

医学の窓

かかりつけ医が在宅医療に参加しましょう (上)

千葉県医師会在宅医療推進特別委員会副委員長
 どうたれ しんじ
 堂垂 伸治



私は松戸市で1999年に開業し、以後在宅医療を行ってきました。以前の病院でも1995年から地域医療部長として在宅医療に関わってきましたので約20年になります。今回、「かかりつけ医が在宅医療を推し進めるべき」という視点でまとめてみました。

I. 当院の在宅医療の紹介

当院は通常の外来診療を主体としており、

その延長で在宅医療も行っている「(1人)在宅療養支援診療所」です。現在は他に、3人の非常勤医師に来ていただき、計4コマ=2日分(うち1コマが在宅のみ)を受け持つて頂いています。2012年6月30日までの13年半の死亡患者さんの内訳を(表1)にお示しします。これまで当院に1度でも受診されその後死亡された(ことが判明した)患者さんは、468人でした。そのうち「私が死亡診断書

(表1) 当院死亡者の死亡場所の割合

| 死亡場所 | 当院死亡者総数：468人 (1999.1.5 - 2012.6.30) | 松戸市：総数 3551人 (11年) | 全国平均 (10年) |
|--------------|--|-----------------------|---------------|
| 病 院 | 66.7% (312人) | 73.3% (2602人) | 77.9% |
| 診 療 所 | 1.1% (5人) | 1.8% (63人) | 2.4% |
| 施 設 | 4.6% (22人) (うち施設内看取り7人あり) | 4.6% (165人) | 4.8% |
| 自 宅 (在宅死) | 25.7% (120人) (16.9% = 79人) | 17.6% (624人) | 12.6% |
| そ の 他 | 1.9% (9人) | 2.7% (97人) | 2.3% |

を書いた方」は(7+79=)86人です。在宅看取り率は16.9%で、他に自宅で亡くなった方を加えた「自宅死」は、25.7%でした。表のごとく全国平均の12.6%や松戸市の17.6%を大きく上回っています。

在宅患者さんは、開院当初は20人くらいで、その後常時40~50人を管理しています。2012年9月の当院在宅患者さんの概要は以下のごとくです。

在宅で計47人の患者さんを診ており、平均年齢は86.0歳、男性と女性の比率は、14:33です。「在宅に至った過程」をみますと、「外来→在宅」が20人、「他院からの紹介」が16人、「介護保険事業者からの紹介」が8人、「その他」が3人でした。「在宅の理由」を調べますと、「通院困難によるもの」が30人、「寝たきりの方」が9人、「歩行困難」が7人でした。主要疾患は、脳疾患後遺症が8人と最も多く、がんの患者さんは3人でした。自宅在住の方が31人、何らかの施設在住の方が16人でした。なお、3人の方が「自宅で1人暮らし」でした。

47人中、「月1回の訪問診療」だけで管理している方は17人おり、「月2回」の方は30人でした。結果的にはこの月の定期的な訪問診療の回数は59回でした(他に臨時往診を月5-7回行っています)。「外来→在宅」の方=20人の(外来を含む)管理期間の平均は当然ですが105ヶ月と長期で、その他の方の平均管理期間46カ月の倍以上でした。

つまり、「かかりつけ医の在宅医療」では、

- ① 平均年齢が極めて高い(最高齢は102歳)。
- ② 在宅医療を長期に行っていると自ずと他院や介護保険事業者からの紹介がある。
- ③ 「外来→在宅」のコースが半数近くで、がんの患者さんは少ない。
- ④ 長期間診療してきた患者さんが多い。
- ⑤ 「月1回の訪問診療」で管理している方の比率が高く、結果的に医療費は「安上がり」

である。

- ⑥ ちなみに、(表1)にある在宅で看取った79人中、「がん患者さん」は32人(41%)でした。

この結果は殆ど「成り行き」で行ってきたものです。つまり、患者さんの状態や患家の求めに応じて訪問診療や往診を行ってきた結果です。(なお、当院では病院から逆紹介の緩和ケアの患者さんは、当院近辺にお住まいの方や「ゆかりの患者さん」などに限っています)

Ⅱ. 「かかりつけ医の在宅医療」の魅力

「かかりつけ医の在宅医療」の魅力の第1は、何と言っても患者さんやご家族との長年の付き合い~信頼関係を背景としていることです。その方々の性格や意向、家族関係まで了解しており、相手方も私の診療姿勢や事情を理解されていることです。極端に言えば「あの忙しい先生が訪問までしてくれる、助かるなあ」という感想をもたれています。こちらの甘えや思いこみもありますが、患者さんやご家族は決して過度な要求はしてきません。

紹介された重症のがん患者さんとは「一期一会の物語」がありますが、こちらは双方がお互いに歩み寄りつつ「相互信頼と寛容の物語」があります。中には「もっと早くがんを発見できていたら」という悔悟の念を抱くケースもありますが、患者さんやご家族の殆どは納得されて在宅医療を受けられます。

第2は、当然ですが患者さんの病歴や病状経過の把握がよく出来ていることです。当該疾患以外の全身の病状も踏まえて管理でき、「全体像の中での在宅」と言えます。たくさん疾患・いくつかがんを乗り越え高齢になられ、「矢尽き刀折れるような人生の終末期」を看取る事が目立ちます。

第3は、在宅で看取った方のご遺族をその

後に患者さんとして診療する機会が多いことです。この超高齢社会では、ご主人を看取りその後に奥さんも看取るというケースも稀ではありません。また日常診療の場で、看取った患者さんについてご遺族の方とお話しする場合も多々あります。こういった経験を重ねていますと、かかりつけ医は本当の意味での「家庭医」だと感じております。

第4に、在宅医療の現場では、「医療の常識」とは異なった新たな発見を経験します。

大病院から逆紹介された肺がん終末期の患者さんの例です。この方は、肺内転移も進んでおり、訪問診療開始時すでに血中酸素飽和度が60台でした。在宅酸素の導入も考えたのですが、患者さんが呼吸苦を訴えられなかったので様子を見ました。その後病状が進展しましたが「寝ていると苦しくない」と言われ一貫して呼吸苦を訴えられませんでした。麻薬も最小限で対応可能でした。私の方は点滴も酸素投与もせずに見守るだけにしました。亡くなる1週間前の血中酸素飽和度は43、炭酸ガス濃度は63でした。結局直前まで意識清明でご家族と会話され苦痛なく過ごされ、退院後3カ月余りでお亡くなりになりました。患者さんやご家族が納得される「自然死」を経験しました。この例では「途中で酸素療法を開始していたら、むしろ呼吸苦を誘発したのかもしれない」と感じました。他にもいくつかこうした経験をしています。

Ⅲ. かかりつけ医としての在宅医療の工夫

「地域住民に信頼される医療」を心がけていますが、「1人診療所」の限界も感じています。その限界を克服するため、私は以下の工夫・対策を行っています。

第1は、併設している訪問看護ステーションや院内の看護師と緊密な意思疎通をはかっていることです。外来開始前には毎朝ミーティングを行い、心配な患者さんや前日に診

察や訪問した患者さんに関する情報交換を密に行っています。必要ならその場で採血や点滴の指示も出しており、これらを開院以来の習慣としています。これは患者さんを守るのみならず、医師の私も守る方策だと考えています。

第2は、在宅患者さんについては、月半ばと月末の2回「カルテ見直し・復習・病名チェック」を行っています。じっくり考察し、出来れば「水も漏らさぬ態勢をとる」、「何も起こらないようにする」、「少なくとも事前に予測する」等を心掛けています。こうして日々の患者管理を行っていますと、死亡時期もほぼ予測可能とさえ言えます。

第3は、当院では近隣中核病院と幸い「24時間連携」がとれます。在宅患者の中で、急変し得る重症患者さん、在宅で不安感を持っている方等をこの「24時間連携システム」に乗せています。予期せぬ病状変化の際にご厄介になり、大変助かっています。逆に言いますと、当院では「看取り」にはこだわっていません。経過中に「自宅で亡くなりたい」「家で看取りたい」とか「もう入院したくない」という要望に、自然に沿うようなスタンスでやっています。

第4は、非常勤医師の活用です。私は在宅患者さんの全てに責任を持っており、文字通りの24時間対応を行っています。通常の外来診療も多忙で余裕がない日々をおくっています。そこで、週1回半日ですが非常勤の先生にカバーして頂いています。その訪問診療情報は同行した看護師から全て報告を受け病状把握に役立てています。

第5は、患者さんや家族から当院への連絡は、なるべく看護師がまず対応する方法をとっていることです。外来中や夜間などのコールにはまず（訪問）看護師が出て、その後私を必要な場合に連絡が入るといった形にしています。医師の負担を少しでも軽減するこ

のシステムをとらないと、「外来と在宅を並立することは出来ない」、「医師がつぶれてしまう」と感じています。医師自身の体調管理がしっかりとれていないと、肝心の外来診療や訪問診療に支障を来しかねないと考えています。(もちろん看護師たちには相応の「待機手当」を支給しています)

Ⅳ. なぜ「強化型」をとらなかったか？

今回の医療保険改定で在宅療養支援診療所が2分化され、「強化型」と「一般型」になりました。私はこれまで近隣の気心のしれた先生と「ゆるやかな連携」をとってきました。それはお互いが自らの患者さんに全責任を負うことを大前提とし、最低限の協力関係をとるというものです。学会や旅行でどうしても直接管理できない事態が生じた場合のみ、お互いが頼りにするという連携です。実際この10年くらいでは、お互い1度ずつ相手の患者さんの看取りを行った程度です。事前に依頼した日取り以外は、お互いの患者さんへの個別対応などは一切行っていません。もちろん保険点数のやり取りもせず、お互いを尊重した関係でやっています。これは昨今言われている「主治医-副主治医制度」とは異質のもので、こうした関係を取り、実際はお互いに相当数の看取りを行っています。

今回「強化型」が出てきて迷いましたが、あえて届出をしませんでした。その理由は以下の通りです。

第1に、現実的に外来と在宅の両輪を一人で行っていると、連携相手の在宅患者さんの情報を得るだけのゆとりが全くないことです。今の在宅患者さんの倍の医療情報を得ることは重荷ですし、まして「月1回カンファレンス出席」など不可能です。今や多くの医師は、時間外や土・日まで費やして膨大な書類書きに追われています。正直言って、「これ以上の労働強化はまっぴらごめん」というのが皆

さんの率直な感想ではないでしょうか。

第2に、やはり患者さんの負担金が増えることへの配慮です。現在の患者さんやご家族は、この経済的負担に対する関心が非常に高くなっています。通常の外来でも「かぜにかかってもすぐにはかからない患者さん、定期薬が無くなるまで我慢している患者さん」や「後発品を求める患者さん」、「長期処方を求める患者さん」が目立ちます。国民年金だけで暮らしている方など、お財布を心配してあげないといけない方々が多数存在するのが現状です。

在宅医療の現場でも「お金がかかるので最低限のサービス提供で願いたい」という声を結構伺います。つい最近も多発転移の末期がん患者さんで「合併症管理のため毎週訪問すべきではないか」と提案したところ、訪問看護のスタッフから「いえ、お金の事を気にされているので、それはちょっと」と引きとめられました。70歳以上の方の患者負担上限額の12000円ですら、支払いに躊躇する患者さんが目立つこの頃です。

なお、私はこれまで「末期のがん患者さんで定期的に週1回以上訪問診療する」ということを殆ど行っていません。私のスタンスが「医療処置を頻回に必要とする患者さん」を避けてきたためかもしれません、直前の不定期の往診を入れることで十分対応できると考えております。

第3に、私は、かかりつけ医の在宅医療では、「些細な事」で「医師を深夜にも呼びつける」風潮には反対です。「強化型」はその風潮を助長する方向で、果たして「限られた医療資源を有効に使っているのだろうか」と感じています。「患者さん本位」とうたって、医師に「コンビニのごとく24時間体制で働かせる」あるいは「医師を24時間宅配させる」事を強いる制度ではないかと感じています。これでは「医師＝専門職＝医療のプロ」から

「医師＝医療労働者～派遣社員」となりかねず、医師のプロフェッショナリズムを揺るがしかねないとも考えています。「高齢者の尊厳」^[1]がよく語られていますが、「医師や看護師など医療提供サイドの尊厳も保たれないといけない」といったら言いすぎでしょうか。^[2]

参考文献・脚注

[1] 2003年6月 高齢者介護研究会（座長：堀田力）「2015年の高齢者介護」

[2] 「長崎在宅Dr.ネット」も今回の改定では「強化型」を目指さないという。その理由は「①強化型にすると医療保険上全ての患者に対応しなければならず患者さんの自己負担額が増える、②連携医3人以上・ミーティング月1回以上・患者情報の共有に大変なエネルギーを要する、③地域的に連携可能な医療機関が少ない」などで、私の考えとほぼ同様です。Medical Tribune:「診療所のネットワークで在宅医療を推進」, 12.11.15: 16ページ

（お 知 ら せ）

県医師会発行／県民向け広報誌

「ミレニアム」を待合室に置いてみませんか？

21世紀の開幕とともに、県医師会の対外広報誌として創刊された『ミレニアム』は、お蔭様で43号を数えるところとなりました。現在、主要市町村のご協力を得て、広く県民の皆様にご愛読いただいております。地区医師会には会員数の部数をお届けしておりますが、「医師会のPRにもなり、待合室に置いて患者さんに自由に持ち帰ってもらうようにしたいので、多部数いただけないか」とのご要望が多く、編集広報委員会で検討の結果、下記の要領で希望者を募らせていただくことになりました。なお、会員の公平性を損なわないために、発送費のみ自己負担とさせていただきますので、よろしく願いいたします。

ご希望の方は、お電話またはファックスで、「申込用紙」を下記にご請求ください。

千葉県医師会 広報課 電話 043 (242) 9245 FAX 043 (246) 3142

- 年4回発行 ● 50部～200部まで 1回50部単位（年間）でお申込みください。
- 発送費のみご負担願います。発送費（1回800円～1200円）は着払いとなります。