。医師にとっては、24時間体制で急な往診をする負担が大きく、広がらないからだ。

状況を打開しようと、診療所に土日や夜間専門の当直医を置いて急な往診も行い、その機能を他の診療所にも提供するところも出てきた。在宅看取りの裾野が広がるか、注目される。

(佐藤好美 論説委員)



医療法人社団「悠翔会」の理事長、佐々木淳医師(42)は、過労死を覚悟した瞬間がある。

東京都千代田区で開業したのは32歳のとき。理想に燃え、医師1人で外来診療と訪問診療を始めた。患者数が増えてくると、急な相談が夜間も5、6件入るようになった。必要な患者に往診をすると、翌朝はそのまま外来診療に入る。そんな日が5年半続いた。

「このままでは、過労死すると思いました。若かったからできたけれど、患者さんにも迷惑です。24時間対応する、持続可能な仕組みが必要だと思いました」と振り返る。

内閣府の調査では、看取りの場所に「自宅」を希望する人は半数を超える。だが、訪問診療を行う医療機関は増えてきたものの、多くは曜日を固定した定期的な診療。緊急時に患者宅に赴く「往診」や、在宅看取りまでする診療所は少ない。厚生労働省の調査でも、在宅医療に取り組む医療機関の40%は1年間の看取り患者が「0人」だ。

佐々木医師は、「在宅看取りの障害になっているのが24時間対応。開業医の

平均年齢は59歳だから、困難なのは当然。逆に、24時間対応への支援があれば、在宅医療や在宅看取りを始めようとする医師は多いと思う」と言う。

実際、日本医師会総合政策研究機構が看取りを行う診療所（在宅療養支援診療所）を対象に行った調査でさえ、7割以上の診療所の医師が24時間体制に負担を感じている。

佐々木医師は、医師の数を増やし、昼と夜の診療を分けることで在宅看取りを安定的に行う仕組みを作った。悠翔会は今、9つの診療所で東京23区と川崎市、埼玉、千葉の一部の訪問診療をカバーする。電子カルテで診療所間をつなぎ、うち2カ所が当直拠点。夜間と土日は当直専門の医師が集約して電話を受け、往診に出る。日中を担当する医師は原則、当直はしない。

さらに、同会はこの当直機能を他の診療所にも「開放」する取り組みを行う。連携する診療所のカルテ情報を共有。連携先の医師や患者から緊急の電話を受け、悠翔会の患者と同じように往診に出向く。

東京都品川区の「ひろクリニック」も、この仕組みを利用する。連携のきっかけは、新井浩士院長（55）が過労で入院したことだ。同クリニックはもともと在宅看取りの実績が多い。医師は複数いるが、看取りは、新井院長が1人で担ってきた。「毎日、当直しているようなもの。訪問診療を始めたとき、周囲から『先生、倒れないでくださいよ』と言われていたんですが……」と苦笑いする。

だが、連携は不安だった。「医療の質が落ちるなら連携はできない。患者さんの利益にならない」と新井院長は明言する。しかし、事前の話し合いで佐々木医師と考えにズレがなかった。やってみると、治療後の情報もすぐに返ってくる。診療所に当直をもう1人置くのに比べて費用も抑えられた。今、土日や深夜は、新井院長が重度の患者に往診し、悠翔会に比較的安定した患者を任せる。「圧倒的に体が楽になり、精神的な負担も軽くなった。学会など、先の予定も考えられるようになった」と喜ぶ。

悠翔会が連携する外部の診療所は現在14カ所。このうち、連携から1年が過ぎた7診療所の変化を見たところ、すべてで在宅患者数も看取り数も増加。7カ所合計で在宅患者は1・8倍、看取り数は3・5倍に増えた。

佐々木医師は今年、当直拠点を4カ所に増やす方針だ。それが開業医を支え、地域の看取り機能を引き上げると考えている。

「今は、患者が外来に通えなくなると、主治医が訪問を行う医師に交代する。だが、これまで診ていた医師が替わることが患者にとって幸せとは思えない。

ぼくらが緩和ケアなどの困難な事例や、土日や夜間の急な往診を引き受ければ、今までの医師が患者を継続して診られる。急な往診ができず、救急搬送されるケースも減るはず。こういう診療所が地域に1つ、インフラとして必要だと思う」と話している。

■「超高齢」の次は「多死」社会

在宅看取り、どう進めるか ■

超高齢社会の次にやってくるとされる「多死社会」。今後10～20年に亡くなる人は急増する見通しで、10年後には年約24万人、20年後には年約35万人増えると予想される。厚生労働省が在宅看取りを進める背景には、これだけの人数を病院で受け入れきれないとの危機感がある。

環境整備は手探りだ。

国は平成18年度、患者からのコールに24時間対応し、在宅看取りまで行う「在宅療養支援診療所（在支診）」を発足させた。だが、実際には看取りに対応できないところもあり、「夜間は救急車頼みのところもある」と指摘される。

24年度には、①医師が3人以上いる ②複数の医療機関が連携する一などで看取りの実績が一定数以上のところを「強化型」「連携強化型」の在支診とし、診療報酬を手厚くした。だが、診療所の医師が交代制で当直を担う連携は、患者情報の共有、患者数の違い、診療報酬の配分一などで課題が多く、進まないのが実情だ。

一方、悠翔会は連携強化型の在支診だが、土日と夜間の往診機能を切り離し、複数の医療機関で共有する形にして連携を進めた。

在支診の強化に加えて、厚労省は28年度から「訪問専門」の診療所を認めたい考えだ。これまでは、すべての診療所に「外来の実施」を求めてきたが、規制改革会議などの要望を受けた。実現すれば、特に都市部の取り組みとして注目されそうだ。

地域によっては、訪問看護師や薬剤師など多くの専門職がかかわることで、医師の往診負担を軽減しているところもある。患者を24時間支える方法の一つではない。

地域に合ったやり方が求められている。