

医療と介護をつなぐ情報誌

季刊

solasto

No.17
Winter
2017

特集

「早期在宅復帰」のトリセツ

病院に求められる退院調整・在宅支援

トップランナーたちの

挑戦

～経営現場からの便り～

介護職や地域住民を巻き込み 患者の望む生活を最期まで支える 「町医者」の理想形

医療法人社団裕和会長尾クリニック院長
日本尊厳死協会副理事長

長尾 和宏^{さん}

日常の健康管理から看取りまで、
町医者として地域医療の最前線に立ち続けながら、
日本尊厳死協会副理事長として人生の最終段階における
医療のあり方について問題提起を行っている長尾和宏さん。
人生の最終段階における医療と、
そのための体制づくりについて聞いた。



医師の 「死」と向き合う姿勢が 患者のQODを高める

——地域包括ケアシステムの構築が進められるなか、在宅での看取りを含めた人生の最終段階における医療のあり方が大きなテーマになっています。長年在宅医療に尽力し、数多くの看取りも行ってきた立場から現状をどのように捉えていますか。

人生の最終段階における医療の

あり方を考えるうえで、まず認識しておかなければならないのは、日本は先進国のなかであって唯一本人の「リビングウイル」に基づいた尊厳死が法的に担保されていない国であるということです。

この話をする前に言葉の定義をしておきたいのですが、尊厳死とは余命を宣告された患者さんが過剰な医療を受けずに自然死を待つことを指します。マスコミなどで「安楽死」と混同されて使われるケースもありま

すが、安楽死は医師が薬物を使うなど積極的な医療行為により患者さんの命を縮めることです。もちろん安楽死は日本では認められておらず、医師は自殺ほう助といった罪に問われることとなります。

一方、尊厳死については、治療の手立てがなくなった場合に延命措置を控えてもらうなど、人生の最期に望む医療行為について事前に書面に残しておくリビングウイルがあることを前提に、人工呼吸器や人工栄養な

どの延命治療の不開始が社会的に容認されつつあります。ですから不開始による尊厳死に対して、医師が罪に問われることはないでしょうが、法的な担保はなされていないのが実情です。冒頭に言いましたが、こうした尊厳死を担保する法律がないのは先進国で日本だけであるという極めて特異な状況にあることを知っておいてもらいたいと思います。

とはいえ、これから多死社会を迎えるにあたり、人生の最終段階の医

療のあり方、つまりリビングウイルを1人ひとりが考えておかなければならないのは事実です。これが明確になっていないと、いざというときに家族や医師はどうすればいいのかがわからないからです。

しかし日本でリビングウイルを持っているのは全人口のわずか2%もいません。先日、ある医学会の講演会で約500人の医師に対して、「リビングウイルを持っている人はいますか」と問いかけたところ、1人もいま

ながお・かずひろ
医療法人社団裕和会理事長、長尾クリニック院長。1984年、東京医科大学卒業。大阪大学第二内科等を経て、95年、長尾クリニック開業。2006年、在宅療養支援診療所登録。複数の医師による連携で、年中無休の外来診療と24時間体制の在宅医療に従事。日本尊厳死協会副理事長・関西支部長、日本慢性期医療協会理事など多数の公職も務める。『「平穏死」10の条件』『薬のやめどき』『痛くない死に方』（ともにブックマン社）など著書多数。

せんでした。自らは「死」について考えないのに、患者さんに対しては一方的に「リビングウイルを持つ」というのは考えものです。人生の最終段階の医療を国民一人ひとりに考えてもらうためには、まず医師が規範を示すべきです。

また、医師がリビングウイルを持つことは、「死」を一人称として考える機会にもなります。患者さん本人は「死」を一人称で、その家族は二人称で捉えているのに対し、大半の医師は三人称でしか考えていません。一人称と二人称の間でもかなりの違いがありますが、三人称となると患者さんの気持ちとまったく乖離してしまうことになりかねません。ノンフィクション作家の柳田邦男氏と対談した際、「医師は最低でも二・五人称の視点を持たなければ患者の気持ちを理解できない」と言われていましたが、そのとおりだと思います。病院医療の世界では最近、QOD（死の質：Quality of death）の向上といった言葉が使われるようになっていますが、そもそも在宅医療の世界ではQODが高いため、ことさらにクローズアップされることはありません。その背景には多くの医師が二・五人称で患者さんの「死」と向き合ってきたからです。人生の最終段階の医療を考えるにあたっては、医師をはじめ医療者が自らリビングウイルを持ち、「死」と向き合うことから始める必要があると思います。

24時間365日の在宅医療には病院の協力が不可欠となる

——在宅での看取りを進めていくためには、それを支えるためのインフラ整備も必要になります。この点については、どのように考えていますか。

診療所の大半は常勤の医師が院長1人という状況であり、こうした診療所に「看取りまできちんと担え」というのは酷なことです。老衰の患者さんは看取れるかもしれませんが、がん患者さんなどは適切な緩和ケアが必要になりますし、専門医との連携も必要になってきます。患者さんの状況にあわせて、ある程度の棲み分けは必要になるでしょう。

また、在宅医療における最大の問題は夜間の対応です。医師1人で24時間365日体制を敷くのは至難の業であり、これを実現するためには病院の協力体制が重要になってくると考えます。現在、病院と診療所の間での地域連携が推進されていますが、昼間に紹介状を書いて患者さんの受け渡しをするだけというのが現状です。私は、夜間の在宅の当直体制を基幹病院に担ってもらうという提案をします。あるいは、当院のように診療所で複数医師体制を敷くという方法もあります。当院には現在7人の常勤医師が在籍しており、24時間365日体制で在宅の患者さんを支えています。

いずれにしても在宅での看取りを進めていくためには、マンパワーやICTなど、新しい仕組みづくりが必要であると考えています。

介護職が学ぶ場づくりも在宅医の使命である

——患者さんが安心して在宅療養できる環境をつくるためには、医療と介護の連携も重要になります。長尾先生は古くから介護職との連携にも力を入れてこられました。この医療と介護の連携を進めていくためには、どのような取り組みが必要でしょうか。

医療の効率性の観点から、病院では平均在院日数の短縮が進められ

ており、医療需要の高い患者さんを在宅で受け入れなければならなくなっています。当然、在宅側としてはこのような患者さんを支えるために必要な知識や手技を身につける必要があります。これは医療職だけでなく、介護職も同様です。つまり、介護職にもある程度の医療的な知識を持ってもらう必要があるということです。

「連携しようにも介護職は医療について何も知らない」と言う医師もいますが、そもそも教育を受けてないのだから当たり前のことです。愚痴をこぼすのではなく、介護職が医療について学べる場をつくっていくことも在宅医療を担う医師の使命だと考えています。

実際、当院では古くから介護職を含めて地域の多職種と連携する会（尼から連携の会）を開催してきました。さらに、昨年7月には「国立かいご学院」という私塾も創設し、地域の介護職を対象に人生の最終段階における医療のあり方や認知症対応、看取りなどをテーマにした授業を行っています。私塾ですから講師は私が務め、授業料は無償で、その後の飲み会代もほとんど出しています。そのほかボランティアとして地域の夜間高校で命の授業を行ったり、地域住民の方々のための啓発セミナーでの講演を全国で1000回ほどしています。これらを行うのは、在宅医療・介護の質を上げていくために必要なことだからです。

「地域に出ていく」と言う訪問診療や往診をイメージされるかもしれませんが、在宅医療を看板に掲げる限り、医師にはこのような教育や啓発活動も求められると考えています。ですから医療と介護の連携を進めていくためには、医師が積極的に地域に出ていくことが重要だと思います。

特集 「早期在宅復帰」のトリセツ

病院に求められる退院調整・在宅支援



© sharaku1216・Fotolia.com

QOLの向上はもとより医療の効率性の面からも、医療機関には患者さんの早期退院および在宅復帰につなげるための取り組みが求められている。そのカギを握るのは、退院支援と地域連携だ。本特集では2016年度改定で新設された退院支援加算の内容をはじめ、早期在宅復帰に向けて必要となる病院の体制、その受け皿となる病院および介護事業者との連携の取り方、急性増悪時の受け入れなど、患者さんが安心して在宅復帰できるための仕組みづくりを考える。