

佐々木淳

医療法人社団悠翔会 理事長



「在宅療養支援診療所」が制度化されて6年が経過。今年の診療報酬改定で、「機能強化型」が創設され、往診料などの加算、さらにターミナルケア加算、看取り加算も新設された。その先駆者の一つ、医療社団法人悠翔会は「在宅医療の総合病院」を目指し、24時間365日の医療サービスを提供する。そこから、在宅医療の原点と現実、そして未来が見えてくる。

聞き手：『DOCTOR'S MAGAZINE』編集部
文：郷好文（株ことば） 写真：寺尾 豊

総合医療サービスを 24時間365日提供

患者さんは現在トータルで1500人ほどです。老人ホームなど施設の患者さんが1/3、あとの2/3は在宅です。訪問診療を手掛ける医療機関では、この比率がたいいてい逆でしょうね。在宅は手間がすごくかかるしプログラムも個別に作らなくてはならないので、施設診療に比べて効率が悪いんです。2年前に運営のために一定の割合で施設診療を受け入れましたが、その前は99%在宅でした。

患者さんのお宅に毎月往診する以外に、中の緊急電話を含めた電話再診と緊急往診の電話が2011年は約4800件かかってきました。そのうち実際に往診出動したのは2700件、1日平均10件弱出動している計算です。患者さんに合わせて、きめ細やかに対応していると思います。

佐々木淳氏が代表医師兼理事長を務める悠翔会は整形外科、精神神経科、痛みの治療、皮膚科、リハビリテーション科、放射線科、内科は複数の器官に分かれ、東洋医学や緩和ケア、そして歯科口腔ケアまでカバーする。東京・汐留の在宅医療部本部のほか、6ヶ所の在宅クリニックには、常勤医9名を含む医師45名、歯科医5名、看護師17名、歯科衛生士、理学療法士、薬剤師らが揃う。

在宅の拠点、汐留の本部はホテル内にあり、複数の客室を利用し、事務室や夜間当直室として使用している。ホテルなので、「快適に当直できる」という理由もあるが、高速の出入り口がすぐそばにあり、環状線を使えば、

遠距離でも敏速に行ける地の利も大きい。休日夜間の往診所要時間は1時間以内が8割うち3割は30分以内に患者宅に到着できる。

在宅医療のミッションの一つは夜間帯の緊急対応です。夜具合が悪くなった寝たきりのおじいちゃんおばあちゃんが病院に行くには普通だったら救急車しかありません。2700件の救急医療の負担を吸収している我々のサービスは、社会資源の適正利用とも言えるのです。

だが最初から「チームによる総合診療」ではなかった。6年前の立ち上げから4年間、24時間体制を支えたのは「ひとり」だった。

最初は僕が独りで24時間携帯電話をもつて、呼ばれば飛んでいく形で回っていたんです。しかし、ちよつと体力的に厳しくなってきた、夜間帯の一部を常勤のほかの先生にお願いしたり、土日に診療ルートを作ったりという形で増やしてきました。今は24時間365日、祝祭日もチームで動いています。土曜は最大4人の医師と歯科医が1人。日曜も最大3人で回れる体制になっています。

実は昨日も夜間の当直をしましたが、夜中の深夜帯に3件の往診に呼ばれると、次の日中の診療パフォーマンスが落ちます。そこで救急診療部を作って、若い医師たちに夜の緊急対応をお願いするようになりました。僕が独りでやっていたときは、自分で電話を受けて自分で運転でしたが、今は当直のドライバードと事務当直者が滞在して、医師の業務を手助けしています。

ひとりでも在宅をやり抜いたその意志。どこから湧いたのか。そこに他の在宅医療サービスとの違いも見えてくる。

ニーズがあるのに 医療者が応え切れていない

在宅医療で開業のきっかけは、ニーズがあるのに医療者側がニーズに応え切れていない実情を見たからです。それは量的なものではなくて質的なものです。開業した2006年は、ちよつど「在宅療養支援診療所」という新しい医療機関が提起された年でした。24時間患者さんの求めに対応できること、複数の医療機関の医療情報を一元的に管理できること、介護事業者と連携できること、必要な時に精密検査や入院ができる病院と連携ができることなどの要件を満たせば、「在宅療養支援診療所」となれます。

しかし実際には夜中に電話してもつながらない、電話がつながっても先生は来ないで、救急車を呼びなさいと言われる。診療でも高血圧や認知症は診れても、整形外科は診れませんとか、皮膚の状態が悪くなったら病院行ってくださいとなる。通院が困難だから、医師に来てもらいたいのに、医師の得意分野以外は病院に行きなさいでは、訪問診療は完結しないのでは、という疑問がありました。

大学卒業後、民間病院で働いていた佐々木氏は、病院の上司から大学院進学を勧められた。しかし、大学院に入ると、ひたすら研究の日々。それが肌に合わず、担当教授に「好きなことをやらせてください」とお願いした。

そして、自分の医療を探し、勤務する病院を転々として、出合ったのが在宅医療だった。

在宅医療の先駆的医療機関である医療法人社団慈誠会フジモト新宿クリニックに数年勤め、訪問診療の可能性と将来性を確信する。

訪問診療こそ

開業医が勝てる領域

開業して外来診療というのは最初から眼中にありませんでした。開業医のスタイルはいろいろありますが、どの分野で開業しても結局病院には勝てないんです。内視鏡がどんなに上手でもがんセンターには勝てないし、どんなにカテーテルが上手でも、開業したら外来しかできない。大事に患者さんを診てあげても、「入院」となれば病院に行ってしまう。開業医はいつも、そんなジレンマを抱えて仕事をしているんです。

訪問診療はそもそも都市部の病院にとつて参入が困難な領域です。参入できたとしても、小回りのきく組織でないと、患者さんの細かなニーズに対応できません。訪問診療だったら、病院とわたり合える、そう思ったんです。訪問診療では患者さんをゼロから立ち上げて、当直の先生が確保できるようにするまで24時間365日拘束されます。それが在宅診療に参入しようという思いをくじかせる最大の参入障壁なんだと思います。ですからこれから訪問診療を始めたいという先生方に、休日や夜間帯は僕たちの救急診療の仕組みを共有しませんかという提案をしています。

整形外科や精神科の医師を雇うまで患者数

がない。訪問診療を専門にするチームのリリースとの連携も現実的な選択肢になる。だが患者はいつたいたいどころから？

在宅医療を伸ばしていくには、地域の病院や介護事業者からの信頼を勝ち得ないとダメですね。チラシを撒いても看板を付けても患者さんは来ません。ケアマネージャーさんから1人ご紹介頂いたらいいのに診療して、さらに2人目をご紹介して頂いて、という地道な作業を重ねていくしかありません。患者さんの99・5%が紹介で、その半分がケアマネさんから、半分が病院からです。残りがホームページ見ましたとか、お隣に来てのを見てうちにも、という直接の問い合わせです。

ホームページで目を惹くのが、明細会計。そこには月2回までの診療費、追加の往診費や緊急往診費、月の上限額、そして交通費は請求しない旨などが明記されている。

在宅医療のコストが高いか安いかわり議論があります。管理料や訪問料の包括請求額は1ヶ月6万円前後。患者さんは1割負担なら60000円くらい。60000円という金額は病院にタクシーで行って娘さんが付き添うと考えると決して高くはない。ただ国の支出として見るとこの支出は高いと思います。

高いのになぜそれを国が推し進めているか、それは在宅医療が機能すれば、病気の重症化を防げるし入院が減るからです。入院を1ヶ月すると50万〜60万円、急性期病院だともっとかかります。それよりぐんと安いというわけです。逆に、夜に患者さんからの電話

に出ないのに、6万円ももらうのはとんでもない話ですが……(笑)。ですからホームページの表示は、これだけもらいうからにはこれだけの仕事はきちんとしますよ、というリリースという意味もあるのです。

奇跡なんかじゃない

「積極的な在宅医療」だ

うちは「積極的な在宅医療」を提唱しています。在宅医療は弱っていくのを見守るだけではなく、良くなる人を良くする医療。例えば胃瘰ですが、病院に肺炎で入院して食事が摂れないと、胃瘰をつくられて家に帰って来ます。家族はご飯をあげるのが怖くなるので、そのまま患者は一生胃瘰になってしまいます。でも我々が診ると、中には本当は口から食べる事ができる人もいます。病院では、食事に手間がかからないために、胃瘰にする人も結構いるんです。

うちでは、そういう方には嚥下の評価をして、呑み込める機能が残っているのであれば、嚥下のリハビリをさせて経管栄養を卒業させることにしています。昨年は1年間で12人の患者さんが胃瘰を卒業し、口からご飯が食べられるようになりました。

食べられるようになると患者さんが前と全然違ってくる。胃瘰のときは無気力で呼びかけても反応がないんですが、嚥下のリハビリを始めてからヨーグルトを食べたりゼリーを食べたりし始める。今度はご飯が楽しみになり目がキラキラしてくるのです。「お腹空いた」とか、診察に行くと「今日は看護師さんいないの？」(笑)とか、会話になったりね。

誤嚥性肺炎で入院する高齢者も多い。誤嚥性肺炎の多くは、口腔ケアが不十分で起き、食事中の誤嚥が直接原因となるものは少ないという。一方で口腔ケアの重要性を認識していない病院も多く、病院の退院時指導とは異なる療養指導を患者さんに行うことも。

ぼくが受け持っている15歳の患者さんにルミちゃん(仮名)がいます。神経難病で完全な寝たきりで、ある大学病院に入院しているときは、てんかん発作を繰り返していました。抗てんかん薬が効かず全身麻酔を1年間かけられて脳が萎縮し自発呼吸も停止。人工呼吸器で胃瘻という状態になり、カテーテルも入って、まさに植物人間のような感じでした。家族が家に返したいと言ったら、小児科の教授から「1週間で死ぬよ」って言われたそうです。病院から自宅に帰った彼女を僕は毎日努力して診療しました。今彼女どうしているか。人工呼吸器が外れてご飯を口から食べて会話もできるようになったんです。現状は、気管切開されているので口をモゴモゴ動かすしかできないですが、こつちが言っていることがわかる。それだけじゃなくリクエストもするんですね。ホワイトボードを持っていて、何が食べたい？つて訊くと書くんです。

そこにはこうあった。

納豆ごはん ルミルミ

大学病院だからその患者さんにとってベストの医療が提供されているとは限らない。在宅医療でも高いレベルの医療ができる。時間をかけたらキメ細かな診療もできるんです。ルミちゃんはもうすぐ胃瘻が外れる。来年は、

気管からカニューレを抜き、切開部も閉じようねと相談しているという。

病院だと、診療マニュアルというルールブックから外れた治療はなかなかできない。病院はEBMに基づいて確率の高いものから順番にやっています。我々はNBM(ナラティブ・ベイスド・メディスン)。患者さんの物語を聴きながら、我々の考えと摺り合わせていく。そこが最大の違いでしょうね。

同じ志を持つ医師とネットワークを増やしたい

悠翔会の在宅医療ネットワークは、早稲田(新宿区)から金町(葛飾区)、品川(品川区)、北千住(足立区)、そして川口・越谷(埼玉県)と広がる。だがエリアをいたずらに増やすのではなく、メッシュを細かくしたいと言っている。例えば、品川エリアは地域のバックアップ病院が充実しているので在宅緩和ケアに重点的に取り組む。一方、江戸川や葛飾ではベッドも訪問看護ステーションも不足がちなので、無床から有床に転換をしたり、看護技術者の育成にも力を入れる。地元のケアマネを対象にした講習会プログラムも地域ごとに開催し、そのレベルアップにも手を貸している。

4月から来ている非常勤の医師は在宅医療で開業を目指しています。お任せできそうであれば、地域単位で「暖簾分け」もしていきます。単体で大きくなるのはエネルギーもかかり間接コストもかかる。同じ志を持つ医師とのネットワークを増やしていきたいですね。

最近「うちでいいんですか？」というほど素晴らしい経歴とスキルを持つ医師もやって来ます。でも最も大切にするのはコミュニケーションの力。患者とその家族と意思を共有できない在宅医療は成立しませんから。僕は、医療はサービス業だと思っています。「診てやっている」じゃなくて「診させて頂いている」という姿勢。でもお客さまだからと言って、へりくだるのではなくて、患者も同じチームの一員として、目標を共有して診療に取り組む。重症度の高い方が在宅で過ごす時代の医療に、一番大切なことだと思っています。

PROFILE

ささき・じゅん

- 1998年 筑波大学医学専門学群卒業
三井記念病院内科入局
- 2000年 三井記念病院消化器内科入局
- 2003年 東京大学医学系研究科博士課程入学
三井記念病院退職
井口病院 副院長
- 2005年 井口病院 退職
金町中央透析センター長
- 2006年 金町中央透析センター 退職
MRCビルクリニック開設/理事長就任
- 2008年 医療法人社団悠翔会と改名

