

在宅医療 —理想と現実—

「じゃなかった」

医学博士 長尾 和宏

大橋巨泉さんは例外ではない

2025年問題とは、団塊の世代が全員後期高齢者になる年である。

しかし、多死社会のピークは2040年頃になると予想されている。こうした見通しから2000年に介護保険制度が創設され、国策としての在宅医療が推進されて来た。在宅医療は安上がり医療と理解している人が多いようだが、在宅現場に身を置いていると必ずしもそうとは限らない。例えば、人工呼吸器を装着したALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の場合、療養病床に長期入院した方がずっと安い。国は単に経済的事情だけで在宅医療推進を勧めているわけではない。病気や障害があっても、その人らしい生活が続けられるように、つまり人間の尊厳を重視した政策であることを忘れてはならない。そんな中、人生の最終段階を自宅で迎える有名人も増えて来た。愛川欣也さんや日野原重明さんのような高齢者だけでなく、黒木奈々さんや小林麻央さん（どちらも享年34歳）のような若い人も、自宅で最期を迎えている。中でも小林麻央さんは最期の1カ月の在宅療養の

様子を自らのブログで公開して、世界中の人が注目した。一方、大橋巨泉さんのケースのように、亡くなった後に在宅医の資質についてご家族がクレームを申し立てるケースも散見する。NHKのクロージングアップ現代は巨泉さんが受けた在宅医療の検証を行ない、在宅医の質を問うた。実は私も同様な相談が持ち込まれる立場にいるが、巨泉さんの例は決して例外ではない。

在宅医もいろいろ

「誰でも在宅医になれるの?」。よくそんな質問を受ける。答えは「そう。どんな医者でもやれますよ」。開業医はもちろん、200床未満の中小病院も、在宅療養支援病院としての届け出をすれば在宅医療を提供することが出来る。また、大病院でも往診料を算定しないで再診療だけで、つまり半分ボランティアで在宅医療を提供しているところもある。いずれにせよ、在宅医療を行なう上で医師免許以外に特に資格は必要ない。指定された研修を終えれば、最短で卒業3年目で在宅専門クリニックを開業もできるくらいハードルは低い。

ではどんな専門分野の医師が多いか。私の印象では外科や整形外科や麻酔科などの外科系の医師が積極的であるようだ。実は私も2年間外科と麻酔科の研修を受けているので、外科系の血が少し流れている。現在は本心では「何でも診る科」である。

さらに、私のように外来診療の合間に在宅医療も行なう「ミックス型診療所」が大半である。しかし、都市部では在宅医療に特化した、いわゆる「在宅専門クリニック」も増えている。医師会加入率が低いことから、両者の関係性がよくない地域もある。さらに、病態に特化している施設もある。がん専門、認知症専門、神経難病専門、小児在宅専門など。またミックス型診療所が掲げている診療科目は内科や外科や整形外科だけではなく、泌尿器科や眼科や耳鼻科や皮膚科などの医師も続々と参入している。

以上のように、在宅医療を提供する医師も医療機関も医師会や医学会との関係性も実にさまざまである。「玉石混合」という非難もある。

いい在宅医の探し方

「どうすればよい在宅医を探せる



長尾和宏
(ながお かずひろ)

医療法人社団裕和会理事長、
長尾クリニック院長

1984年 東京医科大学卒業、大阪大学第二内科入局、
1991年 医学博士（大阪大学）授与
1995年 兵庫県尼崎市で長尾クリニックを開業、現在に至る
日本慢性期医療協会理事、日本ホスピス在宅ケア研究会理事、日本尊厳死協会副理事長、全国在宅療養支援診療所連絡会理事、関西国際大学客員教授
【医学博士】
日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、日本在宅医学学会専門医、日本禁煙学会専門医、日本内科学会認定医、労働衛生コンサルタント
【著書】
『平穏死・10の条件』（ブックマン社）、
『抗がん剤・10のやめどき』（ブックマン社）
『胃ろうという選択』『がんの花道』（小学館）
『抗がん剤が効く人、効かない人』（PHP研究所）
『大病院信仰、どこまで続けますか』（主婦の友社）
など
医学書
スーパー総合医叢書・全10巻の総編集（中山書店）
第一巻『在宅医療のすべて』、第二巻『認知症医療』など多数。

国策としての「こんなはず

のか？」という質問をよく受ける。私は第1に「地縁」を挙げたい。自宅とクリニックが近ければ近いほど患者も医師もお互いによい。そして2番目には「相性」を挙げたい。医師の性格も千差万別なので、恋愛と同じでお互いの相性がよくないと幸せな在宅医療にはならない。万人に合う在宅医なんてあり得ない。マスコミで名医として登場していても、ある患者さんにとってはヤブ医者であることもある。結婚相手選びと同様に、在宅医選びには「相性」も考えないといけない。「応召義務」という法律のため医師は患者を選べないが、患者は医者を自由に選べる。選び放題だ。在宅医選びには、私が監修した週刊朝日ムック「さいご

まで自宅で診てくれるいいお医者さん」（980円）を是非参照して欲しい。

よく「病院が紹介してくれたから第一印象が悪くても断れない」という声を聞く。病院側は、主に地理的な因子と医療依存度を考慮して在宅医を推薦する。しかし、初対面で「相性」の判断は、患者さんは遠慮しない方がいい。相性がいいほど結果的に在宅医療の満足度が高まる。

近著「痛い在宅医」に込めた想い

在宅医療は医師の訪問診療と往診が基本形である。在宅療養支援診療所には365日24時間対応が義務づけられているが、電話対応で済むことが多い。「なぜ医師がすぐ来ない

のか」と怒る人がいるが、仮に毎日そのままだ深夜にも往診をしていたらすぐに過労死する。国が定める「24時間365日対応」の「対応」とは、直接的ないし間接的に医師に電話連絡がつく状態のことだ。私の場合は「24時間365日」私に直接電話がつながるが、クリニックによっては訪問看護師や事務員が最初に電話を受けている。電話を受けて駆けつけた看護師からの報告で「おかしい！」と思ったら、深夜でも「往診」しなければならぬ。もし、深夜帯に亡くなった場合には、朝一番の往診になることを事前に取り決めている場合もある。しかし、「すごく苦しんでいる！」という電話を受けたらそう対応すべきか。本人と家族に本当に寄り添えているのか。

以上のような想いから、昨年末に「痛い在宅医」（ブックマン社）という本を上梓した。在宅医療に関して美談ばかり書き過ぎた。しかし、理想と現実のギャップが時に大きい。そして何が「痛い」のか、どうすれば満足度が高まるのか。本書を肴に医療・介護者と市民が本音で話し合うきっかけになれば幸いである。