

有床診療所における在宅医療



里井重仁*



がん在宅医療のめざすところは、がん患者とその家族が住み慣れた地域のなかで苦痛を感じることなく生活でき、最後は地域で看取られることである。本稿では、有床在宅支援診療所がおこなうがん在宅医療について、当院での取り組みを紹介した。また、有床診療所という診療施設の形態をとることによる特性と問題点、当院が今後取り組むべき課題についても考察した。そして、熱意のある医療者が地域支援事業との密接な連携をおこなうことで、がん患者へ寄り添う最善の在宅医療を提供することができると思う。

はじめに

近年、わが国では世界に類をみない速さで人口の高齢化が進み、急性期疾患ばかりでなく慢性期疾患や終末期の患者が増加するという疾病の構造変化をもたらしている。この間、病気の治癒をめざすべく医療技術は高度に進歩をとげ、それに伴って診療の専門分化、細分化が進んだものの、必ずしも高齢者や終末期疾患あるいはこれらの患者の

療養生活向上に向けられたものとはいえなかった。とりわけ、がん終末期を含めた終末期医療の現場では、病院の高度な先進医療技術を駆使して最後まで闘い抜き延命治療をめざす医療よりも、患者に寄り添う医療、緩和医療を求める患者が増えていることは明らかである。このような社会の変化を背景に、病院で完結する医療から在宅医療を軸として地域全体で患者支援を提供する医療体制に変革しつつあることは、医療経済の見地からも首肯される場所である。

がん終末期を対象としたがん在宅医療の歴史は浅く、志をもった開業医や病院勤務医によって自然発生的に全国で散発的にはじめられた時期は1980年代にさかのぼる。その後、訪問看護制度、介護保険制度の制定を経て、2006年に設立された在宅療養支援診療所と、2006年4月に介護保険制度が改正されたことで、これまで介護保険給付

KEY WORDS

有床診療所
がん在宅医療
緩和医療
チーム医療
地域連携
在宅医療研修

* SATOI Jujin/松原アーバンクリニック
E-mail : satoi@matsubara-urban.jp

の対象外となっていた40～64歳の終末期がん患者も介護保険を利用可能になり、がん患者が自宅で療養する医療介護体制に明かりが差しはじめた。さらに2007年のがん対策基本法の制定とがん対策推進基本計画の策定とあいまって、終末期がん患者に対する在宅医療を念頭にいれ、病院医療と緩和医療を切れ目なく提供する療養環境が整いつつある。

がん在宅医療のめざすところは、終末期がん患者とその家族が、居宅などの住み慣れた地域のなかで苦痛を感じることなく生活をつづけることができ、最後は地域で看取られることであろう。当院は、がん、非がんを問わず、できるだけ多くの終末期患者に地域での療養をお手伝い支援することを一つの設立理念として掲げ、有床診療所の形で開業し、がん在宅診療にも携わってきた。本稿では、これまで当院が有床在宅支援診療所として取り組んできた経験を紹介して、有床診療所におけるがん在宅医療について考察したい。

1. 有床診療所としての当院の取り組み

当院は2005年12月に東京都世田谷区内に設立された、18床の病床をもつ有床の在宅療養支援診療所である。診療所施設は有料老人ホームを併設しており、在宅療養支援診療所の形態を分類した田城¹⁾によるE型（特定施設併設型）である。訪問看護、デイケア、訪問介護、居宅介護支援の業務は地域の各事業者アウトソーシングしている。四人の常勤医と当直医の常駐、看護師の24時間常駐を診療体制の軸に、入院診療と在宅診療を主として、1日4時間と短時間ながら外来診療もおこなっている。社会福祉士の資格をもつ医療ソーシャルワーカーを配置して地域在宅支援施設との連携を密にとり、介護福祉士による入院中の介護療養に重点を置いているのも当院の特徴である。また、有料老人ホームの訪問診療も担っており、施設における在宅医療²⁾、終末期ケアも業務の柱としている。

常勤医は、在宅医療を専門としてきた医師、緩和医療を専門としてきた医師、内科専門医、外科専門医の4人を配し、一人の患者に複数の専門医がかかわりあう同一医療機関内でのグループ診療（group practice）を取り入れている。この点、従来型診療所による在宅療養支援診療所（solo practice）とは異なり、専門性の高い、診療所レベルとしては高度な医療を提供していると自負している。

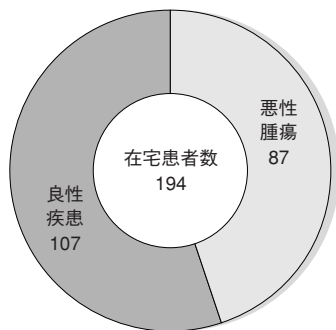
当院で施行可能な検査は、心電図検査、X線検査、上部・下部消化管内視鏡検査、超音波診断、血液検査（血算、CRPの迅速検査）である。病棟あるいは在宅での治療内容としては、緩和ケア〔自己調節鎮痛（patient-controlled analgesia：PCA）ポンプ使用含む〕、酸素療法、気管切開の管理、経管栄養管理、中心静脈栄養法、尿路・消化管・肝胆道などの諸カテーテル管理などである。

加えて、診療情報をIT化することにより診療の効率性をあげている。また後述するように、おもに緩和ケア病棟としての機能をもつ病床は、在宅医療の後方支援ベッドとしても使用され、在宅入院とシームレスな継続的医療をおこなうことで、地域の終末期患者のニーズに対応できるように取り組んでいる。この診療体制のもと、地域の訪問看護ステーション、訪問介護事業所、居宅介護支援事業所と密接な連携をおこないながら、とくにがん、非がんを問わない終末期医療に力を入れ、昨年は年間66人の患者を看取っている。

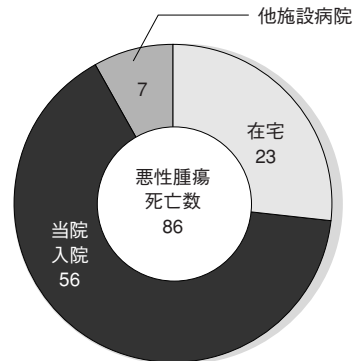
最近1年、入院診療あるいは在宅診療にあたった患者背景を図①に示す。

すなわち、当院の病床の役割として以下のような機能があげられる。

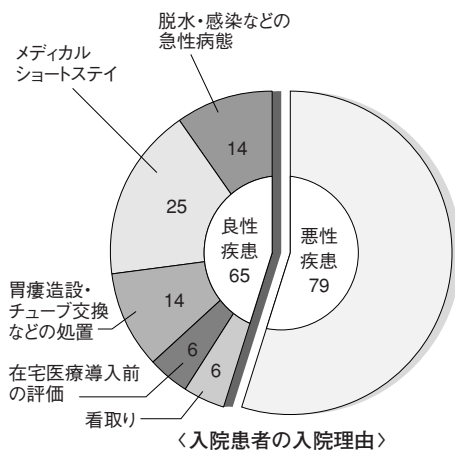
- ★在宅療養中患者の、感染症など急性期病態の入院対応や胃瘻チューブ交換など、在宅医療維持のための処置目的の入院
- ★安定期在宅療養中患者の、一時的な介護のお手伝い（介護者のレスパイト）のための短期入院
- ★緩和ケア病棟としての入院



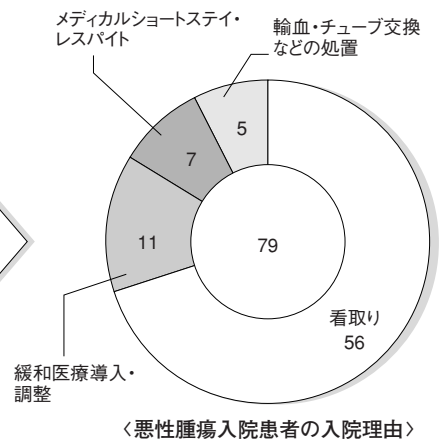
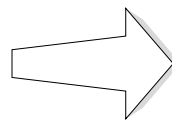
〈在宅医療患者病名〉



〈悪性腫瘍患者の看取り場所〉



〈入院患者の入院理由〉



〈悪性腫瘍入院患者の入院理由〉

図① 最近1年間（2008.5.1～2009.4.30）の入院・在宅診療患者の背景

- ① 専門的緩和ケアの導入：入院による緩和医療（多職種による精神的緩和、霊的緩和、リンパドレナージ、入浴介護などの提供も含む）をおこない、在宅医療移行までの中間施設としての入院。入退院をくり返すことでも、患者、家族のギアチェンジが進められる。
 - ② 専門的緩和ケアのメンテナンス：在宅では困難な緩和医療の調整（とくに疼痛緩和薬の調整）のための緩和バックアップベットとしての入院。
- ★ がん診療連携拠点病院、大学病院、地域病院等での抗がん治療中の協力医療機関としての一時的入院：外来では困難な入院処置のお手伝い（輸血、体腔液ドレナージなど）
 - ★ 看取り目的の入院（あるいはホスピス）：独居者

あるいは、家族の介護力では在宅にて看取れない場合や、本人の希望、終の棲家としての入院

2. なぜ有床診療所なのか？ —有床診療所の役割—

がん対策基本法とがん対策推進基本計画によれば、終末期がん患者に対しては在宅緩和ケアを念頭にいれ、病院医療と切れ目のない緩和医療を提供することが国の施策である。

このことを背景に、がん在宅医療における有床診療所の特性と役割は以下のように考えられる。

- ① 居住地から入院施設までが近いことは、入院患者やその家族にとっては利便性が高く、医師にとっても身近な「かかりつけの医師」として患

者の身体的・社会的状況を踏まえた医療・介護サービスを提供できることである。また、24時間365日の医療・看護がおこなわれることは無床診療所との大きな違いであり、終末期医療・緩和医療など専門性が高く、かつきめ細かな医療を受けることができる。すなわち、入院医療と在宅医療を同一医療機関が担当することで、近接性という病院に対する優位性と、24時間体制を確保できるという無床診療所に対する優位性の両方を生かし、切れ目のない継続性のあるケアを居住地の身近で提供することができ、住民へ大きな安心感を与え、地域住民へのメリットは多大であると考える。

- ②がん患者にかぎらず、平均在院日数の短縮化と病床数の削減を求められる急性期病院、中小病院からの早期退院患者の受け皿としての機能がある。あるいは、老衰も含めた終末期患者の“自然の経過の死”の過程としてとらえられる病状が“急変、急性疾患”として認識されるために、自宅だけでなく居宅系施設からも病院に担ぎ込まれ医療資源が費やされている現状において、後方支援ベッドとしての役割を担う。
- ③がん診療連携拠点病院などから、在宅移行への橋渡し（中間施設）としての役割をもつ。とくにがん診療連携拠点病院、大学病院からの患者のなかには、治療の中止、中断を余儀なくされてがんと闘病することで得てきた支えを急に失い、この喪失感を“見捨てられ感”としてとらえ、苦悩する方も多くみられる。標準以上の治療がおこなえる施設を探してさまよう患者は「がん難民」とよばれているが、治療の術のない終末期がん患者が、ギアチェンジを受けられず、専門的緩和医療にたどり着けない事例も「難民問題」ととらえられる。このような終末期がん患者を病床に受け入れ、緩和医療の導入や調節をおこなえば、がん在宅医療への移行もスムーズにすることができる。滞りなく在宅医療に移行するため、訪問看護、訪問介護、自宅

の環境整備など、在宅支援を準備調整できる期間でもある。

有床診療所はこれらの特性を踏まえて、病院や無床診療所とは異なる位置づけで地域住民のニーズに細かく対応することができるはずである。さらに、僻地など病院がない地域では、病院にかわる入院施設として地域住民への医療提供において大きな役割を果たしている。

3. 有床診療所の直面する問題点

有床診療所の施設数は減少の一途をたどっている。その背景には、24時間体制で入院患者を診る負担に対して診療報酬の設定が低く、経営的に非常に厳しいことがあげられる。その多くが無床診療所へ転換しているが、第一の理由は人件費の問題であるという調査もある。高度な医療をおこない、かつ地域特性として患者が差額ベッド代を負担できる都会型有床診療所では赤字幅は少なくなるが、とくに病院の存続が危ぶまれる地方では「有床診療所」の果たす役割が期待される一方、差額ベッド代の負担が重荷となる地域での「有床診療所」の存続はありえない。

それでは、なぜ、「有床診療所」の診療報酬が低いのであろうか？その一つの理由として、「有床診療所」の果たす医療、社会的な立ち位置が歴史的に曖昧だったからではないかと推測される。しかしながら、「病院」から「在宅」に患者が流れるようになると、小回りの効く、質の高い「有床診療所」の果たす役割が増してくる。一方、「有床診療所」の果たすべき役割は認知されず相変わらず曖昧であり、当院のように常時医師が当直し緩和ケアを含めた高度な医療を提供できる有床診療所も、何かあったら医師が自宅から駆けつける従来型有床診療所も、同じ「有床診療所」として扱われている。「在宅医療」のなかでの「有床診療所」が果たす役割を考えると、病院と同様、医師や看護師の配置状況、緩和ケアへの取組み状況等によって診療報酬に差があってしかるべきで

あり、それがないと病院医療と在宅医療を橋渡しする機能的な「有床診療所」は育たないと考える。すなわち、有床診療所のそれぞれの地域のなかでの役割を理解したうえで、その病床が有効に活用される環境を整えるべきであり、これらの機能を今後も発揮するには診療報酬ほか、財政的基盤が適切に整備されることが条件となるであろう。

4. 当院で今後取り組むべき課題（教育と連携）

多くの国民が、がん終末期には急性期病院より自宅あるいは緩和ケア病棟での療養、終末を望んでいる³⁾一方、いまだにがん患者の9割が病院で亡くなっている⁴⁾のが現状である。がん在宅医療はここにきて体制整備が進んできているものの、いまだにその恩恵を受けられる患者は多くはない。がん終末期医療を在宅医療へ移行推進するには、市民の意識の変革、がん在宅医療担当医の育成、地域でのケアチームの推進熟成、医師、看護師、保健師、療法士、福祉職などの有資格職種だけでなくボランティアを含めた地域のネットワークづくりが重要である。

医療側の課題としては、医師、看護師の終末期症状緩和の知識と技能の向上を図り、家族、地域支援者に看取りの文化を取りもどすことで、本当の意味で地域完結型の終末期在宅医療、がん在宅医療が広がることとなるであろう。たとえば看取りに関して、在宅医療にかかわる医師、訪問看護師のなかにも“自然の経過としての死”を認識できず適切に判断ができないことがあり、患者家族を含めた臨終期の指導をおこなうことで、終末期における病院への救急搬送が回避できると考える。日本在宅医学会では在宅医療を支える質の高い在宅医を育成することをめざし、在宅医療研修施設の募集をおこない、在宅医療専門医の認定も予定している。当院も日本在宅医学会の研修施設となった。加えて、日本緩和医療学会による緩和医療専門医の認定制度が発足した。実際、当院で

は地域中核病院の総合診療科の若い医師を非常勤医として招聘し、在宅医療と緩和医療を専門とする2人の常勤医によるがん在宅医療の教育指導をはじめている。医療者の緩和ケアを志す感性と在宅医療を志す感性には共通性があり、将来各地域にがん在宅医療を広める人材として期待されることである。

そして、地域中核病院や大学病院との密なる連携により有床診療所の役割が広がることが期待される。当院では人的交流まで踏み込んだ顔のみえる連携として、東京医療センター総合診療科、東京慈恵会医科大学附属第三病院総合診療部との連携をとり、さらには慶應義塾大学病院緩和ケアチーム (<http://www.keio-palliative-care-team.org>)での医師の研修、カンファレンスへの参加を通して密なる連携を実践している。

さらに、院内スタッフによる地域緩和ケアチームとしての整備を進め、地域での緩和ケアを専門としない訪問診療医、訪問看護師、薬剤師、ケアマネージャーからなる在宅チームへの支援あるいはコンサルテーションをおこなえば、われわれの有床診療所が地域がん在宅医療に貢献できると考えている。

おわりに

本稿では、当院での経験を通してがん在宅医療、緩和医療における有床診療所の果たす役割とこれからの問題点について考察した。専門的な知識を習得した熱意のある医療者が訪問看護や訪問介護をはじめとする地域の支援との密接な連携をおこなうことで、病床を有する在宅療養支援診療所は、病院が担うべき医療以外のすべての医療サービスを終末期がん患者に供することができると思われる。言い換えれば、がん専門病院ではもはや治療の選択肢が見つからなくなったがん患者さんへ寄り添う最善の医療を提供することができると思う。

謝辞

稿を終えるにあたって、当院で志をともにチーム医療を実践し、本稿を校閲していただいた下田泰彦医師、大津秀一医師と（株）メディヴァ代表取締役社長・大石佳能子氏に深謝したい。

■ 文 献 ■

- 1) 田城孝雄：在宅医療提供医療機関の分類。在宅医療ガイドブック，田城孝雄編，中外医学社，東京，2008，pp.30-38
- 2) 大石佳能子：施設在宅の役割と今後の方向性。在宅医療ガイドブック，田城孝雄編，中外医学社，東京，2008，pp.73-78
- 3) 今後の終末期医療の在り方，終末期医療に関する調査等検討会編，中央法規出版，東京，2005，pp.59-65
- 4) 下山直人，森田達也：わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画 Ver.1.厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」報告書，2007