



在宅医療で重要なのは「生活を支える」という意識

仙台往診クリニック (宮城県仙台市)



川島孝一郎 院長

重症特化型の在宅医療 看取り件数は年間1000人

宮城県仙台市にある仙台往診クリニックは、外来機能を持たない在宅医療専門診療所として、1996年に開設された。重症患者に特化しているのが特徴で、その形態は全国的にも注目を集める。東北大学病院の臨床研修協力施設として、年間10名弱の研修医も受け入れている。

現在、患者数は約250名。そのほとんどが身体障害者手帳を有し、1級が全体の8割にもものぼる。主要疾患別に見ると、脳血管障害後遺症100人のほか、神経難病60人、がん末期30人、COPDなど呼吸器疾患20人が目立つ。加えて、在宅酸素60人、在宅人工呼吸

35人、胃ろう・腸ろう・経管栄養100人、気管切開45人と、医療機器の使用頻度も高い。昨年の看取り件数は約1000人で、その3分の1が70歳以下だ。

スタッフは、常勤、非常勤医各5名、看護師5名、事務職7名。自前の訪問看護ステーションは持たず、市内30カ所のステーションとの24時間連携で対応している。こうした経営展開について、院長の川島孝一郎氏は話す。

「重症者に絞っているので、患者確保ルートは、病院を主とする医療機関からの紹介が92%を占めます。病院からの紹介ニーズは高く、在宅医療を行う他診療所と、患者さんの奪い合いにならないのが利点。重症特化型と、通常の診療所が並存することで、在宅医療連携もうまくいくと考えます」

06年改定で、在宅療養支援診療所（在宅診療）が創設され、終末期医療や看取りに手厚い報酬が設定された。しかし、終末期医療に関心はあるものの、なかなか乗り出せない診療所も多い。豊富な経験に基づいて、川島氏は終末期医療

を手がけるうえでのポイントを、次のように提示する。

運営体制のポイント 事前の患者配分が必要

終末期の患者を受け取るうえで、課題となるのは人員体制だ。24時間連携が実質的に機能していないため、夜間・休日対応が困難という1人医師の診療所は少なくない。

当初、1人で開業した川島氏は、自らの経験からこう助言する。

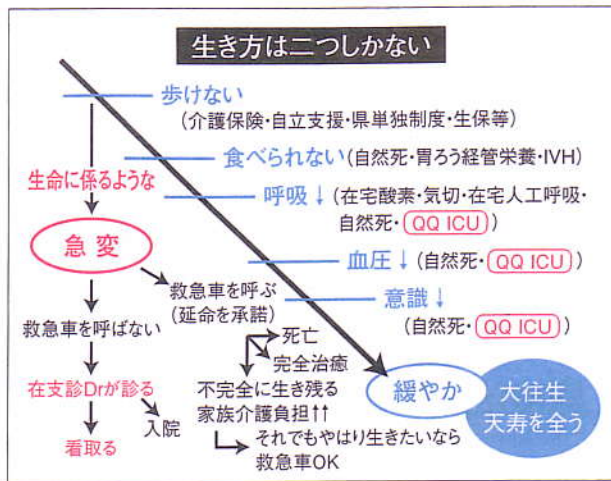
「在宅患者のうち、疾患別、訪問エリア別に、重症者を何人まで診られるかを決めておくことが必要でしょう。私の場合、患者数約50人のうち、がん患者は6〜7人、人工呼吸患者は5〜6人が上限でした。さらに看護師を教育しある程度任せられることで、医師1人でも十分対応できると思います」

がん末期の訪問は、ほとんど院内の看護師が担当するが、事前に1カ月ほどかけて研修を実施し、疼痛管理の手法まで身に付けさせている。

「当院から30km以上の遠隔地の患者さんについては、外部のス

機能する在宅療養支援診療所へ!

図 人間の生き方(看取り)の緩急



テーションを利用していますが、その場合は得意分野などを考慮して依頼しています」

一方、終末期医療では、患者の紹介元となる病院とのパイプも必要だ。同院では開設後数ヶ月、複数の病院を回り、営業活動を展開。紹介を受けた後は、情報のフィードバックを重視し、看取り後の連絡はもとより、1万5000点以上の患者レセプトに対しては自主的に、症状や医療内容の明細を主治医あてに毎月送付してきた。

「信頼関係が築ければ、病院もリピーター的に紹介してくれるようになります」

医療技術を生かすには 家族への十分な説明が前提

終末期医療へのハードルとして、知識・技術不足を挙げる医師も少なくない。

「一番重要な技術は疼痛管理です。がん末期に限ったことではなく、全ての医療において疼痛緩和の要素が伴います」と、川島氏。

同院では、在宅医療を目指す医師の短期研修も積極的に受け入れられている。終末期の経験のない医師に対しては、WHO方式がん疼痛ラダーに基づいて、オピオイド・非オピオイド系鎮痛薬、鎮静薬の使い方など疼痛管理の研修を1ヵ月半かけて実施し、併行して4〜6ヵ月、訪問診療に同行させるという。

「実践面で自信がない場合は、最初は経験のある医師と一緒に現場に入るのが早道です。疼痛管理のほかは、栄養・水分補給のための輸液管理、呼吸管理の技術があ

れば十分。医療機器も、疼痛管理に使う薬液注入ポンプと、酸素吸入機器の扱いを理解していればほぼ対応できます。在宅医療の経験のある医師ならば、かなり早く習得できるのではないのでしょうか」

川島氏は、終末期医療ではこれらの医療技術よりも、病状の進行説明と、その内容に対して責任を負うことのほうが重要であると指摘する(図)。

「容態の変化で家族が不安になり、緊急入院を選択しがちなのは、最期を迎えるまでのプロセスがきちんと説明されていないからともいえます。終末期では歩けなくなる、食べられなくなるなど、次第に衰えていくのは当たり前。それは悪化や急変ではなく、衰えのプロセスだと説明し、その状態になった場合にどのように対応すべきかを予め提示しておくことが、何よりも大切だと考えます」

例えば、経口摂取ができないケースでは、胃ろうを造設する、しないといった医学的説明だけでなく、胃ろうをつける、あるいはつけなかったら、どんな生活にな

るのかまで説明する。選択肢を示したうえで、患者・家族が希望する方向に沿って支えるのが原則だと、川島氏は言う。

「私の経験では、こうした説明を受け入れた患者・家族の9割が、在宅で看取っています。在宅を希望した患者さんのうち、実際に看取った割合が7割を切るとしたら、疼痛管理か説明のどちらかに問題があると思います」

現在、在宅での看取りを推進する厚労省に対し、実際のニーズは多くないという意見も現場から出ているが、川島氏は真つ向から異論を唱える。その根底には、終末期医療に対する独自の哲学がある。

「医療処置や医学的説明も必要にはなりますが、それはごく一部。当院では、公的制度や、高度障害になった際にも保険金は受け取れるといった生命保険の知識も説明に含めています。在宅医療というカテゴリーだけを切り取って提供するのではなく、生活そのものを支えるという意識が必要だと考えます」