死生観にどう向き合うか

驚かれたことがありました。そのレベルから始まりましたが、いま介護関係者は（多職種連携に）馴染んでいます。

ところが逆に医療者の推進力は今ひとつです。やむなくやらされている感じがあると思います。ことに意見書の作成、ケアマネへの返事など、制度のお仕着せという負担感があるからでしょう。本当の意味で「介護関係者と交わろう」という想いや時間的ゆとりがないのかな、と。

以前、私は訪問歯科診療に一度同行したことがありますが、その場で義歯調整を行う歯科医師の姿にすごく感銘を受けました。本当の意味での連携は、そういう現場で過ごす体験と時間からくるのでしょうが、なかなか難しいですね。

ほとんどの患者には口（嚥下咀嚼）の問題があります。在宅患者全員に最初から歯科診療（スクリーニング）をお願いする、という連携もよいと考えています。そういった訪問診療連携を行える歯科医師は必ずしも多くないかもしれませんが……。

【石川】そうですね。医科歯科連携は医師会・歯科医師会の会長の意気込み等により取り組み状況が異なる印象があります。戸塚では戸塚区在宅療養連絡会が活発に活動しています。横須賀ではいかがですか。

【千場】（国の在宅療養拠点モデル事業が始まった）平成24年以降、行政が旗を振っています。行政が旗を振ると介護関係者が集まりやすいと思います。

【石川】医師・歯科医師は診療終了後に時間が空きます。しかしヘルパー等は勤務時間内のやり取りを望みます。全然時間が合わない、と悩まれる先生もおられると思いますが。

【野村】カンファレンスなど頻繁なものは診療・勤務時間内に行っています。懇親のための多職種連携の会は診療・勤務時間外に年3回ほど行います。行政の方も参加されて、結構続いています。私たち開業医にも気を使ってくれているのでしょうね。

【藤田】ケアマネとの連携についてはいかがですか。

【千場】ケアマネの医療への理解度によって異なります。ケアプラン作成時に訪問看護と訪問介護が同じだと誤解している患者家族が、同等額で給付管理上のサービス回数を多く受けられる訪問介護を希望し、その意見をケアマネが躊躇なく受け入れることがあります。僕らが要望しない限り訪問看護が入らないことも少なくありません。

【野村】医師は医療面のケアを行います。ケアマネは生活面です。ケアマネが医療を医師のように理解できるかというと、それは無理です。私は「生活面はあなた方に、医療面は私に言いなさい。看護については必要性を私たちが指示します」と棲み分けをしています。

【藤田】お互いに顔が見えていれば、分からなければ聞けばいい、という関係が成り立つということでしょうか。

【野村】そうです。その敷居だけは低くしているつもりです。

【石川】医療と介護は電車のレールと同じく、パラレルな関係で患者さんの在宅療養を支える関係にあると思います。連携はレールの枕木と同じく、常に情報共有が行える関係が良いでしょう。神奈川県ではサルビアネット、さくらネット等の情報共有整備も進むことが予想されます。

今後、全ての医師・歯科医師が在宅医療を行う必要があるとも限りません。ワンストップ体制を地域で整備して、患者がどの病院・医院・歯科医院に行っても対応・紹介ができる体制こそが必要ではないでしょうか。

石川茂樹先生

【千場】在宅医療は患者のみならず、その家族や家庭環境も診ます。患者が家族の影響をかなり受けるため、医師が患者と向き合いにくいケースもありますよね。患者が本当はこうしたいのだけれど、家族がそう言うから……と。

【石川】最近私は「AIがそう言っているんだ！」と反論されました（笑）。診療室だと伝えやすいのですが、訪問診療は相手の生活の場に入ります。家族の影響力が非常に大きく、家族の意見と乖離すると「あの先生はよくない先生よ」と言われかねない。家族構成を含めて上手に見極めつつ、話の落とし所をどう付けるのかは大事だと思います。

【千場】そうですね。悩ましいところですけれどもね。

【野村】我々は、病気に関する説明や納得は当然のこととしてやらなければなりません。そのことは療養担当規則にも記載されています。それを充分に行うことこそ診療です。いくらAIが発達しようとも、医療の本質は変わりません。

【藤田】今、医療者に伝えたいことをお伺いできますか。

【千場】昨年「10年後の在宅医療」をテーマに〝かかりつけ医によるソロプラクティスと、在宅医療に特化したグループ診療の違い〟を語り合いました。（これまで一人で24時間365日のオンコールを25年間、何とか対応してきましたが）あるとき、ネットの口コミで「あんな高齢の医師が車を夜中に運転しているのか」と批判的な投稿を目にしました。そうか、傍目にはそう映っているのか、と気付かされまして、一年前から、休日夜間の対応を外部へ委託してみました。電話は委託先が自院のコールセンターとして出て、ドクターコールから30分でその都度異なったアルバイト医師が駆けつけます。僕らが眠い目をこすって運転するより早く辿り着けます。表面上は遜色なくできました。ただ、僕らの手ごたえはなくなりますね。「あ、あの患者さんは亡くなったのか」と、ちょっとなにか腑に落ちない感じが残ります。

また、死亡診断書に「老衰」が多くなりました。委託先の先生は詳しい病歴等を把握しませんからやむなくそう記載し、患者家族も悪い気はしませんから、そうなりがちです。野村先生の医院で死因を老衰と記載する割合はいかがですか。

【野村】3～4割です。実態と乖離した記載は医療者の責任問題ですよ。

【千場】自院でのグループ診療はカルテを共有しますが、丸投げはやはり弊害がありますね。収支はマイナスにはならないものの、医師1名分を雇う程度の額はかかります。それを良しとはしませんが、スタイルとしては成り立つと感じました。1人で24時間働き続ける医師が少なくなる中、時間外は誰が診るのか。医師を3～5人ほど雇って運営するのか。それとも外部委託して24時間体制をとるのか。その是非評価を含めての分岐点は今これからであると思います。

藤田倫成新聞部長（司会）

【石川】知り合いの在宅医の先生で、子どもの運動会中にオンコールで呼び出されたという話を聞くと、院長の考え次第で様々なパターンがあってよいと思います。

歯科訪問診療については、ネットで求人情報を検索しますと、「訪問未経験可、ベテランスタッフが指導いたします」、「ブランクの先生、60代の先生も活躍中」、「空いた時間での診療可」との掲載も見られます。しかし訪問歯科を行う先生は、ある程度一般診療の経験を積まれ、研修された先生が良いかと思われます。現在では歯科治療だけではなく、摂食嚥下診断、医科歯科連携と多岐にわたる知識を要求されます。それでないと安定した歯科医療が提供できないのではないでしょうか。

【藤田】なるほど……。

【野村】医療は今まで、延命を指標に尽力してきました。その結果、平均寿命は延伸しました。では、どこまで伸ばせばいいのか？人は必ず亡くなるということを忘れ去られてはいないのか？と思ってしまいます。

すなわち、看取ることを頭に入れた医療です。生活習慣病もそうですが、治すのではなく、痛み等がないよう健やかにコントロールしていく。〝患者をどこまで長生きさせられるのか〟ではなく、〝その人の寿命がそこに至るまでに病気を持っていたら、その病気をコントロールする〟と私は考えています。そういう方向にならないといけない。2040年問題の中心はまさにそこです。

【石川】2040年問題について私は、高齢者が人口の3割を占め医療費の増加、医療従事者不足、保険制度の維持等が問題となると考えています。歯科においては歯科技工士不足による義歯、補綴物の作成遅延も大きな問題です。今後とも医師不足、病床削減等により、在宅医療の重要性は増すばかりと考えられます。

また、高齢者全てが要介護者ではないのも事実です。元気な高齢者の方もおられますし、また要介護者の皆さんが終末期の患者ばかりではないのです。このことは、引退を考えているベテランの歯科医師の先生も地域歯科医療を担う重要な人材になり得ると考えています。2025年問題を大きな混乱なく乗り越えたように、2040年もまた、これから知恵を出し合うことになると思います。

医療費抑制が近年国政で話題になっておりますが、確かな収益が無ければ、安定した在宅医療は人材・機材・研修等に投資できず、後退の方向に向かうと思われます。

医療に関しては「赤ひげ」的感覚は日本にあるのでしょうか？

【千場】「赤ひげ」とは何か。医者としてやるべきことをして、報酬を求めない。医は仁術なり、という要素はあると思います。しかし今は公的医療保険制度の下で医療を行います。現行制度ではたくさん診れば報酬が増える、資本主義的考え方が持ち込めてしまいます。いくら診ても同じ報酬という、ある種の公務員のような報酬制度にした場合、医療はどうなるのだろうか、と考えることはあります。あくまでも「たら・れば」の話ですが…。

ときどき研修医の先生に「どのくらいの給料をもらえれば医者として満足ですか」と尋ねていますが、かつては600万円と答えた者もいました。最近は1500万円くらいですかね。さすがに時代のせいか、5000万円という人はまずいません。報酬とやりがいの在り方は一度見つめ直してもよいのかもしれません。

【野村】いわゆる「直美」とも関わる話題ですね。

【石川】別の視点で今後の医療を考えますと、国家予算も再考する時期にきているかもしれません。社会保障制度だけでは住みよい社会は形成されず、インフラ整備、教育支援、雇用問題、少子化、食料、外交問題等多岐にわたります。

国民皆保険制度では、保険料を納めれば医療を受ける権利は保証されております。しかし今後の高齢者社会を考えますと、欧州で行われている、各自は高額な税を納め、手厚い保障を得る制度は消費税率を考えても日本では無理かもしれません。しかし増大する医療保障を考えますと、医療受給者の負担を鑑みて、医療提供者もある程度の負担が必要になるかもしれません。よく医療制度の抜本改正と言われますが、なかなか大変な問題なのでこの件については、医療代表・国政担当者・国民代表・学識経験者等による十分な検討が必要でしょう。少しずつ軌道修正をして、よりよい方向に持っていくしかないかな、と思います。今後も在宅医療の重要性は増すばかりでしょう。そのために先生方の地域医療の活躍を期待しております。

【千場】医師にとって大切な4つのM―メカニズム（制度）、マネー（財政）、マインド（理念）、モラル（倫理）―のうち、前半2つは国家財政や赤字病院などで注目されていますが、後半2つのMにはどう対応するのか、あまり目を向けられていません。

多死社会の到来を前に、ミドルエイジは終活への関心、若者は安楽死への肯定的評価が高まる一方で、彼らの死生観に応える「何か」が僕ら医療者にはありません。では宗教かというと、日本人はそうでもない気がします。

死を避けない、遠ざけない。そうかといって死を望まない。医療・介護関係者が地域で開催されるその関連の市民活動（イベントやサークル活動）との接点を持つことで、その地域のモラルや風土、文化とかかわれるかもしれません。「赤ひげ」的医師が持っていた、「気付いて、思いやって、お節介する」という3点セット。それをいかに僕らが持ち続けるか。本人が望む死が出てきたときに、どう介入するか。それが課題だと思います。医師に限らず、死生観をどうするか。社会として大きなことと思います。どうしましょうか。

【野村】死生観は押し付けるものではありませんからね。どうもしなくてよいのではないですか。各個人の死生観があると思います。

【千場】そういう意見もあります。しかし、死生観の変化や関心の高まりがあることは事実です。僕らは宗教家ではありません。ですから答えは出せません。だから、どうしましょうか、という問いが出てきます。

医療の抱える問題は制度や財政等の現実的なところだけでなく、死生観にどう向き合うか、ということまでもがこれからもっと大きな課題になるのかな、と感じています。

（2025年12月4日／文責：事務局・笹井）