

座談会 (2023 年 5 月開催)

在宅医療の現状と今後の展望 —かかりつけ医が在宅医療を担うのか—

【司会】野田 正治*
【出席者】杉山 敦# 川越 正平** 新田 國夫##
(発言順)

在宅診療を扱う医療機関数および看取り数の推移

野田 本日は、「在宅医療の現状とかかりつけ医の体制づくり」についてお話しいただきます。

座談会を始めるにあたり、まず、在宅診療に関わる医療機関数と看取り数の推移を見ておきたいと思います。

東海北陸厚生局によると、愛知県において新規に申請した指定医療機関の中で、診療所の名前に「在宅」とついている診療所だけをピックアップすると、令和5年の4月までのわずかな期間を見ても右肩上がりに増えています(図1)。

このように在宅医療に関わる医療機関が増えるのは喜ばしいのですが、我々が地域包括ケアを始めた当時に描いていたのと同じ在宅医療をこの方々が行っているものとは、なかなか考え難いところがあります。特にサ高住(サービス付き高齢



野田 正治氏

者向け住宅)を中心とする施設医療で在宅専門の医療機関も多くなってきましたが、認知症やフレイルの方々がこのような施設に入所されることになると、嘱託医のいる特養(特別養護老人ホーム)は別として、本来は『かかりつけ医』がそこへ訪問診療に行けば済む話なのですが、サ高住には大抵、協力医療機関があり、そこへ「紹介状を書け」と言われて、我々かかりつけ医も患者のこれまでの経緯を書いてお送りするということになります。

しかし、その後どんな経過をたどり、いつお亡くなりになったのかは全く連絡がないままで、ご家族から「いついつ亡くなりました」と報告を受けるに留まっているのが現状です。このように、“住みなれた街で最後まで”という在宅医療の理想とは少し違う世界に入ってきているのではないかと思います。また、在宅をうたう診療所の先生方が医師会に加入される割合が非常に少ない。医療機関の新規登録数を見ても、約半数にも満たない。

* Masaharu Noda :

公益社団法人愛知県医師会 副会長

Atsushi Sugiyama : 杉山外科医院 院長 /

前松本市医師会長 / 長野県医師会在宅医療推進委員会

** Shohei Kawagoe : 松戸市医師会 会長 / あおぞら診療所 院長

Kunio Nitta : 一般社団法人 全国在宅療養支援医師会 会長
一般社団法人 日本在宅ケアアライアンス 理事長

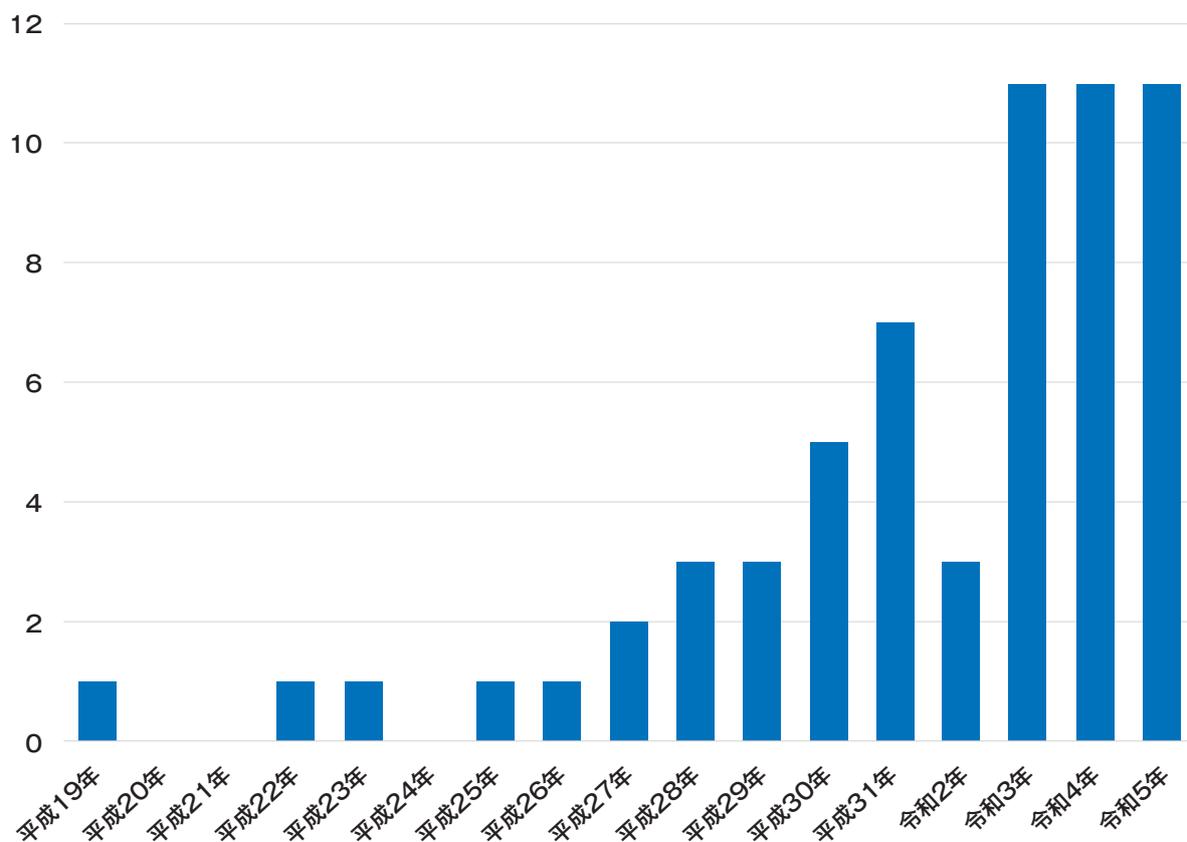


図1 愛知県における、医療機関名に『在宅』が付く新規指定医療機関数

そうすると、地域との連携もなくなり、地域で構築してきたネットワークにも参加されていないということになって、何をおやりになっているのかは我々には全く見えてこない。つまり、患者さんが高齢者施設に入居すると、そこで独自の医療が独立して行われているという状態になってしまっているわけで、こうした傾向はおそらく将来どんどん加速していくかもしれない。そうすると、我々が描いていた、「かかりつけ医が最後まで自宅で診る」のとは異なる世界がこれから描かれる可能性があります。それがこの先続いていくのか、または別の潮流が出てくるのか、皆さまにご意見をいただきたいと思います。

「かかりつけ医」を再考する

そうすると、『かかりつけ医』とは何だということになってきます。『かかりつけ医』のあり方につ

いては、厚生労働省をはじめ様々ところで議論がされていますが、「地域でいろんな健康事業に携わりながら患者さんをまるごと診ていく」ものであり、いわば中学校の学級担任の先生みたいな存在で、生徒一人ひとりの全体を把握していくようなものです。それが当初描いていた『かかりつけ医』だろうと思うのですが、それから外れている施設の専門の先生たちが『かかりつけ医』と呼ばれてよいのだろうかという疑問も湧いてきます。

そして次に、全国の死体取扱件数(警察庁資料)を見てみますと、平成24年頃までは急激に増加していましたが、それ以降はしばらく減少しています(図2)。これは地域包括ケアを推進してきた成果の表れと考えています。しかし、令和3~4年にコロナが流行すると、死体取扱件数が増えてしまいました。

また、総死亡数に対する検案を受けた割合であ

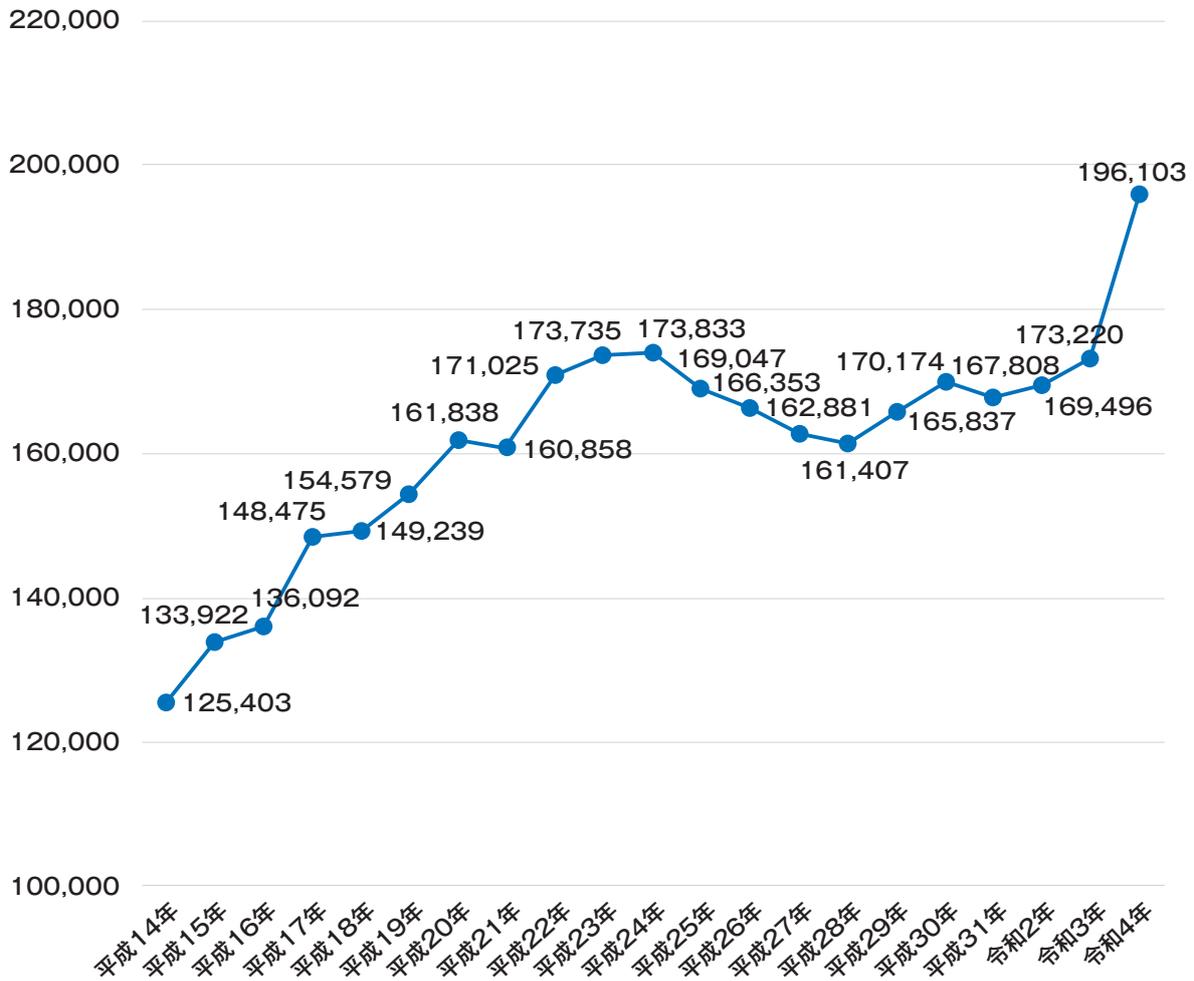


図2 全国の死体取扱件数

る検案率についても、例えば東京都ではかつては20%を超えていましたが、減り続けたことで令和元年には17%まで落ち込み、東京も下がってきたと思ったら、コロナの2年間で大きく増えてしまいました(図3)。日本全体が同じ傾向にあり、総死亡数が実際に増えるだけでなく、我々の看取りではない自宅での検案を受けるという、我々としては一番避けたい状況が増えてきたことは、今まで目指してきた地域包括ケアが、今回のコロナで敗北したと思えなくも無いと感じています。

在宅医療の実態調査

野田 それでは最初に、長野県全県の在宅医療の

実態調査を行った杉山先生の報告から始めたいと思います。

杉山 長野県は、歴史的には医師数が少なく、往診の伝統がベースにありました。現代的な在宅医療を進めなければいけないということから、10年前に長野県医師会の中に在宅医療推進委員会が設置され、そこで看取りの数を含めた在宅医療の実態を継続して調査しています。看取りを年間30人、50人行う医師もいますが、1~4人の方も多数います。看取りのロングテールを太く長く、すなわちかかりつけ医の延長として小規模で在宅医療を実施している医療機関を増やすことを目指してきました。

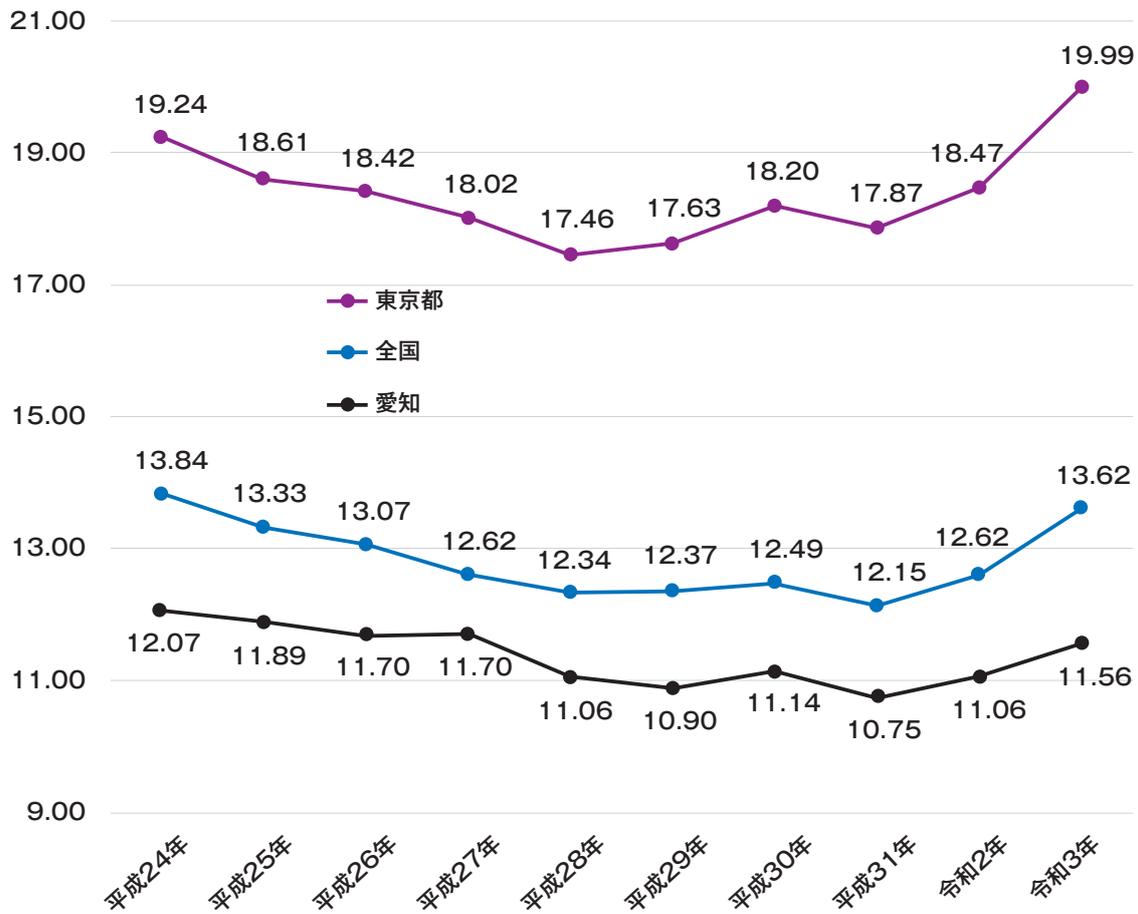


図3 全国、東京都、愛知県の検案数(%)

アンケートは県医師会に加入していない医療機関も対象にして、3年に1回実施しております。令和4年度調査は、1,361医療機関中890件の回答があり、回答率は約65%、そのうち約45%が在宅医療を行っているという回答をしています。在宅医療を行っている医療機関数は、平成25年から平成28年までは大きく増えてきましたが、その後、横ばいから若干の減少に転じています。

在宅の看取りの数は、平成25年には2,730人でしたが、令和4年度は4,586人となり、長野県では6万数千人が亡くなっているため、約17.5%になります。純粋な自宅での看取りはもちろん増えておりますが、爆発的なものではなく、むしろ訪問診療に対応しているグループホームや介護付き老人ホーム、また嘱託医の診療対応施設の看取

りの数がいずれも増えていきます。

看取り数の経年的な変化については、年間で5～14人、あるいは15～29人を看取る大規模または中規模な医療機関の数が増えております。一方で、看取り数が1～2人、あるいは3～4人のところは、むしろ縮小傾向にあります。これは、高齢の医師がリタイアされたり、在宅医療はある程度の件数を引き受けないと経営的に成り立たないということで身を引かれたことも、減少の要素として考えられます。一方で中堅の方たちはもう少し頑張ろうということで、年に十数人、月に1人ぐらいの看取りをする方が増えている状況です。訪問診療している医療機関の医師数と年齢構成については、1人診療所が最も多く、年齢構成は60～65歳がピークであり、80歳以上でも在宅医療



杉山 敦氏



川越 正平氏

を行う先生方がたくさんいらっしゃいます。後期高齢者でも現役で頑張る先生方を含めて在宅を行う医療機関の数が保たれています。

また、調査の初期には若い世代が少なかったのですが、2世、3世も含めて30~40代の若い世代が少し増えています。しかし今後、在宅医療を行う医療機関が大幅に増えることは難しいと予想されることから、むしろ、今の力を伸ばして件数的な部分をなんとか維持し、継承しながら、在宅医療そのものの質を高めていくことが必要だと思います。

社会福祉法の改正によって地域共生社会を創るという国の主張のように、今まで高齢者の在宅医療とは違う枠組で行われていた子どもや障がい者に対する医療に対しても応用し、在宅医療の質を高めていくことが必要ではないかと強く思っております。

しかし、これは口に出すのは簡単な一方、行うのは難しい問題であり、重層的支援体制という言葉は綺麗なのですが、支える法律の違いや縦割り行政の弊害などから、なかなか連動して動かない現状にあるかと思えます。

このような問題を解決するためにも、在宅医療の質を高めていくことが必要です。繰り返しになりますが、さらに現在の力を量と質の両面から改善しながら維持すると共に、若い世代に継承していく必要があると思えます。

野田 長野県の現状を説明していただきましたが、同じような問題にはどの都市でも直面していると思えます。

川越 非常に重厚な資料を見せていただいて、次の対応を考える上での勉強になりました。看取り

の数は絶対数としては増えているのでしょうか？

杉山 看取り数は増えています。取り組む医療機関数としては、大規模なところの比率が増しているものの、全体としては若干減っています。そのような中でも中堅の先生の看取りの数は5~20人と増えています。

川越 10年前に目指したのは、看取りが0だった人が1になるとか、1だった人が3や5になるっていうものだったかと思えます。

杉山 在宅医療を皆でやることを目標にしてきましたが、そのあたりの数が減っています。

川越 看取り数が0だった医療機関が1や3になる要素と、1や3だった医療機関が5になって、他方で1~2件や3~4件の医療機関数が減少する要素などの差引の結果を見ている可能性もありそうです。実際に地元の医師会の先生方のパフォーマンスについて、どのように感じておられますか？

杉山 これまでやっておられた方が、在宅を控えるようになったケースも多々あるのではないかと思います。

川越 1~2だった人が3~5になった事例や、5~20、30と看取りをされるようになった方も当院の周りにはいらっしゃいます。一方、ご指摘のように、10年経つと同じだけ年もとるので、徐々に活動を縮小する方向で考える先生がいらっしゃるの当然のことと思えます。従って、新規開業の動向も大事になりますが、長野県のデータではそこがあまり伸びていないということでしょうか。

医師会非会員の先生が多いという話も野田先生からご指摘ありましたが、これも残念な印象です。私の地元の場合、「仁義はちゃんと守りましょ

う」という話をしています。医師会の会議もオープンにしており、歯科医師会、薬剤師、看護師、ケアマネ、それから行政も入って毎月1回の会議をしています。そのため、例えば病院から退院するときに「元の主治医に相談せずに新しい在宅医に主治医をお願いする」というのはルール違反に当たる」というようなことは折々にお話をさせていただいています。まずは元の主治医にお尋ねして、在宅医療は引き受けられないということでしたら、紹介書を書いていただいた上で、別の医療機関がお引き受けするという流れを推奨しています。実際にあおぞら診療所の場合も、仮にもともと主治医がいらっしゃる場合には「必ずご紹介状をいただかないとご相談を受けられません」という形にしてトラブルが起きないように対応させていただいています。

障がいや子どもの分野とのつながりが、今後ますます重要になるということは肌で感じています。国から「領域を横断的にやりましょう」という掛け声はかかっていると思いますが、現場ではどうしてもバラバラに発想しがちだということでしょうか？そこは行政の役割分担のあり方から見直してもらえないでしょうか？

杉山 私は今年度、県の第8次保健医療計画の策定に関わっています。コロナ対策でお金を使いすぎてしまった、社会保障費全体の圧縮が必要であるとの財務省の考えを反映した厳しい内容の策定ガイドラインが示されています。そこには各課長が出席していますが、県の担当部署に諸課題を相談をすると、やはり縦割りの対応になっています。高齢福祉課と障がい福祉課と医療政策課は、それぞれの法律の範疇で施策を考えるので、「県の方で変わってくれないと市町村の健康福祉部内の横断なんてとても無理ですよ」ということを言っています。地域包括ケアを扱う全県の在宅医療推進連絡協議会があり、多職種の方が参加されており、そこには県庁の複数の関連部署も参加するので、そのような枠組みで施策を考えないといけません。県が変われば市町村も変わるわけですが、社会福祉法を具体化する施策を十分なスピード感と方向性をもって明示できているか課題が多いと



新田 國夫 氏

思います。

野田 新田先生、お二人のお話を聞きになって、どのようなお考えをお持ちでしょうか？

かかりつけ医を選ぶのは誰か

新田 まず、杉山先生の統計を見て、2016年に厚生労働省で開いた全国在宅医療会議を思い出しました。その時に在宅医療に関する統計調査の話がありました。そこでも看取り数を調べており、1~4人までの看取りの数が少なく、5~14人未満、14人~29人が多いという結果でした。その時の状況と現在の長野県の状況は大きく変わっていません。私たちがその時に目指したのは、かかりつけ医が在宅で1人でも2人でも看取ることです。日本医師会において「在宅医療はかかりつけ医にお願いしたい」と提言していました。そこから約10年経過して、かかりつけ医の在宅は広がったかということ、広がっている様に見えません。

このような状況の中で国民の側はどうでしょうか。地域で暮らすことから、施設への転換が進んでいます。従来型の地域の施設(特養・介護老人保健施設)の中にいる限りは、その地域の医師会も含めて関与ができました。しかし、新しい老人ホームなどの枠組みができて、地域の医師会とは距離ができてしまった。新しい施設には増加する高齢者を24時間体制で見る必要があり、新たにメガ在宅(高齢者向けの大規模在宅医療施設)が増えました。メガ在宅には非常勤医師と3,000人以上の施設の患者がいます。そこでは入所者一人一人「かかりつけ医」と協力するのではなく、メガ在宅の方で医師を組み込む形をとっています。しかしながら、これは真の意味での在宅医療とは言えませ

ん。もちろん私たち『かかりつけ医』もコロナ禍でも対応していましたが、それだけでは量としては少なすぎました。この背景には超高齢家族形態への変化、本人の意思決定ができていない現状があり、その結果 1980 年代、重度心身障がい者が施設から普通の暮らしの場へ転化をもたらし、その為には自己責任を伴うとした現代から、今は高齢者には逆転現象が起きています。施設在宅が良いとか悪いとかいう観点ではなく、私たちが施設在宅にも対応しなければいけないと思います。

『かかりつけ医』を誰が選ぶのかというと、本来は患者が選ぶのです。そうであるにも関わらず、その保証や支援が不十分なために、施設を作った業者が勝手に決めているわけです。さらに言えば、終末期(ACP)も患者が選択すべきものです。その選択肢もないままに施設長によって選択が行われて、結果として様々なことが起こっています。高知県のある市が出したデータによると、「特養の 60%、グループホームの 50% が病院で看取られる」とされています。施設が最後の場所ではなくなっているのです。救命できる人は私たち在宅医が助けるのですが、そうではない人が病院に運ばれてきて、1日2日の入院で亡くなるということを繰り返しています。その背景には「施設がその人にとっての最善の医療への対応ができていない」という問題があります。在宅に関わる『かかりつけ医』が外来から施設まで、継続的に関わることができるように進めていくべきだと思います。かかりつけ医が1人でする必要はありません。いわゆる「面」でするのですが、まずは『かかりつけ医機関』の質の問題がある。また、1人開業体制では継続しにくいという問題もあるので、地域でどのように協力して対応できるかという点も含めて、今こそ真剣に考えるべきだと思っています。

野田 有料老人ホームをはじめとする療養施設がダメだという訳ではありません。しかし、医師が「自宅に行く」と言っても、独居の場合などはケアマネージャーから「とてもじゃないけどサポートは無理です」と言われてしまい、入居できる施設を探してもらって終わりになるケースが多いです。何十年も診てきた方と、そこで縁が切れてしまう。

できるだけ一生懸命紹介状を書くのですが、全部は伝わりません。残念ながら私たちには、その方々が本当に望ましい終末期を迎えているかどうかは分かりません。

在宅専門の施設が増えてきたというデータを示しましたが、ニーズがあるから増えるのです。新規に『在宅』と銘打って経営できるので、今後もその需要は増えていくだろうと思います。できればそれらの先生方にも医師会に入っていていただいて、地域の中で一緒に議論できると良いのですが、現状は溝が深くて話をしたこともない在宅専門の先生がいるのが普通になっています。メガ在宅施設はまだ松本市にはないと思いますが、同じことは起こりつつあるのではないかと思います。

これからの施設医療

杉山 松本市では最近、特定施設である有料老人ホームが協力医療機関の契約を突然解除しました。今後は、20 数名の入所者については在宅医療専門クリニックへの主治医交代をするというのです。その診療情報提供書を老人ホーム施設長から求められるというできごとです。その専門クリニックは訪問看護ステーションの建物にオフィスを置き、一人で開業されている方で在宅医療のあり方について繰り返し話をさせて頂き、開業時医師会に入会してもらいました。年間に 50 名ぐらいの看取りをされて 2 年が経ちました。長野県にはメガ在宅といえるような医療機関は今のところないと思います。

野田 今後、在宅医療よりも施設医療のニーズが増えそうですが、川越先生いかがでしょうか。

川越 施設の在宅医療や看取りが増えていることは確かです。その一方で、特養の入所待機者が減っていることや、要介護 2 以下の方も特養に入れるようにしたほうが良いのではないかという議論も始まっています。後期高齢者の数はいずれ頭打ちになり、減少します。高齢者数のピークに合わせて施設を作ることは経済合理性に欠けるものと思います。在宅だけで全てのニーズを受け止めることには限界があるので、そこをよく見極めながら施設整備や支援策を進める必要があるものと思

ます。松戸市の場合、前期の第7期介護保険事業計画からできるだけ特養や施設は作らないという方針でこの6年やってきました。給付分析をした上で、空床や待機者のデータに基づいて計画を検討した結果です。地域の中で住み替えることができれば、『かかりつけ医』が今まで通り主治医を担うこともできるので、施設との間にそういった関係性を築くことを目指しています。

野田 高齢者の数はこれから増えるがどこかで頭打ちなり、今度は減少してくると見込まれています。その時、高齢者はもう一度在宅に戻ってくるのでしょうか。新田先生、ご意見をお願いします。

新田 私は住まい方の選択がなされると思います。例えば、施設が居心地の良い暮らしの環境を作ったらそこを選択すると思います。ただし、施設は「人生最後の場所」というイメージが強く、施設としての限界があるため、それまではこれまで通り暮らしの場に最後まで留まる選択をされる方が多くいると思います。しかし現状は、本人の住まい方の選択が、子どもによってなされていることが問題です。もう一度、国民目線で自らの選択をする権利を作る必要があります。

先ほどの施設の話に戻ります。看護小規模多機能型居宅介護(看多機)にはがんを抱える一人暮らしの方が増えており、高齢者ホスピスに代わりつつあります。入院したくないという人が多いので、看多機に入る人が増えています。本来は、在宅でも看多機でも在宅医がきちんと診られれば良いので、同様の新しい形が地方でも作られていくと思います。

川越 居宅にしながら施設と大きく見劣りしない医療やケアが提供されるとしたら理想的です。居宅だけで支えるのではない、もう一つの居場所を必要に応じて活用するという観点から、小規模多機能施設や地域包括ケア病棟は拠点になると思います。これらをうまく使いながら、ベースは家にいられる仕組み作りに力を入れるのが一つの方法だと思います。そこにやはり、医師会の存在がすごく重要だと感じています。共同利用施設として訪問看護ステーションを持っている医師会もあるでしょうし、全国に66ある医師会病院や、ケア

マネ事業所・地域包括支援センター・在宅医療・介護連携支援センターなども医師会員をサポートできます。医師会員が診療する時に、一人の力だけでできることに限りはありますが、足りないところをサポートしてくれるたくさんの“応援団”=多職種がいます。彼らとタッグを組んで、地域全体で患者さんに必要なものを総合して提供できる状況を整えていく必要があると感じます。

かかりつけ医を取り巻く法整備

野田 我々は自宅に住んでいる方に対して、外来から始まった社会的なサービスの相談に応じています。それを『かかりつけ医』とイメージしてきたのですが、施設医療に入られた場合には、一度関係性が絶たれてしまうため、今後再構築する必要があります。そのような状況をふまえて、最後に「かかりつけ医とは何か」をもう一度改めて議論したいと思います。

新田 私は日本医師会のワーキングメンバーとして、『かかりつけ医』について議論してきました。日本医師会では、「4病協のかかりつけ医の定義」があって、その中での『かかりつけ医機能』という表現をしています。『かかりつけ医』のいる医療機関が果たすべき能力のことを『かかりつけ医機能』と呼んでいます。ここでの『かかりつけ医』と『かかりつけ医機能』が分かり難いのですね。

全世代型社会保障構築会議の報告書には、「地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じてその機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮する」ように書かれています。それは身近な地域における日常的な医療の提供です。「健康管理に関する相談を行う機能をベースに検討すべき」ということは、この中では在宅医療は『かかりつけ医』の定義に入れていないのですね。今それを入れてしまうと、在宅医療を行う医療機関は少ないので、『かかりつけ医』がその分少なくなってしまいます。そのため、『かかりつけ医』の定義には在宅医療を必須事項に含められないということが、この社会保障構築会議の報告書なのです。

ところが厚生労働省の制度整備の概要の中では、

既に在宅医療が『かかりつけ医』の定義に入っています。「慢性疾患を有する高齢者、その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能を確保して、日常診療の総合的継続的实施、在宅医療の提供、介護サービス等の連携について」としています。

さらに言えば、報告の問題が出てきます。「都道府県知事は報告した医療機関がかかりつけ医機能の確保に関わる体制を有することを確認して、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに公表する」としています。地域の関係者との協議というのは、まさに医師会や行政です。ですから『かかりつけ医機能』についての協議の場を医師会に新しく作るよりも、在宅療養支援協議会の延長線に入れる方が、地域としては作りやすいと思います。

杉山 『かかりつけ医』の議論に関連して、例えばイギリス型のように「この医師のところしか受診することはできない」、「何ヶ月待ちで病院へ行く」というものを指針とするのは日本の医療の目指す形とは異なると思います。若干の修正は必要ですが、やはり国民皆保険を守り、医師は自由開業・自由標榜制で、その地域で必要と思われる医療を行うことが大切です。患者さんは医師がどんな人なのかを見ながらフリーアクセスする。こういうことを言う方が少なくなりましたが、とても大切なことであると思っています。

川越 日本医師会は杉山先生がおっしゃったことと同じで、『日本型かかりつけ医』を模索しています。財務省の圧力に対してきちんと対峙するためにも、日本医師会としてかかりつけ医ワーキンググループを発足して議論しました。国民が求めるものを含めて、かかりつけ医の機能をどのように強化していくのかかが問われるものと思います。

野田 最後に一人ずつ今日のお話全体を通してコメントをお願いします。川越先生いかがでしょうか。

かかりつけ医を補助する体制作り

川越 先ほど共同利用施設の話をしていただきましたが、『かかりつけ医』だけでは提供しきれな

い内容をいかにバックアップするかが重要だと考えます。その一例として、「リハビリテーション・栄養・口腔ケアを一体的に提供しましょう」と当たり前のように言われるようになりました。医療ケアのあるべき姿についての認識が前進したと言えます。そんな中、実際に『かかりつけ医』が栄養の指導や介入を適切にできるかという点、簡単ではないと思います。

一方で糖尿病専門医が外来診療をどのようにしているだろうか考えると、多くの病院では管理栄養士が外来栄養指導を別ブースで行う枠組みができています。病院以外の現場での栄養指導についても、同様に『かかりつけ医』が自分で行えなくても、地域として必要な指導が提供することができれば良いと思います。今年度から松戸市で始める取組みなのですが、糖尿病性腎症の患者さんに市内の病院を紹介して、その病院の管理栄養士さんに栄養指導をしていただく。一段落したら、また診療所にお戻ししていただくという形で専門的な指導が受けられることになりました。さらに、糖尿病性腎症重症化予防プログラムの中で、市の事業として医師会医師がピックアップした患者に対して、行政保健師や行政管理栄養士が半年間栄養指導を行っていただくスキームを作り、稼働することになっています。

さらに私たちの地区では在宅医療・介護連携支援センターを持っているので、管理栄養士の登録システムを準備しています。かかりつけ医のニーズを受けとめて、登録管理栄養士とかかりつけ医のマッチングのお手伝いをセンターが担当させていただき仕組みです。様々な方法のいずれかによって、機能として栄養指導を提供できればいいのだと思います。

杉山 在宅医療については量的には維持または減少という時期に差し掛かっていますので、内容の質を上げることに取り組みたいです。質を上げるために地域包括支援センターや訪問看護の体制その他の地域共生社会への応用を進展させていければと思います。今日のテーマのように、『施設の中へ適切な医療が入れる体制』ですね。それを何とか形にしていかなければいけないと思います。

介護保険に軸足をおいた安価な医療を目指すだけでなく、国民のために適切な医療がバランスよく提供されなければならないと強く思っています。

野田 新田先生、最後に全体をまとめてお話いただけますでしょうか。

新田 国民にとって最後の暮らしの場の選択は重要な問題であり、施設であれ、自宅であれ、私たちは対応しなければなりません。昨年、日本在宅ケアアライアンスがケアサミットでそのテーマを扱い、在宅医療は「命、暮らし、生きがい」を支えるという話になりました。私たちは看取りだけでなく、暮らしや生き甲斐を支えるのだという思いです。それは在宅でしか叶えられず、その点が施設との大きな差だろうと改めて思います。

サミットの今年のテーマは「思い、願い、望み」

です。それを私たち在宅側も含めて、本当に叶えられているでしょうか？先ほど川越先生が出された「食べる」という話題は大切なことで、最終的には生き甲斐を支える要因です。つまり、命だけの問題が在宅医療の質ではないという話です。今のよう暮らしや生活がない限りは地域に暮らせません。生活がまずあって、介護が必要になったら介護が適正に行われ、そして在宅医療があると思います。

私たちは死亡診断書の死因に、本当の意味での『老衰』と書きたいものです。『かかりつけ医』がきちんと『老衰』と死因を書けるような体制作りを、愛知県医師会にはしっかりと進めていただきたいと思っています。