

緩和ケア 在宅ねと

2009.1

6

ふろんと・ふえーす

川越 正平さん

ケースで考える緩和ケア

子どもとの関わりを考えるケース

緩和ケア キーポイント・チェック

在宅緩和ケアにてオピオイド鎮痛薬 を選択するポイント

Today's Viewpoint

答えは過去にもある



あおぞら診療所 院長
川越正平さん

地域で最期まで過ごせる “街角のホスピス”実践のために

3人の医師が病院に勤務しながら3分の1ずつ力を出し合って、地域医療を始めた。ニーズの高い地域で、患者の住まいへの訪問診療を軸に、外来も開く。在宅ケアに必要なサービスは、地元医療機関や事業所との連携で調達すれば、クリニックに重装備はいらない。小さなテナントを借りて、借金なしで開業。これが、川越正平、前田浩利、和田忠志、事務の佐々木友明さんたちの複数医師体制（グループプラクティスと名づけている）の、あおぞら診療所の出発だった。千葉県松戸市上本郷に開院したのは、1999年のことである。

医師3人が専門を生かせば、内科、小児科、精神科まで全科に対応できるのも強み。患者が増えていくに従って、1人また1人と常勤に切り換えてスタッフを強化してきた。その後、表通りの広いテナントへ移り川越院長、さらに少し離れた新松戸も開いて前田院長、和田さんが法人理事長となった。

2008年には2つの診療所で、患者さんは小児から高齢者まで470人、そのうちがんのターミナルは1割くらいを占める。ご遺族のグリーフケアのための外来も開いている。医師は常勤7人+非常勤11人、看護師は常勤12人+5人、医療ソーシャルワーカー（MSW）常勤3人、事務職常勤13人の陣容である。

在宅医療・在宅ターミナルケアに取り組む開業医の多い松戸市でも、市内の在宅診療の約2割のシェア。新しい開業の形として全国的に注目され、講演依頼が続く。

そもそも…若き日の武勇伝

もう20年前になる医学部時代、川越さんは「大学に残る研究者の道にも魅力を感じていたし、開業する可能性はゼロと思っていた」と笑う。でも「臨床をしっかりとしよう、役立つ医療を」という思いは強かった。「良い医師になりたいが、どうしたらいいのか」を模索して、和田忠志、前田浩利さんをはじめ問題意識を同じくする仲間たちと各地の医療施設の見学や、良い医療の先駆者についてレポートし冊子にまとめていた。それを思い切って日野原重明氏に連絡して見てもらうと、問題意識がよいと注目され、「君はどんな医師になりたいのか」（医学書院）の出版につながった。今も読みつがれるロングセラーである（写真）。

臨床研修時代には、仲間ですすもうち、病院によって臨床研修内容があまりにも違うことに驚き、医学生向けに臨床研修について知る講演会をシリーズで開いていた。おりしも医師法の改正議論が高まる中、医師法改正について担当の官僚を招いて講演会まで行う。さらには臨床研修制度について自分たち研修医自身の考えをまとめて、厚生大臣あての提言書を提出した。この中で「医師の教育は地域で行うべき、地域医療を必修に」という考えを打ち出したことは、現在の臨床研修制度に多少役立てたのでは？」と話す。

ダメで元々。と思いついて行動すること何かが実現できることを学んだ日々だった。



◀医学部時代に出版した本は今もロングセラー

病院時代、そして地域へ！

「医師になるからには、生き死にに深く関わりたい」と、血液内科を専門に選んだ川越さん。虎の門病院に勤務の8年間は、白血病やリンパ腫の厳しい全身管理が求められる患者さんに、とことん向き合った。

骨髓移植もたくさん経験した。治療率が向上する一方で、治療が望めない患者さんへの対応の認識も深まっていた。しかし当時、白血病やリンパ腫の患者を受けてくれる地域の医師はほとんどなく、断られるばかり。その人たちが置き去りになっていないかと、気にかかっていた。「それなら自分が地域に出れば、重症な患者さんを断らない。自分にわからないことは専門家に聞いてやっていけるだろう」と考えるようになっていた。

虎の門病院では、レジデントの5年間は広く経験を積むが、6年目からのスタッフドクターは専門一本。転職にさしかかった川越さんは、「病院の専門医の道もいいが、自分の考えとはちょっと違う。人の一生で一番苦しいがんの末期を支えたい。言動一致、自分も地域で働かなければ！」と決心した。

川越さんが在宅緩和医療に進むのは、自然な成り行きだった。社会的なニーズが高まり、その数年前には新宿区や仙台市で在宅医療専門の開業が始まったことも背中を押した。同じ

21世紀型の新しい地域医療

開業して最初の仕事は、地域のあいさつ回り。あおぞら診療所は、多様なサービスを法人内で持つのでなく、しっかりと他事業所との連携を軸にする方針なので、連携先は特に重要である。病院、開業医、訪問看護ステーション、介護支援事業所、薬局を訪問。大事な患者さんを紹介し、在宅サービスや後方ベッドで協力し合うネットワークができた。広告を出さない分、口コミが大事だ。しかしナースだけは、自施設でもつことにした。というのは、末期の肝臓がん患者を訪問看護ステーションに依頼した時「腹水ドレナージをつけた患者を見た前例がないので」と断られてしまう。この手痛い経験から「連携できないなら、あおぞら診療所で看護を持って」と方針を転換。虎の門病院の同期の松崎麻都香さんが、開業して1年後に加わった。松崎さんも「いずれ地域で」と惹かれていた。

在宅医療診療所での看護を拓く

在宅診療所の看護師は、どんな仕事をしたらいいのか？川越さんは、「在宅ケアでは生活と医療は切り離せず、両方を熟知している訪問看護が在宅ケアの根幹を支える」が持論であ

る。医師の診断や治療など医療的観点の介入だけでは、在宅が破たんしやすい。訪問看護は医師に比べて訪問頻度も滞在時間も勝り、患者や家族の言葉や気配を察知して医療情報に翻訳し、繊細なマネジメントを行うのが強み。そのうえ交代制の経験から、引き継ぎや情報共有が得意なので連携のなかにふさわしい。

こんな期待を受けて、最初のナース松崎さんはよそを見聞しながら、訪問看護ステーションとも通常の開業医とも、もちろん病院とも一味違う看護を創ってきた。今、看護師は17人になる。大事なのは、自分が往診同行や訪問看護で担当する患者だけでなく、診療所にかかっている患者全体を常に把握すること。これは、夜間休日の急な連絡を誰が受けても的確に対応できるように必要だ。

あおぞら診療所の看護師と患者は次のように関わる。①診療所から訪問看護に行く、②5つの訪問看護ステーションとの連携でケア提供、③グループホームやケア付きホームなどでそのスタッフを指導しながら、④自宅で、屋内自立の患者に家族介護の指導。

特に①②の患者は、夜間休日の急な連絡や訪問の可能性が高いため、訪問看護ステーションとの緊密な連携が重要になる。



▲17人のナースをリードする松崎師長



▲診療車で往診へ

PROFILE

川越 正平 (かわごえ しょうへい)
1991年東京医科歯科大学医学部卒。虎の門病院血液科、健和会柳原病院内科医長を経て、99年「あおぞら診療所」を開院。東京医科歯科大学臨床教授。

川越さんが在宅緩和医療に進むのは、自然な成り行きだった。社会的なニーズが高まり、その数年前には新宿区や仙台市で在宅医療専門の開業が始まったことも背中を押した。同じ

診療所と訪問看護ステーションの連携

あおぞら診療所の看護師は、診療所近くの患者を中心に訪問し、その他は24時間対応の訪問看護ステーション5カ所と連携してカバーする。

【担当者を決める】あおぞら診療所では、各訪問看護ステーションの担当看護師を決めている。連絡するのはいつも同じ担当看護師なので、互いに顔の見える関係で患者の状況や経過もわかり、話も早くなる。

【毎週1回の電話連絡】担当看護師は週に1回、訪問看護ステーションに電話する。

【月1回カンファレンス】訪問看護ステーションがあおぞら診療所にやって来て、患者の主治医や担当看護師とカンファレンス。あおぞら診療所にとっては毎週、訪問看護ステーション1つずつとカンファレンスをもつ。

【訪問のたびの報告】急性増悪や合併症併発などのときは、訪問診療も訪問看護も、訪問のたびに患者の状況を伝え合う。これで、直前の状況を把握した訪問ができる。

【半年に1回は全体交流】連携先の5つの訪問看護ステーション合同で勉強会兼懇親会を開く。連携先の1つである北松戸訪問看護ステーションの塚本トキノ所長は「あおぞら診療所は、看護からの情報や判断を尊重してすぐに対応してもらえるので連携しやすい」とほめる。看護が力を発揮する際には、こんな緊密な連携があった。



夕方になってスタッフが戻り、カンファレンスが始まる

夜間休日オンコール体制

在宅ケアで患者や家族の一番の不安は「夜中や休日に対処してもらえないか」である。転んで動けない、熱が出た、カテーテルが抜けた、様子がおかしい……。この夜間休日対応は、スタッフにとっても、緊張のひと時である。あおぞら診療所では、オンコール用携帯電話には患者の緊急連絡先や関連機関の電話番号が毎週更新されている。事務の方の緑の下の働きである。

オンコール（上本郷）に入れるスタッフは医師3名、看護師6名は確保できるので、1人の当番は月に5〜6回程度。住居が遠ければ宿泊できる部屋もある。今は看護師が、診療所の患者全員を把握している。どの患者からの電話にもたいていのは対応できる。看取りのときは、必ず医師が往診する。最近1年間の時間外訪問は、月に平均16件程度という。

在宅看取り、応用のきいた深い関わり

川越さんは、緩和ケアの対象を広くとらえる。①がんなど死の2カ月前くらいから急速に機能低下、②心・肺・肝不全など2〜3年でのこぎり状態に機能低下、③認知症・老衰など5年以上徐々に機能低下。これらのどのターミナル期でも緩和ケアは必要で、②③など経過が長いほど看護が威力を発揮すると考える。

この期待を受けて、松崎師長は「自然な看取りを数多く経験して基礎をよくわかっていると、応用のきいた深い関わりができる」と穏やかに話す。その自信が信頼につながる。

病院入院中からアプローチ

在宅で紹介されてきた患者が数日で息を引き取るケースも多い。もともと自宅での生活を味わえる時間をもてたかもしれないのに！。入院中に医師や患者が「退院」や「在宅看取り」を考え始める前から、早く関わることでいいか？

この問題意識を抱いていたところ、市立病院の緩和ケアチームが院内の病棟回診（ラウンド）を行うと聞いて、2007年3月から、病棟回診に在宅医が同行する研究に取り組んだ。入院中から在宅についての具体的な相談を始め、退院にあたり切れ目のない医療提供のノウハウを在宅と病院とで共有する狙いである。

病院では、「この状態では退院は無理だろう」という判断に傾きがちだ。でも、患者さんに「本当は人生の最後の時期を、どこで過ごしたいと思っていますか」と尋ね、本人が在宅を希望すれば「地域という病棟に転院する気持ち」で在宅ケアチームにバトンタッチして退院を進めようと試みる。「実際にまず1例、うまく退院できることが重要。成功体験を重ねることが、病院と診療所の連携や在宅緩和ケアを推進するカギ」と、川越さんは力がこもる。

クリニックのMSW

MSWとして新卒で診療所に飛び込んだ飯田洋子さん。就職先探しがユニークである。大学卒業を控え、在宅分野で働きたい気持ちは固まったが、



MSWの飯田さん

地域医療の総合プロデューサーとして

「医師の教育は地域ですべき」が川越さんたちの主張。自ら実行しなければと、臨床研修医の受け入れに長年協力している。東京医科歯科大学附属病院、虎の門病院などから1人1カ月ずつ年間33人は、診療所としては破格の数字ではないが

▼自宅へクリスマスの雰囲気のお届け



看護師は家族と一緒にケアをする中で互いの人となりもわかり、先に起きてくる変化を見越して自然に話している。1つひとつ丁寧なケアしながら家族がふと漏らす言葉「前は歩けたのに、近頃は歩けなくなった……」。「最期はどうなるんだろう」をきっかけにタイミングをつかみ、呼吸の変化——胸やお腹でしていた呼吸が口で喘ぐようになっていくこと、診療所に連絡する見極めなど早め早めに話す。お見送りの際も、その人らしい衣服を用意しておかれていますかと準備を促す……。

しかし、「最期まで家で」と希望しても病院に移ることもある。あおぞら診療所でも、在宅緩和ケアの患者の30%は最期は入院になる。入院になる理由の3分の1は、「在宅介護の破たん」である。「患者を支える家族の支援があればなんとかなるはず」こう考えて川越さんたちは、緩和ケア病棟のレスパイト入院、有料老人ホームへの緊急シユートステイ、看取りのための特養ホーム入所など、在宅と入院・入所を行き来しながら支える。

うか。指導・スーパーバイズは大変でも、臨床研修医は訪問診療や夜間オンコール研修で頼りになるし、いずれ在宅に進んでくれればと、プラス面を大事にしている。

基礎教育では医学部、看護学部、その他の医療・福祉系学生、さらに専門家の見学実習も多く、さらに力を入れたいところである。

小さく産まれて大きく育ってきたあおぞら診療所。それでも、川越さんの目指す「在宅緩和ケアが必要な患者すべてがケアを受けている」という状態はまだまだ遠い。

これからの展望は広がる。がん再発の診断時点やオピオイド使用開始時点で患者を登録してフォローを続け、適切なタイミングで緩和医療や在宅医療につなぐ。病院の主治医と在宅医との併診を促進する。在宅緩和ケアという選択肢がありえることについて病院主治医の理解を広めたい。これらを講演や執筆の機会に伝えている。

あおぞら診療所は、3つめのクリニックを四国の高知に出す準備中だ。医師の1人が故郷に帰って開業することになった。また松戸近郊のほかの地域でも、待たれていると感じる。「ここでの臨床研修の中でいい経験を蓄積して、独立開業が増えていく。その仲間たちのネットワークを作って、開業の際のコンサルテーションというか、ファシリテーターとして教育機能をもてるスケールで支援していければ」と語る川越さん。これから、地域医療の総合プロデューサーとして、ますます力を発揮する姿が期待できそうである。