

社会・地域とともに成長する医療を考える

最新医療経営

フェイズ・スリー

Phase 3

11

2015. November
Vol.375

【特集】

独自アンケート調査を実施

都道府県の担当者が語る

地域医療構想

の今

特別企画

地域医療の“いま”を訊く



長尾和宏

長尾クリニック院長

地域医療の“いま”を訊く

特別
企画

長尾 和宏

長尾クリニック院長

開業医・地域と 「まじくる」なかで 「支える医療」を 提供してほしい

「ときどき入院、ほぼ在宅」や「まあまあ医療」という言葉に代表されるように、「完治」だけでなく「治らない病気を支える」ことも医療の重要な役割として認識されるようになってきている。そのような医療のあり方が模索されるなかで、医療提供者はどのような動き方が求められているのか。また、その際の医療経営のあり方はどのようなものになるのか。今回は自身で在宅医療に従事し、政策立案や患者・一般市民向けの啓発活動にも取り組む長尾和宏・長尾クリニック院長に話を聞いた。



ながお・かずひろ
1984年、東京医科大学卒業。
同年大阪大学第二内科入局。同年、
聖徳病院。86年、大阪大学病院第
二内科。91年、市立芦屋病院内科。
95年、兵庫県尼崎市に長尾クリニック
を開業。2006年、在宅医療養
護診療所登録。現在に至る。
日本慢性期医療協会・理事、日本
ホスピス在宅ケア研究会・理事、
日本尊厳死協会・副理事長、関西
支部長、全国在宅医療支援診療所
連絡会・理事、一般社団法人エン
ドオブライフ・ケア協会・理事、
NPO法人つどい場さくらちや
ん・理事、一般社団法人抗認知症
薬の適量処方を実現する会・代表
東京医科大学客員教授 高齢総合
医学講座

入院初期に「見立て」を行い、退院後についての説明もしておくべき

——長尾先生は「平穏死」を提唱し、終末期医療のあり方について一般市民向けに著書を出すと、さまざまな啓発活動に取り組まれています。現在の医療のあり方で特に課題と思われることはどんなことがありますか。

やはり「治す医療」から「支える医療」へと言われるように、医療のあり方が大きく変わってきていることを前提にして、患者さんに接する必要があると思っています。いかに支えるか、どこまで支えられるかを、患者さんに対して明確に伝えなければならなくなっているのです。

患者と医療者の間での医療に対する期待度の違いは、在宅医療の現場にいても感じますが、急性期病院はこの問題が一層深刻になっているのではないのでしょうか。患者さんやご家族はどうしても「病院は病気を治してくれるところ」と信じているから。この差を埋めるには必ずしも完治するとは限らないことを知ってもらうしかないでしょう。それがないと、「治ると信じて入院させたのに、治らない」という不満につながりかねません。

入院時に、前提として治せない、あるいは「状態を安定させてもせいぜいこのくらい」「予後もこのようなことが起こるかもしれない」ということをしっかり説明する。退院時支援や退院調整などがかなり意識されるようになり、診療

報酬上でも評価されるようになっていきますが、じつは「退院調整」ならぬ「入院調整」こそが重要です。

——具体的にはどのようなことが必要でしょうか。

入院を検討する段階で「入院調整」のかたちで見直しを立てて、それを患者さんやご家族に伝える必要があります。特に後期高齢者の場合、いたずらに入院すると長期臥床による廃用症候群や認知症の合併が懸念されます。つまり入院によって病気がつくられる可能性が生じるのです。それを避けるためにも「ここまでは状態を安定させられるだろうけれど、それ以上は難しいかもしれない、それでも入院しますか」と見立てを示し、ご自宅での療養を勧めたり、慢性期病院への入院を勧めることも検討すべきです。

インフォームド・コンセントと パターナリズムは支援の両輪

——患者さんや家族も自分がどのような医療を受けるのかということについて考え、判断する必要があるという点です。ただ、そうした判断を下す場合に当然、専門職として多くの情報を持っている医療者の情報の出し方としても重要になりますね。

日本の医療界はインフォームド・コンセントをもっと深掘りする必要があると思います。よ

パシテイ・アクト(意思決定能力)法」という法律が制定されています。リビングウィルのような事前指示書がない場合や意思決定ができない場合に、次善の策としてとられています。判断能力が不十分なために、財産管理や健康保持などについて決断を迫られる状況にあるにもかかわらず自ら意思決定をすることができない成年者を支えるにあたって、まずは「周囲」に対して、本人に対する「自己決定支援」を試みてもらうのです。

支援する「周囲」のメンバーには特に制限を設けておらず、「その人をよく知っている人」であることが条件になります。親族とは限りません。友だちでも誰でも対象になります。その人が何を望んでいるのか誰もわからない。それなら、皆で話し合っ、落としどころを探り、そうして出した結論については法律で担保しようというわけです。

——日本でも現場レベルではそうした取り組みが見られますか。

実際、ケア会議はこれに類する意思決定支援を行っています。サービス内容を決めることももちろん重要ですが、いろいろな分かれ道があります。医療面でもイザとなった時に救急車を呼ぶかどうかなど、さまざまな意思決定支援を行っています。ただ、現在は必要に迫られて何となく決めています。ただ、会議という形で決め、そこで決めたことを尊重していく土壌をつくっていくことが必要でしょう。

現場では「インフォームド・コンセントを取ったかどうか」が気にされがちです。もちろん、万が一トラブルになった時のために必要だということとはわかりますが、医療提供で本当に問題にすべき点はそこではないはず。伝えるべき情報を伝え、納得してもらうことが本来のねらいで、そのためには当然、話し合いも求められます。医療者が一方的に説明して同意書にハンコを押してもらうことではないのです。

私も「病院で『胃ろうをつくるかどうか、明日までに決めてきてください』と言われて困っている」という相談を受けることがよくありますが、これではインフォームド・コンセントとは言えません。即断できるものではないし、自分たちだけで決められるわけではない。

当然、医療者が相談に乗るべきで、仮にそうした相談が苦手だというなら、かかりつけ医や在宅医に任せるのも選択肢の一つです。病院の先生方のご尽力には本当に頭が下がる思いですが、それを前提にして言うと、もっと在宅医の力を活用してほしい。開業医、なかでも在宅医はインフォームド・コンセントについては病院の医師より得意だと思います。

そうした意思決定支援は、スピリチュアル・ペインも含めて十分なケアがあつて初めてできることで、その一つがインフォームド・コンセントだと考えています。当然そこで患者さんやご家族は「先生はどう思いますか」「先生の親だったらどうしますか」と聞いてくるし、「私ならこうします」と答えるでしょう。パターナ

——話し合う相手としてはどんな方々が考えられますか。

在宅医として考えてみると、ケアマネジャー、訪問看護師、リハビリセラピスト、デイサービスの介護スタッフ、訪問入浴スタッフなど、普段の生活支援に関わっている方々とは日常的に話し合いを持っていますし、民生委員やお隣さん、友人に話を聞くケースもあります。「おひとりさま」時代とはいえ、世話焼きのオッチャン、オバチャンはいるものです。

現在の日本では、主治医の独断ですべてが決まってしまう。医師の人生観や哲学、考え方はさまざま。にもかかわらず、治療方針はそれらによって左右され、患者の運命も決まってしまういかねない。それが医療のあり方として良いのかというと、かなり疑問です。これからの社会では意思決定支援は一人でなく皆ですというところが大事だと思います。

開業医との勉強会では 病院には「聞き役」に回してほしい

——地域ぐるみで「支える医療」を提供するわけですね。そうすると、開業医と病院の連携がますます重要になってきそうです。在宅医療側から見ると、病院にどんなことを期待しますか。

先ほども言いましたが、病院の皆様の頑張りには本当に頭が下がります。そのうえで言うと、まずは普段から勉強会や地域の催し物に顔を出

リズムと言えなくもありませんが、これは許容できるものでしょう。パターナリズムというところでも否定的な印象を抱かれがちですが、医療者側のほうが情報量が多いのですから、信頼関係のうえでのパターナリズムは否定すべきものではないと思います。むしろインフォームド・コンセントとパターナリズムは両輪だと思います。

患者の意思決定支援に対する 法的裏づけが重要になる

——患者側の意思決定支援のあり方が問われてくるのですか。

ただ、忘れてはいけないのが、認知症の患者さんが増えるという点です。65歳以上の5人に1人が認知症を抱え、2025年には700万人を超すと言われます。いくらリビングウィルが大事と言っても、認知症を抱えた患者さんでは事前に意思を聞き出すのは難しくなります。そこで家族の決定が求められるわけですが、本人の意思と家族の決定がしばしば食い違うことが起きてしまうのです。

そこで、「ベスト・インタレスト」という考え方が注目されるようになっていきます。「その人らしい生き方を模索する」という主旨で、本人の意思がよく分からない場合、家族や友達が、医療者が集まって本人が何を望んでいるのかを推定し、支援方法を決めるというものです。イギリスでは2005年に「メンタル・キャ

していただきたいです。

病院が「地域医療に参加する」となると、たいてい病院主導で、内容も病院の宣伝になってしまい、難しい手術ができるとか高度医療を担える最新医療機器を導入したとかいうアピールを聞かされることになる(笑)。「皆さんの病院から退院された患者さんには今、こういう治療をしている」という話を開業医側もしたいのに、話す機会がないのです。

この流れは逆のほうがいいと思います。たとえば勉強会であれば、病院側は病棟の医師や看護師にも出ていただき、聞き役に回って開業医の話をきいてもらう。忙しいのはわかりますが、地域の話にも関心を持っていかないと地域医療連携とは言えません。

開業医と病院はまだまだ隔たりがあります。それを埋める努力は不可欠です。なぜなら、患者さんは両方を行き来しているから。開業医と病院の間に溝があつて、一番困るのは患者さんです。それは病院の皆様も望んでいないはず

です。私は、医療と介護は「連携」だけでは不十分で、「まじくる」ことが大事だと訴えています。役割の差を認めながら乗り越えて、ごちゃ混ぜになって本音で議論しようという思いがこもった、兵庫県西宮・尼崎周辺で特に広まっている造語です。開業医と病院ももっと「まじくる」必要があると思っています。

——ありがとうございました。