

北見市の在宅医療の現状

医療法人社団 邦栄会 本間内科医院
理事長 本間 栄志

私は約10年前に、北見市で開業医をしていた父の診療所を引き継ぎ、医師になって8年目で開業医となりました。専門は父と同じ消化器内科で、当時の1日来院患者数は20～30人程度で、医師2人分の給与を出すことが困難で、毎週私は片道約2時間半をかけて、前任の地方の病院に内視鏡や当直に行き、何とか生計を立てていた状態でした。そのため来院患者数を増やし経営を改善させるため、私は3つの新たな取り組みを行いました。1つ目は禁煙外来の開設、2つ目は最新の内視鏡システムの導入、3つ目は訪問診療の開始です。1つ目の禁煙外来は、徐々に禁煙治療を希望する患者様が増え、現在ではオホーツク管内で禁煙患者数は上位の診療所となりました。また消化器内科医であるため、禁煙治療に来られた食道癌などのハイリスク群の方々への、内視鏡検査の啓蒙なども行いました。2つ目の最新の内視鏡システムの導入では、当時当院には銀行に借金があり、銀行から融資をお願いするも経営状態が悪く断られ、やむを得ず自己資金の投入なども行いながら導入。内視鏡検査開始当初は、月に10件程度であった内視鏡検査も、現在では多い時で、上下部内視鏡併せて月に150件くらいに増えました。また3つ目の訪問診療の開始にあたり、在宅療養支援診療所の届け出を行い、父と2人で24時間体制での対応を開始。開始当初は、父が訪問診療を行っていた5人程の患者様を引き継いでのスタートで、1年間はなかなか患者数も増えず、市内の病院に訪問診療を行っている旨を伝えるため、挨拶回りをしていました。2年目くらいから徐々に施設や在宅への訪問診療の依頼が他院からくるようになり、訪問診療を希望される患者様が直接来院されるようにもなりました。そして約4年後にはピーク時で在宅約50人、施設約120人の合計約170人の患者様を24時間体制で訪問診療をしていました。その当時は一晩に数回は電話が鳴り十分な睡眠はとれず、24時間体制であるため市外に出ることもほとんどできない状態で、これを続けることは無理と判断。悩んだ末、当院ではより重症度が高く、訪問診療の必要性が高い患者様を中心に受け入れるようにする方針とし、癌の終末期や難病の患者様をはじめ、車椅子でも来院が困難な患者様を中心に訪問診療を行うように方針転換をしました。現在では在宅約30人、施設約110人の合計約140人の患者様に対して24時間体制で訪問診療を行っております。これら3つの取り組みにより来院患者数や訪問診療患者数も増え、銀行からの借金も完済し、

前任の病院へのバイト生活も約3年で終了。また経営上、1カ月に1回程度、週末は知り合いの医師に市内での待機をお願いできるようになり、市外に出かけたり少し休めるようになりました。また北見に戻り6年目くらいには、老朽化していた診療所の建て直しも行うことができました。このような10年間を北見市の一開業医として過ごしてきましたが、特に現在まで力を入れてきた在宅医療について、北見市の在宅医療の現状としてもう少しお伝えしたいと思います。

私がいるオホーツク圏では、少なくとも2035年まで高齢者数の増加に伴い、死亡者数が増加の一途をたどると推計されています。そのような中で、今後急性期医療の対象患者が少なくなるという予測の下、入院病床の削減が予定され、最期を迎える場所が入居施設や在宅にシフトしていくことが容易に予想されます。そうすると訪問診療を行う訪問診療医を増やさなければ、入居施設や在宅での最期を希望する全ての患者様に対応することなど到底不可能です。人口が12万人くらいの北見市においても、現在すでに訪問診療を希望される全患者様に対応することはできなくなっている状態です。人口10万人当たりの医師数も、札幌や旭川に比べると、北網圏域では約半分です。また内科系診療所数も、北網圏域では旭川に比べると、人口10万人当たり2/3、全国と比べると1/2となっています。単純に考えると、北網圏域の内科系診療所の医師は、大都市の医師よりも2倍働かなくてはならず、その分仕事に余裕がないため、訪問診療にまで従事することが特にこの地域の医師は困難と考えます。また私は現在43歳ですが、10年前に北見に戻ってから、10年間ずっと北見で一番若い内科系の開業医であり続けています。ここ10年この地域では、内科系診療所の開業が非常に少なく、開業医の高齢化により内科系診療所の閉院も数件ありました。現在市内で勤務されている開業医の先生方も、うちの父と同じくらいの年代の方が少なくありません。訪問診療を24時間体制で行うためには、体力的にも余裕がある若い世代の開業医である必要があるため、このような点からもこの地域では訪問診療医が増えないと考えられます。以上のような理由から、この地域で訪問診療医を今後増やすというのは困難と考えました。しかし訪問診療を希望される患者様が増加の一途をたどっているため、それに少しでも対応するための一方策として、約5年前から北見保健所の事業としての助けを借り、多職種連携チーム会議というのを作りました。主な構成員は、実際に在宅医療に従事している訪問診療医と訪問歯科医、訪問薬剤師、訪問看護師、訪問理学療法士、そして在宅医療の依頼をする総合病院医師、看護師、退院支援課、老人入居施設の各代表で構成されています。このチームを作る前までは、訪問診療において、ほとんど訪問看護師との連

携しかありませんでした。この地域の訪問看護師はなり手が少なく、訪問看護師の高齢化や各訪問看護ステーションの経営も厳しいという状況ですが、ほとんどの訪問看護師は非常にやる気があり、訪問看護のレベルとしても低くはありません。この地域の訪問看護師は、これまでは在宅医療において、口腔ケア、薬剤の残薬整理や服薬指導、リハビリなどを一手に引き受け、懸命に訪問看護を行ってきました。しかしこの多職種連携チーム会議を繰り返すことにより、訪問看護師以外の他職種との連携がうまくとれるようになり、訪問看護師が行っていた口腔ケアを訪問歯科医師が、薬剤に関することを訪問薬剤師が、リハビリを訪問理学療法士がそれぞれ担当してくれるようになりました。その結果、訪問看護師は本来行いたい看護に時間をとることができ、訪問診療医が時間を要する患者様や家族への病状説明などがある程度代行してくれるようになり、さらにはほとんどファーストコールが訪問診療医ではなく訪問看護が受けてくれています。また1年前くらいから、当院の電子カルテに連動したクラウドシステムを導入し、当院と連携している訪問歯科医、訪問薬剤師、訪問看護ステーションと訪問診療を行っている患者様の情報共有を有効に行うことにより、より連携がとれたチーム医療を提供できているようになったと実感しています。これらの取り組みにより、私の在宅医療全般の仕事量が減り、夜間の睡眠時間も十分とれるようになりました。患者様の病状によっては、2週に1度程度の定期的訪問診療のみで、ほとんど頻回の訪問診療や往診を行うことを必要とせず、最期の看取りまで行えるようになってきました。このような多職種による在宅チーム医療を行うことにより、訪問診療医の負担が軽減し、訪問診療を希望する患者様の受け入れに少し余裕ができたような気がします。

北見市では、私が把握している範囲では、訪問診療を行っている医療機関は当院を含め4～5医療機関で、中にはうちの父と同世代の先生がお一人で100人くらいの患者様の訪問診療を頑張っている診療所もあります。北見市内の開業医の先生方と何度かお話をしたこともありますが、今後も訪問診療を行う診療所が増加する予定はありません。しかし訪問診療を希望される通院困難な患者様や、最期をご自宅で迎えたいという患者様は北見市ではどんどん増えています。

これまで約10年間在宅医療に携わっておりますが、以前から矛盾を感じているのが、国が特に対策をせずに、どんどん在宅医療を推進している点です。厚生労働省もACP(Advance Care Planning)を推進し、人生の最終段階において患者様の希望に沿った医療の提供を勧めています。そのため難病や悪性腫瘍の終末期、高齢の患者様では、最期まで在宅医療を希望される方は少なくありません。在宅医

療の需要を増やすような政策をしているにも関わらず、特に地方において、訪問診療を行う各職種を増やすような政策をほとんどしていないのは矛盾していると思います。以前在宅医療に関わる診療報酬が比較的高額であった時期に、都市部の一部の営利目的に在宅医療を行っていた診療所に対する規制のために、それまで訪問診療を頑張ってきた診療所も含めて、一律診療報酬の減額が行われました。それ以降、訪問診療を行う診療所がさらに減ったと聞いています。その後も在宅医療において、診療報酬の増加はほとんどなく、新規で訪問診療を始める政策的誘導もありません。また在宅医療で重要な役割である訪問看護師に対する診療報酬に関してもほとんど上がることなく、大きな補助金のようなものもないため、訪問看護師の給与が上がらない → なり手が少ない → 訪問看護師の一人一人の負担が大きい → ますますなり手が少なくなる、という負の連鎖に陥っています。訪問看護ステーションの経営も厳しく、この地域では新しく訪問看護ステーションができて、すぐ潰れてしまうことも少なくありません。

北見市の在宅医療の現状は、在宅医療に対して志が高い各職種がチームを組んで、ご自宅や入居施設で最期を迎えたいという介護度が高い患者様を中心に、少ないcapacityではありますが、各職種一人一人の頑張りにより、何とか支えられている状況です。そのため現状のままでは、今後の患者数の増加には対応できないことが容易に予想されます。各職種の努力も限界であるため、北海道医療計画にも記載されていますが、国や道が今後、特に高齢者医療を入院での医療から在宅や施設での医療に方針転換するのであれば、診療報酬や介護報酬、補助金などで、在宅医療に関わる各職種の増加に取り組むべきです。特に地方では、一刻の猶予もない状態だと一訪問診療医として感じています。国や道がこのような現状を理解していただき、然るべき対策を行ってくれることを切に願います。