

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**

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つた。

——はじめに在宅医療に力を入れるようになつた経緯につ

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、診察の合間に話しきる

ると「自宅に帰りたい」と言つていました。一方、医

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つたと思ひます。

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つたと

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つて回りました。

――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。それ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

患者は約240名
要介護5が8割

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。今まで重症度を理由に断つた患者は一人もいません。

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人ぐらい看取つきました。

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

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台
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。

おおむねよいのではないでしょうか。制度化したの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です。届出の要件でもつとも重要な点は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。

でしょうか。制度化したの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です。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。

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。

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つた事例があつたからです。

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つた場合は、紹介状を用意して、「何かあつたら訪問看護ス

テーションに連絡し、駄目だつたら後方病院にいってほしい」と患者や家族と話し合つておけばよい。患者や家族といい関係にあれば、「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

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。

**24時間対応は
患者のニーズの根幹**

おおむねよいのではないでしょうか。制度化したのは我々のような体制を取つてゐる診療所がより機能しないといけないということです。届出の要件でもつとも重要な点は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。

対応は、
——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、できることできることを十分に話し合つて、人間関係・信頼関係を構築することがもつとも重要です。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です。日常的な話し合いがうまくできない、人間関係の遠方の場でできません。

——「24時間なぜそんなか」という声の限界につけを行ふ。大丈夫なの引き出し、通じて患者話し合いでいい」といってます。

医学管理料編され、在料（在医総）で、在宅療して、在宅療して24時間について評

遠方の場合は、駆けつけ
る前に亡くなるかも知れないと
いうデメリットについて
でも話し合い、「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。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。

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。

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ります。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カ所になります。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出向くこともあります。

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し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

院しましよう」、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」になってしまいます。

なるべく他の事業体の人々が加わり、それぞれに別個の意見を言いあえる関係をつくることが重要です。

10万人に1カ所は 「特化型」在支診を

——療養病床の再編成が進められようとしています。

ては厚生労働省の政策的な判断であり、私はいいとも悪いとも思っていません。しかし、受け皿は至急つくらなければならない。

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「特化型」と「従来型」があり、前者が1千カ所、後者が9千カ所ぐらいです。

なってしまいがちです。状態が悪くなれば「すぐに入院しましよう」、よくなれば「うちのヘルパーをつかいましよう」となり、「医療操作」になってしまいます。

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。

仙台市の状況をみると、当クリニックは大体年間100人を看取っています。また、がん患者だけに対応

市について考えると、亡くなるがん患者は250人。

かから必要なのは、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。

仙台市の状況をみると、当クリニックは大体年間100人を看取っています。また、がん患者だけに対応

しますが、そのうち5人程度が「特化型」を運営すればいいわけです。

仙台市は100万人都市で、がん患者は年間2500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ます。したがって、がん患者の30%を在宅で看取るには

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250人。

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つ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いけないし、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

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かない。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。それを行うかしようとするから「呼吸器を外す」という結果を求めるようする。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。

—最後に行政などへの要望を。

まず、医師には患者・家族との関係をもつ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る。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つ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。

して死に至らしめますよ」ということが許されるでしょう。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。足したものを見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。