訪問診療医

医学部の病院実習の場で、痛みにもだえる多くの患者さんを目の 当たりにした。晩年は自宅療養し、苦しむことなく穏やかに息を引き 取った祖母の姿を見てきた石賀丈士先生は、「病院の光景はあまり に壮絶でした」と回想する。

大学病院を経て赴任した山田赤十字病院(現 伊勢赤十字病院) では、内科と呼吸器科を掛け持ちしつつ、緩和ケアにも携わった。そ の後、5年で職を辞し、四日市市のしもの診療所の所長に就任。診療 所や介護施設の経営に2年ほど従事し、在宅医療や多職種への理解 を深める。この7年は、自身が目標とする「患者さんが満足し、苦しむ ことなく、人生の最期を自宅で迎えられるよう力を尽くす医療」の実 践に向けた、いわば準備期間であった。

そして2009年7月に、いしが在宅ケアクリニック を開設。わずか数年で、全国でも有数の看取り数、 看取り率を誇るクリニックへと育て上げるとともに、 現在も患家へ、病院へ、多忙な毎日を送る。

そんな石賀先生の1日は、これまでのキャリア

同様、一切の無駄が ない。さらに、日々 を生き生きと過ごす 患者さん、家族の笑 顔にあふれていた。

2001.3 三重大学医学部 卒業

2001.4 三重大学附属病院 第二内科

2002.3 山田赤十字病院 内科 2003.4 山田赤十字病院 呼吸器科

2007.4 しもの診療所 所長

2009.7 いしが在宅ケアクリニック 開設



医療法人SIRIUS いしが在宅ケアクリニック

四日市市山城町770-2

7名(常勤5名、非常勤2名)

年間看取り数 300名(2015年11月現在)

L http://www.ishiga-cl.com

医師や看護師のQOLを重視した勤務体制を敷いている ほか、ITを駆使した組織的な診療を特長とする。重度に 特化した在宅専門のクリニックであり、年間の在宅看取 り数は、全国でもトップクラス。病院や訪問看護ステー ション、介護事業者との連携にも積極的に取り組む。





出勤、訪問予定チェック、書類整理

診察室で、その日のスケジュール やカルテなどをチェック。

AM 7:55

朝の申し送り

医師、看護師による朝のミーティング。当番医が、前夜の対応 を報告した。緊急の往診は3件、看取りは2件あったとし、患者 さんの様子や行った処置などについて具体的に説明





AM 8:10

一般外来•相談外来

外来診療を担当するのは石賀先生 のみ。在宅医療の開始を見込む患 者さんの家族を対象に相談外来 も行う。カルテ入力は医療秘書が 代行、「私は診察に集中できます」 と石賀先生。

なお、他の医師や看護師は、準備 が整い次第、訪問先に向かう。



慌ただしい空気が漂う。



診察室の隣室は、訪問の準備で 看護師のペアで訪問する。



薬剤師とミーティング、研修医への講義



連携する保険薬局の薬剤師が 来院し、訪問薬剤管理指導の 内容などについて報告。



について講義。研修医の積 極的な受け入れもクリニック の特長の1つ。

Point I

クリニックの経営戦略と四日市モデル

同クリニックの経営戦略は大きく2つ。1つは「訪問 看護ステーションをつくらない」ことだ。クリニックの看 護師は日中の訪問診療に同行するのみで、個人で、ある いは夜間の訪問は行わない。これらは外部の訪問看護 ステーションに依頼する。背景にあるのは、「地域の雇 用を増やしたい、連携力を強化したい」という思いだ。 現在、36の訪問看護ステーションと双方向の紹介関係 を築いているが、もし自前のステーションを持っていれば、 こうした連携は生まれなかっただろう。同じ理由から、 ヘルパーステーションなど介護系施設の開設も、石賀 先生はまったく考えていない。

もう1つは、「施設の患者さんや軽症を抱え込まず、 重症は無条件で受け入れる」こと。近隣の病院やクリ ニックには、「軽症例や施設はかかりつけ医の先生方 にお任せします」と広くアナウンスしているという。これ は「救急がそうであるように、たとえば軽症例や施設を 中心にかかりつけ医が対応する一次在宅、在宅特化型 クリニックががんや神経難病など困難事例を診る三次 在宅という具合に、すみ分けを図るべき」という石賀先 生の持論に基づく。ここが曖昧だと、在宅特化型クリ ニックとかかりつけ医との間で、患者の奪い合いが生じ かねない。「急性期病床の削減など、病院の受け入れ能 力にも限界があることを考えれば、これからの多死社会 は両者が競合するのではなく、共存して在宅患者さんを 支えていかなければなりません」と石賀先生。

同クリニックは、四日市市で初の在宅特化型クリニッ クとして、2009年に開設された。その後、同市の在宅 看取り率は、27%まで上昇。これほど急速に看取り率 を高めた中核市は、全国的にも皆無だろう。石賀先生は 「私たちだけの力ではありません。すみ分けを図り、か かりつけ医や(常勤医が3名に満たない)在宅療養支援 診療所の先生方が、軽症例や施設患者の訪問診療を重 ねて自信を深め、看取りが増えた結果でしょう」と語る。 地域に核となる在宅特化型クリニックが1つあり、かか りつけ医らと役割を明確に分ける"四日市モデル"とでも 言うべき体制が築かれれば、全国平均が横ばいで推移 している在宅看取り率を大きく高めることも可能といえ るわけだ。

石賀先生は「在宅特化型クリニック」の条件として、 「常勤医4名、年間看取り100名以上 との目安を示す。 したがって、経営者は医師を集めなければならず、魅力 ある職場づくりが不可欠となる。同クリニックの場合、 月に7、8日の夜間当番はあるが、17時終業/土日祝日休 み/有給休暇全消化など、働き手のQOLを意識した勤 務体制を敷く。なおかつがんや神経難病、緩和ケアな ど重度に特化し、その分野を志向する医師であれば、大 きなやりがいを見出せる職場となっている。



看護師とともに訪問診療へ。この 日は午前・午後で7軒を訪問。



とって、なくてはならないもので す」。エコーの有無は、診察の精 度を大きく左右する。



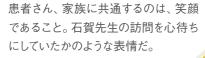
ケアマネジャーと電話で "車内会議"。移動時間も 有効活用。



その場で処方箋を作成し、 モバイルプリンタで出力。



急な撮影にも嫌がる素振りをまったく見せず、 「男前に撮ってね?」とむしろ乗り気の患者さん。 石賀先生との信頼関係の深さ、日々を生き生きと 過ごせている様子がうかがえる。





石賀先生がパソコンに向かうと、

Point 2

在宅緩和ケア・看取り 4つの心得

- ① 苦痛があれば徹底的に取り除く
- ② 本人の嫌がることはしない
- ③ 介護者が疲れないよう支援体制を整える
- ④ カウンセリングでプラス思考に
- ①がんの終末期の患者さんは、痛みや症状のコント ロール不良が原因で寝たきりになることが多い。「痛 みがとれれば、夜は眠れ、食事もとれ、笑顔が戻り、 最期を迎えるそのときまで、自分らしく過ごすことも できるのです」と石賀先生は言う。
- ②本人の意思を尊重する姿勢も重要だ。石賀先生は 「提案はするが選択はしない。本人が自由に選べる のが在宅医療です と強調する。医療的に正しいと 考えられても、それが本人の望みに反する処置だった とすれば、強制しても不満が募るだけで、逆効果に なってしまうこともあり得る。
- ③患者さんを間近で支える介護者が疲弊してしまうと、 在宅療養の継続や看取りは困難になる。「介護サー ビスを最大限活用する、訪問した際は家族ともしっか りと向き合うことが大切です」と石賀先生。
- ④終末期の患者さんは、マイナス思考に陥りやすい。 [患者さんが[もう歩けない]と落ち込んでいたとして、 私なら[いやいや、太腿を鍛えればまた歩けますよ] と、プラス思考に転じさせる、希望をつなぐような声掛 けをします」。明るく、前向きになるだけで、症状が落 ち着き、医療用麻薬を用いなくても痛みが和らぐこと もあるそうだ。

Point 3

写真撮影で、信頼関係を確認

在宅医療の場において、医師と患者さんの信頼関係 が不可欠であることは言うまでもない。初回訪問時の 石賀先生の基本スタンスは、「信頼関係ができるまで帰 らない」だ。在宅療養への不安や医師に対する警戒心 などから、とくに初回は表情が硬い患者さんが多いとい う。石賀先生は、じっくりと患者さんの心を解きほぐす ようにコミュニケーションを図っていく。「1人の診療に 4時間をかけたこともあります」。

では、何をもって「信頼関係が築かれた」と判断する のか。石賀先生が頻繁に患者さんと写真を撮る理由の 1つはここにある。「写真に収まった患者さんの表情が こわばっていたとしたら、仮に会話しているときに笑顔 だったとしても、それは作り笑いでしょう。本当に心を許 してくれているわけではないとわかります」とその意図を 説明してくれた。





PM 13:20





意気込む患者さんに、「そ

うだね。一族で一番の長寿

になろう」と石賀先生が励

ます。プラス思考のやり取

りが会話を弾ませる。

PM 15:00

さがにじむ。

退院前カンファレンス



機能強化型在宅療養支援診療所(有床型)として連携する医 療法人 富田浜病院にて。退院を控える患者さんが同席し、通 院してリハビリを継続するか、在宅医療に移行するか、今後の 方針について話し合われた。なお、石賀先生はこの後、同院で 月1回行われる連携会議にも参加した。

Point4

丁寧な診療の背景に、看護師の貢献

同クリニックの医師1人あたりの1日の訪問件数は6 ~10件。1件あたり20~60分と十分に時間をかけ る。病状や不安に傾聴し、丁寧にわかりやすく療養上 の助言をするだけでなく、本人の趣味や目標など、気 持ちが上向くような話題で雑談も楽しむ。「日々を安 心して過ごせるよう、不安を取り去ることが何より大 切」なのだと石賀先生は言う。仮に不安を残したまま 患家を辞去すれば、次の訪問診療を待たずして、携帯 電話が鳴り、往診に向かうことになるだろう。見方を 変えれば、患者さんや家族への親身なアプローチは、 自己防衛ともとれるわけだ。

訪問先でのカルテの入力、バイタルサインの測定、 注射や点滴交換などの処置は、すべて同行する看護 師が行う。だからこそ、医師は時間をかけて患者さん や家族と話をすることができる。患家から患家へ向か う際の車の運転も看護師の役割だ。これにより、4 ページに示した"車内会議"など、医師は移動の時間も 有効活用することが可能になる。さらに、クリニックで は訪問診療の準備、訪問看護ステーションとの連絡 調整も行うなど、同クリニックの在宅医療は、看護師 の貢献なくして成り立たない。



Point 5

病院側が 在宅医療への理解を 深める場に



退院前カンファレンスには、同クリニックから医師、看護師、ケアマネジャー、病院か ら担当医、病棟看護師、連携室スタッフら、さらに患者さんと家族が参加する。近隣病 院から同クリニックへの紹介患者さんは、基本的に全例、カンファレンスを経ているそう だ。「毎日どこかしらの病院に行っていますね」と話す石賀先生からは、いかにカンファ レンスを重要視しているかが伝わってくる。

退院後の生活がイメージできない患者さんや家族の多くは、不安を募らせている。カ ンファレンスでは、自宅に戻った後、どのような療養環境で、どんな医療が受けられるの か、病院側からの情報を踏まえて在宅医が具体的に説明し、患者さんや家族の不安を 取り去る。

目的はもう1つ。全国的にみて、病院の在宅医療に対する理解は、進んでいるとはい えないのが実情だ。カンファレンスは、病院の医師らに、在宅医療への理解を深めても らう貴重な場にもなる。「一度でも顔を合わせ、私たちにできること、できないことを説 明すれば、その医師からは継続して患者さんを紹介していただけます」と石賀先生。



PM 16:30

帰院、院内ミーティング



各医師が、この日に訪問した患者さんの状態や 診療の内容、今後の見通しなどについて報告。そ れぞれがしっかりとメモを取るなど、情報共有を 重視する同クリニックの姿勢が垣間見えるシーン でもある。



PM 17:00

残務整理、メール対応など



帰宅

PM 18:00

Epilogue

看取りへの思い入れと"いのちの教育"

「在宅医である以上、最期まで任せていただいたというこ とに、最も誇りを感じます。信頼関係を築き、最期まで支え 続けてこそ在宅医だと思うのです」

石賀先生は看取りに強烈なまでの思い入れを持つ。看取 りが「最期まで任せていただいた」証であるからだ。開業直 後の1年間の在宅看取り数は69。それからわずか6年、 2014年11月からの1年間は、その4倍以上の300名を看 取った。在宅看取り率は83%、がん患者に限れば90%を 超える。

「家族、とくに子どもたちに臨死の場面に立ち会ってほし い。現場で"いのちの教育"をしたい」という思いも、石賀先 生が看取りにこだわる理由の1つだ。国内の現状を俯瞰す れば、病院で最期を迎えるケースが圧倒的多数を占め、か つてあった家で看取るという文化は衰退し、看取り経験の 宣言されながらも、自宅に戻り輝くような4カ月を過ごした ない家族は増え続けている。

「写真(右上)は患者さんが亡くなられる数時間前に撮影 したものです。死とそこに至る過程についてきちんと説明し
少し興奮しながら母親に報告する子どものように透明だっ ていれば、[きょうでお別れだからね]と告げても、子どもた ちから笑顔が失われることはありません。このときは、口を 拭う係、足を揉む係など、個々に役割を与えて、看取りまで の時間を過ごしてもらいました」



Point 6

ミーティングで、患者イメージを共有

同クリニックでは、朝夕のミーティングを毎日欠かさず行ってい る。朝は15分程度で当番医が前夜の対応を、夕方は30~60分か け、その日に訪問したすべての患者さんについて、病状や行った処 置、交わした会話の内容などについて報告する。

石賀先生は「時間はわずかであっても、ミーティングは毎日行うこ とに意義があると私たちは考えています」と言う。たとえば、病状が 安定せず、いつ呼び出しの電話があっても不思議ではない患者さん に関しては、頻繁に報告が上がってくる。「その患者さんの担当では ない医師でも、毎日のように報告を受けていれば、療養の経過がス トーリーとしてつながり、自然と記憶されます。自分が当番のときに 往診依頼があっても、どこに住むどんな患者さんか、どういう状態 か、すぐにイメージできるのです」。こうした情報が事前に頭に入って いれば、訪問後も迅速かつ適切な対応が可能になる。また、普段と は別の医師が駆けつけたとしても、患者さんや家族が不安を感じる こともない。



将来、この子どもたちが在宅医療に、自宅で看取ること に、不安や抵抗を感じることは、おそらくないだろう。"いの ちの教育"を重ねれば、看取りの文化が再び醸成され、自 宅での看取りを増やすことにつながるはずだ。

また、こうした経験をした子どもたちは、命の大切さ、尊さ を知る。人を傷つけることに抵抗感を持たない若者が増え、 犯罪の低年齢化が進む昨今の状況に歯止めをかけるという 視点からも、"いのちの教育"の持つ意義は大きい。

亡くなる前日まで麻雀を楽しんでいた男性、余命数日と 青年……この日、石賀先生は看取りにまつわる数々のエピ ソードを語ってくれた。その眼差しは、心に残った出来事を た。揺るぎない信念に基づいて在宅患者を支え続けて6年、 力をもらっているのは、案外、石賀先生のほうなのかもしれ ない。希望を、笑顔を絶やさずに生き抜く患者さんの、そし てそれを支える家族の姿に。