

が主として医療機器メーカーであって、医療機関はわずかに 2.6%（資料編 p.458、TABLE0041）である状況においても満足する回答を寄せてしまう可能性があり検討を要する。このことから、さらに医療者側の「緊急往診可能か否か」と満足度との関連性をさらに詳細に調査する必要がある。

補足調査 4. 生の終わりを迎える理想の場所：では、全体の 68.4%の療養者が居宅での最期を希望している（資料編 p.461、TABLE0056）。補足調査 2. 主治医の定期訪問診療：をおこなっている割合は 18.4%である。在宅における看取りを希望するということは、常に緊急の往診が可能である体制を必要とする。補足調査 3. ではいつでも往診してくれる医師は 18.4%であった。療養者のニーズと医療者のサプライのミスマッチがここに顕著に表れている。

（3） 結語

HPN の補足調査においては、

- ① 在宅療養者と医療者との間で最もニーズとサプライのミスマッチが大きいものとして「居宅での看取り」が上げられた。
- ② 在宅療養者の 68.4%は居宅での看取りを希望した。それに対応すべき主治医の緊急往診は 18.4%であった。
- ③ 主治医の定期的訪問は 18.4%であった。

以上より、HPN の療養者の居宅における看取りを可能にするための、医療側の体制整備がなされなければならない。

「歩行可能で通院できる」HPN 療養者については、「居宅での看取り」を希望する場合の適切な説明と、さらに緊急時の対応を居宅でおこなうことが可能であるような体制を今後検討する必要がある。

在宅医療は、

- ③ 居宅に訪問することなしにおこなわれる医療
- ③ - 1) 居宅に訪問しておこなわれる医療(定期訪問)
- ④ - 2) 24 時間体制の緊急往診

に大別される。

療養者のニーズに該当するのは②-1) と②-2) を同時に満足する医師ないし医療機関である。

6) 医療機関の補足調査

（1） 回収結果

全国 288 ヶ所の医療機関に調査票を発送した。67 件から回答があり、回収率は 23.3%であった。すべてを有効回答とした。

(2) 集計結果と分析

補足調査 1. 身体状態：では「歩行可能で通院できる」患者数の平均は 44.0 人であり、「臥床でほとんど通院困難」な患者数の平均は 7.9 人であった（資料編 p.180、TABLE0001～0003）。

補足調査 2. 在宅時医学管理料、寝たきり老人総合診療料の届出：では 47.8%が届け出ていた（資料編 p.180、0004）。

補足調査 3. 医師の定期的訪問：46.3%が定期的訪問をおこなっている（資料編 p.180、TABLE0005）。

補足調査 4. 医師の緊急時の往診：38.8%がいつでも往診している（資料編 p.181、TABLE0006）。

補足調査 3. 4. の回答は、療養者による同様の質問への回答結果と異なる（医師の回答に比べ定期訪問・緊急往診をおこなっているという回答が少ない）割合であった。療養者と医師との間で定期訪問や緊急往診に対する意識の違いがある可能性がある。

補足調査 5. 生の終わりを迎える理想の場所：医師から見た療養者にとっての「生の終わりを迎える理想の場所」にふさわしい場所としたのは、居宅が 77.6%であった（資料編 p.181、TABLE0007）。この設問にあつては療養者・医師共に意見が一致しており、「居宅での看取り」を第一に挙げている。むしろ医師のほうが病院での看取りを忌避する傾向が強いわずか 4.5%に過ぎない。

(3) 結語

この結果から、在宅療養をおこなっている HEN・HOT・HMO・HPN 等の医療依存度の高い療養者を担当している主治医は、

- ① 療養者が「生の終わりを迎える理想の場所」は居宅がふさわしいと考えている (77.6%)
- ② しかし実際に主治医が対応できるのは定期訪問 46.3%であり、緊急往診に至っては 38.8%に過ぎない
- ③ 療養者から見た主治医の対応の割合は②に比べさらに低下する
- ④ ③を立証するものとして、療養者の設問の内「主治医が緊急時に居宅へ往診するか否か」の問いに対して、「いつでも往診してくれる」と答えたものが、HEN で 27.4%、HOT で 31.4%、HMO で 48.9%、HPN で 18.4%であった。
- ⑤ 療養者への設問の内「主治医が緊急時に居宅へ往診するか否か」の問いに対して、「わからない」と答えたものが、HEN で 46.2%、HOT で 44.0%、HMO で 35.6%、HPN で 42.1%に上り、主治医が①の回答をおこなっているにもかかわらず、明確な対応方法を療養者に説明していない事実がある。

以上より、人生の終焉は本人の居宅が最もふさわしいと思っていながらも、主治医自身の、看取りを含めた緊急対応に限界があり、対応の説明にも苦慮している様子がうかがえ

る。

7) 補足調査の自由回答（理想が実現するためには何が必要か）

(1) 回収結果

- ①患者様アンケート調査表：全国 288 ヶ所の医療機関に合わせて 9,200 通の調査票を発送した。患者総数 359 件から回答があり、回収率は 3.9%であった。データの個数は 247 個であった。
- ②医療機関アンケート調査表：全国 288 ヶ所の医療機関に合わせて 288 通の調査票を発送した。67 件から回答があり、回収率は 23.3%であった。データの個数は 87 個であった。

(2) 分析と結語

「人生の終焉を迎えるための理想の場所を選択したときに、その理想が実現するためには何が必要なのか」という問いに対する複数回答を分析した。

(2) - 1) 患者様アンケート調査表：複数回答計 247 個の内容を以下に分類した。

- ① 本人と家族の意志・協力・絆等の家庭の全体性に関わる回答：75 個；30.4%
 - ② 家庭を支える介護の人員・制度に関する回答：30 個；12.1%
 - ③ 医療機関・医師の対応・力量・システム等に関する回答
 - ③- 1) 主に病院医療に関する回答 16 個；6.5%
 - ③- 2) 主に在宅医療に関する回答 28 個；11.3%
 - ③- 3) 医療一般に関する回答 30 個；12.1%
 - ④ 経済的問題に関する回答 18 個；7.3%
 - ⑤ その他 50 個；20.2%
- ① では愛・家族の協力と理解・体力と健康・家族が一緒にいること・勇気・気力等の回答が目立った。家族に支えられての人生の終焉を理想としていることがよく伝わってくる。
- ② では介護支援・人的支援・地域の協力・ヘルパーの吸引を希望・家族のレスパイトケア・ホームヘルパー365 日・訪問看護の充実と拡大等の回答があった。
- ③ - 1) では、常に受け入れる病院を希望・病院と行政との綿密な連携・病院の協力・医療機関への入院のしやすさ・病院の救急医療のみの対応をやめてほしい・平均在院日数で退院させられたくない・病院と患者家族との連携・重症になったらすぐ入院を希望・入院できる病院が少なすぎる・病院の受け入れ体制等の回答があった。
- ③ - 2) では、24 時間の緊急対応・いつでも往診してくれる・医師および看護師の訪問を多くして・主治医が往診する・病院での治療が家と同じように出来るなら自宅でもよい・訪問診療・往診の充実と拡大・自宅に医師看護師が点滴を入れに来て・主治医がいつでも往診してくれる(土・日でも)等の回答があった。
- ③ - 3) では、優しい主治医・医学の発達・完治・治療薬・病気の原因解明・質の良いナースとドクター・患者とのコミュニケーション・治療の選択のしやすさ・医療機器の

小型化軽量化・救命措置等の回答があった。

④ では、経済的負担の軽減・福祉費用の増額・公費負担の堅持・入院費の軽減等の回答があった。

⑤ では、休みが取れるような企業の理解・安楽死・現在のままでよい・病気とうまく付き合う・社会の病気に対する理解・患者会活動等の回答があった。

結語：理想が実現するためには、家族の愛と協力が不可欠であり、これに頼らなければならない現状がある。介護の充実が家族を支える重要な要素であり特に 365 日のヘルパーと訪問看護の充実が求められている。病院医療では入院のしやすさ、患者家族との連携が求められている。在宅医療では主治医がいつでも往診すること、24 時間の往診(土・日でも)、病院と同じ医療ができることが求められている。さらに経済的負担の軽減、企業の理解等にも支えられなければならない。

特に、在宅医療に関してはその要求はほぼ単一で明解である。それは「24 時間いつでも往診する医師が主治医であること」であり、これが在宅医療には不可欠な要素であると考えられた。

(2) - 2) 医療機関アンケート調査表：複数回答計 87 個の内容を以下に分類した。

- ① 患者・家族に関する回答 : 20 個 ; 23.0%
- ② 介護支援に関する回答 : 17 個 ; 19.5%
- ③ - 1) 病院医療に関する回答 : 10 個 ; 11.5%
- ③ - 2) 在宅医療に関する回答 : 23 個 ; 26.4%
- ④ 経済的問題に関する回答 : 5 個 ; 5.7%
- ⑤ その他 : 12 個 ; 13.8%

① では、リビングウィルの普及・本人家族が強く希望すること・家族の支援・家族の同意と理解・本人家族の病状の理解・患者家族の意識改革・患者さんの意志が尊重できる体制、社会等の回答があった。

② では、訪問看護の協力・介護保険を含めた介護環境の充実・家族のレスパイトケア・24 時間の在宅ケア体制・医療と介護の連携等の回答があった。

③ - 1) では、病院の役割・病診連携・在宅医療は病院医療を家で行う事ではない→病院医に認識してほしい等の回答があった。

③ - 2) では、24 時間 365 日在宅に訪問する医師・24 時間体制の確立(医師、訪問看護師)・往診の実施・在宅医療の充実(それを専門とする集団の)・在宅医療のバックアップ体制を整える(往診医がいない)・往診専門スタッフの確保・特に医師の取り組み(時間外の訪問等、夜間、休日)・在宅専門クリニック 24 時間対応等の回答があった。

④ では、費用・医療費の軽減・介護力とお金・経済的な支援(重度医療などの医療補助)等の回答があった。

結語：理想が実現するためには、本人・家族が強く希望すること、家族の支援と共にレスパイトケアの充実が求められている。その上で、在宅医療は単に病院医療を家でおこなう

ことではないということを病院医が認識することが求められ、「看取りを含めた在宅医療」の充実には 24 時間 365 日在宅に訪問する医師、在宅専門クリニック 24 時間対応が必須であると考えられる。

これまでは、病診連携や連携体制加算、在宅・・・指導管理料等の、医療機関間における体制整備ないしは訪問しないでも請求できる点数があった。しかし自由回答の結果は、すでに「医療機関間の医療連携の整備」よりむしろ、「実際に療養者の居宅に 24 時間往診する」医師とその体制の整備を療養者・医師の双方が求めている。

8) 総括

(1) はじめに

この補足調査は「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」において、「訪問診療の観点からの質問」として施行された。補足調査の質問内容は（資料編 p.42、p.63、p.70、p.77、p.84）に示されている。CAPD と HHD についての補足調査は「今回はおこなわない」趣旨であることが事前に連絡され見送ることとなった。次回には CAPD と HHD についても補足調査をおこなうことが望ましいと考えられる。

在宅療法の普及のためには

- ① 療養者の、医療者に対するニーズがどこにあるのかが知らなければならない
- ② 療養者のニーズには基本的ニーズと副次的ニーズがあり、在宅療養者に対応する医師の動線(居宅で看取る・24 時間緊急往診する・定期訪問診療する・居宅には訪問しない等)は本人と医師との直接的な関係性に係るものであり基本的ニーズを形成する。この関係性が基になり種々の副次的在宅療法が施されることになる。
- ③ したがって、基本的ニーズの把握なしには副次的ニーズは形成されない。在宅療法の個別の技術評価は、基本的ニーズに沿って勘案されてゆく副次的ニーズに該当する。

以上の観点からあらためて在宅療法を検討するために補足調査をおこない、療養者のニーズと医療者のサプライのミスマッチについて分析した。

(2) 在宅療法のニーズとサプライのミスマッチの是正

補足調査をおこなった HEN・HOT・HMO・HPN のいずれもが、栄養摂取・呼吸機能という人間の基本的生命維持活動に直接関与するものである。今回調査されなかった CAPD・HHD も生命維持には欠かせない。

このような生命維持に直接関係してくる医療的処置が居宅においておこなわれるにあたっては、これらの処置の限界についても言及されなければならない。療養者の承諾なしに医師が医療を施すわけにはいかない以上、上記の在宅療法の限界を療養者に理解して頂き、その限界が訪れたとき一すなわち回復不能となった場合には人生の終焉を迎えることについてその場がより良いものであるために、療養者と医師との間に十分な論議がなされるべきである。

HEN では「歩行可能で通院できる」が 59%、「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」が 30.8%の計 89.8%に対して、調査全体の 79.5%が生終わりを迎える理想の場所として居宅を選んでいる。

HOT では「歩行可能で通院できる」が 49.7%、「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」が 22.0%の計 71.7%に対して、調査全体の 65.4%が生終わりを迎える理想の場所として居宅を選んでいる。

HMV では「歩行可能で通院できる」が 26.7%、「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」が 53.3%の計 80.0%に対して、調査全体の 73.3%が生終わりを迎える理想の場所として居宅を選んでいる。

HPN では「歩行可能で通院できる」が 55.3%、「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」が 18.4%の計 73.7%に対して、調査全体の 68.4%が生終わりを迎える理想の場所として居宅を選んでいる。

HMV を除いた HEN・HOT・HPN では通院できる療養者が多いにもかかわらず、生終わりを迎える理想の場所として居宅を選んでいる。この結果から見てくることは、第一に、歩行可能で通院できる療養者の中にも居宅での看取りを希望するものがあることを示している。

入院以外の療養者を「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」と「歩行可能で通院できる」に大別したときに、

- ①「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」な在宅療養者は在宅時医学管理料・寝たきり老人在宅総合診療料・在宅末期医療総合診療料による訪問診療の対象となる。この対象者は、その在宅療養が無理なく居宅でおこなえるものである限りにおいて、外来通院を強要することなく医師の訪問診療に委ねることが妥当である。さらに生終わりに居宅を選ぶのであれば、24 時間緊急往診と居宅での看取りがおこなえる医師を配置することが、療養者のニーズと医療者のサプライの一致するところとなる。
- ②「歩行可能で通院できる」在宅療養者は通院医療を受ける。やがて「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」に移行しうる場合には、主治医が身体変化に配慮しつつ速やかに訪問診療可能な医師に委ねることが要求される。さらに生終わりに居宅を選ぶのであれば、24 時間緊急往診と居宅での看取りがおこなえる医師を配置することが療養者のニーズと医療者のサプライの一致するところとなる。
- ③「歩行可能で通院できる」療養者が急変しうる可能性がある場合には、現在歩行可能で通院しているとしても、当該療養者が希望する「急変時の医療の対応(延命処置の是非を含む)と看取りの場について」の十分な説明を事前におこない同意を得ておかなければならない。急変しその状態が、臥床または臥床に準ずる状態である場合には、当該療養者が訪問診療可能な医師を希望した場合には速やかに引き継がれるべきである。6 ヶ月以内の末期癌に関しては、早期に急変対応及び看取りの場の設定をおこなうことにも言及しなければならない。

以上①②③から導き出される結果は、

④「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」な事例に対しては明確な医療の対処がなされやすい。すなわち在宅時医学管理料・寝たきり老人在宅総合診療料・在宅末期医療総合診療料の対象となり、「訪問診療・24時間緊急往診・居宅での看取り」をおこなう医師が主治医となることによって療養者のニーズに沿ったサプライが可能となる。この医療を保障するにあたっては、当該医療をおこなう医師の適正数の確保と「居宅に赴いておこなう医療」の適正な保険点数の設定が必要となる。

⑤「歩行可能で通院できる」事例に対する医療は外来受診による通院医療となる。この事例においては、まず「歩行可能で通院できる」ことから、第一に訪問医療の対象から外れることとなる。したがって原則的には医師の訪問診療は(そして緊急往診もほとんど)ありえない。本調査における医療機器のメンテナンス(トラブル)対応はそのほとんどが医療機器メーカー任せであることが判明している。すなわち、「歩行可能で通院できる」事例の医療機器の対応はそのほとんどが医療者ではないという事実がある。

⑥翻ってみれば、緊急往診の内容の中には相当数の医療機器のトラブル対応が含まれている可能性があり更なる調査を要す。これは④の医師に特徴的な対応である。

この④⑤である。

HEN・HOT・HMO・HPN さらに CAPD・HHD 等の在宅療法においては、本調査の目的にもあるように、「自己管理、自立支援型の在宅療法を普及させる」と明記されている。そして、在宅療法の指導管理料には「当該医師が療養上・・・適正な注意及び指導を行った上で、当該患者の医学管理を十分に行い・・・」と記載されている。

この「医学管理」の部分に関して言及するならば、24時間緊急往診可能な上記④をおこない得る医師による医学管理と、患者自身の自己管理に頼り医療機器のメンテナンス(トラブル)対応のほとんどを医療機器メーカーにおこなってもらう⑤の医師の医学管理とでは、自己管理の可否・管理方法の質と量及び医師の実働労力に大きな差があると言わざるを得ない。

したがって上記より導き出される結論としては、

⑦居宅における療養者には「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」及び「歩行可能で通院できる」者の2形態がある。医療側のとるべき態度には「訪問診療・24時間緊急往診・居宅での看取りが可能な医師・医療機関」及び「外来受診による通院医療をおこなう医師・医療機関」の2形態がある。療養者のニーズと医療者のサプライのミスマッチが極力生じないように、この4形態のそれぞれに適正な格差を設けることが必要である。

⑧HEN・HOT・HMO・HPN等の在宅療法の「各種の指導管理料」については、特にその医学管理において、「臥床または臥床に準ずる生活でほとんど通院困難」な事例に対応する「訪問診療・24時間緊急往診・居宅での看取り」可能な医師・医療機関と、「歩行可能で通院できる」事例に対応する「外来受診による通院医療」をおこなう医師・医療機関

との間に、適正な格差を設ける必要がある。

(3) おわりに

補足調査は、療養者のニーズである「居宅での看取り」から演繹的に展開される医療者のサプライに迫るものである。

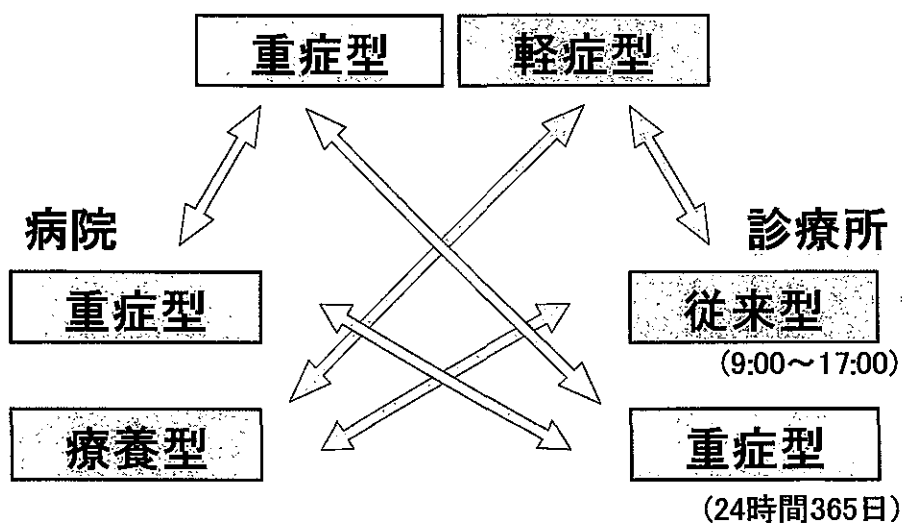
病院はすでに二極構造を呈してきた。急性期病院からの重症療養者の帰宅に拍車が掛けられ、結果として居宅療養者も重症者・軽症者の二極構造を呈して来つつある。

一方、診療所はその大部分が9:00~17:00型の外来診療所であった。しかし、病院と居宅のいずれもが二極構造を呈している以上、重症療養者を引き受ける「訪問診療・24時間緊急往診・居宅での看取り」が可能な重症対応型の医師と診療所が必要となっている。図2に示されるように、病院・居宅・診療所のいずれもが重症者・軽症者に対応できる二極構造となることによって、初めて療養者の自由な場の選択がおこなわれると共に円滑な移動が可能となる。

「在宅療法の普及及び技術評価に係る調査」の内この補足調査を足掛かりとして、居宅における重症療養者に対して「訪問診療・24時間緊急往診・居宅での看取り」が可能な医師・診療所が適正数確保されることが喫緊の課題である。そしてこのような医師・診療所に適正な診療報酬が配分される方向で検討がなされるべきである。

図2

在宅



いずれも2極構造化