

4. 緩和ケアを提供する有床の在宅療養支援診療所の取り組み

土地 邦彦*

(*どちペインクリニック 玉穂ふれあい診療所)

これまでの経過

1992年にペインクリニックを専門として一般内科診療も行う「どちペインクリニック」を開業した。その時、一緒に参加した看護師たちが訪問看護の研修を終えていたこともあって、在宅医療も行うことにした。麻酔科医として勤務医の時代からがん性疼痛患者の治療を行ってきており、在宅緩和ケアへの取り組みは自然な流れであった。ただ世間的には、在宅医療はまだ理解されない時代であった。

5～6年の経過の中で、在宅緩和ケアも徐々に世間に理解されるようになり、患者数も増えてきた。在宅がん末期患者の約8割は、そのまま自宅で看取っている。しかし、介護力の問題や症状コントロールに難渋する例などで、病院に再入院せざるをえない場合もある。当時の山梨県内に緩和ケア病棟はなく、一般病棟に入院せざるをえなかった。すると、今までの医療がぼつんと切れてしまい、点滴漬けなど緩和ケアの視点からみれば不本意なことが多かった。

医師も複数体制になり、法人の訪問看護ステーションも3カ所になっていた。市民の中での「県内にホスピスを」の声も高まっていた。そうした状況下でホスピス開設を志した。当初、単独型ホスピスを目指したが病院新設はかなわず、有床診療所でスタートすることにした。

2003年7月、緩和ケアを主とした有床診療所「玉穂ふれあい診療所」がスタートした。病室は個室が11床（トイレ付7床、トイレ・シャワー付の広い特別室2床、トイレのない個室2床）、4人部屋が2室で8床の合計19床である。ハード面ソフト面ともに「自宅での生活」をイメージし

たものとなっている。木造平屋建てで、緩和ケア病棟の基準を十分に満たす広さを確保した。OMソーラーを採用し、自然の風が入るようになっている。薪ストーブは、自然の温もりを与えてくれる。隣の施設から自噴温泉を分けてもらい、露天風呂もボランティアの力で造った。食事は厨房ですべて手作り、富山産コシヒカリの炊き立てご飯を供している。節分、七夕、お月見、餅つきなどの年中行事や患者さんの誕生日など、催し物はその時々に合わせて随時行っている。

在宅療養支援診療所として

2006年に在宅療養支援診療所の制度ができた時は直ちに申請した。その頃の在宅患者数は40～50名で、在宅看取り数も年間20数名であった。2012年からは強化型在宅療養支援診療所（病床あり）に登録している。在宅医療と有床診療所の入院ベッドは、とても有効に機能している。

在宅医療では訪問看護師がその前面に立つというのが筆者の持論であるが、その訪問看護師にとっても入院ベッドが確保されていることは心強いことである。

現在の取り組み

地域の診療所として高血圧症や糖尿病などの慢性疾患診療や風邪などの外来診療を行い、各種寝たきり患者とがん終末期の在宅医療も行っている。専門外来としてはペインクリニックと漢方診療を行っている。また、特別養護老人ホームと特別介護福祉施設の嘱託医も受けている。訪問看護ステーションは1カ所に統合した。

表1 医療法人どちペインクリニックでの看取り

年	入院			在宅			施設			合計	がん	非がん
	がん	非がん	計	がん	非がん	計	がん	非がん	計			
2007	71	15	86	21	3	24	4	16	20	130	96	34
2008	79	15	94	18	14	32	5	29	34	160	102	58
2009	74	26	100	24	12	36	2	21	23	159	100	59
2010	83	24	107	29	12	41	3	25	28	176	115	61
2011	101	30	131	27	18	45	5	30	35	211	133	78
計			518			178			140	836	546	290
%			62.0			21.3			16.7	100	65.3	34.7

表2 玉穂ふれあい診療所の退院患者入院日数（2012年4月～9月）

入院日数	がん			非がん			合計
	死亡	軽快退院	計	死亡	軽快退院	計	
～5	18	6	24	1	6	7	31
6～10	8	5	13	5	16	21	34
11～15	13	5	18	2	12	14	32
16～20	4	6	10	1	4	5	15
21～25	5	1	6	0	5	5	11
26～30	2	1	3	0	2	2	5
31～	8	5	13	0	6	6	19
計	58	29	87	9	51	60	147

がん患者に限らずすべてのエンド・オブ・ライフケアに関わることになり、これで在宅-入院-施設と、患者や家族の希望に合わせて療養の場（終焉の場）を提供できている。

表1に最近5年間の看取り数を示す。年々看取り患者数が増えており、2011年は211名、この5年間で836名の看取りを行った。

玉穂ふれあい診療所の病床利用状況

2012年4月1日～9月30日の6カ月間の当院退院患者について集計した（表2）。退院患者総数147名で、がん患者87名、非がん患者60名であった。死亡退院はがん患者58名、非がん患者9名の合計67名であった。

平均在院日数は、全体で15.4日（がん患者16.1日、非がん患者14.4日）、死亡退院患者の平均在院日数は13.9日（がん患者14.6日、非がん患者9.3日）であった（表3）。

表2の5日以内に死亡退院したがん患者のうち、

入院当日の死亡が3名、2日が5名であり、死亡退院患者の70% 47名が15日以内に亡くなっている。このようなベッド利用状況は慌ただしく、非常に手間のかかる様子を示している。

5年前頃は平均在院日数が28日程度あったので、最近の状況は、大病院が平均在院日数を短縮するために従来は最期まで看っていた患者を送り出さざるをえなくなっていることの反映ではないかと懸念している。落ち着いて緩和ケアに取り組むには、もう少し入院日数が必要である。もう少し早い段階から紹介していただきたい、と願っている。

入院患者は、大学病院や県立病院などの大病院からの紹介、在宅での療養生活が困難になったの入院、施設で終末期となり、家族の希望での入院そして患者（家族）の希望での入院といった経由で決まってくる。特に、病院で患者の平均在院日数が問題にされるようになってから、バタバタと入院が決まってくるが多くなったように思われる。

表3 平均在院日数 (2012年4月～9月)

	平均在院日数	死亡退院の平均在院日数
患者全体	15.4日	13.9日
がん患者	15.3日	14.6日
非がん	14.4日	9.3日

表4 退院後の動向 (2012年4月～9月)

転帰	がん	非がん	計
在宅へ	16	9	25
施設へ	2	9	11
通院 (治療)	8	31	39
転医	3	2	5
計	29	51	80

表4に軽快退院後の動向を示す。がん患者の16名、非がん患者の9名が在宅医療へ帰っている。また施設へは、がん2名と非がん9名が移っている。がん患者でも症状コントロールが付き、予後もまだかなり残っていると予想される方は自宅や施設に移っていただいている。われわれが嘱託医をしている特別養護老人ホームでは、主治医が変わることなく一貫したケアが行え、その施設で最期を迎えることもできている。

医療法人どちペインクリニックの人員

当法人の陣容は、医師は常勤3名、非常勤3名、看護師は24名(病棟11名、外来6名、訪問看護ステーション7名、非常勤含む)、介護福祉士5名(病棟)、理学療法士1名、厨房4名、事務職員6名、システム2名、車輛・施設管理1名、喫茶・売店2名である。また、病棟看護師の1名は音楽療法士でもある。

看護師の教育研修にも積極的に取り組んでいる。緩和ケア認定看護師1名と現在研修中2名がいる。

病棟の看護体制は日勤と夜勤の2交代制で、夜勤は看護師2名もしくは看護師1名と介護福祉士1名の2人夜勤体制としている。

明らかになった課題

今、在宅医療が脚光を浴びている。日本の医療

は、病院中心の20世紀型医療から、在宅医療をもう1つの主軸に置いた2本足の医療にしなければ、今後の高齢化社会に破綻してしまうといわれている。そして、在宅医療ではいざという時の後方ベッドが必要である。有床診療所で在宅医療も行いながら緩和ケアを行うというのは、理想的な形ではないだろうか。

ただ、ここには大きな問題がある。それは有床診療所の入院基本料が非常に低く設定され、経営的に大きなマイナス要因となっていることである。そのため既存の有床診療所がバタバタと無床化している。

緩和ケアの場では、看護力が非常に重要である。患者の病状はさまざまであり、しかもスピリチュアルケアなどは心と能力が必要である。このため当院の看護師は、すべて「正」看護師である。緩和ケア認定看護師養成コースなどにも積極的に参加させている。こうした人材を確保育成するには資金が必要であり、現在の有床診療所の入院料などでは圧倒的に足りない。

有床診療所の入院費を病院並みに看護基準に合わせて設定していただきたい。そうしなければ、これからの日本の高齢化社会に医療に重要な役割を果たすことのできる有床診療所は潰れてしまう。

地域に根付き生活に密着した診療所

有床診療所をつくろうと決めた時、自分1人の力では無理だが、多くの人々の助けがあればなんとかなるだろうと考えた。そこで、山梨県内のホスピスをつくろうと運動していた人々に訴え、「医療法人どちペインクリニックのホスピスを支援する市民の会」(略称：DPCホスピス支援の会)をつくっていただいた。その会は、設立のための募金を訴えてくれた。そして、バザーなどを主に「DPCホスピス祭り」を開催した。この祭りはその後、毎年開催されている。支援の会と職員が一緒になった手づくりの祭りである。講演会、演奏会、空手演武、和太鼓の合奏、バザー、模擬店、金魚すくいなど、実にたくさんの催しを診療所の敷地内で行っている。年々参加者が増え、第10

回の2012年度は1,800名もの参加があった。これを支えるボランティアも200名を超える。

地域の催し物にも、積極的に参加している。中学・高校のボランティアも積極的に受け入れている。統括看護師長を中心に、小・中学校や高等学校で生徒と父母を対象とした学校主催の講演会も積極的に受けており、それが縁でボランティアに訪れる生徒たちもいる。

年末には、「DPCホスピスカレンダー」3,000部を手作りで作成し、配布している。この作成には、近くの中学校の生徒たちがボランティアで手伝ってくれている。

グリーン・ケアへの取り組み「忘れな草の会」

16年前からグリーン・ケアの集いを行っている。当初は在宅で亡くなった家族を対象に行っており、玉穂ふれあい診療所開設後は、入院と在宅の両方で亡くなった人々の家族を対象にしている。会の名前を「忘れな草の会」と名づけた。職員みんなで大切にしている会である。2012年12月の例会で34回になる。

はじめは気持ちがいっぱい、何も言えなかった遺族が堰を切ったように話し始めるといった光景がある。何回か参加するうちに自然と来なくなっていく。気持ちの整理がついたのであろう。

有床診療所の緩和ケア

エンド・オブ・ライフケアや緩和ケアは、その人の人生最後の時間をいかに充実させるかということであろう。とすれば、その人がやりたいようにできる環境をどうやってつくるかが大切になる。「ふる、めし、ねる」が生活の基本だとすれば、それが十分満たされるような療養環境をつくるように心がけてきたのが、玉穂ふれあい診療所の医

療である。

有床診療所での緩和ケアと緩和ケア病棟との大きな違いは、その自由度にあると考えている。患者と家族と職員が良いと思えば、臨機応変にいろいろなことができる。当院の隣が自動車修理工場で、そこには見事な桜がある。毎年、近くの人々が集まってお花見をするのだが、数年前から入院患者さんともども参加している。胃管の入っている患者さんが胃管から焼酎のお湯割りを入れてもらい、たらの芽のてんぷらを嚙んでから外にはき出して味わっている。それを地域の人々が介助している。そして、「俺たちもいつかは行かなくてはならぬ道だからな」と歓迎してくれるのである。地域でもいつしか「死」を受け入れ、私たちの医療を応援してくれている。

おわりに

一般外来診療に在宅医療を組み合わせた医療が、高齢化社会を迎えた日本に必要なだといわれている。有床診療所のベッドは、在宅医療やエンド・オブ・ライフケアを支える有力な手段である。その運営方法は中心になる医師の意思が重要ではあるが、その地域の人口規模や年齢構成、生活スタイルなどの状況で違ってくるはずである。そうした環境を踏まえて、地域と息を通わせ融通無碍に対処していけば、おのずからその診療所に合った医療スタイルが形成されていくはずだと考えている。

参考文献

- 1) 土地邦彦 編著：ゆっくりねろしーいのち輝く 玉穂ふれあい診療所 ホスピスの記録。かもがわ出版、2009
- 2) 伊藤真美、土本亜理子 編：生きるための緩和医療—有床診療所からのメッセージ。医学書院、2008