



表紙は語る

# 小平市医師会

## 『小平市医師会 市民公開講座』

撮影 井上 斉先生

### 第 355号

#### 〔市民公開講座〕

平成20年3月1日(土)

ルネこだいらレセプションホール

今回の市民公開講座は在宅医療をテーマに取り上げた。医療・社会双方にとつて差し迫ったそして、避けることの出来ない問題であり、一つの視点、一人の考え方からだけでなく多方面の意見を反映するため、市民公開講座では初の試みとなるシンポジウム形式で行われた。会場には50名を超える市民がためかけ講演開始時には殆ど空席は見当たらないほどであった。司会には地域ケア研究会の菊島郁丸先生、鈴木会長の挨拶に続き白髭先生の講演が始まった。

#### ●白髭豊先生

・白髭内科医院院長

・長崎在宅ドクターネット

事務局長

・厚生労働科学研究費補助金



白髭 豊先生

日々の在宅医療の重圧を緩和できないかと考え2003年に「長崎在宅Dr.ネット」を立ち上げた。このDr.ネットは、在宅主治医と副主治医の複数の担当医を決め、主治医が不在の際には副主治医が駆けつけるというシステムになっている。そのほか協力医として専門性の高い科の医師も参加し、患者紹介・助言を行う。発足時はわずか13名でだけであったが現在、連携医(主治医・副主治医)64名、協力医34名、病院医師33名の総計133名で活動を行っている。  
※詳細は後日掲載予定。

がん臨床研究事業 研究協力者

### 原稿募集

面白、読物、写真、随筆、小説、御意見、どしどし御投稿下さい。広報部一同お待ちしております。

発行所 社団法人小平市医師会  
小平市小川町二一三二五九  
電話〇四二二三四三八二六〇  
FAX〇四二二三四五七二八七  
発行人 鈴木 昌和  
編集人 井上 斉



座長 菊島郁丸先生

●吉田 勝氏

・東京都福祉保健局 医療政策部  
医療政策課 副参事



吉田 勝氏

東京都の高齢者は今後10年で約80万人増加するといわれているが、特に高齢の単身者が多いということが特徴である。在宅医療についての調査の結果、在宅で長期療養を希望している人が約半数いるが、そのうち8割の人が、家族の負担、訪問診療医師の不在、緊急時入院可能な病院が無いなどの理由で実際は無理であろうと考えている。

医療提供側はどうか。都内の病院約660件と診療所1万2千件のうち在宅医療を主に行っている施設

は約55件(8600回答中6.4%)である。東京では在宅医療の医師数はそれなりに揃って恵まれている方である。しかし、在宅医療は医師だけでなく訪問看護師、歯科医師、薬局、介護を担当するスタッフそして、病院など、多くの医療関係者が連携しなければならぬ。

東京都では、訪問診療の医師やスタッフ、入院病床などをコーディネートする組織が必要であろうと考え平成19年度から各市町村に対して推進協議会的なものを設けてもらうようにしている。この中で情報を収集し、数々の問題を解決すべく検討を行っている。また、いくつかの地域でのモデル事業として、医師一人の在宅診療所と規模の小さい訪問看護ステーションの連携についても試行検討している。東京都は地域が広く多くの診療所、病院があるため、一人の入院患者に対する退院時カンファレンスを実施しようとする、多くのチームが必要になり円滑にいかない可能性がある。これを東京都で工夫できないかということも検討している。

都内13の大病院の会議では、退院時におけるケースワーカーの

調整困難な症例についての検討や、医師・看護師対象に在宅医療の講演会を開催している。

在宅医療の職種ごとのマニュアルを東京都医師会に依頼し作成している。色々な方面で活動して在宅医療を推進していきたいと考えている。

●新田國夫先生

・新田クリニック院長  
・国立市医師会会長  
・NPO法人  
在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワーク



新田國夫先生

会長代行

今後、高齢者をどのようにしたらいいのか、最後までその人らしい生活を支えるためにどうしたらいいのか。これが、これからの日本の医療にとって非常に大切である。障害のある生活の場に、医療を持ち込み支えることである。

近年、往診から病院医療へ移行し、医療技術も進歩したが、病院が多く出来たことよって今度は病院医療の反省が始まる。慢性疾患、後遺症医療が必要なのに高度の医療を求めすぎたことも問題であったかも知れない。1984年には在宅医療の診療報酬が完成され、在宅医療の再興の兆しもあったが80年代にすでに医療費が破綻し、その後疲弊していく。

在宅医療への政策の流れはあるが、在宅は政策の流れで行う以前に生活の場で医療を行うという基本倫理があると思う。

今後、高齢者の人口が増加し、一人暮らしや夫婦のみの生活者が増える。実際に家庭をまわつてみると一人や二人の家庭が多く、二人とも元気でいることが少ない。

24時間対応可能な在宅支援診療所も出来たが、医療だけで24時間体制にしてもだめである。急変時対応、家族への負担などを含め支援するシステムが無いと駄目である。介護にかかる経済的な負担については費用をどこから持ってくるのか。財源確保の問題もある。

在宅支援診療所は北多摩地区でも44件あり、24時間対応可能な診

療所も多い。訪問看護ステーションは、少人数体制のものが多く24時間対応するのは不可能である。これらの施設が連携して24時間体制を取るのがより望ましいだろう。

今まで千人ほど看取っているが、看取りは結果であると思っている。在宅医療を行った結果、家で看取ったということである。ここ18年間

一人でやっているが私は平気で全く問題なくやっている。4年前から研修医を受け入れていたが、医師が一人増えるし研修医にとっても勉強になる。

〈各症例の提示と写真の供覧〉

エンドオブライフケアの本質は「時に治し、しばしば癒し、常に慰める」。これが効果的な医療だと思っている。

●内潟雅信先生

- ・公立昭和病院副院長
- ・神経内科医長



内潟雅信先生

病院から見た在宅医療と医療連携について話をしたいと思う。公立昭和病院は増改築中で平成22

年に新北館が完成して終了となる。昭和病院は三次救急を担う救命救急センターを有する研修指定病院、2年前から急性期病院、急性期に特化した地域の中核病院である。

国の施策としての医療構造改革に基づいて医療提供体制の確立が進められることになった。このうち、医療機能分化連携の推進、4疾病5事業に関しての医療連携体制の構築の推進がいわれている。

患者・市民を中心に、かかりつけ医、中核病院、保健所などを含めた施設が患者の在宅療養を支援するということである。脳卒中を例に挙げると、急性期に入院加療を行い、リハビリ期に到ると回復期リハビリ病棟を有する病院へ。

更に維持期から在宅期へ移行するが、この時点で診療所・医師会が介入し支援するということになると思う。医療連携室、医療福祉相談室、訪問看護室の紹介をしたい。

医療連携室は外来においての紹介・逆紹介を担当している。現在、紹介率40%。逆紹介率25%で、地域医療支援病院の認定を受けていない。

市民や医師会の協力の下、紹介率をあげ、地域支援病院の認定を目指したい。

入院患者が自宅に戻れず入院が長期化する場合は転院となる。この場合は医療福祉相談室が対応する。平成18年度の対応延べ件数は1万6千件あったが、そのうち約8割の1万3千件は転院に関するものである。

当院の訪問看護室は退院後、訪問看護を行うことにより退院・在宅が円滑に行くようにとの目的で始まった。介護保険制度の導入以来、介護保険を申請した場合は

介護保険が優先される。しかし、病院からの訪問看護は医療保険を利用するため症例が限定され、訪問件数が少なくなってしまう。

神経内科では平成18年度の退院患者の68%が自宅へ戻った。難しい症例の場合、主治医、看護師などを中心にした多職種スタッフが集まり退院カンファレンスを行っている。それぞれに役割分担を確

認しケアの内容を調整し見通しの立つたところで退院してもらっている。平成22年から8床の開放病床の運営を予定している。これにより在宅医療と病診連携をより推進でき

ると考えている。

円滑に医療が継続されるように診療計画を立てる診療連携パスがあり多くの医療の現場で利用されている。代表的なもので大腿骨頭部骨折が診療報酬対象疾患になっているが、来年度の診療報酬改定から脳卒中を始め対象疾患も増える予定である。地域の先生方とパスを作成して医療連携を推進したいと考えている。

●山崎章郎先生

- ・ケアタウン小平クリニック院長
- ・日本ホスピス・緩和ケア協会会長
- ・日本死の臨床研究会事務局長



山崎章郎先生

在宅の取り組みは多種多様で色々な可能性を秘めているが、私たちの取組がその一つとして紹介できたらと思っている

私は小金井市の桜町病院のホス

ピスで仕事をしてきた。がん患者の末期を扱ってきたが、その人達の日々の生活が送れるようにとの視点で支援することが中心になっていた。病気も抱え徐々に悪化する過程を支えるのは医師・看護師だけでは難しく、多くのスタッフと関わりを持つことになった。チームでの取り組みが大切であることが分かった。

在宅患者は訪問診療だけでなく、デイサービスも介護施設も、一時的に入院可能な病院も必要で、これらの施設が在宅を支えていくものだと考えた。しかし、この仕組みだと情報の共有が遅くなったり、物理的な距離が情報伝達や共有を妨げてしまいかも知れない。事業体同士の連携をどうしたらよいか。それぞれが身近にあればどうか。そこで、患者が戻る場所が一つの組織であればいいのではないかと考えた。在宅を支える介護、ケアマネ、医療看護、デイサービスが同じ場所にあるということ。私たちのケアタウン小平クリニックでは訪問看護ステーション、デイサービス、在宅支援診療所、そして介護支援事業所が同じ場所にある。ケアタウンではすぐに隣の訪問看護ステーションでミーティングが

出来、情報の共有が速やかである。私たちのチームは今まで17名の患者を取った。この70%が在宅で看取ることができ、30%が病院やホスピスで亡くなった。この様なチームがあれば7割位は在宅で看取れるのではないかと考えている。

癌の患者は介護力さえあればほぼ9割以上が在宅で対応可能だと思う。特に亡くなる一ヶ月前の在宅での介護が十分であれば可能だと考えている。

これからの在宅に移行せざるを得ない時代においては、既存の力を合わせるのではなく、全く新しい発想を持って、最初から複数の医師を有し、訪問診療・訪問看護が24時間対応可能な支援センターがあり、それが既存の医師の力を支えていくという考え方もあるのではないか。

#### 〈菊島郁丸先生〉

各先生方の日頃の素晴らしい取り組みを聞くと、未来が明るい感じがする。

患者側からしてみると、退院時の不安、病診連携の問題が大きく横たわっている。全国で取り組みが始まっているが、これらの問題

にどの様にしていったらいいのか。感じたところをお話願いたい。

#### 〈白髭 豊先生〉

様々なお話を聞かせていただき大変有難かったです。

家族の負担、療養の環境、急変時対応に対する不安などが良く聞かれるが、これに答えを出していかないと駄目なのだろう。昭和病院で退院カンファレンスを行っていることは大変素晴らしい。これを伸ばして病院から在宅へのステップを広げていかないといけないと思った。

山崎先生の在宅療養支援センター新田先生の在宅支援診療所といった核となる診療所など、色々な機能を兼ね備えた施設が周囲の診療所を牽引していく。あるいはサポーターするような体制が必要なのだろう。病診のつなぎとなるカンファレンスの充実・拡充、そして医療連携体制の中で核となるクリニックの存在がたぶん必要だろうと思った。

#### 〈新田國夫先生〉

システムの問題は医療サイドの問題と思っている。実際の患者や家族は、病院から在宅の流れの中で犠牲を強いられている。システ

ムが無いなかで家に帰される。家族や患者が一番不安に感じる時期は退院前だが、病院の医師や看護師も実はそうだ。つまり、在宅について十分に理解していないからである。患者や家族の意向に沿って理解を進めることをしない限り在宅体制の構築は不可能だと思っている。最終的なあるべき形は、かかりつけ医の機能の充実を図り、高齢者、認知症、癌などを診ていく。当然一人の医師が全て対応できるわけではないので、そこに緩和ケアなど各分野の専門医師が介入するといったことが良いのではないかと思う。

#### 〈山崎章郎先生〉

在宅においても、病院においても患者自身が置かれている状態が分からないため、多くの不安がある。十分な説明を受けていないのが原因であるし、医療側の説明不足という要因もある。不安の内容が具体化されると対策が出てくる。在宅の仕組みも大切であるが、入院中の経過や病気の不安に丁寧に対応すると先が見えてくる。医療の現場で家族や患者は未知の体験をしていくわけだからアドバイザー的

な役割を果たしていくのが必要と考えている。

もう一つは、ハイテク医療をそのまま在宅で出来るということはやはり良いとは言えないと思う。家庭という生活環境に置かれた時にそれがどういふものかを考え、病院の医療の継続を工夫するのはなくて、医療の内容を普通の生活の中で出来るものへと転換していくと不安も軽減される。

在宅での状況を想像し考えることが、移行時のハードルを越える一つになって欲しい。

〈吉田 勝氏〉

私も在宅を考える会に呼ばれることがある。ある在宅を専門にやっている施設に、地域に在宅を広めたいので講演を依頼されたことがあった。

こういった場合どうしてもお役人として行く事になるので、在宅など無理、在宅で体を壊したなどと色々非難されてしまう。我々行政としては何があつたら在宅が出来たのか、それを一つずつ突き付けなければいけない。病院側の医師にも在宅に協理解解してもらうことも大事。

今後、高齢者も急増するため早

急に整備しなければいけない。それぞれの地域にあつた取り組みを行政として支援していきたい。

〈内淵雅信先生〉

今日紹介した退院前カンファレンスなどは神経内科に限ったこととして話したが、本来は全病院的に必要な場合には同じような試みが行われるべきと想っている。病院側の職員の意識も大切で、その方面は更に努力していきたい。

私も在宅への不安を抱いた人をお願いやることが大事だと思う。

新田先生、山崎先生の話聞いて思ったのは、他の先生方が同じように出来るだろうかということ。やはり限界があるだろう。支援センターのような施設が中心になって診療所と連携をとるようにすれば非常に良いシステムが可能になるのではないかと思つた。長崎方式は大変すばらしいと思う。これからは病院と診療所が一緒に活動すべきだと思うし、それが無いと病診連携・医療連携が構築されないのではないかという感想である。

〈菊島郁丸先生〉

最後に白髭先生にまとめていた

だきたい。

〈白髭 豊先生〉

患者や家族の不安にいかにか答えていくかということ。入院中の患者に診療所の医師から赴いていって、在宅の立場で、大丈夫であると説明し、納得してもらつたこと。こんな手伝いができれば良いのではないかと思う。

ある在宅に人工呼吸を持ち込むことになつたとき、消毒手技、吸引手順、機器の管理を簡素化して、哺乳瓶を洗うレベルに近い状態までアレンジしたことがある。様々な工夫、簡素化が必要で、医療的な高い技術なしで出来る在宅医療が多くあると思つている。

何があれば在宅医療が進むかという話があつたが、一言で言うところ医療側が患者の気持ちに対して聞く耳を持つて意向を汲み取るということ。逆に患者・家族の立場から言うと、在宅が全てではないので、病院療養も含めて意向をしつかり伝えてもらえればと思う。

〈菊島郁丸先生〉

医療の状況はめまぐるしく変わつている。急性期病院の平均在院日

数は2週間となつている。あつという間に退院が近づき、その時にじっくり説明をして欲しいというところ、色々な情報が出すぎて不安を解消するどころか不安をおおつてしまうという状況にもなりかねない。「大丈夫ですよ」と言えるような医療と地域の関係があればいいと思つた。

小平市医師会にはまだ在宅医療の相談窓口も無いのが現状である。在宅の窓口なども医師会として構えられたらと思つた。小平市医師会として在宅医療がどうあるべきか実践と論議をこれからも重ねていきたいと思つている。



〈シンポジウム風景〉