

大津市医師会誌

OTSU
MEDICAL
ASSOCIATION



OTSU MEDICAL ASSOCIATION



2018

Vol.41

通巻 第 480 号
公益社団法人 大津市医師会

在宅療養

大津市多職種連携緩和ケアセミナー 平成30年3月1日(木) 午後6時～ ピアザ淡海 滋賀県立県民交流センター

CC10、CC81
CCチーム医療、CC終末期のケア

訪問診療と在宅緩和ケアの実際



いしが在宅ケアクリニック
門 間 文 彦

なぜ今、在宅医療なのか？

超高齢化社会に続く多死時代を迎える日本において、人生の終盤を過ごし最期の時間を迎える場所いわゆる「看取り場所」への関心が高まっている。現代の日本では病院での看取りが圧倒的に多いことが特徴であるが、今後病床数が削減された場合には単なる「死に場所」としての病床を確保することすら困難となる。まして、病院は治療の場としては恵まれた空間ではあっても、最期の時間を過ごすには決して最適な場所とは言い難く、まさに日本人の「看取り場所」の質・量ともに脅かされているのが現実である。厚生労働省の試算によると、2025年には年間死亡者が160万人におよび、病床数削減等により在宅看取り率が30%程度まで高まるとすると年間約48万人が病院以外の場所で最期を迎えることとなる。2015年に病院以外で最期を迎えた方が約14万人であったことから、10年後には病院以外で看取られる人が1年間に34万人増加することになる。このことは、今から10年のうちに、年間100人を看取ることができる在宅療養支援診療所・病院をさらに3,400か所作らなければならないことを意味しており、現在の置かれた状況が極めて深刻であることを物語っている(図1)。

この重大な問題への1つの解答が「いしが在宅ケアクリニック」である。当院は、三重県四日市市の中でも中心地から離れた山間部に位置しており、訪問圏内の人口も約30万人程度と決して多くはないものの、常時500人程度(自宅約320人、施設約180人)

図1：多死時代を迎えて

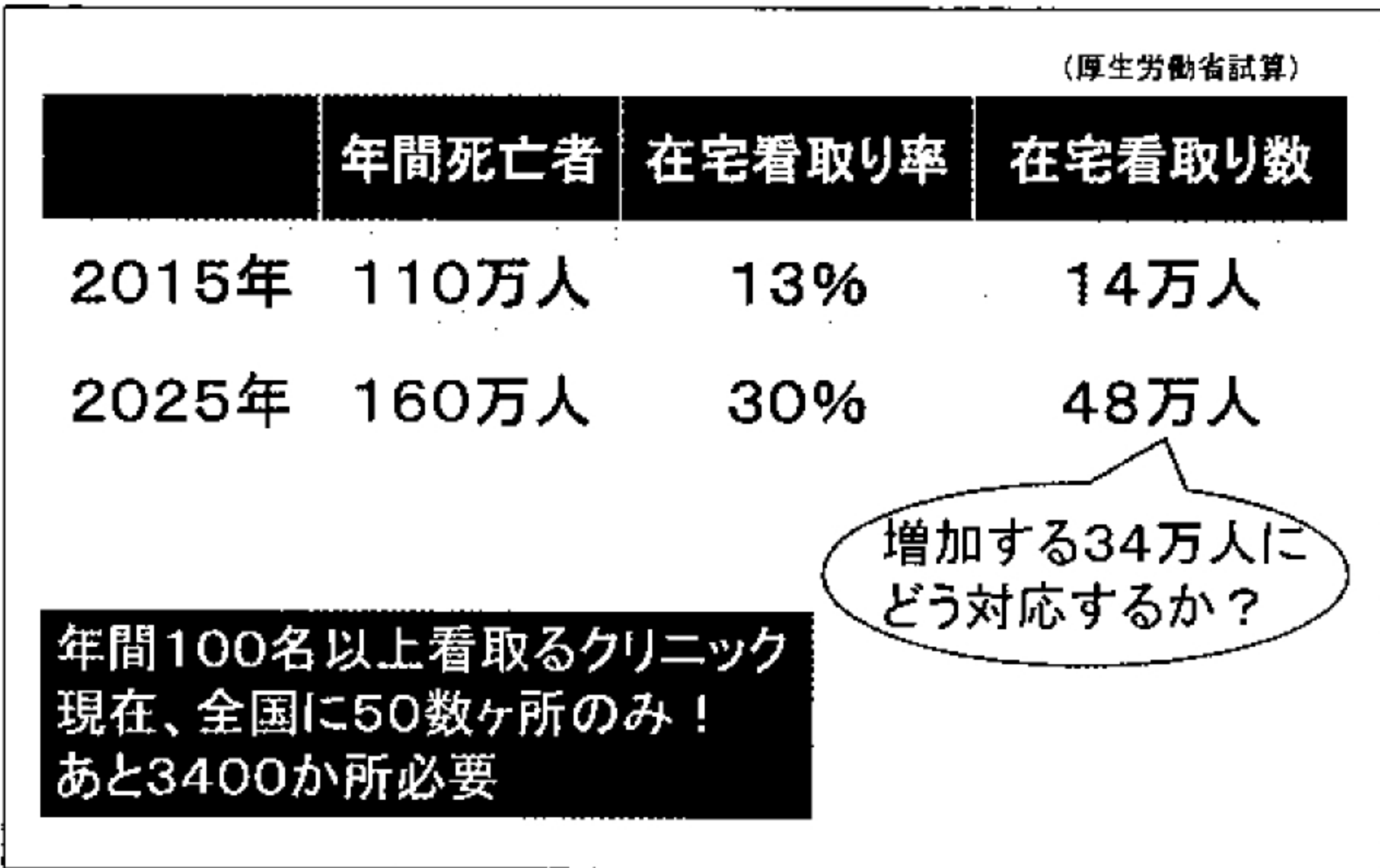
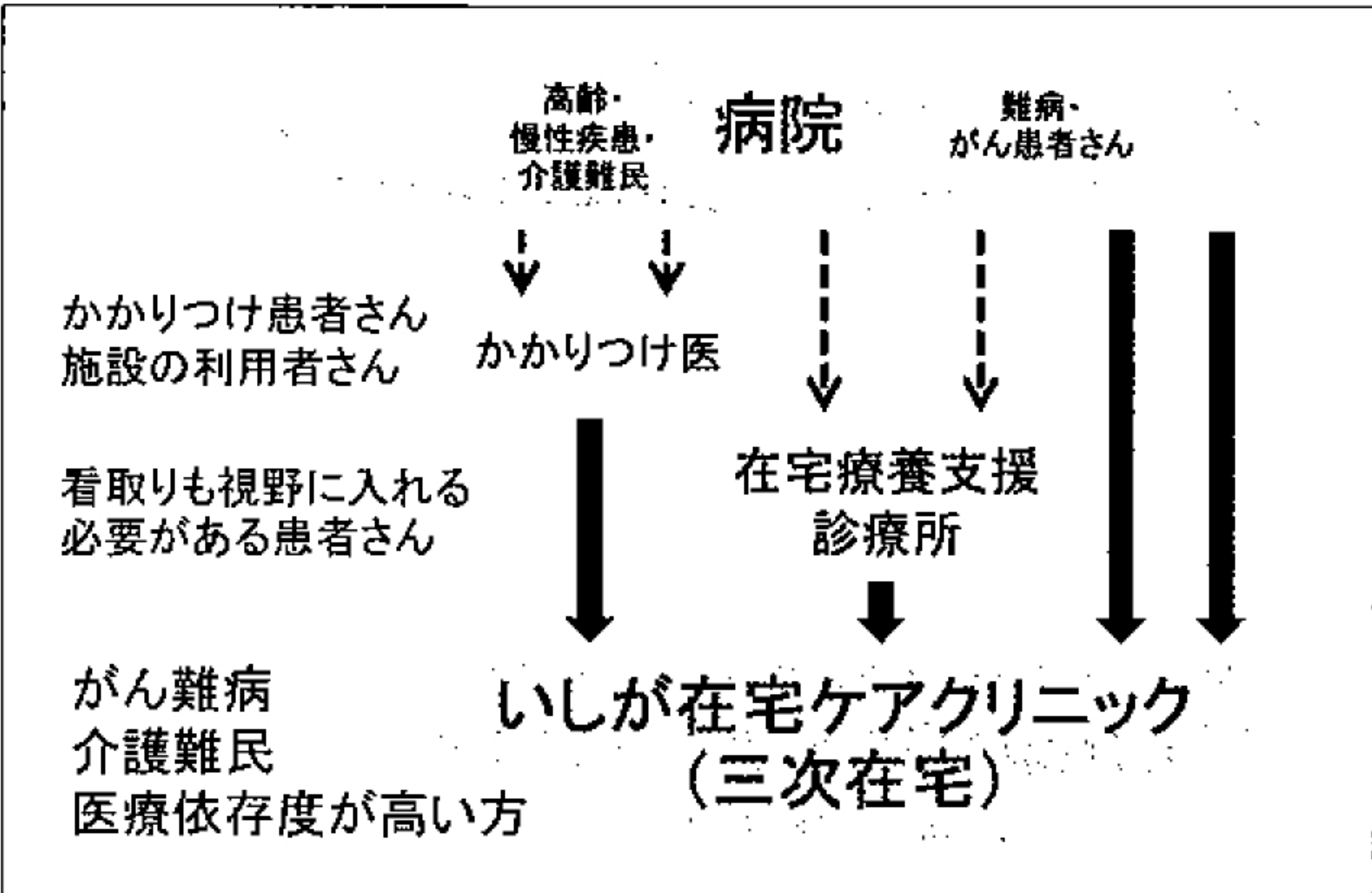


図2：四日市モデル



の訪問診療を行っており、1年間に300名前後を看取っている。特に在宅看取り数は全国4位と、大都市にある大手の在宅療養支援診療所に匹敵する実績であるが、これはいわゆる「四日市モデル」の浸透によって支えられている。「四日市モデル」とは、

救急医療が重症度によって1次、2次、3次救急に分類され、それぞれの病院の機能に相応する役割を担うことで地域の救急医療を支えることと同様に、在宅医療の分野でも在宅療養支援診療所の機能に応じて担当する患者層を振り分けるという考え方である(図2)。まず、当院は「3次在宅」としてがん末期や神経難病患者をはじめとする介護依存度・医療依存度が高い患者層を受け入れることで、地域の診療所が軽症患者を対象とする在宅医療に参入しやすい環境を整備し、地域全体で在宅医療の活性化を図ることが「四日市モデル」のコンセプトである。このため「3次在宅」を支えるべく、当院では医師8名、看護師12名、医療事務15名、ケアマネジャー2名の総勢37名からなるスタッフが日夜奮戦しており、これまでの9年間で4歳から107歳までの2,761名(悪性腫瘍と神経難病で6割を超える)に訪問診療を行い、1,686名の在宅看取りを達成している。その結果、四日市市全体に在宅看取りを行う診療所が増え、四日市市の在宅看取り率は全国トップクラスに至っている。

訪問診療の実際

当院では、エリア担当主治医制を採っており、訪問圏内の各エリアに担当医師を配置し、エリア内の担当患者に対して毎回主治医が訪問診療を行っており、各医師はあらゆる疾患に対応する必要がある。

診療は医師と看護師からなるチームで行っているが、医師は診療を担当する一方で、看護師は診療補助以外に、家族への介護相談や他職種連携の業務を担当しており、訪問看護師とは異なる役割を有している。この「同行と連携」を担う当院看護師のことを当院では「在宅看護師」とネーミングしているが、「在宅看護師」が同行することで、1度の訪問診療の効果を倍に、すなわち30分の診療時間内に患者のみならず家族へのケアも行い60分の診療をしたのと同じ効果をもたらすことが可能になる。

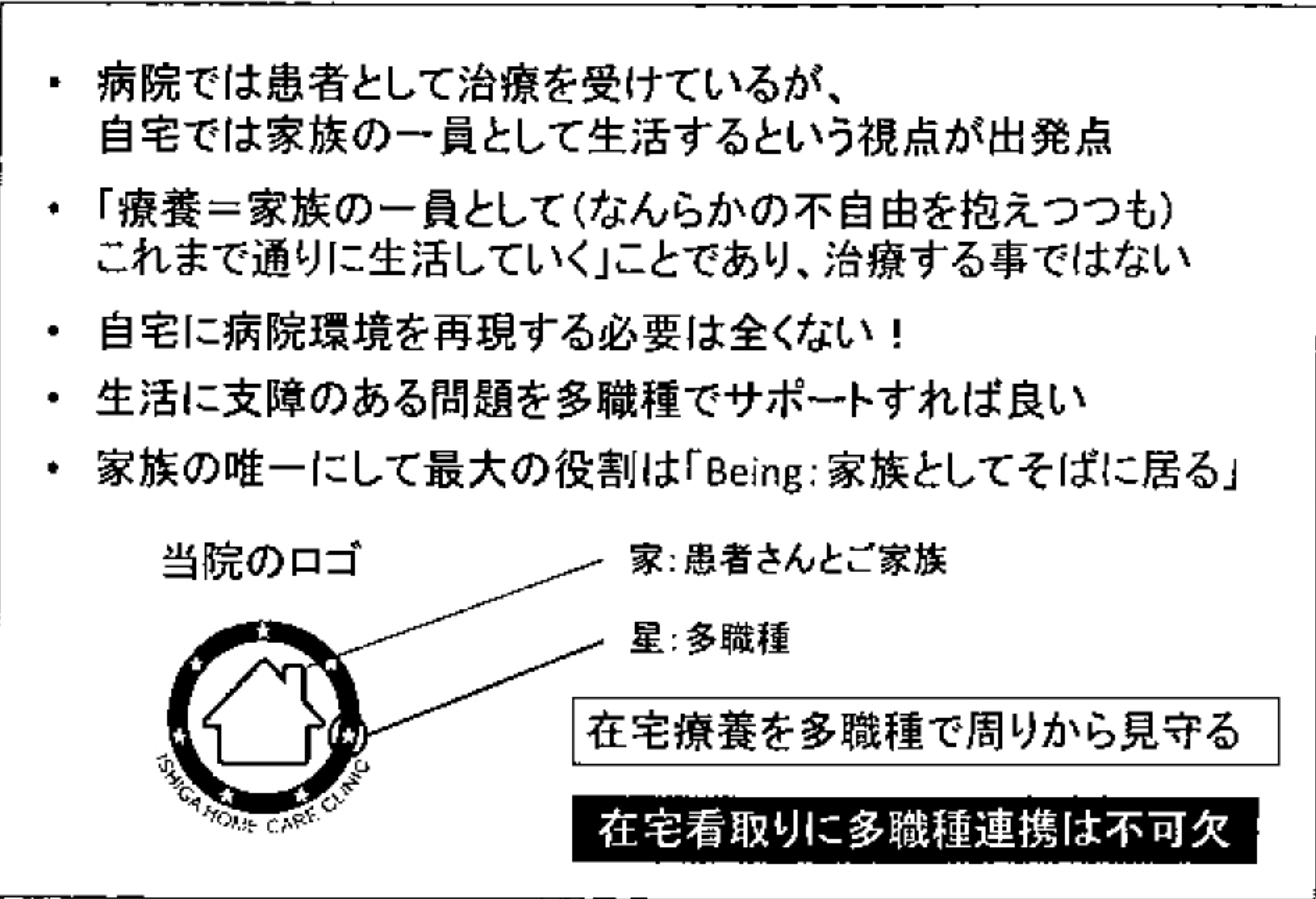
在宅でも可能な医療行為は多くあり病院と遜色ない医療行為を行うことは不可能ではないが、「自宅は生活の場」と考える当院にとって、病院と変わらない医療行為は患者の生活を妨げる行為に繋がりがねないため、いかに簡素な医療で代替するかということに知恵と勇気を絞るように心がけている。このため、当院は極力軽装備であることを心がけ使用する薬剤の種類も少ない事が特徴になっている。このことで、コスト削減のみならず主治医間の能力差による医療格差の解消という二次的な効果も生み出している。

在宅緩和ケアについて

当院では、①苦痛は徹底的に取り除く努力をすること、②たとえ医学的に正しいことであっても、本人の嫌がることはしないこと、③介護者が疲れないように支援する体制を整えること、④患者および家族にカウンセリングを行うことでプラス思考にすること、以上の4点を「在宅緩和ケア・在宅看取り4つの心得」として常に意識するように心がけている。がんは最後まで日常生活を維持できる病気であるにも関わらず十分な緩和ケアが行われなかったために、本来であれば穏やかで充実した日々を送ることができはずの患者さんが寝たきりに陥ってしまい無為に時を過ごしてしまっていることも少なくない。緩和ケアの中でも、がん患者さんの痛みを徹底的にとることは在宅医に課せられた使命であり、各種の鎮痛薬を使いこなせるようにしなければならない。WHOラダーに基づき各種鎮痛薬を使用していくが、初期の段階で注意すべきはNSAIDsとアセトアミノフェンの使い方である。NSAIDsについては有効限界があることに留意し漫然と用量を増やさないことが必要である。アセトアミノフェンは1回400mgで用いられているケースが多いが経験的には400mgでは十分な鎮痛効果が得られないことが多いように思われるため、当院では鎮痛目的で使用する場合は1回600mgを使用している。

癌性疼痛に対する医療用麻薬の重要性は言うまでもないことながら、本邦においては誤解や偏見が根強く、医療者の間にも医療用麻薬を忌避する風潮が広く浸透していることは極めて残念である。在宅医療の場で医療用麻薬を使用するに当たっては、これらの偏見や不安を取り除くために丁寧ながらも毅然とした説明に時間をかけることが重要であり、またスピーディーに結果を出すことが患者・家族の不安の払拭につながると考えられる。そのために、患者の症状や介護環境に留意しながら、内服薬や貼付薬を中心に選択することが重要である。在宅でも注射薬を使用することは不可能ではないものの、シリンジポンプなどの医療用機器の存在による患者・家族への負担を鑑みるとこれらの使用を極力避ける方が「自宅での生活」を送るためには望ましい。当院の後方視的解析では、当院の医療用麻薬使用患者の82.5%がフェントステープ換算で4mg以下に留まっていたが、このことは比較的低用量の医療用麻薬を使用することでほとんどのがん末期の患者さんの除痛が可能であることを示唆しており、通常の鎮痛薬でコントロール困難な場合には逡巡する事なく医療

図3：自宅での療養≠病院での治療



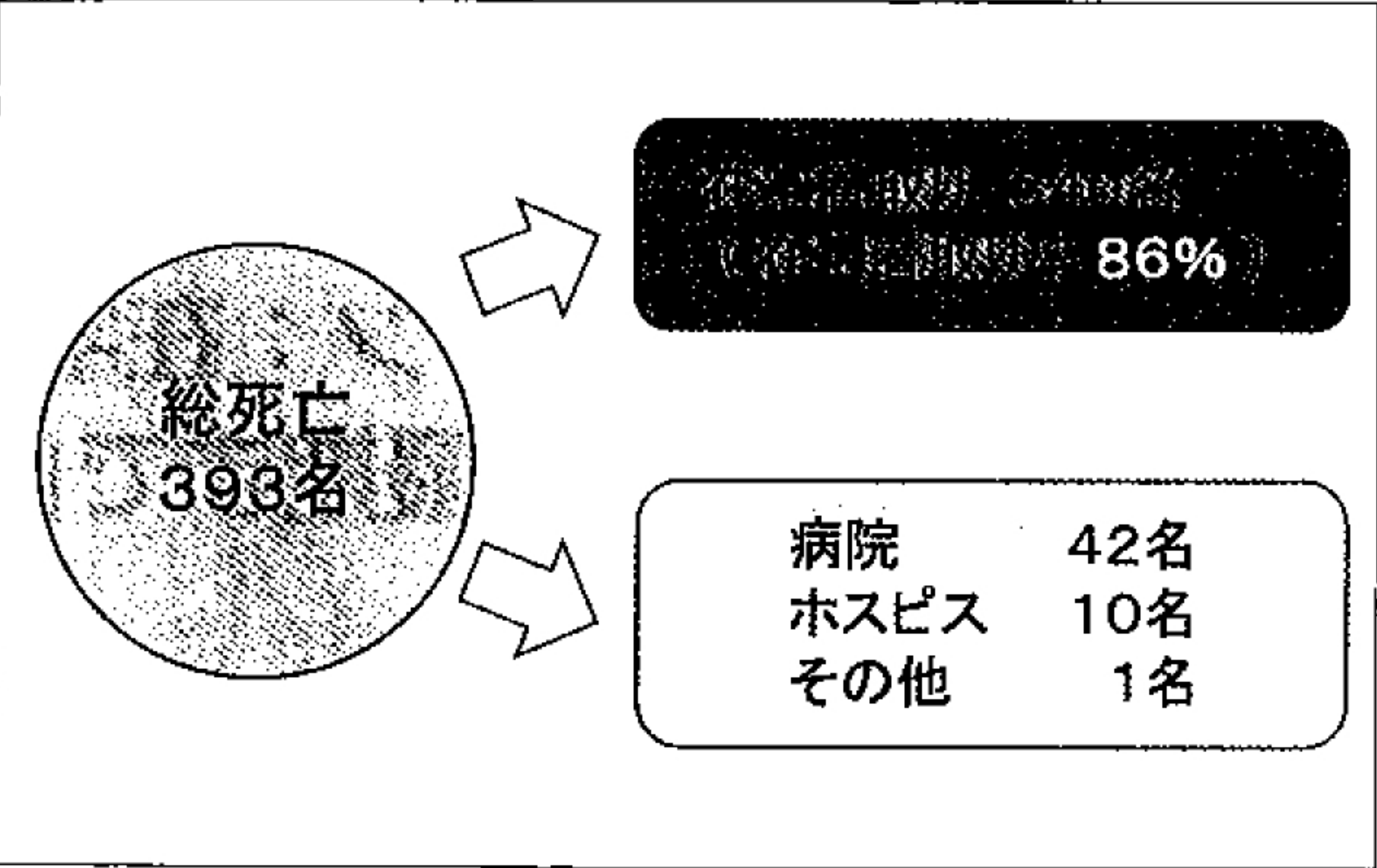
用麻薬を使用できるように普段から研鑽を積むことが重要である。

在宅看取りについて

当院が在宅看取りにこだわるのは、①多死時代の受け皿になる社会的使命を果たしたい、②「最期まで家にいたい」という患者さんや家族の希望を叶えたい、③最期の瞬間まで任せてくれたという在宅医の誇り・やりがいのため、④在宅看取りの経験は在宅緩和ケアの習熟につながる、⑤自宅にいる子供たちに身近に看取りを経験してもらう事で命の尊さを感じる機会にしてみたい、という理由からである。この50年間で日本（日本人）は、病院に看取りを委ねることに慣れてしまっており、このことが日本人から「死」を遠ざけることに繋がってしまったのではないだろうか。当院の在宅看取りは、遠ざかった「死」を再認識する事で、その裏側にある「生」を再確認することに主眼をおいた、日本人の死生観への挑戦と言っても過言ではない。現代の日本において在宅看取りを困難にさせる主要な原因は、看取りの経験がないことで看取りのイメージができないことによる漠然とした不安感であることを実感することが多い。すなわち看取りについての情報不足が多くの人々に自宅での看取りをためらわせている原因であり、家族の心情に配慮しながら丁寧に情報提供していくことが在宅看取りへの近道と考えられる。

繰り返しになるが、「自宅での療養」はあくまでも「家族の一員としてこれまで行ってきた生活をしていくこと」であり、決して治療をすることではない。したがって、自宅に病院環境を再現する必要は全くないことを認識することが在宅医療の出発点であると我々は強く考えている。ただし、疾患によって何らかの不自由を抱えて生活することになるため、生活に支障となるハンディキャップを埋める存在が必要であり、それを担うのが多職種連携であると考

図4：当院にて訪問診療を行った方の転帰
(H29.1～H29.12 12ヶ月間)



えている。当院のロゴは、自宅で生活する患者さんや家族を周りから他職種で見守ることをイメージしており、在宅看取りにおいて緊密な多職種連携は患者・家族の不安を取り除き穏やかな最期の時間を過ごしてもらうために不可欠である（図3）。

看取りの過程でよく問題となることに、「食べられなくなる」ことがある。「経口摂取」は生の象徴そのものであり経口摂取ができなくなることへの不安はとても大きい。当院ではそのような場合、本人が食べたいと思えるものを食べたいときに少量でも美味しいと思える量だけ食べることが大切であると説明している。また、看取りが迫ってきた際には、自然死の過程で見られる現象を事前に丁寧に説明することで家族の不安の払拭に努めており、場合によってはこの説明に長い時間を費やすこともしばしばある。

いずれ「死」が訪れることを受け入れていたとしても、患者・家族には常時不安がつきまとうことに変わりはない。我々在宅医療に関わるものは、在宅看取りに持ち込む必勝法などは存在しないものと認識し、患者・家族の気持ちを理解しながら一つ一つの不安の解消に努め、寄り添う姿勢こそが看取りの場には何より求められることを銘記すべきであり、当院ではこうした努力の積み重ねの結果が在宅看取り率となって現れると考えている（図4）。

最後に

今回は、在宅緩和ケア、在宅看取りを中心に当院での訪問診療の実際についてお話しさせていただきました。在宅医療に関わる皆様にとって何らかの参考になれば幸いです。今回の機会を与えて下さいました大津市医師会、大津市薬剤師会、大津市介護支援専門協会の関係各位および西山医院の西山順博先生、大津赤十字病院緩和ケア科の三宅直樹先生、協賛いただきました第一三共株式会社に深く御礼申し上げます。