

22 「在宅療養支援診療所の取り組み」

千里クリニック 東憲太郎

1 千里クリニック 21 年間の歩み

私共の「千里クリニック」は、医師 2 名による有床診療所として平成元年 5 月 8 日に開設された。津市河芸町千里団地の入口で、24 時間 365 日の一次救急医療施設として活動を開始した。私と井村医師（現千里クリニック院長）とで一日交代で当直をしながら、常時の外来対応、救急車受け入れ、往診を行っていた。その当時から在宅医療も熱心に行い、在宅での看取りも積極的に行ってきたが、残念ながら記録が残っているのは平成 7 年以降である。

平成 7 年から平成 21 年 11 月までの 15 年間に在宅を含め計 928 例の看取りの実績がある。表①にその経年的な推移を示したが、平成 9 年以降医師 3 名体制 → 4 名体制となり、それに伴って年間の看取り数も増加してきた。いわゆる「在宅療養支援診療所」は平成 18 年に創設されたが、表①に示す如く、その前後で年間の看取り数に大きな変化はない。つまりこの制度が創設される以前から多くの看取りが行われてきたことがわかる。むしろ当院としては、この制度の創設により経営的な面で受けた恩恵の方が大きかった。この制度が創設されなければ、経営的にはかなり苦しいものとなっていたはずである。

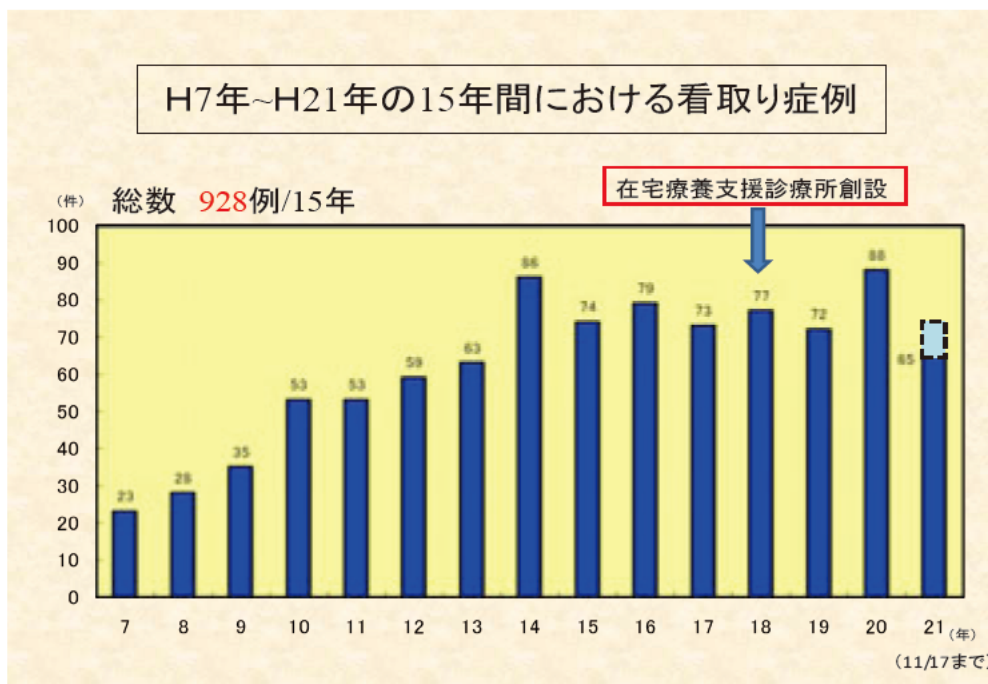


表 1

図①には当院をとり巻く環境（医療機関と施設）を示してみた。車で 20 分以内の所に 500 床規模の急性期病院が 3 ヶ所、慢性期が 1 ヶ所、特養が 4 ヶ所、グループホームが 2 ヶ所、有料老人ホームに準ずるところが 4 ヶ所あり、併設の老人保健施設が 1 ヶ所ある。赤枠の医療機関では当然ながら看取りが行われている。青枠の施設においては、看取りを行っている施設、全例医療機関に送っている施設など様々である。当院をとり巻くこうした環境は、展型的な日本の高齢者の終末期モデルとも言える。この中で当院が看取りを担当している施設は、併設老健「いこいの森」、嘱託医をしている特養「ハートヒルかわげ」、それから、在宅としての位置づけの有料老人ホーム 2 ヶ所と併設グループホーム 1 ヶ所である。

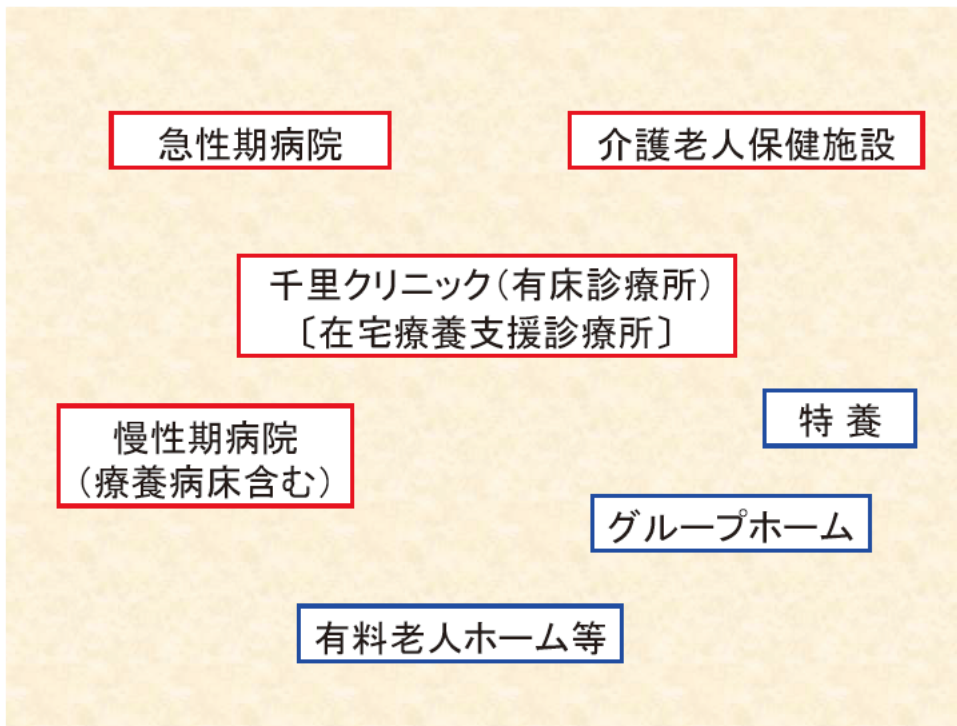


図1

表②は15年間の看取り例928例の内訳であるが、当院が57.4%(533例)、在宅が20.6%(191例)で、この両方で80%弱を占めている。しかしこれを、平成7年～17年の11年間で平成18年以降の5年間で比較してみると、興味深い結果が出た(表③)。前半の11年間は当院での看取りが66%を占めていたが、後半の5年間はそれが40%へ減少し、老健と特養の比率がそれぞれ約3倍へ増加していることが解った。平成18年創設の「在宅療養支援診療所」は、老健や特養での看取りとは関連が無く、関連する在宅看取りの比率は20% → 22%と殆ど変わらない。従って在宅療養支援診療所創設によってこの変化がもたらされたとは考えにくい。つまり、以前は施設から医療機関へ移って終末期を迎えていた方が、そのまま施設での看取りを選択されるようになってきたのではないかと考えている。

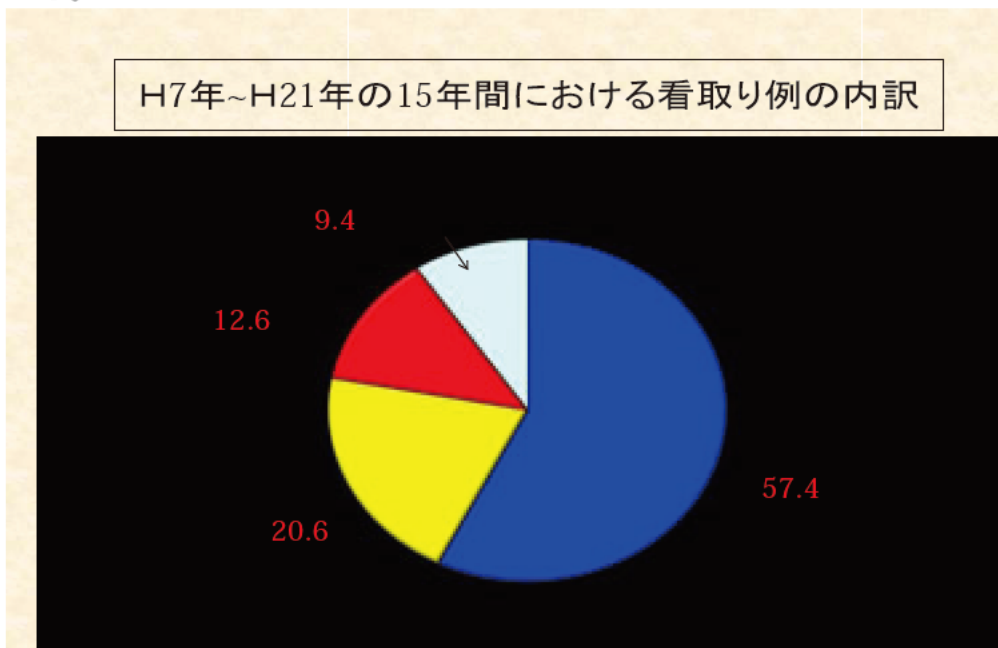


表2

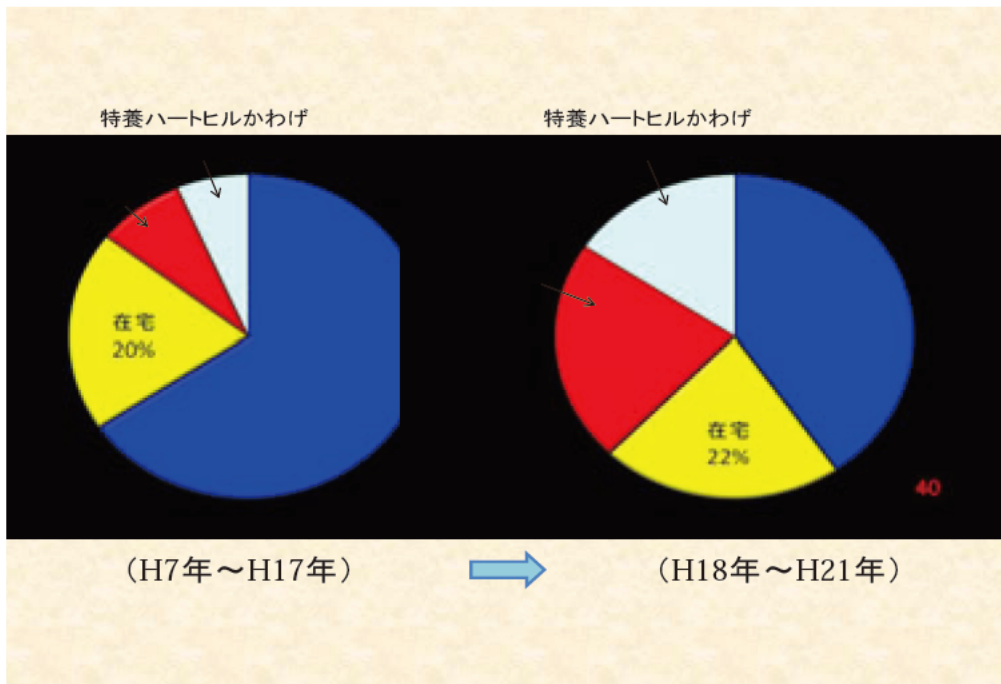


表3

2 在宅での看取り

次に平成7年～21年の15年間に於ける在宅での看取り191例に注目して分析してみる。表④はその15年間の経年的推移を見たものである。平成13年に極端に例数が少ない理由は判らないが、全体として徐々に例数が増えていることが解る。そして在宅療養支援診療所創設の影響があまりみられない事は前述した。表⑤は在宅看取り症例の死因を分析したものであるが、最多は38%を占める「老衰」であった。その次が単一病名では「癌」となるがその割合は17%と老衰の半分にも満たない。日本人全体の死因は、1位癌(30.4%) 2位心疾患(16%) 3位脳卒中(11.8%)となっており、表⑤のデータと大きく異なっていることがわかる。

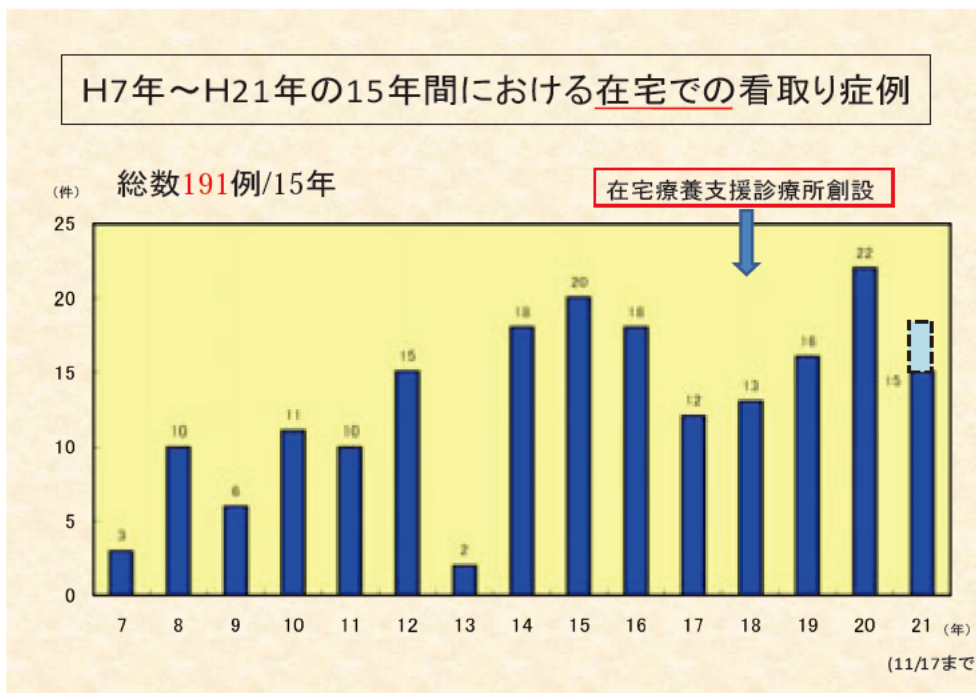


表4

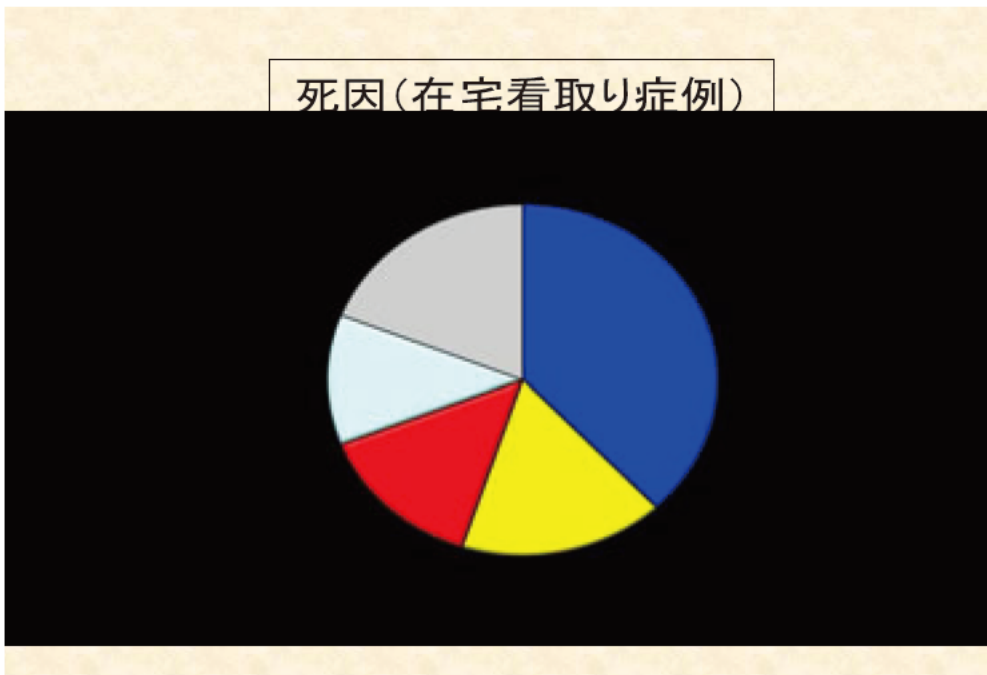


表5

私共千里クリニックは、21年間にわたり要介護状態にある後期高齢者の在宅療養を支援し終末期までフォローしてきた。その現場の感覚からすると、一般的な終末期と後期高齢者の終末期を同じ基準で議論することに違和感を覚えざるを得ない。その理由は表⑤の結果が如実に表しているのではないだろうか？

一方在宅看取り症例の死亡時刻をみたものが表⑥である。通常診療時間帯である午前9時～午後7時が37%と最も多かったが、注目していただきたいのは、いわゆる深夜帯といわれる午後10時～午前6時の時間帯においても37%と通常診療時間帯と変わらない頻度であったことである。住み慣れた在宅で亡くなることを望む方が多いことは、すでに知られている事実である。しかし、この死亡時刻の時間帯でも解るように、医師に負担のかかる深夜帯の看取りが多いことも厳然たる事実なのである。人は死ぬ場所は選択できても死ぬ時刻までは選択できない。

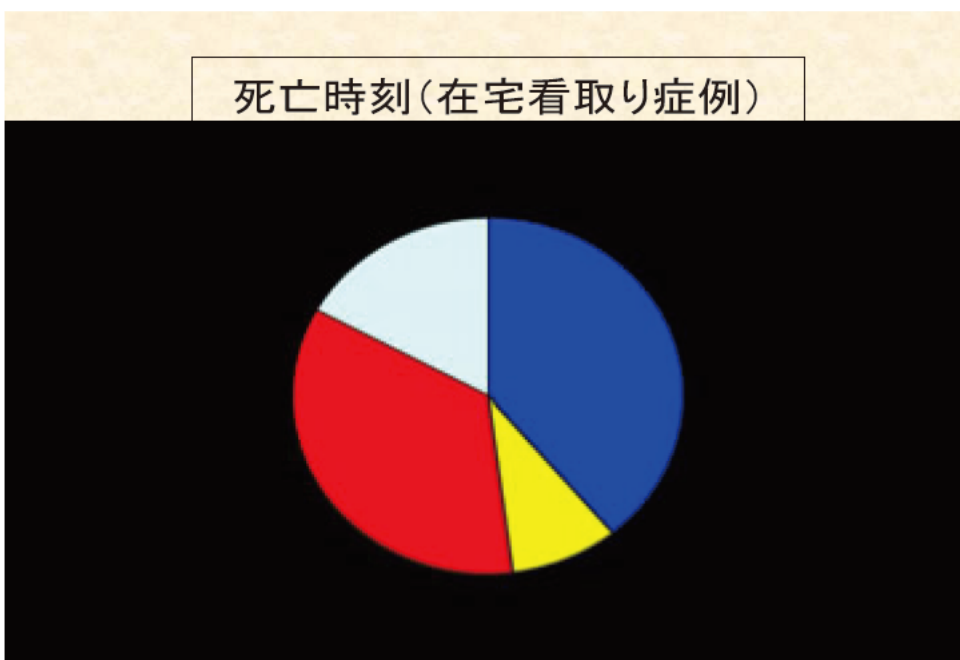


表6

3 課題と提言

私共千里クリニックでは、4人の医師で交互に当直を行い、365日24時間の医療提供体制をとっている為、このような多くの看取りが実践可能であった。しかし、在宅看取りの医師の負担を考えると、私共のような複数医師による在宅療養支援診療所か、個人診療所による連携しか選択枝は無いであろう。在宅医療を実践している複数（5~7ヶ所）の診療所が連携したとしても、夜間に呼び出されて看取りを行う機会は年間2~3回と思われる。さらに on call の為に5~7日に1度禁酒を強いられ、遠出ができないことはそれほど負担とは思われないがいかがであろうか？地域の医師会がイニシアチブをとってこのような連携をすすめることができれば素晴らしいことであろう。

最後に後期高齢者の終末期について考えてみたい。

はたして後期高齢者の方々は御自分の終末期に対してどのように考えられているのでしょうか？又、その御家族の方々はどのように希望されているのでしょうか？おそらく様々な考え方が存在するであろう。

例えば、

①本人：「私の年金で若い人が生活しています。できるだけ長く生かしてほしい。」

②家族：「本人の年金が必要なので、できるだけ医療処置を行い、どんな形でも長く生きてほしい。」

③本人：「胃瘻や人工栄養（中心静脈栄養）は絶対に嫌です。食べられなくなったら自然に最期を迎えたい。」

④家族：「寝たきりで認知症もひどく家族のことも解らない。胃瘻等過度な医療行為は望みません。」

⑤本人・家族：「胃瘻や気管切開、人工呼吸等、あらゆる処置をとって一日でも長く生かしてほしい。」

⑥本人：「高齢だし、もうこれ以上病気で苦しむたくない。心不全や肺炎になっても入院したくない。家でできる範囲の処置を望みます。」

等々多様なニーズが考えられる。

このような多様な本人のニーズ、家族のニーズを事前に充分聞き取り、その方の望まれる尊厳ある終末期を提供、あるいはそこに導くことが、かかりつけ医の使命であろう。ただ慢然と往診（診察）を行い、「いざという時は救急車を呼びなさい。」でいいのでしょうか？

一度救急搬送されると、救急病院ではあらゆる検査・医療処置が施されることとなる。その結果、意志の疎通もとれない寝たきりの後期高齢者に対して、もしかしたら本人も家族も望んでいないような過度な医療行為が行われる可能性は大きいのである。そして最終的には、体中にチューブを入れられてお亡くなりになることも多いのではないだろうか？はたしてこのような終末期は本人にとって望ましい尊厳のあるものだったのだろうか？もちろん寝たきりの後期高齢者に対しての濃厚な医療を全否定するものではない。本人や家族が望まれたものならば、それはそれで当然の処置と言えよう。そうではない例が多数あるのではないかということの問題提起したいのである。

今後高齢化の一途をたどる日本において、地域のかかりつけ医の責任は重大である。在宅療養のかかりつけ医、特養の嘱託医、老人保健施設の管理医師、有料老人ホームやグループホームの提携医師等は、自分の患者の終末期のあり方にも責任を持つべきだと考える。なぜ「後期高齢者の終末期」に対するこのような深い議論が日本医師会主導で行われ社会に発信されないのでしょうか？残念と言わざるをえない。

現在、救急医療や産科・小児科医療の問題がクローズアップされている。しかし、後期高齢者の終末期の問題はそれらと無関係ではない。むしろ密接に関係しているのであ

る。後期高齢者の終末期の問題をタブー視することなく、正面から向きあってゆく時である。

第4章

各地域の取組を学ぶ・真似る