

第15回 沖縄県医師会ドクターズフォーラム 「在宅医療にせまる」



理事 涌波 淳子



去る3月17日（木）19時より、本会館を配信場所に、標記ドクターズフォーラムをオンラインにて開催した。

今回のフォーラムでは「在宅医療にせまる」をテーマに、コロナ禍でニーズが増えた在宅医療について、県内の在宅医療の現状、現場の苦労話や課題、在宅医療の醍醐味、在宅医療を通じたキャリアプランについて講演いただいた。講演後は、Zoom参加者より質問を受け付けながら意見交換を行ったので、以下に会の模様を報告する。

挨拶

依光たみ枝部会長より下記の挨拶があった。

女性医師部会は2007年に発足し、本フォーラムは今年で15回目の開催となる。部会立ち上げ当初は、育児・介護の支援、キャリアアップ支援、専門医取得に関する相談等、内なる問

題・課題をテーマとして取り上げてきた。徐々に男性医師の参加も増えてきたため、本フォーラムは令和元年より「女性医師フォーラム」の名称から「ドクターズフォーラム」へ改名している。その後、本フォーラムは、社会、外に向けたテーマを取り上げるようになりフォーラムそのものが大きく成長・変化していると感じている。

コロナ禍で医療・介護の現場だけではなく、社会全体が大きく変化している。自宅待機を余儀なくされたコロナ陽性者に対する在宅医療の活動がニュースで大きく取り上げられている中で、「在宅医療にせまる」をテーマに開催する本フォーラムで、沖縄の在宅医療の現状や、苦労話、醍醐味や喜びを聞けることは非常に楽しみである。

本日は宜しくお願い致します。

講 演

(1) 『沖繩県の在宅医療について』

医療法人以和貴会 西崎病院 総合診療科
 沖繩県医師会在宅医療・介護連携統括アドバイザー
 沖繩県医師会医療機能分化検討会議作業部会長
 新屋 洋平

沖繩県では 2040 年に全国で最も高齢者が多い推計指数となっている。これから 20 年ほどは高齢者が増加傾向にあり、医療もそれに対応すべく様々な変革が求められる。

沖繩県の在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数は、全国平均と比較して一定程度存在するものの、訪問診療を受けている患者数は少なく、また、往診を受けている患者数（往診件数）も、宮古島以外は全国平均より少ない。

その結果、自宅や介護施設等における看取り件数が少ない、もしくは適切に看取りが行えていない可能性がある。本県における死亡数の将来推計では高齢化を背景に 2010 年を 1 とした時に、2040 年には 1.4 ～ 1.5 倍となることから、療養病床数が横ばいと見込まれる中、看取りの場所の確保が大きな課題となってくる。

加えて、未婚若しくは離婚による独居の高齢者の増加や、家族の介護力の低下により、身近な介護者の確保が困難となり、支援対象者はますます複雑化、困難化していく。支援が必要な高齢者の増加により、今後は、介護施設等において医療や介護ケアを受け、人生の最終段階を迎える高齢者が増加していくことから、このような方々に対し在宅医療として、施設への訪問診療や往診、自宅での療養を支える医療機関及び医師の増加が望まれる。

(2) 慢性呼吸不全患者の在宅でのアドバンスケアプランニング

名嘉村クリニック 名嘉村 敬

「Advance Care Planning」とは、「年齢と病期にかかわらず、成人患者と、価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセス」と言われている。在宅医療においては、疾患、年齢から予後が長くないと想定されるとき、

または機能が著しく低下した時にその人らしく過ごすにはどうしたらよいかを一緒に共有していくことが、「Advance Care Planning」であり、その共有するプロセスが重要と感じている。

在宅や施設で診てきた気管支拡張症や間質性肺炎、独居の四肢麻痺の患者さんには、外来や入院時点から疾患が進行性であることや、病気になると起こり得る事、急変時の対応方法などの説明を行ってきた。生きたいという気持ち、時には治療への恐怖も聞き取りながら、どのように治療したいか投げかけを行ってきた。また、家族からは本人にネガティブな内容は説明しないで欲しいということや、患者側からは、家族と向き合うことが難しいので自身のいないところで話をしたいなど欲しいなどの要望を受けることもあった。他には、患者本人が自身の寿命を短くする行為をしていることもあった。そのような時に、どう感じ、どう患者に向き合ってどう伝えるか、本人の意思や患者の周囲や家族が何を考えているかを思いながらやり取り、対話を行い一緒に考えを共有し合うプロセスそのものが ACP だと考えている。

ACP の効果として、患者本人の QOL の向上や遺族の不安が軽減されることが挙げられるが、実際には癌の終末期でも行われなことが多く、普及が進んでいない。普及が難しいのは、個人的特性よりも、医療の構造的な問題が大きいのではないかという意見が海外の論文にもある。

個人的には、構造的な問題（仕組み）をすぐ変えることは簡単ではないが、法人のサービスとして ACP の取組を進めていきたいと考えている。ACP を進める上で、医師として医学的知識（Speciality をもった Generalist）を有し、人として、言葉・感情・行動を学び、チームリーダーとしての医師の役割を意識すること、更には、患者との信頼関係の構築をどのように図るか考えていくことが求められると個人的には考える。

ACP はプロセスであり、患者と信頼関係を構築し対話を続けていくこと、仕組みづくりは重要だが、それぞれの職種としてできることから始めて取り組んでいきたい。

(3) 離島診療所から基幹病院まで～在宅医療の魅力～

沖縄県立中部病院 安座間 由美子

医師5年目から2年間のへき地離島勤務を通して、離島の患者への在宅医療のアプローチがうまくできなかった反省から、外来、在宅、緩和ケア、離島の代診を行っている現在の勤務先の地域ケア科にて研修を行った。これまで、急な対応、医療的に開業医の先生に依頼するには負担になるような症例や、単発（短期）の症例、様々な訪問診療を経験した。

その後、2回目の離島勤務として久高診療所に3年間勤務し、その間、新規の訪問診療を4件（悪性腫瘍3件、慢性腎不全1件）導入した。4件中、島での在宅看取りが2件、島の施設看取りが1件、本島の病院に入院看取り1件を経験した。

島で看取った中で工夫した点は、家族から意思決定について相談を受けることが度々あり、アドバンスケアプランニングを少しずつ話していくようにしたことである。家族との話し合いで不安の軽減が図れたことから、在宅を試してみるうちに、患者自身の表情が明るくなる変化をみて家族も最期まで看れるという気持ちになり、在宅で看取ることができた。久高島の経験を通して、医療問題だけではなく、介護問題が大きい感触をうけることがあった。

実際に経験した在宅医療を、これからの先生方へ伝え、還元することが普及する方法の一つと考え、現在の勤務先にて緩和ケアチームの専従医師として勤務すると共に、地域ケア科として在宅緩和ケアも行っている。その中で研修教育にも関わり、後期研修医（1か月）や初期研修医（2日間の希望制、令和4年度から1週間必修）に緩和ケア、訪問診療の場を見せる工夫をしている。

今後の取組として、初期研修医にローテーションを通して、どの診療科を選択しても在宅医療が不可能ではない、選択肢にあるということ意識付けしたいと考えている。緩和医療専門医認定研修施設を取得したので、若い人材に

在宅医療を見てもらう機会を作ること、また、緩和ケア外来と地域のクリニックの連携強化、現在離島医療で在宅療養・緩和ケアに関わっている若い医師の相談や支援を行っていきたい。

(4) 在宅医療でできること

医療法人真成会 ゆずりは訪問診療所

屋宜 亮兵

訪問診療に興味を持ち始めたきっかけは、初期研修医としてER型救急で勤務していた当時来た患者さんに集約的な治療を行うことが一般的で、社会から隔絶して適切なタイミングで医療を受けられない患者や、助かる見込みがないのに集約的な治療を受ける患者の尊厳を考慮することがあり、医者への往診の必要性を感じたことである。勤務先変更を機に救急集中治療をしながら、訪問診療をやり始めた。その後、診療所を開設し、現在は訪問診療所、訪問看護ステーション等4つの事業所を運営し、医療度の高い患者や社会的に問題のある、社会から断絶され医療を必要としている方にも介入している。

在宅医療とは「訪問診療を含めた在宅で行われる医療の総称」である。在宅医療は、主治医が通院困難と判断した患者さんで、居住している場所でのみしか受けられない。但し、年齢制限はない。一般的な訪問診療導入の流れは、主治医が判断し、本人・家族の意向を確認し、クリニックや家族、ケアマネジャーなどから訪問診療介入の依頼を受けることになる。訪問診療は「第三の医療」とよく言われ、その特徴は、医療保険と一部介護保険を使うことである。個人的に、介護保険は生活に関わる保険というイメージがあり、訪問診療は患者の生活にも関わる診療であると考えている。外来・入院との違いとして、外来・入院治療の究極的な目標は「疾患の管理治療」である一方、訪問診療のそれは「本人の希望する療養の継続」であることと考えている。

訪問診療は生活にもかかわっていく診療であり、医者一人だけの介入は難しく、在宅チームの形成が重要となる。多職種で連携し調整することが多い。地域の資源を活用しないとうまく

生活できない患者さんもたくさんおり、福祉制度も利用しながら訪問診療を行っている。

訪問診療での医療行為は、ほとんどの事は出来ると考えているが、病院にあって在宅にないものに、「設備や道具、人員、権威（歴史?）」と考えている。権威（歴史）については、例えば、肺炎になれば入院と認識している患者が多く、在宅でも同じ治療ができると説明しても家族までも入院という理解があり、今まで培ってきた歴史が安心につながることでありと理解している。この3つを要因に病院受診となるケースはある。

在宅医療でできることとは、患者の生活に即した24時間対応できるオーダーメイドの医療である。縛りはあるが、工夫次第で大抵の医療処置はできると考えている。

意見交換

進行者及びZoom参加者から寄せられた質問について、4名の講師と次のような意見交換を行った。

■いつから在宅をやろうと思ったのか

→離島診療所の勤務経験をきっかけに、島で最後まで過ごしたいという患者さんの希望に応えるために知識や能力を修得したかった。

→実家のクリニックが在宅診療を行っていたことから、在宅でもできる医療が結構幅広くあることを感じた。

→初期研修医の時に、医師が患者さんの家に行くことの必要性を感じたため。



■どんなスキルが在宅医療には必要だと思うか

→在宅や施設で最後まで過ごすことを希望している患者が、辛くなってきたときに何処でどのように過ごしたいか迷いが出てくることもある。その話を聞きながら一番良い方法を探し出せるコミュニケーション能力。

→どの専門性でもよいが、専門的な知識という武器。それに応じた患者を在宅に導入しやすいと考える。

→疾患ではなく人を見よという言葉があるように、患者さんを人として見れる能力。

→患者さんが希望することを実現させてあげようとする気持ち、チャレンジ精神。

■いつのタイミングで在宅に繋げるか、病院に求めることはあるか

→病院の専門医の先生方に良くなる見込みを冷静に判断していただければと思う。

→患者さんが在宅を希望した際、どうやれば一日でも早く帰れるか、在宅につなげられるかを患者さんの言葉を拾って関係部署へ繋げることで、院内で共有をしていただきたい。

→在宅医療につなげるには、医師の判断はもちろんのこと、医療ソーシャルワーカーの能力も必要なので人材確保に力をかけていただきたい。

→病院でしかできない治療はもちろんあるが、家に帰りたいと患者さんが話した時点で、訪問診療先へ治療継続の可否を聞いていただきたい。

■帰りたい患者に、家族が拒否する場合の対応について

→自宅に帰せる能力がある専門の方、訪問診療の経験豊富な医師や、医療的な訪問看護や往診の連携経験があるケアマネジャー、在宅医療で看取りをしている訪問看護ステーションなどに繋ぐのが非常に重要である。

→支援者たちは、医療や介護の問題、金銭的な問題、漠然とした不安を抱えるが、帰りたいという意思があるときは病院と同じ質の医療や介護のケアを求めているわけではなく少しのケア

でいいので、患者さんの希望を叶えてあげられるように、病院や在宅医の説明が必要と感じる。
→外出や外泊を通して意外と在宅でできると思ってくれるケースもあるので、利用について話すことも方法の一つと考える。

■在宅に帰せないケースはあるのか

→患者さん要因で在宅に返すことが大変だと思うことはないが、病院から短期間で返されると準備が整わず困る場合はある。
→患者を待たすことで状態が悪化するのはいくつかないので、短時間でも受け入れ、その後在宅医療チームのビルディングをすることも一つの方法かと考える。本人が自宅へ帰ることを希望したが、訪問診療が入ることを伝えられていないケースがあって困ることはある。

■診療所との訪問診療の連携について

→近隣の診療所から直接介入依頼の相談を受けることもある。ケアマネジャーはもちろん、診療所に通院する家族からの相談もあり、主治医意見書を貰ってきて始まるケースもある。
→病院からの訪問診療がメインではあるが、お互い顔見知りの関係で診療所の先生から依頼を受けるケースはある。診診連携の構築具合によると思う。
→悪くなったイベントで入院後に在宅へ繋がる流れがほとんどだと思う。訪問診療される先生方が対応できる医療は何か等の情報が分かれば、クリニック側から患者さんの紹介先を調べられ、安心してお願いが出来るので、県医師会のホームページ等で訪問診療を行う医師(施設)の情報ページを作っていただきたい。
→各地区医師会では、市町村より「在宅医療介護連携推進事業」を受託し、在宅医療をしている医療機関は在宅療養支援診療所と病院としてプロットされているマップはあるものの、その詳細な中身は載っていないのが実情である。

■訪問診療医の先生方が訪問看護に求めること

→熱い気持ちがあれば十分とは思いますが、訪問診療

していない先生のかかりつけ患者さんに対する訪問看護はとても大変だと思うので、その時に訪問診療の先生や地区医師会との連携が必要となる。
→経験や専門性が必要と考える。
→訪問看護として医者に言うべきことは遠慮なく教えていただきたい。
→医師より看護師の方が患者と接する機会が多いので、病態・病状だけではなく本人の療養を継続させるという意味では、生活まで見てくれる看護師だとありがたい。

■アドバンスケアプランニングをもっと病院でやってほしい

→体が弱り始めた、介護保険を使い始めた、癌と診断された等、人生の様々なきっかけで自分の死を自覚するタイミングで家族と向きあうことがいいと考える。また、敢えてACPをしたくないという選択肢も重要である。
→患者さんと都度話をするプロセスが大事と感じ、外来でも取り入れている。総合内科系の若い医師への教育の一つとして、ACPを教えることもあっても良いかもしれない。
→ACPについては医師に限らず信頼できる看護師が相手でもよいと考えている。ただ、患者さんがこういう話をする場がそもそもないので、看護師外来を作る話が出ている。また、若い時から家族に向き合う意識が患者側にも必要であり、ACPの普及は必要なことと考える。
→訪問診療導入時に必ず話すようにしているが、医師が話しかけることはただの呼び水とっていて、最終的には本人・家族がどう思っているかということになる。

総 括

涌波淳子沖繩県医師会理事より、次のとおりコメントがあった。
各先生方の素晴らしいお話と意見交換では在宅の形、或いは考えるべきことを引き出して頂き感謝申し上げます。

在宅イコール自宅だけではなく、施設も含め、患者さんが住み慣れた場所で医療と介護を受け

ながら良い人生を全うできるように社会全体で支えるシステムが必要と感じた。

印象に残った言葉を紹介したい。「必要があれば不可能なことも可能になる」という言葉であるが、30年ぐらい前は不可能だった在宅医

療が現在可能になっている。これを今後も私たちは継続していきたいと感じた。

本日の演者になってくださった全ての先生方そして全ての関係者の皆さんに心より感謝して私の挨拶とさせていただきます。

印象記



沖縄県医師会女性医師部会委員 知花 なおみ

毎年女性医師部会が行っているドクターズフォーラムでは、様々なテーマを取り上げていますが、今年は「在宅医療」というホットなトピックを取り上げました。「在宅医療には日ごろからいろいろお世話にはなっているものの、その実情がどうなのか、どうつなげたら良いのかわからない」という声からこのテーマになりましたが、予想した以上の様々なお話を伺うことができ大変勉強になりました。

今回のフォーラムでは、在宅医療を実践されている若手の先生4人にお話していただきました。それぞれの先生が、若い頃から在宅医療を自身の専門領域の選択肢として挙げ、それに合わせたキャリアを形成していること、そして自分がやりたいことをはっきり描きながら毎日診療されていることがよくわかりました。今は初期研修の時点で訪問診療を研修できるという、私が研修医だった頃と医療制度やキャリアの選択肢が大きく変わっていることを実感しました。

高齢化社会、独居、介護、ACP、緩和ケア、医療・介護のチーム医療など、講演ならびに質疑応答の中で、これからの医療のキーワードとなる言葉がたくさん出てきて、私たちが対応しなければならぬ課題、それに対するヒントがたくさん提示されたフォーラムとなりました。そしてそれらに対して若い先生方が柔軟に、そして新たな方法で道を作っている姿を目の当たりにすることができて、私たち医師が活躍できる場が病院や診療所以外にもたくさんあることもわかりました。ただしそれは医師だけではできないこと、医療、介護、そして家族ともチームを組んで対応しなければならないこともわかりました。

このコロナ禍でみられた病院や診療所に対する受診抑制、そして入院した際には面会が厳しく制限される中、在宅医療が注目されています。特に医療が逼迫した際には悪い意味での介護施設でのコロナ診療が余儀なくされました。沖縄県内でも医療者ならびに患者、家族を交えて、訪問診療について理解し、それをうまく活用することが求められていると実感しました。

新しい分野の盛りだくさんの内容で時間が足りず、もっとお話を伺いたいので、「在宅医療にせまる 第2弾」の開催を希望し、印象記を終えたいと思います。当日ご参加いただいた皆さま、そして講師の先生方、事務局の皆さま、ありがとうございました。来年のドクターズフォーラムもぜひ期待してください。そしてご参加を心からお待ちしています。