

● はじめに…

北海道のやや中心に位置する帯広市は人口 17 万人の中核都市である。年々高齢化率も上昇し、介護保険サービスに依存することが多くなってきている。しかし、現在の医療業界では長期入院はある特定の疾病（難病と呼ばれている疾病が多い）がなければ長期入院は非常に難しく、医療難民と呼ばれる人々が多い。しかし、今後、高齢者がますます増える中で長期入院が可能になるということはパラダイムシフトをしない限り困難である。他にも高齢者施設として介護老人保健施設、介護老人福祉施設（特養）などはあるが、入所が長期化しており、帯広市でも年単位の待機が必要になる。

そのため、今後ますます在宅の介護サービスの充実も必要になってくる。帯広市はサービスの事業所は比較的多いので在宅サービスが利用できないことはない。在宅サービスを継続していく上では、慢性疾患などの定期的な通院やフォローをかかりつけ医にて行うことが重要になってくる。しかし、通常診療は可能であるが、往診となると 1 人医師の診療所ではなかなか対応は難しくなってくる。実際、在宅で亡くなる自然死は帯広市では 3% である。残りは病院で亡くなっている。今回は在宅死を望むかまでのクライアント側のニーズの調査までは含んでいないが、もし、在宅死を望む場合、提供する機関（診療所・クリニック）で在宅死の考え、希望があった場合の対応、介護支援専門員の認知度、期待するところ、問題点などをアンケートにて答えてもらい、今後の帯広の高齢者医療・福祉に何かの参考になればと思い、実施した。

● アンケート…

アンケートの対象は後方支援ももたない、単独型の診療所・クリニックに限定した。理由は急変時に主治医でなくても入院させることができ、亡くなった場合も死亡診断書が書けてしまうため、除外した。診療所も歯科・小児科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科など直接声明に関与しない診療所も除外し、帯広市内の 83 か所の診療所に、平成 22 年 7 月 1～郵送をはじめ、平成 22 年 9 月 30 日までに回収作業を終えた。回収率は事前のインフォメーションがなかったが、72%の回収率になった。

アンケート内容に関しては、質問項目もできるだけ簡潔で少なくし、答えてもらいやすいよう配慮をした。今回は共同研究ではなかったので、回収のお願いなどもほとんどできなかったが、それでも 72%も回収できたことに感謝をしたいと思います。

アンケートの質問項目は

- ① 担当患者の往診（在宅死）は可能か？また何人であれば可能か？
- ② 普段かかりつけでない患者の往診（在宅死）は可能か？また何人であれば可能か？
- ③ ①・②でできないと答えた場合の理由は？
- ④ 介護支援専門員（ケアマネージャー）はしっているか？
- ⑤ 介護支援専門員（ケアマネージャー）と連携を図ったことがあるか？また連携の内容は？

太田 文弘

- ⑥ 介護支援専門員（ケアマネージャー）との関わりで困ったことはあったか？
- ⑦ 介護支援専門員（ケアマネージャー）に期待することはあるか？
- ⑧ 現在の在宅死の少なさをどう思うか？（自由記述）

以上 8 項目であった。

● アンケート結果

回収したアンケートを集計した結果を報告する。

- ① 往診可能と答えたのが約 43%で、人数は 1～3 人までであった。最高は 7 人との回答もあった。
- ② 往診可能と答えたのが約 15%で、人数は 1～2 人までであった。最高は 4 人との回答であった。
- ③ できない理由は、① 1 人医師で業務多忙であるため、② 外来の通常の患者を診察するので精一杯である、③ 夜中の呼出には対応できない、④ 死亡確認はやはり、病院でしてもらった方がいい
- ④ ほぼ 100%知っているという回答
- ⑤ 連携を図ったことがあると答えたのは、36%であった。介護支援専門員（ケアマネージャー）が一方向的に送付したりするのは連携とカウントしなかった。連携の内容は、介護支援専門員（ケアマネージャー）より連絡があり、往診したり、診察したりしたことがあるとの結果が大多数であった。
- ⑥ アポなしに來たり、挨拶もまともにできない。治療に口をはさむ、診察に入るのはまだよいが、薬のことやあれこれ口を出すには困った。厚かましい面が多すぎると。
- ⑦ もっと、医療面を勉強してほしい、突然来院しても対応できないことも理解してほしい。介護分野の大事や職種であることはわかるが、もっとコミュニケーションや常識をきちんとしてほしい。どの時間が空いているかは医師や都合によって違うので事前に電話予約などをしてほしい。と辛らつな意見がある中、診療所ではわからない情報提供などは非常にありがたいし、今後も提供してもらいたいとの意見もあった。
- ⑧ 現状ではプライマリーケア制度も整っていないし、病院で亡くなることがまだまだ続くであろう。診療報酬の問題、人員の問題、精神的な負担、肉体的な負担も強い。など現状で在宅死を希望しても、対応することが難しいことが浮かびあがった。しかし、在宅死を望む声をしっているし、国もそのような動きをしているのもわかっているが、何とかしたいが、1 診療所ではできる限界がある。国も在宅死を推奨する割には制度の整備がまったくない状況では何もできない。そのため、できるのは 2～3 人の対応である。それでも終末期になれば 24 時間体制を整えなければならず、精神的にも負担は大きいのが現状である。などの意見が聞かれた。

- 考察… 当初の予想通り、医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の間には連携

太田 文弘

には程遠い、乖離が見られた。介護支援専門員（ケアマネージャー）としてはきちんと医師の立場も理解しなければならないであろう。医師側ももう少し介護支援専門員（ケアマネージャー）に理解をしてもらえるよう、医師会・介護支援専門員協会などが連携・協議し、垣根を低くする努力があるであろう。ただ、認知度に関しては知っている医師が多かったが、今回の調査では介護支援専門員（ケアマネージャー）の実務内容の理解までアンケートの都合上行っていないが、逆に知っているのは名前だけなのか職務内容まで把握しているのか確認するようになればと思った。

往診に関しては、やりたいけど「できない」現状も浮き彫りになり、1人で勤務するクリニック、診療所での対応の限界もあることがわかった。この問題を改善しない限り、在宅死が増えることはないであろう。これは医師会などの職能団体での連携も必要になってくると思われる。

- 終わりに… 医師と介護支援専門員（ケアマネージャー）の間の乖離は根強くあった。しかし、共に高齢者にとっては必要なものであり、個人レベルで連携ができていたのではなく、共に職種として連携できる方法を模索していかなければならないと痛切に感じた。
- 感想… アンケート内容はバザーの方々に見てもらい、何度も見直しをして練り直し苦労したが、回収率が高かったことで救われた。バザーの方々には非常に感謝したい。また、多忙気われる医師業務の中でアンケートに答えてくれた医師の方々にも感謝の念がやまない。しかし、もう少し中身のあるアンケートでもよかったのかとも思うが、煩雑になると回収率も低くなる懸念があったので、その点がどうだったかは調査をしていて少し不安全感はあるが、1人で行った調査ではこれが限界であろうとも感じている。自分自身も途中退職、体調不良と予定通り進まなかったが、なんとかまとめることができてよかったと思っている。失敗か否かは私の判断ではなく、この論文をみていただいた方々の判断に任せたい。