

在宅から日本の医療モデルを変える

一つのテーマについて論じる対談「MEET」の2回目は在宅医療。「尾道方式」を展開させてきた片山 壽氏と「長崎在宅Dr.ネット」を進める白髭 豊氏は、ともに地域ぐるみの在宅医療を成功させたことで全国に知られる。

在宅医療における主治医の役割とは何か、急性期病院はどうあるべきか、医学教育の課題とは一。両氏が在宅医療の核心について論じ合った。



白髭 豊氏

長崎市医師会理事・白髭内科医院院長



片山 壽氏

尾道市医師会長・片山医院院長

1 在宅で患者が変わる

片山 今、統合失調症で末期癌の76歳になる患者を在宅で娘さんと診ています。入院していた頃は診察もさせない、薬を飲もうともしないで大変だった。外科の主治医から紹介を受けた娘さんが私の医院に相談にいられて、家で看取りたいと言われたので、いつものように病室に白衣で行きました。

最初は睨みつけられ、すぐ眠ったふりをされましたが、耳元で大きな声で「家に帰りましょうね」と言ったら、パッと眼を開けて、笑顔で私に手を合わせるんですよ。

白髭 拜まれてしまって(笑)。

片山 病院主治医も看護師たちも驚いて「おおー」って声を上げましたね。「ああ、よほど家に帰りたいんだ」と。

退院時カンファレンスをやったのですが、サブイレウスで胆汁を吐いている状態。緩和は座薬が使えるので、家に帰って、環境が変化することで薬を飲んでもらえるようになるか、「やってみてからの話だね」となりました。

それで在宅で診た時、「楽になるから、注射してもいいかな」って言ったら「うん」と腕を差し出すんですよ。病院では血圧も測らせなかったそうですが、脱水症状だったので点滴をして、処方も変えて。今ではおかゆを食べられるようになりました。痛みはない、と言われました。

白髭 すごい。その姿は病院の先生方に見せるといいですね。

片山 調子がいいと娘さん達も一緒に写真を撮るのを喜びますので、「こんなに元気になったよ」と見せると、びっくりしますね。

認知症の患者でも、家に帰ると明らかに表情が変わる。その喜んだ顔を一瞬でも見ると、家族も家に帰ってよかったと思う。それが開業医の成功体験につながると思います。

病院では末期癌の患者は自分の最期を予知して、病室に行つたときに一瞬、悟った顔をされますね。そして在宅緩和ケアを決めて、家に帰ると「私はここにいて、私の家に」という安心した表情になつて「先生が連れて帰ってくれた」と言われる。

末期癌の患者の場合、緩和ケアの期間は比較的短いので、家族機能も凝縮する。患者が亡くなられた後、私達も「あの家族はすごかったね」とチームで振り返ることがある。医師と患者、家族の絶対の信頼関係と達成したい結果、その体験が医療者を育てるのだと思います。また、患者の家族も医療者を、医療の価値を信じます。

白髭 患者・家族と医療者との間に相互作用が生まれる。開業医も病院の先生も、そうした経験を積むことで在宅への共通認識が高まることになりそうです。

片山 「長崎在宅Dr. ネット」はいつから始まったのですか。

白髭 2003年です。患者の居住地に合わせて主治医を決め、それを副主治医がサポートして在宅医療に24時間対応できる体制にしています。

片山 参加している医師はどれくらいですか。

白髭 今は144人です。
片山 それはすごい。

白髭 主治医、副主治医になる先生が全体の半分の70人くらいいます。そのほか皮膚科や眼科で往診を引き受けてくださる先生や病院の先生、県外からオブザーバーとして参加されている先生も結構います。

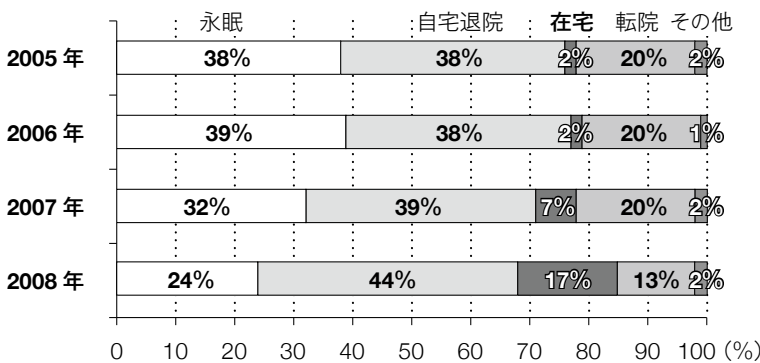
Dr. ネットでは、私たち開業医や訪問看護師が病院に向かい、病院スタッフと一緒に緩和ケアカンファレンスに参加しています。長崎大病院とは2年以上前から、他の拠点病院とも1年以上前からになります。これでお互い非常に「顔の見える関係」になりました。

図は長崎大の緩和ケアチームの症例の転帰です。「在宅」移行症例の割合が、05～06年の2%から我々が緩和ケアカンファレンスに参加するようになった07年に7%に急増し、「緩和ケア普及のため」の地域プロジェクトが始まった08年には17%に増加しました。

また、在宅死亡率で見ると、全国や長崎県は横ばいでしたが、長崎市は04年の8.6%から07年には10.6%に大きく上昇しました。そして昨年9月から、長崎大と私たちとで「ハイリスクカンファ

レンス」を毎週するようにしました。これは入院時のスクリーニングでハイリスクと判定した患者について、どうやったら在宅に帰せるかを検討するものです。例えばALSや低酸素脳症など、在宅での医療手技や医療資源の問題で、退院の調整が難しい症例が対象と

図 長崎大学緩和ケアチーム症例転帰



なりますね。

片山 それを大病院が始めたら、もう在宅医療連携の一番のモデルになりますね。

白髭 今年5月頃からは長崎国立市民病院でも開始の予定です。退院時カンファレンスでもなく、緩和ケアカンファレンスでもないもつと早期にリスクスクリーニングをした患者のカンファレンスです。毎月平均で10例ほど検討し、約5例が在宅に帰っています。

在宅スタッフが早期の退院支援・調整にも参画できるようになった点で特筆に価するものと思っていて、結構、生きた連携になっていると感じています。

3 急性期病院の「実力」

片山 本当はがんセンターがこういうことをやらなければ。病院の専門医が「この患者が家に帰れたらどうだろうか」と考える。そうすると治療も変わってきますよ。化学療法をずっと続けて、結果的にだめだったら、家族は「こうなるならもつとこうしてほしかった」と感じてしまいます。急性期



かたやま ひさし：1974年東京医科大学卒。84年片山医院院長。「尾道方式」と呼ばれる多職種協働による地域連携システムは厚労省の医療・介護政策にも多大な影響を与えている。

病院がいい形で患者を在宅に帰す力を持っていることが重要です。

白髭 在宅に戻す最初のきっかけは、患者が家に帰りたと思うていることに気づくかどうかですね。それは病院の看護力、退院支援の力にかかってくると思いますが、今はこちらが非常に弱い。退院支援ナーズなどを育てて、システムとして動かすことの必要性を感じます。それと、病院の先生方が「自宅には帰せない」と思う理由の多くが医療依存度の問題ですね。例えば「輸血が毎週入るから在宅は無理」とか。なぜそれで無理なのかと思います（笑）。

片山 耳鼻科領域でも自宅に帰

したい患者は多いです。

白髭 実は昨年暮れ、「正月だけ在宅で診てもらえないか」と病院から頼まれたことがあります。しかし病院はその患者の個室を空けて、荷物を置いた状態で自宅に帰している。そういう場合、患者はやはり義理があるから病院に戻ってしまうんですね。

片山 そこなんです。病院が、患者を家に帰す実力があるかどうかを試されるのは。癌の患者に手術をして、化学療法をして、入院ベースで行われていますが、家に帰りたい患者に「ここまでやっておけば帰れますからね」と切り替えれば、急性期病院はまったく

違った世界になります。

そして「この先生方がチームで在宅の医療を引き受けていただけますから」と確約して、「何があってもサポートします」と患者に一言言えたい。「何かあったら帰ってきなさい」では患者本位の地域医療連携は進みません。

白髭 ですから今、大学の各講座を回っています。ずっと言い続けていると病院の先生方の考え方も変わってきますね。

4 質を高める教育を

片山 在宅医療がどのような世界かを知るのは、教育上の効果も大きいですね。研修医を地域研修で末期患者の枕元に連れて行くとうすごいインパクトを受けます。

白髭 本当に人が変わりますね。主治医機能のエッセンシャルなところを見ることになるので。

片山 医師としてのあり方にパチンとスイッチを入れてしまう経験がある。90年代の話ですが、肺癌末期の高齢者が最後の入浴を希望されて、お風呂にどう入れるか苦勞したことがあります。夏休み

で私の医院に2週間研修にきた医学生がいます。海水パンツを持って参っていて、ベッドから抱きかかえて一緒に入ってあげたんです。「ああ、気持ちよかった」とその高齢者の感謝、そこで彼は「これだ」と、掴み込んでですね。

若い世代に期待できるのは、理屈ではなく行動ができることです。在宅医療をやるというのは、絶対に逃げないこと。そのメッセージが研修医に伝わればと思います。

白髭 来年度から臨床研修制度が変わり、地域研修のうち診療所実習が1カ月になるそうです。片山 全研修期間の半分を地域研修にしてもいい。その研修でぜひ入れてほしいのは退院時カンファレンスです。在宅医療が開業医単独の領域ではなく、急性期病院との患者本位のチーム医療であることを実感しますから。

白髭 研修医の教育や病院勤務医に対する啓発とともに、開業医の医療の質をどう高めるかも重要です。片山 生涯教育が当然必要です。それと、チーム医療をすることで医療の質は向上する。

白髭 私たちのDr. ネットのメーリングリストに、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームで身体症状を専門にする医師が入っていて、主治医からの質問にその都度答えてくれます。そこでぐっとレベルが上がりますね。

それから症例単位のメーリングリストを作っています。これは人数ですが、症例に関わる多職種が情報を共有して相談する体制になっています。

片山 在宅医療は単に往診すればいいというのではなく、もっと深い領域だと思います。その点で、ベテラン開業医の力は大きい。経験がいかに重要かを痛感します。

例えば在宅で痛患者を診る時、痛みを取る事が最も重要です。除痛率の高さには私たちは自信がありますよ。

白髭 私たちは症例検討会を年2回やっています。在宅に移行した症例を検討するのが、課題を抽出することが目的なので、どちらかという問題だった症例の検討が多いですね。戻し方が問題だったとか、主治医と訪問看護ステーションの連携がうまくいって

いなかったとか。
片山 在宅医療は稚拙な手技で行われてはいけません。例えば角膜潰瘍なら眼科の専門医を連れて行く。皮膚科のトラブルは皮膚科

の専門医がきちんと診る。内科医が見よう見まねで何でもすることが総合医ではありません。総合医とは、患者にチーム空間を総合的に設定できること。背景に連携を基盤とした多職種協働空間を持つことです。その具体的なアクションが退院時カンファレンスであり、救急医療だと思います。

5 主治医が生活を支える

片山 在宅医療は、患者の選択が自然になされて、「家に帰りたい」という希望があつて初めて成り立つもの。こちらが「家に帰りなさい」と決めることはできない。主治医が生活全体を支えてくれるという安心感があれば、末期の場合でも「私は家で最期を迎えたい」と言える。そうした主治医を持つているかどうかが在宅医療の原点だと思います。

その制度設計を考えた時、急性期病院は急性期医療に特化することが重要。その一方で、在宅医療という軸をつくる。「どちらかががんばれ」ではなく、両方充実し連携しなければうまくいきません。



しらひげ ゆたか：1988年東京医科大学卒。95年白髭内科医院院長。NPO「長崎在宅Dr. ネット」事務局長を務める。厚労科学研究「がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」の長崎地域プロジェクトリーダー。

急性期病院を急性期医療に特化するとは、開業医が主治医として機能して、生活を支える在宅医療をすればできる。末期癌の患者でも、私たちが緩和ケアカンファレンスをやった症例で病院に再び戻ったケースはゼロです。

白髭 癌の場合、専門治療の段階から診療所が関わって、病院からスムーズに診療所へウエイトを変えていく作業が必要ですね。

片山 ウエイトシフトですね。

白髭 そこをやるのが在宅医療の一つの技術だと思います。

片山 それから認知症については、治療期間が長いので、家族が疲弊してしまう可能性があります。しかし、きちんとコントロールすると症状もずっと改善することがあります。

患者は短期記憶を失っているため、不安感が非常に強い。感受性が高まっていますから、家族がヒソヒソ話をしたりすることが症状の悪化要因になります。また、患者について「さっき言っただろう」などと言ってしまうことがある。家族が症状を悪化させてしまっていることが相当多いですね。

こういう場合、患者が記憶の病気にかかっていること、対応に注意が必要であることを家族によく説明することが必要です。病院でも対応に苦慮する認知症患者は多いですが、まず病態全体を把握することが重要です。レビ

ー小体型認知症に代表されますが、投薬も常用量にとらわれて通り一遍の処方になってはいけません。

白髭 在宅医療ではオーグーメイド医療に近くなるというか、個々の患者に合わせた薬の使い方をしなければいけない。

片山 認知症患者の治療をやっていると、個別処方を理解するようになります。これは緩和ケアでも同じですが。

緩和ケアの考え方と認知症の治療は似ているところがありますね。緩和ケアではとにかく痛みを取る。認知症治療では、幻覚を改善させたりいい睡眠をとってもらう。治療の絞り込みと総合的に診る点が似ていますね。患者の尊厳を重視して、家族と医師のコミュニケーションスキルが問われるのが認知症治療だと思います。

白髭 認知症を含め、癌以外の

患者の緩和ケアをどう行うかは大きな課題ですね。今のうちに、癌に特化して緩和ケアが行われているのは特殊な状態だと思います。

6 制度の組み立て方

白髭 では、独居の高齢者をどう支えるか。介護の問題とも関わりますが、これは在宅医療を行う上で大きな課題ですね。

片山 尾道は02年に医師会と社会福祉協議会が連携を始め、04年には民生委員とも連携しました。

白髭 民生委員ですか？ 医師会と民生委員が結びつくのは珍しいですね。

片山 独居の高齢者は2015年には全国で570万人になると推計されています。民生委員は代理家族的な役割を担っているので、彼らのことを詳しく把握しているし、信頼も厚い。民生委員と連携することが彼らを支えることにつながります。

白髭 なるほど、これはコロナブスの卵だ。気づきませんでした。
片山 医療と同じミッシェンを持ってるのが民生委員です。両

者が連携すると地域の団体が一挙に動き出しますよ。

それから私たちは06年には公衆衛生推進協議会、08年には老人クラブ、そして09年には警察署と、連携の体制を拡げてきています。

白髭 まさに地域連携。先生、面白いでしょう。

片山 面白いですね。ケアカンファレンスで同じテーブルで顔を合わせて、同じ人を支援するチームが集う。医療と福祉の目的は同一です。医師会が地域づくりをしている(笑)。それと、「尾道は安心ですね」と言われることが一番嬉しいですね。

白髭 住まいの問題をどう考えますか。

片山 高齢者医療、特に在宅医療をやっていると、生活支援の問題に突き当たります。居住系サービスの充実はできてきましたが、小規模多機能施設をもっとフレキシブルにするような対策が必要だと考えています。

白髭 今は施設の基準ががんじがらめですよ。
片山 今回の介護報酬改定では、短期入所療養介護について、有床

診療所をいわばみなし指定できるようにしたでしょう。あれをもっと早くやるべきだった。いま有床診療所が次々にベッドを閉鎖してありますが、このままでは地域の資源を潰してしまうことになる。

小規模多機能施設の発想で有床診療所を活用した方がいい。居住空間として入院を持っていて、給食やお風呂もある。看取りを考えた時、自宅が無理としても、同じ地域の有床診療所はうってつけでしょう。在宅主治医やチームの医師が立ち寄れるようにして在宅医療のサポート施設にすればいい。

白髭 長崎でも、産科の有床診療所の先生に、「病院から在宅に移行する時のワンクッションのベッドとして使わせてくれませんか」とお願いしたら、快く引き受けてくださいました。

片山 ワンクッション在宅。普通の急性期はいきなり在宅だけれど、婦人科の場合はそれができた方がいいと思います。しかし、これだけ減る前に回復期施設に位置づけるよう、政策を読むべきでした。
白髭 病院の婦人科は、化学療法をずっとやって、癌患者を抱え

てしまう傾向が強いように思います。有床診療所でお産で手一杯のところは難しいでしょうが、ベッドが空いているところはあると思いますが、それを地域の資源として使えたらいいですね。



広島・尾道にて

片山 在宅医療政策の理解と実践で、医療界はいくつか期待を裏切っていると思います。一つは寝たきり老人在宅総合診療料、もう一つは在宅療養支援診療所です。在宅療養支援診療所の最初の目

的は、開業医がチーム化して、看取りを含めて多機能性を発揮することでした。在宅専門のクリニックを作ることはなかった。

平成18年の診療報酬改定で、急性期病院で退院前ケアカンファレンスをした場合に点数がつきましたが、地域医療連携報酬であったのです。結果、チーム医療としてもあまり動いていない。せっかくだい「地域医療連携で在宅を進めてください」というオファーがなされたのに、残念でした。

急性期病院の退院支援という認識も、病院の外で患者が受けられる医療、つまり在宅医療への理解と、在宅側には在宅主治医が生活を支えるというアピールが遅れていました。

後期高齢者医療制度はかなり批判されましたけれど、この制度の一番の目的は、患者が自宅で最期を迎えたいと思ったら、近所に信頼の置ける主治医を決めておくことにあった。

どのような医療が受けられるのか、患者に選択肢が与えられないまま「在宅看取り推進」とか「リビングウィル」と言っても、戸惑う

人は多いでしょう。説明責任を果たしていない。この制度について一方的な批判のみ全面に出たこと自体、日本の医療がイケてないことの証明です。在宅医療から日本の医療システムを改革しないと患者に医療の恩恵は見えませんが、患者、つまり国民が医療のかけがえない価値を身近に感じれば、社会保障費の2200億円の削減など許さないうでしょう。

レリバンシー (Relevancy) とインサイト (Insight)、身近に価値を感じて、ピンとくる。納得する終末期医療を主治医が提供する医療モデルへの転換が今こそ、喫緊の課題です。在宅緩和ケアでの自宅看取りは、そのシンボリックな領域と言えます。

白髭 そうですね、ここが突破口になる。私たちも、緩和ケアカンファレンスや入院早期のハイリस्कカンファレンスへの出席を始めた時、病院も含めて「これで地域医療が変わる」と実感しました。

片山 在宅医療から日本の医療モデルを変える。
白髭 ぜひそうしたいです。今日はありがとうございました。