

在宅医療の本質と理想の在宅医リーダー

医療法人社団萌気会 理事長
在宅医療推進会議 会長代行
理事長 黒岩卓夫

平成24年10月13・14日



在宅患者20年間の状況 (平成4年7月～平成24年6月)

		男	女	合計
死亡	在宅死亡	104	180	284
	病院・その他	54	62	116
	小計①	158	242	400
転出	在宅から通院・転院 その他特養や施設	33	97	130
	小計②	33	97	130
現在	平成23年7月在宅患者	37	74	111
	入院中	4	1	5
	小計③	41	75	116
	合計①②③	229	406	635

私が医療法人萌気会を開院してから今年の2012年で、6月で満20年になる。当時は医師を含め4人で開業したので、その規模での仕事で訪問看護もない状態だったが、現在では医師2人で訪問しており、訪問看護ステーションもある。この一診療所の実績を報告する。

在宅医療の姿と心

- 在宅医療の姿は歴史的に進化してきた。
- 現代的在宅医療の原型は、
「在宅医療推進会議」会長、佐藤智先生の
ライフケアシステムにある。
- わが国の歴史にみられる在宅ケアの姿
赤ひげ診療譚(山本周五郎)
良寛禅師の看取り
越後瞽女(えちごごぜ)
- そしてこれからの在宅医療の姿は

「在宅医療の本質」をイメージしてみたい。

しかし、固定した姿としては考えない方がよい。在宅医療の姿は日々進化している。一方、以下に述べるように日本の歴史の一端をひもといてもわかるように歴史的(江戸から平成に至るまで)な教訓も底深いものがあり、そこに鋭く現代性を包含していることがわかる。

また私個人の歴史を振り返っても、少年時代から医学生、そして医師になり越後にきて42年になるが、その過程で常に形こそ変われ在宅医療にどこかで繋がっていたと思う。

父は満州開拓団から帰って58才で医者になり82才まで山村の診療所で往診をしていた。

学生時代には佐久総合病院を訪ねたり、越後にきてからは岩手県の沢内村に学んだ。そして地域医療を、「ゆきぐに大和総合病院」を中心につくり、「大和方式」とよばれて、高齢者医療、保健のモデルになった。ここでも在宅医療を手がけていたが、病院としては限られた範囲でしかなかった。20年前に萌気園診療所を開設してから、在宅医療に本気で取り組むことになり、現在に至っている。この20年間でさえ、その姿は大きく変わりつつあるが、一方ではその本質は不変のようにも思える。

このような立場から、「在宅医療のあるべき姿」を医療連携のリーダーの皆さんと共に考えてみたい。そして「理想の在宅医療」の姿を模索するなか、連携リーダーの役割やリーダーたる資質のイメージも明らかになってくるのでは、と考える。

ライフケアシステム(1981年1月発足)

2つの理念

病気は家庭(家庭的環境)で治すもの
自分たちの健康は自分たちで守る

4つの活動

24時間ケア、訪問看護、定期検診、健康教育

病院との連携「委託病床協定」

市内病院に常時1床を確保

患者・市民の発想、要望から生れたメンバーシップの
組織であり、医師と患者の信頼関係が動力である。

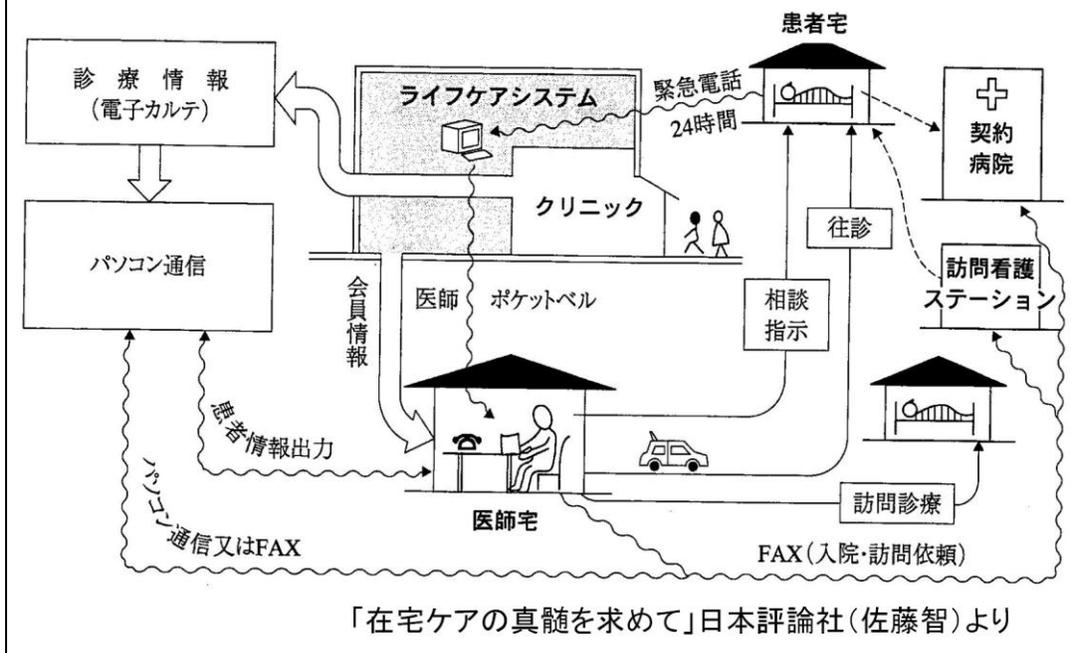
(「在宅ケアの真髓を求めて」佐藤智著 日本評論社・2000年6月)

佐藤智先生のライフケアシステムは首都圏に創設された先駆的なシステムである。

著書「在宅ケアの真髓を求めて」に詳しく述べられているように、先生の白十字病院からの訪問看護やインドでの医療経験などを踏まえて、患者・家族との日々の交流の中から、「24時間体制(対応)」をキーワードとして生れたシステムである。

ライフケアシステム図

在宅医療の情報システムの現状
—ライフケアシステムとクリニック—



現在は医療・介護関係の制度、報酬で支えられている在宅ケアであるが、こうした社会システムのない時期に、財源を診療報酬(過小)に頼るのではなく、会員制による会費によって運営されるといった画期的なものであった。

驚くことに、システムの発端が「24時間」であったことは、ようやくたどりついた現制度の歩みを、改めて検討するまでもなく誠に本質をついたものであることがわかる。

さらに人材育成も目標にしており、また在宅医療の医学的基盤の構築も考え、在宅死者の病理解剖にも挑戦していることは頭の下がる思いである。

在宅療養者・介護施設等の利用者への ケアの評価について

高齢者(認知症含む)ケアの評価

居心地の良さ — 安心 — 家族性

居場所の良さ — 仲間 — 地域性

今日1日の満足 — 希望 — 精神性

↑
医療

高齢者の居場所が大きな問題になっている。

現在厚労省が提起している「地域包括ケアシステム」ではじめてサービスの基本として、医療や介護と並んで5つの中のひとつに「住まい」が加えられた。

自宅から特養、サービス付き高齢者集合住宅まで、また地域密着型サービスなどで暮らす高齢者にとって、何が大切かを図式化した。

特に認知症高齢者にとっては、居心地の良し悪しが住まいの第一条件である。要するに人間関係の良さであり、これが安心の基本であり、いわば家族性といえるものである。

ついで居場所であるが、これも生まれ育った所とすれば、単に地域や住み慣れた家ではなく地域の仲間や家族の存在である。これを地域性と考えたい。

さらに、たとえ明日の生命の保証がなくても、最後まで希望がなくてはならない。いわば精神性であるが、今日1日を満足して眠り入ることが幸せとみることができる。

したがって、自宅が最もよくて、〇〇はよくないといった固定的評価は現実的ではない。高齢者は弱者とみられているが、弱者ではあっても、自分で居心地の良さを評価し求め、さらに居場所の良さへと意欲をもっている。同時に環境の変化へは驚くべき意識の変化で対応することも少なくない。

この図にあるごとく、安心・仲間・希望の総体が尊厳であり、そのそれぞれの状況に応じて医療はその役割を提供することができる。

在宅療養での医療と介護の関係

医療(制度)と介護(制度)の関係

介護は生活を支える

医療は健康を支える

この役割分担を明確にして
両者が連携する必要がある

“医療と介護の連携”とは、歌の枕言葉のように使われるが、一般的な対等の連携を意味するものではない。

在宅療養者を主人公として考えてみよう。まず在宅で生活し、文字通り24時間生きている。この生活がなければ医療の出番はない。介護は主として家族と介護サービスで支えられている。その生活する人の健康を支えるものが医療である。医療は多様性をもつことから、定期的なチェック機能から、いざという時の緊急的な対応が可能であり、求められている。

また在宅で、外来で、入院で、と医療は機能することができる。ここに大きな安心が生れる。したがって、医療が生活を支えているのではなく、健康を支えているのである。このような役割を明確にした上での、両者の連携を深めねばならない。

そこで、介護サービスを考えてみよう。横への連携。たとえば、ホームヘルプ、通所ケア、ショートステイの連携によって、1人の高齢者が生活している。その高齢者の健康を守る医療が在宅医療である。

医療と介護は、必要な情報の共有は不可欠であるが、医療は健康を害したとき高齢者を診療するにすぎないとも言える。むしろ医療として、病院や専門性間での連携が重要であり、地域での基本的な医療連携は、在宅診療所と入院(病院・有床診療所)との信頼ある関係づくりが大切である。



有名な“赤ひげ”を見てみよう。

時々紙面の一隅を飾る、生涯僻地で医療に生涯を捧げたヒューマニズムや単なる美談ではない。

赤ひげというひとつの人格が医師として治療(診療・投薬)、養生(保健・教育)、慈善(無報酬・支援)を患者に施し、かつ若い医師(研修医)を教育し、さらに若い医師を精神的トラウマから救うという筋書きになっている。

赤ひげは小石川養生所(幕府立の病院)の院長であったが、現実には往診(療)が基本だった。ここで患者の住み家を訪れることがいかに大切であるかがよくわかる。

江戸の下町の貧乏長屋を訪れる。飢えた子たちがウロウロしている。その一室に母親が病んでいるとなれば、患者の枕元に座る以前に病者の姿、病気の背景を読み取ることができる。

山本周五郎「赤ひげ診療譚」(新潮文庫)から

1. 小石川療養所、巷への往療から社会派医師の可能性を見る。
2. 医療者、慈善者(福祉)、健康教育者、そして若い医師の育成者。
3. 若き医師、保本登の人間としての再生。
4. 在宅医療の現場が、医師が人間として成長する場でありたい。



『赤ひげ診療譚』
山本周五郎
新潮文庫

このように在宅という場は、外来や入院で患者を診る環境とは大きく違うことがわかる。赤ひげはこうした医療活動を、弱き者を助け、富者をこらしめることまで、医を通して積み重ねて行く。

ここに痛快さと面白さがある。

現在は、赤ひげがひとりでやったことを、多職種協働で取り組むということになる。

ここで一言お断りしたいのは、赤ひげ的なスーパーマンは、現在の在宅ケアには相応しくないし、必ずしも必要ではない。

良寛禅師の看取りから学ぶもの



良寛は1758年生まれ、1831年74歳で亡くなった。高齢ではあったが直接の死因は直腸がん(識者の統一した見解)である。最晩年4年間を木村家の別庵で過ごし看取られた。

良寛を看取った人たち

遍澄 僧・弟子

貞心 尼僧・恋人

由之 弟・俳人

第十代木村元右衛門と妻

住まいと介護の提供者

良寛を看取った者は、スライドにある5人である。

木村家はケア全てを引き受けた定員一名の“老人ホーム”である。

貞心尼は恋人であったが精神的交流で不可欠の看護師とみてよい。由之は唯一の肉親(弟)で別住まいながら献身的なケアをした。そして弟子遍澄は一人暮らしの良寛が40代から、弟子として身のまわりの面倒をみながら、五合庵から乙子神社そして木村家へと、良寛の体力、自立性を見守りながら転居も促がし、必要なケアを配慮しそして看取った。これこそ名ケアマネージャーではないかと考えたい。

江戸後期、越後の雪深い土地で、その土地では有名人であったとはいえ、老いた独身男性を多職種協働でケアし看取った。

この看取りの場に医師はいない。この期に及んで医師のすることはなかったし、死亡診断書も必要でなかった。

早めに住まいを移し、必要なケアを組んで、心のこもった看取りができたとすれば現在私たちが目指すケアの原型であろう。

さらに、独身男性、家がない、別居の肉親はいるなど、こうした環境そのものが現代的とみることができる。

医師(医療関係者)の在宅医療への出会い

- 1、記憶としての在宅医療
- 2、体験としての在宅医療
- 3、仕事としての在宅医療
- 4、理念もしくは心情としての在宅医療
- 5、在宅医療連携のリーダーとしての在宅医療

ひとりの医師が、ひとの子として生まれ育ち、たまたま医師の道を歩んだとき、在宅医療との出会いはどのようにあり得るかを考えてみたい。

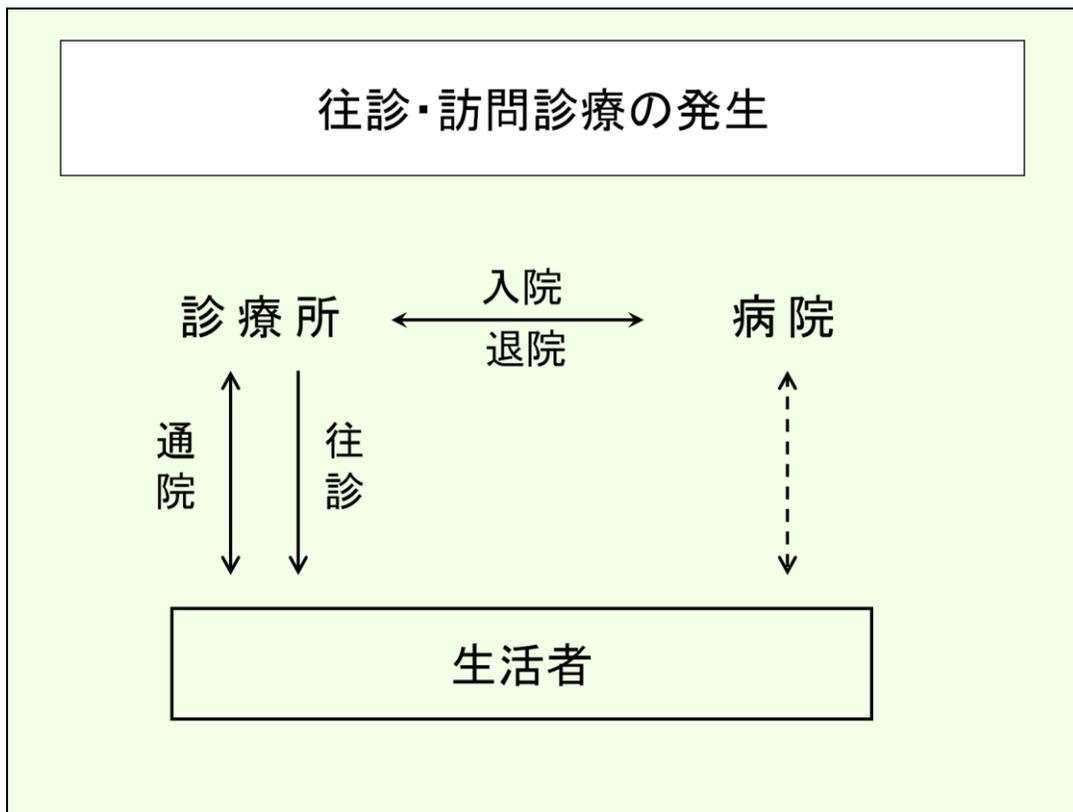
在宅医療は、地域での連携のなかに生かされるが、同時にそれが継承・継続されることによって信頼され安心をもたらす。

医師だけではないが、人間の一生といったライフサイクルのなかに在宅医療も育てられねばならないと思う。

たとえば、小さな子どもでも、往診する医師の姿や、療養する家族の姿は強く記憶に残るはずである。

体験としての在宅医療は、医学生の見学でも研修医の実習でもよい。あるいは子どもや家族の在宅療養を支えた経験でもよい。これが貴重な一人ひとりの資源になることは間違いない。

在宅医療連携リーダーは、こうした地域における縦軸(連携は横軸)としての在宅医療へも心を配る必要がある。



往診・訪問診療の発生

一昔前の往診は、一診療所にとって外来と不可分のもので往診はあたり前であった。それには交通手段の未発達も関係している。医師は徒歩、自転車、人力車、オートバイ、車となるが、雪国では迎えにきた家族や関係者の人たちに自家用のソリをひかせたり、自分で馬を駆った。

患者の通院ができなくなったとき、医師が患家へ出掛けるといった自然な関係の中に往診が生まれ、それが訪問診療へと進化した。

大切なことは、地域でのかかりつけ医、おのずと信頼関係のあるなかで、この往診は自然に実現したし、地域での生活や病気との土壌のなかにあった。

したがって、現在一部で実行されている、とりわけ大病院のある大都市での往診専門の訪問診療とは理念的にはかなり違うものと言わざるを得ない。

スライドの図に沿って考えれば、生活者が障害をもち、疾病も慢性化するなかで訪問診療が、そして在宅医療が制度として生れた。

在宅医療の原型は、こうした地域、患者との関係から患者の生活の場を訪問することである。医療の場を患者の在宅にするということである。

在宅医療連携を担う「連携リーダー」像

1. 連携リーダーは地域包括ケアと医療連携拠点の視線が必要
2. 地域包括ケアからは地域を見る目
医療連携拠点からは人間を見る目
3. 制度は外からの枠であり、これに信頼性や効率性を与えてはじめて地域に生きたシステムになることを銘記する。
4. 連携リーダーは医師でなくてもよいが、それぞれの職能を生かした連携リーダーにならねばならない。
5. 医師は医療の中心である以上、連携リーダーの指導性や役割の大きいことは言うまでもない。

在宅医療連携を担うリーダー像を地域包括ケアの推進と医療連携拠点の形成の視点から考える。

1. 地域包括ケアからは、地域を見る目が必要である。安心して暮らせる地域づくりとはそこにあるニーズを掘り起こし繋げる目が大切である。
2. 連携拠点づくりからは、人を見る目が必要である。拠点から地域にある、あらゆる資源を認識して、制度的な連携よりも、まず人と人のつながりをつくる感性を大切にしたい。多職種協働を人と人の繋がりをつくることから始め、その信頼関係を媒介にして、地域の医療連携を促進してほしい。
3. 連携リーダーは医師でなくても良い。医師ではよく見えない分野や関係もさることながら在宅医療が成立するには、医師だけでは不可能である。医師以外の職能故によく見えるものを大切にして、職能を活かしたリーダーになってほしい。
4. 都道府県レベルの連携リーダーであればあるほど、多様な地域の資源、住民や患者・家族の気持を理解し、人と人の繋がりのある方を大切にできなければ、都道府県の連携リーダーにはなり得ない。
5. しかしながら、地域医療は“医療”である以上、医療の中心的担い手である医師が連携リーダーになる意味は大きい。地域医療を実現・実行する中核は当然のことながら医師だからである。多職種協働とはいえ、医師の指導性は大きく、かつ他職能から理解され尊敬される存在であってほしい。



越後瞽女(こせ)は、江戸時代から盲目の女性が旅芸人として村々をまわり、芸を披露しながらお米やお金をもらい、夜は村の大きな家(ごぜ宿)に泊まる渡世をしていた。

瞽女宿に泊まる夜は、深夜に至るまで、この日を待っていた農婦たちの愚痴(心からの声)に黙って耳を傾けてくれたと伝えられている。

こうした精神や行為こそ、病者や障がい者への「ケア」の本質ではないだろうか。現制度では具体的なケアを時間で測られているが、ケアの精神を忘れてはならない。



本研修会の使命は、厚労省の提起して実行に移されている新たな「地域包括ケアシステムの構築」と地域での「医療連携拠点づくり」を全国的に展開するためのキーパーソンともいえる医療連携拠点づくりのリーダーを育成することである。

そこで私自身の経験を下地として、まず理想像を日本の歴史から学び、古典的な歴史的事例から、現代的在宅医療との共通点を考察した。

現代的在宅医療の原点としては、現在活動中の「在宅医療推進会議」の会長を務める佐藤智先生が、患者・市民と協力して提起・実施された「ライフケアシステム」を紹介した。このシステムづくりの理念が医療の24時間対応であったことは誠に感深いものがある。

ついで私が現代的にも応用できる事例として「良寛の看取り」や「赤ひげの仕事」を挙げたが、自然に生れた多職種協働や弱者を救う精神から生れた在宅医の姿をみることは大変興味深いものと思う。

その上で、高齢者ケアの質の評価や医療と介護の連携にも改めてその内容を分析し、真の連携とは何かを考えてみた。

そして、横の連携から縦の連鎖(在宅医療のライフサイクル)を考察し、最後に医療連携リーダーへの要望を提起した。

今回の2日間にわたる研修が有意義に終ることを願って私の講演とさせていただきたい。