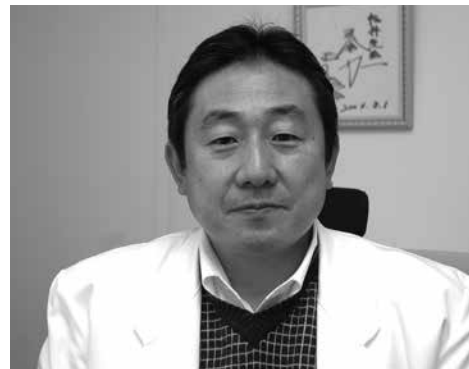


「最後まで諦めない」在宅医療の提供で 個々の患者・家族の思いに応える

医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア
川崎高津診療所 理事長 松井英男

2010年に開業した川崎高津診療所（神奈川県高津市）は、患者や家族のQOL（生活の質）の向上を重視した在宅医療に取り組んでいる。自宅での療養か病院での入院かの二者択一ではなく、病診連携を密にとり、病院を積極的に活用することで、「最後まで諦めない」在宅医療を実践している。



医師と補助員の2人体制で 1日2チーム計20件を訪問

——大学病院での勤務医から開業医に転じ、しかも在宅医療に取り組もうと思われたのはどうしてでしょうか。

松井 私は消化器外科が専門で、長年、大学病院等でのがんの外科治療に携わってきたなかで問題意識が芽生えたことが第一です。

がんの外科治療は、悪いところを切り取るというのが基本です。しかし、それだけで本当によいのだろうか考えるようになりました。次第に、体の免疫や精神面なども含めて人間全体を診て治療することが重要ではないかという気持ちが強まってきました。また、終末期医療や緩和ケアにも関心を抱くようになり、終末期の患者さんのQOL向上の重要性、さらには「キュアからケアへ」という視点を持つとともに、患者さん本人だけでなく家族のケアの重要性についても考えるようになりました。こうしたいろいろな理由が重なり、在宅医療に特化した診療

所を開業することにしました。

この川崎市高津区を開業場所として選んだのは、マーケティングの結果です。今は、高齢化率がまだそれほど高くないのですが、今後、急速に増加していく地域でした。それと、今でこそ増えてきましたが、当時は近隣に在宅医療を行う診療所が少なかったこともその理由です。

——患者数の推移についてはいかがですか。

松井 開業以来、右肩上がりが増え、現在は200人前後で安定している状態です。一般居宅が中心で、介護施設等の患者さんは30人～40人です。この数年、在宅の患者数が200人ほどに留まっているのは、周辺に在宅医療を行う診療所が増えたことです。以前は30分ほどかかるような少し遠くからも依頼がありましたが、現在ではほとんどなくなりました。今は患者さんの多くが半径5キロメートル以内の方々です。

疾病別で見ると、がん末期が常時10人くらいで、あとは慢性疾患や老衰です。

——在宅医療はどのような体制で行われているのですか。

松井 当院は在宅療養支援診療所です。常勤医師は私1人で、非常勤医が8人います。基本的には医師と「補助員」というドライバー兼診療補助を行う2人体制で回っています。診療補助は、血圧を測ったり、器具や道具を用意したりなど、医師の指示のもとに手伝いをします。在宅医療に関しては未経験の人を教育しながら、今2人が働いています。

2チーム体制を組んでおり、1日の訪問件数は午前と午後でそれぞれ5件～6件、計20件くらいです。施設を回る場合はもう少し多くなります。

在宅看取りに固執しない 積極的緩和でQOL向上を

——在宅看取りについてはいかがでしょうか。

松井 在宅看取りの件数は年間20数人、月に2人ほどです。在宅看取り率は50%～60%となっています。

医療法人社団ビジョナリー・ヘルスケア 川崎高津診療所

〒213-0001 神奈川県川崎市高津区溝口4-1-3-4F
TEL:044-829-0103 FAX:044-829-0104

関連施設: 訪問看護ステーション「ふわり」、居宅介護支援事業所「ケアプランステーションふわり」、在宅医療学総合研究所

理事長・院長 松井英男(まつい・ひでお)

慶應義塾大学医学部を卒業後、藤田保健衛生大学専任講師(外科学)、ライフ・エクステンション研究所附属永寿総合病院外科部長、東海大学医学部消化器外科准教授などを経て、2010年、川崎高津診療所を開設。主な著書に、「人生をわが家で終える 在宅医療の現場から」(日本経済新聞出版)などがある。

私の方針は、「最後まで諦めない」です。大学病院をはじめ多くの病院と連携しており、患者さんの状態が悪くなればすぐに入院して治療を受け、再び在宅復帰するという形をとっています。したがって、入院してそのまま亡くなる場合もあるので、50%~60%という看取りの数字になっているのです。

在宅医療の診療所では9割を超えるような看取り率のところもありますが、私はそれを目指しているわけではありません。それは病院で治療してよくなるケースがあるからです。がん治療においても、抗がん剤以外の手だてもある。一旦、入院して、しかるべき治療を行ってから、家に帰ってくるようにしています。

——今、政策的に在宅看取りを進めている状況にあります。必ずしもそれに固執しないというスタンスなのですね。

松井 在宅看取りについては、家族によっていろいろな考え方があります。「家では看取れません」という家庭もある。そこを無理に「病院には戻れませんよ」というのはおかしいと思います。逆に時間が経過するなかで自然に家族も納得していれば、無理に病院に入院させる必要もありません。在宅にこだわると、患者さんや家族の心労などQOLが下がることにもなりかねません。それでは本末転倒です。

——先生は「積極的緩和」ということに力を入れていらっしゃるようですが。

松井 私が実践する「積極的緩和」というのは、一般的な緩和ケアとは少し違います。どちらかというくとキュアに近くなります。その結果、QOLが向上して、ケアの面でも役立つということです。在宅では診られない状態になっても、一旦入院し、病院から落ち着いた状

態で帰ってくれば、また在宅で診ることができます。その点でキュアとケアはつながると思います。

がん末期の場合、在宅での療養期間は平均約1か月です。それより少し前の段階の人でも診ているので、いろいろな治療を行うことでQOLが向上し、長生きできる場合もあります。

実際、私の患者さんの例として、70代の肝臓がん末期の女性がいたのですが、ある日、激しい腹痛で救急搬送しました。血圧低下でショック状態になっていました。肝臓が破裂していることがわかり、治療を行いました。その後、再び家に帰りしばらく生きられました。大腸がん末期の30代の女性の場合は、家族も諦めていましたが、腸閉そくになったために入院して、人工肛門をつくり帰ってきて、その後も入退院を繰り返しながら、最後は在宅看取りになりました。



在宅医療の様子



写真提供: 松井英男氏

極端な例をあげますと、前立腺がんの末期の患者さんは、心不全などもあり入退院を繰り返すなかで、がんが消えた方がいます。がんの治療をしたわけではありません。不思議なことですが、そういう経験から私は最後まで諦めてはいけないという思いを強く持っているのです。

できる限り手を尽くす データでは3週間の延命も

—— QOLといっても、さまざまな考え方があるのですね。

松井 QOLはいろいろな視点があり、宗教観、人生観などにも広がるため評価が難しいと思います。私の考え方にも、賛否両論あると思います。多少延命したとはいえ、苦しい状態だったらどうなのかなど。入院により、症状が軽減することもあるのです。

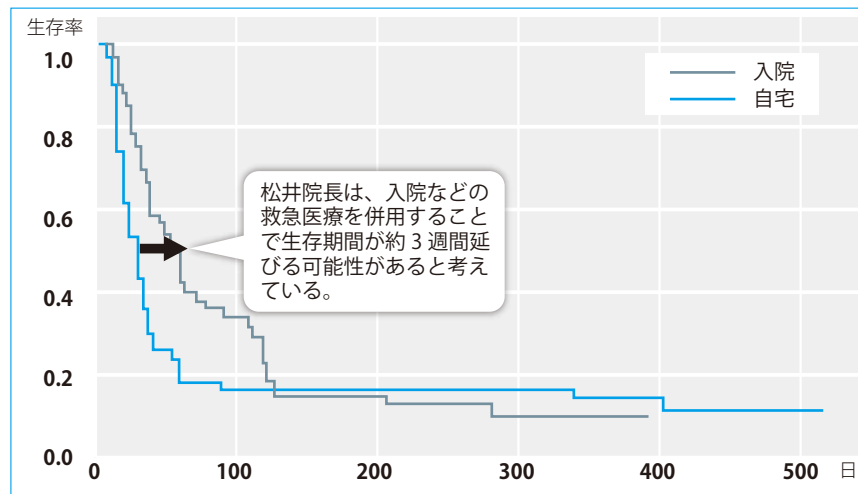
急変しても救急車を呼ばずに、そのままという選択肢もあります。ただ、積極的な治療を行うことができずに、結局、予定よりも早く亡くなってしまうというケースは少なくありません。ただ、在宅でも治療を諦めたくない人もいます。患者さん本人、家族と十分に話をし、治療を尽くすというのが私の考えです。

—— 患者や家族との十分な話し合いなどが大事になるわけですね。

松井 救急時の対応については、あらかじめ患者さん本人や家族の話を聞きます。その上で「苦痛がひどくなった場合は入院することもあります」など、当院の方針を説明します。

私は「主治医は何人いてもいい」

図：入院を併用することの意義



資料提供：松井英男氏

と考えています。在宅と病院を完全に分ける必要はありません。病院で治療をすれば長く生きられることもあるので、それはやらなければいけないと思っています。

当院は大学病院をはじめ多くの病院と連携していますから、必要に応じてすぐに受け入れてもらえます。選択肢を残しておくことが大事だと思います。

家族も実際にその場にならないとわからないこともあります。当初は「入院は必要ない」と考えていても、やはり「助かりたい」という思いがあります。その時に在宅でできることと、病院でしかできないことがあり、分けなければならない。しかし、がんの救急医療というものがあるわけですから、それはしっかりやるべきだと思います。その結果が、当院の在宅看取り率50%～60%になっているのです。

実際に当院が行った調査では、入院などの救急医療を行った場合、入院しない場合に比べて約3週間延命する可能性があることがわかっています。

—— 患者や家族と接する上で留意している点がありますか。

松井 患者さん本人のQOLを大切にすることはもちろんですが、在宅では家族のQOLも考えなければなりません。そして、家族のQOLを上げるためには、とにかく無理はしないことが大事です。みなさん最初はがんばる気持ちでいるのですが、1週間くらいで厳しくなるものです。ですから、無理をしないで介護を含めて外部に任せられるものは任せることがポイントといえます。

そのためにも、患者さんのことで「不安や疑問があれば、何でも気軽に聞いてください」と話しています。私たちだけではなく病院もあるし、看護師もいるので安心してくださいます。そこが一番だと思います。

電子カルテの共有など研究 医療機関間の連携に有用

—— 貴院では訪問看護ステーションと居宅介護支援事業所を併設されていますね。

松井 当初は外部の事業者をお願いしていたのですが、次第に意識や考え方などに温度差が出てきたため、自ら設置することにしました。たとえば、医療にとっても詳しいケアマネジャーもいればそうでない人もいるわけです。自分で訪問看護や居宅介護支援事業所を設置したことで、よりスムーズな連携ができ、質の高い医療・介護サービスを提供できるようになったと考えています。

—— 看護や介護との連携をスムーズにとるために、情報共有の方法などで特に行われていることはありますか。

松井 特別なことはしていません。内部の訪問看護とは一部データのやりとりをしています。ケアマネや外部の事業者とは電話とファクスが中心です。もちろん、私としては、わかりやすい表現などには気をつけていますし、何かあればすぐに行けるように日頃から準備しています。

情報共有は非常に大事なことです。あまりこちらに情報が集まっても処理できません。SNSの活用などもできると思いますが、それが本当に患者さんのためになっているのかをしっかりと考

える必要があると思います。こちらの効率だけを考えてもバランスが悪くなります。

なお、医師の間では電子カルテで情報共有をしているので、夜間を含めいつでも情報を得られる体制となっています。

今後はITの活用を進めていきたいと考えています。当法人内に「在宅医療学総合研究所」という研究部門があり、ここでは、さまざまな研究を行っています。主に、厚生労働省や経済産業省の研究班に参加して遠隔診療について研究しています。ただ現状では、診療報酬の点数が算定できないため難しい状況ではないかと見ています。

そこで今は電子カルテの共有などの研究も行っています。電子カルテはさまざまなメーカーのものが、医療機関同士の互換性がない。病診連携、診診連携を円滑にするためにも、その互換性を持



在宅では時間になると自動で薬が出てくる「お薬マシーン」を設置することもある 写真提供：松井英男氏

るので、共通で見られるのではないかと。今は患者さんの紹介がある時にはCDに焼いて持って来られますが、病院と直接データをやりとりすれば、その必要がなくなります。現在、群馬大学と共同で研究を進めています。

—— 最後になりますが、今後の貴院の地域での役割、展望をお聞かせください。

松井 地域ニーズにできるだけ応えていくことです。人工呼吸器がついている重症の患者さんでも引き受ける。ニーズがあれば断らないようにしたいです。

さらに大事なものは、地域での医療介護連携です。当院の場合は、病院、外部の訪看、介護事業所、歯科診療所、薬局などと連携していますが、この仕組みを川崎市全体に広げていかなければいけないと思っています。多職種連携を地域でやっていかなければいけない。すでに川崎市も推進することを掲げており、議論を始めている段階です。当院としてもできるだけ協力していきたいと考えています。(平成28年11月24日/ライター 田之上 信)



東急田園都市線「高津駅」から徒歩3分の場所に位置する「川崎高津診療所」