

患者・家族との信頼関係の構築が基本

仙台往診クリニック院長 川島孝一郎さん

在宅医療専門の診療所「仙台往診クリニック」を、11年前の1996年に開業した川島孝一郎さんに在宅医療の意義や課題、今後の方向などを聞いた。川島さんは患者・家族との信頼関係の構築を強調した。

在宅医療を知らず説明できない医師が多い

—はじめに在宅医療に力を入れるようになった経緯についてお伺いします。

専門は神経内科で、大学病院にいたころ人工呼吸器をつけて5年も10年も入院している患者がたくさんおり、診察の合間に話しをすると「自宅に帰りたい」と言っていました。一方、医

療関係者の間では重症者は自宅に帰れないという思い込みが強かった。

そこで、希望する患者を自宅に帰してあげたいと考え、1996年に仙台往診クリニックを開業し、外来医療を全く行わず在宅医療だけに取り組みました。当時、そのような診療所は日本にはほとんどなかったと思います。

開業するにあたっては大

学病院をはじめ市内の12、13の病院すべてに自分のクリニックのパンフレットもって回りました。

—現状はいかがですか。

当クリニックの医師は私も含めて常勤が5人、非常勤が5人の10人体制で365日24時間対応しています。そのほか看護師5人、事務職7人です。

患者の約9割は病院からの紹介で、入院中に病院に行き本人や家族と話し合い、帰る体制を整えます。

最初は患者本人も家族も「本当に大丈夫なのか」と、自宅での療養や看取りに懐疑的です。それは病院の医師が在宅医療の実態を知らず、説明できていない証拠です。そこそが最大の問題なのです。

医療的な重症度は在宅に戻れるか否かの指標にはなりません。脳死の患者でもICUから帰すことができ

ますし、独居でも看取ることができます。問題なのは「介護できるかどうか」です。いままで重症度を理由に断った患者は一人もいません。

**患者は約240名
要介護5が8割**

対象となるのは、疾病やケガにより通院困難で、家でも医療的処置が必要な人です。現在、約240人の患者をみています。このうちがんのターミナルの患者は40人ほどです。また人工呼吸器をつけている方が40人、在宅酸素が60人、胃ろう・経管栄養が90人など。患者の状態像は要介護5が全体の8割を占め、4が1割、残りは3と2です。

開業以来、約1500人の患者をみてきており、そのうち800人ぐらい看取ってきました。

一番遠いところで30km離れている人がいますが、多



■かわしま・こういちろう 1954年山形県生まれ。東北大学医学部大学院卒、医学博士。酒田市立病院など勤務の後、96年に在宅医療専門の診療所「仙台往診クリニック」を開業。現在、東北大学医学部臨床教授なども務める。厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」委員。

くは半径10km圏内です。

移動は自動車です。仙台は城下町で入り組んだ細い道が多いことや冬場の雪への対応するため、軽自動車と四輪駆動車を全部で15、16台所有しています。

車には緊急時に必要な飲み薬や点滴などを積んでいますが、必要なものは基本的に患者宅に置いてあるので、手ぶらでも行くことができます。

患者には夜間の連絡用に担当医師の携帯電話の番号を伝えてありますが、緊急時には近くにいる医師が駆けつけることもありますので患者の情報共有は大変重要です。毎朝1時間ぐらいは看護師や事務職と一緒にミーティングをしています。

24時間対応は患者のニーズの根幹

——昨年度の診療報酬改定で創設された在宅療養支援診療所をどう評価されますか。

おおむねよいのではない

でしょうか。制度化したのはいは我々のような体制を取っている診療所がより機能しないといけないということ。届出の要件でもっとも重要な点は24時間対応できる体制をとることです。それは患者のニーズの根幹です。

——24時間対応を進めるうえで大切なことはどのようなことでしょうか。遠方の方への対応は。

患者やご家族と、できることとできないことを十分に話し合っ、人間関係・信頼関係を構築することがもっとも重要です。お互いが対立する意見を言わなければならぬ場合もありますので、対立する意見を言い合える関係づくりが必要。日常的な話し合いがうまくできない、人間関係づくりをできない医師には在宅療養支援診療所は運営

できません。

遠方の場合は、駆けつける前に亡くなるかもしれないというデメリットについても話し合い、「それでもいい」という患者さんを診ています。何でもかんでも話し合いです。話し合いを通じて患者さんのニーズを引き出し、何が可能か、その限界についてもすり合わせを行う。だから独居でも大丈夫なのです。

——「24時間対応はできない。なぜそんな要件を求めているか」という声もあります。

昨年4月の診療報酬改定で、寝たきり老人在宅総合診療科（在総診）と在宅時医学管理料（在医管）が再編され、在宅医学総合管理料（在医総管）が新設されて、在宅療養支援診療所として24時間対応できる体制について評価が引き上げられました。また、在宅末期医療総合診療科（在医総）

の算定要件として在宅療養支援診療所であることが規定されました。

その背景には改定前に在総診の24時間連携体制加算が算定されている場合でも実際には対応できていなかった事例があったからです。個人の開業医だから24時間対応は無理、というわけではない。たとえばあまりにも疲れがたまり1週間休みが必要だといった場合は、紹介状を用意して、「何かあったら訪問看護ステーションに連絡し、駄目だったら後方病院にいつてほしい」と患者や家族と話し合っておけばよい。患者や家族とよい関係になれば、「先生、休んでください」と言わないはずがない。

結局は、医師・患者関係をいかに構築するかです。

90の居宅介護支援事業所などと連携

——在宅介護は他の事業所と

の連携、多職種連携が必要ですが、どのように進めていますか。

当クリニックは訪問看護ステーションを併設しておらず、他の事業体の訪問看護ステーションと連携しており、その数は30カ所にのぼります。5人いる看護師の仕事は訪問看護ステーションからの情報収集と指令が中心です。ただし、がん末期で急変した場合など、かなり変動が激しい患者にはうちの看護師が向うくともあります。

そのほか、訪問介護30カ所、調剤薬局10カ所、入浴サービス11カ所、居宅介護支援事業所とは90カ所と連携しています。

病院も診療所も訪問看護ステーションも、そして居宅介護支援事業所など何から何まで運営している事業体がありますが、そうすると事業体の方針や状況に患者が規定され、言いなりに

なってしまうがちです。状態が悪くなれば「すぐに入院しましょう」、よくなれば「うちのヘルパーをつかいましょう」となり、「医療操作」になってしまふ。なるべく他の事業体の人が加わり、それぞれに別個の意見を言いあえる関係をつくるのが重要です。

10万人に1カ所は「特化型」在宅診療を

療養病床の再編成が進められようとしています。

療養病床の再編成については厚生労働省の政策的な判断であり、私はいとも悪いとも思っていない。しかし、受け皿は至急つくらなければならぬ。

在宅療養支援診療所として届出ているのは現在、約1万カ所。カテゴリーとしてはうちのようない「特化型」と「従来型」があり、前者が1千カ所、後者が9千カ所ぐらいます。

一人医師の診療所が多いわけだから1年間で10人看取ればいい。私の調査では、年間10人以上看取っている診療所は全国で約1千カ所あります。

それが現状ですが、これから必要なのは、複数の医師で在宅医療を進め、年間の看取りを100人程度は行う、当クリニックのような「特化型」の在宅療養支援診療所です。

仙台市の状況を見ると、当クリニックは大体年間1000人を看取っています。また、がん患者だけに対応している診療所があり、ここでは年間約2000人を在宅で看取っているの、合計すると年間3000人。仙台市は100万人都市で、がん患者は年間25000人亡くなりますので、二つの診療所で亡くなるがん患者の10%を在宅で看取っている。したがって、がん患者の30%を在宅で看取するには

同じような診療所をさらに4カ所整備して全部で6カ所にすれば達成できます。

仙台の例から10万人の都市について考えると、亡くなるがん患者は2500人。

一方、5人程度の常勤医師が動く「特化型」が1カ所あれば1000人を看取ることができ、4割のがん患者を在宅で看取る計算になります。日本には人口10万人に対して医師は211人程度いますが、そのうち5人程度が「特化型」を運営すればいいわけです。

現在、都道府県が策定を進めている平成20年度からの医療計画で重要なのはこの「特化型」を重点的に増やすことではないでしょうか。同時に、「従来型」も年に10人は無理でも、去年2人だったのを今年は3人看取るようにすれば全体の底上げになります。

また、診療所間の連携も大切です。「特化型」が生

まれないところでは数カ所の診療所が連携して取り組めばいい。たとえば長崎市では医師会が先導して50数カ所の診療所が在宅ドクターネットをつくってがんの末期などもみている。そこでは在宅での看取り率は30%に達しています。

こうした対策を、介護療養型医療施設を廃止する平成24年度末までに完了しないとイケないし、計画の最終年には人口5万人に1カ所整備することを目指すべきです。

今、全国の在宅での看取り率は14%程度ですが、仙台市は18%です。今後、当クリニックの患者数が増えれば地区分けをするか、あるいは重症対応部門と軽症対応部門に分けて対応していくことを考えています。

終末期ガイドラインは原則を定めればよい

——在宅で看取りまでできる

医師の養成に向けて提案はありますか。

まずは、がん末期の疼痛管理や鎮静などの緩和ケアの習得は最低限必要です。「あらゆる医療の目的は緩和だ」という医師もいるくらい医療には必ず緩和の要素が入っています。緩和医療については看護師なども含めて理解しておくことが必要です。

そして、個々の症例に合わせて看取りの体制を組めるよう整備・工夫することが必要です。

——終末期医療のプロセスについて医療従事者のチームで判断していくガイドラインがまとまりました。

ガイドラインは原則を定めればよく、あれ以上締め付ける内容では現場は大変なことになります。大事なことは、終末期医療のあり方は普遍化・標準化していくことはできず、立法化は

できないということが大前提です。

たとえば脳死状態の患者がICUにいたとします。本人が臓器提供の意思表示をしていなければ呼吸器を外すわけにはいけません。現場の医者は「どうしよう。困ったな」と思う。迷った場合にはそのままにしておいて良いのです。それを何とかしようとするから「呼吸器を外す」という結果を求めようとする。この思考過程が問題なのです。つまり、医師は原因に対して結果を求めようとする。そのような結果が必要なのではなく、現在の状態が生きていることなのだからその状態を保てば何も問題はありません。

呼吸器を中止することが認められるのなら、肺移植を行った人が「この肺は他人の肺だから他人に生かされるのはいやだ」といったときに、「ではその肺を外

して死に至らしめましょう」ということが許されるでしょうか。呼吸器を中止するか否かはとても深い意味合いが隠されているので、付けたものを外す＝足したものを引くという単純な思考過程で行われることではないのです。

——最後に行政などへの要望を。

まず、医師には患者・家族との関係をもっと良くしてほしいと訴えたい。

行政に対しては、在宅ケアを進める上で患者が家で暮らし続けられるように規制緩和を進めることを求めます。たとえば胃ろう・経管栄養については養護施設等では教師が行ってもいいことになっていますが、それをヘルパーができるようにしていくことなどを早急にやってほしい。ヘルパーの吸引なども促進してほしいですね。